

は、毒物・農薬の割合が男性で比較的多く、薬物服用の割合は女性に有意に多かった ($p < 0.01$)。また、高齢世代ほど薬物服用の割合が比較的低く、毒物・農薬の割合が高かった ($p < 0.01$)。自殺企図の動機を62.3%に認め、そのうち急性の動機が57.8%、対人関係の問題が59.8%を占めた。また、高齢世代ほど慢性の動機の割合が高かった ($p < 0.01$)。精神疾患を47.2%に認めた。入院中に当院精神科医の診察を受けたのは未遂者の37.8%、退院後に精神科治療を受けたのは39.0%に過ぎなかった。今後、精神科医を含めた医療従事者が自殺問題に積極的に取り組み、自殺予防システムを確立する必要がある。

II. 特別講演

精神科領域における救急医療

松浜病院精神科

内藤明彦先生

最近、精神科救急が精神医療の重点項目として取り上げられるようになった。精神科救急システムの確立は、精神障害者の社会復帰 (normalization) の促進と表裏一体をなしている。すなわち、病院から社会復帰した患者の病状が急激に悪化したり、再発した場合それに対応しうる救急システムがない限り、normalization の促進は逆に社会的混乱を招くことになる。

このような精神医療の流れの変化もあり、ようやく全国の各都道府県が精神科救急に取り組み始めた。

精神科救急は他診療科の救急医療とはかなり異なる側面を持っている。たとえば入院が必要な患者の場合、その入院形式は①措置入院 (公権力による強制入院) ②医療保護入院 (保護者の同意による強制入院) ③任意入院 (患者本人の同意による入院) のいずれかである。入院に当たっては患者の病状の程度、他人に危害を加える可能性の有無、患者の同意能力の有無や程度などを考慮して決定するので精神科救急の実際場面では正確な法律的判断が求められる。精神科救急を行うには「精神保健指定医」の資格を持つ精神科医を確保しておかなければならない。精神保健法では「精神障害者は精神科病室に入院させなければならない」と規定しているので、精神科病室を確保しておかなければ精神科救急は成り立たない。

既に精神科救急を実施している都道府県の救急システムを調べてみると、措置入院の救急システムとそれ以外

のソフトな患者の救急システムとを分け、いわば2本立て方式の救急システムを採用している自治体が多い。精神保健指定医と精神科病室の確保が精神科救急の基本である。

新潟県の救急システムをスタートさせ、これを整備するには1) 地域ブロック割をどうするか、2) 基幹病院制を採用するか、輪番病院制を採用するか、3) 精神科を持つ病院の機能分担をどうするか、など早急に協議し具体的な計画作りを行う必要がある。精神科救急について救急医学会からも側面的な援助をしていただきたい。

第33回新潟化学療法研究会

日時 平成6年7月2日 (土)
午後3時30分～6時00分
場所 ホテルイタリア軒

I. 一般演題 I

1) ペニシリン中等度耐性肺炎球菌

金子 陽子・吉田真理子 (厚生連中央総合)
加茂 綾子・田中 恵子 (病院検査科)

薬剤感受性検査においても微量液体希釈法が普及しドライパネルも多く使用されており、今回 S. pneumoniae の菌液調整基準濁度法においてドライパネルの有能性について検討した。1993年4月からの1年間における S. pneumoniae 368株の内、高度耐性株は6%、中等度耐性株は14%、全体としての耐性 S. pneumoniae は20%だった。MIC90で、PCGが0.5 $\mu\text{g/ml}$ 、ABPC 2 $\mu\text{g/ml}$ であり、CLDM、EMの耐性はそれぞれ25%、41%であり、薬剤感受性は他報告と同じであった。又耐性 S. pneumoniae をディスクで検出するには K-B ディスクの MIPIC が推奨されているが、阻止円直径 19mm 以下の時は感受性株が多くあるので注意を要すると考える。

2) 当院における最近6年間の黄色ブドウ球菌薬剤感受性の推移

松田 正史・鈴木 康稔 (水原郷病院内科)
関根 理 (同 検査科)
樋口 興三 (同 検査科)

当院で分離した最近6年間の黄色ブドウ球菌薬剤感受