

第 111 回日本精神神経学会学術総会

教 育 講 演

Personal Support Specialist としての精神科医

池淵 恵美 (帝京大学医学部精神神経科学講座)

Personal support specialist という用語はロバート・P・リバーマンの言葉で、患者の人生を支援し、生活のしやすさだけでなく、内面的な困難や生きがいの創出にもかかわる役割である。こうした役割をはたす上では、医学的な回復に加え主観的回復や社会的回復や人生の回復などの多面的な視野をもつ必要がある。その上で具体的には、当事者の大切な生活の目標である、就労、恋愛・結婚、一人暮らしを支援する知識・技術・ネットワークや同僚などの仲間を心がけて涵養していくことが重要と考えている。筆者は支援の方法として生活臨床・認知行動療法・生活療法(臺)を基盤としているが、さらにこれらの方法の発展として、当事者がつまづく思春期からの再成長の過程の中で、生き方を再発見していくことがリカバリーにつながっていくことから、「主体価値」や内発的な動機的重要性に注目するようになっている。またリカバリーのプロセスを伴走した経験をふりかえり、面接での工夫やほかの仲間や社会資源とつながっていくことについてふれた。最後に筆者の専門としている統合失調症では、薬物療法抵抗性のさまざまな精神症状や陰性症状、社会機能への大きな影響など、まだ精神科医療では十分手が届かない障病があり、そのほかの精神障害でも同様の課題がある中で、希望を育みつつかわる、精神科医のとるべき役割について考察した。

<索引用語：統合失調症，リカバリー，就労支援，恋愛結婚支援，生活臨床>

はじめに

Personal support specialist というのは聞きなれない用語だと思うが、わが国では SST で知られている米国のロバート・P・リバーマンの言葉¹³⁾で、一般的な用語としてはケアマネジャーが一番近い。しかしケアマネジャーには生活支援のためのサポートをアレンジするというニュアンスが強いが、personal support specialist は本人に伴走しつつ、その人生を支援し、生活のしやすさだけでなく、内面的な困難や生きがいの創出にもかかわる役割である。

精神障害は人生早期に発症することも多く、その後も持続的な影響を人の発達や生活に与えていく。その中で精神科医療の効果はまだ十分とはいえず、精神障害によって持続的に多くの困難がもたらされる。診察室の中で精神症状を評価し、その軽減のための薬物療法を行い、心理的苦痛を取り除く精神療法を実施するだけでは不十分であることも多い。生活や人生への視野が必要になるのである。そのために生活支援やリハビリテーションや社会制度としての支援や社会のあり方の改革が重要であり、社会への包摂が、そもそも精神障

第 111 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2015 年 6 月 4～6 日，会場＝大阪国際会議場，リーガロイヤルホテル大阪
総会基本テーマ：翔たくわれわれの精神医学と医療——世界に向けてできること——

教育講演：Personal Support Specialist としての精神科医 座長：松原 六郎（公益社団法人松原病院精神科神経科）

害による生きにくさの軽減には最も役立つという考え方もある。筆者の専門である統合失調症は、思春期からの影響を受けて学校生活なども困難になることが多いので、ともに生活目標を立てその人の生き方を支えていくことが、筆者の診療の大きな部分を占めている。

I. リカバリーについて考える

精神医学におけるリカバリーの条件は、まずは精神症状の寛解が一義的であり、続いて社会的機能の回復が挙げられるだろう。それに対して、福田によってオーガナイズされた座談会⁹⁾では、精神疾患のもたらす機能障害に対するリカバリーM、主観体験を重視しQOLのような目標値を挙げることでできるリカバリーS、人生を取り戻すプロセスとしてのリカバリーLという、リカバリーの異なる側面が語られた。リカバリーLでは障害をもちつつもその人らしく十全に生きることを取り戻すことと考えられるので、普遍的な生きる価値の再編を伴う。Jose¹¹⁾は、精神症状、社会生活、主観的な満足感や回復感、家族などとの対人関係など、どのような視点から見ることによって、リカバリーは異なることを指摘した。何がより価値があるかについてはその人の立つ位置によって異なる。精神科医は、こうした複数の立場を視野におさめつつ、支援することが求められると思う。それは診察室の中だけの営為ではなしえないことである。

リカバリーの過程には伴走者が必要であり（向谷地生良，パーソナルコミュニケーション）、困難を乗り越え普遍的な価値を内在化するためには、人間の脳は人という表象が必要（福田正人，パーソナルコミュニケーション）である。「苦しい時には、『あの人がいてくれる』と思うと乗り越えられる」のである。近年は多職種チームによる支援が強調されるが、多くの専門家による支援の中で、一貫して支え、過去の挫折からの回復や障害をもちつつ生きていく内面にかかわる役目の人が必要である。精神科医はそうした役割を担ってほしいと筆者は考えている。「先生の顔を見るとほっと

する、たくさん話したいことがある」という関係性である。

II. 社会生活の回復を支える

1. 就労支援

筆者は就労支援をライフワークの1つとして取り組んできたが、それは仕事という社会の中での役割を得ることによって、生き生きとリカバリーの階段を上る人たちをつぶさに見てきたためである。具体的な就労支援の方法論やそのエビデンスなどについては、紙幅の関係でふれることができないので、既存の論文^{3,5)}を参照していただければと思う。就労支援の関係者は医療・福祉・労働の各分野にまたがり、支援の専門家ではない職場の関係者ともつながることが求められる。そこには医療の枠にとどまらない、「共通言語」「コンセンサス」が必要で、手がかりとなるのは、「本人の希望や思い」「仕事や生活の場と本人の考え方や行動との間で起こってくるできごと——精神症状はあくまでその一部」を理解することである。幻聴が出てきたので、すぐ医師に相談して薬の増量もしくは休養するという「医療化」だけではうまくいかないこともしばしばであることを心にとめてほしい。

2. 恋愛・結婚・子育て支援

恋愛・結婚・子育ては多くの当事者の人たちが心の中では強く希望しながら、機会に恵まれない・挫折体験・周囲の援助がないなどの理由で、あきらめていることが多い。統合失調症の人の恋愛・結婚・子育ての実態と支援の方法論について、すでに報告^{4,6)}しているので、興味のある方はご覧いただければと思う。仕事をするのと並んで、この課題はリカバリーにつながっていくことを筆者は多くの人たちから学んだ。自分の気持ちを知ることや自己制御、相手との安定した関係性の構築など、こうした過程での学びは多い。最近増えているように感じる当事者同士のカップルでは特にそうである。

恋愛・結婚・子育ては、誰にとっても大きな人

生のキーストーンであり、場合によってはつまずきの石ともなる。自我が揺さぶられることによって悪化する統合失調症の人にとって、こうした体験は両価的であり、引きつけられて果敢に行動する人もいれば、臆して心の中に秘めているだけの人もいる。再発・再入院の苦い体験も多いだろう。多くの専門家はなかなかうまくいかないと感じているのではないかと思う。また治療場で、恋愛などが引き起こす対人関係の軋轢から、その場にかかわる専門家としてこうした複雑な関係性をよしとしない考え方もあるだろう。「個人交際禁止」のデイケアの話は時々耳にする。しかし就労と同様に、「無理だから、具合が悪くなるから、様子をみましょう」だけでは、その人は回復していかない。生きがいを手に入れる必要があるからである。そして、大事なことから支援するという基本姿勢に加えて、これまで実践の中で集積されてきたノウハウと、専門家チームや家族とのネットワークがあるとうまくいきやすい。

3. 一人暮らし・家族支援

親からの自立が重視され、リハビリテーションでは一人暮らしが重要な目標となる英米と比べ、わが国では家族との同居が一般的である。初瀬²⁾による調査でも、平均年齢 42.9 歳の 1,492 名のうち、原家族から離れて配偶者などと生活している人は 9%、一人暮らしは 12% にすぎない。日本の家族のよさとともに、いつまでも自立できない人たちが、親亡き後の不安、家族への重い負担を考えなければならない。家族支援についても、一人暮らし支援についても、少しずつ社会の理解と制度の整備が進んでおり、筆者が精神科医に成り立ての頃とは隔世の感があるが、それでもまだ不十分であり、リカバリーをめざす上で、実際的に重要な領域と考えている。ここでも社会資源の豊かさや、家族の側面支援や、仲間の存在や、近隣の人々によるナチュラルサポートが、うまくいくかどうかを左右することがある。そして治療チームで取り組まないと難しい領域である。

Ⅲ. リカバリー支援の方法——生活臨床・認知行動療法・生活療法に着目して——

筆者の支援の理論的基盤には生活臨床・認知行動療法・生活療法がある。

行動療法がその端緒についた 1950～60 年代には、不適応を引き起こす行動特性を明らかにして、その行動を学習理論に基づいて改変する試みが盛んに行われており、統合失調症についても行動特性についての研究が行われた。臺¹⁵⁾はそうした行動特性の研究を踏まえ、慢性長期入院の統合失調症の人たちの社会的予後を改善するべく、群馬大学病院精神科病棟を舞台に、「分裂病再発防止計画」に着手し、江熊要一をはじめとする群馬大学精神科の人たちの臨床的な努力によって生活臨床として結実した。

行動特性を把握してその改変をめざすとともに、患者の側からの生活学習を促すことが生活臨床のバックボーンとなっているが、同時に個人の内在する価値観がその行動を決定づけていくという考え方が、生活臨床の中軸となっている。これは統合失調症の人の生きる場である市井の「生活」を舞台にその改善が試みられてきたために、生活環境や生活歴、生活する価値や意味の意識が含まれざるをえなかったからだと思われる。再発防止が目標であったので、個人の価値観といっても、再発に結びつく価値観や行動特性が類型化された。

一方で行動療法は、行動の学習における認知過程や自己コントロールの役割が徐々に重視されるようになり、外顯的行動だけではなく、主体である患者の内面が重視されるようになった。そして地域での生活を援助する方向で精神科医療が展開していくのと同時に、治療者と患者の共同作業の概念やツールが開発され、患者の意欲を引き出し、共同で対人スキルを探索する方向へと発展していった。ここでは自己効力感や主体的な学習が重視される。認知行動療法の中で SST は行動的手法が中核であるが、やはり主体的な本人の希望やスキル獲得への動機づけが重視されるようになっている。

筆者は実際に生活する人たちの長期的な方向を

考えて支援する上で生活臨床は有用な方法論であると考えている。しかし行動特性を本人が意識化して自ら修正するというよりは、治療者が再発を防ぐために行動特性を理解し介入するという、治療者主導の恨みがあった。そこで筆者の中では、認知行動療法で使われる、本人と共有しつつ認知・行動を変えていく手法は、その不十分さを補う方法論として位置づけられている。適応的な振るまい方の認知・行動的な学習や、自己効力感の考え方は、本人と共有しやすく、本人のやりたいことの支援として協働しやすく、筆者の治療技術の幅を大きく広げることに役立っている。

生活臨床や認知行動療法はここ数十年の由来であるが、臺の述べる生活療法¹⁶⁾は古く日本人の思想史や生活体験にその出自をもちつつ、直接的には戦前からの作業療法や森田療法や、戦後の病院改革などの経験から形作られている。そこでは個体の「生きづらさ」「暮らし下手」が着目され、基盤として障碍論(基礎的な神経・心理の機能障害、行動・活動の生活障碍、社会参加の障碍)が想定され、当事者が治療者とともに、生活の困難をわきまえ、状況や世間の立場から見通しをつけ、その中で本人のやれそうなこと、やりたいことを実行する。その試行錯誤の中で、体験と学習を重ねて、本人の自己実現をはかるのが生活療法の基本であると臺は説明している。「暮らし下手」の中に実態論として脳機能の問題を見据えながらも、還元主義的な治療にとどまらずに、空間・時間的(その人の暮らす歴史や生きている空間や共存する他者など)に、本人らしい暮らしをめざすことが、生活療法では掲げられている。臺の著作¹⁶⁾によれば、かつて呉秀三は、「いろいろ作業療法をやったけれども、それは当人のやりたいこと、長所を伸ばすより他はない」と述べたとされる。生活療法は実学として今顧みられなくなっているようだが、深い思想を含んで、筆者の今の治療に多くの影響を与えている。

筆者は、こうして生活臨床、認知行動療法、生活療法とに基本的な考え方を負っているが、一方では人格の方向性を形作る価値観であり、他方で

揺さぶられることで再発を来す脆弱性にもつながる、生活臨床という行動特性や行動特徴とは何だろうか、その形成過程や実態について長く疑問をもってきた。笠井^{1,12)}は生活臨床を基礎におきつつ、思春期から発症のプロセスをたどるさまざまな精神障害の特徴として、脳・身体・精神をもつヒトが、家族や友人や社会との相互作用の中で人生という長期目標を歩むモデルを提案し、多領域にまたがる新たな学問の必要性を示唆している。笠井の述べる「主体価値」は、成長とともに確立され、個体内における短期的・長期的行動選択の動因であり、神経回路に起源をもつことが推定され、観察される個体の価値観だけではない、主体としての価値意識、さらに本人が意識化されないものも含んでいる。これは生活療法や生活臨床を敷衍して、脳機能や個体の成長としてとらえ実態を明らかにしようとする創造的な視点である。概念化が進めば、主体価値確立の困難がある個体への、認知行動的な手法での支援もやりやすくなると期待している。

日頃診療をしていると、回復していく上で、本人の希望や好みややりたいことの支援でなければ、結局のところうまくいかないことを痛感する。例えば入院などの力のヒエラルキーが明瞭な場で、いったん治療者が方向づけしたとしても、外来では結局本人がよしとするものだけが取り入れられることになる。家族への介入も、全く同じことを感じる。だとすれば、それをよく知り、そこに協力して、よりよい方向性をともに考える姿勢が、実際には役立つという結論になる。

Ⅳ. リカバリーのプロセスを伴走した経験から Personal Support Specialist としての 精神科医にできること

1. リカバリーのプロセスを伴走してみても

筆者は最近、大きな困難をもちながらも、リカバリーしつつある2人の人にそのプロセスをうかがう機会を得た。なおこの2人の方には公表の同意を得ているが、個人的な情報はかなり改変している。

40代の男性は生活臨床でいう受動型の人で、素直な好青年で周囲の期待を集めて成長したが、内心では自分が何であるかよくわからない不安がいつもあったという。大学受験後の挫折などを経て発症し、長らく頑固な体感幻覚とともに、対人過敏や自罰感情に苦しみ、デイケア受け持ちスタッフのサポートを受け、かろうじて自宅外の生活を送れる状態が何年も続いた。しかしその後長く福祉的就労を続ける中で徐々に安定して自信をつけ、一般企業に就職することができた。「障害者の枠から離れて、社会人になれてうれしかった」という。自他ともに評価できる生活ぶりの中で安定し、自分の生き方に自信をもつに至っている。

やはり40代の男性は能動型の人で、学校時代から周りとは合わずにいじめなどで苦労したが、「負けないぞ」とずっと思っていたという。就職してさまざまな困難にぶつかって発症し、何年も病状が不安定な時期があった。次々と何かやろうとしては周囲と軋轢を起こすことが繰り返されていた。しかしある職場で本人の工夫した仕事が評価された頃から自信をつけ安定し、軋轢が減った。その職場での5年間を経て、「一生の仕事をした」と福祉の専門職にチャレンジしている。がむしゃらながんばりが減り、周囲への配慮が目立つようになった。

この2人の人たちは、周囲からの評価を伴う、自分が納得できる生活が見つかり、自分の生き方に自信をもち、安定したように思える。青年期の課題であり、笠井の述べる主体価値確立の過程と考えられる。どういうプロセスで自分が納得できる生活にたどり着いたかはぜひぶんと対照的であり、そうした社会的学習のあり方の違いについては、なお深めていく必要があると感じている。

一方では、発症前の価値観（幼い世間的な価値観に縛られていることが多い）に拘泥して、しばしば再発し、もしくは挫折の中で無為に引きこもった生活の人も見かける。リカバリーしていく人を見ていると、例えば神経認知や社会的認知に障害があつて、周囲の状況認識や課題処理に不十分さがあつたとしても、自分なりの世界観をも

ち、周りとの互恵的な関係性を保ち、その揺るぎなさがあることが安定の鍵であるように感じている。

2. 診察室での面接の工夫

このようなリカバリー過程の支援をしていくのは、友人であつたり家族であつたり、さまざまな人たちである。夏莉はその著書¹⁴⁾の中で回復の実体験を綴っているが、専門家ではない多くの人のつながりによってそれは成し遂げられている。鮮烈で切実なストーリーであるので、精神科医に一読を勧めたいと思う。夏莉の例にあるように、精神科医は応援団のごく一部であるけれども、精神科医ならではの大切な役割を受け持っている。そのために短い診察時間の中でも、はじめに家族歴や成育歴をていねいに聞き、生活の環境をよく聞く努力をする。そしてどうなっていきたいか、希望を聞く。はじめの頃に「仕事がしたい」といった言葉が、その後の治療過程を貫くキーワードになることも多い。再来では生活の様子を聞き、調子を崩すきっかけやパターンだけではなく、元気になることやよくなったことについても注意を向ける。回復の鍵が潜んでいるからである。診察室の中でも、いつもその人の普段の生活が想像できるようにになると、的確なサポートができるようになる。そうしたことが可能になるためには、デイケアや職場などの実際の様子をつぶさに見聞きできていることがきわめて有用であり、精神科医としての筆者の支援はつねに多くのスタッフや家族などに支えられている。

おわりに

今の精神科医療では、まだ乗り越えることのできない障害の壁がたくさんある。最近陰性症状について論考¹⁰⁾したが、内発的な動機が損なわれるところから、回復していく上での深刻な障壁の1つである。生活療法にしても認知行動療法にしても、内発的な動機がなければ新たな生き方は学習されない。筆者は統合失調症のセカンドオピニオン外来をしているが、幻聴などがよくなり、多

量の抗精神病薬を服薬している人が、もっとよくならないかと尋ねてくることが多い。そして減量によって、かなり「よくなる」ことがほとんどである。眠気がとれ、日常生活がしやすくなり、幻聴への対処方法を一緒に試みるようになったりする。これは今の精神医学の限界の中で、何とかしたいという精神科医の熱意かもしれないが、医療の限界についての認識と生活への配慮がともに足りないという見方もできる。筆者は未来の夢として、生物学的精神医学が進んで、統合失調症が治る病気になると、生活支援がいらなくなり、後は多様な個性を受け入れる豊かな社会の創生が必要になるだろうと空想した⁷⁾。しかし、それは直近の未来の話ではないと思う。

リカバリーしていく人たちは、まだ一部であるのが現状だろう。その中でどうやって私たち専門家も、家族や当事者も希望を紡ぎ⁸⁾、その人なりの豊かな人生をめざすことができるようになるだろうか。そのための学問や、診療システムや、社会に向けた営為が私たちには求められている。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 長谷川寿一監, 笠井清登, 藤井直敬ほか編: 思春期学. 東京大学出版会, 東京, 2015
- 2) 初瀬記史: 精神障害者の生活状況や医療ニーズについての報告—大規模な地域家族会参加者への自記式アンケート調査から. 日社精誌 (印刷中)
- 3) 池淵恵美: 統合失調症の人の就労支援. 精神経誌,

108; 436-448, 2006

- 4) 池淵恵美: 統合失調症の人の恋愛: 結婚・子育て支援. 精神科治療学, 21; 95-104, 2006
- 5) 池淵恵美: 我が国における就労支援モデルの構築. 精神科臨床サービス, 12; 436-448, 2012
- 6) 池淵恵美: 精神障害者の恋愛・結婚・子育てをめぐる障壁. 精神科臨床サービス, 13; 268-291, 2013
- 7) 池淵恵美: 脳科学と精神科リハビリテーションを架橋する—生物・心理・社会的治療の実現を目指して. 精リハ誌, 17; 30-34, 2013
- 8) 池淵恵美: リカバリーにはたす希望の役割. 臨床精神医学, 43; 535-543, 2014
- 9) 池淵恵美, 村井俊哉, 笠井清登ほか: 座談会「統合失調症治療の未来—人生もこころも脳もリカバリー」. 心の科学, 180 (3); 2-21, 2015
- 10) 池淵恵美: 「陰性症状」再考—統合失調症のリカバリーに向けて. 精神経誌, 117; 179-194, 2015
- 11) Jose, D., Ramachandra, Lalitha, K., et al.: Consumer perspectives on the concept of recovery in schizophrenia: a systematic review. Asian J Psychiatr, 14; 13-18, 2015
- 12) 笠井清登: リカバリーを科学する. 第21回 SST 経験交流ワークショップ in 広島抄録集. p.22, 2015
- 13) リバーマン, 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
- 14) 夏莉郁子: 心悩む母が遺してくれたもの—精神科医の回復への道のり. 日本評論社, 東京, 2012
- 15) 臺 弘編: 分裂病の生活臨床. 創造出版, 東京, 1978
- 16) 臺 弘: 生活臨床の基礎理念とその思想史. 精神医学, 48; 1237-1532, 2006

The Role of Psychiatrists as Personal Support Specialists

Emi IKEBUCHI

Department of Psychiatry, Teikyo University School of Medicine

Robert P. Liberman introduced “Personal Support Specialists” as a role of psychiatrists who support patients’ lives and help them discover the meaning of life, as well as helping with daily activities and personal difficulties. They need to have multiple perspectives on medical, subjective, social, and life recoveries. Important areas to help patients practically are job-assistance, supporting love and marriage, and independent living in the community.

I usually use Seikatsu-Rinsho (The way of Living Learning), cognitive behavioral therapy, and Seikatsu-ryouhou (Life-centered Therapy) by Hiroshi Utena as basic principles in my practice. Recently, I shed light on an individual value system to evolve these principles. Reflecting on two recovery stories I co-encountered, contents of psychiatric interviews and roles of psychiatrists are discussed. There remain many difficulties which modern psychiatry has not resolved, such as negative symptoms and marked disabilities in social life. We as psychiatrists should know how to evolve and maintain hope and intrinsic motivation to support a patient’s life.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : schizophrenia, recovery, job-assistance, love and marriage,
Seikatsu-Rinsho (The way of Living Learning) >
