

精神科アウトリーチサービス

往診を中心に・その歴史，意味，機能

澤 温
澤 潔

日本精神科病院協会雑誌 第23巻・第11号

2004年11月発行

精神科アウトリーチサービス

往診を中心に・その歴史、意味、機能

澤

温*1 澤

潔*2

*1大阪 さわ病院 理事長・院長

*2長野 佐久総合病院精神神経科 医師

Key Words アウトリーチサービス, 往診, 訪問診療, 在宅医療, ACT

はじめに

アウトリーチとは外に出かけることであるが、いわゆる往診や訪問診療がこれに当たる。医療の歴史の中でこのアウトリーチサービスがどのようなものであり、また日本の医療の中での位置、そして精神医療の中での位置について述べる。そして最近注目されているACT（包括的地域生活支援プログラム）との関係についても述べる。

アウトリーチサービスの起源

病院の歴史を見てみると、ヨーロッパの病院はふつう、中世のキリスト教の影響がとくに強かった時代に、貧困階層のうち、種々の事情でとくに生活の窮迫をきたした人々を、キリスト教の博愛の精神によって、収容、救護を行う施設を起源とすると理解されている。そして富裕者や教会が積極的に多彩な博愛事業を行い、それらのうちには貧困病者を収容し救護を行ったものもあり、このような形態が病院の起源と言える。そして中世初期から、これらの施設の多くはホスピタル hospital, あるいは施療院 hospis と呼ばれるようになった。

一方、医師は11世紀に入って南イタリアのサレルノに医学校が開かれ、この学校から、聖職者とは別の専門の医者が生み出されるようになったことはよく知られている。ここでわかるように病院と医師は同時に発生したものでなく、必要に応じて医師は病院を訪れたのであるから、これもアウトリーチであったとも言える。

日本の医療の中でのアウトリーチ

日本では江戸時代に療養所があり、患者が訪れることもあったが、要請に応じて気楽に往診に行ったことは赤ひげなど時代劇を見るまでもなく明らかである。

近年往診活動をさかに行い成功しているものとして、佐久総合病院がどの事典にも挙げられている。この歴史についてはいくつもの文献があるので参照されたい^{1,2)}。事の起こりは、若月が東京から教授の勧めで敗戦直前「新しい日本の再建のために、山の中で農民のために働く気はないか」と言われ、そのときたまたま「佐久病院からの就職口があった」ということで、1945年3月就職し敗戦を迎え、農民は物も意欲もなくした中、手遅れの患者が運ばれてくるのも見て「農村演劇」を通じて啓発し、1945年12月から出張診療活動を始めたこととされている。

そして最近では1988年に在宅ケア実行委員会が組織され登録制の下、登録された患者に対する訪問診療が始まった。1992年に訪問看護を開始、さらに1996年に地域ケア科が発足した。当初5人の医師、31人の患者で始まった活動は現在17人の医師と330人の登録患者から成る、佐久総合病院でも一大所帯となった。医師は内科を始め麻酔科、精神神経科、神経内科、皮膚科、眼科、形成外科、歯科口腔外科の各科医師を始め、地域ケア科における研修をし、上級医に許可された初期臨床研修医、それに近隣の一部開業医を交えた多様な人材から構成されている。このほかにも医療相談室のCSW、栄養士、薬剤師などが介護保険を中心とした各種サービスの調整、栄養指導、服薬指導を行い、各ステーションにはPT、OTが配置され訪問リハビリなどに関与している。

このような状態の中で2003年度は訪問診療件

数が年間3,544件となり、発足時1,722件であったところに比べ倍増している。本院の休診日である日曜・祝日、第1・3土曜日と夜間は医師、看護師各1名が拘束され、休日夜間の急変に備えており、必要に応じて入院、看取りの対応もできる状態になっている。これはすなわち24時間365日いつでも登録患者の急変に対応しているということであり、医療活動の原点の思想でもある。都市部と異なり地方では老老介護、嫁が義理の親を看るなどの在宅介護があたり前のように行われており、またサービス受給者である高齢者自身にも「住み慣れた土地で最期を」と希望する人も多い。また貧しい時代の名残か医療に対して抵抗感の強い高齢者もあり、「自分からは決して病院には行かない、来てくれるのならよい」という患者も中にはいる。これらの人々にアプローチをかけ、早期発見、早期治療を実践していくことが、利用者本人のみならずそれを取りまく家族の安心感に繋がっているとも言えるのである。

ここで言えるのは、佐久総合病院は農村医学のメッカとして理解され、その思想が政治思想を背景にしているようにとられることもあるが、原点は医療サービスはどのようにしたら全ての人がいつでもどこでも利用できるかということにフォーカスをあてているに尽きると言えよう。そして、なかなか疾患を理解しない人、病院には行きたくないという人へ農村演劇を通じて啓発し、病院に来られない、あるいは手遅れになって来る人へは医療へのアクセスを待たず、医療がアクセスすることになり、これが在宅医療と呼ばれるのである。つまり、貧しさであれ、周囲へのはばかりであれ、忙しさであれ、疾患への無理解であれ、医療にアクセスしてこない人にとっては医療がアクセスするしかないのはわかりやすい。これは病識のない精神障害者へのアプローチと同じである。そして理解が十分でなければ、農村演劇でなくとも啓発が必要であり、精神科領域でも昨年からもたれた厚生労働省の3検討会の1つにも地域への啓発が挙げられているし、サイコエデュケーションも叫ばれているが、出しても呼んでも来てくれないければ同じであり、このような演劇は精神科領域でも学ぶところも大きいかもしれない。

精神科医療においては、若月も在宅医療の考えは大きくは発展させられず現在に至っているようである。彼の表現を借りれば、「ひどい精神病患者は、しばしば『座敷牢』の中に押し込められている。農家の真っ暗な土蔵の中に監禁されている精神患者の陰惨な姿を一度見たものは、一生忘れることはできないであろう」として、1956年格子なき病棟を建てた。それが当時の陰惨な精神医療へ投じた精一杯の光であった。その後も他の領域の大きなシステム化、発展と比べると、精神科医療では在宅医療への大きな歩みは見られていない。

精神医療の中でのアウトリーチサービス

1. 精神科でアウトリーチサービスの持つ意味

受療者が医療を必要とするとき、その契約を患者自身とするのが当然である。しかし病の特性で病であると本人が認めず、いわゆる病識がないという状態では自ら受診することはない。また家族などの周囲のものが受診を勧めてもむしろ態度を硬化させ、時には興奮させることもある。このようなとき、周囲のものが医療に乗せたいと医療機関や保健所に行った場合どのようなになるであろうか？ 医療機関の場合、昔は出迎え入院として往診に行った。ただし入院が目的であるから、患者から見たら「拉致」同然であったこともあろう。いわゆる地域医療としてまず行って、診立てをして、できるだけ外来治療でできる可能性を模索して、どうしてもだめな場合は入院と判断し、入院を説得し、時には患者の意に反して入院させる場合もあるだろう。この場合、初診であれば無理やりというのも難しく、時には精神保健福祉法34条の移送を適用する場合もあるだろう。しかし家族の相談を何度も受けていたり、あるいは本人になんとか会って説得しても難しいとき、いまさらリセットして34条にかけて事前調査に入るのは、医療の迅速性を無視しただけに人権人権と言って医療を遅らせることになる。また34条はまったく地域医療と関係なく、また、救急医療としても役に立たない。34条で事前調査に行っても説得まではするが、医療は行わず、結局34条の判断を待ち入院になるということから、34条に地域精

神保健福祉はあっても地域医療はないと以前に述べたことがある³⁻⁵⁾。そして移送の診察に行つて移送適応と判断せず、往診と訪問看護で継続医療ができていた例についても報告した⁶⁾。

2. 諸外国でのアウトリーチサービス

現在、後に述べるような ACT が注目されているが、これは 2003 年 8 月にそれまでの小規模のクローズドの研究会の共通認識として厚生労働省が出したものでは「包括的地域生活支援プログラム」と意識している。つまり treatment であるが、医療以外の福祉的・生活的サポートもチームで行うのが特徴である。これは、1970 年代に、米国ウィスコンシン州で、州立精神科病院の病棟閉鎖に伴う病院治療の代替としてスタートし、その後、地域移行を円滑に進めるために各国で取り組みが行われているという。オーストラリアでは 1980 年代前半から、イギリスでは 1980 年代後半から、フィンランドでは 1990 年代から始まった。

一方、移動精神科救急医療サービス (mobile psychiatric emergency services) があるが、これは医療に特化したものであり、それが医療以外との連携を必要とするときには連携するというものである。2000 年移送条項が精神保健福祉法に組み入れられ、一時これまでの往診は違法だとまで当時の厚生省が言ったため⁷⁾、移動精神科救急サービスの国際シンポジウムを東京で開き、米国で当時、精神科救急医学会の会長であったジールバーグとフランスのシャルコー病院のカナスを招聘した。ここで明らかになったのは、ACT と同じように、医療に乗りにくい人へ 1990 年代から医療者でチームを組んでサービスを行うというもので、ジールバーグの言葉を借りると、“taking the Emergency Room (ER) to the patient” という思想である。

3. 日本でのアウトリーチサービス

これまで述べたようなアウトリーチサービスはかなり昔からあったが、精神病院ラッシュのあと病床の「有効利用」のためか、「患者狩り」と評されるような往診があった。つまり入院を前提とした往診であった。そのため往診をしない病院が

よい病院とされる時代があり、連れてきてもらえば診ます、そして必要なら入院させますということがまかり通るようになった。それで困ったのは家族であり、そのため警備会社が搬送するようになり、これがマスコミに載り当時の厚生省が研究班を立ち上げ、移送条項ができたのは周知のことである。精神科で診療所の医師で往診している報告は聞かぬが、かなり重症者まで診るというのは少なく、重くなると病院へ入院させていることが多い。

しかし、他科では往診、訪問診療はかなりポピュラーである。診療報酬点数解釈によると、「往診料 650 点」の欄には、「別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診については、100 分の 50 に相当する点数を、夜間（深夜を除く。）の往診については所定点数の 100 分の 100 に相当する点数を、深夜の往診については所定点数の 100 分の 200 に相当する点数を加算する。患者における診療時間が 1 時間を超えた場合は 30 分またはその端数を増すごとに、所定点数に 100 点を加算する。往診に要した交通費は患者の負担とする。」とあるのみである。一方、「在宅患者訪問診療料（1 日につき）830 点」の欄には、「居宅において療養を行っている患者であつて通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に週 3 回を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号 A001 に掲げる再診料、区分番号 A002 に掲げる外来診療料および区分番号 C000 に掲げる往診料は算定しない。往診料を算定する往診の日の翌日までに行つた訪問診療の費用は算定しない。訪問診療に要した交通費は患者の負担とする。」とあり、内容の違いは、往診は要請に応じ緊急に患者を訪れる場合であり、在宅患者訪問診療は通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的医学管理の下に定期的に訪問して診療するという違いである。

緊急であろうと計画的であろうと、医療にアクセスしにくい患者に治療が迅速に提供されるには

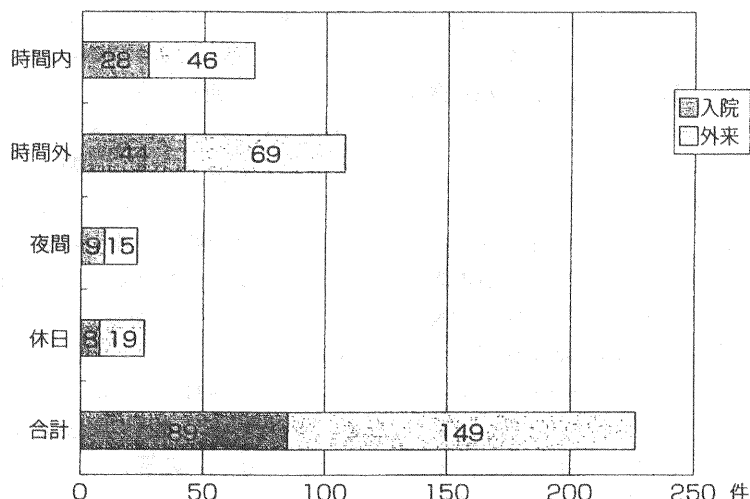


図1 さわ病院の往診の状況
(1997年9月～2003年12月) 76カ月

医療がアクセスすることが大切なのは先に述べたとおりである。

4. さわ病院でのアウトリーチ

これまでさわ病院での救急医療、往診については何度か述べた⁸⁾ので、ここでは最近のデータのみ示す。図1に示すように、76カ月間の往診は238回で、そのうち入院に至ったものは89件で、外来のみに終わったものは149件であった。そして時間内、時間外、休日、夜間いずれをとっても外来で終わるものが多いことが明らかである。これは外来ですまそうと努力して、不可能と判断されやむなく入院手段をとったことを示している。

5. ACTについて

ACTは最近注目され、マスコミにも取り上げられ、本年9月に出された精神保健医療福祉改革ビジョンでも取り上げられている。そして全体の改革の中の位置づけは図2に示すように、重度療養群の一部が対象となっている。この考えは昨年4回にわたって厚生労働省で持たれた勉強会で出されたものと一致しており、現在、厚生労働科学研究として国立精神・神経センター精神保健研究所で43名を対象に13名の多職種のスタッフが関

わっている。

しかし2003年8月段階での最初の共通認識は以下のとおりである。

(i)対象者

① ACTの対象者は、地域にて生活を行っている重症の精神疾患患者。現在であれば入院医療を必要とするとされている者であり、いわゆる社会的入院者は主たる対象者としては想定していない。

②たとえば、次のⅠ)～Ⅳ)に示した領域の一定の基準を満たす者が想定される。

Ⅰ) 診断

主診断が統合失調症、心因反応、感情障害（双極性・単極性）等の精神疾患である者。当面は主診断が知的障害、痴呆、薬物依存、アルコール依存症、人格障害である者は対象から除く。

Ⅱ) 医療機関の利用

①頻回の入院歴、②頻回の精神科救急の利用、③数カ月間にわたる通院中断

Ⅲ) 社会適応を妨げる行動など

①暴力など社会適応を妨げる行動、②薬物乱用・アルコール乱用、③行方不明・ホームレス、④自殺企図、⑤家族

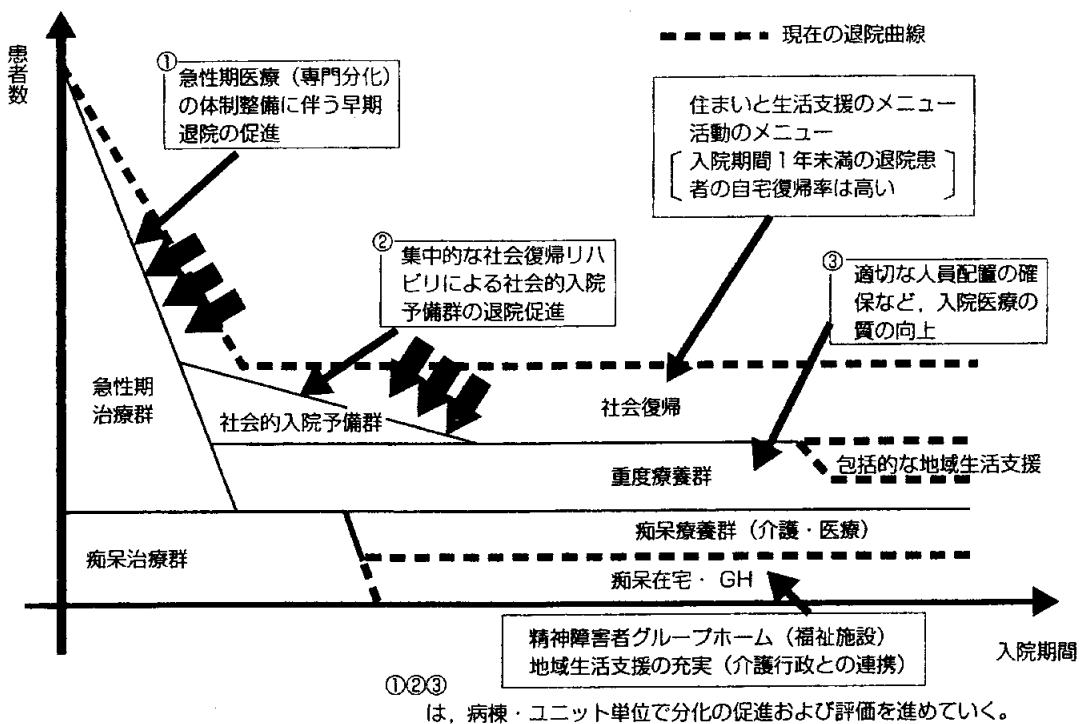


図2 精神保健医療福祉の改革ビジョン
(2004年9月精神保健福祉対策本部「病床の機能分化のイメージ」より引用)

の拒絶、など

IV) ふだんの過ごし方（生活障害）

- ①社会的役割の独力での遂行困難、②
生活課題の独力での遂行困難

(ii) スタッフ

チーム構成：精神科医，看護職員，PSW，
OT，臨床心理技術者，就労支
援担当者およびプログラムマネ
ージャー

① ACT チームの実施基準：ACT チームは、

- 1～9の全てを満たすことが必要
1. 常時対応
2. ケースマネージャー（医師・プログラ
ムマネージャーを除くスタッフ）1名
あたりの患者数は10名以内
3. 週5日以上ミーティング（初年度は
週4回以上）
4. 1名の患者に対して毎週平均2日以上

の訪問面接

5. 1名の患者に対して月に平均3名以上
のスタッフが訪問面接
6. 1名の患者に対して平均2週に1回以
上の精神科医による（訪問）診療
7. スタッフの活動の75%以上がオフィ
スの外（2年目以降）
8. スタッフの研修体制
9. 定期的に外部評価を受ける体制

1人のケースロードが10名以内となっていて
現在13名で43名とは少しケースロードが低すぎ
て採算割れになるかもしれないが、試行段階では
やむを得ないかもしれない。今後の発表が期待さ
れる。

おわりに

ACTの共通認識の基準，図2にあるように重

症の患者を地域に出してフォローするにはいいかもしれないが、日本の現状はそのようなレッスン10よりも、従来の診療報酬メニューでも十分な地域フォローができるのであるから、そのようなレッスン1をまず行うことが大切であると考え。それにより問題になっている7万2,000人の退院、7万2,000床の減床もなしうると考える。そのためには、まず若月の考えの原点であった農村医療での啓発、出張医療が精神科医療でも必要だという基本的スタンスに立ち、各地で個々の病院の実情をふまえかつ大胆に展開することが求められていると考えられる。

文 献

- 1) 若月俊一：村で病氣と戦う。pp.4-30, 岩波書店, 東京, 1971.
- 2) 清水茂文, 下田 憲：地域をつむぐ医の心。あけび書房, 東京, 1998.
- 3) 澤 温：精神科病院における救急医療のあり方。臨床精神医学 29:1575-1583, 2000.
- 4) 澤 温：移送と移動精神科救急サービス。精神科 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。精神科 1:485-488, 2003.
- 6) 澤 温：精神科訪問看護の可能性。外来精神医療 3:6-10, 2004.
- 7) 三薺文雄：精神保健福祉法の施行に向けて。日精協誌 19(3):44-48, 2000.
- 8) Sawa Y: Innovative Practice in Psychiatric Community Care in Sawa Hospital and Japan. in Comprehensive Treatment of Schizophrenia, Kashima H ed, pp. 213-221, Springer, Tokyo, 2002.

<日精協ホームページ・ミニホームページ登録のご案内>

日本精神科病院協会では、協会ホームページにすべての会員病院共通のフォーマットによるミニホームページ（病院紹介ページ）を作成し、ご希望の病院には求人情報も掲載することとなりました。全国の会員病院の情報を発信していきたいと考えていますので会員病院の皆様の参加をお願い申し上げます。

なおミニホームページ作成、公開、職員募集掲載に関して費用は無料です。

病院独自のホームページを開設されている場合につきましても、是非ご参加ください。

また、従来どおり、病院独自のホームページもご覧いただけるよう、リンクを設定しておりますので、現在、リンクされていない病院もこの機会にご登録いただけますよう、お願い申し上げます。

■登録方法

日精協ホームページ 会員専用ページ「ミニホームページ登録」のフォームにご入力後、写真のデータを添付して送信してください。（登録には会員専用ページユーザー名とパスワードが必要です。）

URL：<http://www.nisseikyo.or.jp/nisseikyo/>

※その他、メール、郵送での登録も受け付けております。詳細は下記までお問合せください。

■お問合せ

日本精神科病院協会／精情研センター TEL 03-5232-3311

E-mail mini@nisseikyo.or.jp

Home Page <http://www.nisseikyo.or.jp>