

巻 頭 言

精神障害者が地域で生活するために

松原三郎 日本精神神経学会理事
Saburo Matsubara

これまでも訪問診療を行ってきたが、本格的に多職種がチームを構成して地域に住む精神障害者の医療と生活を支援する事業、すなわち、精神科重症患者早期集中支援管理のチームに参加するようになった。長年幻聴や妄想に左右され、退院しても3ヵ月ともたないような人達を病院やデイケアに通わせることなく、訪問チームが居宅にまで赴き、手厚く医療と生活を支援する手法である。もともと病院嫌いな人達にとって、病院まで出かけることなく、自らのホームグラウンドで診療を受けられることは画期的である。住みなれた場所であるから、多少幻聴などが悪化しても、リラックスした状態でゆっくりと過ごすことで、精神的な混乱を乗り越えることができる。本人の生活を尊重し、そこで安定した生活が続けられるようにするのが目標である。医師側が病気を治そうとするような意気込みは横において、安心感を送りながら支えようとする方がうまくいくようだ。手厚い支援を行うためには、当初は2週に1回は訪問診察に訪れて信頼関係を深めるようにする必要がある。ざつぱらんな話をしながら人間同士のお付き合いが熟成される。「この治療法はどう思う？」と尋ねるとほとんどの利用者は「これ、いいと思う。安心できるし」と答える。経過とともに利用者の生活リズムが安定化すると、自ら買い物へ行ったり、床屋へ行ったり、CDやDVDを借りてきたり、時には、映画を観に行ったり、次第に生活の幅が広がっていく。利用者の「生活の幅が広がること」、これこそが私達が期待してきたことである。

これまで退院の機会を失って長期入院になってしまった人達のために、地域での支援体制を整備して地域移行を進めることには大きな意味がある。その人達が回復して就労にまで至る可能性はほとんど期待できないであろうが、少なくとも、これまでの窮屈な入院生活から逃れて自由に活動できるようになることや「生活の幅が広がること」は人

としての尊厳を回復することであり、リハビリテーションが本来目標としていることである。

本年5月に当学会のシステム委員会が行った精神科病院アンケート調査結果では、各精神科病院の管理者の地域移行や病床削減への意欲は決して低くないことがわかった(62%が病床削減に賛同)。しかし、実際に地域移行を実行しようとする、59%が「問題が多くてできない、あるいは、実施するつもりはない」との回答であった。その理由として、地域の受け皿(居住施設と支援体制)の未整備が挙げられた。多くの医療関係者が望むことは、最初に病床削減ありきではなく、地域の受け皿整備であった。それは、病床温存のための言い逃れではなく、地域移行を進めようとしている現場からの意見として重く受け止めるべきである。もちろん、居住施設は病床転換であってはならないし、また、「重度かつ慢性」に関する長期入院者の症状評価を明確化する必要もある。

地域移行と病床削減を一方向的に叫び続ける行政の声は、もはや空念仏になってしまっている。地域内の居住施設と支援体制の整備を求める声に真剣に応える時期にきているのではないかと思う。居住施設の整備では、生活障害がいちじるしい人達、あるいは、軽症ではあるが慢性的な合併症(糖尿病や高血圧)をもつ人達のために、夜間の見守り要員の配置が可能となるような精神科グループホーム(包括型)の枠組みが必要であると思う。現在の区分2が主体となっている障害支援区分の評価ではこれを実行に移すことは困難である。さらに、支援体制の整備では、アウトリーチ体制の整備が大きな課題と思われる。現在行われている精神科重症患者早期集中支援管理料の対象者規定の緩和や期間の延長を認めて、より多くの精神科医療機関が参画可能なものに変える必要があると考えている。