

社会生活が遂行できない状態が6ヵ月以上持続、となっており、これをもって「重症」と定義づけている。

現在 ACT-J では医療観察法通院処遇患者へのサービス提供は行っていないが、措置入院患者に対してのサービスの導入は行っている。平成21年7月現在全ケース60名のうち、ACT 導入以前に措置入院歴があるケースと措置入院を契機にACT 導入に至ったケースあわせて14名23%あり、措置入院を経験した患者の割合はかなり高い。ほとんどのケースが退院後地域サービスをうまく使えず再燃・入院を繰り返す「頻回入院」ケースである。今回これらのケースのうち2例についてその支援のプロセスや予後について述べ、ACT の介入の利点や問題点について説明したいと思う。なお、症例の紹介に関しては事前に本人の同意は得ており、内容については個人情報保護に配慮して一部変更を加えている。

II. 措置入院ケースへのアプローチ

措置入院を契機に ACT-J の介入が開始になった症例2例について述べる。

1. ACT 介入により生活が安定したケース

〔症例①〕 A, 60代女性

診断：統合失調症

生活歴：B 県で出生。幼少時に両親が離婚し父親に引き取られる。中学卒業後働きながら定時制高校を卒業しその後事務職員として働く。X 年父親死去後兄弟と生活していたが、その後単身生活を開始した。

現病歴：30歳頃失恋が契機で被害関係妄想が出現し発症。妄想に基づく奇異な行動が続き、家族の促しで発症数年後に C 精神科病院へ受診し入院。その後数ヵ所の病院へ入院するも退院後は継続的な治療につながらず。

X-15年転居を機に症状増悪し D 病院へ受診し入院。退院後怠業や通院中断による再燃・増悪を繰り返す、計7回の入院歴あり。いずれも被害関係妄想が増悪し問題行動があったり、「死にたくなかった」と突然道路の真ん中に寝転がり周囲に救

急要請をされたりしての入院だった。この間自宅近くで単身生活を始め生活保護受給開始となった。病院のケースワーカーの勧めで地域生活支援センターや作業所の通所を試みるが、集団への適応が難しくいずれも数ヵ月で中断した。

X 年2月退院後定期的に通院し、デポ剤による投薬を続けていたが、同年8月「隣の人が自分のうちのものを盗っていく」「うちのトイレを勝手に使って汚していく」と隣人の頭部を石で殴り警察に保護され D 病院にて緊急措置入院、本鑑定後、措置入院となった。

入院後 ACT 導入まで：入院後薬物調整を試みるも近隣に対する被害関係妄想は持続し、病棟内でも他患に対して「物を盗られた」と殴りかかるような入院前と同様の問題行動がみられた。錐体外路症状が出現しやすいため薬物の増量も難しく、本人も薬物療法に不安や抵抗がみられた。事件のためアパートは退去せざるを得ず、退院先も未定の状況であった。

ACT の導入・入院中の支援：3名の担当ケースマネージャー（以下 CM）が中心となり病棟への訪問開始となった。

第1段階—ニーズの確認；定期的（週1～2回）に本人のところへ訪問し、会話の中から本人の希望や不安を確認した。本人の希望は「新しい家で安心して長く暮らしていきたい」と新しいアパートでの生活の立て直しを希望。今までの生活については「近所の人々がしょっちゅう家に入ってきて嫌だった」「電波が入ってくるとつらくて死にたくなかった。道路に寝転がってしまった」「つらい気持ちを話せる相手がいればよかった」など生活上の困難さや不安、その中で孤立感を話してもらえるようになった。

第2段階—ニーズに基づいた直接支援；本人のニーズに従い、アパート物件を本人とともに探した。本人の希望に添うような物件を求め不動産屋回りに8回、引っ越しのための片付けに28回、計36回の外出をともに行った。一緒に行動することで本人との連帯感が生じ、本人が納得いく支援が展開されることにより信頼感も少しずつ得られた。また本人のアパートの様子から今まで物が捨てられず家が居心地悪かったこと、また行動のパ

表1 リカバリープラン&クライシスプラン
X年〇月〇日 利用者名：Aさん ケースマネージャー：〇〇

これからの目標	今の家で、安心して長く暮らしていきたい。 身体の勉強がしたい。結婚したい。友達がほしい。	
目標を達成するために	私がすること	ACT チームがすること
嫌な思いをすることがあった時、暴力で対応しない	行動に移す前に、まずACTに相談する	対策を一緒に考える
調子が悪い時に、対処法を思い出す	辛い時には早めの相談！ ①頓服薬を飲む ②ACTに電話で相談 ③救急外来の受診	対策を一緒に考える
電波の言ってくることと上手に付き合う	①相手と顔を合わせて話したことを優先 ②迷う時はACTに相談	①電波への対応について、話題にする ②対策を一緒に考える
病気の症状や副作用（手の震え）をコントロール	お薬カレンダーを使って服薬を続ける	①お薬のセットを一緒に確認 ②日頃の様子を一緒に振り返る
住みやすい環境を整える	①1週間5,000円生活でお金を貯めて、必要な物（携帯、掃除機、カーペット、ガスレンジなど）を揃えていく ②自宅前の草刈り ③ご近所づきあい→まずは挨拶から！	①必要に応じて、買物に同行 ②草刈りの手伝いや除草対策を一緒に考える ③ご近所さんと挨拶を交わす。必要に応じてお話
福祉の本を購入し勉強	本の購入	書店に同行
出合いを見つける	出かける機会をつくる	集う場について情報提供

表2 クライシスプラン（一部抜粋）

- ◆私が“調子を崩すとき”、“人に腹が立つとき”の早期サイン（症状）や状況は… サインの把握
 - ・自分が食べられる感覚が強まり、死にたくなる
 - ・相手の目つき・しぐさが、自分へ悪意があるように感じる
 - ・物がなくなる（盗られる）前に、「それは私の物よ」と盗る相手の声が聞こえる
 - ・物がなくなった時には、盗った人の声で「それは私の物よ」と言ってくる
- ◆上記のサインのどれかに気づいたら、私は… 対処法や工夫『行動の前にまず相談！』
 - ・服薬の再確認と主治医・ACTへの相談
 - ・腹を立て、暴力などで対応するのではなく、信頼できる相手に相談
 - ・盗られないように対策を練る（セロテープでの固定などは効果あり）

ターンとして願望がそのまま都合のよい幻聴になることも確認できた。

第3段階—リカバリー&クライシスプランの作成；関係作りと並行して、自分が目指す地域生活を遂行するために具体的なプランを12回のケア会議を経て本人と作成した。特に入院時のようなトラブルを防ぐ必要があることを本人と共有し振り

返りを行った。服薬と不調が関連していることに気づき、服薬の確実性を高めるための試みや不調時のSOSの出し方など具体的な対策を立てた。実際のプランを表1で示す（表1）。

特にクライシスプランについてはサインの把握と対処行動について具体的に書き出して（表2に一部を抜粋）コピーを本人とACTで共有し、支

援開始から5ヵ月後に退院となった。

退院後の支援とその後：退院後週3回の訪問を開始。退院2ヵ月後クライシスプランがうまく活用できず幻聴の内容に不安になり、道路に寝転がってしまうことがあり救急受診となる。ケアプランの確認をもう一度行い、訪問回数を連日に変更、デポ剤の間隔を短くし幻聴の軽減を図り、その後は同様の状況は見られなくなった。

隣人とのやりとりで奇異な目で見られたり、草刈りのことで注意を受けたりなど近隣とのトラブルもいくつかあったが、本人が徐々にSOSを出し対処できるようになったことで生活の中での安心感が増し、病的体験も軽減され妄想に対して行動化することがなくなっていく。薬物もほぼ半量へ減量できたが錐体外路症状は残存しており、薬剤の変更を本人と検討中である。友人もでき、お互いの家を行き来するなど、信頼できる相手との継続的な交流により、生活の充実度や満足度が増している。自分の生活マネジメントの力が確実に増しており、定期的にプランを見直す際に、訪問回数を週2回に減らしている。

2. ACT介入後も再入院となったケース

〔症例②〕F, 60代男性

診断名：統合失調症、頸椎症

生育歴：G県にて出生。同胞3人の第2子。中学卒業後工場に勤務しながら定時制高校を卒業。20代前半まで同工場に勤務し、その後人間関係がうまくいかず、工場を転々とする。30代前半で結婚、2児をもうける。仕事は発症後しばらくは続けていたが現在は無職、障害年金と兄弟からの援助で生計を立てている。妻、2人の子とも同居している。

現病歴：結婚と同時期に相続の問題が浮上、本人を批難するような被害的な内容の幻聴が出現し発症。H病院へ受診し1年間入院。退院後3ヵ月程度で服薬を中断し再燃、別の病院へ3ヵ月間入院となる。再び治療中断しX-21年D病院へ受診。「薬を飲むと仕事ができなくなる」と服薬・通院の中断を繰り返し、計5回の入院歴あり。再燃時には被害的な幻聴と興奮状態が出現し、妻に対して激しい暴力がみられた。受診、服薬を家族

が勧めても本人は応じず、妻のみが受診していた時期もあった。家族は保健所への相談にも行っていたが、症状が増悪し本人の興奮がひどくなると、「刺激になるので来ないでほしい」と支援を拒否し、保健所はそれ以上介入できなかった。暴力などのトラブルが発生し警察が介入する形での入院が度々あった。数年前より兄弟のリタイアに伴う経済的な不安や子どもの病気などストレスが重なっていた。

X-1年、近隣に対して被害関係妄想が出現し、隣人に対する監視や暴言が続き、止める家族に対しても暴言・暴力がみられるようになった。保健所に家族より相談があり、介入が始まるも途中で家族に介入を拒まれ、X-1年8月暴力事件で警察介入となり措置入院となる。3ヵ月後退院するも退院後全く服薬せず通院も1回で中断。間もなく幻聴や被害妄想が再燃し、X年1月妄想対象であった隣人の車をのこぎりで傷つけ、警察に保護されD病院で緊急措置入院となり、後日措置入院となった。

入院後ACT導入まで：入院後薬物療法開始となるが興奮状態はなかなか鎮静されず、電気けいれん療法を施行。興奮状態は収まり幻聴体験も消退するが、措置入院となった事件に関しての内省は深まらず家族は退院を拒否。本人は退院にならないことへの不満が強く、退院の要求を続けていた。

ACTの導入と入院中の支援：担当CM3名にて介入が開始となる。

①入院中の対応：本人の希望は「花をいじりながらのんびり暮らしたい」と話す一方、経済的な不安もあり「できれば働きたい」と言うこともあった。対応は丁寧なもの、話す内容は表面的でなかなか関係性の構築が困難だった。近隣とのトラブルについても「悪かった」「幻聴が聞こえてやったけど、今は薬を飲んで幻聴もないから楽になりました」と話が広がらず。入院費を気にして退院の要求ばかりが話題となり、退院後のACTの訪問も半ば汲々了解という形での退院となった。

退院後の支援：退院後週2回の訪問を開始。「来てもらっても何も話すことがないし」と自宅

への訪問でも関係性が構築しにくい状態が続いた。その後、息苦しさや心気的な訴えが続き、訪問のたびに、大変さを受け止めつつ対処法についての相談や助言を行った。こういった関わりから、困りごとに対応してくれる頼もしい存在としてACTを認め始めている手ごたえも得られた。そのため、身体不調時にACTがすぐに自宅に駆けつけて訪問で対応することを求める本人に、依存の助長を懸念し自分なりの対処法での対応を試みることを、ACTは段階的に提案してきていた。その最中、内服薬の自己調節から怠薬、急激な症状悪化、訪問拒否、保健所・警察の促しによる医療保護入院という展開に至った。入院後本人より再び支援の希望があり、関係性の再構築を行っている。

Ⅲ. ACTの支援のポイント

前述の2ケースを通して、ACTが措置入院ケースの支援に対して有効と思われる点をまとめた。

1. ニーズに基づいた支援

措置ケースの場合、一般的にその支援として「措置症状の再燃の防止」を中心に考えがちだが、ACT-Jの場合、措置ケースもそれ以外のケースも支援のスタイルは変わらない。ACT-Jの支援で一番重要視されるのは、「リカバリーを目指した支援」「本人のニーズに基づいた支援」であり、「措置症状への対策」は本人が求めている地域生活の実現の中で必要条件として初めて取り上げられる。

2. 関係性の構築

本人のニーズの確認や地域生活で常に傍にいて「伴走」するサポーターとなり得るための関係作りがまず第1の目標となる。関係作りはまず本人がどんな人か、どんな生活をしてきて何が好きかなどを詳しく聞き、本人の好みや生活のパターン、地域生活で生かせるような本人のストレングス（長所）を見出すようにする。関係性は第1段階で終了するわけではなく、支援がニーズに沿っ

て展開されていくことを本人が実感することによりさらに深まり、「危機的な状態」を一緒に乗り越えることで連帯感が増すと思われる。

3. アウトリーチ

アウトリーチの支援は、本人の生活状況の把握が容易であるだけでなく、生活上の困難さをうまく伝えられない、対処ができないままに本人や家族が孤立してしまう、といったような状況を防ぐために重要なサービス形態であると思われる。先に述べた2ケースとも、介入前には増悪時にうまくサポートを受けることができずに孤立してしまうことが多かったが、定期的な訪問により本人の変化にも気付きやすく、問題が起こっている場面で本人から確認できることで情報も得られやすいというメリットがある。また、症例①のように集団活動に馴染みにくく被害妄想などが生じやすいケースには、治療の継続のために通所サービスにつないでも通所継続が難しくドロップアウトの体験を重ねることになるため、アウトリーチが力を発揮しやすいと思われる。

4. リカバリー&クライシスプランの設定

希望する生活の実現のために本人・ACTのアクションプランを作成しそれを共有することはとても重要である。特にクライシスプランは、再燃から問題行動に至るプロセスについての情報をまとめ、具体的な対策を作成し、実践した結果を支援者と評価することにより、具体的に症状の増悪やトラブルが減らせるだけでなく、対処能力を高めたり、本人の自信回復や症状自体の軽減、症状からくる苦痛や不安の軽減につながり、薬物量の減少も可能となる。

5. 医療との連携

生活上の問題が生じたとき、その対処行動がうまく取れずに症状の増悪に至ることがあるが、措置ケースの場合、症状の増悪のスピードが速いケースが多く見られる。対処がうまくいかないときにはクライシスプランの確認の他に、症状に対する早めの介入が重要になる。ACTの場合、生活支援と医療支援が密接な連携を取れるため、緊急

受診での症状の評価や処方調整などの対応により、症状の増悪を最小限にとどめることができる。また副作用に対する不満などから治療の中断につながることも多いが、治療への不満や要望を生活支援との連携によって治療に反映させることも再燃を防ぐ大きな力となりうると思われる。

ACTの支援は、前述の通り「措置症状の再燃防止」が第1目標ではない。地域生活を続ける上で再燃防止が重要であることは十分理解しており、またそのためのクライシスプランは十分に検討するが、もっと大事なことは本人が満足する地域生活を手に入れることにより再燃を防ぐこと、またしっかりとした関係性を構築し再燃時にも早く対処できること、また万一再燃しても本人が社会で孤立せず、ともにやり直すことで地域生活に戻りやすくすることである。この点からも措置入院患者に対する支援としてACTの手法は適しているのではないと思われる。

しかしACTの手法を使っても、症例②のように関係性の構築がなかなか難しく、介入の拒絶や再燃・入院に至るケースもある。繰り返しの不安や身体症状に対する関与の要求などで関わりを求めるような依存が強く見られる場合、CMのなかでその要求に対して抵抗感が生じ、依存を抑える介入を行うことがある。このケースの場合にも自立を促すような提案をするCMに対して、不安をCMに受け止めてもらえないという不全感が本人の中で徐々に大きくなり、関係性が大きく破綻をきたした。入院前本人とCMの間では問題の

対処についてのやりとりだけになってしまい、本人の不安の背景にある問題や本人のリカバリーについて語る状態に到達していなかった。本人の希望や目標が共有されたときに本当の意味での「関係性の構築」ができると考えられ、そのためには本人の訴えのスタイルを理解し、「関係性ができた」という手応えを感じるまで本人の訴えに「つきあう」姿勢が重要である。関係性が築けた上で「依存」や「自立」について改めて一緒に考えていくことができるのではないかと考える。なかなか関係性が作りづらく、安定した地域生活を続けることが難しい利用者に対しては、入院やクライシスなど「仕切り直し」のチャンス待ち、タイミングよくアプローチをすることが重要である。それまでの支援の問題点を振り返り、本人との関係性の構築を再度試み、あきらめずに何度も挑戦する姿勢が大切である。粘り強くassertiveな介入がそもそものACTの持ち味であり、本人のリカバリーを信じて一緒に歩み続けることが大切である。

文 献

- 1) Allness, D.J. and Knoedler, W.H.: The PACT Model of Community-based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness: A Manual for PACT start-up. NAMI, USA, 1998.
- 2) 松原三郎: 医療観察法の地域サポートとACT. 臨床精神医学, 37; 1029-1036, 2008.

第105回日本精神神経学会総会

教育講演

退院促進に関する精神医療の質的実態把握と最適化

伊豫 雅臣, 椎名 明大 (千葉大学大学院医学研究院精神医学)

松原 三郎, 川田 和人, 吉川 明弘 (松原病院)

三邊 義雄, 畠 稔, 福島 秀行 (金沢大学大学院医学系)

岩崎 弥生, 小宮 浩美 (千葉大学看護学部)

小宮山 徳太郎, 南風原 泰, 篠田 守 (飯田病院)

佐々木 一 (佐々木病院)

羽間 京子 (千葉大学社会精神保健教育研究センター)

佐竹 直子 (国立国際医療センター国府台病院)

はじめに

我が国の精神病床数は諸外国に比して多く、地域ケア体制が不十分であることから、精神医療が立ち遅れていると指摘されている。厚生労働省では「精神病床等に関する検討会」などでの議論を踏まえ、10年後における達成目標を明示した精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成16年9月）を発表された。このビジョンでは、約7万床相当の病床数の減少が促すとともに、受入条件が整えば退院可能な患者約7万人の解消を目指しており、各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下とし、各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とすることを目標としている。そのためには、新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促すことが必要であり、また、既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療（社会復帰リハビリ

テーション等）と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す必要がある。このような目標を達成するには我が国の精神医療の現状の正確な分析と、その改善のための具体的な方略の解明が必要不可欠である。我々は、厚生労働科学研究費こころの健康科学研究事業「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」（平成19年度～平成21年度）により、精神医療及び保健福祉の立場から、精神障害者に対する医療の質の向上と地域生活支援に基づく退院促進を果たすための実効性あるモデルプランを提唱することを目的とした研究を行ってきており、ここではその成果の一部を述べる。

A. 現状に関する調査

1. 入院患者における医療必要度

精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟を有する74病院を対象とした「精神科回復期における医療実態」に関する調査を行った。なお、回復期とは急性期治療をほぼ終えた入院3か月以降をさ

す。その結果、1,423人が対象となり、入院3ヵ月後の残留人数は300人(残留率21.4%)、1年後の残留人数は35人(残留率2.5%)であり、3ヵ月後に残留した人の88%が1年以内に退院していた。また、退院に至った主因としては6割近くが薬物療法の効果であった。その他は作業療法や生活技能訓練(SST)などのその他の治療法や精神保健福祉士の介入や家族の変化などであり、多面的な治療、介入が重要であることが示唆された。このように残存率(1年未満群)24%以下という改革ビジョンにおける目標は、精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟においては既に達成されており、1年以上群の退院率上昇が特に重要であることが示唆された。

「精神病床の利用状況調査」では996病院から回答(64.6%)を得、入院患者の10分の1調査として17,819人から回答を得た。その結果、入院期間1年以上(F0抜き)では、31.8%が「受け入れ条件を整えば退院可能」とされたが、現状のまま退院可能は6.8%に過ぎないこと、25%の人達は居住施設だけでなく、かなりの生活支援が必要であること、25%の人達では食事・金銭管理・薬の管理を中心とするIADLの低下が著しく、手厚い生活支援が必要であること、このうち、約2~3%については、ADL低下や身体合併症をもっていること、「受け入れ条件を整えば退院可能」とされた人の多くが実際には現状では退院が困難な状況にあること、「近い将来退院の可能性はない」患者の退院できない理由としては重度の陽性症状とセルフケア能力の著しい問題があることが明らかとなった。

さらに統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因について退院準備度評価尺度(DRI)を用いて特定機能病院にて調査を行った。その結果、長期群(在院日数91日以上)では入院時、①潜在的地域適合性のカットオフポイントを下回る患者が多く、退院に向けた患者の状態の安定や退院後の環境条件の調整に時間を要すること、②心理社会的適合性において自己決定やセルフケアに関わる項目が低く、自己決定やセルフケアの能力向上

に時間を要すること、③好戦性の項目が高く、入院時からの好戦性が問題行動につながり、治療やケアに時間を要することが示唆された。

次に、精神科看護の効果の実証に関する研究結果を述べる。入院期間別の退院困難度に関する調査では、5年以上の患者では「退院後の生活への不安表出」が多く、new long stayである1年以上5年未満の患者では5年以上の患者よりも少なく、「服薬順守行動の欠如」は入院期間が短い患者ほど課題であることが示された。さらに看護師の退院支援に関する調査の結果、1か月あたりの退院援助の平均実施時間は看護師一人当たり約31時間で、特に生活技能訓練(SST)では5時間弱、患者の社会資源の体験への同行および患者の退院に対する不安や困難への対応にはそれぞれ3時間以上が費やされていた。また、地域で暮らす精神障害者のケアの経験を持つ看護師のほうが退院援助を重要視していた。また、精神科看護師としての長い経験を持つ看護師のほうが、地域と患者や家族をつなげる援助を実施しており、地域とつなげる援助は研修経験の有無に影響されており、今後看護教育においてとりわけ重要になると考えられた。

2. 精神医療資源の実態把握

都道府県別の精神病床数及び平均在院期間と社会内資源の量には地域間で大きな差異があったがそれらの因子の間には相関はみられなかった。例えば、現状では対人口当たりで、精神病床数と平均在院日数、精神病床数と入所施設定員数、平均在院日数と入所施設定員数の間に相関はなかった一方、近年では入所施設定員の積極的な増員対策が行われている。例えば千葉県では、平成21年3月時点で主に精神障害者を対象とした社会復帰施設等(居住支援)の入居定員は677人であり、平成18年7月に比べ166人の増員となっており、特にグループホーム・ケアホームの定員において121人の増員がなされていた。しかし推定される自宅以外入居必要定員は763人であり、さらに増員を要すると考えられる。また、精神科入院患者

の退院促進や地域生活支援における先駆的な事例においては、それぞれの地域特性に応じた様々な取り組みが展開されているが、その実践を支えている特質として、①一人一人の患者にとってよりよい治療・支援を目指した取り組み、②患者の地域生活支援についての共通認識を有する多職種チームによる包括的な支援、③病院と精神福祉施設・団体等の間の有機的ネットワークの存在、が明らかとなった。その一方でこのような先駆的な取り組みにおいても就労支援などへの財政的裏づけの乏しさや、訪問看護ステーションでは多職種チームを形成できないという問題点も指摘された。

長野県の飯田病院では平成10年から3年間で88床削減し、その際に長期入院していた患者79名が退院となった。退院に至った患者の特徴や退院先、退院後の支援体制などの取り組みの実態を分析し、退院後の8～10年の経過を分析することは今後の退院促進プランの参考になると考えられる。分析の結果、79名のうちアパート34.1%、グループホーム20.3%、老人保健施設や特別養護老人ホーム、養護老人ホームが22.8%、知的障害施設3.8%、転院が19.0%で半数以上がアパート・グループホームであった。また幻覚妄想やADL低下、服薬中断の危険があっても退院は可能であるが、症状による混乱が生じないことや自ら症状悪化を訴えるなど「自身の危機管理能力」が備わっていることが退院の大切な要件であり、多職種で地域生活を支援する体制（ACT-I：多職種合同で重度精神障害者の地域での生活を24時間支える体制）を作ることが重要であることが示された。一方でグループホーム、アパートに退院した人の抗精神病薬処方量は退院時に比べて8年から10年後である現在クロープロマジン換算で約3.5倍となっており、再発再入院を経験する中で症状改善および再発再入院予防のために抗精神病薬処方量が増量していったことが推定された。地域で再発予防も念頭においた長期的な医療・ケア体制の構築が必要であると考えられる。

3. 諸外国の制度との比較

脱施設化を行った先進諸国の調査を行った。フィンランド、ドイツ、カナダ、オーストラリア、スウェーデン、イギリス、フランスについては詳細な調査が行われ、それ以外の諸国については文献的考察を行った。その結果、多くの慢性患者は医療が必要な重症者は病院に残し、その他は地域の社会復帰施設、ナーシングホーム、共同住宅、自宅に移して病床数が減少されており、急性期は総合病院精神科で対応されることが多かった。さらにWHOの見解では、わが国のGDPレベルでは、専門外来クリニック、地域精神医療チーム、急性期精神科入院施設、長期入所可能な地域居住ケア施設、就労訓練施設を整備することが望まれていることが指摘できる。ところで「脱施設化」を行うにあたり、地域で適切な医療を受けることができずに起きる「回転ドア現象」や単に僻地でケアの質の悪化した常時施設された収容施設と考えられるグループホームなどへの「transinstitutionalism」と「居住施設の病院化」、退院患者が適切な精神医療を受けられなくなったりホームレス化する「精神医療の消失」、患者家族への過度な負担、「医療格差」、進んで医療を求めない患者への「セカンドクラスサービス」などが生じている先進国があり、これらは避けなければならない。そしてハード（施設）からソフト（地域医療ネットワーク）への移行のためには莫大な資金と人手が必要である。実際、精神医療改革に成功した先進諸国では精神医療のコストは増加し続けている。アメリカ、ハンガリーのように医療経済的にはコストカットに対する要求により精神医療が質・量ともに大きく後退した例もある。なお、先進諸国に比べわが国の精神科入院医療費は群を抜いて低価格であり、またこの価格は先進諸国のナーシングホームとほぼ同価格である。

上記から、既存の社会資源である民間精神科病院を新しいサービスに組み込むには何が必要かを考えることが日本の精神医療改革を進める上では重要なポイントであることが示唆され、さらに、脱施設化は諸外国においても10～20年かかった

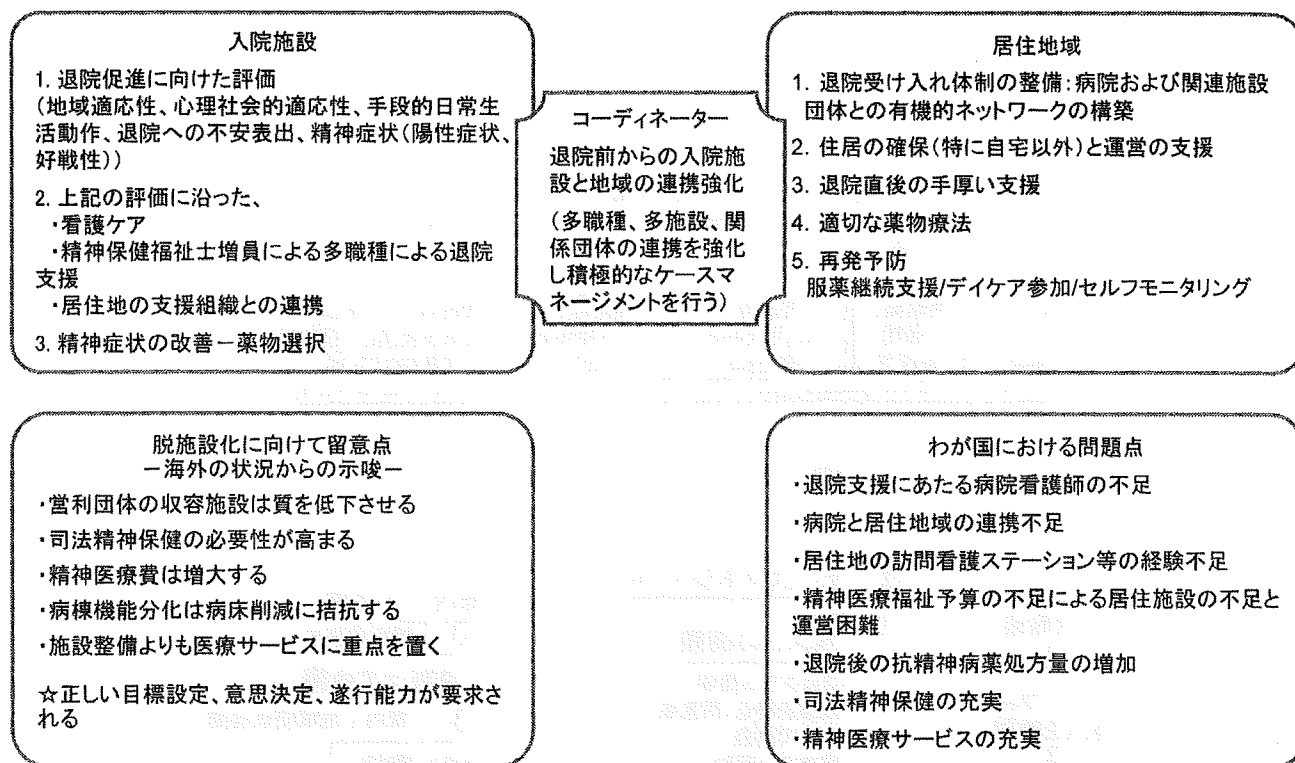


図1 精神障害者の退院促進のための因子

プロセスであり、情報収集などアウトカムを評価できる体制を整えつつ、不利益となる障害者がいないよう充分配慮しながら慎重に進めるプロセスであることが示唆される。

B. 精神障害者の退院促進プラン作成に向けて

1. 入院期間短縮のための治療戦略の構築

救急・急性期病棟における統合失調症退院支援パスを作成し、入院期間短縮のための治療戦略を探った。計見らは、統合失調症の回復過程を①急性期(7~10日間)、②臨界期(7~10日間)、③回復期(20日間前後)と定義した上で、①I期—回復前期(7~14日間)、②II期—回復後期(7~14日間)、③III期—退院準備期(7~14日間)とした「急性期病棟における退院支援パス(規定日数 42日間)」を作成し、統合失調症患者62名に導入した。49名がパスに従って退院し、13名の使用中断があった。平均在院日数は71.8日であり、非使用群(28名:125.1日)と比較して平均値は低下していたが有意な差は認めなかった。

また、規定日数を超過した理由として患者の病状の不安定さ、家族の不安、退院先調整があげられた。さらに、使用中断の主な理由としては受け入れ先と患者の病状であった。病状のコントロールに加え、早期からの家族の不安への対策や退院先の調整が必要であることが示唆された。

2. 精神障害者の退院促進プラン作成のための因子

ここまでの報告から精神障害者の退院促進プランを作成のための因子として下記があげられる(図1)。

①入院施設では、1. 退院促進に向けた評価〔地域適応性、心理社会的適応性、手段的日常生活動作、退院への不安表出、精神症状(陽性症状、好戦性)〕を行い、2. 評価に沿った、看護ケア、精神保健福祉士増員による多職種による退院支援、居住地の支援組織との連携、また3. 精神症状の改善を目指した薬物選択が重要な因子である。

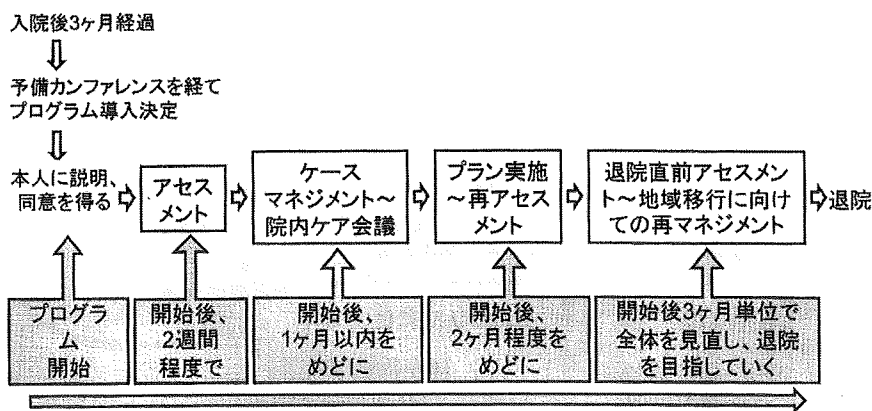


図2 地域移行促進プログラム 時間経過 (松原)

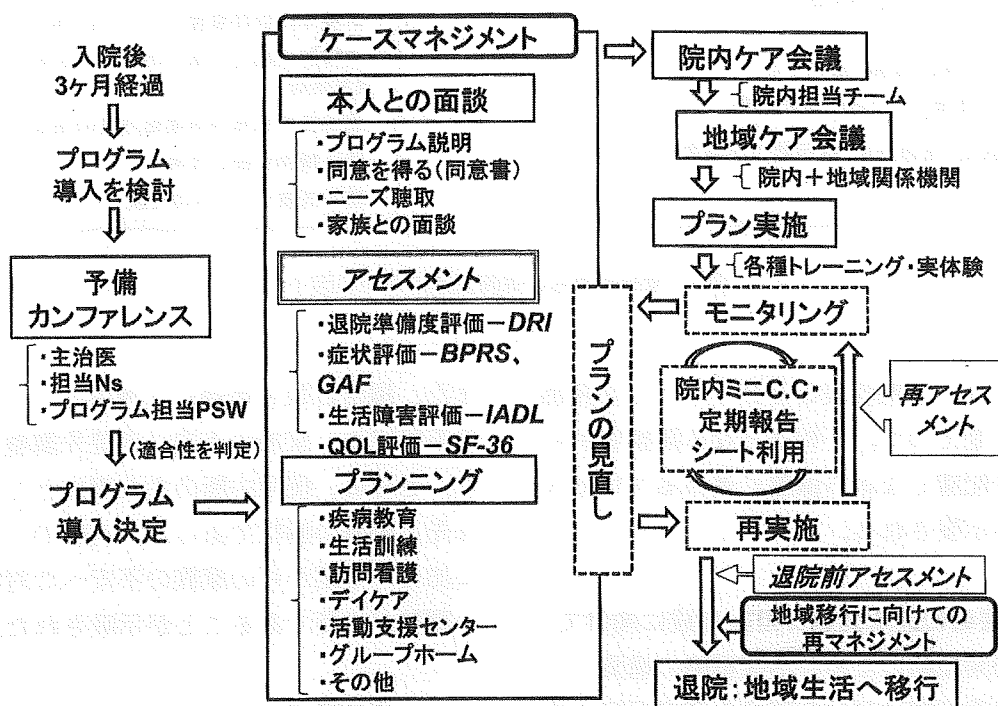


図3 地域移行促進プログラム 導入・実施の流れ

- ②居住地域では、1. 退院受け入れ体制の整備：病院および関連施設団体との有機的ネットワークの構築，2. 住居の確保（特に自宅以外）と運営の支援，3. 退院直後の手厚い支援，4. 適切な薬物療法，5. 再発予防（服薬継続支援/デイケア参加/セルフモニタリング）が重要である。
- ③入院施設と地域の連携を強化するためのコーディネーターが必要であり，多職種，多施設，関

係団体の連携を強化し積極的なケースマネジメントを行うことが重要である。

4. 退院促進プラン (案)

これまでの成果をもとに，回復期医療のシステム化と地域での支援チームの具体化が提案されている。回復期医療のシステム化では，入院後3ヶ月の急性期治療を経ても退院に至らなかった患者を対象に，回復期の医療をシステム化して行う

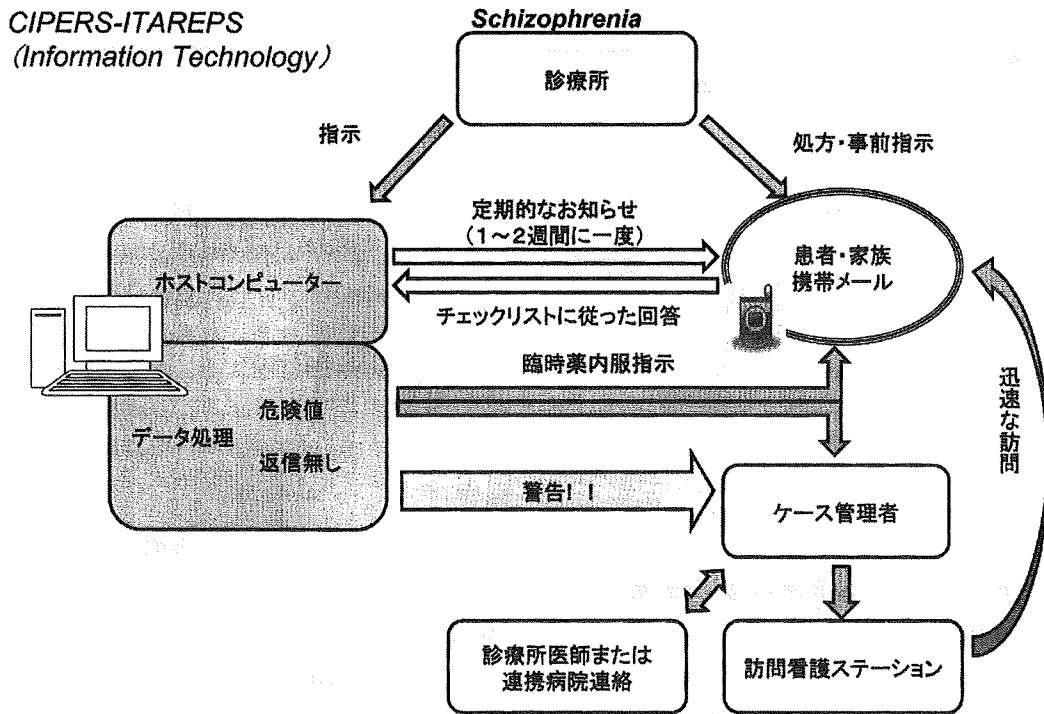


図4 統合失調症再発早期介入地域精神医療プログラム (三邊・関根・伊豫)
 CIPERS: Community based intervention Program for Early stage in Relapse of Schizophrenia

「地域移行促進プログラム」を導入し、急性期における治療を再度見直し、ケアマネジメントの手法を用いて再アセスメント・再プランニングを行い、地域移行を促進させるのが狙いとしたものである (図2, 3)。また、地域での支援チームの具体化ではケアマネジメント (相談支援)、医療との連携の確保、支援付き居住施設の確保、生活支援体制の整備、経済的な支援・優遇措置を精神障害者の地域生活に必要な要素として、地域における支援体制をケアマネジメント型支援 (病院サー

ビスが主体)、包括的地域生活支援 (独立型が原則)、一般の訪問看護ステーションを利用した支援という3つに大別して推進していくことを提案されている。さらに服薬アドヒアランスが高くセルフケア能力が高い人、また通院施設から遠隔地に居住する人などを対象として携帯電話メールと訪問看護を組み合わせたセルフヘルプ型の統合失調症の再発早期介入プログラム (CIPERS) も地域支援方法として提案している (図4)。

精神科救急における患者像およびその治療技法

—薬物療法を中心に—

伊 豫 雅 臣¹⁾ 浅 野 誠²⁾ 早 川 達 郎³⁾ 石 毛 稔⁴⁾

I. 千葉県における精神科救急医療の現状について

伊 豫 千葉県は精神科救急医療発祥の地とされており、特に精神科救急システムにおいては、全国でも先進的な地域とされています。本日は、精神科救急医療に関する積極的なご討議をお願いしたいと思います。

まず、千葉県における精神科救急システムについて浅野先生にご紹介いただきたいと思います。

浅 野 大学病院は除きますが、本日お集まりの私を含めた3人の先生が所属する施設では、精神科救急病棟を有しています。千葉県では精神科救急病棟が増加しており、精神科救急システムの先進県と考えられます。

行政指導による緊急医療対策のような形態はすでに東京都では稼動していますが、このシステムは救急病院が1泊だけ引き受けて、翌日には都立精神病院協会の当番病院に転院するようになっています。この転院を医療中断と考え、千葉県では救急で受け入れた患者さんが一定の安定を得られるまで責任を持つという概念に基づいてシステムを構築しています。

1998年に千葉県精神科医療センターを基幹病院

として最初のシステムが稼動しました。そして、本年(2008年)の9月から、県内における2次医療圏ごとに基幹病院を設ける形としました。ただし、2次医療圏は数が多いため、それらをまとめて4ブロックにしました(図1)。そのブロックごとに日替わりで当番病院を決め、当番病院が引き受けられない場合には基幹病院、基幹病院でも引き受けが困難な場合には、千葉県精神科医療センターへ入院していただくというシステムになっています。このように、基幹病院を各地域におくことで医療中断を起りにくくしました。

また、当番病院を4ブロック制にしたことで稼働率が上昇し、現在のところ5~6割までに増加しました。各病院が努力をして、空きベッドを用意するというシステムです。われわれのシステムでは、救急を受け入れた病院は患者さんの状態が落ち着くまで治療を継続することになっています。このような診療の継続が最も重要だと考えています。さらに、千葉県精神科医療センターの重要な点は、24時間体制で情報センターが千葉県全域をカバーする機能を持っていることです。他県では行政が直接情報センターを運営していますが、千葉では県立病院が請け負っています。

その特徴は、電話の対応を病院職員が担当するところにあります。それにより、電話による医療トリアージを行う際に、医学的な判断を加えることができます。特に、千葉県精神科医療センターに通院している患者さんについては、一次救急的な機能(Hot Line機能)を果たすことができます。行政が運営する場合は、一次救急的な機能は不

2008年11月6日、ホテルニューオータニ幕張にて収録。

1) 司会、千葉大学大学院医学研究院精神医学

2) 千葉県精神科医療センター

3) 国立国際医療センター国府台病院精神科

4) 袖ヶ浦さつき台病院精神科

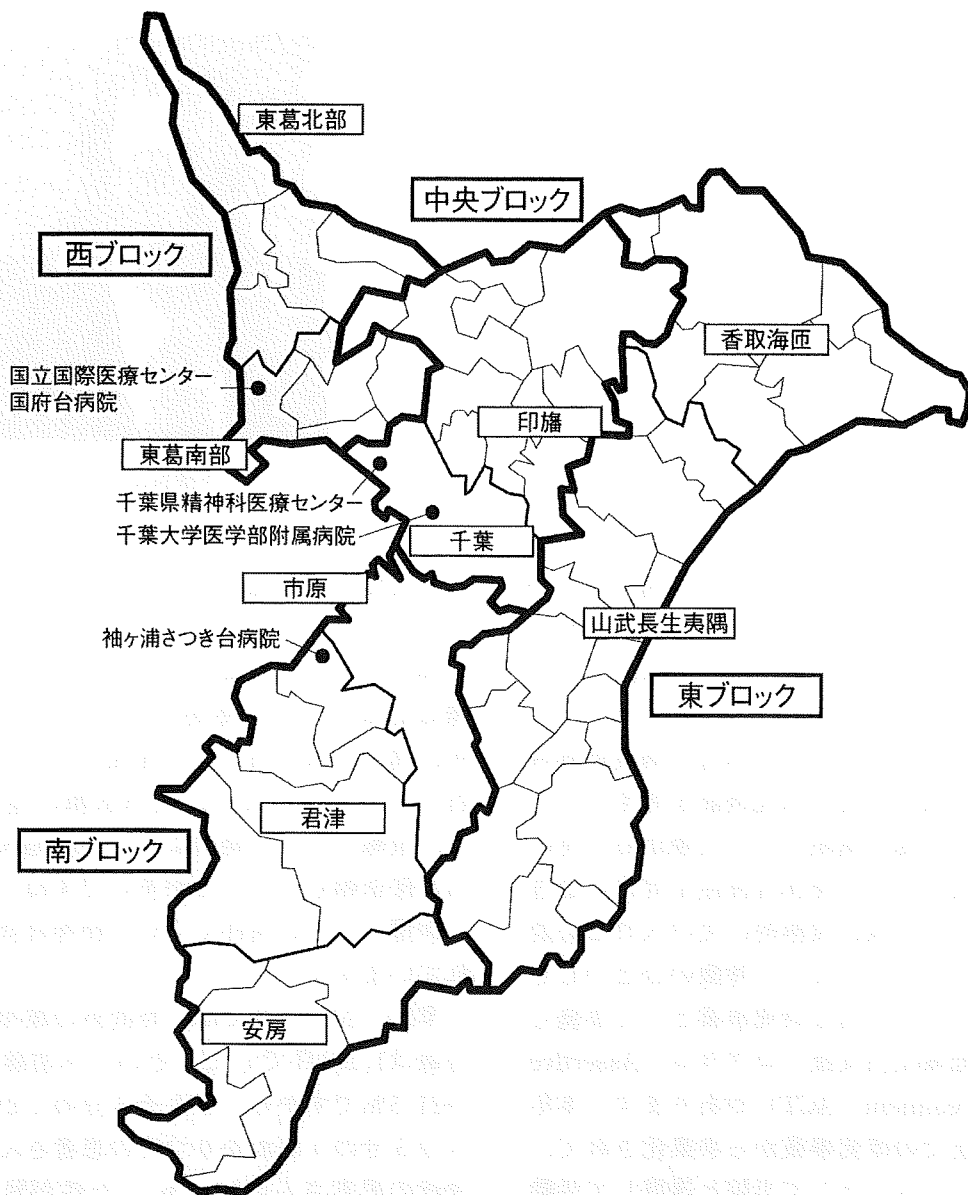


図1 千葉県内の精神科医療圏

十分なものとなりやすいと考えます。

II. 各施設の特徴および救急受け入れの状況など

伊豫 千葉県の精神科救急システムでは県全域を4ブロックに分けてカバーしており、本日は、北西部からは早川先生に、房総地域が含まれる南ブロックからは石毛先生にご出席いただいています。

浅野先生のお話では、9月からこの新しいシステムが稼働しているということですが、そのなか

で、各施設の特徴をお伺いできればと思います。

まず、浅野先生、受診する患者さんの特徴を教えてください。

浅野 当院は県立の精神病院であるため、原則的にはすべての精神疾患の患者さんが対象となります。精神科救急に関しては、急性精神病状態の患者さんを対象としており、24時間にわたり受け付けています。

また、外来患者さんの9割以上が精神病群です。神経症群はクリニックなどへ紹介しています。入院患者さんは平均在院日数が40日以下で、1年間におよそ9回転しています。そして、

退院後のフォローについても、精神医療の基本は継続した医療を提供することであるという考え方に基づいて、それを保障するような最大限の努力をしています。

伊豫 千葉県精神科医療センターでは、精神科救急で1日の入院数はどのくらいになりますか。

浅野 昨年度の入院患者数が462件でしたので、平均すると1日1.5人程度になると思います。

また、昨年度の千葉県全域の精神科救急は274件で、そのうちの103件が当院に入院しています。したがって、40%弱を当院が引き受けているような状況になります。男性が女性のおよそ2倍であり、複雑な症例や困難な症例、外国人などが多く入院いたします。

伊豫 ありがとうございます。では、次に早川先生をお願いします。

早川 国立国際医療センター国府台病院精神科の最も大きな特徴は、総合病院機能を有するところだと思います。総合病院という立場から、特に精神科救急場面における身体合併症を有する患者さんについては、広域に積極的に受け入れる必要があると考えています。また、特徴のひとつとして、地域医療のモデル的な研究事業として実施してきた包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment：ACT）があります。本年度から、これまでの研究事業から事業化されて、訪問看護ステーションとして当院と連携して活動しています。

その他、児童精神科部門も活発な活動を行っており、睡眠医療および治験にも力を入れています。

伊豫 救急場面における身体合併症に関しては、実際にはどれくらいの割合なのでしょう。

早川 精神科救急病棟に入院した患者さんのなかで身体合併症を有する割合については、2007年度は43%の方が何らかの合併症を有していました。

ただし、その合併症で入院が必要なケースは6%で、内科や外科の専門医による専門医療が必要なケースが26%、精神科医だけでも対応できる程度の合併症が9%という比率でした。

伊豫 いわゆる急性精神病状態の患者さんの受



伊豫雅臣氏

診状況は、浅野先生のお話と同じような感じで考えてよろしいですか。

早川 そうですね。国府台病院の精神科救急病棟は42床です。24時間体制で診療していて、市川、浦安、松戸あたりの地域を中心に受け入れを行っています。また、救急依頼の連絡に関しては、情報センター経由よりも当該地域の救急隊から直接依頼がくることが多いですね。

伊豫 1日に何件くらいの精神科救急を受けられていますか。

早川 2007年度では、時間外の精神科救急受診者数は1,231件でした。そのうち初診の患者さんが21.5%ですから、およそ5分の1が初診で、残りの5分の4がかかりつけの患者さんです。救急受診の患者さんの10.2%、125件が緊急入院になっています。

伊豫 それでは次に石毛先生から、袖ヶ浦さつき台病院の特徴についてお話いただきたいと思います。

石毛 当院は、千葉県のほぼ中央に位置する袖ヶ浦市にあり、精神科救急システムでは南ブロック地区の基幹病院として機能しています。地域に根ざした民間の病院であり、精神疾患のすべての領域を治療対象としています。なかでも、精神科救急、認知症、身体合併症、心療内科系疾患に特に力を入れています。内科、外科、整形外科等も併設した準総合病院であり、精神科が218床、一般科が101床あります。精神科は三次救急、一般科は二次救急を担っています。



浅野 誠氏

当院の病棟の構成は非常に特徴的で、精神科救急病棟の他に、療養病棟、身体合併症病棟、認知症病棟、心療内科病棟があり、精神疾患と身体合併症の重症度の比重により、治療に適した病棟を選択することができます。

精神科救急病棟の疾患別患者層ですが、統合失調症圏（ICD-10：F2圏）は40～50%です。これは精神科単科の病院に比べると、低い値ではありますが、その一方、認知症や症状性を含む器質性精神障害圏（F0圏）が10～20%と高い値を占めていることが特徴です。10歳代から90歳代まで、非常に幅広い年齢層を対象としています。

伊豫 国府台病院はどちらかといえば東京のベッドタウン的な地域で、大都市圏に含まれます。また、袖ヶ浦さつき台病院は過疎地域も含む工業地帯に所在する病院ということですね。千葉県精神科医療センターの所在地も大都市圏に含まれますが、全県的な対応も実施しているということでしょうか。

浅野 そうですね。診療地域は千葉県全域になりますが、ほとんどが千葉市よりも西の県北西部の患者さんになります。

伊豫 袖ヶ浦さつき台病院では過疎地域を含む地域が対象となると、認知症の周辺症状を有する患者さんが比較的多いということになりますね。認知症の患者さんが救急で入院してきた場合、その後はどのような対応になるのでしょうか。

石毛 ご承知のとおり、認知症の中核症状自体は一般に入院適応とされず、周辺症状が目立つ症

例が精神科救急病棟に入院となります。

認知症の患者さんは、精神科救急病棟で主に周辺症状に対する薬物調整をされ、介護を受けやすい状態になった後、医療保険を使った認知症病棟、あるいは介護保険を使った老人施設などに移ります。

伊豫 早川先生の施設では、認知症の方はどうでしょうか。

早川 救急病棟のデータしか持っていませんが、いわゆるICD-10のF0圏、器質性精神障害圏はおよそ8%です。そのなかで認知症と診断される患者さんが多くを占め、その他には精神症状で発症した脳炎の患者さんや、パーキンソン病の患者さんなども含まれます。

浅野 最近では、当院でも認知症の患者さんが少しずつ増加しています。その原因のひとつに、厚生労働省が高齢者の受け皿を狭めている関係で精神科への診療を求めてくるのではないかと思います。したがって、認知症に対する不安を持つ人の精神科への受診が次第に増加するようになって考えています。

Ⅲ. 精神科救急における治療上の留意点

伊豫 どの病院でも、いわゆる精神科救急、急性精神病状態または興奮状態、あるいは措置症状を持つような人、それから多少の地域差はあると思いますが、認知症の周辺症状といった人たちも診察しているということですね。そのなかで、たとえば統合失調症の患者さんの場合は、浅野先生がおっしゃったように継続した医療の提供を考慮しながら診療すべきであるということになります。急性期の治療がその後の薬物アドヒアランスに影響するということが最近話題となっています。さらに、認知症などでは特有の問題点も抱えていると思います。

そうしたなかで、精神科救急の治療を実施する上での技法、あるいは留意点や治療方針についてはどのように決めていらっしゃるでしょうか。

まず、患者さんの接遇なども含めた総合的なことについてお話しください。

早川 救急病棟に入院してくる患者さんは、お

よそ3分の1が時間外入院です。時間外入院の対応は当直医ですが、その際の説明が非常に重要であると考えています。例えば、患者さんやそのご家族に入院の必要性を説明することなどです。また、患者さん自身がまったく治療の必要性を理解することができないケースでも、救急外来でかなり興奮していれば抗精神病薬を勧めるなど、治療的アプローチを最初に行うこともあります。

伊豫 確かに興奮がみられたり錯乱状態であっても、そのときの状況を患者さんたちは覚えていらっしゃると思いますね。そうすると、早川先生がおっしゃるように最初に説明しておくことは重要なこととなりますね。

石毛 私も、最初の出会いはその後の治療にとって非常に重要であると考えています。例えば、risperidoneの内用液を水に溶かして服用してもらったときに、薬が入っていることやその味の特徴を告げずに、患者さんに飲んでもらおうとします。すると、水と思って飲んだ患者さんは、実際には非常に苦い味に驚き、吐き出してしまいます。場合によっては、この患者さんは無理矢理注射を打たれることになるかもしれません。患者さんは「治療者に騙された」、治療者側は「この患者は治療に拒否的」と考えてしまい、最悪の治療関係からスタートとなってしまいます。非自発的入院であっても、患者さんが少しでもスムーズに治療が受け入れられるよう、常に気を配るようにしています。

先ほど申し上げたように、高齢者や身体合併症の患者さんが多く入院しています。そのため、身体拘束合併症への対策が積極的に行われています。酸素供給と吸引ができるよう全ベッドにパイピングがなされています。また、DVT（深部静脈血栓症）予防対策として、入院時および定期的にD-ダイマーを測定、リスクファクターをチェックし、DVTリスク評価を行い、補液の増量、メドマーの使用、場合によってはheparin投与等も行っています。

退院に際して環境調整等が必要なケースでは、社会復帰促進委員会によって、適切な社会資源が勧められます。当院では、デイケア、作業療法の他に、地域生活支援センター、訪問看護ステーシ

ョン、通所授産施設、提携しているグループホームなど、社会資源は充実しています。

伊豫 認知症病棟のような形態ではどうしても入院が長期化してしまうと思いますが、一般の急性期救急としての在院日数はどれくらいになりますか。

石毛 精神科救急病棟の患者さんの約60%が、3ヵ月以内に自宅へ退院しています。それ以外のケースは、開放病棟や認知症病棟などへの転棟となります。

伊豫 ある程度の急性期が過ぎた場合には、開放病棟に転移してから、社会復帰促進委員会などで退院後の地域生活支援体制を供与するということでしょうか。

石毛 はい。直接自宅へ帰ることができないケースでは、開放病棟を経由したり、グループホームを利用することもあります。

浅野 早川先生、石毛先生がおっしゃったようなことをわれわれも心がけています。それから、繰り返しますが、最初の入院時の治療者との関係がその後の患者さんの医療に関わる大きな要素になるため、当然のことですが入院時はできるだけ誠実に対応する必要があると思います。たとえば興奮や錯乱がある患者さんに対しても、鎮静させる必要があればきちんと説明を行ったうえで投薬するようにしています。また当院では、救急で診察するときには医師は自分の名前を名乗るようにしています。

すべての患者さんが非自発入院で、一部の例外を除いて基本的には任意入院がありません。患者さんには入院時に、入院中に行う治療内容や治療デザインなどをできるだけ説明しておきます。このように細かく対応することによって、実際にこじれることはあまりありません。

また、措置入院の場合に、千葉県では入院先の病院で二次診察をしていません。他県では入院先の病院で二次診察を行っているところもあります。二次診察は、治療スタンスとして非常にやりにくく考えています。措置診察は、「医師が社会との契約で入院させる」というスタンスであると思います。私たちは患者さんを治療して社会にお返しすることに専念すればいいわけです。二次



早川達郎氏

診療を入院先の病院でするということは、入院の責任を病院が負うこととなります。一方、医療保護入院は、入院の責任は家族と医師とで半々、任意入院はすべて医師の責任であると考えられます。したがって、医療上の責任は任意入院のほうが重いと考えています。措置入院は原則、医師に入院の責任はありません。われわれは、患者さんを退院させてお返しすることだけを考えればよい。ため、患者さんとの関係はこじれたことはありません。したがって、当院では二次診察は実施せずに、必ず当院以外の精神科医の診察のもとに入院するようにしています。

伊豫 そうですね。今のお話では、患者さんとの関係に問題が生じる場合には、ご本人の病識の有無の問題と治療者側が人格を尊重するか否かという問題があり、仮にそのときに病識がなくても誠実に対応することが重要だということですね。

早川先生と石毛先生のお話にもありましたが、ご本人に病識がなくて拒否的であっても、入院時には治療の必要性を説明することが患者さんの人格を尊重することになります。症状が落ち着いてきたときに救急での対応を思い出して、治療者の対応に理解を示す人が多いと思います。それに対して騙し打ちのような治療や、極めて高圧的・強制的な態度での治療は、その後の治療に影響を及ぼすと思いますが、いかがでしょうか。

早川 興奮が著しい場合などは拘束をすることがあります。その際に患者さんが拘束に対して非常に抵抗することがありますが、拘束も治療であ

ることを説明します。治療薬を服用し、もし服用できなければ点滴によって安静を保っていただき、まず神経を休息させることが最も重要であることを必ず説明します。そして、「われわれはあなたにとってよいと思うことしかしません」という旨の内容を伝えています。

伊豫 入院後の患者さんとの接し方はどのように行われているのでしょうか。石毛先生の施設では特に、隔離が必要な患者さんや拘束するような患者さんには、その直後からどのように接しているのでしょうか。

石毛 われわれも正確な内容をわかりやすい言葉で伝えるよう心がけています。また、患者さんの不安を増強させて暴力のリスクを高めないように、ひとつひとつの言動に注意を払っています。

伊豫 たとえば、患者さん自身が拘束に納得されていない場合、隔離されている間中放置されると、患者さんの不安や不満が強くなります。したがって、単に規則上の観察ではなくて、患者さんに声をかけることもときには重要ですね。

浅野 千葉県精神科医療センターでは拘束する症例が比較的多いのですが、その場合、理由をきちんと説明します。また、看護密度が非常に高く、トイレや食事の際は拘束を解くなど細かい配慮をしているため、患者さんの苦痛もそれほど大きくないと思います。やはり拘束においても、細かい配慮が重要だと思います。

また、エコノミー症候群に対しても配慮が必要で、頻繁に観察するようにしています。

IV. 精神科救急における薬物療法

伊豫 救急場面は、最終的な目標となる「できるだけ早い社会復帰」に向けてのスタートになります。

そのような状況下において、初期治療としてさまざまな薬剤を使用します。先ほど早川先生から、「興奮状態のときには救急外来でも薬剤を使用する」というお話もありましたが、救急場面における治療薬の使い方、特徴的な方法、または注意点はありますか。

石毛 薬物療法に関しては、エビデンスを重視

し、特に千葉大学で発表されている CUPA (Chiba University Psychiatric Algorithm) (図 2)¹⁾に沿った治療を行っています。救急の場面では、かつて haloperidol 注射剤の投与が多かったのですが、最近はほとんど使われなくなり、現在は、非定型抗精神病薬の経口剤により、治療導入を行っています。

その後の薬物選択はアルゴリズムに沿って、非定型抗精神病薬の単剤投与を基本にしています。ただし、救急病棟は3ヵ月以内に退院といった制限があるため、早めの治療効果判定や多剤併用になってしまうことも、ときおりみられます。

浅野 われわれの施設では入院の3分の2が準夜・深夜帯であるため、ゆっくり治療をする時間がありません。したがって千葉大学のアルゴリズムに従った治療方法で行ってはいますが、どうしても導入時には haloperidol を使用することが多くなります。さらに、その次には flunitrazepam の静注を選択することになります。



石毛 稔氏

その後には、液剤により入院治療を開始して、それ以後入院中に徐々に非定型抗精神病薬に切り替えていくというパターンで治療をしています。なかなか落ち着かない場合には、sultopride や zotepine などを使用することもあります。

早川 当院でも3分の1は夜間の入院です。統

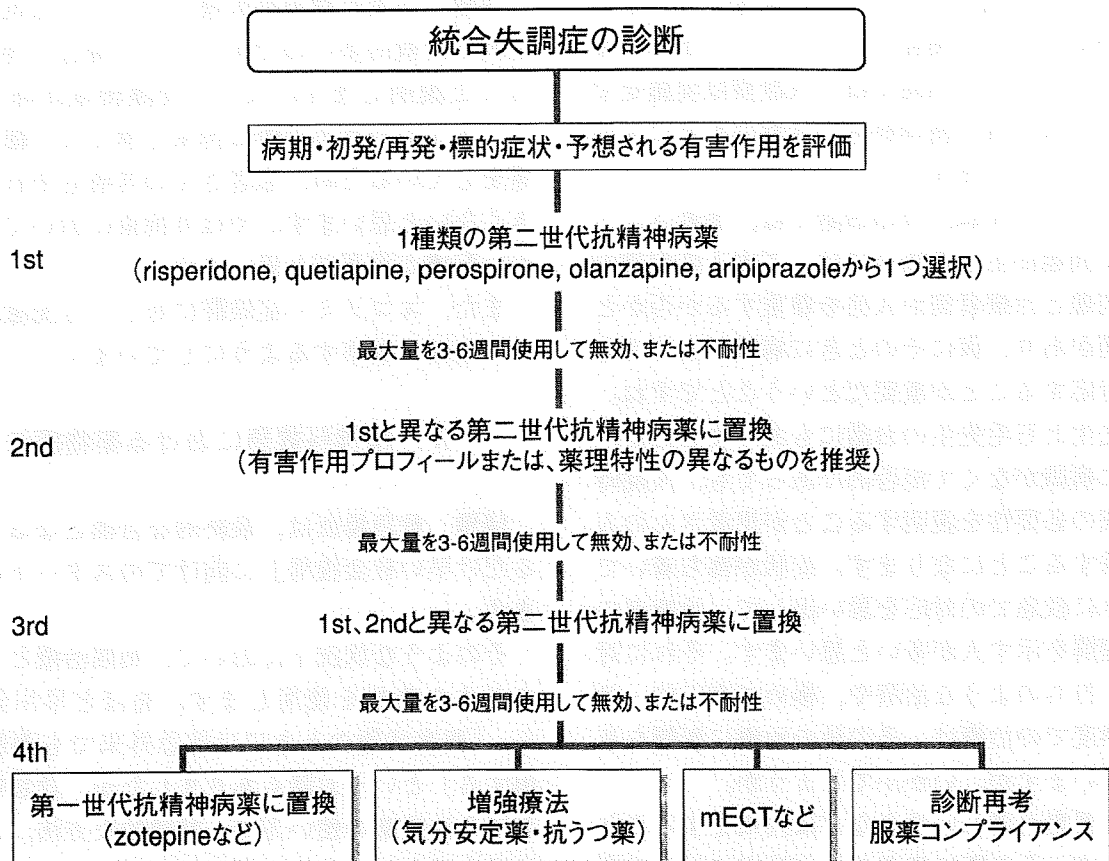


図 2 千葉大学アルゴリズム (2005年修正版) (一部抜粋)

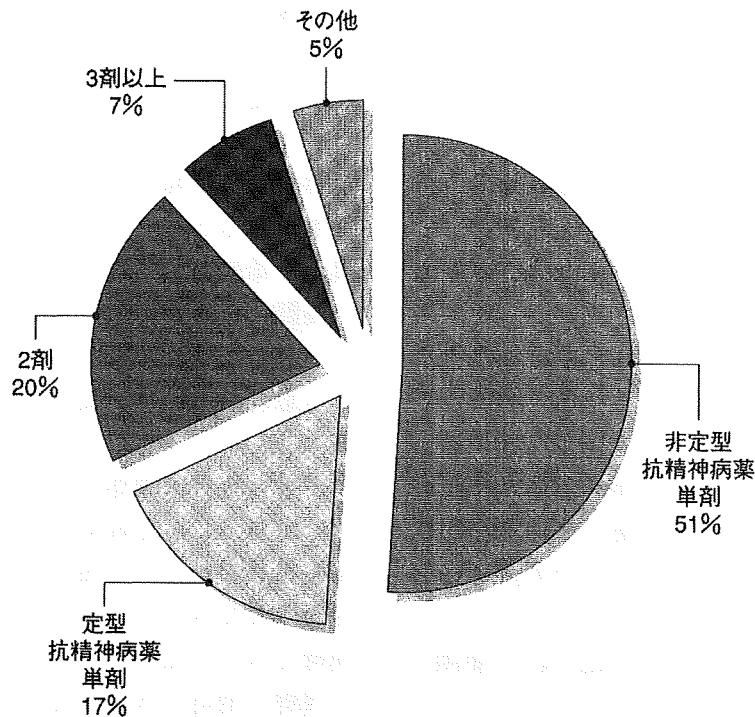


図3 国立国際医療センター国府台病院の2006年度精神科救急病棟における haloperidol 非経口投与 case (41例) の退院時処方

合失調症の場合には最初に risperidone の液剤の投与を勧めるようにしていますが、かなりのケースで haloperidol の非経口投与、主に静注を使っています。2006年度のデータでは、340件の精神科救急病棟入院症例のうち統合失調症が164件で、そのうちの41件、ちょうど4分の1の症例に対して入院中のどこかの場面で haloperidol を非経口的に投与しています。

伊豫 それは、裏を返せば4分の3は haloperidol を使用していないことになりますね。救急的な対応が必要な場面で、この数字は大変立派なものだと思います。

早川 その41件の退院時処方を調査したところ、単剤処方が合計68%、非定型抗精神病薬の単剤処方では51%でした(図3)。したがって、入院中のどこかで haloperidol を非経口的に投与していても、退院時にはそのうちの半分が非定型抗精神病薬の単剤投与により退院したことになります。

伊豫 日本における統合失調症治療の多剤併用・大量投与ということは世界的に知られていま

す。また、アジアの統計をとった国際誌にも日本の多剤併用の比率は80~90%と、非常に高い率として報告されています。したがって、救急の場面において単剤処方により短期間入院を実現する努力をすることは、とても大切なことだと思います。

先生方の施設では、合併症を有する患者さんや高齢者の患者さんなどに対して、その背景によって処方の内容が変わってくるということはあるですか。

早川 高齢の患者さんのなかには、他の施設で服用していた抗精神病薬による錐体外路症状のために嚥下性肺炎を繰り返すような方もいますね。さらに、暴力行為がある患者さんが多いため、治療薬の選択が難しいところです。高齢者では、抗精神病薬をすべて中止して sodium valproate 単剤で様子を見ることもあります。

また、消化器系の合併症を有する患者さんで経口の抗精神病薬が投与できない場合には、haloperidol を点滴投与するケースもあります。

伊豫 若い男性で他害行為も起こしているよう

な興奮状態のなかでは、患者さんに薬剤の説明をするのはなかなか困難であると思いますがいかがでしょうか。

浅野 それはやはり難しいと思います。しかし、激しい精神運動興奮、あるいは意識障害があるかどうか分からない状態でも、一応説明はします。そして、患者さんに納得いただけない場合は点滴をするようにします。

ただし、かなりの妄想がみられてもそれなりの対話が成立する人には、説明したうえで選択していただくこともあります。

伊豫 救急場面においても必要に応じて対応が変わりますが、基本的には治療薬について十分な説明を行うことが重要だということです。

V. 精神科救急における quetiapine の使用

伊豫 それでは最後に、精神科救急における quetiapine を使用するメリットや注意点などについてお話を伺えますでしょうか。

浅野 私自身は quetiapine の処方量が多いと思いますが、急性期の鎮静力は比較的弱いと考えています。Haloperidol と併用して使用することが多く、quetiapine 投与により睡眠の改善が期待されます。また、急性期を脱して症状が落ち着けば、特に発症が比較的遅く、お子さんのいる主婦のような場合には単剤でコントロールできている場合が多いと思います。投与量は600~700mg/日が必要と考えています。

統合失調症で感情障害圏の患者さんに対してでも十分に有効性が得られると思います。さらに、中高年の妄想型統合失調症の患者さんで、quetiapine が単剤で有効であった症例をいくつか経験しています。最初のおよそ半年間はまったく活動できませんでしたが、quetiapine の服用を始めてからパートの仕事ができるようになり、子育ても問題なく行える程度の改善がみられたケースもあります。

さらに、quetiapine をはじめとする非定型抗精神病薬は、自殺企図がみられる患者さんに対して投与すると、その症状が緩和することが多いと考えています。

伊豫 従来型抗精神病薬には、精神病性うつともいわれるような抗精神病薬自体が抑うつ的な傾向を誘発したり、抑うつ的な気分を良好にコントロールすることができないのに対して、非定型抗精神病薬には抑うつ的な気分をコントロールする作用があると考えられていますが、その辺りの相違点が効果として現れていると考えられますか。

浅野 たしかに、quetiapine には抗うつ的な作用があるような印象があります。自殺企図がみられる患者さんには、最初に使用する薬剤だと考えています。

伊豫 統合失調感情障害のなかでも気分障害の部分があって、比較的切迫した抑うつ気分や焦燥感を有しており、自殺の方向へ向いているような患者さんに対して、quetiapine は情動の安定化が期待できますね。

浅野 期待できると思います。ただし、投与量は600~700mg 程度の高用量投与が必要ですね。しかしそれまで服用していた他の薬剤は徐々に中止できるため、この投与量はそれほど心配はないと思います。

伊豫 早川先生は、quetiapine のメリットや使用上の注意などについてどのようにお考えでしょうか。

早川 当院において、退院時処方で quetiapine が主剤として処方されていたケースをみると、攻撃的で衝動性が高いケースに対して、quetiapine 600~750mg が有効であったことがわかりました。今後は、このような症例には積極的に投与してもよいのではないかと思います。

伊豫 石毛先生は、どうでしょうか。

石毛 Quetiapine は、抗コリン作用がほとんどみられないことから、特に認知症やせん妄を伴う症例に適しています。Quetiapine は、各種受容体に対して、ドパミン受容体には緩く結合し、ヒスタミン H₁ 受容体には親和性が高く、抗コリン作用が弱い、といった特徴を有しています。以上から、鎮静を必要とした症例が主に対象となると考えられます。私は、zotepine が進化したような印象の薬として使用しています。

さて、これから、われわれの施設において quetiapine が有効であった統合失調症圏の症例を