

対談

精神科医療の現段階を語る — 認知症を中心に

2016年12月8日 収録
於 東京ガーデンパレス

出席 朝田 隆 先生(東京医科歯科大学特任教授、メモリークリニックお茶の水院長)
河崎 建人(学校法人河崎学園理事長、水間病院長、日本精神科病院協会副会長)
(聞き手) 村川 浩一(本学教授・図書館長)

朝田 隆 先生

東京医科歯科大学特任教授
メモリークリニックお茶の水院長



河崎 建人

学校法人河崎学園理事長
水間病院長
日本精神科病院協会副会長



村川：大阪河崎リハビリテーション大学が開学しまして10年ということで、大学の研究紀要におきまして、朝田先生をお招きして本学理事長との対談を企画させていただきました。

朝田先生 講話

(1) 日本における精神科医療の特殊性

私は医学部学生に対して授業以外で留意してきたことに、日本の精神科医療が持つ歴史の特殊性に対する理解があります。日本の事情は世界でもあまり例のない歴史だろうと思っているからです。戦前は警察が精神障害者や統合失調症の方々を管理する私宅監置という制度がありました。戦後は日本の精神医療のあり方が誤っているという勧告が英米からでると、その中で県立の精神科病院を作れという動きが昭和20年代に始まったのです。しかし、当初は食うや食わずの状況で各県はお金がない。そうした状況の下で何とかしようとスタッフ配置の問題など、精神科特例あるいは医療金融公庫(現・福祉医療機構)といった特例が出されました。そうする中で昭和30年くらいから精神科病院ブームが起こってきました。

一方でライシャワー事件(1964年)が起こります。現職の駐日アメリカ大使が統合失調症の青年によって暗殺されそうになると、逆に公安は、しめたとばかりに取り締りを強めて彼らにとって怪しげな人物は裏舞台へ移してしまう。大熊一夫氏の論調でいけば、公安の狙いとその当時の精神科病院の方々の狙いとが一致して、社会からの隔離という最初の芽が生まれる訳です。

一方で武見太郎氏の「精神病院は牧畜業者」という有名な発言があります(1960年)。これは調べてやっとわかったんですが、日本医師会の全国大会が大分であった時の会見に由来します。空港に着いた武見氏に地元の地方新聞が、日本医師会のトップとして当時の精神病院の連続不祥事に対してどう思うかと問うたら、「牧畜業者」という回答が出てきたのです。後に精神神経学会が釈明しましたが、確かに当時そういう傾向があったと自ら反省することになりました。また一方で、学園紛争に端を発する社会的な激動の中で大学闘争、特に医学部その中でも精神科で動きがありました。精神医学は学問じゃないという、それどころか「基礎的な研究をするな」とか「エビデンスを求めな」とか叫ばれます。過激な人たちが精神科教授を追っかけまわして何をされるかわからないという現象の始まりが金沢学会。この後嵐がふきまくるのが、20年間位ですか。いわゆる精神病院の秘密主義、隔離あるいは薬づけとよく言われるようなイメージが定着してしまう。他の先進国では見られない、日本の悪い面ばかりが出てしまったという歴史があります。

(2) 大学教育の状況

医学部学生の多くが日本の精神科医療・精神科医に対するネガティブのイメージをもっています。医者全体に言えることですが、身体科の医者の中でも精神科の医者を彼らは違う、下のものとしてしゃべる風潮は今でもありますね、あの風潮が一番厳しいです。精神科の医者だとか教授だというだけで、「ちょっと変わっている。普通じゃないよ」ということがある。私は学生のうちからそういう風潮をかいできました。学生に言いたかったことは、なぜ日本の医療の中でお医者さんの中であれは別格だ、みたいな見方があるのかの背景です。そこには実は歴史的な背景にあるんだと。私宅監置から始まって、精神科病院ブームとか、公安との精神病院の結びつきとかあるいは学会活動反対です。こういう独特な背景だったから、いわゆる精神病院は薬づけにしているというようなイメージというものが国民の中で働いてしまったんです。そうはいつでも精神神経学会は頑張ってきた。今一番倫理的で人権尊重の医療をしているのは、精神科医療なんだとわかってほしい。不祥事のあった中で今倫理的で全人的な教育をやっているのが精神科だということです。

学生に、君たちは認知症政策について大熊氏の言っていることがわかるか?と聞くと、みんなわかると言うんですね、“人生の最期をなぜ精神病院に”という決め台詞は直感でわかる。それは実は違うんだよ。あなたが何科に進もうとこれからは必ず認知症と関わる。精神科と認知症は関係ないと今は思っている、精神科医療は必ず出てくる。その時にそこでどうして人生の最期を精神科みたいなイメージをもったまま卒業されては困ると思います。

そのような話の中で、学生が驚くのは直近のデータでは10万人越えてると思うのですが、最後の公式発表では7万人ぐらいでしたでしょうか、精神科病院入院患者35万人のうちの7万人が認知症という資料。これは5、6年前のデータなんですね。統合失調症と認知症の入院患者がおそらく交錯すると言われるようになって久しいですが、精神病院が変わってきている。このことは学生でなくても精神科の医師でも知らない人がいるかもしれませんが、とにかく精神科病院が変わりつつある。昭和30年代のあのイメージをひきずるな、これが一番精神科教育の要だと思う。そしてこれまでの日本の特殊な状況が今大きく変わってきています。

学生には「君たち自分が認知症になったり親が認知症になって、精神病院に入れなかったらどうするの?」と問います。私が言いたいことは、平成28年の正月の時点で530万人認知症がいたと言

われている。この中で重症の方が2割いるとしても、100万人からいるわけです。BPSDがひどくなると、介護保険サービスでは対応できない人が20万人はいるんじゃないでしょうか？となると誰がどこで見るのかという話になります。学生は神経内科、脳外科、老年病があるじゃないですか、というんですね。日本全国のベッド数は160万人、そのうち35万人は精神科、27%の精神科は突出していると。神経内科や脳外科らのベッド数は2、3万でしょうか？20万人をだれが見るの？というのと、現実には、スキルと病床という財産をもっている精神科の再構築でありイメージ作りが大事だよ、とまとめていました。

(3) 日本社会の状況

社会面で言いますと、認知症問題は待ったなしの状況です。東京もあと6年もすると人口が減るらしいのですが、2050年くらいまでは認知症の数は増えると言われてます。なぜならば、高齢者の数が減っても後期高齢者が増えてくる。そうすると認知症も増えていきますよね。認知症になってからなお10年、それ以上生きるのだから、その人たちの生活の場を、どうしたらいいのかということが大きな課題となってきています。

先日、認知症学会があったとき、都市部のものわすれ外来は、正常半分、MCI4割、本当の認知症3割…。MCI以前のプレクリニカルという単に「ちょっと心配」が急増しているという話題がありました。

それだけに予防というのが大事ですよ。現実問題のBPSDというか問題行動に対応できる精神科のスキルと施設で対応せざるを得ない一方で、反対側には、予防があります。

山崎學・日精協会長が言われるように精神科はBPSDでは単純すぎます。我々は総合力で対応できる、BPSDの隔離だけではなく予防もできる、というところは打ち出さないといけないと思います。

(4) 社会脳 (Social Brain) について

リハビリテーションの視点から言いますと、普通の予防は、何の領域であれ、運動・栄養・休養です。基本はこの三つです。ところが認知症だけは別枠があって、社会交流と知的刺激です。これは非常に大きいですね。精神科と何の関係するのかというと、知的刺激はわかると思いますが、社会交流というのは、最近、脳科学の分野で“社会脳 (ソーシャルブレイン)”という概念、キーワードが出てきました。人間は社会的生物である、という言い方をよくしますね、それは人間が群れをなしていてその中で生きていくから、だんだん社会性をおびていくわけではないのです。ある学者の話では、生物における大脳皮質体積の割合と社会性とは相関するのだそうです。動物の中でも割合の高いところで生きているものは、社会性を強く持っている。一匹狼的に生きている豹などは持っていない。つまり「社会性とは、元々刷り込まれているもので後天的にトレーニングできるものではない。」ということが注目されるようになりました。

論より証拠。ひとつは、ミラーニューロンです。赤ちゃんが微笑むと微笑み返すとか、初対面の女性が笑っておじぎするから、こちらにもっこりしておじぎをするこのミラーニューロンが発見されたのが10年前ぐらいでしょうか。面白いことにこれが男女比がつよくて、女性の方が多いです。男性の社会性はこれからですね。

それにフェースニューロン、人間は人の顔を覚える神経細胞があります。これが2つ目。

もう一つは自律神経、従来、自律神経は、交感神経と副交感神経で語られてきましたね。

しかし迷走神経(バーグス)が非常に重要であるようです。解剖学の図を見てはたと思ったのですが、視神経や、嗅覚等であれ、殆どの脳神経は脳から下は分布していませんね。しかしバーグスは下腹部まで分布して、まさに迷走しているわけです。これは基本的に副交感神経です。

つまり人間の行動の原理は、自分にとって心休まるものを求め、不快なものや心かき乱されるのを拒む。交感神経は、社会脳の秩序と安定の中で自分を保つ大きな働きをしている。これを最近、ポリベールシステムというらしいのですが、社会脳というものが、脳科学的に漠然と分かるようになってきた。先ほど申し上げたように、認知症の予防という中で、社会交流が非常に重要になってきています。先端の脳科学でやっているような、実験レベルの知見をリハビリテーション、中枢神経領域のリハビリテーションの中へとフィードバックして行って、社会脳が伸びるメニューを考えることが、今後必須になるかと思えます。

村川：貴重なお話ありがとうございました。日本の精神科医療から始まり、認知症患者多数の時代の中での精神医療、先端的な動向をご指摘いただきました。

それでは河崎理事長お願いします。

河崎理事長 講話

(1) 精神科医師・病院長として

朝田先生から非常に含蓄に富んだお話を伺いました。

まず、私は精神科医として、病院長の立場で、精神科医療に対する理解度の低さに大きな問題を感じています。特に医療関係者に精神科医療の理解が低い、偏見に近いような考え方の人が結構いる。これが内なる偏見になるんでしょうけれども、このことがなかなか精神科医療が社会の中で認知されていくことの大きな弊害になっている気がしています。朝田先生がおっしゃられたように、教育の場面でどのように学生たちに関わっていくのかが問われていると思います。朝田先生は大学で医学生の教育に携わっておられて、教育の重要性を感じてお話をいただいたと思いますが、卒後教育も非常に大事だと思います。

研修制度の中で、精神科は当初必須でありまして、今は選択必修になっていますね。私の病院にも毎年4つ位の病院から研修医が来るんです。その人たちに話を聞きますと、それまで2年間の研修の中で救急とか身体的な勉強は受けてきます。精神科にくると、研修時間の流れが違い、患者さんと密接に接することができるという貴重な体験をしていると言ってくれる研修医がいます。もうひとつは、これまでの身体的な研修で獲得してきた医療的な技術も、精神疾患の方でも合併症が出てきたりしますので、一般の医療が精神領域でも重要だと体験してくれているようなんです。研修医は、民間の精神科病院で1ヶ月程度の研修が終わると、もとの研修病院に戻ります。研修医はそこで、精神疾患の方が身体的な問題を発生したとき、それまでの研修を受けていない時と比べて、精神疾患の患者さんに対する接し方が自分でもずいぶん変わったと言われる若い先生方が多くいます。僕はこういう方々は、これから医師としての経験を豊富に重ねていくときに、精神障害者に対する見方、考え方、精神科医療に対する考え方は、現状に即した見方になっていってもらえるのではないかという期待があり

ます。

(2) 精神科病院をとりまく諸変化

今の精神科医療の状況はずいぶん変わった。研修という制度の中で、若い先生方が精神科医療を実際に見て、そんなに精神科は特殊でないなという思いをもっていたことは大事だと思っています。先生がおっしゃられたように、確かに日本の精神科医療の歴史の特殊性は、誰の責任かということではなくて、日本という国の精神科医療の成り立ちは歴史としてそうであっただろうと思います。でもそこから大きく精神科医療は変わってきていますし、精神科病院も大きく変わってきています。これがなかなか理解してもらえてない、そういう思いは強いですね。

大熊氏の話が出ましたが、精神科病院に批判的な立場の人の講演では、しばしば一番初めに出すスライドは、昭和初期のいわゆる保護室なんです。精神科医療はこんな状況なんだというところから話を始めますよね、精神科医療が大きな問題があって今も全然かわっていないよって思われているんだろうと思います。確かに変えなければならないこともあるだろうと思いますが、ただ、これまでの精神科医療の歴史はかえてきたし、今も変わってきているということは、もっと精神科医療の関係者が情報を社会に発信していかないといけない。ただ何か言ってもスムーズに受け入れてもらえない土壤は変わっていない、と思うんですね。そういう背景がある中でこれからの精神科医療をどうしていくかと考えますと、先生もご認識のとおり、精神科病院というのは、10年間で患者の構造が変わってきました。統合失調症の方たちは、長期の入院に至るのはひとにぎりになってきています。これは、新しい薬剤開発であるとか、我々が早期に治療して出来るだけ早く地域へ戻ってもらおうという考え方が中心になってきていることと関係するかと思いますが、病床の利用率は非常に下がってきているわけです。

(3) 精神障害に対応する地域包括ケアシステム・精神科病院の構造改革

長期の入院患者さんに対してどうするのか、今、国の検討会の中ではできるだけ受け皿を様々に準備しながら、地域で生活できるシステムを構築していこうと話になってきています。最近の検討会の中では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築していく方向を議論しようということになってきました。

一般的な地域包括ケアは、高齢者を対象にしたものですし、そのなかには認知症も入っていますが、あれは中学校区でしたか、日常生活圏の身近なところで地域包括ケアシステムを作りあげていこうということになっていますが、精神障害者の場合に対してはたしてどういう圏域でケアシステムをつくりあげていったらいいのかはこれからの議論だと思います。一つの問題は、高齢者の方たちの地域包括ケアシステム、国の政策もあって社会資源は充実しています。在宅サービスとか、施設等含めて、新オレンジプランの絵面にでてくるような、いろいろな高齢者向けの医療も介護も行政的な関わりも含めて社会的資源は充実してきていますので、身近なところで対応するシステムは理想論ではありながら、現実化は可能という思いがします。

ところが、精神障害者に対する社会資源は、医療、障害福祉サービス、住む場所、保健的な行政のかかわりがあります。高齢者の地域包括ケアシステムと唯一違うのは、就労という概念が精神障害者にはどうしても必要になっています。全国的に、それだけの社会資源が今準備されているのか、そこ

までいっていないのが現実と思うのですが、国の考えているのは、それを実現するためにどれだけの社会資源が必要で、いつまでにそれを作り上げていくのかということ。これを障害福祉計画の中で、目標値を設定していこうという考え方をしているようです。実現できれば、精神障害者にとっては嬉しい話ではあるのかなと思いますが、ただ精神科病院は今後どのような役割を果たしていくのか考えると、10年先20年先のスパンで考えても、病院の構造改革も含めて、考え方を柔軟に、現実を直視しながら方向性を真剣に考えていかないと、精神科医療機関としては存在価値が難しくなってくるのではないかと思います。

朝田先生がおしゃられた認知症について、精神科医療機関がどう関わっていくのか、私たちは必要な状況の時に、必要な医療を精神科医療として提供していくのは当然のことだろうと思います。病床が空床になってきたから、認知症で埋めようという考え方は当然ながらありません。必要なら入院治療行い、BPSDに対しても必要な医療を提供して、軽減したら地域へ戻っていただくということをやりたいし、そこには人権、様々な身体的な拘束や隔離は、精神保健福祉法という法律にのっとって、精神科医療機関は円滑な対応が可能と自負しています。我々精神科医療機関が素直にそうしたいと思っても素直に受け取ってもらえていないところがあると思います。介護保険の事業所とか、介護保険関係の方たちの中にも精神科医療に対してのアレルギーは実感としても感じますし、それに対しても私たちが精神科医療の現状を理解してもらおうという動きをしっかりとできないと改善に結びつかないだろうと思っています。

(4) リハビリテーション大学・リハビリテーションスタッフの期待

朝田先生から私どもリハビリテーション大学に対する課題と伺いますか、期待というものを、“社会脳”というキーワードでお話していただきました。大阪河崎リハビリテーション大学は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士というリハビリテーション専門職に特化した大学で、この特徴をどのように生かしていけるのかと思っています。その中で一番関係していくのは高齢社会の認知症であろうと思っています。これまでの認知症に対するリハビリテーションは、精神科領域からいうと、作業療法士的な関わりは、どこでもある程度行われていると思いますが、理学療法士はどうなのでしょう、もう少し認知症の方への関わりとしては、やり方があるのではないかと思います。先生は、先ほど運動・休養・栄養が基本だと話されました。運動という部分で、理学療法士が認知症の方に有益な関わり方を、先生のご講演の中でいくつかヒントを聞かしていただきました。例えば「有酸素運動」「リズム体操」「デュアルタスク」、この領域はこれからは、理学療法士の関わりとしてうまくアイデアを出していけば、認知症の方のリハビリや予防という一つの領域がもっと確立されてきてもいいと思います。

リハビリテーションの領域において、認知症に対するしっかりとした学問体系が成立していないという気がしています。ADL低下であるとか、その中でのリハの療法士の方の関わりは日常的にあります。認知症の予防とか、MCIレベルの方たちが、認知症を発症しないような予防的な効果があるとか、今後の課題として大学としても研究課題として考えていかないといけないと思っています。

それから、精神疾患の陰性症状、例えば統合失調症の症状に対して、理学療法的な関わりは効果があるということは、精神科領域の中では研究というより、実践としての効果がある印象があります。リハビリテーション大学の教員の中で、精神疾患の患者さんに対して身体的なリハビリテーションの

有用性について研究として調べてみれば、いくつか出てきているようです。そういうことについても本学として進めていかなければならないと思っています。

実は和歌山県立医科大学のリハビリテーション科と連携して、私の病院のPTが、和医大の修士課程に入学しております。理学療法士として、精神疾患の方たちに対しての身体的な意味でのリハビリテーションが、精神症状にどのような効果を及ぼしているか研究しています。先生の先ほどのお言葉からヒントとしていただきました、社会交流と知的刺激が単に身体的な刺激だけではなく、対人的なリハビリテーションに効果があるという気がしています。

また、先ほどの認知症の部分についてだけではなく、精神疾患全般に、リハビリテーションは作業療法だけではなく、リハビリテーション全体として、精神疾患に対する有用性を研究していく必要があると思います。

(5) 認知症疾患医療センターの課題

認知症疾患医療センターについてですが、私どもの病院でも行っています。今現在、全国で360ぐらい疾患センターがあります。そのうち基幹型と地域型と診療所型との3つに分けられているのですが、日精協で調べたところ、全国で364の疾患センターがあり、そのうち基幹型が14、地域型が326、診療所型が24で、ほとんどが地域型の疾患センターです。また、364の疾患センターのうち、日精協の会員病院が約200なんです。

朝田：50パーセント余りですね。

河崎：そうなんです。精神科医療機関として疾患センターを持っている意味、役割はさまざまありますが、鑑別診断だけではないと思っています。地域の中で介護保険事業所との連携をとりながら、その人にとってふさわしい医療や介護を提供する疾患センターの役割は大きいと思っています。

オフレコかもしれないですが、某大学病院がSPECTとかPETを駆使しながら、診断がつかしました、さて、あとのことはそれぞれの別の所をお願いといいますね。それは役割なのでいいとは思いますが、民間の医療機関が行っている疾患センターは、事業所とか諸機関と連携をとりながら、地域でどのように支えていくのかとか中心的なコーディネートしていく、これからの精神病院の疾患センターの役割かなと思います。

(6) 初期集中支援チーム・オレンジプラン（新旧）と精神科医療機関

認知症施策の中で、認知症初期集中支援チームが各市町村で平成29年3月までに立ち上がらなければならないですね。私の地元の貝塚市も平成28年10月から認知症初期集中支援チームが立ち上がりました。貝塚市周辺の各市もそれぞれチームが立ち上がってきていて、全ての近隣の市町村は、疾患センターとの連携を要求してきます。疾患センターとしては、これまで以上に自分たちが関係するテリトリーがより広がってきますね。それと、認知症初期集中支援チームの中で疾患センターが果たすべき役割は、もっと疾患センターが意識しなければならない。ここで疾患センターが重要なものなんだと、地域の中で認識してもらいたいチャンスと思っています。今、疾患センターは国の方では、それぞれしっかりと役割を果たしているのかといった見方をしているところがあります。それは

相談件数が多い所がいいみたいな考え方でデータだけで、役割の見方をしようとしていることがあったりしますが、私はそうでないと思っています、それぞれの地域特性の中で疾患センターの果たすべき役割は違いがあって当たり前と思っています、そこはどのような評価をしてくるのかというところはあると思いますが、それぞれの地域の中での位置づけとしての疾患センターがしっかりと地域に根ざした働きをしていくということを目指すべきだと考えています。先生のお話を聞いて私の思うところを述べさせていただきました。

なかなか精神科医療機関としては、特に認知症との関係では、先生もご存知の通り、オレンジプラン当初は精神科医療は外されたかの印象があって、それが新オレンジプランでは、精神科医療の必要性を記載になってきましたが、あのこと一つとりあげても、精神科医療が認知症に必要なだと十分に認識されていなくて、逆に精神科医療が関わるべきではないとお考えの方がいらっしゃる方が如実にあそこにてていると思いました。

朝田：まさにこれまでの偏見の総決算に近い。

河崎：私たち自身の精神医療関係者がこれまでの反省をしながら、より認知症の方にとって必要な精神科医療をどのように提供するかというスタンスを見失わないようにしていけば、信頼は回復されるのではないかなと思います。

村川：今日は、両先生から重要なお話をいただきました。

特に朝田先生からお話がありました、日本の精神科医療の抱える課題・問題点を鋭くご指摘いただきました。また日本の精神科医療は改革期、これまでの長期入院、あるいは社会的入院その他の問題状況のなかで地域移行、あたらしい対応も見え始めている時期かなと思いますし、専門医療の内容につきましても重要なお指摘をいただきつつ、今日の認知症医療・認知症ケアの課題と重要性についてもお話いただきました。

また、河崎先生からは精神科医療機関の現状・課題、さらに認知症疾患医療センターが果たしておられます具体的な役割などについても言及していただいたわけでございます。

日本の精神科医療の改革の方向性といいますか、高齢者関連の分野で言えば2025年ということもありますし、また認知症の方々を含めて精神医療と地域包括ケアをどのように考えるのかという河崎先生の問題提起もありましたが、まずは日本の精神科医療の目指す方向性についてさらにお話いただきたいと思います。

2点目の焦点として認知症医療等につきまして、度々2025年ということは言われておりますが、社会的には2035年あるいは2040年代、今世紀前半にわたってこのテーマの重要性には朝田先生からご指摘いただいたところがございますが、そういった認知症に関連したところで、さらに深い言及をいただければと思います。

対 談 精神科の方向性 ～開かれた病院へ～

朝田：精神科医療の改革の目指すべき方向性ですね。難しい話ですが、先ほど河崎先生が神経内科との対比での反面を見ると確かに神経内科の医者がありふれたアルツハイマー病の患者を紹介するにあたって、一般的な検査はもとより、遺伝子検査など基礎医学的な評価に、まずはエネルギーの80パーセントを掛けますよね。我々は逆に診断よりもその後の生活とか治療とかケアとか地域で生きる。そういう風に、医学対医療のような括り^{くくり}でいうと、我々は医療寄り、むこうは医学寄りですね。

精神科医は神経医療を知らないというのは当たり前なんだけど、そうは言っても最近卒後教育の改革によって、精神科に来る多くの方々は内科的経験を積んでくるようになってきているから前のようなことはなくなっている。ですから身体医療の研修を通して、特に脳科学としての医学的側面、あるいは一般的な内科医としての素養が必要になってくると思います。精神科が医療レベルが低いといわれるひとつがそれですから。「あいつらは風邪のひとつも治せない」という表現が使われたりします。ですから精神科医が医者であるための教育やトレーニングも重要であると思います。

それから開かれた精神病院という表現ですが、これは密室性というか、よく言えばプライバシーの保護の一側面です。でもやはり他の医療と比べると密室性があると思います。

かつて私が退院できない人の認知症の調査をさせていただいたことがあります。そのとき一般病院から出てきた自由回答の中で、「なんだかんだ言っても精神科は垣根が高い」というのが結構多いんですよ。その垣根というのは狂気への拒否感のような非常にプリミティブなところにあるんです。もうひとつは完全に顔と顔

の関係なんです。医師同士の交流というのも必要だと思います。MSWとPSWが職業見学をしあうというように、偏見をなくするために、精神科の先生はこちらから他の大学病院や一般医師会との交流が必要だと思います。

河崎：今、朝田先生のお話を聞いて思ったのは、特に一般科の先生と精神科の先生がどういう風に関係を作り上げていくのか。実は大阪で平成27年8月から新しいシステムを作り上げました。朝田先生もおわかりのようにたとえば精神疾患の方が地域で生活する場合には、身体的な疾患を発症して、救急隊要請をしたらなかなか搬送先がスムーズに見つからない。つまり、精神疾患の患者さんの大量服薬の場合やリストカットの場合もそうなのでしょうけれども、精神疾患というものが基礎にあるのを救急、特に二次救急の医療機関はなかなかスムーズに受け入れてくれないというのが大阪でも非常に大きな問題になりました。これをどうにか解決しないといけないなということで、我々精神科医療関係者と二次救急身体科の先生方とそこに行政も入れて救急隊員にも参加してもらって、精神科の患者さんが身体的な問題を起こしたときに二次救急の先生がなにか精神的なコンサルを受けたいとか身体的問題があまり大きくないときには精神科のほうに転送してほしいというときに夜間でもそれに対応できるシステムというのを作ったんです。

このシステムをこの一年間の間に4.5回検証する会議をしましたが、そこで出てくるのは、これもひとつの偏見だろうと思いますけれども、一般病院の先生方は、精神疾患の患者さんを前にすると少し距離を取ってしまうんですね。でもその際、その後も精神科の方が対応してくれるとか、場合によっては精神科に搬送可能だというシステムを作ると、割と安心してスムーズに救急隊側の要請を受け入れてくれるという結果が最近得られました。

朝田：すばらしいですね。

河崎：全国的に見てもこのようなシステムを作っている自治体は無く、大阪の医療関係者にはいい結果をもたらしています。でもそこにもやはり、精神科医と身体科の顔の見える関係で議論するとすごく話が進みます。これは代表的な例ですけれども、それぞれの地域で精神科の関係者と身体科の先生の顔の見える関係を作ることが解決のためには必要です。このことから朝田先生のおっしゃる通りだなと思いました。

それと精神科医療の密室性とか、垣根・敷居が高いということへの解決の方法として、大阪では精神医療オンブズマン制度が実施されました。これは、当事者たちが中心の団体と精神科病院等の団体が話し合っ、オンブズマン制度を立ち上げました。実際には当事者の方たちが精神科の病院に訪問をして、隔離室の中まで全部見てもらいます。こういうことを私たちが受け入れるまでにはずいぶん議論を重ねました。私たちの中にもそういう人たちが精神科の中に入ってくると何を言われるかわからない、そういった防衛的な部分もあったのかもしれませんが。しかしこれをやってよかったのはそれぞれの病院の看護師を含めた従事者達です。外からの目が入って、自ら精神科の密室性を打破し開かれていくというのは、自分たちの成長を実感させることができました。

ただそれには事前にちゃんとルール作りをすることが必要です。例えばどんな場合でもずかずか入って行ってどこでも見れるというわけではなくて、社会のルールに沿ってご希望ならお見せできるところは全て見ていただきます。それとオンブズマンは患者さんとお話をしていきますが、そこには我々病院のスタッフは近づかないでその方たちだけでお話をさせていただくよう配慮しています。当初思っていたほどのトラブルはなく、逆にオープンにしていくと建設的

な意見がもらえるわけです。批判的な意見ではなく、ここは患者さんのために配慮されているが、この部分はお考え願えないかという評価をしていただきながら、改善すべきところは指摘してもらえます。行政の立ち入り検査や実地指導よりはよっぽど役に立つ。僕らの実感です。

ただ、大阪でしかやっていないです。全国的にしようとするれば、アレルギーがすごいと思います。

朝田：静岡県藤枝市のオンブズマンが、最初にありましたか。だけど当初は静岡では申し込んでは断られる。よほど自信がないと受けないとか。しかし今は大分変わってきているでしょう。河崎：大阪の精神科病院協会としては全部受けましよう。ただこれをスタートするまでにオンブズマンサイドといろいろ話し合いをして、理解を深めてもらうために精神科医療とはどういうものなのか、精神疾患について基本的な講義までしました。知識をしっかり持っています。そこにはPSW協会も一緒に入ってきてたり、さまざまな団体も関与しながら大阪府の一つの事業として、今のようなオンブズマン制度に近いようなことをやっています。これらは開かれた精神科病院、医療の実現に有効だと思っています。

朝田：大阪は精神科病院49でしたか。『できることからはじめよう』という小冊子がありましたね。ああいう歴史があるから、しかも進取的ですからリベラルなことが最初になされるんでしょうね。

河崎：ただ、あれも大和川病院事件という頭から水を掛けられるような出来事があった上でこれではいけないというのが今のような状況に結びついたのでと思います。

それに、これは全国的には大変大きなことだと思うのですが、精神科病院の理事長、院長が2代目、3代目になってきたじゃないですか。

そうすると、昭和30年代の精神科病院として立ち上げた初代と、様々な社会状況の要請に応えつつも、批判的な見方もしてきた今の世代では随分と違うと感じています。そこには、時代背景も関わることで当然ながら変わってきているんだと思います。私は昭和51年の卒業で、今の大阪の精神科病院の2代目の多くは私よりも若い人たちです。

朝田：そうですね。これは安定した医療経営の上で新しく優れた医療実践に繋がりやすいでしょうね。

河崎：はい。そういう世代が中心になってきているので、今回の大和川病院の問題（1999年）だって、精神科病院は変わる必要は当然あるよねと。それは私たちの社会的責任でもあります。そのためにはやはりいろいろなことを開示していこうというのが社会的情勢だと思っており、今がチャンスだと感じています。

朝田先生にお聞きしたいのですが、認知症の予防の観点からこれからかなり期待できるものというのがありますか？

朝田：先生がさきほどおっしゃったPTへの期待ですね。主に精神系の能力については、以前なら統合失調症の方への生活療法、いわゆる生活行為の質の向上。そういう面からPTへの期待はすごく大きいでしょうね。そこから次は認知症の生活向上です。

河崎：単純なADLでなく、IADLのような、PTが認知症の方に対して、どのように関わっていくのかということですよ。

朝田：そうですね。片マヒなどの脳卒中を基本とする理学療法から失行・失認を中心とするアルツハイマー病のそれへと転換ですね。

河崎：現状では日本の多くの精神科医療機関では、認知症の方の治療に関してはOTでしょうか？

朝田：私は先ほどの話の神経内科 vs 精神科みたいに、PT vs OTだと思っているんです。

河崎：そうかもしれません。PT・OTそれぞれが役目を持っていますし、思いもあるでしょうから。

朝田：認知症、とくにアルツハイマー病に関しては、PTもOTもその力はある意味未知です。両方の職種が協力して経験知とアイデアを出し合う中から新しい展望が開けてゆくと思います。

そのような進歩を得るための基本はやはり個々の患者さんを丁寧にみてゆくことだと思います。そこでは画像による情報、特に動画のデータを利用することが大切でしょう。文字を媒体にするのではなく動画の方がはるかに情報が多く、相互の理解を深められます。

こうしたものを使って一同に会して、データを見て検討する中から新アイデアが生まれてくるものと期待します。

河崎：これからの精神科医療の方向性については、今まさに正念場を迎えていると認識しています。平成16年に厚労省が「入院医療中心から地域生活中心へ」とうたった改革ビジョンを出してから10年以上経過しましたが、現実的には大きな変化は起こっていないように思います。各精神科病院はそれぞれ努力はしていますが、国策としての収容主義的精神医療をドラステックに変革するには、やはり国の財政的措置が不可欠であると思っています。この点については全く不十分であったと言わざるを得ません。とは言っても地域移行の推進、病床削減は政策としては今後も変わることはないでしょうし、精神科医療関係者もその方向性に向けての施策への対応が喫緊の課題になっています。

現在、厚労省では「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」が行われています。検討課題はいくつかありますが、重要なものとして平成30年度に見直しが見られる医療計画と障害福祉計画での精神疾患への対応と精神

障害者への福祉施策に関する議論がなされています。そこでは「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築がキーワードになっていて、精神障害者が地域の中で安心して暮らしていける医療・福祉・介護などの包括的ケアシステムの実現に向けて検討中であります。当然ながら認知症も精神疾患でありますので、この

ケアシステムの対象ではあると思いますが、いわゆる高齢者に対する地域包括ケアシステムとの整合性等、これから検討すべき事柄はたくさんあると思っています。

村川：まだまだ話題は尽きませんが、本日は長時間にわたり有難うございました。