

supported that the impaired performance of the verbal imagery task in Parkinson's disease was associated with dysfunctions of the basal ganglia, the caudate nucleus in particular (Sawamoto et al. 2007). Considering that motor imagery is closely related to motor planning (Hanakawa et al. 2008), the contribution of the basal ganglia to spoken language likely involves a planning stage of speech.

Of even more importance is to understand the contribution of the basal ganglia to learning of spoken language. Ackermann et al. propose a fundamentally different role of the basal ganglia at ontogenetic stages: acquisition of articulatory motor patterns during childhood versus emotive-prosodic modulation of verbal utterances during adulthood. We want to modify and extend this view, especially with regard to the contrast between childhood and adulthood stages. The neural underpinnings for the native language development are difficult to study experimentally. Therefore, we want to argue for the role of the basal ganglia in speech acquisition in adults, taking the case of second language (L2) learning as an example.

We recently conducted a cohort study in which Japanese university students were enrolled in a 16-week e-learning program to develop their English vocabulary (Hosoda et al. 2013). Although the training program involved various aspects of vocabulary learning, an emphasis was placed upon the training of pronunciation. The students learned 60 words or idioms in each week. An example sentence for each word and idiom was also presented. The participants were encouraged to dictate each word, idiom, and sentence 10 times in reference to "speech templates" provided by the program. By repeating after the speech templates, the participants were to compare their own utterances and the speech templates, and then try to make corrections to his or her motor programs for pronunciation. Speculatively, this auditory feedback learning should help the trainees achieve adequate spatio-temporal control of laryngeal and orofacial musculature. After 16 weeks, the trainees showed approximately 30% improvement in a test battery of English competence. We performed multidimensional imaging assessment for neuroplastic changes associated with the training. Most notably, probabilistic diffusion tractography demonstrated that connectivity between the inferior frontal gyrus and the caudate nucleus, an input station of the basal ganglia, was enhanced in correlation with the improvement in the trainees' L2 competence. This study has provided the first evidence that the cortico-basal ganglia circuits are involved in language learning in adults. Furthermore, the learning-induced enhancement of the cortico-basal ganglia connectivity was accompanied by enhanced connectivity between the inferior frontal gyrus and superior temporal/supramarginal gyrus (dorsal pathway), but not between the inferior frontal gyrus and middle temporal gyrus (ventral pathway). The dorsal pathway primarily concerns phonological aspects of language control. Hence, the selective involvement of the dorsal pathway indicated that our training program primarily tapped into phonological aspects of L2 vocabulary.

According to the findings in our study (Hosoda et al. 2013), we suggest a possibility that the basal ganglia may contribute to learning of spoken language even in adults. Speech is acquired through experiences of adequate auditory inputs, which is evident in children with hearing loss (Tye-Murray et al. 1995). In addition, we suspect that reinforcement-type learning (Demirezen 1988) subserved by functions of the cortico-basal ganglia circuits may underlie experience-based shaping of spoken language. To improve speech control, it is reasonable for both child and adult learners to rely on information about the success or failure of their speech production. We speculate that the feedback information could be self-generated in adult learners who are enrolled in an e-learning program or be given by family and community members as praise or approval to children. Feedback information indicating successful speech production can be utilized as a positive reinforcer to strengthen the neural circuits a trainee had just activated. The striatum that receives both contextual information from the cortex and reward signals from dopaminergic neurons occupies the best position for reinforcement learning or reward-

based temporal difference learning (Doya 2008). It would be extremely interesting to figure out the learning stage at which genetic predispositions such as *FOXP2* play fundamental roles.

Other studies in bilinguals have shown that the caudate nucleus is important for monitoring and controlling of the two languages in use (Crinion et al. 2006; Hernandez et al. 2001; Hosoda et al. 2012).

In conclusion, we generally warrant Ackermann et al.'s proposal that the cortico-basal ganglia circuits may play essential roles in evolutions of spoken language. We, however, consider that the cortico-basal ganglia circuits may contribute to various aspects of spoken language including planning, learning, and controlling of speech in both childhood and adulthood.

Does it talk the talk? On the role of basal ganglia in emotive speech processing

doi:10.1017/S0140525X13004044

Uri Hasson,^a Daniel A. Llano,^b Gabriele Miceli,^a and Anthony Steven Dick^c

^aCenter for Mind/Brain Sciences (CIMeC) and Department of Psychology and Cognitive Science, University of Trento, Mattarello (TN), Italy; ^bSchool of Molecular and Cellular Biology, University of Illinois at Urbana-Champaign, Urbana, IL 61801; ^cDepartment of Psychology, Florida International University, Miami, FL 33199.

uri.hasson@unitn.it d-llano@illinois.edu gabriele.miceli@unitn.it
adick@fiu.edu

<http://www.hasson.org>

<http://mcb.illinois.edu/faculty/profile/d-llano/>

<http://www.unitn.it/en/cimec/11706/gabriele-miceli>

<http://faculty.fiu.edu/~adick>

Abstract: Ackermann et al.'s phylogenetic account of speech argues that the basal ganglia imbue speech with emotive content. However, a body of work on auditory/emotive processing is inconsistent with attributing this function exclusively to these structures. The account further overlooks the possibility that the emotion-integration function may be at least in part mediated by the cortico-ponto-cerebellar system.

Ackermann et al.'s phylogenetic account of speech development hinges, in part, on premises related to the role of basal ganglia (BG) in adult human speech production. It argues that in adults, BG imbue speech with emotive content. While the model targets an important and neglected issue, we argue that it suffers from two structural weaknesses: First, it does not sufficiently consider studies of the role of BG in auditory and emotive processing such as those showing that BG damage does not disrupt emotive processing in speech. Second, the argument also overlooks the possibility that the role attributed to the BG may be at least in part mediated by a different system—the cortico-ponto-cerebellar system. We believe the authors' account would be much strengthened if they address these points, which we detail in turn.

Viability of BG as a speech/emotion synthesizer. A principle incorporated in contemporary models of speech production is that production occurs under one or more levels of feedback, where potential production errors are monitored either after utterance production (sensory feedback) or prior to it (via internal models; e.g., Hickok 2012). Ackermann et al. do not couch their account in an existing speech-production model and leave the issue of feedback underspecified. Nonetheless, if the BG were responsible for imbuing speech with emotive content, they would be expected to have the capacity to monitor and correct for related errors, that is, evaluate that the intended emotive tone/prosody was instantiated. However, BG are a weak candidate for such a function. The authors ignore studies indicating (i) that the auditory response in BG is temporally insufficient to provide feedback (Langers & Melcher 2011) and that it has limited functional connectivity

◆研究報告◆

リカバリーにはたす希望の役割

池 淵 恵 美

抄録：精神障害者の障害からのリカバリーが重要視されるようになってきているが、主観的体験とともに客観的にも回復していくことが、支援する専門家の側からの目標となる。本論ではまずリカバリーの考え方を整理し、次に主に客観的回復についての転帰調査の中で、近年の薬物療法の発展によってもリカバリーしていく人たちが飛躍的に増えているわけではないのではないか、という筆者の問題意識を明確にした。そしてリカバリーに欠かせない希望を持つことについて、「希望学」を紹介し、希望をはぐくむうえで重要な社会的・個人的背景を紹介した。そのうえでリカバリーを支援する中で希望を持ち、その実現をしていくことが困難になる障壁について、社会・治療システム・支援者の理念や技術・関係性・疾病性の視点から整理した。さらに症例を通してどのような困難が実際のケースで生じやすいかを類型化し、希望学を参照しつつ、支援の方向性や課題について論じた。

臨床精神医学 43 : 535 ~ 543

Key words: 精神障害リハビリテーション, 心理社会的治療, リカバリー, 希望, 統合失調症

(2013年7月17日受理)

1 本論の目指すもの

障害がある人たちにとって、そして支援する側の家族や専門家にとって、リカバリー（回復）という言葉はずいぶん前から重要なキーワードとなっている。リカバリーという考え方は、源流をたどれば20世紀前半のセルフヘルプ運動や精神保健におけるユーザー運動から出発しているが、1970年代にノーマライゼーションや自立、そしてQOLの重視から発展して、1990年代に入り精神障害リハビリテーションの中心的な概念として認識されるようになってきている¹⁾。リカバリーの考え方は多く当事者の体験として語られることが多く、「障害があってもなお十全な生を主体的に生きていく過程であり、目標」と考えられている。野中²⁾は、「リカバリーという言葉は広い意味を持っているが、まずは病気がなくなって元に

戻ることを意味する「結果」を重視する伝統的な使い方、次に病気や障害はなくならなくても自尊心や人生を取り戻す「過程」を重視する考え方、最後に専門職が保護、強制、世話、管理などを行うことによって真のリカバリーを阻害するということから、人生を取り戻すことへの「視点」がある」と述べ、「視点」は190年代後半の精神障害領域で生まれたとしている。そして1990年代後半には、ニュージーランドを皮切りに先進諸国において精神保健行政の方針としてリカバリーの考え方が採用されるようになり、回復に有用な考え方であるところから、近年米国でも精神保健福祉施策の中での基本理念として位置づけ、リカバリーを目指す支援技術の活用を奨励している³⁾。さらに後藤²⁾は、専門家が唱えるリカバリー概念は当事者の生きられるリカバリー体験とは異なること、わが国ではいまだ脱施設化やノーマライゼーション

Hope as an essential factor of recovery

IKEBUCHI Emi 帝京大学医学部精神科学教室 [〒173-8605 東京都板橋区加賀 2-11-1]

Presented by Medical*Online

や権利擁護やエビデンスに基づく実践が不十分であることから、その中で専門家が安易にリカバリーを要求する危険性を指摘している。つまり社会の中で精神障害を十分受け入れる基盤の実現をめざしつつ、支援者はリカバリー概念を語っていくべきであるという指摘である。本論では、こうしたリカバリーの異なるとらえ方—「結果」「過程」「視点」、そしてノーマライゼーションなどの社会的な基盤の重要性—をふまえつつ、医療と希望学の視点からリカバリーを考えてみたい。

リカバリーを先に述べたように「障害があるにもかかわらず主体的に十全の生を生きられるようになること」だと考えるならば、当事者にとっては実体的なものであるだろうが、支援する側からみれば実存的・哲学的な理念に響く。それを実践的・具体的な支援側の視点へと転換するためには、実証的な概念再構成が必要である。社会的なさまざまな機能の回復や、現実的な生活の中での生きがいや、心理的な成長や、医学的な回復への還元である。仕事ができるようになって、本人が元気になり、不安を受け止めたり、周りの人と温かい交流を取り戻すことはリカバリーを構成する大切な要素となりうるけれども、こうした要素がなくてもリカバリーは起こりうる、と実存的な視点からは考えることができる。しかし一方でリカバリーを抽象的な理念に押しとどめてしまうと、支援者にとってはむしろ空疎な理念論に墮しかねないと筆者は考える。リカバリーの大事な礎として、生物—心理—社会的な諸構成要素の回復を、大切にしたいと考えるわけである。そこで本論では、筆者が医療の現場にあるところから、主として生物・心理の視野から論を進めていくが、同時に社会的な視点についても随時触れていきたい。

2 はたしてリカバリーしていく人は 増えているだろうか

近年わが国でも、多くの当事者がリカバリーの体験について語っている。心打たれる体験談や魅力的な回復の話に、しばしば多くの励ましを受ける。こうして皆の前で心の内をさらけ出すことは勇気がいると思うが、それを肯定的に受け入れる文化が育ってきているのだと思うし、自己価値を

そこに見いだす当事者も増えてきている。単純に症状や機能が回復するだけではなく、自己価値や社会的存在の再編によって、新たな生き方に喜びや生きがいを見いだそうとするリカバリーの理念が広まってきたことと、それは軌を一にしている。しかし主観的および客観的にリカバリーしていく人たちは本当に増えているのだろうか。多くのリカバリーしている人たちの体験談に触れる機会は増えたが、物言わぬ多くの人たちはどうなのだろうか。

これまでも、統合失調症の人たちの社会的な回復については、多くの実証的な転帰研究がある。これらは主観的なリカバリーを測定したものではなく、客観的な機能の回復や精神症状からの寛解を評価したものである。リカバリー体験は個別性や価値観の領域が大きく、そもそも評価になじみにくいために、リカバリー体験をした人についての客観的な評価は十分データがないと思われる。そこでここでは、機能の回復や寛解を指標として社会的な回復を概観してみたい。それがリカバリー体験をしていくうえでの大切な土壌となると思うからである。

統合失調症の概念が確立して間もない20世紀前半においても、Bleuler Mが長期追跡調査を行って、2割程度の人たちは統合失調症と周囲から気づかれずに社会生活を送っていることを報告している。Hegartyら⁵⁾は1895年から1992年までの320件の転帰研究を総説しているが、20世紀前半(1895～1955年)には平均6年間の追跡期間後に統合失調症改善率は35.4%であったが、薬物療法が導入された1956～1985年の間の研究では48.5%に上昇していること、しかしその後は再び36.4%となっていることを報告した。これは時代によって統合失調症の診断基準が大きく変わっていることによって単純には比較できないが、抗精神病薬の使用によっても長期予後に大きな変化がない可能性をこの論文の著者は指摘している。第2世代抗精神病薬はその登場から大きな注目を浴びたが、その改善率は第一世代抗精神病薬と比べて統計的な有意差がなかったとする報告^{6,11)}や、そもそも非定型抗精神病薬としてひとくくりにできるのかという議論⁷⁾も見られるようになってい

る。このところ第二世代抗精神病薬が登場したころのような楽観論は減ってきているように筆者には感じられる。また薬物療法やそのほかの治療を行っても症状が改善せず苦しんでいる人たちに対して、クロザリルが注目を集めて、わが国でも1,000例以上の治験が集積されており、まだまだ治療に十分反応しない統合失調症の例は多い。

抗精神病薬が長期的に見て、はたしてリカバリーに貢献するのか疑問を持つ研究者もいる。Harrowら⁴⁾は、ほとんどの薬物療法の効果研究がせいぜい2年などの治験期間であること、薬物の中断後の経過を追跡する研究ではこれまで再発率が高まることが報告されているが、再発率が上がるのは中断後6カ月程度でその後は減少する可能性があること、そもそも中断率の調査では長期追跡研究がないこと、長期転帰調査研究では時間とともに抗精神病薬治療例の優位性が失われる可能性があることなどを指摘している。なお薬物療法中断後間もなくの時期に見られる多くの再発は、薬物療法を持続していたことで起こる、ドーパミン受容体過感受性による可能性も紹介している。糖尿病や慢性感染症などでも、長期投薬によって薬物療法抵抗性が惹起されることが知られている。

しかし薬物療法が精神病症状に効果をもたらすことは事実であり、また長期転帰研究で単純には薬物療法の非優位性は論じられないと筆者は考える。先に述べたHarrowら³⁾によるシカゴにおける追跡研究では、64例の統合失調症の人と81例の精神病症状を持つ気分障害などの人が15年追跡調査された。統合失調症の人では15年後にも抗精神病薬を服薬している人が61%、通院しているが服薬していない人が6%、治療を全く受けていない人が25%となっていたが、リカバリーしている人(精神病症状の消失と社会生活の回復の両方を満たすと定義)の割合は服薬していない人のほうが有意に多いことが示された(40%対5%)。服薬していない人たちの特徴は、初めの入院時点で病前の社会適応が良好、急性発症であるなどの予後良好兆候尺度得点が有意に高く、また病前の発達到達程度や、結婚や仕事などの社会生活到達度が有意に高かった。なお統合失調症では

ない精神病症状を持つ人と比べると、統合失調症の人では改善の程度は低かった。先に述べたように薬物療法が開発されていなかった時代でも、予後良好の人は一定程度いることがわかっており、そうした人たちが15年後に薬物療法を受けていない可能性があることを忘れてはならない。つまり統合失調症には異種性があることが知られており、予後良好群がある程度の割合で含まれている。しかし一方で服薬していない人では、自分でコントロールできているという見方が有意に多く、肯定的な自己価値観を持っている人が有意に多く、治療開始後数年ですでに薬物療法から離れていることが多く、レジリエンスの高い人たちであるとの見方ができる。

以上のように見てくると、多くの転帰研究はあくまでも客観的な機能回復や症状からの判定であって、リカバリーの多様な視点からの評価でないという限界があるものの、社会的な回復という視点から言えば、近年リカバリーしている人たちが増えているとは断言できないことがわかる。もちろん、主観的なリカバリー体験をしている人たちについて、実証的な研究が待たれるところではあるが。

精神障害に関わる多くの人々がリカバリーに関心を持ちつつも、まだ一部の人しか実現できていない。だからこそリカバリーは貴重なものであり、私たち専門家の支援の目標になるともいえる。筆者が知りたいのは、はたしてどのような人がどのようにしてリカバリーしていくのだろうか、そしてそれをどのように支援できるかということである。この重要な問いに対して、筆者は「希望学」が手掛かりを与えてくれると思うので、次の項で紹介したい。

3 「希望学」の発展

東京大学社会科学研究所では、2005年度から4年間、全所的なプロジェクトとして、「希望学」が取り組まれた¹⁵⁾。始まりは2004年に労働経済学を専門とする玄田らによって、かつて希望は社会の前提であったが、日本経済の状況や高齢化社会の到来などから、社会全体に閉塞感が広がり、希望が失われつつあると感じられる状況の中で、あ

えて希望を社会科学の視点や方法論で追及していくことが掲げられたのである。問題意識は、「本当に希望は、既存の社会科学や心理学によって語り尽くせるのか。むしろ新しく対象とすべき課題であるとして、それはどうすれば学問として可能なのか」ということであった。その後、政治学、経済学、法学、政治思想史などの専門家によって、希望についての論考が提出されたのが、2009年発行の「希望学 [I] 希望を語る」であり、村上龍氏による魅力的な推薦の言葉「かつて希望は、焼け跡にまかれた種子のようなものだった。多くの人がある果実を味わうことができた。今は違う。希望の芽を育むためには、個人と社会、それぞれの戦略が必要だ。この本はそのための果敢な挑戦の書である」がつけられている。その後釜石での地域再生についての調査などが行われて、希望学は具体化されている¹⁶⁾。

希望学では、さまざまな社会科学の視点から希望が定義されており興味深い。筆者がひきつけられたのは、リカバリーにつながる以下の定義である。

“Social hope is a wish for something to come true by action with others”

この短い英文の中に、希望に含まれる要素は盛り込まれており、このいずれが欠けても希望は成立することが難しくなるように思う。

玄田ら社会科学研究所のメンバーは、希望についての実態を知るためにアンケート調査を実施している。ひとつは2005年に行われたWeb調査(「職業に関するアンケート調査」)¹⁷⁾で、20歳から49歳までの875名の回答が得られたものであり、もう1つの調査は、2006年に実施された「仕事と生活に関するアンケート調査」と題された、郵送法による自記式調査¹²⁾で、20歳以上59歳以下の2,010名が回答した。両方の調査は結果がほぼ共通しているので、2006年の結果をごく簡単に紹介すると、8割近くの人がなんらかの希望を有し、その6割程度の人が実現の見通しがあると考えていた。希望を持つ程度は、性別・年齢・社会経済的地位などに規定されていたが、社会的・人格的特性についてみると、実現見通しのある希望を有する割合が多いのは、友達が多い・子どものころ家

族から期待されていた、もしくは信頼されていたと感じている・職場や家族以外の友人の存在などが示された。小学生のころに希望する職業があったかなどの設問から浮かび上がったのは、希望の多くは失望に変わるが、希望の修正を重ねることでやりがいに出会えるようになるということであった。希望を持っていた人は、現在も希望ややりがいを持っていることが多く、恋愛の経験のある人は今もそれについての希望を持つ傾向があった。逆に言えばもともと仕事への希望や恋愛経験のない人は今もそうした希望を抱かないということになる。時に無駄な努力もいとわないという姿勢が、実現見通しのある希望につながっていくことも示された。これらの調査を通じて玄田は、希望とは、未来について望ましいものとして意欲された主観的表象であるが、豊かさに応じた選択可能性の度合い、家族や友人などの他者との交流に基づく対人関係、不安な未来に対峙するためのフィクションとしての物語性という3つの要因があることを指摘している。

以上の結果は、リカバリーの道程を考えるうえで多くの示唆に富む。希望を持つこと(持てないこと)が、リカバリーとどのようにつながっているのかを、次の項で見ていきたい。

4 リカバリーへの希望を持ち続けることを阻む障壁

1. 希望を持つことの困難さ

希望こそリカバリーの道を進む動因と考えられるが、希望を持ち続けるのはしばしば難しい。前途有為な若者が、「100人の中の一人」(統合失調症の心理教育の中で示される発症率)になって、長期にわたって医療を受けたり、不安・不眠や苦痛をもたらすさまざまな精神症状に向き合っていくことの重荷は、想像以上のものがあるだろう。「障碍があっても希望を持とう」というメッセージは、いうがやさしいが、よく考えると相当に難しい隘路を進まなければならない。意欲や希望を維持しつつ、障碍があることを受け止めて、多数の人たちとは違う自分なりの生き方を探していかなければならないのだから。青年期には個性や自我が発達するけれども、同時に仲間の中に同一化し

ようとする社会的欲求は強く、仲間と違ってしまふことへの抵抗感があり、仲間外れになることへの強い恐怖感がある。「少数者」であることの苦悩は成熟した大人であっても絶えがたい場合があると思う。黒人の人たちがかつて米国で行った公民権運動や、わが国での近年の浦河べての家の活動は、少数であることの生き方を価値づけて選ぼうとするところに、コペルニクス的な価値転換があり、その創造性に私たちは感動を覚えるのだと思う。

2. 希望を持つことを阻む障壁にはどのようなものがあるか

重い精神障害を持つ人たちが希望を持つことを阻む障壁については、広く社会的なもの、障害者との関係性を含む支援者の側の課題、そして精神障害の持つ疾病性があるように思う。それを整理すると以下のものがある。これらの要因はそれぞれ独立のものと考えるよりは、相互に連関を有する。つまり個人の疾病性と思えるものが、社会制度や仲間の存在によって障碍ではなくなるといったことが実際に起こる。だから個々の要因を独立したもの、固定したものととらえることはできない。そうしたことは前提としつつ、障壁について理解するためにあえて要因として整理してみた。

・社会・環境要因

精神障害に関するさまざまな国の施策や社会制度、心の病に対する文化的な許容性やスティグマなど

・システム要因

サービスを提供する組織の運営方針や経済的土壌、マンパワーを保障する体制など

・支援者の要因

支援者の理念や姿勢、知識・経験・技術など

・支援者と本人との関係性要因

・疾病によってもたらされる要因

失望や無力感、内的混乱、疾病による障碍(内発的動機や社会的関心の低下など)、適切に未来を表象する能力など脳機能の低下

わが国の現状として、社会環境要因やシステム要因の影響はかなり大きなものと考えられる。長

期入院の問題は残念ながらまだ大きな問題として見通しがもてない現況にあるし、そうした環境の中で年老いていく数多くの人たちがいる。そうした入院医療へのアンチテーゼとして創出されたデイケアについても、社会で生きる視点や支援が足りない中では、デイケア以外の生活をあきらめてしまっている大勢の人がいるように思う。まずは希望が持てる社会や、医療・福祉システムを作っていくことが、支援者の責務としてあることを強調しておきたい。

5 症例を通して障壁を考える

前述の要因のうち、社会的な要因はわが国で皆が共有する要因であるが、システム要因は生活する地域やサービスを受ける行政組織や医療機関によって異なってくる。そして、支援者の要因・関係性の要因・疾病によってもたらされる要因は相互に絡み合っていくつかの障壁の類型を形成するように思われる。ここでは症例を通してその類型性に着目し、さらに障壁を乗り越えていく方向性について考えてみたい。ここで断らなければならないのは、先ほど述べた社会・環境要因、たとえば「選択肢がないような長期入院の環境の中では、そもそも希望は生まれない」ということを担保しておかなければ、支援者や疾病要因を語ることはできないということである。以下の症例は、少なくともそうしたことが担保され、地域ケアが受けられる状況の中での考察であると考えてほしい。

1. 現実とつながらない願望にとどまっている場合

20代男性。大学、専門学校とコンピューター・グラフィックスを学び、その仕事についたが、残業が多く、「能力の限界を感じて」いるうちに幻覚妄想状態で発症した。その後は投薬で症状は改善したが、自宅で過ごす生活が数年続いている。腕を磨いて専門職に就きたいと本人は言うが、実際には作品ははかどっておらず、何年も自宅に引きこもっている。本人には独特の思いがあり、普通の仕事では納得できない様子である。しかしその思いにそって専門職につくと、緊張や興奮で無理をして再発する可能性が高いだろう。治療者「腕を磨くために、何か学校探しをしませんか」ということで、とりあえず現実に向

かって動こうとしている。

精神病理学ではこうした統合失調症の心性を表現して“Verstiegenheit”（高望み）といていた。また臺¹⁷⁾は、生活のしづらさの1つとして「現実的な動機をもつことの困難さ」があると指摘している。前述の希望学に照らせば、「現実とつながっていない願望」（つまりby action with othersがうまれない）だと思われる。「実現困難な希望は、挑戦して挫折し、軌道修正していくことで次の希望につながる。その過程では多くのウィークタイズ（緩やかな絆）が役立つ¹⁵⁾」のであるが、そうしたことが難しい。これは発病による挫折、発症脆弱性を持っている人は元来社会的なつながりを持つことが苦手である人が多い、生じた障害によって目標を実現していく現実機能が低下していることなどが影響しているだろう。そして、適切な環境や仲間や支援者に出会えた時に、現実につながり始めることが起こる。本人のまずは願望に沿って、可能な範囲で挑戦と現実体験をしていくことを伴走しつつ支援するような、治療者の存在が役立つ。そこでリカバリーを体験した仲間に出会うことも貴重な体験になるだろう。

2. 希望があってもうまく現実的な修正ができない場合

30代男性。大学時代に発症し、以来ずっと幻聴が続いている。いつも仕事したい、研究したいという思いがあるために、デイケア、就労移行支援事業所など通い始めるが、おそらくは被害的になるために持続して通えなくなってしまい、そうこうしているうちに「ほかのところにいきたい」となり、何か所もこれまでに変わっている。就労支援機関にもいくが、うまくいかない。

通院先も何か所か変わった後に、筆者のところに来てきた。一緒に幻聴と現実にあったことを区別する研究をしようと提案し、本人も乗り気になる。また希望する仕事にどうチャレンジするかも話し合っていくことになった。受診のたびにやりたいことが変わるため、一緒にそれをした場合のメリット、デメリットを話し合っていた。そのうちにある有名な医療機関のデイケアに行きたいと希望し、検討もそこそこに転院していったが、先日また戻ってきたと電話があった。

このケースは希望はたくさん持っているが、現実的な目標を設定してそれを可能にするための企画をしたり、衝動抑制をすることが難しいように思われる。そしてうまくいかないときに、心理的には否認のメカニズムが働きやすい。そのためせっかく目標に挑戦してもなかなか現実から学習することが難しく、周囲からは同じように見える行動を繰り返している。強い願望や行動する力はあるとしても、それを実現する力が足りない状態といえるだろう。

こうしたケースはなかなか支援につながりにくい。言葉で学習することが難しいので、何とか支援をつないで「共有体験(shared experience)」をしていながら、少しでも現実の成功体験をもらい、その中で安定した希望や目標が持てるようにしていくことが役立つ。職種を問わず、医療と地域をまたぐ体験を一緒にしてくれるケアマネジャーが役立つだろうと感じている。

3. 希望を持たずに生きていくことで失望しないようにしている場合

10代のころに統合失調症を発症し、再発を繰り返した30代女性。デイケアでの活動で元気になり、通信制高校や趣味の教室に参加できるようになり、その後デイケアスタッフの後押しで、お総菜屋さんの手伝い(1日2時間、週4日)を始めた。奥さんがよく助けてくださり、本人もよく頑張ったが、友人の結婚やお店での対人関係や母との軋轢でしばしば妄想的になる状態が5年続いた。その間に深刻な自傷行為や自殺未遂も複数回あった。

父親からの申し出で、両親、本人、主治医との話し合いを持ち、しばらく父と2人で住み家事をすることになった。料理、ペットの世話などをよくやり、妄想的になることが減って(まだ体験症状はいろいろ残っているが)、薬物もかなり減量でき、本人も父も「今の生活がよい」と言って4年経つ。特に薬物を減量できたことは本人の自信につながった。自分のことがよく見えるようになり、症状と付き合うことが上手になってきた。今でも被愛妄想がみられるため、「異性との交流の機会があるといいね」と主治医は勧めるが、「すぐ妄想が出てくるので自分は無理」と本人は言う。今の生活で、本人は「幸せ。これでいいのかな、と思うし、昼間は1人なのでちょっとさみしい」と言っ

ている。仲間のいる生活支援センターやクラブハウスの見学を勧めてみたが、「やりたい気持ちもあるけど、不安定になって壊れてしまうのでいいです」とのらない。いろいろやりたいことは表向きあきらめている様子で、親に守られての平和な生活にみえる。治療者は本人のやっていることを評価して見守りつつ、何か機会があれば情報提供している。

落ち着いて自分の生活を送れている一方では、狭い生活範囲の中で希望を持たないようにして生活しているように見える。月日が経つと両親の高齢化などの現実にぶつかることになる。それまでにどの程度生活の体験を積んでいることができるだろうか。回復した仲間に触れる機会がたくさんあれば、また一歩踏み出すことを選択するだろうか。

4. 社会的な願望が希薄(いわゆる陰性症状)な場合

40代女性。大学在学中に妄想状態となったが治療は受けなかった。就職したが仕事がうまくいかず、10年以上自宅にひきこもっていた。監視カメラで盗撮されているとあって家じゅう探し回ったり、家族を怒鳴ったりするため、困った家族とともに受診した。入院治療によって妄想が改善して退院したが、その後何年も通院以外は外出せず、インターネットと食事を楽しむとする生活である。見られている感じがあって、帽子を深くかぶらないと外出できない。病院のケアマネジャーとは楽しく大学時代の恋愛などもおしゃべりし、プロ野球のひいきチームのテレビ観戦は欠かさない。しかしそうした限られた興味のほかに関心を示さず、家族や病院職員以外とは関わりを持とうとしない。買い物には興味があるとのこと、ケアマネジャーが「一緒に外出しませんか」と誘ってもならず、特にやりたいこともないという。

このケースは、意欲発動性の低下、社会的興味の狭小化、感情の平板化など、いわゆる陰性症状が主体であり、社会的願望が希薄に見え、さまざまな支援を提示しても関心を示さない。「いわゆる陰性症状」と書いたのは理由があり、仲間集団に巻き込まれたり、魅力的な希望が見えると意欲を示すなど、変わっていける場合をしばしば体験するからである。

陰性症状については、薬物療法がまだ届きにく

い領域として、近年本態や脳機能の解明に関心もたれている。たとえばOorshotら¹³⁾は1日10回、不定期にその時起こった出来事と感じた感情について記載してもらったところ、統合失調症または統合失調感情障害の人たちは、健常コントロールと比べても感情体験は少なくないこと、しかし肯定的感情が少ないこと、対人接触で喜びを見出すことはできるが1人でいることをより好むことなどがわかっており、いわゆる「感情平板化」への疑問を呈している。またHoranら⁶⁾は、統合失調症で見られる失快楽症状 anhedonia についてレビューし、自己報告では楽しみを体験する感情が減少しているものの、刺激実験ではそうした傾向はみられないとしている。そしてこうした陰性症状を標的とした介入研究が提案され¹⁰⁾、その効果が報告⁸⁾されているが、まだ十分成果を上げているとは言いがたい。本態の解明や効果的な介入方法の創出が待たれるとともに、長く関わりを持ちつつ、本人の関心に沿って社会的興味を提供できる支援基盤の醸成やそうした試みの行える支援者(ピアサポーターを含む)の養成が当面の課題と考える。

5. あきらめと絶望の中で、仲間の力によって希望が生まれてきた例

50代女性。高卒後に社会人となって8年目に、幻覚妄想状態となって入院した。その後も、異性への思いや貶められる(と感じる)体験や対人関係の混乱から緊張病性興奮になり、9回の入院を繰り返した。作業所に長く通っており、社会人の経験を生かした就労を目指していたが、何回も入院で中断したために、ここ6年ほどは自宅でのひきこもりとなった。日常生活では家族に依存し、家族のほうもしばしば再発するために腫れもの扱いで、家庭内の緊張が強く、よくケンカしたため、単家族心理教育などで支援していた。家事がしっかりでき、社会人経験もあるために、主治医が何回もグループホームを勧めるが、そのたび本人は「いいです。無理です」と拒否していた。

10回目の入院で、同室の主婦たちに同格の仲間として扱われて気をよくし、その1人の勧めでグループホーム見学に行くことになり、一歩を踏み出した。今はグループホーム入所3年目で、徐々に妄想的になることも減ってきた。しっかり家事をし、家族もよ

い評価をし関係が改善した。一方で「一人暮らしはさみしいな。早く彼が迎えに来ないかな」と述べるために、「出会うためにもおしゃれしようよ」などと話している。そろそろ関節の痛みなど身体問題や、家族のがんなど高齢化の問題が出てきている。

このケースは、入院の繰り返しですっかり希望を失っていたが、仲間の力で社会的な希望が芽生え、現実の生活に戻ってきた。そうはいつても一人暮らしの現実には厳しい。それを支えることが今の支援者の役目であるが、以前と比べると、ずいぶん支援する側も楽になった。

6 どう希望をはぐくむのか

リカバリーの道を歩むうえで希望の存在が欠かせないと思うが、それを困難にするいくつかの類型があることをこれまで述べてきた。これらの困難要因は、すでに述べたように社会・環境要因が大きい、さらに性別・心理・社会的要因が複雑に絡まり合って醸成されるものであり、単眼視的な見方では十分理解できないように筆者には感じられる。困難とその克服の手掛かりをもう一度まとめると、以下のようになる。

- ・他者と関わりながら現実的な希望を持つていくことの困難さを、どう支援できるだろうか。
- ・あきらめ・絶望は、支援者と本人とで共有されていることもしばしばではないか。
- ・いわゆる「陰性症状」で社会的な希望が表出しにくい場合、関わりの中でゆっくり変わっていきけることをしばしば体験する。しかし今後新たな介入法が生まれる可能性にも期待したい。
- ・願望はあっても、生活体験からうまく学習していけないために、希望や行動が変遷しやすい場合にどうサポートできるだろうか。
- ・生活と精神症状は密接に絡まりあっている。生活支援抜きにはよい治療は成り立たないし、適切な治療がないと生活は安定しない。一緒に生活に向き合う中で、希望は芽生えてくる。

ここでもう一度希望学に戻ると、玄田は希望を規定する3つの要因について述べている。

- 1)豊かさに応じた選択可能性の度合い
- 2)家族や友人などの他者との交流に基づく対人関係
- 3)不安な未来に対峙するためのフィクションとしての物語性

1)については、文化や制度などの社会的視点が欠かせないし、支援者の権利擁護の姿勢や社会資源開拓の力が問われることになる。いまだ長期入院をしている人に、どう希望を届けることができるだろうか。最近では講演会や出版物、インターネットなどを通してリカバリーを語る当事者の生の声に触れられるようになった。こうしたことが肯定的に受け止められ、広く流布する社会を形成していくことが私たちに求められるだろう。2)については絆を生み出す場や支援の提供がどうか、また対人関係を支援する技術も進化する必要があるだろう。仲間、特にリカバリーを体験している人たちとの交流は、希望への大きな支えになるだろう。仲間をはぐくんでいく技術を私たちは考えていく必要がある。家族支援もまだまだ不十分な現状である。3)は今少し説明すると、希望は未来を意欲する表象であると希望学の中では規定されており、柔軟に過去の挫折体験を振り返り、今の生活体験を生かしながら、未来に向けて創造的に行動を作り出していくことが、希望には必要であると考えられている。こうしたことは、まさに支援者との関係性の中ではぐくまれるのではないだろうか。そして支援者自身が希望を持ち続けていることが求められるのである。

文献

- 1) 玄田有史編著：希望学。中央公論新社，東京，2006
- 2) 後藤雅博：〈リカバリー〉と〈リカバリー概念〉。精神科臨床サービス 10：440-445，2010
- 3) Harrow M, Jobe TH：Factors involved in Outcome and Recovery in Schizophrenia Patients Not on Antipsychotic medications：A 15-year Multifollow-Up Study. J Nerv Ment Dis 195：406-414，2007
- 4) Harrow M, Jobe TH：Does Long-Term Treatment of Schizophrenia With Antipsychotic Medications Facilitate Recovery? Schizoph Bull 39：962-965，2013

- 5) Hegarty JD, Bardessarini RJ, Tohen M et al : One hundred years of schizophrenia : a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry* 151 : 1409–1416, 1994
- 6) Horan WP, Kring AM, Blanchard JJ : Anhedonia in schizophrenia : a review of assessed strategies. *Schizophr Bull* 32 : 259–273, 2006
- 7) Kendal T : The rise and fall of the atypical antipsychotics. *Br J Psychiatry* 199 : 266–268, 2011
- 8) Klinberg S, Wolwer W, Engel C et al : Negative symptoms of schizophrenia as primary target of cognitive behavioral therapy : results of the randomized clinical TONES study. *Schizophr Bull* 37 : s98–s110, 2011
- 9) Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al : Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New Engl J Med* 353 : 1209–1223, 2005
- 10) Lincoln TM, Mehl S, Kesting ML et al : Negative symptoms and social cognition : identifying targets for psychological interventions. *Schizophr Bull* 37 : s23–s32, 2011
- 11) McEvoy JP, Liberman JA, Stroup TS et al : Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. *Am J Psychiatry* 163 : 600–610, 2006
- 12) 野中 猛:心の病 回復への道. 岩波書店, 東京, 2012
- 13) Oorshot M, Lataster T, Thewissen V et al : Emotional experience in negative symptoms of schizophrenia- no evidence for a generalized hedonic deficit. *Schizophr Bull* 39 : 217–225, 2013
- 14) 田中秀樹:リカバリー概念の歴史. *精神科臨床サービス* 10 : 428–433, 2010
- 15) 東大社研, 玄田有史, 宇野重規編:希望学 [1] 希望を語る. *社会科学の新たな地平へ*. 東京大学出版会, 東京, 2009
- 16) 東大社研, 玄田有史, 中村尚史編:希望学 [2] 希望の再生. *釜石の歴史と産業が語るもの*. 東京大学出版会, 東京, 2009
- 17) 臺 弘:分裂病の治療覚書. 創造出版, 東京, 1991

Summary

Hope as an essential factor of recovery

IKEBUCHI Emi

Recovery from disability has been important issue recently in psychiatric rehabilitation. The aim of professionals is helping persons with psychiatric disorders to recover both subjectively (subjective experience of recovering) and objectively (normalization, social functioning, and psychiatric symptoms). History and theory of “recovery” were introduced. Several outcome studies about social functioning and psychiatric symptoms found that the number of people with recovery from schizophrenia might not increase recently as compared with through 20th century. Hope is one of essential factors of recovery. Social science of Hope was summarized, and social and personal factors for hope were introduced. I found barriers that impede having hope for recovery in society, therapeutic systems, theory and technologies of professionals of psychiatric rehabilitation, relationships between persons with psychiatric disorders and professionals, and disease itself. Some patterns of difficulties having hope were categorized through case reports, and directions to solve such difficulties were discussed referring to social science of Hope.

* * *

Presented by Medical*Online

◆研究報告◆

外来患者に生活支援・ケアマネジメントサービスはどの程度必要か —精神科初診患者の全数調査—

池淵 恵美¹⁾ 初瀬 記史¹⁾ 江口 のぞみ²⁾
稲垣 晃子²⁾ 久保田 佳美¹⁾ 大矢 かな子³⁾

抄録：都市部の大学病院で16カ月間の新規外来患者全員を対象に、生活支援・ケアマネジメント必要度調査を実施した。551名の新規患者で除外基準該当者を除いた365名66.2%のうち、社会生活や日常生活の障害、家族や環境との軋轢などにより、生活支援やケアマネジメントのニーズのある人(生活支援必要度得点4点以上)は51名14%であった。4点以上の人の割合と、性別・年齢・ICD-10による診断分布には関連がみられず、気分障害でも高得点の者がいた。4点以上で介入に同意した11名では、精神症状と生活の障害とが関連し、これまで周囲や専門家の援助を十分受けられていなかった。外来で援助者との関係性を紡ぎながら、どのような支援が必要か、そして何を本人が希望するかを検討し、支援計画を立てていくことが必要であろう。医療と福祉の統合的な実施体制や、生活支援を医療で行う根拠(精神疾患すなわち脳機能の異常と、生活や環境との関連性の明確化)が求められている。

臨床精神医学 43 : 1063 ~ 1074

Key words: 外来患者(out-patient), 精神医療(psychiatric services), 生活支援ニーズ(need of living life support), ケアマネジメント(care management), アウトリーチ(outreach)

(2013年10月23日受理)

1 はじめに

1. なぜ本研究を試みることになったか

精神科を受診される方々の話を聞いていると、診断をつけて治療についての説明を行い、精神療法を行って投薬するという、診察室の中の営為だけでは不十分であると痛感することがしばしばある。それは職場や家庭の中にさまざまな困難がみられて、精神症状と密接に絡み合っており、実際の生活の場で支援しなければうまくいかないであろうと感じるときである。平成23年度から機

共同研究者一覧

氏名	所属
田谷 由貴子	帝京大学医学部精神神経科学教室
納戸 昌子	帝京大学医学部精神神経科学教室
吉田 久恵	帝京大学医学部精神神経科学教室
條川 佐和	帝京大学医学部附属病院 リハビリテーション部
細海 理子	株式会社QUICK健康相談室

会をいただいて研究費³⁾がつき、新規外来患者の中で、生活困難の度合いが高く十分な支援がない人を対象に、ケアマネジャーを中心としたチーム

How much support for living life and care management service do out-patients need? -Survey of all patients at first contact in a psychiatry department

¹⁾ IKEBUCHI Emi, HATSUSE Norifumi and KUBOTA Yoshimi 帝京大学医学部精神神経科学教室 [〒173-8605 東京都板橋区加賀 2-11-1]

²⁾ EGUCHI Nozomi and INAGAKI Akiko 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻精神看護学分野

³⁾ OYA Kanako 帝京大学医学部附属病院看護部

Presented by Medical*Online

支援を行っている。出てきている問題は、若いころからの希死念慮を伴うニート生活、子どもの虐待などの家族問題、慢性的な身体症状、頻回の抑うつ症状の再燃、身体自己管理の悪さからくると思われる慢性の身体疾患の合併などが複合している。これらの人たちはやはり、診察室の中だけの支援には限界がある。地域生活をどのようにサポートできるのか、外来機能はどうあるべきなのか、福祉との連携はどうすべきであるのかを改めて考えてみたいと感じ、本研究に取り組むこととなった。

2. これまでの先行研究

これまでの先行研究では、生活障害の重い統合失調症を対象としたものが多い。また入院患者の退院可能性についての調査が多く、外来受診患者の調査は限られていた。

山下ら⁹⁾は、調査日に外来を受診した統合失調症患者全員を調査し、313施設、5,186名の調査票から、対象者は40歳代が多く、50%が友人や知人がいないなど孤立していたことを報告した。親と同居が53%、配偶者と同居が21%、一人暮らしが17%であり、正規就業16%、アルバイトは8%であった。障害年金受給資格の判定方法に倣うと、「要援助」27%で、性・年齢と有意な関連がなかった。大島ら^{5,6)}は、市内全精神科医療機関の通院統合失調症患者の3分の1無作為抽出で、685名の調査を行い、平均年齢44.8歳で、父母と同居が半数を占め、次いで単身、配偶者と同居であったことを報告した。本人が必要な活動の場は職場が25.6%で最も多く、生活支援サービスは、24時間相談援助、短期宿泊・休息サービス、訪問援助、憩いの場などの提供の順で要望が高かった。

築瀬ら¹⁰⁾は、外来を受診している統合失調症患者47人を調査し、その結果仕事について相談できる人、仕事の間、家族が相談できる場のニーズが高かった。羽間ら¹¹⁾は多職種アウトリーチサービスの利用者40名を対象に支援ニーズを調査し、その結果、訪問支援、不安・困りごと相談、緊急支援体制、24時間365日の電話相談、多職種のチーム支援などのニーズが高かった。

みんなねっとで行った全国の家族会に参加している1,492名の調査²⁾では、平均年齢42.9歳で8割

以上の者が原家族と生活しており、一人暮らししている者は12%だった。家事労働も含めて何も活動に参加していない者は全体の20%だった。過去の平均再発回数は4.9回を数え、陽性症状・陰性症状・認知機能障害それぞれの症状によって現在なんらかのかたちで困難を感じている人は3~5割前後となっている。

これまでの調査は対象や調査方法や調査時期が異なり一律に比較できないが、中年になっても親との同居が多く、仕事や一人暮らしをはじめとする生活支援への要望があり、外来患者で援助が必要な者が全体の約3割程度みられることが推測できる。総じて「薬を飲んで入院はしていないものの、それ以外のことはできていない」貧しい生活の質であるといつてよいだろう。医療へのニーズと生活支援へのニーズとの関連については、これまでの調査では十分明らかになっていない。

3. 本論文の目的

新規外来受診患者を対象に全数調査を行い、外来通院患者の中で、精神症状の改善とともに生活支援・ケアマネジメントの必要性がある者はどの程度存在するのか、また具体的にどのような支援が必要であるのかを明らかにすることを目的とした。

なお本研究は帝京大学医学部倫理委員会(帝医倫11-041号)、および利益相反管理委員会(TUSM-COI11-334)の承認を得て実施した。

2 調査の方法

1. 調査実施機関の背景情報

調査実施機関は大都市にある大学病院で、下町の住宅街に立地している。1,154床の総合病院で、救急外来および救命救急センター、がん診療地域拠点病院、周産期総合医療センター、循環器センター、腎センターなどを有している。地元の医療機関として近接する地域からの紹介患者とともに、交通機関を利用して主に近接県から専門医療を求めて受診する患者も多くみられる。その中で精神科外来は、47床の開放病床を背景に新患・再来ともに予約診療を行っており、統合失調症圏のリハビリを専門とするデイケア、リエゾン医療、難治性のうつ病への治療が特色となっている。

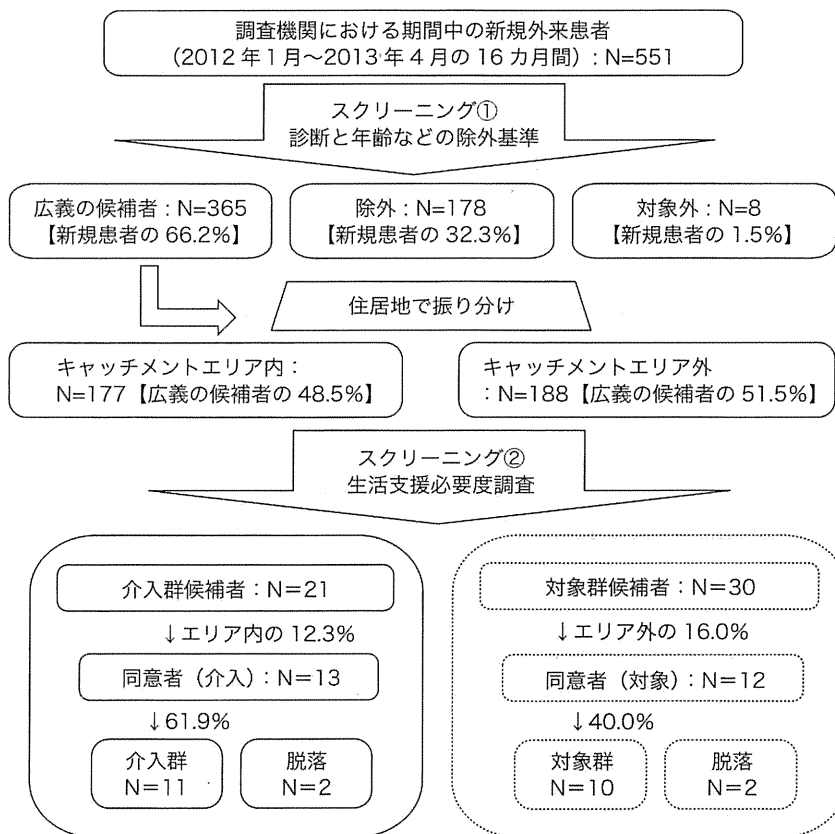


図1 新規外来患者スクリーニングの手順

2. 初診患者スクリーニング手続き

調査実施期間の2012年1月より2013年4月までの16カ月間の新規外来患者全員を対象に、生活支援・ケアマネジメント必要度調査(以下生活支援調査と略す)を実施した(図1)。新患診察の前に、生活の困難度について8項目のチェックリストおよび予診票を患者本人、もしくは付添いの家族に記入していただく。その後の診察において、WHO精神および行動の障害臨床記述と診断ガイドライン(ICD-10)⁹⁾に基づきF0～F9およびG4などの診断を行う(重複診断は可能とした)。そしてまず、年齢が15歳未満もしくは65歳以上の者と、主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、パーソナリティ障害のみである者を除外した。それはこれらの人たちには、異なる支援ニーズ・サービスシステムが必要と考えられるためである。また健康診断書の交付を希望するなど本来の

新規患者といえない者も除外とした。またセカンドオピニオン希望などで継続診療が想定されていない新規外来患者については、対象外とした。その後、調査対象と考えられる者については、ほぼ1時間以内で公共交通機関を利用して自宅訪問可能と考えられる、調査機関が立地する区および隣接する区の2つの区の居住者を、キャッチメントエリア内群とし、それ以外の居住者をキャッチメントエリア外群とした。これはニーズがあり、同意を得られたものについては、アウトリーチを含めた生活支援・ケアマネジメントサービスを行うことを前提としたためである。

次に両群に対して、研究調査員が外来スクリーニング票(表1)を用いて、初診時の記録、主治医へのインタビューをもとに、生活支援調査を行った。情報が不十分で必要度の判定ができない場合には、その旨主治医に伝え、次回の再受診の際の

記入日： 年 月 日		記入者										
[1] 対象者の基本属性												
ID： 性別 (男・女)												
1. 住所： 1) *区 3) キャッチメントエリア外 2) **区												
2. 生年月日 西暦 年 月 生 (歳)												
3. 診断名 (ICD-10) :												
4. 同居家族の有無 1) 有 2) 無→有りの場合： 1) 父 2) 母 3) 配偶者 4) きょうだい (人) 5) 祖父 6) 祖母 7) 子 (人) 8) その他												
5. 結婚歴 1) 未婚 2) 配偶者有 3) 離婚 4) 死別		6. 過去1年間の入院回数 回										
7. 障害年金 1) 有：障害 () 年金 級 2) 無		8. 生保受給 1) 有 2) 無										
9. 就業有無 1) 有 2) 無		10. 身体合併症：										
11. 地域の主たる支援者 1) 無 2) 有 →有りの場合 所属： 支援者名：												
12. 過去3カ月間の社会資源利用状況 (1カ月に1回以上利用のあるもの、複数回答)												
<table border="0" style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;">1) デイケア、デイナーケア</td> <td style="width:50%;">6) 相談支援事業</td> </tr> <tr> <td>2) 訪問看護</td> <td>7) 就労支援</td> </tr> <tr> <td>3) ホームヘルプサービス</td> <td>8) グループホームなど共同住居</td> </tr> <tr> <td>4) 作業所など日中活動の場</td> <td>9) ショートステイなど短期入所施設</td> </tr> <tr> <td>5) 地域活動支援センターなど集う場</td> <td>10) その他 ()</td> </tr> </table>			1) デイケア、デイナーケア	6) 相談支援事業	2) 訪問看護	7) 就労支援	3) ホームヘルプサービス	8) グループホームなど共同住居	4) 作業所など日中活動の場	9) ショートステイなど短期入所施設	5) 地域活動支援センターなど集う場	10) その他 ()
1) デイケア、デイナーケア	6) 相談支援事業											
2) 訪問看護	7) 就労支援											
3) ホームヘルプサービス	8) グループホームなど共同住居											
4) 作業所など日中活動の場	9) ショートステイなど短期入所施設											
5) 地域活動支援センターなど集う場	10) その他 ()											
[2] アウトリーチケアマネスクリーニング	あてはまる場合											
年齢が15歳未満もしくは65歳以上である	<input type="checkbox"/>											
主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、人格障害のみである	<input type="checkbox"/>											
初診患者ではない	<input type="checkbox"/>											
[3] ケアマネジメント導入基準：特にことわりのない場合、過去1年の状況でお答え下さい	はい	いいえ										
A	6カ月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心に担う)を遂行できていない	1	0									
	6カ月間同居者以外と対人関係が持てていない	1	0									
B	食事、洗濯など生活を維持するうえでの課題を6カ月以上一貫して遂行できない	1	0									
	生活に必要な外出が6カ月以上一貫してできない	1	0									
	金銭管理、諸手続きなど複雑な地域生活の課題をサポートなしではできない	1	0									
C	支援をする家族がない(拒否的、非協力的、天涯孤独)	1	0									
	家族との間に軋轢や葛藤があり、ストレスになっている	1	0									
D	職場、隣人などの環境に大きなストレスがあり、専門家の支援が必要な状況にある	2	0									
合計得点		点										

表1 外来スクリーニング票

情報も含めて、正確な判定を行うようにした。外来スクリーニング票は、平成23年度の厚生労働省精神・神経疾患研究開発費報告書³⁾に掲載されている入院時スクリーニング評価票をもとに作成した。この評価票は精神障害者が地域生活していくことを可能にすることを目的に、急性期よりケアマネジメントを適用するために、入院した患者を対象として、これまでに頻回に入院している、服薬中断など外来治療の困難性がある、経済的な問題がある、家族や支援者の問題があるなどの理由で、地域生活が困難である人をスクリーニングするためのものである。今回の調査では、新規外来患者への地域生活サポートのための介入を想定しているために、入院や救急外来の必要性を想定している項目などは除外して、独自のスクリーニング票を作成した。このスクリーニング票をもとに、生活支援必要度を判定するが、A項目(社会生活の程度)、B項目(日常生活)、C項目(家族)、D項目(環境のストレス)の合計得点(生活支援必要度得点)が4点以上のものを、「生活支援必要あり」と判定した。なお情報収集の段階で、たとえば「6カ月間同居者以外と対人関係がもてていない」が、ありかなしかを迷う場合には1点と判定することとし、生活支援が必要であるにもかかわらず対象から外れてしまう人なるべく減るようにした。4点以上の基準は、調査開始前の試行期間に、外来患者で生活の実際がわかっている者で、かつ生活支援・ケアマネジメントの必要性があると主治医と研究調査員とで判断した者を、スクリーニング票では何点となるかを検討したうえで、決定した。

生活支援必要性ありと判定された者に関しては、外来主治医の了解を得て、研究調査員が、厚生労働省からの研究費で行われていることなど調査の趣旨や方法などを文書および口頭で説明し、参加いただける場合には同意文書に署名いただいた。キャッチメントエリア内で同意が得られた者(介入群)は後述する生活支援・ケアマネジメントサービスを実施した。キャッチメントエリア外で同意を得られた者(対照群)については、生活状況や精神医療・福祉サービス利用状況などを、定期的に調査することに協力いただいた。

3. 生活支援・ケアマネジメントサービス実施体制

キャッチメントエリア内で同意が得られた者については、地域生活サポートチームにより、個別の実施計画を立てて生活支援・ケアマネジメントを実施した。サポートチームは、精神科医1名、精神保健福祉士1名、看護師1名、作業療法士1名からなり、外来での面談に基づきチームミーティング(医師、保健師、作業療法士、研究調査員など合計11名が参加)を行って、介入方針を検討した。本人の希望を尊重し、生活の質の回復や不安・苦痛の軽減などを目標に、アウトリーチを含む生活支援を行った。介入は1年間行い、前後での精神症状、生活機能、社会生活状況などの変化や、行われたサービスとそれに伴うコストを調査した。対照群についても1年間の調査期間中に同様の調査を行った。介入内容やその結果については、詳しく別報で報告する予定である。

3 調査結果

1. 初診患者スクリーニング結果(図1)

1) 概要(図1)

調査期間中の新規外来患者は551名であった。そのうち除外基準に当てはまる者178名32.3%(年齢で除外された者76.4%、主診断が認知症であるなど診断により除外された者15.2%など)、セカンドオピニオン希望など対象外と判断された者が8名1.5%であり、今回の調査の広義の候補者は365名66.2%であった。

2) 性別・年齢

365名をキャッチメントエリア内群(エリア内群)177名と、エリア外群188名に分け、除外群、対象外群と年齢や性別で比較した(表2)。エリア内群は女性59.3%、平均年齢41.3歳であり、エリア外群は女性58.5%、平均年齢39.2歳であり、いずれの群も平均年齢に有意差はなく(t -test, $p > 0.05$)、エリア内群とエリア外群では女性が有意に多かった(χ^2 二乗検定, $p < 0.05$)。

3) 生活支援必要度得点

調査の広義の候補者365名の得点分布を図2に示す。1～3点の範囲のものが多いことがわかる。得点の平均は、エリア内群2.0点、エリア外群2.1

表2 各群対象者基本属性：性別，年齢，生活支援必要度得点（除外群，対象外群は得点なし）

		合計	男性	女性	T検定 / χ ² 二乗検定
【エリア内群】					
人数	人 (%)	177 (100)	72 (40.7)	105 (59.3)	p=0.001*
年齢	Mean±SD	41.3±13.2	41.5±12.2	41.1±13.9	n.s.
生活支援必要度得点	Mean±SD	2.0±1.5	2.0±1.5	2.0±1.4	n.s.
【エリア外群】					
人数	人 (%)	188 (100)	78 (41.5)	110 (58.5)	p=0.02*
年齢	Mean±SD	39.2±12.2	40.9±11.8	38.1±12.3	n.s.
生活支援必要度得点	Mean±SD	2.1±1.5	2.1±1.3	2.1±1.5	n.s.
【除外群】					
人数	人 (%)	178 (100)	86 (48.3)	92 (51.7)	n.s.
年齢	Mean±SD	65.8±19.1	63.8±19.4	67.6±18.7	n.s.
【対象外群】					
人数	人 (%)	8 (100)	2 (25.0)	6 (75.0)	n.s.
年齢	Mean±SD	36.1±13.4	29.0±1.4	38.5±15.0	n.s.
【エリア内群+エリア外群】					
生活支援必要度得点≥4点					
人数	人 (%)	51 (100)	19 (37.3)	32 (62.7)	n.s.
年齢	Mean±SD	38.6±11.9	38.7±10.0	38.5±13.1	n.s.
生活支援必要度得点<4点					
人数	人 (%)	313 (100)	130 (41.5)	183 (58.5)	p=0.003*
年齢	Mean±SD	40.5±12.8	41.7±12.2	39.7±13.2	n.s.

*: p<0.05, n.s.: not significant

点と、両群に有意差はなく、男女による有意差もなかった(表2, t-test, p>0.05)。

4) 生活支援必要度得点4点以上の人の性別・年齢(表2)

図1の広義の候補者のうち、4点以上の人はエリア内群で21人、エリア外群で30人の合計51人(14.0%)であり、エリア内群とエリア外群との間で、4点以上の人の人数には有意差を認めなかった(χ²二乗検定, p>0.05)。4点以上の人は男性19人・女性32人、平均年齢38.6歳で、4点未満の人の平均年齢40.5歳と有意差を認めなかった(t-test, p>0.05)。

5) ICD-10に基づく診断分類と生活支援必要度得点(表3)

エリア内群とエリア外群の合計で、診断を調査した。重複診断が含まれるために、実人数よりも合計人数が多くなっている。F4(神経症性障害など)135名、次いでF3(気分障害)123名、F2(統合失調症など)75名などの順で人数が多いこと

がわかる。これらの診断頻度は、エリア内群とエリア外群では有意差がなかった(Pearsonのχ²二乗, p>0.05)。次に生活支援必要度得点を見ると、F7(知的障害)およびF8(発達の障害)は人数がそれぞれ9名および6名と少なく重複診断されることが多いために例外的であるが、4点以上の人の割合および平均得点が高かった。診断される人の数の多い障害を見ると、F2統合失調症関連の障害が、4点以上25.3%、平均得点2.49と最も高く、F3がそれに次いでいた。4点以上の人51人を、4点未満の人313人と比べると、4点以上の人ではF2が多く、F4が少なかったが、診断ごとの4点以上の人の割合に有意差はなかった(Pearsonのχ²二乗, p>0.05)。重複診断がない人とある人とを比較したが、4点以上の人の割合に有意差はなかった(Pearsonのχ²二乗, p>0.05)。

6) 4点以上の人たちのうちで、同意が得られたものと得られなかったものとの比較

図1に示したように、生活必要度得点4点以上

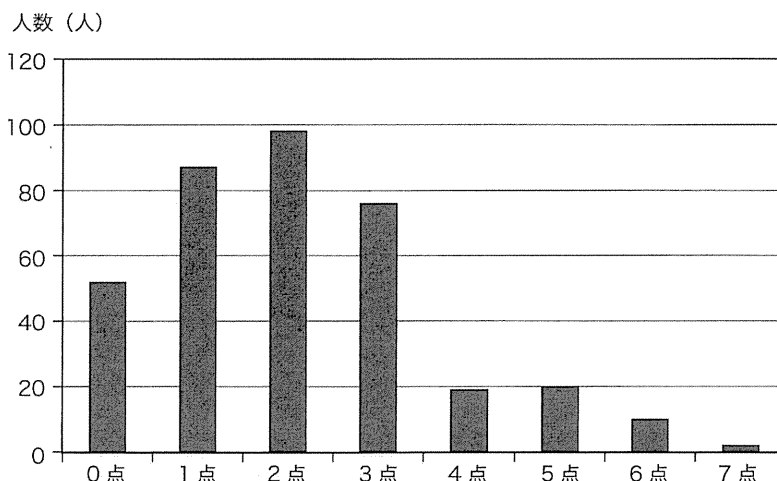


図2 生活支援必要度調査対象者365人の得点分布

は全部で51人であったが、介入研究への同意が得られたものの割合は、介入群ではアウトリーチやケアマネジメントが受けられるために62%、対照群では調査への協力を求めるのみであるので40%と低かった。介入群でも必ずしも高くはないのは、研究についての説明や同意手続きが煩雑であることや、初診間もない時期に診察以外の時間をとられることがむしろ負担になったためではないかと考えられた。介入群候補者と介入群との間で、男女の割合・年齢・診断頻度・生活支援必要度得点に有意差はなかった(t-test, および χ^2 二乗検定, $p > 0.05$)。対照群候補者と対照群の間で、性別・年齢・診断頻度・生活支援必要度得点に有意差はなかった(t-test, および χ^2 二乗検定, $p > 0.05$)。介入群と対照群との間で、男女の割合・年齢・診断頻度には有意差がなかったが、生活支援必要度得点は介入群のほうが有意に高かった(介入群5.31, 対照群4.67, $t(23) = 2.095$, $p = 0.047$)。

2. 生活支援必要度得点の高い(4点以上)人の特徴

すでに述べたように介入群候補者と対照群候補者、介入群候補者と介入群、対照群候補者と対照群との間で、男女の割合・年齢・診断頻度・生活支援必要度得点には有意差がなく、介入群と対照群の間では、男女の割合・年齢・診断頻度に有意差がなかった。生活支援必要度得点は介入群が対照群と比較して有意に高く、より支援の必要性

が高いと思われた。そこで介入群11名について、スクリーニング実施時点での精神症状や生活支援の必要性についての概略を記述し、どのような支援が必要かを把握した。なお以下の記述は、個人情報保護のために一部記載を変更してある。

1) 30代男性, F4。20代から症状があり, 30代で精神科を初診した。

A項目(社会生活の程度): 2年前より仕事ができている。ある程度交友はある。

B項目(日常生活): 強迫行為のために家事全般に影響がある。

C項目(家族): 一人暮らしでほとんど交流なし。

D項目(環境のストレス): 同居した友人とトラブルがあった。

*持続的な症状により生活に大きな支障があるが、サポートしてくれる人が乏しい。

2) 30代女性, F3/F4。10代より家族や友人との軋轢が絶えない。症状のために日常生活が行えなくなる時期がある。

A項目: 隣人との付き合いなど、社会的な立場にふさわしい交流がない。インターネットを通じた友人のみ。

B項目: 家事ができる時とできない時があり、夫がやむなく行ったりしている。

C項目: 夫も失業しもめごとが絶えずある。同居している子どものケアができない。

表3 ICD-10に基づく診断分類と生活支援必要度得点（重複診断あり）

診断		合計	エリア 内群	エリア 外群	生活支援 必要度得点 ≥4点
症状性を含む器質性精神障害 (F00-F09)	人数 (%)	12 (100)	8 (66.7)	4 (33.3)	0 (0.0)
	平均得点	1.67	2.13	0.75	—
精神作用物質による精神および 行動の障害 (F11-19)	人数 (%)	7 (100)	2 (28.6)	5 (71.4)	0 (0.0)
	平均得点	2.14	1.50	2.40	—
統合失調症, 統合失調症型障害及び 妄想性障害 (F20-F29)	人数 (%)	75 (100)	35 (46.7)	40 (53.3)	19 (25.3)
	平均得点	2.49	2.31	2.65	4.79
気分障害 (F30-39)	人数 (%)	123 (100)	62 (50.4)	61 (49.6)	20 (16.3)
	平均得点	2.22	2.40	2.03	5.05
神経症性障害, ストレス関連障害 及び身体表現性障害 (F40-F49)	人数 (%)	135 (100)	70 (51.9)	65 (48.1)	11 (8.1)
	平均得点	1.80	1.71	1.89	4.34
生理的障害及び身体的要因に関連 した行動症候群 (F51-F59)	人数 (%)	3 (100)	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0.0)
	平均得点	1.33	0.00	2.00	—
成人の人格及び行動の障害 (F60-F69)	人数 (%)	1 (100)	1 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)
	平均得点	1.00	1.00	—	—
知的障害 (F70-F79)	人数 (%)	9 (100)	5 (55.6)	4 (44.4)	2 (22.2)
	平均得点	2.67	2.00	3.50	4.50
心理的発達障害 (F80-F89)	人数 (%)	6 (100)	0 (0.0)	6 (100)	2 (33.3)
	平均得点	3.17	—	3.17	4.50
小児期及び青年期に通常発症する 行動及び情緒の障害 (F90-F98)	人数 (%)	8 (100)	5 (62.5)	3 (37.5)	0 (0.0)
	平均得点	1.75	1.60	2.00	—
中枢神経系の炎症性疾患 (G00-G04)	人数 (%)	17 (100)	11 (64.7)	6 (35.3)	2 (11.8)
	平均得点	2.12	2.18	2.00	5.00
その他	人数 (%)	6 (100)	4 (66.7)	2 (33.3)	0 (0.0)
	平均得点	—	—	—	—

χ^2 二乗検定: n.s

D項目: 生家とのトラブルがある。

*周囲とうまく付き合えない, 家事ができないことと, 症状の悪化との悪循環がある。育児の問題がある。

3) 20代女性, F2。5年前に明確な発症。

A項目: 中学校から不登校があり, 卒業後は引きこもりの生活。

B項目: 同居している祖母がほぼ全部面倒を見ている。

C項目: 父子家庭で通院の付き添いができない。祖母も高齢。ほかに助けてくれる親族がいない。

D項目: 家族以外との交流なし。

*精神症状に左右されて奇妙な行動をするなどあり, 日常生活全般の見守りや支援が必要な状態。長い間ひきこもりの生活。

4) 50代男性, F3。約20年前に発症し, 複数回の躁うつ病相がある。

A項目: 1年前から仕事ができている。以前復職した時期にも, 仕事の能力低下を職場で指摘されていた。

B項目: 趣味をやりすぎてしまったりできなくなったり, 波がある。

C項目: 家族との関係は良好。

D項目：繰り返す病相のために、本人の復職希望に職場が否定的で退職を勧めている。

*病識に乏しく、再発を繰り返し、職場での能力評価と本人の自覚に落差があり、職場の受け入れが厳しい状態。

5) 20代女性, F3。結婚前にも複数回の病相がある。

A項目：家族以外との交流なし。

B項目：1人で外出できない。家事もやれる時とやれない時がある。

C項目：治療も精神的な支援も、主に実家に頼っている。

D項目：ひきこもりに近い生活。

*もともと対人交流や家事などの力も乏しかったようだが、病状が不安定でなおさら家庭生活が維持できず、なんとか家族に支えられている。

6) 40代男性, F4 / F1。幼時よりの小児麻痺があり、歩行障害がある。

A項目：1年前から仕事に行けていない。インターネットを通しての交友のみ。

B項目：買ってきたものを食べるなど最低限のことはできているが、不規則で不十分な生活能力。

C項目：本人が援助を希望しない。

D項目：本人は仕事を希望するが、思うようにならず、就労支援者とうまくいかない。

*小児まひで日常生活に制限があり、援助を受けることに拒否的。つらいときにはアルコールに頼り、医療もあまり受け入れない。

7) 30代男性, F3。中学のころより抑うつ傾向はあったが、20代で初診。

A項目：2年前から仕事ができている。数少ない交友のみ。

B項目：昼は寝ており、夜最低限の食品をなんとか買いに出る生活。

C項目：両親は他界。支援する親族なし。

D項目：親族といさかいがある。

*若年より抑うつ傾向があったが、ここ2年ほど身内の不幸や経済的問題があり、うつ症状が悪化した。

8) 40代女性, F3。20代よりうつ病相あり。

身体疾患が見つかったから抑うつ症状が

悪化し、2年余り回復しない。

A項目：家族のみとの交流。

B項目：症状によるが、家事や外出がほとんどできない時期がある。

C項目：家族が支えでもあり、負担でもある。

D項目：姻族との間にいさかいがある。

*抑うつ症状と関係者とのいさかいが絡み合っていて、回復しない。

9) 30代女性, F3 / F9。10代より精神障害があるが、調子よく通学できる時期もあった。就労していない。通院はこれまで中断しがちであった。

A項目：ほとんどひきこもりの生活。

B項目：高齢の母親と同居し、食事の世話はしている。夜でないと外出できない。

C項目：援助できる親族がいない。

D項目：家族以外との交流がない。

*これまでも治療はたびたび中断しており、詳しい状況がつかめないが、調子によって家事や外出ができるときとできない時がある。援助をうまく受けられない。

10) 30代女性, F2。20代で発症し、措置入院になったことがある。その後医療を継続しているが、症状は持続している。

A項目：主婦としてかろうじて生活しているが、交友などはない。

B項目：最低限のことはできているが、意欲低下や能力低下の自覚があり、思うようにできないという苦痛がある。

C項目：実家から離れているので夫の援助のみ。

D項目：引っ越しして、関わりをもてる人がいない。

*症状が継続し、かろうじて日常生活は保たれているが、支援の体制が乏しい。

11) 40代男性, F2。学校時代から適応状態がよくなかった。20代で精神症状が始まって精神科を受診し、10年前に診断が確定した。

A項目：障害者就労で仕事していたが、うまくいかず長く休んでいる。限られた友人はいる。

B項目：一人暮らしをしており、両親の援助で生

活。

C項目：厳しい両親と軋轢あり。

D項目：職場の担当者や援助者とうまくいかず、混乱しがち。複数の関係者が連携できていない。

*家族や就労支援の担当者の援助で、一人暮らしの障害者就労をしているものの、うまくいっておらず、症状も持続している。

4 考察

1. 調査から得られた結果のまとめ

1) 生活支援必要度の概略

新規外来患者の全数調査により、15歳以上65歳未満で、特別な支援が必要な診断を持つ人を除外した365名のうち、社会生活や日常生活の障害、家族や環境との軋轢などにより、生活支援やケアマネジメントのニーズのある人(生活支援必要度得点4点以上)は14%であった。外来の1割以上の人が、投薬や精神療法などの狭義の医療にとどまらず、ケアマネジメントなど地域生活を支援することが必要であることがわかる。また4点以上の人の割合と、性別・年齢・ICD-10による診断分布には関連がみられなかった。これは山下らの調査⁹⁾と合致している。また重複診断との関連もみられなかった。ただし診断別でみると、統合失調症では生活支援必要度得点が高い傾向にあった。これまでは地域生活の困難性については、主に統合失調症との関係で論じられることが多かったが、慢性の気分障害などでも生活支援の必要性が高い人が存在することが明らかとなった。今回は除外したが、65歳以上であるために除外された人が24.7%あり、介護などの福祉制度とはほゞまで、やはり生活支援のニーズが高い人が多い可能性が推測される。

2) 生活支援必要性の特徴

11例の介入群を通していくつかの特徴が指摘できる。

- ・発症前から適応や環境に問題があったケースが多い。
- ・発症してから数年以上経過した慢性例が多い。
- ・これまで複数の医療機関に受診している例が

多く、全くの初診は1例のみ。これは調査機関が周辺の医療機関から紹介受診してくるものが多いことを反映している可能性はある。

- ・これまで通院中断していたり、治療にもかかわらず症状が持続している症例がほとんどである。
- ・身体疾患を併存している例がみられる。
- ・生活の面では、全例社会生活が不十分にしかできておらず、日常生活にも課題があるケースがみられるが、症状が先行して徐々に生活の困難が悪化した場合、生活の困難とともに症状が悪化した場合とがあるものの、いずれにしても精神症状と生活の困難とは密接に関連している。
- ・援助すべき家族にさまざまな困難を抱えているケースがある。また本来の適応の悪さや症状と、環境との軋轢が関連している場合が多い。
- ・社会から孤立し、専門家も含めて、援助が受けられていない場合が多く、本人に病識が乏しい、援助を適切に求められない、そもそも援助そのものを希望しない、援助者と適切な関係性を持つことに困難がある、などがみられた。

以上の特徴から、精神障害では精神症状と生活の障害とが関連していることが特徴であるが、まさにそうした困難が強く、また援助がうまく受けられていないことが指摘できる。まずはこうした困難を総体として受け止め、援助者との関係性を紡ぎながら、どのような支援が必要か、そして何を本人が希望するかを丁寧に検討しつつ、支援計画を立てていくことが求められていると考えられる。当初は、そもそもどのような援助が適切か見極めねばならず、いわばニーズが未分化な状態で医療と福祉とで分担して支援することが難しく、またうまくいかないように思われる。野口⁴⁾がネットワーク型アウトリーチチームによる支援を行った事例でも、統合失調症と知的障害が合併し、精神症状が重篤であるだけでなく家族の支援力も脆弱であり、医療や地域の支援が成功していなかった例について、複数の医療・保健・福祉機