

精神障害者の社会参加および自立の指標に関する文献的考察

Literature Review on Assessment of the Social Participation and Self-independence in the Mentally Ill

北島 謙吾 森田 敏幸 坪井 希恵

【要約】 This paper describes the social participation and self-independence of the mentally ill by reviewing the published papers. As a result, we concluded that : (1) It was difficult to predict the possibility of the social participation and self-independence of the mentally ill from the Wing Behavior Rating Scale. (2) On the other hand, the Rehab was considered to be effective to evaluate the psychotic rehabilitation and social participation of the mentally ill living in the community. (3) In addition, it became clear that as a future problem the development and the application of the assessment scale for the objective evaluation of nursing and support, which is matched to the circumstances of each area to the social participation and self-independence of the mentally ill will be useful.

【キーワード】 精神障害者 (Mentally ill), 社会参加 (Social participation), 社会生活機能評価 (Social functioning Assessment), Rehab (Rehabilitation Evaluation Hall and Baker), Wingの行動評価尺度 (Wing Behavior Rating Scale)

I. はじめに

わが国では近年まで精神障害者の治療・看護は、もっぱら患者が入院施設での生活に適応するための医学的治療や施設内ケアが中心で、退院後の地域ケア体制や自立と社会参加の促進に向けた方策は十分なされてこなかった。¹⁾ そのため病状が回復しても地域社会に帰る場所がなく、また退院後のケアやサポート体制も十分に整っていない状況の中、いわゆる社会的入院として病院に留まったり、入退院を繰り返す患者が多いとされてきた。²⁾ その結果、日本では諸外国の例に反し、精神科病床数は増加の一途をたどり、患者の平均在院期間も長期化する傾向にあった。³⁾

そういったなか1995年に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律が施行され、精神障害者の社会復帰の促進が世論の高まりに加え、自立と社会活動への参加を法改正の主要な柱として位置付けらるに至った。し

かし、それらの人々に対する社会活動の場は少なく自立のための支援も乏しいのがいまだ現状である。したがって、精神障害者の社会参加・自立を促進するためには、医療・看護さらに福祉が連携して障害の程度や能力に応じたきめ細かい支援体制を構築していくことが今日的な課題といえる。

一方、アメリカのLiebermanらによって発展された精神分裂病患者の社会適応を改善し、また再発の危険を減らすことを目的とした精神科リハビリテーションが、Social Skills 生活技能の研究として精神障害者通所施設を中心になされてきている。⁴⁾ 特に分裂病圏の障害者は、Impairment機能形態障害、Disability生活能力障害、Handicap社会的不利益を有するといわれ、機能形態障害に対しては主に医学的治療が、また社会的不利益に関しては、社会の支持組織を強化することが必要であると報告されている。⁵⁾ さらに、生活能力障害に対しては、生活のリズム、身だしなみ、生活

環境の整理整頓、金銭管理、社会資源の利用、対人関係のとりかたなどの援助が必要であるといわれている。⁶⁾

日常生活能力の研究は、入院患者・外来患者、デイケア、保健所、共同作業所などでなされているが、^{7) 8) 9)}精神障害者の社会参加や自立の指標に活用できる尺度は、先行研究を概観するかぎりいまだ開発されていない。また、調査項目やその尺度の信頼性、妥当性については、わが国の対象に応じて検討した報告もきわめて少ないのが現状である。このような現状は、対象者の特性から追跡調査が困難であり、加えて日常生活能力や社会生活機能の捉え方に関して、この領域の研究者によって異なることもこの種の研究の蓄積を少なくしている一因と考えられる。

そこで、本報では、社会参加の現状および社会生活機能評価について文献的考察を行うことにより、精神障害者の社会参加や自立の指標について検討する。

II. 精神障害者の社会参加について

法制度および全国調査から見た社会参加

すべての障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとするのが障害者基本法に定められている。¹⁰⁾ しかしながら、身体障害者に対する機能回復訓練、住居やホームヘルプサービス、雇用といった自立・社会参加に向けた法制度は漸次整備されてきたが、精神障害者に対するこれらの整備は大きく遅れをとっているのが現状といえる。¹¹⁾ これは精神障害者への社会的処遇を入院医療が担ってきたため、地域ケア体制を整備するための精神障害者のニーズや生活実態を把握することが遅れ、なおかつ差別や偏見のために当事者や家族も社会から閉じこもってきたことによると報告されている。¹²⁾

精神障害者の社会参加および自立の場としては、医療機関、保健所、精神保健福祉センターでのデイケア、授産施設、小規模共同作業所などでの作業活動、職親制度での保護就労（通院患者リハビリテーション事業）などが一般に知られている。全国精神障害者家族連合会調査によると、¹³⁾ 在宅の精神障害者が利用している場（制度）としては、病院・保健所などのデイケア（24.9%）、訪問指導（17.9%）小規模共同作業所（16.7%）の順で、授産施設（2.1%）、職親制度

（2.8%）は僅かであった。また、授産施設や職親などは地域的な偏りも大きく広く普及した社会参加の場とは言い難い。したがって、現状では各地域に普及しているデイケアや作業所が精神障害者における一つの社会参加の場と考えられる。

在宅の精神障害者や家族が役立つとする社会資源としては、身近に相談できる専門家（65.8%）、毎日通えるデイケアや作業所（53.5%）、家族教室（50.8%）、何とか勤められる職場（49.0%）といった順で、現在利用者が比較的多い訪問指導やデイケア・作業所へのニーズの高まりがうかがえる。さらに雇用といった社会参加の場へのニーズを半数の人が持っていることから、各地に職親事業所の普及拡大が求められる。

保健所でのデイケア（グループ活動）は、1975年から社会復帰相談指導事業として精神障害者の自立と社会復帰（参加）を促進する目的で開始され、参加者10～20名に対し月2回～週2回程度の範囲で行われている。¹⁴⁾ 仲間づくりにより社会からの孤立化を防ぎ、創作、料理、カラオケ、スポーツ、ハイキングなどの活動を通して生活体験や対人関係を広げることにより、再入院を予防し地域社会での生活を維持することをねらいとする。¹⁵⁾

一方、病院などで実施されている精神科デイケアは1974年に開始され、医学的治療・訓練を目的として一定の医療チームと施設の設置基準が示された診療報酬の基でなされている。¹⁶⁾ 従って、施設の規模に応じて参加定員も特定され、週3～5回治療プログラムに沿って実施される。このように両デイケアの機能や形態は異なるものの、参加する者の日常生活機能や障害の程度によっていずれかが選択されているとはいえず、むしろ住居地や通所の利便性、本人や周囲の希望によっていずれか一方または両方に通っていると考えられる。

III. 精神障害者の社会生活機能評価について

1. 海外における社会生活機能評価

1950年代以降、欧米で進められた脱施設化の流れの中で、地域ケアの効果を評価したり、精神療法の治療効果を明らかにするため、数多くの社会機能評価尺度がこの頃より開発されてきた。これらの尺度は、精神障害者の社会機能を評価するために、社会生活の全般にわたる生活領域を対象に、包括的な社会機能の把握

を行っている。しかしどのような課題に対しても普遍的に利用できる尺度はまだないようである。一方、評価判定の目的が明確な、特定領域の評価尺度には、関係者の評価が確立したいくつかの尺度が存在する。¹⁷⁾ その中からWingの行動評価尺度 (Ward Behavior Rating Scale) とRehab (Rehabilitation Evaluation of Hall and Baker) の行動評価尺度を中心に文献検討を行った。

A. Wingの行動評価尺度

1) Wingの行動評価尺度とは

Wing¹⁸⁾ は、長期入院患者の行動変容を評価することのできる尺度開発の必要性から、Wingの行動評価尺度を開発し、信頼性、妥当性、精神状態の評価との関係について検証した。(form1, 1960年) Wingの行動評価尺度は、自閉性、会話の量、周囲への関心、身だしなみ、動作の遅さ、活動性の低下の質問項目からなるSW (Social Withdrawal: 社会からの引きこもり) 因子と、一方的な主張、動きすぎ、いらつき、奇妙な動作・姿勢、独言、独笑、しゃべりすぎ、話し方の内容の質問項目からなるSE (Socially Embarrassing Behavior: 周囲を当惑させる) 因子の2つのサブスケールからなる。行動評価尺度表は1週間患者の観察を行った後それぞれの行動が、しばしばあったか、時々あったか、全くおこらなかったかという段階で評価される。信頼性、妥当性については確立されている。

また、Wing¹⁹⁾ はすべての段階にある精神障害者に適用し、大規模な評価を行うことができる類似の行動評価尺度を開発した。(form 2, 1961年) この評価尺度もform1と同様2つの因子から構成され、1つは自閉性、会話の量、周囲への関心、身だしなみ、個人衛生、食事のふるまい、動きの遅さ、活動性の低下、の質問項目からなるSW (社会からの引きこもり) 因子で、1つは奇妙な動作・姿勢、独語と空笑、乱暴、の質問項目からなるSE (周囲を当惑させる) 因子である。

2) 日本におけるWingの行動評価尺度を使用した研究

日本においてWingの行動評価尺度を用いた研究がいくつか行われている。鈴木ら²⁰⁾ は、ディケア参加メ

ンバーの行動の変化を捉える手段としてWingの行動評価尺度 (form1) を用い、「社会からの引きこもり因子」に焦点を絞り解析を行っている。「社会からの引きこもり因子」の中でも引きこもり、会話の量、周囲への関心という項目ではディケア参加前、参加後の評点が連動して変化しており、この3項目のディケアの有効性は明らかであった。

しかし個々のメンバーの上昇点と転帰とを対比させてみると、必ずしも得点と結びついた変化を示しておらず、ディケア参加前と参加後の評点も社会復帰群と未復帰群間では有意差を認められなかったことからWingの評価尺度のみで社会復帰の可能性についての予測は立てにくいことが明らかとなり、ディケアの効果としては統計的処理による評価よりも事例性を重視しながら行うことを示唆している。

納谷ら²¹⁾ は、できる限り患者の行動を客観的に評価し、患者の行動の特徴を捉えることができ、日常業務の中で簡単に記入、評価ができる慢性精神分裂病患者の病棟における行動評価表を得るためにWingの病棟評価表 (form2) を一部改訂し3段階評価によるWing病棟評価表 (中宮改訂版) を作成、信頼性、臨床的妥当性について検討した。評価者は経験年数5年以上で当該病棟勤務1年以上の看護婦とし、1週間の観察期間の後評価された。

重みづけカッパを用いて各項目ごとの評価者間信頼性が検討され、低い値の質問項目、動きすぎ、会話の量、身だしなみ、食事のふるまいは除外し因子分析が行われ、動きの遅さ、活動性の低下、自閉性、周囲への関心の四項目からなるSW (社会からの引きこもり) 因子と独語、空笑、乱暴、失禁と対人関係上のトラブルからなるSE (周囲を当惑させる) 因子の二因子が抽出された。これら二因子と主治医による退院可能性の判断、現実の予後、現症との関連性より本評価尺度の妥当性が示された。

また、SW因子は患者を見ればすぐに判明する項目および精神科医が評価する現症と相関しており、SE因子は一定の時間の中で経時的に観察することを要する項目及び退院可能性の評価と相関していた。このことから、SE因子、SW因子は障害のベクトルであると同時に評価の仕方に差があり、安定した測定を行うには一定の確定された方法によることが重要であると述べている。

武石ら²²⁾は、Wing行動評価表（中宮改訂版）を用いて64例の精神分裂病者に関する病棟内行動の検討を行っている。その結果5ヶ月以内に精神症状の改善を示して退院していった患者の全般改善度は有意に上昇しSW因子、SE因子ともに有意に改善していたが、退院できなかった患者で有意に改善されたのはSW因子の項目のみであった。SW因子に対しては看護、リハビリテーション的接近方法はかなり確立されていると考えられ、SE因子については1対1の治療関係による積極的な働きかけと同時に病棟の共同生活の中で他患者との対人接触を活発にする機会を見つけて援助していくことが重要である。そしてWingの行動評価尺度によって退院の適否に関与している症状、看護やリハビリテーションを行う上で焦点を当てていく症状について明らかにすることができたと述べている。

以上のことから、Wingの評価尺度は精神障害者の行動を客観的に評価することができ、行動変容を明確に表し、日常業務の中で患者の行動観察を行うことで評価することができる簡便な尺度であり、信頼性、妥当性が検証されている。しかし、2つのサブスケールSW因子、SE因子は退院の適否や看護、リハビリテーションを行う上で焦点を当てていく行動については明らかになるが、Wingの評価尺度のみで社会参加および自立促進の可能性についての予測はたてにくく、評価の手順方法や評価者の訓練についてなど改善すべき点がいくつか残されているといえる。

B. Rehabの行動評価尺度

1) Rehabの行動評価尺度とは

Rehabは、英国のRoger BakerとJohn Hallにより開発されたものであるが、その開発を始めた当時は、精神障害に対する社会的な支援をいかに行うかが重要な問題になっていた。そのため、リハビリテーションに関する具体的な支援を導き出す上で、その人々が置かれている状況を判断するための尺度を開発することに至った。

まず、開発者らがRehabを開発する上での理論の基礎について述べると、彼らが1970年代にLeeds大学の研究チームで取り組んだ精神医学的リハビリテーションにおける行動に関する手法の研究に立脚している。²³⁾ また、これは、1983年に開発され、すでに田原ら²⁴⁾によって翻訳され日本に導入されており、さらにこの時

点でオランダ語の翻訳がなされ、ドイツ語・フランス語・スペイン語などへの翻訳が試みられるなど、この分野で広がりつつあった。一方開発者らのRehabの定義は、多目的の行動評価尺度で、精神障害者を評価するために計画されている。職員が1週間以上にわたって患者を観察することができる所なら、どのような施設でも使うことができるとしている。

ところで、尺度開発の研究過程の初期において、開発者らはWingの行動評価尺度の根拠づけに注目し、これによる測定を繰り返し行っているが、このことについては、すでに前章で詳述している。

2) リハビリテーション評価とは

開発者らの考えるリハビリテーションの評価は、次のような内容が含まれると提案している。

- 行動の観察において明示された期間よりもむしろ、特徴を推測したり、または測定するスタッフの一般的な意見に基づいていなければならない。
- 最も重要なことで、入院しているという中での行動に関する見地と退院に成功する行動の関連を含む。
- 測定者が使用する上で簡潔、明瞭、簡単でなければならない。
- 判断が簡単でリハビリテーション治療の計画に明快な内容を含んでいなければならない最も悪化した状態から最小の障害となるようにリハビリテーションが進む中で、すべての状態の患者に適応される。
- 病院や地域社会での社会復帰の調整が様々であることにおいて、使用ができなければならない。
- 患者の行動の変化に敏感であり、繰り返し使用できなければならない。
- 退院した中から患者を選択した場合やまた、病棟からリハビリテーションの仕組みにおいて他のところに移る患者の閾値を確立できなければならない。

3) Rehabの構成

この尺度は、逸脱行動と全般的行動から構成されている。なお、以下に述べる内容は、田原ら(1994)²⁴⁾に基づいている。

逸脱行動：7項目（3段階評定）

- ①失禁 ②暴力 ③自傷 ④性的問題行動
⑤無断離院・外出 ⑥怒声・暴言 ⑦独語・空笑

全般的行動：16項目

- ①病棟内交流 ②病棟外交流 ③余暇 ④活動性
⑤ことばの量 ⑥自発的言語 ⑦ことばの意味
⑧明瞭さ ⑨食事の仕方 ⑩身繕い ⑪身支度
⑫所持品の整頓 ⑬助言・援助 ⑭金銭管理
⑮施設・機関の利用 ⑯全般的評価

なお評定者は、この尺度を使用する場合、直接患者をケアするスタッフであるが、必ずしも精神科のトレーニングを積んだ看護婦である必要はない。または1週間の観察期間中に十分に患者を実際に観察することができ、使用方法について訓練を受けているとしている。

4) 日本におけるRehabの行動評価尺度の研究

田原らは、いくつかの病院の入院患者およびデイケア通所者を対象に評定を行い、信頼性と妥当性に関して満足した結果を提出している。²⁵⁾ 加えて彼らは、この尺度がさまざまな施設において多目的かつ簡便に使用することができるだけでなく、国際的な比較検討の可能性を示唆し、我が国の精神科リハビリテーションに貢献すると捉えている。

2. 日本における社会生活機能評価

精神障害者の社会生活機能（適応）を測定する尺度は、地域ケアのプログラムの効果を評価するために1960年代より欧米で作成されたものであるが、日本人を対象に標準化された尺度はほとんど作成されておらずその必要性が指摘されてきた。²⁶⁾

羽山は、①食事、②睡眠、③清潔と身だしなみ、④服薬管理、⑤健康管理、⑥家事、⑦お金の管理、⑧余暇の過ごし方、⑨サービス期間の利用、⑩交通機関の利用といった10項目からなる面接用評価尺度を開発した。この尺度は個人の身の回りの自己管理や生活行動評価を中心とし、家族関係や友人関係は除かれているのが特徴である。²⁷⁾ 川口は、①食事、②個人衛生、③休息、④付き合い、⑤安全といった要素からセルフケア20項目の質問紙を開発し、ソーシャルサポートとの関連を精神科デイケアで調査した結果を報告してきた。²⁸⁾

筆者らは川口の質問紙を参考に、精神科デイケアセンターおよび保健所において社会生活機能の調査を行っ

てきた。さらに保健所では1年間追跡して就労および社会参加への影響因子などを検討し報告してきた。^{29) 30)}

^{31) 32)} これら調査における社会生活機能は、構成概念妥当性などの修正を経て①生活リズム、②身の回りの自己管理、③社会的活動、④対人関係、⑤疾患の自己管理からなる20質問項目から成る。これらの研究成果から日常生活機能に関連すると考えられる因子、つまり年齢、初発年齢、支援者の数などが分析され、また、1年後の就労に影響を及ぼす生活機能や態度として、会話、調理、医師への服薬相談といった項目、就労や自活に向けての要望の程度が関与していることが示唆された。

今後は、諸外国で開発され既に実績を積んだ測定尺度とも整合性を保ち、わが国の精神障害者地域ケアプログラムや社会参加の指標として活用できる社会生活機能評価尺度を開発し洗練していくことが必要である。

IV. まとめ

本報告では、精神障害者の社会参加の現状を法制度と全国調査資料から概観した。こういった現状を踏まえながらWing、Rehabの行動評価尺度を中心に精神障害者の社会参加・自立の指標として活用できる社会生活機能評価について検討した。

Wingの行動評価尺度は1960年初頭の時代背景を反映し病棟内適応と退院の適否に焦点が当てられ、社会参加や自立の可能性については予測が困難なものであった。一方Rehabの行動評価尺度は1983年に開発され最近日本語に翻訳導入された尺度で、入院患者以外に地域社会で生活する精神障害者のリハビリテーションや社会参加指標として適用可能と考えられた。

今後精神障害者の社会参加・自立支援に向け、わが国の実状に則し、かつ看護的な評価と支援が可能となる尺度の開発とその応用が課題と考える。

引用参考文献

- 1) 藤井克徳：現行規定下では難しい社会復帰施設の飛躍的拡充，臨床精神医学，21(7)，pp.1171～1177，1992.
- 2) 江畑敬介：病院リハビリテーションと地域リハビリテーション，こころの科学67，14～17，1996.
- 3) 黒田研二他：精神科入院患者の在院期間と関連する諸因子，日本公衛誌，31(6)，pp.241～249，1984.
- 4) R.P.Liberman. & K.T.Mueser.，福田正人他訳：精神分裂病の認知行動療法，患者および家族に対する問題解決方式生活技能訓練，臨床精神医学，14(6)，pp.913～924，1985.
- 5) 蜂矢英彦他：精神障害者の地域リハビリテーション，医学書院，1989.
- 6) 皿田洋子：Social Skills Trainingの実際と評価，集団精神療法，6(2)，pp.103～108，1990.
- 7) 浅野弘毅：精神障害者のセルフケア能力について—デイケアメンバーと共同作業所メンバーの比較—東北公衆衛生学会35回講演集，p.21，1986.
- 8) 荒賀文子他：精神障害者の社会生活に関する調査—共同作業所利用者の調査から—大阪府立公衛研所報，pp.169～178，1990.
- 9) 北島謙吾：精神科デイケア通所者のセルフケア能力とその関連因子，日本精神保健看護学会誌，2(1)，pp.83～90 1993.
- 10) 斎藤明子：ノーマライゼーションとアメリカ障害者法—とくに日本の障害者施策と比較して—公衆衛生，61(6)，pp.397～401，1997.
- 11) 斎藤明子：前掲書(10).
- 12) 大島巖：精神保健福祉法—意欲を事業に反映するために；統計資料の活用法，公衆衛生，61(5)，pp.369～372，1997.
- 13) 全国精神障害者家族連合会：精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93，ぜんかれん増刊，pp.70～135，1993.
- 14) 田中英樹他：保健所デイケア(全国精神保健相談員会編)，萌文社，1994.
- 15) 荒賀文子他：保健所における精神障害者のリハビリテーションの試み—グループ・ワーク活動を通じて—日本公衛誌，29(8)，pp.364～370，1982.
- 16) 加藤政子他：精神科看護とデイケア，医学書院，1984.
- 17) 大島巖他：精神分裂病に用いられる社会機能評価尺度，OTジャーナル，26，pp456—465,1992.
- 18) Wing,J.K：The measurement of behaviour in chronic schizophrenia., Acta .Psychiat. Neurol.Scand .，35，pp.245～254，1960.
- 19) Wing,J.K：A simple and Reliable subclassification of chronic schizophrenia., J. Ment. Sci. 107，pp.862～875，1961.
- 20) 鈴木敦子他：デイケア患者の改善度評価の試み—Wingの評価尺度を用いて—社会精神医学，7，pp.67～73，1984.
- 21) 納谷敦夫他：慢性分裂病の病棟における行動評価，臨床精神医学，11，pp. 1004～1011，1982.
- 22) 武石潮香他：精神分裂病の病棟内における行動評価—Wingの病棟尺度評価を用いて—精神科看護，46，pp.36～41，1994.
- 23) Baker, R. et al.：A review of the applications of the REHAB assessment system.，Behavioural & Congnitive Therapy.，pp.211～231，1995.
- 24) 田原明夫他：精神科リハビリテーション行動評価尺度，三輪書店，1994.
- 25) 山下俊幸他：精神科リハビリテーションにおける行動評価尺度『REHAB』の有用性，精神医学，pp.199～205，1995.
- 26) 羽山由美子：精神科領域における社会適応測定尺度，精神科MOOK,No.22,分裂病のリハビリテーション，金原出版，pp.208～220，1998.
- 27) 羽山由美子他：社会適応度査定のための総合評価尺度(GAS)の信頼性および妥当性の検討，精神保健看護学会誌，1(1)，pp.35～44，1992.
- 28) 川口優子：精神障害者のソーシャルサポートとセルフケアの関連，第10回日本看護科学会講演集，10(3)，pp.156～157，1990.
- 29) 北島謙吾他：保健所通所精神障害者の就労に関する追跡調査，日本公衆衛生学会第52回総会抄録集，40(10)，p.1041，1993
- 30) 前掲書9)
- 31) 北島謙吾他：保健所グループワーク通所者のセルフケアとその関連因子，日本公衆衛生学会第51回総会抄録集，39(10)，p.888，1992.

- 32) 北島謙吾他：精神障害者の社会生活機能と社会参加に関する研究，日本公衆衛生学雑誌，43(2)，pp.111～117，1996.