

精神保健福祉の動向と社会的入院者の退院問題

安西 信雄*1 瀬戸屋雄太郎*2

Key Questions Q1: 社会的入院とは何か、これまでどのような調査研究が行われてきたか？
 Q2: 厚生労働省はこの問題についてどのような方向を目指しているのか？
 Q3: 臨床現場ではこうした患者さん達の退院にどう取り組めばよいか？

はじめに

お互いにわかりきった言葉として使っていても、正確な意味は案外知られていないことがある。「社会的入院」もそうした言葉ではなかろうか。

ケースカンファランスでは「この人は社会的入院だから退院してもらったほうがいい」「国も社会的入院解消といってるじゃないですか」「社会的入院者はいったん全部退院してもらって、それから必要な人だけ入院してもらったらどうですか」という意見が出る。その一方で、「長期在院で生活能力が落ちているのではないですか」「退院したら服薬中断が起きるかもしれない」「地域での生活を誰がどう支えるかが問題ではないか」という現実論が出される。

社会的入院問題は確かに社会的問題であるが、どのような対応が行われるかは現場の具体的な臨床の問題であり、対象とされる患者さんにとってきわめて切実な問題だからである。これらの問題の両方に立脚した実証的な検討が必要と思われる。厚生労働省が掲げる「入院医療中心から地域生活中心へ」の課題は、長く続いた精神保健福祉の閉塞感から脱却するための好機到来を感じさせるが、社会的入院者問題への対応を誤れば今後の10~20年にわたる禍根を生むことにもなりかねない。本誌のこの特集には重要な役割がある。

社会的入院とは何か

いつから誰が、どのような意味で社会的入院という言葉を使ったか。

小山¹⁾は「社会的入院という言葉がいつごろから使用されるようになったかについては、必ずしも明らかではない」としつつ、過去の資料を検討した結果、「厚生省(現厚生労働省)の行政文書の中で使用されたのは、生活保護法上の医療援助の運営に対する指導要領においてである」としている。生活保護法が昭和25年(1950年)に施行されたが、当時は結核が蔓延し入院施設が不足しており、「各地の結核療養所には、たとえ治癒しても戻る家もなく、療養所に住民票があるという患者が少なくなかった」ため、こうした結核患者に対して社会的入院という言葉が使用されたとのことである。その後、昭和36年(1961年)からの精神病院建築ラッシュの後、昭和40年代に「寛解した患者が職場や家庭に帰ることができず、そのまま入院を継続するというケースが目立ってきた中で、生活保護制度の適切な運用という視点から社会的入院という言葉が用いられた」とされる。さらに「昭和48年に老人医療の無料化が行われると、今度はいわゆる老人病院の開設がブームになった」「今度は老人病院が社会的入院の温床であるとい

*1 あんざい のぶお：国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部，医師 〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

*2 せとや ゆうたろう：同，精神保健福祉士
0915-1354/04/¥400/論文/JCLS

表 1 退院可能性に関する専門職評価の結果比較 (文献7より引用)

各調査の全体	厚生省 調査*1 (%)	山梨調査*2 (%)	学会調査*3 (%)	川崎調査*4 (%)	全家連'95調査*5	
					医師評価 (%)	看護師# (%)
退院はむずかしい	40.7	40.0	66.9	40.9	59.2	63.3
相当の困難はあるが退院の可能性はある	26.5	27.9				
条件が整えば退院の可能性はある	22.0	20.6	33.1	41.9	39.7	35.4
退院して社会生活ができる	8.4	7.2		17.2		
無回答, 不詳等	2.4	4.3			1.1	1.3

※ 学会調査のみ, 2年以上在院者

*1 厚生省: 昭和58年度精神衛生実態調査の概要, 厚生省, 1985

*2 山角他: 社会復帰活動と医療費体系: 山梨県における社会復帰の調査から, 精神経誌, 92; 798-804, 1990

*3 社会復帰問題委員会: 精神経誌, 93; 582, 1991

*4 神奈川県社会復帰援護会: 川崎市社会復帰ニード調査報告書, 1994

*5 全家連保健福祉研究所: 研究所モノグラフ15号, 1998

「活動の場と住居があれば退院可能」

各調査の「条件が整えば退院の可能性はある」群と「退院して社会生活が出来る」群を加えると, 27.8%~49.1%になる

う主張が, 国民健康保険の関係者によってなされた」とのことである。わが国の社会的入院問題は, 結核, 精神, 老人の3つの波を経てきたことになる。いずれも生活保護や医療費の財政困難と関連して, 支払い側や行政サイドから提起された問題であることにも注意が必要であろう。

ところで, 社会的入院という言葉はどのように定義されているのであろうか。

総理府(現内閣府)の用語解説²⁾では「入院治療の必要性がなくなったにもかかわらず, 寝たきり等の要介護状態にある高齢者が, 家庭に介護者がいないなどの理由で退院できない状態にあること」と定義されている。わが国の医療と福祉のあり方を検討した経済審議会行動計画委員会の報告書³⁾では「医療と福祉との間にはっきりした境界線は全く引かれておらず, 両者間の混乱が今日の社会的入院といった解決が困難な大きな問題を生じる要因となっている」と指摘したうえで, 「入院治療の不要な高齢者が, 福祉施設や在宅での生活を支えるホームヘルパーなどの不足によって, 病院で暮らしていることを社会的入院と呼ぶ」と定義している。これらは高齢者についての定義であるが, 要約すれば「入院の必要のない人が退院できない状態にあること」ということになるであろう。

精神保健分野では猪俣⁴⁾は「とりあえず」の定義として「病状はある程度安定しているにもかかわらず, 居住の場その他の生活支援を得られないために入院生活を余儀なくされている人」と社会的

入院者を定義している。高橋⁵⁾は「医療上は入院治療の必要がないにもかかわらず, 社会福祉制度の不備や差別・偏見等により退院して地域に住むことができずに, 入院を余儀なくされている状態をいう」とし, 田中⁶⁾は「病状は改善されてもはや入院の必要がないにもかかわらず, 住居など社会の受け入れ態勢が不十分なために, 退院できず入院を続けている状態をいう」としている。

精神障害者の社会的入院に関するこれらの定義は, ①病状は(ある程度)改善して入院を継続する必要がない, ②居住の場や地域生活に必要な支援が得られない, ③退院できず入院生活を継続している, という共通点がある。こうしてまとめると, 前述の高齢者の社会的入院と比べて, ②の退院に必要なケアには差異がみられるが, ①と③は共通していることがわかる。精神保健分野における社会的入院を検討する際には, ①③の条件と共に, 精神障害の特性に関連すると考えられる②の条件の検討が重要になるであろう。

精神障害者の社会的入院をめぐる これまでの調査研究

厚生省(現厚生労働省)の昭和58年度精神衛生実態調査をかわきりに, 精神科長期在院患者を対象として「退院して社会生活ができる」あるいは「条件が整えば退院の可能性はある」患者がどの程度存在するかという調査がさまざまな団体により実施されてきた。表1は大島⁷⁾がそれらの結果を

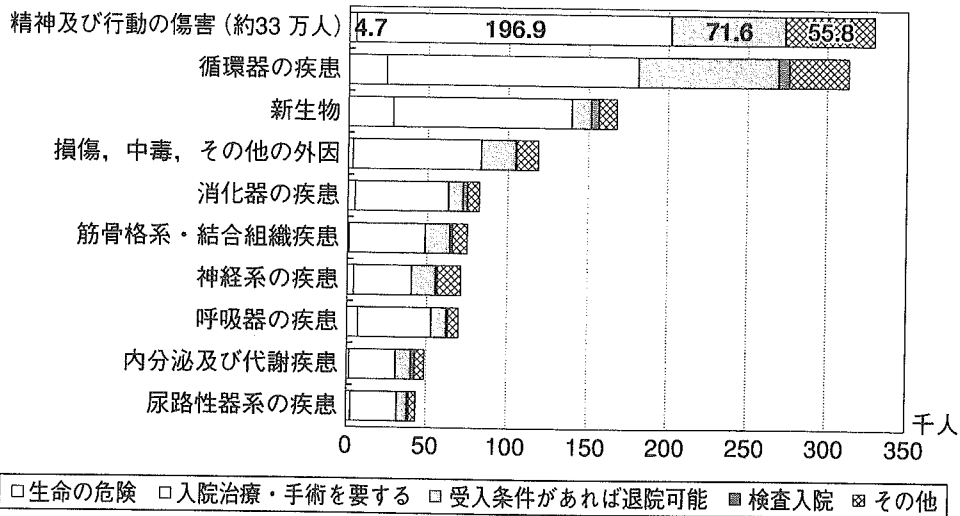


図1 入院数トップテン傷病分類の重症度別推計患者数 (厚生労働省平成11年患者調査)

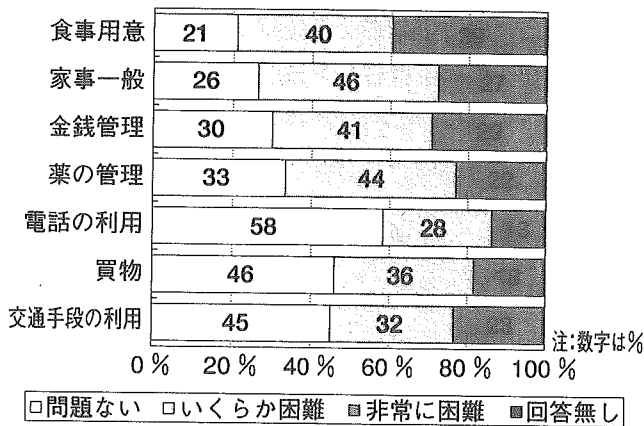


図2 「現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能」患者のIADLの実態 (平成15年精神科病院協会社会復帰サービスニーズ調査)

集計したものである。精神神経学会調査は2年以上在院、ほかはすべて1年以上在院患者を対象に、医師か看護師が評価したものであるが、表1から上記の2群が占める率を求めると27.8~49.1%になる。他の調査を含めても20~60%の範囲で「退院可能」あるいは「条件が整えば退院可能」な患者が存在するという結果であった⁷⁾。これらの「条件が整えば退院可能群」までを含めた患者率20~60%を精神科在院患者33万人にあてはめると6万6千~19万8千人になる。

これらの調査は、退院のための「条件」が明確とはいえず、これらの患者がただちに社会的入院としてよいか疑問はあるが、地域ケア体制の整備の必要性を根拠づけるものであった。

厚生労働省から発表された文書では「受入れ条件が整えば退院可能」な患者数は「約7万2千人」または「約7万人」とされている。この数字が初めて公式文書に登場したのは社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書⁸⁾であった。この算定根拠は図1のように厚生労働省平成11年患者調査で、在院患者のうち「精神及び行動の障害」に分類された約33万人のうち、医師による重症度評価で「受入条件があれば退院可能」の欄にチェックされた患者が71,600人で、切り上げて7万2千人とされたわけである。

医師による社会的入院の判定がどの程度一致するかについての研究が岡田⁹⁾により実施された。単科精神病院に2年以上在院している統合失調症患者107名を対象に5人の常勤医が入院理由の判定とBPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms), SRS (Symptom Rating Scale)の評価を実施した。その結果、①社会的入院患者は医学的入院患者と比べて陽性症状が軽いと評価されたが陰性症状では差を認めなかった、②社会的入院患者のほうが精神症状が軽いとみなすことは各医師間で一致していたが、どの程度の症状で社会的入院と判断するかは各医師間に大きな違いがみられた。これらの結果について、「同じ病院に勤務する医師の間ですら判断の基準が一定していないことを示しており、社会的入院の客観的な判定

表 2 厚生労働省の精神保健福祉をめぐる最近の動き

平成 14 年 12 月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書 ・ 精神保健福祉対策本部発足 ・ 新障害者基本計画, 障害者プランの決定
平成 15 年 5 月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神保健福祉対策本部中間報告
平成 15 年 9 月～ 3 検討会スタート	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神病床等に関する検討会 ・ 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会 ・ 心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会
平成 16 年 9 月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神保健医療福祉の改革ビジョン (精神保健福祉対策本部)

が容易でないことがわかる」と結論された。

これまでの調査から「受入れ条件が整えば退院可能」という医師の判定にはかなりの幅があるが、岡田⁹⁾の報告はその原因の一端を明らかにしたもののといえよう。筆者はさらに2つの問題があるのではないかと考える。

第1は現在在院中の患者が地域生活に移行する際にどのような生活上の困難があり、どのような支援をどの程度必要とするかという判断の問題である。図2は日本精神科病院協会¹⁰⁾が実施した社会復帰サービスニーズ調査事業報告書のデータを筆者がグラフ化したものである。入院患者11,805人について、医師の判断により「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」「状態の改善が見込まれ、近い将来(6カ月以内)には退院可能」「退院困難」の3群に分類された。最も軽症と考えられる「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」と判断されたのは1,767人で、入院患者の約15%であった。この群は「受入れ条件が整えば退院可能」という群に近いのではないかと考えられる。図2ではこの群の食事用意、家事一般等の手段的日常生活動作(IADL)の評価が示されている。横棒は3つに区分されているが、右が「非常に困難」、中央が「いくらか困難」と評価されたものである(「回答なし」は少数なので図にはほとんど表れていない)。電話利用を除く他のすべての項目で過半数の患者が「いくらか」または「非常に」困難をもつと評価された。どの項目も困難がない患者は13.8%にすぎなかった。こうした生活

上の困難が地域生活において実際にどの程度の問題となるのか、どのような支援をどの程度必要とするかを病棟での生活ぶりから推測することは難しい課題である。

第2に「支援が整えば」退院可能と判断する際に、実際にその医療機関や地域で存在し機能している支援に基いて判断するのか、実際には存在しないが「あるべき姿」として判断するのかという問題である。前者と比べて後者はより判断の幅が大きくなるのではなからうか。

社会的入院の判断には、このように「どのような生活上の困難があるか」「地域ケアの側に利用可能な支援サービスがどの程度存在するか」ということによって大きな影響を受けると考えられる。以上をまとめると、社会的入院者の退院は、多くの場合、退院で完結するものではなく、地域生活に困難をもつ患者群をどうすれば地域でケアできるかという課題として捉え直す必要があるのではなからうか。

厚生労働省の精神保健施策の展開と新しい改革のビジョン

1. 精神保健福祉をめぐる最近の検討会等の経過

厚生労働省の精神保健福祉をめぐる最近の動きを表2にまとめた。

平成14年(2002年)12月に発表された社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書では、ノーマライゼーションや当事者主体の精神保健医

療福祉への転換を前提に、「これまでの入院医療主体から、地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換する」という方向性が示され、特に長期在院患者の地域移行について「受入れ条件が整えば退院可能な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図る」と明記された。これは、従来の入院医療中心から地域生活中心への転換を図ること、「7万2千人」という数値目標を掲げて退院・社会復帰の対策を講じることを明確にした画期的なものであった。

平成15年(2003年)5月に厚生労働省精神保健福祉対策本部から中間報告が出された。ここで4つの重点施策が掲げられた。①普及啓発：精神障害についての正しい理解を広げ、当事者参加活動を推進する、②精神医療改革：精神病床の機能強化、地域ケアの拡充、精神病床の減少を促すこと、③地域生活の支援：住居・雇用・相談支援の強化、④「受入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の対策：退院促進支援事業(大阪方式)の全国への拡充、新障害者プラン実施による退院後の受け皿の整備・ホームヘルプ等の拡充であった。これにより厚生労働省として、精神障害分会の報告を踏まえて精神保健施策として具体化していく方向性が示された。

平成15年9月から中間報告の①～③のそれぞれの柱に対応する検討会が発足した。①精神病床等に関する検討会、②精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会、③心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会の3つである。普及啓発検討会の検討結果は平成16年(2004年)3月に「こころのバリアフリー宣言～精神障害を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針」としてまとめられた。他の2つの検討会からも平成16年8月に報告書がまとめられた。

平成16年9月2日に厚生労働省精神保健福祉対策本部から「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が発表された。これは上記の3検討会の結論を踏まえ、対策本部として見解をまとめたもので、「今後、地方公共団体、関係審議会等の意見を聴きながら、平成17年における精神保健福祉法の改正をはじめとする施策群の実施につなげる」とされて

おり、社会的入院対策にとどまらず、わが国の精神保健福祉の転換が構想されている。

2. 精神保健福祉対策本部の改革ビジョンの概要

精神保健福祉の改革ビジョン¹¹⁾の内容は多岐にわたるので、詳細は改革ビジョンを精読いただくこととして、ここでは本論の主題に関連する部分を中心に紹介したい。

基本方針として『「入院医療中心から地域生活中心へ』というその基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める」と述べられている。これは精神保健分会報告書以来の一貫した方向性といえる。

わが国の精神保健福祉のあり方に特に大きな影響を与えるであろうと思われるのは、「精神保健医療福祉体系の再編の達成目標」が具体的に示されている点である。すなわち、「各都道府県の平均残存率(1年未満群)を24%以下とする」「各都道府県の退院率(1年以上群)を29%以上とする」とされ、「この目標の達成により10年間で約7万床相当の病床数の減少が促される」と述べられている。精神保健分会報告書では7万2千人の「退院」が目標とされたが、改革ビジョンでは約7万床相当の「病床数の減少」に踏み込み、その達成のための数値目標が残存率と退院率という形で各都道府県に提示されたわけである。

ここで、「平均残存率」は新規に入院した患者が1年後まで退院せずに入院を継続している率であり、「新規に入院する患者については(中略)できる限り1年以内に退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する」とされている。一方、「平均退院率」は1年以上の在院患者がその後の1年間に退院する率で、「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」とされている。

「都道府県単位での退院率の改善の手法」として、「社会復帰リハの強化と地域生活支援体制の充実により長期入院患者の退院を促す」ことが掲げ

られ、具体的な内容として、「ア.病床の機能分化(強化)等:急性期,社会復帰リハ,重度療養等の病床の確保,イ.地域における体制づくり:再編後の住・生活・活動等の支援体制の充実,各病院における精神医療のノウハウを活かせる地域サービス分野への人員の再配置」が挙げられている。

この新たな算定式導入は平成17年(2005年)度から,社会復帰リハ等の病床機能分化を平成18年(2006年)度から実現することを目指すとしており,ここ1~2年で急速な改革が予定されている。

なお,上記の数値目標は,平均残存率,退院率のそれぞれについて,現時点での上位3~5県で達成されている目標数値を各都道府県が目指すべき達成目標として設定したもので,これらの達成により2015年には1年未満群から約2.1万床,1年以上群から約5.2万床,合計約7万床の病床削減が目指されている。

社会的入院者問題への臨床現場の対応

社会的入院という言葉は生活保護費や医療費の財政困難と関連して強調された歴史を背負っているが,わが国の精神保健福祉を改革し地域ケアを欧米の水準まで急速に充実させるために,前向きに捉えるべき課題と思われる。

厚生労働省の改革ビジョンでは,「精神症状が持続的に不安定な障害者(例えばGAF30点以下程度を目安)に対して,24時間連絡体制の下,多職種による訪問サービス,短期入所(院),症状悪化時における受入れ確保等のサービスを包括的に提供する事業の具体化を明確化する」と述べられており,これはACTを想起させる。さらに地域支援体制として「市町村による相談支援体制」が重視されているが,これはケアマネジメントの普及を目指していると理解される。

社会的入院の解消においては,地域ケアの充実が焦点となるが,こうしたACTやケアマネジメントの担い手の養成が課題となる。欧米では脱施設化にあたって,入院への予算を地域ケアに振り向けるとともに,それまで病棟で勤務していたスタッフを再教育して地域ケアに配属してサービス

提供者を確保した¹²⁾。改革ビジョンで述べられている「地域サービス分野への人員の再配置」が効果的に実施されることを期待したい。

このように,長期在院患者の地域移行を果たすためには,精神保健福祉の「各専門職の地域移行」も必要になる。各職種が院内の治療活動だけでなく,地域に向くアウトリーチ・サービスを実施できる力量と体制をもつことが必要であろう。さらに入院治療とACTやケアマネジメント,地域生活支援に関わる諸機関との連携の工夫も必要となる。課題は多いが社会的入院者の退院の実現は,新しい地域ケアの時代を拓くことになるであろう。

〔謝辞〕

社会的入院について貴重なご示唆をいただいた小山秀夫部長(国立医療・病院管理研究所医療経済研究部),白澤政和教授(大阪市立大学生活科学部),蜂矢英彦元院長(東京武蔵野病院),大島巖助教(東京大学医学部健康・看護学部)に感謝します。

文献・資料

- 1) 小山秀夫:介護保険と社会的入院について. 国民健康保険 1998.12:2-5, 1998
- 2) 総理府社会保障制度審議会事務局:社会保障体制の再構築に関する勧告—安心して暮らせる21世紀の社会を目指して,用語解説. 1995.7.4 <<http://www8.cao.go.jp/hoshou/whitepaper/council/kankoku-word/>>
- 3) 経済審議会行動計画委員会:医療・福祉ワーキング・グループ報告書. 1996.10.9 <<http://www5.cao.go.jp/j-j/keikaku/iryuu1-j-j.html>>
- 4) 猪俣好正:第4回社会保障審議会障害者部会精神障害分会資料2,精神障害者保健医療福祉施策推進に関するメモ. 2002.5.14 <[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb01Mhlw.nsf/0/c6a4007815c80b3e49256bb9001a8136/\\$FILE/siryou2.PDF](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb01Mhlw.nsf/0/c6a4007815c80b3e49256bb9001a8136/$FILE/siryou2.PDF)>
- 5) 高橋 一:社会的入院. 日本精神保健福祉士協会・日本精神保健福祉学会(編):精神保健福祉用語辞典. 中央法規, p221, 2004
- 6) 田中英樹:精神科リハビリテーションにおける精神保健福祉士の役割. 精神保健福祉士養成講座編集委員会(編):精神保健福祉士養成講座3,精神科リハビリテーション学. 中央法規, pp45-49, 2002
- 7) 大島 巖:精神障害者の実態—精神障害者の困難状態と援助必要性. 蜂矢英彦, 他(監):精神

障害リハビリテーション学. 金剛出版, pp 127-133, 2000

- 8) 厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害分会: 同分会報告書, 今後の精神保健医療福祉施策について. 2002.12.19<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/12/s1219-7b.html>>
- 9) 岡田和史: 精神分裂病患者の社会的入院の判定. OT ジャーナル 32: 299-300, 1998
- 10) 日本精神科病院協会: 精神障害者社会復帰サー

ビスニーズ調査事業報告書. 日本精神科病院協会, 2003

- 11) 厚生労働省精神保健福祉対策本部: 精神保健医療福祉の改革ビジョン. 厚生労働省ホームページ. 2004.9.2<<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>>
- 12) 安西信雄: 脱施設化再考—「社会的入院」患者と精神科リハビリテーションの役割. 精神保健研究 16: 99-103, 2003

『作業療法ジャーナル』既刊案内

(◇は品切れ)

第35巻 [特集]

- 第1号◇体幹・下肢機能と作業能力の発揮
- 第2号 クリティカルパスと作業療法
- 第3号 精神科作業療法の効果
- 第4号 臨床実習の現状と新たな挑戦
- 第5号◇家庭療育プログラムの実際—家族指導のポイント
- 第6号 福祉のまちづくり—暮らしづくり・生きがいづくり (増大特集)
- 第7号◇感覚統合療法の適応と限界
- 第8号 ビジネスチャンスとしての作業療法
- 第9号 作業療法における感染症対策
- 第10号 脳外傷による高次脳機能障害と作業療法
- 第11号 精神障害者ケアマネジメントと作業療法
- 第12号 活動制限・参加制約と作業療法

第36巻 [特集]

- 第1号 脳血管障害者の自動車運転
- 第2号 精神科作業療法におけるリアルオキュペーション
- 第3号 回復期リハビリテーション病棟の作業療法
- 第4号 障害児・者の就労支援
- 第5号 地域福祉施設における作業療法
- 第6号◇[最新版] テクニカルエイド—福祉用具の選び方・使い方 (増大特集)
- 第7号 障害者の加齢と生活支援のあり方
- 第8号◇うつ病の作業療法
- 第9号 教室と臨床をつなぐ教育の工夫
- 第10号◇介護保険制度見直しにむけての提言—主として自立支援, リハの観点から
- 第11号◇終末期・死と作業療法

※在庫の最新情報は弊社ホームページでご確認下さい。

第12号◇人間発達とおもちゃ

第37巻 [特集]

- 第1号 病院と在宅をつなぐ精神科作業療法
- 第2号 音楽療法と作業療法
- 第3号 子どもの暮らしと作業療法
- 第4号◇アシスティブ・テクノロジー (AT)
- 第5号◇末梢神経損傷の作業療法
- 第6号 ADLを問う—臨床の質が変わる ADL 支援の提案 (増大特集)
- 第7号◇理論枠組みの違いによる作業療法計画
- 第8号◇集団作業療法—どう考え, どう実践するか
- 第9号 痴呆疾患の治療・療養病棟における作業療法実践
- 第10号 回復期リハビリテーション病棟の作業療法の検証
- 第11号 1. これからの作業療法士教育の動向/2. 援助つき教育
- 第12号 介護保険サービスをどのように生かすか—作業療法からの提案

第38巻 [特集]

- 第1号 「障害を受容する」意味について問い直す
- 第2号 認知行動障害に対するアプローチ
- 第3号 作業療法士の教育・評価
- 第4号 訪問作業療法の役割と効果
- 第5号 発達障害がある子どもの個別支援
- 第6号 グループホームにおける痴呆ケア
- 第7号 (増刊号) EBOT時代の評価法 “厳選 25”
- 第8号 頭部外傷に対する作業療法
- 第9号 ヘルスプロモーション
- 第10号 性生活支援—性行為に対する援助を中心に
- 第11号 作業療法技術の研修プログラム

特集 精神科リハビリテーション

精神科リハビリテーションの概念と意義*

● 安西信雄** / 榎野葉月**

Key Words : psychiatric rehabilitation, discharge from hospital, community care, schizophrenia

はじめに

「精神科リハビリテーション」と聞けば、病棟日課として繰り返される「集団作業」を連想される方もおられるであろう。意欲に満ちた若い医師にとって、集団作業のゆったりとした時間の中に身を置くことが耐え難く感じられるかもしれない。観察眼の鋭い医師は、一見平凡な反復のように思われる動きの中に、微妙な集団のダイナミクスや診察室では見られない所作を見出して、その活動に治療的意義を見出すかもしれないが、多くの医師は個人面接と薬物療法に患者の改善の手がかりを求めようとするであろう。

身体的リハビリテーションの分野では、早期離床と早期歩行から始まるリハビリテーションの必要性を疑う人は少ないであろう。しかし、わが国の精神科病院の長期在院の状況を見れば、全体としては精神障害の分野でリハビリテーションが効果的に実施されておらず、入院治療は症状改善に的を当てた薬物療法が中心となっているように思われる。

今日の精神科リハビリテーションは、さまざまな心理社会的治療法を駆使し、精神障害を持つ個人の参加と可能性をひき出し、疾病による

障害を克服して地域生活を可能にする地域リハビリテーションの方法を獲得している。もちろん作業療法自体も個別のアセスメントを踏まえた系統的な治療方法として発展してきている。

上記の精神科リハビリテーションの「ステレオタイプ」は、長期在院患者への対応が中心であった「入院中心の医療」によって生み出されたものかもしれない。厚生労働省が打ち出した「地域生活中心」への転換は、新入院患者の早期退院だけでなく、長期在院患者の地域移行を促すもので、地域生活にむすびつける精神科リハビリテーションの重要性を改めて求めているといえるのではなかろうか。

そこで、精神科リハビリテーションの概念と意義を検討し、厚生労働省の新しい動きを紹介しながら、精神科リハビリテーションの今後の発展方向を考えたい。

精神科リハビリテーションの概念と意義

リハビリテーションは、上田¹⁾が述べるように全人間的復権が目標とされる。これは障害を持つ人が人間らしく生きていくために、個人のニーズに対応して医学的・教育的・職業的・社会的リハビリテーションを統合して実践することを意味する。高齢者医療研究会中間報告²⁾はこうした考えに沿い、リハビリテーションを「単なる機

* Concept of psychiatric rehabilitation and its role in the current psychiatric reform in Japan.

** Nobuo ANZAI, M.D. & Hazuki MAKINO, Ph.D.: 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部(〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3); Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Ichikawa, Chiba 272-0827, Japan.

能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や職場への参加を可能にし、その自立を促すものである」と定義した。こうした理念は精神障害にも適切なものと考えられる。

WHO³⁾により作成された国際機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF) は、健康状態を、①心身機能(身体構造)、②活動、③参加の三つの次元で表現した。伊勢田⁴⁾が指摘しているように、これは従来の否定的表現を避けて中立的に表現し、障害構造を多元的に検討する視点を与えるものであるが、精神障害の複雑性に対応させるにはさらに工夫が必要と考えられる。

それでは上記の理念に沿って精神科リハビリテーションをどのように考えるべきであろうか。Wing⁵⁾は、リハビリテーションを「(機能障害、社会的不利、好ましくない個人的反応などからなる精神障害に伴う重度の社会的障害)の原因を明らかにし、予防し、最小にすると同時に、個人が自らの才能を伸ばし、それを利用して、社会的役割の成功を通して自信と自尊心を獲得するのを助ける過程である」と定義した。Anthony⁶⁾は、「精神科リハビリテーションの使命は、長期精神障害をかかえる人々の機能回復を助け、専門家による最小限の介入で、彼ら自身が選択する環境において落ち着き、満足できる生活を送れるようにすることである」として、個人の生活技能の向上と環境側の支援の両方を重視した。Anthony⁷⁾はさらに、「精神疾患を被ったことによる破局的な影響を乗り越えて、人生の新しい意味と目的を創り出す」という意味でリカバリー(回復)の概念を提唱した。

このように精神科リハビリテーションは個人と環境とのかかわりを重視し、それらの両方に働きかけるもので、とくにリハビリテーション過程への本人の主体的な参加が強調される。

このように述べると抽象的で分かりづらいかもしれないので、筆者が最近経験したことをご紹介したい。ある研修会で質疑応答の際に参加者(デイケアスタッフ)から出された質問である。「デイケアの患者さん同士の話の中で自分は服薬

していないということが話された。何人かは自分もそういうことがあると述べていた。これをデイケア担当医に報告したところ、担当医は『リハビリに来ているのに薬を飲んでいないのでは何にもならない。そういうことなら全員の薬をスタッフが預かって、せめてデイケアに来ている間は確実に服薬するようにしよう』と話された。スタッフとしてはどのようにしたらよいか?』との問いである。デイケア担当医はずいぶん怒っていたらしい。閉鎖病棟でしばしば実施されているように、デイケアでも服薬を「職員管理」にしようという話である。

上記のリハビリテーションの考え方に沿ってこの問題に対処するならば、まずは服薬しなかった状況や本人の気持ちや考えを確かめる必要がある。その中には病気や薬物療法の理解の不十分さがあるかもしれないし、場合によっては副作用の訴えがあるかもしれない。さらには、本人のこれからの生活上の目標に照らして服薬が妨げになっていると理解されているかもしれない。こうした事情を明らかにし、本人の気持ちを受け入れつつ、合理的な対処を本人が選択できるようにするのが精神科リハビリテーションの考え方である。こうした方法は、管理的に振る舞うのと比べてヒューマニスティックというだけでなく、信頼関係づくりや本人の長期的な安定と自立のために効果的ということがいえる。

Bachrach⁸⁾は、精神障害における心理社会的リハビリテーションの特徴を次の8項目に要約した(文献⁹⁾の日本語訳から引用)。

- ①精神障害を持つ人の個別性の重視：その人の能力を最大限に高めるための訓練目標を重視する。
- ②環境要因の重視：個人の能力は環境要因との相互作用によって変化するため、適切に環境を変化させたり、適切な環境に導入するためのケースマネジメントを用いる。
- ③患者の強さの開発：たとえ病気を持っていても、その人の健康な自我に働きかける。
- ④希望重視：希望こそが欠くことのできない要素であり、従来の精神科リハビリテーションと異なる点である。
- ⑤職業能力への楽観性：職業をもつことで、

収入があり、時間と場所が構造化され、社会的接触が広がり、社会的役割が認められ、積極的になれる。

⑥社会生活や余暇生活重視：職業以外にも社会生活や余暇生活を身につける必要がある。

⑦自己ケア重視：自分のリハビリテーション計画には自分自身が参加し責任を持つべきである。

⑧継続する過程：リハビリテーションは一時的で単一なものではなく、初めから終わりまで継続するものである。

こうした心理社会的アプローチは、当初は医療の外から始まったが、最近では精神科医療実践の方法として精神科リハビリテーションの中に組み入れられている。たとえば、統合失調症治療についての米国のエキスパートコンセンサスガイドライン(専門家による指針)¹⁰⁾では、治療の質の評価として、①機能的状態(仲間や家族と関係をもつ能力など)、②患者のQOLの認識、③治療成果に対する患者の認識、④治療に伴う問題に対する患者の認識(薬の副作用など)、⑤安全性の問題、⑥精神保健サービスに対する患者や家族の総合的満足度があげられている。ここでは、臨床医による臨床症状の評価は(政策に関するエキスパートは)治療の質の尺度としてさほど重要でないと考えている、とされている。

客観的指標として精神症状でなく社会的機能水準があげられていること、他の項目は本人や家族の満足度やサービス評価にかかわることである点が注目される。専門家による評価の指針にユーザー志向がしっかり根づいているわけであるが、このような治療の質を達成するためにはユーザーの参加をふまえた精神科リハビリテーションが精神科治療にしっかり組み入れられることが必要となる。精神科リハビリテーションの意義はそこにある。

厚生労働省の精神保健施策の展開と新しい改革のビジョン

平成14年12月に発表された社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書¹¹⁾では、ノーマライゼーションや当事者主体の精神保健医療福祉への転換を前提に、「これまでの入院医療主体か

ら、地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換する」という方向性が示され、とくに長期在院患者の地域移行について「受入れ条件を整えば退院可能な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図る」と明記された。これは、従来の入院医療中心から地域生活中心への転換を図ること、「7万2千人」という数値目標を掲げて退院・社会復帰の対策を講じることを明確にした画期的なものであった。

その後、厚生労働省精神保健福祉対策本部中間報告と、それに基づいて発足した三つの検討会の審議を経て、それらを取りまとめる形で、平成16年9月2日に厚生労働省精神保健福祉対策本部から「精神保健医療福祉の改革ビジョン」¹²⁾が発表された。これは3検討会の結論を踏まえ、対策本部として見解をまとめたもので、「今後、地方公共団体、関係審議会等の意見を聴きながら、平成17年における精神保健福祉法の改正をはじめとする施策群の実施につなげる」とされており、わが国の精神保健福祉の転換が構想されている。

改革ビジョンの内容は多岐にわたるが、基本方針として「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくことを明らかにし、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標として、「各都道府県の平均残存率(1年未満群)を24%以下とする」「各都道府県の退院率(1年以上群)を29%以上とする」という具体的な数値をあげている点が注目される。さらに「この目標の達成により10年間で約7万床相当の病床数の減少が促される」とし、「病床数の減少」に踏み込んで、達成のための数値目標を各都道府県に提示することになる。

ここで、「平均残存率」は新規に入院した患者が1年後まで退院せずに入院を継続している率であり、「新規に入院する患者については(中略)できる限り1年以内に退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する」とされている。一方、「平均退院率」は1年以上の在院患者がその後の1年間に退院する率で、「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など)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」とされている。地域生活支援体制としては相談支援体制(ケアマネジメント)が想定されている。

精神科リハビリテーションの 発展方向

改革ビジョンは精神病床の機能を向上させ、相談支援体制と連携することにより、新規入院患者の早期退院と、1年以上の長期在院患者の退院・地域移行を実現する体制づくりを求めている。今後の精神科リハビリテーションには、退院と地域生活を可能にする治療・援助技術としての役割がますます強く求められることになる。こうした退院促進の実践が機械的にならないように、しかも効果を発揮できるためには、上記のように患者さんのニーズと個別性を踏まえた精神科リハビリテーションの実践が広まることが必要と思われる。

文 献

- 1) 上田 敏. リハビリテーションを考える. 東京: 青木書店; 1983.
- 2) 高齢者医療研究会. 高齢者リハビリテーション研究会中間報告書. 2004.1.15.
- 3) 世界保健機関(WHO). ICF国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-. 東京: 中央法規; 2002.
- 4) 伊勢田 亮. 国際生活機能分類(ICF)と精神障害. 精リハ誌 2002; 6: 45-9.
- 5) Wing JK, Morris B・編(高木隆郎監訳). 精神科リハビリテーション-イギリスの経験. 東京: 岩崎学術出版; 1989. p.11-2.
- 6) Anthony WA, Liberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. Schizophr Bull 1986; 12: 542-59.
- 7) Antony WA(濱田龍之介・訳). 精神疾患からの回復-1990年代の精神保健サービスを導く視点. 精リハ誌 1998; 2: 145-54.
- 8) Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. Am J Psychiatry 1992; 149: 1455-63.
- 9) 野中 猛. 解題-心理社会的リハビリテーション. イーゼンバークMG・編(野中 猛, 池淵恵美・監訳). 心理社会的リハビリテーションのキーワード. 東京: 岩崎学術出版; 1997. p.149-62.
- 10) McEvoy JP, Scheifler PL, Frances A. The expert consensus guideline series: Treatment of schizophrenia. 1999.[大野 裕・訳. エキスパートコンセンサスガイドラインシリーズ 精神分裂病の治療1999. 東京: ライフ・サイエンス; 2000.]
- 11) 厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害分会. 今後の精神保健医療福祉施策について. 同分会報告書. 2002.12.19.
- 12) 厚生労働省精神保健福祉対策本部. 精神保健医療福祉の改革ビジョン. 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>, 2004.9.2.

* * *

〈展 望〉

精神障害者の地域ケアの中での社会生活技能訓練

安西 信雄* 池淵 恵美**

要 約

わが国の精神保健分野における社会生活技能訓練 (SST) の本格的な導入は、1988 年の米国 UCLA の Liberman 来日から始まった。その後約 15 年の発展経過を SST の普及状況に関する 6 回のアンケート調査にもとづき検討した。その結果、① SST は生活行動の改善を目標にデイケアを中心に開始され、② 診療報酬化 (1994 年) 以後は医療機関だけでなく非医療機関においても実施施設数の増加がみられ、③ 対象の拡大 (統合失調症以外の気分障害や神経症圏、さらに司法など医療以外の対象へ) と技法の多様化 (基本訓練モデルに加えて各種モジュールも実施) の傾向が認められた。普及の過程で生じた誤解や批判について検討し、普及における SST 普及協会の役割を検討した。SST に関連した研究報告の経年推移を検討し、研究の動向を概括した。今後のわが国の地域ケアへの転換に関連して、生活の場での行動改善、長期入院患者の退院促進等に SST が寄与すべきことを考察した。

キー・ワード：統合失調症 脱施設化 地域ケア 社会生活技能訓練 (SST)

本論文の目的

わが国における行動療法の発展経過について、内山 (1999) は日本行動療法学会が発足した 1976 年以降の四半世紀を回顧し、わが国の行動療法が「方法論の多角化、研究対象の拡大、関連領域の多岐化、会員数の増加」などの点で発展し、研究内容も諸外国に比肩しうるレベルに達して 2004 年に国際会議を開催するに至った成果を述べるとともに、こうした発展の過程で遭遇した誤解や偏見について述べた。ここで行動療法は「その基礎となる学習理論の性格上、他の心理医療諸技法に比して格段に多くの誤解・偏見にさらされている」とされ、「誤解・偏見」の例として、「人間-動物同一視説」「末梢技法説」「機械的-冷酷療法説」「臨床・実践遊離説」「認知欠落説」があげられた。これらの背景に、教育制度の不備や、行動療法の「鋭角的な学習理論」より「わび、さび」や「曖昧

さ」を好む日本の文化的風土の影響が考察された。行動療法の発展は、実証的な成果の蓄積によって、これらの「発展上の隘路」を克服してきた過程といえることができるであろう。

社会生活技能訓練 (social skills training; 以下、SST と略す) は行動療法から出発し、米国における精神障害患者の脱施設化 (deinstitutionalization) の中で疾病自己管理を含む包括的な地域生活支援プログラムとして発展し、1988 年の米国 UCLA の Liberman の来日を契機にわが国での本格的な実践が開始された。わが国における SST の歴史は約 15 年であり、行動療法の 25 年余の歴史と比べ短く、発展途上の状況にあるが、その過程で内山 (1999) の指摘と類似した状況にも遭遇した。SST は教育分野で早くから開始され、近年司法や労働などの分野にも広がりつつあるが、「入院生活技能訓練療法」として精神科専門療法に位置づけられるなど精神科医療分野における普及が特色といえるであろう。

わが国の精神科医療は、入院中心から地域ケアへの転換の時を迎えている。SST は上述の

*国立精神・神経センター精神保健研究所

**帝京大学医学部精神科学教室

(2003(平成 15)年 7 月 16 日受理)

Table 1 わが国における SST の歩み：略年表

年	SST をめぐるおもな出来事
1988	「リバーマン博士の生活技能訓練ワークショップ」開催
1989	SST ニュースレター発行開始（年間6号→4号）
1990	Blackwell 氏と Eckman 氏の家族・モジュールワークショップ
1991	リバーマン教授の生活技能訓練ワークショップ '91
1992	厚生科学 SST 分担研究班 診療報酬ガイドライン（案）作成
1993	世界精神保健連盟世界会議 SST 講演とセミナー、演題発表
1994	診療報酬 精神科専門療法に「入院生活技能訓練療法」新設
1994	厚生科学 SST 分担研究班 SST 研修会要綱の標準化提言
1995	SST 普及協会発足、6月8日に発会記念講演会開催
1996	経験交流ワークショップ、認定講師研修会、学術集会の開催

ように米国における脱施設化の弊害を克服する努力の中で生まれたが、わが国の脱施設化（地域移行）の中で、その真価が問われる状況となっている。本小論では、こうした視点から、① SST 普及協会会員へのアンケート結果を紹介しながらわが国における SST の発展経過を振り返り、② SST の効果に関連した研究成果をまとめ、③ 地域ケアの時代に対応した SST の発展方向を検討する。

わが国における SST の発展経過

わが国における SST の発展経過は Table 1 のようにまとめられた（安西ら、1998）。前述のように 1988 年の Liberman 来日を契機に SST が本格的に開始され、1994 年には「入院生活技能訓練療法」が診療報酬化され、翌 1995 年に SST 普及協会が発足した。2003 年 5 月時点での会員数は、個人会員 1,381 人、賛助会員 198 施設であった。

わが国における SST の発展経過は、診療報酬化までの経過と、その後の発展に分けて考えることができる。

1. 診療報酬化までの SST の発展経過

1989 年に発行された SST ニュースレターで、すでに 17 施設で SST が実施されていることがアンケートにもとづき報告された（安西、1989）。早稲田大学人間科学部（坂野）、国立肥前療養所（山上）などでは早い時期から開始さ

れていたが、他の多くの施設では上記の Liberman 来日後に実践が開始されていた。1 年後の 1990 年に第 2 回のアンケートが実施され、SST 実施施設数が 34 施設に倍増したことが報告された（安西、1990）。SST 実施の対象は統合失調症（全回答者の 98%）がもっとも多く、対象者の課題は「入院はしていないが社会生活の上で種々の困難をもつ人びと」がもっとも多く、治療形態はデイケア（68%）がもっとも多く、ついで入院（32%）、外来（20%）、その他（5%）の順であった。SST 実施者が関心をもつ治療目標は「生活行動と適応の改善」（90.4%）、「再発の防止」（34.9%）、「認知機能の改善」（31.3%）の順であった。このように Liberman 来日を契機として、生活行動と適応の改善を目標にデイケアを中心とした SST が開始されたことがわかる。

その後、1991 年の第 3 回アンケート（安西、1991）では実施施設は 63 施設となり、1993 年の第 4 回アンケート（1992 年 10 月時点；安西、1993）では実施施設は 132 施設となった。第 4 回アンケートの実施施設の内訳は、民間精神病院 56（42%）、国公立精神病院 20（15%）、保健所 11（8%）、精神保健センター 10（8%）、大学付属病院 8（6%）、大学（付属病院以外）7（5%）、共同作業所 7（5%）などであった。SST 普及協会会員を対象としたアンケートであり、調査対象が医療機関に偏っている可能性はある

が、医療機関を中心としつつ、保健所や精神保健センター、大学や共同作業所などの医療機関以外でも実践が開始されたことがわかる。さらに、家族会（2施設）、保護観察所（1施設）、児童相談所（1施設）でも SST が開始されていた。

こうした普及の実態を踏まえて、Table 1 のように診療報酬ガイドラインの試案が作成され、1994 年に診療報酬に組み入れられた。この背景には、「精神障害者には疾患と障害が共存しており、医療と生活支援に関する総合的アプローチが必要」であり、「日常生活や社会生活の障害に対しても、医療的視点をも踏まえた対応が必要」（緒方，1993）という認識があった。つまり医療の枠の中に生活障害に対応できる有効な方法が求められ、その役割が SST に求められたわけである。

SST ニューズレターには毎号のように各地での実践報告が紹介され、実践指針として Liberman や前田ケイによる Q&A、池淵恵美による評価方法の解説等が掲載された。研修会は東大精神科デイホスピタル（DH）で1990年2月から、ルーテル学院大学で前田ケイによる SST ワークショップが1991年7月から開始され、その後、福岡大学（皿田洋子）など各地で開催されるようになった。SST ニューズレター 6 巻 4 号には、1994 年 4 月から翌年 1 月までの間に協会で定めた 10 時間以上の基準を満たす SST 研修会が全国の 31 か所で開催されたことが報告された。診療報酬化までに全国で数千人が SST 研修会に参加したと推定される。

2. 診療報酬化とその後の SST の発展

上記のようにわが国における SST は 1988 年から本格的な普及が始まり、はじめは積極的な社会復帰活動を行ってきた各地のデイケアを中心に実践が開始され、しだいに入院治療や地域に展開していった。こうした普及の実態を踏まえて、SST の診療報酬化の指針をまとめるために平成 3 年（1991 年）度厚生科学研究として SST 分担研究班（約 20 名）が構成され、診

療報酬ガイドライン試案が作成された（安西，1993）。その提言を受けて、1994 年 4 月に精神科専門療法として「入院生活技能訓練療法」が新設された。ガイドライン試案では「精神科を標榜している保健医療機関（病院、診療所）において、入院・通院（デイケア通院を含む）の患者に対して実施されるものである」として、診断を限定せず SST が必要な入院・通院の精神障害者を対象とすること、診療従事者は医師の指導のもとで多職種のコ・メディカル 2 名以上（SST 研修会参加を推奨）とすること、15 人以内を標準単位として 1 時間以上、週に 2 回を限度とし、250 点とすることが提案された。診療報酬化に当たって多くの事項が取り入れられたが、週 1 回、75 点となり、通院やデイケアは含まれず入院患者のみが対象となり、SST 研修への参加も実現せず、これらが不十分点として残された。

診療報酬化が実現したことにより、全国の精神科病院で SST の普及が図られたが、その一方で「歯磨きをしても SST」というような診療報酬を得ることを目的とした誤用が知られるようになり、本来の SST を普及させるための研修システムと、それを支える全国組織の必要性が認識された。それが SST 普及協会が設立された最大の理由であった。

1994 年 7 月に SST 普及協会の発会準備会が東京で 2 日にわたり開催された。この準備会では、① SST 研修会の内容の検討と基準の設定、② SST 研修会の講師の養成、③ 各地で開催される研修会への講師の派遣、④ ニューズレターの発行などが討議され、同時に、第 1 回の講師研修会が開催された。ここで現在の認定講師研修会の基本事項が形作られた。

厚生科学研究により SST 研修の要綱がまとめられた（安西，1995）。これは、Table 2 に示した Mueser et al. (1990) による SST の定義にもとづき、初級研修で行うべき講義と演習の実施手順と基準を定めたものである。SST は対人的技能改善を中心的な課題とする基本訓練

Table 2 社会生活技能訓練 (SST) の8要素 (Mueser et al., 1990)

-
- ① 対人状況における患者の技能の不足な点と過剰な点を評価すること
 - ② ある特定の技能についての学習の方法を提供すること
 - ③ 社会的場面を模した中での治療者らによる技能のモデリングが行われること
 - ④ 患者に対して練習しているある技能に焦点を当てた教示が行われること
 - ⑤ ある技能についての患者による実技リハーサル (ロールプレイ) が行われること
 - ⑥ 治療者やグループのメンバーから患者に対して正のフィードバックと矯正的なフィードバックが与えられること
 - ⑦ リハーサルとフィードバックを繰り返すこと
 - ⑧ 般化 (generalization) を促すための宿題 (homework) が与えられること
-

モデルと、地域での自立した生活を可能にするための課題領域別の学習パッケージであるモジュールに分けられるが、初級研修においては基本訓練モデルを中心とし、モジュールはその後の発展的な研修において行うこととされた。

診療報酬化から1年8か月を経た1995年12月に実施された第5回SSTアンケート(角谷, 1996, 1998)では、SST実施施設数は179となっていたが、そのうち入院が60%をしめ、デイケア38%、外来13%などを大きく引き離しており、SSTの従事スタッフは看護師が62%をしめ、臨床心理士47%、ソーシャルワーカー40%、医師37%、作業療法士26%の順であった。これらは入院生活技能訓練療法の診療報酬化により、入院施設でSSTの普及が促進されたことを反映しているものと思われる。一方で、入院施設108のうち診療報酬請求をしていたのは87施設(81%)で、その内訳は、入院生活技能訓練療法での請求は72%で、作業療法21%、集団精神療法6%であり、SSTを実施していても診療報酬請求ができていない施設が相当数あること、またSSTの診療報酬点数が低いために他の診療報酬で請求されている(SSTが水面下にもぐる)という問題点が示された。

2002年8月に第6回SSTアンケートが実施され、WPA世界大会横浜大会で報告された(Anzai, 2002)。この調査ではSST実施施設は361施設であった。1996年の第5回調査と第6回調査を比較すると、実施施設の種別は入院が

60%から65%に、デイケアが38%から41%に比率が高まり、従事者の職種は看護師が62%から71%に、心理士が47%から42%に、ソーシャルワーカーが39%から40%に変化していた。対象者の診断分類は統合失調症は90%で変化がなかったが、気分障害が24%から38%に、神経症圏が23%から28%に増え、対象が拡大していることが示された。実施されていたSSTの方法は、いずれも基本訓練モデルがもっとも多かったが、基本会話モジュールが11%から35%に、服薬自己管理モジュールが17%から22%に、地域生活への再参加プログラムが0%から22%に増加しており、実施方法の多様化が示された。

SST実施施設のうち、開始年が不明であった60施設を除いて、実施施設の推移を病院と病院以外に分けてFig.1に示した。SSTは病院でも、また病院以外の施設でも増加してきていることが明らかになった。

教育現場における児童・生徒へのSSTの研究は加藤ら(1985)、佐藤ら(1988)、庄司ら(1989)により開始され、佐藤ら(2000)により学級集団に応用する集団SSTが試みられるようになり、後藤ら(2001)は集団SSTの業績を評価されて内山賞を受賞した。こうした実績を踏まえて2002年のSST経験交流ワークショップ(山口)で「教育現場コース」が開催されて注目を集め、SST普及協会関係者の中でもこの分野の重要性が広く認識された。

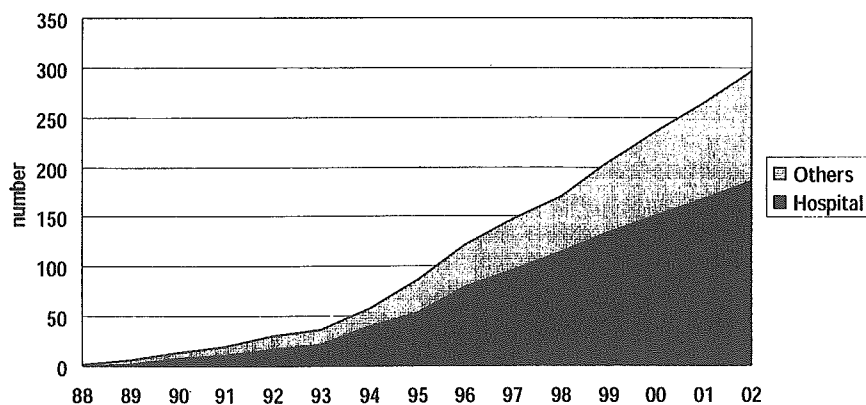


Fig. 1 SST 実施施設数の推移 (2002 年 8 月 22 日集計)
(開始年の記載がなかった約 60 施設は除外された)

第 6 回 SST アンケート (Anzai, 2002) にもとづき「SST を実施中」と回答のあったもののうち、開始年の記載のあったものを集計した (開始年の記載がなかった約 60 件は除外)。したがって、SST を開始したがアンケート時点で中断していた施設については集計に含まれていない。1988 年以降、しだいに増加しているが、1994 年の入院生活技能訓練療法の診療報酬化以後、増加が著しいことが示されている。積み上げ面グラフの下段は病院、上段は病院以外 (クリニックや地域の社会復帰施設、教育機関や更生施設等) における施設数であるが、どちらも増加していることがわかる。

こうした流れをうけて、定款で定める SST 普及協会の目的も変更された。協会発足時には「本会は、日本各地での SST の普及と精神科リハビリテーションの発展に貢献することを目的とする」とされ、この時点では統合失調症を中心とする慢性精神障害者のリハビリテーションが中心的課題と考えられていた。その後、上記のように教育分野における SST の重要性が認識されたこと、精神障害者への SST の実践の場が地域の社会復帰や就労支援の施設にも広がり、SST の対象も知的障害者の分野や矯正教育・更生保護における司法の分野等にも広がり、家族や一般市民を対象とした SST 講座も開かれるようになったことなどにより、上記の目的では実情にそぐわないと認識された。そこで定款で定める SST 普及協会の目的は 2001 年に「本会は、日本各地での SST の普及と精神科リハビリテーションの発展、ならびにメンタルヘルス、市民生活の質の向上に貢献することを目的とする」と改訂された。こうした SST の普及において、SST 普及協会の運営委員 (西

園昌久会長以下 31 人) と全国の世話人 (地区世話人 51 人、職域世話人 3 人) と認定講師 (現在 57 人) が大きな役割を果たした。その発展過程で関係諸団体や個人の幅広い理解と協力をいただいたが、その一方で、誤解や偏見、批判も少なくなかった。

SST の導入時点では、SST は「評価するというまなざしがいけない」「訓練がいけない」「枠にはめる」という誤解にもとづく批判があった。診療報酬化後は、「歯磨きをしても SST」というような SST の誤用への批判があった。さらに SST そのものに問題があるのではないかという批判もみられた。

浅野 (1999) の見解は、そうした SST への批判をまとめたものということができる。そこでは「① 患者の生活上の困難は個人のスキルに還元できるか? ② 生活障害の改善は社会的不利の改善につながるか? ③ 家族を含めた社会の側の態度変容を不問に付していいのであろうか?」と問いかけ、「SST=適応主義」という批判が展開された。こうした批判は内山 (1999)

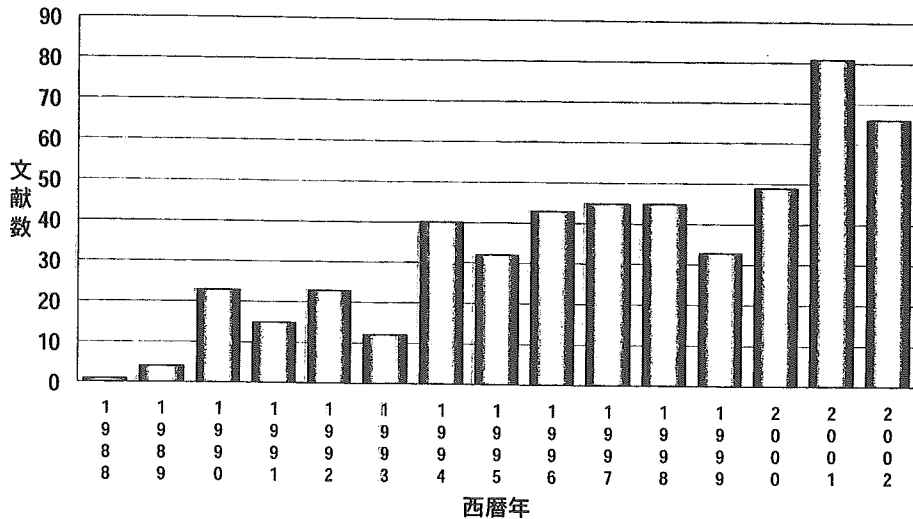


Fig. 2 社会生活技能訓練 (SST) 関連文献数の推移 (1988~2002年)

和文文献データベースである医学中央雑誌から、タイトルまたはキーワードに「SST」または「生活技能訓練」を含む文献数を雑誌の掲載年ごとに集計した。文献数がしだいに増加していることが示されている。

が指摘した「機械的療法説」「抹消技法説」に通じるものがあり、行動療法的アプローチが被りやすいものと思われる。もちろん、良い治療は患者の多面的なニーズに対応した包括的なものであるべきである。SSTの理論的基礎のひとつとなっている「ストレス-脆弱性-対処技能モデル」(Lieberman & Corrigan, 1993)は、環境と個人のダイナミックな相互交渉の中で対象者をとらえ、環境からの支援と個人の対処力量の向上の両方が必要であることを根拠づけた。わが国のSST実践においても西園・皿田(1990)は「良い統合失調症治療の条件」について「①精神症状に対する適切な薬物療法、②社会生活技能の障害に対する生活技能訓練、③自己喪失の挫折感より救出するための精神療法、④社会的支持・家族機能の回復による社会的不利益の改善—の4つの要素が統合されて実施されるもの」と述べ、これがSST実践の基本的な考え方となった。したがって、浅野(1999)の批判はSSTの理念や方法の本質に由来するものとはいえないと思われる。しかし、意図せずそうした陥穽に陥る可能性があるため、安西(2000)はそうならないためのSST実施上の注意点を

報告した。

SSTの効果に関連した研究成果

高沢ら(1996)は行動療法と関連分野の研究を調査し、1989年以降、行動療法に関連する文献数が増加していること、その中ではCBTに関連するものが多く、領域・分野としては統合失調症(精神分裂病)が多いことを報告した。ここでCBTには認知療法、認知行動療法、生活技能訓練、および社会技能訓練が含まれていた。

SSTに関する文献数の推移を知るために、和文文献データベース(「行動療法研究」誌も含まれている)である医学中央雑誌を用い、「生活技能訓練」または「SST」をキーワードとして文献数(「会議録」すなわち、学会発表抄録を含む)を調査した。それがFig.2である。

Fig.2のように、1988年からSST関連の文献がしだいに増加して2001年には年間80件に達していることがわかる。2002年については、未収録の文献が採録されれば、もう少し増えるかもしれない。今後数年の展開をみる必要があるが、図から、SSTの初期導入の1988~1993

Table 3 治療形態別分類

治療形態別	件数	%
入院	81	15.8
デイケア	35	6.8
地域	15	2.9
外来	6	1.2
その他	375	73.2
計	512	100.0

Table 4 対象者別分類

対象者別	件数	%
統合失調症	122	23.8
家族	20	3.9
小児	16	3.1
気分障害	2	0.4
依存症	2	0.4
その他	350	68.4
計	512	100.0

年、診療報酬化以降の 1994～2000 年、地域ケアへの展開の始まった 2001 年以降に時期を分けることができるかもしれない。

上記により検索された SST 関連の 512 文献について、その内容を分類して Table 3～Table 5 に示した。厳密には内容にもとづく分類が必要であるが、ここでは表題にそれぞれの語が含まれているものを抽出しカウントした。治療形態別にみると、治療形態を明示しているものでは入院が 15.8% でもっとも多かった。対象者の分類が明示されているものでは、統合失調症が 23.8% でもっとも多かった。特定分野として明示されている中では看護が 24.8% でもっとも多く、作業療法が 10.4% であった。

国内外の SST に関連する研究成果をまとめたものとしては、池淵 (1995) のほか、安西・池淵 (1997)、安西ら (1998)、池淵・安西 (1999) の総説がある。詳細はそれらの文献に譲るとして、ここでメタアナリシス等の手法を用い、徹底した文献調査にもとづいて作成されている治療指針 (ガイドライン) において SST がどのように位置づけられているかを簡単に紹介したい。米国 NIMH (National Institute of Mental Health) の支援で実施された PORT Project (Lehman & Steinwachs, 1998) では「統合失調症患者の特異的な欠陥に焦点を当てて計画され、よく調整された支援、教育、行動的および認知的技能訓練のアプローチは機能を高め、服薬非遵守などの問題の改善のために継続的に実施されるべきである」とされ、社会的機能水準

Table 5 特定分野別分類

特定分野	件数	%
看護	127	24.8
作業療法	53	10.4
薬物療法	19	3.7
就労 or 仕事	14	2.7
モジュール	8	1.6
その他	291	56.8
計	512	100.0

の向上や服薬遵守の改善のために SST などの認知行動的技法の実施を推奨している。また米国精神医学会の統合失調症治療ガイドライン (米国精神医学会, 1999) においても、安定期の統合失調症患者への特異的な心理社会的治療のひとつとして、社会的機能水準の向上のためにニーズに対応して SST を実施することが推奨されている。

わが国の SST 研究においては、効果を実証的に評価するためのロールプレイ・テストが開発され (池淵ら, 1994)、それを用いて多数の研究が取り組まれていることが特色といえるであろう (安西ら, 1998)。こうした研究は統合失調症の陰性症状や認知障害などの本態解明の研究として展開されている (丹羽ら, 1996)。国内においてもモジュールの効果研究が取り組まれており、服薬自己管理モジュールにより服薬に関する対処行動の改善がみられたこと (Ikebuchi & Anzai, 1995)、地域生活への再参加プログラムにより疾病自己管理に関する知識が改善し退

院が促進されたこと (Anzai et al., 2002) が報告された。

地域ケアの時代に対応した SST の発展方向

わが国の精神障害をもつ患者数は入院が約 33 万人、外来が約 183 万人で、合計 216 万人と推計され、人口万対の精神科入院患者数は約 29 人で、諸外国の 6~10 人と比して著しく多く、入院偏重の状況にあることが問題となっている (精神保健福祉研究会, 2001)。

こうした状況を打開するため、社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書 (2002) により「今後 10 年のうちに、『受け入れ条件が整えば退院可能』な約 7 万 2 千人の退院・社会復帰を目指すため、必要なサービスを整備する」という方針が打ち出された。この報告書ではさらに「ノーマライゼーションの考え方を踏まえ、当事者主体の精神保健医療福祉へ転換を進めるとして、「精神保健医療福祉サービスは、原則として、サービスを要する本人の居住する地域で提供」されるべきこと、「これまでの入院医療主体から、地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換する」ことが明確にされた。これらは諸外国において病床削減を推進してきた理念をわが国の精神保健医療福祉政策の柱に据えることを宣言したものと理解される。

こうした理念にもとづいてわが国の精神医療福祉を転換していくためには、地域における受け皿整備の飛躍的な強化、ACT プログラム (Assertive Community Treatment, 包括的地域生活支援プログラム) やケアマネジメント等を用いた地域支援システムの構築、さらに入院から地域生活を包括する一貫した精神科リハビリテーション技術の普及が必要である。

精神科治療とリハビリテーション技術という点では、下記の点が重要と思われる。

第 1 に、非定型抗精神病薬の活用による精神科薬物療法の改善とともに、薬物療法に偏重せず効果的な心理社会的治療を組み合わせることで実施

することにより、精神科治療の改善を図ることである (池淵, 2000)。

第 2 に、対象者のニーズに応じて効果的な治療を包括的に提供することである。たとえば Mueser et al. (1998) は、地域における各種ケースマネジメントを検討した結果、チームにより 24 時間 365 日、訪問により対応する ACT プログラムが再発防止に有効であることを述べた。就労やその他の社会生活の機能水準への効果については実施された ACT によりさまざまであったが、地域ケアに SST を併用したものが効果があったことを述べた。SST の再発防止効果については、Hogarty et al. (1991) が示しているように、薬物療法と SST の組み合わせよりも、これに家族心理教育を加えたものが効果的であったことが示されており、長期的な再発防止のためには SST と家族心理教育を併用することが推奨される。

第 3 に、生活の現場で問題を把握し、その改善を図る治療方法の開発である。池淵 (2000) も指摘しているように、地域生活支援の基本的な理念は、従来の訓練してから就労 “train-place” から、就労と訓練を同時並行で行う “place-then-train” へと移行しつつある。Bond et al. (1997) は、現場での支援を中心とした援助付き雇用 (supported employment) と従来方式による訓練後の就労とを比較して、援助付き雇用が有意に一般就労に至る率が高く、再発率も増加していなかったことを報告した。SST の実施方法についても、従来のクリニック等でのトレーニングに加えて、生活の場や就労現場でのトレーニングを実施する新しい方法が開発されている。Glynn et al. (2002)、Lieberman et al. (2002) は 63 例の統合失調症患者を、従来のクリニックで実施している SST と、現地型 SST を加えた IIVAST (*in vivo* amplified skills training) に無作為に振り分け、60 週のトレーニングを実施した結果、社会的機能水準はどちらの群も有意な改善が得られたが、IIVAST 群のほうが改善がより早く、より大き

かったことを報告した。

第4に、わが国の特異な問題として、長期在院患者の退院促進の課題がある。わが国においても長期在院患者の退院促進に関する実践や研究が実施されているが、Anzai et al. (2002) は平均在院約4年の長期在院の統合失調症患者32人を無作為にモジュール形式のSSTである「地域生活への再参加プログラム」(プログラム群)と通常のリハビリテーション活動群(対照群)に振り分けて効果研究を実施し、1年後までの退院率はプログラム群71%に対して対照群は20%で、プログラム群のほうが有意に退院率が高かったことを報告した。今後、こうした退院促進に有効な方法を組み合わせて、効果的な退院促進プログラムを開発・普及していくことが必要であろう。

おわりに

わが国におけるSSTは精神医療やリハビリテーション、教育・司法などの現場の要請に沿って発展してきた。今後、わが国の精神保健福祉が地域に転換する時期にあたり、さらに実証的なエビデンスの検証・蓄積につとめて、実証的で効果的なリハビリテーション・プログラムを発展させることが求められている。

文 献

- 安西信雄 1989 すでに17施設でSSTを実施中、5施設で実施予定 SST ニューズレター, 1(1), 3-8.
- 安西信雄 1990 アンケート(第2回)集計結果 SST ニューズレター, 2(5), 3-8.
- 安西信雄 1991 SST実施状況についての第3回アンケート集計結果(その1) SST ニューズレター, 3(5), 3-4.
- 安西信雄 1993 第4回SSTアンケート集計結果(その1)ー全国のSST実施施設 SST ニューズレター, 5(1), 8-13.
- 安西信雄(分担研究者) 1993 精神障害者の社会生活技能訓練(SST)に関する研究 平成3年度厚生科学研究費補助金(主任研究者:菱山珠夫)分担研究報告書
- 安西信雄(分担研究者) 1995 SSTの研修のあり方に関する研究 平成6年度厚生科学研究費補助金精神保健医療研究事業「精神保健医療対策の推進手法に関する研究」分担研究報告書
- 安西信雄 2000 SST普及のうえでの課題と注意点 SST ニューズレター, 12(4), 9-13.
- Anzai, N. 2002 Which mode of social skills training will best fit various psychiatric populations in Japan? *XII World Congress of Psychiatry, Abstracts Vol. 1*, World Psychiatric Association. P. 261.
- 安西信雄・池淵恵美 1997 分裂病の認知行動療法ー社会生活技能訓練(SST)を中心に 中根允文・小山 司・丹羽真一・中安信夫(編著)臨床精神医学講座3 精神分裂病II 中山書店 Pp. 257-273.
- 安西信雄・池淵恵美・丹羽真一・熊谷直樹 1998 わが国におけるSSTの歩みー9年間の経験 SST普及協会(編著) SSTの進歩 創造出版 Pp. 197-209.
- Anzai, N., Yoneda, S., Kumagai, N., Ikebuchi, E., & Liberman, R. P. 2002 Training persons with schizophrenia in illness self-management: A randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Services*, 53, 545-547.
- 浅野弘毅 1999 生活技能訓練(SST)の陥穽 精神医療, 92, 53-59.
- 米国精神医学会 日本精神神経学会(監訳) 1999 米国精神医学会治療ガイドライン精神分裂病 医学書院 Pp.118-119. (American Psychiatric Association 1997 Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154 (Suppl.), 1-63.)
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., &