

シンポジウム

浦河における脱施設化プロセスと現在

Psychiatric Reform and Deinstitutionalization in Urakawa : The Process and Present situation

高田 大志 Daishi Takada

(医療法人薪水 浦河ひがし町診療所 副院長 / ソーシャルワーカー)

塚田千鶴子 Chizuko Tsukada

(医療法人薪水 浦河ひがし町診療所 看護師)

キーワード：脱施設化、意思決定、地域活動

key words : deinstitutionalization, self-determination, community socialaction

はじめに

浦河ひがし町診療所は、平成26年5月に開設した精神科クリニックである。浦河町の人口は約13,000人、主な産業は競走馬の生産や日高昆布に代表とする漁業であり、過疎化や産業の衰退など地域の課題も多い小さな町である。浦河における精神科病床は昭和34年に浦河赤十字病院に50床で開設されたことにはじまり、昭和63年の130床をピークにその後は減床に転じ、平成13年に60床へと大幅なベット削減を行っている。同時に精神科デイケアが開設され平成24年に50床、平成26年にはゼロ床となっている。この閉鎖に至るまでは様々な理由があげられるが、主な理由として看護師など医療スタッフの不足と経営上の課題である。過疎化と人口減少など地域の課題は、病院では看護師不足として表れ地域の医療の中核を担う浦河日赤は病棟規模

を縮小へと追い込まれていった。一方、精神科病棟では地域生活支援の発展に伴う再入院率の低下、ピアサポート活動を中心とした地域移行支援により精神科病棟では空きベットが目立つようになっていた。その結果、浦河日赤は一般科の入院や救急、透析等を守るため苦渋の決断として精神科病棟の閉鎖を決め、私たちは地域の精神医療を存続するため当時の浦河日赤精神神経科部長である川村医師を中心としたスタッフ有志でクリニックの立ち上げを決意したのである。

地域に開かれたデイケア活動

当院は、外来診療の他に訪問診療、訪問看護、デイナイトケア、グループホームなど行う“多機能型診療所”であり、医師1名、ソーシャルワーカー4名、看護師8名、保健師1名、事務員2名、世話人兼生活支

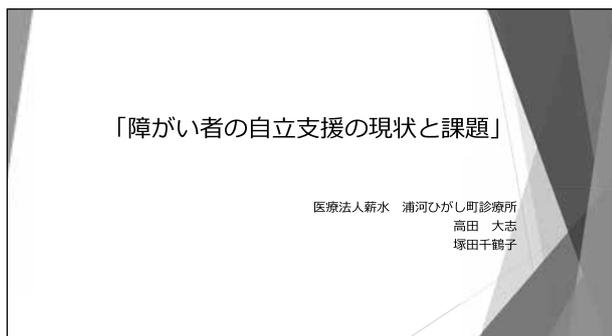


図 1

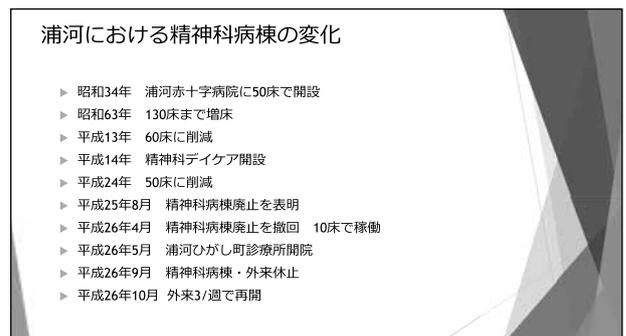


図 2

援員4名等の構成で現在の診療機能を支えている。入院治療に頼らない地域精神医療を支えるため、デイケアの活動は重要な活動として位置づけ、特に当事者が調子を崩しやすい夕方から夜までの時間を支援するためナイトケアは、精神科病棟閉鎖を機にはじめた活動の一つである。利用者は、当院で夕食を取り送迎車で帰宅し服薬して就寝する生活スタイルとなりため、栄養バランスの偏りや不安や孤独感による不安や不調が減り再発予防へとつながっている。また、地域住民も一緒に参加できるイベントも当院の事業の特色となっている。その代表的な活動の一つが、無農薬無肥料の自然栽培法で育てる米作りである。苗を作るための芽出しから田植え、稲刈りから脱穀などすべての行程を手作業で行っている。田植えや稲刈りの際は地域の子供たちや住民の方々を招き、総勢約100名もの参加者が集まる大きなイベントとして行われ、豊作への祈願や収穫への感謝の表現として、デイケアプログラムの芸術活動の一つである「音楽の時間」に作られたオリジナルのパフォーマンスもお披露目される。栽培過程の一つには、幻聴体験を持つメンバーは自らの経験を生かし、稲に向かっての声かけがあり、その内容も「こんにちは」「ありがとう」など肯定的な内容としている。収穫された米はメンバーの幻聴体験や素人が自然栽培法で育てた意味を含めて“幻米”と名付けられ、参加者やご支援を頂いている方たちに向けても贈呈される。長期の入院経験を持つ精神障害者と地域の子供たちが一緒に作業している光景がそこにはあり、障がいや年齢、利用者スタッフなどの所属や関係性を越えた地域活動の一つとなっている。その他にも、専門的教育を受けていない作家による「生の芸術」を意味するアールブリュットの活動として、診療所全体を使った障害をもつ方々の芸術作品の展示会を行い地域住民が芸術鑑賞に訪れたり、えりも町にて宗教家と連携し地域住民同士の交流や悩み相談の場として開催する「カフェデモンクえりも」というコミュニティカフェ、地域の産業の一つである「馬」とのふれ合いや乗馬を通して発信される「うらかわ乗馬療育ネットワーク」へ参加するなど地域に開かれた活動を意識し展開している。

地域移行支援の実際

2014年の病棟閉鎖に向けての退院支援で重要だったのが、相談支援事業所の存在である。当地域の相談支援事業所は近隣の3町からの委託で主に知的障害者への支援を行っている社会福祉法人浦河向陽会に委託運営されているが、そこに精神障害者への支援の浦河べてるの家、身体障害者への支援の浦河わらしべ園、そして医療の立場として浦河日赤医療相談室が連携して事業所運営をしていた（現在は、医療の立場としては

当院がその役割を担っている）。当時、病棟に入院している退院支援の対象者6名についても、地域移行支援の対象者としてサービス等利用計画が作成され、地域生活支援事業によるピアサポーター支援がすみやかに適用され全員退院する事ができたのである。その中のひとり、Aさんの退院までの経過を紹介する。

Aさんは平成14年から約12年もの間入院をしていた。道外出身で20歳頃に統合失調症を発病。幻覚妄想症状に加え、激しい自傷行為や摂食障害に苦しみ地元の病院に入退院を繰り返していた。そんな中、浦河の当時者活動の存在を知り当地に移住するものの、当地においても同様に入退院が繰り返され入院が長期化したのであった。入院中においても自傷行為は繰り返され、入浴や更衣も自発的に行うことができず、時に異性問題を起こし行動も制限されることも多かった。周囲との関わりは表面的で地域生活とはほど遠い患者の一人となっていた。家族関係においてもAさんの支えの中心であった父親が数年前に病気で他界した以降は疎遠となってしまい、地元への帰郷や転院は難しい状況となっていた。本人に退院への意思確認をしても、病棟が事実上廃止することや地元には戻るのはできない現実を理解するのは難しく、意思決定を行うことができない状況が続いていた。

このような状況の中、改めて自分のこれからを見つめるためのきっかけづくりとして、父親のお墓参りを含めた実家への外出を主治医が提案した。飛行機を利用し日帰り外出というハードスケジュールになったが、2名のスタッフが付き添う形で数年ぶりの家族との再会を果たすが出来たのである。浦河に戻ってきてまもなく、Aさんは私たちにこう打ち明ける。

「他の病院には行きたくない。浦河に退院がしたい。」

こうやってAさんの希望を受け、地域生活の実現に向けて本人や関係機関を含めての話し合いが開始された。主治医からは24時間の見守りが必要との意見が出され、適切な体制のある事業所を探すものの当時は夜間常駐型のグループホームや宿泊型の施設はなかった。さらにAさんは就労支援事業所への通所練習中にも他の利用者との間でトラブルを起こしてしまうなど退院への道のりは困難を極めていった。やがて「一旦、転院してから」「もっと支援が充実した地域で」「準備が足りない」「何かあってからでは遅い」など地域の関係機関からは慎重論が多数を占めるようになり、受け入れてもらえる事業所はなく地域の既存の受け皿への退院は絶望的となった。「今回の件で著しく信用を落とし退院先がなくなりました。それでも退院を希望するなら最後まで応援する。」私たちはきびしい現実のありのままをAさんに伝えた。そして退院後の支援は当面、当診療所を中心に行うこととし、日中はデイケアで過ごす練習に切り替え、新しい住まいと支援体制を整える計画とした。私たちは新たなケア付き

ホームの立ち上げを決め、物件探しと支援体制の構築の準備をはじめ、2014年3月、病棟閉鎖2ヶ月前に中古住宅を一棟確保した。24時間の支援体制を確保するため精神科病棟で夜勤経験のある看護助手さんをグループホームの世話人として雇用した。

その後、Aさんの外泊練習が実施されるが、長年にわたり病棟内で過ごしてきたAさんにとって一人での寝泊まりはあまりにもハードルが高かった。そこで行った支援が病院のスタッフが一緒に寝泊まりする方法であった。しかしながら、年度末の病棟のスタッフで院外の夜勤業務をする人員の確保は難しく、唯一、可能だったのは女性のソーシャルワーカー1名のみであり対応は難しかった。そんな状況を見て2名の看護師が協力を申し出てくれた（うち1名は塚田千鶴子看護師である）。2人とも病棟勤務の看護師であったため夜間の付き添いを行うことはAさんにとって一番の安心材料である。最初は一睡もできず興奮することもあったが、徐々に落ち着いて過ごすことが可能となっていた。あつという間に2ヶ月という外泊練習期間は過ぎ、2014年5月、Aさんは12年ぶりに地域での暮らしを取り戻したのである。

精神科病棟の独自性と 退院支援プログラムの意義

精神科の長期入院者の問題の背景には、入院している当事者自身の課題以上に環境的な要因が大きい。特に入院患者にとって病棟という一つの小さな社会が、地域社会で生活していく為の当事者の力を奪いかねないことを認識しなければならない。そもそも入院という環境は病気や怪我治療を優先した一時的で非日常的な時間や場所であるはずが、精神科は長期化してしまうと住まいとしての機能を持ってしまう。権力の大きい患者がいたり、患者さん同士の暗黙のきまりや了解事が作られてしまう。白衣と病衣に象徴されるように“してあげる側”と“してもらう側”という関係性が明確に分けられており、“病気や問題”を中心とした観察と管理の視点がどうしても強くなりがちである。そこで働くスタッフらもこうした精神科の閉鎖性への疑

問を持ちながらも、病棟内での変化のない日常の繰り返しやトラブルの積み重ねにより、いつの間にか、「患者はストレスに弱く専門家が手を差し伸べなければ生きていく事ができない人」「コミュニケーションが取れない人は現実を認識することが難しく変化が望めない人であり周囲からの管理は仕方ない」「管理を要する人はどこかが担わなければならない」など閉鎖的な認識を持つようになる。

しかしながら、退院支援プログラムで患者さんと一緒に外出する機会を経験すると違った認識を持つ事ができる。退院支援プログラムに参加するメンバーは誰もが私服であり、会話も買い物や外食の時間で流れる楽しい会話でつながるため、患者さんたちは病棟内とは違った表情をみせる。“患者”や“看護師”という役割はなく、服薬の症状の確認の会話もない。病棟独自のきまりや権力も存在せず立場や関係性なしに過ごす時間は、対等でポジティブな関係性を生み出していくのである。病気や問題を見る視点から人間として全体像をみて長所を発見できる視点が養われていくと、病院内でも肯定的なコミュニケーションが増え、関係性が良い方向へと展開していくのである。

精神科病棟閉鎖後の浦河の現在

2014年の精神科病棟閉鎖を機にAさんのような長期入院患者が10名ほど退院をした。どの人たちも単なる地域の受け皿の問題ではなく、Aさんのように様々な理由により地域生活は困難と判断されている人たちや

図4

図3

図5

退院拒否しているとされていた。Aさんも、当初は退院の意思を示さない患者の一人であったが、父親のお墓参りを試みのように意思決定のプロセスを尊重し、問題行動が繰り返されたとしても先延ばしやあきらめをせずに粘り強く関わることで退院までこぎつけることが出来た。そして精神科病棟閉鎖から約2年の時間が経過しても再入院をせずに地域生活を続けることができるのである。

入院治療を中心とした従来の精神医療であれば“最後は入院”という医療への依存が生まれてしまう。当事者からは人間関係や経済的な課題からの回避としての休息入院という行動が生まれる。支援の現場では“専門家の言葉で、限界”“休息”“調整”という形で語られ、日常から切り離す手段を考えてしまうのである。支援の過程の中で問題が起きてしまい予定通りに進まなくとも、周囲の評価で一方的に“無理”という言葉で片付けず、最後までチャレンジし続ける姿勢が重要である。

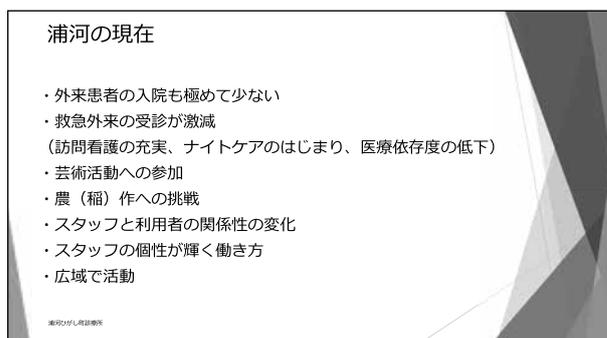


図6

参考文献

- 高田大志 (2015) 精神科病棟を休止 超長期入院の患者さんをどうやって地域へ? (第1回) - 始まりの時. 精神看護, 18 (3), 298-301.
- 高田大志 (2015) 精神科病棟を休止 超長期入院の患者さんをどうやって地域へ? (第3回) - 医療依存から離れる覚悟. 精神看護, 18 (5), 498-501.