

特集 医療機関で求められる心理社会的治療——モデルプログラムの提案——

急性期・デイケアなどの多様なニーズに対応して
SST のプログラムをどう組み立てるか

白潟 光男

一般の医療機関でも実施可能な SST をどのように組み立てるかという観点から「プレ SST」について説明した。また障害性の改善可能性をとらえて当事者の希望を引き出すことのできるスタッフの教育について述べた。

<索引用語：SST，リハビリ，生物-心理-社会的治療，エンパワーメント，障害概念>

はじめに

日本では薬物療法と心理社会的療法の融合が必要と言われて久しいが、医療機関でこうした心理社会的療法が十分に行われていないのが現実である。その心理社会的療法の中で最も浸透していると言われている SST (Social Skills Training) でさえも、一部の医療機関で、一部の当事者だけに行われていて、特に急性期病棟やデイケアでは選択されていないことも稀ではない。

このような現状をふまえて、一般の医療機関でも実施可能な SST をどのように組み立てるかという点と、その SST を行うスタッフの教育について提示する。

1. 日本における SST の広まり

日本における SST の広まりは、SST を体系化した R.P. Liberman が 1988 年に来日したことが契機であると言われている。その後、1995 年に SST 普及協会 (会長 西園昌久) が設立され、全国的に取り組みられるようになった。

当時の SST はベッド数削減という風潮に相まって、長期入院を余儀なくされた当事者の退院を促進する目的で行われることが多かった。そのため、本来の SST の原則である当事者の夢や希望

を重視する内容ではなく、退院そのものを目的として病院やスタッフの計画に基づいて進められることもあった。このような SST は当事者の自己効力感の伸び悩みや SST スタッフの不全感を生むようになり、SST から離脱していく施設をふやす結果となった。

Liberman は 1973 年に発表した対人的効果訓練 (Personal Effectiveness¹⁾) の中で「この種の治療法の結果を評価する最良の指標は、当事者の行動の質が改善したか否かという点だけではなく、改善した行動が社会生活上におよぼす効果である」と述べ、精神疾患を持つ人であっても情緒的表現や社会的技能の幅広い問題に対して学習することの必要性を強調していた。

この対人的効果訓練はのちに SST と呼ばれるようになり、1990 年代には精神疾患を持つ人々が自立した社会生活をおくる上で必要な技能を学習できる自立生活技能訓練 (Social and Independent Living Skills ; SILS) に発展していった。SILS ではそれまでの対人技能にとどまらず、疾病自己管理技能 (Illness Management Skill) と呼ばれる精神症状の自己管理や服薬ならびに副作用の自己管理などを学習することが盛り込まれるようになった。

このように日本で SST が広まりだした頃、Lieberman のもとでは当事者が社会で自立した生活を行うことは当然のこととして SST が用いられていたが、残念ながら日本ではその土壌が育つにはもう少し時間が必要であった。

2. SST の本来の目的

SST は生活技能を高めるための技法であるが、そこで学んだ技能はどこで使われるものなのだろうか。それはその名のとおりに「Social=社会」で生活するために用いる技能なので、SST を行うためには学習した技能を発揮できる「社会生活という場」が確保されていることが前提となる。ところが従来の SST は退院そのものを目的としていたり、あたかも病棟あるいはデイケアなどの社会とはかけ離れた場に適應することが目的のようにスタッフ主導で行われてきたところは否めない。このような SST は当事者の動機づけを高めることはなく、押しつけられて学んだ技能が般化することもないまま SST の効果の乏しさという批判になっていった。

SST は「当事者が望む生活のあり方に焦点をあて、必要な行動学習を学ぶ希望志向的 (hope-oriented) アプローチ」であるべきなのだが、これまでの精神科医療が当事者の夢の実現に目を向けずにきてしまったため、SST を本来の目的に沿って使うことができずにいた。しかも「生活の場の確保」といった SST に最も必要とされる部分は、ストレスによる悪化の危険性を盾に保護的な環境を変えていくというところまでは進まなかった。確かにストレスのかかる場面では当事者の病状が悪化することもあるが、その場面を詳細にとらえることで SST などの心理社会的なアプローチで強化づけが進めば、再発の危険性を低くすることができ、危機管理を当事者自らが行うことも可能と言われている。さらにストレスのかかる場面で当事者が医療者のとらえられていない力を発揮することも少なくないので、このような力を見つけることで本当の意味の機能評価 (アセスメント) につながると考えられている。

Lieberman は「治療機関で学習した技能を治療者との協働によって地域生活の中で積極的に使用することを促し、強化していくことを通じて、技能の般化と定着を促すプログラム (in Vivo Amplified Skills Training ; IVAST)」を 2002 年に発表している²⁾。このプログラムによって医療機関で学習した技能を実生活の中で実践することが何より重要であることと、実践の場の確保にあらためて焦点があてられたと考えられる。このことは現在の日本の精神科医療に対する警笛ととらえるべきではないだろうか。

3. 社会生活場面を重視した SST の実践

日本の精神科医療の現状から、現在も様々な理由で長期の入院を余儀なくされている当事者や、デイケアなどのリハビリを行ってながらも次のステップが見出せず、日々同じような生活をおくっている当事者に生活の場を確保することは容易ではないという声が聞こえてきそうである。しかし現状を変えるのはそれ程難しいことではなく、SST の原点に立ち返ることで道は開けると考えている。

その1つとして病棟、デイケアで取り組んできたのが「プレ SST」である。これは個々に役割を担うことができる小集団を作り、何らかの企画を立てて実際に活動することにより使えている技能は誉め、学習が必要な技能や認知の修正については SST を用いてすすめていくという方法である。SST の基本訓練モデルで当事者自らが課題を発表することが難しい人に、役割のある場を提供することで役割遂行のためには生活技能を学ぶ必要性があることを実感してもらうという意図が含まれている (表 1)。「プレ SST」の呼び名は当時 SST 普及協会の運営委員であった前田が研修会で使っていたものを筆者がそのまま利用させていただいているが、SST で学ぶための実践の場を先に準備するということで「プレ」という言葉が妥当と考えている。

プレ SST は病棟やデイケアで行われているレクリエーションや年間行事など従来の集団場面を

表1 プレ SST

<ul style="list-style-type: none"> • 個々に役割を担うことができる集団を作り実際に活動することによって使用可能な技能は蓄め、学ぶ必要のある技能や認知の修正は SST を用いてすすめていく • レクリエーションや年間行事など従来の集団場面上手に活用することで時間的な制約は軽減でき、スタッフの抵抗感もあまり強くない
--

表2 プレ SST の注意点

<ul style="list-style-type: none"> • 当事者の夢を最優先して場面を設定する • あくまで当事者主体なのでスタッフが結果を求めて代理行為に走らない • プロセスを重視してコーチングやモデリングなどの技法を使って協働して行う • 行動特性の背景にある認知機能の障害にも気づきを持つるようにアプローチする

活用することで時間的な制約が軽減でき、あらたな枠組みの導入時に決まって起こるスタッフの抵抗感もそれ程強くないという利点がある。また急性期の病棟では、当事者が入院前に活用していた生活技能に焦点をあて、実生活に戻った時の社会的役割を常に意識させた上で活動の枠組みを作れば、外泊に向けた個々のアプローチとしても有用である。このようなアプローチは看護計画にも取り入れることが可能で、これまでの治療計画にはめ込んでいけばスタートすることはそれほど難しくないとされる。ただしこのプレ SST の導入についてはいくつかの注意点を挙げておかなければならない (表 2)。

まずは、場面の設定については当事者の夢や希望を最優先しなければ長続きしないということである。導入時の動機づけは心理社会的療法が継続するかどうかの大きなポイントである。それなので日頃から当事者の話に耳を傾け、どのようなことに興味を持っているのか情報収集をしておくことが望まれる。もしくはアンケートなどで意思表示をしてもらうのも 1 つの手だろう。スタッフが「やらせたいこと」ではなく、当事者が「やりたいこと」を取り上げるのが原則である。

次に、あくまで当事者主体に役割を遂行してもらうので、スタッフが結果を求めすぎて従来の代理行為に走ることは慎むべきである。大切なのは役割をこなすための努力なので、結果についてはある程度、目をつむるくらいの覚悟は必要である。それと同時にプロセスを重視するという意味で、役割をこなすためにはどのような技能が必要なのかを学習することに力点を置かなければならない。

そのためにスタッフは SST の技法であるコーチングやモデリングなど学習が効果的に進むために必要な技法はすべて使って当事者と協働していく姿勢が求められる。

最後に、役割をこなしていく中でストレスに対する回避行動やうまくいかないことへの理由づけといったその人に特有の行動パターン (行動特性) がつかめるようになるので、その行動特性の背景にある認知機能の障害についても当事者に考えさせるアプローチができることが望ましい。

以上の点に留意してプレ SST を導入したところ、当事者の今までにない行動がみられるようになり、役割を担うことの喜びからさらなる活動を望んでくる人がふえたことを実感している。

このように SST は問題志向 (できないこと) から解決志向 (やれること) へ、しかもその取り組み方は train-place 方式から place-train 方式へと実践の場を重視したアプローチに変えていく必要がある。この考え方を実践していくには従来の医学モデルからリカバリーモデルへの転換が不可欠で、スタッフがその知識と実践能力を問われるのも確かである。

4. リカバリーモデルとスタッフ教育

リカバリーモデルについて前田は訳書「リカバリーへの道 (A Road to Recovery)」の中で「経済の再生も、家族との別れから立ち直ることも、地震の被害から再起するのもしカバリーで、精神疾患から立ち直ることも同様である」と記している。

「リカバリーへの道」³⁾の著者である M. Ragins

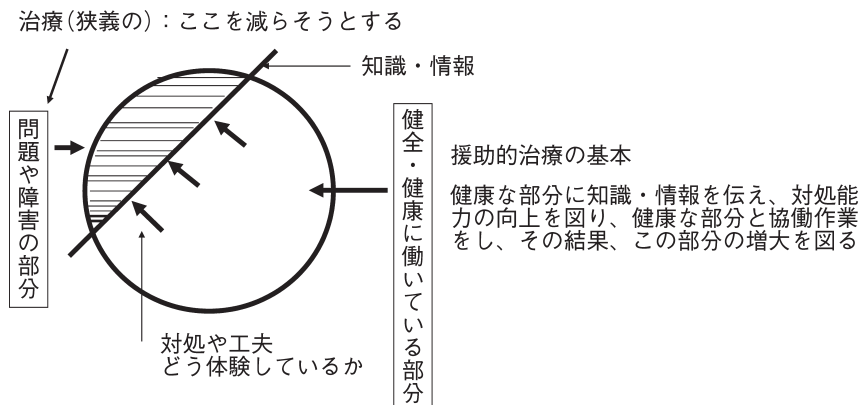


図1 エンパワメントとはどういうことか

はアメリカのカリフォルニア州にある「ビレッジ総合サービス団体 (the Village Integrated Service Agency)」で精神疾患を持つ人のリカバリーの実践に取り組んでいる。前田は Ragins のリカバリーの考え方について「精神病の症状をみるのではなく、病気を持ちながらかけがえない命を生き、社会に生活し、再起して自分の人生を歩むこと、そのような人の存在全体を大事にすること」と述べている。このようなリカバリーの考え方は今日の日本の精神科医療に最も必要なことと考える。

Ragins は、リカバリーは、希望、エンパワメント、自己責任、生活の中の有意義な役割という4つの段階を持っていると説明している。しかしながらリカバリーで言う4段階目の「生活上の役割を得る」ためには、まずは第1段階の「希望」が芽生えなければスタートすらできない。この希望の芽を摘み取っている可能性が医療者の考え方にあるとしたら、これまでのアプローチを真摯に見直さなければならないだろう。

実際、Ragins はリカバリーを進めるためには、①医学モデルの壁、②職業的距離の壁、③地域で働くための建物の壁、④内なる偏見と固定概念の壁を打破する必要があると述べている。医学モデルの壁はまさしく症状論に依拠した薬物偏重の治療で、包括的・統合的治療としての生物-心理-社

会的治療の概念が臨床現場でなかなか根付かないことを表している。また職業的距離の壁や地域で働くための建物の壁は、当事者の地域生活を長年にわたって支えていく上で重要な課題である。そして何より取り組むべきことは、内なる偏見と固定概念の壁を医療者自らが打破していくことだろう。

リカバリーの第2段階であるエンパワメントについて後藤は、「健康な部分に知識・情報を伝え、対処能力の向上を図り、健康な部分と協働作業をし、健全・健康な部分の増大を図ることで、当事者の持っている力を高めていくこと」と述べている(図1)。この健全・健康な部分を重視せず、問題や障害の部分に偏った視点がまさしく内なる偏見と固定概念である。臨床現場でも当事者には健全・健康な部分がまるでないかのように指示的な対応をしているスタッフを見かけることがある。このようなスタッフの固定概念としてもっとも修正を必要とするのが障害の概念である。

臺は障害の概念を表3のようにまとめている⁴⁾。医療者の多くに障害を「負の意味の精神異常をまとめたもの」としてみていることが多いように感じるが、これはひいては精神疾患=精神障害者と決めつけてしまい、当事者がリカバリーしていく希望をどこにも見出せなくしてしまう。本来、医療者がとらえるべき障害の概念はICF (Internation-

表3 臺による障害概念

<ul style="list-style-type: none"> ・負の意味の精神異常をまとめたもの ・感情障害などの個別病名 ・ICFの3つの下位正常概念（心身機能・活動・参加）の障害を統合した概念 <p style="margin-left: 2em;">⇒障害性 (機能障害・生活障害・社会障害)</p>
--

tional Classification of Functioning, Disability and Health) の3つの下位正常概念（心身機能・活動・参加）の障害を統合したもので、臺はこれを他の障害概念と分ける意味で障害性と呼んでいる。この障害性は ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) で言われていた機能障害・生活障害・社会障害に相当するもので、それぞれに根拠のある薬物療法、心理社会的療法を行うことで障害性が改善することを示唆している。このような改善可能な障害性という概念がスタッフに芽生えなければ、当事者の希望がリカバリーとして次の段階に進むことはなく、いつまでも患者あるいは障害者という見方をされてしまうのである。

おわりに

これからの精神科医療に SST をどのように組み立てていくかについて述べた。当事者の夢をかなえるデイケアを実践してきて一番感じているこ

とは、SST を含めた心理社会的療法も、その土台を作る薬物療法も、当事者の夢の実現を支えるスタッフが障害性の改善に対する希望を持っていなければ先は見えないということである。そのためにはリカバリーしていく当事者の実例をスタッフに伝えることで、リカバリーに必要な知識を学ぶ意欲を持ってもらう研修が必要と考える。精神科医療の現場は矛盾と葛藤することがまだまだ多いが、SST を通して当事者から希望を引き出せるスタッフを育てることができるといって希望を持ち続けたいし、その希望が当事者の希望につながっていくと信じている。

文 献

- 1) Liberman, R.P., King, L.W., De Resi, W.J., et al.: Personal Effectiveness: Guiding People to Assert Themselves and Improve Their Social Skills. 1973 (安西信雄監訳：生活技能訓練基礎マニュアル。創造出版，東京，1990)
- 2) Liberman, R.P., Glynn, S., Blair, K.E., et al.: In vivo amplified skills training; promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. *Psychiatry*, 65; 137-155, 2002
- 3) Ragins, M.: A Road to Recovery. 2000 (前田ケイ監訳：リカバリーへの道。金剛出版，東京，2005)
- 4) 臺 弘：精神医学における障害概念の成立とメカニズム。精神科臨床サービス，15；292-297，2004