

精神科救急医が目指すもの

澤 温

精神科救急 第12巻 (2009.5) 別冊

日本精神科救急学会

精神科救急医が目指すもの

澤 温

医療法人北斗会

はじめに

この論は当然のことであるが、著者のこれまでの経験からの私論であり、著者の精神科医歴から大きく影響を受けている。この精神科医歴は医局の意向、自分の選択、たまたまの状況などさまざまなものの影響を受けている。この3つのうちでは、医局の自由な雰囲気から第一の要素はほとんどないといってよい。このような歴史のなかで、病をもつ患者に出会い、病をもちながら生活している患者に接し、時に支援し、時に患者に教えられながら、必然的に精神科救急に携わり、そのなかで精神科救急への考えを温めてきたに過ぎない。この点を限界として論を進めていく。

筆者の精神科医歴

当時は卒業すぐに将来働く科の医局へ入ることが多かった。卒業大学の精神神経科医局に入り、1年間の研修（いわゆるオーブンの指導を受けて患者数人を常時担当し、クルズスや症例検討会で知識を得る）を終えた。その後、単科精神科病院への勤務が勧められていたが、インターンもなく研修システムもない名前だけの「前期訓練医」で、将来単科の精神科病院でやっていけるか不安であったので、自ら病床のある総合病院の精神神経科を希望し探した。国家公務員共済組合連合会立川病院で2年研修をした。1年以上の在院日数をもつ一部の慢性患者もいたが、3人の医師で外来3コマ（うち1コマは初診）60床をカバーし、当時は当該病院は東京都の指定はまだ受けていなかったが、それでも合併症治療を受け入れることが多かったのも、大学病院の延長の感覚でできた。このような忙しさのなかで受け持ち患者が20人

以上になると苛立ちを感じたのを覚えている。

2年後、一時期基礎の教室へ2年間出入りしたが、その間も臨床から離れることはまずいと考えて、社会保険埼玉中央病院で外来担当をし、生活のためもある土曜の午後から月曜の朝まで単科精神科病院の当直をした。

2年後、臨床のなかでの研究をしたくて、同僚の先輩が主宰していた当時の名古屋保健衛生大（現藤田保健衛生大）精神神経科で臨床、教育、研究に従事した。当時、愛知県は名古屋大学と名古屋市立大学関連の精神科病院がほとんどであったなかで、救急システムもなく、通院中であろうと、初発であろうと夜間救急で来た患者は「来れば診る」という方針をもっていたし、そのように教育もしてきた。これが現在筆者が主張する、患者責任制、自院責任制、地域責任制の根拠であるといっているだろう。

このとき同時に豊中のさわ病院で週末はパート勤務をし、毎週当直もした。当時さわ病院は、夜間救急も受け入れていたが、精神保健法の前で、基礎系の医師（多くの教授）が生活費稼ぎに来てくれていた。精神科の教育を受けてなくても、10年も毎週来ていれば、もともと勉強熱心な人ならそこそこの診断も治療もできた。しかし、1987年に精神保健法が成立し（その12月にさわ病院院長になった）、1988年7月から施行となって、当時の厚生省の課長補佐が「拘束時は緊急避難といっても拘束後5分以内に指定医が来なければならない」と言ったことから、24時間指定医を置くこととした。指定医が充足したら自分の当直を減らそうとしたが減らせない。一人辞めると「ついでに」辞めやすいのか、また一人辞めるとその自分自分に負担がかかるためか続いて辞めることは

よくある。ひどいときは週3晩当直をすることもあった。

2007年4月から準指定医といえる「特定医師」ができ、「特定病院」になったが、医療保護入院、応急入院でも12時間までという限定がある。著者は2008年9月から同法人のほくとクリニック病院（50床）で院長をしているが、今もほぼ月3回の当直と、週2回夜9時までの特定医師のバックアップをしている。このようにして両病院とも大阪精神科病院協会の救急輪番に入っているし、輪番日以外でも自院通院中の患者の診療（外来、入院とも）と救急隊からの直接要請は24時間断らないようにしている。

精神医療の理念論、技術論とシステム論

このような個人的な精神医療との出会いから著者の精神科救急についての理念を温めてきた。

そこから得た現在の結論は、精神科救急は精神医療そのもの、あるいは医療そのものであり、特に地域精神医療のひとつのツールであると考えており、これには精神論（理念論）と技術論とシステム論があるということである。

精神論については、すでに「精神医学」巻頭言¹⁾で書いた。かいつまんで話すと、精神科救急にはfashion性（対外的アピール）、collection性（さまざまな点で収集が行われるメリット）、mission性（職業としての使命）があり、付け加えるとそれを支えるpassion（使命への情熱）を持続させることが大切ということである。この最初の3つは、医師側、病院側、行政側いずれにもあり、それぞれを否定しないが、mission性がなければあとのfashion性もcollection性も長続きしないし意味をもたない。この解決はやはり医師を中心としたスタッフに対して精神科救急医療におけるmissionの必要性の教育以外には考えられず、このmissionを支えるpassionが必要なのであるが、それは先輩が身をもって示し感動を与えるしかない。新しい研修制度での医師のインプリンティングは必ずしも大学教育から始まらないが、卒前教育を含めて精神科でも他科と同じく救急医療のmission性は高いという教育をすることが最も大

切で、このようなインプリンティングなしにはmission性をもつ精神科医は生まれてこないだろう。最近医師不足から短期に市場に出そうという考えが生まれ、研修期間の短縮化が図られようとしている。精神科の研修期間をどうするか、この変化に注目したい。

技術論については特に鎮静法について本学会のガイドラインが出ているので²⁾参照されたい。現在これは改訂作業中である。そのほかではECT、隔離拘束などの技法注意点がある。最近拘束中は15分間隔でチェックし記載しろといわれているようであるが、現在の配置人数で多くの救急患者を受け入れてできるのだろうか？ 入ってくる患者数、その状態、鎮静法、そしてそれに見合う人員配置、チェックの方法というのが正しかりうが、単なる外国の真似では困るだろう。以前APA（American Psychiatric Association：アメリカ精神医学会）の重鎮がさわ病院に見学に来られた。拘束の場を見て、「看護師はどこにいるのだ」と叫ばれた。拘束中ずっと看護師が付き添うことになっているからである。これは最も望ましい優しい拘束といえるが、アメリカではここまでしてそれに見合う看護師配置をし、それに見合う経済的支援がされているからだろう。日本の15分ごとのチェックはその前段階だろうが、この経済的支援も考えられなければならないと考え、主張することも必要だろう。

医学的な立場での疾患の診立て、治療は通常の精神医療と変わらないが、夜間休日の救急では、人手がなく、情報量も少なく、人の嫌がる時間帯である点大きい。

救急現場では上記の通常の医療のみでなく、事例性の解決技術が必要である。当然のことながら、入院させ、鎮静させて地域から排除、隔離することは事例性の解決ではない。狭い意味の医学的介入のみでなく、その人を取り巻く心理的環境の問題にも触れる必要が出てくる。新規の救急患者で、それも深夜にどこまで多面的アプローチができるかは著者自身も強くいう自信はないが重要である。

救急のシステムについては、行政任せでなく救急現場で精神医療を行うのに不十分な環境をどの

ようにして、できるだけ整備するかという見通しを立てることに主張し行動することが必要である。そしてどこまでをシステムと考えるかという点、筆者は最初に述べたように精神科救急が地域精神医療のひとつのツールであると考えているが、地域医療は任意入院・医療保護入院（移送を含む）・応急入院はもちろんであるが（緊急）措置入院も、あるいは医療観察法の指定入院医療機関への入院・通院医療機関への通院もそう考えるべきだと思っている。医療観察法が社会復帰を促進するという建前を守るならである。

精神科救急の対象

対象は「心の悩みもつ人のすべて」、言い換えると精神医学の教科書に記載されている疾患をもつ人、あるいはICDでいえばFコードの人すべてと考えている。まず広く受け入れるが、医療の枠で対応すべきか、医療の枠外で対応すべき、あるいはできるかの判断、そして枠外ならどこにつながるかを考え、そこまではきちんとすることが大切である。精神科救急サービスで実際に取り扱うのは当然のことながら医療の枠内である。

人格障害の人々についてどうするかがいつも議論になる。これについては以前、岡山学会で議論³⁾したが、興奮や自傷などあれば、外来入院の別なく、基本的には対象から排除しないというのが筆者の考えであり、少なくとも夜間休日のように人が少なく、関係者を集められないときに、医学的な介入も役に立つのなら、まず対応すべきであると考えている。

救急医療における時間との戦い

本来医療そのものは時間との戦いで、各段階の判断は迅速に行うのが救急医療であるといえるだろう。まず外来にきたら、どんな状態でもその人の過去の地域生活の最高レベルと、現在それを阻害しているものを考え、どうすれば入院しないで生活ができ、さらに過去の最高レベルに近づけるかを考える。もし入院したら、すぐ退院のイメージを描いて地域での生活をイメージし、地域に帰

す準備を始めなければならない。何度もいうがやはり精神科救急は地域医療のひとつのツールなのである。地域生活をしている人がたまたま精神疾患をもったと考えれば、常に社会復帰を考える必要があることになるが、特に精神疾患や障害に偏見のある現在は、精神科救急サービスによって地域社会から離れる時間をできるだけ少なく、しかも本人にも周囲にも負担を与えないようにすることが求められる。

救急担当医に求められるもの

精神医療においては、目の前の患者についてBio-, Psycho-, Socialのある存在と捉えて、この3側面のアプローチが考えられること、そのためには3側面それぞれのプロとチームを組む必要があり、チームを組める人間性が要求される。簡単にいうと、それぞれのプロもそれだけの力をもってもらわねばならないが、チームを組むことでよりよいサービスができ、医師自身も負担が減ると考え、それを志向するとよいチームができると考える。

精神科救急においても然りである。そしてその地域で、救急、社会復帰を含む必要なツールは何かを考え、何があるかを知り、必要なら作る能力が求められる。もちろんそのツールを適切に使う技術が求められ、ここまでの作業が真の事例性の解決になる。

興奮して騒いでいたら鎮静するというだけでは技術といえない。騒ぐ状態に、必要なら急速に鎮静することも必要だが、鎮静処置をして鎮静がかかってくるまで横に寄り添って付き合うこと、あるいはあなたはしばらく泣き叫んだら必ず落ち着くと言い切って場を離れ時々声を掛けるというように、危険を防止しつつ付き合うことも救急では必要である。

その他、まず心の悩みのうち、少なくとも医療の枠内のものは「病」として対応すること、「病む人」への法的にはもちろん倫理的にも適切な対応ができること、当直に耐え、時には患者の暴力に適切に対応しうる体力も必要である。

救急医としてのセンス

医療の常識は世間の非常識、精神医療の常識は医療の非常識ともいわれたりするが、これは救急場面を適切に行っていくと消えると考えている。特に新規患者と接していくと、患者も家族も当たり前の対応を期待してくるので、それに応えていくとできるようになり、「同じ人」としての対応が診察場面でも、地域でもできると考える。

別の面からいうと、救急医療は地域医療の一部であると何度もいったが、地域医療はもともと生活支援であるともいえ、病をもちつつ生きる生活を支援していくことだから、ACT (Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援) だけがあらためて包括支援であるにとりたてていく必要はない。

人がいなければ、社会復帰のために、救急医が職安に付いていくこともあろうし、一人暮らしなら行ってお好み焼きを作ってやることもあろうし、医療観察法の鑑定入院で通院可能性を考えるときは一緒に泊まることもあろう。

これは筆者が実際にしてきたことである。このような生活支援をしていくなかで、病のゆれで生活が困難になるのを防ぐ、あるいはその困難になる時間を最小限にすることが救急医療と考えるべきだと思う。

最後に

精神科救急医が目指すものというタイトルであるが、筆者自身の経験から精神科救急医に求められるものを述べてきた。経験の積み重ね、特に臨床をしながら、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が筆者にとっての「精神科救急医に求められるもの」を培ってきた。だから筆者が救急臨床を降りたときは、もう新たな考えは生まれないと考える。

けだし、精神科救急を語るときは演繹的でなく、帰納的であること、そしてなによりも語るのでも、書くのでも、聞くのでもなく「やるもの」であると考えている。

文 献

- 1) 澤 温：精神科救急－Fashion, Mission, Collection－. 精神医学 48：116-117, 2006
- 2) 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン (2003年9月9日版). 新興医学出版社, 東京, 2003
- 3) 澤 温：人格障害に対して精神科救急は何をなすべきか. 精神科救急 8：17-22, 2005