

特集

「精神科救急の現状／急性期病棟」

澤 温 (医療法人北斗会 さわ病院)



澤 温 略歴

1973年 慶応義塾大学医学部卒業
1984年 藤田学園保健衛生大学医学部精神神経科講師 (～1986年)
1987年 医療法人北斗会・理事長 さわ病院・院長
2004年 奈良県立医科大学精神医学臨床教授
日本精神科救急学会理事長をつとめる

はじめに

精神科救急の現状と急性期病棟について書くことを要請された。精神科救急と急性期病棟をどのような関係にあるか、どのような関係にあると考えるべきか、また救急システムの大抵の現状、他県との比較を踏まえ精神科救急医療の問題点について述べてみる。

I. 精神科急性期の定義

計見らは1,000人の精神科医に精神科急性期についてのアンケート調査をし、急性期を①主として、直ちに医療や保護が必要な症状を有するといった、医療的要因によって規定すると考える人が55%、②時間的要因と医療的要因の両方を等しく重視して規定すると考える人39%、そして③主として発症からの期間や入院後の期間などの時間的要因によって規定すると考える人5.2%であったと報告している¹⁾このことから精神科急性期は時間的な要素より医療的要因を重視する人が多いとしている。

筆者は救急状態は上記の急性期に包含されると考えている。つまり救急はすべて急性期であり(急性期の準備状態も時にはあるが)、急性期には救急以外にも入院中の患者の急性増悪などが含まれると考えている。従って以下は精神科救急医療について述べ、その中で一部急性期治療についても述べる。

II. 精神科救急医療の要素

精神科救急医療を行うに当たって必須のものは6つである。それは、①医療の思想、②システム(体制)、③スタッフィング(態勢)、④施設、⑤技法、⑥質の確保である。それに支えられてアウトカムがあり、これを継続的にみて評価することでレベルアップとなる。これらについて日本精神科救急学会は2003年に「精神科救急医療ガイドライン」²⁾を発表し、救急医療のレベルアップを図ろうとした。

1. 精神科救急・急性期医療の思想

精神科救急の立場は一般の救急医療の思想と基本的には同じであり、それは「救急医療は医療の原点」であり、要素としては「いつでも」「どこでも」「誰でも」が守られることである。そして精神科の特有の問題としては「人権に配慮した医療」であることと同時に「法の立場の前に医の立場が先行することもある」ということである。具体的には疾患で苦しんでいる時に、あるいは周囲がその人の精神症状で苦しんでいる時に早期に医療的介入をすることであり、周囲がその患者の精神症状で迷惑をこうむっているから、その場から「取り去って」いくことを目的とするのではなく、医療を早く提供し、患者が健常時享受していた地域での生活に早く戻すことに目的がある。その意味で精神障害者は早く医療を受け、早く本来の生活に戻る潜在的な権利を有しているといえる。結局精神科救急は地域医療

の一環にあるのであり、形は在宅、外来通院、入院のどれでもありうるということである。

医療が医療者と患者との契約、信頼関係が基礎であることに誰も異論はないと思われるが、これを實現する基本は迅速性、責任性、継続性でありこのうちの責任性は患者責任制、自院責任制、地域責任制を意味する。患者責任制はあらゆる医師がもつべきものである。ただ診療所ではこれを365日24時間要求されると身がもたないのはわかるが、心情的には持つべきであると考えてほしい。一部の診療所の医師はグループで責任制を果たしておられると聞く。それが出来ないこともあるが、今晚自宅で過ごせるかわかなければ早め入院というのではなく、患者や家族にも説明の上、情報は病院側に送ってほしいものである。

2.精神科救急医療のシステム

上記のように、救急医療の思想に対して以下に述べるシステムはこれを補完する。地域で初発の場合の救急はどうかというと、これも本来地域責任制の下に組まれるべきであり、地域の医療機関にいつでもかかれるようにするべきであろう。これは地域内システムとでもいうべきものかもしれない。これで無理な時に都道府県単位の広域のシステムが作動すべきであり、逆転してこの広域のシステムがあれば患者責任制、自院責任制、地域責任制をはずしてよいものではない。実際には病院で当直していると救急医療をしていない総合病院、輪番に入っていない精神科病院そして診療所通院中のものが多い。大阪市内の当院付属のクリニックでは土、日の一次救急をしているが、¹⁾ 澤²⁾ は、都合81回の救急当直(21時から翌朝9時まで)で68人の受診があり、そのうち、これまで通院がどこにもなかった例

19人、通院があった例49人(内6人が自院通院中)であったと報告している。すなわち63.2%は本来かかりつけの医療機関が何らかの形で関わってほしいし、患者もそれを望むだろうがシステムがあるからそちらに流れている状態が起きている。

このようにシステムが発達すると救急医療も地域医療の一環という思想を要請させる。そういった点からいうと元来の地域医療の一環という思想が育つと、システムの必要性は減少するともいえる。

都道府県単位の精神科救急システムは、1978年に東京都で始まったと言っでよいだろう。これは緊急措置のみの対応(24時間)をしてきた。大都市で、人が地域に所属しないことが多いことからやむをえないであろう。一次救急、2次救急が始まったのは2002年の24時間精神医療相談事業が始まってからのことである。大阪府は1988年に始まった神奈川県方式をまねて1991年に始まった。神奈川県をまねて緊急医療と救急医療の2本立てとし、緊急医療は22時まで、救急医療は24時間としたが、この救急医療は1次と2次を含んでいた。2002年の24時間精神医療相談が始まった、まったくの相談であり、救急医療相談ではなかった。大阪はいまだに緊急医療は22時までであったため、医療に迅速にアクセスすべき人が警察に22時以後はとどめ置かれているのは人権侵害であると、2006年4月に毎日新聞夕刊トップに報道され、行政はようやく来年度から24時間とすることとなった。2005年9月に大阪府と大阪市は共同で精神科救急システムを運営し、救急医療相談を受ける精神科救急医療情報センターを発足させ、救急用ベッドの使用状況を把握し、その情報を関係機関からの問い合わせがあれば教えるようになった。同時に病院は従来手を

上げてくれるところの不満が補助金の少ないことにもあったので、受け入れるベッド数を増やすことで補助金を増やし、そのベッドが翌日も使えるようにというので原則後送をするとした。また先に述べたように、緊急医療は22時までであるので、22時までに該当者がなく緊急措置ベッドが空いていれば救急用ベッドに変更するという形とした。大阪府、人口870万人に対して救急用ベッドを6床用意し、それが埋まったら精神科救急医療情報センターはなにもしない。

この新しいシステムで確保ベッド数はやや増加したが、従来なら難しい患者は断っても良かったが、当番である限りまず受けることを条件とされたため参画しなくなった病院が続出、参画病院数はほぼ半減したため1病院への負荷は倍増した。また救急対応が終了したとセンターに連絡するまでは次の救急診療依頼をしてこないため救急隊の待ち時間は増した。

この新しいシステムにはもうひとつ大きな特徴がある。それは大阪市内には夜間、休日に外来診療も入院受け入れもできる医療機関がないため、まず一次救急医療をするシステムを作った。大阪府は診療所協会と折衝し、2002年に始まった東京都の例を参考に立ち上げた。時間的には20時から23時までで、輪番方式とした。診療所協会は固定した場所に向かう方式を提案したが、市は用意できず、2年を限度に輪番でするとした。23時までというのは東京都が22時までだから一歩進歩という考えのようであるが、原則の「いつでも」から見ると不十分といわざるを得ない。澤は先に述べた夜間68人の受診者について受診時間帯を調べた¹⁾。21～22時が14人(20.6%)、22～23時が9人(13.2%)、23～24時が8人(11.8%)、0～1時が7人(10.3%)、1～2時が12人(17.6%)、2～3時が4人(5.9%)、3～4時が4人(5.9%)、

4 5時が5人 (7.4%)、6-6時が2人 (2.9%)、6-7時は0人 (0%)、7-8時は2人 (2.9%)、8-9時は1人1.5 (%)であったと報告した。時間帯に1時間のずれはあるが23時まででは1/3ほどしかニーズを満たしていないことがわかる。

新しいシステムになって1年も経たないが、筆者は今後の変更課題を提出した。それは救急医療が地域医療の一環であること、自院はまず通院中の患者については責任を持つこと (自院責任制)、そして圏域を定め、各圏域の病院は自分の圏域の救急患者を責任を持って診ること (地域責任制)、そしてそれでも診てもらえない状況が発生した時は他の圏域がバックアップすること、この責任制には診療所も入ってもらうこと、大阪精神科病院協会が請け負うならすべての病院は月に2回は参画 (最低1回) すること、府立精神医療センターが参画していないので最後のバックアップとして参画する、大精協、大精診、公立病院などの各医療機関通院中患者が夜間救急受け入れ病院に来た情報を公表する (各医療機関の月当たりの件数のみ)、後送は原則しないとする、などである。現在委員会が立ち上げられ、後送を原則とするとした従来の考えは否定され、圏域ごとの地域責任制についてもほぼ受け入れられ、どのように圏域を考えるかという議論が始まっている。

東京都は1,200万人の人口に対して、月間一次救急は<15件、二次救急は<40件であるのに対し、大阪市を除く大阪府 (人口630万人) 大阪府 (250万人) についてはそれぞれ、一次救急は87件、38件、二次救急は87件、51件であった。このことについて東京都は受診抑制を情報センターがしていると議論の中で述べて怒りをかったことがあるが、救急をどのように考えるかで違ってくるのだろう。もとも

と救急隊は災害など生命の危険のある場合に出勤すると規定されている。しかし血を流していても命に別状ないから明日にしたら、と言うのは医学的には正しくても不安な患者や家族には役立たないのと同じで、不安でしかたない、眠れないで不安だなどは電話で話を聞いて症状が治まるならいいが、もし「命に触ることがないから明日受診したら」というのであったらどうだろう。

3.スタッフィング (態勢)

スタッフィングについても「精神科救急医療ガイドライン」²⁾に述べてあるので詳細は省く。キーワードはチーム医療と教育、そして熱意の持続をどのように保たせるかである。チーム医療が精神医療に必須であることに異論を挟む人はいないであろう。このチーム医療で自分のバックグラウンドの役割と患者中心としたチームの中での役割をわきまえ迅速に情報を共有し、地域医療の視点で考えられる人が必要で、そのためには教育が必要である。これは救急に限ったことでないが、救急現場では特に時間的要素も大きいので重要である。熱意の持続、そしてその持続ある人 (の数) の確保がもっとも難しい。特にどこでも困っているのが精神保健指定医である。救急医療に興味があって一度はやってみたくて来るが、一生するものでないとして覚えたからといってやめていくものも多い。

4.精神科救急医療の施設

これについても「精神科救急医療ガイドライン」²⁾で施設および設備の項に述べられているから参照されたい。精神科医療の施設に求められる要素としては、筆者は、セキュリティ、アメニティ、プライバシー、セルフエスティーム (自尊心・専断性) を損なわない、

ファーストインプレッションで違和感のないこと、再度具合悪くなったら来なくなるような施設、いつまでもいたくないことと考えている。最後のいつまでもいたくないことというのは、最近、精神科病院がホテルのように良くなって地域の貧しいアパートに帰るのはいやだと言って出て行かなくなることへの警告である。

5.技法

技法についても「精神科救急医療ガイドライン」²⁾では「鎮静法指針」の項で述べてある。技法といえるかどうかはわからないが、スタッフィングの項で述べた、チーム治療はひとつの技法ともいえると筆者は考えている。技法だからこそ教育も必要となる。さらに「精神科救急医療ガイドライン」²⁾の施設および設備の項で述べてあるが、身体拘束の器具としては「末梢循環障害等の防止に配慮されたマグネット式等の専用器具を使用」としている。最近この拘束および長期臥床や過鎮静による肺梗塞が問題になっており、この予防、診断および治療についても日本精神科救急学会は研修会を行っている。このマグネット式の拘束具は、ハンブルグのセグフィックス社のものがオリジナルである。一時期日本製でタッチガードという名前が類似品が売られていたが発売中止となった。最近筆者はカナダで同様のものを見つけ、日本精神科病院協会傘下の (有) ジェイ・ビー・エイチサービス (03-5232-3310) に輸入と販売をしてもらっているが、セグフィックスよりかなり廉価で良質のものが得られるようになった。

もうひとつの重要な技法はECTであるが、この技法について以前のように廃止などと悪く言う人は最近はなくなったが、安全に行うには麻酔に熟練した医師の確保

が重要である。このことについては昨年¹⁾の日本精神神経学会の研修コース、本年のシンポジウムでも発表し議論した。麻酔科医は必ず麻酔科医でなければならないといっているが、外科手術でさえ麻酔科医の確保には苦勞をし、マスコミで騒がれるほどである。日本精神神経学会ではこの点を今後日本麻酔科学会にも協力を願おうと議論された。日本精神神経学会、日本総合病院精神医学会、日本生物学的精神医学会では修正型でパルス波のECTについて研修をしているが、日本精神科救急学会では現在のパルス波機器はエネルギーが不足して治りにくい症例もあることからこの機器にとらわれず適切な使用についての研修会を昨年行い、本年も10月19日の総会最終日に広島で行う予定である。

6.質の確保

精神科救急医療の質の確保で重要なのは、自院での継続的統計調査（再入院率など）、患者や職員のアンケート調査（QOL調査、満足度調査）、そして外部評価（医療機能評価機構やISO9001）であろう。クリニカルパスについては精神科に適用できるかはなお議論があるところである。

おわりに

精神科医療自身の範囲をどこまでとするかはあいまいである。心の問題は誰もが、どの世代でも持つものである。従来なら親や友人や教師、あるいは近所の和尚やお節介あさんが相談に乗ってくれていたようなものまで、聞いてくれる人がいないから、秘密を守ってくれるからと言うだけで精神科を訪れる。このように地域の支えがなくなったことで精神科を訪れる人が増え、その人々がカウント

されると精神障害者が増えることになる。精神科受診の敷居が下がって気楽に来られるようになったことへの診療所の役割は大きいだろうと思うが、精神科受診者が増えるものの、夜間や休日の医療サービスがなくなるので精神障害者の増加に比例して精神科救急のニーズも増加するという数字が出てくる。精神科救急は入院に限っておらず、外来で終わる人も多い。筆者の病院でも2005年は救急時間帯に訪れた患者は、外来で終わったものが830人で入院に至ったものが735人である。入院になるか外来で終わるかは一般科でもファジーで、外来で入院と同じ機能を持っていたら外来で出来たらその方が良いに決まっている。そして入院させないで外来で診ようとするからこそ精神科救急は必須になる。それが全部病院勤務の医師の仕事となると、病院を運営するものにしたら良いかもしれないが、患者は医療が断絶し、受ける医師はなぜこのようなしんどい時間に他の医師の受け持ち患者を診なければならぬのかという不満をそそる。その不満が病院をやめて開業したくなる動機ともなっている。特に入院となると精神保健指定医が必要でどの病院も精神科救急をやりたくても精神保健指定医の確保がむずかしくなると参画しなくなったりする。2006年10月に精神保健福祉法が改正され、12時間以内なら精神保健指定医でなくてもある一定の要件を満たせば非指定医でも入院させることが出来ることになるようであるが、応急指定病院であるとか、すでに一般科3年に精神科2年というように、レポートを書きかけているような人へのみ許可するといった内容のようで、これでは緩和されたといえず役に立たないようである。患者のためにも救急医療が疲弊しないためにも診療所の医師もぜひなんらかの

形で精神科救急医療に寄与してほしいと考えている。

精神科救急医療に従事する人や経営する人について筆者は以前¹⁾、FashionやCollectionにとどまらず、Missionが必要であると述べたが、Missionとそれを支えるPassionのない救急はしない方がいいと考える。しかしPassionやMissionに頼りすぎる救急は持続しないのであって、それなりの人、設備、財源が必要である。精神科救急医療が特別視される間は十分でないともいえるのだろう。

【参考文献】

- 1) 計見 一雄、長谷川朝徳、平田 豊明 他、精神科医療における「急性期」定義の試み—精神保健指定医1,000名を対象とした意識調査の結果から—精神神経誌 1997; 99; 159~169
- 2) 精神科救急医療ガイドライン（2003年9月9日版）日本精神科救急学会 新興医学出版社 3002 東京
- 3) 澤 源、三浦 亜吉、三浦見一郎他、夜間休日の精神科初期救急のあり方について、精神科救急 2005; 8; 57~61
- 4) 澤 温、精神科救急—Fashion、Collection、Mission—、精神医学 2006; 48; 116~117