

特 集

日本外来精神医療学会 第3回大会 開催

大会長講演

「外来精神医療の拡大で
入院医療がどう変わるか」—— 澤 温

教育講演①

「アメリカにおける心のサポート」—— 本間 玲子

教育講演②

「精神科“医院”のすすめ」—— 笠原 嘉

記念講演

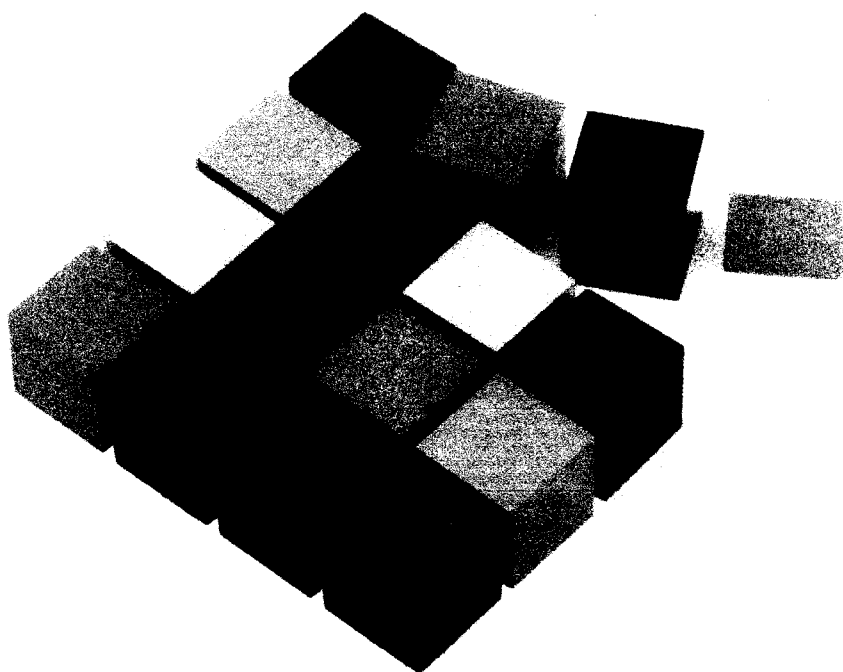
「生きること、死ぬことの大切さ」—— 渡辺 和子

日本外来精神医療学会誌

第3巻 第1号

2003

Vol.03/No.01



日本外来精神医療学会

The Japan Association of Ambulatory Psychiatric Service

日本外来精神医療学会 第3回大会

大会概要

開催日

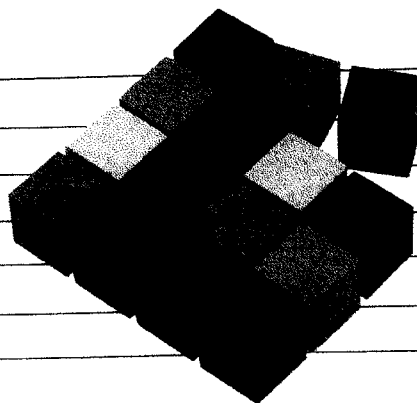
2003年 7月 19日(土)

20日(日)

9:00~18:00

会場

ホテルオオサカサンパレス (大阪・吹田市)



◆大会テーマ 外来治療の拡大による可能性と限界 —地域で支える新たなシステムの模索—

◆大会会長 澤 温 さわ病院

◆総合司会 古野 毅彦 さわ病院

◆開会挨拶 澤 温 さわ病院

◆理事長挨拶 榎本 稔 榎本クリニック

◆大会長講演 「外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか」
澤 温 さわ病院

◆教育講演① 「アメリカにおける心のサポート」—各職種の役割と連携の原状と問題点—
本間 玲子 サンフランシスコ衛生局

◆教育講演② 「精神科“医院”のすすめ」
笠原 嘉 桜クリニック・名古屋大学

◆記念講演 「生きること、死ぬことの大切さ」
渡辺 和子 ノートルダム清心学園

◆メインシンポジウム 「外来精神科医療に望む」
座 長 飯田紀彦 (関西大学)、國生拓子 (大阪大学)

シンポジスト

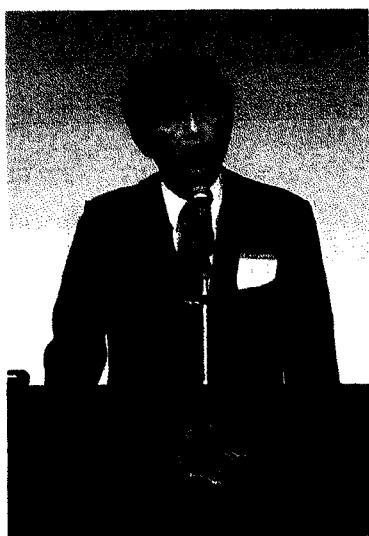
①山口博之 (NPO法人CIL豊中) : 「対策よりも支援を」

②大野素子 (大阪府精神障害者家族会連合会) : 「ユーザーの期待する外来精神医療」

③岡田邦夫 (大阪ガス株式会社健康開発センター) : 「企業におけるメンタルヘルスケア」

④鎌田穰 (京都ノートルダム女子大学) : 「外来精神医療において心理士にできること」

⑤渡辺洋一郎 (医療法人 渡辺クリニック) : 「外来精神医療に何が望まれるか」



大会長講演

「外来精神医療の拡大で 入院医療がどう変わるか」

澤 温 さわ病院

6月末に大阪で、本日ランチョンセミナーで話していただく熊本大学の北村先生に来ていただいてGAFの研修会をした。その時、症例を出してもらい、GAFのスコアの取り方とともに、入院の必要があるかどうかということをアンケート調査した。症例はアルコール中毒の方で、いろいろな症状があって、しかも自殺しようとしてショットガンを持ち出した。しかし弾薬をみつけないことができずに兄に助けを求めた。GAFとしては28～38で重い症状にあった。入院の必要性の答えは入院が43%、非入院が43%、わからない14%、真二つにわかれた。この時、入院の基準とはなんだろうと、考えさせられた。

もう一人実際に私のところで経験した症例であるが、89年に、当時48歳、現在62歳で、外来に家族が連れてきて非指定医が初診。8年前位から被害関係妄想で入院したりしていたが、来院した時には食べ物に毒が入っているといい、食べないので体重が5kg減った。病原菌がついていると言って、何でも捨ててしまう。非指定医が初診していろいろ妄想があるので、入院を勧めたが、拒否された。

そこで、指定医である私が呼ばれた。しかし、治療継続があれば入院するほどでないと考え、最初からデボというのは危険ではあったが、前にも抗精神病薬を飲んでおり、飲んでいた量もわかってい

たので、デボを射って、すぐに訪問看護を11月30日から出した。入院せず落ち着きしばらく続いていたが、4年後に短期入院したり、金沢がふるさとなので、帰って受診したり、入院したりしていたが、最後2000年の始めに入院した後、中断してしまった。

1年後に家族が来院し、訪問看護と一緒に往診した。その時やはりデボを射ち、その後、訪問看護が頻繁に行くことによって、再入院を防止している。今は、たまに訪問看護が行っても、空振りするが、被害、被害妄想もコントロールされている。家族が少し無関心だから、受容されているという形で、家族と一緒に同居している。私が行くのは注射を拒否した時、検査の時ぐらいで、あとは訪問がつないでいる。

今日のメインテーマは「外来医療の拡大による可能性と限界」、副題は最初「入院医療に替わる新たなシステムの模索」とし、結局それをやわらかく「地域で支える新たなシステムの模索」としたが、先にあげた例のように、言ってみれば当たり前のことであるが、外来医療を発展させるには、外来医療サービスに入院に替わるものを用意するべきであろうと考えたので、それについて話をさせてもらおうと思う。

入院の基準、クライテリアとは何かと考えると、任意入院を別にすると、医療保護入院は治療が必

要だが、理解が得られない、任意入院ができない、自傷他害ではないが、迷惑行為がある、あるいはどこに行ってしまうかわからないという場合が考えられる。しかし、その時に外来で入院に替わる医療があればいいのだが、それが不可能なのが困る、その場合、強制的な外来通院というものをどう考えるかという問題が出てくるわけである。

退院のクライテリアにおいても同じことで入院のクライテリアを裏返すだけとなる。

外来精神医療は、入院医療に対するものであるが、これは介護保険の中のサービスと同じように考えればどうかと思う。つまり介護保険には入所介護、通所介護、訪問介護があるが、入所介護は入院、通所介護は通院、訪問介護は訪問診療、往診、訪問看護と考えることができる。そうすると、外来精神医療は在宅医療そのものとみていいのではないと思われる。

療そのもので、一部の人が通院するし、一部の人は往診もしなければならぬと考えていいのではないかと思う。

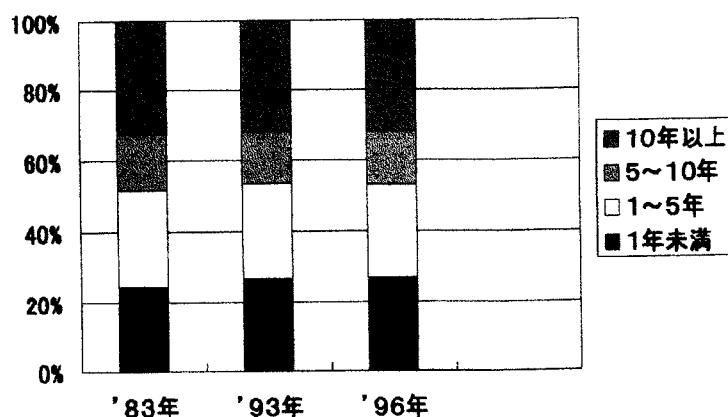
今日の対象になる方たちは精神保健医療福祉の中では、明日のたくさんのミニシンポジウムで話される内容とは違って、いわゆる狭義の精神障害者、つまり精神病をもった方たちの地域精神保健福祉の問題である。これが7万2千人という大問題になってきているのである。そこには早期発見、早期治療、継続治療と生活破綻へのケア、さらにリハビリテーション、社会復帰、就労支援が関係してくると思う。

昨年の12月24日に厚生労働省から出た、重点施策実施5ヵ年計画では7万2千人を退院させるとしている。その内の5年間で、居住施設として2万2千700人くらいを用意するとしているが、これは7万2千人の半分の3万6千人に満たない。前の障害者プランでも7年で3万人といていたが、用意したのは1万7千人強分ぐらい。病院数は93年をピークにして徐々に下がってきている。さらに病床数も93年をピークに下がってきているが、この場合の下がりのカーブはきつい。平均在院日数は徐々に下がっているが、まだ400日程度である。外来の患者さんは、96年は217万、99年が204万で少し差はあるが、約200万位だから、全人口の60人に1人の方は精神障害になっている。一生の間になる人はもっと多いことはご存知の通りである。

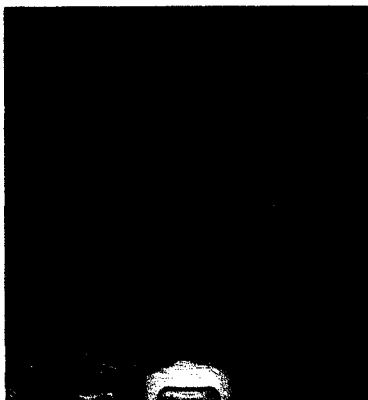
入院の患者さんは少しずつ減っているものの、図1に示すように、5年以上の入院の方は83年も、93年も、96年もずっと50%で、前の三嘴課長は、いろんな施策を組んでやったって、5年以上が50%ず

図1

図1 入院期間の推移



たまたま通院してくる方は、まさに外来そのものとみれるが、つまり入院していない方が外来精神医療だと考えたら、それは在宅医



っと続いているとはどうなっているんだいつも問題にしていた。

こういうのがどうやったら、縮まってくるのか。今までの診療報酬の中でいろんな制度ができてきた。まずデイケアが74年にできた。86年に訪問看護ができたが初めは月に2回しかなくて、その時、ナイトケアができて、さらに週2回に増えた。94年に週3回まで許されるようになり、訪問看護ステーションでもいけるようになったし、デイナイトケアもこの年できた。このようにいろんなものができるのと入院期間が少しずつ縮まるだろう。さらに95年に救急医療システムができた。医療的にはこういうものができて、入口をできるだけ遅くする、出口をできるだけ早くするという効果があったのだろうと思われる。

福祉的な部分だけ見てみても小規模作業所の助成が1987年にできた。退院促進として作業所に入院患者を連れて行くことで大阪がモデルになったが、しかしこれだけでは無理であろうと私は思う。

産施設ができた。92年になりグループホームが法制化された。入所授産施設が93年にできた。福祉工場が95年にできた。地域生活支援センターが96年にできた。福祉ホームBが99年にできた。2000年に小規模作業所が小規模授産に変わることのできる制度ができた。昨年からいろんな居宅介護のシステムができてきた。こういうものが揃ってくると、出口の方が非常早くなってくるだろう。

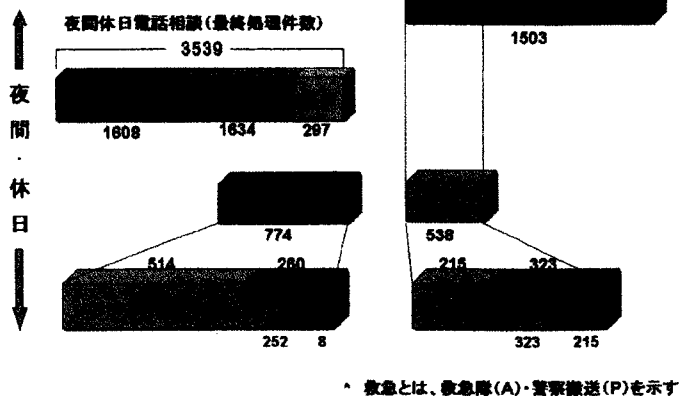
これから、私のところの例をあげさせてもらおうと、病院は全く住宅に囲まれてしまっているわけで、昭和28年にできた頃は池も田んぼもあって、7、8年前くらいまでは田んぼからケロケロ蛙の声も聞こえていたが、今は目の前には一般の医院があり、住宅に囲まれている。病院の中庭もすぐ横にある公道から見えるかたちで入院の患者さんたちも外来の患者さんたちもぶらぶらしたり、遊びまわったりしているところである。

入口としては、私のところでは救急に力を入れているつもりで、年間の患者さんが1,500人位で、その内約1/3の方が夜間・休日に入院してくる。その1.5倍の方は外来にこられるので、夜間・休日だけで1,300人の方に対応している。外来で来られる方は、自分で来られる、家族と一緒に来られる場合もあるが、警察や救急隊の搬送で来られる場合もある。入院に至る人はどうしても警察、救急隊が外来の場合より多いし、しかも警察の比率が高くなる。別に電話対応も夜間休日だけで3500件以上している。このように入院になってしまう方たちもいるが、外来だけで終わる方たちも多い(図2)。

図2

図2 さわ病院における全救急態勢の実態

'02年1月～12月



さらに88年の精神保健法施行時に生活訓練施設(当時は援護寮)や福祉ホームなどの入所施設、通所授

もう1つ、移動救急体制というのがある。外国ではmobile psychiatric emergency serviceというが、現場に行くことも結構多いわけである。現場に行くことで、病床なしでそこで治療をしようという考え方である。私のところでも88年以来毎晩指定医は当直をさせていて、95年から2人当直としたので1人は動くこともできるが、宿直勤務ということでは24時間動けるということまではしていない。それでも95年からは2人当直と同時に訪問看護ステーションも24時間体制にしたこともあり、かなり動きはよくなった。

がするようなシステムを考えている。

入院については、どうしても必要なら入院させるが、できれば入院させないように救急を組んでいる。できるだけ外来のサポートをしっかりとやることによって、事例化、問題化して入院に至るような症状にならないうちに対応することに努めているわけである。

精神障害者の地域生活には4つの要素が必要であるといつも主張している。住まう場、活動する場とプログラム、サポートする人々とその連携、地域の人々の理解と受容である。この4つが全部揃わないと地域での支援はできないと思っている。もちろん住まう場はご自分の家でもいいしグループホームでもいい、プログラムとしては日中どんな活動でもいい。とにかく日中起きて夜眠るという生活が保障される方が、ひいては食事さらに服薬を確実に思う。かなりアクティブに介入する必要がある人から、遠くから見守る人まで、さまざまなレベルの人を必要なだけ、それぞれの専門的な立場でサポートする人がきちんと情報交換できるということが大切である。一番難しいのが地域の人々の理解と受容と思っている。

さらに個々の人が地域生活を送るための日常能力として、私たちは91年にグループホームを始めた時から、栄養管理、経済管理、生活リズム管理、保清、治療管理、対人関係、この6つがどれ位できるのか、できなければ何で補うのかということを考えて、一人でも多くの方が地域生活を送れるようにしてきた。

途中からこの6つについてスケールを作り、「しやかいふつき」と称した(表1)。すなわち、「し」は社会的行動を表し、反社会的行動がな

図3

図3 さわ病院の往診の状況
(97年9月~02年12月)64ヶ月

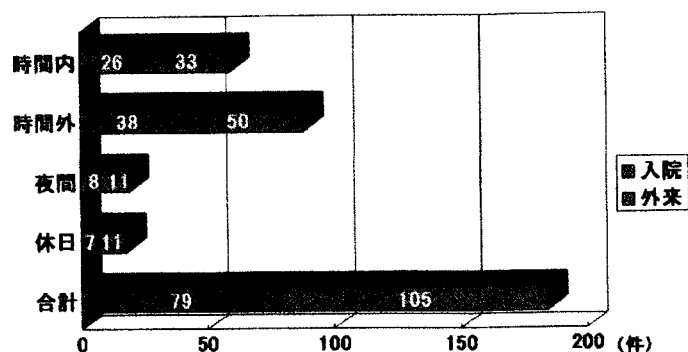


図3に示すように64ヶ月間で往診した方は184名であるが、どの時間帯をとっても外来医療だけで終わる方、つまり在宅医療だけで終わる方が多く、入院に至る方は各時間をみても少ない。トータルでも少ないことを示している。

入院されても環境的に違和感のない、「えっ！精神病院だ」という感じのないように心がけているが、特に隔離室はトイレと一緒に居室が一緒にならないような時間をできるだけ増やよう、症状の改善にともなって同じ部屋で扉を壁に変えることによってアメニティがあ

い、つまり迷惑行為がないあるいは、人を睨みつけるなどの非社会的行動がないことを意味する。これが前提条件としてOKの上で、あとの6つを考えた。つまり「や」はやりくりの「や」で経済管理を表し、「か」は活動の「か」で生活リズム管理を意味する。「い」は飲食の「い」で栄養管理を表す。「ふ」は服薬の「ふ」で、「つ」はつきあいの「つ」で対人関係を表し、会釈するぐらいでよく、睨み付けなければよしにする。「き」はきれいさの「き」で掃除、洗濯、入浴を表しているが、これも嫌がられない程度でよしとする。つまり入浴も2週間に1度でも臭くなければいいだろうと考えている。こういうことで皆さんを見守ってきている。これまで290回くらい、スタッフが2週間に1度集まってそれぞれの人にどの程度のサポートが必要かを今まで検討してきた。

工事中で撮れなかった。このように障害者の方がのんびりしているが、いつもお花があるのだろうかと思うくらいだ。ところが、2回目に行った時も本間先生に見たいと言ったが、コースにいらしてもらえなかった。私はきれいな写真を撮りたくてバスの運転手に住所を教えて行ってもらった。行ってみたら誰も住んでいなかった。前年に小火がでたからで、板が打ちつけてあった。実はこれはスプリンクラーがついていて止めていた。地域の人に迷惑をかけないように対策がとられている。しかし、日本ではまだ法制化されていないというのがある。

これは90年にバンクーバーに行った時に見たもので、これが共同住居なのかと思った。次ののもっとびっくりしたもので、家具のショールームではないかというくらいだが、ここにもスプリンクラーがついている。これを見て私たちはまねたのだ。

次のは日本のもので、見るとガックリくるが、私の病院の前にあるグループホームである。その前は職員2家族が住んでいた。いずれ駐車場にと思ったが、病院の目の前だから高齢の方が住みやすいということで、一方の扉を閉じてこちらからの入口にし、階段はスロープにし、2軒をぶち抜いてトイレ、お風呂を広くした。これはむき出しのスプリンクラーだが、しかし安全を確保している。私が枕を高くして眠れるのはこれのおかげである。

次はグループホームのために建てたものだが、近隣でいっぺんに反対運動にあった。先ほどの地域の人の理解と受容が関わる。

これはバリアフリーで一生ここに住めて、ここで亡くなることも

表1

表1 “しゃかいふつき”の構成

- ・ し:しゃかい的行動(非社会的行動と反社会的行動を意味し、「つ」とあわせる)
- ・ や:やりくりを意味する経済管理
- ・ か:かつどうを意味する生活リズム管理
- ・ い:いんしよくを意味する栄養管理
- ・ ふ:ふくやくを意味する治療管理
- ・ つ:つきあいを意味する対人関係
- ・ き:きれいさを意味する保清(掃除、洗濯、入浴)

ここからは、いくつか画像で示す。まず先ほどの4つのうちの住まう場について。これは講演をしていただく本間先生に戴いたスライドで、シャトーアガペーというケアつきアパートで、ボード・アンド・ケアホームといって、ご夫婦で20人くらいの人を見守っている家である。これはきれいに撮れているが、私は最初に行った時が



できるよう考えて作った。左が女性用、右が男性用の住まいで、2軒のグループホームとして登録している。こちらはスプリンクラーを埋め込んでいるので見た目も悪くない。なかなか建てるというのはたいへんなことである。資金的にもたいへんなのであるし、地域の人に造ると言うとも3時間も取り囲まれた。

これは看護師が住んでいたアパートで、病院から200m位離れたところにある。ある時これ以上地域でグループホームが広がらなかった。売ってくれたり、貸してくれたりするのは、現在のグループホームの側の人だけ。あんなのとこのグループホームのために家の値段が下がったからあんな人が買うべきだという。これは地域化にならないので断った。その後単身者のマンションをつくった人がいたので、看護師にそちらに出てもらい、ケアつきのアパートにした。名前はそのまま芝蘭荘にした。これが新しい囲い込みにならないかがまた問題である。

次に活動する場とプログラムである。

イタリアに行った時のもので、障害者と健常者が一緒に洗濯工場で働いてリネンをしていた。当時、私はどの人が障害者でどの人が健常者かとスタッフにアホなことを聞いたら、スタッフはしらんと答えた。これがノーマライゼーションである。

次はサンフランシスコへ見学に行った時のもので、ケータリングサービスをしているところである。さりげなく入って行って、アメリカ人の行儀が悪いとは言わないうが、買って持って出て食べながら歩く。そういう形で地域の中に溶け込んでいて、いかにも、私た

ちはがんばっているから買ってちょうだい、という惨めさが無い。明るいのがいい。

ソーシャルワーカーが食養課で何人かのパートを必要とする時に、人数よりも多くの障害者の人が入って、スタッフがついて、JOBコーチ、援助つき雇用という形でやった時期もある。現在は対象がいないので、中断している。

パン工場で、障害者もスタッフもいるし、もともと障害者でスタッフになった人もいる。それがどの人かわからない。それがいいことだと思う。

印刷工場で、場所は途中で変わったが、この抄録集の印刷もこの印刷工場で作った。

ある学校の数学の先生だった方が、自分の水準に対してプライドをもってもらおうと少し難しいことをしてもらっている。

新たな活動をする場として、支えられる人が支える人へというプログラムを始めました。セルフエスティームの向上というプログラムです。自分が面倒を見てもう立場から面倒を見る立場へ変えるプログラムです。たとえば、高齢者の食事宅配サービス、老人デイケアでボランティアをする、その他にヘルパー研修を私たちの病院が引き受けているので、当事者の人にはできるだけ2級ヘルパーをとるように薦めている。それは将来ヘルパーにどんなことをしてもらいたいかを勉強すると同時に、自分でもセルフケアができる、できたら人のお世話ができる、せめて自分の親をみれるなど支える人になれたらと考えるからだ。

お弁当は、病院は食事を作るのが得意なところだから、キザミでも、高血圧食でも、糖尿食でもできるわけである。漏れないような

お弁当箱を購入しやっている。運転については精神障害は絶対的欠格条項がはずれたが、今でも自転車で行っているのは、今日も製薬会社の方がいるかもしれないが、薬には自転車や、危険な機械を使わないことと書いてあるため、なかなか病院で雇用している人に、自転車や車を運転させられにくいということがある。これをはずしていただくといいのだが、なかなかはずしてもらえない、そのため病院もはずせないという辛いところにある。

支える人との連携とは、訪問看護の力というのはすごい。ミラーイメージメソッドと言って、訪問看護を開始してから3年間して調査、2年間して調査するなど、いろんな方がいるが、3年間の方は3年間戻る、2年の方は2年間戻る。そして訪問看護をしていなかった期間の入院回数、入院期間で、してからの後の入院回数、入院期間を割ると、1以下であれば入院を阻止した、入院日数を縮めたことになる。

っては15%~30%まで下げることができる(図4)。

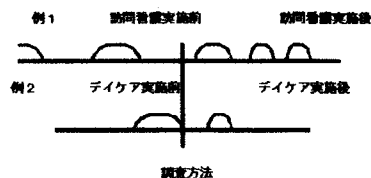
訪問看護について87年~95年まで調査したことがあり、一人当たりの訪問回数というのは、患者さん1人あたり月に3回~4回行っている。週に1回位になるが、看護師1人あたりの訪問回数は1日4件ぐらい行ってもらったらい。月間にしたら70~80回。これだとシステムとして組めて今の診療報酬でもやっていける(表2)。月1回から月何回までの人まで書いてあるが、年数が経つにしたがって、回数を多く必要とする人まで出てきている。ここまできると結構重い人までみることができることを示している。

最後に難しいのが地域の理解と受容である。これはある沖縄の病院長にインフォームドコンセントを得て、スライドでいただいたものだが、こういう事まで書かれて近所で立て看板を出される。そこで働いている看護師が、反対者と同じ地域におられると、病院をやめなくなる。この地域の啓発活動については、今度の厚生労働省の方針の中に入っているが、本当にするのか、テレビの局を買取ってでもやらなければならないかと思う。地域の人には反対するよりわからないから不安なので、これに対して病院だけではなくて、診療所の先生方も含めて心のケアに携わる方皆さんで、障害とはこうだということを説明するだけではなくて、障害者の人に出会って接するチャンスが多くあるのがもともいい。

私たちはもっと単純なことをやっている。病院の中に地域の人を呼び込もうと、来ざるを得ない状況を作ろうとした。例えばタクシー会社から病院の近くにステーシ

図4

図4 訪問看護とデイケアの社会復帰への効果



デイケアか訪問看護を実施する前に入院のあった患者について、退院後デイケアか訪問看護を実施した期間(2ヶ月以内の空白は連続と見なした)と同じ期間を実施前に遡って、実施前後の入院期間合計、入院回数、1回当たりの入院期間を算出、各人の入院期間合計、入院回数あるいは1回当たりの入院期間について実施前の値に対する実施後の値を比で出し平均値と標準誤差を求めた(但し実施後入院のなかった患者については1回当たりの入院期間を0日とした)。

調査結果

	件数	入院日数比	入院回数	入院日数/回
デイケア	128	0.67±0.19*	0.55±0.08**	0.48±0.13**
訪問看護	113	0.17±0.06**	0.32±0.06**	0.14±0.04**

*p<0.05 **p<0.01 Mean±SEM

デイケアでも50%~60%下げることができるが、訪問看護に至

ョンを置いてタクシーの看板を立てたいと話があった時に、どうぞということで玄関の近くにタクシーが常駐する。近所の方がここでタクシーを使ってくれる。タクシーを待っている間、たまたま佇んでいる障害者の方がいて、あんな人たちが障害者なんだな、と自然な接触ができる。

また、10年がかりで銀行のATM機を設置した。今はコンビニに入っているが、ここに来なければサービスを受けられない。ここでは振込みもできる。子供さんを連れて来られた方は、子供さんを遊ばせながら振り込んでおられる。子供さんがチョロチョロ遊ぶのでそこにいる障害者の人が遊んであげる。普通は場所代をもらえるが、こちらが払っても置いてほしいとお願いした。これは成功したと思っている。患者さんの小遣い管理も自分でできるだけできるということでも非常に便利になった。

域の人々の理解と受容に関わる毎年毎年どんなことをやって来たかということが書いてあるが、一つひとつを説明している時間はない。86年位からそういうものを組んできて、これらは私が考えてきたのではなくて、患者さん自身がこんなものがあつたらいいな、あんなものがあつたらいいなというものを実現させてきた。

このことによって、外来数が増えてきている、入院してくる患者さんも増えてくる、長期の人はグループホームに出して、デイケアでこれだけの人をみればいい。訪問看護の数は途中で、在宅ケア室と称した精神科訪問看護と訪問看護ステーションとに分けているが、このような動きで病床数がこう減ってきている、平均在院日数が110日ぐらい。このあたりでプラトーに達しているのが現状である。90年から2000年の10年間で見ると、外来数の伸びを入れてベッド数をみると、半分以下位のベッド数に相対的にまで減ってきている。

先ほどの三背さんが50%の入院患者がずっと5年以上だという例であるが、私の病院ではこれは絶対数であるが、82年から2001年でだんだん入院してくる人の人数が減っている。三背さんのいうように最初は5年以上の人が55%ほどあったが、現状は20%以下に減っている(図5)。

明日、西尾先生がATCの話をして戴ける。

ATC-Jといって、国立精神神経センターで出されている1つのトリアルである。

主診断が精神分裂病、心因反応、感情障害などで、さらに普段の生活の様子に一定の条件があり、問題行動でも一定の条件のうち3つ以上ある人が対象である。スタッ

表2

表2 1ヶ月当たりの訪問看護回数
数の変化(各年11月度比較)

月間訪問回数/対象1人	1987年	1988年	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年	1995年**
1回(名)		5	12	16	13	23	26	30	29
2回(名)		5	12	23	32	30	33	36	47
3回(名)	1	10	10	31	17	54	43	34	47
4回(名)	2	3	12	5	39	34	39	50	41
5回(名)		3	12	1	11	9	9	25	30
6回(名)			0		1	2	1	7	15
7回(名)			1		4	7	7	5	14
8回(名)			1		4	13	3	3	16
9回(名)					7	2	10	14	3
10回(名)								2	1
11回(名)								1	3
12回(名)								1	1
13回(名)								2	1
訪問対象者合計数	3	26	60	76	128	175	172	210	250
総訪問回数	11	72	189	180	468	617	593	825	997
実働訪問看護者数		1	2	3	3	4	5	7	10
1日当たりの訪問合計数*	0.5	3.273	8.591	8.182	21.27	28.05	26.35	37.5	45.32
対象1人当たり訪問回数	3.667	2.769	3.15	2.368	3.656	3.526	3.448	3.929	3.988
看護者1人当たり受持患者数		26	30	25.33	42.67	43.75	34.4	30	25
看護者1人当たり月間訪問回数		72	94.5	60	156	154.3	118.6	117.3	99.7
看護者1人当たり1日訪問回数		3.273	4.295	2.727	7.091	7.011	5.391	5.357	4.532

これは、先ほどの“しやかいいつき”に関わることで、4つの住まい場、活動する場とプログラム、サポートする人々とその連携、地

フは13名となっているが、患者さん100名を対象にする。しかしドクターは2名で2週に1回、精神科医が訪問するとある。計算すると1日に会うのが5人や6人ではない。こんな事ができるのかと思うが、これに皆さん燃えておられる。過去の訪問看護、往診について総括しないで、これだけ飛びついてはどうなのだろうか。最初は興味を持っていてもすぐにバーンアウトしてやめてしまう人が出てこないか。新潟の先生はそれはそれで若い時に勉強してもらえればいいと言われているが、それでは継続ができないのではないと思う。

床だ、町中開放病棟だ。こんな考え方を皆さんはどう思われるか。

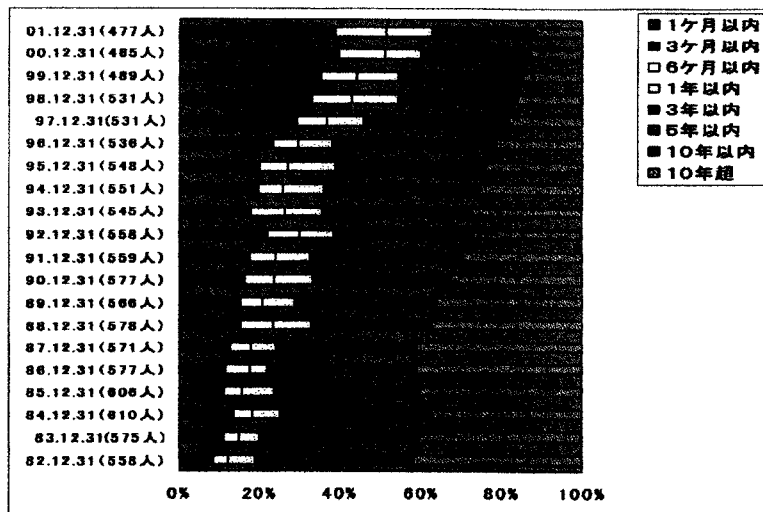
最後の町中開放病棟、これと言ったのは実は本間先生の司会をして下さる大阪精神病院協会会長の関山先生で、先生がサンフランシスコの精神医療事情を見てこられて、「澤君なあ、サンフランシスコは町中開放病棟やで」と言われた。すごい表現だと思ったが、地域で高齢者の人が痴呆になっても、在宅で、ケアを受けながら、あるいは治療を受けながら、ずっと生活できるのであれば、病院を特別扱いするのではなくて地域の中全体が、病院の機能を持たせるべきだといえるのではないかな。家庭の中のベッドが病床で、状態がよくなれば病床でなくなるんだ。そう考えるのはどうか。ただ、これと言うと精神科病院が囲い込んでいると言われるかもしれない、日精協がまたこんなことをやるのかと言われる。これも議論していただきたい。

しかし、今の時代だから選べるほど資源があればそうならないだろうと、日精協がいつもいうことである。多くの社会復帰施設はまだ日精協の傘下の病院で作っているところが多い。当事者が選べるだけのサポートがあればそうならないだろうと。精神科病院が囲い込もうと思ったって、患者さんに選んでもらえなかったらしかたがない。しぶしぶ今までのつながりでそうになっているだけで、まさか精神科の病院で今から出さないぞということは許されなくなってきた。しかし病床転換、これは資源の有効活用の方から必要という考え方がある。

この前の日精協の学会でも名古屋の方が、公道に面した病院を閉鎖して一種のケアつきアパートにして、そこに生活支援センターをおいて、ソーシャルワーカーをお

図5

図5 さわ病院在院患者の在院日数別の年次推移(%)



急性期治療に関する看護者比だが、先進諸外国では、日本の4倍配置されている。イギリス、アメリカ、その他においても結構高い。ドイツは割とケチなのかうまいことやっている、イタリアもケチなところがある。それでも2倍ある。ここからは刺激的な言葉を言って、明日の議論に役立ててもらおうと思う。

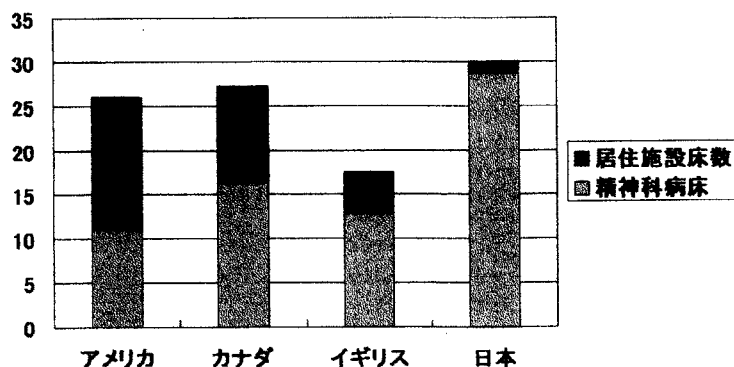
地域精神保健医療福祉推進のキーワードは、地域は病院だ、家庭は病

いてやっておられた。「囲い込みといわれないためには何に気をつけているか」との質問をしたら「病院くささ、施設面だけではなく、いろんな規則、対応の仕方、言葉のかけ方、一つひとつが病院のような対応ではだめだ、そうでないとやっぱり囲い込みと言われる」といわれた。そういうことがありうるのかということを皆さんで議論していただきたい。

図6

図6 外国における精神科病床と居住施設入居者数
— 浅井の法則 —

床／人口万



私が尊敬している千葉の浅井病院の浅井先生が考えられた、浅井の法則と呼ばせてもらっているが、イギリスは少し違うようだが、アメリカ、カナダ、日本はよく似ている。精神科病床と居住施設のベッド数について、人口万対でトータルではあまり変わらない(図6)。日本はあまりにも居住施設のベッドが少ない、だから選べるものがない。精神科病院しか行くところがないのが非常に悲しい。今月22日に社会復帰施設協会などが、厚生労働省が7万2千人も退院させるというのに予算をガーンと減らしたことに対して、一体予算を減らすとはどういうことかという集会を開く。これに対して精神保健に関わる人は目が離せない。是

非、皆さんも応援したり注目してほしい。このように選べるものがあったらいいが、アメリカではNPOがやっていて、選ばれなければ翌年から落とされる、そういう制度があればいいと思う。

これはイタリアに行った時のもので、イタリアフローレンスの精神病院だが、病院の建物をそのまま残してギャラリーにしている。あるいはそのままアパートにしている。これは病院のままのベッドではなく、横にシャワーがついて、トイレもついて、個室になっている。共有の場も持っている。建物だけは使っていて、アパートになっている。これからはこのようなことも考えられる。これが囲い込みと言われない条件は、私たち自身が考えなければならない。

これから私たちの病院と称するところも競争の時代で、いい意味でのライバルは病院同士であり、診療所であるかもしれない。それは選ばれるものとしてならなければならない。病院という機能は、以前は外来と入院ベッドだけだった。この精神医療のみから次第に地域精神保健福祉まで私たちはやってきている、さらに高齢福祉との関係を充足させる。先ほどのお弁当運びも精神福祉と高齢福祉とを繋いでいくものであると思っている。

one stop shopコンビニのような私たちは病院機能を目指すべきではないかと考えている。最後に過激なことを言いましたが、この学会を通じてこのような考え方がどうなんだろうという議論を載きたい。

ご清聴ありがとうございました。