

■ 精神保健福祉法による入院

精神疾患に特有のものとして精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）による入院がある。同法に規定される入院形態には、任意入院、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の五つがある。これらのうち、頻度が高いのは任意入院、措置入院、医療保護入院である⁸⁾。

任意入院

患者本人の意志（同意）による入院であり、できるだけ入院は任意入院で行うことが推奨されている。入院の際に自ら入院することを証明する書類への署名が必要である。これが行えない場合はこの入院形態には該当しない。任意入院では開放処遇が原則となっており、退院の申し出があった場合は退院させなければならない。ただし精神保健福祉法で規定された指定医が診断して、医療および保護のために入院を継続させる必要があると判断した場合は72時間まで退院制限をすることができる。

措置入院

都道府県知事の指定する2人以上の指定医が診察した結果、入院させなければ自傷他害（自身を傷つけまたは他人に害を及ぼす）のおそれがある精神障害者であると一致して判断された場合に、都道府県知事の命令により入院させることができる制度である。

医療保護入院

精神保健福祉法に規定された指定医の診察の結果、患者本人から入院の同意が得られず、しかも自傷他害のおそれという措置入院の要件はないが入院治療が必要な場合に保護者の同意を得て行われる入院である。通常は、治療が必要であるが、病気の自覚が乏しくて服薬や治療を拒否する場合、幻覚妄想や抑うつ症状等のために日常生活に困難があったり、医療と保護が必要であるが、本人が入院治療に同意しない場合などに適用される。

2 | 精神障害をきたす主な精神疾患

■ 統合失調症

統合失調症は主として思春期から青年期に発病し、再発を繰り返しながら慢性に経過

8) 精神保健福祉研究会監『改訂第2版 精神保健福祉法詳解』中央法規出版、2002。

することが多い疾患である。WHOによると罹患率は人口の0.7%で、厚生労働省による「平成20年患者調査」では精神科入院患者の約60%を占める。精神症状は陽性症状と陰性症状に分けられる。陽性症状は、①幻覚（実際には存在しない声や音が聞こえる幻聴や、実際には存在しない光や人の姿などが見える幻視など）、②妄想（現実にはあり得ないことに強い確信をもち訂正不能となるもの、誰かに迫害されるという被害妄想、通りすがりの人の所作など偶然の出来事を自分に関係づける関係妄想など）、③顕著な思考障害（思考減裂）、④緊張病症状、などである。陰性症状は意欲や自発性の低下、ひきこもり、表情が乏しくなったり感情の動きが乏しくなるなどの症状である。治療には抗精神病薬が用いられる。これには従来薬と、最近登場した非定型抗精神病薬がある。抗精神病薬の再発防止効果は確立しており、抗精神病薬の服用を続けた場合は服用しなかった場合と比べて1年後までの再発率が約2分の1に減少する。薬物療法とともに、本人や家族への心理教育、訪問型の地域ケア（ACT、訪問看護など）、社会生活技能訓練（SST）などの心理社会的治療を組み合わせて実施することで社会適応水準の改善や再発・再入院防止の効果があることが知られている。

わが国では精神科医療を従来の入院医療中心から地域生活支援中心へ転換することが課題となっているが、それを実現するためには、医療の質の向上とともに、生活面での支援ニーズへの対応が求められている。

■ 気分（感情）障害

気分障害の代表はうつ病と双極性感情障害（躁うつ病）である。うつ病では注意力や集中力が減退し、自己評価が低下したり、自信の欠乏がみられる。睡眠障害が起きやすく、寝つきは比較的保たれているものの、睡眠中断が多く、夜中や明け方に目が覚め、そのあと眠れないことが多い。日内変動（午前中に調子が悪いことが多い）や食欲不振がみられることも多い。一般人口の調査で、大うつ病性障害（DSM-IV）の生涯罹患率（一生の間に一度は罹患する人の率）は女性で10~25%、男性で5~12%と報告されている⁹⁾。躁病エピソードは、逆に気分の高揚が特徴で、気力や活動性の亢進がある。極端に睡眠時間が短くなることもある。社交性が高まり、あちこちに電話をかけたり、話が止まらなかったり、行動の抑制がきかなくなることもある。

これらのエピソードは治療を行わなければ2週間から数か月続くことが多い。きっかけとみられる出来事がある場合もない場合もある。うつ病では特に自殺の防止が重要と

9) American Psychiatric Association（高橋三郎ら訳）：DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版，360頁，医学書院，2004。

なる。治療はうつ病には抗うつ薬、躁病エピソードには炭酸リチウムや抗精神病薬などが用いられる。治療によっても改善しない「遷延性」と呼ばれる場合があり、日常生活や社会生活の支援が必要となる。就労支援としてリワーク・プログラムが開始されている。

■ 神経症性障害など

神経症は不安が特徴である。不安の現れ方によっていくつかに分けられる。

パニック障害は突然「死んでしまうのではないか」という恐怖に襲われ、動悸、胸痛、窒息感、めまいや非現実感などが発作的に起きるもので、通常は数分から10分以内に治まる。内科などで診察を受けても身体的な病気は見いだせないが、その後もこうした発作が繰り返される。予期不安といって、「あの恐ろしい体験がまた起きるのではないか」という不安のために外出が出来なくなって自室に閉じこもってしまう場合もある。

強迫性障害は、ある考えにとらわれてしまう強迫観念と、ある行動や儀式を反復してしまう強迫行為がある。いずれも、こうした考えや行為がばかばかしいとわかっているにもかかわらず止められないという葛藤が特徴である。男女で同程度の頻度でみられ、長期間持続する場合もある。

PTSD (Post-traumatic stress disorder) は心的外傷後ストレス障害と呼ばれるもので、災害や激しい事故、他人の変死を目撃するなどの特別なストレスの高い出来事や状況にさらされた人が、その出来事に関連してその後に症状を呈してくるものである。典型的な症状は、ある種の「無感覚」や呆然としていること、閉じこもり、侵入的想起（フラッシュバック：考えたくなくても、あることが心のなかに強く迫ってきて逃れられない）、ある状況からの回避、などが特徴である。ある刺激で誘発されて恐怖やパニックが生じることがある。不眠や抑うつ、場合によって希死念慮を生じることがある。

摂食障害は、ICD-10では「生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群」に分類されるもので、神経性無食欲症（若い女性に多いもので、極端な体重減少、肥満への恐怖、ボディイメージの障害など）と、神経性大食症（短時間に大量の食物を食べ尽くすなど、食べることへの異常なこだわりや渴望）がある。時に生命が危険にさらされることがある。

これらの病気に対しては、正確な診断のもとで、抗うつ薬や抗不安薬などの薬物療法や精神療法、認知行動療法などが用いられる。

編集委員 (五十音順)

遠藤英俊 (えんどう・ひでとし)

国立長寿医療研究センター内科総合診療部長

高橋龍太郎 (たかはし・りゅうたろう)

東京都健康長寿医療センター研究所副所長

前沢政次 (まえざわ・まさじ)

北海道大学名誉教授

執筆者及び執筆分担 (五十音順)

安西信雄 (あんざい・のぶお) 第4章第10節

国立精神・神経医療研究センター病院副院長

遠藤英俊 (えんどう・ひでとし) 第3章第7節・第16節・第17節・第4章第8節

国立長寿医療研究センター内科総合診療部長

蒲澤秀洋 (かばさわ・ひでひろ) 第4章第9節

名古屋市総合リハビリテーションセンター企画研究局長兼附属病院副院長

川俣幹雄 (かわまた・みきお) 第4章第5節

九州看護福祉大学看護福祉学部教授

小池修治 (こいけ・しゅうじ) 第4章第3節

山形大学医学部情報構造統御学講座耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野准教授

上月正博 (こうづき・まさひろ) 第5章

東北大学大学院医学系研究科障害科学専攻機能医科学講座内部障害学分野教授兼専攻長

坂本洋一 (さかもと・よういち) 第4章第1節

和洋女子大学生活科学系教授

佐竹昭介 (さたけ・しょうすけ) 第3章第5節・第6節・第10節・第11節・第14節

国立長寿医療研究センター高齢者総合診療科

高橋龍太郎 (たかはし・りゅうたろう) 第1章

東京都健康長寿医療センター研究所副所長

竹田一則 (たけだ・かずのり) 第4章第4節

筑波大学大学院人間総合科学研究科教授

野中 猛 (のなか・たけし) 第6章

日本福祉大学社会福祉学部教授

洪 英在 (ほん・よんちえ) 第3章第2節・第8節・第9節・第12節・第13節

国立長寿医療研究センター高齢者総合診療科

Arbinger's disorder, TD/MS, ADHD, Tourette's disorder, neurosis/affect regulation, regression, anxiety, panic, obsession, depersonalization, somatization, MS

精神医学

キーワード

事典

conversion, somatization, regression, MS/MS, schizophrenia, bipolar disorder, stress, depression, hysteria, phobias, melancholia, infidelity, hypochondria, epilepsy, amnesia, ADHD, PTSD, dementia, FTLD, cerebellopathy

総編集

松下 正明

編集

伊豫 雅臣

内山 真

内海 健

笠井 清登

加藤 敏

神庭 重信

齊藤万比古

佐野 輝

藤山 直樹

manic-depressive disorder, bipolar disorder, psychosis, Wunsch, narcissism, fetishism, somatization, hypochondria, infidelity, dementia, psychoeducation, CBT, A

conversion, somatization, regression, MS/MS, schizophrenia, bipolar disorder, stress, depression, hysteria, phobias, melancholia, infidelity, hypochondria, epilepsy, amnesia, ADHD, PTSD, dementia, FTLD, cerebellopathy

中山書店

Key word

244

社会生活技能訓練

social skills training (SST)

生活の質 (QOL) の改善と社会生活技能訓練 (SST)

疾病により生命を失う障害だけでなく、普通の生産的な生活ができなくなるという障害を加えたWHOの障害調整生存年数 (disability adjusted life years : DALYs) の報告¹⁾から、精神・神経疾患が全障害の30%を占めること、疾病の上位20位に、うつ病、アルコール使用関連障害、統合失調症などの6つの精神疾患が入ることが示された。このように精神疾患で生活面の障害が大きいのは、精神疾患は、対人関係や役割遂行など社会生活の困難と密接に関連して経過し、慢性化や再発が生じやすく、これらが社会生活の機能水準の低下に結びつきやすいという特徴が関与していると考えられる。

社会生活技能訓練 (social skills training : SST) は、精神疾患などにより生活技能 (social skills) 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図る方法である。これは、もともとは自己主張訓練 (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。初めは社会的ひきこもりなどが対象とされたが、アメリカで脱施設化により地域に退院した患者たちの生活の質が乏しいことが社会問題となるなかで、1970年代からリバーマン (Lieberman, R.P.) ら²⁾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SSTが体系化され普及した。わが国には1988年のリバーマンの来日を契機に

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の普及を目指してSST普及協会が発足し、全国でワークショップ等の普及活動が展開されている。最近では統合失調症のほかに、気分障害や他の疾患にも用いられ、小児の発達障害や、教育、矯正・司法分野、就労支援などのさまざまなメンタルヘルス領域で用いられるようになってきている。

SSTの実施方法

SSTはアセスメントに基づき、患者本人と治療者の共同作業として目標を設定し、構造的な学習場面で認知行動療法の技法を用い、簡単な技能からより複雑な技能へと系統的な練習を行い、獲得された技能が日常生活でも使われて生活の質が改善することを目標とする (練習場面で獲得した技能が他の場面でも使えることを「般化」と呼ぶ)。

SSTでは正のフィードバックを重視する。うまく行動できたりできなかったりする原因を追求するのではなく、練習が必要な生活技能 (スキル) としてとらえ、今ある技能を生かし、不足な技能を伸ばすための技能練習を行う。技能練習にあたっては、本人の「こういうことができるようになりたい」という気持ちを尊重して目標を設定し、技能の長所と短所を評価して、一步一步技能を向上させる計画を立てて実施する。頭で理解するだけでなく、行動できるようになることが大切なので、実際の場面をリハーサルして、相手役を決めてロールプレイを用いて練習する。練習したことが

実生活
定して
個人
7~8
看護師
保健師
うこと
者は2
助役を
実施
沿って
状の自
を使っ
ジュー
ることが「こ
分を変
り本人
加する
て動機
づき、
とがで
に示し
で、時
1で実
されてい

SST

米国
「統合失
はす
の統合失
奨されて
失調症
り、中等
の精神症
りの低下
いる³⁾。
ためには

実生活でもできるようにするため、「宿題」を設定して実行を励ます。

個人を相手に実施することもできるが、通常は7～8人程度の集団で行われる。リーダーは、医師、看護師、心理士、精神保健福祉士、作業療法士、保健師などの幅広い職種の精神保健の専門家が行うことができる。通常は1つの集団に対して治療者は2名（あるいはそれ以上）で、リーダーの補助役をコリーダーと呼ぶ。

実施方法としては、個人ごとの生活上の目標に沿って実施する「基本訓練モデル」と、服薬や症状の自己管理、会話や余暇の過ごし方など、教材を使ってそれぞれの領域の学習を進める「モジュール」⁹⁾がある。両者を組み合わせて実施することもできるが、どちらの方法でも、患者本人が「こういうことができるようになりたい」「自分を変えていきたい」と希望していること、つまり本人に動機があることである。時にSSTに参加することを通じて自分の可能性や目標に気づいて動機が育つ場合もある。SSTは本人の希望に基づき、その実現を専門家が支援する方法ということができる。SSTで用いられる学習過程を表1⁴⁾に示した。通常はグループで実施するが、診察室で、時には訪問などにより実際の生活の場で1対1で実施する方法もあり、さまざまな方法が工夫されている⁵⁾。

SSTの効果と今後の展望

米国精神医学会の統合失調症治療指針⁶⁾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」とされている。わが国の統合失調症治療ガイドラインでもその実施が推奨されている⁷⁾。最新のメタ分析でもSSTが統合失調症患者の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が報告されている⁸⁾。ただし統合失調症の長期的な再発防止のためには、家族心理教育等との併用が必要とな

表1 SSTで用いられる学習過程

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出す
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状況でうまくやり遂げるために必要な言語的・非言語的技能が示される
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一人が適切な振る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で促す
9. 問題解決：どうやれば次回はうまくやれるか、解決策を出し合い考える

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、学習された技能が実生活で用いられ般化することを促す宿題などにより構成される。

(Kopelowicz A, et al. *Schizophr Bull* 2006⁴⁾)

る⁹⁾。SSTは対象者のコミュニケーション行動や社会生活の機能水準の向上に効果があるが、再発を防止し長期的に改善を維持するためには、家族療法等、他の治療法と組み合わせて実施することが有用と考えられる。わが国の精神科医療が入院医療中心から地域生活支援中心へと移行することが課題になっているなか、病棟やデイケアに加えて、訪問やアウトリーチ・サービスと組み合わせることでSSTが活用されることが期待される。

(安西信雄)

文献

- 1) WHO. The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO; 2001.
- 2) リバーマン RP (編). 安西信雄ほか (監訳). リバーマン—実践的精神科リハビリテーション. 東京: 創造出版; 1993.

- 3) 井上新平ほか (編). 精神障害を持つ人の退院準備プログラム (DVD教材, マニュアル, ワークブック). 東京: 丸善; 2006.
- 4) Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006; 32 (S1): S12-S23.
- 5) 西園昌久 (編著). SSTの技法と理論—さらなる展開を求めて. 東京: 金剛出版; 2009.
- 6) American Psychiatric Association (編). 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. 東京: 医学書院; 1999.
- 7) 池淵恵美. 社会生活技能訓練. 精神医学講座担当者会議 (監). 佐藤光源ほか (編). 統合失調症治療ガイドライン. 東京: 医学書院; 2004. pp218-231.
- 8) Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull* 2006; 32 (S1): S64-S80.
- 9) Hogarty GE, et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48 (4): 340-347.

Key w
24

統合
シヨ

認知
焦点を
である。
シヨ
なかつた
の関心
が急速に
な統合
ラムが
テーシ
てきて

現在

表1 k

表1 こ

Wykes,
Brenner,
Hogarty,
Bell, M.
Medalia,

Sohlberg
Silverste
Penn, D.

定価(本体4,600円+税)

ISBN978-4-7653-1431-2
C3047 ¥4600

POCKET

POCKET

編集 武田雅俊 大阪大学大学院教授 鹿島晴雄 慶應義塾大学教授



 Kinpodo

怠薬により再発しやすい患者には、薬物血中モニタリングでの薬を使用することもよい方法である。外来通院継続中もコンプライアンスの確保と副作用発現のチェックのためモニタリングを行うことが推奨される。また再発・再燃した場合には薬物投与前にモニタリングを行い、怠薬による再発・再燃か、病勢による再発・再燃かを知ることも、その後の治療方針を立てるためには極めて大切である。

⑥問題になるのは入院のクライテリアにあげた非告知投薬である。これは先に述べたサイコエデュケーションなどで自発的に服用するように指導し、できるだけさげたいが、精神科の特徴上やむを得ない時もある。もちろん無診察投薬は違法である。

⑦デボ剤は入院や再発の阻止には役立つが、これは一種の強制外来治療にもなりかねない。また副作用が出た場合の問題もあつとからも十分検討し、何度も怠薬により再入院になる、特に地域や周囲の人に今後受け入れてもらえないほどの問題が起こる可能性の高い人にとっては、再入院、再発防止に極めて有用な方法である。

⑧精神障害が慢性化し、なかなか退院できない障害者についてはさまざまなサービスが用意されなければならない。これについてはデイケア、社会復帰活動、地域支援体制を参照されたい(5項)。継続的に責任ある人が中心となって、チームで医療サービスと福祉サービスを提供することでかなり重症な人も地域で生活できるようになる。地域での生活を維持させ、さらにQOLを高め、満足度をあげるには精神保健福祉士などとの連携は欠かせない。

52. 精神科リハビリテーション

■研修目標

①精神障害における活動制限(生活障害)とリハビリテーションの考え方を学ぶ。

②わが国の精神科医療と社会復帰資源の現状を知る。

③デイケア等の社会復帰活動の適応判断と依頼の方法を学ぶ。

④病診連携・病病連携の考え方と方法を学ぶ。

■精神障害における生活障害とリハビリテーションの考え方

精神科を受診する患者は、精神症状とともに社会生活上の問題をかかえていることが多い。後者には、家族や職場などでの対人関係の問題や社会的・職業的役割遂行上の問題が含まれる。これらの社会生活上の問題と精神症状は相互に密接な関連を持っていることが多いので、精神科における診断や症状評価は、患者の生活上の困難や苦痛の訴えの聴取を通して実施される。

こうした社会生活上の困難は、症状が治まれば解消されるものもあるが、適切な治療が行われても残る場合がある。後者の代表的なものとして統合失調症の陰性症状(意欲低下、思考の貧困、感情の平板化等)や持続症状(薬物療法が適切に実施されても残る幻覚・妄想等)である。遷延した大うつ病性障害や重症の不安障害などでも社会生活上の困難が残ることがある。これらの生活上の問題は、食事や金銭管理等の日常生活技能、人づきあいや気配りなどの社会生活技能、作業遂行能力、安定性や持続性、生き甲斐・活動機づけの乏しさなどとして認められ「生活障害(生活のしづらさ)」¹⁾と呼ばれる。再発を繰り返したり慢性化すると生活障害が強まり、長期在院による施設症(hospitalism)はそれを悪化させる。

WHO⁴⁾が作成した国際機能分類(International Classification of Functioning; ICF)は、①機能障害(疾病に直接由来する心身機能・身体構造の問題)、②活動制限(能力障害)(個人が社会生活を営む上での困難)、③参加制約(社会的不利)(障害をもつ人を社会の側が受け入れる条件が整わないために生ずる困難)の3つの観点から提案している。上記の生活障害は「参加制約」のもとで個

人が受けている「活動制限」ということができる。精神障害の理解においてはこうした多面的な視点が重要である。

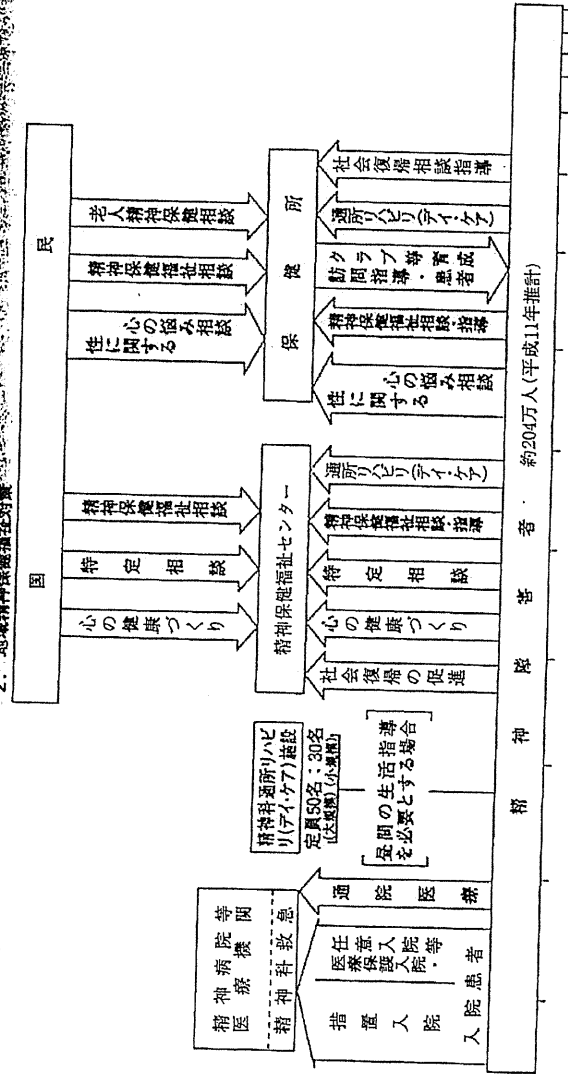
精神科リハビリテーションは、環境との関わりの中で個人を捉え、個別のアセスメントと治療計画により心理社会的介入を適切に実施して活動制限を減らし、環境から必要な支援を引き出すことで、可能な限り高い水準の生活の質（QOL）を実現する治療活動である。精神障害者では「疾患と障害が共存」とされるよう、精神症状の最小化と再発防止は重要な課題なので、適切な医療の継続は欠かせない。一方で、「症状が取れるまで入院」という考えではなく、ノーマライゼーションの考えに立ち、一定の支援により地域生活が可能であれば、できるだけ地域生活への移行を支援する努力が求められる。そのためには患者の希望を尊重し、治療同盟にもとづき、現実的な生活上の目標と、それを実現するための治療目標の合意を得る努力が必要となる。

■わが国の精神科医療と社会復帰資源の現状

わが国の精神科病院の在院患者数は約33万人で、うち統合失調症が61%をしめ、脳器質性精神障害、気分障害等がそれぞれに占められている（厚生労働省平成13年調査）。通院患者数は約170万人で、統合失調症26%、神経症22%、気分障害22%である（同平成11年調査）。図1は、厚生労働省が作成したもので、これらの精神障害者に対するサービス機関をまとめたものである。上段に医療と精神保健福祉関連の諸機関とサービスがまとめられており、下段に社会復帰関係の機関とサービスである。平成8年から14年にかけて実施された障害者プランにより、地域生活支援センターやグループホーム等が着実に増加し、社会復帰施設の選択の幅が徐々に広がりとつある。

厚生労働省の精神保健福祉の改革ビジョン¹⁾では、「入院医療から地域生活中心」への転換のため、「受入条件が整えば退院可能な約7万人の退院の実現と、今後は1年以上の長期在院患者を生まないようにすることを目指して、精神科救急体制を整備し、精神病床の機能分化を進め、地域生活支援体制を強化する方向性が示された。つまり「精神病床の機能を高めて短期入院患者は急性期症状の改善後は速やかに地域に移行」すること、「病院と地域をつなぐ切れ目の無いリハビリテーション」を実施

V 治療



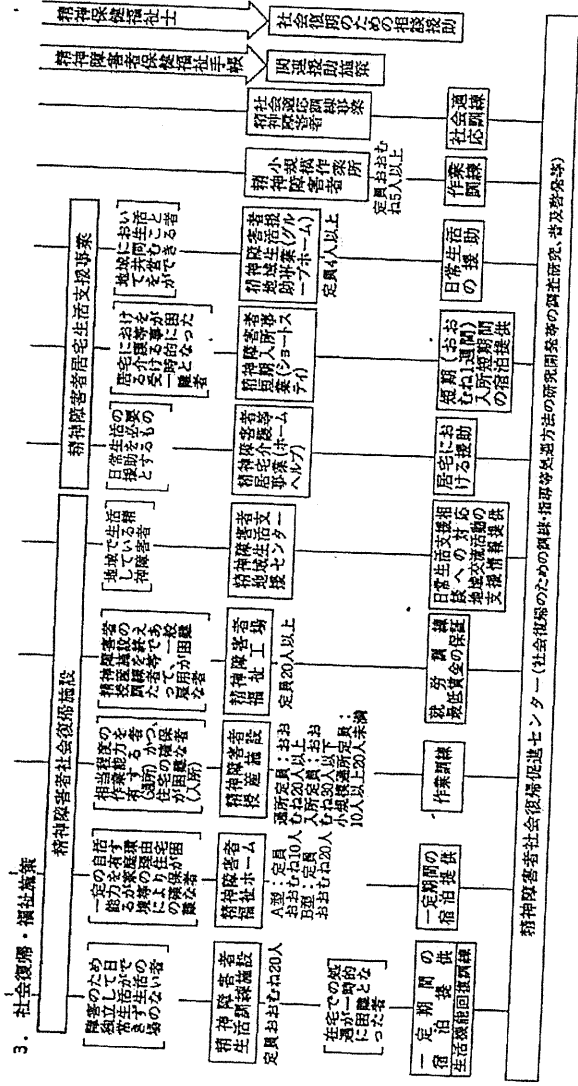


図1 精神障害者社会復帰施設の種類

という方針である。

わが国においては、病院間の、また病院と診療所や社会復帰機関との間の連携は全体として乏しいが、この改革ビジョンの方向性が実現されていけば、一施設内での自己完結的なリハビリテーションから、複数の機関を含んだ連携のもとでのリハビリテーションに移行していくものと思われる。図1からは読み取りにくいですが、わが国でも訪問看護やホームヘルプ・サービスとともに、重症患者を対象とする「包括的地域生活支援プログラム (ACTプログラム)」のような訪問型サービスが一部で開始されており、海外で実施されているケアマネジメントも試みられている。ここでは全国で利用できる状況にはなっていないが、使えるところは積極的に活用を図るべきであろう。

こうした視点から、入院治療によってある程度の改善が得られる際に、次のステップのリハビリテーションとして、これらの医療機関や社会復帰施設を適切に用いる知識が求められる。

■デイケア等の社会復帰活動の適応判断と依頼の方法

1) デイケア、デイナイトケア

在宅で生活できる程度には回復しているが、病状が不安定でゆとり活動制限 (生活障害) のために社会参加を果たせていない精神障害者に対して、週に数日、日中の6時間程度、治療的に構成された集団活動の場を提供するものがデイケアである。実施時間が夜間に及ぶものはデイナイトケアと呼ばれる。それぞれ診療報酬に施設基準が規定されている。

デイケアには、①入院治療に引き続いて症状の安定化等の医学的管理も積極的に実施できるデイホスピタル型、②社会への移行就業支援等に重点をおいたリハビリテーション型、③居場所の発見や憩いの場の提供を中心とするデイサービス型が分けられる。複数の機能を持つデイケアが多いが、患者の紹介の際には治療目標と紹介先のデイケアの特徴がマッチするかどうかを考慮することが必要である。

デイケアを考慮するときには、患者はまだ不安定さが残っているため、社会生活上の目標が不明確な場合が多いので、本人の希望をよく聞いて、デイケアの通院動機を整理して合意することが必須である。たとえば、「仕事をしたいが対人関係が不安」という

患者に対しては、「デイケアの集団活動に〇ヵ月きちんと参加できれば自信をもてる人が多い」等の働きかけを行う。本人の精神的な通院動機が得られれば、デイケア職員にそれを伝え、病院職員とデイケア職員の両方の支援で試験通所がうまくいけば成功する率が高い。

2) 小規模共同作業所、地域生活支援センター

小規模共同作業所が普及し、地域の社会復帰活動の拠点となっているところが多い。デイケアを終了した患者や、比較的社会的対応能力は高いが一般就労には困難がある患者が適応となる。作業内容は以前は集団で行う軽作業が多かったが、最近はクリーニングや菓子作りなど多様化してきている。

地域生活支援センターが普及しつつあるが、デイケアや作業所サービス類似の機能のほか、各種の相談機能を持つものが多い。一部では訪問サービスも実施されている。

通院動機を確認することはデイケアと同様であるが、実施されている活動はより多様なので、見学により本人の希望に合うことを確かめて実施できると良い。

共同作業所や生活支援センターに通う患者の中には一般就労(パートを含む)の希望が強いことが多い。これまで一般就労に移行できる人は少なかったが精神障害者も2006年から雇用率等を組み入れられたので援助付き雇用(supported employment)などを活用して就労のチャンスが広がることが期待される。

3) 訪問看護、ホームヘルプ・サービス、ケアマネジメント

精神症状は地域生活が可能な程度に改善しているが、家族等の支援が得られず、食事や金銭管理等の日常生活上の課題の送付や通院・服薬の継続に援助が必要な患者に対して実施される。訪問看護は病院から行う場合の他、地域の訪問看護ステーションに依頼して実施してもらう場合がある。訪問看護は医療に、ホームヘルプ・サービスは介護に重点があるが、重なり合うことも多い。いずれも退院前にケア会議等により病院側と地域側の役割分担と協力の仕方を明確にして実施することが望ましい。ケアマネジメントは精神保健福祉士等が実施する医療・保健・福祉にまたがる個別的な支援活動で、地域の社会復帰機関が実施する場合も医療機関が実施する場合もある。いずれも退院促進と地域生活支援に

大きな役割を果たすと考えられるので積極的な協力が必要である。

④ 病診連携・病病連携の考え方と方法

精神科と他科との連携と精神科どうしの連携がある。いずれも介状などによる情報交換のほか、電話連絡等により患者の状態や依頼事項を明確に伝え、十分な意思疎通と理解を得て行うことが必要である。その際には指導医に相談し指示を受けて実施する。

1) 病診連携

救急や急性期治療のために入院した患者が退院可能な状態に回復し、地元のクリニックに依頼する機会が多い。入院時の状態や問題がどのように改善したか、入院中の治療として何を実施し、その効果はどうであったか、諸検査の結果や現在の状態はどうか、現在の処方や治療の内容等を整理して伝える。可能な範囲で患者と家族にもその内容を説明し同意を得ると移行がスムーズに進むことが多い。

2) 病病連携

入院中の合併症により他院に入院を依頼する場合には、先方で精神科診療が行えるかどうかの問題になる。先方でその機能が乏しい場合には、指導医に依頼して先方からの問い合わせに対応できるコンサルテーション体制を作ることが必要となる。

入院中の患者が対応困難となり、他の精神科病院に転院を依頼するなどの場合は、患者の状態と対応困難な理由を率直に伝えるとともに、対応可能な状態に改善すれば引き受けることを伝える。

◆文献

- 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。平成16年9月。
- 精神保健福祉研究会監修：我が国の精神保健福祉平成16年度版。p.68, 太郎英術, 東京, 2005
- 荻 弘：生活療法の復権。精神医学26(8)：803-814, 1984
- WHO(障害者福祉研究会編)：ICF国際生活機能分類-国際障害者分類改訂版-。中央法規, 東京, 2002
- 安西信雄(編著)：地域ケア時代の精神科デイケア実践ガイド。金剛出版, 東京, 2006。

世界における精神科医療改革

CONTENTS

I 総論

精神科医療の国際動向	佐々木一	2
------------	------	---

II 世界における精神科医療改革の取り組み

1. 近年のイギリスにおける精神保健改革	伊勢田堯, 西田淳志	24
2. イギリスにおける地域精神保健福祉—ケアプログラムアプローチの実際	三野善央	41
3. アメリカ・ニューヨーク州における精神科医療	松原三郎	56
4. アメリカ・ウィスコンシン州デーン郡における地域精神保健活動 —マディソンモデルの実際—	久永文恵, 伊藤順一郎	65
5. アメリカ・カリフォルニア州における地域精神科医療	本間玲子	80
6. カナダ・トロント市における精神障害者の生活支援 —特に ACT の効果について—	Steve William Lurie, 松原三郎	94
7. イタリアにおける精神科医療改革	清野 絵, 水野雅文, 安西信雄	105
8. フランス精神医療の歴史・現状・課題	田口寿子	118
9. フィンランドにおける精神科医療改革	佐々木一	129
10. オーストラリアにおける精神科医療改革	瀬戸屋雄太郎	147
11. アジアにおける精神医療	新福尚隆	165

索引		185
----	--	-----

II. 世界における精神科医療改革の取り組み

7. イタリアにおける精神科医療改革

はじめに

本稿の目的は、イタリアにおける精神科医療改革を概観し、変革期にある日本の精神科医療への示唆を得ることである。

イタリアは、1978年の法180号の制定によって、精神障害者の治療を入院医療から地域医療へと大きく方針転換した。すなわち脱施設化である。そのことにより、結果として、イタリアは2000年末には世界で初めて精神科病院を廃止した国となった。

上記のことはわが国でもよく知られているが、イタリアがこのような改革に至るまでには、公立精神科病院の乱立や収容対策による治療、人権の軽視、などの経過があったこと、さらに、法180号についても成立の過程や成立後もさまざまな社会的・政治的要因があり、その方針がそのまま順調に実現されたわけではなかったことはあまり知られていない。

また、イタリア、特にトリエステで典型的に実施されている脱施設化について、どのような地域ケアの体制を設けているか、何によってそれが可能になっているかは知られていない。

そこで、イタリアの精神科医療改革の歴史的経過について述べ、イタリアの地域ケアの現状についてふれたい。

なお、本稿の後半に筆者の一人（安西）が2008年にイタリアのローマとトリエステを視察した際の情報が含まれているが、現地での視察は両都市合わせて3日程度なので、不正確さは免れないと思われる。お気づきの点は、ご叱責・訂正をお願いしたい。また、イタリアは州ごとに、また都市ごとにそれぞれが個性的で異なる特徴をもつことが多いので、イタリア全土をひとまとめにして議論するのは難しいこととお断りしておきたい。

イタリアの医療制度と地域性

改革について述べる前に、イタリアの精神科医療改革を考えるうえで重要と思われる医療制度、地域性、州制度について簡単にまとめることとする。

医療制度

イタリアの医療制度は、国民皆保険を原則とし、家庭医登録制となっている。専門医を受診する場合には、家庭医の紹介を要するが、精神保健サービスは例外となっている。社会保健の制度により、イタリア全土は22の地域医療事業体(Azienda Sanitaria Locale: ASL)に分割されている。各事業体は人口5万~20万をキャッチメントエリアとしている。ASLは健康保険料で賄われる。国は予算を人口割りで州に配り、州は人口割りでASLに配る。そのうち精神保健に何%使うかは、ASL代表が決定する。

地域性

精神科医療の現状を理解するには、地域性が重要である。イタリアでは保健サービスの主体が各州にある。したがって、先進的な取り組みを行ってきたトリエステなどの報告とイタリア全体とを区別する必要がある。また、地域性については、特に社会経済的差異による地域格差、いわゆる「南北問題」がある。すなわち、南部における所得水準の低さ、失業率の高さ、犯罪の多さやマフィアが存在といった南部問題と、これを補う諸政策に対する北部の反発である。この南北問題は政治的・社会的にも重要な問題となっている。各州の社会経済的格差は大きい。北部(北イタリア)は、二期に王国領へと併合されたミラノ・ジェノヴァ・トリノを中心として重工業地域として発展しているのに対し、南部(南イタリア)は一次産業を中心としており、北部では工業人口が、南部では農業人口の比率が高く、経済的格差は大きい。高等学校以上の就学率も北部が高い。そして、失業率は、北部が3~6%であるのに対し、南部では20%を超えるところもあり南部は北部の4倍ともいわれている。経済所得も、北高南低となっている。しかし、近年ではマフィアの衰退や電子・情報産業などの先進工業の成により南部経済は好転し、南北問題は新たな局面にきているとの報告もある。

州制度

地域性ととも重要なのが州制度である。州制度は、イタリアの政治制度の特徴の一つである。イタリアでは国の法案は国会で審議されるが、後の実行は各州政府によるところが大きい。州制度は1970年から実されている。州は1870年にイタリアが統一される前までの公国、王国基礎をおく歴史的な地域単位であり、そのため、国家よりも強力なアイデンティティを形成している。州制度の導入に際しては、その前から中央強い援助を受けていた辺境の5地域が特別州として残されている。この別州5州は、普通州15州と異なり、立法・予算などの点で高度の自治を与えられている。しかし、1990年代以降の急速な分権化の進展により

普通州との違いは相当程度縮小している。日本で、イタリアの優れた精神科医療のモデルとして紹介されるトリエステやゴリツィアはこの特別州の一つであるフリーウリ・ヴェネツィア・ジューリア自治州に入る。

イタリアにおける精神科医療の変遷

ここでは、イタリアの改革に至るまでの歴史的経過と社会的・政治的背景を概観する。表1に歴史的経過の概要を示す。

改革前の状況—法36号

1870年に、イタリアは現在のように統一された。それまでは、小国乱立の状態であり、精神科医療行政も各地の慣習による独自のものであった。そこで、統一後の1904年に、各地に残っていた慣習法を改め、新たに近代法である法36号が作られた。法36号は、精神科病院および精神病患者に関する処遇を定めたもので、自傷他害のおそれ、公序良俗を汚すおそれのある精神病患者の精神科病院への強制入院を規定していた²⁾。この法36号は治療よりも危険性による隔離、入院を重視していた。そのため、入院患者を増加させることとなった。次に、1906年に法615号が定められた。法615号は、1904年の法36号の一部修正であった。人道的、福祉的配慮を付加し、入院定床、衛生基準の整備、働く場（農場）の確保などが示された。しかし、法36号が治安対策を目的としたものであることには変わりがなかった。その後、イタリアは第二次世界大戦後の王政廃止などで民主化が進んだが、法36号は改正されずそのまま運用され、その結果として2,000床を超える巨大公立精神科病院の乱立を招いた。

改革前の精神科医療—思想的背景

改革前までのイタリアの精神科医療の特徴は、神経病理学を主とした大学アカデミズムと施設収容的な精神科病院の存在である。特に20年間のファシズム体制と、Cerlettiによる電気ショック療法の国際的成功により、精神科病院の建設が、その内容は考慮されずに進んだ^{3,4)}。そのようななか、1960年代に状況が変化した。1963年に、Foucaultの『狂気の歴史』がイタリア語で出版され、これまでは見過ごされていた施設内の問題に関心を向けさせた。また、BinswangerやFreudの著作により実証主義的な精神医学から、精神分析、人間学的精神医学にも関心がもたれるようになってきていた。

精神科医療改革の初まり—ゴリツィア

1961年にBasagliaがゴリツィアの州立精神科病院長に就任した。このときのことを、Basagliaは著書『現実のユートピア』のなかで、「要する

II. 世界における精神科医療改革の取り組み

表 1 イタリア精神科医療の歴史的経過、法とその特徴

1794年	Chiarugi「精神病とその分類」出版：精神科リハビリテーションの先達 小国乱立状況、精神衛生行政も各地の慣習法に基づく独自の方法
1870年	イタリア統一
1876年	最初の司法精神科病院
1904年	近代的精神衛生法 法36号 自傷他害のおそれ、公序良俗を汚すおそれのある精神病患者の精神科病院への強制入院を規定 治安維持を目的としたもの→入院患者の増加
1906年	法615号（1904年法36号の一部改正） 治安対策の目的は変わらず 第二次世界大戦後 民主化 法36号が戦後も長く改正されず→巨大公立精神科病院の乱立
1960年代 状況の変化	
1961年	Basaglia ギリツィアの州立精神科病院の院長に就任 入院患者処遇のひどさに愕然とし、北イタリアを中心に脱施設化の改革が始まる
1968年	法431号（イタリア精神科病院医師会の働きかけ） 自由入院が認められた→精神衛生センターの設置が進む 背景：経済成長・労働運動・公衆衛生問題への関心
1970年代 改革の始まり（トリエステが中心）	
1971年	Basaglia トリエステの精神科病院の院長に
1973年	民主精神科連合結成→改革をめぐる政治的運動が推進 背景：社会運動・学生運動
1978年	法180号 通称“Basaglia法” 入院中心主義から一転、地域・外来治療中心へ 危険性は強制入院の基準から外れ、治療的緊急性のみが判断基準 精神病患者の入院は総合病院精神科病床のみ、精神科病院への新入院禁止 強制入院の期間は最大7日に制限し、長期強制入院を抑制 公立精神科病院の漸進的廃止 地域医療重視の強調 法833号33～35条、64条 国民衛生サービスに関する組織案
1980年代 改革の停滞（全国に広がらず）	
1990年代～ 改革の推進（改革を全国へ）	
1994年	精神保健の擁護3年計画
1998年	追加の擁護3年計画 政府は法180号の完全実施を進め、遅れている州に予算配分のペナルティーを科すという法律を実施
1999年（文献により1998年から2000年）	保健大臣 国内精神科病院の完全閉鎖を宣言

に精神科病院というところは、人間としての尊厳のかけらも残っていない
巨大な肥だめだ。ドクターやナースが白衣を着ているから一見治療施設
ように見えるが、実はここは監獄なのだ」と書いている。すなわち改
前のイタリア精神科医療は施設収容的な非人道的なものだった。その後、
Basagliaは、ギリツィアで1963～1968年の5年間で約800人いた入院

者を約300人にまで減らした⁹⁾。また、1964年、Basagliaは、ロンドンで開催された社会精神医学の学会で精神科病院解体を提言した。その後、北イタリアを中心に脱施設化を目指した改革が始まり、やがて各地に広がっていった。

1968年には法431号がイタリア精神科病院医師会の働きかけにより制定された。この法431号では、自由入院が認められ、精神科病院の縮小、1対4の人員配置、医師・看護師のほか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が進められた。これをきっかけに、精神科病院の脱施設化が進められたが、当時の法律は地域資源が整わない状態での施行だったため、いわゆる回転ドア現象や、民間病院や他科病床への入院を促す結果ともなった。

Basagliaによる告発

1968～1969年にかけて、Basagliaはゴリツィアでの院内改革と並行して、社会全体に精神科病院の実態を告発した⁹⁾。まず、写真集“MORIRE DI CLASSE”を出版した。この写真集は、精神科病院の入院患者の実像を撮影したもので、主な被写体は十分な治療を受けることなく、病院に放置された統合失調症の長期入院患者たちであった。この写真は2人の著名な写真家が撮影し、Basaglia夫妻が監修者となっている。次に、国営放送局RAIに、精神科病院内のドキュメンタリー番組を制作させ放映させた。また、Basagliaは『L'istituzione negata (否定された施設)』という精神科病院を告発する本を出版した。この本により、Basagliaは一躍名前を知られることとなった。

しかし1968年に、外泊した入院患者による殺人事件が起こり、Basagliaはゴリツィアを去ることとなった。

精神科医療改革——トリエステ

その後、Basagliaはパルマの州立コロールノ精神科病院の院長を経て、1971年8月にトリエステのサン・ジョバンニ病院の院長に着任した。Basagliaをトリエステにスカウトしたのは州代表Zanettiであった。1971年当時、トリエステの入院患者は1,182人であった。毎年1,300人が入れ替わって入院していたが、その90%が強制入院であった。彼は、ゴリツィアでの経験をふまえて「トリエステでは、精神科病院を克服しようとすれば、ゴリツィアのたどった道を進まなければならないだろう。つまり、改革することによってではなく、これまで病院が担ってきた多様な機能—治療、宿泊、保護、看護—に代えて、地域サービス網を構築することによって旧組織を克服し、転換するという道である」⁹⁾と考え、これに挑戦した。彼はトリエステを5つのゾーンに分け作業チームを配置した。

II. 世界における精神科医療改革の取り組み

また、Basagliaは、病院スタッフの増員、混合病棟への転換、拘束や気ショック療法の廃止を進めた。そして、初めの2年間ですべての病棟開放病棟とした。さらに、院内にグループホームを設けたり、院外活動プログラムを始めて、地区センターの基礎を築いた⁷⁾。

さらにBasagliaは、従来の精神科病院の考え方に染まっていない若者が改革の戦力になると考え、その費用のためにZanettiに州独自の制度要望した。そして、Zanettiはその要望を実現し、それによってボランティア志願の若者が世界中からトリエステに多く集合した。1973年には、リエステで入院患者400人と若者たち約1,000人が、青い張り子の馬をいて行進した。このイベントは、市民に精神科病院の改革を印象づけることとなった。

入院患者は、1975年は800人、1977年は132人に減少した。しかしBasagliaのやり方に反対する勢力も強かった。そのような状況のなかで1977年、ZanettiとBasagliaは「サン・ジョバンニ病院を秋に閉鎖する」と宣言した。この困難な時期に、トリエステはWHOにより精神保健サービス事業のパイロット地区に指定された。このことは、改革にとって大きな力となった。そして、1978年に法180号が成立し、「精神科病院へのたな入院を禁じる」ことが決定され、1980年にサン・ジョバンニ病院に完全に機能を停止した。

ヴェローナ大学方式

トリエステ以外の1970年代の先進的な取り組みとしては、ヴェローナでの改革がある。1978年、ヴェネット州のヴェローナ大学医学部精神科が南ヴェローナ地区*1の地域精神保健サービスの全責任を負うことに決した。この方式は、医学生生の訓練にもいかされ、その後、1990年代以降にトリエステ大学、ナポリ大学、カリアリ大学へと広まった。

*1
人口約75,000人。

1978年の法180号—精神科医療改革の要点

こうした状況のなか、イタリアは1978年の改革で、それまでの入院中心主義から一転し、地域・外来治療中心へと方針を急展開することとなった。

この年、法180号、通称「Basaglia法」が成立した。これは、精神科医療改革に関する法律であり、精神科病院への新たな入院を禁じるものであった。そして、実質的な法案として1978年12月に法833号が整備された。その精神科医療改革の要点をまとめると、以下ようになる⁸⁾。

- ① 精神科病院の漸次閉鎖、
- ② 各地区保健単位における精神科治療についての地域サービスの配置、
- 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入院病棟 (Servizio Psichiatrico per Diagnose e Cura : SPDC) の設置、