

表 厚生労働省による主たる精神障害に関する統計調査

	目的	対象者の選定	調査内容	調査方法	頻度
患者調査	病院および診療所を利用する患者について、その傷病状況等の実態を明らかにし、医療行政の基礎資料を得ること	対象：全国の医療施設を利用する患者 選定方法：層化無作為により抽出した医療施設に指定の調査期日に受診した全患者	性別、出生年月日、患者の住所、入院・外来の種別、受療の状況、等	調査票の配布・回収：行政機関を経由 記入者：医療施設の管理者	3年に1回
受療行動調査	全国の医療施設を利用する患者について、受療の状況や受けた医療に対する満足度等を調査することにより、患者の医療に対する認識や行動を明らかにし、今後の医療行政の基礎資料を得ること	対象：全国の一般病院を利用する患者(入院・外来を含む) 選定方法：層化無作為抽出した病院を指定期日に利用した全患者 除外：往診、訪問診療等を受けている在宅患者および通常の外来診療時間外に来院した外来患者	病院を選んだ理由、ほしいと思った・入手できた情報、予約の有無、待ち時間・診察時間、診療に関する情報の提示状況、説明の状況、治療方針の決定者、満足度、等	調査票の配布：調査員が患者へ直接配布 記入者：原則として患者本人。記入できない場合は、家族の補助を認めた。 回収方法：密封された回収用封筒を調査員が回収、または郵送	3年に1回
精神保健福祉資料調査(630調査)	精神科病院および精神科診療所等を利用する患者の実態等を把握し、精神保健福祉施策推進のための資料を得ること	全国の精神科病院、精神科診療所、旧精神障害者社会復帰施設、行政機関のすべて	入院患者数、在院患者数、退院患者数、外来患者数、診断分類、等	精神科病院、精神科診療所、旧精神障害者社会復帰施設、行政機関の管理者、等	年に1回

いもの」とされていた精神障害者が、適切な治療を受けることで回復可能であることを統計的に示した(例えば、18歳以上の全精神障害者のうち、現在自立して仕事に従事しているものが26.4%、治療や生活指導により改善の見込みがあるものは39.3%である等)。

これらに基づき、通院医療費公費負担制度や通院患者リハビリテーション事業(職親制度)の成立等の精神保健政策へと活用された<sup>3,4)</sup>。しかし1963年調査結果は、精神障害者の回復可能性や社会経済状態の問題等がほとんど報道されず、翌年のライシャワー事件を機に偏見を助長するような仕方で報道された。1973年にも精神衛生実態調査が企画されたが、国民の健康に関する総合調査の一環という形で合同検診等によって面接調査が実施された。しかし差別が強い環境下での精神障害者の実態を検討する国の調査に対して、任意性が明確ではない、精神衛生実態調査であることが分かりづらい、精神障害者への人権への適切な配慮が足りない、等と関連学会等から激しく批判され、結果的に大都市圏からの調査協力を得るこ

とができなかった。そのため、1973年調査ではこれまでとの調査手法の違いや大都市圏のデータが得られなかったことなどから、全国の精神障害者の特徴を明らかにするには不十分な調査となった<sup>3,4)</sup>。さらに1983年には医療機関から対象者を選定するように方法論を変更した<sup>2)</sup>。それでも1983年調査においては日本臨床心理学会が反対声明を出したり、日本精神神経学会が「1983年厚生省精神衛生実態調査の結果の廃棄に関する決議」動議を採択したりするなど、反発が見られていた。したがって地域住民を対象とする大規模な精神保健疫学研究は、1963年以降、実質的にはほとんど行われてこなかった。

その後、日本における精神保健に関する統計的な資料として用いられてきたのは、厚生労働省による患者調査であった。これは、病院および診療所の利用患者について、その傷病状況等の実態を明らかにすることを目的に実施されるものであり、1953年からおおむね毎年、1984年からは3年ごとに実施されている。他にも、疾病構造の変化を受けて、全国の医療施設を利用する患者につ

いて受療の状況や受けた医療に対する満足度等を調査することにより、患者の医療に対する認識や行動を明らかにすることを目的とした受療行動調査が、1997年より3年ごとに実施されている。また「精神保健福祉資料調査(通称630調査)」と呼ばれる精神科医療機関等の在院患者等に関する実態調査も、厚生労働省により毎年行われてきた。調査の概要を表にまとめた。

これらの調査は、精神障害ゆえに医療機関を利用している患者の動向を明らかにし、患者数を推計するのに一定の寄与を示してきた。しかし、いずれも医療機関を利用した患者に関する資料であり、医療機関を受診しないまま地域で生活している患者の存在等を考慮に入れることができなかった。そのため、医療機関を利用している患者への対応を考える上では重要な指標となったが、地域や職場等で精神保健上の問題を抱えながらも医療機関を利用していない人々への、精神障害の発症予防や早期発見・早期対応に関しては、十分な資料を得ることができないでいた。

地域住民を対象とした精神科疫学調査が途絶えて以降も、抗精神病薬の開発や、精神障害への操作的診断基準の導入、地域ケアの推進等、精神保健を取り巻く社会情勢は大きく変動していた。さらに欧米では、1980年代以降の精神保健疫学研究の方法論の開発と改良により数々の地域疫学研究が実施され、地域住民における精神障害者の推定有病率と実際の精神保健サービス利用率の間に、大きな乖離があることを明らかにしてきた。欧米の取り組みに倣って精神科地域疫学調査の実施を試みた研究もあったが<sup>2)</sup>、一地域にとどまっており、全国の実態を反映したものとは言えなかった。また、日本においても引きこもりが2000年前後に社会的な関心を浴びたり、年間の自殺者数が3万人台で推移し続けたりするなど、適切な治療・サービスに結び付いていない精神保健上の問題を抱えた人々の存在が、次第に関心を集めるようになってきた。

## こころの健康についての疫学調査の実施

これらの背景を踏まえて、日本でも地域住民を対象とし、精神保健上の課題について適切な方法論を用いた大規模な精神保健疫学研究の重要性が訴えられるようになった。そこでWHOが中心となって大規模な国際共同疫学研究として、世界精神保健調査(World Mental Health: WMH)が実施され、その一環として日本調査も実施された。この日本調査が、厚生労働科学研究費による「こころの健康についての疫学調査」(World Mental Health Japan Survey: WMHJ)である。

これは、日本の11地域において無作為抽出で選ばれた20歳以上の地域住民を対象者に、面接が実施されるものである。面接ではWHO統合国際診断面接をもとに作成されたWMH調査票を使用することにより、国際的な精神科診断基準であるICD-10およびDSM-IVに準拠した診断を得ることが可能とされた。WMHJでは気分障害、不安障害、薬物関連障害と、日本独自に「ひきこもり」に関する項目を加え、その実態を明らかにした。

WMHJにより、今日よく用いられている診断分類に照らし合わせた患者の有病率が明らかにされ<sup>4)</sup>、1960年代とは大きく異なる結果が得られた。WMHJデータベースに基づく研究調査がさらに進展することにより、気分障害、不安障害、物質関連障害の発症リスクに関連する社会的要因、適切な精神保健サービス利用の阻害要因、合併症等との関連、といったことについても明らかにすることができるだろう。こうした資料は、地域において性や年齢集団、疾患集団に合わせた支援を提供する際にも、対象者の特徴を踏まえた支援方法を構築できるため、重要である。例えば鹿児島県伊集院保健所・川薩保健所では、地域における心の健康づくりを推進するために保健医療従事者向けの教育資料を作成しており、そこにWMHJ等の疫学研究に基づいてうつ病対策の重要性を提示している<sup>5,6)</sup>。これらの研究結果に基づく共通理解を持つことで、地域のこころの健康

づくり活動に、さまざまな機関や組織が協働して取り組むことができるだろう。

## 今後の課題

精神保健疫学研究は、今後もさらなる展開が期待されている。一つは、まだ WMHJ では取り上げられていない精神保健上の問題については、どのように地域疫学研究を進めていくのかに関する課題である。例えば、摂食障害や身体表現性障害、強迫性障害等については今回取り上げられていない。また統合失調症のような幻覚、妄想等を伴う精神病性障害の場合に診断方法をどうするのか、といった課題も残されている。すべてが無作為抽出法で選ばれた地域住民を対象に調査をしなくてはならないものではないが、適切な手法での疫学研究はさらに重ねられるべきであろう。また横断調査だけではなく、特定の集団を長期間追跡する縦断的な研究デザインによる研究を充実させていくことにより、危険因子と発症の因果関係の正確な理解や、予後の予測に役立つ情報などを得ることも課題であろう。これらを通じて日本においてもより簡素で参加者の負担が少なく、信頼性と妥当性の高い結果が得られるような精神保健疫学研究の方法論が発展していくことが望まれる。

また全国レベルの大規模調査は、日本における精神疾患の特徴等を踏まえた治療や予防活動について、政策的取り組みを考える上では有用である。が、個々の地域や集団別の精神保健福祉活動を推進していく上では、その地域や集団の実情を把握することがより望ましい。保健所管内で、ま

た職域管轄内で、対象集団に対して精神保健疫学的手法を用いた調査を行い、精神障害の有病率が高い疾患の特徴に合わせた支援や、課題を抱えた年代に合わせた予防活動に反映させていくなど、臨床研究と関連付けられた疫学研究が実施されていくことが望まれるであろう。

## 文献

- 1) 文部科学省, 他: 疫学研究に関する倫理指針, 2008 [http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/37\\_139.pdf](http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/37_139.pdf)(参照 2010年7月17日)
- 2) 日本障害者雇用促進協会障害者職業総合センター: 資料シリーズ No.14 障害者雇用関連統計集(第2版), 1997 <http://www.nivr.jeed.or.jp/research/report/shiryou/shiryou14.html>(参照 2010年7月17日)
- 3) 吉川武彦, 他: 精神衛生統計. 現代精神医学体系第23巻C 社会精神医学と精神衛生Ⅲ(別冊). 中山書店, 1980
- 4) 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会: 座談会 精神保健福祉行政のこれまでとこれから. 精神保健福祉行政のあゆみ—精神衛生法施行五十周年(精神病患者監護法施行百周年)記念, pp 149-231, 中央法規出版, 2001
- 5) 藤原茂樹, 他: 甲府市の一地域における精神科疫学調査—JCM 診断による軽度精神障害の頻度. 日本医事新報 3618: 47-50, 1993
- 6) 川上憲人, 他: 平成 16-18 年度厚生労働科学研究費補助金 こころの健康についての疫学調査に関する研究総合研究報告書, 2007
- 7) 宇田英典: 地域におけるこころの健康づくりシステムの検討. 厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業平成 14 年度総括・分担研究報告書「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」(主任研究者/川上憲人), 2003
- 8) 宇田英典: 地域におけるうつ対策への取り組み～鹿児島県伊集院保健所・川薩保健所～平成 17 年度 全国保健所長会マニュアル集こころの健康づくり, 2005 <http://www.phcd.jp/manual/kokoro/sennsatu-ututaisaku.html>(参照 2010年7月17日)

## MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

# 保健医療福祉 くせものキーワード事典

保健医療福祉キーワード研究会

●A5 頁256 2008年  
定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00616-3]

医療と福祉、病院と在宅、医師と看護師……職種やフィールドが違うとなぜか話が通じない。同じ言葉を使っているのに、いや同じ言葉だからこそ通じない？ 本書では「ADL」「キーパーソン」「医療行為」「障害の受容」など“うなずかれるけど通じない”微妙なキーワードを徹底解説！ 職種による使われ方の“違い”に焦点を当てた初の事典。

## 特集

患者と家族に伝えるべきこと—心理教育 update —

### 統合失調症の心理教育

安西 信雄

#### Key Words

psychoeducation, schizophrenia, adherence, medication, psychosocial rehabilitation

抄録：統合失調症を持つ患者と家族のニーズに基づいて心理教育を再検討した。患者は再発や病状悪化の不安を、家族は診察において見通しや診断、治療法の説明の不十分さを指摘していた。心理教育は、こうした患者・家族のニーズに対応するため、さらに工夫が必要であるが、医師による診断と見通しの説明と、多職種協働による心理教育セッションが有機的に組み合わせられて実施されることが必要と考えられた。

#### 1 はじめに

統合失調症の心理教育を振り返ってみると、変わらないことと、変わってきていることがある。

心理教育の基本的な考え方は変わらない。たとえば、心理教育(psychoeducation)という言葉を初めて用いたAndersonら<sup>1)</sup>は、すでに1980年の論文で、統合失調症患者の再発を防止するために、①薬物療法だけでなく家族心理教育を実施することにより病気の特徴や治療方法を伝えることで家族の心理的負担を減らすこと、②家族関係が統合失調症を引き起こすという十分な証拠はなく、家族は患者の経過に影響を及ぼす力を持っていることを伝えること、③家族を

治療協力者として位置付けるとともに援助を通して家族の負担の軽減をはかることを述べている。さらに心理教育の構成要素として、①病気を分かりやすく明瞭に説明する、②問題解決訓練、③コミュニケーション訓練、④自己主張訓練の4つをあげている。これらは、現在実施されている心理教育と基本的枠組みにおいて変わらないものである。

しかし、患者や家族に伝えるべき内容については、近年大きな変化が起きているように思われる。例えば、薬物療法については多剤併用から単剤化の方向へ、従来薬から非定型抗精神病薬への移行が大きな流れになっており、非定型抗精神病薬への切り替えに伴って心理教育や認知行動療法(CBT)、社会生活技能訓練(SST)などの心理社会的治療との併用が注目されるよう

になっている。また治療を行う場の選択においても、国の方針が従来の入院治療中心から地域生活支援中心への転換が目指され、不十分ではあるが就労支援施策も展開されるようになっていく。

さらに大きな変化は患者本人(以下「当事者」と呼ぶ)と家族の声が大きくなったことではなからうか。最近、そのことを強く感じさせられることがあった。東京都立松沢病院などで開かれた「こころの健康政策構想会議」(座長:岡崎祐士東京都立松沢病院院長)に参加した時のことである。これは精神医療保健福祉の改革の構想をまとめて厚生労働大臣に提言することが目的の会議であったが、毎回、当事者と家族(親、兄弟)から活発な意見が述べられた。英国では障害者に関する施策を決める際には、必ずその障害を持つ当事者や家族を委員会の構成員に含むことが法律で決められているとのことであるが、わが国においてもそうした流れになってきていることを改めて感じさせられた。これは政策の検討の場であったが、個別的な臨床の場でも当事者や家族の声が大きくなりつつある。筆者の印象では、非定型抗精神病薬がわが国で登場してから、「うちの子にこの新しい薬はどうでしょうか?」と家族から聞かれることが格段に増えた。知識や情報の程度はさまざまであり、ときには中途半端な知識による思い込みが適切な判断を妨げることもあるが、正しい情報を得て病気の適切な自己管理を主体的に実施できるようになっている当事者もいる。いずれにせよ、当事者や家族が知識を持ち、治療方法の選択にも主体的に関わり発言する時代になっているのである。精神科医師をはじめとする医療関係者はこうした時代の変化に対応できることが求められている。まずは、心理教育に関連して、当事者と家族のニーズを改めて確認してみたい。

## 2 当事者・家族のニーズは何か?

2003年に精神科病院協会による外来および入

院患者本人を対象とする社会復帰サービスニーズの調査が実施された<sup>8,10)</sup>。多角的な調査が実施されたが、その1つに「現在の生活で不安なことはありますか」という質問があった。外来患者の回答は「病気が再発したり悪化したりしないか」についての不安が最も高く52.1%で、「経済的なこと」(38.2%)、「家族との関係」(23.0%)、「仕事が見つかるか」(22.6%)などの順であった。精神科病院の在院患者を対象とした調査では、退院を希望するまたはわからないと回答した患者に「あなたが退院するとしたら、退院後の生活で不安なことはありますか」(複数回答可)と質問された。患者本人の回答は「病気が再発したり悪化したりしないか不安」(39.1%)、「経済的なことが不安」(33.3%)、「家族との関係が不安」(27.4%)、「仕事が見つかるか不安」(26.4%)の順であった。入院患者でも外来患者でも「病気が再発したり悪化したりしないか」という不安が最も高く、経済的なこと、家族との関係のことよりも高率であった。統合失調症においては病識の欠如が強調されるが、このように40~50%の患者が病気の再発や悪化の不安を表明していることは重要であり、治療者側の対応が求められている。このことから心理教育の潜在的ニーズは高いといえるかもしれない。

精神障害患者を持つ家族の状況と支援ニーズに関する調査が行われた<sup>10)</sup>。厚労省の事業費の支援により全国の家族会により約9,000人を対象に実施された調査である。有効回答4,419人のうち、本人の病名は統合失調症が82.7%を占めていたので、統合失調症患者を持つ家族の状況とニーズが浮き彫りにされていると考えられる。集計の結果、本人が初めて精神科を受診して診断を受けたとき、その精神疾患についての知識があったかの問いには、「なかった」が87.5%を占めた。初めて精神科医療機関を受診した際に受けた「継続して受診・相談したいと思えないような」(注:嫌な)体験は、「病名や治療方法について家族への十分な説明がなかった」42.1%、「同 本人への十分な説明がなかつ

表 精神障害患者を持つ家族が医療サービスに期待すること

	回答数	総回答数に対する割合
回復の見通しの説明	2,311	52.3%
現在の病状の説明	2,088	47.3%
薬の説明	1,950	44.1%
本人への接し方の説明	1,675	37.9%
利用できる社会復帰に関する社会資源の紹介	1,604	36.3%
家族の悩みごとの相談	1,525	34.5%
その他の治療法の説明	1,307	29.6%
病名の説明	758	17.2%
その他	276	6.2%

総回答者数 4,419 人 (複数回答あり)

医療サービスに期待することについて、当ではまるものすべてを尋ねたところ、「回復の見通しの説明」が 52.3%(2,311 人)と半数以上を占めており、次いで「現在の病状の説明」が 47.3%(2,088 人)、「薬の説明」が 44.1%(1,950 人)と続いていた。(文献 4 から引用 (筆者により、割合の降順に整列))

た」34.8%で、「待ち時間が長い」28.2%、「親身になって聞いてくれなかった」18.7%、「不親切・威圧的」18.1%であった。医師の「態度」よりも、「病名や治療法の説明」の不十分さが上位を占めていた。医師の立場からは、初診は慌ただしく、また情報が十分でないため、病名や治療法まで十分に明確にできない場合も多いが、説明の仕方が家族の不満として長く尾を引くことを心しておくことが必要である。家族が医療サービスに期待することは、「回復の見通しの説明」52.3%、「現在の病状の説明」47.3%、「薬の説明」44.1%、「本人への接し方の説明」37.9%、「社会資源の紹介」36.3%などであった(表)。これらは病気や治療法の説明に関することで、心理教育に重なる部分が多い。「回復の見通し」の説明は医師により行われるべきであろうが、他の部分については、全体的な治療方針の説明と合意に基づき、医師を含む多職種で心理教育セッションが実施できれば、家族のニーズに対応できるであろう。「安心して相談できる専門家は誰か」の質問に対しては、「主治医」が54.1%、「作業所や地域生活支援センター

の職員」25.3%であった。これは医師への期待を反映しているとともに、現在の精神保健福祉サービスの状況では、医師以外の職種がまだ主体的なサービス提供者として患者や家族の前に登場していない状況を示しているのかもしれない。信頼できる専門家に相談できるようになるまでの期間については、半数以上が「1年以上」で、「3年以上」が約30%、「安心し、信頼できる専門家に会っていない」との回答は18.9%であった。もっと早く信頼できる専門家に到達できる仕組みが必要である。

家族の要望には、さらに、訪問型の支援・治療サービス、危機介入、個別支援体制などがあるが、以上のように、心理教育に関連したニーズが高いことが分かる。当事者や家族のニーズによりの的確に対応して心理教育を組み立てていくためにはどうしたらよいであろうか。次にそのことを考えてみたい。

### 3 当事者・家族のニーズに対応した心理教育の組み立て

以上のように患者本人および家族のニーズへ

の対応という視点で考えると、こまぎれの(独立した)プログラムとして心理教育を提供するというだけでなく、初診からはじまる治療関係と治療計画の策定・実施の全体の流れの中で、下記の1～2は主に医師が、3以下は医師とコメディカルが協力し合って心理教育を実施していくことになる。

#### 1. 初診時の医師の対応

初診は診断のうえで重要な機会であるだけでなく、治療関係を築くうえでも大変重要で、そこでの配慮に欠ける部分があると、後々尾を引く悪い影響を残すことは上記の家族調査でも明らかである。そこで求められる配慮は、相手の話を傾聴する態度とともに、病名や治療方法の説明、見通しの説明が重要な要素となる。

#### 2. 回復の見通しを含む治療計画の設定と共有

診断や病状の説明においては、できるだけ患者や家族が用いた言葉を使って説明する。診断の根拠となる症状や特徴について、患者や家族が納得できるものを説明に用いる。その際に、診断基準(ICD-10など)を示しながら説明すると納得が得られやすい。治療計画の策定においては、患者や家族の希望を踏まえて、希望を実現するうえで治療が重要であることを述べつつ説明する。過度に楽観的な見通しは過剰な期待を招いて、のちに不信感や落胆を招くことがあるので注意が必要であるが、見通しを述べる際には出来るだけ希望を持てるように配慮する。最近では治療計画の策定にあたっては、可能な場合は患者や家族を含んだ多職種スタッフ(地域ケア担当者も含む)によるケア会議が開かれることが多くなっている。このような形で方針が本人や家族の積極的な参加と同意に基づいて実施される場合は、多職種による心理教育も実施しやすくなる。

#### 3. 家族教室・家族心理教育

家族を対象とする心理教育については、後藤ら<sup>4)</sup>、井上ら<sup>7)</sup>など多数ある。いずれも、知識・情報の提供にとどまらず、対処技能、心理的・

社会的サポートも重視して多職種チームにより実施する。なお情報提供においては、新しい抗精神病薬を含む新規の治療法の可能性と限界を含めてていねいに説明を行う。

#### 4. 患者本人への心理教育

上記のように患者本人の多くが再発や悪化の不安を持っていることから心理教育は重要である。病気の特徴、治療法の特徴などを分かりやすく説明する。「脆弱性—ストレス—対処技能モデル」や生物学的視点から統合失調症についての説明を行う。

心理教育としての情報提供とともに、コミュニケーションや対処技能の向上をはかるプログラムとしてSSTの服薬自己管理モジュールや症状自己管理モジュールも効果がある<sup>7)</sup>。服薬自己管理モジュールはトレーナー用マニュアル、ワークブック、ビデオテープを用いて、①抗精神病薬に関する情報を得る、②抗精神病薬の利点を学ぶ、③副作用を見分ける、④薬の問題点について医療従事者と交渉する、という4つのスキルを学ぶものである。症状自己管理モジュールは、再発徴候(「注意サイン」という)のセルフモニタリングと、それが現れたときに援助者や医療関係者に適切にSOSを出せる練習、適切に服薬していても残存する持続症状に対処する方法などを学習する。

井上ら<sup>5)</sup>が作成した「退院準備プログラム」は社会生活技能訓練(SST)と心理教育を組み合わせ実施するプログラムで、複合的介入により在院患者の退院・地域移行と定着を目指すもので、服薬自己管理や症状自己管理が重要な構成要素になっている。多施設共同のRCTによる効果研究が実施され、退院促進の効果が示された<sup>8)</sup>。本プログラムは退院準備を目的としているため服薬アドヒアランス以外のテーマも含まれているが、服薬アドヒアランスに関連するセッションだけを抜き出して実施することも可能である。

## 4 まとめ

患者や家族のニーズに対応させて心理教育を考えると、再発防止や生活の質(QOL)の向上を目標として、よい治療関係のもとで、患者・家族と目標と計画を共有して治療を進めていくためのプログラムの1つとして心理教育を組み入れていくことが大切と思われる。その際にはセッションとしての心理教育以外に、初診から一貫して、心理教育と整合性をもつ「心理教育的な診察」が行われ、多職種協働で実施される心理教育セッションと相乗的な効果が発揮されることが期待される。

### 文献

- 1) Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ : Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull* 6 : 490-505, 1980
- 2) 安西信雄, 佐藤さやか, 池淵恵美ほか : 精神科病院から出る力・出す力を強めるー退院促進研究班の経験からー. *精神経誌* 110 : 426-430, 2008
- 3) Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR et al : Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *Am J Psychiatry* 149 : 1549-1555, 1992
- 4) 後藤雅博編 : 家族教室の進め方ー心理教育的アプローチによる家族援助の実際. 金剛出版, 東京, 1998
- 5) 井上新平, 池淵恵美, 安西信雄編 : 精神障害を持つ人の退院準備プログラム. 丸善, 東京, 2006
- 6) 池淵恵美, 佐藤さやか, 安西信雄 : 統合失調症の退院支援を阻む要因について. *精神経誌* 110 : 1007-1022, 2008
- 7) Liz Kuipers, Dominic Lam, Julian Leff (原著), 三野善央, 井上新平 (翻訳) : 分裂病のファミリーワーカー家族を治療パートナーにする実践ガイド. 星和書店, 東京, 1995
- 8) 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, 東京, 2003
- 9) 特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会平成 21 年家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会 : 精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等のあり方に関する調査研究報告書. 2010
- 10) 山内慶太 : 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査の概要. *精神経誌* 106 : 1137-1143. 2004

\*

\*

\*



## 精神障害領域におけるICFの活用に向けて

アンザイ ノブオ  
安西 信雄\*

### (1) 精神疾患における生活機能障害

身体疾患のお話、あるいは高齢者のお話をございましたけど、精神疾患についてもこの生活機能の障害というのは大変大きなテーマでして、実は精神疾患は診断自体にも絡んでいるということがございます。しかし同時に精神疾患の場合にはわれわれは疾病と障害の共存というわけですけれども、生活機能の障害が病状によって揺れる、変動するということがございまして、少し複雑なところもございまして、しかし全体としてICF導入というのが精神疾患分野で大きな流れになっているとまではいえないのでけれども、いくつか新しい試みが行われているということなどをご紹介させていただきたいと思えます。

精神障害領域におけるICFの活用に向けてということで、ICFの活用に関連する背景事情と、こういった取り組みをせざるを得ない事情といえますか、必然性が高まってきていると思えます。実際にどういう取り組みが行われているか、その結果がどうかという現状の課題と今後の取り組みについてお話をさせていただきたいと思えます(表1)。

まず背景事情ということになりますが、精神科分野におきましては諸外国と比べて精神科の在院患者が格段に多いという問題があります。厚生労働省は改革ビジョンを2004年に出しまして、入院医療中心から地域生活支援中心に切り替えていこうという軸の転換を現在進めつつあり、変革期にあると考えております。精神障害

表1 精神障害領域におけるICF活用への期待  
—背景事情と新たな潮流—

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 諸外国と比べて格段に多い精神科在院患者→改革ビジョン(2004年)により、入院医療中心から地域生活支援中心への軸の転換が目指されている</li> <li>2. ICDH(1980年)→症状だけでなく、能力障害や社会的不利にも目が向けられる契機となった(「障害構造論」の検討が活発に)</li> <li>3. 治療目標の重点が症状改善からQOL向上に</li> <li>4. 統合失調症患者の対人行動や認知機能障害への着目(社会生活技能訓練SSTや認知機能リハの発展)</li> <li>5. 治療への本人の主体的参画(アドヒアランス)と回復(リハビリ)</li> <li>6. 介護ニーズ評価に関する検討(ADL, IADL, 社会参加・就労などの領域の項目の網羅性の基準としてICFを使用)</li> </ol>
---

分野ではICIDHが1980年に出されたわけですけれども、実はこれは大きな影響を与えまして、従来、精神疾患に関しては症状中心の見方といえますか、「幻聴が治まったら退院しようね」「妄想が治まったら退院しようね」という傾向が強かったのですが、ICIDHによって精神症状と生活機能の障害を分けたり、あるいは社会的不利、ハンディキャップを分けて考える傾向となっておりまして、1人の人間の中に多次元があるということを示されまして、この新しい視点が与えられたと思えます。

私は精神障害者リハビリテーション学会というのに参加しておりまして、この学会でこのICIDHを受けて障害構造論というのが大変活発に議論されるようになりました。精神障害においても症状以外に生活機能の障害が、病状や経過の上で大きな役割を果たしているということが、相互の関連も含めまして検討されました。

現在、精神障害の治療にとっては治療目標の重点が症状の改善から生活の質、QOLの向上

\* 国立精神・神経医療研究センター病院副院長

に次第に広がりつつあるという状況がございます。さらに統合失調症患者さんについては対人行動の問題とか、統合失調症という病気の本体として認知機能障害があります。これがその人の症状の原因にもなっているし、生活機能、社会機能水準の障害の理由にもなっています。基本障害として認知機能障害は注目されていまして、こういったことが生活機能障害、ICFの考え方とかなりリンクしていくのではないかなと考えています。

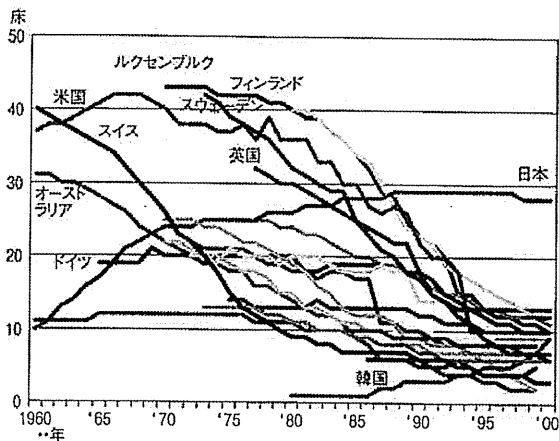
もう1つは治療への本人の主体的参画の問題があります。アドヒアランス（主体的参画）、従来、服薬のコンプライアンス（服薬遵守）とっていましたが、より主体性を重視するという事で最近ではアドヒアランスといわれます。それからまた疾病経過につきましてはリカバリー（回復）という考え方が精神障害のリハビリテーションの大きな柱になってきています。要するに客観的に改善していくというだけではなくて、本人が病気によっていろいろなことができなくなったり、自尊心が損なわれたりするわけですが、そういったことを回復していきます。本人の中から回復して行って、人生の再度のチャレンジの意欲が高まってくるというような、自信が回復してくるといのがリカバリーですけど、そういったことが重視されるようになっていきます。これもICFとつながる話かと思

います。この間、障害程度区分とか精神障害を持つ人の生活機能の障害の評価がいろいろ検討されまして、私も研究班で関わったわけですが、こういった中で基準としてICFが使われてきたということもございます。

(2) 精神保健医療福祉のさらなる改革

人口1万対の精神科病床数です(図1)。日本の精神科の1つの特徴です。横軸が西暦でして、1960年から2000年までありまして、縦軸が人口1万人当たりの精神科の病床数です。日本は1960年頃では人口1万対で10床ぐらいだったのですが、次第に増加しまして、1964年に、ライシャワー事件というのがありますが、さらにここから増加していきまして、現在は人口1万対27、28ぐらいの数字です。諸外国は、例えば米国は1955年ぐらいに人口1万対55床あったといわれ、その後急速に減少しまして、1963年にケネディ教書があり、地域に転換するという政策が進められ、さらに急速に減少しました。諸外国では大体、人口1万対5から10ぐらいが精神病床の数なのですが、日本は27、28という数で、一つは地域生活の社会支援が貧困であるということもありますし、もう一つは入院中心でやってきたということがありません。さらにもう一つは症状中心で生活機能の改善、あるいはそれらのバックアップ、サポートに十分な配慮とサービスが提供されてこなかったということが影響しているのではないかとわれておりま

図1 人口1万人当たりの精神病床数



諸外国は1960~1970年代から精神病床を減らしたのに日本だけ増加してきた  
資料 OECD Health Data 2002

表2 精神保健医療福祉の改革ビジョン

<p>・「入院医療中心」から「地域生活支援中心へ」<sup>1)</sup> 「受入条件が整えば退院可能な者(約7万人)」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体制の再編と基盤強化を全体的に推し進めることにより、併せて10年後の解消を図る。</p> <p>精神保健医療福祉のさらなる改革に向けて</p> <p>・「地域を拠点とする共生社会の実現」<sup>2)</sup> 精神医療の質を向上させるために、精神障害により失われた様々な機能や生活を回復するというリハビリテーションの理念の上から、入院患者の地域移行の一層の推進や病床数の適正化の取組等を通じて、一般医療の水準を目指した人員の充実とそれに伴った評価の充実を図ること等により、精神障害者の人権への配慮が十分に行われ、かつ、国民がより安心して利用できる医療とする、という基本的スタンスについては、本委員会として一致</p>
---

資料 1) 厚生労働省、精神保健福祉対策本部、2004年9月。  
2) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会  
2009年9月24日。

す。

こういった事態を改善するために、厚生労働省は改革ビジョンを2004年に出しました(表2)。入院医療中心から社会政策支援中心へと軸を転換しようということで、1つの代表的な話は、現在33万人の精神科の入院患者さんがおられますが、受け入れ条件が整えば退院可能な人が約7万人いるといわれております。こういった方々を精神病者の機能分化とか、地域の支援体制を強化して、10年後に社会的入院を解消しようというのが改革ビジョンで、ちょうど5年、半分を経たところなんです。この後半の5年間をどうするかということで精神保健福祉のさらなる改革に向けてという方針が2009年、去年の9月に出されました。これは標語としては地域を拠点とする共生社会の実現ということで進められていまして、注目すべきことは、従来の退院促進というのをもう一步踏み込んで精神医療の質を改善させるために精神障害により失われた様々な機能や生活を回復するというリハビリテーションの理念、生活機能の重視の上に立って入院患者の地域移行とか、医療サービスのクオリティを上げていくということがうたわれているということでございます。

### (3) ICFの活用

こういったことと関連して、最近ICFの活用の試みがいくつか行われているということでご紹介させていただきたいと思っております。よく考えてみますと、活用の試みとしてご紹介させていただいたものが、ケーススタディ的なものと包括評価、あるいは治療計画と内容的に分類できるのではないかとということで順番を変えさせていただきました。

最初に挙げてありますのが長崎先生たちが書かれた「事例でわかる精神障害者支援実践ガイド」<sup>1)</sup>大変表題が長いのですが、多分検索で引っかかりやすいように長くしているのではないかといい気もいたします。これは2006年に出ていまして、ケーススタディにICFを使おうという試みですね。

2つ目にご紹介させていただきたいのは、福

図2 ICFの枠組みに沿ったアセスメント・シートの例

将来への希望：アパートに退院したい(どのような生活をしたいかは不明)	
健康状態：統合失調症、服薬中断で再発を繰り返してきた	
心身機能障害：入院生活が長く、退院後の生活に自信なし、イメージも持てない	心身機能：病状は安定しており、退院可能な状態である
参加制約：退院後の参加については不明	参加：院内のプログラムやデイケアへの参加状況は良好
環境因子-障害：母親の死後、保護者は弟であるが関係疎遠。弟は退院に否定的で、できれば生活訓練施設への退院を希望。病院スタッフも生活訓練施設を経て、可能であれば一人暮らしを検討しようと考えていた。障害年金2級だけでは生活費が不足	環境因子-促進：なし
個人因子-否定的：10年間の入院で退院後の生活をイメージしにくくなっている。弟への遠慮があり、迷惑をかけたくない。服薬を中断する可能性。どの程度、生活管理能力・問題対処能力があるかは不明	個人因子-肯定的：一般就労の経験がある(事務、調理補助、接客係)

資料 「事例でわかる」精神障害者支援実践ガイド-ICFに基づく精神障害者支援 アセスメント・プランニングの進め方<sup>1)</sup>

島県立医大の精神科の丹羽教授たちが実践しておられるもので、ICFを用いた精神障害者の生活状況の評価<sup>2)</sup>、これもケーススタディにICFを活用しようという試みだと思っております。

3つ目、4つ目が実は包括的評価に取り入れられないかということで、長崎の名誉教授の中根先生たちはICD-10の評価の際にICFも組み入れようと試みています。それから医療観察保護病棟の研修ガイドラインの中では入院時基本情報管理シートなどにICFの項目を組み入れていこうとされています。

5つ目にご紹介したいのは岡田先生たちの試みでICFに基づく精神医療実施計画書に活用できないかということですね。

最後は私どものセンター病院の作業療法室で使用を開始した報告書で、作業療法の治療のターゲットを明確化する。あるいは改善を評価する上でICFを使えないかという試みでございます。

図2は、ICFの試みに沿ったアセスメントシートで長崎先生たちが紹介されているものですが、例えばケースにこのように使っているとサンプルを出してございます。アパートに退院したいと申し出ている患者さんで統合失調症、

服薬中断で再発を繰り返してきたという患者の例です。心身機能の障害については入院生活が長く退院後の生活に自信がない、退院後の生活にイメージが持てない、退院後の参加につ

ては不明であるということです。環境因子、母親が亡くなった後は弟さんが保護者ですが、関係が疎遠であり、経済的にも厳しいものがあります。個人因子、否定的な側面としては10年間の入院で退院後の生活をイメージしにくくなっている。肯定的な側面としては心身機能、病状は安定している。院内のプログラム、デイケアに参加している。それから一般就労の経験があるなどが挙げられていまして、これに沿って長崎先生たちがソーシャルワーカーは何をする、医師は何をする、看護は何をする、それぞれチームが計画を立てて協力して取り組みましょうということを出しておられます。

図3 ICFを用いた精神障害患者の生活状況評価 (抜粋)

事例1 Aさん

事例項目	評価項目
①男性、56歳、性格は生真面目で素直。高校卒業後、建設会社事務職として在職中に統合失調症を発病し、精神科に2回入院。両親と3人暮らしの間は親の紹介で軽作業を続け、通院を継続。数年前両親が相次いで死亡したため、生活費に困り、主治医からケースワーカーを紹介され生活支援を開始。	個人因子：男性、56歳、生真面目で素直な性格。 健康状態(-)：統合失調症 E165 資産(持ち家)(+) D910 コミュニティライフ(+)
⑧保健師が訪問してみると家には新聞紙とゴミが散在していたため、週1回のホームヘルパー派遣、月1回の訪問看護を行うことになった。	E355 保健の専門職(+) D650 家庭用品の管理(-) D640 調理以外の家事(-)
⑩普段から発音が聞き取りにくく、物事を順序よく伝えられない。また、何度か説明しないと内容が理解できない時がある。	B167 言語に関する精神機能(-) B152 情動機能(-) B160 思考機能(-) D3 コミュニケーション(-)
⑬ゴミ出しは分別が難しい。いつ捨てたらよいか分からない。捨てる場所に行く道で以前に小学生にからかわれた嫌な記憶から歩いては通らないようにしているので、できない。	D640 調理以外の家事(-) B164 高次認知機能(-) E425 隣人・コミュニティの成員の態度(-) D220 複雑課題の遂行(-)
⑯前はゴミがいっぱいになると、どうして良いか分からず不安になっていた。今はヘルパーさんがゴミの整理や部屋の掃除をしてくれるので、心配が減り落ち着いて過ごせるようになった。	E530 保健サービス・制度・政策(+) D230 日課の遂行(+)

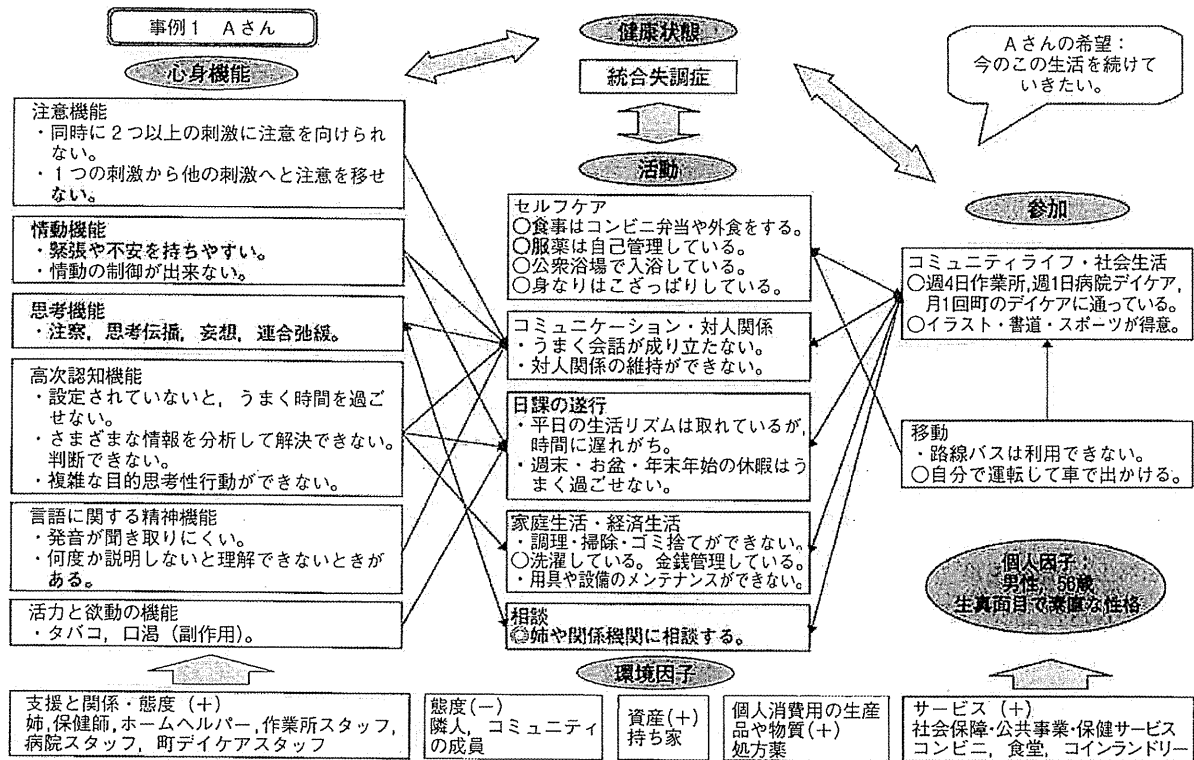
資料 「ICFを用いた精神障害患者の生活状況評価」<sup>9)</sup>

注 評価項目での(+)は困難なし、実行状況・促進因子(-)は機能障害・活動制限・参加制約・阻害因子

(4) ICFを用いた精神障害患者の生活状況の評価

図3は福島県立医大の丹羽先

図4 ICFを用いた精神障害患者の生活状況の評価-要因関連図

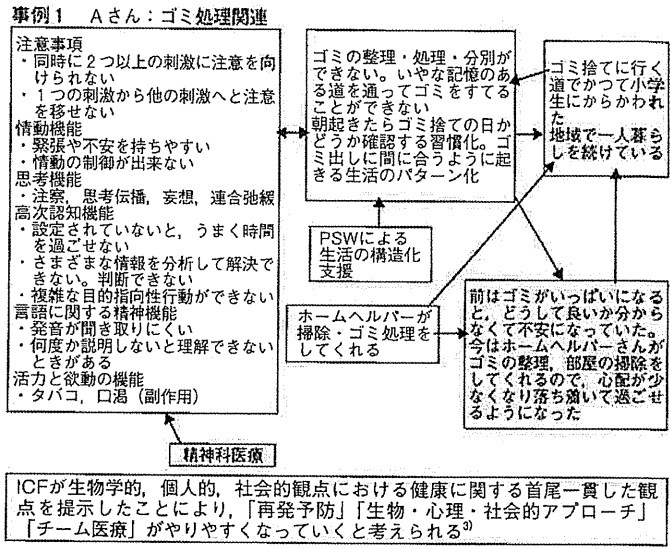


資料 図3と同じ

生たちから教えていただいたお仕事で、ICFを用いた精神障害患者の生活状況の評価です。

これは一部の抜粋です。紹介しているのは、例えば何例もありますけど、そのうちの1例は56歳の男性、真面目な性格で素直、高卒後、建設会社に勤めている最中に統合失調症を発病し、精神科に2回入院しています。両親と3人暮らしの間は軽作業を続けていたのですが、両親が亡くなった後、生活費に困り主治医からケースワーカーを紹介されて生活支援を開始している。これについて評価項目、個人因子は図4、5のとおり、健康状態としては統合失調症、資産としては持家がある。コミュニティライフはプラスの側面がある。保健師が訪問してみると、家には新聞紙とゴミが散在しており、週1回のホームヘルパーを派遣して月1回の訪問介護を行うことになった事例です。これは保健の専門職がプラス、といいますのは、保健の専門職が加わって援助できるというプラスの要因ですね。家族用品の管理は、マイナスでできていない。調理以外の家事はできていない。普段から発音は聞き取りにくい。順序良く話ができない。また理解が不十分なときがあるということで言語に関する精神機能がマイナスです。コミュニケーションもマイナスになっています。ゴミ出しは分別が難しい。これは私もなかなか難しいと考えているのですが、患者さんにとっては非常に難しいですね。いつ捨てたらいいかわからない。捨てたところで前に小学生にからかわれたからあそこには行きたくないという統合失調症の患者さんらしい問題もごさいます。調理以外の家事はマイナス、隣人コミュニティの成因の態度がマイナスで、複雑課題の遂行がマイナスとなります。ところが前はゴミがいっぱいになると、どうしていいかわからなかった。しかし、今はヘルパーさんがゴミの整理をサポートして

図5 ICFを用いた精神障害患者の生活状況の評価—ゴミ処理関連図



資料 図3と同じ

表3 精神医学医療にかかわるICFの評価項目<sup>4)</sup>

b. 心身機能、精神機能
全般的な精神機能、個別的精神機能
s. 身体構造
神経系の構造
d. 活動と参加
学習と知識の応用、一般的な課題と要求、コミュニケーション、運動・移動、セルフケア、家庭生活、対人関係、主要な生活領域、コミュニティライフ・社会生活・市民生活
e. 環境因子
生産品と用具、自然環境と人間がもたらした環境変化、支援と関係、態度、サービス・制度・政策

図6 ICFを導入したICD-10F 多軸記載方式サンプル<sup>5)</sup>

第I軸：臨床診断			
可能性のある診断名を全てICD-10コードに別って記載せよ。まず、主診断から記入する			
診断	ICD-10：A-Yコード		
1			
2			
3			
第II軸：臨床診断（第I軸）に関わる背景因子			
関係が想定される要因をICD-10Zコードから選んで記載せよ。			
臨床診断に関わる背景因子	ICD-10：Zコード		
1			
2			
3			
第III軸：生活機能と障害			
ICFを利用して生活機能と障害の各領域について0-9段階で能力障害を評価せよ。			
特定の構成要素における評価点	第1評価点	第2評価点	第3評価点
心身機能	1		
	2		
	3		
身体機能	1		
	2		
活動・参加	1		
	2		
環境因子			

くださり、心配が減って落ち着いて過ごせるようになった。そうなりますと、保健サービス制度、政策はプラスで日課の遂行がプラスになった。こういった整理ができるのではないかとこのことを教えていただきました。

これを要因関連ということで整理しますと、本人の心身機能としては注意機能の障害、同時に2つ以上のことができなかつたり、認知機能障害に基づく障害です。それから情動の不安とか、こういった言語の問題とかがあります。活動としまして、食事はコンビニや外食、服薬は自己管理している、コミュニケーションはうまく会話が成り立たないことがあります。参加としてはデイケア、作業所に通っています。ゴミ問題に関しましては、こういう統合失調症の基本障害、認知機能障害があるわけですけれども、それと関連して嫌な記憶のある道を通ってゴミを捨てることができないということがあったり、かつてからかわれた経験もあります。ソーシャルワーカーがこの生活を構造化して支援するというので、この問題を整理していきまして、ホームヘルパーが手伝ってくれるということで何とかできるようになった。このようにICFによって要因を整理することでアプローチがしやすくなると丹羽先生は指摘しておられます。

(5) ICFを導入したICD-10F

次に中根先生がICFの評価項目をICD-10の評価の中に組み入れたものを作成されています(表3, 図6)。心身機能, 身体構造, 活動と参加, こういった要因を入れたらいいのではな

いかというご提案です。これは表にしてくださっていて、精神医学という雑誌に出しておられます<sup>3)</sup>。ICD-10, 第1軸は臨床診断ということになります。第2軸で臨床診断に関わる背景因子ということで、特にこの生活機能と障害, これがICD-10の基本的なもので、これは環境要因も評価すべきということだろうと思います。第3軸で生活機能と障害ということで心身機能, 身体機能, 活動と参加, 環境因子はここに入っていますね。このようにICFのエッセンスをここに書き込んでくださいます。しかし、この短い小さなスペースにどれだけ入れられるかなと、やや難しさも感じるところがあります。

(6) 医療観察保護病棟における評価シート

図7は医療観察保護病棟における評価シートで、これは医療観察保護の研修会の中でこのシートを使うことになっており、セルフケア, 社会的な適正な行動, 対人関係, 日課の遂行, ストレス, その他の心理的要求への対処, 経済生活と領域が示され、評価点が「完全にできる」から「できない」まで評価することになっています。下位項目はこのように身体快適性の確保とか食事や体調の管理があります。これはごく大雑把な評価ですけれども、全国統一フォーマットで行われているのが重要な点かと思えます。

さらに図8は精神保健研究所の岡田先生がつくられたものでICFに基づく精神医療の実施計画書です。このように領域ごとの学習と知識の応用とか一般的な課題と要求, コミュニケーション, 運動と移動とか、こういったテーマに沿って実行状況と支援がないときの能力, 支援があるときの能力, これを評価することになっています。

図7 医療観察法病棟における基本情報管理シートの一部

退院前基本管理シートのICF評価項目

領域	項目	評価点	説明(生活場面上の問題と治療の焦点を明確にする)
セルフケア	身体快適性の確保		
	食事や体調の管理		
	健康の維持		
社会的な適正	調理以外の家事		
	洗濯と思いやり		
	感謝		
対人関係	寛容さ		
	批判		
	含辱		
	身体的接触		
日課の遂行	対人関係の形成		
	対人関係の終結		
	対人関係における行動の制限		
ストレスとその他の心理的要求への対処	社会的ルールに従った対人関係		
	社会的距離の維持		
経済生活	日課の管理		
	日課の達成		
経済生活	自分の活動レベルの管理		
	責任への対処		
経済生活	ストレスへの対処		
	危機への対処		
経済生活	基本的な経済的取引引き		
	複雑な経済的取引引き		
経済生活	経済的自給		

現在の生活場面の実行状況を下記の得点により評価する。  
 評価点 0 完全にできる(障害は0~4%, 自立している) 4 まったくできない(障害は96~100%, 常に介助が必要)  
 1 概ねできる(障害は5~24%, 見守り要する程度) 8 詳細不明  
 2 多少できる(障害は25~49%, 時に指示・介助・介入を要する) 9 非該当  
 3 ほとんどできない(障害は50~95%, 指示・介助・介入を要することが多い)

全国の医療観察法病棟で統一フォーマットでICF項目を含む評価が実施されている  
 資料 司法精神医療等人材養成研修会ガイドライン集<sup>9)</sup>

図8 ICFに基づく精神医療実施計画書<sup>7)</sup>

領域ごとの生活機能 (活動と参加)	第1・第2・第3評価点		説明 (「実行状況、支援なしでの「能力+支援」、支援ありでの「能力+支援」、およびそれらの間の差、ないし問題と治療の目標や焦点を明確にする)
1 学習と知識の応用 注意して視る、注意して聞く、模倣、復讐、読むことの学習、計算、書くことの学習、技能の習得、注意を集中すること、思考・読む、書く、計算、問題解決、意思決定	実行状況	0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	病院生活や社会生活を通じて、とくに本を読んだり計算をするといった機会はほとんどなく、「能率」という点では劣っているようである。話をしているときなどはやや注意散漫な印象を受ける。
	能力+支援	0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	計算、書字等については、放っておくと、何もしようとしていない。担当の〇〇心理士の話によれば、知能検査で正常下限程度は十分にあるということである。
	能力+支援	0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	読み書き等の機会を増やすことで、十分に作業能率や注意力も引き出すことができると思われる。
2 一般的な課題と要求 単純な課題・複雑な課題の遂行、単独・グループでの単一課題の遂行、複数課題の遂行、達成、単独・グループでの複数課題の遂行、日課の管理・達成、自分の活動レベルの管理、業務の対処、ストレスの対処、危険の対処	実行状況	0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	病院内では、決められた日課などは積極的にこなしている。SSTなどではリーダーになることはなく、追従するタイプながら如才なく課題をこなしている。
	能力+支援	0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	家庭で母親とのみ生活する状況では、日課を遂行することは必ずしも容易ではないと思われる。とくに独力で日課を計画することは難しそうである。ストレス場面では有効な対処をするための援助が必要であろう。
	能力+支援	0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	解決すべき課題を支援者が具体的に確認する(何を検討しなければならないかを一緒に考えるなど)作業をすると、問題に対する的確な判断が下せるであろう。
3 コミュニケーション 話し言葉の理解、非言語的メッセージの理解・表出、公式手話によるメッセージの理解・表出、書き言葉によるメッセージの理解・表出、話す、会話、ディスプレイ、コミュニケーション用具及び技法の利用	実行状況	0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	入院中の医療スタッフ、他患らとの間ではコミュニケーションに問題は認められない。やや一方的な話しぶりで相手が辟易している様子を読み取る様子がない。他者の話を途中でさえぎって話してしまうこともある。
	能力+支援	0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	病院外では、むしろ、相手から話しかけられることがなければ、まず自ら語りだすことはなさそうである。
	能力+支援	0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	交流の場を設け、観察をしながら、例えば本人が気づいていない相手の心情などをフィードバックして確認するなどを行えば、徐々にでも能力をひきだしていくことはできそう。
4 運動・移動 基本的な姿勢の変換、姿勢の保持、乗り移り(移乗)、持ち上げて運ぶ、下肢を使って物を動かす、手と腕の使用、歩行、移動、様々な場所での移動、用具を用いた移動、交通機関や手続の利用、運転や操作、交通手段として動物に乗る	実行状況	0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	入院中の状況ではとくに問題はない。
	能力+支援	0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	身体的には運動や移動の能力に制限はない。しかし、自宅からの買い物に駅前の〇〇に行きたいらしいが、バスの利用に不安を訴えている(先払い、後払い、整理券、カード利用などが不安とのこと)。
	能力+支援	0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	ある程度のセッティングをすれば、とくに問題はないものと思われる。ただし、自動車運転免許取得の希望があるので、これについては長期的な目標として確認しておく。

「実行状況」と「能力+支援」「能力+支援」を比較することによりリハの課題や必要な援助を見定めることができる

例えばコミュニケーションについて挙げますと、入院中の医療スタッフ、他の患者さんとの間ではコミュニケーションに問題は認められなくなっています。ちょっと一方的な話をすることがあったり、支援がない病院外では「相手から話しかけられなければ、まず自ら話したことはなさそうだ」ということで中等度の障害になっています。院内よりも障害が重くなっています。それに対して「交流の場を設け、観察をしながら、例えば本人が気づいていない相手の心情などを、フィードバックして確認すればもうちょっとできるようになるのではないか」では、図8の評価点をみると2と1になっています。このように支援やリハビリテーションを実施すれば改善できそうという評価ができます。

支援がなければこういう状況で、支援があればここまで改善できるという評価もつけることができます。このように精神医療実施計画書ではどの辺に支援が必要か、支援を行えばどういふ点が改善しそうかという点が必要と出せるのが特徴かと思えます。

(7) 作業療法指示せんへのICF項目の組み入れ  
最後にご紹介するのが、私どもの作業療法室で使っております作業療法指示せんへのICF項目の組み入れの試みです(図9)。このように作業療法士の皆さんと相談して整理をしてもらいました。

作業療法報告書とは医師からオーダーを受けて、アセスメントをした結果です。一定期間



経ったら変化しましたということもそう  
と  
考えています。大体半年ぐらいで再評  
価しようということですが、これから2  
回目の評価をするところで、まだやっ  
ておりません。変化をグラフで出しま  
しょうとOTの皆さんにいったのですが、  
まだそれはできていませんということ  
でした。

中央部分がICF項目になっています。  
作業療法に関連しそうなものを挙げて  
あり、情動機能、活力と活動性、応用  
的動作能力、家庭生活とか学習と知識  
の活用など、ICFの大項目に沿ってい  
るわけです。これでどうですかという  
ことで聞きますと、スポーツではコミュ  
ニケーションとか対人関係は評価でき  
るけど、学習とか知識とかは評価でき  
ない。要するに、している行動は評価  
できるがそれ以外は評価が難しいで  
す。それは当然かと思えます。それか  
ら2番目に同じ統合失調症でもターゲ  
ットが違う。だから何を評価するかと  
いうのが、診断名は同じでも変わっ  
てくるということで、主治医が指示  
せんに書いた項目に関連したところを  
主に評価していますと聞いています。実  
行状況を評価しているということです。  
支援なしでの実施の能力ですね。これ  
らのICF項目を反映する標準的なテス  
トを作成して定期的に評価を実施して  
はどうかということで、半年おきに評  
価しようということで計画しております。  
その人の治療目標は多職種共同で、  
実はケア会議でこういうのを多職種で  
評価して計画的に治療を進めていく  
方法や、できれば患者さんにも入っ  
てもらいたいのではないかと考えてお  
ります。

(8) 取り組みの結果 (表4)

取り組みの結果としては、ケーススタ  
ディとか包括的評価の組み入れなどの  
治療計画、変化の評価など、そうい  
った試みがございました。系統的な評  
価ができて、見落としを防げるとい

図9 作業療法指示せんへのICF評価項目の組み入れの試み

精神科作業療法報告書

ID	入院(一病棟)・外来		報告日:
氏名:	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 最終		開始日:
プログラム	月	火	水
午前			
午後			
参加回数	月	月	月
	回	回	回

領域	評価項目(ICFより抜粋)	評価点	領域	評価項目(ICFより抜粋)	評価点
基本的能力(精神機能)	<input type="checkbox"/> 情動機能	情動の適切性、情動の調節(情動の不安定性)、情動の範囲(感情の平穏化など)	応用的動作能力	<input type="checkbox"/> 家庭生活	必需品の入手(物品やサービスなど)
	<input type="checkbox"/> 活力と活動性	活力レベル、動機付け、食欲、物質への渴望、衝動の制御		家事(調理、洗濯、掃除、器具の使用、ゴミ捨てなど)	
	<input type="checkbox"/> その他			その他	
	応用的動作能力			注意を集中する	
セルフケア	<input type="checkbox"/> セルフケア	更衣、整容、清潔	学習と知識の活用	<input type="checkbox"/> 学習と知識の活用	読む、書く、計算
		目標に注意する(食生活、身体活動性の維持、生活習慣、薬物コンプライアンスなど)		問題解決(単純な問題、複雑な問題)	
		基本的な対人関係(敬意、思いやり、感謝、寛容さ、批判、含辱、身体的接触)		意思決定(選択、実行、評価)	
		複雑な対人関係(形成、維持、行動の調節、社会的ルールに従った対人関係、社会的距離の維持)		単一課題の遂行(単純な単一課題、複雑な単一課題、単発での単一課題、グループでの単一課題)	
コミュニケーション・対人関係	<input type="checkbox"/> コミュニケーション・対人関係	特定の対人関係	一般的な課題と要求	<input type="checkbox"/> 一般的な課題と要求	複数課題の遂行(単発での複数課題、グループでの複数課題)
		コミュニケーションの理解		日課の遂行(日課の管理、日課の達成、自分の活動レベルの管理)	
		コミュニケーションの表出		ストレスとその他の心理的要害への対処(ストレスへの対処、責任への対処、危機への対処)	
		会話(開始、持続、終了、1対1、多人数)		<input type="checkbox"/> 移動	移動(短距離、長距離、走る、登り降り、降り)
			<input type="checkbox"/> 余暇	レクリエーションとレジャー	
			<input type="checkbox"/> その他		

評価点: 0 問題なし 1 軽度の問題 2 中等度の問題 3 重度の問題 4 完全な問題 5 不明

OTのコメント, サイン

担当OT

医師のコメント, サイン

主治医  
( 年 月 日 記入)

評価を実施した精神科OTの意見

- ・スポーツではコミュニケーションや対人関係は評価出来るが、学習と知識の「読む・書く・計算」などは観察できない(「している活動」を評価)
- ・同じ統合失調症でもターゲットが違う→OT処方せんに主治医が書いた目的に関連した項目を主に評価
- ・OTは実行状況(支援なしでの実施能力)を主に見ている
- ・これらのICF項目を反映する標準的なテストを作成して定期的に評価を実施してはどうか→報告書に使用
- ・その人の治療目標を多職種協働で評価して(患者さん本人を含めて)合意できるとよい

資料 国立精神・神経医療研究センター病院 精神科作業療法室資料<sup>8)</sup>

表4 取り組みの結果

1. ケーススタディ、包括的評価表への組み入れ、治療計画策定、変化の評価などの試みがあった
2. 系統的な評価ができて(大きな)見落としを防げる
3. 本人の希望を聞き出す、ニュートラルな表現で特性を表現(本人と治療者の認識の共有に役立つ)
4. 実行状況とともに、「能力+支援」「能力+支援」を区別して評価することで、支援の必要性や支援による改善可能性を示すことができ、リハビリテーションの必要性と同時にケアにおける援助ニーズを明らかにできる

う利点があるのではないかと思います。それから本人の希望を引き出すとか、ニュートラルな表現で特性を表現できるので、本人と治療者



の認識の共有に役立つのではないかとこのように考えられました。

それから最後の岡田先生たちの評価ですが、支援があったときの能力、ないときの能力とあるときの能力を区別して評価するということが、これは応用の可能性があるかなと思います。支援の必要性とか、支援による改善可能性を示すことができる。リハビリテーションの必要性と同時に、ケアにおける援助ニーズを明らかにできるのではないかと考えられました。

### (9) 現状の課題と今後の取り組み (表5)

現状の課題と今後の取り組みについては、ICFに立脚した良くなる介護、目標指向的介護、これは大川先生が述べられますが、こういったことは精神科領域でも重要なのではないかと考えられます。

介護に限らず、目標指向的ケアとか目標指向的リハビリテーションという呼び方ができるのではと思いました。ICFの理念と包括性、それと現場での実践のしやすさ、これを両立させるのがなかなか難しいと感じました。

これを両立させるためにいろいろなところで工夫がされており、今日ご紹介したのは一例かと思えます。みんな苦労しながらやっていると思えます。当院でも、作業療法士も大変だけど頑張っていると言っていました。

今後のことを考えますと、統合失調症における生活障害と認知機能障害の関連がさらに明らかになって病態がより明らかになれば、基本的障害が絞られ、また、評価する項目において生活機能の障害など詳細になれば評価はしやすくなると思えます。

2つ目に精神障害者を持つ人の本質的な特性を反映するコアセット(中核的な評価項目)を抽出してICFの評価項目に組み入れる方向性を検討する。項目数が膨大ですので、どうやって絞るかということでコアセットというのは考えられないかということですね。3つ目に、得ら

表5 現状の課題と今後の取り組みについて

- ・ICFに立脚した「よくなる介護」「目標指向的介護」<sup>9)</sup>→精神科領域でも「目標指向的ケア」(リハビリテーション)が重要
- ・「ICFの理念と包括性」と「現場での実践の容易さ」とのバランスが課題
- 1. 統合失調症における生活障害と認知機能障害の関連の病態解明
- 2. 精神障害者を持つ人の本質的な特性を反映するコアセットを抽出し、ICF評価項目に組み入れる方向性の検討
- 3. 得られた尺度を治療計画や介入研究(SST等)による効果の検証に使用

れた尺度を治療計画とか介入研究に使うって効果評価に使えるように検討すべきと考えられます。それが日本国内で、あるいは国際的に共通の基準でICFを活用してできるようになるといいと考えております。

### 文 献

- 1) 長崎和則, 辻井誠人, 金子努. 「事例でわかる! 精神障害者支援実践ガイド-ICFに基づく精神障害者支援 アセスメント・プランニングの進め方」日総研, 2006. 76.
- 2) 丹羽真一, 他. (私信): ICFを用いた精神障害患者の生活状況の評価.
- 3) 山本佳子, 丹羽真一. 精神医学 2003: 45(11)1167-74.
- 4) 中根允文, 他. 2003: 45(11)1149-58.
- 5) 中根允文, 他. (2003): ICFを導入したICD-10多軸記載.
- 6) 司法精神医療等人材養成研修会ガイドライン集「入院時基本情報管理シート」「通院情報管理シート」等.
- 7) 岡田幸之, 他 (2007): ICFに基づく精神医療実施計画書の開発.
- 8) 国立精神・神経センター病院精神科作業療法室で使用開始した報告書(私信).
- 9) 大川弥生. 「よくなる介護」を実践するためのICFの理解と活用: 目標指向的介護にたつて. 中央法規出版. 2009.

特集

精神科デイケアのあり方を考える—作業療法の役割と効果

# わが国における精神科デイケアの 現状と今後のあり方

安西 信雄

作業療法ジャーナル別刷

VOL.43 NO.6 2009

三輪書店発行

# わが国における精神科デイケアの現状と今後のあり方

安西 信雄\*

Key Questions Q1: 日本における精神科デイケアの現状は？  
 Q2: 多様なニーズに対応した精神科デイケアの機能分化とは？  
 Q3: 地域ケアの展開の中での精神科デイケアの今後の役割は？

## はじめに

精神科デイケア（以下デイケア）以外に社会復帰施設がなかった時代にはデイケアの役割は自明に思われ、期待感に裏打ちされて効果は厳しく問われなかった。現在は共同作業所の普及や生活支援センターの登場、さらにセルフヘルプを志向したソーシャルクラブも生まれる中で、医療機関にあるデイケアには、その役割の明確化と効果の証明が求められるようになっていく。わが国の精神保健医療福祉が入院中心から地域ケア中心に移行していく中で、デイケアはどのような対象に、どのような役割を果たすべきか。本稿では医療機関にあるデイケアに焦点を当て、現状と今後のあり方を検討した。

## 精神科治療の目標の変化とデイケア

近年、各種の精神疾患における治療目標が、精神症状の改善から、生活の質や就労・就学等の社会生活上の課題の達成に重点が移行しつつある（あるいは関心が拡大しつつある）ように見える。たとえば、うつ病では復職を支援するリワーク事業が盛んに実施されるようになり、統合失調症においても障害者枠を使った就労支援も実施されている。統合失調症では再発予防や寛解、社会的機能水準があらためて注目され、回復（リカバリー）が重視されるようになっていく。

Lieberman ら<sup>1)</sup>による統合失調症の経過の模式図（図）は、長期経過を踏まえた包括的な視点を代表するものである。ここで統合失調症は人生にわたる「複雑な脳機能障害」の経過を示すが、前駆期、進行期、慢性または残遺期の3つの時期ごとに対応が組み立てられる。前駆期や早期の心理社会的介入や抗精神病薬療法は症状を改善するとともに、その後の再発を防止する。進行期には寛解の維持と再発防止が、生活機能の低下を防ぐ鍵を握る。たとえ再発を繰り返し、慢性または残遺期になっても、適切な治療を行えば認知機能や職業的機能の回復（リカバリー）が可能とされる。こうした前向きな見解が述べられるのは、近年の非定型抗精神病薬の登場による抗精神病薬療法の進歩と、心理社会的治療の進歩に負うところが大きい。

統合失調症や遷延した気分障害、重症の神経症等の精神障害においては、それぞれの疾患に特徴的な精神症状が治まったあとも、対人関係がうまくいかず引きこもりに陥ったり、社会生活上の不器用さが残ったりするために就労や社会参加が妨げられることが多い。生活障害<sup>2)</sup>と呼ばれるこれらの要因は、社会適応を妨げるだけでなく再発や悪化の要因ともなる。生活障害は治療者との一对一の関係を中心とする外来治療では改善が難しく、治療的に構成された集団への参加の経験を通

\*あんざい のぶお：国立精神・神経センター病院，医師 〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1  
 0915-1354/09/¥400/論文/JCLS

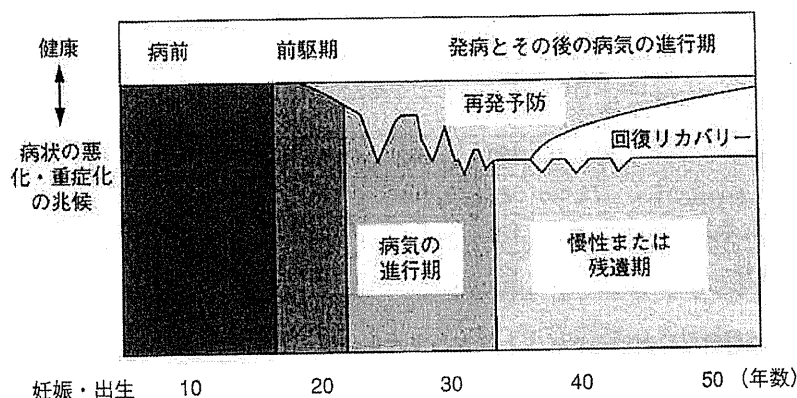


図 統合失調症の経過と治療による改善の可能性 (文献1より引用)  
 統合失調症患者の経過は、人生にわたる複雑な脳機能障害としての経過を示す。早期の心理社会的介入および抗精神病薬療法は症状を軽減させ、その後の再発を防止する。適切な治療により完全寛解を持続させることができれば、病気の進行を防ぎ、症状の持続や生活機能の低下を防ぐことができる。その後の慢性または残遺症状の段階でも、適切な治療を行えば認知機能や職業的機能の回復（リカバリー）に至ることができる。

して改善が得られる場合が多い。

それでは再発防止や生活機能が重視される状況で、デイケアがあらためて注目されているかといえば、現実には必ずしもそうではない。むしろ、デイケアに厳しい目が向けられているところに問題がある。

池淵<sup>3)</sup>はデイケアを「在宅の慢性精神障害者に対して、外来治療では十分提供できない医学的・心理社会的治療を、週数日・1日数時間以上包括的に実施する場」と定義した。わが国ではデイケアという言葉が医療機関のものも、医療の枠外の保健所やソーシャルクラブも含めた幅広い意味で使われているが、上記の定義は医療機関にあるデイケアを医療の枠外にあるものと明確に区別して、その治療的機能を高めていこうとする考えによるものである<sup>4,5)</sup>。

診療報酬への位置づけがわが国におけるデイケア普及の原動力となったことはいままでもないが、そこでは次のように規定されている。「精神科デイ・ケアは精神科通院医療の一形態であり、精神障害者等に対し昼間の一定時間（6時間程度）、医師の指示及び十分な指導・監督のもとに一定の医療チーム（作業療法士、看護婦（師）、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者等）によって行われる。その内容は、集団精神療法、作業療

法、レクリエーション活動、創作活動、生活指導、療養指導等であり、通常の外来診療に併用して計画的かつ定例的に行う」とされ、さらに「このデイ・ケアの治療対象は、精神分裂病等の重いものから精神神経症程度の軽いものまで幅広く適応され、入院治療ほどではないが、今までの通院医療よりも積極的に濃厚な治療を行うことができる」とされている。これらに続き、大規模なもの、小規模なもの、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアの施設基準が定められている<sup>6)</sup>。

このように診療報酬においてデイケアは「通院医療よりも積極的に濃厚な治療」とされているが「入院治療ほどではない」という限定がつけられ、デイケアのスタッフは、小規模デイケア（1日30人まで）では精神科医1名+従事者（専従）2名、1日50人までの大規模デイケアでは精神科医1名+従事者3名、1日70人までの大規模デイケアでは精神科医1名+従事者4名とされている。精神科医以外の従事者数を基準にケースロード（従事者当たりの担当患者数）を計算すると、1名の従事者当たり15~17.5人の患者を毎日担当することになる。池淵ら<sup>4)</sup>は米国の部分入院協会（AAPH）が標準とするスタッフ数を紹介しているが、そこでは急性期のデイホスピタルは1:4、リハを主眼とするデイケアは1:6、維持療法を目