

第12回世界精神医学会横浜大会

精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

シンポジウム II (日本における患者の人権と精神医療)

3. 統合失調症患者への精神科治療とリハビリテーションの統合

澤 温 (さわ病院)

はじめに

1999年の統計では、統合失調症罹患患者の一日あたり受療者数は、入院患者で21万4千人であり、外来通院者数は4万7千人である。現在、日本の精神医療においてもっとも大きな問題は、この統合失調症の入院患者の内どのくらいの人々がどのようなサポートがあれば地域へ移行できるかということであろう。

統合失調症の急性期には集中的な薬物治療が中心になるが、亜急性期や慢性期には、しばしば残遺症状を残すことがあり、これが長期入院に至る理由になりやすいので、社会復帰を促進するにはリハビリテーションプログラムが中心となる。

医療において不可欠な3要素として、迅速性、責任性と継続性を筆者はあげている¹⁾。迅速性は救急医療と関係し、責任性は救急とリハビリテーションに関係している。一方継続性はリハビリテーションに関係している。精神医療においてもこの3つは不可欠であるが、精神医療ではさらに必要なものとして人権への配慮があげられる。

急性期の治療および救急医療サービス

急性期の治療では、まず治療への迅速なアクセスが不可欠で、そのための手段の内重要なものは、治療者が患者にアクセスする移動精神科救急サービスであろう。薬物療法は身体的治療として不可欠である。心理療法、サイコエデュケーションは治療を患者自身が主体的に継続するようにするために重要である。

日本の精神科救急システムは、国の制度として

47都道府県と12政令都市で地域の実情に応じて、輪番で行うようにと1995年に始まり、地域によって形態はさまざまであるが、1県を除いて全てで始まったと言われている。これは夜間及び休日に救急医療が必要な患者を救急車や医療機関の車で搬送するとしている。しかし重要なのはいかに迅速に患者に適切な医療を提供するかということである。患者を医療にアクセスさせるか、医療が患者にアクセスするかを考えると、いわゆる病識の欠如した患者にとっては、無理やり患者を医療にアクセスさせるよりドクターカーのように精神保健指定医が訪問し、できればその場で医療を提供する、やむを得なければ入院させるという方が、患者や家族や救急隊にとっても負担が少ない方法となる。

さわ病院での救急医療サービスと
移動精神科救急サービス

図1に2001年のさわ病院での精神科救急医療サービスの実態を示した。夜間及び休日の入院患者数は513人で年間の入院患者数1559人の約1/3を占めていた。しかし夜間及び休日には入院患者の約1.5倍の外来患者と、入院と外来をあわせた患者数以上の電話相談があった。外来で終わった患者では警察や救急隊による搬送は少なく、入院に至った患者では警察や救急による搬送が多かった。

図2に97年9月から2002年2月までの52ヵ月間に提供された移動精神科救急サービスの実態を示した。どの時間帯でも入院に至るより外来で

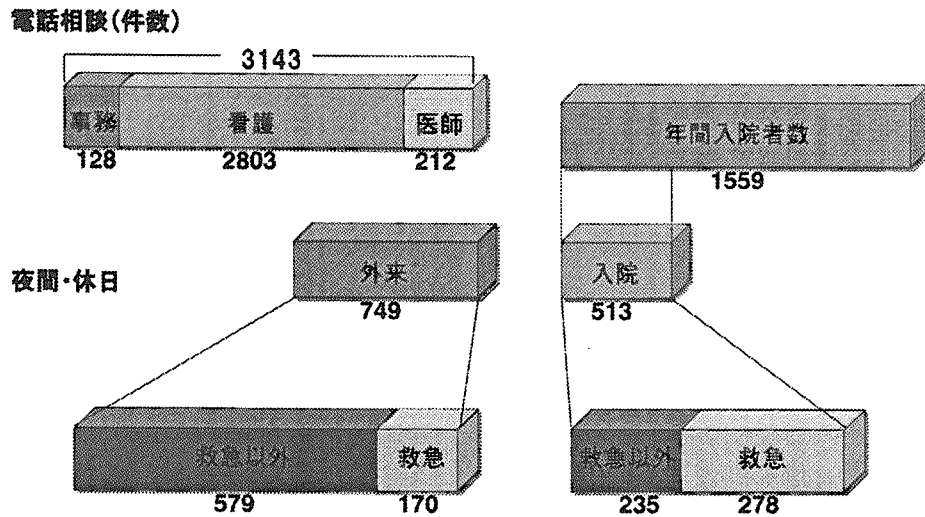


図1 さわ病院における全救急態勢の実態（'01年1月～12月）

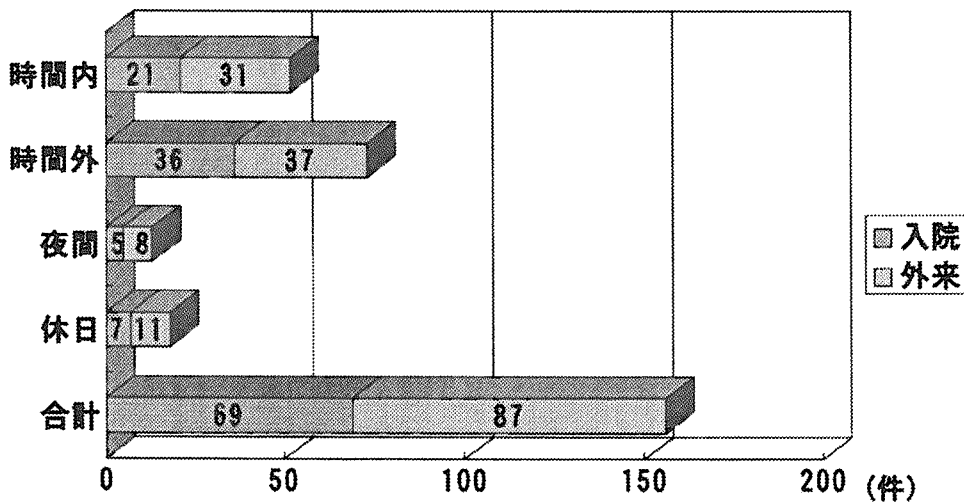


図2 さわ病院の往診の状況（97年9月～02年2月）

治療あるいはアセスメントをして終えたケースが多かった。このような外来で完結するサービスは、以前にも述べたが²⁾その後治療を継続させる上で入院治療よりも重要であるといえる。

亜急性、あるいは慢性期への治療

残遺症状をできるだけ少なくするために、あるいは残遺症状があっても社会復帰できるように、亜急性期あるいは慢性期には、SSTを含めたサイコエデュケーションや作業療法は重

要である。しかし最も重要なのは、退院後の生活への動機付けや生活イメージをもたせるような仕組みである。その目的のためには自宅や、訓練施設への外泊は重要である。外泊により、その間の患者の態度についてスタッフは知ることができ、本人や家族も自宅や単身でアパートで生活する自信を持つことができる。またこの間訪問看護をすることで、どのように退院後サポートすればよいかについての情報を得ることもできる。

精神科地域ケアの4つの要素

以前から述べたように²⁾精神科地域ケアには①住まう場②日中の活動の場とプログラム③サポートする人々とその連携④地域の人々の理解と受容の4つが不可欠である。①の住まう場としては地域の中の一般資源であるアパート、それが難しければグループホーム、さらに福祉ホーム、生活訓練施設、救護施設などその人にあったサポートのある居住施設が必要である。②日中の活動の場とプログラムでは医療的プログラムから福祉的プログラムまで、たとえばデイケア、デイナイトケア、保健所のグループワーク、通所授産施設、福祉工場、小規模作業所、社会適応訓練事業、一般就労などこれもその人の能力とサポートの適切性が求められる。③のサポートする人々とその連携は専門家を中心とした人々の連携（これはボランティアの参加でより幅と深みを増す）を意味している。中でも訪問看護、デイケアは欠かせない。訪問看護やデイケアを行うことで入院日数や入院回数が激減することは以前に報告した²⁾。デイケアでは約50～65%に、訪問看護では15～30%に減少させることができる。しかし1996年7月に1374カ所の訪問看護ステーションでの精神科訪問看護の実情を調べた³⁾が、23.4%が訪問していたが、2.6%は精神科訪問看護はしたくないと回答し、67.4%は要望がないと回答した。④の地域の人々の理解と受容はもっとも難しいし、地域性を考える必要があり、総論化しにくい。偏見への啓発活動に尽きるがこれは地域の成長によって対応が異なっている。

精神科病院のベッド数と地域の居住施設のベッド数との関係について

浅井はアメリカとカナダと日本の精神科病院のベッド数と地域の居住施設のベッド数との関係について調査し報告している⁴⁾。それによると各国の人口万対の精神科病院のベッド数と地域の居住施設のベッド数はそれぞれ、11, 15で計26, 16.3, 11で計27.3, 28.7, 1.4で計30.1で、どの国でも精神科病院のベッド数と地域の居住施設

のベッド数を合計するとあまり差がないが、日本は極端に精神科病院のベッド数が多く、地域の居住施設のベッド数が少ないことがわかる。

さわ病院での変化

図3にさわ病院の施設及びシステムの変化と患者動態について示した。デイケアや訪問看護などのサポートやグループホームなどの居住施設の充実、救急医療態勢の整備にしたがって20年間に定床数は603から505床に減らすことができた。年間の入院者数は300から1300に増えた。平均在院日数は700から110日に減少することができた。外来の実人数は、2000年には1990年の1.5倍の3000人以上となった。1990年と2000年の状態を相対的にみると、46%までベッド数を減らすことができています。居住施設が増えるほど訪問看護やデイケアなどのサポートシステムが必要になるが、それらを整備すると、より重症な患者でも地域生活が可能になることを示している。残念ながら来年、大阪府は財政的理由でグループホームの単独補助金をカットするという動きを見せている。それでは再発や再入院率が増加するばかりでなく、地域への迷惑や、時には危機的状況を生むと懸念される。

先進諸外国では30年程前から精神科の治療は病院から地域へ移行している。その大きなインセンティブは、建て前はノーマライゼーションであり、本音は入院費より外来治療及びケア費が安いからである。ところが日本では精神科の入院医療費は先進諸外国の1/3から1/5であるため本音のインセンティブが働かない。また日本では約90%の精神科病院は私立で、ここにもインセンティブが働かない。また患者も家族も地域の偏見のため、そして近年精神療養病棟などのアメニティやプライバシーが向上し、生涯病院で過ごしたい、過ごさせたいという人々も増えている。しかし、皮肉なことに慢性患者の入院費と外来治療費があまり変わらないため、さわ病院では、地域対策や居住施設、サポートするためのデイケア施設などの初期投資は必要であるが、地域への水平移行が

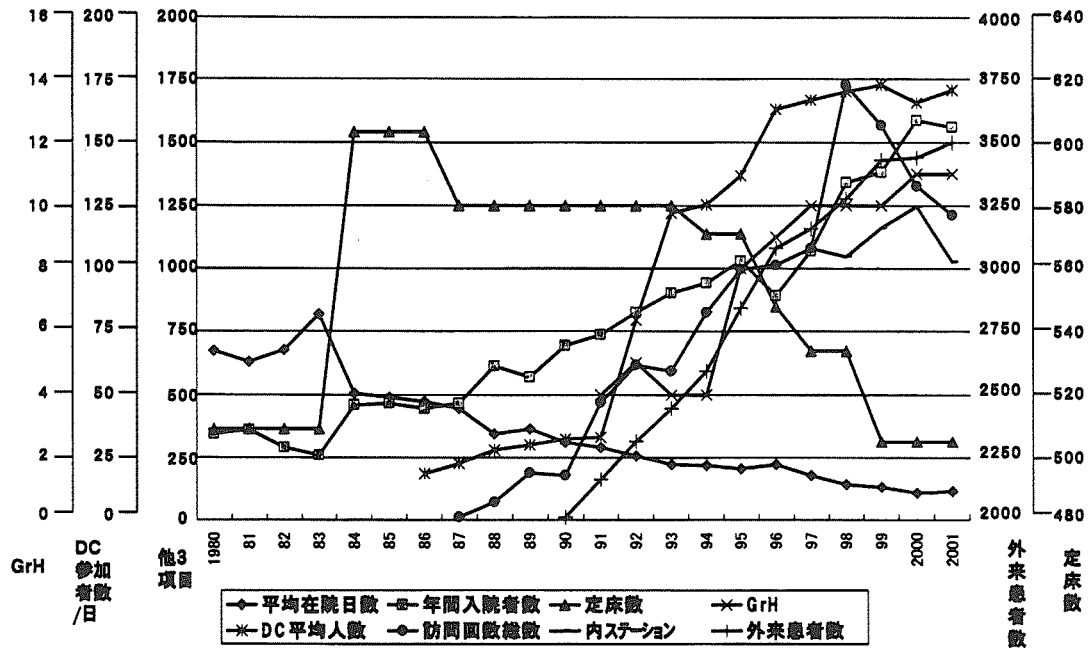


図3 さわ病院の施設及びシステムの変化と患者動態

可能になったともいえる。

日本の精神医療は常に外圧によって変えられてきた。経済的誘導という、本音やマネージドケアで動く先進諸外国の動きすべてが正しいわけではない。今後は諸外国の動きとその効果、失敗などを踏まえて独自にそして迅速に、特に慢性の統合失調症患者の地域ケアを進める必要がある。

文 献

1) 澤 温：5章 社会的ニーズに対応する精神科病院，変わりゆく精神保健・医療・福祉—精神障害の理解

と援助（乾 正，瀧本優子編），98-120，医学書林，奈良，1999

2) Sawa. Y: Innovative Practice in Psychiatric Community Care in Sawa Hospital and Japan. In: Kashima H. Comprehensive Treatment of Schizophrenia. 213-221, Springer, Tokyo, 2002

3) 澤 温：精神障害者の社会復帰を支援する訪問看護の在り方に関する研究。平成7年度厚生科学研究 精神保健医療研究事業，1996

4) 浅井邦彦：精神科医療・福祉圏域について。精神経誌，102：168-183，2000