

シヨンは繰り返し行われることが重要であると考えられた。

SFS (Social Functioning Scale) の全得点、対人関係能力では変化は認めなかった。デイケアへの参加は、ひきこもりの改善に寄与していた。退院後開始された就労支援プログラムは、実際に就労に至る成果もあげた。

退院後も継続した援助が必要であるが、実際には短期間で数名がグループホームなどへ生活の場を移すことが可能であった。日常生活技能の進歩は、単身生活に伴う必然性から生まれ、状況に合った支援が求められた。

精神疾患の再発で再入院した四人は、いずれも陽性症状が強く、全般的な機能が低く、言葉のわかりやすさ(理解、明瞭、伝達)が低いことが社会での生活への適応能力の低さを示していることが示唆された。これらの特徴は、欧米における先駆的研究として知られるTAPS研究⁽³⁾で示された、長期入院者の地域移行に際して失敗に至るリスクファクターと類似している。退院時の抗精神病薬の総投与量はホップスらの「退院時の薬物量が高いことが社会生活への移行を失敗するリスクファクターになる」との報告とは異なり、再燃した四人で薬物量が多いということは認めなかった。

長期入院者の社会的入院の解消は、わが国の精神科医療サービスにとって喫緊の課題ではある。しかしながら、その解消には、包括的なケアと回復力を蓄えるのに必要な十分な時間が必要なのであろう。その結果として、単に退院し施設を移るというだけではなく、就労や結婚など自己決定に基づく社会生活を取り戻しえる者も現れてくる。障害者としての一方的な支援だけでなく、レジリアンスを有する者へのケアと障害特性を考慮に入れながら提供する姿勢が求められている。

おわりに

レジリアンスモデルは個人が持ち合わせている復元力・回復力に着目し、脆弱性モデルと異なり、当事者の能力をより前向きに捉えていく概念である。今回紹介したOTPやささがわヴィレッジでは、当事者が肯定的で受容的な温かいムードのなかでプログラムに取り組めるように心がけられている。地域生活のなかにあつても、そうした雰囲気に含まれているという体験そのものが当事者にとってかけがえのない安心感や自己効力感の高まりへとつながり、レジリアンスの強化に働きかけていく。退院促進が図られるなかでこそ、このような包括的なプログラムが展開されていくことを期待する。

本論文は、

- (1) 水野雅文、渡邊義徳：「コーピング(自己対処)とは何か―対処(coping)とストレス(stress)。精神障害とりへびリテーション」六(二)：三九―四一、二〇〇二。
- (2) 辻野尚久、龍崎之助、佐久間啓、水野雅文：「統合失調症―再発脆弱性とレジリエンスに基づく再発予防の試み。臨床精神医学」三七(四)：三八七―三九四、二〇〇八。

を基に、筆者らの近年の構想を土台にして新たに書き直したものである。

文 献

- ① 八木剛平：「精神疾患におけるレジリアンス―生物学的研究を中心に」。精神経誌、一一〇：七七〇―七七五、二〇〇八。
- ② Lazarus RS, Folkman S (本明 寛 他監訳)：「ストレスの心理学」。実務教育出版、一九九一。

- 〈3〉 Falloon IRH, Talbot R : Persistent auditory hallucination ; coping mechanisms and implications for management. Psychol Med 11 : 329-339, 1981.
- 〈4〉 Werner EE : High-risk children in young adulthood ; a longitudinal study from birth to 32 years. Am J Orthopsychiatry 59 : 72-81, 1989.
- 〈5〉 Garmezy, N : Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. American Behavioral Scientist 34 : 416-430, 1991.
- 〈6〉 Harrow M, Jobe TH : Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications ; a 15-years multifollow-up study. J Nerv Ment Dis 195 : 406-414, 2007.
- 〈7〉 水野雅文、山手十枝、渡邊衛一郎、他：精神科医療施設長期外来通院者の特徴—意識の醒めがもたらす影響について。日本社会医学雑誌 48 : 141-147, 2000。
- 〈8〉 水野雅文、山手雅昭、佐々間隆雄：精神科地域ケアの新展開—OTの理論と実践。医学雑誌 東京 1100号。
- 〈9〉 Falloon IRH, Montero I, Sungur M, et al : Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders ; two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. World Psychiatry 3 : 104-109, 2004.
- 〈10〉 Strauss JS, Carpenter WTJr : The prediction of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome. Arch Gen Psychiatry 27 : 739-746, 1972.
- 〈11〉 Strauss JS, Carpenter WTJr : The prediction of outcome in schizophrenia. II. Relationships between predictor and outcome variables—a report from the WHO international pilot study of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 31 : 37-42, 1974.
- 〈12〉 Cahn W, Pol HE, Lems EB, et al : Brain volume changes in first-episode schizophrenia ; a 1-year follow-up study. Arch Gen Psychiatry 59 : 1002-1010, 2002.

- 〈13〉 Lieberman J, Chakos M, Wu H, et al : Longitudinal study of brain morphology in first episode schizophrenia. Biol Psychiatry 49 : 487-499, 2001.
- 〈14〉 Keshavan MS, Haas GL, Kahn CE, et al : Superior temporal gyrus and the course of early schizophrenia ; progressive, static, or reversible? J Psychiatr Res 32 : 161-167, 1998.
- 〈15〉 Lieberman JA, Tollefson GD, Charles C, et al : Antipsychotic drug effects on brain morphology in first-episode psychosis. Arch Gen Psychiatry 62 : 361-370, 2005.
- 〈16〉 Tsai G, Coyle JT : Glutamatergic mechanism in schizophrenia. Annu Rev Pharmacol Toxicol 42 : 165-179, 2002
- 〈17〉 Duncan GE, Miyamoto S, Leipzig JN, et al : Comparison of the effects of clozapine, risperidone, and olanzapine on ketamine-induced alterations in regional brain metabolism. J Pharmacol Exp Ther 293 : 8-14, 2000.
- 〈18〉 Mizuno M, Sakuma K, Ryu Y, et al : The Sasagawa Project ; a model for deinstitutionalisation in Japan. Keio Journal of Medicine 54 : 95-101, 2005.
- 〈19〉 Ryu Y, Mizuno M, Sakuma K, et al : Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia ; the two-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention programme in Japan. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 40 : 462-470, 2006.
- 〈20〉 Leff J, Trieman N : Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals—Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. Br J Psychiatry 176 : 217-223, 2000.
- 〈21〉 Hobbs C, Tennant C, Rosen A, et al : Deinstitutionalisation for long-term mental illness ; a 2-year clinical evaluation. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 34 : 476-483, 2000.

精神疾患 と 認知機能

編／精神疾患と認知機能研究会

編集統括／山内俊雄

E. 社会的認知を標的とした新たな認知機能リハビリテーション

はじめに

統合失調症患者は重篤かつ広範囲にわたる社会機能の障害を呈し、それは非常に治療抵抗性でもある (Marder and Fenton 2004)。精神病症状のみを標的とするような従来の治療法では改善せず (Carter 2006; Heydebrand, et al, 2004)、社会機能障害の決定因子に直接働きかけるような介入が必要であると考えられる。統合失調症における認知機能と社会機能の関連に関する知見 (Green, et al, 2000; Green, et al, 2004) は、社会機能障害の改善を目的とした認知機能レベルへの介入に理論的根拠を与える。これらの知見に基づき、認知機能に対する心理社会的介入 (cognitive remediation) への期待が高まり (Bell, et al, 2008; Kurtz, et al, 2007; McGurk, et al, 2007; Twamley, et al, 2003; Velligan, et al, 2006)、また MATRICS のような社会機能の改善を見据えた認知機能改善薬開発のための大規模プロジェクトも行われるようになった (Horan, et al, 2005)。

しかし、注意、記憶、遂行機能などの「基本的」認知機能のみを標的とした心理社会的介入では、社

会機能の改善の達成に必ずしも充分とはいえないかもしれない。我々は質的評価を通じたより高次の認知機能の検討を試み (Chino, et al, 2006, Mizuno and Kashima, 2002; Nemoto, et al, 2005, Yamashita, et al, 2005)、統合失調症において発散的思考の障害が社会機能障害の重要な決定因子であることを見出し (Nemoto, et al, 2007)、その知見に基づき発散的思考を標的とした認知機能訓練プログラムを開発しその効果を明らかにした (Nemoto, et al, in submission)。その一方で、認知機能と社会機能の関連は広く支持されているものの、社会機能への認知機能の寄与率は 20-40% 程度にとどまるとの報告もあり (Penn, et al, 2006)、従来の認知機能とはやや異なる視点からの決定因子とその介入の検討が望まれていた。

基本的認知機能と社会機能の関係において、Green らは社会的認知 (social cognition) の障害がその間に介在する社会機能の決定因子として機能していると提案し (図 1; Green, et al, 2000; Green and Nuechterlein, 1999)、近年の研究により支持さ

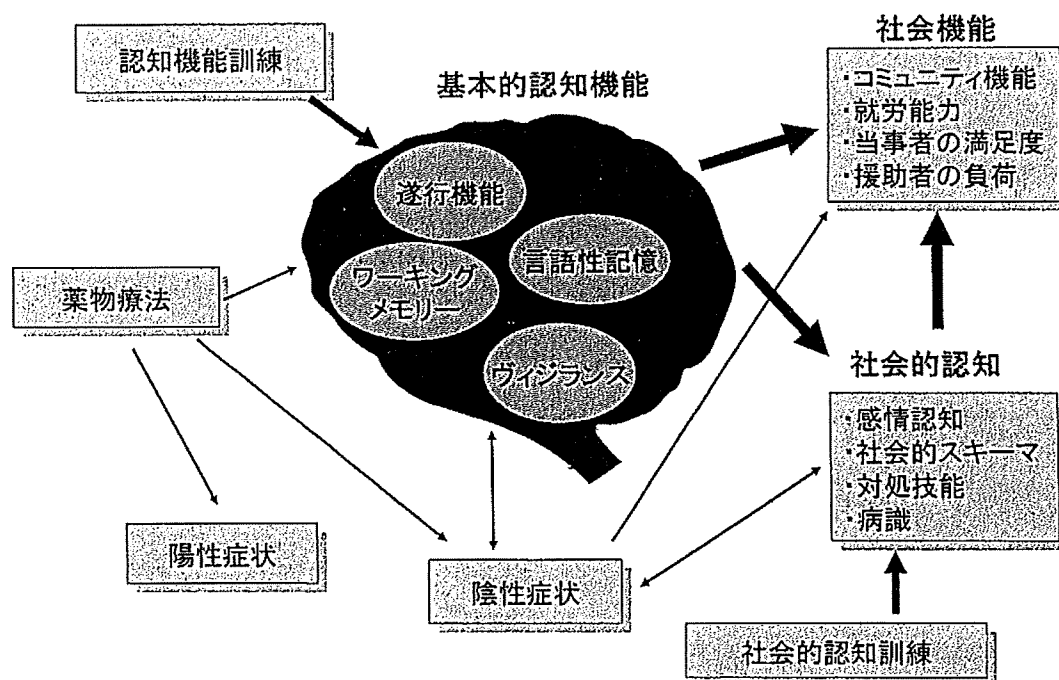


図1 社会的認知の位置づけ (Green & Nuechterlein (1999) を改変)

れている (Addington, et al, 2006 ; Brekke, et al, 2005 ; Couture, et al, 2006 ; Sergi, et al, 2006 ; Vauth, et al, 2004)。基本的認知機能への訓練効果の般化は非常に限定されるとする報告が多い中、より社会機能に近位の因子を標的とした介入の方がより効果的であるとも考えられ、心理社会的介入による社会的認知の改善の可能性について盛んに研究されるようになった。

1. 統合失調症における社会的認知の障害

社会的認知とは、他人の意図や行動に対する知覚、解釈、反応という、社会的関係性をかたち作るのに必要な一連の心の働きを指す (Brothers, 1990 ; Fiske and Taylor, 1991 ; Kunda, 1999)。Adolphs (2001) は、自己と他者の関係の表象を構築し、社会的な行動のためにそれらの表象を柔軟に用いる能力と定義づけており、対人関係機能において不可欠といえ、その障害により職場、学校、家族など様々な場面で、状況の誤認や不適切な反応といった重大な支障をきたす。

統合失調症において、社会的認知は基本的認知機能と関連はあるが異なったものであることが明らかになりつつある (Green, et al, 2005 ; Penn, et al, 1997 ; Penn, et al, 1996)。相関は概して小さく (Greig, 2004 ; Ihnen, et al, 1998 ; Kee, et al, 1998 ; Pinkham and Penn, 2006 ; Sergi and Green, 2002)、また陰性症状によっても説明されない (Sergi, et al, 2007)。機能画像研究は社会的な刺激と非社会的な刺激は異なった神経システムによって処理されていることを示しており、前頭前野、紡錘状回、上側頭回、扁桃体からなる神経ネットワークが関わっているとする所見が蓄積されつつある (Brunet-Gouet and Decety, 2006 ; Pinkham, et al, 2003)。

統合失調症の社会的認知の研究には2つの流れがあるといえ、ひとつは英国で始まった社会的認知と思考障害との関連を通じた、妄想などの精神症状の理解を目的としたもので、もう一方は北米を中心とする機能レベルと社会的認知の関連を扱うもので、感情処理 (emotional processing)、社会的知覚 (social perception)、心の理論 (Theory of Mind ; ToM)、帰属スタイル (attributional style) などがその対象と

なった。

感情処理のコンポーネントのうち、表情や音声から相手の感情を同定する能力、すなわち感情認知 (emotion perception) は、統合失調症の社会的認知研究において最も盛んに検討されてきた。それは顔面表情の写真や感情を表現した音声の提示などにより評価される (例、Kerr and Neale, 1993)。統合失調症の感情処理に関する障害はこれまで数多く報告されている (Edwards, 2002, Horan and Blanchard, 2003 ; Kee, et al, 2006 ; Kohler, 2006)。

社会的知覚は、社会的状況や関係性、役割や規則などの社会的な手掛りを、文脈的情報や身振り仕草などから判断するための能力を指し、愛情表現や社会的立場のような対人関係の理解も含む (Corrigan and Green, 1993a ; Corrigan, et al, 1992 ; Fiske, 1992)。ビデオテープ課題などを用いてその障害が報告されている (Corrigan and Green, 1993b)。

心の理論とは “mentalizing”、社会的知能とも呼ばれ、他人の心的状態を理解したりその内容を正確に推測したりする能力を指し、ユーモア、うそ、比喩、皮肉などの理解も含まれる。統合失調症において用いられる心の理論の測定法はしばしば小児発達研究で用いられる課題を修正したもので、古典的な Sally and Ann 課題 (課題中の人物が状況についての誤った信念を抱いていることを理解する) はその代表例である。心的状態を推測して筋の通った順序に漫画のパネルを並び替える課題や、ビデオに描かれた人物の皮肉やうそを同定する課題もみられる (Frith and Corcoran, 1996 ; McDonald, et al, 2002)。統合失調症患者の心の理論課題における障害が繰り返し報告されている (Brüne, 2005 ; Corcoran, 2001)。

帰属スタイルでは、生活上において起こりうる様々な出来事につき、その原因を如何に説明するかを評価する。当初は被害妄想などの心理学的メカニズムの理解を目的として研究された。例えば、被害妄想を有する人は、身に起きた良からぬ出来事について、「状況」ではなく「相手」を非難する特徴や、あいまいな事柄を他人の敵意と考えたり、熟考することなくすぐに結論に飛んでしまったりする傾向がみられる (Bentall, 2001 ; Garety and Freeman, 1999)。

多くの統合失調症患者が、これらの領域において重大な障害を呈することが明らかになってきてい

る。当初の研究は慢性期患者を対象に行われていたが、近年は未治療もしくは発症間もない患者における社会的認知の障害も報告されてきている (Edwards, et al, 2001; Herbener, et al, 2005; Pinkham, et al, 2007; Wolwer, et al, 1996)。加えて、社会的認知の障害は統合失調症患者の家族研究でも認められており (Farzin, et al, 2006; Gur, et al, 2007; Kee, et al, 2004)、発症に進展するハイリスク群の特徴としても位置づけられうる。

2. 社会的認知の障害の可塑性

統合失調症における社会的認知の改善の可能性を模索した近年の心理社会的介入研究は、短期的な実験的手法、包括的な治療パッケージに社会的認知の訓練が組み込まれた長期研究、そして社会的認知の技能に標的を絞った長期介入研究に区分されうる (Horan, et al, 2008)。

3. 短期的な実験的研究

実験的手法を用いた研究は、1、2回のセッションという短期の実験的介入による、社会的認知課題のパフォーマンスの可塑性を検証するものである。多くの研究が表情認知を検討しているが、研究により扱われた表情や評価形式に相違がみられる。介入は通常1時間以下で、介入手法は金銭を用いた強化、表情の模倣、コンピュータを用いた訓練など様々である。各研究において、積極的な介入を受けた患者群は表情認知において有意な改善を認めている。他の感情認知課題への般化や (Combs, et al, 2006; Penn and Combs, 2000)、効果の持続 (Combs, et al, 2006) などの報告もみられる。

Sarfati ら (2000) は ToM Cartoon 課題を用いて、提示形式 (言語的、視覚的) による成績の相違を検討し、登場人物の意図の理解における言語的情報の有用性を示した。また Kayser ら (2006) は、フィルムクリップ課題を用いて ToM 訓練効果の可能性を示唆した。

実験的な介入研究の結果は概して課題成績の可塑性に肯定的であるが、訓練内容と検査内容の高度な

類似性から、単なる課題のための訓練という批判もみられる。

4. 社会的認知を含む包括的な治療研究

これらは包括的な心理社会的治療パッケージの中に、社会的認知の訓練を組み入れたもので、基本的な認知機能への介入を基礎に、その改善の社会的機能レベルや精神症状への般化を目的として、社会的認知に関連した訓練を伴っている。Integrated Psychological Therapy (IPT; Brenner, et al, 2004) は社会的知覚に関する訓練も含んでいるものの、社会的認知に関する尺度を含む研究は見当たらず、IPT の社会的認知への効果は明らかではない (Roder, et al, 2006)。

Van der Gaag ら (2002) のプログラムは、表情の模倣、情緒的な文章の音読、ロールプレイなどの感情認知や社会的知覚に関する訓練を含み、それらは重要な治療標的としても位置づけられている。対照群に比して表情同定課題において有意な改善をみせた。

Bell ら (2001) は外来患者を対象に認知機能訓練の付加効果を検討した。コンピュータを用いた認知機能訓練に加えて、Ben-Yishay (1985) のモデルに基づく社会的処理に関するグループワークをも併用した。5ヵ月の介入の後、複合的介入群は対照 (作業療法単独) 群に比して、ToM 課題に差はみられなかったが感情認知において有意な改善効果をみせた。

Emotion Management Training は IPT から派生した 24 セッションからなるグループ介入で、表情認知、社会適応、精神症状を標的とし、自他の感情表出、対処技能の評価と新たな獲得、ストレス耐性などを扱う (Hodel, et al, 2004)。治療抵抗性入院患者において、同訓練群は問題解決訓練群に比して、精神症状や社会適応のみならず、表情認知においても有意な改善を見せた。しかし 4ヵ月後の追跡評価において、社会適応と精神症状における改善は維持されていたが、感情認知の成績はベースラインに戻っていた。

Cognitive Enhancement Therapy (CET; Hogarty, et al, 2004) は、認知機能、社会的認知、社会適応能

力を標的としている。コンピュータを用いた基本的認知機能への訓練で始まり、感情や社会的文脈の評価などの社会的認知を標的としたグループ訓練が順次行われ、友人について語るような訓練も含まれている。初期の RCT では支持療法に比して有意な社会的認知の改善は認められなかったが (Hogarty, et al, 2006)、早期統合失調症患者を対象とした報告 (Eack, et al, 2007) では、12ヵ月の CET 介入は対照群に比して感情処理課題 Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT; Mayer, et al, 2003) において有意な改善がみられた。

5. 社会的認知を標的とした治療研究

近年、社会的認知の評価尺度におけるパフォーマンスの改善を標的とした、社会的認知に特化した訓練を用いた研究が行われるようになってきている。ドイツの Wolwer、Frommann らのグループは統合失調症患者へ向けた 12 セッションからなる Training in Affect Recognition program を開発した。基本的な表情の識別で始まり、感情の強度の相違や複雑な表情へと進展していく。そして身振り仕草や社会的文脈の理解といったような、実生活状況に関連した情報と表情情報を統合する段階へと進む。コンピュータを用いた表情認知訓練も組み入れられている。入院患者を、1) 同感情認知訓練、2) 注意、記憶、遂行機能を標的とした認知機能訓練、3) 通常の治療に振り分けた研究において、感情認知訓練群では表情認知は改善したものの言語学習、長期記憶における改善はみられなかったのに対して、認知機能訓練群では言語学習、長期記憶の改善がみられたものの表情認知の改善はみられなかった (Wolwer, et al, 2005)。標準的な認知機能訓練のみでは表情認知の改善には不十分であること、そして表情認知の改善は必ずしも非社会的な基本的認知機能の改善に因らないことが示唆された。

イタリアの Roncone ら (2004) は統合失調症入院患者に対して、社会的認知の改善を目的とした独自の訓練手法を用いた。もとは学習障害に対して開発されたメタ認知学習戦略が、患者の ToM、社会的知能、感情認知領域の技能の改善を目的として用いられた。この 22 セッションからなるグループ・プロ

グラムは、彼らが行動を予測しそして柔軟な答えを産出するという、学習した内容ではなくその過程に焦点を当てている。このプログラムの目的は、患者の受動的で依存的な認知スタイルを能動的で自主的なものに変化させることともいえる。通常治療群に比して、当治療群は ToM 課題、社会的知能、感情認知の尺度において改善がみられ、遂行機能、陰性症状、社会機能などの指標においてもより改善がみられた。

米国の Penn らの Social Cognitive and Interaction Training (SCIT; Penn, et al, 2007) は 18 セッションからなり、感情認知、帰属スタイル、ToM を扱い、訓練材料として社会的関係に関するスチール写真やビデオクリップも開発された。最初の段階では基本的な感情の定義とそれらを表情と結びつけることに焦点を置き、次の段階では短絡的な結論づけの回避や、推測と事実を区別する ToM 技能の改善などが目標となる。最終段階ではそれらの現実的社会状況への応用を試み、技能の統合と般化に焦点が置かれる。入院患者において、対処技能訓練群に比して SCIT 群は表情認知、帰属スタイル、ToM、および社会的ネットワークにおいて有意な改善効果をみせた (Combs, et al, 2007)。

米国の Horan ら (2009) は、この種の研究で初めて外来患者を対象として、Training in Affect Recognition program (Wolwer, et al, 2005)、SCIT (Penn, et al, 2007) における感情認知と帰属スタイルの訓練に、新たに開発した社会的知覚と ToM を標的とした訓練を組み合わせ社会的認知の各領域を網羅した 12 セッションからなる社会的認知訓練を行った。心理教育 (疾患自己管理と再発予防) を行った対照群に比して、有意な表情認知の改善効果を認めた。

6. 社会的認知介入研究の展望

統合失調症の社会的認知の障害が機能レベルの重要な決定因子であるという知見は、社会的認知レベルでの介入の根拠となる。当障害への心理社会的介入研究はまだ緒についたばかりであるが、1) 社会的認知課題の成績は実験的介入により改善する、2) 社会的認知訓練を含む包括的介入は、一部の社会的認知領域に効果がみられる、3) 社会的認知に特化し

た訓練は社会的認知の複数領域にわたる改善を導きうる、ということが示唆され更なる開発が期待される。

これまで社会的認知の介入研究の多くが感情認知に焦点を置いてきたが、勿論そのみでは機能レベルの改善には不十分である。定義の不一致 (Green, et al, 2005) や訓練対象としての困難さなどが、他領域の介入研究の進展を妨げてきたが、近年これらを扱う研究がみられ始め、ToM や帰属スタイルの領域においても良好な結果が得られ始めている (Kayser, et al, 2006 ; Moritz and Woodward, 2007 ; Penn, et al, 2005 ; Roncone, et al, 2004)。

より効果的な訓練方法の検討も重要である。言語化、反復、表情の模倣、コンピュータ訓練、写真などの社会的題材を用いた討論、実体験についての討論、ロールプレイなど、様々な方法がこれまで用いられそれぞれに効果がみられる。また、宿題形式の訓練は施行場所を選ばない利点があると考えられる (Nemoto, et al, in submission)。訓練効果の持続性の検討も今後の課題である。評価についても共通した指標の使用が望まれる一方で、感度や天井効果の問題 (Subotnik, et al, 2006) などから、統合失調症患者の介入研究に適した社会的認知評価指標の開発の必要性についても議論されている。

また、基本的認知機能と社会的認知の関係性の更なる検討も必要である。基本的認知機能の改善が社会的認知の改善に、土台基礎のように必須であるかどうかはまだ明らかでない。例えば、CET (Hogarty, et al, 2006) の社会的認知に対する効果は基本的認知機能 (とくに処理速度) における改善が介在していることが見出された一方、社会的認知に特化した介入研究は、基本的認知機能の訓練を併用せずとも社会的認知の改善効果を明らかにした。Wolwer ら (2005) は、認知機能と社会的認知 (表情認知) における改善過程は異なった軌道を描くことを示唆した。社会的認知介入が単独でも成立しうるものであるのか、もしくは包括的治療パッケージや認知機能改善薬との相乗効果に期待が向けられるものであるのかについて更なる検討が必要である。

社会的認知は今やニューロサイエンスにおける最重要テーマの1つであり、日々アップデートされる知見に常に留意し、遅滞なく臨床場面への応用、還元挑んでいくことが今後の我々の使命といえよ

う。

文 献

- 1) Addington J, Saeedi H, Addington D : Facial affect recognition : a mediator between cognitive and social functioning in psychosis? *Schizophrenia Research* 85 : 142-150, 2006.
- 2) Adolphs R : The neurobiology of social cognition. *Current Opinion Neurobiology* 11 : 231-239, 2001.
- 3) Bell MD, Zito W, Greig T, Wexler BE : Neurocognitive enhancement therapy with vocational services : work outcomes at two-year follow-up. *Schizophrenia Research* 105 : 18-29, 2008.
- 4) Bell M, Bryson G, Greig T : Neurocognitive enhancement therapy with work therapy. *Archives of General Psychiatry* 58 : 763-768, 2001.
- 5) Ben-Yishay Y, Rattok JA, Lakin P, et al. : Neuropsychological rehabilitation : quest for a holist approach. *Seminars in Neurology* 5 : 252-259, 1985.
- 6) Bentall RP, Corcoran R, Howard R, et al. : Persecutory delusions : a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review* 21 : 1143-1192, 2001.
- 7) Brekke JS, Kay DD, Kee KS, et al. : Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 80 : 213-225, 2005.
- 8) Brenner HD, Roder V, Hodel B, et al. : *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients*, Seattle, Wash : Hogrefe & Huber, 2004.
- 9) Brothers L : The neural basis of primate social communication. *Motivation and Emotion* 14 : 81-91, 1990.
- 10) Brüne M : "Theory of mind" in schizophrenia : a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin* 31 : 21-42, 2005.
- 11) Brunet-Gouet E, Decety J : Social brain dysfunctions in schizophrenia : a review of neuroimaging studies. *Psychiatry Research* 148 : 75-92, 2006.
- 12) Carter CS : Understanding the glass ceiling for functional outcome in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 163 : 356-358, 2006.
- 13) Chino B, Mizuno M, Nemoto T, et al. : Relation between social functioning and neurocognitive test results using the Optional Thinking Test in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 60 : 63-69, 2006.
- 14) Combs DR, Adams SD, Penn DL, et al. : Social

- Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders : preliminary findings. *Schizophrenia Research* 91 : 112-116, 2007.
- 15) Combs DR, Tosheva A, Wanner J, et al. : Remediation of emotion perception deficits in schizophrenia : the use of attentional prompts. *Schizophrenia Research* 87 : 340-341, 2006.
 - 16) Corcoran R : Theory of mind and schizophrenia. In Corrigan PW, Penn DL (eds), *Social Cognition and Schizophrenia*. Washington, DC : American Psychological Association, pp 149-174, 2001.
 - 17) Corrigan PW, Green MF : Schizophrenic patients' sensitivity to social cues : the role of abstraction. *American Journal of Psychiatry* 150:589-594, 1993a.
 - 18) Corrigan PW, Green MF : The Situational Feature Recognition Test : a measure of schema comprehension for schizophrenia. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 3 : 29-35, 1993b.
 - 19) Corrigan PW, Wallace CJ, Green MF : Deficits in social schemata in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 8 : 129-135, 1992.
 - 20) Couture SM, Penn DL, Roberts DL : The functional significance of social cognition in schizophrenia : a review. *Schizophrenia Bulletin* 32 Suppl 1 : S44-63, 2006.
 - 21) Eack S, Hogarty GE, Greenwald DP, et al. : Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia : preliminary effects. *Schizophrenia Research* 89 : 308-311, 2007.
 - 22) Edwards J, Jackson, H.J., Pattison, P.E. : Emotional recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia : a methodological review. *Clinical Psychology Review* 22 : 789-832, 2002.
 - 23) Edwards J, Pattison PE, Jackson HJ, et al. : Facial affect and affect prosody recognition in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research* 48 : 235-253, 2001.
 - 24) Farzin I, Platek SM, Panyavin IS, et al. : Self-face recognition and theory of mind in patients with schizophrenia and first-degree relatives. *Schizophrenia Research* 88 : 151-160, 2006.
 - 25) Fiske AP : The four elementary forms of sociality : framework for a unified theory of social relations. *Psychological Review* 99 : 689-723, 1992.
 - 26) Fiske ST, Taylor SE : *Social cognition*, 2nd ed. New York, NY : McGraw-Hill Book Company, 1991.
 - 27) Frith CD, Corcoran R : Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Psychological Medicine* 26 : 521-530, 1996.
 - 28) Garety PA, Freeman D : Cognitive approaches to delusions : a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology* 38 : 113-154, 1999.
 - 29) Green MF, Kern RS, Braff DL, et al. : Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia : are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*. 26 : 119-136, 2000.
 - 30) Green MF, Kern RS, Heaton RK : Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia : implications for MATRICS. *Schizophrenia Research* 72 : 41-51, 2004.
 - 31) Green MF, Nuechterlein KH : Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophrenia Bulletin* 25 : 309-319, 1999.
 - 32) Green MF, Olivier B, Crawley JN, et al. : Social cognition in schizophrenia : recommendations from the MATRICS New Approaches Conference. *Schizophrenia Bulletin* 31 : 882-887, 2005.
 - 33) Greig TC, Bryson GJ, Bell MD : Theory of mind performance in schizophrenia : diagnostic, symptom, and neuropsychological correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease* 192 : 12-18, 2004.
 - 34) Gur RE, Calkins ME, Gur RC, et al. : The consortium on the genetics of schizophrenia : neurocognitive endophenotypes. *Schizophrenia Bulletin* 33 : 49-68, 2007.
 - 35) Herbener ES, Hill KS, Marvin R, et al. : Effects of antipsychotic treatment on emotion perception deficits in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 162 : 1746-1748, 2005.
 - 36) Heydebrand G, Weiser M, Rabinowitz J, et al. : Correlates of cognitive deficits in first episode schizophrenia. *Schizophrenia Research* 68 : 1-9, 2004.
 - 37) Hodel B, Kern RS, Brenner HD : Emotion Management Training (EMT) in persons with treatment-resistant schizophrenia : first results. *Schizophrenia Research* 68 : 107-108, 2004.
 - 38) Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, et al. : Cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 61 : 866-876, 2004.
 - 39) Hogarty GE, Greenwald DP, Eack SM : Durability

- and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy. *Psychiatric Services* 57 : 1751-1757, 2006.
- 40) Horan WP, Blanchard JJ : Neurocognitive, social, and emotional dysfunction in deficit syndrome schizophrenia. *Schizophrenia Research* 65 : 125-137, 2003.
 - 41) Horan WP, Kern RS, Green MF, et al. : Social cognition training for individuals with schizophrenia : emerging evidence. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 11 : 205-252, 2008.
 - 42) Horan WP, Kern RS, Shokat-Fadai K, et al. : Social cognitive skills training in schizophrenia : an initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophrenia Research* 107 : 47-54, 2009.
 - 43) Horan WP, Rassovsky Y, Green MF : Stimulating development of new drugs to improve cognition in schizophrenia. *Current Psychosis & Therapeutics Reports* 3 : 68-73, 2005.
 - 44) Ihnen GH, Penn DL, Corrigan PW, et al. : Social perception and social skill. *Psychiatry Research* 80 : 275-286, 1998.
 - 45) Kayser N, Sarfati Y, Besche C, et al. : Elaboration of a rehabilitation method based on a pathogenetic hypothesis of "theory of mind" impairment in schizophrenia. *Neuropsychological Rehabilitation* 16 : 83-95, 2006.
 - 46) Kee KS, Horan WP, Mintz J, et al. : Do the siblings of schizophrenia patients demonstrate affect perception deficits? *Schizophrenia Research* 67 : 87-94, 2004.
 - 47) Kee KS, Horan WP, Wynn JK, et al. : An analysis of categorical perception of facial emotion in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 87 : 228-237, 2006.
 - 48) Kee KS, Kern RS, Green MF : Perception of emotion and neurocognitive functioning in schizophrenia : what's the link? *Psychiatry Research* 81 : 57-65, 1998.
 - 49) Kerr SL, Neale JM : Emotion perception in schizophrenia : specific deficit or further evidence of generalized poor performance? *Journal of Abnormal Psychology* 102 : 312-318, 1993.
 - 50) Kohler CG, Martin EA : Emotional processing in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry* 11 : 250-571, 2006.
 - 51) Kunda Z : *Social cognition : Making sense of people*. Cambridge, MA : MIT Press, 1999.
 - 52) Kurtz MM, Seltzer JC, Shagan DS, et al. : Computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia : what is the active ingredient? *Schizophrenia Research* 89 : 251-260, 2007.
 - 53) Marder SR, Fenton W : Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia : NIMH MATRICS initiative to support the development of agents for improving cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 72 : 5-9, 2004.
 - 54) Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, et al. : Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion* 3 : 97-105, 2003.
 - 55) McDonald S, Flanagan S, Rollins J : *The Awareness of Social Inference Test*. Suffolk, UK : Thames Valley Test Company, Ltd, 2002.
 - 56) McGurk SR, Mueser KT, Feldman K, et al. : Cognitive training for supported employment : 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 164 : 437-441, 2007.
 - 57) Mizuno M, Kashima H : Neuropsychological investigation of the effects of psychiatric rehabilitation strategies for schizophrenia. In Kashima H, Falloon IRH, Mizuno M, Asai M (eds), *Comprehensive Treatment of Schizophrenia*. Tokyo : Springer-Verlag, pp 20-27, 2002.
 - 58) Moritz S, Woodward TS : *Metacognitive Skill Training for Patients with Schizophrenia (MCT), 2nd Edition Manual*. Hamburg : VanHam Campus Verlag, 2007.
 - 59) Nemoto T, Kashima H, Mizuno M : Contribution of divergent thinking to community functioning in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 31 : 517-524, 2007.
 - 60) Nemoto T, Mizuno M, Kashima H : Qualitative evaluation of divergent thinking in patients with schizophrenia. *Behavioural Neurology* 16 : 217-224, 2005.
 - 61) Nemoto T, Yamazawa R, Kobayashi H, et al. : Cognitive training for divergent thinking in schizophrenia : a pilot study, in submission.
 - 62) Penn D, Roberts DL, Munt ED, et al. : A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research* 80 : 357-359, 2005.
 - 63) Penn DL, Addington J, Pinkham A : Social cognitive impairments. In Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO (eds), *American psychiatric association*

- textbook of schizophrenia*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing Press, inc., pp 261-274, 2006.
- 64) Penn DL, Combs D : Modification of affect perception deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 46 : 217-229, 2000.
 - 65) Penn DL, Corrigan PW, Bentall RP, et al. : Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin* 121 : 114-132, 1997.
 - 66) Penn DL, Roberts DL, Combs D, et al. : Best practices : the development of the social cognition and interaction training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services* 58 : 449-451, 2007.
 - 67) Penn DL, Spaulding WD, Reed D, et al. : The relationship of social cognition to ward behavior in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research* 20 : 327-335, 1996.
 - 68) Pinkham AE, Penn DL : Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skill in schizophrenia. *Psychiatry Research* 143 : 167-178, 2006.
 - 69) Pinkham AE, Penn DL, Perkins DO, et al. : Emotion perception and social skill over the course of psychosis : a comparison of individuals "At-risk" for psychosis and individuals with early and chronic schizophrenia spectrum illness. *Cognitive Neuropsychiatry* 12 : 198-212, 2007.
 - 70) Pinkham AE, Penn DL, Perkins DO, et al. : Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 160 : 815-824, 2003.
 - 71) Roder V, Mueller DR, Mueser KT, et al. : Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenia : is it effective? *Schizophrenia Bulletin* 32 : S81-S93, 2006.
 - 72) Roncone R, Mazza M, Frangou I, et al. : Rehabilitation of theory of mind deficit in schizophrenia : a pilot study of metacognitive strategies in group treatment. *Neuropsychological Rehabilitation* 14 : 421-435, 2004.
 - 73) Sarfati Y, Passerieux C, Hardy-Baylé MC : Can verbalization remedy theory of mind deficit in schizophrenia? *Psychopathology* 33 : 246-251, 2000.
 - 74) Sergi MJ, Green MF : Social perception and early visual processing in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 59 : 233-241, 2002.
 - 75) Sergi MJ, Rassovsky Y, Nuechterlein KH, et al. : Social perception as a mediator of the influence of early visual processing on functional status in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 163 : 448-454, 2006.
 - 76) Sergi MJ, Rassovsky Y, Widmark C, et al. : Social cognition in schizophrenia : relationships with neurocognition and negative symptoms. *Schizophrenia Research* 90 : 316-24, 2007.
 - 77) Subotnik KL, Nuechterlein KH, Green MF, et al. : Neurocognitive and social cognitive correlates of formal thought disorder in schizophrenia patients. *Schizophrenia Research* 85 : 84-95, 2006.
 - 78) Twamley EW, Jeste DV, Bellack AS : A review of cognitive training in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 29 : 359-382, 2003.
 - 79) van der Gaag M, Kern RS, van den Bosch RJ, et al. : A controlled trial of cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 28 : 167-176, 2002.
 - 80) Vauth R, Rusch N, Wirtz M, et al. : Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? *Psychiatry Research* 128 : 155-165, 2004.
 - 81) Velligan DI, Kern RS, Gold JM : Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophrenia Bulletin* 32 : 474-485, 2006.
 - 82) Wolwer W, Frommann N, Haufmann S, et al. : Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia : efficacy and specificity of a new training program. *Schizophrenia Research* 80 : 295-303, 2005.
 - 83) Wolwer W, Streit M, Polzer U, et al. : Facial affect recognition in the course of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 246 : 165-170, 1996.
 - 84) Yamashita C, Mizuno M, Nemoto T, et al. : Social cognitive problem-solving in schizophrenia : associations with fluency and verbal memory. *Psychiatry Research* 134 : 123-129, 2005.

(根本隆洋・水野雅文)

改訂

世界の 精神保健医療

現状理解と今後の展望

編集／新福尚隆・浅井邦彦

へるす出版

2

ヨーロッパ

イタリア



はじめに

精神科病院の全廃という壮大な改革で知られる法 180 号の成立（1978 年）から 30 年が経つ。統計資料の不足や地域格差の大きさなどが障壁となりその詳細が知られなかった一連の変革について、近年になり、この間の総括とも呼ぶべき報告がなされている。

イタリアの国土はおよそ 31 万 km²（日本は約 37 万 km²）、人口は約 5,631 万人（2002 年）とされている。この内 65 歳以上の高齢者がおよそ 20% を占め、日本とともに高齢化が著しい。

イタリアの医療制度は国民皆保険を原則としており、各自いわゆる家庭医登録制となっている。利用者は家庭医を地域のリストの中から自由に選ぶことができる比較的フレキシブルな制度である。専門医を受診する場合には通常家庭医の紹介を要するが、精神保健サービスに関しては例外となっている。一部の薬剤を除き、医療費は無制限に保険適応される。イタリア全土は国民保健制度により 211 の地域医療事業体（Azienda Unità Sanitarie Locali ; ASL）に分割されている。各事業体は人口 5～20 万のキャッチメントエリアとして定められている。イタリアにも私立病院は多数あるが、公立と異なりキャッチメントエリアは定められていない。

大改革を迎えるに至るイタリア精神医療の背景を知るには歴史的概観を理解する必要もあるが、詳細は別稿¹⁾を参照されたい。本稿においては法 180 号成立に至る経緯から振り返ることとする。

1

イタリアにおける精神医療改革

2,000 床を超える巨大精神科病院が乱立する中、1961 年にバザーリア（F. Basaglia）がゴリーツィアの州立精神科病院長として赴任し、以来、北イタリアを中心に脱施設

化をめざした改革が始まり、次第に各地へこの運動が広まり始めた。1968年、イタリア精神科病院医師会の働きかけにより法431号が制定され、ようやく自由入院が認められ、精神科病院の縮小、1:4の人員配置、医師、看護師の他に社会福祉士や心理士の配置、総合病院内への精神科病床の設置、退院者の治療のための外来設置や精神衛生センターの設置なども進められた。これをきっかけにいわゆる脱施設化が進められるものの、当時のものはいわゆる回転ドア現象や私立病院や他科病床への入院を際立たせた。

1973年には改革を進める精神医療従事者を中心とした民主精神科連合という団体が結成され、精神医療改革をめぐる政治的活動が一層強く押し進められた。

1978年5月、イタリア議会は新たに「法180号」または「バザーリア法」として知られる精神医療改革に関する法（「任意及び強制入院と治療」に関する法180号）を公布した。続いて実質的な法案として1978年12月の法833号（「国民保健サービスの制度」に関する組織案）が整備された。法180号は精神科病院への新たな入院を禁じるものであり、次いで法833号の64条では1980年12月31日以降新たに以前の入院患者の再入院も禁じられた。さらに、1979年1月1日からは新しい精神科入院病棟を整備し、これらは15床を超えてはいけないことを定めた。新法は新たな精神科病院の設立を禁じ、各州に対して精神科病院を漸進的に廃止する責任と精神科治療に関するあらゆる権限を与えている。

1978年の精神医療改革の要点をまとめると、その特徴は、①精神科病院への新たな入院の禁止、漸次閉鎖、②各地区保健単位における精神科治療についての多職種チームの配置、③総合病院内に地域サービスと関連して設立された精神科病棟を設置、④強制治療の要件を治療必要性和明記し期間を制限（最大7日）したこと、などである。これによりイタリア各地における精神医療サービスは、それまでの入院中心主義から一転、地域・外来治療中心へと展開した。しかしながらこの法は、あくまで一般的な指針やガイドラインを示したものであり、各州における予算措置や人員配置数など細則について規定するものではなかった。その結果、これらの改革はトリエステなどの一部の特殊な地域を除いては実際には遅々として進まなかった。1978年当時、イタリアには76の精神科病院に78,538人の入院患者が存在していた。

1996年の時点でも75の公立病院に残っていた11,803名の入院患者がおり、その内、約半数は精神疾患そのものによる入院、残りは身体的障害または高齢による援助の必要性によるものであった。また11の私立病院には3,726名が残っていた。1998年初頭には39の公立病院に4,769名、10の私立病院に2,935名までに減少した。法改正から20年が経過した1998年、イタリア政府は上記政策の完全実施をめざし、病院の閉鎖や地域サービスの整備が遅れている州に対しては予算配分におけるペナル

ティを科すという法律を実施した。その結果、残っていた患者は全員が生活支援施設などに移され、2000年末にイタリア政府保健大臣は国内の精神科病院の完全閉鎖を宣言した。もちろん施設名が“病院”から他の名称の施設に変更されただけで、同じ建物で同じ人が同じ人に介助されている施設も多数残っている。

これらの退院が遅れた患者や施設の状況に関するダヴァンツォ (B. D'Avanzo) ら²⁾の検討によれば、大部分の症例が精神症状のためではなく、経済的理由や地域支援システムとの連携の不足によるいわゆる社会的入所もあり、2/3以上の症例で何らの行動上の問題はなく、日常生活は41%で完全に自立、24%ではほぼ自立できていたという。また、こうした脱施設化の過程において精神障害者による犯罪の増加は報告されていない。一方国民の精神科受診は普及し、2001年1月1日時点調査によれば、国民の1.1%が精神科治療を受けていた。受診者の27.7%は1年以内の新規症例であるという。

2

精神保健サービスの現状

2006年の報告³⁾によれば、シチリアを除くイタリア国内には4,113床の公的入院病床があり、この内3,498床は266の総合病院内、399床は23の大学病院に、また16床がトリエステを中心とするフリウリ・ヴェネツィア・ジューリア州内やカンパーニャ州に24時間体制の精神保健センターとして設置されている。国民数に直すと人口1万人当たり0.78であり、1をめざす国家目標には届いていない。一方、シチリアを除くこれら20州内には法180号以前から存続する54の私立病院に4,862床があり、これらを含めると1万人当たり0.90になる。私立病院の病床数は法改正前後でほとんど変化がないとされ、ラツィオ、カンパーニャ、カラブリアなど南部に多く、これらの地域では公的病床を上回っている。これらを総計するといわゆる急性期病床は総計8,975床で1万人当たり1.72床と計算されるが、州間の格差は8倍にも及んでいる。

強制入院の数は1975年には全入院の約50%を占めていたのに対し、1984年には20%、1994年には11.8%にまで低下している⁴⁾。

平均在院日数の短縮も著しく、2001年の10万3,260件の入院の中央値は総合病院精神科で11.4日、大学病院では17.8日、24時間体制の精神保健センターで21.1日であったが、私立病院では37.6日であった。

3 精神障害者の居住施設

最近の調査によれば4床以上の居住施設は2000年時点において全イタリアで1,370施設あり、17,138床（1施設平均12.5床）にのぼり、人口1万人当たり2.98床に相当する。これらの施設の内3/4にはいわゆる入所期間制限はなく、在宅に近い雰囲気ケアがなされ、平均的には1人当たり36m²に庭付きの2人部屋といったところである⁵⁾。

この内19.3%に当たる265施設が協力して行われたさらに詳細な調査^{6,7,8)}によれば、利用者のアセスメントや治療方針に標準的なツールが用意されていたり基準が設けられている施設はほとんどなく、1/3の施設で平均3カ月に及ぶ入所待ちの状態にあり、3/4の施設には入所期間に関する制限がなく長期入所が常態化している。入居者の日常生活には細かなルールがあり、2/3は統合失調症の診断で、教育歴は低く、85%が障害年金を受給していた。また、22%が調査前年1年間の内に総合病院精神科病棟への入院歴を有し、45%は施設内の活動にも参加しない。向後6カ月を展望して退院予定のある患者はいないのが普通で、集中的なリハビリテーションを実施するような常勤スタッフの配置もない状況にあるという。長期入所を前提とした居住型施設であり、リハビリテーションを目的とした治療型施設ではないことがわかる。最近の調査では定員の小さな、家庭的な雰囲気の施設ほどQOLが高く、精神科病院時代に比べ利用者満足度もより高いことが示されている⁷⁾。

4 地域精神保健システム

イタリアでは前述した各州内にある地域の地域医療事業体（ASL）において精神保健部門の設立が義務付けられており、精神保健に関する予防、ケア、リハビリテーションの実施も任されている。多職種（精神科医、看護師、社会福祉士、心理士、作業療法士、リハビリテーション技術者、教育職、事務職から成る）チームが配置されており、成人の精神保健全般のニーズに応えている。

各ASLの精神保健部門は、①地域精神保健センター、②総合病院内の精神科入院病棟、③デイホスピタルやデイセンターのような生活・居住訓練施設、④日本の援護寮など生活訓練施設に相当する居住施設を設置運営しており、長期の包括的介入や地域ケアも担当している。

地域精神保健センターは、通常月曜から金曜と土曜の午前中開いており、地域住民はいつでも家庭医の紹介なしに直接予約の上受診できる。2001年時点の調査では全国に707カ所あり、人口15万人に1.88カ所に相当するといわれるので、日本の保健所な

いし行政センターに敷設されている保健センター程度になる。重症度の高い利用者に対するサービスを中心に多職種チームで訪問活動を行い、各患者の重症度などニーズに応じて介入している。また、他の保健福祉施設との連携や緊急介入などにも対応している。

5 総合病院の精神科病床

総合病院内の精神科入院病棟は、日本で言えば公立の総合病院に付設されており、入院治療後は地域の精神保健サービスにつながるよう紹介される。基本的には自由入院が中心であるが、TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) と呼ばれる強制入院も含まれる。ここで働く精神科医は地域の ASL 所属であるが、いわゆるリエゾンコンサルテーションなどの他科依頼業務も行う。

デイホスピタルでは、より重症例についての中長期的の治療が行われる。総合病院の一角にあることもあるが、あくまで外来の一部門であり、精神保健センターと連携している。デイセンターは、日曜を除く毎日開いており、日常生活場面での生活訓練や社会技能訓練を行っている。

これらの諸施設の設置は法で定められているにもかかわらず、実施状況は南北差をはじめ地域差が大きく、かつ総合病院内の入院病棟の整備が先行し、社会復帰資源の充実が先送りにされており、入院施設の減少に追いつかないのが現状である (表1参照)。

6 精神保健従事者数

人員面を精神保健領域に限ってみると、2001年時点で、公的施設における精神保健従事者は30,711名であった。このうち精神科医は5,561名、看護師14,760名、心理士1,850名とされている。私立病院で働いている精神科医はじめ専門職については公式資料がなく不明であるが、相当数いるものと思われる。

またあまり知られていないことであるが、イタリアではいわゆる薬物依存と児童思春期の精神保健に関しては独立した部門が確立しており、精神科臨床の範疇にはない。施設も従事者も全く独立して運営されている。しかしながらこれら諸部門の隔絶による悪影響もあり、近年ようやくその連携を重要視する声が出始めている。

表1 イタリアにおける精神保健福祉関連施設数

施設	数	人口対比	数値目標
総合病院精神科（シチリアを除く）	266		
総合病院精神科病床数	3,498	0.78/10,000	1/10,000
平均病床数	13.1		
大学病院精神科	23		
大学病院精神科病床数	399		
平均病床数	17.3		
24時間体制地域精神保健センター	16		
病床数	98		
平均病床数	6.1		
他の公的施設			
病床数	118		
私立精神科入院施設	54		
病床総数	4,862		
平均病床数	90.1		
急性期入院病床	8,975	0.172/1,000	
病院外入所施設	1,370	3.43/150,000	
ベッド数	17,138	0.298/1,000	
平均病床数	12.5		
地域精神保健センター	707		
外来部門	1,107		
デイホスピタル	309	1.6/150,000	
デイセンター	612	1.26/1,000	1/150,000
精神保健従事者			
医師	5,561		
看護師	14,760		
心理士	1,850		

(de Girolamo ら文献3) より一部改変)。

[参考] イタリア共和国人口約 5,677 万人

7

イタリア精神保健システムの特徴と問題点

1978 年の精神医療改革の成果に関するいわゆるアウトカム研究は乏しい。研究体制とともに地域介入体制の整っている南ヴェローナ地区の研究では⁹⁾、1 年間にわたってケアを受けた 107 例を 3 年間追跡した中で、74%は症状の悪化を認めず、18%で悪化、8%で改善を認めた。そのため社会的援助の必要性も不変であり、QOL も介入当初と比較して著しい変化はなかった。GAF (Global Assessment of Functioning) で測定される全体的機能は 47%で悪化、30%で改善していた。

自殺率は地域ケアサービスの指標とみなされることもあるが、イタリアにおける過

去 20 年間の自殺率は上昇している。これは精神医療サービスの変化のみに伴う変化ではなく、むしろ様々な周辺環境の変化による影響も大きいだろう。いずれにしろ先進国中では最も低い数値を維持していることは確かである。

家族の負担感に関する調査は DNH を通じて全国一斉調査がなされている¹⁰⁾。統合失調症の家族では、97%が喪失感を訴え、83%がしばしば泣きたくなったり抑うつ感を感じるという。また73%で趣味を行わなくなっていたり、68%が患者の状態次第では休日の外出も控えているという。80%が精神保健センターと定期的な連携を維持し、59%が治療に関する何らかの情報提供の場に参加経験があるものの、構造化された心理家族教室に参加したことがあるのは8%のみである。

8 イタリア精神医療の将来像

法 180 号制定以来精神科病床の閉鎖が続き、確かに公的病床は大幅に削減されたものの、私立病院の病床には大きな変化はなく、その結果現在では急性期病床の54%を私立病院が担っていることになる。イタリアにおける一般医療のそれが18%であることと比較すると、私立病院への依存度が大きい。しかしながらこれら私立病院の実態や治療内容に関する信頼できる資料がないことが問題視されており、現在調査が進行中である。

最近の論文で、地区割制による地域精神保健システムの機能実態の一部が明らかにされた。調査では、ミラノ近郊の人口10万1,045人（成人は85,809人）をキャッチメントエリアとする地域精神保健センターの管轄地域における1992年の1年間の全初診者を24カ月にわたりフォローアップした。その結果330名の初診者があり、これは人口1万人当たり約33名に当たるが、追跡期間中に46%が脱落、すなわち次回診察予約がありながら追跡不能な状態になっていた。脱落は神経症圏やパーソナリティ障害圏に有意に多かった。このことからイタリア式のシステムが、より重篤な精神障害向きであることを示唆していると筆者らは考えている。

イタリアの精神医療現場における薬物療法の特徴は、多剤併用ながら低用量処方とされ、時には不十分な薬物療法が再発の原因にさえあげられており、精神科病院廃止後外来治療を抗精神病薬の大量療法で維持しているわけではない。

こうして見てみるとイタリアの精神医療改革の一通りの成功は、精神科病院の閉鎖により生み出された先進的な地域精神保健システムやリハビリテーション技術によるだけではなく、むしろ国民性や文化性に支えられているところも大きいと思われる。

9

まとめ：イタリアから何を学ぶか

イタリアの精神医療改革は、30年を経て精神科病院の廃止と地域中心型精神医療サービスの展開という象徴的な成果とともに、ひとまず成功したと評価されるべきであろう。一方この間、精神科病院退院者の高齢化、都市部における疾病構造の変化など、新たな対応を求められる事態が生じており、精神科サービスもまた常に社会の変化を追いかける宿命にある。

精神科病床の多さに国際的批判を受け続ける我が国にとって、病床の削減と地域中心型精神保健システムへの移行は焦眉の急である。エビデンスに基づいた根拠ある算出による退院者のアセスメント、必要なリハビリテーション方法の開発、アウトリーチ方法や居住施設の充足などが急がれる必要がある。イタリアでも、大きな変革に伴う現場の混乱やサービス医療者のトラブルはおそらくはあったに違いないだろうが、そうした事象は論文にはなりにくく、入手できる情報も乏しい。

今後我が国でも、精神科病院長期在院者の退院に際しては、生物医学・社会福祉両面からのアセスメントを重ねて至適なサポートシステムを準備し、こうした流れを推進する根拠を作り上げていく必要があるだろう。大切なのは治療やケアの中身であって、地域ケアや脱施設化という概念はサービスデリバリー的手段に過ぎない。我が国でも治療やケアの質に関する議論が深まっていくことを期待したい。

[水野雅文]

●文 献

- 1) 水野雅文：改革15年後のイタリア精神医療事情—北イタリアの精神保健サービスの現状。精神神経学雑誌, 98: 27-40, 1996.
- 2) D'Avanzo, B., Frattura, L., Barbui, C., Civenti, G., & Saraceno, B.: The QUALYOP project. I: Monitoring the dismantlement of Italian public psychiatric hospitals. Characteristics of patients scheduled for discharge. *International Journal of Social Psychiatry*, 45: 79-92, 1999.
- 3) de Girolamo, G., Bassi, M., Neri, G. *et al.*: The current state of mental health care in Italy: Problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257: 83-91, 2007.
- 4) Barbato, A.: Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy. *Aust NZ J Psychiatry*, 32: 673-679, 1998.
- 5) de Girolamo, G., Picardi, A., Micciolo, R., *et al.*: Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities. *Br J Psychiatry*, 181: 220-225, 2002.
- 6) Picardi, A., Ricci, P., de Girolamo, G., *et al.*: The quality of life of the mentally ill living in residential facilities. Findings from a national survey in Italy. *Eur Arch Psychiatry Clin*