

私 は 院 長

澤 温

最新精神医学 5 卷 4 号別刷

2000 年 7 月発行

医療法人北斗会

さわ病院

澤 温



はじめに

最新精神医学からタイトルに適当なものがあれば変えていいが「私は院長」といった内容で書くように勧められ、光栄であると思うと同時に、学術誌に気楽に書いていいのか、学問的な書き方、内容を要求されているのか悩んだ。しかし頼まれて書くのだから気楽に書いても叱られまいと思い、好き勝手に書かせていただこうと決めた。このように書く中で、すでにさまざまな書き方で始めてしまっている。

精神医学について

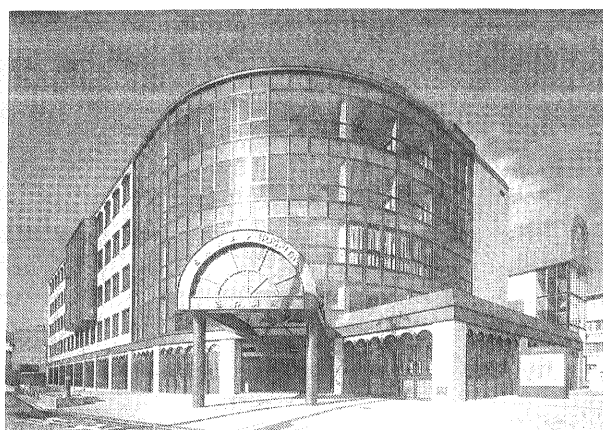
医学部に入って医師になろうと考えたのだから、少なくとも医療の専門家になりたいと思って医師になった。こころ病む人のこころの状態がよくなればいいのだからそのための手立てが適切に考えられ、選択し、適用して成功する、それで満点だが、こころ病む人は医学的対応のみでなく、こころの病により人生設計が狂い、家族との関係、会社での役割が変わり、とさまざまな2次、3次のこころの病をもつ。それらのどこまでを見るかというむずかしい。また精神分裂病のように一部の人とはいえなんらかの残遺症状をもつと対応も変わってくる。くどくど当たり前のことを書いたが、私が精神科に入

って最初に奇妙だと思ったのは、いわゆる「大学精神医学」と「病院精神医学」という言葉だった。先に述べたように病気の状態により対応するところが変わるのとはわからないではないが、私は15年弱大学と総合病院精神科に関わってきて、この差を縮めたい、差があってはならない、精神科病院が大学病院に臨床において負けてはならない、なるものかという気持ちで院長になった。一人の医師がもっている24時間を何に使うかということで、研究、教育は大学に大きく任せるが臨床では負けてはならないと考えて来た。

最新の文献に接することは大学人より少なくとも、患者さんに接する時間、チャンスは民間病院の方が絶対に多い。その中で経験をつむと同時に、医療レベルも落としてはならないと考えた。大学にいた時は生物学的な仕事をして、自分で人の血液やラットの脳や髄液や血液や尿をとっては調べてきた。そのような操作は慣れていた。当直に行っていたある病院で患者さんの協力を得て血液をとらせてもらった。血漿を得るために遠心しようとして古い遠心器を回した。しばらくしたらモーターの焼ききれる匂いがした。いくら精神科病院といっても、外注が多くなっているでもこれでは、と思った。

私は大学で生体物質のアミンやその代謝物を

医療法人北斗会さわ病院：〒561-0803 豊中市城山町1-9-1



測ってきた。その技術を用いて、81年から当院で抗てんかん薬の血中濃度を測るようにした。1つのクロマトグラムでフェニトイン、フェノバルビタール、カルバマゼピンを測った。その後ゾニサミドも測れるようにした。バルプロ酸はこのクロマトでは測れないので他の生化学検査機器と一緒に測っている。リチウムも最初は炎光法でそして今は電極法で行っている。リチウムも抗てんかん薬も外来に来て、必要なら抗てんかん薬でも1.5時間待ってもらえばその日の濃度を知り、それに従って投与量が変わえられる。これは「大学精神医学」でも多くはしていないと自負している。末梢血はもちろん、生化学検査も11年前から夜中でも医師が血清を分離して機械に入れてスタートボタンをひとつ押せば40分で、肝機能、腎機能、CRP、電解質、CPK、バルプロ酸が測れるようにしてある。測る気になるかどうかは医師にかかっている。

CT、一般撮影も夜中でも撮れるように、当直医は全員訓練している。

2年前から常勤に入った外科医に麻酔を任せて無痙攣ECTをしている。それまでは麻酔のみで全身痙攣を起こさせたが、効果は抜群でもイメージがいかに医療から遠い。それが外科医の管理の基では精神科医のすることは施行前の

面接と通電のみといえる。安心して「医療らしい医療」ができる。ところがECTの機械自身はいまだに木箱のエレキそのものといったもので、定価が15万円。施行すると従来の方法では1500円（本年閉鎖循環式の麻酔器を用いると“まるめ”で3万円になった）である。カウンターショックは3.5万円である。機械も点数もおかしいことだらけである。大学が進んで新しいECTについて研究をしてくれないと困る。最近アメリカの機械をオーストラリア経由で直接業者を通じて購入することにした。業者を通じて購入し臨床に使用すると薬事法違反とも聞かすが、厚生省がこれまで新しいことに目を向けなかったことの方が責められるべきではないだろうか。新しい機械は脳波の自動モニター、与える電気量の自動調整機能がついて200万円弱である。ECT施行時の「1, 2, 3」とおさらばである。通電時間のさじ加減はなくなる。これが日本の商社を通すとおそらく1.5倍から2倍くらいになるだろう。

ちなみに私は外国から直接輸入するのが好きである。ECTの例がどこからくるかというところ、オーストラリアのウォーターチェアが日本でコピーすると定価が46万円、負けても40万円であり、直接購入では通関料、保険、輸送費を入れ

て20万円である。エアシュータもカナダからアメリカ製のものを8年前に購入したが、今はその代理店が日本にできた。しかしそのキャリア（飛ばすカプセル）は直接購入なら100ドルだが日本で買うと同じものが3万円である。また拘束具で体の必要部分のみ拘束する器具があるが、ハンブルグ製で直接買おうとしたら日本の代理店を通してくれと聞いて聞かなかった。2年前にカナダに行った時、その製品を販売していて、改善点を要求してもしてくれないからと自分で会社を作って改良した同様の製品を作っている会社を見つけた。日本の商社に頼むと高くなるので日精協に頼んでその関連会社のJPHに代理店になってもらった。そうするとハンブルグ製の半額になった。これで拘束が増えては困るが、まだ紐を使って拘束している病院では大きなメリットがあると思う（もちろん紐の方が安いが患者さんのアメニティと拘束の通減には大きく役立つ）。日本では医療や福祉を食い物にする業者のなんと多いことか。

精神医療の敷居を下げること

精神科医療を地域型にしようとする地域の人々の理解を得て、気楽に入れる病院にすることが求められる。診療所は増えてこれも精神科医療の敷居を下げているが、かえって精神科病院の敷居は上げている可能性もある。精神科病院がより国民に受け入れられやすくするために当院は2つの方向性で行っている。

ひとつは介護保険がらみで、高齢者福祉を取り込み、地域で福祉問題で困ったならんでも相談をお受けしますという、精神福祉と高齢者福祉を担当する「地域保健福祉総合サービスセンター」を設けたことである。だから精神保健と

医療のみでなく精神福祉を担当する地域精神保健福祉センター的なものが縦軸で、精神福祉と高齢者福祉の地域保健福祉総合サービスセンターが横軸であるセンター的なものがあり、その一部が外来と入院を担当する従来の病院となることを考えて本年4月に開始した。

もうひとつは地域の人々と精神障害の人々との自然な接触の場を増やすことである。その手立てとして、89年以前も例えば盆踊りの時に地域の人々にピラや模擬店の金券を配って誘ったがあまり来てもらえなかった。そこで89年からは地域の夏祭りに入院中の患者さんを連れ出した。最初はいぶかられたがだんだん模擬店も出させてもらえるようになった。今は土曜日は一緒にしてその翌日の日曜日は病院が主体となり他の障害者団体にも呼びかけて盆踊りをしている。そのような縁もあって地域の文化祭や運動会にもグループホームの人も地域住民として誘ってもらったりするようになった。また病院では毎月原則として第二日曜日に職員と患者とその家族との合同の催しを開いているが、最近では地域の人とも交えて開いている。先に述べた夏祭りもその一つで、他には2月の講演会、3月の演芸会、6月のワールドフェスティバル、11月の運動会、12月の餅つき、年末のクリスマスガーデンミニコンサートなどがあり、地域の高校や中学の生徒や先生や父母が参加してくれている。もう一つ地域との交わりでは、95年10月からパート雇用した通院中の患者が昼と夜の2食を地域の高齢者に配食するシステムを作った。これまで支えられてきた人が支える人になることで自尊心を高め、収入も得、そして地域の人々に精神障害者への理解を高めてもらおうとした。大げさにいえばこの地域では精神障害者の支え

なしには地域で高齢者は生活できない世の中にしようというプランであった。

精神科病院の運営のこと

私は86年に大学を去り、父の病院に戻ったが、それまでまったく経営にはタッチせず、その意味で素人であった。少しずつ勉強する中で、精神科病院の運営には、経済性、学問性、医療的ロマンの三位一体が必要であると考えている。つまりどれに偏ってもいけないという意味で、医療的ロマンとは障害者や病を持った人の人生に思いをいたすことである。経済に偏りすぎると学問も医療的ロマンもない営利主義の私的病院となろうし、学問に走りすぎると経済も考えず、医療的ロマンも薄い一部の大学病院になろう。医療的ロマンにのみ走ると経営を考えず、収入が人件費の半分かくらいである公立病院にもなる。

そのバランスを保ちながら、先進諸外国のようにベッド数を削減して運営することは並大抵でない。幸か不幸か日本の入院費は先進諸外国の1/3から1/5である。そのため外来に移行して訪問看護やデイケアにしてもそれほど人件費は変わらない。

それにしても本年4月の診療報酬はひどかった。実質0.2%増というが、デイケアも200人となると医師数が要求されすぐには対応できないため外来数を制限せざるをえず、実質低下となった。

私は医療法人は非営利法人だから、余剰金はあまり内部留保せず、人と環境の整備にまわすべきと考えている。人については精神科急性期治療病棟や老人性痴呆疾患治療病棟、重度痴呆患者デイケア、精神科デイケアでは規定以上に

人員を配置している。質を守る、あるいは質を高めるのと人の数はパラレルであるが、人を多く入れたからといって、これらの“まるめ”部署は収入が増えるわけではないのが苦しい。

以前は余剰金でイタリアとイギリス、アメリカとカナダ、そしてデンマーク、と職員と研修に行った。この洗礼を受けたおかげで現在の当院でかなり突飛な話でも職員は理解し、ついてきてくれていると考えている。

私は院長

「私は院長」、こう書くと院長は権限がありそうに聞こえるが、殉教者の使命があるにすぎないとも思う。小学校以来、権利の裏には義務があると教えられてきた。医療保護入院では指定医の判断で入院させても入院責任者は管理者である院長である。まして今回の法改正の中の34条で、入院を決めた医師が自分の所属する病院に連れて行くことは原則的に違反としている。その後このことについてはかなり判断が和らいだが、院長の責任は大きい。また最近は委員会が多くなり、院長が仕切らず民主的な方法でいろいろ意見を出し合って話を進めるようになってきた。それはいいが、結局ここでも責任は院長である。

民間病院の院長としては合議制よりワンマンのトップダウンが多い。それは民間だからなのかビジョンやカラーがないと人はついてこないと思うからである。またある案にゴーを出すのにはデータが必要という信念をもっている。またデータがなければ自分で実験し、得られたデータに基づいてしようという考えはずっと持っている。

最後に私の恩師、中沢恒幸先生の話をして稿

を終えようと思っている。先生の特徴はどんな逆境にあって転んでもただでは起きない、問題が出たらその場ですぐに電話をとって交渉する、どこでも自分の場を貪欲に見つけ、否定的に見ず肯定的に捉えていくことであった。その先生が私に「研究者はいつもいらいらしてんといかん」と言っておられた。そのためいつも実験のことを考える癖がついて大学病院に勤めてそのまま院長になった。病院の運営でいろいろ問題が出て、私もすぐに受話器をとって交渉し、

即断即決、即実行をするようになった。しかし一度先生に病院見学に来ていただいた時、先生は患者さんと接するにはもっとゆとりを持ってしていらいらしてはいかんと言われた。一体どっちが大切なんだと言ってしまいそうである。

ともあれ、これまでの病院の運営の仕方を述べ、その中で私の病院の運営方針と院長としての立場、考え、やり方をお話した。請う、ご批判。

26・号・予・告

最新精神医学 Vol.5 No.6 2000.11.25 発行

【特集】『精神障害と家族』

1. 特集にあたって ————— 帝京大学 広 瀬 徹 也
2. 分裂病と家族 ————— 長谷川病院 遊 佐 安一郎
3. 気分障害と家族 ————— 東京大学分院 小 野 博 行
4. 神経症と家族 ————— 帝京大学市原病院 張 田 真 美
5. 精神遅滞と家族 ————— 都立児童相談センター 開 原 久 代
6. 不登校と家族 ————— 大阪大学 井 上 洋 一
7. 境界性人格障害と家族 ————— 黒田心理療法クリニック 黒 田 章 史
8. アルコール依存症と家族 ————— 利田クリニック 利 田 周 太
9. 摂食障害と家族 ————— 福岡大学 西 村 良 二
10. 痴呆症と家族 ————— 老人保健施設「ぬくもりの里」 三 宅 貴 夫

(編集ページの都合により若干変更になることがあります。編集室)