

■企画特集 精神科病院の今、そしてこれから

医師の立場から

澤 温

大阪府・社会医療法人北斗会さわ病院・医師

はじめに

「精神科病院の今、そしてこれから」に職種の立場で差があるかどうか分からない。あるとしたら、働く者、医療を提供する者としての医師の立場で、病院機能には立場はないだろう。もっとも、あるとしたら経営者の立場と臨床家の立場であろう。結論的には、疾患や障害を現在のところ、なくせないことを前提に、「精神障害を持つ生活者に望ましいサービスとは何か、現実にとどこまでできるか」につきるだろう。そしてそれは、昔の「癲狂院」「精神病院」が歩んだ歴史を無視して将来は語れない。

精神科病院の歩みの背景

昨今の伝染力の強い感染症への対策の背景に、科学的な伝染の解明とともに、付きまとう一般市民の不安・恐怖への対策にある。そしてそれは感染した人の隔離につながっていく。感染症は潜伏期と自然経過がある程度分かると、対策は講じられる。

精神疾患が一部を除いて伝染することはないが、精神疾患患者の行動に予期できないものがあると、市民は不安・恐怖を抱き、精神疾患患者を排斥したり隔離したりする。大事なのは、感染症で自然経過が分かると市民は安心するように、精神疾患をもった人について、「少々こだわりが強い」、「変わっている」等々があっても、「あの人はあのようなんだ」とわかると、それなりに受け入れられる。このことは私がバイブルとしている、石川（1990）の「心病める人たち」によく書かれている。

重要なのは、精神障害者を受容しない根底には、周囲の人の不安があるということである。感染症で「実態不明で不安・恐怖」の対象から、科学的に解明され、適切な接し方がわかると共生できるようになるのは、エイズ感染症患者の受容で明らかになって、精神疾患を持つ人の受容にも大きく役立つだろう。

しかし、このような不安・恐怖の下「癲狂院」「精神病院」

が生まれ、多くの先進国でも巨大な隔離が、人里離れたところで行われてきた。1952年に発明されたクーロルプロマジン¹は、精神医療を大きく変えたといえるだろう。同時に「人権」、「ノーマライゼーション」を掲げて精神障害者の脱施設化を図った動きは大きい。ただどの国を見ても、この建前の背景には、病床削減によって期待される医療費削減という経済政策が隠れている。1963年のジョン・F・ケネディの大統領教書においても、その裏に経済政策が隠れていた。

日本で精神科病床が減らない背景には、精神科病院の運営者の姿勢も大きい。国の政策が未だに「精神医療は医療でない」という意識と仕組みに支えられていることも大きい。以前に元精神保健福祉課長であった人が、私的な会合で「自分も精神保健福祉課長になったから、世界から後ろ指指されない医療にしたいと思ったが、財務省に『安けりゃいいじゃないの』と言われたら、何もできなかった」と言ったことがある。

また、2012年に「重度かつ慢性以外は、入院後1年で入院外医療に」とされた。その後の進捗は不十分だが、厚生労働科学研究で「重度かつ慢性の人を地域で支える」という班が持たれ参加した。筆者の調査研究（2018）では、入院中の人で「重度かつ慢性」に当たる人を慢性期病棟から選び、その人の障害者総合支援法における支援区分を測定した。一人は支援区分3、一人は6だった。

支援区分3の人はすぐ怠業し、暴力的になったり、自転車で国道の真ん中を走ったりする人だった。調査に入った時は、クロザピンを服用し幻覚妄想と距離がとれ、情動も安定した時期で、病院から3.5kmほど離れた以前のアパートにどうしても住みたいというので、退院後最初は毎日のように支援に入り、現在も週に1回の訪問看護が入り、デイケアを利用し、クロザピンを服用し2週に1回通院して、2年間入院しないで地域生活を送っている。この人の慢性期病棟での入院費は約49万円/月で、現在の在宅での医療費と福祉サービス料は合計37万円+家賃+光熱費+食費などでそう変わり無い。

一方支援区分6の人は、若年発病の統合失調症の人で、

ずっと隔離室も出られなかった時期もあり、現在重度かつ慢性患者に使用を提唱されているECT（維持を含む）もクロザピンも使ってきた。現在は高齢化して60歳代になっているが、目が離せない状況が多い。この人はしばらく病院付属のアパートに籍を置いていたこともあり、長期化した入院後も家族の希望で部屋を確保していた。調査期間中、この人に当院の数名の職員が対応し、デイケアなども利用して24時間ケアをした。3ヶ月を目標にしたが、通常勤務プラス時間外勤務をした職員も疲弊し、2～3ヶ月目には外部の3事業所（家政婦看護婦紹介所など）に依頼した。しかし「男性患者さんに対応できない」「精神科の患者さんに対応できない」「24時間の対応はできない」といづれの事業所にも断られた。この人にかかった費用は約141万円で、ちょうど支援区分6とほぼ等価である。ちなみにこの人の入院医療費は約44万円であるので、先に引用した元精神保健福祉課長のことばと一致する。

現在の精神科病院

精神科病床の診療報酬上の変化は、長く「出来高払い」だった。今でこそ看護基準は3：1（15：1）が多いが、筆者が院長になった30数年前は6：1が多く、少しずつ5：1、4：1と増えてきた。その後特定入院料病棟、いわゆる「まるめ病棟」「包括払い病棟」が、1988年の老人性痴呆疾患治療病棟、1991年老人性痴呆疾患療養病棟、1994年の精神療養病棟、1996年急性期治療病棟、2002年精神科救急病棟などが生まれた。現在、精神科病床は約30万床だが、その内約10万床は精神療養病棟である。診療報酬改定ごとに基準は厳しくなっているが、「入院してもらって成り立つ構造」は、精神科の他の病棟、また他科の病棟でもないわけではないが、精神科では家族や地域の受け入れが悪いと、本人にまだ精神症状があると無理してまで退院させる努力にインセンティブは付きにくく、また最近の精神科病院は建て替えたりしてアメニティも高まり、快適となって退院しながらない人も増えている。2016年に地域移行機能強化病棟の基準ができ、「①届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること。（下回る場合は許可病床数の変更届を提出）、②1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。③当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。」とし、減床していくことを条件に、それまでの病棟より入院費が高いというインセンティブが加えられた基準ができた。

1996年の急性期治療病棟、2002年の精神科救急病棟の基準で、事態は変わった。患者の入退院が多い病院はこちらへ舵を切った。精神科救急病棟は施設的に、半数以上が個室など、ハード面での要求もきついが、これまでにない高い診療報酬でもあり、精神科病院は大きく2つの方向に分

かれ出しているように見える。

以前精神科救急のFashion, Collection, Missionと言ったことがあるが（澤，2006a），その後この3つの他に、Passionとそれを支えるAffectionが大切と言ってきた。このCollectionは患者数、医師数、資格取得のための症例数、そして医業収入でもCollection効果がある。とはいっても、筆者が日本医療機能評価機構のサーベヤーをやって得た情報では、救急・急性期の病院の方が、慢性期の病院より人件費率は高い。特に救急は「待たせない」「断らない」が必須だから（澤，2012），常にベッドが埋まって満床になることはないと思えるのが当たり前であろう。逆に言うと、埋まったら救急受け入れを断る病院は救急病院にふさわしくないと見える。

公益社団法人日本精神科病院協会は、1200余の病院からなる大きな団体であるから、協会としては一部に益することは受け入れられず、いわゆる「護送船団」を旨としている。昨今精神科以外では、第7次以降の医療計画で、2025年の医療提供体制を定めた「地域医療構想」を実現させるべく、病床の整備や病床機能報告をして具体的施策を盛り込むことになっている。地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するために、地域医療構想が導入され、構想区域ごとに、2025年の病床の機能区分ごとに病床数の必要量とその達成に向けて、病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項を定めることとされている。何度も都道府県や政令市で協議会が持たれ、病床区分の増減について議論され、転床・休床・復床する病院は委員会に呼び出されたりしている。いずれ精神科にも来るだろうが、現在は先の護送船団を守るべく議論されないでいる。

それでも精神科での実態は二分化し、救急・急性期、慢性期に分かれ、それに依存症や小児や認知症を中心とする特化病棟が加わる形となっている。

国はこれまで「安上がりの精神医療」を旨としてきたが、根源は精神科医療を医療とみてこなかった歴史に諸悪の根源がある。つまり明治以来、精神科と癲病（現在のハンセン病）と結核は薄い医療で良いとして、病院従事者の人員配置も別建てとし、医療を担当する医政局から離し、福祉を担当する社会援護局に任せ、同じ二重構造は都道府県でも未だに残され、この二つの縦割りは、予算建てでも違うため精神医療の改革の勢いを削いだ。

今後の精神科病院

病床としては二分しているが、慢性期病棟については、これまでは地域移行にインセンティブではなく、「地域の受け皿がない」「家族の受け入れが悪い」で存在理由を持ってきた。総合支援法による各種の在宅サービスが整ってきた現在、この存在理由は成り立たず、少なくとも開放処遇の精神療養病棟は成り立たなくなっていると考えられ、いづれ大ナタが振るわれるときは来ると考える。

「重度かつ慢性の人を地域で支える」厚生労働科学研究のことに触れたが、重度かつ慢性の人に30分以上面接をすると退院率が上がるという報告がある(井上, 2016)。現在の診療報酬では6ヶ月以上の入院患者には何分面接しても800円で、いわゆるクイックマッサージより安いという状態である。日本の精神科医療サービスに対する評価の低さ、期待の無さを露呈している。

一方、救急・急性期の病棟では、基準がどんどん高くなり、救急病棟の規定次第で消滅せざるを得なくなったり、ある地域で過剰状態となると、措置入院が年何人とか、夜間休日の受け入れ患者数が年何人とか規定され、対象患者の取り合いが起こる可能性がある。まさに生かすも殺すも、厚労省の巾着の締め方次第である。

ちなみに、現在の救急入院料病棟は誰が言ったか知らないが、「スーパー救急」と言われている。これまでの入院の診療報酬から見たらとてつもなく高いからスーパーと言ったと考えられるが、筆者が以前オーストラリアのメルボルンに行った時、患者は任意入院のみで、医師は夜間はオンコールで1日5万円と聞いたことがある。非自発入院ならどうかと聞くと「1.5倍はもらわないとやっていけない」と言われた。つまり、日本の救急病棟入院料の約2倍である。アメリカのサンフランシスコでは、市立総合病院では1日20万円くらいで、日本の救命救急センターと同じくらいである。また20年も前のことになるが、アメリカ精神科救急学会の集まりで、隣に座ったカナダ・トロントの医師は1日の入院費は2,000ドルと言い、アメリカのルイジアナ州立病院の精神科救急医療部長のホワイト医師は、州立病院でも\$800~1,000であると言っていた。要は日本の精神科の基準は人が少なくて成り立つ範囲だから安いのであり、先進諸外国では入院費が日本より何倍にもなるので、人権的な視点もさることながら、経済的圧力でベッド数を減らしてきた経緯がある。元精神保健福祉課長が就任直後、私的な会で「自分も精神保健福祉課長になったから、諸外国から後ろ指差されない精神医療にしたいと思ったが、財務省から『安けりゃいいじゃないか』と言われたら何もできない」といった言葉が思い出される。

また2005年に「心神喪失者等医療観察法」が施行された時、一般精神科医療に対する見直しのきっかけにするとの附帯事項があった。筆者は指定入院医療機関の倫理会議で外部委員をしているが、隔離・拘束を施行した後にそれが適当であったとの「アリバイ」をとるなどという一般精神科医療では「当たり前」ということに手間と費用をかけている。このようなことについても法施行後15年も経つことから、人権重視というのなら考えるべき時であろう。

最近問題になっている身体拘束について、アメリカではconstantあるいはcontinuous observationと言って、拘束中必ず人がつくことになっている。以前アメリカ精神医学会の重鎮が日本の精神医療を見学に来た時、拘束下の患者を見て、「看護師はどこにいるんだ」と叫ばれたことがあった。引率してきた人が日本の人員配置を説明してくれてな

んとか納得してもらったことがある。その頃アメリカ精神医学会は15分毎の観察を命じているのである。WHOでは30分毎なのだが、日本の精神科看護協会や病院機能評価では、上記のような背景を無視して15分毎の観察と言っている。部分的なつまみ食いの愚かさを露呈している。筆者はいつも研修医に講義する時、「常に人がついたら拘束は必要ない、あるいは短縮化できるか、常に自分に問うように」と指導しているが、そのような目が必要であり、15分毎の観察は心拍モニターで良いと言った救急専門医がいたが、精神科ではそうではない。拘束をいつ解除できるか考えるには面接を通じてしかできない。上述のように、支援区分6では1ヶ月に140万円くらいかかる。拘束を受けるくらいの重症者なら、支援区分6以上であると考えるのはおかしくないだろう。それを人手を少なくして、拘束具に置き換えるなら、安上がりになることをもう一度考え直すべきである。

ちなみに、アメリカのサンフランシスコでは、認知症の患者は精神科が担当せず、せん妄の患者も精神科でなく救急室(ER)で見ている。では拘束はないかという、認知症患者のベッドからの転落防止にはアラームはもちろん、posy vestを用い、せん妄患者を診るERではsoft restraintを用い、いわゆる精神保健指定医のような専門家の指示は必要ない。日本のERでも同様であることを頭に入れて、今後の日本の拘束問題は考えるべきである。

救急入院料病棟について付け加えるべきは、入院期間の設定期間の長さである。90日というのが一般科でも横行して、患者さんや家族は「3ヶ月経つと出されるのでしょ」というほどである。日本精神科救急学会での毎年の調査で、当該病棟の平均在院期間は50.1日(平田, 2016)であるので、せめて60日程度に設定した病棟に変えるか、新たな基準の病棟を考えるべきだろう。また2008年5月発出の通知「精神科救急医療体制の整備事業の実施について」(障発第0526001)では、精神科救急医療施設には病院群輪番施設と常時対応施設が規定されているが、1995年10月発出の通知「精神科救急医療システム整備事業の実施について」に書かれている「地域の実情に応じた精神科救急医療体制」と、いわゆる救急告知病院でいくつかの科とならんで精神科は輪番で良いということが、例外でなく本体となってしまう。この点ももう一度振り返って、常時対応型も規定した新たな基準の病棟を考えるべきだろう。それなのに2018年の診療報酬改定では、「当該病院の精神病床300床以下の場合は60床以下で、当該病院の精神病床300床を超える場合はその2割以下」といった規制をかけてきた。急性期治療病棟の規定にあって、これでは地域移行して減床するのにブレーキがかかると批判し(澤ら, 1999)(澤, 2001)(澤, 2006b), 救急入院料病棟では外されたのに、過去の経緯を知らない厚労省の担当者が、以前の規定を単に意味もなく模倣してしまった。再度例えるなら、水槽に水を入れるのに、水槽の大きさは水の出し入れのスピードとは無関係と言えわかりやすいか

もしれない。

先に述べた病床機能報告が精神科でも行われ、機能分化の流れでは、救急医療は集中するところで、「救急医療のつまみ食い」はさせない流れが来るだろう。この欠点を上げれば、長期にわたる疾患を抱える障害者に対して、継続的な治療やケアが行いにくいことになるだろう。

筆者は「誰も、好きで精神疾患になった人はいない」と常に言っているが、それでも精神疾患ほど治療中断に至る可能性の高い疾患は少ないだろう。統合失調症患者の場合、その多くは怠業によるものと言われている（趙ら、2011）。いわゆる心理教育を十分にしても、なぜ怠業になるかについてはわからない点も多いが（澤、2011）、怠業して再入院が多くなるほど、脳の障害は大きくなるという報告は大いに考える必要がある（Mathalonら、2001）。

短期入院となると、地域でのフォローが最も重要で、そのための手段では訪問看護、デイケアなどの地域サポート（澤、1991）とデポ剤などの使用があげられる（澤ら、1996）（澤ら、2012）。

ごくわずかだが、治療の中断を見落して、大きな他害事件が起きることもある。地域化・外来化すればするほど、このようなことは起きやすくなり、起きると静かに地域生活を送っている多数の精神障害者も偏見にさらされることになり、精神科治療から離れたく思う人を増やすようにも見受けられる。

筆者は2003年に「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中は開放病棟だ」と言ってきた（澤、2003）。それは地域に出ても病院が出張って患者を監視することで、「嫌われますよ」とか「人権侵害だ」、「自由侵害だ」と言われたことがあった。筆者は自分が高齢化した時、病院と地域がそうあればよいという考えで提唱したのである。しかし2010年ころから提唱されている「地域包括ケア」のモデル地区の柏市では、「地域=病院、自宅=病室、道路=廊下」と言われており、筆者の考えと全く同じである（千葉県柏市、2018）。症状が軽い場合でも必要だが、障害と再発時の症状が重症な場合は特に、地域に出た患者を医療観察法の通院処遇と同様に、必ずフォローする仕組みも必要ではないかと考えている（澤、2019）。日本では当然受け入れられないだろうが、アメリカのAOT（assisted outreach treatment）、オーストラリアなどのCTO（community treatment order）、台湾のCCT（compulsory community treatment）などである。要は十分な予算に基づく十分な人手をかけた地域での重症の人を見ていくシステムができれば、精神科病床の必要性は減ってくるのであり、地域サポートの問題を議論せずに精神科病床の在り方を議論することはできないことを意味している。

最後にー最近の脱施設化・地域移行の流れへの警告

先に述べたように、地域包括ケアは精神にも適用され？ 無批判に横流しされ？、「精神障害にも対応した地

域包括ケアシステム」がうたわれ出した。地域包括ケアは、従来の入院中の院内包括ケア（人生丸抱え）より良いはずだが、地域でのサービスが過剰となると、福祉も介護もサービスの過剰提供をしはじめ、自立を損なうサービスになり出すのが気になる。筆者は、生活保護下の医療の審査をしていたが、通院できる人に訪問診療をしたり、訪問看護は退院後週3回で、その後は週1回で良いと指示書に書いても、本人や家族が不安がり、またグループホームでの処遇が悪いからと訪問回数を週5回にして訪問を続けようとする。また最近の高齢化で、成年後見法の診察が追い付かず、訪問して高齢者施設で診察し、生活状況を確認するために、「買い物はどうしているか」と聞くと、「自分は買い物に行かず、すべてお願いしています」といって職員が代理行為をしていたり、通院も一人でできそうなのに、通院介助をしてもらったりで、自立を促そうとせず、「地域で生活丸抱え」しているのが目立つ。それでいて、たくさんの職種の連絡が不十分で、筆者がかねてより言ってきた「皆が見ているのは、誰もみていない」現象（澤、2016）が横行していることになる。

最近では精神科に限らず、「チーム治療」がうたわれている。各職種の専門家が集まって、対象者に最適なケアやサービスを提供して、本人が満足な人生を送れるように支援するのだが、上記のような過剰サービスにならないように、また過少サービスにもならないように気を付けなければならない。

最後に、1982年にデンマークにおいて世界的に有名な「高齢者福祉の3原則」が打ち出されたが、これに触れて稿を終える。これを作った委員会の委員長が、ベント・ロール・アナセン（Bent Rold Andersen）で、別名「アナセンの3原則」とも呼ばれることがある。この「高齢者福祉の3原則（アナセンの3原則）」とは（1）生活継続の原則（2）自己決定の原則（3）残存能力活用の原則（関、2008）であり、高齢者を対象としたものだったが、今こそ広く障害者全体にも適用することを再度肝に銘じたい。

引用・参考文献

- 千葉県柏市保健福祉部地域医療推進課（2018）. 在宅医療のイメージ. <http://www.city.kashiwa.lg.jp/soshiki/061510/p045185.html>. 最終更新日2018年10月29日. 閲覧日2020年2月10日.
- 趙岳人, 川島邦浩, 木下秀一郎, 他（2011）. 統合失調症治療における服薬状況のMEMS(Medication Event Monitoring System)多施設研究—良好なアドヒアランスを維持することの重要性. 臨床精神薬理14: 1551-1560.
- 平田豊明（2016）. 平成25～27年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」分担研究総括報告書 自治体病院協議会傘下の精神科病院における重症患者の調査研究.
- 井上新平（2016）. 平成27年度厚生労働科学研究分担研究報告書 重症入院患者の心理社会的治療の治療指針に関する研究. 精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究 平成27年度総括・分担研究報告書（研究代表者 安西信雄）. 123-144.
- 石川信義（1990）. 心病める人たち—開かれた精神医療へ, 岩波書店.

- 東京.
- Mathalon DH, Sullivan EV, Lim KO, et al (2001). Progressive brain volume changes and the clinical course of schizophrenia in men. *Arch Gen Psychiatry* 58: 148-157.
- 澤 温 (1991). 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. *精神神経学雑誌*93: 1042-1052.
- 澤 温, 門矢規久子, 坂元秀実 (1996). 民間精神科病院の中でのデポ剤の役割. *精神科治療学*11: 25-31.
- 澤 温, 溝端直子 (1999). 精神科急性期治療病棟の基準と矛盾, 問題点とさわ病院の現状. *日精協誌*18: 136-143.
- 澤 温 (2001). 精神科病院における急性期患者の入院治療をめぐる諸問題. *臨床精神医学*30: 1191-1197.
- 澤 温 (2003). 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.
- 澤 温 (2006a). 精神科救急 Fashion, Collection, Mission. *精神医学*48: 116-117.
- 澤 温 (2006b). わが国の精神科医療におけるスーパー救急の意義. *臨床精神薬理*9: 1299-1307.
- 澤 温 (2011). 精神科救急ー地域ケアにおけるネットワークの面から. *臨床精神医学*, 40(5): 601-606, 2011
- 澤 温 (2012). 精神科救急医療施設 (スーパー救急). *救急医学*36: 787-790.
- 澤 温, 天正雅美, 寺脇聡 (2012). 持効性注射剤の地域精神医療における役割. *精神科治療学*27:1605-1609.
- 澤 温 (2016). Q52 訪問看護・訪問介護との連携のポイントは? . 新・精神科デイケアQ&A (日本デイケア学会 編) 所収. 中央法規出版, 東京, 244-245.
- 澤 温 (2018). 平成29年度厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業 (精神障害分野) 重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究～心理社会的治療/方策研究班 平成29年度総括研究・分担研究報告書 (研究代表者 井上新平) 分担研究報告書 重度かつ慢性患者の地域生活に必要な人的サポート.
- 澤 温 (2019). 第38回日本社会精神医学会(東京): シンポジウム3 『「私宅監置ノ実況」から100年後の現実を問う～寝屋川・三田事件から私たちが学ぶもの～』 (精神障害者監禁事件特別委員会企画) 刑事事件発生防止に関わる支援体制ー精神障害者への支援から範囲を広げてー. *日社精医誌*28: 391-395.
- 関龍太郎 (2008). デンマークの高齢者福祉政策をささえるもの. *海外社会保障研究*162: 53-66.