



精神科救急についての基本的考え方*

澤

温**

Key Words: psychiatric emergency service, community care

はじめに

医療は、人が病になったとき、できるだけ早くその苦しみをとり、その人が病をもたない時、あるいは持つ前の身体の状態、活動の状態にもどすためにサービスを用意することに異論はない。その時もっとも必要なのは迅速性、責任性、継続性であると筆者は考えている¹⁾。このうちの迅速性を保証するのが救急医療である。これは一般医療に限らず、精神医療を含めたあらゆる科においていえることである。もちろん精神医療はその人が病をもたない時の心の状態、活動の状態にできるだけ早くもどすためにサービスを用意するのである。そして、すでに治療関係があるとき、それまでかかわっていた医師をはじめとする医療スタッフが対応すれば少々の変化でも捉えられ、より長くみていればより確かな判断、したがって、より早い対応ができ、また、患者には大きな安心感を与える。これが責任性、継続性といえる。

その意味では医療を必要とするところではどこでも、この三つの要素を保証しつつ、医療が提供されるようなシステムが用意されるべきである。この点はきわめて重要で、精神科も救急医療はこの原点に始まり、この原点に終わるといい。ただ他科では、意識のある限り救急対応が必要と思った人と搬送される人の考

えはほとんどの場合一致しているが、精神科では早い対応が必要な場合であるほど本人は救急対応を望むことが少ないことが多く、そのため人権に配慮した医療を要求されるが、患者は不当に拘束されない権利があると同時に精神障害ゆえに判断が十分にできなくなった時には、早く判断ができるように治してもらい、治療を受ける権利を潜在的に持っていると考えられるべきであると筆者は考えている²⁾。つまり精神科救急では時に「法の立場」の前に「医の立場」があり、まず「迅速性」が保証されるべきで、その時後追いで法の立場が守られたか検証することは必須である。

日本の精神科救急の発展

全県対象の精神科救急システムが始まったのは東京都で1978年のことである。この詳細は前号で分島が述べているのでここでは述べないが、いずれにしても措置鑑定を中心として、現在は都内の4カ所の病院に搬送してそこで診察し、必要なら入院させ、ほとんどが翌日当番病院へ搬送するという形のものである。その後、滋賀県が1981年、栃木県が1985年、神奈川県が1988年に開始した。神奈川は緊急措置鑑定を必要とする緊急医療とそれより緊急鑑定を必要としない救急医療に分けた。しかし、緊急医療が24時間体制となったのは本年からであるが、救急医療は来年からと聞いている。1991年には群馬県、高知県、大阪府でスタートした。

* Psychiatric Emergency②—Basic concept of psychiatric emergency.

** Yutaka SAWA, M.D.: さわ病院〔☎561-8691 豊中市城山町1-9-1〕; Sawa Hospital, Toyonaka, Osaka, JAPAN.

大阪府の精神科救急の発展

筆者の所属する大阪府における精神科救急医療についての起源は1973年の大阪府救急医療対策審議会に始まり、1990年の大阪府精神保健審議会の答申「精神科救急医療体制の整備について」に基づいている。答申書の中の「精神科救急医療体制整備にあたっての基本的な理念」において、①患者の人権の尊重、②最初の医療の重要性、③治療の一貫性の保持(生活圏、従来の治療関係を崩さない)、④精神科医療体制の充実(地域に密着した精神科保健医療システム全体の整備充実；病診連携)、⑤行政並びに医療機関の責任と協力体制の確保があげられた。さらに精神科緊急救急システムは答申の中の「具体的な提言」として、(1)精神科時間外救急医療体制の整備として、①精神科時間外救急医療の対象と定義がされ、二つに分けられた。

第一は精神科時間外緊急医療であり、時間外において精神科疾患の急性発症もしくは症状の急変により速やかに医療を加える必要があり、精神保健鑑定を必要とする医療および保護を指すもので、精神保健法第29条の2に規定する緊急鑑定により行うとした。第二は精神科時間外救急医療であり、時間外において精神科疾患の急性発症もしくは症状の急変により速やかに医療を加える必要があり、精神保健鑑定を伴わない医療および保護を指すものである。②に医療圏について記載され、当時は府下を4ブロックに分け(二次医療圏)、緊急鑑定をする基幹病院を固定し(応急指定が可能で疾患を選ばないで対応できる病院)、緊急鑑定を必要としない救急医療は各ブロックに2病院ずつを輪番で、手上げ方式で決めるようにした。大阪府は精神科病院がないため周辺の3ブロックの6病院でカバーされ、現在も救急医療は周辺の大阪府下の病院に依存しているが、緊急医療は大都市特例が開始されてから市の総合医療センターが行っている。ただこの緊急鑑定の受付窓口は10年を過ぎた現在も22時で閉じられ、この時間を過ぎた患者の対応について大きな問題を残している。その後、二次医療圏はそれまでの基本保健医療圏がとってかわり、大阪府を除いて7圏域になり、

各圏域で毎日1病院が輪番で指定されている。大阪は東京、神奈川よりスタートは遅れているが、24時間救急医療が受けられる病院が指定されている点では先の2都県より優れている。しかし、実際には手上げ方式のため、ひどいと1日7病院のところ2病院しか手を上げない時もある。これは土日の夜間が多いが、これまでなんども対策をと府に申し入れているがまったく解決していない。現在、輪番はインターネットで空床状況が隔離室を含め男女別でわかるようになってきているが、手上げ方式のため原則的に疾患を選ぶことは可能であり、また、男女いずれかの病床を空ければよく、さらに隔離室をあけるという規定もないため、救急隊からは病院選別に最長7時間もかかることがあるといわれ新たな方策が必要とされている。この輪番は、③のシステムの中で述べられている。答申の中の「具体的な提言」は、(1)精神科時間外救急医療体制の整備に続けて、(2)身体合併症患者の受け入れ体制の整備をあげ、府下11の大学病院、総合病院をリストしているが、一部精神科病院に併設した一般科以外はほとんど機能していない。これは全国的にもまだまだ整備されていない。

本年7月から大阪府と大阪府は本年4月から国で制度化された「精神障害者24時間医療相談事業」を開始し、24時間の電話相談を開始しようとしている。結構なことであるが、医療的な相談は電話を受けた精神保健福祉士か看護師が輪番の病院に問い合わせで相談者に返事をするという手間のかかる手順を考えており、大阪精神病院協会は上記の問題点を一気に解決するような方式を目指すように要求している。すなわち、緊急医療の24時間受け付け窓口、一次救急(外来)機能の併設、福祉的電話相談のみでなく医療的相談も同時にできることの3点であり、これがすみやかにできるように専門部会を置くことを大阪府、市と約束した。当事者にとっては今困っているということはあっても、それが医療なのか福祉なのか分けて相談するより1カ所ですればそれにこしたことはないはずである。

大阪のシステムについてかなりの部分を割いたが、それは「精神科救急医療体制整備にあたっての基本的な理念」において述べられた5つの項

目のうち、②最初の医療の重要性、③治療の一貫性の保持(生活圏、従来の治療関係を崩さない)、④精神科医療体制の充実(地域に密着した精神科保健医療システム全体の整備充実; 病診連携)、⑤行政並びに医療機関の責任と協力体制の確保は、最初に述べた迅速性、責任性、継続性について述べたものともとれる点では高く評価されている。しかし、実際は輪番で手を上げている病院が少なかったり、偏在していたりし、三つの必須要素は満たされていないのが現状である。そして、毎日が同じ受け入れ体制がない点で均質なサービスが保証されていないといえる。

一方、国の方ではもっとお寒い状況で、1995年7月1日より実施するとして「精神科救急医療システム整備事業の実施について」では、精神障害者等の休日、夜間等における緊急時の精神医療の確保のために定める; 精神科救急医療の充実を図るために創設する; 実施に当たって一般の救急医療体制との十分な連携調整を図るものとする; 各都道府県においては、この趣旨を踏まえ、地域の実情に応じた精神科救急医療システムを構築し、精神障害者等の緊急時における精神医療が確保されるよう積極的に対応されたいとしているが、具体的なシステムについて述べた「精神科救急医療システム整備事業実施要綱」では、事業の内容の中で、①精神科救急医療施設としては、国立若しくは都道府県立の精神病院、精神保健福祉法に規定する指定病院、応急入院指定病院の中から、地域の実情に応じて都道府県知事が指定し、病院群輪番制等により実施することとする、②精神科救急医療施設として指定された精神病院は、休日または夜間の緊急受診者への対応ができる体制(精神保健指定医のオンコール等による)を整えるものとし、入院を必要とする場合には入院させることができるよう空床を確保することとする、③搬送体制としては搬送を必要とする精神障害者については、消防機関又は精神科救急医療施設の搬送車両等により精神科救急医療施設への搬送を行う、④後方病院の確保としては精神科救急医療システムの円滑な運営を図るため、救急医療を終了した者については転院させることができるよう、必要に応じ後方病院を確保することとしている。

これからわかるように「休日または夜間の緊急受診者への対応ができる体制」としつつも精神保健指定医のオンコールなどを強調し、搬送、後送等も入院を意識したものである。決定的なのはこのシステムのための補助金で、当直医師の人件費も出ない額が定められており、入院させないと「もとがとれない」ような仕組みになっている。つまり冒頭で述べた「できるだけはやくその苦しみを取り、その人が病をもたない時の心の状態、活動の状態にできるだけ早くもどす」という地域精神保健、医療の概念はないといっている。

最後に

今回は紙面の関係で項目のみとするが、2000年に改正された精神保健福祉法の中の34条すなわち移送条項は、申請の後「移送のための事前調査」を行い、「都道府県知事は、その指定する指定医による診察の結果、直ちに入院させなければその者の医療および保護を図る上で著しく支障がある者であって当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判断されたもの」を応急指定病院に移送することができるというものである。筆者はこれまで3例の移送判断に立ち会った。どの症例も「直ちに」というほどでなく、そのため2例については事前調査が申請後約4カ月行われ、その上で移送にかかわる診察を依頼され、1時間ほどの診察で移送を決定することになった。いずれの場合も事前調査に嘱託医が行っても治療を地域でどのように提供するかという努力はなされず、移送のための診察時筆者は訪問看護師を連れて行き、入院しないでそこでの治療ができないか探ろうとしても、すでに「治療的視点のない」事前調査は何度かされており、もう一度地域医療を提供するトライアルを提案できなかった。本来先に述べたように地域から切り離さないで治療を続けることが大切であるが、その姿勢を貫くのは難しい法文になっている²⁾。この点は現在議論になっている「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」でも社会復帰を目標とするといわれながらも地域医療の考え方は入っていない。

先日、バルセロナで行われた第6回国際精神科救急医学会世界大会の基調講演でイギリスのソーニクロフト教授が地域医療の中での精神科救急について講演した。精神科救急の根底は地域精神保健・医療であるというのである。厚生労働省は根本的に精神科救急医療を考え直してもらわねばならないようにも思う。次回は今回の内容を一つ一つ取り上げたい。

文 献

- 1) 澤 温. 5章 社会的ニーズに対応する精神科病院. In: 乾 正, 瀧本優子・編. 変わりゆく精神保健・医療・福祉—精神障害の理解と援助. 奈良: 医学書林; 1999. p. 98-120.
- 2) 澤 温. 移送制度の現状と問題点. 日本精神病院協会雑誌 2000; 19: 45-52.

* * *