

精神科救急とリハビリテーション

澤 温

第22回日本社会精神医学会——研修コース③

精神科救急とリハビリテーション

澤 温

はじめに

他の医療と同じく、精神科領域でも疾患や障害が起きた時にいつでもだれでも医療サービスが受けられることは極めて大切であり、その意味で精神科救急は特に取り立てる必要もない。しかし他の医療の領域と違って、精神科医療が必要な時ほど医療にアクセスしてこないという特徴があり、また人権上の配慮を必要とするところなどが異なっている。また精神障害のうち、特に精神分裂病は「障害」を残すことも多く、社会復帰を困難にしやすいため早期からその対応が必要になるが、これすなわちリハビリテーションといえる。

つまり精神科救急は精神科医療の入口であり、リハビリテーションは出口であるといえる。基本的には救急医療を使わず、予防的に精神科医療に気楽にアクセスできるような状態が大切であるが、1970年代から精神科リハビリテーションが少しずつ進められ、地域精神保健、医療、福祉の考え方が広まり、精神疾患をもってでもできるだけ地域で治療していこうとすればするほど、あるいは入院を短期にしていこうとすればするほど、そのバックアップあるいは担保として救急医療が必要になってきた。この精神科リハビリテーションは単独では機能せず、他の地域保健医療サービス、例えば往診や訪問看護との連携が大変重要である。このような動きを著者の医療施設での活動を含めて述べる。

精神医療の入口としての精神科救急

1. 救急医療体制の整備、充実についての歴史

1964年消防法の一部が改正施行され、救急業務が法制化された。そして救急病院などを定める省令（旧厚生省令）が施行され、いわゆる救急告示医療機関が制度化された。1977年旧厚生省は「救急医療対策事業実施要綱」を制定し、初期、二次、三次（100万人に1カ所）の救急医療体制、および救急医療情報センターの整備をした。1987年消防法はさらに一部が改正施行され救急業務の拡大を定め、さらに1991年救急救命士法が施行され、いわゆる3点セット、すなわち気道確保、除細動、輸液は医師のコントロールの下で救急救命士によって行われうると定め救命率を高めようとした。1997年に旧厚生省「救急医療体制基本問題検討会」報告書が出され、将来のわが国における良質かつ効率的な救急医療体制のあり方について、救急告示制度と初期、二次、三次救急医療体制の一元化など、基本的な方向性を示した。そして1998年第三次改正医療法が施行され、医療計画において「救急医療の確保」を必要的記載事項とする、など救急病院等を定める省令の一部が改正施行され、同時に都道府県知事が救急病院などを認定するときの勘案事項に「医療計画の内容」を追加した。この流れは一般医療の中での救急医療についてであるが、実は後に述べる精神科での移送の問題と関連している。つまり救急救命士の誕生はドクターカーの普及を定めたものの追いつかないため制度化したもので、いずれにしても医療機関に救急患者が運ばれ治療をするという考えから、医療を必要とする現場に行って治療を開始するという考えに立っている。このことは後に詳述する。

精神科領域では1978年に東京都が精神科救急

Psychiatric Emergency Services and Psychiatric Rehabilitations.

さわ病院

〔〒561-0803 大阪府豊中市城山町1-9-1〕

Yutaka Sawa : Sawa Hospital, 1-9-1 Shiroyama-cho, Toyonaka-city, Osaka, 561-0803 Japan.

医療を始めたが、これは緊急措置診察を行うものであった。その後いくつかの府県で始まったが国レベルで始めるとしたのは1995年からであった。

2. 精神科救急医療の考え方

最初に述べたように救急医療は精神医療に限らず、いつでも、どこでも、だれでも、必要な時に医療サービスを受けられることを意味している。その意味で救急は医療の原点といえる。救急の基本は今述べたように「いつでも」「どこでも」「誰でも」であるが、著者はかねてより「医の立場」の基本は「良質な医療」を提供することで、「良質な医療」は「迅速性」「責任性」「継続性」「均質な医療」を提供することと考えている^{10,12)}。この迅速性はすなわち「いつでも」で、「均質な医療」は「どこでも」「誰でも」を指している。精神医療にはこの良質な医療のほかに人権に配慮した医療が要求されるが、精神科救急の立場はさらに時に「法の立場」の前に「医の立場」が優先するということが追加される。

一般科の救急はそのままにすると病気が進行し生命の危険あるいは不可逆的損傷を残す場合が多いのに対して、精神科救急はそうではなく、急がないと病気ゆえに自他に問題が発生する場合が多い。また本人や関わる人々の不安をできるだけ早く取ろうとする点は同じだが、生命の危険はないが人権の立場での救急も多いからだろう。しかし間違っただけなのは、単に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考えられる。

精神科救急とはどんな状態かという点、患者本人、家族、地域の人が救急と思った時といえるが、患者本人の場合は、精神病症状で苦しい、不安、不安に伴う症状で心配、淋しくて話を聞いて欲しいまでさまざま、家族の場合はその家族である患者の調子が悪い時で、地域の人の場合は地域にいる障害者の調子が悪く本人が危険な状況、周囲

に迷惑をかける時などである^{5,6)}。

精神科救急と他科の救急の違いについては、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という特徴がある。ただ今後は痴呆性老人が夜間に急に興奮したり、妄想が激しくなった時などにも見られそれほど珍しい現象ではなくなるといえる。

なぜ今精神科救急かという点、地域精神保健や社会復帰との関係が大きい。すなわち、十分よくなってから退院させるという考えから、入院の絶対的必要がなければ退院して外来でみていこう、あるいは入院させて治療するという考えから、入院治療に代わるメニューを使って外来でインテンシブに治療しようという考えから、デイケア、訪問看護などの社会復帰メニュー整備と連動しているといえる。つまり救急体制のないところで社会復帰はできない、あるいは社会復帰に力を入れようとすれば救急に力を入れなければならないといえる⁶⁾。しかし精神科救急はどこでもあるはずで、一部の病院ではないといってよい。医療の本質からみて、応招の義務があり、少なくとも自分の病院で診ていた患者にはなんらかの対応ができるようにするのは当然の義務で、これは診療所でも同じであろう。また行政救急と社会復帰の補完としての救急とは一応区別すべきであると考えられる。行政救急のうち、措置診察を要するものは本来は公的病院ですべきであり、また全くの初発で身体的検索を要するもの、明らかな身体的合併症をもつものは総合病院がすべきといえる。

3. 精神科救急医療の形態

精神科救急医療の形態には、(1) 千葉県の精神科医療センターのホットラインや本年から始まる24時間精神科医療相談などの電話相談、(2) バンクーバーのカー87や従来の往診や訪問看護での対応、(3) 家族、救急車、警察が対応して病院へ受診させる形、(4) 34条の移送による対応などである。

4. 移送条項について

移送条項（精神保健福祉法34条）が生まれたのは、97年第5回日本精神科救急学会が神奈川で開かれた日に、マスコミが「警備会社が精神障害者を病院に搬送して入院させている」と書いたことから、厚生科学研究班がもたれ、その報告書の中で「現場に専門家が向向き、受診の必要性や緊急性についてアセスメントを行うことが求められる。現行の精神保健福祉法でも、精神保健指定医が往診して入院が必要と判断した場合に、本人の同意がなくても保護者の同意のある時は、その場で処置を行ったり入院させることは病院という概念が拡大したと考えれば可能である。（中略）身体科にあるドクターカーのように救急車に指定医が同乗して往診するようなシステムも考慮されてよい」としていることに始まる。この報告を受けて厚生労働省は2000年の改正精神保健福祉法の中に34条を設けた。法についての論述は他に譲る^{11,12)}が、34条の問題点をまとめると、法では移送のための事前調査が必要とされている。しかしまず移送ありきでなく、移送は地域精神保健活動の最後の手段であると考えるべきであろう。65年の法改正でも精神衛生活動は重視されたが実効のない法文であったことがこの法改正を必要とした。そしてこれまでの指定医の往診活動に伴う医療保護入院のための搬送は違法という言葉も一時的にしろ出るのだろう。後に厚生労働省はこれをこれまでかわっていた患者に関しては往診による入院も認めたが、初診ケースはまだ認めない。しかし初診でもそれまで家族がなんとか精神保健福祉相談に来てその拳句に往診となり、精神保健指定医が入院が必要と判断しても入院させることは違法なのであろうか。

先進諸外国ではmobile psychiatric emergency service（移動精神科救急サービス）という概念がある。脱施設化によって患者が地域で生活すると、いざという対応が必要になる。そのために地域のGP（一般医、家庭医）が対応し、その範囲を越えると移動精神科救急サービスが作動する。その意味で移動精神科救急を移送に限って考えるのはおかしく、フランス・プレジール、アメリカサ

ウスカロライナのように地域医療そのもので、病院がスーパーマーケットなら、移動救急は出前形態の地域精神保健であるといえるのだろう。

5. さわ病院の救急

著者の病院では88年精神保健法施行後から常に精神保健指定医を配置してきた。そして医師は95年5月から2人当直とし、看護は95年4月から24時間対応の訪問看護ステーションとした。大阪府の精神科救急医療システムは91年12月から始まり、その時から大阪府緊急、応急、救急指定を受けた^{3,4,7)}。

さわ病院の移動救急態勢としては95年から精神保健指定医が現場に行くことも試みだったが、人的配置の問題からシステムにまではなっていない^{7,8)}。さわ病院における全救急態勢の実態およびさわ病院の往診の状況については図1、2に示した¹⁴⁾。

精神医療の出口としてのリハビリテーション

精神科リハビリテーションは冒頭に述べたように、精神分裂病は特に「障害」を残すことも多く、社会復帰を困難にしやすいため早期からその対応としてリハビリテーションが必要とされる。そして、地域精神保健、医療、福祉の考え方が広まり、できるだけ入院させず地域で治療していこうとすればするほど、あるいは入院を短期にしていこうとすればするほどリハビリテーションと、そのバックアップあるいは担保として救急医療が必要になってきた。

リハビリテーションをどこでするかについていうと、診療報酬では、入院患者は作業療法、外来患者はデイケア、デイナイトケア、ナイトケアなどが規定されている。しかし患者は必ずしもこのような枠にはまった、生活感のないメニューを好まない。諸外国の先人も、入院中のリハビリテーションは地域でのリハビリテーションに比べたら意味を持たない、極端には精神病院以外ならどこでもましだとさえいう人もいる。著者の経験でも、患者も家族も専門家も経験がなければイメージが

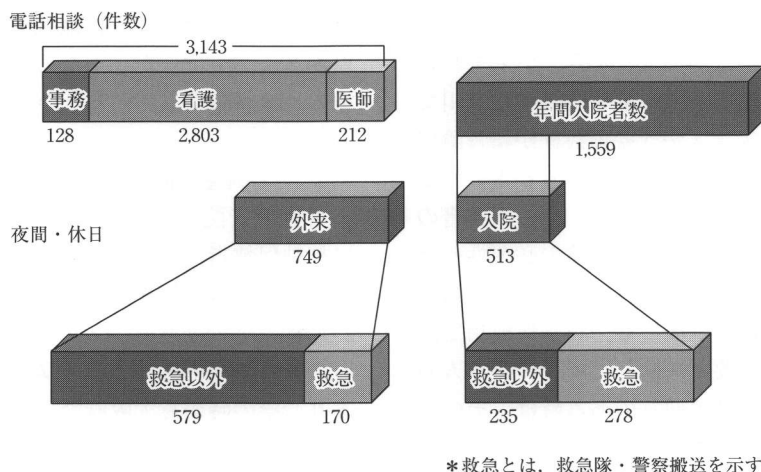


図1 さわ病院における全救急態勢の実態

'01年1月～12月

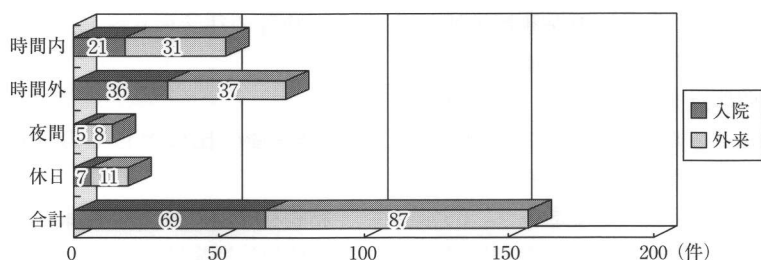


図2 さわ病院の往診の状況

(97年9月～02年2月)

持てず、従ってニーズも生まれない。ある人が入院しなくていいか、退院できるかどうかはサポートシステムの段階と治療者の目にかかっているといえる。しかもそれはどの程度のサポートと施設が用意され、そこでの生活感のあるリハビリテーションを提供し患者も家族も治療者もリハビリテーションの進行を見極めることが大切である。

著者はかねてから精神障害者が地域生活を送るためには次の4つの要素がすべて同時に必要であると主張してきた^{2,10,14)}。すなわち、① 社会復帰施設、グループホーム、アパートなどの住まう場、② デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、グループワーク、作業所、授産施設、福祉工場、一般就労などの日中の活動する場とプログ

ラム、③ 専門家を中心とした人々の連携（これはボランティアの参加でより幅と深みを増す）そして一番難しく、これといって万能の解決策のないものの一番大切な、④ 地域の理解と受容である。デイケアと訪問看護が入院日数、入院回数を激減させることは以前報告した¹⁾。

また、日々の生活上のリハビリテーションとしては、「障害ある人が地域で生活するための6要素」として、① 栄養管理（食事）、② 経済管理（金銭の管理）、③ 生活リズム管理（睡眠と日中の過ごし方—もともとテレビを見たりごろごろしている人はそれもよしとして）、④ 保清（掃除、洗濯、入浴）、⑤ 治療管理（服薬）、⑥ 対人関係（自閉なら自閉なりにその人なりの対人距離を認

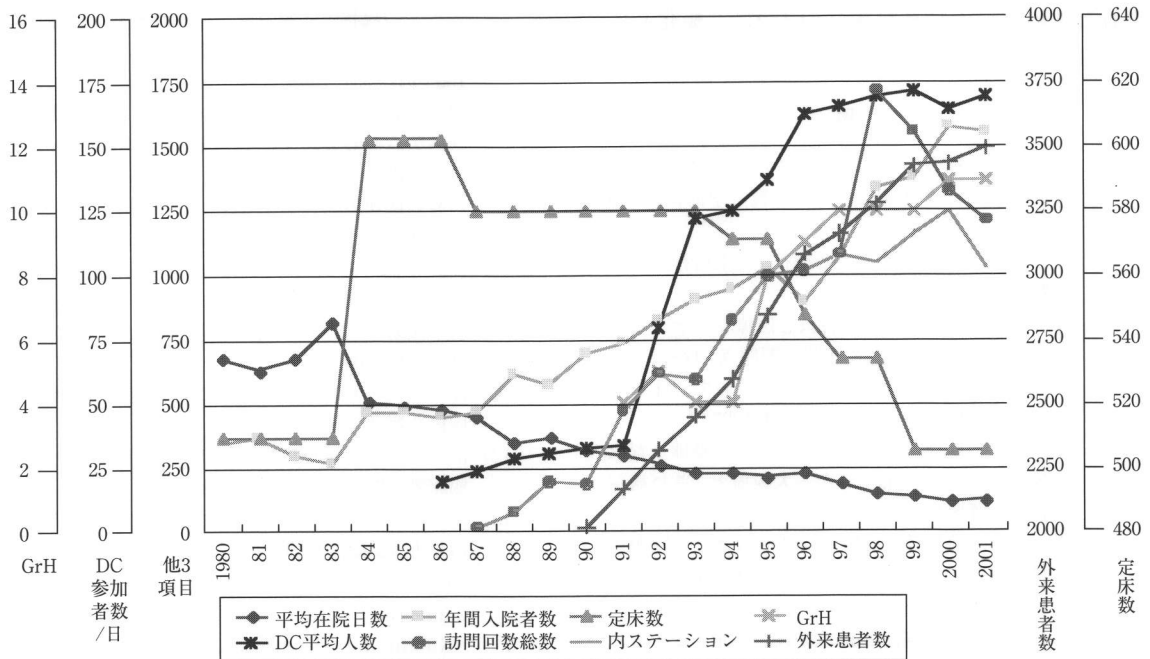


図3 さわ病院の施設およびシステムの変化と患者動態

めたとして)の6項目が必要として、著者の病院で11年前から退院時に評価し、足りないものを補うという考え方ができた。そしてこの6項目と最初のフィルターである反社会行動がないことという条件を入れて7項目の評価スケールをつくり“しゃかいふっき”と名づけた⁹⁾。

著者の病院では、このような考えで早期退院、再発および再入院阻止を行い、図3のように年々外来患者が増加し、入院してくる患者数が増えていったにもかかわらず、病床数を減らし(外来数の増加を加味して考えると約半数まで)、入院日数(現在110日)を減らすことができた。

おわりに

著者の病院でもそうであるが、1970年代から精神科リハビリテーションが少しずつ進められ、地域精神保健、医療、福祉の考え方が広まり、できるだけ地域で治療していこうとすればするほど、そのバックアップあるいは担保として救急医療が必要になってきた。この精神科リハビリテ-

ションは先にも述べたが、単独では機能せず、他の地域保健医療サービス、例えば往診や訪問看護との連携が大変重要である。

一方、5年余前に精神科急性期医療を中心とした施設として精神科急性期治療病棟が生まれ、精神科病院で医療機能と福祉機能を分けて、医療を特化させる病院が出てきている。多くは精神科リハビリテーションにも力を入れているが、精神科リハビリテーションに力を特に入れてこなくても、精神科急性期治療に目を向ければ向けるほど病院に長く留まる患者に対してリハビリテーションを進めて地域医療に持っていこうとする流れがある。これは医療を特化しようという理念から出たものであるが、急性期治療や救急に力を入れると入院患者数が増えて、一定の病床を有効利用するには長く留まっていた患者を退院させなければ病院が回っていかないということも関係しているようである。この意味で精神科リハビリテーションは精神科救急を進めるが、その逆もまた真のようである。そしてさらにいえるのはこの相互関係を持って進んでいく精神科病院と、それを持たず

患者を留めている精神科病院の2つに二極化していく流れが見えてきている。

文 献

- 1) 澤 温：社会復帰メニューにおける利用が在院期間におよぼす効果についての統計学的検討。精神経誌 93：1042-1052, 1995
- 2) 澤 温：社会復帰施設と福祉。日本精神病院協会雑誌 14：24-30, 1995
- 3) 澤 温：大阪府の精神科救急医療システムとさわ病院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。日本病院・地域精神医学会誌 40：29-34, 1997
- 4) 澤 温：精神科救急医療システムの整備と育成システムをどう整備するか—大阪府と、さわ病院における構築から—。医療 '97 146：33-37, 1997
- 5) 澤 温：精神科救急医療システムとその問題点—民間病院の立場から—。日本精神病院協会雑誌 17：9-14, 1998
- 6) 澤 温：精神病院と精神科救急診療。こころの科学 79：54-59, 1998
- 7) 澤 温：大阪府とさわ病院の精神科救急医療システムの現状と問題点—特に精神科救急医療へのアクセスに関するシステムについて—。精神経誌 100：947-951, 1998
- 8) 澤 温：精神科救急医療へのアクセスに関するシステムの構築について。精神科救急 2：6-9, 1999
- 9) 澤 温：精神障害者のサバイバル的社会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。日本病院・地域精神医学会誌 42：255-257, 1999
- 10) 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（乾 正、瀧本優子編）, 98-120, 医学書林, 奈良, 1999
- 11) 澤 温：移送制度の現状と問題点。日本精神病院協会雑誌 19：47-52, 2000
- 12) 澤 温：精神科病院における救急医療のあり方。臨床精神医学 12：1575-1583, 2000
- 13) 澤 温：早期社会復帰を目指した急性期治療のあり方。臨床精神薬理 4：325-331, 2001
- 14) Sawa, Y. : Innovative Practice in Psychiatric Community Care in Sawa Hospital and Japan. In : Kashima H. Comprehensive Treatment of Schizophrenia. 213-221 Springer, Tokyo, 2002