

いしかれんだより

三二版 4号 2013

石川県精神障害者家族会連合会

〒 920-8201 金沢市鞍月東 2 丁目 6 番地

TEL (076) 238-5761

TEL (076) 238-5762

2013/05/09 石家連講演会

これからの精神科医療と精神科病院のあり方

石川県立高松病院 院長 北村 立 先生

皆さんこんにちは、高松病院の北村です。

私は自治医大を卒業しまして、これは県の税金で学べる大学なので、最初は県の中央病院で2年間実習するのですが、私の場合は1年半で「へぐら島」の方へ行き、その後穴水の「兜」というところに行きました。原点は病院勤めというよりは、地域医療をしながら、医者になってきたようなものです。高松病院へ来てから20年経ってしまったのですが、平成4年に高松病院の認知症病棟の建て直しをやっていました、僕の場合地域医療の経験が有りますので体も診れるだろうということで、認知症の方を診ています。

一般医療について話します。今、当たり前と言われていることが、当たり前でなくなるという話に入ります。

人口動態と疾病構造の変化

介護保険が出来るときに(2000年頃)、将来、認知症の数はこのように増えて行くだろうと厚労省が試算したものです。ところが、最近疫学調査で、小さい町の全員を健診で調べてみますと、65歳以上ですと、8人に1人が認知症なんです。そうしますと、65歳以上の人口に掛け合わせると360万人です。去年、認知症の介護保険を利用している人が300万人と騒がれていましたが、厚労省の人に聞くと「認知症の人は450万人いるのではないか、介護保険を利用するのは3分の2くらいではないか」ということです。試算以上に増えているというのが事実です。

次にこれは、医学の話でなく、社会学の話ですが、人口ピラミッドの第1相が人口爆発期で、

人口動態と疾病構造の変化

	人口動態	産業構造	疾病構造	医療・福祉システム
第1相	人口爆発期	農業 (第1次産業)	感染症	公衆衛生 保健所
第2相	人口ボーナス期	工業 (第2次産業)	慢性疾患 (生活習慣病)	医療保険制度 病院
第3相	人口高齢化期	サービス業 (第3産業)	老人性退行疾患	医療・福祉を統合したシステム 在宅医療

第2相は子どもは余り生まれなくて、真ん中がふくらんで働き盛りが一杯いる時期。第3相が逆三角形の高齢者が一杯いる時期。それぞれ3つの相があって、産業構造では第1相では農業、第2相では工業、第3相ではサービス業が中心です。医療・福祉システムでは、第1相の時は公衆衛生が大事なので、保健所などの整備が必要である。困る病気は感染症、戦後の日本とかがそうでした。第2相では労働力が必要なので、病気になった人をきちんと治療してまた労働へ戻すということで、病院がどんどん出来ていく時期。第3相になると、年寄りが多くなるから老人性退行疾患といって治らない病気、例えば年取って筋力が弱くなって歩けなくなるサルコペニアと言うのですが、医療とか介護に手が掛かる。そうすると、誰が考えても病院に来られなくなる。認知症の年寄りや半分寝たきりのような人がいると、病院へ来るのも大変、来ても診察するにも大変。そんなら病院から家に行ったほうが早い。そんな時代ですよ。病院が「来たら診てあげますよ」ということは駄目になって。社会学の先生がいうには、「当然年寄りになると医療費は増えるでしょ。治らない病気ばかりだから、治療は長引く。いろんな医療技術を統合する必要があるし、なんと言っても介護が必要となって来る」

プライマリ・ケアの重要性

(Chris van Weeln のインタビューより)

これは、世界家庭医学協会の会長のオランダのクリスバンビーンさんが日本に来たときのインタビューの記事です。「今病院での医療が強調され過ぎている。多くの人々が病院を訪れて診療を受けているが、パーツ別に細分化して診られてしまいがちである。しかし、人間の体は一つのパーツを治せば健康になるわけではない。特に高齢化が進むと、慢性の病気を何種類も抱えている患者が増えてくる。つまり、慢性期の患者を病院だけで治すのは非常に難しい。

それに対処するには、サブスペシャリティーの領域を統合し、コーディネートする役割を担うプライマリ・ケアの専門家、つまり家庭医が必要である」(日本医事新報 2012.4.14.)と語っている。

二つの治療モデル

治療には2つのモデルがあります。

・急性疾患・医療モデル 疾病の治療・救命
集中治療室

・慢性疾患・生活モデル QOL の向上

在宅医療・多職種チーム

生活モデルでは「病気」という見方でなく、「障がい」という見方をしましょうということです。対応するときには、多くの職業の人が関わります。こういう医療が高齢化社会では必要なのです。

5大疾病

2012 年厚生労働省が、地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾病として、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の四大疾病に、新たに精神疾患を加えて「五大疾病」とする方針を決めました。職場でのうつ病や高齢化に伴う認知症の患者数が年々増加し、国民に広く関わる疾患として重点的な対策が必要と判断した。多くの都道府県で 2013 年度以降の医療計画に反映させるということで、石川県でも第6次医療計画に精神疾患が盛り込まれました。

精神科医療の歩む道

・統合失調症 新規入院患者の激減

石川県の6月30日現在の入院数の統計でH19年と24年を比べたものをみると、年齢は20歳未満はほとんどなくて、石川県での精神科病院に入院している人の55.4%は65歳以上なのです。統合失調症も認知症も平成19年も24年も比率は変わっていません。在院期間は1年未満の人は3分の1しかなくて、3分の2

の方は1年以上入院しているということです。つまり、長期に入院している統合失調症の人が高齢化したと見てとれます。

これから先の話ですが、統合失調症という病気が新しく発生しない。医療保護入院になった患者さんの審査をしています。2月250人位石川県内で医療保護入院していますが統合失調症の人は再入院の人ばかりで、20代で初発の統合失調症の患者さんが250人の内1人です。4月の統計では198人入院した中で20代の初発の患者さんは0ですよ。なんでかな。どこへ行ったんや。例えばライシャワー事件での統合失調症と言われていた19歳の少年が何を言っていたかという、「学校で勉強に集中するためには男女の席を分けるべきや、とか、近眼になったのは、本を35センチ放して読まなかったからで、30センチでは足りない。このような主張をみんなに伝えるためには、事件を起こして記者会見をしてみんなに訴える必要があるんだ」と言っているが、統合失調症としての幻聴とか、被害妄想とかは無い。この人は多分アスペルガー障害でしょう。このように知能低下のない人を発達障害と診断されることは昔はあまりなかったの、統合失調症と診断されたのではないか。その時代の診断の風潮というのがあった。国民も豊かになって、価値観も多様化してきたときに、そしたら病気って、なんやということになる。いろんな支援体制も出来てます。薬も変わりました。薬のせいで逆に病気持ちいになっている人もいます。薬をどんどん減らしていったら、只の発達障害になる人いっぱいいます。統合失調症の新しい患者は入院しません。薬も変わってきていますので、外来で治せる可能性はあります。少なくとも長期入院は必要ないだろう。ということです。

・認知症患者の精神科病院長期入院が社会問題に

認知症の患者さんはなるべく精神病院へ入れないように、厚労省が一生懸命やっています。

・精神科医療の需要は増えているが、入院医

療の縮小は必至

だから、精神科医療が五大疾患になって、需要がどんどん増えているが、入院はいらなくなってくる。

・しかし精神科の診療報酬体系は入院医療中心。ただ外来に職員が要るので、職員が確保出来ない。精神科医療はこれからものすごく需要が増えていくが、病院は要らなくなってくる。でも精神科病院の収入体系は入院させないと儲からないようにできているんです。

これからの精神科病院に必要な機能

うちの病院は平成10年ころから24時間受付をいちばん早く始めた。それから、認知症の人をどんどん家へ帰している。よその病院では出来ないことを、うちではやってきました。

・長期入院患者の生活支援

イギリスでは、年を取った入院患者をグラジュエイツと言うのですが、この人たちを10年ほど前に地域へ帰した。グループホームとかで暮らしていて、もっと高齢になったときに、殆どのこの人達が病院へ帰ってきたか、老人ホームへ行ったのです。だから只、地域へ行けばいいだろうというものでもなかろうということもある。

・在宅における慢性患者の生活支援

外の世界へ出るとどんどん良くなって、この人は無理だろうと思っていた人もご飯作り出したりして、どんどん良くなる人もいます。だから、長期入院の人も退院について考えないかなだろうと思う。その人の能力の限界を医療者側が決めてはいかんのです。それから、慢性の患者さんの生活を支えていかないかん。その為には、作業療法士とか、看護師さんとかがチームを作って生活支援をする。やはり体の病気を治さないかん。精神疾患の患者は生活習慣も悪いし、薬のせいもあるので、普通の年代以上に高血圧とか、糖尿病とか、心臓病とか、ものすごい多いです。退院した患者さんの長期調査をした

ら普通の年代より5倍死亡率が高い。50代、60代で死亡率が高い。長期入院患者にも、外来患者にも、きちんとした身体管理をしていない。中年の患者さんには、医者が率先して、健康管理をすべきではないかなと思います。歯もひどいですよ。

認知症訪問看護の目的

ここから、私がやっている訪問看護の話です。○86歳のおばあさんで「物とられ妄想」です。独り暮らしです。軽い認知症、薬きらい、デイサービスも嫌い。それで訪問看護にいつてなるべく独り暮らしを続けられるようにしましょう。ということで近くの訪問看護ステーションが週1回の訪問看護を実施している。本人も訪問看護を待ちわびるようになっていて。1年以上薬も使わずに、訪問看護だけでやれた。その後、家族の都合でグループホームに入所された。○75歳の男性で脳梗塞で麻痺が残っている。奥さんが看病しているが、本人が带状疱疹になって、ご飯も食わなくなって介護抵抗もする。要介護度5。しかし、家族は入院に積極的でないので、いつでも入院させてあげますよと入院を保障した上で訪問看護で家族をねぎらう。介護者の負担を減らす為に食事の栄養ドリンクのアドバイス等をする事で、医療的ではないが、普通にこんなことしたらいいんじゃないかということで認知の人の地域での生活が成り立っているという話です。

生活障害の考え方

・私達の生活はいろんな作業で成り立っている。身の回りの仕事、趣味、地域活動とか、いろんな作業を通じて人間の生活が成り立っている。病気とか老化とか、家族関係とかで個々の生活が出来なくなってくると、意欲も低下し、生活の仕方も下手になる。統合失調症の人こんな状態になっている。

・人は作業をすることで健康になれる。

興味関心チェックリストを作って92歳の方にやってもらいました。軽い認知症状のある人です。買い物に興味があるとか、歴史に興味があるとかに○をつける。温泉に行ってみたくとかに○をつける。こういうふうにお年寄りでも、「あなた、こんなこと興味ありますか」と聞いてみると答える。だから、やってみる価値はあるのではないかと思います。人間は身の回りの動作ができるか。買い物とか料理が出来るか。更に複雑な趣味とか作業とか。この先に仕事というのがあるのですが、要するにちょっとでも自分の出来ることを伸ばし続けることによって自己肯定感が持てるようになるのではないかな。こういうことをするとき、病院に出来ない時には、出向いていつてあげるのがいいのではないかなと思います。

私は今県のモデルケースで認知症の多職種の訪問看護をやっていますが、この多職種チームの訪問看護は在宅の統合失調症、精神疾患の人にも当てはまるのではないかなと思います。認知症のチームを各地域に作っていけばいいんじゃないかなと思っています。医療の主役が病院中心から在宅中心になるし、チーム医療に変わってきます。そして、精神科医療については、どんどん需要は増えるでしょうが、入院の必要な人はどんどん減ってきます。だから、外へ行くチームのスキルアップを図る。訪問看護ステーションや地域包括支援センターとかがありまして、一生懸命やっておられますが、認知症とか精神疾患の指導をしていかないかなと思います。

最終的には、医療と福祉の統合したシステムが今の介護保険ではなく、変わったものが要ると思われます。長期的な慢性精神障害者に対しては、治療をするというよりは、生活を支援するという観点で見るべきだし、治すべきは身体の病気だと思います。

(紙面の関係で一部割愛させていただきました)

(文責 紺谷)