

# 世界の精神保健から何を学ぶか？



メンタルヘルス診療所

しっぽふぁーれ

伊藤順一郎

**支援環境の違いが、精神障害の  
予後に影響を与える**

**アメリカ バーモント州とメイン州での  
重い精神障害(主として統合失調症)  
をもつ人々の  
長期予後比較調査**

MJ Desistro, CM Harding, et al.  
British Journal of Psychiatry 167,  
1995

## 2つの州の比較

- バーモント州で、前向きな追跡調査が269人の患者に対して実施。(Harding et al 1987)
- 基本属性を統制した患者群をメイン州の州立病院の入院記録から作成。性、年齢、診断、入院期間などで統制した269例の対象グループを構成した。
  - 平均1918年～1919年生まれ
  - 1961年1月の時点で、平均89～90か月入院している
  - 男性が125名(46%)、
  - 190名(71%)がDSM-IIにおいて統合失調症
- 高い評定者間信頼度を獲得した調査者により、面接調査、診療録の調査が実施。面接調査は本人のほか、近親者、友人、支援者等に対しても実施。
- 予後調査の結果は回帰分析により検討された。

# 平均32年の長期予後

- 面接調査が出来たのはバーモント州の180名、メイン州の119名。
- 生存率に関する両州間の有意差なし。
- **社会的機能を反映するGAS (global assessment scale) とCAS (community adjustment scale) について**
  - 死亡例と生存例の間に有意差はなし
  - バーモントの患者は、メイン州の患者に比して有意に良好
- バーモント州の患者はメイン州の患者よりも3年早く退院することが出来ていた。
- バーモント州の患者(n=180)は、メイン州の患者(n=119)に比べてより生産的で、症状が少なく、地域社会により適応し、社会的機能もよかった。 認知的機能に関しては州による有意差はなし。

## 平均32年の長期予後(2)

- バーモント州
  - **55%の患者が、社会的な機能不全がないか、わずかであり、多くの症状は寛解し、人との密接な関係性が保たれ、雇用されているか何らかの生産的な仕事につき、自立した生活を送っていた。**
  - GASによる機能評価では、68%の患者が61以上と「大変よい」機能を有していた

# 平均32年の長期予後(3)

## 縦断的観察

- 1960年～1975年の間、メイン州の患者はバーモント州の患者に比して有意に入院生活を送っている時間の比率が高かった(50% vs 13%)
- 1960年～1975年の間、バーモント州の患者のほうが、多くの者が**常勤雇用**をされていた。(30.9% vs 12.7%)
- 1960年～1978年の間、バーモント州の患者のなかで福祉的社会資源を利用していない者の割合はメイン州の患者よりも多かった(43% vs 13%)
- 1960年～1970年の間、**職業リハビリテーション**を利用しているものの割合は、バーモント州の患者のほうが多かった。

**2つの州で何が違うのか？**



# バーモント州

- 1955 年から、リハビリテーションの施策と脱施設化の施策。
- 一般の住居、賄いつき住居、中間施設などの住居プログラムを整備、地域で暮らすことを第一とした
- 継続的で包括的なケアをチームで展開。とりわけ、医療と職業リハビリテーションを統合し、地域社会の中で働く機会を拡大する。
- 支援・被支援の関係性のなか、患者の**自助努力**が増し、患者・スタッフ両者の将来への期待が高まり、「患者役割」に患者自身が縛られないようになった。
- ケースマネジメントの技法を支援で活用した。

# メイン州

- 1971年以前は、「伝統的なケア」中心
  - 抗精神病薬による薬物療法、
  - 病院のソーシャルワーカーによる「アフターケア」
  - 職業リハビリテーションとの連携はほとんどない
  - 中間施設などの、地域における住居プログラムの開始も1971年から

**地域におけるリハビリテーションと精神医療が統合され、患者が市民として暮らすことが、よい予後を生み出す**

**参照枠となる概念**  
**「病院の世紀の理論」より**  
(猪飼周平、2010)

一般医療で起きていることが  
精神医療でも起きている

# 病院の世紀の終焉 (猪飼周平、2010)

- 「病院の世紀」= 所有原理によるシステム形成
  - 開業医が病床を供給することで、人々の医療に対するアクセスが可能になった。(民間病院)
  - 感染症治療の成功⇒人々の医療サービスへの需要の高まり⇒入院医療需要の増大
  - 資本コストを安上がりにすることで、病院経営は有利な経営形態であった。

# 病院の世紀の終焉(2) (猪飼周平、2010)

- 医療システムの目的が**治療から別の何かに移るための要件の発生**
  - 治療に依拠した医療システムの有効性に**限界!**があることが社会的に認知される←**疾病構造の生活習慣病中心化、人口の高齢化…「人は一度かかると完治しない病いや障害を抱えながら長生きする」**
  - 治療よりも優れた医療システムにとっての**目的**の存在=**良好な生活の質(QOL)**が社会的に認知される←**障害者パラダイムの発展…「人はいかなる身体・精神上的の困難に直面していようとも、健やかな生活を送る権利がある」**
- 高齢者医療を中心にこのような変化が現実
- **精神医療では、「入院で治す」から「地域の中で病を抱えながら暮らす」へ**

## 病院の世紀の終焉(3) (猪飼周平、2010)

- 『**治療から生活の質の増進へ**』の**要求の変化**
- 「健康概念」の転換⇒「生活の質」の確保⇒「治療医学」のみでは対応困難に。
- 「**保健サービス**」の相対的な役割の高まり
  - 「予防」についての重要性の高まり・・・「自助」への関心
- 予防、治療、生活支援を総合的に行うことで健康を達成しようとするシステム＝**包括ケアシステム**への期待＝**精神医療では、「市民としての暮らし」を可能にする包括的な支援**

## 病院の世紀の終焉（4）（猪飼周平、2010）

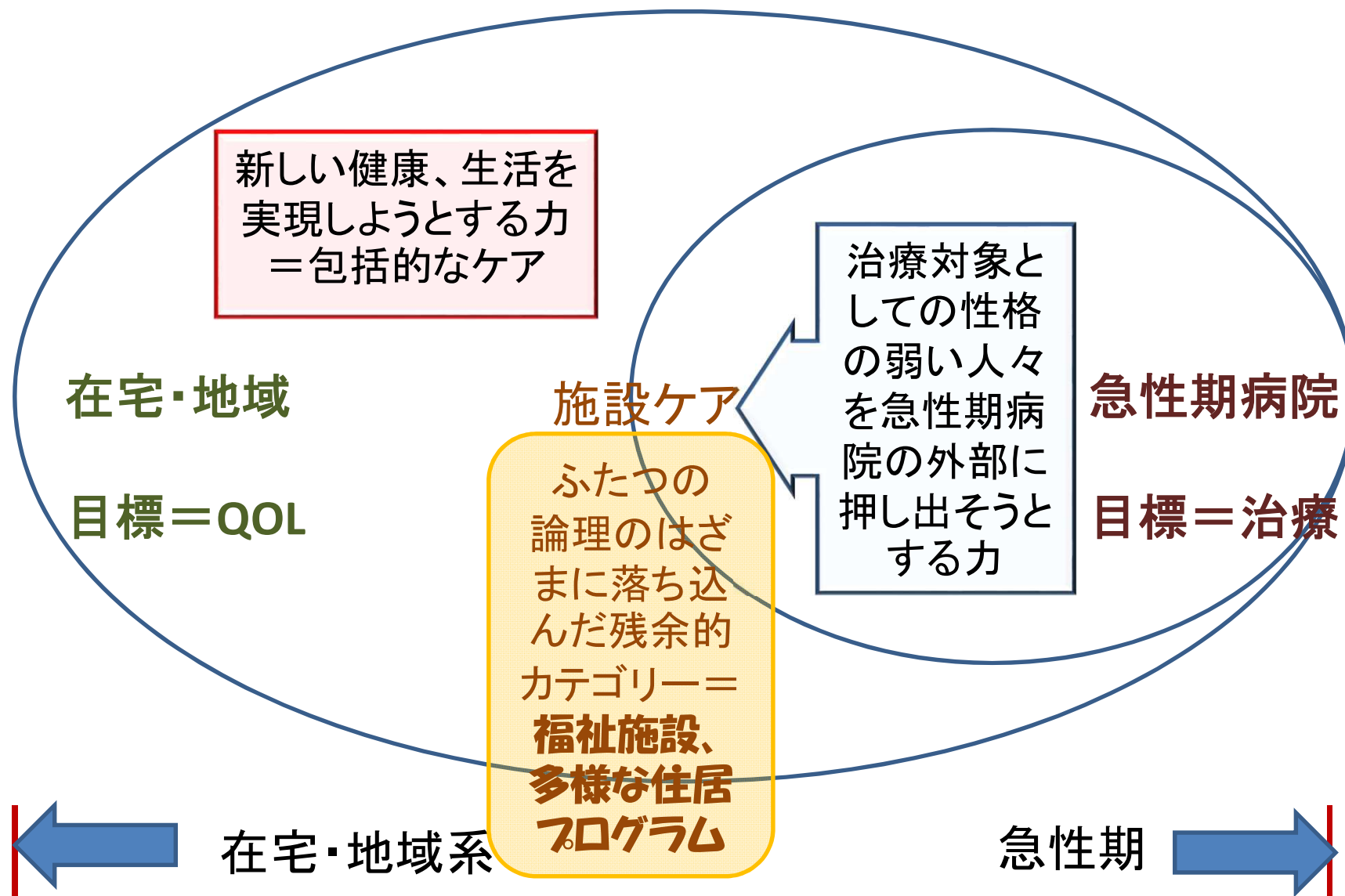
- **包括ケアシステム**が形成されるために従来の医療システム領域に起きうる変化
- 健康を支える諸活動の場が、**生活の場**に引き寄せられる。⇒「個別のケア」⇒在宅ケア、アウトリーチサービス
- **社会的資源とのつながり**のなかで医療が展開⇒ケアマネジメント
- 担い手が、医師を中心とする階層システムから、**多職種、地域住民間のネットワーク**へ移行⇔サービスが地域社会全体を面的にカバーする必要。多くの支援者の関与を前提。

## 病院の世紀の終焉(5) (猪飼周平、2010)

- 包括ケアシステムにおけるもうひとつの論理
- 治療医学の進歩⇒濃厚な治療・管理の必要な重症患者のみ入院⇒病院の「急性期病院化」⇒慢性期患者、障害者、高齢者を急性期病院の外へ押し出す⇒在宅ケア
- 残余的カテゴリーとしての「施設」=解決すべき課題として残る(=住居プログラム、福祉施設の多様化の必要性)

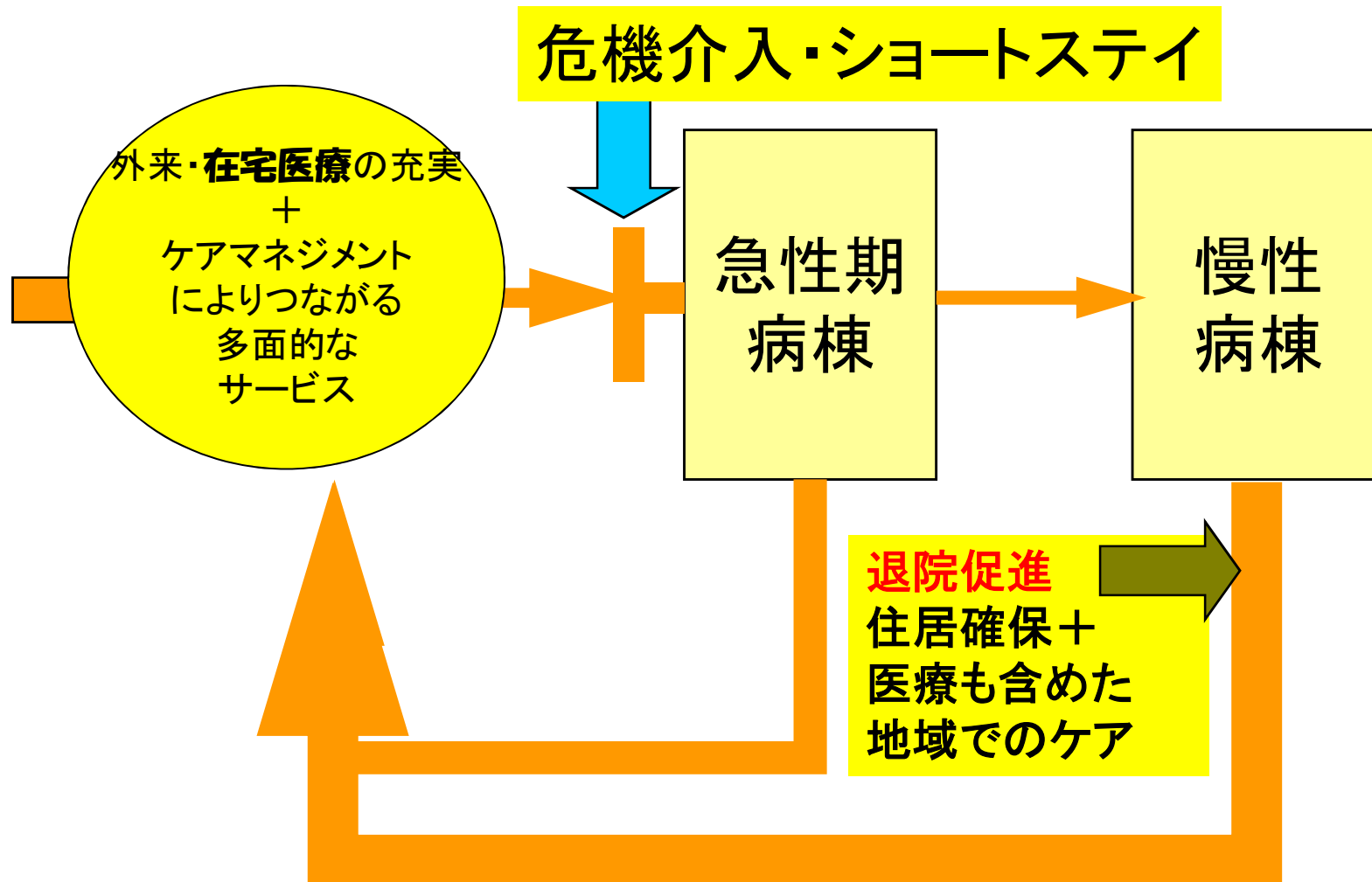


# 包括ケアにおける二つの目標（(猪飼、2010)を一部改編）



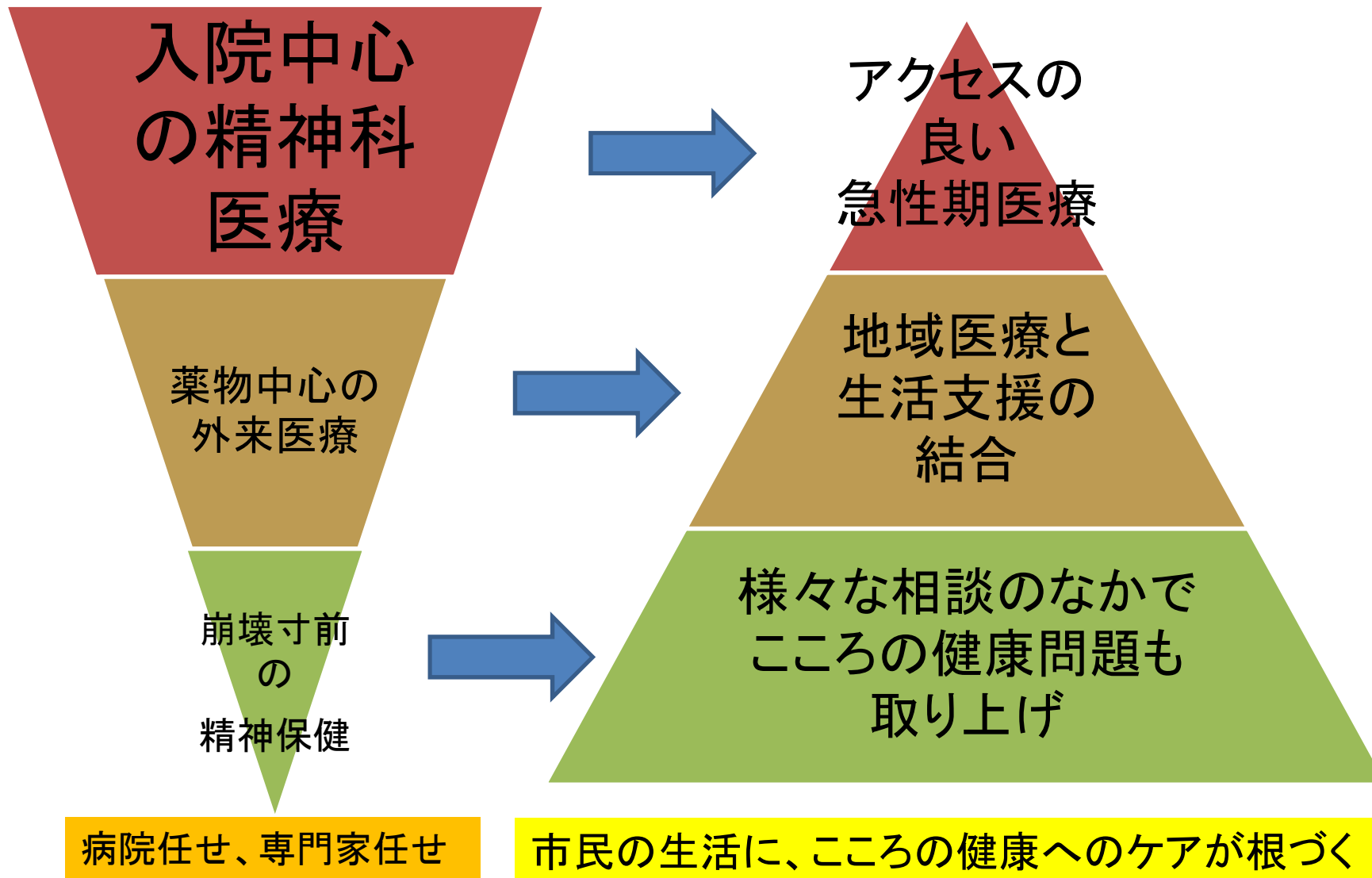
# 脱施設化の基本的戦略

(Hadley,2003を改変)



# こころの健康環境整備に向けて

(大野裕 2012 を一部改変)





ひとつの参照枠

イタリア・トリエステの  
地域精神保健センター

**CENTRI DI SSALUTE MENTALE**



地域精神保健センター：街中に普通の建物としてある

# 精神保健局の使命

- 精神保健局は、精神障害を持つ人々に関する、あらゆる種類の偏見、差別、排斥が撤廃されるよう機能する。
- 精神保健局は精神障害を持つ人々が市民としての権利をすべて行使できるよう積極的に改善に努める。
- 精神保健局は、地域精神保健サービスの一貫した独特な組織形態をもち、高齢者等の他サービスと強力に連携している。特に他の病気の部門とも協力関係を保ち、地域の公共機関との関係も強化する。

# 精神保健局の地域実践の原則

- 地域社会の精神保健に公衆衛生的視点の責任者として**責任**をもつ
- 市民の求めには能動的にかかわり、機動的・積極的なケアを展開する
- **クライシスは地域の中で対応する**（急性期入院治療を行わない）
- 社会的ケアと臨床的ケアと資源が統合されている
- 多職種の創造的**チームワークによるアプローチ**

# 責任 / 説明義務

- 精神保健局は、キャッチメントエリアの精神医学的な病的状態に関してすべての責任を担う
- 予防、急性期ケア、リハビリテーションの3つのつながりを途切れなくする
- 地域精神保健センターは、チームの共同・連帯責任に基づく活動をする。
- 小規模な管轄区域は、ほとんどのスタッフが最も複雑なケースについても直接的な情報を得ることを可能にする。



# 今日のトリエステ精神保健サービス(人口236,393人)

## 施設:

- **4つの精神保健センター**(各々6~8床のベッドをもち、24時間オープン)と大学のクリニック
- **総合病院の精神科小ユニット** 6床の緊急用ベッドをもつ
- **リハビリテーションと居住サポート**(合計35人分のベッドのある5つのグループホーム(スタッフ配置は様々). トレーニングプログラムと作業場のある**デイケア・センター**)

## 協力者:

- 精神保健局と連携する**社会生活協同組合**15か所.
- 家族・当事者会, クラブ、リカバリーホーム.

## スタッフ: 214 名

精神科医 23名, 心理療法士 7名, 看護師 111名,  
心理社会的リハビリテーションワーカー 10名,  
ソーシャルワーカー 8名, ほかに支援職27名,  
管理事務担当者 12名.



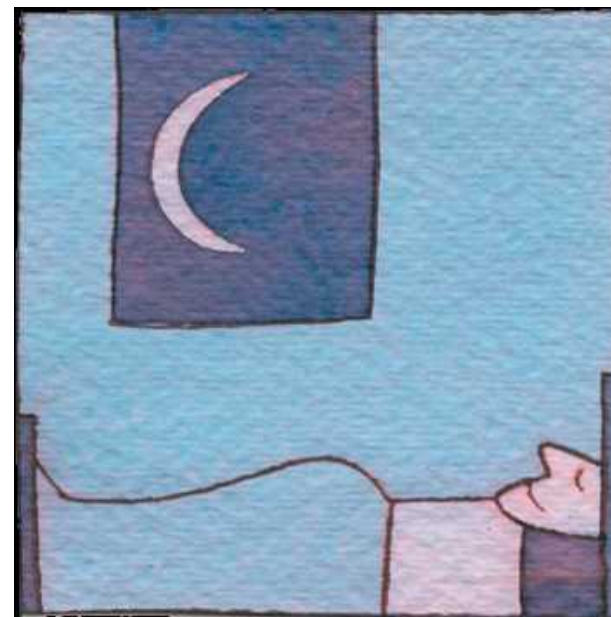
# “精神科のベッド”はどこに？

1971年には:県立マニコモオ(精神病院)  
に**1.200床**  
段階的縮小で**1980年に完全廃止**

2015年:

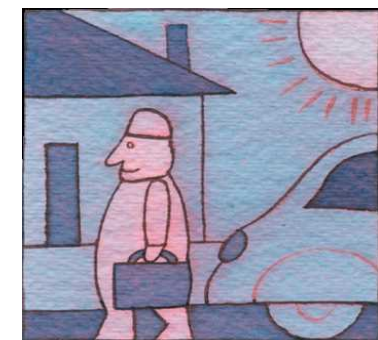
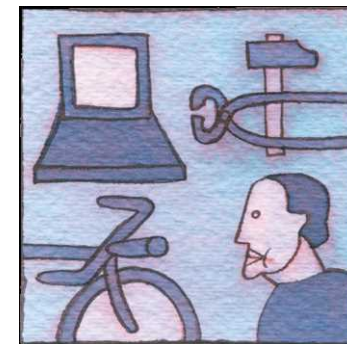
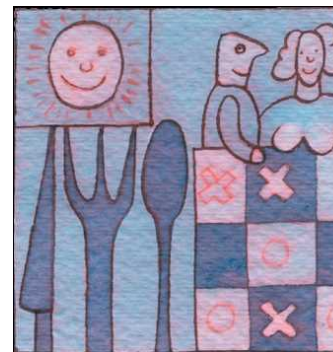
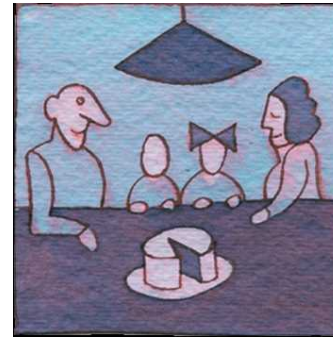
精神病院とは異なる性格のベッド**67床**

- **26床: 地域のクライシス用ベッド**  
24時間いつでも利用可能 精神保健センターに設置 (11床 / 人口10万対)
- **35床: グループホームのベッド** (14床 / 人口10万対)
- **6床: 総合病院に急性期治療用ベッド** (2.5床 / 人口10万対)



# いくつかの成果

- 2014年,**強制治療**は 19名のみ (6.5人/ 人口10万人あたり), これはイタリアで最も少ない(国平均: 19人/10万人あたり); うち2/3 は地域精神保健センターで24時間以内の実施
- 病棟内も含めあらゆる場所で**ドアに鍵をかけない, 拘束しない, 電気ショックもしない**
- 精神科の利用者で**ホームレスはゼロ**
- **社会生活協同組合で 年に 200名が実習し雇用のチャンスを得る。うち10%が実際に就職**
- 社会生活協同組合では400名の障害者を雇用。うち**30%は精神障害**の人々
- 個別のリハビリテーション142件に “保健予算”が
- 自殺予防プログラムは、過去15年間に**40%自殺率**を下げた(平均値)



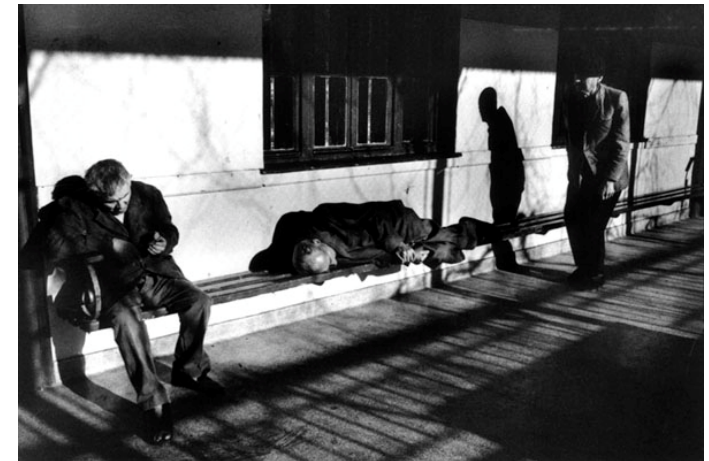
# どのくらいの費用がかかるか？

1971年:

- 精神科病院 50億リラ  
(今日的には:4000万ユーロ)

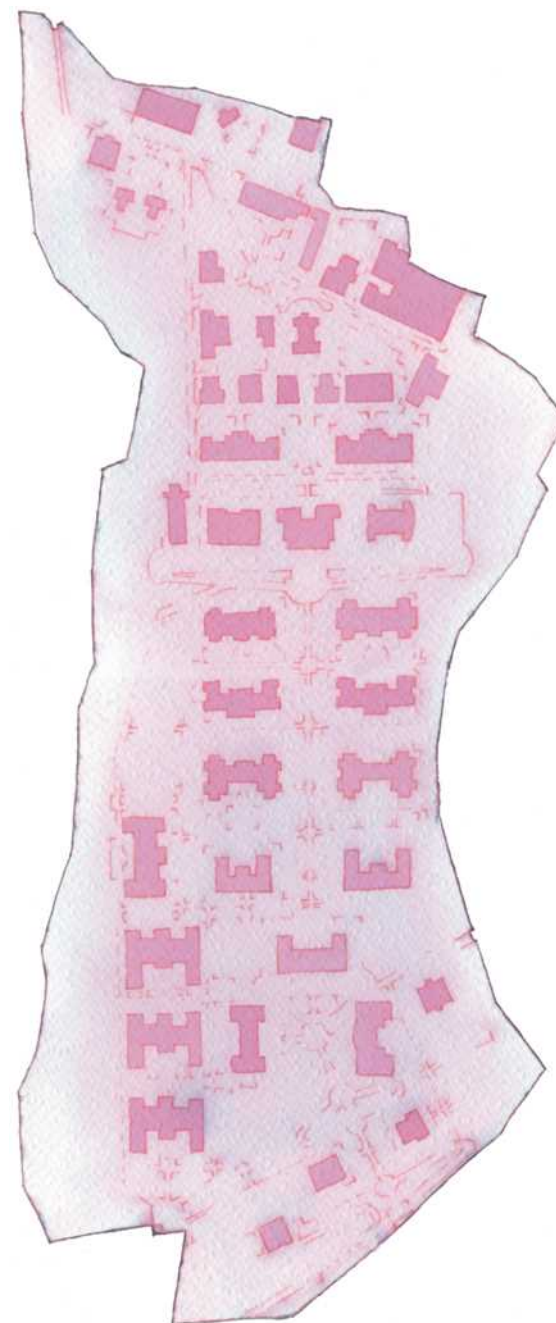
2014年:

- 精神保健局のネットワーク  
**1700万ユーロ**
- 71.83 ユーロ/ 一人当たり
- 94% が地域でのサービスに,  
6% が病院の急性期ベッドに



# 2014年： 精神保健局の支出

	2014	%
スタッフ人件費	€ 9.920.000	59%
薬剤費	€ 424.055	3%
一般経費	€ 2.371.984	14%
社会的経費 (LR 72/80)	€ 736.874	4%
個人のニーズに合わせた 個人への出費	€ 3.476.939	21%
<b>精神保健局 総経費</b>	<b>€ 16.929.852</b>	<b>100%</b>

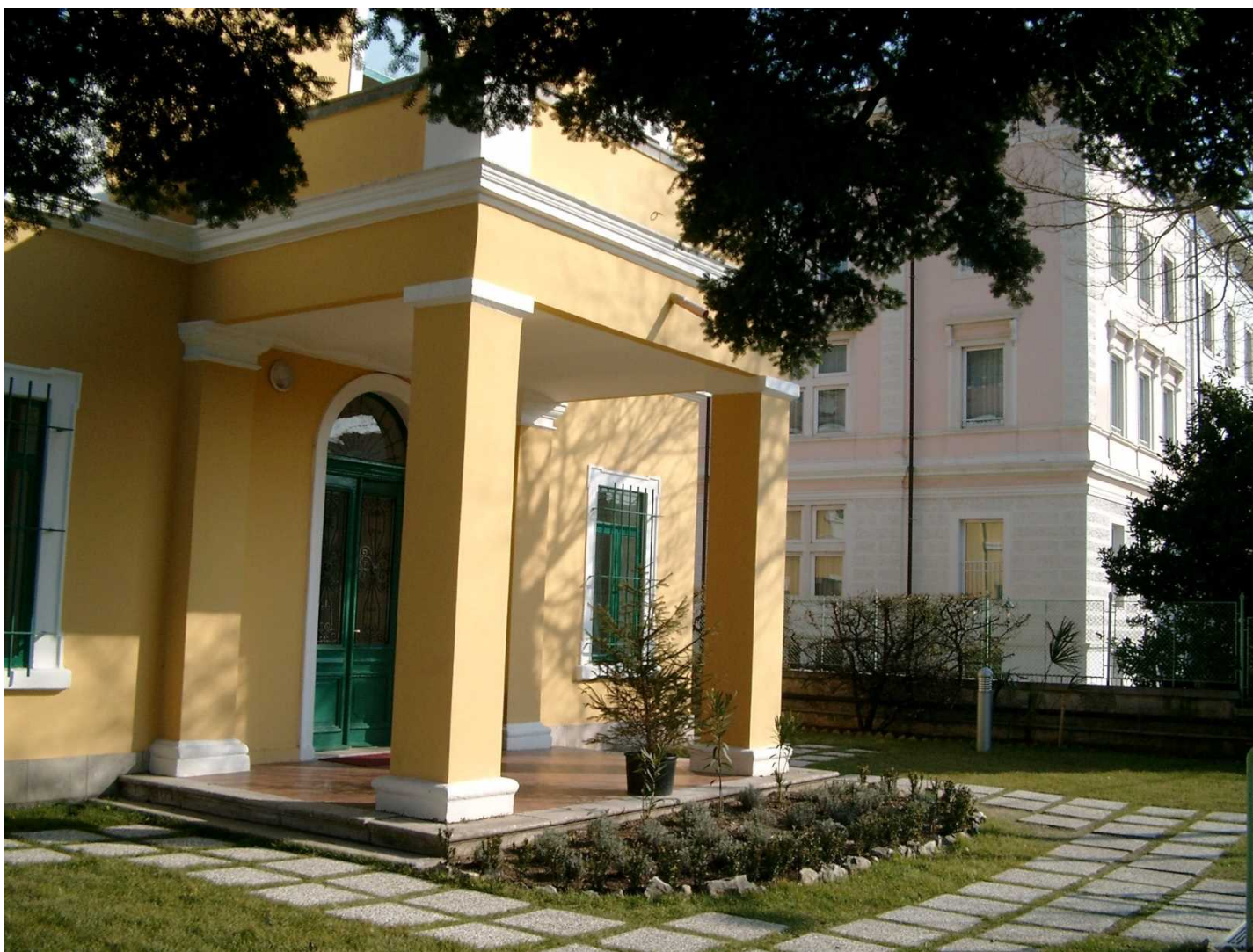


# サービスの価値観

## *A value based service*

サービスの焦点は以下の点に置かれている。

- その人を支援することであり、疾患を治すことではない
- サービス利用者を、権利をもつ一般市民として尊重する
- 社会的役割とネットワークを維持する
- リカバリーと社会的共生をはぐくむ
- サービスの利用者にとって重要な日常のニーズに対応する
- 地域社会の意識を変える





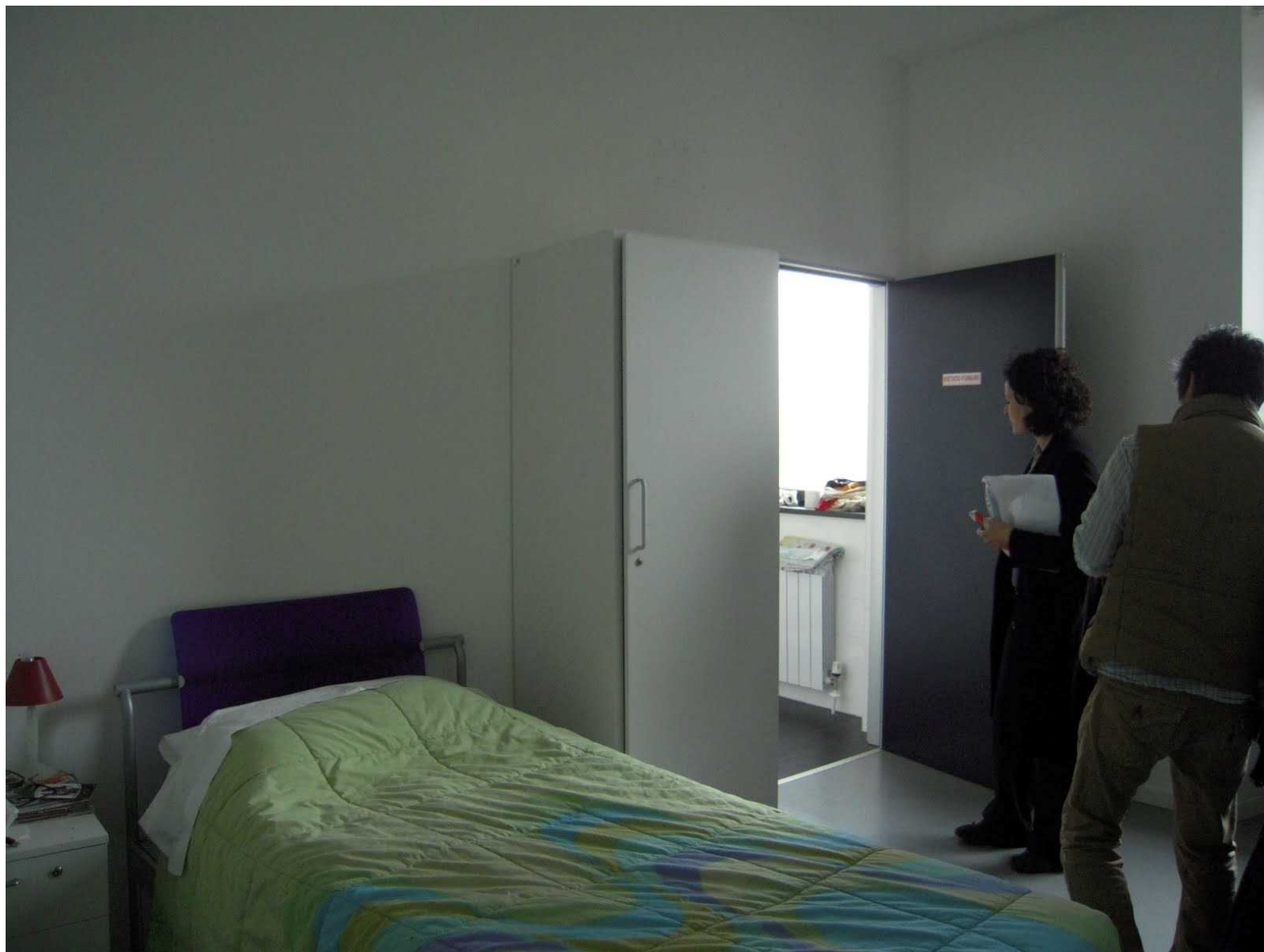
地域精神保健センター





地域精神保健センター





センターのベッド

# 地域精神保健センターのスタッフ (リハビリテーション・ワーカー)

- 「私たちスタッフは、圏域の6万人の、すべての人の精神健康の相談や治療にあたっている。小さなことにも対応しているし、深刻な問題にも対応している。」
- 「私たちは生活に密着した、敷居の低いサービスを心がけている。」
- 「柔軟であること、それが私たちの支援の大切なあり方だ。サービスは個別になされなくてはならない。ルールはあるけれど、その運用は柔軟にされている。適用範囲ではないからといって断ることはしないのだ」
- 「地域精神保健センターの環境は、訪れた人が気楽に立ち寄れ、気持ちよく過ごせるようにつくってある。」

# 地域精神保健センターで仕事をしている、 若い女性の精神科医

「私の仕事は、360度見回して、何をすべきかを定めること、センターのコーディネートをしていくことだ。」

「個々の利用者を診ることだけが私の仕事ではない。週に2日は地域の中に出て行って、どんなことがおきているのか情報を収集している。」

「たとえば会社の倒産などが起きていれば、生活が苦しく落ち込んでいる人がこれからセンターを訪れてくるかとか予測したり、他のサービス機関の人と対応を相談したりする。」

「スタッフと新しいプログラムにどんなものが良いかを考えたり、他のサービス機関とのミーティングに出席したり、そういう、ネットワークのなかで活動することが精神科医の仕事として大切なことだと思っている」

## 精神障害を持つ人々や家族を支える サービスモデルの歴史(山崎、2013)

1. 医療対象ではない、加持祈祷の時代(19世紀以前)
2. 監護と治安に重点を置いた時代(19～20世紀前半)
3. 入院施設収容の時代(20世紀後半)
4. 脱施設化と、リハビリテーション・福祉の対象の時代(20世紀末)
- 5. 地域精神保健医療の時代(21世紀以降)**