

精神科リハビリテーション

～ W.Anthony, M.Cohen, M.Farkas らの見解を中心に～

精神科リハビリテーションの mission

長く精神障害を抱えてきた人が自分で選んだ環境で落ち着き、満足できるように、援助する。その際、専門家は介入を継続的かつ最小限にする。

Psychiatric rehabilitation helps persons with long-term psychiatric disabilities increase their functioning so that they are successful and satisfied in the environments of their choice with the least amount of ongoing professional intervention.

対 象

重度の精神障害を経験した人。精神病と診断され、一定の機能と役割を果たす能力が限定されている人。

リハビリテーションと治療

- 精神科治療と精神科リハビリテーションは相前後して進められるのが理想。
- 医学的診断そのものは、リハビリ介入の方法や予後の予測の際にあまり有益ではない。
∴) リハビリを治療終了後に用いたり、治療の代替としたりするのは効果が薄い。
- 症状を消退させることより、健康へと誘導する。
- 精神内界の問題よりも、現実問題を重視する。
- 能力障害が残っていても、特定の環境で機能を果たせるように能力を改善させる。
- アウトリーチ：本人を環境から切り離さず（家や職場の近くで）危機介入する。

	リハビリテーション	治 療
目的・理念	特定の環境での機能改善と満足 健康へ誘導 本人のもつ能力を発見・開発	治癒、症状軽減、治療的洞察 本人の障害をターゲット
原因に対する考え	原因は問わない	原因を追究し、それに応じて介入
焦 点	現在と未来（過去を問わない）	過去、現在、未来
診断の内容	技能と資源について、現状と実際に必要な状態とを比較、評価	症状と原因を評価
主な技法	直接技能教育、技能プログラミング、 資源調整、資源修正	薬物療法、精神・心理療法

精神科リハビリテーションの基本原則

精神障害を抱えた人の能力を改善することを最大の焦点とする。

- 症状を軽減することが、能力の改善に自動的にはつながらない。
- 最重度の精神障害を抱えた人でも、身体的、感情的、知的技能を学習できる。

当事者にとっての利点は、自ら望んだ環境で自分の行動が改善されることである。

様々な技法を駆使し、臨機応変に対処する。

- 理論は臨機応変で、適用は現実的に。→特定の心理療法の理論に基づかない。

当事者の職業上の予後を改善する。

希望は、精神科リハビリテーションの構成要素として不可欠。

- 未来志向。「良くなる」という希望。
- 機能障害が必ずしも能力障害や社会的不利につながるとは限らない。
- 希望だけでは不十分。リハビリテーションの技術と結びつく必要がある。

熟慮して当事者の依存度を増やす結果、究極的には自立につながることもある。

- 一定の範囲なら、スタッフや施設に依存するのも、リハビリの第一歩。
- ある機能面での依存が、他の面で当事者を自由にすることもある。

本人を参加させることが望ましい。

- リハビリの全過程を通して、当事者を積極的に参加させる。
- リハビリは、当事者に対して行うものではなく、当事者と共に行うもの。

当事者の参加を促す方法

- (1)オリエンテーションを行う
 - ・当事者にどのような目的で何をするのかを説明。
 - ・スタッフと当事者のそれぞれの役割を説明。
- (2)本人に情報を求める
 - ・当事者に事実関係、意見、気持ちをたずねる。
- (3)理解したことを表現する
 - ・当事者の気持ちや考えを、スタッフが自分の言葉で反復する。

技能開発と資源開発が、2大介入である。

技能開発

本人を改善するための介入。
当事者が置かれた環境で、効果的に機能するのに必要な特定の技能の学習。

資源開発

本人が置かれた環境を改善するための介入。
環境を変え、当事者の現在の技能レベルでも問題が生じないように支援。

- リハビリの予後を決めるのは、症状ではなく、技能と環境的支援である。

長期の薬物療法は必要条件ではあるが、十分条件ではない。

- 薬物療法がリハビリへの準備を促し、リハビリが薬物の削減を促す。

精神科リハビリテーションのプロセス

リハビリテーション総合目標の設定

- 向こう6~24か月に「本人が機能したいと希望する環境」を明らかにする。
→特定の環境、目標達成の期限を明示する。
- 総合目標設定の際、当事者が参加し、スタッフが援助。

環境
生活（住居）
学習（教育）
交流（社会）
就労（職業）

当事者とスタッフとで時間をかけて総合目標を設定するプロセスが大切
→でないと、それぞれで別の目標を追求する可能性もでてきてしまう。
→当事者とスタッフとで目標が一致しないと、当事者はケアに失望してしまう。

リハビリテーション診断

- 当事者が自分の技能や社会資源を評価し、何が不十分かを見定めるのをスタッフが援助。

機能評価 ~行動面の評価~

- 総合目標達成に必要な機能のうち、**できている機能**、**できない機能**を明確化。
- 本人が選択する環境で、本人が満足するにはどのように行動することが重要か、行動する上でどのような技能が欠けているか、を列挙。

機能評価の手順

- 環境を特定し技能に焦点をあて行動面を重視し、評価可能なものにする。
- 必要な技能を具体的に挙げ、特定の環境でどう使われるべきかを示す。
- 技能について、「**実際に使っている程度**」と「**本来使うべき程度**」を明確化する。
- 技能の余裕部分と不足部分を把握。
余裕部分：特定の環境で当事者が落ち着き、満足できる、という確信につながる。
不足部分：技能開発が必要。

資源評価 ~運用面の評価~

- 総合目標達成に必要な環境的支援（社会資源）の有無を評価。
- 本人が選択する環境で、本人が落ち着いて生活し、満足するのに必要な人、場所、物、活動を列挙。

資源評価の手順

- 社会資源の利用状況を、観測可能な形で評価する。
- 社会資源の**余裕部分**と**不足部分**を把握。不足部分：資源開発が必要。

社会資源
人・場所・物・活動

リハビリテーション計画

- 診断で得られた情報をもとに、当事者がリハビリテーション計画を立てるのをスタッフが援助。
- 総合目標を達成するのに必要な、技能や社会資源を開発する内容を特定する。

計画の手順

- 「誰が、何を、いつまでに、どのくらいの期間、どこで、行う責任があるか」を決める。
- 緊急性、動機、達成容易度などに基づき、技能・資源開発の優先順位をつける。
- 優先順位の高い技能や社会資源の開発目標を定め、目標ごとに特定の介入法を指定。
→単に、サービス提供者を指定するのではない。

リハビリテーション介入 ～計画の実行段階～

技能開発

直接技能教育

- 機能評価の結果、当事者が当該技能を獲得していないときに援用。
- 訓練を目的に一連の活動を体系的に行い、新たな行動をとる能力を促す。

技能プログラミング

- 既存の技能を必要に応じて使えるように援助。段階的なプロセスを踏む。
- 既に習得している技能の遂行を阻む障壁を、当事者が乗り越えられるよう促す。

技能開発に取り入れるべき項目

- 環境内にある既存の強化因子を利用し、訓練中の適切な反応は誉める。
- 環境内で、当事者に支援サービスを提供する。
- 環境内の状況に応じて、当事者を誉める技法を、支援者に教える。
- 外的な報酬ではなく、内的な動機を見つめるよう、当事者に伝える。
- 誉めることを、徐々に先送りにする。●徐々に宿題を難しくする。
- 幅広い状況下での技能の活用法を教える。●一つの状況下での様々な技能の活用法を教える。
- 技能の底流にある決まりや原則を教える。
- 目標設定と介入戦略の選定にあたり、当事者を参加させる。

資源開発

当事者の行動を変えることを目的としない。⇔技能開発

資源調整

- 既存の資源と当事者とを結びつける。
- 望ましい資源の選択、資源活用の手配、実際に資源を使う段階での当事者支援。

資源修正

- 当事者が必要としている形で機能していない資源を修正する。

資源開発に取り入れるべき項目

- 既存のネットワーク（家族、友人）を修正し、実際の支援を拡大する。
- ボランティアを無償・有償で導入し、新しいネットワークのメンバーを開発する。
- 地域に既存するネットワーク（教会、クラブ）への参加を促す。
- 似た問題を抱える人たちの集団に、支援ネットワークに参加してもらう。
- ネットワークのメンバー間の結びつきを強化する。
- 危機介入の際には、より大きなネットワークを機能させる。●ネットワーク機能を拡大する。

精神科リハビリテーションの予後に寄与する要因

- 人 材 当事者と関わる人材の技能や知識、態度。 Ex) 医療者、家族、他の当事者。
 プログラム 人材（支援者）が用いるプログラム。 Ex) 援助付き雇用、退院促進プログラム。
 サービスシステム 人材とプログラムを支援するシステム。 Ex) 各種施設・機関。

人 材 有資格者・機能的専門家・家族・当事者

- 診断、計画、介入を、本人の助けになるように遂行する能力が重要。
→人材の役割、肩書き、資格は、精神科リハビリでは重要な要素ではない
- 当事者の対人関係の技能は、リハビリプロセスの根幹。対人関係技能の援助こそ重要。

支援者に求められる資質（＝技能・知識・態度）

- 当事者と接し、緊密なつながりをつくる。
- 当事者がリハビリ総合目標を設定する支援。
- リハビリ総合目標に見合った技能、資源が何かを、当事者が評価できるよう支援。
- 当事者が必要とする技能、資源を開発するために、計画を作成するのを支援。
- 当事者が必要とする技能を学習できるよう支援。
- 当事者が既にもっている技能を活用できるように支援。
- 当事者が必要な資源と結びつけるように支援。
- 支援内容を改善するため、当事者が資源を修正できるよう支援。
- 当事者が必要とする人的支援を継続して提供する。

支援とは

～陽性感情の表現・肯定・補助による、対人的な交流～
陽性感情 プラスの評価。Ex) 好き、称賛、尊敬。
肯定 本人のものの見方や信念、価値観、態度、行為などを是認。
補助 物、情報、時間、社会保障などの権利。
 →いずれも、当事者が「メリットがある」と思えなければならない。

有資格者

- 資格や肩書き別による多職種のリハビリチームを組んでも意味がない。
→リハビリの全活動を担える機能的なチームを組むのに必要な人材配置こそ重要。

基礎レベル	経験レベル	専門レベル
知識を持ったスタッフ	経験あるスタッフ	技能を持ったスタッフ
知識の増大	態度の改善、知識の増大	技能と態度の改善、知識の増大

機能的専門家

- 正式な資格はないが、通常は有資格専門家が行う機能を果たす。
- コンパニオン、ボランティア、専門外プロフェッショナル、サブプロフェッショナル。

機能的専門家を最大限に活用する際のポイント

- 選別されたり、訓練を受けたりしていない一般人の登用は、効果的とは限らない。
- 機能的専門家が効果を発揮するのは、追加訓練を受け、責任を与えられた時に限る。
- 機能的専門家に最適な活動は、当事者と接し人的支援を提供し、当事者が地域で生産的に生きていくのに必要な技能を教えることである。

家族

- 家族は、当事者のリハビリテーションの予後に影響を与える重要な資源である。
- 支援者は、家族が当事者とうまく対応できるよう、知識、技能を習得できるよう援助。

家族介入

【教育介入】 情報提供

- ・ 精神病についての実際的な知識の提供。
- ・ 実際的な行動管理戦略の教育。
- ・ 資源、サービスについての情報提供

直面する諸問題を、
観察、計測できる形に
変換し、変化させる。

【技能訓練介入】 技能開発。特定の問題状況に対応するための家族の能力を増加。

【支援介入】 ストレス対処のための、家族の情緒面の強化が主な目的。

【総合介入】 一つの介入の中に、情報提供、技能訓練、支援を盛り込んだ介入。

当事者

- 当事者運動の役割：自助、政治行動、擁護運動。

精神科リハビリとは、価値観・目標とも同じ。
援助者の背景の違い。

- ・ 当事者がリーダーシップをとり、当事者自身が援助を提供する。
- ・ 専門知識・技術をもった人は、側面から援助。

自助

プログラム

精神科リハビリテーションプログラムの基本要素

プログラムの設立目的

- 設立目的を成文化し、プログラムの全体的な方向性を決定する。
- 設立目的に沿って、プログラムが構成・評価されている。

プログラムを促進させる構造

- 環境を選択、確保、維持するために、機会と支援を提供できている。
- 診断・計画・介入のプロセスに、最大限、当事者が参加できている。
- 当事者を、機能レベルに合わせて環境に当てはめない。当事者は、希望する環境を選択できる。
- 当事者の状態に合わせて、技能・資源を開発している。
- 技能・資源の開発に、本人が積極的に役割を果たせるようにする。
- 当事者の目標の達成度を評価し、それを踏まえて当事者が成長、変化できる。

プログラムの環境

- 当事者の希望、機能レベルを反映した複数の setting を備えている。Setting のネットワーク
- プログラムが、生活、学習、交流、労働の際の本来の環境か、類似した環境に、設定されている。
- プログラムが運営される土壌が、リハビリテーションの考え方に合致している。

組織・活動・実務

機能・成功・満足・参加・環境特性
選択・予後志向・支援・成長可能性

設立目的に盛り込むべき項目 ～リハビリテーションの考え方～

機能 日常生活の機能に焦点をあてる。

- 「プログラムの活動は機能改善を目的とする」。
- ポジティブな行動を形成するために介入する点にある。→ネガティブな行動を抑制するためではない。
- 全ての人の機能を一定のレベルに引き上げる、という考え方をしない。

成功 当事者が、環境が要求することに応える、ということに焦点をあてる。

満足 当事者が自分で選んだ環境で満足し、幸福と感じることに焦点をあてる。

環境特性 生活・学習・交流・就労する環境での、本人の機能改善に焦点をあてる。

- 当事者が自分で選んだ環境では、何が要求されるかを踏まえて、本人を評価する。

選択 当事者が決めた目標に焦点をあてる。

- 当事者は環境を選択する権利がある。→当事者が「環境に置かれる」のではない。

予後志向 リハビリテーションが予後に与える影響を評価することに焦点をあてる。

- 単にサービスを提供するのではなく、観測可能な予後改善を目指す。
- 当事者が自分で選んだ環境で、どれだけ落ち着き、満足できているかを基準とする。

支援 必要とされ、望まれる限り、支援を提供する、ということに焦点をあてる。

- 当事者が助けを必要とする限り、支援を提供する。→依存とは異なる。
- 一つの分野で支援を受けることで、別の分野で機能を向上できることが多い。
Ex) 自宅での支援が増えた人は、職場に遅刻しにくくなる。
- 支援の程度や期間については、当事者の大方が自分なりの考えを持っている。

成長の可能性 当事者の機能や立場の改善に焦点をあてる。

- 単にある機能レベルを維持するのではなく、次のステップへの成長を企図する。
→本人の機能レベルの改善→専門家の継続的介入を減らしていく。

構造

プログラムにおける診断

診断指針

- ・リハビリテーション診断の手順、方法を規定。
- ・診断を誰が行うのか定め、当事者を参加させるための仕事の分担を明示しておく。

診断活動：実際に診断を行う。

診断記録：診断の過程を記載し、当事者が最終選択した事項を明示する。

プログラムを構築する際に必要な要素	
指 針	プログラムの基本方針、手順、援助方法を明示。
活 動	実際にプログラムを運営し、人材間で相互作用が営まれる。
記 録	対象者のリハビリテーションに関する全ての情報を記録。

プログラムにおける計画

計画指針

- ・診断情報を基に優先順位の高い技能・支援を選び、開発計画を立てる、といった手順を規定。
- ・目標ごとに、どのような介入を、いつ、誰が行うのかを特定する。

計画活動：実際に計画を立てる。

- ・計画の際、当事者、近親者が参加できるようにする。関係者と会合。

計画記録

- ・総合目標、優先順位の高い目標、目標ごとの介入、仕事別の責任分担を記入。
- ・当事者、スタッフ、計画立案に参加・賛成した関係者の署名。

計画の責任者、優先順位の設定方法、計画をモニターする責任者、目標設定が難航した際に計画を修正する責任者などを特定。

プログラムにおける介入

介入指針

- ・介入の手順、方法を規定。Ex)「介入はできるだけ総合目標に特定されている環境の中で行う」
- ・介入の際のスタッフ、当事者、近親者の作業分担を決めておく。

介入活動：プログラムを利用して、技能、資源開発を実際に行う。

介入記録：介入の進展状況を記録。

介入した日時、技能教育に用いた練習内容、開発された技能などを記載。

リハビリテーションプログラムの評価

- ・介入の結果が、設立目的と合致しているか。
- ・評価の結果、プログラムの構造やサービスシステムを変更する必要も出てくる。

プログラムの評価

質の管理	<p>プログラムの設立目的</p> <p>機能を改善し、当事者が自分で選んだ環境で、最低限の専門家の介入で落ち着き、満足する。</p>
	<p>プログラムの設立目的に関連する予後の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ●自分で選んだ環境に留まる当事者の割合。 ●自分で選んだ環境に留まる1か月当たりの日数の時系列的比較。 ●自分が選んだ環境に満足している当事者の割合。 ●日常生活で専門家の介入を減らしている当事者の割合。
質の保証	<p>プログラムの構造</p> <p>リハビリテーション診断・計画・介入</p>
	<p>プログラムの構造に関連する予後の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ●当事者が環境を選択している。 ●当事者が何を必要とするかが評価され、自分で選んだ環境に留まる。 ●当事者が環境の中で成功・満足するのに必要なものを提供できるプログラム内容。 ●当事者のニーズや希望を踏まえたプログラム内容。 ●当事者をパートナーと考えるプログラム内容。

環境

Settingのネットワーク

- プログラムが直接コントロールできるネットワーク。
- 生活・学習・交流・就労の setting など。
- 当事者の希望と能力に合致するよう、幅広い setting を設ける必要がある。
→setting を修正するメカニズムも必要。
- ネットワークの一体化
 - ・ある setting を終了するところに培われる機能のレベルと、別の setting に入所するのに必要な機能のレベルをそろえる。

サービスシステム⇔setting ネットワーク

- ※アパートを賃借している住居プログラム
→アパートは setting ネットワークの一部。
- ※事業所を紹介する援助付き雇用プログラム
→就労はサービスシステムの一部。

- ・単にステップだからという理由で、次の setting に移行するのでは無意味。
- ・ある setting で成功した場合、そこに留まることも許容される。

土壌

- 設備に反映されている文化的・組織的信念。
- プログラムの構造そのものには焦点をあてていない活動。
- 実務：一般的な活動。空間演出といったハード面。

スタッフや当事者の誕生日を祝う催し、当事者が楽しめるスポーツ活動、地域教育への取り組みなど。

プログラムの評価

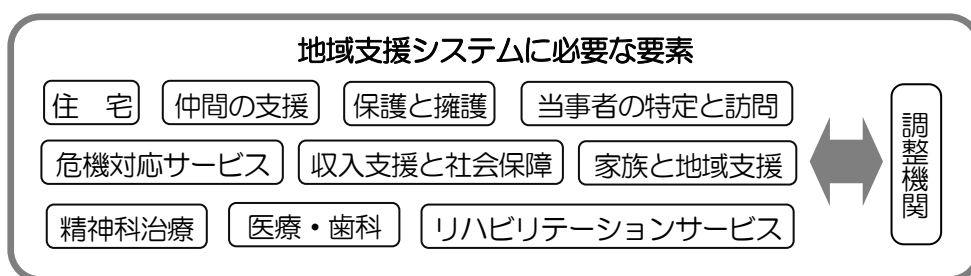
- 人材、プログラム、サービスシステムの各面から、1つ1つの setting を調査する。
 - (1)人材分析：Setting のスタッフの技能、知識、態度を検討。
 - (2)プログラム分析：Setting の設立目的、構造、環境面を検討。
 - (3)システム分析：人材、プログラムが、診断・計画・介入できるような機能をもつかを検討。

サービスシステム

特定の集団のニーズに応えるために組織されたサービスの集合体。プログラム、人材を支援。

地域システム

- 当事者が地域から排除されることなく、自分のニーズを充足し可能性を広げられるよう、思いやりと責任感をもって援助する人たちのネットワーク。



ケースマネージメント

- ・当事者一人一人のニーズや総合目標に合わせて、個別に、効果的なサービスシステムを構築。
- ・サービスの硬直化、細分化、不利用、使用不可能などのサービスシステムの不十分さに対応。

ケースマネージメント活動の6つの要諦

- (1)当事者の特定と訪問
- (2)評価
- (3)サービスの計画
- (4)当事者とサービスとの結びつけ
- (5)モニター
- (6)サービス改善のための権利擁護

サービスシステムの予後の指標

- 当事者の満足度 ●心理社会的機能レベル（生活の安定・社会的自立・役割遂行・就労・社会機能）
 - 当事者の目標の達成率 ●生活の質 ●再入院率 ●社会からの孤立 ●精神症状
- ※調査時期：介入以前前、介入開始前、介入終了後、その後のフォローアップ時。

サービスシステムにおけるリハビリテーション技術とは

- インストラクターが教示できる ●サービス提供者が使える ●管理者がモニターできる
- 研究者が評価できる ●コンサルタントが普及できる ●当事者と家族が観察できる

リハビリテーション技術の例

自助プログラム開発技術、服薬管理技能の教育技術、目標設定技術、技能評価の実施技術、技能教育の技術、当事者をサービスに結びつける技術、ケースマネージメントの実施技術

変化のための技術

- 精神科リハビリテーションが効果的であり続けるには、変化・改善が必要。
→プログラム開発のための知識・技術を導入。人材の教育：知識・態度・技能の教育。

変化のためのプロセス

プログラムの評価 <診 断>

- 対象のプログラムが精神科リハビリテーションを受け入れる体制にあるか、評価。
- 対象のプログラムが精神科リハビリテーションの考え方と合致しているか。
→合致していない場合、変更が可能かどうかを評価。

プログラム変更の提案 <計 画>

- 変更計画を立案。
- 変更のための介入を開始する時期、目標達成の時期を特定。

プログラムの変更 <介 入>

- 変更のための実際の介入。
Ex) 設立目的書の改訂、新しい方針表明書の作成、新しいプログラム構造の立案、
記録保存の方法の改善、スタッフの仕事内容の変更、
新しい生活・学習・社会的交流・就労の創出……