

ヒューマンケア通信 (Vol.20 H23年10月1日)

= 精神科医療と精神科病院 (1) =

今回、次回と読者の方からご意見のあった「精神科病院の将来性、特に地方の中小病院の戦略」について考えてみます。まず、今回は精神科医療に対する個人的な理解からです。

<私の周りの精神科領域の問題>

最近、脳梗塞で四肢麻痺になった福井在住の姉に大きな変化がありました。

Cネットグループの入浴サービスの月1回の利用を始めた前後から、義兄との外出機会が増え、ヘルパーさんとの買い物外出なども始めていました（外出用の車両も購入）が、最近、NHKで放送した番組「脳がよみがえる」を見て、あれほどリハビリテーションを嫌がっていた姉が、川平法というリハビリの方式をやってみたいと言い出したとのことです。

面白いもので、灯台下暗しという言葉通り、実は、義兄がお願いしている訪問リハビリの先生が、この技術を体得されていたとのことです。本人との協働でやらないとできないため、姉がずっとリハビリを嫌がっていたことから、これまで無理にやってこなかったとのこと。

本人がやる気になったのを契機に、実際に、その技法を実施したところ、今まで動かなかった左手が動くようになり、それでやる気が一層出たのか、自分の右手でスプーンを持って食事を始めたとのことです。

PCの操作も始めていましたので、個人的には、もう十分できるとは思っていましたが・・・今後の展開が楽しみです。

こうした姉の行動変化は、表面的にはTVもきっかけですが、身体に障害を受け、それ以上に痛んだ心の傷が、1年の時間をかけて癒されたことが実際のところとを考えます。

本当は、こうした分野にも精神的なアプローチ（精神科医療のカバーする領域かは難しいところ）が充実していれば、もう少し早めの一歩があったかもしれません。

考えてみれば、私の周りには、精神的な問題を抱える人が結構います。

20歳代で自殺した従兄弟、60歳代で自殺した叔父 いずれも経済的問題もなく、思えば精神的な面での支援の遅れが原因かもしれません。また、高校時代の同窓生で私立大学の准教授も、10年以上、うつ病との付き合いを続けています。私が精神科医療に深く考えるようになったのは、厚労省精神保健福祉課（当時）に精神保健企画官として勤務した時からですが、その際にも彼女が発症した時の悩み、困ったこと、精神科医療に対する期待と不満などを聞く機会もあり、これが当時 私が精神科領域の問題を深く考えるきっかけになったのかもしれません。

また、ストレス耐性が高いと言われ続けてきた私自身も、今から考えれば、お役所時代は「常軌を逸した」働き方をしており、特に障害者自立支援法に向けた準備をしていた終わりごろには、心と体のチャンネルを切り替えるため、どんなに忙しくても月数回は行っていたゴルフにも行きたくなくなり、いろんなことを同時に考えて思考にまとまりがなくなるなど、結構、厳しい状況にありました。国立病院機構に異動になり、配偶者が一言。「今まで いろいろと大変な働き方をしていたと思うが、今回がピークね」と家族にも心配される始末でした。

私はまだ幸いなほうで、お役所の後輩には心の病気で勤務ができなくなったり転職したりと 多くの問題があるのが現実です。



＜精神疾患の動向＞

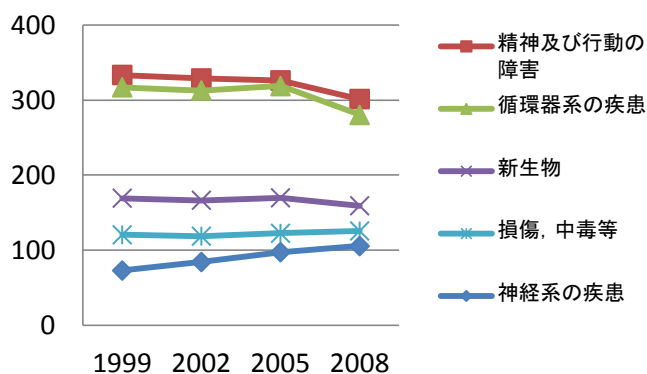
精神疾患は、日本では極めて患者数の多い疾患です。

平成20年の患者調査によれば、在院患者は30.1万人、通院患者は23.2万人と いずれも国民的な対策が必要とされるガンを上回っています。また、在院患者数が、1か月の延通院患者数を上回る唯一の疾患であり、従来から、入院のウエイトが極めて高いとされている分野です。

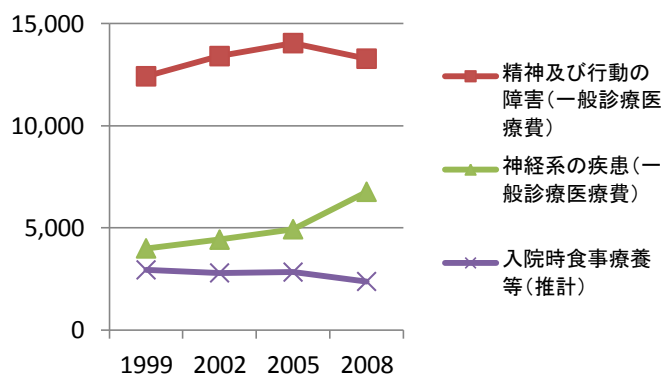
医療費の規模でいえば、入院医療費で1.5兆円、通院医療費で0.5兆円と、合計で2兆円規模の市場（神経系の疾患を除く）であり、国民医療費において継続して一定のシェアを維持しています。また、精神障害の世界は、経済的問題も背景にあり、生活保護医療が多いのも特徴的な分野です。

しかし、2008年から状況は、少しずつですが変化してきています。精神及び行動の障害の在院患者・医療費が減少を始め、一方では認知症を含む神経系の疾患が増加してきています。こうした変化が、国のレベルでは、精神科病院における認知症患者への対応が議論の中心となっている背景です。

在院患者上位5疾患(千人)



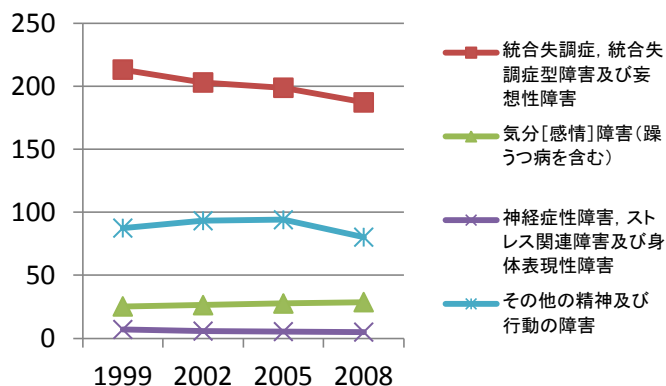
精神科入院医療費の推移



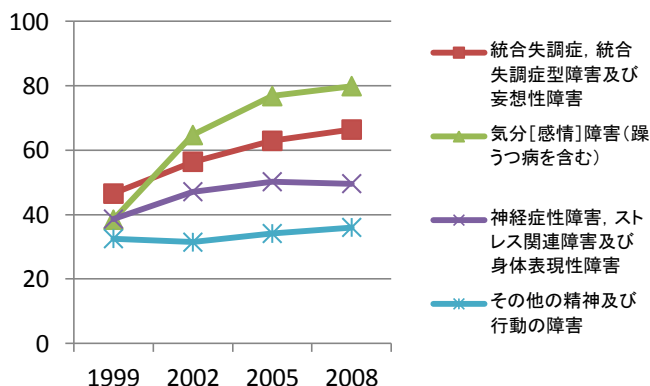
また、精神科領域の疾病別の動向（認知症の問題は別途機会を設けます）を見ると、

- ① 精神科患者の中心である統合失調症は、入院から通院へ移行していることがデータで示され、また、知り合いの精神科医によれば、新薬の使用等で 新規発症患者の症状が軽減・安定し、入院しても比較的短期の期間で済むようになっている。
- ② 一方、気分障害・神経性障害等は、一貫して増加しており、特に、通院の世界では、これらを専門とするクリニックの増加等もあり、急速に増えています。

疾病別の在院患者数の推移



疾病別の通院患者数の推移



＜統合失調症群への対応＞

この問題は、種々の視点から議論されますが、①これから発症する患者への体制づくり、②団塊の世代を中心とする既存の長期入院者への対応に分かれる問題と私自身は考えています。②が生じた歴史的な背景や、家族との関係がうまくいかない例が多い当事者の意識が共鳴し、当事者と医療者の間に信頼関係が薄いのも、この問題を複雑にしています。例の総合福祉部会でも当事者代表とされる人と精神科病院団体の代表者の間で、感情的ともいえる議論もあったようです。

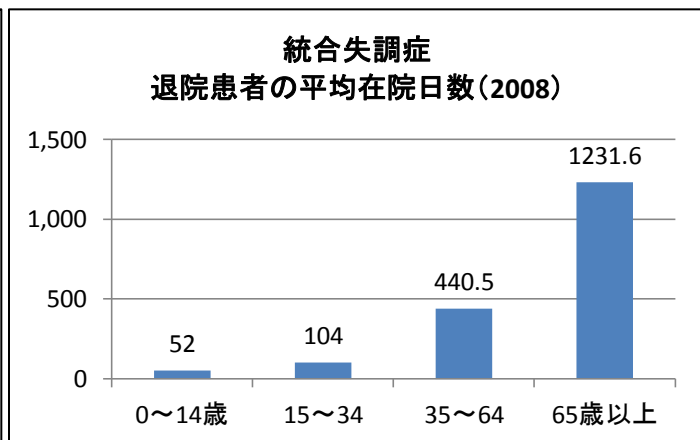
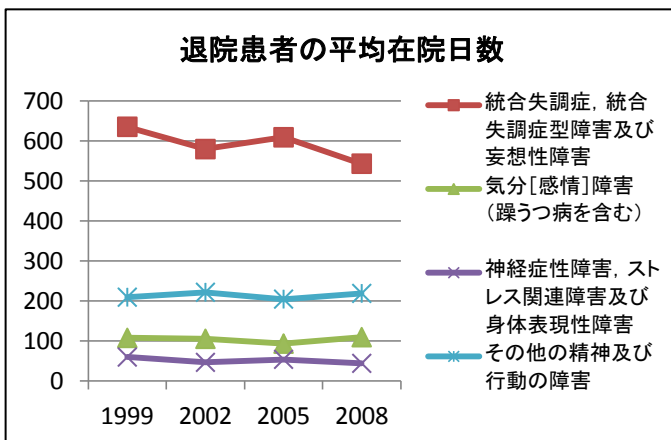
入院か地域かという2分法・いくら精神病床を減らすのか等の単純な議論がされるのも特徴的です。例えば介護の問題では、施設か地域かではなく「施設も地域も」であり、また特別養護老人ホームを作れという意見は強くても、なくせという意見は聞こえてこないのと比較すると極めて対照的です。

精神科病院自体が、在院患者を退院させない等の「悪」の存在のように扱われることもあります。この点に関しては、私自身は、病院側に同情的です。数が多いのは問題ですが、実際には、昭和30年代、40年代に、患者の家族や社会（現在の高齢者世代）がその存在を求めたものであり、この世代の人が、地域移行を声高に主張する姿を見ると、思わず「昔は何をしていたのですか？」と聞きたくなったりします。一方、多くの民間病院では、創業者から2代目・3代目へと代替わりが進み、医療の質と経営問題のはざまに悩む人が多いと感じています。もちろん、直ぐにやめたほうが良いと思う病院も多いことは事実ですが、精神科病院であるとして一律に扱うことは避けるべきでしょう。

さて、私は①の新たな体制づくりが、最大の課題と考えていますが、先の知人の医師の意見のように、また下記のデータのように、精神科救急などの急性期の病院も増え、確実に短期入院・地域生活へという流れは定着しているように思います。入院か地域かという2分法で、極力、入院させないようという地域での体制づくりを指向する意見や取り組みもありますが、1か月程度の入院期間であれば、他の疾病と変わることはなく、どこまで普遍化するか個人的には疑問があります。しかし、先月、地方でACT（Assertive Community Treatmentの略 地域医療及び各種生活支援を含めた包括的地域生活支援プログラムの意味）にトライする30代の精神科医と話す機会がありましたが、これまで勤務した精神科病院の限界を感じたという言葉が印象的でした。彼のようなトライアルが成果をあげ、一方で既存病院の質の改善が図られ、患者がいずれも選べるような時代が早く来ることが期待されます。

また、地域の代表サービスであるデイケアも曲がり角に来ていると思います。退院患者のほとんどは、デイケアに移行しますが、そこで滞留します。もちろんデイケアで、引きこもり等を防止し、モチベーションを維持することがぎりぎりの人もいるのですが、大都市でよくみかけるカルチャーセンターのような大規模デイケアにどれほどの地域生活の意味があるのでしょうか？

個人的には入院か地域かではなく、地域生活をどのように捉えるかが大事なのだと思います。これは知的障害におけるグループホーム＝地域と短絡する発想も同じ問題です。



<気分障害・神経障害等への対応>

右は2つの医療法人を合併することを支援したことをきっかけに経営自立に向けた支援を行っている病院の患者実績です。

東京都内で、一般病床90床程度で経営しており、退院患者の平均在院日数は20日程度と、小規模の一般病院としては普通の入退院の数です。

しかし、この病院は精神科・神経科を標榜し、その患者の主力は気分障害・神経障害・摂食障害等であり、特定の患者層にターゲットを絞った精神領域の専門病院です。

この病院の入退院数は年間800件を超えますが、精神科救急を持つ、概ね400床規模以上の病院に相当します。ちなみに800人規模は、400床規模の急性期一般病院では1か月分の数字にも足りません。病院の忙しさは入退院数に比例するのですが、例えて言えば、精神科病院の速度感是一般病院の1/10ということです。精神科救急といえども、社会一般の病院より、のんびりしているということです。

さて、この小規模で多数の患者を対象とする病院は、将来の精神科病院の在り方の一つとなる可能性があるのではないかと考えています。しかし、実際には、この数の入退院数では、経営的に足りないので、さらに1割から2割の入退院の増を図ることが必要になります。このため、急性期の一般病院では普通となった医療連携室を立ち上げ、一般病院と同じような展開を導入できないかと試行錯誤中です。月1回、病院の院長・現場の人と意見交換を継続していますが、個人的にも興味深い話を聞くことができます。

まず、この病院には東京都だけではなく、関東近県、さらには数は少ないですが全国的に患者が来ているという事実です。関東以外ではHP等を通じた入院経路のようですが、これはこうした患者層に対して各地域では十分に対応できる体制が整っていないことの反映と考えられます。こうした疾患群の既存精神科病院等への在院患者は少ないのですが、これらは入院の必要性が少ない症例が多い一方で、体制未整備も要因と考えられます。

また、この病院で働く医師・看護師（管理職）・PSW等は、概ね精神科病院での経験がある人なのですが、この病院が求める速度（患者の入退院の頻度）と過去の経験がマッチしないという現実もあります。通常精神科病院勤務の際の速度感になれると、ここでは勤務が厳しく感じる・目標数の桁が違いイメージしづらいということです。医師もしかり、看護職も精神科経験者は離職率が高く一般救急経験者を採用するようになったとのことです。

この速度感の弱さは、この10年、一般病院で生じた急速な変化が、精神科病院においては緩慢にしか生じなかった一因ではないかと考えています。また、病院勤務が長い人は、地域支援等の役割は担えないという別の医療法人における実態も重ね合わせると、精神科医療においては、統合失調症の長期入院等のサービス提供パターンに「慣れてしまった」既存の人材を、いかに近未来の医療提供体制にあわせたスキルアップ（速度感・多様な疾病経験・地域経験等）を進めるかが精神科医療の変化の兆しがある中で最も重要な課題になると思います。

精神科医療の発展のためには、まず病院スタッフが既成概念から自由になることが必要なのでしょう。

