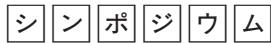


第 105 回日本精神神経学会総会



精神科チーム医療の視点で心理職に期待するもの

松田 ひろし, 鈴木 康一, 五十嵐 晃子 (医療法人立川メディカルセンター-柏崎厚生病院)

近年地域に拡大する精神科チーム医療の現場では、心理職の参加が強く望まれている。しかし、未だ活動の基盤はなく、時には事例の問題解決に支障をきたしている。

そこで当院で経験した、具体的に従来の入院でのチームアプローチ、地域でのアプローチの事例にふれ、さらに心理職の関与が必要と思われるいくつかの事例を紹介し、問題点を整理し、さらに心理職に期待するチーム医療スタッフからの意見及び心理職自身からの意見について報告する。

結果として、当院では精神科チーム医療を行っているスタッフは心理職の参加が充実した活動をするために欠かせないという認識を持ち、また心理職も国家資格を持つことによってチーム医療に参加し、きめ細かい支援が行えるようになって考えている。

<索引用語：精神科チーム医療，心理職，国家資格>

1. はじめに

近年精神科チーム医療は、その活動の場を入院のみではなく、在宅医療の一つとして地域に拡大しつつある。その実効性については疑問をはさむ余地はない。しかし、これらのチーム活動の中にあつて実際に心理職（以下、CP）が参加し、在宅支援を中心とする地域での活動を実践することは多くない。その要因としてはいくつか挙げられるであろうが、中でも CP が未だに国家資格を持たず、他の職種と共働できる基盤がないことにある。

そのことを踏まえ、昨年この学会で「柏崎厚生病院における心理技術職の活動」と題して発表した。そこで9名の CP のスケジュールや活動状況を報告し、また病院職員全員を対象として行った“CPに関するアンケート”の結果について次のように報告した。

「日頃の業務の中で、CP と関係する職員は少なくないにもかかわらず、CP には国家資格がないということを知っているものは半数以下の

42.5%であった。」

今回は事例を含めて精神科チーム医療を行っている現場スタッフの CP に対する意見や CP 自身の意見を取り上げ、若干の考察をする。

2. 心理職の関わる一般的な事例

従来よりの精神科チーム医療の現場は、精神科病棟の中が主であり、プログラムをもとに比較的時間をかけた治療及び社会復帰のためのリハビリテーションを行ってきた。そしてチーム医療のなかでの CP の関わりは次のような事例が典型であった。

事例 1. 33 歳，女性，統合失調症，両親・兄と同居

18 歳時，身体違和感と抑うつ気分の訴えにて初診。心理検査実施し，外来通院を開始した。25 歳時，急に「周囲の様子が変。芸能人が体に入ってくる」と述べ興奮し，1 ヶ月入院。退院後，訪問看護利用開始した。28 歳時，対話調の独語が

活発となり1ヵ月入院。31歳時、訪問看護を家族が希望し再開した。32歳時、地域生活支援センターの精神保健福祉士（以下、PSW）の訪問へ移行したが、数ヵ月後に精神運動性興奮が著しくなり、4ヵ月入院。33歳時、退院の数ヵ月後に再び興奮状態となり入院となった。

今回入院では、病院スタッフとの会話は乏しく、また母親への電話が頻回であった。まもなく本人から電話を受ける母親が常に不安状態となり、本人の状態もそれに左右されていることがカンファレンスで明らかになってきたため、精神症状が落ち着き始めた1ヵ月後より、作業療法と同時に、電話の回数を減らすことを具体的な目的として、CPによるカウンセリングを開始した。3ヵ月後に退院し、現在通院による作業療法とカウンセリングをそれぞれ月2回行っている。さらに母親に対してもPSWを中心として、心理教育を開始した。

3. 精神科チーム医療の在宅支援事例

近年、治療は比較的短期間の入院と在宅での療養及びリハビリテーションへと変化し、精神科チーム医療の主たる現場はデイケアや社会復帰施設を含めて、在宅や地域となった。そこでは当然、チーム医療のスタッフによるアウトリーチ活動が次の事例のように、十分なケースマネジメントをもとに可能となってきている。

事例2. 49歳，男性，統合失調症，知的障害，糖尿病，単身生活

19歳時、工事現場での落下事故により右指が不自由となり、身体障害者手帳6級を取得し、生活保護となった。父母はすでに亡くなり、一人の兄は本人45歳時に死亡し、もう一人の兄は他県在住。46歳時、グループホームに入所し、通院しながら病院のデイケアを4回/週、訪問看護を1回/週利用していた。しかし徐々に状態不安定となり、粗暴な言動が増えたため積極的なチームによる介入が必要となり、訪問看護・薬剤師及び管理栄養士を中心とするアウトリーチを本人の了

承を得て以下のように行った。

事前評価としては、(1)デイケア参加以外の日は、部屋に閉じこもりがちで便秘の訴えが多い、(2)服薬も不規則で病状が悪化している、(3)食事内容にも偏りがある。

その上で訪問により、薬剤師は服薬状況の確認と服薬指導し、管理栄養士は食事状況を把握し、栄養指導。訪問看護は生活情報の理解の向上を図ることを計画した。

長期目標として、(1)服薬の意識を高め、病状が悪化しないように服薬の継続と薬の自己管理ができる、(2)食事の大切さを理解し、適切な食事内容を学習することを挙げ、短期目標として、(1)きちんと忘れずに薬が飲める、(2)1日の食費の目安を学習する、(3)読み書きの能力の向上を図ることを挙げた。

〈指導内容〉

訪問し、状況を把握し、具体策を実行する。

①基本情報の説明：(1)わかりやすい言葉で行う、(2)漢字の読み書きが不自由なため文書は大文字で平仮名に変える。

②薬剤の整理：(1)内服薬は全て一包化とし、飲み忘れのないように服薬日を書き入れておく、(2)右手親指がうまく使えないため、粉末から錠剤に変更。使わなかった頓服薬数を確認し、次回の処方に反映させる。

③食品のカロリーを理解：食品成分の資料は理解できないため、半紙に大きく平仮名で単品で記入し、一食分を学習する。

④便秘対策：(1)簡単な「お通じ日誌」をつけてもらい、便秘の把握をする、(2)通じによい食事や食べてもらいたい手軽な食材を提案する、(3)便秘対策パンフレット等を用い、日常生活と食事のポイントを説明する。

以上の計画に基いて週1回の訪問看護に加えて、約3年間で合計25回にわたり訪問服薬指導を行って、また、10回の訪問栄養指導を行って、その結果カレンダーと服用日を確認しつつ規則正しい服薬が可能となり、病状も徐々に安定した。便秘の訴えも「お通じ日誌」をつけることにより、

自ら早めに対応できるようになった。また、体調と食事の関係を把握し、食事内容等にも気をつけるようになっていった。

4. 心理職の介入が望まれる事例

このようにチーム医療スタッフがケースマネジメントにより地域で十分対応できる事例は少なくなく、地域生活支援の強力なパワーとなっている。しかし次のように、精神科チーム医療の対象となって関わりを持っているにもかかわらず、CPの関与がないために対応に苦慮する場合がある。

事例3. 32歳、男性、知的障害、両親と同居

中学卒業後T作業所に通い始め、5年間継続。20歳時、自立訓練を開始したところ急に自室に閉じこもり、全く外出しなくなった。25歳時、家族の依頼により往診。

自室はゴミの山で入浴もせず、ひげや髪も伸びっぱなしで不潔。2回の往診後、PSWの訪問指導を指示した。2年後には訪問看護を開始。徐々にコミュニケーションがとれ始め、身の回りのことも行えるようになった。そして、自室の整理も自らできるようになっていった。田中ビネー式でIQ52(18歳時)との記述があるが、今後のスキル獲得のためにケースマネジメントが必要であった。そのために各種心理検査を計画しているが、そのための通院は本人への再三の説明にもかかわらず、拒否している。

次も同様にCPの関与の必要性が考えられた事例である。

事例4. 48歳、男性、適応障害、両親と同居

36歳時、当院初診し、ストレス反応と診断。内科的な検査は受けるも心理検査を拒み、その後数回来ただけで長い間通院していなかった。46歳頃、母が老健に入所したことをきっかけに、父より本人のこと(家庭内暴力・ひきこもり)でPSWに相談があった。再度医療介入に向けて支援を開始し、主にPSWの訪問を行っていた。た

だPSWが訪問していく中で発達障害ではないかと思うことがあり、医師に伝え、来院して心理検査を受けさせたいと考えるが、本人が来院を拒否しているため検査できない。現在、本人は医師の往診とPSWの訪問だけは受け入れている。自宅訪問中に心理検査を受けることができると、その後の支援の幅が広がり、その状態や病状にあった支援や関係機関との連携が取れるのではないかと考える。

5. チーム医療メンバーからの意見

チーム医療メンバーは、上述のような症例を通してCPの参加を期待している。

まず当院のPSWの意見を集約すると次のようであった。

『CPは地域医療に欠くことのできない専門職と考えるが、フットワークの良さがポイント。心理スタッフは従来、病院から本人の生活場面にに向くことが少なく、地域カンファレンス場面では訪問支援系のPSWやNsが持ってくる情報を基本に、心理検査も含めた患者の特性などのコメントをもらうことが多かった。これに関して何かしっくりこない感じがある。しかし、デイケアに勤務しているCPとチームを組んだ場合は、心理スタッフが本人と関わる場面も多いこと(デイケアの場面に限られるが…)や生活の一場面を心理スタッフが肌で感じ取れることもあってか、生きた情報(他の支援者も参考にできる情報、心理的視点による生活場面の情報)が多くなり、カンファレンスが充実する実感がある。今後は工夫が必要なケースについてはNs・CP・OT・PSWが交代で訪問や地域活動を実施し、支援の方向性を見出す必要がある。どのような場面においてもCPを含めた多職種でケースを見つめ、意見交換することが早期のリハビリには重要である。もっと地域の障害者や関係者のために力を発揮してほしい。そのためには生活場面をCPが肌で感じるために積極的にアウトリーチすることがポイントであろう。』

次に当院訪問看護からの意見をまとめると下記

のようであった。

『訪問看護をはじめ、ソーシャルワーカーやPT・OTによる地域医療については、診療報酬の改訂などがありながらも、比較的十分な評価をされつつあると思われる。その中において、現在CPにおいては明確な評価はなく、診療報酬としても算定困難な状態であると言わざるを得ない。

CPが今後資格化され、診療報酬での算定が可能となった場合において、訪問看護や他職種とのかわりの可能性として、(1)精神科領域での、初回訪問でのCPからのアセスメントなどを行うための同行訪問。(2)診察が困難な事例(強度の引きこもりや閉じこもり)についての訪問知能検査。(3)利用者の可能性の模索や目標点の設定などについての新たな調査。(4)癌や難病などの終末期(ターミナル在宅療養)での、訪問心理カウンセリング。(5)家族などに対して、病気や症状についての心理教育。また、レスパイト的な関わり。(6)包括的なサービス導入をしている際、CPからのスーパーバイズ的な関わり』が考えられる。

6. 心理職が国家資格を持つことにより、 チーム医療として何ができるか

国家資格を持つことにより、チーム医療の中でどのようなことができるようになるかについて、当院のCPに意見を求めたところ、次のようになった。

『現在役割分担が明確になっているチーム医療の中で、医療現場を拠点に他職種と連携し、地域に向けて日々の生活に近いレベルでより丁寧にきめ細やかに援助できる可能性はあると思う。援助方針を決めていく上で、臨床心理学的アセスメントを含め、ひとりの人をより丁寧に見立てること、アセスメントの結果を他職種にわかりやすく伝え

ること、そしてチームで動いていくことは地域に向けて援助するにあたって、更に重要となるのではないかと。現在行っている業務が保険点数で保障されることにつながる』。

さらに病院で働くCPとして、国家資格についてどう考えるかについては、次のようになる。

『CPが国家資格化されることにより、活動の場が広がり、社会的に認知されるのではないかと。利用者・クライアントの立場としては、法的なバックグラウンドがあると、より安心につながるのではないだろうか。責任性が明確になり、業務において心理検査のバッテリーを組む際や面接をどのようにしていくかといった方針など、独立性がより発揮されるのではないだろうか』。

7. まとめにかえて

病院内外で行っている精神科チーム活動や事例を通して、CPの必要性及び国家資格化に対する現場の様々な意見について述べた。そしてチーム医療をより充実させるためにも、CPの参加が欠かかえず、そのための国家資格化も必要であるとの意見を得た。

しかし国家資格化は最終目標ではなく、あくまでも出発点にすぎない。患者の病気からの回復や、機能の改善を目的とするのみではなく、より安心して、より安定した生活ができることを目的とするならば、CPもスペシャリストとしての技量を高めるだけでなく、「生活作り」の手伝いをする何でも屋であることも今後ますます大切となる。

「生活作り」は、本人・家族・地域とCPを含めた多くのスペシャリストのコラボレーションにより成立するのである。