

特集◀

これからの
精神科地域ケア
—統合失調症を中心に—

IV. 地域におけるネットワーキング

5. 精神科救急—地域ケアにおける
ネットワークの面から

澤

温

Key words: 統合失調症, 精神科救急, ネットワーク, 予防精神医学

抄録：統合失調症，精神科救急，ネットワークの関係において，精神科救急は医療が中心であるのは当たり前だが，治療継続には生活基盤の安定が大切であるので，患者の必要度に応じて，福祉を含めたネットワークで生活の安定を図り，それにより治療の継続が図れること，また治療の継続ができなくなって早期警告症状が出た時には，身近にある福祉サービスが患者の権利を阻害しない形で，法に従って，しかし迅速に医療につながる事が大切になる。なにより銘記すべきは，統合失調症患者が地域の生活者であり，それは24時間，365日の生活者であると同時にいつも一定の医療サービス，福祉サービスを必要とするのでない。疾患と障害が時により軽快したり，重症化するためその時その時に必要にして十分な，そして迅速な関わりが，ネットワークに関わるスタッフ間でリアルタイムの情報が共有されて適切な対応がなされることが重要である。精神科救急医療の関わりにおいて，カプランの予防精神医学の，1次予防，2次予防，3次予防の各段階でのネットワークについて論じた。

1 はじめに

統合失調症，精神科救急，ネットワークというキーワードで書くように求められた。統合失調症の患者が地域で生活する時，どのような観点でサポートしていくか，このサポートの1つがネットワークであり，もう1つが精神科救急であるということであろう。これまでの経験から筆者がどのように考えているかを述べたい。

2 統合失調症患者の地域サポート

統合失調症をはじめ精神疾患患者の多くは，疾患と障害を併せもつとよくいわれる。そしてそれ

ぞれは時によって，片方が重くなったり，両方が軽減したり，両方とも重くなったりする。それでも地域生活を継続できるようにするには，疾患なら治療をして症状の軽減を図り，障害なら必要な福祉的サポートを必要十分なだけ提供して，障害により地域生活の困難な状況を軽減することが大切なのはいうまでもない。この時最も大切なのは，統合失調症に限らないが地域の生活者は24時間，365日の生活者であるということである。

医療なら予約外来にきた時だけ，福祉ならサービス提供の予定の時だけというのなら，24時間の生活者をサポートするといえない。もちろん日中だけ，予約通りの医療，福祉サービスがあれば問題ない人はそれでよい。しかし，「地域移行」あるいは「退院促進」を進めて，より重い人々が

地域で生活できるようにするには24時間を視野に入れたサポートがなければならない。そして先に述べたようにいつも日中だけで済むのではなく、またいつも24時間必要というでもない。筆者の病院にイタリアの医師を1990年に招いた時、彼は「テントは雨が降ったときのみ使えばよい、晴れたときは畳めばよい」と簡単な論理を話してくれた。

医療と福祉のサポートは、本来人間がbio-psycho-socialな存在で、それが相互に影響しあい、それぞれの側面のサポートが時期に応じて迅速に提供される必要がある。この3つの面ではそれぞれの専門職がいるのでその連携が必要になってくる。連携にはそこで完結できるチームである場合もあるし、もう少し離れて必要に応じて連絡しあうネットワークのこともある。

迅速に医療サポートを提供することは精神科救急にほかならない。そして3つの側面からの連携がチームアプローチやネットワークといえる。

繰り返しになるが、チームもネットワークも、特に重い人々をサポートし、地域生活を継続できるようにするには24時間のサポートが必要であるということである。チームもネットワークも、一部の部署が24時間だから、「そこはあなたの管轄」というのは単なる「つまみ食い」になってしまい、24時間サポートの部署の負担が増し、その部署の不満に留まらず崩壊につながる。

現在の精神科救急は、患者責任制、自院責任制、地域責任制¹⁵⁾が破壊され、システムが最前線に出てきてしまっている。そのため精神科救急を担当するところは疲弊しだしている。福祉サポートも24時間ないため、生活破綻をきたした場合、「それはその人がたまたまそうだったからしょうがない」ではすまされない。1995年の阪神淡路大震災の時もそうだったが、2011年の東日本大震災では、今まで医療も福祉も定期的に利用していた人が利用できなくなり、避難所に薬を持ってくるのを忘れ、あるいは避難所という共同生活によるストレスで疾患は再燃し、福祉サービスがないため障害が顕在化する人たちが続出した。それなら入院をし続けた方がましだといわれても仕方ない。そう言わせないためには、迅速に責任を持って継

続的に¹⁹⁾サービスを提供することが必須である。以前、筆者の病院で長年入院していた人の家族に、「ここまでよくなったから退院しましょう」と勧めたところ、「あんたは冷たい、あんたのお父さんは一生病院でみてやると言ってくれた」と言われた。障害ある人の父母の気持ちからすると、いわゆる「親亡き後」に病や障害をもった自分の子どもが食事を取れない状況があったらどうしようと考えたと当然であろう。病院の中ではないが、病院の外で「希望され必要があれば一生診ますよ」ということで理解してもらった。阪神淡路大震災の朝、最初の職員のミーティングで、病院内の損傷、入院患者さんの状態の把握と同時に、訪問看護師をそれぞれの担当患者さんの家に向かわせ、心身の状態、ライフラインと食事の状態、家屋の状態をその日のうちに把握した。デイケアにおいても電話を使ったりして把握した。地域移行を含めて地域での生活を勧める時は、病院と同レベルのサービスが地域にない限りするべきではないともいえる。これまで「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」⁹⁾と言ってきたがこのことと一致する。

ネットワークについての筆者の意見を述べたが、あらためて精神科救急と、そこにおけるネットワークについて述べる。

3 精神科救急の位置づけおよびあり方とネットワーク

以前から筆者は述べてきたが、精神科救急は特別のものではない。救急医療は医療の原点であり¹³⁾また精神科救急は地域医療の一部あるいは補完をするツールにすぎない¹⁶⁾。

予防精神医療の3段階として、カプランの予防精神医学はよく知られている。すなわち1次予防(疾病の発生予防、健康への啓発、健康増進)、2次予防(早期発見、早期治療)、3次予防(疾病の再発防止、リハビリテーション)である²⁾。通常精神科救急は2次予防に位置づけられる。しかし精神科救急医療を利用するのを予防するという観点で言うと、1次予防、3次予防も多いに関係ある。

精神科救急の特徴として、2次予防の早期発見、早期治療というメディカルな場面のみでいえば、

目の前にいる患者については医師が適切に判断して治療していただくだけでよいが、その場合も救急状態になる前の、患者の状況についての情報や治療後、再発予防を視野に入れて地域フォローを継続させる時にはネットワークが必要になる。ネットワークが必要になるのは、上記のように人間が bio-psycho-social な存在であるからで、薬を飲み続けさえしていれば再発もしないというのではない。例えば、日中何もすることがなくて睡眠のリズムが崩れだすと定期的な服薬も不十分になって再発をするなどである。

もう1つ精神科救急の特徴は、身体疾患の救急状態と異なり、分、秒を争うものは少なく、多くは時、日単位のものが多いということである。そしてさらに精神科救急が地域医療の一部であると述べたが、救急状態を治療しながら、常に治療後の地域生活を見据えて治療しているという点では週、月、年まで視野に入れた治療となる。

4 1次予防に関係あるネットワーク

1次予防は疾病の発生予防、健康への啓発、健康増進であるが、統合失調症に限るとかなり難しい。統合失調症の原因がわかっていないからであるが、多くの研究でストレスが関係していること^{5,7)}、早期介入で疾患の進行も止めうるといわれている^{6,8)}。

しかし、早期介入においてネットワークはどのようなものをいうのか、どのように役立つかは未知である。医療専門家のみでなく、教育者、小児科医などが入るであろうが、今はまだ研究的に親を入れて、特別クリニックを開いている機関ととの間の「試み」の段階である。2次予防は疾患が「完成してしまったあとの処理」といえるし、まして通常の精神科救急は「火消し」にすぎない¹⁰⁾。その意味で今後この領域は極めて重要で、発症後受診する早期発見や繰り返す再燃時における早期治療が2次予防において救急状態として出会うのに対して、早期に介入することで救急事例化を予防という意味では精神科救急とかなり関係あるといえる。しかし、どのように国民のコンセンサスを得て、個人の権利への介入にならないようにしな

ければならないなど問題は多い。

5 2次予防と3次予防に関係あるネットワーク

2次予防は早期発見、早期治療で3次予防は疾病の再発防止、リハビリテーションであるが、この2つはかなり関係がある。特に最近のように精神科救急医療においては在院期間が30～40日程度に短くなっているので、2次予防と3次予防は同時進行であるといっても過言ではない。

2次において関わったネットワークは医療でも福祉でもみられる。そして疾患が重いあるいは揺れる場合は医療的なネットワークが主で、生活障害が重い場合には福祉のネットワークが主となる。しかし、最初に述べたように、すべての人がそうであるように、精神障害者も24時間の生活者であるから多かれ少なかれ医療と福祉のサービスが必要で、医療の必要性が一時期大きくなった時、しかも急に必要になった時、精神科救急が対応するだけといえる。さらに外来医療ではきちんとした医療が提供できない、あるいは周囲に負担もかけすぎてしまう状況であったりすると一時期入院医療が必要になるだけで、それが終わればまた医療を継続し、普通の地域生活が送れるようにさまざまなサポートが提供されればよい。

ではこの2次予防、3次予防でどのようなネットワークが必要であろうか。病気が発症していたとして、早期発見の観点でみると、急性症状であれば家族を含めた同居者が医療機関に連絡すること、学校や会社であれば家族を通じて医療につながることになる。家族が動かないとなると、周囲の人が保健所に連絡して保健所の訪問指導が作動するのがフォーマルなネットワークの開始であるが、ネットワークというほど多くの機関は関わっていない。しかしこの段階が早いほど、治療により症状が改善した時、近隣、学校、会社にもどりやすい。周囲に負担を多くかければかけるほど、症状改善後の受け入れで拒否的な態度が残りやすい。

潜在的に発症して、「ひきこもり」「変わり者」といった状態で地域において生活している人は、

ネットワークの関わりは多い。しかしまずキーパーソンが「病かもしれない」と考えるかどうかが大切である。これはそれまで「国民への啓発」がどれだけできているかによるが、ここでは論じない。学校、会社、近隣および民生委員、地域の社会福祉協議会の委員などが動くかであるが、家族が心配していても、家族がカバーしていると暴力や周囲への直接的な迷惑行動がないと動きにくく、「口は災いの元」という考えも多くなかなか医療につながりにくく、いたずらに時間が経つことが多い。むしろ1人暮らしで、ごみを出さないで臭っている、ごみを隣に投げ入れる、ごみを決められた日に出さないなど小さな迷惑行為があって、周囲が心配すると保健所など公的機関に情報がいきやすい。後は保健所がすぐ動くかである。また家族が心配して医療機関に精神保健相談に行っても、これまでのように「連れてきたら診ますよ」というのでは同じく時間だけが流れる。従来から筆者は「医療にアクセスしてこなければ医療がアクセスするだけ」¹⁴⁾と述べてきたし、また2010年「心の健康政策構想会議」が出した「提言書」でも、精神医療改革、精神保健改革、家族支援の3本柱の中の精神医療改革の中心は「アウトリーチ医療」と「多職種チーム医療」であることから今後の医療の方向性であることがわかる¹⁵⁾。

これによって往診して、たとえ本人には通常の面接による診察はできなくても、顔を見て一言二言話し、家族から状況を聞いて投薬治療をすることは何も問題ない¹⁶⁾。

統合失調症でも早期に治療を開始すると、脳の損傷は小さいという報告があることからできるだけ早期治療に入ることが重要である¹⁷⁾。治療が開始されたら、初期はネットワークより医療者がチームを組んで症状の軽快をできるだけ早期に図ることはいうまでもない。入院の場合、医師は面接、行動観察、看護師からの報告から、診断を確定し、薬物療法を中心に症状の軽快を図り、薬剤師は副作用、他の薬の飲み合わせについて注意し、患者には薬についての心配を聞き医師に報告し、少し軽減したら作業療法士により作業療法を受け、課題への取り組みでの反応、集中力などを観

察する。大事なことは入院していても「連れて出られるようになれば」、極端には「隔離室を出れば」退院前訪問看護につないで、家庭での様子を見ることである¹²⁾。病院内での寛解は必要だがそれだけでは家庭に適應できるか、できないなら何が問題かがわからないからである。

入院から外来に移る場合も、外来や往診で開始した場合も、治療がどう理解され、治療が続けるかが大問題である。心理教育、服薬指導、SSTなどで服薬継続の必要性を理解してもらうことが必要なのは当然であるが、それでも怠業が多く、再発が多いのはいつも治療者を悩ませる、不愉快な副作用が減ったといわれる第2世代の薬が広まってもなお怠業は多い³⁾。ネットワークと関係ないが、筆者は統合失調症の患者に「病識」が獲得されにくいのは病気本体と関係あるだろうというプリミティブな仮説をもっている。つまり病気本体が「報酬系」に関係あるドーパミンシステムの過活動と関係ある限り困難ではないかということである。これは覚せい剤の場合と同じように不愉快、あるいは恐怖を伴う幻覚が出るにもかかわらず、脳内の機構としては逃れにくい呪縛にはまっているのではないかと考える。統合失調症で怠業が防げる人は、すべてとはいわないが、就労、家庭維持、ほめられることなど、他のもっと強い「報酬系」が作動している人であるようにみえる。

疾病の再発防止、リハビリテーションと精神科救急、ネットワークの関係であるが、これまで述べてきたように2次予防と連続はしているが、再発に関わる「早期警告症状(early warning signs)」を患者本人にも家族にも理解してもらうことは重要である。これは最近病名告知の重要性が言われるが、それよりも重要であると考えている。ネットワークとして家族以外の人にとりだけ理解してもらうかは、患者や家族の了解なしには話にくい点でネットワークを組みにくい。ネットワークの多くは医療者間のものが多い。訪問看護師、デイケアスタッフ、医療福祉相談室スタッフなどである。これはチーム医療の範囲となる。

単身生活者の場合はネットワークが必要となる。守秘義務をもつ専門職の間でのネットワークが通常で、医師、看護師、作業療法士、臨床心理

士など医療者と他施設の訪問看護師、デイケアスタッフ、福祉事務所担当者などである。ただ最初に言ったように、ネットワークの範囲が多いほど連絡がリアルタイムになりにくいので、どのようにして迅速な情報共有が行えるかが問題である。会議会議で「船頭多くして船山に上る」のようになりかねない。では精神科救急との関係はどうかというと、それほど難しいことではない。要は患者や家族はもちろん、訪問看護師、福祉事務所の職員からの情報で受診希望があればいつでも診る、来られなければ行くだけのことである。特に先に述べたように、「患者責任制、自院責任制、地域責任制」のうち、前二者が作動したら問題ない。救急状態で診察しても、これまで関係性のある医師やスタッフが対応するのと「その日の救急医」が対応するのとでは治療の円滑性は全く違う。

ここで若い救急医が行う判断で問題になることがある。時に夜、それも夜中に救急受診を希望してくる統合失調症患者で、日中受診するのを忘れて薬がなくて眠れないので薬がほしいと言ってくる場合である。「明日朝いらっしゃい」とか「それはあなたの不注意だ」といって断ることがある。もちろん中には、昼は待たされるから夜来たとかという「不心得者」もいるが、日中來られないことはすでに日常リズムがずれていたり、薬がないとはいえ不眠が警告症状であることもあり、翌日には本当に救急状態であったり、その後数日来なくて保健所経由、時に措置診察で来院することもある。あるいは統合失調症の症状の1つでうつ症状があると自殺したと警察から連絡があることもある。統合失調症患者の自殺率が10～15%と高いことは知られているが、幻覚妄想によるものはもちろんであるが、わずかな不安がうつ気分を惹起し、心の視野が狭くなり、別の見方ができないなどでも自殺に走ることがあるので、今一度肝に銘じるべきであろう。このような時はやはり診察を受諾し、実際に話し、その後症状の増悪のないように、これまでのネットワークに関わった機関に連絡をする、あるいは新たなネットワークを構築することが必要である。ただ薬がないということで来院することが多い患者で、特に診療所通院

患者であれば、過量服薬の可能性がない限り、緊急用として1～2日分くらい多く渡しておいてほしいものである。そうでないと夜間、特に夜中に救急病院にきた患者から薬の説明書を見せられて、いわゆるジェネリックの名前の薬が多くて同一品、同効品をいちいち夜中に調べるのは当直医としては負担あるいは怒りさえ招きかねないからである。診療所と救急病院とのネットワークとしてはネットワークが作動しないことが問題であり、診療所の医師は患者が日中ももちろんであるが特に夜間に救急事例化しないようにしてもらいたい。

リハビリテーションでは筆者はこれまで精神障害者が地域生活を送るための「4つの必須要素」があり¹⁸⁾、サポートには「障害ある人が地域で生活をするための6要素」+社会的行動の7つのチェック項目「しやかいふつき」（現在自立支援法の障害程度区分を決める時の医師の意見書にある「生活障害評価」）¹⁹⁾があり、この7つのうち足りないものを補うことと言ってきた。すなわち、住む場、日中の活動の場とプログラム、サポートする人々とその連携、そして地域の人々の理解と受容である。これは病気の重さによって医療が主になるところと福祉が主になるところがある。精神科救急と直接関係ないので詳細は省くが、患者自身にとって必要なものを必要なだけそろえることが必要であることは言うまでもない。精神科救急の立場で言うと、この4つの必須要素も7つのチェック項目も医療関係者が主にはならない、ただしサポートする人とその連携では早期警告症状の把握、救急受診の勧奨などに関わり、7つのチェック項目では服薬においてそれが不十分だと救急受診に至る点では重要である。

このようなネットワークの中で重要なのは、患者の周囲で24時間のネットワーク資源がどれだけあるかということである。生活者であることを基本とすると、医療が前に出るべきでなく必要があれば医療につなぐということが大事だが、24時間サービスが医療にしかない、いきおい医療が前に出張してくることになる。卑近な例で言うと、患者が1人暮らしで不安であったり、そのため不眠である時、いつでも電話相談できるところ

がないと訪問看護を含めた医療への連絡がくる。国は1995年に精神医療情報センターを制度化し、2002年に症状の重篤化を防ぐために24時間精神医療相談を含めた。さらに2008年に24時間精神医療相談と搬送先の調整をするという機能に分けたが、いまだに精神医療情報センターがない県が半分以上あり、さらに電話番号が公開されていないところが多いのではないのと同じで大変問題である。

6 結論

精神科救急は医療が中心であるのは当たり前だが、治療継続には生活基盤の安定が大切であるので、患者の必要度に応じて、福祉を含めたネットワークで生活の安定を図り、それにより治療の継続が図れること、また治療の継続ができなくなって早期警告症状が出た時には、身近にある福祉サービスが患者の権利を阻害しない形で、法に従って、しかし迅速に医療につながることが大切になる。

文献

- 1) 安部川智浩, 伊藤侯輝, 豊巻敦人ほか: 統合失調症の早期介入と初期治療 早期介入・初期治療の意義とその生物学的理解. *Schizophrenia Frontier* 9: 44-50, 2008
- 2) Caplan G: *Principles of preventive psychiatry*. Tavistock Publications, London, 1964
- 3) Keith SJ, Kane JM: Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. *J Clin Psychiatry* 64: 1308-1315, 2003
- 4) こころの健康政策構想会議提言書, 2010
- 5) 功刀 浩: 統合失調症—最近の話題—統合失調症と遺伝—環境相互作用. *精神科* 18: 19-24, 2011
- 6) 森田桂子, 水野雅文: 思春期の精神疾患に対する早期治療の実際 精神疾患への早期治療の実際—東邦大学医療センター大森病院“イルボスコ”, “ユースクリニック”での試み—. *思春期学* 28: 385-390, 2010
- 7) 小椋 力: 診断・治療のための生活歴, 現病歴, 家族関係—統合失調症—発症前における出生前期, 幼児期, 児童期, 思春期の特徴をめぐって—. *精神科治療学* 25: 1437-1443, 2010
- 8) 大室則幸, 桂 雅宏, 松岡洋夫: At Risk Mental State (ARMS) ARMSの治療と経過. *精神科* 17: 261-266, 2010
- 9) 澤 温: 外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか. *日本外来精神医療学会誌* 3: 7-16, 2003
- 10) 澤 温: 外来臨床精神医学会誌 (投稿中)
- 11) 澤 温: 医療現場における抗精神病薬強制投与の実情と問題点. *臨床精神薬理* 14: 17-23, 2010
- 12) 澤 温: 大阪市の精神科救急を含めた地域医療—小規模精神科救急病院から見たもの—. *病院・地域精神医学* 52: 294-296, 2010
- 13) 澤 温: 大阪府の精神科救急医療システムとさわ病の救急医療態勢の現状と問題点—ハード, セミハードそしてソフトの救急について—. *病院・地域精神医学* 40: 29-34, 1997
- 14) 澤 温, 澤 潔: 精神科アウトリーチサービス—往診を中心に—その歴史, 意味, 機能. *日精協誌* 23: 18-23, 2004
- 15) 澤 温: 精神科救急の現状/急性期病棟. *日本外来精神医療学会誌* 6: 33-36, 2006
- 16) 澤 温: 精神科救急の問題. *日精協誌* 26: 6-12, 2007
- 17) 澤 温, 井上英治ほか: 精神障害者のサバイバル的社会復帰のための簡便スケール“しゃかいふっき”について. *病院・地域精神医学* 42: 255-258, 1999
- 18) 澤 温: 社会復帰と福祉. *日精協誌* 14: 24-29, 1995
- 19) 澤 温: 社会的ニーズに対応する精神科病院, 変わりゆく精神保健・医療・福祉—精神障害の理解と援助— 98: 120, 1999

*

*

*