

精神科救急医療システム

—これまでと現状と課題—

津久江 一郎

「臨床精神医学」 第41巻第4号 別刷
(2012年4月)

アーカメディア



精神科救急医療システム —これまでと現状と課題—

津久江 一郎*

Key Words 精神科救急, 医療連携, 精神科救急情報センター, 救急評価体勢(eCODO)

はじめに

国は平成16年10月に今後の障害福祉施策として「改革のグランドデザイン」を発表した。これにより精神科医療は「入院から地域ケアへ」とのスローガンが打ち立てられたのは周知の通りである。

そして今、精神障害者アウトリーチ推進事業や相談支援などの福祉サービスを充実させて、地域で在宅ケアの支援を支えるためのさまざまな取り組みが新たに進められてきつつある。

こうした中で精神科救急医療体制はこの地域生活を支える医療サービスとして、今後ますます緊急時のみならず重要性が高まってくると考えられる。

先に一般科についての流れを述べておく必要があると思う。

救急医療の歴史的背景

ちょうど昭和30年代後半の日本経済の成長期に伴いモータリゼーションによる交通事故が急増し、それまで職業倫理に基づいて自然発生的に行われてきた事故患者の搬送が問題となり、これに対応し行政的にも組織的に取り組むようになった。

順を追って体制の経過について述べると、具体的には昭和38年に消防法が一部改正され、救急患者の搬送体制の強化に合わせ、昭和39年に救急病院などを定める厚生省令が制定された。この時期は主として小児科や外科系設備を整えるなどの一定の条件を満たすことが必要であった。これを受けた都道府県知事に協力を申し出た病院・診療所を救急病院・救急診療所として知事が告示し救急告示病院制度がスタートしている。

とはいっても、救急医療には地域性があり画一的な方策では対応できないところがある。さらに地域第一主義であるべき救急医療と救急車による搬送の連携強化は行政区が分かれていることでより複雑となる。

これは戦前の旧内務省は厚生省(現在の厚労省)と自治省(現在の総務省)とに分かれ、それぞれ所管を異にしていることによる。つまり救急医療は都道府県単位であり、総務省・外局である消防庁管轄の患者の救急車による搬送は市町村単位で行っているのである。

上述のごとく、とりあえず昭和38年に救急患者の搬送体制、昭和39年に救急告示病院体制が一応発足したのである。

しかし、交通事故患者に加えて、急病による救急患者の増加が著しく、医療側においても医療技術の進歩、専門化、多様化が進んだ結果、全てに適正に対応することが困難となり、不幸にも「患者のたらい回し事件」(昭和40年代)が頻発して社会問題として大きく取り上げられた。受け入れに対して国民の信頼を損なうような事例がみられたのは遺憾である。

厚生省でもこの問題を取り上げ、検討会を開き昭和52年より休日・夜間救急センター、在宅当番医制の初期救急医療、病院群輪番制病院などの二次救急医療、救命救急センターの三次救急および救急医療情報システムといった体系的整備を進めることになった。

これで体制は当初の目的を達したと思われたが、国民はより質の高い、充実したもの求めるので「21世紀に向けての救急医療体制の充実方策」救急医療体制検討会(平成3年4月26日)の報告をふまえて、二次医療圏に救急医療体制の整備、救急救命士の創設、ドクターカーの推進の整備拡充を図っている。

平成17年11月30日第13回医療計画の見直しなどに関する検討会の設置、ついで平成20年3月に各都道府県において医療計画の見直し、疾患または事業ごとの医療提供体制を4疾病5事業の圏域の設定をした。これで国の定める基本方針に即して地域の実情に応じた救急医療における機能の集約化、重点化を進めた。

例えば、東京では24時間休日・全夜間救急診療事業、広島では臓器別の二次救急医療体制の構築など、こうして地域保健医療計画(平成20年3月)では医療連携体制を構築し、医療計画に明示して平成24年(2012年)までに目標を達成するとしている。

● 精神科救急システム

国が具体的に施策とし精神科救急を取り上げたのは昭和63年7月の精神保健法施行の際に、救急対応として応急入院制度を設けたことに始まるとしている。(実際には昭和62年に制度

が創設され、急速を要する場合などの入院はこの制度で昭和63年4月より急場を凌いでいた)昭和62年の改正前の精神衛生法の下においては、措置症状はないが、その症状からみてできるだけ早期に入院医療が必要であると認められる精神障害者に対して、一定の条件を付して応急入院として制度化したものである。

さて、次に平成4年7月「精神科救急の高度化に関する研究」が公立・民間が一つになって発足しているが、ここで精神科救急の必要性は、障害者のコミュニティ・ケアの一環として捉えるべきであって、応急入院制度の位置付け、見直し、対象人口に応じた精神科救急体制が望ましく、既設されている千葉県、東京都の例を参考にすることが冒頭に述べられている。もう一つ重大な問題となることは、いわゆる処遇困難例といわれている症例に対して、法の運用を的確に行えば、大多数の処遇困難患者も精神科救急で対応可能となっていくであろうと結んでいることである。

確かに昭和39年の不幸にして起きた精神障害者によるライシャワー米駐日大使に対する刺傷事件に端を発した対応策として、先進国に1世紀以上も遅れている司法精神医療に対する国の施策に対して、昭和44年になって最初の報告書「保安処分に関する中央精神衛生審議会の意見」を発表した。ついで昭和63年2月の2番目の報告書「精神科領域における他害と処遇困難患者の調査結果の概要」、3番目の報告書として平成3年7月5日の公衆衛生審議会でのカナダ、米国、スイス、フランス、イギリス、オランダを5班に分けての「処遇困難患者調査研究観察の結果」を発表している。続いて、平成3年7月15日の4番目の報告書「処遇困難患者対策に関する中間報告」では入院患者総数34万人中、これらの対象は1,971人(0.57%)と試算されており、①マンパワーの充実、②病院内でできる限りの開放、③社会復帰を最終目的とするとした。

昭和44年より論議を重ねて20数年を費やし

て、現行のいわゆる「心神喪失者等医療觀察法」に近いものになってきているが、これまで精神障害者の“人権”と“社会復帰”に目を奪われるあまり“出口”的問題のみに終始し、最も大切な“入口”論を放置してきた感がある。当然、出口、入口論は同時に議論していくべきであったことに論を待たない。当時、保安処分、処遇困難患者という言葉を使うことすら“人権派”と称する輩から非難され、身の危険すら感じるほど、異常な風潮が精神科領域に吹き荒れたのは誠に残念であった。

このような経緯を経て、ようやく精神科救急システムという国の制度ができたのである。

それまでは、大都市なりの対応や、そのほかの地域の実情にあった方策で精神科病院協会などを中心にした電話相談(休日・夜間)などを行ってきていたが、国としては、一般科救急システムに遅れること十数年を経て、平成7年10月に精神科救急の国の制度として「精神科救急医療システム整備事業の実施について：厚生省保健医療局長」の要綱が出された。これにより①24時間365日の救急輪番制の病院群(二次救急)発足、②精神科救急医療システム連絡調整委員会、③搬送体制の強化、④精神科救急情報センター(救急医療情報センター)の設置、⑤後方病院の確保という基盤整備の方向性が決定された。なお、平成8年には応急入院指定病院(法33条の4)に対する施設運営費は廃止となり、診療報酬の改定で急性期治療病棟が新設され、さらに平成15年には精神科救急入院料病棟に発展した。

こうして平成7年に発足したはずの精神科救急の国の制度は次第に強化され、平成13年4月情報センターの機能強化と24時間対応、365日を明確にし精神科救急医療施設(センター)を各都道府県に創設した。

國の方針も”入院医療中心から地域生活中心へ”という決定的施策が打ち出され、平成16年10月に「今後の障害保健福祉施策について(改革

のグランドデザイン 厚労省障害保健福祉部)」と基本の方策が示された。

平成20年4月には精神科救急医療センター事業は365日・24時間のみならず、救急患者のために2床確保(病院群輪番型は1床確保)とクリニックの指定医の救急医療での診療協力体制も要請された(この時精神科救急医療センターはなぜか當時対応型施設と名を変えている)。

● 最近の動向

また、最近になり精神保健福祉法の一部改正に備えて「精神科救急医療体制に関する検討会(報告書)：厚労省精神・障害保健課(平成23年9月30日)」が出された。これによると前述したごとく平成7年の精神科救急システム整備事業とその後の強化策を再編して「精神科救急医療体制整備事業」としてまとめ、以下のことを各都道府県において達成することになっている。

①重症の救急患者に良質な医療、②精神障害に起因する重大行為の防止、③在宅患者の地域生活維持の支援

こうして平成22年の精神保健福祉法の一部改正により、都道府県による精神科救急医療体制の努力義務(精神保健福祉法第19条の11)が法律上位置付けられて平成24年4月から施行されることとなった。

続いて大切なのは、これら整備状況の集計を定期的に行い公表し、治療内容や退院率などについて個別医療機関ごとに相互評価できる体制、例えば行動制限データベース(eCODO: Coercive measures Database for Optimization精神科における臨床指標を用いた質管理システム)の推進、活用をすべきである。またシステム参画している医療機関の貢献の状況などが把握できるような評価指標の開発など質の向上につながる新たな評価指標を検討するべきであると結論付けている。

具体的に少なくとも全国都道府県の救急情報センター(365日・24時間)を設置稼働させることと、せめて現在全国に91施設ある精神科

救急入院料病棟の質の評価(精神科救急医療体制への貢献度など)をあわせて行うことが今後最も大切な課題となろう。

以上、一般科の救急システムの発端から、精神科救急制度が一般科と異なる観点から平成7年になってようやく発足した経緯を述べ、最新(平成23年9月30日)の精神科救急医療体制に関する検討会の主旨について詳述した。

救急医療は医の原点である。救急医療体制を制度上強化・充実させようとした努力は充分理解できるが、画一的な方策では対応できないと

ころ、地域医療それぞれの実情に応じた取り組みがなされる必要がある。限られた医療資源、人的資源の質的確保、救急医療の不採算制、今の医学教育の在り方、実地研修の基本等々の多くの問題を含んでいる。同時に、真面目に救急医療の現場を24時間体制で苦勞し支えているという認識を国や国民に理解と協力を得るための努力を払うことも不可欠であると思う。また、安心できる救急医療体制に対しては十分な対価も必要であることを忘れてはなるまい。

*

*

*