

特集：地域の精神保健福祉活動はどのように展開するか

東京都における精神保健の問題 —精神科救急医療を中心に—

野 津 眞

Some points at issue in the administrative mental health care system of the Tokyo Metropolitan Government —Focusing on the emergency psychiatric care—

Makoto Nozu

1. はじめに

編集委員会から与えられたテーマは「大都市における精神保健の問題」であるが、大都市一般を論ずる資格は筆者にはないので、東京都の現状について概説し、そこから大都市問題の一部をうかがうことができると考えている。

1. 地精審答申

平成5年に障害者基本法が制定された後、地域保健法、精神保健福祉法と数年の間に相次いで法制度の改正が行われ、精神障害者をめぐる状況に大きな変化が生じた。行政施策の上でも精神障害者の自立と社会参加の促進がメインテーマとなり、新たな展開を求められることになった。そこで、平成7年10月、都知事は東京都地方精神保健福祉審議会に精神障害者の保健福祉対策の新たな展開について諮問し、その答申が平成9年6月に行なわれた。

答申では「今後展開すべき精神障害者保健福祉施策」に関して5つの領域に分けて提言しているが、以下にその概要を紹介する。

第1の領域は「生活の場の確保および充実の方策」である。グループホームの整備を促進するために公営住宅を積極的に活用すること、公営住宅への入居制度の充実や賃貸住宅の公的保証制度の導入を検討すべきであることなどを提案している。

第2は「社会復帰施設等の充実」である。まず、障害者プランに沿って数的な充足を図ることに加えて、地域的な偏在を解消するよう求めている。次に、管理運営や利用者の処遇に関して質的な向上を図るために、管理者研修や管理運営マニュアル等の作成が必要であることを指摘している。また、地域の施設間の役割分担や相互連携による協働システム作りや、保健所が地域のコーディネーターとして

役割を果たすことが重要であると述べている。

第3は「精神障害者の自立と社会参加の促進に向けた取組」だが、ここでは4項目があげられている。まず、福祉的就労と一般就労とのギャップを埋めるために、福祉的就労と雇用との間に位置する、多様な就労形態が必要であること。次に、社会適応訓練事業を拡充するために、PRや保健所による支援の強化、協力奨励金や訓練手当の増額を図るべきであること。第3は当事者による自主的活動に対する支援策について検討すること、第4として精神障害者保健福祉手帳に基づく支援策の充実である。

第4に「総合的サービス支援体制の整備」に関しては、精神障害者地域生活支援センターの整備をあげ、当面23区27市に各1カ所ずつ設置することを目標としている。また、都内3カ所の設置を目標としている総合精神保健福祉センターを東部地域に設置することをあげている。また、保健所ならびに区市町村の役割についてもふれている。

最後に「精神科医療」に関して、再発予防と通院医療の確保、夜間休日の相談・診療体制の整備、精神科救急医療体制の整備、身体合併症医療対策の充実、覚醒剤等薬物依存症対策をあげ、その整備検討を求めている。

この答申に基づき、東京都では平成9年度から、①精神障害者地域生活支援センター運営費補助、②精神障害者ホームヘルプ事業、③精神障害者休養ホーム事業、④精神障害者権利擁護・財産管理相談援助サービス事業の4事業を新たに開始した。

さらに、同年11月「生活都市東京の創造 重点計画」に①精神障害者生活支援センター、②精神障害者ホームヘルプ事業、③精神科救急医療体制の整備をあげ、平成12年までの3か年でこれらを重点的に整備する計画を立てた。そこで、これら3事業について順に解説する。

2. 精神障害者生活支援センター

この事業は国の要綱とほぼ同じ形で行われており、平成

9年度に2カ所が新設され、10年度は6カ所を計画している。日常生活の相談、支援、地域交流活動などを事業の中心とし、社会復帰施設に附置する事になっている。都の計画では平成12年度までに24カ所を設置する予定である。

補助基準額は国と同額で、月額1,210,000円、配置職員は精神科ソーシャルワーカー1名、専任職員1名、非常勤職員2名である。

3. 精神障害者ホームヘルプ事業

精神障害者の居宅における日常生活支援のためにヘルパーを派遣する事業で、実施主体は区市町村であるが、事業の一部を委託できる事になっている。対象は精神障害者保健福祉手帳を所持する（又は同程度の障害のある）精神障害者がいる世帯である。

平成9年度1カ所だが、計画では平成12年度までに全区市の半数（25カ所）で実施することを目標としている。

ヘルパー養成研修は都が行い、年間100名の養成を目指している。

4. 精神科救急医療体制の整備

次に、精神科救急医療体制についてやや詳しく説明する。

(1) 現行システムの構造と流れ

東京都の精神科救急医療体制は、昭和53年11月から精神科夜間休日救急診療事業として、民間医療機関の協力を得て開始された。

事業の時間帯は、夜間は午後5時から翌朝9時まで、休日は午前9時から午後5時までである。地域としては、都内全域を3ブロックに分け、区部東北部を都立墨東病院、区部南西部を都立松沢病院、多摩地区を都立府中病院が担当しそれぞれ4床を確保している。また、後方病院としては指定病院21を含む50病院が当番制で協力している。

図1は3ブロックの略図である。第1ブロックは人口約350万人、第2ブロックは約470万人、第3ブロックは約370万人だが、非常に広域であり、しばしばアクセスの点で問題が指摘される所である。

図2は現行のシステムの流れを示したものである。まず最初の情報は東京都保健医療情報センター（通称ひまわり）に電話で入る。当該地域や患者の状態、都立3病院の空床状況などを考慮して、救急診療を受ける病院の指示を出す。また、警察官通報の場合は、保健所に連絡するとともに、緊急診療の要否について衛生局医療福祉部長の判断を要請する。

ひまわりの指示に従って患者は都立3病院のいずれかに向かい、救急当直医の診療を受ける。緊急措置診療命令が出ている場合は緊急措置入院の要否が判断され、緊急措置入院が不要の場合、あるいは緊急診療命令の出ない場合は、入院・外来の医療形態の選択が行われる。時には医療不要という判断になることもある。

入院が決まった場合は、その夜は診療を受けた病院に収容される。3病院では、合併症の有無を確認した後、原則

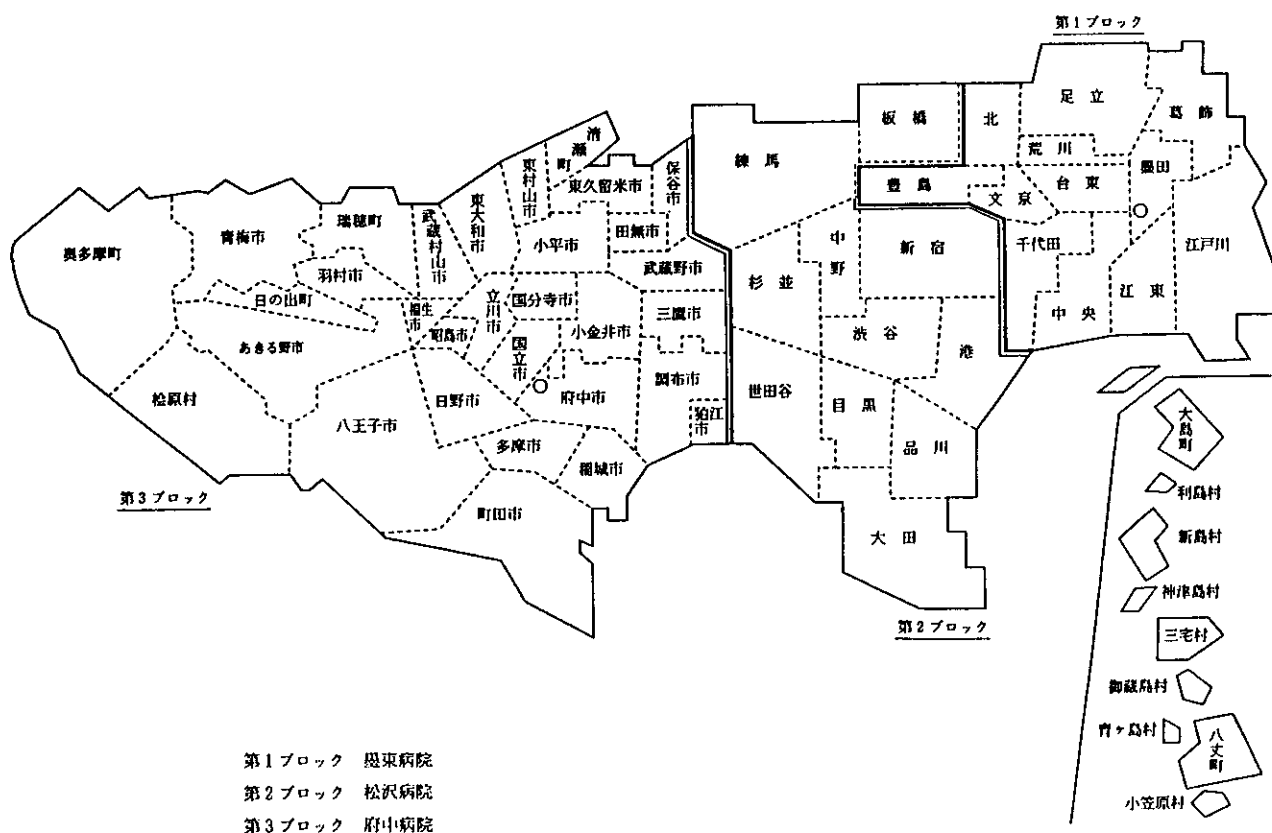


図1

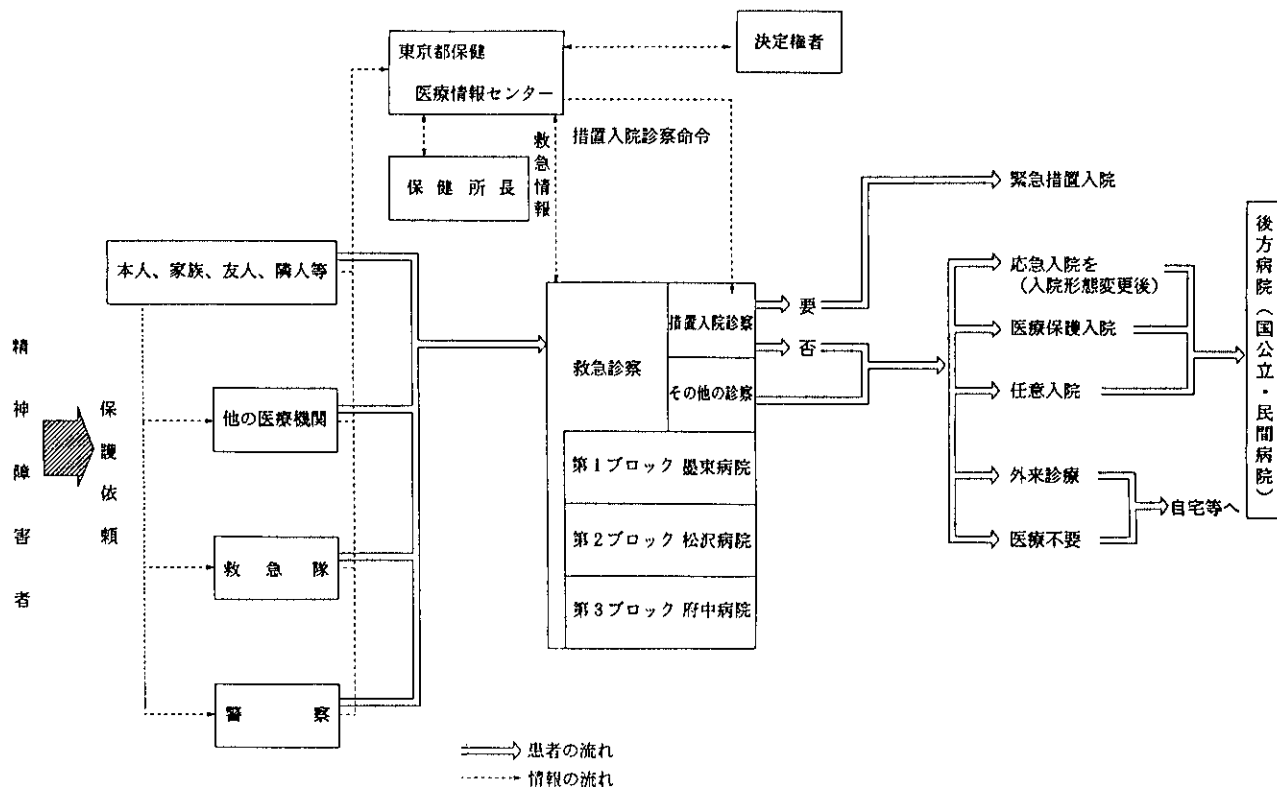


図2

的には翌日後方病院に転送する。緊急措置入院の場合は、翌日2名の指定医による本診察を行い、措置入院が必要となった場合に、都内の指定病院に送られる。搬送は、主に衛生局の救急車を用い、非常勤の東京都職員が添乗する。

昼間の警察官通報（いわゆる24条通報）は救急事例と似た要素があるが、平日、休日で経路が異なっている。平日は、保健所を経由して精神保健福祉課に通報され、調査の後診察が命令される。患者は台東区下谷あるいは世田谷区梅ヶ丘の精神保健福祉課分室で2名の精神保健指定医の診察を受け、措置入院が必要と判断された場合都内の指定病院に移送される。休日は保健医療情報センター経由で梅ヶ丘分室が通報を受け、調査、診察命令の後措置診察が行われる。梅ヶ丘分室は年中無休である。

以上のように、現行の救急システムは夜間休日の緊急・救急医療であり、昼間の措置診察システムは別に構成されている。警察官通報は時間を選ばないが、昼間と夜間で取り扱いに相違があるので、全体がやや分かりにくくなっているらしいがある。

当事業の実施要綱では、救急医療を「疾病の急発又は急変のために緊急に医療を加える必要がある場合の医療をいう」と定義し、外来診療等で直ちに帰宅できる場合を「一次救急医療」、直ちに入院が必要なもの「二次救急医療」と分けており、急性期を過ぎててもなお入院加療を要するものに対して「後方医療」を定めている。また、「身元不明のもの、意識障害のあるもの、自傷他害の恐れがあるもの等、患者への医療を確保するために、必要、かつ止むを得ない

ときに限り、法的措置を行うことができる」としている。しばしば、あたかも24条通報による緊急措置入院だけを行っているかのように誤解されがちだが、要綱上はすべての救急事例に対応しようというコンセプトがある。

(2) 問題点と対策

① 取り扱い数の増加

図3はこのシステム開始以来の取り扱い数、入院者数、措置入院者数の年度別のグラフである。年々その数が増えており、昨年度の集計では、全取り扱い数1913件、入院は1540件、措置入院数は557件にのぼっており、これは過去最高の数字であった。また、全体の伸びとともに措置件数も急激に増加している。ある意味では、このシステムが浸透・定着してきたことを反映しているのかもしれないが、なぜこのように増加してきたのか、また、今後どのように推移するのかについてはまだ十分に分かっていない。現在東京都精神医学総合研究所と共同で検討中であるが、要因の解明や将来の需要予測は重要な課題である。

さて、取り扱い数の増加に伴って、都立3病院の救急ベッドが不足する事態が生ずるようになった。特に日曜日は後方転送を行っていないため、新しい事例の発生に対応することができない場合もある。平成8年度で、後方転送のない日曜日および祝祭日は55日であったが、その朝現在で3病院の空床が3以下であった（すなわち各病院で1床あるいは全くない）日が16日、約30%あった。増加傾向が更に続くとすれば、早晚システムのキャパシティを越えてしまうことになるであろう。この現象にどう対応するかが目下

精神科夜間休日救急診療取扱件数の推移

(単位: 件)

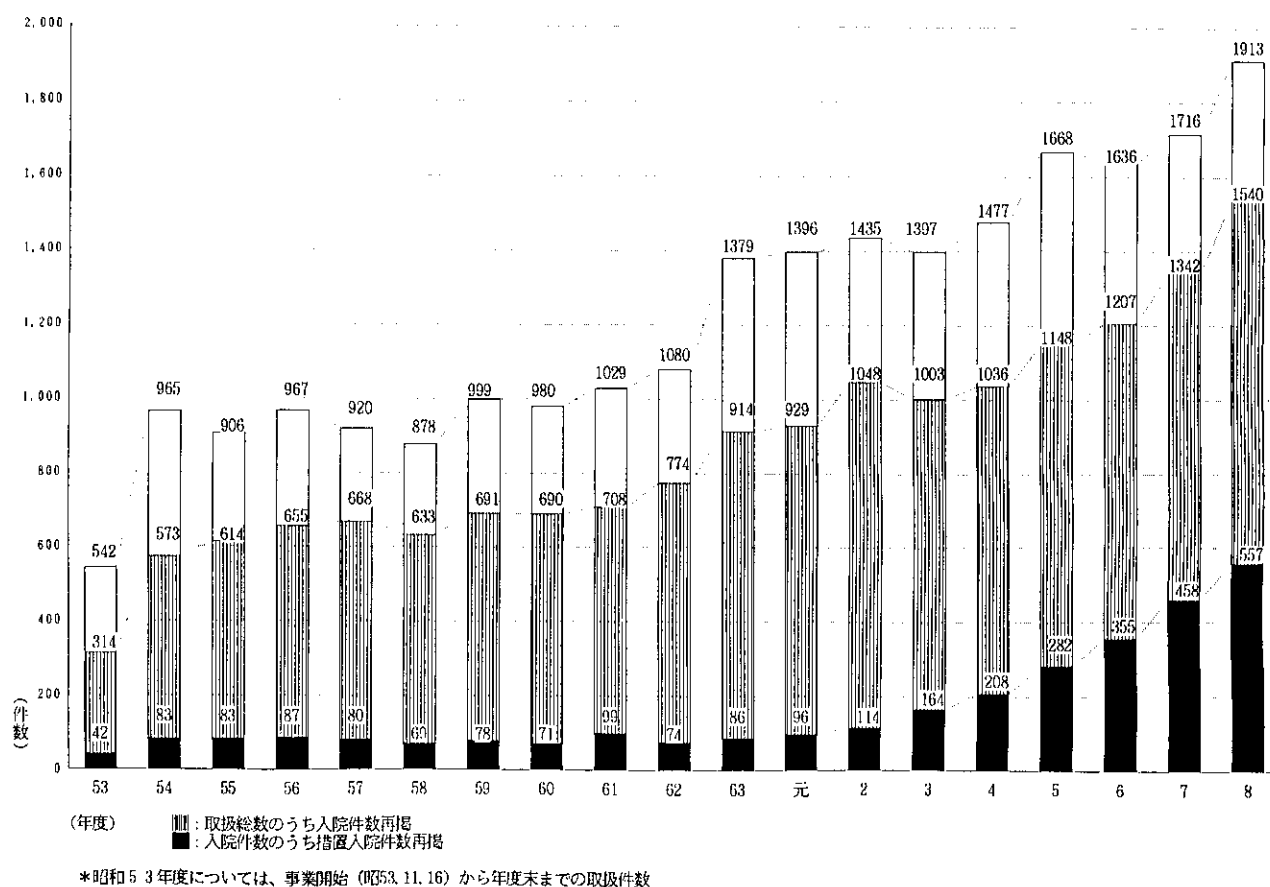


図3 精神科夜間休日救急診療取扱件数の推移

の急務である。

平成8年に東京都が行った精神障害者のニーズ調査では、夜間や休日に具合が悪くなって困ったという回答が42%であった。原則的にはかかりつけの主治医が対応すべき問題であろうが、現実には夜間の時間外診療にに応じてもらえる医療機関は非常に少ない。

救急の需要はまだかなり潜在していると思われる一方、供給できる救急ベッドは都立3病院の12床だけであり、しかも警察官通報を優先せざるをえないという現状は、精神障害者の地域生活を支える医療としてはきわめて不十分である。したがって、措置診療の有無にかかわらず、まず救急用のベッドを増やすことが必要である。その中でも、救急から医療保護入院へのルート（いわゆるソフトな救急）を十分確保することが有効であると思われる。取り扱い数の1/2が医療保護入院、措置入院と外来が1/4ずつで、需要の中心は医療保護入院だからである。

②覚醒剤問題

次の課題は覚醒剤ケースの増加である。低年齢層への浸透などの社会問題として注目を集めているが、中毒性精神病として、あるいはフラッシュバックとして、かなり激しい精神症状を呈するケースが精神科救急医療に持ち込まれ

る。

基本的には急性精神病として幻覚妄想、興奮、錯乱などの精神症状をターゲットに治療することになるが、問題は暴力団関係者であったり、反社会的な人格の偏りを持っていたり院内処遇が困難になり易いことである。また、警察官が保護し通報・診察のルートに乗る前に採尿が行われず、結果的には覚醒剤使用に関して処罰を受けることなく退院してしまう例が少なくないことも、大きな問題である。仮に入院後に尿の覚醒剤反応が陽性であったとしても、証拠能力あるいは医師の守秘義務との関係で改めて司法的手続きに戻すことが困難であるという問題もある。

おそらく、現行の法体系では予測されてこなかった事態であると思われるが、この問題は早急に何らかの対策を考えなければならない。医療と司法の関係を、改めて検討し直す必要がある。

③身体合併症問題

次は、身体合併症の問題である。老人の事例も含め、一般科医療機関を救急受診した後精神症状が顕在化した場合に、それを受け入れる体制がないというのが実際である。また、事故や自殺企図のために救命救急に運ばれ、一命をとりとめた後の精神科治療についても、同様な問題がある。

このような身体合併症に対応できる医療機関が少ないことが問題の本質だが、精神科救急を担当する都立3病院の取り扱い数の2割ほどが身体合併症を持っており、なお潜在的な需要はあるものと考えられる。事例発生時に患者を転院受け入れできる医療機関を確保することが必要だが、一般科に対する精神科のコンサルテーション体制があれば、かなり有効であろうと思われる。

④救急指令系統

二次救急医療体制を有効に機能させるには、SOSや通報が入った時に不足なく情報を聴取し、適切な指示を出せる指令系統が必要である。現在は東京都保健医療情報センター（通称ひまわり）が一元的な窓口だが、そこで電話を受ける職員は必ずしも精神科の臨床経験があるわけではない。そのため、時には不適切な対応になってしまうことがある。また、把握できる病床は3病院の12ベッドに限られ、一般救急の指令室のようにリアルタイムで当該地域の空床状況を知ることができるわけでもない。このため、救急医療の指令系統はいささか弱体であるといわざるをえない。

また、保健医療情報センターには通報ばかりでなく、一般都民からの相談も数多く寄せられる。しかし、専門家がない現状では対応が限られる。救急事例の中には、電話による相談だけである程度の効果が見られるものがある。必ずしも終夜である必要はないが、例えば準夜帯までは専門家が電話相談を受けるといった体制が必要であろう。

救急事例のトリアージが可能で、かつ精神保健相談に応じられるような総合的な体制を作るべきであると思われる。

⑤搬送問題

最後に、搬送問題がある。搬送は救急診察の前と後の双方で必要になる。救急診察の後、翌日の転送は、措置入院であれば衛生局の救急車、医療保護入院であれば家族が搬送することになっている。救急車は現在3台稼働しているが、例えば都内東部に位置する墨東病院から北西部の青梅市の病院へなどと距離が長いために、搬送効率は決して良

くない。

診察前の搬送は、警察官通報の場合は保護した警察が搬送してくれるが、それ以外の場合は、患者本人、あるいは家族が連れてこなければならない。しばしば、家族にもそれだけの力がなく、大変な思いをすることもある。

必ずしも救急事例に限らず、未治療あるいは治療中断のケースを受診させることは容易ではない。保健所や精神保健福祉センターなどに十分な機動力があればと思うこともしばしばある。また、医療機関の往診もあれば随分力になるであろう。

(3) 精神科救急医療体制の在り方検討委員会

これまで述べてきたように、発足後20年を経た現行体制はいろいろな問題を抱えている。そこで、平成9年10月から「精神科救急医療の在り方検討委員会」を設置し現在審議を続けている。委員会では上にあげた問題点を中心に活発な議論が行われているが、特に覚醒剤問題はなかなか一朝一夕には解決のつかない難問であるという感がある。

平成10年秋まで検討を重ねる予定で、現時点では具体的に改善策を述べることができないが、民間精神病院を含めた二次救急（緊急診察を要さない入院）をどのように体制化するかがポイントになるであろう。そのためには、覚醒剤患者の治療に関する公立病院の役割について明確にすることや、適切な財政措置を行うことなどが不可欠であると思われる。

おわりに

東京都の精神保健福祉のあるべき姿に関して地精審答申の概略に触れた後、重点計画から生活支援センター、ホームヘルプについて略述した。また、精神科救急医療体制については少し詳しく解説した。大都市東京の抱える精神保健福祉の問題は多岐にわたり、将来へのパースペクティブは容易には得られないようである。昨今の財政事情は事業実施にも様々な苦心を要求するが、地精審答申に盛り込まれた高い理念を実現すべく努力したいと考えている。