

東京都の精神科救急の現状と課題

～「精神科救急の東京モデル」の提案～

平成 23 年 2 月改訂

特定非営利活動法人メンタルケア協議会

羽藤 邦利

要旨

東京都が行政の責任で行っている夜間休日の精神科救急(以下、行政救急)の実績と、平成19年・20年に行った厚生労働省自立支援調査研究プロジェクト「緊急対応ニーズの調査(以下、ニーズ調査)」の結果をもとに、東京都民1300万を対象にした精神科救急医療の現状と課題について論考した。

1) 東京都の夜間休日の行政救急は2つのシステム、①自傷他害のおそれがあり警察官が24条通報したケースの処理システム(以下、通報処理)と、②東京都精神科救急医療情報センター(以下、情報センター)を軸とした精神科救急システムで構成されている。ふたつは独立して運用されていて、相互の連携は希薄である。

2) 平成20年度の二つのシステムの実績数を合計すると、情報センター相談件数11828・夜間休日警察官通報数1720>相談のみ7810>外来のみ2933>緊急措置以外の入院888>緊急措置入院786となつて、相談・警察官通報を底辺にした三角形をなしている。

3) 東京都の夜間休日の救急医療は、この約8年間で、様変わりした。様変わりしたのは、平成14年7月から「情報センターを軸とするシステム」が稼働したことと、精神科の夜間診療の普及によるものと考えられる。

4) 「通報処理」では、夜間休日の警察官通報の総取り扱い件数と、緊急措置診察で「緊急措置以外の入院(殆どが医療保護入院)」になった件数が、年々、減少してきている。しかし「緊急措置入院数」は一向に減らない。巨大都市の病理現象を反映していると考えられる。

5) 情報センターを軸とする救急システムでは、「電話相談」が重要な業務になっている。この「電話相談」は役立っているものの、多くの都民が求めている相談は、『電話よりも対面の、それも普段から関係がある相談員が対応し、事情を知っていて、具体的な助言が提供出来る、そして個人の秘密が守られる』相談である。そ

のためには、地域の相談事業所などが夜間休日の「相談」に積極的に取り組めるようにする必要がある。

6) 情報センターを軸とした救急システムの医療は、通常の医療と比べると、様々な限界を持っている。利用するのに敷居が高いこと、時間を要すること(初期救急ケースで42分、二次救急ケースでは2時間以上)、鎮静処置が主体になるなどである。

7) 情報センターを軸とした救急システムは、必ず緊急に対応しなくてはならない3つのケースに十分に対応できていない。「保護者同伴なし」のケース、身体合併症のケース、24条通報と医療保護入院の谷間に落ちるケースである。

8) 情報センターを軸とした救急システムの初期救急が、「夜間外来」医療機関が増える中で、件数が少ないままであることから、初期救急不要論がある。しかし、数は少なくとも初期救急でしか対応できないケースがあり、初期救急は都民に必要不可欠なものである

9) 情報センターを軸とした救急システムは適切に運営されないと“コンビニ医療”に占拠されかねない。また、薬物依存、ドクターショッピングを助長したり、救急リピーターを作り出しかねない。

10) 二つの間違つた考え方を指摘した。精神科救急では「いつでも、どこでも、だれでも原則」は、コンビニ医療を助長する考えである。また、「精神科夜間休日外来センター」を設ける方式は押しかけてくる“コンビニ医療”を排除出来ないで必ず破綻する。

11) 「ニーズ調査」で「最近1~2年で最も困つた出来事」がどのように対応されたのかを見てみた。行政救急を利用したものは極めて少なかった。都内で発生している救急事例の9割以上は、「かかりつけ医」、「かかりつけ医でない(近くの)精神科医療機関」、「家族だけ」、また身体症状や精神症状と身体症状の合併のケースは「一般医療機関」で対応されていたが、「対応しようとして対応出来なかった」事例が少なくなかった。「行政救急以外の救急対応」の占める比

重が大きいことから、「行政救急以外の救急対応」をもっと行いやすくすることが重要な課題になっていることが分かった。

12) これまで「精神科救急＝行政救急」とされ、「行政救急以外の対応」に行政は助成をして来なかったが、これは大きな間違いである。今後は、行政救急と行政救急以外の対応の比率を考え救急予算の抜本的な組み替えや大幅な補強が必要である。

13) 「ニーズ調査」から救急医療を充実させるためには、救急相談の充実、救急予防、日中の医療の充実、往診や訪問支援、緊急受診、診療情報の不足を補う仕組み、そして他では引き受けてもらえないケースを行政救急で確実に対応すること、など沢山の課題があることが分かった。

14) 東京都の地域事情の考えると、東京都の精神科救急を充実するには、行政救急を整備することと併せて以下の6点の整備が重要であることが分かった。

- ①「気軽に相談できる、よろず相談窓口」
- ②「日中の情報センター」を開設して「医療機関連携支援システム」を稼働させる。
- ③診療情報の不足を補うための「オレンジボット」のようなもの
- ④「精神科医療機関と一般医療機関との相互連携システム」
- ⑤「相談支援事業所ネットワーク」
- ⑥「つなぎサービス」に報酬付けを行う

こうした東京都の地域事情にあったシステムを
実現できた時に、それを「精神科救急の東京モデル」と呼べるだろう。

はじめに

東京都は、平成14年7月より、それまでは、もっぱら警察官24条通報を処理するシステム（以下、通報処理）だけであったのを、新たに、精神科救急医療情報センター（以下、情報センター）を軸とした救急システムを付加して、精神科救急システムを一新した。それ以来、7年あまりが経過している。東京都の責任において行われている二つの行政精神科救急システム（通報処理と情報センター）の現状がどうなっているか、どのような課題に直面しているのかについて見てみたい。

さらに東京都による精神科救急（行政救急）を含めた「東京都全体の精神科救急」はどうなっているのか、その中で、東京都の行政救急はどのような役割を担っているのかについても、平成19年・20年に行われた厚生労働省自立支援調査研究プロジェクト「緊急対応ニーズの調査（以下、ニーズ調査）」の結果を参考にしながら、見てみたい。

第一章 東京都の責任で行っている（精神科）行政救急の現状

1) 東京都の責任で行っている（精神科）行政救急の体制

東京都が“行政の責任で”運営している夜間休日の精神科救急システム（行政救急）は図1に示すように、2つのシステムから構成されている。

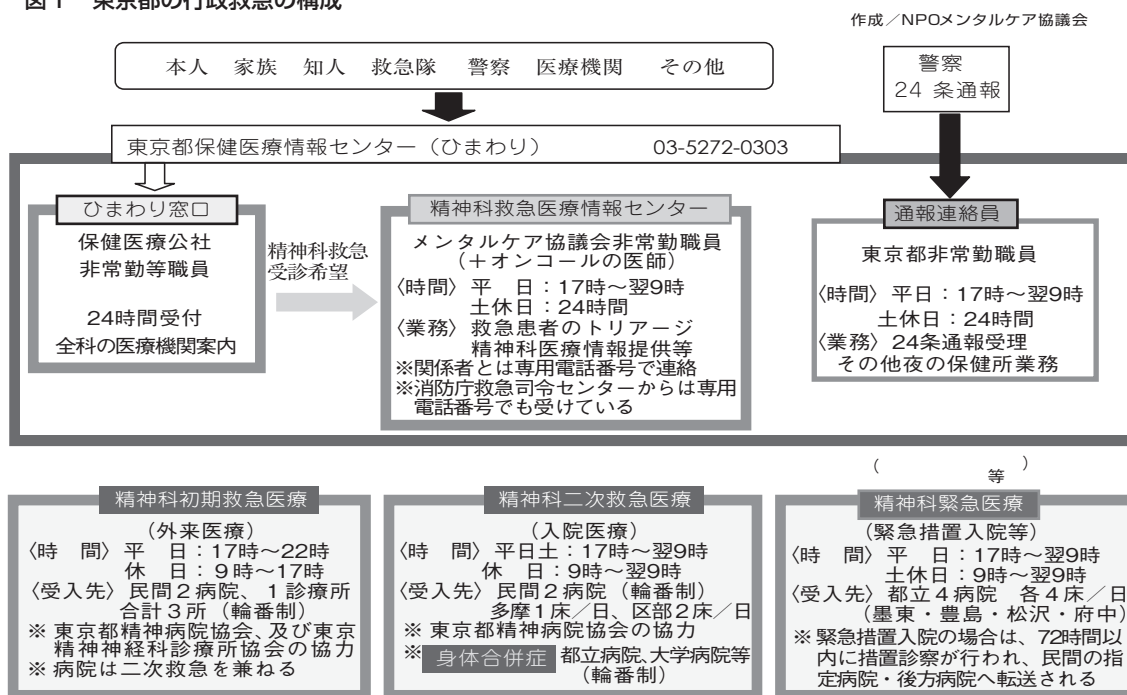
①主に24条通報を処理するシステム
通報連絡員が窓口になり、都立4病院16病床を使って運用されている。

主に警察官通報されたケースを扱うが、それ以外に、外国人など特殊なケースのために都立病院の病床を利用する場合に対応するシステム。

②「東京都精神科救急医療情報センター（以下、情報センター）」を相談窓口にしたシステム

情報センターは、東京都医療機関案内「ひまわり」の中に設けられていて、24条通報以外の精神科救急を扱う。

図1 東京都の行政救急の構成



2) 東京都の行政救急の実績(平成20年度)

東京都が行っている夜間休日の精神科救急システム(行政救急)の平成20年度の実績を見てみよう。

①東京都の行政救急全体の実績(平成20年度)

表1は2つのシステム、「24条通報を処理するシステム」と「精神科救急医療情報センター」の取扱件数である。

表1 東京都の夜間休日の行政救急の実績(平成20年度)

24条通報処理システム		情報センター		合計
緊急措置入院	787			786
緊急措置入院以外の入院	537	二次救急	351	888
入院にならなかったもの	396	初期救急	93	2933
		近くで開いている診療機関を案内	2443	
		電話相談のみ	7167	7810
		相談継続 その他	643	
総取扱件数	1720	総相談件数	11828	13548

2つのシステムの取り扱い件数を合計すると電話相談のみ>夜間診療・初期救急>二次救急>緊急措置となっている。電話相談を底辺に置けば、全体が三角形を呈していることが分かる。

②夜間休日の通報処理の実績(平成20年度)

平成20年度の実績を見ると取扱件数の殆どは24条警察官通報ケースであった。夜間休日に指定医の診察の結果、緊急措置入院になったものの割合は50.6%であった。通報されたが入院にならなかったものは396件。その中には、指定医の診察をしないままに終わったものも含まれている。

③情報センターの実績(平成20年度)

平成20年度に東京都の夜間休日の行政救急のうち、情報センターが取り扱った相談件数は11818件であった。それらに対して行った対応の内訳は以下のものであった。

I) 電話相談 7167件 / 11818件 61%

情報センターは、建前上は、精神科救急医療を必要とする人に、救急医療機関を案内する役

割(「トリアージ」)を担い、「相談」は受け付けないことになっている。しかし、実際には、都民(主に、本人や家族)からの緊急の電話相談に応じて、不安感などの訴えを受け止めながら、当夜の凌ぎ方、翌日以降に主治医に相談する仕方、翌日以降に利用できる医療機関や相談機関について助言を行っている。相談件数のうちの61%はそうした「相談」対応によって解決している。

電話相談の中には、「辛い」「話を聞いて欲しい」など、「相談」そのものを依頼してくるものがある。その場合は、情報センターから、準夜帯に東京都が開設している「東京夜間こころの電話相談」などに誘導している。

II) 救急医療機関などにつなぐ 4338件 / 11818件 37%

情報センターに掛かってきた相談電話の37%には、緊急性と重症度を判断した上で近くで、その時間帯に開いている精神科医療機関の案内、身体救急の利用を勧める、初期救急、二次救急医療機関へつなげるなどの、案内やつなぎを行っている。その内訳は、

i) 精神科医療機関案内(2443/11818 21%)

「直ぐに近くで診てもらえるところを紹介して欲しい」といった依頼に対して、近くでその時間帯に開いている医療機関の情報を(原則3箇所)提供している。情報提供するに当たっては、必ず、直接に本人と話して、緊急性がないこと、重症度もないことを確認する。その上で、さらに、「急な診察は受け付けてくれないことも多いので、必ず電話した上で、受け付けてもらえることを確認した上で行くように」指導している。

註

東京では、夜間8時台に開いている精神科診療所はとても多い。9時台に開いているところもある。これは、2008年4月から

夜間・早朝診療に50点加算(平日の6-8時、18-22時、土曜の6-8時、12-22時、日祝日の6-22時)が新設されたことの効果だと言われている。

ii) 身体科救急を勧める(670/11818 6%)

自傷、外傷、大量服薬、高熱、その他の身体症状がある場合は、まず、身体科救急の受診を勧める。身体科の対応が終わったところで、必要があれば改めて、精神科救急当番医療機関につなぐ。

iii) 警察へ相談することを勧める(224/11818 2%)

興奮が激しいなどで、自傷他害の恐れがあり、家族では対応不能の場合や、二次救急当番病院では受け入れが難しい場合は、警察に相談することを勧めている。

iv) トリアージ医師が相談者に電話を通して指示する(218/11818 2%)

トリアージ医師が電話で助言指示を行うことで、当夜や休日当日を凌げることもある。患者の手持ちの薬で対応出来そうな場合などである。

v) 初期救急当番医療機関につなぐ(93/11828 1%)

薬の副作用によるアカシジア、抗うつ剤SSRIの離脱症状、抗てんかん薬の薬切れ、パーソナリティ障害などで家族内葛藤で激しく興奮しているケース、警察に留置中の患者で外来受診が必要なケースなど、確実に外来診療する必要があるが、しかし夜間診療を行っている精神科診療所では受け入れられ難いものは、初期救急当番(当番診療所1箇所、当番病院2箇所)につなぐ。

初期救急の年間の件数は極めて少ない。しかし、数は少なくとも無くてはならないものである。

vi) 二次救急当番医療機関につなぐ(351/

11828 3%)

当夜や、休日の当日に、緊急に医療保護入院を要するケースを当番病院につなぐ。

vii) 身体合併症医療機関につなぐ(9/11828 0.1%)

情報センターで取り扱う身体合併症のケースは極めて少ない。このことについては後で改めて述べる。

viii) その他(2%)

千葉県、神奈川県など都外にいる人からの相談が入る。発生地主義をとっており、都外の人には対応をお断りしている。

④東京都の行政救急の実績数の年次推移

・夜間休日の「24条通報処理システム」の実績数の年次推移

夜間休日の「24条通報処理システム」の昭和53年(1978年)事業開始から、平成20年(2008年)までの30年間の実績数の年次推移を図2に示してある。

夜間休日の警察官通報の件数は「情報センター」が平成14年に開設されて以降、着実に減少してきている(平成13年度2149件→平成20年度1697件;452件減少している)。緊急措置診療で「緊急措置以外の入院(殆どが医療保護入院)」になった件数がほぼ同数減少している(平成13年度1816件→平成20年度1323件;493件減少)。しかし、緊急措置入院になった件数は殆ど変化していない(平成13年度730件→平成20年度786件;56件増加)。「情報センターを窓口とするルート」が開設されたことによる変化である。分析は後述する。

・「情報センター」の実績数の最近の年次推移

「情報センター」の最近4年間の推定数は図3のようであった細かい分析は後述する。

図2 「24条通報処理システム」の経年変化

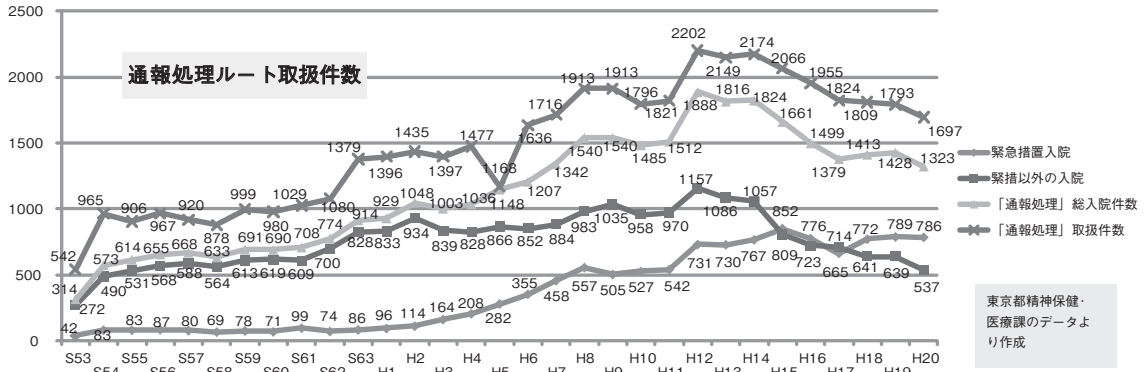


図3 東京都精神科救急医療情報センターでの対応結果内訳 (平成17年～平成20年)

精神症状レベル

情報センター相談件数	システム外						救急医療不要	外来レベル			入院レベル							
	都外	本人不在	医療費なし	薬物・AI	身体処置優先	その他		当番以外医療機関対応	初期救急利用	本人の拒否	初期救急時間外	翌日対応が望ましい	二次救急利用	身体合併利用	家族同意なし	家族同伴なし	搬送手段なし	
17年度	12074	289	436	30	276	676	341	4792	2390	79	48	726	488	329	21	357	317	110
18年度	11883	254	348	18	211	889	430	4627	2449	72	12	434	765	295	12	290	344	70
19年度	12125	244	439	17	179	831	423	4470	2431	87	33	712	958	298	22	238	339	62
20年度	11818	230	494	24	194	727	400	4290	2568	93	49	371	1084	351	9	294	253	74

3) 「緊急対応ニーズ調査」から；「最も困った出来事」が東京都ではどのように対応されていたか

平成19年度に「障害者自立支援調査研究プロジェクト；地域で生活する精神障害者の緊急対応ニーズの実態調査及び夜間休日緊急対応チームの試行的構築（以下、ニーズ調査）」というタイトルの調査を行った。家族会の全国連合組織である「みんなねっと（全国精神保健福祉会）」と当事者団体の「全精連（全国精神障害者団体連合会）」の協力を得て行った調査である。12都

道府県の家族会などを通して「当事者本人」「家族」にアンケート調査をお願いした。併せて、同じ12都道府県にある全ての精神科関連施設（医療機関、福祉施設、保健所や行政窓口など）にもアンケート調査を行った。調査の概要は巻末の資料欄に掲載してある。

アンケート調査の中で、「この1～2年で最も困った出来事」を、「本人」、「家族」、「施設（精神科病院、精神科無床病院・精神科診療所、通所授産などの社会復帰施設や保健所）」に記載してもらった。詳細な事例が1121例ほど収集できた。そのうち東京都のケースは252例であっ

た。252例の分析結果が、表2、表3である。

・「最も困った出来事」がどんな事例であったか

「最も困ったこと」が、どのような問題であったのかを分類集計したものが表2である。多くは、“精神的に重症”で緊急性が高いものであったことが分かる。次いで多いのは“身体的な問題”であった。

このうち身体的な問題では「身体合併症」と「身体症状のみ」のケースを合計すると、本人調査票の事例6.5%、家族調査票の事例6.3%、通所授産施設や保健所などの事例で8%であった。これとは別に、大量服薬ケースが精神科診療所からの事例で11.9%、通所授産施設などからの事例で5.7%あった。これらの数字から、精神障害者が何らかの身体症状を持った場合に「最も困った出来事」になってしまいがちであることが分かる。

・「最も困った出来事」はどのように対応されていたか

「最も困った事」が、どのように対応されたのか、対応の結果を集計したものが表3である。

(行政救急システムで対応されたものは少ない)

この表から、「最も困った出来事」であるにも関わらず、行政救急システム(公的救急システム)を利用したものは、「本人調査票」の事例では0%、「家族調査票」の事例で11.6%、「精神科病院」からの事例0%、「精神科無床病院・精神科診療所」からの事例8.5%、「通所授産施設や保健所など」からの事例6.9%であった。極めて少ない。

(行政救急システム以外の対応)

「本人調査票」からの事例では、かかりつけ医が対応したもの23.9%、家族だけで対応したもの17.5%、かかりつけ医でない精神科医療機関で対応したもの10.8%、電話相談で凌いだもの6.5%、医療機関に相談して凌いだもの2.3%、通所授産施設などが対応して凌いだものが6.5%であった。

「家族調査票」からの事例では、家族だけで凌いだもの41.9%を占めている。次いで、かかり

つけ医20.9%、かかりつけ医でない精神科病院への入院16.3%、医療機関への相談で凌いだもの、通所授産施設で凌いだものが、それぞれ2.3%ある。対応出来なかったものが2.3%あった。その殆どは、家族だけで対応したが“対応出来なかった”ケースである。

「精神科病院」からの事例では、自院で対応が半数、他院に入院を引き受けてもらったもの33.3%、対応出来なかったもの16.7%である。対応出来なかったケースは殆どが、身体症状があるが身体科の病院で受け入れを断られたケースである。

「無床病院・精神科診療所」からの事例では、精神科病院に入院を受け入れてもらったもの40.9%、他の精神科外来6.8%、身体科病院の入院が10.2%、外来が3.4%あった。対応出来なかったもの16.9%に上る。対応出来なかったケースの殆どは、精神症状のため、次いで身体症状のために入院治療が必要と判断されたが受け入れ先が見つからなかったケースであった。

「通所授産施設や保健所など」からの事例では、かかりつけ医37.9%、かかりつけ医でない精神科病院入院11.5%、外来4.6%、身体科病院の入院が10.3%、外来が2.3%あった。対応出来なかったもの13.8%に上る。対応出来なかったケースは、いずれも(精神科あるいは身体科の)受け入れ医療機関が見つからなかったケースであった。

・最も困った出来事への対応結果から分かること

以上の結果から以下のことが分かる。

イ) 「最も困った出来事」でも東京都の行政救急を利用する人は少ない。(註. それでも他の府県に比べると、行政救急の人口当たりの利用数は多い)。

ロ) 「最も困った出来事」は行政救急で対応したケースの10倍以上発生している。行政救急だけで「最も困った出来事」に対応しようとするれば、現状の行政救急を10倍に拡充しなくてはならないが、それは不可能であろう。

ハ) 家族だけで当夜・当日を凌いでいるケー

表2 「最近1～2年間で最も困った出来事（東京都ケース）」

本人の主要な問題	本人調査票	家族調査票	施設合計	精神科有床病院	精神科無床病院・診療所	その他の施設
相談希望	0	0	0	0	0	0
医療機関紹介希望	0	0	0	0	0	0
相談機関紹介希望	0	0	0	0	0	0
意識障害	2.2	0	4.4	8.3	1.7	5.7
けいれん発作	0	2.1	0.6	0	0	1.1
暴力・器物破損	2.2	14.6	8.2	8.3	5.1	10.3
自殺企図・念慮・自傷	6.5	4.2	10.8	8.3	13.6	9.2
幻覚妄想・昏迷・奇異行動	32.6	25	22.2	16.7	25.4	20.7
興奮・錯乱・躁状態	6.5	22.9	22.2	33.3	27.1	17.2
不安・焦燥・抑うつ	30.4	6.3	9.5	0	5.1	13.8
無断外出・徘徊・家出	0	2.1	1.3	0	1.7	1.1
ひきこもり	0	2.1	0.6	0	0	1.1
居座りなどの逸脱行為	0	0	1.9	0	0	3.4
睡眠障害	0	0	0	0	0	0
拒食・過食	0	0	0	0	0	0
薬切れ	0	0	0	0	0	0
薬副作用	0	6.3	0	0	0	0
大量服薬	4.3	4.2	8.2	8.3	11.9	5.7
身体合併症	2.2	2.1	3.2	8.3	5.1	1.1
身体症状のみ	4.3	4.2	4.4	0	1.7	6.9
その他	8.7	4.2	2.5	8.3	1.7	2.3
合計	100	100	100	100	100	100

すがとても多い。家族は大変な思いをしたに違いない。

ニ) かかりつけ医が対応して凌いだケースが多い。今後、さらにもう少し、かかりつけ医が対応すれば救急医療の状況は大きく改善されるだろう。

ホ) かかりつけ医以外の精神科医療機関が、かなりの数のケースを引き受けている。かかりつけ医以外の精神科医療機関が、今後、さらにもう少し対応するようになれば、救急医療の状況は相当に改善されると考えられる。例えば「診療情報の不足を補う仕組み」があれば、かかりつけ医以外の精神科医療機関でも対応しやすくなる。

ヘ) 「精神科診療所」で対応に困ったケースの多くは、精神科病院に入院を引き受けてもらって凌いでいるが、引き受けてもらえる病院を見つけるのにとっても苦労している。

ト) “対応出来なかった”ケースが少なくない。「精神科病院」、「精神科診療所」、「通所授産施設や保健所など」で対応出来なかったのは、主には、日中に（精神科・一般科）入院の受け入れ先がみつからなかったためであった。

チ) 急な腹痛など身体症状が出た場合、あるいは精神症状と身体症状を合併したケースが発生した場合、「本人」、「家族」、「精神科病院」、

「精神科診療所」、「通所授産施設や保健所など」のいずれも、受け入れてもらえる身体科医療機関を見つけるのが難しく、対応に困っている。東京都の身体科医療機関は精神障害者に対して明らかに受け入れが悪い。

リ) 「本人」には「電話相談」「医療機関相談」「通所授産施設相談」が役立っている。「電話相談」は公的な電話相談窓口が利用できる。また後者2つの相談はほとんどが電話による相談である。

ヌ) 「家族」には、「通所授産施設相談」や「医療機関相談」が役立っている。

以上のことから、東京都の精神科の救急対応を充実させるためには、単に、行政救急の充実を図るだけでは全く不十分であること、それ以外に充実を図らなくてはならない課題が沢山あることが分かる。

具体的には、①かかりつけ医に、さらにもう少し関わってもらえるようにする仕組み、②かかりつけ医でない医療機関でも対応しやすくする仕組み（診療情報の不足を補う仕組みなど）、③入院先を見つけやすくする仕組み、④一般医療機関が精神障害者を受け入れやすくする仕組み（精神科コンサルテーションの仕組みなど）、⑤談話相談を行いやすくすること、などである。詳しくは次章で述べる。

表3 「最近1～2年間で最も困った出来事」の対応結果（東京都ケース）

とられた対応	本人調査票	家族調査票	施設合計	精神科有床病院	精神科無床病院・診療所	その他の施設
公的救急システムで対応した（％表示）						
措置・緊急措置	0	9.3	4.4	0	3.4	5.7
初期救急	0	0	0	0	0	0
二次救急	0	2.3	1.9	0	3.4	1.1
合併症	0	0	0.6	0	1.7	0
小計	0	11.6	7	0	8.5	6.9
公的救急システム外で対応した（％表示）						
自施設・かかりつけ医で対応	23.9	20.9	27.8	50	8.5	37.9
他院・精神・入院	6.5	16.3	24.1	33.3	40.7	11.5
他院・一般・入院	0	2.3	9.5	0	10.2	10.3
他院・精神・外来	4.3	0	5.1	0	6.8	4.6
他院・一般・外来	4.3	4.7	2.5	0	3.4	2.3
他院・合併症入院	0	0	1.3	0	3.4	0
家族で対応	17.4	41.9	0	0	0	0
往診・訪問	0	0	0	0	0	0
知人の援助	6.5	0	0	0	0	0
電話相談	2.2	0	0	0	0	0
医療機関相談	6.5	2.3	0	0	0	0
社会復帰施設相談	6.5	2.3	0	0	0	0
頓服で	4.3	0	0	0	0	0
自分で	2.2	0	0	0	0	0
家族会・ピアサポート	0	0	0	0	0	0
対応できず	13	2.3	15.2	16.7	16.9	13.8
不明・その他	2.2	7	7.6	0	1.7	12.6
小計	99.8	93	93	100	91.5	93.1
合計	100	100	100	100	100	100

4) 東京都の行政救急が都内の精神科救急全体の中で担っている役割

「ニーズ調査」から、「最も困った出来事」であっても、東京都の行政救急（警察官24条通報処理システム及び精神科救急医療情報センターを軸とするシステム）はあまり利用されていないことが分かった。そうだとすると、東京都の行政救急が「東京都全体の精神科救急」の中で担っている役割は何なのだろう。

1. 行政救急は様々な限界を持っている

（行政救急は敷居が高い）

東京都の2つの行政救急システムのうち「通報処理システム」を利用するには警察官にお願いしなくてはならないが、それに強い抵抗感を抱く人が多い。「通報処理システム」ほどではないが「情報センター」も決して気軽に利用出来る場所ではない。情報センターの電話番号を知らない人が多いが、電話番号を知っていても、情報センターがどんなところか、どんな扱いを受けるのか分からないので、電話するのをためらう人が多いだろう。ためらった挙げ句、電話を掛けなかったという例が少なくないのではないかと。

（電話での聴取）

意を決して情報センターに電話したとして、その後の展開は利用者にとって決して「簡単」ではない。情報センターでは、都民からの相談は「情報センターの相談員（PSW、看護師、臨床心理技術者）」が受ける。相談員は、電話の向こう側にいる相談者に、これまで会ったことはない。電話なのでお互い顔が見えない。ひたすら電話を通して短時間に必要な情報を聞き出す。氏名、性別、年齢、住所に始まり、いつから、どんなふうに具合が悪くなったのかなどである。インテークカードに工夫が凝らされていて、それを使えば、重要な確認事項を聞き漏らさないようになっている。電話での相談時間（聴取時間）は1ケース平均10分間を努力目標にしている。そうしないと一晩32件あまりのケースに対応できないからだ。医療機関につなぐことになったケースでは、相談（聴取）に初期救急ケース平均31分、二次救急ケース平均61分掛けている（表4、表5）。それだけの時間を掛けても、収集出来るのはごく基本的な情報である。しかも、相談（聴取）は1回では終わらない（入院ケースで、複雑な事情がある場合は、電話による聴取を複数回、重ねる場合が多い）。さらに当番医療機関との連絡調整も必要である。そのため情報センターで一つのケースの処

表5 初期・二次救急ケースの情報センターでの所要時間、情報センターで要した経過時間、電話回数（平成21年11月20日～平成22年1月3日）

	初期（30件）			二次（44件）		
	通話時間（分）	経過時間（分）	電話回数	通話時間（分）	経過時間（分）	電話回数
平均	31.13	41.77	1.57	60.50	124.48	1.95
中央値	27.00	33.50	1.00	55.50	79.00	2.00
最大値	80.00	140.00	3.00	116.00	688.00	7.00
最小値	7.00	7.00	1.00	21.00	33.00	1.00
標準偏差	17.20	29.71	0.68	23.49	127.37	1.20

理を終了するまでに、初期救急ケースで平均42分、二次救急ケースでは平均2時間ほど掛かっている。

（受け入れ決定の重さ）

救急当番医療機関の当直医は、相談員が聴取したばかりの、それほど多くない情報をもとに、受け入れの可否を判断しなくてはならない。当直医のストレスは大きい。

（搬送が難しい）

当直医の判断で受け入れることが決まった場合、その患者を当番医療機関まで搬送するのは、東京都では、原則として家族が行うことになっている。当番医療機関は、大抵の場合、患者の居住地から遠いところにあるので、搬送が大変である。初期救急ケースでは公共交通手段を使うこともあるが、二次救急ケースでは使えない。初期、及び二次救急ケースを併せて集計したところ搬送手段は、家族が自家用車ないしタクシーで搬送したものが半数、3割弱が救急車、1割が警察、残りは民間救急などである（図4）。搬送手段がなくて対応出来なかったケースが74件（平成20年度）あった。

当番医療機関まで到達するには、かなり時間が掛かる。さらに、病院に到達してからも診察や諸手続にも時間が掛かる。

（初対面の、全く治療関係のない患者を診ることの負担感とリスク）

当直医にとっては、搬送されてきた患者は、初対面の、全く治療関係のない患者であり、殆どの場合、詳しい病歴は分かっていない。そんな中での医療的処置は医療事故のリスクが大きい。リスクを考えると安全を最優先した処置にならざるをえない。初期救急では、とりあえず当夜を凌ぐことを目的にした向精神薬の処方などでの鎮静処置が主体になる。二次救急では、

殆どの場合、保護室に拘束して翌日まで鎮静する処置がとられる。患者は、翌日になって、拘束された状態で保護室の中にいることに気付くことになる。

（翌日以降）

翌日以降、その当番病院でそのまま治療を継続するかどうかの判断を家族は問われる。住所地の近くの病院と折衝しても、すぐに受け入れてくれることは少ないので、ある程度改善されるまでは、住所地から遠くても、入院を継続することになる場合が多い。退院に当たっては地域に戻すための調整が必要になる。

（行政救急は最後の手段として考えるべき）

このように、行政救急は、通常の医療に比べると、様々な限界を持っている医療である。それを考えると、行政救急は、他では対応できない時の最後の手段として、限定して使われるべきものである。

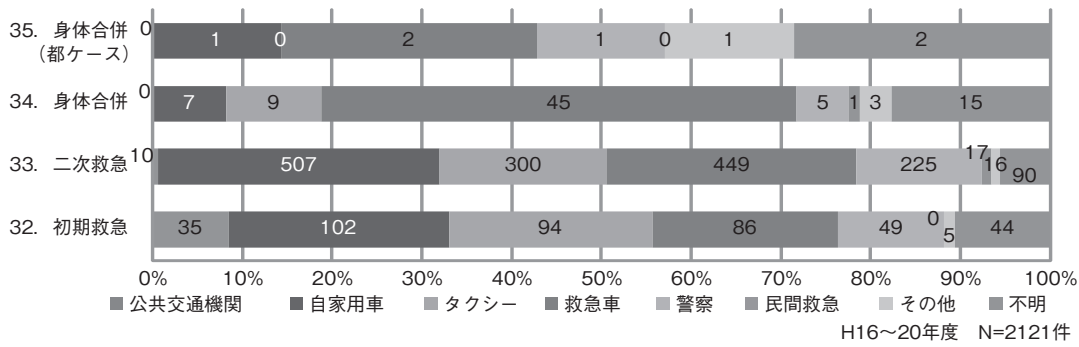
（行政救急の限界を緩和するための工夫）

とはいえ、どこも引き受けるところがなく「行政救急が必要なケース」は少なくない。それを考えると、行政救急を行うに当たっては、その“限界”を少しでも緩和する努力が求められる。そのためには特に2点のことが重要である。①診療情報を十分に確保できるようにすること、②搬送手段を迅速に確保することである。特に診療情報の確保は重要である。診療情報不足を補う仕組みや手段があれば、それだけで対応時間を短縮出来る。医療処置の内容も、鎮静を主体にしたものから、もう少し幅を持たせられるだろう。

2. 情報センター導入によってもたらされた大きな変化

前述したように、東京都の夜間休日の救急医

図4 当番医療機関への搬送手段



療は、この約8年間で、様変わりした。夜間休日の警察官通報の総取り扱い件数が着実に減少している(平成13年度2149件→平成20年度1697件; 452件減少)。緊急措置診察で「緊急措置以外の入院(殆どが医療保護入院)」になるものもほぼ同数減少している(平成13年度1816件→平成20年度1323件; 493件減少)。この変化は何によってもたらされたのだろうか。

ひとつは平成14年7月から「情報センターを軸とするシステム」が稼働したことの効果である(図5)。

「情報センターを軸とするシステム」が導入されてから、それまで警察官通報に頼っていた医療保護入院レベルのケースを、警察官通報に頼らないで扱えるようになった。また、情報センターの電話相談による助言指導で、翌日まで(あるいは入院予約日まで)持ちこたえられるようにすることも出来るようになった。

しかし、東京都の行政救急の大きな変化は、「情報センター効果」だけによるのではないようだ。都内に「夜間外来」「夜間入院」が普及したことの効果も大きいのではないか。具体的には、①夜間外来を行う診療所が増えている。特に平成20年4月の診療報酬の改定で加速されたようだ。②夜間休日の入院数も着実に増えている。

東京都全体の夜間休日の入院数についての公表されたデータはない、以前から自院に通院中のケースが急変した場合に夜間休日であっても受け入れている病院は少なくない。それに加えて、近年、複数の精神科病院では(自院通院中の患者でなくても)毎晩のように入院を受け入れるようになっている。さらに「精神科救急医

療料算定病棟(通称スーパー救急)」を持つ精神科病院が都内に数カ所(さらに計画中のところも数カ所)あり、そこでは(少なくとも建前上は)24時間対応をしている。これらを併せると、現状でも、夜間休日の行政救急以外の入院数は、行政救急(二次救急)による入院数(一晚最大3病床)を超えていると推測される。

今後、さらに夜間休日診療を行う医療機関が増えてくると、行政救急との棲み分けを明確にしておくはならなくなるだろう。繰り返しになるが、行政救急は、「他で対応できない対応が必要なケースに対応するシステム」として性格づけされるべきものである。

ちなみに、「行政救急」による入院数は、月平均で見ると通報処理の結果で緊急措置入院となったものが65.6件、通報処理の結果で緊急措置入院以外の入院になったものが44.8件、情報センター経由で2次救急になったものが29.3件、これらを合計すると139.7件である。都内の1ヶ月の入院総数は3163件(平成17年6月)であるので、行政救急による入院は入院総数の約4.4%を占めている。

(初期救急不要論)

夜間外来が普及する中で初期救急の件数は少ないままで推移していて、一向に増えない。そのために「初期救急無用論」が囁かれるようになってきている。しかし、確実に外来で対応する必要があるケース、外来対応が必要だが通常の夜間診療では対応が難しいケースがある。具体的には、アカシジア、抗うつ剤の離脱症状、抗てんかん薬の薬切れ、警察に留置中のケース、家族内葛藤などで興奮が激しいケースなどであ

表6 都道府県・政令指定都市の緊急措置件数

1ヶ月間の緊急措置診察・緊急措置入院(平成17年6月)					
	緊急措置診察	緊急措置入院	緊急措置入院不要	人口	措置入院件数/万
東京都	742	665	77	1299	0.51
千葉市	33	31	2	96	0.32
(上記以外の千葉県)	92	77	15	523	0.15
千葉県	125	108	17	619	0.17
横浜市	26	19	7	367	0.05
川崎市	22	17	5	138	0.12
(上記以外の神奈川県)	14	7	7	396	0.02
神奈川県	62	43	19	901	0.05
大阪市	148	125	23	266	0.47
(上記以外の大阪府)	229	154	75	618	0.25
大阪府	377	279	98	884	0.32
全国	2174	1664	510	12790	0.13

(厚生労働省630調査)

る。こうしたケースは今後も無くなることはないので初期救急は、数は少なくとも、必要不可欠なものである。

3. しかし、東京都の緊急措置入院は一向に減らない

平成14年7月に精神科救急医療情報センターが開設され、「警察官24条通報」以外の精神科救急ケース(ソフト救急)も扱うことができるようになった。それ以降、繰り返し述べているように、警察官通報件数、緊急措置診察の結果で医療保護入院となるものの数が減り、情報センター経由で医療保護入院となるものが増えた。

しかし、「緊急措置入院件数」に関しては、この8年間、殆ど変化していない。「緊急措置入院でなくては対応できないケース」が東京都では(岩盤のように強固に)一定の発生率で発生し続けているのである。

東京都の「人口1万当たりの緊急措置入院件数」は全国の中で群を抜いて多い(表6)。東京に次いで多いのは大阪市である。緊急措置入院件数が多いのは巨大都市ならではの現象のように見える。しかし横浜市や川崎市は少ない。緊急措置入院件数の発生率は単に「巨大都市の問題」だけでもないようだ(応急入院の摘要を拡げるなど緊急措置関連システムの運用方法が都道府

図5 「通報処理」と「情報センター」の取り扱い件数の関係

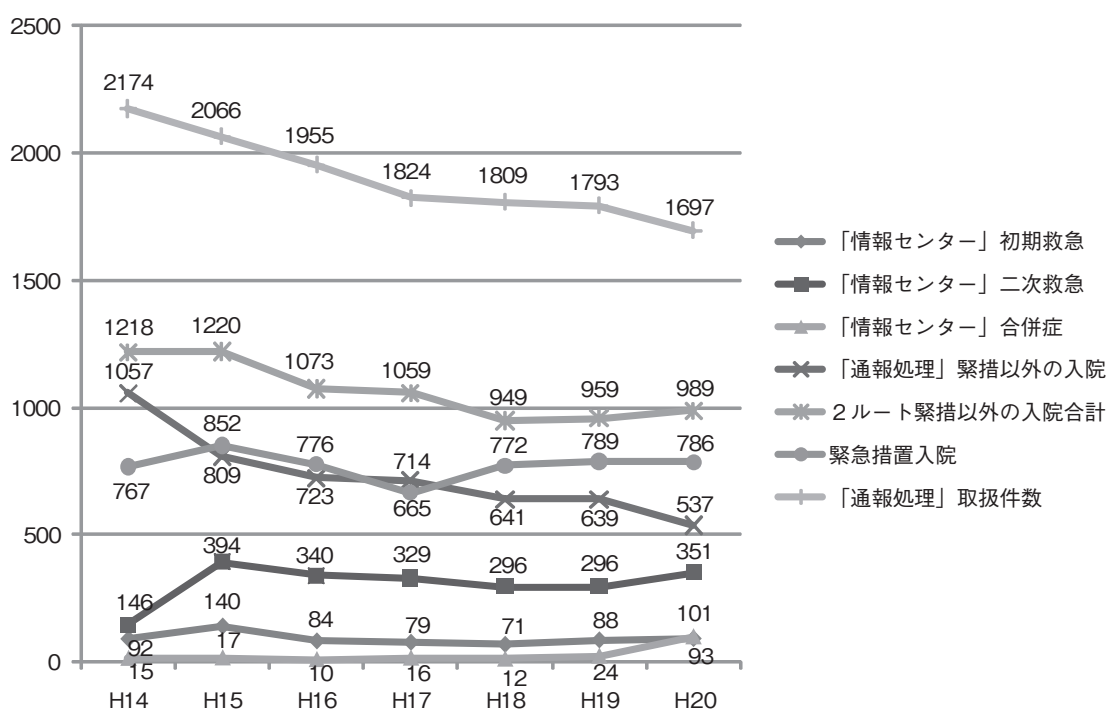


表6 都道府県・政令指定都市の緊急措置件数

1ヶ月間の緊急措置診察・緊急措置入院(平成17年6月)					
	緊急措置診察	緊急措置入院	緊急措置入院不要	人口	措置入院件数/万
東京都	742	665	77	1299	0.51
千葉市	33	31	2	96	0.32
(上記以外の千葉県)	92	77	15	523	0.15
千葉県	125	108	17	619	0.17
横浜市	26	19	7	367	0.05
川崎市	22	17	5	138	0.12
(上記以外の神奈川県)	14	7	7	396	0.02
神奈川県	62	43	19	901	0.05
大阪市	148	125	23	266	0.47
(上記以外の大阪府)	229	154	75	618	0.25
大阪府	377	279	98	884	0.32
全国	2174	1664	510	12790	0.13

(厚生労働省630調査)

県で少し違っていることも関係していると思われる。

4. 情報センターの電話相談機能、その重要性和限界

情報センターの業務は救急医療機関へのトリアージ(振り分け)とされていて、表向きは「相談は受けない」ことになっている。しかし、実際には、「電話相談」は情報センターの重要な業務である。

情報センターに掛かってくる電話のうち、61%(1日約19.6件)は電話相談だけで終わっている。(但し、「相談」でも、時間を要するものや、心理カウンセリングを求めるものは、救急医療機関へのトリアージ業務に支障をきたしかねないので、「東京夜間こころの電話相談」などに引き継いでもらっている。)

しかし、東京都民の救急相談は「情報センターの電話相談」だけで、或いは、それに「東京夜間こころの電話相談」を併せただけでは決して十分ではないだろう。1300万都民の救急相談のニーズは膨大であり、情報センターでの「電話相談」1日24.6件は、氷山のわずかな一角に過ぎないのではないかと。

さらに、「情報センターの相談」、さらに「東京夜間こころの電話相談」は大きな限界を持っている。電話による相談であり、相談者、相談員は相互に相手のことを知らず、これまでの診療情報も乏しい。そんな中では相談員として踏み込んだ助言は行えない。相談する側も、そのことを分かっているだろう。それでも利用する

のは、ひとつには、公的な相談窓口であるという安心感もあるだろうが、「他に相談する先が見つからなかった」からではないか。

多くの都民が求めている救急相談は、『電話よりも対面の、それも普段から関係がある相談員が対応し、事情を知っていて、より具体的な助言が提供される、秘密が守られる』相談であろう。そうした相談を提供できる可能性を持っているのは、かかりつけ医や通所している授産施設、或いは、地域の相談支援事業所・地域活動支援センターI型の施設であろう。こうした施設で、夜間休日でも、もっと「救急相談」を行えるようにする必要がある。

5. 情報センターを軸とする救急システムで出来ていないこと

「情報センターを軸にした精神科救急システム」の受け皿は極めて小さいが、平成14年7月開設以来、顕著な実績を上げている。しかし、実績を詳細に見てみると、まだまだ不十分であることが分かる。特に不十分な点は「緊急性が高く、かつ、他では対応出来ないケース」に対応できていないことが少なからずあることである。主に三つのケースである。

イ)「保護者同伴なし」のために対応出来なかったケース(図6)

症状レベルで2次救急相当と判断されながら、「保護者同伴なし」であったために入院出来なかったケースが253件(平成20年度)に上る。こうした、保護者同伴無しのケースに対応するとしたら応急入院以外にないが、未だ「情報セ

ンターを軸とした救急システム」は応急入院を受け入れる体制になっていない。

ロ) 身体合併症のケース (図7)

情報センターで身体合併症として扱ったケースは、平成20年度では、年間僅かに9件である。殆どは医療機関からの依頼ケースであった。「身体合併症のベッドなし」のため対応出来なかったケースが17件であった。二つ合わせても僅かに26件である。

都内の身体合併症ケースが年間26件しかない筈はない。「ニーズ調査」からも窺えることだが、都内で夜間休日に発生する身体合併症のケースは相当な数に上っている筈だ。

情報センターで取り扱う身体合併症ケースが極めて少ないのは、「身体合併症のベッド」を確保出来ていないためである。さらに、そのことが関係者の間で知られていて「当てにされなくなっている」ためである。

情報センターに相談されたケースのうちで、身体的な症状があるものは、とりあえず「身体処置優先」として対応している。平成20年度では727件に上る。これらのケースの“主な精神科的問題”は、暴力・器物損壊1%、自殺企図・念慮・自傷29%、幻覚妄想・昏迷・奇異行動10%、興奮・錯乱2%であった。情報センターでは、これらのケースが身体科の救急病院で対応

が難しい場合は、再度情報センターに相談するように助言している。しかし、情報センターに再依頼されたものは殆どなかった。「身体優先」として、まず身体科の救急病院を受診するように勧めたケースのフォローは情報センターでは出来ないで、どのような顛末になったのか分からない。

このように合併症ケースや身体優先のケースに対して、「情報センターを軸とする精神科救急システム」は対応能力は極めて低い。早急に改善されるべきことである。

ハ) 「自傷他害のおそれ」がありながら24条通報と医療保護入院の谷間に落ちたケース (図8)

「自傷他害のおそれ」のために「情報センターを軸とした精神科救急システム」では応出来なかったケースが平成20年度には228件あった。その81%には「警察への相談を勧めている」。その後、約半数は警察官通報となっているが、残りのケースはどうなったのかわからない。

その一方で、警察官によって24条通報されたが、通報内容を判断して「指定医の診察」を行わないで終了、その後、警察が情報センターに受け入れを依頼、しかし、情報センターで聴取してみると自傷他害のおそれが明らかであるために対応できなかったケースがある。警察官通報をもう一度行うことは難しいので、この時点

図6 「保護者同伴なし」の主訴と対応

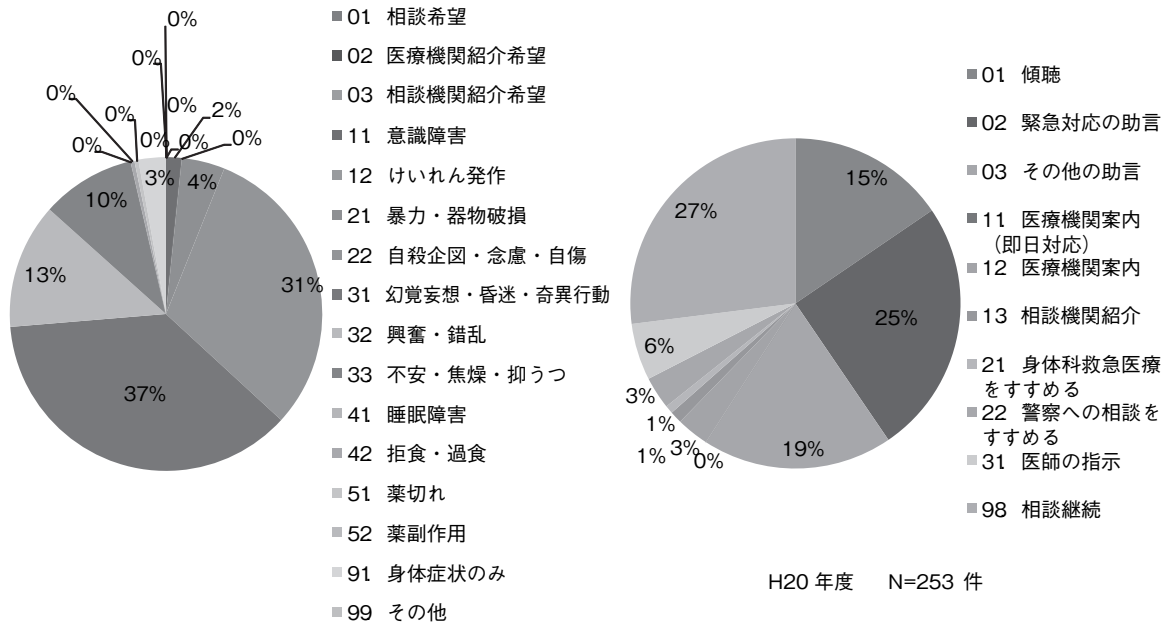


図7「身体処置優先」の主訴と対応

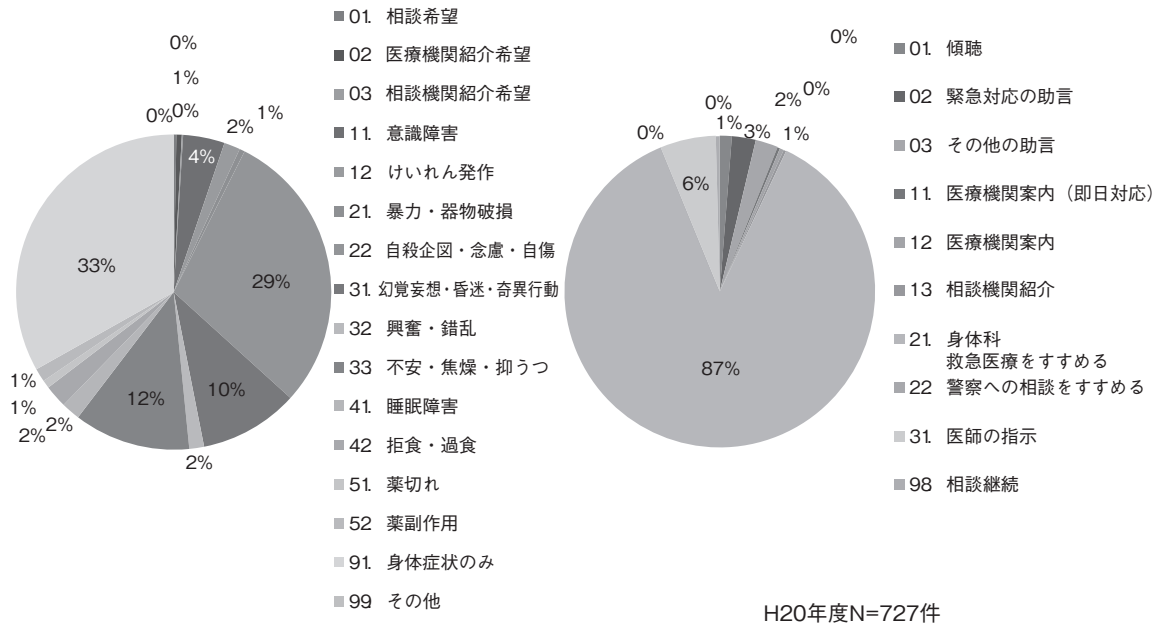
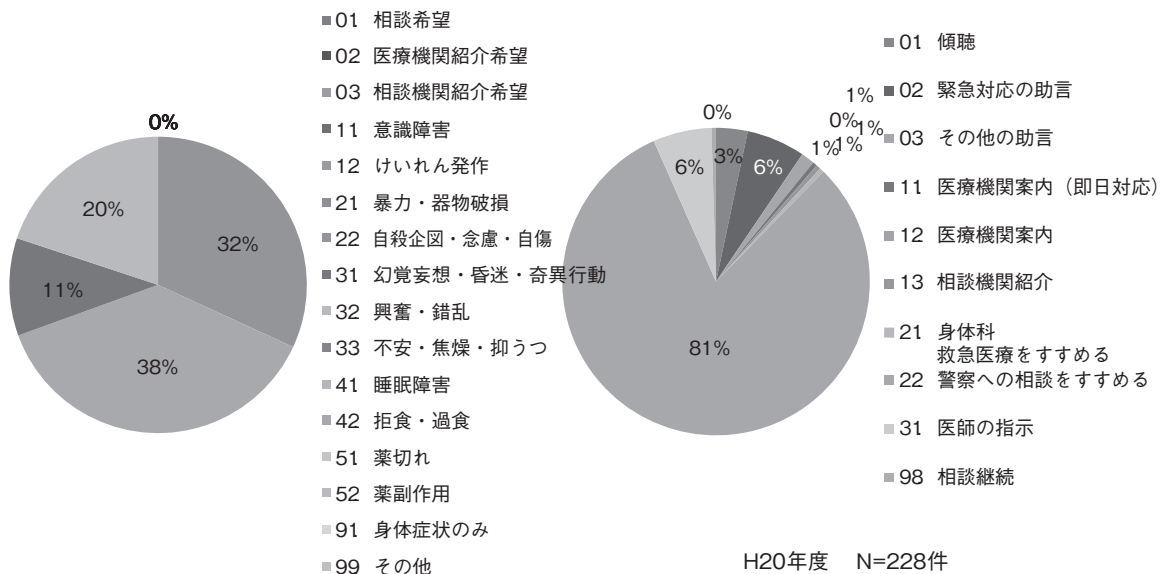


図8「自傷他害のおそれ」の主訴と対応



で、このケースは、緊急性が極めて高いにも関わらず、「宙に浮いてしまう」。平成20年度から、このようなケースが発生した場合は、都立病院に協力を仰いで対応しても良いことになっているが協力を得られるとは限らない。2つのルート「谷間に落ちてしまった」ケースである。

6. 「情報センターを軸とした救急システム」をどう性格付けるか

・東京都の精神科救急を“コンビニ医療”にしないこと

いこと

情報センタールートは「どこでも対応してもらえない場合の最後の手立て」として利用されている。しかし、なかには「昼間に受診出来なかったから」など実に“気軽に（コンビニエントに）”情報センターを利用して来る人がいる。救急医療をそんなふうに使われると、「緊急性が高く、他では対応できない、確実に対応しなくてはならないケース」が弾き飛ばされてしまうことが起きてしまう。身体科の救急医療がコンビニ医療に使われて機能不全に陥っているが、

それと同じことが精神科でも起きかねない。そうならないようにするには、東京都の行政救急の目的や性格について内外に明確にして行く必要がある。

- ・東京都の精神科救急システムによって薬物依存、ドクターショッピングを助長しない、救急リピーターを作り出さない

最近、日中に複数の医療機関に掛かっていて、さらに追加の投薬を求めて情報センターに救急受診を求めて来るケースがある。(情報センターの経験から向精神薬依存が明らかに増えている)。また、明らかにドクターショッピングを目的にして救急受診を求めてきているケースもある。こうしたケースの多くは緊急性は乏しいが、受診要求が強く、対応を断った場合、激しい苦情やトラブルになることが少なくない。一度こうしたケースを受診につなげると、翌日にも同じように受診を求めてくる。そこで改めて対応を断ると激しいトラブルになる。そんなことを繰り返してしばらくの間本格的な救急リピーターになってしまったケースもある。

「情報センターを軸とする救急システム」が、薬物依存や、ドクターショッピングを助長しないように、或いは、救急リピーターを作り出さないようにしなくてはならない。十分に情報収集した上で、処方日数を最小限にするなど情報センターの相談員も、当番医療機関も慎重な対応が求められる。

付記；二つの間違っただけ

1. 「いつでも、どこでも、だれでも原則」は一般救急でも精神科救急でも間違いである。

最近、精神科医療関係者の中に「受診を求めて来た人は、とりあえず、すべて受け付けて診療すれば良い」と主張する人がいる。こうした考えは大変危険である。安易な受診(コンビニ医療)に歯止めをかけられないからである。

2. 「精神科夜間休日外来センター構想」は必ず破綻する

「夜間休日外来センター」を開設すべきと主張

する人がいるが、一旦開設すると、必ず情報センターを経由せずに直接押しかけてくる患者が出てくる。押しかけてきた患者を断るわけにいかない。「医師の応召義務」を盾にとられると対応せざるを得ない。受診希望者が殺到して、たちまちパンクしてしまうだろう。(大学病院などで、夜間外来センターを開設し、間もなくしてパンクし閉鎖に追い込まれたことが過去に2回ほどある)。

何しろ対象は1300万の都民である。コンビニ精神科医療の需要は想像を超えて膨大であろう。繰返し述べるが行政救急を“コンビニ医療”にまで窓口を拡げると「緊急に対応が必要な人」に対応出来ないという深刻な事態に陥る。それだけでなく、薬物依存やドクターショッピングを助長し、救急リピーターを作ってしまう。

7. 「行政救急による対応が望ましいケース」、 「行政救急以外の対応が望ましいケース」

「ニーズ調査」から、東京都では「行政救急」と「行政救急以外の対応」の比率はおおよそ1対10である。このことをどう考えたら良いのだろうか。

行政救急を「1」ではなく、いっそのこと「ゼロ」に出来るかということ、それは無理である。24条通報→緊急措置入院でしか対応出来ないケース、情報センターを経由して当番医療機関に送ることが望ましいケースが確実にある。反対に行政救急でもってすべてのケースに対応することが良いことだとも考えられない。計算上は、行政救急を10倍にすれば、殆どのケースをカバー出来るが、財政的にみて実現不可能であり、さらに、「行政救急の医療」は、前述したように、様々な限界を持っているので、医療的に見て望ましいことではない。

例えば、毎晩のように息子の、幻覚妄想状態を背景にした家庭内暴力に苦しんでいる家族は地域ではごくありふれた事例である。大変深刻な状況にありながら、行政救急を使おうとはしない。世間体を気にしているためであったり、行政救急を使った後に容態がさらに酷いことに

なりかねないと恐れているためであったり、家族の「信念」から絶対に入院はさせたくないと考えていたり、息子が精神障害であることを認めていない家族もいる。このような状況にある本人と家族に対して、どのような支援を行ったら良いかを考えて支援を行って行くことも救急医療の中心的な課題である。

行政救急を使ったケースは、行政救急が“合っている”ケースであったか、他に方法がなく行政救急に頼らざるを得ないケースであったらう。行政救急を使わないでいるケースは、行政救急が合っていない、問題解決にならないなど、それなりの理由があつてのことだろう。そこで、問われるのは「行政救急」と「行政救急以外の対応」の比率である。現行では1対10だが、そのくらいの比率が適当なのか、もっと行政救急の比重を高めるべきか。最適な比率はどのくらいか、おおよその答え（イメージ）を持つ必要がある。おおよその答えを出せば、予算の配分をどうしたら良いのか答えも出せる。

これまでは、何故か、「精神科救急＝行政救急」としか考えられておらず、「行政救急以外の救急対応」に行政は殆ど助成をして来なかった。その間違いによって、多くの家族が、支援を得られず、大変苦しい思いをしている。今後、救急予算の抜本的な組み替えや大幅な補強をする必要があるのは間違いない。

家庭内暴力のケースなど、都民の救急対応ニーズは“奥が深い”。こうした都民（本人や家族）の救急ニーズを踏まえて、至適な救急システムを構想・構築して行くことが求められている。次章ではそのことを論じてみたい。

第二章 精神科救急の基本的な考え方、精神科救急の「東京モデル」

第一章では、東京都の行政救急の現状と課題について詳しく見てきた。その中で行政救急だけが精神科救急ではないことを指摘した。この章では、行政救急も含む東京都の精神科救急全体のあり方について、論じてみたい。結論として「精神科救急の東京モデル(仮称)」を提案してみたい。

1) 「夜間休日の精神科救急」の基本的な考え方

夜間休日の精神科救急についての基本的な考え方を、簡略にまとめると、以下のようになるであろう。

1. 精神科の救急対応の必要性

「入院医療中心から地域生活中心」という当たり前のことを実現するためには、地域で生活していて、具合が悪くなった時に、日中・夜間休日を問わず、迅速に、適切な対応がとれるようになっていく必要がある。

2. 夜間休日の精神科救急対応には特別な仕組みや対策が必要である

夜間休日の救急対応は、医療機関、福祉施設、保健所などの殆どが開いていないので、特

別な仕組みや対策が必要になる。

3. 夜間休日の特別な仕組みや対策は行政主導・民間主動の形になる

夜間休日の特別な仕組みや対策は、公的な医療機関や施設の数が少なく余力がないので、民間の医療機関や施設が中心になって担い、民間の活動を行政が、予算付けした上で、取りまとめる形にならざるを得ない。

4. 日中の緊急対応を充実すれば夜間休日の救急対応ケースを著しく減らせる

夜間休日に精神科の救急対応を求めるケースの多くは、実は、数日前から具合が悪くなっている(図9)。日中に救急対応が十分に行われれば夜間休日に救急対応しなくてはならないケースを著しく減らせる。減らせれば行政の(救急医療への)負担も軽減される

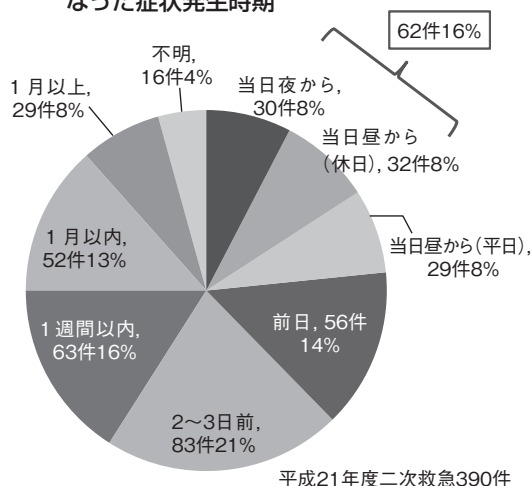
2) 「緊急対応ニーズ調査」から分かった、本人、家族、施設(精神科病院、精神科診療所、通所授産施設や保健所など)の救急ニーズ

メンタルケア協議会が行った、平成19年度の調査「障害者自立支援調査研究プロジェクト；地域で生活する精神障害者の緊急対応ニーズの実態調査及び夜間休日緊急対応チームの試行的構築」から、患者本人、家族、施設(精神科病院、無床病院・精神科診療所、通所授産施設や保健所など)は、夜間休日の時間帯の救急対応に関連して様々なニーズを持っていることが分かった。いずれも考えてみると当たり前のことばかりであるが現状では欠けていることだ(註. 調査データは章末の参考資料1に掲載してある)。

主なニーズは

- ①相談したい
- ②対応できない時に往診や訪問支援してほしい
- ③緊急に受診できるようにしてほしい

図9 二次救急利用ケースの入院理由となった症状発生時期



- ④緊急の診療に役立つ“紹介状”が欲しい(診療情報の不足を補う仕組み)
- ⑤どこも引き受ける医療機関がない場合には公的救急システムで必ず対応してほしい
- ⑥公的救急システムを本人や家族に使いやすいものにして欲しい
- ⑦一般医療機関への啓発をしてほしい、一般医療機関と連携強化してほしい
- ⑧レスパイトハウス、ショートステイ、超短期入院を整備してほしい
- ⑨公的救急システム“以外”で利用出来る医療機関についての情報がほしい
- ⑩公的救急システムの利用の仕方についてしっかり広報してほしい
- ⑪日中のうちに外来受診や入院がスムーズに行えるようにしてほしい
- ⑫医療と福祉の連携を強化してほしい
- ⑬救急予防のための啓発や心理教育をもっと充実してほしい

以下に、それぞれについて少し詳しく述べてみたい。

1. 相談したい

家族や本人が夜間休日に困った時に最初に求めることは、救急受診ではなくて、“どう対応したら良いか”信頼出来る人に相談することである。出来れば主治医に相談したいと希望している、或いは、普段から相談していて事情を分かってもらっている、相談支援事業所のスタッフ、保健師、通所している授産施設の職員に相談に乗ってもらいたい、或いは、家族会の人、ピアグループの人に相談に乗ってもらいたいと希望している。

身近にそうした人が見つからない場合には、信頼出来る電話相談窓口で相談出来たらと考えている。例えば精神科救急医療情報センターなどの公的な相談窓口である。

2. 自分だけで、あるいは、家族だけで対応できない時には、往診や訪問支援してほしい

自分だけで、あるいは、家族だけで対応出来ない場合、往診や訪問による支援をしてもらい

たいと希望する人がとても多い。往診(出来れば主治医による)、訪問看護、保健所保健師の訪問、相談支援事業所などの社会復帰施設のスタッフによる訪問支援、家族会の人やピアグループのメンバーの訪問支援、などである。しかし、興奮が激しくて対応が難しい場合には、110番して警察にお願いするしかないだろう。

往診や訪問支援を希望しながら、隣近所に知られないか、プライバシーが守られるか心配している人も多い。

3. 緊急に受診したい

緊急に受診したいという希望は、相談に次いで多い。受診先として多くの人が希望するのは主治医である。しかし主治医に連絡が取れなかったり、連絡が取れたとしても診てもらえないことが多い。その時は、近くにある信頼できる医療機関で診てもらいたいと希望する。そのために、適切な医療機関を紹介してくれる紹介窓口があればと希望している。

しかし、多くの医療機関は、夜間休日に、これまで診たことのない患者の受診を依頼された場合、受けるかどうか迷うだろう。診療体制が日中に比べて不十分な中で、これまでの診療情報が分からない人を診療するのは、リスクを伴う。「紹介状を持ってきて下さい」「紹介状があれば診ます」と言って受診依頼を断る例が少ない。

4. 緊急の診療に役立つ“紹介状”が欲しい(診療情報の不足を補う仕組み)

これまで診たことがない患者であっても、診療情報が分かれば、治療方針を立てやすくなり、薬剤の特異反応などの危険性も回避できるので、医療機関の負担感は大いに軽減される。夜間休日に緊急の診療を行いやすくするためには、患者の診療情報が迅速に得られるような仕組みや手段を整える必要がある。

5. 緊急性があるのに、引き受ける医療機関がない場合には、公的救急システムで必ず対応してほしい

緊急な対応が必要であるのに、引き受けてもらえる医療機関も見つからない場合には、公的

な救急システムで必ず対応してもらいたいと希望している。

6. 公的救急システムを本人や家族に使いやすいものにして欲しい

他に引き受けてもらえるところがない場合、“最後の手段”として公的救急システムを頼るしかないが、前述したように、公的救急システムを利用することは本人や家族にとって負担がとて大きい。遠すぎる、時間が掛かる、窓口の対応が悪いなどの不満があり、もっと使い勝手のよいシステムにして欲しいと希望している。

7. 一般医療機関への啓発、一般医療機関との連携強化を図ってほしい

精神症状は落ち着いているが救急治療を必要とする身体症状があるケース、あるいは、興奮などの精神症状があり、かつ身体面でも救急治療を要する身体症状もある合併症ケースが、一般医療機関（一般の救急病院など）を受診しようとする、精神疾患を持っていることを理由に受診を断られることが少なくない。医師が患者に会おうとせず、医療機関の受け付け事務員によって門前払いされたケースもある。一般医療機関の医師やその他の医療スタッフが、もっと精神疾患について理解していただくように、啓発する必要がある。しかし啓発だけでは効果がないだろう。というのも一般的な啓発だけでは、目の前にいる、例えば独語し興奮状態にある精神疾患の人に対する不安や恐怖を抑えられないからである。啓発も大切であるが、もっと必要なことは、一般医療機関の医師やその他の医療スタッフが、精神疾患を持っている人に対応しなくてはならない時に、精神科医療スタッフから助言などの支援を得られるようにして、安心して対応出来るようにすることだろう。そうした支援を可能にする「一般医療機関スタッフを対象にした精神科医療スタッフによるバックアップの仕組み」が求められている。それだけでなく、逆の仕組みも必要である。精神科医療機関で対応していて身体症状があることが分かった時に、一般医療機関の医師から助言などの支援を受けられる仕組みである。二つの仕組

みを併せた「精神科医療機関と一般医療機関との連携システム」の構築が望まれる。

8. レスパイトハウス、ショートステイ、超短期入院を整備してほしい

本人や家族は、緊急の対応が必要になった時に、受診や入院ではなくて、レスパイトハウス、ショートステイ、超短期入院を希望している場合が少なくない。

緊急の受診や入院をすると、“薬が増えたり、鎮静剤を注射されたり、数週間の入院させられることになりはしないか”など懸念する本人や家族が少なくない。緊急時に、徒に受診や入院を回避するのは危険であるが、ケースによっては、受診や入院ではなく、本人、あるいは親がレスパイトハウスに一泊し、家族と本人が互いの距離をとることで急場を凌げることもある。

本人や家族が強く希望している、レスパイトハウス、ショートステイ、超短期入院は、症状のレベルがそれらを使える状態であるのか十分なトリアージ判断を行うこと、万一、レスパイトハウスなどで対応出来ない場合に、迅速に入院などにつなげるバックアップ体制があること、この二つの条件が整えられていれば普及させることが出来るだろう。

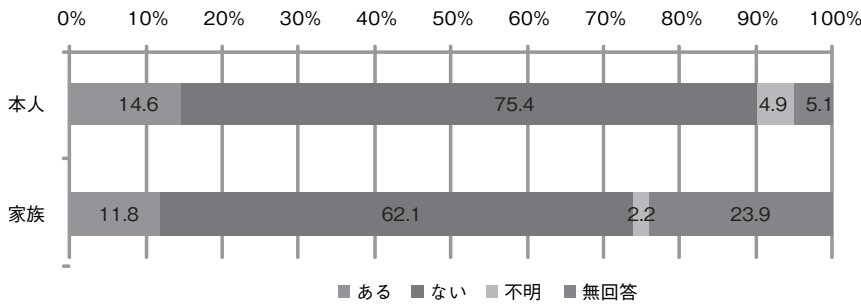
9. 公的救急システム“以外”で利用出来る医療機関についての情報がほしい

積極的に夜間外来に取り組んでいる精神科診療所が増えている。積極的に入院を含む夜間診療に取り組んでいる精神科病院も増えている。日中であれば予約なしでも急な受診を受け付ける精神科診療所や精神科病院は少なくない。さらに、登録しておけば、夜間でも相談に応じ、必要な場合は訪問をしてくれる相談支援事業所がある。そうした医療機関や施設の情報を得られる仕組みがあれば大いに活用されるだろう。

10. 公的救急システムの利用の仕方についてしっかり広報してほしい

夜間休日に、主治医や、近くの医療機関など、どの医療機関にも対応してもらえない時には、公的救急システムで必ず受けられるように

図10 公的精神科救急の窓口の利用



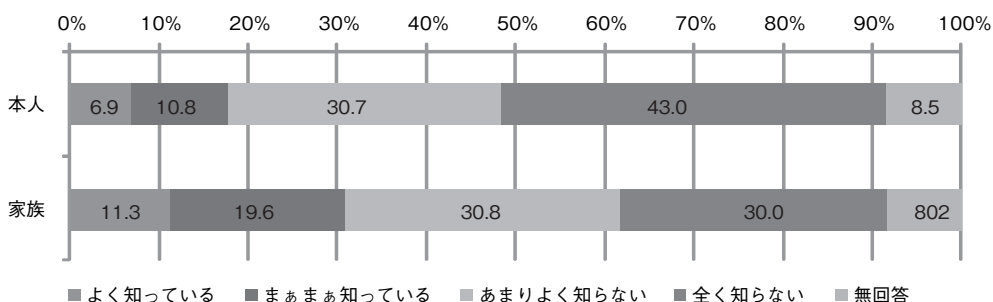
なっている必要がある。しかし公的救急システムについて、本人や家族の多くが利用した経験がなく利用の仕方を知っていない(図10、図11)。公的救急システムについての広報をもっと充実させる必要がある。

11. 日中のうちに外来受診や入院がスムーズに行えるようにしてほしい

情報センターを経由して二次救急になったケースのうちで、当夜、あるいは休日の当日に急に具合が悪くなったケースは16%に過ぎなかった(図9)。それ以外は既に前日~1ヶ月から具合が悪いことに気付かれていながら対応がなされていなかったケースであった(平成21年10月1日~11月16日の47日間のケースについての調査結果)。日中のうちに外来受診や入院がスムーズに行えるようにすれば、夜間休日に、緊急対応しなくてはならないケースを顕著に減らすことが出来ると考えられる。

そのための方策として、①緊急性の高いケースをすぐに引き受けられる精神科医療機関(精神科診療所や精神科病院)を手早く見つけ出せるシステム(精神科医療機関情報提供システム)と、②精神科診療所で入院が必要なケースを精神科病院が迅速に引き受けられるようにするシステム(医療機関連携支援システム)、の2つ

図11 公的精神科救急の窓口の利用の仕方を知っているか



を構築することが望まれる。

12. 医療と福祉の連携を強化してほしい

社会復帰施設で利用者が具合が悪くなった時に施設の職員が主治医に連絡をとろうとし

ても、うまく連絡がとれないうちに、ますます具合が悪くなり、緊急対応を要することになったケースがとても多い。普段からの社会復帰施設(福祉施設)と医療機関(かかりつけ医)との連携が必要であることは明白である。しかし、現状では医療福祉連携は極めて乏しい。「実効性のある連携方式」を案出する必要がある。

13. 救急予防のための啓発や心理教育をもっと充実してほしい

緊急対応が必要になった時に、“もっときちんと服薬しておけば良かった”、“もっと本人の話を受け止めていれば良かった”など、本人も家族もたくさんの反省をしている。同じように、社会復帰施設でも“服薬がルーズになっていたのに指導していなかった”、“具合が悪くなる徴候があったのに見逃していた”などたくさんの反省をしている。病気と薬についての勉強、再発の徴候を知っておくなど、救急予防につながることにについて、本人、家族、社会復帰施設の職員の啓発や心理教育をもっと充実させる必要がある。

3) 精神科救急システムの「東京モデル」

以上のような、対策を積み上げて行くことで精神科救急システムは本人、家族、施設のニーズに応えられるものになって行くだろう。しかし具体的に、どうすれば良いのだろう。地域によって背景事情が異なるから、対策の具体的な形も、地域ごとに違ったものにならざるをえないだろう。「巨大都市東京」の精神科救急システムはどのような形が望ましいのだろう。

大変に難しい設問である。というのも巨大都市東京の実情が十分に把握されていないからである。しかし、直ぐにも言えることが幾つかある。

1. 「気軽に相談できる、よろず相談窓口」

東京都には多数の保健所があり、区役所や市役所に相談窓口がある。地域毎に相談支援事業所がある。しかし、その所在や利用の仕方を知らない人が多く、本人や家族にとって敷居が高い。また、東京都には精神科の医療機関は多数あるが、その中で、どこが信頼できるか分からない。インターネットを見れば情報が溢れているが、それらをどこまで信頼して良いか分からない。敷居の高さや、信頼出来る情報が不足していることから、多くの方は、切羽詰まらなさと“動き出さない”傾向があるように見える。多分こうした“動き出し難さ”は「メンタルヘルスの問題」に限ったことではないだろう。巨大都市である東京は、何かで困った時に、“動き出し難さ”を実感せられる空間である。

こうした「巨大都市」東京を考えると、どのようなことであれ、困った時に信頼して気軽に相談できる「よろず相談窓口」、あるいは「適当な相談窓口を案内してくれる総合窓口」が決定的に必要なのではないか。例えばJRや私鉄沿線の主な駅のコーナーに、「よろず相談窓口」が作られ、そこから保健所や医療機関を紹介してもらえるなどである。そうしたものが実現できれば、重要性が叫ばれている早期発見・早期治療も行いやすくなるだろう。

2. 「医療機関連携支援システム」

精神科を標榜する診療所は東京都内に1,072箇所(区部849箇所、多摩223箇所；平成21年6月1日現在；地精審の資料より)あるが、その中には、主たる診療科目が精神科でないところも含まれる。実際の診療科目が精神科である“本物の”精神科診療所の数は、正確には把握されていないが、800箇所前後と推計される。緊急対応に関連して東京のどこの精神科診療所でも頭を痛めていることが2点ある。ひとつは、日中にすぐに入院が必要なケースが出た場合に入院先を見つけにくいことである。見つけにくいのは、ひとつの精神科診療所が、普段に、入院を依頼している精神科病院の数が限られていて、その範囲の中では、得てして、空きベッドのある精神科病院を見つけられないことによる。しかし、東京都の精神科病院の病床利用率は86.5% (平成19年10月)と、とても低い。どの日にも必ず空床がある筈である。必要なことは、800箇所ある精神科診療所が、114箇所の精神科病院の中から空きベッドのある病院を容易に見つけられるような仕組みである。具体的には、「日中の情報センター」を開設して、インターネットも活用して、精神科診療所と精神科病院をつなぐ(マッチング)ようにすれば良いだろう。仮称「医療連携システム」である。

3. 診療情報の不足を補うための「オレンジポッド」

精神科診療所が困っていることの、もうひとつは、東京の多くの診療所がビル診であるために、診療所を閉めた後の夜間休日に対応が出来ないことである。主治医が対応出来なくて、他の医師が対応せざるをえないことが都内では発生しやすい。そのような場合に備えて、せめて診療情報の不足を補うための何らかの仕組みを整備する必要がある。具体的には、メンタルケア協議会が試作した「オレンジポッド」(巻末資料)のような仕組みである。

4. 東京版の「精神科医療機関と一般医療機関との連携システム」

救急対応に関して東京都内の精神科病院は主

に2点のことで困っている。ひとつは自院に通院中の患者が、入院を必要とした時に、たまたま満床のために自院に入院させられないことがあり、その際に引き受けてくれる他の精神科病院を見つけるのが難しいことである。精神科診療所と同じような悩みを精神科病院も抱えることが、ままた、あるのである。114箇所もある精神科病院には必ず空きベッドがある。問題は、それをひとつの精神科病院が探し出す手立てが現状ではないことである。多数の精神科病院がある東京ならではの現象である。精神科病院にとっても、空きベッドを見つけるための、前述の「医療連絡支援システム」が必要である。

5. 一般病院との相互コンサルテーション

もうひとつ精神科病院が困っていることは、通院中ないし入院中の患者が、緊急に身体的な治療を必要とした時に、一般病院で引き受けてもらえないことが少なくない。都内の一般病院には未だに精神障害者への差別偏見が根強くある。一般病院のスタッフが忙しすぎて余裕がないことも関係していると思われる。前述したように、一般病院の医師やその他の医療スタッフに精神疾患について一理解してもらふ必要、啓発だけでなく、個別のケースについて一般病院の医師やその他の医療スタッフに精神科医療スタッフから助言などの支援を得られる仕組みが必要である。また、逆に、一般病院から、精神症状の対応について精神科医療スタッフからの助言も必要である。二つの仕組みを併せた「精神科医療機関と一般医療機関との連携システム」の構築が望まれる。ところで、都内の一般病院数は約600であるが、専門細分化が進んでいる。また都内には救急告知病院が507(平成10年10月1日)ある。このように多数ある専門細分化が進んだ一般病院や救急告知病院に、精神科病院が自院の身体病状を併発した患者の引き受けを依頼することは、関係が希薄で、かつお互いの情報が乏しい中では、とても難しい。逆に一般病院が、多数ある精神科医療機関から助言をもらうということも大変難しい。この現状を打破するにも、前述の「医療連携支援システム」の

ような仕組みが必要である。

6. 「相談支援事業所ネットワーク」はどうか？

緊急対応に関して東京の社会復帰施設が困っていることは主には2点である。ひとつは救急予防への対応が弱いことである。職員の能力不足もあるが、医療機関との連携が取り難いことが大きく影響している。

約800箇所の精神科診療所と約250箇所ある社会復帰施設とは、スタッフどうしが互いに電話で話すことも無く、ましてや、顔をみたこともない。ほとんど紹介状だけの関係である。互いに相手のことを知っていないので、相手に情報提供することには、消極的、警戒的にならざるを得ない。114箇所ある精神科病院と社会復帰施設との関係も、精神科診療所ほどではないが、似たような状況にある。

医療機関と社会復帰施設の関係の希薄さは東京のような巨大都市ならではの現象である。この関係の希薄さを改善するためには、両者をつなぐ役割を担う機能を持つ人や機関が必要である。地域に密着し、利用者と顔の見える関係で相談を行えている相談支援事業所61箇所が東京全域をカバーする「相談支援事業所ネットワーク」を構築し、そのネットワークを介して医療機関と連携して行くというのはどうであろう。

註

例えば利用者Iさんが地域のA相談支援事業所を利用しているとして、そのA相談支援事業所が、「相談支援事業所ネットワーク」を利用して、利用者Iさんが通っている医療機関Tと密接な関係があるB相談支援事業所に接触し、B相談支援事業所を介して、T医療機関の主治医やスタッフと連絡をとる。そういった「伝言ゲームのような福祉と医療の連携方式」を考えるのはどうであろう。決して密な連携方式とは言えないが“書類だけの関係”よりは遙かにマシである。巨大都市ではこうした連携方式以外に選択肢はないのではないか。“伝言ゲームもどきの連携方式”がうまく機能す

るためには、ケアマネジメントやサービス計画表に「共通フォーマット」を用いる、「ネットワーク内での研修活動」を恒常的に行うなどの努力が必要になるだろう。

7. 「つなぎサービス」への報酬付け

東京では、精神科診療所、精神科病院、社会復帰施設の関係が希薄である。大阪など他の巨大都市圏でも同じであろう。関係が希薄であるために、どうしても、連携をとることに消極的になってしまい、“蛸壺志向”になりがちである。結果として「患者の抱え込み」が起きてしまう。「患者の抱え込み」は、患者(利用者)にレベルアップのチャンスを失わせるだけでなく、救急事例を増やしてしまう。

「蛸壺志向」を緩和する必要がある。そのためには全く異なる二つの方法が考えられる。ひとつは種類の異なる施設どうしを統合して、ひとつの複合型の事業体にするのである。しかし、東京でも地方でも、既存の事業体どうしが改めて統合することは極めて難しい。もうひとつの方法は「つなぎサービス」に対して適切な報酬付けすることである。報酬付けされれば、その報酬を使って「つなぎ」を行う人員を確保できる。特に、精神科診療所に「つなぎサービス」の報酬付けを行えば、その効果は絶大であろう。現状では、日中に入院出来る病院探しは精神科診療所の精神科医自らが行っていることが多い。それをケースワーカーが行うようになれば、病院探しは一挙に容易になる。病院探しだけでなく、社会復帰施設へのつなぎ、ハローワークへのつなぎ、企業との連携など、現状では精神科診療所の精神科医に余裕がなくて行えないでいることが、一挙に行えるようになる。さらに、相談支援事業所に対して「つなぎサービス」の報酬付けを行えば、その報酬を活用して、スタッフが医療機関に出向いて相談することも出来る。

4) 精神科救急の東京モデルの提案

以上に述べて来たことを簡単にまとめてみたい。東京都の行政救急(24条通報処理システムと情報センターを軸とした救急システム)は必要不可欠なシステムであるが、それを整備するだけでは都民の救急ニーズに応えられない。行政救急を整備するだけでなく、それに加えて以下の6点の整備が欠かせない。

- ①「気軽に相談できる、よろず相談窓口」
- ②日中の情報センター「医療機関連携支援システム」
- ③診療情報の不足を補うための「オレンジポッド」のような工夫
- ④「精神科医療機関と一般医療機関との連携相互システム」
- ⑤「相談支援事業所ネットワーク」
- ⑥「つなぎサービス」に報酬付けを行う

こうした仕組みを備えた救急システムを実現できたなら、それを「精神科救急の東京モデル」と呼んでも良いのではないか。

東京都の行政に求められていることは、こうした「精神科救急の東京モデル」を早急に実現させるための積極的な助成である。

5) 最後に

精神科救急の山積した課題を解決して行かない限り「病院医療中心から地域生活中心」を東京都で実現することは出来ない。さらに、精神障害者への偏見、差別をなくすことも出来ないだろう。東京都において精神科救急の整備を進めることの重要性は明かである。

参考資料1：「地域で生活する精神障害者の緊急対応ニーズに関する調査」から

平成19年度及び20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援研究プロジェクト）

調査対象地域 12都道府県

（北海道、青森、宮城、東京、千葉、神奈川、茨城、新潟、愛知、徳島、岡山、福岡）

アンケート回収状況

調査票種別	発送数	回収数	回収率
本人調査票	7,010	1,745	25%
家族調査票	7,010	1,825	26%
施設調査表	5,040	1,080	21%

①「最近1～2年間で最も困ったケース」はどのように対応されていたか

「最近1～2年で最も困った出来事」に対する対応結果の内訳は表7のようであった。「公的救急システム」の利用は、本人0.3%、家族3.2%、施設7.2%と極めて少なかった。残りのケースは、かかりつけ医、かかりつけ以外の通常医療機関、一般科医療機関など、「公的救急システム以外」で対応されていた。

公的救急システムの利用度が低いのは、認知度が低いこともあるが、公的救急の使い勝手の

悪さや、利用することへの不安や抵抗感も大きく関係していると思われた。しかし公的精神科救急は、他では対応出来ないケースの最後の受け皿として必要不可欠なサービスである。

精神科救急医療を充実するには、公的精神科救急システムをいっそう充実させる必要があるが、それと同時に、公的救急システム以外の対応を、本人、家族、施設のニーズに応えるものに変えて行く必要がある。

②「最も困った出来事で気付かれた精神科救急システムに対する不満や要望

「最も困った出来事」で気付かれた不満や要望を分離して集計したものが表8、表9である。

公的救急を「使った人」も「使ってみようと思った人」も少なかったため不満・要望の数は「僅少」であったが、公的救急を使ってみようと思った人の半数以上は何らかの不満を抱いていた。

「公的救急システムの以外」のサービスに対す

表7 最近1～2年間で最も困った出来事はどのように対応されたか

とられた対応	本人調査票	家族調査票	施設合計	精神科有床病院	精神科無床病院・診療所	その他の施設
公的救急システムで対応した(%表示)						
措置・緊急措置	0	9.3	4.4	0	3.4	5.7
初期救急	0	0	0	0	0	0
二次救急	0	2.3	1.9	0	3.4	1.1
合併症	0	0	0.6	0	1.7	0
小計	0	11.6	7	0	8.5	6.9
公的救急システム外で対応した(%表示)						
自施設・かかりつけ医で対応	23.9	20.9	27.8	50	8.5	37.9
他院・精神・入院	6.5	16.3	24.1	33.3	40.7	11.5
他院・一般・入院	0	2.3	9.5	0	10.2	10.3
他院・精神・外来	4.3	0	5.1	0	6.8	4.6
他院・一般・外来	4.3	4.7	2.5	0	3.4	2.3
他院・合併症入院	0	0	1.3	0	3.4	0
家族で対応	17.4	41.9	0	0	0	0
往診・訪問	0	0	0	0	0	0
知人の援助	6.5	0	0	0	0	0
電話相談	2.2	0	0	0	0	0
医療機関相談	6.5	2.3	0	0	0	0
社会復帰施設相談	6.5	2.3	0	0	0	0
頓服で	4.3	0	0	0	0	0
自分で	2.2	0	0	0	0	0
家族会・ピアサポート	0	0	0	0	0	0
対応できず	13	2.3	15.2	16.7	16.9	13.8
不明・その他	2.2	7	7.6	0	1.7	12.6
小計	99.8	93	93	100	91.5	93.1
合計	100	100	100	100	100	100

(10都道府県の調査結果)

表8 最も困った出来事での「公的救急システム」への不満・要望

主体の種類	不満・要望の多さ	不満・要望の主な内容
本人	僅少	システムの利用条件が厳しい 窓口の能力が低い、対応が悪い
家族	僅少	診察までに時間が掛かる 当番医療機関が遠い 窓口の能力が低い、対応が悪い
精神科病院	僅少	アルコール・薬物を扱わない 身体合併症を扱えない ベッド不足 窓口が繋がらない
無床病院・診療所	僅少	ベッド不足 入院に家族の同伴を求められる システムの利用条件が厳しい 当番医療機関が遠い 24条と医療保護入院の谷間に落ちるケースがある
福祉施設・行政機関	僅少	身体合併症を扱えない 24条と医療保護入院の谷間に落ちるケースがある 入院に家族の同伴を求められる 深夜外来を行わない ベッド不足 当番医療機関が遠い 超短期入院を扱わない 往診をしない システムの利用条件が厳しい

(12都道府県の調査結果)

表9 最も困った出来事での「公的救急システム以外」への不満・要望

主体の種類	不満・要望の多さ	不満・要望の主な内容
本人	少	こころの相談、医療相談等の電話相談サービス (8%) 主治医・通院先の夜間休日対応が不十分 (3%)
家族	多	こころの相談、医療相談等の電話相談サービス (52%) 予防対応が不十分 (家族 50%) 訪問サービスがない (37%) 移送サービスがない (15%) 主治医・通院先の夜間休日対応が不十分 (10%) 診療情報不足を補う仕組みがない (7%)
精神科病院	中	診療情報不足を補う仕組みがない (21%) 精神障害者への偏見による受け入れ困難 (他科医療機関など) (21%)
無床病院・診療所	中	日中に救急で受け入れる病床が少ない (14%) 救急システム利用についての広報不足 (8%) 精神障害者への偏見による受け入れ困難 (他科医療機関など) (7%) 移送サービスがない (5%)
福祉施設・行政機関	多	地域連携が不十分 (38%) 予防対応が不十分 (24%) 診療情報不足を補う仕組みがない (19%) 主治医・通院先の夜間休日対応が不十分 (8%) 日中に救急で受け入れる病床が少ない (6%) 精神障害者への偏見による受け入れ困難 (他科医療機関など) (5%) 訪問サービスがない (5%)

(12都道府県の調査結果)

る要望がとて多多い緊急の事態の時に、本人、家族が、最も求めていることは、相談である。

家族は、相談の次に、訪問して家族を支援してくれることを求めている。さらにその際、移送が必要になった場合に移送サービスを求めている。

受診を考えた時に「紹介状がない」ことが障害になっている。診療情報の不足を補う仕組みが求められている。

主治医や通院先の夜間休日対応についての不満を抱いている人が少ない。

緊急事態が起きて、このようになる前にもっと「服薬管理を十分にしていたら」など予防対応に必要性を痛感している。同じく福祉施設は地域連携(特に医療機関との)の必要性を痛感している。

こうした課題をひとつひとつ改善して行くことで精神科救急は充実して行く。公的救急の初期、二次、合併症を充実させることは重要だが、それだけでは不十分で、並行して取り組まなくてはならない課題がこのように沢山ある。

③オレンジノート、または、オレンジポットのこと

「最も困った出来事」では診療情報の不足を補う仕組みがないことが、受診を依頼する側の家族や福祉施設、受診を引き受ける側の精神科医療機関にとって大きな障害になっていた。

これまでの治療経過や正確な診断名、合併症や薬剤アレルギーなどの身体疾患、有効であった過去の対処方法などについての情報が不足している中での救急診療は、医療事故の危険性が高いのでリスクを避け、安全を最優先にした対応にならざるを得ない。そのため薬剤や医療処置の選択肢が狭められ、鎮静を主としたものになってしまう。逆に少しでも診療情報があれば治療の選択の幅が広がる。

救急医療での診療情報不足を少しでも解消する必要があることから、研究班では、新しいツール、仮称「オレンジノート」を試作した。

オレンジノートは、緊急対応の際に必要な情報を患者自身や家族がかかりつけ医に協力してもらって記入しておくノートであるが、診療情報以外に、緊急連絡先や、精神科救急医療情報センターの利用の仕方も記入出来るようになっている。

平成19年度末から、約3000人に配布し、そ

のうちの一部の人は実際に使っていただいた。使ってみていただいたところ、沢山の改良点が見つかった。それらを取り込んで、今、大幅な改訂を行っている。改訂版は、オレンジノートではなくてオレンジポットになりそうである。

実は、英国でも、緊急対応時にGP(一般医)が活用できるための「Pot in the Fridge」という、オレンジノートに似たツールが存在していることが判った。疾患やアレルギーの情報、服

用している薬剤、通院先や緊急時の連絡先などが記入された用紙を、専用のポットに封入し、冷蔵庫の中に保管しておく、というシステムである。救急隊はその存在を承知していて、救急搬送時には冷蔵庫を開け、診療情報が入ったポットを受診先の医療機関に提供する。また、これと殆ど同様の試みが、単身の高齢者を対象に東京港区や北海道夕張市などでも始まっているようだ。

参考資料2；東京都の精神保健医療福祉の基礎的なデータ

① 精神障害者数など

精神障害者数(推計) 334,000人(平成17年10月厚生労働省患者調査)

気分障害(躁鬱病を含む) 109,000人
 統合失調症など 69,000人[※]
 神経症性障害など 64,000人
 その他 92,000人[※]
 精神障害者保健福祉手帳所持者 45,112人
 (平成20年度末現在)

自立支援医療(精神通院)認定 129,281人
 (平成20年度末現在)

(※平成21年度 地精審資料より)

② 精神科病院数、精神科病床数、従事者数

精神科病院 114 (大学付属病院14 総合病院12 それ以外88)

精神科病床 24,728(夜間外開放9,184 終日閉鎖13,658)

精神科病院の多くは多摩地区(65箇所、16,084床)に偏在している。そのために、東京都の東部や南部の都民は隣県である千葉県や埼玉県、神奈川県 of 病院も利用している。

表10 精神科病院の従事者数(平成18年 630調査)

	医師		(指定医)		作業療法士		P S W		(精神保健福祉士)	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
全国	9635	9535	6244	3260	5361	297	6141	179	5663	145
東京都	934	947	595	440	397	28	425	23	399	20
	臨床心理技術者		看護師		准看護師		看護補助者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
全国	1793	814	60225	4010	46676	4003	39523	3877		
東京都	113	128	4595	677	2513	630	2585	580		

表11 在院患者数、入院患者数

精神科病院在院患者数・入院患者数	総数	F0	F1			F2	F3	F4
			アルコール	覚醒剤	その他			
在院患者数(全国 平成18年6月)	320308	61027	14548	762	805	192329	25335	6026
在院患者数(東京都 平成18年6月)	22017	3113	871	79	65	14120	2098	370
入院患者数(全国 平成17年6月)	32061	5436	2844	220	315	12400	6458	1883
入院患者数(東京都 平成17年6月)	3163	403	223	29	72	1314	663	183
精神科病院在院患者数・入院患者数	F5	F6	F7	F8	F9	G40	その他	
在院患者数(全国 平成18年6月)	890	1917	7774	479	486	4741	3189	
在院患者数(東京都 平成18年6月)	90	171	436	85	114	313	92	
入院患者数(全国 平成17年6月)	299	615	453	86	110	346	596	
入院患者数(東京都 平成17年6月)	33	96	40	14	17	36	40	

⑤東京都の精神科診療所の数

表12 東京都の精神科診療所の数

東京都の精神科診療所の数	
精神科、心療内科を単科または主たる標榜科目としている診療所 平成20年10月医療施設調査	561
自立支援医療(精神)を申請している診療所 (平成20年精神保健・医療課調べ)	1180
精神科・神経科・心療内科医療機関名簿記載の診療所 (東京都立中部総合精神保健福祉センター作成資料;平成18年7月1日)	1269
精神科を標榜する診療所(区部849、多摩223) (地精審の資料より;平成21年6月1日現在)	1072

⑥東京都の訪問看護事業者数

訪問看護事業者数 約550箇所
 そのうち自立支援医療(精神通院)の事業者
 指定事業者 約300箇所

⑦東京都のデイケア利用者数

表13 精神科デイケアの利用者数(平成18年6月1ヶ月間)

精神科デイケアなどの利用者数		全国	東京
		利用実人数	利用実人数
精神科ショート・ケア	精神科病院	3414	484
	精神科診療所	1068	59
	精神保健福祉センター	108	
	その他	0	
	合計	4590	543
精神科デイ・ケア	精神科病院	44066	3833
	精神科診療所	13974	1747
	精神保健福祉センター	512	
	その他	0	
	合計	58552	5580
精神科ナイト・ケア	精神科病院	1617	204
	精神科診療所	774	223
	精神保健福祉センター		
	その他		
	合計	2391	2898
精神科デイ・ナイト・ケア	精神科病院	7465	498
	精神科診療所	2526	908
	精神保健福祉センター		
	その他		
	合計	9991	1406
重度認知症患者デイ・ケア	精神科病院	4221	71
	精神科診療所	2705	189
	精神保健福祉センター		
	その他	69	
	合計	6995	260

⑧東京都の社会復帰施設(定員、実利用者数、登録者数、職員数など)

表14 福祉施設利用者数など(平成18年6月30日)

精神障害者社会復帰施設の定員、利用実人員	全国		東京	
	定員	利用実人数合計	定員	利用実人数合計
生活訓練施設	5950	4413	157	121
福祉ホーム	1327	1060	129	108
入所授産施設	781	681		
グループホーム	8387	7651	583	536
福祉ホームB型	2340	1928	30	26
通所授産施設	6980	7382	751	739
小規模通所授産施設	8360	9680	1231	1496
福祉工場	488	388		
合計	34613	33183	2881	3026

東京都の社会復帰施設職員数(平成18年6月30日)	常勤	非常勤
		758