

〔論 説〕

精神科医療における医師—患者関係 (8)  
——精神科医療の契約法・序説

北 山 修 悟

はじめに

第 1 章 診断のプロセス

第 1 節 面接の進め方とその内容

1. 初診から診断まで (以上第 92 号)
2. 患者への説明から初期治療まで
  - (1) 精神科診断の特徴
  - (2) 患者・家族への説明 (以上第 93 号)
  - (3) インフォームド・コンセント
    - ① 問題の所在
    - ② 批判対象としての北村 = 北村理論
    - ③ 臨床の場でのインフォームド・コンセント (以上第 94 号)
    - ④ 医療水準との関係
    - ⑤ 非告知投薬について
    - ⑥ 同意無能力とされた場合のその後
      - (a) 立法論と留意すべき点 (以上第 95 号)
      - (b) 第三者判断の実体的基準 (以上第 96 号)

第 2 章 入院をめぐる

第 1 節 入院の基本 3 形態と諸問題 (以上第 97 号)

第 2 節 望ましい入院治療

1. 統合失調症の経過と治療の概要
  - (1) 統合失調症のおおまかな経過

## 精神科医療における医師－患者関係（8）

(2) 基本としての薬物療法とその限界

### 2. 治療の基本とされるべき臨床作法

(1) 中井久夫と星野弘の臨床作法

(2) 継承の必要性 (以上第99号)

### 3. 心理社会的治療（あるいはリハビリテーション）

(1) 心理社会的治療の意義

(2) 主要な治療法

① 心理教育

② 社会生活スキルトレーニング

③ 作業療法

④ 場としてのデイケア (以上本号)

(3) 「治療」から「リハビリテーション」へ

(4) 病院・医療か地域・福祉か

(5) リカバリー概念の再検討

### 第3節 病院から地域へ——脱施設化

## 第3章 治療の方法

## 第4章 基盤としての精神医学

おわりに

## 第3章 入院をめぐる（承前）

### 第2節 望ましい入院治療

#### 3. 心理社会的治療（あるいはリハビリテーション）

本項目（「3. 心理社会的治療（あるいはリハビリテーション）」）の記述を始める前に、あらかじめ述べておくべきことがある。本項目のタイトルは、既出の「薬物治療」以外の治療法である「心理社会的治療」を扱うことを示している。しかし括弧書として「あるいはリハビリテーション」を付している。その理由は、「心理社会的治療」とは主として精神科医が使う用語であり、一方で、精神科医以外の関係者や実践者（精神保健福祉士、作業療法士、精神科看護師、その他の実践家）は、その同じものを「リハビリテーション」や「心理社会的プログラム」等と呼んでいる。そして、心理社会的治療なるものを現に実施している主体は、実は精神科医

ではない。

端的な例を「作業療法」をとって説明すると、精神科作業療法は医療行為とされている（つまり、診療報酬の対象とされている）。作業療法は、精神科医の「処方」に基づいて行われると、診療報酬の対象となる。しかし、患者に対して実際に作業療法を実施するのは、専門の作業療法士である。そして、作業療法の具体的な内容をみってみると（以下の(2)(3)を参照）、それはある種の高度な知識と豊富な経験が必要とされるものである。さて、精神科医が自身ではノウハウを持たない（そしておそらくは十分な知識も持ち合わせていないであろう）作業療法は、はたして「医療行為」と理解されるべきであろうか？

ここにおいて、従前は「心理社会的治療」と呼ばれていた行為は、「治療」というよりもむしろ別個のジャンル、たとえば「リハビリテーション」あるいは「心理社会的プログラム」と理解し把握して、その特徴と今後の発展可能性を検討するべきではないか、という動きが当然に出てくる。現在はそのような状況にある。そして、「医療」と「福祉」の位置付け、及び、病院（及びクリニック）医療と地域医療・地域福祉との今後の関係のあり方が、問題として出てくる（本項目の「(3) 病院・医療か地域・福祉か」で検討する）。その延長線上には、たとえば「増加する高齢認知症患者に対する今後の医療や福祉のあり方」といった問題の基本的な考え方のヒントも存在しているであろう。

なお、本論文全体は、その副題にあるように、「精神科医療の契約法」について、そもそも精神科医療契約の目的は何か——たとえば「治療」や「治す」とは具体的にはどういうことか——ということをまずは明らかにする必要があると考え、そして、そのためにはあるべき「精神科医－患者関係」を明らかにする必要がある、と考えて執筆を始めたものである（「契約の目的」を明確にしないままに表層的な事実や現象に対して法を適用することは、法律家の不勉強である、という自説に基づく）。しかし、本項目（「3. 心理社会的治療（あるいはリハビリテーション）」）に到達するに至って、「精神科医療契約」という対象は、実は精神科医と患者との二者関係を検討すれば足りるものではない、ということが明らかになった。したがって、本項目においては、精神科医以外の各種専門家や実践家の実践内容についても大幅に検討対象に含めることになったということ、事前にご理解いただきたい。

### （1）心理社会的治療の意義

統合失調症の治療では、薬物療法と心理社会的治療が2本の柱とされ、両者を統合的に行うことによってリカバリーの達成に近づくことができる、という認識は広く共有されている。しかし、薬物療法の効果の限界が認識されながらも、わが国の精神科医療は依然として薬物療法が主体となっている。現在、さまざまな心理社会的治療が開発され、一部では明確なエビデンスも示されているが、それらを必要とする患者に十分に提供できているとは言いがたい。また、患者の個別性に十分に配慮するまでに至らずに、画一的な心理社会的治療を適用している場合も少なくないと思われる（鈴木 2021:1425）<sup>(1)</sup>。

「心理社会的治療」（psychosocial treatment）とは、薬物療法や修正型電気けいれん療法（mECT）などの身体療法を除く、他のすべての精神科治療、つまり、精神療法から認知行動療法、社会生活スキルトレーニング（SST）、家族および本人への心理教育、作業療法（OT）、包括型地域生活支援プログラム（ACT）や、その他のさまざまな治療活動を幅広く含むものである（安西 2021:1427）。

心理社会的治療が生まれてきた背景には、3つの潮流が考えられる。第1は、統合失調症治療における薬物療法の限界の認識である。非定型抗精神病薬の導入により錐体外路症状などの副作用は軽減して飲み心地は改善したが、陰性症状や認知機能への効果は限られており、社会的機能や職業的機能の回復も著しいものではない。第2は、病気の人を見るときには生物医学的視点だけでなく心理的・社会的視点が必要という考え方が浸透してきたことである。これには広く一般医療の世界でも普及しているエンゲル（Engel）による「生物-心理-社会的モデル」（bio-psycho-social model）が大きな役割を果たした。さらに、ズービン（Zubin）とスプリング

- 
- （1）精神科治療には精神症状の改善だけでなく、客観的なリカバリー（機能を回復させて可能な社会参加を実現していく）と主観的なリカバリー（満足できる自分なりの生き方を見つけていく）の両方が求められるようになっている。心理社会的治療の使い分けと効果の最大化は、単に「エビデンスのある心理社会的治療を実施する」ということではなく、本人の意向や好み、強みを尊重したいいねいな個人面接を通して、その人なりの社会参加の目標や意義のある生活、すなわちパーソナル・リカバリーの目標を立て、その実現に向けてリハビリテーション計画を立てて実施していくことにある（安西 2021:1434）。

(Spring)により、「脆弱性-ストレスモデル」が提案されている。これは、日常生活において人はストレスに対して対処努力によりバランスを維持しているが、対処が破綻したとき、脆弱性を有する人が統合失調症を発症する、という考え方である。広く支持を受けているこのモデルにより、統合失調症の発症や再発に心理社会的なストレスが影響することとともに、対処能力を向上させる心理社会的治療や支援の重要性が主張されている。第3は、心理社会的リハビリテーション (psycho-social rehabilitation: PSR) の発展である。PSRは当初は精神障害当事者中心の運動として始まったが、リハビリを旨とし当事者の主体性を尊重するPSRのやり方は、標準的な治療方法に取り入れられるようになっていく。WHOの定義によると「心理社会的リハビリテーションは、精神障害によって障害を受けた人が、地域社会で最適なレベルの自立機能を獲得する機会を促進するプロセスである」とされる。つまり、精神症状だけでなく生活障害 (disability) にも焦点をあて、その回復を目指す心理社会的リハビリテーションが重要となる (安西 2021:1428)。

また、今日では、入院期間の短期化が医療政策として進められ、初発の統合失調症であれば数カ月、長くても半年で95%の人が一応退院できるようになっている。しかし、退院する時点で陰性症状が伴っていたり、あるいは虚脱状態があったりすると、それだけその患者たちには「生活のしづらさ」が起り、また、再発の危険があるのであり、そういった人たちには、薬物治療とともに心理社会的治療アプローチが必要である。特に、再発を繰り返して慢性化した患者では、生活能力障害や社会的不利が一般的になっている。そういう人たちには、多面的な治療が必要になってくる (西園 2023:35-36)。さらに、入院中にはできていた身支度や公共交通機関を利用した外出が退院後にできなくなることは、臨床でもしばしば経験される。社会機能は、他者との関わりや社会的環境のもとで成立するという点で、セルフケアなどの他の生活技能とは大きく異なる。社会的環境は、そこにいる各個人の行動に対して「他の行動ではありえない」という必然性を要求する。この必然性を受け入れることで、そこに属する個人は社会的環境に即しつつ逆説的に自由な行動を選択することができるのであるが、統合失調症における社会機能の特異的障害とは、この必然性の共有やそれに準じた行動の自由な選択といった、社会的環境との相互作用の障害である (中川 = 鈴木 2014:29)。

## （2）主要な治療法

### ① 心理教育

#### ◇比較的初期の心理教育

心理教育（psycho-education）は、当事者および当事者の周りの人たちに、疾患についての理解を促すプログラムである。家族の対応によっては、退院して自宅に帰った統合失調症の人たちの再発率が大きく異なるという、脱施設化が進む1960年代の英国で行われた歴史的研究が端緒となり、当初は、統合失調症をよく理解し、どう接していくかを家族が学ぶことの重要性が認識されるに至った（池淵 2024:64）。

すなわち、心理教育は、「感情表出の研究」と呼ばれる外国の研究を受けて誕生した。この研究は、統合失調症患者の家族に面接を行い、患者に対する非難や批判的な言動（「この子は怠け者で役立たずだ」「こんな子どもを産まなければよかった」等）や、感情的に巻き込まれた言動（「私はこの子に死ぬ気で尽くす」「この子は私がいなければ片時も生きていけない」等）が一定の基準を超える場合に、患者本人の再発の危険が数倍近く高まることを明らかにしたものである。日本でも、1990年代になり、統合失調症などの精神疾患の再発を防ぎ、また社会生活を支援するには、家族に対して情報提供をしたり、患者との間で生じる問題に対処する技能を高める機会を設けることが重要であるということが、広く認識されるようになった。こうした家族支援プログラムが、一般に「心理教育」と呼ばれていた。日本では長い間、患者の家族会が相互学習の場であったが、90年代以降、保健所や精神科病院で、この心理教育的アプローチを念頭に置いた家族グループを形成するところが増えてきた。また、患者本人を含めた家族単位のグループなども実施されるようになった（白石 2010:127-128）。

#### ◇精緻なプログラムとしてのIMR

IMRは「illness management and recovery」の頭文字を取ったものである。直訳すると「疾病管理とリカバリー」となる。重度の精神疾患に罹患している人を対象にした、心理社会的介入プログラムである。米国で開発された、科学的根拠に基づく実践の1つであり、2009年頃から日本でも少しずつ行われるようになった。日本では「疾病管理とリカバリー」という直訳よりも「IMR」の方がよく知られている（吉見 2021:1453）<sup>(2)</sup>。

IMRでは、プログラムのはじめに「リカバリー」の概念を参加者に紹

介し、実践者とともに自分なりのリカバリーを考え、「リカバリーゴール」を設定する。これを設定した後、どのようにリカバリーをしていくのか実際の戦略をたてる。リカバリーゴールは、プログラム参加を継続し、自らの疾病を管理しながら、リカバリーを達成しようという、強い動機付けとなる（吉見 2021:1454）。

このように、IMR では「リカバリー」という概念が指導原理とされている。近年、精神科医療および精神保健福祉領域では、この「リカバリー」という言葉が広く使われるようになってきている。リカバリー（recovery）は、通常よく使われる病気からの「回復」とは異なる意味をもつため、あえて「回復」とは訳さないことが多い。さまざまな定義があるが、職業リハビリテーションで高名なアンソニー教授（ボストン大学）は、「たとえ症状や障害が続いていても、希望を抱き、自分の人生に責任をもって、主体的に意味ある人生を生きること」と定義している。また、2009年に開催された第1回リカバリー全国フォーラムでは、「精神障害をもつ方々がそれぞれの自己実現やその求める生き方を主体的に追求するプロセス」とされている。そもそもリカバリー概念は1980年代から普及し始めたもので、アメリカの精神障害をもつ当事者の手記から始まった。精神疾患に罹患すると、症状や障害を抱えるのみならず、さまざまな喪失体験がともなう。希望を失い、家族や友人とのつながりも断たれ、自分でやれるという自信も失ってしまう。これらは、薬物療法が奏功して症状が消失したとしても、すぐに取り戻せるわけではない。また、症状が持続していることや、家族からの受け入れのないこと等によって、長期間精神科病院に入院せざるを得ないこともあり、喪失体験を取り戻すことができない環境にある場合も少なくない。心理学博士でみずからも統合失調症を患うパトリシア・ディーガンは、アメリカのリカバリー運動の象徴的な存在であるが、「自分たちが求めるのは、病気からの回復ではなく、人々の偏見、精神医療からの弊害によってもたらされる障害、自己決定を奪われていること、壊された夢からの回復です」「私にとってリカバリーは、自分

- 
- (2) IMR は、米国連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）が、エビデンスに基づく心理社会的介入の普及を目指して編集したツールキットの1つである。日本精神障害者リハビリテーション学会が日本語版を作成して、ウェブサイトから無償でダウンロードできるようになっている（池淵 2024:93）。



の人生の運転席に座り続けようとする事です。病気が私の人生をコントロールすることのないようにしています」と述べている (吉見 2015:22 ; 吉見 2021:1454)。

IMR では、治療に関する選択をするために必要な知識と技術を当事者に伝えることが重要な目標とされており、本人の選択が最優先される。また、IMR においてもその実践家が精神疾患の専門家であることは変わらないが、精神疾患をもつ当事者自身の経験や精神症状にどのように対応するのがよかったかなどについては、当事者自身が専門家であるとして、当事者の経験を尊重する。そして、両者が協働して取り組むことによって大きな効果を上げることができるとされる (吉見 2015:24)。

IMR の具体的な内容は、次のようなものである。すなわち、第1章の「リカバリー戦略」から始まり、「薬物療法を効果的に利用する」「ストレスに対処する」などの9つの内容——1) リカバリー戦略、2) 統合失調症に関する実践的事実、3) ストレス脆弱性モデルと援助戦略、4) ソーシャルサポートを形成する、5) 薬物療法を効果的に使う、6) 再発を減らす、7) ストレスに対処する、8) 諸問題や持続性の症状に対処する、9) 自身のニーズを精神保健システムに適合させる——について学んでいく。これらの知識を利用して、自らの疾病を管理することを目指す。知識として学ぶだけではなく、どのようにその知識が役立つのかを考えながら、どのように生活の一部として組み込んでいくのかを検討する。1つの内容につき、参加者の理解度に合わせて、3～4回に分けて学んでいくので、全体では40回前後となる。週に1回セッションを行っても、10か月程度かかる計算になる (吉見 2021:1454 ; 吉見 2015:23)。

IMR プログラムは、IMR のテキストを用いて行われる。このテキストは実践者用と患者用で分かれている。実践者用のテキストには、セッションの目標や進め方、時間配分、セッションで用いられる技法などが、細かく具体的に書かれている。実践者は実践者用を参考にしながら、患者用のテキストを参加者と共有して、セッションを進めていく (吉見 2021:1455)。

なお、IMR のプログラムを実践する場合には、IMR の中心的価値を事前に把握しておくことが大切である。どの項目も大切であるが、特に「希望」は重要である。希望を伝えるために、実践者は楽観的である必要がある。まずは実践者が、目の前の参加者がリカバリーできることを信じる必



要がある（吉見 2021:1459）。また、IMR のプログラム内容は多岐にわたる。このため、1 職種のみではなく、医師、作業療法士、心理士、薬剤師、精神保健福祉士など多職種でかかると、プログラムにより深み加わる（吉見 2021:1460）。

#### ◇より多様なプログラムの重要性

さらに最近では、伝統的・医療的な心理社会的治療に加えて、より多様な「心理社会的プログラム」の重要性が指摘されるようになってきている。その代表的な提唱者である池淵恵美によるならば、以下のようなことである。

まず、心理社会的プログラムには多様なものがあり得るのであって、次の4つの軸によってタイプ分けすることができ、さまざまなプログラムがどんな特徴を持っているかを整理することができる。そして、対象者に対してどのようなタイプのプログラムを提供することが望ましいかを考えることができる。

- 1) どんな手段を用いるのか：体を使うもの（スポーツ、音楽や絵画などの芸術療法、料理などの日常的な活動を含む）なのか、言葉でのやり取りなのか。
- 2) プログラムの目標がどこに置かれているか：作品を作る、新たな知識を学ぶなどの課題達成が目標なのか、それとも対人交流を楽しんだり、相手や自身の気持ちや考えを理解したりすることが目標なのか。
- 3) 参加人数：スタッフと参加者の1対1、数名の小集団、数十名の大集団など。
- 4) 運営の主体：スタッフ（専門家）が主導する、参加者が役割を持って運営する、スタッフと参加者が共同で運営する等（池淵 2024:14-15）。

また、これまで心理社会的治療のエビデンスは医学的視点——たとえば服薬遵守率が高まるとか、再発が減少するといった視点——から作られてきたが、近年では、当事者視点の主観的な効果がそれと同等に重要であることが強調されるようになってきた。当事者の視点に立てば、これまで実証されてこなかっただけで、実はしっかりとした効果があるのかもしれない。そしておそらくは当事者1人ひとりにとって、自分の好きなプログラム、自分の回復に役立つプログラムがある（池淵 2024:19）。

また、近年では、アウトリーチ（訪問看護や訪問診療）の際に当事者や家族に心理教育を行う機会も増えてきている。家族も一緒というのが自然であるし、回復のプロセスに合わせて情報を伝えたり、家族の間のコミュニケーションの練習や、皆が抱えている困りごとへの問題解決トレーニングを行ったりすることもできる。このような場合には、情報提供もさることながら、家族間の対話の促進が重要な目的となる（池淵 2024:67）。さらに、統合失調症の家族では、当事者を献身的に支えるがゆえに、慢性の身体疾患を抱えている人の家族と比べて、不眠などの精神症状が出現する割合が明らかに高いことがわかっている（身体の疾患の罹患率は高くならない）。そのため、家族を単に治療の協力者と位置づけるのではなく、家族にもそれぞれの人生や生活があるという理解が生まれ、家族にもリカバリーが必要であるという考え方が広まってきた。それに合わせて心理社会的プログラムでも、当事者とともに家族も元気に生活できることを目指すようになってきた（池淵 2024:109-110）。

なお、心理教育のメニューの中でも、当事者の先輩患者のリカバリーまでの道のりを語ってもらう会や、独り暮らし、結婚、就労など皆が憧れる目標を達成している先輩患者に話を聞く会は人気がある。生きた体験ほど優れた教材はない（池淵 2024:67）。

#### ◇心理教育の展開に対する障害

医療の現場では、医師が管理的な役割をとることが多いので、患者の主診医である精神科医が心理社会的プログラムに理解がない、指示箋を書くなどの協力をしてくれないといったことがあると、大きな壁にぶつかってしまう。主治医の専門が薬物療法だったりすると、そういうことが起こりやすい。そのようなときには、看護部長、事務長、医局長など、管理的な立場の人とあらかじめしっかり話し合い、公的な運営会議などで実施を認めてもらえると、安心である。また、医師にあまり負担をかけないようにする工夫（たとえば指示箋を簡単なものにして、医師が処方箋を書くときに一緒に依頼する等）や、プログラムの実施によって生じた患者の変化を簡潔にカルテに書いておくなどして、プログラムの情報を伝える努力が求められる。医師が蚊帳の外になってしまわないための配慮である。医師が担当する当事者がよくなっていることを、カンファランスなどの折に伝えるのも効果的であろう（池淵 2024:178）。

また、現在の診療報酬体系では、心理社会的プログラムはおおむね低い

点数しかついていないか、中には全く点数がついていないものもある（家族心理教育など）。したがって、精いっぱい収入を得る努力をすることをアピールするとともに、収入以外に大事なものが得られることを、経営に携わる人や管理職に対して強調する必要がある。当事者のリカバリーによる影響がある、家族との関係が改善する、参加するスタッフのスキルが上がり、当事者への対応が上手になる等を、既存の効果研究などを紹介しながら伝えるのが効果的であろう（池淵 2024:183）。

## ② 社会生活スキルトレーニング（SST）

SSTは“social skills training”の頭文字をとったもので、「社会生活技能訓練」や「社会的スキル訓練」などと呼ばれてきた。対人行動の障害を生活技能（social skills：効果的な対人的行動）という視点からとらえ、認知と行動の両面に系統的に働きかけて改善を図る方法として発展してきた。1970年代にUCLAのリバーマン（Lieberman RP）らが包括的な治療パッケージとして整備し、欧米で急速に普及した。現在、SSTは、さまざまな治療的文脈で、さまざまな問題の改善に適用される「認知行動療法に位置づけられる有効性が実証された支援方法」とされている（天笠 2021:1484）。

日本においては、SSTは、1988年のリバーマンの初来日を契機に、本格的な普及が始まった。その翌年からSSTニューズレターが発行され、大学や精神科病院などでSSTが開始された。こうした実践の広がりを経て、1994年4月に、精神科を標榜している保険診療機関における入院患者を対象として、「入院生活技能訓練療法」が診療報酬化された。しかし、特に診療報酬化後に、機械的な誤用の実例が報告され、「本来のSST」を普及する全国的な団体の必要性が強く認識されて、1995年に一般社団法人SST普及協会が発足した。同協会の個人会員は、発足当初は医師が最も多かった。しかし2020年7月現在では、看護師、ソーシャルワーカー、心理士、作業療法士、医師の順となっている（天笠 2021:1484；西園 2023: vii）。

また、SSTの訳語として、2020年8月、従来の「社会生活技能訓練」から「社会生活スキルトレーニング」へと改訂することが、SST普及協会理事会で決定された。「訓練」の和語には、支援者が参加者を訓練するという一方向的で支援者が一段高い立場から支援するという響きを感じら

れるし、また、支援者と参加者が共同創造 (co-production) によって生活の質を上げる、社会参加を進める、生活上の問題を解決する、コミュニケーションの力を増すことを重視する方向へと変化してきており、こうした変化に沿う SST の和語 (用語) として「社会生活スキルトレーニング」が適切であると考えられたからである (天笠 2021:1485)。

#### ◇ SST の目的とその具体的内容

わが国における SST の先駆者の 1 人である前田ケイは、SST とは、当事者が生活の中で希望し必要とする「ものの考え方」と「行動のとり方」の学習を本人と共に進めていく支援の方法である、と定義している (前田 2013:31)。

統合失調症が発症した後では、患者は社会的コミュニケーションの面で新しい困難に遭遇する<sup>(3)</sup>。長期にわたる社会的・情緒的接触からの引きこもりと疾患の陰性症状、そして社会生活技能を実行する機会、言語的な学習力、記憶力、作業記憶、相互関連性、社会的認知力、実行的スキルの欠如が、その困難の原因となっている。社会生活技能の学習や再学習に関する多くの障害のため、このようなスキルは、個人療法や集団療法で従来から用いられている「会話療法」では獲得できない。精神病的症状や認知機能障害のある患者が社会生活技能を学ぶには、人間行動の原理に基づいた体系的・計画的・構造的な訓練による学習が必要である (リバーマン 2011:150)。患者が認知機能障害を代償し、地域社会への再統合に必要なとされるスキルをもつには、体系的で焦点の合った教育的な技法が要求される。家族、隣人、店員、友人、精神科の患者ではない人と日常的に接触をもつには、その社会的環境にふさわしい、有効な社会的コミュニケーションが要求される。患者の社会的力量の不足を改善するリハビリテーションサービス、それが SST である (リバーマン 2011:156-157)<sup>(4)</sup>。

---

(3) 精神疾患の経験者は、相手の態度や言葉に込められた社会的な合図を読み取ることに困難を感じるだけでなく、自分の行動が相手に与える反応を予測してから行動する、といったことができない人が少なくない。どう行動すべきか、相手のメッセージに適切に対処する反応行動の選択肢も限られており、いつも決まった行動しかとれない場合もある (前田 2013:36-37)。

(4) 統合失調症の当事者が人間としての存在感を取り戻すためには、コミュニケーション技能の回復がまず必要である。家族とのコミュニケーション、関わる人びととのコミュニケーション、自分とのコミュニケーション、そういうものの回復がまずは必要である (西園 2023:144-145)。

実際に SST で練習することは、患者にとってごく身近な行動である。たとえば、「映画が好きな人と友達になって、一緒に映画に行く」という長期目標をまずは設定したとする。しかし、それを実現するためには、いろいろなスキルが必要になる。それを細かく分ける（細分化する）と、以下のようになる。

- 1) 映画の話ができそうな相手を見つけるスキル
- 2) あいさつして、映画の話題で会話を始めるスキル
- 3) 相手が話を続ける気があるかどうかを判断するスキル
- 4) 自分が好きな映画について短く話し（自己開示）、相手の好きな映画について質問するスキル
- 5) 相手の返事に対して自分の気持ちや意見を伝えるスキル
- 6) 「いつか一緒に映画を見にいけないら嬉しい」という気持ちを伝えるスキル
- 7) 相手がどのくらい熱意があるかを読み取るスキル

そのほか、一緒に映画を見に行く目標までの練習段階はまだまだ続くかもしれない。しかし、多くの当事者は、この7) 段階までのスキルをとうてい一度には練習できない。したがって、本人の能力をアセスメントしながら、今日は何を練習してどこまでいくか、その日の練習の獲得目標を決めて、1つずつ試みていく（前田 2013:194-195）。

SST の練習課題に取り上げる対人状況は、これから近いうちに当事者本人が体験する可能性が高い現実の状況や事柄である。SST の練習は1週間先、1カ月先、3カ月先の近未来に目を向ける。これから必要だと思われる対人行動をロールプレイの技法を使ってあらかじめ練習するので、行動練習は「行動リハーサル」とも呼ばれている。当事者が安心できる環境で、あらかじめ一緒に練習して本番に備えるわけである（前田 2013:49）。

そして、その日に練習した内容（言動）を、「宿題」もしくは「チャレンジ課題」として持って帰り、現実の場で実行してみて、その結果を検討し、次の課題を考える。課題の内容は漠然としたもの、たとえば「家の人にあいさつする」というよりも、「朝、母親の顔を見て、『おはよう』と言う」などという具体性のある行動を決めて行うことが必要であり、本人と相談して、来週までに実行してみる、などと決める。無理がなく、成功が見込めるものを宿題にすることが大事である（前田 2013:50）。

### ◇グループ SST の実効性

SST は、1 対 1 で行うこともできるが、多くの場合、グループを構成して、そのグループ内で実施する。それによって、正のフィードバックを多くのグループメンバーからもらえることが重要である。SST の「フィードバック」とは、練習した人に、その練習を見ていた人の考えや感想を伝える行動のことである。よかったところを伝える行動を「正のフィードバック」と言い、改善したほうがいいと思う点について伝えるのが「修正フィードバック」または「改善のためのフィードバック」である。ただのお世辞を言うのではなく、注意深く見ていて、よくできたところを相手に伝える。グループで SST を行うと、ほめる人の数が多く、また、着目点もさまざま、練習する人にとってもやり甲斐が出てくる（前田 2013:69）。

同じグループのメンバーをすぐに「仲間」とは感じられない人も多いであろうが、自分と同じ状況にあり、同じ目的のためにここにいるのだという理解が深まり、その「仲間」から認められ受け入れられている感じが強くなれば強くなるほど、グループの中での自己表現が自由にできるようになる。「グループの中で口をきける人はたった 1 人」という場合でも、その人との関係を手がかりにして、次第に仲間を増やしていけるであろう。グループが発達してくれば、友達の友達が友達になる。同じ仲間同士の助け合いから生まれる力こそが、グループ SST の最大の治療力である（前田 2013:89）。

ただし、「グループメンバーの個別化」の大切さも強調されねばならない。グループにいる 1 人ひとりとはみな、まったく独自の存在である。メンバー 1 人ひとりがこれから直面する現実の対人状況、及び、それに対処していく能力も、独自のものである。たとえ共通する課題でグループ SST をやっても、練習する 1 人ひとりの現実にあった指導が必要である。1 人ひとりの意欲、学習能力、コミュニケーションを取りたい相手の現実に合わせて練習してこそ、当事者個人のスキルがあがる。○○というスキルの練習が先にあるのではなく、「○○さんのスキルをあげる練習」をグループの力を使って行うという考え方が正しい（前田 2013:91）。形にはまった指導だけをしていると、SST 批判でよく言われる「同じことを練習させ、ほめて、拍手して、まるで患者を子ども扱いする」ことにもなりかねない。よい SST は決して患者を子ども扱いしていないし、同じこ



とを練習させてもいない（前田 2013:130）。

#### ◇課題設定の重要性

SSTの指導の中で一番難しいのは、当事者と一緒に練習課題を決めるという部分である。本人にとって本当に意味のある課題を、本人自身が納得して選んでいくのは容易ではない。「本人にとって適切に役に立つ課題を選ぶ」、これがSSTを生かす核心の部分である。

練習課題の決め方は、練習を進める指導モデルによって違う。大きく分けて「基本訓練モデル」と「モジュール別訓練モデル」の2つがある。「基本訓練モデル」とは、メンバー1人ひとりの希望する練習課題を取り上げて、グループの中でいろいろな練習を進めていくやり方である。8人のメンバーがいれば8人も、それぞれ自分の生活状況に応じた練習課題を出すので、8通りの課題があるのが基本訓練モデルである。これは（病院ではなく）地域でさまざまに暮らしている当事者に特に向いているやり方である。これに対して、「モジュール別訓練モデル」とは、あらかじめ決められたグループ共通の課題を、回数を決めて順番に取り上げて練習していくやり方である。会話の仕方、服薬自己管理、地域生活への再参加、就労準備などのテーマに沿って、必要なスキルを順序よく段階的に組み、指導者のマニュアルと練習に必要な学習ノート、DVD教材などを「モジュール」と呼ばれるセットにして指導するものが代表的である（前田 2013:180-181）<sup>(5)</sup>。

また、はじめに長期目標、短期目標などを決めておいても、メンバーがSSTの意義を理解してくるにつれてそれらも変わることがあるので、定期的に見直しの機会を作るとよい。地域で生活をしている人は、一緒に暮らす人や周囲の状況が変わってくると、学習が必要な課題も変化してくる。メンバーが固定しているデイケアなどでは、個別面接を行ってデイケア利用の目標を再検討するというように、絶えず多角的にSSTの練習課題を見直すことが必要である。要するに、当事者の練習が、スタッフの提案通りにやるという受け身のレベルから、次第に自分で考えて自分自身の

---

(5) アメリカでの例であるが、UCLA 自立生活技能 (SILS) プログラムのモジュールの内容としては、●服薬自己管理、●症状自己管理、●物質乱用管理、●地域生活への再参加、●基本会話、●友情と親密さ、●余暇活動のレクリエーション、●職場で必要な基礎コミュニケーション、●家族の援助関与、といったものがある（リバーマン 2011:188-189）。



生活目標を持ち、その目標達成に必要な練習課題を自分で選んでいくようになることが大切である (前田 2013:203-204)。

#### ◇実施場所による練習課題の相違

##### (a) 長期入院患者の治療病棟

長期に入院している患者に対しては、病院内外でのさまざまな社会的経験を増やして生活の質を上げるとともに、退院への動機を強めるための対人行動学習に SST が役立つ。たとえば、病棟でまだ話したことのないほかの患者と会話をする、医師に状態を説明する、看護師に行事に関して質問する、面会に来る家族と少し長く会話する、ほかの患者からの食べ物やタバコなどの要求を断る、クリスマスなど特定の病院行事に伴う役割行動学習、外出に伴う行動練習などが考えられる (前田 2013:136)。

##### (b) デイケアでの実施

デイケアで SST を始める場合、1) メンバーをデイケア利用者だけに特定したクローズド・グループにする、2) デイケアメンバー以外の病棟患者や外来患者も入れた、参加者を特定しないオープングループにする、3) デイケア卒業生のために OB 会をもって、そのプログラムの一部に SST を取り入れる、などの方法が考えられる。1) 2) とともに、地域生活のためのいろいろな対人行動課題を学習するほか、就労準備のためのグループにしたり、バザーや地域の福祉祭りに参加するために必要な対人行動学習、家族関係や友人関係を修復するための練習などが考えられる。3) は特に、就労を支援するために職場での課題を中心に取り入れることが多くなる (前田 2013:136-137)。

##### (c) 訪問サービスでの実施

最近では訪問看護やさまざまなアウトリーチサービスで、支援者が当事者の自宅を訪れることが増えている。このときに SST を実施すると、本人の生活状況に沿った具体的な練習ができるという利点がある。当事者だけでなく、時には家族も一緒に SST を行い、家族間のコミュニケーションの改善や、当事者の地域生活の広がりに応じて必要となる買い物や社会資源利用に伴う対人行動学習、親戚への対応、医師とのコミュニケーションのとり方、そのほか、多面的な対人行動を学習することができる (前田 2013:137)。

なお、病院やデイケアなどでは、いろいろな職員がそれぞれの仕事の中で患者と接しており、SST 担当者が知らない情報を持っていることがあ

る。病棟の担当職員ばかりでなく、診察の場、作業療法、ソーシャルワーク面接の場などで当事者がどのような発言をし、どのような行動をしているかについての情報を積極的に集めるべきである。いろいろな情報を集めることによって、病棟では「いつもベッドに寝ている人」と思われていた患者が、作業療法士の指示を求めながら積極的に道具や教材を用意したり、手伝っていることがわかったりする。また、病棟では親しい人と愛想よくあいさつしている人が、外泊したときには家族と一言も話をしない様子を、家族面接をしたソーシャルワーカーが知っていることもある。このような情報を共有するように心がけるべきである（前田 2013:149-150）。

#### ◇支援者（指導者）の心得

SST の指導は、見た目よりもずっと奥が深く、決してやさしくはない。こんな指導でいいのか、本当に患者に役立っているのか、と疑問が深まり、心がしおれてくることは珍しくない。しかし、これは誰もが通る道、通ってきた道であるから、支援者は個々の SST の時間を越えた、長期的ビジョンを持って取り組む必要がある（前田 2013:223）。また、訓練を提供しても反応が得られにくい患者がいることは確かである。しかし、支援者は、決してあきらめてはいけない。問うべきことは、「この患者は SST に反応できるだろうか」ではなく、むしろ、「この人が SST に参加し、成功していくために、私たちはどう学習原理を応用し、適応させていけばよいだろうか」ということである（リバーマン 2011:202）。

なお、SST は生活の中での対人行動に焦点を当てているので、特定の専門職に限って用いられる方法ではない。現在 SST を実施しているのは医師、看護師、保健師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士など、幅広い人たちである。また、専門職だけに限られた方法でもない。同じような悩みを克服した家族がほかの家族に教えるとか、回復した当事者がほかの当事者に教えるとか、SST の支援者は今、非常な広がりを見せている（前田 2013:43）。

#### ◇より一層の普及の必要性

SST のテクノロジーは成熟してきており、効果に関する実証的な研究も過去 20 年にわたって積み重ねられてきたとはいえ、SST の活用は、まだ一部の少数の支援の専門家に限られている。多くの施設やクリニックで、慢性的な精神障害のある人のために交流を楽しむグループや機会を提供してはいるが、構造化された、体系的な SST を提供しているところは

きわめて少数である。従来 of 言語による講義や協議は、多くの表面的な「言葉」を生み出すが、しかし、エンパワメントを促進し、意思決定を共有し、自分で責任を引き受け、個別に適切な目標を達成するための現実の「行動」そのものを生み出すことはほとんどない。統合失調症やその他の精神障害のある患者が SST によってリカバリーの機会を強化されるのは、さまざまな治療や援助が同時に提供されている場合だけである。組み合わせるべき治療や援助には、抗精神病薬、症状管理、支持と相互尊重と信頼ある治療関係をともなった継続的ケア、集中的ケースマネジメント、援助付き住居、職業リハビリテーション、経済的保障、ピアサポート、家族教育といったものがある (リバーマン 2011:206)。

SST の有効性を示すおびただしい研究があるとしても、薬物療法やほかの治療法と同じように、SST は決して単独で有効性を得られるものではない。そのことを、しっかりと頭に入れておかなければならない。SST は、他の方法と並ぶ 1 つの治療法であり、思慮深く他の方法と組み合わせることによって、患者のリカバリーの可能性を高めるのである (リバーマン 2011:197)。

#### ◇今後の課題

長く SST 普及協会の会長を務め、アメリカの SST 事情にも詳しい精神科医の西園昌久は、同じ SST であっても、アメリカや外国における SST と日本における SST には違いがあるように思われる、と指摘している。すなわち、外国の場合には、グループの中で自分の意見を発言するということが当然であり、グループの中で自分が言えないということが不安の理由になる。これに対して、日本人の場合は、グループの中に自分が受け入れられるかということが、非常に大きな不安になる。SST を実施する際には、個人と集団との関係の国民性の違い、あるいは文化的な違いというものも考慮せねばならないであろう、としている (西園 2023:276-277)。

また、この点に関連して、西園は、統合失調症経験者には、「社会生活のしづらさ」に起因する、再発への引力のようなものがあり、それは、本人の自尊心の傷つきとか、自己評価の場や自己実現の場での喪失感であって、この自尊心というのは、自分で自分を評価すると同時に、自分が大事だと思っている人から受け入れられるといったようなことであるから、コミュニケーションというのが非常に大事になる、としている。つまり、自分に対するコミュニケーションであると同時に、周囲とのコミュニケー

ションというものが大事になるので、その点からも、グループでの SST が大事になる（西園 2023:154-155）。

さらに、現在の重要な問題点として、精神科医が SST に必ずしも関心を持つ傾向にはないということがある（西園 2023:206）。今後日本の精神科医療が変わっていくためには、患者の生活の場で援助をしなければならなくなるであろうが、そのために極めて大切なこととして、精神科医が SST に近づいていくということがある。精神科医はジレンマの中にある。ひとつは、今の神経科学の発達、そして製薬会社の資本が精神科医に対してあれこれと攻勢をかけてきて、薬物本位の精神科医療が展開されてきている。しかし、患者の心理であるとか、患者の置かれている社会的な問題であるとか、家族関係の問題とか、あるいは経済的な問題、さらには職場や近隣の偏見の問題等々に、現実には精神科医もすでに直面している。けれども残念ながら多くの場合、精神科医はそれらの問題に関して十分に系統的に教育され、訓練されているとは言えない。そしてまた、現在ますます重要性を高めている「チーム医療」の中に精神科医が入っているということが、極めて困難な状況にある。今後、日本の精神科医療につき確実に予想される変化が次第に現実化してくるにつれて、当然ながら、医療機関の中で診察室の椅子に座って医師が診察しているだけでは済まない状態が起きてくるであろうし、また診察室の中にも、患者の実生活という事柄を無視できない事態が起きてくるであろう（西園 2023:221）。

### ③ 作業療法（OT）

欧米の「新たな流れ」を汲んで導入された<sup>(6)</sup>日本の統合失調症に対する作業療法は、医療においては、急性期治療から回復期の入院治療のみならず、外来の作業療法やデイケアプログラム、さらにアウトリーチによる支援にまで広がっており、障害福祉領域に目を向けると、地域に居住する人に対して作業療法士による生活支援や就労支援が行われている（池田 2021:1491-1492）。

---

(6) 詳しくは後述するが、わが国において過去には精神病院が入院患者に対して各種の画一的な労働を半ば強制して、それを作業療法ではないにもかかわらず、作業療法と称して診療報酬を請求する、という不正行為がなされていたことがあった。そして、世間に発覚して指弾されるというような経験があった（早坂 2018:5）。すでに過去の話となっていることを望みたい。

作業療法では、個別性・多様性に富む「作業」を用いる。「作業」は精神症状や機能的側面に対する治療手段である場合もあれば、取り組む「作業」自体が目標となる場合もある(池田 2021:1492)。具体的には、対象者についての個別のアセスメントにより得られた状態やニーズに合わせて「作業」を工夫・調整し、合意のもとに対象者に提供する。精神状態の悪化や認知機能の低下により困難を抱えている場合には、それに適応した作業とフィードバックを行い、生活・就労などの社会適応を目標とする場合には、その実現のために必要となる「作業」を提供する。重要なことは、本人が「したい」または「する必要がある」と思える作業を行うということである。本人の希望に基づくことで、内発的動機づけも得られやすい(池田 2021:1493-1494)。

#### ◇作業療法の基本的な考え方とその具体的な内容

わが国の作業療法においては、障害をとらえる見方として、従来から医学モデルを中心としたものに基づいていた。医学モデルは、1970年代後半までは機能回復を中心に考えられていたが、1980年代に入ってQOL (quality of life) の概念が登場し、対象者を生活主体としてとらえようとする傾向が生じた。また、1985年には、日本作業療法士協会が「作業療法」の定義を定め、その中で「主体的な生活の獲得」という文言が明記された。このような経過のなか、1970年代後半に利用者を生活という視点から見つめることが重視されるようになり、医療者中心の治療主義である「病理モデル (医学モデル)」から、利用者中心の「生活モデル」への発想の転換が求められるようになった。現在では、地域精神医療の推進とともに、生活モデルが基軸となっているが、ただし、実際に精神科病院に入院している患者は、集団生活の下、入浴や食事といった日常生活の時間のほとんどを管理されている現状にある<sup>(7)</sup>。特に、「受け入れ条件が整えば退院可能」な、かつての隔離収容の名残りともいえる20～30年以上の長期の社会的入院の患者は、これまで長い年月の間、主体性や自己決定とは対極にある(職員の指示に従い動くことを求められる)人生を歩んできた。このような患者が、生活モデルが目的とする「患者自身が主体性や自発性

---

(7) 現状でも日本における作業療法の対象は入院患者の比率が依然として高く、その地域生活移行の促進にあたり、クライアント中心の方法論が十分に活用されているとは言えない。実効性をさらに高めるための工夫が求められている(池田 2021:1496)。

をもつことの必要性」について、疑問をもったとしても不思議ではない。こうした入院患者の状況の改善は、長期在院患者の退院・社会復帰に関する地域精神保健の課題であるとともに、生活モデルアプローチの重要な課題である（早坂 2018:9-10）。

#### ◇実施場所による内容の違い

医療領域における精神科作業療法は、入院医療、通院医療、訪問医療として、院内では設備の整っている作業療法室を中心に行われるが、回復過程により急性期や維持期などで病棟から出られない場合には病棟にて、ベッドサイドや病棟内のデイルームなどのスペースに向向いて行う。また、身体感覚の回復などの目的で、体育館やホール、グラウンドなど院外でも行う。そのほかには、日常生活技能や社会生活技能などで実際の場面での訓練が必要な場合には、公共施設や交通機関を直接使用する場合も多い。通院医療として、外来作業療法として作業療法室にて、精神科デイケア、ナイトケア、ショートケアなどでの支援を行う。訪問医療として、訪問リハビリテーションや訪問看護として、居宅、生活訓練施設（援護寮など）に向向いて支援を行う（早坂 2018:34）。

しかし、今後の精神科作業療法については、入院における精神科作業療法と、地域での精神科作業療法とを、区別して考える必要がある。すなわち、精神障害の入院治療における作業療法では、疾患の病理に着目し、機能面の質を評価する。そして症状の軽減と緩和に向けた治療を行い、対象者の生活水準を向上させる。これは医学モデルの概念としてのアプローチに比重が置かれ、対象者の評価と治療のプロセスは、ボトムアップ方式が相応である。一方で、退院して地域生活支援に移った対象者への作業療法では、対象者の健康的な面とストレンクス（強み）に焦点を当てた評価・支援を行い、生活モデルとしてのアプローチに比重を置く。その際には、対象者の評価と治療のプロセスは、トップダウン方式が適している<sup>(8)</sup>。つまり、「入院に求められる治療は“疾患”に、地域に求められる支援は“障害”に視点を置く」、同様に、「治療に基礎づけられる中心価値は“症状の回復や軽減緩和”とし、地域生活に基礎づけられる中心価値は“社会

---

(8) 「ボトムアップアプローチ」とは、精神面や身体面といった基本的な機能を整えた後に、段階的に作業支援や社会参加を進めていくことである。「トップダウンアプローチ」とは、利用者の叶えたい希望や役割などを中心にそれに必要な作業支援や機能調整を進めていくことである（早坂 2018:63）。



生活力”とするという区別である。ただし、ここで誤解してはならないことは、入院と地域という状況に応じてアプローチ方法を医学モデルと生活モデルに完全に二分化するべきであるというわけではない。入院中にも入院直後から退院前の状態まで変化があるように、地域に移った後も対象者によって障害の程度は異なる。主体は対象者本人であることを念頭に置き、対象者個人の状態に合わせて作業療法の援助アプローチを替えて提供する必要がある (早坂 2018:13)。

#### ◇最終目標の設定の重要性

精神科作業療法士にとっても、医学モデルと生活モデルのとらえ方は熟慮すべきものである。医学モデルに偏れば、機能などにのみアプローチし、症状があるなしにこだわる作業療法士になりかねず、生活モデルに偏れば、病は治さなくとも社会生活は営めるといったように、自己中心的な作業療法を展開してしまう結果に陥りやすい (早坂 2018:10)。作業療法の最終目標は、「対象者が自分で作業ができるようになる」ことである。「環境」「人」「作業」に着目し、症状の緩和だけでなく QOL (quality of life) の向上も目指した作業療法を対象者自身が自然にできるように、根気強く支援する必要がある。そこには「リカバリー」「エンパワメント」「レジリエンス (resilience: 困難な状況でも回復できる力)」などの視点への着目と支援の実践も必要である (早坂 2018:63-64)。医療機関などでしばしば実施される「模擬的な環境」での「模擬的な作業」では不十分であることが多い。「リアルな (本来の) 環境」で「リアルな (本来の) 作業」を「人 (対象者)」ができるように支援していくという考え方が大切である (早坂 2018:62)。

したがって、作業療法を実施するにあたり必ず決めておくべきものは、最終的な目標となるゴールである。そのためには評価結果から導き出された対応課題 (利点、問題点など) を明確にし、多職種チームで共有しておく。ゴールの設定では、漠然としたゴールでは意味がなく、実現可能で現実的なものでなければならない (早坂 2018:99)。その際に大事なことは、「障害があるからできない」ではなく、障害を受容し、残存機能を活かし、「何かをしたい」という意欲を高めることである。そのためにさまざまな作業を分析し、患者が望む作業と目標を段階付けて行えるようにすること、そして、自信を取り戻し、生活への工夫を自発的に行うようになることが、作業療法の目指すところである (関 2022:13)。



また、作業療法では、症状の重症度、再燃の頻度、寛解の持続性ととともに、生活への影響度を評価し、対象者を治療・支援することが重要である。精神科医療では、精神症状のみに焦点化しやすい傾向にあり、症状が変調するだけで作業療法が中止、変更されやすい。症状に合わせた作業療法では一貫性が担保されず、社会生活を見据えた適切な支援は難しい。そのため、精神科作業療法では、症状のみの評価に終わるのではなく、参加や活動の状況も含めたうえでの回復を評価しなければならない。つまり、社会生活や対象者の生活に適応できる機能と能力の回復段階を明確にとらえるために継時的比較と横断的比較が重要となる（早坂 2018:110）。

#### ◇他の職種との連携

作業療法の指示箋が医師から出され、導入面接を行う前の準備段階として、カルテおよび多職種からの情報収集は欠かすことができない。評価計画、実施計画を適切に行うための手順であり、良質な情報をより多く収集することが重要である。特に現病歴の収集は重要な情報の1つである。作業療法では、何十人もの患者を1人の作業療法士が担当しなければならない傾向にあり、丁寧な情報収集を日々の臨床において積み上げる習慣を身に付ける必要がある（早坂 2018:94）<sup>(9)</sup>。

その反面として、作業療法の経過の評価は、精神科チーム医療においては大変重要な情報となる。作業療法の評価の結果は、診察室で行われる構造化面接や検査の結果では得られにくいものが多く、患者の病棟での生活の情報とも異なることが多い。作業を用いて評価した所見は患者の社会生活を映し出し、支援や介入すべき内容について具体的に検討することができる。たとえば、職場へ復帰するための作業療法では、患者が職場で求められる作業能力を分析し、その能力が問われる場面を作業を用いて再現

---

(9) 患者が作業療法を処方された時点で、患者の以下の状況を知っておくことが大事である。1) 入院直後、長い入院生活、退院間近で退院までの期間はどれくらいか、2) 病状が安定している状態なのか、不安定な状態なのか（病気を）、3) 患者が自分の症状や立場を理解しているのか、いないのか。4) 退院後の状況はどうなっているのか、家族、復学、進学、就職、復職、再就職、就労支援などの利用、経済状態。これらのことを知った上で、治療の大枠を考える。1) 遊びから導入した方が良い状態なのか、2) 体を動かすだけなのか、3) 治療的に行うのか、4) 職業訓練的に行うのか、といったことである。これにより、「治療の流れ（全体図）」のどこから始めたらよいかの目安ができる（関 2022:142）。

し、社会生活への適応を促すことができる (早坂 2018:101)。

なお、対象予定者を作業療法に参加させること自体が、作業療法士の手腕にかかっているところがある。すなわち、作業療法への参加度は、患者1人ひとり違う。患者たちはまず来てくれないものと思って接することが必要である。医師から作業療法の処方箋が出されたら、まず、患者を病室まで迎えに行くが、なかなか誘導に応じてくれない場合がよくある。そのときは、いつも同じ時間に10分か20分一緒にいるようにする。病室に行くとき避けられるという場合は、いつも同じ場所でその患者から見える所にいることにして、患者が寄ってくるのを待つ。これは患者の状態による。半年かかる人もいれば、1年、2年とかかる人もいる。看護師や主治医と一緒に来てくれると誘導しやすい (関 2022:97)。

#### ◇作業療法の基本思想

作業療法の根本的な存在理由は、抽象的にいえば、次のようになる。すなわち、作業が始まり、作業が終わる、その一連の体験は生きていること、時が流れていること、そのものである。健康な部分に注目し働きかける。活動を通して何ができないのかを見極めるだけでなく、何ができるのか、またその可能性をともに探し完成へと導く作業を行う。このプロセスは生きること、生きていること、そのものであり、患者や障害者という立場を超え、人間としての再確認や、日常(病的世界)からの離脱により、人として認められたという実感が湧く。作品を完成させることによって、人生観、価値観の転換が期待できる (早坂 2018:105)。

ある熟練の作業療法士は、以上のことを噛みくだいたかたちで、次のように説明している。

すなわち、人間が社会で生きていくために求められること、言い換えれば社会生活能力 (activity of social living: ASL) の指標としては、次のようなものがある。1) 自分で考えて、行動することができる、2) 困ったとき、人に助けを求めることができる、3) 間違えたり失敗したときにやり直すことができる。4) 仕事をやり遂げることができる、5) 新たな目標を定めて取り組むことができる、6) 他の人の世話ができる。これらに対応して、作業療法の達成度の指標は、1) 作業を自分で考えて進めることができる、2) 指導を求めることができる、3) 間違いや失敗したときにやり直すことができる、4) 作業を完成させることができる、5) 新たな作業に取り組むことができる、6) 他の人に教えることができる、となる (関

2022:49-50)。そして、次のようにまとめている。

作業療法は、モノ作りをしながら、失敗をすること、無駄をすること、そして、それを工夫して乗り越えること、自分でできなかったら人に聞くこと、またはSOSを発信すること、やり遂げる達成感を得ること、また次の目標を定めること、人に教えることで人に役立つことを学ぶ機会となります。〔中略〕「何をしたいかわからない」という患者さんにとって、目標が提示されていることでやるべきことがはっきりと分かり、それに取り組んでいくうちに最終的にはそれまで学んできた技術を活かして自分で作ってみたいものに取り組むようになります。これは、自分で目標を決めるという体験にもなります。始めは小さな目標から次第に大きな目標に変わっていき目的を達成します。このような流れは、リハビリテーションの長期目標を達成するための短期目標を設定するという過程と同じです。最終的には患者さん自身が病気であっても、障害があっても、自分のやりたいことを見出していきます。患者さんだけでなく誰もが同じです。障害があろうがなかろうが、目標を目指し、今、自分のできるところから始めます。その足がかり、手がかりの切っかけを作ればよいと思います（関 2022:187）。

#### ④ 場としてのデイケア

第二次大戦後、カナダとイギリスで発祥したデイケアは、今日おおいに普及し、精神科医療における1つの潮流となっている。わが国においても、デイケアは少しずつ増え、1980年代に至って急激な増加をみた（浅野 2015:83）。具体的には、まず、1958年に精神衛生研究所がデイケアをスタートさせた。当時、対象とされた患者は成人の精神障害者、主として統合失調症の人と知的障害児であった。プログラムは、投薬、個人・集団精神療法、レクリエーション、作業療法、家族面接、家族会などの組合せによるものであった。その後、次々とデイケアの施設が作られ、1970年代前半には、大規模なデイケア施設が作られている。当時は診療報酬で点数化されていなかったため、大規模な施設は診療報酬外でやっていた。1974年にデイケアが診療報酬の点数として認められた。その後、地域独立型のデイケア施設として、1982年に北九州市立デイケアセンター、1983年に仙台市デイケアセンターが作られた。さらに、1987年に保健所

デイケア事業、1988年に小規模デイケアが診療報酬で認められて、診療所(クリニック)におけるデイケアが急速に普及した(浅野 2015:166-167)。設置主体別に見ると、精神科病院のデイケアが圧倒的に多くて約7割を占めている。それに次いで、精神科診療所、精神保健福祉センターの順になっている(浅野 2015:169)。デイケアと入院治療の根本的な違いは、病院に入院すれば生じる社会生活との遮断をデイケアでは避けることができるという点にある。利用者は家庭や地域との日常的なつながりを維持しながら医療を受けつつ生活することができる。入院治療に伴いがちなインスティテューショナルリズム(施設症)の弊害を除去し、治療場面に容易に社会性を導入できるところにデイケアの主たる利点がある(浅野 2015:130)。デイケアの果たした役割としては、それまで退院したら自宅にいるしかなかった人たちに居場所を提供しただけではなく、社会参加へとステップアップするための支援が行われてきている(池淵 2024:140)。

#### ◇デイケアで行われるプログラム

デイケアには、精神科病院に付設されたデイケアと、診療所(クリニック)に付設されたデイケアと、その他の関連施設に付設されたデイケアがあるが、それらのうちのどれであるかによって、通う人たちの背景やニーズはだいぶ違う。そのことを踏まえて種々のプログラムが提供されているが、今日のデイケアでは多彩な心理社会的プログラムが行われており、好きなプログラムを選択して参加するやり方が主流となっている。社会生活に慣れない人たちのために集団で楽しみ対人交流に自信と意欲を持てるようにするプログラムと、社会参加に必要なスキルを学ぶプログラムが、その2本柱である(池淵 2024:139)。

デイケアの特質は、疾患を問わず軽症から中等症の精神障害を有する人びとを対象とし、集団療法を用いて多職種協働で医療を提供するところであり、プログラムの柔軟性と積極的な地域との交流こそがデイケアの命と言える(浅野 2015:157)。精神障害を有する人びとはデイケアの保護的な空間において緩やかな時間を与えられ、治療者側からのタイムリーな働きかけが行われ、集団のなかでもまれることによって、現実の社会に再び参加できる機会が与えられる(浅野 2015:163)。

デイケアにおいて重要なことは、その場所を使って何をするかということである。たくさんのことができる。これを「はらっぱ型デイケア」という呼び方をしよう。はらっぱというのは、そこにいるメンバーによって自

由に作り変えることができる。メンバーによって変わっていきけるのがはらっぱ型デイケアである。したがって、自由度が高い。メンバーの嗜好性や自律性、リカバリーの度合いによって変わってくる。これに対して、遊園地はとにかく楽しめるが、しかし、決まったことしかできない。ジェットコースターで、「僕だけ立って乗っていいですか」ということは、絶対許されない。安全装置があって、確認をされる。その代わりに、ある程度過激なこともできる。ここには必ず安全性の管理が入る。「遊園地型デイケア」というのは、プログラムはたくさんあるが、管理や監視が強くなるデイケアになる。「はらっぱ型デイケア」と、「遊園地型デイケア」の2つがあることを理解し、そのバランスがよくなるように工夫する必要がある。たとえば、初めて入ってくるような人たちのデイケアは、遊園地型デイケアがいい。これはある程度スタッフが黒子になる、スタッフ主導のプログラムであり、まず配慮すべきことは、安全管理である。そして、随分と成熟してきたデイケアであれば、はらっぱ型デイケアでメンバーの自主性に任せたようなデイケアのほうがよい（肥田 2018:83-84）。

同時に、デイケアの中では、たくさんのプログラムを用意しておくことが重要になる。画一化されたプログラムが1つしかなくて、そこに入るしかない、ということになると、私たちが当たり前のようにやっている「選ぶ」ということを、メンバーは奪われてしまう。たとえば、スポーツというプログラムがあっても、それがフットサルだけだとすると、高齢のメンバーはもうスポーツには入れない。したがって、たくさんの中から選べるということが大事になる。筆者〔肥田〕が運営しているデイケアには、月に84~90種類のプログラムがある。この中から好きなものをメンバーが選んでいく。たとえば、就労系のプログラムだけでも16種類あるし、ミーティング系も21種類ある。ミーティング系の中でも、SSTにいたっては12種類もある。その他、学習系や外出系、自助グループ系、イベント系、心理系、栄養系がある。通所メンバーは、この中から選んでいくわけである。私たちは常に選択して暮らしている。電車のルートも選択しているし、何を着るか、何を食べるかも選択している。メンバーたちがデイケアに来て、プログラムが1個しかない、食べるものも1つに決まっている、そして、みんなで同じような給食を食べる、といったことでは、凝集性の獲得にはいいかもしれないが、選ぶことの楽しさはない。「選べるようにする」ということが、是非とも必要である（肥田 2018:95-

96)。

また、デイケアのプログラムは、課題別（活動）プログラムだけでなく、スタッフミーティング、情報交換、家族への支援などが充実していなければ治療効果は期待できない。課題別（活動）プログラムが「オモテのプログラム」であるならば、これらの諸活動は「ウラのプログラム」であり、これら2つが立体的に構成される必要がある。さらに言えば、「オモテのプログラム」では、話し合いの時間、各種スポーツの時間、手工芸や芸術的活動、調理などさまざまな種目が実施されるが、これらプログラムは、1つの場を形成する手段に過ぎないとも言える。極端な言い方が許されるならば、種目は何でも良い。プログラム実施中の対人交流のあり方にこそ着目すべきである（浅野 2015:30-31）。個別面接、家庭訪問などのアウトリーチサービス、スタッフミーティング、グループレビュー、ケース検討会、主治医・保健師・外来講師との情報交換といった「ウラのプログラム」がどのくらい充実しているかによって、「オモテのプログラム」の成否も決まるのであり、「ウラのプログラム」が豊かになってはじめてプログラムは厚みを増し、立体的なものとなる。その厚みの程度に応じて、利用者同士や、利用者スタッフとの間の対人交流が発展すると考えられる。「ウラのプログラム」は「オモテのプログラム」ほどは目立たないが、デイケアの治療効果はいつに「ウラのプログラム」にかかっていると言っても過言ではなからう（浅野 2015:31-32）。

さらに、デイケアは、集団療法を基本にした治療法であり、そこでは、利用者同士の対人交流やスタッフとの対人交流がきわめて重要な意義をもっており、その対人交流が1人ひとりの利用者に治療的変化をもたらすと考えられている。集団の相互作用は、引きこもりがちな利用者には活性化と刺激を与え、集団からの受容と好意的感情は、利用者の自己評価を高め自己受容を促す。しかしながら、一方に個人療法的支えがなければ、利用者は集団からドロップアウトしてしまう。脆く傷つきやすい利用者は、スタッフの積極的な支持と保護とを必要としている。したがって、デイケアでは集団療法だけでなく個人療法も欠かせない（浅野 2015:60-61）。

#### ◇多職種チームによる協働

多職種協働チームが機能して、職種の垣根なくサービスを提供したのは、わが国ではデイケアが嚆矢であろう。さらに、生活モデルに立脚して、障害（disability）を持つ人が地域で暮らすことをサポートする場で



もあった。医学モデルは、個人の中にある機能や形態の棄損（機能障害 impairment）の治療を行うことによって、日常生活でみられる障害（disability）を軽減する戦略であるが、精神疾患の場合、そもそも機能障害が明確になっていないために、行われる治療にも限界があり、長期入院を招く一因になっていた。生活モデル（社会生活でみられる困難に対する支援によって、地域生活を行えるようにする）、もしくは社会モデル（社会の側が変わることによって社会生活でみられる困難を軽減する）に沿った支援によって、メディカルスタッフは、医師や看護師や心理職による従来の医学モデルや心理モデルとは異なる、独自の存在意義を確立したように思われる（池淵 2024:139-140）。

デイケアのスタッフは、精神科医師、看護師、作業療法士、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、事務職員等から構成される。デイケアのスタッフは、専門を異にする多職種で構成されることから、スタッフ1人ひとりの専門性を活かすことと、チームプレイとがつねに重要な課題になる（浅野 2015:16）。デイケアの治療場面は、つねにチームアプローチによって支えられており、治療構造の根幹をなしている。したがって、チームアプローチについての基本的理解がスタッフにとって必須の条件となる。デイケアにおいては、医師の指示のもとでコ・メディカルスタッフが丸となって治療にあたるという従来のスタイルは当てはまらない。チームの構成員の各々が、自らの責任と権限を認識してはじめて、お互いが主体的にチームに参加することができる（浅野 2015:33）。そして、スタッフの役割は、一言で言えば利用者に寄り添い「生き方」をともに考えることにある。利用者は1人ひとり個性が違い、それまで歩んできた人生も異なるので、その人に相応しい「生き方」を見出すことが課題となる（浅野 2015:34）。

#### ◇残されている課題

デイケアは、定期的な通所を前提条件とする点と、治療の手段として集団を用いる点に特徴がある。裏返して言えば、通って来られなければデイケアにはならないし、集団に参加できなければ治療にはならない。精神に障害をもつ人びと、とりわけ統合失調症圏の人びとは、集団への適応と帰属に挫折した人たちである。したがって、内閉的な生活でようやく安定を保っていられた人が、デイケアという場に出てくるには、大きな障壁を乗り越えなければならない。しかも、集団に耐えがたい人びとに対して、デ



イケアは集団を用いて治療しようとするのであるから、基本的に背理を含んでいるともいえる (浅野 2015:75)。デイケアに参加する患者というのは、現実には、クリニックのごく一部である。さらにいうとクリニックに来ている患者は、地域の患者のまたごく一部である。地域で医療を行うには、そこまで目を向けなくてはいけない。自分がやっている仕事はクリニックの中でどこを担っているのか、そして、地域の中でどこを担っているのか。これら2つの視点が必要となる (肥田 2018:275)。

また、デイケアの効果として評価されているものも、プログラムの直接的な効果ではなく、デイケア内外の対人的相互作用の反映である可能性が大きい。したがって、デイケアが自己完結的で地域に向かって閉鎖的であっては、治療的な意義が薄れてしまう。デイケアが地域に開かれ、地域を指向することの重要性は、いくら強調してもしすぎるということはない (浅野 2015:66)。そして、これから必要とされるデイケアについて、次のように考えられる。1つ目は急性期のデイケア、2つ目は回復期のデイケア、3つ目は小規模で多機能型のデイケアであり、さらに、デイケアは座して利用者を待つ時代は終わり、デイケアであっても、アウトリーチサービスを併行して展開すべきであろう (浅野 2015:178)。

[未完]

#### [引用文献一覧]

- 浅野 2015：浅野弘毅『精神科デイケア学——治療の構造とケアの方法——』（エム・シー・ミュージズ、2015年）
- 天笠 2021：天笠 崇「社会生活スキルトレーニング (SST)」精神医学 63 巻 10 号 1483-1490 頁 (2021 年)
- 安西 2021：安西信雄「統合失調症の心理社会的治療」精神医学 63 巻 10 号 1427-1435 頁 (2021 年)
- 池田 2021：池田望＝森元隆文＝横山和樹「統合失調症の作業療法——クライアント中心の方法論とリカバリー概念からみた意義と方法」精神医学 63 巻 10 号 1491-1497 頁 (2021 年)
- 池淵 2024：池淵恵美「心理社会的プログラムガイドブック」(医学書院、2024 年)
- 鈴木 2021：鈴木道雄「特集にあたって (特集・統合失調症の心理社会的治療)」精神医学 63 巻 10 号 1425 頁 (2021 年)
- 白石 2010：白石弘巳『統合失調症からの回復を考える——心理教育・地域生活支援・パートナーシップ——』（星和書店、2010 年）
- 関 2022：関 京子『精神科 作業療法士の仕事——「社会に生きる手助け」という役割』

- (協同医書出版社、2022年)
- 中川 = 鈴木 2014：中川与四郎 = 鈴木國文「統合失調症患者の退院可能性アセスメント」精神科治療学 29 卷 1 号 25-30 頁 (2014 年)
- 西園 2023：西園昌久 (SST 普及協会監修)『SST と精神療法——コミュニケーションの意味とスキル』(金剛出版、2023 年)
- 早坂 2018：早坂友成編『精神科作業療法の理論と技術』(メジカルビュー、2018 年)
- 肥田 2018：肥田裕久『精神科リハビリテーション——スキルアップのための 11 講』(星和書店、2018 年)
- 前田 2013：前田ケイ『基本から学ぶ SST——精神の病からの回復を支援する——』(星和書店、2013 年)
- 吉見 2015：吉見明香 = 加藤大慈 = 平安良雄「IMR でリカバリー！——BP ツールキット普及の中で」こころの科学 180 号 22-26 頁 (2015 年)
- 吉見 2021：吉見明香 = 加藤大慈 = 菱本明豊「統合失調症に対する illness management and recovery (IMR) ——その適応と効果」精神医学 63 卷 10 号 1453-1461 頁 (2021 年)
- リバーマン 2011：ロバート・ポール・リバーマン (池淵恵美監訳、SST 普及協会訳)『精神障害と回復——リバーマンのリハビリテーション・マニュアル——』(星和書店、2011 年) [Robert Paul Liberman, *Recovery from Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation*, (American Psychiatric Publishing, 2008)]