

こころの散歩道

Vol. 38

No. 1

(通巻 230)

2014. 8. 1 発行

編集発行：栃木県精神保健福祉センター 〒329-1104 宇都宮市下岡本町2145-13 Tel 028 (673) 8785 Fax 028 (673) 6530

巻 頭 言

平成25年度から当センターに管理が移管された「精神科救急情報センター」の実績を報告します。日頃、ご協力いただいている栃木県精神衛生協会、栃木県保健所長会をはじめとする県内関係各機関の皆様方のご理解とご協力に感謝申し上げます。また、平成26年2月8日(土)には、情報センターの現状と課題を明確にするため、「平成25年度栃木県精神科救急シンポジウム」を開催しましたので、当日の講演と各パネリストの発表を要約して掲載します。

基調講演を千葉県精神医療センター病院長、日本精神科救急学会理事長の平田豊明先生にお願いし、パネルディスカッション「身体合併症を伴う精神疾患患者の対応について」では、済生会宇都宮病院副院長小林健二先生、県立岡本台病院伊集院将先生、大田原地区広域消防組合消防本部救急救助係長室越孝先生に、対応の現状と課題をお話しいただきました。ディスカッションでは、フロアを含め、多くの意見、質問がありました。的確な、ご意見、ご助言をいただいた平田先生をはじめ、各パネリストの先生方に心から感謝申し上げます。

次に、当センターで継続してきた「思春期関連事業」について報告します。この事業に、ご理解、ご協力をいただいている自治医科大学精神医学教室教授の加藤敏先生をはじめ、ご助言いただいた先生方

に心から感謝申し上げます。

平成25年度第2回自殺対策研修会では、「若者支援の視点から見た自殺予防～ひきこもる心性と自傷・自殺について考える～」と題して、筑波大学医学医療系教授・斎藤環先生にご講演をいただきました。現代の若者にとって、社会から「承認」されることと「コミュカ(りょく)」が高いか低いかは、時に、本人を自死に追い込むほどの重要な問題であり、治りきらない「うつ病」や「ひきこもり」の人たちの多くが、これらの問題を抱えていると指摘するとともに、理解されにくい、これらの人たちの訴えを、まずは受け止め「承認」してあげることが必要であることを強調されました。「承認」をめぐる葛藤や過敏さを、現代の若者心性を理解する重要な概念として展開する斎藤先生の考察は、さらに検討すべき多くの事象を示唆する、大変、印象深いものでした。お忙しい中、ご講演をお引き受けいただいた斎藤環先生に心から感謝申し上げます。

今後も、当センターは、ここで示された多くの課題に積極的に取り組んでゆく所存です。この小冊子が、栃木県の精神保健福祉施策と当センター事業の理解に、少しでも役立つことを期待するとともに、皆様方からのご意見を頂けたら幸いです。

栃木県精神保健福祉センター
所長 増茂 尚志

目 次

巻 頭 報 告	巻頭言	1
	平成25年度栃木県精神科救急情報センターの相談等実績	2
	平成25年度栃木県精神科救急シンポジウムについて	3
	思春期関連事業について	10
	平成25年度第2回自殺対策担当者研修会	11
情報コーナー	平成26年度研修会・行事一覧(予定)ほか	12

平成25年度栃木県精神科救急情報センターの相談等実績

1 精神科救急情報センターの概要

本県では、精神科救急医療システムの見直しにより、平成25年4月から民間精神科16病院の協力を得て、精神科救急の輪番体制が開始されました。それに併せて、平成25年度から精神科救急情報センター（以下、情報センター）についても、県立岡本台病院からの移管を受けて、精神保健福祉センターが所管することとなりました。

現在、情報センターは、『精神科救急医療相談電話（以下、相談電話）』と『関係機関用専用電話（以下、振分電話）』の2本の電話で運用を行っており、対象、稼働時間等は次のとおりとなります。

	相談電話（相談）	振分電話（振分）
対 象	本人、家族等	医療機関、救急隊、保健所等
業務内容	電話による緊急的な医療相談	診察依頼等に対する対応医療機関の振分等
稼働時間	平日 17時～22時 休日 10時～22時	平日 17時～翌8時30分 休日 8時30分～翌8時30分

※休日とは、土日祝日（年末年始を含む）のこと。

2 精神科救急情報センターの相談状況

(1) 件数及び性別

平成25年度の相談件数は、2つの電話を合わせて896件。男女別の件数をみると、女性が453件（50.6%）、男性423件（47.2%）、不明20件（2.2%）でした。

(2) 依頼元別件数

依頼元別の件数は、家族からの相談が285件（31.8%）と最も多く、次に本人が225件（25.1%）、保健所が200件（22.3%）となっており、この3つで全体の約80%を占めています。

	本人	家族	知人	医療機関	救急隊	警察署	保健所	その他
相談	221	281	19	8	2	2	2	13
振分	4	4	0	41	87	13	198	1
計	225	285	19	49	89	15	200	14
%	25.1	31.8	2.1	5.5	9.9	1.7	22.3	1.6

(3) 相談対象者年齢階層別件数

年齢階層別の件数は、30歳代が204件（22.8%）と最も多く、次に20歳代が186件（20.8%）、40歳代が142件（15.8%）となっています。また、最高年齢は93歳、最少年齢は9歳となっています。

(4) 相談対象者地域別件数

地域別の件数は、宇都宮市が301件（33.6%）と最も多く、次に県南地域が149件（16.6%）、県北地域が107件（11.9%）となっています。また、県外居住

者からは38件（4.2%）で、その内容はお盆・年末年始などの帰省中や県内旅行中に病状が悪化し、相談に至ったケースが多くみられました。

	県内						県外	不明
	宇	県西	県東	県南	県北	安足		
相談	195	50	23	93	59	57	21	50
振分	106	42	27	56	48	16	17	36
計	301	92	50	149	107	73	38	86
%	33.6	10.3	5.6	16.6	11.9	8.1	4.2	9.6

(5) 依頼内容別件数

依頼内容別の件数は、相談が317件（35.4%）、診察依頼が311件（34.7%）とほぼ同数で最も多く、次に緊急医療依頼が197件（22.0%）となっています。

	相談	診察	入院	緊急医療	その他
相談	285	215	29	-	19
振分	32	96	23	197	0
計	317	311	52	197	19
%	35.4	34.7	5.8	22.0	2.1

※緊急医療とは、緊急措置通報のこと。

3 精神科救急医療機関への振分状況と診察結果

全896件中、診察に繋がったものが358件でした。内、緊急医療が189件、すべて県立岡本台病院に振り分けました。また、精神科救急医療は169件で、内42件（24.9%）を輪番病院に振り分けました。

なお、緊急医療以外は、輪番病院を優先としていますが、振り分けができなかった理由としては“輪番病院の開設時間外”が75件で最も多く、次に“遠距離のため移動困難”が13件でした。

	診察に繋がったもの	診療結果内訳					
		緊急医療		精神科救急医療			
		緊急措置	不要措置	外来	任意	医療保護	来院せず
岡台	316	106	83	98	0	26	3
輪番	42	-	-	20	1	18	3
計	358	106	83	118	1	44	6

4 事業移管から1年を振り返って

当センターでは、平成25年度からの情報センター移管に併せ、相談対応マニュアルの整備やインテーク用紙の見直しなどを行うとともに、新たな取り組みとして主治医や保健所への情報提供など、医療や地域との連携強化を図ってきました。

今後も、精神科救急医療体制の継続的・安定的な運用に寄与し、精神疾患を有する方が地域で安心して暮らせるよう、担当職員のトリアージ技術の向上や関係機関との連携の推進を図りながら、情報センターの機能強化に努めて参りたいと考えております。

平成25年度栃木県精神科救急シンポジウムについて

精神保健福祉センターでは、平成25年度より精神科救急情報センター（以下「情報センター」という。）を所管することになり、精神科救急の入り口である電話相談を実施してきました。その一環として、関係機関の連携のあり方について検討し、自傷者・自殺未遂者を含む身体合併症患者への対応における課題を関係者と共有するために、平成26年2月8日(土)救急シンポジウムを開催しました。その内容の一部を抜粋し、御報告いたします。

1. 基調講演

テーマ 『精神科救急・急性期医療の現状と今後』

講 師 千葉県精神科医療センター

病院長 平田 豊明 先生



私は精神科救急の現場で色々な患者さんを相手に臨床の現場に携わってまいりました。また、国の研究班にも関わり、全国の精神科医療の現状を知る機会がありましたので、それを皆さんにも開示していきたいと思っております。

精神科救急の事例は、医師が診察してどうするかという処遇を決定されたあとで、3つの形に分類されます。「外来処置のみ」を「一次救急」、本人同意の入院である「任意入院」と家族との契約による「医療保護入院」を「二次救急」、自傷他害等があり緊急性が高い方への「措置入院」と身元が分からない方への「応急入院」を「三次救急」と言います。

また、精神科の緊急度は、5つの軸で緊急度を判断します。一番目に「病状因子」です。色々な物差し(チェックリスト)を使って精神的に病状の重

さを判断します。2番目は、「行動因子」です。同じ病状であっても特に行動面のコントロールに問題がある場合とない場合では、こちらの緊張度も異なります。3番目は「家族因子」です。身寄りのない人の場合は、より緊急度が高くなります。4番目は、「時間帯因子」です。夜が更けるに従って、サポート体制やアクセスポイントがどんどん減って孤立しやすくなり、緊急度は上がります。最後に「治療関係因子」です。具合が悪く大騒ぎをしている人でも、見慣れた自分の受け持ち患者さんであれば、緊張せずにゆとりを持って見ることができ、逆に面識がない場合はこちらも緊張します。

救急医療の現場では、患者さんを慣例的に「中核群」と「辺縁群」の2つに分類します。「中核群」は精神病的な症状を呈し、一目で病気と分かるケースです。「器質性精神病」「中毒性精神病」等が含まれ、「統合失調症」は典型となります。気分障害の中でも重症の「うつ病」「躁病」も「中核群」に含みます。先ほどの5つの軸では、「病状因子」の高い人達です。

それに対し、精神病症状は伴わない人達を「辺縁群」と言います。「不安障害」「パニック障害」「人格障害」「知的障害」「発達障害」等の病名がつく方で、行動障害の制御が難しい人です。攻撃衝動が自分に向くと「自傷行為」に、外に向くと「他害行為」になります。こういった方々は、面接していくと判断能力はしっかりしていますが、衝動をコントロールする機能に障害を受けています。精神病理は重くないけれど、行動病理が突出して重い方々が精神科救急の対象になりますが、入院治療の絶対適応にならないケースが多く、精神科に入院させることに非常に戸惑いを感じることも多いです。

行動をコントロールできない場合は、ベッドに身体をくくりつける身体拘束まで伴いますが、そこまでは、根拠が必要ですし、きちんとした手続きが必要になります。また、そこまでに値する病状であることが論証できなければ、やってはいけないという決まりもあります。したがって、判断能力がしっかりしている人の場合、安易に入院させるわけにはいかないのです。しかし、帰そうとする方が大変なケースでもあ

ります。これらの人達への対応では、搬送する立場の方達も、身体的対応に迫られる立場にある方達も対応に苦慮することが多く、精神科救急で常に課題になっています。

～中略～

救急医療というのは精神科も身体科も共通するものがあります。医療の存在理由は命を守ることと苦痛を緩和することであり、精神科救急も同じです。急性精神疾患の死亡リスクは結構高いのです。死因としては、自殺や事故死、一人暮らしの方が昏迷状態に陥ると餓死や凍死もありえます。これらは統計的に精神疾患による死亡とは出てきません。精神疾患に起因する死亡を全部拾い上げていくと、心筋梗塞や脳卒中に匹敵するのではないかとされています。

一方、精神科救急と身体科救急とは違う面もあります。精神科医療の特異性は、意識清明な成人の同意なき医療行為が認められていることです。医療というのは患者さんの利益を守る、命を守る、安全を守るということですが、他人の安全を守るための医療行為が精神科にはあります。そのように非自発的な医療が認められる代わりに、厳密な手続が求められています。そのため、一般救急医療より少し煩雑な手続が必要になります。しかも、医療法上、精神科は人員配置、施設基準も低くて良いという特例があり、不幸なことに精神科救急と身体科救急は、対話が欠如して橋渡しされていない事情があります。今日は、そのような歴史を踏まえ、両者の橋渡しの意図もあって、このような会が開かれているのではないかと認識しています。

精神科救急医療の任務には、整理すると3つあります。1つは精神科疾患による不幸な事象（自殺・重大事件）を未然に防止することです。医療観察法が三次予防であるのに対し、精神科救急は二次予防と言えます。2番目は、それとは対照的になりますが、精神科利用者の在宅ケアを支援することです。在宅医療と救急医療は車の両輪です。障害や病気を抱える人の生活を支えるためには、何かあったときに24時間すぐに相談に乗れる体制が必要です。3番目は身体科救急と同じですが、重症の患者さんに手厚い医療を提供し、予後を改善することです。

精神科救急医療システムの構造ということでは「マイクロ救急」「マクロ救急」という分け方をする

ことがあります。電話相談から入院に至るまでのサービスを病院単位で提供するものを「マイクロ救急システム」と言います。一番分かりやすいのは、時間外診療が必要となった時にかかりつけ医で見てもらおうというのが、「マイクロ救急」の典型です。また、病院当直医が自主的に初診の患者を見に来てくれる場合も「マイクロ救急」となります。利用する側から見るとアクセスしやすいのですが、その日の条件で提供できるサービスが限られたり、その時の当直医の判断で診たり診なかったりすることがあり、サービスの提供が不安定であることが弱点です。

この「マイクロ救急」の弱点を補うのが「マクロ救急」です。広域単位で複数の病院が救急診療を分担しマイクロ救急を支援するため、当番制を取ることが多いのですが、これは、医療機関の自発的な救急診療を支援するための社会的セーフティーネットであり、あくまでも「マイクロ救急」が救急の基本です。マイクロ救急がしっかりしていないとマクロ救急は持ちません。何でもかんでもシステムに投げられてしまうと救急の担当スタッフだけに負担が偏って、システム自体がもたなくなってしまうことがあることを頭に入れておいていただきたいと思います。

～中略～

精神科救急医療の体制では、まず情報センターに連絡が行き、かかりつけ医がある場合はそこにかかってくださいと伝えます。これがマイクロ救急システムです。それが無理な場合は、当番病院、基幹病院等の救急医療施設にアクセスしてもらいます。これがマクロ救急システムです。どこにどう運ぶかが、また問題になってきます。身体合併症がある場合は、身体科医療機関との連携が必要となります。救急医療で急性期の治療が終わった後、ダイレクトに在宅ケアに移行するケースもありますし、アルコール依存症、薬物依存症、児童・思春期、認知症等は、各専門治療施設に移っていただくことがあります。

～中略～

最後に、日本精神科救急学会による提言をご紹介します。まずは精神科救急医療体制の整備です。精神科救急の評価指標（①電話相談が機能しているか、②消防・警察機関と相互の信頼関係はあるか、③マイクロ救急がしっかりしているか、④緊急措置入院・措置入院の行政的な手続が24時間可能な体制になっているか、

⑤特に重症の患者は必ずどこかで受入れるシステムになっているか、⑥重症患者を治療する高規格の病院があるか、⑦身体科救急と相互に信頼関係があるか、⑧物質依存・児童精神科分野にちゃんとリンクできるか)をひとつずつ充実させることです。

2番目は身体合併症対策です。これは本日のパネリストから話がある予定ですが、非常に大事なテーマです。3番目は、病診連携です。クリニックの先生達にも救急に参加していただくというものです。4番目は医師の養成です。精神保健指定医の取得のために、少なくとも救急医療施設、総合病院の精神科、僻地的な地方の医療機関での勤務経験を認定要件に加えることを働きかけています。5番目は、自殺防止対策です。このために、ガイドラインを作成し、一般の医療機関にも配布しています。6番目は専門医療機関へのリンク、7番目は災害医療体制です。

以上で、パネルディスカッション前の、素材提供のための話を終わらせていただきます。

2. パネルディスカッション

テーマ 『身体合併症を伴う精神疾患患者の対応について』

パネリスト

済生会宇都宮病院

副院長 小林 健二 先生

栃木県立岡本台病院

副主幹兼医長 伊集院 将 先生

大田原地区広域消防組合消防本部

救急救助係長 室越 孝 先生

助言者 千葉県精神科医療センター

病院長 平田 豊明 先生

司会 栃木県精神保健福祉センター

所長 増茂 尚志

(1) 『栃木県精神科救急医療システムについて』

増茂 尚志 所長

パネルディスカッションの前に、平成25年4月から運用が始まった精神科救急医療システムについて触れておきます。平成25年4月から情報センターの運営管理を精神保健福祉センターで運営することとなり、同時に県民からの相談に応じる電話相談窓口を設けました。また、16の精神科病院に御協力をいただき、精神科救急の輪番体制が4月の連

休前から稼働されました。

情報センターには県民からの相談に応じる「精神科医療相談電話」の他に、関係者からの相談に応じる「振分電話」があります。「振分電話」は医療機関、救急隊、警察、保健所等からの相談に応じるもので、関係機関以外には非公開となっています。

H25.4～12の相談実績です。相談総数682件中、本人・家族からの相談と、保健所からの緊急措置診察に関する相談で80%を占めています。また、診察につながった件数は277件で、そのうち139件は緊急措置診察、138件が精神科救急医療対象でした。精神科救急医療のうち輪番病院に振り分けられたのは39件にとどまり、輪番病院に振り分けられなかった理由としては、開設時間外だったものが57件、輪番病院までの距離が遠く行けなかったものが11件、入院の必要性があったが当日の輪番病院が外来のみの対応だったものが7件でした。

情報センターでは、身体症状がある場合は身体科救急優先、問題行動がある場合は精神科緊急対応と判断しますが、身体症状と問題行動が同時に見られる場合は、対応が非常に難しくなります。そこで本日は、身体合併症を伴う精神疾患患者について、様々な場面でのどのような対応が行われているかパネリストの先生方からお聞きすることで、会場の皆様と精神科救急の課題について共有して参りたいと思います。

(2) 『身体科救急の立場から』

小林 健二 先生



私は済生会宇都宮病院の救命救急センター長をしておりますが、本日は精神科病棟を持っていない、いわゆる一般救急の病院の立場からお話しをさせていただきます。

まず、身体合併症を伴う精神科救急の流れです。身体合併症を伴う精神科既往のある患者の救急外来への受診ルートは、ほとんどが直接来院と救急隊からの搬送です。一般救急病院としては、身体合併症の治療を優先して行い、単科精神病院でもケア可能な状態で引き渡すのが全体の流れになります。ただし、精神科疾患が非常に高度で身体合併症の治療に困難を来すような場合は、精神科病棟のある併設型の総合病院での治療が必要となります。

精神疾患と身体合併症の関係は様々で、それぞれの要素がどれくらい大きいかで対応が変わります。精神疾患の割合が非常に大きく身体合併症は比較的軽度な場合は、一般救急病院で身体合併症の治療を行い、帰宅可能な状態まで行けば精神科病院に転送します。精神科疾患が強く疑われるが、身体合併症も完全否定できない場合は、身体合併症がないことを確認してから精神科で診察をしていただきます。精神科疾患、身体合併症ともに中等度以上の場合は、身体合併症の治療が優先され、一般救急病院または併設型の総合病院での治療となり、特に精神疾患による問題行動が多いときには、後者での治療となります。これらのことから、身体合併症を伴う精神科疾患患者の治療には、救急病院と併設型病院、精神科病院が協同していかなければならないことが良く分かると思います。

次に、栃木県での身体合併症を伴う精神科疾患患者の救急搬送について説明します。平成22年10月～12月の搬送先の割合は、精神科病院7%、救命センター31%、一般医療機関62%という結果です。3ヶ月分を1年分に換算しますと、約2,500件程度の身体合併症の症例が発生していると推定されます。平成24年度の宇都宮市消防本部のデータを見ると、精神科救急としての対応は895件で全体の5%を占めます。そのうち身体合併症の症例は690件です。これらの症例の他、現場滞在時間、病院収容時間の平均は、いずれも全体の平均時間より5～6分長くなります。塩谷広域組合の1～12月のデータでも、いずれも同様の傾向が見られます。

搬送困難となる主な理由には、全国的に精神疾患やアルコール中毒、薬物中毒、認知症、要介護者等があげられますが、こうしてみると精神疾患の絡む病態が非常に多くなっています。

～中略～

済生会宇都宮病院での精神疾患に絡む救急の集計結果です。2年間で精神疾患や精神類似疾患、アルコール問題者は、合計575例で、救急受診者に占める割合は2%でした。特徴としては複数回の受診が非常に多くなっています。このうち心肺停止に至ったものは29例でした。

また、自殺企図の症例は2年間で315例ありました。手段を見ると薬物中毒や過量服薬が194例で一番多くなっています。このうち救急隊が精神科既往歴を確認したものは170例で50%強でした。40%以上が精神科既往歴のないなかで自殺企図を行っていることが分かります。

また、急性アルコール中毒に関しては、ほとんど精神科の既往はありませんでした。

当院では、年間約10例ずつ精神科病院への紹介、逆紹介があります。逆紹介の例として、自殺企図者の処置後も希死念慮が非常に強く帰すことが怖いような場合があります。また、措置入院に該当するような症状がある場合にも精神科に転送をしているところですが、本人に精神科受診の意志がない場合は、対応に苦慮している状況です。

最後に、精神科救急の課題として私が考えたことをお話しします。まず、岡山県で行われた一般救急医と精神科医の意識調査の結果を見ますと、一般救急医が自らの役割と認識していることとして「ファーストコンタクトを救急医が行うこと」「身体合併症の精査・診断」「身体合併症の入院処置等」「精神科からの転院」などがありました。一方、精神科医療機関への要望としては、「ソフト救急への相応の負担」「救急隊で身体合併症がないと判断したときに患者の受入れ」等がありました。精神科医から違った角度からの要望もあると思いますが、精神科救急の体制作りには、お互いがそれぞれの役割について認識ができていくことが望まれます。

2番目に一般救急と精神科救急における情報共有の必要性です。これは、普段から話し合いのできている関係ではスムーズにできますが、当直帯では連携が上手く取れないことが多く見られます。そのような状況を踏まえて、情報センターが中間的なコーディネーターの機能を果たしていけると良いと思います。

3番目は、精神科併設の総合病院、いわゆる並列モ

デルの観点です。重症例については一般救急と精神科救急が同じ施設内で行われる必要がありますが、このような施設が本県では不足しています。

4番目は認知症やアルコール問題者に対する対策です。酩酊状態の治療は基本的には一般救急対応になると思いますが、アルコール依存症は、本人の治療意志のもと、後日精神科での診療が必要となります。アルコール酩酊者については、一般救急での処置が必要ないと判断した場合、診療終了後の対応に苦慮していることは、多数の救急病院から言われています。このため、一般救急の受入れを拒否され、搬送困難事例につながっています。同じようなことは、認知症の事例でも起こります。これらの問題を病院だけに押しつけてしまうと、いつまでも受入れ困難の状況が続きます。この点については、行政中心に診療後の保護の仕組み作りが必要になるのではないかと日頃から考えています。

最後に、精神科救急システムの有効な運用のために、一般救急医・精神科救急医がそれぞれの得意な分野に積極的に参加することを合意していくことが求められると思います。そして、不得意な部分ではできるだけ連携でカバーしていく必要があります。その面で冷静なコミュニケーションの積み重ねが大切です。そのため、協議会のような話し合いの機会も必要になってくると思います。

(3) 『精神科救急の立場から』

伊集院 将 先生



本日は、精神科の立場から、皆様へのお願いなども含めてお話をさせていただきたいと思います。身体合併症と精神科症状の重複例にどう対応するかは、常に大きな問題となっています。特に、精神科が身

体科とは別の組織となっている日本では、当然どこでも同じような問題が起きると思っています。

ご存じのとおり、精神科単科の病院には診療内容に様々な限界を持っています。例えば、岡本台病院では、休日・夜間の画像検査が何もできないという現状があります。これは他の精神科病院でも同様に言えることです。身体的な問題に神経質になるのは、専門以外の診療が不得手というだけでなく、検査が必要と判断しても設備機材の面で、それができないという現状があるためです。また、輸液ポンプ等、普通の医療機関で見慣れた医療機器の備えがないために、生命に危険が迫っているときにも治療手段に限界が生じます。

このような状況の中で、身体合併症を伴う精神科疾患患者の対応で問題となる場合がいくつかあります。まず、身体科疾患との関係で問題になる場合です。特に、何らかの意識障害があり、身体疾患の有無について十分に検査がされていない場合の対応です。せん妄等の状態では、精神疾患なのか別の器質的な疾患があるのか見分けることは簡単なことではありません。ですから、精神科でいったん診察した後に、改めて身体科での検査をお勧めすることがあります。また、身体科を先に受診し、現時点で身体疾患が軽症と判断された場合であっても、追加で検査を行えない精神科では、身体科での治療方針について情報提供いただけると安心して対応することができます。さらに、精神症状と身体症状の何れも重症である場合は、対応が非常に困難となります。精神症状が明らかに重症で精神科でないと対応が難しそうだ判断できても、重大な身体疾患を抱えていそうな人の受入れには、患者さんの急変の恐れもあり、とても神経を使います。

次に、酩酊や急性薬物中毒への対応で問題となる場合です。酩酊者については、小林先生からも先ほど、「身体科では受入れが困難である」とのお話がありましたが、精神科でも精神状態を正しく評価が行えないという理由から、多くの場合は診療ができません。ただし、何らかの精神疾患をベースに持っていてアルコールの乱用が生じている場合、例えば、双極Ⅱ型障害などの場合は、アルコール乱用につながりやすいため「これは酔っ払っているからだめ」といえるほど単純でもないとは思っています。そして、急性薬物中毒への対応でも身体管理が必要となることがあります。最近特に問題になっているのは脱法ハーブで、一部の

薬には非常に神経毒性が高いものもあり、中にはかなり身体の状態が悪い患者さんもあり、そのような場合は身体管理も必要となります。

以上のような理由から、身体合併症を伴う患者さんは、基本的には身体科での診療を優先してもらうこととなりますが、精神科で入院を受け入れてから、身体的問題が判明することも多くあります。そのような場合、現在は個別に身体科での受入れを打診しているところですが、対応可能な受入れ先をコーディネートする機能を持つところがあると、より対応がスムーズになるのではないかと思います。

また、岡本台病院として受入れが困難になるもう一つの理由として、県内の三次救急患者の一時的な受入れは、岡本台病院を中心に行っていることがあげられます。岡本台病院では三次救急のために、常にベッドを確保しておかなければならず、医療保護入院等が必要な患者さんを受け入れられないことがあるのです。このような本県のシステムに伴う当院の事情についても御理解いただくと嬉しく思います。一方で、身体科の三次救急医療機関でも同様の事情があるのだと理解しています。双方の事情を理解しておくことは、連携の上でとても重要だと考えています。

～中略～

平成25年4月からは、民間の16病院の御協力により、夜間休日輪番体制が開始されました。外来治療まで対応可能（入院の受入れは不可）という輪番病院もありますが、そのような病院で入院が必要と判断され、詳細な情報提供の上、岡本台病院に転送されたという事例もありました。このような御協力は私達にとっては大変ありがたいことと思っております。

～中略～

情報センターへの相談内容を見ますと、本人や家族からは、相談、診察依頼が多く、保健所・健康福祉センターからは緊急医療依頼（精神保健福祉法23条通報に伴う診察依頼）がほとんどです。医療機関からは診察依頼と入院受入れ依頼、救急隊からは診察依頼が多くなっています。警察からも24条（現23条）以外のルートで診察依頼があり、時には警察の方が伴って受診につながる場合もあります。様々な部署に色々な形で御協力をいただいでい

ると感じています。私達も、医療機関からの入院受入れ依頼や救急隊からの診察受入れ依頼に、速やかに対応したいと考えていますが、緊急措置診察等が入っていると、診察までかなりの時間をお待たせしなければならないことがあります。また、家族等から「入院を確約してほしい」「どうかしてください」と言われる場合でも、原則として「診察してからでないと判断できません」と説明をさせていただいております。救急搬送も含め、精神科救急の円滑な運用のためには、県民の皆様への粘り強い働きかけも必要になってくると思います。

(4) 『精神疾患傷病者の搬送について』

室越 孝 先生



私からは救急隊の立場として、精神疾患傷病者の搬送について、搬送困難事案を交えて紹介したいと思います。

当組合管内の地域医療は、1つの三次救急医療を中心に、二次救急病院が3施設、精神科を有する病院が1施設、クリニックが2施設で存在します。また、もう少し広域の医療圏としてのメディカルコントロール地域内には、二次救急病院が5施設、精神科を有する病院が2施設、精神科クリニックが1施設存在しています。そのような環境の中、平成25年の当組合の全搬送人員は4,711人で、そのうち精神系が149人で全体の3%。自損行為は69人でした。

今回、搬送事例のデータを基に、急病、精神系、外傷、自損行為に分類し、精神系疾患が特異なのかどうかを分析しました。精神系には、統合失調症、うつ病、アルコール中毒が含まれ、自損行為には、リストカット、薬物の大量摂取等が含まれます。

その結果、病院問い合わせ回数の平均値を見ると、

急病1.4回、精神系1.7回、自損行為1.9回で、全て2回以下の病院問い合わせで収容病院が決定しており、数値上は大きな差が見られていませんでした。管内の医療資源を勘案すると、当組合においては、ほぼ管内もしくは医療圏内の病院に収容されていることがわかります。

～中略～

次に現場滞在時間の平均値です。現場滞在時間に関しては、平均値で2～3分の滞在時間差を認めました。現場滞在時間が延びることで、病院への収容に時間がかかってしまうこととなります。現場滞在時間の遅延に関して考えられる要因として、まず1回の収容依頼に時間がかかってしまうことが考えられます。現在、当組合の病院収容依頼は、外傷などについては『ロードアンドゴー』など医師との共通言語を使用し、収容の可否を決定していますが、精神科の搬送に関しましては、バイタルサインはもとより、バックグラウンド等、詳細な情報を医師に伝えているのが現状です。さらに、傷病者以外の家族などに同行を求めたり、傷病者・関係者以外に警察などの第三者の介入が必要になったり、本人が搬送を拒否し、同意を得るのに時間がかかってしまうなどの要因も考えられます。ちなみに、リピート率については、精神系より自損行為のほうが多く、精神系・自損行為のいずれも最大の複数要請は5回で、他の救急搬送事案よりも多くなっています。

ここで、当組合の精神疾患に係る搬送困難の事例を紹介させていただきます。通報内容は、「家庭内で暴れている」ということでした。傷病者は30歳代の男性。管内のA病院に通院中で、うつ病・統合失調症の治療中でした。発症状況として、通報数10分前から興奮状態。通報内容から他害のおそれがあると判断した指令課は、救急隊だけではなくポンプ隊1隊も出場を要請し、さらに警察への連絡をしました。救急隊接触時は、時折気分が高揚し、興奮状態も見られましたが、暴れることはありませんでした。状況から救急隊は、今すぐ命を脅かす状態ではないと判断しました。本人は搬送を拒否していましたが、家族の強い希望もあり、病院への搬送の同意を得るために本人への説明を開始しました。しかし、本人とのやり取りでは埒が明かず、救急隊はかかりつけのA病院の医師に電話連絡。状況を説明

し助言を求めるとともに、医師が本人に直接説明したところ、本人が納得し搬送となりました。収容先病院は、本人が通院中の管内のA病院でした。傷病名は統合失調症。傷病程度は重症でした。現場滞在時間は60分。病院収容まで101分と長時間を要しました。

当組合の救急出場件数は、増加傾向が見られます。この状況に対応するには、質の良い救急活動はもとより、一救急出場を短時間に完結させなければいけません。しかし、精神科救急は一出場に長時間を要する傾向が顕著です。

解決策として、私個人の意見として次の2つを御提案したいと思います。まず、地域に密着した収容病院の確保です。これには受入れ病院と消防との話し合いの場を積極的に持ち、相互理解を推進する必要があると思います。2つ目は救急車の適正利用のための、重症度・緊急度の判断が必要になるということです。精神疾患の重症度は高くても、明らかな身体症状がない場合は、逼迫した生命の危険性がない方がほとんどで、緊急度は低いことが多くなります。つまり、今すぐに救急医療関係の措置が必要かどうか、本当に救急車が必要かどうかをトリアージする機能が必要です。これには現在の相談窓口の充実や、かかりつけ主治医による相談体制が必要と思われます。何れにせよ、今後は傷病者や家族、消防、医師、行政が一緒になり問題解決していかなければいけないと思っております。このシンポジウムがその第一歩となることを願います。

先生方からの御講演後、会場の皆様とのディスカッションを行いました。当センターでは、精神科救急情報センターのコーディネート機能の充実を図るとともに、今回のシンポジウムの中での御発言や事後アンケートでいただいた御意見を参考に、精神科救急を巡る関係機関との連携強化についても取り組んでいく所存です。当日は記録的な大雪だったにも関わらず、御参加くださいました大勢の皆様にご心より感謝申し上げます。

思春期関連事業について

現代、思春期にまつわる問題は、従来から言われる思春期心性に加え、家族の生活スタイルの変化や情報通信技術の発展・普及等によるコミュニケーション・スタイルの変化といった時代背景が絡み合い、多様化・複雑化しています。

こうした問題に対処すべく、当センターでは、精神保健福祉に関する知識の普及並びに相談及び指導のうち複雑又は困難なものについて、思春期関連問題に関する専門教育や技術援助を行っています。

専門教育としては、教育、医療、保健福祉等の分野で思春期関連問題の相談援助に携わる機会のある関係職員を対象として、共有しうる事例に基づき思春期心性や援助関係の理解を深めることを目的とした「思春期事例研究会」と、各分野の専門家による講話により関係者の資質向上を目的とした「思春期

関連問題研修会」をそれぞれ開催しています。

また、技術援助としては、教育、保健福祉等の関係機関において、現に特定の対応困難事例に携わっている方を対象として、自治医科大学精神医学教室精神科医師の協力の下、必要な助言・指導を行う「思春期精神保健コンサルテーション」を実施しています。

なお、平成25年度における各事業の実施状況は以下のとおりです。

これらいずれの事業も、参加者からは「大変参考になった」、「今後の活動に役立つ」といった肯定的な意見や感想を多数寄せていただいています。今後も、思春期関連の相談支援等に現場で携わっている方々に有意義な知識や技術等を還元できるよう、事業の充実を図っていきたく考えています。

1. 思春期事例研究会

回	実施日	事例提供者	事例概要	講師	人数
1	H25.10.29(火)	精神保健福祉センター	自立への葛藤を抱えながらリストカットを繰り返す24才女性	湘南病院 副院長（精神科医）大滝 紀宏 先生	8名
2	H26.3.19(水)	県北児童相談所	性的虐待が疑われる高校生女子	法政大学現代福祉学部臨床心理学科 教授（精神科医）皆川 邦直 先生	10名

2. 思春期関連問題研修会

回	実施日	内容	講師	人数
1	H26.2.13(木)	講演「ネットいじめの心理的過程～被害者・加害者の両面から～」	筑波大学人間系心理学域助教 藤 桂 先生	112名

3. 思春期精神保健コンサルテーション

回	実施日	対象機関	事例概要	講師	人数
1	H25.6.27(木)	県立高校	対人関係で距離をとるのが苦手で、自傷跡を隠さない高1男子	自治医科大学精神科医 安田 学 先生	約20名
2	H25.8.21(水)	市立中学校、 市教育相談室	気分変動が激しく、自責傾向があり、自傷行為や自殺願望のある中3女子	自治医科大学精神科医 星野 美幸 先生	4名
3	H25.10.17(木)	市立小学校	両親の離婚後に不登校となった小6女子	自治医科大学精神科医 齋藤 慎之介 先生	3名
4	H25.12.25(水)	県立高校	発達又はパーソナリティの障害が疑われ、いじめ被害を一方向的に訴える高1女子	自治医科大学精神科医 羅田 享 先生	23名
5	H26.2.5(水)	市児童福祉担当課	ネグレクトの母子家庭に育ち、不登校状態にある高1男子ら兄弟	自治医科大学精神科医 西依 康 先生	2名

平成25年度第2回自殺対策担当者研修会

当センターでは、平成19年度より、毎年2回、各関係機関の自殺対策担当者研修会を実施していますが、25年度の2回目は筑波大学医学医療系教授斎藤環先生をお招きし、「若者支援の視点から見た自殺予防～ひきこもる心性と自傷・自殺について考える～」というテーマで講話をいただいたので、その要旨について一部を御報告します。

自殺者が全体としては漸減傾向の中、若い世代の自殺率の上昇傾向が注目されています。これには若者心性全般の変化が様々に関わっており、一面的な判断は避けるべきですが、近年の所謂就活のシステムと連動している面があると思います。アンケートをとると就活中に「死にたい」と考えた人の率が非常に高いという報告があります。これは現代の就活が単に食べるための職を得るという問題を超えているということです。食べていけるという問題とは位層が異なり、就労の動機が明らかに昔とは違っているのです。結論から言いますと、就活で成功するということが、イコール世界から承認されるということになっている。逆に言うと、就活に失敗すると無価値な人間と見なされるという恐怖感が根っこにあるのです。大人から見ると「就活ごときで死を考える」となりますが、「承認」という問題の切実さを理解せず近年の若者世代の自殺問題を語ることは出来ないと思います。その意味で「承認」は最重要のキーワードなのです。そして、その世界から「承認される」ということには、若者のコミュニケーション能力というものが極めて密接に関わってきます。その人がコミュニケーションタイプかどうかということです。若者の間では「コミュカ（りょく）」が高い、低いと言います。今、この若者のコミュカには非常な格差があります。このコミュカの高い、いわばマジョリティ層と、コミュカの低いマイノリティに二極化されているのです。高い層は現代にあっては幸福な若者なのですが、一方低い層はとことん不幸で感覚的には出口がないところに追い込まれます。この傾向はスマホが普及してから一層顕著になってきた観があります。「コミュニケーション偏重主義」と「承認欲求の強さ」とは今の若者層心理を表すという意味で表裏一体のことなのです。心理学で有名

な「マズローの欲求段階説」というものがあります。人間の欲求というものをピラミッド型の階層で表したものです。底辺から順に①生理的欲求、②安全欲求、③関係欲求、④承認欲求、そして最後に⑤自己実現欲求となります。これが従来の定説になっており、現代は①～③は比較的楽に得ることが出来ます。逆に④⑤が、とりわけ④の承認欲求が時代の反映もあって異常に肥大化しているのです。近年、うつ病が自殺対策の中でも注目され、「新型うつ」などと称され、従来の薬物療法中心の治療法では必ずしも著効をみないうつ病が特に若い世代で広がっている。治りきらない若い患者が増えて来ていることが言われています。その中の少なくない人が「承認」と「コミュカ」の問題を抱えているのではないのでしょうか。特に男性の自殺者は女性の約2倍と言われていますが、それらの人が抱える孤立無援感というものは、到底「単なる甘え」という観点からの対処では済まなくなります。まずはその弱音を受け止めなくてははいけません。もちろん、このような若者の中には一群非常に依存性が高い人たちがいますから、ある程度枠をはめて距離を保ちながら関わっていく必要があります。この辺の見極めは難しいところで、ケースバイケースですが、やはり一旦は全面的に受け止めてあげなくてははいけない。存在を「承認」してあげなくてははいけないということは、以上の文脈から言えるのだと思います。「承認」「コミュカ」の問題は精神分析家コフートのいう「自己愛」の問題とも深く関わっています。本日の副題に「ひきこもる心性」ともありますが、逆説的ですが、実はひきこもっている人の中で「死にたい」という割合は非常に少ないのです。むしろひきこもっている人の方が「自己愛」は健全な場合が多いと感じています。若者の自殺対策をどう進めたらよいか。単純な問題ではありませんが、上記の視点を参考に少しヒントを申し上げます。一つはうつ病に対して「処方薬」のみに頼らず、「人薬」という視点を入れることです。二つ目は他者からの承認を回復するためのコミュニティを作り出していくこと。三つ目の技法としては、当事者の傷ついた自己理想を修復するために「動機付け面接法」などを積極的に取り入れていく工夫は少なくとも専門機関にあっては必須だと思います。

● 平成26年度研修会・行事一覧（予定） ●

分野	名称	対象者	回数	月 4～6	月 7～9	月 10～12	月 1～3
心の健康づくり関連	こころの健康フェスティバル	精神保健福祉に係わる関係者 一般県民	1		○		
	森田療法啓発普及講座	精神保健福祉に係わる関係者 一般県民	1				○
思春期関連	思春期事例研究会	思春期の相談援助に係わる関係者	2			○	○
	思春期関連問題研修会	思春期の相談援助に係わる関係者	1			○	
嗜癖問題関連	薬物依存症相談担当者 専門研修会	薬物関連の問題に係わる関係者	3		○	○	○
	薬物依存症フォーラム	精神保健福祉に係わる関係者 一般県民	1		○		
	依存症関連相談技術 研修会	精神保健福祉に係わる関係者	2		○		
ライフサイクル関連	老人精神保健福祉研修 会	老人保健福祉に係わる関係者	1				○
社会復帰・地域精神 保健福祉関連	障害者支援施設職員等 研修会	精神障害者の社会復帰に係わる 関係者	1	○			
	精神保健福祉ボランティ ア関連研修会	精神保健ボランティア及び関係 者、一般県民	1			○	
臨床・相談関連	電話相談研修会	電話相談に携わっている関係者	1			○	
	自殺対策担当者研修会	医療・保健・福祉・教育・労働・ 消防など各領域の相談援助関係者	2		○		○

※開催時期は予定ですので、変更となる場合があります。研修会等の日程が決まりましたら随時お知らせいたします。

平成26年4月1日精神保健福祉法が改正され、主に以下の制度が変わりました

① 保護者制度が廃止されました

これまで、精神障害者の方1人につき1人の保護者をご家族の方等から選任されていましたが、その仕組みが廃止されました。

② 医療保護入院の際の同意者が変わりました

ご家族のうちいずれかの方が同意すれば、医療保護入院が可能です。

また、ご本人に限らず、ご家族の方でも入院中の退院請求等を行うことができます。

③ 医療保護入院の方への退院支援が制度化されました

退院後の生活環境について、退院支援の担当者（退院後生活環境相談員）が相談に応じます（ご家族の方もご相談いただけます）。

また、退院後生活環境相談員が退院後に利用したい障害福祉サービスや介護サービスについて、地域の事業者（地域援助事業者）をご紹介します。

家族だけで悩んでいませんか？

やしお会は、精神科に通院・相談している方の家族の会です。

病気と知った時、すんなりと受け入れるのは不可能だと言ってもいいでしょう。家族として少しか先を歩んでいる相談員とのやりとりを通して、八方塞がりの状態から一歩踏み出しませんか。

私たちと一緒に分かち合い、学びあいましょう。

● 栃木県精神保健福祉会（やしお会） ●

やしお会本部（事務局）栃木県宇都宮市下岡本町2145-13（栃木県精神保健福祉センター内）

TEL：028-673-8404 FAX:028-673-8441 Eメール：yashio@lime.ocn.ne.jp

宇都宮地区 やしお会
日光地区 やしお会
小山地区 やしお会
足利地区 やしお会
佐野地区 やしお会
クローバーハーツ癒しの夢工房
ほっとスペースひだまり家族会
ピアサポート やしお

TEL：028-626-1114
TEL：0288-22-7438
TEL：0280-57-2673
TEL：0284-64-9770
TEL：0283-24-9880
TEL：0287-45-2299
TEL：028-666-8693
TEL：028-673-8404

Eメール：fureai201@future.ocn.ne.jp
Eメール：sp3x4m59@view.ocn.ne.jp
Eメール：ashikagayashio@gmail.com
Eメール：sanoyashio@yahoo.co.jp
Eメール：hidamari@snow.ocn.ne.jp
Eメール：yashio@lime.ocn.ne.jp