

「地域精神医療—精神保健福祉センターの立場から—」

岡山市こころの健康センター 太田順一郎

イギリスやアメリカに比べ 50 年遅れて、ということになるかもしれないが、わが国もやっと「入院医療中心から地域生活中心の」精神保健医療福祉システムに移行しようとしている。厚生労働省は平成 16 年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を打ち出し、その中で約 7 万人の社会的入院の解消を目標として挙げた。その後も精神科病床の入院者数は相変わらず約 32 万人と横這いであるが、上記「改革ビジョン」とは関係なく平成 8 年に 21.5 万人であった統合失調症の精神科病床入院者数は、すでに平成 20 年には 18.5 万人に減少している。50 年遅れてではあれ、わが国も「地域生活中心の」精神保健・医療・福祉システムをそれなりに構築するだろうし、社会的入院の解消、精神科病床の削減もそれなりに進んでいくだろう。

今後わが国は、これまで世界の諸外国にはあまり見られなかったような地域精神保健・医療・福祉システムを構築していく必要がある。日本は昭和 30 年代～50 年代にかけて、民間資本を主体とした「精神病院ブーム」と呼ばれるような精神科病床の著しい増大を経験し、その後 20 年以上にわたって過剰と言われる病床数を維持している。民間資本によって医療制度を維持している国はわが国だけではないが、入院患者の 9 割を私立の精神病院が引き受けているという点はわが国の精神科医療の大きな特徴であり、公的財源によって医療費が賄われているイギリス、イタリアなどの国々とは、大きく異なる状況がこの日本にはある。このため、今後わが国の精神科医療システムが「入院医療中心から地域生活中心」に転換していくとしても、そのときに「民間資本中心」のシステムであることは変わらないだろう。その点がこれから構築されるわが国の地域精神保健・医療・福祉システムの特徴となるのである。

今後のわが国の精神保健・医療・福祉システムを構築する上では、いかに現在の民間医療資本を活用し、一方で公的機関がいかにその責任を果たすかが重要になる。現在岡山市こころの健康センターで実施している往診・訪問を中心とした地域支援活動においては、その 2 つの領域が混在したままであるが、今後に向けて地域精神医療における民と公との役割を検討しておくことが重要である。

### 地域精神医療—精神保健福祉 センターの立場から—

岡山市こころの健康センター

太田順一郎

### 中国・四国精神神経学会 利益相反(COI) 開示

- 発表者名: 太田順一郎
- 演題発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある企業などはありません。

### 岡山市こころの健康センター

- 精神保健福祉センター。平成21年4月開設で現在7年目
- スタッフ;精神科医1、保健師3、精神保健福祉士4、心理職2、事務職3、その他非常勤の専門職が数名
- 医療的機能;診療所届けを出しており、所内診療、往診活動を開設当初から行っている

### ただしセンターの業務としては

- 精神保健に関する4つのメイン事業と、岡山市内で起こる精神科医療・保健・福祉に関連するさまざまな相談への対応。
- 法定業務;精神医療審査会の事務局、自立支援医療の判定・発行、精神障害者保健福祉手帳の判定・発行。

### 4つのメイン事業

- (1)精神障害者の退院促進・地域生活支援(精神障害者地域支援システム整備事業)
- (2)思春期精神保健対策(思春期ケースマネジメント事業、地域ひきこもり支援センター、精神病の早期介入)
- (3)地域依存症対策(職域でのアルコール問題への早期介入とアルコール問題に関するGP ネット)
- (4)自殺対策(主に未遂者対策)

### 地域移行(退院)支援?

- わが国の精神科病院には長期にわたって入院している患者さんが大勢いる
- すでに病状としては入院治療が必要なくなっている人たちも少なくない~精神科病院が「病院」ではなく「施設」として利用されている状況がある



退院に向けての支援の必要性

| 精神保健福祉分野における制度改正の経緯 |   |
|---------------------|---|
| 背景                  | 制度改正の概要   |
| 精神衛生法<br>S28年<br>成立 | 精神病者監禁法と精神病監禁法の廃止・分離<br>◎措置入院制度の創設<br>◎保護義務者の同意による入院制度の創設<br>◎一般人からの診察及び保護の申請、警察官、検察官、矯正保護施設長の通報制度の創設 等 |
| S29年<br>改正          | ◎非常裁判人の設置する精神病院の設置及び運営に要する経費に対する国庫補助明定の創設 等   |
| S38年<br>改正          | ◎入院患者費の国庫負担率の引上げ(2分の1→10分の8) 等  |
| S40年<br>改正          | ◎措置入院手続きの改正(緊急措置入院制度の創設など) 等  |
| S62年<br>改正          | ◎精神医療審査会制度の創設<br>◎緊急入院制度、任意入院制度の創設<br>◎精神障害者社会復帰施設に関する規定の創設 等   |
| H5年<br>改正           | ◎精神障害者社会復帰促進センターの創設<br>◎精神障害者の定義規定の見直し 等  |
| H7年<br>改正           | ◎精神障害者保護福祉手帳制度の創設<br>◎医療保護入院等を行う精神病院における常勤の指定医の必要 等   |
| H11年<br>改正          | ◎医療保護入院の要件の明確化(任意入院の状態にない旨を明記)<br>◎保護者の自衛他害防止監督義務規定の創設 等  |
| H15年<br>改正          | ◎心神喪失等で重大な被害行為を行った者に対する継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導 等   |
| H17年<br>改正          | ◎精神医療審査会の委員構成の見直し<br>◎特定医師の診察による医療保護入院等の特別措置導入 等  |

### わが国の精神科病床増大の歴史

- 昭和38年の全国精神衛生実態調査、翌39年のライシャワー事件などをきっかけに昭和30年代、40年代に精神科病床数が急増。
- 国庫補助、精神科特例などによる誘導に乗って、「精神病院ブーム」。統合失調症患者を中心に入院患者数増加。
- そのまま35万床を維持し、ここ数年の入院患者数は32万～33万人で横這い。社会的入院の問題化。

### 全国精神衛生実態調査(昭和38年)

- 厚生省による精神障害者に関する戦後の全国調査は、昭和29年、38年、48年、58年の4回行われている。このうち、昭和29年と38年の調査は標本調査による全国調査であり、調査員による聞き取り調査を行なっている。
- 精神障害者総数(推計) 124万人(12.9%)
  - 精神病 57万人(5.9%)
  - 精神薄弱40万人(4.2%)
  - その他 27万人(2.8%)
- 入院を必要とする者 28万人(3.0%)

括弧内は人口1,000人あたりの有病率

### ライシャワー事件



- 1964年3月24日正午頃、東京都赤坂のアメリカ大使館裏出口でライシャワー駐日米大使が車に乗ろうとしたところ、待ち伏せていた男に刃渡り16センチのナイフで右腿を刺され重症を負った。

### 犯人のその後

- 事件当日の朝日新聞夕刊「警視庁公安三課、外事一課が調べたところ、〇〇市の少年(19)で、『両目が悪いため就職もできない。アメリカの方針が悪いからだ』などと口走っていて、精神異常の面もあるが、さらに追及している」少年の名前は匿名で報道されていた。
- その後の捜査で、その年の1月に起きた米大使館放火未遂事件もこの少年が関与した疑いが強まった。
- 少年は精神鑑定を受けた後、6月、処分保留のまま釈放されると同時に、精神衛生法により措置入院となった。さらに入院先での再鑑定によって「重い破瓜型精神分裂病」と診断され、8月、心神喪失状態での行為とされ、不起訴処分となった。

### ライシャワー事件への反応(メディア)



- 3月25日付朝日新聞「天声人語」:「春先になると、精神病患者や変質者の犯罪が急増する。毎年このことだがこれが恐ろしい。危険人物を野放しにしておかないように、国家もその周囲の人ももっと気を配らなければならない。犯人が精神病的だったからといって、外国大使を傷つけた日本の責任が軽くなるというものではない」
- 同紙の座談会記事前文:「ケネディ大統領暗殺がテロだったのとは違い、これは精神病患者の発作的凶行だったということで、国際的な影響などの心配はうすらぎました。しかし、半面、精神病患者の野放しという問題が大きく浮かび上がったわけです」

### ライシャワー事件への反応(政府)



- ・ 事件当日の午後、参議院予算委員会で、警察庁長官が「突発的に事件を起こす危険性のある精神病患者は全国で30万人近いといわれている。なんとか精神病患者を治安取り締まりの対象にできないかと考えている」と答弁。
- ・ 事件の翌日、国家公安委員長が責任を取って辞任し、日本政府はアメリカ政府に陳謝。
- ・ 当時の池田勇人首相が「こういう患者の野放しは文明国として恥ずかしい。急いで取り締まれるように対処せよ」と指示。
- ・ 小林武治厚生相が若松栄一公衆衛生局長に「急いで法律改正作業を進めて、野放しの患者が一人もいないようにしたまえ。金はいくらかかってもいいという内閣の厳命だ」と指示。

### 「精神病院ブーム」を引き起こした諸施策

- ・ 民間精神病院への国庫補助。
- ・ 金融公庫の低金利政策; 1950年、金融公庫法を改正して低利での融資を可能にした。これは現実には過疎地域で廃校になった小・中学校を取り壊して病院に移管することなどに用いられた(⇒教室に畳を敷いて大部屋に)。
- ・ 医療金融公庫法施行: 医療金融公庫による精神病院への長期低金利の優先的融資(1960)
- ・ 措置入院の医療費: 国の補助を10分の5から10分の8にした(1964)。
- ・ 医療法上のいわゆる「精神科特例」。

### 医療法上の「精神科特例」

- ・ 1958年10月02日 厚生事務次官通達(発医第132号) 精神病院を特殊病院と規定。医師の数は一般病院の3分の1、看護婦数は3分2を可とした。2000年12月、改正。

|     | 一般病床 | 精神病床1 | 精神病床2  |
|-----|------|-------|--------|
| 医師  | 16:1 | 16:1  | 48:1   |
| 看護師 | 3:1  | 3:1   | 4:1 ※1 |

※1 当分の間5:1でも可。

精神病床1: 100床以上の総合病院及び大学病院  
精神病床2: 精神病床1以外の精神科病床

### 1961年 精神衛生法一部改正

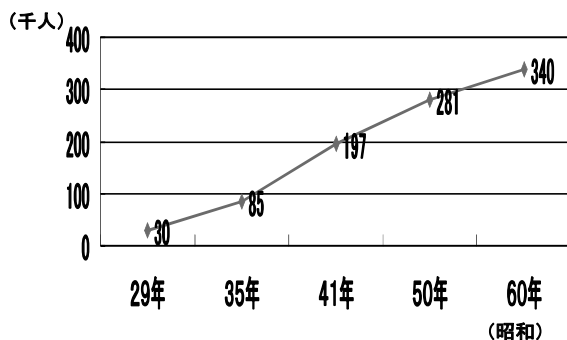
- (1) 措置入院に対する国庫負担率を引き上げて措置入院を強化拡大し、社会不安を除去することを意図した。
- (2) 同改正に伴う施行令「精神衛生法の一部を改正する法律等の施行について」(衛発729号、1961.9.18)  
「精神病床の数及び措置予算の制約のため、措置要件該当者全部は措置し得ない状況にあるので、措置対象者の選択を行うためには、次の方針によらねばならない」と

1. 入院させることについて患者の保護義務者等の関係者が反対しており、同意入院を行うことが不可能な場合には、最優先的に措置に付すること。
2. 患者の保護義務者が、入院それ自体には賛成しているが経済的理由から措置を希望している場合には、原則として所得の低い階層に属する者を優先すること

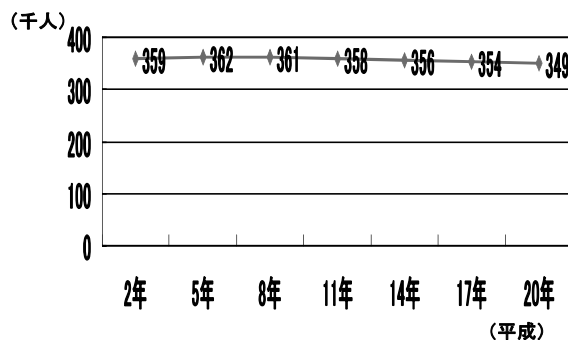
⇒⇒「自傷他害のおそれ」が拡大解釈され、措置入院患者が増加【**経済措置**】

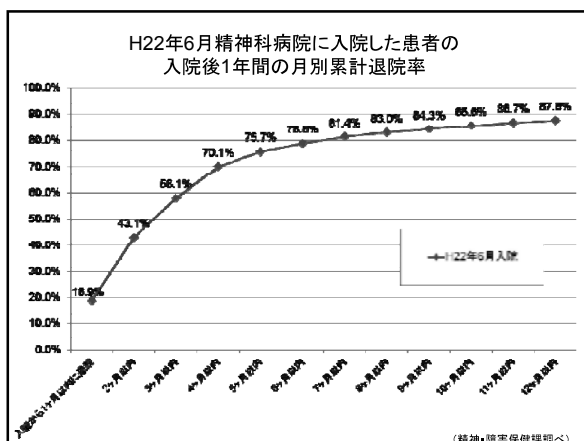
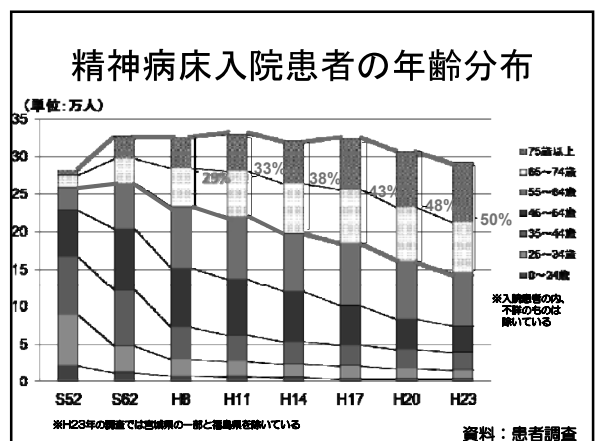
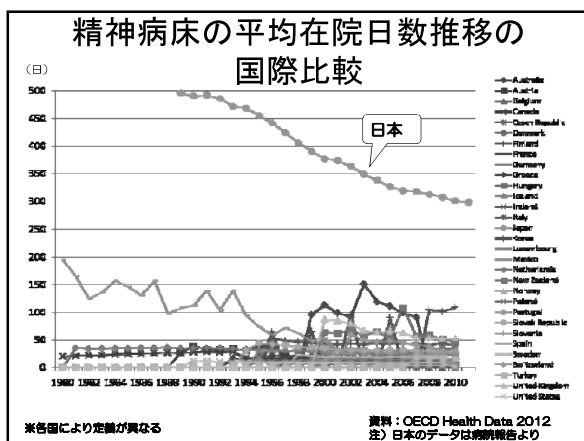
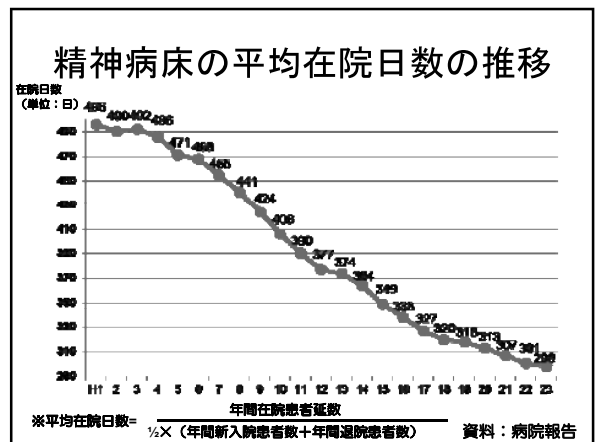
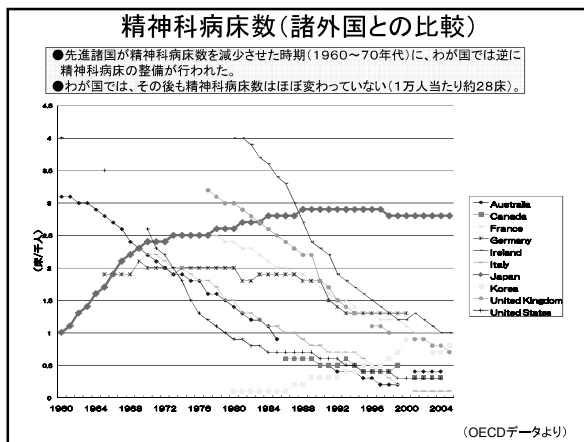
- ・ 1957年(昭和32年)には8,455人
- ・ 1960年(昭和35年)では11,688人
- ・ 1961年(昭和36年)には34,829人

### 精神科病床数の推移(昭和)



### 精神科病床数の推移(平成)





### (いわゆる)社会的入院者数

- 1999年の患者調査をもとに、「病状としては退院が可能な状態であるにもかかわらず、受け入れ条件が整わない等の社会的な理由により入院継続を余儀なくされている患者」数が報告された。これがいわゆる「社会的入院者数」であり、このとき約7万2千人。
- その後2002年調査により、6万9千人(全入院患者数32万9千人の21.5%)と下方修正。
- 2003年の日本精神科病院協会の調査で、同様の患者数は3万8600人とされた。
- 2006年の障害者自立支援法に基づいて、各自治体に障害者福祉計画策定が義務づけられ、入院1年未満を省いて4万9千人とされた「社会的入院者」のうち、2011年度までに3万7千人を地域移行させることを目標として掲げた。
- 昨年秋の「あり方検討会」の最終報告書では2005年患者調査をもとに約7万6千人の「社会的入院者」がいるとした。

『精神保健医療福祉の改革ビジョン』  
平成16年 厚生労働省

今後10年間の精神保健医療福祉体系の再編の  
具体的方向性を達成目標として示した。

考え方の中心は  
「入院医療中心から地域生活中心へ」

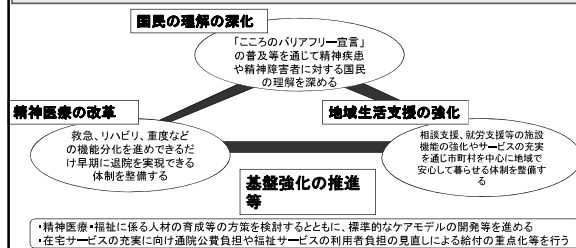
↓↓↓  
実施される施策のメインになっていたのは

- ①「7万2千人の社会的入院者の退院」
  - ②「精神障害に対する偏見の解消」
- の2つの目標

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

※平成16年9月 精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）決定

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、  
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

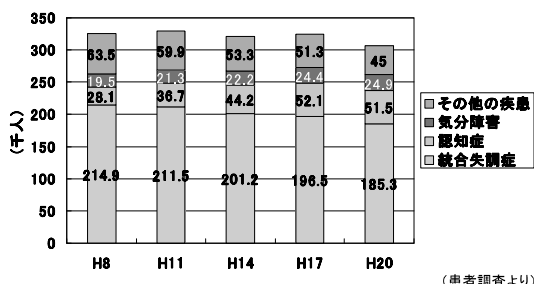


「入院医療中心から地域生活中心へ」という  
精神保健福祉施策の基本的方策の実現

※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な約7万人について、解消を図る。

精神病床入院患者の疾病別内訳

・統合失調症の減少、認知症の増加



『精神保健医療福祉の更なる改革に向けて』平成21年9月【評価】

- ・「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする」→→一定の成果
- ・「受け入れ条件が整えば退院可能なもの」の数は→→7万人から7万6千人に(増えちゃった?)

※当初「指標」とされていた「平均残存率」、「退院率」については、新たな指標が必要であるという結論となった。

『精神保健医療福祉の更なる改革に向けて』平成21年9月【今後】

1. 精神保健医療体系の再構築
2. 精神医療の質の向上
3. 地域生活支援体制の強化
4. 普及啓発(国民の理解の深化)の重点的実施

1. 精神保健医療体系の再構築

- ・ 医療法上の「精神科特例」の見直し～少なくとも経過措置の見直し
- ・ 入院の評価体系の策定
- ・ 統合失調症患者の退院促進(これには実数目標あり 5年間で4万6千人)
- ・ 認知症患者への対応
- ・ 身体合併症への対策(総合病院対策)
- ・ うつ病、依存症、児童・思春期問題への対応
- ・ 早期支援体制の強化
- ・ 地域精神保健医療提供体制の再編

### 諸外国は？：英・米・伊の取り組み

- ちょうど50年前、イングランドでは同様の取り組みを行った。1957年精神科病床数14万8千床。61年パウエル厚生相が75年までに病床を半減し、地域医療施設に置き換えると宣言し、これをほぼ達成した(当初から地域資源が十分だった訳ではない)。
- アメリカは、1955年の精神病院入院患者数が56万人。これが、63年のケネディ教書により州立精神病院のベッド削減が進められ、75年には20万人に激減した。しかしその後、退院後地域での精神障害者の悲惨な生活が明らかになり、大きな批判にさらされた。
- イタリアでは、60年代のトリエステにおけるバザーリアの挑戦に代表される公立精神病院の解体が進められ、地域精神保健の資源、プログラムの充実を目指した。

### 「精神病及び精神薄弱に関する大統領教書」(1963)



- 1955年の公的な病院(連邦立、州立および群立)の数は352、入院患者数は56万人に及んでいた。
- 「広汎な新しい精神衛生対策を押し進めるならば、10年か20年のうちに、現在監置的医療を受けている患者の50パーセント以上を減らすことができよう。多くの患者が自分自身にも、家族に対しても、苦しみを与えずに家庭で生活させられるようになり、入院患者の社会復帰も促進されるだろう。患者はほとんど例外なしに、有益な人生をとりもどすことができ、精神病にともなう家族の不幸をなくすることができる。そしてわれわれは公的資金を節約し、人的資源を保存することができるのである」

### ケネディ教書のもたらしたもの

- ニューヨーク市福祉局精神保健部長ロバート・リーチの論文「慢性精神病患者のケア 国家的恥辱」(1973)。「ニューヨーク市には55年を超すナースホームのベッドがあるが、その半分は精神病院を退院させられた慢性精神病患者で占められている。これらの多くは失敗したモデルか古びた旧式ホテルの転業者によって経営され、たまた、部屋と賄いを提供するだけである。…元患者の多くは、場末の簡易旅館に集まってくる。そこには売春婦、出獄者、麻薬常習者たちのねぐらである。元患者たちは最も弱いグループに属するから、彼らは容易に現代社会の病弱者の餌食にされ、暴力の犠牲者、身体的侵害の被害者にされてしまう。…孤立無援の精神障害者を敬意に満ちた地域社会に放り出すとする現在の政策は道義に反し、非人道的である。それは、中世の精神病患者が街をさまよひ、悪童たちが彼らに投石する情景の再現にほかならない。これこそまさに国家的恥辱 (national disgrace) である。」
- 1978年、精神衛生委員会のカーター大統領への報告:「いまなお、ほとんどの精神病患者が未治療のまま社会の片隅に打ち捨てられている。アメリカはもつと多くの資金と人を彼らのために投じなければならぬ!」
- その後1980年10月に「Mental Health Systems Act」が成立。1981年~1984年に精神保健についての予算7億1950万ドルが計上され、その大部分が地域精神保健サービスに用いられることになった。

### イギリスの地域精神保健施策



- 1957年精神科病床数14万8千床。1959年に精神保健法ができ、拘留ではなく自由意志での入院が促進され、必要がないのに入院している患者の減少を促した。61年パウエル厚生相が75年までに病床を半減し、地域医療施設に置き換えると宣言し、これをほぼ達成した。
- 1973年のオイルショックのあおりを受けて、地域ケア資源の整備は進まなかった。1979年のサッチャー政権の成立で福祉予算が削減され、地域ケア計画の遂行は極めて困難に。
- それでも地域ケアは推進され、とりわけ1997年に発足したブレア労働党政権以降、地域精神保健ケアシステムの充実が図られている。

### イタリアの精神保健改革



- トリエステなど北イタリアの都市を中心に、フランコ・バザーリアとその共鳴者によって始まった運動。
- 1978年5月、180号法(精神病院をなくす法律)が成立。精神病院への入院が禁止される。強制入院は大学病院の精神科のみに短期認められる。
- 2001年次点で、イタリアには707ヶ所の精神保健センターがある。そのうち「24時間、365日オープン」は50カ所。他はほぼすべて「12時間オープン、日曜祭日休み」。

### フランコ・バザーリアと180号法



- 1961年、ゴリツィア県立精神病院の院長として赴任。その鉄格子と悪臭に衝撃を受ける。
- 病院改革(解体?)を進め、800人いた入院患者が300人まで減ったときに、外泊中の患者が殺人事件を起こし、裁判を経て退職。
- 1971年、トリエステ県立サン・ジョバンニ病院の院長として迎えられ、1,150人いた入院患者を次々と地域に戻して、1977年には同院を廃院とした。
- 翌1978年、与党キリスト教民主党内野党のイタリア共産党が閣外協力し、精神病院への新たな入院を禁ずる180号法(バザーリア法)が成立した。

### 180号法の特徴



- 1) すべての入院を停止することにより精神病院を徐々に縮小する(まず新規入院を禁止、次に再入院も禁止)。
- 2) 治療は、一定の地域を管轄する病院以外の地域社会内施設で行われるべきであり、そこではあらゆる精神科的介入が用意されていなければならない。
- 3) 入院(自発的であれ非自発的であれ)は、地域内での治療が不可能であるか、既に破綻してしまっている場合の例外的な処置とみなされる。
- 4) 病院における強制的診断や治療は、①緊急な介入が必要な場合、②必要な治療が拒否された場合、③地域での治療が時宜を得て実施できない場合、に限って行われる。

### 退院促進／地域移行支援

- H12年度 大阪府が「退院促進支援事業」開始
- H18年度 厚生労働省が「退院促進支援事業」開始
- H20年度;厚生労働省が「精神障害者地域移行支援特別対策事業」開始し、地域体制整備コーディネーターや地域移行推進員を配置。岡山県も同事業に参加。
- H22年度;「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」となる。
- H24年度から福祉サービスとしての「地域移行支援」となる(残念ながら、あまり利用されていない)。

### 精神障害者地域支援システム整備事業

【地域移行支援(退院促進)】:精神科病院の病棟に、当センタースタッフが入り、集団＆個別の関わりで退院に向けての援助。ピアサポーターの協力も期待。

【地域定着支援(危機介入)】:未治療、治療中断の患者さんへの訪問・往診での援助。治療導入や再入院の防止。

【地域生活支援】:各種医療機関、福祉サービスと連携し、訪問を中心とした日常生活支援。

### 【地域移行支援(退院促進)】

- 岡山市内に精神科病院が7ヶ所(認知症中心のところも含む)。精神科病床を有する大学病院精神科が1ヶ所。
- 当センターが初年度に入った病院は当初は4ヶ所。その後平23年からは全病院を対象としている(生活保護受給者と市町村長同意による入院者への面接を開始したところから)。
- 初期は、病棟活動に参加したり、病棟・病院スタッフとの会議を重ねたり、病院職員対象の研修会を企画したり、が中心であった。2年目から個別ケースの支援を中心に据えている。

### 退院支援の実際

|     | 個別面接者数(人) | 個別支援者数(人) | 個別支援回数(回) | グループ支援延べ人数(人) | 退院者数(人) |
|-----|-----------|-----------|-----------|---------------|---------|
| H21 |           | 4         | 52        | 220           |         |
| H22 |           | 14        | 181       | 1392          | 3       |
| H23 | 51        | 45        | 749       | 681           | 6       |
| H24 | 114       | 40        | 601       | 690           | 3       |
| H25 | 162       | 45        | 1499      | 272           | 7       |
| H26 | 151       | 59        | 2120      | 164           | 4       |

### 往診の話／個人的な経験

- 民間病院に11年;往診や地域リエゾンをたくさんやっていた
- 大学病院に6年間;院内のリエゾンばかりで地域への往診はなし
- 県立病院に3年間;ごくまれに往診あり。定期的なデポ剤の注射や、病状増悪時の対応



### 岡山市こころの健康センターの 訪問・往診活動

- 岡山市こころの健康センターでは、発足した平成21年4月当初より、医師、保健師、精神保健福祉士等による訪問・往診活動を行っている。訪問・往診の対象は特に定めておらず、精神保健・医療・福祉の対象となるケースで、訪問・往診が必要であればどなたでも、と考えている。

※参考 昨年度実績(延べ)

・訪問 1,784件

・往診 533件

### 国のアウトリーチ推進事業

- 一方で、厚生労働省の進めてきたアウトリーチ推進事業では、事業内容に少しずつ変更が加えられる中で、実施主体を民間医療機関に想定していることや、その医療機関がすでに関っているケースを主な支援対象と考えており、精神科医療・保健領域のアウトリーチ活動における公的機関の役割については、今後の検討課題となっている。

### 国のアウトリーチ推進事業と 岡山市こころの健康センター

- 平成22年度・危機介入事業(地域定着支援事業の枠内);参加
- 平成23年度・アウトリーチ推進事業(実施主体を民間の医療機関に想定、病床削減が条件);不参加
- 平成24年度・アウトリーチ推進事業(「未受診者」を対象外に);不参加

### 往診ケース・例示

- さて、演者がアウトリーチ支援を行っているケースをいくつか提示してみます。

※症例はプライバシーに配慮して改変し、本人または家族に説明し同意を得ている

### 1. 守護神様の声に従う女性

- 63歳 女性 統合失調症
- これまで精神科受診歴はなし。
- 短大卒業後数か所で医療事務の仕事などをしてきた。20代半ばで結婚、離婚を経験。29歳からは現在の借家で暮らしていたが、40歳頃から仕事に出なくなり、実家からの送金で暮らしていた。
- その後は他者との関わりを避けるような生活を送り、わずかに民生委員と大家が関わる程度となっていた。

### 演者の関わり(1Y7M)

- 62歳で脳梗塞を発症し、総合病院に入院。2週間の急性期治療の後、転院して3か月間のリハビリ治療。
- この入院中に幻聴などの精神病症状のためMSWから当院に診察依頼が入る。
- 入院中に往診して治療を開始。病識はないが、なんとか治療関係(支援関係)を作る。
- 退院後支援チームを作り、ケアマネを中心としたチームのメンバーとして往診を継続。

## 2. 拘置所で戦っていた男性

- 35歳 男性 統合失調症
- 幼いころに父親が再婚したが、継母に虐待を受けて施設に入所していた。中卒後は土木の仕事に就くが、すぐに暴力団の組員となり、少年院、刑務所に数回入っている。
- 20代半ばに暴力行為で逮捕されて拘置所に入っていたときに、食事に毒が入っていたり、隣室から異様なものが侵入してきたりするため、繰り返し職員に訴え、所長に文書を出したりもした。
- 受刑後、実家に戻り、ひきこもり気味の生活を送っていた。

## 演者の関わり(4Y3M)

- 実家に戻った頃から独語が目立った。大声で笑ったり、怒ったり。2階の窓から外に向かって大きな声で怒鳴り、近所の公園や土手でも叫んでいた。
- 町内の人たちが保健所に相談。保健師が自宅を訪問したが、すぐに本人に追い返され、その直後演者のところに相談が持ち込まれた。
- 初回の往診に対し彼は一応2階から降りて来てくれた。しかし、関わりに対しては拒否的。それから週1~2回の演者と保健師の訪問が開始。2回目以降の訪問には抗精神病薬を持参し、4回目の訪問から服薬を開始。

## 3. 母親が往診を断る男性

- 42歳 男性 統合失調症
- 高卒後数か所で就労しているが、いずれも短期で退職。20代中頃の発症だが、10年近く未治療。警察官通報で措置診察となったこともあるが、「自傷他害のおそれなし」とのことで非該当。母、弟との3人暮らし。母はおそらく統合失調症圏だが、精神科での継続的な治療はなし。それでも社会的機能はそれなりにある。経済的にはかなり苦しい状態。

## 演者の関わり(4Y5M)

- 母親から保健所に入院希望の相談があったことをきっかけに往診を開始。初回往診時強い困惑状態で、幻聴・異常知覚・被支配体験著明であった。病識は全くなかったが往診に強い拒否はなく、服薬も受け入れてくれて、抗精神病薬は有効であった。しかしアドヒアランス不良で、往診時不在も多かったためデボ剤を開始。
- 異常体験は改善し、一方で連合弛緩、認知の障害、遂行機能の障害などが残る。家庭の経済的問題が大きいため、就職面接に行き、不合格になるか、合格しても2、3日で退職、を繰り返す。
- その後何度か母親の往診拒否があった。

## 4. ゴミ屋敷の男性

- 64歳 男性 統合失調症(ASDも?)
- 高3のときに不穏・困惑状態となり、精神科病院に入院。診断は統合失調症。
- 退院後一浪して東京の大学に入り、そのまま東京で就職するが、3年で辞めて帰郷。
- 帰郷後2か所に就職するが、28歳からは自営の小さなスーパーの手伝いをしていた。母親との二人暮らし。

## 演者の関わり(2Y9M)

- 56歳時に母親が亡くなり、その後自宅がゴミ屋敷となる。
- ゴミの持ち帰りなどが地域で問題視され、6年前から保健師の訪問が始まる。
- 地域住民からの苦情に困った保健センター経由で、演者に依頼があり往診開始。
- 当初は全く受け入れられなかったが、重度の高血圧があり、高血圧の治療を入り口にして治療関係(支援関係)が出来始める。

### 5. 40年近くひきこもる女性

- 59歳 女性 広汎性発達障害
- 高校中退。そのままひきこもり状態となる。一時喫茶店などでアルバイトの経験はあるが、20歳頃からは40年近いひきこもり生活。その間、全面的に母親の援助で生活していた。
- 55歳時母親が死亡。地域活動支援センター(公立)を中心に単身生活の支援を始めることになった。遠方の弟の了解を得て、毎日弁当を届け、これはなんとか受け入れて貰えたが、生活保護の受給などは拒否し、支援全般に拒否的であった。

### 演者の関わり(4Y2M)

- その後支援を受け入れて貰えないことに困った地域活動支援センターの依頼で初回往診となる。本人は拒否が強く、「(糞便を入れるための)桶を買ってきて!」とは希望するが、それ以外の支援は拒否。希死念慮を繰り返し口にする。演者だけでなく、支援センタースタッフが入室することも困難な状況。
- しかしそれ以降、粘り強く訪問支援を継続し、現在では、生活保護、日常生活自立支援事業、地域活動支援センター(民間)の生活支援などはなんとか受け入れてくれている。

### ケースごとに考えてみると

- ケース1;民間医療機関でも問題なく往診でき、支援チームを組むことができる。
- ケース2;公的機関でなければ初期介入は困難だが、現在は民間でも大丈夫。
- ケース3、ケース4;おそらく今後も公的機関でなければ治療継続は困難。
- ケース5;医療的介入がメインではないが、それも必要であり、民間医療機関では少し難しい?

### 公的機関の担うべきアウトリーチ支援活動

- 今後、わが国の精神科医療におけるアウトリーチ支援活動は、民間の医療機関がこれまで入院医療に投入していた医療資源をそちらに振り向けることにより、民間医療機関によって担われることになると想定されている。
- 一方、民間医療機関では実施困難で、公的機関が担わざるを得ないアウトリーチ支援活動が残ることになる。そのときの問題は1)治療同意、2)支払い契約、の2点に集約される。

### 「往診・アウトリーチ」で何を支えるのか?

- もちろん、支援すべきは「生活」。支える相手は「患者」ではなく「生活者」
- でも、「医療」も提供できないと結局地域では支えきれない

### もう少し考えてみる

- 「アウトリーチ」は良いことなのか?
- 「チーム医療」は良いことなのか?
- 訪問支援をして貰うと、嬉しいのだろうか?

※さらにもう1つ。地域における強制医療に関するルールが必要では?

### おわりに

- まず大切なのは、安易に入院に頼らないこと、と考え往診活動をしています。現在演者が行っている往診/アウトリーチによる支援にはさまざまなものがあり、提示した5ケースは、将来的には民間医療機関による支援が中心になるであろうものと、将来的にも公的機関による支援が必要なものが混在しています。
- 退院支援は私たちにとって非常に重要な仕事であり、現在行っている地域精神保健活動の中で、地域生活支援と両輪をなしていますが、やはり重要なのは退院を促進することよりは入院を回避することだと考えて、毎日の仕事をしています。

ご清聴ありがとうございました