

私たちが目指した精神医療

—日本の精神医療と都立松沢病院の挑戦—

第30回松原病院記念講演会

東京都立松沢病院 齋藤正彦

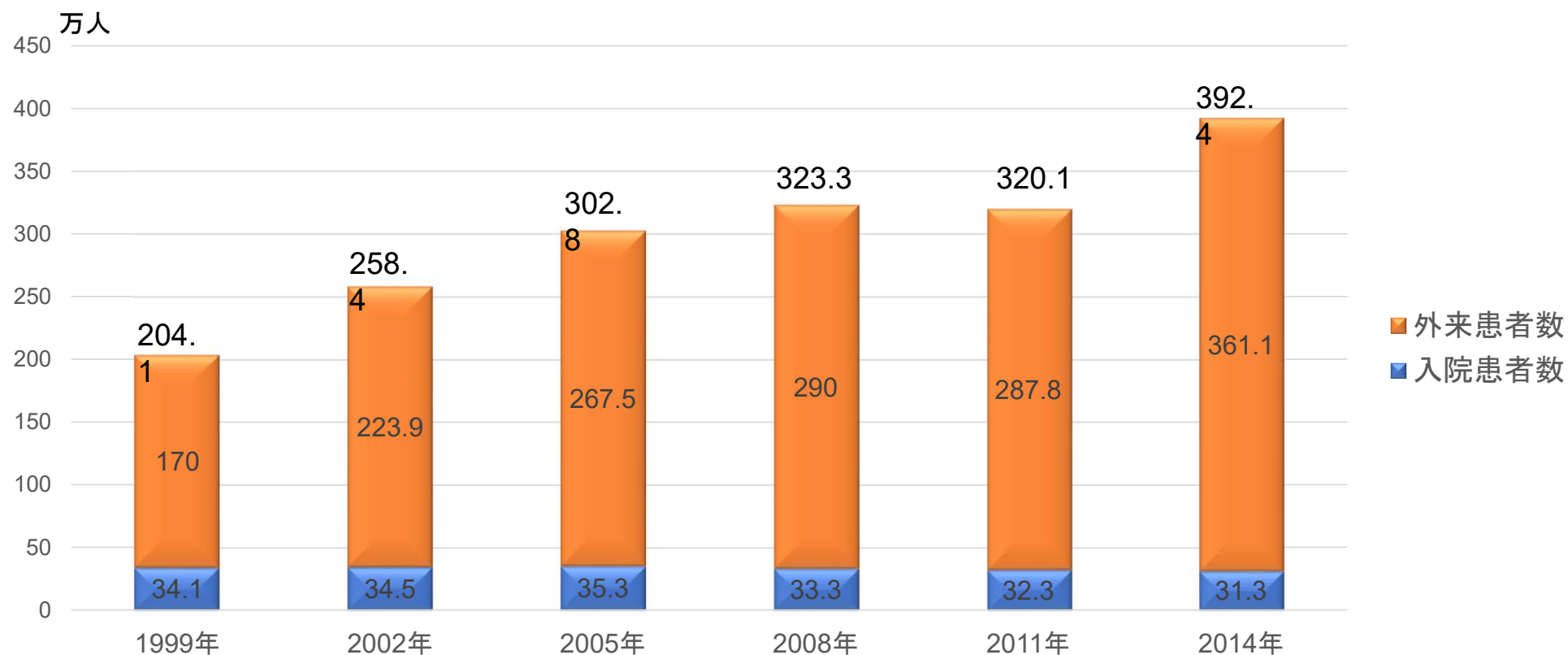
開示すべきCOI関係にある企業はない

2022年8月27日 齋藤正彦

日本の精神医療の現在

精神疾患を有する総科患者数の推移

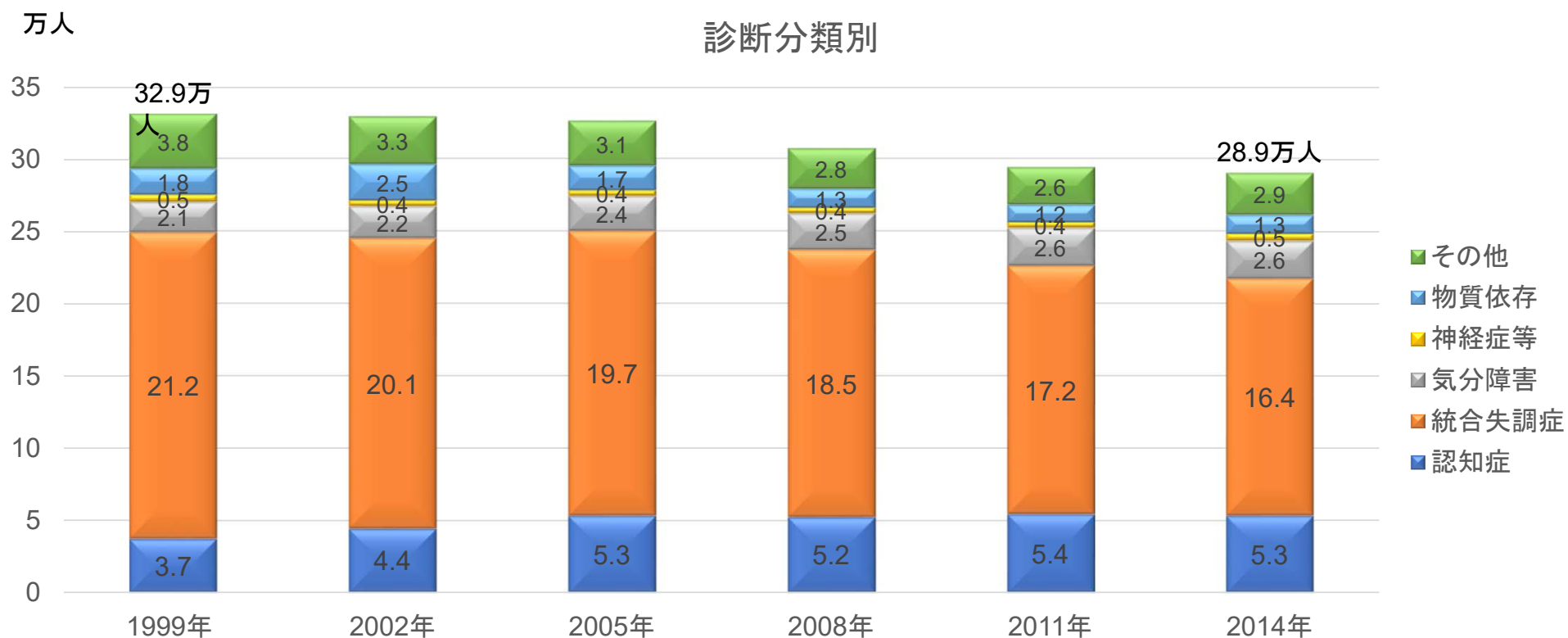
(厚労省精神保健福祉部)



2011年：宮城県の一部と福島県を除く

精神科病床における入院患者数の推移

(厚労省精神保健福祉部)



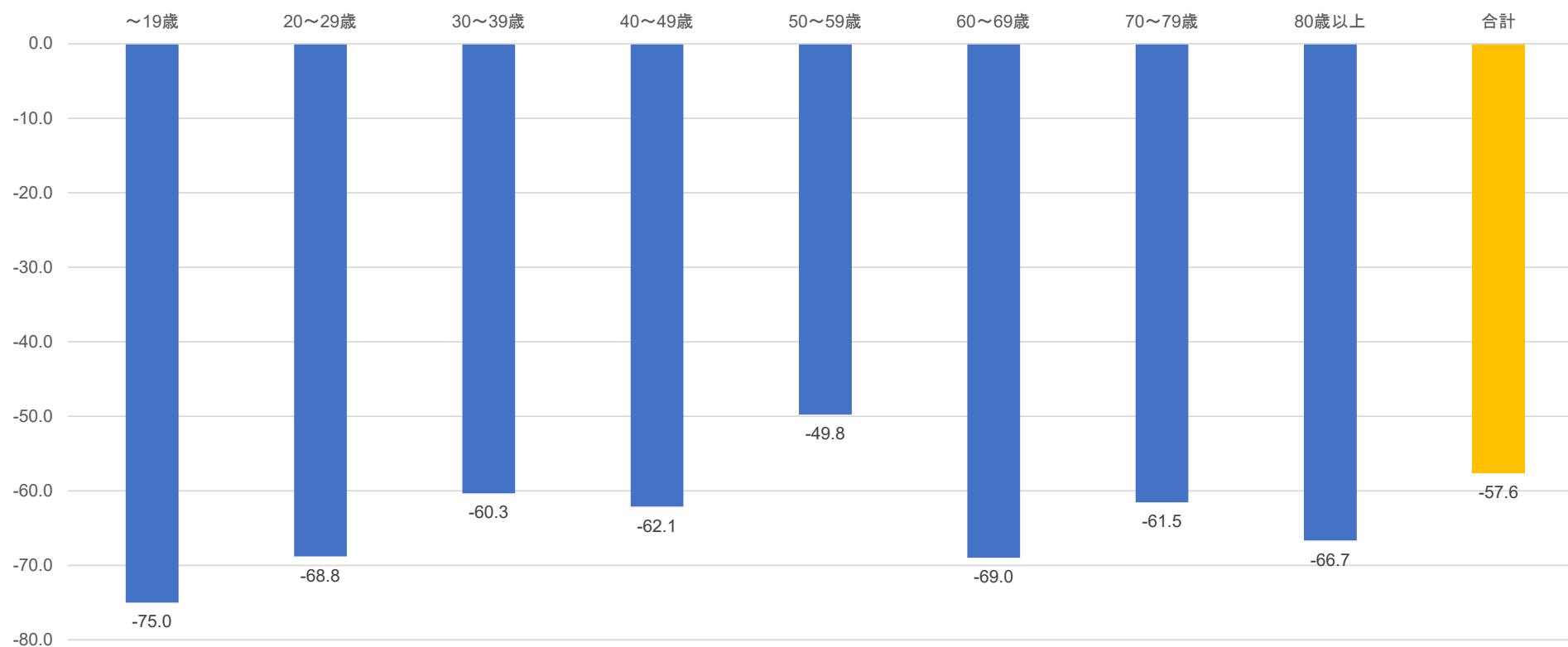
松沢病院

疾患別入退院数の差（2018年度）

	新入院数	退院数	差	減少率
統合失調症	1520	1584	-64	-26.1%
器質性精神障害	532	540	-8	-1.14
気分障害	425	405	20	+ 2.28
その他	1296	1247	39	+ 3.13

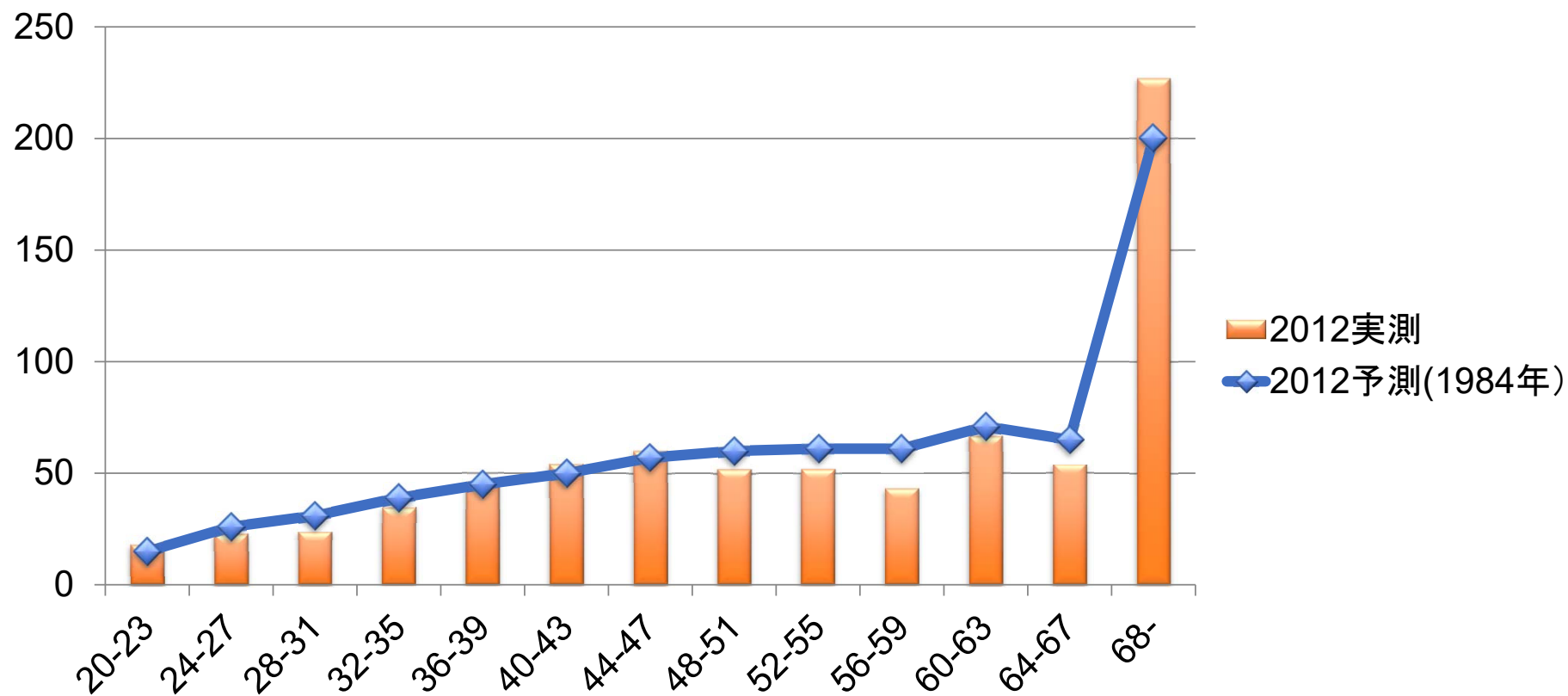
統合失調症患者数年齢階級別減少率

1994年以降最大値から2018年度実績への減退率



在院患者年齢階級度数分布

1984年の予測と2012年実測値



精神医療は停滞している

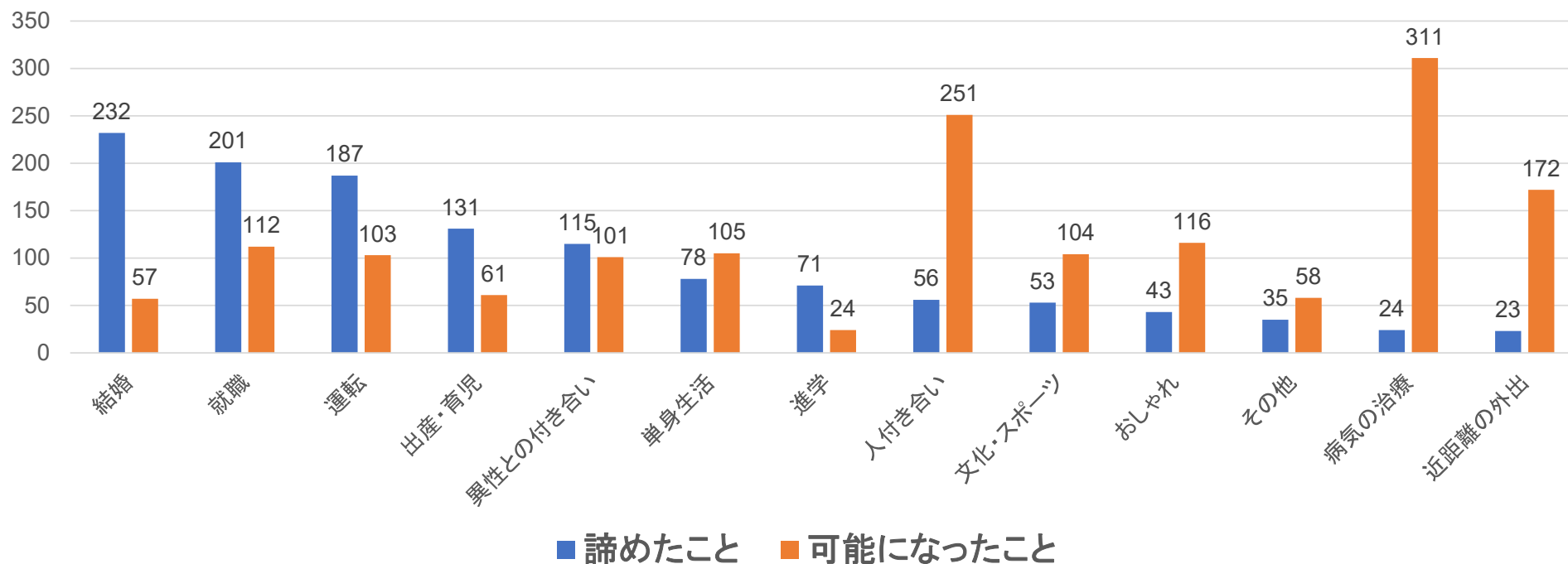
- ・ 精神病床在院患者数減少は、地域医療政策の成果ではない
 - ・ 統合失調症ハイリスク世代の大幅な人口減少の結果
- ・ 精神医療は停滞期にある
 - ・ 向精神薬の開発は、20世紀中葉以降、本質的な変化なし
 - ・ クロザピン、mECTには治療構造を変えるほどの効果は無い
- ・ どうして進歩がないのか？
 - ・ 政策決定プロセスに利益代表が絶大な影響力を持つ
 - ・ 中途半端な国公立精神科病院の機能

精神医療とは . . .

統合失調症の患者は何に困っているか？

(NPO全国精神障害者ネットワーク、ユーザーアンケート 2012)

向精神薬処方によって諦めたこと (n=564) ・ 可能になったこと (n=634)



「私は、25歳の時、先生にそう言われた」

(統合失調症、女性、初診1981年、20年後、30年後の会話)

- ・ 1981年～1998年まで主治医、その後、不定期に電話連絡
- ・ 2004年の電話で、私の病気について話をする
 - ・ 医師：僕は一生、注射を打ち続けなければならなくなった
 - ・ 患者：私は25歳の時、先生にそう言われたんだよね
 - ・ 医師：・・・
 - ・ 患者はこの後、初診時、研修医だった私を問い詰めて精神分裂病と
いわせたときのエピソードを詳細に語った
- ・ 2013年、自殺企図の後、措置入院になりmECTを受けた
 - ・ 先生、人間て限りなくバカになるんだね、もう十分バカになっていたのに、電気かけたらもっとバカになった

「齋藤先生？ 私のこと覚えてる？」

- ・ 30年ぶりに戻った病棟で、患者に声をかけられた
 - ・ 私ははっきり覚えていないのに、どうして患者は覚えていたのだろう？
- ・ 18歳で入院した患者は32歳の時私に出会い、61歳で再会した
 - ・ 一つの病棟の中で40年以上を過ごした
- ・ 「ずっと同じベッドなんだよ」
- ・ 案内された病室のベッドに拘束帯
 - ・ 「2か月前に転んじやったから・・・」
 - ・ 「夜7時から朝ごはんまでだから・・・」

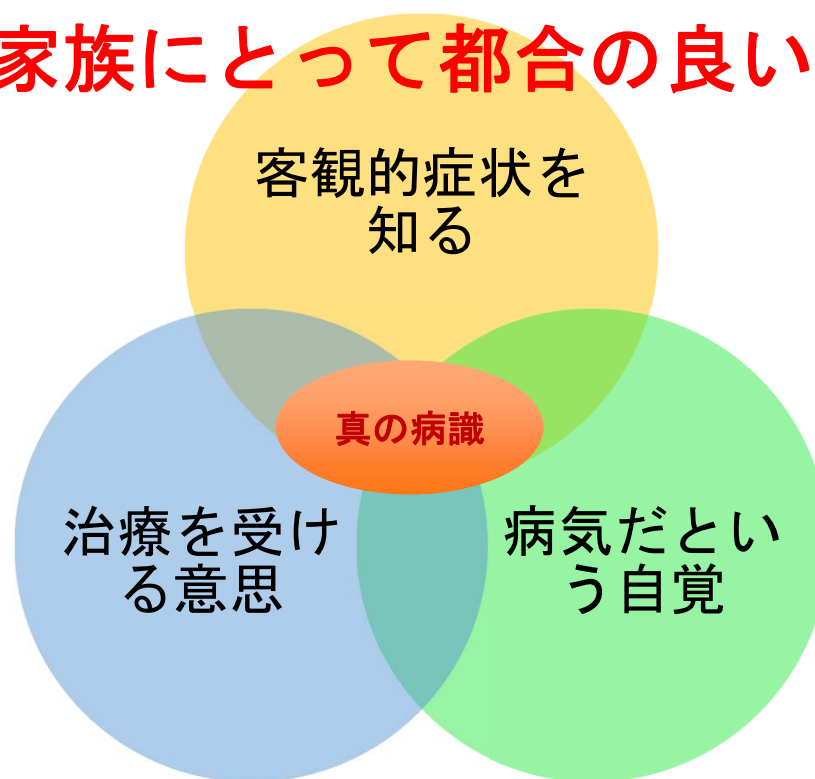
統合失調症の客観的症狀と主観的体験

- ・ 治療者は症状を客観的に記述しようとする
 - ・ 陽性症状：幻聴、被害妄想、思考吹入・・・
 - ・ 陰性症状：思路障害、感情鈍麻、発動性低下、無為不関・・・
- ・ 患者は症状を主観的に体験する
 - ・ 誰かが私の悪口を言っている、組織がを破滅させようとしている、別の人の考えが私の頭に吹き込まれる・・・
- ・ 患者や家族が体験する症状はこれだけではない！
 - ・ 発症から診断までの不安
 - ・ 診断後の絶望、悲嘆
- ・ 精神医療は何を標的症狀としてきたか？

病識とは

David AS 1990

これは治療者、家族にとって都合の良い病識に過ぎない



統合失調症患者の病識とは何か

- ・ 患者が幻覚や妄想を病気の症状だと認めないことを、医療者は「患者は病識を欠く」という
 - ・ 「病識を欠くのは統合失調症の認知障害のためである」
 - ・ 「認知リハビリ」、「疾病教育」で「病識をつける」
- ・ 医者は、患者の不安、恐怖、絶望を知らない
 - ・ 精神病だと認めることの恐怖、薬を飲むことで、若い患者が何をあきらめたのか、統合失調症という病名告知でどれほどの絶望を味わったのか・・・
- ・ 統合失調症という病気を理解しないのは、患者も医者も同じ

現在の精神医療

- 操作的診断：DSM5、ICD10
- マニュアル化されたアプローチ
 - 精神療法、行動療法にエビデンスを求める
- EBMに基づく処方
- こうしたアプローチの利点は
 - 治療の標準化に役立つ
 - 治療者を訴訟から守る
- 欠点は？
 - 本来曖昧な人間の精神に、人為的な選別を行う
 - 個々の患者の治療ニーズの違いに注意が行きにくい
 - 手に負えないと難治例→mECT、クロザピンの処方 . . .

EBMは患者を救うか？

- EBMは、統計学と倫理学の産物に過ぎない
 - 何に関するエビデンスか？
 - その効果がどれほど患者の利益なるか、EBMは教えてくれない
- Value Based Medicine (VBM)という考え
 - 個人の価値観に根ざした医療
- 臨床は限らない灰色のグラデーション
 - 操作的な診断と『エビデンス』が切り捨てた様々な特異性が『人間』を作っている
- EBMは必要条件であって十分条件とはかけ離れている

非自発的治療

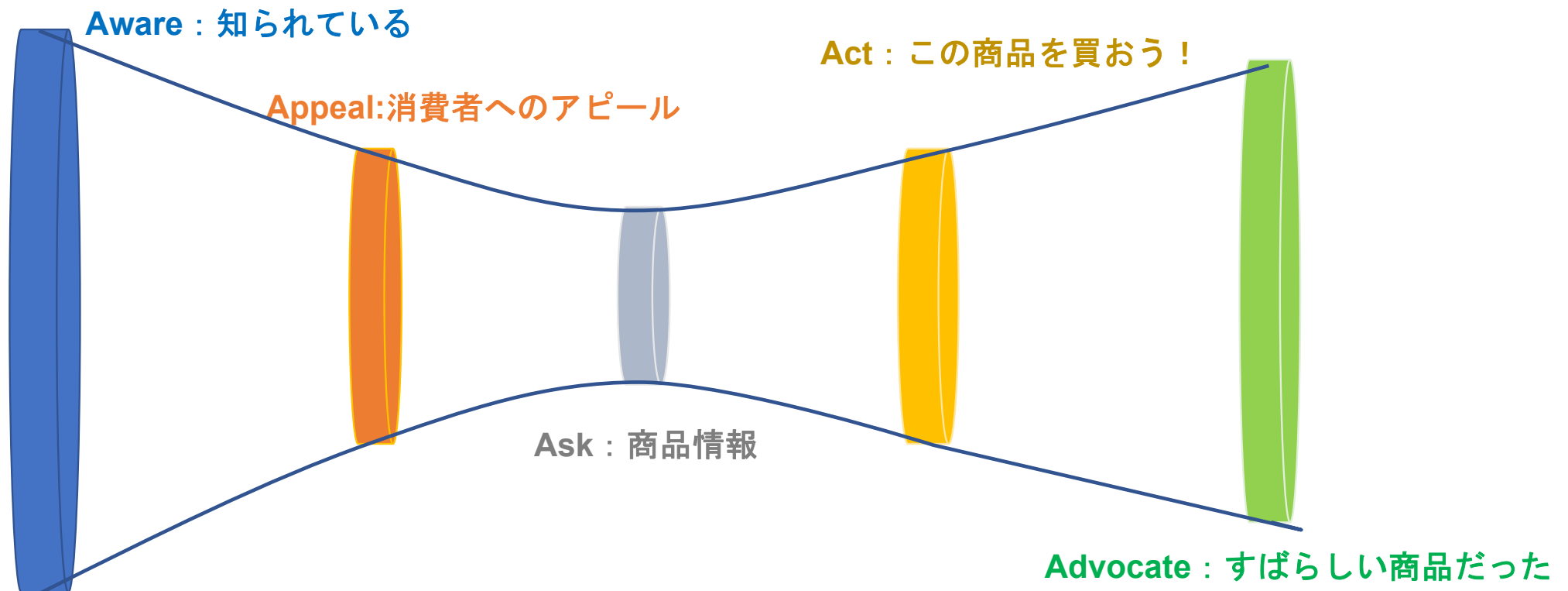
- ・ 非自発的治療は誰のために行うものか？
 - ・ 患者のため？
 - ・ 家族のため？
 - ・ 社会全体のため？
- ・ 非自発的治療の犠牲になるものは何か？
 - ・ 患者の人権（自由権）！！
- ・ 医師、家族、社会が患者に強いる非自発的治療の全ては、患者の基本的な人権を制限することによって可能になっている
 - ・ そうであるなら、治療者には、基本的な人権を犠牲にしてでも納得できる果実を、患者に提供する義務がある

松沢病院の改革 2012～2020

「良い医療」の実践がすべて

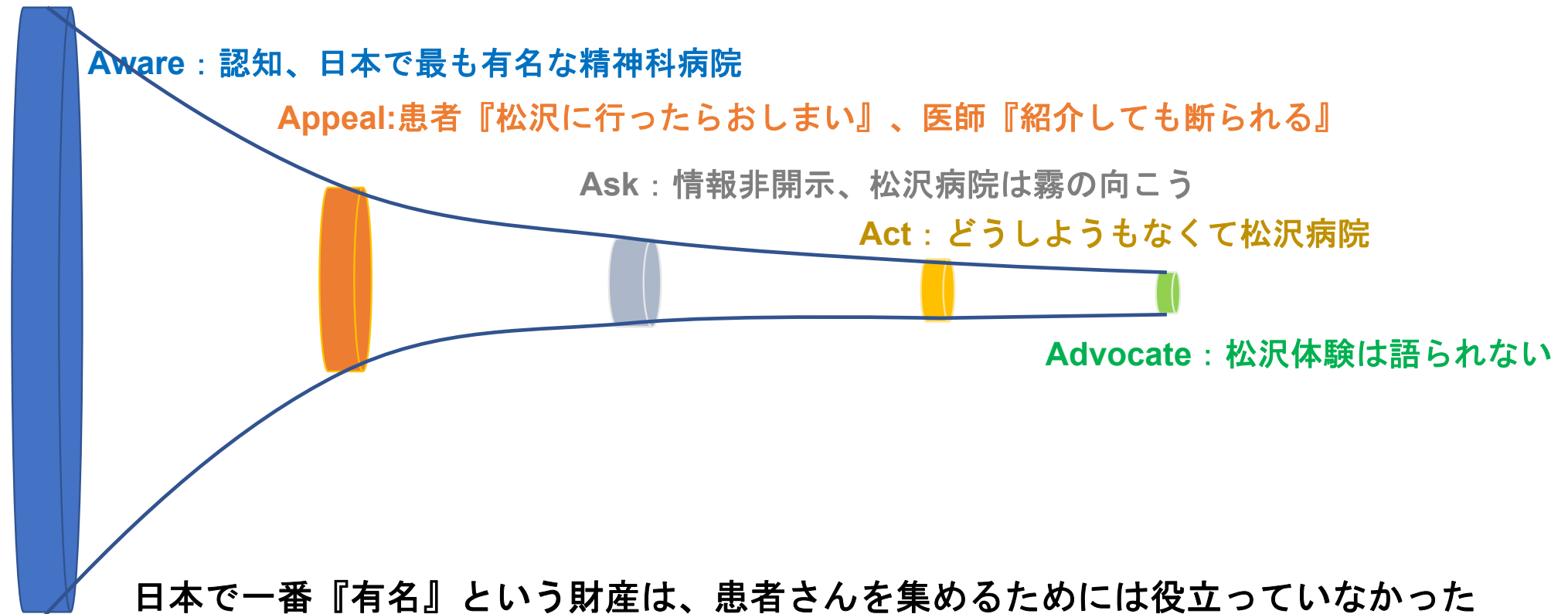
ブランド・マネジメント

Customer Journey 5A (Philip Kotler, 2017)



2012年の松沢病院患者のブランドイメージ

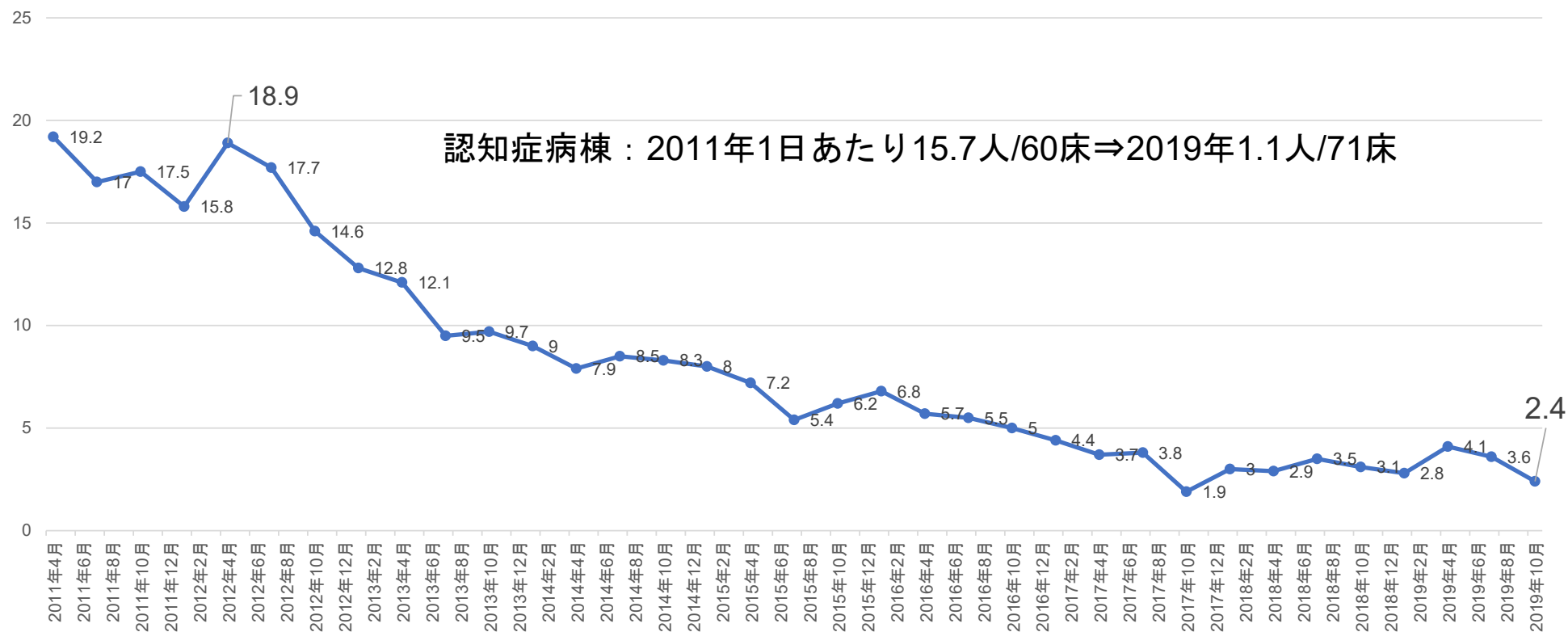
Customer Journey 5A (Philip Kotler, 2017)



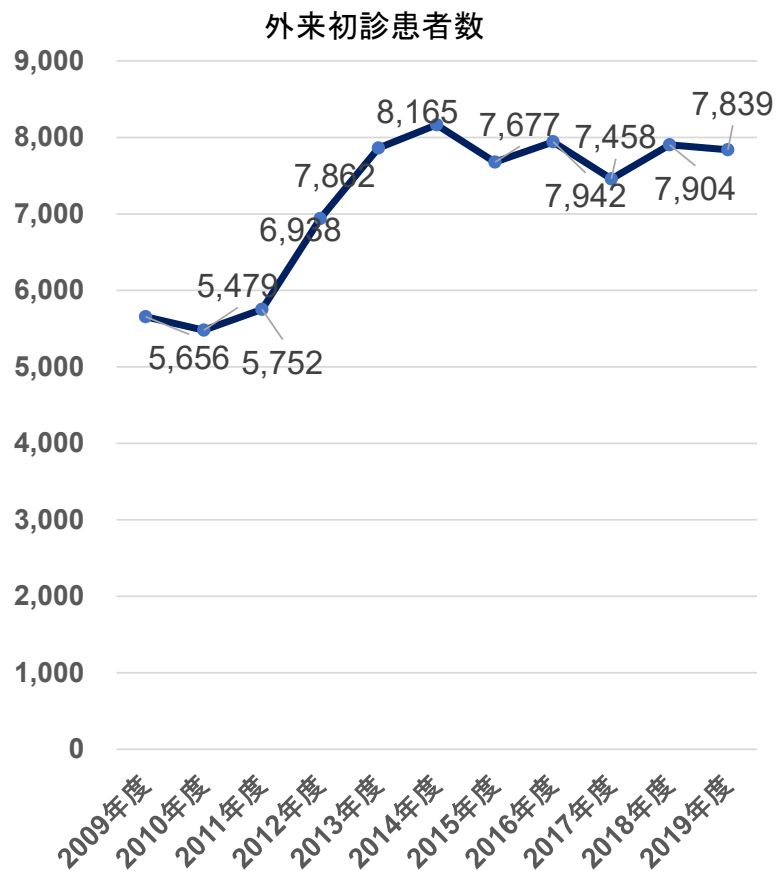
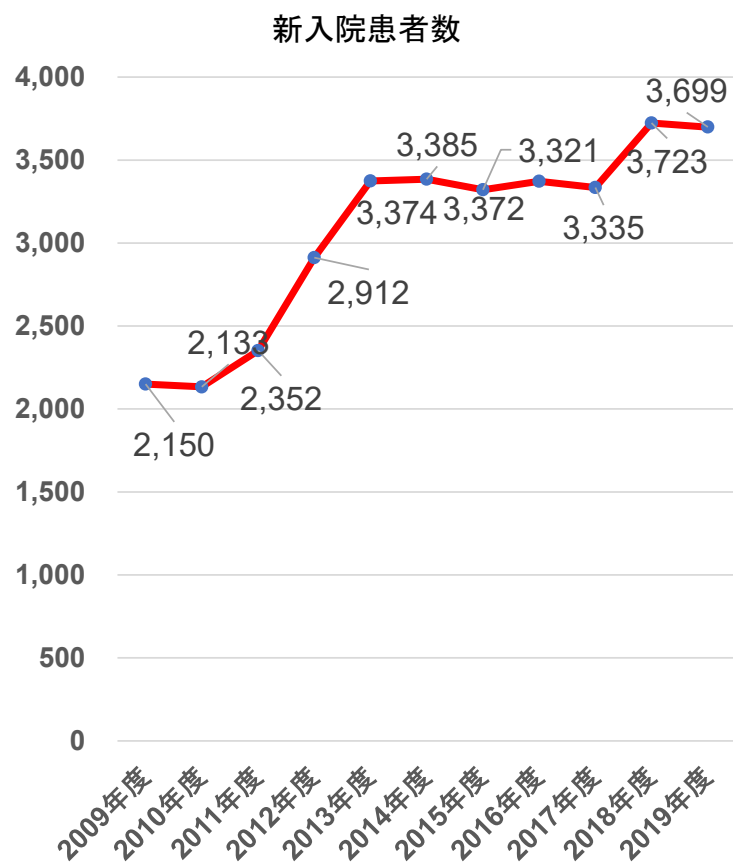
松沢病院が掲げたスローガン2012~2021

- 第1のスローガン(2013年度)：民間医療機関の依頼を断らない
 - 松沢が断った患者は、松沢より資源の少ない民間病院に行く
- 第2のスローガン(2014年度)：患者に選ばれる病院になる
 - 患者の権利擁護は、松沢ができなければどこでもできない
- 第3のスローガン(2016年度)：働きやすい職場を作る
 - 業務改善なしには、増大するニーズに応えられない
- 第4のスローガン(2018年度)：地域を支え、地域に支えられる
 - 精神病院が地域に貢献し、社会に向かって門戸を開くことが、精神障害者に対する偏見を小さくする

拘束率の経時変化



2009～2019、新入院数・外来初診数の推移



東京都精神科病院協会アンケート

【2012年：38施設が回答】

- 精神科入院
 - 満床を理由に断られた（多数）
 - なかなか受け入れてもらえない（多数）
 - 入院までの時間が長い（多数）
 - 民間で処遇困難な患者を引き受けるべき（多数）
- 合併症医療
 - 合併症入院受け入れ決定に時間がかかる（多数）
 - 転院予定日前に緊急搬送されたら、予約前であることを理由に断られた
 - ターミナルを受け入れてもらいたい

【2015年：50施設が回答】

- 精神科病床について
 - 迅速、丁寧、誠意ある対応だった（14件）
 - 中国語対応が必要な人を即日とってもらって助かった
 - mECTを依頼したところ、改善して帰ってきた
 - 重症患者を引き受けてくれて感謝している
 - 対応に時間がかかる
- 合併症医療について
 - 返答が早く、迅速に対応してもらっている（9件）
 - 対応範囲が広い、信頼に値する、情報の質・量とも良好（3件）
 - 受け入れ後の待機が長いような気もするが、受け入れの返事が早いのでその点は助かる（2件）
 - 松沢病院に意見はないが、行政の対応がもう少し早くなるとありがたい

2020年の松沢病院のブランドイメージ

Customer Journey 5A

Aware : 認知、日本で最も有名な精神科病院

Appeal : 拘束されない合併症でも安心・・・高い評価

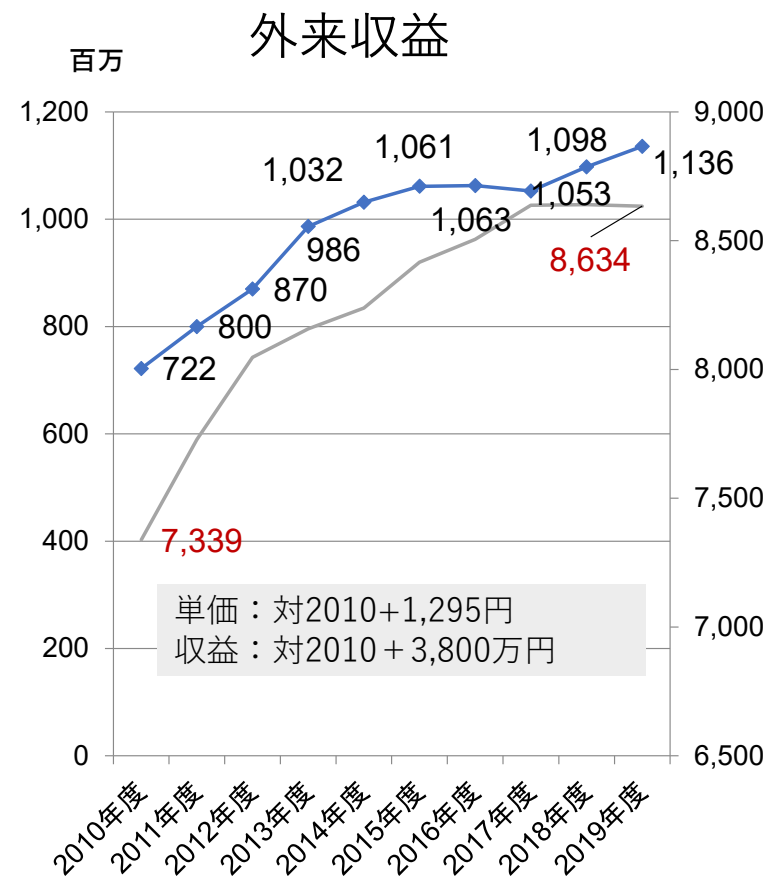
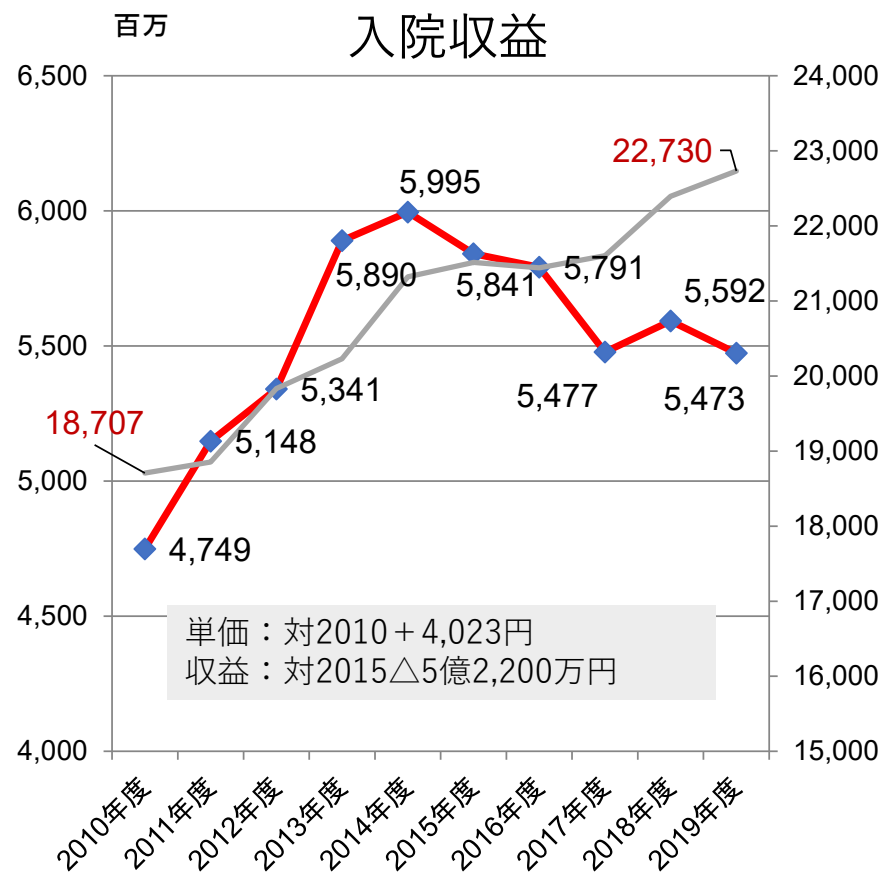
Ask : HP情報開示、講演、
学会発表、論文、出版

Act : 松沢病院に行きたい
松沢は最後の砦

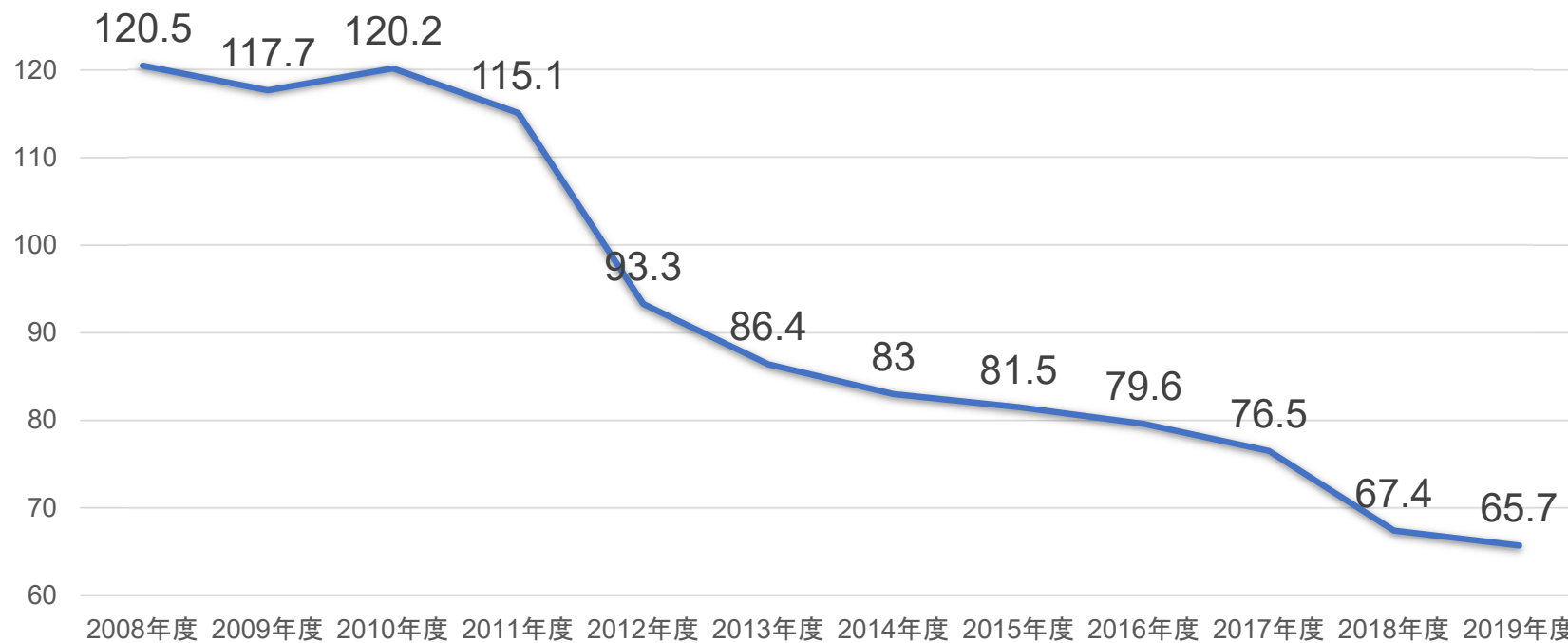
Advocate

- ・ 患者、家族の支持
- ・ 紹介元の高評価
- ・ 社会的評価
- ・ マスコミ報道

医療の質改善は経営改善に結びついたか？



平均在院日数の変化



分子：入院延患者数　分母：(新入院患者数＋退院患者数)÷2

松沢病院の経営リスク

- 経営力の欠如

- 院長、看護部長、事務局長等、経営に無関係
- 事務官の異動が経営ノウハウの継承を阻害、業務改善を阻害する
 - 管理職の行政医官出身が多いため、経営・組織運営ノウハウの欠如
 - 病院に特有のノウハウの低さ

- 入札制による収益向上が収益向上に結びつかない診療報酬体系

- 人材確保のリスク要因

- 専攻医シーリングによる医師の不足
- 標準を上回るコメディカルの給与体系、人事の硬直
- 公務員事務官とPFI事業者との賃金、雇用条件格差

独法化は、これらの問題を全く改善していない

精神科医の仕事

事例1-1 C：70歳男性 統合失調症・左下腿壊死性筋膜炎

- X年某日、自宅前路上で頭から血を流し下半身を露出して包丁を振り回しているところに警察が介入
- 同日、大学病院救急で頭部外傷処置、両下肢筋力低下、左下腿に壊死創あり、洗浄、デブリ
- 同日、興奮不穏激しくそれ以上の身体評価困難ということで民間精神科病院に転送
- 第5病日、左下腿創部の経過不良、下腿切断手術のため、当院に転入院、紹介状の病名は統合失調症
 - 精神科入院時カルテ「妄想的発言があり、ほとんど滅裂」
 - 整形外科所見「創部の感染ひどく、再度デブリが必要」

事例1-2 最初のトラブル、その後の経過

- 第12病日、翌日のデブリ予定日が『仏滅』であることを理由に手術への同意撤回
 - 整形外科医、形成外科医、精神科医の説得に応じずデブリを延期
- 第16病日、デブリ実施
 - 術後の経過良好、創部の感染がコントロールされ、壊死を起こしている足の切断手術予定を、創部への植皮手術に方針転換
- 第27病日、創部を覆うパットをはがしてしまう
 - 理由を問うと、青が嫌いだからと⇒開放のまま経過を見る
 - ★創部の経過は良いが問題行動は続く

事例1-3 2度目のトラブル

- 形成外科による創部管理が進むにつれて、病棟内でのトラブルが頻発、徐々にエスカレート
 - 理不尽な要求を繰り返し、通らないと大声で威嚇
 - ホールで他の患者を威嚇
 - 保護室に隔離するとおむつを外して大便を投げる、床に放尿 . . .
- 「植皮手術はしない、俺の勝手」だと言い出す
 - 左下腿の開放創 200mm×100mm(max)

事例1-4 第28病日16時 緊急カンファ

- 看護師、病棟医の意見
 - 患者の言動に病棟スタッフは疲弊している
 - 患者の言動は他の患者を脅かしている
 - 本人が「手術しないでいい」と言っている⇒元の精神科病院に送り返す
- 形成外科部長の診療録（同日）
 - このまま退院も不可ではない、精神症状をコントロールし、拘束して安静を保てば、植皮術可
- 病棟の結論
 - 患者の自己決定を尊重してもとの精神科病院に戻す

事例1-5 緊急カンファに感じた違和感

- 医師と口論の最中に発した「手術できなくてもかまわない」は、患者の自己決定か？
 - 自己決定・自己責任論は、医療側の責任のがれ！
- 病棟精神科医、担当看護師は役割を果たしているか
 - 第28病日に至るまで、家族歴・生活歴、既往歴、現病歴不詳、診断は紹介状のまま
 - 一方的な指示、従わなければ隔離拘束、興奮すれば抗精神病薬の頓用！
- 「問題患者」と「頑張っている私たち」という構図はおかしい
 - 問題がなければ精神科に入院しない！

事例1-6 その後の展開

- 担当医を交代、面接を重ねる
 - 生活歴：学園紛争で卒業が遅れるが、26歳で農学部の修士課程を卒業、上場企業の部長で退職、投資で大きな資産をつくる、結婚歴無し
 - 現病歴：今回のエピソードまで精神科受診歴なし
- 患者の行動
 - 指示に逆らって大声を出す、暴力は振るわない、放便、放尿はあるが創部は汚さない・・・
- 術後3日間という条件で、身体拘束を患者に提案⇒患者も同意
 - 第35病日、植皮術、胴、両上肢拘束、第38病日、拘束解除
 - 身体リハを経て第50病日、有料老人ホームに入所

事例1-6 まとめ

- ・ 安易な診断、EBMが治療を遅らせた
- ・ 治療者の責任逃れのための、自己決定、自己責任
- ・ 精神科治療の第一歩は、対等な立場での患者との面談
 - ・ 紹介状の仮説を検証するためではなく、自分の仮説を構築するため面接
 - ・ 家族歴、生活歴、既往歴、現病歴・・・患者のストーリーが診断につながり、治療効果を高める
 - ・ 治療の目標を患者と共有できれば治療は半ば成功

「自己決定は欺瞞である」

小松美彦 洋泉社、東京、2004

- 自己決定とは、言葉ではなく生の実相をまるごと包括し、具体的局面で、他者との複雑な網の目の中で行われ、必然的に共決定となる
- これに対して、自己決定権とは、言葉によって普遍化された人為的権利、思弁によって客観化された制度、自己決定権は自己責任と裏腹
- 倫理とは、何か問題が起きたとき、自分と自分の周囲の人たちとの関係のただ中で、混乱や葛藤にさいなまれながら、揺り揺られていく状態そのもの、自己決定権は倫理と一番遠い

医療に関する法制度と医療者の倫理

法律の世界

法律(第三者)が黒白を決める＝誰も結果に責任を負わない



医療倫理の世界＝現実の世界

すべての当事者による共決定＝みんなが決定に責任を負う＝いつも悩ましい



法令遵守が常に倫理的に正しいわけではない

終わりに

まとめ（1）ブランディングと病院経営

- ブランディングは、職員が理念を共有することから始まる
 - 目標は、「良い医療」を提供すること、収支改善は後からついてく
- これに成功すれば、患者が集まり、経営が安定する
 - ト라우マを作らない入院医療は、患者のロイヤリティを高め、同時に統合失調症の長期予後を改善する
 - 良いサービスと良い職員は鶏と卵
- 精神科病院は地域に開かれた存在でなければならない
 - 他の医療機関との緩く、広い連携が患者の地域生活を支える
 - 地域の目は、精神科病棟を変える

まとめ（2）精神医療とは

- 疾病を治すことができなくとも、患者の障害を最小にし、社会生活の可能性を最大にするためのあらゆる支援
- 患者のストーリーを読む
 - ストーリーは患者が語り治療者が紡ぐ
 - 双方向のコミュニケーションが治療者と患者の心をつなぐ
- 「精神科医の仕事は、精神科薬物療法、mECT、精神療法だけではなく、精神障害者が当たり前前に生き、当たり前前の医療を受けるために必要な努力と交渉のうち、他の人がやらない仕事の全て」（井藤佳恵 2014）

精神疾患へのスティグマ

理解できないもの、恐ろしいもの、なりたくはないもの、に刻まれた精神疾患という刻印



宣伝

- 齋藤正彦著：都立松沢病院の挑戦 岩波書店 2020
- 齋藤・井藤佳恵編著：私たちの医療倫理が試されるとき ワールドプランニング 2020
- 東京都立松沢病院編：「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開 医学書院 2020
- 齋藤・針間博彦・杉井章二編著：松沢病院発！ 精神科病院のCOVID-19 感染症対策 新興医学出版 2021