

第 99 回日本精神神経学会総会

精神医療奨励賞受賞講演

NPO 法人みなとネット 21 の活動と統合型 地域精神科治療プログラム (OTP)

村上 雅昭¹⁾, 水野 雅文²⁾

まず日本精神神経学会理事長佐藤光源先生、選考委員長武田雅俊先生にこうした立派な賞を頂いたことにこころより感謝申し上げます。

みなとネット 21 のルーツは、村上雅昭と水野雅文が 1995 年に当時既に精神科病院が廃止されて久しい北イタリアの San Daniele の保健所を訪れたことにあります。そこでの地域精神医療は、訪問中心というスタイルのみならず、当事者が生活する現実生活場面で起こる問題に対する様々な働きかけが、一つの理論的な枠組みと、具体的戦術を備えたパッケージとして実施されていました。そこで実施されているサービスのモデル理論が Ian R.H. Falloon 博士による “Integrated Mental Health Care” で展開されているということを知り、早速帰国後に当時国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部長であった丸山晋先生のグループと一緒に翻訳しました。これは中央法規より出版されています¹⁾。また、この Ian Falloon のモデルは、世界中の二十数箇所のセンターにおいて Optimal Treatment Project (OTP) 「統合型地域精神科治療プログラム」として実践されていることも聞いて、参加することにしました。まず、水野雅文と村上雅昭でボンとアテネのセンターに行き、それぞれ一週間にわたってその理論的枠組みと基本戦略を学びました。サービスモデルの理論的枠組みと基本的戦略のエ

ビデンスの説明に加え、多くの時間をかけて認知行動療法を基礎としたロールプレイを中心にした様々な介入方法 (対人援助技術) の実技を習得しました。帰国後の 1998 年当初は臨床研究として各職種に呼びかけ、地域における展開を試みるべくボランティアな多職種チームを結成し、慶應義塾大学医学部精神神経科と明治学院大学社会学部附属研究所を拠点にして東京都港区においてみなとネット 21 を立ち上げたのです。

この OTP には確かに理論的な枠組みと基本的な戦略は存在しますが、それを金科玉条として展開するわけではありません。世界各国において診療機関の数から、病床数、社会復帰施設整備状況、コメディカルスタッフの教育内容まで、精神医療事情は異なるのであり、世界各国にセンターがあることから分かるとおり、あくまでも OTP の基本的枠組みの中で、後述する基本的戦略を local barrier (地域障壁) を乗り越えながらどのように実践していくかがポイントです。現状の基本戦略よりも有効であることが実証された新たな治療戦略が出現すれば、取り入れるのに躊躇はありません。それは、あたかもソフトウェアを定期的にバージョンアップさせることに似て、各国のセンターが置かれた状況や日々進歩する精神科治療の状況に伴い、常にダイナミックな自己発展的プロジェクト (self-innovative) であるといえます。

著者所属：1) 明治学院大学社会学部社会福祉学科，NPO 法人みなとネット 21 理事長

2) 慶應義塾大学医学部精神神経科，NPO 法人みなとネット 21 副理事長

後述する OTP の基本戦略を、イギリスで実践されたバッキンガム・プロジェクトでは、①早期発見・早期介入、②当事者・援助者を精神保健専門家に統合するチームワークモデル、③持続的なゴール指向型のアセスメント、④積極的なケアマネージメント、⑤原則的に訪問、の5つのサービスモデル（方法論・枠組み）の中で展開していました。①では、イギリスの医療制度特有の“家庭医”の存在が前提にありました。このため、バッキンガム・プロジェクトでは、当事者が最初に接する医療従事者である“家庭医”が有効に精神障害をスクリーニングして精神保健専門家に橋渡しを可能にするため、“家庭医”に対して精神医学に関する教育・啓発を行うことから始めています。このような“家庭医”はわが国には制度上は存在しないため、後述する別の方法を取り入れました。しかし、近年この早期発見・早期介入の枠組みは精神疾患の予後とも関連して、日本でも急速に関心が高まっており、将来的には初発の当事者がいち早く精神保健専門家を受診できるように、偏見の打破を含めた地域でのシステムの確立することが待たれています。②は日本においては未だにチーム医療の歴史が浅く、まだ体系的に実施されているとは言いがたいのですが、みなとネット21は、当事者、その援助者（主に家族）、医師、保健師、看護師、ソーシャルワーカー、心理士、薬剤師等から構成される多職種チームによる協働を大きな特徴としています。つまり、リハビリテーションにむけて当事者のもつ多様なニーズを導き出して統合的なアセスメントを実施することにより、それらのニーズを満たす生物—心理—社会の諸側面に対して統合的なアプローチによる具体的な戦略を実施することが可能になります。このためには、各々の専門背景が異なる知識、技術、視点が生かされ、当事者やその援助者の広範囲なニーズ獲得が達成されるような統合的なアプローチが可能となるように多職種チームが構成されています。ここで、重要なのは背景が異なる精神保健の専門家のみがチームとしてまとめ、いわゆる従来の“チーム医療”として留まることなく、

当事者・援助者を精神保健専門家のチームと統合して、専門家の持つ知識を移譲し、彼ら自身がエンパワーされることにより最終的には自らが回復への主導権を取れるようにすることが目標となります。③では基本的戦略の一つに含まれる対人援助技術の“積極的傾聴”等により聞き出された個人的なゴールを設定して、繰り返しアセスメントを実施します。大きな目標でも2-3ヵ月で実現できる小さな目標に分解し、達成感を促すことが肝要です。④は多様なニーズをもつ当事者に対して、それぞれのニーズを満たすためのさまざまなサービスを調整しながら調達していく方法ですが、みなとネット21が実施しているケアマネージメントは単にサービスを見つけそれを当事者につなぐという間接型ケアマネージメントではありません。チーム内の専門家が当事者とその援助者にエビデンスに基づいた対人援助技術を利用しながら直接臨床的に関わりながら、さらに彼らが生活する地域環境にも働きかけて、その改善・向上も目指すという直接型ケアマネージメントも含めたより柔軟で統合的なアプローチを実施しています。地域に不足しているサービスについては、自らも資源開発に積極的に実施します。例えば、港区は精神保健福祉ボランティアが存在しなかったため、精神保健福祉ボランティア講座を開催しボランティア養成を実施することで、必要とする当事者に対してボランティア派遣サービスを提供したりしています。⑤は制約がある場合は事務所でセッションを実施しています。

OTP のプログラムの基本的戦略は、①生物医学的治療（服薬管理や早期警告サインについての教育や訓練を伴った理想的用量の抗精神病薬の処方）、②当事者や援助者に対しての、精神障害の病態・生理や治療についての Psychoeducation（早期警告サイン、危機介入等を含む）、③援助者も交えて地域社会で生活する際の日常的なストレス、生活上の目標を達成していく過程やライフイベントに遭遇した際のストレスなど、あらゆるストレスへの対処の助けとなるような問題解決技能の強化（“積極的傾聴”、“感謝の気持ちの伝え

方”, “上手な頼み方”, “嫌な気分を軽くするために”等の対人技術援助を含めた集団でのストレスマネジメントも含む), ④対人交流場面, 就業場面, 地域社会での生活などに役立つ社会生活技能訓練 (SST), ⑤解決されていない個別の問題, たとえば, 陽性・陰性症状, 不安, 抑うつ気分等の精神症状や就学・就労に対する統合的アプローチがあげられます。まとめて言えば, OTP は多職種チームによってケアマネジメントや訪問という手法をとりながら, 単剤低用量処方などの新しい薬物療法に対する考え方や, 家族心理教育や認知行動療法などの徹底的にエビデンスに基づいた統合的なアプローチを実施して地域に生活している当事者のみならず援助者も交えてストレスマネジメントを実施し, 支援するというものです。実際に起こっている問題を SST のような課題として与えて訓練するという, *in vitro* ではなく, 問題解決やその場の現実場面で周囲を巻き込んでの SST を実施するなど *in vivo* として解決します。現状では, 当事者がたとえ地域で暮らすことが可能になっても, その当事者に合ったりハビリテーション計画が作成されることは稀で, 2 週間に一回の外來通院をして, 身近にアクセスが可能であればデイ・ケアに通ったり, 作業所に通所しながら服薬を続け得る場合が多いように思います。中には, せつかく地域に戻っても引き籠もって当事者の動線は拡大せず, そのうちに服薬も不規則になり再発するというケースもあります。OTP はこうした当事者に対して統合的アプローチを実施してその当事者のニーズを徹底的に聞き出して望む生き方の実現を援助しようという試みです。テーラーメイドなりハビリテーション計画を立てることで, 現存の医療の+ α を目指したモデルを示そうという実践です。繰り返しアセスメントがされた結果は Ian Falloon が統括するイタリアのセンターに送られ, 他のセンターのデータと一緒に検証されています。

これらの枠組み・戦略が示すように, 大金を投じて社会復帰施設を建設するといった類の話ではありません。もちろん, “住まい”, 昼間の拠点と

しての“生活支援センター”, 働く場としての“授産所”, “作業所”や“福祉工場”は地域生活での基本であることは論を待ちません。しかしこれらの利用を十全に可能にして自立した生活を可能にするような, エビデンスに基づいた対人援助技術を持つ人材の育成も欠かせません。住む場所, 働く場所等の施設などのハードウェアが整ってもそれを生かすのは当事者自身によるからです。彼等や援助者が実際に何を望んでいるのかを聞き出す能力とそれに沿って実際にそれを実現可能にする戦略こそが重要になります。そのためには, 精神医学に関する最新のノウハウをスタッフ・当事者・援助者が共有することが肝要になります。それは従来では“教育”であり“治療”でしたが, 今までの概念では両者ともに相手を対等と見た双方向的なニュアンスがなく, どちらかという一方通行的でパターンリズム感は否めませんでした。しかし, 本来の姿は一般の“教育”でも“治療”の一貫としての心理教育でもそうであるように, 常に双方向性であるはずで, また, OTP では認知行動“療法”が大きな柱となっています。この認知行動“療法”は当事者と目線と同じにした協働作業であり当事者自身が症状や現実問題に対処できるようになることを目標にします。一定のセッションが終了後, 十分に戦略が身に着いたと判断されれば専門家が不在な時も実際の生活の中で問題対処が可能になります。当事者だけで“24時間闘える”ように努力が払われます。このことにより, 当事者自身がコントロール感も持てるようになり, 大きな自信となってエンパワーメントにもなります。また, 認知行動療法を比較的習得しやすい対人援助技法として捉え, このアプローチをチームスタッフ全員が習得します。この習得する課程を通して専門性を異にした多職種の“共通言語”ともいえるものが形成され, チームの凝集力も増します。基本戦略の中核である認知行動療法が比較的習得しやすい対人援助技法であることは職種を超え, また, 各国の精神医療供給事情が異なり, 社会復帰施設等のハードウェアが僅少であっても, スタッフの訓練さえ行き届いていれ

ば一定程度の治療効果は期待できます。我々のNPOは現状では一般的には導入されていないサービスモデル、特にソフトウェアの充実を図った地域精神医療のモデルを試みているわけです。

1998年4月には東京都港区を中心に任意ボランティア団体として統合的地域ケアの取り組みを中心とした地域精神医療福祉サービスを開始しています。そして、2001年3月にはNPO法人として東京都より認可され、その拠点を港区六本木にあるみなとNPOハウスに移して活動を続けています。

東京では精神科病床は西の八王子地区に偏在し、港区にあっては大学病院の精神科病床が50床あるのみで、社会資源も作業所が1つだけです。自らも社会資源となって、チーム医療を実践しながら地域精神医療福祉ネットワークづくりを開始し、当事者・援助者のQOLの向上を目指して活動を開始しました。直接当事者に介入するスタッフはFalloon来日時に研修講座を受講して対人援助技術の質の担保を図っています。

早期発見・早期介入のモデルはないために、区内の精神科病床を持つ総合病院、精神科診療所、保健所、家族会にパンフレットを郵送して宣伝し、アクセスを待ちました。インターネット上にホームページを開設した関係から、インターネットからのアクセスもありました。1年間以上経過を追えた13人（統合失調症11例）の当事者が当ネットに初めてアクセスしてきた時に抱えていた問題は、精神症状に関するものよりも、社会参加と日常生活に関するものが大部分で、現状では如何に心理-社会的アプローチが手薄であるかを実感させました。具体的な介入方法は拙著（共著）「精神科リハビリテーション・ワークブック」（中央法規社）²⁾を利用することで実施し、当事者と援助者のニーズを徹底的に聞き出して、当事者にピッタリな（テイラーメイド）計画を立てることを目指しています。この内容は、インターネット上でもフリーシェアとして利用できます。また、危機介入を目的に、スタッフの一人が24時間体制で携帯電話を携帯しています。専門家と24時間

繋がっているという安心感のためか、緊急ではないことで電話が鳴ることはあるものの（このような場合は次のセッションの課題として取り上げ、繰り返しは避けられている）、実際の危機の時に使用されるのは当初の予想以上に少なく、殆ど皆無に近いのが実情です。すなわち、こうした安心感を担保にすると、当事者・家族とすれば「病院に入院していれば何かあっても安心」という従来の考え方から、「地域で生活していても何かあっても安心」というサービスをみなとネット21は提供しています。

この間の実践を通して幾つか気がついた点を述べると、これは日本が置かれている状況とも重なるのですが、時代と共に社会構造や産業構造が変化することと同じように、精神科医療も変わらなないといけないと感じています。産業構造の変化ほど早くとは言いませんが、やはり外的変化を読み取ってself innovativeである必要は実感します。日本は箱物を作るのは得意といわれていますが、何よりもそれを動かす枠組みやシステムの変化が必要なのです。それを自己発展的に創造し、改変していくのも人ですが、それを運用するのも人です。もとより、我々はチーム医療には不慣れです。そのような教育も受けていませんし、今までは専門職内部の縦割り構造の中で淡々と日常業務をこなすことで事は足りていました。しかし、これからの多職種チームでは一人一人が異なった専門性を土台にして広く対人関係を築ける能力が必要となると思います。また、今までの職種の枠を超えた動きも要求されるでしょう。具体的に言えば、医者は今までのように診察室にいつまでも籠もっているのは地域精神医療に対応できないでしょう。他の専門職と手を組んで、足取り軽く外回りをすることが要求されます。いわば“wait and see”ではなく、地域に出て“go and touch”することで、生活者としての実像が浮かび、よりよい地域精神医療が可能になります。他のスタッフに関してもそのことがいえます。生活場面で直接接することの多い福祉職は地域で生活している当事者のみの姿を見ている限りでは統合失調症の全体像は

表1 医学モデル・生活モデル・統合的モデル

	医学モデル	生活モデル	統合的モデル
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	独自のライフスタイルの獲得
主体	医療スタッフ	生活者(利用者)	利用者+援助者(+チームスタッフ)
アセスメント	疾病・症状	人と状況の全体性	人と状況の全体性
関係性	治療・援助関係	対等	対等(+エンパワーメント)
意思決定	医療的判断	自己決定	自己決定
科学的根拠のある直接介入	する	しない	する

見えてこないでしょう。ある時は保護室も必要となるほどの病状に見舞われる重篤な状態に陥ることも念頭になくては適切な援助はできません。また何よりも当事者が一番不利益になる“再発”の問題を“自己決定”だと言ってひたすら見守るのではなく、危機介入の点からも十分に捉え直して欲しいと思っています。欧米では既に地域生活をしている時から万が一の増悪時の医療内容を当事者と合意をして示しておく動きが既にあると聞きます(advanced psychiatric directive)。かつて生活モデル対医療モデルが言われたことがありますが、統合的モデルは表のような関係になると考えています(表1)。また、日本ではとかく“カウンセリング”“癒し”に流れがちな心理職はこれから大きな戦略となると考えられる統合失調症の認知療法に多くの人が目を向けて欲しいと思っています。統合失調症に関わる豊富な心理職の存在があつてこそ真の統合的医療が可能となります。相互の交流こそが真のチーム医療を築いていくと言えます。みなとネット21の活動を最近のInternational Classification of Functioning (ICF)に準拠すれば図1のようになると考えています。こうした、多くの専門職が一体となった統合的な対人援助技術の高い質が担保されたチームが地域に存在してこそ地域精神医療が可能であり、不十分な体制の中での地域精神医療への移行は、無用な事故、事件を引き起こしかねません。そうした

ことが、逆に精神障害に対する偏見を助長させ、また再び収容型医療に逆戻りしないとも限りません。

みなとネット21は1チームしかないのでケースロードは自ずと限られています。日本における医療と保健福祉を統合した新しい地域中心型精神医療福祉モデルを提示するアドボカシーを方針としたNPOとして活動を続けていきたいと思っています。本学会でも発表がありましたが、郡山市のあさかホスピタルのように、精神科病院を舞台にしてこのOTP方式が実践されており、診療所、社会復帰施設にも今後連携する予定があります³⁾。いかなる新薬が市場に出回っていくと、最新のノウハウが精神保健福祉の専門家に蓄積されていくと当事者に届かなければ、それは無きに等しいのです。今後とも、同じ趣旨に賛同する仲間を増やして、実践例を広げて何とか地域で生活している当事者自身が望む形での社会参加が可能になるように援助していきたいと思っています。

このような活動とともに、日本には未だ確立していない早期発見・早期介入の方法も視野にいれた新たなサービスモデルを模索する一貫として、もう一つのNPOの大きな活動として脳器質障害を含めた脳に障害のある方々の反スティグマキャンペーンの一環としてシルバーリボンの販売にも力を入れ、この方面でのアドボカシーの機能も重視しています。

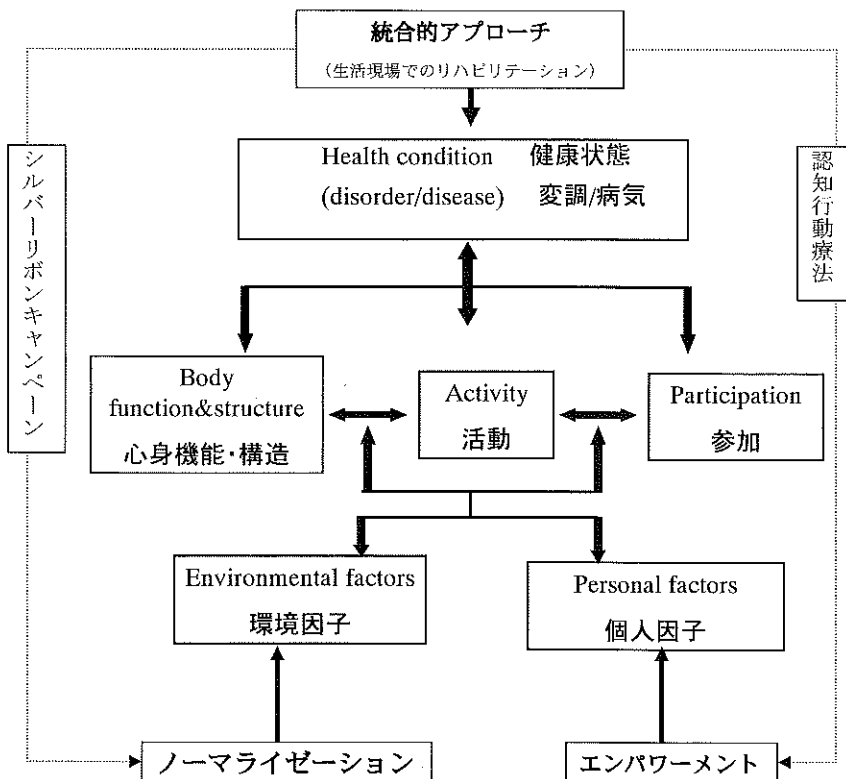


図1 ICF 改変

最後に今回の受賞は団体としての受賞であり、今まで一緒に活動してきた事務局長の稲井友里子精神保健福祉士はじめ、山下千代医師、松本弘子保健師、広瀬会里看護師、高橋佳代薬剤師ほか仲間の皆様にチームを代表して感謝します。また、いつも精神的に支えていただいた慶應義塾大学医学部精神神経科の鹿島晴雄教授に深謝いたします。

文 献

1) 水野雅文, 丸山 晋, 村上雅昭, 野中 猛監訳:

インテグレイテッド・メンタルヘルスケア——病院と地域の統合をめざして——. 中央法規出版, 東京, 平成9年, 1997.1.10

2) イアン R.H. ファルーン, 鹿島晴雄監修 水野雅文, 村上雅昭編著, 慶應義塾大学医学部精神神経科総合社会復帰研究班著: 精神科リハビリテーション・ワークブック. 中央法規出版, 平成12年, 2000.6.1.

3) 水野雅文, 村上雅昭, 佐久間 啓編著: 統合型地域精神科治療プログラム (OTP) の理論と実際. 星和書店, 平成16年, 2004.6