

特集 日本の精神科医療を展望する——精神科救急の立場から——

これからの地域ケアに精神科救急が役立つための条件

岩尾 俊一郎

〈索引用語：地域ケア，精神科救急，精神障がい者，ケアマネジメント，地域生活支援〉

1. はじめに

入院中心の医療から地域ケア中心へと精神障がい者への医療サービスの転換が求められるようになって久しい。今も退院促進事業が続けられているものの、退院可能とされている72000人の社会的入院者は、一向に減少していないように見える。長期在院となっている人々が退院できる条件として、「受け入れ先があること」と共によく指摘されるのが、精神科救急医療の整備である。こうした要請に伴い、それぞれに提供するシステムが違い一律に評価できないものの、都道府県単位でなんらかの精神科救急医療の整備が行われている。では、こうした都道府県単位の精神科救急医療システムの整備は、長期在院の精神障がい者の地域移行を促進したといえるのだろうか。実は精神科救急医療システムの整備によって、本来地域の精神科医療機関が担うべき救急医療ニーズが、救急システムの基幹病院などに集中する結果となっているのではないかといった批判もよく耳にするところである。

もちろん、精神障がい者の地域ケアで提供されるべき精神科医療は、精神科救急医療だけではない。日々を支える外来医療であり、地域生活を支える訪問看護サービスなどアウトリーチサービスであり、ホームヘルプサービスなど福祉サービスとの協働が必須である。こうした地域ケアを提供する側から、あるいは地域ケアを受ける側から、どのような精神科救急のあり方が望まれるのであ

ろうか。精神科救急システムと地域ケアに役立つ精神科救急は、どのような関係にあればいいのだろうか。まず、これからの精神障がい者のための地域ケアはどうあるべきか、何が必要なのから考えていきたい。

2. 精神障がい者の地域ケアの推進のためにはその拠点が必要

2009年9月「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が今後5年間の改革目標を定める「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」という提言³⁾をまとめている。それを元に、精神障がい者の地域ケアに関する国の最近の考え方を確認しておきたい。

基本姿勢では、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づき、「わが国の精神保健医療福祉の改革を更に加速する」とうたわれ、基本方針としては、表1の項目が掲げられている。そこには過去のどのような審議会でも地域ケアにおける重要な課題と指摘される「障害福祉サービスと保健医療サービスの密接な連携」のため、「精神障がい者に対してケアマネジメントを行う機能の充実」が指摘されている。しかし今までなぜ精神障がい者のケアマネジメントが整備できなかったのか、実施機関として何を想定すればいいのかは全く触れられていない。このケアマネジメントの整備だけではなく、このあり方検討会

表1 「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」2009年提言基本方針

- ①精神障がい者の地域生活を支える医療体制の一層の充実を図る
「精神科救急医療の充実や提供体制の強化」
「患者の状態像を踏まえた通院・在宅医療やリハビリテーションの強化・重点化」
- ②相談支援の強化
- ③障害福祉サービスと保健医療サービスの密接な連携
「地域自立支援協議会の機能の充実」
「多様な支援を必要とする精神障がい者に対してケアマネジメントを行う機能の充実」
- ④入院医療の再編・重点化

表2 精神科ソーシャルワークステーション（仮称）に求められる機能

- ①精神障がい者のニーズの把握とアセスメント、これらに基づくケアプランの作成
- ②ケアプランに基づく地域ケアを実施する精神科医療サービス機関と障害福祉サービス機関の調整
- ③ケアプランに基づく入院中の利用者の退院援助
- ④担当する地域の非自発的入院者の権利擁護と退院援助
- ⑤認知症、高次脳機能障害、知的障害の利用者のアセスメントとマネジメントへの助言

の答申は、「地域ケアの拠点をどこが担うのか」「精神科医療の質の向上をどのように実現するのか」「どのように病床削減・脱施設化していくのか」といった改革の根幹を握る重要な論点が曖昧なままである。

まず、地域ケアの拠点が不明確な原因の一つには、2005年障害者自立支援法施行によって、整備途上にあった精神障害者地域生活支援センターが、障害者地域活動センターに拡散していったことがあげられる。1999年精神保健福祉法改定で法定化された精神障害者地域生活支援センターは、1996年障害者プランにおいて人口30万人に概ね2カ所ずつ設置が予定され、2002年までの数値目標は全国650カ所であった。

この数値目標通りにケアマネジメントを主たる業務として、対象人口を15万人にとして夜間休日の電話相談も行う地域ケアの拠点が整備されていれば、その改編の中から今求められる機能も付加できていったのではないかと思われる。しかし、この精神障害者地域生活支援センターは、2006年障害者自立支援法の施行後に、身体、知的、精神の3障がいを統合した「相談支援事業」と「地域活動支援センター事業」となり、整備途上で頓挫することになった。

2009年民主党政権交代後、長妻厚生労働大臣は、障害者自立支援法の廃止を宣言しており、2010年1月より障がい者制度改革推進会議が精力的に開催され、障がい者総合福祉法への改組を

目指して障がい当事者が参加し審議が進められている。

精神障がい者の地域ケアには、医療サービスと福祉サービスの協働が必要であり、利用当事者の立場でケアプランを作り、医療機関や地域の社会資源との調整を行う独立した機関が必要とされる。ともすれば医療機関中心に組み立てられがちな精神障がい者の地域ケアを、当事者の「地域でこうやって生きていきたい」との希望をエンパワーメントしながら本人中心の支援を組み立て、医療機関、地域の社会資源、福祉サービスの提供者の立場や意向も尊重した調整を行うには、多くの時間と労力が必要とされる。現在進められている3障がい統合の指定相談事業所、または精神障がい者の地域活動支援センターにこれらのマネジメントを委託するのは、そのマンパワーと業務量からみて極めて困難である。

これからの地域ケア拠点には、精神障がい者の地域ケア推進に特化したものとして整備される必要がある。表2に掲げた機能が求められる。すなわち整備途上で潰えた精神障害者地域生活支援センターが持っていた居場所機能を捨て、精神障がい者のケアマネジメントと権利擁護に特化し、上記の機能を統括した精神科ソーシャルワークステーション（仮称、略称SWS）の設置が欠かせないと考える。このSWSを精神障害者地域生活支援センターの設置目標であった650カ所の2倍全国1300カ所、人口10万人を対象に設置するこ

とで、あり方検討会で不明確であった精神障がい者のケアマネージメントに着手することができるといえよう。

あり方検討会が提言するように地域ケア中心の精神科医療に移行を図るためには、全面的な精神科医療改革を大胆に実行する必要がある、ソーシャルワークステーション整備は改革を実現するための重要な基礎作りである。

3. 地域ケアの側から望まれる精神科救急の姿

前節で述べたように、現状の地域ケアの体制には改革すべき諸問題があるとして、では地域ケアの視点から精神科救急医療はどうあって欲しいとのぞまれているのだろうか。そして、その声に精神科救急の現場はどのように応えようとしているのだろうか。まずは精神科救急のユーザーである当事者、家族の声を確認し、次に精神科救急を運営している側が、どのように地域ケアを捉えているのかを確認しておきたい。

当事者の加藤ら²⁾は、救急医療に対して、「措置入院・医療保護入院という強制入院である必要はない」「入院の必要性と入院中の治療についてよく説明してほしい」「目標と退院の目的を設定してほしい」「自分が使っている病院への救急入院がいい」と希望している。精神障がい者を支える家族である大野³⁾は、「家族からダイレクトに救急の現場につながるスピーディでシンプルなシステムがいい」「3ヶ月でとりあえず退院と決めつけないでほしい」「病院での本人の様子ではなく在宅での本人の状態を把握してほしい」「精神科医療の水準を全国で差のないレベルにしてほしい」と精神科救急の現状への問題点を指摘している。

当事者、家族は、それぞれ実感のこもった当たり前の希望を訴えているが、その中でも「自分が使っている病院への救急入院がいい」「精神科医療の水準を全国で差のないレベルにしてほしい」という要望は重い。この要望は、退院促進事業で地域に移行した後に、再発して緊急入院が必要になった時に、かかりつけの精神科病院への入院が

できなかつたり、精神科救急システムで紹介された病院では満足できる入院治療を受けられない現状への鋭い批判を含んでいる。こうした当事者、家族の声に応えることが、地域ケアにおける精神科医療サービスの使命ではないか。

次に、現在、精神科救急をリードしている精神科医が、地域ケアについて言及しているものを紹介したい。平田⁴⁾は、「日常診療の一環として時間外診療サービスはどこでも行っている。これは一般科も精神科も変わりありません。地域ケアとか地域医療というものを指向する病院であれば、当然こういうことが要請されてくるわけです」「こういった病院単位の危機介入、クライシス・インターベンションと言われますが、その活動のことを精神科のマイクロ救急と私どもは呼んでおります」と述べている。平田の持論であるマイクロ救急が精神科救急の基礎という考えに立てば、地域ケアを担う医療機関の条件として、まず時間外診療サービス、マイクロ救急を誠実に行うことが求められる。澤⁵⁾は、「精神科救急は地域のサポート、セーフティネットの一つで、夜中でも具合悪くなったらいつでも医療サービスが受けられるから地域生活を続けようという時の医療サービスが精神科救急医療サービスと言える」「精神科救急医療サービスだけではむしろ何もできず、他の医療および福祉サービスがなくては役に立たないが、しかし悪化して万が一入院しても長期化しないため、事例化しないために精神科救急医療サービスは極めて重要であると言える」「これは、患者責任制、自院責任制に関わる救急医療サービス」「精神科救急医療サービスは精神科受療の入り口論であり、長期入院になるかどうかは出口論」と述べている。

澤の主張する「患者責任制、自院責任制」は平田のマイクロ救急に通じる入院医療機関としての原則であり、精神障がい者への地域ケアに従事する精神科医療従事者への倫理的な基準であると思われる。平田のいうマイクロ救急が提供すべき医療内容を具体的に提示している。こうしたかかりつけの医療機関で時間外診療を行い、必要があれば入院も選択するという当たり前の医療サービスが、当

事者が望む「自分が使っている病院への救急入院がいい」との要望に応えることであり、地域ケアにおける精神科救急医療サービスの原則である。各自治体が行っている精神科救急事業による精神科救急システムは、必ず精神科医療サービスを確保するために行政が準備する最終ラインであり、地域ケアで望まれる日常的な危機介入に最初に使われるべき医療サービスではなく、かかりつけ医療機関のバックアップ機能を果たしていくべきである。

精神科救急を利用することにならないように、地域ケアを支える医療は、まず訪問看護、ACTのようなアウトリーチ活動などを行い、小再燃の時の自覚的服用、電話相談、時間外を含む外来受診などの対処方法を確認し、不安や再燃の心配があれば、できるだけ平日昼間に外来受診するように指示し、受診すれば主治医不在でも的確な判断ができる診療体制を作ることなど、再発を防ぐための工夫をこらした外来診療を行うことが大前提となる。また、かかりつけ患者への時間外診療にインセンティブを付けるなど、医療機関の努力への経済的評価も必要である。現在整備途上にある初期救急もかかりつけ医療機関と救急システムの隙間を埋める工夫の一つともいえよう。将来的にはSWSの担当地区ごとに医療機関を登録し、地区割り制を導入することも考えられる。

そうした地域ケアのための医療体制を整備した上で、平日昼間に十分に対処したにもかかわらず、休日夜間に受診せざるをえない状態となっていて、満床、指定医が不在など時間外診療に応じられない事情があったときに、精神科救急システムの対象となると思われる。

4. 精神科医療の質をどのように保障するのか

次に当事者家族から指摘されている「どこで入院しても提供される精神科救急医療サービスの質を一定にしてほしい」との要望にいかに応えていくのかを考えてみたい。

まずわが国の精神科医療は、長く医療法特例措置により一般病院の3分の1の医師数で運営でき

るなど低い医療従事者数が合法化され、2000年以降固定化されている。非自発的入院である措置入院、医療保護入院も同様に一般病院より極めて低い人的配置であっても違法ではない。非自発的入院の手続き、権利擁護規定を定める精神保健福祉法は、非自発的入院で提供される医療の質については何も規定していない。これは現行の精神保健福祉法の大きな問題といわざるをえない。

それ以外にも精神保健福祉法には数々の問題が指摘されているが、現在焦点化されているのは、障がい者制度改革推進会議でも指摘されている保護者制度であり、医療保護入院の根拠となる保護者制度が廃止されれば、精神保健福祉法はその根幹から改定を余儀なくされる。日本精神神経学会法・倫理関連問題委員会は、医療観察法に関する委員会報告「見直しにあたっての提言⁴⁾」で、医療観察法の廃止と精神保健福祉法の全面的な改定を主張し、強制入院の高規格化、保護者制度の廃止・医療保護入院を市町村長の責任で行う、精神科ソーシャルワークステーション(SWS)の設置を提言している。

このSWSの体制整備ができれば、精神保健福祉法の保護者規定を廃止して、非自発的入院(従来の措置入院と医療保護入院)を市町村長の責任で行うときに、当該の入院者の住所地のSWSが行政の委託を受けて、非自発的入院者の権利擁護と退院援助に関与できる可能性が生まれる。

この提言で重要なのは、1900年に制定された精神病患者監護法以来、家族に担わせてきた精神障がい者の保護責任を、非自発的入院医療に関して明確に公的な責任、具体的には市町村長が担うこと、そして公的責任で非自発的入院医療を行うのであれば、提供される医療サービスの内容、質も、当然国が保障すべきであると指摘している点である。では、どのような医療内容、医療の質が基準となるのだろうか。

求められる医療の質は、現在わが国で行われている精神科臨床の現実から導き出されるべきであり、その良質な実践をつなぎ合わせて、当事者、家族に評価される医療内容、医療の質を規定して

表3 スーパー救急病棟の設置基準

①病院全体で精神保健指定医が5名以上
②患者16人に1人以上の常勤医師数
③2名以上の常勤精神保健福祉士
④1看護単位60床以下
⑤10対1以上の看護師数
⑥個室が半数以上

いくべきである。その基準となる臨床実践の一つが、各地で行われているスーパー救急病棟で提供されている医療サービスだと考える。現在、精神科救急病棟入院料を算定するためには、表3に掲示した基準を満たさなければならない。すでに一般病院では実現されている内容ばかりであるが、患者16人に1人以上の常勤医師数、10対1以上の看護基準、50%以上の個室率など、残念ながらわが国の精神科病院の標準よりは高い基準が設定されている。このスーパー救急病棟の基準で、他の一般的な精神科病棟と違って何が実現できているのか、何が不足していると考えられるのかを明らかにし、それを非自発的入院に求められる設置基準に反映させれば、わが国の精神科医療水準の平準化、標準的な医療内容の定着に大きく寄与できると考える。

そして今後開発すべきなのは、多施設の臨床実践の結果を比較検討していくための臨床指標である。再入院率、再発率、社会参加している者の割合などが考えられるが、誰もが確認できる治療結果を示すことによって、精神科医療の平準化、質の向上を誘導していくと考えられる。

また、精神科医療を利用した当事者が、そのサービスにどれだけ満足しているのか、どこに不満を持っているのかをモニターすることは重要であり、これも医療の質の向上に貢献すると思われる。

5. 光風病院での試み

最後に、筆者が勤務する光風病院で、提供する医療の質の向上のために取り組んでいる試みを紹介したい。

①隔離室へのナースコールの設置

光風病院の精神科救急医療センターの隔離室には12床の隔離室があるが、その内主に入院直後に使われることが多い6床にナースコールを設置している。行動制限下にあっても患者が看護師に連絡をしたいときに応じることができるように、身体拘束していてもナースコールが押せる位置にベッドを配置することが多い。昨年1ヶ月間に受けたナースコールの回数は一日1室につき7.2回であった。

医療不信の強い患者、家族が入院した時にも、ナースコールを使用し、頻回なナースコールに誠実に対応することによって、患者家族との信頼関係を築いていけたこともある。反面、頻回なナースコールに対応することに治療的な意義が考えにくい事例や救急外来にも対応する病棟業務上ナースコールに対応できなくなる状況もあり、行動制限下のナースコール使用の治療的な意義を確認しつつ、今後の運用のあり方を考えていきたい。

②患者満足度調査の実施

光風病院精神科救急医療センターに入院した利用者に満足度調査を行い、患者・家族の声をフィードバックさせて医療内容の向上につなげようと考えている。現在、アンケート回収中であり、今までに寄せられた回答から中間報告したい。

2008年12月より2010年2月までに、精神科救急医療センターに入院し、自宅退院となった224名の患者、家族に患者満足度測定尺度CSQ-8Jを含むアンケート用紙を送付し、患者50名から回答をえた。そのうち未記入の回答があるもの7名を除き、43名のアンケート回答を分析中である。

分析対象43名の平均入院日数は70.9±39.9日、平均隔離日数は12.3±17.1日、平均拘束日数は4.0±8.3日、CSQ-8J平均点数は23.3±3.8点(32点満点)であった。

CSQ-8J点数と入院日数、隔離日数、拘束日数の相関を見ると、Spearmanの相関係数ではCSQ-8J点数と入院日数、隔離日数は相関しな

いが、拘束日数とは5%水準で有意に相関を認められた。

期待していたのは、CSQ-8J点数と入院日数、隔離日数、拘束日数が相関しないとの結果であったが、拘束日数と正の相関を持つ結果は、拘束された経験を持つ回答者が少ない影響とも考えられ、職種、家族教室、心理教室への参加の有無など他の要素との相関を分析し、後日報告したい。

今回の調査は、アンケートに答えようとする利用者が対象であり、その患者満足度点数は、多分に光風病院に甘い高い点数であると考えられる。本来は第三者機関による満足度調査が望ましいが、その実施には大規模な準備が必要であり、1医療機関だけでは実施困難である。医療標準化のためには、利用者からの評価は重要であり、公的機関による実施が望まれる。

6. ま と め

1. これからの精神障がい者の地域ケアの展開のためには、精神障がい者のケアマネジメントと権利擁護に特化した精神科ソーシャルワークステーションの創設が必要である。
2. 地域ケアから求められる精神科救急医療は、かかりつけ医療機関の危機介入とそれをバ

ックアップする精神科救急システムである。

3. スーパー救急病棟での急性期医療は精神科医療の標準化に寄与する可能性があり、その医療の質を比較検討する臨床指標の開発や利用者の評価が求められる。
4. 光風病院精神科救急医療センターで実施した「隔離室へのナースコール設置」「患者満足度調査」を医療の質の向上のための試みとして紹介した。

文 献

- 1) 平田豊明：精神科救急医療の現状と問題点。茨城県救急医学会雑誌，3-16，2005
- 2) 加藤真規子：NPO ころーるたいとうの仲間の精神科救急医療の体験と意見。精神医療，51；79-88，2008
- 3) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会：精神保健医療福祉医療の更なる改革に向けて (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>)
- 4) 日本精神神経学会法・倫理関連問題委員会：医療観察法に関する委員会報告一見直しにあたっての提言。精神神経誌，112；291-307，2010
- 5) 大野素子：座談会「精神科救急は精神医療の危機を救えるか」。精神医療，51；10-35，2008
- 6) 澤 温：長期入院を防ぐための精神科救急医療サービス。精神科臨床サービス，9；385-389，2009