

精神医学

2006
Vol.48
No.2

通巻 No. 566

2

CLINICAL PSYCHIATRY

医学書院

巻頭言

精神科救急——Fashion, Collection, Mission—— 澤 温 116

研究と報告

- 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂患者の横断的調査
——通院状況を考慮した自殺予防—— 中山秀紀・他 119
- 健常成人における内田クレペリン検査成績と人格特性との関連—— 清野 絵・他 127
- 統合失調症者の心理教育に対する参加準備性尺度(Readiness for
Participation to Psychoeducation(RPPS))の開発
——信頼性・妥当性の検討—— 瀬戸屋希・他 135
- Risperidone の内服が衝動行為の抑制に有効であった境界性人格障害の
3 症例—— 松原敏郎・他 145
- 自殺未遂者における救命救急センター退院 1 年後の受療行動と再自殺—— 伊藤敬雄・他 153
- 数秒程度の場面が時間を逆行し反復した「体験の直後反復症」と
言うべき 1 例—— 深津尚史・他 159
- 痴呆性疾患患者における HDS-R と MMSE 得点の比較検討—— 村山憲男・他 165
- ロールシャッハ・テストからみたアトピー性皮膚炎患者の心理的
特徴像——いわゆる“心身症”に注目して—— 二橋那美子・他 173
- 「踏み越え」による少年犯罪の探索的分析—— 谷 敏昭 181

短報

- リスペリドンによる増強療法で攻撃的な強迫観念が改善した双極Ⅱ型
障害の 1 例—— 仲秋秀太郎・他 191
- 脳梗塞後に病的泣きを認めた 1 症例—— 安川 玲・他 195

紹介

- ポール・ギロー病院処遇困難精神障害者病棟見学記——主として
司法精神医療の観点から—— 恩田浩一・他 199

私のカルテから

- 総合病院精神科のない地域での精神科病院におけるコンサルテーション・
リエゾン精神医学——他院と連携して治療を行った 2 症例を通じて—— 片桐秀晃・他 205
- 低用量のリチウムが奏功した統合失調症の 1 例—— 岸 敏郎・他 209

動き

- 「第 35 回日本臨床神経生理学会」印象記—— 松岡洋平 212
- 「第 13 回日本精神科救急学会」印象記—— 伊豫雅臣 213

書評

- 「医の倫理と人権——共に生きる社会へ」—— 中根 晃 215
- 「抗うつ薬の功罪——SSRI 論争と訴訟」—— 江口重幸 216
- 「医学と哲学の対話——生・病・死をめぐる 21 世紀へのコンテクスト」—— 原田憲一 217
- 「誤りやすい異常脳波 (第 3 版)」—— 井上令一 218

学会告知板 126, 158, 203 お知らせ 164, 188 今月の書籍 208
次号予告 172 投稿規定 219 編集後記 222

巻頭言

精神科救急

Fashion, Collection, Mission

澤 温

精神障害者数が2002年に258万人にまで増え、その数は誰でも精神障害になり得るといふ、昨年の改革ビジョンの啓発目標に皮肉にも近づきつつある。また精神科クリニックが増加し、精神科へのアクセスはきわめてよくなり、精神科受診の敷居は下がった。しかし、平日の日中、医療にアクセスしている患者や、これまで受診したことがない人のこころの状態が、夜間休日に悪くなった時の救急医療体制はお寒い。

国は1995～1998年の4年間に、全国において地域の実情に応じて精神科救急システムを立ち上げるとし、現在ではなにもない県はない。しかしその実情は、時間帯、曜日、救急システム対応の入院形態制限、人口や地域の広さあたりの配置、情報センターの機能など地域によって「ばらばら」である。これが患者のニーズの違いからくる「ばらばら」ならいいが、行政の無理解や財政的理由による「ばらばら」、さらに担当する医療機関の実情、特に指定医の確保の困難さ、経営的視点からの不参加であれば悲惨である。

救急の根底にある理念は「いつでも」「どこでも」「だれでも」であり、救急医療は医療の原点であるといえる。精神科救急は救急といっても命に別状ないという人もいるが、不安でおびえていたり、急性の精神病状態で本人や家族や周辺の人が悩んでいたりにしているのは出血している状態と同じと考えるべきだろう。それなのに、これほど患者ニーズの視点に立たない「ばらばら」はどこから来るのであろうか。

輪番制の地域では、1か所では負いきれない

から輪番として協力する場合と、基幹病院として1か所にするのは病院を差別化するので困るからと輪番とする場合もあるようである。また、少しでも協力することで「救急病院」であるといえるのである場合もある。これはfashionである。このような病院では満床になれば、あるいは経営的にメリットがなければ、あるいは救急病院という看板を降ろさなければ、無理はしない。この看板に憧れてくる医師もいるからfashionも大切である。一方医師から見れば、自分は精神科救急医療をしている、あるいはしたことがあるという自己看板、あるいはアイデンティティを持つために精神科救急医療をしようというものもある。しかしこのような人は一応精神科救急がこんなものだとわかると、救急は疲れるといって辞めて、救急をしない楽な他の病院に勤めたり、開業したりする。このような場合、このような医師たちにとって精神科救急はfashionであるといえる。行政は都道府県民や国からの圧力があるとアリの的に参画して足れりとしている場合もあり、これまたfashion的参加といえるだろう。

別の面から考えると、最近ほどの精神科病院も新規患者の入院期間は短くなっており、病院へ入院してくる患者数が変わらなければベッドは空いてくる。このベッドを埋める最大のツールは救急医療である。筆者の病院でも1984～2004年の20年間で平均在院日数は506日から113日になり、夜間休日の患者が年間入院者数の40.2%にもなる。救急医療をしなければベッド数を減らすかそのスペースを全く別の機能へ転換するしかない。この意味で救急医療は

collectionとして働いている。また病院を営んでいるものにとっては、最近の精神科救急入院料病棟(いわゆるスーパー救急病棟)や精神科急性期治療病棟でなくても、短期入院であれば、たとえば最初の2週間の入院基本料は1年以後に比べると1.5倍であり、いつも入院待ち患者がいるようならベッドも埋まり、高い点数が取れるので経営的にもcollectionになる。しかしこの場合も、そのためだけであれば満床になったとたんにその病院にとって救急医療は面倒な存在になる。先に述べたように精神科救急をしているとそれに憧れて精神科医も応募してくる。その意味で救急医療をしている医療機関にとっては医師数の確保においてもcollection機能がある。また立場を変えて医師から見れば、救急医療をしている病院では指定医のレポート症例を早く得られるからといって応募するものもある。このような場合、ある程度働いて指定医の症例も得られたら、その医師にとって救急医療はこれまた面倒なものになってしまい、いい理由があれば断りたくなる。このような医師にとってはやはり救急医療は症例集めのcollection機能しかない。

計見一雄先生が創られた日本精神科救急学会は救急医療を実践する多職種が集団で、現在に至るまで精神科救急医療やシステムの向上と均質化を図ってきた。そのために精神科救急医療ガイドラインを作成し、現在は精神科救急医療認定医についても検討している。しかしこの認定制度ができたとしても、この認定がfashionにとどまり、mission性が後回しになっては大変なことになる。あくまでもこの認定は日夜救急サービスをする実践家に与えられるべきものであり、理論家に与えられるべきものではないだろう。

大阪府医師会監事の北北昭先生が救急担当理事でおられた頃、「救急医療に満床はない」と言われた。いくら入れてもいいという意味ではもちろんないが、困っている患者がいて医療が

必要であればすぐ応えるのが救急医療であり、医療が必要な100人のうち1人に必要なサービスが提供できなかったらその救急医療システムは失敗であると断言された。先生は精神科医ではないが、きわめて単純にして名言であると思う。このような立場を精神科に適用し、ニーズがある限り応えるのが精神科救急であろう。このような病院ではニーズがある限り応えなければならないので大変である。もちろん働くものの労働者性、医療安全への十分な配慮は必要である。医師のアイデンティティを失わせない程度の後送システムも利用し、瞬間風速的なオーバーベッドをしてもニーズに応えるのが救急と考えている医療機関にとって、またそのような考えで救急医療をしているスタッフにとって精神科救急はmissionである。このような病院にとってもfashionやcollection機能がないわけではない。筆者の病院においてもどの機能もある。勤めている医師にとってもどの機能もあるかもしれない。しかし最終的にはまず守らなければならないのはmissionであり、このmission性を忘れてfashion性やcollection性が優先されるから各地域の「ばらばら」が生まれると考えられる。この解決はやはり、医師を中心としたスタッフに対して精神科救急医療におけるmissionの必要性の教育以外には考えられない。熱心な医師が救急医療をしようとがんばりだすと他の医師や看護師たちからブレーキがかかるという話を時に聞く。この解決にはまずリーダーシップをとる医師がmission性の優先を当たり前とするような教育を最初に受けることが大切である。新しい研修制度での医師のインプリンティングは必ずしも大学教育から始まらないが、卒前教育を含めて精神科でも他科と同じく救急医療のmission性は高いという教育をすることがもっとも大切で、このようなインプリンティングなしにはこのような考えを持つ精神科医は生まれてこないだろう。

(さわ病院、日本精神科救急学会理事長)