

第20回日本精神科救急学会総会

理事長講演

改めて地域精神医療と精神科救急

－学会設立から、担当させてもらった7年を振り返る－

澤 温

さわ病院

はじめに

本学会と本大会の趣旨

計見理事長のころは理事長講演で教育的な講演をされていたのですが、私は教育的というよりもむしろ現場的な人間ですので、理事長になってからも教育的なお話はしませんでした。今回、岸本年史先生から「大会で理事長講演をやれ」と言われ、退任させていただくので、理事長として、また一臨床医としての考えをまとめさせてもらうにはいいチャンスと思い、お引き受けさせていただいた次第です。

今日は3つの話をさせていただきます。

最初のお話は本学会、および今回の学術総会のテーマ“精神科救急と社会に生きる”そのものです。本学術総会を開催してくださいました奈良県立医科大学は精神科救急・合併症入院科病棟を大学として初めて有し、救急医療を含め本道を走っておりますが、最近「経済的スーパー救急」といったものが増えてきました。この学術総会で本学会の原点を再度問うことになると思いますので、それについて私の考えを述べてみたいと思います。

もう一つは学会の最近の歴史です。私は計見一雄前理事長から7年前に理事長を受け継ぎました。今年で交代をお願いしていましたので、これまでの7年間を振り返り、学会創設以来の方向付けが今回の学会のテーマへの過程にあることを確認したいということです。

最後は独り言ですが「私の思いと遺言」です。精神科救急の実践がいろいろ私に教えてくれた、与えてくれたものについて紹介して、参考になればと思っています。

本学会と本大会の趣旨ですが、抄録集の岸本先生の挨拶文に「地域社会で暮らす人々がいつでも安心して必要とする医療サービスを提供すること」と述べられています。先ほどの講演でも笠井清登教授もこれを非常に評価されていたと思います。本学会の設立の趣旨のなかには実はこれと一致したものがありません。学会ホームページに初代理事長の計見先生の言葉で「社会で生活しながら病気と闘っている人たちへの生活支援の一環として、危機介入その他の精神科救急医療サービスを提供するという任務で、ここでは『生活モデル』『リハビリテーションモデル』に依拠する」と書かれています。

先ほど岸本先生が「精神科救急に熱心に取り組んだ」とご紹介くださったのですが、私個人は大学時代もさわ病院でも『依頼があれば断らない』ということをやってきたつもりでして、救急というものを特別なシステムとしては考えていませんでした。救急対応の重要性は社会復帰と連動して増大すると考えてきました。「精神科救急によって収容的精神医療に終止符を打とう」と計見前理事長が考えられたのですが、見方を変えたと私の「社会復帰を促進させて、その時必要となる救急状態に対処する」というのは、攻め方の方法は異なりますが結果は同じだと思います。

精神科救急の立ち位置をもう一度整理しますと、地域生活者の方がたまたま病気になられたということで、地域での生活が中断し、入院生活に入った。そしてそれっきりだということも一時はあったわけですが、それが精神科救急とリハビリ

という短期治療を受けて、できるだけ早期に地域に帰れる、入院しても早期に地域生活に戻れる。あとは地域生活をどのようにして維持するのかということがまた大きな問題としてあるわけです。ですから、岸本先生がおっしゃっているのは再発予防と事例化モデルで、計見先生のおっしゃっているのは生活モデルとリハビリテーションモデル、そして anti 収容的精神医療、そして私の視点は、救急医療は社会復帰と両輪、救急は医療の原点で特別ではないというもので、視点は異なるのですが同じものを攻めてきたのだらうと思います。

学会の歴史から見た現在

学会の最近の歴史において、理事長を務めさせてもらった7年間を振り返りますと、まず精神科救急の質と向上をはかるためにアメリカ精神科救急医学会のスタンダードを参考に本学会のスタンダードを作ろうと提案させていただきました。医療政策委員会を中心に作成し、11回定期総会で2003年版ガイドラインを刊行しました。こちらはもうお手元にない方もたくさんいらっしゃるだらうと思います。2007年に規制薬物関連精神障害の治療ガイドラインを刊行し、総論、薬物療法、自殺未遂者対応へのガイドライン3冊を2009年に出しました。2011年、規制薬物関連精神障害については小沼杏坪理事の努力と采配の下で改訂、刊行し、現在の薬物療法ガイドラインの改訂のためには中立な研究によるエビデンスが必要であるとして、八田耕太郎理事らによる継続的な研究が行われています。

アメリカのアメリカ精神科救急医学会(AAEP)のスタンダードはAAEP第10回記念の1999年に出されたもので、これはたまたまアメリカに行ったときにアメリカの精神科救急学会のブースのところでもらったものです。ほとんどは各州の精神科救急の状況が書いてあり、後ろのほうにスタンダードの部分があります。スタンダードといってもわずか2ページです。表紙には“STANDARDS FOR PSYCHIATRIC EMERGENCY CARE”と書いてあります。スタンダードに書いて

てあるのは4項目(Accessibility, Staffing, Management, Facility-Equipment)しかありません。

その一つが Accessibility です。①24時間リストアップされたところに電話すればいつでもサービスは受けられる、②24時間患者さんを受け入れる、③お金を払わない人でも断るということはない。これをみると非常に簡単なことが書かれています。先ほどの生活者を支えるということを考えると、①～③は絶対保証されなければいけないだろうと改めて思います。ただし、③は民間病院ではきびしいところです。

Staffing については Security officers と書かれています。アメリカの精神科病棟の入り口には小さなポリスボックスのようなものがありますが、そのようなことを意味しているのだらうと思います。Medical consultation will be readily available という身体的なコンサルテーションも簡単に得られるということが書いてあります。

Management については、日本のほかの県は知りませんが、大阪ではアルコールが入っている人は断っていいよという基準がありますので detoxification は精神科救急に入ってきません。これはもう一度考え直さなくてはならないと常々思っています。昔、中毒者というのは実は犠牲者 Victim だと言った外国の方がおられたけれど、そう思ったら「あいつは飲んで、くだまいていだけ」ではないのですから、精神医療のなかで考えなければいけないだらうと思います。先ほどのアメリカのガーナー先生、フランスの阿部先生のお話にもあったように、救急医療は非常に短時間です。スタンダードでも23時間をこえないで出なさい、フランスでも48時間で、それ以上に關しては「きちんとベッドがあるところならよいけれども」と、救急の入院はむしろ例外的に書いてあります。その他、いろいろなマニュアルを整備しなさいと書いてあります。

Facility-Equipment においては、medical service つまり身体的なサービスにすぐにみてもらえることと書かれてありますが、これは日本で大きな問題の一つです。

本学会が出したガイドラインの2003年度の総論は、アメリカ版では2ページでしたが、日本版

は4ページでした。規制薬物関連精神障害のガイドラインを出したのが2007年で102ページです。2010年の3冊セットでは、総論8ページ、薬物対応30ページ、自殺未遂者対応39ページです。最後に、2011年に小沼先生を中心に出された規制薬物ガイドラインは117ページあり、非常に各論が詳しくなっています。

つぎに認定医制度に関しましては、第12回定期総会で提案させていただきました。伊豫雅臣先生のもとで現在ようやく具体化し、始まろうとしています。準備委員会から、検討委員会になり、新規取得と更新、指導医と専門医の認定について詰めております。「スタートしよう」ということでご承認いただいたところです。

スタッフの研修につきましては本学会の2003年版のガイドラインで明示しており、12回学術総会から“研修会”が開始され、杉山直也副理事長のもとにある教育研修会に企画・運営が移行しております。現在のところ教育研修会テキストが2冊刊行されており、治療に困った症例などを中心とした非常に現場的な内容で、実際の研修会では個人情報保護の観点からぎりぎりのところで提示しているので、なかなか出版しにくくて苦慮しています。非常に読みがいのあるものです。

救急医療内容の質の向上については、医療政策委員会が作業を行っていき、平田豊明理事長や杉山副理事長らによる多くの厚生労働科学研究がありますし、全国規模で一定の水準を決めてそれに近づこうとするeCODOという仕組みが考えられてきています。

学会規約と選挙規定作成ですが、学会が創成期から発展期に達したとして、学会の方針決定のあり方を、従来のトップダウンでなく、ボトムアップにするための規則へ変えていこうということで、山内俊雄理事、荒田寛理事と私で規約の改訂作業を行い、新たな規約を先ほどの総会でご承認いただきました。3年後の選挙はこれでいこうということになります。それにより精神科救急の質の向上に向けて多くの理事、評議員の決定が行われるようになり、さらに発展が望まれます。

ここまでは今までの7年の歴史、あるいは私が携わらせていただいた歴史です。

“私の思いと遺言”

精神科救急の実践が与えてくれたもの

私は実は今年、介護保険の対象になります。夜間の当直もそろそろ体がついていなくなってきました。私は当直ができなくなったら、潜れなくなった潜水夫と同じだというのが信念だったので、現場主義の本学会から考えると、もう辞めさせてもらおうと決めていたのです。山内先生からメールで「もう少し続けたらどうか」という話もいただきましたが、私の真意をお知らせしたら分かってくださいました。しかし「平理事は続けるように」と言われて1年だけという条件で受けさせていただきました。

救急医療で夜間忙しくても40歳までは一晩寝ると元気になりました。50歳までは元気になるのに3日くらい、60歳までは元気になるのに1週間かかるようになり、60歳をすぎると救急をしなくてもいつもしんどくなった。これからも月1回程度は勉強と思って当直をしようと思っていますが、第一線で活躍しているとはいえない状況だと思います。ときどきヒーヒー言いながら潜っている潜水夫と同じだと思っています。

2011年、菅前首相が言った「この大震災に取り組むことに一定のめどがついた段階で、私がやるべき一定の役割が果たせた段階で、若い世代の皆さんにいろいろな責任を引き継いでいただきたい」という言葉が気に入っています。菅さんについてはいろいろ非難もありますが、私は自分自身のことについて、菅前首相の言葉のように感じています。

ここからは経験から得たものを書いた論文から引用します。

日々臨床をしながら、教科書にはない医療的、社会的な問題に日々ぶつかり、一つ一つ解決していく経験を積み重ねていくことが、私にとっての「精神科救急医に求められるもの」を培ってきたのです。ですから私が救急臨床を降りたときは、もう新しい考えは生まれないと考えています。

けれど、精神科救急を語るときは演繹的なものではなく、帰納的であること、そして精神科救急というのは語るものでも、書くものでも、また聞

くものでも、読むものでも、見るものでもなく「やるもの」である（精神科救急, 12:45-48, 2009）と考えています。これはリハビリテーションも同じだと思っています。これは私が得ていなかったものを自分で得てきた過程なので、皆さんも現場のなかから自分自身にとってのスローガンを見つけ、その後の臨床でそれがあてはまるかどうか考えて検証していただければよいと思います。これからの話がその参考になれば幸いです。

いつも私は「迅速性、責任制、継続性」（変わりゆく精神保健・医療・福祉－精神障害の理解と援助－, 第一出版印刷, 奈良, 98-120, 1999）が大切と言っています。迅速性の一番代表は救急ですが、さわ病院でも迅速性が保たれているのかと気になることがたまにあります。「救急病棟の予約が入っています」というので「バカヤロー」と言うのですが皆さんどう思われますか。

責任性としては、患者責任制、自院責任制、地域責任制（日本外来精神医療学会誌, 6:33-36, 2006）をあげています。最近では平田先生のミクロ救急、マクロ救急のほうが有名になっていますけれども、私は前から患者責任制、自院責任制、地域責任制と言っています。自分の患者さんは自分で診るよ、自分の病院の患者さんは自分の患者さんでなくても自分で診るよ、そして地域で発生した患者さんは地域で責任もてよということです。これが地域医療の根幹だろうと思います。そして責任をもって継続的に治療を行っていくというのは、これはやっぱり医療者として一番求められていて、患者さんが一番信頼してくれるベースだと思っています。この継続性が中断されたものを補っているのが救急というもので、非常に辛いところです。患者さんが普段かかっている病院で診てくれないから、救急をしているというこの病院で診てくれという場合のことで、これは皆が考えなければならないことだろうと思います。

皮肉なことに「現在の精神科救急は、患者責任制、自院責任制、地域責任制が破壊され、システムが最前線に出てきてしまっている」（臨床精神医学, 40:601-606, 2011）と思っています。

アメニティ、プライバシー、セキュリティ（日精協誌, 20:133-137, 2001）というのは私が考

案した、隔離にも使える個室であるエラストピアの基本理念です。アメニティ、プライバシーを守ろうとするとセキュリティが落ちる。それらのせめぎ合いのなかで、できるだけレベルの高いものを作っていこうという考え方が大切です。大阪には精神科医療機関療養環境検討協議会（前権利擁護会議）があります。この原点は、大和川病院事件のときに出た、「精神科病院はこのままでは困る」という人権団体からのつきあげです。この委員会で、最近厚生労働省に対して、昭和37年7月20日医発第670号各都道府県知事宛厚生省医務局長通知「精神病院の保護室の構造設備について」に示されている、観察廊下の付いた隔離室はいかににも人権侵害だと出したら、厚労省は「前から良いとは言っていない」と木で鼻を括ったような応えがあり、それを否定するとも何とも言っていません。

いずれにしても患者さんの人権、尊厳を守って私たちは治療していくが、人権侵害になりやすいぎりぎりのところで強制治療等を行っていくのだと、いつも悩みながら救急医療をするのだらうと思っています。

「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」（日本外来精神医療学会誌, 3:7-16, 2003）というのは、2003年の外来精神医療学会の会長講演で最初に言いました。病院、特に精神科の病院の場合は、病院の中はいつも生活環境的でもあるし治療環境的でもあります。病院から地域に移って地域で生活し、医療を必要とする人にとって、地域に病院と同じくらいの機能がなければ、その人たちの病気だけではなくて生活の破綻もきたします。これは私たちが阪神淡路大震災のときも経験しましたし、東日本大震災のときも同じです。まず、薬が切れる、避難所に行ったが薬を忘れてきた、あるいは夜眠れない、プライバシーがない、ストレスだ、そして再燃してくる。まずでんかんの方が再燃する、そして統合失調症の方、すこし遅れて双極性障害の方達が「頑張らなくて」という気持ちになって、頑張ってしまう発症や再燃することを経験します。皮肉った言い方をすると、地域においても病院と同じような機能がないのなら入院させておいたほうが幸せでないか

と私は言うのです。

それから「医療にアクセスしなければ医療がアクセスする」(日精協誌, 23:1068-1073, 2004)これはアウトリーチの考え方の基本でした。これは2000年に移送制度ができたときに、当時の精神保健課長とかなりやりあいました。精神科救急学会がリードして国際シンポジウムを開き、当時のアメリカ精神科救急医学会会長のジルバーグ先生とフランスのシャルコー病院のカナス先生をお呼びして移動精神科救急サービス, Mobile psychiatric emergency services についてのシンポジウムを開催しました。その後も当時の課長は、移送制度ができた以上、患者さんのところに勝手に往診して治療するのは違法だと言っていましたけれど、それはないだろうと思っています。医療にアクセスしてこなければ医療がアクセスする、医療との接点が必要だったらそう考えてやるのは簡単なことですから。

さわ病院では入職時の小論文の問題に、「患者さんが病院に行きたくないと言っていて家族の人が困っていると言ってきたらどうしますか」を出しています。「じゃあ行きましょう」という人が合格です。「何とか説得します」とか「連れてきたら診ます」とありきたりのことを言っている人は不合格になる。

精神科救急の3つの要素, Fashion, Collection, Mission を言ってきました(精神医学, 48:116-117, 2006)。たまたま医学書院の「精神医学」の巻頭言を書かないかと言われたときに書いたものですが、Fashion 性も悪いとは言いませんし、Collection 性もあってよい、しかし Mission 性をなくして精神科救急はありえない。「私は救急医だ」、「私の病院は救急病院だ」というのはカッコいいので若い医師も集まる、また救急をやっていれば患者さんは集まる、でも患者さんが集まってベッドが埋まったらもう患者さんは要らないというのは救急ではない。ですから背景に Mission 性がなくてはならない。そして Mission を支える Passion, そして Passion を持続させ下から支える Affection をもっていなければこの救急というのは続かないし、機能しないと考えます。

それから今回の学術総会のテーマにあるように、救急医療は地域医療の一部(日精協誌, 26:922-928, 2007)で、病院は地域の中の一つの資源(病院・地域精神医学, 51:108-110, 2009)だと思います。これは改めて言う必要もないのですが、ここであえてあげたのは、これは重要で、私が初めて書いたのはここからです。病院は地域の中の一つの資源だというのは、2007年に京都で第50回日本病院地域精神医学会の基本テーマでもあり、シンポジウムテーマでもあった「『病院』と『地域』～なんで一緒にやれへんの?!」においてシンポジストをさせてもらいました。私はそのテーマに違和感を感じました。病院は地域の中の一つの資源なので、地域と遊離したり対峙したりするものではないだろうと考えていたからです。地域生活をしていて、病院は一時利用するものだと思えば何も一緒にやるのに問題はないと思います

「戻しあり」の身体合併症対策(大阪救急(別冊), 74-79, 2010)と機能的総合病院(臨床精神医学, 41:407-413, 2012)についてですが、これは最近一番問題になっている身体合併症をもった精神科救急患者への対応のことです。先ほど杉山先生が並列モデル、縦列モデルを出しておられましたが、なかなか縦列モデルだけではうまく流れないことがある。そこで機能的総合病院あるいは地域の中で総合病院的な機能をもたせるということでスムーズにいかせようと考えます。そのなかで「戻しあり」をつける、いったん受けるけれども何かあったら戻すから受けてくださいよといった形で複数の病院を利用することで全体としての総合病院だと考えるのです。隣の病棟に応援にいくように電話連絡したりスタッフが行ったり、「戻しあり」を含めた患者さんの移動ができるようにできる体制が重要だと考えます。

最近私が一番関心をもっているのが救急のなかで必ずしも精神科救急を使わなくてもよい人たちがいることです。もっといろいろなサポートがあれば、精神科救急を使わなくてもよい人が、ほかのサポートやサービスがないから精神科救急に流れ込んでくる。結局救急は単なる火消しでしかない(日本外来臨床精神医学, 9:5-11, 2011)と

思っています。火消しは大事ですが、まずは火を出さないように、燃えるものを減らさなければいけないと思うのです。つまり精神科救急で救急利用の予防という考えが必要ではないかと思えます。最近の若い方々のうつ状態をみているとつくづくそう思います。

救急医療は地域医療の最後の砦である（精神科臨床サービス，9：385-389, 2009）と言ってきましたが、最近の精神科救急はというと、システムや体制ができて「無理してでもやる」から「無理してまではしない，無理して何かあったら噛み付かれる，訴訟になる」といった状況に変わってきました。しかも，スーパー救急といっても「経済的スーパー救急」が大手を振っている。「何かインセンティブは？」という非常に現代的な考え方をしている。

私はもう辞めますので非常にきつい言い方ですが，精神保健指定医業務も通院精神療法や認知行動療法と絡めて無理やり救急医療との接点を保つ「経済的精神保健指定医」ができてしまった。“悪貨は良貨を駆逐する”という言葉がありますが，そんな感じがしてならない。

本来救急というのは，日本でも救急告示病院の認定基準というのがあります。救急患者のための専用または優先病床数が1科に2床以上，これはきついですね。それから365日24時間体制，これはあたりまえで，これはアメリカの救急学会で10年以上も前に言っているのです。それから輪番というのは例外とされているのに，これが基本のようになっている。精神科では「輪番でもよろしい」なのにそれが基準になってしまっている。

指定医が高い点数をとるためには，公的業務あるいは救急業務への参画あるいは自院責任制としてコールバックできる体制さえとっていけばよいだろう，携帯電話の番号を教えておけばよいと。それですみやかにコールバックするとなっているのですが「ごめん電池が切れていた」とか「電源を入れていなかった」と言う。それでも通ってしまうようでは困ります。自院責任制を守れるのか患者責任制をどこまで守れるのかということですが，患者さんもそこを一番求めているのだと思います。

笠井教授が主催される来年の学会でも，当事者が求めているのは何だ（精神科救急サービス改革：当事者中心の原点）というテーマです。患者さんは「自分の担当医がいつも対応してくれる」というのを求めている。それについてくみをきちんとしないと単なる逃げ道ばかり作っていつてしまうのではないかと危惧しています。

それからこれもきついですが，「診療所協会は抜け道を模索している」，抜け道ではなくて「参画するんだ」という意志をもらいたいなと思っています。「こっちの水は甘いぞ，あっちの水は苦いぞ」というと，みんな甘いほうばかりに逃げていつてしまう。そうではなくて，苦いけどこれはMissionだという，そしてそれを突き動かすPassionだ，そしてそれを維持させるAffectionをもつんだという，そのような気持ちを若い先生方にはもち続けて欲しいと思っています。

私は，今後，年も考えて，大きな問題となっている純粹な精神疾患以外の心を病む状態で，自殺をはじめとする問題に時間をかけて対応していきたいと思っています。これにも精神保健的な救急問題を含んでいます。「精神科救急の守備範囲は？」というのが第14回総会のテーマだったのですが，これも時代によってニーズが変わってくると思います。心の問題をもつ人に迅速に対応する必要があるとき，ほかのサポートが不十分なときに，よいか悪いかは別として，どかっと精神科救急にお呼びがかかる。守備範囲が広すぎるのも問題ですけれども，今後何度か形を変えてこの学会のテーマにあがってくるだろうと考えております。

ぜひ，今後平田新理事長のもとで総論的なものからはずれない各論をどんどん進めていただきたい。

先ほどの菅前首相のメッセージ「この大震災に取り組むことに一定のめどがついた段階で，私がやるべき一定の役割が果たせた段階で，若い世代の皆さんにいろいろな責任を引き継いでいただきたい」をもう一度言っておきたい。「お前には失態が無い。菅さんとは違うだろう」と言うのですが，精神科救急はある意味スピードが要求されるからひとりでは走れない。バトンタッ

チできるから最大スピードで走れる訳で、一定の目処が何かは言えないと思います。政治家や官僚のように自分の時代に何か実績を残してやめるということではない。まあ、就任の挨拶のときに申し上げましたように、会員数が減ったらすぐに辞めるという点だけは、会員数が912名まで増えましたので何とかクリアできました。自分の病院の行く末さえも見えないので、精神医療の行く末はもっと見えません。

社会の変動で次々と問題が出てきます。心の問題というのは誰にでもある問題でもあると国民が理解することというのは国の大きな方針ですけれども、じゃあすべてが医療と関わるのかというと、それはどうか分かりません。国や国民の考え方もどのように変わるのか見えません。そのなか

で実務者の集まりであるこの学会ではまだまだしなければならぬことがあります。しかし、実務者だから、毎日毎日の救急臨床に携わっているからピンピンと問題が見えてくるので、その一つが、私が救急の医者としてやってきて見えてきた先ほどお話ししたようなことです。皆さんも自分自分の言葉を見いだしながらこの精神科救急学会で色んな提案、提言をしていただければと思います。

私は将来、山間部にある農家を利用し、時間をかけて心の問題を予防できるそのような耐性をもった人々を育てることに貢献できたらと思っています。7年間支えてくださった皆様に改めて感謝申し上げ話を終えさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。