

がないと訪問看護を含めた医療への連絡がくる。国は1995年に精神医療情報センターを制度化し、2002年に症状の重篤化を防ぐために24時間精神医療相談を含めた。さらに2008年に24時間精神医療相談と搬送先の調整をするという機能に分けたが、いまだに精神医療情報センターがない県が半分以上あり、さらに電話番号が公開されていないところが多いのではないのと同じで大変問題である。

6 結論

精神科救急は医療が中心であるのは当たり前だが、治療継続には生活基盤の安定が大切であるので、患者の必要度に応じて、福祉を含めたネットワークで生活の安定を図り、それにより治療の継続が図れること、また治療の継続ができなくなって早期警告症状が出た時には、身近にある福祉サービスが患者の権利を阻害しない形で、法に従って、しかし迅速に医療につなぐことが大切になる。

文献

- 1) 安部川智浩, 伊藤侯輝, 豊巻敦人ほか: 統合失調症の早期介入と初期治療 早期介入・初期治療の意義とその生物学的理解. *Schizophrenia Frontier* 9: 44-50, 2008
- 2) Caplan G: *Principles of preventive psychiatry*. Tavistock Publications, London, 1964
- 3) Keith SJ, Kane JM: Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. *J Clin Psychiatry* 64: 1308-1315, 2003
- 4) こころの健康政策構想会議提言書, 2010
- 5) 功刀 浩: 統合失調症—最近の話題—統合失調症と遺伝—環境相互作用. *精神科* 18: 19-24, 2011
- 6) 森田桂子, 水野雅文: 思春期の精神疾患に対する早期治療の実際 精神疾患への早期治療の実際—東邦大学医療センター大森病院“イルボスコ”, “ユースクリニック”での試み—. *思春期学* 28: 385-390, 2010
- 7) 小椋 力: 診断・治療のための生活歴, 現病歴, 家族関係—統合失調症—発症前における出生前期, 幼児期, 児童期, 思春期の特徴をめぐって—. *精神科治療学* 25: 1437-1443, 2010
- 8) 大室則幸, 桂 雅宏, 松岡洋夫: At Risk Mental State (ARMS) ARMSの治療と経過. *精神科* 17: 261-266, 2010
- 9) 澤 温: 外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか. *日本外来精神医療学会誌* 3: 7-16, 2003
- 10) 澤 温: 外来臨床精神医学会誌 (投稿中)
- 11) 澤 温: 医療現場における抗精神病薬強制投与の実情と問題点. *臨床精神薬理* 14: 17-23, 2010
- 12) 澤 温: 大阪市の精神科救急を含めた地域医療—小規模精神科救急病院から見たもの—. *病院・地域精神医学* 52: 294-296, 2010
- 13) 澤 温: 大阪府の精神科救急医療システムとさわ病院の救急医療態勢の現状と問題点—ハード, セミハードそしてソフトの救急について—. *病院・地域精神医学* 40: 29-34, 1997
- 14) 澤 温, 澤 潔: 精神科アウトリーチサービス—往診を中心に—その歴史, 意味, 機能. *日精協誌* 23: 18-23, 2004
- 15) 澤 温: 精神科救急の現状/急性期病棟. *日本外来精神医療学会誌* 6: 33-36, 2006
- 16) 澤 温: 精神科救急の問題. *日精協誌* 26: 6-12, 2007
- 17) 澤 温, 井上英治ほか: 精神障害者のサバイバル的社會復帰のための簡便スケール“しゃかいふっき”について. *病院・地域精神医学* 42: 255-258, 1999
- 18) 澤 温: 社会復帰と福祉. *日精協誌* 14: 24-29, 1995
- 19) 澤 温: 社会的ニーズに対応する精神科病院, 変わりゆく精神保健・医療・福祉—精神障害の理解と援助— 98: 120, 1999

特集 10年, 20年後に向けてキャリアパスを考える—どの職場があなたには向いているか?

精神科病院で地域に貢献する立場で考える, 10年, 20年後に向けたキャリアパス*

● 澤 温**

Key Words : psychiatric hospital, career path, doctor's life

はじめに

10年後20年後のキャリアパスを考えると、3つのキーワードがある。どのような精神医学、精神医療があるか、自分の精神科医としてのあり方をどうするか、自分の人生をどうするかということである。これらについて筆者は精神科病院の立場から述べてみたい。

筆者の経歴

筆者が精神科病院に偏るととられるかは読者に任せるしかないが、筆者の経歴を簡単に述べておくことは、読者が筆者の考えを理解する上で助けになると考えるのでふれておきたい。

筆者は大学医学部を卒業し、すぐに母校の精神神経科に前期訓練医として入局した。当時筆者の母校では臨床で大学院に行くことは、「医局講座制反対」が叫ばれているさなかで、入ることは同窓会を裏切る行為であった。また、臨床を覚えるには大学院の必要もないと多くの卒業生は考えていた。1年間同期7人とそれぞれに「オープン」がついて、34床の開放病棟の患者を診て、週1回の症例検討、その他のクルズ、原語での抄読会が持たれ、大体1泊の当直とそれに続くパート勤務1日で生活を守り1年が過ぎた。

教授はどちらかということその後の2年(計3年で前期訓練医は終了)は単科精神科病院に勤務することを勧めたが、筆者は将来身体的なものに弱くなりたくないと考えて(今では弱い)国家公務員共済組合連合会立の総合病院精神神経科に勤務した。大学もこの病院でも精神神経科と称したのは神経内科が独立して間もない頃で、われわれが神経疾患も一部診ていたからである。60数床の別棟の精神科病棟があり、半分は開放であった。現在では東京都指定の身体合併症対応病院に指定されているが、当時から身体合併症の患者を受けており、他科へのコンサルテーションも依頼があれば行っていた。部長の方針で結構慢性で長期入院する患者もおられ、慢性期の症状、治療なども勉強できた。3人の常勤医で、初診1コマ、再来2コマであとは入院してくる患者への対応に追われた。医師になって2~3年で受け持ちが20人を超えるとイライラしたのを覚えている。特に身体合併症があると混乱もした。開放病棟もあったので患者が近くのスーパーで万引きしたりすると、外来途中でも飛んで行って謝って連れて帰ったりもした。当時生物学的な精神医学は反対者も多く、自律神経学会や心身医学会に論文を出していた状態であった。脳の化学に興味があり、卒後の3~4年の2年間母校の生理学教室で神経化学を学んだ。その間も臨床から離れたくなかったし、生活のためもあり総合病院の外来と単科病院で土曜から

* 10 to 20 years in the future—Contributing to the community with a career path in the psychiatric hospital.

** Yutaka SAWA, M.D., Ph.D.: 医療法人北斗会さわか病院[〒561-0803 大阪府豊中市城山町1-9-1]; Sawa Hospital, Toyonaka, Osaka 561-0803, Japan.

月曜の朝までの当直をした。また、ときどき外科の診療所の当直もした。今から思えばいいかげんで恐ろしいものであった。その後精神科で神経化学的な研究をしたいと考え、先輩の恩師を追って名古屋の大学に勤務した。そこで電気けいれん療法の機序を調べたくて臨床的研究をしたが、動物実験的裏づけがないと論文が拒否され、ラットで実験を行い、その流れでラットを20代まで育てて系を確立するまで大学に計9.5年いることになった。その後は現在のさわか病院内で臨床を行っている。臨床の中で疑問を持ったら、それを単純な系に持って行って整理をして疑問を解く、できたら動物実験に持って行く(現在の立場ではこれではできないが)、これを教えてくれたのは精神神経科に入局して最初に出会った「オーベン」片山義郎先生であった。まさに自分にとってのインプティングであった。今もその姿勢は大事であると思っている。このような流れで現在精神科病院に勤め、運営もしている。

今後どのような精神医学、 精神医療があるのか

この課題は過去現在をみても未来はわからない。確実なのは、人がいる限り精神があり、精神を持つ人がいる限り精神の病はあるということ、そして、人間関係が疎になればなるほど、そして、ストレスが強くなればなるほど精神科のかかわる問題は増える。今は近隣や学校や友人や家族の絆だけでなく、接触さえ減っている。新たな問題を含んできている。また、最近の人々は耐性が減っているのも問題が顕在化しやすい理由となっている。

では、精神科病院ではどのようにかかわれるかということであるが、それぞれの精神科病院の方向性によって異なるとしかいえない。しかし、診療所でも、大学病院でも総合病院でもできないのは、長く経過をみていくということであろう。もちろん患者には医療機関や医師を選ぶ権利があるから、選ばれなかったらしょうがないが、選んでくれているのに自分の都合でみられないということは精神科病院ではありえない。

精神科救急の最も大きな問題は、救急身体疾患を持った精神科救急患者である。この人たちは通常どこにかかっている、救急状態でどこがかかわるのかについて、学会のみでなく、国をあげて仕組みづくりを急いでいる。この場合大学病院や総合病院の精神科なら継続的にみられそうに思うが、実際には休日や夜間の対応はまったくできていない、まして診療所はできていない。精神科病院では身体の疾患が主のときは身体科に任せるが、その間にも必要に応じて対診したりして継続してみることはできる。

今後認知症が増えてくるのはだれもが知っている。認知症でも診断だけなら大学病院や総合病院のほうがよいと思われるかもしれないが、精神科以外のかかりつけ医や福祉施設と連携を取りながら、一時期みられるBPSDの時期の入院を含めて終末までみていくのは精神科病院しかないであろう。

精神疾患がこれからの他の科学の進歩でどれくらい解決していくのか、特に精神病や認知症が医学的に間もなく解決するのかが大問題である。1970年代に東京で講演を聞いたとき、精神分裂病(当時の呼称)はあと50年で解決すると言った先生がおられた。今からするとあと10年ほどである。どうであろうか? 認知症について免疫療法などが考案されても、認知症は治らないとも聞く。まだまだ医学的解決はかかるのかもしれない。昔肺結核が抗結核薬の登場で激減し、結核療養所が閉鎖になったり精神科病院に変わったりしたが、精神科病院が精神科の解決で減っていくのかはわからない。また最近の傾向で、治療の外来化、地域化が進められ、また、入院期間も短期になって精神科病院への入院は減っている。しかし、いわゆる新型のうつ病を含め救急対応で入院してくる患者の数は減ってはいない。新たなニーズがあるのは間違いない。

自分の精神科医としての あり方をどうするか

昔は精神科医になる人の中には、自分の趣味に時間を割いたり、小説を書いていてそのうちに小説家になった人もいた。人間の心に興味があったためであったであろうが、最近それはほ

どはないようである。それも次項の自分の人生をどうするのかということとも関係しているといえるであろう。

精神医学、精神医療が時代を反映して変化していく。筆者の病院ではスローガンに「迅速性、責任性、継続性」¹⁾をあげているが、もちろん24時間、365日自分がみられるわけではないが、このスローガンを満たしたいと考える精神科医になろうとすれば、疾患のどのステージにも対応できるという意味で、精神科病院は最も満たせるであろう。もちろん精神科病院が昔のように、収容的で長期入院者が多く、医師数が少なく、したがって受け持ちが多くて、毎回診察といっても同じ質問の繰り返しの「カルテ埋め」に終始するような精神科病院なら話は別である。

精神科病院はとかく地域に対峙して語られる²⁾が、筆者は精神科病院も地域の中の一つのツールと考えている。だから地域で過ごす精神障害や精神疾患を持つ人が、少しでも満足度とQOLの高い生活をするのを、24時間、365日、同じ医療機関のスタッフがチームを組んで支える、その中の一部が入院になると考えると地域とまったく対峙することはない。重症な人も地域で支えていくには精神科病院は最も適している。その代表が医療観察法の対象者のサポートである。しかし、精神科病院の周辺のみ重症者が暮らすのは地域医療ではないので、アウトリーチを駆使して、その人の本来の居住地、その人の住みたい居住地での生活を医療の面から支えるのである。

このような形で他職種とチームを組んで、より効果も高い医療を迅速に、責任を持って、継続的にみていくのに興味を持つかどうかである。地域生活を支援しようとするあらゆるツールを持ちうるのは精神科病院であろう。もちろん病院を運営するものが、退院させて地域支援をするのは病床利用率が下がるのでプレーキをかけるような病院は論外である。教科書にないような方法、各地域に実情、時期を読んでいろいろ思いつくことをしようという提案を前向きに捉えて「損して得取れ」という考えでスタッフの意見を取り入れなければならないので運営者も大変ではある。

精神科医になろうとする人の多くは、人の精神機能に興味を持っている。そのなかでも人の精神機能の基盤に興味を持つか、精神機能を持った人に興味を持つか、精神機能の不調を持って人生を送っている人の生活に興味を持つかなどは、精神科医になっても時期によって異なってくることもあるであろう。その意味では提示されたキャリアパスがそれほど役立つのか疑問でもある。

自分の人生をどうするのか

精神科医である部分と家庭を持ったり、自分の余暇も持ちたいというのは、その比率は時代によって違うようであるが、だれしもが持つ希望である。

総合病院で救急をしようとする8人の医師が確保されなければ週1回の当直では終わらない。ましてや1週間とか10日の海外旅行、海外の学会参加も不可能であろう。大学や研究所はそれ自体が目的にもなるので言い訳はつくが、臨床がほとんどない研究所ならいざ知らず、大学病院でもやはり他の医師に負担をかけることになるであろう。診療所では、以前ある医師から「自分はときに長期にいないこともあると覚悟してもらおうほうが自立につながる」と聞かされたが、過剰防衛的な早期入院を避け、揺れ動く状態で生活を支えるには少し無理のある説明と思われる。

筆者の病院は86年から週休2日制を開始したし、他の職種にもリフレッシュ休暇を与えているが、医師には2年に7日のリフレッシュ休暇を与えている。週4.5日が勤務であるが、少し集めると、2月ごとに1週間の休みも不可能ではない。外来は予約制であるから、その日ははずせばよい。もちろん患者へ、そして、自分の外来担当患者数にもしわ寄せが来るのは覚悟のうえであるが、そしてその間、自分の担当入院患者には治療が遅れないようにするのは当然である。最近のように短期で退院する時代になると、1週の治療の遅れは許されないのと同じような生活パターンを取る医師との共同態勢が必須である。

おわりに

キャリアパスという用語は広辞苑にも、筆者の持つ英和辞典にもない。しかし、インターネットではすぐ見つけられる。「昇進・昇格のモデル、あるいは人材が最終的に目指すべきゴールまでの道筋のモデル、仕事における専門性を極める領域に達するまでの基本的なパターンで、企業がキャリアパスを示すことで、従業員は中長期的にどのようなスキルや専門性を身につけていくべきかを理解できるとともに、自己の目指すべき道を自己で考察する材料ともなり、自己啓発意識の醸成、モチベーション向上に資することができる」とある。

しかし、筆者の経歴をみても、いろいろ考えても思うようにならず、一方患者との出会いや「オーベン」からの示唆で精神医療への考え方が変わったり、家庭の事情などで仕事の場所や住まいまでも変わるのが人生であり、道筋を示さ

れてもそのようにならないことが多いと筆者は考える。むしろキャリアパスを示されてそのようにならないからとうらんだりするより、キャリアパスを参考にしながらも、そのようにならないときにも、ニヤッと笑えるほうが前向きに生きられるようにも思う。

今回立場上、医師にとって「精神科病院パラダイス論」を述べたきらいはあるが、筆者の経歴からいえる内容であると考えている。

しかし、いずれにしても最後は自分で選び、自分で行い、自分で納得することであることに間違いはない。

文 献

- 1) 澤 温. 社会的ニーズに対応する精神科病院, 変わりゆく精神保健・医療・福祉—精神障害の理解と援助—. 奈良: 医学書林; 1999. p. 98-120.
- 2) 澤 温. 病院から見た地域, 地域から見た病院. 病院・地域精神医学 2008; 51: 108-10.

* * *

厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業

精神科救急における BPSD に関する研究

分担研究報告書

分担研究者：澤 温（医療法人北斗会理事長）

研究協力者：清水芳郎（医療法人北斗会さわ病院）

精神科救急における BPSD 対応マニュアルを作成するため、1 年目は BPSD 様症状を主訴とした患者がどの程度精神科救急を利用しているか実態調査をおこない、2 年目は精神科救急受診に至っていない認知症患者の BPSD について実態調査をおこなった。BPSD 様症状を主訴に精神科救急を利用した患者は、精神科救急全体の 2%にも満たなかった一方、ケアマネジャーを中心とする専門職の多くが夜間・休日帯に認知症患者の BPSD に対応できず困っていることが分かった。しかしながら 3 年目の調査の結果、大阪府下で夜間・休日帯に BPSD を主訴とした認知症患者を受け入れる病院が少なすぎる事が判明し、現段階ではマニュアルを運用することは不可能と判断し、作成を断念した。

A. 研究目的

- ① 認知症患者が BPSD のために夜間休日に精神科救急医療をどのように利用しているかの実態調査をした。
- ② 精神科救急受診に至っていない認知症患者の BPSD について実態調査をおこなった。
- ③ 精神科救急における BPSD 対応マニュアルを作成し、医療法人北斗会さわ病院の認知症疾患医療センターが管轄する地域において限定配布し、運用を試みようとした。
- ④ 大阪府下で夜間・休日帯に BPSD を主訴とした認知症患者をどの程度医療機関が受け入れられるのか、また精神科救急システムで BPSD を主訴とした認知症患者の診療することへの意識を調査した。

B. 研究方法

- ① 日本精神科病院協会に所属している精神科病院の中で平成 21 年 4 月 1 日現在において、救急入院料病棟、急性期治療病棟、認知症疾患医療センター、重度認知症ダイケアのいずれかひとつでも認可を受けて

いるすべての病院、合計 360 病院に別紙のアンケート調査をおこなった。調査期間は平成 21 年 10 月 1 日から 11 月 30 日までの 2 カ月間とした。

- ② 平成 22 年 9 月から 11 月にかけて医療法人北斗会がおこなった認知症に関する講演に参加した人たちに別紙のアンケート調査をおこなった。また、平成 22 年 12 月豊中市内の居宅介護事業所全 113 箇所と同様のアンケート用紙を郵送し、記入後返信してもらう方式で調査をおこなった。
- ③ 当認知症疾患医療センターが管轄する地域（豊中市、吹田市、池田市、箕面市、豊能郡）で、大阪府こころの健康センターが発行している「認知症の医療ガイド（精神科）」2010 年度版に記載のある（物忘れ外来、認知症外来等を標榜している）すべての医療機関にアンケート用紙を郵送し、記入後返信してもらう方式で、マニュアルの運用にどの程度協力してもらえるか調査した。
- ④ 大阪府下の認知症疾患医療センターの認

可を受けている病院、精神科救急システムに参画している病院、前述の大阪府こころの健康総合センターが発行している「認知症の医療ガイド(精神科)」2010年度版に記載のある病院(物忘れ外来、認知症外来等を標榜している総合病院、精神科病院)すべてに対してアンケート用紙を郵送し、記入後返信してもらう方式で調査をおこなった。

(倫理面への配慮)

①と③と④は医療関係者に対する調査であり、個々の患者のプライバシーに関わるものではない。また、③と④は記名式で返信してもらったが、データの解析は匿名化しておこなった。②のアンケートは無記名で情報は匿名化され処理されるので、回答者の不利益、危険性はない。

C. 研究結果、及び考察

① 360病院にアンケートを送り143病院から回答を得た。該当期間中、疾患を問わず1人でも夜間・休日帯に受診のあった病院は102病院であった。そのうち、BPSD様症状を主訴とする患者の受診があったのは31病院であった(なお、BPSD様症状と表現するのは、患者の呈する症状がBPSDなのか精神病の症状なのか区別がつかないことがあるため、BPSDを疑った患者すべてを対象とした)。対象患者は67例で、原因となる認知症疾患としては、アルツハイマー型認知症が多く、脳血管性認知症、レビー小体型認知症の順であった。受診動機は興奮、異常行動、妄想の順に多かった。一方で102病院の2カ月間における夜間休日帯の受診患者総数は3527例であり、BPSD様症状を主訴に受診した患者は全体の2%にしかならなかった。そのため、夜間休日時間帯にBPSDで困っている患者が適切なサポートを受けられていない可能性が高いことが示唆された。

② 955名の有効回答を得た。回答者の内訳は男167名(17.4%)、女788名(82.6%)であった。職種及び立場は、認知症患者の家族52名(5.4%)、認知症患者の近隣及び知り合い19名(2.0%)、一般市民148名(15.5%)、民生委員(校区福祉委員を含む)149名(15.5%)、医師9名(0.9%)、保健師13名(1.4%)、看護師26名(2.7%)、精神保健福祉士4名(0.4%)、社会福祉士17名(1.8%)、医療ソーシャルワーカー2名(0.2%)、ケアマネジャー340名(35.6%)、ヘルパー73名(7.6%)、その他103名(10.8%)であった。

955名中、認知症患者の対応に困った経験がある701名に対し「今まで接した中で1番対応に困ったひと1人を思い出して」回答してもらったところ、夜間・休日帯にBPSDのために医療機関を受診させたいと思ったことがあると答えたのは285名であった。しかしながら、このうち実際夜間・休日帯に医療機関を受診できたのは42名(14.7%)であり、BPSDの対応に困るケースの多くは精神科救急受診に至らないことが判明した。

③ 当院認知症疾患医療センターが管轄する地域内において、前述に該当する医療機関は12あった。そのうち、夜間・休日時間帯でかかりつけ以外の患者のBPSD治療をできる医療機関は1つもないことが判明した。当初は警察、消防、居宅介護支援事業所等にマニュアルを配布することを想定していたが、この状態で試験的に運用しても当院に患者が殺到し、パンクしてしまうため、マニュアルの作成を断念した。

④ 大阪府下で前述の基準に該当する病院は87病院で、返信は65病院より得た。返信率は74.7%であった。一般病院は、夜間・休日帯は精神科の対応ができないため、BPSDを主訴とした認知症患者の診療はできないと回答した病院がほとんどであっ

た。精神科病院や認知症疾患医療センターの認可を受けた病院でも、精神科救急の当番日以外で、夜間・休日にBPSDの診療をしていると回答した病院は多くはなく、かかりつけ以外の患者も入院も含めて対応している病院は5つにとどまった。一方で、精神科救急システムで認知症患者のBPSDの診療をすることについては、54.5%が現状やむなしとの意見であったが、積極的に利用すべきと回答したのが22.7%、あまり利用すべきでないと回答したのが18.1%あり、コンセンサスが得られていないことが判明した。

この調査で特筆すべき点は、大阪府内に11ある認知症疾患医療センターのうち3つが、夜間・休日帯はそもそも診療をしていないと回答したことである。認知症診療の最後の砦たる認知症疾患医療センターがこのような状況では、到底、精神科救急におけるBPSD対応マニュアルを作成し、運用することなどできるはずもない。早急に認知症疾患医療センターの要綱を改正すべきであると提言したい。

D. 結論

1年目の調査で、BPSDを主訴に認知症患者が夜間・休日帯に医療機関を利用しているケースは極めて少ないことが判明した。2年目の調査で、夜間・休日帯に家族や介護専門職が、BPSDの治療のために医療機関を受診させたいと思ったケースのうち、実際に受診に至ったケースも少ないことが判明した。1年目の調査で我々が把握したものは氷山の一角に過ぎない。今後、認知症患者が増加し続けることは明白であり、精神科救急におけるBPSD対応への需要が増大することは必定である。しかしながら3年目の調査で、夜間・休日帯にBPSDの治療を受け入れられる医療機関も少ないことが判明した。

今後、増大する需要に対し、認知症疾患医療センターを頂点とした体制を整えることが必

要である。一方で、1年目の調査対象者である67例のうち、直近1年間に精神科受診歴がない症例も32例(47.8%)であったことから、認知症に関する情報をもっと啓発し、BPSDが早期の段階で治療介入できるようにし、認知症患者が精神科救急を利用しないようにすることも必要であると考ええる。

E. 研究発表

(略) 坂上さんに確認したあと、追記します。

