

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

求められるチーム医療実現のために

西園 昌久 (心理社会的精神医学研究所)

精神科病院の急性期病棟に入院してくる統合失調症患者の半数は再入院である。再発が繰り返されれば、回復が遅れ、療養病棟などで長期入院になってしまう。再発防止には継続診療の必要性和有効性が明らかにされ、当事者ならびに家族への心理教育、SST、集団療法などの実施が奨められるが現実には徹底していない。現在、急増するうつ病にしても、いったん症状が治った後、50%は再発し、再発を3回繰り返すとその80%の患者は慢性化してしまうといわれる。WHOのワールド・ヘルスレポート(2001)でもうつ病群は「生活障害」を来す疾病の筆頭にあげられている。うつ病の再発防止には薬物療法ばかりでなく、ライフスタイルの改善、家族関係や職場環境の調整が必要である。現在、全国的に精神科クリニックは急増している。

このようなニーズに対応して、現実に、かなりの精神科病院や精神科クリニックで心理士が常勤・非常勤で業務に従事している。しかし、国家資格がないので、業務についての主体性・責任性がないまま、身分も不安定である。心理職に求められる業務は先に例示した現行臨床場面で必要なものに欠落しているもの、すなわち、心理診断、当事者ならびに家族などへの心理教育、カウンセリング、サイコセラピー、SSTなどである。当然それは精神科チーム医療というシステムの中で行われるものが原則であろう。

心理職の国家資格化の早期実現を求めるとともに、真に求められるチーム医療を実現するには、本学会が精神科医自身、ことに精神科専門医教育の段階でチーム医療についての理解と能力を修得する機会を設けることを望みたい。

1. 現在の精神科医療における治療転帰と必要な対策——精神科チーム医療の必要性

WHO⁴⁾の「世界保健リポート」(2001)によると、表1に示すように、「障害調整生存年数」(生活障害)の長い順に並べると、主要疾病20種類のうち、6種類は精神障害が相当するという。世界的に精神障害の治療重要性和その難治性が明らかにされているのである。それら6種類のうち、主なものをさらに検討すると次のようなことがいえる。

統合失調症については、退院した患者のほぼ50%が1年以内に再入院する。初発患者の80%は5年以内に再発し、自殺の生涯リスクは10%であり、QOLも悪く、競争のある職種に就く可能性は20%以下となっている(Weiden, P.,

1996)。必要かつ望まれる対策は、まず再発防止である。それには、継続診療、それを実現するための当事者とその家族への心理教育、そしてSST、集団療法、デイケアなどへの参加が奨め

表1 「障害調整生存年数」(生活障害)の
主要原因(20障害のうち)

順位	障害名	頻度
2	単極性抑うつ障害	8.6
5	アルコール乱用障害	3.0
6	自傷	2.7
8	統合失調症	2.6
9	双極性障害	2.5
20	パニック障害	1.2

(両性, 15~44歳)

WHO: World Health Report, 2001

表2 第5回「臨床心理士の動向ならびに意識調査(2007, 7)」報告書—2009, 3—
(抜粋) 臨床心理士協会 14,661人中10,157人(69.3%)回答

1. 主なる勤務領域	保健医療 28.3%, 教育領域 23.7, 大学・研究所 17.4, 福祉 12.3, 私設心理相談 3.7, 司法 3.7
2. 1人あたり勤務領域数(複数にまたがる; 1領域 47.5%, 2領域 28.3, 3領域 15.7)	教育 5,090, 保健医療 4,615 (45%)
3. 勤務機関数(1人あたり)	1機関 34.5%, 5か所以上 12.9%, 病院・診療所 3,670人(36.1%)
4. 平均勤務日数(日/週)(保健医療機関に限る)	病院・診療所 3.2, 精神保健福祉センター等 1.5, リハビリテーション老人保健施設 1.2
5. 業務内容	臨床心理面接 88.1%, 臨床心理アセスメント 81.1, 臨床心理地域援助 67.7, 臨床心理研究 43.9

(足田病院, 岡秀樹氏提供)

られる。

うつ病については、いったん寛解しても50%は再発し、3回再発を反復すると80%に症状の慢性化が生じるとされている。また、自殺の生涯リスクは15%といわれる(Mueller, T.I., 1999)¹⁾。必要な対策は、再発防止、ライフスタイルの改善、家族関係、職場関係の調整・改善である。

思春期から若い成人層に多発しつつある境界性あるいは自己愛性などの未熟性パーソナリティ障害については、治療を引きうける精神科医療機関に限られる。治療スタッフの養成が必要であり、治療的対応は構造化された精神療法と集団生活体験を提供することである。

以上のように、精神科治療による転帰の実態とあるべき治療的対応を考えると、精神科医療における疾病モデルは生物-心理-社会的統合モデルであらねばならない。現在、神経科学の発達によって、それぞれの精神障害の脳機構が次々に解明され、またそれらに基づいて向精神薬の開発が進み、製薬資本の攻勢も急である。精神科医はそれら生物学的精神医学のもたらす情報の学習に追いつてはいるが、「心のない精神医学」であっては困るのである。心理的次元についていえば、治療者患者関係の考慮なしには本来、あるべき精神科治療はなりたたない。精神療法も今日では多種多様となり、その進歩も著しい。精神療法専門家になる訓練もきびしい。しかし、一切薬を使わない、いわば「脳のない精神医学」では患者が不幸であ

る。また、精神障害を患った人びとは、ことに病態が長びくとさまざまな生活技能が障害され、社会的孤立に陥入る傾向がある。それには、現在では、SST、作業療法、各種集団療法が発達している。それらが適切に提供されねばならない。「生活を無視した精神医学」では患者の社会参加はおぼつかない。さらには、精神科医療には、福祉を支える政治・経済、また、コミュニティの変容や偏見など生活環境の問題も無視できない。つまり、精神科医療の実践は本来、チーム医療と地域関係機関とのネットワークがあってはじめて、患者本位のサービスを提供できるのである。

2. わが国精神科医療の中で、現実心理職はどのように働いているか

これまで述べてきたニーズの増大のために、現実には、かなりの精神科病院や精神科クリニックで心理士が常勤もしくは非常勤で業務に従事している。臨床心理士協会(2009)は、第5回「臨床心理士の動向ならびに意識調査(2007, 7)」報告書を発表している。その報告書の調査項目の内容は広範囲にわたるものであるが、それらの中から精神科医療に関わるものだけを抜粋し、表2に示した。同協会に所属している臨床心理士の総数、ほぼ15,000名、そのうちこの調査に回答した人、ほぼ10,000名、ほぼ70%の会員から報告されたことになる。

①まず、臨床心理士の「主なる勤務領域」につい

てみると、保健医療、教育領域、大学、研究所、福祉、私設心理相談、司法など多方面におよんでいる。その中でも、保健医療（28.3％）と教育領域（23.7％）が最も多い。前者は主に、精神科病院あるいは精神科クリニックであろう。

- ② 1人あたり勤務領域数を見ると、1領域47.5％で、複数の領域で働いている人が過半数である。現に保健医療領域での業務に従事している人が4,615名（45％）である。
- ③ 1人あたり勤務機関数を見ると1か所は34.5％で、2か所20.5％、3か所13.7％、4か所9.4％、中には5か所以上12.5％であった。病院・診療所に勤務する総数は3,670人（36.1％）。このように、複数の機関に勤務する職種は、精神科病院・精神科クリニックでは他にみられない事実であろう。
- ④ 平均勤務日数（日/週）も病院・診療所で平均3.2日。つまり、中には常勤もあるであろうが、多くはパート勤務である。
- ⑤ 業務内容は、臨床心理面接と臨床心理アセスメントが圧倒的に多い。

以上の事実から危惧されることは、その必要性から、わが国の心理士総数のほぼ40％の人が精神科病院ならびに精神科クリニックに勤務している。しかし、国家資格がないため、身分が不安定、従って経済的にも不利、当然、複数の領域や機関で業務に従事することになる。業務は臨床心理面接と臨床心理アセスメントに集約されているが、これらの業務内容も精神科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士などとの必要な情報交換があってはじめて妥当なものになる性質のものである。情報交換の時間的余裕がないと、チームから離れたところで業務に従事することになりかねない。精神科医療の中での心理職の必要性は、国家資格がなくとも多くの医療機関が心理士を採用していることから明らかであるが、国家資格がないために生じている心理士の身分ならびに経済生活の不安定性がもたらしているチーム医療の中での心理職のアイデンティティの得がたさは好ましいことではない。心理職の国家資格化は速やかに実現さ

れるべきである。

3. 精神科医療の中で心理職に期待される業務

精神科医療の中で心理職に期待される業務を項目別にみてみよう。

1) 心理診断（心理テストを含む）

現行DSM-IV-TR、あるいはICD-10など操作的診断基準が重用されるようになって、相対的に、生活史、発病の契機あるいは状況、パーソナリティとその発達上の問題、患者の家族や環境との関係などの情報を収集して、患者の個別性を理解する努力は減少しているように考えられる。また、心理テストの活用は診断や治療経過での変化の確認のために貴重である。心理テストには、質問紙法、作業法、投影法の3種類があり、それぞれにいくつかの方法がある。例えば、投影法にはロールシャッハ法、TAT法、あるいは絵画-欲求不満テストなどである。こうした心理テストは一定の訓練を受けた人によるものであってはじめて信頼性が得られるものである。また、現在では、精神科医が知能テストの実施訓練を受ける機会さえほとんどないように思われる。

2) 当事者ならびに家族への心理教育

主治医は当然、当事者すなわち、患者ならびにその家族に対して、インフォームド・コンセントの理念にもとづき、必要最低限の説明は行っているのであるが、精神障害の性質上、多くの場合に疾病否認がみられ、そのために服薬その他のアドヒアランスが得られないことが多い。そのために、いったんは寛解した精神症状が再燃することはよくみられることである。理念的には、当事者ならびにその家族に対する心理教育は、精神科医療にとって重要である。主治医レベルでの心理教育は不可欠であるが、当事者あるいはその家族への個別的あるいは集団的しかも予めスケジュールを組んだ構造化された心理教育が繰り返えしなされることが期待される。心理士がそれを担当することは現状を格段に好転させることになろう。

3) カウンセリング・サイコセラピー

先に引用した臨床心理士協会の実態調査報告でも明らかのように、国家資格がなくて身分が不安定の中でも、業務内容で最も多いのは「臨床心理面接」であった。当事者ならびにその家族の多くは、「聴いて欲しい」「理解して欲しい」思いを潜在的、あるいは顕在的に持っている。それらの要望に恣意的に答えるのでは治療にならない。主治医ができない場合には専門的訓練を受けた人が担当することが求められる。精神医学的管理を精神科医が、必要な心理的治療を他の治療者が担当する AT スプリット方式が考えられる。AT スプリット方式を分担療法とよんでよいだろう。その際の治療者は別の精神科医であることもあるし、心理士であることもあるだろう。いずれであっても、精神療法についての一定の訓練を受けていて真に患者に必要な事柄に応じられる能力が求められる。

4) 集団療法あるいは集団精神療法

患者がリハビリテーション段階で社会適応性を獲得あるいは回復し、さらにそれが内的成熟まで及ぶには、集団療法あるいは集団精神療法は不可欠といえるほど重要である。それは症状の再発・再入院を防止するのも効果的である。それを担当する専門職としての心理士への期待は大きい。

5) SST (Social Skills Training)

世界精神医学会の機関誌の誌上フォーラム“統合失調症のリハビリテーション”で、チューリッヒ大学の Rössler, W. (2006)²⁾ は、最も有効な手技として、① SST によって関係性を築くこと、②心理的支援によって家族の燃えつきを防ぎ、関係性を維持することの2つをあげている。SST は日本 SST 普及協会の活動で全国的に広がっているが、SST の原理と技法の性質から心理士が担当するのに最も適わしいと考えられる。

6) 病棟やデイケアの治療雰囲気や患者の QOL の測定

患者が生活する病棟やデイケアなどの治療の場

の雰囲気は患者の QOL と強く関連する。ことに慢性患者が入院している療養病棟では、企画されている行事には比較的元気なよい人は参加するが、それ以外には、人と会話することもなく無為に近い状態で長年過ごす人も少なくない。この傾向はデイケアでも同じで、参加してはくるが施設の片隅で一日の時の流れを待っている人もないとはいえない。治療の場が患者本位になっているかどうか治療環境のアセスメントは重要なことである。同時に患者の QOL アセスメントをして、治療チームの活動計画作成のための資料をして提供することは心理士の職務として期待されることである。

心理職が国家資格化されていないために、必要なサービスの提供ができていない実例を精神科デイケアの実態についてみてみよう。図1は、日本精神科技術協会が報告(2008)した、精神科デイケアに関する実態調査の結果を示したものであるが、28施設からの報告では、なされている活動のうち、文化系あるいは運動系のレクリエーションプログラムは半数から3分の2を占めるが、現在、リハビリテーションを進める上できわめて重要とされている心理教育(当事者20.8%, 家族5.4%), SST (17.3%) はきわめて低率なのである。精神科デイケアの目的は精神障害者のリハビリテーションを実現することであり、そのために必要で有効とされるきわめて重要なプログラムがごくわずかな施設でしかなされていない。これも、心理職がないための結果であろう。

4. 精神科チーム医療と精神科医の アカウントビリティ (責任性)

本学会が真に必要な精神科チーム医療の実現のために、心理職の国家資格化を求めることは当然のことである。同時に、望ましい精神科チーム医療とはどのようなものなのかが明らかにされることが必要と思われる。それは、いくつかの職種を寄木細工的に集めたものでは決してない。

精神科チーム医療の目標あるいは業務を羅列す

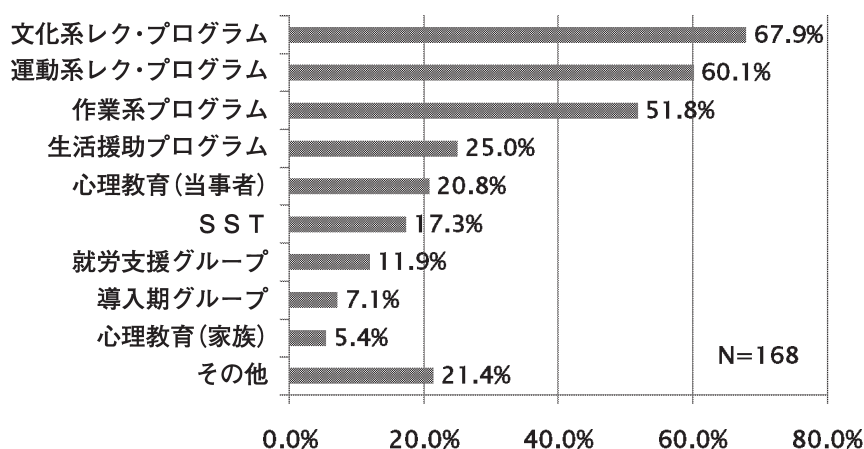


図1 精神科デイケア実態調査：利用していたプログラム（複数回答）

その他：集団調理プログラム，身体的管理のプログラム，集団精神療法，断酒継続のための学習，ALプログラム，麻雀，カラオケ，絵画，書道，陶芸，散歩，飲食会，ミーティングなど（日本精神科看護技術協会：精神科デイケアの利用に関する実態調査 28施設からの回答，2008．福岡病院 渡辺真理子医師提供）

ると次に掲げることがあると考えられる。

- ①多面的診断アセスメントと治療方針のチーム内での明確化と実施
- ②患者の人権と人間性の尊重
- ③患者中心の治療環境の整備と提供
- ④患者との必要な面接
- ⑤集団活動一可能なら患者参加のコミュニティミーティング
- ⑥各職種のアイデンティティの尊重と協調，具体的には各職種による患者アセスメントとそれぞれの作業目標，その成果など必要な情報の共有，吟味あるいは確認するためのスタッフミーティング
- ⑦家族からの情報収集と心理教育ならびに地域関連機関との連絡

こうした精神科チームによる多面的な活動にはチームリーダーが必要になる。精神科医がその任になることになるが，精神科医はそのような責任（アカウントビリティ）を果たす能力を身につける訓練がなされている必要がある。筆者は所属する研究会で精神科病院あるいは精神科クリニックの心理士から精神療法についての症例報告をきく機会を持っている。その際，しばしば憂慮に耐えないと思うことは，精神科医の中には，患者の内

心の葛藤に巻き込まれることを嫌ってか，自身では薬で処方するだけで厄介なことは心理士に“丸投げ”しているとしか思えないことがあることである。また，心理士の方も主治医である精神科医とは一切意見の交換なしに心理面接が進められていることが少なくないことである。精神科医がチームリーダーとしての知識・技能・態度を持って責任性を発揮するには，本学会が精神科専門医教育の段階で精神科チーム医療についての研修の機会を設けることが必要である。

文 献

- 1) Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., et al.: Recurrent after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. The American Journal of Psychiatry, 156; 1000-1006, 1999
- 2) Rössler, W.: Psychiatric rehabilitation today: An overview, World Psychiatry 5 (3); 151-157, 2006
- 3) Weiden, P.: Atypical antipsychotic drugs and long-term outcome in schizophrenia, Journal of Clinical Psychiatry, 57, Suppl; 53-60, 1996
- 4) WHO: World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO, Geneva, 2001