

11月28日（金）に益田圏域における精神医療についての学習会を開催しました。

当院は、圏域で唯一の精神科単科病院として、入院・外来医療にとどまらず、圏域の多くの関連施設と有機的連携を取りながら、全ての住民が自分らしく暮らせる地域社会を目指して、日々地域精神科医療に取り組んでいます。以下に講演の要旨を報告します。前半は病院の取り組み、実績の紹介、後半はやや哲学的になりますが精神科医の仕事について一緒に考えてみたいと思います。

1. 病院職員の紹介（別添の図表参照）

- ・ 高津の万葉公園近くの丘の上にあります。条例で高い建物を建ててはいけない地区ですので、建物は低く見つけにくいです
- ・ 病院の職員数 194 名を抱え、法人の関連施設を含めると市内では比較的大きな組織だと思います。
- ・ 医師 9 名中で精神保健指定医（厚生労働省が指定する精神科医）が 7 名というのは、全国的に精神保健指定医不足に悩む病院が多い中で、非常に恵まれています。
- ・ 看護職、薬剤師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士、理学療法士、管理栄養士、調理員、放射線技師、臨床検査技師、事務員、用土係、システム・エンジニアなど病院職員は全員が精神科医療職ですので、共同で医療活動をしています。

2. 法人の関連施設と地域での取り組み（別添の図表参照）

- ・ 当法人は関連施設として、相談支援事業所、放課後等デイサービス、グループホーム、さんさん牧場などを運営しており、障がい者福祉、介護、児童福祉にも関与しています。
- ・ 病院敷地内に「きよら」というカフェもあり、多くの市民がランチを食べに来てくれます。これにより精神科医療に関係がない人も病院の敷地内に入ることになり、精神科の敷居を少しでも下げる機能もあるのではないかと思います。
- ・ 益田市からはひきこもり支援事業や認知症初期集中支援チームを委託されています。
- ・ DPAT（災害派遣精神医療チーム）、ギャンブル依存症治療拠点、認知症疾患医療センター、引きこもり支援（過去実施）、子どもの心の診療ネットワークなど県の取り組みにも参画しています。

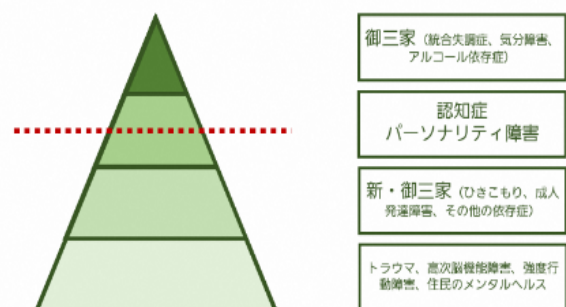
3. 令和6年度の実績（別添の図表参照）

- ・ 215 床で平均入院患者数約 205.2 人。
- ・ 病床利用率は 94-95%を維持しており、全国平均 82%を大きく上回る高い稼働率です。地域で求められる役割をひしひしと感じる日々です。
- ・ 近年では平均在院日数の短縮化が進み、外来患者数は 1 日平均 84 人（稼働日ベースで約 110 人）と精神科病院としては多い方だと思います。これは地域と共存しながら、関連機関と協働し、精神科の敷居を下げ、早期発見早期治療に努めてきたことの傍証だと思います。

4. 多様化する精神科の対象について

従来の精神科医療の主な対象は、図の点線から上の部分で、（個人的にはあまり好まない表現ですが）御三家とよばれている統合失調症、気分障害（うつ病・躁うつ病）、アルコール依存症でした。高齢化社会を繁栄し認知症が増えてきました。また 80 年～90 年代にかけては（これも個人的にはあまり好まない診断名ですが）パーソナリティ障害治療が精神科の大きな課題になっていました。

精神科の対象



近年、新たな対象となってきたのが、新御三家ともよばれているひきこもり、成人の発達障害、（ギャンブル、薬物等）アルコール以外の依存症です。これらは外来につながりにくかったり、有効な薬物療法がなかったりするので、多機関、多職種で取り組む必要があります。

加えて最近では、トラウマ関連問題、高次脳機能障害、強度行動障害、住民のメンタルヘルス全般への取り組みも求められているのが現状です。

令和4年に精神保健福祉法が改正されて、都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談・支援について、精神障害者のみならず精神保健に課題を抱える者全般が対象とされました（第46条）。これは大きなパラダイム・シフトと言えます。

従来精神科医療の対象とされていた重症者数は減少していき、地域で住民のメンタルヘルス対策への参画が求められる、対象領域や対象者数が増えているのが現状です。

5. 今後の精神科医療の方向性について

障害者の権利に関する条約第19条は「自立した生活および地域社会への包摂」として、全ての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を有することを定めています。この理念を説明したのが、藤井千代先生からご提供いただいた「障害者の権利に関する条約の理念」の図です。

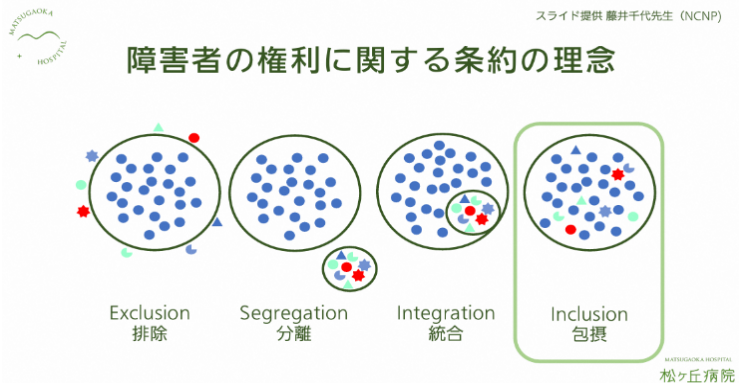
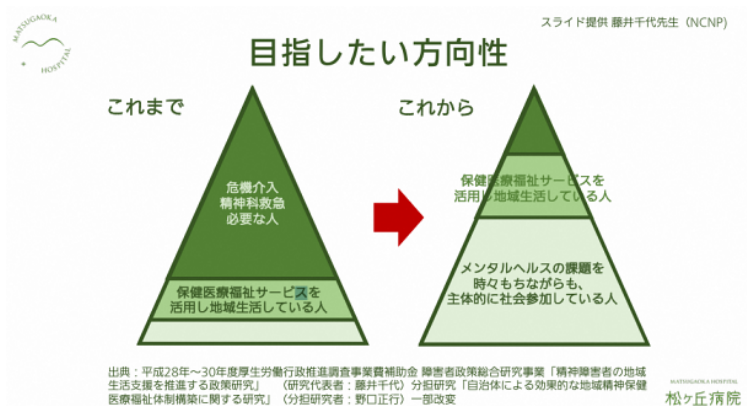
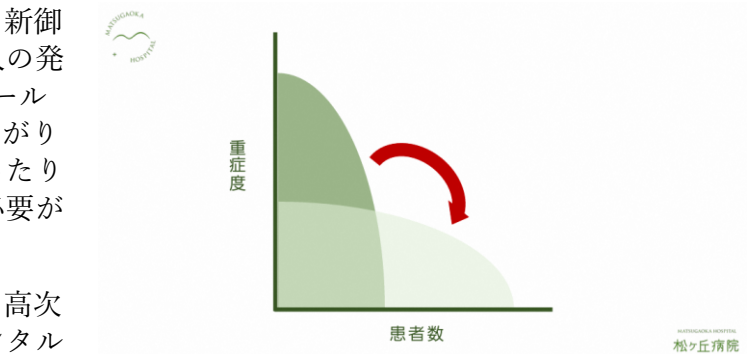
図で示している排除とは、病気とか障害者などを集団の枠から排除する社会です。

分離とは、こうした人たちを社会から切り離して右下の小円に閉じ込めておくことで、歴史的にはこの場所として精神科病院などが使われていたと言えます。

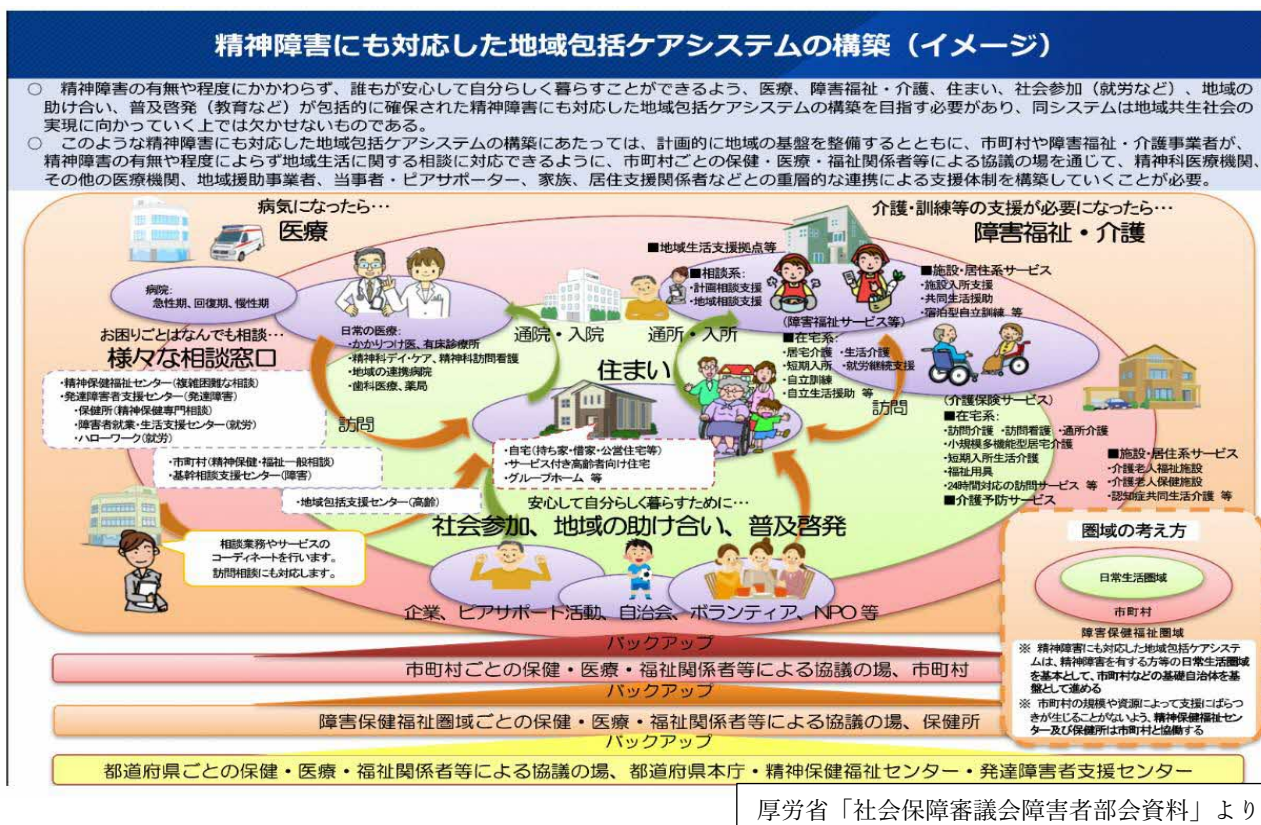
統合というのは社会の一部にはなっているのですが、まだそこには壁があります。我々が目指すのは包摂であり、みんなが社会の中で平等に暮らしていくというのが条約の理念であると言えます。

締約国は、地域社会で生活することを容易にするため、以下のような効果的かつ適当な措置をとる必要があります。

- ・ 障害者が、居住地を選択し、どこで誰と生活するかを選択できるような支援
- ・ 地域社会における生活及び地域社会への包摂への支援
- ・ 地域社会からの孤立や隔離を防止するための支援
- ・ 一般住民向けサービスや施設が障害者に利用可能であり、障害者のニーズに対応している



6. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについて



地域包括ケアシステムというのは、地域全体で高齢者の「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」を一体的に提供する仕組みです。精神障害者の支援に関しては、残念ながら特殊性があるということで「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」と名前がついています。最近ではこれを省略して「にも包括」と呼ばれています。図は厚労省が示した「にも包括」の概念図で、医療、福祉・介護、行政、保健が一体となって精神障害者の地域生活を支援していくイメージが示されています。

病院はまずは大前提として医療の質を確保しないといけません。それに加えて他機関と有機的に連携できることが求められます。そうすることで精神科病院自体が地域から孤立することなく、地域の一部として機能していくようになります。これを押し進めると、にも包括の構築の行きつく先は地域づくりになります。精神科病院自体が地域づくりに積極的に参画することで、医療・福祉の分野だけでなく、より広く地域住民と目的意識を共有することができます。

国の方でも厚労省が「にも包括構築支援事業」を行っていて、その事業に参加して「にも包括」の構築を推進している自治体もあります。私はこの「にも包括構築支援事業」の広域アドバイザーと総務委員をやっていて、研修会や会議に出席していますが、うまく機能している地域では、やはり地域づくりとの関連が深くなってくるという印象があります。

7. 正常と異常の間について

① 精神科医の仕事は、「橋渡し」をすること

後半は精神科医の仕事について語ってみたいと思います。これはちょっとつかみどころのない話になりますし、概念的・哲学的で知的学習には向かないかもしれませんがお許しください。

精神科医の仕事は、何かと何かの橋渡しをすることです。

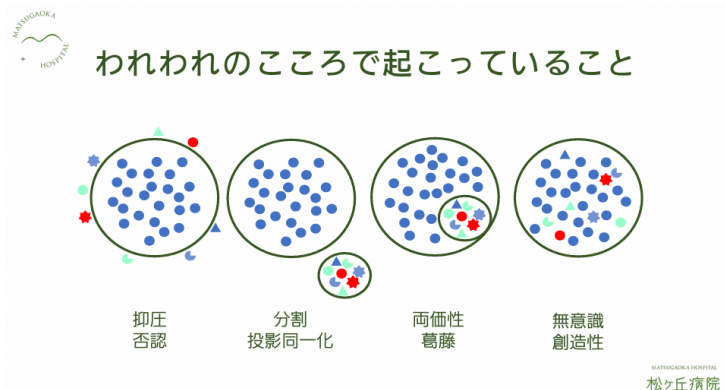
診察室では患者さんの話を聴きながら過去と現在をつなぎます。そこにはその人が生きてきた固有の物語が立ち上がってきます。それは患者さんと精神科医との間に構築される仮説かもしれません。しかしその仮説には現在と未来をつなぐためのヒントが隠されています。この物語（ナラティブ）はエビデンス（証拠）の対義語で、現代社会、特に医療界ではエビデンスが非常に重視されるので、正解のない「ふわふわとした世界」を扱う精神科の世界は特殊に映るかもしれません。しかし、そのような物語と一緒に発見していくことで、患者さんは本来のありべき姿におさまっていきます。

② 自己と他者の境界

私たちのこころは、自分にとって不都合な感情（怒りや攻撃性など）や記憶を抑圧したり否認したりして、目を背けようとするメカニズムが働きます。

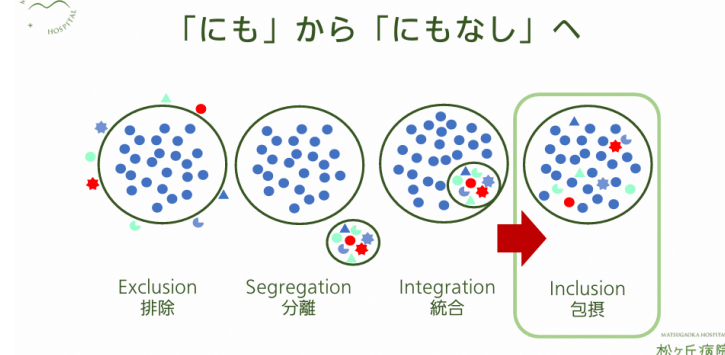
自分の中の不都合な感情を外部に放り出すところのメカニズムを「投影同一化」と言いますが、これが病的になると外部から自分が攻撃されていると認識することもあります。これは被害妄想の原因になることもあります。つまり元々の怒りの感情は自分の中にあるのに、それを自分の感情として認識できず、それを外部が持っている怒りと認識するということです。

もう少しこころが成長すると、愛と憎しみが同居している「両価性（アンビバレンス）」や葛藤に耐えられるようになります。これは極端なものを除いてはこころのメカニズムとしては正常に近いかもしれません。こころはいつも2つの極を揺れ動きながら成立しているものです。極論すると葛藤に耐え、決められずに悩みを持っておける状態こそが、健康なこころの状態とも言えます。



実は人のこころの奥底には、意識化不能の無意識の世界があるとされています。これは言語や意識にまで浮上しないドロドロとした未分化の要素です。これらの要素が「創造性」へと昇華される可能性も秘めています。これらの意識化不能な要素も我々のこころの一部なので、これらの要素が渾然一体となっているのが、本来のこころの状態と言えそうです。

先ほどの、インクルーシブな社会の実現の図と相関性があります。「にも包括」は「統合」はしているけど「包摂」はしていません。真の包摂とは「にもなし包括」の構築だと思っています。



8. 生と死について

最後に人生会議（ACP; Advance Care Planning）の話をしてみたいと思います。これは最近島根県も推奨しています。先ほど述べた人のこころのメカニズムは、死を回避し否認しがちです。ここに集まった人の共通点は「いずれ死ぬ」ということです。これが人生の真実であるけど、例えば執拗に検査や受診をして、そこから目を背けようとする心気症のような病態もあります。あるいは夢や希望に固執して現実から目を背けたい気持ちもあります。

精神科の診察室で過去から現在、現在から未来へと橋渡しする作業を続けると、自分がどう生きてきたかということと自分はどのように死にたいかという話は同義になってきます。それは自

分の身の丈に気づき、現実を知り、いずれは死んでいく存在なのだと諦めていく過程とも言えます。つまり、精神科診療自体が、長い長い過程を経る人生会議だと言うこともできます。

庭に頻繁にやってくる野良猫がいました。近づいてくるけど決して触らせてくれませんでした。その猫がある日すり寄って来て、初めて触ることができました。その日以来その猫は庭に現れなくなりました。

あの猫は最後に自分にお別れをしてくれたのでしょうか。あの猫は今この世にいるのでしょうか。あの世にいるのでしょうか。

これはあるご婦人が診察室で話したことです。これは雑談でしょうか。私はこのご婦人が猫の話をしながら、自分の話をしていることに気づいていました。長年きっちり予約日に現れますが、決して馴れ馴れしくはなく身なりも整えて、生活感を醸し出すこともなかったです。それは決して触ることができない猫のようでした

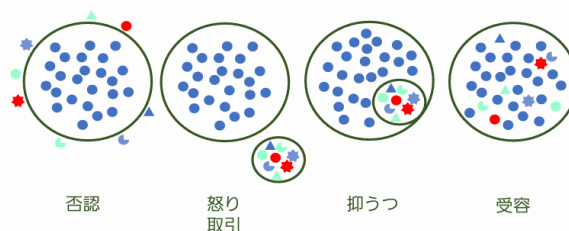
そのご婦人に癌が見つかりましたが、淡々とそれを報告し癌治療を全て拒否しました。最後まで身なりも乱れず、真の感情を語ることもなく、ある時から診察室にも現れなくなりました。あのご夫人は今この世にいるのでしょうか。あの世にいるのでしょうか

精神科の診察室ではそのようなことがよく起こります。他愛もない小さなエピソードの中に、その人の生き方や死に方が象徴的に凝縮して表れてきます。それをひたすら聴いて、そこに関与し、共に気づいていくには、診察室での関係性を保ち、長い道なりに同行することが最低条件となります。

キューブラー・ロスの「死の受容」は人が死を受容していく過程を説明していますが、これも同じような図で説明することができます。



死の受容 (キューブラー＝ロス)



KUBLER-ROSS HOSPITAL
松ヶ丘病院

以上の話を振り返ると、社会が真の包摂を達成する過程、人のところが無意識の世界を包摂して創造性を発揮する過程、人が死を受容する過程は同じ図で説明することができることに気づきます。関与しないと見えてこないものがあるというのが結語になります。

ご清聴ありがとうございました。