

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——

モデルプログラムとそれを支えるスタッフ研修の提案

池淵 恵美

心理社会的治療のモデルプログラムとそれを支えるスタッフの育成について考察した。モデルプログラムでは当事者や家族の希望・価値観を重視し、リカバリー（回復）を支援することを目標とし、多職種チームに属する個人治療者が、入院、外来、デイケア、アウトリーチにわたり継続して人生の支援を行う。多職種チーム（地域生活サポートチーム）は共通の理念を当事者のリカバリーに置き、主体的な生活の場が確保されていること、本人が自分の力で選んでいくことを保証する人生の選択肢が豊富に準備されていること、仲間集団があり、リカバリーのモデルの存在にふれることができることを保証していく。多職種チームに求められる技術は、援助関係を確保・維持する、精神障害についての見通しを得るための心理教育、不安・苦痛・絶望や、症状に対処していくツールとしての認知行動療法、仲間をはぐくむ技術、生きがい・人生を支援するケアマネジメント、ほかの治療システムと連携する技術などである。有効で実践的な地域生活サポートチームを育てていくためには、チームに治療の責任性を付与し、アセスメントの技術を養成し、トレーニングの機会を保証し、治療全体やチームの運用をモニターしていくシステムが必要である。メンターやよき治療モデルの存在が求められる。

<索引用語：リカバリー（回復）、心理社会的治療、ケアマネジメント、多職種チーム、スタッフのトレーニング>

1. モデルプログラムの基本的な枠組み

本論は、心理社会的治療のモデルプログラムとそれを支えるスタッフの育成について議論を深めるために企画されたものである。その背景として、心理社会的治療については多くのエビデンスが集積されており、治療ガイドラインでも認知行動療法や家族心理教育など、さまざまなプログラムの実施が推奨されているにもかかわらず、医療機関でこうした心理社会的治療は、十分行われていない現実がある。その理由としては、急性期における薬物療法に力点が置かれていること、心理社会的治療は教科書や出版物などで学んでも実際に実施するには体験学習が必要であり、技術研修を行わなければならないこと、エビデンスのある心理社会的治療プログラムはかなりの時間とマンパワーが必要であること、などがあげられる。そこで

本論では、どのような心理社会的治療を一般の医療機関で組み立てていくことができるかについてまず考えてみたい。その論考の際に基本的な前提となるのは以下の事柄である。

- 1) 当事者・家族と連携し、そのリカバリー（回復）を支援することが目標である。
- 2) 個人支援の専門家（personal support specialist⁸⁾）が基軸となる。
- 3) 縦断的支援（人生の支援）と横断的支援（入院、外来、デイケア、アウトリーチ）を行う。
- 4) 当事者・家族の希望・価値観を重視して、社会的能力のアセスメントに基づいた支援を行う。
- 5) 回復のプロセスに応じて、エビデンスのある心理社会的プログラムを提供する。ただしニーズに応じた包括的支援を優先し、定式化し

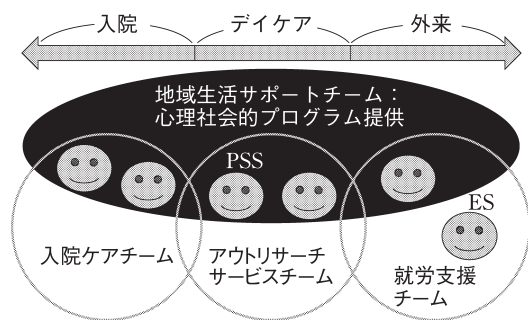


図1 多職種チームの構造

たプログラムを厳密に行うことにはこだわらない。

- 6) 回復のモデルとなりまた支え手ともなる，当事者・家族の仲間づくりを支援する。
- 7) 地域のさまざまなサービスと連携し，自己完結しない。

2. Personal Support Specialist (PSS) の役割

当事者のリカバリーを支援するといっても，当初から本人に何か目標や道筋があるわけではないことがほとんどである。むしろ挫折感や絶望に打ちひしがれていたり，願望の中に逃避してしまっていることも多い。生き生きした目標を持つためには，長期的にかかわっていく伴走者——仲間や家族や個人治療者——が重要である。個人治療者については，主治医であっても，ケアマネジャーであっても，作業所のスタッフであってもよい。精神障害があると人とかかわることがしばしば困難になるが，内面的に深くつながって苦しみを支えながら，同時にさまざまな生活支援のインターフェイスの役割をするのがPSSである。具体的には，どのようなストレスによって精神症状が悪化または改善するか，スキルと価値観などを把握し，家族や関係者の状況もつかんで，支援の道筋をチームと共に創る。当初は本人の持っている力や希望が見えなくても，徐々に機能回復を支援し，それとともに思わぬ力が発揮されたり，それまで

語られなかった本人の希望が出てくる。そして本来の人生の回復への道のりを進めるようになる。そうした長期的なかかわりを行うのである。

統合失調症でも双極性障害でも，障害の否認がしばしばみられて，支援する側にとって，現実的な支援目標を合意しにくい。衣食住など，目の前の生活支援をすることはできても，「一緒に目標や生き方を定めて連携していくこと」が難しい人は多い。現状に甘んじることができず，夢を持って危険とも見える賭けに出やすい人，自身の殻から出ようとせず，空疎に見える自閉的な生活に閉じこもる人などがその例である。まずは一緒に合意できる遠い夢から始まって，少しずつ現実の成功を積み重ねていく。こうした人たちと「主体的な意思決定」を進めるには以下の心理・社会的技術が必要となる。

- ・当事者や家族のバックグラウンドや病歴など，個人史を把握し，その人の人生を思い描きつつ支援を行う。
- ・内面に深くかかわり，本人のこれまで培ってきた価値感や希望を見出し，挫折からの救出のプロセスを主導する。
- ・心理教育や認知行動療法など，治療プログラムの適用や進行を実施・支援・モニターする。
- ・ほかの資源とのインターフェイスを担い，包括的なニーズが満たせるように調整する。

3. 多職種チームの構造

包括的・継続的なりカバリー支援を保証する治療構造が必要である。具体的にはPSSが所属する多職種協働チーム（生活支援サポートチーム，図1）で，入院，デイケア，アウトリーチ，就労支援などと有機的に連携しながら，さまざまな心理社会的支援を提供する。その中で医師の役割は，チームの1メンバーとして診断，薬物療法を担当するほか，チームリーダーとして包括的な治療を統括してゆくことが多い。家族は重要な治療のパートナーとして考えるべきである。

生活支援サポートチームの中で，心理社会的治療計画の策定を患者ごとに行う。この治療計画は

回復過程にそって節目ごとになされるべきで、同時に治療の進行や治療チームの状態についての監査機能（定期的なケースカンファランス、治療集団全体の管理運営会議、患者全体についての治療計画に沿った統括的な検討会議、家族や患者の意見を反映させるシステムなど）によって、有効かつ継続的な機能を担保する。こうした仕組みにより、組織の活性化と形骸化の防止ができる。

4. 多職種チームの基本理念

初めに触れたように多職種チームで共有する基本理念は、リカバリー（回復）と人生の生きがいを支援することである。リカバリーは、障害があっても、その人それぞれの豊かな人生を送ることを目指すプロセスであり、ゴールでもある。どのような障害があるかにかかわらずリカバリーすることは、当事者や家族に知っておいてほしいし、スタッフもまた「回復することが可能であること」を信じている必要がある。支援者の希望を失わずあきらめない態度は、有形・無形に支援の質を大きく左右する。しかし、治療の困難が予想される重い障害を持っている人でも、また自身の障害を否認している人であっても、その人なりの回復があることを信じることは、言うはたやすいが実際には難しい。リカバリーは短期間では起こらないし、治療効果のあるプログラムに参加すれば進展するという単眼的なものでもないからである。私たちは日常の現場の中で、目の前の症状や苦痛や生活の困難に目を奪われ、当座をどう切り抜けるのかを考えて、長期的な展望を忘れてしまいやすい。わかりやすい例でいえば、いつも異性問題で混乱する人に対して、病状悪化につながるように感じて異性への思いに対して否定的態度をとったり、場合によってはとりあえず薬物増量でその場をしのごうとしたり、そうでないにしても当面は異性の課題は時期尚早として棚上げしてしまうなどのことが、よく見られないだろうか。異性で混乱する人は、そこに価値を感じるから混乱しやすいのである。その裏にある本人の希望をくみ、異性の課題へのチャレンジを保証し、実りある成

功体験となるようサポートするなど、長い視野のもとで当面の支援をくみだてていくことが必要になる。

当事者が主体であることも大切な基本理念である。支援する側が障害と一緒に背負って、その困難さに絶望的な気持ちになることは、真摯な専門家であればおこりやすいし、経験の浅い専門家はしばしばそうしたことを体験すると思う。そして結果的に専門家が力んで主客転倒することもおこる。専門家は様々な力を提供するけれども、荷物を背負うのは本人で、前進可能性をそばで信じるのである。

リカバリーを支援しようとするとき、どのような「場」でそれが行われるのか、ということは本質的な問題である。たとえば閉鎖的な治療環境で、支援する側とされる側との間に明確なヒエラルキーが存在するような場においては、リカバリーの考え方は空念仏になってしまうだろう。「場」の条件は3つある。主体的な生活の場が確保されていること、本人が自分の力で選んでいくことを保証する人生の選択肢が豊富に準備されていること、仲間集団があり、リカバリーのモデルの存在にふれることができること、である。わが国で優れた精神障害リハビリテーションの実践が行われている所をみると、こうした「場」の条件が満たされており、またそれを満たすべく支援する側の努力が行われている。

5. 多職種チームに求められる 心理社会的治療の技術

以下の技術が必要である。

- 1) 自ら意思決定することを援助し、当事者が主体となるための技術
PSSの役割についての項で、この技術についてはすでに触れた。
- 2) 継続的に回復を支援していくために援助関係を確保する技術
よい治療を行おうとしていても、治療から独立して自分で問題を解決したいとの志向や、薬物療法に拘束されたくないとの感情や、治療に満足し

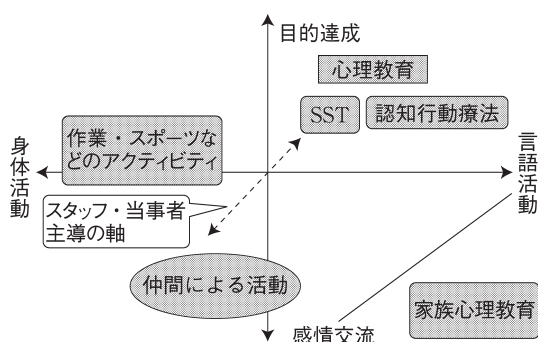


図2 心理社会的治療プログラムの特性についての3軸による分類
回復プロセスに応じてタイムリーに提供する

ていないとの意識が脱落を促しているとの報告がある⁹⁾。また別の調査²⁾では、患者は仲間との交流、親密な交際、心理的な苦痛を挙げる一方、専門家は精神病症状と日中の活動を挙げ、隔たりがあった。これらの報告は、専門家の側とのギャップから支援から脱落しやすいことを示している。社会生活の目標は再発防止などの医療側から見た目標よりも、ずっと当事者の実感を持った協働のゴール設定がしやすく、支援関係を維持することに役立つ。

3) 精神障害についての見通しを得るための心理教育

心理教育は知識提供とともに、支援する側とされる側とが一緒に地平に立って、見えてくる外在化された困難に対処していこうとする治療構造を持っているので、精神障害を持ちつつ生きていくうえで役立つ「地図」を提供することができる。初期のころ、孤立感や恐怖感に襲われてたたずむとき、また回復の兆しが見えないまま先を焦って絶望的になるとき、そして慢性期のあきらめや失望のときに、見通しのきく地図は重要な助け手である。

4) 不安・苦痛・絶望や、症状に対処していくツールとしての認知行動療法

統合失調症に限らず、認知療法に共通の技術として、日記などを用いたセルフモニターを実施す

る、症状の成り立ちや性状を検討し、症状のもたらず認知-行動-感情の関係を共有する、対処方法を協同で探しその習得を図るなどの認知行動療法の技術は、支援する側とされる側の共同作業のツールとなる。こうした知識や技術をわかりやすい概念図や言葉にして、患者と共有する認知行動療法の方法論は、普段の生活の中で、自分で考え行動することを援助しようとする地域ケアの理念を体現する技術と考えられる。

5) 仲間をはぐくむ技術

よい仲間のいるところにリカバリーが生まれてくるし、モデルとなる先輩の姿が、リカバリーへの道を進もうとする力を呼び覚ます。仲間集団をはぐくむためには、セルフヘルプグループについての知識と運営技術があったほうがうまくいくし、専門家が運用する場合には、支援する側が主体となれる集団運営の技術や、チーム運営技術が必要である。

6) 生きがい・人生を支援するケアマネジメントなどの技術

当事者や家族と信頼し合える関係を継続しつつ、希望を引き出し、持てる力と不十分な点や、周囲の状況をアセスメントし、必要な支援を直接行ったり、紹介や調整を行うなど、個人支援にかかわる、連携・評価・支援計画の策定・支援・モニターを行う一連の技術である。

7) ほかの治療システムと連携する技術

入院当初から、家族をはじめとする支援環境を維持・強化し、デイケア、訪問看護など外来で使える医療サービスや、地域の福祉サービスとの連携を常に行う。地域でのサポートを担当する、専門職と連携し、地域ケアの関係者が入院中からかわることを援助する。合同のカンファランスなどの交流を行う。

6. 心理社会的プログラム

回復過程を評価しながら、個別の介入から集団プログラムへ、身体的介入から言語的介入へ、課題指向性から感情交流志向性へという軸にそって、心理社会的プログラムを提供する⁴⁾ (図2)。回復

当初は個別に簡単な身体活動などを行うが、徐々に集団で言語を用いた社会交流が可能となるように、治療を進めていく。病棟としては、常時集団での心理社会的治療プログラムが行われていると、治療を随時提供できるだけでなく、病棟環境を治療的なものにすることや、スタッフのトレーニングに役立つ³⁾。基本プログラムとしては、家族心理教育、作業療法、心理教育および SST、レクリエーション活動などがある。

心理社会的治療は多く集団で行われる。個人は何らかの集団に属してその中で役割を果たすことで社会生活は行われるので、集団場面での機能回復が必要であるし、そうした場がないと社会的機能のアセスメントも難しい。また仲間から受けるサポートや、仲間から学ぶ観察学習も、回復にあたってきわめて役立つ。入院病棟やデイケアなど、治療的な集団は温かく保護的であると同時に、機能回復に役立ついろいろな役割が用意されていることや、ストレスがかかる状況になったときに治療者が介入できることが要件となる。また周りに回復していく人がいるのか、つまり集団が次のステップに向かって開かれているのかどうか、治療の場の有用性を左右する。

統合失調症の転帰研究の専門チーム (the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team⁷⁾) は、これまでの効果研究を体系的にレビューし、エビデンスのある治療方法を推奨しているが、そのうち心理社会的治療については、家族介入、援助付き雇用、包括的地域生活支援 (Assertive Community Treatment)、対人および日常生活のスキルトレーニング、薬物療法抵抗性の精神症状への認知行動療法を志向した精神療法、トークンエコノミーなどを推奨している。エビデンスのある心理社会的治療は、理論的にはストレス-脆弱性モデルを背景に bio-psycho-social な視点に立脚していること、方法論的には認知行動療法の影響を受けていること、心理教育など患者と家族への情報提供と医学モデルに基づく共同治療者としての関係づくり、服薬や症状への対処など他の治療法との連携をにらんだ援助に特色があ

る。Fenton ら¹⁾は、有効な心理社会的治療は共通の概念的枠組みを持っていると指摘し、統合失調症の生物学的な本態についての教育を重視する (疾病概念の共有)、信頼、ラポート、関係性の基礎の上に行われる、本来の対処能力の強化を行う、可能な支援をすべて動員する、治療過程において、家族を同伴する仲間とみなす、患者の個性にそって、修正を行うことができる、患者と家族の関心や、彼ら自身の目標を治療の中心にすることで、エンパワメントをはかることなどを挙げている。

こうしたエビデンスのある心理社会的プログラムについて往々にしてある誤解は、プログラムを実行すれば、誰に対してもそれで満足すべき治療となるという考え方である。どの心理社会的治療プログラムもそれぞれ標的となる臨床指標が限られており、個人によって必要な介入は異なる。またエビデンスのあるプログラムはいずれも、標的を定めて単独で実施する比較対照研究で実証されており、総合的なアウトカムの改善を目指す包括的な介入についての検証は行われていない。しかし現場で必要とされるのはまさにそうした、個人人の多様で総合的なニーズにこたえられる包括的な介入なのである。もう一つ議論すべきであるのは、こうしたエビデンスのあるプログラムはいずれも多くのマンパワーと時間が必要とされることである。現場の実情からして、エビデンスのあるプログラムを複数運用することは限界がある。このように考えてくると、病棟や外来でどのような心理社会的プログラムをどう組み合わせ提供すべきであるのか、実証研究の中では十分な回答が得られていないことがわかる。厳密な実証研究というよりは、提供されている個々の心理社会的治療の質について、適切にモニターする方法や指標の開発が求められているし、そうした質的なモニターの実践を積み重ねたうえで、量的な分析をすることで、望ましい包括的な介入の内容についても明確な回答を示していくことが今後は望まれる。

7. 多職種チームの成長をどう保証するか

すでに述べてきたような有効で実践的な地域生活サポートチームを育てていくためには、以下の諸点がポイントであると考えている。

1) Responsibility：関係づくり、アセスメント、支援まで一貫したサービスに責任を持ってかわられる体制。これまでの医療はしばしば、顕示的には医師を頂点とした意思決定過程があり、潜在的には医師対看護師集団という構造が多く、コメディカルスタッフは治療の中核になかなか入り込めないことが多かったように思われる。わが国ではデイケアで初めて多職種協働チームが機能した⁶⁾と思うが、それでも個別の治療計画を立てて、長期的な転帰にかかわるところまで行われることは少なかったように思う。しかしPSSが成長して多職種チームが機能するようになるためには、そうした治療の責任を一貫して負っていく経験が必要であるし、そうした責任性を保証するシステムである必要があると思う。

2) Evaluation：治療に責任を負うには、生活や生きがいを含めた、支援するケースの内面に踏み込んだ評価を行っていく力が要請される。そして様々な職種が個別のケースに即して日常的に治療の進行について情報交換できる力量や、多面的な改善を把握する力が必要になる。

3) Training：チームに要請される心理社会的治療の技術を身につけていくうえでは、知識学習もさることながら、指導を受けつつの体験学習が大切になる。まずは定式化された標準的な心理社会的プログラムに参加して、基礎から学び、指導者と一緒にセッションの中で経験を積むことが有用である。たとえば随時家族心理教育プログラムが運用されていて、そこに研修中のスタッフが参加し、慣れてきたらリーダーの役割を経験し、スーパービジョンを受ける。こうした基礎学習がしっかり積み重ねると、ふだんの臨床場面で適宜、家族心理教育の技術を応用できるようになる。

4) Audit：全職種が集まる運営委員会などの組織において、心理社会的プログラムの実施状況や問題点を把握し、運営上のサポートを行う。ま

た当事者やスタッフがタイムリーにプログラムに参加できるように、情報交換する。こうしたサービスモニターの組織には、何らかの形で当事者、家族、および第3者が参画できるようにする。こうした監査システムの上に望ましい治療の質が担保され、スタッフの質の向上に資することになる。

スタッフの育成にあたって、知識・技能・態度の獲得すべき3水準を考慮しておくことが役立つ⁵⁾。知識の獲得は比較的容易であるが、心理社会的治療においては、技能の獲得について工夫が必要で、研修会、見学などの保証によりすぐれたモデルに触れる機会が重要であろう。同時にリカバリーを支援する価値観や態度（職業的な人格）をチームとして保持していくことは、多忙であったり、夜勤・救急・訪問などのストレスにさらされる現場では特に重要な課題である。過酷な現場であればなおさら、紙に書いてある治療目標と現場の実質的な運用や態度に乖離が起りやすいし、モラルを維持してサービスを形骸化させないためにも不断の努力が必要となる。そのためにはメンターやよき治療モデルの存在が必要だろうし、医師層、看護層など職種毎のリーダーの育成——よい先輩・後輩関係の醸成が役立つ。そしてこうした態度と、チームの理念とは深く結び付いていなければならない。この点もまた、言うことは易く実践は難しい。問題意識を持った指導者と、その不断の努力が求められる事柄である。

文 献

1) Fenton, W.S., Schooler, N.R.: Editors' introduction: Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 26; 1-3, 2000

2) Hansson, L., Vinding, H.R., Mackeprang, T., et al.: Comparison of key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community: a Nordic multi-center study. *Acta Psychiatr Scand*, 103; 45-51, 2001

3) 池淵恵美：集団を用いた活動療法。精神科治療学，15（増）；215-219, 2000

4) 池淵恵美：治療の経過に応じた心理社会的介入の選択。精神科臨床サービス，3；11-17, 2003

- 5) 池淵恵美：知識・専門技能・治療（援助）態度・倫理の伝達。精神科臨床サービス，5；11-16，2005
- 6) 池淵恵美：デイケア治療の導入から卒業まで。精神科デイケア実践ガイド（安西信雄編）。金剛出版，東京，p. 59-92，2006
- 7) Kreyenbuhl, J., Buchanan, R.W., Dickerson, F. B., et al.: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009. Schizophr Bull, 36; 94-103, 2010
- 8) Liberman, R.P. (西園昌久総監修，池淵恵美監訳，SST 普及協会訳)：精神障害と回復—リバーマンのリハビリテーションマニュアル。星和書店，東京，2011
- 9) Young, A.S., Grusky, O., Jordan, D., et al.: Routine outcome monitoring in a public mental health: the impact of patients who leave care. Psychiatr Serv, 51; 85-91, 2000

The Model Program of Psycho-Social Treatment and Staff Training

Emi IKEBUCHI

Department of Psychiatry, Teikyo University School of Medicine

The model program of psycho-social treatment and staff training were reported in this issue. The mission of model program is supporting recovery of persons with mental illness and their family as well as empowering their hope and sense of values. The personal support specialists belonging to multi-disciplinary team have responsibility to support life-long process of recovery across hospitalization, out-patients clinic, day treatment, and outreach service. The shared value of multi-disciplinary team (the community life supporting team) is recovery so that the team renders self directive life, various alternatives of their lives, and peer group with models of recovery to persons with mental illness. There should be several technologies which are used in the team such as engagement, psycho-education, cognitive-behavior therapy, care-management, cooperating with other resources. The responsibility, assessment and evaluation techniques, guarantee of opportunities for training, and auditing system of the team and process of treatment are important factors to educate team staff. Raising effective multi-disciplinary team requires existence of a mentor or good model near the team.

<Author's abstract>

<**Key words**: recovery, psycho-social treatment, care management, multi-disciplinary team, staff training>
