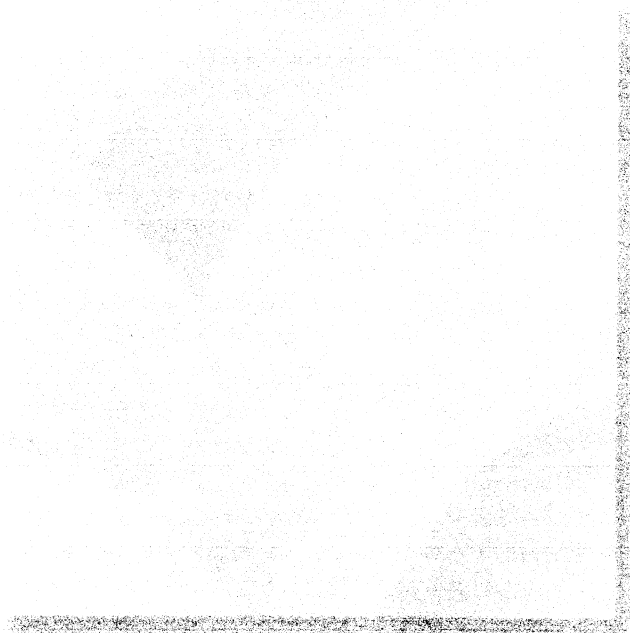


日本外来臨床精神医学

2011
Vol.09.No.01

日本外来臨床精神医学会誌

第9巻
第1号



日本外来臨床精神医学会

The Japanese Society of Clinical Outpatient Psychiatry (JCOP)

第11回 日本外来臨床精神医学(JCOP)学術大会

澤 温 (さわ病院)

私は精神科医になって39年ですが、実はここからのお話は妄想的な話で、ある意味で危険かもしれないと思うぐらいです。というのは、精神医学というのはどうであるかということを論じて、どうあるべきかということは余り言わない、学問というのはそうだろうと思っていますが、ここからはどうあるべきかということをや妄想的に話させていただこうと思います。

私も還暦を過ぎていますから、これからお話する構築された妄想に対して、治療はもうできないし、なくて結構だと思います。いろいろな薬や、いろいろな治療をしても取れるわけではないと思うので、これで一生いこうと思っています。

まず、申し上げたいのは、「精神科救急は医療の原点」で、特別視するものでもない、地域医療を支える1つのツールでしかない。しかも、単なる火消しでしかないということです。つまり救急医療の前に地域医療があり、さらに地域医療の前に考えることがあるのではないかとというのがこれからのお話です。そこにおいて大事なことは、科学は個性性を排除して、統計をとってなんらかの法則性を見出すのですが、精神科学では個性性を排除できない部分があり、それがむしろ大切だということです。

精神科のお話をする前に、国の動向としては、これは2009年に出た「更なる改革に向けて」の流れです。細かいことは省略しますが、国が初めてここで反省ということを書いています。今後はすぐに、精神科を実践する人たちが改革をしなければ、国は「彼らが足を引っ張った」と言うと思います。また、外来・在宅医療でも入院医療でも、特に救急医療・急性期治療に重点が置かれています。そのような方向で20万人の統合失調症の患者さんのうち5万人を地域に出して、全体として7万床減らそうとしているのは、御存じの通りです。

ここからが本題に入るわけですが、カブラーの予防精神医学。これは皆さんには釈迦に説法ですが、彼は予防精神医学を一次予防、二次予防、三次予防に分けています。

一次予防、発生予防において、現在はどこまでできるか、わかりません。私たちがやっているのは恐らく二次予防が中心にはなっています。そして、三次予防で、頑張って地域で生活してもらおうようにしているわけです。

表1：救急現場から見た精神疾患予防の水準

- ・ **発生予防**・・・疾患発生予防につながる
 - 遺伝
 - 環境
 - ・ 家庭
 - ・ 職場
 - ・ 学校
- ・ **事例化予防**・・・さまざまなサポートがあるか
 - 家庭
 - 職場
 - 学校
 - 近所
 - ・ お節介婆(村姑)
 - 宗教
- ・ **救急医療利用予防**・・・救急医療化予防
 - 日中の対応
 - 何かあればの処置
- ・ **スムーズな救急**
 - 救急科
 - 薬剤
 - 新しい試み プルカード

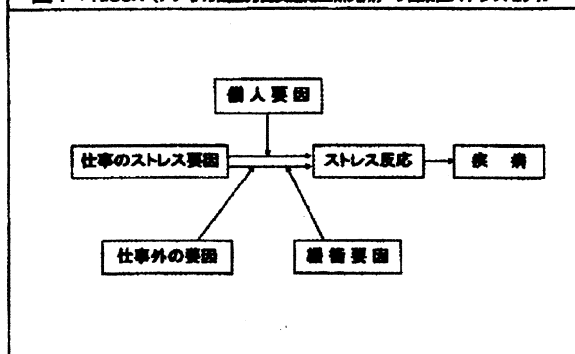
(表1)に救急医療から見た精神疾患予防の4つの水準を示しました。発生予防、事例化予防、救急医療利用予防、スムーズな救急です。事例化予防は、今年の10月の研究会で話させてもらったことと少し重なる部分があります。救急医療利用予防は、実際に救急状態になった時、救急医療の利用を少しでも減らすような方法はどのようなものであるかということで、本日午後のシンポジウムにとって、導入的なお話になればと思っています。最後のスムーズな救急は、救急状態で医療が必要になった場合、これは狭い意味の予防にはならないかもしれませんが、スムーズな救急医療を行うために配慮していただきたいことを少しお話させていただきたいと思います。

発生予防では、遺伝と環境について言われますが、何が遺伝するのかということだと思います。疾患にかかわる直接の遺伝子や発症しやすさに関わるのでしょうか。そして、環境についていうと、家庭、職場、学校などが大きいのですが、このような環境はストレスにおいて、ストレッサーにもなりますが、一方ではストレス反応の緩衝要因にもなります。現在、家庭、職場、学校それぞれが緩衝要因として機能しているかということがかなり大きいと考えています。

障害者の数は、御存じのように、1999年から3年ごとに50万人ずつ増えてきました。2005年から2008年で少し伸びが鈍化したようです。「更なる改革に向けて」でも自殺者の問題が重要課題にあげられ、その背景として特に気分障害、それもストレスによるうつ状態の外來の患者さんが6年間で50万人増えています。

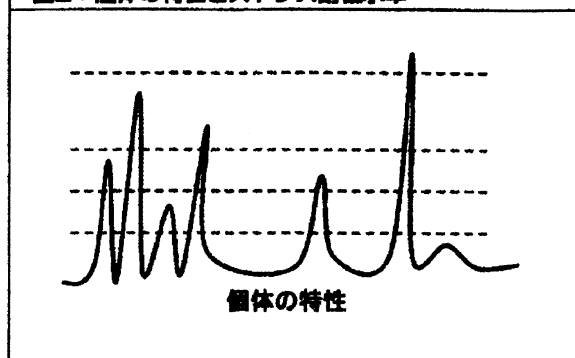
第11回 日本外来臨床精神医学 (JCOP) 学術大会

図1：NIOSH（アメリカ国立労働安全衛生研究所）の職業性ストレスモデル



（図1）は職場のメンタルヘルスの説明でよく使われる、有名なNIOSH（アメリカ国立労働安全衛生研究所）の職業性ストレスモデルです。ストレスの要因があつて、ストレス反応が起きますが、その反応を修飾するものとして、素因を含めた個人的要因、仕事外の要因があります。さらに、緩衝要因がありますが、この緩衝要因が現在なかなか機能していないだろうと思うわけです。

図2：個体の特性とストレス耐性水準



（図2）は個体の特性とストレス耐性水準の関係を模式化したものです。本来2次元でなく3次元、多次元になるのかもしれませんが。個体の特性はいろいろな面で、それぞれの耐性水準、縦軸があり、人によりいろいろなパターンがあるだろうと思います。Y軸でプラス方向の方が耐性が低いことになります。この図はある人のパターンと考えていただいたらよいと思います。ここでY軸のマイナス方向の方がストレスの強さが強いことを示しています。例えばAの強さのストレスでは1つしかクロスしていませんが、Bでは3つクロスする、Cでは5つクロスすると風になります。つまりストレスの強さが強い、あるいは耐性水準が低くなると、いろいろな反応が出てくるという模式図です。

（症例：18歳女性で母が離婚し、小児期に児童養護

施設で生活し、その後母が子連れの男性と結婚したが家庭内のストレスでリストカット、過量服薬をする。しかも被害的内容の幻聴もある方です。母も境界性人格障害といわれ通院中。この人が救急受診したが、医学的治療より環境的調整が治療となったことを例示したが、ここでは省略）

このような病歴を聞いても、複雑でわからないので、ワーカーによく聞いてくれと頼んで、ヒストリーをつくってもらってやっと分かるくらいです。幻聴も続いていますので統合失調症と診断しています。

統合失調症については、遺伝（多因子遺伝）も関係ありますが、強いストレスで発症することが多いのは御存じのとおりです。ただ、最近の研究では早期に器質的変化をきたすという研究もあり、神経保護作用のある薬の服薬を継続して悪化を防止しているということも言われています。そうであるならば、悪化してからでは治療の継続がさらに困難になってしまうので、人権上の配慮は十分しなければなりません。障害を小さくするために外来の強制治療も必要なのではないかということも考えられます。つまり、病気自身をどうしていくかということと、病気を持った人の環境をどう見守ってあげて、その影響を小さくするかということが大きな作業だろうと思います。

次は事例化の予防です。

病気はあっても、事例化しないようにするためには、家庭、職場、学校、近所など、さまざまなサポートが考えられます。特に家庭は、親は規範でもあり、最後の守り手だったはずですが、先ほどの症例もそうですが、最近、守り手でなくなってきている。近所でいえば、昔のように「お節介婆」-場所によっては「村姑」というような言葉があるようですが-がいたら、救急医療にのことは少なくなっていたはずですが。彼氏と別れて、おおみそかに別れた彼氏が別の女性と除夜の鐘を聞いていると思うだけで耐えられないからと言って、ベランダに足をかけるような人がいました。そういうときに「お節介婆」がいて、一発ひっぱたいて、抱きしめて話を聞いてあげたら医療の必要性はないのではと思ったりするわけです。このようなサポートがないために、医療的な救急を利用してしまふ。職場でも昔は上司が「ノミネーション」と称して話を聞いてやったりしました。今は介入によってはパワハラと言われるので組織の中に対応する部署を作ったりしますが、それだけに事務的になっています。学校でも昔は指導として叩かれもしたが、その分時間外でも話を聞いてくれたり、家に遊びに来させてくれたりもしました。教師もサラリーマンになりプライバシーを重んじ、また叩いたりでもしたら処分対象になるし、怒鳴

第11回 日本外来臨床精神医学 (JCOP) 学術大会

ったりしたらモンスターベアレントがねじ込んでくるので何も言わなくなったのではないのでしょうか。それから、宗教については、何の宗教ということになると困るのですが、神頼みの心、神様だけは自分を守ってくれている、分かってくれているという心もなくなってしまった、このように医療以外のサポートがないから、最後の砦であった医療が直近の受け皿になってしまっている部分が大きいのと思います。同じようなことでは、緩和ケアにおいては精神科だけでなく宗教家も関わってたりします。究極の問題においては精神科だけでは解決できず、宗教も関わらなくてはならない状況がみられます。

(去年の秋の研究会に出した症例を再度例示。50歳の男性で死にたい、仕事がつらい、不眠で来院。離婚し別の子持ちの女性と同居後の家庭内の問題、仕事上で起こった親会社の無理解、仕事のシフトからくる体のリズムの障害、整形外科的な身体上の問題などから主訴が起こって救急受診。少量の抗不安薬とさわ病院のショートステイの利用と退職と精神保健福祉士の手伝いで生活保護を受け、新しいアパートを見つけて女性と別居したという環境上の変化で、死にたいという気持ちは遠のいたのです。経済的基盤の確保と果が見つかるといことは安心の1つの要ですから、お薬もだんだん減らせるようになったのです。詳細は個人情報ですので省略)

この事例のように、非医療的サポートで病気による事例化を防止するということが重要だと思います。先ほど、ストレスの強さとストレス耐性のお話をしましたが、病気によってその人のストレス耐性が変化したり、あるいは発達段階でもストレス耐性は違うかもしれませんが、そういう因子が絡んでストレス状況になるので、その人に応じた医療的および非医療的サポートを組み合わせると事例化を防げると思います。

その中心になって本人を安心させるものとしては、次に述べる4つの要素と7つの項目をチェックし補填することが大事です。その4つの要素や7つの項目を使えるような精神的な基盤を整えるためには、お薬が20～30%ぐらいは役立つだろうと思います。つまり薬以外に環境調整と責任性と継続性のある24時間体制の支援が必要だと思います。

これも、どこでもお話している問題ですけれども、これは4つの要素(表2)です。これは精神障害者に限らず、どんな障害者、虚弱な高齢者あるいは私たちでさえも必要な要素だと思っています。住まう場、活動の場とプログラム、サポートする人たちとその連携、そして地域の人々の理解と受容です。実はこれは2004年の改革ビジョンの中にも載っています。最後の、地

域の人々の理解と受容については別のところで述べられております。退院して地域で生活していくためにはこの4つの支援が全部必要なのです。

表2：精神障害者が地域生活を送るための4つの要素

- ・ 住まう場
社会復帰施設、グループホーム、アパートなど
- ・ 活動する場とプログラム
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
- ・ サポートする人々とその連携
専門家、ボランティア
- ・ 地域の人々の理解と受容
自然なふれ合いの中でできる
小さなトラブルは役立つが、大きなトラブルは後退させる

2010年4月に始めました「こころの健康政策構想会議」の中の精神医療改革の中では、救急医療の整備、そしてアウトリーチ医療というのがあります。もう1つ、精神保健改革として、地域こころの健康推進チームというものをつくろうということを主張しています。医療だけでなくサポートが必要だと主張しているのです。

表3：しやかいふつきの構成

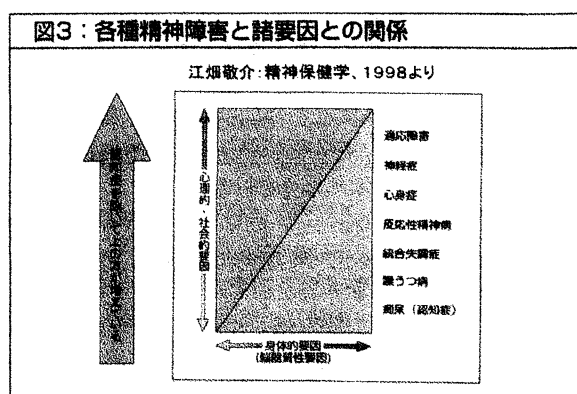
- ・ し：しやかい的行動(強い不安や恐怖を与える非社会的行動と反社会的行動が無いこと、どこへ行ってしまおうかわからないことではないことでスクリーニング)
- ・ や：やりくりを意味する経済管理
- ・ か：かつどうを意味する生活リズム管理
- ・ い：いんしよを意味する栄養管理
- ・ ふ：ふくやくを意味する治療管理
- ・ つ：つきあいを意味する対人関係
- ・ き：きれいさを意味する保清(掃除、洗濯、入浴)

7つの要素(表3)と言いましたが、これは私どもがグループホームを91年から運営したときから、下の6つの項目をチェックし、足りないものを補うということをしてきました。その後粗いフィルターとして、社会的な行動に問題がないということをまず保証しよう、強い不安や恐怖を与えるような非社会的行動と反社会的行動、つまり小さな万引きなどの犯罪的なことがない、またどこへ行ってしまおうか、わからないということがない、それがまず保証された上で、先ほどの6つの項目をチェックするとなりました。頭文字をとって「しやかいふつき」としました。

実はこのしやかいふつきは、皆さんが書いていらっ

第11回 日本外来临床精神医学(JCOP)学術大会

しゃる障害程度区分決定の医師の意見書の一番右下のところにある生活障害評価というところで使われています。これは、日精協で私が政策委員会の部会を担当していた時に、いろいろな職種の人と医師が入って、精神障害のいろいろのアセスメントツールの内、「ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方」の24項目を簡略化したのです。さわ病院で使っていた「しやかいふつき」から手前みそ的に7つにまとめたわけではないのですが、それまでの経験からこの7つが必須のものだと考えました。



(図3)は江畑先生の作られたものですが、最近の精神障害というのは、認知症を除きますと、上の方向、つまり心理的な、社会的な要因の大きい要素のものが非常に増えているのだらうと思います。最近のうつ、そしてそれによる自殺には非医療的なサポートによる対応が必要です。医療的な介入はもちろん必要ですが、医療的介入以外の比重が大きいことが多いということです。これは非常に手間暇がかかり、多職種が一緒に介入しないと不十分であるといえます。

しかし、入院まではいかないが、外来だけではなかなか難しい面もあります。診療所でも、あるいは訪問看護ステーションでも、あるいは医療的でなくてもよいから、どこかでちょっと宿泊して、必要な時、いつでも相談に乗ってもらえる場があればいろいろなことができるだろうと思っています。そういうものの拡大がメンタルヘルスの底上げになるのではないのでしょうか。しかし、これは医療機関のする範囲なのか、他のサポートが無ければ医療機関がしなければならないのか悩むところです。自殺未遂者対策というの、救急の関わりだけを見れば、それは単なる火消しであると思います。本当に必要なのはその予防です。火事でも必要なのは燃えにくい構造、燃えにくい環境を作ることです。

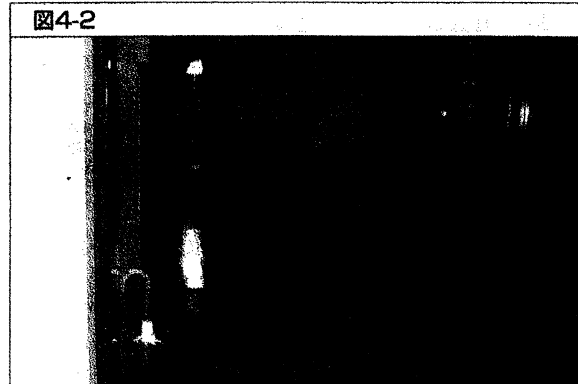
さわ病院は住宅に囲まれています、100mほど離れたところに看護師さんの寮がありました。これはその1

室で、これは家族持ちが住んでいたところで、ウナギの寝床みたいに3部屋があります。一番手前がダイニングです。風呂つきで、ここを宿泊施設、ショートステイとして1泊600円でお貸ししています(図4-1)(図4-2)。

図4-1



図4-2



カナダ・バンクーバーのベンチャーという1つの組織は、もともと看護師さんたちがショートステイ的なサービスでサポートするために使っていたのですが、今は緊急ユニットになっているようです。制度は違いますが、こういう民家のようなほっとするような場所があると、医療的なサービスの必要性が少ない方たちが医療を利用しないで行けるのではないかと思います。

それから、このごろ無縁社会という言葉をよく聞きます。この間のこの研究会でも弘末先生が言っていたしゃいましたけれども、NHKによって2010年よりつくられた言葉です。ただ、私が思うに、人は1人になりたい部分、人になりたい部分が必ずある、患者さんにもよく説明をするのですが、人によって、1人になりたい部分が多い人と、人と一緒にいたい部分が多い人があるなど、人によってバランスが違うのだらうと思います。実は無縁社会と言うものの、実際は無縁でも生きられるツールがあるということが逆に問題ではないかと思っています。携帯やインターネットで何でも情報を得

第11回 日本外来臨床精神医学 (JCOP) 学術大会

ることができ、コンビニに行けば、一応食べ物には入る。だから、中途半端な形で無縁が保証されてしまっているのではないかと思います。阪神淡路大震災の直後というのは無縁になれなかった時期があって、そのときには一時的に有縁社会になったのではないかと思います。避難所の中でも人が交流し、外からもいろいろの人が駆けつけてきて、本当に触れ合いがあったわけです。もちろん、一部の要らないお節介りというのはあったらと思うのです。

最大の問題は、「社会がパーツ化している」「パーツ社会になった」、産業化することによってこういうことが起きたのではないかと勝手に妄想しているわけです(表4)。自然であったものを分析し分解し、パーツ化し、一部を産業化して寄せ集めるようになり無理が生じたのではない、産業が介入して豊かになったのか疑問に思うのです。

表4：社会のパーツ化と産業化

- ・ 自然であったものを分析し分解し、パーツ化し、一部を産業化して寄せ集めると無理が生じる
 - 結婚、同居、性的関係、妊娠
 - 家庭教育、学校教育、娯楽
 - 労働(就職、派遣、パート、失業)
 - 介護、養育
- ・ ほめる、叱る、耐える、慰める がなくなった
- ・ 権利主張、訴訟から自然な介入が引いてしまう
- ・ 快感、喜び、肯定感、達成感、満足感、幸福感を求める水準が変わった
 - 自然や人への感謝、宗教で絶対的なものに支えられている感覚
 - 祖先、何かの信念や宗教心(儒教、キリスト教、仏教、イスラム教…)

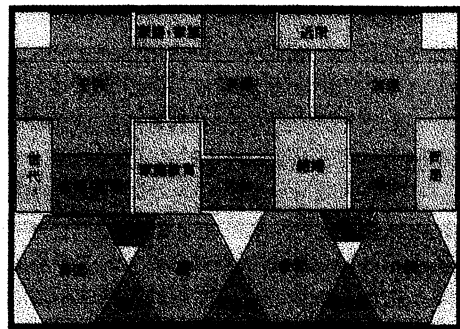
結婚、同居、性的関係、妊娠、みんなばらばらです。どの時期から始まって、今はおかしくない。「ああ、そうですか」としか聞きようがない。「え、そうなの？」と昔だったら非難されたようなものも何もない、みんな市民権を得ているわけです。それはそれでいいのだらうと思いますが、一部、その順序だけの問題ではなくて、あるものが肥大化してしまったり、1つが欠如したりというようなことがいっぱい起きている。先ほど私がお出しした症例もそうでした。また、家庭教育、学校教育、娯楽というのはなかなかできない。労働の面でも、就職、あるいは派遣、パート、そして失業など、いろいろな形態がある。それから、介護、養育においても、家族から離れ、産業化して1つのパーツ化されたものになっている、お金でサービスを売り買いするものになっています。褒める、叱る、耐える、慰めるというのがなくなってきた。それでいて権利主張や訴訟ばかりがあるということです。権利を主張して、そして訴訟になるから、自然な介入が引いてしまう。その結果、娯楽や、叱ると

いうことができなくなっている。また、私たちが近所の子供たちを叱ったら、その子のお母さんが不審に思うか、あるいは、子供に逆にキレられて、こちらがなぐられるということがあります。だからもう何も言わないほうがよくなってきています。

同時に、快感、喜び、肯定感、達成感、満足感、幸福感を求める水準が変わってしまった、自然や人への感謝、宗教でも、絶対的なものに支えられている感覚があった、あるいは、祖先に守ってもらっているといった何らかの信念、特定の何かというのではないが宗教心がなくなっている。そういうものがなくなってきたということは、ある意味で過去の観念を断絶して、自分を基準に当てはめずに見ようという努力はあるのですが、逆にそのために余計に孤立が始まってしまっている、結局産業が介入して本当に人の心が豊かになったのかなと思うわけです。

ローラ・インガルス・ワイルダーによる「Little House on the Prairie (大草原の小さな家)」の映画ドラマは、私の子供たちが小さいころ、よく見ていました。今、実はまたビデオが売れ出していると聞きましたが、これは私たちの世代の郷愁でしょうか、それとも、動物界に見られる集団の助け合いという原点への回帰、あるいは阪神淡路大震災の後、人は寄り添ってお互いに助け合ったということと似ているような感じがしないでもありません。

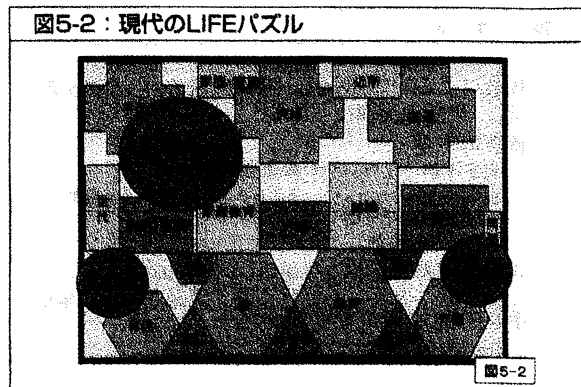
図5-1：自然のLIFEパズル



(図5-1)に示すように、社会はいろいろな要素があって、結構それなりにバランスをとって埋まっていたのだらうと思うのですが、(図5-2)のようにいろいろ小さくなってきた部分を、育児産業、介護産業、家庭の環境の変化、あるいはいろいろな文明的なものも入って埋めようとした、あるいは埋めるものを作ったからこれまでの社会の要素が小さくなったのかもしれない。しかし上手にこの隙間を埋め合わせることができず、その歪が大きくなっているように思えます。

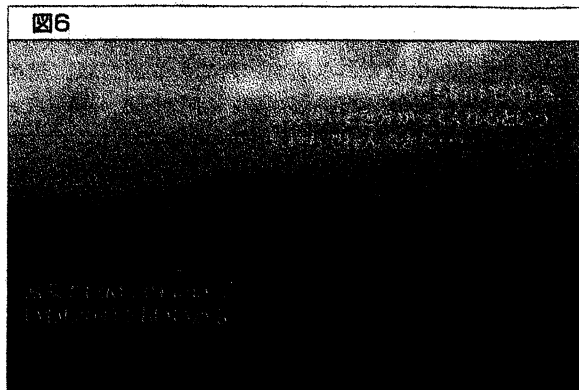
第11回 日本外来臨床精神医学 (JCOP) 学術大会

図5-2：現代のLIFEパズル



分析して分解するというのが今までの進歩ですけども、統合しようとしてもうまくおさまらなくなってしまったのではないのでしょうか。

図6

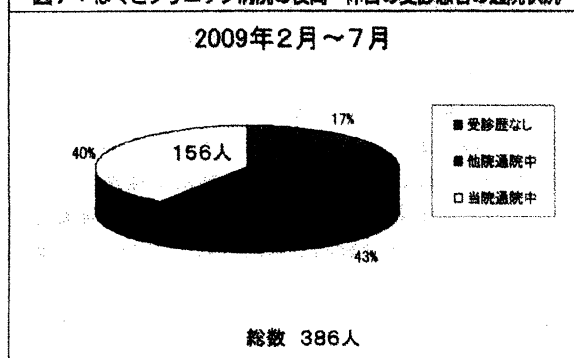


(図6)の写真は、滋賀県で車を運転していて見つけたのですが、こういうお地藏さんの前で、昔の人は意味がわからなくても、助けてくれる、自分のことをわかってくれるという気持ちで拝んできたのだらうと思います。そういう自分から遠いところにいる絶対的なものに対する希望を持っていて、自分の孤独感を分かってくれる、あるいは自分がいじめられていることから守ってくれていると考えた人たちも多かったのだらうと思います。先祖のお墓でも仏壇でもいいし、イワシの頭でもいいのですが、そういうものがなくなったということです。それに何が置きかわるのか、私にはわかりませんが。

マルクスは、「宗教はアヘンである」と言いました。「宗教は追い詰められた者の溜息であり、非情な世界の情であるとともに、霊なき状態の霊である。それは人民のアヘンである」とヘーゲル法哲学批判序論の中で言いました。私がこのごろ思うのは、現在では宗教はアヘンであるべきなのかもしれない。つまり、緩和ケアでも、ホスピスに入院して、痛みがあってその苦しみ

から逃れるためになると、鎮痛剤の処置してもらわなくても、何か本人の救いとなると、鎮痛剤以外の、まさに別の次元のアヘンのようなものが必要なのではないかと思います。孤立からの救い、快感、喜び、肯定感、達成感、満足感、幸福感の獲得のためにも、宗教あるいはそれと同次元のものが必要なのではないかと思います。

図7：ほくとクリニック病院の夜間・休日の受診患者の通院状況



次に救急医療の利用の予防についてです。(図7)は2008年にオープンしました、私どものほくとクリニック病院での夜間・休日の受診患者の通院状況です。受診歴のない新規の人たちが約20%、残りの80%の半分が自院通院中の方たちで、残り半分が他の医療機関に通院している方たちです。

これがいけないと言っているわけではありません。夜間はもちろんクリニックは開いていないですから。ただ、中には日中の対応でできる人がいるのではないかと少し考えていただきたい。かといって過剰防衛的に昼間のうちに入院させようということを行っているわけではありません。認知症なら夕暮れ症候群とか、黄昏症候群があるからいいのですが、「家族が日中働いているから夕方来きました」という人、あるいは「紹介状をもらったけれども、昼間来られませんでした」とか、「家族だけでは連れてこれませんでしたから、働いている知人に来てもらって連れてきました」というような人もいます。このような人はもう少し配慮してもらいたいと思います。

それから、何かがあれば処置というので、いろいろな場面を想定して頓服を出しておいてもらって、困ったときに電話をもらってお話をさせてもらうことがあります。ただ、診療が発生していませんから、電話だけの応対で責任がどうなのかという疑問が残ります。

最後はスムーズな救急医療をお願いしたいということです。これには病歴を持っておいてもらいたい。それから、飲んでる薬の薬剤名の一覧を持っておいてほしいと思います。よくお薬手帳を持ってくれていま

第11回 日本外來臨床精神医学 (JCOP) 学術大会

すが、これは一般名で表示してほしいですね。これは先生方に言ってもしょうがないですが、ジェネリックが推奨されているものの、午前4時に来られて、これを飲んで、あれを飲んで、と言っている見せられても、一度一般名に戻して、自院で使っている薬と照合するのは、ちょっとしんどいと思います。ただ、患者さんによっては、ずっと前の薬を持っていて、適当に飲んでる人もいますので、それもまた難しい。そのあたりの整理をどうつけるかです。

最後に、新しい試みについての情報提供です。最近、大阪市浪速区の医師会が出されたブルーカードというものです。私のところに説明に来られて、協力してくれというお話をしておられたのですが、このブルーカードというのは、開業医と複数の病院が連携したシステムなので、患者にとっては安心である。全員参加型にするためにFAX登録制が採用されています。開業医と病院が契約を結んだら、その後一方的に開業医からお願いしますというのではなくて、この人が今後来るかもしれないけれども、リストに入れていいですかということの契約をする。この時、もともとお金が払えない人とか、いつも文句を言うといったややこしい人は依頼してきませんので、ブルーカードを持っている人については、診療所も、病院も、あるいは御本人も、お互いに信頼関係でやっているということです。

病状急変時に病院の医師がセカンドドクターとしての役割を持つ、そして、データを一元管理することにより、地域内の疾病や急病に対してさまざまな情報を得ることができて、今後の対策に生かせるようになっていきます。今後さらに介護事業者まで広げようという考えを持っていらっしゃると思いました。

手順としては、救急車を利用するときには救急隊員に一応、ブルーカードを私は持っていますと伝えてもらって、契約している病院に搬送してもらいます。ただし、いつもそこに行くのではなくて、病状によっては救急隊員が別の判断をすることがあるということと、病院側でも緊急入院が重なることがあったら受けられないことがあるということは説明しておいてもらいます。

スタートしてまだ間もないものの、94の救急病院で、2009年の実態では拒否回数は1.8回、出動から搬送まで28.6分だったのが、ブルーカードをつくってから、拒否回数は、一たん受けて転院させるということは拒否にはなっていないと換算するようですが、無し。しかも、搬送時間が17.1分になったということをおっしゃいました。これはおもしろい試みです。

今後、大阪市全域に広げ、さらに大阪府全域に、そして日本全域に広げたいという非常に大きな夢を持っています。

表5：まとめ

- ・ 救急はどこにでもあるし、地域医療のバックアップ
- ・ 但し、救急は火消し
- ・ 救急の水準
 - 発生予防……………疾患発生予防につながる
 - 事例化予防……………さまざまなサポートがあるか
 - 救急医療利用予防
 - スムーズな救急
- ・ 非医療的対応のほうが増えている
- ・ この問題は根深く、2世代に渡る問題が反映。早く手を打たないと大変なことになる
- ・ しかし歴史は戻せない……

(表5) こういう具体的な現場での取り組み、そして一番最初はかなり妄想的な内容まで、いろいろな段階があるわけですが、まとめますと、表5に示したように、救急はどこでもあるし、地域医療のバックアップです。ただし、救急は火消しでしかないということは再度申し上げておきます。救急の水準には、発生予防、事例化予防、精神医療の利用の予防、そしてスムーズな救急があげられますが、非医療的対応のほうが増えている状態がだんだんふえている。ただ、この問題は非常に根深くて、例にあげました18歳の女の方で見られるように、親も病んでいて、その子供が続いて、病み出すようになったのです。本日当院の増子がお話したように、家庭が病んでいて、その子供にその病が移っていくというようなこと、それは、皆さんもいつも感じていらっしゃると思うのですが、2世代にわたるような問題が反映されています。早く手を打たないと大変なことになるのですが、「大草原の小さな家」みたいな時代に戻せるとは思えないので、どうしていいか、私にも答えはないということで、これは今後の課題とさせていただきたいと思います。