

講座 精神疾患の臨床

監修 松下正明
編集主幹 神庭重信

*Comprehensive Handbook
of Clinical Psychiatry*

7

地域精神医療 リエゾン精神医療 精神科救急医療

編集 齋藤正彦

Community psychiatry
Consultation-liaison psychiatry
Emergency psychiatry

中山書店

序

中山書店は、1975年から1990年にかけて《現代精神医学大系》（懸田克躬ほか 責任編集：全25巻56冊）、そのほぼ20年後の1997～2001年に第2世代版として《臨床精神医学講座》（松下正明 総編集：全36巻）を刊行した。この二つのシリーズは、わが国の臨床精神医学のいわばエンサイクロペディアとして、多くの大学図書館に収蔵され、精神医学を学ぶ、あるいは実践する人々のよりどころとなってきた。《臨床精神医学講座》からさらに20年が経過した今日、この《講座精神疾患の臨床》（以下、本シリーズ）の出版は、その第3世代版にあたる。この40年に、精神医学を囲む環境にいくつかの大きな変化があった。

第一には診断基準の変化である。《現代精神医学大系》が出版されたのは、DSM-IIIが日本に導入された時期と重なる。DSM-IIIの導入は、診断基準としての内容以上に、今日では当たり前の操作的診断の概念が初めて日本の精神医学会に移植されたという意味でエポック・メイキングな出来事であった。DSMはその後、DSM-III-R、DSM-IVと改訂を重ね、本シリーズを刊行中の現在、DSM-5が導入されている。WHOの診断基準ICDも1900年の初版以降、10年ごとの改訂を経てこの間、ICD-9から、ICD-10、現在はICD-11が導入されようとしている。1975年に刊行が始まった《現代精神医学大系》は操作的診断の黎明期に、2000年前後に刊行された《臨床精神医学講座》はそれが定着した時期に、そして今、2020年台になって刊行されている本シリーズは、読者となる精神科医の多くが、操作的診断基準を前提とした医学教育のみを受けている時代に出版されることになる。

診断基準と並んで、《現代精神医学大系》から本シリーズまでに大きく発展したのは、EBM（Evidence Based Medicine）という概念である。RCT（Randomized Controlled Trial）を元にしたメタアナリシスによって治療法の有効性を評価し、これに基づいて医学的な治療を行うというEBMが一般的になったのは1900年以降、つまり、《現代精神医学体系》の刊行以降、《臨床精神医学講座》の刊行期にかけてのことである。この間、次々と新しい向精神薬が開発され、精神科医が手にする治療の手段が、《現代精神医学大系》の時代と比較すれば格段に多様になったということもEBMの必要性を拡大し、臨床現場における意思決定に不可欠な概念となった。一方で、《臨床精神医学講座》の刊行後、薬物による標的症状の改善のみに着目したEBMに対して、2006年にPorter MEとTeisberg EO¹⁾によって、患者の価値観に着目するValue Based Health Careという概念が提唱され、EBM一辺倒の医療に一石が投じられた。

もう一つ、この40年で大きく変化したものに、臨床精神医療における法と倫理の問題がある。わが国において、精神医療における法と倫理が注目されるきっかけとなったのは、1984年に発覚した報徳会宇都宮病院における入院患者の虐待、死亡事件であ

る。同年8月、国連差別防止・少数者保護小委員会において、わが国の精神衛生法が、強制医療における due process of laws を欠いている点が非難され、翌1985年5月には国際法律家委員会（International Commission of Jurists: ICJ）が、わが国の精神科医療の実態を調査するために来日するなど、前代未聞の騒動に発展した。政府は、内外の強い非難をかわすため、1987年に従来の精神衛生法を精神保健法に改正し、現在の制度の原型となる強制医療における法手続きを定めた。もちろん、法手続きの整備と、臨床精神医療における倫理は異質な概念である。法手続き上問題はないが、倫理的には許しがたいことというのは、精神医療の場に限らず私たちが住む社会全体にありふれた現象だと言わざるを得ない。報徳会宇都宮病院事件は、国際的な人権活動家にとっては、法手続き欠如の問題であり、政府にとっては法整備ができればそれでよしという対応であったが、精神医療に従事する専門職すべてに、自分たちの行動を律する倫理について考える契機となった。

この事件より前に刊行された《現代精神医学大系》25巻、50冊の中には、精神障害者の人権や倫理を取り上げた巻はなく、総合索引にも、医療倫理、インフォームド・コンセントという項目がない。事件後に刊行された《臨床精神医学講座》36巻では、20巻に「精神医学と法」（松下正明/齋藤正彦 責任編集）、S12巻に「精神医学・医療における倫理とインフォームド・コンセント」（中根允文/松下正明 責任編集）の2巻を置いている。Due process of laws の整備という法による患者の人権擁護の概念が導入され、日常臨床における医療倫理やインフォームド・コンセントの重要性が認識されたのがこの時代だった。《臨床精神医学講座》編集者の思想には、法手続きの整備と医療倫理の深化とは質の違う問題だという明確な認識と、それぞれの重要性を同等に取り上げる明確な認識があった。《臨床精神医学講座》の総合索引には、倫理（医療倫理）の項目に17箇所、インフォームド・コンセントの項目には44箇所の記述があげられている。

この後、法による患者の人権擁護や医療倫理の問題は、少しずつ、わが国の精神科臨床の中に根を張っていった。この第7巻では、地域精神保健、リエゾン精神医学、精神科救急のすべての項目で医療倫理の問題が論じられており、医療倫理に対する配慮がこの40年間で精神医療のどの分野においても不可欠な要素になったことを示している。

さて、第7巻では、1章で「地域精神医療」、2章で「リエゾン精神医療」、3章で「精神科救急医療」を取り上げる。これまで出版された巻が、疾患別に構成されているのに対して、この巻では疾患という切り口を離れて、臨床の場に着目した整理をしている。操作的診断基準、EBM、医療倫理といった精神医療の基盤の変化は、この巻で取り上げる三つの臨床分野においても、状況を規定する大きな要因になっている。

この巻で取り上げる三つの分野に共通するのは、精神病床、精神科クリニックに限定されない、より広い医療の場、さらには開かれた社会の中に展開する分野であるという点である。そうした場において、精神科医はそこで働く多職種チームの中の一プレイヤーである。操作的診断基準とEBMは、多職種協働の場で、精神科医が自分た

ちにしかわからないジャルゴンではなく、他の診療科の医師、あるいは、保健、福祉の領域で働くさまざまな職種の人々、さらには患者、家族、一般市民と共通の言葉で話をするためのプラットフォームを形成するために、大きな力となった。

一方、過去40年間の歴史的な視野をもって診断基準とEBMを見てみれば、そこには大きな臨床上の危惧も指摘しておかねばならない。《現代精神医学大系》を編集した精神科医は、操作的診断以前に教育を受けており、操作的診断を批判的に見ることができたから、その限界にも当然、気づいていた。20年後の《臨床精神医学講座》の時代になると、操作的診断基準やEBMに基づく臨床が根付き、精神科診療の基盤となりつつあったが、それでも、操作的診断やEBMが切り捨てている精神医療の要素があることを、このシリーズの編者、著者、読者が知っていた。さらに20年が経過した今日、操作的診断とEBMだけしか知らない世代が主流を占めるようになっていく。先に述べたとおり、操作的診断とEBMに代表される考え方が、精神科医に、他の診療科の医師や、地域の保健、福祉、行政の職員と語り合うための共通の言語を与えたという功績は大きい。しかしながら、リエゾンや地域医療で出会う患者のQOLの向上を治療の真の標的とするならば、精神科医は、現代の精神医学における操作的診断とEBMが削ぎ落としてきたものの中にある豊かさを、もう一度振り返ってみる必要がある。開かれた臨床の場での操作的診断とEBMに対する批判的な見直しは、精神科独自の診療場面を豊かにすることにも通じるであろう。Value Based Health CareあるいはValue Based Medicineという考え方はそうした見直しに一つの方向を示唆している。精神科臨床の目標は、精神症状の軽減ではなく、その先にある患者の生活の質を向上させることである。現代の精神医療には、操作的診断やEBMを踏まえて、同時にそれだけに拘泥せず、患者の生活を理解し、人生の質の向上を目指すために何ができるかを考える、より柔軟で広い視野が求められている。

精神疾患の患者、精神障害者の人権を守るための法的枠組みと医療倫理の問題についても、第7巻で取り上げる臨床分野には特異性がある。精神科病床や外来など限られた精神医療の場においては、精神科医が慣れ親しんだ精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）における法手続きの順守が行動の指針となる。しかし、精神科病床の外、医療機関の外など、そうした枠を一步でも踏み出せば、よりひろい社会的なコンテキストの中で、柔軟な判断が求められるようになる。一方で、そうした場においても、精神医学的判断、精神医学的な意思決定は、精神疾患を病む人に対する強制の意味合いを持つことがある。地域保健・福祉の実践、一般病床でのリエゾンでは、しばしば精神保健福祉法による法手続きの空白地帯が生まれ、そこで働く精神科医に、大きな緊張を強い、時に不安と困惑を引き起こすことになる。

考えてみれば、本来、精神保健福祉法等に定められた法手続きの遵守は、違法な人権抑圧を防ぎ、万一、それが起こったときにも、容易に発見され、患者の人権が回復されることを目標とするシステムである。したがって、法手続きの遵守は、いわばmal practiceを防ぐ方法であって、必ずしもgood practiceを実践するための十分条件ではな

い。精神衛生法が、精神保健法に改められた1987年当時、精神医療に従事する者はだれも、法改正の原因となったおぞましい虐待事件を知っており、法手続きの先にある精神医療の倫理、患者の人権を守るという私たちの義務の重要性を知っていた。しかし、それから40年の時が経過し、報徳会宇都宮事件は風化し、精神医療の中では法的な手続きを遵守することが、精神に障害がある人の脆弱な人権を守ることと同義であるかのような思い違いが起ってはいまいか。精神保健福祉法の手続きに従った身体拘束は、一般病床で行われる身体拘束に比較して法手続きが整っているという点では優れているが、患者の側から見れば、拘束を受ける身体的苦痛と自尊心を傷つけられる精神的苦痛の質と量において、何の違いもない。これは、精神保健福祉法だけの問題ではない。成年後見制度による包括的代理権を使って、家族支援を受けられない精神障害者、認知症高齢者への医療・福祉サービスの提供を、行政の都合に沿って迅速に行おうとする昨今の試みは、法手続きを隠れ蓑にした人権侵害以外の何物でもない。法手続の遵守を倫理に目をつぶる口実にしてはならない。精神科医が、地域に出ること、精神病床以外でリエゾンに携わることは、精神医療の実践に、精神科以外の医療者の目、より広い市民の目が注がれることを意味する。そうした環境における不安や緊張を倫理に昇華できるなら、それは翻って、閉ざされた精神病床、外来の診察室における精神科医の倫理を豊かなものにする糧となるだろう。

この巻で取り上げる地域医療、救急医療は、制度・政策との関わりが強い。この「序文」の最後に、精神医療に関わる制度、政策の評価について触れておく。近年、政策立案にエビデンスの基礎を求めるEBPM（Evidence Based Policy Making）の重要性が叫ばれるようになった。EBPMという考え方は、たとえば、景気浮揚対策が実際に効果を上げたのか、あるいは、生活困窮者支援策が、本当に困っている人の生活を改善したのかを検証し、積み上げたエビデンスに基づいて、次の新たな政策を立案しようというものである。もちろん、社会政策の評価に、RCTを集めてメタ解析を行うという医学と同様の方法を用いることはできない。そもそも不特定多数の一般市民を対象にRCTのような枠組みで社会政策に関する実験を行うことは、モラルの点でも、技術的にも不可能であろう。経済学者の酒井はその著書²⁾の中で、『政策にとってのエビデンスを、あたかも唯一の研究からなるものと考えるのではなく、研究群として捉える視点』、『ある研究トピックについて少なくとも何が明らかにされているのか、研究群全体として見たときに、そのインパクトがどの程度であるかを総合的に評価する』ことが重要だとする。

さて、そういう視点で、地域精神医療、救急精神医療政策を見てみよう。本巻の1章、3章の論文が示すように、地域精神医療では、厚生労働省の政策が、診療報酬による誘導を通じて全体の枠組みを規定している一方、精神科救急医療の世界では、各地域の医療資源という現実の制約が大きく、自治体ごとに独自のシステムが構築されていることがわかる。《現代精神医学大系》から40年、私たちは、国の地域精神医療制度や地方の精神科救急システムを評価し、さらなる進歩の道筋を示すエビデンスを

蓄積してきただろうか。たとえば、精神障害者の地域生活支援は、《現代精神医学大系》の時代から今日まで、わが国の精神医療政策の基本理念であった。それでは、この間の、地域医療政策は、この理念の実現にどれほど寄与したのだろうか。厚生労働省³⁾の資料によれば、1999年から2014年の間に、精神病床に入院している患者はおよそ2万8,000人減少した。疾患別に見ると統合失調症の入院患者が同じ時期に4万8,000人減少しているの、精神科入院患者の減少は主として統合失調症患者の減少ということになる。一方で、アルツハイマー型認知症の入院患者は3万7,000人増加している。同じ時期に、統合失調症発症リスクの高い15歳から39歳の人口はおおよそ800万人減少し、認知症が増える65歳以上の高齢人口は1,100万人増加している。精神科入院患者の減少には、この間の薬物療法の進歩、人口構成の変化が影響していることは間違いない。それでは、この間の精神障害者の地域生活支援政策は、どれほどの効果を上げたのだろうか。さらに言うなら、制度が変わるたびに事業に投入される税金は患者が受ける恩恵に見合っているのだろうか。

わが国の精神医療をめぐる制度・政策は、今日に至るまで関係団体の利害調整で決められてきたといつてよい。患者や家族の団体が大きな政治的影響力を持ちにくい統合失調症のような疾患においては、利益の調整は、サービスを提供する側の間だけで済む。しかし、利害関係団体の政治力が政策決定に大きな力を持つわが国の精神医療だからこそ、私たちは、研究者、教育者、臨床医という立場を問わず、国や自治体の制度、政策を科学的に評価し、より効率的で実効性の高い制度、政策の改定に必要なエビデンスを積み上げていかなければならない。

2022年6月

東京都立松沢病院名誉院長
齋藤正彦

引用文献

- 1) Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press; 2006.
- 2) 酒井正. 日本のセーフティーネット格差—労働市場の変容と社会保険. 慶應義塾大学出版会; 2020. pp245-288.
- 3) 厚生労働省.
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kushougai/hoken-fukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf

CONTENTS

本書で用いるICD-11の日本語病名・用語および診断ガイドラインの和訳について

..... 神庭重信 xvi

1 章 地域精神医療

地域精神医療・保健制度, 政策

日本の動向..... 藤井千代 2

国際比較..... 佐竹直子 12

地域精神医療の実際

地域精神医療の現状と動向..... 水野雅文 19

精神科単科病院の立場から..... 佐久間 啓 30

総合病院精神科の立場から..... 小石川比良来 39

精神科診療所の立場から..... 上ノ山一寛 48

精神科デイケアの現状と動向..... 原 敬造 55

在宅精神医療

在宅精神医療の現状と動向..... 西尾雅明 65

精神科訪問看護..... 萱間真美 80

多職種アウトリーチ..... 吉田光爾 88

精神保健福祉センターの現状と課題..... 熊谷直樹, 小松美和, 白井有美 97

保健所の精神保健..... 野口正行 106

地域精神医療と貧困——福祉事務所機能の歴史的変貌..... 古屋龍太 118

就労支援..... 山口創生 130

ピアサポート..... 種田綾乃 140

トラウマ・犯罪被害者支援制度

概要	金 吉晴	147
児童虐待	小平かやの	155
犯罪被害者のメンタルヘルスと支援	中島聡美	162
Topics 地域の精神保健活動—自助グループ・当事者団体・家族会	秋山 剛	172
Topics 地域の精神保健活動—産業保健を含む勤労者医療	伊藤弘人	179
Topics 地域の精神保健活動—企業（職場）における産業精神保健	廣 尚典	185
Topics 貧困・孤立/地域精神医療は何かできるのか?	森川すいめい	192
地域精神医療の視点からの医療観察法医療の現状	竹田康二, 平林直次	198

2章 リエゾン精神医療

リエゾン精神医療—この20年の動向	西村勝治	208
精神科リエゾンにおけるチーム医療	山本賢司	219
Topics 身体科でのせん妄の対応	大橋綾子	227
サイコオンコロジー	明智龍男	232
サイコネフロロジー	菅原裕子	243
サイコカーディオロジー	成田 尚	249
その他の身体疾患（糖尿病, 脳卒中）に併存するうつ病	木村真人	257
Topics 身体疾患による二次性精神疾患と医薬品が誘発する精神疾患		
	西村勝治	265
周産期精神医療	竹内 崇	272
Topics 『精神疾患を合併した, 或いは合併の可能性のある 妊産婦の診療ガイド』について	小笠原一能, 尾崎紀夫	282
ICUにおける精神医療	岸 泰宏	289
臓器移植と精神医療	木村宏之, 岸 辰一	299

CONTENTS

総合病院における自殺対策	大塚耕太郎, 河西千秋	309
リエゾン精神医療と緩和ケア	赤穂理絵	317
災害精神医療	高橋 晶	326
小児のリエゾン精神医療	庄 紀子	336
臨床倫理コンサルテーション—医療行為としてのあり方	瀧本禎之	344
医療安全とリエゾン精神医療	枝廣 暁, 井上真一郎	351
リエゾン精神医療の今後の課題	和田 健	359

3章 精神科救急医療

精神科救急医療体制の変遷と現在	杉山直也	370
さまざまな地域の精神科救急医療体制		
東京都における精神科救急医療体制		
— 東京都精神科夜間休日救急診療事業, 東京都精神科患者身体合併症医療事業など		
	大澤達哉, 針間博彦	387
Topics 成増厚生病院の取り組み	中村 満	395
千葉県における精神科救急医療体制		
— 精神科医療センター設置から現在の精神科救急医療システムまで	深見悟郎	401
群馬県における精神科救急医療体制について		
— 措置移送センター業務を有した群馬県精神保健福祉センター（群馬県こころの健康センター）の役割を中心に	赤田卓志朗	411
岡山県における精神科救急医療体制		
— 精神科救急体制の整備に関する指針, 医療計画における取り組み	来住由樹	419
愛知県における精神科救急医療体制		
— 他地域との比較と10年間にわたる体制の推移	藤田 潔	424

高知県における精神科救急医療システム	
—人口・医療資源が一地域に集中する地域の体制と課題	須藤康彦 432
大阪府における精神科救急医療システム	
—精神科救急医療システム, 緊急措置システム, 精神科合併症支援システム	岩田和彦 439
さわ病院・ほくとクリニック病院(大阪府)における精神科救急への取り組み	
—総合病院精神科と精神科救急病院との連携	澤 滋 445
石川県における精神科救急医療システムの概要	
—精神科救急医療システムと措置入院, 県立病院の役割	北村 立 451
石川県における精神科救急医療と精神科救急病棟	
—公的病院と民間病院の連携	松原三郎 460
岩手医科大学における精神科救急医療体制	
—常時対応型および身体合併症対応施設	大塚耕太郎, 三田俊成 469
精神科救急治療技術の変遷と現在	
精神科救急・急性期薬物療法	八田耕太郎 477
再度の救急入院予防のための薬物治療と心理社会的介入	三澤史斉 495
Topics 米国総合病院で経験した精神科救急	文 鐘玉 505
Topics 自殺企図の救急医療連携	橋本 聡 511
索引	517

【読者の方々へ】

本書に記載されている診断法・治療法については、出版時の最新の情報に基づいて正確を期するよう最善の努力が払われていますが、医学・医療の進歩からみて、その内容が全て正確かつ完全であることを保証するものではありません。したがって読者ご自身の診療にそれらを応用される場合には、医薬品添付文書や機器の説明書など、常に最新の情報に当たり、十分な注意を払われることを要望いたします。

中山書店

1 章 地域精神医療

地域精神医療の実践

地域精神医療の現状と動向

地域精神医療の現状と動向については、すでに「日本の動向」(p2)において法やシステムについての概説がなされている。また今日の地域精神医療の到達点は、次項以降でわが国が誇るべきベストプラクティスを紹介されることと思う。そこで本項では、地域精神医療の充実と発展を目指すうえで、今後さらなる体制整備や技法の開発が求められる諸点をあげながら、地域精神医療の現状と動向を論じたい。

病院から地域へ

“にも包括”の時代

わが国における精神科医療の流れは、2004(平成16)年9月の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」以来、“入院医療中心から地域生活中心へ”が基本的な方策として示されてきたとされる。しかし精神科医療に関わる者であれば誰もがずっと以前から、精神科病床数の多さ、あまりの長期入院、そして「特例」に代表される質の低さなどの課題には気づいていた。地域生活・支援中心の精神科医療へと変換する必要は、欧米におけるいわゆる脱施設化の後塵を拝しながらも長きにわたって強調されてきた。現状に至っても、残念ながら統計数値を見る限り、劇的な変化は乏しいが、さまざまな新たな施策の登場によって、遅々としてではあるが確かな方向転換が起き始めている。次項以降に書かれるような、すでにいくつかの先駆的な動きはあるものの、それらの拠点は点在し、点から面へ

の広がりはなかなか見出せていない。

そうした中で、特にこの数年で、「精神障害にも適用できる地域包括システム」、いわゆる“にも包括”というモデルが登場した。2021(令和3)年に厚生労働省が開いた“にも包括”をめぐる「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」において、市町村においては精神障害を有する人たちや地域住民の身近な窓口として、地域精神保健の活動としての相談指導などの充実を図るとともに、障害福祉や介護・高齢者福祉、生活困窮者支援、児童福祉や母子保健、教育、労働、住宅などにおける事業との連動を意識していくなどの取り組みが重要との認識が示された。

図1をみると、ここでいう「精神医療」という語は、精神科医療・保健・福祉を含意しており、精神障害の障害特性の説明を繰り返すまでもなく、保健や福祉の視点、協働の重要性がよく理解できる。さらに右側の「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」には、今後の地域精神医療の体制整備に欠かせない各種資源の連携の重要性や共助の概念が示されており、“にも包括”により期待される地域精神医療のフレームが理解できる。

包括的アプローチと地域の力

身体、知的と並ぶ3障害の中で、精神障害だけは障害であると同時に、寛解・再燃を繰り返す可能性のある疾病性を有する障害である。このため、本人が望む地域生活を支援するうえで

1 章 地域精神医療

在宅精神医療

在宅精神医療の現状と動向

はじめに

前世紀後半のわが国の精神医療は、入院中心の医療供給システムを中心に構築されてきたといっても過言ではない。その一方で欧米諸国においては、それまでの入院中心の医療から地域ケア中心の医療へとシフトし、精神科病床数の減少を実現させてきた。近年、ようやくわが国でも精神医療の脱施設化が政策的課題として論じられるようになり、制度改正が目まぐるしい早さで進められてきた。

わが国の精神保健福祉施策は、2004（平成16）年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示した「入院医療中心から地域生活中心へ」の方向性に沿って進められている。このビジョンでは、精神疾患に対する国民の認知度を9割以上にするとともに、精神病床機能分化や地域生活支援体制の強化を図りながら精神保健医療福祉体制の再編と基盤強化を推し進め、社会的入院患者の解消を目指すための具体的な目標と方法論が提示され、また目標達成のために市町村や都道府県が連動して計画的に取り組むを進めることも明記された。公表後もさまざまな論議がなされ、その実効性が問われてきたが、国策として新たな将来ビジョンを具体的に提示したという点で、精神医療改革の出発点に立ったと前向きに評価する意見も多かった。

その後、2014（平成26）年4月の「精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）」改正施行により定められた「良質かつ適

切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」でも、入院医療から地域生活への移行推進、アウトリーチ体制の整備等が重点事項としてあげられた。2017（平成29）年2月には「これからの精神医療保健福祉のあり方に関する検討会」報告書に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という政策理念が明記されている。

本稿では、地域で暮らす人の精神疾患を、医療機関、精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所、障害福祉系事業所、介護系事業所にとどまらず、家族や地域住民等のインフォーマル資源が協力連携して、地域の中で治療し支えていく地域精神医療のうち、在宅支援に係る領域に焦点を当て、その現状と動向について整理する。

なお本論に入る前に、「地域精神医療」「在宅精神医療」「外来精神医療」などの用語の違いについて触れておきたい。入院という形をとらずに患者の在宅生活を支える地域精神医療の形態には、①患者が外来に通院して連日点滴するなどの濃密な医療を受けたり、作業療法やデイケアを活用したりする外来精神医療（患者が通院することで在宅生活を維持）、②患者が精神症状のために自宅から出られず自力では通院が難しい場合等の支援、あるいは通常の医療機関内での外来診療を補完する目的で、医療従事者が自宅に訪問して支援を行う在宅精神医療（訪問支援を活用することで在宅生活を維持）、の両者がある。デイケアは前者に位置づけられるし、訪問診療と往診、訪問看護、アウトリーチ、ACT

2章 リエゾン精神医療

リエゾン精神医療 —この20年の動向

はじめに

コンサルテーション・リエゾン（consultation-liaison: CL）精神医療¹は精神科以外の診療科で行われる身体医療（一般医療）とのフロントラインにおいて精神医学の専門性が求められる精神医療の重要なサブスペシャリティ領域である。

20世紀初頭に米国で産声を上げたCL精神医療は、1934年に米国の5大学病院に精神科リエゾン（psychiatric liaison）部門が設立されたことがその後の発展の端緒となった。わが国に導入されたのは1977年とされ、1988年に日本総合病院精神医学会が設立、全国の総合病院においてCL精神医療が実践されるようになった。近年、医療はますます高度化・複雑化する一方で、急速に進む少子高齢化、医療に対する国民のニーズの多様化など、医療を取り巻く社会情勢も大きく変化した。これに伴い、CL精神医療に求められるニーズは多面化・多様化の一途をたどり、特にこの20年、CL精神医療の臨床・研究活動は大きく深まりと拡がりをみせている。本稿では、この20年間におけるCL精神医療の動向を俯瞰する。

多職種によるチーム医療の展開

この20年のCL精神医療の変化として第一にあげられるのが、多職種によるチーム医療の展開である。この変化の背景には医療全体におけるチーム医療の推進があった。厚生労働省は2010年に「チーム医療の推進に関する検討会」報告書をまとめ、医療の質と安全が強く求められる一方で、医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大により医療現場が疲弊している現状を変え得るキーワードとして、チーム医療を位置づけた¹⁾。それ以降、さまざまな診療領域において多職種によるチーム医療に対して診療報酬上の加算が相次いで新設された。

緩和ケアチーム

CL精神医療に先駆けてチーム医療が推進されたのが緩和医療の領域である。2002年度の診療報酬改定において緩和ケアチームの活動が評価され、「緩和ケア診療加算」が新設された。2006年、がん診療連携拠点病院に緩和ケアチームの設置が義務づけられたことで、全国的に緩和ケアチームの設置が急激に進んだ。多くの精神科医が精神症状の緩和を担当する専任とするチームメンバーとして緩和ケアチームに参画するようになり、CL精神医療のチーム医療化の

¹ 本書ではCL精神医療を短く、リエゾン精神医療とも呼んでいる。従来、米国を中心にCL精神医療という呼称が用いられてきたが、英国などにおいては精神と身体との両側面の統合的ケアという意味でコンパクトにリエゾン精神医療と呼ばれてきた。

2章 リエゾン精神医療

サイコオンコロジー

サイコオンコロジーの歴史 —わが国のがん対策をふまえて

わが国におけるサイコオンコロジーの黎明

がんは1981年にわが国の死亡原因の第1位となり、以降もその座は変わらず、現在では、がんによる死亡者数は年間37万人を超え、総死亡の約30%を占めるに至っている。がん罹患の最大の危険因子は加齢であるため、超高齢社会を迎えたわが国では、現在、年間100万人以上が新たにがんと診断され、おおむね国民の2人に1人が生涯においてがんを経験する時代である。がん治療は飛躍的に進歩し、がん患者の5年生存率が50~60%にまで向上したが、今日においても、がんはわが国における致死性の疾患の代表であり、がんと診断されること自体が大きなライフイベントになり得る。

これら時代の流れの中でがん医療において緩和ケアとともにサイコオンコロジーが注目されてきた。欧米ではがん告知が一般化した1970年代からサイコオンコロジーが臨床現場に導入されるようになったが、わが国においては21世紀に入り目覚ましい発展をとげている。具体的には、2002年に、精神科医の参加を必須とする「緩和ケアチーム」に対しての緩和ケア診療加算が導入され、2007年には、がん対策推進基本計画の中で、がん医療への精神科医の参画の重要性が盛り込まれた。これらを受けて、わが国においても次第に緩和ケアチームを院内に設置す

る施設が増加し、またがん診療連携拠点病院を中心に、多くのがん診療施設において精神科医がチーム医療へ参加する機運が高まった。これらを通して、がん患者のメンタルヘルスを専門とする医師が「精神腫瘍医」として明確に位置づけられることになった。

精神腫瘍医に求められる必須能力

日本サイコオンコロジー学会は、がん患者・家族の精神症状緩和の臨床に熱心な精神科医・心療内科医を育成することを目的に2009年度から、「登録精神腫瘍医制度」を開始した(<http://www.jpos-society.org/psycho-oncologist/>)。学会ではその医師像を、「精神腫瘍医として、がん患者及びその家族の精神的な苦痛の軽減および療養生活の質の向上を目的とし、薬物療法のみならず、がんに関連する苦悩などに耳を傾ける等、専門的知識、技能、態度を用いて、誠意をもった診療に積極的にあたること」と明記している。

本制度を設ける最大の目的は、患者・家族に安心して紹介できる、つまりある程度臨床経験を有し、サイコオンコロジーの臨床に対して高いモチベーションを持つ精神腫瘍医を育成することと、その情報を一般市民に公開することであり、登録医の情報は、学会のホームページに掲載し、一般の人々や患者向けに情報が公開されている(<https://jpos-society.org/psycho-oncologist/doctor/>)。また厚生労働科学研究費補助金の研究班により、患者・家族や緩和ケアチームメン

3章 精神科救急医療

精神科救急医療体制の変遷と現在

はじめに

救急医療体制と地域医療体制

救急医療の対象は緊急度と重症度の高さによって特徴づけられる。それゆえ、その対応体制はいつでも遅滞なく発動できるよう、常に準備された即応型のセーフティネットでなければならず（即応性）、同時に高い専門性と総合診療力、そして一定の完結性が求められる。

救急医療の対象は突発する初発の急病や外傷ばかりではない。既存の健康問題があり、それが医療の管理下にある場合も含め、緊急度、重症度、あるいは担当医療機関（かかりつけ医）の事情や専門性などによっては、高次の医療施設による緊急的な介入が必要になることがある。したがって、地域の医療連携におけるバックアップ型のセーフティネット機能も、救急医療のひとつの役割である。

また、地域の医療体制においては、予防医学的観点として、緊急事態に至らないための対策や、危機を乗り越えた後の維持治療など、あらゆる医療サービスがそれぞれ包括的なケアの担い手となって救急医療体制への補完的役割を果たしているという認識も重要である。

地域の医療体制にとっては、時間を問わず即時介入できる仕組みとしての救急医療体制が存在することは大変に意義深い。しかしその一方で、救急医療のコンビニ化といわれるように、救急医療の利便性に基づく新たな混乱が社会間

題化している一面もある。救急医療体制には、高い対応力を有しつつ、緊急度の高いケースを高精度で選別し、正しく誘導する完成度の高いトリアージの仕組みも地域ごとに求められる。

以上のように救急医療体制は、地域の医療体制と連動するもの、あるいは一体のものとして理解する必要がある。

精神科領域での救急医療の応用

救急医療における一般的な特徴は、精神科領域の救急医療であってもほぼ例外なくあてはまる。対象の緊急度や重症度の高さを特徴とし、一定の総合診療力、完結性、精度の高いトリアージの仕組みが求められると同時に、精神科という専門性とそれにまつわる特殊性が加わる。地域の医療体制との連携が重要であることはいうまでもなく、後述の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」との連動が必要である。

「精神科救急」という用語は、救急医療の中で内科救急、外科救急などと並び、精神科という領域表現であると同時に、一般には精神科専門医療に特化して、メンタルケアを救急医療として緊急的に投入していく医療サービスを指している。精神科救急が精神医療に特化している理由は、その対象が比較的明確であることや、救急医療に限らずすべての医療体系において、精神科医療が特殊なものとして一般の医療領域とは別に所管され、医療施設そのものも別に整備・設置されていることが大きな要因である。

どのような医学領域においても、疾病の早期

3 章 精神科救急医療

精神科救急治療技術の変遷と現在

精神科救急・急性期薬物療法

一般的なガイドラインが包含できない 精神科救急・急性期薬物療法

急性の精神疾患，特に興奮を伴う疾患は，エビデンスのつくられにくい領域である．その典型である救急・急性期の現場で生じた臨床疑問に対して，その現場に則しかつ信頼に足る解答を見つけることは，意外に容易でない．現場で生じる疑問の多くは，理想的な治療経過をたどらない患者についてである．しかし，Minds法に代表されるような一般的な臨床ガイドラインは，臨床試験に対してインフォームド・コンセントを取得できる，いわば理想的な患者しか組み入れにくい二重盲検ランダム化比較試験（randomized controlled trial: RCT）の成果を基にしている．このようなRCTは，参加拒否，物質依存，自殺や反社会的行動，精神疾患あるいは身体疾患の併存のために当該疾患の80～90%の患者は除外されてしまうことがわかっている¹⁾．その狭き門を潜り抜けて登録された患者のうち，50～60%の患者が試験途中で脱落してしまう²⁾．つまり，二重盲検RCTに包含される患者は当該疾患の患者全体からみればごく一部で，その結果を当該疾患全体に一般化することはできない³⁾．したがって，そのようなRCTに基づく一般的なガイドラインの推奨内容は，現場で治療を試行錯誤するような状況については本質的には答えられない（図1）⁴⁾．それどころか机上論が現場を歪めるリスクを伴う．

日本精神科救急学会はこのような問題意識を

もちながら，1990年代までの先輩からの伝承による多剤併用・大量療法・副作用管理は錐体外路症状のみといった医療慣行に変わる，標準的な精神科救急治療技法をこの20年間追求してきた．具体的には，1996年から活動を始めた東京都立墨東病院の臨床研究グループを2007年にJapan Acute-phase Schizophrenia Trial (JAST) study groupとして発展させ，精神科救急・急性期の現場での臨床研究を継続的に実施して成果を蓄積してきた．精神科救急の薬物療法に関する研究グループにはブラジルのTREC Collaborative GroupとインドのTREC-India II Collaborative Groupがあるが，その成果発信は継続していない．本稿では，この20年間の精神科救急・急性期の薬物療法の進化を，JAST study groupによる成果と国際的な文献検討とを総合した日本精神科救急学会の「精神科救急医療ガイドライン」の改訂の歴史に沿って概説する．

医療慣行から安全性を第一とした 治療技法への転換

精神科救急医療は，少なくとも1990年代前半までは医療慣行の現場であった．しかし，1990年代中頃から医療訴訟の増加が顕著になるにつれ，ある程度標準的な精神科救急治療技法が求められるようになった．このような状況で東京都立墨東病院の臨床研究グループは，急性精神病状態における生理学的異常，非経口鎮静に伴う呼吸抑制，ハロペリドール（セレネース®）静注によるQT延長など安全面のエビデンスを構