

## 巻 頭 言

## 往 診

松田ひろし 日本精神神経学会理事

Hiroshi Matsuda

地域精神医療では、往診は欠かせないものである。以前は非自発的入院に至る最後の手段としての往診が広く行われていたが、ここ十年は移送の手續きの煩雑さからか、それまでの非自発的入院の手段としての往診は殆どなくなった。そして今日、それに代って地域のかかりつけ医と同様な往診が当たり前となっている印象を受ける。私個人で言えば、最近ではかえって往診は増えている。その往診となるきっかけは様々であるが、一番多いのは家族から直に、あるいはPSWを介して「場合によっては往診もします」と伝えることによって依頼が来る。次に、意外と多いのだが訪問看護等の訪問サービス等を受けているケースなどで「このところ調子が悪く、とても通院が難しいから先生が来てくれるのだったら頼みたい」と本人自ら希望される。逆に少なくなったのは、保健所などの行政からの往診依頼である。理由はよくわからないが、我が国でも地域精神医療ネットワークが少しずつ機能し始めているような気がしないでもない。

自分の経験してきた往診そのものも、いろいろな形がある。まず、通常型とでも言うべき、一般的に診療報酬で認められている通常の往診。次に、巡回型で、関係するグループホームや訪問サービス等を受けている対象者の家を見まわるもの、さらに立ち寄り型とも呼ぶべき、何かのついでに時々様子を伺い立ち寄るものなど、大きく3つの型がある。勿論、短時間で行う巡回型や立ち寄り型では往診料をいただく訳にはいかない。いつもは自分一人で車を運転して出掛けるが、場合によってはPSWや訪問看護スタッフの車に同乗したり、あるいは現地で待ち合わせたりしている。

往診は基本的に30分以内としている。それは、そ

の時で時間をかけてでも結果を出そうとすると、かえって事態を複雑にしてしまうことがあるからである。具合が悪そうでも、間違っても「入院が必要である」などと言わない方がいい。それよりも本人の居る所が疲れを癒す環境にあるかどうかを確かめ、「無理しないで下さい」と言って、さっと帰る方がその後のコミュニケーションもよく取れるようになる。このように往診をしていると、本人の日常生活が理解されやすくなる。外来での診察から推測される生活は実際に住まいを訪れてみて、全く異なっていることが少なくない。「うつが強くて、家は散らかっていて掃除もなかなかできない」と言われたので、そのようなものかと思いつつ往診してみると案外きちんと片付けていて、むしろ本人の不全感からか、そのような自己評価をしていることがわかる。また家庭や家族状況が容易に把握できることもある。本人をそっこのけにしてテレビを觀賞しながら大声で談笑していた家庭、飼い猫と同じ食事を摂らせていた家庭、ガムテープで襖を外から塞いでいた家庭、カップラーメンばかり本人に与えていた家庭など虐待と言えるようなケースは現場に行くまでは全く予想もできなかった。

地域精神医療のトレンドとして、ACT、IPSや地域連携などの言葉をよく耳にする。確かに個室精神医療を卒業して、多職種によるチームアプローチを目指すことが大切であることは論をまたないが、その前に一人でできることがまだまだあるのではないだろうか。疾病性のみならず、事例性にも自然に気付かされるという意味で、往診の意義は大きい。さらに付け加えれば、往診は楽しいのである。