

精神障害者ケアマネジメントの国際比較研究： 効果的な精神障害者ケアマネジメントとは何か？

大阪府立大学人間社会学部 社会福祉学科 精神保健学 教授

三野 善央



【スライド-1】

日本でもこれから広がっていくと思われるケアマネジメントに関しまして、効果的な精神障害者ケアマネジメントを、日本においてどのように進めていけばよいのかということ、イギリス、米国の例を参考にして、一緒に考えていきたいと思っております。

【スライド-2】

最初に、精神障害者のケアマネジメントがどうしても必要なのかということですが、まず第一に、地域で生活する精神障害者、それも重篤な精神障害者がこれからどんどん増えていくだろうということでもあります。現在出されております新障害者プランにおきましても、7万2千人の方たちを精神病院から退院させていこうという目標が出されております。

2番目に、現在厚生労働省で、3年に一度、患者調査というものが行われておりまして、そのデータを見てみましても、地域で生活する精神障害者の数は確実に増加している状況があります。

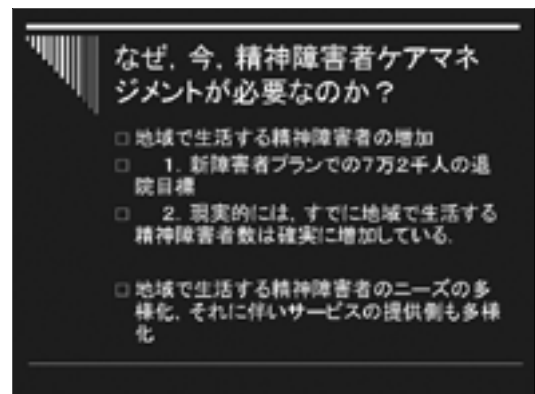
【スライド-3】

日本で精神病床数が国際的に非常に多いというのは皆さんご存知で、国際的にも有名なことなのですけれども、現在33～34万床。33～34万人の方が精神病院に入院していっぱいます。一方、外来の患者さんの数を見ていきますと、1970年あたりから急激に増えていっているという状況があります。急激に増えていったのは、今日の最初のご発表の中の、コモンメンタル

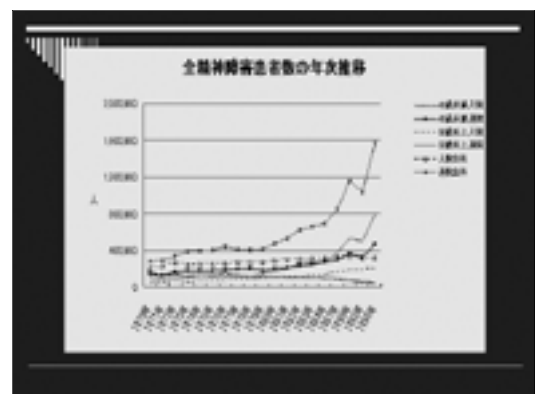
スライド-1



スライド-2



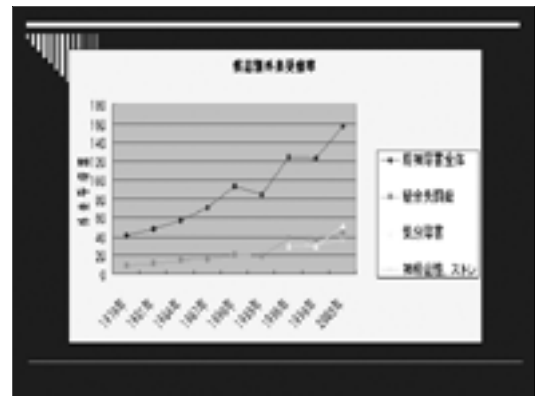
スライド-3



スライド-4



スライド-5



ディスオーダーであるうつ病の患者さんでありますとか、神経症性障害の患者さんたちが外来にたくさん通うようになってきたということも、当然考えられるのですが、

【スライド-4】

統合失調症で見ていきましても、やはり、通院する患者さんはどんどん増えております。ということは、地域で生活する精神障害者の皆さんは確実に増加しております。うつ病も増加しておりますし、神経症性障害の皆さんも増えていっているのですけれども、より重篤と思われる統合失調症におきましても、地域で生活しながら外来に通う患者さんの数がどんどん増えていっている、という状況があります。

【スライド-5】

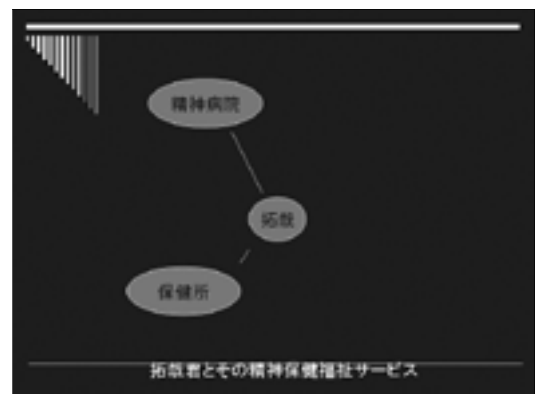
もう一点ケアマネジメントが必要になってくるという理由に関してですけれども、当然そうした、これまでだと精神病院にずっといらしゃった障害を持っている統合失調症の皆さん、あるいは、重症のうつ病、躁うつ病の皆さんが地域で生活するようになりますので、そうした皆さんのニーズが多様化してまいります。それに伴って、まだまだ不十分ではありますけれども、サービスの提供側も多様なサービスを提供するようになってきている。そういった背景がございます。

【スライド-6】

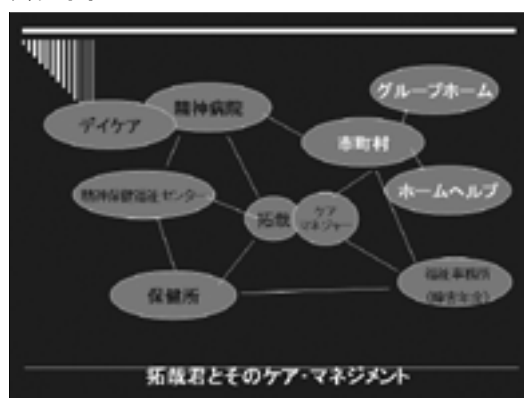
精神障害者のケアマネジメントがどういうものかというのを、言葉で説明するとちょっと長くなりますので、スライドをご覧ください。

例えば私が医者になりました25年以上前のことを考えますと、ここでは拓哉くんにしておりますけれども、外来の拓哉くんは精神病院に通いながら、時々お母さんが保健所に通っていらしゃる、というようなケースをしばしば見受けました。

スライド-6



スライド-7



スライド-8

イングランドでのケアプログラムアプローチ(Care Program Approach, CPA)の歴史

- 1. 二重構造のケアマネジメントの時代
- ソーシャルワーカー中心のケアマネジメント(地域ケア法, 1990)
- 保健領域のCPA
- 2. 統合されたCPA(2000)
- 社会福祉領域と健康領域で分断されていたケアマネジメントは統合された。看護師、OT、ソーシャルワーカーがケアコーディネーターとして、相談、調整サービス、および直接サービスを行うこととなったのである。

【スライド-7】

ところが現在では、当然様々なサービスが、様々な機関で提供されるようになっております。精神病院で、薬物療法あるいは精神療法を受ける、デイケアにも通う。精神保健福祉センターで、様々な専門的なサービスを提供していただく。保健所で家族教室に通う。福祉領域では、市町村が、例えば地域生活支援センターに委託して、ホームヘルプサービスを提供するであるとか、グループホームのサービスを提供する、あるいは障害年金を受給していただく。そういった多くのサービスが提供されるということになっていく。ケアマネジメントが適切に提供されたならば、継続的にこういったサービスが受けることができるようになっていくことになります。

【スライド-8】

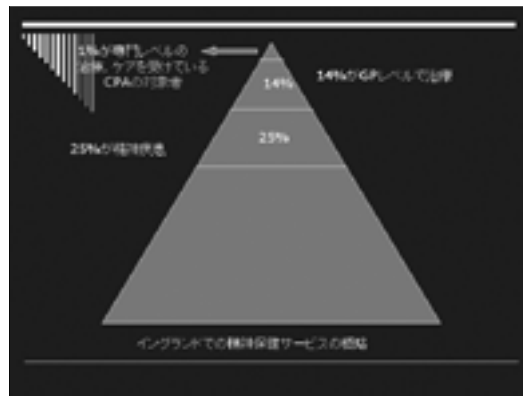
最初にイングランドの例をご紹介しますけれども、イングランドでは、これをケアプログラムアプローチと申しております。歴史的には1990年に、まず、社会福祉領域でソーシャルワーカー中心のケアマネジメントが始まっております。地域ケア法を根拠にしたものです。これについては、疫学的な評価をきちんと行いまして、それほどよい結果が出てこないということでした。また、同時並行的に健康保健領域におきまして、ケアプログラムアプローチというものが始まっております。ですから当初は社会福祉領域と保健領域・健康領域の二本立てのケアマネジメントが行われていったという歴史がございます。

そして、2000年にこれらが統合されます。名前はケアプログラムアプローチということで統一されております。社会福祉領域と健康領域で分断されていたケアマネジメントが統合され、地域におきましては、看護師、OT、ソーシャルワーカーが、ケアコーディネーターとして、——日本で言いますケアマネジャーとして、斡旋、調整サービス、あるいは直接サービスを行うということになっております。

【スライド-9】

プライマリーレベルと専門領域の、精神科サービスをどのようにするのかというお話が、先ほどの第一演者の先生からご提案があったのですが、今のイギリスの疫学研究の結果から見ますと、だいたい人口の25%位が、軽いうつ病なども含めて、なんらかの精神疾患に罹患している。その中の半分くらい、全体の14%位がゼネラル

スライド-9



スライド-10



プラクティショナーのレベルで認識されて、治療が行われている。だいたい全体の1%位がセカンダリーレベル（専門レベル）の治療とか、ケアを受けるということになっています。この1%位の人たちが、ケアプログラムアプローチの対象者ということになります。

【スライド-10】

ちなみに、イングランドの精神病床の数ですけれども、皆さんご存知のように、1954年がピークでしたが、その後どんどん減っていきまして、現在では4万床位です。人口は日本のだいたい半分ですので、単純に考えますと、日本に当てはめると8万床位になっている。日本で33～34万床ということですから、だいたい4分の1位の病床数になっております。

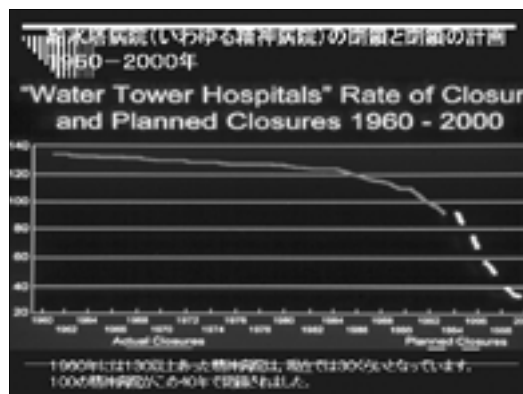
【スライド-11】

精神病院も、日本だとプライベートの病院が多いのですが、イングランドですと、ナショナルヘルスサービスの中で政府が主体的に政策を決定して、精神病院の数が、多いときには140近くあったものの、それがどんどん減って、この40年間で100位の、いわゆる専門の精神病院が閉鎖されていったという歴史がございます。

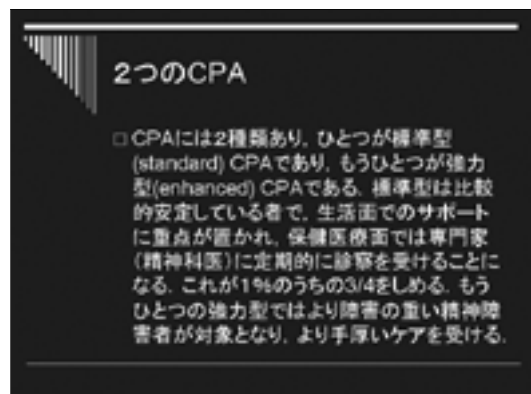
【スライド-12～16】

先ほどのケアプログラムアプローチですが、2つございまして、一つが標準型、もう

スライド-11



スライド-12



スライド-13

サービス・スタンダード(達成されるべき基準)

- スタンダード1: 精神保健プロモーションと脱偏見
- スタンダード2, 3: プライマリケア、サービスの近接性
- スタンダード4, 5: 重症な精神疾患患者への効果的なサービス
- スタンダード6: 介護者(家族など)へのケア
- スタンダード7: 自殺予防

スライド-14

スタンダード4

- すべてのCPAを受けている精神保健サービスユーザーは次のサービスを受用しなければならない。
- 契約を基に成し、危機を予測、予防し、リスクを軽減するためのケアを受ける。
- ケアプランの書式のコピーを受け取る。そのケアプランは、1) 危機状況において利用者、介護者、ケアコーディネーターが取るべき行動が記されており、2) 利用者にとって必要な援助が必要になった場合に、GPがどう対応すべきかというアドバイスがあり、3) ケアコーディネーターによって定期的に評価され、4) 365日、24時間のサービスを受けることができる。

スライド-15

スタンダード5

- 一定期間、家庭を離れてケアを受けるべきだと判定されたサービス利用者は次のサービスを受けなければならない
- 時宜を得た、適切な病院への入院あるいは代替施設への入所。それらは、1) 利用者自身と市民を保護するというニーズを考慮に入れた上で、できるだけ非拘束的な環境であり、2) できるだけ家庭に近いこと
- 提供されるケアとリハビリテーションが準備され、ケアコーディネーターが特定され、危機状況で取るべき行動が決められた上での退院に同意したケアプランの書式のコピーを受け取る。

スライド-16

スタンダード6

- 健康サービス、福祉サービスの提供者が適切な精神障害者の定期的、実質的なケアを提供する介護者(家族)のニーズを評価すること、そしてそのニーズを満たすことを現実なものにすることが目標となる。
- すべてのCPAを受けている障害者の定期的で実質的な介護者は、
- 彼らの提供しているケアのあり方、介護者自身の身体的、精神的健康のニーズに照して、少なくとも年1回の頻度で繰り返しアセスメントを受ける。
- 介護者(家族)自身のためのケアプランを書式化し、家族に送らなければならない。それは家族が参加して評価し、作成されたものでなければならない。

一つが強力型というものです。

標準型というのは、それほど援助が必要ないだろうということで、基本的には、定期的に一人のスペシャリスト、多くの場合は精神科医が診察をして、何かあったときには、強力型のほうに回す、というサービスを提供しているのです。これがその1%のうちの4分の3。強力型の方は、そのうちの4分の1ですけれども、より障害の重い人たちを対象にして、より手厚いケアを提供する、というものになっております。

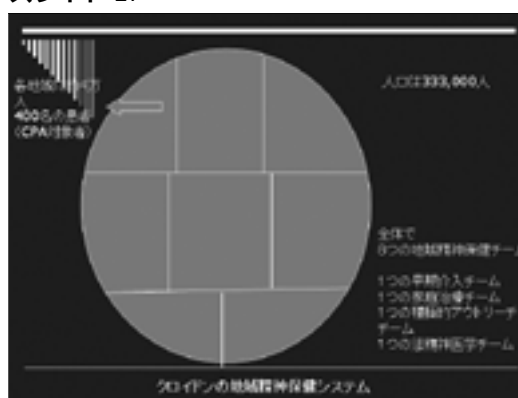
1999年に、精神障害者の皆さんの、サービスを受けるスタンダードというものが発表されております。

7つありますけれども、このうちの4、5、6がケアプログラムアプローチに密接に関わるものです。重要なのは、このスタンダードの6におきまして、そのケアプログラムアプローチの中に家族・介護者に対しての援助をきちんと位置づけていくことが明記されております。これはやはり私どもが今後、精神障害者のケアマネジメントを進めていく上で、重要な部分だろうと思います。

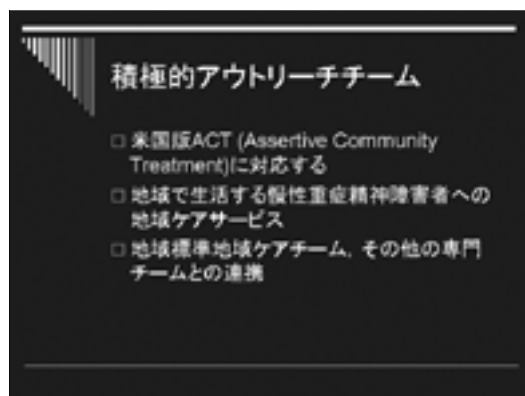
【スライド-17】

具体的にひとつの管轄地域で、どのように行われているのかご紹介いたします。ロンドンの南部のクロイドンという所で、ずっと私は、ここのサービスを見

スライド-17



スライド-18



スライド-19



ています。人口33万人少しで、これを8つの地域に分けまして、各地域だいたい4万人位になります。4万人のうちの1%ですから、だいたい400名がCPAの対象者になりまして、そのうちの4分の1、100人位がエンハンスド、つまり強力なCPAの対象者ということになります。

8つの各地域に、地域精神保健チームがございまして、尚かつ全体に一つずつ、早期介入チーム、家庭治療チーム、積極的アウトリーチチーム、法精神医学チームという専門チームがございまして。

【スライド-18】

このうちの積極的アウトリーチチームがアメリカでのACT (Assertive Community Treatment) に相当するサービスを提供するチームであります。当然のことながら、他の標準的地域ケアチーム、あるいは他の専門チームと連携しながら、ACT活動を行っているという状況になります。

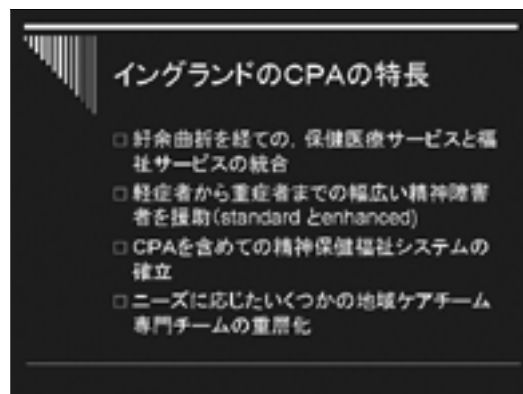
【スライド-19】

全国的に見ますと、濃いグレー以外の所が全部、積極的なアウトリーチチーム、つまりアメリカ版のACTに相当するチームが存在しているということです。全国的にこういったチームが存在している状況になっております。

【スライド-20】

イギリスのCPAの特徴ですが、紆余曲折を経て、保健医療サービスと福祉サービスが統合されて、一体化したケアプログラムアプローチを行うことができたようになった。その中で、重層構造になっておりまして、スタンダードとエンハンスド、つまり標準型と強力型というのを提供している。そして、CPAが精神保健福祉システムの中に、きちんとはめ込まれている。尚かつ、ニーズに応じたいく

スライド-20



つかの地域ケアチーム、専門チームが重層的に構造化されている。この辺が特徴かなと考えております。

【スライド-21】

時間の関係で、アメリカのことはたくさん紹介できないのですが、アメリカでは、特にACTが広く行われておりまして、これに関しては、州ごと都市ごとによってまちまちでございます。

一例だけご紹介いたします。急性の精神病状態の方に、ACTチームの看護師さんが一日2回お薬を届けるのに同行させていただきました。お会いしますと、日本の私のこれまでの臨床経験からしますと、やはりびっくりしたのですけれども、精神科の急性病棟にいらっしゃる方が、農場で働いていらっしゃるのです。一日3時間から5時間、牛の下草というか糞というか、それを変える作業をしている。農場の端っこの方に小屋を提供されて、働いていらっしゃるのです。非常にびっくりいたしました。急性の精神病状態なんですけれども、働いていて、その働くことに関して、農場主の方は「彼は非常にいい働き手だ」と評価をしていらっしゃる。その患者さん自身も、働くことで非常に誇りを持って、生活していらっしゃる。

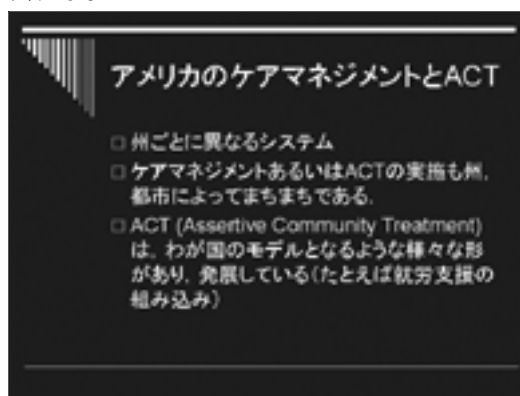
訪問しますと、当然家の中は非常に汚いですし、靴下がちょっと湿ってきたりとか、大変な状況ではあるのですが、何とかそういう方々を支えていこうということが行われております。

【スライド-22】

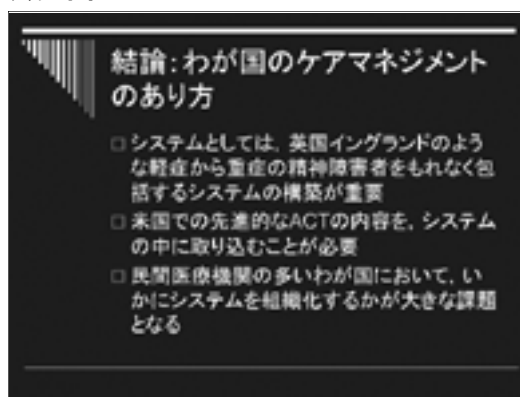
こういったことを、我が国のこれからの精神障害者ケアマネジメントに、どのように持ち込んで行くかということですが、やはり、システムとしては、英国イングランドのような、軽症から重症の精神障害者の皆さんを漏れなく包括するようなシステムの構築が重要だろと考えます。二番目に、アメリカで行われておりますような、先進的なACTの内容をこの中に取り込んでいくというようなことができればよいのではないかと思います。ただ、日本の場合、民間の医療機関、民間の精神病院あるいは診療所が多いといった状況の中で、どのようにシステムを組織化していくか。これが非常に大きな課題になるだろうと思っております。これをこれから、私どもも考えていかなければいけないと思っております。

最後にこの研究に助成をいただきましたファイザーヘルスリサーチ振興財団に感謝申し上げます。どうもありがとうございました。

スライド-21



スライド-22



質疑応答

会場： 地域を含めて精神障害の方をみようという、特に英国の軽症から重症までを含めてという形は非常に参考になるのですが、実際に入院してる患者さんがだいたい1%位とおっしゃっていましたが、そうすると軽症の方々をケアする人たちの教育に関して、精神科医はどのように関わっているのか、その辺のところを教えていただければ。

三野： 特に軽症の方に関しては、先ほどディスカッションがありましたように、プライマリケアレベルでみていこうという考え方になっております。ただ、ゼネラルプラクティショナーのレベルで十分に、例えば、うつ病の皆さんの診断と治療ができているか、あるいは、不安障害の皆さんの診断と治療ができているかということに関しては、やはり何回調査をいたしましても、不十分であるという結論になっております。ですから、GPレベルでの教育は重要なんだというようなことが、ずっとキャンペーンとして行われております。これにはやはり非常に大きな理由がありまして、全体のニーズと言いますか、数を考えますと、軽症も含めた気分障害あるいは神経症性障害の皆さんを専門医のレベルで診るということになると、圧倒的に、専門医のレベルの数が足りなくなってしまうのです。ですからやはり、コモンディジーズのところに関しては、プライマリケアのレベルで診ていただくというのがよろしいのではないかと思います。

会場： それはそうなんですけれども、質問のポイントは、例えばGPはGP同士で教育しているのか、または上のスペシャリストと関わるのか、看護師さんは看護師さんだけで、自分たちのクライテリアを持っているのか。その辺のところをお聞きしたかったのです。

三野： それは、私も全部は存じ上げませんけれども、専門医とGPと一緒にプロジェクトチームを作って、教育をどうするかということをやっているようです。

会場： 私、コーディネーターをやっております、今はアンチエイジングメディスンのことをやっております。今、ケアのことは重要だと思うのですが、日本の社会の中では、例えば精神科とか、そういう所に行こうという気に、まずさせないのです。昔から言う気違いということとか、精神科は行った人は社会的から抹殺するということが、日本の常識の中にどこかあるのです。実は、これは精神病の一種だと思うのですが、錯乱症という人間に2人ほど、過去に会っているのです。周りの人も、私も傷つきました。そして、一人は親族だったし、一人は他人だったのですけれども、結局はみんな離れていくのです。

その本人は、絶対に病気だと認めません。認めないし、行くということ対してすごく抵抗すると思います。こっちも言えません。それに対して、皆さま精神科医は、ただ臨床を見ている、ただ病状を見ているというだけで、社会と全

然一体化していない部分が随分あると思うのです。私の周りにも、実は、ストレスによって精神が病んでいる医者がいます。行けないのです。国立の研究所なのに、そういう所にたくさんいるのです。そういう人たちを救わないといけません。それは皆さんの税金で賄っている。給料だったりするわけです。そうすると非常に、何かどうにもならない埒場に入ったまま抜けられないという現実が、私の目の前に広がっているのです。今のお話を聞いていて、ケアマネジメントとは何なんだろうと、非常にこの答えを探しているのですが、どう考えられるのでしょうか。

三野： 一般的な答えをさせていただきます。一つは、精神疾患に対しての非常に大きな偏見というのがございます。明らかにございます。これに対して、今世界的に、例えば統合失調症に対しての偏見を除去していこう、少なくしていこうというようなキャンペーンが行われておりまして、現実的に様々なプロジェクトで、介入をすれば偏見を少なくしていけますよというようなことが、どんどん明らかになっております。ですからこれを世界的に、日本においても、きちんと行っていくことが、偏見除去の一つの解決の方法になるだろうと思います。

もう一点は、これは非常によいことだろうと思うのですが、ここ10年、15年を考えると、いろいろな芸能人の方でありますとか、社会の要職にいらっしゃった皆さんが、例えば「うつ病でずいぶん苦しんでいたんで、こういう大変な経験をしたけれども、こんなに元気になりましたよ」というような形で、いろいろな場所に出てきてくださっております。このことはやはり、例えば重症のうつ病で悩んでいらっしゃる方の、大きな望みになるだろうと思います。これはどういうことかと言いますと、社会的な偏見がおそらく、少なくなってきた、そうした悩みを持っている人たちも社会に対して、それを表明できるというふうに変ってきているのだろうと思います。ただ中に、ご経験になられましたように、どうにもならない状態でいらっしゃる方がいるだろうというのは、確かだと思います。しかしながら、私は実感として、そういった人たちは減ってきておるだろうし、偏見というものは明らかに少なくなってきたと実感しております。