

伊藤千尋	精神障がい者家族(会)が求める家族支援に関する研究—都道府県精神障がい者家族会連合会の要望書の分析を通して—	法政大学現代福祉学部紀要『現代福祉研究』	第11号	177-190	2011
若林ちひろ	精神障がい者の家族支援に関する研究	清和大学短期大学部紀要	第39号	31-36	2011
三木良子	精神障がい者家族の持つニーズと支援に関する研究	東洋大学ライフデザイン学研究	第6号	159-172	2010
Maruta T, Matsumoto C, Iimori M	The ICD-10 in the diagnosis and classification of mental disorders in Japan and other Asian countries	European Psychiatry	Special Issue No.2	20-24	2011
Maruta T, Kato M, Matsumoto C, Iimori M	Unsolved problems concerning somatoform disorders and post traumatic disorder	European Psychiatry	Special Issue No.2	79-83	2011
竹島 正	啓発とは何か	精神医学	52(6)	530-531	2010
竹島 正, 立森久照, 河野稔明, 小山明日香, 長沼洋一	「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の成果に関する研究. こころの健康と病気—こころの健康増進方策、病気の原因解明とその対策がここまで発展しています—	財団法人 精神・神経科学振興財団		3-13	2010
竹島 正	家族会とともに取り組む	精神科	17(3)	281-286	2010
竹島 正, 的場由木	公衆衛生の精神保健活動の課題—地域づくりにむけて	公衆衛生	74(12)	1034-1037	2010
竹島 正	活動の始まりの頃—サイバスターの系譜	こころの健康	25(2)	29-34	2010
Chee Ng, Yutaro S, Asuka K, Tadashi T	The ongoing development of community mental health services in Japan:utilizing strengths and opportunities	Australasian Psychiatry	18(1)	57-62	2010

河野稔明, 竹島正, 小山明日香, 立森久照, 長沼洋一	「精神保健福祉資料」に係る電子調査票の開発.	日本精神科病院協会雑誌	29(9)	874-878	2010
小山明日香, 立森久照, 河野稔明, 竹島正	精神病床長期在院患者の転院・死亡を考慮した退院状況の指標の検討	日本公衆衛生雑誌	58(1)	40-46	2011
河野稔明, 白石弘巳, 立森久照, 竹島正	「精神保健医療福祉の改革ビジョン」における「退院率」の定義に関する注意点	精神医学	52(6)	583-589	2010
長沼洋一, 立森久照, 竹島正	精神保健の疫学研究の現状と課題	公衆衛生	74(10)	870-873	2010
安西信雄	[特集]患者と家族に伝えるべきことー心理教育 updateー. 統合失調症の心理教育	臨床精神医学	39(6)	767-771	2010
安西信雄	精神障害領域におけるICFの活用に向けて	厚生指標	58(1)	18-26	2011
竹島正	精神保健はどのように定義されてきたか	公衆衛生	74(1)	63-66	2010
竹島正	地域精神保健の発展を振り返る	公衆衛生	74(2)	157-161	2010
竹島正	精神保健医療福祉と自殺対策	日本精神科病院協会雑誌	29(3)	10-15	2010
竹島正, 松本俊彦	精神保健と公衆衛生学/精神医学	公衆衛生	74(3)	236-239	2010
Takeshima T, Setoya Y	Japan's Mental Health System	WPA NEWS	March	16-17	2009
竹島正, 立森久照, 小山明日香, 長沼洋一, 河野稔明	地域精神保健の現実戦略~マクロデータをもとに~	病院・地域精神医学	175	5-7	2009
竹島正, 松本俊彦, 立森久照	自殺対策と精神保健医療福祉	精神障害とリハビリテーション	13	126-130	2009

辻雅善, 角田正史, 張 瑩, 相澤好治, 山口靖明, 佐々木昭子, 大井照, 能登隆元, 酒井ルミ, 石本寛子, 中田榮治, 竹島正, 益子 茂, 高岡道雄	保健所の精神保健活動における危機介入についての実態調査	目白大学短期大学部		45-58	2010
Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, Tsuchiya M, Tachimori H, Takeshima T	Lifetime prevalence of psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan The World Mental Health Japan Survey Group, 2002- 2006.	Psychiatry Res	176	69-74	2010
Koyama T, Tachimori H, Sawamura K, Koyama A, Naganuma Y, Makino H, Takeshima T	Mental health literacy of autism spectrum disorders in the Japanese general population	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	44	651-657	2009
長沼洋一, 立森久照, 竹島 正	精神科デイ・ケア等実施設の機能分化の状況	日本社会精神医学会雑誌	18(1)	18-23	2009
Tominaga M, Kawakami N, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Iwata N, Uda H, Nakane H, Watanabe M, Naganuma Y, Furukawa T, Hata Y, Kobayashi M, Miyake Y, Takeshima T, Kikkawa T	Prevalence and correlates of illicit and non-medical use of psychotropic drugs in Japan. Findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2004	Social Psychiatry and Pshychiatr Epidemiol	44	777-783	2009

安西信雄	わが国における精神科 デイケアの現状と今後 のあり方	作業療法ジャーナル	43(6)	512-516	2009
松原三郎	中期的な見地からみた 精神科医療と診療報酬 のあり方	日精協誌	28(4)	253-254	2009
松原三郎	精神科救急病棟が持つ べき機能について	医療福祉建築	165	6-7	2009
長尾卓夫	精神医療福祉の動向	精神医学	52(1)	4-5	2010

V. 研究成果の刊行物・別刷

9-1-7 精神科医療と国民経済

厚生労働省 2007（平成 19）年度国民医療費の概況によれば、わが国の国民医療費の総額は 34.14 兆円で、このうち歯科診療費、薬局調剤費、入院食事費などを除く一般診療医療費は、25.64 兆円である。国民医療費総額は国民所得（NI）の 9.11％に相当する。GDP（国内総生産）に占める総医療費の割合を国際比較すると（OECD Health Data 2009）、米国 16.0％、フランス 11.0％、スイス 10.8％、ドイツ 10.4％などに比し、日本は 8.1％と主要国中で最下位であった。

一般診療医療費のうち、精神科に関する医療費（精神及び行動の障害）は 1.94 兆円であり、一般診療医療費の 7.6％である。精神科医療に振り向けられる財源の総額を知ることは難しく、その国際比較も困難である。特に、障害者自立支援法施行後は、精神科部分を切り分けることができない。しかし、障害者自立支援法部分や各種行政対策費（精神科関連部分）などを加えると、約 2.3～2.5 兆円程度と推定されるが、総医療費の 7％程度にとどまっている。

精神科に関する医療費 1.94 兆円のうち、入院費用は 1.48 兆円（76.4％）、入院外費用は 0.46 兆円（23.6％）で、諸外国に比較して大きく入院費用に傾いている。これは、わが国の健康保険制度が比較的安価な自己負担のもとで長期入院を可能にしてきたことが大きく影響している。入院治療の効率を図るために、精神科病床の機能分化を促進する必要性が指摘されてきた（精神保健医療福祉の改革ビジョン）。機能分化の状況をみると、2006（平成 18）年では、精神科病床 35.0 万床のうち、急性期治療病棟（救急も含む）は 1 万 1002 床（3.1％）、認知症病棟 2 万 6646 床（7.6％）、精神療養 9 万 4871 床（27.1％）、その他（思春期や特定機能を含む）は 21 万 7335 床（62.1％）である。急性期治療病棟では約 3 か月間で 8 割近くの患者が退院しており、もし、急性期治療に関わる病床を倍増（約 1.7 万床）したとすれば、年間約 6.5 万人の年間入院患者を当該病棟のみで治療することができることになる。この結果、長期入院患者病棟の削減が可能と予測されるが、実際には、長期入院患者の多くは、日常生活障害（特に操作的日常生活能力）の低下が高度な場合が多く、生活の場とともに十分な生活支援なしでは退院は困難であることが明らかとなっている（2009（平成 19）年度精神科病床の利用状況調査から）。急性期治療を充実させることは重要ではあるが、長期入院者の病棟を削減し、その医療費部分を急性期治療の医療費に上乗せしても、必要な住居と地域スタッフの費用までも賄うことはできない。地域移行を促進するためには、地域精神科医療のための新たな財源を確保することが必要である。特に、地域内で医療と生活を支える訪問看護費用や包括的生活支援（ACT）などが必要とされている。いずれも現状の障害者自立支援法の枠内で実現することはできず、医療保険と協働して利用できるものでなくてはならない。

退院促進は、病床の規制だけで実現するものではない。病床規制に先だって地域精神保健医療福祉サービスの強化が必要である。2009（平成 21）年度には「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の後期 5 年が始まったが、今後の精神科医療の改革は、地域内にどれほど多くの居住施設と医療・生活支援サービスが整備できるかにかかっている。このためにも、地域における精神科医療保健福祉への新たな財源の投入が待たれる。

（松原三郎）

精神科 退院支援 ハンドブック

ガイドラインと
実践的アプローチ

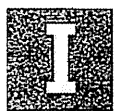
編集

井上新平
安西信雄
池淵恵美

「この患者さんは、病院より
地域で生活を送るべきだ」

スタッフの思いに応える
早期退院時代の実践的ガイドライン
待望の刊行

医学書院



退院支援ガイドライン活用の 目的

退院支援の目標は「退院そのもの」ではなく、「地域生活へのスムーズな移行と、その後の地域生活の安定」である。本書のタイトルを退院「促進」でなく退院「支援」としたのは、退院を「促進」される対象として患者をとらえるのではなく、退院への思いを受けとめ、育み、地域生活への移行とその後の安定した生活を支援する、患者主体のスタンスを大切にしたいからである。

もちろん、退院の実現のためには、地域で住む家、経済的支援、医療の継続やその他の生活上の問題に対する支援がどの程度得られるかという環境要因が重要となる。退院支援のためには、こうした地域生活を支える環境作りが必須であることはいうまでもない。退院する主体の支援と環境支援は、相互に影響しつつ発展する車の両輪の関係にある。

厚生労働省による「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(2004年)は「入院中心から地域生活中心へ」の転換を進め、「受け入れ条件が整えば退院可能な者」を約7万人と推計し、これらの患者を「社会的入院」として10年後にその解消をはかることを目標に掲げた¹⁾。さらに10年計画の前半の成果を踏まえて後期5年の重点施策を策定するため「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書」がまとめられた(2009年)²⁾。

これらは、国が長期在院患者を生まない体制作りを目標に掲げ、都道府県に目標を課し、医療改革と地域支援策を講ずる画期的なものであるが、改革ビジョン開始後の退院実績は期待ほどには数字があがっていない。新規の入院患者はより短期で退院するようになってきているが、長期在院患者の退院は進まず、新たな長期在院患者(new 'long-stay')が生まれ続けているのである³⁾。

こうした状況を変えることを目標として厚生労働省精神・神経疾患研究委託費による研究班(主任研究者：安西信雄)の研究が実施され、2009年に報告書がまとめられた³⁾。この研究班の目標は「退院支援ガイドライン」の作成を目指して、それに役立つエビデンスを得ることであった。研究班で解明を目指した主な課題は以下の通りである。

- 長期在院患者はなぜ退院が困難か、退院する患者と退院できない患者とはどこが違うか、退院の困難さはどうやって評価すればよいか？
- 長期在院患者は症状や退院困難理由によってどのような群に分かれるか？
- 退院準備プログラムの効果はどの程度か、患者の退院率はどの程度になるか？
- 多剤併用で複雑化した処方からどうやって切り替えていけばよいか？
- 退院支援に病院として取り組むためにはどうしたらよいか？
- 多職種チームによる退院支援の仕組みはどうしたらよいか？

退院支援には行政、支援システム、居住・社会復帰施設、地域など、いくつかの視点が

あるが、本研究は「病院に主な足場をおいて地域への展開を求める立場」で行われた。すなわち、「病院で長期在院になっている、あるいは、なろうとしている患者さんたちに日々接している立場から、現状でも得られる身近なサービスを組み合わせて活用することにより、目の前の患者さんの退院を支援し、地域移行とその後の安定した生活を実現するためにどうしたらよいか」という視点である。最初は国立精神・神経センター病院(現：国立精神・神経医療研究センター病院)で実施されたが、全国のさまざまな地域の実情を反映して、どこでも実践が可能な指針が得られるように、全国の国立病院と民間病院に呼びかけて多施設共同研究として取り組まれた。退院準備プログラムの効果研究が実施された施設は、国立病院機構では鳥取医療センター、賀茂精神医療センター、菊池病院、下総精神医療センター、東尾張病院、さいがた病院、公立病院では熊本県立こころの医療センター、民間病院では海辺の杜ホスピタル、住吉病院であり、分担研究者6人、研究協力者41人を中心とする数多くのスタッフと、研究に同意をいただいた多数の患者さんの協力のもとで実施された。

a 退院支援ガイドラインが必要とされる背景

今日、退院と地域移行の必要性について、総論としては異論が出ないと思われるが、各論となると話が違ってくる。それが表面化するのが病棟カンファレンスの場面である。

病院では多職種のカンファレンスが行われるようになってきているが、退院に向けて治療チームの合意を得る議論は厳しい。「家族の支援がない」「前回退院後に薬を飲まなくなつて再発になった」「入院するのが大変だった」「今回も退院したら…」という発言が続くと、退院可能性について発言するのがはばかれる。医療安全が強調される現在の医療現場では、リスクは最小限にしたい。こうして「現実論」は説得力を増し、発言力のあるリーダーがこれを指摘するとほかの意見は言えなくなる。

そもそも多くの病棟では、退院可能性のある人はすでに退院しており、残っている人は、それぞれの退院困難理由を抱えている人である。たいていの患者は環境側と個人側の複数の要因が絡まった退院困難理由をもっている。普通に治療方針の検討をすれば、これらの退院困難理由を再確認することになる。問題はこれを変えることである。

変えるためには根拠が求められる。変える根拠としての役割を期待されるのが退院支援ガイドラインである。特別な人物が孤軍奮闘して退院を実現する時代は終わった。また、退院は病院だけ、地域だけというような単一のサービスで実現するものではなく、パッケージとして包括的なサービスが求められる。本書で詳しく述べるように、退院支援ガイドラインを共通の認識とすることにより、チームとして目標を共有し、評価と治療計画の立案・実施の手順を共有し、協力して実施することが可能になるのである。

b 海外における脱病院、地域化の状況

長期の入院により自立した生活への意欲が損なわれたり生活能力が低下したりして施設症が生ずる⁴⁹⁾。欧米の先進諸国の多くは、こうした弊害を避けるため、入院中心から地域生活支援中心の精神科医療への転換、すなわち脱病院・地域化を推進している。

1 ■ 包括型地域生活支援プログラム(assertive community treatment : ACT)

米国マジソンでSteinら⁸⁾により重い精神障害をもつ人を対象に実施されたPACT(program of assertive community treatment)が入院率の低下, 入院期間の短縮のほか, 自立生活・職業的予後もよいなどの成果をあげた。これは生活の場に出向いての援助, 多職種チーム, 継続的なケア, スタッフ1人当たりのケースは10人前後, 24時間・週7日のサービスの特徴とするもので, この方式の効果が確認され, 入院に代わる地域ケアの方法として各国で実施されるようになった。わが国では伊藤順一郎らにより2003年から千葉県市川市で実施され, わが国でも実践が可能で効果があることが証明され, 全国に普及しつつある^{7,9)}。

2 ■ イタリアにおける精神科医療改革

イタリアでは1978年に精神科病院への新たな入院を禁ずる法180号(通称「バザーリア法」)が成立し, 入院中心から地域・外来中心へと急展開した。地域による差が大きいが, トリエステでは単科精神科病院は廃止され, 入院は総合病院の8床と大学病院のベッドのみで, 地域精神保健センターが司令塔となって居住施設や就労共同組合などを含めて管理する形で運営されている⁹⁾。

3 ■ 英国のTAPSプロジェクトの経験

英国では1975年には130の精神科病院があったが, そのうち100病院が閉鎖された。Leff¹⁰⁾は閉鎖が決まった2つの精神科病院からの退院患者の追跡調査を行った。在院患者は退院支援ニーズにより3つのグループに分けられた。①第一波(1950年代)の退院者は生活力があり地域で自立して生活したが, ②第二波(強い生活障害をもつ人たち)は退院前に生活技能を高めるためのリハ・プログラムの実施が必要であった, ③第三波の最後に残った“difficult-to-place”患者(人口10万人当たり10人前後)については, スタッフ当たりの患者数を1.7~1とする特殊なりハ施設で, 1年後では変化がなかったが, 5年後に問題行動, 特に攻撃的行動が有意に減少し, 40%の患者が通常のスタッフ配置の施設に移ることができたと報告された。わが国の退院支援は上記の第一波から第二波に移行している状況と思われるが, 今後は次第に第二波から第三波への対応が求められるようになるであろう。

4 ■ 精神科病床数の歴史的変化—諸外国と日本の比較

各国の精神科病床数の変化をまとめたものが表1である¹¹⁾。ほとんどの国では精神科病床数は大幅に減少していたが, 国ごとにかなりの開きがあった。イタリアとアメリカの減少が著しかったが, オランダのGroningenでは大幅な変化はみられなかった。日本では382%に増加していた。各国で統計の取り方が異なること, アメリカは州立病院だけの統計であるなど比較の難しさはあるが, 諸外国の減少傾向と, わが国の増加との違いは大きい。

5 ■ 健全な脱施設化に必須の3つの要素: WHOの提言¹²⁾

WHOは地域ケアを準備しないうちに精神科病院を閉鎖しないように警告したうえで, 健全な脱施設化に必須のものとして備えるべき3つの要素を提言している。

- ①地域支援サービスを充実させることによって不適切な精神科入院を防止する
- ②長期在院患者を地域に退院させるときは適切な準備をしたうえで行う
- ③入院していない患者に対する地域支援システムを確立し維持する

イギリス(E
アメリカ
イタリア(E
イタリア(薛
フィンラン
ドイツ
オランダ(G
デンマーク
日本

ほとんどの国
だが, オラン
[Szmulker G,
Press, 2001]

表1 精神科病床数の歴史的变化—各国の例

国	期間 (初年～終年)	ベッド数 の変化	備考
イギリス(EnglandとWales)	1956～1995	-73%	15.4万から4.2万床へ(80床/人口10万)
アメリカ	1955～1994	-88%	339床/人口10万から40床/人口10万(州立病院)
イタリア(Emilia-Romagna)	1978～1996	-85%	220床/人口10万から34床/人口10万
イタリア(南Verona)	1977～1995	-62%	104床/人口10万から40床/人口10万
フィンランド	1980～1993	-64%	420床/人口10万から150床/人口10万
ドイツ	1970～1988	-29%	160床/人口10万から113床/人口10万
オランダ(Groningen)	1976～1990	0%	(成人20～74歳)
デンマーク	1978～1998	-50%	
日本	1960～1993	+282%	95,067床から362,963床

ほとんどの国では精神科病床数は大幅に減少していたが、国ごとにかなりの開きがあった。イタリアとアメリカの減少が著しかったが、オランダのGroningenでは大幅な変化はみられなかった。日本では382%に増加していた(Shinfuku, et al, 1998)。
[Szmukler G, Holloway F: In-patient treatment. Thornicroft G and Szmukler G (eds.): Textbook of community psychiatry, Oxford Press, 2001]

わが国における健全な脱施設化のためには、ACTやその他の訪問支援、居住サービスなどの地域支援を拡充させるとともに、長期在院患者の退院の際の適切な準備(adequate preparation)が必要である。特にわが国では1年を遙かに超える超長期在院患者も多く、地域とのつながり、家族とのつながりが途絶えている患者も多いので、地域訪問・地域への導入を含む「適切な準備」が必要である。本ガイドラインはこうした提言に沿って構成されたものといえることができる。

⑤ どのような施設での活用が期待されるか

第一に、長期在院患者を抱えている病院・病棟である。第二に、新たな長期在院者を生まないために努力をしている、あるいはこれから努力しようとしている病院である。長期在院患者が地域生活に移行し、治療を継続しつつ安定した生活ができるための支援を充実させることは、今後、新たな長期在院患者の発生を防ぐためのプログラムや治療体制、治療技術の発展につながると思われる。

すでに退院支援に実績があるところでは、退院支援の実績を検証し、さらに効果的なものにするための検討に使うことができる。これから実施しようとしているところでは、実施のためのひな形として使うことができる。

退院支援を実施するためには、職員の意識改革が必要である。また、病院として退院支援に取り組むためには、病院管理者・指導者の理解とリーダーシップが必要なので、管理者・指導者にも活用していただきたい。

もちろん、本書は医療従事者や地域支援者・家族が個人として読むこともできる。

⑥ ガイドラインによりどのような効果が期待できるか

第一に、退院の実現である。長期在院患者が準備を終えて病棟職員の拍手に送られて退院するときの誇らしい笑顔は、関わりをもったすべての職員の働きがいににつながる。

第二に、職員間での目標の共有である。ガイドラインに沿って治療を考え、カンファレンスで検討し、退院を準備していく際の目安となる。

第三に、これらを実践することにより、新しい時代の「慢性・反復性の疾患を地域で支える」という医療モデルを先行的に実現することになる。これは、新しい時代に対応する力を蓄えることになる。

本書の後に続く章の中から、長期在院患者の退院を支えたスタッフの思いのこもった言葉を紹介してこの項の締めくくりとしたい。

退院までには何度も精神状態は揺れたが「この方は病院より地域で生活を送るべきだ」という職員の思いがあった。「退院準備プログラム」はそれを後押しする大きなきっかけであり、あとは「あきらめない、可能性を信じる」ことが大切ということである。

まずスタッフ自身が「施設症」から脱することだ。スタッフの意識が変われば関わりが変わる。関わりが変われば病棟の雰囲気が変わり、患者が変わる。

【文献】

- 1) 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。2004
- 2) 今後の精神医療保健福祉のあり方等に関する検討会(座長：樋口輝彦)：報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」。2009
- 3) 安西信雄：総括研究報告書(平成18～20年度)厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費「精神科在院患者の地域移行、定着、再入院防止のための技術開発と普及に関する研究」。2009
- 4) Wing JK. : Institutionalism in mental hospitals. Br J Clin Psychol 1 : 38-51, 1962
- 5) Wing JK, Brown GW : Institutionalism and Schizophrenia : a comparative study of three mental hospitals, 1960-1968. Cambridge University Press, 1970
- 6) Stein LL, Test MA : Alternatives to mental hospital treatment. Arch Gen Psychiatry 37 : 392-397, 1980
- 7) 伊藤順一郎：「重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究」厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)総括研究報告書。2008
- 8) 西尾雅明：ACT 入門—精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム。金剛出版。2004
- 9) 清野絵, 水野雅文, 安西信雄：イタリアにおける精神科医療改革。松原三郎, 佐々木一(編)：専門医のための精神科臨床リユミエール 22, pp 105-117, 中山書店, 2010
- 10) Leff J : Can we manage without the mental hospital? Aust N Z J Psychiatry 35 : 421-427, 2001
- 11) Szmukler G, Holloway F : In-patient treatment. Thornicroft G, Szmukler G (eds.) : Textbook of community psychiatry, Oxford Press, 2001
- 12) World Health Organization (WHO) : The World Health Report 2001 : Mental Health : New Understanding, New Hope, 2001

(安西信雄)

専門医をめざす

精神医学

第3版

編集

山内俊雄 小島卓也 倉知正佳 鹿島晴雄

編集協力

加藤 敏 朝田 隆 染矢俊幸 平安良雄

医学書院

3. 社会生活技能訓練(SST)

1) 社会生活技能訓練(SST)とは何か

私たちの毎日の生活の多くは、ほかの人たちのかかわりで成り立っている。食事や買物、仕事はもちろん、余暇活動においても、人に話しかけたり会話を続けたり、自分の考えや気持ちを伝え、共感を表すなどの生活技能(social skills)が必要となる。精神障害をもつ人では、こうした生活技能が乏しいことが多く、そのため人間関係がうまくいかず孤立したり、ストレスに対処できず精神症状が悪化することもある。統合失調症などの精神障害をもつ人では、生活技能の乏しさが生活の質(QOL)の低さや、生活満足度の低さと有意に関連することが明らかにされている¹⁶⁾。したがって、精神障害をもつ人が満足のできる質の高い生活を送れるようにするためには、生活技能を高めるために計画された治療活動が必要となる。

SSTは“social skills training”の頭文字をとったもので、わが国では「社会生活技能訓練」や「社会的スキル訓練」などと呼ばれる²⁾。SSTは、生活技能が乏しいため社会生活上の困難をもつ人を対象に、認知行動療法の技法を用いて、生活技能の獲得を促し、社会生活の質の向上をはかる方法である。

(1) 生活技能について

生活技能は、対人場面における適切で効果的な行動である。生活技能には周囲の人々とのよい関係を維持する親和的技能と、周囲に働きかけて目的を達成する道具的技能があり、また言語的行動(何を話すか)と非言語的行動(どう話すか)に分けられる。さらに、生活技能は対人状況における情報処理の段階により、①他者からのメッセージを受け止める「受信技能」、②社会的状況のなかで情報を評価・判断し最良の反応を選択する「処理技能」、③適切な言語的・非言語的行動によって自分の意志や感情を相手に伝達する「送信技能」の3つに分けられる¹²⁾。

生活技能の乏しさは、①長期にわたるひきこもりや対人関係の乏しさ、②陰性症状、③長期にわたる入院などで生活技能を用いないため衰えて低下する(廃用)、④認知機能障害(言語的学習、記憶、ワーキングメモリなどの障害)などから生じる¹¹⁾。

SSTで用いられる治療技法には、社会的モデリング、促しと教示、実技練習とリハーサル、強化、弁別、行動形成など、行動療法で用いられる技法とともに、問題解決(problem solving)などより認知的要素の強い技法も用いられる。SSTで用いられるモデリング(モデルの観察を通じての学習)はBandura³⁾が確立した社会的学習理論によっている。さらに、SSTでは、個人の脆弱性や力量と環境要因との好ましいバランスを回復させることをめざし、Zubinら¹³⁾のモデルやNuechterlein¹³⁾のモデルに「防御因子」を組み入れて発展させた「脆弱性-ストレス-対処技能モデル」が用いられる¹¹⁾。

(2) SSTの普及の経緯と対象の広がり

SSTは自己主張訓練(assertion training)を雛形として、社会的学習理論を取り入れ発展してきた。当初は社会的ひきこもりなどが対象とされたが、脱施設化の弊害が叫ばれる状況を背景として、1970年代からLiebermanら¹¹⁾により統合失調症などの慢性精神障害者の認知・学習障害に対応した学習パッケージとして体系化され普及してきた。わが国には1988年のLiebermanの来日を契機に導入され、1994年に精神科専門療法として「入院生活技能訓練療法」が診療報酬化され普及が促進された。1995年には効果的なSSTの普及をめざしてSST普及協会が発足し、全国でワークショップなどの普及活動が展開されている。

わが国でSSTの対象は、最初は統合失調症が主であったが、次第に気分(感情)障害やほかの疾患にも広がり、現在は小児の発達障害や学級運営への適用や、矯正・司法分野での応用など、医療以外のさまざまなメンタルヘルス領域での取り組みが盛んに行われている。

2) SST の発展と効果のエビデンス

SST の効果については、否定的な報告¹³⁾もあるが、大部分は効果が報告されている。Bellack⁴⁾は心理社会的治療を検討して、SST は最も研究が進んでおり社会適応水準の改善への効果は確立していると報告した。Pfammatter¹⁴⁾は心理社会的治療の大規模なメタ分析を行い、SST が統合失調症患者において社会的技能獲得において効果があり、中等度だが有意な社会適応水準の改善、軽度の精神症状改善、および、追跡時の入院率のかなりの低下が安定して認められることを報告した。Kurzら⁹⁾はSSTに関する22件の無作為割付(RCT)研究のメタ解析を実施し、練習した課題の改善が大きいこと、社会的技能や日常生活技能の改善が有意に認められることなどを報告した。

アメリカNIMHの支援で実施されたPORT project¹⁰⁾では「薬物療法と組み合わせた心理社会療法」として、生活技能訓練(skills training)を家族療法や包括型地域生活支援プログラム(ACT: assertive community treatment)とともに推奨している。

アメリカ精神医学会が作成した統合失調症治療指針¹⁾では「統合失調症患者に対する生活技能訓練の有効性はすでに確立されている」としている。この治療指針では、患者を急性期、安定化期、安定期の3つの時期に分けるが、安定期には薬物維持療法とともに、対人関係を中心とするSSTや再発前駆症状への適切な介入などが求められている。

安定期に至る前の安定化期では、統合失調症の薬物自己管理、症状自己管理、再発徴候の確認、基本的な会話技能を教えるなどの教育プログラムを始めることが推奨されているが、ここで用いられているのは下記のSSTモジュール¹¹⁾である。急性期症状がおさまった後は、SSTモジュールによる疾病自己管理などの学習を推奨しているわけである。

なお、統合失調症の再発防止に及ぼすSSTの効果については、Hogartyら⁵⁾の研究によって2年間の追跡期間の後半で再発防止効果が失われた

ことが示されているので、長期的な安定を得るためには家族心理教育などとの併用が必要となる。

3) SST の実施方法

SST は疾患や症状を標的とするのではなく、対人的・社会的行動や認知を生活技能(skills)の視点から捉えて、学習理論などを用いて修正をはかる方法なので、その対象は疾患に限られるものではない。

SSTのガイドラインとしては、統合失調症については池淵⁶⁾のガイドラインがあり、子ども(学校)については佐藤ら¹²⁾による実践ガイドがある。詳しくはこれらを参照いただくこととして、以下、各種のSSTに共通の基本事項、基本訓練モデル、モジュール、および、子どものSSTの順に概略を述べる。

(1) SSTの基本事項—機能評価と目標設定、治療計画

どのような治療法でもまず評価が行われるが、SSTでは対象者の機能評価と機能分析を実施する¹¹⁾。機能評価(functional assessment)は、「対象者が社会的・職業的役割を果たすうえで役立ったり妨げになったりする行動上の長所や過剰な点、不足な点を同定すること」である。治療計画は行動上の長所や既存の行動レパートリーを出発点として、組み立てられることが多いので、長所を同定することが重要である。機能分析(functional analysis)は対象者の生活の妨げとなっている問題を同定し、そうした問題が生ずる前に通常どのようなことが起きているかという先行条件を見いだし、それと結果との関連を見い出すことである。対象者の行動に影響を及ぼす強化子を見つけ出すことも重要である。これらは対象者の実生活の観察や行動面接、チェックリストなどにより行われる。機能分析に基づいて治療計画が立案される。

SSTでは本人の希望をくみ上げる。例えば、「あなたの生活がどうなればもっと充実して過ごせると思いますか」、「3か月後に自分の生活がど

うなっているかをよくしたい。こうして本人が評価できる目標を設定する。その治療計画による目標設定を達成する。SSTの目標設定に基かて達成する。それを行動形成が可能な細かていく。治療されるよう、し、本人にと強化子)を明表21-4はSSTのもので、基本方に基ついで

(2) SSTのmodel)

1) 適応

本人に社会があることが望。団の輪のなか程度に回復されることも多分も変化しない。参加の動機。ば、急性期症状。たり、今後の。ケアなどで友。作業所などで。など、現実的。適当である。現場でも、練習可能性があればSSTが全体

うなっていればいいと思いますか」, 「誰との関係をよくしたいと思いますか」と本人に問いかける。こうして本人の希望を引き出し, 進歩の度合いが評価できる機能的な言葉に翻訳し, 数か月以上を要する長期目標と, 数回の練習で達成可能で長期目標の実現に役立つ短期目標として本人の合意で設定する。その際に機能評価と機能分析に基づく治療計画により, 本人にとって達成可能で役立つ目標設定を援助することが重要である。

SST の治療計画を立てる際には, 機能分析や目標設定に基づき, 設定された目標を実生活のなかで達成するために必要な生活技能を同定し, それを行動形成 (shaping) の考え方にに基づき, 達成が可能な細かい要素に分解して系統的に積み上げていく。治療計画が本人の積極的参加のもとで行われるよう, 本人にとっての希望や目標を尊重し, 本人にとって励みになること (環境側からの強化子) を明らかにしておくことが必要である。表 21-4 は SST で用いられる学習過程を示したもので, 基本訓練モデルもモジュールもこの考え方に基づいている⁸⁾。

(2) SST の基本訓練モデル (basic training model)^{6, 11)}

① 適応

本人に社会的行動の学習の動機や能力が十分にることが望ましいが, 実際には一定の時間, 集団の輪のなかに座って人の話を聞くことができる程度に回復した段階で, SST への参加が勧められることも多い。「何かを得たい, そのために自分も変化しないといけない (かもしれない)」という参加の動機があると効果が期待できる。例えば, 急性期症状が改善して周囲への関心が出てきたり, 今後のことを考え出したりする時期, デイケアなどで友人づきあいや課題が気になる時期, 作業所などで今後の就労のことを考え始める時期など, 現実的な課題に取り組み始めている時期が適当である。現実的な課題や目標を述べられない場合でも, 練習に参加することによって変化の可能性があれば適応となる。

SST が全体の治療・リハビリテーションの計

表 21-4 SST で用いられる学習過程

社会生活技能訓練 (SST) は社会的行動の学習を促進する技法の集大成で, 問題の同定, 変化への動機づけ, 目標設定から, 練習課題の設定, モデリングやフィードバックのほか, 技能を実生活で活用できる (般化) ことを促す宿題などにより構成される。

1. 問題同定: 妨げとなっている問題を患者と治療者が協力して見いだす。
2. 目標設定: 目標を達成するために必要な社会的行動を明らかにする。
3. ロールプレイや行動リハーサル: 目標とされる社会的目状況でうまくやり送るために必要な言語的・非言語的スキルが示される。
4. 正のフィードバックと矯正のフィードバック: ロールプレイでの行動にフィードバックが与えられる。
5. モデリング: 治療者やメンバーの 1 人が適切な振舞い方の手本を示す。
6. 行動練習: 実社会で成功するレベルに達するまで繰り返し練習する。
7. 正の社会的強化: 生活技能が改善したときに与えられる。
8. 宿題: 実生活場面で技能を用いるように動機づけて促す。
9. 問題解決: どうやれば次回はうまくやれるか, 解決策を出しあい考える。

(Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R: Recent advances in social skills training for schizophrenia. Schizophr Bull 32 SI: S12-S23, 2006 より引用)

画に位置づけられていることが必要である。例えば, 「不適切な対処行動→周囲からの否定的反応→不安や苦痛→精神症状の悪化」というような悪循環を断ち切り, 「周囲との適切なかかわり→安心や安定→精神症状の安定化」というような良循環に変えることである。

精神症状が活発で薬物療法のほうが適切である場合や, 著しい思考障害や認知症 (記憶力障害) などにより学習活動が特別に困難な場合は適応にならない。

② 実施方法

練習セッションは個人を対象に実施 (「1 人 SST」と呼ばれる) することも可能であるが通常は数人~10 人程度のグループで行われる。1 回 1 時間, 週 1 回以上が標準とされる。実際の練習は, ① はじめの挨拶, ② 新しい参加者の紹介, ③ SST の目的ときまりの確認, ④ 宿題報告, ⑤ 今

回の練習課題を明確にする, ⑥ ロールプレイで技能を練習する, ⑦ 次回までの宿題を設定する, という順序で実施される。ある参加者について④～⑦が終了すると次の人へ進み, 上記の④から繰返し, 全員が終わると終了する。

ロールプレイによる技能練習は, ① 場面を作る(誰を相手に, いつ, どこで, 何を, 相手はどう反応して, 結果はどうだったか), ② 練習の相手を選び, 本人と相手の言葉と態度を具体的に示す, ③ いつものやり方でやってみる, ④ 正のフィードバックを行う, ⑤ 改善点を提示する, ⑥ モデル行動を示す(モデリング), ⑦ モデル行動から学習したよい点を取り入れて再演する, ⑧ 実生活場面での練習を計画し, 宿題として具体化する, ⑨ 宿題カードに宿題を書き込むという手順で実施される。

以上のように, 実施手順が明確化されている「構造化された学習環境」で, 単なる話し合いではなくアクションを通して, モデリング, 教示, リハーサル, フィードバックなどの認知行動療法の技法を用いて社会的・対人的技能を学習すること, さらに, 宿題を通して身につけた技能を実生活場面で試み応用していく(般化)こと, これらを実施するうえで本人の長所を認め正のフィードバックを強調することが特徴である。

(3) SSTのモジュール—自立生活技能(SILS)プログラム¹²⁾

モジュールは精神障害をもつ人が, 地域で生活できるための知識や技能を学習パッケージとしてまとめたもので, 服薬自己管理, 症状自己管理, 基本会話技能, 余暇の過ごし方, 地域生活への再参加プログラム(以上日本語版あり), 食生活, 金銭管理などがある。わが国での退院促進の実験経験を踏まえて日本版の「退院準備プログラム」¹⁾が作成されている。

① 適応

プログラムに一定時間, 落ち着いて参加でき, ある程度の学習能力が期待でき, そのモジュールが扱う領域への関心(潜在的であれ学習の意欲)がある場合は適応となる。例えば, 退院を希望して

いるが不安が大きい場合は, 退院準備プログラムの適応となるが, 環境要因のために退院の可能性がまったくない場合は(その問題の解決の見通しが得られるまでは)対象とならない。

② 実施方法

基本訓練モデルと類似の方法で実施されるが, ① 課題領域ごとに自立した社会生活が可能となるような実用的な技能が整理されていること, ② 指導者用のマニュアルとそれに対応した患者用のワークブック, デモ用のビデオが教材として整備され用いられること, ③ いずれのモジュールも受信, 処理, 送信の3段階の技能に対応した問題解決の考え方に基づく一貫した方針で作成されていること, ④ いずれも社会資源の有効な利用を強調している点が特色である。

(4) 学校におけるSST¹⁷⁾

佐藤ら¹⁷⁾は学校教育の場で生ずるさまざまな問題に対応したSSTプログラムを開発・発展させてきた。対象者と課題は, いじめ, ひきこもり, 学習障害, ADHD, 知的障害, 不登校など多岐にわたる。また, 対象者と対象者を含む学級全体で行う集団SSTが幼稚園・保育園, 小学校, 中学校で実践されている。佐藤らは, 「健常児と障害のある子どもの集団全体に対して社会的スキルや仲間関係に関する介入を行うことが必要である」と述べている。障害をもつ子どもと, その子どもにとっての環境を構成する健常児の両方にSSTを適用するわけである。ターゲットスキル(例えば, 積極的に聞く, 気持ちをわかってはたらかける, 気持ちのコントロール)を設定して実施するこの方法が有効であることが述べられている。

(安西信雄)

文献

- 1) 日本精神神経学会(監訳): 米国精神医学会治療ガイドライン; 統合失調症, 医学書院, 1999 American Psychiatric Association: Practice Guideline for The Treatment of Patients with Schizophrenia. American Psychiatric Association, Washington DC, 1997

2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14

新・社会福祉士養成講座

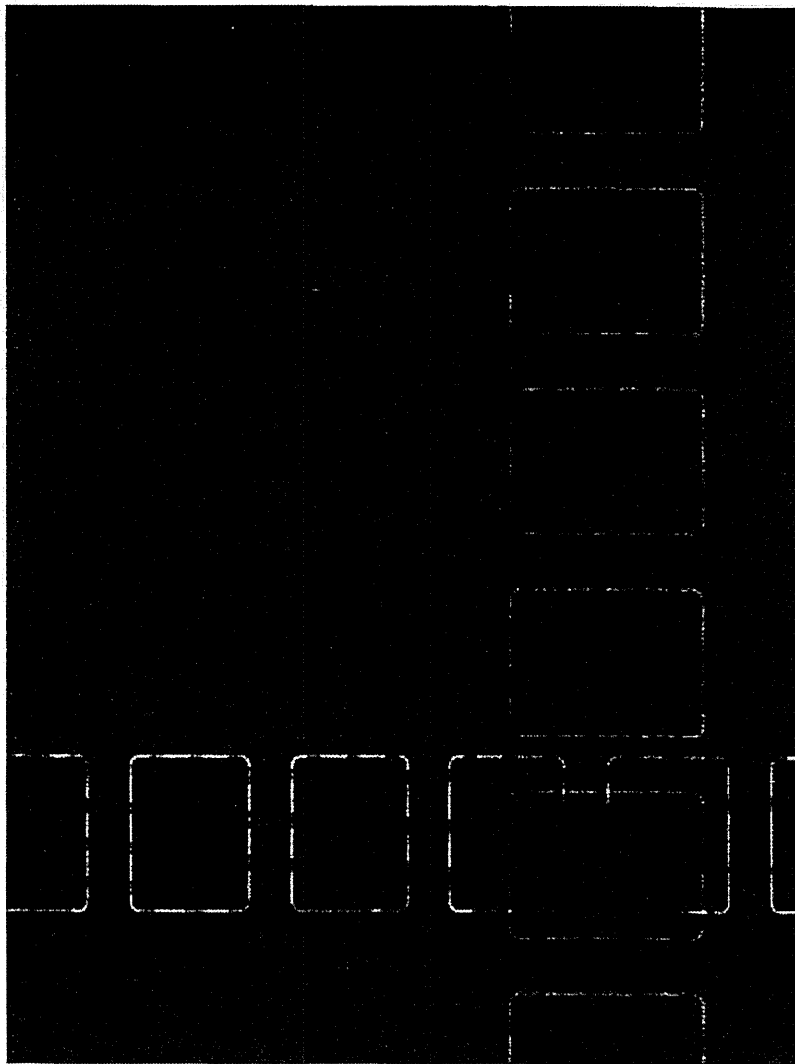
1

[編集] 社会福祉士養成講座編集委員会

人体の構造と機能及び疾病

—医学一般—

第2版



中央法規

第10節 精神障害

作
成
は
階
級
分
類

精神疾患は誰でもかかる可能性のあるものであるが、適切な治療を続けることでたいは病状が軽くなったり治癒したりする。しかし、国民の間で精神疾患に関する基本的な認識は不十分で、そのため精神疾患への不安や偏見は大きい。そこで国は「こころのバリアフリー宣言⁵⁾」を出して国民の間での普及啓発に努力している。

1 | 精神疾患の診断と分類

■ 精神疾患の診断

精神疾患の多くは現在の段階では何かの検査データによって診断が決めるのではなく、経験のある医師が面接を行って症状や経過等によって総合的に診断をする。従来は医師ごとに診断のばらつきが大きかったので、診断の基準を明確にして国際的な比較を可能にする努力が行われた。それが国際的診断分類で、米国精神医学会が作成したDSMと、WHOが作成したICDが用いられている。

わが国に本格的に国際診断基準が導入されたのはDSM-IIIで1982(昭和57)年に紹介された。最新版はDSM-IV-TR⁶⁾である。これは操作的基準(判断のための具体的な基準や手順が示されている)と多軸評定(I軸:臨床疾患、II軸:パーソナリティ障害や精神遅滞、III軸:一般身体疾患、IV軸:心理社会的疾患、V軸:機能の全体的評定)が特徴である(表4-12、13)。米国ではこれが標準的な診断基準として用いられている。WHOが

表4-12 DSM-IV-TRの多軸評定

- I軸 臨床疾患
臨床的関与の対象となることのある他の状態
- II軸 パーソナリティ障害
精神遅滞
- III軸 一般身体疾患
- IV軸 心理社会的および環境的問題
- V軸 機能の全体的評定

資料: American Psychiatric Association 編, 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 新訂版』医学書院, 2003.

5) 厚生労働省「こころのバリアフリー宣言——精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針」2004.

6) American Psychiatric Association, 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引』医学書院, 2002.

7) WHO 医²

作成したICDの最新版はICD-10⁷⁾で、診断基準の明確化という面では操作的基準が作成され、さまざまな国や地域での使用を考慮して使いやすい工夫がされている。わが国では臨床場面でも行政的にもICDが用いられることが多く、精神疾患関連の教科書もICD分類に準拠したものが多く、ICD-10の精神疾患の分類を表4-14に示した。

表4-13 DSM-IV-TR I、II軸の大項目

- I軸
- 通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害
(II軸で診断される精神遅滞を除く)
 - せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害
 - 一般身体疾患による精神疾患
 - 物質関連障害
 - 統合失調症および他の精神病性障害
 - 気分障害
 - 不安障害
 - 身体表現性障害
 - 虚偽性障害
 - 解離性障害
 - 性障害および性同一性障害
 - 摂食障害
 - 睡眠障害
 - 他のどこにも分類されない衝動制御の障害
 - 適応障害
 - 臨床的関与の対象となることのある他の状態
- II軸
- パーソナリティ障害
 - 精神遅滞

資料：表4-12に同じ（一部改変）。

表4-14 ICD-10の診断カテゴリー（大項目）

- F 0 症状性を含む器質性精神障害—認知症および脳の器質性障害など
- F 1 精神作用物質による精神および行動の障害—薬物依存症など
- F 2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害
- F 3 気分（感情）障害
- F 4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
- F 5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群—摂食障害、睡眠障害、性機能不全など
- F 6 成人の人格および行動の障害—人格障害、衝動の障害、性同一性障害、性嗜好障害など
- F 7 精神遅滞（軽度、中度、重度、最重度）
- F 8 心理的発達障害—広汎性発達障害（小児自閉症、アスペルガー症候群）、学習能力障害など
- F 9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害—多動性障害（ADHD）、行為障害、チック障害など

注：この下に多数の疾患分類が含まれる。例えばF 3気分障害では、躁病エピソード、うつ病エピソード、双極性障害などがある。

7) WHO 編、融道男・中根允文・小宮山実監訳『ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン』医学書院、1993。