

精神科リハビリテーション

山崎修道
栗本大学医療部附属病院

統合失調症について

統合失調症は生活障害を伴う慢性疾患である。統合失調症の経過は、急性期と慢性期に分けられる。統合失調症の急性期は、陽性症状(幻覚や妄想)がメインの症状である。急性期には、入院治療や薬物治療が行われる。慢性期は、陰性症状(感情鈍麻・意欲の減退)がメインの症状である。

陽性症状は、大部分が抗精神病薬の服用によって消退するが、陰性症状は年単位の長期

間にわたって残る。また、抗精神病薬を服用していても、完全に陽性症状が消えず、持続的な陽性症状(持続症状)が残ることもある。生活上のストレスが引き金になって、症状が増悪し、再発することも多い。

精神科デイケアにおける統合失調症のリハビリテーション

統合失調症の慢性期では、①陰性症状の改善、②生活の改善と社会復帰、③持続症状のマネジメントが重要である。精神科デイケアは、慢性期の統合失調症のクライアントを対

象に、集団での活動を通じたりハビリテーションを行う場である。具体的には、①陰性症状を改善し、②生活リズムを整え、③社会復帰に必要なスキルを獲得し、④服薬や症状の自己管理技能を獲得していく。

精神科デイケアは、①入院治療に引き続き、積極的に治療を行うもの、②退院から社会への移行期ケアや職業訓練を行うもの、③長期慢性患者の憩いの場的なもの、の三つに大別される。また、①と②を通過型デイケア、③を居場所型デイケアとする分け方もある。

居場所型デイケアは、主に高い年齢層(四〇代以降)を対象とし、日中通う場を提供することに主眼を置いている。一方、通過型デイケアは、主に若年層(二〇～三〇代)を対象とし、濃厚な治療的介入を通じて、リハビリテーションを積極的に行うことに主眼を置いている。

通過型デイケアのうち、病院内に併設されており医療との連携を密接に行うものを、とくに精神科デイホスピタルと呼ぶ。精神科デイホスピタルは、診断や急性期治療などを在宅ベースで実施する、より医学モデルの色彩が強いデイケアである。精神科デイホスピタルでは、医療との連携のしやすさを活かして、積極的な心理社会的治療・働きかけを行う。

筆者の所属するデイケアは、このデイホスピタルに当たる。退院以降(時には入院中から)の積極的な治療と社会復帰・就労・就学を目的とした通過型デイケアである。以降は、通過型デイケアでのアセスメントについて、話を進めていく。

精神科デイケアにおけるアセスメントの実態

通過型デイケアでは、導入期・積極介入期・移行終結期ごとに、クライアントへの働きかけが異なる。そのため、必要なアセスメントも異なる(表1)。

また、デイケアでは、集団全体のアセスメントも重要である。デイケアでは、集団の力

個人	導入期	積極介入期	移行終結期
集団	グループダイナミクス		

動を治療的に用いて、クライアント個人の成長を促すことができる。集団内でクライアントがどのような位置づけか、他のクライアントとの関係はどうか、集団全体のグループダイナミクスはどうか、などをつねにモニターし、個人・集団双方への働きかけに活用していく必要がある。

導入期のアセスメント

導入期には、①担当コメディカルスタッフとの治療関係の構築、②クライアントの集団へのスムーズな導入、③クライアントのニーズアセスメントが必要になる。そのために、デイケア導入時点でのインテーク面接が重要になる。

インテーク面接では、二種類の「まぐ(訊く・聴く)」スキルを用いて行う。クライアントのこれまでのつらさやデイケアへの希望・日常の趣味などを聴いて、治療関係を構築する。対人関係のとり方やこれまでの生活・進路選択の方法を訊いて、デイケア導入後の展開を予測するための情報を集める。デイケアをどう活用したいか、デイケアを卒業してどうなりたいたいかを聴いて、デイケア活用のモチベーションを高める。

この他にも、症状の程度、服薬態度、リハビリへの準備性、生活拡大のパターン、知的水準などの情報を、できる限りインテーク面接で集める。しかし、インテーク面接は、あくまで治療関係の構築が最優先である。情報を集めることを優先するあまり、クライアントに負荷をかけてしまうことは避ける。

デイケアでのリハビリテーションでは、クライアントの家族の役割も非常に重要である。クライアントの家族とも関係を構築するために、家族へのインテーク面接も行う。家族のインテーク面接では、クライアントが語らなかつた事実や、家族がクライアントをどのように評価しているか、といった情報が得られる。また、家族自身がリハビリにどの程度協力的か、家族がどの程度治療者として機能できるか、などもアセスメントする。

家族へのインテーク面接の場合も、クライアントへのインテーク面接と同様に、関係の構築が最優先であるため、機動的にならないよう最大限の配慮をする。

インテーク面接で得られた情報から、スタッフでケースカンファレンスを行い、デイケア導入時の方針について検討する。最初は週何日からデイケアを開始するのが適切か、本人に負荷がかからず、かつ動機づけにつながるプログラムは何か、導入時に担当以外のスタッフはどのようにかわればよいか、など詳細にわたって検討し、スムーズなデイケア導入につなげていく。デイケア導入以前に実施したアセスメントの結果も合わせて検討する。

デイケア導入後は、デイケアの集団内で、どのような行動をとるのかをアセスメントす

表1 デイケアにおけるアセスメントの枠組み

る。個別面接で得られた情報からは予想がつかない行動をとるクライアントもいる。その場合には、集団内での行動について得られた情報をもとに、方針を修正し、働きかけを変えていく。統合失調症かアスペルガー症候群か、診察場面では鑑別がつきにくいクライアントも、集団での行動を観察すると一目瞭然である場合もある。実際に、集団内の行動をもとに、主治医の診断が変わったケースもあった。

このように、デイケア導入期では、①インターク面接によるアセスメント、②集団内での行動についてのアセスメントが重要である。また、この時期には、クライアントへの負担を最小限にするために、検査法によるアセスメントよりは、観察法・面接法によるアセスメントから情報を得ていく。

積極介入期のアセスメント

クライアントがデイケアの集団に慣れようと、デイケアに通うことへのモチベーションが高まり、デイケア内の仕事・役割も経験するようになる。筆者のデイケアでは、クライアントのリハビリテーションを効果的に行うために、クライアントが主体的にプログラム

運営を担うシステムを構築している。このようなシステムを、「実行委員会方式」と呼ぶ。

デイケア内の仕事は、毎日のお茶を用意する係、ごみを捨てる係などのこまかい係から、スポーツのプログラムを取り仕切る係、料理を取り仕切る係、日帰りイベントを企画する委員、デイケア全体のプログラムを統括する委員まで、大小さまざまな仕事・役割が

表2 東京大学医学部附属病院精神科デイホスピタルの通常プログラム

午前	午後	月	火	水	木	金
		軽作業 軽作業 全体M 委員会活動	スポーツ SST 全体M 委員会活動	料理・料理相談 茶話会 全体M 委員会活動	ゲーム スポーツ 全体M 委員会活動	

M:ミーティング

に障害があるため、健常者には簡単な役割・仕事でも達成することが難しく、自信をなくしたりやる気を削がれたりして、途中で諦めてしまいがち。

統合失調症のクライアントの学習を促進させるためには、課題を達成可能なレベルまで細分化し、成功体験を積み重ねていくような

学習を行う必要がある。このような学習プロセスを、無誤謬学習 (errorless learning) と呼ぶ。

デイケアスタッフは、クライアントの無誤謬学習を促進するために、クライアントがどのような仕事なら可能なか、どのような仕事に動機が生じるのかを、実際にデイケア内

の仕事を実行する場面を観察して、アセスメントする。また、どのような助言やお膳立てがあれば、クライアントが仕事を遂行することが可能なかアセスメントする。デイケアの集団場面では、クライアントとともに仕事をしながら、同時にクライアントの能力をアセスメントしつつ、適切な働きかけを行う必要がある。

積極介入期では、集団場面での実践を通じたアセスメントが必要になる。アセスメントに基づいて働きかけを行い、働きかけの結果によってア

ある。小中学校の学級運営のイメージに近い(表2)。クライアントは、デイケア内での仕事を無理のないステップを踏んで達成していく。

仕事を達成することで、クライアントは他のクライアントからの賞賛・評価を受ける。そのようなプロセスの中で、失われた自信(自己効力感)を回復していく。統合失調症のクライアントが社会復帰するためには、自己効力感の回復が不可欠である。

当然のことながら、デイケア集団への適応がスムーズにいかないケースのほうが多い。統合失調症のクライアントは、精神疾患に罹患したために、社会生活経験に乏しいことが多い。また、統合失調症のクライアントは、実行機能・言語性記憶・注意などの認知機能に障害をもつ。そのため、日常生活や仕事を行う際に支障をきたすことがある。統合失調症のクライアントは、①社会生活経験の不足、②認知機能障害が原因で、社会的・对人的スキルが不足している。デイケア集団にスムーズに適応させるためには、スタッフの働きかけが適宜必要になってくる。

また、役割・仕事を遂行し、達成感をもって自己効力感を回復するためには、クライアントに失敗させないことが非常に重要である。統合失調症のクライアントは、認知機能

表3 精神科デイケアでのアセスメント(積極介入期)

アセスメント	方式	目的	時期
WAIS-R, WAIS-III	検査法	知的水準・認知機能の把握。	(可能であれば導入前) 社会復帰移行直前
簡易精神症状評価尺度(BPRS)	観察法	症状の客観的なモニタリング。評価度を用いる。	3カ月に1回
対人自己効力感尺度	観察法 検査法	対人コミュニケーションスキル、自己効力感のアセスメント。スタッフによる他者評価と、クライアントによる自己評価を併用。	3カ月に1回
SSTアセスメント	観察法	対人スキル(受容技能・処理技能・送信技能)のアセスメントとSSTにおける適切な課題設定のため。	3カ月に1回
服薬態度質問紙(DAI)	検査法	服薬に対する意識・態度を評価する。	3カ月に1回
疾病・薬物知識度質問紙(KIDI)	検査法	精神疾患・精神科治療に関する知識を評価する。	3カ月に1回
地位記録*	観察法	集団内での縦の関係(どの程度評価されているか)のアセスメント。	2週間に1回
ソシオグラム*	観察法	集団内での横の関係(どの程度つながりがあるか)のアセスメント。	2週間に1回

*集団アセスメント

アセスメントを修正し、修正されたアセスメントに基づいてさらに働きかけを行っていく。このような一連のプロセスを経て、リハビリテーションを行っていく。

積極介入期ではまた、客観的な尺度を用いたアセスメントも、施行可能なものから徐々にやっていく。当院デイケアでは、以下に示すアセスメントを定期的に行っている(表3)。

- (1) ウェクスラー成人知能検査 改訂版・第三版(WAIS-R, WAIS-III)

クライアントの知的水準や認知機能の特徴を把握するために行う。可能であればデイケア導入前に行うようになっている。また、社会復帰に移行する直前に、デイケア卒業前の検査として位置づけ、実施している。

デイケアでのリハビリテーションの前後で、かなり成績が改善する。とくに、言語性短期記憶を反映した「数唱」と、視覚・運動協応能力を反映した「符合」の成績は、デイケア導入時と移行終結期で統計的に有意な変化がみられている。デイケアでの活動が、認知機能リハビリテーションとしての効果をもつことが示唆されている。

このような効果をクライアントに目に見える形で提示し、自己効力感の回復につなげた。社会復帰へ向けての課題を示し、目標設

定の援助に活用したりしている。

(2) 簡易精神症状評価尺度 (BPRS)

BPRSは、クライアントの精神症状の程度を客観的に把握するために用いる。評価尺度の基準にしたがって、一八項目七件法の評価を行う。

評価はコメディカルスタッフが行ったあと、主治医のチェックを受けようとしている。ただ単に症状を数値化して把握するだけでなく、主治医との情報共有のためのコミュニケーションツールとしての意味合いもある。

(3) 対人自己効力感尺度

対人自己効力感尺度は、一六種類の対人コミュニケーション場面について、「できる」「できない」を四件法で評価する尺度である。

デイケアでは、クライアントによる自己評価と、担当コメディカルスタッフによる他者評価を併用している。統合失調症のクライアントの場合、クライアントによる自己評価とスタッフによる他者評価が一致しないことが多い。クライアントの自己評価のほうが、スタッフによる他者評価よりも高かったり、またその逆の場合もある。

自己評価と他者評価のズレが小さいほど、

的確にセルフモニタリングができていけるといえる。実際に、デイケアでのリハビリテーションが進むと、自己評価と他者評価のズレが小さくなっていく。

(4) SSTアセスメント

SSTアセスメントは、SST (Social Skills Training: 生活技能訓練) のセッションの際に、三カ月後を想定した長期目標と、長期目標を達成するためのステップになる短期目標を設定するために実施する。

スタッフの観察から、クライアントの対人コミュニケーションスキルを、受信技能・処理技能・送信技能に分けてアセスメントし、クライアントに必要な課題を明確化する。アセスメントの結果は、スタッフミーティングでも共有し、集団での働きかけに活用している。

(5) 服薬態度質問紙 (DAI)

服薬態度質問紙は、クライアントの抗精神病薬服薬に対する考え、実際の服薬状況などをきく三〇項目二件法の質問紙である。

統合失調症では、服薬中断による再発が多く、社会復帰をするうえで、服薬を自己管理できるようになることがとても重要である。服薬に対する考え方はクライアントそれぞれである。リハビリテーションでは、クラ

イアントが服薬についてどのように考えているかを把握しておくことがとても重要である。クライアントが服薬に対して拒否的である場合には、心理教育などを通して、服薬コンプライアンスを高めていく必要がある。

(6) 疾病・薬物知識度質問紙 (K-I-D)

疾病・薬物知識度質問紙は、クライアントが精神疾患に対する正しい知識をどの程度もっているかを調べる質問紙である。

クライアントの精神疾患に対する知識もさまざまであり、間違った知識に基づいて行動し、再発につながってしまうケースも多い。デイケアでは、症状自己管理のための心理教育プログラムを通して、正しい知識を獲得できるように働きかけている。

以上が精神科デイケアで定期的にしているアセスメントである。以上のアセスメントツールは、クライアント個人をアセスメントするものである。精神科デイケアでは、クライアント個人のアセスメントに加えて、デイケア集団全体のアセスメントも行っている。以下に説明する。

(1) 地位記録

地位記録は、デイケア集団のいわゆる上下

関係をアセスメントするものである。集団内で他のクライアントからどの程度評価されているか、といった集団内での縦の関係を評価する。

地位記録は、クライアントの集団内での地位を、I~VIの六段階に分けてアセスメントする。Iはデイケアグループ全体のまとめ役、IIは小グループのリーダー、IIIはグループに普通に溶け込んでいるフォロワー、IVはデイケアプログラムには参加できるがグループ化されていない段階、Vはデイケアに遇えるが、プログラムに参加できない段階、VIはデイケアに来院できなかつたクライアントとなっている(図1参照)。

筆者のデイケアでは、一週間に一回、地位記録によるアセスメントをスタッフミーティ

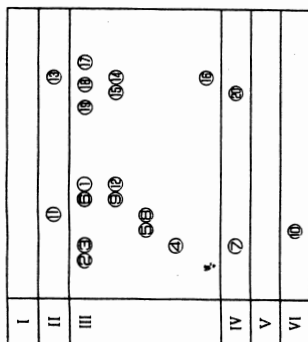


図1 地位記録の実例 (①~⑩が男性、⑪~⑳が女性)

ングでのディスカッションを通して行い、結果を図1のようにまとめている。

(2) ソシオグラム

ソシオグラムは、クライアント集団内でのいわゆる横の関係をアセスメントするものである。デイケアプログラム以外のインフォーマルな場面(デイケアの休み時間・休日などで、実際に行動をとりにしているかどうか

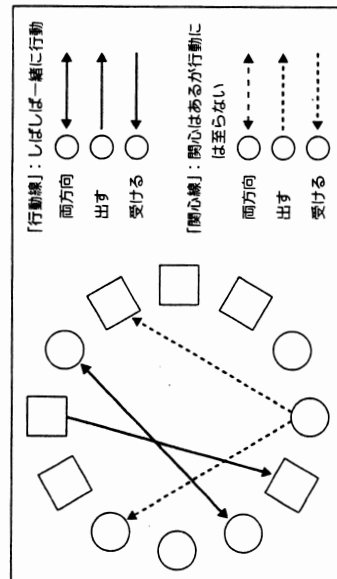


図2 ソシオグラムの実例 (□男性、○女性)

かを判断基準として、スタッフの観察によってアセスメントする。

実際に行動をとりにしているクライアント同士を赤の実線で結び、誰から誰に対して積極的かを矢印で示す。行動には結びついていないが関心をもっていると判断されるクライアントを赤の破線で示す。つねに一線にいるクライアント同士を赤の二重線で結ぶ。反発しあっているメンバーは黒の実線で結ぶ(図2参照)。

線の出し方・受け方を見ることで、集団におけるクライアントの人間関係の持ち方をスタッフ全員でアセスメントできる。また、集団全体の線の数から、集団全体のダイナミクスを把握することができる。

移行終結期のアセスメント

クライアントはデイケアの中で役割を経験し、成功体験を積んで自己効力感を回復し、服薬・症状の自己管理スキルや対人スキルを獲得して、社会復帰への準備性が備わっていく。社会復帰への準備性が備わった段階で、デイケアを終結し、就労や就学といった次のステップへ移行していく。移行終結期の段階では、次のステップである就労や就学に具体

的に照準を合わせたアセスメントが重要である。

筆者のディケアでは、移行最終期に入るメンバーには、「就労(就学)前検査」という位置づけで、心理検査バッテリーを実施している。この心理検査バッテリーには、以下の二つの目的がある。

①社会復帰へ向けて、クライアント自身に現時点での能力を客観的に把握してもらい、クライアントみずから適切な進路選択ができるように促すこと、②「就労(就学)前検査」を行うことで、ディケアから次のステップへ移ることを動機づけ、就労(就学)するというクライアントの気持ちを現実的で確固たるものにする、ことである。

筆者のディケアでは、以下の心理検査を行っている。

(1) WAIS-R, WAIS-III

前にも述べたとおり、WAISのプロファイルから、クライアントの認知機能の特徴を把握することができる。移行最終期では、単に特徴を把握するというよりも、WAISの結果を就労や就学と結びつけた形でクライアントにフィードバックすることが重要である。

就労や就学に対して必要以上に不安を示し

ているクライアントには、十分に就労や就学が可能であることを伝え、WAISの結果を根拠に、無理なく始められる職種などを提示し、励ましたり自信をつけたりする。また逆に、時期尚早な職種を希望する場合は、WAISの結果を提示して、みずから妥当な職種が選択できるように促していく。

(2) 内田クレペリンテスト

内田クレペリンテストは、単純な加算作業を通じて、作業時のパフォーマンスの拙れ・正確性・注意の持続力などを総合的にアセスメントする検査である。内田クレペリンテストの成績をもとに、作業時のクライアントの特徴をフィードバックする際も、就労や就学と結びつけることが重要である。作業量・正確性・初頭効果の強さ・動揺率など多面的に評価して、フィードバックする。

作業量は少ないが、間違いの少ないクライアントには、「ゆつくりだがとめてもいいので正確なので、まずはスピードを要求されない仕事のほうがよい」というようにフィードバックできる。

内田クレペリンテストは、単純な加算作業であるが、社会復帰に向けて非常に豊富な情報が得られる。統合失調症のクライアントは、実行機能に障害があるため、二つの矛盾

する指示を両立させつつ課題を遂行することが難しい。内田クレペリンテストでは、「できるだけ早く」「正確に」加算作業を行うように教示される。この「できるだけ早く」という要求と「正確に」という要求をバランスをとりながら行うためには、実行機能が要求される。統合失調症のクライアントの場合、早いのが正確、もしくは正確だが遅い、のいずれかになりがちである。

このような実行機能障害は、就労や就学など社会復帰した際に、定着の障害になりやすい。筆者の最近の経験では、検査の際の教示を工夫するだけで、パフォーマンスが改善するケースがあった。正確だが間違えないように慎重になりすぎて、作業量が遅くなってしまうクライアントに対して、一週間間隔を置いて再度テストを施行した。再テスト時には、「どんなに間違ってもいいからとにかく早くやってみてください」と教示した。その結果、計算を間違えた数はまったく変わらず、作業量は一分平均で約一〇ほど多くなった。

クライアントが実際に就労や就学をした際に、どのように課題に取り組みばいいかアドバイスを求められることがある。その際にも、クレペリンテストの結果は有用になるだろう。

清野らによれば、内田クレペリンテストの動揺率は、統合失調症患者において、ディケア卒業後の社会適応と関連することが示されている。内田クレペリンテストの特定の指標を用いて、統合失調症患者の予後を予測し得ることが示唆されており、研究面からも興味深いテストである。

(3) 厚生労働省職業適性検査

厚生労働省職業適性検査は、一五種類の課題の結果から、おおまかな職業適性を判定する検査である。計算や文章完成課題など、筆記による検査だけでなく、器具を用いて手指の巧緻性を測定する検査もある。

標準化された時期が古いため、現在の職業をとりまく状況とずれている部分もある。そのため、評価の際には注意が必要である。現代の職業選択に合った改訂が必要である。

(4) 職業興味検査

クライアントがどのような能力を使う職業に興味をもっているかをアセスメントできる検査である。六つの興味の領域(対人・社会・自然・機械・実業・芸能・研究)と、三つの興味の型(言語・技能・計算)について、プロフィールをみる事ができる。また、興味水準(訓練が必要な専門職を志向

するかどうか)もアセスメントすることができる。

筆者の経験では、ディケア卒業間近のクライアントは、興味水準が低いことが多いが、興味の領域・興味の型はクライアントによりさまざまである。

(5) 気質・性格質問紙(TCI)

気質・性格質問紙(Temperament and Character Inventory: TCI)は、クロニンジャーが開発したパーソナリティを測定する質問紙である。TCIは、動物行動実験の結果を踏まえ、神経伝達物質機能の個人差と関係がある行動(新奇性追求・損害回避・報酬依存・固執)を抽出して作成された質問紙である。

近年の研究から、TCIで測定された気質が、人間の脳内神経伝達物質(ドーパミン、セロトニン)の機能を規定する遺伝子と関連性があることが示されている。TCIは、遺伝規定性の強い「気質」に加えて、成人期に成熟し、自己や社会の有効性に影響する「性格」を測定することができる。

クロニンジャーの理論では、人の行動は、発達初期には行動を自動的にコントロールする気質によって決定されるが、成長するにしたがって、性格によって調節される、と想定

されている。

「気質」の四次元(新奇性追求・損害回避・報酬依存・固執)と、「性格」の三次元(自己志向・協調・自己超越)の合わせて七次元で、パーソナリティを測定することができる。このうち、自己志向と協調の傾向が低い者は、人格障害のリスクが高いという報告もある。

筆者のディケアでは、最近TCIを就労(就学)前検査に導入している。TCIの結果から、クライアント自身が、行動のアクセラ(「新奇性追求」)が強いタイプなのか、ブレーキ(「損害回避」)が強いタイプなのか、クライアント自身のパーソナリティに対する洞察を促すことができる。

また、筆者の経験では、ディケア導入時と比べて、卒業時には、クライアントの自己志向性と協調性が高くなることが多い。ディケアでのリハビリが進むと、目的に合わせて自己をコントロールする力(自己志向性)と他者と協調する力(協調性)がついて、社会復帰への準備性が備わると考えられる。

気質・性格質問紙は、二四〇項目四件法の質問紙である。分量が多いため、実施にはある程度の集中力や持続力が必要である。他の心理検査と同様に検査そのものが、就労や就学へのステップとなる課題と位置づけられる。

まとめ

普通型の精神科デイケアにおけるアセスメントについて、①デイケア導入期、②積極介入期、③移行終結期に分けて概説した。また、個別アセスメントと集団アセスメントについて概説した。

「実行委員会方式」による精神科デイケアは、いわば社会のシミュレーション状況である。そのため、個別面接によるアセスメント以上の豊富な情報が得られる。とくに、社会復帰を想定した精神科リハビリテーションを行ううえで、必要不可欠な情報が得られる。

また、デイケアでは、アセスメントそのものを社会復帰に至るステップと位置づけることで、リハビリテーションに直接活かすことができる。

精神科デイケアにおけるアセスメントでは、①多面的な評価、②アセスメントをリハビリテーションに活かす視点、③個人と集団双方のアセスメント、④デイケアでの適応・就労や就学といった個々の明確な目標に沿ったアセスメント、が重要である。

デイケアにおけるアセスメントは、デイケアの運営や介入技法と不可分である。デイケア

の運営の実際や、個々のアセスメントの詳細については、『精神科デイケアマニュアル』⁽¹⁾を参照されたい。

文献

- (1) 西園昌久「デイケア活動の評価：予後調査より」『精神医学』三七巻、三七―四三頁、一九九五年
- (2) 古川俊一・藤枝由美子・山崎修造他「東大病院リハビリテーション部精神科デイホスピタルとその役割」『精神科臨床サービス』七巻、三六―三七頁、二〇〇七年
- (3) 池淵憲美「デイケアの概念と精神医療における位置づけ」『精神科臨床サービス』七巻、三〇―三二頁、二〇〇七年
- (4) 下山晴彦「心理臨床の発想と実践」岩波書店、二〇〇〇年
- (5) 中安信夫「特異にあたって（鬱病・アスペルガー症候群と統合失調症辺縁性）」『精神科治療学』二三巻、二五―二六頁、二〇〇八年
- (6) Kern, R. S., Wallace, C. J., Hallman, S. G. et al.: A training procedure for remediating WCST deficits in chronic psychiatric patients: an adaptation of errorless learning principles. *J Psychiatr Res* 30: 283-294, 1996.
- (7) 山崎修造、浅井久栄、柴田真美子他「精神科デイケアでは何が改善するのか？—WAT-S-Rを用いた検討」第二回精神障害者リハビリテーション学会、二〇〇四年
- (8) 太田敏男、池淵憲美、増井寛治他「精神分裂患者の適応阻害要因の研究—デイ・ホスピタル

- ての集団における地位と対人選択の特徴」『精神医学』二五巻、九三―九四頁、一九八三年
- (9) Green, M. F.: What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 153: 321-330, 1996.
- (10) 清野繁、山崎修造、古川俊一他「統合失調症患者における内田クレペリン検査成績と社会適応度との関連—一五年間の予後予測の試み」『精神医学』五〇巻、一四―一四九頁、二〇〇八年
- (11) 宮内隆「精神科デイケアマニュアル」金剛出版、一九九四年

(やまざき・しゅうどう／臨床心理学・精神保健福祉学)

●II・名論

成人期

【司法／PTSD】

被害者支援

性犯罪被害がもたらす精神的影響

本稿では、司法領域で近年注目されている被害者支援について、とくに性犯罪被害によるPTSD (Post-traumatic Stress Disorder: 心的外傷後ストレス障害) を取り上げて解説する。

(1) 性犯罪被害の実態

日本における強姦および強制わいせつの認知件数は二〇〇三年をピークに減少傾向にあり、二〇〇六年は強姦一九四八件、強制わい

上智大学大学院文学研究科心理学専攻
齋藤 梓
東京精神医学総合研究所
鶴田信子
東京精神医学総合研究所
飛鳥井 望

せつ八三二六件であった⁽¹⁾。しかしながら性犯罪被害は暗数が多く、このような数字は被害実態の一部しか反映していないことが各種調査の結果から示唆されている⁽²⁾。

たとえば内閣府調査の結果では、成人女性の七・二%が意に反した強制的な性交を経験したことがあると回答していた。また、安藤らによる都内在住の二〇―五〇歳台女性を対象とした無作為抽出郵送質問紙調査の結果では、回答者の八二・七%が過去に何らかの性的被害を経験しており、そのうち強姦は八・三%、強姦未遂は一四・二%、性器接触は二一・四%であった。

さらに石井ら⁽³⁾による都内女子大学生を対象とした調査の結果では、性的被害を「望まぬのに、性器やその周辺、胸などを直接あるいは衣服の上から触られたり、触らせられたりする性体験」と定義したところ、何らかの性的被害を受けたことのある者は四八%にのぼり、レイプ被害（暴力やその脅しのないしは酷罰下での挿入を伴った性的被害）と定義）は四%であった。

これらの調査結果からすれば、性犯罪被害は、警察の認知件数よりもはるかに多く発生していることがうかがわれ、まれな被害ではない。

一方、深刻な性犯罪被害による精神的後遺症はしばしば重大であり、被害者の精神健康に長期の影響を及ぼす可能性のあることが明らかにされている⁽⁴⁾。

藤岡⁽⁵⁾は、性犯罪のもつ特質について次のように述べている。「性暴力は、性的欲求によるというよりは、攻撃、支配、優越、男性性の誇示、接触、依存などのさまざまな欲求を、性という手段、行動を通じて自己中心的に充足させようとする「暴力」であるという本質を、明確に認識する必要がある。そこでは、他の種類の暴力あるいは虐待同様に、被害者の欲求や感情は無視され、踏みにじられる。被害者は、加害者が自分の欲求や感情を

精神科臨床サービス 原稿

特集 「本人の『思い』を実現する就労支援」

テーマ 第4章 さまざまな現場での就労支援の実際 < 医療機関における実践 >

1)精神科デイケア

山崎修道 1・浅井久栄 2

所属

1: 東京大学 医学部附属病院 リハビリテーション部 精神科デイホスピタル

2: 東京大学 医学部附属病院 精神神経科 看護部

1. 背景・概要

1.1 精神科デイケアにおける就労支援

「精神科デイケアにおける就労支援」と一口に言っても、「精神科デイケア」の機能が施設によって異なるため、一概には述べられない。筆者の所属するデイケアは、大学病院に併設されているデイケアであり、退院以降（時には入院中から）の積極的なリハビリテーションと社会復帰・就労・就学を目的とした通過型デイケアである。本稿では、筆者の所属する東京大学医学部附属病院精神科デイホスピタル（以下、東大DH）の臨床実践を紹介し、デイケアで当事者の「思い」を実現する就労支援を展開していくプロセスを述べる。そして、東大DHの臨床実践の中から得られた、就労支援をうまく進めるためのコツについてまとめた。

2. 精神科デイホスピタルにおける就労準備リハビリテーション

2.1 東大DHの概要

東大DHは、1974年に設立された大規模精神科デイケアである。精神障害を持つ当事者は、デイケア通所開始時には、「自分は働けなくてもいい」「隠居生活でもいい」と言うことが多い。しかし、病状が良くなり自信がつくと、必ず「働きたい」「学校に行きたい」「自立したい」と思うようになる。東大DHでは、設立当初より一貫して、統合失調症を中心とする精神障害を持つ人の「働きたい」「学校に行きたい」「自立したい」という切実な希望を実現するために、様々な支援を行ってきた。

東大DHには、常時40人ほどの在籍者がいる。平均年齢は20代半ばであり、若い当事者が多い。疾患は、統合失調症が8割以上だが、発達障害や神経症を持つ当事者もいる。週4回、1日6時間のプログラムを行っている。プログラムの内容は、曜日ごとに固定されており、基本的には全員が参加する単一プログラム方式である。

東大DHにおける就労準備リハビリテーションでは、実行委員会方式による集団精神療法、コメディカルスタッフによるケースマネジメント、認知行動療法による日常生活スキル・症状自己管理スキルの獲得が三本柱になっている。集団精神療法とケースマネジメントが車の両輪のように機能し、認知行動療法が潤滑油になることで、当事者の就労支援が可能になる。

本稿では、紙幅の都合上、実行委員会方式とケースマネジメントについて述べることにする。認知行動療法（SST・症状自己管理モジュール）については、山崎（印刷中）を参照されたい。

2.2 実行委員会方式による集団精神療法

実行委員会方式は、当事者が主体的にデイケアプログラムの運営を担うシステムである。スタッフはあくまで黒子的なサポートに徹し、当事者自身がデイケア内のさまざまな役割を分担して遂行していく。実行委員会方式のデイケアは、社会のシミュレーション状況になる。実行委員会方式の詳細については、宮内（1997）をご参照いただきたい。

東大DHでは、当事者がデイケアに通所している間に、どのような状況で再発しやすいの

か特定するようにしている。統合失調症をはじめとする重度の精神障害を持つ当事者は、ストレスになる状況が、個々人の中である程度一貫している（湯浅，1978）。再発につながりやすいストレス状況が特定されれば、就労した後でも、ストレス状況の予測がつきやすく、再発を予防する働きかけが可能になる。また、当事者自身が自分の弱点になるストレス状況を把握しておけば、自己対処も可能になる。

当事者は、デイケア内での仕事を無理のないステップを踏んで達成し、他の当事者やスタッフからの賞賛・評価を受ける。そして、障害による挫折体験によって失われてしまった自信（自己効力感）を回復していく。精神障害者が社会復帰するためには、自己効力感の回復が不可欠である。

2.3 コメディカルスタッフによるケースマネジメント

東大 DH では、導入時にいったん決まったコメディカルの担当スタッフは、異動などの特別な事情がない限りはデイケア導入から就労以降まで変わらない体制にしている。一貫して1人のスタッフがフォローすると、長期にわたって強い援助関係を作ることが出来る。

東大 DH では、担当コメディカルスタッフと援助関係を十分に構築した上で、生活臨床をベースにしたケースマネジメントを展開している。生活臨床は、1950年代に群馬で生まれ、地域で展開された、精神障害者の社会復帰支援のための考え方・技法である。生活臨床では、精神障害を持つ当事者を、生活拡大のパターンから 能動型・ 受動型に分ける。また、援助者の働きかけへの反応を元に、 依存型・ 啓発型に分ける。このうち、受動・啓発型の当事者は非常に稀なため、 能動型、 受動型、 啓発型の 3 パターンに分けている（表1）。この3パターンによって、有効な働きかけ方が全く異なる。

表1 生活臨床における生活類型とタイプ

		生活拡大のパターン	
		自ら拡大する	拡大しない
断定的な指示 への反応	有効	能動型	受動型
	無効	啓発型	

能動型の当事者は、自ら生活拡大するチャレンジャーである。能動型の当事者には、本人に働きかけて過剰な生活拡大を防ぐ。能動型の当事者には、まず先に本人の頑張りや得意な点（例：毎日デイケアに通えている、話しがとても上手い、英語が得意など）を褒め、期限を具体的に明確にして、延期させることで、本人の焦りを抑える。（例：「せっかく今頑張って毎日通えて、体力もついてきたのだから、あと3ヶ月間デイケアを休まずに通えたら、就職について考えよう」）。

受動型の当事者は能動型とは逆に、自分からは生活拡大しない。周囲の人から能力以上の生活拡大や変化を迫られると困惑、混乱して症状が悪化してしまう。受動型の場合、生活拡大を強いている周囲の人に働きかける。当事者には、援助者の判断を具体的・断定的に、迷わせない形で、不必要に待たせずに伝えるのが良い。受動型の当事者は、就職が決まった後も、新しい環境に慣れるのにストレスがかかるため、徐々に適応するのを励ましながらサポートする。また、職場に働きかけられる場合は、急激に仕事量や種類・時間を増やさないように依頼しておく。症状が悪化した場合は、職場環境や仕事内容の変化・人事異動の有無・家庭環境の変化がないかどうかを調べ、問題解決できるようにサポートする。

啓発型の当事者は、自ら生活拡大していく能動型と似たタイプだが、援助者の判断を具体的・断定的に伝えると、上手く行かなくなることが多いタイプである。啓発型の詳細については、浅井（印刷中）に詳しく書かれてあるので、そちらを参照していただきたい。啓発型の当事者は、自分の判断基準をしっかりと持っているにもかかわらず、自分の判断に自信が持てないため、常に両価的（アンビバレンツ）な言動になる。そのため、常

に援助者を振り回す「援助者泣かせ」のタイプである。しかし、啓発型の当事者は、基本的には妥当な判断が出来る能力を持っているため、いったん自信がつくと社会適応は良い。

啓発型の当事者には、本人の試行錯誤を見守りながら現実適応的行動の学習を促していく。啓発型の当事者には、先回りして援助者の判断を具体的・断定的に伝えないほうが良い。まずは本人の話聞くことに徹して、援助者と関係がついた上で、本人の発言に対して、非言語的に援助者のメッセージを出すようにする。啓発型の当事者は、言葉に出さなくても援助者の気持ちを察する能力がある。また、啓発型の当事者は、本音と逆の言動を取ることが多いので、言動を真に受けずに、当事者の気持ちの動き・本音に注目して、振り回されない対応をすることが重要である。

2.4 就労までの具体的なプロセス

東大 DH では、出来るだけ長く就労継続出来ることを目指して、リハビリテーションを行っている。近年では、精神障害者が障害者雇用率にみなし算定されるようになり、精神障害者保健福祉手帳の有無が就労活動の成否に大きく関わらようになってきている。このような状況を踏まえ、就労を目指す当事者に対しては、当事者本人や家族の同意が得られれば、デイケア在籍中に精神障害者保健福祉手帳を取得することを勧めている。

東大 DH では、就労に移行する当事者には、就労前検査を行っている。就労前検査の目的は、当事者自身に自分の能力を客観的に把握してもらい、当事者自ら適切な進路選択が出来るよう促すこと、デイケアから次のステップへ移ることを動機付け、就労するという当事者の気持ちを現実的で確固たるものにすること、である。就労前検査の詳細については、山崎（2008）を参照していただきたい。

就労前検査が一通り終了した時点で、家族と当事者を含めた面接を行い、就労への方針を家族を含めて確認しておく。障害を明かすのか、明かさないのか、どのような職種・勤務形態を目指すのか、などを家族とも合意しておく。就労のプロセスについて家族へも情報提供を行い、就労活動中に調子を崩した際の対応についても話し合っておく。家族にも就労支援者として協力してもらうことが、非常に重要である。

就労への方針が固まった段階で、SST でも就労活動中の様々な課題を取り上げていく。就労支援センターに訪問するアポイントを取るところから始まり、支援センターやハローワークへ行った時の対応、ハローワークの相談員に希望の職種を伝える方法など、企業との面接以外にもきめ細かく練習するようにしている。企業との面接では、志望動機の説明、自己アピールなどに加えて、デイケアプログラムの説明、主治医・スタッフや家族と相談の上現時点で就労可能であること、不調時に自分で対処できること、希望の時間・日数を説明できるように練習しておく。

東大 DH から就労に至るパターンは大きく以下の5つに分けられる（図1）。～は、障害を明かす（オープン）ケースである。障害を明かす場合は、障害者就労支援センターを利用する場合、直接ハローワークの専門援助第二部門を利用する場合、就労継続支援・就労移行支援などの保護的就労をいったん利用する場合の3つに分けられる。障害者就労支援センターを利用する場合は、原則として精神障害者保健福祉手帳を取得する必要があるため、当事者本人の障害の受容が不可欠になる。障害者就労支援センターを利用することで、求人情報や就労後の職場環境へのアクセスが良くなり、就労支援や定着支援を強力に行うことが出来るようになる。直接ハローワークの専門援助第二部門を利用する場合は、窓口が一本化されるため、支援者間の情報共有や調整がやりやすい。また、障害者手帳が未取得の場合でも、現時点ではハローワークの専門援助第二部門は利用可能である。しかし、ハローワークには、障害者就労支援センターほど強力な就労支援を求めることは難しい。2007年に文京区に障害者就労支援センターが設置されるまでは、東大 DH では主にこのルートを使うケースが多かったが、最近では、精神障害者保健福祉手帳を取得している場合、障害者就労支援センターを利用するケースが増えている。

また、デイケアでのリハビリが終了した段階ですぐに就労することが難しいケースについては、就労継続支援や就労移行支援施設（いわゆる作業所）をいったん利用して、保

護的な就労でさらにリハビリを行い、一般就労へ向けたステップとすることもある。その際は、当事者の就労への希望を聞いたうえで、就労へ向けた次のステップという位置づけで、作業所を勧めるようにしている。

・ は、障害を明かさずに就労する（クローズド）ケースである。障害を明かさない場合は、ハローワークの一般窓口を介して職探しをする場合と、直接アルバイトやパートなどの一般求人に応募する場合がある。最近では、インターネットの求人情報サイトを通じて応募することも多く、このケースが多い。障害を明かさない場合は、職場に支援者が直接アクセスできないため、不調時に職場に働きかけることが難しく、障害を明かす場合よりもリスクを伴う。しかし、当事者本人の能力や障害受容の可能性からみて、障害を明かさないほうが上手く行くケースもある。東大DHでは、当事者の状況に合わせて、ケースバイケースで対応している。

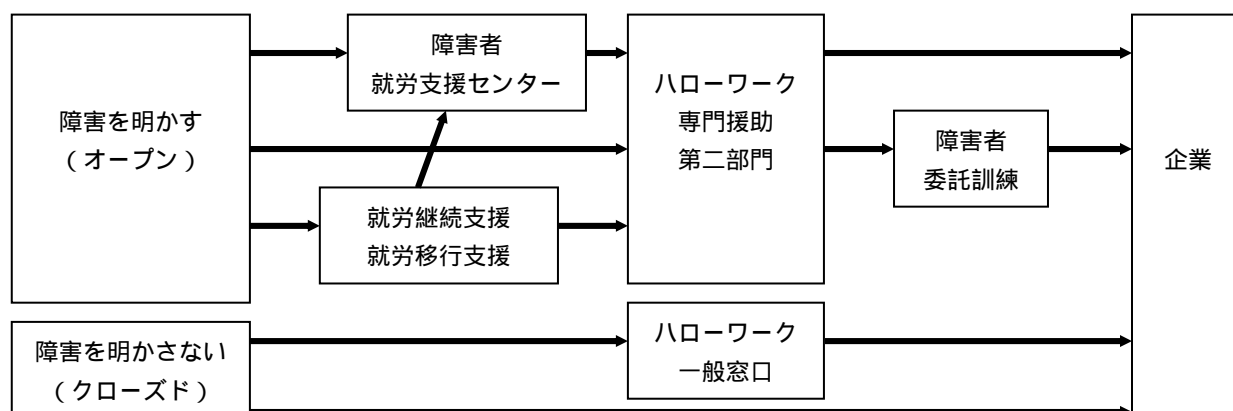


図1 東大DHから就労にいたるパターン

2.5 デイケアを中心とする就労支援ネットワークの構築

デイケアは医療機関の中にあり、精神障害のリハビリテーションが主な機能である。そのため、就労支援を上手く行うためには、地域の就労支援機関との緊密な連携が不可欠である。東大DHでは、近隣の地域（文京区・台東区・新宿区など）のハローワークや障害者就労支援センターと連携して就労支援を行っている。また、東大DHが母体となって設立した区内の小規模授産施設・作業所（銀杏企画）や、当事者が就職した企業とも緊密な連携を行っている。2007年より、精神障害者リハビリテーションカウンセリング研究会（PRC研究会）を立ち上げ、2ヶ月に1回定期的に研究会を開催している。このPRC研究会が連携の核として機能している。

3. デイケアにおける就労支援のコツ

以上、東大DHにおける就労支援の具体的なプロセスを述べた。東大DHでの経験から、精神障害者の就労支援では、1) 見通しと働きかけ、2) マッチング、3) 連携の大きく3つについて、以下の点が重要だと考えている。

1) 見通しと働きかけについては、支援者が当事者の特徴をアセスメントし、具体的な見通しを持っておくこと、常に上手く行かなくなった場合を想定しておくこと、職場環境を細かくアセスメントしておくこと、支援者自身が期待しすぎないこと、十分な就労準備リハビリテーションを行い、リスクを最小限にすることが重要である。

2) マッチングについては、支援者がマッチングの選択肢を多く持つておくこと、マッチングに関する一貫した基準を持っておくことが重要である。マッチングの選択肢を多く持つておくためには、支援者自身が日常的にハローワークやインターネットで求人検索を行っておくことと良い。また、「当事者が出来そうな仕事は何か？」と常に意識しておくこと、

意外なところで仕事が見つかったりする場合もある。マッチングの基準については、東大DHでは、経験的に表2のような基準を念頭に置いている。表2のような基準に当てはまる仕事の場合、無理なく長期に就労定着できることが多いようである。

3) 連携については、施設外の支援者(就労支援センター・ハローワーク・企業担当者)と「顔の見える」連携関係を作っておくこと、不調時に迅速に対応できる体制を作っておくこと、施設外支援者・雇用者に分かりやすく障害特性を説明できるようにしておくことが重要である。施設外の支援者と「顔の見える」連携関係を作るためには、職員が積極的に他施設に出向いて、施設外の支援者と日常的に人間関係を構築しておくことがとても重要である。

表2 精神障害者の仕事のマッチング基準

仕事内容	単純で固定化した仕事のほうが良い。 対人接触が出来るだけ少ない仕事のほうが良い。
勤務場所	自宅からの距離が出来るだけ近いほうが良い。
時給	時給が高いと要求水準が高くなるため、出来るだけ低いほうがリスクは少ない。
職場内の人的環境	人数や人の出入りが少ないほうが良い。 面倒を見てくれる直属の上司がいる場合が良い。 職人気質の職場は向かない。
勤務時間・日数	1日4時間～5時間、週4日がベター。それ以上はケースバイケースだが、リスクを伴う。開始時間が遅く(10:00以降)終了時間が早い(16:00まで)ほうが良い。 勤務時間が固定しているほうが良い(シフト制はリスクを伴う)。

4. まとめ

精神科デイケアにおける就労支援について、東大病院精神科デイホスピタルにおける就労支援の実態をまとめた。また、デイケアにおける就労支援のコツについてまとめた。

一般の雇用情勢が悪化する中、今後は、精神障害者の就労支援に明るい「見通し」を持つことは難しくなるかもしれない。しかしながら、どのような状況下でも、支援者自身が諦めることなく、根気強く支援していくことが大切である。

参考：東京大学医学部附属病院 精神科デイホスピタルホームページ

<http://todai-dh.umin.jp/>

文献

- 1) 浅井久栄：精神科デイケアにおける就労支援：実行委員会方式とSSTの統合．安西信雄 編著：地域ケア時代の精神科デイケア実践ガイド．金剛出版，東京，p.117-134，2006．
- 2) 浅井久栄：宮内勝の啓発型について．臨床精神医学，印刷中．
- 3) 宮内：増補 精神科デイケアマニュアル．金剛出版，1997．
- 4) 山崎修道 精神科リハビリテーション[医療/統合失調症]．下山晴彦・松澤広和 編：実践 心理アセスメント 職域別・発達段階別・問題別でわかる援助につながるアセスメント．日本評論社，東京，p.144-152，2008．
- 5) 山崎修道：認知行動療法を学ぼう(第13回)：精神科リハビリテーションでのCBT(統合失調症)，臨床心理学，金剛出版，東京，印刷中
- 6) 湯浅修一：精神分裂病の臨床 通院治療を中心に 医学書院，東京，1978．

臨床心理学 原稿

連載: 認知行動療法を学ぼう(第13回): 精神科リハビリテーションでの CBT(統合失調症)

山崎修道 東京大学医学部附属病院リハビリテーション部精神科デイホスピタル

・精神科リハビリテーションでの認知行動療法

「精神科リハビリテーション」と一口に言っても、その領域は非常に幅広い。精神科リハビリテーションが行われる場合は、医療の場に限らず、地域での社会生活そのものが、精神科リハビリテーションの場である。筆者は、大学病院併設のデイケアに所属している。本稿では、筆者の経験を元にしつつ、精神科デイケアにおける認知行動療法・認知行動的アプローチについて述べる。

筆者の所属するデイケアは、いわゆる通過型デイケア(古川ら, 2007)に当たり、就労・就学を中心とする社会復帰を目的としたリハビリテーションを行っている。当事者の平均年齢は20代半ばと若く、常時40名ほどの在籍者がいる。疾患は、統合失調症が8割以上だが、発達障害や神経症圏の当事者もいる。

精神科リハビリテーションの対象は、統合失調症をはじめとする慢性の重度精神障害が中心である。統合失調症をはじめとする精神疾患は、数多くの生物学的研究から、脳の機能異常が原因であることが分かっている。しかし、脳機能だけが精神疾患の予後を決めるわけではなく、心理社会的な要因も予後に影響する。精神科リハビリテーションでは、生物学的治療法である薬物療法だけでなく、心理社会的治療法である認知行動療法が、治療・介入法として重要である。

・慢性重度精神障害者(統合失調症)の認知・行動上の問題点

統合失調症を中心とする慢性の重度精神障害者は、さまざまな認知・行動上の問題点を抱えて生活している。臺(1981)は、それらを「生活のしづらさ」と呼んだ。精神障害者の「生活のしづらさ」は、コミュニケーションスキルの問題、服薬・症状自己管理の必要性、自尊心・自己効力感の低下、認知機能障害、社会生活・職業生活上の問題の5点に分けられると筆者は考えている(表1)。

表1. 統合失調症を中心とする精神障害者における
認知・行動上の問題点と認知行動療法

問題点	認知行動療法(認知行動的アプローチ)
コミュニケーション	社会生活技能訓練(SST)
服薬・症状自己管理	服薬・症状自己管理モジュール
自尊心・自己効力感	持続的な陽性症状への認知行動療法
認知機能障害	認知機能リハビリテーション
社会生活・職業生活上の問題	生活臨床

統合失調症を中心とする精神障害者は、対人コミュニケーションのスキルに問題を持つ場合が多い。認知機能障害のため、注意力・集中力が続かず、上手く会話できなかったり、集団の中で上手く行動出来なかつたりすることが多い。そもそも、若年発症して社会経験が少なく、コミュニケーションスキルを学習できなかったケースも多い。

また、慢性精神疾患の場合、安定した地域生活を送るためには、服薬自己管理スキルや持続的な症状の自己管理スキルを新たに獲得しなければならない。加えて、精神疾患の発症によって、就労や就学に失敗し、自尊心が傷つき、自己効力感が大きく低下していることが多い。精神障害へのスティグマ（偏見）も、自己効力感を低下させる要因になっている。

さらに、これらの背景に、脳機能の異常に基づく認知機能障害が存在しており、社会生活に重大な影響を与えている。このような問題点が、長期縦断的な社会生活・職業生活上の問題点につながっている。

本稿では、これら 5 つの問題点について、認知行動療法・認知行動アプローチによってどのように対応していくのか、筆者の所属する東京大学医学部附属病院精神科デイホスピタルでの実践を踏まえつつ述べていく。

- 1. 社会生活技能訓練 (Social Skills Training)

慢性重度精神障害者の持つコミュニケーション障害を改善する代表的な方法は、社会生活技能訓練 (SST) である。SST は、現在日本の精神科デイケアで広く一般的に行われている認知行動療法である。SST は、リバーマンにより 1988 年に日本に導入されて以降、東京大学医学部附属病院精神科デイホスピタルが拠点となり、日本に広まった。1994 年には、入院生活技能訓練療法として診療報酬にも組み入れられている。

SST では、教示・モデリング・リハーサル・ロールプレイなど、認知行動療法の中心である「自己教示訓練」の技法が用いられる。SST は、行動療法の影響を強く受けており、主に行動に働きかけることが多い。また、SST では、セラピストがリーダーとなり、グループセッションの中でリーダーシップを発揮して、適応的な行動の学習を促していく。治療者主導の色彩が強く、この点も行動療法的であると言える。

しかしながら、近年では、SST のセッションに、エリスの ABC 図式を取り入れ、当事者の認知の歪みを扱う場合もある。またセラピストとクライアントが 1 対 1 でセッションを行う「個別 SST」という方法もある。このように、グループによる行動療法の要素が強かった SST は、認知療法の要素も取り入れつつ発展している。

筆者の所属するデイケアでは、リバーマンによる導入以来 20 年間 SST を実践している。セッションは週 1 回、1 回 1 時間、デイケア全体を 2 グループに分け、1 グループ 10 人程度で行っている。

筆者の所属するデイケアは、デイケアを社会生活状況に出来る限り近づけるため、デイケアプログラムの運営を意図的に当事者に任せている。このようなデイケアの運営方式を、実行委員会方式と呼ぶ。実行委員会方式が機能しているデイケアでは、当事者が行う役割・仕事・課題が豊富に存在する。また、当事者同士の間にも、仕事を通じた複雑な人間関係も存在する。デイケアが、いわば実社会のシミュレーション状況になる。

実行委員会方式と SST を組み合わせると、生活上の問題点・課題を SST で取り上げやすくなる（表 2）。また、治療者も、デイケアでの日常生活場面で、直接認知・行動上の問題点・課題を詳細かつリアルタイムにアセスメントできる。

SST で取り上げる課題は、デイケア内での課題だけではなく、家族との関係や、デイケア外の友人との関係などについても積極的に取り上げるようにしている。デイケア場面での課題のみに捉われず、当事者を取り巻く日常生活を広く見据えておく必要がある。

表 2 デイケアにおける SST の課題例

課題	スモールステップ	スキル
デイケアメンバーと友達になる	朝来たときに挨拶をする	明るい表情 大きな声 視線を合わせる 身振り手振り
イベントの実行委員をやり遂げる	委員会の会議の司会を上手に行う	司会のスキル ・初めの挨拶 ・議題の確認 ・意見を聞く ・決定事項を確認する ・終わりの挨拶
母親と良い関係を保つ	母親が疲れているときにねぎらう	相手の話を聞く ・あいづちをうつ

SST のセッションの進め方は、基本訓練モデル方式と ステップバイステップ方式の大きく 2 つに分けられる（表 3）。筆者の所属するデイケアでは、主に 基本訓練モデル方式を実践している。基本訓練モデル方式では、セッション時にその都度、参加者個別の課題を引き出す方法である。一方、ステップバイステップ方式は、事前の詳細なアセスメントに基づいて、グループ全体で共通する課題を設定し、カリキュラムメニューに沿ってセッションを進めていく方式である。基本訓練モデル方式とステップバイステップ方式は、細かい点で異なる部分もあるが、基本となる背景理論はいずれも認知行動理論であり、適応的なスキルの獲得を目指すという目的は同じである。参加者のニーズによって、両者を使い分けていくことが非常に重要である。ステップバイステップ方式の実際については、佐藤（2008）に非常に分かりやすくまとめてある。

表 3：基本訓練モデルとステップバイステップ方式

	基本訓練モデル	ステップ・バイ・ステップ
開発者	リバーマン	ベラック
場所	アメリカ西海岸	アメリカ東海岸
臨床現場	精神保健センター	居住型福祉施設・慢性期病棟
セッション	ダイナミックで複雑	ステップに細分化
課題設定	個別の課題設定	グループ共通の目標技能
日本への導入	1988 年 東大 DH	2004 年 SST 学会

- 2. 症状自己管理モジュール・服薬自己管理モジュール

SST では、コミュニケーションに関する行動上の問題点（視線・表情・声の大きさ、など）に、行動療法の技法を用いて介入し、適応的な行動の獲得を目指す。しかしながら、重度精神障害者が社会復帰するためには、コミュニケーション上の課題をクリアするだけでは不十分である。特に、統合失調症の場合、急性期の幻覚・妄想症状が治まった後でも、再発予防のために抗精神病薬を服用しつづける必要がある。そのため、抗精神病薬の服薬を自分自身で管理できるようになる必要がある。また、抗精神病薬を服薬していても、持続的に幻覚や妄想といった陽性症状が残存することも多い。持続的な陽性症状は、増悪や軽快の波がある。陽性症状の波は、原因なく周期的に起こるわけではなく、先行する日常的なストレスとの関連が深いことが分かっている。そのため、陽性症状をマネジメントするために、ストレス状況を自覚し、症状をコントロールするための対処スキルを身につける必要がある。

SST を開発したリバーマンは、認知行動療法や心理教育の技法を、服薬自己管理スキル・症状自己管理スキルの獲得を促すために応用し、標準化・パッケージ化された「モジュール」というプログラムを作成した。筆者のデイケアではこれまで、服薬自己管理モジュールと症状自己管理モジュールを行ってきたが、近年では、当事者のニーズに合わせて、症状自己管理モジュールを定期的に行っている（柴田ら 2002）。症状自己管理モジュールは、年 1 回、1 クール 11 セッションで行っている。当初は原版の症状自己管理モジュールをそのまま行っていたが、当事者のニーズに合わせてカスタマイズし、持続症状の管理とストレス状況の明確化に焦点を当てた症状自己管理モジュールを行っている。また、服薬自己管理モジュールは、精神科の入院病棟のプログラムとして導入されている。

デイケアで症状自己管理モジュールが行われる以前は、担当スタッフによるケースマネジメントの中で、個別に症状自己管理スキルの獲得を促していた。症状自己管理モジュールを導入して以降、系統立った方法で症状自己管理スキルの獲得を促せるようになった。当事者グループ内でストレス状況や対処スキルを共有することが出来た、デイケアプログラム内でスキルの般化を促しやすくなった、という成果があった。また、グループ内で他の当事者に、自分の症状を自己開示することで、お互いのつらさに共感しあい、ピアサポートにつながる効果も見られた。

- 3. 持続的な幻聴・妄想への認知行動療法 - 自尊心・自己効力感との関連

持続的な幻聴・妄想に対しては、症状自己管理モジュールによって行動レベルでの対処スキルを身につけることが出来る。しかし、行動レベルでの対処スキルを身につけるだけでは、根本的な解決につながりにくい場合もある。

近年、イギリスでは、臨床心理士が中心となって、統合失調症の持続的な幻聴・妄想に対する認知行動療法が開発され、実践に応用されている。幻聴・妄想への認知行動療法は、1990 年代以降本格的に広がり始めた。ここでは、イギリスの代表的な臨床・研究者である、タリア（Tarrier N.）、バーチウッド（Birchwood, M.）、ガレティ（Garety, P.）を紹介したい。

マンチェスター大学のタリアは、統合失調症患者が幻聴や妄想を体験したときに、自分

自身で工夫をして症状に対処する行動を編み出していることを見出した (Tarrier, 1987)。タリアは、調査から得られた対処方法を応用して、「対処ストラテジー増強法」という治療法を開発した。タリアの考え方は、症状自己管理モジュールにも応用されている。

一方、バーミンガム大学のバーチウッドは、「幻聴への認知的アプローチ」の中で、幻聴の重症度は、幻聴の有無だけではなく、幻聴そのものに対する認知が影響していることを示した (Chadwick & Birchwood, 1994)。幻聴がたとえあったとしても、「幻聴が万能で、幻聴に従わなければいけない」と認知していなければ、幻聴によって行動が左右されないことがわかったのである。バーチウッドらはさらに研究を進めて、「幻聴に対する万能感の認知」と、当事者自身の社会的階層や集団内での自己認知、ひいては自尊心や自己効力感と関連があることが分かった (Birchwood et al., 2000)。

ロンドン大学のガレティらは、これらの研究や自身の妄想に関する実験研究の知見を統合して、幻聴や妄想への認知行動療法を体系化した (Fowler, Garety & Kuipers, 1995)。ガレティは、ケースフォーミュレーション (事例定式化) という方法を応用し、抑うつや不安障害への認知行動療法の技法を援用して、持続的な陽性症状への認知行動療法をまとめた。ガレティの方法では、ラポールの形成とアセスメント、ストレス対処法と症状対処法、症状のフォーミュレーション (定式化)、妄想や幻覚への介入、低自尊心と抑うつ・不安への介入、再発予防の 6 つのステップに沿って進めていく。重度精神障害者への認知行動療法は、抑うつや不安障害への認知行動療法ほど構造化されたものではなく、クライアントの状態や障害の程度によって柔軟にプログラムを変更しつつ実施していく。また、陽性症状を無くすことが最終目的ではなく、陽性症状によって生じた苦痛に焦点を当て、苦痛を和らげる方法をクライアント・セラピストの共同作業を通じて探していく。また、言うまでもなく、クライアントとの治療関係が最も大切である。

タリア、ガレティ、バーチウッドは、それぞれ来日し、臨床ワークショップを開いている。ワークショップの様子は、それぞれ本にまとめられているので、参照していただきたい (丹野 2002, 丹野ら 2004, 丹野・坂野 2008)。陽性症状への認知行動療法は、日本では、原田 (2006) によって導入され始めた分野であり、今後の発展・普及が望まれるが、日本における既存の精神科リハビリテーションとどのように融合していくかが今後の課題であろう。

筆者は、認知行動療法のエッセンスを、精神科デイケアでの臨床に応用できると考えている。筆者のデイケアでは、個別の面接や症状自己管理モジュールのセッションで、簡単な症状のフォーミュレーションを行い、ストレス・症状・対処行動の関係を整理している。また、SST のセッションで ABC 図式を使い、認知に働きかけることもある。個人面接ベースの長期間にわたる CBT ではないが、認知行動療法のエッセンスを、日々のデイケアでの実践で、実施可能な形にアレンジして試行している。

- 4. 認知機能リハビリテーション

統合失調症をはじめとする慢性の重度精神障害者は、神経心理学的検査で測定可能な認知機能 (注意・記憶・実行機能) に障害を持っていること、認知機能障害が、社会生活や予後に大きな影響を与えていることが、近年の研究から明らかになっている (Green, et

al. 1999). これらの研究によれば, 認知機能障害は, 陽性症状や陰性症状よりも, 社会生活能力や予後に大きな影響を与えていると言われている. このような研究結果を踏まえて, 近年アメリカを中心に, 認知機能障害を直接改善するための治療薬開発プロジェクト (MATRICS プロジェクト) が進行している. また, 認知機能障害を改善するための心理社会的リハビリテーションプログラム (認知機能リハビリテーション・認知矯正療法・認知補償療法) が開発され, 効果研究が行われている.

認知機能リハビリテーションは, コンピューターゲームや認知課題を通じて, 注意・記憶・実行機能のトレーニングを行うプログラムである. 認知機能リハビリテーションで用いられる課題には, ゲームの要素が盛り込まれており, 参加者の動機付けを高めるための工夫がなされている. トレーナー (セラピスト) も, 当事者が課題に取り組む動機付けを行う. また, 誤り無し学習 (errorless learning) が出来るように, 当事者の能力からみて無理のないように課題設定を行う.

認知機能リハビリテーションは, ただ単にゲームや課題を行うだけではなく, 参加者グループで課題を振り返るセッション (言語グループ) がある. 言語グループでは, コンピューターゲーム遂行中に用いた認知機能が, 実生活のどのような場面で必要になるのか, どのように工夫すれば, 実生活で認知機能障害をカバーできるのか, などを話し合い, 実生活への般化を促していく. 日本では, 帝京大学の池淵らのグループや, 鳥取大の中込らのグループを中心に, 臨床応用のための研究が行われており, 今後の発展が期待される分野である.

認知機能リハビリテーションのエッセンスも, デイケアで応用することが可能である. 筆者のデイケアでは, 当事者の能力を前もってアセスメントした上で, 失敗しないように出来る範囲内の仕事・役割からはじめて, その仕事が達成できた段階で, 段階的に仕事量を増やしたり, 難易度の高い仕事・役割を勧めるようにしている. 役割についたら, 極力失敗体験をさせないように, スタッフは裏方的にサポートする. この時, スタッフが仕事を肩代わりしてしまったりはリハビリテーションにならないため, 当事者が自分の手で課題を遂行できるように, 課題を細分化したり, 御膳立てをして課題の難易度を調節したりしている.

筆者のデイケアでは, 大小さまざまな役割・仕事が存在しているため, 課題の難易度を調整しやすい. 般化の面からみれば, 現実場面での課題を直接用いたほうがより効果的であろう. しかしながら, デイケア内の現実の課題の難易度を調整するためには, スタッフの技量やマンパワーを必要とするので, 現実には難しい場合もある. コンピューターゲームを用いた認知機能リハビリテーションの場合, 課題の難易度を人為的に調整しやすいというメリットがある. 認知機能リハビリテーションを, 既存のリハビリテーションプログラムにどのように組み込んでいくか, これも今後の課題である.

- 5. 生活臨床 ~ 日本独自の認知行動的アプローチ

筆者のデイケアでは, 精神障害者のケースマネジメントを行う際に, 「生活臨床」と呼ばれるアプローチを用いている. 生活臨床は, 1950年代に群馬で生まれ, 地域で展開された, 精神障害者の社会復帰支援のための考え方・技法である. 生活臨床アプローチでは, 当

事者が社会生活を送る中でどのような場でどのように行動するかを観察してデータを集める，データを分析して，当事者の行動特性を診断する，当事者の行動特性に基づいて援助の方針を立てて働きかける，方針に沿って働きかけた結果を分析する，上手く行かない場合は方針を立て直して，再度働きかけなおす．生活臨床は，このようなプロセスで社会復帰に近づこうとするアプローチである．

生活臨床は，50年以上前に群馬で誕生した後，地域で精神保健を展開する医師やコメディカルスタッフに受け入れられ，広まっていったが，その後の反精神医学の動きや生物学的精神医学への揺り戻しの中で，次第に下火になってしまった．しかし，現在振り返ってみると，生活臨床と認知行動療法には驚くほど共通点がある．

生活臨床と認知行動療法の共通点は，経験（エビデンス）に基づく治療法である点，具体的・現実的な生活上の問題を扱う点，治療の過程が，治療者と患者の共同作業である点，患者の信念体系・価値観（スキーマ）を扱う点，ストレス-脆弱性モデルに基づいている点の5点であると筆者は考えている．生活臨床の詳細については，臺（2004）に詳しいのでそちらをぜひ参照していただきたい．

臺（2004）では，統合失調症に対する有効な心理社会的な「働きかけ」方が，豊富な事例とともに示されている．「働きかけ」の背景には，統合失調症の認知・行動面での障害が「生活のしづらさ」という概念で想定されていた．「生活のしづらさ」は，今で言う認知機能障害と重なる概念であると考えられる．統合失調症患者に対して，言語的なやり取りをする際には，具体的に，断定的に，繰り返す，タイムリーに，余計なことを言わないという5つの原則に従うと，効果的であることが，試行錯誤の中から分かっている．当時は経験的に5つの原則を導き出したと考えられるが，統合失調症患者が言語性のワーキングメモリーに障害を持つことを考えると，この5原則は非常に妥当な方法であることがわかる．

また，統合失調症患者の再発には，本人の価値体系・信念体系（スキーマ）の中で，非常に重要なテーマに関わるストレスが関与する．ストレスは，大きく「イロ（異性関係）」「金（損得）」「メンツ（面目・名誉・プライド）」「身体」の4つに分けられる（湯浅，1978）．異性関係のトラブルで再発する人は，一貫して異性関係のトラブルで再発しやすい．また，面目をつぶされたりすることで再発する人は，常にそのようなストレスで再発しやすいが，一方で異性関係のトラブルでは再発しにくい場合が多いことが分かっている．

個人ごとに再発につながりやすいストレスが特定されれば，再発原因の予測がつきやすく，再発予防が可能になる．また，当事者自身が再発につながるストレスを把握できれば，自己対処につなげることも可能になる．

このように，認知行動療法と生活臨床には，非常に類似した特徴がある．実際に筆者のデイケアでは，実行委員会方式によるプログラムをベースに，生活臨床によるケースマネジメントを行い，その中でSSTを中心とする認知行動療法を行っているが，お互いが違和感なく，有機的にかみ合っており，強力な効果を挙げている．

また，生活臨床は，認知行動療法の発展させる要素をも持ち合わせていると筆者は考えている．生活臨床は，診察室の中にとどまらず，生活の場が実践を展開するメインの場であること，経験の中から得られたデータを体系化し，精神障害者の生活パターンを類

型化し、類型ごとに有効な働きかけ方を整理していることの 2 点が、現在の認知行動療法よりも優れた点だと筆者は考えている。生活の場での実践という点では、アウトリーチによる認知行動療法が、海外では近年になって行われるようになってきた。しかし、生活パターンによる類型化と、類型別の働きかけ方の整理については、筆者の知る限り現在の認知行動療法では、それほど行われていない。

生活臨床では、統合失調症をはじめとする精神障害者を、生活拡大のパターンから 能動型と 受動型に分ける。能動型は自分から生活の枠を拡大していくタイプであり、行動促進型のパーソナリティとも言える。逆に 受動型は、自分から生活の枠を拡大しないタイプであり、行動抑制型のパーソナリティとも言える。能動型の場合は、自分から生活を能力以上に拡大しすぎてしまうため、本人に働きかけて、焦りを抑える必要がある。一方 受動型の場合は、周囲（家族・職場）の要請や環境の変化によって生活を拡大せざるを得なくなる場合に破綻してしまうため、周囲の環境に働きかける必要がある。このように、同一の疾患であっても、心理社会的な介入の方向性が全く異なるのである。類型に対応した介入法は、いわばテーラーメイドの心理社会的な介入法であり、疾患・症状別のアプローチの認知行動療法をさらに発展させるものである。

．まとめ

精神科リハビリテーションにおける認知行動療法について、精神障害者が抱える 5 つの問題点を軸に、SST、症状(服薬)自己管理モジュール、陽性症状への認知行動療法、認知機能リハビリテーション、生活臨床について述べてきた。最初にも述べたが、精神科リハビリテーションは、診察室の外のほうが、実践のメインの場である。言い換えれば、日常生活が常に認知行動療法を行う場であると言える。精神科デイケアは、医療における精神科リハビリテーションの場であり、医療と地域生活との架け橋である。そのデイケアのプログラムを、認知行動療法の枠組みで捉えなおすと、日常何気なく行っていたデイケアでの臨床活動が整理され、心理社会的な治療・介入・働きかけがしやすくなる。

現在統合失調症をはじめとする精神障害者への認知行動療法は、イギリスを中心に非常に盛んである。そのイギリスでも、認知行動療法が普及したのはここ 10 数年の話である。イギリスの臨床心理士は、精神科リハビリテーションに認知行動療法を応用し、治療効果研究を行ってエビデンスを明確に提示し、実績を作って現在の地位を確立した。日常臨床で得られた手ごたえを、客観的なエビデンスによって提示し、積み重ねていくことが非常に重要である。日常の実践を客観化していくことが、実践そのもののブラッシュアップにもつながっていき、ひいては当事者の利益にもつながっていくと思われる。

最後に、認知行動療法の目的は、症状の改善だけではなく、当事者の生活そのものの改善である。症状は改善したものの、当事者の生活が悪くなっているのは本末転倒である。精神科リハビリテーションにおける認知行動療法では、常に当事者の生活を見ることが非常に重要である。

引用文献

- Beck A T (1952) Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.
- Birchwood M, Meaden A, Trower P et al. (2000) The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30, 337-344.
- Chadwick P, Birchwood M (1994) The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- Fowler D, Garety PA, Kuipers L (1995) *Cognitive-Behaviour Therapy for Psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons.
- 古川俊一・藤枝由美子・山崎修道・石橋綾・浅井久栄・笠井清登 (2007) 東大病院リハビリテーション部精神科デイホスピタルとその役割 . *精神科臨床サービス* , 7 , 367-371 .
- Green MF, Nuechterlein KH (1999) Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophrenia Bulletin*, 25, 309-318.
- 原田誠一 (2006) 統合失調症の治療 理解・援助・予防の新たな視点 . 金剛出版 .
- 佐藤幸江 (2008) 熊谷直樹・天笠崇・加瀬昭彦・岩田和彦 監修 読んでわかる SST ステップ・バイ・ステップ方式 2DAYS ワークショップ . 星和書店 .
- 柴田貴美子・浅井久栄・辻井和男 (2002) デイケア通所者への心理教育の実践 症状自己管理モジュールの効果について . *作業療法* , 21Suppl. , 553 .
- 丹野義彦 編著 (2003) 認知行動療法の臨床ワークショップ サルコフスキスとバーチウッドの面接技法 . 金子書房 , p.95-119 .
- 丹野義彦・坂野雄二・長谷川寿一・熊野宏昭・久保木富房 編著 (2004) 認知行動療法の臨床ワークショップ 2 アーサー&クリスティンネズとガレティの面接技法 . 金子書房 , p.113-135 .
- 丹野義彦・坂野雄二 代表編 (2008) ワークショップから学ぶ認知行動療法の最前線 PTSD・強迫性障害・統合失調症・妄想への対応 . 金子書房 .
- Tarrier N (1987) An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 141-143.
- 臺 弘 (1981) リハビリテーションプログラムとその効果 , 精神疾患 . *医学のあゆみ* , 116 ; 538-544 .
- 臺 弘 (2004) 分裂病の生活臨床 精神医学名著の系譜 . 新樹会創造出版 .
- Watts FN, Powell GE, Austin SV (1973) Modification of delusional beliefs. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 359-363.