

ホームページ <http://www2.ttcn.ne.jp/ref-pj/>

内 容

* リフレッシュセミナーin 東京に参加して

実行委員 エスポアール出雲クリニック 高尾 由美子

* 精神保健福祉交流促進協会のセミナーツアーを振り返って

理事 出雲市子ども未来部 三島 武司

* イタリア地域精神保健サービス視察ツアー報告

ファーマシー薬局出雲中央 寶大寺 淳

* リフレッシュセミナーin 東京に参加して

実行委員 エスポアール出雲クリニック 高尾 由美子

「リフレッシュセミナーin 東京 2019」は、昨年亡くなられた仁木美知子さんを偲ぶ会として開催され、出雲から三島武司さんと私が参加しました。事前に長野先生から「仁木さんの写真があれば集めて知らせて下さい」と言われて、色々な人に声掛けしましたが改めてその数が少ない事が分かりました。それでも当日は、宇和島病院の兵頭さん中心に作成された 2002.2 ヴィレッジ～2016.11 イタリアの写真集をいただき、思いをはせることができました。2003年5月にNPO法人を取得して2019年までの16年間で海外セミナーは40回、延べ参加人数530名、国内セミナーは77回、延べ参加人数6,160名を数えたそうです。2013年に亡くなられた谷中先生、ご主人の守さんと凄い偉業を成されたと実感しました。

私は2001.2のヴィレッジしか海外研修は参加していませんが、セミナーでは、アメリカヴィレッジの他、イギリス、イタリアなどのセミナー報告をまとめて聞かせて頂きました。それぞれの国の文化が違って心根がある方々の話しは、引き込まれるものがあり、「何故、参加しなかったのか・・・」と悔やまれてなりません。全国から参集された方の熱気も懇親会ではマックスだったと思います。美知子さんを偲ぶ会としては最高でした。

皆にとって美知子さんは優しいお母さんであり、私にとっては相談にのってくれる良き姉でもありました。当日は司会を担当し、エスポアールの院長、藤井達也氏、上野容子氏、相川章子氏の4人の方からのメッセージを伝えさせて頂き、天国の美知子さんにも届いたと思います。これまでの出会いに感謝です。



お話をされる白石弘巳先生
聖学院大学名誉教授

* 精神保健福祉交流促進協会のセミナーツアーを振り返って

理事 出雲市子ども未来部 三島 武司

リフレッシュセミナーin 東京 2019に参加し、協会が主体となって行ったヴィレッジをはじめとする数々の

海外セミナーを懐かしく思い起こすことができました。その際に、カナダ・バンクーバーセミナーの話をするつもりでしたが、時間の関係で端折りましたので、内容は多少古いですが、簡単に触れさせていただきます。

平成 20 年 7 月 1 日から 7 日間、カナダ・バンクーバーへ研修に行きました。平成 17 年には、カナダのトロントで研修し、マウントサイナイ病院の ACT チームの活動等を通して、主に多民族国家としてのカナダを見ることができました。バンクーバーにおいては、精神保健施策の移り変わりを学ぶことができ、おぼろげながらもカナダの精神医療・保健の全体像が見えてきたように思いました。

協会の海外セミナーの特徴は、当日ホテルで行う振り返りにあると思います。おかげで、私のような不勉強な者でも研修内容の理解を深めることができました。日ごとの研修内容をまとめるだけではなく、未消化な部分について疑問を出しあったり、時にはレクチャーし合ったり、とにかく納得がいくまで話し合いました。そのなかから翌日の研修での質問事項が生まれたこともありました。また、振り返りが終わると必ず乾杯をし、参加者のみなさんから各地の活動状況などを聞くことができ、視野も広がったと思います。

バンクーバー市を含むブリティッシュ・コロンビア州の精神保健施策は、常に明確な目標や課題をもって取り組まれているものの、目まぐるしく変化する精神保健分野の現状のなかで、住宅事情の悪化・薬物への依存といった課題も浮き彫りになりつつありました。

夏とは言え、涼しく過ごしやすいバンクーバーの市街地は古い建物と新しい建物が違和感なく林立し、美しいものでしたが、その一方で貧困や薬物依存に喘ぐ人たちが生活する地域はとても寒々としたものでした。

カナダにおける制度・施設のなかで特に興味深かったのが、緊急介入サービス「ベンチャー」と、司法精神病院の 2 つでした。

◆ 緊急介入サービス「ベンチャー」

救急対応施設機能を持つベンチャーは、外見からは一般的な民家と全く区別が付きません。このコンパクトな施設が救急病棟（20 床）としての機能を有し、地域に密着した医療機関としての役割を果たしています。もともと、ドアに鍵は無く、セキュリティの関係から措置入院や他害の恐れがある方は入れません。

また、緊急介入サービスの事務所としての機能を兼ね備えています。専用のクライシスラインによって多くの相談・連絡を受け付けており、緊急連絡に対しては必要に応じて緊急介入サービスを提供します。

特筆すべきは、ここでの緊急介入サービスが、警察との密接な連携のもとで行われている点です。緊急連絡を受ければ、必要に応じてパトカーが出動し、警察官と看護師のチームで対処します。また、措置入院が必要な場合は医師も同行します。出動に際しては医療関係者も防弾チョッキを着用しなければなりません。クライアントの搬送にはパトカーでなく必ず救急車を使いますが、精神症状が悪化しているケースが大半なので拘束することも多いそうです。

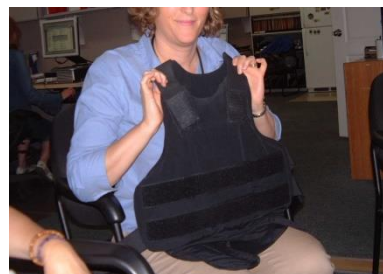
カナダは比較的簡単に銃を所持できる国であるという背景からだと思いますが、警察と医療とがここまで連携を図られていることは他の国でもあまり例がないのではないのでしょうか。しかし、警察と医療は立場も精神障がいに関する考え方も異なります。医療側としては、警察の立場を尊重しつつも、利用者に寄り添う形で連携を図ることが肝要ではないかと思いました。

◆ 司法精神病院

ブリティッシュ・コロンビア州の司法精神病院は、高さ 5m ほどの鉄柵



ベンチャー外観
防弾チョッキ



司法精神病院外観

に囲まれた広大な敷地のなかに様々な施設群を抱えて存在していました。

その主な機能としては、

- ① 罪を犯した者が裁判所の命により精神鑑定を受けるための収容
- ② その結果、治療が必要であると認められた者のための入院治療
- ③ 職業訓練・教育(資格の取得)・生活療法などのリハビリテーション

などがあげられます。

また、ブリティッシュ・コロンビア州は、司法精神病院を中心に地方に6つのクリニックを備えていました。



職業訓練施設

裁判所は、罪を犯した者に精神疾患の疑いがある場合、司法精神病院にアセスメントを依頼します。その結果、責任能力に問題があり刑事責任が問えないと判断されると司法精神病院かクリニックで治療を受けさせます。この治療は強制であり拒むことはできません。ここでの入院期間も刑期に算入されます。

入院中は投薬を中心とした治療・カウンセリングが中心ですが、回復してくると、木工等の職業訓練に加えて、資格取得のための教育も行うなど、入院から社会復帰まで全人的なプログラムを備えています。また、病状がある程度回復した者は、地域生活への復帰を促すためグループホームを利用できるようになります。ここでは、共同生活で買い物に出かけたり、調理したりすることもできます。

司法精神病院に入院・治療した結果、病状が改善し、服薬管理を含め日常生活が可能になった場合は退院(釈放)することが法によって義務付けられています。その際には必ずレビューボード(再審委員会)による審議を受けなくてはなりません。ボードメンバーは、ブリティッシュ・コロンビア州の判事の資格を持つ者と精神科医、それにナースかPSWの3名を基本とし、これにクライアント本人とその弁護士、トリートメントチームのメンバーが加わって行われます。弁護士は必ず立てなくてはならず、審議会は公開で行われますので傍聴が可能です。

この審議会での唯一の判断基準は、犯した罪や刑期に関係無く、「地域に出たときに他人に危害を加える危険性があるかどうか」です。危険性がないと判断されれば即退院ですが、そうでない場合、つまりは危険性が高いと判断されれば入院継続となります。それほど重大な罪を犯していない場合でも、審議会で危険性が高いと判断されれば、長期間にわたって入院が継続することになります。

また、退院に際しても、保護観察期間を設けるなど細かい条件がつく場合が多く、条件を破れば再入院をリクエストし、拒めば逮捕となります。実際、クライアントの多くは何らかの依存症や家庭事情に関する問題を抱えており、入退院を繰り返すことが多いようです。

司法精神病院にしてもベンチャーにしても、薬物依存症(麻薬)の増加等、カナダが独自に抱える問題を背景に生まれた施策です。司法精神病院は、本来の刑期を終えても、社会に対する危険性が高いと判断された場合は退院(釈放)できない等、やや社会防衛に偏りすぎているように感じました。しかし、それを差し引いても、考え方や具体的手法など、学ぶべき点は多いと感じました。

これまで協会主催の海外セミナー等で実に多くの学びを与えていただきました。しかし、海外のいかに優れた施策であっても、社会的背景が異なる日本にそのまま当てはめることは困難だと思います。リフレッシュセミナーin 東京 2019で、あらためて協会の歩みを振り返りながら、これまでの貴重な研修体験を、じっくりと消化し、これからの活動に少しでも生かしていきたいとの思いを新たにしました。

* 第イタリア地域精神保健サービス視察ツアー報告

ファーマシー薬局出雲中央 寶大寺 淳

要旨 : 現在わが国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と銘打って様々な取り組み

が行われており、薬剤師においてはコンプライアンスの向上、多剤併用の適正化、残薬の適正化のほか、在宅薬剤管理などのアウトリーチ対応や他職種連携による地域包括ケアに取り組むよう求められている。

イタリアの地域精神保健において医師、看護職、福祉職からの報告は目にすることはあるが薬剤師からの報告はほぼ見られない。今回は薬剤師目線でイタリアの薬物治療、服薬管理を含めた精神医療の実施状況を確認できたのでそれを報告したい。

日程 :2019年5月13日～5月22日にイタリア北部のアレッツォ、ヴァルディキアーナ、トリエステ、ヴェローナを視察した。

視察メンバー :特定非営利活動法人精神保健福祉交流促進協会による海外の先駆的な地域精神保健活動の視察研修の企画に、精神医療保健福祉に携わる医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、元大学教授、社会福祉法人職員、薬剤師等の14名が参加した。また、通訳はイタリアの精神保健の現状にも精通しているローマ在住の日本人ジャーナリストであった。

イタリアにおける薬剤を取り巻く環境

アレッツォ、ヴァルディキアーナ、トリエステ、ヴェローナの各地で精神保健センターを視察し、薬物の管理状況を確認した。薬剤の保管や管理状況などは各地での大きな違いはなく、いわゆる投薬については主に看護師が処方やプログラムに沿って薬剤を提供していた。看護師は日々の体調を確認し、服薬情報提供、副作用などの基本的な対応をする。場合によってはプログラムに沿った上で看護師が判断して頓服や風邪薬などを提供することもできる。

各センターで看護室、薬の保管庫を見学させてもらったが、クロザピンが目立つところに置いてあり、多用されていることがうかがわれ、日本でのクロザピンの使用状況を考えると少し意外であった。いつ、どうやって導入しているのか確認したいところである。(日本では無顆粒球症と心筋炎のリスクを考慮して、最低でも3週間は入院した状態で導入する)また、デポ剤が多く保管されていた。デポ剤を多用することで状態安定に努めているのであろう。デポ剤はコンプライアンスのことを考える必要がなく、患者の理解さえ得られれば医療者にとっても患者にとっても非常にメリットが大きい。トリエステのドーミオ保健センターでどのくらいの割合の患者さんがデポ剤を導入しているのかと質問してみたところ、100人～200人と回答があった。ドーミオは人口5万人の町で統合失調症の有病率が1%ということ考えると500人中100人～200人の患者が利用しているとのことなので対象患者の20%～40%はデポ剤をしているということになるであろうか。デポ剤の使用率は日本では8.5%なのでイタリアはデポ剤の使用水準が高いと言える。

保健センターでは看護師が薬剤提供をすることが多いとのことであったので、相互作用防止の観点からの併用薬の確認などについて念のため確認してみたが、看護師は深いチェックはしていないとの回答があった。また、日本における疑義照会のように医師に他職種が処方内容についての確認をするようシステムはないとの回答があった。

グループホームでは患者の症状の重症度に応じて入居者が振り分けられ、施設によって本人管理、看護師管理と違いがあるようであった。実際、比較的軽症の患者が滞在するグループホームでは看護師は常駐しておらず、誰でも手に取れる場所に薬が保管してあるものもあったが、重症度の高い患者が滞在するグループホームでは鍵のかかる保管庫に保管されており、看護師が管理し、日々薬剤を提供する仕組みになっていた。

また、グループホームでの薬剤管理については非常に柔軟性が高いことがうかがわれた。保管庫には個人の名前を外装に記名して保管してあるものと過去に処方されて現在使用しなくなったものなどもストッ

クとして保管されており、それらを再利用できる仕組みになっていた。ストック分の薬剤は使用した後に誰に何を使ったかを記録しておくことで適正使用、濫用防止をしているということを知った。基本的に個人に処方された薬剤しか使用できない日本の仕組みと違い、イタリアのこの柔軟性の高さは不調発覚から対処までのスピードが速くなるメリットがある。あらかじめ、プログラムで設定されていればグループホーム内でストックしてある薬をプログラムに沿ってすぐに使用できるという運用方法は日本では医療制度上難しいと思われるが残薬解消にも寄与する可能性もあるので参考にできる点であろう。原則薬剤費は無料という点もこの運用を可能にする要因のひとつかもしれない。日本では1割、3割負担で個別購入しているので使わなくなったとしてもあくまで個人の薬であるため簡単に使いまわすことはできない。この柔軟性はなんとか工夫して真似できないかと思うところである。

SPDC では医師、看護師、心理士などが保健センターと同様に対応にあっていた薬物の保管等に大きな特徴などはなかった。ベッドが6床のみの施設であり、夜間の急患対応なども行っている。平均滞在期間は7日間。できるだけ入院は短くして精神保健センターに送っている。Dr.1人、看護師7人に対応にあっている。見学当日は救急患者がいたので薬剤管理状況などは確認できなかった。



イタリア精神保健に関わる薬剤師について

一応、私は薬剤師なのでイタリアの薬剤師は精神保健に対してどのような関わりがあるのだろうかと楽しみにしていたが残念ながら薬剤師の話はどこに行っても話に出てこなかった。薬剤師は精神保健福祉には関わりが少ならしい。

精神保健センターでもグループホームでも薬剤は基本的に看護師が管理していたし、薬剤の提供も医師の指示、個別プログラムに沿って主に看護師が対応する。

プログラムには夜間、緊急時などにおける対応方法も定められており、実際に薬剤を使用するかどうか

かは看護師が決定できる。

普段の外来業務では常に医師の診察がある訳ではなく、看護師が対応にあたることもある。薬剤を提供するには看護師が基本的な体調や副作用などのモニタリングをする。薬剤の管理をしている看護師に大学などで薬物治療の単位やそのようなプログラムなどがあるのかと質問したが、殆んど勉強することはなく、現場に出てから実践の中で勉強していくことが殆どであると回答があった。

イタリアにおいて薬剤師は地域の薬局、総合病院の薬局、大学の薬剤専門で働いており、精神保健福祉においては薬に関することは医師の仕事であり薬剤師はほとんど関わっていないことがわかった。

イタリアからなにを学ぶか

各地を見てまわり、イタリアでは精神疾患患者が地域に溶け込み普通に生活できているということが分かった。重症、軽症などさまざまな段階の患者をサポートする機能が標準装備されており、どの患者も孤立することなくサポートをうけていた。予算がない、スタッフが少ないという中でも全人的なサポートが切れ目なく実施されていることは過去の報告書にもあるように参考にすべき点かと感じた。

薬剤師として薬物治療について参考になった点で最も印象的だったのは精神保健センター長やブルチ先生の「病気や薬ではなく人を見る」という言葉である。最初に聞いたときは薬剤師として薬のことを一生懸命見よう見ようとしていただけに少し驚いてしまったが、レクチャーを受け続けるうちに非常に納得できたと、腑に落ちた。また、「若いスタッフ、経験の短い医者は薬理的なところや病気の方に目を向けがちであるが、ちゃんと話を聞いてその人と向き合うことが必要だ。」というブルチ先生の話も印象的であった。ピッタリあてはまっている自分の未熟さを痛感したが、今後の方向性の大きなヒントになった。薬剤師として関わることに固執せず人として関われば良い。自分ができることを提供して、それが薬に関わる課題であれば薬剤師としての知識を使えば良いのだと思った。実際イタリアから帰ってきてからは服薬指導で薬の説明をするときにその人の普段の生活について聞くことが多くなった。ごはんはおいしく食べられているか、たまには遊びに行ったりしているのか、なにかおもしろいことはあったかななどをよく話すようになった。これは良い効果があるようで、実際以前より良いコミュニケーションが取れるようになったと思う。少しはイタリアの関わり方を実践できただろうか。今後も薬剤師として関わることに拘らずに先ずは人として関わられるように意識していきたいと思う。

おわりに

最後になりましたが、精神保健福祉交流促進協会の皆様、通訳の佐藤様、共にツアーに参加した皆様に深く感謝申し上げます。また、イタリア研修参加にご配慮いただいたファーマシィの同僚にもこの場をお借りしてお礼申し上げます。ありがとうございました。



—編集後記—

今月は出雲の高尾実行委員に原稿をお願いしました。本文にもありますが高尾さんにはリフレッシュセミナー司会の大役を担っていただき、またお忙しいなか原稿もお集め頂き本当に有難うございます。セミナーでは白石先生・助川先生・坂本先生にセミナーの思い出話から各国での精神保健の現状まで貴重な数々のお話を伺う事ができました。本当に有難うございます。これらの内容に関しては紙面で報告できればと考えております。今後とも宜しく願い申し上げます。(Mamoru Niki)

特定非営利活動法人 精神保健福祉交流促進協会 TEL090-1811-7119