

分担研究報告書

平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究

－心理社会的治療／方策研究班」

分担研究報告書

重度かつ慢性患者の地域生活に必要な人的サポート

研究分担者 澤 温 （社会医療法人北斗会さわ病院 理事長・院長）

研究要旨

A. 研究目的

本研究の研究分担者は、現行の諸サービスをもってしても退院が困難な患者は、生活障害評価（以下「しやかいふつき」）のうちの社会的問題行動が重症であることを明らかにしてきた。しかしそのような患者に必要な資源や手法については検討課題であった。今回は生活障害の強い患者の退院に必要な人的サポートについて検討した。また「しやかいふつき」が「重度かつ慢性」基準と同等の判定力がありまた医師でなくても判定できる点で優れているか検討した。

B. 研究方法

当院の慢性期病棟に平成 29 年 5 月 31 日時点に入院中であった 112 人（女子病棟 54 人、男子病棟 58 人）から対象者の候補を抽出した。地域移行支援対象者の選出には「重度かつ慢性」基準¹⁾、「しやかいふつき」²⁾ ならびに障害者総合支援法における「障害支援区分」を用いた。地域移行に協力を依頼できる患者を対象に 2 人の患者（A 氏と B 氏）を選出した。2 人を対象に支援計画を組み 3 ヶ月を目標に支援した。

C. 研究結果と考察

1. 女子の支援対象者は、「重度かつ慢性」基準および「しやかいふつき」評価基準で評価すると、どちらにも該当しない人は 1 人であった。「重度かつ慢性」基準では該当するが「しやかいふつき」評価基準で該当しない人が 3 人いた。これはいずれも BPRS の点数で該当する人であった。男子の支援対象者は、「重度かつ慢性」基準および「しやかいふつき」評価基準で評価すると、どちらにも該当しない人は 3 人であった。重度かつ慢性に該当しないが「しやかいふつき」で入院相当であった患者は 1 人いた。

2. 支援の試行

A 氏には 1 月 12 日よりケア付きアパートの部屋で、スタッフがついての寝泊まりを開始した。同伴したスタッフは新しい成果はみられないとの評価であった。

支援に使われた費用は、1 ヶ月当たり 1,408,620 円であった。4 週間後、支援の継続を検討したが、当院スタッフではできないという返事だった。一般業者のヘルパーを検

討したが、3ヶ所とも断られた。

B氏には1月12日退院して支援を開始。スタッフが同伴して自宅へ行った。退院後、約1ヵ月間は病院職員による車での通院援助を実施し、その後は電車やバスを病院職員と利用する通院訓練を実施し単独での公共交通手段を利用した通院が可能となった。しかし3ヶ月目に入り被害妄想発言が見られた。支援に使われた費用は月によって違うが、38.2~43.5万円であった。

「重度かつ慢性」基準と「しやかいふつき」の比較では極めて高い一致率を示した。

D. 結論

「重度かつ慢性」基準を満たす入院患者について、地域移行できるかについて、少数であるがパイロット的試行を行い、地域移行させるには、入院費と同等あるいはそれ以上の経費が掛かることが分かった。「重度かつ慢性」基準を考えて、その基準に合致する人以外は1年以内に入院外処遇にするという厚労省のもつ考えは、病床削減のための建前で、諸外国と同じく医療費削減が本音なのだろうが、重度かつ慢性の患者の地域移行は医療費削減には結びつかないことを示している。しかも重度の患者を地域でサポートする機関を探すのが極めて困難なことが分かった。つまり重度かつ慢性の患者を地域でサポートするには、国民やサポートする人の理解とノウハウ（ソフトウェア）、サポートする施設（ハードウェア）、スタッフ（ヒューマンウェア）を同時に準備する必要がある。

「しやかいふつき」は「重度かつ慢性」基準と比べると、地域移行の判断基準では手軽で同等の有用性があると言える。

A. 研究目的

本研究の目的は、重度かつ慢性の入院患者が地域移行、地域定着をするための包括的支援アプローチの中に組込まれるべき心理社会的治療／方策を明らかにし指針として提示することである。この中で筆者の研究分担者は、現在の諸サービスをもつてしても退院が困難な患者の退院に必要な資源を明らかにすることを目的とした。

また「重度かつ慢性」の基準と筆者らが作成し広く使われている「生活障害評価」（通称「しやかいふつき」、以後「しやかいふつき」）との一致率も調べた。

B. 研究方法

1. 対象者の候補の抽出

当院の慢性期病棟に平成29年5月31日時点に入院中であった112人（女子病棟54人、男子病棟58人）から次の条件に該当する患者を除外して、対象者の候補を抽出した。

<除外条件>

- ・入院期間が1年未満
- ・65歳以上
- ・統合失調症以外の精神疾患患者
- ・内科疾患を合併している
- ・知的障害を併発している

2. 対象者の選出

地域移行支援対象者の選出には「重度かつ慢性」基準¹⁾、「しやかいふつき」²⁾ ならびに障害者総合支援法における「障害支援区分」を用いた。総合支援法の支援区分の判定を行政に依頼し、示された支援区分による給付額で地域生活が可能かどうか、実際に支援を行い検証した。障害支援区分認定の申請を行っていない患者については当院の精神保健福祉士が「簡易判定」を行った。

該当する患者の中で、病棟担当の精神保健福祉士と協議を重ね、地域移行に協力を依頼できる患者を対象に2人の患者を選出した。2人を対象に支援計画を組み3ヶ月を目標に支援した。

(倫理面への配慮)

本研究は社会医療法人北斗会 臨床研究審査委員会の承認を得て実施した(承認番号2017014)。

C. 研究結果

1. 研究対象病棟での実態

2017年5月31日に入院していた112人の内訳は表1に示した。女子54人男子58人で除外項目を除くと、女子23人、男子24人、計47人であった(表1)。

女子の支援対象者は、「重度かつ慢性」基準および「しやかいふつき」評価基準で評価すると、どちらにも該当しない人は、表2および図1に示すように、1人であった。「重度かつ慢性」基準では該当するが「しやかいふつき」評価基準で該当しない人が3人いた。これはいずれもBPRSの点数で該当する人であった。

女子病棟では表2のNo3の人は両評価で非該当であるが入院している理由は、近隣への外出はできるが家族に対してのみの妄想が残存しているためである。

男子の支援対象者は、「重度かつ慢性」基準および「しやかいふつき」評価基準で評価すると、どちらにも該当しない人は、表3および図2に示すように、3人であった。No1, No4, No22の患者は、5月31日の判定ではいずれの評価にも該当しなかったが、No1はその後空笑、妄想、徘徊などが出現したため、No4は地域移行支援を利用し外出、自宅への外泊を行っていたが外泊中に調子を崩したため、No22は放浪癖があり、無断離院を行ったり、芝蘭荘(当法人の居住施設)外泊中に喫煙にて外泊中止となり入院している。重度かつ慢性に該当しないが「しやかいふつき」で入院相当であったNo21の患者は金銭管理で「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出来ない」というランク5に該当し、ランク4「3~4日に1回(週2回)渡す」のでは生活が成り立たないレベルであった。

日精協版しやかいふつき「や」

(やりくり=金銭管理)

内 容	想定されるサービス※
1) 1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。	①1人住まい ②一般就労 ③なし
2) 時に月の収入を超える出費をしてし まい、必要な出費	①1人住まい ②福祉工場 ③ヘルパー

(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。	
3) 一週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。	①日中のケアのある住居 ②福祉工場～作業所 ③ヘルパー、訪問看護
4) 3～4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。	①24時間ケアのある住居 ②作業所、デイケア ③訪問看護
5) 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出来ない。	①入院 ②作業療法 ③ —

※①住まう場②日中の活動③専門職のサポート

2. 支援の試行

従来からさわ病院で行っていた同伴外泊でスタートして、必要が無くなればそれを減らす方向で地域移行に向けてトライアルを行った。男性患者には女性スタッフも同伴できるが、女性患者には男性スタッフが同伴しにくいことから、同意を得られた男性患者2人についてサポートした。

(1) A氏 60歳代前半 男性

「重度かつ慢性」該当、「しやかいふつき」入院相当、障害支援区分6。

統合失調症 (F20.9)

1986年、阪急の上田監督に会いに行く、教師やっている、アナウンサーになるなど多弁で支離滅裂な言動の急性の幻覚妄想状態で発病。

初回 1986.7.1～1987.6.21 (約1年)、2回目 1987.7.20～2004.10.18 (約17年3ヶ月)、3回目 10日、4回目 1.5ヶ月の入院。いずれも退院後父母と同居していた。5回目は近隣の子供に意味不明なことを言いに行き1年2ヶ月入院し2007年4月13日退院した。その後当法人付属の24時間ケア付きアパートに居住し、訪問看護とデイケアを利用していたが、同年10月には近隣の中学校の敷地に入り下半身を露出したりして4ヶ月入院。その後も2008～2012年の間に7回の入退院(短期)を繰り返した。最終は2012.11.16～支援開始時点まで約5年2ヶ月であった。

この間隔離室の使用が多く、父母の希望と同意もありECTも治療クール及び維持ECTを下記のとおり施行した。

- ・2005.2.18～6.2 3週間おきに6回
- ・2005.11.11～11.19 2日おきに5回
- ・2006.2.9～2007.4.6 原則3週おきに22回
- ・2007.10.16～2008.1.24 前半2日おき、後半3週おきに11回
- ・2012.2.16～2012.3.3 2～5日おきに6回
- ・以降～2015.2.10まで原則3週おきに実施。母がこの時中止を希望し、その後実施していない。

クロザピンも父母の希望で 2004 年より服用していた（最高量 500mg）。2010. 6. 14 手続きが煩雑なだけでなく、効果が不十分なためこの時を最後に中止している。

今回 1 月 12 日よりケア付きアパートの部屋で、スタッフがついての寝泊まりを開始した。本患者は歩行が不安定で、また介護に理解を示さず拒絶的な時もあり、入浴、夜間のおむつ交換は負担が大きい。日中は以前も行っていただいたデイケアを利用した。デイケアでは概ね落ち着いて過ごすことが出来、笑顔もみられ、歌を歌ったり、ゲームに参加でき、機嫌よく過ごすことが出来る。またテレビ鑑賞、座ったままの体操にも参加したが、活動は 2 時間程度が限度であった。

トイレ誘導、おむつ交換、スクワットなど促すと拒否的で時に大声を出すこともある。おむつ交換時介護抵抗あり、スタッフの顔面を連打することもあった。実際にトイレにておむつ交換や汚れた衣類の交換を行うと『怖いー。』とかなり怖がりながら介助を受けている。

部屋では 21：00 頃就寝。朝まで入眠できることもあるが、0：00～4：00 頃に中途覚醒し、独語やおむつはずし、起き上がろうとする行動も見られる。デイケアに参加したことについて『よかった。』と言い、寝泊まりについては『嬉しい。』と話した。

同伴したスタッフは新しい成果はみられないとの評価であった。

支援に使われた費用は重度訪問介護として 1,188,720 円（総合支援法支援区分 6 での最大に使用できる支援は 1,381,566 円まで）およびデイケア 219,900 円で合計 1,408,620 円であった。それ以外に食費お

よびケアつきアパート代 55,000 円が経費として必要であった。ちなみに、2017 年 12 月の入院医療費は 398,160 円であった。

4 週間後、支援の継続を検討したが、当院スタッフではできないという返事だった。一般業者のヘルパーを検討したが、以下の回答であった。

- ・看護婦家政婦紹介所：所属するケアワーカーが高齢の女性ばかりで、精神疾患を有する男性の方への対応は困難とお断り。
- ・高齢者ケアスタッフ派遣業者（介護保険適用外）：精神疾患を有する方の対応はしていないとお断り。
- ・訪問介護事業所：夜間対応できる職員がいないので夜間の対応は無理とお断り（精神疾患の有無に関わりなく夜間は無理）。

（2）B 氏 50 歳代前半 男性

「重度かつ慢性」該当、「しやかいふつき」入院相当、障害支援区分（簡易判定）3。

統合失調症（F20.9）

1998 年、「耳元で雑音が鳴っている」と自宅で布団を被り引き籠もり状態となり発症。初回 1992. 11. 17～1993. 1. 8（約 1 ヶ月半）以降、2009 年までは 1 ヶ月に満たない短期間の入院が 6 回ほどあるが主に外来通院で継続。しかしこの間、福祉事務所や病院受付にて本人との金銭に関する話題となると易怒的となり暴力をふるい、日常生活場面でも交通ルールが守れず周囲への配慮なく自転車を運転するなどの逸脱問題行動がみられた。直近の入院は 2009. 12. 2～2018. 1. 12（約 8 年 1 ヶ月）であった。治療抵抗性統合失調症と判断し、2011. 4. 15 よりクロザピンを主剤とした治

療を開始した。同剤最大用量の 600mg/日にて、幻覚妄想は依然として活発であるが、それらに影響された逸脱問題行動がなくなり、情動も安定したため退院の検討となった。しかし長期間の入院と人格水準の低下により日常生活における食事、服薬、通院などの多くの場面で見守りや援助を要すると判断したため繰り返し院内多職種会議を開き、入院中から顔なじみの看護師、精神保健福祉士を中心に職員との自宅外泊訓練、車による通院援助などを実施。2018.1.12、スタッフが同伴して自宅へ退院した。退院後も通院援助や服薬確認等を行った。約1ヶ月間は病院職員による車での通院援助を実施し、その後は電車やバスを病院職員と利用する通院訓練を実施し単独での公共交通手段を利用した通院が可能となった。

詳細を援助に従事したスタッフの記録から抜粋する。

退院当日、退院前に購入した携帯電話の使用方法を確認。荷物を自宅に運び、電化製品を使用できるように設置。ホットカーペット、防水シートなど日用品の購入。デイナイトケアに翌日からの定調薬引き継ぎ。翌朝の食材購入。翌1月13日からは送迎をした。デイナイトケア開始(8:30~17:00)。休まずデイナイトケアに参加出来ている。活動にも積極的に参加。好まない活動には席を外すこともあるが、他患者とのトラブルもなく穏やかに過ごしている。お小遣いを1日2回に分けて渡しているが、自分なりに計算して使うことが出来ている。水曜日に食事作りを行うために、お小遣いを貯金し

てお米を購入するなど、計画的に使うことができる。水曜日の食事作りの日は自宅から徒歩で病院まで来ることができる。

デイナイトケア参加日は昼薬、夕薬はデイケア職員が服薬確認、寝前薬は空袋を後日確認、休日、昼薬、夕薬はヘルパーおよび病院職員からの電話による服薬確認、寝前薬は空袋を後日確認：昼・夕薬にクロザピンを服用。

1月25日デイナイトケアスタッフ、病棟スタッフ、医療福祉相談室精神保健福祉士が同行し、豊中市生活福祉課(分室)に行ったが、「私には妻がいる」などの了解不能な結婚妄想を訴え、話が噛み合わないと易怒的となり、その際に頓服薬を服用するためコップで水をもらったところ『お酒が入っている』『お酒を飲まされた』と被害妄想、被毒妄想を訴えた。1月31日相談支援事業所の面談を実施し、利用契約を締結したが、長時間となり、後半は疲れが見られ、被害的な妄想発言がみられた。翌日よりデイナイトケア、医療福祉相談室にてヘルパー拒否が見られ、相談支援事業所には「男性のヘルパーさんは怖いので女性のヘルパーさんが良い」などと被害妄想的な発言を認めた。妄想発言も日に日に増えており、攻撃対象も広がってきている。

治療はクロザピン 600mg で2週間ごとの定期受診は行われている。デイケアには積極的に参加し、活動範囲も増えている。ヘルパーを利用しているが食事がまずいなどとは言う。退院後

3か月が経過している。しかし3ヶ月目に入り、デイケアで『デイケアを2～3日休みたい。』と相談があり、休みたい理由を確認すると『もう、ホントにしんどいんですよ。分かって。』『多眠期(?)の時はどうぞ休んで下さい、と役所の人が言っていた。』『毎日毎日来るのしんどい。水曜日もみんな(ヘルパーと訪問看護)が来て休めない』など話す。夜間の睡眠について確認すると『家に帰って8時位で、もうそのまま寝てます。2時位に起きて、掃除とかしないと行けないから。』とのこと。『寝る時間が早過ぎるのではないか?夜間にしっかり眠って貰いたい』、と伝えると『そういう病状なんです。分かって欲しい。』と話される。『しんどくても休もうと思ったら薬もないし、お金もないし……。何とかして欲しい。』『今日の所はこの辺にしておきます。』と一方的に話を終えた。その3日後にはデイケアで個人活動に参加するが、他メンバー様と交流見られずひとりであることが多く、デイナイトケアの食事の後、『僕の考えを抜き取ろうとする人と、庄内に足を切ろうとしてくるやつがおる』と被害妄想発言が見られたという。その17日後、朝から頻回に来室。その都度対応するが、4度目の来室時『いい加減にせいや。ちゃんとせんと暴れることもあるんやぞ。』など語気が荒い。話を伺うと『渡邊 Dr. が電車の定期代17,000円が生保から出てるから受け取るように言われた。』『てんかんの治療はつらい。何十年もカウンセリング

を受けないといけない。』『渡邊 Dr. ははっきり言うだけで我慢している。』『お腹がすいて我慢できない。』など話した。

ずっと地域で過ごし、治療や生活へのサポートが必要でも、当人にとっては過重な介入ととっている面もある。担当医によると、外来診察場面では滅裂で被害的な内容の幻覚妄想を訴えるものの礼節は保たれ穏やかな対応であるが、他の職員の前では幻覚妄想を訴え乱暴な口調となる様子だという。

支援に使われた費用を見てみると、以下の通りであった。

●外来・デイケア・訪問の金額の合計

- ・1月12日から2月11日
420,690円
- ・2月12日から3月11日
370,040円
- ・3月12日から4月11日
414,730円

●ヘルパー利用料

- ・1月12日～2月11日 0円
(1月17日、24日、31日、2月7日に病棟看護師がリハビリ室を借りて本人と調理実習で対応したので持ち出し)
- ・2月12日～3月11日
4,096円×3回=12,288円
(2月14日は病棟看護師がリハビリ室を借りて本人と調理実習で対応し持ち出し)
- ・2月21日、28日、3月7日に家事援助実施。2人体制のため1回の利用料は
2,048円×2人=4,096円

- ・ 3月12日～4月11日
4,096円×5回=20,480円
- ・ 3月14日、21日、28日、4月4日、
11日に家事援助実施。2人体制のため1回の利用料は
2,048円×2人=4,096円

●合計

- ・ 1月12日から2月11日
420,690円+0円=420,690円
- ・ 2月12日から3月11日
370,040円+12,288円=382,328円
- ・ 3月12日から4月11日
414,730円+20,480円=435,210円

ちなみに、2017年12月の入院医療費は452,720円で、もし退院3ヶ月を越えて再入院となると、状態にもよるが救急入院料病棟では1ヶ月1,172,950円、一般精神の出来高病棟で554,170円となる。

3. 「重度かつ慢性」基準と「しやかいふつき」の比較

「重度かつ慢性」基準と「しやかいふつき」を比較すると、女子では重度かつ慢性22人中「しやかいふつき」で入院相当が19人、男子で「しやかいふつき」で入院相当21人の内重度かつ慢性が20人であり、極めて高い一致率を示した。

D. 考察

1. 本研究参加の経緯

2012年(平成24年)6月28日に突然、第7回「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」の資料「今後の方向性に関する意見の整理」における「精神病床の現状と今後の方向性」の中で、『「重度かつ慢性」を除き、精神科の入院患者は1年

で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る」という方針が公表された。これについて筆者は「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%を守れと言っているながら、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」と述べたことがある³⁾。

その後研究班が持たれ、この「重度かつ慢性」の基準作りが行われた。これは明らかに順序が逆である。また研究班の報告書¹⁾によると、BPRSでの精神症状に加えて、①行動障害、②生活障害のいずれか(または両方)が一定上で重度かつ慢性の基準を満たすと判定するとしている。また身体合併症については、①水中毒②腸閉塞(イレウス)③反復性肺炎に該当する場合に治療上の特別の配慮が必要と判定するとしている。行動障害は問題行動評価表で評価し、生活障害は障害者自立支援法医師意見書の「生活障害評価」を用いて評価し、その評価に基づいて、「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し、「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを(在宅での生活が困難で入院が必要な程度の)生活障害ありと判定するとしている。

問題は、第一にこの評価では「重度かつ慢性」となると大きく白黒分けるだけでずっと入院していてよいという評価となっており、筆者らが以前に作成し、障害者自立支援法医師意見書の「生活障害評価」として用いられている評価表^{2) 4) 5)}を一部を除いて取り上げて、生活障害評価のよう

な「今は無理だが、この点を努力して次へここまで行けば」という細かい階段になっていない点である。第二に、生活障害評価をみて二軸評価の中の能力障害評価の基準を使うという意味不明な手法を入れている点である。そして第三に、生活障害評価は2006年以来延べ何百万人にも使われているが、この評価では一部が除かれているため各項目のアンカーポイントについて検定もされていないので信頼性に欠ける点である。

しかし本研究班が重度かつ慢性と判断した人においてどのようにしたら地域移行が可能となるかというチャレンジなものであるため参加する方向となった。

2. 慢性期病棟での長期入院患者への支援

女子病棟で「重度かつ慢性」基準に該当するが「しやかいふつき」評価基準で評価して該当しない人がBPRSによる精神症状のためであったが、表4に示すように本研究と別に筆者の病院に付属するグループホーム全入居者18人について以前に調査したことがあった。表4で精神症状は重度の5でもケアが24時間あれば地域で生活できることを示している。ちなみに5は「精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい滅裂や無言症）がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、そう状態を含む。」というレベルである。さすがに6の「活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の認知症などにより著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為な

ど）が認められ、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能であり、常時厳重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、厳重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。」は移行できないことを示している。つまり5の「・・・時に逸脱行動が見られることがある・・・」というレベルと、6の「・・・著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為など）が認められ・・・」のレベルとのレベルの差は大きく、精神症状よりそれに随伴する行動上の問題が退院の可否を関係していると言える。つまり、「しやかいふつき」では精神症状の重症度よりそれに随伴する問題行動・逸脱行動を重要視しているので精神症状の重さは直接には入院の必要性に関係しないと考えている。二軸評価の6つのランクがそれぞれ均等であると仮定するとBPRSの総点で45点は軽いであろうし、一項目でも6以上と言っても心気妄想など周囲に危害や恐怖・強度の不安を与えなければ入院を議論することがないのでBPRSでの入院要件は意味がないと考える。逸脱行動でも具体的な行動で判断するのも意味はあるが、周囲の受け入れという意味では、「しやかいふつき」の「周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られないに結びつく行動」という方が周囲の理解を向上させる目標を立てやすいと言える。

いずれにしても、女子では重度かつ慢性22人中「しやかいふつき」で入院相当が19人、男子で「しやかいふつき」で入院相当21人の内重度かつ慢性が20人であるということは極めて高い一致率と言え、医

師でなくても評価できる、「しやかいふつき」は極めて有用であることを示している。

「しやかいふつき」は、以前報告したようにランクによって入院相当かサポートの濃厚さで地域生活可能とし^{2) 4) 5)}再度評価する時ランクが上がっていれば、入院から地域移行へ、そして改善度によってサポートを薄くしていけると考える。

イタリアの精神科医 Paolo Serra は「雨が降ればテントを使い、晴れたらたたためばよい」と言った。まさに患者の状態の変化に応じて必要な支援を考えればよいと言うことである。

また以前筆者は地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だと述べたことがある⁶⁾。地域に出ても病院が出張ってきて「監視する」のかといわれたこともあった。しかし判断力が衰えている時に必要な支えが過剰でも不足でもなくあれば地域生活は負担なくいけると、自分の将来も見つめつつかねがね筆者は思っていた。最近謳われている「地域包括ケア」について、そのモデル地区の千葉県柏市では医師会が「地域＝病院、わがや＝病室、道路＝ろうか」というポンチ絵を作った。これは筆者の考えとまったく一致しており、地域でも入院中と同等のサービスを用意する必要があり、それにより地域生活が維持できることを示している。

しかしA氏の場合のように、支援区分6で、病院スタッフが交代で行っても1ヶ月が限界で、しかも1ヶ月140万円くらいの経費がかかり、入院費の3.5倍ほどかかる。また外に委託するにも外部の支援機関は精神科ということで、男性スタッフがいなく、精神科患者への対応はしていない、夜

間対応できるスタッフがいなく、地域の支援はまだまだ精神障害への偏見と、日中だけの支援と言うつまみ食い状態しか存在しない。かねてから筆者は精神科救急で身体合併症のある患者への対応でも、お小姓さんが必要と言ってきたが、人を1対1で24時間患者につけるとほとんど入院はないといえるだろうが、急性期の短期ならいざしらず、長期入院者については、今の日本ではほぼ不可能であろう。

B氏の場合はクロザピン 600mg 使用でようやく地域生活が維持できているが、拒薬傾向はないが飲み忘れはある患者ではデイケアや訪問看護での服薬確認は必須となる。このためデイナイトケアに週5日来ることで服薬継続が成り立っているが、本人にはかなりの負担で、それが被害関係妄想を助長している状況も見られる。

また医療費を含む支援料は、A氏のように支援区分6の重度の場合は現在の入院費の3.5倍、B氏のように支援区分3の場合でほぼ入院費と同等と言え、決して安価にはならない。以前精神保健福祉課長であった人が、私的な会で「自分も精神保健福祉課長になったので外から後ろ指をさされたくないような仕事をしたいと思うが、財務省に『安けりゃいいじゃないの』と言われると何もできない」と言ったのを思い出す。あくまでも障害ある人に（今後認知症患者にも）どこまで費用を使って支援する人を用意するかは国民のコンセンサスを高め、その上で決定することになるだろうし、費用以上に重要なのは国民の理解と受容であろう。

最後に「重度かつ慢性」基準と「しやかいふつき」の比較で、BPRS という医師に

よる精神症状評価を必要とする「重度かつ慢性」基準を用いなくても、医師以外の、むしろ生活での行動なら医師より正確に判断できるコメディカルスタッフで十分判断できる「しゃかいふつき」は極めて有用であることがわかったのでこの利用を推進すべきと考える。

E. 結論

「重度かつ慢性」基準を満たす入院患者について、地域移行できるかについて、少数であるがパイロット的試行を行い、地域移行させるには、入院費と同等あるいはそれ以上の経費が掛かることが分かった。

「重度かつ慢性」基準を考えて、その基準に合致する人以外は1年以内に入院外処遇にするという厚労省のもつ考えは、病床削減のための建前で、諸外国と同じく医療費削減が本音なのだろうが、重度かつ慢性の患者の地域移行は医療費削減には結びつかないことを示している。しかも重度の患者を地域でサポートする機関を探すのが極めて困難なことが分かった。つまり重度かつ慢性の患者を地域でサポートするには、国民やサポートする人の理解とノウハウ（ソフトウェア）、サポートする施設（ハードウェア）、スタッフ（ヒューマンウェア）を同時に準備する必要がある。

「しゃかいふつき」は「重度かつ慢性」基準と比べると、地域移行の判断基準では手軽で同等の有用性があると言える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

参考文献

- 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 平成27年度総括・分担研究報告書：1-20、2016
- 2) 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的復帰のための簡便スケール“しゃかいふつき”について。病院・地域精神医学 42：255-258、1999
- 3) 澤 温：重度かつ慢性について考える。日本社会精神医学会雑誌 25：382-388、2016
- 4) 澤 温：相談支援事業について。日精協誌 25：269-278、2006
- 5) 澤 温、木下秀夫、黒田健治、長尾喜一郎：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
- 6) 澤 温：外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか。日本外来精神医療学会誌 3：7-16、2003

表1 慢性期病棟の入院患者より対象者を抽出

		女子病棟	男子病棟
2017年5月31日時点の入院患者数		54	58
対象より除外	入院1年未満	22	19
	65歳以上又は介護保険取得者	3	6
	統合失調症以外	5	2
	内科疾患	0	2
	知的障害	1	5
差引人数		23	24

表2 長期入院者を「重度かつ慢性」ならびに「しやかいふつき」で評価(女子)

	入院期間 (2017/5/31時点)	BPRS 45点以上		行動障害 問題有・無	生活障害 4以上		まとめ	し	や	か	い	ふ	つ	き	合計	まとめ		支援区分	支援区分 簡易診断
		64点	○		有	2													
1	6年11ヶ月	64点	○	有	2	×	該当	2	3	5	1	5	5	2	23	該当	一致		3
2	4年8ヶ月	54点	○	有	3	×	該当	4	5	2	3	3	3	2	22	該当	一致		4
3	2年3ヶ月	44点	×	有	2	×	非該当	2	3	2	2	3	3	3	18	非該当	一致		3
4	3年0ヶ月	64点	○	有	3	×	該当	1	4	4	4	4	4	4	25	非該当	不一致		4
5	5年3ヶ月	81点	○	有	3	×	該当	4	5	2	1	3	4	3	22	該当	一致		4
6	20年11ヶ月	74点	○	有	4	○	該当	5	5	2	3	3	3	5	26	該当	一致	5	4
7	2年5ヶ月	52点	○	有	4	○	該当	4	5	4	2	3	3	3	24	該当	一致	3	6
8	2年8ヶ月	93点	○	有	3	×	該当	3	4	2	5	2	5	4	25	該当	一致	3	4
9	3年7ヶ月	64点	○	有	3	×	該当	2	5	3	3	3	4	2	22	該当	一致		3
10	2年10ヶ月	55点	○	有	4	○	該当	4	4	4	5	3	3	4	27	該当	一致	3	4
11	2年8ヶ月	58点	○	有	2	×	該当	2	4	2	1	3	2	2	16	非該当	不一致	2	3
12	9年9ヶ月	61点	○	有	4	○	該当	4	5	3	3	5	5	4	29	該当	一致	5	4
13	15年7ヶ月	59点	○	有	2	×	該当	2	5	3	1	2	3	2	18	該当	一致	3	3
14	1年6ヶ月	46点	○	有	4	○	該当	3	5	2	3	5	4	3	25	該当	一致		4
15	1年10ヶ月	86点	○	有	2	×	該当	3	3	4	4	2	4	3	23	該当	一致	2	4
16	2年9ヶ月	76点	○	有	5	○	該当	4	5	5	2	3	4	4	27	該当	一致		4
17	3年5ヶ月	63点	○	有	3	×	該当	4	4	4	5	3	4	5	29	該当	一致	3	3
18	1年5ヶ月	76点	○	有	5	○	該当	5	5	3	5	3	4	4	29	該当	一致		5
19	17年1ヶ月	63点	○	有	4	○	該当	4	5	4	2	3	4	5	27	該当	一致		6
20	2年8ヶ月	87点	○	有	3	×	該当	4	5	3	3	3	4	4	26	該当	一致		4
21	3年2ヶ月	103点	○	有	3	×	該当	3	4	3	2	3	4	3	22	該当	一致	4	4
22	2年3ヶ月	69点	○	有	2	×	該当	2	2	3	3	2	2	2	16	非該当	不一致		3
23	1年2ヶ月	92点	○	有	2	×	該当	3	3	1	1	4	3	2	17	該当	一致	4	4

表3 長期入院者を「重度かつ慢性」ならびに「しやかいふつき」で評価(男子)

	入院期間 (2017/5/31時点)	BPRS 45点以上		行動障害 問題有・無	生活障害 4以上		まとめ	し	や	か	い	ふ	つ	き	合計	まとめ		支援区分	支援区分 簡易診断
		点	×		点	×													
1	13年10ヶ月	37点	×	無	2	×	非該当	2	3	2	3	3	2	3	18	非該当	一致		2
2	4年6ヶ月	59点	○	有	5	○	該当	5	5	5	5	4	5	5	34	該当	一致	6	6
3	2年0ヶ月	60点	○	有	2	×	該当	3	3	2	1	2	2	2	15	該当	一致	4	3
4	2年6ヶ月	47点	○	無	2	×	非該当	1	2	2	2	3	1	2	13	非該当	一致	3	2
5	2年3ヶ月	75点	○	有	4	○	該当	2	5	4	2	3	3	3	22	該当	一致	4	3
6	2年9ヶ月	62点	○	有	4	○	該当	3	3	2	3	4	3	2	20	該当	一致		2
7	2年4ヶ月	56点	○	有	5	○	該当	4	5	3	5	4	5	5	31	該当	一致	5	4
8	3年2ヶ月	61点	○	有	2	○	該当	1	1	5	1	1	4	4	17	該当	一致	4	3
9	9年7ヶ月	58点	○	有	2	○	該当	1	3	1	1	3	5	4	18	該当	一致		2
10	4年2ヶ月	59点	○	有	3	×	該当	3	1	5	1	5	5	3	23	該当	一致		2
11	2年6ヶ月	88点	○	有	3	×	該当	1	3	1	1	5	4	2	17	該当	一致		3
12	2年2ヶ月	59点	○	有	4	○	該当	3	5	5	1	5	3	3	25	該当	一致		3
13	1年9ヶ月	57点	○	有	2	×	該当	3	1	4	3	3	2	2	18	該当	一致		3
14	3年4ヶ月	81点	○	有	2	×	該当	3	4	1	1	4	5	3	21	該当	一致		3
15	1年3ヶ月	66点	○	有	3	×	該当	3	1	3	1	4	4	4	20	該当	一致		4
16	3年9ヶ月	71点	○	有	3	×	該当	5	4	3	3	3	4	4	26	該当	一致		4
17	2年10ヶ月	69点	○	有	4	○	該当	3	5	2	2	2	2	2	18	該当	一致		3
18	3年9ヶ月	70点	○	有	5	○	該当	4	5	4	2	3	4	3	25	該当	一致		3
19	3年3ヶ月	115点	○	無	5	○	該当	2	5	1	5	5	5	5	28	該当	一致		3
20	3年9ヶ月	61点	○	有	3	×	該当	1	5	2	3	4	4	4	23	該当	一致		3
21	2年11ヶ月	99点	○	無	2	×	非該当	2	5	1	2	4	3	2	19	該当	不一致		1
22	1年5ヶ月	34点	×	無	3	×	非該当	2	4	2	1	3	3	1	16	非該当	一致		2
23	7年5ヶ月	50点	○	有	5	○	該当	4	4	3	3	4	3	2	23	該当	一致		3
24	2年1ヶ月	67点	○	有	5	○	該当	4	5	5	5	5	4	4	32	該当	一致		4

図1 「重度かつ慢性」該当者、
「しやかいふつき」入院相当者とを比較した(女子)

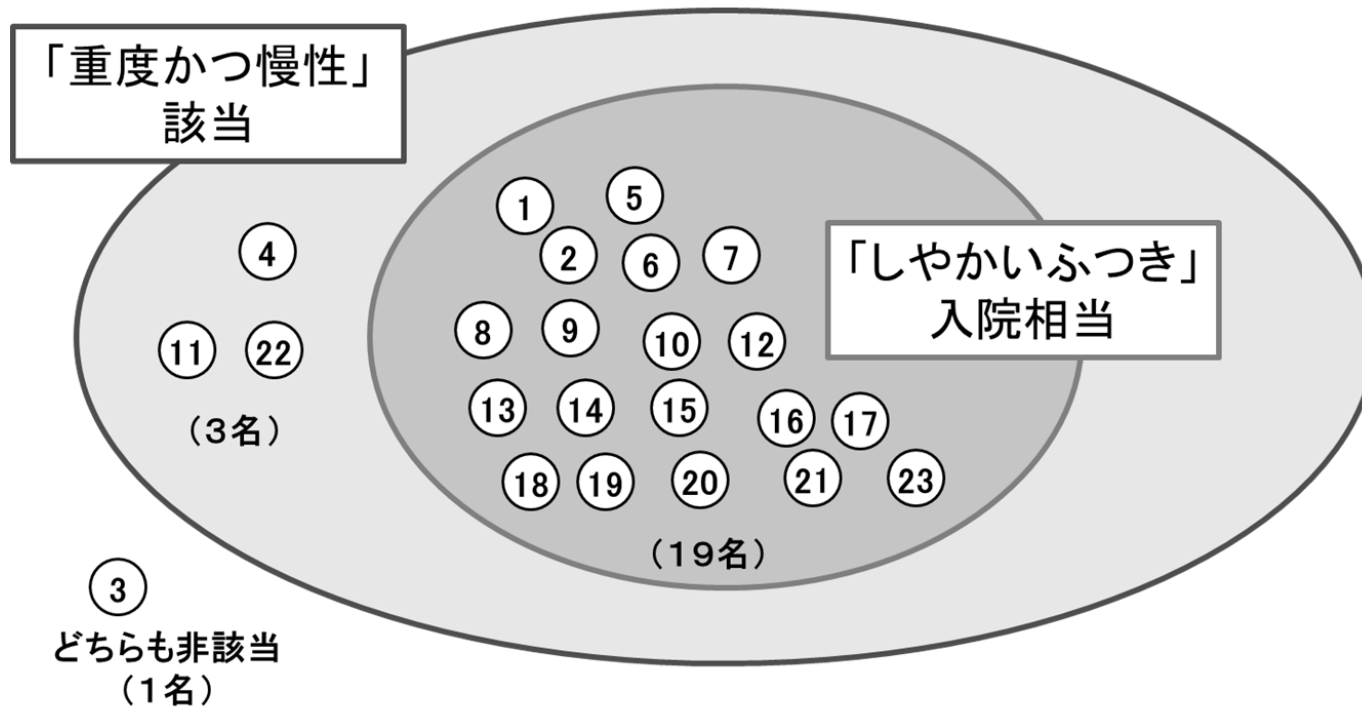


図2 「重度かつ慢性」該当者、
「しやかいふつき」入院相当者とを比較した(男子)

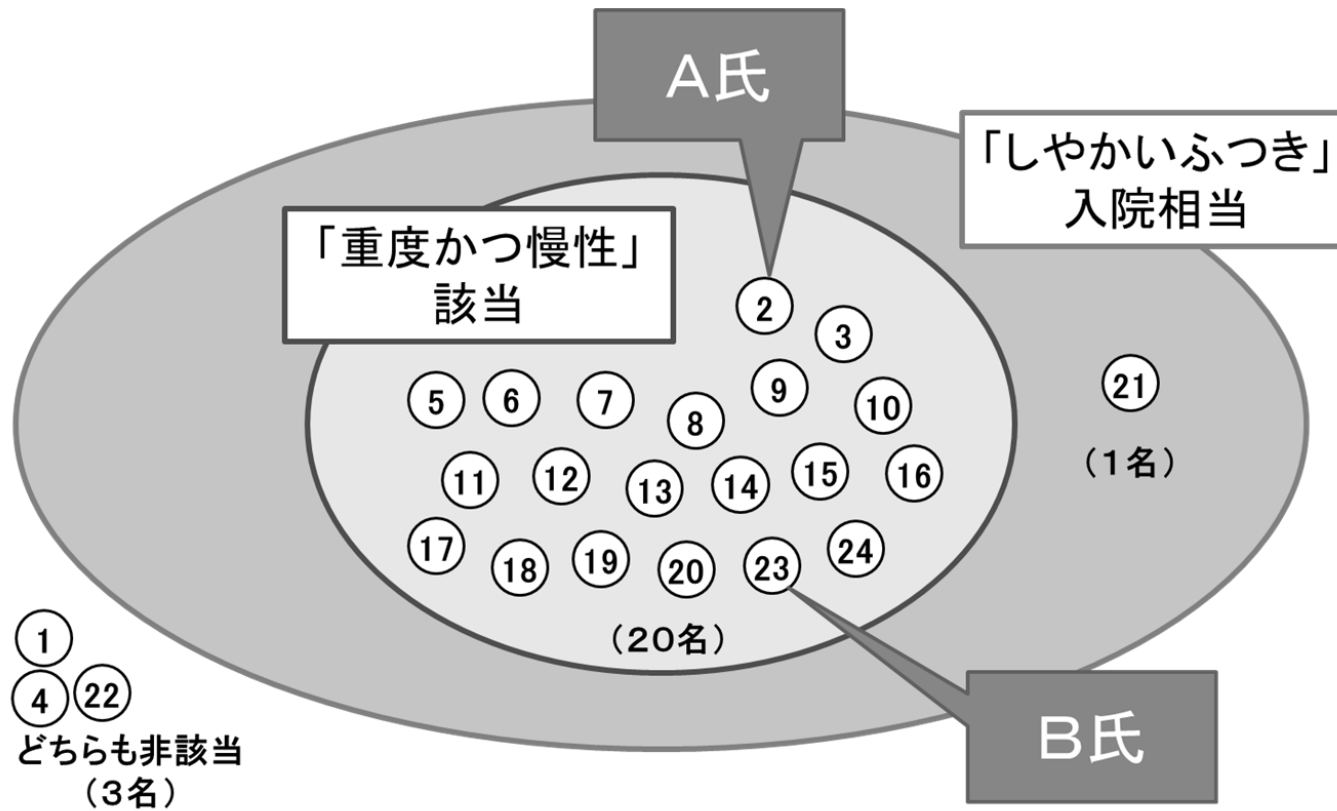


表4 さわ病院グループホーム入居者

年齢	精神症状	能力障害	障害程度区分	社会的行動
70歳代	5	4	3	2
60歳代	3	3	2	1
60歳代	4	4	2	2
50歳代	5	5	2	2
50歳代	5	4	3	2
50歳代	4	3	2	1
60歳代	4	3	2	2
60歳代	3	3	2	2
50歳代	4	3	3	2
60歳代	3	3	1	2
70歳代	4	4	3	2
40歳代	5	4	4	2
60歳代	3	4	2	1
30歳代	3	3	2	1
60歳代	3	3	2	2
50歳代	4	3	3	2
60歳代	2	2	1	2
50歳代	2	2	2	2

参考：文献4より生活障害評価表「表1 日精協版ケアアセスメント」を以下に再掲

表1 日精協版ケアアセスメント

平成17年1月27日

精神科ケアマネジメント対策部会

No.	項目	内容	想定されるサービス
1	食 事	1) 適量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない)	①1人住まい ②一般就労 ③なし
		2) 時に施設からの提供を必要とする場合があるが、1)が だいたい自主的にできる。	①1人住まい ②授産施設～ 一般就労 ③なし
		3) 時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になっ たり、不規則になったりする。	①日中ケアの ある住居 ②作業所 ③ヘルパー
		4) いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧 しかったり、いつも過食になったり、不規則になったり する。強い助言や援助を必要とする。	①24時間ケア のある住居 ②デイケア ③訪問看護、ヘルパー
		5) 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。	①入院 ②作業療法 ③ —
2	生活リズム	1) 一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過 ごし方を考えて行動できる。 ※一般的には午前9時には起きていることが望まれる	①1人住まい ②福祉工場～ 一般就労 ③なし
		2) 時に寝過ごすことがあるが、だいたい自分なりの生活リ ズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき 程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあっても すぐに元に戻る。	①1人住まい ②授産施設～ 福祉工場 ③なし
		3) 時に助言がなければ、寝過ごすか、週に1度を越えて生 活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は 1～2時間程度のばらつきがある。	①日中ケアの ある住居 ②作業所～授 産施設 ③ヘルパー、訪 問看護
		4) 起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾 きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要 とする。	①24時間ケア のある住居 ②デイケア ③ヘルパー、訪 問看護
		5) 臥床がちで、昼夜逆転したりする。	①入院 ②作業療法 ③ —
3	保 清	1) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題 なく行っている。必要に応じて(週に1回くらいは)、自 主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装がで きる。	①1人住まい ②一般就労 ③なし

		2) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的におこなえる。	① 1人住まい ② 福祉工場～一般就労 ③ ヘルパー、訪問看護
		3) 個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。	① 日中ケアのある住居 ② 授産施設 ③ ヘルパー、訪問看護
		4) 個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② デイケア、作業所 ③ ヘルパー、訪問看護
		5) 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。	① 入院 ② 作業療法 ③ —
4	金銭管理	1) 1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
		2) 時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を抑えたりする。ときおり大切な物を失くしてしまう。	① 1人住まい ② 福祉工場 ③ ヘルパー
		3) 一週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりするために時として助言が必要になる。	① 日中のケアのある住居 ② 福祉工場～作業所 ③ ヘルパー、訪問看護
		4) 3～4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② 作業所、デイケア ③ 訪問看護
		5) 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出来ない。	① 入院 ② 作業療法 ③ —
5	服薬管理	1) 薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
		2) 薬の必要性は理解しているいないにかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)	① 1人住まい ② 一般就労、福祉工場 ③ なし(あるいは訪問看護)
		3) 薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)	① 日中ケアのある住居 ② 福祉工場～作業所 ③ 訪問看護

		4) 飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。強い助言や援助（場合によりデポ剤使用）、さらに、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。	①24 時間ケアのある住居 ②デイケア、作業所 ③訪問看護
		5) 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、デポ剤が中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。	①入院（デポで24 時間ケアのある住居も可） ②作業療法、デイケア ③ 一、訪問診療、訪問看護
6	対人関係	1) あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。	①1人住まい ②一般就労 ③なし
		2) 1) が、だいたい自主的にできる。	①1人住まい ②福祉工場、一般就労 ③なし
		3) だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。	①日中ケアのある住居 ②デイケア～作業所～授産施設 ③訪問看護
		4) 1) で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。3) がたびたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。	①24 時間ケアのある住居 ②デイケア、作業所 ③訪問看護
		5) 助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようとして、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。	①入院 ②作業療法 ③ 一
7	社会的適応を妨げる行動	1) 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見られない。	①1人住まい ②一般就労 ③なし
		2) この1か月に、1) のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。	①24 時間ケアのある住居 ②デイケア ③訪問看護
		3) この1か月に、そのような行動が何回かあった。	①入院 ②作業療法 ③ 一
		4) この1週間に、そのような行動が数回あった。	①入院 ②作業療法 ③ 一
		5) そのような行動が毎日のように頻回にある。	①入院 ②作業療法 ③ 一

注) ①住まう場 ②日中の活動 ③専門職のサポート