

精神病院における外来

澤 温

現代のエスプリ第486号

2008年1月1日発行

精神病院における外来

はじめに

精神科に限らず、外来医療は患者が医療にアクセスする入り口である。しかし精神科では疾患の性質上、他科と違って入院に自発的入院と非自発的入院があるごとく、外来でも非自発的受診がありうる。しかしこのことはあまり意識されていない。一般には非自発的受診は即非自発的入院となると考えられることが多いからである。

介護では、介護サービスへのアクセスに、入所介護、通所介護、訪問介護とあるのは当然と考えられているが、こ

澤
温

れを医療に置き換えると、入院、一般外来、往診や訪問診療になり、往診や訪問診療は外来の一部となるので非自発的受診の外来はありうると考える。

ここではこのような立場も踏まえつつ、精神病院の外来が他の領域での外来とどのように違うかについて述べる。

精神病院の外来

精神病院は、昔は癲狂院、続いて脳病院、サナトリウムや精神病院そして最近では日本精神科病院協会がみずからも

日本精神病院協会から精神科病院協会と名前を変え、厚生労働省にも働きかけ、精神科病院となっている。

本特集の編者が「精神病院」と指定してきたのはこのことを意識してきたのかわからないが、「精神病院」のイメージには入院中心主義のイメージがあり、外来を重視している姿勢の精神科病院のイメージはない。本稿では以後は精神科病院として記述する。

精神科病院の特徴

精神科病院が、本特集であげられている他の精神科医療機関、すなわち大学病院、クリニック、カウンセリングセンターとどのように違うのかを考えると、①精神科病院はほとんど疾患を選ばない（例外は身体合併症のある患者）、②二十四時間医師がいる（精神科医でない場合もあるが）、③必要なら入院ができて外来から継続的な治療ができる（これも病院の体制にもよるが）。大学病院はこの点すべて満たせるが、全国八〇ある大学病院で救急外来患者を二十四時間受け入れているところは五つあるだろうか？ クリニックはというと①から③まですべて満たしていない。カウンセリングセンターも当然いずれもない。ち

なみに、アメリカでは精神科の治療は連携しているというが、精神科救急医と入院時の主治医と外来の医師やデイケアセンターの医師はばらばらである。機能分化して、連携をとるほうが患者自身の自立度があがるということを使う人もいるが、これは責任性と継続性のあるサービスを用意できない人のいいわけであろう。

この点からいうと患者にとつては精神科病院の方がいかようにも対応してくれる（はず）の医療機関であると考ええる。ただ、精神科病院いやむしろ「精神病院」となると、受診するには敷居が高く、また外来に行っても時には興奮患者がいたりして「こわい」「自分も精神病院に行くと言うとこの人と同じように見られるのでは」などと考えて「精神病院にだけは行きたくない」という人もいるようである。現に筆者の病院には付属のクリニックが二つあったが、二〇〇七年八月で一つを閉じた。迷惑を掛けないように対策を立てたが、病院は嫌といって他のクリニックへの紹介状を求めた人が少なくとも四分の一はいた。過去に入院歴のあった人はほとんどが病院への移行を求めた。精神病院が精神科病院といわれるようになってからも敷居は高そうである。

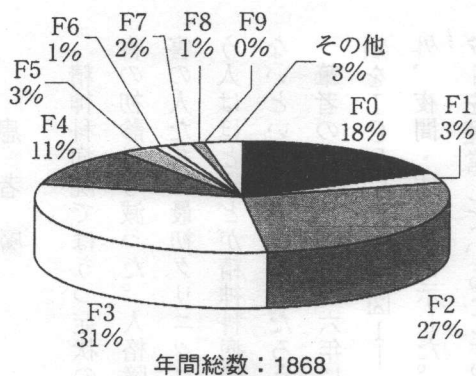


図1-a さわ病院新規外来患者の疾病分類 (時間内)

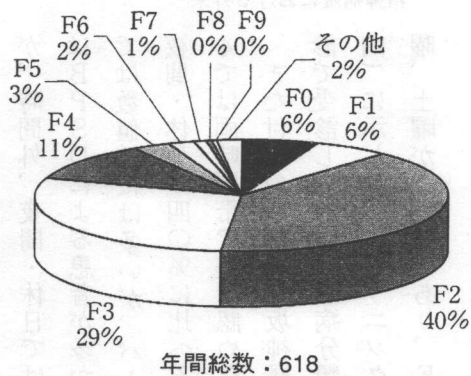


図1-b さわ病院新規外来患者の疾病分類 (時間外・夜間・休日)

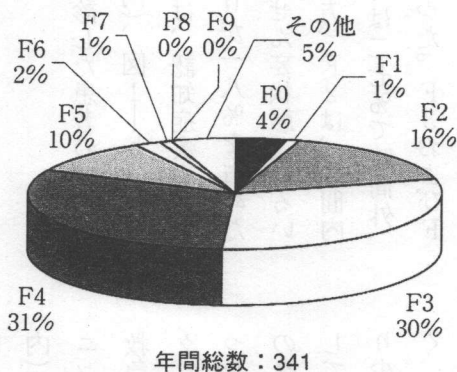


図2 さわ・江坂神経クリニック
新規外来患者の疾病分類 (時間内)

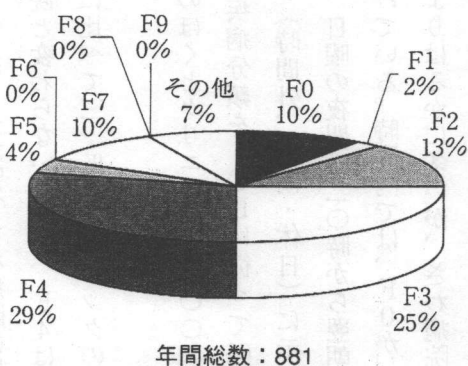


図3-a ほくとクリニック
新規外来患者の疾病分類 (時間内)

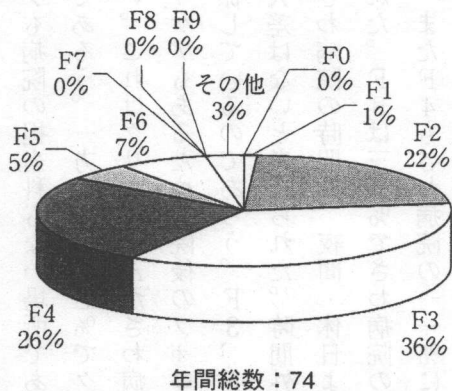


図3-b ほくとクリニック
新規外来患者の疾病分類 (時間外・夜間休日)

患者層

精神科病院ではうつ症状の患者は減った。また、不安障害の初診者も減った。人格障害の患者、特に境界性人格障害の人は最初は最初クリニックに行くことが多い。興奮を伴う人はほとんどが精神科病院に来る、あるいは来てもくれないということになるだろう。

筆者の病院で二〇〇六年に初診で受診した患者の疾病分類をICDに従って図1—a（時間内）、図1—b（時間外、夜間・休日）に示した。時間内では、認知症患者センターを運営していることもあり、F0が一八%を占めたが、時間外、夜間・休日では六%で、せん妄状態、あるいはBPSDによる患者が多かった。一方、F2は、時間内では数値的には多いが、パーセントでは二七%で時間外、夜間・休日の四〇%に比べると少なかった。F3およびF4では両時間帯で差は認めなかった。

また付属のさわ・江坂神経クリニックに二〇〇六年に初診で受診した患者の疾病分類をICDに従って図2（時間内）に示した。当クリニックは月曜、火曜および木曜、金曜、土曜が診察日であり、F0は四%でさわ病院に比べて

少ない。一方、F2も、一六%でさわ病院に比べて少なく、F3はさわ病院と変わらないものの、F4はさわ病院が一%であるのに比べて三一%でクリニックの特徴を表している。

さらに付属のほくとクリニックに二〇〇六年に初診で受診した患者の疾病分類をICDに従って図3—a（時間内）、図3—b（時間外、夜間・休日）に示した。当クリニックは土曜、日曜の夜間は二〇時から翌朝八時まで夜間救急を受け付けている。時間内では、F0が一〇%を占め、クリニックAよりはるかに多いが、さわ病院ほどではなかった。これはクリニックBの所在地が、大阪市内で精神科のクリニックも病院の担当科もない場所であることと関係しているのであろう。一方F2は一三%でクリニックAより少し少ない。これはクリニックAがさわ病院に比較的近く、またデイケアもあるため退院後のフォローをしていることとも関係しているであろう。F3、F4はクリニックAもBも大差はないと考えられた。時間外ではF0はなく、F2はさわ病院の時間外、夜間・休日より少ないが二%認められた。F3は三六%でさわ病院の二九%に比べて少し多く、またF4もさわ病院の一%に比べて二六%

と多かつた。当クリニツクの夜間救急の実情については澤
潔が述べている。⁽¹⁾

アクセス

かつては精神科診療所は少なかったし、現在も都市部以外では少ない。入院の可能性の少ない人は診療所に行きやすい（心理的に敷居が低いし、外来に重症者は少ない）ので自然に振り分けられてきている。特に筆者のいる大阪のように府内で二〇〇以上、大阪市内でおよそ一〇〇も診療所があり、環状線の各駅にあるといわれるようになるとその傾向はもっと強くなる。

前項で精神科病院ではうつ症状の患者、不安障害の初診者も減つたと述べたが、うつ状態も自殺企図がある人、不安障害も夜間に発作が出現すると、救急受け入れの外来に来る。筆者の夜間当直の経験では他の精神障害に随伴する不安状態も入れると、直接の受診動機が不安状態で夜間・休日に救急受診する人は三分の一から四分の一くらいだろ
う。

また人格障害の患者、特に境界性人格障害でも自傷リストカットといった問題行動が出ると病院に来ることが多く

なる。興奮を伴う人はほとんどが精神科病院に来る、あるいは来てもらえないということになると述べたが、この時来てくれないからと言って医療へのアクセスをあきらめるかあきらめないかは、家族など周囲の人が連れて行けないときの手段があると考えるか、また相談を受けた医療機関が連れて来れない時のツールを持っているかによる。それが既述の訪問であり、いわゆる往診や訪問診療がこれに当たる。二〇〇〇年に精神保健福祉法三十四条で移送制度ができたが、一般の往診を否定したものではない。ただ初回往診で入院が必要と判断した時はそのまま入院のために連れてくることは違法であるなどと、時の精神保健福祉課長は言っていたが、往診して説得して応じないから帰りますので保健所に相談してくださいというのは医療の迅速性、責任性、継続性から望ましいとはいえない。先に述べた外来の一つの形の訪問系が頭にあり、しかも準備できているかといえる。

精神科病院の受け入れの問題点

先に精神科病院で受け入れられない疾患はほとんどないと言ったが、例外として身体合併症をもった患者には外来

でも受け入れにくい。

身体合併症には①救急状態の身体症状と救急状態の精神症状がある場合、②救急状態の身体症状と随伴する救急状態ではない精神症状がある場合と、③救急ではないが重症の身体症状と救急の精神症状のある場合と、④ともに救急ではないが一般科のみでも精神科のみでも診（看）られない場合がある。

従来なら、例えば大量服薬で、それも服薬直後であれば胃洗浄くらいしただろうし、頭痛を伴ううつ状態や意識障害でも一応受け入れて神経学的検査をして必要なら他科にまわすこともあったが、昨今はその後何かあれば専門でないものが対応したからといって訴訟になるのでまず一般科で検査して異常がなければ受けるといったことが多くなり、精神科へのアクセスがその分遅れることが増えている。

①と②は救命救急センターでむしろ受け入れてくれ、精神症状の治療はしなくても麻酔下で精神症状をマスクさせて救急身体疾患の治療をしてくれる。ここでの問題は、身体的救急状態を脱した後どこでみてくれるかということである。精神科病院から救命救急センターに依頼してみても

らうと、もう身体的には落ち着いたからといわれると、今後のこともあり、受け入れざるを得ない。時には家族がまだ身体的にも心配として救命救急センターにおいてくれということもあるが、最近のように在院日数を制限していることでその機能を認めてもらうようになるとそうもいかなくなっている。

②、③、④は精神科のある総合病院がいいが、総合病院の精神科棟が次々と閉鎖されている現在ほとんど不可能であるし、特に夜間精神科医が常駐していないというと、一般科の看護師は看護ができないと拒否することが多い。

このような受け入れの困難な状況はあるが、これを解決するキーワードは新臨床研修制度で育ってくる精神科医であると考えている。精神科以外の初期研修を管理型の総合病院で行い、精神科の研修を協力型の精神科病院で行う場合、さらにそのうちの少しでも三年後の医師として協力型の精神科病院で勤めてくれていると、一般科の知識技術を持つている医師がいるだけでなく、管理型の病院の一般科の医師との交流もあり、受け入れてくれた後、必要に応じて往診もしたりできる。

以前、精神科の地域医療のキーワードは「地域は病院

だ」「家庭は病室だ」「町中開放病棟だ」と言ったことがあ
る(図4と5)⁽²⁾。合併症問題でこの言葉を置き換えると、
「地域は全科のある総合病院だ」「精神科病院も全科のある
総合病院の一病棟だ」ということになる。つまり地域とい
う全科のある総合病院で、必要に応じて患者は移動し(転
院という転棟)、各科の医師は必要な部署(病院という病
棟)に出向いて共観するということになる(図6)。この

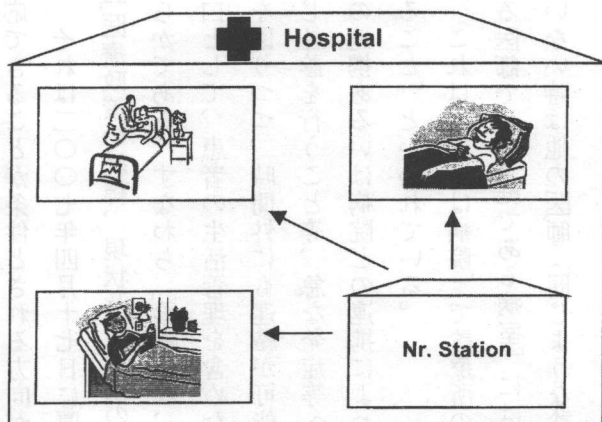


図4 病院の中の病室

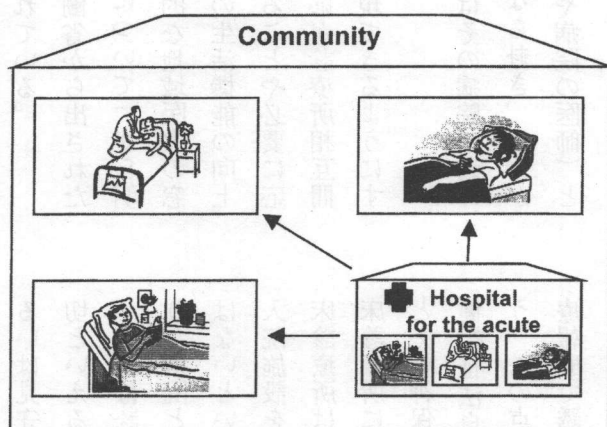


図5 地域(=病院)の中の家庭(=病室)

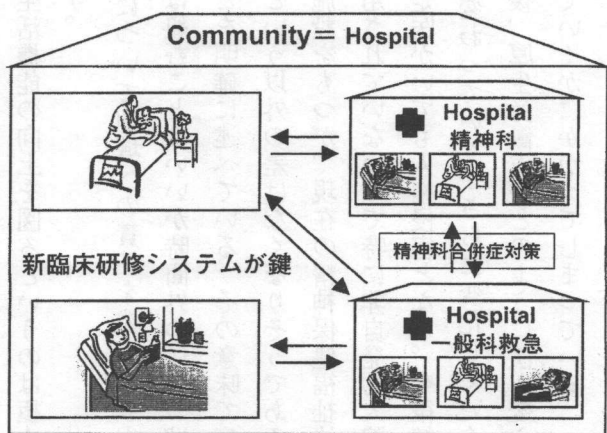


図6 地域(=総合病院)の中の一般病院(=一般病棟)と
精神科病院(=精神科病棟)

方向に順調に向ける必須要素は新臨床研修システムで、管
理型病院と協力型の(精神科)病院が、研修を通じて、ま
た初期研修後のシニアレジデントが協力型精神科病院に動
めてくれることでよい人間関係ができ、必要なら他科の病
棟に(ここでは病院)に行って気楽に共観してくれる
(実際は往診)ようになることであろうと考えている。

今後の方向性

最初に述べたように、外来には往診や訪問診療といった訪問サービスがあり、中には非自発的受診も含むが、この点において精神科病院でも積極的な病院とそうでない病院があるように、クリニックでも積極的なクリニックと消極的なクリニックがある。ACCTはそのひとつであるが、今後診療所は病院に近づいて、単独でなくても二十四時間対応できることが条件とされる方向が出されている。

それは二〇〇七年四月十七日に厚生労働省から出された「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」から明らかである。すなわち「診療所は、一次的な地域医療の窓口として、患者の生活管理を含めた日常生活機能の向上を図りつつ、時間外にも連絡が可能であることや必要に応じ往診を行うこと等、急な発症等への対応が診療所相互間の連携あるいは病院との連携によって実現できるようにすること」といわれている。

これは「地域は病院」で診療所の医師はその病院に勤める医師で、「家庭である病室」には必要なら赴き、自分がない時は他の医師（同じような診療所や病院の医師）と

連携して患者の生活管理を含めた生活機能の向上を図りたいということになる。もちろんこれは一般科に対しての表現であるが、精神科でも例外になるはずはない。まして七万人余の精神障害の人々が疾患と障害を持ちながら地域生活を始めるのであるから、時間外の対応、訪問サービスが必要であることは明確であり、それを通じて一般科、特に生活習慣病への生活管理と違って、精神科でもいわゆる「生活のしづらさ」「生活障害」に対する生活管理を指導あるいは見守って生活機能の向上を図るといのは極めて適切といえるだろう。

これは診療所について地域への責任を述べたものであり、病院と連携は組むことはいいが時間外の任せっぱなしはないということを明確に述べている。その意味で病院が入院施設を持つという以外の差はなくなりそうである。有床診療所は入院施設をもつが、現在の精神保健福祉法は有床診療所には適用されていないので特に非自発的入院はたとえ精神保健指定医がいても人権侵害となる。今後精神保健福祉法自身が変わっていくとさらに変化していくだろう。この点は今後、厚生労働省がどのように法を変え、診療報酬で誘導していくにかかってしまっている。

いずれにしても患者への医療における医師の迅速性、責任性、継続性の必要性について述べたものであり従来筆者が主張してきたことと一致し、また中央社会保険医療協議会が二〇〇八年度診療報酬改定に向けた検討項目の中の「勤務医の負担軽減のための方策」で取り上げられている点にも合致する。勤務医の負担軽減については、救急医療、産科医療、小児医療等の重点的な評価としていて、精神科の問題は特に触れていない。救急医療の中に取り入れているかは今後明らかにするとともに要求していく必要があるが、精神科医、特に精神保健指定医については、これまでも筆者が述べてきたように使命感のみでは既に限界で、実際に多くの精神保健指定医が病院勤務を離れ開業して行っている⁽⁵⁾。

病院に関しては同じ「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」の中で、「急性期の病院は、質の高い入院医療が二十四時間提供されるよう、原則として入院医療と専門的な外来のみを基本とする」とされている。これもまた一般科を対象としているが、精神科病院には入院医療を必要とする慢性患者がいるということから急性期のみに限定はできない。また専門的な外来とされているが、精神科

自身を専門的とするか、さらに児童思春期、アルコール、認知症、最近ではストレス障害などといったものを専門的とするかは今後の問題であるが、精神科としては細分できないであろうと思われる。

入院医療だけに精神科病院をシフトさせることについては筆者は反対であり、それは再び精神科病院や入院医療への偏見を高め、アクセスの敷居を高めるものであると考える。過去の歴史において、先人や現在の精神科病院関係者が努力して精神障害、精神障害者そして精神科病院への偏見を減らそうと努力してことに対して逆行するものである。

以前、「当院では日曜でも外来待合には地域の患者さんたちが来て楽しくおしゃべりをしている」と見学者に話したら、見学者の一人が自分の講演で「外来の待合室でしかおしゃべりできないのはかわいそう」と言った人がいた。半分当たってはいるが、これが地域活動支援センターであったり、保健所のロビー（日曜はやってないだろうが）、精神保健福祉センターのロビー（これも日曜はガードマンしかいない）で話しているのもかわいそうというならわかるが、精神科病院の待合室で話しているのはかわいそうというのなら、精神科病院への偏見そのものであろう。精神

障害者に限らず、地域は病院で、町中開放病棟という立場なら、誰とどこで話していても楽しければ良いのではないだろうか。

最後に

精神科病院での外来のあり方、現状と目指す方向性について述べてきたが、いずれにしても精神科病院は、入院機能、福祉との連携機能、自らの外来機能および外の外来機能との連携において大きな岐路に立っている。しかし基本に流れているのは精神障害に苦しむ人々がその障害に振り回されることなく、治療をさりげなく続けながら、自らの生活、人生を少しでも満足度高く続けられるための外来医療サービスを提供することであり、彼らが自分に適した外来を精神科病院に選ぶか、大学病院、クリニック、カウンセリングセンターに選ぶかは、十分な情報が提供された後彼らを選び、またいつでも自分にあった外来が選ばれるように自由性が与えられることが必要であろう。それを現場を知らない、行政官等の思いによって作られた法律、通達、通知でかき回され、診療報酬で追いまくられて医療者も右往左往し、結局患者へ不適切なサービスを提供することに

なるのだけは避けなくてはならない。その意味で、精神科病院、大学病院、クリニック、カウンセリングセンターはよきライバルであり、時には競争し、時には補完しあい、時にはスクラムを組んで適切なサービス提供のために中央に要求していかなくはよりよい外来サービスは提供できないであろう。

〔引用・参考文献〕

- (1) 澤 潔、三浦亜古、三浦晃一郎他 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 八 五七―六一 二〇〇五
- (2) 澤 温 外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか 日本外来精神医療学会誌 三 七―一六 二〇〇三
- (3) 澤 温 精神科救急の現状／急性期病棟 日本外来精神医療学会誌 六 三三―三六 二〇〇六
- (4) 澤 温 大阪府における精神科救急医療システムの現状と問題点―民間精神科病院の立場から― 日本外来精神医療学会誌 六 二八―三一 二〇〇六
- (5) 澤 温 精神科救急―Fashion, Mission, Collection― 精神医学 四八 一一六―一二七 二〇〇六

〔さわ・ゆたか 医療法人北斗会さわ病院〕