

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

OTP の実践——退院促進や「ささがわプロジェクト」の臨床経過から地域での治療・支援を検討する——

三浦 勇太（あさかホスピタル，地域活動支援センターアイ・キャン）

〈はじめに〉

病状や生活の困難への介入過程における課題を以下に列記する。

- 薬剤への反応不良（持続症状）
- 脆弱性ストレス仮説
- 意欲や感情反応の低下
- 脳機能（brain function）の問題：前頭葉機能（記憶，注意，流暢性など）
- 社会機能（social functioning）の問題
- 家族を含めた環境の特徴
- 資源配置の問題

今後の退院促進や地域維持・社会参加促進に向けた臨床活動においては，前記の諸問題の解決を可能にするサービスモデルが必要であり，このために，あさかホスピタルと関連機関では Optimal Treatment Project (OTP)³⁾を採用している。OTP は故イアン・ファルーン教授によって提唱され世界の 26 以上の国・地域において実践されている多職種チームによる認知行動療法介入と支援の統合モデルであり，家族も対象とし家庭への訪問を原則としている。統合モデル（表 1）とは従来の医学モデルにおける病状の客観評価，生物学的治療，目的としての再発防止などを担保しながら，支援（生活）モデルにおける当事者本位，当事者とスタッフの協業性，当事者の strong point の尊重，目的としてのライフスタイルの獲得などを約束するものである。

〈3 つの E〉

サービスに際して私たちは以下に留意している。

- Education（教育）：心理教育は必須であるが医学情報だけではなく，資源や社会に関する情報提供も行うべきであり，しかも多くの市民のライフスタイルを示すことが大切である。セッションに際しては双方向性のやりとり，つまりコミュニケーションを前提とし，医学的正解を要求するばかりであってはならない。
- Empowerment（力をひきだす）：社会機能強化のための精神科リハビリテーションを認知行動療法を採用しながら行う。従来の臨床では SST や作業療法などを院内の構造化された空間で，ロールプレイを用いながら行うことが多いが，generalization や応用には議論が残る可能性を否定できない。OTP では実際の生活場面において（in vivo アプローチ），実際の対象人物・物品を用意しながら real occupation を

表 1 医学モデルと生活モデル

	医学モデル	生活モデル
目的・目標	治療・社会復帰・再発防止*	独自のライフスタイルの獲得の保障*
主体	医療スタッフ	生活者（利用者）*
アセスメント	疾病・症状*	人と状況の全体性*
関係性	治療・援助関係 職員主導	共時性（共に歩む支え手）対等*
意思決定	正解を要求	自己決定*

*統合モデル

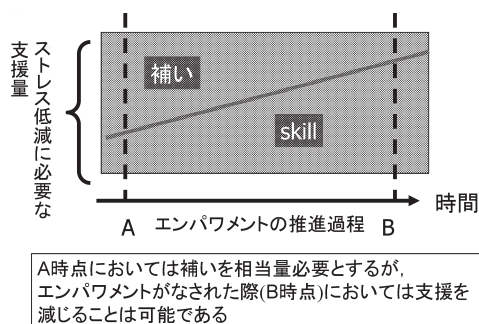


図1 補いとエンパワメントの推進

取り扱うリハーサルを行う。また服薬や衣食住などについて当事者が独立してこれらを十分には行うことができない場合、単に支援者がこれを促したり代行したりするのみではその時点における生活の維持には有益であろうが、長期経過における支援量（支援のコスト）は低減しない。よって訪問サービスでは機能強化（図1）も目標としたい。

- Encouragement（勇気づける）：多くの当事者や家族はスティグマにさいなまされている。よって当事者の strong point に焦点をあてながら回復へのデザインを提示し、自尊感情（self-esteem）の回復をはかる。サービスも本来は当事者の意志（will）によって設定されるべきであり、この点、基本的コミュニケーション技法である「積極的傾聴（Active Listening）」²⁾（表2）を支援者は用いる。

〈あさかホスピタルと関連機関、地域の活動〉

以下に活動の経過を時間にそって記す。

- 別院である「ささかわホスピタル」の閉鎖と共同住居「ささかわヴィレッジ」への移行を検討
- OTP についてのスタッフ研修（ワークショップへの参加、院内勉強会の開催）、米国の「Village」の見学
- 「ささかわプロジェクト」として脱施設化プロセスを開始
- 閉鎖6か月前からの当事者への認知行動療法の

表2 積極的傾聴（Active Listening）

「アクティブリスニング」をすることによって問題や目標を明確にする

- ・相手をよく見ること、相手のそばで聴くこと
- ・相手の話すことに注意を向けること
テレビを消すなどして、なるべくみんなが話し合いに集中できるようにする
- ・相手の話に興味をしめす。うなずいたり、あいづちをうつ
「うん、そうですね」「そのとおりですね」
- ・何が一番の問題点で目標が何であるのかを明確にする
質問をする
「カラオケとボーリングのどちらに行きたいの？」
「どのような人と友だちになりたいの？ 同年代がいいの？」
- ・相手が話したことを自分がきちんと理解しているかどうか確かめる
「ということは、あなたは一緒にスポーツをする友だちをほしいのね」、「仕事が見つからないことが一番の問題なの？」

実施

- 地域生活支援センター「アイ・キャン」設立
- 職員と他施設職員へのワークショップをそれぞれ定期開催
- 平成14年3月にて「病院」から「共同住居」に移行
- UCLA やイタリア・コモ市の精神保健センターなどとの交流
- あさかホスピタル内にて退院促進活動「D-project」開始
- 福島県中域の退院促進モデル事業を「アイ・キャン」が受託し、地域内の5病院に対してアウトリーチを実施
- 「ささかわプロジェクト2ndステージ」の開始
 - ◆ 「ささかわヴィレッジ」の解消と自立支援法の法内施設の設定や一般住居の借り上げによる小規模分散化
 - ◆ 自立支援法に基づく通所施設やアウトリーチサービスの設立（「アイ・キャン」も法内化）
 - ◆ 就労移行サービスの構築 など

〈家族支援〉

たとえば退院を検討するためのチームカンファレンスなどにおいて、今もなお家族の特徴について（退院に対して）“無理解”“非協力”とのアセスメントが少なからずなされているかもしれない。しかしながら家族のこうした認識、態度はスタッフの作業がいまだ不十分であることも原因となっている可能性があり、以下のような視点が重要である。

- 過去の状況がもたらした家族の疲弊に着目：入院直前には当事者が示す病状や行動の問題によって家族は苦悩していたかもしれず、「昨日のことであるかのような」出来事によって恐怖、孤立感、無力感などが今もなお家族を縛っている可能性もある。入院後のインテーク時点まではスタッフは家族へも熱心なインタビューをするであろうが、その後は当事者への治療・支援に視点が固定化する傾向があるかもしれない。
- 家族状況の変化（“看る者”の交代）に留意：入院当初は親世代がキーパーソンであったとしても、入院がきわめて長期化するなかでいわゆる“代替わり”が起き、親よりは比較的に心理的距離があり、入院直前の当事者の病理に強い心理的侵襲を受けた兄弟姉妹が病院とかかわりを深めることとなる。
- 家族も認知行動療法のようなサービスを受ける：家族も対象にした認知行動療法は有益である。家族も疾患の病態生理・治療などについての心理教育を受けるのみならず、コミュニケーションや服薬行動、再発の早期警告サイン²⁾、日常活動の強化などに関する技法を獲得できるように配慮したい。これらの取り組みによって再発の可能性が減じることを期待したい。家族は多くの場合疲弊しており、付加的な取り組み自体が、いったんは家族の負担感を増すこともあるのかもしれないが、やがては家庭内のストレスレベルを減じていくであろう。
- 退院後に向けての保障：退院は医療介入の機会が乏しくなり、その分、家族にあらたな負担を生じるだろう。高齢者介護や子の養育について、

どの程度まで社会化すべきか市井の論議は尽きてはいないのと同様に、精神疾患をもつ者を間近で見守る者は相応の負担をするべきであると簡単には結論付けられない。“家族支援”の意味合いについては一層の検討が必要である。

- モラル：退院を了とすること、その後に当事者とかかわりに注力することなどについて、家族に対してスタッフはバイアスをかけてはならない。こうしたスタッフからの“圧力”に追い立てられるようにして家族が努力を重ねても短期的には当事者利益がもたらされるかもしれないが、いずれ遠からず家族の行動は破綻をきたしてしまうのではないだろうか。スタッフは家族の自律性（autonomy）を尊重し、家族の側のライフスタイルも守るべきである。

〈ま と め〉

- 根拠に基づいており習熟をしやすい再現性の高い介入技法を用いる³⁾：各スタッフはそれぞれに特徴的な良質の介入スタイルを発揮していることと思う。しかしながら保険医療制度においては、各当事者の治療・支援結果（退院までの期間、再発率、社会参加の程度など）に医療機関やかかわったスタッフによって違いがあってはならない。治療や支援の質はできうる限り良いものであって、なおかつ標準化されているべきである。
- プログラムの準備性を高める：ひとつの機関、ひとりのスタッフごとに、より多くの疾患や社会機能の問題⁴⁾、当事者・家族のニーズなどに対応できることは望ましいとはいえ、決してたやすくはない。よって各機関・スタッフが対応できることを明確にしつつ、そのサービス展開の工程をあらかじめ当事者側に示したい。
- 治療と支援のチームをつくる：ひとりの医師のみでは当事者・家族のニーズにすべてこたえることは難しい。当事者・家族の孤立感を防ぎつつ、統合モデルを提供することは大切である。入院ケースにおいては退院前から可能な限り地域のスタッフも参加したい。入院治療と退院後

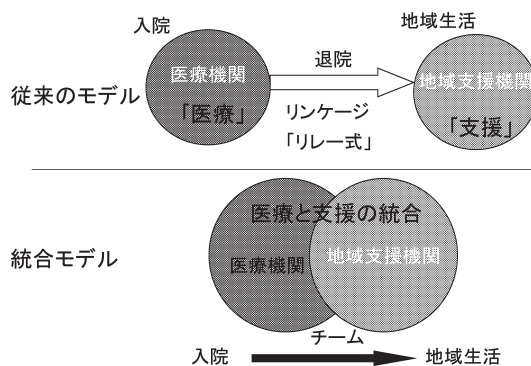


図2

の地域支援に“断層”を作らない努力が求められる(図2)。

- 当事者の心理に配慮しながら家族にもかかわる：臨床家が家族とのかかわりも深めようとする事は、個人情報取り扱いの問題を深めたり、家庭内のダイナミクスに少なくとも短期的には混乱をきたしてしまったりするかもしれない。しかしながら、家族が個別のケースに限っての“身近の専門家”として力をつけることの利益を大切にしたい⁴⁾。
- 治療・支援全般への“コンプライアンス(遵守)”ではなく、“アドヒアランス(積極性、熱心さ)”を高める：たとえば私たちが歯科治療を受ける場合、その目的は食事を楽しむことや間近にせまった海外旅行を堪能するためであり、自らの歯に侵襲を加えることではない。薬物療法であっても認知行動療法であっても、さらには消費活動を極力控え出納帳を毎日記載することであっても、これらはその後当事者に生活上の果実をもたらすことが保障されているからこそ当事者は能動的に努力を重ねるようになるのではないか。
- 結果をオープンに検討する：現在、たとえば外科領域などにおいて医療機関ごとの治療内容や成績が、多少の議論の余地を残しつつも公開される傾向にある。精神科領域における結果の表わし方は難しい。しかしながら地域や機関の特

徴といったローカルバリアを克服する努力をしたい。

- ライフスタイルへの着目：個別の生活目標を明確にするために、まずは(とくに入院が長期化している場合などにおいて)治療・支援のプログラムや地域の専門資源やより多くの市民の生活情報などについての詳細な情報提供を行いたい。「積極的傾聴」をしながら当事者の主観に基づいた念入りなケアアセスメントをしたい。そして発症前の生活体験と疾患克服後の希望するライフスタイルを「線でつなぎ」ながら、現在の資源配置を行っていくべきであろう。

〈今後の検討事項〉

- チームのあり方(コンセンサスの形成は必要か?)⁷⁾：OTPはコンセプトを明瞭にした統合モデルによるサービスであり、各スタッフはその所属機関が違ってはいても、OTPにおいて求められるコンセプトや介入技法に優先度をおいている(固いチーム)。一方で多くの治療・支援のネットワークでは、それぞれの機関(病院、地域活動支援センター、通所作業施設、保健所等)が独自の理念をもち、それぞれの特徴を活かしながら役割分担をしているであろう(ゆるいチーム)。
- 再施設化現象(re-institutionalization)の検討⁸⁾：超長期ケースなどにおける社会機能の問題の強固さがある場合、疾患や“障害”の克服に限界がある可能性は高いのかもしれない。しかしながら脱施設化後のあらたなサービス利用の長期化、固定化が再施設化現象をもたらしているとの見解もあり、以下を検討したい。
 - ◆エンパワメント

たんに本人のactivityを補助するだけではなく、リハビリテーションの枠組みにて機能を強化していくことが自立を促すし、この過程においては近年着目されている脳機能(認知機能)への調査・介入も考慮されるべきである。
 - ◆アウトリーチサービス

本人の生活の場面でみられる実際のactivity

に対して、その場での機能強化アプローチを行う (in vivo サービス) ことが望ましい。最近 UCLA などでは検討されている Individual Placement and Support Model (IPS) が描出している、より早い段階からの「社会参加」の有益性に今後は私たちもより一層留意すべきである。

- サービスモデルの明瞭化過程での困難を検討：いわゆる社会的入院者の退院促進に向けた取り組みが進捗してきており、各所の実践が多く報告されているが、それぞれの活動の理念（かかわる者の“動機”）や内容には相違がある。複数の活動を比較検討して優劣をつけることは本意ではないものの、日本における治療・支援をより一層推進させるためにもエビデンス提出の困難さを克服することとサービスの質の担保を進捗させたい。
- 精神科以外のサービスを検討：「ささがわプロジェクト」においても時間の経過においてみられていることであるが、当事者の高齢化と身体疾患が検討事項になってきている。この場合にはケースマネジャーの交代も含めたサービス体制の再構築も必要となる。
- 個人情報のとり扱い¹⁾：複数機関がかかわりを深めていく過程においては、従来の医師を中心とした“守秘義務の保持”の設定は現実性を欠くようになる。当事者に帰属する個人情報の利

用や共有のあり方について十分な検討と明確化が必要になってきている。

文 献

- 1) 江畑敬介, 前田雅英, 樋口精一ほか: 地域ネットワークの形成と守秘義務との関係に関する研究. 精神経誌, 105; 933-958, 2003
- 2) 慶應義塾大学精神神経科総合社会復帰研究班: 精神科リハビリテーション・ワークブック. 中央法規出版, 東京, 2000
- 3) Falloon, I.R., Montero, I., Sungur, M., et al.: Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. World Psychiatry, 3; 104-109, 2004
- 4) 三浦勇太: 家族からの危機コール. 精神科臨床サービス, 4; 538-543, 星和書店, 2004
- 5) 三浦勇太, 水野雅文: 再施設化をきたさない脱施設化方法の検討. 日本精神科病院協会雑誌, 26; 67-72, 2007
- 6) Miura, Y., Mizuno, M., Yamashita, C., et al.: Expressed Emotion and Social Functioning in Chronic Schizophrenia, Compr Psychiatry, 45; 469-474, 2004
- 7) 三浦勇太, 塩路望永, 安西里実: チーム形態とスタッフの技能についての検討. 精神科臨床サービス, 7; 576-582, 星和書店, 2007
- 8) 水野雅文, 村上雅昭, 佐久間啓編: 精神科地域ケアの新展開—OTPの理論と実際—. 星和書店, 東京, 2000