

内 容

* イギリスにおけるリカバリー研修ツアーの報告(2)

○ イギリスの精神保健(2)

精神保健センター・リカバリープロジェクト上級政策アドバイザー

ジェフ・シェパード先生

* イギリスにおけるリカバリー研修の報告(2)

○ イギリスの精神保健(2)

精神保健センターリカバリーPG 上級政策アドバイザー

ジェフ・シェパード先生

これからは専門的な精神保健サービスについてお話ししたいと思います。

過去の精神保健サービスは精神科病院という事を意味していました。ただ 1950 年以降は精神科病院から出て行くという動きが出てきて、地域に根差した地域(コミュニティ)サービスにシフトしていきました。

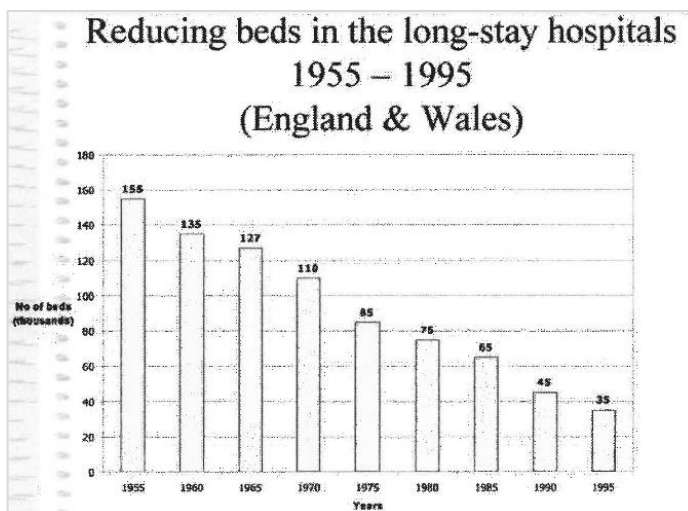
精神科病院の病床数で見ていくと 1955 年 15 万 5000 床から 1995 年には 3 万 5000 床まで減っております。そして更に 10 年後 2005 年のデータでは 5000 床以下になっております。

フルボーン精神病院で起きた事例というのは典型的な事例で、同じことが全国で起きています。フルボーンには 1955 年の段階で 1500 床ありました。しかし長期滞在病棟は 1 つで 40-50 床程度でした。

このような変革がなぜ起きたのかについてお話ししたいと思います。先ず財源の問題が有

ります。予算を病院に全て渡すのではなく、患者さん一人ひとりに対して予算を付けるようになりました。すると個別の予算を持った患者さんは、何処か独立セクターの運営する住居型サービスに移ることが可能になります。更に患者さんに付いていた職員も同時に転職する場合もありました。職員は患者さんの状況を良く知っているので、患者さんが安心を得られると共に職員の新たな職場を得る事ができるので、良い状況だったと思います。病院を縮小したり閉鎖したりする場合、最も問題なのは職員の処遇なのです。ですから病院を閉鎖しても、貴方は今後も重要な仕事を持ち続けられますという事が保証されるわけです。

職員は長年患者さんを知っているので、良くお世話できることと信頼関係が出来ていることになります。これは一般的には良いことと言えます。そして家族についても、患者が移動するという事は重要なことなの



で、家族がそれを受け入れるという事についても職員たちは努力しました。家族の方は、患者は今まで病院の中に居たので安心でしたが、社会に出るという事で心配するわけですので、職員の活動が重要だったのです。そしてこれは家族に留まらず、患者が移っていく先の隣人にも必要でした。それはスティグマや偏見のためです。

今度引っ越してくる人は「精神病患者なのだ」と言って偏見を持つことに文句を言ってもダメなのです。文句を認めて、「それに何とか理解してもらおう様に対処していく」という事が大切なのです。

近隣住民に理解してもらおうやり方ですが、先ず精神障がい者に不安を持っている訳ですから、十分に情報を与えるということが有ります。更に大切なことが有ります。それは患者さんとその家族に会ってもらおうことです。スティグマと偏見というのは繋がっていますし、それで「精神障がい者は怖いものだ」という幻想を持つことになるわけです。そのためにリアルな現実の患者さんを見てもらうことが重要で、最も効果が有ります。



ウインザー病棟

この様な視点で家族というのは非常に大切なのです。近隣住民に会ってもらおう時、例えばお母さんが来て「私の息子は 10 年間病院に居て、今度地域に出て来られるようになった。どうかその機会を与えてください。」と訴えること、「貴方たちも息子さんいるでしょう。」と訴えきることがとても重要で、近隣住民の理解に繋がります。

この様な形で病院から地域へのシフトは進めたわけです。そしてこのプロセスはかなりうまく進みました。

「タップス」という研究論文が有ります。この論文は病院から地域に移った患者さんと病院に残った患者さんを 5 年後に比較したものです。先ず症状に関してですが、両者に大きな違いは有りません。しかしこれはあまり驚く事ではありません。患者は重度の精神障害を持ち長い間治療を受けてきたので、地域に出ても同じような治療を続けているのであれば、症状に差が無いという事は十分に予測が付くことです。次は社会的な機能に関してですが、これは大きく違ってきます。その社会的機能というのは、自分の世話をする、買い物に行くなどです。地域に移動した患者が、非常に大きく社会的機能を改善したという報告になっています。そして最高に、そして最大に違うところは、本人の幸福度・満足度です。

何故そのように幸福度や満足度が上がったのでしょうか？

何故かという、例えば月曜日の夜 9 時に台所に行って美味しいお茶を自分で淹れられる。だから幸せなのです。病院ではそれは出来ません。この様な小さなことが、自由や選択というものを拡大して幸福度に繋がっています。地域に移動したからと言って自殺が増えたという事は有りませんし、犯罪も増えておりません。費用の面で言いますと地域での生活の方が僅かですが掛からなくなっています。但し、最も重度の患者さんたちの経費は病院の場合と同じようになっています。しかし重度の患者さんは 10% 未満ですから、90% 以上の方の経費は病院に比べ地域の方が減少しております。



ジョージマッケンジーハウス

以上のように地域に移動した 90% 以上の方は、社会的機能が向上し、幸福度が上がり、自殺も特に増えていませんし犯罪も増えず、コスト効果が有ったという事になります。

これ迄のところは良いお話です。

これからは地域に移動してからの残念なお話です。

残念なことに移動した先の地域サービスが十分ではなかったのです。病院に入院しなくても済むような十分なサービスが有りませんでした。それから本人にとっても他者にとってもリスクがある様な人、そしてサ

ービスと関わりたくない、サービスを受けたくないという様な難しい人たちを、どの様にしたらサービスを受けてもらえるか、という方法が確立されておりました。これは 1980 年代のお話です。病院に来ることを防ぐサービスが有りませんでしたので、若い患者さんたちがドンドン病院に来ました。そしてこの時代は薬物を摂取する若者が増え、この若者たちの多くが病院を訪れていました。この若者たちは薬物障害と精神障害の二重の障害を抱えて病院に来ていたのです。この時代の精神保健サービスは良い時代ではありませんでした。

1980 年代は薬物の問題が浮上してきました。地域に移動し地域サービスを受けている患者さんが、薬物を摂取し薬物依存になってしまうという可能性も出てきたのです。ですから過去には無かった薬物が現れたことによって、精神障害と薬物依存という問題が起き、複雑な問題を抱える患者さんが増えてきたということが有ります。

この様に地域サービスは良くないし患者さんはより難しくなってきたことで、保健担当大臣が「地域ケアは失敗した」と表明する事態となりました。

1980 年代におけるこの結論は正しかったと思います。

地域ケアサービスはどの様なものが必要か、という事を真剣に考え直す必要が有りました。

そこで 1999 年に全国の枠組みとして、ザ・ナショナル・サービス・フレームワーク (NSF) というものが出来ました。以前の施策で、精神病院を縮小するという事では成功しましたが、良い地域ケアサービスを作るという事では失敗したという経験のもとで作られた新しい枠組みが NSF という事です。

それでは NSF について説明していきたいと思います。

1999 年に発表されました。これは労働党政権の新しい取り組みによって制定されたものです。繰り返しますが地域サービスが上手く機能していないことに対する対応策です。色々な研究により、地域サービスはこの様な機能を持たなくては行けないという報告がされております。その機能というのは地域における特別なチームの存在です。それには 3 つのタイプが有ります。

1 つは入院になりそうな方たちをアセスメントするチームです。そしてその方たちに入院にならないように治療 (医療的な治療も含め) を行っていくことです。そのため毎日治療を行う様な集中した取り組みです。これにより本当に入院を防げるかどうかという事で行っていきます。時々入院の決定は患者の症状では無く、介護者のニーズに基づいて決定されることが有りました。この様な事から入院のアセスメントは家庭で家族のいるところで行うことが重要です。同じような症状の患者さんでも、ある家族は薬を使いデイプログラムを使って、家において地域で暮らさせたいと言うこともあります。別の家族は、とてもこれ以上介護できないから病院に入院させて欲しいという場合もあります。入院という事は、患者さんのニーズによる場合と家族などのニーズによる場合が有ることはお伝えしておきたいと思います。

次はアサーティブ・アウトリーチ (積極的訪問) チームです。精神保健サービスに全く触れていなかった孤立し



スプリングバンクハウス

Outcomes of spending on the NSF targets

- There has been a clear shift in relative patterns of spending from hospital (37%) to community (63%). 25 years ago 80% of the total MH expenditure was on hospital care
- In 2009, 832,000 adults used secondary mental health services, but only 76,000 (9%) were admitted to hospital

(和訳) NSF 目標に対する支出の結果

□支出の相対テクパターンは、病院 (37%) からコミュニティ (63%) へと明らかにシフトしています。25 年前、MH 支出総額の 80% は病院での治療に費やされておりました。

□2009 年には、832,000 人の成人が 2 次精神保健サービスを利用しましたが、入院したのは僅か 76,000 人 (9%) でした。

た患者さんたちが対象となります。勿論孤立した状態でも本人が十分に自立しているのであればそれで良いのですが、自分や他人に対して危険になるということであれば、放置するわけにはいきません。ですからこの積極的訪問チームが活動するのは、今までサービスが困難だった患者さんという事になります。

3番目のチームは**早期介入チーム**です。このチームは15歳から35歳の若い方が対象で、その若い方が初めて発病しているのではないかと考えられる場合が対象となります。若い方は何が悪いのかという判断が難しい場合が有ります。若い方は色々なことに悩み、自己確立している時期ですので判断が難しいのです。薬物を摂取している若者も沢山おりますので、この若者の精神状態に何が起きているのかを把握するのがとても難しいのです。ですからこのチームが対象とする患者は、精神保健に関する大きな問題を抱えていて発病したと判断できた若者になります。そしてポイントとなるのは早期介入という事です。早期介入することで、症状が対処されない期間を極力短くし、極力早く症状に対処することを目標としております。色々の研究によると、治療を受けていない期間が長ければ長いほど回復が難しくなると言われています。早期介入チームは非常に社会に向けたサービスという事になります。若い方で精神的に重要な問題を抱えているという方は、健康的な問題だけではなく社会的問題を抱えている場合が多くあります。それは友達や親との関係や、教育の問題などがありますので社会的問題も重要になってくるのです。

NSFの言っている専門家チームというのは、危機解決のためアセスメントするチームと積極的訪問チームと早期介入チームの3つという事になります。

それから重要な事として、利用者や介護者の方がサービスについて監視していくということが盛り込まれました。それから職員や医師や看護師の方たちの待遇改善がされるという事も書かれました。普通掲げられたポリシーというのは上手くいかないものですが、NSFに限ってポリシーは凄く上手く行きました。最初の5年間で約500のチームが設けられました。168の新しいアセスメントチーム、263の積極訪問チーム、50の早期介入チームです。イングランド全体で2010年までに700の新しいチームが出来ました。ですからこのような活動はケンブリッジだけではなく国全体に広がったのです。しかしスコットランドやウェールズ、北アイルランドでは出来ていません。イングランドだけで起きている状況です。



シェパード先生

<つづく>



－編集後記－

2024年のRPJ Newsは、新年号恒例である新年のご挨拶で新しい年の幕開けをしました。2月号、3月号は前年からの連載で研修報告としてヴィレッジセミナーを振り返りました。この研修報告は全12回となりました。4月号から9月号まで6回にわたり情報共有セミナーの開催報告として、尾道のぞみ会の橋本さん、エスポアール出雲クリニックの形部さん、株式会社つがるねっとの貴田岡さん、寺町クリニックの太田先生から各地の実践報告をいただきました。新しい大変貴重な情報をご提供いただきありがとうございました。10月号では2011年に実現した視察研修セミナーのイギリスにおけるリカバリー研修ツアーの報告としてイギリスの精神保健についてジェフ・シェパード先生にいただいたお話をご紹介します。

今年も協会に関わる皆様のご協力を得て数多くの貴重な情報をお伝えする事ができました。心より感謝申し上げます。(m.shiida)

特定非営利活動法人 精神保健福祉交流促進協会