

地域精神医療と精神科病院

—地域に開かれた精神科病院

Community psychiatry and psychiatric hospitals – Psychiatric hospitals open to the community

医療法人北斗会さわ病院院長

澤 温

Yutaka Sawa

要約

精神科病院が地域に開けないというのは、病院側、地域側、患者や家族側それぞれの思惑があって開かれていないが、これを筆者はかつて「ないない5重奏」「ないない6重奏」といっており、この6要素について述べた。このような要素に阻まれていては自然に開かれる以上の積極的な働きかけ、拡張した門戸を準備しなければ地域へ開かれた状態にはなりえない。この例として1953年に創立し、1986年頃から地域化、外来化に力を入れると同時に救急医療にも力を注いできたさわ病院の歴史と現在の状況について述べた。

病院が地域に開くのみでなく、精神医療自体が地域に開かれ、精神病症状があれば入院治療にもっていく前にまず外来でどこまで診れるかについてももっと模索すべきで、急性精神病であれば即入院ではなく、地域で治療が完結しえるのだという印象を与えることが大切である。この例として、最近経験した精神保健福祉法34条申請例を入院させず、訪問看護と往診で支え、地域から遊離させず治療した例について述べ、34条には地域精神保健はあるが地域精神医療はないと筆者がかねてからいってきたことを立証した。

Key words

地域精神医療，訪問看護，アウトリーチサービス，チーム治療，移送(法34条)

はじめに

地域に開かれた精神科病院ということを考えるとき、特に精神科が地域に開けないというのは、病院側、地域側、患者や家族側それぞれの思惑があって開かれていないのだろう。ここではそのような地域に開けない精

神科病院の実情から、なぜ開いた方がいいのかについてさわ病院を例にして述べる。さらに、開かれた精神科病院のあり方において、地域の人々が病院にアクセスするのみでなく、病院あるいは精神医療が地域にアクセスすることの大切さを事例を通して論じたい。

1 開かれない精神科病院の実情

前述のように地域に精神科病院が開かれないというのは、病院側、地域側、患者や家族側それぞれの思惑があって開かれていないのだが、それは過去の結核、ハンセン病と同じように、できれば素通りしたいという思い、できれば知られたくないという思いと重なるものである。法も行政も施設運営者もそれをいいことに劣悪な環境でも平気でいて、それにクレームが出ない状況が続いてきたのである。これを筆者はかつて「ないない5重奏」「ないない6重奏」といつてきた。家族も周囲の人も出てほしくない、本人も当初は出たくても長くいると出にくくなり、まして最近のようにアメニティの高い療養病棟ができると出たくなり、医師も経営者も法定の病棟だから何も後ろめたさを感じない。そしてこれらの5者がハーモニーをつくるのである¹⁾。こうして地域から隔絶されることが、時には精神科病院パラダイス論まで出てまかり通ってきた。行政は、諸外国が精神科病院の地域化、脱施設化を叫んでいる建前はわかって、経済的には日本の入院医療費は先進諸外国の1/3~1/5であるため「安いが一番」と手も出してこなかった。ここで6重奏ができあがるのである。一方、先進諸外国はというと、入院医療費が高く、しかも入院が長期にわたる多数の患者がいるという理由で、本音では少しでも経済的負担を減らしたいと考え脱施設化を図ったといわれている。こうして先進諸外国から30年ほど遅れてようやく1993年をピークに日本はベッド数が減ってきた。

2 なぜ精神科病院を地域に開くのか

この答えは簡単である。それが当たり前だからである。いわゆるノーマライゼーションのことである。これが進まない理由は、先の6重奏である。特に精神療養病棟は最近個室化、ユニット化が行われ、冷暖房完備でアメニティはぐっとよくなっている。建て替えた病院側は患者に長くいてもらって借金を返そうとするから、無理にとどめようとはしなくても、無理してまで出そうとするイ

ンセンティブはますますなくなる。これを押し出していくには、本来は国民から「どうしてこのままにしておくのか」「このままではかわいそうではないか」という声がかかるのを期待したいが、国民もハーモニーの1つであるため期待できない。当事者の「このままではいやだ」という声も期待したいが、これもハーモニーの1つに消え去ってしまっている。最後の手段はスキャンダルと外圧である。情けない話だが、1987年の精神衛生法の改正もこれによった。

クラーク勧告にあるように、日本では国民は比較的やさしいため、特に精神障害者をいじめるということはありませんでした。そのような状況であるが、それでも精神障害者と出会うことが少ないため理解が乏しく、会えば恐怖や不安を抱き、どうしてもそばにいてほしくないという感覚になるようである。

障害者が健常者と同じように生活できるだけでなく、精神障害者に限らずあらゆる障害者、高齢者を含めた弱者が共に生活できる社会がノーマルだという理念がいきわたることこそノーマライゼーションである。しかし前述のような背景のもとでは、精神科病院は雰囲気づくりくらいで自然に開かれる以上の積極的な働きかけ、拡張した門戸を準備しなければ、地域へ開かれた状態にはなりえない。さらに、病院が地域に開くのみでなく精神医療自体が地域に開かれ、精神病症状があれば入院治療にもっていく前にまず外来でどこまで診れるかについても模索すべきである。急性精神病になっても即入院ではなく、地域で治療が完結しえるのだという印象を与えることが大切である。この例についても述べる。

3 さわ病院での地域への働きかけ

さわ病院では1987年、精神保健法施行直前にまずデイケア、訪問看護から社会復帰への積極的活動が始まり、同時に地域への働きかけも始まった。

1987年に大熊一夫氏の呼びかけで、筆者が十数人の精神保健従事者と一緒にイタリアとデンマークの精神医療の視察を行ったのを皮切りに、1989年には看護職員1人を半年間、イギリスのリッチモンドフェローシップに送り、またイギリス、イタリアには40人ほど送った。翌1990

年にはサンフランシスコとバンクーバーにも看護職員を送った。

このような研修を通じて、精神医療の地域化、脱施設化には次の4つの要因が必要であると考えた。①住まう場、②日中活動する場、③サポートする人々とその連携、④地域の人々の理解と受容である。

この考えに立って1991年からグループホームを次々とつくり、地域での訪問看護やデイケアで精神障害者をサポートし、地域生活を支援した。ここでは訪問看護師が地域から吸い上げる苦情、不安、要望には迅速に対応するようにした。またグループホームができたときから、関係職員が2週に一度ずつ集まり、入居判定と入居者についての情報の共有を行った。ここでも地域の問題はリストされた。グループホームが10軒になったときから、地域の人々との懇談会を3ヵ月に一度開催している(後に地域の人々からの要望で4ヵ月に一度になっている)。

さらに1986年から職員の週休2日制と連動して、月1回の日曜日を職員と患者および家族との交流の場としてさまざまな行事を開いてきたが、その後、講演会、演芸会や東洋を中心とした外国の人々の参加を求めたワールドフェスティバル、文化祭、餅つき大会、クリスマスガーデンコンサートなどにおいて、地域の人々にフリーチケットを配り患者との自然な接触を求めたり、舞台への参加を求めた。中には集団で拒否的な地域もあるが、概して好意的である。特に地域の社会福祉協議会の人々は高齢者問題への関心ももって参加してくれている。この高齢者問題は特に接点をもちやすい部分であり、接触戦略を立てるのに最も重要であると考えた。精神障害は自分や家族にあまり関係ないと思っても、高齢者問題は痴呆を含めていつ自分に降りかかるかもしれないという意識があるからである。さわ病院では在宅介護支援センターや介護保険関係の居宅介護支援事業、指定居宅サービス提供事業(訪問診療、訪問リハビリテーション、療養管理指導、薬剤管理指導、栄養管理指導、訪問介護、福祉器具センター)、介護保険の横だしサービスといわれる食事宅配サービスなども行っている。また、敬老の日の集いでは介護用品の展示即売から、筆者も参加しての介護保険サービスに関わる寸劇の披露、病院付属の看護学校の実習室を利用して行う社会福祉協議会と共同での介護実習、地域のco・opに協力するというかたちの

ヘルパー研修などを実施している。

横だしサービスの食事宅配サービスは、通院患者を就労支援として雇用し、弁当を地域へ配達している。これは患者の生活支援のみでなく、患者が支えられていた立場から支える立場への変換によるセルフエスティームの向上、地域の人々の偏見の除去、そして高齢者の見守り(もし空の弁当箱が出ていなければ高齢者に何かが起こっているということになる)のためである。

そのほか、地域の人々の偏見除去のために、なんとか病院へ入ってきて患者と接触体験をもってもらいたいとの考えで、タクシー会社がタクシー乗り場をつくらせてくれとやってきたときにはすぐに受け入れた。また10年かかって大手銀行のATMの設置をしてもらった。これは患者の小遣い自己管理や職員の便利のみでなく、地域の人々がたとえば子供連れできて振込みをしている間、周囲にいる患者が自然に子供と接触したりあやしたりするのを期待してのことである。

このようにして少しずつ理解者は増えている。しかし、これも患者が地域の人々に迷惑や恐怖、強い不安を与えると一気に後退する。まれに近くのマンションや高層住宅から患者が落下すると地域の人々の不安は一気に高まる。このときは地域相談係がすぐ動き、地域の理事会の要望に応える。1年前にあった事件において地域の子供たちに不安を与えたことから、精神保健福祉士を地域メンタル支援員として配置して見回りや相談に当たっている。これは以前、地域の高層住宅からの落下事故にあたって警備員の配置を要求されてから団地の中に警備員を配置しているが、次々と配置して患者が「見守りの対象」から「管理の対象」となるのを恐れたからである。また、地域でなにか病院や患者に関わる事故があったときに使用できるフリーダイヤルを地域の人々にお知らせしている。

このようにして徐々に地域に開き、地域からも開かれた病院ともとられるようになったが、それでも2001年9月に開設された大阪府ではじめての福祉工場をつくるにあたっては、ちょうど池田小学校事件の直後であっただけに、工場が病院からわずか500mしか離れていないにもかかわらず猛烈な反対にあい、実際の開店は3ヵ月後となった。

4 地域での治療の完結(アウトリーチサービス)

アウトリーチサービスの原点は赤ひげを引用するまでもなく往診であろう。精神科領域では往診というと出迎え入院という悪いイメージがあったことから、特に病院からの往診はほとんどされていない。一部の熱心な診療所の医師が行っている程度であろう。それに比して精神科訪問看護はそれなりに経済的にも成り立つことから、往診に比べれば精神科医療機関を中心に行われている。いずれにしても精神障害、特に精神病領域では「病識欠如」が1つの特徴といわれるだけに、治療を継続させ、再発、再入院に至らせないためにはこのアウトリーチサービスはきわめて重要といっている。

精神科訪問看護の効果の詳細については以前に述べたので参照されたい²⁾。要約すると、訪問看護で入院日数の合計は訪問看護前に比して17%減少し、1回あたりの入院日数は14%減少した。また入院回数は32%減少した。訪問看護のみでなくデイケアでも入院日数の合計、1回あたりの入院日数、入院回数はそれぞれ67%、48%、55%の減少であった。アウトリーチサービスとしては往診が大切で、さわ病院では図1に示したように1997年9月から2003年12月までの76ヵ月の間に238回の往診をしている。しかし時間内、時間外、夜間、休日のいずれの時間帯をみても、入院より外来で終わるものが多いことがわかる。

2000年4月の精神保健福祉法の改正で移送条項(法34

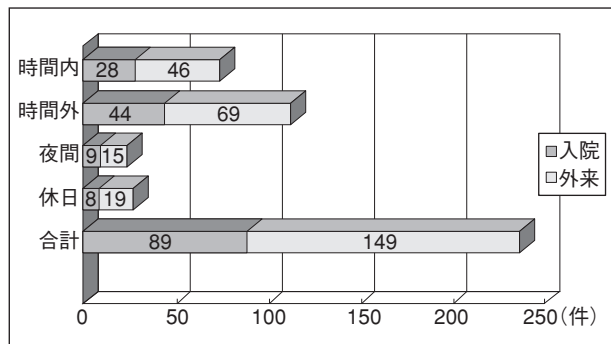


図1. さわ病院の往診の状況
1997年9月～2003年12月(76ヵ月)

条)が誕生した。この詳細と論点はすでに論じたので参照されたい^{3)~5)}。最も大事なはこの移送手順において、事前調査が必要とされているが、地域精神保健活動はあっても地域精神医療サービスを提供しようという動きはないということである。大阪では2000年4月から2004年1月末までで、大阪府13例、大阪市23例の移送診察があり、大阪府は13例全例、大阪市は22例が入院となった。さわ病院には大阪府4例、大阪市は3例の入院となっている。大阪市ではこれから述べる1例のみが移送診察依頼があったものの外来治療で終えることができた。

筆者はこれまで大阪府あるいは大阪市からさわ病院に移送のための診察依頼のあった8例のうち、4例の移送のための診察を行った。必ず訪問看護師を同伴して入院させずに治療を導入し、さらに治療を地域で継続させられないかと試みてきた。過去3例はやむなく入院になったが、つい最近の症例で入院させずに往診と訪問看護で治療を継続できた症例があったのでそれを紹介する。

1. 症例(K.Y.氏 56歳 男性)

主訴: 夜間大声を出し、近所からも苦情が出ている。

現病歴: 兄弟は2人で、弟は知的障害があるが自宅にいる。大学卒業後就職したが退職し、自宅に引きこもっている。精神科受診歴はなく、34～35年前から夜間大声を出し、近所からの苦情もあった。2003年3月に母が死亡し、経済的には継父が援助していた。買い物には弟が行き、本人が作っていた。継父も高齢であったため保健所に相談があり、同年12月10日訪問し要治療と診断された。入院治療が必要でないかと保健師同伴で継父が2004年1月19日に来院。継父にも「近所が盗聴している。犯罪だ」といい、生活が昼夜逆転しているとのことであった。こころの健康センターは、患者は精神科受診がはじめてとなるので34条で入院した方がいいと申請を受理し、1月28日移送診察となった。

現在症: 突然の訪問に驚きと怒りを示したが、清拭しているためかそれなりに保清は保たれていた。話しかけると「近所が覗きと盗聴をしている。それを先に止めろ」という。なんとか説得し、薬を飲まなければ入院ということもかけ引きにして服薬を納得させた。

初回、抗精神病薬を2錠服用させ、今後1週間訪問看護師が毎日1錠服用させにくることを約束した。

1月29日 訪問看護で、「身体がだるい。眠くなった。副作用だからもう薬は飲まない。責任とれるのか、証明しろ。今すぐ証明しろ。副作用の説明はなかった」と話す。本日分の1錠は服薬した。

1月30日 訪問時、部屋に入ることに抵抗はなく、穏やかな対応であった。身体は少しだるいといいながらも、昨日のような拒否的な言葉はなく、すぐに服薬した。

1月31日 訪問時、「身体のだるさはましになった。薬を飲む前と比べたら、気分的に少し楽になったかなという感じ。寝る時間は、午前2時から4時頃。起きるのは、12時までには起きる。覗き、盗聴は続いている。今、大きな声を出したりしていない。よくなっているから一週間薬を飲んだらいい。よくなっていることを先生にいって」と本人が話す。「毎日くるのは大変やろ。明日の分の薬はちゃんと飲むから預かっておく」というため、翌日(休日)の分の薬を渡した。弟からの情報でも「夜中にブツブツいったりしているが大きな声を出すことは今はない。薬を飲むようになって、少しましになったかなと感じる」とのことであった。

2月2日 訪問時、継父・弟・相談員が主治医と面談をした。入院を強く希望していた継父は、本人が薬を飲むようになり、弟やおばたちが入院を拒否していることで在宅に同意する方向に変わった。薬を飲むことで大声を出さなくなったことが、患者を受け入れる状況へと変えていった。

2月4日 訪問時、医師も往診。本人は布団の中で寝ていた。来訪時は必ず弟が2階から降りてきて対応する。今後の服薬について勧めるが、本人は何にも困っていないからやめたいという。それに対して弟は、服薬してほしいと主張し、本人もしぶしぶ納得。往診後、1日1錠、7日分を処方し、訪問回数は週2回(火・金)とした。入院を予防する意味でも、服薬することを継父と弟が在宅の前提にしていることを説明し、本人も了解したため2日分の薬を渡した。

2月6日、10日、13日、17日 訪問を行う。

2月20日 「大声を出すことは前回の訪問時よりなかった」と弟より報告があった。「服薬もできています。他の生活パターンは変わっていない。服薬により状態はよい」と弟の報告。本人は特に変わらないという。服薬もきっちりできていることと大声を出さなくなったことか

ら、1週間に1回の訪問で薬を持参することで、本人・弟が了解した。

以上のように、訪問時、治療が必要であることを本人が理解しなくても、しぶしぶでも任意に治療を受け入れてくれ、自傷他害はもちろんだが、周囲への大きな迷惑行動、恐怖や強い不安を与える行動がなければ、当初は毎日の訪問、週1回の往診などを組み合わせれば、入院させずに治療することができる。入院していることとの違いは、患者がどこかに行ってしまうことくらいであろうから。



5 さわ病院での連携を通しての結果

1. 訪問看護のみでなく他のサポートメニューとの連携から得られるもの

これまで述べたことからわかるように、精神科訪問看護は再発、再入院を阻止するのみでなく、初回入院さえも阻止しうることは明らかである。

図2に示したように、さわ病院では訪問看護やデイケアや往診、そしてさらに社会復帰施設の増設を駆使した結果、外来患者数が伸び、社会的入院者といわれる人々を地域に出しサポートを行うことにより、在院日数やベッド数を減らしても運営できるようになっている。そして図3に示すように、1982年では5年以上の入院患者が50%を超えているのに、2003年では20%を切るまでにになっている。

また移送の依頼があっても常に医療的アウトリーチサービスが提供できる体制があれば、移送による入院となる症例さえも地域で治療ができることもあることも症例を通して示した。今回述べた症例に対して大阪府の職員が「それは大阪市の事前調査が不十分であったからだろう」といったと聞くが、それは誤りである。もし初期のみであっても毎日訪問できる訪問看護師を連れて行かなければ、あるいは必要に応じて往診をする態勢がなければ、ここで述べた症例は明らかに入院治療になったはずである。34条には地域精神保健活動はあるが地域精神医療活動はないといってきたゆえんである。

精神科訪問看護がもたらす変化は大きい、そのみではそれほどのことはできないのは明らかである。これ

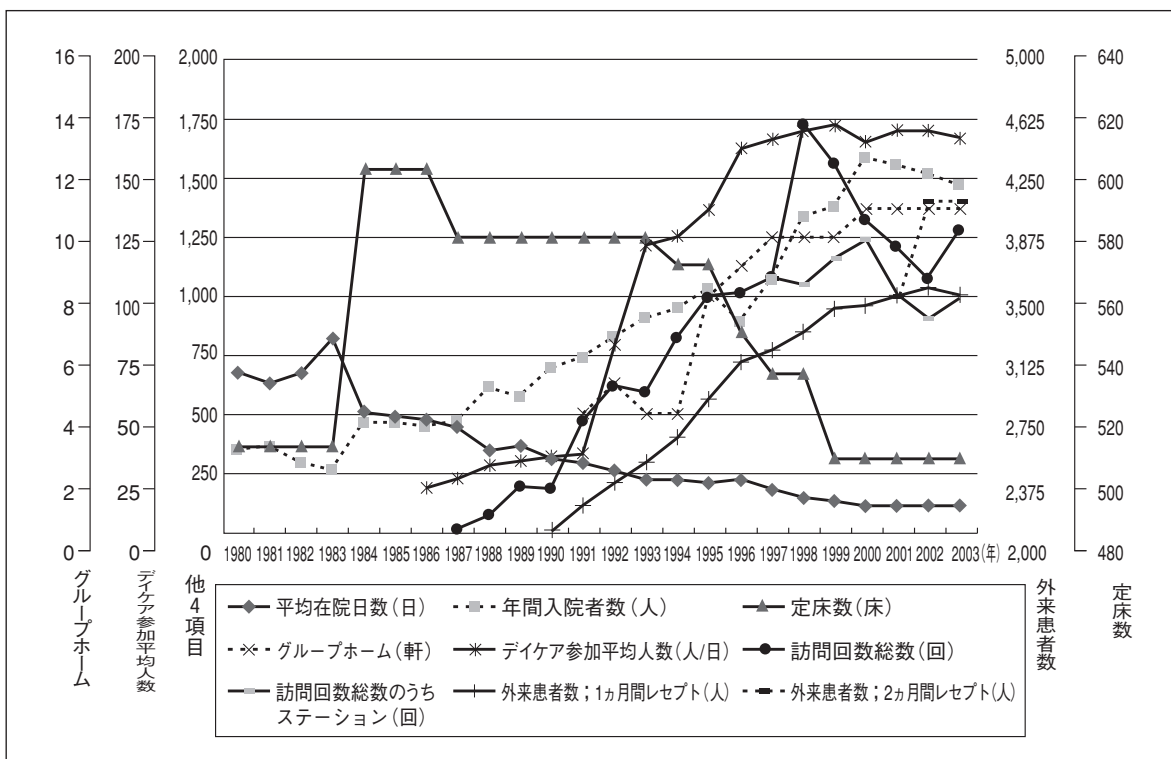


図2. さわ病院の施設およびシステムの変化と患者動態

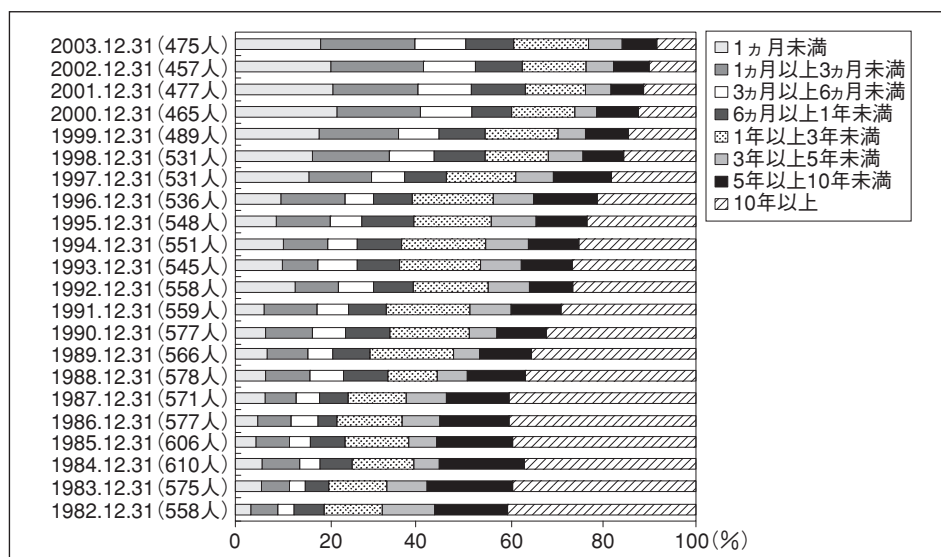


図3. さわ病院在院患者の在院日数別の年次推移

は往診でさえ、それだけではそれほどのことはできないといえるのである。

このような連携を通じて病院機能が縮小していく中で、地域が病院となり家庭が病室となって、町中が開放病棟として機能するようになるかもしれない。これは特別な考えではなく、高齢者の介護ですでに在宅ケアが実現しようとしているので不思議なことではないといえるのである。



最後に

さわ病院の歴史をかなり詳しく述べたが、これが正しいとかいうことではない。要はその地域の人々の受け入れの幅をどう読み、なにかあればどう対処するかということであろう。経験的には、たとえばグループホームをつくると、5年で理解者がうまれ、10年で支援者、応援団がうまれると思っている。これは地域自身が進化して受容力を高めていくのだらうと思う。最後にカーター元

アメリカ大統領夫人が好きだといわれる文化人類学者の言葉を引用してこの稿を終える。

「もしも、人間の中で一番弱い人たち、精神障害の子どもたち、入院している精神障害者の方たち、施設ケアを受けられない患者の人たち、そういった人たちに配慮すれば、文化全体が文明化していく。社会の文明化というのは、そういった社会の弱い人たちにいかに愛情を注いでいるかということによる」

——マーガレット・ミード(文化人類学者)

●文 献●

- 1) 澤温：精神科病院の新たな動きと課題．大阪保険医雑誌 28：15-18, 2000
- 2) 澤温：社会復帰メニューの利用が在院期間におよぼす効果についての統計学的検討．精神誌 93：1042-1052, 1991
- 3) 澤温：精神科病院における救急医療のあり方．臨精医 29：1575-1583, 2000
- 4) 澤温：移送と移動精神科救急サービス．精神 1：331-335, 2002
- 5) 澤温，永田れい子，藤本理恵子：34条(移送)の適用と運用上の問題－症例を通じて－．精神 1：485-488, 2003