

退院困難な統合失調症患者の地域移行 —SSTによる支援—

島田 栄子*

精神科医療は、入院中心主義から外来中心主義へという流れが勧められてきたが、未だ長期入院患者は20万人を超えている。2014年、精神保健福祉法が改正され、更に早期退院、地域移行をすすめるための体制が明確化された。退院が進む患者側の要因として、症状の安定とともに、治療関係を含む退院支援を得られるような関係作りの技能が重要である。しかしながら、統合失調症の患者は、その疾患特性の認知機能障害などにより対人関係が良好に行えないことも多い。

我々は、入院中からSST(リカバリーステッププログラム)を導入し、外来においてもSST参加を促し地域生活の維持を目標に、患者の地域移行を実践してきた。どのような患者も共通課題、個人課題を並行して行い、怒りのコントロールを含む感情表現の技能も取り入れながら、特に症状悪化、再発や問題行動防止のための支援を行った。

ここにプログラムの内容を一部紹介し、導入後の転帰と、参加者の中から、統合失調症をもつ退院困難患者の例として、措置入院以降に長期入院化した患者2例と、医療観察法(医観法)対象患者1例について提示した。

Key words : 退院困難, 統合失調症, 長期入院, SST, 触法患者

はじめに

精神科医療は、2004年精神保健福祉施策の改革ビジョンにおいて、入院中心主義から外来中心主義へという流れが勧められてきた。2011年時点の厚生労働省による患者調査では、日本における精神疾患の患者数は320万人であり、そのうち入院者は32万人であった。その後の在院日数の推移では、約9割の新規入院患者が1年以内に退院し短縮化し、精神病床数は減少傾向にあるものの、未だ1年以上の長期入院患者は20万人を超えているという。

2014年、精神保健福祉法が改正され、さらに早期退院、地域移行をすすめるための、退院後生

活環境相談員の設置、退院支援委員会の設置、地域連携体制などが明確化された。

また、重症かつ慢性の精神疾患の基準案が作られ、これに該当しない長期入院患者は2025年までには地域移行を目指すこと示された。

長期入院患者の退院が進まない理由について、患者側の要因としては、池淵、佐藤、安西(2008)は、「周囲と安定して支持的な関係を作る能力」と「退院への本人の前向きな自信」が大きく影響すると報告している。

ところで、SST(Social Skills Training)は、統合失調症に対するリハビリテーションの一つとして発展し応用範囲を広げ、薬物療法と併用することによって、現在も重要な心理社会的治療法として確実

*人間学部心理学科

に患者の自立支援に貢献している技法である。

我々は、一部の自験例に対し入院中から SST（リカバリーステッププログラム）を導入し、外来においても SST 参加を促し、その時々に応じた課題をあげ、地域生活を維持させ再入院しないことを目標に、当事者が相談援助関係を作れるような対人技能と一般的な生活技能の獲得支援として様々な退院困難患者への地域移行を実践してきた。

今回、このプログラムの内容を一部紹介し、参加者の中から、統合失調症をもつ退院困難患者の例として、措置入院以降に長期入院化した患者 2 例と、医療観察法（医観法）対象患者 1 例についての地域移行支援について提示することにより、特に SST による支援の工夫を考察してみる。なお、患者の個人情報については十分に考慮する旨を告げ、同意を得ている。

対象と方法

1. 対象

単科の精神科病院の開放病棟に入院中（閉鎖病棟から医療保護入院または任意入院に変更されて転棟した患者を含む）の統合失調症（ICD10）をもつ患者であり、精神症状の急性期を過ぎおおよその薬物調整が行われたものである。SST 参加について、十分な説明をし、参加しなくても不利益は生じないことを伝え、参加の同意と発表の同意を得られたものである。導入時、GAF（Global Assessment Functioning Scale）が 51 以上で、精神症状が言動に始終影響されない程度で、単独歩行が可能なものとした。

2. 方法

1) SST プログラム

SST プログラムである「SST-リカバリーステップ」は、独自のプログラム「SST-就労ステップ」（島田、2016）がベースとなっている。患者のリカバリーを支援するため、福祉的就労を含む広義的就労を目標の一つにし、地域生活に必要な技能を身につけるものであり、週 1 回施行した。その後、患者の地域移行が進むにつれ年齢や障害の程度等のために福祉的就労が不可能な患者を地域移行す

る場合、一旦、デイケアや地域活動施設への通所を目標とした。

メンバーに共通の長期目標は、入院中は「生活技能を身に着ける」であり、退院後の長期目標は、「地域で継続して生活する」、「再発しない方法を身につける」。

入院中からの基礎固めとして①健康管理、②対人関係、③社会資源の利用を基本訓練モデルで課題としてとりあげる。

また、地域移行をスムーズに行えるように、①退院生活のための基本づくり、②退院の動機づけ、③地域生活の活動場所、④居住の選択、⑤地区の生活教室の通所、⑥活動場所（作業所、就労移行関係事業所等）、⑦活動場所への通所、⑧退院後の居住場所への通所、外泊、⑨退院の各々の過程において、個別課題、共通課題を取り上げている。

例えば、対人技能の課題では、援護寮、グループホームに入るとい目標に対し、「ワーカーに相談、交通手段などを尋ねる。」「見学时に挨拶などをやる。家賃、規則について質問、見学の様子を報告する。」「体験入所の評価を尋ね、家族や職員に報告する。保証人をお願いする。」など。

例えば、健康管理の技能の課題では、「バランスの取れた食生活をする、体重をコントロールする。」に対して「血液、尿検査、体重測定をお願いする。」「運動の方法を尋ねる。栄養士に尋ねる。」「図書館で調べ、皆に伝える。」「減量の経過報告をする。皆の前でダイエット宣言する。」など。

⑩感情の取り扱いについては次のような教示をした。

*気持ちを表情動作から読み取る、伝える

喜：うれしい、しあわせな気持ち、感謝の気持ち
怒：迷惑、困っている、苦情、不愉快、怒りの気持ち

哀：残念な、さびしい、悲しい、つらい気持ち

楽：ほめる、元気である、楽しいできごと、楽しい気持ち

*感情表現の技能

悪い感情は（怒りのコントロール）⇒

①感情を抑えるのではなくコントロールする

②自分の気持ちを述べてみる（可能ならば理由を

つけてみる) (「……なので残念だ、怒っている」)

a) 相手にまず、「私は……である」と言う (ひと呼吸おく) (あなたは……という前に)

b) 人に相談する、聞いてもらう

c) 自分へ言い聞かせる

③あえて笑顔で接する

④深呼吸、タバコをすう、頓服をのむ

良い感情は⇒

①うれしいこと、楽しいことも口に出してみる

②人に聞いてもらう

③多少大きさに喜んでみる

④毎日一つでも楽しい、うれしかったことを見つけて

2) SST の導入と構成

導入については、対象となりうる患者に、SST セッションに数回の見学参加を促し、その後参加の意思があるものを正式なメンバーとした。

SST の構成メンバーは、入院治療中の患者 (月 3 回) と、退院し外来治療中の患者 (月に 1~2 回参加) の混合であり、約 7 人から 15 人のメンバーからなる。多くは入院中から退院して外来患者になっても参加継続している。SST 施行スタッフ (リーダー、コリーダー、記録係) は、医師、看護師、精神保健福祉士、心理士が交代で行う。

3) SST のセッションの流れ

以下のとおりを約 90 分で行う。

ウォーミングアップ約 10 分 (近況報告、見学者がある時は自己紹介) ⇒基本訓練モデル (前回の課題報告⇒共通課題の報告) ⇒就労ステップ (前回の課題報告⇒就労関連、地域生活の情報、質疑応答⇒共通課題⇒個人課題)

なお、SST 施行スタッフは、事前ミーティングとして、当日に簡単な情報交換及び大よその流れを確認する。事後ミーティングは、約 20 分行い参加状況を確認し記録する。各患者の個別課題および共通課題については、患者の所属病棟の看護リーダーから病棟の全スタッフに伝達していく。

4) 評価

SST グループの開始から 1 年 6 ヶ月間ごとに区切り、その間に初エントリーとなった参加者 (メンバー) の導入時と 1 年 6 ヶ月後の評価を前方視的に行った。(実際の各グループには、1 年 6 ヶ月超え、前グループからのメンバーの一部が継続参加している。)

使用尺度と検査

次の①、②、③は必ず施行し、WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale)、などの心理士による心理学的検査は適宜行った。

表 1 SSS の質問項目

問 1.	自分があまり忙しくない時に、忙しくしている仲間から用事を頼まれたら、それに応じることができる。
問 2.	自分に都合が悪い時に (忙しい、気乗りしないなど) 友達に用事を頼まれたら、それを断ることができる。
問 3.	自分があまり忙しくて助けが必要な時、仲間に手伝ってくれるように頼むことができる。
問 4.	話し合いで意見が分かれた時、自分の意見や気持ちを説明することができる。
問 5.	身の回りのことや仕事の内容でわからないことがある時、人に聞くことができる。
問 6.	自分に都合が悪い時に (忙しい、気乗りしない、など)、仲間との会話を丁寧にうちきることができる。
問 7.	仲間と約束していて急用が入った時、約束を伸ばしてもらうことができる。
問 8.	人に何か頼む時その人の様子や気持ちを考えて (忙しそうかできそうかなど) を頼むことができる。
問 9.	できそうにないことをしつこく頼まれた時、はっきりと困った顔をすることができる。
問 10.	自分を悪く言う仲間の意見に振り回されずにそれを無視することができる。
問 11.	仲間を誘って断られた時、素直にがっかりしてみせることができる。
問 12.	本当に困っていて助けが必要なのに一度断られてしまった時、手助けが必要だともう一度はっきりいうことができる。
問 13.	言いにくいことや、表現しにくいことを言う時に、あいまいに表現することができる。
問 14.	仲間の集まりにきた時や帰るときに、仲間に挨拶をすることができる。
問 15.	自分とは意見の違う仲間と話し合っ折り合うことができる。
問 16.	仲間と一緒に何かしようと (お弁当を食べる、ゲームをする、スポーツをしにいくなど) 誘うことができる。

①簡易精神症状評価状尺度（Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS）

BPRS の構造化面接による評価の日本語版（宮田・藤井・稲垣・稲田・八木，1995）で18項目から構成され，包括的に精神症状の重症度をみる．各項目は“症状なし”を1点，“最重度”まで7段階（18～126点）で，数値が高いほど重度である．評価は，主治医が行った．

②生活技能訓練アンケート（Social Skills training Scale: SSS）（表1）

様々なコミュニケーション場面につき「……についてできる」等の16項目の質問からなり，東大デイケアにて使用していたもの（宮内，1995）である．“できる”から“できない”まで4点から1点までの4段階で評価する（16～64点）．数値が高いほど自己効力感が高い．評価は本人に質問しながら担当看護師および通所先の職員が行った．

③精神障害者社会生活評価尺度（Life Assessment Scale For Mentally Ill: LASMI）

岩崎・宮内・大島・村田・野中・加藤・上野・藤井（1994）により開発された精神障害者の生活障害を捉える尺度．D（Daily Living 日常生活），I（Interpersonal Relations 対人関係），

W（Work 労働または課題の遂行），E（Endurance and Stability 持続安定性），R（Self-Recognition 自己認識）の5つの下位尺度，更に各々12, 13, 10, 2, 3項目からなる．D, I, W, Rは“問題ない”の0点から，“大変問題がある”の4点までの5段階評価し，Dは，0～48点，Iが0～52点，Wが0～40点の範囲となる．但し，EのみはE1が0～5点，E2は0～6点の評価となる．各尺度も得点が高いほどその障害や程度が著しい．評価は，担当看護師及び通所先の職員が行った．

結果

1) SST プログラムメンバーについて

「SST-リカバリープログラム」開始以降，セッションは，月3回継続して施行され，多くの統合失調症患者が地域移行した．

また，入院当時の入院形態などに関わらず，参加メンバーとしてきた．患者の背景や個人情報については，綿密に話し合い配慮しながら，どのような患者であっても同様にすすめた．導入時条件に合えば，その時々に参加構成されたグループであり，意図的なものではない．

表2 グループメンバー背景（導入時）

グループ	症例	性別	年齢 (才)	入院時形態	GAF	罹病期間 (年)	入院歴 (回)	在院期間 (日)
X	1	男性	34	医保	65	24	2	580
	2	男性	31	措置	70	8	1	1026
	3	男性	33	医保	41	12	8	420
	4	女性	40	医保	70	14	3	1498
	5	女性	58	医保	51	33	10	619
	6	女性	54	医保	55	24	5	921
Y	7	男性	36	任意	58	26	7	1229
	8	男性	51	医保	65	33	6	2762
	9	男性	44	医保	53	28	3	3490
	10	男性	39	医保	65	23	1	1177
	11	女性	39	措置	60	23	8	4033
	12	女性	37	医保	54	22	5	780
Z	13	男性	25	医保	50	11	1	1262
	14	男性	52	医保	60	20	4	881
	15	男性	31	医保	50	17	4	2862
	16	女性	59	任意	51	24	1	181
	17	女性	34	医保	53	16	1	154
	18	女性	53	医保	50	33	9	242

当初の3グループ(X, Y, Z)のSST導入時の背景を示す(表2)。

各々のグループの性別(男性/女性)は, X(3/3), Y(4/2), Z(3/3), 年齢(男性/女性)は, X(32.7±1.51才/50.7±9.5才), Y(42.5±6.6才/38.0±1.4才), Z(36.0±16.2才/48.7±13.1才)であった。

入院時形態(任意入院, 以下任意)人/(医療保護入院, 以下医保)人/(措置入院, 以下措置)人については, X(0/5/1), Y(1/4/1), Z(1/5/0)であった。

また, 在院期間(男性/女性)は, X(675.3±314.0日/1021.7±446.6日), Y(2164.5±1149.5日/2406.5±2300.2日), Z(1668.3±1051.2日/192.3±45.1日)であった。

さらに, 入院歴は, X(4.8±3.5)回, Y(5.0±2.6)回, Z(3.3±3.1)回である。罹病期間は, X(19.2±9.4)年, Y(25.8±4.2)年, Z(20.4±7.6)年であり, GAFは, X(58.7±11.7), Y(59.2±5.2), Z(52.3±3.9)であった。

一年半後のグループメンバーの背景については以下のとおりである(表3)。

表3 グループメンバーの導入1年半後

グループ	症例	活動の場	転帰	住居
X	1	A 事業所	退院	自宅
	2	B 事業所	退院	H 援護寮
	3	D 作業所	入院	自宅予定
	4	B 事業所	退院	H 援護寮
	5	F 作業所	入院	自宅予定
	6	E 作業所	退院	自宅
Y	7	A 事業所	退院	自宅
	8	E 作業所	退院	I 援護寮
	9	G 作業所	退院	I 援護寮
	10	C 事業所	退院	H 援護寮
	11	D 作業所	退院	H 援護寮
	12	D 作業所	退院	I 援護寮
Z	13	H 作業所	入院	自宅予定
	14	G 作業所	退院	H 援護寮
	15	A 事業所	入院	自宅予定
	16	デイケア	退院	H 援護寮
	17	H 作業所	退院	自宅
	18	生活教室	入院	自宅予定

その時点で退院できていた患者は, Xは4人, Yは6人, Zは3人であった。活動場所(事業所/作業所/デイケア/生活教室)については, X(3/3/0/0), Y(2/2/0/0), Z(1/3/1/1)であり, 住居は

(自宅/援護寮/入院中)は, X(2/2/2), Y(1/5/0), Z(0/2/4)であった。

2) 地域移行できた統合失調症をもつ触法患者について

退院困難な症例のうち, 入院時, 触法行為による入院形態となった, 3症例を示す。なお, 症例の提示については, 特定されないように若干の変更を加えた。

症例 A

〈措置入院後, 臥床傾向で事業所通所が中断していた30代男性〉

生活歴: 高卒。父母が離婚後, 父と2人暮らししていたが, 父が急死し単身となった。母と妹とは絶縁状態。

家族歴: 父がアルコール依存症。

現病歴: 23歳頃, 支離滅裂な言動, 暴力にて発症。

25歳時, 自宅ベランダに火をつけ暴れ措置入院。後に任意入院へ変更され開放病棟へ転棟するも臥床傾向。卵の包装と運搬を行う事業所通所へは続かず, 生活教室になんとか通っていた。「SSTリカバリーステップ」(Xグループ)に導入, 毎週1回参加, ウエスの切断や運搬を行う事業所に通所となった。通所が定着した後, 援護寮入所体験後, 入所のため退院。同事業所にも継続となるも社長とは会話ができなかった。2年間の自立生活訓練後, グループホームへ転居。その後, 同じ事業所に就職となる。収入アップのため転職を希望。青果市場の運搬作業の訓練を経て採用になった。その後もSSTに月1回参加した。導入1年半以降は, 少し収入も上がりゲームソフトやCDを余計に買ってしまい, 父の遺産などが底をついてきた。青果市場の仕事で遅刻が増えた, 間食が増え高脂血症傾向。友人もまだほとんどいない。伯母と電話連絡でき, 外泊に訪ねたり墓参りしたりで交流は深まってきた。

a) SSTの経過

① SST導入時: 「退院したい」意思はあるも, 意欲低下, 感情鈍麻が目立つ。遺産のマンショ

ンは内部が壊れ住めない状態。生活費は、保険金で補った。就職したい気持ちはあるも、面接で断られた。対人場面では、女性患者としか会話できない、特定の患者に稚戯的干渉するなど問題行動あり。

② SST の個別課題：「友人を作る」、「男性患者にも挨拶から会話してみる」、「事業所の同僚と一緒に社長と会話してみる」

③ SST 導入後の課題達成度（図 1）

職場の人と自然に会話できるようになり改善。食事、間食や身だしなみ、金銭管理は少しだけ改善。

	SST 開始時	退院時	現在
服薬自己管理	○	○	○
金銭管理	○	⇒ ○	⇒ △
食事間食	○	○	△
清潔、身だしなみ	○	○	△
趣味、余暇	△	△	△
対人技能	×	△	△

図 1 症例 A の自立に必要な課題の達成度

b) 評価尺度値の変化

導入時と導入後の各評価点は、次のようになった。

SSS の得点は合計 38 から 47 へ増加、問 1(2 から 3)、問 3(1 から 2)、問 4(2 から 3)、問 5(2 から 3)、問 9(3 から 4)、問 12(1 から 2)、問 13(1 から 2)が増加した。それ以外は不変であった(図 2)。

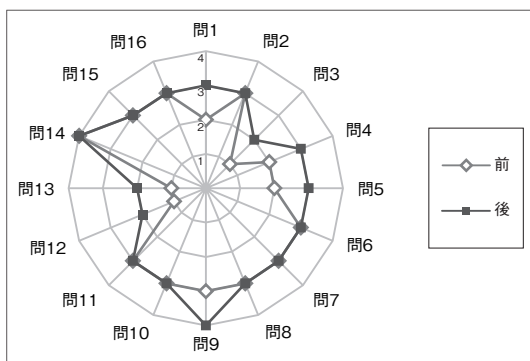


図 2 症例 A の SSS

BPRS の総得点は 46 から 43 へ変化した。

LASMI では、D(24 から 18)、I(31 から 17)、W(20 から 10)、E(11 から 6)、R(7 から 5)であった

(図 3)。

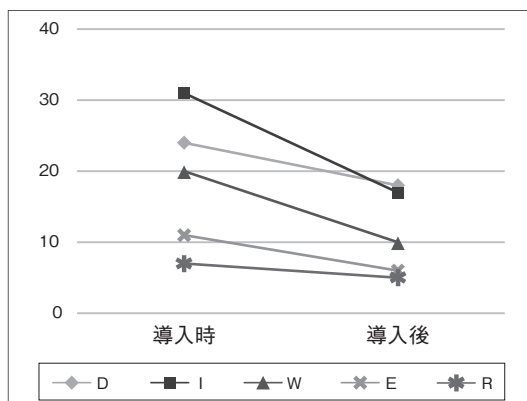


図 3 症例 A の LASMI の変化

WAISR では、全 IQ は 84 から 83 へ、言語性は 82 から 78、動作性 90 から 94 であった。

症例 B

〈措置入院中に再び措置要件を起し転院、後に医療保護入院へ変更され、病棟で慢性的に単独孤立傾向であった 30 代女性〉

生活歴：高 1 年で中退、職業も飲食店、工場など転々とした。23 歳時結婚し一女（後、養護施設に入所となる）あり。兄は行方不明。妹は家庭を持ち拒絶的で交流なし。母方の伯母とは、電話や手紙の交流がある。35 歳時離婚し、以降単身。

家族歴：母親は統合失調症にて入院加療中に合併症で死亡。娘も後に統合失調症で加療継続中。

現病歴：17 才時、徘徊、無銭飲食などで発症。精神科病院に 7 回ほど入院。26 才時、長女を加害し措置入院。入院中に他患を殺害し、A 院に転院。4 年後、医療保護入院に変更、作業療法はするも、病棟内では単独行動が続いた。3 年後、開放病棟とへ転棟。「SST リカバリーステップ」(Y グループ)を導入、時々外泊していたが 2 年後離婚。生活教室、作業所通所を開始。不機嫌な表情、突然泣くなど感情の不安定さがあった。作業所を毎日通所できると、援護寮入所体験後、入所のため退院。導入 1 年半以降の状態は、作業所通所が朝起きられず不規則になっている。運動不足で肥満傾向が悪化。寮で

はレクリエーションや行事の当番を好んで行っている。娘に会いたい気持ちが出てきた。

a) SST の経過

① SST 導入時：意欲低下，孤立が目立ち，退院の意思は全くなく，夫も娘が怖がるため退院に拒否的であった。夫の借金と入院費滞納あり。小使いを一度に使うなど金銭管理ができない。女性患者とは全く話さない，感情表現が上手くなく孤立を好むなど対人技能に問題あり。

② SST の個別課題：「女性患者と挨拶からはじめる，女性看護師と話す」。「今の気持ちを伝える。笑顔で話す」

③ SST 導入後の課題達成度：金銭管理が全くできなかった，まだ十分ではなく寮職員に援助を受けながら自信をつけてきている。メンバーのロールプレイの相手役やモデルまでこなし上達した。食事や間食の量は逆に増えてきた（図 4）。

	SST 開始時	⇒ 退院時	⇒ 現在
服薬自己管理	○	○	○
金銭管理	×	×	△
食事間食	△	○	△
清潔，身だしなみ	○	○	○
趣味，余暇	△	△	△
対人技能	×	△	△

図 4 症例 B の自立に必要な課題の達成度

b) 評価尺度値の変化

導入時と導入後の各評価点は，次のようになった。

SSS の得点は合計 39 から 43 へ増加，問 1(1 から 2)，問 8(1 から 2)，問 12(2 から 3)，問 16(1 から 2) が増加した。それ以外は不変であった。

BPRS の総得点は 46 から 43 へ変化した。（図 5）

LASMI は，D(25 から 14)，I(31 から 18)，W(25 から 16)，E(7 から 6)，R(6 から 4)であった。（図 6）

WAISR では，全 IQ は 65 から 69 へ，言語性は 64 から 64，動作性 76 から 83 であった。

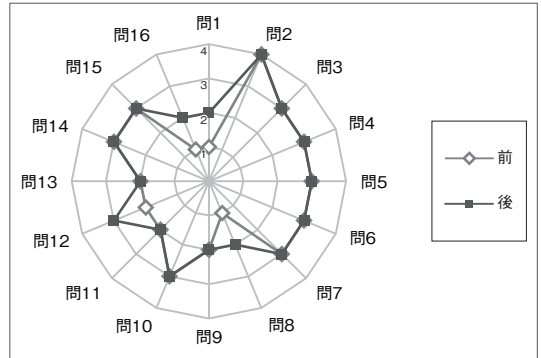


図 5 症例 B の SSS

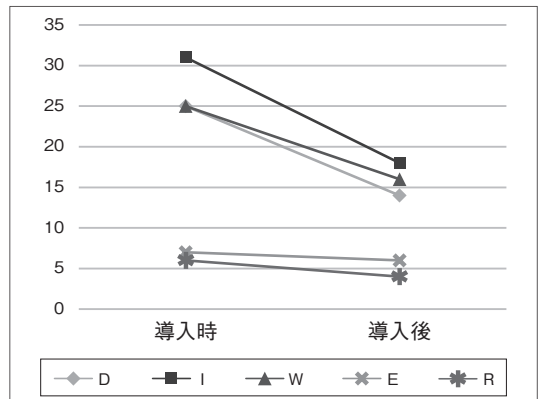


図 6 症例 B の LASMI

症例 C

＜医療観察法における通院治療処遇となるも住居を探すために入院となった 50 代女性＞

生活歴：商業高卒後，銀行や建築会社の事務職に就く。20 代初め父母が別居。20 代半ばで見合い結婚。家事が嫌いで子供の世話は母が手伝った。夫の借金や喧嘩も多く 40 代初め離婚。長男は高卒後独立。駅売店に勤務しながら次男と暮すも実父の死亡後，次男と離れ母と同居，母の年金を頼りに生活する。弟とは交流が乏しく拒絶的。

家族歴：父は病死（詳細不明）。弟が脳卒中加療後。現病歴：50 代後半，便秘だ，血管が浮き出たと不定愁訴で内科受診。その後，異常言動出現。不食で臥床傾向。母が精神科受診勧めるも拒否。父の遺産について弟と口論したり，稚戯的言辞目立ち，入浴も拒否，不眠も出現。その後，弟からの電話で被害的，不安定になり母を絞首未遂し母は弟のもとへ。数日後の朝，灯油を畳に

まき放火し、自宅は全焼、隣家の一部焼損した。起訴前簡易鑑定後、心神耗弱と確定。医観法による申立てにて鑑定入院を経て通院処遇決定。住居決定のため地元の病院から転院（任意入院）。当初、不眠、便秘を認め、無為傾向あったが薬剤調整にて多少改善した。しかし、感情平板化、意欲低下あり、他患とも交流しなかった。医観法による多職種チーム会議が行われ、訪問看護、週1回の生活教室と月2回外来通院、将来的にデイケアの導入が計画され、「SST リカバリーステップ」（Zグループ）を導入。居住アパートが決まりかかると、膝痛を訴え不安感現し、少し抑うつ的となった。通院可能なアパートに変更、服薬遵守でき、掃除、入浴や更衣も適宜行えて精神症状も安定してきた。外出、外泊を繰り返し退院となった。その後も毎日デイケアに通い、週1回の訪問看護を受けた。苦手の食事の支度は、配食サービスも利用していた。家族との連絡が上手くいかず、なかなか息子に会えなかった。次第に孤独感、寂しさが増し抑うつ的となり、希死念慮が出現し医療保護入院となる。それ以降も家族は面会を拒否したため、寂しさや孤独感の改善のために集団生活を当面の目標にした。自立生活訓練をするため援護寮入所となり退院。その後は、寮生活にも慣れ、寝食を共にするメンバーとの当番やレクレーションを楽しみ、表情が穏やかになった。

a) SST の経過

- ① SST 導入時：孤立傾向。他患との交流ほとんどなく、入浴や身だしなみに関心が乏しい。医観法の対象者のため多職種チームとの連絡関係作りが必須になる。長男や弟も全く連絡がなく、寂しくしていた。実母に謝罪の言辞もなく、退院したいという気持ちも強くなかった。
- ② SST の個別課題：多職種スタッフ、特に社会復帰調整官、訪問看護師と保護司などとの連絡、近況報告をする。デイケア、SST メンバーとの挨拶、軽い会話をする。特に、感情表現に関する課題としては、自分の気持ちを確認してみる。a) いろいろ、不安⇒「息子と退院後なかなか連絡が取れない」、「入院

中他の患者の言動にいろいろ、暴言した」、「生活保護の入金が待てない」、「ひざが痛む」、b) 哀しい、さびしい⇒「息子や孫や母に会えない」「退院後は一人暮らし」、「友人がいない」、c) うれしい⇒「入院時長男が面会に来てくれた」「アパートが決まった」、「退院が決まった」、「入金された」「電化製品や家具がそろった」

③ SST 導入後の課題達成度：SST にてロールプレイのモデルや相手役を行うようになり自信がついて退院に対して意欲的になった。自らの希望を伝え住居先を選び退院できた。孤立傾向であったが、SST やデイケアのメンバーとも挨拶や軽い会話が行えるようになった。しかし、家族との面会がうまくいかなかった（図7）。

生活技能	当院入院時	⇒ 退院時	⇒ 地域
適切な食事	×	△	
金銭管理	○	○	
入浴、更衣	×	○	
服薬管理	×	○	
余暇の過ごし方	×	○	
コミュニケーション		×	
対 Ns. Psw. Dr.	△	○	
対 Family	×	×	
対 Pt	×	△	
社会復帰調整官他関係者	△	○	

図7 症例 C の自立に必要な課題の達成度

b) 評価尺度値の変化

導入時と導入後の各評価点は、次のようになった。

SSS の得点は合計 22 から 33 へ増加、問 2(2 から 3)、問 3(1 から 2)、問 4(2 から 3)、問 5(1 から 3)、問 7(1 から 2)、問 11(1 から 2)、問 14(1 から 3)、問 15(1 から 2)、問 16(1 から 2) が増加した。それ以外は不変であった（図 8）。

BPRS の総得点は 59 から 38 へ変化した。

LASMI は、D(31 から 20)、I(36 から 23)、W(33 から 19)、E(11 から 7)、R(10 から 5) であった（図 9）。

WAISR では、全 IQ は 72 から 85(言語性は 79 から 85)、(動作性 85 から 87) であった。

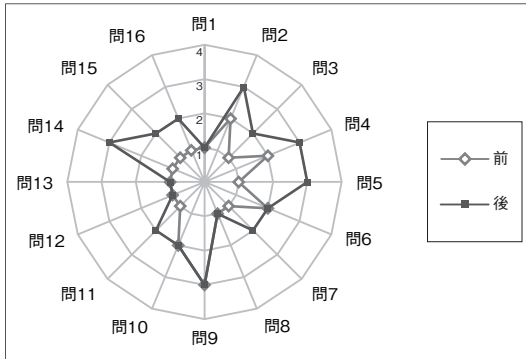


図 8 症例 C の SSS

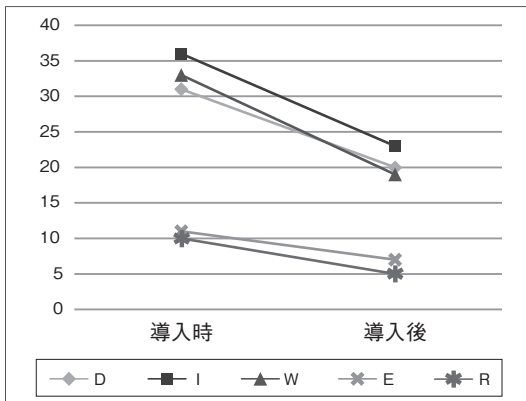


図 9 症例 C の LASMI の変化

考察

1. 長期入院患者の退院阻害因子

SST グループメンバー全体の在院日数は、1339.8±1162.7日と、典型的な精神科単科病院の長期入院患者と同様に、多くは超長期入院となっていた。しかしながら症例 C のように医観法による外来処遇の対象者で居住探し等のための入院となったため在院日数が比較的短いものもあった。

1) 精神症状及び社会機能

SST 導入時の入院形態は、入院時とは違いやや行動制限がゆるやかになったものやそのままの形態のものがあった。社会的入院となったものやそのために、さらに施設症や廃用症候群によって精神症状が悪化しているものもいたと思われる。GAFは 55.8±5.7 であり、中等度の症状（例：感情が平板的、会話が回りくどいなど、）、または社会的、職業的に中程度の障害（友人がいない、仲

間や仕事の同僚との葛藤など）が認められ、薬物治療のみならず積極的にリハビリテーションとの併用を要する状態にあった。入院歴も 4.4±3.0 回、多くて 9~10 回であったが、これは患者の治療継続の困難さや、社会適応の低さなど様々な要因があると思われる。また、発症年齢も、19.9±7.2 才で比較的若く、そのため就学や就労などの社会的経験も不足した状態であり、疾患による認知機能障害とともに社会的機能へ影響し、地域移行には大きな障壁となっていたと考えられる。

2) 退院先と家族

SST 導入 1 年 6 ヶ月の時点では、自宅退院は、18 名中 4 名、予定が 5 名であったが、この中には単身生活も含まれる。援護寮への退院は、将来的には自宅よりもグループホームなどの入所を目指すものが多かった。河野・白石・立森・小山・長沼・竹島（2012）の報告では、全国 183 ヶ所の精神病院を対象とした調査で、在院長期化の直接的理由は、「家族の受け入れの問題」（51.5%）、「症状が改善せず」（48.8%）、「生活の力が回復せず」（44.8%）の順に高率であったという。また、「退院先が見つからない」という、社会的理由のうち患者自身の理由がある場合（23%）は、理由がない場合（8%）に比して高率であった。家族の受け入れに問題がある場合、家族の支援のみでなく、本人の生活能力に見合う退院先の整備の対策が必要とも言っている。さらに、家族と同居となるとハードルは高く家族の高齢化や兄弟姉妹との同居などはスムーズには進まないと思われる。

3) 地域での活動場所

SST 導入 1 年 6 ヶ月の時点では、福祉的就労では事業所（社会適応訓練）3 ヶ所、作業所（就労継続支援 B 型）5 ヶ所であり、デイケア、生活教室が各々 1 ヶ所であった。このように、現在、就労移行支援事業所が続々とつくられて、治療早期からこれらへの通所を目標とする傾向がある。これらは GAF の程度により、長期入院のメンバーには社会機能や身体機能の低下などのため適応が難しいものであった。

また、新たな SST グループを導入し退院させ

ていくにつれ、次第に、症状の程度が重い長期入院患者が占める割合が増えていった。そのため、このようなメンバーに適切な活動場所や住居としての福祉施設が量的にも質的にも不充分となっていた。このことは、今後の地域移行を進めるうえで、整備が必要であると思われた。

2. SST リカバリーステップの効果としての触法患者の地域移行支援

このプログラムの、大きな目標は、地域移行つまり退院である。今回のグループでは1年6ヶ月後は、18人中13人がと退院できており、ある一定の効果は認めたとはいえる。

このメンバーの中に触法患者が含まれていた。2例は、措置入院と、医観法の対象者1例であったが、各々、評価においても改善を示し、地域に退院ができた。

措置入院患者Aは、入院時、精神症状により、自宅を損傷させ父親に暴力し、措置入院患者Bは、娘を殺害未遂、他患を殺害した。医観法対象者のCは、自宅および隣家への放火（重大な加害行為）をした。

症例Aは、退院の意思は強かったが、病棟内での稚戯的言動や干渉が目立ち、事業所でも患者同士としか話せず、対人技能の改善の必要があった。プログラム導入の結果、地域の支援者の一人となる叔母との関係づくりができた。評価尺度からは、SSSでは、もともと、「できない」や、「全くできない」項目もあったが、7項目で各々1ポイントの改善がみられた。LASMIもI対人関係の項目やW労働の遂行の項目が大きく改善した。

症例Bは退院を拒否していたが、外来患者との混合によるSSTのセッションが地域生活への興味、退院への動機づけを促した。この患者は孤立傾向で、感情が不安定であったが、感情の表出を考える課題の導入などで、SSTセッションでは笑顔をみせるようになった。SSSでは、4項目が各々1ポイントの改善であったが、LASMIにおいては、I対人関係の項目やD日常生活、W労働または課題の遂行が大きく改善した。IQも動作性が大きく改善した。

症例Cは、退行した状態で転院してきたが、

退院の意欲も乏しかった。SSTセッションにて、外来患者の様子をみたり、社会復帰調整等の介入などで地域生活へ希望をもっていたが、家族の連絡がうまくいかず、抑うつ的になった。寂しさや怒りを確認し、言語化し表出するなどの課題を行い、援護寮に入り、集団生活から地域生活を始めることで、意欲低下が改善された。SSSも大きく改善し、9項目において各々1ポイントの改善がみられた。BPRSもWAISRも大きく改善し、もともとの社会機能に近づいた。LASMIにおいても、I対人関係、D日常生活、W労働または課題の遂行が大きく改善した。

このような措置患者の自傷他害行為も、医療観察法対象者の重大な他害行為も、医療保護患者であっても暴力行為や易怒性、その根底にある焦燥不安は共通してよく認められる症状である。単に任意より医保、医保より措置のほうが精神症状が重いという訳ではない。そこで、メンバーには、対人技能として必要な感情表出の技能や、特に怒りのコントロール技能をメンバーに教示した。また、セッション中では自己開示の機会も増えるが、そこはSSTのルールの「いつでもパスできます」を守り、リーダーが上手くストップをする、プライバシーを守る配慮をすれば、違和感なくおこなえることができた。

3. 地域生活者の人的ネットワークと対人技能(図10)

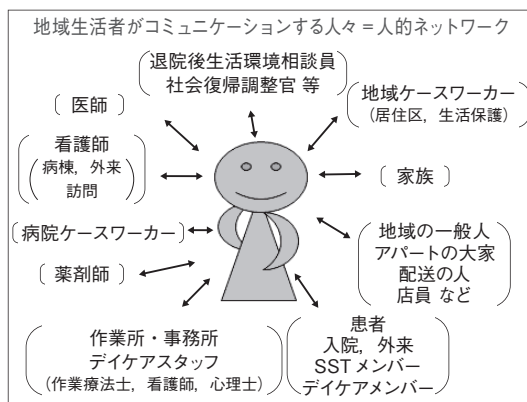


図10 支援者との関係づくり

精神疾患をもつ患者は、継続して地域生活するためには、いわゆる衣食住の生活技能があるだけ

でなく、様々な支援者とネットワークをつくる技能が必要である。しかしながら、その症状や社会経験の乏しさからおおむね対人コミュニケーションが上手くない。そのため、我々は、対人技能を含む地域生活の技能を獲得させるために、どのような患者も地域生活者としての可能性があればこのプログラムを導入してきた。地域生活を継続できるためには、どんな患者に対しても相談連絡する力をつけ、再入院につながる症状の悪化、問題行動の防止は重要であると認識された。

引用文献

- 池淵恵美・佐藤さやか・安西信雄（2008）. 統合失調症の退院を阻む要因について, 精神神経学雑誌, 110, 1007-1022.
- 岩崎晋也・宮内勝・大島巖・村田信夫・野中猛・加藤春樹・上野容子・藤井克徳（1994）. 精神障害者社会生活評価尺度の開発——信頼性の検討（第1報）, 精神医学, 36, 1139-1151.
- 河野稔明・白石弘巳・立森久照・小山明日香・長沼洋一・竹島正（2012）. 精神科病院の新入院患者の退院動態と関連要因, 精神神経学雑誌, 114, 764-779.
- 厚生労働省（2011）. 患者調査の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/dl/kanja.pdf>
(2019.8.15)
- 宮田量治・藤井康男・稲垣中・稲田俊也・八木剛平（1995）. Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS——BPRS 日本語版の信頼性の検討, 臨床評価, 23, 57-356.
- 島田栄子（2016）. リカバリーを支援する SST——「SST-就労ステップ」の効果について, サイコセラピー学会誌, 17, 1-11.
- 東大生活能訓練研究会, 宮内勝編集代表（1995）. わかりやすい生活技能訓練, 金剛出版.

（2019.9.25 受稿, 2019.10.18 受理）