

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——

我が国において心理社会的治療を求め、生かし得る精神科病院とは
——精神医学，医療モデル，医療システム，
経営管理システムの視点から——

堀川 公平，堀川 百合子

心理社会的治療が評価されながらも十分に普及せぬ我が国の現状の一因は精神医療機関側にあるとし、論を展開した。なぜなら、当院の平均在院日数を約 2156 日から 61 日に減じた 17 年間の精神医療変革は、医療ソフトにおいては「治療共同体」モデルの「力動的チーム医療」を基に、種々の心理社会的治療の展開によりなし得たと考えるからである。そして、それは以下のごとき特質を持つ心理社会的治療と「力動的チーム医療」との親和性、連続性、相補性によるものと考えた。

つまり、心理社会的治療が①社会生活の技能習得、再発による再入院の予防など退院そして社会生活を前提にした治療法であり、②多くが患者の援助能力など患者の相互扶助能力を生かした集団精神療法であり、③「病名の告知」による「疾病の受容」を目標、基盤とする以上、精神科病院の治療方向性あるいは治療想定が上記の①～③全てを包括していなくても、その方向線上にあるか否かが重要となる。換言すれば、医療・経営・管理システム、医療モデル、さらにはその源となる精神医学の問題である。

ここに短期入院・外来中心の「治療共同体」モデルの「力動的チーム医療」を展開する当院のごとき精神科病院が心理社会的治療を生かし得る所以がある。一方、我が国に多い長期入院中心の記述精神医学に基づく「身体医学」モデルの伝統的精神病院では普及が困難な所以もここにある。そして、さらなる問題は、以上のごとき関係性を病院側も心理社会的治療を行う側も認識していないところにある。重要なのはこれらの認識であり、これらの認識を持って、心理社会的治療法の技術向上とともに普及の道を探ることと考える。

<索引用語：心理社会的治療，伝統的精神病院，力動的チーム医療，システム論>

はじめに

統合失調症患者の治療において薬物療法は当然のこととして、今や心理社会的治療の必要性は周知のことと考える。しかし、実際にはそれらのツールの 1 つである SST や心理教育などの種々の認知行動療法や集団精神療法的アプローチを精神科病院に導入し、成果を上げるまでに生かすことは容易ではない。つまり、長期入院患者にとっての究極の命題である社会での生活を目的とする退院や、外来患者にとって再入院の予防へと導く有

効なツールとして活用するのは難しい。

その理由として、治療者の技術習得の困難さや患者の社会生活に必要な技能習得に時間を要するなどの治療法の問題もあろう。しかし、それ以上にこれらが精神科病院全体の医療モデルや医療システム、さらには経営システムの変革を必然的に惹起するためと考える⁶⁾。そして今や主流になっている薬物療法における非定型抗精神病薬の導入においても同様なことがいえるように思う⁸⁾。

当院では平成 6 年 8 月より、すべての患者の退

心理社会的治療

平成 23 年 3 月

新入院患者 MTG: H6/8 ~		家族支援プログラム: H14/10	
心理教育 MTG, SST: H6/9 ~		措置入院患者ミーティング: H20/7	
アルコールグループ: H6/10 ~	うつ病グループ: H9 ~		
摂食障害グループ: H8/2 ~	学習グループ: H11/7	ウイメンズグループ: H14/12	ギャンブルグループ: H22/5
ACグループ: H8/8 ~	薬物依存症者のための勉強会: H10/7 ~	生活習慣改善グループ: H16/7	ソーシャルライジンググループ: H23/7
社会復帰フォーラム: H9 ~ 援護寮 Mtg 福祉ホーム Mtg H14 ~		のみの依存症グループ: H16	

短期病棟 (開放)	42 床 3:1 急性期病棟 (開放)	60 床
	34 床	救急病棟 32→40→60→90→116 床
長期病棟	108 床:療養 B 慢性期病棟 (開放、開放)	
	90 床療養 I 58→50→30→0	

外来部門	デイケア	デイ・ナイトケア	ナイトケア	訪問看護	外来OT	外来リハビリテーション部
社会復帰部門	GH	パン工房	援護寮	共同同居	支援センター	福祉ホーム B
					通所授産施設	多機能型就労施設

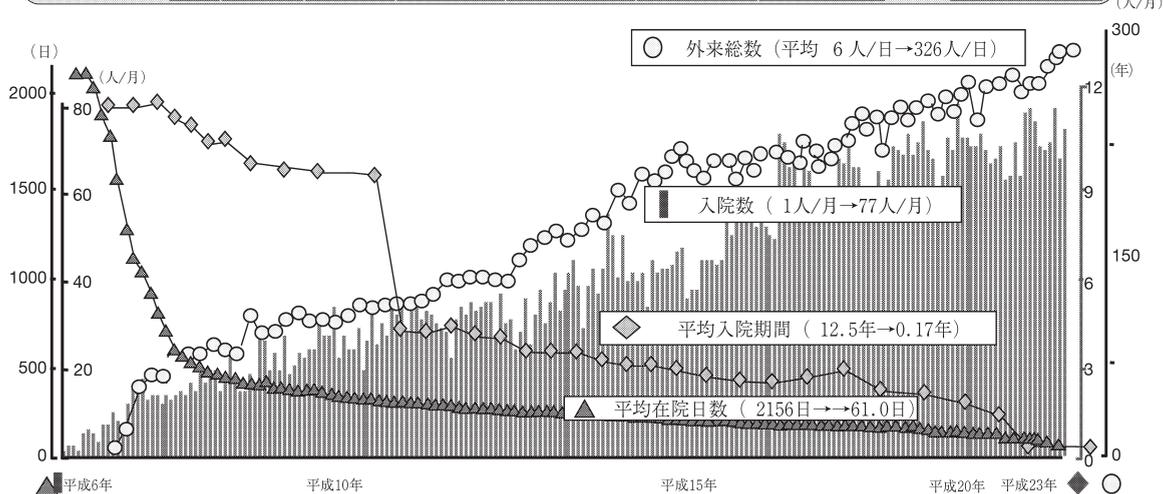


図1 当院の「力動的チーム」医療による医療改革と心理社会的治療

院を目指し、「患者の社会復帰を考えるなら、まずは精神病院の社会復帰を」とのシステム論的考えの下、精神医療変革を行ってきた。つまり、従来の長期入院型で収容所的特性を持たざるを得なかった「伝統的“精神病院”」（ここでは、身体医学モデル、記述精神医学に基づく薬物中心の管理的治療を中心とした長期入院患者を多く抱えている精神病院を言う）の在り方を、社会的階層秩序に近い T. Main 型の「治療共同体」モデルに基づく「力動精神医学的チーム医療」（以下、「力動的チーム医療」）を導入し、経営システムも長期入院主体から短期入院・外来主体へと変換を図ってきた^{1,2,3,4,5,7,9）}。

その過程において、心理社会的治療やその考え方は初期においては患者やスタッフを主たる対象とし、後には家族をも対象とするなど、当院の医

療変革における医療ソフト面での中核的役割を担ってきた¹¹⁾。その結果、平均在院日数が2156日から61日、平均入院期間が12.5年から0.17年になるなど多くの長期入院患者の退院という形で反映され、現実の成果となって現われた（図1）。そして今やその対象は地域社会の住民へと移り、「病院作り」から「街づくり」へと拡がりを見せ、気が付けばすでにアウトリーチやクリティカルパスの基盤ができ上がっている状況になっている¹⁰⁾。

そこで、本論文では今回のテーマ「医療機関で求められる心理社会的治療」を踏まえ、まずは当院の心理社会的治療について紹介し、次いでわが国の多くの精神科病院の精神科医療を形作る伝統的精神医学に基づく医療モデル、医療システム、経営システムの在り方と心理社会的治療との関係性について考察を加える。それにより、心理社会

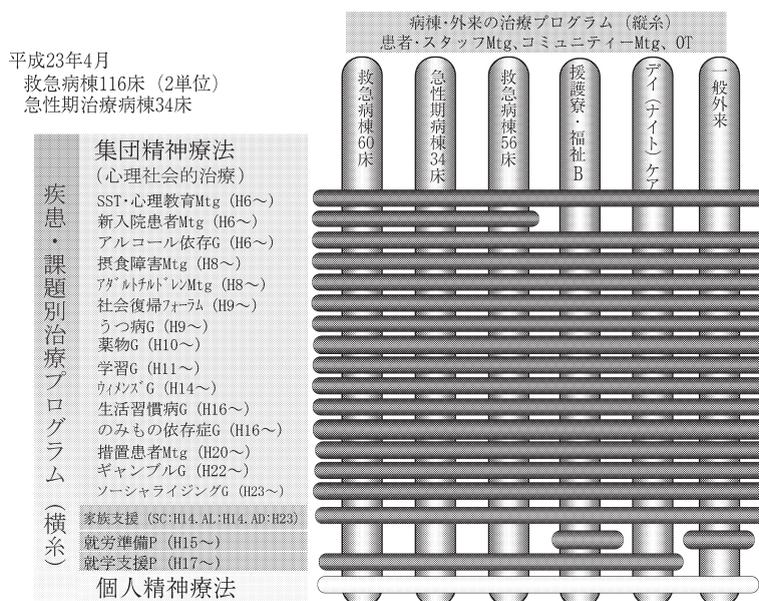


図2 当院の医療変革に伴う種々の心理社会的治療

的治療と「力動的チーム医療」との親和性、連続性について触れ、心理社会的治療を求め、生かし得る精神科病院とはいかなるものかについて論じたい。

1. 当院における心理社会的治療について

当院の精神科医療変革は平成6年9月、デイケア開設を機に、「力動的チーム医療」をデイケアに導入することから始めた。その際、「力動的チーム医療」の基となる「治療共同体」を育むには欠かせぬ患者・スタッフミーティング（以下、ミーティングはMtgと略す）やコミュニティーMtgを治療の縦糸とし（後に病棟，社会復帰施設にも導入），一方，心理社会的治療の導入は，心理教育MtgやSSTを疾患・課題別グループ（治療の横糸）として組み入れることから始めた。

その後は平成8年4月の急性期病棟誕生と増床，加えて平成18年4月の救急病棟誕生と増床に伴い，疾患が多岐にわたり，患者数が増えるにつれ，スタッフを充足とともに必要度，優先度により，治療の横糸として加えていった。

患者対象のものを年代順に列挙すると，先の心理教育Mtg，SST，新入院患者Mtgに始まり，アルコールグループ（以下，グループはGと略す），摂食障害G，ACG，うつ病G，社会復帰フォーラム，薬物依存症G，学習G，援護寮Mtg，福祉ホームMtg，性被害女性のためのウイメンズG，生活習慣改善G，飲み物依存G，措置患者Mtg，ギャンブルGと続く。そして，直近の平成23年7月に始めた反社会的問題を抱えた患者のための「ソーシャライジングG」まで含めると横糸15，縦糸2に及ぶ（図2）。

一方，家族対象のものは平成2年から始めた統合失調症のための家族教室から依存症（薬物，ギャンブル，摂食障害を含む）の家族会を含めると3グループとなっている。

2. 心理社会的治療と精神科病院の在り方

心理社会的治療が①社会生活の技能習得，再発による再入院の予防など退院そして社会生活を前提にした治療法であり，②多くが患者の援助能力など患者の相互扶助能力を生かした集団精神療法

であり、③「病名の告知」による「疾病の受容」を目標、基盤とする以上、精神科病院の治療方向性あるいは治療想定が上記の①～③の全てを包括していなくても、その方向線上にあるか否かが重要となる。換言すれば、医療・経営・管理システム、医療モデル、さらにはその源となる精神医学の問題と考える。以下、これらの点を中心に心理社会的治療との関係性を論じる。

1) 精神科病院における精神医学および医療モデルとの関係について

i) 「伝統精神医学的チーム医療」(以下、「伝統的チーム医療」)と心理社会的治療

わが国の多くの精神科病院は、かつて当院がそうであったように患者を客体化し、横断的視点を重視し、治療される(変わる)べき対象は患者のみとする記述精神医学を中心とした「伝統的精神科病院」である。そしてこれらの病院の医療モデルは階層秩序の強い医師を頂点に患者を底辺とした二者関係の「身体医学モデル」と呼ばれるものである。現在、医師を中心に多職種のスタッフが集まることで「チーム医療」と称しているが、患者との関係性は本質的に変わりなく、「伝統的チーム医療」と呼ぶものである。

しかし、問題なのはこうした精神医療の背景を認識して精神医療に従事しているスタッフが少ないことであるが、心理社会的治療に従事する治療者となるとさらに少ないことである。ここに多くの、そして大きな問題が生じる所以がある。なぜなら、その認識がないゆえに、「伝統的チーム医療」とは多くの点で相反する心理社会的治療を安易に、さらには良きこととして伝統的精神科病院に導入し、実施してしまうからである。当然のごとく、それらの結末の多くは、その方法が効力を持つものであればあるほど、やがては組織的抵抗に遭い、頓挫するか、存続できたとしても形骸化したものとなる。

なぜなら、心理社会的治療は医学上の知識を患者や家族に伝え、共有していくことを基本とするからである。しかし、このこと自体、医学的知識

は医師が独占すべきとする「伝統的精神医療」とは反する。さらに、統合失調症患者を「病識のない」ものとし、「疾病の受容」を不可能とし、「病名の告知」や患者同士の治療的相互交流を良しとせぬ伝統精神医学とは、「病名の告知」、「疾病の受容」、「患者同士の相互交流」を前提とする心理社会的治療は、その根本を異にする。よって、心理社会的治療が真に伝統的精神科病院に根付き、育ち、果実(患者の退院という事実)を獲得するまでに成熟するとは到底考えられない。

ii) 「力動的チーム医療」と心理社会的治療

一方、以上のごとき「身体医学モデル」の「伝統的精神医療」から「治療共同体」モデルの「力動的チーム医療」へと変革をなした当院にあっては、当然のごとく前述の関係とは様相は異なる。「力動的チーム医療」では患者も責任能力、援助能力を持っているといった「治療共同体」想定の下、スタッフチームと患者チーム双方の治療的相互交流により治療の進展を図る。つまり、「力動的チーム医療」においてはスタッフ間の階層秩序も、スタッフチームと患者チームとの階層秩序もより緩やかなものとなる。基本的に医療情報は共有され、「病名の告知」が治療の前提となり、「疾病の受容」過程そのものが治療過程として重視される。

また、週間治療プログラムの基本となる作業療法や患者チームとスタッフチームとの Mtg やコミュニティ Mtg などを通してスタッフとの、あるいは患者同士との言語を介した治療的相互交流が積極的に促される。このように、「力動的チーム医療」と心理社会的治療は多くの連続性、親和性、相補的關係によりシステム論的關係性が成立する。これにより、心理社会的治療は根付き、育ち得る。しかし、だからといって退院という現実を引き寄せられるかといえばそう安易ではない。そこにはまた、次なる別の問題が存在する。

2) 精神科病院の医療システムとの関係について

心理社会的治療によりたとえ患者の状態が明らか

かに改善しても、たとえいかに PANSS, あるいは GAF 値が改善したとしても、それだけで退院が可能になる訳ではない。症状の改善が退院の必要十分条件ではないからである。多くの場合、経済的な問題、住まいの問題、家族の問題など、解決すべき問題は山積している。つまり、精神症状へのアプローチだけでなく退院後の地域生活支援と一体になった包括的な支援システムが整って初めて退院は可能になる。さもないと、たとえ退院が実現したとしても直ぐに破局し再入院に至ることは自明のことである。

残念ながら、今のところ退院支援だけでなく地域生活支援システムまで整備できている精神科病院はわが国には少ないように思う。さらには先述の医療モデル同様、こうした医療システムというものそれ自体を病院管理者や治療者が認識していることは少ないように思う。それゆえ、退院支援がいかに行進したとしても、最後の最後のところで地域生活支援システムの不備により退院が頓挫することは少なくないように思われる。

長く米国はメンリッガークリニックで活躍した高橋哲郎³⁾は「精神科病院も生きているシステムで、複層の下位システムをもつ生物学的原則に従う。細胞膜を介して環境との間で、物質、エネルギー、情報の交換を行い、適応、柔軟な平衡を保ちながら分化、成長する。病院における複層のシステム間のバウンダリーは細胞膜と同様の機能を持つ。また、上下システムを通してシステムのどこかである変化が起こると、同じ変化が全システムに起こる（同形原則）」と説く。

しかし、この同形原則が成立するのは各システムが開放され、連続性が保たれていればこそである。となれば、心理社会的治療により1つのシステムを開放（改善）し得たとしても、退院に向けた次なる変化を生じせしめるには、次のシステムに変化を起こすだけの力が必要とされる。もしそのための次なるシステムがなければそのシステムを新たに作り出し、開放されたものとし、他のシステムとの連続性を保たせなければならぬ。

よって、病院システムが地域社会システムに開

放され、連続性を保持できるよう、その間には援護寮や福祉ホーム B やグループホームなどの住居プログラムなどの下位システムが必要となる。そして、さらにそれを支えるために、デイケアや訪問看護や活動支援センター、ヘルパーステーションといった地域生活支援システムといった下位システムの存在が必要となるのである。

そればかりではない。行政や地域社会といった上位システムや当院と他病院、他施設といった同位システム、その下位システムの病棟や外来やデイケア、さらに下位システムにある心理教育ミーティングや SST などの心理社会的治療グループなど、さらには薬物など各システムとも開放性、連続性、同一の方向性、相補性が求められる。その関係性を維持し、各システムが有機的に機能するために、当院では毎朝、同位、下位システムのスタッフ 50 名ほどが一堂に会する全体スタッフミーティングを行っている¹²⁾。

3) 精神科病院の経営管理システムとの関係

たとえ心理社会的治療と「力動的チーム医療」が相補的關係にあり、心理社会的治療が効を奏し退院の準備が整い、退院後の生活支援システムも問題がない状態にあるとしても、経営管理システムの視点を排除するわけにはいかない。数10年の入院患者を一人退院させ、新たな長期入院患者を産み出さないためには、新たに入院する患者の平均入院期間を3ヶ月とすれば4人、2ヶ月とすれば6人、1ヶ月とすれば12人の入院患者が必要となり、病院間の競争的關係も生じてくる。

当院において、「力動的チーム医療」が普及し、援護寮ができ、退院支援システムも地域生活支援システムも整い、心理社会的治療も効を奏し、その結果、20人も長期入院患者が短期間に退院するという事態が生じた。しかし、その後に当院の定床150床を有効に活用できるようになるまでには約半年を要し、経営的に苦勞を強いられた。つまり、短期入院中心の経営システムが整わないならば、喜ぶべきはずの心理社会的治療の効果も病院経営にとっては大きなリスクとなる。その認

識なしに心理社会的治療を行い退院を強いれば、経営システムと衝突することは自明のことである。

しかし、当院のごとく一旦、全てが救急病棟と急性期病棟となり、短期入院・外来中心の経営システムが確立すれば診療報酬制度上、つまり経営的にも3ヶ月以内の退院、そして退院後3ヶ月以内の再入院の予防が必要となる。こうなればまさに本特集のテーマである「医療機関で求められる心理社会的治療」ならぬ「精神科病院から求められる心理社会的治療」ということになる。しかし、そうなった時、こうした要求に応えられる心理社会的治療スタッフが一体どれだけいるのであろうか。そのためにも真に心理社会的治療を必要とする精神科病院が増え、そこで力を発揮できる治療者が育っていくことが必要であろう。

おわりに

以上、何ゆえ当院のような「力動的チーム医療」を展開する病院では心理社会的治療が普及し、何ゆえ我が国に多い伝統的精神病院においては普及が不十分なのかについて述べてきた。しかしそれは何も心理社会的治療に限ったことではない。薬物療法の分野と同様である。なぜなら、非定型抗精神病薬導入後も我が国の多くの病院で高用量化、多剤併用が続く中、当院ではCPZ換算値が外来で300mg台、入院でも400mg台となり、単剤化率も外来でほぼ90%、入院ではほぼ100%となっているからである⁹⁾。とすれば、やはり病院側に何らかの問題があると考えの方が妥当であろう。

心理社会的治療をさらに有益なものとする努力は必要であろう。しかし、目指すものは少なくとも我が国に多い長期入院患者中心の伝統的精神病院で求められるような心理社会的治療法の開発ではないことは確かである。

心理社会的治療は今のところはまだ我が国の多くの精神科病院においては「招かざる客」なのであろう。まずは、普及しない理由をしっかりと認

識し、事を構えることが肝要であろう。そして、抵抗にあったときは、「生かされない」と嘆かず、むしろ核心に迫ってきた証との思いが必要であろう。焦ることはない。短期入院・外来中心の精神科病院が中心となった時、真の力を発揮できるように、今こそ力をつけておくべきであろう。

文 献

- 1) 岩崎徹也：精神分析的病院精神医学—第I部 基礎的な発展。精神分析研究，20；171-186，1976
- 2) 岩崎徹也：精神分析的病院精神医学—第II部 その後の展開。精神分析研究，22；14-57，1978
- 3) 高橋哲郎：力動的集団精神療法—精神科慢性疾患へのアプローチ。金剛出版，東京，2010
- 4) 館 哲朗：治療共同体—力動的入院治療の構成要素として—。精神分析研究，35；98-114，1991
- 5) 堀川公平：精神科医療における今日の精神療法の位置づけと医療経済効果；力動的チーム医療が病院精神科医療を変える—診察室だけでなく病院精神科医療全てに精神療法的視点を—。日精協誌；22，458-463，2003
- 6) 堀川公平，堀川百合子：集団精神療法。精神科臨床サービス，3(1)；65-67，2003
- 7) 堀川公平：地域生活促進の為のシステム作り；長期入院患者の退院，地域生活を可能にするシステムとは—当法人（小規模精神科病院）の12年間の実践と障害者自立支援施行後の課題—。日精協誌，26；220-227，2007
- 8) 堀川公平：非定型抗精神病薬と力動的チーム医療。臨床精神薬理，12(11)；2283-2293，2009
- 9) 堀川公平：治療共同体に基づく力動的チーム医療。精神科退院支援ハンドブック，ガイドラインと実践のアプローチ。医学書院，東京，p.188-200，2011
- 10) 堀川公平：地域ケアの展開と精神科病院の役割—病院中心の地域ケアから地域中心の地域ケアへ—。Schizophrenia Frontier，12(2)；24-28，2011
- 11) 堀川百合子：治療共同体と多様な治療グループ—多様な治療グループを治療に役立てるための統合機能—。集団精神療法，25(2)；135-139，2009
- 12) 連理貴司：入院治療において集団を如何に生かすか—精神科医と病院集団（組織）との関わり—。集団精神療法，17(2)；95-105，2001

How Should be a Psychiatric Hospital to Take in and Utilize the Psycho-social Approaches in Japan? — From the View Point of Psychiatry, Medical Model, Medical System and Economical Management System

Kohei HORIKAWA, Yuriko HORIKAWA

Regal Cooperation of Medical Services Communauté Vent et Arc. Nozoe Hospital

The author developed argument that a cause of the present condition of our country, in which psycho-social approaches have not fully spread though its clinical efficacy has been well recognized, is in the medical institution side. Because, our psychiatric reforms over 17 years, that reduced the average duration of hospitalization from about 2156 days to 61 days, has attained by deployment of various psycho-social approaches based on “therapeutic community model” and “psychodynamic team treatment”. Furthermore, it has done by the affinity, continuity and complementarities of “psychodynamic team treatment” and psycho-social approaches with following special features.

That is, since psycho-social approaches is ① techniques to acquire the social life skill and to prevent re-hospitalization, ② the group psychotherapy by facilitating the patient’s mutual help capability, ③ based on “acceptance of the disease” by “noticing the diagnosis”. Even if the therapeutic orientation or assumption of the psychiatric hospital does not comprehend above all of ①~③, it is important whether it is in the same direction or not. In other words, it is the issue of the medical-economical-management system, medical model and also the kind of psychiatry that is the source of them.

Our hospital is for short term hospitalization and in focus on the outpatient treatment with “psychodynamic team treatment” based on “therapeutic community model”. That is why our hospital has a potential advantage to take in and utilize the psycho-social approaches. On the other hand, there is the same reason why it is difficult for the traditional psychiatric hospital for long term hospitalization with higher hierarchical “physical medicine model” based on the descriptive psychiatry.

The further problem is that both psychiatric hospital staff and psycho-social therapists do not realize it. The most important issue for us is having the recognition and exploring the method not to adapt to a psychiatric hospital but to improve and spread psycho-social approaches to psychiatric hospital.

<Authors’ abstract>

<Key words: psycho-social approaches, traditional mental hospital, psychodynamic team treatment, systems theory>