

高齢者の包括医療

遠藤 英俊

〈要約〉 包括医療とは高齢者に対して、総合機能評価を行い、チーム医療を提供することでより全人的医療の提供をめざすものであり、急性期医療、亜急性期医療、リハビリ、慢性期医療、在宅医療を含む、Seamless careの総合的医療システムである。本稿では高齢者医療において抱える様々な現状と課題について取り上げた。一般病床では在院日数の短縮が求められており、高齢者のクリティカルパスの重要性や、退院支援のための入院スクリーニングが重要な意味を持つ。さらに高齢者がいかに自宅や施設に退院するかについて、介護システムの利用が欠かせないまた全人的医療をめざす上でもEBMだけではなく、NBMの重要性など今後の高齢者医療の展開についてデータを示しつつ、さらにQOLの向上や介護者支援の重要性を示し、高齢者医療の現状と課題について概説を述べた。

Key words : 包括医療, 全人的医療, NBM, 退院支援

(日老医誌 2004 ; 41 : 375-377)

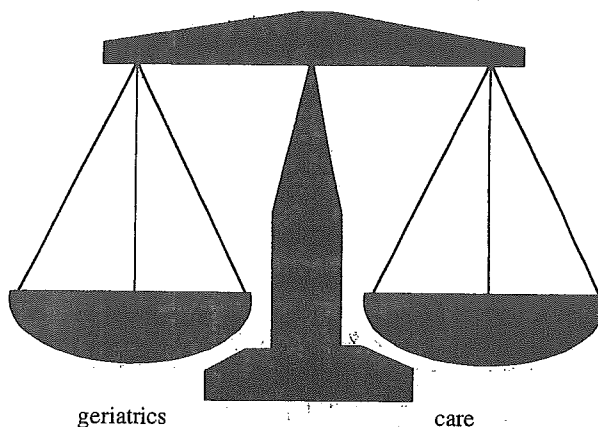
はじめに

高齢者医療において、全人的医療を行うために、総合機能評価やチーム医療が欠かせないことは周知のとおりである。さらに退院支援を行う上で、退院困難なケースを早期に発見し介入することが重要であり、現実的には臨床の場で組織や時間、人材の問題があり、実践は難しい場合が多い。そこで本稿では現状をふまえ、今後の高齢者の医療をめざす「包括医療」について、定義、内容について現状を概説する。

包括医療について

包括医療とは（今後の高齢者医療のモデルとして）包括医療とは高齢者に対して、定額制の医療（いわゆるまるめ）のことでなく、高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment）の包括アセスメントから由来し、チーム医療を根幹として、全人的医療を行うことである。高齢者医療の新たなモデルであり、急性期医療、亜急性期医療、リハビリ、慢性期医療、在宅医療を含む、Seamless careの総合的医療システムである。Figure 1に国立長寿医療センターが当面目標として包括医療を図式化したものを示す。

新しい包括医療の全体的なコンセプトとしては高齢者を対象に総合機能評価を外来や入院に際して実施し、それをもとに多職種からなるチーム医療を行う。疾患の治療にとどまらず、ADL、IADLならびに抑うつや認知機能の維持、改善を行う¹⁾²⁾。嚥下、転倒、寝たきり予防



Goal : Improvement of QOL and excellent Geriatrics
 EBM と NBM (Narrative Based Medicine)

Figure 1 Concept of geriatric medicine

など老年症候群の治療・予防を行う（高齢者リハビリ）、退院支援を行う（入院時スクリーニング、介護者教育、介護サービスの支援）、QOLの向上など、心のケアをふくめた全人的医療を行う（QOLの評価、NBM）ことである。Figure 1にこのコンセプトを図式化したものを示した。医療とケアがバランスよく提供されることが重要であり、最終的にはQOLの向上をめざすことが求められる。

高齢者総合機能評価とチーム医療

高齢者総合機能評価の内容としては、現在もっとも一

Table 1 Comparison between group with critical pass and without critical pass for patients with dementia

	CP 不使用群	CP 使用群	p 値
在院日数 (日)	31.2 ± 6.7	25.3 ± 5.9	< 0.005
保険点数 (点)	65,225.5 ± 10,322.2	57,200.2 ± 10,713.1	0.02
心理検査終了までの期間 (日)	11.2 ± 6.1 (n = 17)	11.3 ± 5.4 (n = 21)	0.95
脳波検査までの期間 (日)	4.6 ± 2.5 (n = 10)	9.8 ± 3.6 (n = 15)	< 0.001
MRI 検査終了までの期間 (日)	3.7 ± 2.2 (n = 17)	6.8 ± 1.7 (n = 21)	< 0.001
SPECT 検査までの期間 (日)	12.4 ± 6.1 (n = 18)	11.8 ± 6.1 (n = 22)	0.72
全検査期間 (日)	17.9 ± 6.3	16.6 ± 5.0	0.46
介護者との面接までの期間 (日)	20.3 ± 6.8	17.1 ± 6.1	0.11
検査終了から退院までの期間 (日)	13.4 ± 5.9	8.7 ± 5.6	0.01

Table 2 Screenig for discharge planning (by Prof. Murashima)

Age	(> 75 : 2, 65—74 : 1, < 65 : 0)
ADL	(Need help : 2, Watching : 1, Self-dependent : 0)
Cognitive function	(Disturbed : 2, Suspicious : 1, Intact : 0)
Families	(Alone : 2, Couples : 1, > 3 persons : 0)
Trouble of family care	(Exist : 2, none : 0)
Use of long term care insurance	(Yet : 2, under application : 1, Already : 0)

* (> 8 point is high risk group)

一般的な質問項目は Barthel Index, 老研式活動能力指標, GDS15, MMSE, 社会機能の評価が一般的であり, 目的によっては SF36, Zarit 介護負担感尺度なども利用される。より簡便で有用な新しい指標の開発と簡易版の開発と機能評価の臨床応用が課題である。国立長寿医療センターにおいても, 長寿データベースを作成する計画であり, ナショナルセンター, 国立病院, 療養所において行う。長寿医療における臨床機能評価がその骨格となる。入院時, 退院時の Barthel Index のデータベース化, 痴呆症の治療対象者のデータベース化が計画されている。さらに高齢者チーム医療の必要性はいうまでもない。医師, 歯科医師, 看護師, 薬剤師, 心理士, 理学療法士, 作業療法士, 栄養士などと連携が重要である。それぞれの役割が果たせるよう医学診断のみならず, 機能評価を行い, カンファレンスをひらき, 全員の意思統一をはかり, 目標を設定する。老年科医はそこでコーディネータとして活動する。

臨床で最近話題なのは高齢者クリティカルパスである。高齢者には急性期と慢性期医療の両者が必要であり, 高齢者ではクリティカルパスが適応しにくい状況がある。つまりバリエーションが多いからである, しかしパスの利用は高齢者総合機能評価とチーム医療の推進にはよい。インフォームドコンセントの改善, 診療・看護内容の標準化に必要である。

高齢者クリティカルパス

高齢者クリティカルパスの利用については今後の課題であるが, 我々は厚生労働省効果的医療技術の推進確立に関する研究で一般病床における痴呆性高齢者のパスの作成に関する研究班を組織し, 研究を行った。数井らのデータでは痴呆性高齢者のパス使用例と不使用例の比較の結果を Table 1 に示す。その結果, パス表を利用することで在院日数の短縮がはかれ, 医療費が軽減でき, 検査までの時間は逆に延びたものの, 検査後から退院までの日数が短縮したことを意味している。

高齢者退院支援

高齢者退院支援の重要性はいうまでもない。在院日数の短縮と本人介護者の満足の確保が条件であるが, 入院時スクリーニングの重要性, 高齢者クリニカルパスの使用, 介護者教育, 看護師, ケースワーカーによる支援, かかりつけ医, 訪問看護の紹介, または転院先の紹介 (適切な居住環境の確保) が鍵である。村嶋らは退院支援スクリーニングに関する研究を行った。Table 2 に入院時スクリーニングを示す³⁾。これは退院困難に関するハイリスク患者のスクリーニングを行うものであり, 点数が高いと退院が困難なことが予想される。この指標の有効性が確かめられている。

高齢者医療関連

介護システムの動向としては、平成15年4月に介護保険の見直しがなされた（要介護認定法、保険料、介護給付費）。介護保険の利用なくしてはいまや高齢者の医療も福祉も語れない。そのために高齢患者が退院する際には十分な介護サービスの知識が必要となる⁹⁾。集団ケアから個別ケア、個室ケアへ移行し、グループホーム、ユニットケアへ変化しつつあり、さらに小規模多機能地域密着型ケアへ関心が移りつつある。さらに医師と介護支援専門員との連携が必要である。

NBM（ナラティブ ベイスト メディソン）はもともと精神科領域で患者の語りを医療に反映させようという試みであり、心のケアを高齢者医療に反映させる医療である。患者のアドボカシーを尊重する意味もある。

おわりに

高齢者医療・介護の標準化のためには高齢者総合機能評価が重要である。高齢者総合機能評価をより簡便にし、チーム医療のできる体制を構築し、退院支援に繋げる必要がある。クリティカルパスの利用によりチーム医療の確実性が増す。また心のケアのためのシステム化（NBMなど）が必要である。最後にこうした包括医療研究には研究費の支援が必要である

Abstract

Comprehensive geriatric medicine

Hidetoshi Endo

This paper is written to make clear the new medical system in the elderly and to standardize of Geriatrics and care. There are two major important components in geriatrics and geriatric care which are comprehensive geriatric assessment and team approach. But this is sometimes difficult to do geriatric medicine. This goal is to make clear the usefulness of comprehensive geriatric assessment (CGA) and team approach. And the research purpose is to make standardization of geriatric medicine and care of elderly patients and organization of professionals.

I have studied QOL of elderly people in the community. The scale, SF36, was used in this study. I compared with QOL between elderly with dementia and healthy elderly. QOL was studied with statistical analysis of SPSS. Physical function and symptomatic vitality in lower items of QOL were much better in health people than demented elderly. But global subjective health was much better in demented elderly than healthy people in the community. And I made clinical path of dementia for examination in the hospital. The results were clinical path made clear the importance of team approaches and standard of medical course in the hospital. It was helpful in medicine and care and its bindings.

Dr. Murashima and her group have developed a new check list of screening risk factor of long stay of elderly inpatient. And they studied about the effects of supportive group for discharge using assessment and team approaches. This unit has a good function which support home care of the elderly patients.

Finally narrative based medicine is very important to take care for the elderly patients. It has been lacked to do the present medicine for the elderly patient by evidence based medicine.

In conclusion, for the standardization of geriatrics, CGA is useful for support for the frail elderly and team approach is good for staff communication through team conference.

Key words : Comprehensive Geriatric medicine, NBM, CGA, Clinical path
(Jpn J Geriat 2004; 41 : 375—377)

謝辞：本稿の研究協力者は杏林大鳥羽研二教授，神戸大桜井孝助手，名古屋大梅垣宏行助手，大阪大学数井助手，東京大村嶋教授，岩手県立大野村教授の方々である。多大のご協力を深謝する。

文 献

- 1) Wada T, Matsubayashi K, Ishine M, Fujisawa M, Kita T : Depression screening of Japanese community-dwelling elderly people. J Am Geriatr Soc 2003, (in press).
- 2) Ho HK, Matsubayashi K, Wada T, Kimura M, Kita T, Saijyo K : Factors associated with ADL dependence. —A comparative study of residential care home and community-dwelling older people in Japan. Geriatrics & Gerontology International 2002 ; 2 : 80—86.
- 3) Murashima S, Nagata S, Toba K, Ouchi Y, Sagawa Y : Characteristics of patients referred for discharge planning from a geriatric ward at a national university hospital in Japan : Implications for improving hospital programs. Nursing and Health Sciences 2001 ; 2 (3) : 153—161.
- 4) Masuda Y, Kuzuya M, Uemura K, Yamamoto R, Endo H, Shimokata H, et al. : The effect of public long-term care insurance plane on care management and care planning in Japanese geriatric hospitals. Arch Gerontol Geriat 2001 ; 32 : 167—177.

トピックス

VI. 最近のトピックス

1. 諸外国における高齢者医療の現状

遠藤 英俊 大島 伸一 三浦 久幸 大西 丈二
 梅垣 宏行 鈴木 裕介 井口 昭久

要 旨

高齢者医療の歴史は比較的新しいが、歴史的に1940年代よりヨーロッパやアメリカで始まり、世界の人口の高齢化に伴い、日本においても1950年代よりその重要性が増し、さらには韓国、中国などのアジアでも老年医学に関心が高まってきており、高齢者医療の重要性ならびに必要性が高まり、国際交流の重要性が増している。共通のテーマとしてはアルツハイマー病や長期介護の研究、高齢者医療の学生教育などがある。

〔日内会誌 93：2599～2602, 2004〕

Key words：高齢者医療，国際老年学会，国立長寿医療センター

はじめに

海外の高齢者医療の取り組みは日進月歩であり、主にアメリカ、ヨーロッパなどの高齢化が進んだ先進国を中心に進められている。ここ数年、隣国である韓国でも老年医学が注目され、介護保険の導入も検討されている。日本は高齢化率が19.5%を越し、いち早く超高齢社会を迎えようとしており、我々の経験が人類にとって初めての経験であり、高齢者医療と介護保険を始めとする我々の経験や知識が諸外国の参考にされようとしているのは間違いがない。しかし今日諸外国の現状を学び、日本の高齢者医療について今後を検討することは意義がある。

1. 高齢者医療の世界史

歴史的にはフランスのCharcotが老年医学の概念を提唱したとされている。またアメリカのOslerは「肺炎は老人の友」と述べた。1912年には東大の入沢達吉教授は自著「内科学」において「老年医学は将来重要かつ必要な学問になる」と指摘した。1942年アメリカ老年医学会が発足した。1945年にはアメリカ老年学会が発足した。ヨーロッパでは1947年には英国老年医学会が発足した。一方日本では1958年に日本ジェロントロジー学会が日本老年学会に名称を変更し、日本老年医学会と共にスタートした¹⁾。

現在4年毎に世界老年学会議が開催されている。老年学とは老年医学、老年社会学、基礎老化学などの包括的な学問であり、老年学としては日本ではまだ認知度が低いですが、海外で重要性が認められているし、研究者も多い。

えんどう ひでとし，おおしま しんいち，みうら
 ひさゆき：国立長寿医療センター包括診療部
 おおにし じょうじ，うめがき ひろゆき，すずき
 ゆうすけ，いぐち あきひさ：名古屋大学加齢医学講座

表 1. EAMA の 2005 ~ 2006 の主なテーマ

1. NUTRITION IN THE ELDERLY ; its main related consequences
2. NEURO- and PSYCHIATRY-GERIATRICS
3. COMMUNICATION with the very old patients and within the interdisciplinary geriatric team
4. MANAGEMENT OF A GERIATRIC TEAM/WARD/NETWORK : academic medicine art vs. economic constraints

表 2. Formal Learning in Geriatric Medicine in Asia

Asian Places	Medical Faculties Professorial		Geriatric Medicine	
	Total Department	no.#	Ugrad Cur. Total Pgrad Cur.	no.#
Hong Kong	2	2	2/2	Yes
India	140	0	0/140	No
Indonesia	25	5	?/25	Yes
Japan	79	22	?/79	Yes
China (PRC)	118	?	?/118	?
Philippines	30	0	2/30	Yes
Singapore	1	1	1/1	Yes
S. Korea	34	20	3/34	—
Taiwan	10	0	4/10	0
Thailand	10	0	6/10	Yes

Ugrad Cur. = undergraduate curriculum

Pgrad Cur. = postgraduate curriculum

? = data not provided or not available

2. アメリカ

国家としては若いですが、老年医学に取りくんだのは比較的早かった。ここまで米国の老年医学が発達した原因の一つにロバートバトラー博士の影響が大きいと思われる。彼は1960年代に国立老化研究所の所長をつとめ、その後ニューヨーク、マウントサイナイ大学に老年医学講座の教授をつとめた。現在も活躍中で国際長寿センターの理事長で、世界を相手に活躍を続けている。

国立老化研究所を中心に老年学、老年医学の研究と外部の研究支援を行っている。基礎研究が中心であるが、研究費も莫大であるし、研究者の層も厚い。老化と老年病の研究において世界をリードしている。特にボルチモア縦断研究

は有名である。各地区の大学には老年科があり、高齢者医療の研究を行っている。縦断研究もふくめ、歴史的にも老年医学の層が厚い。アメリカの医学教育において10年前には老年医学が独立したコースになっていたのは、カンサス大学医科学校、ケンタッキー大学医科大学、アルバート・アインシュタイン医科大学、マウントサイナイ医科学校、ウェイク・フォレスト大学、ボウマングレイ医科大学、ペンシルバニア医科大学、ユタ大学医科学校、イースタンヴァージニア医科学校などの8大学などであるが、今ではミシガン大学やデューク大学、カリフォルニア大学などでも老年科医が業績をだしてきているが、departmentになっているのはニューヨークのマウントサイナイ大学だけである²⁾。しかしドクターフィーの問題もあり、老年科医のニーズが

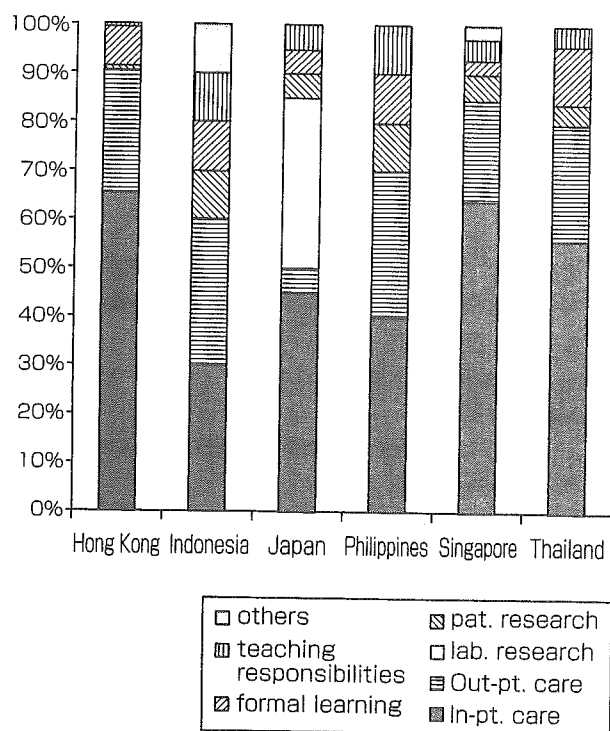


図. Geriatrics post-graduate trainees allocation of time by activity

高いのに比べ、プライマリーケア医を選択する学生が多いようである。老年学も老年医学の教科書もアメリカから多く排出されている。つまり研究者の層が厚く、世界的にもレベルが高い。

3. ヨーロッパ

イギリスでは1940年代初めより高齢者医療に取り組んでおり、1947年には英国老年医学会が発足し、その活動は継続されている。イギリス老年科医の臨床と研究は脳卒中を主な対象疾患としており、ニューカッスル大学にはオリバー・ジェイムズらが率いる老年科講座があり、日本の老年医学会のメンバーとも交流がある。

スイスではいくつかの大学に老年医学講座があるが、ジュネーブ大学のMichel教授がひきいる老年医学教室ではリハビリ病院や精神科病棟、緩和ケア病棟とともに600床を超える老人病院を運営している。急性期から慢性期医療に対応している。

オランダにはいぜんから老化研究所があり、大学と連携し、研究を続けている。Geronototechnologyを含んだ老年病の研究を行っている。

スウェーデンではWinbrad教授らが中心となり、老年医学講座を開設している。老年医学教育のみならず、アルツハイマー病の研究も精力的に行われている。

こうした各国の取組をふまえ、EUではEUROPEAN UNION GERIATRIC SOCIETYという老年医学の合同団体ができており、さらにEuropean Alzheimer Disease Consortiumというアルツハイマー病を対象にした共同研究グループもある。またEuropean Academy for Medicine of Ageing (EAMA)という老年医学の教育を促進する組織ができており、多くの国と研究者が参加している。EAMAの研究テーマを表1に示した。

4. アジア・オセアニア

韓国においても、ここ数年高齢化の問題には関心が高まっており、介護保険の導入も検討されている。すでに老年医学会ができており、学会活動を行っているが、「内科の一分野」として位置づけられている。また日本老年医学会との交流もあり、毎年どちらかの国で研究会を開催している。今後の活動が期待される。

最近中国でも高齢化が問題となりつつある。つまり一人っ子政策の負の部分が出てくること、さらに高齢者全体が豊かになり、老後の準備が個人でも、社会保障の面でも整う前に中国社会は急速に高齢化しつつあることが憂慮されている。最近老年学センターが設立されたと聞く、高齢者医療の確立が求められている。香港ではいぜんより老年学の研究者の層があつく、充実している。英国の影響もあると思われる。

オーストラリアでは歴史的にイギリスの影響が大きく、いぜんより老年医学、老年学が盛んであり、ガリーアンドリュースが前世界老年学

会会長を務めたことに示されるように、世界の老年学のリーダー的存在である。また各地の大学にも老年科があり、老人看護か介護の分野でも教育に熱心である。表2にアジア各国の老年医学講座の一覧を示した。また図にアジア各国の学生教育の内容の時間配分の一覧を示した³⁻⁹⁾。

おわりに

高齢者医療問題は全世界的にスピードの差はあるものの、そのニーズは高く、今後も重要性は増すものと思われる。世界的に情報交換と交流をしつつ、発展していく必要がある。その中心となるのは日本である。しかし高齢者医療においてもエビデンスが必要であり、EBMが求められる。さらにNBM(Narrative Based Medicine)が今後重要となるであろう。こうした医療を包括的に体系化した高齢者医療のシステム化が今後必須である。国立長寿医療センターでは自立

と健康長寿をキーワードに今後この分野の発展に寄与したいと考えている。また国際的にも認知され、成果を発信してゆく計画である。

文 献

- 1) 老年医療・医学史年表—日本と世界における系譜—, 老年医療の歩みと展望viii-x. 日本老年医学会編集. メジカルビュー社, 東京, 2003.
- 2) 日本における老年医学教育の比較, 「寝たきり老人の日米比較研究」1993.
- 3) Michel JP: Geriatric Programs and department. Springer Pub Company, NY, 1998.
- 4) Grimley Evans J: Geriatrics in New Europe. Age and Ageing 23: 177-178, 1994.
- 5) Schneider EL: The Growth of Gerontology and Geriatrics in the United States. Jpn J Geriatr 29: 381-384, 1992.
- 6) Hogan DB, et al: History of Geriatric Medicine in Canada. Am. J Geriatr Soc 45: 1134-1139, 1997.
- 7) Andrews GA: Gerontological Education in Australia. Jpn J Geriatr 29: 375-377, 1992.
- 8) United Nations publication, Vol. I and II. World Population Prospects: The 1998 Revision.
- 9) Kumar V: Ageing in India-an Overview. Indian Journal of Medical research 106: 257-264, 1997.

特集にあたって いま、なぜコーピングスキルに注目するのか？

安西信雄（国立精神・神経センター精神保健研究所）

「コーピング」は精神障害者 リハ学会の継続テーマです

まず、精神障害者リハビリテーション学会で、「コーピング」の問題についてどのような取り組みをしてきたのかを簡単に説明したいと思います。

このテーマを最初に取り上げたのは、2000年の第8回大会でした。江畑敬介先生から「自己対処の意義」について、水野雅文先生から「ストレスや症状への自己対処」、舩松克代先生から「服薬自己管理モジュールと対処技能」、安西から「地域生活への再参加プログラムとセルフモニタリングの関係」が報告されました。

そのあと、2001年の出雲大会のときに水野雅文先生と渡邊義信先生から「コーピングとストレス」の講演をいただいて、佐藤和喜雄先生からオランダのロウム(Romme)らが行なった「ヒヤリング・ヴォイシズ」、つまり幻聴を聴いている人たちが幻聴を自分でうまくやりくりをして自己対処していく方法を身につけようというアプローチですが、これを日本で実践しているというお話をしていただきました。非常に面白いということで、学会誌にその記事が掲載されました（「精神障害とリハビリテーション」6(1):38-44, 2002）。

2003年の第11回大会（田中英樹大会長）は、それに引き続いてワークショップにおいてコーピングをテーマに実施することになりました。

コーピングの課題を何度か取り上げるうちに、コーピングとリカバリーの関係が浮かび上がってきました。

今後のリハビリテーションの目標はリカバリー

だといわれています。リカバリーは基本的には本人が行なうものであり、それを支援するのがリハビリテーションです。リカバリーのためには、本人のセルフコントロール、自分で自分のなかに起きている問題をコントロールできるようになることが重要になります。そこにリカバリーとコーピングの接点があります。

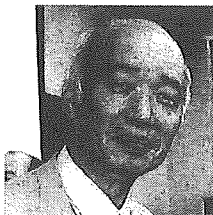
このように、本人のリカバリーを推進する技術としてのコーピングを、治療者がどうやって支援できるのかが課題になります。ここに当事者と治療者の協力の土俵があります。学会で継続的にコーピングがテーマになっているのは、それが「協力の土俵」を提供しているからでしょう。

感動に包まれた学会場を 再現したい

筆者は、べてるの家の向谷地生良氏（北海道医療大学／浦河日赤病院 SW）とともに、実践交流会「コーピングスキル」のコーディネーターとしてワークショップにかかわりました（表1）。

閉会の挨拶を終えたとき、胸の高鳴りを覚えながら、「この場で起きたことを、ここだけで終わらせてはいけない」「ここで体験したことをもっとたくさんの人に伝えたい」と思いました。

今回の特集では当日の活気を再現し、参加者が共有した「新しいものに触れる喜び」を大事にするために、原田氏、向谷地氏と林氏には、当日の発表をできるだけ再現していただき、討論も要点をまとめることにしました。加えて、このワークショップの意義について若干の解説を加えることがよいのではないかとということで、学会長でもある



あんざい・のぶお

昭和23年、大阪府生まれ。昭和48年に東大医学部を卒業後、東大精神科のデイホスピタルでSST導入に参加。都立松沢病院では社会復帰病棟などを経験し、平成14年から現職。退院促進に取り組んでいるが、高齢の母の在宅ケアを通して、介護サービスの意義に目覚めている。週1程度ジョギングはしているが、煙草と夜更しが直らないので効果は……。

●国立精神・神経センター精神保健研究所：〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

表1 「コーピングスキル」のワークショッププログラム

1. 幻聴への対処を援助する方法論
原田誠一(国立精神・神経センター武蔵病院・東京都)
2. 不安感に基づく強迫的な確認行為に苦しむ当事者(統合失調症)への生活支援—SSTを活用した対処技能の獲得を中心としたアプローチ—
向谷地悦子・林園子(べてるの家・北海道)



写真1 関係者勢揃い

左より原田誠一氏、向谷地悦子氏、林園子氏。
後列左より筆者、向谷地生良氏、江畑敬介学会長。

江畑敬介氏による最終論文で、「患者さんがどのように自己対処しているか」「自らの疾病に対する態度がどのように予後に影響を与えるか」といった内容を、従来の研究成果をふまえて簡潔にまとめていただきました。これにより、今回のワークショップの意義が学問的にも一層鮮明になったと思われまます。

いま、なぜコーピングに注目するのか？

筆者は仕事から、各地の精神科病院やクリニック、社会復帰関係施設に出向くことが多くありますが、どこでも「精神科医療や看護は変わらないといけない」「変えていかなければいけない」という機運が高まっているように思われます。とくに看護スタッフをはじめ、患者さんとの接触の密度の高い職種ほど強く意識をもっているという印象があります。しかし同時に、「どうしたらいいのでしょうか?」「これからどうなるのでしょうか?」と問われてしまいます。今後の精神科医療や看護のあり方を自信をもって語れる人は少ないのです。精神科医療が変化に直面しているなかで、多くの人びとが今後のあり方を模索している状況にあります。筆者ももちろん、その1人です。

入院中心から地域生活へという転換のなかで

「いままでのやり方では通用しないのではないか?」という疑問を抱かせる要因はいくつか挙げられると思いますが、もっとも大きなものは、入

院中心から地域生活支援への精神科医療の転換でしょう。厚生労働省が新障害者プラン中間報告などで精神病床の機能分化や地域ケア・社会復帰資源の充実を図ること、そして「受け入れ条件が整えば退院可能」とされる「7万2000人」の早期退院と社会復帰を実現する方向性を示しました。この報告書では入院患者の減少を見込んで、「人員配置の見直しを含めて病床数の減少を促す」という方針も述べられています。

米国や英国をはじめとする諸外国では、1950年代から精神科医療の脱施設化の動きが開始され地域ケアの体制作りが進められてきました。途中経過ではさまざまな問題があったことが知られていますが、いまでは精神障害をもつ人びとの大半を地域で支える体制が作られています。地域ケア体制を作るために、改革前には入院治療に投じられていた財源と人材のかなりの部分が改革後には地域ケアに投じられ、ケアマネジメントや重症患者に密度の高い地域ケアを提供するACT(包括的地域生活支援)プログラムなどが地域で実践されるようになりました。いまや重症患者の地域ケアの国際標準ともなっているACTプログラムが、国立精神・神経センターの国府台地区で開始され、その成果が期待されています。

もちろん、わが国では地域の社会復帰資源や支援体制整備の遅れがあるうえに、精神病床数の90%以上が民間病院という事情があるので、地域

ケアへの急速な転換は難しいのではないかという意見があります。しかし、障害をもちつつ地域で普通に暮らせることを目指すノーマライゼーションや患者の権利擁護は、精神科医療でも当然のことであり、諸外国に遅れをとったわが国の精神科医療も次第に地域ケア中心に移行していくでしょう。つまり、現在長期に在院している患者の数万～10万人を病棟でなく地域で支えること、また、急性期症状が治まった後はできるだけ早期に地域生活に戻すことが求められているのです。

入院で治療を行なっている人びとを病棟に頼らずに地域でケアを行なうためには、治療体制の整備とともに医療の質の向上が求められます。後者の中心となるのは、「病気の人」から、症状をもちつつ「地域で生活する人」への視点の変換です。もちろん薬物療法や精神療法などは欠かせませんが、地域でこれらの治療を継続するためには治療の意義を本人に自覚してもらう必要があります。治療の主体が治療者から本人に移行するわけです。

インフォームド・コンセントに関連して、病名の告知、治療法の説明と同意、投与薬剤の説明などが精神科でも実践されるようになり、心理教育も盛んに行なわれるようになってきました。これらは病気の回復を促し、生活に及ぼす悪影響を最小限にするための治療法を、本人の自覚により適切に行なえるようにするための支援方法と考えることができます。

地域生活は「コーピング」にかかっている

コーピング(coping)は病気や環境からの要求によって生じたストレス状況への対応の仕方で、対処または自己対処と訳されます。病気の症状や生活上の課題をどのように受け止め、どう行動していくかを患者さんの立場でとらえ、効果的な支援方法を考えることは精神障害者のリハビリテーションの重要な視点ですが、患者さんの安定した地域生活を可能にするためにコーピングの視点はますます重要となっています。

ユーザー志向の地域ケアの実践のなかで生まれ

たのが、「リカバリー」の考え方です。リカバリーは統合失調症の発病などの破局的ともいえる困難な状況に陥った人が、再び人生の意義を見だし、自信を回復していくプロセスのことです。リカバリーは本人が困難を克服していく過程であり、リハビリテーションはそれを支援する治療者の活動とされています。

「聞いてはいけない」から「協力して考える」形へ

しかし、こうした理念を毎日の実践のなかで具体化することは難しいものがあります。たとえば統合失調症の幻聴についても、薬物療法によっても幻聴が完全には消えずに持続する人のなかでは、幻聴という自覚が乏しく、十分な病識を得ることが困難な場合が多くあります。また従来の精神科看護のなかでは、症状を聴取すると悪化させる可能性があるという恐れから、症状を聞くこと自体を避ける傾向もありました。そのため、現場では治療者が考える症状への適切なコーピングと本人の自覚との間に大きな隔たりを感じることも多くあります。

今回のワークショップで「新しいものに触れる喜び」を感じることができたのは、まさにこうした「隔たり」を乗り越え、患者本人と治療者の間の協力的関係(コラボレーション)を築き上げるための実践的な手がかりが与えられたためと思われる。

原田氏は、幻聴などの症状を患者さんの側からとらえる視点により、患者さん自身の言葉でこれらの症状と生活上の困難をとらえること、そのうえで、一定の困難な状況では多くの人が体験しうるものであることを述べ、認知療法の理論にもとづく対処法をわかりやすく整理して提示してくれました。そして、特殊な病気ではないことを知り、自信をもって効果的に対処できるようになった実例が紹介されました。

向谷地悦子氏は、浦河べての包括的な地域ケアの実践を紹介するとともに、幻聴と確認行為に苦しむ当事者の治療経験を紹介してくれました。

一種の症例報告ではありますが、専門家(看護師)としての報告が、症例報告の主人公である林氏自身の生々しい体験報告によって裏打ちされ、大変新鮮で説得力がありました。

当事者から専門家が学ぶ という方法

これらの2つの報告は、当事者から専門家が学ぶという点で共通点があり、その優れた実例と思われました。

原田氏の報告は、自己の例外性の否定を通して本人が症状の自己対処に前向きになることができると、適切な自己対処のために認知療法が有効

であることを示すものであり、向谷地氏・林氏らの報告は、幻聴や確認強迫が生じる状況因を整理する認知的取り組みを「当事者研究」として本人と仲間や専門家の協力のなかで行なう方法が有効であること、そして苦しさを周囲に伝え援助を得るために社会生活技能訓練(SST)が有効であることを示すものでした。

このように、2つの報告は当事者のコーピングスキルを高めるために、認知療法や認知行動療法(SST)が役立つという点でも共通していました。

今後の地域ケアの展開のうえで、当事者と治療者(専門家)との新しい協力関係が求められます。今回の報告はその意味でも重要な示唆を与えるものと思われま



看護学雑誌 (月刊)

2004年2月号 (Vol.68 No.2)

特集

糖尿病看護とバーンアウト 「挫折」を宝に!

●主要目次

糖尿病ケアにまつわる2つのバーンアウト -挫折体験を力に-	石井 均
挫折体験を宝に変える! 糖尿病の知恵袋たちのお宝事例カンファレンス-	石井 均, 斎藤幾重, 船田仁美, 原 千晴, 東里智子
事例1 高齢患者とバーンアウトする家族	<コメント> 荒木 厚, 石黒友康, 古家美幸, 本田佳子
事例2 “変わらない”患者と責めたいナース	
事例3 指導も支援も受け入れない患者と医療者の不安	
血糖自己測定のトラブルポイント	山本壽一, 仲里幸康
経口薬治療のトラブルポイント	友金幹視
糖尿病看護とバーンアウト -生みの苦しみ,そして喜び!	原 千晴
【糖尿病患者自己研究】私が病院に行けなくなった理由	今村ひかる

※広告(一般営業、求人)のご掲載も承っております。お問い合わせはPR部(TEL 03-3817-5696)までどうぞ。



医学書院 〒113-8719 東京都文京区本郷5-24-3 (販売部) TEL 03-3817-5657 FAX 03-3815-7804
E-mail sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替 00170-9-96693

新しい地域ケアのありかた

安西 信雄

「統合失調症」の「地域ケア」という言葉に違和感を感じる方もおられるかもしれない。「精神分裂病」の呼称は「統合失調症」に変更されたが、そもそも「精神分裂病」と呼ばれていた病気が「地域ケア」に馴染むのか、という疑問を持つ方もおられるかもしれない。

統合失調症への呼称変更には、本人や家族が受け入れやすい病名に変えるということと同時に、医療機関をはじめとする社会の側の偏見をなくし、社会参加を推進しようという意図があった。こうした意図を実現するためには「統合失調症は地域ケアで対応できる病気なのか」「どのような地域ケアがあればそれが実現できるのか」という問いに答えることが必要になる。

わが国の精神科医療は入院中心から地域ケアへの転換に直面している。まだ十分な実績はないが、新しい地域ケアのありかたを構想する材料は得られている。地域ケアを可能にするためには、患者の生活能力・疾病自己管理能力を向上させる治療・リハビリテーション技術と、個々人の支援ニーズに柔軟に対応できる地域支援体制の両方が必要である。欧米で発展してきたこうした技術や方法が、わが国においても実践されるようになってきた。前者の例がSST (Social Skills Training, 社会生活技能訓練) であり、後者の例がACT (Assertive Community Treatment, 包括型地域生活支援プログラム) である。本稿では、わが国における統合失調症治療の歩みを手短かに振り返り、これらの新しい技術や方法を紹介しながら、わが国における地域ケアのありかたを考えたい。

わが国における統合失調症治療の歩み

かつて「精神分裂病」は予後不良と考えられ、その診断が入院治療を意味する時代もあったが、塩酸クロルプロマジンやハロペリドールを代表とする抗精神病薬が登場して院内作業療法が活発になり、退院する患者も増えた。しかし、過剰な鎮静やパーキンソン症状などの副作用も少なくなかったため、治療継続や地域生活が難しいことも多かった。近年、非定型抗精神病薬と呼ばれるリスペリドンやオランザピン、フマル酸クエチアピン、塩酸ペロスピロンなどが導入され、副作用を減らしつつ従来型抗精神病薬と同等かそれ以上の効果が期待できるようになった。

わが国の精神科在院患者は約33万人で、そのうち約65%を統合失調症が占める。新しい入院患者の多くは1年以内に退院するが、長期在院患者の退院は少なく、1年以上の在院患者が70%を超え、在院患者は短期退院群と長期在院群の両極化の状況にある。人口万対在院患者数は、欧米諸国では5～10人であるがわが国では28人で、諸外国の2～3倍に相当する。注意する必要があるのは、非定型抗精神病薬が導入された後も在院患者数はほとんど減少していない点である。

厚生労働省の精神保健福祉対策本部は2003年5月15日に中間報告を発表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」転換する方向性を明らかにした。その中心的課題の1つが、精神科在院患者のうち受け入れ条件があれば退院可能と見込まれる、いわゆる「社会的入院患者」約72,000人を退院させることであるが、

その実現のためには居住サービスなどの生活支援施策とともに、本稿で述べる地域ケアの充実が必要となる。

SST（社会生活技能訓練）

統合失調症の再発は「ストレス-脆弱性」モデルに代表されるように、環境からのストレスへの代償不全により生じると考えられるようになっている。したがって、統合失調症の再発を防止し安定した地域生活を可能にするためには、環境からの要請に対応できる対処能力の向上が必要となる。

SSTとは、他者とのコミュニケーションや社会的役割遂行のうえで必要とされる行動レパートリーを生活技能（social skills）にとらえ、認知と行動の改善に働きかける系統的な練習により意欲と能力向上を図る方法である。統合失調症は再発を繰り返すなかで陰性症状が次第に明らかになり、入院生活が長期に続くことによって自主性が損なわれて施設症（ホスピタリズム）が生じやすいという特徴がある。SSTはこうした生活・行動面における障害（生活障害）を改善するために認知行動療法の1つとして米国・UCLAのLieberman

表1 社会生活技能訓練(基本訓練モデル)のセッションの流れ

1. はじめの挨拶
2. 新しい参加者を紹介する
3. 社会生活技能訓練の目的ときまりを確認し合う
4. 宿題の報告を聞く
5. 練習課題を明確にする
6. ロールプレイで技能を練習する（表2参照）
次回までの宿題を設定する
→(次の人へ進み,上記の4から繰り返す)
7. まとめ
8. 終わりの挨拶（次回の予告）

らによって開発された治療技法で、わが国においても「入院生活技能訓練療法」として診療報酬に組み入れられ、1995年にSST普及協会が発足し、近年急速に普及している。

その要点は、「どういうことができるようになりたいですか」などの問いかけを通して本人の希望を受け止めること、アセスメントに照らして本人の希望を実現可能な課題に具体化して目標設定を促すこと、リハーサルやモデリングなどの「行動から体得する」方法を用いて系統的な練習を繰り返すこと、正のフィードバック（行動のよい点を褒める）を強調して意欲と自信を引き出すこと、練習場面で実行した技能を宿題を通して実生活で実践することを支援し般化（generalization）を促すことである。これがSSTの基本訓練モデルである。その実施方法の概略を表1・2に示した。取り上げる課題は本人の希望に沿ってそのつど異なるが、表のように実施方法が決まっていること（これを「構造化された学習環境」と呼ぶ）、安心できる場でリハーサルと練習を繰り返すことにより実生活に必要な技能の学習を促すことが特徴である。

表2 ロールプレイによる技能練習のしかた

1. 場面を作る（だれを相手に、いつ、どこで、何をして、相手はどう反応して、結果はどうだったか）
2. 練習の際の相手を選び、本人と相手の言葉と態度を具体的に示す
3. 予行演習（ドライラン）をする
4. 正のフィードバックを行う
5. 改善点を提示する
6. モデル行動を示す（モデリング）
7. 再演する
 - ・促し（プロンプティング）：よいやりかたを促す
 - ・コーチング：よいやりかたを指導し教授する
 - ・行動形成（シェーピング）：一步一步練習する
8. 実生活場面での練習を計画し、宿題として具体化する
9. 宿題カードに宿題を書き込む

SSTは地域生活に必要な自信と対処技能の向上に有用であるが、さらに服薬や症状の理解と自己管理技能を向上させる学習プログラム（モジュールと呼ぶ）も実践されて効果をあげている。これを効果的に実施するためには、家族心理教育や下記の地域生活支援と結びつけて実施することが推奨されている。

ACT (包括型地域生活支援プログラム)

欧米では1950年代から精神科病院の閉鎖や縮小が進められ、患者の地域移行・地域定着のためのさまざまな試みが実施されてきた。それらのうち、米国で1970年代初期に重度の慢性障害者を対象に実施されたProgram of Assertive Community Treatment (PACT)は、入院率の減少、入院期間の短縮、地域生活の安定、患者の高い満足度などの効果があり、症状軽減、QOLの向上も得られるなどの顕著な成果をあげた。その後の追試によっても効果が確認され、これがACT (アクト)として重症の精神疾患患者に対する地域ケアの国際的な標準となった。

ACTの要点は、従来であれば入院が必要とされるような重症の精神障害患者に対して、地域生活を支える医療や種々の生活上のニーズに関する多彩な援助を24時間・365日、生活の場に出向いて継続的に実施することにある。危機介入や服薬管理、就労支援、SSTなどの幅広い支援を高い密度で提供することになるので、スタッフ当たりの担当ケースを10人前後に制限し、医師を含む多職種チームの10～12人が100人程度の患者を担当する。

わが国で初めての本格的なACTが、2002年度からの準備を経て、2003年度から国立精神・神経センター国府台地区(千葉県市川市)において塚田、伊藤、西尾らにより実施され

ている。チームスタッフは、チームリーダー1名(精神保健福祉士、以下PSW)、プログラムマネジャー1名(PSW)、精神科医1名のほか、ケースマネジャー10名(看護師2、作業療法士2、心理士1、職業カウンセラー1、リハビリテーションカウンセラー1、PSW2、シニアレジデント精神科医1)で構成されている。対象患者は、国府台病院精神科病棟への入院患者のうち、頻回の入院歴や精神科救急の利用、通院中断歴などを有する統合失調症等の精神疾患患者で、生活障害のために日常生活に支援を要する者である。これらの対象に対し、ケアプランに基づく訪問を中心とした幅広いサービスが多職種チームによって展開されている。

ACTには医療機関を基盤にするものと地域機関を基盤にするものが想定されているが、国府台地区における試みは医療機関モデルに相当する。ここで得られる成果は、今後の地域型ACTやケアマネジメントの展開にも大きなインパクトを与えることが期待される。

おわりに

統合失調症治療は地域ケアの方向に向かい、住み慣れた地域の中での普通の生活を可能にするノーマライゼーションが強く求められるようになってきている。欧米の職業リハビリテーションにおいては、「訓練した後で就労させる」方式よりも、「実際の職場で訓練を行う」援助付き雇用(supported employment)がより効果的であることが示されている。こうした発想の転換は、就労支援はもちろんのこと、退院を促進し地域ケアを推進する際に重要となる。地域生活のチャンスの提供と、その実現を支援する技術と支援体制が同時に求められているのである。

退院における障害と支援方法

安西 信雄*

抄録 厚生労働省の「受け入れ条件を整えば退院可能」な7万2千人の退院の提言を契機に長期在院患者の退院促進の機運が高まっているが、長期在院患者をかかえている現場では退院の実現は困難という声もある。日精協の社会復帰サービスニーズ調査では、「現在の状態でも退院可能」と医師が判断した患者群でも、食事の用意や家事一般などのIADL（手段的日常生活動作）が低下している患者が多く、退院希望が不明確な患者も少なくない。退院における障害には、このようなIADLの困難や退院の意欲の乏しさのほか、再発防止のための服薬継続や症状の自己管理の技能の乏しさが含まれる。こうした問題に効果的に対処し長期在院患者の退院を促進するために、厚生労働省精神・神経疾患研究の退院促進研究班で集中的リハビリテーションと地域移行支援の取り組みが開始されている。退院促進研究班の取り組みを紹介し効果的な支援方法を検討した。

精神科臨床サービス 4 : 388-393,2004

キーワード：長期在院患者，退院促進，IADL，集中的リハビリテーション，地域ケア

はじめに

最近、「どうやれば長期入院の患者さんを退院させられますか?」と聞かれることが多い。厚生労働省が「受け入れ条件を整えば退院可能」な7万2千人の対策を打ち出したことが影響しているのであろう。精神保健福祉対策本部中間報告（平成15年5月15日）¹⁾で「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向が示され、新しい入院患者に対しては「手厚い急性期治療を行うことにより、多くは早期の退院を見込むことができる」こと、また長期在院の患者については「たとえ10年、20年を超える長期入院を余儀なくされていた場合であっても、適切な社会生活訓練等のリハ

ビリテーションや退院支援、退院後の居住先の確保及び地域生活支援により、社会生活が可能となる場合がある」ことが述べられ、こうした改革に向けた具体的対策の方向が提案された。

「その通りですよ。ただどうちの患者さんは退院させないでくれ、病院で暮らしたいと言うんです」「どうしたらいいんでしょう?」と質問は続く。精神科病院協会による後述の調査²⁾では半年以内の退院を「希望する患者」が56.2%で、「希望しない」が22.3%、「わからない」が21.5%であった。「希望しない」と「わからない」を合わせると43.8%になるが、この数字は1年未満の在院患者（約30%）も含む全入院患者の集計なので、長期在院患者だけを抜き出せば退院を希望しない率はもっと高くなるであろう。

「退院における障害」として、本人が退院を希望しないこと、地域生活の動機が乏しいことをあげるのは簡単である。表面的にはそれは事実であ

あんざい のお

*国立精神・神経センター精神保健研究所
[〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3]

ろう。しかし、「なぜ退院したくないのか、いつから、どのようなきっかけで退院を希望しなくなったのか」を探り、退院したくない理由を解明できれば新しいアプローチが可能になるのではなかろうか。かつて統合失調症の「自閉」は病気そのものから生ずると考えられていた時期に、江熊要一は「理由のない自閉はない」と述べた。自閉に至る苦しみへの共感と希望を尊重する根気強い精神療法的・援助的な関わりの中で、本人が治療者に心を開いてくれるようになれば自閉から抜け出す手がかりが得られるというわけである。今、われわれに求められているのは「理由のない退院拒否はない」という視点から、この問題にアプローチしていくことではないだろうか。

そこで「退院における障害」が特に問題となる1年以上の長期在院患者を中心に、本人の側の障害と、こうした退院困難と支援体制との関連を考察し、最後に厚生労働省精神・神経疾患研究委託で取り組まれている退院促進研究班の「集中的リハビリテーション」について述べたい。

1. 退院の時に見えてくる 本人の側の障害

現在在院中の患者のうち退院後の地域生活が困難と予想される患者は多い。精神科病院協会から平成15年に発表された精神障害者社会復帰サービスニーズ調査⁹⁾では、対象となった入院患者約12,000人のうち1,767人(約15%)が「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」と判断されたが、これらの患者群でもIADL(instrumental activities of daily living: 手段的日常生活動作)に困難のある患者が相当数にのぼることが示された。すなわち、該当する1,767人のうち、各IADLが「いくらか困難」または「非常に困難」と評価された患者は、多い順に、食事用意78.5%、家事一般73.2%、金銭管理69.7%、薬の管理65.9%、交通手段の利用54.4%、買物53.5%、電話の利用41.2%であった。この群の患者は「現在の状態でも(中略)退

院可能」と判断されているので、病棟の保護的な環境では精神症状も日常生活も特に問題なく過ごしているのであろうが、半数~4分の3以上がIADLの問題があるとされているので、実際に退院すれば支援がなければ地域生活に困難が予想される。

穴見²⁾は国立精神・神経センター武蔵病院の在院患者を対象に、退院阻害要因の調査を実施した。その結果、慢性期患者群では、自発的生活のリズムを保つことの困難性、金銭管理の問題、好癖的生活など、身辺自立の困難性が浮き彫りになった。また症状においても、陽性症状が持続し病識の不十分な症例が多く、十分に治療効果が得られていないことも明らかになった。またこれらの患者群では家族のサポート能力が乏しいことも示された。退院阻害要因の因子分析の結果、第1因子として「セルフケアおよび周囲との関係」、第2因子として「治療コンプライアンスと問題行動」、第3因子として「退院への不安」が見いだされた。さらに身体合併症の自己管理が不十分であったり、歩行障害など日常生活におけるADL(activities of daily living: 日常生活動作)に問題がある症例も少なくなかった。

長期在院患者の退院阻害因子については阿部らにより評価表¹⁾がまとめられている。この評価表では患者側の要因が精神症状、疾病の管理、2次的障害、社会機能に分けられ、それぞれ数個の下位項目があり、家族側要因が患者の問題行動・逸脱行動、世話にかかる労力と不安、病気に対する理解、サポートの資源の質と量に分けられ、それぞれ数個の下位項目がある。患者側の要因は穴見²⁾の結果との共通点が多いが、家族側要因がより詳細に整理されている。

これらの結果は長期在院患者を「社会的入院患者」と見なして、「住む家などの環境条件を整備すれば退院できるはずだ」という見方だけでは退院促進はうまくいかないことを示している。居住サービスは、従来のがわが国の精神保健福祉サービスでもっとも欠けていたものなので、その充実は必須の課題であるが、こうした環境面の整備と同

表1 統合失調症患者の退院基準³⁾

1. 退院後の生活について家族の支援が得られるか単身生活の場合は住む部屋と経済的支援が得られる。
2. 地域で生活するための最低限の日常生活技能（食事、金銭管理、火の始末等）があるか、不足している場合には家族などの支援が得られる。
3. 自分で服薬でき、定期的に通院できる。
4. 再発の注意サインをモニタでき、サインが出現したときに医療スタッフに連絡できる。
5. 現在の入院の契機となった問題（たとえば興奮や暴力、自殺企図、違法な薬物やアルコール摂取など）がほぼ解消され、地域生活における自傷他害の危険が低い。
6. 必要な場合に訪問看護師や保健師、精神保健福祉士やホームヘルパー等の訪問を受け入れることができる。
7. 重い身体疾患がないか通院で治せる程度に改善している。

時に、本人の側の基本的な地域生活の能力であるADL, IADLを向上させること、周囲の人々との協力関係が維持できること、服薬や通院の継続などの疾病自己管理がある程度行えることが必要になる。また退院への不安を受け止め、その軽減を図ることは退院への動機を高めるうえで重要なことは言うまでもない。

筆者が作成した統合失調症を持つ患者の退院基準³⁾を表1に示した。これは統合失調症の再発を防ぎつつ地域で安定して生活できる条件を退院準備性（discharge readiness）の視点から整理したものであるが、この退院基準から、退院は「本人側の障害」だけで決まるのではなく、必要時に医療スタッフ等に援助を求められるか、家族や訪問看護スタッフ等がどこまで支援できるかという、本人と援助者の総体としての力量に依存していることが分かる。すなわち、すべての問題に本人が自己対処できることが求められるのではなく、周囲の援助者に協力を求め、必要なときにSOSを出せるということも大切になる。

Ⅱ. 「本人の側の障害」は 周囲の支援体制と関連 して変化する

先に「理由のない退院拒否はない」という視点を述べた。これを痛感させられた症例を紹介したい。

筆者が都立松沢病院で社会復帰病棟を担当していたとき、入院後7年経っていた統合失調症の65歳の女性Aさんに退院の希望を聞いた。即座に「寒い。ご飯が食べられない。ここがいい」と退院を拒否された。彼女は「寝ている間に誰かが部屋に入ってきて足を痛めつける」、「(立っているときも)床の下から誰かが足を引っ張る」という妄想があった。薬剤性のパーキンソン症状のため手指や下肢の振戦があるが、薬を減らすと妄想が強まるので薬を減らせない状態であった。即座に退院を拒否されたが、高齢で身寄りがなく退院後の援助者がいないうえに、振戦のため着衣や歩行がスムーズに出来ないなどの障害あり、退院したら食事や通院も大変と予想されたので、退院拒否はもともとと思われた。

病棟カンファランスでAさんの退院可能性が検討された。通常なら「退院困難」で「院内での長期療養が適当」と判断されるケースであろうが、病棟から訪問看護で退院を支援し、安定したら院内の訪問看護室に渡すことが計画された。しかし、本人にその気になってもらわないと話が始まらない。そこで、退院計画の第一歩として退院への動機づけが計画された。

少し前に30年在院していた女性患者のBさんが退院していた。Aさんと仲が良かったわけではないが長期在院患者としてお互いに意識し合う関係にあった。そのアパートに空室が1つ出来たという情報も得られていた。そこで担当看護師からAさんに「私が一緒に行くからBさんのアパートに行ってみない？」と提案した。Aさんは同意した。そこでBさんの部屋への訪問が実施された。2度目の訪問の後、Aさんは退院に同意した。そ

ここで担当看護師が同行して近所への買物や通院の練習が繰り返された。アパートに入居した後は生活保護を得て生活しているが、電灯をつけず、暗くなったら寝て明るくなったら起きるなど本人独特の生活スタイルがあり、「足を痛めつけられる」という妄想は続いているが「今の方がいいです。退院してよかった」と語っている。パーキンソン症状のため杖をついての歩行であるが、通院時は本人が自力で来院し、帰りは訪問看護室の看護師が車椅子で送ることで通院を継続している。

以上のように、長期在院患者の退院を考えると、退院への意欲の乏しさや生活能力 (IADL) の低下などの問題があるが、これらの問題は「だから退院できない」と片づけずに、「こういう問題は、どうすれば解決できるか」という視点で取り組みれば、退院が実現できることがある。Aさんが退院を拒否したのは、退院したらどんな生活になるかが分からず、自分がやっていけるか強い不安があったためと思われる。その不安を解消できたのは、担当医や看護師の「説得」ではなく、身近な人物であったBさん宅を訪問して得た「体験」であった。地域の中で自分の仲間が生活している姿を見て、自分もやれるのではないかという希望を持ったことが不安軽減に役立ったと思われる。もちろん、この成功は担当看護師が「Bさんのアパートに1室空きができた」という情報をキャッチして、「支援すればAさんもそこで生活出来るのではないか」という着想を得たことが出発点になっていた。担当看護師がAさんの不安につきあい、同行して支援し1つひとつ問題をクリアする中で地域生活への自信が回復した。Aさんは担当看護師を信頼し、その援助に感謝している。

Aさんは病識は欠如しているが、医師や看護師が促せば、通院や服薬は問題なく行うことができた。しかし、穴見²⁾が報告したように、服薬・通院などの治療コンプライアンスの悪さが再発や行動上の問題につながる例も多い。こうした問題に対処するために、集中的リハビリテーションの取り組みが開始されているので、次にそれを紹介する。

Ⅲ. 退院における障害を克服し 退院を支援する集中的リハ ビリテーション・プログラム

厚生労働省精神・神経疾患研究委託費により、国立精神・神経センター武蔵病院の社会復帰病棟におけるモデル実践を中心に退院促進に関する研究が取り組まれているが、その中心をなすものが集中的リハビリテーション・プログラムである。これは個々の長期在院患者・家族の希望の聴取と詳細なアセスメントにもとづき、入院環境で長期間生活していた患者が地域生活にソフトランディングを果たせるための方法を確立し、その普及を図ることを目的としている。

井上⁴⁾は日本における退院プログラムの実施状況とそれらの効果の検討を踏まえて、長期在院患者の退院を促進するための集中的リハビリテーションの技術開発を行った。わが国において退院促進が実践されている野添病院や谷野吾山病院、東京武蔵野病院等の活動を検討した結果、集団運営、SST・心理教育・ケアマネジメント等を取り入れていること、治療チーム、退院後の支援、居住施設の開拓などが共通点として認められた。さらに都立松沢病院ではSSTのモジュールの1つである「地域生活への再参加プログラム」(Lieberman)が実践され、無作為割付(RCT)により退院促進の効果が示された。以上の所見から、集中的リハビリテーション・プログラムでは「地域生活への再参加プログラム」を骨格とし、日常生活訓練(食事の支度、金銭自己管理等)と心理教育を組み合わせることが適切と判断された。

井上⁴⁾による集中的リハビリテーション・プログラムは、①退院までに病気の性質、薬などの医学的情報を知り理解する、②退院後に必要な人づき合い・病気や健康の管理・金銭管理・食生活管理などの技術をおぼえる、③同時並行して退院時期や退院先を検討することを目的とし、これらをグループベースで進めるものである。プログラムの内容は、①プログラムへの導入、②慢性の精神

障害の症状、経過、治療、③地域生活のオリエンテーション(1)、④院外活動、⑤地域生活のオリエンテーション(2)、⑥ストレスへの対処法、⑦毎日のスケジュールの立て方、⑧薬の再発予防の効果についての学習、⑨服用中の薬の効果の自己評価、⑩服薬に関する疑問、問題点の解決、⑪薬の副作用の解決、⑫再発の早期徴候、⑬早期徴候の監視(セルフ・モニタリング)、⑭緊急時の対策、⑮金銭管理、⑯食生活管理、⑰全体のまとめの17のセッションから構成される。全体で3～7カ月が想定されている。

集中的リハビリテーション・プログラムは、アセスメントから出発し、多職種による「ケア会議」で退院計画を立てること、精神保健福祉士や看護師が「退院コーディネーター」となって退院後の安定した地域生活に至るまでの一貫したケアを実施すること、地域の社会復帰諸機関と連携を持ち、外出や外泊等の地域交流を積極的に行うことなどにより実施される。

このプログラムは本年6月から国立精神・神経センター武蔵病院でモデル実践が開始されており、その成果にもとづいて国立病院・療養所等への普及が計画されている。

おわりに

厚生労働省の「7万2千人退院」の方針がきっかけとなって長期在院患者の退院への機運が高まっている。その中で、従来の「収容主義」への反省から「長期在院患者をまず外に出すこと」という主張も見られる。従来は退院困難と思われていた長期在院患者でも、発想を転換して退院を目指すことは大いに賛成であるが、機械的に実施すれば米国の脱施設化運動で初期に見られた弊害が繰り返されることが危惧される。長期在院患者の多くは、退院して地域で生活を始めるという環境変化に柔軟に対応する能力を失っており、リハビリテーションや生活の場に出向いての支援がなければ生活が容易に破綻することが予想されるからである。

臺⁷⁾は慢性の統合失調症治療を論じる中で、「入院治療は、退院後の社会参加、自立への流れの中の一局面にすぎないことが認識される時に、本当に患者のためになるのである」と述べている。長期在院患者の退院促進は、退院で完結するものではなく、その後の地域生活を準備する「自立への流れの一局面」としてとらえることが必要となる。自立の促進のためには上に述べた集中的リハビリテーションのような包括的な取り組みが必要と考えられる。自立に向けての支援として退院促進プログラムが効果を発揮するためには、患者本人の退院への希望を育て支援する細やかな配慮と工夫が必要となる。こうした工夫を積み重ねることにより、集中的リハビリテーションのモデル実践が成果をあげ、全国の国立病院・療養所をはじめとする諸施設で実践されて、長期在院患者の退院と安定した地域生活に貢献することが期待される。

文 献

- 1) 阿部哲夫, 浅井邦彦: 病院リハビリテーションの方法. 江畑敬介, 浅井邦彦編: 分裂病の病院リハビリテーション. 医学書院, 東京, p.26-42, 1995.
- 2) 穴見公隆: 国立病院等における集中的リハビリテーションのモデル的实践. 平成15年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 15指—1 精神科在院患者の地域移行, 定着, 再入院防止のための技術開発と普及に関する研究 (主任研究者 安西信雄). 研究報告書, 2004.
- 3) Anzai, N., Yoneda, S., Kumagai, N. et al.: Training long-term schizophrenic inpatients in illness self-management: A randomized controlled trial. In: (ed.) Kashima, H., Falloon, I. R. H., Mizuno, M. et al. Comprehensive Treatment of Schizophrenia - Linking Neurobehavioral Findings to Psychosocial Approaches. Springer, Tokyo, p.186-195, 2002.
- 4) 井上新平: 集中的リハビリテーションの技術開発. 平成15年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 15指—1 精神科在院患者の地域移行, 定着, 再入院防止のための技術開発

- と普及に関する研究（主任研究者 安西信雄）. 研究報告書, 2004.
- 5) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向（中間報告）. 2003.5.15.
 - 6) (社) 日本精神科病院協会：精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書, 平成15年10月.
 - 7) 臺弘：慢性分裂病の治療論. 江畑敬介, 浅井邦彦編：分裂病の病院リハビリテーション. 医学書院, 東京, p.15-25, 1995.