ご協力のお願い

この原稿「統合失調症リカバリー支援ガイドー当事者・家族・専門職それぞれの主体的人生のための共同創造」（第 1.1 版）は、日本医療研究開発機構（AMED）・障害者対策総合研究開発事業・精神障害分野に採択されて 2016～8 年度に行った開発研究である「主体的人生のための統合失調症リカバリー支援ー当事者との共同創造 co-production による実践ガイドライン策定」（研究開発代表者・福田正人）の成果として作成したものです。

草稿であるこの第 1.1 版は、研究班のなかで研究開発分担者 9 名だけでなく、当事者や家族や支援者を含む多くの研究開発協力者や、若手研究者の事務局がちからを合わせてまとめたものですが、分量が多いこともあり特に当事者や家族や支援者の皆さんからのご意見を十分にいただけていないところがあります。また、作成過程の紹介、法律的なチェック、利益相反の記載など、これから追加が必要な内容もあります。

そこで、草稿の段階の第 1.1 版を研究開発代表者が所属する群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学教室のホームページで公開し、それらの点についてのご意見をパブリック・コメントとしてお寄せいただくことにいたしました（https://psychiatry.dept.med.gunma-u.ac.jp/）。

お気付きの点がありましたら、下記の宛先までお知らせいただけますようお願い申しあげます。ひとつひとつのご意見にお返事を差しあげることができませんこと、またいただいたご意見をそのままの形で取り入れるとは限りませんことを、あらかじめご理解いただけますようお願い申しあげます。

このガイドがより良くなることで、臨床現場のリカバリー支援の向上に少しでもお役に立てますよう、ご協力を何卒よろしくお願い申しあげます。

〒371-8511 群馬県前橋市昭和町 3-39-15
群馬大学医学部附属病院 精神科神経科
福田正人

統合失調症リカバリー支援ガイド

－当事者・家族・専門職それぞれの主体的人生のための共同創造

第 1.1 版

＜基本理念＞

当事者が主体となった人生のリカバリーに向けた取組みを共同創造で支援し
現場の実践を変革できる専門職への成長を目指す

本ガイドライン「主体的人生のための統合失調症リカバリー支援」は、現場の実践の変革を目指している。そうした目的の実現のために最も大切なことは、ガイドラインにおけるそれぞれの取り組みや推奨の全体が、基本理念にもとづいて統一されていることである。ここで述べるのは、その基本理念である。

基本理念は、**①人生のリカバリーの支援に、②主体としての当事者・家族と共同創造で取り組み、③現場の実践を変革できる専門職への成長を促す**、という 3 点にまとめられる。この基本理念は、ガイドラインのもととなった取り組みである「主体的人生のための統合失調症リカバリー支援－当事者との共同創造 co-production による実践ガイドライン策定」における、“主体”，“人生”，“リカバリー”，“支援”，“共同創造”，“実践”というキーワードにこめられている。これは、日本医療研究開発機構 AMED の障害者対策総合研究事業の「精神疾患の標準的治療ガイドラインの策定に関する研究」に採択された研究開発課題名である。

こうした基本理念の前提となるのは、統合失調症の支援の現状についての認識である。専門職は治療の進歩を強調し明るい未来を描くが、当事者や家族はそうした進歩が普及していない現場、そうした進歩によってもなお回復しない病状、治療の前提となる「人を支える」基盤のそもそもの欠如に直面している。専門職には、そうした現実を率直に認めることからの出発が求められる。

基本理念の 3 点で実現を目指すのは、ひとりひとりの生活と人生に伴走する個別化した生活支援・人生支援である。そうした支援を通じて、誰もができることを見つけられる社会、そうした社会で活躍することによる生活と人生の自立を、実現していく。

【基本理念①】人生のリカバリーを支援する

統合失調症をもつ当事者や家族が経験する困難は、自覚的な苦痛や暮らしの困りごとや生きる悩みである。そうしたなかで、自分が納得のできる生活と人生の回復としてのリカバリーが求められる。いっぽう統合失調症に携わる専門職は、保健や医療や福祉という立場から症状や疾患や障害に働きかける。支援や制度はそうした枠組みで提供される。

こうして、「生活や人生という目的のための、保健や医療や福祉という手段」という、基本的な構造がある。この両者が必ずしも一致しないことが、当事者・家族と専門職の関係の基本にある。例えば、夢を追う生きがいを求める当事者と、症状の改善をまず考える専門職の不一致は、こうした基本的な構造にもとづく。そのことに、専門職は自覚的でなければならない。

当事者や家族の困難は何か？、どのような支援を求めているのか？、どうなることを望んでいるのか？。それらは症状や疾患や障害についての専門職の判断とはレベルが異なるもので、当事者や家族の声に素直に耳を傾けることで初めて知ることができる。専門職は症状や診断や障害から出発するが、当事者や家族は苦痛の感覚や生活や人生の困難から出発する。当事者や家族の声こそが支援の出発点である。

支援は重層的に構成されている。人と人とが支えあうという人間の基本的な在り方としての支援、精神の不調一般に共通して役立つ支援、統合失調症の特徴に応じた支援、という重層である。統合失調症に特異的な専門的支援は、人間同士の支え合いという普遍的な土台があって初めて意味をもつ。専門職には、症状や疾患や障害への支援の前提として、人が暮らし生きることへの支援の基本を身に付けることが求められる。

専門的な支援は、そうした生活と人生のなかに位置づけられて、初めてその役割を発揮できる。当事者や家族が経験する困難も胸に抱く希望も、生活と人生の文脈があっての体験である。そうした文脈のなかに埋め込まれてこそ、専門的な支援は意義をもつ。支援を生活と人生の文脈に位置づけること、専門的な支援についてもそれが不可欠な基本である。

【基本理念②】主体としての当事者と共同創造で取り組む

当事者や家族は、みずからの生活や人生の主体である。そこに生じる症状や疾患や障害に向き合う主体も、当事者や家族自身である。精神の不調には、そうした主体としての在り方に影響するという特徴があるため、当事者や家族も専門職も主体が誰であるかを見失いやすいが、精神の不調に向き合う主体は当事者や家族である。専門職の役割は、専門的な知識と技術と経験でそれを支援することにある。

当事者や家族の主体としての在り方は、その意思や考え方や希望、個性や好みや価値観、経験や強みとして表れる。取り組みにあたっては、それらを基本に据える。当事者や家族が納得できる人生のリカバリーを実現するために、そうした主体としての目的と専門職の手段をすりあわせる過程が共同創造である。そこでしばしば認める不一致こそが支援を発展させる鍵であり、葛藤や矛盾が深いほど共同創造は実り豊かなものとなる。病気の始まりの混乱している時期でも、病気が経過して安定したかに見える状況でも、共同創造を大切にする。

当事者・家族と専門職は、支援と回復を共に模索し、相手から学び合い、それぞれがみずから変わり、互いに成長し、未来を一緒に作りあげていく共同創造の関係にある。統合失調症をはじめとする精神疾患への支援と回復について、専門職が正解をあらかじめ手にしているわけではない。科学的なエビデンスがあっても、それが個別の病状や暮らしや人生にどう役立つかについて、当事者の体験にもとづいた検討と模索が必要である。

主体としての当事者や家族がみずからの希望とこれまでの体験を語り、専門職はこれ

までの経験や知識や技術を提示し、互いに強みや長所や得意に気づき、当事者研究やピアとの経験交流を導きにして、回復と支援を個別にどう具体化するのかを相互に相談していく、そうした過程が共同創造である。

【基本理念③】現場の実践を変革できる専門職への成長を促す

ガイドラインは、実践に役立ち現場を変革できることを目指す。現場で実践できないものは、理想論に留まり現場を変革できないが、現場で実践できることを重視しすぎた現実論は、現状追認に陥る恐れがある。現場の変革に結びつく、理想論と現実論との統合を追求する。

ガイドラインの対象は専門職であることが多い。ガイドラインにより、支援が変わり、症状や疾患や障害が改善し、当事者が回復する、という方向の変化を期待している。しかしそれは、専門職への普及と実践の段階で躓き、机上論に終わることが多い。ガイドラインを当事者や家族も共有できれば、こうした方向に加えて、当事者がガイドラインを知り、その普及と実践を専門職に求め、そうしたニーズに後押しされて専門職の実践が変わる、という方向が期待できる。従来のガイドラインとは反対の方向である。

ガイドラインは支援の内容についてであることが多く、それを通じて当事者の回復を促そうとする。そうした具体的で技術的な内容とともに、ガイドラインには専門職が自分自身の認識と態度と実践を変えるきっかけとしての役割、つまり専門職が変わるための指針としての役割がある。症状や疾患や障害への支援の前提として、人としての支援を身に付けることに役立つガイドラインである。

さらにその変革を促し普及を図り有用性を評価するシステム作りの取組みも、ガイドラインには求められる。テキストの作成、具体的な取り組みを体験できるセミナーの開催、ガイドラインの実践を当事者や家族に明示する仕組み、当事者や家族からのフィードバックを受ける機会、その結果を公表するような制度、などがその具体例である。

こうして当事者や家族が声を挙げることを促し、それを専門職が受けとめ、ガイドラインの作成にも現場の具体的な支援にも当事者や家族が参画する、そうしたことが新しい時代の保健医療福祉サービスを発展させる原動力である。そのような現場の実践に根ざしたグッドプラクティスが当事者や家族の声を後押しにして広がり、統合失調症を始めとする精神疾患の保健医療福祉についての日本の制度の変革へと結びついていくことが、本ガイドラインの取り組みの目標である。

統合失調症を始めとする精神疾患は、人が患う病気である。病気の治療の基盤は、生活と人生の支援という人への支援であり、それにもとづく安心・信頼・希望である。専門的な治療に隠れて見えなくなりがちな、そうした支援についてのあたりまえの基本に立ち返ること、そのことが現在最も求められている。そうした「未来のあたりまえ」の先駆けとなることを目指したい。

目次：支援者が取り組むべきこと

1. 統合失調症を経験している人に対するケアのあるべき姿
1）精神科医療の専門職自身がリカバリーを通して当事者中心のケアに向き合う
2）精神科医療との出会いや共に歩む過程を支援する

2. 当事者中心のケアを実践する
1）当事者の人生の文脈からみた経験を理解する
2）初回エピソードの直後からこれからの見通しを当事者と共有する
3）治療の選択肢を当事者と一緒に考える
3-1）抗精神病薬を当事者と一緒に考える
3-2）個別認知行動療法を届ける
4）身近でケアする人を支える（家族に限定しない、友人なども含まれる）
5）身体的健康を支援する
6）一次医療と二次医療の包括的なケアを提供する

3. 精神科医療との出会いや共に歩む過程を支援する
1）自分や他人を傷つける行動に対応して当事者の安全を保障する
2）急性期でトラウマの再体験が起こることを予防する

4. 回復を後押しし，将来の可能性を広げる支援をする
1）当事者や社会のスティグマに対応する
2）ピアによる支援を届ける（ピアサポートに関する支援）
3）リカバリーのあり方は人それぞれであることを理解し個々の過程を支援する
3-1）働くこと、学ぶことを支える
3-2）地域で住むことを支える

5. これから必要となる研究

6. SST の取組みから
1) 当事者のリカバリーに伴走し、当事者のやってみたいを応援する
2) 災害を力に変えることを支える

１．統合失調症を経験している人に対するケアのあるべき姿

１）精神科医療の専門職が自身のリカバリーを通じて当事者中心のケアに向き合う

１．精神科医療に従事する専門職のリカバリー
２．「人間として当たり前」の対応に価値がある
３．支援を受ける側と提供する側の相互性
４．構造が変わることで当事者が先に変わる

１．精神科医療に従事する専門職のリカバリー

本ガイドラインの出発点となった基本理念は以下の３点である。
① 当事者が、自分の人生を自分の足で歩むこと（主体性)、そうした感覚を持つこと（主体感)、その実現と回復とがリカバリーである。
② 専門職の役割は、当事者にとって替わって人生を決めることではなく、リカバリーを支援することである。リカバリーを当事者や家族と一緒に模索する過程としての共同創造（コ・プロダクション）がその基本となる。
③ ①②の理念を現場で具体的に実現するために、専門職には自身の実践と組織・制度のあり方を変革することが求められる。それは専門職の成長と組織・制度の改革でもある。本ガイドラインはそうした専門職の成長と組織・制度の改革を促す指針となることを目指す。

しかし本ガイドラインの作成に携わってみて、「当事者の主体性の回復」を専門職の姿勢の基本とすることがいかに難しいかが実感された。本ガイドラインは、担当者が執筆した原稿を互いにピアレビューして改善に努めたものであるが、しかしそれでもなお当事者や家族を介入や管理の対象として捉える視点が残ってしまっていることを認めなければならない。理念と現実の乖離にどういう態度で臨むべきかは、当初からの課題であった。原稿作成の過程で明らかになったのは、理想と現実の乖離において現状追認に向かいやすいという、専門職の傾向であった。それはひとつには足元の現実から出発せざるをえないことによるが、もうひとつにはそうした現実に適応するために努力と犠牲を払ってきた専門職にとって、現実が望ましくない状況で変革が必要であると認めることは、これまでの自らの経緯を否定すると感じられてしまうという心理的な苦痛を伴うという理由からである。この現状追認の傾向は、実は当事者がみずからの状況に対したときの心理と共通して、リカバリーをみずから遠ざける要因でもあることに気付く。専門職の変化への心理的な抵抗感は、とりわけ精神科医療の領域において、ガイドラインが策定されても現場実践に導入活用されない理由のひとつとされる。[1] 精神科医療の専門職が支援のあり方をリカバリーや当事者中心のケアへ転換することに抵抗を感じる心理は、外来よりも入院病棟の場でより強く認められる。[2,3] 入院医療で必要とされている管理志向の現場経験の蓄積が、リカバリーとは逆行する管理志向の文化を形成してしまうと考えられる。私たちは現時点でまだこ

の困難を克服できていない。こうして当事者のリカバリーの実現のためには、リカバリー支援を担う精神科医療の専門職自身とその組織・制度のリカバリーが必要となる。そのことを正しく認識し率直に表明することが、コ・プロダクションの始まりとなるだろう。それは、専門職が自身とその組織・制度の弱みを素直に認めることが、当事者のリカバリーのモデルとなり、それを促すことになるからである。専門職がガイドラインの理念を見失い、診療手順やフローチャートだけを求める背景には、自らの専門性に対する疑念や不安と、それにもとづいた対象コントロールを求める心理がある。それは、リカバリーを見失う当事者の心理とも重なっている。こうした状況や自らの心理に気付き、それに対し適切な態度と心理をとれるようになることが専門職のリカバリーである。

２.「人間として当たり前」の対応の価値に気付く

専門職のリカバリーのためには、精神科医療としての専門性の基盤をなしそれ以上に重要な、「人間として当たり前の対応」の価値に気付き、そこにこそ専門家としての根拠があることを再認識することが重要である。当事者のリカバリーは個別の体験として進むもので、社会におけるひとりの人間としての権利や尊厳と深く関わっている。[4] リカバリーを終えた当事者が社会に参加するのではなく、社会に参加する過程がリカバリーである。そこでは、社会における人間として当たり前の対応に意味や価値がある。当事者と専門職もまたひとつの人対人の関係であり、専門家としての知識や技術の基盤として、専門職や組織・制度がもつ志向性や文化あるいは完成や雰囲気といった要素がより重要であり、それは薬物療法以上に当事者へ影響を及ぼす。[5]精神科に限らず医療の専門職は、診療科や疾患ごとの特異的な治療や手法を求め注目する傾向がある。しかしながら、最近、食事や運動や生活動作という身体健康の基本の重要性が、治療の基盤として改めて見直されてきている。精神科医療においても、専門化や特殊化を重視するあまり、当事者との人対人の関係において当たり前のことの重要性を軽視し見逃すことがある。リカバリーの考え方やガイドラインに対して、「自分の患者には当てはまらない」と主張するのはその例である。[4,6] また、精神科病院の専門職は、他の身体科や病院形態と比べて、患者の安全性を守ることを最優先に考える文化が根付いておらず、チームで連携してケアに臨むという意識も希薄であるという指摘もある。[7]精神科医療の専門職が、専門化し特殊化した独自のケアを進めようとすることで、人と人との関係という基本を忘れてしまい、結果として当事者を「管理」し主体性を奪いリカバリーを妨げていることがある。

【向谷地】*お話好きで、いつも笑っている人なんだけど、ときどきエイリアンが襲ってくる（という妄想をもっている）んだけど、（出産のために入院した）病棟の中では「他の病室の方にあまり声をかけないでください」っていうか「お話をしないでください」って最初に言われたことで。ここのスタッフはみんなお化けだって、お化けになっちゃって。*

【向谷地】*治療的な意味でも、ちゃんとスタッフのふるまいはその人に薬以上に影響を与えているということを、ちゃんと意識したふるまいとか声のかけ方をすることで、すごく*

その人の助けになるということを、イギリスへ行ったときに、私たちが普段経験していることとつながったんだよね。

【福田】*そんなの当たり前じゃないということは、実はすごく、基本的に大事だということなんですよ。集団の雰囲気が大事。そんなのは当たり前でしょって言うかもしれないけども、それこそ大事であってね。というか、みんなが当たり前と思ってもらえば、それはみんなが採用してやってくれるわけだよね。*

心の健康の維持と向上は、障害の有無に関わらず全ての人々にとって必要なことである。どのような場面や地域であっても、人間として当たり前のやりとりができる社会は望ましい社会であり、精神保健の目指すべき方向である。

３．支援を受ける側と提供する側の相互性

人間として当たり前の対応が成立する前提には、支援を受ける側と提供する側の関係がそれだけに限定されずに、相互性が保たれる関係に裏打ちされていることが必要である。一方が常に支援する側でありもう一方が常に支援される側、という関係のみに固定化された状態には、必ず権力勾配が伴う。診療の目的と目標のために本来は両者のコミュニケーションが行われるべきであるのに、支援される側が支援する側の顔色をうかがって機嫌を損ねないことが目的化してしまう。また支援を受ける側の当事者が、診察場面で「患者役割」を過剰に担うだけでなく、日々の生活においてもそれが中心の生き方となってしまうことにもなる。そうした支援関係だけで相互性がない関係の中では、実は支援を提供する側も孤立している。

【向谷地】*患者さんは、先生の前に行くときにはちゃんと病気を抱えて行かなきゃならない。気合い入れて弱くなって。それで、ここが痛いです、ここ辛いです、と言ってね。それで困りごとのお土産を持って、先生から治してもらう。ありがとうございましたと言ってね。ある種の儀式みたいに。*

【向谷地】*薬を飲み忘れる患者さんに、私、ポロッと、いや実は私も結構飲み忘れるんですよって言ったら、それは大変だと言って、毎日８時になったら必ず電話をくれるんですよ。*
【福田】*支える立場になったっていうことが、またその方の自信にもなるでしょうね。常に医者から治されるっていう関係は、嫌な関係だもんね。*

人間にとって、人の力を借りて生きることは必要なことで、また同じ人があるときには人に力を貸して助ける。どちらかだけではなく、両方あることが必要だし当然である。「自立」を、厄介事があっても他人に迷惑をかけずに独力で解決することと捉えて、人の力を借りて生きる人生は価値が低いと感じる捉え方は、自分で自分の面倒をみられなくなったら社会から排除されるという不安と表裏一体である。支援関係のみで相互性のない専門職と当事者の間では、「自分はこのようにはならない」という無意識が言動に表れ、当事者のリカバリーを阻害することになる。[8]

４．構造が変わることで当事者が先に変わる

支援を受ける側と提供する側の関係は、両者が立つ構造や制度に規定されている。専門職自身は構造と制度のただなかにいるため、その課題を認識し克服することは難しい。実際に起こるのは、支援の構造や制度が変わることで当事者のリカバリーが進み、その当事者のリカバリーの過程を目にして、専門職は初めてリカバリーについて理解する、という展開である。専門職がまだ当事者のリカバリーを語る言葉を持たない時に、リカバリーは既に始まっている。専門職自身のリカバリーについても、構造と制度の変化が先んじて起こる必要がある。精神科医療に限らない構造と構造の変化の例として、世界保健機関（World health Organization: WHO）が提唱する健康な職場（healthy workplace）づくりの取り組みが挙げられる。[9] 健康な職場は、組織の「倫理と価値」が中心にあり、この倫理と価値に基づくリーダーシップが発揮される。精神科医療を提供する組織が自らに課す倫理と提供する支援の価値は、ケアの前線にたつ専門職と当事者とのコ・プロダクションを通じて作られることが望ましいだろう。

文献

1. Sandström B, Willman A, Svensson B, Borglin G. Perceptions of national guidelines and their (non) implementation in mental healthcare: a deductive and inductive content analysis. *Implement Sci* 2015; **10**: 43.
2. Johansson C, Åström S, Kauffeldt A, Helldin L, Carlström E. Culture as a predictor of resistance to change: A study of competing values in a psychiatric nursing context. *Health Policy* 2014; **114**: 156-162.
3. Fleury M-J, Sabetti J, Grenier G, Bamvita J-M, Vallée C, Cao Z. Work-related variables associated with perceptions of recovery-oriented care among Quebec mental health professionals. *BJPsych Open* 2018; **4**: 478-485.
4. Slade M, Amering M, Farkas M et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014; **13**: 12-20.
5. Morris A, Bloom JR, Kang S. Organizational and individual factors affecting consumer outcomes of care in mental health services. *Adm Policy Ment Health* 2007; **34**: 243-253.
6. Gallego B, Westbrook MT, Dunn AG, Braithwaite J. Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. *Int J Qual Health Care* 2012; **24**: 311-320.
7. Horsfall J, Cleary M, Hunt GE. Stigma in mental health: clients and professionals. *Issues Ment Health Nurs* 2010; **31**: 450-455.
8. Forsner T, Hansson J, Brommels M, Wistedt AA, Forsell Y. Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. *BMC Psychiatry* 2010; **10**: 8.
9. WHO. *Healthy workplaces: A model for action. For employers, workers, policy-makers and practitioners*. World Health Organization, Genova, 2010.

２）精神科医療との出会いや共に歩む過程を支援する

１．基本となる考え方
２．危機状態やパワレス状態になったとき
３．レジリエンス（回復力）が働くように
４．希望を持つこと
５．エンパワメントの姿勢
６．ストレングス（強み）に注目する
７．自分の責任を引き受け、生活の中で有意義な役割を持てる

１．基本となる考え方

自分の理想や大切な人を失うこと、喪失や危機は常に起こるので、誰もが絶え間ないリカバリーへの道を歩んでいる。それは、当事者だけでなく、医療関係者も同じである。精神科医療は、当事者の生活や人生を回復するという目的のために使われる手段である。自分の病気や障がいを受け止め、自分の人生を取り戻そうとする人は、リカバリー（回復）に向かう道程にある。[1] 支援者は、当事者が自身の回復する力を活用してリカバリーに向かうことを支援する。当事者の生活に病気を持つことが何らかの支障をきたし、多くの場合は危機状態にある時に医療の利用が始まる。人は危機状態にあるときには、自身の安全を守るエネルギーがなくなると感じる。そのようなときには、医療は安全な環境を作って当事者が必要な休息がとれるようサポートする。

回復期には、当事者が本来持っている回復する力が働くように、必ず回復するという希望を持つことを支援する。そのためには、当事者と支援者が治療に関する意思決定を共に行い、当事者が自分で選び、決められたという自信を持てるように支援する。支援者は、専門家として当事者に情報を提供し、日常生活の細かな選択を含めて、自身で選んだという感覚をもてるようにする。当事者のしたいことや夢を共有し、それが実現するために、当事者のどんな強みが活用できるかについて対話する。互いに話し合うことで、これまでの実績や活用できる資源について、新しい見方ができるようになる。当事者が生活の中で自分の役割をみつけ、自身の人生を担っているという実感をもって生活していくために、病気と付き合いながら活用するのが精神科医療である。

２．危機状態、パワレス状態になったとき

人は、大切な人生の目標に向かうとき、障がいに直面し、習慣的な問題解決の方法を用いただけでは克服できない状況に陥った時に、危機状態を体験する。[2] 統合失調症をもつ人は、病状悪化による強制入院や自分の意思では退院できない体験をすることが多い。そのため、自分の人生における重要な決定を他人が代わりに行うため、自分の人生をコントロールできないと感じ、努力しても無駄である、自分は役に立たない人間だとネガティブな感情を抱く。[3] そうすると、精神障がいをもつ人はネガティブな固定観念を内部移行しやすく、そ

の結果自尊心が低くなり、セルフスティグマを抱く傾向にある。セルフスティグマを内在化すると、絶望して人との関わりや治療を拒否し、病状が悪化するという悪循環に至る。[4] つまり、病気や障害そのものによる苦しみと、スティグマの両方に対峙しなくてはいけなくなる。このような大きな喪失感や強い心理的ストレスを体験すると、人は自分の無力さを思い知らされる。そして自分は状況をコントロールできず、何もできないと感じるパワレス（Powerless=無力）状態に陥りやすい[5)]。パワレス状態では心理的均衡を保つことが困難となり、病的な心理的反応を示すことがある。また、当事者の脆弱な対処機序が損壊することで急性症状の悪化を招き、そのために危機介入技術が用いられる可能性がある[6)]。そこで、精神障がいをもつ人が危機状態に陥り、スティグマの内在化を防ぐために、支援者は個々の人へ積極的に関わることで、治療へのアドヒアランスを高める[4)] 必要がある。それにより、次のセクションで述べるエンパワメントやリカバリーを促すことにもつながる。

【当事者の語り】

“うちと作業所の行き来で誰かに追われているような感じがして、それで精神的に疲れちゃって 10 日ぐらい入院してたんです、中断してた病院へ。”　男性　50 代

“ちょっと何か、近所のアパートの人が、何かうるさくて。夜眠れない、眠れなくなっちゃったとか、何か。生活に支障が出ちゃったとか、結構、それで気になっちゃって。何か、声が聞こえてきて。”　女性　40 代

３．レジリエンス（回復力）が働くように

レジリエンスとは、危機や逆境に耐えて立ち直る能力のこととされ、障がいや疾病とつきあいつつ自分のリカバリーをめざす人には、絶えずこの回復力が必要となる。[1] 統合失調症をもつ人は一般的に脆弱であるとみなされるが、[7] 自分自身に対する見方は変化することが示唆されている。①Lost（病気による自己喪失）、②Striving（病気に対処するためにもがき、懸命に努力すること）、③Growing（病気に対するコントロール感があること）の 3 段階である。レジリエンスとは「チャレンジ」と「サポート」という拮抗する力の間に生じる緊張で、統合失調症をコントロールするために奮闘する（striving）行為で生じる。つまり、障がいがあっても、問題を解決するためにリスクを伴うことにチャレンジをし、支えとなる人や資源を探して活用することは、統合失調症からの回復のプロセスに含まれているエネルギー」となる。危機状態やパワレス状態では、変化が見受けられない状況となり絶望することもある。レジリエンスは誰もが有するものであるため、当事者のレジリエンスを発動させ、回復に希望を持てるように関わる。

【当事者の語り】[8,p.217]

全部自分でしなくてもいいのだ。これは久しぶりの感覚でした。<サポート>は、手を伸ばしてみたら、伸ばし続けていたら、あったのです。時間はかかりましたが、サポーターが現れました。　男性　40 代

情報を言ってくれたもんですから。そういうことです、良かったことは。助かったことは。
女性　50 *代*

４．希望を持つこと

精神科疾患の多くは、思春期・青年期という変化の時期において経験される。急性期の危機的な状況を脱したとしても、病気や障がいを抱え、それまでできていたことが思うようにできず、描いていた夢や人生設計を道半ばで諦めざるを得ないこともあるかもしれない。そうした逆境にあっても希望を持つことは、病気や障がいからのリカバリー（回復）のためには欠かすことのできない、最も重要なことである。[1] 希望は、重症な精神疾患を持つ人の主観的健康感に直接的に強く影響し主観的健康感を改善するために重要であり、その結果、個々のリカバリーのプロセスを強化する。[9] また、希望の感覚とは、人との関係性のなかで生まれるものであり、友人との関係において、そして、支援者である専門家との対等なパートナーシップの関係においてつくられるものである。[10] 当事者の回復の過程で、支援者は、まずは、当事者がやってみたいと思っていること、挑戦してみたいと考えていることを知ること、そして、これまでの物差しやメガネは脇に置き、目の前の当事者の可能性を信じ、願いや動機、気持ちに立って、将来を、今までとは違う未来を、具体的に一緒にイメージしてみることが大切である。[1] 希望をもつ支援者が、希望をもつ当事者をつくりだすのであり、[11] 支援者は、当事者の希望を喚起する資源をできるだけたくさん持っているのがよい。[1]

【当事者の語り】

結構追い詰められたときに、話を聞いてもらってますね。自分もこう見えて、精神病の山なんで、数字病にとらわれてるときが強くって。何月何日に死ぬんじゃないかみたいなのとか、すごいとらわれてるときとかに、助けになってます。　男性　40 代

「どこで心がワクワクするのか。どこで、ホッとするのか、可能性を感じるのか。そこからはじめると、違いますね」と。<希望>・・・・・・こいねがいのぞむ感覚。それはもともと人に備わっているもの。忘れることはあっても、なくなることは決してないと思います。[8,p.113-114]

５．エンパワメントの姿勢

人は病気や障がいに直面すると、当事者や家族の日常はその病気や障がい・症状に振り回され、疾病や治療を中心とした生活に傾きやすくなる。エンパワメントとは、当事者の持つ秘めた力へ関心を向け、当事者が共同するという物語や自身の人生を作るということはその秘めたる力によるという事実について注意深く指摘することであり、[12] 人が健康と医療の意思決定に意識的に参加するための自分の能力に対する意識を高めることを強化する。[13]

当事者や家族が病気や障がいに向き合うとともに、より良い自身の健康を目指して、受け身になることなく治療にも自ら参加し、意思表示・意思決定をし、評価する力であり、治療への積極的参加の意識を高めることである。リカバリーにおいて「エンパワメント」の姿勢を獲得することは、疾患や障がいと上手く付き合いながらその人らしく生きて行くために必要な姿勢でもある。

エンパワメントに対する介入の特長は、「病理や弱さの側面から見るのではなく、健康や強さの側面を重視すること」(「⑤ストレングス（強み）に注目する」を参照)、「当事者と専門家の関係をパートナーシップと見ること」、「当事者と専門家の援助者の在り方が、当事者に対して抑圧的な社会制度の影響を減じるような力を持つこと」である。[14] Spaniolらによれば、リカバリー支援の評価は、①「エンパワメント」、②「患者自身の選択」、③「患者自身の関与」、④「地域に焦点を当てる、⑤「ストレングスに焦点を当てる」、⑥「つながり」によってなされる。[15]

医療関係者はともすると、当事者や家族に対して一方的に指示・指導・教育を行いがちであるが、当事者も家族も治療・ケアのチームの一員であり、彼らの持つ能力を信じ、その能力を最大限に引き出すことが、エンパワメントへの第一歩である。医療関係者は「出来ない」ことに目を向けるのではなく、「出来ていること・出来ること」に目を向け、当事者や家族が病気や治療・ケアについての知識を持ち、何が行われていて、何が起こっているのかを判断でき、それを医療関係者に伝え、より良い治療・ケアに向けた改善につながるように支援し、治療・ケアプロセスの一端を担っていると感じられるように介入して行く。

これらは治療・ケアに対してだけでは無く、生活に対しても言えることであり、日常生活を送る上での障がいや困難を認識し、それを改善する為に何が出来るか、何が必要かを当事者・家族とともに考え実践し、より良い生活に向けて、当事者や家族が自ら工夫し行動出来るよう介入して行くことが大切である。

【当事者の語り】

自分のできることをやっていただくとどんどんできなくなっていっちゃうような気がして、一緒に見てやっててくれると少しずつ進歩しているのかなと思います。　女性　50 代

自分の意見を真っ向から否定しないでいてくれるのがいいです。それで一緒に考えてくれるところがいいですね。　男性　60 代

６．ストレングス（強み）に注目する

これまで、医療における支援といえば、問題解決モデル――本人の問題に焦点を当て、それを解決するための計画を立て、実践する――が中心だった。これに対してストレングスモデルは、その焦点を当事者の「ストレングス＝強み」に当て、それを生かして支援を組み立てていくものである。[16] ストレングスモデルの開発者、チャールズ・A・ラップとリチャード・J・ゴスチャ 2 によれば、「ストレングス＝強み」とは、当事者に備わる「特性、技能、才能、能力、環境、関心、願望、希望」のことで、病気や障がいの重さにかかわら

ず、すべての人が持っているとされている。[17] またストレングスには「個人」、「環境」、「対人関係」の３レベルがあり、「個人」レベルの強みは「才能、能力、能力、スキル、興味、そして個人的な属性（身体的、心理的）」といったその人の持つ力に関連し、「環境」は「身近な環境とより広い地域社会の両方で利用可能な外部の資源」であり、「対人関係」は「個人と環境のレベル間の相互作用から生じ、個人が内的および資源にアクセスできる」強みである。[18]

「私のしたいこと、夢」を最初に当事者に聞く。次にそのような夢やしたいことを持つに至った「これまでの出来事」を話してもらう。「夢の実現に役立つ体験」では、「実は私は昔こういう仕事をしたことがある」「こんな免許をもっている」「こんなことが得意」などの、一つでも知らなかったことを教えてもらえたら、対話は大成功といえる。医療関係者は、当事者を「見直し」、どんな願いや物語を持った人なのかを発見する。当事者が病気や治療をどのように受け止め、どんなことが気になっているかを知る。夢に向かってとりあえずこの２週間ではどうするかをスモールステップ（小さな一歩）にして短期目標を一緒にたてる。[19]

医療に関わる人は、当事者の健康を願うあまりに、自分が知っている情報で当事者のすべてをコントロールしようとしてしまうことがある。また、知識をたくさん持っていないことは恥ずかしいと感じるあまりに、当事者に聞くことを躊躇することがある。しかし、リカバリーは当事者の主観的な感覚なのだから、当事者がどう感じているかを知る必要がある。

【当事者の語り】[8,p.37]

野球が好きなら、バッティングセンター行くといいんですよ。軽くパーンってやって、ストレス解消で。それ打ってるときに、幻聴なんか、絶対聞こえませんから。　男性　40 代

「みなさんにとっての『生活の工夫』はなんですか？」 「私にとっては、泣くことです」 「泣くと、どんな風になるのですか？」 「泣くと、心が浄化されるのです」 「泣くと、心が浄化されるのですね。ありがとうございます‥‥‥」 「だから、私が泣いていても、止めないでほしいです」　女性　50 代

７．自分の責任を引き受け、生活の中で有意義な役割を持てる

当事者にとって最も信頼できる専門家は、他でもなく自分自身である。当事者が何を望んでいて、何を求めているのか、それを知っているのは医療や福祉の専門家ではなく当事者自身である。リカバリーのあらゆる側面において、その責任者は当事者自身が務めなくてはならない。専門家は当事者に代わっての意思決定や、当事者が納得できない治療プログラムへの参加を強要すべきではない。当事者に選べる自由があること、選べる力があることを伝え、主体的に選択することができるように支援をしなければならない。

また、精神症状の完全な消失がなくても、社会や生活の中で何らかの役割を持つことに

よってもリカバリーは起こる。[20] 例えば、家族や仲間のなかで新しい役割を得ること、元の仕事に戻るあるいは新しい仕事を始めること、これらによって当事者は「疾患を抱えた人」ではなく、家族や仲間たちから「頼りになる人」という役割を獲得することができる。[21] 生活の中で有意義な役割を持つことは、当事者の自立心や自尊心の向上にもつながる。当事者が日常生活において担うことができる役割を専門家が奪ってしまうことがないように、そして新しい役割を安心して担えるように専門家は支援していく必要がある。

【当事者の語り】

今の彼女と、7 月で丸 3 年になるんですけど、結婚する準備をしてて。彼女はルックスは良いほうなんですけど、料理できないんですよ。僕は 7 年間、居酒屋で修業したから、料理できるんですよ。　男性　30 代

今は、〇〇で午前中だけ 3 時間働いてて、あと帰ったら、まあ洗濯、自分でやって、掃除機かけて。　女性　40 代

文献

1. 野中猛.*リカバリー:図説 : 医療保険福祉のキーワード*. 中央法規, 東京, 2012 : 47-49.
2. 小島操子. *看護における危機理論・危機介入— フィンク/コーン/アグィレラ/ムース/家族の危機モデルから学ぶ 第２版*. 金芳堂, 東京, 2008 : 6.
3. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia : concordance, contrasts, and implications, *Schizophr Bull* 2006; 32: 432-442.
4. Carrara BS, Ventura CAA . Self-stigma, mentally ill persons and health services: An integrative review of literature. *Arch Psychiatr Nurs* 2018; 32: 317-324.
5. 萱間真美. *リカバリー・退院支援・地域連携のためのストレングスモデル実践活用術*. 医学書院, 東京, 2016 :13.
6. Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Syst Rev* 2015; 3 :CD001087.
7. Sumskis S, Moxham L, Caputi P. Meaning of resilience as described by people with schizophrenia, *Int J Ment Health Nurs* 2017; 26: 273-284.
8. 増川ねてる, 藤田茂治（編）. WRAP(R)を始める！精神科看護師とのWRAP(R)入門：リカバリーのキーコンセプトと元気に役立つ道具箱編. 精神看護出版, 東京, 2016.
9. Werner S. Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry Res* 2012; 196: 214-219.
10. Schrank B, Bird V, Rudnick, Slade M. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Soc Sci Med* 2012; 74: 554-564.
11. 前田ケイ訳. マーク・レーガン著. *リカバリーへの道－精神の病から立ち直ることを支援する*. 金剛出版, 東京, 2014: 32-43.
12. Rappaport, J. Empowerment meets narrative: Listening to stories and creating setting. *Am J Community Psychol* 1995; 23, 795–807.

13. 野中猛. *精神障がいリハビリテーション論―リカバリーへの道―*. 岩崎学術出版, 東京, 2006：165-168.
14. 白石裕巳. *統合失調症からの回復を支える*. 星和書店, 東京, 2010: 64-66.
15. Spaniol L. Recovery from psychiatric disability: Implications for rehabilitation counseling education, *Rehabil Edu* 2001; 15: 167-175.
16. 野中猛. *リカバリー；図説：医療保険福祉のキーワード*. 中央法規, 東京, 2012: 37.
17. 田中英樹監訳. チャールズ・A・ラップ, リチャード・J・ゴスチャ著. *ストレングスモデル第３版;リカバリー志向の精神保健福祉サービス*. 金剛出版, 東京, 2012.
18. Bird VJ, Le Boutillier C, Leamy M et al. Assessing the strengths of mental health consumers: a systematic review. *Psychol Assess* 2012; 24: 1024-1033.
19. 萱間真美. *リカバリー・退院支援・地域連携のためのストレングスモデル実践活用術*, 医学書院, 東京, 2016, 48.
20. William A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service System in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993; 16(4): 11-23
21. 前田ケイ監訳. マーク・レーガン著. *ビレッジから学ぶリカバリーの道：精神の病から立ち直ることを支援する*. 金剛出版, 東京, 2005.

２．当事者中心のケアを実践する

１）当事者の人生の文脈からみた経験を理解する

１．基本理念
２．「人生の文脈に基づいた支援」についてのエビデンスおよび実践
３．当事者の人生の文脈を理解するためのアプローチの基本
４．なぜ当事者の人生の文脈に基づく支援が出来ないのか？
５．当事者の人生の文脈を理解するうえでのポイント
６．将来へ向けて

１．基本理念

文脈とは、「物事のすじみち、背景」である。人が今まで生きてきた経験や筋道、今現在にいたるまでの背景は、一人一人全く異なり、千差万別である。人は皆、生きていく中で、自分にしかない文脈＝自分だけの「旅路」を歩んでいる。精神疾患からの回復（リカバリー）も、その人固有の「旅路」である。[1] 人それぞれが大切にする価値は、生きてきた文脈の中で育まれている。文脈を理解することで、リカバリーの原動力となる本人が大切にする価値を知ることが出来る。

統合失調症を経験している当事者は、自分と自分以外の境界線を引くことが難しくなっており、自分一人だけでは文脈を捉えることが難しい。[2] そのため、自分が大切にしている価値に気づくことが難しい場合もある。支援者には、そうした当事者の困難さを踏まえて、当事者と一緒に文脈をたどり、リカバリーへ向けた手がかりを共に探る姿勢が求められる。支援者が、現在現れている症状や問題を、その場その場の横断面でだけ理解しようとすると、症状や問題を「意味のある」ものとして捉えられない。そのような支援者との関係の中では、当事者自身も「症状中心主義」に巻き込まれてしまい、自分の人生の文脈を踏まえたリカバリーへの手がかりをつかめなくなってしまう。

最初は症状や病気への偏見が苦しくて、それに覆われるように暮らしていました。病気に振り回されていて、話せる仲間もいませんでした。同じ苦労を経験した仲間と出会うことが出来て、ようやく自分のことを語ることが許された気がします。

その後も自分を見つめるのはしんどくて、何度か具合が悪くなったりもしました。それでも何度か自分を見つめることに慣れていくと、病気やその苦しみ、困り事で包まれていた世界が少しずつ、「それは自分や人生の一部でしかないんだ」と思えるようになってきました。

そうやって自ずと自分の人生を大切に出来るようになってきた気がします。

「精神病症状とみなされる経験や信念は、困難な人生の出来事に対する十分に理解可能な

反応である。」[3] この前提にたって、支援を行うべきである。幻覚や妄想を「ただ取り除くべき無意味な症状」と捉えず、分かち合うことのできる意味のある「苦労」と捉えることが必要である。[4] 当事者その人の旅路に寄り添い、人生の文脈を理解した上で、リカバリーへの手がかりを当事者とともに見つけていくことが支援者には求められる。また、人生の文脈を生きる主体はあくまで当事者その人であり、支援者は文脈を理解した上で伴走することが大切である。当事者の文脈に入り込もうとしすぎるあまり、支援者が当事者の文脈を乗っ取ってしまわないように注意しなければならない。

２.「人生の文脈に基づいた支援」についてのエビデンスおよび実践

精神病症状を持つ人への個別認知行動療法（Cognitive and Behavioural Therapy for Psychosis: CBTp）は、じっくりと時間をかけて、安心できる環境で、当事者がこれまで経験してきた人生の文脈を共有した上で、現在直面している苦労を乗り越える方法を共に考えて、試していくプロセスである。決して特定の技法を症状にあてはめるようなものではなく、精神病症状が持つ意味を、じっくりと時間をかけて読み解いていくプロセスであり、CBTp特有の技法を用いる以前に、関係づくりと文脈の理解ができていることが大前提となる。[5] 当事者研究は、このプロセスを、当事者と支援者の 1 対 1 関係を超えて、日頃から付き合いのある仲間と、治療の場ではなく生活の場で、一緒に進めていく。[4] 治療や支援のための空間（病院・施設）でCBTや当事者研究が行われる場合は、どのような文脈・関係性の中で行われているのかを強く意識する必要がある。

３．当事者の人生の文脈を理解するためのアプローチの基本

統合失調症の発症好発年齢は、10 代半ば～20 代半ばの思春期・青年期である。[6] 統合失調症の当事者に限らず、アイデンティティの形成途上にある思春期・青年期の若者は、自分が大事にする価値を明確に言葉にすることが難しく、本人との言葉のやり取りからだけでは見出せないことが多い。リカバリーの原動力となる当事者の価値を明らかにするためには、本人とこれまで人生を共にしてきた人の力を借りることが大切である。家族から丁寧にこれまでの文脈を聴き、当事者自身がこれまで人としてどうやって、何を大事にして生きてきたかをたどっていく必要がある。家族が歩んできた歴史的な文脈をひも解くことも、当事者が現在置かれている文脈の理解につながる。当事者の人生の文脈を理解するためには、当事者を一人の人としてみることが必須である、症状ではなく人を見るパーソンセンタードアプローチが、回復支援において必要不可欠である。なぜなら、支援を進める上で、当事者個々人のおかれた文脈が非常に重要だからである。[7] エビデンスに基づく支援は、リカバリーに向けて大切ではあるが、それだけでは上手くいかない。エビデンスと同じかそれ以上に、当事者の価値に基づく選択が大切である。[7] 薬物治療においても、当事者が置かれた文脈は非常に重要である。人は薬物治療に効果があると思えば薬を飲むし、効果が無いと思えば薬は飲まない。[8] 支援者がどんなに効果があると思っていたとしても、当事者がこれまで効果がない、むしろ苦痛だったと思った経験があれば、飲まないのが普通である。

当事者の人生の文脈は、当事者―支援者の二者関係の中だけでは理解できない。なぜなら、人はこれまでの人生の中で、さまざまな人と出会い、さまざまな出来事に遭遇して、その人固有の文脈を形作っているからである。当事者のリカバリーを支援する人は、当事者と当事者を取り巻く様々な人と協働し、当事者に同伴しながら、症状の持つ意味を、当事者固有の文脈・歴史を踏まえた上で汲み取っていくことが求められる。

４．なぜ当事者の人生の文脈に基づく支援が出来ないのか？

支援者が、当事者の人生の文脈を無視した疾患・症状・問題中心のアプローチのみにこだわる限り、リカバリーの支援は出来ない。当事者固有の文脈を理解しない支援は、リカバリーの助けにならないばかりか、妨げになってしまう。文脈や関係性を無視して、症状軽減のみを目指すアプローチは、当事者の健康に対する権利を守っているとは言えない。[7] 残念ながら、これまでの「症状中心」精神医療は、当事者の人生の文脈を理解したうえで、支援を提供してこなかった。個人個人の人生の文脈を理解するには、丁寧で時間をかけたやり取りと前向きで楽観的な想像力が不可欠である。しかし、十分な時間が取れず、当事者の回復に対して悲観的な精神医療関係者は、[9] 当事者の人生の文脈を十分に理解することが出来ない。支援者は、まずはこのような構造の中で支援をしていることを自覚せねばならない。また、症状中心・薬物療法中心の精神医療の構造の中で、薬物療法にしか希望を見出せなくなってしまった当事者・家族に対しても、その人たちの文脈を考慮した支援が必要である。

精神病症状を持つ当事者の 50-98%が、過去の逆境体験（いじめ・虐待・強制入院経験など）からトラウマを受けている。[10] 当事者が過去に受けたトラウマの存在を支援者が無視していると、フラッシュバックによる再体験行動を、文脈にそぐわない「奇異な行動」と受け取ってしまい、人生の文脈の理解が出来ず、真のニーズを汲み取れない。[11] また、文脈に基づかない支援により、当事者と支援者の間で意味が共有できなくなり、関係が切れてしまって、当事者自身を孤立させることにつながってしまう。さらに、文脈に基づかない支援にさらされると、当事者自身にとっても、症状の持つ意味が分からなくなり、不安が強まってしまう。

５．当事者の人生の文脈を理解するうえでのポイント

第一に、全ての症状にはその人なりの意味がある、と考え、その人の置かれた文脈から意味を探る努力を続けることが大切である。人生の文脈を理解し、その人なりの意味を理解するためには、支援者自身が、自分が置かれている文脈を相対化することも大切である。人は自分の置かれた文脈を当たり前のものとして、改めて言葉にしていないことも多い。支援者自身が置かれている精神保健医療サービスの文脈を相対化して意識できるようになることが大切である。

第二に、支援者自身が、多様な人生の文脈を持つ人とかかわりを持つことが大切である。同じような文脈をたどった人とばかり接していると、自分が置かれている文脈を相対化しづらくなり、自分と違った文脈をたどって生きている人への理解が難しくなる。統合失調

症を持つ人の回復支援に携わる人は、自らの生活範囲や職域を超えて、多様な人とかかわりを持つことが重要である。

第三に、統合失調症を持つ人の文脈を理解するためには、積極的にその文脈のスペシャリストであるピアスタッフの助けを借りることが必要である。統合失調症に伴う生きていく上での苦労を経験しているピアスタッフの力を借りることで、たとえ支援者自身が統合失調症を経験していなかったとしても、苦労の意味を理解しやすくなるだろう。文脈を理解するためには、過去の経験を言葉にしていく必要があるが、トラウマによる過去との切断がある人は、つらい体験であったがゆえに、過去を大づかみにしか思い出せなくなってしまっている。[12] 文脈の理解にあたっては、当事者と支援者の二者関係で完結せず、家族・友人・ピアをはじめとするさまざまな人の力を借りる必要がある。

６．将来に向けて

現在の精神保健医療サービスは、当事者の人生の文脈を理解するための時間をかけたやり取りが出来ない構造となっている。この構造を変え、当事者・家族の置かれた文脈を理解できるために必要な時間がかけられる体制にしていく必要がある。病院に人員と投資が集中している構造を変え、人が生活する地域で、文脈に寄り添う支援が出来る構造に変えていく必要がある。経験の専門家であり、当事者の文脈を理解する専門家であるピアスタッフが、精神保健医療サービスの中で活躍できる制度的・構造的後押しも必要である。文脈を理解するためにピアスタッフの力を活かそうとしても、文脈を理解するための時間とコストに投資しない構造や文化が今までのままであれば、ピアスタッフが役割を果たすことは出来ないだろうし、現場のピアスタッフはその矛盾に苦しむことになるだろう。現在の精神医療の構造をまずは変えた上で、回復を支えるための文脈の大切さを理解する人を増やすために、統合失調症を経験した人自身が、文脈のスペシャリストとして、研究チームに加わることを後押しすることも必要である。当事者が置かれた文脈を言葉にし、当事者を取り巻く人と共有するための当事者主導研究を後押ししていく必要がある。当事者主導研究から明らかになった知見を、支援者や一般市民に広く知らせることで、精神病症状を経験する人へのスティグマを減らし、精神保健医療サービスの構造を変えていかなければならない。

文献

1. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011; **199**: 445-452.
2. Kirschner M, Haugg A, Manoliu A et al. Deficits in context-dependent adaptive coding in early psychosis and healthy individuals with schizotypal personality traits. *Brain* 2018; **141**: 2806-2819.
3. Unit ATPR. Who we are and what we do.
4. 熊谷晋一郎. 総論「みんなの当事者研究」. *臨床心理学増刊号* 2017; **9**: 2-9.
5. Morrison AP, Barratt S. What are the components of CBT for psychosis? A Delphi study.

Schizophr Bull 2010; **36**: 136-142.

6. Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nat Rev Neurosci* 2008; **9**: 947-957.
7. van Weeghel J. *Recovery for all in the community. Learning from each other: Consensus paper on fundamental principles and key elements of community based mental health care.* European Community based Mental Health Service providers (EUCOMS) Network, Utrecht, 2017.
8. Diamond RJ. *The medication question: weighing your mental health treatment options.* W.W. Norton & Company, New York, 2011.
9. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiatry* 1999; **33**: 77-83.
10. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 2005; **112**: 330-350.
11. Moskowitz AK. "Scared stiff": catatonia as an evolutionary-based fear response. *Psychological review* 2004; **111**: 984-1002.
12. Moore SA, Zoellner LA. Overgeneral autobiographical memory and traumatic events: An evaluative review. *Psychol Bull* 2007; **133**: 419-437.

２）初回エピソードの直後からこれからの見通しを当事者と共有する

１．基本理念
２．当事者と見通しを共有するためのエビデンス
３．初回エピソード直後のアプローチの基本
４．見通しの難しさ、支援者の躊躇、長期入院是正の影響
５．初回エピソード直後の医療・支援のあり方
６．将来へ向けて検討が望まれる体制・制度

１．基本理念

初回エピソードは 10-20 歳代に起こることが多い。この時期は、対人関係の中心が親子関係から同世代集団へ変わりつつある最中である。また、就学・就労を通じた社会参加を始めたばかりの人も多い。したがって初回エピソード体験と思春期・青年期特有の課題との両面へのアプローチが望まれる。初回エピソードを体験した当事者の受ける医療は、精神病症状の改善や精神機能の回復すなわち、クリニカル・リカバリー（臨床症状の回復）が当面の目標となりやすい。しかし、人生で初めて出会うさまざまな精神症状や精神機能の低下と、一定期間対人関係や社会参加から遠ざかった体験は、自己効力感を低下させ、混乱をおこしやすい。セルフ・スティグマ（自身のもつ偏見などの考え）の増強や、パブリック・スティグマ（周囲のもつ偏見などの考え）に出会うことはトラウマとして体験されやすい。クリニカル・リカバリーを達成している当事者でも、このような混乱やトラウマが続いていることがある。臨床症状に限らないその人らしさの回復（パーソナル・リカバリー）も重要な目標であることを支援者は忘れてはならない。混乱しがちな状況で大事なのは、治療やリハビリテーションにおける適切な情報と今後の見通しを当事者と専門家で共有することだが、当事者本人が理解できるスピードで説明する配慮が必要である。病気の管理という医学的立場の考えから、ひとりひとりの価値観を重視した生活を考える立場へと切り替える過程の支援も必要である。ピアサポートワーカーは、自身も過去に同様の道のりを経験しており、この役割を最もうまく担える可能性がある。ピアサポートワーカーは、繊細で傷つきやすい状況にある当事者の体験と心情に寄り添いながら、「経験知による専門家」として情報提供などを行うことができる。本人が主体性を取り戻し回復を目指すには、家族など周りの支援者の希望も考慮しながら、当事者の価値観や希望を中心に据え、当事者と専門家により共同で意思を決定していく態度が望まれる。

【当事者の語り】

何が起こっているのか分からなかったし、誰にも聞けなかった
統合失調症という言葉を聞いて「何それ？」って思ったけど、「あぁ病気だったんだ、呪われてたわけじゃないんだ」って、安心しちゃった

「病気になってどう生きていくか」っていうより、そもそもまだ高校生だったので、「一体

私の人生はどうなっちゃうんだろう」という不安が強かった

失礼な話なんですが、(50 代のピアサポーターに会って、) 統合失調症でもちゃんとオジサンになれるんだなぁ、年取れるんだぁって安心した
やっぱり生まれたからには恋もしたいし、結婚もしてみたいじゃないですか。そういう恋愛話をピアサポーターから聞くと、前は「羨ましい」って思っていたけど、今は「じゃあいずれは僕も」って思えるようになった

【東大精神科ピアスタッフ・佐藤由美子氏の見解】

初回エピソードの直後からこれからの見通しを当事者と共有するということについて、少しお話させていただけたらと思います。見通しを話す際に、病的な体験を共有し、医師から良い方向性、クリニカルリカバリーについて示していただけることは凄く重要なことです。「治らないと言われた」と嘆く当事者の方もたくさんおられますが、その際にどのように生きていきたいか、どんな生活をしたいのかを当事者とピアサポーターとで共有し、治療チーム全体で取り組むことが必要です。意思決定から考えても医療の質は低下していると言われてしまうのは、その時点における疾病に対する思いや、1 年後、10 年後にどうなっていたいかなどの話（特にご自分の気持ちや将来のビジョンをピアサポーターと共有できることはその人の財産になるでしょう）ができていないことにあるのではないでしょうか。この点が抜けてしまうことで、結局、〈医学的な文脈〉で生きていかれる方がとても多い現状が多いのもまた事実です。特に、治療などの“縦”の関係からピアサポーターとの“横”の関係による関係の多様性を初回エピソード後に経験することは、居心地のよい関係を取り戻すという点でも重要です。疾病管理が出来ても、その後も〈医学的文脈〉で生きていかれるのはとても不自然なので、ご自分の文脈で生活していくことにはピアサポーターと一緒に雑談などから始め、ご自分の言葉を持たれることが非常に重要です。友達、仲間、ピアサポーターどなたでもいいのですが、〈医学的文脈〉から〈生活主体の文脈〉に置き換える際にピアサポートは非常に有効です。ピアサポートとは、どんな人でも経験したことのあるごく普遍的な経験ですが、治療という場面においては、その関係性を構築することはとても難しくなりやすいと言えます。この点において、ピアサポーターの有効性は発揮されるのではないでしょうか。初回エピソード後の見通しにおけるピアサポーターによるピアサポート活用の有用性はまだまだこれからです。

2. 当事者と見通しを共有するためのエビデンス

初回エピソードの直後から今後の見とおしを当事者と専門家で共有することは、リカバリー（回復）の支援にとても重要である。たとえば診断においては、失望・偏見・症状の悪化・支援の中断などをもたらす可能性がある一方で[1]、リカバリーなど希望のある見通しを当事者と共有することによって、当事者は、状況をより前向きに受け止めることができる。そのためには、まずは症状の回復に関して一般的にわかっていることを伝えることが必要である。その一つに、これまでの 50 の研究を合わせた研究のまとめでは、統合失調症患者の約 14%が 10 年の間にリカバリーすることが示されている。[2] この研究における回復の定義は、症状と社会機能の両方の改善が 2 年以上持続していることである。[2] また、精神病を経験した人の半数以上が、長期的には回復するという研究もある。[3] 加えて、統合失調

症患者を 20 年間追跡調査した研究では、30～40%は抗精神病薬を服用しておらず、全ての統合失調症患者が生涯にわたって継続的に抗精神病薬を必要としているわけではないことが示されている。[4] さらに、上記のような一般的にわかっていることだけではなく、本人の希望する見通しについて共に考え、本人を支えていく姿勢を示すことも大切である。それには本人の強みや大切にしていること、希望・目標、症状への対処の仕方などを共に明らかにし、その人が大切にする社会的役割（働くこと・学ぶこと・人の役に立つことなど）や人間関係を作っていくことを支援していく必要がある。[5] また、本人とともに、家族の支援も重要である。家族への心理教育は、再発・再入院の減少、生活の質の向上、課題解決力向上や家族負担軽減に効果があるとされる。[6]

3. 初回エピソード直後のアプローチの基本

初回エピソード直後は、思考の混乱や敏感さが残る一方で、自分の精神症状やできなくなっていることを把握できるようになるにつれて将来への不安が強まり、抑うつ的となったり体験がトラウマ化することが多い。非自発入院等により主体性が失われるような体験をしたことで、自己効力感が低下したりセルフ・スティグマが強まったりする。支援者はこのような精神状態の特徴を理解し、見とおしの共有を努力する必要がある。まずは、急性期を乗り越えたことをねぎらい、治療関係を深めながら更なるリカバリーの可能性を共有し、治療継続への動機づけとする。一緒に取り組む姿勢で、問題の合理的な理解や解決策をみつけることに積極的に関わることは、当事者の尊重・支持・理解されたいという希望につながる。これは、治療関係を強める可能性がある。[7]診断や治療方針は、病識や敏感さに配慮しながら共有をすすめる。支援者が、初回エピソードの過程で心の奥底に埋もれた当事者の希望を、適切な情報提供を行いながら前向きに拾い上げ、現状とバランスをとって見通しを具体化することで、主体感と能動性の回復が図られる。

4. 見通しの難しさ、支援者の躊躇、長期入院是正の影響

リカバリーを考える上では当事者が大切にする価値や希望を尊重することが重要だが、初回エピソードでは症状の評価や診断・目先の症状の治療が注目されがちである。医師の教育でも伝統的に症状評価が重視されてきた。しかし精神疾患の特性として症状や経過の個人差が大きく、また初回エピソードでの診断はのちに変わることがあるため、[8] 実際には診断という切り口のみでは見通しを共有しづらい。　支援者が当事者・家族と見通しを共有する際、このような精神疾患自体の特性に加えて、当事者や家族のセルフ・スティグマへの配慮、治療関係への影響など、考慮すべき事項は多い。その結果、慎重になるあまり、当事者・家族からすると診断を含めた見通しの共有に不十分に感じられることがある。[9]また、日本では精神科の長期入院を減らすための取り組みが進められているが、急性期治療後に地域生活へ戻る際、当事者が意見や希望を専門家に伝える機会が不足しているとの指摘もある。[10]

5. 初回エピソード直後の医療・支援のあり方

初回エピソードの直後は、統合失調症の治療において非常に大切で繊細な時期である。そのことを十分に認識して支援に当たる必要がある。具体的には、医療者や支援者は温かみを持って当事者や家族の心を支え、相談できる場所があると示し続ける必要がある。初回エピソードの好発年齢は 10-20 代であることから、進学や就労選択の際も、時間をかけて当事者の思いをくみ取り、個々のペースやニーズに合わせて先のことを共に考えながら必要な医療、支援を提供していくことが大切である。また、女性では、特に将来の妊娠への心配から服薬へのためらいがみられることがある。家族においても、自分の関わり方や育て方のせいで病気になったのではないか、遺伝が関係しているのではないかなど自責の念にとらわれがちになる。支援者は、当事者や家族がそのような気持ちを抱いている可能性があることを想像しながら、専門家として先の見通しを示しつつ、共に同じ方向性を共有して治療関係を結んでいくことが非常に重要である。こうした共同意思決定にはツールを用いることも有用である。[11]

6. 将来へ向けて検討が望まれる体制・制度

初回エピソードでは、より早い治療や支援につながることが必要だが、必ずしもスムーズにはいかない。その理由として、精神症状そのもののほかにメンタルヘルス・リテラシー（こころの不調や精神疾患に関する知識や理解のことで、これが高ければ、疾患の予防をしたり、自分のこころの不調に気づくことに役立つ）の不足が挙げられる。[12] これを改善するためにはメディアや学校教育を通して、精神疾患を知る機会を増やしていくのがよいだろう。統合失調症への偏見を親が強くもっており、家庭の中で子に伝わっていく可能性があるが、[13] リテラシーを高めることで家族や他者からの誤解を避けられるかもしれない。また、精神症状のみに焦点を当てて治療を行うと、セルフ・スティグマのために支援が続かないおそれがある。そのため、家族への支援や若者のニーズである、学びや働くこと、人間関係を築くことへの支援に重きを置くべきだろう。[12] 国内では、初回エピソードの若者に対し、認知行動療法や家族支援、退院後のメンタルヘルス・サービスの紹介などを薬物療法に組み合わせることで症状が回復しやすくなると報告されている。[14] また、デイケアにおける就学・就労支援や、ピア・サポート（同じ症状を抱える人どうしの支え合い）も有望である。さらにこころの支援へつながりやすいように、精神疾患の有無にかかわらず同年代の仲間が作れたり、困ったことを気軽に相談できる地域の施設が増えるとよい。このような施設を活用しながら、治療が必要な際のスムーズな導入や、初回エピソード直後からの就学・就労支援の体制が確立することが望まれる。このためには、医療機関と学校、行政の連携を促進する地域コーディネーターの育成が欠かせない。

文献

1. Perkins A, Ridler J, Browes D, Peryer G, Notley C, Hackmann C. Experiencing mental health diagnosis: a systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings. *Lancet Psychiatry* 2018; **5**: 747-764.
2. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N et al. A systematic review and meta-analysis of

recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013; **39**: 1296-306.

3. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2008; **17**: 128-137.
4. Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychol Med* 2012; **42**: 2145-2155.
5. Slade M. *100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals*. Rethink, London, 2009.
6. Lyman DR, Braude L, George P et al. Consumer and family psychoeducation: assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 2014; **65**: 416-428.
7. Dixon LB, Holoshitz Y, Nossel I. Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry* 2016; **15**: 13-20.
8. Hobbs M, Stanbrook R, Chakraborty N. Frequency of change of diagnoses in first-episode psychosis. *Prog Neurology Psychiatry* 2017; **21**: 6-8.
9. Perkins A, Ridler J, Browes D, Peryer G, Notley C, Hackmann C. Experiencing mental health diagnosis: a systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings. *Lancet Psychiatry* 2018; **5**: 747-764.
10. Niimura J, Tanoue M, Nakanishi M. Challenges following discharge from acute psychiatric inpatient care in Japan: patients' perspectives. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016; **23**: 576-584.
11. 精神科外来における意思決定支援ツール開発・普及委員会. *質問促進パンフレット 精神科外来での共同意思決定支援ツール*. 17 October 2018 Available at: http://decisionaid.tokyo/
12. Moe AM, Rubinstein EB, Gallagher CJ, Weiss DM, Stewart A, Breitborde NJ. Improving access to specialized care for first-episode psychosis: an ecological model. *Risk Manag Healthc Policy* 2018; **11**: 127-138.
13. 小池進介, 山口創生, 小塩靖崇, 安藤俊太郎. 精神医学のフロンティア スティグマの親子関係と,統合失調症名称変更の知識がスティグマに与える影響. *精神神経学雑誌* 2018; **120**: 551-557.
14. Nishida A, Ando S, Yamasaki S et al. A randomized controlled trial of comprehensive early intervention care in patients with first-episode psychosis in Japan: 1.5-year outcomes from the J-CAP study. *J Psychiatr Res* 2018; **102**: 136-141.

３）治療の選択肢を当事者と一緒に考える
３－１）薬を当事者と一緒に考える

１．基本理念
２．薬の種類とエビデンス
３．薬についてのアプローチの基本と支援の在り方
４．薬による副作用
５．将来へ向けて

（以下の原稿は、本ガイダンスの他の原稿とは趣をやや異にしている。ひとつは専門職・支援者を読み手と想定した文章とは必ずしもなっていないことであり、もうひとつはリカバリー支援そのものに向けた書き方ではないことである。これは、統合失調症の薬物療法について日本神経精神薬理学会による「統合失調症薬物治療ガイドライン」がすでに公開されており、しかもその改訂作業が現在行われているという事情があるためである。その薬物治療ガイドラインとの整合性を図るために、現状としてこのような記載とした。）

１．基本理念

統合失調症の当事者および家族にとって、薬は人生にかかわる大きな問題である。薬を飲みたい・飲ませたいという気持ちと飲みたくない・飲ませたくないという気持ちの間で揺れ動く。パーソナル・リカバリー志向のメンタルヘルス支援は、当事者が自分自身の回復のためのリソースとして薬、他の治療法およびサービスを使用するのをサポートする。[1] しかし、この支援は、薬を飲ませることではなく、もちろん、パーソナル・リカバリーを支援することである。 よって、当事者の人生の特定の時点での個人のための薬の使用を含む場合もあるし、含まない場合もある。すなわち、「薬を飲む」という考え方から、「薬を使う」という主体的な選択が重要な考え方となる。[2] 効果と副作用のバランスをとりながら薬を使うことは、パーソナル・リカバリーの支援の 1 つとなる。

当事者・家族・支援者・医師がお互いに、現在の状態についての理解を共有して、当事者の自立性・主体性に基づく希望を踏まえて、薬や他の治療法に関するエビデンスについて効果と副作用の両方を共有した上で、薬を含めた治療の方向性を相談して決めることを共同意思決定（SDM: Shared Decision Making: SDM）という。[3] この当事者の主体的な選択のためには、薬に対する知識が必須となる。しかし、一般的に当事者はもちろんのこと、その支援を行う専門家は薬に対する一般的な知識が十分でないことが多い。適切な支援を行うためには、そのための知識が必要であることは言うまでもない。ここでは、薬を当事者と一緒に考えるために、薬に対する情報を提供し、当事者の主体的なリカバリーにおける薬の位置づけと、専門職が行う支援について述べたいと思う。

統合失調症だから薬を飲まなければならないって言われます。本当に飲まないとならないのでしょうか。

精神科にいって、調子どうですかと聞かれるので、眠れないとか不安とか気分が落ち込むとか先生に話すと、必ず薬が増えるのです。薬がどんどん増えて、毎日、何十錠も、食べるみたいに薬を飲んでいるのですが、一向によくなりません。これでよいのでしょうか。

２．薬の種類とエビデンス

上記のような「当事者の語り」において、「薬」とひとくくりにしていますが、すべての薬は同じなのであろうか。それとも違うのであろうか。薬についてのエビデンスについて解説する前に、まず、どのような薬があってどのように違うのかということについて、説明したいと思う。精神疾患に用いる薬のことを向精神薬と呼ぶ。この向精神薬の中には、抗精神病薬（統合失調症に効果のある薬の総称）、気分安定薬（主に双極性障害に用いる気分を安定させる薬）、抗うつ薬（脳内のセロトニン、ノルアドレナリン神経に作用し、気分の落ち込みを改善する薬）、抗不安薬・睡眠薬（活発になっている神経の活動を抑えるなどして、不安な気持ちを軽減させたり眠気を促したりする薬）、抗てんかん薬（てんかん発作の予防に用いられる薬）などがある。抗精神病薬は、開発時期や作用の違いなどにより大きく 2 つのグループ（第一世代抗精神病薬と第二世代抗精神病薬）に分けられている。前者は、ドパミン神経を遮断することにより統合失調症の症状を軽減させる薬であり、後者は、ドパミン神経に加えセロトニン神経も遮断する、またはドパミン神経をあえて完全に遮断しないことで副作用リスクの軽減を図りつつ、統合失調症の症状を軽減させる薬剤である。精神疾患では、それ以外の様々な薬が処方される場合がある。例えば、抗コリン薬（脳内のアセチルコリン神経の働きを遮断することでパーキンソン症状を軽減する薬）、抗パーキンソン病薬（脳内のドパミン神経の働きを増強させ、パーキンソン症状を軽減する薬）、ドパミン作動薬・持続性ドパミン作動薬（脳内のドパミン神経受容体に直接作用して働きを強める薬）、悪性症候群治療薬（筋肉の細胞が過剰に興奮しないよう作用して筋肉を弛緩させ、悪性症候群の症状を軽減させる薬）、下剤（便通を促す薬）などがある。

統合失調症の当事者の方々は、このような多種多様な薬の処方を受けている場合があり、薬についてのエビデンスを知る前に、そもそもご自身に処方されている薬が何の薬であるかを知ることが難しいのではないか。最近は、薬局でお薬に関する情報を得たり、インターネットから情報が得られるようになってきているが、まだまだ誰もがこのような情報を得られるわけではなく、逆の膨大な情報の中から、自分に必要な情報がなんであるかを理解することが難しい世の中になってきている。また、薬には商品名と一般名という 2 つの名前があり、薬の効果の分類と合わせると、医師であっても自らの専門外の薬について理解することは簡単ではない。このようなことを踏まえて、統合失調症薬物治療ガイドライン[4]を当事者・家族・支援者にもわかりやすくすくした「統合失調症薬物治療ガイド―患者さん・ご家族・支援者のために―」には、当事者・家族・支援者にも、わかりやすいように薬の名前・種類についての対照表がある。[5] 本ガイドラインでは、紙面に限りがあるため基本的な理念と総論的な内容についてのみ述べるが、具体的な内容は、統合失調症薬物治療ガイドを参照していただくとよいかと思う。

さて、精神科で処方される薬について、ご自身がどのような薬を処方されているかわかっていただけであろうか。それを踏まえて、「当事者の語り」の疑問についてのエビデンス

についてお答えしたいと思うまず、統合失調症においては、抗精神病薬の服薬継続が強く推奨されてる。[6,7] その理由として、抗精神病薬の服薬を継続した当事者は中止した当事者よりも、①死亡率が低い、②再発（おさまっていた病気が再び悪化すること）率が低い、③入院回数が少ない、④人生や生活の質の指標といわれるQuality of Life（QOL）の低下を防ぐことが知られている。一方で、抗精神病薬以外の種類の薬についても、気になるところだと思われる。実は、抗精神病薬以外の向精神薬の併用（一緒に服用することです）は行わないことが推奨されている。[8,9]その理由は、そもそも併用することによる効果のエビデンスが明らかでなく、様々な副作用が起こりうるからである。更に、継続的に服薬することが強く勧められている抗精神病薬の併用についても、併用することによる効果のエビデンスは明らかではなく、副作用が増強する可能性があることが報告されてるので、これも勧められない。[10,11] 他にも、薬を毎日続けて飲むように処方されているが、調子がよければ休薬日をもうけたり、徐々に飲まない期間を延ばしていったり、調子が悪い時だけ飲んだらいいのではと思われることもあるかもしれない。しかし、毎日続けて飲むほうがよいという強いエビデンスがある。[12,13]これらのエビデンスをまとめると、統合失調症では抗精神病薬の単剤を継続的に服用することが勧められるということになる。他にも様々なエビデンスがあるが、統合失調症薬物治療ガイドライン（医師・専門家用）と統合失調症薬物治療ガイド（当事者・家族・支援者用）は、日本神経精神薬理学会のホームページ（http://www.asas.or.jp/jsnp/csrinfo/03.html）にて無料で公開されているので、詳細については参照していただくとよいかと思う。

３．薬についてのアプローチの基本と支援の在り方

上記のようにエビデンスによると抗精神病薬を単剤で継続的に服用することが勧められるわけであるが、どのような薬においても、効果と副作用の両方が起こることがありえる。エビデンスというものは、あくまでもある状態の当事者の平均値であり、どれぐらいのことが期待できるかというものになる。実際には、個々の当事者が服用してみて初めて個々の効果や副作用がどうであるかがわかるということになる。薬を飲んだら確実に良くなって副作用もないといわれるともちろん誰でも飲むが、精神科医からただ薬を飲みなさいと言われても、不安になり、時には薬を飲みたくないと思うこともあるであろう。

医療サービスの利用者と医師が治療ゴールや治療の好み、責任を話し合って、一緒に適切な治療を見つけ出す共同意思決定（SDM）とは、より患者を中心にする治療の広がりとともに促進されてきた。[14] 共同意思決定（SDM）は、一般の医療だけでなく、精神医療にも用いられ、様々な問題点があることも知られており、それを克服するための実践ツールがある。[15,16,17] このようなガイドラインは、この共同意思決定を行うための情報の一つとして使っていただくべきものである。[18] この共同意思決定（SDM）を支援者が適切な支援を行う際の問題点について、具体的に解説したいと思う。共同意思決定（SDM）には様々な問題があると前述したが、[16] 国による医療制度の違いにより精神科医療現場の状況が異なるため、本ガイドラインでは日本の現況に基づいた問題点を挙げ、その上で、支援のあり方の実践的な内容について述べたいと思う。まず、共同意思決定（SDM）には、医療者と当事者が、情報（医学的診断に基づく標準的な治療法と一般化できない当事者の個別の状

況）を共有して話し合う必要があるが、前提として、医療者と当事者が同じ情報を持つことが必要とされる。しかし、当事者は専門家である医療者と比較すると標準的な治療法に関する知識に乏しいという非対称性がある。一般化できない当事者の個別の状況は、当事者の治療ゴールや治療の好みとなり、当事者は理解しているが、医師はわかっていない。この情報のギャップを埋めるためには、お互いに時間をかけて話し合う必要がある。しかし、日本の現在の精神科診療の現状は、短時間の診察時間で多数の患者の診察をして、医師の労働時間が過労死ラインにあるということから、今まで以上に時間をかけて話し合うことが、困難な状況にある。そのためには、「①共同意思決定（SDM）にかける時間を最小限にするよう効率化すること」、「②他の診察時間を減らして、共同意思決定（SDM）に充てる時間を確保すること」の 2 つが必要と考えられる。

「①共同意思決定（SDM）にかける時間を最小限にするよう効率化する」ためには、お互いに知らない情報を如何に効率よく伝えるかということに尽きると考えられる。医学的診断に基づく標準的な治療法は医師から当事者に伝えるものである。専門家ではない当事者には難しいものである、診察前に予めガイドラインなどを読んで理解しておくと、診察時にはその説明の時間を最小限にしてスムーズにその情報の共有ができ、話し合うことができる。また、逆に、一般化できない当事者の個別の状況は、当事者から医師に伝えるものである。こちらも、当事者が予め情報を整理して例えば紙面にまとめておくというようなことを行うと、診察時の説明の時間を減らすことができる。ただ、当事者が、ガイドラインなどの理解をしたり、一般化できない自身の個別の状況をまとめることは難しいということもあるので、医学的な知識を持つ支援者が適切な支援を診察の前に時間をとって行って、標準的治療法の理解や当事者の個別状況のまとめなどを円滑に行えるように支援することが必要と思われる。そのためには、支援者自信が標準的な治療法などについての医学的知識を持つことが前提となる。

一方で、「②他の診察時間を減らして、共同意思決定（SDM）に充てる時間を確保する」ためには、どのような支援があるであろうか。医師の診察は、大きく分けて３つの段階に分かれる。最初に当事者や家族そして支援者から医学的な判断のための情報を収集し、次に収集した情報に基づいてどのような治療を行うかを判断し、最後に判断に基づいて当事者に説明し、共同意思決定（SDM）に基づいて最終的な治療を決定する。他の診察時間のうち 2 番目は医師の判断能力による部分であり、最初の情報収集におけるところだけが、診察時間を減らすことができる可能性のある部分となる。この情報収集については、みんなねっと家族学習会企画プロジェクト委員会が作成した「主治医に渡すメモ」というものが役に立つ。[19]ただ、これを当事者がいきなりつくるのは難しいので、これを支援者が適切に支援して、医師の診察場面における情報収集の時間を短縮し、共同意思決定（SDM）を行う時間を確保するということが必要であると思う。

本節は、当事者の支援の専門職を対象にしているため、医師のほうで何ができるかというところではなく、当事者の支援を行うことに関する実践例について述べた。もちろん、医師自身が研鑽し標準的治療についてガイドラインなどで学び、それは共同意思決定（SDM）に用いるためのものであることを理解し、実践していくということが必要であることは言うまでもない。精神科治療ガイドラインの普及・教育・検証活動であるEGUIDEプロジェクトは、医師を対象にガイドラインを共同意思決定（SDM）に用いることの普及活動を行っ

ているが、当事者支援のために医師の理解を進めたい支援者の方はそちらも参照していただくとよいかと思う。[20]最後に、日本の診療構造は他の国とは異なることがあり、共同意思決定（SDM）を今よりも推進するためには診療構造や診療報酬そのものについでも再検討する必要があるかもしれない。これについては、国民の考え方に基づいた国として政策にかかわることであり、今後の課題と思われる。

４．薬による副作用

統合失調症では、抗精神病薬のみが勧められていますので、抗精神病薬についての副作用のみを述べる。[21] 錐体外路症状（パーキンソニズム、急性ジストニア、アカシジア、遅発性ジスキネジア、遅発性ジストニアなど）がよく知られているが、それ以外にも、傾眠・錯乱・認知機能障害・てんかん発作などの精神神経系障害、無顆粒球症/白血球減少症などの血液系障害、起立性低血圧・不整脈・肺塞栓症、深部静脈血栓症などの呼吸・循環系障害、悪心、嘔吐・食欲不振/亢進・便秘・イレウスなどの消化器系障害、体重増加・高血糖・低血糖・脂質異常症などの脂質代謝系障害、高プロラクチン血症による無月経・乳汁分泌、SIADHなどの内分泌障害、肝機能障害、排尿障害などが起こる可能性がある。また、致死性の重篤な副作用として悪性症候群が知られている。

５．将来へ向けて

すべての薬においては、効果と副作用があり、推奨されている薬（抗精神病薬）は、平均的には効果が上回るとされている。一方で、個人においては平均通りになるとは限らず、予め効果と副作用を予測することは今の医学ではできない。まず、この大原則をよく理解した上で、個別のエビデンスについて専門書をよく読んで、当事者・家族・支援者・医師が共通の理解のもとに、当事者の主体的な人生を支援するための共同意思決定を行っていくことができるようになることを願っている。

文献

1. Slade M. *100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals*. Rethink, London, 2009.
2. Baker E, Fee J, Bovingdon L et al. From taking to using medication: recovery-focused prescribing and medicines management. *Adv Psychiatr Treat* 2013; **19**: 2-10.
3. Moe AM, Rubinstein EB, Gallagher CJ, Weiss DM, Stewart A, Breitborde NJ. Improving access to specialized care for first-episode psychosis: an ecological model. *Risk Manag Healthc Policy* 2018; **11**: 127-138.
4. 日本神経精神薬理学会. *統合失調症薬物治療ガイドライン*. 医学書院, 東京, 2015.
5. 日本神経精神薬理学会. 薬の対照表. *統合失調症薬物治療ガイド-患者さん・ご家族・支援者のために*. じほう, 東京, 2018; 78-93.
6. 日本神経精神薬理学会. 臨床疑問3-1：維持期統合失調症患者において、抗精神病薬の服薬中止と継続のどちらが推奨されるか？. *統合失調症薬物治療ガイド-患者さ*

ん・ご家族・支援者のために. じほう, 東京, 2018; 36.
7. 日本神経精神薬理学会. CQ3-1：維持期統合失調症患者において、抗精神病薬の服薬中止と継続のどちらが推奨されるか？. *統合失調症薬物治療ガイドライン*. 医学書院, 東京, 2015; 42-44.
8. 日本神経精神薬理学会. 臨床疑問2-4：統合失調症の再発・再燃時に有効性、副作用において、単剤治療と抗精神病薬以外の向精神薬併用とどちらが適切なのか？. *統合失調症薬物治療ガイド-患者さん・ご家族・支援者のために*. じほう, 東京, 2018; 32-33.
9. 日本神経精神薬理学会. CQ2-4：統合失調症の再発・再燃時に有効性、副作用において、単剤治療と抗精神病薬以外の向精神薬併用とどちらが適切なのか？. *統合失調症薬物治療ガイドライン*. 医学書院, 東京, 2015; 35-37.
10. 日本神経精神薬理学会. 臨床疑問2-3：統合失調症の再発・再燃時に、抗精神病薬の併用療法は単剤治療と比較してより有用か? *統合失調症薬物治療ガイド-患者さん・ご家族・支援者のために*. じほう, 東京, 2018; 31.
11. 日本神経精神薬理学会. CQ2-3：統合失調症の再発・再燃時に、抗精神病薬の併用療法は単剤治療と比較してより有用か? *統合失調症薬物治療ガイドライン*. 医学書院, 東京, 2015; 32-34.
12. 日本神経精神薬理学会. 臨床疑問3-5：安定した維持期統合失調の経口抗精神病薬薬物治療における適切な投与間隔はどのくらいか？. *統合失調症薬物治療ガイド-患者さん・ご家族・支援者のために*. じほう, 東京, 2018; 41.
13. 日本神経精神薬理学会. CQ3-5：安定した維持期統合失調の経口抗精神病薬薬物治療における適切な投与間隔はどのくらいか？. *統合失調症薬物治療ガイドライン*. 医学書院, 東京, 2015; 57-59.
14. Kunneman M, Montori VM, Castaneda-Guarderas A, Hess EP. What is shared decision making? (and what it ss not). *Acad Emerg Med* 2016; **23**: 1320-1324.
15. SAMHSA. *Shared decision-making in mental health care: practice, research, and future directions (HHS Publication No. SMA-09-4371)*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, 2011.
16. Legare F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns* 2014; **96**: 281-6.
17. Montori VM, Kunneman M, Brito JP. Shared decision making and improving health care: the answer is not in. *JAMA* 2017; **318**: 617-618.
18. 日本医療機能評価機構, 2017. *Minds 診療ガイドライン作成マニュアル*. 日本医療機能評価機構, 東京, 2017.
19. みんなねっと家族学習会企画プロジェクト委員会. *家族による家族学習会オリジナルテキスト*. 全国精神保健福祉会連合会, 東京, 2017.
20. 精神疾患病態研究部. *EGUIDEプロジェクト*. Available at: https://byoutai.ncnp.go.jp/eguide/
21. 橋本亮太. 抗精神病薬の副作用. *今日の治療指針2018年版-私はこう治療している*. 医学書院, 東京, 2017; 1037-1039.

３－２）個別認知行動療法を届ける

１．基本理念
２．個別認知行動療法についてのエビデンス
３．個別認知行動療法のアプローチの基本
４．従来の個別認知行動療法の課題
５．将来へ向けて

１．基本理念

個別認知行動療法で認知や行動に焦点をあてることの利点は、当事者が幻覚や妄想などの体験と適度な距離をとり、自分で自分をコントロールできる感覚を取り戻すことに貢献しうる点にある。コントロールを取り戻すことで、症状が残っていても本人の感じる苦痛は減らせる可能性がある。すなわち、当事者が主体を回復するための支援であり、個別認知行動療法を届ける支援者の役割は、当事者が自身の人生の難しさに対処する戦略を身につける過程につきあうことにある。当事者の人生を生きるのは当事者本人であり、どう生きるかを支援者が教え授けることはできない。支援者は固有の人生を生きる当事者に敬意を払うことが個別認知行動療法の前提である。

【当事者の語り】[1]

“ほかにこんな（定期健康診断を勧める家庭医からの）手紙を受け取った人は誰もいないんです。断言しますが、それは家庭医からのものでさえないと思うんです。もしそうだとしたら、誰かが家庭医にそうしむけたに違いありません。（中略）たぶん警察だと思います。”

“幼いころからずっと「自分は悪い人間だ」「自分には価値がない」「自分はバカである」と信じてきました。”
“自分がどれほど悪い母親であるかをほかの人たちが知ったらどうしようと心配になったのです。”

“いかに私たちが自分のネガティブな信念に一致する根拠だけを「蓄積」し、ポジティブな情報は無視するか、歪曲してしまうかをセラピストが図で説明しているのを聞きました。”
“自分自身についてもっと良く感じられるようになるために、身につけてきた戦略を使い続けるべきであると判断しました。また将来、精神病の経験に苦しめられるようになったら、自分の思考を評価し、信念を検証するための戦略を用いることにもしたのです。”

“自分を精神病患者のように感じるとき、次のことを思い出すようにしています。自分は自分の心の健康問題にうまく対処してきたこと、完全に薬に頼っているわけではないこと、時おりストレスを感じることはあるけれども独りぼっちではない、ということです。”

２．個別認知行動療法についてのエビデンス

認知行動療法は適応的でない物事の捉え方、すなわち偏った認知が、情動面の苦痛や行動上の問題につながるという認知行動理論に基づく。認知行動療法は不安障害や身体表現性障害で効果が高いとされている。[2] 認知行動療法が統合失調症の症状に対しても有効であるのではないかと期待され、検証されてきた。統合失調症では幻聴や妄想の発生に先立ち、幼少期の逆境体験やライフサイクル上の危機がしばしば起こっていることが指摘されている。[3] 人生の危機を体験する中で自分のコントロールが失われ、無力感を覚え、自分には何もできないというメタ認知が生まれて病的な心理的反応につながる。[4] そのため統合失調症を有する当事者は、人生の危機や課題に対して状況にそぐわない・うまくない対応方法しか持たないことがあり、その対応が破綻することで急性症状の悪化を招く場合がある。[5] だが、認知行動療法の統合失調症に対する効果について確定的なものは少ない。[6] 精神病症状を発症する前の早期介入としては有効とされ、[7] また統合失調症でも陽性症状の減少はみられている[8] ものの、効果量は小さい。[9] 陰性症状の減少[8,10] や再発予防に対する効果も限定的である。[11] 直近ではクロザピン抵抗性の統合失調症患者を対象とした認知行動療法で症状改善が試みられているが、効果は確認されていない。[12]

近年、認知行動療法の理論を拡張した療法が開発されている。[13] そのひとつがメタ認知を直接の対象とする新たな認知行動療法である。何らかの刺激に反応して自動的に引き起こされる認知（自動思考）よりも、心配、反芻、思考抑制などを選択して実行するメタ認知に働きかける。メタ認知を扱う認知行動療法は大別して、メタ認知トレーニングとメタ認知療法とがある。メタ認知トレーニングではセッションを通じて自己の認知の偏りに気づき、日常生活でその偏りを修正したりコントロールしたりする、という訓練ステップを繰り返す。メタ認知トレーニングは集団療法を基本に、主に妄想の減少をねらいとして行われる。メタ認知トレーニングにより当事者の洞察が向上したとする報告や、[14] 妄想の減少に有効であったという報告がされている。[15] しかし、メタ解析を行ったところこれらの効果は再現されなかった。[16] 集団療法ではなく１人の当事者と面接する個別メタ認知トレーニング（MCT+）も開発されており、[17,18] 集団と比べて個別トレーニングの方が有効性は高いことが示唆されている。[19] 他方、メタ認知療法は自己の内的事象に注目し過ぎる状態（自己注目）を介入の対象とする。そこでメタ認知的信念を変容することと、注意の柔軟性を向上することを通じて、事象と適度に距離をおけることを目指す。統合失調症の当事者にメタ認知療法を行った結果、メタ認知の信念が変化し症状が軽減したとする報告や、[20] 治療抵抗性の精神病症状に対する効果があったという報告がされている。[21]

３．個別認知行動療法のアプローチの基本

統合失調症の当事者のメタ認知に働きかける個別認知行動療法では、当事者が妄想的な考えに自ら疑問を挟めるようになることを目標としている。[22] 基本的な枠組みとねらいは以下の５点である。

①統合失調症のエピソードを人生そのものの語りの中に再構築する

②エピソード中に現れた苦痛に満ちた感情を当事者自身が言葉にして名付けることを支援する

③当事者の体験が無意味なことではなく、また人間のあり様から著しく離れたことでもないと認める
④感情が幻覚や妄想の引き金になることを当事者が気づき、感情と社会的な行動がつながっていることを認識するよう促す
⑤発生してくる主観的な経験の意味するところを認める

個別認知行動療法はセッションだけで完結するものではなく、当事者が実生活で新たな対処戦略を実験し、結果をもち帰って次のセッションでフィードバックするという積み重ねが重要になる。したがって個別認知行動療法は入院環境よりも地域精神保健サービスの枠組みで提供されることが望まれる。また認知行動療法の効果が小さい理由として、当事者のニーズは個別性が高く、同じ療法・セッションであっても人によってニーズに合う・合わないが異なることが指摘されている。そこで統合失調症の診断だけで導入を決めるのではなく、認知行動療法の適性があるか否か、また何を個別の目標とするのかといった、アセスメントと判断を必要とする。認知行動療法は初期介入や家族支援等と組み合わせる、いわゆるケースマネジメントの一環として提供されることで効果を発揮する。[23] 支援者もセラピストが単独で行うのではなく、チーム・アプローチで関わることが望ましい。

４．従来の個別認知行動療法の課題

認知行動療法が効果を発揮するには、当事者と支援者との間に治療同盟（therapeutic alliance）が築かれていることが前提条件になる。治療同盟とは、当事者と支援者が治療で何をどのような過程で目指すかに合意し、両者の間に絆が結ばれていることと定義されている。治療同盟に乏しい関係性のまま認知行動療法のセッションを続けることは、当事者に効果よりもむしろ有害な影響を及ぼす。[24] しかし日本では統合失調症を有する当事者の多くが自分に処方されている抗精神病薬の種類や効果、副作用を把握していない。[25] このように当事者と支援者の情報の非対称性が大きい状況では、治療同盟を結ぶことが難しいと考えられる。また認知行動療法は上述の通り地域精神保健サービスの枠組みで提供されることが望ましいが、日本では統合失調症の当事者に対しては入院環境で導入されている例が多い。[26]

５．将来へ向けて

地域精神保健サービスにおいて、個別認知行動療法が必要な人には不足なく提供される体制が望ましい。しかし直近の全国調査では、日本の精神科診療所における認知行動療法の提供体制は十分とはいえないことが分かっている。[27] 調査に回答した精神科診療所のうち38%が認知行動療法を実施していたが、最も多く適用されているのはうつ病（81.3%）であり、統合失調症での実施は20%未満であった。地域精神保健サービスの一環として、認知行動療法を提供できる枠組みが必要である。

認知行動療法は、ケースマネジメントの一環として実施することで効果を発揮するため、

早期支援や家族支援などニーズベースの支援との組み合わせが評価される仕組み（包括評価）を導入する必要もある。現在の診療報酬（平成 30 年度）における「認知療法・認知行動療法」は「入院中の患者以外のうつ病等の気分障害、強迫性障害、 社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は神経性過食症の患者」を対象に、病院で医師、または医師と看護師が共同で行う場合に算定されることとなっており、統合失調症は対象に含まれていない。メタ認知トレーニングの日本語版が開発され、精神科デイケアでの導入が試みられているが[28]、統合失調症の症状に対する個別メタ認知トレーニングやメタ認知療法の効果は評価が定まっていない。いずれにせよ、認知行動療法を誰に、どのような文脈のもと、どのような目的で実施するかが効果を発揮する上で重要である。今後、統合失調症の当事者に対する認知行動療法の制度化に向けて、個別認知行動療法を導入するかどうかを判断するためのアセスメントを含む支援パッケージの開発が求められる。

文献

1. 菊池安希子, 佐藤美奈子訳. アンソニー・P・モリソン, ジュリア・C・レントン, ポール・フレンチ, リチャード・P・ベンタール著. *精神病かな？と思ったときに読む本—認知行動療法リソースブック*. 星和書店, 東京, 2012.
2. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognit Ther Res* 2012; **36**: 427-440.
3. Bentall R, Wickham S, Shevlin M. Varese F. Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 The Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull* 2012; **38**: 734-740.
4. Bentall RP, Fernyhough C. Social predictors of psychotic experiences: Specificity and psychological mechanisms. *Schizophr Bull* 2008; **34**: 1012-1020.
5. Hultman CM, Wieselgren IM, Öhman A. Relationships between social support, social coping and life events in the relapse of schizophrenic patients. *Scand J Psychol* 1997; **38**: 3-13.
6. Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB. Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **4**:CD008712.
7. Hutton P, Taylor PJ. Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2014; **44**: 449-468.
8. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 2008; **34**: 523-537.
9. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive–behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry* 2014; **204**: 20-29.
10. Velthorst E, Koeter M, van der Gaag M, et al. Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med* 2015; **45**: 453-465.
11. Lynch D, Laws KR, McKenna PJ. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric

disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med* 2010; **40**: 9-24.

12. Morrison AP, Pyle M, Gumley A, et al. Cognitive behavioural therapy in clozapine-resistant schizophrenia (FOCUS): an assessor-blinded, randomized contolled trial. *Lancet Psychiatry* 2018; **5**: 633-643.
13. Tai S, Turkington D. The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent development. *Schizophr Bull* 2009; **35**: 865-873.
14. Gawęda Ł, Krężołek M, Olbryś J, Turska A, Kokoszka A. Decreasing self-reported cognitive biases and increasing clinical insight through meta-cognitive training in patients with chronic schizophrenia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2015; **48**: 98-104.
15. Kumar D, Haq MZUI, Dubey I, et al. Effect of meta-cognitive training in the reduction of positive symptoms in schizophrenia. *Eur J Psychother Couns* 2010; **12**: 149-158.
16. van Oosterhout B, Smit F, Krabbendam L, Castelein S, Staring ABP, van der Gaag M. Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta-analysis on outcome studies. *Psychol Med* 2016; **46**: 47-57.
17. Moritz S, Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F, Woodward TS. Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychol Med* 2011; **41**: 1823-1832.
18. Vitzthum FB, Veckenstedt R, Moritz S. Individualized metacognitive therapy program for patients with psychosis (MCT+): introduction of a novel approach for psychotic symptoms. *Behav Cogn Psychother* 2014; **42**: 105-110.
19. Moritz S, Andreou C, Schneider BC, et al. Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clin Psychol Rev* 2014; **34**: 358-366.
20. Morrison AP, Pyle M, Chapman N, French P, Parker SK, Wells A. Metacognitive therapy in people with a schizophrenia spectrum diagnosis and medication resistant symptoms: A feasibility study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2014; **45**: 280-284.
21. Hutton P, Morrison AP, Wardle M, Wells A. Metacognitive therapy in treatment-resistant psychosis. *Behav Cogn Psychother* 2014; **42**: 166-185.
22. Salvatore G, Lysaker PH, Gumley A, Popolo R, Mari J, Dimaggio G. Out of illness experience: metacognition-oriented therapy for promoting self-awareness in individuals with psychosis. *Am J Psychother* 2012; **66**: 85-106.
23. Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive–behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2010; **197**: 350-356.
24. Goldsmith LP, Lewis SW, Dunn G, Bentall RP. Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychol Med* 2015; **45**: 2365-2373.
25. Nagai N, Tani H, Suzuki T, et al. Patients' knowledge about prescribed antipsychotics and medication adherence in schizophrenia: a cross-sectional survey. *Pharmacopsychiatry* 2017; **50**: 264-269.

26. Yoshinaga N, Nosaki A, Hayashi Y, et al. Cognitive behavioral therapy in psychiatric nursing in Japan. *Nurs Res Pract* 2015; **2015**: 529107.
27. 高橋史，武川清香，奥村泰之，鈴木伸一．*日本の精神科診療所における認知行動療法の提供体制に関する実態調査*. 4 January 2018 Available at: http://ftakalab.jp/wordpress/wp-content/uploads/2011/08/japancbtclinic_report.pdf
28. 細野正人，山崎修道，石垣琢麿．デイケアにおけるメタ認知トレーニング(MCT)日本語版の利用可能性の検討．*精神医学* 2013; **55**: 1165-1171.

４）身近でケアする人を支援する

１．基本理念
２．当事者を身近でケアする人がおかれている状況のエビデンス
３．当事者を身近でケアする人をとりまくスティグマ、従来の対応の課題
４．当事者の身近にいる人を支援する精神科医療のあり方
５．将来へ向けて検討が望まれる体制・制度

1. 基本理念

精神科医療に従事する支援者（専門家）は当事者を身近でケアする人と一緒に歩む姿勢でのぞむことがあるべき基本姿勢である。「当事者を身近でケアする人」とは当事者の援助に携わる従事者の立場から見た表現である。「身近でケアする人」の立場に視点を転ずれば、その人の人生において身近な存在の人があるとき精神疾患の当事者になったのであり、その人は「ケアする人」としてだけ存在するのではない。その人もまた当事者と同じようにその人自身の人生を歩んでいる。したがって、身近でケアする人に対する支援とは、その人自身の人生を歩むことを支援することである。[1] 人間は他者との関係があってはじめて自分が成り立つ。これは当事者であるか否かに関わらず全ての人に当てはまる。専門家が当事者を援助するうえで、当事者の身近にいる人が重要となるのはそのためであって、必ずしも「ケアする人」だからではない。専門家が身近にいる人を「ケアする人」としてだけ見ることは、その人から人生の主体性を奪うものであり、当事者とその人との関係に悪影響を及ぼしかねない。そこで専門家には身近でケアする人の人生を支援するという基本姿勢が必要になる。当事者の身近にいる人がケアの専門家になることを求めるのではなく、むしろ普通の人として当事者と関わり続けることが、当事者が各自の主体性をもって生きるうえで重要なことである。

【当事者を身近でケアする人の語り】

“息子が退院するとき、息子の主治医に「今日からあなたが主治医です」と言われた。ずっとそのことが頭にあり、自分が高齢を迎えてから（自分のいなくなった後に息子はどうなってしまうのだろう？）と不安になった。”

“娘が診療を受けるときの付き添いで医師から「後はご家族がきちんとしないと娘さんは良くなりませんよ」と言われた。娘もその場で「お母さんのせいで私は良くならない」と私に言った。”

2. 当事者を身近でケアする人がおかれている状況のエビデンス

当事者を身近でケアする人は家族であることが多く[2]、自分の家族が精神疾患と診断されたとき、彼らは様々な感情を抱き、そのストレスは時間が経っても減少しない。[3,4]また、こ

のような情動面への影響に加え、家族の日常生活も変化する。日常生活が崩壊し、体調を崩すこともある。[4]これには、当事者本人の定期的な受診や服薬により医療費が増加する、ケアのために仕事を続けられなくなる場合は収入が減少する、といった経済的な負担も含まれる。[4,5]こうした負担にもかかわらず、単独で生活している当事者と比べて、家族等と同居している当事者は外部のサービスを利用しない傾向がある。当事者のニーズに家族で対応する場面が多いほど、家族は自らがケアに携わっていることに否定的な意味づけをするようになる。[6]

また、親以外の家族、例えばきょうだいや子どもへの影響についても考慮しなければならない。きょうだいでは自身の思春期を迎える時期と当事者の発症が重なることが多い。当事者の子どもについては、当事者の親とは異なり成長発達の支援という視点が必要となる。[7,8,9]したがって、専門家が最も注意を払うべきは、当事者を身近でケアする人の社会的孤立を予防することである。当事者が精神疾患と遭遇することで自分の人生が途切れてしまったと感じるのと同じように、彼らを身近でケアする人もまた自らの人生を生きることへの困難と社会的孤立を感じている。[10]

3. 当事者を身近でケアする人をとりまくスティグマ、従来の対応の課題

日本において、一般市民の精神疾患あるいは精神疾患を抱えている人に対するスティグマ（恐怖感、先入観、差別感情に影響を及ぼす信念・思考・行動の総称）は欧米諸国や他の東アジアと比較しても高い。[11,12] スティグマの強い社会では、家族は精神保健サービスと接触することで自分たちが生きづらくなったり不利益を被ったりするのではないかと考え、そのことが当事者の相談や受診といった行動の遅れにもつながる。[13]一般市民のスティグマと、当事者が身近にいることを周りに知られたくないという考えとが連動して、社会的孤立を生んでいる。[14,15]従来の精神保健サービスにおける専門家の家族等への対応は、家族を当事者支援の資源としてとらえるか、当事者の退院を受け入れないなどリカバリーの阻害要因ととらえて介入対象とするかのどちらかになりがちであった。これら双方の視点を包含した対応手法として、統合失調症をはじめとした精神疾患を有する当事者の家族心理教育プログラムが開発されてきた。[16]

家族心理教育とは「精神障害やエイズなど受容しにくい問題を持つ人たちに、正しい知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え、病気や障害の結果もたらされる諸問題 ・諸困難に対する対処法を習得してもらう事によって、主体的に療養生活を営めるように援助する方法」と定義される[17]。家族心理教育によって、家族の知識や対処能力を向上させることができる。[18,19]家族心理教育は家族の心理的ストレスをプログラム後すぐに改善するわけではないが、６ヶ月後には有益な効果が認められる。さらにサポート介入をすることによって、プログラム直後にも家族の心理的ストレスに対して有益な効果がある。[20]一方で、家族心理教育は家族自身の精神疾患（Psychological morbidities）や負担感、感情表出に対してはあまり効果的ではないとも示されている。[19]家族心理教育導入の適切性を測るうえでは家族自身の生活の質を考慮することが必要とされているが、[21]精神科医療の従事者が家族にケアの専門家であることを求めると、当事者が精神疾患に遭遇することで変わってしまった（と感じている）本人と家族の人生がますます以前とは違うものになっていく。専

門家の働きかけが、「家族は『当事者の家族』になったのだから違う人生を歩まなくてはいけない」というメッセージとして作用してしまう。それは家族から人生の主体性を奪い、当事者と家族の人対人としての関係性を奪い、当事者の一個人として生きていく世界を狭めてしまうのである。

4. 当事者の身近にいる人を支援する精神科医療のあり方

精神保健サービスに従事する者はスティグマに対応する社会的な責任がある。当事者を身近でケアする人は家族に限らない。昔からの友人、近隣の住民、借りているアパートの大家、普段の生活を支える飲食店やスーパーマーケット、駅員やバスの運転手、こういった人々も当事者の生活を支えている。専門家は一般市民のスティグマ緩和に努め、このような専門家ではない人たちの身近な支援が得られる可能性を高めるべきである。詳細は「4.1) 当事者や社会のスティグマに対応する」を参照されたい。 家族をはじめ当事者の身近にいる人たちに専門家がとるべき基本的な姿勢は、彼らが素人のまま・普通の人でいることを積極的に認めることである。ケアは専門家だけが行うものではなく、非専門家だからこそできるケアがある。身近にいる人もまたその人の人生を生きながら、生活の中の関われる範囲で当事者をケアすることで、当事者と身近にいる人のお互いの関係が続いていく。それこそが当事者の人生を支援することにもつながる。

専門家は、精神疾患と遭遇する経験が身近にいる人にとってはどのような意味をもつのか、身近にいる人としての体験を傾聴し理解するべきである。身近でケアする人が安心して感情を表出できるように、ゆっくり話せる場所と時間を用意する。ときに家族等から「この病気は治るんですか？」といった質問を専門家が受けることがある。その言葉の裏には、身近な人がこれまでの人生で知ってきた当事者その人のあり様から今の当事者がすっかり変わってしまったと感じる、悲しみの気持ちがあるかもしれない。そのとき専門家は、当事者のその人らしさを再び見つける手がかりを、身近な人と一緒に探していく姿勢を示すべきである。

当事者と当事者どうしで支え合うピアサポートがあるように、家族が家族どうしで支え合うセルフヘルプグループ（自助グループ）である「家族会」が各地に存在する。社会的孤立を予防するという観点から、同じ体験をもつ仲間（ピア）同士の相互の支え合いが有効なことが多い。[22,23]専門家は家族の希望を丁寧に聞き取り、必要に応じて近隣で活動している家族会を紹介することが好ましい。家族会の運営や内容は運営主体によって様々だが、専門家と家族が協働する家族学習会というかたちもあり、家族の希望と各家族会の方針に基づいて提案すると良いだろう。

５．将来へ向けて検討が望まれる体制・制度

イギリスやオーストラリアでは「介護者戦略（Carer Strategy）」等の政策指針があり、当事者支援の資源としての家族ではなく、自身の人生を生きる人としての家族に対する支援の方針がうち出されている。[1]しかしながら、日本の障害者総合支援法や精神保健福祉法・介護保険法のいずれもサービス給付の対象は当事者であり、諸外国のレスパイトケア

（respite care）に相当する家族介護者を対象としたものはない。また、障害者総合支援法の相談支援専門員や介護保険法の居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）は当事者を主体としてサービスの調整を行うが、家族を主体とした相談支援・ケアマネジメントの仕組みは現行制度では担保されていない。今後は日本においても障害・高齢の種別に関わらない普遍的な介護者戦略を確立し、家族が利用主体となるレスパイトケアや相談支援・ケアマネジメントの制度を導入することが望まれる。

文献

1. Seddon D, Robinson C, Tommis Y, Woods B, Perry J, Russell I. A study of the Carers Strategy (2000): Supporting Carers in Wales. *Br J Soc Work* 2010; **40**: 1470-1487.
2. 瀬戸屋希，萱間真美，角田秋，立森久照，船越明子，伊藤順一郎．精神科訪問看護における家族ケアの実施状況と、家族ケアに関連する利用者の特徴．*日本社会精神医学会雑誌* 2011; **20**: 17-25.
3. Sunders JC. Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues Ment Health Nurs* 2003; **24**: 175-198.
4. Weller BE, Faulkner M, Doyle O, Daniel SS, Goldston DB. Impact of patients' psychiatric hospitalization on caregivers: a systematic review. Psychiatric services 2015; **66**: 527-535.
5. Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Res* 2008; **158**: 335-343.
6. Tucker C, Barker A, Gregoire A. Living with schizophrenia: caring for a person with a severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; **33**: 305-309.
7. Valiakalayil A, Paulson LA, Tibbo P. Burden in adolescent children of parents with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; **39**: 528-535.
8. Friedrich RM, Lively S, Rubenstein LM. Siblings' coping strategies and mental health services: a national study of siblings of persons with schizophrenia. Psychiatr Serv 2008; **59**: 261-267.
9. Ranning A, Munk Laursen T, Thorup A, Hjorthøj C, Nordentoft M. Children of parents with serious mental illness: with whom do they grow up? A prospective, population-based study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016; **55**: 953-961.
10. Hayes L, Hawthorne G, Farhall J, O’Hanlon B, Hayvey C. Quality of life and social isolation among caregivers of adults with schizophrenia: Policy and outcomes. *Community Ment Health J* 2015; **51**: 591-597.
11. Griffiths KM, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Jorm AF, Nakane H. Stigma in response to mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry* 2006; **6**: 21.
12. Hanzawa S. Toward an effective family support system in Japan: From research on family caregivers and schizophrenia patients in East Asian countries. *Int J Ment Health* 2012; **41**: 82-96.
13. Tanskanen S, Morant N, Hinton M, et al. Service user and carer experiences of seeking help for a first episode of psychosis: a UK qualitative study. *BMC Psychiatry* 2011; **11**: 157.

14. Kido Y, Kawakami N, Miyamoto Y, Chiba R, Tsuchiya M. Social capital and stigma toward people with mental illness in Tokyo, Japan. *Community Ment Health J* 2013; **49**: 243-247.
15. Kido Y, Kawakami N; WHO World Mental Health Japan Survey Group. Sociodemographic determinants of attitudinal barriers in the use of mental health services in Japan: findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2006. *Psychiatry Clin Neurosci* 2013; **67:** 101-109.
16. 大島巌, 伊藤順一郎. 家族心理教育の普及に向けたツールキットプロジェクト. *最新精神医学* 2006; **11**: 515-520.
17. 浦田重治郎，池淵恵美，大島巌，他. 心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン（暫定版）. In: 浦田重治郎 (編) *平成 15 年度厚生労働省精神･神経疾患研究委託費報告書 統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究*. 国立精神・神経医療研究センター, 市川, 2004; 7.
18. Sin J, Gillard S, Spain D, Cornelius V, Chen T, Henderson C. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. Clin. Psychol. Rev. 2017; **56**: 13-24.
19. Sin J, Norman I. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: A mixed-method systematic review. J Clin Psychiatry 2013; **74**: e1145-e1162.
20. Yesufu-Udechuku A, Harrison B, Mayo-Wilson E et al. Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2015; **206**: 268-274.
21. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000; 26: 5-20.
22. Chien WT, Norman I, Thompson DR. Perceived benefits and difficulties experienced in a mutual group for family carers of people with schizophrenia. *Qual Health Res* 2006; **16**: 962-981.
23. Chien WT, Chan SWC, Thompson DR. Effects of a mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 2006; **189**: 41-49.

５）身体的健康を支援する

１．基本理念
２．「からだの健康格差」についてのエビデンス
３．からだの健康へのアプローチの基本
４．向精神薬によるからだの健康への悪影響
５．からだの健康を維持する生活習慣
６．将来へ向けて

１．基本理念

からだの健康は、精神疾患の有無にかかわらず、全ての人の人生において重要な問題であり、からだの健康を保つことは、全ての人の基本的な権利である。[1] 健康的な生活習慣は、本人が「どう生きたいか」ということを無視して、強制しても長続きしない。精神疾患を持つ当事者を支援する人は、当事者一人一人が人生をどのように生きていきたいか、についてよく耳を傾け、その人の人生プランの実現のために、身体的健康の回復・維持を支えるべきである。不幸なことに、精神疾患を持つ人は、精神疾患を持たない人と比べて、からだの健康状態が悪く、寿命が 20 年も短い。[2] 精神疾患を持つ人と持たない人の間に、「からだの健康格差」が存在してしまっている。現場の心ある支援者の努力にもかかわらず、精神医療を提供する構造そのものに問題があるため、その結果「からだの健康格差」が生まれている（Nakanishi et al, in submission）。

【当事者を身近でケアする人の語り】

どうしても精神科医の前でちょっと胸が苦しいですとか、足のむくみが最近ひどくてっていうのはちょっと言いにくい環境とか雰囲気だなって感じてるんですね

メンタルの不調を訴える場面はまあまあるんですね。体の不調ってなかなかSOS 出す場所がないなと思って

「からだの健康格差」を生んでしまっている精神医療の構造を変えるためには、精神医療の構造の外にいる、日常生活の中でからだの健康を支えるプロフェッショナルに積極的に支援を求めるべきである。全ての人の人生において大切な「からだの健康」は、精神医療従事者だけでなく、全ての人の協力の下で回復していくことが不可欠である。

２．「からだの健康格差」についてのエビデンス

統合失調症の当事者は、Ⅱ型糖尿病を発症するリスクが、統合失調症でない人と比べて 2 倍である。[3] 統合失調症発症初期の薬を飲む前から糖代謝の異常があるため、[4] 糖尿病や肥満予防のための支援は、発症初期の段階から行われるべきである。しかし我が国では、統

合失調症の当事者は、循環器疾患の医療を適切に受けられておらず、[5] 抗精神病薬を継続処方されている 18 歳以下の若者のうち、血糖モニタリングを定期的に受けているのは 0.9%だけである。[6] また、統合失調症の当事者は、歯科疾患[7]や骨粗しょう症[8]にもかかりやすいことが分かっている。我が国では残念なことに、抗精神病薬を継続処方されている 18 歳以下の若者のうち、血中プロラクチンのモニタリングを定期的に受けているのは 0.1%に過ぎず、[6] 医療現場での副作用のモニタリングが十分になされていない。

３．からだの健康へのアプローチの基本

からだの健康をよくするには、何よりも本人自身が「からだの健康を良くしたい」と思うことが全てのスタートラインである。しかし、精神疾患を持つ人は、精神医療の構造の中で、自律性・主体性を持つことを妨げられている（Nakanishi in submission）。精神医療の中で支援する人は、①向精神薬によるからだの健康への悪影響を無くすこと、②当事者の自律性・主体性を妨げないことが大切である。そもそも当事者がどのような人生を希望していて、希望の実現のためになぜからだの健康を回復したいのか、をお互いに共有する必要がある。当事者が自律性を取り戻すことなしに、からだの健康が回復することはない。

４．向精神薬によるからだの健康への悪影響

抗精神病薬（向精神薬）は、副作用によりからだの健康に悪影響を及ぼす。抗精神病薬（向精神薬）を用いて治療する時には、体への悪影響を最小限にするための努力が不可欠である。精神医療従事者は、抗精神病薬（向精神薬）がからだの健康に及ぼす負荷・副作用について、詳細に把握しておくべきである。抗精神病薬の副作用のうち、①体重増加、②食欲亢進、③鎮静による運動意欲低下などがからだの健康に悪影響を及ぼす。薬を処方する医師は、特にこの 3 点について綿密なモニタリングを行うべきである。副作用には個人差が大きいため、生理的検査だけでなく、副作用が当事者の自律性・意欲に与える影響を精密に把握しておくことも必要である。精神医療従事者、特に医師や看護師は、当事者のからだの健康の回復に向けて、まずは副作用のモニタリングと悪影響の最小化に集中すべきである。

５．からだの健康を維持する生活習慣

自律性・主体性を妨げられる構造の中では、当事者一人の力だけでからだの健康を維持する生活習慣を創り出すことが極めて難しい。精神医療従事者自身もまた、自律性・主体性を妨げられる構造の中にいるため、当事者の自律性を後押しすることが極めて難しい。精神医療の内側だけでは、当事者のからだの健康を維持する生活習慣を創り出せないので、積極的に精神医療の外側の人との協力を進めるべきである。病院や施設は、精神疾患を持つ人にとっての本来の日常生活の場ではない。精神医療の内側の支援者は、精神医療の外側にいる、からだの健康を後押しするプロフェッショナルの力を積極的に頼るべきである。

６．将来に向けて

統合失調症をもつ人のからだの健康を支えるために、精神科医療従事者は、①当事者の自律性・主体性を邪魔しないこと、②向精神薬の副作用のモニタリングに集中し、からだの健康への悪影響を最小限にすること、③精神医療や福祉の外側の、からだの健康を後押しするプロフェッショナルの力を積極的に頼ること、以上の 3 点に集中すべきである。①～③を実現するためには、当事者にからだの健康をあきらめさせない・支援者が精神科医療の枠の中に閉じこもらないための医療従事者教育だけでなく、組織として医療や福祉以外のセクター（フィットネスクラブ・スポーツクラブチーム等）と協働し、「からだの健康」という基本的権利を社会の中で守っていく文化を創る必要がある。その上で、当事者と支援者が一緒にニーズを探り、ニーズに合う地域社会の中のリソースを紹介する「社会的処方（Social Prescribing）」のような仕組みが必要になるだろう。

文献

1. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. *World psychiatry* 2009;**8**:1-2.
2. Liu NH, Daumit GL, Dua T, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017;**16**:30-40.
3. Stubbs B, Vancampfort D, De Hert M, Mitchell AJ. The prevalence and predictors of type two diabetes mellitus in people with schizophrenia: a systematic review and comparative meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2015;**132**:144-157.
4. Greenhalgh AM, Gonzalez-Blanco L, Garcia-Rizo C, et al. Meta-analysis of glucose tolerance, insulin, and insulin resistance in antipsychotic-naive patients with nonaffective psychosis. *Schizophr Res* 2017;**179**:57-63.
5. Kondo S, Kumakura Y, Kanehara A, et al. Premature deaths among individuals with severe mental illness after discharge from long-term hospitalisation in Japan: a naturalistic observation during a 24-year period. *BJPsych Open* 2017;**3**:193-195.
6. Okumura Y, Usami M, Okada T, et al. Glucose and prolactin monitoring in children and adolescents initiating antipsychotic therapy. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2018;**28**:454-462.
7. Yang M, Chen P, He M-X, et al. Poor oral health in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2018. doi: 10.1016/j.schres.2018.04.031.
8. Stubbs B, De Hert M, Sepehry AA, et al. A meta-analysis of prevalence estimates and moderators of low bone mass in people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2014;**130**:470-486.

6）一次医療と二次医療の包括的なケアを提供する

１．基本理念
２．一次医療と二次医療についてのエビデンス
３．包括的医療のアプローチの基本
４．自己決定の倫理原則と強制的治療
５．医療・支援のあり方
６．将来へ向けて

１．基本理念

統合失調症の症状・生活機能・長期経過は多様だが、たとえ障害が重度であっても、支援者が本人の人生に伴走する姿勢で良質かつ適切な医療・ケアを提供し、それを支える社会と制度があれば、地域に暮らし、活動・参加することができる。医療の目的は、病期に応じた疾患管理、日常生活援助、リハビリテーションなど多職種による包括的なケアを地域生活の中で提供して、当事者の主体的なリカバリーを支援することである。継続的な一次医療（主に外来治療）を基盤にして、急性増悪時や危機介入が必要な時にのみタイムリーに短期集中型の二次医療（主に入院治療）につないで安定化を図り、速やかに一次医療に戻る、という流れがケアパスの基本形となる。

一次医療（外来治療）は、ケアの連続性の観点から、本人の生活圏で信頼できるかかりつけの精神科医が提供することが望ましい。定期診察以外に、相談支援、家族支援、関係機関との連携などが円滑に行われることで、地域内で多職種による支援体制を構築し、増悪を未然に防ぐことができる。それでも地域生活を維持するのが困難な病状になった場合は、二次医療への紹介が必要となる。二次医療（入院治療）は、重症例、急性増悪時の迅速な安定化、身体合併症治療、無けいれん電気けいれん療法、クロザピン導入など、主に急性期の医療ニーズが高い病態に対応するために必要となる。緊急時には非自発入院になることも想定されるが、強制処遇は医療への信頼を損ね、時に外傷体験となって長期的な回復を妨げるため、極力用いるべきではない。そのためには、いざというときにどうしてほしいか、入院したい医療機関、かかりたくない医療機関など、あらかじめ本人・主治医・家族の間で話し合っておくとよい。かかりつけの精神科医と入院主治医は、顔の見える関係を保って情報共有を図り、ケアの連続性を保つように連携することが重要である。入院偏重から外来治療・地域生活へと政策は転換されたものの、依然として病院中心の治療文化が続いている。二次医療の必要度は一次医療と地域生活支援の対応力次第という面が大きく、長期入院者の地域移行支援、入院に代わる二次医療サービスの開発・普及、一般病院での対応の促進、地域社会の受け入れなど、専門家はスティグマと深く関連するこれら山積する課題に取り組む責務がある。

２．一次医療と二次医療に関するエビデンス

【当事者の語り】

“精神科と「身体科」に分かれていて、精神科にかかってみたらと気軽には言いづらい。” “クリニックは入院させられないからかかりやすい。病院は入院させられるかもしれないので怖い。”” “生活を立て直すために入院は必要だ。”

日本の精神医療は、厚生労働省の管轄部局、施設基準、人員配置、診療報酬体系、救急システムなど、さまざまな面で一般医療と異なる独自の設計になっている。従来は、市街地から離れた精神科病院での入院治療が主流であったため、入院を契機に地域性が失われて長期化する傾向にあった。近年は外来治療へと移行が進み、2016 年度に統合失調症で外来治療を受けた患者数は 161 万人、精神科病院に入院した患者数は 34 万人となっている。[1] 現在、精神科通院患者の約半数はクリニックによってカバーされるようになったが、[2] 疾患別でみると、気分障害・神経症性障害では約３分の２の人がクリニックに通院しているのに対して、統合失調症では約３分の２の人が病院に通院しており、統合失調症の治療は依然として病院中心であることがわかる。[3] 精神科デイケアについても、半数以上は単科精神科病院に設置され、精神科クリニックを大きく上回っている。クリニックには、デイケア・訪問看護などを運営する多機能型診療所がある一方、医師１名と事務員のみで運営されている診療所も多く、PSWの常勤配置は 26%、臨床心理技術者は 21%にとどまり、多職種による相談支援や関係機関との連携機能はまだまだ不十分である。[2]

長い未治療期間は長期予後不良の予測因子であることが知られており、[4] 精神医療へのアクセスを改善することが重要とされるが、かかりやすい精神科クリニックが増えることで統合失調症の受療率や長期予後が改善するというエビデンスはない。アクセスの改善は重要な因子の１つではあるが、アクセスした医療の中身（質）がより重要である。英国・カナダなどの地域精神保健チームは、精神科医・看護師・ソーシャルワーカー・心理士・作業療法士・ピアスタッフなどの多職種チームが担当地区の外来センターを中心にケアマネジメントモデルで支援するサービスで、来所が基本だが必要に応じてアウトリーチも行う。病院中心のサービスと比較して、症状・社会機能そのものがより改善するというエビデンスはないが、自殺が減少する、入院日数が短縮する、治療の離脱が少ない、満足度が高いなどの利点が報告されている。[5] 日本でも計画相談によるケアマネジメントが導入されるようになったが、多職種がチームになって支援するわけではなく、支援機関をコーディネイトする斡旋型のサービスであり、同様の効果は期待できない。

入院治療は、緊急の医学的管理が必要な状態で、外来・地域で対応困難な場合に適応となる。具体的には緊急性の高い身体管理を要する場合、精神疾患の増悪による興奮・他害行為、切迫した自殺念慮、昏迷などである。精神保健福祉法に基づく非自発入院と行動制限、および、強制的治療が行われることが多い。2017 年の調査では、統合失調症で在院している患者 15.5 万人のうち、6.9 万人（45%）は非自発入院であった。また、退院１年以内の再入院率が 40%と極めて高く、いわゆる回転ドア現象を呈している。にも関わらず治療抵抗性の病態に強いエビデンスをもつクロザピンの処方率は 0.11%（全国で約 2000 人）と著しく低い。[1] 医学的有効性が証明されていても、服薬支援、身体管理、緊急対応などのインフラが整備されていないために使用しにくいという、わが国の精神医療の対応力を物語

っている。なお、2017 年 6 月時点の精神科入院患者 28.6 万人のうち、65 歳未満で 1 年以上入院している人は約 7 万人、５年以上入院している人は約 4 万人にのぼる。長期入院患者については、諸外国では医療病床のカテゴリーに含まれておらず、急性期治療のための入院と長期入院者の地域移行支援は別に考える必要がある。

３．包括的医療のアプローチの基本

【当事者の語り】

“開放病棟は外との出入りがあり、患者同士の交流もできて退院後の生活をイメージしやすい。”
“入院主治医と外来主治医が変わるときは、見捨てられたように感じた。
また信頼関係を作り直すのがプレッシャーだった。主治医の交代は大きな出来事。”

“ひどい腹痛で救急車を呼んでも、精神疾患があると最寄りの地元の病院には受け入れを拒否されることがよくある。”
“精神の薬の副作用で体の異常があっても内科で言い出しにくい。精神疾患を打ち明けると内科医の態度が変わってしまった。”

包括的医療のアプローチにはいくつかの意味が考えられるが、ここでは以下の３つについて論じる。１つ目は外来と入院が一連のケアパスの中で切れ目なく繋がるという意味、２つ目は精神と身体のケアが包括的に提供されるという意味、３つ目は医療（入院・外来）と地域資源を包括的に提供する精神保健システムの意味である。まず外来と入院の包括性について述べる。治療期間が長く、信頼関係がなければ診察すら困難になる精神医療において、ケアの連続性はとりわけ重要であり、主治医交代や医療機関の変更は当事者にとって大きな負担となることを認識しなければならない。急性期治療を担当する病院専門医（二次医療）と地域のかかりつけ医（一次医療）が切れ目なく連携するには、普段から顔の見える関係を作ること、紹介・逆紹介に際しては必要十分な情報量の紹介状を作成すること、必要に応じて電話による直接の情報提供・照会を行うことなどが挙げられる。がんや糖尿病など身体医療の領域では、高度な治療や検査を行う病院専門医と普段のかかりつけ医による循環型の連携として「２人主治医制」が推進されており、精神医療においても参考になる。

次に身体と精神の包括性について述べる。統合失調症のある人は一般人口に比べて、心臓カテーテル治療やがんの手術・化学療法・放射線療法などが施行されにくい、歯科治療では総義歯になりやすいなど、身体疾患の治療における格差が報告されている。[6] 身体医療（一般医療）と精神医療は制度的に長らく分断してきた経緯から、統合には時間がかかると予想され、しばらくの間は以下の両側面から強化していくことが重要である。すなわち、精神医療保健福祉サービスの中で身体的健康をモニターしていくこと、一般医療の現場で精神疾患をもつ人に標準的な身体医療が提供されるように支援・啓発・権利擁護していくこと、である。

最後は医療と地域資源の包括性についてである。Thornicroftらは成人の包括的精神保健シ

ステムの要件として、①外来診療、②地域精神保健チーム、③急性期入院病床、④コミュニティ内の長期居住施設、⑤雇用を挙げている。[7] 具体的には、統合失調症の外来治療を支える多職種の配置（看護師・心理師・精神保健福祉士・ピアスタッフなど）、必要に応じた往診・訪問などのアウトリーチ、生活圏内での居住支援、緊急時の電話相談および入院医療機関との連携、就労支援の促進などである。

４．自己決定の倫理原則と強制的治療

【当事者の語り】

“入院の経験はいやなことばかりを思い出す。皆に押さえつけられて注射され電極を当てられた。
からだ中が痛くなった。行動制限が必要なことは後になれば理解できるが、恐怖感がある。”
“緊急時に病院を選べない。”

生命倫理の４大原則は「自律尊重原則」「善行原則」「無危害原則」「公正原則」である。患者本人が自己決定できないときに限って、本人の病状を改善する目的のために医師の判断で適切な手段を用いる強制的医療が正当化される。身体拘束のような特に強い苦痛を伴う行動制限については、切迫性（生命または身体の危険がある）、非代替性（他の手段がない）、一時性（一時的なものである）の例外３原則が満たされたときのみやむを得ないとされる。しかし、精神病床での隔離・身体拘束件数は年々増加を続けており、2016 年 6 月 30 日の横断調査（いわゆる 630 調査）では、全国の在院患者総数 286,406 人のうち、隔離 10,411 人（うち任意入院 1,069 人）、身体拘束 10,933 人（うち任意入院 1,562 人）であった。[8] 調査に任意協力した病院のみを対象にした別の調査によれば、隔離・身体拘束を受けている患者の疾患別内訳は統合失調症が 56%と最多で、不穏・多動を理由に身体拘束が連続で平均 96 日に及んでいると報告している。[9] 精神病体験それ自体が外傷体験になることが知られるようになってきたが、入院患者の 18%で精神科入院の体験がPTSDの基準を満たす外傷体験になったという報告もある。[10] そのうち、隔離・身体拘束がもっとも苦痛の強かった経験の上位２つに挙げられている。英国では、治療選択の希望を適切に意思表示できない病状になった時を想定して、事前に本人・治療者・家族で話し合った合意事項をカードに記して携帯するジョイント・クライシス・プラン（JCP）が用いられている。JCPによって強制入院および強制的治療が半減したとの報告がある。[11] 治療者は、「善行原則」に基づく強制的な治療が「自律尊重原則」や「無危害原則」と対立することを充分認識した上で、非自発入院であっても情報共有を図り、合意形成や代替手段を模索する努力を怠ってはならない。

５．医療・支援のあり方

【当事者の語り】

“看護師さんが忙しいのはすごくわかるが、話を聞いてもらうだけで全然落ち着き具合が

違う。1 日 3 分でもいいから。死にたい気持ちもそういう時間があると見極められると思う。何も話さなくても一緒にいてくれるだけでいい。”

精神医療の基本は精神療法である。特殊な精神療法を指すものではなく、まず患者本人の話を聴き、安心・希望を与えるような言葉を伝え、信頼関係でつながる営みを公共サービスとして提供することである。薬物療法やリハビリテーション、その他の専門的な治療は、信頼と希望という基盤の上で進んでいく。入院体験についてインタビューした当事者主導の質的研究では、信頼できる治療関係には、効果的なコミュニケーション、文化感受性、強制されないことの３つが必要であることが示されている。[12] 急性期・安定期を通した抗精神病薬による治療は各国のコンセンサスガイドラインで強く推奨されているが、[13] 現実には約半数の人にアドヒアランスの問題があるといわれる。アドヒアランス不良は患者の病識欠如によるとされ、入院・行動制限という物理的手段を用いて強制してでも抗精神病薬を投与するという治療が正当化されてきた。しかし、アドヒアラス不良には、病識以上に治療同盟や治療に関連した外傷体験が影響することが報告されており、[14] 治療者との信頼関係、疾病・服薬の理解、回復への希望を促進する努力が十分に払われてきたか、アドヒアランス不良はそうした精神療法的な関わりが足りないことの結果ではないか、真摯に見直す必要がある。一方で、医学的に高い再発予防効果のエビデンスをもつ、クロザピンおよび持続性抗精神病注射薬剤(LAI)は導入率が低い現状がある。医学的に有効性が示されている治療の普及が進まない要因を分析して、積極的に普及していかなければならない。

2014 年の改正精神保健福祉法では初めて精神医療の質について明記され、法第 41 条に定められた「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」の冒頭に、基本的な考え方として以下の３点が挙げられている。[15]

①インフォームドコンセントの理念に基づき、非自発入院においても、人権に最大限配慮した医療を提供する。
②地域の一員として安心して暮らせるよう、精神疾患についての理解の促進を図る。
③ピアサポートの促進、家族の支援により、当事者・家族が各々自立した関係を構築することを促し、社会からの孤立を防止するための取組を推進する。

いずれも障害者権利条約の基本理念である「私たちのことを、私たち抜きに決めないで（Nothing about us without us）」の原則を踏まえ、当事者の声を訊き、周囲の理解を深めようという精神が示されている。当事者の声は診察場面での共同意思決定やコンコーダンスという形で反映することもできるし、ピアスタッフをサービス提供側に配置するという形で反映することもできる。サービス構築においては、ピアスタッフの配置のほか、当事者・家族へのニーズ調査、サービスを作り上げるプロセスに当事者が最初から参加するコ・プロダクションという方法などが挙げられる。精神医療において重要なもう１つのポイントは、身体的健康への対応力である。精神医療が身体医療と分断してきたことで、精神医療の現場、特にクリニックでは身体診察・血液尿検査・心電図検査・X線検査といった基本的な健康チェックにも対応していないことが多い。身体医療との分業を前提とした仕組みだが、実際には身体医療の現場では精神疾患があると必要十分な対応がなされない現実があ

る。[6] したがって、精神医療の中に基本的な健康チェック、生活習慣病の予防、食事・運動・禁煙についての助言が組み込まれることが望ましい。あわせて、精神疾患があっても適切に対応する医療機関を開拓・連携していくことが必要であろう。多疾病・多障碍が当たり前の高齢社会では、身体と精神のケアを包括的に提供していくことがユニバーサルデザインであると考えられる。生活圏内のいわゆる総合病院で精神科急性期入院治療が可能になれば、支援の連続性は高くなる。

６．将来へ向けて

【当事者の語り】

“地域の福祉と医療は状況によってどちらも必要。お互い仲良くしてほしい。”
“精神科も他の身体の病気と同じように偏見なくかかれるようになってほしい。”

病院から地域へという政策転換に伴って、クリニックの増加、病床の機能分化が進んでいる。しかし、地域社会の受け入れやインフラストラクチャの整備は依然として十分ではない。すなわち、地域で働く医療者の数はまだ少なく、グループホーム等の居住支援も少ない。加えて、心理社会的治療よりも薬物療法が重視される治療文化が続いている。精神疾患を抱えた患者が地域社会で自立して生活できるという一般的認識が広まっているとは言い難く、医療者及び地域社会のより前向きな姿勢を育てる必要があることが指摘されている。[16] 医療資源は有限である。財源でみると、2016 年の国民総医療費 42 兆円のうち、医科に 30 兆円が使われ、うち精神疾患に対して支払われた 1.9 兆円の内訳は、統合失調症約１兆円（入院 8,200 億円；入院外 1,500 億円）、気分障害・神経症性障害約 5,000 億円（入院 2,000 億円；入院外 3,000 億円）となっており、統合失調症に関しては 8 割以上が入院に支払われている現状がある。今後は地域包括ケアシステムが精神障害にも対応するという方向性が示されてはいるものの、障害福祉の財源は全障害をあわせて年１兆円程度であり、医療に比べて圧倒的に少ない。どの分野も財政が逼迫する時代に、資源を有効配分するには政治・行政・世論への働きかけも必要になろう。高コストの入院治療を回避するためには、入院に代わる二次医療サービスの開発が課題である。欧米では、危機介入チーム（crisis intervention team）、急性期往診チーム（acute home-based treatment）、フレキシブルACT（flexible ACT）、自主決定入院（patient controlled admission）、ピア運営レスパイト施設（peer-led respite）など、入院の代替となるサービスが考案・導入され、中には入院を２-３割減少できた地域もあるという。

人と人のコミュニケーションによって成立する精神医療において、サービス形態やアクセスの改善にも増して重要なのは、医療の中身である治療文化そのものの変革である。例えば、了解不能や病識欠如という専門用語の言葉遣いは、あたかもそれらが統合失調症の人の恒常的な性質であるかのような誤解を招き、当事者の日常生活を想像することを妨げ、結果的に強制治療を過大に正当化してきた可能性がある。精神医学が蓄積してきた診断・治療・支援についての有益な知見を最大限に活用しながら、当事者中心の精神医療にアップデートする必要がある。そのためには精神医学研究も患者・市民参画やコ・プロダクションによる改革が必要であり、病名変更に続いて専門用語も見直す時期ではないだろうか。

その際、臨床・研究・教育のいずれにおいてもピアスタッフを含む多職種チームで行うことは患者理解の大きな助けとなるはずである。人材育成の観点では、2004 年の臨床研修制度施行から、すべての医師が２年間の初期研修が義務付けられたことで、身体医療に携わる多くの医師が精神科臨床を経験し、精神医療に携わる医師もすべて身体医療を経験するようになった。今後広がっていくであろうプライマリケア専門医が、軽度から中等度の不安・抑うつのケアを担っていくことを期待したい。それによって地域の精神科医療機関は統合失調症など重度かつ慢性の精神障害の地域包括ケアを担うことができ、入院治療は急性期・合併症対応などの短期的利用に限定していくという医療資源のシフトを図ることができる。

文献

1. 精神医療政策研究部. *平成29年度 新精神保健福祉資料*. 国立精神・神経医療研究センター, 小平, 2018. Available at: https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/
2. 日本精神神経科診療所協会. *精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト報告書*. 日本精神神経科診療所協会, 東京, 2016.
3. 厚生労働省. *平成26年患者調査* 厚生労働省, 東京, 2014.
4. Penttila M, Jaaskelainen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014; **205**: 88-94.
5. Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriott S, Tyrer P. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *Br J Psychiatry* 2001; **178**: 497-502; discussion 503-505.
6. Moore S, Shiers D, Daly B, Mitchell AJ, Gaughran F. Promoting physical health for people with schizophrenia by reducing disparities in medical and dental care. *Acta Psychiatr Scand* 2015; **132**: 109-121.
7. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004; **185**: 283-290.
8. 精神医療政策研究部. *平成28年度 精神保健福祉資料*. 国立精神・神経医療研究センター, 小平, 2017. Available at: https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630/
9. 長谷川和夫. 精神科医療における隔離・身体拘束実態調査. *病院・地域精神医学* 2016; **59**: 18-21.
10. Berry K, Ford S, Jellicoe-Jones L, Haddock G. Trauma in relation to psychosis and hospital experiences: the role of past trauma and attachment. *Psychol Psychother* 2015; **88**: 227-239.
11. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 2004; **329**: 136.
12. Gilburt H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Serv Res* 2008; **8**: 92.

13. Takeuchi H, Suzuki T, Uchida H, Watanabe K, Mimura M. Antipsychotic treatment for schizophrenia in the maintenance phase: a systematic review of the guidelines and algorithms. *Schizophr Res* 2012; **134**: 219-225.
14. Tessier A, Boyer L, Husky M, Bayle F, Llorca PM, Misdrahi D. Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry Res* 2017; **257**: 315-321.
15. 田村憲久. 大臣告示：良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針. 厚生労働省, 東京, 2014.
16. OECD. OECD医療の質レビュー日本スタンダードの引き上げ評価と提言. 経済協力開発機構, パリ, 2014.

３．精神科医療との出会いや共に歩む過程を支援する

１）自分や他人を傷つける行動に対して当事者の安全を保障する

１．基本理念
２．自分や他人を傷つける行動に関するエビデンス
３．自分や他人を傷つける行動に対して安全を保障するアプローチの基本
４．精神科の構造に由来するリスク
５．自分や他人を傷つける行動に対する安全保障が治療全体および医療者へ与える影響
６．将来へ向けて

１．基本理念

当事者の支援にあたって、自分や他人を傷つける行動には、稀ならず遭遇する。これらの問題は特に、症状の活発な急性期や精神科医療との出会いの場面で起こりやすい。人間の過去の記憶が、ピーク時および終了時の感情により判断されるという特性も鑑みると、[1] 治療におけるピークといえる急性期の対応如何で、当事者のその後の人生における精神科医療全体へのイメージが決まるといっても過言ではない。このことからも、急性期における自分や他人を傷つける行動に対する安全保障を可能な限りソフトに行うことの重要性が示唆される。

【当事者の語り】

“何の説明もなしに注射を打たれて、気づけばベッドに拘束されていた”
“注射や隔離、拘束を怖れ、再発におびえながら毎日を過ごしています”

“死にたい気持ちになったとき、話を聞いてもらうだけで落ち着けます。聞いてくれた人に　申し訳ないから、死ぬのを踏みとどまるんです”
“急性期の治療が安心して臨めるものに変わってゆくのならば、当事者の生活の質はあらゆるステージで飛躍的に改善するに違いない”[2]

２．自分や他人を傷つける行動に関するエビデンス

当事者の自分を傷つける行動は、直前のライフイベントが少なく、[3] 唐突に生じたような印象を受け、[4] より致死性が高い手法を選択しやすい。[5] 前駆期では、前駆症状としての罪業感を伴う抑うつ、急性期では、統合失調症の一症状しての抑うつ、幻覚妄想に対する二次的な抑うつ、命令幻聴などの精神病症状、精神病症状に対する当事者なりの合理的な判断、からの自殺が生じやすい。加えて、精神病後抑うつにおける、自己評価の低下、将来に対する不安や絶望、焦りなどや病識の出現、慢性期における疎外体験や社会的孤立、などをきっかけにした自分を傷つける行動にも十分な注意が必要である。[6] 他方、わが国に

おける当事者の他人を傷つける行動に関連する要素としては、性別（男性）、被害者（無関係）、病前の反社会的行為、アルコール嗜癖、犯行前の入院期間（短期）、妄想体系といったものや、[7] 精神運動興奮、暴力歴、妄想体系、滅裂思考、幻聴、Threat-Control-Override（以下TCO）症状（①自分を傷つけようとしている人間がいる、②自分のものではない考えが頭に入ってくる、③コントロールできない力に自分の考えが支配される、といった精神病症状）、関係妄想、長期罹病期間、などが特定されている。[8] 精神病理学的にも、TCO症状と一致する「妄想上の迫害者」という概念が提唱されており、[9] 統合失調症に特徴的な暴力関連因子はTCO症状を中心とした精神病症状であるといえる。支援者は、脅威におののく当事者を刺激し、他人を傷つける行動を誘発しないよう十分に配慮しながら対応する必要がある。

３．自分や他人を傷つける行動に対して安全を保障するアプローチの基本

自分を傷つける行動の予防には、前述の所見に注意しつつ、自殺念慮について積極的に話題にしながら、[10] 当事者の言動の変化を、たとえ些細なものであっても、慎重に評価することが重要である。[11] 同時に、一般的な自殺の危険への対応同様、「TALKの原則」に則り対応する。TALKの原則は、Tell：誠実な態度で話しかける。Ask：自殺についてはっきりと尋ねる（真剣に取り上げるつもりならば、危険ではない）。Listen：徹底的に傾聴する。Keep safe：安全を確保するといった要素からなる。[12] 以上の試みにより希死念慮を同定した場合、①告白に感謝し、②気持ちを受け止め（安易な励まし、叱責、説得は避ける）、③「死にたい」の意味を考えながら傾聴する（希死念慮の背後にある困難を探索し解決策を模索する）、ことが推奨される。自殺の危険性が高いと判断された場合は、必要に応じて、入院治療なども検討する。[13] しかし、ここで重要なのは入院や隔離をすれば終わりではないということである。入院や隔離など、強制的安全確保による自己決定権の剥奪は、逆にその後の自殺リスクを高めるという副作用にも、十分に配慮しながら決定する必要がある。[14]

他人を傷つける行動に対しては、包括的暴力防止プログラムにまとめられた知見が役立つ。[15] このプログラムの目的は、当事者を押さえ込むための身体介入ではなく、行動制限をせずに当事者を安全にケアすることである。プログラムは、①リスクアセスメント(攻撃性の評価)、②ディエスカレーション（怒りや攻撃性を鎮める）、③チームテクニクス（暴力に対しチームで身体的介入を図る）、④ブレイクアウェイ（適切に逃げる）、⑤ディブリーフィング（アフターケア）、により構成されている。当事者に最も侵襲の少ない方法で安全を確保するという意味で、③チームテクニクス以下の対応は最終手段とし、言語によるディエスカレーションが優先されるべきである。ディエスカレーションとして、暴力の誘因期では、オープンな質問、言い換え、アイメッセージ、保証、リラクゼーション、気分転換など、エスカレート期では、会話の促進、交渉、危険物の除去、タイムアウト（状況から回避し時間をとる）などにより対応することが推奨されている。

自分や他人を傷つける行動からの安全確保のために隔離や身体拘束を用いることは、隔離や身体拘束が入院長期化因子であるとの報告もあることやトラウマインフォームドケア（本ガイドライン 3-2 参照）の観点からも、[16,17] 可能な限り避ける事が望ましい。隔離や身体拘束といった強制的介入に関して、治療者と当事者の間には認識の違いがあり、[18] 治療

者が許容されると考える対応でも当事者には大きな苦痛を与える可能性がある。なかでも、身体拘束は、修復困難な治療関係へのダメージを与えうる。近年、速やかな薬物療法、当事者との対話、「身体拘束を行わない」同意書、ホール番の配置、その他、点滴ボトルを保護室の壁にガムテープで貼り付け点滴をする、保護室内の固い場所を当事者の危険性に応じてその都度クッションで補強するなど、手作り的手法も含めた様々な工夫により身体拘束を 88%減少させたという実践報告がある。[19,20] また、行動制限削減のためには、現場の努力だけではなく、組織的な取り組みも必要で、①組織改革のためのリーダーシップ、②データ利用（前向きな比較競争を推進)、③院内スタッフ力の強化、④隔離・身体拘束使用防止ツール（アセスメントツールなど）の使用、⑤入院施設での当事者の役割、⑥デブリーフィング（実際された隔離・拘束の分析)、といったコア戦略も紹介されている。[21]

４．精神科の構造に由来するリスク

わが国における身体拘束は、2014 年に 1 万 682 人と過去最多を記録し、10 年前の約 2 倍に増加した。[22] 身体拘束の急増の背景には、認知症患者の増加や精神病床入院患者の高齢化、短期入院と地域移行により精神科救急での入院患者が増えたこと、などが要因として考えられているがはっきりとしたことは分かっていない。[23] 精神保健福祉法では、自分や他人を傷つける行動に対する隔離や身体拘束といった行動制限が許容されているが、[24] 隔離の「急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性が目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合」、身体拘束の「多動又は不穏が顕著である場合」といった実施要件が「恣意性が強すぎて危険」という批判がある。[25] 隔離や身体拘束の実態を明らかにし減少のための対策を講じることや、実施要件の見直しなどが望まれる。

５．自傷や他害に対する安全保障の変化が治療全体および医療者へ与える影響

急性期における自分や他人を傷つける行動に対し、ソフトに対応することは、他の医療介入にも般化していく。[20,26] 「当事者に嫌な思いをさせない」医療という点でそれらの対応は共通しているからである。具体的には、当事者が入院を躊躇する要因のひとつと思われる病棟持ち込み物品制限の緩和などがあげられる。入院中に制限をすればするほど、当事者は入院環境に嫌悪感を抱き、再入院に躊躇し、重症化する。逆に、様々な物品を開放し、自宅でいる時に近い、もしくはそれより快適な環境を用意することで、当事者と治療者との不要な対決の場面が減り、当事者の入院体験を決定づける良好な治療関係を構築しやすくなる。[27] トラウマにならない急性期対応、快適な治療環境、信頼感に基づく良好な治療関係は、当事者の入院体験をポジティブなものとし、当事者は、困ったら入院しようという気持ちに傾き、より軽症での入院が可能となる。

さらに、そのような当事者の変化は、医療者側の成功体験となり、「当事者に嫌な思いをさせない」という医療者のスピリットが強化、醸成されていく。結果、日常臨床における当事者への関わりなどの接遇面も改善され、有機的に当事者に優しい医療が実現していく。

６．将来へ向けて

このように、「ハードな急性期医療→当事者の医療回避→激しい病状再燃による強制入院」という負のスパイラルから、「ソフトな急性期医療→当事者の自発的医療参加→より軽症での自発的入院」という正のスパイラルへの転換が図られると、二次的に自分や他人を傷つける行動のリスク低減や、受け入れる医療機関側のさらなるセキュリティ対応の低下をもたらしていく。当初、措置入院で隔離を必要とした当事者が、次の入院は医療保護、しばらくすると任意入院、と徐々に開放的な処遇が可能となる。そのプロセスにおいて、病識に基づいた治療アドヒアランスを超えた、当事者と医療者との信頼関係や人としてのつながり、すなわち治療共同体としてのより強固な治療アドヒアランスが構築されていく。医療者は「困ったらいつでも相談して下さいね」と当事者に保証を与え、当事者は「病気かどうかは置いておいて、あの先生（医療者）がいうのだから頼ってみようか」と応じる。医療機関は当事者にトラウマを与える場所ではなく、「安全基地」として、当事者の人生の回復を促進する場として機能していくのである。

文献

1. 村井章子訳．ダニエル・カーネマン著．*ファスト&スロー（下）：あなたの意思はどのように決まるか*. 早川書房，東京, 2012.
2. 加藤史章．『急性期治療を再考する』に期待すること．急性期治療を再考する．*こころの科学増刊号* 2018: ??-??
3. 林直樹，五十嵐雅，今井淳司 他．自殺関連行動を呈する精神科入院患者の診断と臨床特徴 ：都立松沢病院入院例の検討．*精神神經學雜誌* 2009; **111**: 502-526.
4. 高橋祥友．その他の重要な問題．**In**: 佐藤光源，丹羽真一，井上新平 (編)，*統合失調症治療ガイドライン（第2版*. 医学書院，東京, 2008; ??-??
5. 高橋祥友．*自殺の危険（第2版）：臨床的評価と危機介入*. 金剛出版，東京, 2005.
6. 針間博彦，林直樹．統合失調症における自殺の特異性．*精神科治療学* 2012; **27**: 1577-1582.
7. 吉川和男．精神分裂病殺人犯に見る再犯予測要因と予測可能性．*犯罪学雑誌* 1995; **61**: 216-234.
8. Imai A, Hayashi N, Shiina A, Sakikawa N, Igarashi Y. Factors associated with violence among Japanese patients with schizophrenia prior to psychiatric emergency hospitalization: a case-controlled study. *Schizophr Res* 2014; **160**: 27-32.
9. 中谷陽二．妄想上の迫害者に対する攻撃：分裂病者の暴力に関する一考察．*精神神経学雑誌* 1983; **85**: 83-99.
10. 針間博彦，五味渕隆志．統合失調症における「うつ状態」の治療．*臨床精神医学* 2005; **34**: 723-728.
11. 舟橋龍秀．慢性期統合失調症患者の自殺．*精神科治療学* 2010; **25**: 153-158.
12. 高橋祥友．*医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント*．医学書院，東京, 2006.
13. 松本俊彦．*自傷行為の理解と援助—「故意に自分の健康を害する」若者たち*．日本評論社，東京, 2009.

14. 高橋祥友訳．ジョン・A・チャイルズ，カーク・D・ストローサル著．*自殺予防臨床マニュアル*．星和書店，東京, 2008.
15. 包括的暴力防止プログラム委員会．*医療職のための包括的暴力防止プログラム*．医学書院，東京, 2005.
16. 杉山直也，野田寿恵，澤温，立森久照，山之内芳雄．精神科救急入院料病棟における入院長期化のリスク要因(第2報)共通レジストリを用いた複数施設の分析から．*精神医学* 2017; **59**: 369-377.
17. 川野雅資．トラウマインフォームドケアとは何か? *精神科看護* 2017; **44**: 4-19.
18. Whittington R, Bowers L, Nolan P, Simpson A, Neil L. Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatr Serv* 2009; **60**: 792-798.
19. 針間博彦，中田信枝．松沢病院における身体拘束の削減．*心と社会* 2018; **49**: 111-118.
20. 今井淳司，田部井伸一，竹村格．ダメダメ！からダメモトへ–都立松沢病院の“ちっちゃな成功体験”からの改革．急性期治療を再考する．*こころの科学増刊号* 2018: ??-??
21. Huckshorn KA，野田寿恵（訳），吉浜文洋（訳）．精神保健領域における隔離・身体拘束最小化(4)第三部．*精神科看護* 2010; **37**: 65-73.
22. 精神保健計画研究部．*精神保健資料（630調査）*．国立精神・神経医療研究センター，小平, 2015.
23. 長谷川利夫．*精神科医療の隔離・身体拘束*．日本評論社，東京, 2013.
24. 精神保健福祉研究会．*四訂 精神保健福祉法詳解*．中央法規，東京, 2016.
25. 長谷川利夫．精神科医療における隔離・身体拘束実態調査：その急増の背景要因を探り縮減への道筋を考える．*病院・地域精神医学* 2019; **59**: 18-21.
26. 江越正敏，今井淳司，齋藤正彦．都立松沢病院におけるいわゆる精神科3次救急（緊急措置入院）の実態と変化．*第26回日本精神科救急学会学術総会* 2018.
27. Gilburt H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Serv Res* 2008; **8**: 92.

２）急性期でトラウマの再体験が起こることを予防する

１．基本理念
２．トラウマについてのエビデンス
３．精神科急性期医療のアプローチの基本
４．急性期におけるトラウマの再体験
５．回復を支援する急性期医療のあり方
６．将来へ向けて

１．基本理念

精神科急性期医療は、当事者が自分の人生を生きていく過程を、共に歩んでいく姿勢を打ち出さなければならない。そのためには精神科急性期医療が安全を保障し回復を支援するものであると、入院体験を通じて当事者に伝わることが重要である。統合失調症を経験している人にとって、初回エピソードや症状の再燃時に、精神科急性期医療とどのように出会うかがその後の経過に大きく影響する。自分の意思と関係なく強制的な対応をされたと当事者が感じれば、精神科急性期医療は支援ではなく脅威と認識される。そして入院期間中の体験はトラウマとなり、退院した後も入院に至った自らの体験を振り返ることが困難になる。[1]

【当事者の語り】

“病棟も含めて、何もかもが恐かった”
“なんでここに何か月もいなくちゃいけないんだという、そういう思いが強かった”

“ちょっと暴れちゃったみたいで。入院中というか。記憶がないんですけど”
“母がそのことを話すとやっぱり思い出すの嫌みたいで、やっぱり縛られちゃってというのはすごくショックだったみたいで”

トラウマを体験した当事者は、入院した時点で自分の人生が途切れてしまった、という感覚をもつ。入院前の自分と退院後の自分がつながらない「分断」に苦しみ、かつ支援にアクセスすることへの抵抗感をもち続ける。このことは当事者の予後に悪影響を及ぼす。急性の精神症状に対する支援は、当事者が支援を受けながら自分の人生を生きられることを学ぶ機会を提供するべきである。

２．トラウマについてのエビデンス

統合失調症をはじめとした精神疾患をもつ人の多くが、対人関係におけるトラウマを体験している。[2-4]トラウマとは自身の命やからだ、感覚を脅かされる経験をして、うまく消化することができないときに起こる。トラウマ体験の影響は生涯にわたって積み重なる。対

人関係におけるトラウマとは他者から傷つけられたり、無視されたり、あるいは人から人への暴力を目撃したりすることをさす。これらは自分に対するコントロールを他者に奪われる体験と言える。この種のトラウマを体験した人は、自傷や物質乱用、依存、解離症状、過去に被害を受けたときの状況と似た人間関係を再びもつなど、生きづらさに極端なやり方で対処しようとする。当事者に隔離拘束などの強制的な介入を行ったり、ある種の力・権威を示すことで治療上の指示に従わせようとしたりすることは、当事者にとってはコントロールを奪われる体験であり、再トラウマにつながる。

３．精神科急性期医療のアプローチの基本

精神科急性期医療に携わる者は、現場で出会う当事者が過去に何か・誰かから傷つけられたトラウマをもっている可能性があることを前提に、ケアの提供に臨むべきである。[5]当事者が自分にコントロール力があるという感覚を再構築できる機会、すなわち回復（リカバリー）の機会を、精神科急性期医療のサービスの中で提供する。トラウマの経験をもつ当事者が回復に向かうには、からだと心の双方の安全が保障されていることが不可欠である。従事者が当事者との間に信頼関係を構築し、選択肢を提供し、一緒に考え、当事者を力づける姿勢で関わることが基本となる。従事者は当事者の症状や診断だけに注目するのではなく、当事者のとる行動や症状がトラウマの影響かもしれないと考え、「その人にとって何が起きたのか」に目を向ける。従事者および組織の管理者は、当事者との間に生じる力の不均衡、自己決定や自律の阻害といった精神科急性期医療の構造がもつリスクに目を向け、対策を講じる必要がある。

４．急性期におけるトラウマの再体験

精神科急性期医療はこれらの背景をもつ人々に再トラウマを起こす可能性がある。急性期医療はしばしば、同意に基づかない入院や隔離拘束・薬物療法の実施など、強制的な介入をすることで当事者にトラウマを再体験させている。[6-8] トラウマを再体験することで、当事者の抱える困難はさらに大きくなる。対人援助サービスを提供する場で支援の対象者に有害な事象が起こることは「あってはならないこと」、ひいては「ありえないこと」とされ、被害者の被害が「なかったこと」にされがちである。[9]従事者側のこうした態度がトラウマの再体験による当事者への悪影響を更に増している。

５．回復を支援する急性期医療のあり方

トラウマの再体験の予防と回復の支援は両輪の関係にあり、これらの達成には精神科急性期医療を提供する組織の変革が不可欠である。[10] 当事者の安全を保障するうえでは従事者の安全もまた保障されている必要がある。強制的な介入の使用を最小限にするために、従事者の心理社会的な対応スキルのみならず、当事者とのコミュニケーションを支援する様々なツールや、安全を保障できる物理的・心理的な環境が求められる。精神科急性期医療を提供する組織は当事者のトラウマとその影響を理解し、当事者をトラウマからの生存

者（サバイバー）と認め、彼らの声をサービスのあり方に反映することが重要である。また、医療提供の枠組みの中で二次的なトラウマが起こりうることを理解すべきである。従事者が当事者のトラウマ体験を聞いたり、何らかの形でふれたりしたとき、二次的にトラウマを体験しうる。[11]二次的なトラウマは従事者の燃えつきにつながる可能性がある。また、二次的なトラウマを回避するために、従事者が当事者に対して心を閉ざす・感受性を失くした対応をするおそれがある。組織は二次的なトラウマを予防するための支援を従事者に提供するとともに、発生したときには否認するのではなく、認めたうえで適切な対応をするべきである。

６．将来へ向けて

精神科急性期医療の従事者を対象とした教育・研修のみならず、組織としての取り組みを促進する制度設計が必要である。強制的な介入を最小限にする取り組みを継続するには、従事者の動機づけを定期的に行うとともに、従事者が当事者の安全を保障することとのバランスに悩んだときに時宜を得た相談ができる組織であることが必須である。また組織自体が当事者団体などの外部組織に向けて開かれていることは、組織と従事者ひいては従事者と当事者が前向きな協力関係を結べることに寄与する。

文献

1. Niimura J, Tanoue M, Nakanishi M. Challenges following discharge from acute psychiatric inpatient care in Japan: patients’ perspectives. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016; **23**: 576-584.
2. Mueser KT, Salyers MP, Rosenberg SD et al. Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical, and health correlates. *Schizophr Bull* 2004; **30**: 45-57.
3. Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull* 2008; **34**: 193-199.
4. Mauritz MW, Goossens PJJ, Draijer N, van Achterberg T. Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *Eur J Psychotraumatol* 2013; **4**: 1.
5. Mental Health Coordinating Council. *Trauma-Informed Care and Practice: Towards a cultural shift in policy reform across mental health and human services in Australia*. Mental Health Coordinating Council, NSW, 2013.
6. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; **9**: 465-473.
7. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 2005; **56**: 1123-1133.
8. Robins CS, Sauvageot JA, Cusack KJ, Suffoletta-Maierle S, Frueh BC. Consumers'

perceptions of negative experiences and "sanctuary harm" in psychiatric settings. *Psychiatr Serv* 2005; **56**: 1134-1138.

9. Frueh BC, Dalton ME, Johnson MR et al. Trauma within the psychiatric setting: conceptual framework, research directions, and policy implications. *Adm Policy Ment Health* 2000; **28**: 147-154.

10. Bryson SA, Gauvin E, Jamieson A et al. What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *Int J Ment Health Syst* 2017; **11**: 36.

11. Beck CT. Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Arch Psychiatr Nurs* 2011; **25**: 1-10.

４．回復を後押しし，将来の可能性を広げる支援をする

１）当事者や社会のスティグマに対応する

１．基本理念
２．スティグマについてのエビデンス
３．スティグマと精神科の構造
４．スティグマに対応するアプローチの基本
５．スティグマに対応する医療・支援のあり方
６．将来へ向けて

１．基本理念

「スティグマ」はもともと、社会的マイノリティー集団に対して、社会的価値を下げるラベル（烙印）をつける社会的な行為全般を指す言葉である。特に、精神障害当事者（以下、当事者）はスティグマの対象となりやすく、多くの当事者が苦しめられてきたことから、「精神障害に関するスティグマ（mental health-related stigma）」として様々な概念とその分類が発展しきた。[1, 2] Link & Phelanによると「スティグマは、(精神障害者が）抑圧された状態の中、ラベリング、ステレオタイプ、隔離、社会的地位の喪失、そして差別などが同時に起こる中で、存在する」と定義されている。[3] また、精神障害に関するスティグマは一般市民におけるスティグマと当事者自身が抱えるスティグマに大別される。[4-6] 前者の一般市民におけるスティグマには、知識の問題（無知・誤った情報やステレオタイプ的な情報）、態度の問題（否定的な感情や偏見）、行動の問題（差別）が含まれる。[4-6] また、後者には知覚したスティグマ（一般市民から偏見を受けていると認知すること）、経験したスティグマ（実際に差別を受けること）、予期するスティグマ（差別の対象となることを予想してしまうこと）、セルフスティグマ（ステレオタイプ的な情報を自己に当てはめることや、自分自身をスティグマの対象と思うこと）があるとされてる。[7-9] 精神障害に関するスティグマの問題は、当事者の周囲あるいは当事者自身が抱える社会的かつ否定的な問題に焦点を当てるため、パーソナル・リカバリーと背中合わせの概念であると指摘されてる。[10] すなわち、両者はコインの裏表のような存在でもある。

【当事者の語り】

“精神病の診断を受けた時、パートナーと多くの友人が、僕のもとから離れていった”

“私は理由もわからずに強制的に入院させられました。周囲の理解もなく退院しても、落ち着ける場所がなく、調子を悪くして、強制的に入院させられるというサイクルの中で生きてきました”[11]

精神障害の有無にかかわらず、ある人が他の人を偏見の対象とすることは人権に関する

問題でもあり、不当に差別することは社会的な排除に関連する問題でもある。よって、スティグマに対応するということは、パーソナル・リカバリーを根幹で支える人権や社会的包摂（ソーシャル・インクルージョン）の向上を図ることでもある。[1, 12] 換言すると、スティグマに対応するということは「精神障害があっても安心して暮らせる社会の構築」ともいえるかもしれない。

2. スティグマについてのエビデンス

これまで精神障害に関するスティグマについて多くの研究が行われてきた。その中で明らかになったことは、第 1 に私たちが住む世界には、残念ながら国や地域に関係なく、精神障害に関するスティグマが蔓延している事実であった。世界中で多くの当事者が差別を受けた経験があり、自身をスティグマの対象としていることが報告されている。[13, 14] また、世界中の市民が当事者に対して誤った理解や否定的な態度を持ちやすい傾向にあり、[15, 16] 若者（児童・生徒を含む）でさえ当事者に対する偏見や差別的な行動を示すことがめずらしくないと報告されている。[17] よって、精神障害に関するスティグマは国際的な共通課題といえる。

第 2 に、一般市民におけるスティグマの問題は、不安定な住居問題、人間関係、就労、サービスの質、関連制度、制度上の予算枠組みなど、当事者の生活にかかわるほぼすべての側面に悪影響を及ぼすとされている。[1, 2] また、セルフスティグマについては、パーソナル・リカバリーに関連する指標（例：希望や自己尊厳、エンパワメントなど）との負の相関が確認されており、時に精神症状の不調やアドヒランスの低下とも関連する可能性がある。[18, 19] 特に最近では、精神障害者に関するスティグマは、精神的な不調になった際の援助希求意図や行動にも関連があるとされ、適切なサービスの利用や紹介の障壁となりやすいと指摘されている。[20-25] すなわち、精神障害者に関するスティグマは精神疾患の発症初期から慢性期にかけて継続的に存在する問題であるといえる。

3. スティグマと精神科の構造

スティグマと精神科の構造には根深い関係が存在する。精神科における長期の施設収容や入院治療は、当事者から希望や力を奪いセルフスティグマをもたらすだけでなく、国民から精神科治療に対する関心を削いだり、偏見を植え付けたりする一因となっている。[2]また、国民の関心がなくなるということは、国の予算配分も少なくなり、適切なケアが提供されない状況が生まれやすくなる。[1, 2, 26, 27]我が国の精神科病院における医師や看護師の配置基準の精神科特例は、最たる例の 1 つといえるかもしれない。[28]

【当事者の語り】

“ときどき、当事者に対し最も否定的な態度を示すのはスタッフであることがあった”

長期入院治療に代表される精神科の閉鎖的な文化は、そこで働くスタッフにも影響を及

ぼす。実際、多くの研究で、サービスを提供するスタッフ自身が当事者に対してスティグマを抱えていることが明らかになっている。[29] 具体的には、スタッフが抱えるスティグマは当事者の地域生活や就労などの希望を不当に拒んでしまう可能性がある。特に、精神科病院の急性期病棟などで長く働いているスタッフは、当事者の地域での生活を知らず、調子の悪いところを頻繁にみるためスティグマが強化されてしまう恐れがあるとされている。[2] 実際、家族心理教育やassertive community treatmentや援助付き雇用といった、地域生活に関連するアウトカムの改善に効果的とされるプログラムに携わった経験のあるスタッフと比較し、そのような経験がないスタッフは当事者に対しての否定的態度が大きく、パーソナル・リカバリーに対する肯定感が低いと報告されてる。[30]

当事者は、他科でもスティグマの対象となっていることが明らかになっている。例えば、「精神障害」というラベル付けをされることによって、主訴に対して疑念を持たれることや、スタッフとの人間関係を築きにくいこと、身体疾患に関する適切な治療が受けられないこともあるとされてる。[31, 32]精神障害を持つ当事者において、身体疾患が深刻化する傾向や高い死亡率の背景には、スタッフのスティグマが一因ではないかと指摘されている。[33, 34] 換言すると、当事者は精神科に限らず、医療全般において不利な立場に置かれることが多いといえる。

4. スティグマに対応するアプローチの基本

精神障害に関するスティグマが新しい問題かといえば、そうではない。スティグマの問題は、1960 年代にアメリカの社会学者Goffmanが社会的マイノリティー集団に対する社会的問題として提起したことから徐々に社会的な認知を得たが、[35] その問題自体は古代ギリシア時代からすでにあったとされてる。[36]また、先述したように精神障害に関するスティグマは、経済的な繁栄や関連法規の整備と関係なく世界中に存在している。よって、スティグマの是正には社会の単純な発展では不十分で、意図的な介入が必要とされている。他方、精神障害に関するスティグマは個人の態度や行動だけの問題ではなく、組織やメディアのレベル、そして社会的構造レベル（例：法律など）で存在している。[1, 2, 32, 37]。よって、私たちが精神障害に関するスティグマへの対応を考えるときには、一度にスティグマの全てを「解消」するという発想の実現は難しいかもしれない。また、精神障害に関するスティグマの是正に取り組む際に注意したい点は、そのゴールの設け方にもある。精神障害に関するスティグマの介入は援助希求意図に貢献できる可能性はあるが、[38]疾患予防教育ではないため、第 1 目的は「患者を増やすこと」や「治療を受けさせること」ではない。[39]その最も重要なゴールは、常に「病気（精神障害）があっても安心して暮らせる社会の構築」に置かれる。

これらの前提をもとに、どのような方法が精神障害に関するスティグマの減少に有効であろうか？現在までの研究で、一般市民における知識と態度の改善に最も効果的とされている介入は、当事者との社会的接触と専門家による精神保健教育の双方を含むプログラムである。[40] しかしながら、報告されている効果はごく一部の研究を除き[41]、極めて短期間のものが多く、長期に一般市民の行動レベルまでを変容可能な介入は現在まで発見されていない。[42, 43] また、警察や雇用主、教員などサービスに関連する人たちも介入の対象である

が、必ずしも効果的なプログラムが開発されているわけではない。一方で、当事者との社会的接触体験の重要性や当事者と協働した介入内容の開発が重要であることは度々指摘されているところであり、[39, 42-44]当事者と一緒に効果的な介入の要素や当事者が伝えたい思いを模索することが必要とされる。

5. スティグマに対応する医療・支援のあり方

治療や支援に携わるスタッフには精神障害に関するスティグマの是正を図る側面から、当事者の地域生活を支える効果的なサービスの提供が求められる。もちろん、スタッフの業務の一部として、一般市民や教員、警察、雇用主など地域で一緒に当事者を支える人々に対して精神障害に関するスティグマの啓発活動をすることが望まれる。しかしながら、地域で啓発活動を展開するにも時間とマンパワーが必要となる。よって、特別な啓発の活動の場を設けることを模索しながらも、多くの当事者が社会参加できるような支援を実装することがより重要かもしれない。より多くの当事者が地域生活を実現する中で、会社に勤めるあるいは学校に通うことで、社会的接触の機会も増加し、地域住民への啓発が進むことが理想といえる。ただし、精神障害に関するスティグマの減少には社会的接触の質も非常に重要であり、[45]地域ケアの推進が単純に精神障害に関するスティグマの減少につながるわけでもない。[46-48]よって、地域住民と当事者の双方が安心して地域で一緒に生活できるようになるには、事業所から当事者の生活圏に赴く個別支援や、地域住民とのコミュニケーションが欠かせない。すなわち、スタッフが精神障害に関するスティグマに対応するということは、アウトリーチを伴う包括的な地域ケアを実践することともいえる。

治療や支援に携わるスタッフは、一般市民におけるスティグマだけでなく、当事者が抱えるセルフスティグマに対応することも必要かもしれない。これまで認知行動療法や社会技能訓練、アクセプタンス＆コミットメントセラピーなど、セルフスティグマの改善に貢献しうる心理社会的な治療が提案され、潜在的な効果を示してるが、最終的な結論にいたっていない。[49, 50] 他方、パーソナル・リカバリーの側面から考えた場合には、セルフスティグマを個人要因として心理社会的な治療の対象とするよりも、どのようなことにセルフスティグマを抱え、課題となっているかを当事者と一緒に考えることが求められるかもしれない。例えば、ある当事者が「働くことに関心はあるが、自分には就職は無理！」と考えている場合、日々の面接を通してどのようなことに関心があるか、あるいはどのような仕事があるのかを一緒に考えることが重要である。そして、一緒に課題を考える過程で築いた信頼関係をもとに、就職に向けてそっと背中を押す機会が生まれることがある。すなわち、セルフスティグマに対応するスタッフには、当事者と一緒に課題に取り組む姿勢が求められる。

6. 将来へ向けて

過去 20 年で、精神障害に関するスティグマの研究が急激に増加した。多くの限界を抱えながらも、それぞれの研究は、精神障害に関するスティグマの様々な要因や悪影響、そしてスティグマの減少を図る介入の効果を実証してきた。実際、研究成果に基づき、世界中

で様々なキャンペーンや草の根的な活動が実施されてきている。他方、今後に向けた課題も多くある。まず、これまでの研究の多くは一般市民を対象としたものであった。当事者や関係者（教員や警察、雇用主など）への介入についてのエビデンスは非常に乏しい現状である。加えて、これまでの多くの研究や活動は、専門家主導によるものであった。今後は精神障害に関するスティグマ是正を図る介入についての対象集団の優先順位、介入内容や普及戦略も含めて当事者と一緒に取り組む必要があると予想される。パーソナル・リカバリーが支援のキーワードとなる現在において、精神障害に関するスティグマへの対応の成否の判断には、当事者との協働の在り方が重要な位置づけとなると予想される。

文献

1. 山口創生, 米倉裕希子, 周防美智子, 岩本華子, 三野善央. 精神障害者に対するスティグマの是正への根拠：スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見. *精神障害とリハビリテーション* 2011; **15**: 75-85.
2. Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford University Press, New York, 2006.
3. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; **27**: 363-385.
4. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002;**1**:16-20.
5. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005; **20**: 529-539.
6. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *Br J Psychiatry* 2007; **190**: 192-193.
7. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res* 2010; **10**: 80.
8. Quinn DM, Williams MK, Weisz BM. From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma. Psychiatr Rehabil J 2015; 38: 103-108.
9. 山口創生, 木曽陽子, 米倉裕希子, 岩本華子, 三野善央. 精神障害に関するスティグマの定義と構成概念：スティグマに関する研究の今後の課題. *社会問題研究* 2013; **61**: 53-66.
10. Angermeyer M, Schomerus G. A stigma perspective on recovery. World psychiatry 2012; 11: 163-164.
11. 芦田邦子, 栄セツコ, 山口創生. *2007年度 大阪市就労支援等モデル委託事業 教育現場における精神障害者の語りに関する事業: 当事者のエンパワメントと就労への試み*. NPO HIT, 大阪, 2008.
12. Evans-Lacko S, Courtin E, Fiorillo A et al. The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. *Eur Psychiatry* 2014; **29**: 381-389.
13. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey.

Lancet 2009; **373**: 408-415.

14. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013; **12**: 155-164.
15. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2012; **125**: 440-452.
16. Angermeyer MC, Schomerus G. State of the art of population-based attitude research on mental health: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016; **6**: 252-264.
17. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res* 2016; **243**: 469-494.
18. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007; **33**: 192-199.
19. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010; **71**: 2150-2161.
20. Coleman SJ, Stevelink SAM, Hatch SL, Denny JA, Greenberg N. Stigma-related barriers and facilitators to help seeking for mental health issues in the armed forces: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Psychol Med* 2017; **47**: 1880-1892.
21. Gulliver A, Griffiths K, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2010; **10**: 113.
22. Gronholm PC, Thornicroft G, Laurens KR, Evans-Lacko S. Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: a systematic review. *Psychol Med* 2017; **47**:1867-1879.
23. Haugen PT, McCrillis AM, Smid GE, Nijdam MJ. Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2017; **94**: 218-229.
24. Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017; **210**: 261-268.
25. Clement S, Schauman O, Graham T et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* 2014; **45**: 11-27.
26. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry* 2016; **15**: 276-286.
27. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016; **3**: 171-178.
28. 高橋清久．アンチスティグマ：当事者活動を中心に．*精神神経学雑誌* 2008; **110**: 372-377.

29. Henderson C, Noblett J, Parke H et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 467-482.
30. Yamaguchi S, Niekawa N, Maida K et al. Association between stigmatisation and experiences of evidence-based practice by psychiatric rehabilitation staff in Japan: a cross-sectional survey. *J Ment Health* 2015; **24**: 78-82.
31. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull* 2006; *32*: 709-714.
32. Ahmedani BK. Mental health stigma: society, individuals, and the profession. Journal of Social Work Values and Ethics 2011; 8: 41-416.
33. Das-Munshi J, Stewart R, Morgan C, Nazroo J, Thornicroft G, Prince M. Reviving the 'double jeopardy' hypothesis: physical health inequalities, ethnicity and severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2016; **209**: 183-185.
34. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007; **116**: 317-333.
35. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Prentice Hall, Englewood Cliffs NJ, 1963.
36. Simon B. Shame, stigma and mental illness in ancient Greece. **In**: Frank PJ, Tasman A (eds.), *Stigma and mental illness*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1992; 29-40.
37. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull* 2004; **30**: 481-91.
38. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. Am J Public Health 2013; **103**: 777-780.
39. Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017; **52**: 249-258.
40. Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A, Reid R. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry* 2014; **13**: 161-175.
41. Yamaguchi S, Ojio Y, Ando S et al. Long-term effects of filmed social contact or internet-based self-study on mental health-related stigma: a 2-year follow-up of a randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019; **54**: 33-42.
42. Thornicroft G, Mehta N, Clement S et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet* 2016; **387**: 1123-1132.
43. Yamaguchi S, Wu S-I, Biswas M et al. Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: a systematic review. *J Nerv Ment. Dis* 2013; **201**: 490-503.
44. Rössler W. The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO reports* 2016; **17**: 1250-1253.
45. Casados AT. Reducing the stigma of mental illness: Current approaches and future directions. *Clin Psychol Sci Pract* 2017; **24**: 306-323.
46. Rossler W, Salize HJ, Voges B. Does community-based care have an effect on public

attitudes toward the mentally ill?. *Eur Psychiatry* 1995; **10**: 282-289.

47. Mestdagh A, Hansen B. Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: A review of qualitative studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; **49**: 79-87.

48. Gonzales L, Yanos PT, Stefancic A, Alexander MJ, Harney-Delehanty B. The role of neighborhood factors and community stigma in predicting community participation among persons with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2017; **69**:76-83..

49. Wood L, Byrne R, Varese F, Morrison AP. Psychosocial interventions for internalised stigma in people with a schizophrenia-spectrum diagnosis: A systematic narrative synthesis and meta-analysis. Schizophr Res 2016; **176**: 291-303.

50. Buchter RB, Messer M. Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials. *Ger Med Sci* 2017; **15**: Doc07.

2）ピアサポートに関する支援

１．基本理念
２．ピアサポートに関するエビデンス
３．仲間やピアサポートに本人が出会うためのアプローチの基本
４．当事者の活動を尊重する
５．当事者の力・ピアサポートの力を活かすための医療組織のあり方
６．精神科医療の構造に由来するリスク
７．将来へ向けて

1. 基本理念

人は誰とも関わらずに人生を送ることはできない。人との関わりや他者との支え合いは、健康や生活の質（クオリティ・オブ・ライフ）に大きな影響を及ぼす。他者との支え合いのひとつで、医療や精神保健領域でも関心の高まっているものにピアサポートがある。ピアサポートとは、仲間同士の支え合いのことである。ピア(peer)とは、同じ立場にいる人、対等な人を指し、ピアサポートは、同僚や同級生、友人同士、など、対等な立場にある者の間で生じる支え合い、助け合い全般であるが、精神保健領域でピアサポートという場合には、精神健康の困難を有する者の間でのサポートを指すことが多い。精神健康の困難を抱える人の間でのピアサポートを実践してきた米国のMeadは、ピアサポートを「互いへの敬意と責任の共有のもと､何が助けとなるか相互に合意した助けの授受」[1]と定義している。ピアサポートとは、互いに敬意をもつ対等な関係性で、精神的困難やそれに伴う苦悩を共に持つ者同士で、相手の状況に共感したり異なる経験を提示したりして実現できる支え合いであり、ピアサポートの中で生じる対話により、医療や病気の世界観とは異なる観点からそれぞれの経験や人生を捉えることができるようになる可能性がある。[1]

ピアサポートは、さまざまな場で、さまざまな形で生じ得る。一対一でも集団でも、地域でも病院でも、類似の経験を有する者同士が出会う場、集まる場はピアサポートの生じる場である。互いにサポートし合うことを目的としているわけではない関係、たとえば友人との間や、デイケアや就労支援施設のメンバー同士で自然発生的に生じる支え合いもピアサポートの一つの形である。また、場を作って行われるピアサポートもある。セルフヘルプグループ、自助グループと呼ばれるような、誰が誰を助けるというような役割があるわけではなく集まる形もあれば、困難を経験している人達を支えるために当事者が組織を作って支援を提供する形などがある。さらに、既存の支援組織に患者・利用者と類似の経験を有する人が雇用されて患者・利用者にピアサポートが提供される形もある。[2-4] この場合のピアサポートは、双方向の支え合いではなく、患者・利用者と似たような経験を有する対等な存在（ピア）として、サポートを提供するという形となる。

【当事者の語り】

“自助会というのがあるのを知って行ってみたら、自分の話を聞いてもらえた、（これまで

医療者には聞いてもらえないできたが）自分の話しをしてもいいんだと思えた。”
“自分のような人がほかにもいると知って驚いたしうれしかった。”

“絶望の中にいたときに、仲間達が家まで来てくれた。心が救われた。”

“障害を持っている人でも支援をしたりできるのだと知った。自分も自分の経験を役に立てたい。”

精神健康の困難やそれに伴う暮らしの困難を抱える中で、類似の経験をもつ人に出会い、自分の話を聞いてもらえる経験をしたり、他者の話を聞くことで自分だけではないとわかったり、仲間に支えられたという経験をもつ人は多い。また、仲間に支えられた経験から、自分も誰かを支えることができるかもしれない、自分の経験を活かしたいと思うようになる人たちも多い。

2. ピアサポートに関するエビデンス

人と人との関わりやつながりの中で得られる支えをソーシャルサポートと言う。ソーシャルサポートには、心理的なサポート、情報や助言のサポート、交友的サポート、手段的サポートなどの機能がある。[5] ソーシャルサポートのうち、とくに共通の経験や困難を有する人との間で経験する支え合いがピアサポートである。疾患や障害に関連するピアサポートで共通して生じているものとして、情緒的サポート、情報的サポート、評価的サポートが挙げられる。[6] ここでいう情緒的サポートとは、受け入れられる、気にかけられる、共感される、価値ある存在として敬意をもって接されていると感じられるなどであり、情報的サポートは、問題の原因、今後取れる行動、役に立つ資源や効果などに関する情報や知識を得るなど、評価的サポートは、肯定的な評価を得て自分の頑張りの励みや落胆を乗り越える力としたり楽観的なコミュニケーションになったりなどである。[6]ピアサポートは、疾患や障害そのものによる苦痛、そこから生じる生活上の支障などについて共通のあるいは類似の経験を有しているという点が最大の強みである。ピアサポートでは、状況を理解しやすく共感しやすいため、話をした側も、自分の経験や思いをわかってもらえた、受け入れられたと感じやすい。また、その経験をしているのは自分だけではないことを知り、暮らしの工夫や、症状への対処を聞いて自分の参考になったり、自分の状況の変化の可能性を感じられたりする。上記は疾患や障害に関するピアサポート全般で共通するものであるが、精神健康の困難を有する者からのピアサポートでは、上記のほかに、ピアの姿にリカバリーのロールモデルを見いだす、自分の目標を口に出そうと思えるようになる、精神科医療に対する不満や失望をわかってもらえるなども挙げられている。[7] なお、ピアサポートは、多くの場合、支えたり支えられたり、得たり与えたりが繰り返されるものであり、一方的に助けられるという経験ではない。他者の経験から学び、自分の経験を他者に伝えるなどの繰り返しの過程で自分にも力があることに気付いたり、仲間とのつながりを感じたりする。[8] サポートを与える側にもなり得るというピアサポートの構造は、自分は助けられるだけの存在ではなく、自分も誰かの助けとなるという感覚や、自分もこの場に属すると

いう感覚を得る機会を提供する場ともなる。

双方向の支え合いではないが、患者・利用者と似たような経験を有する対等な存在（ピア）による支援の効果に関する研究も多数行われている。[9-11] 通常の精神保健支援に加えてピアから自身の経験を活用した支援（メンタリングや自己管理支援など）を受けた群では、ピアによる支援がなかった群と比べてその後の再入院が少ないという結果が報告されており、[12-14] ピアによる支援があることは長期的にみて医療資源の使用の抑制にもつながると考えられる。

3. 仲間やピアサポートに本人が出会うためのアプローチの基本

医療者は、患者が自分を助けたり、自分に良さそうなものを探したりするための支援の一環として、患者が仲間やピアサポートに出会うための情報に触れられるよう努力する。ピアサポートという言葉や概念に触れたことのない人も多い。ピアサポートという言葉を使わなくても、患者会、家族会、自助グループなどの集まりや活動があるといった情報や、情報を入手する方法（公共施設の掲示板やインターネットなど）を医療者から示すことは有用である。ほかにも、集まりや催しのチラシを医療機関でも掲示する、医療機関の中へ精神健康の困難を有する人々の訪問や講演を積極的に招き入れる（ピアサポーターの訪問など）、患者が他者とつながる機会や自助グループを結成することを後押しするなどができる。[15]

患者本人が仲間やピアサポートにつながるだけでなく、疾患を有する者の家族が同じ立場の家族（家族としてのピア）とつながることも有用である。家族にピアサポートの効果があるだけでなく、家族の気持ちが楽になることで本人にも良い影響が及ぼされることも多い。患者のピアサポート、家族のピアサポートについての情報を患者にも家族にも提供すると良いだろう。ただし、患者も家族も、人や環境に対していつも安心できる人ばかりでもない。また、仲間と過ごすことやピアサポートを誰もが必要としているわけでもない。仲間とつながりましょう、つながるべきだ、と押しつける形にならないように留意する。なお、近年、精神的な困難を経験した人が、精神保健サービスの中で支援を提供するピアサポートスタッフとして活動することが日本でも増えてきており、ピアサポートの勉強会やピアサポートをするための研修会なども開催されている。ピアサポートを学ぶことやピアサポートを提供することに関心のある人にそのような情報提供をすることも有用である。また、医療機関など精神保健の支援組織でピアサポートスタッフを雇用したり、当事者運営組織と連携をしたりすることで、類似の経験をしたことのある人に患者が出会う機会を作ることもできる。

4. 当事者の活動を尊重する

医療者は、精神疾患・精神障害をもつ人を、助けが必要な人、支え、守るべき対象として見てしまう傾向がある。しかし、精神疾患・精神障害をもつ人は、医療を受けたり支援されたりするだけではなく、自身の望む暮らしを送り、自分に必要なものを選び、求め、自ら行動し、誰かを助け支える人であることを忘れてはならない。当事者の力、ピアサポ

ートの力と精神科医療が連携していくことが今後日本でも増えていくと思われるが、その際に、医療者や支援者の関わり方を検討し、当事者の活動の独自性を尊重しながら連携していく方法を共に作り上げていく必要がある。たとえば、セルフヘルプグループ、サポートグループ、患者会などは、共通の経験や困難を有するメンバー以外の者（たとえば家族や支援者）の参加を認めるグループもあれば、認めないグループもある。医療機関や医療者が会の設立や運営に関わる場合にも、会の進行やグループの運営はメンバーに決定権があるようにするなど、医療者・支援者が立ち入り過ぎずに活動を尊重することが不可欠である。また、ピアサポートの中でも特にセルフヘルプ活動の世界での発展は、精神健康の困難を有する人が人間としての主体を取り戻し、たとえ症状があったとしても、自分の暮らしや人生を作り、歩んでいく「リカバリー」の考え方の広まりとも大きく重なっている。医療に取り込まれたり、誰かに押しつけられるのではなく、自分たちの力で共に、という考え方や、その発展の背景を医療者が認識しておくことは重要である。

5. 当事者の力・ピアサポートの力を活かすための医療組織のあり方

当事者の力、ピアサポートの力から精神科医療が恩恵を受けるには、精神健康の困難と共に生きてきた患者の経験を医療者が価値あるものとして認識することが不可欠である。近年、英国などでは、サービス提供者と、サービスを利用する人とでサービスを共に作り上げる共同創造（co-production）が急速に進んでおり、疾患や障害などの経験を有する人を経験による専門性（expertise by experience）を有する人として、その専門性を重視するようになってきている。英国で、リカバリーを促進するための精神科医療組織の変革課題として多数の医療保健従事者により話し合われ提言された 10 の項目の中には、サービス利用者（患者）が専門職に教育をする仕組み、ピアサポートスタッフの研修等を提供するリカバリー教育センターの設立、サービス利用経験者と専門職の協働、組織の中でのピアサポートスタッフの役割や人数比率の増大などが挙げられており[16]、リカバリーに役立つサービスを提供するためには、精神科医療の中に当事者の力やピアサポートの力を活かすことが不可欠とされている。

６．精神科医療の構造に由来するリスク

先述の通り、精神的な困難を経験した人が、精神保健サービスの中で支援を提供するピアサポートスタッフとして活動することが日本でも増えてきており、精神科医療機関は、ピアサポートスタッフとして働く人を医療面から支援する立場とピアサポートスタッフを雇用する立場のどちらにもなり得ることを認識しておく必要がある。精神保健領域でピアサポートスタッフとして働く人の困難としては、同僚である医療者から患者として見られてしまう、困難があったときに精神症状なのか仕事の問題なのか区別がつきにくいなどさまざまな葛藤が挙げられている。[7]精神保健領域でピアサポートスタッフを雇用する場合、支援を受ける場（組織）と働く場（組織）を分け、それまでの医療者・支援者と患者・利用者という関係ではない新しい関係を築くことを意識する必要がある。このほか、仕事についてスーパーバイズを受けられるようにする、ピアサポートスタッフ同士がつながれる

ようにして孤立させない（雇用するとしたら複数以上が望ましい）など、[4] ピアサポートスタッフが働きやすい仕組みを考え、共有していくことも今後ますます必要である。精神保健サービスの中に当事者の経験という専門性を持つ人がいることは、よい支援を提供する上で大きな意味があるが、それと同時に、医療の外にあることで医療者が見落としがちな、当事者の活動などのピアサポートの力の存在を医療者が認識し、患者に情報提供することも、ピアサポートに関する支援として重要であることを再度強調しておきたい。

７．将来へ向けて

ピアサポート活動自体は、医療が実践することではないが、当事者の力、ピアサポートの力と精神科医療が連携し、協働していくことは今後ますます必要となる。このためには、精神科医療従事者が当事者の経験から学ぶ機会を作り、当事者の力、仲間の力やピアサポートの力を医療者が認識することは不可欠である。また、精神科医療のあらゆる場で患者・利用者との協働を実践していくことが求められる。

文献

1. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J* 2001; **25**: 134-141.
2. Solomon P. Peer Support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J*. 2004; **27**: 392-401.
3. Davidson L, Chinman M, Kloos B, Weingarten R, Stayner D, Tebes JK. Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clin Psychol Sci Pract* 1999; **6**: 165-187.
4. Repper J, Aldridge B, Gilfoyle S, Gillard S, Perkins R, Rennison J. *Peer Support Workers: Theory and Practice*. Centre for Mental Health and the NHS Confederation's Mental Health Network., London, 2013.
5. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985; **98**: 310-357.
6. Dennis C-L. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud* 2003; **40**: 321-332.
7. Miyamoto Y, Sono T. Lessons from peer support among individuals with mental health difficulties: A review of the literature. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2012; **8**: 22-29.
8. Schutt RK, Rogers ES. Empowerment and peer support: Structure and a process of self-help in a consumer-run center for individuals with mental illness. *J Community Psychol* 2009; **37**: 697-710.
9. Mahlke CI, Krämer UM, Becker T, Bock T. Peer support in mental health services. *Curr Opin Psychiatry* 2014; **27**: 276-81.
10. Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012; **11**: 123-128.
11. Chinman M, George P, Dougherty RH et al. Peer support services for individuals with

serious mental illnesses: Assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 2014; **65**: 429-441.

12. Johnson S, Lamb D, Marston L et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *Lancet* 2018; **392**: 409-418.
13. Sledge WH, Lawless M, Sells D, Wieland M, O'Connell MJ, Davidson L. Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatr Serv* 2011; **62**: 541-544.
14. Lawn S, Smith A, Hunter K. Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: An Australian example of consumer driven and operated service. *J Ment Health* 2008; **17**: 498-508.
15. Slade M. *100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals*. Rethink Mental Illness., London, 2013.
16. Shepherd G, Boardman J, Burns M. *Implementing recovery: a methodology for organisational change*. Sainsbury Centre for Mental Health, 2010.

３）リカバリーのあり方は人それぞれであることを理解し個々の過程を支援する

３－１）働くこと、学ぶことを支える

１．基本理念
２．働くことや学ぶことについてのエビデンス
３．働くこと、学ぶことを支えるアプローチの基本
４．働くこと、学ぶことの可能性、離職・症状の悪化
５．働くこと、学ぶことを支えるサービスのあり方および精神科の構造に由来するリスク
６．将来へ向けて

１．基本理念

働くことや学ぶことは、誰もが持つ権利の一つである。よって、精神科医療や精神障害者支援という枠組みと関係なく、人は就労や就学についての平等な機会をもっている。すなわち、当事者の人生において本人が働くことや学ぶことを希望するときには、挑戦する機会を有するべきである。他方、統合失調症の好発年齢は思春期にあり、疾患を持たない者がしばしば経験する学校等で学ぶ機会や働く機会を失いやすい。また、社会や支援者における偏見や差別の問題などから、当事者は通常の就労・就学の機会あるいはそのための効果的な支援をうける機会を妨げられてきた。支援者は、就労や就学の機会を喪失しやすい、あるいは奪われやすい当事者の状況を理解し、[1]当事者のニーズや好み（例：希望する収入や職種）、長所に合わせた働き方や学び方を当事者と一緒に模索し、当事者自身がエンパワメント（自分自身に自信を持ち、成長する）と自己実現ができるように支援する必要がある。[2]

【当事者の語り】

“就職や進学できるか、できないかを決めるのは私自身”
“私たちには（就労を）成功する権利も失敗する権利もある”

“私自身が働けないと思っていたのに、一緒に仕事を探してくれる人や私の将来に期待してくれる人がいた。そして、いつのまにか（働いて）3 年がたちます”
“働かなくちゃいけない空気は息苦しいときもある。働かない選択があっても良いと思う”

“単純に（仕事をすることは）自分のお金が手に入るから嬉しいし、今の仕事で友達になった人と一緒にたまにライブやカラオケに行ったりすることも楽しい。こういうのって、デイケアに通院していたときはわからなくて、働いたから実感できている気がする”

当事者の働きたいや学びたいという希望は、社会参加への重要な動機付けとなることか

ら、職業準備性の欠如などを理由に支援対象から排除せずに、当事者の希望を最大限に尊重した支援を提供する必要がある。[3]一方で、パーソナル・リカバリーの内容は個々人によって異なる。また、働くことや学ぶことに対する意味付けも当事者によって異なる。[4-6] さらに、障害の有無にかかわらず、ある個人が別の個人に対して働くことや学ぶことを強いることはできない。すなわち、誰もが「自身が希望する働き方で社会に参加する権利」を有している。支援者は、当事者によってさまざまな働き方や学びの形があることを支援提供の前提とし、狭い枠組みにとらわれない多様な働き方を理解する必要がある。

２．働くことや学ぶことについてのエビデンス

疾患の有無にかかわらず、働くことや学ぶことは個人のアイデンティの形成に少なからず影響する。また、一般に失業状態はメンタルヘルスの悪化と関係している。[7,8] 実際、統合失調症をはじめ精神疾患を持った多くの当事者が働きたいあるいは学びたいというニーズを持っており、たとえ入院中の当事者においても約半数の者が働きたいと考えている。[9] また、国内外で、自身のリカバリーの過程に働くことや学ぶことを位置付けている当事者も珍しくない。[10,11] 他方、質問紙票を用いてパーソナル・リカバリーの程度を測定し、働いている当事者とそうでない当事者を比較した研究は、両者のパーソナル・リカバリーの程度に違いを認めていない。[12]よって、働くことや学ぶこと自体とパーソナル・リカバリーは同じものではなく、直接的な強い関連があるわけではない。

３．働くこと、学ぶことを支えるアプローチの基本

働くこと、学ぶことは、支援者にとって就労や就学という目に見えやすい支援上のアウトカム（到達目標）であるが、就労や就学までの過程における主役は当事者本人であることを常に認識する必要がある。すなわち、支援者に求められることは、障害者雇用制度に当事者を当てはめることや、企業と当事者の中間に立って両者のマッチングや紹介・調整することではない。あるいは当事者のかわりに仕事や学校を見つけてくることではない。支援者においては、障害の程度にかかわらず、当事者の気持ちを大切にして、働くことや学ぶことを通した当事者本人のパーソナル・リカバリーを傍らで見守る姿勢で当事者と関わることが基本となる。働くことや学ぶことは、当事者にとっては新たな挑戦となることがある。支援者は、この挑戦を肯定的に捉えながら、時に支援者と当事者の間に就労や就学に対する価値観の差があることを認め、当事者が困ったことや支援者からみた課題をお互いに尊重しながらも共有できる関係性を築くことが求められる。[13] 他方、特に働いた経験のない当事者については、働くイメージがつかないために、就労支援を受けている間あるいは雇用開始の直前などで不安が大きくなる場合もある。支援者は当事者の不安が高まるポイントなどについて理解を深め、適切なタイミングでの心理的サポートあるいは動機付けを意識する必要がある。

４．働くこと、学ぶことの可能性、離職・症状の悪化

当事者が就労・就学先を探す最中や実際に働いた後、離職・退学や症状の悪化という結果になることもある。支援者はそのような当事者を支え、その経験を否定的なものとするのではなく、次への糧となる経験としてお互いに共有する必要がある。[14] 当事者の就職・就学の可能性や離職・退学については認知機能や症状など度々指摘される要因がある。[15] また、これまでに当事者の就労可能性の計測を目的とした複数のアセスメントツールが開発されている。しかしながら、そのツールの得点が就労・就学の困難性や離職を予測するものであるのかについて適切に検証し、証明しているものはない。[16-18] そもそも、就労・就学には周囲の環境要因が非常に大きく、当事者の個人要因だけで語れるものではない。当然、支援する側の内容や質は当事者の働く機会や学ぶ機会に大きく関係する。

現在の日本における就労支援は、職業準備性を向上させる支援モデル（トレーニング支援モデル・階段モデル、train-then-placeモデルとも呼ばれる）が標準的なっている。この標準的あるいは従来型モデルでは、当事者にはまず精神科デイケア・地域生活支援センターなどで生活課題（例：生活リズムや整容、服薬など）を解決することが求められる。その後、就労移行支援事業所や就労継続事業所などで安定的な通所やビジネスマナー、作業トレーニング、パソコンなどについての中長期の訓練を受けて、就労に必要とされるスキルを習得する。それらの過程を勝ち抜いた者が実際の求職活動の支援を受けることになる。職業準備性を訓練によって改善する標準的/従来型モデルは、欧米においても 1990 年代までは主流であった。 しかしながら、標準型/従来のモデルでは、症状の重さを理由として就労支援を受けられない当事者がいたこと、支援を受けたとしても就労に結び付きにくいという限界を抱えていた。[14] そこで、新しい就労支援として、Individual placement and support（IPS）に代表される援助付き雇用モデルが発展した。IPSは就労を希望する当事者に、その当事者が一般的な企業で働けるように、医療生活支援と就労支援を同時に提供する。IPSは、当事者の職業準備性を過度に問わず、支援初期から就職活動を開始し、就職活動をする中で、仕事に対しての特徴やストレングス・課題などのアセスメントと希望する就職先での就労に向けた計画を立てる。[14] IPSは利用者の希望に基づいた支援や職場開発を展開するために、支援者は個別サービスと事業所外サービスを提供することが多くなる。国際的に、職業準備性の向上を図る標準的/従来型モデルと比べ、IPSによるサービスを受けた当事者はより多くの働く機会や学ぶ機会を得ており、その期間も長いことが実証されている。[19-22] また、IPSは、症状の悪化等が少ないと報告されている。[22-24]

５．働くこと、学ぶことを支えるサービスのあり方および精神科の構造に由来するリスク

当事者が働くこと、学ぶことのあり方には様々な形があり、当事者の意味づけも様々であることから、働くこと、学ぶことを支えるには、施設内での職業準備性の向上などを目的とした画一的な集団療法では難しい。よって、多職種による生活・医療支援と就労・教育支援が統合されたサービスや学校・職場・自宅などへの訪問サービスと調整、就労・就学後の継続サービスなどを基盤として、当事者の希望やニーズを聞きながら、一緒に活動できる個別性と柔軟性の高い支援が必要となる。[14] また、各施設あるいは制度として、職業準備性や症状の程度を理由に働きたい、学びたい当事者を排除しないシステムの構築が必要である。

他方、現在の地域精神科医療の制度下においては利用者の希望に基づいた支援は容易ではない。例えば、精神デイケアでは個別支援や事業所外支援は診療報酬外のサービスとなる。また、訪問看護では就労支援を行うことを前提としておらず、自宅以外の訪問が難しい。加えて、総合支援法下の地域福祉サービスにおいては、多職種による生活・医療支援を適切に提供できる体制（チームに医師や看護師などがいない）ではない。さらに、医療システムと福祉システムの双方において、障害程度による報酬単価の違いがないことから、「より働けそうな」障害程度の軽い人が就労支援の対象となりやすい。特に日本では、障害者雇用促進法のもと障害者雇用に関する制度が発達しているかわりに、制度の対象とならない 20 時間以上働けない人（10 時間であれば働ける人や 20 時間働くことに興味が無い人）が支援の対象から排除されがちである。加えて、個々の支援者レベルにおいても、当事者の生活実態や回復した姿に日常的に出会わない支援者は当事者の就労可能性も信じられないかもしれない。[25] 本来、就労の成否には雇用する側やサービスを提供する側の問題（環境要因）が大きく影響する。しかしながら、現在の精神科医療の構造においては、サービス制度の矛盾と限界から適切な支援があれば就労できる人がサービスを受けられない問題や、就労できない場合にその原因を症状の重さなどの個人要因に帰結されやすい問題が存在している。

６．将来へ向けて

少子高齢化等の影響もあり、当事者の働くことや学ぶことの可能性は、今後も徐々に広まると予想される。この文脈の中で、個別の支援者には、当事者の希望やニーズ、好みに基づいた働き方や学び方の模索と就労や就学に到達するまでのプロセスを重視する支援の提供が期待される。また、スーパービジョンを通して、そのような支援者の育成にも注意を向ける必要がある。組織あるいは国のレベルでは、当事者自身が働く場や学ぶ場を求め活動できるように、時に見守り、時に相談に乗り、時に職場で上司と一緒に話す場を設けるアウトリーチ型の個別支援を提供できる支援体制・システムの構築が求められる。

文献

1. Nuechterlein KH, Subotnik KL, Turner LR, Ventura J, Becker DR, Drake RE. Individual placement and support for individuals with recent-onset schizophrenia: Integrating supported education and supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008; **31**: 340-349.
2. Provencher HL, Gregg R, Mead S, Mueser KT. The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2002; **26**: 132-144.
3. Drake RE, Whitley R. Recovery and severe mental illness: description and analysis. *Can J Psychiatry* 2014; **59**: 236-242.
4. Fossey EM, Harvey CA. Finding and sustaining employment: a qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. *Can J Occup Ther* 2010; **77**: 303-314.
5. Blank A, Harries P, Reynolds F. Mental health service users' perspectives of work: a review of the literature. *Br J Occup Ther* 2011; **74**: 191-199.
6. Walsh FP, Tickle AC. Working towards recovery: the role of employment in recovery from

serious mental health problems: a qualitative: meta-synthesis. *Int J Psychosoc Rehabil* 2013; **17**: 5-49.

7. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ* 1998; **317**: 115-119.
8. Thern E, de Munter J, Hemmingsson T, Rasmussen F. Long-term effects of youth unemployment on mental health: does an economic crisis make a difference? *J Epidemiol Community Health* 2017; **71**: 344-349.
9. 日本精神科病院協会. *「精神障害者の地域移行及び 地域生活支援に向けたニーズ調査」報告書*. 日本精神科病院協会, 東京, 2015.
10. Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES. The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J* 2008; **32**: 59-62.
11. 全国精神障害者ネットワーク協議会. *最新版 統計から見える処方の現状：できるリカバリー・できないリカバリー 2015年度版*. NPO法人ウェンディ, 北九州, 2015.
12. Connell M, King R, Crowe T. Can employment positively affect the recovery of people with psychiatric disabilities?. *Psychiatr Rehabil J* 2011; **35**: 59-63.
13. 大川浩子, 古川奨, 本多俊紀. 就労に関する視点の違い: 障害当事者と支援者のグループインタビューの比較から. *北海道文教大学研究紀要* 2014; **38**: 81-89.
14. Becker DR., Drake RE. *A working life for people with severe mental illness*. Oxford University Press, New York, 2003.
15. McGurk SR, Mueser KT. Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: A review and heuristic model. *Schizophr Res* 2004; **70**: 147-173.
16. 厚生労働省. 「就労移行支援のためのチェックリスト」の概要：障害者の一般就労へ向けた支援を円滑に行うための共通のツール. *労務Japan* 2007; **430**: 22-24.
17. 森谷就慶, 尾形倫明, 伊藤道哉. 国際生活機能分類を用いた精神障害者の就労支援に関する研究. *日職災医誌* 2014; **62**: 226-232.
18. Potkin SG, Bugarski-Kirola D, Edgar CJ et al. Psychometric evaluation of the Work Readiness Questionnaire in schizophrenia. *CNS Spectrums* 2016; **21**: 199-206.
19. Oshima I, Sono T, Bond GR, Nishio M, Ito J. A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. *Psychiatr Rehabil J* 2014; **37**: 137-143.
20. Bond GR, Drake RE, Luciano A. Employment and educational outcomes in early intervention programmes for early psychosis: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015; **24:** 446-457.
21. Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbière M, Anema JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; **9**: CD011867.
22. Yamaguchi S, Sato S, Horio N et al. Cost-effectiveness of cognitive remediation and supported employment for people with mental illness: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2017; **47**: 53-65.
23. Burns T, Catty J, White S et al. The impact of supported employment and working on

clinical and social functioning: Results of an international study of individual placement and support. *Schizophr Bull* 2009; **35**: 949-958.

24. Hoffmann H, Jackel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2014; **171**: 1183-1190.

25. Yamaguchi S, Niekawa N, Maida K et al. Association between stigmatisation and experiences of evidence-based practice by psychiatric rehabilitation staff in Japan: a cross-sectional survey. *J Ment Health* 2015; **24**: 78-82.

３－2）地域で住むことを支える ～ハウジングファースト：住まいからはじまる支援～

１．基本理念
２．「ハウジングファースト：住まいからはじまる支援」のエビデンス
３．アプローチの基本
４．トラウマの再体験を回避するための安全で安心な場の提供
５．「ハウジングファースト：住まいからはじまる支援」の実践
６．アパートに住むという人々の当たり前の希望を叶える制度設計へ

1. 基本理念

日本の精神科医療における大きな課題として、病院から地域へと医療や支援を移行し、人々が病院ではなく地域社会の中で暮らす「脱施設化」が大きく遅れており、精神科病床が多く、長期入院が多いことが挙げられる。[1] 入院や施設入所を中心として考えられてきた精神保健医療福祉の現状を打開し、病院ではなく地域で当事者が暮らせるための具体的な方策が必要不可欠である。プライバシーが保てる住まいを持つことは人権であり、人は誰も、安全な住まいで暮らす権利がある。住まいはけっして、精神科医療にかかることや回復することを条件として、その引き換えに提供されるものではない。アパートに住んで自分で管理できる空間の鍵を持つということは、その人の尊厳そのものである。地域において安定した住まいを得て暮らすことが、本人の回復や他者とのつながりを得ていくことにもつながってくる。一時的に入院することがやむを得なかったとしても、入院した時点から速やかに退院後の地域生活を視野に入れた具体的な支援計画を策定し、安定した住まいを得るための支援を行い、退院を目指す。住まいを得ることと支援をうけることは、独立していることが望ましい。つまり、医療をはじめとした支援サービスを受けることは本人の意思に基づいており、住まいを得るための条件ではない。アパートで暮らすことができるか、金銭管理が可能か、継続的に病院に通うことができるか、そのような評価をくだすということから距離を置き(non judgement)、まずは安定した住まいを提供することが重要である。精神保健サービスを受けようと受けなかろうと、中断しようとも、住まいが失われることはあってはならない。たとえ一度築かれた支援者との関係性が破綻しようとも、アパート等の安定した住まいで暮らし続けることができる必要がある。安定した住まいを持ち続けることは、基本的な人権だからである。[2] そして、退院後にどこの地域で生活することになっても、本人のニーズに応じて、医療、福祉、介護、就労支援などの包括的な支援を継続的かつ確実に提供する必要がある。[3]

【当事者の語り】

“入院は嫌だ。アパートでの暮らしは、夜中にラーメンが食える自由がある。”

“自分の部屋は居心地がいいよ。大部屋だと、ほら、喧嘩しちゃうだろ。”

“僕たちは病院の医者や看護師を養うために生きているわけじゃないんですよ。もしかしたら一時的には入院したほうがいい人もいるのかもしれないけれど、ずっと病院で暮らしているのが当たり前だと思ったら大間違いですよ。”

2. 「ハウジングファースト：住まいからはじまる支援」のエビデンス

精神疾患や依存症をもつ人の地域生活を支えることを念頭に置いた、「ハウジングファースト Housing First」という支援の方策が、ホームレス支援の現場から発展し、広まりつつある。「ハウジングファースト：住まいからはじまる支援」は、「まず安定した住まいを確保した上で、本人のニーズに応じて支援をおこなう」という非常にシンプルな考え方である。精神科病院からの退院促進と地域移行や、地域生活支援の文脈においても、住まいの支援からはじめるという考え方は有効性が期待される。

現在までに行われた「ハウジングファースト Housing First」に関する世界最大規模の Randomized Controlled Trial(無作為化比較試験)は、カナダにおけるAt Home/Chez Soi project である。モンクトン、モントリオール、トロント、ウィニペグ、バンクーバーの 5 つの都市において、精神疾患をもつホームレス状態の人 2148 名が、2009 年 10 月から 2011 年 8 月までの間にリクルートされた。対象者を高度の支援ニーズを有する群(ACT：assertive community treatmentを提供)と、中等度の支援ニーズを有する群(ICM：intensive case managementを提供)とに重症度で二分した後に、「ハウジングファースト」型支援群と従来通りの支援群とにランダム化した。2 年間の追跡調査において、5 つの都市いずれにおいても、高い住宅維持率が示された。[4] この 2148 名の中で重度の精神疾患をもち、高度の支援ニーズを有する 950 名の重症群に関して、ACTを併用した「ハウジングファースト」型支援(469 名)と従来通りの支援(481 名)の比較をしたところ、2 年後の住宅維持率は 71%対 29%と明らかに優れており、住まいを得るまでに要した時間やQOL、社会機能などのその他のアウトカムに関しても有効性が高いことが示された。[5]

3. アプローチの基本

このようなエビデンスに基づいて、他の先進諸国において発展してきた「ハウジングファースト」型の支援を、日本の社会保障の枠組みの中で実効性のある形へと改変しながら社会実装していくことが、脱施設化を実現し、これからのコミュニティ中心の精神保健サービスのあり方を構想する上で向き合うべき一つの大きな課題であると言える。[6] 基本的な権利としての住まいを前提とした上で、本人の地域生活を支えるゆるやかな互助を構築していく必要もある。行政や医療機関などの公的機関と地域の様々な私的な支援との間の結びつきを強め、有効な公私連携を構築していくことにより、精神疾患をもつ人に限らず、高齢者や様々な障害をもつ人、生活困窮者、外国人などを含む全ての市民を対象とした地域包括ケア構想を描き、各地域の実情に沿った実践を推し進めていくことが求められる。[7]

「私たち抜きに私たちのことを決めないで(nothing about us without us)」のスローガンと共

に採択された「障害者権利条約」が、日本でも 2014 年に批准された。本条約 14 条 1 項bは「いかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されない」と定めている。本条約に対応し、強制入院を必要最小限のものとなるよう早急に見直すと共に、統合失調症をはじめとした精神疾患をもつ人を含む全ての人が入院ではなく本人の希望する地域で暮らすための、具体的かつ現実的な選択肢を十分に提供する必要がある。自由とは、何かをするための時間、空間、物質的な手段をもつことである。長期入院からの退院促進の文脈において、文面上、「入院を続けたいですか？地域で暮らしたいですか？」と尋ねることのみをもって自己決定の尊重とは言えない。病院の外で暮らすための具体的で現実的な可能性が奪われたままに、自由や主体性について語ることはできない。居住、就労などの可能性を広げ、自由を拡大し、主体性を行使することができる環境および他者との関係性が構築されることではじめて、主体的な意思決定は尊重される。住まいをはじめとした、地域で暮らすための場や方策を、具体的に本人の選択し得る形で提供することが求められる。[8]

「ハウジングファースト：住まいからはじまる支援」は、安定した住まいの提供を重要視する支援の考え方であるが、それは単に「住まいのみを提供する」という意味ではない。その根幹は、住まいと支援サービスの独立性にある。教育や就労支援など、本人の抱える課題に応じた地域精神保健サービスが、住まいの安定とは独立して提供される。つまり、たとえ一度得た住まいを失ったとしても、支援サービスを利用し続けることができる。ユーザーを中心としたアプローチであり、自己決定が尊重される。どのような支援サービスが必要か決めるのは、支援者ではなく本人である。安定した住まいを得ることで、こころと身体の回復がはじまる。住まいを手に入れることや、支援者や隣人との継続的な関係性が構築されることから本人が尊厳を取り戻し、自分なりの人生への希望の火が灯る。様々なサービスを利用することを選ぶことも可能になる。レジリアンスに対する信頼と敬意を持ち合わせた支援者が伴走することで、パーソナル・リカバリー(personal recovery)の物語がすすんでいく。「ハウジングファースト：住まいからはじまる支援」の背景には、ハームリダクション(harm reduction)の考え方がある。ハームリダクションとは、健康上好ましくない、あるいは自身に危険をもたらす行動習慣を持っている人が、そうした行動をただちにやめることができない場合に、その行動に伴う害や危険をできる限り少なくすることを目的としてとられる、公衆衛生上の実践や政策を意味する。[9] 「ハウジングファースト：住まいからはじまる支援」では、精神疾患や身体疾患の治療を受け、断酒し、就労ができるというような「あるべき状態」を押し付けることは望ましくない。安定した住まいを得ることによって、住まいが不安定であることによる身体やこころへの危害(ハーム)を低減するということを念頭に置いた、極めてプラグマティックな方策である。医療や支援につながらず、症状の改善が得られずとも、安定した住まいを持ち続けることによって心身の負担は減る。

4. トラウマの再体験を回避するための安全で安心な場の提供

統合失調症をはじめとした精神疾患をもつ人の多くが、対人関係におけるトラウマを体験している。[10] 虐待をはじめとした小児期逆境体験(ACEs：adverse childhood experiences)、対人関係の中での失敗体験や社会からの疎外感など、複合的な要因が重なり合い、他者に

対して援助希求(help seeking)しづらい人も少なくない。強制入院をはじめとした、自らの意思によらない強制的な治療は、当事者に過去のトラウマ記憶をフラッシュバックさせ、トラウマの再体験をさせやすい。入院治療に限らず、支援者が治療を受けることを強要したり、断酒や断薬することを住まいを得るための条件とするなど、「あるべき状態」を押しつけることは、当事者にとっては支援ではなく脅威と認識される。本人にとっては脅威を避けるための適応的な行動として、支援の現場から失踪することとなり、結果として支援の場に継続的につながりにくくなる。

「住まいからはじまる支援」の考え方において住まいと支援サービスの独立が重視されているのはこのためでもある。本人のレジリエンスによってゆっくりと回復していくことを妨げない、安全で安心な場を提供することが重要であり、たとえ住まいを失っても、何度でも住まいを提供する。支援を受けることや回復することを強要しないということは、関係性の中での困難を繰り返してきた人に対して、誰かに傷付けられたり、誰かを傷付けてしまうことのない安全な場を提供することにつながる。特定の支援者と密に関わって回復することを求められること、すなわち他者からなんらかの生き方を求められることは、トラウマ体験を積み重ねてきた人にとっては安全な環境とは認識できないことがある。閉じた関係性の中での密なつながりは、人に良きこともたらすが、暴力や裏切り、そして破綻や断絶といった良くないこともまたもたらすからである。住まいと支援を分離し、支援を受けることを強要しないということは、目の前の特定の支援者と密に関わることを強要しないということでもある。目の前の誰かに完全に頼りきらなければ生きていけない状況は安全な環境とは言えない。重要なのは、閉じたコミュニティの中に住まい、密なつながりをもつことを強要することなく、ゆるやかでひらかれた大きなつながりの中に存在することを肯定すること。誰かと深くつながらなくとも、その人がこの社会の中に住まいをもつことを包摂すること。そして、密で閉じたつながりではなく、ゆるやかでひらかれたつながりを提供するという感覚をもつことである。

5. 「ハウジングファースト：住まいからはじまる支援」の実践

「ハウジングファースト：住まいからはじまる支援」の実践としてまず可能なことは、地域生活が可能かどうかを支援者が勝手に判断しない(non judgement)というスタンスをもつことであろう。これは精神科病院からの退院促進・地域移行の文脈でも、生活保護の住居設定をめぐる文脈でも共通して言える、支援者に求められる極めて重要なスタンスである。安全で安心できる住まいを得ることは基本的な人権であるという立場に立ち、支援者が意識的/無意識的にもつあるべき生き方や状態などに関する固定観念に基づいて本人の生き方に干渉することをやめ、暮らしの基盤となる安定した住まいを得ることを支援するという考え方は、様々な現場における臨床実践にも応用可能であると思われる。

現行の日本の社会保障制度の中で「ハウジングファースト：住まいからはじまる支援」を実践するためには、住まいの確保が課題となる。特に都市部では安価で質の高い住まいを得ることは難しい場合も多い。生活保護を基盤として暮らしを考える場合には、本人が選択し得る住まいが様々な障壁によって限られてしまうことが現状では多く、住まいと支援の独立という理念についても実現することがしばしば困難である。それぞれの現場の

様々な障壁から、完全な形での実践がすぐには困難であろうとも、すでにエビデンスが積み上げられてきている「ハウジングファースト：住まいからはじまる支援」の取り組みや考え方から学び、まずはそれぞれの現場レベルでできることからはじめてみることが必要である。生活保護と精神保健領域の連携や、大家との連携などにより、当事者が住まいを得にくい現状を打開し得る可能性は様々に存在している。医療機関に通うことを必ずしも必須条件とせず、まずは地域で暮らすことからはじめ、その中で浮かび上がる本人のニーズに合わせた治療や支援を提供するという考え方をすることで、過剰に施設化された現状を打開できる可能性が広がると思われる。

6. アパートに住むという人々の当たり前の希望を叶える制度設計へ

「ハウジングファースト：住まいからはじまる支援」は、拡大する健康格差に対する社会的処方箋としての意味を持ち、社会的包摂をめぐる政治対抗であるとも言える。社会からの斥力によってはじき出され、精神科病棟に長期に入院している人や、刑務所に入っては出ることを繰り返し、いき場所を失っている人が多くいる中で、これからの高齢社会をデザインしていくにあたって、「ハウジングファースト：住まいからはじまる支援」の考え方は一つの社会的選択を示唆していると言える。現状の社会保障制度ではどうして「ハウジングファースト：住まいからはじまる支援」を実践することが難しいのか、それはすなわち、アパートに住むという人々の当たり前の希望を叶えることがどうしてできないのかということを考えていくことは、施設化を打開していく上で必要不可欠なプロセスと言える。生活保護のケースワーカーや精神保健医療福祉の支援者が、「この人はアパート生活が可能か」という判断を本人抜きでくだすことをやめ、本人が暮らしたい住まいで暮らすことを支援するという考え方を個人として、また組織としてするだけでも、変革はおきると思われる。加えて、狭い意味での精神保健医療福祉の枠組みを超えて、現場レベルでの実践を重ねながら、住まいの選択肢の提供などに関する体制や制度設計を模索していく必要がある。

文献

1. 2017 OHS. *OECD Health Statics 2017*. Organisation for Economic Co-operation and Development Paris, 2017. Available at: https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/
2. 熊倉陽介, 清野賢司. どうして住まいの支援からはじめる必要があるのか：ホームレス・ハウジングファースト・援助希求の多様性・つながりをめぐる支援論 *こころの科学* 2018; **202** 60-65.
3. 厚生労働省. *地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン*. 厚生労働省, 東京, 2018
4. Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing First for People With Severe Mental Illness Who Are Homeless: A Review of the Research and Findings From the At Home-Chez soi Demonstration Project. *Can J Psychiatry* 2015; **60**: 467-74.
5. Aubry T, Goering P, Veldhuizen S et al. A multiple-city RCT of housing first with assertive community treatment for homeless canadians with serious mental illness. *Psychiatr Serv*

2016; **67**: 275-81.

6. 熊倉陽介, 森川すいめい. ハウジングファースト型のホームレス支援のエビデンスとその実践. **In**: 稲葉剛, 森川すいめい, 小川芳範 (eds.), *ハウジングファースト 住まいからはじまる支援の可能性*. 山吹書店, 武蔵野, 2018; 20-47.
7. 熊倉陽介, 清野知樹, 植田太郎, 黒川常治, 田尾有樹子, 近藤伸介. こころと身体の健康はひとつながり：価値に基づく統合的支援. *医学のあゆみ* 2017; **261**: 925-932.
8. 熊倉陽介. 質問促進パンフレットを用いたリカバリー志向の診療. *精神神経学雑誌* 2016; **118**: 757-765.
9. 高野歩, 郡健太, 熊倉陽介, 佐瀬満雄, 松本俊彦. ハームリダクションの理念と実践. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 2018; **53**: 151-170.
10. Mauritz MW, Goossens PJ, Draijer N, van Achterberg T. Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *Eur J Psychotraumatol* 2013; **4**: 19985.

５．これから必要となる研究

１．基本理念
２．エビデンス
３．アプローチの基本
４．具体的な研究のテーマ
５．将来へ向けて

１．基本理念

当事者中心のケア（Person centered care）の理念にもとづき、[1] 統合失調症に関する研究の最終的な受益者は、他ならぬ当事者であるべきである。よって、これからの統合失調症研究の実践・実装・評価の各プロセスにおいて、当事者のニーズが可能なかぎり反映されることがのぞましい。そのため、研究者は可能なかぎり当事者や家族と共同決定・創造（Shared decision making, Co-production）をしながら、研究を実施することが求められる。この原則は生物学的・心理社会学的研究、臨床・疫学研究、当事者のナラティブ（語り）や生活を対象としたリカバリー研究、当事者がおこなう学術研究など、すべての研究にあてはまる原則である。当事者の受益を基本原則とするならば、当事者が実際の生活のなかで研究成果を実感できることも目的となる。そのためには、研究成果がどのように当事者へ還元されるかという、社会への実装プロセスもふくめて、研究が評価されることが重要である。当然ながら、研究の各段階において、科学的研究としてのエビデンス・レベルが可能なかぎり保たれることが前提である。その上で、ひとつひとつの研究を評価する際にも、当事者のニーズや実装の状況が考慮される必要がある。

２．エビデンス

当事者のニーズを研究にとりいれる共同実践の一例として、英国のJames Lindo Alliance（JLA）による優先順位策定活動（Priority Setting Partnerships）が参考になる。JLAは英国の医学研究会議(MRC)と国立衛生研究所(NIHR)の出資で設立された機関である。JLAは当事者・ケアラー・臨床家たちの共同合議によって、当事者たちが求める研究と学術的な重要性を統合し、10 個の優先課題を提唱した。[2] このなかには、たとえば、統合失調症への薬物療法の副作用として生じる性機能障害や肥満という、当事者のニーズにもとづいたテーマが含まれていた。これらのテーマは翌年NIHRに採択されて研究資金の拠出を受けることとなり、「研究の民主化」と評された(Lloyd, White, & Chalmers, 2012)。[3]

当事者のニーズや主観を反映しうる領域として、リカバリーは大きな研究潮流となっている。[4] リカバリーは、パーソナル・リカバリー、臨床的リカバリーの両面で、そのさまざまな構成要素を明らかにしながら、エビデンスを蓄積してきている。[5,6] 一方、臨床的リカバリーを達成する当事者の割合に、この数十年間で大きな変化はないという報告も存在し、専門家らによる臨床実践への反省が投げかけられている。[7] リカバリーの道筋は、本人が形

成してきた価値観によって多様であることにも注意したい。[8] リカバリーのありかたには文化差があり、本邦におけるパーソナル・リカバリーの概念構成が欧米諸国とことなる可能性も指摘されている。[9]

【当事者の語り】

> *“最近気づいたのは、じぶんの人生をじぶんで責任をもって前に進んでいくっていうか。その上で、住居のことなら誰に、健康の相談だったら訪問看護師さんや保健師さんにって、頼れる人がいると心強いです”*（当事者より）
> *“リカバリーって後からついてくるというか、頑張ってやってきたら安定した生活になっていて、「これってリカバリーなのかな？」って気付けるものだと思います。「リカバリーを目指す」じゃなくて、「自分のリカバリーってこういうことだったんだな」って、後で本人が理解することっていう印象です”*（デイケア支援者より）

３．アプローチの基本

研究者は、自身の研究が当事者にどのような便益をもたらしうるかについて、考慮しながら研究を遂行する。また、当事者の視点からみたときに研究の目的・手法が適切であるかを検討し、理解を得るために説明をつくす。臨床場面で当事者と接する機会のある専門家は、臨床場面から当事者の声をくみ取ることもできる。一方で、当事者たちから、当事者会や家族会などをつうじて、専門家へのはたらきかけをおこなうことも、適切な研究を促進させる。このような両者からのアプローチをもとに、研究者や当事者たちは研究を共同決定・創造していく。研究計画の段階から、科学的エビデンスのレベルを担保するよう心がけることも重要である。たとえば英国のガイドラインにおいて、二重盲検化・無作為化･主たるアウトカムと副次的なアウトカムの明確化は､とくに重視されている。[10,11] 一方、実世界において臨床研究をおこなう以上、より高いエビデンス・レベルを求めることができない、あるいは適切でない場合もある。たとえば、援助者との関係性を重視した心理社会的なプログラムを中長期間実施するときに、二重盲検化を要求することは実質的に不可能である。

リカバリー、とりわけパーソナル・リカバリーについて研究するときには、従来の客観医学的なアプローチとはことなる視点が求められることに配慮する。英国でもっとも規模の大きい慈善団体のひとつRethinkが発行する｢本人のリカバリーの 100 の支え方｣('100 ways to support recovery - A guide for mental health professionals'）では、従来型のサービスと対比するかたちで、リカバリー重視の精神保健サービスのあり方がまとめられている。[12] その一部を抜粋すれば、本人の価値やナラティブ（語り）に中心をおくこと、本人の主体性を重んじること、診断や精神病理ではなく本人にとっての苦悩や意味づけに注目すること、病気による障害や弱みではなく長所・強みに焦点をあてること（Strength-based approach）などである。これらのアプローチは、当事者中心のケア、当事者の受益、共同決定・共同創造という上述の基本理念に立ちもどるならば、医療サービスという文脈をこえて、研究の領

域においても大きな参考になるだろう。研究を評価するときにも、本節に述べてきたアプローチを十全に理解しておくことが望まれる。つまり、科学的な妥当性・一般化可能性には最大限の留意をはらいつつも、当事者中心・共同創造の理念をうながすような研究に価値をみいだす。共同によって生じうる方法上の限界を単なる瑕疵としてとらえるのではなく、結果として得られたエビデンスについて当事者受益の観点から評定する。昨今は、主要な学術誌においても、研究課題の設定・研究の実施・評価において、研究者と当事者・家族のあいだの共同を基本とすべきであるという提言がさかんである。[13-15]

４．具体的な研究のテーマ

英国の治療指針であるNICEガイドラインは、これから求められる統合失調症研究として、たとえば以下のものをあげている。[11] ピア・サポートが病状改善にもたらす効果、抗精神病薬を中止することの意義（寛解がどれだけ維持されるか、身体的副作用はどれほど減少するか）。当事者の身体的健康をどれだけ良くできるか（生活習慣病・性機能の減退）、早期介入の効果を維持するためにはどのようなサポートが必要か。拘束など治療初期の心的外傷（トラウマ）体験がその後の治療にもたらす影響はどのようなものか、などである。本邦のリカバリー研究に求められる具体的なテーマについては、本ガイドラインにまとめられた「当事者の関心事リスト」が参考になると思われる。複数回にわたる当事者・家族・ピア・研究者らの共同合議によって、本邦における統合失調症治療・研究において重要と目されたテーマが集約されたものである。いまだエビデンスが限定的なテーマが多いのが現実であり、これからの研究進展が待たれる。当事者や家族からのヒアリングではつねに、リカバリーとは「病気が治ること」「症状がなくなること」という声があがる。病態解明のための研究こそが中心的なニーズであることを忘れてはならない。

【当事者の語り】

> *“回復っていうのは、言動なり体なりが整って、丸一日病状が出ない、薬の副作用が出ない状態で日々を過ごせることですね”*（当事者より）
> *“無理のないペースで暮らせて、自分なりのやりがいもあって、日頃の何時に起きて寝ることも含めて、体と心のペースが自分の元のペースと合ってきた、発見できてきたっていう感じがリカバリーかなと捉えています”*（当事者より）

５．将来へ向けて

当事者中心の研究がより促進されるためには、研究者と当事者がより共同決定・共同創造できる体制をつくりあげ、いわゆる学術的な視点と当事者のニーズが止揚されていくことが重要である。[16] そのために、研究者が当事者側のニーズを聴取するようつとめること、当事者みずからが自分たちの求める研究とはどのようなものなのか発信することの両者が求められる。研究の実践・評価の両面において、たとえばリカバリーなど、当事者のニー

ズが反映されるようにつとめるべきである。生活に大きな影響をおよぼし薬物療法での改善が十分でない陰性症状も含めた、[17] 疾患の本態解明はつねに中心的なニーズである。研究と臨床が相補的に機能すること、社会実装を視野に入れることも求められる。研究が十分なエビデンスレベルを担保しているかに加えて、当事者と研究者の共同、当事者の受益につながる社会実装もまた、研究評価のポイントとなるべきである。本邦のエビデンスや当事者の声を集積した、リカバリー志向型のガイドラインは、可能な研究手法や当事者のニーズが時代とともに変化していくことにあわせて、アップデートされつづける必要がある。

文献

1. Legare F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns* 2014; **96**: 281-286.
2. Lloyd K, White J. Democratizing clinical research. *Nature* 2011; **474**: 277-278.
3. Lloyd K, White J, Chalmers I. Schizophrenia: Patients' research priorities get funded. *Nature* 2012; **487**: 432.
4. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; **37**: 586-594.
5. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011; **199**: 445-452.
6. Slade M. *100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals*. Rethink, 2013.
7. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013; **39**: 1296-1306.
8. Kasai K, Fukuda M. Science of recovery in schizophrenia research: brain and psychological substrates of personalized value. *NPJ Schizophr* 2017; **3**: 14.
9. Kanehara A, Kotake R, Miyamoto Y et al. The Japanese version of the questionnaire about the process of recovery: development and validity and reliability testing. *BMC psychiatry* 2017; **17**: 360.
10. NICE. *Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management (Clinical Guideline 155)*. National Institute for Health and Care Excellence, London, 2013.
11. NICE. *Psychosis and schizophrenia in adult : prevention and management*. National Institute for Health and Care Excellence, London, 2014.
12. Slade M. *100 ways to support recovery: A guide for mental health professional (vol.1)*. Rethink, London, 2009.
13. Boivin A, Richards T, Forsythe L et al. Evaluating patient and public involvement in research. *BMJ* 2018; **363**: k5147.
14. Durose C, Richardson L, Perry B. Craft metrics to value co-production. *Nature* 2018; **562**:

32-33.

15. The Lancet P. Diversity and inclusion: from priority setting to publication. *Lancet Psychiatry* 2018; **5**: 855.

16. Jorgensen R, Zoffmann V, Munk-Jorgensen P et al. Relationships over time of subjective and objective elements of recovery in persons with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2015; **228**: 14-19.

17. Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT, Jr., Marder SR. The NIMH-MATRICS consensus statement on negative symptoms. *Schizophr Bull* 2006; **32**: 214-219.

６．SST の取組みから

１）当事者のリカバリーに伴走し、当事者のやってみたいを応援する

１． 基本理念
２． SST のエビデンス
３． リカバリーに伴走し、当事者のやってみたいを応援する SST
４． 将来へ向けて

１．基本理念

統合失調症の当事者と共にSST（Social Skills Training、社会生活技能訓練）を行なう目的は、当事者の対人コミュニケーション技能、地域・職場・学校などでの生活課題解決の力を増すことにより、当事者の自立生活・生活の質向上・希望の実現を支援することである。SSTは統合失調症の当事者だけと行うものでなく、生活課題解決の上で困難をもつ多様な人々と行うものであり、上に述べた目的は多様な人々とSSTを行う際に共通する基本理念である。SSTを行なう人の自立生活・生活の質向上・希望の実現を支援する方法であることから自明なように、SSTは「希望志向」であり、行なう人の生活の目標や課題、動機が大切になる。これらは支援者が決めるものではなく当事者が決めるものである。目標や課題が明確でない場合は、当事者と支援者で話し合い、支援者が必要な助言をしながら共同作業で決定を促す。当事者がSSTに主体的に取り組むことを強める工夫を「共同創造」(co-production)の形で進める姿勢が支援者には必要である[1)]。

統合失調症の場合も治療のゴールは症状の改善ではなくリカバリーの実現にある。リカバリーには臨床的・客観的な機能回復（クリニカル・リカバリー）の側面と、個人的・主観的な尊厳回復（パーソナル・リカバリー）の側面とがある[2)]。SSTはクリニカル・リカバリーを大切な目標とし、SSTを行なうことがパーソナル・リカバリーの実現につながるようにようにSSTを行なうことを当然の前提条件としている[3)]。

パーソナル・リカバリー達成には次の４つの必要条件があると考えられる。１）希望の発見、２）自己のエンパワメント、３）自己責任、４）生活のなかの有意義な役割である[4)]。達成へのプロセスは必ずしも直線的ではなく、リカバリーの内容やそのペース、ゴールは個々によって大きく異なっている[5),6)]。支援者はその人らしさ（個性）が発揮でき目標とする人生が送れるように、避けることのできない生活課題に対して当事者と共に模索しながら自ら対処していける力がつくように支援し、リカバリーに伴走していく存在である。

【当事者の語り】

“目標や生活課題を決めるのは私自身”
“実生活に生かせるものであってほしい”

“とても自信を失っていた時期があったが誉められる体験を通して少し自信が回復した”
“コミュニケーションが苦手で引きこもり気味だったがSST に参加してから会話すること

が余り苦にならなくなった”　“今は引きこもることが少なくなった”

生活の目標を決めるのは当事者その人である。支援者が自らの思いで生活課題を決めると実生活に沿わないものになってしまう。当事者としっかりと話し合いながら生活環境をリアルにイメージし、ニーズを把握していくことから始めなければならない。目標、課題は当事者の希望が最優先である。技能の獲得においては、その人らしさ（個性）が発揮できるように「強み」を伸ばせる支援が必要である。

生活課題を達成するためには、SSTの基本的スキルを学ぶことが前提にあるが、当事者の動機づけが得られない場合にはそのための工夫を提供することも必要である。その鍵は、当事者の主体性と仲間づくりにある。支援者は専門的知識の押し付けであってはならず、個々に合った方法を調整し、主体的に実践できるように支援しなければならない。また、当事者の治療やリハビリテーションに家族介入は不可欠である[3)]。当事者のリカバリーは、家族や支援者との共同創造で達成できる。

【当事者、家族の語り】

“病気や薬についてもっと知りたいし、自分が今後どうなってしまうのか不安なので、SSTでコミュニケーション技能を訓練して解決したい。”
“他者のロールプレイは参考になる。また、アドバイスも勇気づけられる。”
“プロデュース大作戦や恋愛SSTは方向性が決まっていてわかりやすい。楽しさもある。”

“本当に困り果て、切羽詰まったとき、家族会で「自分だけではない」と感じ、少し楽になった。”
“家族会での心理教育、質問コーナー、共有ノートが参考になった”

当事者は自分の人生について、今後どうなってしまうのか見通しが持てないと困難を克服する意欲が持てない。また、それらについて知り、自己で決定する権利も持っている[7)]。SSTで扱う課題は当事者の要求に沿ったものでなければならないが、統合失調症という疾患の特性上、経験不足や、現実検討が苦手な側面により、課題が実世界とかみ合わない場合がしばしば認められる。支援者は個々の要求に対応し、課題の習得が当事者の将来を豊かにするものになるように支援する必要がある。また、最も身近な支援者である家族への心理教育や支援も重要である。

２．SSTのエビデンス

対人コミュニケーション、ストレスや症状へ対処する技能は個人の生活の質に大きな影響を及ぼす。さまざまな生活技能が未熟であると発症や再燃に繋がりやすいとされている。例えば対人関係のストレスが誘因になる場合もありえる[8)]。SSTは日常生活技能や地域生活のための機能の向上や意欲や活動性の低下に有効とされており[9)、10)、11), 12), 13)]、地域生活において避けることのできない生活課題やストレスフルなライフイベントに対処できる力を身につけることができる。SSTによる技能の獲得がリカバリーに寄与できる可能性は高い。米国の統合失調症治療ガイドラインであるPORTではSSTが推奨されている[14)]。

１の基本理念で述べたように、生活課題を達成するためにはSSTの基本的スキルを学ぶことが前提にあるが、当事者の動機づけが得られない場合にはそのための工夫を提供することも必要である。動機づけを高めるための工夫については、近年、脳機能と実世界での機能に影響を与える変数として、内発的動機付け、メタ認知、自己効力感が注目されている。模擬現実を利用したセッションはこれらの要因に影響を与えていると考えられる。また、実際の能力を発揮するためには、置かれている環境や外部からの支援によるところが大きいといわれている[15)]ので参考にする必要がある。

統合失調症の当事者が社会生活技能、対人コミュニケーション技能、生活課題解決技能が不十分であることからSSTの必要性が指摘されてきているが、その不十分さの基盤には統合失調症の基本的な障害として認知機能の障害があると考えられている[16)]。したがって、SSTの実施にあたり、認知機能障害への介入を同時に行うことが有効ではないかと考えられるようになっている[13),17),18)]。

３．リカバリーに伴走し、当事者のやってみたいを応援するSST

SSTは対人コミュニケーションと日常生活の力を増す支援方法であり，クリニカル・リカバリーとパーソナル・リカバリーの二つのリカバリーを促進することを目的としている[1)]。これまで，SSTは基本訓練モデル，問題解決技能訓練，モジュールなど多様な形で行われており，主としてクリニカル・リカバリーをめざして行われてきた。ここではSSTを「パーソナル・リカバリー志向的」ともなるように行うことを提案したい。この目的を達成するためには，内発的動機づけ，認知機能，症状の主観的意味に注目する必要がある[1)]。そのために、第 1 に，SSTは当事者の希望に基づき，これまで以上に「希望志向」で行われるべきである。第 2 に，当事者がSSTに主体的に参加することを強めるさまざまな工夫を「共同創造」（co-production）の形で追求することである。第 3 に，生活技能の効果的学習を進めるSSTを認知機能への介入とともに行うことである。第 4 に，SSTは症状自己管理の領域をもっとカバーするように発展させられるべきである。そこで，症状の主観的意味を扱うことにより既存のSSTモジュールを補完することが求められている。べてるの家の当事者が始めた「当事者研究」はこうした補完のモデルとなるものである。以上の 4 つの視点から強化されたSSTを「e-SST（empowered-SST)」と呼ぶことにしたい[1)]。

当事者のやってみたいを応援する SST は当事者の内発的動機づけを強めることを意識する SST である。

模擬現実を利用したSSTの工夫として、「プロデュース大作戦」や「恋愛SST」がある[19)]。架空の人物を想定して、幸福を手に入れるためにはどうすれば良いか、みんなで楽しく意見を述べ合うセッションである。また、そこから得られた課題によるロールプレイの実践も行う。原則として、当事者が運営する。そのようにSSTを行なうには様々な工夫を補足的に取り入れなければならない。個別の事前面接、個々のSSTに対する期待や目標の把握、セッション後の個別フィードバック、次回のセッションの課題決定などである。宿題カードやノートへの記録も技能の般化を促すためには有効である。どのような時にも肯定的に捉え、当事者・家族の主体性を尊重し、支援者の価値観の押し付けとならないように自問する姿勢が必要である。集団力動を利用するが、あくまでも個別対応を基本とする[20)]。目標や課題が実世界で達成されないと、焦りから自己効力感が低下する[21)]。当事者・家族の目標や

課題の修正も自らが納得するように寄り添いながら支援する姿勢が重要である。

わが国でSSTと認知矯正療法を併用して進めるには、池淵らにより開発された認知矯正療法プログラムであるJcoresを利用するのが良い[22),23)]。認知機能リハビリテーションを導入することで、認知機能の改善と共に、当事者と支援者双方が認知機能の特徴や、その特徴が社会的状況に及ぼす影響への理解が促進されるため、認知機能について共通言語として話し合うことができるようになる。この認知機能への共通理解は、SSTの課題設定を協働して設定しやすくし、実生活で反復学習する際の内発的な動機づけを高めるなどＳＳＴにおいて活用することができる。また、認知機能リハビリテーションにおける認知機能の評価は、SSTプログラムにおいて、対象者がより学習しやすくなるよう、リーダーが行うべきティーチングスキルの工夫として反映させることができる。SSTや認知機能リハビリテーションに抵抗を示す当事者も実際におられるが、無理して参加しても効果は薄い。焦らず、根気よく説明し、本人の内的動機付けを高めた上で参加して頂くよう、当事者の傍らで見守る必要がある[22)]。認知リハビリテーションでは、パソコン操作が必要なため、事前にマウス操作の学習は必要である。パソコンセッションでは達成度に対し、個人差が出るが、ゲームで失敗しても傷つきが少なく、支援者と当事者で方略を検討できるため、モチベーションを下げない利点があるが、支援・フォローが必要な場合もある[22)]。

４．将来へ向けて

SSTが導入され支援とは言うものの、主体は当事者だということがより明確になり、支援構造に根本的な変革をもたらしている。また治療ゴールに設定されるリカバリーであるが、当事者それぞれ固有のリカバリーがあることから出発しなければならない。意欲と自信が回復し、集団の中で持ち味と課題も明らかになり、社会の中で目標がある程度見えた時にSSTは大変役に立つ。人生のステージでは、SSTにより人とつながり、人に相談できるようになるため、退院や就労、卒業や結婚など人生のすべての転機でSSTは有益である。SSTは希望志向的であるため、希望や目標が本人の中で明確になっているときにその持ち味を発揮しやすい。当事者自身が希望や目標を持つことができれば、当事者がSSTに主体的に内発的動機づけをもって参加することができる契機となる。SSTでリカバリーを支援するためには、当事者が主体的にSSTに参加できるようさまざまな工夫を「共同創造」（co-production）の形で追求することが必要である。また、認知機能への介入とともにSSTを行うことも社会生活技能の効果的学習を進めるうえで有効である。SSTは当事者の自立生活支援に共通するコア技術であり、SSTが広くリハビリテーションとリカバリーの理念のもとにSST単独ではなく多様なリハビリテーション技術と併用され多領域で広く活用されることが望ましい。このようなSSTをempowered SST (e-SST)と呼びたいし、SSTをe-SSTとして行う方向を目指すことが将来へ向けての課題である[1)]。

５．文献

1. 丹羽真一；リカバリーの時代とSST,精神神経学雑誌 2018; 120: 592-600.
2. 山口創生、松長麻美、堀尾奈都記；重度精神疾患におけるパーソナル・リカバリーに関する長期アウトカムとは何か？　精神保健研究、2016; 62: 15-20.
3. リバーマン,R.P.（西園正久総監修/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、2011、星和書店.
4. マーク・レーガン、前田 ケイ (訳)；ビレッジから学ぶリカバリーへの道―精神の病から立ち直ることを支援する、2005、金剛出版.
5. Department of Health and Human Services, President’s New Freedom Commission on Mental Health：Achieving the promise: transforming mental health care in America-Executive summary of final report (Rep. No. DMS-03-3831). , 2003, Rockville.
6. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, et al： Conceptual framework for personal recovery in mental health：systematic review and narrative synthesis, Br J Psychiatry, 2011; 199: 445-452.
7. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, et al., Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia, Am J Psychiatry, 1998; 155: 1087-1091.
8. 加藤敏;脆弱性モデルからレジリエンスモデルへ,精神神経学経誌 2008; 110;751-756.
9. Bellack AS.: Skills training for people with severe mental illness, Psychol Rehav J: 2004; 27: 375-91.
10. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD.: Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analysis, Schizophr Bull, 2006; 32; Suppl 1:S64-80.
11. Granholm E, McQuaid JR, Link PC, Fish S, Patterson T, Jeste DV.: Neuropsychological predictors of functional outcome in Cognitive Behavioral Social Skills Training for older people with schizophrenia, Schizophr Res, 2008;100:133-43.
12. Kurtz MM & Mueser KT：A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia., J Consult Clin Psychol, 2008; 76：491-504.
13. Bowie, CR, McGurk, SR, Mausbach, B, Patterson, TL, Harvey, PD: Combined Cognitive Remediation and Functional Skills training for Schizophrenia: Effects on Cognition, Functional Competence, and Real-World Behavior, Am J Psychiatry, 2012; 169: 710-718.
14. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, Lehman A, Tenhula WN, Calmes C, Pasillas RM, Peer J, Kreyenbuhl J; Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations, Schizophr Bull. , 2010; 36: 48-70.
15. 池淵恵美：統合失調症の社会機能をどのように測定するか. 精神神経学雑誌 2013; 115：570-585.
16. 丹羽真一 記憶の精神生理学 精神療法 28 : 39-44, 2002.
17. 池淵恵美. 統合失調症の認知機能リハビリテーション 精神神経学術雑誌 2018; 120：313-320.
18. 西園昌久. SSTの技法と理論-さらなる展開を求めて. 金剛出版, 2009
19. ひだクリニック：シリーズ DVDで学ぶ新しいSST 事例集 SSTの様々な場面への展開 その2 SSTと心理教育の活用と応用、2010、星屑倶楽部（中島映像教材出版 製作・出版部）.
20. 前田ケイ：基本から学ぶSST：精神の病からの回復を支援する、2013、星和書店

21. 古川俊一，江藤文夫．東大病院リハビリテーション部におけるディホスピタルの実際．リハビリテーション医学　2005; 42: 383-387.
22. 松田康裕： 新規開発ソフト『JCORES』を用いた認知機能リハビリテーションの概要とその効果．　デイケア研究、2016; 20: 73-79.
23. Matsuda Y, Morimoto T, Furukawa S, Sato S, Hatsuse N, Iwata K, Kimura M, Kishimoto T, Ikebuchi E.: Feasibility and effectiveness of a cognitive remediation programme with original computerised cognitive training and group intervention for schizophrenia: a multicentre randomised trial. Neuropsychol Rehabil. 2018; 28: 387-397.

２）災害を力に変えることを支える

１．基本理念
２．災害を力に変えることについてのエビデンス
３．災害を力に変えることを支えるアプローチの基本
４．災害を力に変えることの可能性、症状の悪化
５．災害を力に変えることの支援、サービスのあり方
６．将来へ向けて

１．基本理念

災害の中でも、地震、津波、台風、豪雨などの自然災害は我が国にとって避けることのできない脅威であり、いつ、どのような形で平穏な生活を襲ってくるのかわからない。災害は、個人や社会の対応能力を超えた不可抗力的な出来事や状況、さらに少なくとも一時的には、個人や社会の機能の重大な崩壊状態をもたらすものという意味で使われており[1]、災害の規模が大きければ大きいほど、受ける被害が大きく、その後の影響も深刻となる。災害をなくすことは不可能であるが、そこから回復することは可能である。統合失調症の当事者をはじめ、子ども、高齢者、障害を持つ者、疾患を持つ者などの災害弱者と言われる立場の人も、それぞれが既に持っている生きる力を発揮し、活用することによって、その力はさらに増強され、個人の回復は促され、新たな生活を構築する過程を生み出していく。その過程は、個人の人生の回復にとどまらず、周囲にもつながっていき、やがて地域の再生、復興の原動力となる。

【当事者の語り】

“被災後、仕事（ボランティア）に「私も参加していいですか」と言って参加させてもらえて安心でき、大変だったが大丈夫だった”
“避難所では知らない人とコミュニケーションをとらなければならなかったが、できるだけスムーズにと心掛けた”
“震災直後のボランティアに参加したが、ちゃんと自己紹介できた；「こうこうこういう理由で来ました」って、「だれだれの知人です」って言って、そのときに活動する中でする雑談とか、これどうすればいいんですかとか、そういう質問のタイミングの取り方とか、だいぶ勉強になった”

【家族の語り】

“(当事者には）力があるのだと思った。親としても普段はさせていない部分があったとも思った。”
“水を汲みに行く等、いろいろと手伝ってくれた。”

２．災害を力に変えることについてのエビデンス

被災した人に対して支援を実施することで、その後の回復が促進される[2]。災害後に統合失調症の症状が悪化に至らないためには、専門的知識をもった精神科医療チームの早期介入が有効である[3]。災害時に当事者が技能や対処方法を活用できるようになるには、災害が発生していない平時から訓練に参加しておくことが役に立つ[4-6]。また、当事者の回復には、平時から多職種による支援スタッフと関係が構築されていることや[7]、スタッフが組織的に災害に積極的に関与することが重要である[8]。

３．災害を力に変えることを支えるアプローチの基本

災害を力に変えることは、災害という不可抗力的な出来事に対して、既に持っている様々な技能や対処方法、アイデア等を存分に発揮しながら、そこにある困難を乗り越えていくための過程である。災害を力に変えるためには、災害が発生する前の平時の生活において、様々な技能や問題解決法を学習し、獲得していることが必要である。災害時に必要とされる多くの技能や問題解決法は、その時に特別に求められるものではなく、平時においても活用されているものである。そのため、支援者は、平時に学習される多くの技能や問題解決法が、災害時にも有効に活用されることを認識する必要がある。

４．災害を力に変えることの可能性、症状の悪化

被災直後の混乱期だけでなく、その後の仮設住宅等での仮の生活期においても、平時の生活にはないような生活環境や対人関係が生まれる。災害が大きく、被害の程度も大きければ大きいほど、避難生活や仮の生活は長期化していく。そこではストレスが生じやすくなるため、心身の状態が不安定になったり、場合によっては持っている疾患の症状が悪化したりする場合がある。避難生活の当初は、力を発揮することができていても、持続することができず症状の悪化を招くこともある。そのため、災害後は疾患の管理と心身の状態を把握することが欠かせないが、発生している状況を受け入れ、不慣れな環境であっても適応できている状態においては、その人が持っている力を生かすことが十分可能なのである。

５．災害を力に変えることを支えるサービスのあり方

災害が発生する以前の平時において、当事者自身が技能や問題解決法を予め学習しておくことが必要である。SST（Social Skills Training）は医療場面や地域生活場面における様々な機関において実施されており、その中で取り組むことが可能である。併せて、支援者が予め SST による支援方法を学び、被災後の支援活動に活かすことで、当事者による災害を力に変える取り組みを強化できる。

６．将来へ向けて

世界規模での異常気象により、台風の大型化や豪雨が我が国を毎年のように襲うようになった。地震に関しても 2011 年の東日本大震災後には、2016 年に熊本地震、2018 年には大阪北部地震が発生し、また近い将来には南海トラフ地震の発生が予測されている。災害の脅威に屈することなく、生きる力に変えるための取り組みは、平時にこそ求められている。

文献

1. ビヴァリー・ラファエル　石丸定訳.災害の襲うとき　カタストロフィの精神医学. みすず書房 1989.
2. アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク,アメリカ国立ＰＴＳＤセンター著, 兵庫県こころのケアセンター訳. 被災時のこころのケア　サイコロジカル・ファーストエイド　実施の手引き. 医学書院 2011.
3. 吉岡 靖史, 武内 克也, 三條 克巳, 福本 健太郎, 横田 美貴, 酒井 明夫. 東日本大震災を契機に治療導入された統合失調症未治療例. *臨床精神医学* 2012; 41: 1111-1114
4. 池内 彰子, 栗原 加代, 宇留野 由紀子. 地域で暮らす統合失調症療養者の東日本大震災における経験. *茨城キリスト教大学看護学部紀要* 2015; 6: 3-11.
5. 釜瀬 真幸, 吉田 孔明, 大薗 久美. まんじゅう理論を応用した小規模避難訓練プログラム　閉鎖病棟長期入院患者に対する影響の一考察. *日本精神科看護学術集会誌* 2014; 57: 214-218.
6. 坂入 和也, 日下 和代, 常盤 洋子. 看護師による精神障害者の自然災害時準備プログラムの開発. *日本看護科学学会学術集会講演集* 2014: p.519
7. 小栗淳, 新村秀人, 根本隆洋, 佐久間啓, 三村將, 水野雅文. 地域で生活する統合失調症患者の東日本大震災後 2 年間のストレス度の検討. *日本社会精神医学会雑誌* 2015; 24: 124-134.
8. Godleski LS1, Luke KN, DiPreta JE, Kline AE, Carlton BS. Responses of state hospital patients to Hurricane Iniki. *Hosp Community Psychiatry*. 1994 Sep;45(9):931-3.