

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

大転換期としての地域移行の時代と、精神科医の姿勢

高木 俊介 (たかぎクリニック)

精神障害者の医療と処遇における脱施設化と地域移行は時代の要請であり、すべての関係者が取り組まねばならない課題であるが、その現実的な戦略は誰も持ち得ておらず、個々の実践の積み上げが必要である。筆者はそのひとつとして ACT の仕組みを取り入れた訪問中心の医療と生活援助を行っている。その実践から、精神障害者の地域生活を多様な視点から支えるチームにおける精神科医の姿勢を考察した。

1. 「坂の下の水たまり」をどうするのか

現在、世界は大きな転換期にさしかかっている。昨年以来の金融危機にみるように、大航海時代以来西欧世界が積み上げてきた資本主義システムは、その成長の限界を新自由主義的な資本原理主義によっても克服することはできず、日本も含めたいわゆる先進国である近代国家の資本の利潤率は趨勢的に低下し続け、西欧型資本主義の終焉が示唆されている。このことは西欧世界が資本の膨張と共に築いてきた世界史的な近代という時代が終わりつつあることを示している。ポスト・モダンと呼ばれたこの 20 年あまりの時代は、実はモダン＝近代の後にくる新たな時代ではなく、近代の最終的な到達地点にすぎなかったのである。この先、モダンの終わり、黄昏の時代である近代末期がゆるやかな衰退の過程をたどりながら続いていくのか、それとも BRICs などの新興国が近代に替わる新たな時代を開くのか、今のところ誰にも予想はできない。

いずれにしても日本は、西欧が 400 年かけてたどった近代の過程を、この 100 年のうちに駆け抜けたために、現在の衰退過程も前近代の要素を色濃く残しながら独自の苦難を強いられている。その目立った特徴は、家族共同体と企業の両者に依

存することで発達した独自の社会保障という仕組みが、家族・企業の両者の弱体化によって大きく揺らいでいることである。このために、少子・超高齢化という、近代の到達点では不可避であり、それゆえ周到に予測し解決に努めなければならなかった問題が、経済力のある先進国の中では例外的に克服できていない国となった。

このことは、日本の医療・福祉に暗い影を落としている。日本の医療は国民皆保険制度のもと、世界に類をみない発展を遂げてきたものの、やはり急激な人口の年齢構成や偏在の影響を受けて、その質の保持と資源の配分を保証できず、医療崩壊と言われるまでになっている。介護・福祉の分野では、家族・企業共同体に頼ってきたこれまでの状態からの転換ができず、介護保険も障害者自立支援法も、結局は家族に多大な負担をかけ、老人・障害者の自立の人生の保証には届かず、介護・ケアの社会化という近代市民社会の目標にまったく到達できずにいる。こうして、近代資本主義世界の転換点において、日本の医療・介護・福祉は容易ならざる行き詰まりをみせている。

このようなありさまは、私たちの精神科医療と福祉の世界とも無縁ではない。精神科医療が今日のように病院入院＝収容・施設化中心への道を歩

み始めたのは、国民皆保険制度や日本型の社会保障が発展し始める高度成長の始まりと、時を同じくしている。私たちのたずさわるこの分野は、日本の社会保障の発展のいわば影の部分として、つまり独自の福祉国家形態を追求するために、それに包摂できない障害者の問題を施設化という形で絶えず排除しながら、日本の社会保障の歴史とともに歩んできたのである。このような時代の趨勢として、施設化の時代であった近代の終わりとともに、地域移行、つまり脱施設化が目指されることは必然なのである。

それゆえ本学会のスローガンである「坂の上の雲」は、残念ながら時代錯誤であると言わざるを得ない。つまり、坂の上の雲を追いかける近代化こそが、国家と国民が一丸となることを要請し、それゆえに障害者の施設隔離を進めてきた。現代とは、その怒濤の時代が「坂の下」につくりだした水たまり、汚泥をどう処理したらよいのか、地域というそれぞれの生活の場をどうするかということが喫緊の課題となる時代なのである。

2. ACT-K (京都地区) について

こうした時代の必然的要請としての脱施設化、地域移行について、私たちの誰もが急激な潮流の変化についていけず、明確な改革ビジョンとその実現プログラムを持たずにいるのが現状である。このような時代にあっては、それぞれが自分の持ち場の中で実践できる改革を行い積み上げていき、それがどこかで大きな潮目の変化につながることを期待するしかない。私自身は、欧米のACTという仕組みを現在の日本の制度の中で実現することで、この変化に棹さず実践を行ってきた。本稿ではその簡単な紹介を行い、そこで見えてきた精神科医としてのこの時代の要請への向き合う姿勢を述べてみたい。

ACT (Assertive Community Treatment : 包括型地域生活支援プログラム) とは、重度の精神障害者に対して、多職種の専門家やピア・スタッフから構成されるチームが、24時間体制で地域生活現場への訪問によって医療・福祉の包括的な

サービスを提供する援助プログラムである。

ACT-K は、筆者の経営する在宅専門精神科診療所と訪問看護ステーション、NPO 法人が協力して行っているACTである (表1)。現在、10人以上の多職種スタッフによって約100名の利用者 (統合失調症中心) に対して訪問支援を行っている。ACTの対象者の性質上、従来の医療の枠にはまらない医療中断者や未治療者を数多く抱えている。ACT-Kの現状について表2に示す。

このような筆者の活動が経営として成り立つのかというのは、もっともよく受ける質問である。これは在宅支援診療所という制度を使うことによって、現在の制度のもとにあっても医師、スタッフともに十分な報酬を確保することが可能である。主な収入の内容を、表3に示す。

表4は、ACTを利用することによる地域医療の経済的効果についての試算である。この試算は、ACT-Kの収支が偶然にも欧米でのACTにかかる費用とほとんど同じであり、1チームにつきおよそ年1億円であるという実績をもとにしている。

3. 地域移行の時代における精神科医

ACT-Kを運営する上でもっとも大切なのは、スタッフの志気を維持すること、従来の入院中心の精神科医療がもってきたさまざまな旧弊を払拭することである。もともと精神科医療や福祉にたずさわろうとするスタッフの援助者としての理想と志気は高いので、後者を実践することが前者の志気を維持することにつながる。

よくも悪くもこれまでの体制の中でヒエラルキーの頂点にいた精神科医には、地域移行の時代において、それにふさわしいリーダーとして自ら変化する責務がある。しかし、一方的に医療モデルを押しつけるようなリーダーであってはいけない。それではリーダーというよりも、単なるボスであろう。

地域では、病状の如何そのものよりも、さまざまな生活上のストレスが大きな問題であり、その解決が単純な薬物療法によほど優る場合の方が多い。また、地域で生活する精神障害者は、病院の

表1

ACTの原則

1. 看護師，精神保健福祉士，作業療法士，薬剤師，精神科医，コンシューマー（当事者・家族），臨床心理技術者，就労支援担当者といった多職種によるチームアプローチを行う
2. スタッフと利用者の比率を1：10に保つ
3. 担当ケースの共有
→一人の利用者に対し主担当が指定されるが，ケアはチーム全体で担当し，サービス提供や目標達成についての責任もチーム全体で共有する
4. チームが直接サービスを提供する責任をもつ
5. 生活の場（利用者が必要とする場所，必要とする状況）でサービスを提供する
6. 期限を設けないサービス
→基本的にサービス提供期間を前もって決定せず，サービスは必要とされる期間提供される
7. 柔軟なサービス提供
8. 利用者の尊厳を守り，選択や決定の権利を尊重し，個人情報を守りつつ，積極的に関わる
9. 24時間，週7日（365日）体制を保持する

ACT-Kの対象者

年齢：18歳以上～65歳未満

診断：統合失調症，双極性感情障害，心因反応などの精神疾患の方

※主診断が知的障害，認知症，薬物依存，アルコール依存，人格障害が単一の診断である場合は除く

GAF値：50以下

ACT-Kのスタッフ（2009年6月現在）

- ・たかぎクリニック：常勤（非常勤）
医師1（2）精神保健福祉士5
薬剤師1 事務員（1）
作業療法士（1）アロママッサージ師（1）
- ・ねこのて訪問看護ステーション：常勤
看護師6 作業療法士1 事務員1
- ・NPO法人
研究員2 ピアスタッフ1 事務員1
学生ボランティア

表2 ACT-Kの現状

1ヶ月の平均訪問回数（2008年4～6月平均）

| | 訪問数 (うち無償訪問) | | 訪問数 (うち無償訪問) |
|---------|-----------------|----------|-----------------|
| 精神保健福祉士 | 458(87) | 作業療法士 | 59(6) |
| 看護師 | 426(17) | 薬剤師 | 4(87) |
| 精神科医 | 145 | 学生ボランティア | (7) |

チーム総訪問数：1143(124)回

※スタッフによる無償訪問のうち，23回が入院中の病院への訪問

※無償訪問内容：病院への面会，拒否ケース，家族面談など

※総訪問数のうち，休日夜間の緊急訪問が23回

表3 ACTは経営的に成り立つか？

ACT-Kの収入

訪問診療・往診料 8,300円×145=120万円

在宅時総合医学管理料（50人）

45,000円×50=225万円

PSW訪問 5,750円×371=213万円

Ns・OT訪問 9,000円*×462=416万円

薬剤師訪問 5,500円×41=23万円

以上より，訪問収入は約1,000万円/月となる。

表4 ACTは経済的に成り立つか？

地域精神医療（ACT）のコスト計算

人口40万人のA市を想定して，

統合失調症の有病率0.8%であり，入院者の割合は25%
A市における入院統合失調症患者数は……

40万人×0.008×0.25=800人

この800人が慢性病棟に長期入院していると仮定すると……

30万円/月×800人×12ヶ月=28億8000万円/年

同じ800人をACTでケアする場合，最低7チーム必要，
1チームの費用をACT-Kと同じとして……

1,000万円×7チーム×12ヶ月=8億4,000万円

→ACTによるケアは，年間20億円以上のコストダウン

管理のもとにあるよりもよほど個性的であり，生活の幅も広い。それらは，精神科医よりも地域の現場で利用者とともに過ごすコメディカル，パラメディカル・スタッフ，福祉・介護スタッフのほうが敏感に触知し，敏速にかかわり，利用者との

共同作業としての援助を行っている。彼らと，そして当事者の立場，感性，技能を信頼し，その共同作業者として自らの専門的力量を求めに応じて提供できることが，リーダーとしてのこれからの精神科医に求められる姿勢であろう。

最後に、ACTに関連して常に話題にされることとして、ACTは日本の文化に馴染みにくいのではないか、日本は日本の実情にあった変革を行うべきではないかという意見がある。現実にあった変化しか現実には起こりえないのは、言うまでもない当たり前のことである。また、医療制度や社会制度は文化と不即不離のものであるとも言えるが、逆に近代社会に共通のものとして、その社会の基底に流れる文化とは独立したものであると

も言える。日本の実情をいたずらに強調することは、現実社会のなかで変革の際に必ず起こる利害関係者どうしの対立の際に、多くは現状追認の方向にしか働かない。ACTを日本で試みる意義は、現状への批判的視点を実践によってあぶりだすことにもあるのである。

「坂の上の雲」を追いかける時代は終わった。「坂の下」の私たちの、精神障害者の小さな生活とその幸福を守れる時代にならなくてはならない。