

第4章

入院必要性の判断

● はじめに

テーマのキーワード「外来」「統合失調症患者」「入院必要性」を考えると、「外来」は「入院」と対峙するものである。入院の意味と一緒に、「統合失調症」に罹患して人生を送る病者の状況を考えて与えられたテーマに応えたい。

● 外来治療の意義

1 入院治療から外来治療への移行

統合失調症が精神分裂病と呼ばれていた時代、「精神分裂病」と診断されると昔の「ハンセン病」と同じように、不幸にして病気になったため一般の社会では暮らしにくい、精神病院はパラダイスだから(精神病院パラダイス論)、一生病院で過ごしなさいと家族からも専門家からも言われる傾向があった。1987年に精神保健法が施行され、初めて社会復帰という言葉が法に盛り込まれたが、地域のサポート体制が整わず、患者の地域生活は困難だった。

受け皿は今でも貧困で「当事者が選べる」ほどのものはない。しかし、統合失調症に限らず他の疾患でも「病をもちながら住み慣れたところで暮らす」在宅医療やノーマライゼーションの高まり、デイケア、訪問看護や精神科救急といった地域サポートのツールの増加、薬物療法の進歩などで、統合失調症患者が地域で生活することは徐々に可能となってきた。

2 外来医療のメリット

外来医療のメリットは、精神病理学的な症状のみでなく、その症状が生活にどのように影響しているのかわかることである。入院している患者は病棟にいる療養生活者で、家庭にいるときの刺激がどのようなものであり、どのように対処に困っているかはわかりにくい。

このように考えると、外来では患者の生活にまで目を向けるべきということになる

が、実際は診察室での通常の外来では医師患者関係が中心で、生活者との関係は結びにくい。医療者としては、そのほうがある意味で気楽である。白衣を脱いで街中で通院患者といつも出会うと負担だという言葉も医師からよく聞かれる。しかし本当に患者のことを生活者として考えるなら、精神分析でよくいわれるように、医師は「隠れ身」でいるより「破れ身」でいるほうが、患者の生活を理解しやすい。もちろんこれにも限界はあり、患者にとって医師はやはり医師-患者としての関係が主である。彼らは他の人間関係をいっぱいもって、緊張したりリラックスしたりしている。医療関係ではデイケア、福祉関係では地域活動支援センターや就労支援事業所で、仲間やスタッフとの関係がある。もちろん家では時間の長い家族との関係があり、これらは健全な私たちと変わりはない。

3 外来治療に必要な4要素

入院の必要性を考えるとときに一番の問題は、疾患や障害をもちつつどれだけ地域の生活者を続けられるのかということである。そのためには基本的には以下の4つの要素を用意することが必要である¹⁾。

(1) 住む場

これは当然で、家族と同居でも、単身でアパート暮らしでも、何らかのサポートの付いたグループホームなどでもよい。そこでの生活が続けられるには、疾患の再発で周囲に過度の負担を与えないように、サポートする人々が障害の程度と変動によって迅速なサービスを提供することが求められる。これには以下の(3)と(4)が大きく関係する。

(2) 活動の場とプログラム

医療的要素が強い場としてはデイケアなどがあるが、より社会復帰に近づくためには就労支援の場や一般就労への橋渡しが重要である。国の仕組みとしては福祉的要素の強い就労の場として就労継続支援(A または B)があり、一般就労への橋渡しとしては就労移行支援がある。一般就労で問題になるのが自動車運転である。2002年の道路交通法の改正により、統合失調症の自動車運転の絶対的欠格事由が相対的事由となったため、運転が可能にはなった。しかし日本ではいまだにすべての抗精神病薬の添付文書には機械作業や自動車運転に従事させないことと明記されており、患者から運転の可否について尋ねられて大丈夫とは言い切れない²⁾。

また、直接的な活動の場ではないが、生活者として深刻な問題は結婚と出産である。今でも精神科医のなかに、統合失調症の患者に結婚なんて、と言う人もいる。筆者は結婚の可否を聞かれると、縁があったらするとよいということと、いわゆる結納の時期くらいには自分の病気のことを話し、病気を捨象して自分を見てもらって結婚するように、そして必要なら筆者から結婚相手に病気の説明をする、と伝えている。

相手が健常者の場合、経験的だが女性患者のほうが結婚に至ることが多いようである。男性がなぜ少ないかは筆者のわずかな経験からは何とも言えないが、会社などへの適応が第一で結婚はその次となりやすいためではないかと思われる。患者同士の結婚はもちろん反対はしないが、出産は遺伝的な側面を考慮しなくても勧めてはいない。夫婦の一方の病状が悪化したときに、他方も影響を受け、子どもが大変な思いをする例をたくさん見てきているからである。急変時の家族サポートが迅速に24時間365日あるのなら、できるのかもしれない。

(3) サポートする人々とその連携

サポートする人の中心は家族と専門職である。家族サポートにおいて、患者との適切な距離が再発に関係すると言われている³⁾。専門職によるサポートとしてはデイケアや訪問看護がある。訪問看護のサービスが24時間365日であると、精神科救急サービスの必要性も減少するが、それでも訪問看護で補えない点は精神科救急サービスによる対応が必要である。統合失調症の場合、規則的な通院が途絶えた患者が不眠を訴えたら、「夜間薬不足だからという程度なら明日にして」と言ってはならない。不眠が始まりだしたらすぐに抗精神病薬の再投与を始めても間に合わず、急速に悪化してしまうことも少なくない。このような人には話し合って持効性注射剤の使用も検討したほうがよい。

(4) 地域の人々の理解と受容

この項目ほど個別性の高いものはない。要は取り立てて「受け入れます」などという宣言なしに、その患者がその場で生活することを受け入れてもらえること、何かあったらせめて家族や地域の担当者(行政でも民生委員でもかまわないし、知られていたら訪問看護サービスあるいはその運営機関)に連絡をくれることができれば十分である。しかし現実には、一度は受け入れても何か事故があると「もう戻ってきてほしくない」「別のところに住んでほしい」となりやすい。このことが(1)で述べたことと関係し、担当者として(3)が関係するのである。

このように少なくとも4つの要素がそろっていないと、入院か外来かの判断において入院にシフトしていくことを忘れてはならない。



統合失調症患者が入院せず継続した生活者として生きていくために

入院判断に直接関係はないが、統合失調症患者が入院せず生活者として地域で継続して生きていくことに関係することに少し触れたい。

1 薬物療法の進歩

統合失調症が軽症化したという議論は他項で詳しく述べられている(⇒10頁)のであまり触れないが、軽症化自体が入院の必要性を減らしているという考えは理解しやすい。軽症化の傾向については、プロイラーの教科書にある1941年と1972年の統計がよく引用される^{4,5)}。まとめると急性あるいは慢性荒廃化型の著明な減少あるいは消滅への傾向と、慢性欠陥化型の増加である。1941年はクロルプロマジンの登場前であり、1972年はクロルプロマジン後、多くのいわゆる第一世代の抗精神病薬が存在した時期である。抗精神病薬の出現で、入院しても症状が軽減して退院できる患者が増えたことは当然である。しかし第一世代と第二世代の効果の差については製薬会社の宣伝では「ある」というが、モーズレイのガイドラインでは効果の差はないが、副作用は第二世代のほうが少ないと述べられている⁶⁾。最近では、第二世代は神経保護作用があるため脳の機能低下が防止できるといわれたりする⁷⁾が、この点についてはまだ今後の研究が必要であろう。横断的ではなく、縦断的な入院の判断に薬物療法が大きく関係していることは重要である。

そうすると、慢性の精神科病棟で、衝動性が高かったり、欲求のコントロールができなかったり、自らの欲求は言わずスタッフの指導のままに動くような重症例は施設症⁸⁾で説明がつくのかという疑問が出てくる。しかし今でもわずかながら、いわゆる急性荒廃化型を示す例もあり、必ずしも環境だけのせいではないことは明らかであるが、これも最近注目されている抗NMDA受容体脳炎などとの鑑別をしなかった時代であるのでわからない。以前には、思春期に発症した重症な精神分裂病の患者は結婚のチャンスもほとんどないから、そのような病態は自然淘汰されるのかもしれない、という主張もあったが、これも根拠はない。

2 生活障害評価

統合失調症患者が入院せず、継続して安定した生活者として地域で生活していくには、地域生活の安定した維持と治療の継続・再発防止が最も重要であるが、この両者については、筆者らが作成に関与した、現在障害支援区分決定のために出される医師の意見書の「生活障害評価」がその判断に役立つと自負している^{9,10)}。生活の安定した維持には薬剤管理以外の6項目(社会的問題行動、金銭管理、日中活動、栄養管理、対人関係、保清)が重要で、治療の継続には薬剤管理が重要である。服薬中断により再発することについては多くの研究がある¹¹⁾。再発の防止については、現在 shared decision making¹²⁾などの患者参加型の医療や疾病教育、服薬教育を含めた心理教育¹³⁾が注目されているが、これらも100%とはいえない。再発が多い人には持効性注射剤の使用も考えるべきである。その理由は、再発し問題行動が繰り返されると本人が住み慣れていて戻りたい場所で受け入れてもらえなくなるからで、このような問題行動を伴う再発は入院判断に傾きやすく、しかも長期入院へと移行しやすいのである。

● 外来医療より入院医療が必要な場合

外来治療を考えるとときは、入院治療を対峙して考えるが、精神科入院治療を、外来や往診を含めた精神科治療全体のなかで理解することが重要である¹⁴⁾。

入院のクライテリアとしては、まず、入院しないで治療ができないか、入院のメリット、デメリットを患者の生活全体で考えて判断する。外来で入院に替わる医療が不可能な場合に入院すべきであり、できるだけ外来で行えないか模索すべきである。長期の入院という環境そのものが、疾患のもつ症状とあいまって、受動性、依存性を増し、退院後のリハビリテーションを困難にすることを銘記しなければならない。また、訪問看護やデイケアの機能の有無により入院のクライテリアは変わり、特にデイケアがあると入院期間や入院回数は50～60%に、訪問看護では15～30%に減少する。

要は、統合失調症に限らないが、治療を患者の生活、人生全体のなかで考えること、まず入院しないで治療ができるかを考えることである。別の言い方をすれば、どのような疾患や障害をもっているか、疾患や障害をもつ人である前に生活者なのだから、生活の継続を目標とするのは自然なことであり、外来治療をまず考えるのは当然なのである。

それでは、症状的にみて入院したほうがよいときとはどんな場合だろうか。それは、急性発症や再燃の急性期で、本人あるいは周囲に危険な、あるいは迷惑な行動がある場合、精神内界における認知のゆがみから次の行動が予想できない場合、家族などの周囲の人の見守りが24時間できない、あるいはできても構成メンバーからみて病者である家族を制止できない状況がある場合などである。これらは先進諸外国で見られるポリスパワーが必要なときと違い、パターンリズム的な入院となろう。ほかに、服薬の必要性を理解せず、その後の行動が全く予想できない場合なども入院の適応になる。薬の効果をみるために、入院していれば効果も副作用も毎日きめ細かくみられるというのも、入院理由になることがある。家族が患者本人と適切な距離をもてないなどの理由から、患者自身が短期の休息入院を求めて来る場合もなくはないが、これもストレス状況が再発を促すことから否定的にばかりもとらえられない。しかし、病院機能以外で休息の場が用意されるなら、入院という形をとる必要はないであろう。

● おわりに

外来の統合失調症患者といっても、これまで述べたように、私たちと同じ生活者が、たまたま統合失調症という疾患をもち、障害をもつということではしかない。ただ、統合失調症についてはよくいわれるように、100人いれば100の特徴がある。陽性症状、陰性症状、残遺症状、その重さ、再燃を含むゆれ方などである。また人間一人ひとりの性格が違いうように、疾患や障害をもちながらも希望する生き方も違う。それが時には本来の能力や、障害によって影響を受けた能力などからみて、無理かと思

われることもある。健常者でも似た点はあるが、障害ゆえに少し無理をする、あるいは方向転換ができないなどの特性も加わって、より強いストレス状況に至ったりする。これらへの対応は医療的な課題というより、障害をもちながら生きていくことなので外来で話すことではないかもしれないが、患者がストレス状況をうまく乗り越える、あるいはかわして生きていく、ひいては再発再燃に至らないようにする、という意味では診療内容にも関係する。入院患者ではこのようなストレス状況は相対的には少ない。

純医療的には疾患を理解してもらい、特に治療の継続が大切なことはいくら強調しても強調しすぎることはない。それほどに服薬中断による再燃が多いからである。先にも述べたが、再燃により周囲に過度の負担や不安を与えると、それまでの地域生活が送れなくなるので、医療的対応はいつでもできる状態でなければならない。筆者がいつも強調するように、「地域は病院、家庭は病室、町中開放病棟」なのである¹⁵⁾。この言葉を聞いた患者から、地域に出てまで病院に管理してもらいたくない、口を出してほしくないと言われたことがあるが、それは違う。あくまでも主体は当事者で、当事者が病院機能を利用するのである。病院機能の特徴は、患者のゆれる状況にいつでも迅速に、責任をもって、継続的に対応する¹⁶⁾ということである。極端に皮肉な表現をすると、このゆれる状況に24時間365日迅速に対応できるシステムがないなら、地域に出ないで入院していたほうが幸せかもしれないと考えている。

筆者は精神保健法の施行以来、前述した4つの要素を自分の病院に整備してきた。入院はもちろんであるが、多くは外来、デイケア、訪問看護を含めたアウトリーチなどの医療と、福祉系のサービスである。福祉にも取り組んでいるのは、むしろ医療を医療として特化するために行ったことだ。これは「医療内福祉」と非難されてきたが、最近「多機能垂直統合型」¹⁷⁾という言葉を使って厚生労働省も後押しするようになった。入院が通常の外来かだけではない、オーダーメイドでサービスの組み合わせをすることで、入院基準が変わることのお墨付きをもらえたと思っている。

●文献

- 1) 澤 温：精神保健と福祉—社会復帰施設と福祉。日精協誌 14：24-30, 1995
- 2) 澤 温, 田邊 昇：対談 統合失調症と自動車運転。Talk Schizophrenia Issue 30：2-6, 2014
- 3) Leff J, Vaughn C：Expressed emotion in families：its significance for mental illness. The Guilford Press, New York, 1985
- 4) Bleuler M：Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft schizophrener und ihre gegenseitigen Beziehungen, Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1941
- 5) Bleuler M：Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte vieljähriger Kranken und Familiengeschichten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972
- 6) Taylor D, Paton C, Kapur S：The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry 11th Edition. John Wiley & Sons, Ltd, UK, 2012
- 7) Duncan GE, Miyamoto S, Leipzig JN, et al：Comparison of the effects of clozapine, risperidone, and olanzapine on ketamine-induced alterations in regional brain metabolism. J Pharmacol Exp Ther 293：8-14, 2000
- 8) Wing JK, Brown GW：Institutionalism and Schizophrenia：A Comparative Study of Three Mental Hospitals 1960-1968. Cambridge University Press, London, 1970

- 9) 澤 温：相談支援事業について。日精協誌 25：61-70, 2006
- 10) 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
- 11) Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, et al：Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 55：886-891, 2004
- 12) 渡邊衡一郎, 澤田法英：患者とデシジョンメイキングを行うに際し必要な評価とは—Shared Decision Making はどこまで臨床応用可能か。臨床精神薬理 15：161-169, 2012
- 13) 上島国利：精神分裂病治療における drug compliance. 神経精神薬理 5：403-410, 1983
- 14) 澤 温：精神科入院診療の特徴。武田雅俊, 鹿島晴雄(編)：POCKET 精神科 改訂2版, pp337-343, 金芳堂, 2014
- 15) 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, 2004
- 16) 澤 温：社会的ニーズに対応する精神科病院。乾 正, 滝本優子(編)：変わりゆく精神保健・医療・福祉—精神障害の理解と援助, pp98-120, 医学書林, 1999
- 17) 福田祐典：精神疾患と心理学。精神医学 56：564-565, 2014

(澤 温)