

第 1 3 回
報 告 集

近所フォーラム



開かれた精神病院をめざして

テーマ「精神科救急医療のあり方」

講 師 平田豊明さん (千葉県精神医療センター診療部長)

日 時 2003年5月25日(日)

午後 13 時 30 分から午後 16 時30分

会 場 松沢病院 5 階 会議室

主 催 松 沢 病 院 労 働 組 合

精神科救急医療の あり方

平田豊明（千葉県精神科医療センター診療部長）

司会 松沢病院の A-14 棟に勤務しております看護師の吉田と申します。よろしくお願いします。いまデイケアに勤務しています看護師の清水と申します。今日は2人で司会をしてゆきます。よろしくお願いします。

司会 それでは最初に、松沢病院労働組合分会長の原から開会のあいさつを行います。

原 日曜日の貴重なお時間、松沢病院の組合主催の「ご近所フォーラム」に御参加していただきありがとうございます。この病院は、地域にお住まいの皆さん、精神医療を利用されている方にとっても、近くて遠い存在ではないかと思います。一般病床はありませんし、精神科の単科病院ということで、なかなか敷居が高いのではないのでしょうか。

毎年1回、今年で13回目を迎える「ご近所フォーラム」を行ってきました。

日ごろ、精神病院の中で何が行われているのかわかりにくい面もありますし、また、地域の方々も病院にこうあってほしいとか、こういう使い方をしたい、また利用者の方も、もっとこうあってほしいという要望もあると思います。そういう声を聞きながら、私たちの組合の運動にも生かしていくという趣旨で始めました。精神病院の風通しをよくして、医療の内容についても考えていこうということでやってきました。

長い間こうして続けてきたのも参加して下さる皆さんがあってのことで、大体後半の議論のところが非常に盛り上がり、毎回時間が足りないぐらいいろいろなご意見をいただいています。私たちも単に組合運動ということではなく、病院に意見を言っていく上で皆さんからのご意見が支えになっていることを強く感じています。

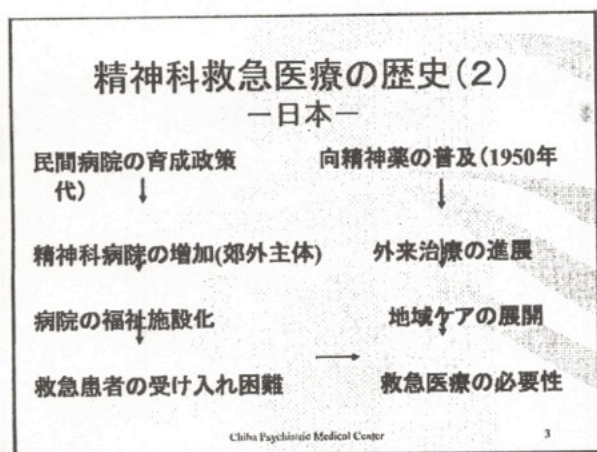
松沢病院は、今後改築計画もあり、急性期の医療や司法絡みの患者さんを受け入れていくプランも上がっています。そういう中で、精神科救急医療のあり方をメインテーマに考えていきたいと考え、千葉県の精神科医療センターの平田先生に講演していただきます。また私たちの職場が現在どうなっているか職員の報告も受けながら、またユーザーの方からの意見も受けながら議論していきたいと思います。

司会 本日の流れをここに書き出しましたのでご参照ください。あと2、3お断りをします。フォーラムが終わってから小冊子をつくる関係で、写真撮影と録音をさせていただいています。お顔は撮らないようにしていますのでご了承ください。

今日は「精神科救急医療のあり方」について、平田豊明先生からお話をお聞きますが、その前に、簡単に先生の略歴をご紹介させていただきます。先生は千葉大学医学部卒業後、銚子市立病院精神科勤務。1984年、千葉県衛生部保健予防科勤務。1985年、現在勤められています千葉県精神科医療センター勤務、現在は同診療部長をなさっておられます。ほかに日本精神科救急学会理事、事務局長等をされておられます。では平田豊明先生、よろしくお願いいたします。

アメリカ、イギリス等で盛んに進められた、大きな病院をどんどん縮小して解体して、スタッフと患者さんをみんな地域の側にシフトさせていこうという運動です。アメリカあたりでは何万人も収容するような巨大な州立病院が10年、20年という期間の間に10分の1ぐらいに減っていき、その分、地域ベースの精神科医療が展開されるようになったということです。

精神病院が縮小して地域ケアが展開していく。地域ケアが広がっていけば、在宅ケアを維持するための救急医療がどうしても必要になってくるわけです。ぐあいが悪くなったときに、すぐに相談できる窓口、クリニック、病院が発達せざるを得ない。そういうものができなければ、また地域ケアが維持できないという歴史があったわけです。これが欧米の歴史です。



これは、日本の現状といえますか、歴史を簡単に振り返ったものです。こちらの系列は1950年代に始まる向精神薬の普及から外来治療が進展して地域ケアが展開していく。こちらの系列は欧米と理念の上では変わらない流れですけれども、残念ながら欧米のように脱入院化運動という大規模な病床削減の政策にはつながりませんでした。い

まだに世界でも有数の病床密度を日本は抱えているわけです。

その事情はこちらの左側の系列にあらわれているものだと考えてください。戦後、日本では民間病院の育成政策をとりました。精神科に限りませんけれども、医療は民間ベースで行うという政策を打ち出したわけです。これはイギリスと対照的です。イギリスは医療を全部国営でやるという国営医療を基本にしていますけれども、日本は民間に重点を置いた病院の育成を政策として掲げたわけです。

その結果、1960年代、70年代を中心に精神科の病院がものすごい勢いで増えていったわけです。ただ、町中ではあまりつくれませんので、郊外がどうしても主体になってしまうということです。郊外に大きな民間の病院がどんどんふえていく時代がありました。その結果どうということになったかということ、なかなか社会復帰のプログラム運動が成熟しませんでした、病院の中に長期の在院患者の人たちがたまっていくわけです。その結果、病院が治療の場というよりは福祉施設のような格好になってしまった。世界でも有数の病床を持っているわけですが、その大部分は福祉的な病床であるといわれています。

このように病院が福祉施設化してしまったために、新しく発生する救急の患者さんが受け入れられなくなってしまった。特に都市部あたりや病床の少ないところでは、ますますそういう現象が起こって救急用のベッドが足りなくなってしまった。欧米は地域ケアが展開したために救急医療が叫ばれてきたわけですが、日本のこちら側の系列は、それとは全く対照的に地域ケアが進まなかったがために、どんどん病院が福祉施設化して救

ら、時間外の外来診療があり得ます。この辺はこの病院でも行われています。

それから、ちょっと特殊になりますけれど、危機介入的なデイケアもあり得ます。デイケアのグループダイナミクスといいますけど、そういうものを利用して危機介入を行う、危機的な状況を乗り切るというやり方があります。それから、クライシス・ホステルはアメリカの用語ですけども、入院には至らないけれども家庭からちょっと離れて休息していただく形で救急状態を何とか乗り切ろうというシステムです。

また、日本では援護寮とかいった入院ではない入所型の施設がぽつぽつ出てきております。例えば単身生活をしている方で、少しくあいが悪くなったので顔見知りのケースワーカーがいるような援護寮にショートステイのような形で入所して危機を乗り切るという使い方もこれから普及してくると思います。

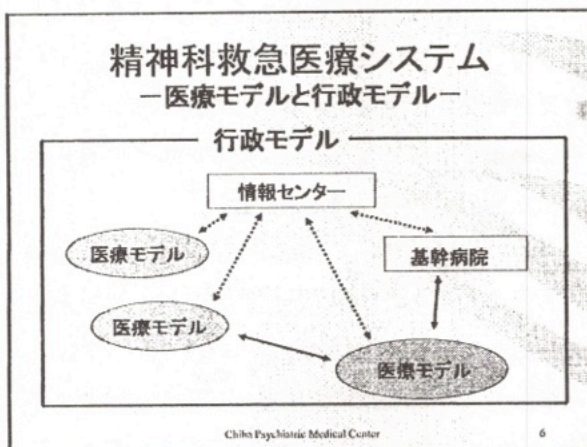
それから、最後の手段として短期の入院治療が位置づけられる。精神科救急医療サービスといいますと、入院ベッドの確保ということしか頭がないといいますか、行政モデルがそういうところから出発しておりますので、精神科救急システムという、ベッドをどう確保するかという議論になりますけれども、医療モデルからいくと最後に位置づけられるサービスの提供手段であると考えられます。

一応この1から6まで順番がありまして、どういう順番で並んでいるかというと、ユーザーあるいは医療費という観点から見てローコストの順番に並んでいます。上に行くほどコストが安くて済む。それから、ユーザーから見れば心理的なコストという言い方もできるかもしれません。簡単に

手軽に相談ができる。だんだん重たくなっていくと考えてください。入院治療が最も経済的にも心理的にもハイコストであると考えerわけです。

ですから、医療モデルの精神科救急はコストの安いところなるべく抑えようという指向性があります。2がだめなら3、3がだめなら4、最後の手段として6の入院を考える発想になっています。それぞれが防波堤になっていて、なるべくコストの安い防波堤で食い止めようという考え方が医療モデルの考え方です。

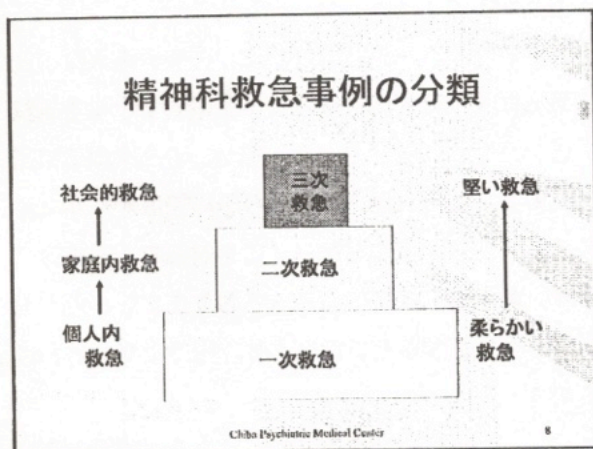
医療モデルを補完する行政モデル



医療モデルと行政モデルは対立するものではなく、お互いに排除し合うものではないわけです。医療モデルをある地域、広域単位で見た場合に、真ん中に病院があるわけですが、病院を核とした医療モデルの救急医療システムが日常的に行われているわけです。病院がそれぞれに持っている診療圏は大小いろいろありますけれども、松沢病院などですと巨大です。小さい診療所などですと小さな診療圏になるわけですけど、こういう幾つかの共和国みたいなものが連合体を組んでいるのが行政モデルと考えてください。

それに対して、受診の件数をかなり絞り込んでしまう、しかも入院が必要な重症の患者さんに絞り込んでしまうのがこういう行政モデル優位の都道府県です。一番高いのは滋賀県だったと思います。東京都がこの辺です。東京、滋賀、神奈川、埼玉のあたりがこういう行政モデルの一つの典型です。東京都もそうですけれども、システムを利用できるケースを警察経由のものに絞り込んでしまふとか、措置入院だけに限定してしまうというようにゲートを狭めてしまふと、こちらのほうに偏ってしまうわけです。

ちなみに、千葉県はこの辺の真ん中のあたりにあります。そのように、きれいな負の相関を描いているわけです。ですから、医療モデルが優位なところは気軽に患者さんが来られてそんなに入院率が高くないパターン、都市部へ来るとそうも言っていないという、こういう逆の相関の分布になっていると考えてください。



ここで精神科の救急事例の分類を簡単にさせていただいて用語の整理をしておきたいと思います。精神科救急事例というのは、真ん中の図からいきますと便宜上、一次救急、二次救急、三次救急という分け方をします。一次救急ケースは外来対応

だけで済んでしまうケースで、比較的軽い患者さんです。外来で帰せるかどうかは病状だけの問題ではありませんで、家族のサポートレベルなどにもよりますけれども、便宜上そういう分け方をします。

二次救急というのは、入院が必要だけれども任意入院ないし医療保護入院—任意入院と医療保護入院は全然違う入院ですけれども、その二つの入院形態で対応できる救急ケースの人たちを二次救急といいます。

三次救急というのは、もっと病状が先鋭化してしまうというか重くなってしまって、緊急措置、措置入院、応急入院の三つの入院形態で対応しなくてはならないケースです。数としては一次から三次のほうがどんどん少なくなっていくものですが、こういうピラミッド構造になっていることを想定しています。

こちらがだれが救急という事態を認識するかによって分けた考え方です。個人内救急は、患者さん本人が「自分はちょっとやばい、ぐあいが悪いから診てもらいたい」と自覚するレベルの救急状態です。それから、もう少し救急的な事態が個人の外に広がっていったものとして家庭内救急—個人の外に広がったけれども家庭の中におさまっているという意味で家庭内救急と呼びます。ご家族が患者さんの状態の悪化を心配して相談するようなケースです。それから、そういう救急的な事態が家庭の外へ出てしまうものが社会的救急と呼ばれるものです。ですから、このケースでは救急を認識するのは一般の通行人だったり、警察や消防という公的な機関の人たちが認識する。これはご本人が救急と認識する、これはご家族が認識する、これは公的な機関の人が認識するという関係にあ

関、三次救急施設の三っがポイントといいますか、このシステムの必須の要素であると私は考えています。

行政から見ますと、患者さんが発生して情報を集めて、それをいろんな調整をして警察なり消防なりで運ぶ。ここで行政救急のシステムは終わりになるのですけれど、救急医療から見ますと、ここからスタートするのです。急性期の治療をやり遂げなくてははいけない。急性期の治療をある期間内に終わらせる。身体合併症の治療システムも連携なくてははいけない。

それから、急性期の治療を終えて地域ケアにつなげていく役割、地域ケアへのリンケージといいますが、ここまですらないと精神科の救急医療の仕事をしたことにはならないと我々は思っています。受けてそれでおしまいというのは行政の考え方です。ですから、精神科救急医療システムを精神科救急システムというふうに、医療を取り外したほうがいいかもしれません。医療の仕事はここから先です。

こういうシステム全体を頭に描いて日本全国の精神科の救急医療システムを評価するときに、果たしてこういう機能がどれだけ充実しているかという観点から評価することを精神科救急学会などでやっています。

次から千葉県のお話に移ります。先ほどご紹介しましたように、千葉県の精神科救急医療システムは1985年、我々の病院が開設してからスタートしたと私どもは考えております。それ以前から、いわゆる医療モデルの病院単位の救急診療は各病院できちんと行われていました。東京都の半分以下ですけれども、千葉県には54ぐらいの精神病院があり、地域ケアに比較的熱心に取り組んでい

千葉県の精神科救急医療システム

(1) その特質

- 全県公開の電話情報センターが24時間稼働。
- かかりつけ病院での診療が優先。
- 一次・二次救急ケースは輪番病院で対応。
- 三次救急ケースほか、輪番病院で対応困難のケースは当センターが最終的にバックアップ。
- 当センターでは、3ヶ月を上限に急性期の入院治療を実施。転院はまれ。
- 救急隊と警察が連携して緊急搬送。

Chiba Psychiatric Medical Center

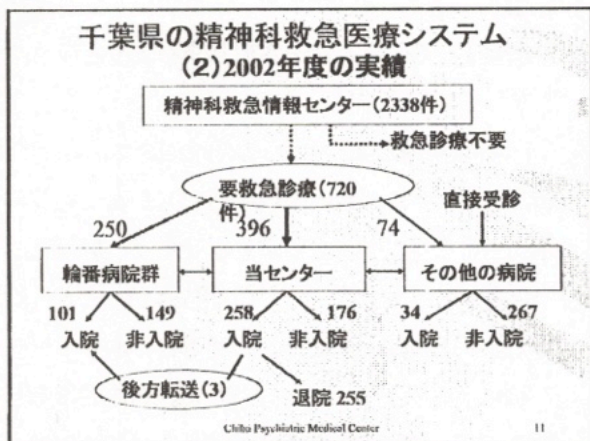
10

る病院が幾つもあるわけです。そういうところを中心に医療モデルの救急システムはできていて、それを我々の病院がネットワーク化して、県全体、特に都市部の人口がどんどん集まってくる都市部の精神科救急医療に対応したのが千葉県の歴史です。

その後1992年に、昼間の時間帯だけですけれども、措置入院の病床を受け入れる当番制がスタートしています。厚生省の指定する精神科救急医療事業が始まったのは比較的遅くて、平成10年、1998年に認可されたわけです。

特徴としてどんなものがあるかを幾つか書き出しましたが、一つは全県公開の電話情報センターが24時間稼働している。これは当センターに設置されています。我々の病院のケースワーカーが交代で24時間電話相談に当たっていますけれども、これは18年前からやっていることです。電話情報センターがあるのが最大の特徴だと思います。

それから、かかりつけ病院での治療が優先されるのも千葉県の特徴かもしれません。行政システムができ上がると、しばしば医療モデルでそれまで診ていた病院が行政モデルのほうに依存してし



これは昨年度のシステムの実績です。まだ 24 時間のシステムになっておりませんで、夜間休日限定の事業ですけれども、夜間休日の救急システムの稼働状況をあらわしたものです。まず電話情報センターがあります。当センターの中に設置されておりまして、昨年度の新規の電話相談が 2338 件ありました。ここで緊急度を判断して、すぐに診療すべきかどうか判断するわけです。3 分の 2 ぐらいは電話だけで済んでしまうか、あるいは後日ここへ行ってくださいとか、病院に来てくださいともいう形で済んでしまう。どうしてもすぐに診なくては行けないと判断されるケースは全部で 700 件ぐらいです。トリアージュというのですけれども、3 分の 1 ぐらいにふるい分けされて、緊急度の高い人は来院ということになります。

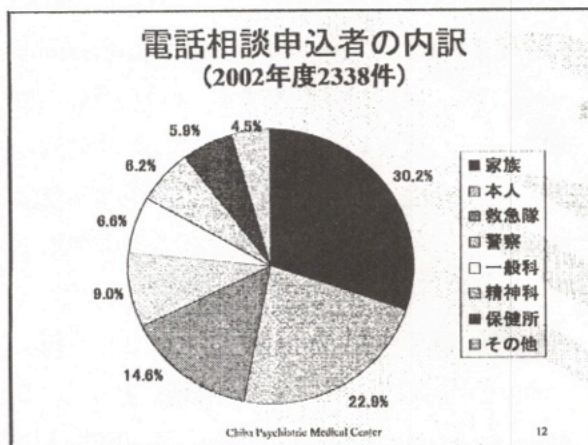
原則は地域の輪番病院が 4 ヶ所あり、そこへ紹介することになるのですが、先ほど言いましたように、なかなかあいていないので、実際は当センターに来る患者さんが多いわけです。それから、入院となりますと、輪番病院が 101 件で当センターが 258 件ですから、全体約 7 割の入院を我々の病院で診ていることになります。

それから、輪番と基幹病院のほかにも幾つか病

院がありまして、東の外れの郡部のほうの病院などは、その地域だけの医療モデルで話が済んでしまう。ですから、そういうところの入院率は少ないです。

それから、先ほど言いましたように、輪番病院がとれなかった、診られなかったケースは我々がバックアップして 2 週間ぐらいで戻すことができるのですけれども、昨年度は 3 件しか戻していません。レジュメにはここから全部退院ということになっていますけれども、全部が退院ではなくて、ほかの輪番以外の病院に転院している人が 3 分の 1 ぐらいいますので、ここの数字は消してください。これが昨年度の千葉県精神科救急医療システムの運営実績です。

電話相談者の内訳



電話相談の申込者の内訳を書き出したのがこのグラフです。電話番号は県の広報に毎回公表されていますので、いつでもアクセスできるようになっています。一番多いのがご家族、次いでユーザー本人です。その次に需要が多いのが救急隊、警察、それから一般科の医療機関、保健医療その他というふうに非常にバラエティに富んでおりまし

数は34万から35万の間ぐらいです。35万床としますと、病院数が1600ぐらいありますので、単純に割ると一つの病院が大体250床の定床というのが日本の精神科の病院の平均像です。

250床の病床に毎年年間250人が入院してきて250人が退院している。だから、平均在院数は1年、ベッドが1回転していることになるわけです。

ところが、回転しているベッドは、調べますと50床ぐらいしかないのです。要するに、5分の1ぐらいが回転している。この病床が年間5回転して250の入退院を受け入れている。では、残りの200床はどういうことになっているかという、先ほどの歴史のところでも触れましたけれど、福祉的な収容に使われているベッドです。治療施設と呼べるのはこの急性期の50床と考えていいと思います。しかも、この200床の中の50人ぐらいの人がいわゆる社会的入院といわれる人たちです。厚生労働省も社会的入院の解消ということで7万2000床削減するという方針を出しましたが、大体35万床のうちの5分の1がこういう人たちで占められている実態にあります。

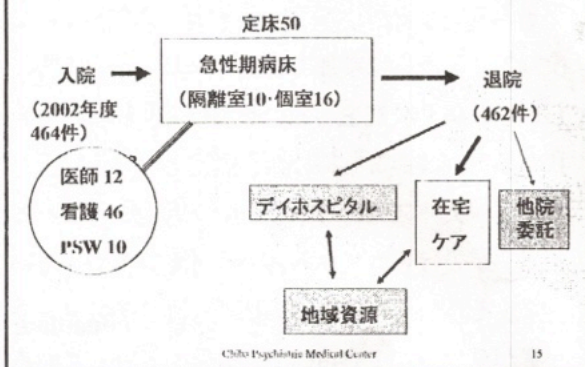
こういう人たちを中心に、何とか地域ケアのほうにシフトさせようということで援護寮、グループホームをつくったり、あるいはデイケア、ナイトケアのような部分入院の形で長期の在院の人を地域に出そうとしているのが平均像ですけども、この部分は平均よりもずっと拡大してあります。平均でいったら目に見えないぐらい小さなものです。

どうしてこういう患者さんたちがなかなか外へ出ていけないのか、あるいは新しく入ってきた人がぽつぽつと慢性化していくわけですけど、どうしてこうなるのかということの最大の要因は、

やはりスタッフのあまりの少なさだと思うのです。250床の病床に常勤医師は平均6人しかおりません。それから、看護は大体50人、5対1ぐらいの数が平均です。ケースワーカー等に至っては、平均すると、小さくて書き出せない。四捨五入するとゼロになってしまう数字です。

これが現在の我が国の平均的な精神科の病院のイメージです。我々の病院は、この急性期の病棟だけを切り出してしまったのです。

当センターにおける診療の概念図



ちょうど定床も50床でぴったり合ってしまったのですが、この急性期の部分だけを取り出して、スタッフを非常に手厚く配置したわけです。現在、常勤医が12人おります。それから、看護スタッフは保健師を含めて46名、ケースワーカーが10名といったように、病床の規模からいったら、とんでもない高密度のスタッフを配置しているわけです。当然、人件費がものすごくかかりますけれども、昨年の4月に医療費の非常に高い病棟が認可されて、人件費を何とか医療収益だけで賄えるようになりました。

それだけの人数を費やしてどういうことをやるかということ、年間400、昨年度は464件、一番多い年で480数件ありましたけれども、大体ベッド

勢いで増殖しておりまして、100ヵ所近くできたのです。JR、私鉄の各駅停車でもクリニックができていた時代です。そういうところの患者さんが、夜はクリニックが開いていませんもので、毎晩のように当センターにやってきます。そういう人たちを何とかしてもらえないだろうかという話をクリニックの開業の先生としていますが、そういうケースが非常にふえているということです。

クリニックが増えるのはユーザーにとってはプラスになる面もあるのでしょうけれども、私どもから見ると、近年起こっているクリニックのビッグバンとも言うべき増殖の状況は、医者だけの脱入院化と考えていけばいいのではないかと思います。医者だけが病院から地域へ出ていく、患者さんを連れていってくれないというのが我々の苦情です。残された患者さんは乏しいスタッフで、残されたスタッフが病院で苦悶しなければいけない構造になっているわけです。それは余談ですが、そういうふうに関日帰せる患者さんも結構いるということです。

入院した患者さんは急性期の患者さんに絞り込んでしまいます。ですから、我々の病院では原則として任意入院はございません。任意入院が可能な人はできるだけ入院させないで診ましょ、あるいはほかの病院を紹介するような格好にしていますので、医療保護入院もしくは緊急措置、応急という入院が全てです。一番多いのは医療保護入院で約8割、緊急措置が15%ぐらいで、5%が応急入院。入院形態で見るとそういう内訳になっています。

医療保護が中心ですが、入院した人は平均すると大体38日から40日ぐらいで退院していくわけです。部屋の移り変わりを見ていくと、病

状がよくなっていくにつれてどんどん部屋が変わっていくのですけれども、最初は隔離室、そこで急性期の治療を行って、よくなってくると個室へ移動する。それからさらに4床室。この4床室になると第2病棟ということです。当センターは二つの病棟を持っておりまして、第1病棟が個室・保護室だけで構成されている急性期の病棟で、21床あります。それから、29床の第2病棟は回復期の病棟です。第1病棟で急性期の治療を行って、第2病棟で退院の準備をする役割分担になっておりまして、平均40日ぐらいで退院することになっています。

年間の入院件数は去年が464件、このうち再入院の方が3分の1ぐらい、3分の2は当センター新規入院です。精神科受診歴が全くないという人は3分の1ぐらい、1日平均の在院患者数が約48人ということですから、平均して2床ぐらいしか空けておけないわけです。急性期の病棟の隔離室ないし個室を2床あけるようにしています。2床あけてどんどん回転させていくので、患者さんから見ると目まぐるしく病室が変わります。

退院した患者さんの6割ぐらいを当センターでフォローしております。残りの4割のうち3割が先ほど言ったように転入院です。1割の人は退院した後もとの病院に通院の形で戻したりします。6割の患者さんが継続通院をしていて、1日平均140人ぐらい診ております。

急性期治療のステージ

これは皆さんのレジュメにない後からつけ加えたスライドで、急性期治療のステージを書き出しました。縦軸が重症度、横軸が時間軸になります。ここら辺から病気がだんだん始まっていった、急

精神科急性期入院治療の基本原則

1. 対象の限定

急性期が同定可能な精神疾患 + 判断能力低下

2. 治療目標の設定

在宅ケアの条件整備が最小目標

3. スタッフの役割分担

誰が、いつまでに、何をするか

4. タイムリミットの意識

原則3ヶ月 狭義の急性期治療は3週間

Utsunomiya Psychiatric Medical Center

17

精神科急性期の入院治療の基本原則。これは当センターのことになりますけれども、我々の病院ではこういうことを原則に行っているということです。一つは入院の対象を限定すること。これは急性期が同定可能な精神疾患に限る、それから判断能力が落ちている救急のケースに限定しています。やたらに入院させないということです。それから、治療目標を設定すること。治療目標は人それぞれ皆違いますけれども、一般化して言いますと、在宅ケアの条件を整理することが一番最小限の目標になります。

3番目はスタッフがきちんと役割分担を行うことです。だれがいつまでに何をするかを、チームワークをとって決めるということです。最後にタイムリミットを限定し、意識すること。原則3ヶ月です。ただ、狭い意味での急性期の治療は3週間あれば過ぎるというのが我々の統計上の数字です。入院の対象、治療目標、時間を切り詰めることの三つの限定がないと、急性期治療病棟が回転しません。すぐに詰まってしまいます。

精神病急性期治療のクリニカルパス

	混乱期	→ 消耗期	→ 回復期
患者から見た世界	無構造な世界に放置	意味的世界の再構築	現実不安の再浮上
スタッフから見た患者	寝ない・食べない・迷走	過眠・過食 脆弱・敏感	現実回帰への尻込み
治療・看護目標	身体管理 睡眠確保	セルフケアの自立	在宅ケアの条件整備
目標達成の指標	8時間以上の持続的睡眠	単独入浴が可能	現実不安が語れること
薬物療法	HP/AP主体	新薬に切替	新薬主体
病室/期間	隔離室/1週	個室/2週	多床室/3週

先ほどのステージで言った最急性期を混乱期と呼んでいますけれども、急性期には混乱期、消耗期、回復期という三つのステージがあります。それぞれの治療課題、どんな患者さんを対象にするか、患者さんから見た世界がどう見えるか、スタッフから見ればどう見えているか、治療看護目標はどう立てられるべきか、目標が達成されたというのはどういう目印をもってするか、そのときの薬物療法、病室、期間といったものを三つのステージそれぞれに書き出しました。時間がないので細かくは説明しません。

こういうものは自然発生的に出てきた我々の病院の治療看護の経過図をまとめたものですけれども、これがいわゆる自然発生的なクリニカルパスになるのではないかと我々は考えています。



＜イギリスにおける精神科救急医療 －研修を終えて＞

下里誠二（松沢病院）

下里 皆さんはじめまして。松沢病院で看護師をしております下里と申します。私は今回6ヵ月間イギリスで研修をしてまいりました、私が参加した研修は厚生労働省の精神科急性期医療等専門家養成研修という名前で、昨年の秋から今年の春まで6ヵ月ありました。急性期医療等とはなっておりますが、この研修は実は司法精神医学のユニットを見てくる目的の研修でした。医師2名、精神保健福祉士2名、看護師4名の計8名が行きまして、ベースにはロンドン大学の精神医学研究所というところに行っておりました。

今回、私はこの中から司法精神のいわゆる保安ユニットというところについてお話をさせていただけます。できるだけ写真で見ていただきたいと考えて写真を用意しました。

研修メンバーは日本人8名です。1人は（研修期間が）2ヵ月の方でした。ベースにしていたロンドン大学の精神医学研究所は、モズリー病院というのが出入りしてしまして、写真1がそのモズリー病院です。イギリス、ロンドンは非常に古い伝統的な建物をずっと使っているところです。

行った先は、日本でも文献で紹介されていますが、保安ユニットと言われており、高度保安病院、中等度保安病院、低保安病棟（Low secure facilities）と段階があります。そういった幾つかの病院、病棟の見学実習と司法専門の積極的な地域サービスを提供する Outreach Service というチームを見てきました。また、これは一般の精神病院で、モズリー病院ですが、数日間だけ見てくる程度ですが、少し見てきました。



写真1 モズリー病院

私は看護師ですので、看護という立場から病棟に入って看護の方にいろいろ研修を受ける形でした。医師の方、精神保健福祉士の方はまた別メニューで動いておりますので、今回のこの報告は私の看護からの立場で見てきたものに限定されることをご了解いただきたいと思います。テーマのほうはイギリスの精神科医療になっていますが、特に司法のほうに偏ることもご承願したいと思います。

とりあえず本題の前に、まずイギリスとはどんなところかということですが、人口は1999年、日本の約半分です。ただ、イギリスは通常 United Kingdom といって、イングランド、ウェールズ、北アイルランド、スコットランドの四つを合わせたものです。その中でいわゆるイングランド、ロンドンのある中心的なイギリスは5000万人の人口がある。首都ロンドンは、東京とほぼ似たようなものです。ロンドンは旧大英連邦のアフリカとかオーストラリアとかの移民の方が非常に多く、民族も非常に雑多なところですよ。国土面積は241,752平方キロメートルです。ちなみに通貨は1ポンド約200円、物価はほぼ日本と同じか少し高目かなという感じで、私も生活はそれほど楽で



写真2 病院正門



写真3 外壁

英国の司法精神看護 英国研修からの報告

松沢病院 下里誠二

方は、7～8年そこで入院治療を行う。次にこちらに移ってから2～3年、リハビリを主とする開放病棟もあるところですが、そこに1～2年、その上で地域のほうに移行することになります。退院先は通常ホステルになることが多いということです。

英国で圧倒的に違っていたのは、日本では看護師1人当たり患者さんが2人とか2.5人ですが、逆転しておりまして患者さん1人当たりに看護師が2人、つまり25床の病床ですと、看護スタッフが50人からいることになります。先ほどのハイセキュリティの病院が英国に三つ、総勢1400

英国の保安病院の特徴

- 人格障害も対象
- 犯罪を犯した人のみではなく、一般精神病院では対応の難しい患者さんも処遇される
- 看護職員の配置は
患者さん:看護師1:2以上
(有資格者はおよそ60%以上)

床程度あるのですが、そのうちの一つの400床ぐらいたつブロードモア病院というところに行ってきました。

こちらは、治療とセキュリティが統合しているところで、看護スタッフ、リハビリテーションスタッフはその重要な役割を担っています。ある種の特別な訓練を受けていて、外壁は6メートル、CCTVのカメラが院内に数百とあります。ただしこれは外のエリアだけを見るものであって、例えば隔離室とか病棟の中にモニターはありません。このあたりは人権への配慮が徹底されておりました。



写真4 デニスヒル病棟

また、各病棟の中に心理士、OT、ソーシャルワーカーが病棟単位で配置されています。看護のほうは3交代シフトになっていて、日本よりも少し時間がずれています。7時から15時と13時から21時というシフトになっているのですが、このシフトも各勤務帯に10人、深夜に至っても8人という人的配置がなされています。

看護師のチームですが、看護師は週37.5時間働く。夜勤は1年間のうち3ヵ月もする。どこでやるという規定はないのですが、3ヵ月分は夜勤をしないと。年次休暇はバンクホリデーを合わせた時間ですけれども35日あります。勤務の場合、司法ユニットの場合は、手当てが約40万円年間上乗せされます。それから、私服代です。向こうは働いている方は全員私服で働いていらっしゃいます。そして住居費も若干上乗せがあるそうです。

ロンドンでは、看護職員が非常に人手不足です。イギリス全体ですと2万7000人ぐらい不足している。それで、アフリカ圏、中米圏あたりから働きにいらっしゃる看護師さんが非常に多いです。その方々はこういった手当てとか、さらに現段階ではブロードモア病院では70時間ぐらいの超過

デニスヒル病棟 (ベスレムロイヤル病院)

- Medium Secure Unit (中等度保安)
- Special Hospitalと一般精神病棟の隙間を埋めるためとSpecial Hospitalの過密解消、より低いセキュリティで地域に近いところで処遇する。
- 当初人口100万あたり20床で計画
- 病床利用率80-85%
- メインユニット25床Annex4床すべて男性
- 看護職員57名 (男性53%女性47%)

デニスヒル病棟の勤務

- 医師6
- 心理士3
- OT3
- ソーシャルワーカー3
- 看護シフト
 - モーニング(7:00-15:00):10人
 - レイト(13:00-21:00):10人
 - ナイト(20:30-7:30):8人
 - (ただし各2人はアネックス)

勤務が自由裁量でできます。ただし、ヨーロッパルールというのが今度導入されて、恐らく40時間位になるということです。ちなみに、ある方に給料表を見せていただきましたが、こういった手当てをすべて含めたところで、日本より少しいくくらいでした。看護師に至ってはあまり給料はよくない。

それからコストですが、例えば、この高度保安病院や中等度保安病院に1人の患者さんが入院すると、1年間に2400万円かかります。このコストがすべて国営医療で賄われているということで、イギリスという国は精神医療に非常にお金をかけ



写真8 ナースステーション



写真9 プラクトンセンター

は看護長さんです。

イギリスでは1ユニット当たりの患者さんの数は小さければ小さいほうがいいということで、ここでは患者さんの数は12人程度でした。少なければ10人前後、多くても25人程度までしかいません。ですから、非常にゆったりしていて、うるささがないといえますか、日本と比べると非常に静かで落ち着いた感じを受けます。

窓のつくりは大体写真のようなところが多かったですけれども、少しあく構造になっています。

看護師の勤務

- 週37.5時間
- 夜勤は年間3ヶ月分
- 年次休暇は35日
- 司法の場合手当が40万円/年(中等度保安病院) その他私服代(勤務は私服)、住居費も若干上乘せがある
- 超過勤務45時間(月):自由裁量



写真10 隔離室のトイレ

写真9は、プラクトンセンターには四つの建物があって、そこを建物で囲ったエリアがあって、ここでも先ほどの狭いところより、さらにもう少し広いところに行っていただける。さらに段階が進むと、院内あるいは院外に外出できるようになります。体育館施設も附帯されています。

写真10は、隔離室についているトイレです。特徴は寝ていただくところとは一緒にない、カフェがあるということです。看護スタッフの配置が非常に厚いものですから、もし隔離室を使用すると

コスト 年間患者さん1人あたり

- 高度保安病院: 2400万円以上
- 中等度保安施設: 約2400万円
- PICU : 2400万円
- 急性期: 2100万円

英国精神看護で感じたこと

- 豊富な看護スタッフ
- 病棟環境の充実: 完全個室, 一病棟あたりの患者数
- 地域サポート体制: CMHTs, CPA, CPNs
- 教育体制: 個人の希望を反映したマネジメント: Mscの各種コース

かりしていて、一つのチームがずっと一貫して継続して居住区域に関わるということで、本当にうらやましいほどでした。

以上で簡単ですがこんな話でした。どうもありがとうございました。

司会 次に、松沢病院の職員のほうから、社会復帰支援室、合併症病棟、薬剤科からそれぞれ松沢の現状の報告をさせていただきます。松沢病院はいろいろスタッフがいます。約750人の職員がいます。松沢病院という名前は知られていますか、中はどのようだろうと思われるでしょう。簡単に報告させていただきます。

この地域の中にいることが安心だと思えるように

太田 こんにちは。私は今年の4月から社会復帰支援室に勤務しています太田といいます。よろしく願いいたします。先ほど休憩で資料の中に署名用紙をお配りしましたが、いま都立病院は改革実行プログラムにもとずいて、都立病院が閉鎖されたり、統廃合されたりしています。昨年12月末には世田谷にある母子保健院が閉鎖されました。

今また豊島病院と板橋の老人医療センターの統廃合、新宿にある大久保病院の公社化、ここは既に4月から32名の看護師が減らされています。それと梅丘病院の府中への移転ということで、世田谷にある梅丘病院を閉鎖してしまうという動きがあります。今日は梅丘病院の署名用紙をお持ちしましたので、ぜひご協力をお願いいたします。

松沢病院は平成4年に訪問看護を開始しました。このときはまだきちんとした部屋はなくて、B23とB24という病棟2ヵ所と精神科外来が協力して訪問看護を始めたそうです。平成5年には精神衛生法の一部改正で、地域の生活援助作業、グループホームの法令化、精神障害者や社会復帰促進センターが設立されてきたということもあり、どんどん社会復帰に目が向いていきました。平成6年には健康保険法が改正され、それまで訪問指導はほとんど地域の保健婦さんが行っていましたが、大幅に人数を減らされたので、病院看護師の役割が大きくなってきたということがあります。

平成7年には精神保健福祉法というふうに改正されましたが、ここでは精神障害者の自立や社会参加の促進のための援助が確立されました。具体的には精神障害者手帳という緑の手帳、月1万

回か、1ヵ月に1回かということを患者さん本人と訪問スタッフ、病棟スタッフとで話し合い、訪問を開始します。4月から始まりましたが、まだ場所や家がわからないので、紹介かたがた先輩スタッフについて訪問をしています。

訪問当日は、朝9時過ぎたら今日訪問する家へ電話をして「今日伺います」ということを確認します。訪問を行うかどうかは患者さんとの契約なので、必要だと思っても患者さんが嫌だということなら訪問は取りやめます。当日の電話で通じないときは、何回か時間をずらして行ったり、直接訪ねたりしていますが、現在のところは、訪ねたら大体家にいらして、今日忘れていたということもありますし、また電話がない方は、今日行ったら、次の日の訪問日を約束してカレンダーに印をつけるといった工夫をしています。

患者さんの入院病棟に私がいれば、患者さんが退院しても訪問したときに話が進みますが、訪問で初対面というときはとても緊張します。患者さんとスタッフでつくっているチューリップ便りという、患者さんの意見も入るし、私たち職員の紹介なども入っているお便りがありますが、それを持って行って話を進めながら、私も患者さんを理解しようとするし、患者さんも私のことを理解するように努力していただけるよう工夫しています。大体3回目の訪問ぐらいからいろいろ気さくに話をすることができます。雨の中でかっぱを着ていくと、患者さんに「ご苦労さま、ぬれなかった？」なんて聞かれると本当にうれしくてほっとします。遠くは粕江市や中野区ですが、ほとんどは松沢病院の近辺です。

2年前に患者さんたちが近くのアパートなどに入るために、訪問している2病棟で調査していま

す。退院者100名のうちアパートに入った人が40名、自宅10名、別の病院へ転院したのが10名ということで、65%以上が民間アパートへの入居だったそうです。この数からも大多数の人が今後も単身アパート生活を必要とされるのではないかと思います。現在アパート入居者のほとんどが、松沢周辺の3軒から4軒ぐらいしかない協力してくれる不動産業者の契約で入居しています。アパートは老朽化や取り壊しの話が出ていてどんどん部屋が減っています。

2年前の調査の中で、不動産業者にどうかかわれば部屋を提供してもらいやすいかということで、スタッフが足を運んでアンケートをとりました。そうすると、松沢病院からの入居者に何かあった場合、「どこに相談すればよいかわからない」「不安だ」「他の入居者の協力が得にくい」「アパートを探すときは患者さんをよく知っている職員がついてきてほしかった」ということなどがわかり、すぐ「窓口は訪問看護室です」ということで名刺をつくったり電話番号をお知らせしたりして、受け付けをしたそうです。アパートを探すときはよく知っている職員がついて行って説明したという話です。

こういうかかわりの中で、ある大家さんは家賃を直接患者さんからもらうようにして、そのときに患者さんの様子を見て訪問スタッフに教えてくれたり、将来グループホームをやりたいというふうに変わってきた不動産業者もいたりということで、数少ない中ですが、訪問スタッフは勇気づけられたという話です。

精神病院はいま入院者が33万人いるそうで、社会的入院が7万2000人。これから10年間でこの方を退院させると厚生労働省は言っていますが、

だりという症状は少なく、症状があまり出てきません。それで患者さんはもう治っているという感じで、他の人に感染させるかもしれないから、まだ個室にいななければならないということを、なかなかわかってもらえないことがあります。自分で薬をきちんと飲むことができなくて、飲まないといけないことを納得してもらうことがまた大変です。言葉一つ違っても暴れる方もいますし、スタッフと患者さんとの信頼関係ができていないといういろいろな問題が生じます。男性看護師は15名中私1人で、男性の患者さんが椅子を振り上げたりすると対応に困ったりすることがままあります。

閉鎖された部屋に2週間も入っていると、時間がわからなくなったり、食事をしたことを忘れたりといういろいろな症状が出てきます。その他にも若い看護師のときだけ無理を言ったり、暴言を吐いたりという方もいて、本当に豊かな経験が必要とされていると感じます。

呼吸器疾患の専門病棟でもありまして、身体的治療で生きるか死ぬかという重症の患者さんの場合もあります。看護技術と精神科的な心のケアの面で豊かな経験が求められる病棟だと思います。私もこちらへ来てはや20年を過ぎますが、初心を忘れるというのではなくて、いまだに初心が忘れられないような感じで、日々新鮮な思いで看護に務めています。

改善すべき服薬指導

植西 私は検査技師です。検査は職員7名で、1200人の入院患者さん、外来の患者さんのいろいろな検査をしています。一般の病院とはけた違いに人数が少なく、合併症病棟が300床あるにもかかわらず、これくらい少ない人数しか配置され

ていないということに、やはり精神科ということで軽視されているのではないかと感じています。

精神科の治療の上で薬を飲む事が非常に大切なことなので、今日は薬剤科の話をしたいと思います。当院の薬剤師は13人で調剤と服薬指導をやっていきます。調剤業務は院外処方箋(せん)が最近取り入れられていますので、服薬指導をやっていこうと方向性は出てきていますが、13年度の年報を見てもと現在68人の方にしか服薬指導ができていない状況です。ちなみに退院患者さんは、年間1675人いらっしゃいますので、どんなに手薄になっているか分かります。今後さらに取り組んでいかなければと思いつながらの報告です。

服薬指導は薬剤師が医師の指示のもとに病棟へ出向き、入院中の患者さんに週に1回面接をして、服用の薬剤の薬効や副作用、その他服薬上の注意事項など薬の説明をするというものです。週に1回しか会わないということで、逆に患者さんにとっては医師や看護師といった病棟スタッフとは違って、第三者的に感じているいろいろな不安を打ち明けられたり、説明を求められたりということもあります。薬剤師のほうはこういう相談事にも乗りながら、コミュニケーションを図っています。信頼関係がないと強制的に飲まされていると思われたりすることもありますので、いろいろな方法で説明を工夫しながら行っています。

精神科の場合、薬物療法は非常に重要で、再発を防ぐための維持療法は薬をじょうずに飲んでいくことといえます。退院後に服薬をちゃんと続けていった患者さんと、途中でやめてしまった患者さんの場合は、再発率に有意に差が出てきます。飲んでいた場合は、再発しても病状が比較的軽く

ので、それを持っていていただければいいと思います。

まず救急のときに、先ほどスライドで出てきた医療的ケアと行政的ケア、医療と行政、ハードとソフトという話があったと思いますが、これについて当事者の立場から、どういうことになっているかということをお話したいと思います。

僕は女房と一緒に中野の福祉を考える会というのをつくりました。なぜつくったかという、登録団体しておくスマイル中野というところがただで使えるものですから、つくっておいたほうがいいだろうと。そのスマイル中野には中野区立の生活支援センターが入っているわけです。そういうのをつくって勉強会などもしています。

女房と一緒に、去年から全国障害者解放連絡会（全国障害者解放運動連絡会議：全障連）の関東ブロックの会議に出ています。全障連というのは DPI (Disability Peoples International) の日本会議の正会員で、全国精神障害者団体連合会（全精連）よりはるかに古いわけです。全障連というのは身体と精神合わさった団体です。

東南アジアでの国連の地域会議であり、差別禁止法に関連しての国際会議であるエスカップ（ESCAP：アジア太平洋経済社会委員会）の北京会議があるということで、全障連を通じて僕と女房が DPI のエキスパートという形、つまり NGO のエキスパートという形で参加するという手はずを整えました。実はこれが SARS おかげでだめになりまして、中でのいろいろなごたごたもあって、女房はもう絶対顔を出さないという話になったのですが、この6月1日から僕はバンコクに行きます。これは ESCAP のほうの会議です。

その ESCAP の会議というのは、差別禁止法に

関して地域会議が行われていないのはアジア地域だけであり、ほかは全部終わっている。バンコクが終わるとニューヨークでアドホック会議というのがある。アドホック会議というのは、差別禁止法に関して、障害団体をちゃんと相手にしてやるというものです。DPI のほかにも、世界ユーザー・サバイバーズ会議（世界精神医療ユーザー・サバイバーネットワーク（WNUSP）？）というのがありますが、これは山本真理さん、長野英子さんが今理事をやっていますが、精神医療関係の団体です。

アイダ（IDA：国際障害同盟）、（ザイダ（JDA：日本障害同盟）？）というのは大きな組織ですが、その中に五つほど団体があって、一つが DPI で、一つがこのユーザーズ会議です。つまり、そのユーザーズ会議のほうの主張がここに関連してくるのです。

ユーザーズ会議は、差別禁止の国際条約に関してメキシコ草案というのが出ています。はっきり言ってこれをつぶしたわけです。なぜつぶしたかという、そこに国連原則を守るみたいなことが書いてあるわけです。国連原則というのは何かというと、僕もこっちの運動が忙しいのであまり勉強していないんですが、要するに精神病者の入院に関して、医療的なところでとらえている。つまり強制入院にしても医療にしても、それはやはり人権的なところでとらえなければいけない。だから国連原則は撤廃するべきだという主張をしています。言ってみれば過激な主張です。

あらゆる強制医療はだめだということで、精神科の実情に合わせてみると、僕はちょっと立場が違いますが、とにかくそういう主張をしています。ですから当然それを踏襲しているメキシコ草案な

アメリカでつくられた変な概念かというのかわかると思いますが、そういうことになる。「じゃあおまえ、人格障害でちょっと人格が偏っているけど、これから治すぞ。同意するか」と言って同意を得てからでないと治療に入ってはいけないう、こういう原則論があるわけです。

でも実際問題それはちょっと難しい話です。「君の考え方は僕から見るとちょっと問題だし、大体そう偏った考え、性格で、だからこんな事件を起こしちゃったんじゃないの？」みたいなことでやっていけばそれでいいことだとは思いますが、ただインフォームド・コンセント、あるいは具体的に言うとカルテ開示の要求—これは医療界で今常識になっていますし、東京精神医療人権センターでは、精神病院についてのカルテ開示ということをやを当然要求しているわけです。

インフォームド・コンセントというのは単なるカルテ開示だけではなくて、治療内容、治療目標、あるいは治療計画、これを含めて患者に開示するというのがインフォームド・コンセントですから、そこまで含めると大変なことになるわけです。それが果たして精神科でどこまでできるのかということはあるんですが、一応法的な権利としてはそれはあるんだということです。

今、インフォームド・コンセントだけではなくて、インフォームド・アセントということが言われています。インフォームド・アセントというのは何かというと、子供です。つまり年端もいらない子供に（説明しなくても）、親に病気について説明したからいいんだと。これはだめである。治療を受けている子供にも説明しなさいと。これがインフォームド・アセントという概念です。では精神科というのは子供以下かという話にもなりかね

ないわけです。その辺が一つの問題提起です。

ブロードモアのことに関して言います。ブロードモアはさっき言った長野英子さんが実際に施設を訪ねています。その際に要求して付添人なしで患者本人と面会しています。その内容を僕は聞いていますが、彼女は本人に英語でしゃべったわけですが、絶対漏らさないでくれとされているので出せないということです。外に漏らさないでくれと本人が言ったということから、どういう医療が行われているかということはご想像願えると思います。そういう状況です。

ブロードモアも確かに立派な病院かもしれませんが、さっき言ったようにいろいろなところにアラームがあったりして、保安施設がちゃんとしている。今サテライト病院という形でどんどん増えています。これに関してはどんどん滞留しているというのが実態です。入っている人がどんどん増えている。

この間、イギリスでは何ら法を犯していないにもかかわらず、人格障害者は保安処分施設に入れてしまおうという法案が上程されようとしていました。しかし上程される前にイギリスの王立精神病院学会やマインド（MIND：全国精神保健協会）といった団体が反対運動を展開して、それを阻止しました。当たり前ですよ、何もしていないのに保安病院に入れられる必要はないじゃないですか。そういう状況があります。これは上程する前に阻止したわけです。その当時、僕らの仲間の大杉（光子）弁護士がイギリスに行っていましたので、MIND がその当時その法案上程に反対して現地でまいていたビラそのものが僕らの手に入っています。イギリスについてはそういうことでいいと思います。

そうしたら簡単に言ったら看護師の資格を持っている人は、資格を持っているのだから売り手市場です。そうすると看護師の人が1人やめるぞと言ったら、病院だって、ちょっとやめないでくれ、足りなくなっちゃうからという話になります。そうしたら当然給料は上がるかもしれない。逆に給料が上がれば、じゃあ精神の看護師を目指せば給料はいいそうだからと、学生も増えるかもしれないじゃないですか。

今ある学生の数で決めたのではだめなのは当たり前です。それを考えて精神科になれば……今、例えば精神科で5年で指定医をとれば大体クリニックを開くなんていう変な医者もいます。実は良心的な医者が、もうこんな病院は嫌だと。おれは独立してクリニックを開くと、そういう方のほうが多いんです。多いんですが、クリニックを開いてしまうと、それは診療ですから、また行政とも関係がありますから、反対運動なんかに出られないわけです。反対運動をしている日本精神神経学会の「精神医療と法に関する委員会」委員長の富田（三樹生）さんは、優秀な医者がクリニックに行ってしまったので戦力が落ちてしまったと言っています。

もう一つクリニックに関して言うと、さっき千葉の報告がありましたが、クリニックはどうしても後背病院を持たなくてはいけないわけです。手に負えなくなったらこの人を入院させてくださいという病院を持っていなければだめです。クリニックでも、例えば10何床だかなんか忘れましたが、持つことはできるんですが、そこまでやっているクリニックというのは僕の知っている限りあまりない。そうしたときに、きちんとした後背病院で、あそこに頼めば大丈夫だという病院をち

ゃんと持っていてもらわないと、救急医療もヘチマもないということです。

もう二つ言っておきたいのは、一つは、先ほどのシニア・レジデント教則の中で、最後のほうの19番に、「修正電気けいれん療法の理論と實際を学ぶ」ということが書いてあります。もちろんここではそんな滅茶苦茶な電気療法をやられているとは思いませんが、この間も青森でもって心臓麻痺で亡くなったように、アメリカが電気療法が効くということで、日本では何でもかんでも電気療法という話になっています。陽和病院は麻酔医がいませんから、本当に必要な方は麻酔医がいる病院に移送して電気療法をやっています。それはちゃんと上のほうから聞いています。

ですけれども、何でもかんでも電気療法だと、これも具体的に専門家に聞くと、電気療法なんかより薬を静注したほうがよっぽどいいとかいうことがあるわけです。しかも公立病院の1割は電気ショック療法をやる際に麻酔をやらないというんです。生でやったほうが効くとまで言っている医者がいる。こんなのは人権侵害以外の何物でもないじゃないですか。

電気ショック療法に関しては効くという症例もあるわけですから、こういう症例だけやって、こういうふうなのはほかのことでやって、こういう副作用は事実だと、それは脳波が乱れたり、記憶がなくなるとかいう副作用があるわけですから、そういうガイドラインを医者の間できちんと出していただきたい。とりわけここはちゃんとやっているわけですから、こういうところでちゃんと出していただきたい。それが一つの要望です。

もう一つは、「精神症状の評価、精神症状の記載について、明快なかつ必要・十分な記載を習得す

スだと 24 時間です。イギリスではテープかビデオがなければ証拠採用されません。

それをイギリスの制度がいいからといって、例えば法廷合議事件というのがあります。重大な事件は裁判官 3 人以上でやらなければいけないんです。それを 1 人でやろうとしているじゃないですか。こんなものは裁判の名に値しない。しかも一件書類が最初に裁判官のところに行ってしまう。それは戦前の刑事訴訟法と同じ構造です。予断を持たせるわけですから。こんなものは裁判の名に値しない。そういうことだけ言って終わります。

司会 松沢病院は、何年後になるかわかりませんが、大幅な改築がされて新しい病院になります。その基本構想として、ここに一部資料を出していますが、松沢病院はこういう病院になりますというのが、都から提案されています。それに関して私たち働いている者と、地域の皆様、ユーザーの皆様が、松沢病院はどういう病院になってほしいのか、したいのか、そういうことを含めて意見をお聞きしたいとの思いで今回のフォーラムを提起したわけです。

質疑と討論

司会 質疑と討論に入っていきます。今まで提起をしてくださった講師の方たちへの質問と、自分の考えもあればあわせてお願いしたいと思います。どなたへの質問でも構いません。よろしくお願いします

入院はしたくないが

男性 A 平田先生に質問します。精神救急事例の分類で、一次救急、二次救急、三次救急となっていますが、私はユーザーですが、自分の実体験と混ぜて質問したいと思います。

私は 2 年前、軽躁状態が続きました。それで 2 週間に一遍、外来（治療）をしていたのですが、7、8（月は？）高かったので、先生に 1 週間に一遍の外来にさせていただきました。それでもまだ自覚はあったんですが、軽躁なので 9、10（月？）と 1 週間に二度刻んでいただきました。松沢病院の先生も入院はさせたくない。僕も入院は過去に松沢であります、今回はしたくない。そういうことで外来治療ということで、一次救急という段階で入院に至らずに済んだのですが、結局その後ずっと今度はうつになりまして、いまだに抗うつ剤を飲んでいる次第です。乗り切って、去年の 2 月からうつに入ったんですが、おとしは軽躁で入院しないで済んで、去年の 2 月からもう 1 年以上、軽うつが続いています。

そういうことを思いますと、確かに入院のプラスマイナスはありますが、あのやり方でよかったのか。もしかしたら早い時点で、早期の段階の 3 週間とか 1 ヶ月、3 ヶ月で休息入院みたいな形をとってやったほうが、今みたいなうつ状態が長いこと続くことが防げたのではないかなと思うんですが、その辺について伺いたいと思います。

入院治療というものが必ずしも悪というわけではない

平田 今のお話はスライドの番号でいうと 2 枚目の上から二つ目ですか、精神科救急医療サービスの提供手段にかかわるお話かと思います。

です。こういう方に電気けいれん（ECT）をお勧めします。

もう一つは、ご本人が希望されるというケースがあります。うつ病圈の方が多いです。もちろん統合失調症の方でもきちんと病名を告知してある人もおりますし、通電療法の効果をよく知っている人もいますので、ご本人が希望して行う場合ということです。症例としては前者のほうが多いですけど。つまり薬物療法がかえって危険である、副作用ばかり出てしまって身体的に衰弱する、というケースの場合が電気けいれん療法の適用になります。

女性A それでやるということですね。それをするとか治療がかなりよくなるという話は聞いたことはあるんですけど。

平田 薬物療法がうまく効かないタイプの人は、電気けいれん療法のほうがずっと早く急性症状はおさまります。

女性A 昔はあまりよくないようなことをいっぱい聞いていますが、今は大分昔よりよくなっているということを聞いたんです。やり方は昔と同じなんですか。

平田 昔のやり方は、先ほど龍限さんもちょっと触れられたけれども、麻酔も何もかけないで、いきなり「生がけ」といって、麻酔もかけずにいきなり通電してしまうというやり方をやっていたところも結構あります。

女性A 今はどうなんですか。

平田 今は一番正しいやり方は、修正型電気けいれん療法と言いますが、麻酔の専門医が立ち会って、ちゃんとした手術室がありまして、そこで麻酔の医者と精神科の医者数人と看護スタッフが立ち会って、きちんと手術の一環として行なうんです。

手術と同じです。

女性A 今は麻酔をかけてやるということですか。

平田 麻酔は昔からかけていましたが、今はさらにけいれんをおさえるために筋弛緩剤を投与し、けいれんも起こさないで、かけてしまう。

女性A 後は、そのまま終わったら、もうすつとするというか、そんなに後遺症というか……。多少はだるいとかなんかあるんでしょうけれど。

平田 後遺症で一番大きいのはやっぱり記憶障害です。

女性A それはもうずっと続くものなんですか。

平田 いろんなタイプの人があります。

女性A それはずっと治らないで一生というか、長いこと続くという人もいるということですか。

平田 多分いると思います。表面に出てこないだけで。

女性A 結構多いですか。

平田 いや、そんなに多くはないと思います。

女性A たまに、まれにいる。

平田 それから記憶障害も、過去の記憶が部分的に消えてしまうタイプが一番多くて、先々、例えば新しい記憶が入ってこないということはめったにないです。

女性A そういうのはもうずっと治らないというか、そのままということですね。後遺症として残る。

平田 一度消えてしまった過去の記憶が戻らないのはよくあることだと思います。ただ大事なことは、そういうことに対するデータがほとんどないということなんです。

女性A データがない。

平田 出てこない。

女性A ということは、そんなになんもないということ、

れます。境界例という言い方もしますが、これはアメリカで1960年代から70年代にかけて盛んに定義づけられて、治療的な試みがなされました。主に精神療法的に介入するということで、マスターソンという人が一番熱心にやった人です。

今からの批判としては、人格障害とかボーダーラインとかいう診断をやたらにつけて治療に乘せようとするのは、やはり一つの精神科医の市場を広げるための手段だったのではないかと。病人をつくり出して、それで精神科のマーケットを広げていたという側面も否定できないという批判があります。ですから私は人格障害というものを、少なくとも非自発入院の対象とすべきではないと思っています。日本の法律にはまだ精神病質という形で取り入れられていますので、私は外すべきだろうと考えています。

治療できるかどうかということも、これもかなり意見が分かれています。一つ、前提としてきちっと押さえておかななくてはいけないのは、人格障害という診断がいわばごみ箱診断といえますか、医者がいろんなことをやるんだけどちょっとよくならないということで、放り出すぐらいのつもりで人格障害という診断をつけてしまうという場合があります。ですから安易につけられた人格障害の診断は、例えば精神科の救急医療の場面では、私はまゆにつばをつけて、その診断を見えています。

いろいろな病院、クリニックを渡り歩いて人格障害というレッテルを張られた人の中には、ちゃんと治療すれば治るタイプの、いわゆる感情障害のタイプの人がかかなり含まれています。情動的な水準が非常に不安定なために対人関係が安定しない—これはボーダーラインの一つの定義になっています。

いわゆる感情調整剤というふうなものは幾つか出ていますが、そういうものを服用していただいたり、治療環境をつくったり、それから感情が高ぶっているときには抑えなくてはいけないし、落ち込んでいるときには上げなくてはいけない。そういう薬物療法的対応、精神療法的な対応で、かなり生活障害といえますか生活の不便が改善される可能性はあります。だから人格障害という診断は安易に信用してはいけないと思っています。

女性B 「分裂病」という病気の名前の語感が悪いから「統合失調症」という名前が変わったように、「人格障害」というのも、「人格障害」と言われたら結構本人はショックじゃないかと思う病名ですが、それによってかわる病名とか、つけられる予定はないんですか。

平田 昔は「精神病質」と呼ばれていたんです。もっと語感が悪いのではないかと思います。「変質者」とか「精神病質」とか言われていた時代がありまして、それに比べればまだ少しはいいというふうに思っていた時代もありますが、今のあなたの話を聞いていると、やはりかなり精神科の中でも差別化された用語ですね。

「あなたは治療の対象にならない」「人格障害だから治しようがない」というふうに言われる。そういう使われ方もしますから、私は名前を変えてもいいと思っています。ただ半分ぐらいの人は、「感情障害」というふうに診断されたほうがいいのかのような人がいると思っています。

女性B 「感情障害」というのは気分傷害で、俗に言う躁うつ病のことですか。

平田 そうですね。いろんなタイプがありますから、感情の水準が非常に不安定であるという意味で、「気分障害」とか「感情障害」というふうに診

効果が高いと言えるわけですね。

平田 私どもはそういうふうと考えて、医療費は高いけれども、そのかわり手短に済ませるんだから、トータルの医療費はずるずると長く入院するよりは安いはずだという主張です。

男性B ありがとうございます。

家族に対する支援というのは

司会 では続けてどうぞ。

女性C 在宅ケアが進められているということですが、家族に対する支援というのはどのようにされているのでしょうか。

平田 それは私どもの病院の場合ということですか。

女性C 松沢病院です。どちらでも。両方お聞きしたい。

平田 ご家族に対する支援という形で一番はっきりと形にあらわれるのは訪問看護です。訪問看護の主眼は家族サポートというのが大きいです。ご本人のサポートのほかに、ご家族のサポート力がちょっと弱いのではないかと、あるいは大変なんじゃないかと思われる人を重点的に選んで、ご本人のサポートとご家族のサポートを両方やっています。

それと、精神科ではまだまだおこなっていますが、例えばご家族を休ませるためのレスパイト・ケア、あるいはご本人のショートステイということをおこなうだけでもいいのではないかと思います。ご本人は病気と闘っていてかなりくたびれるわけですが、それをサポートするご家族に対する支援の方法というの、これからもっと発展すべきだと私は思っています。まだまだ足りません。

太田 まだ数少ない経験の中ですが、3人同居し

ていて本人の訪問看護に行くんですが、お母さんが協力的でなかった場合、地域の保健師さんと情報を取り合いながら、保健師さんも本人のために訪問に入っていますので、ともにお母さんの情報も得たりしながら、私たちのほうも本人だけでなく、お母さんへの声かけも一緒にしながら行っています。これは前から続いているようですが、「家族会」がありまして、学習会などを催しながら、おうちの人たちに連絡をして来ていただくというところで行っています。

女性C それは病院の家族会があるんですか。

太田 世田谷では、さくら会という家族会があります。

吉谷 ご家族の方に病気のことを理解していただくような、家族教室もやっていると思います。そういうところで正しい病気の症状に対する理解だとか、薬物療法のことだとか、日常のご家族の接し方だとか、多分ご家族同士の話し合いも含めた形でプログラムを、心理士の方も入ってやっていると思います。

女性C それは病院にかかわっている患者、こちらへ通っている人とか入院している人でないと、家族として参加できないのですか。

吉谷 一応入院している人にそういう声をかけてやっているようです。

司会 今の家族支援のための学習会ですが、一応松沢病院の外来にかかっている方と、あと入院されている方を対象としています。先日回ってきた書類には主治医の許可が必要という形で1行入っていました。

当事者は24時間の電話相談が欲しい

龍限 質問というか、要望というか、松沢のほう

れは退院はできたけれど、集まる場所も何もなければ、仕事もないのにアパートで何をしますか。そうしたら仲間がいなければ本当にもうつぶれていきますよ。ですからそのところはきちんと考えていただいて、デイケアでも結構ですし、デイケアというのは医療という枠組みですが、グループホームだっていろんな形態があていいると思うんです。その辺のところは政策要求でやっていただきたい。

それから家族のほうですが、これは精神保健福祉法にも大問題があるわけで、「保護者」という状況があるものですから、当事者と家族が対立するという構造があります。これは法律的な構造ですからしょうがないんですが、現在、僕は家族会からも、当事者の全精連からも相談を受けていますが、やっぱりそれは協調してやっていきたい。ただしそれは敵対する家族もいるわけですから、ひどい場合には、相続なんかの場合ですけど、病院にぶっ込んでいいる間に財産を……ということもあるんです。そのところは例えば主治医の方が、「あなた独立して家族から離れて住んだほうがいいから」なんていうことでもって、僕もアパートに住んでいたこともありますし、そういうことはワーカーの方も看護師の方も考えて働いていただきたいと思います。

最後にお知らせですが、5月27日に僕たちの集会所が、国会のすぐそばの星稜会館であります。その前に参議院の中で院内集会もありますので、来てください。僕はそこで集会基調みたいなものを書いたら、そんなものは基調じゃないみたいなことを言われたので、僕の分析で出しますが、まとめた批判をちゃんとしますので、よろしかったら来てください。

司会 ありがとうございます。小林さん、どうぞ。

小林 下里さんに質問です。私は精神医療人権センターの小林と申しまして、Dの44棟に毎月一遍原則として通っている者です。下里さんはそのナースの方であるということですけど、みんな男の人なので、顔がよくわからなくてすみませんでした。

イギリスへ6ヵ月間行かれていたということで、アウトラインはいつもいろんな方が説明してくれるんですが、何が違うのか。とても専門的になってしまいうんですが、治療方法で何が違うと感じられたのかをお聞きしたい。

というのは今、いわゆる観察法案（心神喪失者医療観察法案）というのがありますが、そこで治療方法なんて何も変わらない、同じことをやっているんだという方もいます。その一方で今年、[インスティテュート・オブ・サイキアディノスのパメラ・テラーさんが来たときに、多分そのところに行っていたんだと思うんですけど、日本の精神科の保安病院を建てようとするトレーニングをしているところはどういうわけかイギリスへ行くわけです。同じようなことでも刑務所にいる人たちはドイツに行くというふうに、国の政策がばらばらで全く方針がない。この施策というのは明治以来、全く同じなんです。

それでどういうことを感じてこられたのか。違いがあるのかどうか。そしてそれがここに書いてある、「松沢病院の将来は精神医療センター……」となるんですね。精神医療人権センターではなく、ただ精神医療センターというのが残念なんですけれども。どういう人を集めて、どういうふうにするのか知りませんが、果たしてこの松沢病院の現状の働き方から、そういう働き方への将来的な像

調症の方に有効な方法なのか、それとも人格障害の方に対するプログラムとして有効なのか。その辺、イギリスではどのような形になっているのか、教えていただければと思います。

イギリスは圧倒的にスタッフが多く、多いことによってケアを提供する

下里 まずイギリスと比べてどこが一番違ったかという点ですが、病棟に看護のスタッフと一緒に入ってみた看護からの視点でいいますと、先ほども言ったように、まずは圧倒的にスタッフが多くて、多いことによってケアを提供するということです。例えば非常におかげんが悪いときで、隔離室を使用しなければならない状態でも、通常、日本ですと隔離室内にトイレがあって、そこは同時に使っていただくようなところだと思うんですが、必ず（スタッフが）ついていて、そちらのほうに誘導してさしあげたりということができる。

それからデニスヒル病棟なんかでは、25人の患者さんがいらっしゃる中で、私が行っていた間は、日に平均して大体15～16人の方が院内のエスコート外出という形で、看護師が付き添って院内のちょっとした喫茶店なり売店みたいなところに外出ができるという状況でした。これも必ず1対1という形でついていきますので、人がいなければそういったこともしてさしあげられない。仮に離院のリスクが高い方でしたら、グループで外出することは困難であれば1対1でついていける。そういうところは非常に違うなと思いました。

もう一つは、看護からいいますと、英国、アメリカ、カナダとか、諸外国ではほとんどそうですが、患者さんが非常に興奮して危険な状態である、患者さん自身も危険だし我々も危険だという状態

のときに、どうしてもこちらから拘束しなければいけないという状態があります。英国ではC&R（Control and Restraint）という呼び方をされていて、外国ではほかの呼び方もありますが、非常にきちんとしたトレーニングコースがあります。これはただ機械的に押さえるというテクニックを学ぶだけではなくて、絶対に患者さんにけがをさせないというような配慮をしたり、心理的に落ち着いていただくような働きかけをどういうふうに行うべきかというようなことまで、すべて包括的に入った、40時間、1週間丸々受けなければいけない訓練がありまして、それをしなければそこで働くことができないことになっています。

そちらの病院に行って、向こうのスタッフの方にもよく「日本ではどうなんですか」ということを聞かれるのですが、日本のことをお話しすると、例えば「それでは患者さんの安静をどういうふうにこちらで見るとですか」といった言い方をよくされるということを経験しました。

向こうでは非常によく統一されていて、そのトレーニングの中には、決して痛みを加えてはいけないという法律的なことまで書かれていて、本当に最終的な手段として以外には、決して患者さんが痛いという形では押さえられない。実際に私もそれに参加してみましたが、非常にそういうところがしっかりしていて、しかも最低限、例えば非常に興奮して暴力行為が激しくなった方でも、その状態で安全にいていただく状態を15分ぐらいとって、落ち着いていただければそのまま戻っていくということがよく行われていました。

そういうふうに、そういったときの介入とかに関してしっかりしたシステムができ上がっているということも非常に違うなと。日本にはそういっ

遠慮させていただきたいと思いますが(笑)。東京都の精神科の救急システムの最大の欠点は、これは立地条件上しょうがないところもあるんですが、診断の場と治療の場が分離しているということです。要するに都立4病院で診断をつけて、入院したら翌日にはもう後方転送になってしまうと。その分断されてしまったところが最大の欠点だと思います。ですから松沢病院が担うべき役割があるとすれば、その分断に何とか橋を架けていただきたいということです。

具体的に言えば、救急で緊急措置になって、入院された方の継続的な急性期の治療も病院の中で行われるようなシステムにすべきではないかというのが一つ。それから合併症の対応がかなり松沢病院はできると思いますので、救急のケースの中でも合併症、あるいは濃厚な身体管理が必要な人には、松沢病院内で継続して医療サービスが提供できるようなシステムにしていなければなりません。

医療従事者の方に人間の尊厳というものを聞きたい

司会 時間は5分ほど過ぎていますが、どうしてもという方、はい、お願いします。

男性 C 医療従事者の方にお聞きしたいんですけど、入院して感じたことなんですが、入院の方は今の姿というのは、病気のために身の回りのことができなかったり、食事が遅かったり、入浴がうまくいかなかったりになっていると思うんですけど、本来その人が病気になる前には、ちゃんとその人の誇りとか自尊心、人間の尊厳というものはあると思います。それを男性の看護師さんの方が割と呼び捨てにして、頭がパーになったり、「早く

食え」とかなんか言ったり、僕はちょっとそういうのはあれだと思います。

この病気はしつけのやり直したとかいうような表現をされたときもあったので、そういうのは医療技術なのかなと思っていたら、聞いてみたら、「いやあれは本人を叱っているんじゃない。病人を叱っているんだ」と言ったけど、それは僕は詭弁だと思います。その辺はいかがお考えなんでしょうか。吉谷さんにお聞きします。

吉谷 ご質問ありがとうございます。非常に難しい問題ですが、改める点がありましたら改めていきます。今はすごく看護基準が厳しくなっています。過去にそのようなことがあったとしても、今はすごく厳しい時代になっていますので、今後はそういうことはまずないでしょうから、安心して治療を受けていただけたと思います。

男性 C それでは答えになっていないと思います。司会 補足いたします。いろいろな対応があったかと思いますが、もしかしてこれからもそういうことがないとは言い切れないと思います。病院としても接遇改善ということでは取り組んでいると思います。私たち従事者も個々人がそういうことは肝に銘じて対応をしていかなければいけないと思っています。

もし今後もそういう至らないというか、とんでもないような対応を受けたということがありましたら、松沢病院でも医事課のほうに、正式名称は忘れましたが苦情相談窓口というのが設けられておりますので、ぜひそちらのほうにお話を持ってほしいと思います。そうしないと、やはりなかったことにされてしまう、個々人の問題みたいなことで対応されてしまう、ということも多々あるかと思うので、そういうところを利用し

でいく。患者さんの人権を大切に、人格を尊重した形での医療をやっていくということを目指してこの試みをやっています。

私たちは別に病院や全部の職員を代弁することはできませんが、やはりよりよい治療関係、患者さんの人権を大切にするような精神医療の現場にしていきたい。私たちも外で、松沢病院でこういう取り組みもして頑張っているのよと言えるような形で、それが改革に実際につながっていくようにという思いでやっておりますので、多々ご指摘のあることは印刷物になってちゃんと文字として残って院側にも行きます。

今回も院長にも、「平田先生も見えますし、毎年こういう取り組みをしていますから」とご案内しました。たまたまご用があって来られないというお話でしたが、これまでのフォーラムでの報告集をぜひ見せて下さいと渡しました。「これからは自分たちもそういうことを大切にしていかなければ」と院長も副院長も自覚するような時代になってきました。

今日も、さっきからいびきが聞こえたりしていましたが、3人も4人も夜勤明けで今朝まで仕事をしても、ここに参加してくれているスタッフがいます。遅々とした取り組みではありますが、そういう形で何とかやっていきたいと思います。回答になるかどうか分かりませんが、こういう思いであります、ご理解いただきたいと思います。

今日、地域の方のご発言がすくなくて、時間がとれなくて申しわけありませんでした。ともに生きる精神病院という形で位置づけておりますので、地域の方にぜひ御意見を頂きたいと思います。アンケートなり、この後ファクスで送っていただいても結構ですし、今日ご発言なかった方も、何か

思いがあってここに参加していただいたと思いますので、何らかの形でぜひご意見をお寄せいただきますようによろしく願いいたします。

今日の長丁場、講師の先生、来ていただきまして、どうもありがとうございました。会場からの拍手で一応お礼をしていきたいと思います。

司会 龍眼さん、お知らせというか、何かありますか。

龙眼 お知らせではないんです。お願いですけど、一つは厚生労働省交渉の中で、この特別病棟をつくることを条件にして病棟を新設するようなお金を出すことはないでしょうねと言いました。そして、そんなことはあり得ないですよ。これは実は大阪の当事者で調べたことで、1回だけ特別病棟をつくってくれたら残りの病棟をつくる資金も出しますよ、みたいな話があったんです。そんなことをされたんじゃないので、このことはしっかり、厚生労働省は5人役人が来てちゃんと答えていますし、議員の秘書もそれをちゃんと聞いていますし、テープ（録音）も取っていますので、松沢病院が古い病棟があって新築したいというのはよくわかっていますけれども、そのことと特別病棟とは関係なく予算が出ますので、そのことはお伝えしておきたい。

それからもう一つ、家族も当事者もそうですが、医者によって出す薬が違ふとか、診断が違ふとか、標準医療がないというのが今の精神医療の実態だと思います。陽和病院では例えば院内学会というのがありますが、それでもやっぱりある医者は薬をたくさん出すしゃる医者は薬を減らすしという状況です。とにかく薬が多すぎて目がとろんとして、これじゃ働けるものも働けないと。こういう家族の声もあります。これは文部科学省の問題か

<会場からのアンケート>

1. 平田先生のお話は非常に参考になりました。24 時間稼働の電話情報センターによる救急医療システム、特にわが国の精神病院の平均像で社会的入院 50 人を含む慢性期病床が 200 床あることなど政府は将来全国で 7 万人強の入院患者を地域社会に戻すという受け皿はあるのか心配です。社会的入院の 50 人(%)は社会に戻しても生きていけないといえます。この流れの激しい時代に死ねというのでしょうか。

2. 私は仕事で松沢病院に出入りしている者ですが、精神科の実態については何も分からないので今回のフォーラムに参加させていただきました。実際に医療現場に働いている方の話をうかがうと、精神医療の難しさがあらためてわかりました。

それに反して、英国等とくらべてスタッフが手薄であると思いました。行政に対してそれらを訴えとともに、地域の住民も精神医療の実態をもっと知ることが大切だと思いました。そういった意味でも今回のフォーラムは大変有意義だったと思います。

3. ご近所フォーラムなのだから松沢病院の医師の話が聞きたかった。千葉県の話よりも東京の話をしたほうがよかった。でもめったにない機会なので、このような企画はつづけてほしい。

私は今患者として外来に通っていますが、必ず病気を治して、精神保健福祉士になりたいと思っています。ケアされる側よりもケアする側に回りたい、そして自分の経験を生かしたいと思っています。

4. 松沢病院では訪問看護を始めたとお聞きし、当事者に必要なサービスは何かと考えるとホームヘルプ、看護師、保健婦とネットワークをつくることも考えてほしいです。

5. 松沢の外来に来て、近所のアパートで生活しているが、ノーマライゼーションの面から考えても「地域住民の人が精神病院のある町に住んで」という視点で多数参加してほしいと思う。なお今後とも続けてほしいと思います。不動産業者、大家さんや町会長さんの参加があればうれしい。

6. 第 13 回目に始めて参加しましたが、非常に参考になりました。松沢病院のデイケアに席を置きながら、この 4 月から社会復帰支援室の訪問看護を受けて毎日生活しています。母親が数年前になくなり都営アパートで一人暮らしです。現在原因不明の腰痛があり不自由な生活です。生活保護の関係上アルバイトやパートもできないので、このような催し物に参加して交流することを楽しみにしています。今自は入院しているお友達に面会し、また来ますといって別れてきました。体に気をつけてお互いに頑張りましょう。

漆黒の空がまあるくどこまでも深く続いて、自然の中に包み込まれたひとときであったのですが、松沢に入院している 1000 人もの患者さんがこの同じ空間にいるのに、この自然の美しさを楽しむ事もなく、眠剤で早々とベッドに入り、どの窓もカーテンはぴったりと閉められたままでした。ここでも「病気」故に、長期入院も当然とされ、普通の生活とは程遠く、「人間の自由」は甚だしく制限されていると感じました。120 年以上松沢とともに生きてきた小グランドの桜とケヤキの大木から、14 回目のフォーラムを準備する気力をもらいました。

第 13 回ご近所フォーラム実行委員長 植西 英子

2004 年 4 月 19 日

<2003 年ご近所フォーラム・実行委員メンバー>

植西 英子 (実行委員長) 太田 トミ 境 美由紀 佐々木 陽子

島崎 尚子 清水 田美代 下里 誠二 中嶋 宏樹

中田 孝行 原 義昭 吉田 仁 吉谷 昭廣 (あいうえお順)

第 1 3 回

報 告 集

近所フォーラム



開かれた精神病院をめざして

テーマ「精神科救急医療のあり方」

講 師 **平田豊明さん** (千葉県精神医療センター診療部長)

日 時 2003年5月25日(日)

午後 13 時 30 分から午後 16 時30分

会 場 松沢病院 5 階 会議室

主 催 松 沢 病 院 労 働 組 合

<contents>

精神科救急医療のあり方 平田豊明…1

精神科救急医療の歴史…2/精神科救急の2つの系列…4/医療モデルの精神科救急…4/医療モデルを補完する行政モデル…5/精神科救急医療システムの全国状況…6/精神科救急事例の分類…7/行政モデルの精神科救急システムの構成要素(広域行政モデル)…8/千葉県の精神科救急医療システムその特質…9/千葉県の精神科救急医療システム2002年度の実績…11/電話相談者の内訳…11/千葉県精神科医療センターの診療方針…12/我が国の精神化病院の平均像…12/センターの診療概念図…13/センターの診療実績…14/急性期治療のステージ…15/精神科急性期の入院治療の基本原則…17/急性期治療のクリニカルパス…17/精神科における救急医療の意義…18

イギリスにおける精神科救急医療—研修を終えて 下里誠二…19

社会復帰支援室について 太田トミ…27

合併症病棟について 吉谷 昭廣…30

薬剤科について 植西英子…31

龍眼さんのはなし…32

質疑応答…39

会場からのアンケート…55

編集後記 植西英子(実行委員長)…56

注：本文についての文責はすべて実行委員会編集部にあります

精神科救急医療の あり方

平田豊明（千葉県精神科医療センター診療部長）

司会 松沢病院の A-14 棟に勤務しております看護師の吉田と申します。よろしくお願いします。いまデイケアに勤務しています看護師の清水と申します。今日は2人で司会をしてゆきます。よろしくお願いします。

司会 それでは最初に、松沢病院労働組合分会長の原から開会のあいさつを行います。

原 日曜日の貴重なお時間、松沢病院の組合主催の「ご近所フォーラム」に御参加していただきありがとうございます。この病院は、地域にお住まいの皆さん、精神医療を利用されている方にとっても、近くて遠い存在ではないかと思います。一般病床はありませんし、精神科の単科病院ということで、なかなか敷居が高いのではないのでしょうか。

毎年1回、今年で13回目を迎える「ご近所フォーラム」を行ってきました。

日ごろ、精神病院の中で何が行われているのかわかりにくい面もありますし、また、地域の方々も病院にこうあってほしいとか、こういう使い方をしたい、また利用者の方も、もっとこうあってほしいという要望もあると思います。そういう声を聞きながら、私たちの組合の運動にも生かしていくという趣旨で始めました。精神病院の風通しをよくして、医療の内容についても考えていこうということでやってきました。

長い間こうして続けてきたのも参加してくださる皆さんがあってのことで、大体後半の議論のところが非常に盛り上がり、毎回時間が足りないぐらいいろいろなご意見をいただいています。私たちも単に組合運動ということではなく、病院に意見を言っていく上で皆さんからのご意見が支えになっていることを強く感じています。

松沢病院は、今後改築計画もあり、急性期の医療や司法絡みの患者さんを受け入れていくプランも上がっています。そういう中で、精神科救急医療のあり方をメインテーマに考えていきたいと考え、千葉県の精神科医療センターの平田先生に講演していただきます。また私たちの職場が現在どうなっているか職員の報告も受けながら、またユーザーの方からの意見も受けながら議論していきたいと思います。

司会 本日の流れをここに書き出しましたのでご参照ください。あと2、3お断りをします。フォーラムが終わってから小冊子をつくる関係で、写真撮影と録音をさせていただいています。お顔は撮らないようにしていますのでご了承ください。

今日は「精神科救急医療のあり方」について、平田豊明先生からお話をお聞きますが、その前に、簡単に先生の略歴をご紹介させていただきます。先生は千葉大学医学部卒業後、銚子市立病院精神科勤務。1984年、千葉県衛生部保健予防科勤務。1985年、現在勤められています千葉県精神科医療センター勤務、現在は同診療部長をなさっておられます。ほかに日本精神科救急学会理事、事務局長等をされておられます。では平田豊明先生、よろしくお願いいたします。

精神科救急医療のあり方 —在宅ケアを支援する精神科救急—

平田豊明
(千葉県精神科医療センター)

Chiba Psychiatric Medical Center

1

平田 皆さんこんにちは。本日はこのフォーラムにお招きいただきましてありがとうございます。都立松沢病院と申しますと、日本で最も古い、最も重装備な精神科病院ということで、我々医者の世界の中でも、都立松沢病院は全国のほかの病院の中でも別格といいますか、特別な存在であるわけです。非常に古くて重たい歴史を引きずっている病院ということで、我々がここへお邪魔するのにも少し緊張するのですけれども、看護の皆さんを中心に、こういう地域に開かれた恒例会といえますか、情報を開示して意見を聞くという風通しのよいフォーラムをもう 13 年もやっておられるというお話を聞き、ほっとしたような気持ちがしております。

いま簡単に略歴を紹介していただきましたけれども、私は 1985 年 6 月 1 日に開業した千葉県の精神科医療センターというところで仕事をしております。もうそろそろ満 18 歳という病院です。当初から精神科の救急医療と急性期の治療を純化したような形で 18 年間仕事をしてまいりました。50 床しかない小さな病院ですけれども、後でご説明しますように年間 450 人ぐらいの人が入退院しております。短期間のうちに治せる人はできるだ

け治してしまおうという病院です。

精神科の救急医療に関しては、東京都は 1978 年に救急システムを始めたわけで、それが草分けと言われているわけです。千葉県では私どもの病院が 85 年から救急を始めたわけで、少し後輩に当たるわけですがけれども、東京都と精神科の医療の状況も大分違いますので、やってきたことが大分違うなという気がします。

本日は精神科の救急医療の歴史と現状につきまして簡単にご紹介していきます。その後、千葉県の精神科救急システム、当センターの仕事はどんなことをやっているかという話をさせていただいて、最後に精神科の医療における救急医療の役割といえますか、意義といった形でお話をまとめさせていただきます。

それでは、時間も限られておりますので、早速スライドを見ながらご説明したいと思います。

精神科救急医療の歴史

精神科救急医療の歴史(1)

—欧米—

脱入院化政策(1960年代)

↓
精神科病院の縮小

↓
地域ケアの展開

↓
地域ケア維持のための救急医療の必要性

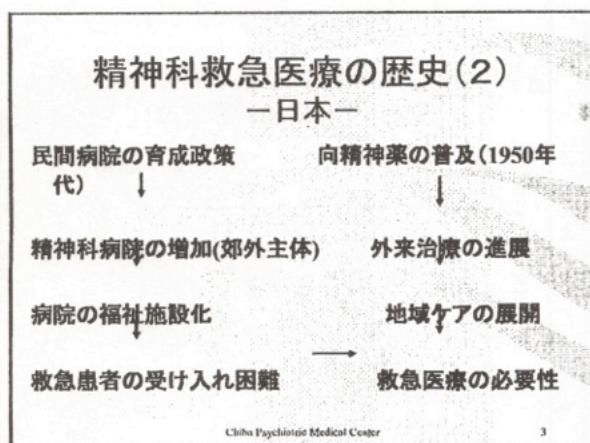
Chiba Psychiatric Medical Center

2

まず、精神科救急医療の歴史をざっと振り返ってみます。精神科救急医療とは欧米で芽生えた考え方です。直接のきっかけになったのは、1960 年代に始まった脱入院化政策というものです。ア

アメリカ、イギリス等で盛んに進められた、大きな病院をどんどん縮小して解体して、スタッフと患者さんをみんな地域の側にシフトさせていこうという運動です。アメリカあたりでは何万人も収容するような巨大な州立病院が10年、20年という期間の間に10分の1ぐらいに減っていき、その分、地域ベースの精神科医療が展開されるようになったということです。

精神病院が縮小して地域ケアが展開していく。地域ケアが広がっていけば、在宅ケアを維持するための救急医療がどうしても必要になってくるわけです。ぐあいが悪くなったときに、すぐに相談できる窓口、クリニック、病院が発達せざるを得ない。そういうものができなければ、また地域ケアが維持できないという歴史があったわけです。これが欧米の歴史です。



これは、日本の現状といいますか、歴史を簡単に振り返ったものです。こちらの系列は1950年代に始まる向精神薬の普及から外来治療が進展して地域ケアが展開していく。こちらの系列は欧米と理念の上では変わらない流れですけれども、残念ながら欧米のように脱入院化運動という大規模な病床削減の政策にはつながりませんでした。い

まだに世界でも有数の病床密度を日本は抱えているわけです。

その事情はこちらの左側の系列にあらわれているものだと考えてください。戦後、日本では民間病院の育成政策をとりました。精神科に限りませんけれども、医療は民間ベースで行うという政策を打ち出したわけです。これはイギリスと対照的です。イギリスは医療を全部国営でやるという国営医療を基本にしていますけれども、日本は民間に重点を置いた病院の育成を政策として掲げたわけです。

その結果、1960年代、70年代を中心に精神科の病院がものすごい勢いで増えていったわけです。ただ、町中ではあまりつくれませんので、郊外がどうしても主体になってしまうということです。郊外に大きな民間の病院がどんどんふえていく時代がありました。その結果どういうことになったかということ、なかなか社会復帰のプログラム運動が成熟しませんで、病院の中に長期の在院患者の人たちがたまっていくわけです。その結果、病院が治療の場というよりは福祉施設のような格好になってしまった。世界でも有数の病床を持っているわけですが、その大部分は福祉的な病床であるといわれています。

このように病院が福祉施設化してしまったために、新しく発生する救急の患者さんが受け入れられなくなってしまった。特に都市部あたりや病床の少ないところでは、ますますそういう現象が起こって救急用のベッドが足りなくなってしまった。欧米は地域ケアが展開したために救急医療が叫ばれてきたわけですが、日本のこちら側の系列は、それとは全く対照的に地域ケアが進まなかったがために、どんどん病院が福祉施設化して救

急の患者さんがとれなくなってしまったから救急が必要なのだという二つのニーズがあると考えてください。

精神科救急の2つの系列

精神科救急医療の二ード —2つの系列—

1. 在宅ケアを維持するための救急医療
(医療モデルの精神科救急)
→入院の回避に主眼、病院単位
2. 入院ベッド確保のための救急医療
(行政モデルの精神科救急)
→入院病床の安定確保に主眼、広域単位

Chiba Psychiatric Medical Center

4

ですから、精神科救急医療の二ードを語る場合には、日本は二つの系列があると考えていいと思います。一つは、在宅ケアを維持するための救急医療、本来の精神科救急医療というものです。これを医療モデルの精神科救急と仮に呼んでおります。このモデルは入院の回避に主眼が置かれています。それから、病院単位の小さな地域単位で行われているものです。

それに対して入院ベッドを確保するための救急医療、先ほどの左側の系列から生じてきた二ードです。病床が足りないので救急のためのベッドを確保するためにできてきた救急医療です。これは行政、都道府県などが音頭をとって複数の病院をネットワーク化して救急医療を分担するという発想で行われているので、行政モデルという言い方をしています。医療モデルと行政モデルと二つの系列があるということです。

行政モデルの精神科救急は入院病床の安定確保に主眼が置かれています。それから、広域単位で行われているのが特色です。しばしばこちらをハード救急、こちらをソフト救急という呼び方をしますけれども、ハードかソフトかというのは後でご説明するように意味が違うものですので、医療モデルと行政モデルという呼び方をしておきます。

まず、医療モデルの精神科救急というのはどの病院でもやっていることです。こういう医療モデルの精神科救急サービスを実施しなければ地域ケアが展開できないという関係にあるわけで、およそ病院と名前がつくのであればどこでもやっていることで、そんなに特殊なものではないということです。

医療モデルの精神科救急

精神科救急はどの病院でもやっている —医療モデルの精神科救急—

1. 電話相談
2. 往診・訪問
3. 時間外診療
4. 危機介入的デイケア
5. クライシス・ホステル
6. 短期入院治療

low cost

high cost

Chiba Psychiatric Medical Center

5

具体的には、ここに挙げた六つのレベルの精神科救急医療サービスが提供されていると考えてよろしいかと思います。日常的に行われていることです。最初に救急のサービスが提供されるものとして電話相談があります。それから、患者さんが家にいながらにして救急医療サービスを提供する形として往診とか訪問があると思います。それか

ら、時間外の外来診療があり得ます。この辺はどこの病院でも行われています。

それから、ちょっと特殊になりますけれど、危機介入的なデイケアもあり得ます。デイケアのグループダイナミクスといいますけど、そういうものを利用して危機介入を行う、危機的な状況を乗り切るというやり方があります。それから、クライシス・ホステルはアメリカの用語ですけども、入院には至らないけれども家庭からちょっと離れて休息していただく形で救急状態を何とか乗り切ろうというシステムです。

また、日本では援護寮とかいった入院ではない入所型の施設がぽつぽつ出てきております。例えば単身生活をしている方で、少しぐあいが悪くなったので顔見知りのケースワーカーがいるような援護寮にショートステイのような形で入所して危機を乗り切るという使い方もこれから普及してくると思います。

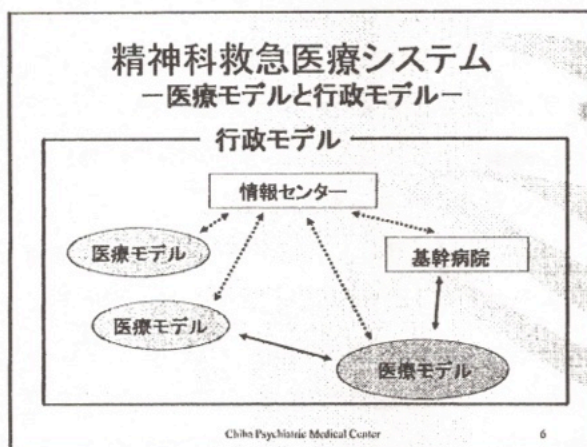
それから、最後の手段として短期の入院治療が位置づけられる。精神科救急医療サービスといいますと、入院ベッドの確保ということしか頭がないといいますか、行政モデルがそういうところから出発しておりますので、精神科救急システムというと、ベッドをどう確保するかという議論になりますけれども、医療モデルからいくと最後に位置づけられるサービスの提供手段であると考えられます。

一応この1から6まで順番がありまして、どういう順番で並んでいるかというと、ユーザーあるいは医療費という観点から見てローコストの順番に並んでいます。上に行くほどコストが安くて済む。それから、ユーザーから見れば心理的なコストという言い方もできるかもしれません。簡単に

手軽に相談ができる。だんだん重たくなっていくと考えてください。入院治療が最も経済的にも心理的にもハイコストであると考えerわけです。

ですから、医療モデルの精神科救急はコストの安いところなるべく抑えようという指向性があります。2がだめなら3、3がだめなら4、最後の手段として6の入院を考える発想になっています。それぞれが防波堤になっていて、なるべくコストの安い防波堤で食い止めようという考え方が医療モデルの考え方です。

医療モデルを補完する行政モデル



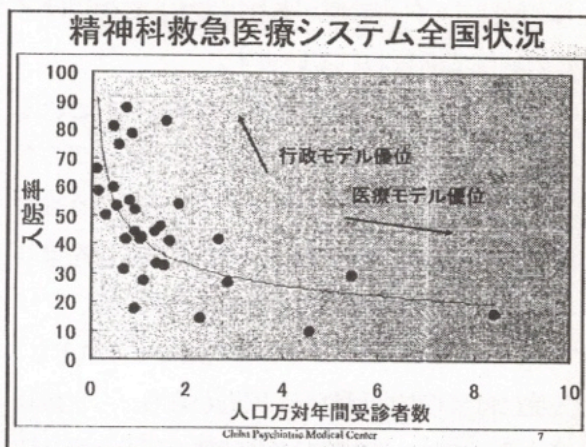
医療モデルと行政モデルは対立するものではなく、お互いに排除し合うものではないわけです。医療モデルをある地域、広域単位で見た場合に、真ん中に病院があるわけですが、病院を核とした医療モデルの救急医療システムが日常的に行われているわけです。病院がそれぞれに持っている診療圏は大小いろいろありますけれども、松沢病院などですと巨大です。小さい診療所などですと小さな診療圏になるわけですけど、こういう幾つかの共和国みたいなものが連合体を組んでいるのが行政モデルと考えてください。

医療モデルは顔見知りのスタッフのところに気軽に会いにいけるということで、軽いうちに受診して大ごとにならないうちに火が消せるという利点があるわけですし、その後のケアも連続するというメリットがありますが、反面、たまたま病院のベッドがあいていないような場合には入院が必要な場合にもできない。それから、新しく発生した患者さんの場合とか旅行者が町中でぐあいが悪くなってしまったような、面識のない患者さんに対しては、こういう医療モデルは弱いのです。なかなか受け付けてくれない。

ですから、病院のその日の条件によって提供できるサービスが非常に限られてきてしまう。ベッドがあいていなければ入院治療ができない。デイケアとかクライシス・ホステルを持っているところはあまりありませんから、病院の条件に縛られてしまうデメリットがあります。

そういうデメリットを補うために行政モデルがあると考えてください。比較的に広域を単位として情報センター、電話情報センターを持っている人などから救急情報を集める。患者さんの情報を集めて、どこかにあいている病床を探す、あるいは当番制にしてベッドをあけておくというネットワークを組むわけです。

大事なことは、この基幹的病院です。いろんな当番病院があっても、たまたまあいていなかったり、非常に難しいケースであったような場合に、きちんとそれを最終的にバックアップしていける基幹的病院が必要になってきます。ですから、行政モデルは医療モデルを補完するモデルである。必要な構成要素として電話の相談窓口が公開されているものがあることと、しっかりした病院がある、この二つは絶対に必要な条件であると私は考



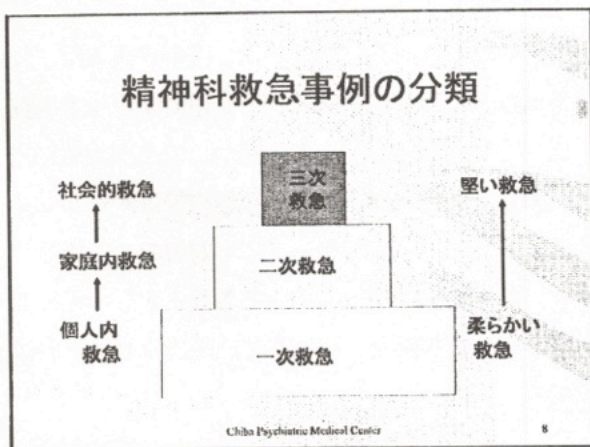
えています。

これは全国の精神科の救急医療システムの状況を眺めたものです。データは少し古いですが、この時点で34ヵ所の都道府県が精神科救急医療システムの整理事業に参画しております。これは国が定めた事業で、運営費の半額を国庫が補助するというものですが、実にいろいろなやり方で行われていることがよくわかります。これはどういう軸でとってあるかといいますと、横軸はその都道府県の人口1万人に対する年間の救急受診者数、このシステムを利用して受診した人の数です。縦軸はその受診した人のうちの入院になった人の比率、入院率です。

これを見ますと、例えばこれは和飯山県です。ここは県立病院が中心になって救急医療をやっていますけれども、比較的気軽にやってくるので受診比率が高くなり、入院しなくて済む人が多い。軽症の患者さんの人あるいはソフト救急といってもいいですし、入院が必要ない外来だけの一時救急といえますけれども、そういう人たちが中心の県です。これは岩手県、これは長野県ですが、地方の自治体では比較的医療モデル優位のシステムが組まれている。

それに対して、受診の件数をかなり絞り込んでしまう、しかも入院が必要な重症の患者さんに絞り込んでしまうのがこういう行政モデル優位の都道府県です。一番高いのは滋賀県だったと思います。東京都がこの辺です。東京、滋賀、神奈川、埼玉のあたりがこういう行政モデルの一つの典型です。東京都もそうですけれども、システムを利用できるケースを警察経由のものに絞り込んでしまふとか、措置入院だけに限定してしまうというようにゲートを狭めてしまふと、こちらのほうに偏ってしまうわけです。

ちなみに、千葉県はこの辺の真ん中のあたりにあります。そのように、きれいな負の相関を描いているわけです。ですから、医療モデルが優位なところは気軽に患者さんが来られてそんなに入院率が高くないパターン、都市部へ来るとそうも言っていないという、こういう逆の相関の分布になっていると考えてください。



ここで精神科の救急事例の分類を簡単にさせていただいて用語の整理をしておきたいと思います。精神科救急事例というのは、真ん中の図からいきますと便宜上、一次救急、二次救急、三次救急という分け方をします。一次救急ケースは外来対応

だけで済んでしまうケースで、比較的軽い患者さんです。外来で帰せるかどうかは病状だけの問題ではありませんで、家族のサポートレベルなどにもよりますけれども、便宜上そういう分け方をします。

二次救急というのは、入院が必要だけれども任意入院ないし医療保護入院－任意入院と医療保護入院は全然違う入院ですけれども、その二つの入院形態で対応できる救急ケースの人たちを二次救急といいます。

三次救急というのは、もっと病状が先鋭化してしまうというか重くなってしまって、緊急措置、措置入院、応急入院の三つの入院形態で対応しなくてはならないケースです。数としては一次から三次のほうがどんどん少なくなっていくと思いますが、こういうピラミッド構造になっていることを想定しています。

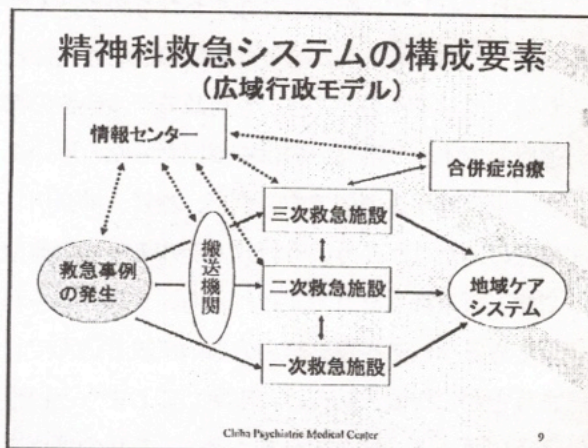
こちらがだれが救急という事態を認識するかによって分けた考え方です。個人内救急は、患者さん本人が「自分はちょっとやばい、ぐあいが悪いから診てもらいたい」と自覚するレベルの救急状態です。それから、もう少し救急的な事態が個人の外に広がっていったものとして家庭内救急－個人の外に広がったけれども家庭の中におさまっているという意味で家庭内救急と呼びます。ご家族が患者さんの状態の悪化を心配して相談するようなケースです。それから、そういう救急的な事態が家庭の外へ出てしまうものが社会的救急と呼ばれるものです。ですから、このケースでは救急を認識するのは一般の通行人だったり、警察や消防という公的な機関の人たちが認識する。これはご本人が救急と認識する、これはご家族が認識する、これは公的な機関の人が認識するという関係にあ

ります。それで一次、二次、三次と大体併行して
いると考えます。

それから、こちらの分け方はどういう分類基準
に従っているかといいますと、患者さんの受診意
思です。ユーザーが受診する意思があるかどうか
によって柔らかいとか堅いとかという言い方をし
ます。これは昔、墨東病院で精神科救急を始めら
れた西山先生が提唱された概念ですけれども、受
診の意思がはっきりしているものを柔らかい救急
といいます。こういう人たちは一次救急で済む場
合が多いです。それから、個人内救急のレベルが
多いです。自分でちゃんと自覚できているわけ
です。

それが受診意思がだんだん少なくなっていく
に従って、「堅い救急」という呼び方をします。最も
堅いのが受診を治否するようなタイプで、しかも
非常症状が切迫していて、いわゆる措置症状を持
っているような緊急措置入院の対象になるような
人が最も堅い救急という呼ばれ方をするわけです。

ですから、受診意思によって「柔らかい」から
「堅い」まで連続的に分布しているわけです。こ
の「柔らかい」「堅い」という言い方が英語になっ
てソフトかハードかという言い方をされて、いつ
の間にかハード救急が三次の緊急措置あるいは警
察絡みの救急、ソフト救急をそうでない医療モデ
ルの救急というふうに使いならわされてしまった
わけですが、もとの意味はそういう意味で
す。例えば、10代の女性の患者さんでも受診を拒
否している場合は「堅い救急」というわけです。
こんな言葉の整理をさせていただきます。こうし
ておくと後で議論が楽なのでさせていただきます
た。



これは精神科の救急システム、特に広域の行政
モデルの救急システムが備えるべき構成要素を書
き出したものです。救急事例が発生したときに、
まず相談できる電話情報センターがなくてははいけ
ない。それから、先ほど言いましたように、病院
が幾つかのレベルに分けてそろえられている。一
次救急施設は外来通院だけで帰せる人を診る施設。
東京都ですと、最近クリニックの先生がこれをや
っています。

それから、二次救急施設は、医療保護入院、任
意入院までは対応できる。千葉県ですと輪番病院
という交代で行っている病院がこの二次救急に当
たります。それから、三次救急施設はオールマイ
ティーです。どんなケースにも対応できる施設で
す。私どもの病院でもやっておりますし、東京都
ですと松沢病院がこの三次救急施設に当たるわけ
です。

こういう病院がそろっていること、電話の窓口
があること、病院までケースを搬送する搬送機関
があること、この三つがどうしてもそろわないと
精神科の救急システムにはなりません。これは精
神科だけではなく、一般科でも同じことで
す。特にこの黄色で示した情報センター、搬送機

関、三次救急施設の三つがポイントといいますか、このシステムの必須の要素であると私は考えています。

行政から見ますと、患者さんが発生して情報を集めて、それをいろんな調整をして警察なり消防なりで運ぶ。ここで行政救急のシステムは終わりになるのですが、救急医療から見ますと、ここからスタートするのです。急性期の治療をやり遂げなくてははいけない。急性期の治療をある期間内に終わらせる。身体合併症の治療システムも連携なくてははいけない。

それから、急性期の治療を終えて地域ケアにつなげていく役割、地域ケアへのリンケージといいますが、ここまですらないと精神科の救急医療の仕事をしたことにはならないと我々は思っています。受けてそれでおしまいというのは行政の考え方です。ですから、精神科救急医療システムを精神科救急システムというふうに、医療を取り外したほうがいいかもしれません。医療の仕事はここから先です。

こういうシステム全体を頭に描いて日本全国の精神科の救急医療システムを評価するときに、果たしてこういう機能がどれだけ充実しているかという観点から評価することを精神科救急学会などでやっています。

次から千葉県のお話に移ります。先ほどご紹介しましたように、千葉県の精神科救急医療システムは1985年、我々の病院が開設してからスタートしたと私どもは考えております。それ以前から、いわゆる医療モデルの病院単位の救急診療は各病院できちんと行われていました。東京都の半分以下ですが、千葉県には54ぐらいの精神病院があり、地域ケアに比較的熱心に取り組んでい

千葉県の精神科救急医療システム

(1) その特質

- 全県公開の電話情報センターが24時間稼働。
- かかりつけ病院での診療が優先。
- 一次・二次救急ケースは輪番病院で対応。
- 三次救急ケースほか、輪番病院で対応困難のケースは当センターが最終的にバックアップ。
- 当センターでは、3ヶ月を上限に急性期の入院治療を実施。転院はまれ。
- 救急隊と警察が連携して緊急搬送。

Chiba Psychiatric Medical Center

10

る病院が幾つもあるわけです。そういうところを中心に医療モデルの救急システムはできていて、それを我々の病院がネットワーク化して、県全体、特に都市部の人口がどんどん集まってくる都市部の精神科救急医療に対応したのが千葉県の歴史です。

その後1992年に、昼間の時間帯だけでも、措置入院の病床を受け入れる当番制がスタートしています。厚生省の指定する精神科救急医療事業が始まったのは比較的遅くて、平成10年、1998年に認可されたわけです。

特徴としてどんなものがあるかを幾つか書き出しましたが、一つは全県公開の電話情報センターが24時間稼働している。これは当センターに設置されています。我々の病院のケースワーカーが交代で24時間電話相談に当たっていますが、これは18年前からやっていることです。電話情報センターがあるのが最大の特徴だと思います。

それから、かかりつけ病院での治療が優先されるのも千葉県の特徴かもしれません。行政システムができ上がると、しばしば医療モデルでそれまで診ていた病院が行政モデルのほうに依存してし

まって、自分のところに通院している患者さんも診なくなってしまうという苦情が時々聞かれるわけですが、千葉県はかかりつけ病院があるユーザーの方は、そこへまず行っていただくことを原則にしています。そこで診られない場合はもちろんシステムで診ます。

それから、一次・二次救急ケースです。先ほど言いました外来通院あるいは医療保護と任意入院といった形で対応できるケースは、この輪番病院というものを組んであります。千葉県を四つの圏域に分けて、各ブロックに7ヵ所から8ヵ所、合計31ヵ所の民間、国公立を含めての病院が名乗りを上げて、毎晩1床ずつ空所を提供するシステムになっております。

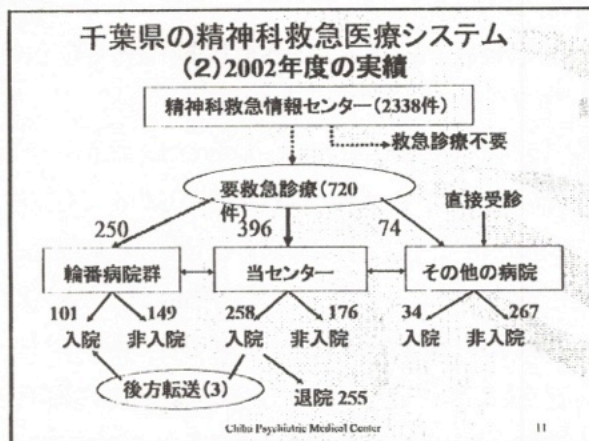
もう一つは三次救急ケースです。緊急措置、措置、応急といった対応が必要なケース、あるいは輪番病院で対応が困難なケース - 外国人の方で不法滞在であるとか、言葉が通じないとか、覚せい剤が絡んでいるとかいった複雑なケースは、我々の病院が最終的にバックアップする。それから、毎晩1床ずつベッドが確保されていることになっているのですが、実際のところは3日に一遍ぐらいしかあいていないのです。民間病院のベッドがなかなか確保できない、指定医が確保できないという理由で3日に一遍ぐらいしかあいていません。ですから、この残りのケースに関しては、我々の病院が一次も二次も全部診てしまうということです。最終的なバックアップをする病院であるということです。

我々の病院が三次の基幹病院になるわけですが、3ヵ月を上限にして急性期の入院治療を完結する。輪番病院が診られない場合には我々のセンターで診ますけれども、運営要綱上は2週間

ぐらいでもとの病院で後方転送してよろしいということになっているのですが、非常に数は少ないです。後方転送は非常にまれです。皆さんのレジュメには「転院はまれ」と書いてありますが、後方転送という言い方に書き直してください。後でスライドもつけ加わっていますので手直ししてください。2002年度は3件しかありません。

もう一つの特徴は、救急隊と警察が連携して緊急搬送してくれることです。どういうことかといいますと、救急隊が現場で救急隊員の手だけで運ぶのは心配であると判断した場合は119番か110番をするわけですが、警察を呼んで救急車に警察官が乗ってきてくれるのです。これは警察官職務執行法第5条という法律にのっとった制止という措置ですが、そういう法的根拠にのっとって一緒に運んでくれる。もちろん救急隊員だけで運んでくるケースが大部分ですが、そういう緊急搬送に関しては公的な機関がよく動いてくれるということです。ですから、34条の移送制度というのが新しくつくられましたけれども、千葉県は全く実績がありません。使う必要がないわけです。34条を使わなくても、急ぎの搬送は警察と消防がやってくれるということです。





これは昨年度のシステムの実績です。まだ 24 時間のシステムになっておりませんで、夜間休日限定の事業ですけれども、夜間休日の救急システムの稼働状況をあらわしたものです。まず電話情報センターがあります。当センターの中に設置されておりまして、昨年度の新規の電話相談が 2338 件ありました。ここで緊急度を判断して、すぐに診療すべきかどうか判断するわけです。3 分の 2 ぐらいは電話だけで済んでしまうか、あるいは後日ここへ行ってくださいとか、病院に来てくださいともいう形で済んでしまう。どうしてもすぐに診なくては行けないと判断されるケースは全部で 700 件ぐらいです。トリアージュというのですけれども、3 分の 1 ぐらいにふるい分けされて、緊急度の高い人は来院ということになります。

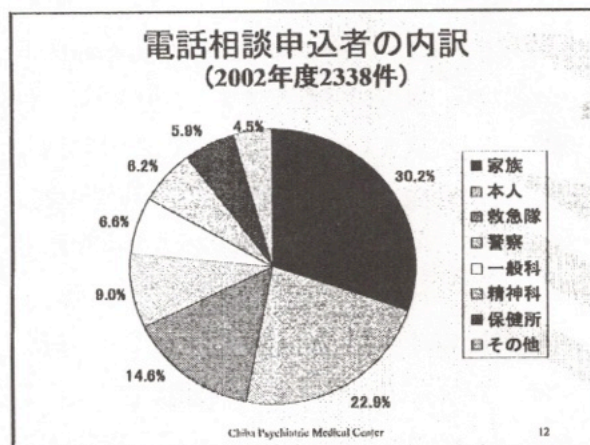
原則は地域の輪番病院が 4 ヶ所あり、そこへ紹介することになるのですが、先ほど言いましたように、なかなかあいていないので、実際は当センターに来る患者さんが多いわけです。それから、入院となりますと、輪番病院が 101 件で当センターが 258 件ですから、全体約 7 割の入院を我々の病院で診ていることになります。

それから、輪番と基幹病院のほかにも幾つか病

院がありまして、東の外れの郡部のほうの病院などは、その地域だけの医療モデルで話が済んでしまう。ですから、そういうところの入院率は少ないです。

それから、先ほど言いましたように、輪番病院がとれなかった、診られなかったケースは我々がバックアップして 2 週間ぐらいで戻すことができるのですけれども、昨年度は 3 件しか戻していません。レジュメにはここから全部退院ということになっていますけれども、全部が退院ではなくて、ほかの輪番以外の病院に転院している人が 3 分の 1 ぐらいいますので、ここの数字は消してください。これが昨年度の千葉県精神科救急医療システムの運営実績です。

電話相談者の内訳



電話相談の申込者の内訳を書き出したのがこのグラフです。電話番号は県の広報に毎回公表されていますので、いつでもアクセスできるようになっています。一番多いのがご家族、次いでユーザー本人です。その次に需要が多いのが救急隊、警察、それから一般科の医療機関、保健医療その他というふうに非常にバラエティに富んでおりまし

て、しかもご家族、ユーザーが主体であることがよくあらわれている図ではないかと思います。

千葉県精神科医療センターの診療方針

千葉県精神科医療センターの診療方針

- Immediate care (即応医療)
 - ・ 24時間電話相談・救急診療
- Intensive care (集中医療)
 - ・ 3ヶ月以内の短期集中的入院治療
- Continuous care (継続医療)
 - ・ 医療中断防止・訪問看護・デイケア
- Comprehensive care (包括医療)
 - ・ 地域資源とのネットワーク形成

Chiba Psychiatric Medical Center

13

ここからは、我々のセンターの診療方針とか診療のシステムをご紹介しますことになります。当センターは18年間、この四つの戦略を立てて診療を行ってきました。一つは即応医療 (Immediate care)、すぐに対応するケアです。どういうことが即応医療を支えているかといいますと、24時間の電話相談と救急外来診療です。どこからでも受け付けるということが即応医療を支えている戦術です。

2番目が集中医療 (Intensive care) という概念です。これは具体的にどういう戦術をとっているかといいますと、3ヵ月以内の短期集中的な入院治療を行うということです。3ヵ月は原則ですから少し超える人もいますが、原則3ヵ月以内です。平均在院日数は後で説明しますが、昨年度は38日、40日を切っています。

3番目の診療の柱として継続医療 (Continuous care) というものを掲げています。退院した患者さんをできるだけフォローして医療中断を防止す

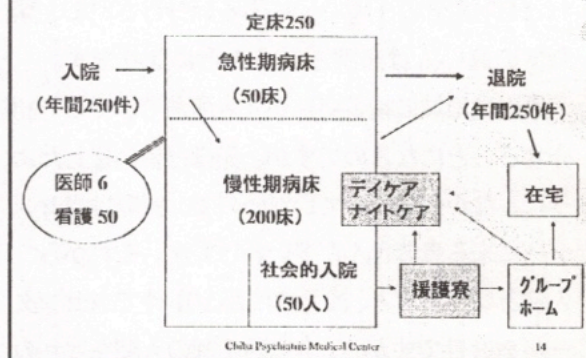
るとか、訪問看護とかデイケアを駆使して在宅ケアを維持していくことを重視しましょうというやり方をしています。

最後に、包括医療 (Comprehensive care) となっていますけれども、これは何でもかんでも精神科の病院で問題を解決しようとせずに、病院としてやるべきことを限定して切り詰めて、あとは地域にある社会資源をどんどん利用してネットワークを組んでいこうというものです。具体的に申しますと、在宅の訪問看護は保健所の保健師に頼んだり、ケースワーカーに頼んだり、ぽつぽつできてきている地域生活支援センターのスタッフと連絡をとったり、作業所とか国の障害者の職業訓練センターという立派な施設が我々の病院のすぐ近くにありますので、そこを利用するとか、とにかく病院だけで何でもかんでもやらないようにしましょうという考え方が包括医療という考え方です。

この四つの方針で18年間仕事をしてまいりました。

我が国の精神科病院の平均像

わが国の精神科病院の平均像



視点を变えて、我が国の精神科の病院の平均像をテーマにしてみました。我が国の精神科の病床

数は34万から35万の間ぐらいです。35万床としますと、病院数が1600ぐらいありますので、単純に割ると一つの病院が大体250床の定床というのが日本の精神科の病院の平均像です。

250床の病床に毎年年間250人が入院してきて250人が退院している。だから、平均在院数は1年、ベッドが1回転していることになるわけです。

ところが、回転しているベッドは、調べますと50床ぐらいしかないのです。要するに、5分の1ぐらいが回転している。この病床が年間5回転して250の入退院を受け入れている。では、残りの200床はどういうことになっているかという、先ほどの歴史のところでも触れましたけれど、福祉的な収容に使われているベッドです。治療施設と呼べるのはこの急性期の50床と考えていいと思います。しかも、この200床の中の50人ぐらいの人がいわゆる社会的入院といわれる人たちです。厚生労働省も社会的入院の解消ということで7万2000床削減するという方針を出しましたが、大体35万床のうちの5分の1がこういう人たちで占められている実態にあります。

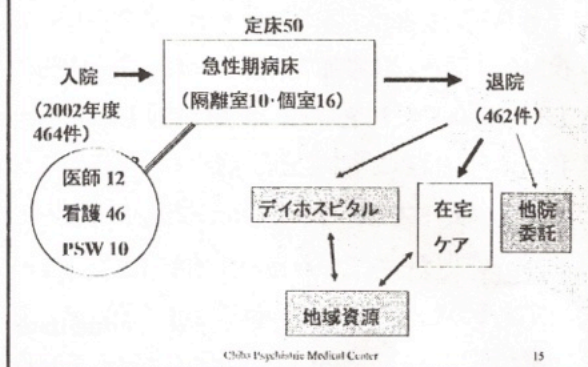
こういう人たちを中心に、何とか地域ケアのほうにシフトさせようということで援護寮、グループホームをつくったり、あるいはデイケア、ナイトケアのような部分入院の形で長期の在院の人を地域に出そうとしているのが平均像ですけども、この部分は平均よりもずっと拡大してあります。平均でいったら目に見えないぐらい小さなものです。

どうしてこういう患者さんたちがなかなか外へ出ていけないのか、あるいは新しく入ってきた人がぼつぼつと慢性化していくわけですけど、どうしてこうなるのかということの最大の要因は、

やはりスタッフのあまりの少なさだと思うのです。250床の病床に常勤医師は平均6人しかおりません。それから、看護は大体50人、5対1ぐらいの数が平均です。ケースワーカー等に至っては、平均すると、小さくて書き出せない。四捨五入するとゼロになってしまう数字です。

これが現在の我が国の平均的な精神科の病院のイメージです。我々の病院は、この急性期の病棟だけを切り出してしまったのです。

当センターにおける診療の概念図



ちょうど定床も50床でぴったり合ってしまったのですが、この急性期の部分だけを取り出して、スタッフを非常に手厚く配置したわけです。現在、常勤医が12人おります。それから、看護スタッフは保健師を含めて46名、ケースワーカーが10名といったように、病床の規模からいったら、とんでもない高密度のスタッフを配置しているわけです。当然、人件費がものすごくかかりますけれども、去年の4月に医療費の非常に高い病棟が認可されて、人件費を何とか医療収益だけで賄えるようになりました。

それだけの人数を費やしてどういうことをやるかということ、年間400、昨年度は464件、一番多い年で480数件ありましたけれども、大体ベッド

を9回転させて短期間のうちに患者さんをよくしていかうということです。入院に関しては、短期集中医療を重視しているということです。それを保証するのは、この手厚いスタッフ配置と、もう一つは個室中心の病棟構造です。50床のうち隔離室が10室、個室が16室ということで、過半数が個室になっているわけです。

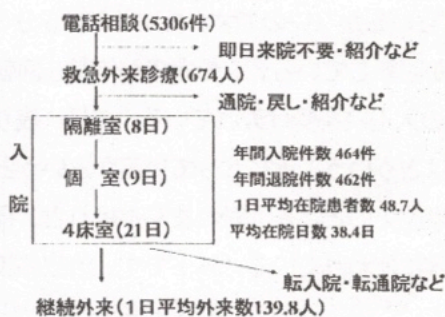
伝統的な病院ですと、隔離室は病床数に含めないところもあります。みんなが集団的に管理されている病棟の中で適応できなくなった人を一時的に隔離するための部屋である。アイスホッケーのゲームでいうとペナルティー・ボックスみたいな役割で、ゲームに参加できない人たちを一時的にしまっておく役割をしているわけですが、我々の病院はここも初めから病室という扱いをされていて、ナースステーションの一番近いところに隔離室が設けられているという考え方でやっています。そういう個室中心の構造と高度のスタッフ配置が平均40日ぐらいでの退院を保証していると考えてください。

退院した患者さんはそれぞれ在宅ケアに移行したり、デイホスピタルに移行したり、地域資源と連携を組むことになっています。それから、ほかの病院に転院する方が3分の1ぐらいおられますけれども、そのうち一番大きいのは一時的にほかの病院からお預かりした患者さんというか、ほかの病院に通院していて、具合が悪くなったのだけど入院ベッドがないということで、一時的に当センターが施設とスタッフをお貸ししている格好の人が常時3~4人はおられます。そういう人を元の病院にお戻しするのがこの転院の中で一番多いです。それから、急性症状はおさまったけれども帰る家がないとかいう人たちもいったんほかの病

院で退院の準備をしていただくことになっています。当センターは大きな療養的な病棟がないですから、そういうところの機能をほかの病院に委託している格好になっているわけです。

センターの診療実績

千葉県精神科医療センターの診療実績(2002年度)



これは診療の実績を昨年度のデータから拾い出したものです。電話の件数は新規が5306件、このうちの半分ぐらいが、先ほどの夜間休日の救急システムの電話に使われています。昼間の電話を含めると、その倍ぐらいあるわけです。ちなみに通院しているユーザーからの電話を含めると、これの5倍ぐらいです。1日に40~50件ぐらいかかっていることになります。

新規の電話5300のうち、ここで緊急度を判定して絞り込んで救急外来を受診する人が674人。すごい絞り込み方ですけど、8分の1ぐらいに絞り込んでいます。さらに救急外来で、入院が必要か不要かと判断するわけです。即日入院が必要だと考えられる人はこの半分の300件ぐらいで、残りの300数十件の方は通院したり、ほかの病院から来ている人だと戻したり、あるいは紹介する。

最近、千葉県でも精神科のクリニックがすごい

勢いで増殖しておりまして、100ヵ所近くできたのです。JR、私鉄の各駅停車でもクリニックができていた時代です。そういうところの患者さんが、夜はクリニックが開いていませんもので、毎晩のように当センターにやってきます。そういう人たちを何とかしてもらえないだろうかという話をクリニックの開業の先生としていますが、そういうケースが非常にふえているということです。

クリニックが増えるのはユーザーにとってはプラスになる面もあるのでしょうけれども、私どもから見ると、近年起こっているクリニックのビッグバンとも言えるべき増殖の状況は、医者だけの脱入院化と考えていけばいいのではないかと思います。医者だけが病院から地域へ出ていく、患者さんを連れていってこないというのが我々の苦情です。残された患者さんは乏しいスタッフで、残されたスタッフが病院で苦闘しなければいけない構造になっているわけです。それは余談ですが、そういうふう当日帰せる患者さんも結構いるということです。

入院した患者さんは急性期の患者さんに絞り込んでしまいます。ですから、我々の病院では原則として任意入院はございません。任意入院が可能なのはできるだけ入院させないで診ましょう、あるいはほかの病院を紹介するような格好にしていますので、医療保護入院もしくは緊急措置、応急という入院が全てです。一番多いのは医療保護入院で約8割、緊急措置が15%ぐらいで、5%が応急入院。入院形態で見るとそういう内訳になっています。

医療保護が中心ですけれども、入院した人は平均すると大体38日から40日ぐらいで退院していくわけです。部屋の移り変わりを見ていくと、病

状がよくなっていくにつれてどんどん部屋が変わっていくのですけれども、最初は隔離室、そこで急性期の治療を行って、よくなってくると個室へ移動する。それからさらに4床室。この4床室になると第2病棟ということです。当センターは二つの病棟を持っておりまして、第1病棟が個室・保護室だけで構成されている急性期の病棟で、21床あります。それから、29床の第2病棟は回復期の病棟です。第1病棟で急性期の治療を行って、第2病棟で退院の準備をする役割分担になっておりまして、平均40日ぐらいで退院することになっています。

年間の入院件数は去年が464件、このうち再入院の方が3分の1ぐらい、3分の2は当センター新規入院です。精神科受診歴が全くないという人は3分の1ぐらい、1日平均の在院患者数が約48人ということですから、平均して2床ぐらいしか空けておけないわけです。急性期の病棟の隔離室ないし個室を2床あけるようにしています。2床あけてどんどん回転させていくので、患者さんから見ると目まぐるしく病室が変わります。

退院した患者さんの6割ぐらいを当センターでフォローしております。残りの4割のうち3割が先ほど言ったように転入院です。1割の人は退院した後もとの病院に通院の形で戻ったりします。6割の患者さんが継続通院をしていて、1日平均140人ぐらい診ております。

急性期治療のステージ

これは皆さんのレジュメにない後からつけ加えたスライドで、急性期治療のステージを書き出しました。縦軸が重症度、横軸が時間軸になります。ここら辺から病気がだんだん始まっていった、急

速に悪くなっていて、入院が必要になって、この時点で入院がスタートと書いてあります。それが治療に従ってだんだん病状が回復していくという経過をたどるのが理想的な治り方です。

ところが、ここでの急性期の治療をきちんとやらないと病状が残ってしまうわけです。回復ラインまでたどりつかない。さまざまなレベルがありますけれども、いろんな後遺症状が残ってしまって、もとのレベルに戻ってくれない。幾つかゾーンを分けました。この少し濃い目の線の上が在宅ケアのゾーンで、こっちが入院と分けられます。入院の中でも、三つのゾーンに私らは分けて考えています。一番重い人ですと生命的な危険ゾーンです。ほおっておけば命にかかわる。

精神科の病気だけで死ぬことはないなどと言われた時代もありますけれども、決してそういうことはありません。死亡統計には精神病という形では上がってきませんけれども、自殺をされる患者さんもおられますし、自宅で変死されて発見された患者さんの中には精神科の昏迷状態といって、飲み食いの全くできない状態で餓死されたような方もかなり含まれるわけです。非常に生命的に危険性が高いのが精神科の急性状態であると我々は考えています。

それから、もう少しよくなっていくのですが濃厚なケアが必要な人たちを、濃厚ケアゾーンと書いてあります。ここから下、この辺は施設ケアゾーンです。在宅までは届かない、症状が残っていたり、在宅ケアの条件が整っていない人たちのゾーンがここです。退院はして何とか在宅ケアに行き着けるのだけれども、社会参加ができない人たちがこのゾーンに含まれると考えています。ですから、五つぐらいのゾーンを考えて、治療の戦略

を立てたり評価したりしています。

急性期の治療は生命的危険ゾーンにある人たちをケアするのが一番狭い意味での急性期治療です。そこから回復しつつあるけれども、まだ濃厚なケアが必要である、このゾーンにいる人たちを消耗期とか臨界期という呼び方をします。それから、濃厚ケアが何とか片ついて退院の準備をする時期が回復期。この狭い意味での急性期、消耗期、回復期の三つのステージを急性期治療と我々は呼んでいます。この三つの期間をできるだけ早く終わらせることと、こういう後遺症状をなるべく残さないで重症度を下げていくことが医療に課せられた課題です。

一方、在宅ケアゾーンとか社会的不参加のゾーンは社会的な施策によって移動できるわけです。在宅ケアのプログラムをふやせば、このラインはもつと下に下がってきてこちらのゾーンが広がるはずですよ。ですから、このゾーンを広げるのが福祉の課題だろうと我々は考えています。

この三つの時期の治療について、これからご説明したいと思います。

先ほどのスライドの急性期の入院治療の基本原則を考えてみたいと思います。言い忘れましたけれども、先ほどのスライドのステージの移り変わりは何も精神科の病気に限りません。脳血管障害でもそうですし、交通事故でもそうですし、急性の命にかかわる病気は大体あいう経過をたどります。何が言いたかったかというと、精神医療であろうと身体病であろうと、病気としての経過には何ら変わりはないのだということです。精神科も特別な病気ではないのだという時代がいつか来るのではないかと思います、見越してそういう図をかいてみたのです。

精神科急性期入院治療の基本原則

1. 対象の限定

急性期が同定可能な精神疾患 + 判断能力低下

2. 治療目標の設定

在宅ケアの条件整備が最小目標

3. スタッフの役割分担

誰が、いつまでに、何をするか

4. タイムリミットの意識

原則3ヶ月 狭義の急性期治療は3週間

Chiba Psychiatric Medical Center

17

精神科急性期の入院治療の基本原則。これは当センターのことになりますけれども、我々の病院ではこういうことを原則に行っているということです。一つは入院の対象を限定すること。これは急性期が同定可能な精神疾患に限る、それから判断能力が落ちている救急のケースに限定しています。やたらに入院させないということです。それから、治療目標を設定すること。治療目標は人それぞれ皆違いますけれども、一般化して言いますと、在宅ケアの条件を整理することが一番最小限の目標になります。

3番目はスタッフがきちんと役割分担を行うことです。だれがいつまでに何をするかを、チームワークをとって決めるということです。最後にタイムリミットを限定し、意識すること。原則3ヶ月です。ただ、狭い意味での急性期の治療は3週間あれば過ぎるというのが我々の統計上の数字です。入院の対象、治療目標、時間を切り詰めることの三つの限定がないと、急性期治療病棟が回転しません。すぐに詰まってしまいます。

精神病急性期治療のクリニカルパス

	混乱期	→ 消耗期	→ 回復期
患者から見た世界	無構造な世界に放置	意味的世界の再構築	現実不安の再浮上
スタッフから見た患者	寝ない・食べない・迷走	過眠・過食 脆弱・敏感	現実回帰への戻込み
治療・看護目標	身体管理 睡眠確保	セルフケアの自立	在宅ケアの条件整備
目標達成の指標	8時間以上の持続的睡眠	単独入浴が可能	現実不安が語れること
薬物療法	IPP/P主体	新薬に切替	新薬主体
病室/期間	隔離室/1週	個室/2週	多床室/3週

先ほどのステージで言った最急性期を混乱期と呼んでいますけれども、急性期には混乱期、消耗期、回復期という三つのステージがあります。それぞれの治療課題、どんな患者さんを対象にするか、患者さんから見た世界がどう見えるか、スタッフから見ればどう見えているか、治療看護目標はどう立てられるべきか、目標が達成されたというのはどういう目印をもってするか、そのときの薬物療法、病室、期間といったものを三つのステージそれぞれに書き出しました。時間がないので細かくは説明しません。

こういうものは自然発生的に出てきた我々の病院の治療看護の経過図をまとめたものですけれども、これがいわゆる自然発生的なクリニカルパスになるのではないかと我々は考えています。



精神科における救急医療の意義

まとめ

—精神科における救急医療の意義—

1. 精神科救急医療は在宅ケアを支援する。
2. 病院全体を治療施設として活性化する。
3. 精神科病院の機能分化を促進する。
4. 精神障害による重大事件を予防する。

Chiba Psychiatric Medical Center

19

最後に、精神科における救急医療の意義ということでまとめてみます。精神科の救急医療とは、まず在宅ケアを支援するためにある。実際に我々の病院で見てもおわかりのように、新規の救急ケースでも半分ぐらいの人は入院にならずに済んでいるということです。何とか処置をして在宅のケアを維持することに役に立つものです。

もう一つは精神科の救急医療を主体的に行おうとすると、空床を確保しておかなければいけませんから、常に病院をどんどん回転させなければいけないわけです。少しでもよくなった人をどんどん出していくことをしなくてはいけないので、病院全体が治療施設として活性化することになります。むだな病床利用をなくすという言い方もできるかもしれませんが、漫然とした入院治療をさせておくスペースがないように私の病院はつくられています。救急医療の実践は病院全体を活性化するということです。

もう一つは精神科の病院の機能分化を促進する。これはもう既にいろんなところで実現されていますけれど、我々の病院がスタートしたころはまだ機能分化ということは机上の空論でした。現

在では制度の上でも診療報酬の上でもさまざまな機能分化が行われています。これは精神科の救急が引っ張ってきた面もあると我々は自負しております。

最後にこれはつけ足しですけれども、精神障害によるいわゆる不幸な事件、重大事件を未然に防ぐ、重大事件よりもご自身が命を落とすほうがずっと多いのですけれども、事故や事件の重たいものを事前に予防できる。この重大事件を予防するために救急システムがあるわけではないですけれども、事態が大ごとにならないうちに精神科の救急医療で早目に手当てをしておけば大きな事件を防げるという効果が副産物として期待できることです。

この四つの効能が精神科の救急医療にあるのだということを強調して、私の話を終わらせていただきます。

どうもありがとうございました。(拍手)

＜イギリスにおける精神科救急医療 —研修を終えて＞

下里誠二（松沢病院）

下里 皆さんはじめまして。松沢病院で看護師をしております下里と申します。私は今回6ヵ月間イギリスで研修をしてまいりました、私が参加した研修は厚生労働省の精神科急性期医療等専門家養成研修という名前で、昨年の秋から今年の春まで6ヵ月ありました。急性期医療等とはなっておりますが、この研修は実は司法精神医学のユニットを見てくる目的の研修でした。医師2名、精神保健福祉士2名、看護師4名の計8名が行きまして、ベースにはロンドン大学の精神医学研究所というところに行っておりました。

今回、私はこの中から司法精神のいわゆる保安ユニットというところについてお話をさせていただきます。できるだけ写真で見えていただきたいと考えて写真を用意しました。

研修メンバーは日本人8名です。1人は（研修期間が）2ヵ月の方でした。ベースにしていたロンドン大学の精神医学研究所は、モズリー病院というのが出入りしていきまして、写真1がそのモズリー病院です。イギリス、ロンドンは非常に古い伝統的な建物をずっと使っているところです。

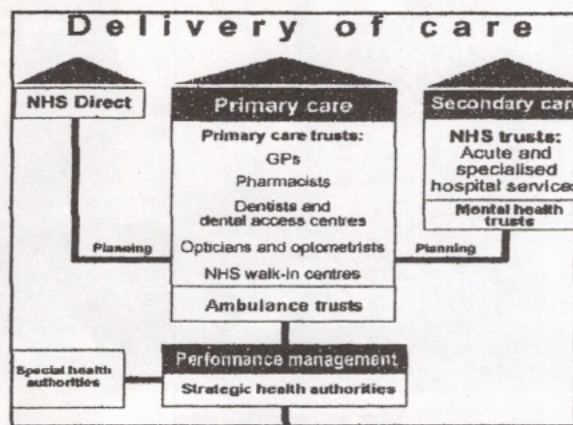
行った先は、日本でも文献で紹介されていますが、保安ユニットと言われており、高度保安病院、中等度保安病院、低保安病棟（Low secure facilities）と段階があります。そういった幾つかの病院、病棟の見学実習と司法専門の積極的な地域サービスを提供する Outreach Service というチームを見てきました。また、これは一般の精神病院で、モズリー病院ですが、数日間だけ見てくる程度ですが、少し見てきました。



写真1 モズリー病院

私は看護師ですので、看護という立場から病棟に入って看護の方にいろいろ研修を受ける形でした。医師の方、精神保健福祉士の方はまた別メニューで動いておりますので、今回のこの報告は私の看護からの立場で見てきたものに限定されることをご了解いただきたいと思います。テーマのほうはイギリスの精神科医療になっていきますが、特に司法のほうに偏ることもご了承いただきたいと思います。

とりあえず本題の前に、まずイギリスとはどんなところかということですが、人口は1999年、日本の約半分です。ただ、イギリスは通常 United Kingdom といって、イングランド、ウェールズ、北アイルランド、スコットランドの四つを合わせたものです。その中でいわゆるイングランド、ロンドンのある中心的なイギリスは5000万人の人口がある。首都ロンドンは、東京とほぼ似たようなものです。ロンドンは旧大英連邦のアフリカとかオーストラリアとかの移民の方が非常に多く、民族も非常に雑多なところですよ。国土面積は241,752平方キロメートルです。ちなみに通貨は1ポンド約200円、物価はほぼ日本と同じか少し高目かなという感じで、私も生活はそれほど楽で



はなかったということです。

それから、英国の精神病院ですが、先ほど平田先生からもありましたが、イギリスでは国営医療です。Nation Health Service というところが医療を提供する。この NHS というのは各地域に Trust というのを置いて、それぞれに病院があるというふうになっています。

イギリスでは GP (General Practitioner) と呼ばれる家庭医にまずかかる。これがプライマリーケアという一次診療になっています。二次診療として先ほどの Trust から言われたところで、急性期や何やらの病院のサービスがあるのですが、Mental Health Trust は、このように分かれた部分になっており、精神病院と一般病院は別のものと考えられていることが多いようです。

イギリスにも日本と同じように「精神保健法」があり、私たちが見た「司法精神」のところは、Mental Health Act という 1983 年にできた法律によって運営されています。私たちは特に司法の病棟に行きましたので、フォーマル・アドミッション、いわゆる法律による入院の方を中心に診る。ただし、この入院はイギリス全体の 10% にしか満たなくて非常に少ないということです。あとの 90

イギリスの精神保健法

- MHA '83 : Mental Health Act 1983 に基づいた処遇
- 民事セクション セクション 3
- 刑事セクション
 - セクション 35 (病院への鑑定留置)
 - 36 (病院への治療留置)
 - 37 (病院命令)
 - 47 (受刑者の病院移送)
 - 48 (未決勾留者の病院移送)
- (37, 47, 48 には制限命令が付帯することがある)
- MHRT: Mental Health Review Tribunal
- ちなみに日本の 24 条に当たるのはセクション 136 (救急外来に受診するのはこれが多い)

% が自発的に入院されているということです。しかもいわゆる刑事事件から起こったような形で入られている方は、文献によりますと 9% と言われていますが、私が見たところでは 6~7% でした。

救急は、警察官の方が連れてくるセクション 135、136 というのがあります。これが救急外来の中心に当たっておりまして、モズリー病院の救急にもこれで受診されている方がいましたが、これも全体の入院の割合からすると非常に小さな率になります。ほとんどがご自分の意思で入られる入院です。

その「司法精神」に限ったところではどんな施設があるかといいますと、いわゆるセキュリティが、非常に厳重で管理的で怖いイメージがあると思いますが、どちらかというと安心して医療を受けていただけるだけの設備を持った病院ということで、高度保安病院、中等度保安病院、低保安病院となっています。

また、犯罪を犯した方でも通常精神科の集中治療病棟や一般精神科に急性期などで入院されることもあります。ただ、文献にも出ておりますし、向こうの方に聞いても大体このように答えが返ってくるのですが、まず高度保安病院に入院された



写真2 病院正門



写真3 外壁

英国の司法精神看護 英国研修からの報告

松沢病院 下里誠二

英国の保安病院の特徴

- 人格障害も対象
- 犯罪を犯した人のみではなく、一般精神病院では対応の難しい患者さんも処遇される
- 看護職員の配置は
患者さん:看護師1:2以上
(有資格者はおよそ60%以上)

方は、7~8年そこで入院治療を行う。次にこちらに移ってから2~3年、リハビリを主とする開放病棟もあるところですが、そこに1~2年、その上で地域のほうに移行することになります。退院先は通常ホステルになることが多いということです。

英国で圧倒的に違っていたのは、日本では看護師1人当たり患者さんが2人とか2.5人ですが、逆転しておりまして患者さん1人当たりに看護師が2人、つまり25床の病床ですと、看護スタッフが50人からいることになります。先ほどのハイセキュリティの病院が英国に三つ、総勢1400

床程度あるのですが、そのうちの一つの400床ぐらいいを持つブロードモア病院というところに行ってきました。

こちらは、治療とセキュリティが統合しているところで、看護スタッフ、リハビリテーションスタッフはその重要な役割を担っています。ある種の特別な訓練を受けていて、外壁は6メートル、CCTVのカメラが院内に数百とあります。ただしこれは外のエリアだけを見るものであって、例えば隔離室とか病棟の中にモニターはありません。このあたりは人権への配慮が徹底されておりました。

ブロードモア病院

■ 英国に3つの特別病院のひとつ

- 患者さんのケアと治療を強化するための Security と治療の統合
- 看護とリハビリテーションスタッフは Security の重要な役割を担う
- 病院の臨床スタッフは C&R を訓練し、他のスタッフは Breakaway のトレーニングを受けている。
- 20ft の外壁と患者エリアの警報装置と共に CCTV カメラによる明白な物理的な Security が存在している。

ブロードモア病院②

- 患者数約400人
- スタッフ 看護 約700名(60%が有資格)
- 面積約21万平方メートル
- スタッフ、訪問者共に入る際にはセキュリティーチェック
- 入院約7-8年、中には20年以上の方も
- 病棟数21
- 入院37退院39(2001) 現在は男性と女性はアクティビティーも別々

患者さん総勢 400 人、看護者 700 人で 60% が有資格者でした。入るときは、スタッフ、訪問者の我々とも空港で受けるような厳重なチェックを受けて入ります。イギリスでは薬物の持ち込みとか

乱用が非常に問題になっていて後を絶たないということで、その対処は非常に厳しく行われていました。

この病院は、大きな丘の上にぽこんと建っておりまして、丘のてっぺんがこの病院になっているのですが、外部は厳重に囲まれていて、病棟がその中に 21 個あるということです。年間に大体 37 人ぐらい入院してくるということです。

写真 2 がその正門で、我々訪問者はここからセキュリティのチェックを受けて中に入っていきます。スタッフもここから入った後、こちらのほうにスタッフの通用口があって、働く際には毎回必ずセキュリティのチェックを受けなければ入ることができません。車などの搬入車はここから入るわけですが、ここも厳重な警備体制が敷かれておりました。上の辺にぽつぽつ見えるのがカメラになっていまして、ここから丘の頂上がずっと広大な病院になっています。写真 3 ではその 6 メートル

ルの外壁が延々と続いている様子がわかります。

次の中等度保安施設 (Medium secure unit) ですが、これは非常に強固な頑丈な警備体制を必要とする方から、そうでない方もいらっしゃるということで、そこまでは必要ないけれども、まだまだこういった施設で治療が必要な方に入っていたくということです。比較的低いセキュリティーで地域に近いところで処遇する目的のところですので、リージョナル・セキュア・ユニットとも呼ばれておりまして、各地域を受け持っていて、その地域の方が対象になるということです。

当初、人口 100 人万当たりに 20 床で計画されていましたが、この施設が非常に重要だということで、現在は増床している段階です。病床利用率が大体 80~85%。その中のデニスヒル病棟に行きました (写真 4)。ここは 25 床プラス 4 床というホステルのようなものを附帯させて、そこで退院前に訓練を行う 4 床を持っていました。合計すると 29 床になります。看護職員は 57 名で、女性の方も 47% は看護スタッフです。医師はここだけで 6 人です。先ほどのお話ですと、日本は 250 床の病院に 6 人しか先生がいないので、これだけで既に非常に大きな違いがあります。



写真4 デニスヒル病棟

また、各病棟の中に心理士、OT、ソーシャルワーカーが病棟単位で配置されています。看護のほうは3交代シフトになっていて、日本よりも少し時間がずれています。7時から15時と13時から21時というシフトになっているのですが、このシフトも各勤務帯に10人、深夜に至っても8人という人的配置がなされています。

看護師のチームですが、看護師は週37.5時間働く。夜勤は1年間のうち3ヵ月もする。どこでやるという規定はないのですが、3ヵ月分は夜勤をしないと。年次休暇はバンクホリデーを合わせた時間ですけれども35日あります。勤務の場合、司法ユニットの場合は、手当てが約40万円年間で上乗せされます。それから、私服代です。向こうは働いている方は全員私服で働いていらっしゃいます。そして住居費も若干上乗せがあるそうです。

ロンドンでは、看護職員が非常に人手不足です。イギリス全体ですと2万7000人くらい不足している。それで、アフリカ圏、中米圏あたりから働きにいらっしゃる看護師さんが非常に多いです。その方々はこういった手当てとか、さらに現段階ではブロードモア病院では70時間ぐらいの超過

デニスヒル病棟 (ベスレムロイヤル病院)

- Medium Secure Unit (中等度保安)
- Special Hospitalと一般精神病棟の隙間を埋めるためとSpecial Hospitalの過密解消、より低いセキュリティで地域に近いところで処遇する。
- 当初人口100万あたり20床で計画
- 病床利用率80-85%
- メインユニット25床Annex4床すべて男性
- 看護職員57名 (男性53%女性47%)

デニスヒル病棟の勤務

- 医師6
- 心理士3
- OT3
- ソーシャルワーカー3
- 看護シフト
 - モーニング(7:00-15:00):10人
 - レイト(13:00-21:00):10人
 - ナイト(20:30-7:30):8人
 - (ただし各2人はアネックス)

勤務が自由裁量でできます。ただし、ヨーロッパアンルールというのが今度導入されて、恐らく40時間位になるということです。ちなみに、ある方に給料表を見せていただきましたが、こういった手当てをすべて含めたところで、日本より少しいくくらいでした。看護師に至ってはあまり給料はよくない。

それからコストですが、例えば、この高度保安病院や中等度保安病院に1人の患者さんが入院すると、1年間に2400万円かかります。このコストがすべて国営医療で賄われているということで、イギリスという国は精神医療に非常にお金をかけ



写真5 デニスヒル病棟正面

るというのが感想でした。

デニスヒル病棟のあるベスレムロイヤルホスピタルは非常に広大で、松沢病院よりも広い敷地にあります非常に古い建物で、緑がとて多い所です。

写真5がデニスヒル病棟を正面から見たところになります。この奥側に患者さんの居住エリアがあります。厚いカーテンのうしろ側がそれぞれ通常の個室になっていて、さらに向こう側が普段いるホール、あるいは患者さんの居住エリアです。また病状が少し悪くなって、ほかの方と接触できないような状態になりますと、こちらの反対側の空間を使ってそこにいていただく。そのかわり看護師は必ず2名ぴったりついていて、ここで自由に過ごしていただけるようなインテンシブケアエリアというものを使うので隔離室を使用する時間は非常に少ない。隔離室自体は使用してもわずか数時間程度ということが非常に多いです。

写真6は、2階から撮ったところですが、右側が患者さんの居住エリアになっていて、見えているのが食堂です。少し囲まれた空間があって、こういうところでも新鮮な空気を吸っていただいた



写真6 食堂



写真7 ミーティング風景

りできる。それから、各病棟にはパニックアラームが幾つもついており、非常事態の時にこれを押すと人が駆けつけてくることになります。写真7は回診とかミーティングの風景で、このように先生や心理の方、看護師が回診のときにディスカッションして治療方針を決めることになります。

これは別の中等度保安施設です。プラクティンセンターというところですが、写真8が看護室（ナースステーション）になっておりまして、この方



写真8 ナースステーション



写真9 プラクトンセンター

は看護長さんです。

イギリスでは1ユニット当たりの患者さんの数は小さければ小さいほうがよいということで、ここでは患者さんの数は12人程度でした。少なければ10人前後、多くても25人程度までしかいません。ですから、非常にゆったりしていて、うるささがないといえますか、日本と比べると非常に静かで落ち着いた感じを受けます。

窓のつくりは大体写真のようなところが多かったですけれども、少しあく構造になっています。

看護師の勤務

- 週37.5時間
- 夜勤は年間3ヶ月分
- 年次休暇は35日
- 司法の場合手当が40万円/年(中等度保安病院) その他私服代(勤務は私服)、住居費も若干上乗せがある
- 超過勤務45時間(月):自由裁量



写真10 隔離室のトイレ

写真9は、プラクトンセンターには四つの建物があって、そこを建物で囲ったエリアがあって、ここでも先ほどの狭いところより、さらにもう少し広いところに行っていただける。さらに段階が進むと、院内あるいは院外に外出できるようになります。体育館施設も附帯されています。

写真10は、隔離室についているトイレです。特徴は寝ていただくところとは一緒にない、カフェがあるということです。看護スタッフの配置が非常に厚いものですから、もし隔離室を使用すると

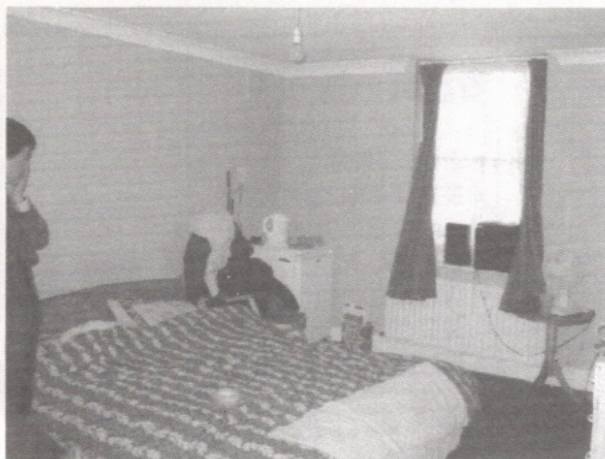


写真11 ホステルの部屋

なっても看護師が必ず1対1あるいは2対1でついていることができるので、トイレに行く際はそこをあけて行っていただきます。

地域の方は、いろんな専門家、医師、ソーシャルワーカー、OT、看護師でチームをつくる、コミュニティメンタルヘルスチームを各地域に幾つも持っています。ケアプログラムアプローチと呼ばれる病院から地域まで一貫したケアを提供しているのが特徴で、一般の地域の精神のチームは1チーム100人から200人程度受け持ちますが、司法の場合は、特別に30人程度を濃密に受け持ち、訪問看護をします。それで、通常はホステルに行きます。

精神科救急の話を加えますと、モズリーではホームトリートメント・サービスというのを新しく始めていて、これは、救急外来が実施された時に、このチームがかかわって、もしこのチームがそのご自宅に行って、例えばご自宅の状況を改善して入院しなくて済む状況であれば、すぐに出向いて改善してしまう。そのことによって入院しないですそのままうちで過ごしていただけるようにするというサービスが始められていました。

また地域を、退院される方にホステルが多いと

コミュニティ

- MDT(多職種専門家チーム)によるケアプログラムアプローチ病院から地域まで一貫したケア。
- 一般精神のチームは一チーム200人のクライアント
- 司法専門の場合30人程度(MaudsleyFOS)
- ホステル

いうお話をしましたが、写真11はそのホステルの一部屋です。ベッドがあって、こちらのほうにキッチン、バス、トイレがすべて完備された完全個室型です。通常一つのホステルに10人～20人、最長で大体5年ぐらいまでいられて、そこから先はフラットを探したりということになるわけです。空き待ちをする場合もありますが、長くても数ヵ月待っているとあくような状況だということです。が、まだまだ必要だと向こうの方はおっしゃっていました。

私が行って感じたことは、やはり圧倒的に看護を人力で行うというところで、豊富な看護スタッフによって濃厚なケアが提供できるのは非常にうらやましかった。それから、これは司法に限ったことではなく、英国では精神科の病床を非常に減らしているのですけれども、病棟では完全個室になっていて、一病棟当たりの患者さんが非常に少ないです。そうすると、例えば雑多な環境とか過密な場所はイライラする最たるものだという、多数の研究報告もございますが、そういうことが起こりにくい。これは現地のスタッフからもそういう声が聞かれました。25人でも多い、もっと少ないほうがいいということです。

それから、地域のサポート体制は、非常にしっ

コスト 年間患者さん1人あたり

- 高度保安病院: 2400万円以上
- 中等度保安施設: 約2400万円
- PICU : 2400万円
- 急性期: 2100万円

英国精神看護で感じたこと

- 豊富な看護スタッフ
- 病棟環境の充実: 完全個室, 一病棟あたりの患者数
- 地域サポート体制: CMHTs, CPA, CPNs
- 教育体制: 個人の希望を反映したマネジメント: Mscの各種コース

かりしていて、一つのチームがずっと一貫して継続して居住区域に関わるということで、本当にうらやましいほどでした。

以上で簡単ですがこんな話でした。どうもありがとうございました。

司会 次に、松沢病院の職員のほうから、社会復帰支援室、合併症病棟、薬剤科からそれぞれ松沢の現状の報告をさせていただきます。松沢病院はいろいろスタッフがいます。約750人の職員がいます。松沢病院という名前は知られていますか、中はどうだろうと思われるでしょう。簡単に報告させていただきます。

この地域の中にいることが安心だと思えるように

太田 こんにちは。私は今年の4月から社会復帰支援室に勤務しています太田といいます。よろしく願いいたします。先ほど休憩で資料の中に署名用紙をお配りしましたが、いま都立病院は改革実行プログラムにもとずいて、都立病院が閉鎖されたり、統廃合されたりしています。昨年12月末には世田谷にある母子保健院が閉鎖されました。

今また豊島病院と板橋の老人医療センターの統廃合、新宿にある大久保病院の公社化、ここは既に4月から32名の看護師が減らされています。それと梅丘病院の府中への移転ということで、世田谷にある梅丘病院を閉鎖してしまうという動きがあります。今日は梅丘病院の署名用紙をお持ちしましたので、ぜひご協力をお願いいたします。

松沢病院は平成4年に訪問看護を開始しました。このときはまだきちんとした部屋はなくて、B23とB24という病棟2ヵ所と精神科外来が協力して訪問看護を始めたそうです。平成5年には精神衛生法の一部改正で、地域の生活援助作業、グループホームの法令化、精神障害者や社会復帰促進センターが設立されてきたということもあり、どんどん社会復帰に目が向いていきました。平成6年には健康保険法が改正され、それまで訪問指導はほとんど地域の保健婦さんが行っていましたが、大幅に人数を減らされたので、病院看護師の役割が大きくなってきたということがあります。

平成7年には精神保健福祉法というふうに改正されましたが、ここでは精神障害者の自立や社会参加の促進のための援助が確立されました。具体的には精神障害者手帳という緑の手帳、月1万

8000 円（給付）が制度化されて、患者さんたちにも制度利用の手続きをするように説明しています。その後、平成 11 年に、病棟ではなく外来に訪問看護室を開設されましたが、まだ看護師は 3 名でした。それでも 60 名から 70 名ぐらいの訪問看護を行っていたようです。

そういう中で平成 14 年 4 月に精神障害者の在宅事業として、これは悪い方向ですが、市町村にヘルパーの派遣を委託することになりました。世田谷区は今年の 6 月からそれが導入されてしまいます。今年 4 月に松沢病院は社会復帰支援室を開設しましたが、ここは看護師だけではなく、スタッフが 23 名います。ドクターである支援室長が 1 名、あと医療相談部門として、ケースワーカーと保健師が 12 名います。

どんな仕事をしているかという、病棟の患者さんはもちろん、転院、家族の相談、入院相談、経済問題の相談などをしながら、毎日ローテーションで受付のそばに電話相談を設けて、9 時から 5 時まで受け付けをしています。ものすごい量です。私たち訪問看護師のスタッフも座るのですが、ほとんど内容は対応できなくて、電話を受けるだけです。

そのほかに医療連携チームが 2 人います。この人たちはいま世田谷区内にあるすべてのクリニックや診療所の合併症の受け付け相談をしています。断らないでまず話を聞いてほしいということになっていて、1 日 4 件ぐらい合併症で入院されるときもあります。それと精神保健科から直接、都内の病院にいる精神障害の患者さんもちろんですが、松沢病院に入院したいということで、その受け付けの相談や手配をケースワーカーの人たちが行っています。

今日は、8 名の看護師と保健師で行っている訪問看護の実情をお話したいと思います。患者さんが入院から回復に向かって地域で生活していく、病気が治っていくということは病気の症状が安定してきたら、患者さん自身の他人との関係の取り方や、患者さんを含む周りの環境、家の環境や地域を患者さん自身がその中にいることが心地よいという方向に変えていくこと、その援助をしていくということです。その中で医療の助けを借りながら患者さん自身が変わっていくことが、地域で生活し、治っていくことだと言われています。

訪問の具体的な目的は、再発や再入院を防ぐことはもちろんですが、社会生活への適応を促進する、日常生活ができるように援助する、生活体験につき添い心理的に支える、地域生活への適応の促進などを行っています。

東京都は医療改革ということで、松沢病院では入院患者さんの数を、今 1160 床ぐらいありますが、890 床にするということで、その中身は入院患者さんは救急や急性期の患者さんを大多数にしていくということです。今年の 3 月までに 2 病棟、大体 100 名近い患者さんが精神科の民間の病院や施設、院内の別の病棟へ移動されました。その中にはもちろん本人が拒否したり、病気ではないので入院費は払えないと言っていた患者さんもいらして、結局松沢病院に戻ってきた患者さんもいらっしゃいます。入院費が払えなくても、都立病院ではずっと入院していたんです。採算が合わないからこそ、都立病院が看護、治療していくべきではないかと思っています。

訪問看護室はスタッフ 8 名を三つのグループに分けて、90 名近い患者さんを病状の点、セルフケアの必要性などから、1 週間に 1 回か、2 週間に 1

回か、1ヵ月に1回かということを患者さん本人と訪問スタッフ、病棟スタッフとで話し合い、訪問を開始します。4月から始まりましたが、まだ場所や家がわからないので、紹介かたがた先輩スタッフについて訪問をしています。

訪問当日は、朝9時過ぎたら今日訪問する家へ電話をして「今日伺います」ということを確認します。訪問を行うかどうかは患者さんとの契約なので、必要だと思っても患者さんが嫌だということなら訪問は取りやめます。当日の電話で通じないときは、何回か時間をずらして行ったり、直接訪ねたりしていますが、現在のところは、訪ねたら大体家にいらして、今日忘れていたということもありますし、また電話がない方は、今日行ったら、次の日の訪問日を約束してカレンダーに印をつけるといった工夫をしています。

患者さんの入院病棟に私がいけば、患者さんが退院しても訪問したときに話が進みますが、訪問で初対面というときはとても緊張します。患者さんとスタッフでつくっているチューリップ便りという、患者さんの意見も入るし、私たち職員の紹介なども入っているお便りがありますが、それを持って行って話を進めながら、私も患者さんを理解しようとするし、患者さんも私のことを理解するように努力していただけるよう工夫しています。大体3回目の訪問ぐらいからいろいろ気さくに話をすることができます。雨の中でかっぱを着ていくと、患者さんに「ご苦労さま、ぬれなかった？」なんて聞かれると本当にうれしくてほっとします。遠くは狛江市や中野区ですが、ほとんどは松沢病院の近辺です。

2年前に患者さんたちが近くのアパートなどに入るために、訪問している2病棟で調査していま

す。退院者100名のうちアパートに入った人が40名、自宅10名、別の病院へ転院したのが10名ということで、65%以上が民間アパートへの入居だったそうです。この数からも大多数の人が今後も単身アパート生活を必要とされるのではないかと思います。現在アパート入居者のほとんどが、松沢周辺の3軒から4軒ぐらいしかない協力してくれる不動産業者の契約で入居しています。アパートは老朽化や取り壊しの話が出ていてどんどん部屋が減っています。

2年前の調査の中で、不動産業者にどうかかわれば部屋を提供してもらいやすいかということで、スタッフが足を運んでアンケートをとりました。そうすると、松沢病院からの入居者に何かあった場合、「どこに相談すればよいかわからない」「不安だ」「他の入居者の協力が得にくい」「アパートを探すときは患者さんをよく知っている職員がついてきてほしかった」ということなどがわかり、すぐ「窓口は訪問看護室です」ということで名刺をつくったり電話番号をお知らせしたりして、受け付けをしたそうです。アパートを探すときはよく知っている職員がついていって説明したという話です。

こういうかかわりの中で、ある大家さんは家賃を直接患者さんからもらうようにして、そのときに患者さんの様子を見て訪問スタッフに教えてくれたり、将来グループホームをやりたいというふうに変わってきた不動産業者もいたりということで、数少ない中ですが、訪問スタッフは勇気づけられたという話です。

精神病院はいま入院者が33万人いるそうで、社会的入院が7万2000人。これから10年間でこの方を退院させると厚生労働省は言っていますが、

介護寮や福祉ホーム、グループホームなど、入居場所を考えると、絶対数は足りないと思います。そういう中でもすぐ必要なのは民間アパートです。どんどん現場からも必要性を訴えていきたいと思っています。

終わりに、幻聴や妄想があっても、その内容が辛いものでない患者さんはしっかり単身アパート生活をしています。部屋もきれいにして、自分なりに買い物も計画を立てて、少ない生補金をやりくりしています。家計簿などを見せてもらって本当に必死で生きているんだなと実感します。病院に35年入院していた老人の患者さんがいま単身アパート生活していますが、最初、患者さんも他人のぬくもりが恋しくて独りでそのアパートに寝るのがさびしかったとおっしゃっていました。「今は随分慣れたよ」と言っていますが、私も訪問を楽しみにその老人の方のところに外向いています。アパートや自宅に出た患者さんが、そこで暮らすことが心地よいし、この地域の中にいることが安心だと思えるように、私たちも訪問看護をしていきたいと思っています。

初心が忘れられないような看護を

吉谷 続きまして合併症病棟について簡潔にお話ししたいと思います。

当院の病棟は現在五つのグループに分けられます。まず第1としてアルコールの治療、緊急入院病棟、2として女性の急性期と知的障害者の社会復帰病棟、3として女性の長期入院病棟、4として男性の急性期、長期、車椅子（いす）の必要な患者さんまでの病棟、5として痴呆老人、身体合併症病棟として上がっています。

そのうち5番目の合併症病棟は外科、内科、脳

外科、整形、神経内科、老人病棟、結核病棟に分かれています。ここは精神科の治療を受けている方で、なおかつ合併症がある方を治療する病棟となっており、患者さんは松沢病院の精神科病棟に入院中の方で、内科や外科の身体的治療が必要になった方、また他の精神病院に入院されていて、身体的治療が必要になりこちらのほうに転院してこられるケースです。

私が勤務している病棟は結核の治療を優先する閉鎖病棟です。病床数は28床で5人部屋が4室、2人部屋が3室です。個室が2室となっています。個室の2室と2人部屋の2室は陰圧室になっていて、空気感染しないよう工夫されています。廊下側の空気を全部室内に吸い込んで殺菌して排気するという形になっています。

スタッフや医者の人数はそれぞれの病棟で違いますが、看護師15名、内科医1名、精神科医1名、病棟作業1名、それにク事務員が1名います。

平均入院患者数は20名程度ですが、病棟の構造上、医療器具や電気容量が少ない、あるいは車椅子やベッドの移動で通路が狭くて通れないなどで、患者さんの生活自立の程度からは今の人数が限界だと感じています。

治療には6ヵ月から9ヵ月かかりまして、長い治療期間で結構、結核薬の服用とストレプトマイシン及びカナマイシンの注射が治療の中心になっています。薬の服用を始めてから2週間で痰（たん）の検査をして、結核菌が見つからなければ個室から出られることになっています。説明して入院には一応納得して来ても、長い入院治療のため、患者さんの不満やストレスはかなりたまります。

現在の結核は治療効果もあって昔のようなイメージではなく、血を吐いたり咳（せき）で苦しん

だりという症状は少なく、症状があまり出てきません。それで患者さんはもう治っているという感じで、他の人に感染させるかもしれないから、まだ個室にいななければならないということを、なかなかわかってもらえないことがあります。自分で薬をきちんと飲むことができてなくて、飲まないといけなことを納得してもらうことがまた大変です。言葉一つ違っても暴れる方もいますし、スタッフと患者さんとの信頼関係ができていないといういろいろな問題が生じます。男性看護師は15名中私1人で、男性の患者さんが椅子を振り上げたりすると対応に困ったりすることがままあります。

閉鎖された部屋に2週間も入っていると、時間がわからなくなったり、食事をしたことを忘れてたりといういろいろな症状が出てきます。その他にも若い看護師のときだけ無理を言ったり、暴言を吐いたりという方もいて、本当に豊かな経験が必要とされていると感じます。

呼吸器疾患の専門病棟でもありまして、身体的治療で生きるか死ぬかという重症の患者さんの場合もあります。看護技術と精神的な心のケアの面で豊かな経験が求められる病棟だと思います。私もこちらへ来てはや20年を過ぎますが、初心を忘れるというのではなくて、いまだに初心が忘れられないような感じで、日々新鮮な思いで看護に務めています。

改善すべき服薬指導

植西 私は検査技師です。検査は職員7名で、1200人の入院患者さん、外来の患者さんのいろいろな検査をしています。一般の病院とはけた違いに人数が少なく、合併症病棟が300床あるにもかかわらず、これくらい少ない人数しか配置され

ていないということに、やはり精神科ということ以轻視されているのではないかと感じています。

精神科の治療の上で薬を飲む事が非常に大切なことなので、今日は薬剤科の話をしたいと思います。当院の薬剤師は13人で調剤と服薬指導をやっていきます。調剤業務は院外処方箋(せん)が最近取り入れられていますので、服薬指導をやっていこうと方向性は出てきていますが、13年度の年報を見てみますと現在68人の方にしか服薬指導ができていない状況です。ちなみに退院患者さんは、年間1675人いらっしゃいますので、どんなに手薄になっているか分かります。今後さらに取り組んでいかなければと思ひながらの報告です。

服薬指導は薬剤師が医師の指示のもとに病棟へ出向き、入院中の患者さんに週に1回面接をして、服用の薬剤の薬効や副作用、その他服薬上の注意事項など薬の説明をするというものです。週に1回しか会わないということで、逆に患者さんにとっては医師や看護師といった病棟スタッフとは違って、第三者的に感じているいろいろな不安を打ち明けられたり、説明を求められたりということもあります。薬剤師のほうはこういう相談事にも乗りながら、コミュニケーションを図っています。信頼関係がないと強制的に飲まされていると思われることもありますので、いろいろな方法で説明を工夫しながら行っています。

精神科の場合、薬物療法は非常に重要で、再発を防ぐための維持療法は薬をじょうずに飲んでいくことといえます。退院後に服薬をちゃんと続けていった患者さんと、途中でやめてしまった患者さんの場合は、再発率に有意に差が出てきます。飲んでいた場合は、再発しても病状が比較的軽く

済むということも文献的に言われています。

ただ薬を飲み続けることの大変さというのは、普通の風邪薬でもそうですが、途中でちょっと症状が改善されたら、もう治っているし、こんなの飲みたくないと中断する場合があります。特に精神科の薬は副作用もありますし、これを飲まなければこういう副作用も起こらないと思えば、ついやめてしまうということになることがあって再入院を繰り返されたりするようです。そのように「やっぱり薬を飲んでおいたほうがいいのか」と患者さん自身が納得して服薬していただくことが大切なのですが、薬剤師の人数も少なく、服薬指導の実績が少ないことが問題で、今後改良していかないといけないと感じています。以上薬剤科からの報告です。

龍眼さんのはなし

陽和病院の患者会協同代表 病院地域精神医学会の会員、

NPO 法人ライフサポート MEW の理事

「予防拘禁法を廃案へ！共同行動」の事務局長

カウンセラー等々肩書があり

龍眼 はじめまして。龍眼ということで有名になっていますが、実は陽和病院患者協会のメンバーが沖縄にパック旅行へ行った帰りに全日空に搭乗拒否に遭ったという事件がありました。これは東京精神医療人権センターを通じて、東さんという車椅子の障害者の弁護士の方が弁護士会の人権救済の調べをやっているところですが、それをどうしてもネットに発表する必要があったものですから、ハンドルネームをどうしようかと。僕は曹洞宗で生前戒名をいただいています。曹洞宗のお坊さんに僕の人前結婚式の司会をやっていただいた

ということで、座禅会にも行ったので、戒名をくださいと言ったらくださったので、龍眼というハンドルネームを出しました。ただ、病知の名簿なんかには当然実名を出さなくてははいけないので、今は実名でやっていますが、運動の中では龍眼と言わないと、関口と言っても多分だれも知らないという状況になっています。

もう一つカウンセラーということですが、陽和病院患者協会が NPO 法人全国精神障害者団体連合会（全精連）に、団体の正会員として入会しました。NPO 法人全精連は規約の中にピア・カウンセラーをやるということを書いてあります。ピア・カウンセラーというのは僕もまだ講習を受けたことがないのでよく知らないのですが、30 日に教わりに行くのですが、早い話、当事者しか受けられないとか、簡単に言うと身体の方から入ってきたということで、僕なんかは聞いているだけではかなり批判的なところがありますが、厚生労働省のほうでケアカウンセラーということで予算をつけているのでこれは無視するわけにはいけません。

僕の場合のカウンセラーというのは、昔、エンカウンターグループというのをやったことがあります。これをやったのはジョーンズという、知る方は知るといふカウンセラーの大家の先生にお願いしてやったので、その先生のおかげでカウンセリングアカデミーというところに通い、一応そこを修了したものですから、僕の場合のカウンセラーというのはピア・カウンセラーでも何でもなく、いわゆる普通の心理カウンセラーの資格を持っていると思っていただいて結構です。あとは言われたとおりの反対運動の中心でやっています。

今日は救急ということなので、運動等はコピーして必要な人には渡しておいてくださいと言った

ので、それを持っていていただければいいと思います。

まず救急のときに、先ほどスライドで出てきた医療的ケアと行政的ケア、医療と行政、ハードとソフトという話があったと思いますが、これについて当事者の立場から、どういうことになっているかということをお話したいと思います。

僕は女房と一緒に中野の福祉を考える会というのをつくりました。なぜつくったかという、登録団体にしてしまうとスマイル中野というところがただで使えるものですから、つくっておいたほうがいいだろうと。そのスマイル中野には中野区立の生活支援センターが入っているわけです。そういうのをつくって勉強会などもしています。

女房と一緒に、去年から全国障害者解放連絡会（全国障害者解放運動連絡会議：全障連）の関東ブロックの会議に出ています。全障連というのは DPI (Disability Peoples International) の日本会議の正会員で、全国精神障害者団体連合会（全精連）よりはるかに古いわけです。全障連というのは身体と精神合わさった団体です。

東南アジアでの国連の地域会議であり、差別禁止法に関連しての国際会議であるエスカップ（ESCAP：アジア太平洋経済社会委員会）の北京会議があるということで、全障連を通じて僕と女房が DPI のエキスパートという形、つまり NGO のエキスパートという形で参加するという手はずを整えました。実はこれが SARS おかげでだめになりまして、中でのいろいろなごたごたもあって、女房はもう絶対顔を出さないという話になったのですが、この6月1日から僕はバンコクに行きます。これは ESCAP のほうの会議です。

その ESCAP の会議というのは、差別禁止法に

関して地域会議が行われていないのはアジア地域だけであり、ほかは全部終わっている。バンコクが終わるとニューヨークでアドホック会議というのがある。アドホック会議というのは、差別禁止法に関して、障害団体をちゃんと相手にしてやるというものです。DPI のほかにも、世界ユーザー・サバイバーズ会議（世界精神医療ユーザー・サバイバーネットワーク（WNUSP）？）というのがありますが、これは山本真理さん、長野英子さんが今理事をやっていますが、精神医療関係の団体です。

アイダ（IDA：国際障害同盟）、（ザイダ（JDA：日本障害同盟）？）というのは大きな組織ですが、その中に五つほど団体があって、一つが DPI で、一つがこのユーザーズ会議です。つまり、そのユーザーズ会議のほうの主張がここに関連してくるのです。

ユーザーズ会議は、差別禁止の国際条約に関してメキシコ草案というのが出ています。はっきり言ってこれをつぶしたわけです。なぜつぶしたかという、そこに国連原則を守るみたいなことが書いてあるわけです。国連原則というのは何かというと、僕もこっちの運動が忙しいのであまり勉強していないんですが、要するに精神病者の入院に関して、医療的なところでとらえている。つまり強制入院にしても医療にしても、それはやはり人権的なところでとらえなければいけない。だから国連原則は撤廃するべきだという主張をしています。言ってみれば過激な主張です。

あらゆる強制医療はだめだということで、精神科の実情に合わせてみると、僕はちょっと立場が違うんですが、とにかくそういう主張をしています。ですから当然それを踏襲しているメキシコ草案な

んて、そんなもの許せるかというわけで、つぶしてしまったということです。

そこからいうと、行政モデルにしても医療モデルにしても、人権モデルということからいうとちょっと違うであろうという話になり、それはどういうふうに考えたらいいかと。これは僕なりの考え方で、これは別にユーザーズ会議の考え方で何でもありません。

法と精神医療学会というのがありまして、ここに賛成派の法学者が出てきて、参考人にも出た女性の法学者がいるので、興味のある方はインターネットで見たらいいと思います。その方とかいろんな賛成派の方が言うわけですが、日本の精神医療は、前提として、こういうことをあげています。つまり強制医療の根拠というのは、ポリス・パワーとパレンス・パトリエというのがあるんだと。

パレンス・パトリエというのは言ってみればパターナリズムとか、おせっかいとか、死にかけている人に輸血しなければ死んじゃうでしょうということで輸血をするわけです。それは当然やります。本人に聞かないわけですからある意味、強制医療なわけです。これは許されるわけじゃないですか。

ところが例えばアメリカなんかですと、意識のある人に「輸血しますよ」と言わないで輸血してしまうと、もしその人が輸血は絶対認めないという宗教に入っていると、日本でもあるみたいですが、これは法律違反なんです。犯罪になってしまうわけです。つまり本人の意思に反して侵襲的なことをするわけで、傷害罪ですから。だって針を刺したりなんかしてぶっ込むわけですから、そこで犯罪になってしまうわけです。いずれにしても強制医療の根拠は二つあるんだということです。

法と精神医療学会で推進派の医者はどういうことを言うか。精神医療というのは現実的に、そもそも今まで治安的な側面、ポリス・パワーの側面を担ってきたじゃないかと。だからいいかげんそれを認めて、今度の法案も認めろよと。これが緊急措置入院の一種なんだからと、こういう言い方をするわけです。これはやっぱり認められなくて、反対派の医者に言わせると、今、医学界全体として、すべての医療はパレンス・パトリエの方向で統一されてきていると。パレンス・パトリエだって強制医療はあり得るわけですから。そういうことでいうと、行政と医療的とかかわりだと、患者の立場からすると、患者の人権をどうしてくれるんだというところがちょっと抜けてしまうのではないか。これが一つの問題提起です。

それから、僕はここに来るというのであわてて松沢病院のホームページを開きました。そこに精神科シニア・レジデント教則というのがあります。これはどういう意味だか知りませんが、こういうのを教えるんでしょう。その基礎的事項の8番に「医療実践における倫理的側面、インフォームド・コンセント、患者の自律性、守秘義務、クオリティ・オブ・ライフ（QOL）などを含む」と。これを基礎的事項、知識の到達目標として教えるということになっています。これ以外に患者の権利が出てくるところは何もない。つまり医者の方の倫理だという話になっているわけです。

これは先ほどの話からすると、山本真理さんを含むその人たちは、すべての強制医療はだめだなんて言っているわけですから—例えば、人格障害は治らないという説もありますけど、人格障害というのは人格障害の解体論とか、そのような本もありますので読んでいただければ、これはいかに

アメリカでつくられた変な概念かというのかわかるとは思いますが、そういうことになる。「じゃあおまえ、人格障害でちょっと人格が偏っているけど、これから治すぞ。同意するか」と言って同意を得てからでないと治療に入ってはいけないう、こういう原則論があるわけです。

でも実際問題それはちょっと難しい話です。「君の考え方は僕から見るとちょっと問題だし、大体そう偏った考え、性格で、だからこんな事件を起こしちゃったんじゃないの？」みたいなことでやっていけばそれでいいことだとは思いますが、ただインフォームド・コンセント、あるいは具体的に言うとカルテ開示の要求—これは医療界で今常識になっていますし、東京精神医療人権センターでは、精神病院についてのカルテ開示ということを当然要求しているわけです。

インフォームド・コンセントというのは単なるカルテ開示だけではなくて、治療内容、治療目標、あるいは治療計画、これを含めて患者に開示するというのがインフォームド・コンセントですから、そこまで含めると大変なことになるわけです。それが果たして精神科でどこまでできるのかということはあるんですが、一応法的な権利としてはそれはあるんだということです。

今、インフォームド・コンセントだけではなくて、インフォームド・アセントということが言われています。インフォームド・アセントというのは何かというと、子供です。つまり年端もいかないう子供に（説明しなくても）、親に病気について説明したからいいんだと。これはだめである。治療を受けている子供にも説明しなさいと。これがインフォームド・アセントという概念です。では精神科というのは子供以下かという話にもなりかね

ないわけです。その辺が一つの問題提起です。

ブロードモアのことに関して言います。ブロードモアはさっき言った長野英子さんが実際に施設を訪ねています。その際に要求して付添人なしで患者本人と面会しています。その内容を僕は聞いていますが、彼女は本人に英語でしゃべったわけですが、絶対漏らさないでくれと言われているので出せないということです。外に漏らさないでくれと本人が言ったということから、どういう医療が行われているかということとはご想像願えると思います。そういう状況です。

ブロードモアも確かに立派な病院かもしれませんが、さっき言ったようにいろいろなところにアラームがあったりして、保安施設がちゃんとしている。今サテライト病院という形でどんどん増えています。これに関してはどんどん滞留しているというのが実態です。入っている人がどんどん増えている。

この間、イギリスでは何ら法を犯していないにもかかわらず、人格障害者は保安処分施設に入れてしまおうという法案が上程されようとなりました。しかし上程される前にイギリスの王立精神病院学会やマインド（MIND：全国精神保健協会）といった団体が反対運動を展開して、それを阻止しました。当たり前ですよ、何もしていないのに保安病院に入れられる必要はないじゃないですか。そういう状況があります。これは上程する前に阻止したわけです。その当時、僕らの仲間の大杉（光子）弁護士がイギリスに行っていましたので、MIND がその当時その法案上程に反対して現地でまいていたビラそのものが僕らの手に入っています。イギリスについてはそういうことでいいと思います。

あと精神科救急について、地域の医療、こちらのほうからご報告があったと思いますが、イタリアから当事者2人が陽和病院を見学に来ました。英語ができる職員がいたので全部案内したということを知りましたから、僕はほかの集会でその当事者と会ったときに聞きました。「陽和病院を見たそうだけど、退院できそうか。どれくらい退院できるだろうかと。そうしたら2人とも口をそろえて、法的な意味で入院している人、つまり措置入院、あるいは保護入院も含むかもしれませんが、全部見た上で、「それ以外は全員退院できる」と言いました。

陽和病院には急性期病棟、完全にそのための病棟が東3というところに一つあります。それだけでは足りないの、南3というところが半閉鎖になって、同じような急性期病棟として使われています。急性期病棟が3ヵ月でやるということはどういうことかということ、急性期病棟は診療報酬が高いわけです。高いのですが、3ヵ月というのも決まっているわけですが、急性期病棟として認められるための条件が幾つかある。その条件を満たさないと急性期病棟として認めないわけです。急性期病棟として認めなければ診療報酬は低いわけですから、中の看護基準が低くなるのは当たり前です。そういう法的な問題があるということです。

それから先ほどイギリスと比較しましたが、看護基準、1人に対して2人看護師がつくとか、そういう問題があるわけです。日本は低いです。この低いことは政策で決まったわけで、当面の間これは変えなくてよろしいと。この「当面の間」というのは、政治用語でいうと永久にということだそうですから、つまりずっと6対1のままでいいという話です。医師が3分の1というのは変えな

くていいという話ですから。これに対して僕ら反対側の人たちは当然、そんなのじゃだめだということを行ったわけですが、これを強行に主張したのは日本精神病院協会というところです。

なぜかと理由を聞きますと、こういうことです。看護師の学校がありますが、その学校の定員がこれくらいだ。そうすると出てくるのはこれくらいじゃないか。そうするとどう考えたって足りないじゃないか。だから今のままでやるしかないんだと、こういう理屈なんです。もちろん自分たちがもうけたいということは表には出さないわけです。

例えば医師の数にしたって足りないのは、これは答弁の中でも出ていますが、例えば（全病床の）25%が精神病床であるにもかかわらず、文部科学省で医師の講義をするときに（精神科）4%ぐらいしか講義時間がない。つまり精神科というのは外れているわけです。精神科になるやつは少ないから、医師も足りないんだから3分の1でいいんだと、こういうことです。

だけどよくよく考えてみると、今ある措置入院だって、これは無理やり知事の命令で入れられるわけです。自分の意志ではない。入れられたところが何でほかの科より低い看護基準のところにいるんですか。これはおかしいじゃないですか。少なくとも強制的に入れるのであれば、ちゃんとした看護基準で、ちゃんとした医師がつかなければ。そういうことを放って今度の法案をつくろうという、そういうことです。

僕なんかには言わせると逆です。つまり看護師を例えば2対1なら2対1、とにかくちゃんとしてできる基準にするというのをまず先に決めてしまう。そうするとどういうことが起きるか。看護師の定数が足りなければ病院は当然だめになります。

そうしたら簡単に言ったら看護師の資格を持っている人は、資格を持っているのだから売り手市場です。そうすると看護師の人が1人やめるぞと言ったら、病院だって、ちょっとやめないでくれ、足りなくなっちゃうからという話になります。そうしたら当然給料は上がるかもしれない。逆に給料が上がれば、じゃあ精神の看護師を目指せば給料はいいそうだからと、学生も増えるかもしれないじゃないですか。

今ある学生の数で決めたのではだめなのは当たり前です。それを考えて精神科になれば……今、例えば精神科で5年で指定医をとれば大体クリニックを開くなんていう変な医者もいます。実は良心的な医者が、もうこんな病院は嫌だと。おれは独立してクリニックを開くと、そういう方のほうが多いんです。多いんですが、クリニックを開いてしまうと、それは診療ですから、また行政とも関係がありますから、反対運動なんかに出られないわけです。反対運動をしている日本精神神経学会の「精神医療と法に関する委員会」委員長の富田（三樹生）さんは、優秀な医者がクリニックに行ってしまったので戦力が落ちてしまったと言っています。

もう一つクリニックに関して言うと、さっき千葉の報告がありましたが、クリニックはどうしても後背病院を持たなくてはいけないわけです。手に負えなくなったらこの人を入院させてくださいという病院を持っていなければだめです。クリニックでも、例えば10何床だかなんか忘れましたが、持つことはできるんですが、そこまでやっているクリニックというのは僕の知っている限りあまりない。そうしたときに、きちんとした後背病院で、あそこに頼めば大丈夫だという病院をち

ゃんと持っていてもらわないと、救急医療もヘチマもないということです。

もう二つ言っておきたいのは、一つは、先ほどのシニア・レジデント教則の中で、最後のほうの19番に、「修正電気けいれん療法の理論と實際を学ぶ」ということが書いてあります。もちろんここではそんな滅茶苦茶な電気療法をやられているとは思いませんが、この間も青森でもって心臓麻痺で亡くなったように、アメリカが電気療法が効くということで、日本では何でもかんでも電気療法という話になっています。陽和病院は麻酔医がいませんから、本当に必要な方は麻酔医がいる病院に移送して電気療法をやっています。それはちゃんと上のほうから聞いています。

ですけれども、何でもかんでも電気療法だと、これも具体的に専門家に聞くと、電気療法なんかより薬を静注したほうがよっぽどいいとかいうことがあるわけです。しかも公立病院の1割は電気ショック療法をやる際に麻酔をやらないというんです。生でやったほうが効くとまで言っている医者がいる。こんなのは人権侵害以外の何物でもないじゃないですか。

電気ショック療法に関しては効くという症例もあるわけですから、こういう症例だけやって、こういうふうなのはほかのことでやって、こういう副作用は事実だと、それは脳波が乱れたり、記憶がなくなるとかいう副作用があるわけですから、そういうガイドラインを医者の間できちんと出していただきたい。とりわけここはちゃんとやっているわけですから、こういうところでちゃんと出していただきたい。それが一つの要望です。

もう一つは、「精神症状の評価、精神症状の記載について、明快なかつ必要・十分な記載を習得す

る。国際的かつ標準化された精神科診断分類について習得し、扱いに習熟する。こうした基準作成の際に行われた問題点、及びかつての問題となった部分の議論についても理解を深め、伝統的かつ因習的な立場の理解を深める」と。国際基準というのはこれです。ICD 10です。これが精神保健福祉法で使っている診断基準です。これによって医者は診断名を決めるわけです。これが精神保健福祉法で言われている診断書に書かれる記載です。これはある意味マニュアルですから、これがつくられた経緯というのも学習すると書いてありますが、僕が今しゃべると絶対時間がなくて、それもいろいろ問題があるということだけ指摘しておきます。

もう一つだけ、病院情報開示のことについて言います。これは僕ともう1人ヤマナカさんという方が実名を出して、上野厚生労働副大臣が日本精神病院協会から250万円の献金をもらっていて記載漏れということについて、11人の弁護士を立てて告発しました。弁護士の中には東京精神医療人権センターの永野貫太郎さん、大阪精神医療人権センターの里見（和夫）さん、ハンセン病訴訟団の八尋（光秀）さんが入っています。

そういうことがあったんですが、阻止共闘（「処遇困難者専門病棟」新設阻止共闘会議）という組織から僕に、とにかく厚生労働省交渉の時間がとれたので出てくれないかということがありましたので、出ました。いろいろ質問したんですが、時間の関係で重要なことだけを言います。

つまり、これはそもそも病院なのかと。39条2項で部分有責の人が入るんだから、これは刑務所じゃないかという話をしたら、「いやこれは病院です」と言ったんです。そこで先ほどのインフォー

ムド・コンセントの話と強制医療の話をしました。同時に、陽和病院では陽和病院診療情報開示指針、いわゆるマニュアルを2000年10月1日にカルテ開示を含めて出しているんです。こういうのがあるから、最低限これは出せということで厚生労働省に渡してきました。

僕ら当事者としては、とにかく情報公開をしていただきたい。情報公開がなければ、どこかいい病院なのかもわからないし、無理やり移送されて、わけがわからず病院に入れられるというのでは困るんです。しかもそこがもし悪い病院だったら二度と精神病院なんか行きたくないじゃないですか。敷居が高くなりますよ。60年代から精神病院が増えたのは政策誘導の結果だというのは、先ほど先生がおっしゃったとおりで、ライシャワー事件が起きて、日本の政府が低利の融資で公的資金を貸し出したりということで、民間精神病院が増えたわけです。

イギリスは、あの民営化、民営化と言ったサッチャーの時代ですら、精神医療に関しては民間に任せるということは一切しなかった。だからイギリスはそれなりのきちんとした地域の精神保健福祉医療があるんです。先ほどのイギリスのとんでもない法案が上程されるというのが出てきたのはなぜかと推進派の人に聞いたら、地域精神医療が破綻してきたからだ。

それはなぜか。金がないのと人材がないんだ。こういう言い方ですから。その金の部分でだって日本は何もやってないじゃないですか。

あともう一つイギリスのことに関して言うと、日本はイギリスの制度のつまみ食いなんです。日本では、逮捕されたら3日・10日・10日と、計21日間はいなくてははいけないわけですが、イギリ

スだと 24 時間です。イギリスではテープかビデオがなければ証拠採用されません。

それをイギリスの制度がよいからといって、例えば法廷合議事件というのがあります。重大な事件は裁判官 3 人以上でやらなければいけないんです。それを 1 人でやろうとしているじゃないですか。こんなものは裁判の名に値しない。しかも一件書類が最初に裁判官のところに行ってしまう。それは戦前の刑事訴訟法と同じ構造です。予断を持たせるわけですから。こんなものは裁判の名に値しない。そういうことだけ言って終わります。

司会 松沢病院は、何年後になるかわかりませんが、大幅な改築がされて新しい病院になります。その基本構想として、ここに一部資料を出していますが、松沢病院はこういう病院になりますというのが、都から提案されています。それに関して私たち働いている者と、地域の皆様、ユーザーの皆様が、松沢病院はどういう病院になってほしいのか、したいのか、そういうことを含めて意見をお聞きしたいとの思いで今回のフォーラムを提起したわけです。

質疑と討論

司会 質疑と討論に入っていきます。今まで提起をしてくださった講師の方たちへの質問と、自分の考えもあればあわせてお願いしたいと思います。どなたへの質問でも構いません。よろしくお願いします

入院はしたくないが

男性 A 平田先生に質問します。精神救急事例の分類で、一次救急、二次救急、三次救急となっていますが、私はユーザーですが、自分の実体験と混ぜて質問したいと思います。

私は 2 年前、軽躁状態が続きました。それで 2 週間に一遍、外来（治療）をしていたのですが、7、8（月は？）高かったので、先生に 1 週間に一遍の外来にいただきました。それでもまだ自覚はあったんですが、軽躁なので 9、10（月？）と 1 週間に二度刻んでいただきました。松沢病院の先生も入院はさせたくない。僕も入院は過去に松沢であります、今回はしたくない。そういうことで外来治療ということで、一次救急という段階で入院に至らずに済んだのですが、結局その後ずっと今度はうつになりまして、いまだに抗うつ剤を飲んでいる次第です。乗り切って、去年の 2 月からうつに入ったんですが、おとしは軽躁で入院しないで済んで、去年の 2 月からもう 1 年以上、軽うつが続いています。

そういうことを思いますと、確かに入院のプラスマイナスはありますが、あのやり方でよかったのか。もしかしたら早い時点で、早期の段階の 3 週間とか 1 ヶ月、3 ヶ月で休息入院みたいな形をとってやったほうが、今みたいなうつ状態が長いこと続くことが防げたのではないかなと思うんですが、その辺について伺いたいと思います。

入院治療というものが必ずしも悪というわけではない

平田 今のお話はスライドの番号でいうと 2 枚目の上から二つ目ですか、精神科救急医療サービスの提供手段にかかわるお話かと思います。

先ほど私はこの1、2、3、4、5、6と6段階の介入手段というのがあって、できるだけ番号の若いほうで済ませられればそれが一番いいんだという話をしたわけです。地域医療、在宅ケア支援という意味での救急医療の目的は、入院を避けることであるというふうなお話をしたと思います。そういう話をすると、入院治療というのは悪である、入院するということはいけないうことなんだというふうにとられる方もおられるのではないかと思います。

ただ決してそう言っているわけではありませんで、今あなたがおっしゃったように、自分から契約をきちっととって期間を決めるとか、入院治療の内容をきちんと説明を受けるとか、行動制限について基本的にそういうことをされないというふうな幾つかの契約をした上で期限を区切って入院するのは、別に治療にとってマイナスになるとは思いません。ですから今のお話のように、入院治療を選択したほうが、その後の抑うつ状態の遷延といいますか、長引くものを少し短くした可能性はあると思います。

これは結果論ですから、入院したほうが必ずしも今よりもいい経過をたどっていたかどうかはやってみないとわからないと思います。ただ入院治療というものが必ずしも悪というわけではないということは、ここでもう1回強調しておきたいと思います。

ただし、入院治療が危機介入の手段となるためには、やっぱり短期でなくちゃいけない。何ヵ月も、何年にも及ぶ入院治療は、危機介入的な救急医療サービスの一つとしての手段とは言えないと思います。ですから治療的な信頼関係というか、治療関係がちゃんとできていれば、おっしゃった

ように期間を区切った契約入院はあり得ると思います。

多分、病床があいてない場合が多いのではないかと思います。ベッドがあいていない場合に、医者は入院させたくてもできないという状況で、濃厚外来といいますか、週に2回の外来というパターンをとったのかもしれない。それは受け持ちの先生に確認してみてください。

どういう症状に電気ショックというのは効くのか

司会 ほかにどなたかいらっしゃいませんか。それでは後ろの女性の方どうぞ。

女性A 先ほどの電気ショックのことについてお伺いしたいんですけど、電気治療をするというのはあんまり皆さんしたことがない、聞いたことがないんですが、どういう症状の人に電気ショックというのは効くんでしょうか。

薬物療法がほとんど効かない場合

平田 私どもの病院でも、年間450件の入院してくる方のうち、年によって違いますが20人から30人の人に無けいれんの通電療法という形で実施しています。麻酔科の先生に週2回、同じ県立の病院から来てもらって麻酔をかけてやります。

どういう人が適用になるかというと、まず一番最初の適用になるのは、薬物療法がほとんど効かない人です。副作用ばかり強く出て、鎮静化にも精神症状の改善にも全然役に立たない。そのために食事もとれない、水もとれない、点滴をずっと続けなくてはならない、どんどん体が弱ってくるタイプの人です。薬の効き目が全然期待できなくて、身体的にどんどん衰弱が進んでくるような方

です。こういう方に電気けいれん（ECT）をお勧めします。

もう一つは、ご本人が希望されるというケースがあります。うつ病圈の方が多いです。もちろん統合失調症の方でもきちんと病名を告知してある人もおられますし、通電療法の効果をよく知っている人もいますので、ご本人が希望して行う場合ということです。症例としては前者のほうが多いですけど。つまり薬物療法がかえって危険である、副作用ばかり出てしまって身体的に衰弱する、というケースの場合が電気けいれん療法の適用になります。

女性A それでやるということですね。それをやると治療がかなりよくなるという話は聞いたことはあるんですけど。

平田 薬物療法がうまく効かないタイプの人は、電気けいれん療法のほうがずっと早く急性症状はおさまります。

女性A 昔はあまりよくないようなことをいっぱい聞いていますが、今は大分昔よりよくなっているということを聞いたんです。やり方は昔と同じなんですか。

平田 昔のやり方は、先ほど龍限さんもちょっと触れられたけれども、麻酔も何もかけないで、いきなり「生がけ」といって、麻酔もかけずにいきなり通電してしまうというやり方をやっていたところも結構あります。

女性A 今はどうなんですか。

平田 今は一番正しいやり方は、修正型電気けいれん療法と言いますが、麻酔の専門医が立ち会って、ちゃんとした手術室がありまして、そこで麻酔の医者と精神科の医者数人と看護スタッフが立ち会って、きちんと手術の一環として行うんです。

手術と同じです。

女性A 今は麻酔をかけてやるということですか。

平田 麻酔は昔からかけていましたが、今はさらにけいれんをおさえるために筋弛緩剤を投与し、けいれんも起こさないで、かけてしまう。

女性A 後は、そのまま終わったら、もうずっとするというか、そんなに後遺症というか……。多少はだるいとかなんかあるんでしょうけれど。

平田 後遺症で一番大きいのはやっぱり記憶障害です。

女性A それはもうずっと続くものなんですか。

平田 いろんなタイプの人があります。

女性A それはずっと治らないで一生というか、長いこと続くという人もいるということですか。

平田 多分いると思います。表面に出てこないだけで。

女性A 結構多いですか。

平田 いや、そんなに多くはないと思います。

女性A たまに、まれにいる。

平田 それから記憶障害も、過去の記憶が部分的に消えてしまうタイプが一番多くて、先々、例えば新しい記憶が入ってこないということはめったにないです。

女性A そういうのはもうずっと治らないというか、そのままということですね。後遺症として残る。

平田 一度消えてしまった過去の記憶が戻らないのはよくあることだと思います。ただ大事なことは、そういうことに対するデータがほとんどないということなんです。

女性A データがない。

平田 出てこない。

女性A ということは、そんなにあるということ、

大丈夫ということ？

平田 いや、わからないですけど。私の個人的な経験といいますか、私は 20 何年、医者をやっています、そんなにたくさん ECT を経験しているわけではありませんが、私の経験では重篤といいますか、重たい記憶障害のために生活に支障を来したという人はいませんでした。ただ、それは私の見えないところでまた何か障害があるかもしれません。検証のしようがないということです。

女性A それは入院中に 10 回ぐらいやるということ聞いたことがあるんですけど。

平田 そんなにたくさんやらなくても、5~6 回で大体済んでしまいます。

女性A それで終わりですか。

平田 私どもの病院では週 2 回で、長くて 3 週間。それで大体もう効果が出ますし、それで効果が出ない人は、もう何遍やっても同じではないかという気がします。

女性A それであと 3 ヶ月ぐらい入院して、退院するときはほとんど電気ショックをやったというあれ（後遺症）はもう関係ないというか、あまり副作用なく出られるようなことを考えてもいいんですか。

入院を短くするために ECT（電気けいれん療法）をやる

平田 そうですね。電気けいれん療法の後遺症で入院が長引いたのでは何なりませんから、入院を短くするために電気けいれん療法をやるわけですから。3 ヶ月たってという人はあまりいないと思います。もっと早くに退院できると思います。

女性A 大体わかりました。ありがとうございます。

人格障害は少なくとも非自発入院の対象とすべきではない

司会 よろしいでしょうか。それでは次の方、よろしくお願いします。

女性B 人格障害という病気の概念を教えてください。精神疾患としてお薬を飲む必要性があるのでしょうか。どういう基準で、どういうふうに治療して、どういうふうに治していくものか教えていただきたいんですけど、お願いします。

平田 人格障害の定義は ICD10 であるとか、DSM4 であるとか、いろんな診断基準が細々と書かれていますから、それに沿って診断をつけるということになると思います。

私の個人的な意見としては、人格障害のみをもって狭い意味での精神障害とするのは反対です。特に強制入院といいますか、非自発入院の対象とすべきではないと思っています。同意を伴わない入院が成立するのは、いろいろ議論はあると思いますが、医療モデルとしては、患者さんの治療が必要である、あるいは治療を受けたほうがよくなるんだということの理解ができないぐらい混乱している場合です。判断能力がかなり落ちている場合に限られると思います。しかも治せる病気、治療すればちゃんとよくなるんだということがわかっている病気に限定すべきだと思います。

人格障害に関しては、治せるという人と治せないという人と二つの議論に分かれています。医者の中でも意見が分かれています。一番よく語られる人格障害としてボーダーラインケースというものがあります。ボーダーライン・パーソナリティ・ディスオーダー（BPD：境界性人格障害）と訳さ

れます。境界例という言い方もしますが、これはアメリカで1960年代から70年代にかけて盛んに定義づけられて、治療的な試みがなされました。主に精神療法的に介入するということで、マスターソンという人が一番熱心にやった人です。

今からの批判としては、人格障害とかボーダーラインとかいう診断をやたらにつけて治療に乗せようとするのは、やはり一つの精神科医の市場を広げるための手段だったのではないかと。病人をつくり出して、それで精神科のマーケットを広げていたという側面も否定できないという批判があります。ですから私は人格障害というものを、少なくとも非自発入院の対象とすべきではないと思っています。日本の法律にはまだ精神病質という形で取り入れられていますので、私は外すべきだろうと考えています。

治療できるかどうかということも、これもかなり意見が分かれています。一つ、前提としてきちっと押さえておかななくてはいけないのは、人格障害という診断がいわばごみ箱診断といえますか、医者がいろんなことをやるんだけどちっともよくならないということで、放り出すぐらいのつもりで人格障害という診断をつけてしまうという場合があります。ですから安易につけられた人格障害の診断は、例えば精神科の救急医療の場面では、私はまゆにつばをつけて、その診断を見えています。

いろいろな病院、クリニックを渡り歩いて人格障害というレッテルを張られた人の中には、ちゃんと治療すれば治るタイプの、いわゆる感情障害のタイプの人かなり含まれています。情動的な水準が非常に不安定なために対人関係が安定しない—これはボーダーラインの一つの定義になっています。

いわゆる感情調整剤というふうなものは幾つか出ていますが、そういうものを服用していただいたり、治療環境をつくったり、それから感情が高ぶっているときには抑えなくてはいけないし、落ち込んでいるときには上げなくてはいけない。そういう薬物療法的対応、精神療法的な対応で、かなり生活障害といえますか生活の不便が改善される可能性はあります。だから人格障害という診断は安易に信用してはいけないと思っています。

女性B 「分裂病」という病気の名前の語感が悪いから「統合失調症」という名前が変わったように、「人格障害」というのも、「人格障害」と言われたら結構本人はショックじゃないかと思う病名ですが、それにとってかわる病名とか、つけられる予定はないんですか。

平田 昔は「精神病質」と呼ばれていたんです。もっと語感が悪いのではないかと思います。「変質者」とか「精神病質」とか言われていた時代がありまして、それに比べればまだ少しはいいというふうに思っていた時代もありますが、今のあなたの話を聞いていると、やはりかなり精神科の中でも差別化された用語ですね。

「あなたは治療の対象にならない」「人格障害だから治しようがない」というふうに言われる。そういう使われ方もしますから、私は名前を変えてもいいと思っています。ただ半分ぐらいの人は、「感情障害」というふうに診断されたほうがいいのかのような人がいると思っています。

女性B 「感情障害」というのは気分傷害で、俗に言う躁うつ病のことですか。

平田 そうですね。いろんなタイプがありますから、感情の水準が非常に不安定であるという意味で、「気分障害」とか「感情障害」というふうに診

断を変えたほうが良いような方もおられると思います。

女性B わかりました。どうもありがとうございました。

家族にすべての負担がかかるというやり方は変えていかななくてはいけない

司会 ほかにございませんか。どうぞ、前の男性の方。

男性B 入院患者の一人当たりのコストというお話があって、それは日本で同じような基準で考えたらどのぐらいになるかということと、もう一つは、平田先生のほうから、入院患者と自宅治療患者の割合は、日本では非常に入院患者のほうに偏っているといえますか、イギリスなんかと比べると多いという話がありました。自宅治療の患者のコストというものを考えて、それがまたどのぐらいなのかわかりませんが、イギリスは非常に一人当たりのコストが高い、かけているということが言えるんだけど、その割合をトータルで考えると、果たして国がそれにかかっている費用というのはどう考えたらいいのかという感じがします。その辺がわかったら、もしご意見があったら伺いたいと思います。

下里 ありがとうございます。日本でどのぐらいにあたるのかということについては、私は日本のことを、日本で働いていながら申しわけありません。どなたかご存じの方は、先生のほうからおねがいします。

平田 国民医療費のレベルでいきますと、日本の精神科の1日当たりの入院費用が平均すると8000円ぐらいです。ですから年間で300万円ぐらいです。イギリスはさっき2400万という話が

ありましたから、イギリスはセキュリティ病棟に関しては、少なくとも日本の8倍かけているということです。

ちなみに私どもの病院は、精神科救急治療病棟という急性期治療病棟のさらにもっとランクの高い、お金のかかる病棟が認可されておりまして、1日2万8000円です。精神療法等を含めると大体1日3万円ぐらいかかってしまいます。保険を使っても1日1万円はかかる。後で高額医療費でちゃんと戻ってきますけれども。

3ヵ月しかそれは出せませんから3ヵ月に限定すると、1日3万円ですから1月で90万、3ヵ月で270万です。3ヵ月限定というふうに考えると、安い医療費の1日8000円の入院費用をかけて1年間入院したほうが、我々のように高い病棟で3ヵ月でおさめるよりもトータルの医療費の負担、コストは高くなります。しかも我々のところは平均すると1ヵ月ちょっとで退院しますので、平均の入院コストは我々のほうが安いということになります。

外来のコストは、これは計算の仕方が難しいんですけど、医療費の面では入院よりもかなり安いですが、ご家族の負担—ご家族がどれぐらい年間に介護やケアのためにお金を負担しているかということを見ると、かなりの大きなコストになるのは事実だと思います。それを少しでも減らして、社会的に公平に分担していこうというふうに考え方が変わってきていますが、今後どういうふうに展開していくか、景気の状態にもよるとは思うんですが、ご家族にすべての負担がかかるというやり方は変えていかななくてはいけないと思っています。

男性B やはり短期間に集中して治療した方が、

効果が高いと言えるわけですね。

平田 私どもはそういうふうと考えて、医療費は高いけれども、そのかわり手短に済ませるんだから、トータルの医療費はずるずると長く入院するよりは安いはずだという主張です。

男性B ありがとうございます。

家族に対する支援というのは

司会 では続けてどうぞ。

女性C 在宅ケアが進められているということですけど、家族に対する支援というのはどのようにされているんでしょうか。

平田 それは私どもの病院の場合ということですか。

女性C 松沢病院です。どちらでも。両方お聞きしたい。

平田 ご家族に対する支援という形で一番はっきりと形にあらわれるのは訪問看護です。訪問看護の主眼は家族サポートというのが大きいです。ご本人のサポートのほかに、ご家族のサポート力がちょっと弱いのではないかと、あるいは大変なんじゃないかと思われる人を重点的に選んで、ご本人のサポートとご家族のサポートを両方やっています。

それと、精神科ではまだまだおこなっていますが、例えばご家族を休ませるためのレスパイト・ケア、あるいはご本人のショートステイということをおこなうだけでもいいのではないかと思います。ご本人は病気で闘っていてかなりくたびれるわけですが、それをサポートするご家族に対する支援の方法というの、これからもっと発展すべきだと私は思っています。まだまだ足りません。

太田 まだ数少ない経験の中ですが、3人同居し

ていて本人の訪問看護に行くんですが、お母さんが協力的でなかった場合、地域の保健師さんと情報を取り合いながら、保健師さんも本人のために訪問に入っていますので、ともにお母さんの情報も得たりしながら、私たちのほうも本人だけでなく、お母さんへの声かけも一緒にしながら行っています。これは前から続いているようですが、「家族会」がありまして、学習会などを催しながら、おうちの人たちに連絡をして来ていただくというところで行っています。

女性C それは病院の家族会があるんですか。

太田 世田谷では、さくら会という家族会があります。

吉谷 ご家族の方に病気のことを理解していただくような、家族教室もやっていると。そういうところで正しい病気の症状に対する理解だとか、薬物療法のことだとか、日常のご家族の接し方だとか、多分ご家族同士の話し合いも含めた形でプログラムを、心理士の方も入ってやっていると。思います。

女性C それは病院にかかわっている患者、こちらへ通っている人とか入院している人でないと、家族として参加できないのですか。

吉谷 一応入院している人にそういう声をかけてやっています。

司会 今の家族支援のための学習会ですが、一応松沢病院の外来にかかっている方と、あと入院されている方を対象としています。先日回ってきた書類には主治医の許可が必要という形で1行入っていました。

当事者は24時間の電話相談が欲しい

龍限 質問というか、要望というか、松沢のほう

の方と先生のほうにお願いしたいんですが、2 ページに精神科救急はどの病院でもやっているということで、電話相談がローコストということで順番が書いてあります。これは当事者のほうからいうと、24 時間の電話相談がとにかく欲しいという要望があります。家族の方もそうかもしれませんが、24 時間となるとかなりお金がかかると思うんです。これは今どういう状況になっているのかということと、そういうことを働きかけていただきたいということです。

それから往診、訪問、時間外診療ということで、これも診療所というかクリニックというか、ああいうところの医者は、出かけていってもろくすっぽお金にならないということがあるみたいです。だからこれもやっぱりきちんと働きかけていただいて、向こうへ出かけていって 1 時間なら 1 時間やったら、つまり 1 時間話そうが、3 分で薬を出そうが同じ診療報酬というのでは困るわけで、それはきちんと考えていただきたい。

やはりこれはチーム医療ということになると思います。特に今のような形で、家族の方とどうのこうのとか、外へ出していくということになると、今現在 PSW（精神保健福祉士）の必置義務がないわけです。どの精神病院にも PSW を置かなくてはいけないという規定すらないわけです。こういうことでは困るので、ワーカー、看護師、PSW、あるいは地域の保健所の方、福祉の担当の方、こういう方たちときちんとしたチームを組んでいたかないとなかなか難しいと思います。ですからこれも要望と実態がありましたらお知らせください。

もう一つ、それに関連しますが、さっき言いましたイタリアの方が松沢病院を見学に来まして、

「いいけれども、やっぱり地域のほうの支援の手がちょっと足りないのではないか」という感想も話されておりました。だんだん改善されてきているようですが、頑張ってください。

それからショートステイのことは、先生のほうからちゃんと言ってくださったのでそれでよかったんですが、当事者の中で入院拒否を受けているということがあります。ちょっと 2~3 日休みたいんだけど入院させてくれないかというときに、だめだ、おまえなんか入れてやらないと。これは本当に切実な要望です。

例えば僕の知っている当事者は、ちょっと薬を注射していただいて、クリニックですから入院はしませんが、1 日、2 日それで寝るということでもって、おうちで休んでバランスをとっている。そういうことも具体的にやっている者がおります。ですから緊急入院、シェルター的なもの、ショートステイ的なものを何とか、病棟じゃなくてもいいんです、グループホームでもいいんです、そういうところにつくっていただいて、やっていただきたい。

あとは援護寮とかグループホームに年限をつける、これもやめていただきたい。それぞれの精神障害者というのは、手帳を取らないで働いている方もいれば、手帳を取って作業所に行って、聞いてみたら 1 日当たりの給料が 53 円にしかならないとか、いろいろな方がいるわけです。ですからそれはいろいろな対応があると思いますが、それはきめ細かく考えていただいて、単にアパートに退院させたから、あるいは単に福祉ホーム B 型に行っただけからこれで社会復帰ができましたということではないと思います。それは実情に合わせて。

だってアパートにボンボン置くといっても、そ

れは退院はできたけれど、集まる場所も何もなければ、仕事もないのにアパートで何をするんですか。そうしたら仲間がいなければ本当にもうつぶれていきますよ。ですからそのところはきちんと考えていただいて、デイケアでも結構ですし、デイケアというのは医療という枠組みですが、グループホームだっていろんな形態があていいと思うんです。その辺のところは政策要求でやっていただきたい。

それから家族のほうですが、これは精神保健福祉法にも大問題があるわけで、「保護者」という状況があるものですから、当事者と家族が対立するという構造があります。これは法律的な構造ですからしょうがないんですが、現在、僕は家族会からも、当事者の全精連からも相談を受けていますが、やっぱりそれは協調してやっていきたい。ただしそれは敵対する家族もいるわけですから、ひどい場合には、相続なんかの場合ですけど、病院にぶっ込んでいる間に財産を……ということもあるんです。そのところは例えば主治医の方が、「あなた独立して家族から離れて住んだほうがいいから」なんていうことでもって、僕もアパートに住んでいたこともありますし、そういうことはワーカーの方も看護師の方も考えて働いていただきたいと思います。

最後にお知らせですが、5月27日に僕たちの集会が、国会のすぐそばの星稜会館であります。その前に参議院の中で院内集会もありますので、来てください。僕はそこで集会基調みたいなものを書いたら、そんなものは基調じゃないみたいなことを言われたので、僕の分析で出しますが、まとめた批判をちゃんとしますので、よろしかったら来てください。

司会 ありがとうございます。小林さん、どうぞ。

小林 下里さんに質問です。私は精神医療人権センターの小林と申しまして、Dの44棟に毎月一遍原則として通っている者です。下里さんはそのナースの方であるということですけど、みんな男の人なので、顔がよくわからなくてすみませんでした。

イギリスへ6ヵ月間行かれていたということで、アウトラインはいつもいろんな方が説明してくれるんですが、何が違うのか。とても専門的になってしまうんですが、治療方法で何が違うと感じられたのかをお聞きしたい。

というのは今、いわゆる観察法案（心神喪失者医療観察法案）というのがありますが、そこで治療方法なんて何も変わらない、同じことをやっているんだという方もいます。その一方で今年、[インスティテュート・オブ・サイキアディノスのパメラ・テラーさんが来たときに、多分そのところに行っていたんだと思うんですけど、日本の精神科の保安病院を建てようとするトレーニングをしているところはどういうわけかイギリスへ行くわけです。同じようなことでも刑務所にいる人たちはドイツに行くというふうに、国の政策がばらばらで全く方針がない。この施策というのは明治以来、全く同じなんです。

それでどういうことを感じてこられたのか。違いがあるのかどうか。そしてそれがここに書いてある、「松沢病院の将来は精神医療センター……」となるんですね。精神医療人権センターではなく、ただ精神医療センターというのが残念なんですけれども。どういう人を集めて、どういうふうにするのか知りませんが、果たしてこの松沢病院の現状の働き方から、そういう働き方への将来的な像

が具体的に描けるのかどうか。それをお伺いしたいんです。

それはここでじたばたすることではないし、下里さん1人がやることではないんですが、でもあまりにもイメージが描けないんです。そうすると変なものをつかってただ閉じ込めておくという、今の法案そのものを先取りするようになってしまっているのではないかと。それが質問です。

それからさっきの ECT の電気ショックのお話で、平田先生は良心的な方ですけども、それでも奥歯にものをはさまったような言い方しかなさっていないんですが、いわゆる無けいれん療法というのは望ましいのですが、松沢病院でそれがどれだけ行われているのか。それから、一般的に、精神病院で行われているのは無けいれんではなくて、いわゆる有けいれん法といいまして、麻酔科医がいて、というのではなくて、精神科のお医者さんが静穏薬とかを静注して、本人がわからないうちにわっとかけるという、現在はいわゆる国際的な基準では認められていない方法が大部分だと思っていた方がいいと思います。

でも東京都でも総合病院の、広尾病院だか何だか病院というところでやっているのは大体、麻酔を使っている。千葉でもそれをやっている。松沢病院でももちろんそれをやっているけれども、私の知る限りその病棟でわっとやっちゃっているのも多いですから。それから多くの私立の病院でも、いわゆる無けいれん療法が一般的です。そういうことは知っておいていただきたい。

患者さんたちは反対しているし、私たちも反対している。それはなぜかというと、まずインフォームド・コンセントがほとんど行われていない。家族のインフォームド・コンセントを取るという

ことで正当化していますが、インフォームド・コンセントというのは、本来はその治療を受ける人がやらなければいけないんです。

つい最近の出来事では松沢 D の 40 棟で、外国人だったんですけど、これはインフォームド・コンセントが本人にも家族にもされていなかった。家族が即面会に行ったんですけど、会わされなくて、後でカルテを開示しました。そのことで家族にも告げていないということがちゃんとカルテに書いてありました。

ただ一ついいことは、松沢病院は都立病院でカルテ開示をすると、その中の委員会があって、ちょっと時間がかかりますが、そこでちゃんと開示してくれます。しっかりと私たちにはわからない心電図となんとかのデータまで張ってあって、私たちにはわからない。お医者さんに頼まないといわれないんですが、それはちゃんとしてくれますから、もし皆さん、松沢病院にかかってだめだったら、まず最初に先生に頼んでみる。先生も結構そのまま見せてくれることもあります。だめならカルテ開示をどんどんご利用なさったらいいと思います。では下里さん、お願いします。

平田 追加で下里さんに。よくイギリスで人格障害の方を積極的に治療しようということで、法改正などもされたのか、されなかったのか、Dangerous People with Severe Personality Disorder（重度人格障害をもつ危険な人々／DSPD）ですか、そんなような話もありましたが、今国会で審議されている法律案というのは、人格障害の人は対象でないと言われています。

よく国会の答弁の中で「怒りのコントロール」とか「被害者への共感」とか、そういうプログラムが例示されたりしますが、それはやはり統合失

調症の方に有効な方法なのか、それとも人格障害の方に對するプログラムとして有効なのか。その辺、イギリスではどのような形になっているのか、教えていただければと思います。

イギリスは圧倒的にスタッフが多く、多いことによってケアを提供する

下里 まずイギリスと比べてどこが一番違ったかという点ですが、病棟に看護のスタッフと一緒に入ってみた看護からの視点でいいますと、先ほども言ったように、まずは圧倒的にスタッフが多くて、多いことによってケアを提供するということです。例えば非常におかげんが悪いときで、隔離室を使用しなければならない状態でも、通常、日本ですと隔離室内にトイレがあって、そこは同時に使っていただくようなところだと思うんですが、必ず（スタッフが）ついていて、そちらのほうに誘導してさしあげたりということが出来る。

それからデニスヒル病棟なんかでは、25人の患者さんがいらっしゃる中で、私が行っていた間は、日に平均して大体15～16人の方が院内のエスコート外出という形で、看護師が付き添って院内のちょっとした喫茶店なり売店みたいなところに外出ができるという状況でした。これも必ず1対1という形でついていきますので、人がいなければそういったこともしてさしあげられない。仮に離院のリスクが高い方でしたら、グループで外出することは困難であれば1対1でついていける。そういうところは非常に違うなと思いました。

もう一つは、看護からいいますと、英国、アメリカ、カナダとか、諸外国ではほとんどそうですが、患者さんが非常に興奮して危険な状態である、患者さん自身も危険だし我々も危険だという状態

のときに、どうしてもこちらから拘束しなければいけないという状態があります。英国ではC&R（Control and Restraint）という呼び方をされていて、外国ではほかの呼び方もありますが、非常にきちんとしたトレーニングコースがあります。これはただ機械的に押さえるというテクニックを学ぶだけではなくて、絶対に患者さんにけがをさせないというような配慮をしたり、心理的に落ち着いていただくような働きかけをどういうふうに行うべきかというようなことまで、すべて包括的に入った、40時間、1週間丸々受けなければいけない訓練がありまして、それをしなければそこで働くことができないことになっています。

そちらの病院に行って、向こうのスタッフの方にもよく「日本ではどうなんですか」ということを聞かれるのですが、日本のことをお話しすると、例えば「それでは患者さんの安静をどういうふうにごちらで見るとですか」といった言い方をよくされるということを経験しました。

向こうでは非常によく統一されていて、そのトレーニングの中には、決して痛みを加えてはいけないという法律的なことまで書かれていて、本当に最終的な手段として以外には、決して患者さんが痛いという形では押さえられない。実際に私もそれに参加してみましたが、非常にそういうところがしっかりしていて、しかも最低限、例えば非常に興奮して暴力行為が激しくなった方でも、その状態で安全にいていただく状態を15分ぐらいとって、落ち着いていただければそのまま戻っていくということがよく行われていました。

そういうふうに、そういったときの介入とかに関してもしっかりしたシステムができ上がっているということも非常に違うなと。日本にはそういっ

たことはありませんので、こういうのがぜひ必要なんだろうと、私も思って帰ってきました。

もう一つは、特に看護師で有資格者の方で、英国でも例えば大学院なんかの教育が非常に活発になっております。司法精神看護のコースであったり、一般の精神のコースであったり、そこでは多くの場合は認知行動療法をベースとしたトレーニングプログラムをやっていることが多いです。

病棟でもかなり活発に、先ほど言われたアンガー・マネジメントとか、Reasoning and Rehabilitation ですか、カナダで始まったそういったプログラムがイギリスに導入されてきたりと、例えば臨床心理士が1対1で行うセッション、グループで行うセッション、看護者のうちそういったコースをとってきた者が行うセッションとか、そういったものがプログラム・アクティビティとして行われていたのが特徴だろうと思います。

日本の場合、司法精神看護という言葉は看護者ですら耳なれないというのが現状だと思いますので、私も日本がどういうふうになるのかといったことについては、松沢病院のプランでもありますように、法律の動向を踏まえてということですので、日本の法律がどうなるのかということを見てみないと何とも言えないことですが、そういった部分の取り組みは日本でも必ず必要になるだろうと思っています。

そういったプログラムが人格障害の方、イギリスでは DSPD (Dangerous people with Severe Personality Disorder) の方についてののみかということになると、そうではありませんで、IOP (英国精神医学研究所) の精神看護学の教授とお話をしたところ、これはほとんどの方に適用できる診療法であるとおっしゃっていました。

男性 その前に電気けいれん療法のことが出たので、小林さんから質問とかご意見がありましたので。私はその D-40 病棟に勤めているんですが、先ほどのカルテ開示のあった件については既にカルテ開示もされているし、公にもされているので、私のはうから特にお話しすることはないんですが、病院全体としてもけいれんを伴わない、麻酔科医が管理した電気療法を今後増やそうということで、今は病棟のほうに麻酔医を招いて管理をしながらやるという方法を今年度から始めるというふうに、D の 40 病棟でもなっています。

それとインフォームド・コンセントですが、最近は主治医のほうから直接患者さんに電気療法をやりますと確認をしてやるケースが増えています。ご家族の同意でやるというよりも、本人の同意を中心にやっています。拒否されればやらないこともあります。当然ご本人ではなく、ご家族の同意をとってやることもあります。

司会 予定時間ですが、2 件ぐらい受けたいと思います。それでは前の女性の方、どうぞ。

女性 D 平田先生がせっかくおいでなので、ぜひ伺いたいのですが、東京都の精神科の救急のシステムと千葉県のシステムは多少違うと思いますが、東京都の精神科救急のシステムの中で松沢病院が担うべき役割というのはどういうものとお考えかというのが1点。もう1点は、これから松沢病院が救急とか急性期のほうに医療の内容を移していくということが東京都から出されていますが、その中で松沢病院がこの古い歴史の中でこれからどんなふうに変遷していったらいいのか、どういう病院になっていったらいいのか、個人的な見解で結構ですが、伺いたいと思います。

平田 後者のほうの質問は私には重た過ぎるので、

遠慮させていただきたいと思いますが(笑)。東京都の精神科の救急システムの最大の欠点は、これは立地条件上しょうがないところもあるんですが、診断の場と治療の場が分離しているということです。要するに都立4病院で診断をつけて、入院したら翌日にはもう後方転送になってしまうと。その分断されてしまったところが最大の欠点だと思います。ですから松沢病院が担うべき役割があるとすれば、その分断に何とか橋を架けていただきたいということです。

具体的に言えば、救急で緊急措置になって、入院された方の継続的な急性期の治療も病院の中で行われるようなシステムにすべきではないかというのが一つ。それから合併症の対応がかなり松沢病院はできると思いますので、救急のケースの中でも合併症、あるいは濃厚な身体管理が必要な人には、松沢病院内で継続して医療サービスが提供できるようなシステムにしていなければなりません。

医療従事者の方に人間の尊厳というものを聞きたい

司会 時間は5分ほど過ぎていますが、どうしてもという方、はい、お願いします。

男性 C 医療従事者の方にお聞きしたいんですけど、入院して感じたことなんですが、入院の方は今の姿というのは、病気のために身の回りのことができなかったり、食事が遅かったり、入浴がうまくいかなかったりになっていると思うんですけど、本来その人が病気になる前には、ちゃんとその人の誇りとか自尊心、人間の尊厳というものはあると思います。それを男性の看護師さんの方が割と呼び捨てにして、頭がパーになったり、「早く

食え」とかなんか言ったり、僕はちょっとそういうのはあれだと思います。

この病気はしつけのやり直しだとかいうような表現をされたときもあったので、そういうのは医療技術なのかなと思っていたら、聞いてみたら、「いやあれは本人を叱っているんじゃない。病人を叱っているんだ」と言ったけど、それは僕は詭弁だと思います。その辺はいかがお考えなんでしょうか。吉谷さんにお聞きします。

吉谷 ご質問ありがとうございます。非常に難しい問題ですが、改める点がありましたら改めます。今はすごく看護基準が厳しくなっています。過去にそのようなことがあったとしても、今はすごく厳しい時代になっていますので、今後はそういうことはまずないでしょうから、安心して治療を受けていただけたと思います。

男性 C それでは答えになっていないと思います。司会 補足いたします。いろいろな対応があったかと思いますが、もしかしてこれからもそういうことがないとは言い切れないと思います。病院としても接遇改善ということでは取り組んでいると思います。私たち従事者も個々人がそういうことは肝に銘じて対応をしていかなければいけないと思っています。

もし今後もそういう至らないというか、とんでもないような対応を受けたということがありましたら、松沢病院でも医事課のほうに、正式名称は忘れましたが苦情相談窓口というのが設けられておりますので、ぜひそちらのほうにお話を持ってほしいと思います。そうしないと、やはりなかったことにされてしまう、個々人の問題みたいなことで対応されてしまう、ということも多々あるかと思うので、そういうところを利用し

て改善をしてほしいと、そういうことをぜひ訴えてほしいと思います。

男性 C 医事課に苦情を言うとか、また人権センターに連絡するとか、それは最悪の手段で、まず医療従事者としての心構えの根本にかかわる問題として—例えば苦情を言うなんていうのはもう最低なことであって、そうやって目にしてきたことは事実です。さっき吉谷さんが言われたように、今は安心してご入院くださいというんですけど、それはあくまでも想像であって、繰り返すことは繰り返される不安もあります。

うまく言えないんだけど、僕が言いたいのは、気になったのは、僕のことじゃないんですけど、ある人のことを呼び捨てにしてぽーんとやって「早くやれ」なんて言っているのを、本人を叱っているのではなくて、病気を叱っているんだと言ったことについてのご意見を聞きたいんです。僕は詭弁だと思うんですけど。質問の意味となっていると思うんですけど、それはどうお考えでしょうか。

吉谷 ちょっと詳しい状況がわからないので何とも答えられない部分もあります。そのことを断定するわけではないですが、私自身、具合の悪い患者さんに接しているときに、なるべくいい言葉できちっと話していても、ひどくののしられたりすることもあるんです。

そういうときにやっぱり感情的には頭にきちゃったり、そういうことは起きるわけです。これは仕事だからそれはそれ、我々が対応しているのは病気の具合の悪い状態の人だからというふうなことで考えてやっているつもりですけど、やっぱりそういう職員のほうの心の問題が解決されないままに対応に出てしまうとすることはあるし、こ

れからもあり得るのではないかと考えています。そういう中で、例えば少し行動の遅い患者さんに、職員がついそういう言葉をかけてしまったりということはあるのかなと。僕自身、自分の体験に照らして、自分もそういうことをしたことがあるだろうし、気をつけているつもりでもそういう対応が出てしまうこともあると思っています。

僕が松沢に勤めたころは、そういうことに対する教育なんてなかったですね。むしろ精神病院というのは閉じた世界だったから、あまり外の批判も入らなかったし、むしろ職員のほうがそういう感情的なコントロールを失うというようなこともあったようです。でも今はトレーニングをちゃんとしていくという話もありますし、以前に比べれば病院の研修体制なんかもきちんとしてきていると思います。そういう中で問題が解決されるというふうには私は思っていますけど。答えになっていないんですけど、それぐらいしか言えないかなと思います。

自分たちもちゃんと感情的なコントロールも含めてできるというのがプロ

実行委員長 もう7年になりますが、この「ご近所フォーラム」を事務局ですとやらせていただきました。今のご指摘ですが、やはり人権が非常に大切だということでこういう取り組みを私たちはやっています。一昔前はこういうこともどこにも出ないまま終わっていったんだと思います。今日のご発言いただいた中身は院のほうにもちゃんと印刷物の形で届けますし、私たちは治療の中で、やはり職員の側が、自分たちもちゃんと感情的なコントロールも含めてできるというのがプロですから、きちんとした対応ができるように取り組ん

でいく。患者さんの人権を大切に、人格を尊重した形での医療をやっていくということを目指してこの試みをやっています。

私たちは別に病院や全部の職員を代弁することはできませんが、やはりよりよい治療関係、患者さんの人権を大切にするような精神医療の現場にしていきたい。私たちも外で、松沢病院でこういう取り組みもして頑張っているのよと言えるような形で、それが改革に実際につながっていくようにという思いでやっておりますので、多々ご指摘のあることは印刷物になってちゃんと文字として残って院側にも行きます。

今回も院長にも、「平田先生も見えますし、毎年こういう取り組みをしていますから」とご案内しました。たまたまご用があって来られないというお話でしたが、これまでのフォーラムでの報告集をぜひ見せて下さいと渡しました。「これからは自分たちもそういうことを大切にしていかなければ」と院長も副院長も自覚するような時代になってきました。

今日も、さっきからいびきが聞こえたりしていましたが、3人も4人も夜勤明けで今朝まで仕事をしても、ここに参加してくれているスタッフがいます。遅々とした取り組みではありますが、そういう形で何とかやっていきたいと思います。回答になるかどうかわかりませんが、こういう思いであります、ご理解いただきたいと思います。

今日、地域の方のご発言がすくなくて、時間がとれなくて申しわけありませんでした。ともに生きる精神病院という形で位置づけておりますので、地域の方にぜひ御意見を頂きたいと思います。アンケートなり、この後ファクスで送っていただいても結構ですし、今日ご発言なかった方も、何か

思いがあってここに参加していただいたと思いますので、何らかの形でぜひご意見をお寄せいただきますようによろしく願いいたします。

今日の長丁場、講師の先生、来ていただきまして、どうもありがとうございました。会場からの拍手で一応お礼をしていきたいと思います。

司会 龍眼さん、お知らせというか、何かありますか。

龍眼 お知らせではないんです。お願いですけど、一つは厚生労働省交渉の中で、この特別病棟をつくることを条件にして病棟を新設するようなお金を出すことはないでしょうねと言いました。そして、そんなことはあり得ないですよ。これは実は大阪の当事者で調べたことで、1回だけ特別病棟をつくってくれたら残りの病棟をつくる資金も出しますよ、みたいな話があったんです。そんなことをされたんじゃないもので、このことはしっかり、厚生労働省は5人役人が来てちゃんと答えていますし、議員の秘書もそれをちゃんと聞いていますし、テープ（録音）も取っていますので、松沢病院が古い病棟があって新築したいというのはよくわかっていますけれども、そのことと特別病棟とは関係なく予算が出ますので、そのことはお伝えしておきたい。

それからもう一つ、家族も当事者もそうですが、医者によって出す薬が違ふとか、診断が違ふとか、標準医療がないというのが今の精神医療の実態だと思います。陽和病院では例えば院内学会というのがありますが、それでもやっぱりある医者は薬をたくさん出すしゃる医者は薬を減らすしという状況です。とにかく薬が多すぎて目がとろんとして、これじゃ働けるものも働けないと。こういう家族の声もあります。これは文部科学省の問題か

もしませんが、きちんとした標準医療をやって
いただきたい。

それには例えば指定医の研修がたったの1日の
講習で終わってしまうなんて、そんなことはやめ
ていただいて、きちんとした精神科の中身—それ
は ICD10 もあるかもしれませんが、日本の精神
科医はそれなりにきちんとした業績を持っている
わけですから、批判もあるでしょう。ですからそ
れをどんどん外国に翻訳して出すなり何なりして、
きちんとした、本当に当事者のための医療をちゃ
んと確立していただきたいというのがお願いします。

あと今日の毎日新聞に全面広告が載っています
ので、それはお知らせです。

司会 ありがとうございます。毎日新聞の全面広
告というのがありました。今日の日付で全面広告
が出ています。心身喪失者医療観察法に反対しま
すということで、全面広告を出していますので、
どうぞ見てください。

今日は 20 分も予定時間をオーバーしてのフォ
ーラムになりました。家族の方や地域の方々、当
事者の方々からもたくさんの貴重な意見をいただ
きました。これを私たちがすぐに、こうします、
ああしますということにはなりません、その一
歩として、これをテープを起こして報告集をつく
りたいと思います。それを院のほうにも届けて、
こういう声があります、私たちもこういう医療が
したいんです、ということは伝えたいと思います。



<会場からのアンケート>

1. 平田先生のお話は非常に参考になりました。
24 時間稼働の電話情報センターによる救急医療システム、特にわが国の精神病院の平均像で社会的入院 50 人を含む慢性期病床が 200 床あることなど政府は将来全国で 7 万人強の入院患者を地域社会に戻すという受け皿はあるのか心配です。社会的入院の 50 人(%)は社会に戻しても生きていけないといえます。この流れの激しい時代に死ねというのでしょうか。

2. 私は仕事で松沢病院に出入りしている者ですが、精神科の実態については何も分からないので今回のフォーラムに参加させていただきました。実際に医療現場に働いている方の話をうかがうと、精神医療の難しさがあらためてわかりました。

それに反して、英国等とくらべてスタッフが手薄であると思いました。行政に対してそれらを訴えけるとともに、地域の住民も精神医療の実態をもっと知ることが大切だと思いました。そういった意味でも今回のフォーラムは大変有意義だったと思います。

3. ご近所フォーラムなのだから松沢病院の医師の話が聞きたかった。千葉県の話よりも東京の話をしたほうがよかった。でもめったにない機会なので、このような企画はつづけてほしい。

私は今患者として外来に通っていますが、必ず病気を治して、精神保健福祉士になりたいと思っています。ケアされる側よりもケアする側に回りたい、そして自分の経験を生かしたいと思っています。

4. 松沢病院では訪問看護を始めたとお聞きし、当事者に必要なサービスは何かと考えるとホームヘルプ、看護師、保健婦とネットワークをつくることも考えてほしいです。

5. 松沢の外来に来て、近所のアパートで生活しているが、ノーマライゼーションの面から考えても「地域住民の人が精神病院のある町に住んで」という視点で多数参加してほしいと思う。なお今後とも続けてほしいと思います。不動産業者、大家さんや町会長の参加があればうれしい。

6. 第 13 回目に始めて参加しましたが、非常に参考になりました。松沢病院のデイケアに席を置きながら、この 4 月から社会復帰支援室の訪問看護を受けて毎日生活しています。母親が数年前になくなり都営アパートで一人暮らしです。現在原因不明の腰痛があり不自由な生活です。生活保護の関係上アルバイトやパートもできないので、このような催し物に参加して交流することを楽しみにしています。今自は入院しているお友達に面会し、また来ますといって別れてきました。体に気をつけてお互いに頑張りましょう。

＜編集後記＞

第13回フォーラムの質議の時間に、電気ショック療法について、質問者の切実な発言とそれに丁寧に答え頂いた平田医師との応答がありました。フォーラム実行委員会としては、松沢病院の医師こそがこの任を果たすべきであると考えますが、千葉県精神科医療センターの医師である平田医師から真摯にお答え頂きました。深く感謝致します。

☆ ☆ ☆

松沢病院は、2003年10月から東京都精神科身体合併症医療事業に参画しています。毎月当番の2日間17:00～翌朝まで、電話相談でトリアージュされたあとの患者さんを診察し、必要であれば入院も受け入れるというものです。しかし、10月から3月まで松沢を受診する事になった患者さんは数名でした。

過去の東京都の精神科救急の実態(2002年9月から7ヵ月間の実績)は、電話相談の件数約3300件、24条警察官通報約2300件、2次救急146件、身体合併症15件でした。ここで不思議に感じるのは、電話相談と警察官通報の数に比べ合併症救急で受診にいたった数15が極端に少ないことです。このシステムはユーザーの要望に込えているのか、特にトリアージュは「適切に」行なっているのかとの疑問がわいてきます。

☆ ☆ ☆

過去のフォーラムで何人かの参加者から、友だちや知り合いが「通院歴のある人は、精神病院に行きなさいといわれ、受診拒否され手後れで不幸な結果になりました」と発言された事や夜間は警察官通報を通じないと精神障害者は医療を受ける事が出来ないのかという疑問です。

家族会のある人にこの数字を言って「どうしてなのでしょう？」と聞いたところ、遠慮がちに小さな声で「本当は病院に行きたくないんです」「病院に入院したくないんです」。そうなんだ病気がひどくなって本当に直してもらいたい時に、安心して行ける場所にはなっていないという現状に、私は衝撃を受けました。

しかし、それゆえにこそ風通しのよい精神病院にする意味があり、人権を尊重されているとユーザーが感じられる病院にする努力がもっともっと必要だとこの数字は語っているのだと腑に落ちました。

また13回のフォーラムでユーザーから「～なぜ？人間として尊重してもらいたい」と発言がありました。「人権を尊重する医療ができるよう努力しています」と答えた事の「真実の姿」が、本当の意味で見えてきました。まだまだ私たちのなすべき事が多くあります。

☆ ☆ ☆

今春、松沢の中庭(小グランド)で、満開の桜と年代物のケヤキの大木に囲まれて夜桜を楽しみました。ひやりとした空気の中に白く浮き立つ桜の大木、星の輝く

漆黒の空がまあるくどこまでも深く続いて、自然の中に包み込まれたひとときであったのですが、松沢に入院している 1000 人もの患者さんがこの同じ空間にいるのに、この自然の美しさを楽しむ事もなく、眠剤で早々とベッドに入り、どの窓もカーテンはぴったりと閉められたままでした。ここでも「病気」故に、長期入院も当然とされ、普通の生活とは程遠く、「人間の自由」は甚だしく制限されていると感じました。120 年以上松沢とともに生きてきた小グランドの桜とケヤキの大木から、14 回目のフォーラムを準備する気力をもらいました。

第 13 回ご近所フォーラム実行委員長 植西 英子

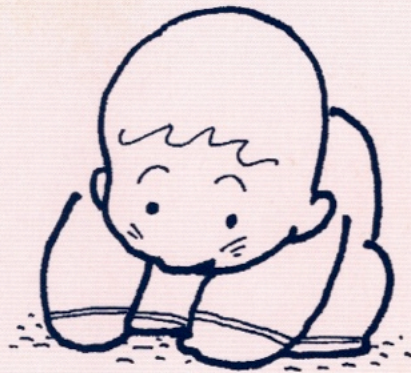
2004 年 4 月 19 日

<2003 年ご近所フォーラム・実行委員メンバー>

植西 英子 (実行委員長) 太田 トミ 境 美由紀 佐々木 陽子

島崎 尚子 清水 田美代 下里 誠二 中嶋 宏樹

中田 孝行 原 義昭 吉田 仁 吉谷 昭廣 (あいうえお順)



ご近所フォーラム報告集 No.13

発行日 2004年5月8日

発行 東京都立松沢病院労働組合精神医療対策委員会
東京都世田谷区上北沢2-1-1

☎ 03(3304)3500