

■第35回日本社会精神医学会(岡山) :
シンポジウム1「『重度かつ慢性』について考える」

重度かつ慢性について考える

澤 温

抄録:

「重度かつ慢性」については定義がないのに1年以内に退院させるという方向性は、一応目標とするのはよいが、本来思考過程が逆転していて、医療費削減のため以外の何物でもない。「重度かつ慢性」の定義を、クロザピンでもmECTでも改善しないなどのバイオのツールで退院できない人とする向きもあるが、ソーシャルなツールで退院できる人が多く、それが先である。障害者総合支援法で使われている「生活障害評価」などを通じて入院相当の人をはっきりさせ、まず入院相当でない人の退院を、準備しなければならないツールを整備して少しでも促進することが重要であろう。「重度かつ慢性」を定義してそれに合致した患者を峻別すると、重度かつ慢性の人に対してどのようにして社会復帰を進め地域移行をしようかという試みが再度生まれてくることはなくなると考えられ、社会復帰に対して邪魔することはあっても促進することはない。重要なのは、この重度かつ慢性は固定と考えず、Bio-Psycho-Socialなアプローチにより変わるものだから、「生活障害評価」などを用いて、常にPDCAを意識して地域での生活への手立てを幾度も模索しなければならない。

日社精医誌 25 : 382-388, 2016

はじめに

「重度かつ慢性」の用語は定義がされないまま独り歩きしているが、この用語が使われた時、「『重度かつ慢性』以外は1年以内で退院させる」と、それにあたる人のアウトカムを最初に定義し、それから「重度かつ慢性」の定義をしようという不思議な思考過程があったと考える。これは障害者雇用率2.0%を守れといていながら、障害者の定義がなければ守れるかどうかかわからないというのと同じ奇妙さを含んでいる。逆に開き直れば、重度かつ慢性の人は退院できないというより、現在1年で退院できない人は「一応重度かつ

慢性」として、どのような手立てがあれば退院できるのかを考える方が実際に合っているのではないかと考える。ここではこのような視点で、筆者が25年ほどの間で行ってきた実践とそこから得られた入院継続を必要とする「重度かつ慢性」の患者についての考えと、その人たちにも改善するポイントを絞って訓練やケアのシステムを付与すれば退院にもっていくことができるという方法について述べる。

国が考える「重度かつ慢性」の背景

人間存在はバイオ・サイコ・ソーシャルが影響

英文タイトル: Issues on Treatment for So-Called "Severe and Chronic" State of People with Mental Illness
著者連絡先: 澤 温(さわ病院)
〒561-0803 大阪府豊中市城山町1-9-1
TEL: 06-6865-1211 FAX: 06-6865-1261
Corresponding author: Yutaka Sawa

Sawa Hospital
1-9-1 Shiroyama-cho, Toyonaka-shi, Osaka 561-0803,
Japan

さわ病院
Yutaka Sawa: Sawa Hospital

し合った存在であるので、精神疾患で病む人への治療ツールもバイオ・サイコ・ソーシャルの3側面になり、これらの組み合わせをインテンシブにするほかはないのは当然である。患者の状況をみて、さまざまなツールを用意し、その患者が地域での生活を送ることができるか、できるようにするにはどうするかに尽きると思われる。今回、国が「重度かつ慢性」を規定しようという方針の背景には、入院する人は一定数という建前を正当化し、病床削減するための指標づくりであって、さらにその底には諸外国と同じく医療費削減が本音だろうと考える。

ちなみに、このような政策は「重度かつ慢性」に限ったことでない。薬物療法でもみられる。薬の種類は少ないに越したことはないが、2種類までなどと規制している。そしてそれに反した場合は、精神療法料まで診療報酬減額といったpunishmentを与えて制限させようとしている。統合失調症などは、精神科医なら誰もが認めるように、単一疾患であるかわかっておらず、一定の予後があるかも不明であり、疾患の本体もまだわかっていない。また薬物療法は単剤でも実は多剤使用のような受容体親和性プロファイルをもっていることもあるのにそのようなことをいっているのは、医療費削減以外の何物でもない。言い換えると行政が疾患特性を無視し、入院ベッド数の「適正目標」に到達するよう、さらに「適正入院医療費」に到達するために机上でつくったに過ぎない。

「重度かつ慢性」のバイオ+サイコ・ソーシャル側面

バイオを重視する人は、クロザピンと修正型電気痙攣療法(mECT)が無効の場合であると「重度かつ慢性」と定義しているようだが、1年で退院できない人、1年以上在院している人とは違う次元での話である。極論をいえば、重症な患者に24時間365日対応する人がつけば、退院できない人あるいは入院を必要とする人は、クロザピンやmECTを用いなくても極端に減るだろうと考

えられる。つまり大暴れするか、周りが耐えられないほどの声を立てるくらいの人でなければ、1人の患者に常に1人のスタッフをつければ、ほとんどは地域での生活は可能になる。大暴れする、あるいは大声を上げるのを鎮静化させるのはクロザピンでなく従来の薬物療法でもできたが、静穏化させコミュニケーションがとれ、身の自弁がかなうかとなると違ってくる。バイオのみでなく、ソーシャルに環境(人的+サービスの+施設の)を入れて退院促進を図るなら、後に述べるように2006年以來の「生活障害評価」が役立つ³⁾。

精神障害者が地域生活を送るための4つの要素

これまでも筆者は述べてきたが、精神障害者に限らずあらゆる障害者、虚弱老人、極論をいえば健康者も地域生活を送るには次の「4つの要素」が全部あり、それがスムーズに機能していることが必要である⁴⁾。まず、①「住まう場」である。

住む場の確保は最も難しい。アメリカ、カナダ、イギリスと日本について、入院施設と居住施設の人口当たりのベッド数をみると、入院施設と居住施設のベッド数を合わせた数は4つの国で大きくは変わらない。しかし日本では他の国の居住施設の部分が入院施設となっている(図1)²⁾。つまり日本は居住施設の整備が進まないあるいは進めないから、精神科病床が使われており、いわゆる社会的入院が多くなっている。これに対して

床/人口万

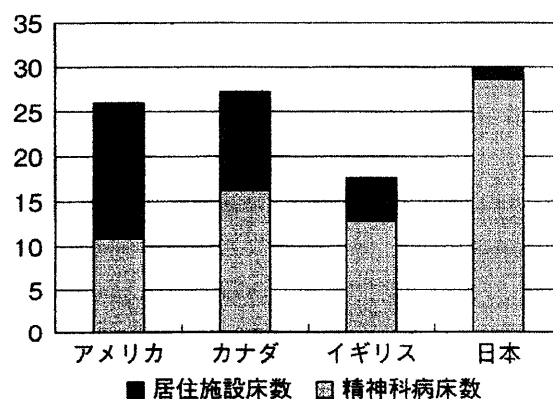


図1 外国における精神科病床と居住施設入居者数—浅井の法則—

はこれまでさまざまな施策が提案されてきた。2006年に「退院支援施設」「地域移行型ホーム」などの構想が出されたが、反対意見が多く広がらなかった。筆者は2007年1月31日に開かれた退院支援施設問題シンポジウムに招かれたが、ある時期にはこのような施設も戦後処理としてやむを得ないと述べると「医療内福祉」と批判されたことがある。結局反対意見が多く、このような施設は全国で2ヶ所くらいしか広がらず、反対者はその後運動もしなくなった。ところが、2014年2月7日「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針案」において病床転換型居住系施設が浮上し、再び反対意見があちこちから出た。そのため2014年10月から、現在は病院敷地内グループホームという名称で形を変えている。筆者は、医療と福祉が連携するのは絶対必要だろうと思っており、国は地域社会へといいながらすでに20年以上何もしてこなかったし、ましてや選べるほどのメニューを用意するなどの考えは全くなかったもので、ハンセン病での政策と同じように今までの「戦後処理」としてこのような施設は必要と考えている。敷地外施設がもちろん望ましいが、敷地内でやるというのもいろいろな意味があり、障害が重い人でもすぐにサポートできるという利点がある。また敷地外ではいわゆるコンフリクトが強くて進まないと考えるので、まず敷地内で開始して、患者が力を得てきたら外に出ていくだろうと考えている。精神保健法以来、基準や名称は変わってきたがそれは何でもよい。現在、法内施設はすべてグループホームとなっているが、通常の賃貸アパート、親の家(単独、同居)などどれでもよい。これがないことが現在長期入院を強いている最大の理由である。経済的なものもさるものながら、賃貸となると保証人の問題などがあり進まない。都道府県立の公的施設でさえ同様である。

次に②「活動する場とプログラム」であるが、退院後さし当たって入りやすいのはデイケアである。現在多いのは、デイケアまでは行ったものの、少しでも労働につきたい、お金を稼ぎたいがそこに行けず「社会的デイケア」ととどまる人々

である。歴史的にはデイケアの診療報酬化の後、ナイトケア、デイナイトケアができたが同様である。最近厚生労働省は、就労移行支援事業、就労継続支援事業(AあるいはB)の整備が一応整ったこと、デイケアにとどまりそこから抜けられない人に制限をつけようとした。考え方は単純で、デイケアを毎日行っていわれる「荒稼ぎ」をしている医療機関にプレーキをかけようという単純な考えである。本来は選べるほどのものがあり、それを当事者が自主的に選ぶのが望ましいが、そのような考え方はもとより、その整備は全く不十分である。これは精神障害者に限ったことでもない。

次に重要なのは、③「サポートする人々とその連携」である。最近は医療と福祉の連携も大きい。再発予防、地域生活維持に基本的には重要なのは医療の専門家の連携である。医師はもとより看護師(訪問看護師を含む)、精神保健福祉士の連携は欠かすことができない。ボランティアが入ってくればより質は上がるが、ボランティアはあくまでもボランティア自身のためであり、専門家の連携に落ち度があると大きな事故につながる。

筆者は、2003年に日本外来精神医療学会の会長講演で「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」というスローガンを提唱した⁵⁾。これは、病院の中で看護師のところに患者が来る、あるいは看護師が患者のところに行くのは当然だが、地域全体が病院機能をもっているという考えに立つと、患者の家が病室だとみることができ、病室である患家に看護師、精神保健福祉士などが行く、あるいは本人が自宅から病院に来るということで、「地域」という病院に入院しているのと同じとなる。ACTは患者の満足度は高いというが、患者の満足度だけではなく、本人と周囲のためのリスク管理を考えて地域でも病院内と同等のサポートを用意しないなら、地域化はしない方がよいと筆者は考えている。これは厳しい言い方だが、特に災害時には病室訪問のごとくすぐにアウトリーチできることが極めて重要である。阪神淡路大震災の時には、筆者の病院の訪問看護師、デイケアのスタッフたちは朝からすぐ出ていき、飲

み水があるか、薬はあるか、家は大丈夫か、通信はできるか、不安はどの程度か、翌朝は眠れたかを押さえたうえで、地域での生活が続けられるかを判断し、再入院を阻止し、患者の不安を解消した。

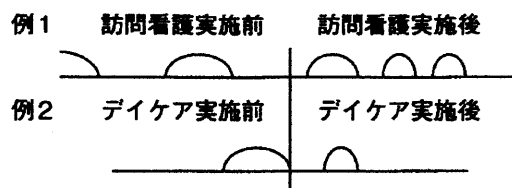
この「サポートする人々とその連携」には、スタッフの側面とシステムの側面がある。スタッフの側面では、国家資格をもった専門家とボランティア、システムの側面では救急医療と事例化防止、アウトリーチが重要である。スタッフでは特にデイケアと訪問看護が重要で、これらは治療効果、つまり「プラスを増やす」というより「マイナスを減らす」という意味で大事である。厚生労働省はよく「この行為の効果についてのエビデンスは」というが「プラスを増やす」ことしか求めていない。

訪問看護とデイケアの入院回数と入院日数に及ぼす効果をミラーイメージ法で計算すると、デイケアを利用すると入院日数と入院回数、1回ごとの入院日数ではいずれも大体半分くらいに減少する。訪問看護はもっと効果が大きく、入院日数は1/6か1/7ぐらい、入院回数も1/3に減少する。つまりデイケアは日中の活動の場のみでなく、再入院を阻止するサポートの要素ももってい

るといえる(図2)⁶⁾。

もう一つ、少々重くても入院しないで頑張ろう、あるいはまだ症状は残っていても退院しようとして24時間の生活者を地域で支える時、何か起きるかもしれないと思うと救急サービスは絶対必要である。救急医療は特別なものではなく、地域医療の一環に位置付けられる。救急医療はそれだけでは機能せず、社会復帰と両輪の関係にあり、救急のない社会復帰は特に精神障害には言語道断といえるだろう。

最後は④「地域の人々の理解と受容」だが、これは地域の状況をどう読んで対応し、さらにこれを育てるかである。教科書にもなく、読み物、講演会はあまり役立たない。その場の許容度を読んで対処しなければならないものであり、多くは当事者と地域住民との自然な触れ合いの中で育つ。その触れ合いにおいて、小さなトラブルは接触と話し合いの場をつくるのに役立つが、大きなトラブルは後退させる。ちょっとした万引き程度であればよいが、殺人や傷害事件が起こると大変である。このような大きなトラブルの後、入院して元の地域に戻ろうとすると二度と帰ってくれるな、などの反応を生み、後退させてしまう。



調査方法

訪問看護かデイケアを実施する前に入院のあった患者について、退院後訪問看護かデイケアを実施した期間(2ヶ月以内の空白は連続と見なし)と同じ期間を実施前に遡って、実施前後の入院期間合計、入院回数、1回当たりの入院期間を数え、各人の入院期間合計、入院回数あるいは1回当たりの入院期間について実施前の値に対する実施後の値を比で出し平均値と標準誤差を求めた(ただし実施後入院のなかった患者については1回当たりの入院期間を0日とした)。

調査結果

	件数	入院日数計	入院回数	入院日数/回
訪問看護	113	0.17±0.06**	0.32±0.06**	0.14±0.04**
デイケア	128	0.67±0.19*	0.55±0.08**	0.48±0.13**

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ Mean±SEM

図2 訪問看護とデイケアの社会復帰への効果

「しやかいふつき」いわゆる生活障害評価

さわ病院では1991年に共同住居(現グループホームを含む)を設立してから、地域生活を送るために先に述べた4つの要素というシステムを整備するとともに、患者一人一人の生活状況、サポート状況から「障害ある人が地域で生活するための6要素」について2週に一度評価し、最初に地域生活の可能性の評価、その後は入院させないためにはどのようなサポートが必要か、ステップアップにはどのようなサポートが必要かを考えその準備をしてきた。当初は6つの要素、すなわち①栄養管理(食事)、②経済管理(金銭の管理)、③生活リズム管理(睡眠と日中の過ごし方—もともとテレビをみたりごろごろしている人はそれもよしとして)、④保清(掃除、洗濯、入浴)、⑤治療管理(服薬)、⑥対人関係(自閉なら自閉なりにその人なりの対人距離を認めたとして)で評価してきた⁷⁾。

2000年に介護保険制度が施行された時、認知症患者の評価において、いわゆる問題行動などで目が離せなくてもタイムスタディにおいて時間が測れないなどの理由で非該当になったり、低く評価されたりして正しく評価されない状況がみられ

表1 「しやかいふつき」の構成

- ・し：しゃかい的行動(強い不安や恐怖を与える非社会的行動と反社会的行動がないこと、どこへ行ってしまうかわからないことはないことでスクリーニング)
- ・や：やりくりを意味する経済管理
- ・か：かつどうを意味する生活リズム管理
- ・い：いんしょくを意味する栄養管理
- ・ふ：ふくやくを意味する治療管理
- ・つ：つきあいを意味する対人関係
- ・き：きれいさを意味する保清(掃除、洗濯、入浴)

た。2006年に障害者自立支援法がはじまるに当たって、介護保険と同様に、精神障害者への支援の必要性が正しく評価されず要支援と認定されにくくなる可能性があると考えられたため、日本精神科病院協会では、精神障害者を適切に評価できる評価スケールをつくることとなった。そのためのプロジェクトチームがもたれ(チームリーダーは筆者)、いくつかの内外の評価スケールを参考に簡便なスケールを開発した。当時の厚生労働省の杉江拓也補佐らと協議のうえ、医師の意見書の中で、二軸評価とともに生活障害評価として取り入れられた。先に述べた「6要素」のうち、対人関係を2つに分けて、社会的行動と対人関係(狭義)として7つとし、各項目の頭文字をとって通称「しやかいふつき」と呼んでいる(表1)⁷⁾。

表2 入院が必要な患者

- し) この1ヶ月に、周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が何回かあった(ランク3)。
- や) 持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分ではできない。
- か) 臥床がちで、昼夜逆転したりする。
- い) 常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。
- ふ) 助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行ったり、デボ剤が中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。
- つ) 助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようとせず、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。
- き) 助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。

※上記のうち1つでも該当すればまずは入院相当となり、その1つ1つのランクを上げていくことによって入院非相当、すなわち外来相当となる。

※厚生労働科学研究の「生活障害評価」においては同じ名前を使いながら、「服薬」の項目のアンカーポイントを結果報告の段階(調査時は原調査票と同じ)で無断で変更し、さらに「社会的行動(社会的適応を妨げる行動)」を別につくったからとして除外している。さらに調査依頼の段階では「生活障害評価」と「二軸評価」は独立して評価することになっているにも関わらず、報告書においては「生活障害評価」の評価に基づいて、「能力障害評価」を『能力障害評価表』の基準に基づいて評価する」といって、「二軸評価」を「生活障害評価」に基づいて評価するなど混乱を招いている。しかも改変した評価についての信頼性・妥当性の検定もされていないなど問題も多い。このように研究班のいう「生活障害評価」と、筆者らが作成し2006年以来全国で「医師の意見書」で使われてきた「生活障害評価」とは異なっているので、研究班の「生活障害評価」の有用性についてはコメントできない¹⁾。



図3 さわ病院在院患者の在院日数別の年次推移(%)

先の6要素と違って「しやかいふつき」における各項目の評価ポイントでは、各段階に先に述べた「地域生活に必要な4つの要素」のうち、①「住まう場」②「活動する場とプログラム」③「サポートする人々とその連携」をつけて各レベルでふさわしいシステムのレベルも付記した。これは固定ではなく、そのレベルにふさわしいシステムを使って訓練するとさらに自立に向かえるようにしたのだが、医師の意見書の「生活障害評価」では取り入れてもらえなかった。

住まう場、日中活動の場とケアのレベルをつけて、そのケアができるなら地域生活が可能とし、社会的行動のランク3以上と他の6項目のランク5のみを入院レベルとした(表2)^{3,8)}。

ちなみに、さわ病院グループホーム入居者18名について評価したが、生活障害評価のうち「社会的適応を妨げる行動」がランク3以上の評価の人はなく、そのほかの項目はさまざまであった。二軸評価において精神症状や能力障害のランクが

5であっても、この生活障害評価のうち「社会的適応を妨げる行動」がランク2以下ならば退院が可能な人もいたのである。2週に1回のカンファレンスですでに500回以上にわたり利用し、有用性は明らかで、長期在院者は著明に減っている(図3)。

まとめと結語

「重度かつ慢性」については定義がないのに1年以内に退院させるという方向性は、一応目標としてはよいが、本来思考過程が逆転していて、医療費削減のため以外の何物でもない。

最近では医療観察法病棟で「重度かつ慢性」の定義を、クロザピンでもmECTでも改善しないなどのバイオのツールで退院できない人とする向きもあるが、実際はソーシャル(人的、サービスの、施設)なツールで退院できる人が多く、それが先であると考えられる。しかも問題は、このバイオの

2つのツールを試せるのはほんの一部の施設に限られているため、対象が一部の患者のみとなり、全体の方向性として社会復帰、地域移行を強力に進めるツールにはならないだろう。むしろ「生活障害評価」などを通じて入院相当の人をはっきりさせ、準備しなければならないツールを整備して少しでも入院相当でない人の退院を促進することが重要であろう。

それでも「重度かつ慢性」を議論する意味があるとするなら、「重度かつ慢性」に関与する因子を明らかにし、それを減らす手立てを見出すことにあるだろう。その因子をあげると、①疾患の症状の重さ、②症状の持続、③適切な治療手段を講じても症状を軽減できない、④症状を軽減できないだけでなく進行する重症化を阻止できない、⑤疾患の症状の重さと長期化に対して心理社会的治療が行われず症状を重くし、さらに長期化している、⑥⑤のために患者自身も自信を失い心理的に前向きになれず、家族を含めた周囲も患者への前向きの強い思いが失われる、⑦障害にあわせた住居、日中活動の場、必要な時に必要なだけのサポートが不十分なため⑤や⑥がさらにひどくなる、などである。定義をしてそれに合致した患者を峻別すると、重度かつ慢性の人に対してどのようにして社会復帰を進め地域移行をしようかという試みが再度生まれてくることはなくなると考えられ、社会復帰に対して邪魔することはあっても促進することはないであろう。

重要なのは、この重度かつ慢性は固定と考えず、Bio-Psycho-Socialなアプローチにより変わるものだから、「生活障害評価」などを用いて、常にPDCAを意識して地域での生活への手立てを幾度も模索しなければならないということである。

文 献

- 1) 安西信雄：平成27年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究 総括研究報告書、精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究 平成27年度 総括・分担研究報告書：1-20, 2016
- 2) 浅井邦彦：精神科医療・福祉における圏域について、精神誌 102：168-183, 2000
- 3) 澤 温：相談支援事業について、日精協誌 25：269-278, 2006
- 4) 澤 温：社会復帰施設と福祉、日精協誌 14：1086-1092, 1995
- 5) 澤 温：外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか、外来精神医療 3：7-16, 2003
- 6) 澤 温：社会復帰メニューの利用が在院期間におよぼす効果についての統計学的検討、精神誌 93：1042-1052, 1991
- 7) 澤 温、井上英治、藤本圭子他：精神障害者のサバイバル的社会復帰のための簡便スケール“しゃかいふっき”について、病院・地域精神医学 42：255-257, 1999
- 8) 澤 温、木下秀夫、黒田健治他：1年以上地域生活を送る精神障害者と1年以上入院を続ける精神障害者についての「生活障害評価」の有用性、日精協誌 32：183-189, 2013