

精神保健研究

第31号(通巻64号) 平成30年(2018年)

巻頭言

中込和幸(精神保健研究所所長).....	1
特集 リカバリーを考えるー危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するかー	
伊藤順一郎先生に聞く	
リカバリーをめぐる——これから精神科医療と地域精神保健福祉はどうあるべきか	
伊藤順一郎	5
統合失調症のリカバリーを支える精神保健医療福祉政策を考える	
藤井千代	15
触法精神障がい者のリカバリー	
菊池安希子	21
自殺の危機からのリカバリー ～新たな自殺総合対策大綱にもとづく自殺未遂者対策～	
本橋 豊	27
トラウマと「リカバリー」	
西 大輔, 宮本有紀	33
摂食障害におけるリカバリー	
安藤哲也	41
薬物依存症者のリカバリーをめぐるわが国の現状と課題	
近藤あゆみ	51
退院率と再入院率から地域の「リカバリー」を考える	
山之内芳雄	57
自治体の地域保健福祉活動とリカバリー	
大塚俊弘	63
リカバリーしやすい地域づくりとは: インクルーシブ保育の試みから	
堀口寿広, 秋山千枝子, 橋本創一	67
投稿規定	75
編集後記	76

巻 頭 言

精神保健研究の第31号（通巻64号）をお届けします。本号の特集は「リカバリーを考える - 危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか」とし、9名の研究者からの寄稿と以前当研究所の社会復帰研究部部長でいらした伊藤順一郎先生へのインタビュー記事で構成されています。様々な領域、視点からそれぞれリカバリーについて考察を繰り返しており、手前味噌ではございますが、当事者支援を含めた精神医療の行く末が見えてきたのではないかと思います。

リカバリーという用語が多義的で曖昧な概念で用いられていることは否めません。大きく、客観的な機能レベルでの「臨床的リカバリー（clinical recovery）」と主観的な満足感を伴う「パーソナルリカバリー（personal recovery）」に分けられるかと思いますが、両者は必ずしも相関するものではなく、機能レベルが向上すれば満足感が得られるか、というと必ずしもそうではありません。治療者は得てして前者に目が行きがちですが、当事者にとってより重要なのは後者であろうかと思います。近年、疾患にかかわらず機能レベルは認知機能との関連性が示唆されますが、後者は認知機能より感情的側面による影響が大きいことが知られています。また、後者は言葉通り個人差があり、相対的な概念であり、基準の経時的変化や環境の影響を強く受けます。個

人要因としてはレジリエンス、一般的因果律志向性、敗北者の信念（defeatist belief）などが関連します。個人要因に対しては、自律、自己効力感、関係性を高め、内発的動機づけを増進するための様々な治療プログラムが開発されており、その普及が喫緊の課題です。また、満足感は以前の自分や周囲との比較など相対的關係性によって変化します。生活環境や福祉サービスの充実、周囲の偏見の軽減など、環境から受ける影響も少なくありません。この領域においては、医療モデルを超えた包括的支援体制が重要で、当然その施策策定には当事者の視点が欠かせません。

本特集をお読みいただいた皆さまも感じられると思いますが、様々な領域においてリカバリーを目指すアプローチは様々ですが、パーソナルリカバリーを達成するために、各アプローチは他領域に適用可能なものが多いと実感しました。領域間の敷居を取り払い、包括的な取り組みを推進していくことが望まれます。

2018年3月

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 中込和幸

特 集

「リカバリーを考える—危機を乗り越え、
自己実現する当事者をどう支援するか—」

【特集 リカバリーを考える—危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか—】

伊藤順一郎先生に聞く

リカバリーをめぐる——これから精神科医療と 地域精神保健福祉はどうあるべきか

Around recovery : The future of psychiatric treatment and community mental health

【話し手】 伊藤順一郎¹⁾、【聞き手】 松本俊彦²⁾

Junichiro Ito, Toshihiko Matsumoto

I. はじめに

インタビュアー松本俊彦（以下、松本） 伊藤先生、本日はこんな遅くにお時間を取ってくださり、また、ご自宅に押しかける非礼をお許しく下さり、ありがとうございます。

今回の『精神保健研究』、特集テーマとして「リカバリー」を選びました。その背景には、もう一度、精神科医療やメンタルヘルス支援を根本から見つめ直す必要があるのではないかという思いがありました。現在、この領域は様々な問題が山積んでいます。いま思いつくだけでも、相模原市障害者殺傷事件との関連で沸き起こった、措置入院制度の見直しや精神保健福祉法改正をめぐる議論、あるいは精神科病院における身体拘束の問題、それから、もう10年近く前からたびたびマスメディアでとりあげられている、薬物療法に偏重した精神科医療の問題などがあります。いずれも未解決のまま、ひとまず制度を動かすために議論にどんどん進んでしまう現状があります。

もう一度、根本に立ち戻るとするならば、精神科医療やメンタルヘルス支援の主人公は誰なのか、やはりそれは当事者であって援助者ではない。目的は何なのかといえ、当事者のリカバリーであって、

決して病気の症状が改善することではない。このリカバリーを特集テーマに選んだ背景には、そんな思いがありました。

しかし、特集記事の構成として当初から念頭にあったのは、決して「リカバリーとはそんなぞや」といった堅苦しい原稿を並べることではありませんでした。そうではなく、このリカバリーという言葉の旗印として、ACT (Assertive Community Treatment; 包括的地域生活支援プログラム) や就労支援、当事者活動支援をしてこられた伊藤順一郎先生をフィーチャーしてみたい——そういう気持ちがありました。

なぜそのように思ったのかというと、僕は平成16年に精神保健研究所に来ましたが、当時、精神保健や地域精神保健福祉のあり方に、思い、理想を持っている先生が多くて驚きました。厚生労働省から言われた研究をするというよりも、まず思いや理想があって、それを何とか厚生労働省に認めさせ、精神保健施策を変えていく、そのために研究をする——そういった研究者たちです。その筆頭格として伊藤先生がいる——そういう風景を感じていました。

そのようなわけで、本日はどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

伊藤順一郎先生（以下、伊藤） こちらこそよろしくお願ひします。

II. 精神保健研究所で仕事をはじめた頃

松本 さて、本題に入る前に、まずは伊藤先生が精神科医になった理由あたりからお願ひします。先生

1) 元・精神保健研究所 社会復帰研究部 部長／
現・メンタルヘルス診療所しっぽふあーれ 院長
Mental Health Clinic “Sipuofare”

2) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
薬物依存研究部 部長
Department of Drug Dependence Research, National
Institute of Mental Health, National Center of Neurology
and Psychiatry

は千葉大学医学部のご出身ですよ。何年のご卒業になりますか。

伊藤 昭和55年卒業です。僕が精神科医になった理由の中に、同級生であった和田清（前・薬物依存研究部部长、現・埼玉県立精神医療センター依存症治療研究部長）の存在もあります。学生時代から精神医療問題研究会や社会医学研究会を行っていて、そこにも和田清がいましたし、サークル活動も一緒でした。そこには平田豊明さん（千葉県精神科医療センター名誉所長）もいて、国府台病院の副院長を務めていた塚田和美さんがいました。

松本 錚々たる顔ぶれですね。

伊藤 そうです。計見一雄先生が少し離れた所にて、後藤雅博先生（元・新潟大学医学部保健学科教授、現・心理教育・家族教室ネットワークの代表幹事）もそのそばにいたというような感じで、学生時代のときから、精神医療の非人間性、医療としての体を成していないという問題意識を抱いていました。

和田君はその辺りで僕よりももう一つコミットしていました。千葉県の精神科病院の一斉調査といって、開放率や平均在院日数がどのくらいか、看護と患者さんの割合がどのくらいかという統計を取っていました。すると状況は悲惨なわけです。当時、まだ学園紛争などもあり、その名残でそういう人権擁護に関する取り組みや不当入院に対する裁判闘争などを目にしていました。ですから、医学生生の頃から、こうした問題にコミットするのは自分の仕事にしてもいいかもしれないと考え、精神科に進みました。

精神保健研究所に来たことも、そういった流れと関係しています。社会精神医学的なスタンスでいたら、教授が代わって大学は生物学的精神医学オンリーになってしまい、居場所がなくなった感じでした。それで、精神保健研究所に応募したところ、たまたま採用されたのです。どうやら藤縄昭先生が推してくれたようです。それで社会復帰相談部という所に入って、気が付いたら20年いたことになりました。

松本 精神保健研究所着任前、千葉大ではどのようなお仕事をされていたのですか。

伊藤 家族療法、家族支援です。臨床に従事するようになって、当初は、患者の診療をしながら個人の精神病理についてあれこれ考えていたのですが、それではなかなか問題が解決しない感じがしました。退院、あるいは退院後の外来治療といった段階になると、本人も病気自体も大事ですが、それを周りで見ている家族との関係も大事です。家族を味方につけないと、うまくいかない。そのような感覚がありました。また、その当時からコメディカルスタッフにはずいぶん助けられたので、1人で見るのではなく、家族と見る、コメディカルスタッフと一緒に見る、彼らの力を借りながら、薬も考える、そういう習慣が身につけてきました。

ただ、それも無手勝流でしていたので、もう少し系統立った方法はないだろうかとしていたら、当時、家族療法学会が立ち上がったばかりで、その学会で知り合った人たちといろいろ学ぶ機会がありました。統合失調症は、当時の中でも普通の家族療法ではなかなか難しいというところがありました。家族心理教育という方法も学び、そのベースのEE研究の仕事がありましたが、たまたま日本社会事業大学の学長をした大島巖さんと一緒に仕事ができるようになりました。そこら辺から精神保健研究所との付き合いが始まりました。

そのような感じで、家族支援の辺りから入って、そこで統合失調症だけではなく、ひきこもりや摂食障害など、疾患の横断的な領域が広がっていききました。

松本 そのような仕事をした上で、精神保健研究所に入ったと思いますが、どうでしたか。私自身もそうでしたが、臨床から研究所に入るということは、臨床家として中途半端になるのではないかと、臨床を捨てることになるのではないかと、研究者としてやっているのだろうかという不安などはなかったでしょうか。

伊藤 研究所でどのようなことを仕事にするのかということが、さっぱり分かりませんでした。当時、研究所には大島巖さん、故 岡上和雄先生（元・国立精神衛生研究所部長、元・中央大学教授）、故 吉川武彦先生（元・精神保健研究所所長）がいました。実はあの辺りは千葉大学の人たちなので、その前にも会っている話は聞いていました。それから全

国精神障害者家族会連合会、今のみんなねっとの前身があって、そこにもコミットしていたので、大きく言うと、社会精神医学的な領域で何か物を見ることができたらいいのではないくらいの感じで入りました。

最初は室長で入りました。直属の上司が丸山 晋先生（元・社会復帰相談研究部部长、前・ルーテル学院大学教授）でした。今から考えると、あの鷹揚さが非常に助かりました。好き勝手にさせてくれたのです。そのなかで国府台病院精神科のスタッフと共に行った家族心理教育に関するランダム化比較試験が、研究者らしい最初の仕事でした。家族心理教育のモデルをスタッフとともに作り上げ、その効果評価をしたわけです。

この研究からは、家族支援は、家族をケアラーとして扱っていたのでは足りない、家族が孤立せず安心して話し合える環境をつくり、家族が元気を取り戻していくようにを支援するのが大事ということが見えてきました。それを、文字や講演などでアウトプットしていく、といった感じから研究が始まりました。

それをアシストしてくれたのは、当時は、全国精神障害者家族会連合会の人たちでした。結構、家族会の人たちと話し合っていて、これからどういう研究があるといいですかというような話を聞いたところ、きちんとした情報が欲しいということでした。精神分裂病（当時はまだそう呼ばれていました）についてのきちんとした情報が欲しい、そのための本を作ったほうがいいなどという話になって、全国精神障害者家族会連合会から精神分裂病のブックレットなどを出し始めました。

岡上先生や吉川先生に、やはりこういうことが役に立つと言われたこともあって、自分は統計的なデータを扱う方向にはなかなか向かわなかったけれども、でもこれも研究の一つだというように自分の中で位置付けて、始めたという感じです。

松本 当時の研究所では、そういう臨床的というか、現場に役立つ事業のような研究も尊重されていたのですね。

伊藤 そうですね。当時は小平キャンパスからは離れていたせいか、精神保健研究所だけで好きにできるということがありました。そのような中で、みなさ



ん個性があって、決してまとまりがいいとはいえませんが、わりと臨床と密接に関わるところで発言することが精神保健研究所のいいところでした。

その頃は社会学や心理学、様々なバックグラウンドの研究者がいました。医者中心ではないというか、精神医療、保健福祉を支えるのは、もっと多彩な人たちの集まりだという意識があったと思います。日本で最初にデイケアを始めたのは精神保健研究所でしたが、その当時からそういった意識があったはずですが、私がいた社会復帰相談部はもともとデイケアの立ち上げに深くコミットしていた部なので、そのようなことは風としては感じていました。

Ⅲ. ACT、リカバリーとの出会い

松本 そのようにして研究所でキャリアを積む中で、先生がリカバリーというものに出会ったのは、いつ頃だったのでしょうか。

伊藤 リカバリーという言葉にきちんと出会ったのは、ACTの研究をしようと思って、アメリカとの交流が始まってからです。大島さんと共同でACTの勉強を始めましたが、文献を読んだだけではよくわからない。実際にシステムがどう動いているのか、この実践が何に役に立つのか、背景となっている文

化は何なのか、いろいろと疑問でした。

この際、アメリカに行きましようというこで、年に2回か3回、2週間くらいの旅をしてきました。西海岸も東海岸も、それからウィスコンシン州マディソンやカナダにも行きましたし、いろいろな所を見て回りました。

大体、ACTのチームは単体では存在してなくて、アメリカの州立やNGOが運営する精神保健センター、カナダならばマウントサイナイ病院などの医療機関の1チームとしてあるわけです。そういう所を見て回り、必ずピアのスタッフがいたり、家族の方がスタッフとしていたりということを目の当たりにしました。こういう人たちが働いているのか、こういう人たちとコメディカルスタッフが中心になって働いているということが分かりました。精神科医は全体のシステムの設計や、マネジメント役割をしていたようです。ナースがある程度、薬物療法もコントロールするような環境で、サイコセラピストもいるし、多職種チームが構成され、医師の指示などなくても主体的に支援を行っていました。実際、現場では精神科医は一体どこにいるのだろうという世界でした。

そして、いずれのACTチームも大変アクティブに地域社会の中で働いており、その彼らの言葉の中に、リカバリーという言葉がたくさん出てきたのです。リカバリーは客観的な評価による、患者さんが改善したなどということではありません。もともと公民権運動から出ている言葉です。患者さんが主体的に自分の人生を取り戻していくプロセスのことを指します。それをふつうの言葉で言えば、自分で自分のことは決めるようになることであり、自分の責任を自分で負うようにすること、自分の人生を価値あるように思えるためのアクティビティを持つことなどです。そういう方向で生きようと、仲間や支援者と共に試行錯誤をしている中で、結婚もできたし、就労もするようになったなど、そういう話が生まれてくるわけです。

それから、ACTと同時に欧米の就労支援（個別援助付き雇用）の現場も見て回りました。そのときに、就労支援、仕事に就くということが、逆に症状を安定させるということ、目の当たりにしました。社会的な活動にコミットしたり、仲間とつながったり、それから自分自身の自尊心が保たれるようになってくることは、実は症状の安定にもつながって

きます。今までの医療を中心とした治療論とは全く違った形で人が回復していく、それがリアルな世界として存在していることを知って、衝撃を受けました。

彼らは自分たちのピアのグループの中で、非常に楽しそうに自分たちのことを語り、自分たちはどのように回復したかを語ります。それは決して、何々病院の何々先生のおかげではなくて、このコミュニティの中において、みんなと話し合っ、相談して、自分の役割もあって、存在しているということ、しっかりと持っている、それが自分のリカバリーにつながっている。そういう話を聞く中で、これはかなり大切なことだと思いました。

ですから、医療の主体として、医療者が責任を持って患者さんを治すという文脈だと、この領域には到達しません。医療の助けを借りながら、患者さんが、自分たちの力で自分たちの生活を取り戻すこと、そのためのコミュニティを作る、それを支えるサポートグループを作るなど、そういうことが人としての彼らの人生をよりよきものにします。たとえ、症状があまりよくならなかったとしても、その人が人として生きていくという営みは続けられるだろう。そう感じて、これから日本でACTや就労支援を広めたいと考えました。就労支援のIPS (Individual Placement and Support) も研究として日本に導入したのは私たちが最初でした。

松本 先生がACTに関心を持って勉強し、あるいは少し周囲や外向けに発信したとき、当時の精神科医療や地域精神保健福祉の人たちの反応はどうでしたか。

伊藤 賛否両論です。研究に着手したのが2002年ですから、もう病名が統合失調症に変わっていました。「入院医療中心から地域生活中心のへ」という「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示されたのは2004年です。厚生労働科学研究として始める際、当時の総長、高橋清久先生にご相談しました。高橋先生に、「研究費を取りたい」と言うのと、「ではプレゼンテーションを用意してください」といわれ、まずはNCNP内でプレゼンテーションをさせてもらいました。そうしたら、総長がいいと言ってくださって、精神・障害保健課と掛け合ってくれました。

ただ、当然、保守的な人は冷やかなスタンスで

した。包括的な支援、つまり、福祉と医療にまたがった支援をするので、それは日本の制度の中では財源も違うし難しいのではないか、そもそも地域の中を駆けずり回るような医者をこれから育てるなどということは難しいのではないか、医療経済的に成立するのかといった批判がありました。これ以上、メード・イン・USA を日本に持ってきても仕方がないというような批判がありました。まさに賛否両論という感じです。

ただ、今から振り返ると、精神保健研究所にいて、総長を含め研究所の皆さんが、そういうチャレンジなことの背中を押してくれたことはありがたかったと思います。その後、樋口先生が総長になったときだったでしょうか。「こころの健康科学研究事業」の最初の研究費をいただきました。世間の風は冷たくても、当時、精神保健研究所の中で臨床的なこともしている先生方のまなざしは割と温かかったような気はしました。

IV. 市川における ACT の実践

松本 最初、市川で先生が実際 ACT のプロジェクトを行う際に、苦労はありましたか。

伊藤 苦労というか、精神保健研究所が小平に移るといふときでしたから、あのときも、高橋先生に相談しました。「先生、研究の途中で研究所が小平に行ってしまうのですが、残って研究してもいいですか」と言って、すごくわがままも聞いてもらいました。ですから、僕は20年研究所にいましたが、2010年くらいまでは、ほとんど小平に行かずに、国府台病院の先生方と一緒に活動し、ACTの研究をしていました。ちょうど国府台病院の精神科病棟がダウンサイジングの時期で、長期入院の人を外に出さなければいけないというときと重なったこともあり、うまく具合に協働できたところがあります。

松本 国府台病院とよい協力関係を作られたのですね。

伊藤 そこは恵まれていました。院長になられた浦田重治郎先生などが全面的にバックアップしてくれたからです。おかげで ACT に関するランダム化比較研究ができました。

いま思うと、むちゃなことをしたなと思います。あちこちの講演で「こういうチームを立ち上げる」と宣伝し、全国のいろいろな場所で求人案内を出しました。自分の知り合いにも、「よい人はいないか」と聞いて回りました。立ち上げのスタッフは、そんな風にして集まってきたかたがたです。チームのスタッフの給料は研究費基準の少ない額でした。

松本 集まったスタッフは、どのようなバックグラウンドの方たちだったのですか。

伊藤 地域で働く経験のあったソーシャルワーカーがいました。それから職業カウンセラーがいました。病院から外に出たいと思っていた OT や看護師もいました。心理の人もいました。それから面白いのは、今、熊本に戻っていますが、医者でありながらソーシャルワーカーとして働いてみたいという人もいました。薬を捨てたかわりをしたというわけです。総勢10人のスタッフでした。みな、出身母体はてんでんばらばらで、国府台病院にいた看護師以外には、同じ所にいた人は1人もいません。主には病院の精神医療の在り方に疑問を感じているという人が集まってくれました。

もう一つラッキーだったことは、当時の僕の所のチーム精神科医はどうしようかというときに、室長にやってもらおうと思い、「室長の仕事は ACT のチーム精神科医をすること」ということで、西尾雅明君（元・社会復帰研究部室長、現・東北福祉大学教授）に来てもらったことです。彼は留学をして、ロンドンの地域精神保健サービスをみていたので、日本で ACT を始めるにあたって、大変心強い人材でした。

そのとき、僕が直接チームに関わって臨床にどっぷりはまっていたら、また人生が少し違っていたかもしれません。チームと話していると、僕が少し年上だということもあって、「僕らだけですますから伊藤さんは関わらなくていいです、アウトカムを取るなど、研究のほうで頑張ってください」と言われ、西尾君ががんばって、スタッフと共に最初の ACT のチームをつくってくれました。

実際に、ACTの臨床が始まると、それまで頻回に入院していたような不安定な方を扱うわけですから、いろいろな苦労を味わいました。最初の1年で、自殺する利用者が出たり、利用者のスタッフへの暴

力などが出たりしました。当然のことながら、そういうリスクマネジメントをきちんとしなければいけません。当時は未熟ですから、入院させずにクライシスをどのように乗り越えるのかということも、情熱があってもスキルとすれば無手勝流だったと思います。ですから、最初のうちは pre-post の比較では入院日数などで非常に成果が出るけれども、コントロール群との間で症状などの比較をしても、なかなか成果が出ないという苦しみもありました。

松本 しかし最終的には、RCT の結果も出て、各地に広がっていききましたね。

伊藤 いや、まだまだです。やはり日本は民間の精神病院を中心とした医療なので、経済的に成り立ちにくいものに対しては触らない、入院ということを回避するような考え方の取り組みには二の足を踏むということが多いです。それから、きょうのテーマのリカバリーということに関しては、リカバリー支援ということを常に意識しながらチームを運営していくということは、どこかで伝統的な病院精神医療の概念を捨てないといけないのです。リカバリーの支援につながるの、症状をうんぬんするよりもまず先に、その人の苦悩をとらえよ、その人がどのような生活をしたいかを共に考えよという発想ですから、入院病棟での動き方とはスタッフの動き方がまるで異なるのです。この捨てるという作業を徹底して行うためには、チームの理念やミッションがとても大事で、それをキープし続けられる、そういう精神性が必要になります。そしてこういう精神性をもつスタッフを育て、はぐくむのには、彼らを支えるネットワークが必要だと感じています。僕たちがメンバーである ACT 全国ネットワークの中では、今、30 チームくらいが動いていますが、それ以外にも、さまざまなチームもあるので、日本で行われている精神科アウトリーチチームの実際は玉石混交です。

ただ、今まで行ってきて、多少、風向きが変わったかもしれないと思うことは、アウトリーチという言葉を見なさんが使うようになって、多職種でアウトリーチをすると、病院の指示で訪問看護をしているのとは全く違った動きがあるということ、精神科を専門にしている普通の訪問看護ステーションの人たちも少しずつ感じてきてくれています。そこは変化だなという気はします。

残念なのは、ACT やコミュニティー・ベース・メンタルヘルスは、どこの国でも国主導、行政主導で動いているのに、日本ではそうになっていないということです。海外では、病床削減をして人員配置を地域の方に移し、その地域で働く医療スタッフのための受け皿としてのメンタルヘルスセンターをつくったり、アウトリーチチームの基地をつくったりしている。この辺りのドライブをかけるのは国の仕事ではないかと思うのですが、一向に動きませんでした。いまだに『『重度慢性』の患者さんは集中的に病院で治療しないといけないので、そのための財源と病棟が必要』などといっている臨床医や研究者がいるというのは、一体どういうことなのかと思います。

V. 就労支援

松本 リカバリーとのつながりで、もう1つ就労支援のことにも触れさせてください。

私自身、仕事をするようになった患者が、必要とされることによって自尊心が改善し、それによって薬が減らせるという場面に何度となく遭遇しています。その意味で、障害を抱える方の仕事はとても大事なことだと感じています。

伊藤 そうです。本当にそうです。この点に関して、バーモント州とメイン州の30年間の長期予後の比較研究は、非常に重要なことを明らかにしています。

バーモント州はメイン州よりも脱施設化が十数年早かった州です。その二つの州の1960年代から30年間の予後調査なのですが、バーモント州のものは前向きな追跡調査、メイン州のものは、それと基本属性を統制した群を選んだ調査です。ベースラインでの状態は両州の患者の状態に有意差がないわけですが、予後調査ではバーモント州の患者の方が、より生産的で、症状が少なく、地域社会により適応し、社会機能もよかったということが分かったのです。それで、バーモント州のリハビリテーションプログラム、および精神保健施策の成果が予後の違いに影響を与えているのではないかと強く示唆されたわけです。では、バーモント州では何に力を入れたのか。第一に、継続的で包括的なケアをチームで展開し、職業リハビリテーションと医療を統合し、地域社会のなかで働く機会を拡大しました。

第二に、レスパイトケアやショートステイ、ケア付きの住居など、多様な住居プログラムを整備し、地域で暮らすことを第一としました。そして、第三に、スタッフと患者さんとの関係のなかで患者の自助努力を促進することが努められたのです。そのような環境下バーモント州では、縦断的に追っても、メイン州の患者さんに比べて入院生活時間が少なく、常勤雇用を含む仕事を維持している人が多く、福祉的社会的資源を使わないですんでいる人の割合が多かったということがわかったのです。

この研究論文を読んだとき、「リカバリーを支援するということは、こういうことなんだ」と思いました。リハビリテーションも、病院や医療の中だけでどうこうするのではなく、患者さんが普通の市民社会の中で働くことと直結した、そういうリハビリテーションがきちんとしていること。コミュニティの中で包括的な支援を続けて、究極的には、患者さん同士が支え合いながらコミュニティのなかでやっつけられる領域を増やす、そういう世界を作ること。そのほうが絶対患者さんにとって幸せでしょう。結果として、病気としての症状も軽減すれば、これほどいいことはありません。

ですから、ここでは、医療を中心に、医療で抱え込んで、医療が管理をする形で患者さんが穏やかに過ごせるということとは全く違う支援モデルを展開しています。これは非常に大事なことだと思えました。医療が責任を持ち過ぎて、抱え込み過ぎて、本来は患者さんが自分で持つべき責任や自分のためのチャレンジを奪っているというのではいけないのではないかと思うわけです。

そういう意味では、リカバリーを語る際に、その人にリカバリーする素質があるかないかということに専門家が言うのは不遜であり、医療者がリカバリーしやすい環境を作っているかどうかを議論すべきなのです。そうした環境を作れていないのに、「うちではなかなかリカバリーを語る人がいません」などと言ったら、それは責任転嫁というものです。

くどいようですが、リカバリーはもともと当事者の言葉です。当事者が自分の価値について語る言葉です。ですから、それを外部観的にこの人はリカバリーの途中にあるとか、リカバリーに達成したなどということは非常に変なのです。そのことには自覚的でありたいと思います。

松本 その意味では、医療がどこまで受け持つかという議論も必要ですね。

伊藤 そうです。病棟で行っているような管理的な医療、たとえば、自傷・他害のリスク管理を精神医療がしなければいけない、といったところから自由にならないと、本当のリカバリーを支援する医療システムはなかなか実現できないと思います。

これはフランコ・バザーリアが提起した、イタリアの180号法の中に明確に書かれてあるのですが、イタリアでは強制入院は自傷・他害ゆえにするのではなく、「その時点、その状況における能力では、その人が自らの精神的健康を守ることが難しい」と判断された場合にのみ、活用されるということなのです。精神医療はその人が抱える精神疾患の症状改善と精神的健康の回復のためにある、というあたりまえのスタンスにしっかり立たなければいけないと思うのです。

VI. 自傷・他害リスクの管理とリカバリー ——課題と限界

松本 先生がおっしゃった、医療が患者の、当事者の自傷・他害のリスクにどこまで責任を持つのか、という点でさらに突っ込ませてください。先生が在職中に心神喪失者等医療観察法が成立しました。それから、昨今では相模原事件を端緒とした措置入院をめぐる議論もあります。その辺りの先生の見解などをうかがえばと思います。

伊藤 「医療観察法による医療をやらざるを得ない」という話は、僕が社会復帰研究部の部長になった頃でしょうか、当時の所長であった故 吉川武彦先生から聞かされたのを覚えています。相模原事件も池田小事件もいろいろと疑問がありますが、とにかく第一に疑問なのは、「本当にこの加害者になっている人たちは精神医療の対象なのだろうか」ということです。このことを素朴な疑問として拭い去れないまま、医療観察法や措置入院退院後のフォローアップなど、精神障害の人たちの管理システムが強化される方向で物事が動いていることへの不信感は強くあります。

池田小事件や相模原事件は医療の問題なのか、精神医療の問題なのかという声を上げる団体が無いの

は、情けないです。逆に日本精神科病院協会は私たちが引き受けましょうと言ってしまいます。そこに「No」と言える集団は、精神保健研究所ではないかとも思いましたが、この研究所こそが医療観察法を作ってしまったわけで、その点では忸怩たる思いがあります。

それでも、当時は、「医療観察法をきっかけに一般精神医療の底上げもしていきましょう」「医療観察法できちんとした包括的な医療をするので、それを見習えば、普通の精神医療も包括的になります」という説明に期待した面もありました。いまの状況を見わたすと、それも裏切られたという気がしています。現在、医療観察法の入院がずいぶんと長期化しているという現実を考えたとき、あの説明はどうなったのかという思いがあります。

象徴的な出来事が一つありました。僕らがACTで見ていた患者さんがいて、当然、すったもんだはしていて、お母さんとの仲も悪いし、お酒を飲んでは地域に迷惑を掛けるし、保健所から早く入院させてくださいとしょっちゅう言われているような方でした。その方を、何とかACTで、そうはいつでも地域で住んでいる時間のほうが入院している時間よりも圧倒的に長いという状況をつくって支援していたわけです。

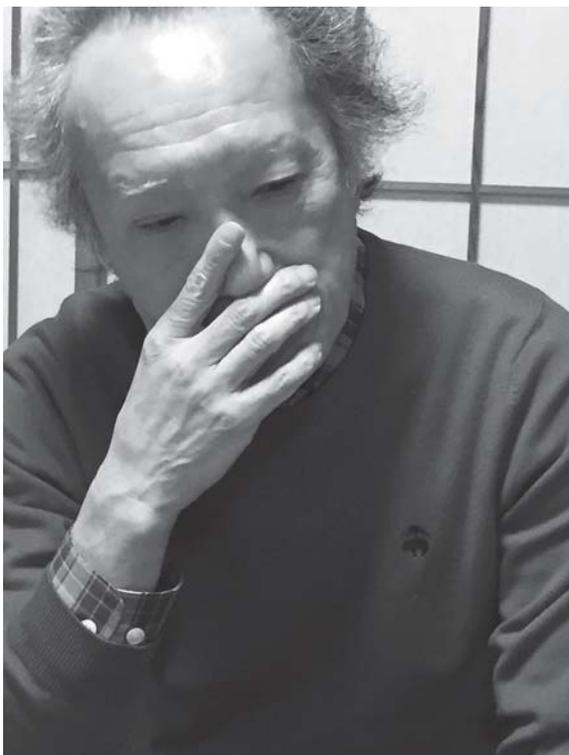
ところが、その人が5年前くらいに傷害事件をお

こしたのです。その時にはたしか入院になっていたのですが、それがなんと事件から5年後に、今度は「医療観察法の鑑定を受けてください」という連絡が来たのです。それで裁判所で審判が行われた結果、「医療観察法による入院処遇が適当である」と言われました。その時点ではACTチームが支援し、地域でうまくやっていたのにもかかわらず、です。もちろん、事件から5年間は何の暴力事件も起こしていないです。

結局その人は医療観察法による入院処遇となりました。あれからさらに5年が経過していますが、まだ退院してきません。一体、どういうことなのか。この一件で、「医療観察法が、加害者が社会復帰をして、普通の市民として生きられるようにするための手厚い医療」というのは、本当に幻想なのだ、とつくづく感じました。

そうこうしているうちに、イタリアのトリエステのことなどを勉強するようになって、トリエステの方向は全く逆だと知りました。犯罪に関しては警察で見ます。刑務所に入る場合もあります。メンタルヘルスはそれに寄り添うというか、メンタルヘルスは刑に服している間も医療も含めその人を支えるようなのです。責任能力がないと判断されれば、地域の精神保健サービスに委ねられるようです。そして、司法精神病院は廃止される方向にあるのです。要するに、刑法のことは法務省関連でもらって、メンタルヘルスは治療の部分に関しては関わるけれども、自傷・他害を予防するとか、減らすとかいう目的をメンタルヘルスの領域には持ってこないのです。こういう役割のすみわけは精神医療の目的を明確にするわけで、とても納得がきました。

イタリア的な棲み分けができると、精神医療が本当に「本人のための支援」としての色彩をより濃くしていくことができます。それは寄り添うときの哲学の違いになってきます。つまり、自傷他害のおそれなどの概念は括弧に入れて、まず市民としての彼に寄り添います。市民としての彼が精神障害というものを持っているために起きている不自由や苦悩に共感していきます。そして苦悩や苦痛を理解した上で、その背景となっているものをどのように軽くするかを考えて、チームが介入するのです。症状の背景には貧困や過去の虐待のフラッシュバックがあるかもしれない。今も対人関係の中で、自分が社会貢献できないような状況に置かれていることが関係し



ているのかもしれない——そういったことを考えるわけです。

こういったなかでは医者の出番はさほど多くありません。むしろソーシャルワーカーや就労支援の専門家、ピアスタッフ、あるいはケアマネジメントの人などが前に出ることが多い。ただ、精神科医はそのような活動をスタッフが行うことを背後で支えている、そういった支援の方がまっとうだ、と僕は感じています。

医療観察法関連や今回の相模原のようなことについての解決法としても、そういうありようを実現するほうが、はるかによいと思います。そして、むしろ措置入院の入り口をなるべく狭くする、医療観察法についても再度見直し、廃止するものは廃止したほうがよいのではないかと——今、僕はそういったことを考えています。

一昨年相模原事件の発端は安易な措置入院にあったと思わざるを得ません。僕の身の回りでも、社会防衛ということを考えてしまうと、本当にその人に措置症状があるかどうかよりも、この人がまた何か犯したら、保健所や病院が責任を問われるのではないかと、といった恐れや気持ちから措置入院が選択されているケースがあまりにも多い気がしています。本来であれば地域社会の中で本人の力と協働しながら乗り越えてこそ意味のあるクライシスに、安易に強制入院が適用され、患者さんのリカバリーに資する力が奪われてしまう。そういう環境下では、本当に患者さんのためになる医療ができるのだろうか。申し訳ないけれども、むなしというか、あまり実りがないのではないかと感じてしまうのです。

Ⅶ. 地域精神保健福祉機構 「COMHBO (コンボ)」

松本 それから、伊藤先生といえば、精神障害を持つ人たちの主体的な活動であるコンボの話も聞いておかないといけません。少しお話しいただけますか。

伊藤 全国精神障害者家族会連合会（全家連）がつぶれてしまったときに、そこに集っていた人たちのうち、家族は“みんなねっと”をつくっていったのですが、研究をしていた人や、全家連の運営や出版をしていた人たちが、リカバリーをキーコンセプトにして、メンタルヘルスの領域でNPO活動したい

ということで話があって、岡上先生などもコミットしてくださりコンボの立ち上げの活動が始まりました。

僕もACTやIPSなど、当事者の生活に有効であるというエビデンスのある実践を日本の中でもっと普及したいということがあって、そういう思いで彼らと結びついて、コンボが出来上がったのです。

雑誌・書籍の発行はコンボの中心ですが、それだけではなく、カジュアルな普及啓発的なイベントはどうかという話があって、「こんぼ亭」というものもはじまりました。これには、松本先生にもおいでいただいたわけですが、こんぼ亭で大切にしていることは、専門家だけではなく、当事者の方、経験者の方やその家族にも登壇してもらい、ユーザーサイドからも同じテーマについて経験を話してもらい、ということがあります。専門家に対するユーザーサイドの声を拾い、対話できる場にしたい、双方向性の場にしたい、というのが、そこにある思いなのです。

個人的には、こんぼ亭を通して、いろいろな人と出会えたということは、すごい収穫です。松本先生のほかにも糸川昌成先生、大野裕先生などにもおいでいただき、親しくさせていただくようになりました。神経研の功刀先生にも出ていただきました。多くの人に、僕の知らないたくさんの方のことを教えていただきましたし、いろいろなネットワークをご紹介いただけるということも、面白い経験だと思っています。

最近始めたこととして、オープンダイアログとの関連でリフレクティングという技法があります。こんぼ亭でも、専門家に話してもらったら、当事者と僕とでリフレクティングの会話をして、それをまた演者に聞いてもらって、コメントをもらってという、もっと双方向性を密にするということを始めました。そういう場を設けることでさらに多様な声が出てくるのは、とても面白い現象です。

Ⅷ. おわりに——地域精神保健や精神科 医療の質の向上のために

松本 最後に、これからの地域精神保健や精神科医療に関して、「これだけいっておきたい」ということがあったら、ぜひお願いします。

伊藤 今、僕が非常に惹かれていて、そこを何とかしたいと思っているのは、精神科医の在り方です。トリエステにしても、オープンダイアログにしても、精神科医には、片方でプロジェクトの責任を取る役割、プロジェクトのコーディネーター、ファシリテーターとしての大切な役割を果たしていると思います。しかし、そのマインドとしては、精神医学や精神医療が突出するのではなく、包括的なかわり、医療のほかにも、教育や就労、あるいはピアや家族とのかかわりなど、非常に幅広い領域のコーディネーションをする立場に立っているという感じ

です。数年前ですが、トリエステから精神科医を呼んだときに、日本の精神科医とのあいだで、「『本当にもう自殺したい』『死にたい』という人が来て、診察室で「この後、死ぬつもりです」と言っている場合、あなたは何かをするのか」というテーマで議論をしたことがありました。

そこにいたのは、日本の、それこそ本当に優秀な精神科医のグループでしたが、彼らの多くが、「これは入院をさせる」「危ないものを彼から離すようなことに最善を尽くす」「まず抗うつ剤をきちんと投与する」などといったことを一生懸命言っていました。

ところが、そのトリエステの精神科医は、「もう本当にやめてもらえませんか」という感じでそうした話を遮り、こういったのです。「そういうことをする前に、まだすることがあるでしょう。まず、『よくここに来てくれましたね』と対話を始めるのではないですか。『死にたい気持ちがあるあなたが、よくここまで来てくれた。ここまで来てくれたあなたに何かの役に立ちたいので、あなたがどうしてそのような気持ちになったのか教えてください』。そういうことから始めて、『こういう話をしていると

少し楽か』などといったことを聞きつつ、『今日、死にたい気持ちがどうしても収まらないのならば、一晩一緒にいろいろな話をしようか』など、そういうところから関わりは始まるのではないのでしょうか」と。

トリエステの精神科医が言わんとしたことは、人が自殺したい、死にたいというときに、その人は多く孤立しているのだということでした。孤立が、そして絶望が自分を傷つけるという誘惑を呼ぶ。その孤立している状況に何か手を差し伸べられるのは、そのときにかかわった医療者のあなたなのだ。あなたが鍵になって、他の人との関係を修復する可能性がはじまるのかもしれないのだ。もしかしたらその人との関係性の中で処方提供もあるかもしれないが、いきなり薬ではない。もちろん、いきなり入院でもない。それらはむしろ孤立を深めてしまうのだといわれました。「それらを最初にするのは今、私たちがトリエステでしていることと真逆だ」と言われました。

松本 なるほど、精神科医療と地域精神保健福祉的支援の重要な課題が凝縮された、とても大事な話ですね。このエピソード、今回の特集における基調的原稿の末尾にふさわしいお話だと思います。

本日のお話は、わが国の精神保健に関して、そして、わが精神保健研究所の将来のありかたを考えるうえでも、深く考えさせられるものばかりでした。改めて感謝申し上げます。長時間にわたるお話、本当にどうもありがとうございます。

(了)

このインタビューは、2017年12月21日に伊藤順一郎先生のご自宅にて行われました。

【特集 リカバリーを考える ―危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか―】

統合失調症のリカバリーを支える精神保健医療福祉政策を考える

Policy making for recovery from schizophrenia

藤井千代¹⁾

Chiyo Fujii

I. はじめに

統合失調症の人の支援において、リカバリーの重要性が強調されるようになって久しい。わが国においても、この10年ほどの間に「リカバリー」をキーワードとした論文や学会発表が数多く見られるようになった。精神科臨床における「リカバリー」には、少なくとも2つの概念が包含される。ひとつは、寛解状態の維持や機能的回復を意味する「クリニカル・リカバリー」であり、主として専門家の視点から生じた考え方である。もうひとつは、精神障害をもつ人が、障害による様々な制限を持ちながらも希望を実現し、満足できる生活を送ることを意味し、「パーソナル・リカバリー」と呼ばれる¹⁾。これは主として、当事者の語りから導き出された概念である。近年の統合失調症の臨床において、特に注目されているのは「パーソナル・リカバリー」である。これは、近年の薬物療法の発展にもかかわらず、統合失調症は依然として多くの場合、何らかの症状や機能障害を抱えながらの自己実現を図ることを余儀なくするという事実が関係しているものと考えられる²⁾。とはいえ、この2つのリカバリー概念は、相反するものではない。統合失調症の人がリカバリーという言葉にどのような意味を見出しているかについてのシステムティックレビューによれば、プロセス志向 (process orientation)、自己志向 (self-orientation)、家族志向 (family orientation)、社会志向 (social orientation)、病気志向 (illness orientation) の5つのテーマが含まれていた³⁾。すなわち、当事者の視点から見たリカバリー概念には、プロセス志向のような、

従来のメディカルモデルからは気づきにくい要素が含まれている一方で、病気の回復というクリニカル・リカバリーに関連する要素も重要であることを示唆しているといえるだろう。

このように、「リカバリー」という言葉は幅広い概念を有しており、わが国の精神保健医療福祉政策が目指す理念として位置付けるには弊害もあると考えられる。重要な政策のひとつとして位置付けられている「アウトリーチ」が様々な概念で用いられ、今なお混乱が続いている⁴⁾という前例もある。しかしリカバリーの考え方は、1990年代後半より先進諸国において精神保健行政の指針として取り入れられるようになっており⁵⁾、例えば米国でも、リカバリーを志向した支援技術の活用が奨励され、英国ではNational Health Serviceの支援により、多くの「リカバリーカレッジ」が活動している。「リカバリー」という多義性のある外来語を政策理念として使用することの是非はともかく、国際的には、精神科サービス提供はパーソナル・リカバリーを志向すべきであるとの共通認識ができつつあり⁶⁾、リカバリーという概念が、精神保健医療福祉政策を考えるうえでも重視すべき考え方であることは疑いようもない。本稿では、精神保健医療福祉政策という側面から、精神障害者、特に統合失調症の人のリカバリーを支えるための支援のあり方について検討したい。

II. 統合失調症の支援戦略とシステム整備

精神障害の多くは、思春期から青年期にかけて発症し、その人のその後の人生に持続的な影響を与えることになる。中でも統合失調症は、幻覚や妄想といった、本人にとって圧倒的な脅威となりうる病的体験のみならず、陰性症状や脳機能の低下、セルフステイグマを含むステイグマの影響などが複雑に絡み合い、薬物療法や通常精神療法のみでは十分な

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
社会復帰研究部
Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

回復に至らないことも少なくない。病状によっては、非自発的入院を余儀なくされ、時には隔離・拘束といった行動制限が行われることになり、このような体験は心的外傷としてその後の回復過程にも影響を与えうる⁷⁾。

WHOによって実施された、世界18箇所のWHOセンター所在都市における大規模コホート研究によれば、追跡調査が可能であった統合失調症者の約半数以上は予後良好であり、そのうちのさらに半数近くが直近2年間で精神病エピソードをまったく経験していなかったこと、GAFが60を超えるケースは38%であり、このうち16%は治療を受けていなかったことなどが示されており⁸⁻¹¹⁾、特別な支援がなくても予後良好な統合失調症の一群が存在することも確かなようである。しかし我々が日常臨床で出会う統合失調症の人の多くは、薬物療法と心理社会的治療、環境調整、家族支援、身体管理などの包括的な支援戦略を必要としているのもまた事実である。医療従事者を含む支援者は、専門職としての技能を生かしつつ多職種による支援を展開するとともに、当事者のリカバリーに寄り添う存在としての役割を認識すべきであろう。そのためには、専門職個人や、医療機関をはじめとする支援機関の姿勢や技能、努力が必要であることは言うまでもないが、それだけでは不十分である。精神障害に関する国や地方公共団体の施策、住民の啓発等を通じた精神障害の正しい理解と寛容性の醸成などが不可欠であろう。

わが国においては、2004年に厚生労働省より提示された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」により、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱が掲げられ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推し進めていくことが示された¹²⁾。その後、39.2万人だった入院患者は2014年には28.9万人まで減少し、新規入院については、約87%は1年以内に退院している¹³⁾。ただし、退院した患者の中には死亡退院が相当数あり(推計で年間2万人超)、帰住先を見ると、1年以上入院している患者については転院や院内転科、高齢者福祉施設への退院も多い。さらに、しばしば引用されるOECDのデータでは、人口10万当たりの精神病床数はOECD平均68床に対し、日本は269床となっており、世界で最も精神病床の多い国、という不名誉なレッテルが貼られてしまっている¹⁴⁾。

実際には国ごとに「精神病床」の定義が異なり、単純比較すること自体にかなり無理があるのだが、日本の精神科医療は未だ「入院医療中心」であるというイメージは拭えない。そして、精神科病床への入院者の約57%が統合失調症である¹⁵⁾。

リカバリーを、障害による様々な制限を持ちながらも希望を実現し、満足できる生活を送ることと捉えたとすると、年余にわたる長期の入院生活でリカバリーを目指せるとは考えにくい。精神保健医療福祉システムとして統合失調症のリカバリーを支えるうえでは、長期入院者の地域移行の推進するための取り組みは欠かせないのである。

Ⅲ. 地域移行の意義と障害者総合支援法

長期入院者の地域移行を目指す試みは、現在に至るまでわが国の各地で行われているが、先駆的な取り組みとしては「ささがわプロジェクト」が知られている¹⁶⁾。福島県のあさかホスピタルでは、統合型精神科地域治療プログラム¹⁷⁾を導入し、2002年に102床あった分院を閉鎖した。入院患者は退院後も統合型精神科地域治療プログラムに準拠した多職種チームによる支援を受けており、機能の改善を認めるなど、総じて良好な転帰が得られている。この取り組みで得られたチームとしての具体的な支援戦略と理念は、その後、同院が展開する地域ケアサービシスに生かされているという¹⁸⁾。

ささがわプロジェクトの例に見るように、地域移行を推進する意義は、支援対象となっている人のみに限定されるものではない。地域移行の推進には、医療機関と自治体や地域援助事業者を含む地域の様々な機関との連携や、多職種によるアセスメントと支援計画、ケースマネジメントが必要となる。すなわち、地域移行の推進により、地域ネットワークの強化のみならず、スタッフ間の連携強化や精神障害者を地域で支えるためのノウハウの蓄積も期待できるといえよう。さらには、精神障害をもつ人が地域で普通に生活することにより、地域住民の精神障害者への理解が促進されることも期待できる。このようなシステムの変化、スタッフや地域住民の意識の変化は、精神障害があっても当たり前地域の一員として生活できる社会、すなわち精神障害者のリカバリーを支えることのできる社会へと変革するための大きな力となり得る。

近年、障害者支援の理念は、障害者を「保護すべき対象」ととらえたかつての考え方から、いかにして障害者を個人として尊重し、共生社会を実現していくかという考え方に大きくシフトしており、障害があっても地域でその人らしい暮らしをするという、まさにパーソナル・リカバリーを目指すための支援を提供することが求められている。障害者総合支援法は、この理念の変化を反映したものとされており、施行3年後の見直しにより「地域生活拠点」の整備や「自立生活援助」の開始など、地域生活を支援するサービスがさらに強化された。リカバリーを支える支援においてきわめて重要な就労支援に関しても、「就労定着支援」が創設されている。一方で危惧されるのは、医療と福祉の協働のあり方である。重症精神障害者の支援においては、ケースマネジメント担当者が直接サービスを提供しつつ、サービス全体の連携調整を実施することが効果的であるとされている¹⁹⁾。統合失調症の人の場合、医療の継続が重要であることを考慮すると、医療機関においてケースマネジメントを実施することが望ましいと考えられるが、医療機関におけるケースマネジメントは診療報酬外の支援であり、現状では普及は難しい。3年後見直しによりさらに選択肢が増える障害福祉サービスの仕組みを生かし、リカバリー支援を促進するためには、以前からの課題である医療と福祉の連携を推進するための施策が必要である。

IV. 共同意思決定・意思決定支援の重要性

パーソナル・リカバリーを支援するうえでは、精神障害の当事者が自身の支援計画の作成に参画することは非常に重要な意味がある。Leamyらによるシステムティックレビューでは、パーソナル・リカバリーの構成要素として、他者とのつながり、将来への希望と楽観、独自性、人生の意義、エンパワメントが挙げられており²⁰⁾、パーソナル・リカバリーの実現における当事者の自律性の尊重と、当事者自身による意思決定のプロセスの重要性が示唆されている。

近年、当事者と治療者が必要な情報を共有したうえで、当事者が治療者と相談しながら自身の価値観や好みに基づいて治療（支援）方針を決定する、共同意思決定（shared decision making）の考え方が、精神科医療現場においても注目されつつある。例え

ば、ピアスタッフとの協働で自分の目標や価値観、診察中に伝えたいことなどの情報を整理して医師に示す試みでは、患者側の認識として、精神科外来において医師とのコミュニケーションや関係性が改善したとされる²¹⁾。このような意思決定プロセスを経ることは、当事者の自己効力感の（再）獲得、リカバリーの促進につながるものと考えられる。リカバリーを目指すプログラムのひとつとして広く認知されているWRAP（wellness and recovery action plan）²²⁾の考案者が、リカバリーについて「体調が悪いときにも自分のために自分で対処できるということ、どんな状況でも自分に主導権があるということ」と述べていることにも注目したい。

悩ましいのは、統合失調症においては、精神症状の悪化などにより一時的に同意判断能力が不十分となる場合があるということである。地域移行を推進していくにあたっては、危機対応の重要性は一層高まることが予想されるが、医療が必要であるにもかかわらず本人に同意判断能力がなく、共同意思決定やインフォームドコンセントが成立しない場合、どのようにして本人の自律性を尊重すべきなのだろうか。危機介入が必要な際に本人が判断無能力である場合、現行の精神保健福祉法では非自発的入院（医療保護入院、措置入院等）が行われることも多いが、そのような場面においても、可能な限り当事者の自己決定権を尊重しつつ、当事者のbest interestとなる治療やサービスを提供する方法を模索していくことが重要であろう。事前指示^{23, 24)}やクライシスプラン²⁵⁾の活用は、そのための具体的な対応方法として推奨されるが、初回の介入の場合はそのような対応をとることができず、いかにして本人の意思決定支援を行うかが問われる。

入院中の意思決定支援に関しては、わが国の精神科救急現場において、初回入院の統合失調症患者を対象として、RCTによる効果検証が行われている²⁶⁾。この研究においては、患者満足度、退院時GAFおよび入院期間等のアウトカムに関して、介入群と通常治療群の間に有意差は認められなかったが、統合失調症の初回入院時という場面においても意思決定支援が実施可能であったことを示した意義は大きい。

意思決定支援は、わが国において2014年に批准された障害者権利条約の観点からも重要である²⁷⁾。しかし、現在わが国では、障害者総合支援法等で利

用者の意思決定の支援に配慮し、利用者の意向、適性、障害特性に応じたサービスを提供するよう規定されているものの、意思決定支援をすべき場面やその方法については定められていない。海外に目を向けると、例えば英国の Mental Capacity Act においては、本人の best interest を尊重した意思決定支援のプロセスの評価を含め、意思決定支援のあり方が詳細に定められている。国際的な潮流とリハビリ支援の観点からも、今後わが国においても、意思決定支援に関する法整備を進める必要があるのではないだろうか。

V. 精神保健福祉法改正とリハビリ

今般、平成 28 年 7 月 26 日に元措置入院者により引き起こされた、相模原市の障害者支援施設で発生した戦後最大級の殺傷事件をきっかけとして、措置入院制度全体の運用が大きな注目を集めることとなった。これを受けて、現在精神保健福祉法改正の議論が進められており、措置入院者の退院後支援の仕組みが創設され、自治体に以下のような役割が義務付けられる見込みとなっている。

措置入院者に対する告知（入院の理由を含む）

措置入院者の退院後支援計画の作成

退院後支援計画作成にあたっての個別ケース検討会議の開催

自治体が調整役となる退院後支援の実施

支援期間中に転居した場合の計画の引き継ぎ

ここでいう「個別ケース検討会議」とは、個々の措置入院者の退院後支援について支援関係者が話し合う場であり、いわば自治体主導のケア会議であり、本人及び本人を支援する家族等の参加を原則としている。このような仕組みについては、「支援」の名を借りた「監視」ではないかとの懸念が様々な関係団体等から出された。このような仕組みの創設を、よりよい精神保健医療福祉支援のための意義ある第一歩にするのか、形式を整えるだけの、監視に近い仕組みにしてしまうのかは、まさに措置入院後支援に携わる関係者ひとりひとりの持つ支援理念次第ではないかと思える。措置入院という強制の高い医療においても、支援者間で、当事者のリハビリを支えるという理念を共有すべきであろう。入院の理由を含めた、措置入院という制度についての説明、病気に関する見立てや治療の意義、今後の見通し等に

ついて丁寧に情報提供すること、退院後にどのような生活を送りたいのか、本人の希望やニーズを理解すること、それに基づいて本人とともに退院後の治療や支援について話し合うこと、これらは前述の共同意思決定のプロセスと考えることができる。

措置入院者の退院後支援は、一義的には措置入院者の地域生活の安定といった個別の効果を期待しての制度であると考えられるが、それ以外の波及的効果も期待できる。措置入院者の退院後支援を先駆的に実施している自治体においては、医療機関等、精神保健医療福祉の関係機関との、いわゆる「顔の見える関係」ができ、連携が促進されたとの意見や、関係機関において危機的状態を未然に防ぐことの重要性についての認識が高まっているといった意見がきかれる。

しかしながら、よい支援を提供するための財源、人的資源をいかにして確保するかという大きな課題もある。退院後支援の実施にあたっては、複数の支援関係者がサービスを提供する場合は関係者間の連携が不可欠となる。これがプラスに作用すれば、前述のように、地域における関係者の顔の見える連携の促進につながると考えられるが、そのためには各関係機関に相応の人員配置が必要となる。丁寧な説明とよい関係性の構築のためには、十分に時間をかける必要もある。人員が増えればよいというわけではなく、当然ながら、支援者には相応の知識と技能が必要とされる。理想を掲げるだけでは支援者の燃え尽きにもつながりかねず、診療報酬改定・障害報酬改定等の財政的方策も含め、具体的な対策が必要である。

VI. おわりに

本稿においては、主として統合失調症の人のパーソナル・リハビリの観点から、精神保健医療福祉政策で目指すべき方向性について述べた。ここで忘れてはならないのが、クリニカル・リハビリを指すことの重要性である。前述のように、当事者の視点から見たリハビリ概念においても、クリニカル・リハビリが含まれていることを忘れてはならない。現在提供できる、薬物療法や身体管理を含む最善の医療の提供を追求することなしに、当事者や家族にリハビリを求めるべきではない。特に統合失調症における薬物療法は重要である。統合失調症

のリカバリーの促進のためには、薬物療法の限界についても知ったうえで、治療抵抗性患者に対するクロザピン治療のさらなる推進、治療アドヒアランスが不良となる理由を十分に理解することによるアドヒアランスの改善、当事者のニーズや好みを尊重した薬剤選択などを心掛けるべきである(28)。わが国では、諸外国と比較して、治療抵抗性の統合失調症に対するクロザピン使用率の極端な低さがしばしば指摘される。今後この状況を改善するためのさらなる施策を講じることも必要であろう。

文 献

- 1) Slade M, Amering M, Oades L: Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Soc* 17:128-137, 2008
- 2) 山口創生, 松長麻美, 堀尾奈都記: 重度精神疾患におけるパーソナル・リカバリーに関連する長期アウトカムとは何か? *精神保健研究* 62: 15-20, 2016
- 3) Jose D, Ramachandra, Lalitha K, et al: Consumer Perspective on the concept of recovery in schizophrenia: a systematic review. *Asian J Psychiatr* 14:13-18, 2015
- 4) 日本医師会精神保健委員会(プロジェクト): 精神保健委員会(プロジェクト) 答申. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000129668.pdf>
- 5) 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
- 6) Slade M, Amering M, Farkas M, et al.: Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 13:12-20, 2014
- 7) Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. Katsakou C, Rose D, Amos T, Bowers L, McCabe R, Oliver D, Wykes T, Priebe S. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Jul;47 (7) :1169-79.
- 8) Harrison G, Hopper K, Craig T et al: Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 178: 506-517, 2001
- 9) Sartorius N, Gulbinat W, Harrison G et al: Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries. A description of the International Study of Schizophrenia conducted by the World Health Organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 31 (5) 249-258, 1996
- 10) WHO. Report of the International Pilot Study of Schizophrenia. Volume 1. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1973.
- 11) WHO. Report of the International Pilot Study of Schizophrenia. Volume 1. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1973.
- 12) 精神保健福祉対策本部: 精神保健医療福祉の改革ビジョン(概要). <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>
- 13) 厚生労働省: 第1回これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会資料. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf
- 14) OECD: Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. Paris, OECD Publishing, 112-115, 2014
- 15) 精神保健研究所精神保健計画研究部: 目で見える精神保健医療福祉. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/data/630/>
- 16) Ryu Y, Mizuno M, Sakuma K, et al: Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. *Aust N Z J Psychiatry* 40:462-470, 2006
- 17) ファルーン RHI、ファッデン G: インテグレイテッドメンタルヘルスケア—病院と地域の統合をめざして(水野雅文, 丸山晋, 村上雅昭他 監訳) 中央法規出版, 東京, 1997
- 18) 佐久間啓: ささがわプロジェクト6年間の経過から統合型地域治療システムを考える. *精神神経誌* 111: 324-329, 2009
- 19) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, et al :

- Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 Jan 6
- 20) Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, et al: Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 199:445-452, 2011
- 21) Yamaguchi S, Taneda A, Matsunaga A, et al: Efficacy of a Peer-Led, Recovery-Oriented Shared Decision-Making System: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Psychiatr Serv* (in press)
- 22) Copeland ME: *Wellness Recovery Action Plan*, Peach Pr, Colorado Springs, 1997
- 23) 藤井千代：地域ケアの時代の新たなサービス概念 事前指示. *臨床精神医学* 40 : 683-690, 2011
- 24) 渡邊理, 藤井千代, 佐久間啓 他：「精神科事前指示」作成支援ツール開発の試み. *精神医学* 59 : 159-167, 2017
- 25) Ishii M, Okumura Y, Sugiyama N, et al: Feasibility and efficacy of shared decision making for first-admission schizophrenia: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*. 6; 17: 52, 2017
- 26) Henderson C, Flood C, Leese M, et al: Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomized controlled trial. *BMJ* 329:136-138 2004
- 27) Martin W, Michalowski S, Stavert J, et al: Three jurisdictions report: towards compliance with CRPD Art.12 in capacity/incapacity legislation across the UK. , (June 2016) , The Essex Autonomy Project
- 28) Fleischhacker WW, Arango C, Arteel P, et al: Schizophrenia--time to commit to policy change. *Schizophr Bull* 40 Suppl 3:S165-194, 2014

【特集 リカバリーを考える ―危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか―】

触法精神障がい者のリカバリー

Recovery of Mentally Disordered Offenders

菊池安希子¹⁾

Akiko Kikuchi

I. はじめに

1960-70年代の脱施設化以降に生まれてきた精神科リハビリテーション運動、精神保健消費者運動を下敷きとして、1990年代に米国アメリカ合衆国で生まれたリカバリーのパラダイムは、リカバリームーブメントとして欧米諸国に広がりを見せ、わが国においても精神保健サービスにおける重要性を増している。しかしながら、精神障がいがあるだけでなく、触法歴（特に司法精神科の対象となるような他害行為）のある触法精神障がい者のリカバリーについては、未だ研究も少ないのが現状である。本稿では、一般精神保健におけるリカバリー概念と司法精神科医療の間の関係、司法精神科におけるリカバリー志向実現の試み、諸外国の触法精神障がい者のリカバリープロセスと、それが本邦の触法精神障がい者のパーソナル・リカバリーに与える示唆について述べたい。

II. 一般精神保健におけるリカバリー概念

リカバリーには様々な定義がある。Anthony (1993) は、リカバリーを「自らの態度、価値観、感情、目標、技能や役割を変化させる、極めて個人的で独自のプロセスである。病気による制約を受けながらも、満足で希望に満ち、貢献できる人生・生活を送る生き方である。リカバリーでは、精神疾患の破局的な影響を超えて、自らの人生・生活に新しい意味と目的を見いだすこと」と定義した¹⁾。

このように「極めて個人的」であるリカバリーを

操作的に定義しようとするものの矛盾はあるものの、普及のためには精神保健サービスがリカバリー志向かどうかを判断するための視点が必要であることから、Leamyら (2011) は、97の研究の系統的レビューを行い、リカバリーの重要テーマとして、つながり connectedness、希望と楽観 hope and optimism、アイデンティティ identity、人生の意味 meaning in life、エンパワメント empowerment を同定した²⁾。頭文字をとってCHIME フレームワークと呼ばれている。

SAMHSA は2006年に、精神保健サービス利用者、家族、サービス提供者、権利擁護者、研究者、保険会社、政策関係者をそれぞれ代表する110人を超える専門家パネリストらの協議によって The Consensus Statement on Mental Health Recovery を発表した³⁾。それによれば、リカバリーの10の構成要素は、1. 自己主導性、2. 個別化されパーソンセンタードであること、3. エンパワメント、4. ホリスティック、5. 非直線性（注：リカバリーは直線的に進むものではないことへの気づき）、6. ストレNGTH・ベースド、7. ピア・サポート、8. 尊重、9. 責任、10. 希望 とされた。Leamyら (2011) のテーマと異なるのは、「9. 責任」が含まれていることである。責任のテーマについては、リカバリーのプロセスについての個人的なナラティブを研究した Andresen, Oades Caputi (2003) とも言及している⁴⁾。

これまでのところ、リカバリー志向のサービスを提供することにより、自尊感情や自己効力感、希望といった「ソフト」アウトカムも改善するだけでなく、入院期間や治療アドヒアランス、雇用、教育といった「ハード」アウトカムが改善することが示されている⁵⁾。

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
司法精神医学研究部

Department of Forensic Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

Ⅲ. 司法精神科におけるリカバリー支援に 内在する矛盾

触法精神障がい者は、精神疾患を持っていること
のスティグマと触法歴があることスティグマ、つ
まりダブルスティグマに晒される人々である。その
リカバリーにおいては、精神疾患からのリカバリー
と、触法歴からのリカバリーが二重に必要なると
いう特徴がある。しかし、支援の観点からは、単に
2種のリカバリーを併せて援助すればよいというわ
けにはいかない。というのも、精神保健領域でい
うところのリカバリー支援と、触法精神障がい者のリ
カバリー支援を行う司法精神科の実践には、矛盾が
あるからである。

精神保健リカバリームーブメントは、適切な治療
の提供を求めつつも、患者の自律性、主体性、自己
決定、協働を重視し、非自発的治療に反対する立場
をとってきた。しかしながら、司法精神科医療は、
非自発的医療であり、それ故に患者の自律性、主体
性、自己決定、協働を制約する。精神疾患を抱える
人々を社会生活上は自己決定権をもつ責任主体とし
て扱いつつも、同じ精神疾患で重大な社会的制裁に
相当する行為をしたときには、同人を責任を問えない
者として扱い、非自発的治療を行うという矛盾が
ある。

精神科の援助職も、二重の立場におかれる。患者
の利害を優先し、善行と無危害の倫理原則を重視す
る援助職の立場と、司法システムの要請でアセスメ
ント(例. リスクアセスメントなど)を行い、中
立性や客観性を重視する立場の二元的役割を担う立
場がある⁶⁾。2つの立場からくる利害の不一致を避
けるためには、援助者と評価者を分けるという方
法(例. 精神鑑定医と主治医を分けるなど)もある
が、いったん司法精神科医療の対象者となって以降
は、実際には、援助者が評価者を兼ねることが多い。
このことは人員配置の効率化になる一方で、アセス
メントの客観性や治療関係にマイナスの影響を及ぼ
す。司法精神科における「協働」についても、援助
職が行うアセスメントの結果が非自発医療の継続判
断に影響力を持つという条件下の協働であり、対等
性を前提とする本来の協働ではない。たとえば、医
療観察法においては、入院・退院判断を行う主体が
地方裁判所となっていることで、援助職と対象者の

間にある力の格差は調整されているが、判断のため
の対象者に関する資料を裁判所に提出するのが援助
職側であることから、力関係において、ワンアップ
ポジションであることに変わりない。

Ⅳ. 司法精神科におけるリカバリー志向の 動き

このようにリカバリー概念との矛盾をはらむ司法
精神科セッティングではあるため、治療環境は、と
もすれば保安やアセスメントが強調される傾向に
あった^{7) 8)}。しかし、近年は司法サービスが可能な
限りリカバリー志向であるための新しい動きが見ら
れている。たとえば、リスク要因だけでなく強み(ス
トレngthsや保護要因)を重視する動きや、力関係
の格差を縮め、本来的な協働に近づけようとする試
みなどである。

1. ストレngthsや保護要因の重視について

リスクアセスメントは、一般精神科に比べると
司法精神科において重視されるアセスメントであ
る。従来のリスクアセスメントは、もっぱらリスク
要因に焦点をあててきた。しかし、リスクアセスメ
ントの目的が、対象者の分類よりもむしろ介入計画
をたてることにあると認識されるようになり、スト
レngthsや保護要因を考慮に入れることに関心が高
まってきた。ストレngthsや保護要因がリスク要因
の影響をバッファーしてリスクを下げる方向に働く
こと、リスク要因と合わせて評価することで予測
妥当性を高めることなどが示唆されたからである⁹⁾。
暴力のリスクアセスメントと組み合わせで使用
する Structured Assessment of Protective Factors
(SAPROF)¹⁰⁾ や、脆弱性とストレngthsの両面か
ら評価する暴力等リスクの短期アセスメントであ
る Structured Assessment of Risk and Treatability
(START)¹¹⁾ などが、司法精神科で使用されている。

2. リスクアセスメント・プロセスへの本人参加

リスクアセスメントは、それが標準的に実施され
ている欧米諸国の司法精神科対象者や刑務所受刑者
からすると、スタッフの側で本人の知らない間に評
価し、退院/出所等の処遇判断の場で利用されてい
るという印象をもたれている¹²⁾。しかし、処遇に
影響を及ぼすにもかかわらず、何を見られているか
についての透明性がないために、対象者の受け身化
を促進しているのが現状であった。しかし、英国で

は、リスクマネジメントを本人と協働して行うことが推奨されたこともあり¹³⁾、リスクアセスメントにおける対象者排除をやめようとする動きが始まっている。たとえばリスクやリスクアセスメントについての教育プログラムに参加してもらった上で、自分のリスクアセスメントミーティングに入って評価に参加してもらうなどの試みが行われている¹⁴⁾。リスクアセスメントの結果を取り入れつつ、リスクフォーミュレーション（対象行為の個人理論）を作成する作業を対象者と協働で構築する試みの報告もある¹⁵⁾。リスクアセスメントについては、低リスクとつけた対象者が短期間に事件をおこすといったリスク判断の誤りを避けようとして、結果的に自由を拘束する側へと判断が偏ってしまう可能性を最小限にするためにも、本人参加は望ましい動きであると言える。

3. 犯罪学からの影響

犯罪学においては、従来のリスク管理アプローチだけでは、対象者の動機付けを高めにくく、回避型の目標（～をしないであることを目指す）になりがちで、犯罪者と治療者との協働的關係を築きにくい等の弱点があるとして、これを克服する、より包括的な更正の枠組みとして善い人生モデル Good Lives Model (GLM)¹⁶⁾ が提唱され、司法精神科の介入にも取り入れられるようになってきた。GLMはストレングスを基盤とした、犯罪者の社会復帰支援のアプローチである。

GLMの目的は、犯罪者自身が積極的に確保したい個人的、社会的な基本財 primary goods を獲得するのに必要な能力を向上する援助をすることにある。11種類の基本財とは①生活（健康な生活と機能など）、②知識（自分にとって重要な事柄についてどのくらい情報を得られたと感じるか）、③遊びにおける卓越性（趣味や娯楽の追求）、④仕事における卓越性（達成経験など）、⑤主体性における卓越性（自律性、パワー、自己決定）、⑥心の平穏（精神的動揺やストレスがないこと）、⑦人とのつながり（親密な関係、恋愛関係、家族関係など）、⑧コミュニティ（より広く、社会の中の人々とつながっていること）、⑨スピリチュアリティ（広い意味で人生の意味や目的を見いだすこと）、⑩喜び（今、ここで良い気分であること）、⑪創造性（別のかたちで自分を表現すること）である。副次財 secondary goods とは、基本財を獲得するための具体的手段を提供するものである。

犯罪行動・触法行動は、社会的に容認されない、しばしば葛藤に満ちたやり方によって基本財を獲得しようとする試みであるとみなされる。基本財自体が問題なのではなく、向社会的な獲得戦略がとれなかったことが問題なのである。犯罪者が個人的に価値を見いだすことのできる向社会的活動をとることが、間接的に犯罪誘発要因を低減させると期待される。司法精神科においては、症状は、基本財の獲得を妨げ、基本財のニーズに対して不適切な充足をする状態であると見立てられ、介入が組み立てられる¹⁷⁾。

V. 触法精神障がい者のリカバリープロセス

触法精神障がい者のリカバリープロセスについては、質的研究を中心とした探索が行われている。Shepherd ら（2016）は、司法精神科入院中におけるパーソナル・リカバリーのプロセスを明らかにするために、関連する質的研究4982から抽出された5つの研究のレビューとメタ統合を行った¹⁸⁾。その結果、「リカバリープロセスの基盤としての安全・安心」「リカバリープロセスを支える希望とソーシャルネットワーク」「主要な変化としてのアイデンティティへの取り組み」の3つのテーマが抽出された。対象者は、司法精神科病棟を治療に専念できる安全で安心な環境と見ていた。これは、特に退院までのプロセスが理解されている場合にあっては、そうでない場合には、治療的な効用よりも、自由の制約が認識されていた。退院までのプロセスの理解は希望の維持にも影響を与えていた。アイデンティティへの取り組みとは、過去の対象行為への理解を深め、精神障害がどのように影響を与えたかを理解し、新たな自己概念を獲得することである。

一方、司法精神科退院後の対象者のリカバリープロセスについての研究は少ない。Stuart ら（2017）は、個人々人にとってのリカバリーの意味とリカバリーを阻害する要因について調査することを目的として、スコットランドの中等度保安病棟からの退院者を対象に質的研究を行った。対象となったのは、8名の患者であり、年齢30～60才、保安病棟への平均入院期間5.5年、全員精神病的障害の診断を受けていた。インタビュー（平均36分）を解釈学的現象学的分析した結果抽出された上位テーマは、①「過去の影響の中で生きる」（対象行為の記憶に影響力の大きさ、何が起こったのか理解をしようとする

試みの継続、過去とは異なる自分になっていくこと)、②「パワーの不均衡」(常に監督下におかれて説明を求められること、何が最善かを判断するのが専門家であるという無力感、社会から疎外されている感覚、エンパワメントされて社会に統合されようとする試み)、③「セキュリティとケア」(安全・安心を感じることの必要性、人にケアを提供したい気持ち)、④「再構成された人間関係」(変ってしまった対人関係、人間関係が困難になった、自分や他人との新しい関係性の構築)、⑤「リカバリーの障壁となる『リカバリー』」(精神保健サービスが考えるリカバリーと主観的に定義されたりリカバリーがずれているにも関わらず押しつけられる感覚、プロセスとしてのリカバリーと病気の治癒の区別の難しさ)、であった¹⁹⁾。

Agaら(2017)は、ベルギーにおいて、かつて心神喪失状態で事件を起こし、司法精神科に入院後に退院して、司法的処遇が終了した患者11名を対象としたインタビューを行い、リカバリープロセスにおける重要テーマを研究した。対象者は平均年齢49才(SD=8)、処遇終了後6ヶ月～4年、司法精神科処遇期間は4～19年間であった。7人は地域で独居、1名はガレージを不法占拠して暮らしており、2名は精神科の開放病棟、1名は民間支援施設、1名は障がい者施設で暮らしていた。その結果、リカバリーの重要テーマとして、リカバリーの促進要因と、司法精神科制度下におかれることの多義的で両価的な側面が抽出された。リカバリー促進要因は、臨床的リカバリー資源(服薬、入所ケア、医療)、機能的リカバリー資源(生計の安定、日常活動、移動資源)、社会的リカバリー資源(他者を援助すること、ソーシャルネットワーク、居場所)、パーソナル・リカバリーの資源(個人的成長、現状の受容、自律性)であり、従来、言われている臨床的・パーソナル・社会的リカバリーの3領域に一致した。司法制度下におかれることの多義的な役割については、制約を課されることで、生活や行動を整えたり成長したりするきっかけを得たと捉える者もあれば、制約をセルフ・スティグマの形で内面化し、処遇終了後もなお、自律的選択ではなく遵守事項を守って生活し、リカバリーの範囲を限局的に考えたりする者もいた。また、贖罪の意味から、社会／人に貢献することの重要性を認識することにもつながっている者もいた²⁰⁾。

こうした研究からは、触法精神障がい者のリカバリーにおいては、一般精神保健領域に重なるリカバリープロセスだけでなく、司法精神科に特有の主導性・主体性の制約のテーマが浮かび上がっているのがわかる。これまで、司法精神科患者のリカバリー重要なプロセスは、触法行為の責任を他責ではなく内的に帰属させられるようになり、その行動の責任を負えるようになることにあると言われてきた⁸⁾。しかし、研究結果からは、触法歴からのリカバリーは、そうした触法行為自体からの回復だけでなく、制度下におかれていることによる自律性制約からの回復という側面も大きい可能性が示唆される。

VI. 医療観察法におけるリカバリー支援への示唆

わが国における最大規模の司法精神科は、医療観察法制度のもとで行われている医療である。対象者の退院後の概況については、以下の結果が得られている。医療観察法指定入院医療機関退院後の患者402名の予後調査²¹⁾によれば、退院後の9割以上の者が社会資源を利用し、退院後に就労経験(福祉就労を除く)をした者は12.4%であった。退院後の重大な再被害行為の累積発生率は3年間で2.4%であり、対象者の違いから単純比較は困難であるが、医療観察法開始前の責任無能力または限定責任能力により不起訴または無罪・執行猶予刑を受けた触法精神障がい者の再犯率が3年で6～7%²²⁾よりも低く、法制度が異なるものの、英国の触法精神障がい者(パーソナリティ障害を除く)の退院後2年以内の再犯率5.6%²³⁾よりも低い率であった。対象者の多くが安全な社会生活を構築していることから、臨床的リカバリーの支援は妥当な程度を達成しているといえる。では、パーソナルリカバリーはどうか。

医療観察法医療は、ダブルスティグマの影響や、自律性の制約など、司法精神科としてリカバリー概念との矛盾を抱えている。しかし、他方で、一般精神科に比べて手厚い医療が提供され、ケアの継続性確保のための働きかけがあり、手厚い人員配置により差別と偏見に晒されかねない場面(例.住居探し等)においてサポートを受けられることで、総体としてのリカバリー支援が充実しているため、一般精神科に比べてパーソナル・リカバリーのプロセスがはるかに妨げられているとは限らない。先行研究か

ら示唆されるように、対象行為自体がパーソナル・リカバリーに与える影響よりも、長らく司法システムの対象者になっていることの影響の方が大きい可能性も考えられる。制度開始後12年を超えた医療観察法対象者のパーソナル・リカバリーの実態についての今後の研究が待たれる。

文 献

- 1) Anthony WA. : Recovery form mental illness: the guiding vision of bthe mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16:521-38.
- 2) Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. : Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 199 (6) :445-52,2011.
- 3) SAMHS: National Consensus Statement on Mental Health Recovery. In: US Department of Health and Human Services, editor. Rockville, Md,2006.
- 4) Andresen R, Oades L, Caputi P.: The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. 37 (5) :586-94, 2003.
- 5) Tse S, Tsoi EW, Hamilton B, O'Hagan M, Shepherd G, Slade M, et al. : Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. *Int J Soc Psychiatry*. 62 (3) :281-91,2016.
- 6) Cervantes AN, Hanson A.: Dual agency and ethics conflicts in correctional practice: sources and solutions. *J Am Acad Psychiatry Law*. 41 (1) :72-8, 2013.
- 7) Barnao M, Ward T, Casey S.: Looking beyond the illness: forensic service users' perceptions of rehabilitation. *J Interpers Violence*. 30 (6) :1025-45,2015.
- 8) Drennan G, Aldred D, editors. : *Secure Recovery: Approaches to Recovery in Forensic Mental Health Settings*. Oxon, UK: Willan; 2012.
- 9) de Ruiter C, Nicholls TL. : Protective factors in forensic mental health *International Journal of Forensic Mental Health*. 10 (3) :160-70,2011.
- 10) de Vogel V, de Ruiter C, Bouman Y, de Vries Robbe M. : *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk*. English version. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief; 2009.
- 11) Webster CD, Martin ML, Brink J, Nicholls TL, Desmarais SL. : *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability*. Coquitlam, Canada: British Columbia Mental Health and Addiction Services; 2009.
- 12) Maruna S. : Why do they hate us? Making peace between prisoners and psychology. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 55 (5) :671-5,2011.
- 13) Department of Health NMHRMP. : *Best Practice in Managing Health: Principles and evidence for best practice in the assessment and management of risk to self and others in mental health services*. In: Information COo, editor. 2007.
- 14) Horstead A, Cree A. : Achieving transparency in forensic risk assessment: a multi-modal approach. *Advances in psychiatric treatment*.19:351-7,2013.
- 15) Moore E, Drennan G. : Complex forensic case formulation in recovery-oriented services: some implications for routine practice. *Crim Behav Ment Health*. 23 (4) :230-40, 2013.
- 16) Ward T, Mann RE, Gannon TA. : The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behaviour*. 12:87-107,2017.
- 17) Barnao M, Robertson P, Ward T. : Good Lives Model Applied to a Forensic Population. *Psychiatry, Psychology and Law*.17 (2) :202-17,2010.
- 18) Shepherd A, Doyle M, Sanders C, Shaw J. : Personal recovery within forensic settings-Systematic review and meta-synthesis of qualitative methods studies. *Crim Behav*

- Ment Health. 26 (1) :59-75,2016.
- 19) Stuart SR, Tansey L, Quayle E. : What are the barriers to recovery perceived by people discharged from a medium-secure forensic mental health unit? An Interpretative phenomenological study. *Theoretical & Philosophical Criminology*. 9 (1) :1-31,2017.
 - 20) Aga N, Laenen FV, Vandavelde S, Vermeersch E, Vanderplasschen W.: Recovery of Offenders Formerly Labeled as Not Criminally Responsible: Uncovering the Ambiguity From First-Person Narratives. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2017 Epub ahead of print
 - 21) 永田貴子, 平林直次, 立森久照, 高橋昇, 野村照幸, 今井淳司, et al.: 医療観察法指定入院医療機関退院後の予後調査. *精神医学*. 58 (7) :633-43,2016.
 - 22) Yoshikawa K, Taylor PJ, Yamagami A, Okada T, Ando K, Taruya T, et al.: Violent recidivism among mentally disordered offenders in Japan. *Crim Behav Ment Health*. 17 (3) :137-51, 2007.
 - 23) Davies S, Clarke M, Hollin C, Duggan C. :Long-term outcomes after discharge from medium secure care: a cause for concern. *Br J Psychiatry*. 191:70-4,2007.

【特集 リカバリーを考える ―危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか―】

自殺の危機からのリカバリー ～新たな自殺総合対策大綱にもとづく自殺未遂者対策～

Recovery from Crisis of Suicide

～ Suicide Countermeasures for Attempted Suicide Survivors Based on The General Principles of Suicide Prevention Policy ～

本橋 豊¹⁾

Yutaka Motohashi

I. 新たな自殺総合対策大綱の概要

2017年7月25日、新たな自殺総合対策大綱(以下、大綱)が閣議決定され公表された¹⁾。この大綱では自殺率減少の政策目標を、2015年の自殺率18.5(人口10万人対)を今後10年で3割減少としたことが、マスコミ報道され大きな反響を呼んだ²⁾。10年前に策定された自殺総合対策大綱では、自殺率減少の政策目標は「2割以上の減少」であったことと比較して、今回の大綱における自殺率減少の高い政策目標が注目された形になった³⁾。しかし、新たな大綱における重要な論点は、高い政策目標値だけではない。まず何よりも自殺対策の理念が2016年4月に施行された改正自殺対策法の条文を受けて明確に示されたことである。新たな大綱では自殺対策の理念が以下のように記述されている¹⁾。

「自殺は、その多くが追い込まれた末の死である。」自殺の背景には、精神保健上の問題だけでなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立などの様々な社会的要因があることが知られている。このため、自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因(自殺のリスク要因)」を減らし、「生きることの促進要因(自殺に対する保護要因)」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる方向で、「対人支援のレベル」、「地域連携のレベル」、「社会制度のレベル」、それぞれにおいて強力に、かつそれらを総合的に推進するものとする。

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺総合対策推進センター
Japan Support Center for Suicide Countermeasures,
National Institute of Mental Health, National Center of
Neurology and Psychiatry

大綱の基本方針として5つが挙げられている(図1)。また、当面の重点施策としては、12項目が挙げられている(図2)。

自殺総合対策大綱の基本方針

1. 生きることの包括的な支援として推進する
2. 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む
3. 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

図1. 自殺総合対策大綱の基本方針

自殺総合対策大綱 当面の重点施策

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する
12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する

図2. 自殺総合対策大綱における当面の重点施策

平成28年4月の自殺対策基本法の改正により、都道府県及び市町村は大綱及び地域の実情等を勘案して、地域自殺対策計画を策定するものとされた⁴⁾。そして、国は地方公共団体に対して地域自殺実態プロファイルや地域自殺対策の政策パッケージ等を提

供するなどして、地域レベルの実践的な取組への支援を強化することになった。

II. 自殺及び自殺未遂に関する国民の意識調査結果

自殺に追い込まれながらも幸いにして未遂に終わったが、その後、自殺の危機を脱し、地域において満足できる生活を回復するには、医療機関や地域においてどのような支援が必要であり、どのような制度が求められるのだろうか。本稿では、新たな自殺総合対策大綱で示された施策群にもとづき考察を行う。考察を行う前に、最近実施された二つの意識調査にもとづき自殺及び自殺未遂に関する国民の意識の現状を把握することにする。

第1の意識調査は、平成28年10月に厚生労働省が実施したもので⁵⁾、国民のおよそ20人に1人が「最近1年以内に自殺を考えたことがある」と回答している。また、今後必要な自殺対策は何かという質問に対して、「適切な精神科医療体制の整備」と回答した者は39.2%、「自殺未遂者の支援」と回答した者は27.5%だった。これまでの人生のなかで、本気で自殺したいと考えたことがあるかの質問については「自殺したいと思ったことがある」と答えた者の割合は23.6%だった。以上の結果を踏まえて、自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る危機」であるという認識を醸成することが大切である。

第2の意識調査は2016年に実施された「日本財団自殺意識調査2016」である⁶⁾。主要な結果として、4人に1人(25.4%)が「これまでの人生のなかで、本気で自殺したいと考えたことがある」と回答し、3.4%が、過去1年以内に自殺念慮を抱いていたと回答した。そして、自殺念慮を抱いた原因の上位3位は、男性では「勤務問題」、「経済生活問題」、「健康問題」という組み合わせであり、女性では「家庭問題」、「健康問題」、「経済生活問題」という組み合わせであった。

また、過去1年以内に自殺未遂を経験した人は53万5,000人と推計され、「あなたはこれまでに自殺未遂をしたことがありますか」という質問に対し、6.8%が今までに経験があり、0.6%が過去1年以内に自殺未遂を経験していた。直近の未遂経験者の82.6%が2つ以上の問題を抱えていたが、男女共

に最も多く挙げられた「健康問題」との組み合わせとしては、男性が「(1位)健康問題×(2位)経済生活問題×(3位)勤務問題」が多く、女性は「(1位)健康問題×(2位)家庭問題×(3位)経済生活問題」が多かった。

以上の結果から、自殺念慮や自殺未遂を経験した人の多くが複数の問題を抱えていることから、対策や支援に取り組む関係者が様々な垣根を超えて連携して自殺対策に取り組むことが重要であることがあらためて指摘された。

III. 自殺の危機からの回復—地域における自殺未遂者のケア

大綱に示された12の重点施策の中で、自殺未遂者への支援に関する施策としては、「6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする」および「8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ」が最も関連する施策と考えられる¹⁾。

「適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする」という重点施策について、大綱では、「自殺の危険性の高い人の早期発見に努め、必要に応じて確実に精神科医療につなぐ取組に併せて、これらの人々が適切な精神科医療を受けられるよう精神科医療体制を充実する」としている。すなわち自殺の危険性を高めた背景にある経済・生活の問題、福祉の問題、家族の問題など様々な問題に対して包括的に対応するために、精神科医療、保健、福祉等の各施策の連動性を高めて、誰もが適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにすることを施策の目標とするのである。具体的には、精神科医療、保健、福祉等の各施策の連動性の向上のためには、①地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・教育・労働・法律等の関係機関・関係団体等のネットワークの構築を促進する。特に、精神科医療、保健、福祉の連動性を高めること、②地域においてかかりつけの医師等がうつ病と診断した人を専門医につなげるための医療連携体制や様々な分野の相談機関につなげる多機関連携体制の整備を推進すること、が掲げられている。

「自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐための施策」について、大綱では以下の3つの施策が示している。すなわち、①地域の自殺未遂者等支援の拠点機能を担う医療機関の整備、②救急医療施設における精神

科医による診療体制等の充実、③医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化、である。

IV. 地域自殺対策政策パッケージにおける 自殺未遂者対策

自殺総合対策推進センターでは、自殺実態・統計分析室が中心になって、地域の自殺実態を一目瞭然的に理解できるようにするツールとして「地域自殺実態プロファイル」の開発を行った。同時に、自殺総合対策推進センターは地域自殺対策政策パッケージを開発した⁷⁾。地域自殺対策政策パッケージは、地域自殺実態プロファイルの分析にもとづき明らかになった地域特性を考慮して、地域特性に最適された自殺対策の施策群を提供するものである。

地域自殺対策政策パッケージは基本パッケージと重点パッケージの二つから成り、自殺未遂者への支援および遺された人への支援は基本パッケージの中の「生きることの促進要因への支援」という項目において、具体的な施策の例示がなされている。自殺未遂者への支援については、「自殺未遂者は自殺対策においては重要なハイリスク群であり、自殺未遂者の再企図防止は自殺者を減少させるための優先課題の1つである。そのためには、一般医療機関、精神科医療機関、救急救命センター等の救急医療機関における身体・精神的治療とともに、地域に戻った後も、精神科医など専門家によるケアや、自殺未遂者の抱える様々な社会的問題への重層的・包括的な支援が必要である。自殺未遂者対策においては、救急搬送された自殺未遂者に対して、退院後も含めて継続的に適切に介入するほか、自殺未遂者が必要に応じて適切な精神科医療ケアを受けられるよう、救急医療関係者等への研修などを行うことや、救急医療機関と行政だけでなく、警察や消防も含めて、有機的な連携体制を構築し、継続的な医療支援や相談機関へつなげるためのネットワークが重要である」という認識のもとに施策の例示がなされている。施策群の項目としては、(1) 医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化、(2) 医師・保健師等の専門職による積極的な介入、(3) 関連機関への未遂者ケア等に関する研修等の実施、(4) 家族等の身近な支援者に対する支援、の4つが挙げられている。

1. 医療と地域の連携推進による包括的な未遂者

支援の強化の好事例

1) 東京都荒川区の事例（未遂者支援医療連携モデル事業として、地域の救急医療機関である日本医科大学と連携し、自殺未遂者を把握した時点で本人の同意を得て、保健所の担当保健師と高度救命救急センターの専従ケースワーカーが速やかに必要な情報共有を図り、未遂者を必要な支援へつなぐ体制を構築した）

2) 岩手県の事例（県内でも自殺死亡率が高率で推移してきた二戸地域を対象地域とし、自殺未遂者の再企図率及び自殺率の減少を図るため、二戸医療圏の3救急基幹病院、地域4保健センター、二戸保健所と岩手県精神保健福祉センター間で、医療従事者、事務従事者を含めた打合せを行い、各機関の連携による未遂者支援体制を構築した。救急外来を受診した自殺未遂者を対象に、病院からの相談勧奨のリーフレットを配布し、精神保健福祉センターに相談のあった患者にケアマネジメントを実施した）

2. 医師・保健師等の専門職による積極的な介入の好事例：

1) 神奈川県横須賀市の事例（自殺企図により救命救急センターに救急搬送された患者及びその家族を対象に、保健所が積極的に介入し、自殺未遂者の再企図防止を図った。未遂者ケアフローチャートおよび保健所紹介のリーフレットを活用した積極的な介入を行った。また、未遂者検討会により救急隊、病院、保健所の連携強化および情報の共有を図った）

2) 大阪府の事例（救急医療機関において自殺未遂者の実態把握と再度の自殺を防ぐための支援の方策を探ることを目的とし、自殺未遂者実態調査事業と精神保健福祉士による支援を実施した。夜間に搬送され、精神保健福祉士の支援が受けられない人のためには、リーフレットを作成した）

3. 関連機関への未遂者ケア等に関する研修等の実施

1) 大阪府堺市の事例（さまざまな職種で構成された10人前後のグループを5つ作り、各グループで自殺未遂者ケアの事例についてのディスカッションや、ワークショップ等を行い、未遂者ケアについて体系的に学び、市

内の救急医療等に従事する様々な職種間の交流と情報交換も目的とした自殺未遂者ケア研修会を行った)

2) 福岡県の事例 (救急搬送された自殺未遂者に対してカウンセリングを実施するコーディネーターを配置していない医療機関に対し、その他の医療従事者に研修を行うことでコーディネーターとしての役割を担う人材を育成する。

4. 家族等の身近な支援者に対する支援

1) 滋賀県の事例 (滋賀県立精神保健福祉センター(滋賀県自殺予防情報センター)が実施主体となり、①自殺未遂者の再企図防止支援事業(湖南いのちサポート相談事業)として、管内の救急告示病院を受診した自殺未遂者やその家族等に対して相談支援、②先行的に自殺未遂者の再企図防止支援事業を実施している彦根市、大津市および東近江保健所等に対しての技術支援、③滋賀県自殺未遂者支援体制検討会議の設置を行い、滋賀県として、県下で連携を図りながら自殺未遂者対策の再企図防止支援を推進した)

V. 精神保健医療福祉サービスを担う人材の養成など精神科医療体制の充実

自殺の危険性の高い人の早期発見に努め、必要に応じて確実に精神科医療につなぐ取組に併せて、これらの人々が適切な精神科医療を受けられるよう精神科医療体制を充実する。また、精神科医療につながった後も、その人が抱える悩み、すなわち自殺の危険性を高めた背景にある経済・生活の問題、福祉の問題、家族の問題など様々な問題に対して包括的に対応する必要があるため、精神科医療、保健、福祉等の各施策の連動性を高めて、誰もが適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする。大綱では、以下の項目について言及がなされている¹⁾。

1. 精神科医療、保健、福祉等の各施策の連動性の向上

地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・教育・労働・法律等の関係機関・関係団体等のネットワークの構築を促進し、特に、精神科医療、保健、福祉の連動性を高める。また、地域に

おいてかかりつけの医師等がうつ病と診断した人を専門医につなげるための医療連携体制や様々な分野の相談機関につなげる多機関連携体制の整備を推進する。

2. 精神保健医療福祉サービスを担う人材の養成など精神科医療体制の充実

心理職等の精神科医療従事者に対し、精神疾患に対する適切な対処等に関する研修を実施し、精神科医をサポートできる心理職等の養成を図る。認知行動療法などの治療法を普及、主に精神医療において専門的にうつ病患者の治療に携わる者に対し研修を実施する。また、適切な薬物療法の普及や過量服薬対策を徹底するとともに、環境調整についての知識の普及を図る。

3. 精神保健医療福祉サービスの連動性を高めるための専門職の配置

精神科医療、保健、福祉の施策の連動性を高めるため、精神保健福祉士等の専門職を、医療機関を始めとした地域に配置するなどの取組を進める。

4. かかりつけの医師等の自殺リスク評価及び対応技術等に関する資質の向上

かかりつけの医師等のうつ病等の精神疾患の理解と対応及び患者の社会的な背景要因を考慮して自殺リスクを的確に評価できる技術の向上及び、地域における自殺対策や様々な分野の相談機関や支援策に関する知識の普及を図る。

5. 子どもに対する精神保健医療福祉サービスの提供体制の整備

成人とは異なる診療モデルについての検討を進め、子どもの心の問題に対応できる医師等の養成を推進するなど子どもの心の診療体制の整備を推進する。児童・小児に対して緊急入院も含めた医療に対応可能な医療機関を拡充し、またそのための人員を確保する。また、児童相談所や市町村の子どもの相談に関わる機関等の機能強化を図るとともに、精神保健福祉センターや市町村の障害福祉部局など療育に関わる関係機関との連携の強化を図る。

6. うつ等のスクリーニングの実施

保健所、市町村の保健センター等による訪問指導や住民健診、健康教育・健康相談の機会を活用することにより、地域における、うつ病の懸念が

ある人の把握を推進する。市町村が主体となって高齢者の介護予防や社会参加の推進等のための多様な通いの場の整備など、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する。

また、出産後間もない時期の産婦については、産後うつ等の予防等を図る観点から、産婦健康診査で心身の健康状態や生活環境等の把握を行い、産後の初期段階における支援を強化する。

7. うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進

うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル等依存症等について、アルコール健康障害対策基本法等の関連法令に基づく取組、借金や家族問題等との関連性も踏まえて、調査研究を推進するとともに、継続的に治療・援助を行うための体制の整備、地域の医療機関を含めた保健・医療・福祉・教育・労働・法律等の関係機関・関係団体のネットワークの構築、自助活動に対する支援等を行う。

また、思春期・青年期において精神的問題を抱える者、自傷行為を繰り返す者や過去のいじめや被虐待経験などにより深刻な生きづらさを抱える者については、とりわけ若者の職業的自立の困難さや生活困窮などの生活状況等の環境的な要因も十分に配慮しつつ、地域の救急医療機関、精神保健福祉センター、保健所、教育機関等を含めた保健・医療・福祉・教育・労働・法律等の関係機関・関係団体のネットワークの構築により適切な医療機関や相談機関を利用できるよう支援する等、要支援者の早期発見、早期介入のための取組を推進する。

8. がん患者、慢性疾患患者等に対する支援(略)

VI. おわりに

改正自殺対策基本法および新たな自殺総合対策大綱において、自殺未遂者への支援は重点施策のひとつとして位置づけられ、地域における精神保健医療福祉サービスの連動という観点から施策が再構築された。地域自殺対策政策パッケージ等を活用しつつ、自治体の地域自殺対策計画策定にあたり、リカバリーの観点を含めて自殺未遂者対策が地域の特性に応じて推進されることを期待する。

文 献

- 1) Cabinet Decision (Japanese Government) (2017). The General Principles of Suicide Prevention Policy. Realizing a Society in Which No One Is Driven to Take Their Own Life. (Translated by Japan Support Center for Suicide Countermeasures). Suicide Policy Research 1: 15-44.
厚生労働省ホームページ：自殺総合対策大綱(和文).
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000172203.html>
- 2) 朝日新聞. (2017). 若者の自殺防止を強化—政府新大綱の報告書素案. 平成 29 年 4 月 27 日(朝刊).
- 3) Motohashi Y, Sakisaka K, Kaneko Y, Fujita K, Ochi M (2017). Launch of the New General Principles of Suicide Prevention Policy in Japan. Suicide Policy Research 1: 13-14.
- 4) The Japanese Diet. Basic Law on Suicide Countermeasures (Law No. 85 of 2006) Revised by the Diet, March 22, 2016 (Translated by the Research Project Team on Suicide Prevention Policy funded by Japanese Ministry of Health, Labour, and Welfare (Project Number H26-Seishin-Ippan-003)) Suicide Policy Research 1: 45-51, 2017.
電子政府の総合窓口：自殺対策基本法(和文).
http://elaws.egov.go.jp/search/elaws-search/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=418AC1000000085&openerCode=1
- 5) 厚生労働省 (2017). 自殺対策白書、東京.
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/16/index.html>
- 6) 日本財団 (2017). 日本財団自殺意識調査 2016 結果概要 報告所公表時資料 2017年3月1日.
<https://www.nippon-foundation.or.jp/news/pr/2016/img/102/2.pdf>
- 7) Motohashi Y, Kaneko Y, Fujita K (2017) The Present Trend of Suicide Prevention Policy in Japan. Suicide Policy Research 1:5-12.

【特集 リカバリーを考える ―危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか―】

トラウマと「リカバリー」

Traumatic stress and “Recovery”

西 大輔¹⁾、宮本有紀²⁾

Daisuke Nishi, Yuki Miyamoto

I. はじめに

近年、精神保健の領域でよく使われるようになってきた「リカバリー」という用語には、症状の軽快や社会的機能の回復といった「病気からのリカバリー」だけでなく「人としてのリカバリー」が含まれる。「リカバリー」の定義として最も広く引用されるものの一つである Anthony の言葉を以下に示す。

「個人の態度や価値、感情、目標、技術や役割が変化していく過程のことで、これはとても個人的で、人によって異なる過程である。精神の病気による制限があったとしても、何かに貢献し、希望にあふれ、満たされた生活を送る生き方である。リカバリーには、精神疾患による壊滅的な影響を乗り越え成長する中で人生についての新たな意味や目標が見出されていくことが含まれる」¹⁾。

トラウマ・PTSD の領域で「リカバリー」という用語は、上記の意味を明示する形ではこれまであまり用いられてこなかった。しかし、この領域の古典として知られるジュディス・ハーマンの「心的外傷と回復」の原題は「Trauma and Recovery」であり²⁾、トラウマ・PTSD の領域における回復と「リカバリー」とに共通する要素は少なからずあると考えられる。また、「リカバリー」を促進しようとす

る数々の取り組みの中には、その主人公となる精神疾患の当事者にトラウマ体験があることを想定しているものも少なくない³⁾。

本稿ではまず、トラウマの領域でなぜ「リカバリー」という概念があまり意識されてこなかったかについて考える。次に、PTSD という診断がついているかどうかにかかわらず、トラウマを体験している精神疾患の当事者が非常に多いことについて紹介する。そして、ハーマンの「心的外傷と回復」で述べられている回復のプロセスから「リカバリー」を理解することを試み、さらに心的外傷後成長という概念と「リカバリー」との共通点を考察することで、トラウマと「リカバリー」について考えていきたい。なお、通常用いられる「回復」とは異なる意味であることを明示するため本節では「リカバリー」と括弧をつけて表現したが、次節以降、括弧は省略する。

II. なぜトラウマとリカバリーは結びつきにくかったか

トラウマとリカバリーが結びつきにくかった理由として、PTSD があまり医療化されてこなかったことと、PTSD 患者の社会的機能が比較的高いことが考えられる。

リカバリーの概念が精神保健の領域で重視されるようになってきた背景の一つには、これまで精神疾患の当事者が「患者」として扱われ、その生活や人生が医療者やサービス提供者によってコントロールされることも珍しくなかったことへの反省がある⁴⁾。だが、PTSD はそもそも診断されること自体が少なく、トラウマサバイバーが精神科医療の枠組みの中で「PTSD 患者」と位置づけられることはそれほど多くなかった。

参考までに、世界精神保健調査日本調査 (WMHJ) では、PTSD の 12 か月有病率は 0.7% (標準誤差 0.2)

1) 国立精神・神経医療センター精神保健研究所
精神保健計画研究部
National Center of Neurology and Psychiatry, National Institute of Mental Health, Department of Mental Health Policy and Evaluation

2) 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
Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

と示されている⁵⁾。かりに日本の成人人口を1億人とすれば、この1年間で約70万人(標準誤差から95%信頼区間を見積もると約30万人から約110万人)がPTSDの診断基準を満たしたと推定することが可能である。にもかかわらず、全国の医療機関のレセプト情報等のデータベース(National Database of Health Insurance Claim Information and Specified Medical Checkups: NDB)によれば、平成26年にPTSDと診断された外来患者数は10,325人しかいない。精神病床での入院患者数は、わずか381人である⁶⁾。

比較対照のため、うつ病・躁うつ病に関しても同様の作業を行うと、WMHJで示されている12か月有病率は2.3%(標準誤差0.3)、そこから試算される日本の1年間の患者数は約230万人(95%信頼区間を同様に見積もると約170万人から約290万人)、そしてNDBによる平成26年のうつ病・躁うつ病の外来患者数は3,051,073人であり、精神病床での入院患者数は約19万人である。NDBに関しては、主病名が分からない、寛解後もレセプトに病名が残り続ける等の問題があり、NDBの数字がそのまま実患者数を表すわけではないが、この比較からは医療機関でPTSDと診断される頻度は推定されるPTSDの実患者数より相当低いということが分かる。

これには、解離症状などのために当事者がトラウマサバイバーであることをあまり自覚していない場合があること、当事者の側からトラウマ経験につい

て治療者に言いにくいこと、治療者の側も大部分がトラウマに焦点化した治療法のトレーニングを受けていないこと、限られた診療時間のなかでトラウマ体験を積極的に聞き出そうとしない場合が多いことなど、様々な理由が考えられる。いずれにしても、精神科医療の現場ではトラウマ体験やPTSDには焦点が当たりやすく、その結果として「PTSD患者」が精神科医療によってその主体性を奪われるといったことも表面上は起こりにくく、それがPTSDの領域でリカバリーがあまり意識されてこなかった一因かもしれない。

また、PTSDの診断基準を満たすほどの苦痛を抱えながら医療にかかっていないサバイバーや、医療にかかってもPTSDと診断されていないサバイバーも多数いると考えられるが、トラウマサバイバーの社会的機能は概して比較的高い。ここで、リカバリーを促進するための取り組みとして実践が重ねられているものをSladeらがまとめ宮本が和訳しているのを見てみたい(表1)^{4,7)}。このなかで、たとえば支援つき住居は、DV等の被害者のためのシェルターや震災直後の被災者などを除けばトラウマサバイバーへの支援の優先順位としてそれほど高いものではない。治療を受ける状況になったとしても自分の意思をはっきり表現できるサバイバーにとっては事前指示の必要性もそれほど高くないし、すでに就労しているサバイバーも珍しくない。こういったことも、トラウマ・PTSDとリカバリーがあまり結びついてこなかった大きな理由だろう。

表1：リカバリーを促進させるための実践の例

ピアサポート従事者 (Peer support workers)：自身の精神疾患の経験を活かして他者のリカバリーを支援するスタッフ。
事前指示 (Advance directives)：治療に自身の意思を反映させるよう本人があらかじめ指示しておく。
元気回復行動プラン (Wellness recovery action planning (WRAP))：自分のリカバリーや健康のために自分を把握し自分のプランを作る。
疾患管理とリカバリー (Illness management and recovery (IMR))：疾病や治療に関する知識・服薬アドヒアランスの向上、症状への対処技能等を身につけるためのプログラム。
REFOCUS：人間中心のケアをするための、サービス提供者を対象としたトレーニング。
ストレングスモデル (Strengths model)：個人の強みや資源を把握し、それらを最大限活かす地域ケアモデル。
リカバリーカレッジ (Recovery colleges / recovery education programs)：リカバリーに関する(医療福祉モデルではない)教育モデルのプログラム。
個別就労支援プログラム (Individual placement and support)：職を探したり、仕事を続けたりするための個別的支援プログラム。
支援付き住居 (Supported housing)：安全な住居に安定して住むための支援。
メンタルヘルス・トリアローグ (Mental health dialogues)：サービス利用者、家族、精神保健従事者の三者が対話をする。

Slade et al. (2014) で紹介されている10の実践。宮本訳。

いっぽう、トラウマからの回復を考えるうえでの鍵概念であるレジリエンスとストレングスモデルとの類似性など、トラウマからの回復とリカバリーには共通点もあり、このことについては後の節でさらに考えていきたい。

Ⅲ. 当事者におけるトラウマ体験の多さ

リカバリーを促進しようとする取り組みの主な対象は精神疾患の当事者であることが多いが、精神疾患の当事者は、トラウマ、特に子ども期の逆境体験 (Adverse Childhood Experiences: ACEs) と呼ばれる成育過程における心理的・身体的・性的虐待や家庭的な機能不全を経験している割合が高い。たとえば、324人の反復性うつ病患者について調べたイギリスの研究では、79.9%に少なくとも1つ以上のトラウマが経験されていたことが示されている⁸⁾。

ACEsは、体験が相互に影響し合っていたり、同時に複数の被害に曝されるような環境に身を置いたりする可能性が高いことなどから、これらの体験をいくつ累積しているかという視点が重視されている。2万人以上を対象とした米国の調査では、4つ以上のACEsを体験している人はACEsがない人に比べて自殺企図が12.2倍、アルコール関連の問題が7.4倍、過去1年間の2週間以上続く抑うつ気分が4.6倍であることが示されている⁹⁾。

日本において行われた同様の研究でも、ACEsの体験率は諸外国と比較すると低いものの、ACEsが1つあることが気分障害、不安障害、物質関連障害、間欠性爆発性障害いずれかの精神疾患発症リスクを1.2倍に、2つあることが1.8倍に、3つあることが3.6倍に、4つ以上あることが3.9倍にすることが示されている¹⁰⁾。これらの先行研究から、精神疾患の当事者にACEsをはじめとするトラウマ体験をしている人が多いこと、しかも複数のトラウマ体験をしている人も決して少なくないことが分かる。

また、たとえば閉鎖病棟への入院や隔離・身体拘束等の精神科での治療体験、あるいはスティグマによる周囲からの孤立等、精神科治療に付随してしまっただけのイベントを（これらが狭義にはトラウマと定義されない出来事だとしても）トラウマとして体験している当事者も少なからずいることは容易に推測できる¹¹⁾。これらのことから、「リカバリー」を促進しようとする取り組みにおいて、当事者のトラウ

マ体験を念頭に置くことの重要性が再確認できる。

Ⅳ. ハーマンの「回復」とリカバリー

この節では、トラウマ体験を持った精神疾患当事者のリカバリーを、トラウマからの回復という文脈に沿って理解することを試みたい。そのためにまず、ハーマンが「Trauma and Recovery」で述べている回復のプロセスを述べる。

ハーマンはトラウマからの回復のプロセスを「安全の確立」「想起と服喪追悼」「通常生活との再結合」の三段階としている。実際の回復のプロセスは螺旋的なので、文字通りこの順序で進んでいくとは限らないが、いつまた同じような危険にさらされるか分からないという恐怖を感じている状態から安全感が保障された状態へ、処理することができないために冷凍保存していた記憶を再構成して通常の記憶へ、そしてスティグマを帯びて孤立した状態から社会と結びついた状態へという移行が回復のプロセスのなかで起こる必要があるとされる²⁾。特に、第一段階である「安全の確立」では、サバイバーが自分の身体・感情・思考を自分でコントロールしていると感じられることが、安全な環境と確保と並んで非常に重要とされる。なぜなら、トラウマからの回復とは、自己制御の力と感覚をサバイバーが取り戻すことだからである。

ここで、改めて表1を見てみたい。表1に挙げられている10の例のうち、「支援つき住居」は安全な環境の確保であるし、「事前指示」「メンタルヘルス・トリアログ」など表1に挙げられている取り組みの大部分は安全感の保障に有用と考えられる。また英国の「リカバリーカレッジ」において最も人気のあるプログラムの一つはマインドフルネスであり、これは自己制御感を取り戻すことにつながりうる。

孤立した状態から社会と「再結合」するうえで「個別就労支援プログラム」は非常に重要と考えられるし、サバイバーが「リカバリーカレッジ」において講師になったり、「ピアサポート従事者」になったりする可能性が開けていることも「再結合」に資する。このように、ハーマンの言うトラウマからの回復とリカバリー志向の実践との間には、重なり合う点が非常に多い。

いっぽう、「想起と服喪追悼」に関しては、リカバリー志向の実践のなかで直接的に取り上げられる

ことはない。トラウマ体験を想起する作業は非常に困難なもので、この作業中に精神症状が増悪する可能性も十分にある。欧米のPTSD治療ガイドライン¹²⁻¹⁴⁾で推奨されている、トラウマに焦点をあてた認知行動療法や、眼球運動による脱感作と再処理法などの治療法は、構造化された枠組みのなかでサバイバーをトラウマ体験に暴露させることが治療の中核的な部分と言ってよく、そのような治療を行うには専門的なトレーニングが必須である。

サバイバー自身がトラウマ体験を積極的に処理することを希望する場合は、専門的治療によって「想起と服喪追悼」のプロセスを進めることが基本的には望ましいだろう。ただ実際には、PTSD以外の併存疾患を抱えてトラウマに焦点化した治療の適応になりにくい場合や、何らかの理由で専門的治療にアクセスできない場合、サバイバー自身が専門的治療を希望しない場合もあるだろう。そのような場合に、安全が確立され再結合への機会が十分にあるリカバリー志向の実践のなかで、サバイバー自身のなかで「想起と服喪追悼」のプロセスが時間をかけて進んでいくことも十分にありえるのではないと思われる。

V. 心的外傷後成長とリカバリー

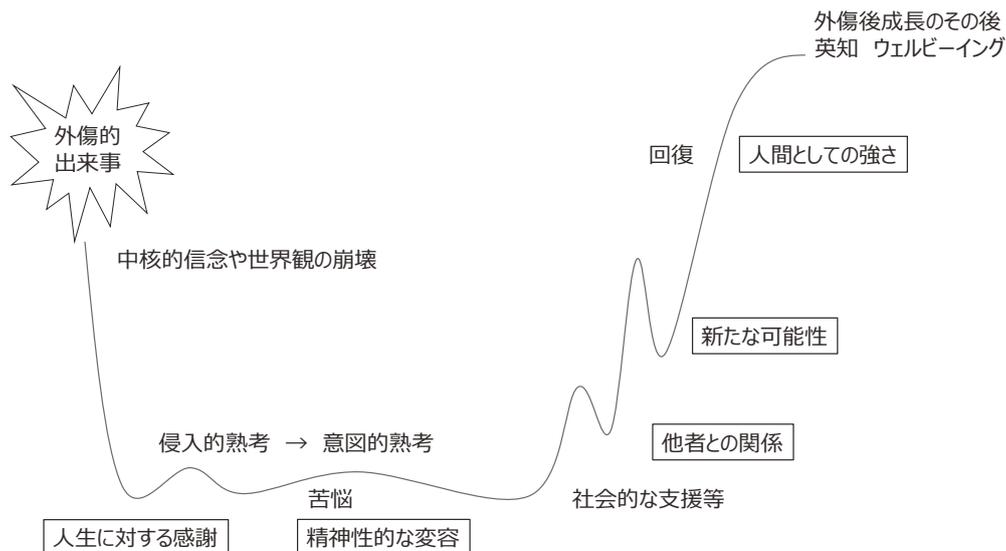
リカバリーと共通する要素を持つと思われる概念に、トラウマ体験を契機とした成長を意味する「心

的外傷後成長 (posttraumatic growth: PTG)」がある。PTGは「非常に困難な状況での苦悩の結果として体験される肯定的な心理学的変容」^{15, 16)}と定義され、ここでの「非常に困難な状況」とはそれまでの世界観が揺さぶられる出来事を指し、必ずしも狭義のトラウマである必要はない。

興味深いことに、PTGはPTSD症状とレジリエンスのいずれとも正相関することがこれまでの研究で示されている¹⁷⁻¹⁹⁾。つまり、トラウマを体験したことによる苦痛とPTGは同時に経験される傾向があり、またPTGを経験することによってレジリエンスも高まりうる。

PTGは、しばしば強風に吹かれて何本か枝が折れ、葉も散り、以前とは違う形で成長し、樹木として命が続いていく、というイメージで説明されることがある。また宅は、PTGのイメージは人によって様々であり、螺旋状のイメージが合うかもしれないし、いろどりが増えるイメージが合うかもしれないし、霧が晴れていくような濃淡のイメージが合うかもしれないが、少なくとも「良い方へ変わったか」「悪い方へ変わったか」という問いだけでは正確に描き出せないと述べている²⁰⁾。

おそらく、これらはリカバリーにもかなり当てはまる。そもそも、Anthonyの「精神疾患による壊滅的な影響を乗り越え成長する中で人生についての新たな意味や目標が見出されていくことが含まれ



文献22より、開の許可を得て一部改変

図1: PTGの5因子が生じるプロセス

る」という「リカバリー」の定義は、PTGを包含している。

PTGの領域では、PTGを構成する各要素が、異なる時期に、異なる理由から生じているとする仮説や(図1)²¹⁾、PTGとPTSD症状が逆U字型の曲線関係にあることを示す知見(図2)²²⁾、PTGを測定する尺度の項目には含まれていないPTGもあるのではないかという問題提起等²⁰⁾、示唆に富んだ様々な先行研究や議論がある。リカバリーも「とても個人的で、人によって異なる過程」であるため、リカバリーを測定する尺度では捉えきれない部分が残し、量的な研究において他の変数と線形の相関が得られにくいこともある。今後、PTGとリカバリーの研究・実践が相互に影響を与えあって発展していくことも期待される。

VI. まとめにかえて

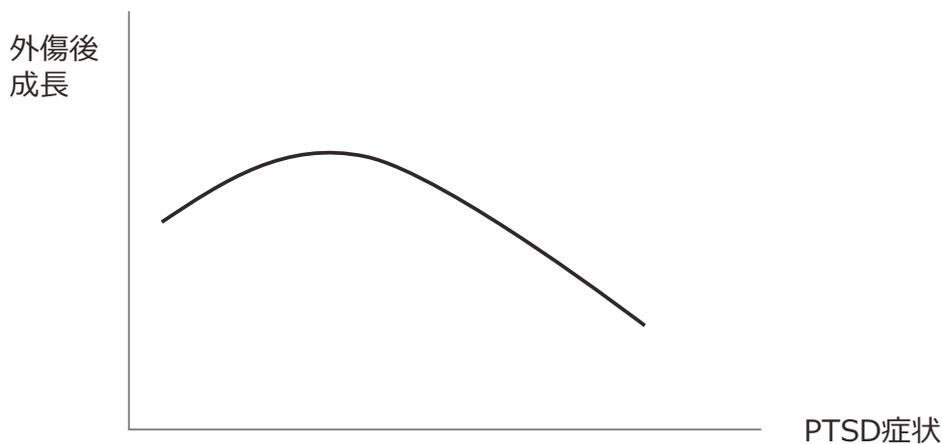
近年、さまざまな精神・心理療法に共通する、治療同盟、共感、目標の合意、肯定的承認、純粋性などが“Common factor”と呼ばれ、その重要性が改めて注目されている²³⁾。リカバリーを促進する取り組みは医療として提供されるものではないが、広義のトラウマからの回復やリカバリーの視点を持つことをCommon factorの一つとして捉えることも可能ではないかと思われる。

日本の精神科医療・精神保健福祉において「リカバリーモデル」はまだ主流になっていないとは言えないし、診療やカウンセリングの中でトラウマについて積極的に扱えない場合もまだまだ少なくない。ただ、様々な制約のある現場においても、主体性や自己制御感など、トラウマからの回復やリカバリーにおいて大切にされていることを意識することで、治療や回復のプロセスは違ったものになるかもしれない。

リカバリーを志向する援助者には、医療をはじめとする枠の中では、専門家としての確かな知識と技術とともに、そのようなCommon factorを備えていることが求められているのだろう。そして社会の中では、援助者自身も弱さを直視しながら成長・変容の道を歩む者の一人としてそこにあることが、おそらく求められているのではないだろうか。

引用文献

1. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990's. *Innovations and Research*. 1993;2:17-24.
2. ジュデイス・L・ハーマン. 心的外傷と回復増補版. 東京: みすず書房; 1999.
3. Mead S. Intentional Peer Support: An



PTSD症状が中等度の場合にもっとも外傷後成長が起こりやすく、PTSD症状が軽い場合はそれまでの世界観が崩壊しないため変容がそれほど起こらず、PTSD症状が非常に重い場合は外傷後成長が起こりにくいことが示されている。

文献22を参考にして図は著者作成

図2: PTGとPTSD症状との関係

- Alternative Approach. 4th ed. Bristol, VT;2014.
4. 宮本有紀. リカバリーと精神科地域ケア. In: 石原孝二・河野哲也・向谷地生良, editor. 精神医学と当事者. 東京: 東京大学出版会; 2016. p. 110-32.
 5. Ishikawa H, Kawakami N, Kessler RC, World Mental Health Japan Survey C. Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016;25 (3) :217-29.
 6. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部. 精神保健福祉資料 [Available from: <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/data/>].
 7. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association.* 2014;13 (1) :12-20.
 8. Moskvina V, Farmer A, Swainson V, O'Leary J, Gunasinghe C, Owen M, et al. Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depress Anxiety.* 2007;24 (3) :163-8.
 9. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine.* 1998;14 (4) :245-58.
 10. Fujiwara T, Kawakami N, World Mental Health Japan Survey G. Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan: results from the World Mental Health Japan, 2002-2004. *Journal of psychiatric research.* 2011;45 (4) :481-7.
 11. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs.* 2010;19 (6) :416-27.
 12. American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder 2004 [Available from: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_11.aspx].
 13. Excellence NIfC. Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) : The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care 2005 [Available from: <http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline>].
 14. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress [Internet]. World Health Organization. 2013. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf.
 15. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress.* 1996;9 (3) :455-71.
 16. Calhoun LG, Tedeschi RG. Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide. Mahwah, New Jersey, and London: Lawrence Erlbaum Associates; 1999.
 17. Nishi D, Matsuoka Y, Kim Y. Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *Biopsychosoc Med.* 2010;4 (1) :7.
 18. Nishi D, Kawashima Y, Noguchi H, Usuki M, Yamashita A, Koido Y, et al. Resilience, post-traumatic growth, and work engagement among health care professionals after the Great East Japan Earthquake: A 4-year prospective follow-up study. *Journal of occupational health.* 2016.
 19. Nishi D, Suzuki Y, Nishida J, Mishima K, Yamanouchi Y. Personal lifestyle as a resource for work engagement. *Journal of occupational health.* 2017;59 (1) :17-23.
 20. 宅香菜子. PTGの可能性と課題. 東京: 金子

- 書房; 2016.
21. 開浩一. 成長の旅路を伴走する—サバイバーの語りから学んだこと. In: 宅香菜子, editor. PTGの可能性と課題. 東京: 金子書房; 2016. p. 20-34.
 22. Shakespeare-Finch J, Lurie-Beck J. A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2014;28 (2) :223-9.
 23. Laska KM, Gurman AS, Wampold BE. Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective. *Psychotherapy (Chic)* . 2014;51 (4) :467-81.

【特集 リカバリーを考える 一危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか】

摂食障害におけるリカバリー

Recovery of eating disorders

安藤哲也¹⁾

Tetsuya Ando

はじめに

摂食障害 (ED) は摂食行動あるいは摂食に関連した行動の持続的な障害がある生物学的な基盤をもつ重篤な精神疾患で、頻度が高いコモンディージーズである。ED は身体・行動・認知・情動レベルで特有の症状・病理を有する。ED は身体的、精神的健康や心理社会的機能に深刻で広範な長期にわたる障害をもたらす可能性がある。ED からの回復にかかる期間、最終的な回復のレベル、回復に影響する要因は個人差が大きく多様である。本論では、ED のリスク要因や素因、発症のプロセス、病態が維持される仕組み、合併症・併存症や心理社会的機能の障害、予後について概観し、ED が回復にいたる道筋と、ED の回復とは何かについて論じる。

摂食障害とは

ED は摂食行動あるいは摂食に関連した行動の持続的な障害があり、その結果、食物の消費量や吸収量が変化し、身体的健康や心理社会的機能が著しく障害される、慢性、再発性に経過する精神疾患とされている。DSM-5 の診断基準では、DSM-IV で「幼児期または小児早期の食行動障害および摂食障害」に分類されていた「異食症」や「反芻症」「回避／制限性食物摂取障害 (ARFID)」が「摂食障害」とともに「食行動障害および摂食障害群」に統合された。従来からの ED は、「神経性やせ症 (AN)」、「神経性過食症 (BN)」、「過食性障害 (BED)」の3つの主要な診断カテゴリーと、これらのいずれの診断

基準を満たさない、「他の特定される食行動障害または摂食障害 (ORFED)」から構成される¹⁾。

ED の食行動の異常は、食事を制限して、健康な体重よりも低い体重を維持すること (やせ、自己飢餓)、短時間に大量の食物を食べることを繰り返し、食べることをコントロールできない感覚を伴うこと (過食)、体重増加を防ぐための自己誘発性嘔吐や下剤乱用、絶食、過度の運動、薬物使用などの (不適切な代償行動) を繰り返すことの、三つの主要な症状の組み合わせである。不適切な代償行動のうち、自己誘発性嘔吐や下剤乱用は排出行動と呼ばれる。単純化すれば、やせがあれば AN、やせがなくて過食と不適切な代償行動があれば BN、過食のみで、やせも不適切な代償行動もなければ BED に分類される。AN は過食あるいは排出行動を伴う過食・排出行動 (ANBP)、過食や排出行動を伴わない制限型 (ANR) の二つのサブタイプに分類されている²⁾。

ED の食行動異常の背景にはやせ願望や肥満恐怖、ボディーイメージの障害、体重・体型、食事とそのコントロールへのとらわれなどの特有の中核的精神病理が存在する。この病理は AN と BN に共通で、BED の半数程度にもみられる。個々の患者の経過をみると、診断分類間の移行 (diagnostic crossover) が稀ではない。たとえば制限型の AN 患者の約半数は経過中に過食を始め、非定型の ED や、過食・排出行動の AN や BN に移行する。頻度は少ないが BN で発症して過食・排出行動の AN に移行する場合など、いくつかのパターンがある。そのため複数の種類の ED があるのではなく、ひとつの ED として見るべきであるという考えかた (超診断学的理論) が提唱されている³⁾。

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

心身医学研究部 ストレス研究室長

Section chief, Section of Stress Research, Department of Psychosomatic Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

摂食障害のリスク、素因

ED は遺伝的要因と環境要因が関与する多因子疾

患である。発症のピークは10代後半で、女性に多いが、年齢、性別、人種、民族、体型・体重、性的嗜好、経済力、社会的地位によらず誰でも罹る可能性がある。発症のリスクとして、女性、青年期・成人期早期、西欧型社会であること、家族歴に摂食障害、うつ病、薬物乱用、肥満があること、環境要因として周産期異常（未熟児等）、性的虐待、家族のダイエット、家族その他からの食事や体型、体重についての批判的なコメント、やせることが要求される職業（例：モデルやダンサーなど）やスポーツなどがあげられる。ED患者の病前の特徴としては、自尊心が低いこと、完璧主義の傾向、不安が強い傾向ないしは不安症、肥満（BNの場合）、初潮が早いこと（BNの場合）などが報告されている。なお、以上のようなリスク要因がなくて、EDを発症しうることを付け加えておく⁴⁾。

摂食障害の発症前

ANであれBNであれ、少なくとも一時的な体重の低下が発症の契機となることが多い。強度のダイエットで3年以内のED発症リスクが18倍、中等度のダイエットで5倍に上昇すると報告され、絶食など極端なダイエットがより危険である。意図的なダイエット以外にも、胃腸障害や手術など、あるいは理由がわからない摂取量の減少、体重低下が契機となる場合もある。他の精神疾患の存在もダイエットと独立のリスクと報告されている⁵⁾。

Sticeらは、496名の青年期女性を8年間前向きに経過観察し、身体への不満が上位24%の群ではED発症リスクが4倍に上昇すること、抑うつが存在がリスクを増幅すること、一方、身体への不満が低い群でも、ダイエットがあるとリスクが上昇することを報告した⁶⁾。

発症の前後を患者に振りかえってもらうと、発症以前から、体重・体型・食事に対して敏感になる出来事や状況が報告されることが多い。例えば、もともと体型が太めで気にしていた、他人から容姿や体型をけなされた、などである。わが国では、「瘦身理想の内面化」が浸透し、若い女性の大部分が自分の体重・体型に不満を持っているといわれており、特別な出来事がなくても体重・体型・食事に敏感な状態かもしれない。思春期の女性的な体型への変化は、「太った」と誤認されることがある。

発症の直前には、何らかの非特異的なストレス状況がみられる場合も多い。例えば、転居や進学、家族構成の変化や、学業、友人関係、親子関係の問題などで、内面的にも生きづらさや、挫折感を抱えていたことが推察される。

やせることは一時的には肯定的な感覚をもたらす可能性がある。例えば、不安や不快感が減少したり、高揚感や達成感、自己コントロール感を得られたり、誉められたり、優越感を持ったりなどである⁷⁾。

摂食障害の発症

俗にダイエットの95%は失敗すると言われているように、ほとんどの場合、生理的な食欲・体重調節機構の働きで、食欲、食物摂取が増加し、体重は回復していく。その中で、一部の者がダイエットにさらにのめりこみ、摂取量を減らし、体重を落とすしていく。

一方、生理的な食欲、食事摂取の増加と、体重の回復に対抗するため、嘔吐や下剤乱用などの排出行動や、その他の不適切な代償行動を覚え、繰り返す一群も出てくる。

食事制限、過食、不適切な代償行動の結果、低体重になるか、正常体重以上に留まるかはエネルギーの摂取量・吸収量とエネルギー消費量のバランスによって決まってくる。

摂食障害が維持される仕組み

やがて食行動の異常は、多かれ少なかれ、自律性をもちはじめ自己永続的な悪循環の状態に陥り、患者は食行動のコントロールを失っていく。

Kayeらが提唱したANの神経生物学的モデルでは、もともとEDに感受性のある特性、例えば不安の強さ、強迫性、完璧主義、成果志向、損害回避の強さ、罰への感受性などを持っている個人が、思春期の脳の発達、内分泌変化、ストレス、文化要因にさらされることによって不快感や不安が増加したときに、ダイエットによって、不快感や不安の低下を経験するが、体重減少による神経系の生物学的変化が、否認、頑固さ、不安、抑うつ、強迫性など特性をさらに強め、さらにダイエットを促し、体重を一層減少させるという悪循環を想定している⁸⁾。

実際、ED患者では脳の機能変化が報告されてい

る。セロトニン系の機能はAN患者では低体重期は低下、回復期は上昇している一方、BN患者では病期、回復期とも低下していることや、ドパミン系の機能変化、HPA軸の反応の亢進が報告されている。脳の構造的変化（灰白質、白質ボリュームの変化）、セロトニン、ドパミン受容体の結合能の変化、神経回路の異常（不安ネットワーク、報酬系、内受容性知覚）が報告されている。これらの脳の形態的、機能的な変化がED病態とどう関連するのか、特性なのかそれとも、低体重による二次的なものか、回復するのか、回復にどのくらい期間を要するのかなど解明すべき問題は多い⁸⁾。

FairburnらはEDの維持の超診断的理論（transdiagnostic model for maintenance of eating disorders）を提唱した。彼らは、EDは認知障害であり、EDの中核病理は自己評価において食事、体型や体重、これらのコントロールについての重要性を過大評価していることとした。そのために、厳格な食事制限や体重調節行動を行う結果、過食を起しやすくなる。過食をすると、今度は、体重が増加する恐怖から、嘔吐や下剤乱用などの排出行動をする。排出することで、さらに次の過食が起きやすくなる。また、過食したことで食事や体重のコントロール、体重調節行動をさらに強化するという悪循環が形成される。一方、低体重があると常に食欲にドライブがかかるだけでなく、飢餓症候群によってこだわりや強迫性を強めることになる。こうして食事制限、過食、排出行動は延々と繰り返されることになる。彼らは気分不耐性や対人関係のストレス、中核の低い自尊心、病的な完全主義などの外的要因も症状を維持して変化を妨げている場合があるとしている³⁾。

なお、フェアバーンらは超診断的理論に基づき、摂食障害の認知行動療法改良版（Enhanced cognitive behavior therapy, CBT-E）を開発した³⁾。この治療法は、EDの維持機構のそれぞれに対処するモジュールからなり、基本は外来での個人心理療法であるが、入院版も開発されている。全てのEDに適用でき、また改善が早いのが特徴で、BNには最も効果が高く（寛解率約60%）⁹⁾、ANでも他の治療法と同等以上（寛解率30%）と報告され、1年後フォローアップでも寛解が維持されるとしている¹⁰⁾。

Treasureらは、ANの認知-対人関係維持モデル（cognitive-interpersonal maintenance model for anorexia nervosa）を提唱している。彼女らの理論

は複雑であるが、AN患者は特性としてセントラルコヒアランスの弱さを伴う実行機能の障害や、セットシフティングの障害を伴う認知柔軟性の欠如、強迫的な傾向をもち、そのような特性が低体重による脳の栄養不足で増強されること、AN患者は社会的認知や感情調節に広範な障害をもつこと（一部は飢餓の影響によるとしている）、そのことが社会的コミュニケーションのシグナルを送ることや、解釈する機能を低下させ、孤立に至ること、また家族の患者に対する批判や敵意、過保護などの高い感情表出 expressed emotion を伴う反応を惹起し、問題を悪化・持続させることなどを指摘している¹¹⁾。

その他の維持要因

社会文化的小および環境的な病態の維持要因として、精神的な外傷、ネグレクト、PTSD、文化的要因や社会的強化、家族機能不全などが指摘されている。またEDやその症状が適応的な機能を果たしているという考え方が古くからあり、成熟恐怖や性的葛藤への対処、構造や予測可能性・コントロールの提供、自己同一性の強化、逃避・回避・麻痺、否定的な自己の処罰、気分の障害への対処、ストレスの緩和と不安への対処などの機能があげられる。初めからこのような効果を狙ってEDになったとは考え難く、経過の中でEDがこれらの機能を担うようになったものと思われる¹²⁾。

飢餓症候群

飢餓は、食物に対する態度、行動、感情や社会性、認知、身体に影響する。Keysらによる1950年の有名な飢餓実験によれば、健康な男性でも半年間食事を半減することで、食物に対する態度と行動の変化（食事に没頭する、料理やレシピの夢中になる、コーヒーやお茶、香辛料を多くとる、異常や食習慣やむちゃ食いなど）、感情と社会性の変化（抑うつ、不安、過敏、自尊心の低下、精神病的エピソード、引きこもり）、認知の変化（集中力、判断力の低下、感情鈍麻）、身体的変化（睡眠障害、脱力、胃腸障害、音や光への過敏、浮腫、寒がり、代謝の低下、性的興味の低下、皮膚の乾燥、脱毛、産毛）などが生じ、これらの飢餓の影響は再栄養後も長期間続くことが報告されている¹³⁾。AN患者はもちろんのこ

と、BN患者であっても食事を制限している場合には、多かれ少なかれ飢餓の影響下にある。飢餓の影響下では、食事のコントロールは難しく、心理療法的アプローチの効果も上がりにくい。

摂食障害の身体合併症

飢餓、栄養障害は脳を含む全身の臓器に深刻なダメージを与える。身体合併症の全てをここに述べることはしないが、代謝が低下し、脈拍、血圧、体温は下がる。消化管の機能が低下し、腹部膨満や便秘になり、ますます食べられなくなる。脳や、心臓を含む全身の筋肉は委縮し筋力が低下する。骨密度は減少し、若くして病的骨折をおこす。生殖機能が低下する。貧血になる。免疫力が低下する。低血糖による脳障害や骨粗しょう症のように、EDから回復しても、後遺症として残ってしまうものもある。過食や嘔吐・下剤乱用などの排出行動は、体液や電解質のバランスを乱し、不整脈の原因となり、長期的には腎臓機能を低下させる、過食や嘔吐は消化管にダメージを与える。ED罹患が長期化するとともに死亡する患者も増えていく。最近のドイツの病院での5839名のED入院患者を平均20年以上、長期間フォローした研究では、225人の死亡が観察され、ANの標準化死亡率(SMR)は5.34、BNは1.49、BED1.50、特定不能の摂食障害(EDNOS)2.39であり、死亡時の平均年齢はANが36才、BNが42.2才、BED54.9才、EDNOS43.5才であったという。死因はANの2/3、BNの1/2が病死であった¹⁴⁾。今後さらに長期のEDの予後が明らかになるであろう。

摂食障害の精神科併存症

ED患者は気分障害や、不安障害、パーソナリティ障害、自閉症スペクトラム障害、アルコール薬物乱用などを併存していることが多く、半数近くに何らかの精神疾患を併存しているとされる¹⁵⁾。併存症は、ED発症に先行する場合、ED発症後に起こる場合、EDの症状が軽快するとそれに伴って消失することもあれば、入れかわって顕在化してくるなど、パターンはさまざまである。ED患者は自殺のリスクが高い。ANの自殺による死亡率は一般人口の31倍、BNは7.5倍と報告されている¹⁶⁾。

摂食障害による心理社会的機能の障害

社会的機能の障害はしばしば大きい。健康障害によるだけでなく、食べ物や食事、外見へのこだわりは、会食、対人関係や社会生活を困難にし、引きこもりがちになる。体重や体型、食事に関することが自己評価の中心となり、それ以外の活動が隅に押しやられてしまう。年齢相応の経験を積むことができない。学業・職業の遅れ、結婚・妊娠・出産への悪影響、経済的な依存が指摘されている¹⁷⁾。内面的にも体重や食べ物のこと頭の中が占められ、集中力や認知機能が低下し、眠れない。気分は不安定になる。過食と嘔吐で消耗し疲れてしまう。自己嫌悪で、もともと低い自尊心はさらに低下する。過食や下剤に費用がかかる。月に何万円、何十万円も出費することも珍しくない。家族とは食べることをめぐって葛藤や争いを生じやすい。家族の精神的負担やケアの負担は非常に大きい。

摂食障害の自然歴

摂食障害の自然歴について、Keski-Rahkonenらが、1975年から79年の出生コホートから抽出した2881人の女性を22-28歳時にスクリーニングした研究がある。スクリーニング陽性の292人に診断面接を行ったところ、DSM-IVのANの生涯有病者数は55人、生涯有病率は2.2%、無月経でないものも含む広義のANの生涯有病者数は107人、生涯有病率は4.2%であった。発症から5年以内の臨床的回復率(体重と月経が回復し、過食と排出行動が少なくとも1年間の消失している割合)は狭義のANで66.8%、広義のANで69.1%であった。臨床的回復後の残遺症状について、BMIと心理的なアウトカム(やせ願望、過食、身体不満、完璧主義、不安、自尊心、心身症状)と社会的機能(職業、教育、出産歴、婚姻または同棲)、を対照群(非罹患の双生児姉妹, co-twin)と比較した。心理的なアウトカムは身体と食行動異常が回復した後、徐々に改善し、臨床的回復が5年後には全ての指標が対照群と差がなくなった。社会的機能も回復群では対照群と差がなかった。約半数はヘルスケアシステムに検出されておらず、検出の有無はアウトカムに関連しなかった¹⁸⁾。

Keski-Rahkonen らは、同様に BN についても同じ出生コホートで、42 人が狭義の BN、59 人が広義の BN であったと報告した。BN の生涯有病率は狭義で 1.7%、広義で 2.3% であった。狭義の 31%、広義の 24% が過去に AN の時期を持っていた。5 年後の臨床回復率（一年間の過食、嘔吐の消失と BMI19 以上の回復）は狭義で 57%、広義で 55.0% であった。3 分の 1 だけがヘルスケアに検出されていた。検出はアウトカムに関連しなかった。臨床的回復後は、AN と同様に心理的なアウトカムは徐々に減少したが、5 年後でもボディーイメージ障害や心身の症状は対照群より高く、また、婚姻・同棲歴が少なかった。

これらの結果は、一般人口においてはヘルスケアに検出されず治療を受けない場合でも、AN の約 2/3、BN の半分強が 5 年以内に身体・行動の回復に至り、さらに約 5 年かけて心理的回復（ED の精神病理 + α ）が得られること、また回復した例では社会的機能も健常者と顕著な差がないことを示している。一方で、AN の 1/3、BN の半分弱が 5 年経っても自然には回復しないことも示している¹⁹⁾。

臨床例の回復

Steinhausen HC は 20 世紀後半の 119 研究 5990 例の AN でフォローアップ時の死亡率やアウトカムを総括した²⁰⁾。研究により対象や方法、治療的介入、アウトカムにばらつきがありフォローアップ期間も 1 年から 19 年と幅があるが、全体としてフォローアップ時 46.9% が回復、33.5% が改善、20.1% が慢性化していた。5.0% が死亡していた。フォローアップ時の併存症は気分障害 24.1%、不安障害を含む神経症性障害 25.5%、強迫性障害 12.0%、統合失調症 4.6%、物質関連障害が 14.6%、人格障害は特定不能または境界性が 17.4%、演技性が 16.6%、強迫性が 31.4% であった。すなわち、フォローアップ時に約半数が ED あるいは他の併存症あるいは両方を有していたという厳しい結果である。フォローアップ期間 4 年未満では回復 32.6%、死亡 0.9%、4 - 10 年で回復 47.0%、死亡 4.9%、10 年を越えると生存例では回復 73.2% が回復、8.5% が改善する一方、13.7% が慢性化しており、死亡は 9.4% であったという²⁰⁾。彼らは 2009 年にも、79 研究、5653 人の BN の予後と予後要因を解析した²¹⁾。フォローアッ

プ期間は半年から 12.5 年で、45% が回復、27% が部分回復、23% が慢性・遷延性の経過をとっていた。粗死亡率は 0.32% であった。フォローアップ期間 4 年未満で回復が 39.2%、改善が 32.2%、慢性化が 26.9%、他の摂食障害の診断への移行は 0.8%、4 年を越えると回復は 66.6%、改善は 21.6%、慢性 11.9% であった²⁰⁾。

他の報告も含めて、臨床例の回復率は一般人口のそれよりも低く、死亡率は高い。また、ED では他の精神疾患が高率に併存することが示されている。

回復を予測できるか

ED の予後因子が報告されている。Valle らの治療アウトカム予測のレビューによると、過食、嘔吐、過剰な運動などの症状の数が少ない、罹病期間が短い、BMI が高い、併存症が少ない、自尊心が高い、対人関係スキルがある、回復への動機づけが高い、家族の問題が少ない方が予後は良く、体重の抑制（元の体重からの減量の程度）が大きく、過食と嘔吐、抑うつ症状があり、衝動性が高く、精神科合併症があり、動機づけが低いとドロップアウトしやすい。しかし、これらの要因の効果量は小さく、初診の段階で、その患者がその後どういう経過をとるかを予測できない。一方、治療早期の反応、たとえば早期の体重回復の程度や、認知行動療法の場合では最初の 7 週間の改善の程度が、予後を比較的予測する ($r=0.4$ 前後)。つまり治療してみて早期に改善の兆しがみえなければ、ある程度長期化することを覚悟しなければならない。Valle らは、予後の改善のためには、不良な転帰やドロップアウトが予測される患者を同定し、あらかじめ対策を立てること、早期の症状の改善の達成を目指すこと、患者の変化への動機づけや自信に焦点を当てること、を提案した²²⁾。

罹病期間が短い方が予後に関係するというのは多くの研究で共通してみとめられており、発症後早期に適切な（エビデンスのある）を介入した方が回復の可能性が高いであろうというのが多くの専門家の一致した意見である。単に罹病期間が予後に関係するというだけでなく、罹病期間が長くなるほど、過食や嘔吐をする割合が増えていく²³⁾。海外では Family-Based Treatment (FBT) が、思春期や青年期の AN に対する治療のファーストチョイスに

なっている。FBTは、その名前から想像されるものとは違って、体重の回復と食のコントロールの回復の達成に主眼を置き、第一段階では、親や養育者が子どもの体重回復の責任を負う。FBTは発症3年未満、年齢が18歳未満では効果は良好だが、3年、18歳をこえると効果が減少する²⁴⁾とされ、早期治療が推奨されている。

摂食障害の回復の重層性

EDは特有の身体・行動・認知の症状・障害があり、EDからの回復には、少なくとも身体、行動、認知レベルの回復が含まれる。回復のプロセスは、典型的には、身体、行動、認知の順に進むことが多く、治療的介入の焦点も、全ての領域を視野に入れつつも、この順番に移行していく。体重や過食・嘔吐などの身体・行動レベルの回復を達成するだけでは不十分で、EDを完全に治癒し、症状の再発を防ぐためには、認知レベルまでの回復が望ましい^{25,26)}。

EDの症状や特有の精神病理だけでなく、心理社会的機能の回復もEDの回復の定義、目標に加えるべきであるという意見がある。一方、心理社会的機能には、EDの直接的な影響だけでなく、身体合併症・後遺症、精神科併存症、家族機能、病前からの(罹患感受性や発症にかかわる)問題、二次的に生じた心理社会的問題、適応機能などの維持要因、EDと関連しない種々の非特異的要因が影響しうる²⁷⁾。患者からの視点を重視すべきであるとの意見もある。患者は、体重や食行動異常の回復よりも、心理社会的機能の回復をより重視していると報告されている²⁸⁾。

摂食障害の回復の定義

EDの回復の定義のコンセンサスが定まらないことにより、予後研究を比較することが困難となり、混乱を招いてきた²⁸⁾。身体的基準(体重や月経の回復)か、身体+行動的基準(厳格な食事制限、過食、不適切な代償行動の頻度の減少・消失)までの回復か、身体+行動+認知的基準(やせ願望や、肥満恐怖、ボディイメージの障害など消失)か、身体+行動+認知的基準+心理社会的機能まで含めた基準にするか。広い基準を用いるほど、回復率は低下し、回復のまでの期間が長くなる、あるいは困難に

なる。また、狭い基準の方が、明確で評価が容易である一方、広い基準での評価は困難さが増していく。近年、EDの認知的側面を評価する半構造化面接(半構造化面接(例えばEating Disorder Examination、EDE)やEDEの自記式質問紙版(EDE-Q)、EDによる機能障害やQOLの尺度も開発され、心理社会的機能を含めて回復の評価がなされる方向に進んでいる。

患者の視点から見たQOLの評価も研究されており、de la Rieらによると、患者が最も重視しているのは帰属意識のドメインで、93%が言及し(中でも、友人や知人へのものが76.6%と最も高率で、以下パートナー、家族、子どもの順であった)、次が仕事/教育のドメインで64.3%、以下、健康、Well-being、自己意識のドメイン順であったという²⁹⁾。

治療努力にもかかわらず長期間回復しない重症のAN患者が存在する(Severe and Enduring Anorexia Nervosa, SE-ANと呼ばれることがある)。このようなケースでは身体的合併症・後遺症、うつ病などの併存症をもち、社会的にも孤立し、患者の家族や養育者のケア負担は大きい。治療の目標を体重の回復ではなく、死亡を防ぎ、一定程度の生活の質や社会的機能を維持することを目標とするハームリダクションモデルを適用すべきではないかという議論もなされている³⁰⁾。

EDの治療には多くの治療スタッフに関わることが少なくない。患者と治療スタッフの間で回復の目標やそこに至るプロセスのイメージが共有されていない場合、治療が混乱することが予想される。

広範な回復を目指した場合、果たしてどこまで治療や支援が必要なのだろうか。併存症を含めた全ての症状がなくなるまで治療しなければならないとすれば、治療は永遠に続くことになるかもしれない。また、必要な資源も膨大になるであろう。ひとつの考え方としては、EDは特有の身体・行動・認知の症状・障害の回復に焦点をあて、もしEDが取り除かれてもなお問題や障害が残るならば、それを扱う。あるいはEDに焦点を当てた治療がうまく働かなかった場合に別のアプローチに切り替える戦略が考えられる。

まとめ

摂食障害は完全な回復が可能な疾患である一方、

一部の患者は、ほぼ半生にわたって不完全な回復あるいは未回復にとどまり、早すぎる死に至る場合も稀でない。EDは身体的、精神的健康や、心理社会的機能に、深刻で広範な、長期にわたる障害をもたらす可能性がある。

EDは身体・行動・認知の症状・障害があり、それらが相互作用により病態が維持されている。回復のプロセスは、典型的には、身体、行動、認知の順に進む。身体・行動レベルの回復を達成するだけでは不十分で、EDを完全に治癒し、症状の再発を防ぐためには、認知レベルまでの回復が必要である。

EDからの回復にかかる期間、最終的な回復のレベル、回復に影響する要因は個人差が大きく多様である。発症や初診の段階で、その患者の経過や予後予測することは難しい。しかし、EDを発症後、時間が経たないうちに、適切な（エビデンスのある）治療的介入に結びつけることが回復の可能性を高める可能性がある。

EDの症状や特有の精神病理だけでなく、心理社会的機能の回復もEDの回復の定義、目標に加えるべきであるという意見が強い。回復には患者の視点も重要である。一方、回復の評価はさらに複雑になり、治療・支援は一層、個別化される必要があるだろう。

適切な治療にもかかわらず回復せず、長期化・慢性化した難治のED患者の治療や支援の目標をどのようにすべきなのか、我が国でも慢性例や高齢の患者の増加が指摘されており、議論が必要である。ED患者の支援施設は日本には現在2カ所しか存在しない。ED患者の社会機能は、特に対人関係において統合失調症よりも低い傾向があると報告されており、EDに適した支援が必要である。

EDの病態と回復の重層性、多様性、個別性からみて、EDの専門家・治療者のみならず、多くの専門領域の多職種によるチーム医療や連携協力、発症初期から急性期、慢性期といったステージに対応した切れ目ない治療・支援を提供できる体制が求められる。

EDの回復を困難にしている大きな要因の一つは、ED特有の病識や治療意欲の乏しさであり、いかに患者と治療同盟を構築し、回復への動機づけを高め、維持するかが重要な課題である。病気の外在化や動機づけ面接法などが試みられているが、よりよい方法・技法の研究や開発が求められる。

EDの治療法については外来治療を中心に、無作為比較試験が実施され、青年期のAN患者に対するFamily-based treatment (FBT) や成人ED患者に対するEDに焦点を当てた認知行動療法などエビデンスのある心理療法が開発されている。しかし、いずれも有効な患者の割合は限られており、さらなる治療法の研究・開発が求められる。

英国でのNICE (2004, 2017)や米国のAPA (2006)のガイドラインなど各国でエビデンスに基づくガイドラインが作成され、EDの適切な治療的アプローチや治療・支援体制、未解決の課題などが次第に整理されてきている。海外での最新の研究や臨床の知見を取り入れながら、わが国でも多くのED患者が回復できるように病態解明や治療法の研究・開発・診療・支援の体制の整備を進めることが必要であろう。

- 1) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013
- 2) Practice guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders Third Edition: American Psychiatric Association, 2006
- 3) Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R: Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment Behaviour Research and Therapy 41:509-28, 2003
- 4) Fairburn CG, Harrison PJ: Eating disorders. Lancet 361:407-16, 2003
- 5) Patton GC, Selzer R, Coffey B, et al.: Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. BMJ 318:765-8, 1999
- 6) Stice E, Marti CN, Shaw H, et al.: An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. Journal of abnormal psychology 118:587-97, 2009
- 7) Fairburn CG: Cognitive Behavior therapy and Eating Disorders: The Guilford Press,

- 2008
- 8) Kaye WH, Fudge JL, Paulus M: New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience* 10:573-84, 2009
 - 9) Fairburn CG, Bailey-Straebler S, Basden S, et al.: A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy* 70:64-71, 2015
 - 10) Byrne S, Wade T, Hay P, et al.: A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 47:2823-33, 2017
 - 11) Treasure J, Schmidt U: The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *J Eat Disord* 1:13, 2013
 - 12) Brewerton TD, Dennis AB: Perpetuating factors in SE-AN; in *Managing Severe and Enduring Anorexia Nervosa*. Edited by Touyz S, Le Grange D, Lacey H, et al New York: Routledge, 2016
 - 13) Keys A, Brozek J, Henschel A, et al.: *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950
 - 14) Fichter MM, Quadflieg N: Mortality in Eating Disorders - Results of a Large Prospective Clinical Longitudinal Study. *The International journal of eating disorders* 49:391-401, 2016
 - 15) Iwasaki Y, Matsunaga H, Kiriike N, et al.: Comorbidity of axis I disorders among eating-disordered subjects in Japan. *Compr Psychiatry* 41:454-60, 2000
 - 16) Preti A, Rocchi MB, Sisti D, et al.: A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 124:6-17, 2011
 - 17) Mustelin L, Raevuori A, Bulik CM, et al.: Long-term outcome in anorexia nervosa in the community. *Int J Eat Disord* 48:851-9, 2015
 - 18) Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, et al.: Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *The American journal of psychiatry* 164:1259-65, 2007
 - 19) Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, et al.: Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine* 39:823-31, 2009
 - 20) Steinhausen HC: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American journal of psychiatry* 159:1284-93, 2002
 - 21) Steinhausen HC, Weber S: The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *The American journal of psychiatry* 166:1331-41, 2009
 - 22) Vall E, Wade TD: Predictors of Treatment Outcome in individuals with eating disorders: A systematic Review and Meta-Analysis. *The International journal of eating disorders* 48:946-71, 2015
 - 23) Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, et al.: Diagnostic Crossover in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Implications for DSM-V. *The American journal of psychiatry* 165:245-50, 2008
 - 24) Treasure J, Russell G: The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 199:5-7, 2011
 - 25) Le Grange D, Crosby RD, Lock J: Predictors and moderators of outcome in family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47:464-70, 2008
 - 26) Lock J, Agras WS, Le Grange D, et al.: Do end of treatment assessments predict outcome at follow-up in eating disorders? *The International journal of eating disorders* 46:771-8, 2013

- 27) Couturier J, Lock J: What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *The International journal of eating disorders* 39:550-5, 2006
- 28) Noordenbos G, Seubring A: Criteria for recovery from eating disorders according to patients and therapists. *Eat Disord* 14:41-54, 2006
- 29) de la Rie S, Noordenbos G, Donker M, et al.: The patient's view on quality of life and eating disorders. *The International journal of eating disorders* 40:13-20, 2007
- 30) Touyz S, Le Grange D, Lacey H, et al.: Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 43:2501-11, 2013

【特集 リカバリーを考える ―危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか―】

薬物依存症者のリカバリーをめぐるわが国の現状と課題

What are the issues surrounding substance use treatment and recovery in Japan?

近藤あゆみ¹⁾

Ayumi Kondo

I. はじめに

米国で1930年に登場したリカバリーの思想は、各時代の社会的文脈の中で、様々な立場の人々によって語られ、議論され、研究されてきた。その結果、1990年代頃から精神科リハビリテーションの鍵概念として重要な位置を占めるようになり⁶⁾、2003年には精神保健に関する大統領新委員会でリカバリーを精神保健行政の目標とすることが定められ^{15) 22)}、その実現に向けた具体的なプログラムの開発や実践が進められながら今日に至っている。

米国のみならず、リカバリーを精神保健行政の柱に位置づけるようになりつつある諸外国の影響を受けて、わが国でもリカバリーへの注目は年々高まりつつある。しかし、外国から取り入れたリカバリー概念を精神障害者の支援制度に広く適用するには至っておらず、リカバリーの実現を目指す支援者や当事者がそれぞれの地域で実践を試みている状況であろう。今後ますます勢いづくであろうリカバリー志向の高まりに対して、後藤⁷⁾は、外国と日本におけるリカバリーを巡るコンテキストの違いを意識する必要があると指摘し、「圧倒的な非ノーマライゼーションの状況の中で、あるいはリカバリー概念とは相反する現実の中で、目標として個人のリカバリーが求められるのは危険である」、「現在の日本のようにリカバリー概念と対立する圧倒的な現実があるとき、概念としてのリカバリーは単なるドグマか夢物語にならざるを得ないのではないだろうか」と述べている。つまり、米国の歴史を例に考えると、脱施設化の流れやノーマライゼーションの実現に向

けた様々な運動によって社会全体が大きく変化するなかで生まれたリカバリー概念を、そのまま日本の社会に適用することの無謀さを指摘していると思われる。後藤の言葉を念頭に置きながら、わが国における薬物依存症者の治療や回復支援の現状をみると、リカバリーの実現には程遠い社会的な課題が山積していることを改めて実感する。薬物依存症者の多くは、未だ差別や偏見が根強く残る精神障害者よりもさらに厳しい目が向けられる犯罪者として扱われる傾向が強く、そのために必要な治療や生活支援を受ける権利を奪われているからである。

そこで、本稿では、まず、リカバリーの起源や概念について整理したうえで、わが国における薬物依存症者のリカバリーが実際にどのような人々によってどのような方法で支援されているか、その現状について述べる。そして最後に、薬物依存症者のリカバリーを阻害する数々の険しい壁についても触れ、今後の課題としたい。

II. リカバリーの起源

精神障害をもつ人のリカバリーは、米国における三つの主な思想的起源をもつと考えられている^{17) 21)}。一つ目は、AA (Alcohol Anonymous) に代表されるセルフヘルプ運動である。AAは、1935年にビル・ウィルソンとボブ・スミスという二人のアルコール依存症者が出会ったことを契機に誕生したアルコール依存症からの回復を目指す自助グループであり、1939年にはアルコール依存症者のリカバリーの物語が「Alcohol Anonymous」のタイトルで出版された²⁾。その後、脱施設化政策の影響も受けながら、特定の目的をもった数えられないほどの自助グループが1960年代後半から急速に出現するようになり、今日に至っている¹⁾。

二つ目は、精神保健サービス利用者が人権や自己

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
薬物依存研究部

Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

決定など基本的な権利を主張する運動である。これまでの収容主義への批判が高まる中、1950年代の抗精神病薬の開発にも背中を押される形で、1963年当時のケネディ大統領が議会に提出した精神疾患および知的障害者に関する特別教書（ケネディ教書）に基づいて、米国の精神保健政策は脱施設化へと大きく転換した。その後、脱施設化政策が功を奏して大規模な公的病院の精神病床数は急激に減少したものの、1970年代にはその弊害が多く生じるようになり、路上生活者や刑務所に収監される者の増加や、頻回に入退院を繰り返す「回転ドア現象」が問題視されるようになった。また、その主たる理由のひとつとして、ベトナム戦争の影響などで保健医療福祉予算を削減せざるをえなかったために、地域精神保健センターの設立や精神障害者に適した住まいやサービスの整備が進まなかったことが挙げられている¹⁸⁾。このような社会背景のなかで、1980年代には精神障害当事者から当たり前の生活を求めるリカバリーの手記が公開されるようになっていったのである⁵⁾。

三つ目は、地域統合に焦点を置く精神科リハビリテーションが、これまでの限界を克服するために新たな目標概念を求めたことである。戦後のリハビリテーションは、ADL (Activities of Daily Living) 概念、ノーマライゼーション、自立思想、QOL (Quality of Life) 概念など障害者福祉の思想や実践の影響を受けて幾度かのパラダイム転換が行われてきたが、エンパワメント、ストレングス、リカバリー概念などの登場により更なるパラダイム転換が促されたといえる。田中²⁰⁾はこの変化について、「これらの新しい概念、そして哲学の登場は、明らかに伝統的な専門家主導のリハビリテーションからの転換を求めている。これらの概念が、リハビリテーションの持つ他動詞的性格を自動詞的性格に明白に転換させたといえる。障害者は、リハビリテーションにおける客体から主体の位置へと変化を見せることで、専門家と障害者の位置関係もパターンリズム関係からパートナーシップ関係へと変化を見せてきた。21世紀は利用者主導（コンシューマーイニシアティブ）がリハビリテーションの原則になってきたのである」と述べている。心理社会的介入や包括的地域ケアを推進していくことで脱施設化の混乱を乗り越えようとした一連の動きの中で、リカバリーは1990年代の米国における精神科リハビリ

テーションの鍵概念となったのである⁶⁾。

Ⅲ. リカバリーの概念と構成要素

リカバリー概念は多くの研究者によって定義が試みられてきたが、新たなリカバリー概念を発想した最初の出来事とされている、統合失調症の当事者であり、心理学博士でもあるパトリス・ディーガンの言葉によると、「リカバリーは過程であり、生き方であり、構えであり、日々の挑戦の仕方である。直線的な過程ではない。ときに道は不安定となり、つまづき、止めてしまうが、気を取り直してもう一度始める。必要としているのは障害への挑戦を体験することであり、障害の制限の中、あるいはそれを越えて、健全さと意志という新しく貴重な感覚を再構築することである。求めるのは、地域の中で暮らし、働き、愛し、そこで自分が重要な貢献をすることである」とされる^{5) 15)}。また、精神科リハビリテーションの基本原則を最初に体系立て、リカバリー重視のリハビリテーション・プログラムを提唱してきたウィリアム・A・アンソニーによると、「非常に個人的な自分自身の態度、価値観、気持ち、目標、技術もしくは役割の変化への独自のプロセス」とされる^{4) 23)}。わが国においては、野中が「どのような病や障害に圧倒されたとしても、自分らしさや日常生活、そして自分の人生を取り戻すことができるという考え方である」と述べている¹⁵⁾。つまり、病や障害によって一度は喪失したと感じられた自分自身の人生をもう一度自分の腕に取り戻す過程であり、それは症状の消失やコントロールの程度と必ずしも連動してないものであると理解できよう。症状の減退や機能的な回復を指す「臨床的リカバリー (clinical recovery)」と、当事者自身における満足のある生活や希望の実現などを包含する「パーソナル・リカバリー (personal recovery)」に分類するという整理の仕方もある^{19) 25)}。

リカバリーの構成要素については、2004年に米国で開催された「精神保健リカバリーと精神保健システム変革に関するコンセンサス会議」において、自己決定、個別的で個人中心、エンパワメント、全体的、非直線的、ストレングス、ピア・サポート、尊敬、責任、希望の10要素がリカバリーを構成しているという統一見解が得られている³⁾。また、Leamyらは、パーソナル・リカバリーの構成要素を明らかに

するための幅広い文献研究を行い、他者とのつながり、将来への希望、アイデンティティー、人生の意義、エンパワメントの5つを挙げている¹¹⁾。

IV. わが国における薬物依存症者のリカバリーとそれを支える治療や支援の現状

薬物依存症は、薬物に対する強い渴望感、薬物の強迫的使用、薬物に対するコントロール喪失などによって特徴づけられる慢性の疾患である。一次的には脳の変化によるものであるが、継続的な薬物使用は脳の異常だけでなく、たいていはその人の認知や性格、職場や家庭など社会生活全般にも悪影響をもたらす。そのため、薬物依存症の治療には、その人が、職場、家庭、一般社会における健康的な機能を取り戻すためのあらゆる学習や訓練が含まれるべきであるとされており¹⁶⁾、これらの包括的で多様な治療や支援が、その先にあるリカバリーの実現に貢献するものであると考えられる。

わが国の薬物依存症者に対する相談支援システムは、多様なニーズをもつ薬物依存症者のリカバリーをしっかりと支え見守る体制が構築されているとはとてもいえないが、先述した「臨床的リカバリー」と「パーソナル・リカバリー」の分類に従って、それぞれのリカバリーとそれを支える医療や支援の現状を以下に述べることにする。

1. 臨床的リカバリー

薬物依存症者の臨床的リカバリーは、薬物の急性及び慢性中毒症状や、薬物使用に対するコントロール障害の治療などによってもたらされる。前者は、精神科病院で行われる統合失調症の治療に準じて非定型抗精神病薬を主とした薬物療法により比較的容易に寛解に導入できることが多い¹⁴⁾。後者の薬物使用に対するコントロール障害については、全国的に広く共有される有効な治療方法がないという状況が長く続いてきたが、約10年前にSMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) が開発され、全国的に普及が進められているところである。

SMARPPとは、は2006年に神奈川県立精神医療センターせりがや病院（現神奈川県立精神医療センター）で開発された薬物依存症治療プログラムである。ワークブックを用いたグループ形式のプログラ

ムには、疾病教育、再発の要因分析、対処行動を学ぶスキル・トレーニングなどが含まれており、参加者はグループに継続的に参加することで、徐々に薬物使用の危機が高まる状況を回避したり上手く乗り越えたりすることができるようになり、薬物使用に対するコントロール力が高まっていく⁸⁾。もちろんプログラム参加中に再使用が起きることもあるが、薬物依存症は慢性疾患であることから、再使用の有無に関わらず少しでも長く治療を継続することこそが最終的な断薬や健康増進のために重要であるといえる。このような理由から、グループではあたたかく受容的な雰囲気づくりが大切にされており、また、お茶菓子をを用意するなど参加への動機を高める様々な工夫がなされている¹²⁾。プログラムは臨床的リカバリーを促進する場であると同時に、メンバー相互の自助の機能などによりパーソナル・リカバリーも促進されていると考えられ、さらに、プログラム参加を通して後述の自助グループ利用率が高まることも明らかになっていることから、臨床的リカバリーとパーソナル・リカバリーをつなぐ場でもあるといえよう。SMARPPは2017年6月現在、医療機関32カ所、保健・行政機関33カ所に広がっている⁹⁾。

2. パーソナル・リカバリー

長く続く薬物依存症者のパーソナル・リカバリーを支える様々な取り組みの中で、最も重要な位置を占めているのは自助活動である。薬物依存症者のための自助グループとしてはNA (Narcotics Anonymous)が世界的に広く知られているが、2016年現在、日本国内では12エリア182グループがあり、週に467カ所でミーティングが開かれている¹⁴⁾。このNAの他にもうひとつ、DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) というわが国特有の自助活動がある。DARCは薬物依存症回復支援施設として、これまで約30年にわたって多くの薬物依存症者の回復を手助けするための活動を精力的に行ってきたおり、2015年現在、全国に57カ所の施設があり、972名の利用者を受け入れている¹⁰⁾。

NAは先述したAAと同じく、個人の変革は霊的（スピリチュアル）なものに対する考え方や見方の変化を通じてのみ達成できるという考えにもとづいた強力なイデオロギーを持つ12ステップ・グループのひとつである。グループのメンバーは、回復を可能にする12のステップを学び、それぞれの日常

生活のなかで実践していく。つまり、薬物使用に対するコントロール力を失いもはや自分の力だけではこの先どうにもならないと認めること、謙虚な姿勢で自分以外のより大きな力に回復を委ねること、これまでの物質使用や自分の過去を振り返り行動を変えること、ステップを実践することによって見つけた新しい生き方を継続すること、自分の経験を後からきた仲間に伝え助けていくことなど12ステップの原理を実践し続けることによって回復していくのである。その回復の姿は、「スピリチュアルであることによって、人生を精一杯生きることができるようになった」、「ありのままの自分自身にも、人生で成し遂げてきたことにも、感謝できるようになった」、「自分へのとらわれが消えたとき、幸せで喜びに満ちた自由とはどういう意味なのか理解できるようになった」、「心から正直に分かち合うことで、言葉では表現できない喜びが与えられた」、「単なる薬物がないだけの生活ではなく、はるかに充実したものだし、あの地獄のような毎日よりはましだという程度のもではなく、私たちが知っているどんな人生よりもすばらしいものだ」などの言葉で表されている¹³⁾。

もう一方のDARCは、回復しつつある薬物依存症者がスタッフとなり、今薬物使用がやめられないで困っている仲間の回復の手助けをする主に居住型の回復支援施設である。DARCという共通の名称を持ち、ゆるやかな横のつながりを維持しつつも、管理運営は各施設が独立して行っており施設ごとに様々な個性を持っていることから、全体としてのDARCを端的に語ることは難しいが、NAが回復の拠り所としている12ステップ・プログラムを中心とした回復のための各種プログラムを提供するのみならず、就労も含めた幅広い生活支援を行う自助活動であるといえよう。また、薬物依存症当事者による自助活動であると同時に、2006年の障害者自立支援法（現在の障害者総合支援法）施行以降は、法下の各種サービスを提供する事業所として認可を受ける施設が増え、さらに、保護観察所からの委託を受け薬物事犯者に住居や生活支援を提供する自立準備ホームの登録を行う施設も増加している¹⁰⁾。仲間の回復を手助けする他、地域における薬物相談や教育機関における啓発活動などの業務もあり、DARCの果たす役割や寄せられる期待は年々拡大しつつある。長年薬物依存症者の治療に携わってき

た経験を持つ成瀬は、DARCの意義について次のように述べている。「DARCでは、助けられるだけではなく、自分も助ける側になることができる。援助される側にいる「障害者」から、自ら「支援者」としての役割を持つようになる。支援者の立場になったとき、自らの失敗の連続であった過去の経験が意味を成してくる。薬物依存症に罹患して多くの大切なものを失った状態から、回復を信じられるようにまでなった自分を、肯定的に受け入れられるようになる。このことが、彼らの自尊心・自己効力感を育てる。こうして生きていく自分の価値を信じられ希望が生まれるのであろう」¹⁴⁾。

V. おわりに

わが国の薬物依存症者のリカバリーを支える医療、保健、行政機関、自助活動の現状を概観すると、改めて自助活動の存在の大きさを実感する。リカバリーの思想が依存症者のための自助グループから始まったという歴史をたどると腑に落ちる気もするが、わが国のメンタルヘルスの領域において、リカバリーの重要な鍵であるピア・サポートの存在がこれほど大きな存在感と輝きを放っている場所はないといつてよいのではないかと感じる。そのことは喜ばしく頼もしいことであるが、ここに至る経緯や社会的背景はそう明るいものばかりではない。

わが国の精神科医療において、薬物依存症者は常に忌み嫌われる存在であった。もちろん、短期間の解毒や精神症状の治療は多くの精神科病院で受けることができるが、薬物依存症の治療を専門に行う病院は10カ所程度しかなく、全国的にみると十分な依存症治療を受けられるとは決して言えない状況である。薬物依存症者が忌避される主な理由としては、治療意欲が低く治療が継続しないこと、ルール違反や逸脱行為が多いことなどが挙げられるが、これは治療者の対応次第で変化する部分も大きいことから、これらをもって薬物依存症者を精神科医療から締め出す理由とするには十分でない¹⁴⁾。精神保健福祉センターや保健所においても、継続的な相談指導を行うことは少なく、専門機関の情報提供、紹介、連絡調整が主となっていることが指摘されてきたし、さらには、「薬物依存症」の病名では障害認定の基準となる障害状態にあっても精神障害者保健福祉手帳が給付されない自治体があるなど、福祉制

度の枠組み・運用において薬物依存症を事由とする適用が制限される社会的な障壁が多数存在しているのである²⁴⁾。薬物使用歴があるという理由で精神障害者のための障害福祉サービスの利用を拒否されたり、DARCの設立をめぐる地域住民の反対運動が起きたりするもの決して珍しいことではない。

かくも厳しい社会的背景の中で、1985年に初めてのDARCは誕生し、常に資金難に悩まされながらも事業形態や運営方法を変えるなどの工夫をしてその数を増やしてきた。また、新しいDARCがどこかで立ち上げられるたびに、近隣にはNAが生まれ育った。このようにして、多くの薬物依存症者のリカバリーを促進する場が当事者の力によって全国に広がっていったのである。

ようやく最近になって、当事者の努力や取り組みに大きく依存しすぎているわが国の状況が問題視されるようになり、医療保健福祉従事者が担うべき役割や当事者活動に対する支援の必要性が議論されるようになってきた。また、国の施策としても、全国すべての都道府県及び指定都市に、治療拠点として依存症の専門医療機関を指定し、相談拠点として精神保健福祉センター等に依存症相談員を配置するという依存症対策総合支援事業が行われているところであるが、リカバリー実現のためには、良質で地域ベースの精神科医療の提供、地域生活への移行支援、科学的に効果が高いリハビリテーションなどを柱に、当事者の希望に沿った支援を可能にする体制構築に向けた取り組みがまだまだ数多く必要である²¹⁾。同時に、薬物依存症者を犯罪者としてではなくメンタルヘルスに問題を抱えている人としてみなす社会が一日も早く実現するよう、啓発活動を積極的に行っていくことも忘れてはならない。

引用文献

- 1) A.H. カッツ：セルフヘルプ・グループ。久保 紘章（翻訳），岩崎学術出版社，pp9, 1997.
- 2) アルコホーリクス・アノニマス。AA日本出版局，AA日本ゼネラルサービスオフィス，2002.
- 3) A Life in the Community for Everyone. From Exclusion to Belonging: Transforming Mental Health Care in America. The U.S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration, pp12, 2006. (<http://www.nationaltasc.org/wp-content/uploads/2012/11/Transforming-Mental-Health-CCar-in-America-SAMHSA.pdf>), 2017.10.1. 閲覧.
- 4) Anthony W, Cohen M, Farkas M, et al: Psychiatric Rehabilitation Second Edition. Center for Psychiatric Rehabilitation Trustees of Boston University, 2004.
- 5) Deegan PE: Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, 11: 11 - 19, 1988.
- 6) 後藤雅博：リカバリー、ノーマライゼーション、エンパワメントー心理社会的介入の鍵概念ー。精神科臨床サービス，3：18-22，2003.
- 7) 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.
- 8) 小林 桜児，松本 俊彦，大槻 正樹，遠藤 桂子，奥平 謙一，原井 宏明，和田 清：覚せい剤依存患者に対する外来再発予防プログラムの開発ー Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) ー。日本アルコール・薬物医学会雑誌，42（5）：507-521，2007.
- 9) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部 ホームページ（<http://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/>）2017.10.1. 閲覧.
- 10) 近藤あゆみ，大曲めぐみ，近藤恒夫，嶋根卓也，米澤雅子：刑の一部執行猶予制度の施行に向けた民間薬物依存症回復支援施設の実態把握と課題の解明に関する研究，平成28年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）「危険ドラッグを含む薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の社会復帰に向けた支援に関する研究」研究報告書，pp169-180，2017.
- 11) Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, et al: Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br J Psychiatry 199:445-

- 452, 2011.
- 12) 松本俊彦：健康問題としての薬物依存症—薬物依存症からの回復のために医療者は何ができるか。日本医事新報, No.4808：17-21, 2016.
 - 13) ナルコティクスアノニマス. Narcotics Anonymous World Services, Inc., 2006.
 - 14) 成瀬暢也：薬物依存症の回復支援ハンドブック—援助者, 家族, 当事者への手引き。金剛出版, pp112-113, pp196-197, 2016.
 - 15) 野中猛：図説リカバリー 医療保健福祉のキーワード。中央法規, pp41, 47, 2011.
 - 16) Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition), The National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services, pp7-10, 2012. (https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podat_1.pdf)
 - 17) Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers, Wellington Mental Health Commission, pp2, 2001.
 - 18) 精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I。日本精神保健福祉士協会, 中央法規出版株式会社, pp26-27, 2015.
 - 19) Slade M, Amering M, Oades L: Recovery: an international perspective. Epidemiol Psychiatr Soc 17:128-137, 2008.
 - 20) 田中英樹：思想史としての精神障害リハビリテーション。精神障害とリハビリテーション, 8：96-102, 2004.
 - 21) 田中英樹：リカバリー概念の歴史。精神科臨床サービス 10：428-433, 2010.
 - 22) The President's New Freedom Commission on Mental Health: Transforming the Vision. The Carter Center Mental Health Program, 2003. (<https://www.cartercenter.org/documents/1701.pdf>), 2017.10.1. 閲覧.
 - 23) W. アンソニー, M. コーエン, M. ファルカス, C. ガニエ：精神科リハビリテーション 第2版。野中猛・大橋秀行監訳, 三輪書店, pp32, 2012.
 - 24) 山口みほ：薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の現状と課題。平成21年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究」分担研究報告書, pp133-139, 2010.
 - 25) 山口創生, 松長麻美, 堀尾奈都記：重度精神疾患におけるパーソナル・リカバリーに関連する長期アウトカムとは何か？精神保健研究 62：15-20, 2016.

【特集 リカバリーを考える ―危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか―】

退院率と再入院率から地域の「リカバリー」を考える

Considering community “recovery” from hospital discharge rate and re-hospitalization rate.

山之内芳雄¹⁾

Yoshio Yamanouchi

I. はじめに

「リカバリー」の考え方は多義的・主観的なものであり¹⁾、誰がどのような目的で使うかによっても様々な意味を持つ。臨床的に疾患の寛解であると考えられる人もいれば、その社会職業機能の回復を伴うこと、さらには自己効力感の回復と考える人もいる。さらに、それを地域・大衆の中でどのように捉え見えるようにするかとなると、見方や定義を限定せざるを得ないし、その上でも解釈上の限界は大きい。その前提で、わが国の精神医療における「リカバリー」を退院率と再入院率という指標を用いて考えることとしたい。

様々な精神疾患で入院治療を受ける者が一定数いる。彼らは、家庭・地域での生活が可能になるほど疾患の症候がおさまれば退院する。しかし、症候がおさまっても地域生活では再燃が容易に想定されれば退院は困難であろう。逆に、ある程度の症候があっても地域生活を送れるような環境的な配慮があれば、退院できる。個別の患者には疾患・重症度・家庭環境すべてが異なるが、地域全体であれば、それら個人にかかる要因はほぼ一定であるとみなせる。地域全体での退院の度合いを見ることは、そこで入院した人たちの症候のおさまり度合いと地域での支えの度合いを、総合的に見る事ができるだろう。次に、退院した者が家庭・地域生活を維持できるかどうかは、少なくとも入院が必要なほどにリカバリーが損なわれていないかどうかを見るためには必要と思われる。これも個別に見れば、地域生活は続いている、社会職業機能や自己効力感は回復できていない

場合もありうる。しかし、たとえば退院した者の全員がすぐに再入院するようであれば、地域全体で見たときには地域生活を支える環境に何か課題があるのではないかと考えることができる。本稿では、地域のマスで見たときに個別の要件は一定になる、という前提のもとで、「リカバリー」を育み支える地域の状況に着目してデータを示したい。

II. 方法

厚生労働省が持つレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を、厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」班が集計して、「平成26年度版新精神保健福祉資料」²⁾として一般に公表しているデータを用いた。新精神保健福祉資料には全国の344二次医療圏ごとに、精神疾患における15領域ごと入院/外来ごとの診療実績のある医療機関数と患者数、さらに入院医療においては前年度末月に入院した患者の退院状況、前年度末月に退院した患者の精神病床への再入院状況などを提示している。さらに再入院状況は、1年未満の在院期間者と1年以上在院期間者に分けて表示している。平成26年3月から平成27年3月までに、1日以上精神病床入院またはICD10でF00～99およびG30,31,40の病名が付与された全患者の保険診療レセプトの存在するすべての患者レコードをSPSS Modeler 17.1を用いてデータ集計している。NDBデータの集計にあたってはその利用目的が、都道府県の医療計画・障害福祉計画の立案に必要な、行政目的の厚生労働省内申請データであり、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」（厚生労働省 平成28年6月改定）に基づいて適切に取り扱っている。本稿における解析は、すべてそこで得られた公表データ、および国勢調査公表データを用いたため、「人を対象とする医学的研

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
精神保健計画研究部

Dept of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

究に関する倫理指針」の対象には該当しない。

本稿では、全国の344二次医療圏における新規入院者の日ごとの退院率と、1年以上在院者の日ごとの再入院率の算出データを用いた。退院率の対象は、該当する二次医療圏に所在する精神病床に平成26年3月1日から31日に入院した患者、再入院率算出の対象は、該当する二次医療圏に所在する精神病床に1年以上在院の後、平成26年3月1日から31日に退院した患者である。それぞれ、平成26年3月2日から平成27年3月31日までに退院と再入院を1例ずつ各人365日目までを追跡期間として集計した。この際図1に示したように、精神病床以外に転棟または転院した者で、追跡期間中に連続して再び精神病床に入院した場合は、退院または再入院とはしなかった。転院により異なる医療圏に転出した場合や異なる医療圏の病院に再入院した場合は、入院時・退院時の医療圏におけるデータとして取り扱った。また、生活保護による医療や自由診療はNDBに掲載されていないため、例えば入院中に生活保護に切り替えとなった場合は、退院として取り扱った。

退院率と再入院率について地域特性を分析するため、一つ目は東日本と西日本の差異を検討した。総務省の都道府県コード23番愛知県までを東日本、24番三重県以降を西日本として、退院率と再入院率の差異をMann-Whitney分析で検定した。二つ目は過疎による差異を検討するため、追跡90日目(3カ月目)の値を全二次医療圏ごとに算出したものの、平成27年国勢調査人口等基本集計から人口と人口密度を用いて、過疎地域・地方都市・大都市の分類での差異をKruskal-Wallis分析で検定した。分類方法は、医療圏の人口が100万人以上または人口密度2000人/km²以上を大都市、人口20万人以上または人口密度200人/km²以上を地方都市、それ以外を過疎地域とした。二次医療圏の属性との検討では、SPSS23.0(J)を用いて算出した。

Ⅲ. 結果

平成26年3月の入院者数・1年以上在院後退院者数は、23669人・4417人であった。全国における退院と再入院の1年追跡期間の状況を、図2,3に示

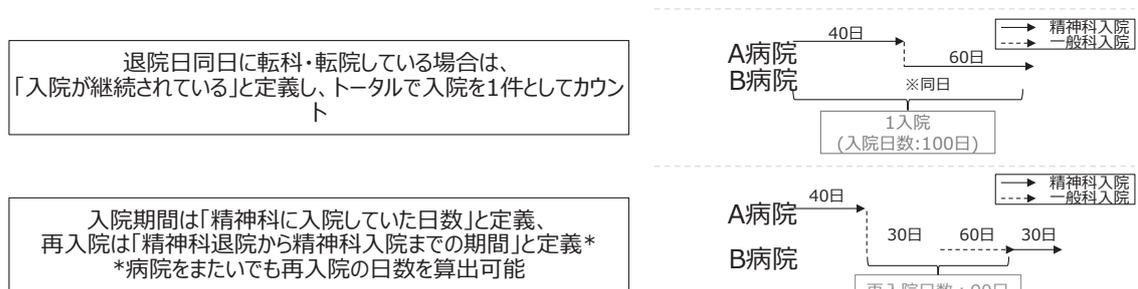


図1. NDBの集計定義の特徴

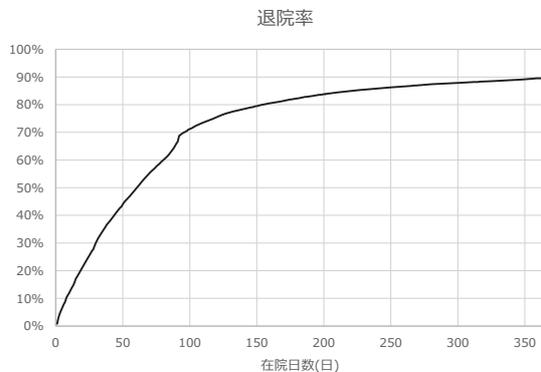


図2. 精神病床入院者の日ごとの退院率曲線 (全国 平成26年3月入院者を1年間追跡) N=23669

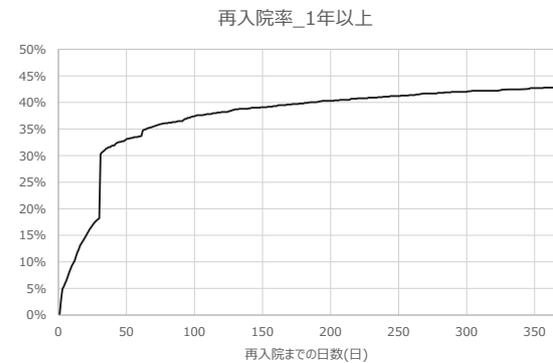


図3. 1年以上在院後に精神病床退院した者の日ごとの再入院率曲線 (全国 平成26年3月退院者を1年間追跡) N=4417

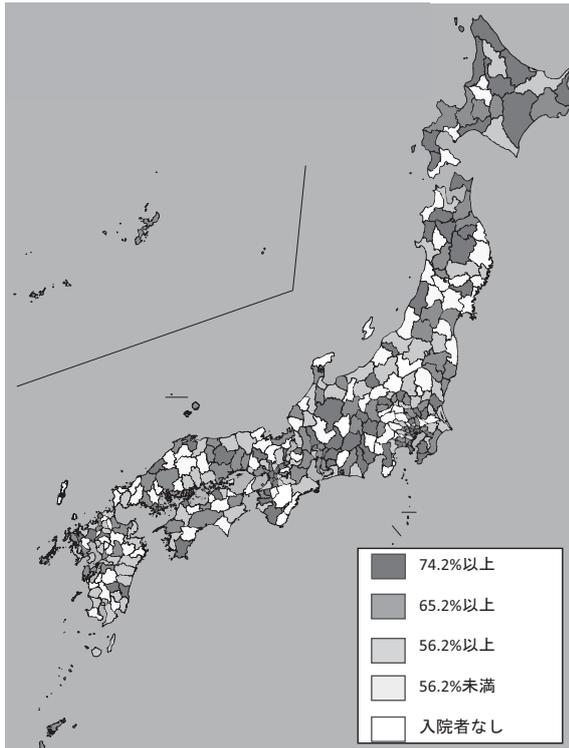


図4. 二次医療圏ごとの3か月時点退院率

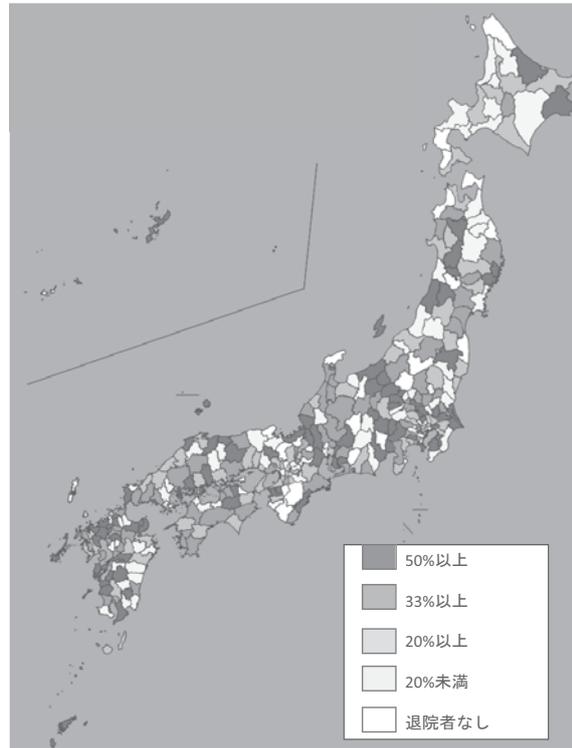


図5. 二次医療圏ごとの1年以上在院者3か月時点再入院率

した。全国の3ヶ月時点の退院率は66%、再入院率は37%であった。特筆すべき結果として、退院率において、入院後88日目は64%だが92日目は69%と、4日間で5%急に上昇していた。また再入院において、退院後29日目は19%だが31日目は30%と、2日間で11%急に上昇していた。

次に、全国344の二次医療圏における3ヶ月時点の退院率と再入院率の四分位ごとの全国的な分布を、図4、5に示した。入院者が存在した医療圏

は324、退院者が存在した医療圏は309であり、これらで以下を検討した。退院率の第一四分位は74.2%・中央値は65.2%・第三四分位は56.2%であった。退院率の高い地域は北海道・北東北、大都市部に多く見られ、逆に西日本、九州の大都市部以外では全般的に低い傾向が見られた。再入院率の第一四分位は50.0%・中央値は33.0%・第三四分位は20.0%であった。再入院率の低い地域は、東日本、大都市中心部に多く見られ、逆に中部地方山間部、

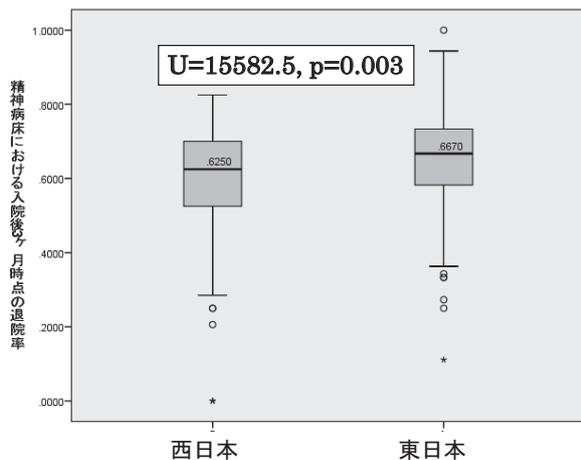


図6. 東・西日本における退院率の差異

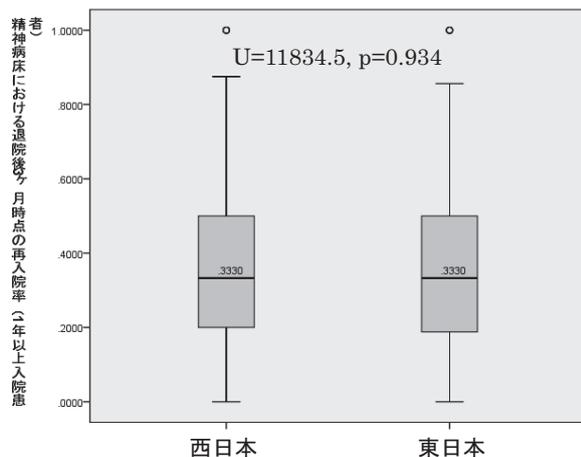


図7. 東・西日本における再入院率の差異

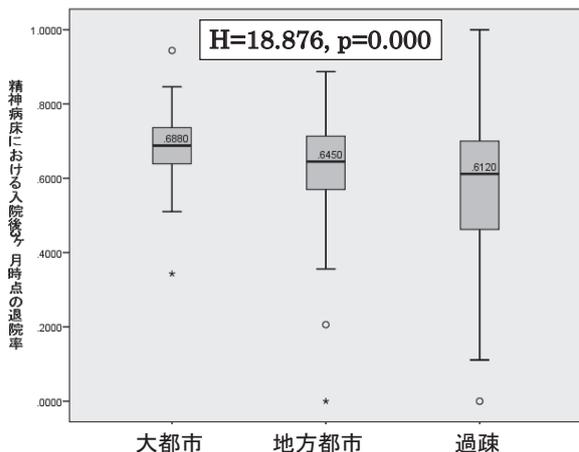


図8. 過疎分類における退院率の差異

関東など大都市の周辺地域、九州では高い傾向が地図から見られたものの、退院率ほどの地域差は見られなかった。

地域特性の分析であるが、東西日本の比較を図6, 7に、過疎による相関を図8, 9に示した。両者とも退院率は東日本が有意 ($U=15582.5$, $p=0.003$) が高かったが、再入院率では差異は見られなかった ($U=11834.5$, $p=0.934$)。過疎分類の分析では、退院率は、大都市部が高く過疎地は低い傾向で有意な差異が見られた ($H=18.876$, $p=0.000$) が、再入院率は差異がなかった ($H=3.29$, $p=0.193$)。なお東西日本の比較においては、退院率・再入院率とも Shapiro-Wilk 検定で正規分布に従いかつ Levene 検定で等分散であったが、過疎分類においては、退院率・再入院率とも正規分布に従わずかつ等分散ではなかったため、両者ともノンパラメトリック検定で分析した。

IV. 考察

「リハビリ」を育み支える地域の状況に着目し、精神病床に入院した患者の退院状況と、1年以上在院の後退院した患者の再入院状況について、全国データと二次医療圏ごとの概況、そして地域特性の差異を検討した。

全国では、退院率において3ヶ月時点で66%が退院しており、3ヶ月を境に数日で退院率が伸びていることがわかった。1年超在院者退院後の再入院率においては、3ヶ月時点で37%が再入院しており、1ヶ月前後で急に伸びる時期があることがわかった。精神病床の平均在院日数は年々減少しており、

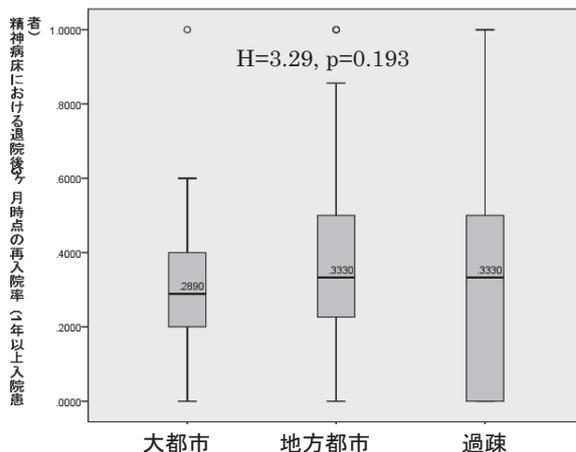


図9. 過疎分類における再入院率の差異

わが国でも3ヶ月で3分の2が退院できる状況になった。3ヶ月前後の退院率の伸びは、入院3ヶ月まで高い入院報酬があるもののその後急速に落ち込むという、診療報酬による誘導の効果が否定できないと考える。一方再入院率における1ヶ月前後の急速な伸びは、診療報酬での誘導はされておらず、一定割合の患者が退院後1ヶ月で入院せざるを得ない状況になっているのではないかと考えている。リハビリを育み支えるための地域における外来医療・障害福祉・介護サービスなどの基盤整備が求められると考えている。

二次医療圏での検討では、退院率に東西格差と過疎格差が見られた。東日本は精神病床数が少なく、医療従事者の不足も言われている。その病院環境の中、ともすると症候がおさまらない状況で地域生活への早期の移行が行われているかどうか懸念される。一方で再入院率にはそのような格差が見られなかったことを考え合わせると、逆に西日本や過疎地域において、より早期の地域移行が進められてもいいのではないかと考えられる。また、地図から大都市部では退院率が高く、再入院率は都心部では低いことが見られたが、一方大都市周辺～近県部では、その逆の傾向が見られた。北海道や北東北とあわせ、地域基盤整備のみならず入院医療におけるリソース不足が想定された。

しかしながら、ここで掲げた仮説については職員数や交通の便など他因子を含め、さらなる注意深い検討が必要と考えている。また、NDBデータによる集計は今回が初めてであり、経年的な影響も考え合わせる必要があると考える。そうした中で各地域は、これらデータで出たことを、それぞれの特性の

中で吟味し、方向性を見定め、改善できることを見出し、出していけるのではないかと考える。

結 論

本稿では、地域のリカバリーを見るために、精神保健福祉資料として公表されているNDBを用いた、全国と二次医療圏の退院率と再入院率を算出したものを用いて、その傾向について考察した。全国的には入院後3ヶ月で3分の2が退院するようになったが、医療圏での格差は、東西日本の比較や過疎分類での比較において存在していた。また、長期の入院の後退院したものの、1ヶ月くらいで地域生活を続

けがたくなる一群がいることを示した。個人個人のリカバリーを育み支えるため、地域の基盤を整備するための方向性や改善策が提示できるよう、データの蓄積と多面的な解析と検討が必要であると考えている。

文 献

- 1) Deegan, P.E.: Recovery: the lived experience of rehabilitation, Psychosocial Rehabilitation J, 11 (4) , p12. 1988
- 2) 精神保健福祉資料 <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/data/> (2017.11 閲覧)

【特集 リカバリーを考える ―危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか―】

自治体の地域保健福祉活動とリカバリー

Community care service of local government focused on recovery

大塚俊弘¹⁾

Toshihiro Otsuka

I. はじめに

筆者は、長崎県の行政医師として、精神保健福祉センターを皮切りに、県本庁、こども・女性・障害者支援センター（児童相談所、婦人相談所、精神保健福祉センター、知的障害者更生相談所、身体障害者更生相談所の5機関統合施設）、保健所での勤務経験を有する精神科医師であり、精神保健福祉、地域保健、障害福祉、児童福祉、女性保護等の分野に携わってきた。

本稿では、これまでの筆者の経験を元に、保健師、社会福祉職、心理職等の保健福祉に従事する自治体職員が、日頃の地域保健福祉業務の中で、リカバリー概念をどのように位置づけ、そしてリカバリーに焦点をあてた事業展開や支援活動をどのように進めていけばよいかについて、私見の範囲を超えないものであるが、いくつかの提案をしたい。

II. リカバリー概念の位置づけ

リカバリーとは、元々は米国の精神障害者の当事者運動を発端とし、1980年代から米国を中心に広がった概念で、たとえ症状や障害が続いたとしても人生の新しい意味や目的を見だし、充実した人生を生きていくプロセス¹⁾と理解されているのが一般的である。一方で、症状の減退や機能的な回復を指す「臨床的リカバリー (clinical recovery)」と精神障害当事者の満足のある生活や希望の実現などを包含する「パーソナル・リカバリー (personal recovery)」の2つに分類する考え方もあり²⁾、医療サービスの充実や医療の専門家との連携も重要な

業務となる自治体職員としては、この2つの分類で理解しておくことが推奨される。ただし、「臨床的リカバリー」については、当事者と医療の専門家との協働作業が中心となるので、自治体職員が関わる機会は極めて限定的であり、行政サービスとして関与出来るのは主に「パーソナル・リカバリー」となる。つまり、自治体の保健医療福祉の専門職のスタンスとしては、「臨床的リカバリー」という概念を共有しながら医療の専門家と連携し、障害者や患者の地域社会でのより快適な生活の実現が可能となるよう医療サービス体系を構築するとともに、「パーソナル・リカバリー」が達成できる環境を目指し、当事者、支援者、地域住民の協力の元、社会資源の開発・開拓や人材育成を目指すことになる。「パーソナル・リカバリー」の実現に関しては、より直接的な関与が求められるわけで、自治体の専門職は、その概念について自分のものとしてしっかりと理解しておくことが求められる。

いくつかの「パーソナル・リカバリー」の定義について、山口らがまとめているが²⁾、そこで紹介されている精神障害当事者である Deegan の「リカバリープロセスのゴールはノーマルになることではなく、より深みのある人間らしくあるための活動である。つまり、ゴールはみんなが言うような人間になることではなく、ユニークになることである。」や、同じく当事者の Coleman の「専門家 (医師) からプレゼントされるものではなく、私たちが全てに責任を持つことである。私たちは自身の生活を変える能力があると自信を持たなくてはいけない。」といった定義は、自治体の保健医療福祉の専門職が知っておくべき知識である。Deegan らのリカバリー・ストーリーは、『リカバリー. 希望をもたらすエンパワーメントモデル (Brown 編、坂本監訳)』³⁾に掲載されており、本書は同じく当事者の Copeland によって考案された「元気回復行動プラン WRAP

1) 国立精神・神経医療研究センター 上級専門職

Senior Expert, National Center of Neurology and Psychiatry

(Wellness Recovery Action Plan)」なども紹介されており、自治体の専門職の入門書として有用な書籍である。

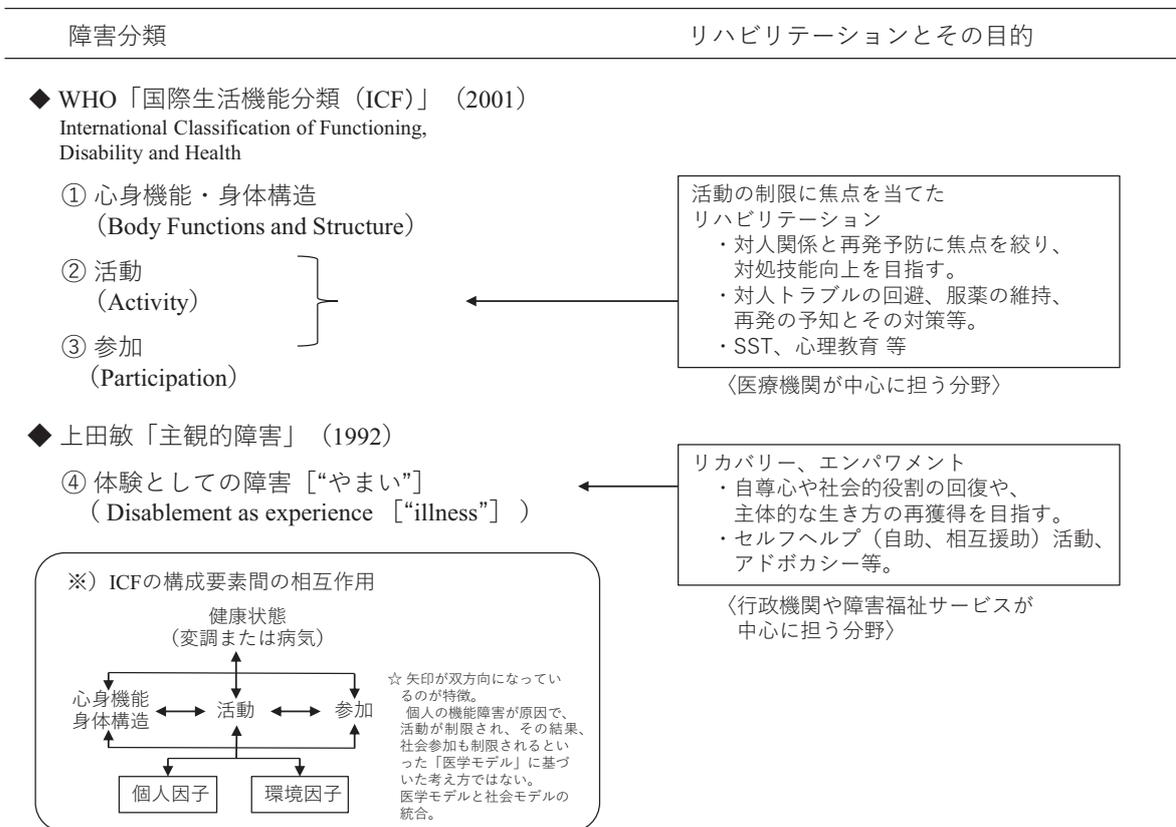
図1は、筆者が保健福祉に従事する長崎県職員等を対象にした研修会において、しばしば使用していた障害とリハビリテーションの関係を示したものである。医療機関で実施される Social Skill Training (SST) や心理教育などの認知行動療法に基づいたリハビリテーションは、World Health Organization (WHO) の International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) に代表されるいわゆる客観的な障害に対して提供されるのに対して、リカバリーに焦点を当てた支援は、自分が生きる価値のない人間になったという“価値観の喪失”を中核とした、上田がいう「主観的障害」に対して提供されるものであり、その担い手として行政機関は重要な役割を担うことを、より単純化して表現するために作成したものである。リカバリーの概念や定義には、様々なものがあるが、精神保健福祉以外の分野も含めて幅広く様々な課題に取り組まなければならない自治体の専門職としては、

このようにある程度単純化した分かりやすい整理をしておくことは、保健や福祉を専門としない一般事務職への説明や、関係者や地域住民との協議の場において、有用であろうと考える。

Ⅲ. リカバリーに焦点を当てた地域保健福祉活動

リカバリーに焦点を当てた地域保健福祉活動として、自治体に取り組めるものの代表がセルフヘルプ活動への支援である。直接的な行政サービスとして実施できるものには、当事者や家族の集いの場・分かち合いの場の提供、「〇〇教室」等の名称で呼ばれている心理教育的要素を含んだ集団療法的サービス、ピアサポーターの養成、ピアサポーターの活動や雇用の場の確保、セルフヘルプグループの育成、既存のセルフヘルプグループへの人的・経済的支援、相談業務等の事業委託などがある。普及啓発活動としては、当事者を対象とした研修会や、医療保健福祉の専門家や行政職員向けの研修会の開催、一般住民向けの当事者活動のアピールを目的としたイベン

図1：障害分類とリハビリテーション



トなどがある。さらには、自治体が事務局をつとめる各種協議会や行政計画策定委員会のメンバーにセルフヘルプ活動を行っている当事者を積極的に登用するといったことも重要な試みである。

ここで、自治体を実施するセルフヘルプ支援活動において、担当職員や責任者が留意すべき事項について何点か言及したい。

一点目が、自治体を実施する集団療法的サービスとセルフヘルプグループの区別についてである。前述のColemanのパーソナル・リカバリーの定義が“専門家（医師）からプレゼントされるものではなく、私たちが全てに責任を持つことである”となっているように、セルフヘルプグループは、当事者らの自己決定に基づく活動でなければならない。決して専門家や支援者が運営するものではない。筆者は、「保健所当事者会」や「保健所家族会」というものを認めない立場である。自助的な雰囲気重視するグループであっても、保健所など自治体の機関が運営するグループはセルフヘルプグループではなく、あくまでも行政サービスの一環である。保健所や市町村において、その機関の事業として職員が運営しているにも関わらず、あたかもセルフヘルプグループであるかのような案内や名称になっているものが散見されるが、リカバリーに焦点を当てた支援活動を展開するのであれば、行政サービスなのかセルフヘルプグループなのか明確に分かるよう配慮すべきだと思う。もちろん、セルフヘルプグループのミーティング会場として自治体の一室を無料で貸したり、当事者以外も参加出来るオープンミーティングに自治体の職員が公務として参加することは何ら問題はなく、むしろ、積極的に協力をすべきである。

もう一点は、ピアサポーター養成に関してである。近年、多くの自治体においてピアサポーター養成事業に取り組みされており、このこと自体は望ましいことであるが、問題は養成されたピアサポーターの活躍の場が十分に開拓されていないということである。養成されたピアサポーターの多くは、自治体が開催する関係者向けの研修会の講師や、一般市民向けの啓発イベントでの体験発表者としての活動に限定されている。講師や体験発表者としての活動自体は、リカバリーにつながる活動ではあるが、年に数回の研修会やイベントだと一人あたりの活動の場は極めて限定される上に、同じ体験をした当事者性を活かして仲間の支援をするというピアサポーター本

来の活動ではない。養成と平行してピアサポーターとして相談業務や支援活動が出来る場の確保や、ピアサポーターとして雇用してくれる相談支援事業所等の開拓に力を入れるべきであろう。筆者も関わっている日本公衆衛生協会が全国保健所長会の協力を得て実施している研究事業の中で全国への普及に取り組んでいるのが、都道府県が指定する指定一般相談支援事業者に複数名のピアサポーターを非常勤の地域移行推進員として時給雇用してもらい、障害者総合支援法の個別給付「地域移行支援」の利用件数を増加させるという活動である⁴⁾。兵庫県の2つの二次医療圏で展開してきた活動であるが、一事業所でピアサポーターの10名弱の雇用が継続され、地域移行支援利用者も増加し、事業所の経営面でもプラスの効果が出ており、ピアサポーターの雇用の場の確保策の一つとして期待できるものである。

IV. 自治体職員が持つべき姿勢

最後に、リカバリーに焦点を当てた地域保健福祉活動を展開するに当たって、自治体の担当職員や責任者が持つべき姿勢について、二つの提案をしたい。

最も重要なのは、その人が病的体験や逆境体験、様々な困難に遭遇しながらも、生き抜いてきていること、そのものに敬意を払いながら最大の関心を持つという姿勢である。自分自身が同様の困難に遭遇した際に、どれほど圧倒され、混乱し、不安に苛まれ、希望を失うかといったことを想像し、そしてその時に自分がどのように振る舞えるか真剣に考えてみるとよい。そのような困難に対して、タフさを持って見事に克服することなどは決して容易ではなく、恐怖や不安、怒りで対処したり、逃避傾向、無気力、社会活動能力の低下や対人関係困難など、社会適応はあまり望ましくない行動様式をとってしまう可能性が予想できるはずである。そのような行動様式は、いわば異常事態に対する当然の反応であり決して恥ずかしいものではないし、病的体験や逆境体験などの困難そのものも本人の努力不足など、本人の責任として責められたり、あるいは不名誉なものではないということをしかりと確認することが必要である。

もう一つ重要なものとして、自尊心や自己有用感の回復につながる環境設定に努めるという姿勢がある。自分は価値がない、役に立たない人間になって

しまったという「主観的障害」からの回復には、その人が所属している集団や社会の中で“自分が意味ある役割を果たしている”という実感や“他人のために自分が役立つ”という体験をより多くすることが必要だと言われている。そして、ここで重要なのは、“特別な配慮や涙ぐましい努力をすることなく他人のために自分が役立つ”という体験ができる環境を設定することである。その環境設定の一つが、前述したセルフヘルプ活動である。セルフヘルプグループの主たる活動は、自分の体験談を語り、他のメンバーの体験談を聞くということである。自分の体験談を語ることは、勇気さえ持てば誰でも出来ることであり、しかも、同様の体験を有する仲間の中であれば、体験談を話すことはさらに容易となる。そして、その体験談を聞いた他のメンバーからは、「自分と同様の体験をしたあなたの話を聞いて良かった。自分一人ではなくて安心した。」といった反応が返ってくる。そうすると、「今まで誰にも話せないような不名誉で恥ずかしい自分の体験が、ここでは役に立つんだ。」という実感が得られるのである。セルフヘルプ活動の推進は、自尊心や自己有用感の回復につながる環境設定の一つである。また、適切な支援を受けていても、“支援してもらっている”という役割が固定化すると、自己有用感の低下が増強することも指摘されている。2017年、一般社団法人日本うつ病センターでは、複雑・困難な背景を有する人々に対する地域でのワンストップ支援を推進することを目的とした支援者向けの手引き『ワンストップ支援における留意点. 複雑・困難な背景を有する人々を支援するための手引き』⁵⁾を作成したが、同手引きの生活困窮者支援の項目において、支援と非支援の固定化を避け、互助(相互援助)を体験、実践できる環境設定をすることが孤立の解

決につながることに言及している。「助けられた者は、同時に助ける者」でもあるという助け合い、互助(相互援助)の環境を準備することが重要で、同様の体験をした者だからこそ、相手が体験してきた困難性を共感できるし、同じ境遇の人からの手助けであれば、過度に強がることもなく素直に助けを受け入れることが容易になると解説してある。

文 献

- 1) Anthony WA: Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990' s. Psychosocial Rehabilitation Journal 16: 12-23, 1993.
- 2) 山口創生ら：重度精神疾患におけるパーソナル・リカバリーに関連する長期アウトカムとは何か？. 精神保健研究 62 : 15-20, 2016.
- 3) Brown C: Recovery and Wellness Models of hope and empowerment for people with mental illness, Haworth Press, New York, 2001. (坂本明子 監訳：リカバリー. 希望をもたらすエンパワーメントモデル, 金剛出版, 東京, 2012.)
- 4) 中原由美：平成 28 年度地域保健総合推進事業「改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究」報告書, 2017.
- 5) 日本うつ病センター：平成 28 年度自殺防止対策事業ワンストップ支援のための情報プラットフォームづくり「ワンストップ支援における留意点. 複雑・困難な背景を有する人々を支援するための手引き」, 2017. (日本うつ病センターホームページからダウンロード可能. <https://www.jcptd.jp/suicide.htm>)

【特集 リカバリーを考える ―危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか―】

リカバリーしやすい地域づくりとは： インクルーシブ保育の試みから

Creating the community to promote the recovery of persons with disabilities:
a trial of inclusive education at nursery schools

堀口寿広¹⁾、秋山千枝子²⁾、橋本創一³⁾

Toshihiro Horiguchi, Chieko Akiyama, Soichi Hashimoto

I. はじめに

地域でのリカバリーというとき、そのリカバリー
の場となる地域社会が現在どのような状態にあり、
将来どのようになっていくのか、という視点は欠か
せない。

図1は各国の出生率と女性の就労率をプロットし
たグラフである。平成12(2000)年のわが国のデー
タを見ると左下方に位置している。円で囲んだ国を
見るといずれも経済的危機にあるとされる国であ
る。女性の社会進出が進んでいる国ほど出生率も高
く、この二つの指標は当該国の経済的な状況を表す
指標の一つと見られている。

わが国の女性の就労率は50%台にありながく変
動してこなかったのだが、平成28年度には68.1%
と報告されている。したがって、円で囲んだそれぞ
れの国が10年後にどのように変動したか矢印で示
しているが、わが国は唯一この円から抜け出してい
る。引き続きそれぞれの数値が向上しさらに右上に
移行していくような取り組みが求められている。

しかしながら、出生率1.44という数値が示すよう
に、わが国の人口の構成比を見ると平成17年を最

後に死亡数が出生数を上回り人口は確実に減少に転
じている。2025年にはいわゆる団塊の世代が後期
高齢者になり、2060年には人口が現在の約2/3(900
万人)に減少、そのうち4割(39.9%)は65歳以
上のものが占めると推計されている。平成28年3
月からは被保護世帯の半数(平成29年6月時点で
52.8%)を高齢者世帯が占めている。就労し納税す
るものが減少する一方で年金や医療介護といった社
会保障を受けるものが増えるということである。

すなわち、地域社会が構成員を支える力は今後ま
すます弱くなっていくと考えられ、現在は公助が
担っている部分を互助・共助にゆだねていく必要性
に迫られている。地域に存在する人と人とのつなが
りによって構成されるネットワークそれ自体を一つ
の資本とみなす社会資本(ソーシャルキャピタル
social capital)という考え方は、わが国では阪神・
淡路大震災以降に活性化されたといわれている。直
近の関連施策・制度をみても、成年後見制度利用促
進基本計画、生活困窮者自立支援制度、我が事・丸
ごと事業、そして、精神保健福祉法改正法案にあっ
た支援地域協議会など、いずれも地域社会に協議の
場を設定して、ソーシャルキャピタルを動員して課
題に当たるネットワーク型の支援を基本的な構造と
していることがうかがえる。

II. 医療的ケア児について

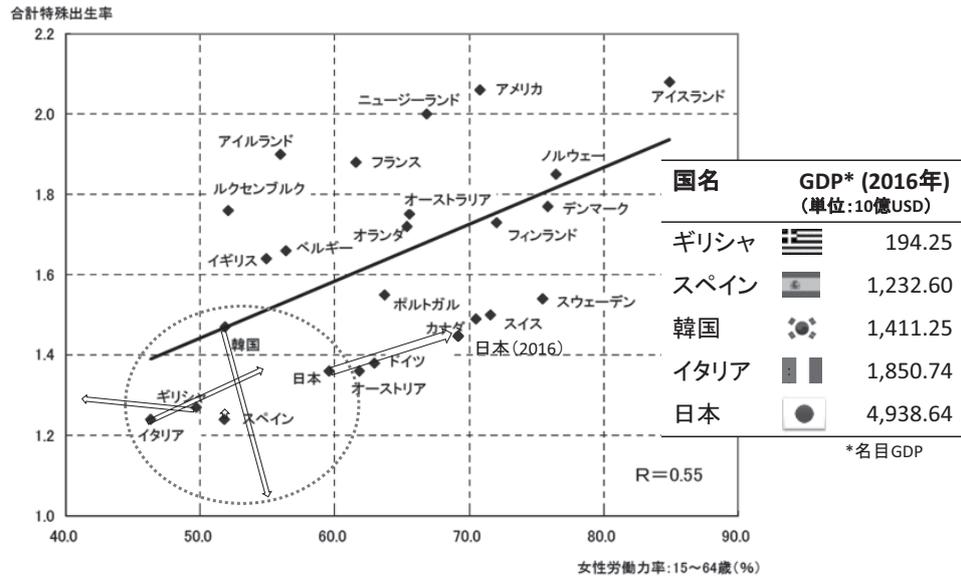
近年、医療技術の進歩等により新生児の救命率が
向上しており、結果として、人工呼吸器や胃ろう等
により医療的なケアを必要とする児童、いわゆる「医
療的ケア児」の数が増加している。在宅のケースは、
厚生労働省の発表する推計では全国に1万7千人と

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
社会精神保健研究部

Department of Social Psychiatry, National Institute of
Mental Health, National Center of Neurology and Psy-
chiatry

2) 医療法人千実会あきやま子どもクリニック
Akiyama Pediatric Office

3) 東京学芸大学教育実践研究支援センター 教育臨床研究部門
Department of Educational and Clinical Research, Center
for the Research and Support of Educational Practice,
Tokyo Gakugei University



(資料) Recent Demographic Developments in Europe 2004, 日本: 人口動態統計オーストラリア Births.No.3301, カナダ: Statistics Canada, 韓国: Annual report on the Vital Statistics, ニュージーランド: Demographic trends, U.S.: National Vital Statistics Report, ILO Year Book of Labour Statistics より作成。

(注) 女性労働力率: アイスランド、アメリカ、スウェーデン、スペイン、ノルウェーは、16歳～64歳。イギリスは16歳以上。

グラフは内閣府男女共同参画局少子化と男女共同参画に関する専門調査会「少子化と男女共同参画に関する社会環境の国際比較報告書」(平成17年)より

図1. OECD加盟24か国における合計特殊出生率と女性労働力率(15～64歳): 2000年とGDP

され(図2)、このうち人工呼吸器を使用している子どもは2,100人、文科省の調査では特別支援教育を利用している子どもは8,700人とされている。しかし、これらの子どもの6割では、障害福祉サービ

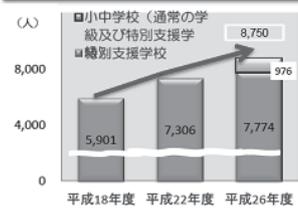
スを利用しておらず、保護者の8割がケアの負担を感じているとされている。

国会議員の野田聖子氏はインタビュー¹⁾で、障害があるわが子の預け先を探したものの見つからな

医療的ケアを要する障害児に対する支援

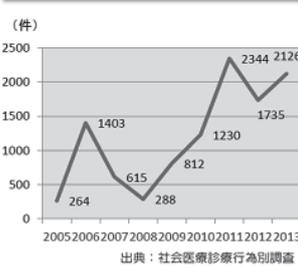
- 医療技術の進歩等を背景として、NICU等に長期間入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障害児(医療的ケア児)が増加している。
 - このため、医療的ケア児が、地域において必要な支援を円滑に受けられるよう、地方公共団体は保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備について必要な措置を講ずるよう努めることとする。
- ※ 施策例: 都道府県や市町村による関係機関の連携の場の設置、技術・知識の共有等を通じた医療・福祉等の連携体制の構築

◆ 特別支援学校及び小中学校における医療的ケアが必要な幼児児童生徒数



出典: 文部科学省「特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果」(※小中学校は平成24年度から調査)

◆ 在宅人工呼吸指導管理料算定件数(0～19歳)の推移



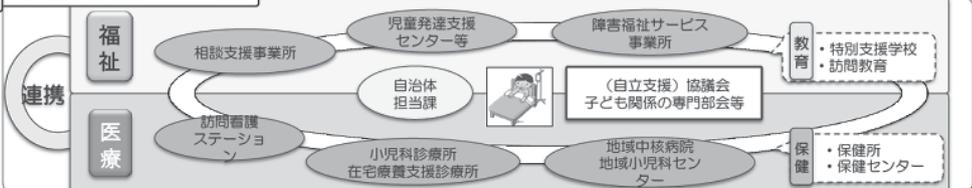
出典: 社会医療診療行為別調査

◆ 育児や療育、在宅での生活等の全般に関する相談先

相談先	人	%
医療機関の職員(医師、看護師、MSW等)	692	77.4
訪問看護事業所等の職員(看護師等)	405	45.3
福祉サービス事業所等の職員	292	32.7
行政機関の職員(保健師等)	216	24.2
学校・保育所等の職員	317	35.5
知人・友人	412	46.1
患者団体・支援団体	46	5.1
その他	32	3.6
相談先がない・分からない	31	3.5

平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業「在宅医療ケアが必要な子どもに関する調査」速報値(N=797(複数回答))

関係機関による連携イメージ図



厚生労働省障害企画課作成 障害保健福祉関係主管課長会議資料(平成28年3月8日)より

図2

表1. インクルーシブ保育の種類

保育の種類	保育の形態	障害児の保育所への入所 ない(所属は施設等)
交流保育	障害のある子どもとない子どもを一時的に統合する	
	直接交流	一緒に日常生活や行事などの活動をする
	間接交流	手紙のやり取りや映像の交換、インターネットを通して交流を行う
統合保育	障害のある子ども数名を障害のない子どもと一緒に保育する	あり

資料1)をもとに作成。資料では「さまざまな形態や時間を使って、一緒に保育と専門的な療育が、子どもの持つ発達支援ニーズと自己選択によって、限定的・意図的になされる保育」を【インクルージョン保育】とよんでいる。すなわち、インクルージョン保育(インクルーシブ保育)とは、表にあげた各種保育の総称ではなく、保育の種類を固定せず、その時点の子どものニーズに応じて保育の種類を変更しながら保育を行っていくことをさす語としている。

かったため夫が仕事をあきらめたと述べている。医療的ケア児の家庭では、多くは母親が介護を行い、共働きができないため経済的に苦しく次の子の出産をあきらめる²⁾とされている。地域社会の支える力が弱まった中であるが、医療的ケア児を育てる家族のレスパイトと社会参加を促進するために、当該児が地域で生活できる場の創設が強く求められる。

国連の「障害者の権利に関する条約」(平成26年2月よりわが国で発効)は第24条「教育」で「障害者を包容するあらゆる段階の教育制度及び生涯学習を確保する」ことを締約国に求めている。ここで、「包容する」の原語「インクルーシブ(inclusive)」は、障害のある児童生徒を含んだ児童生徒全体のための利益を考える立場を指すために用いられている。インクルーシブ保育については、その実施方法にいくつかのモデルがある(表1)が、これまで実践されてきたのは主に統合保育か交流保育であった。ちなみに、全国保育協議会の平成20年の調査⁴⁾によると、障害者手帳を有する子どもがいる施設は4,875施設で回答の42.0%を占め、1施設あたりの平均は1.5人、また、判定を受けていないが施設が必要と判断した子どもがいる施設は4,163施設で回答の35.8%を占め、1施設あたりの平均は2.3人であった。既に一定数の障害児が保育を受けてはいるものの、インクルーシブの主旨を鑑みてさらに新たな形態の保育を開発する必要がある。

平成24年度からは改正児童福祉法を根拠に保育所等訪問支援が事業化され子どもへの直接支援に加えスタッフへの間接支援が設定された。保育所には、地域の専門職の参画を得てインクルーシブ保育を拡充させることが期待されるようになった。厚生労働省の発表では、いわゆる障害児保育の受入数は年々増加しているとのことであるが、依然として、保育所への入所を希望したものの障害を理由として入園

を拒否された事案は各地で発生している。平成28年4月に障害者差別解消法が施行されたことから、法律に即して、合理的な配慮がどこまでできるかという議論が始まっている。

そこで、著者らは、地域の小児科診療所がバックアップを行い子どもの特性を理解しケアを実施できる医療職が帯同することで、一般の保育所での保育を実施できないかと考えた。インクルーシブであるから、当然、対象児童は保育所にも籍を置き正式に利用者とする。障害児が保育所・幼稚園に入所しながら別の専門機関で療育を受けるものを並行通園とよぶことから、これを「並行保育」とよぶこととした。小児科診療所が医療的ケア児への日中レスパイトケア事業を実施した先行例では、事業単体では黒字にならず、設備改修のための初期費用が回収できなかった²⁾という。しかし、並行保育では既存の保育所を利用することから導入も困難ではなく、在宅の医療的ケア児を預かる仕組みを障害児専門の福祉施設が近くにない地域にも活用できると考えた。

また、既に述べたとおり、わが国では子どもに障害が有ることが、女性の就労と社会参加の大きな障壁となっている。日中子どもを預ける先の選択肢が増えることにより、この障壁の解消も期待できる。保護者においてレスパイト効果が得られ介護の負担感が軽減されるとすると、不適切な養育などの事案も防ぐことが期待される。さらに、並行保育を利用する家庭だけでなく、障害のある人と身近に生活することは、その他の子どもたちにとって、障害および障害者に関する認識を得ることにもつながると考えた。

Ⅲ. 並行保育について

著者らが考えた実施方法は次の通りである。

実施地域は東京都三鷹市(人口約18万人)および武蔵野市(約14万人)である。両市の保育施設担当課、社会福祉協議会、各保育施設の長、障害当事者団体が参加する民間の地域ネットワーク「重度心身障害児地域生活支援協議会」(事務局:第二著者の法人内に設置)を設立し並行保育に関する判断を行う場とした(図3)。

並行保育の実施に先立ち二つのアンケート調査を実施した。一つは、地域内のすべての保育施設77箇所を対象に施設の準備状況とインクルーシブ保育に対する施設としての意見をたずねたものである。

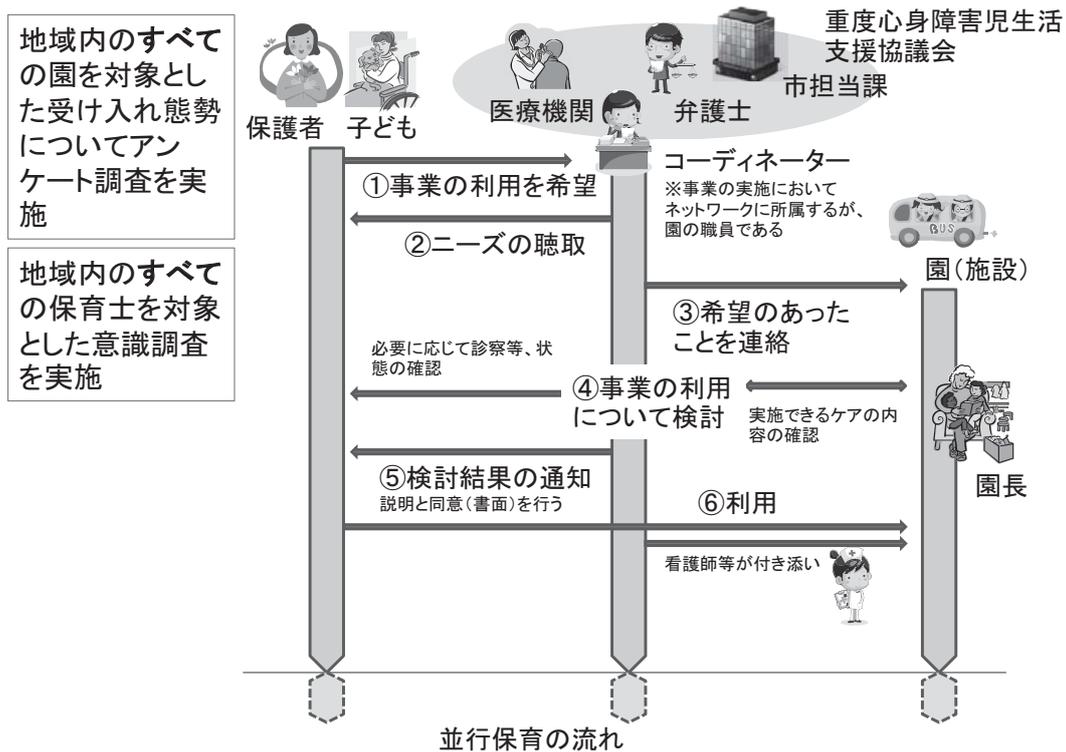


図3

もう一つは、施設の職員合計 980 人を対象にインクルーシブ保育についての意見をたずねた。アンケートはいずれも無記名で、郵送で個別に回収した。

並行保育は、第二著者が関係する児童発達支援事業所を登録利用している医療的ケア児を候補とし、コーディネーターから趣旨の説明を行い、同意の得られた児童に実施した。市立の保育所が受け入れを申し出た。第二著者の開設している訪問看護ステーションから看護師を派遣し、保育所利用日当日は登園はタクシーで自宅まで迎えに行き日中は所内で児童に付き添い随時必要な処置を行った。降園は登園と同様にタクシーで自宅まで付き添った。保育にかかる費用はすべて補助金から支出し利用者の負担はなしとした。

アンケート調査と並行保育については国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号:A2014-075)。また、並行保育の実施中の事故に対応するため児童発達支援事業所にて保険に加入した。

IV. アンケート調査の結果

保育所からの回答は 50 施設からあった。施設整備面で見ると車椅子利用者に対応したトイレの整備

は 28 施設で実施されていたが、スロープの設置をみると施設入口は 13 施設、園庭への出入口は 14 施設であった。入り口の整備については都市部の保育所でありながら未整備の施設の多いことがわかった。ハード面以外では医療機関との連携は実施率が 39 施設、救命講習の実施は 35 施設と進んでいることがわかった。

インクルーシブ保育への意見で最も多かったのは「賛同するが整備が必要」の 25 施設であった。「賛同し、現在行っている」と「賛同する」はそれぞれ 11 施設であった。必要な整備(複数回答)は、処置の仕方や障害特性に関して学ぶ研修と、職員の増員について、それぞれ 35 施設があげた。

次に、職員個人からの回答は 432 人からあった。重症心身障害児について「知っている」が 247 人で、「よく知っている」の 47 人とあわせて回答者の 7 割が知っているとの回答であった。インクルーシブ保育への意見は、「全面的に賛成」が 178 人、「条件付きで賛成」が 113 人で、あわせて回答者の 7 割が賛成であった。実際に自分の園で実施するとしたら必要な整備は、職員の増員が 350 人、研修が 308 人であり、施設の回答と同じ傾向であった。

そこで、ネットワークが主催となり保育者向けの研修会を開催し各地の先進的な取り組みの紹介を

行った。また、アンケート調査の結果と並行保育の結果の報告を兼ねたシンポジウムを一般公開で開催した。実施の過程で得たことをもとに、受け入れる園が準備すべき事項をまとめガイドラインの案を作成し、協議会による意見募集（パブリックコメント）を経て完成させ、事業の成果物として厚生労働省へ提出した。

V. インクルーシブ保育の費用

利用児の状態等については別稿⁵⁾をご参照いただきたい。

並行保育にかかった費用について、平成27年度実施分の実績をもとに計算した。合計額を実施回数で除して1回当たりの金額としたところ人件費（表2(a)）は6,467円、交通費（表2(b)）は2,984円であった。現行の日中一時支援では、市町村によって異なるものの重症心身障害児の利用者負担額は半日（4時間）で1,000円未満、一日（8時間）で2,000円未満、送迎は片道50円程度という地域が多い（注：利用者負担額には上限額が設定されている）。また、保育所等訪問支援事業の利用者負担額は1回につき1,000円程度を設定している地域が多い。並行保育

表2. 並行保育にかかった経費

a)人件費			
職種	単価(時給) (円)	実施回数 (回)	1回ごとの 費用(円)
看護師	1,700	21	6,921
保育士	1,000	14	5,785
計	226,350	35	6,467

b)交通費				
保育所	距離 (km)	実施回数 (回)	運賃小計 (円)	1回ごとの 費用(円)
A	2.3	16	39,320	2,458
B	4.6	9	37,980	4,220
C	1.2	10	27,150	2,715
計		35	104,450	2,984

1回の費用の1割を利用者負担額とすると647円、また、交通費を含めて1割負担にすると945円になることから、コストとしてみたときに並行保育が著しく高いものではないと考える。

VI. 今後に向けて

平成28年6月の総合支援法及び児童福祉法の一部改正により、地方公共団体には、医療的ケア時のための対策について、努力義務が設定された（図4）。厚生労働省は医療的ケア児の支援を行う体制の整備について、市町村に地域ネットワークを設立しコーディネーターを設置すること、看護師等の障害児を

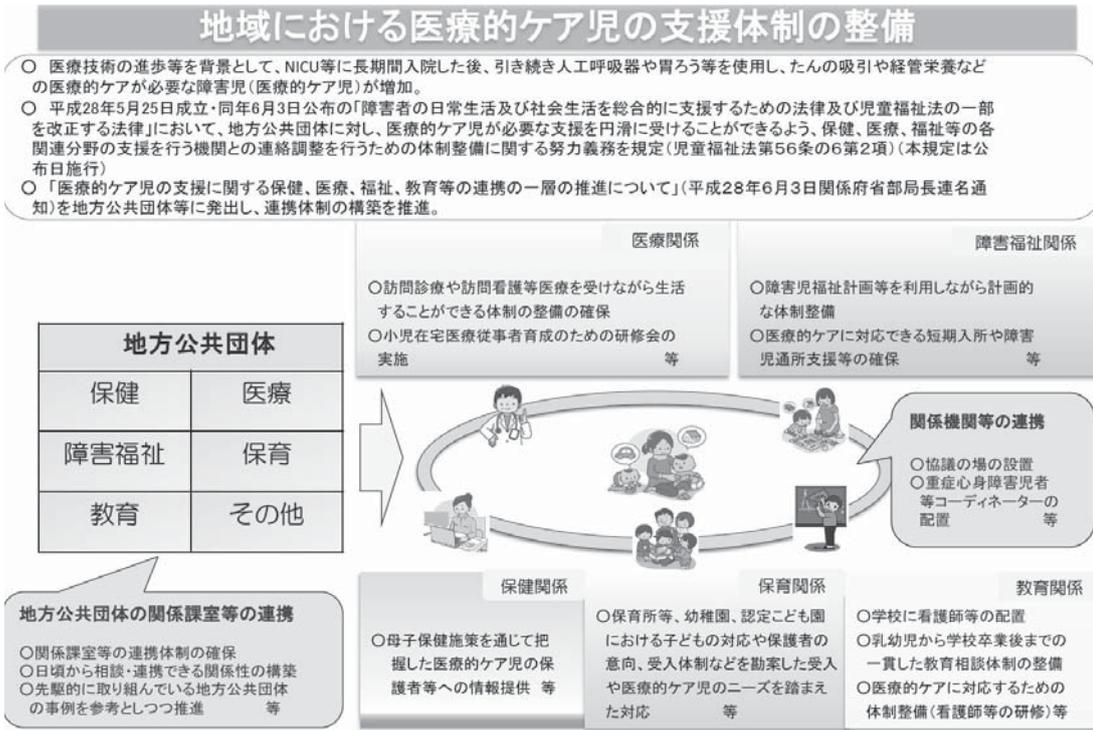
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律（概要）

（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

趣旨
障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する支援の一層の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための環境整備等を行う。
概要
<p>1. 障害者の望む地域生活の支援</p> <p>(1) 施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する（自立生活援助）</p> <p>(2) 就業に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を行うサービスを新設する（就労定着支援）</p> <p>(3) 重度訪問介護について、医療機関への入院時も一定の支援を可能とする</p> <p>(4) 65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合には、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減（償還）できる仕組みを設ける</p> <p>2. 障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応</p> <p>(1) 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居室を訪問して発達支援を提供するサービスを新設する</p> <p>(2) 保育所等の障害児に発達支援を提供する保育所等訪問支援について、乳児院・児童養護施設の障害児に対象を拡大する</p> <p>(3) 医療的ケアを要する障害児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとする</p> <p>(4) 障害児のサービスに係る提供体制の計画的な構築を推進するため、自治体において障害児福祉計画を策定するものとする</p> <p>3. サービスの質の確保・向上に向けた環境整備</p> <p>(1) 補装具費について、成長に伴い短期間で取り替える必要がある障害児の場合等に貸与の活用も可能とする</p> <p>(2) 都道府県がサービス事業所の事業内容等の情報を公表する制度を設けるとともに、自治体の事務の効率化を図るため、所要の規定を整備する</p>
施行期日
平成30年4月1日(2.(3)については公布の日(平成28年6月3日))

厚生労働省障害企画課作成 障害保健福祉関係主管課長会議資料(平成28年3月8日)より

図4



厚生労働省障害保健福祉部作成 全国厚生労働関係部局長会議(厚生分科会)資料(平成29年1月20日)

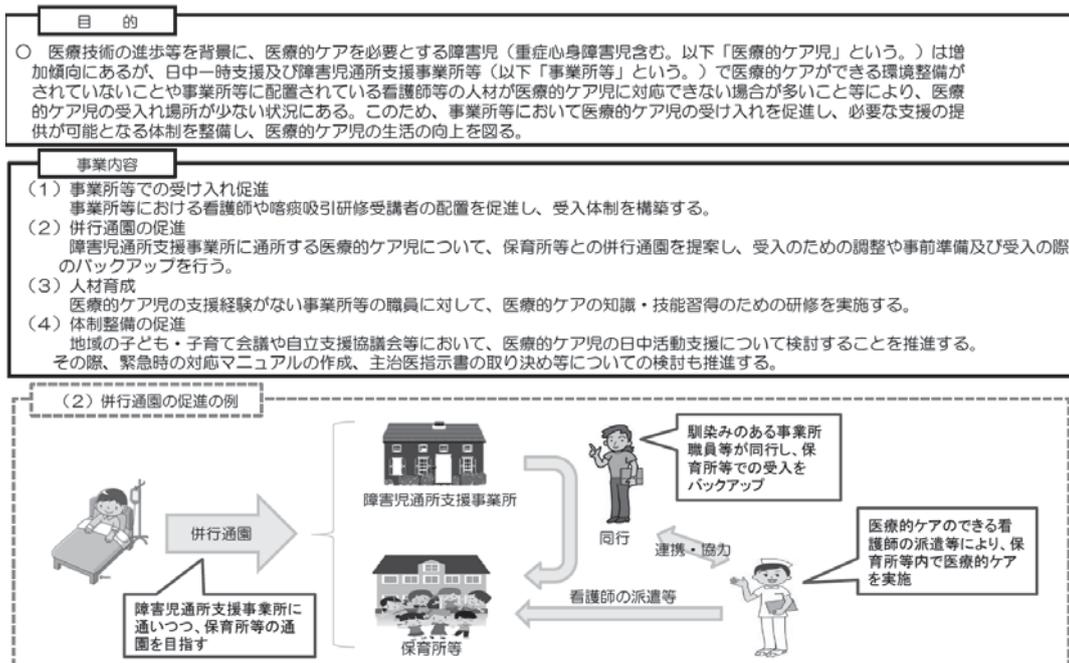
図5

良く知る医療職が帯同することなどを提唱している(図5)。保育所等との並行通園についてはモデル事業として他地域での実践が始まり(図6)、研修の実

施や人員の増員が必要という意見の多かったことから、保育所関連の予算として施設整備のためのモデル事業が29年度の新規事業として設定された(図7)。

医療的ケア児支援促進モデル事業

平成29年度予算案：23,708千円



厚生労働省障害保健福祉部作成 全国厚生労働関係部局長会議(厚生分科会)資料(平成29年1月20日)

図6

医療的ケア児保育支援モデル事業

新規

(保育対策総合支援事業費補助金 概算要求450.6億円の内数)

【事業内容】

医療的ケア児について、その保護者や児童が保育所利用を希望される場合に、受け入れることができる保育所の体制の整備を行う。

医療的ケア児とは 人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児。

地方公共団体において看護師を雇い上げた際の費用を補助し、医療的ケア児の受入れを行う保育所等に必要に応じて看護師を派遣する。

あわせて、医療的ケア児を受け入れるに当たって以下の取組を実施。

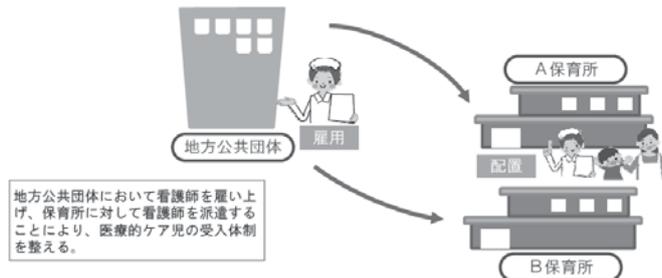
- ・ 保育士のたん吸引等を実施するための研修受講を支援する。(当該研修に係る代替職員の配置等)
- ・ 医療的ケア児受入れの際に、(研修受講済み)保育士を補助する保育士等の加配を行う 等

【実施主体】

都道府県・市町村

【補助率】

国：1/2 都道府県 1/2 *市区町村が実施する場合は国1/2 都道府県1/4 市区町村1/4



厚生労働省雇用均等・児童家庭局作成 全国厚生労働関係部局長会議(厚生分科会)資料(平成29年1月20日)

図7

看護師が帯同することで一般の保育所を利用できるようにするといった取り組みは各地で取組まれるようになっている。

医療的ケア児の支援については「障害福祉サービス等報酬改定検討チーム(平成30年度報酬改定)」での検討が進められている。並行保育は検討の対象に含まれていないが、現行の障害福祉サービスに組み入れるとしたら他のサービスと支給量の調整をどう設定すべきか、市町村の事業として実施する場合に利用者負担額をどのように設定すべきか、引き続き研究の余地がある。

今回の試行により、地域ネットワークを設立し、小児科診療所がバックアップを行い子どもの特性を理解した医療職が帯同することで、医療的ケア児であっても一般の保育所での保育を行うことが可能であることを確認した。また、表2に示すとおり対象児童一人ひとりの利用回数は必ずしも多くはなかったが、受け入れた保育所からは他の児童が対象児の登園を楽しみにしていたことなどが報告されたり、ネットワークで形成された関係を通じて保育所で車椅子利用者との交流会が実施されたりと、並行保育の実施を通して障害および障害者に対する子どもたちの理解は広がりを見せてきている。

新規の施設建設等を要さない並行保育は実施地域

を選ばないことから、地域の医療職が参加してより多くの地域で実施されるべきと考えている。少子化により今後は保育施設の生き残りが課題となるといわれている。本稿で紹介した並行保育に加え、宅幼児老所(地域共生型サービス)のように地域住民のさまざまなニーズに即し多機能であることは、施設の価値を高めることになる。人生早期の集団生活の場である保育所がインクルーシブな環境となることで、さまざまな障害のある人のリカバリーがしやすい地域が形成されていくことが期待される。

【付記】並行保育の実施に当たり、平成平成26年度重症心身障害児地域生活モデル事業(事業実施団体:あきやまケアルーム)の補助、および、大同生命厚生事業団平成27年度地域保健福祉研究助成(研究代表者:秋山千枝子)を得た。本稿は、文献5)、6)をはじめ関連学会で既に発表した内容をもとに再構成したものである。著者に報告すべき利益相反はない。

- 1) 医療的ケア児支援、親が動かす 野田氏ら、法整備目指す。朝日新聞デジタル 平成29年1月29日配信。
- 2) 高橋明彦:小児の在宅医療とレスパイトケア。脳と発達 44(3):205-210, 2012。

- 3) 橋本創一, 大友 潔, 工藤傑史 他監修: インクルージョン保育・幼児教育ミニハンドブック. 東京学芸大学教育実践研究支援センター, 東京, 2007.
- 4) 全国保育協議会 編: 全国の保育所実態調査報告書, 2008.
- 5) 秋山千枝子, 堀口寿広, 橋本創一他: 重症心身障害児の一般保育園への通園を目標にした生活支援策の構築 インクルーシブ教育・保育の地域展開に向けて. 保育と保健 22 (1): 45-48, 2016.
- 6) 秋山千枝子, 重症心身障害児の地域生活支援について. 地域リハビリテーション 11 (8): 521-526, 2016.

投稿規定

1. 本誌は国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の研究者に関連する他誌に未発表の原著論文、短報、総説、症例（事例）研究および資料、さらに研究所以外の研究者への依頼を含めた特集論文を掲載します。
 2. ◇原著論文は、400字詰め原稿用紙で原則として50枚以内とします。（図表も各1枚を1頁と計算）。データ解析にもとづいた原著論文の構成は、原則として以下のようにして投稿して下さい。原稿の第1頁には、論文の和文および英文タイトル、全著者の和文および英文の氏名（学位は表示しない）、全著者の所属機関の和文および英文の名称および別刷請求者の連絡先を記入して下さい。第2頁には、200字以内の和文抄録と英文で5つ以内のKey words（Index Medicusのsubject headingsを参考として下さい）を記載して下さい。論文の本文は第3頁より記述を開始し、原則としてI. はじめに（または緒言）、II. 対象と方法、III. 結果、IV. 考察、文献さらに独立の1頁に200語以内の英文Abstract（付録：必要があれば加え、研究に用いたスケールの部分的紹介などを入れて下さい。また、論文の性格によっては、読者の理解を容易とするためにセクションの分割を他の型式とすることも可能）および図表（図および表は各1点ずつ別紙に注釈などを含めて書く）の順に綴じて、計3通（正1、副2）を編集委員会あてに投稿して下さい（投稿先は下の8項参照）。症例（事例）記述にもとづいて書かれる原著論文および症例（事例）研究の構成は、原則として上記の[III. 結果]の節[III. 症例（事例）]などとし、他の部分は上記に準じて下さい。
◇短報は主として予備的な報告をあつかいますが、論文の性格上は原著論文なので、400字詰め原稿用紙で原則として15枚以内とし、体裁は原著論文のそれに従って下さい。
◇総説は400字詰め原稿用紙で原則として70枚を超えないものとし（図表も各1枚を1頁と計算する）、原著論文と同様に英文Abstract、和文抄録および英文Key wordsをつけますが、セクションの区分などの体裁は内容の理解が容易であるように適宜著者が工夫して下さい。
◇資料論文については、英文Abstract、和文抄録およびKey wordsは除きますが、その他は長さも含めて原著論文の体裁に準じて下さい。
◇特集論文は編集委員会の決定したテーマによる依頼原稿で構成し、400字詰め原稿用紙で原則として30枚以内（図表も各1枚を1頁と計算する）とします。論文のセクションの構成は総説に準じて著者の決めたものとなりますが、英文Abstract、和文抄録およびKey wordsはつけません。
 3. 論文はワードプロセッサを用いて作成しプリントアウトしたものを提出して下さい（その際、頁のレイアウトは、1頁を400字の整数倍にし、それを第1頁の最下行に明示して下さい）。論文は受理後に電子媒体でも提出して頂きます。型式は別に指示します。
 4. 外国人名、薬品名は原語を用いて下さい。専門用語は、わが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要ある場合は訳語と（）内に原語を示して下さい。
 5. 文献は引用順に文中に番号（片括弧付きの上付き文字）をつけ、以下の要領で記述して下さい。
 - A. 雑誌名はIndex Medicusの表示に準じ、省略のピリオドはつけません。
 - B. 著者名は3名以内の場合は全員、4名以上の場合は3人まで書き、あとは他（et al）と省略して下さい。
 - C. 文献の記載は、雑誌については、著者名：論文題名、雑誌名 巻：最初の頁—最後の頁、西暦年号の順とし、単行本全体の場合は、著者名：書名、発行所、発行地、西暦年号、とし、単行本の中の論文は、著者名：論文題名、著者（編者、監修者）名：書名、発行所、発行地、pp. 最初の頁—最後の頁、西暦年号、として下さい。訳本は原書を上記にしたがって記載し、（）内に訳本を上記に準じて記載して下さい。
- 【記載例】
- 1) American Psychiatric Association: Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III-R American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987. (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄昭訳: DSM-III-R, 精神障害の分類と診断の手引改訂3版, 医学書院, 東京, 1988.)
 - 2) 藤縄昭: 精神療法とエロス. 弘文堂, 東京, 1987.
 - 3) Otsuka T, Shimonaka Y, Maruyama S et al: A new screening test for dementia. Jpn J Psychiatr Neurol 42: 223-229, 1988.
 - 4) 高橋徹, 藍沢鎮雄, 武内龍雄他: 不安神経症の難治性経過について—初期病像ならびに性格特性とのかかわり. 精神衛生研究 31: 25-40, 1984.
6. 依頼原稿以外の原稿は、編集委員会で複数の査読者を依頼しその結果により採否を決定します。その際、必要な修正を著者に求めることがあります。また投稿規定から著しく逸脱している場合や、判読の困難な原稿は査読せず著者に返却します。
 7. すべての掲載論文は、別冊50部のみを作成し著者に無料進呈します。
 8. 本誌に掲載された論文の著作権は国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所に帰属します。著者が、当該著作物の全部を他誌へ使用する場合には著作権者の許諾を得てください。
 9. 論文投稿先：
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所内
「精神保健研究」編集委員会
(2017.6.14改訂)

精神保健研究編集委員会

編集委員長 中込 和幸

編集委員 松本 俊彦 嶋根 卓也 篠崎 康子

編集後記

近年、「リカバリー」という言葉をよく耳にするようになりました。比較的最近では、相模原事件を受け、2017年に国会で精神保健福祉法改正が審議された際にも、「強制入院の強化」や「地域での監視強化」を懸念する当事者や支援者から、このリカバリーという言葉が何度となく聞こえてきました。

リカバリーは、1990年代に米国で生まれ、21世紀になってから欧米で広まった考え方です。わが国でも、2000年代初頭、本特集でインタビューさせていただいた伊藤順一郎先生が牽引したACTや、浦河べてるの家の当事者研究が広まるに伴い、この言葉もまた多くの人口に膾炙することとなりました。昨今のオープンダイアログへの関心の高まりなどは、まさにこうした動きの延長線上にある現象と理解できます。

とはいえ、リカバリーとはあまりに多義的な言葉でもあります。それは、単に症状消失にとどまらない、当事者の主観的な満足感も含めた広範な領域の改善を意味する言葉であり、その性質上、一般論による十把一絡げの定義を拒みます。何をもってリカバリーと捉えるのかの基準は、個々の当事者がおかれた状況や、抱えている精神障害の種類、さらにはその障害によって断念した人生への期待や夢によっても異なるはずです。そしてそのことが、私たちの胸の中に、わかったような、わからないような、ある種のモヤモヤ感を残し続けます。曰く、「で、そもそもリカバリーって何だ?」。

そこで、今年度の『精神保健研究』では、この「リカバリー」という考え方を真っ正面から取り上げ、さまざまな分野で第一線の研究活動をされている先生方に、それぞれのご専門の立場からみたりカバリーのあり方や、その実現のために求められている医療や援助、制度について語っていただくことにしました。そうすれば、リカバリーの輪郭は多少とも鮮明となり、私たちのモヤモヤ感が減じるのではないかと考えたわけです。

現在、わが国の精神科医療・地域精神保健福祉は、いま大きな曲がり角を迎えています。近年の薬物療法偏重の治療や身体拘束への批判などは、長いあいだ行われてきた、当事者の物語を抑圧し、支援者の事情を優先した制度の膿が噴出していると捉えることもできます。そして折しも今、精神保健福祉法の改正を控えています。

私たちは、今だからこそ本特集を出す意味がある、いや、今じゃなきゃダメだ、と確信しています。本特集が、「これからのわが国の地域精神保健福祉のあり方」を改めて考える機会となったならば、企画・編集に携わった者としてこの上ない喜びです。

平成30年2月27日 精神保健研究所 紀要委員：松本 俊彦（薬物依存研究部）
嶋根 卓也（薬物依存研究部）
篠崎 康子（成人精神保健研究部）

精神保健研究 第64号

(2018年3月31日発行)

(非売品)

編集責任者——松本 俊彦
発行者——国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所
〒187-8553 小平市小川東町4-1-1
Tel : 042-341-2711
Fax : 042-346-1944
<http://www.ncnp.go.jp/>

Journal of Mental Health

Number 64,2018

Official Journal of the National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

CONTENTS

FOREWORD

Kazuyuki Nakagome Director General	1
SPECIAL TOPICS : Think about recovery - How to support their crisis-overcoming and their self-realizing -	
Around recovery : The future of psychiatric treatment and community mental health	
Junichiro Ito	5
Policy making for recovery from schizophrenia	
Chiyo Fujii	15
Recovery of Mentally Disordered Offenders	
Akiko Kikuchi	21
Recovery from Crisis of Suicide~Suicide Countermeasures for Attempted Suicide Survivors	
Based on The General Principles of Suicide Prevention Policy~	
Yutaka Motohashi	27
Traumatic stress and “Recovery”	
Daisuke Nishi, Yuki Miyamoto	33
Recovery of eating disorders	
Tetsuya Ando	41
What are the issues surrounding substance use treatment and recovery in Japan?	
Ayumi Kondo	51
Considering community “recovery” from hospital discharge rate and re-hospitalization rate.	
Yoshio Yamanouchi	57
Community care service of local government focused on recovery	
Toshihiro Otsuka	63
Creating the community to promote the recovery of persons with disabilities: a trial of inclusive education at nursery schools	
Toshihiro Horiguchi, Chieko Akiyama, Soichi Hashimoto	67
Instruction to Authors	75
Editorial Note	76