

## ■ 編集だより

### 編集後記

外来診療をしていると、診断をつけ、精神療法を行って投薬するという、診察室の中の営みだけでは不十分であると痛感することがしばしばある。狭義の医学的治療だけでは、精神症状はよくなりえないと感じるのである。それは職場や家庭の中に様々な困難がみられて、患者さんが変わりうるであろう潜在的な力をその困難が圧倒していると感じる場合であったり、患者さんがよくなっていくことを実際の生活の場で支援しなければうまくいかないであろうときである。

平成 23 年度より研究費をいただいて、外来患者さんにアウトリーチによる生活支援を行う試みを始めた。詳細は論文で発表(臨床精神医学, 印刷中)しているが、大学病院の 16 ヶ月間の新規外来患者全員を対象に、生活支援・ケアマネジメント必要度調査を実施した。551 名の新規患者で診断や年齢などによる除外基準該当者を除いた 365 名 66.2% のうち、社会生活や日常生活の障害、家族や環境との軋轢などにより、生活支援やケアマネジメントのニーズのある人は 14% であった。統合失調症圏に多い傾向はあるが、性別・年齢・ICD-10 による診断分布と生活支援の必要性には関連がみられなかった。こうした人たちは、これまでの生活の困難や現在の環境の問題と精神症状とがなみれなくなって複雑な病態を形成しており、シンプルに診断をつけることが難しいケースばかりであると感じた。出てきた問題は、若いころからの希死念慮を伴うニート生活、子どもの虐待などの家族問題、慢性的な身体化症状、頻回の抑うつ症状の再燃、身体自己管理の悪さから来ると思われる慢性の身体疾患の合併などの複合である。またこれまで周囲や専門家の援助を十分受けられていなかった人がほとんどであった。

こうした現状を見るにつけ、どのような外来での治療機能を備えていることが望まれるだろうかと考えざるを得ない。外来治療と別途に福祉支援をつけるやり方は必ずしもうまくいかないように感じる。余力のない人たちは違う場所に行っているいろいろな支援を使っていくような力を持たない。そもそもどのような支援が必要か、全く見えていないことも多く、「落ち込んで死にたい」などの苦しみから精神科を受診してくるのである。現実の困難の中から精神症状はつむぎだされてくるのだが、その根っこに現実の困難が横たわることを本人は自覚していない、もしくはしようとしめない。一方で精神障害であるからには、無論生活支援だけでは困難は解消しないと思われる。言いたいことは、単純に福祉サービスを充実させることで解決できるわけではなく、外来機能の中に「ワンストップ・ショッピング」といえる支援機能があり、複合的な困難のある人をしばらくは抱えることができること、そしてある程度改善してきて、もしくは問題が整理されてきて初めて、通常の外來治療と福祉サービスへと切り離していくことが可能になるということである。

上記のことを可能にするためには以下の課題が残されている。

- ・医療経済の裏付け：しっかりした精神医療の経験を有し、かつ生活支援の力を持った専門家をどうしたら外来の中で抱えていくことができるだろうか。多職種チームが生まれ、そして精神科医はそのチームをバックアップする役割となる。
- ・医療の中で行っていくためには、生活支援を医療で行う根拠（精神疾患すなわち脳機能の異常と、生活や環境との関連性の明確化）が求められる。
- ・医療と福祉の統合的な実施体制はどうしたら可能になるだろうか。
- ・現在の医学部の中で治療チームについての教育や研修を、どうしていくべきだろうか。私たちのこれらの課題解決を待つ多くの患者さんたちがいる。

池淵恵美