

はじめに

これからの精神科病院を論ずるときのキーワードは、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であろうと考える。その視点があって初めて、今回の特集号であげられたキーワードの人員規準、設備構造基準、長期在院患者施策、病床機能分化、精神保健福祉施設、医療法改正も取り上げられるべきである。

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は述べてきたように、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人の人を大きな一部屋に入れて一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一人では看れず、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のように、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が強い抵抗が起きる。少しでもよくなろうとすれば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86年には定床が603床で従業員数は268人、93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。従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のやく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。83年の厚生省の調査では1921人を対象としたものであるが30.4%が社会的入院とされ、91年に精神神経学会は24858人を対象として33.1%が退院可能としている⁴⁾。93年に日本精神病院協会は244228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無い。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無い。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も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り療養環境を保障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」98年版、99年版から97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12500万人についてみると、鹿児島レベルにすると712500床で埼玉レベルにすると222500床で97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頑張っても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寿分でないからであろう。

病床についてもう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方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」のようであったらと考えていた。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たら、隣の人の声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たかめ、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、それはバスタ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 アメニティとセキュリティとプライバシーをたかめ、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せず、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、外部との見通しも程度に応じて変えられ、部屋の雰囲気も独房で無く一見個室になるようにし、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師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様にすることも、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 隔離・拘束 隔離1 隔離2 隔離3

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、必要に応じて部屋ボタンを押せば特定の部屋の音声を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無いと思う。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。その中で兄弟同志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、精神科では人がおおくいるのだから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に精神科が人員配置を先に決めるのはおこがましいといわれたと聞く。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 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 痴呆老人を含んでいる 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だろ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基準の矛盾,問題点とさわ病院病院の現状、日精協誌、18:136-143、1999
- 3) 澤 温:病院精神医学とコメディカル - 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 -、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 - 精神病院の再構築をめぐる -、日精協誌 12:971-1015、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.