

7. 精神疾患の在宅医療

在宅医療者が在宅で遭遇し得る精神疾患を概観し、その臨床的特徴について述べる。また、サービスモデルの考察を通じ、精神科医が在宅医療に関わることの意義にも言及する。

はじめに

在宅医療者が在宅で遭遇し得る精神疾患のうち、主なものを国際疾病分類（ICD）に準拠して挙げた（表）。このうちF0に属する認知症についてはすでに在宅医（必ずしも精神科医としての臨床経験を有しているわけではない臨床家が圧倒的に多いと推測される）による分厚い実践と研究の蓄積がある。また、同じくF0のせん妄についても別項で述べられているので、本項ではこれら以外の精神疾患の在宅医療について述べ、サービスモデル論を含めた若干の考察を行う。

統合失調症

1995年に「精神保健法」が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」に改正されたことは、精神科領域で医療と福祉を統合することが法的に位置付けられたという意味で画期的なことであった。これに当たっては、統合失調症を「疾病と障害の共存」とし、単に医療（治療）の対象とするのみでは

なく、リハビリテーションと福祉（生活支援）の対象としても捉えようとする蜂矢¹⁾の提唱が大きな役割を果たしたといわれている。この考え方にしたがえば、生活の場たる在宅で医療・福祉一体型サービスを提供する営みが統合失調症ケアの中核的部分をなすことが望ましいのは、自明のこととすらいえる。

2002年、国立精神神経センター国府台病院（現・国立国際医療センター国府台病院）において包括型地域生活支援プログラム（assertive community treatment; ACT）が厚生労働科学研究として始められ、翌年からは臨床活動も開始された。それまでも主に精神科リハビリテーションの領域で医師往診、訪問看護などが行われてきたが、より包括的な形での多職種訪問チームによる活動へと発展したことになる。これを嚆矢として日本各地でさまざまなACTサービスが行われるようになった（ACTの対象は必ずしも統合失調症を持つ患者だけではないが、彼らをメインターゲットにしていることは間違いない）。ACTの効果としては、生活の乱れから病状を再燃させて再入院に至る、いわゆる「回転ドア現象」を防止し、長期入院者の

表. 在宅で遭遇し得る主な精神疾患

ICDコード	疾患名
F0：症状性を含む器質性精神障害	認知症、せん妄など
F1：精神作用物質使用による精神および行動の障害	アルコール症など
F2：統合失調症圏	統合失調症
F3：気分（感情）障害圏	うつ病、躁うつ病
F4：神経症圏	社会恐怖、パニック障害、強迫性障害、身体表現性障害など
F5：生理的障害	摂食障害、非器質性睡眠障害など
F7：知的障害（精神遅滞）	精神遅滞
F8：心理的発達の障害	広汎性発達障害など

地域への移行を促進することに加え、病識が乏しく自発的に医療機関に赴くことが困難な未治療・治療中断者の治療契機となることも期待されている。

その他の精神疾患

その他の精神疾患の在宅医療については未だ報告が少ないのが現状である。筆者は精神科を専門としている医師であるが、内科のみを標榜している診療所で訪問診療に従事してきた。主にその立場からの経験に基づいた知見を述べる。

気分障害圏、すなわちうつ病を中心とした疾患については、高齢化に伴い通院困難となった例がほとんどで、いわゆる「うつ病・認知症移行領域」に相当する患者が多い。なかには認知症や神経難病の診断を受け、紹介により訪問診療の導入に至ったが、診療していくとうつ病が本態であったと判明する例がある。また、向精神薬による薬剤性パーキンソニズムに気付かれぬまま通院困難状態に陥り、代理受診の末に紹介される例もある。これらは適切な薬物調整により、通院可能な状態まで改善することも期待できる。

通院治療を主体とすることを目指すべき疾患としては、極端な低栄養やひきこもり傾向により通院困難となった摂食障害や社会恐怖・パニック障害・強迫性障害なども挙げられる。

また、がん末期の在宅医療における抑うつや不安状態に対し、コンサルトを求められることもある。

内科疾患の診断を受け訪問診療導入となった例のなかには、その本態が精神疾患、すなわち身体表現性障害ではないかと疑われる例が存外に多い。アルコールなどの依存症と並び、複雑な家族内力動を有していることが訪問を通じて感得される。

在宅医療と精神医療をめぐるサービスモデル論

在宅医療に従事する医師は、元々の診療科が何であっても幅広い臨床能力が求められることになる。このような臨床能力を有する医師については、日本ではプライマリ・ケア医、家庭医、総合診療医などの名称で呼ばれているが、本稿では general practitioner (GP) と呼ぶこととする。

世界で類を見ない高齢化を迎えている日本において、在宅療養者は心身両面にわたる多重の障害を有していることが多い。認知症は初期から中期にかけて、特に認知症の心理・行動症状 (BPSD) が強く現れる場合には精神疾患としての色彩が強いが、訪問診療の適応となる中期以降では次第に身体管理の重要性が増してくる。統合失調症については、かねてからその身体合併症を取り扱う医療機関が極めて少ないことが問題となっている。

また、精神科未治療・精神科治療中断例の実態は未だ明らかでなく「サービスを最も必要とする人たちほどサービスが届きにくい」といわれているが、海外では未治療の精神病性疾患患者はしばしば GP によって見出されると報告されている。

2008年に、世界保健機関 (world health organization; WHO) と世界家庭医機構 (world organization of family doctors; Wonca) は共同で『Integrating mental health into primary care』という冊子を発行した²⁾。世界的に増大し続ける精神科治療需要に供給が全く追いついていない現状に対して、メンタルヘルスケアをプライマリケアに統合することで問題解決を図る提言である。そしてメンタル・ヘルスケア・サービスのあるべき姿を図のように視覚化している。

セルフケアとインフォーマル・コミュニティ・ケアがサービスの最も基本的な部分に位置し、

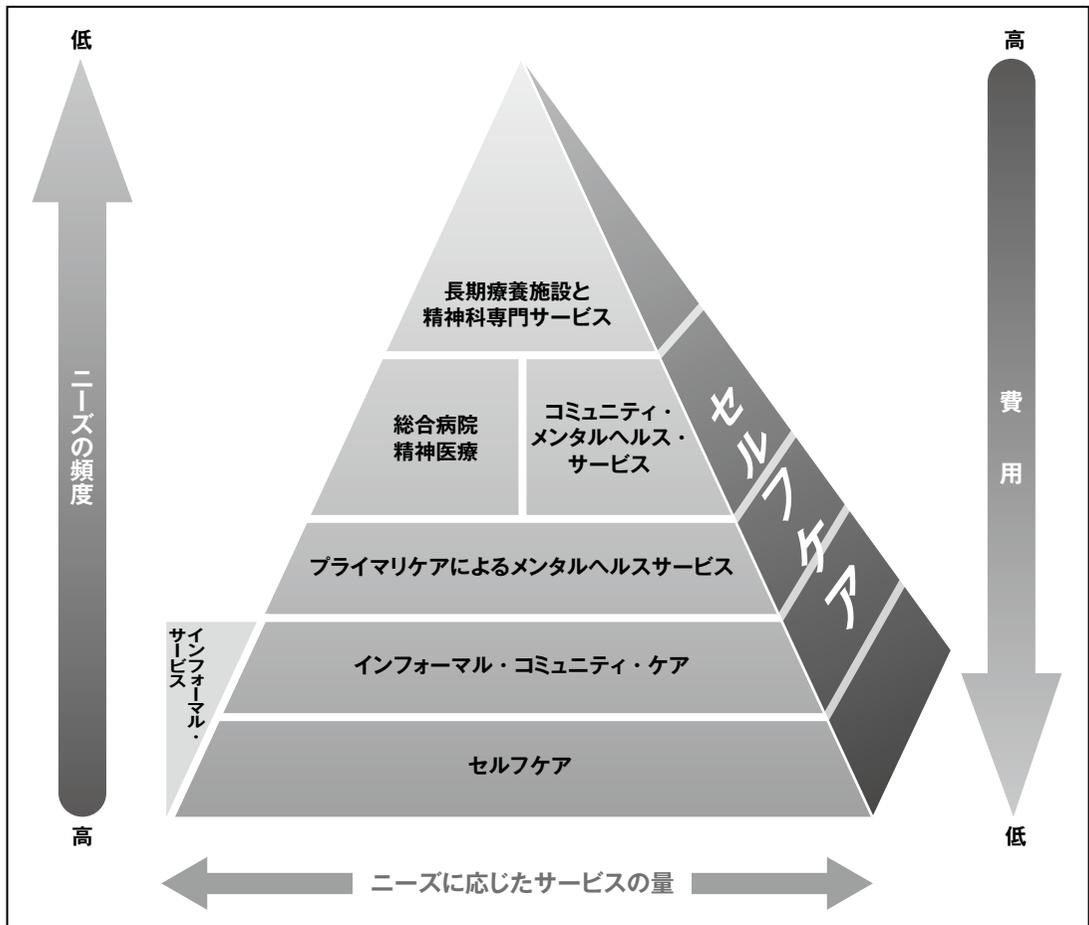
次いで専門家により提供されるサービスの基底部分としてGPにより提供されるプライマリケア・メンタルヘルス・サービスがある。その上位の階層に総合病院精神医療とコミュニティ・メンタルヘルス・サービスが並立する。そしてそれらの要素が最適な組み合わせで機能することで、長期の施設入所を最小化することができる、とされている。

しかしながらこの図に即して日本の状況を鑑みるに、GPによるプライマリケア・メンタルヘルス・サービスも、ACTに代表されるコミュニティ・メンタルヘルス・サービスもまだ未成熟な段階にある。加えて総合病院精神科は、その必要性の増大にもかかわらずかえって縮小の一途をたどっているのが現状である。日本にお

いては統合失調症をはじめとした精神障害を持つ人の脱施設化がなかなか進まず、精神病床が世界的に見ても突出して多い事態が続いているが、その解消のためにはこの「ピラミッド」の土台部分であるインフォーマル・サービスを充実させるとともに、中間部に位置する3つの医療領域を発展させていかなければならないことがわかる。

この課題に対し、例えば岡山県精神保健福祉センターは、自らアウトリーチチームを有し保健師と身体科・精神科を含む地域診療所を中心としたネットワークの一翼を担うとともに、ネットワークを構築する支援者を育成する視点と手法を持つことで地域全体の支援力向上を目指している。千葉県旭中央病院精神科は「地

図. メンタル・ヘルスケア・サービスの最適な組み合わせのための「ピラミッド」(WHO & Wonca)



域支援群」と呼ばれる多職種チームを運営することで、総合病院精神科の機能を維持したまま大量の長期入院患者の地域移行を実現した。また、地域生活支援センターのメンタルヘルス版といえる「地域精神保健センター（仮称）」を志向する「日本多機能型精神科診療所研究会」が2015年に設立されたことも、特筆すべき動向であろう。

これらは精神医療者側の近年の動向であるが、非精神医療系の在宅医療機関についてはどのような方向性が考えられるだろうか。例えばひきこもり傾向が強く、医療に乗らない住民への介入要請を保健所などから受けたことのある在宅医療機関は少なくないと想像される。在宅医療者自身が精神科の診療能力を高めることももちろん大切であるが、訪問チームに精神科医もいる、という選択肢があってもよいのではないだろうか。GPとしての能力を有した在宅医と精神科医とが同一施設で協働し、多職種と訪問チームを形成するサービスモデルを、筆者は「GP—精神科医—多職種訪問チームモデル」と呼んでいる。筆者ら³⁾による統合失調症を持つ患者への訪問診療実績調査により、「GP—精神科医—多職種訪問チームモデル」は精神科身体合併症問題に対し迅速かつ効果的に対応できること、精神科未治療・精神科治療中断例に対しての受療経路として有効である可能性が示されている。「GP—精神科医—多職種訪問チームモデル」は、上記3つの医療領域サービスのハイブリッド型、もしくは発展型モデルであるといえ、日本の在宅医療において一定の役割を果たし得るとともに、特に総合病院精神科出身精神科医のキャリアパスの一つとなり得ると考える。

精神病理学的小考

加藤は、統合失調症患者における社会・生活状況への関わり方を、自己を社会・共同体へと

開いていく裂開相と、状況から撤退してひきこもる内閉相として示した⁴⁾。さらに加藤は「人間の生は、健常人であれ病気を持つ人であれ、微細に見れば心身両面における不断の『平衡危機と平衡創出』の継ぎ的な展開の過程をみることができる⁵⁾」とした上で、「統合失調症における新たな平衡創出は、柔軟性を欠く、硬化したものになりやすく、ややもすると自己に閉じこもる内閉相の側に頑なに身を寄せる形で作られる傾向があるといえる⁴⁾」としている。こうした知見を踏まえ、家族および治療者との信頼できる人間的絆を築き「ソフトな内閉相⁴⁾」を保持することが、統合失調症の在宅ケアの基盤となる。こうした治療布置は、アウトリーチサービスにおいて課題とされる治療強制や訪問行為の侵襲性、患者の自律性を奪うことへの懸念などを払拭することにもつながると考えられる。

敷衍すれば、在宅医療とはなべて患者の「内閉相に関与する医療」としての性質を帯び、内閉相における心身両面の平衡危機を最小に留め、平衡創出を援助することを眼目とした医療であると位置付けることができる。在宅医療とは、精神病理学的な意味合いにおいても患者のみならず家族を、そして家そのものを対象とする医療であると考えられる。

(北田 志郎)

《引用文献》

- 1) 蜂矢英彦：精神障害論試論。臨床精神医学 10：1653-1661, 1981.
- 2) WHO, Wonca: Integrating mental health into primary care: a global perspective.2008.
- 3) Kitada S, et al : The Intervention Effectiveness of Home Medical Care Provided for Schizophrenic Patients by an Internal Medicine Clinic- A Challenge for Comprehensive Care Including Treatment for Physical Disorders -. Jichi Medical University Journal 35: 35-47, 2012.
- 4) 加藤敏：統合失調症の語りと傾聴。EBMからNBMへ。金剛出版, 107-135, 2005.
- 5) 加藤敏：統合失調症慢性期、寛解期の病態を踏まえた外来治療。精神科治療学 20(5)：455-462, 2005.