

これからの精神科病院

澤 温

日本精神病院協会雑誌第 20 巻第 2 号別刷

2001 年 2 月発行

これからの精神科病院

澤 温

大阪 さわ病院 理事長・院長

Key Words 平均在院日数, 適正人員配置, 適正病床数, 隔離室

はじめに

これからの精神科病院を論ずるとき、他の医療との並び、先進諸外国との並び、他のサービス業との並び、そしてユーザーや国民のニーズへの着目が不可欠であろうと考える。そしてその背景には一つの思想を要求される。その視点と思想があって初めて、人員規準や、設備構造基準、長期在院患者施策、病床機能分化等の諸問題は論じられるべきであろう。

本稿では、キーワードにあげたように、人員配置、適正病床数、病室とくに隔離室のあり方に重点を置き、これからの精神科病院のあり方について論じる。

人員基準の他との並び

これまで過去5年間、精神保健指定医の新規および更新の研修会で筆者が述べてきたように、人員基準を考える時、医師も看護師も患者何人に1人かという議論があるがこれは不毛である。多いほうがサービスを提供する医療従事者にも、サービスを受ける利用者にもいいに決まっているからである。例えば60人の人を大きな1部屋に入れて1人の看護師が少し高いところからみていれば、どの人が問題かは一目瞭然である。しかし6人部屋や4人部屋に分かれると1人では看れず、何人かで何回も巡視することになる。これが個室になればもっと必要になる。さらに地域に散ればさらに多くの人が必要になるのである。

昨年5月にAPAのSedrer氏がたまたま筆者の病院を訪れた。拘束をしている部屋を見て、即座に「看護師はどこにいるのか」と聞いた。アメ

リカでは拘束中ずっと看護師は付き添わなくてはならないのである。14年前に行ったデンマークでも同様であった。また1年前にオーストラリアに行ったが、授乳期精神病の婦人が授乳中、ずっとそばで腕組みをして座っている看護師を見た。いわゆる「見守り」をしているのである。OECDのデータからも明らかなように、看護スタッフ数は一般科でも日本は先進諸外国の23.7%~71.9%である¹⁾。

また医師の数も第4次医療法改正で特例をはずして16対1にしようとしたが、自民党からも財源論で否定されたと聞く。16対1だ、移行期は32対1だ、いやこれまで通り48対1だといろいろいわれた。しかしなぜ16刻みなのか議論されたのを聞かない。40対1でも36対1でも極端には40.5対1でもいいではないか。ステップが大きいと絶望か強い抵抗が起きる。少しでもよくしようとするなら、ステップを小さくして一步一步進めるようにするのがいい。しかし、それにもエビデンスが必要であるが、16対1がいいというのは一般科が16対1だからという以外、根拠をめぐっての議論を聞かない。例えば2年前に急性期治療病棟に関するシンポジウムを開いたが、全国各地で急性期治療病棟があっても平均在院日数はほぼ50~55日であった²⁾。ある県立病院では50床に10人の精神科医がいて平均在院日数は40日という。費用対効果や患者のアメニティ、働くもののアメニティなど多方面から検討し、エビデンスを得ることが必要である。

ちなみに筆者の病院では1986年には定床が603床で従業員数は268人、1993年には定床が569床で従業員数は439人であった³⁾。それでも総収入に対する人件費率はあがっていない。先ほどの大部屋の理論でもわかるように、地域化するほど日本では多くの職員を必要とするのである。し

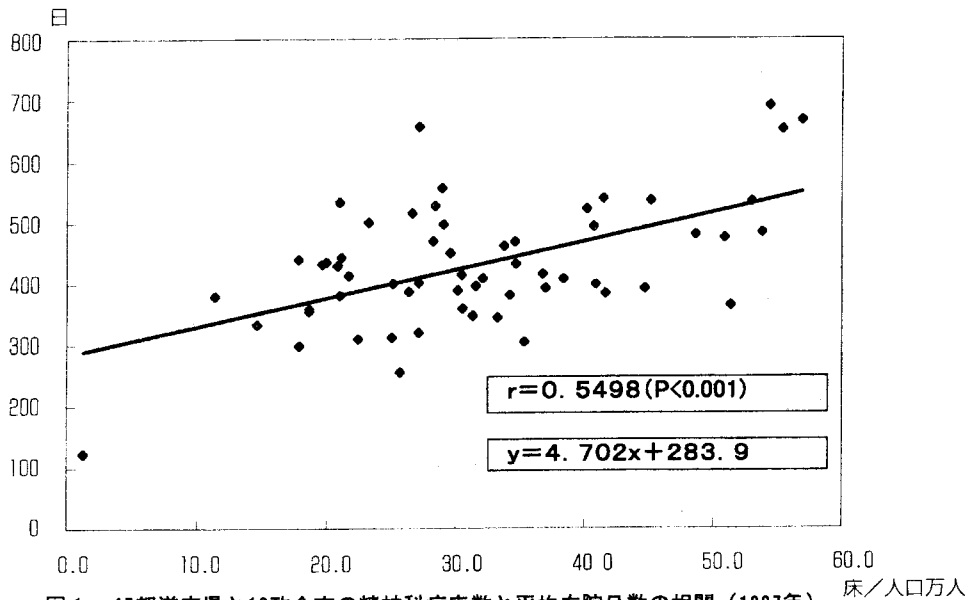


図1 47都道府県と12政令市の精神科病床数と平均在院日数の相関 (1997年)

—人口万対病床数 (1998年我が国の精神保健福祉より) と
平均在院日数 (1999年我が国の精神保健福祉より) —

たがって医療費は地域化するほど跳ね上がることになる。欧米は地域化するほど医療費が下がったが、それはもともと日本の入院費が欧米のその約20～30%であるからである。

いずれにしてもどの程度のスタッフを配置するか、他の医療に近づくため特例を廃止するのはいいが、その根拠として、特例を廃止しなければ医療費の伸びは期待できないというようなものでは情けないといえよう。

病床について

今後どのくらいの病床が必要かについて、多くの議論がなされている。1983年の厚生省の調査では、1,921人を対象としたものであるが、30.4%が社会的入院とされ、1991年に精神神経学会は24,858人を対象として33.1%が退院可能としている⁴⁾。1993年に日本精神病院協会は244,228を対象に調査し、寛解と院内寛解を含めて12.9%が退院可能とした⁵⁾。しかしこれも不毛の議論である。どのようなサポート体制が準備されているかで、社会復帰の率は変わってくる。日本精神病院協会の調査でも「…社会適応させるためには強力な精神科リハビリテーションを必要とする」と定

義した「軽度」(18.5%)を入れると、31.4%となり、厚生省や精神神経学会の数値にはほぼ一致するのである。このこともこれまで指定医研修会で述べてきた。

それを福祉型のこころのケアホームだ、医療型の精神保健福祉施設だといった議論はもっと意味がない。単に数値上、病院の病床からはずして万対病床数を下げて外圧を逃れるのは、本来の地域化やノーマライゼーションとなんら関係がない。

精神療養病棟も本来先に作るべきではなかった。これは精神科医療の地域化を遅らせた大きな因子であると考えている。かねてより筆者は、地域化を阻む「ないない4重奏」として、医療者、患者本人、患者家族、地域の人々の4者が退院を拒むようになってハーモニーが奏でられると言ってきた⁶⁾。さらに、精神療養病棟のようにお墨付きの施設ができて、患者や家族だけでなく経営者までも安心する仕組みが社会復帰施設の整備より先にできて、地域化を遅らせ5重奏になると言っているのである。アパートにトライし、無理ならグループホームに、無理なら社会復帰施設(福祉ホームや生活訓練施設など)にという流れがあって、それでも無理な人で医療的には限界である人々によ

い療養環境を保証するという意味では大賛成であるが、順序を間違えていると考えるのである。

浅井はアメリカ、カナダ、イギリスと日本の病床と地域の居住施設の関係について調べ、アメリカ、カナダ、日本では病床と居住施設の和は、どの国でもほぼ同じであると述べている⁷⁾のは興味深い。

もうひとつ興味あるデータは、図1に示したように、全国47都道府県と12政令市、計59箇所について、「我が国の精神保健福祉」1998年版、1999年版から1997年の人口万対病床数と平均在院日数をプロットして相関を得た。極めて相関は高く、相関係数 $r=0.5498$ で $p<0.001$ で有意の相関を示した。また回帰直線は $y=4.702x+283.9$ であった。このことから、全国で最も万対病床数の高い鹿児島県の57.0、政令市を除いて最も低い埼玉県県の17.8(神奈川と滋賀が18.6で埼玉に近い)のそれぞれで、日本の全人口12,500万人についてみると、鹿児島レベルにすると712,500床で、埼玉レベルにすると222,500床で、1997年の実数の36万床と大きくかけ離れている。各県で精神障害者が3倍いることは考えにくいことから、乱暴な話にはなるが極端に考えると、多い県では病床を「減反政策」で買い取ってもらい埼玉県レベルにすればそれだけで14万床は減るといえる。精神療養病棟もそうであろうが、病床があれば埋めなければ経営が成り立たないという実態があるのも事実である。ちなみにこの回帰直線ではどんなにがんばっても283.9日以下にはならないことになるが、これは住まう場や活動する場、サポートする人々とその連携、そして地域の人々の理解と受容が十分でないからであろう。

病床についてもひとつよく議論されるのは隔離室である。これはもともと病床に入れているのに、実地指導においてはバックベッドを用意しているかを聞かれることの矛盾が議論されている。それなら病床数からはずしてもらったほうがいいという意見も出るが、一方、それで1万床減るのは問題という人もいて議論が進んでいない。

筆者はかねてより、隔離室は「歌舞伎の舞台」のようであつたらと考えていた。すなわちベッドの必要な人にはボタンひとつでベッドが出てきて、

必要がない人についてはおさまって床になり、床も人によってはコンクリートで、また人によってはカーペットになるというようなものである。また従来は、いくつか隔離室が並んでいて、隣の人で十分安静がとれないため、また睡眠薬や安定剤を増やしてもらうという矛盾をはらんでいた。そして、いかにも独房といった感じのものが多く、厚生省のモデル保護室の図でもそのようなイメージがあった。

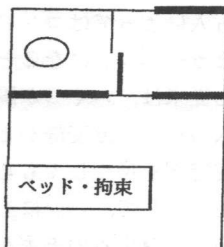
このような考えから、アメニティとセキュリティとプライバシーを高め、治療段階に応じて必要最小限の行動制限をし、バックベッドを必要としない隔離室の既製品が作れないか検討し、プレハブ住宅会社に聞いたが、それはバストイレメーカーが扱うものと言われた。今回筆者の病院で、このアイデアで隔離室を製作した。

特徴は先に述べたように①アメニティとセキュリティとプライバシーをたかめ、②治療段階に応じて必要最小限の行動制限をし、③バックベッドを必要とせず、④周囲の音からできるだけ遮断され、それでいてナースステーションには常に部屋毎に音声モニターがされ、⑤外部との見通しも程度に応じて変えられ、⑥部屋の雰囲気も独房でなく一見個室になるようにし、⑦既存の6床室がこの個室兼隔離室2つに改造しやすい、といったものである。これを図2に示した。

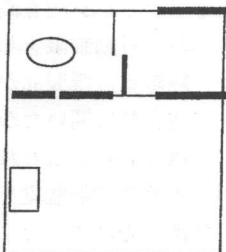
ベッドは収納型で看護者2人で簡単に取り出し、拘束用ベッドにも一般のベッドにもなり、しかも高さも変えられるものとした。窓は2重窓(外部は既存)で間にロールカーテンを置き、状態によって見えるようにも見えないようにもできるものとした。また壁は、図に示したようにトイレと居室の間は遮音性の高い扉を用いて遮音性の高い壁のようにすることも、あけて壁に収納してしまうこともできるようにした。この扉の組み合わせ、ベッドの使用状態、水洗や手洗いの使用状況を患者の状態に応じて変えられるようにした。マニュアル的に図に示したように、①隔離・拘束、②隔離1、③隔離2、④隔離3、⑤個室の5段階に分けて使用できるようにした。音声は4つの隔離室を、可変できる間隔(例えば5秒毎)で順次移行しナースステーションでモニターし、必要に応じ

隔離・拘束

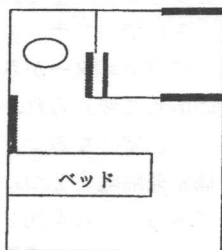
自殺企図・自傷行為が切迫している。
暴力行為・器物破損が著しい状態。
いずれも拘束が必要。

**隔離 1**

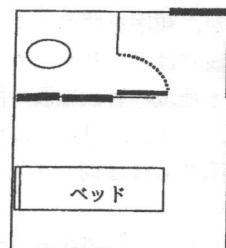
暴力行為はあるが、拘束を必要としない。器物破損はあるが自由に歩く方が、ストレスが解消できる状態。ベッドは収納。

**隔離 2**

興奮や他患への迷惑行為はあるが、器物破損の恐れがない状態。水中毒や物を詰める恐れがあれば、手洗いとトイレの水を止めることができる。

**隔離 3**

対人関係によるトラブルが続く状態。洗面所の水を止めることはできない。

**個室**

一般個室として使用し、総室に移れるまでのチェック期間。

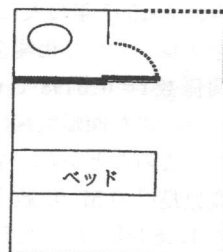


図2 病状に応じた個室使用方法

個室制作上の留意点

- ・アメニティ、セキュリティ、プライバシーの保護
- ・治療段階に応じた行動制限
- ・バックベッドがいない

て部屋ボタンを押せば特定の部屋の音声聞くことができるようにした。もちろん各部屋の外からも会話できるようにした。トイレは丈夫で清潔で安全な、神田製作所製のステンレストイレを使用した。トイレも手洗いも、中から流すことも止めることもできるようにしたのは当然である。現在この隔離室は神田製作所から特許申請中である(神田製作所, 03-3696-5421, 担当 浅井)。

これからの精神科病院とその実現

精神科病院を治療に特科した医療機関とするか、療養を主とし福祉機能を主としたものにするか、

その混合とするかが、大きな分かれ道であることに異論はないと思う。医療に特科するとは、すなわち救急医療に力を入れることであり、療養に力を入れるのは社会復帰に力を入れることである。これをきれいに分けることはむずかしく、地域によって、その病院の歴史によって、選択は違っている。現在すでに日精協会員病院はこの2つに分かれていっているし、それぞれが必要であるのも事実である。その中で兄弟同士がどっちに金をつけるか争うのはまだ早い。

厚生省自身がいうように、総医療費の7%が精神科医療費であったのに現在は5%にまで落ちて

いる。日医と対等に話し、精神科では人が多くいるのだから7%は必要だと主張すること、時には戦うことも忘れてはならない。医療法改正において、精神科が人員配置を先に決めるのはおかましいと言われたと聞く。このような言い方を許すのは言語道断であろう。日本の精神科医療を守っているのはわれわれ日精協だと主張すべきだったのだから。

また、入院期間が長いとの意見も多い。確かに先進諸外国と比べて長すぎるのは事実である。これには、①仙波会長の言われるように平均在院日数の計算法の違い、②痴呆老人を含んでいる、③社会復帰施設の貧困（先に引用した浅井のデータはこれを裏付けている）などがあるが、アメリカの1週間は短すぎる。

先日イーライ・リリーの企画した病院管理研修会でアメリカに行くチャンスがあり、そこで患者が地域の精神保健センターに通所しても具合が悪くなると病院へ送られる、そこで知らない医師が診てくれて7日たつと、担当のケースマネージャーが来て（医師ではない）もう退院してまたセンターに通うように言われるという。日本では同じ医師が外来も入院も診ることが多いがあなたはどうかと思うかと聞くと、当然同じ医師に診てもらったほうが安心だという。しかし国が定めたことだからと悲しそうに言ったのが忘れられない。ちなみに7日で退院されたが何日いたら自信をもって退

院できたらどうかと聞いたところ、30日といったのも印象的であった。責任性がないシステムでプログラムされたマネージドケアの悲惨さを思い知らされた

日精協が精神科の医療費についても、人員配置についても、病床数についても、施設の数についても、入院期間についても、きちんとエビデンスをもって主張していかない限り、拘束の場で常に人を配置するなどということは日本では夢の夢になってしまうであろう。

文 献

- 1) OECD Health Data 99-A Comparative Analysis of 29 Countries. OECD 1999.
- 2) 澤 温：精神科急性期治療病棟の検証：精神科急性期治療病棟の基準の矛盾、問題点とさわ病院の現状。日精協誌 18(2)：136-143, 1999.
- 3) 澤 温：病院精神医学とコメディカルーさわ病院におけるコメディカルスタッフの配置とその効果を中心として一、3：137-145, 1998.
- 4) 大島 巖，猪俣好生，樋田精一：長期入院精神障害者の退院可能性と、退院に必要な社会資源およびその数の推計，精神経誌 93：1060-1068, 1991.
- 5) 高橋正和：精神病院在院者実態調査報告一精神病院の再構築をめぐる一，日精協誌 12(10)：971-1015, 1993.
- 6) 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.
- 7) 浅井邦彦：精神科医療・福祉における圏域について，精神経誌 102：168-183, 2000.

平成13年度 精神保健指定医研修会開催日程予定

【新規申請者】

主催 社団法人日本精神病院協会

(〒108-8554 港区芝浦 3-15-14) TEL 03-5232-3311/FAX 03-5232-3315

回	開催期日	会場	定員
第6回 東京	平成13年5月28日(月) ～30日(水)	都市センターホテル オリオン 千代田区平河町2-4-1 TEL 03-3265-8211	200名
第7回 大阪	平成14年3月中旬	ホテルアウィーナ大阪 大阪市天王寺区石ヶ辻町19-12 TEL 06-6772-1441	250名

新規申請者の方へ

新規指定医研修会を受講希望の方は、

「新規案内書希望」を明記の上、送付先、氏名、希望部数を事務局宛 FAX でお知らせ下さい。

尚、発送は平成13年4月頃となります。