

■ 編集だより

編集後記

精神科を受診される方々の話を聞いていると、診断をつけて治療についての説明を行い、投薬するという、診察室の中の営為だけでは不十分であると痛感することがしばしばある。それは職場や家庭などの現在の環境や、これまでの生育の過程で様々な困難がみられて、精神症状と密接に絡み合っているときである。

平成 23 年度から研究費を頂いて、新規外来患者の中で生活困難の度合いが高く十分な支援がない人を対象に、ケアマネジャーを中心としたチーム支援を試みた。出てきた問題は、複雑な生い立ちで若いころからの希死念慮を伴うニート生活、母親が支援のない中での子供の虐待、慢性的な精神・身体症状とそれに伴う貧困、精神的な余力がなく身体自己管理の悪さから生じる慢性の身体疾患の合併などである。

この研究では、筆者の所属する大学病院で 16 ヶ月間、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（池淵恵美ほか：外来患者に生活支援・ケアマネジメントサービスはどの程度必要か。臨床精神医学, 43; 1063-1074, 2014）。551 名の新規患者で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（生活支援必要度得点 4 点以上）は 51 名（14%）であった。4 点以上の人の割合と、性別・年齢・ICD-10 による診断分布には関連がみられなかった。むしろ定型的な診断をつけることが難しかったり、複数の診断がつくことが多かった。

これらの人たちの多くは持続する問題にもかかわらず、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。しかしチームによる生活支援に同意が得られたのは、こちらが「必要」と判断したうちの約 6 割であり、実際に支援を開始してからも、なかなかうまく協力関係がむすべない、複合的なニーズであるために医療機関と地域の資源や福祉サービスと連携しなければならないが、そうした複雑な支援構造ではなかなかうまくいかない、どこまでが医療のニーズでどこまでが福祉のニーズであるのか複雑に絡み合っており、アセスメントが容易でない、などの理由で結局支援が中断するケースも複数あった。そもそも援助者との関係性を紡ぐことに困難があるのである。

このようなニーズを持つ人たちには、ワンストップショッピング（1 つの機関での医療と福祉の統合的な実施）で、顔がいつも合わせられる、全体の状況をよく把握し、同時に本人の心の中についても話し合っている、「いつもの」支援者（たち）が必要で、本人の「症状」ではなく、「今感じている困りごと」に焦点を当てる必要がある。こうしたことはもちろん今の制度の中では難しいし、外来で行うとしたら、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）が求められると思う。それを思うと、精神医学は発展しつつあるが、まだ道のりは遠いと思う。

先日、多くの困難の中で生育し思春期に統合失調症を発症して、その後 20 年病状が改善しない人をセカンドオピニオン外来で拝見したが、その苦勞を思い、状況の困難さを思うにつけ、「自分（精神科医）に何ができるだろうか」と思わざるを得ない。その人は多量の向精神薬を投薬されていたので、まずは可能な範囲で減量してみることを勧めた。それだけでも、活動しやすくなり、症状に対処する力を取り戻すことができる例を複数経験しているからである。ちょうどノーベル賞受賞に日本中が沸いている時期だったので、その人に「精神科の先生がノーベル賞を取って、私たちを救ってください」と励まされた。そうあってほしいと願っている。

池淵恵美