

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 (第8回)

議 事 次 第

1. 日時 平成20年8月21日(木) 15:00~17:30
2. 場所 航空会館 大ホール(7F)
東京都港区新橋1-18-1
3. 議事
 - 有識者からのヒアリング

【配付資料】

- 議事次第
- 座席表
- 構成員名簿

資料1 佐藤参考人提出資料

(「今後の精神保健医療福祉のあり方について」)

資料2 岡崎参考人提出資料

(「英国の精神保健改革のエッセンス、わが国における精神保健医療改革への示唆」)

資料3 西田参考人提出資料

(「今後の精神保健医療福祉における精神保健普及啓発及び早期介入の意義」)

資料4 伊藤参考人提出資料

(「ACT(包括型地域生活支援プログラム)のわが国における有用性について」)

佐藤参考人提出資料

(第8回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会、東京、2008)

今後の精神保健医療福祉のあり方 について

東北大学 名誉教授
東北福祉大学大学院 教授

佐藤光源

精神保健医療の改革ビジョン

－ 入院医療中心から地域生活支援中心へ

1. 国民意識の変革(普及啓発)
2. 精神医療体系の再編(精神医療改革)
3. 地域生活支援体系の再編
(地域生活支援の見直し)
4. 精神保健医療福祉施策の基盤強化

2

改革ビジョン前期の評価

精神障害者が外来で増加(1.6倍)、入院は横ばい

入院患者: 統合失調症(平均56才) が61%、認知症が16%. 43%が65才以上.

精神障害者が明らかに増加 (精神保健医療福祉対策は?)

入院患者の高齢化・統合失調症中心の地域移行を推進

認知症患者への入院医療のあり方を検討

年間新規入院の入退院が年々増加(約2万人以上). 全退院患者の87%が1年未満で退院.

入院期間の短期化が進んでいる(再入院率は?)

入院期間1年以内の退院は毎年5万人弱で推移. 長期入院患者の動態に変化はない.

長期入院に変化はみられていない

3

“受け入れ条件が整えば”退院可能な患者

- 該当患者数: 6.9万人(H14) < 7.6万人(H17, 23%) < 34% (H19)
該当患者は、減少しないまま推移している
- 患者調査(H17)
入院期間とはあまり関連しない
(1年未満 33%, 1~5年 30%, 5~10年 14%, 10年以上 24%)
年齢(55才)と関連、統合失調症が60%、認知症が18%
- 病床調査(H19) 居住先・支援が整えば退院可能な患者
現在の精神状態でも可能; 16% (全体の 5%)
精神症状の改善が見込まれるので可能; 73% (25%)
患者・家族関係は、発症(入院)・再発(再入院)にも関連し、その改善は心理社会療法の主要目標の一つ。「受け入れ条件が整えば」という前提条件は、患者の特性や状態像を分析し、精緻化する必要がある。

4

精神保健医療の改革ビジョン

－ 入院医療中心から地域生活支援中心へ

1. 国民意識の変革
2. 精神医療体系の再編
3. 地域生活支援体系の再編
4. 精神保健医療福祉施策の基盤強化



前期5年で長期入院や“社会的”入院には目立った変化はみられていない

5

論点① 基本的考え方

障害者施策における三障害一元化
(障害者自立支援法、2005)



精神障害の特性を踏まえた施策の立案・
見直しが必要

6

精神障害の特性

身体障害・知的障害

病状がほぼ固定

(医療 ⇒ 福祉)

精神障害

病状が不安定

(再発・再入院の反復、難治性病像が存在)

(医療 ⇔ 福祉)

7

二つの“精神障害”の融合

保健医療施策：精神疾患(disorder)の患者

[精神保健福祉法]

福祉施策：「障害」のため、長期にわたり日常生活
や社会生活に相当の制限を受ける者

(三障害:知的、身体、精神障害に適用)

[障害者基本法・自立支援法]

8

精神障害者の希望

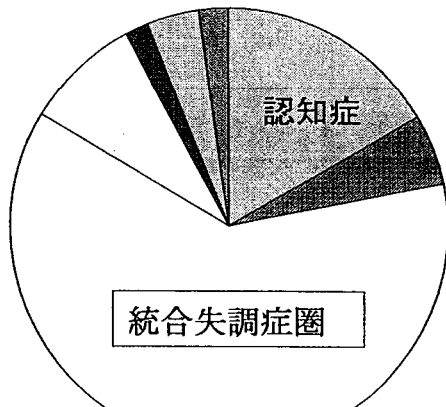
・ 病気と上手に付き合う	626(名)
・ 交友・対人関係を広げる	496
・ 就労・就職	458
・ 趣味の充実	398
・ 差別・偏見の解消	341
・ 自立・独立	311
・ 結婚	262
・ 就学・資格取得	217
・ その他	60

(仙台市, n=1,006, 複数回答, 2008)

9

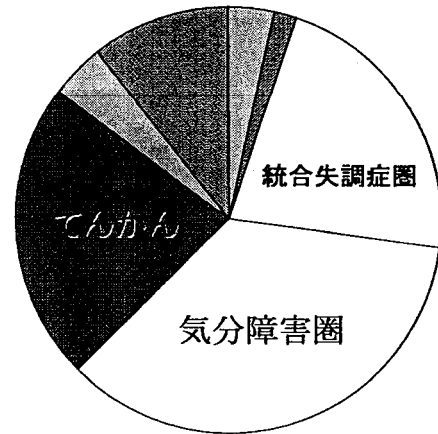
入院医療中心から地域生活支援中心へ

入院患者(疾患別)



19.7万人(平均56才)を中心に
地域移行を考える

通院患者(疾患別)

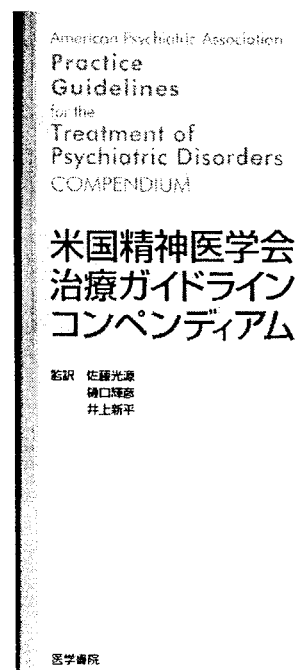
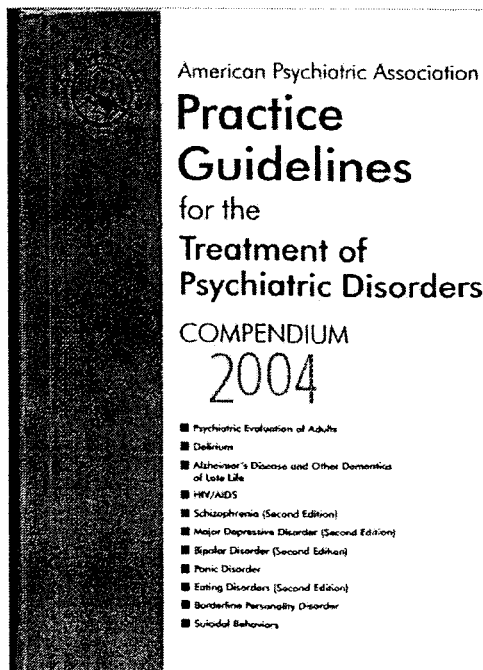


(患者調査、2005)

10

病状の不安定

—転帰、難治例と再入院の現況—



精神医学的評議法
Psychiatric Evaluation of Adults
せんぼん
せんぼん
アルツハイマー病と
他の後発性認知症
Alzheimer's Disease and
Other Dementias of Late Life
HIV/AIDS
統合失調症
Schizophrenia
うつ病性障害
Major Depressive Disorder
双極性障害
Bipolar Disorder
パニック障害
Panic Disorder
摂食障害
Eating Disorders
境界性パーソナリティ障害
Borderline Personality Disorder
自殺行動の特性と精神医学的ケア
Suicidal Behaviors

11

転帰

- | | |
|------------|-----------------------|
| 10 ~ 15(%) | 完全回復、再発なし |
| 70 ~ 80 | 再発・寛解をくり返しながら、臨床的には悪化 |
| 10 ~ 15 | 重篤な精神病状態が続く |

地域・家族の保護と患者の安全・保護のために長期入院が必要な一群が存在(*clozapine*前:10~20%)

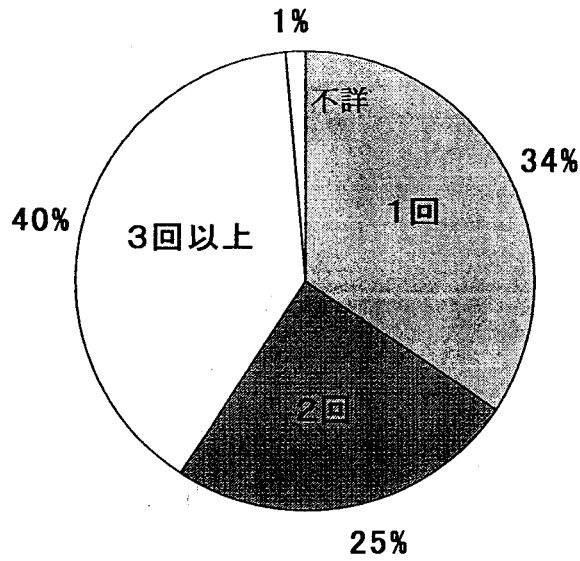
(APA 治療ガイドライン, 2004)
12

病相期対応の医療のあり方

- | | |
|--|---|
| 発病前期 | ★ アットリスク精神状態(ARMS)への早期介入
(学校精神保健・医療・福祉の充実) |
| 前駆期(2~5年) | ★ 早期精神病への早期介入 |
| 精神病期 | ★ 精神病未治療期間(DUP)の短縮 |
| 急性期
回復期
安定期
(6~18ヶ月) | ★ 重症難治例の救済 |
| ★ 臨界期(5年、約80%が再発)医療の見直し
★ 再発・再入院の予防 | |

(APA 治療ガイドライン, 2004)13

再入院



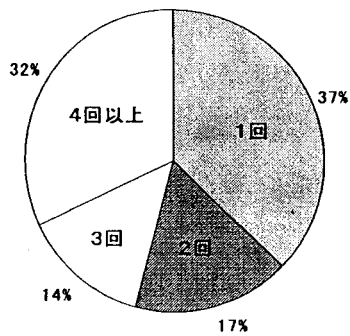
(受療行動調査、全国、1999)₁₄

再入院

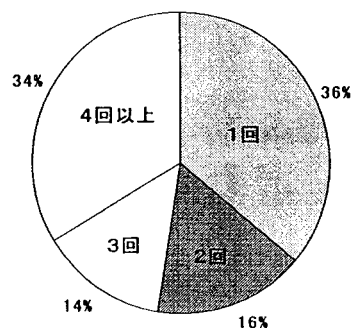
再入院率 63.3%、4回以上の頻回入院 32.7%

(宮城県、n=2,723、2003)

男性



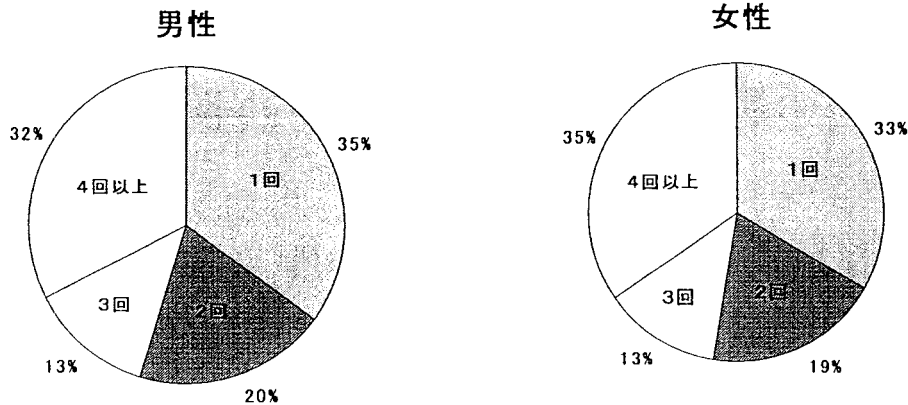
女性



再入院の現状

再入院率 65.8 %、4回以上の頻回入院 33.6%

(宮城県、n=2,723、2008)



16

再発の現状

1. 完全寛解後の服薬中断; 75% (2年間)

(Kane, 1987)

2. 初発エピソード寛解後の服薬中断で

5年間に 1回以上 83%

2回以上 78%

3. 非服薬群; 服薬群の5倍

(Robinson, 1999)

17

難治例(治療抵抗性)の救済

- 10～30%の患者が抗精神病薬にほとんど無反応、さらに30%が不完全な反応しか示さない。
- これらの患者には、残遺症状が持続する。
- 医療観察法に準じた精神医療福祉システムの検討が必要

(APA 治療ガイドライン, 2004)

18

論点① まとめ

精神障害者の特性と施策のあり方

1. 統合失調症の多くは再発をくり返し、一部は重症の難治例である。約65%が再入院し、約3割が頻回入院という現状がある。
2. 再入院の予防、臨界期医療の見直し、難治例の医療を大幅に見直すことによって長期予後を改善し、障害を軽減すべきである。
3. 再入院・重症難治患者の現況を正確に把握し、障害予防と難治例の救済に向けた精神保健福祉対策が必要がある。

19

②基本的な考え方

早期介入による“障害”の軽減

“現代の薬物療法と心理社会療法の進歩により、初発の統合失調症患者のほぼ半数に完全かつ長期的な回復を期待できる”

(The World Health Report 2001, WHO, 2002)

早期介入と臨界期医療の重要性

初回エピソードの70%以上は低用量の抗精神病薬に反応して3~4ヶ月以内に完全寛解し、その83%は1年後も安定している

(APA治療ガイドライン, 2004)

20

初回エピソードの治療転帰

完全回復（2年以上）	13.7%
5年（臨界期）後の症状寛解	47.2%
社会的機能の未回復	74.5%

(Robinson DG, 2004)

発病後 5~10年でほぼ疾患水準と機能水準はプラトーに達する。

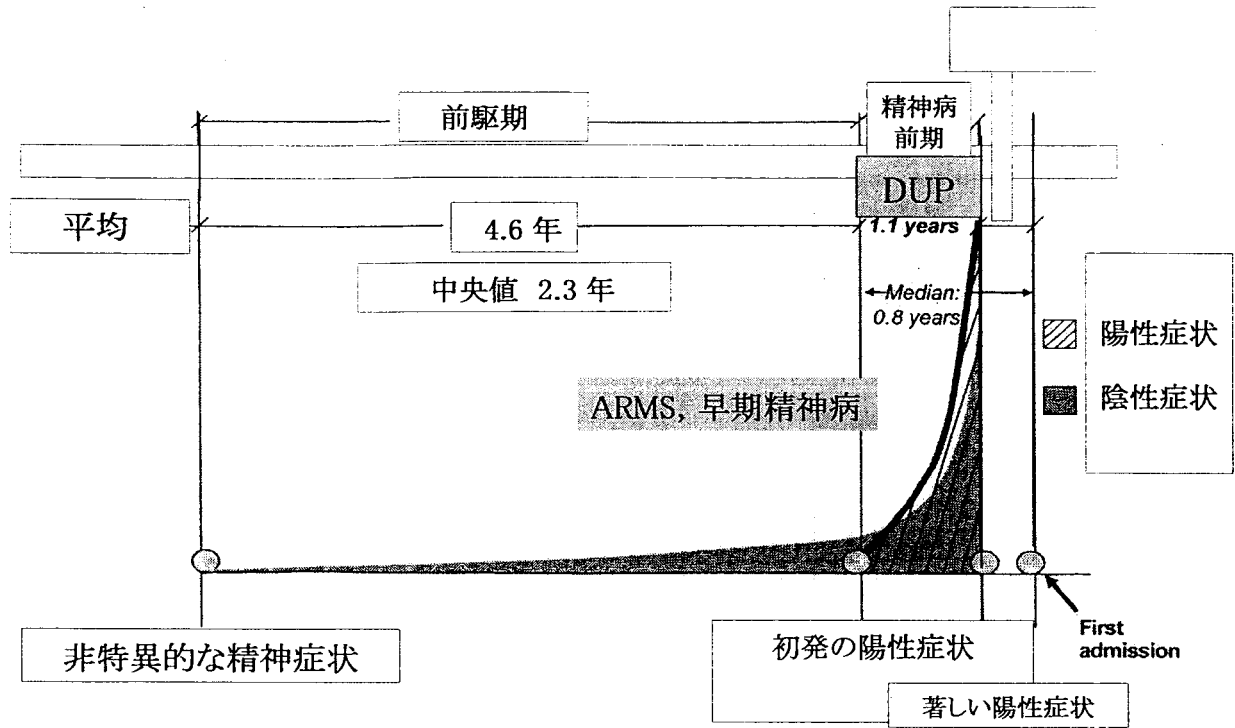
(APA治療ガイドライン, 2004)

完全回復の基準

- ①症状の寛解、②適切な社会・職業機能（年齢相応の役割機能や日常生活が指導なしに遂行でき、社会的交流ができる）

21

発病前の経過



(Haefner et al. 1998)

DUPと初回入院期間・1年後の処方量

	初回入院期間 (日)	1年後の処方量 (CP mg/日)
DUP ≥ 5月	121.1 ± 129.2	770.5 ± 856.5
DUP < 5月	40.7 ± 21.3	226.1 ± 222.0

($p=0.080$)

($p=0.018$)

(水野雅文、2008)

早期介入サービス(EPPIC)

	EPPIC前	EPPIC後
DUP	237	191 (日)
入院日数(1年間)	79.5	41.0
1年後 服薬量	306	122 (mg/日)
陰性症状(SANS)	27.8	18.8
QOL	68.8	84.7
平均コスト (1年, Austr\$/人)	24,074	16,964 (-30%)

EPPIC:メルボルンの早期精神病センターで地域ケアを中心とした早期発見・介入サービス

24

まとめ②

早期介入による“障害”の軽減

- ・ 早期介入による障害予防
 - ARMSへ早期介入
 - 未治療精神病期間(DUP)を短縮
- ・ 初発精神病～臨界期の医療の改善

③普及啓発の基本的方向

- ・ 障害者の自尊心の回復
- ・ 障害者の社会参加、自立支援



正しい知識・態度の普及啓発

26

学校教育

~1963

精神分裂病、そううつ病、てんかんは遺伝性疾患で、優生保護法による対策が必要

1975~1978

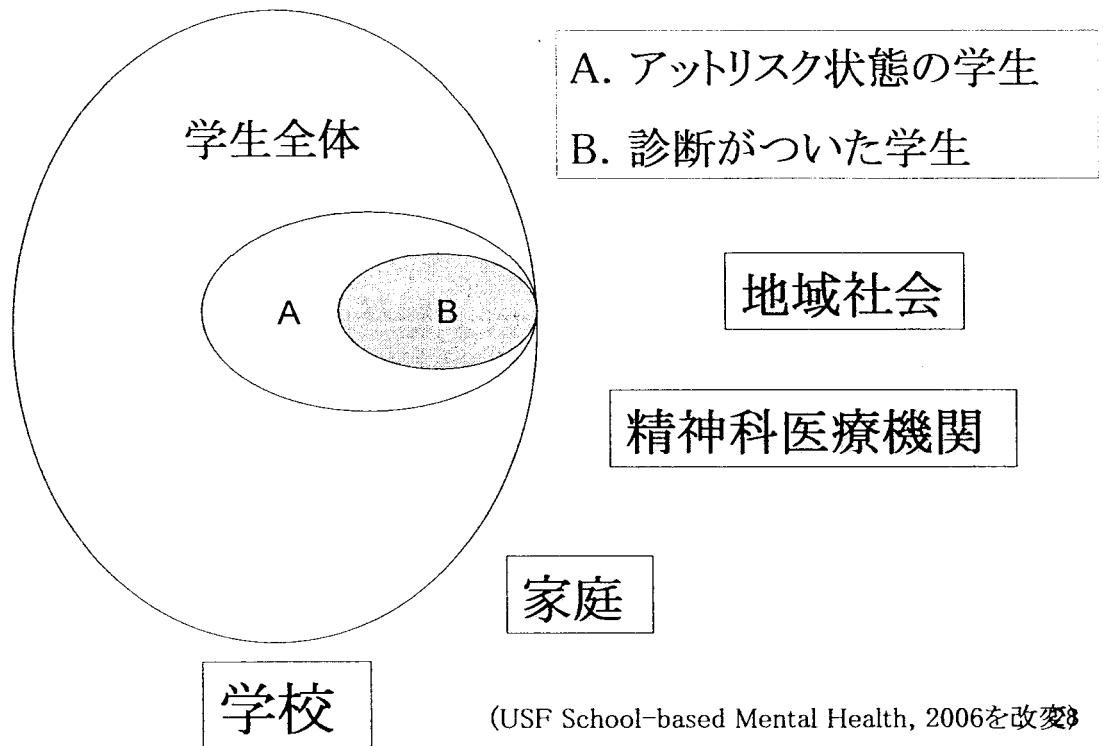
“回復可能な病気で、早期発見と早期治療が大切”、“偏見が社会復帰を妨げている”と記載されはじめた。

1978~

学習指導要領により、精神障害は教科書から削除。そのまま今日に至る。

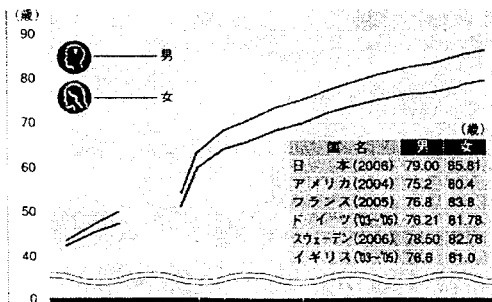
27

学校精神保健と地域精神保健・福祉

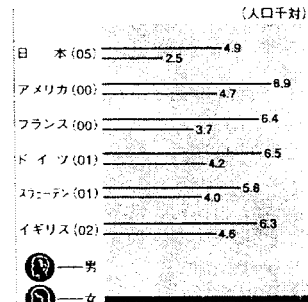


文部科学省検定済教科書 高等学校保健体育用

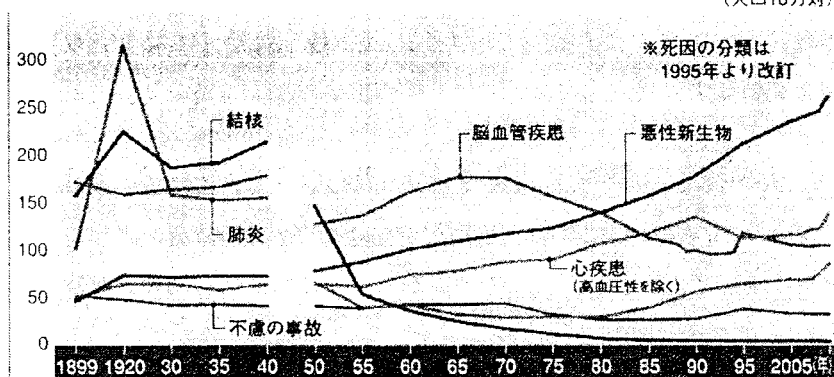
図表1 わか国の平均寿命の年次推移と国際比較



図表2 年齢調整死亡率の国際比較



図表3 おもな死因別にみた死亡率の推移



各国の啓発活動

カナダ	学校、精神保健専門職、地域代表、メディア
スペイン	“Working from inside out”
豪州	学校、精神保健専門職、メディア
ドイツ	フォーカスグループ、表彰事業
イタリー	学校、メディア、企業、(教会が協力)
ギルシャ	学校、家族、精神保健専門職
アメリカ	雇用者、医療従事者、警察、メディア
イギリス	学校、警察、精神保健専門職
ポーランド	学校、雇用者、教会
エジプト	学校、医学生、医療従事者、当事者・家族、メディア
日本	病名変更、表彰事業、精神保健福祉専門職

(日本を含む二十数カ国が世界精神医学会グローバルプログラムに加盟して活動)

30

健康寿命を失う年数の長い疾患

(YLDs, 15-44才)

1. うつ病	2. アルコール関連障害
3. 統合失調症	4. 鉄欠乏性貧血
5. 双極性障害	6. 聴覚障害(成人発症)
7. HIV/AIDS	8. 慢性閉塞性肺疾患
9. 骨関節炎	10. 交通事故
11. パニック障害	16. 薬物関連障害
19. 強迫性障害	

まとめ③

正しい知識の普及啓発

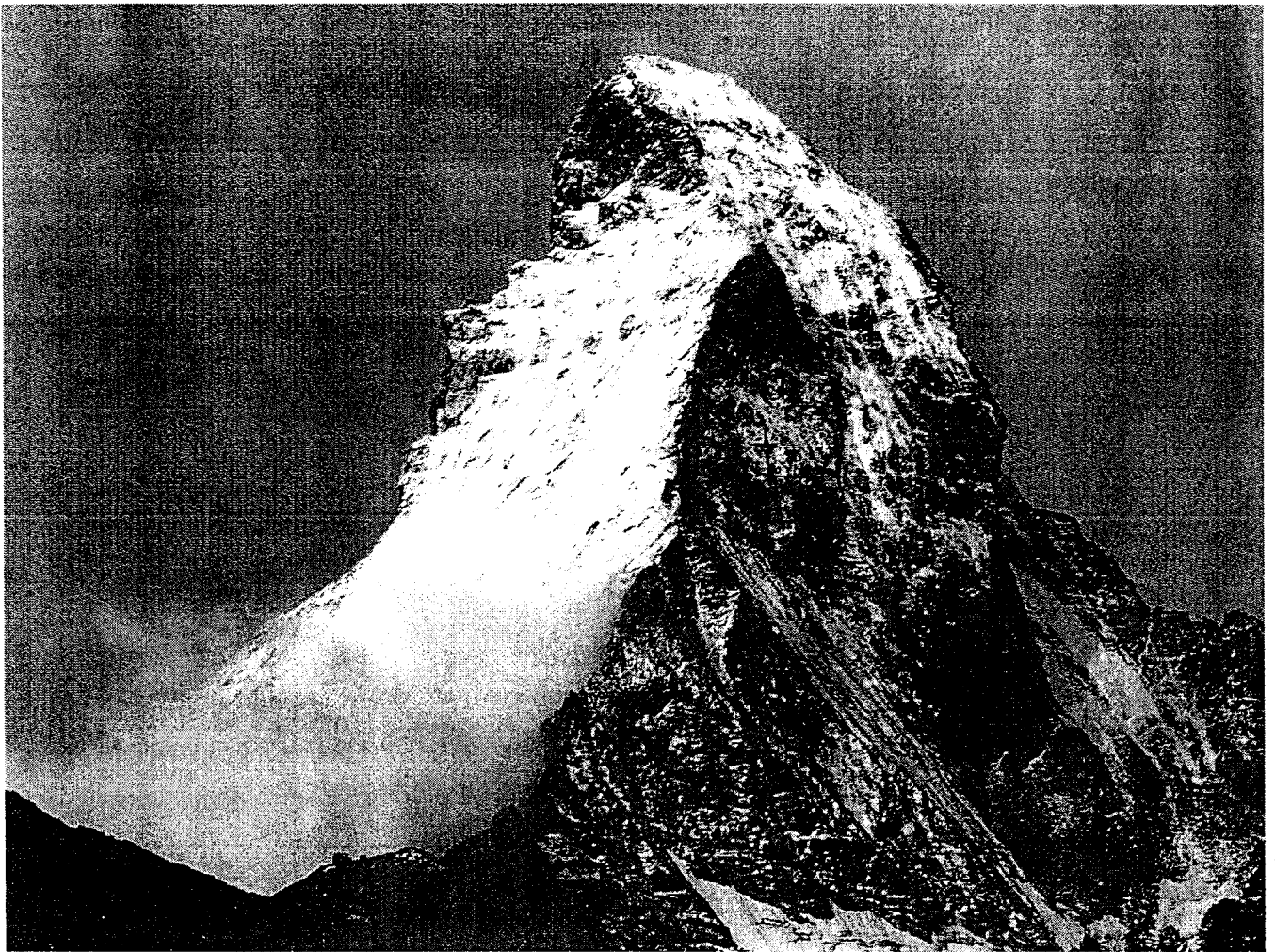
1. 精神障害が健康寿命を損なう主要な原因であることを中・高等学校教育で教える
2. うつ病、統合失調症、アルコール症など主要な精神疾患に関する教育資材を整備し、教育システムを構築する
3. 学校精神保健システムの見直し、とくにスクールソーシャルワーカーの養成

32

要約

1. 精神障害の特性(再発・再燃・難治化)を踏まえた精神保健医療福祉が基本となること
2. 障害(disability)発生を防ぐための抜本的な取り組みが急務
 - ① 早期介入(ARMS介入、DUP短縮を含む)
 - ② 初発精神病エピソード～臨界期医療の改善と難治例の救済
 - ③ 再発・再入院、とくに頻回入院の実態把握と対策が急務
3. 学校精神保健教育の見直し
 - ・ 精神保健の重要性(WHO Health Report 2001)を教育指導要領に加える
 - ・ 健康寿命を損なう主な精神疾患の学校教育システムを整備する

33



病床削減について

- ・ 社会的入院を対象にしている現状について
 - 社会的入院＝長期入院とはいえず、“条件を整えば”という前提条件を明確に規定する必要がある
- ・ 長期入院患者の退院促進
 - 1) 病院内で安定して寛解状態にあり、自立した生活が可能な人
 - 2) 病院以外に、医療と福祉サービスが受けられる生活の場を確保できない人
 - 3) 病院よりもQOLの高い生活ができ、適切な医療が保証されている場を提供できる場合

認知症患者の入院

- ・ BPSDだけが、精神科医療の対象ではない
- ・ 認知症末期や重度器質性脳障害の医療も、精神保健福祉法の対象となる
- ・ 身体合併症の医療を含め、医学的な身体管理が行える医療環境の整備が必要
- ・ 入院形態について、早急に結論を出すこと

媒体名	読売新聞	(朝刊)	掲載日	2008/8/19	掲載面	17面・頁
-----	------	------	-----	-----------	-----	-------

統合失調症 正しく理解

といった感想が出たという。
統合失調症は、10〜20歳代に発病しやすい。

精神疾患のひとつである統合失調症について、中学生や高校生が理解できるように工夫した教育プログラムが開発され、反響を呼んでいる。この病気が10〜20歳代で発病しやすいといわれる。若い人たちに正しい知識を持たせることで早期治療につなげ、偏見をなくすことを目指している。

このプログラムは、製薬会社「日本イーライリリー」(神戸)が呼びかけ、精神科医や大学教授、精神障害者の家族らが協力し合って今年2月に完成させた。

タイトルは、「こころの病気を学ぶ授業」。患者や専門家へのインタビュー(動画)、写真、統計データなどの教材がDVD1枚にまとめられており、中高生が目で見ながら理解できるように工夫されている。授業を円滑に進めるためのマニュアルもある。

プログラムは、2時間分。1時間目は、高校2年の時に統合失調症と診断された女性(36)の経験を通して、生徒は症状や治療法などを学ぶ。

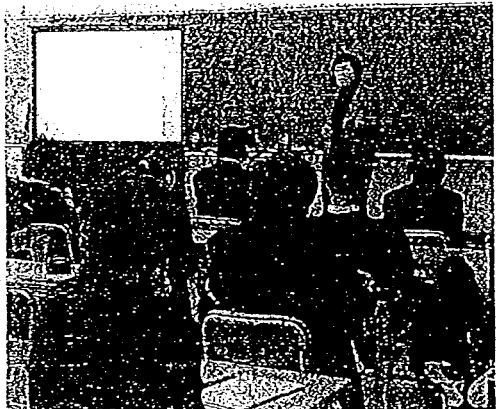
2時間目では、病気がよくなった後も残る「生活のしにくさ」を取り上げる。統合失調症の人とのかかわり方な

どがわかる内容になっている。

「日本イーライリリー」では、希望する学校にプログラムを無償で提供している。これまでに中学、高校、大学や看護学校などから約400件の申し込みがあったという。

プログラム開発に先立ち、昨年11月には、千葉・野田市の関宿高校で、試験的に授業が行われた。生徒からは「病気を治すには人の優しさが大切だと思った」「周りの人が助けてあげれば、自信をもって生活していけると思う」

精神科医ら 中高生向けの教材開発



統合失調症について学ぶことで、優しさや他を思いやる心もはぐくまれるようだ(昨年11月、千葉県野田市の関宿高校で)

い。発症から5年以内に適切な治療を受けられるかどうか、その後の経過に大きく影響すると言われており、早期発見、早期治療が大切だ。

教材開発にあたったNPO法人「企業教育研究会」理事長の藤川大祐さんは、「これまで中学生や高校生は精神疾患について学ぶ機会がなかった。知識がなければ自分や周囲の人が病気になるた時に対応が遅れる恐れがある。また、無理解によって患者が生きづらい状況をつくっているかもしれない」と話す。

患者の家族で組織するNPO法人「全国精神保健福祉会連合会」理事長の川崎洋子さんは、「10歳代のうちに正しい知識に触れることで偏見が減り、障害者が暮らしやすい社会になればうれしい」と期待する。申し込みは、日本イーライリリー(0120・245・970)へ。

統合失調症 妄想や幻聴、無気力など様々な症状が出る精神疾患。有病率は0.5〜1.5%と報告されており、「100人に1人になる」と言われる。かつては精神分裂病と呼ばれたが、2002年に日本精神神経学会が名称変更をした。

岡崎参考人提出資料

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する
検討会」ヒアリング資料（2008-08-21）

英国の精神保健改革のエッセンス

わが国における精神保健医療改革への示唆

東京都精神医学総合研究所

西田淳志

東京都立松沢病院

岡崎祐士

英国における精神保健・医療改革の流れ

- 1990年 「バーミンガム早期介入サービス(EIS)」発足
1996年 「統合失調症の影響を減少させる運動(IRIS)」発足
1999年 「精神保健のための国家サービス枠組み(MHNSF)」発表
2000年 「国家保健サービス計画(NHS Plan)」発表
2001年 「精神保健政策実施ガイド(MHPIG)」配布
2002年、2003年 NICE 「統合失調症：国家臨床ガイドライン」公表
2004年 「精神保健の国家サービス枠組みの5年」発表
WHOとIEPA 「早期精神病宣言(ESD)」発表
「国家早期介入プログラム(NEIP)」開始
2008年 10年間の成果と2026年までの精神保健計画：
Paying the Prices (King's Fund) 公表

2

Reaching People Early Report (RETHINK, 2003)

ユーザーの視点から見た早期相談・治療を妨げるバリア

バリア1：精神疾患と精神保健に関する一般の人々の理解が低いこと

バリア2：最初から適切な治療を得ることが困難であること

バリア3：治療へのアクセスにおいて同じ困難が繰り返されること

バリア4：初診において否定的な体験をすること

バリア5：最良の治療を得ることが困難であること

バリア6：回復（リカバリー）志向の治療や支援が不足していること

バリア7：ユーザーや家族が治療に参加できていないこと

バリア8：既存の治療は入院が主であったこと

わが国でも、精神科初診の否定的な体験がよく語られる

3 3

精神保健サービスの国の標準

National Service Framework, National Standards for Mental Health (NHS, 1999)

1. 精神保健の増進
- 2 & 3 プライマリーケアへのアクセスの改善
- 4 & 5 重症精神疾患患者への効果的サービス
- 6 家族のケア (家族支援法制定)
- 7 自殺予防

それぞれにbest practiceを例示している

Serviceの原則：24時間、週7日
必要な人・所へ届ける

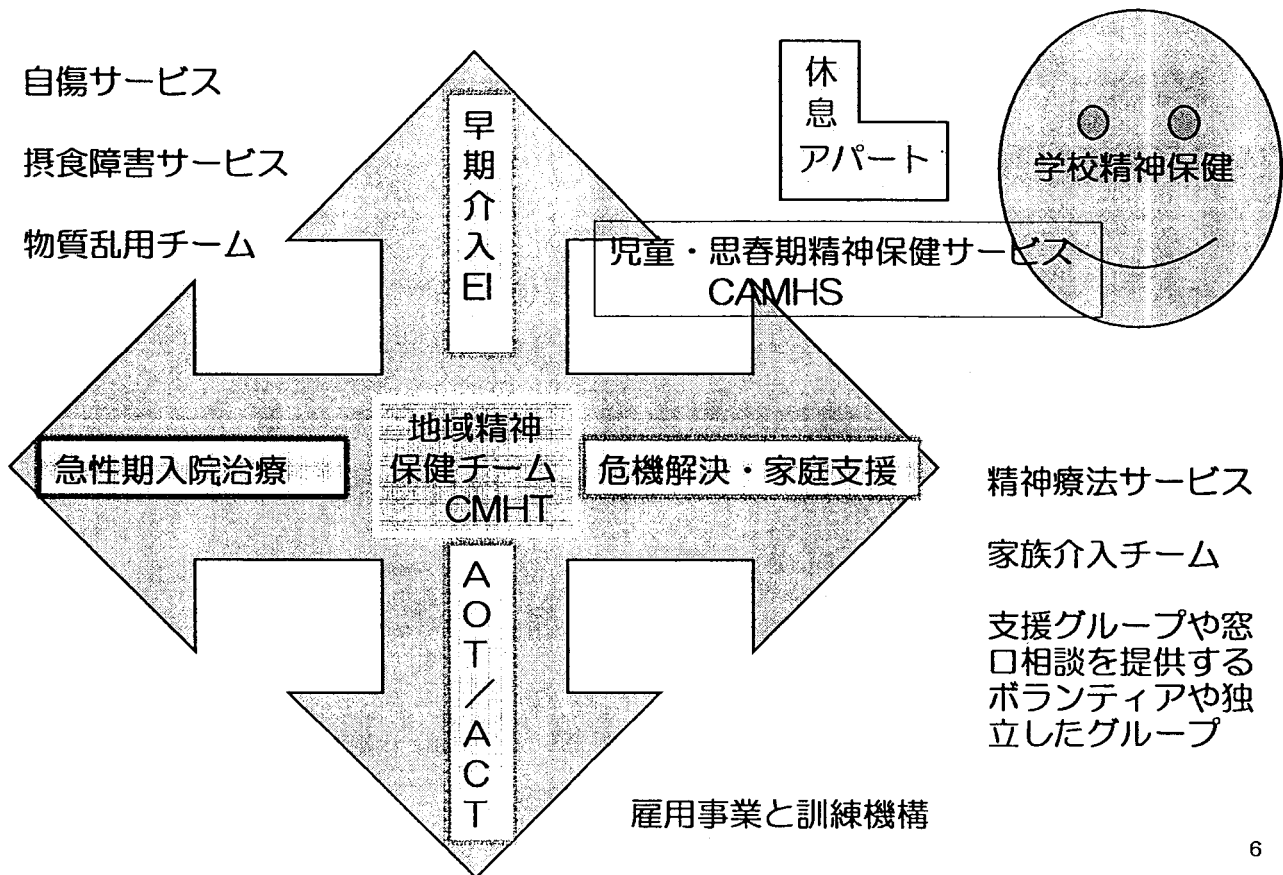
4

イギリス精神保健システム



5

英国の成人精神保健・診療システム



6

英国の訪問型保健・診療チーム

- 成人精神保健
 - 地域精神保健チーム (CMHT)
 - 早期介入チーム (EIT)
 - 積極的アウトリーチ (地域) チーム (AOT/ACT)
 - 危機解決・家庭支援チーム
 - 急性期入院治療
- 児童・思春期精神保健サービス (CASMHS)
- その他の専門チーム
 - 物質乱用チーム(アルコール&薬物チーム)
 - 精神療法サービス
 - 摂食障害サービス
 - 自傷サービス
 - 家族介入チーム
 - 支援グループや窓口相談を提供するボランティアや独立したグループ
 - 雇用事業と訓練機構

7

英国の経験のエッセンス

- 疫学調査による精神保健問題の質と量の把握
 - 青年期と老年期に焦点
 - 患者と家族（carer）のニーズ調査による問題点把握
- 精神保健・医療サービス提供の原則を明確化
 - 啓発、予防と早期治療に焦点、保健と医療の融合サービス
 - 365日、24時間、必要な人々に届ける
 - すべて、多職種チームによる一貫ケアプログラムによる
 - 入院減少を明確に目標とし、入院しても隔離・拘束最少に
- 家族（carer）支援を明確化
 - 家族の精神保健・医療への貢献コストが50%と評価
 - 家族支援法による施策
- 精神保健・医療における自殺予防の重要性を明確化
 - 徹底的な対策、数値目標

8

わが国の精神保健・精神科医療の特徴と課題

- 精神保健と精神科医療の断絶、受診出来高低い
- アクセスは自由だが、啓発乏しく待ちの医療、長いDUP
- 夜間・休日のアクセスは極めて悪い
- 否定的な精神科医療体験が少なくない
 - とくに初診時の対応や診察環境の悪印象
 - 初回服薬体験への配慮不足
 - 自宅から離れる場がほとんど入院治療、他の選択肢がない
- 家庭、学校、職場、一般医、保健師、精神科外来担当医等関係者の早期発見・対処の啓発・教育・研修の不十分
- 精神科医療の多くが家族の犠牲の上に成り立っており、家族への啓発・支援は大幅に遅れている
- 気分障害と不安障害が激増し、社会的損失が増大
- 精神科医療・保健における自殺予防の位置づけが弱い
- 疫学研究が乏しく政策の基礎エビデンスが決定的に不足

9

わが国の精神障害患者数の推計

- 施策上は1年有病率が有用
- 人口12,700万人として (推計患者数, 2005)
 - 不安障害 5.5% (699万人)
 - 気分障害 2.3 (292)
 - 衝動制御障害 0.7 (89)
 - 物質関連障害 1.5 (191)
 - いずれかの障害+ 10.0% (1,270万人) 川上ら (2007)
- その他
 - 統合失調症 ? (97万人) 発生率0.76%で推計
 - 認知症 1.0 (127) 65歳以上5%として
 - 他の障害 (小児起源障害、パーソナリティ障害 +?%)
- 全人口12,700万人のうち、年間10人に1人以上の精神疾患患者がおり、推計302万人 (2.4%=42人に1人) がある時点で受診している

10

精神障害の発生時期とその量

小児期

小児発達行動障害の早期発見・治療

思春期・
青年期

青年期発症精神障害の早期発見・臨界期までの早期・集中的治療

成年期

成年期発症精神障害の早期発見・早期治療

老年期

認知症の早期発見と予防、治療

11

わが国における早期治療の必要性と課題

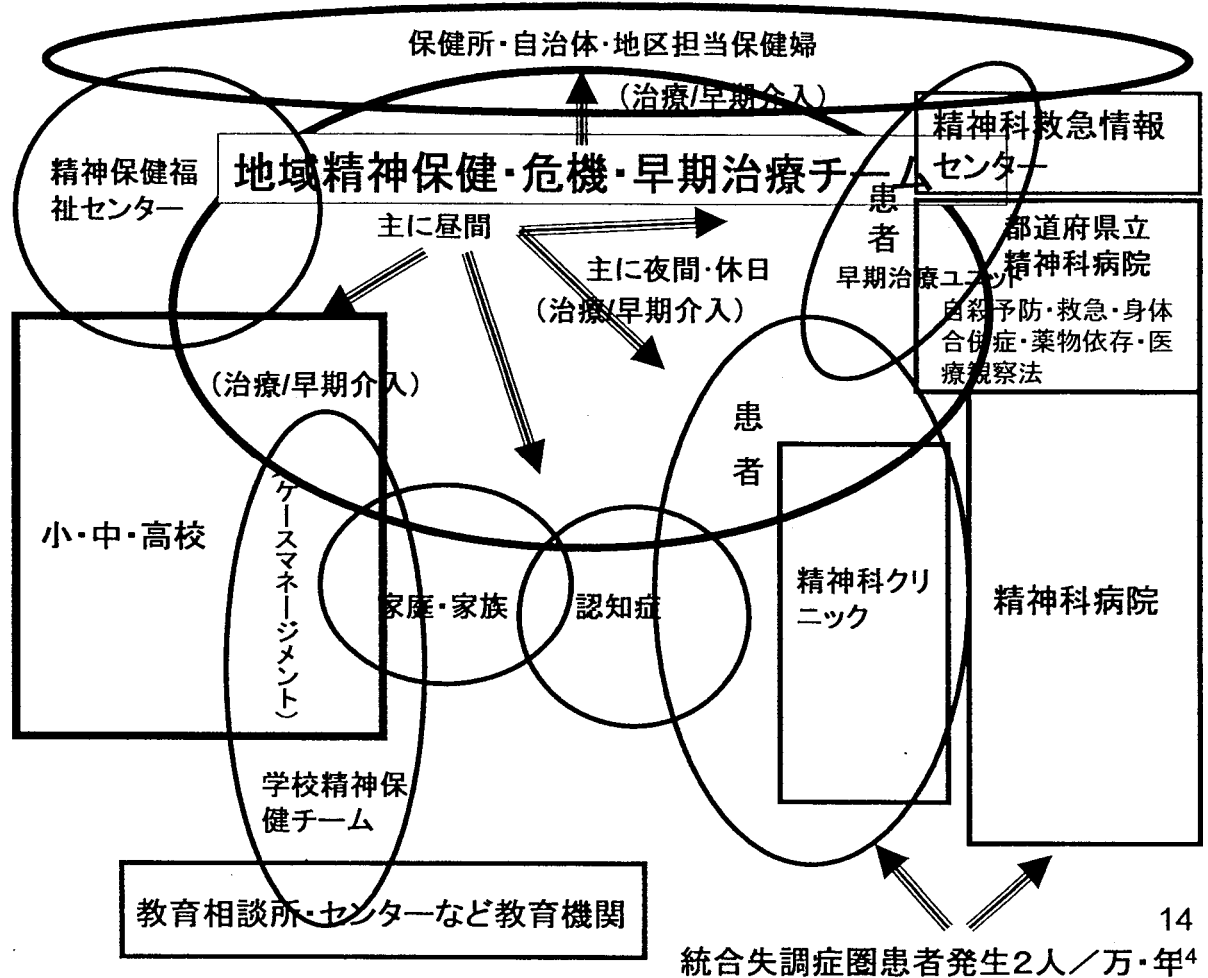
- 統合失調症のDUPは長く、DUP1年以上は転帰（再発）不良
 - デイケア患者：①安西ら, 1988：DUP=8.4か月、②5年後再発は、DUP1年以上は1年未満より有意に多い
 - 慢性入院患者：山澤ら, 2004: DUP=13か月
 - 97万人中、74（入院19、外来55）万人が受診（受診率76%）
- うつ病のDUPも転帰を予測
 - 奥田ら, 2007: ①治療開始が4週間遅れると寛解率10%低下、②24週以上と未満で寛解率に有意な差異 → 24週以内の治療開始が必要
- うつ病と不安障害の受診率は極めて低い
 - 川上ら（2007）の1年有病率調査と患者調査（2005）によると
 - 気分障害 99万人/292万人（受診率31.5%）
 - 不安障害 58万人/699万人（8.3%）
 - 未受診者が多く、英国のように労働コストの損失は大きいと推測される
 - 早期の受診促進が課題
- このように統合失調症、うつ病は早期発見による早期治療が必要である。不安障害についても同じであると思われるが、受診の啓発が極めて重要である

12

精神疾患の早期発見・早期治療のための課題

- 早期発見の促進
 - 地域保健師、民生委員、住民の啓発
 - 中・高校精神保健教育・啓発、教師、家族等の啓発
- 早期受診の促進
 - 未受診、他科受診・未診断・誤診、精神科受診・誤診
- 精神科初回受診印象の改善
 - 初診場所・診察室環境の配慮
 - 初診患者面接態度・技術の洗練
- 早期治療から「臨界期」数年間の集中治療
 - 入院・再発の防止を目標（訪問、休息アパート）
 - 多職種チームによる治療プログラムにもとづく治療
 - 家族支援の強化

13



精神保健—精神科医療のシステム案

- 国・研究所・研究班
 - 疫学研究による精神保健問題の質と量の把握
- 学校精神保健システムの確立
 - 教師と生徒自身が学校精神保健の担い手。養護教諭など専門家と連携
 - スクールカウンセラー・ソーシャルワーカーや精神保健・医療専門家が、「学校精神保健チーム」を形成、チームとして学校群に責任をもつ
 - 学校全体、リスク集団、事例に対応した精神保健の教育、相談、治療
 - 緊急・医療レベルケースは「危機介入・早期治療・地域精神保健チーム」と連携する
- 危機介入・早期治療・地域精神保健チーム（当面50万人に1チーム）
 - 当面、公立精神科病院ベッドを削減、地域センター病院として救急と身体合併症、薬物依存治療等に特化
 - 削減分予算を「危機介入・早期治療・地域精神保健チーム」創設に当て、昼間は、学校精神保健、認知症老人、家族支援を主とし、夜間・休日の公立病院と精神科診療所通院患者等の早期対応チームとして導入する
 - チームは、複数メンバーが専用車で機動的に行動し、住民や保健師、精神科救急情報センター等と協力しながら12～24時間対応する。早期治療ユニット（少数ベッド数）、休息アパートが必要
 - 夜間・休日のチームの活動には実情に応じて診療所医師等の協力をえる
 - 設置場所は、地域センター病院や、保健所（人口20万人に1箇所、かつ疾病予防が本務）、精神保健福祉センター、精神科救急情報センターなどが候補、地域の実情に応じて複数箇所へ拡げる

公立病院の病床数削減による減少経費 と早期治療チーム経費

- 中規模（350床）公立病院の病床を200（実稼働190）、外来210人
- 経費減少額＝928,800せ
 - 人件費＝728,800千円
 - 給与以外＝200,000千円
- 収益減少＝1,036,000千円
- ▲＝110,000千円

- 「危機介入・早期治療・地域精神保健チーム」を人口100万人当たり3チーム設置、1チーム医師1人を含む14人チームを設置し、公務員ベース人件費とすると、3億円／年

- 入院の減少数によってチームの収支は左右される
 - 平均入院期間3か月、月間入院費用＝40万円弱とすると500万円／4入院
 - 80入院が減少すると1億円＝1チームの経費

16

以下、資料です

英国のメンタルヘルス専門職種

- 医師
 - GP／かかりつけ医
 - 精神科医（研修医、医局員、シニア医局員、コンサルタント）
- 看護師
 - 登録精神科看護師（RMN）
 - 地域精神科看護師（CPN）
- ソーシアルワーカー（SW）
- 作業療法士（OT）
- 臨床心理士
- サポートワーカー

18

サポートワーカー

- 買物など日常諸事を支援する。
- 時に患者の話し相手となる。しばしば患者と重要な人間関係を築く。
- 一般的には、毎週訪問する。NHSやボランティア精神保健サービスに雇用されている場合もある。
- サポートワーカーは経験豊富なことが多い。専門の資格を持っていないが、NVQシステムを通じ特別な訓練を積んでいる者が多い。

19

地域精神保健チーム（CMHT）

- 地域メンタルヘルス専門サービスの中核
- 成人の精神保健問題をもつ人の評価、治療、福祉を行う
- 病院から離れた、利用者に近い地域の施設内に設置
- 毎日、12時間以上稼働
- 専門サービスの入り口に位置し、紹介者は初期評価が行われ、最も適したサービスについて協議・合意される

20

早期介入チーム（EIT）

- 目的
 - 未治療精神病期間（DUP）の短縮
 - 包括的評価・治療・リハビリを行う
 - 再発の予防
 - 社会技能低下を最小限に食い止める
 - 弱年患者とcarerを教育する
- 原則
 - 精神病の早期発見・早期評価
 - 1人1人の青年に回復の見込みと楽観をもたせる
 - 幅広い薬物や心理社会的介入
 - 家族支援が必要
 - 公営や民間サービスとの連携
 - 毎日、12時間（8－20時）が多い

21

積極的アウトリーチ（地域）チーム

- 地域の重度精神疾患患者の集中的治療とリハビリテーション
- 危機における速やかな援助と長期支援
- 代理人となり他機関（かかりつけ医や社会サービス）と連携する
- 複合的ニーズを有するが精神保健サービスに関わろうとしない人々に特化されたチーム

22

危機解決・家庭支援チーム

- 急性入院治療の代替の役割をする
- 毎日、24時間、多職種チーム（MDT）による評価と治療、家族などケアする人の支援を行う。レスパイトアパートなどを活用する。
- 地域精神保健チームも関わりを継続する
- 初回精神病エピソード患者に最初に関わることが多い
- 英国には様々なサービスモデルがある

23

急性期入院治療

- 急性期エピソードにおいて、早急な評価と安定化が必要な場合に使用する
- 精神保健法（1983）による強制入院が必要な患者に用いる
- MDTが毎週病棟でミーティングを行い、患者と共に治療計画を話し合う
- 入院期間は数日から数か月
- 病棟は閉鎖病棟と非閉鎖病棟がある。
- 隔離や拘束は最小に限られ、PICUの国家基準が設けられている

24

児童・思春期精神保健サービス (CAMHS)

- 児童と若者のためのサービスを、入院環境、かかりつけ医のクリニック、保健センター、時は学校や継続教育の場で行なう
- 多職種チームによる、家族療法を含む幅広い介入を行う
- 対象となる年齢層は、サービスモデルによって異なる

25

ケアプログラムアプローチ（CPA）

- 専門の精神保健支援は、必ずケアプログラムを策定して支援を行う（CPA）
- CPAの目的は、諸ケアを統合した全体的アプローチを行うためである
- まとまったシステムを作ることによって、重度精神疾患に対する地域での治療と支援を保障するためである

26

ケアプログラムアプローチ（CPA）

CPAは次の4つの原理に基づいている。

- 評価：精神・身体的ニーズ、社会的・環境的ニーズ、そして自傷他害のリスクやネグレクトのリスク
- ケアコーディネーターの割り当て：専門の資格を有する担当ワーカー
- ケア計画の作成：その人のケアに関わる全員との取り決めによるコーディネートされた計画
- 定期的見直し：CPAでは6ヶ月おきに患者との共同作業によってケアの全ての側面について見直すのを理想としている。

27

ケアプログラムアプローチの実際

- CPAの計画は以下のような“多職種”チーム(MDT)によって行われる。
地域精神保健チーム、
早期介入チーム、
積極的アウトリーチ(ACT)チーム、
危機解決・家庭支援チーム。
- これらのチームは異なった患者群に対する集中サービスを専門としている。全て地域の人々に対するサービス活動を目的としている。
- しばしば、ニーズが複合的であるため、複数のチームが関わる。

西田参考人提出資料

(2008-08-21) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 資料

今後の精神保健医療福祉における 精神保健普及啓発および早期介入の意義

東京都精神医学総合研究所
統合失調症研究チーム 研究員
西田淳志

少子高齢化の進む先進諸国 ～その共通の課題～

若年労働人口の労働収益を最大限高めること
若者の労働収益の損失につながる要因を
減少させること、予防すること

The Burden of Disease Study (疾病障害による国家的経済損失の研究)

若年層の総疾病負担(疾病による経済損失)に占める
精神疾患の割合は50%を超える

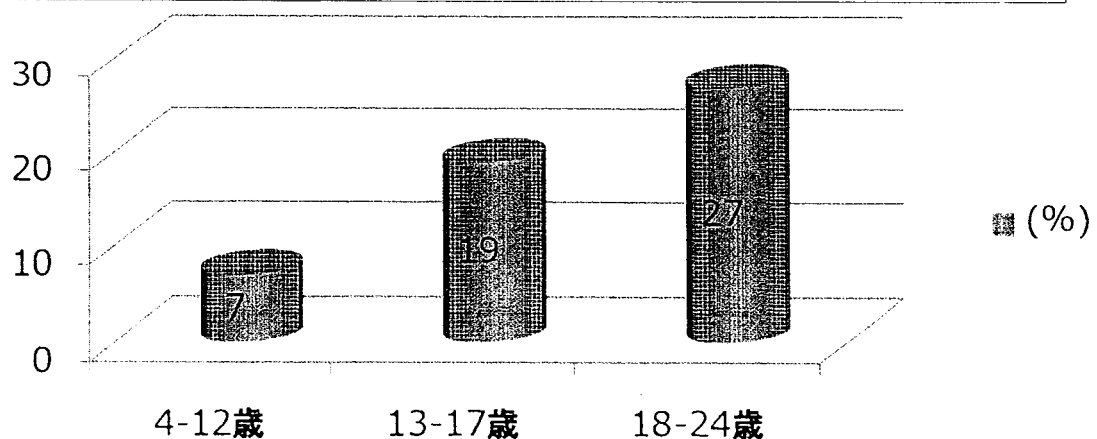
Murray C.J.L et al.1996

2

若年層における精神疾患の頻度

豪国・保健省と財務省による
若年層の精神疾患に関する全国疫学調査

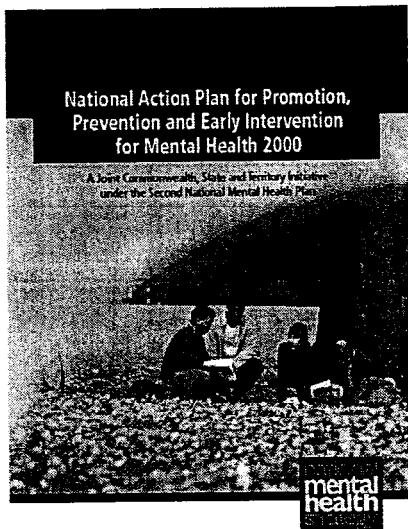
若年層における精神疾患の罹患率 (%)



Department of Health and Age and Care, 2000

3

精神障害の予防を重視した精神保健国家戦略 (オーストラリア保健省)



National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health 2000 (Second Plan)

- 1998～2003年:5年計画
- 予防的取り組みに巨額の予算を投入
- 年齢階層別に個別化した精神疾患予防対策の具体的指針
- 特に10～20代の若者を対象とした予防的取り組み・対策を重視

4

ブレア政権下で飛躍的に進んだ 英国の精神保健医療改革

- サッチャー政権下で荒廃した保健医療サービスの改革(第三の道)
- ガン、心疾患、精神疾患に対する対策を最優先課題とし、精神保健医療費を1.5倍に増額。有望なサービスの開発に積極的に投資。
- 1999年にNSFMHを発表。以後、着実に前人未到の精神保健医療改革を進めている。
- ブラウン政権化においても、臨床的効果(エビデンス)と費用対効果の双方を重視した精神保健医療改革が継承され、特に、精神疾患の予防対策への投資を重視する方針が掲げられている。

5

持続可能な20年後の精神保健医療のあり方 (2008年5月・英国・King's Fund)

PAYING THE PRICE

The cost of mental health care in England to 2026

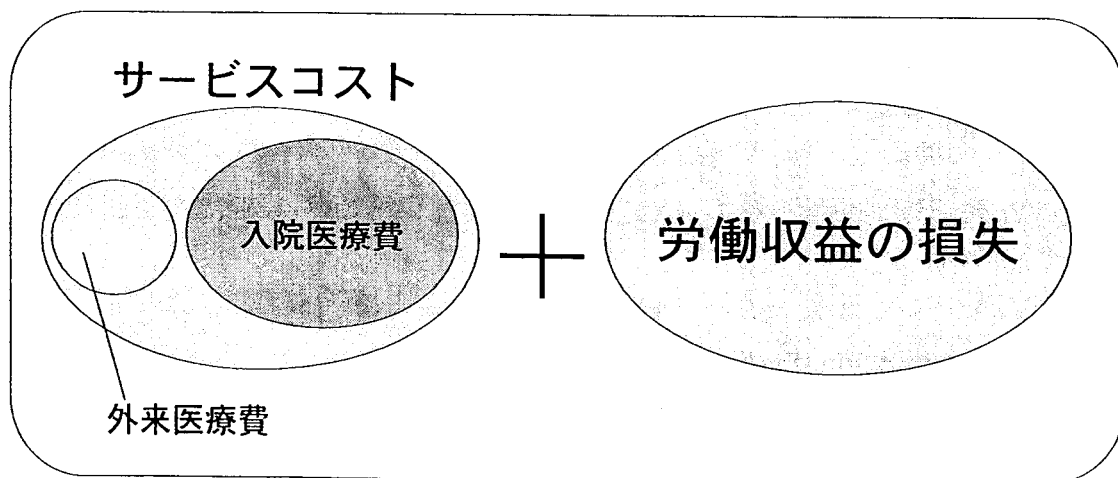
Paul McCrone
Sujith Dhanasiri
Anita Patel
Martin Knapp
Simon Lawton-Smith

King's Fund

- 精神保健医療サービスの質を向上させ、かつ、国の精神保健医療コストを削減できる方向性を検討した報告書。
- 現状のサービスの臨床的効果と費用対効果を分析。
- エビデンスに基づいて20年後(2026年)の精神保健的ニーズ、コストを推定。
- そのうえで、サービスの質を高め、かつ、コストを削減できるサービスモデルや政策的方向を提案している。

6

費用対効果に基づく考え方 ～その前提～



トータルコスト

7

2026年の精神障害者数と精神保健医療コストの推定値（英国）

疾患	人数 (100万人)		サービスコスト (10億ポンド)			労働収益の損失 (10億ポンド)			トータルコスト (10億ポンド)		
	2007	2026	2007	2026 2007年 物価	2026 実支出と 価格効果 を含む	2007	2026 2007年 物価	2026 実支出と 価格効果 を含む	2007	2026 2007年 物価	2026 実支出と 価格効果 を含む
うつ病	1.24	1.45	1.68	2.03	2.96	5.82	6.31	9.19	7.50	8.34	12.15
不安障害	2.28	2.56	1.24	1.40	2.04	7.7	8.34	12.15	8.94	9.74	14.19
統合失調症	0.21	0.244	2.23	2.52	3.67	1.78	1.94	2.83	4.01	4.46	6.5
双極性障害	1.14	1.23	1.64	1.8	2.63	3.57	3.83	5.58	5.21	5.63	8.21
摂食障害	0.117	0.122	0.016	0.016	0.024	0.035	0.036	0.052	0.051	0.052	0.076
人格障害	2.47	2.64	0.7	0.78	1.13	7.2	7.65	11.16	7.9	8.43	12.29
児童思春期関連 精神疾患	0.61	0.69	0.14	0.16	0.24	0	0	0	0.14	0.16	0.24
認知症*	0.58	0.94	14.85	23.88	34.79	0	0	0	14.85	23.88	34.79
合計	8.65	9.88	22.5	32.59	47.48	26.1	28.1	40.97	48.6	60.69	88.45

(参考: 1£ = 210円)

4兆7250億円	6兆8439億円	5兆4810億円	5兆9010億円	10兆2060億円	12兆7449億円
----------	----------	----------	----------	-----------	-----------

(McCrone et al, 2008)

8

Paying the Price

～要点～

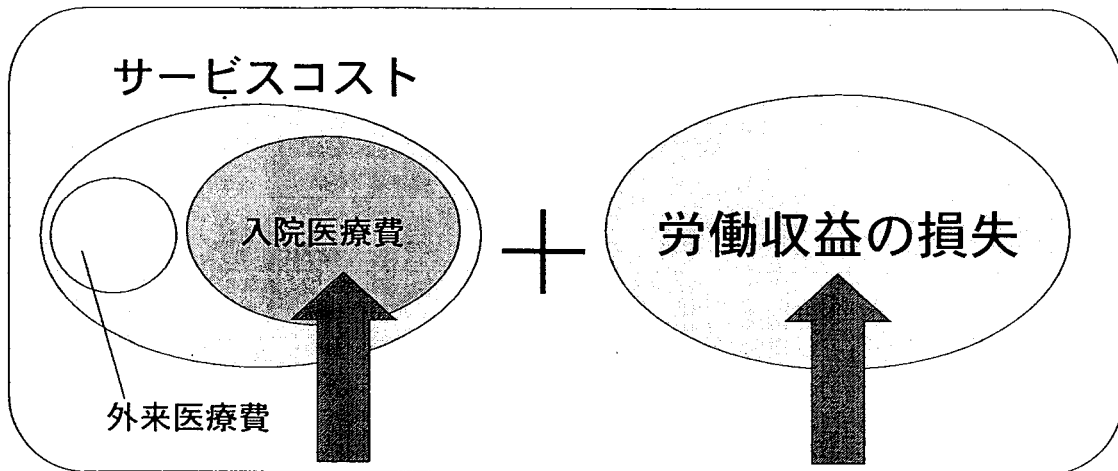
- 精神疾患の罹患率は20年後も横ばい。現状とほぼ変わらず。
- ただし、認知症は例外である。現在、精神保健医療サービスコストの66%を占める認知症のコストが2026年までに73%まで増加する。
- 現状の精神保健医療サービスコスト(年間)は225億ポンド(約4兆7千億円)であるが、2026年には326億ポンド(約6兆8500億円)にまで増加する。その最大の要因は認知症に関する著しいコスト増加である。
- 現状の分析では、うつ病の診断基準に該当する国民の35%、不安障害の診断に該当する国民の51%は、精神保健医療サービスにつなげていない。また、摂食障害、行為障害、特に児童思春期の子どもたちの未治療率は極めて高い。特に、うつ病・不安障害の未診断・未治療がもたらす労働収益の損失は著しい状況にある。
- エビデンスに基づいた有効なサービスの直接コストは、かならずしも安いものではないが、ただし、適切なサービスによって、労働収益の損失が軽減されることでトータルコストを削減できる可能性がある。トータルコストを削減しうるサービスを拡充するための重点的な投資が必要である。

(McCrone et al, 2008)

9

コストセービングの標的(英国)

トータルコスト



- ①入院率を減少させ、②労働収益の損失を最小限にとどめ、かつ③臨床的に有効性が高いサービスや対策に重点的に投資を行う

10

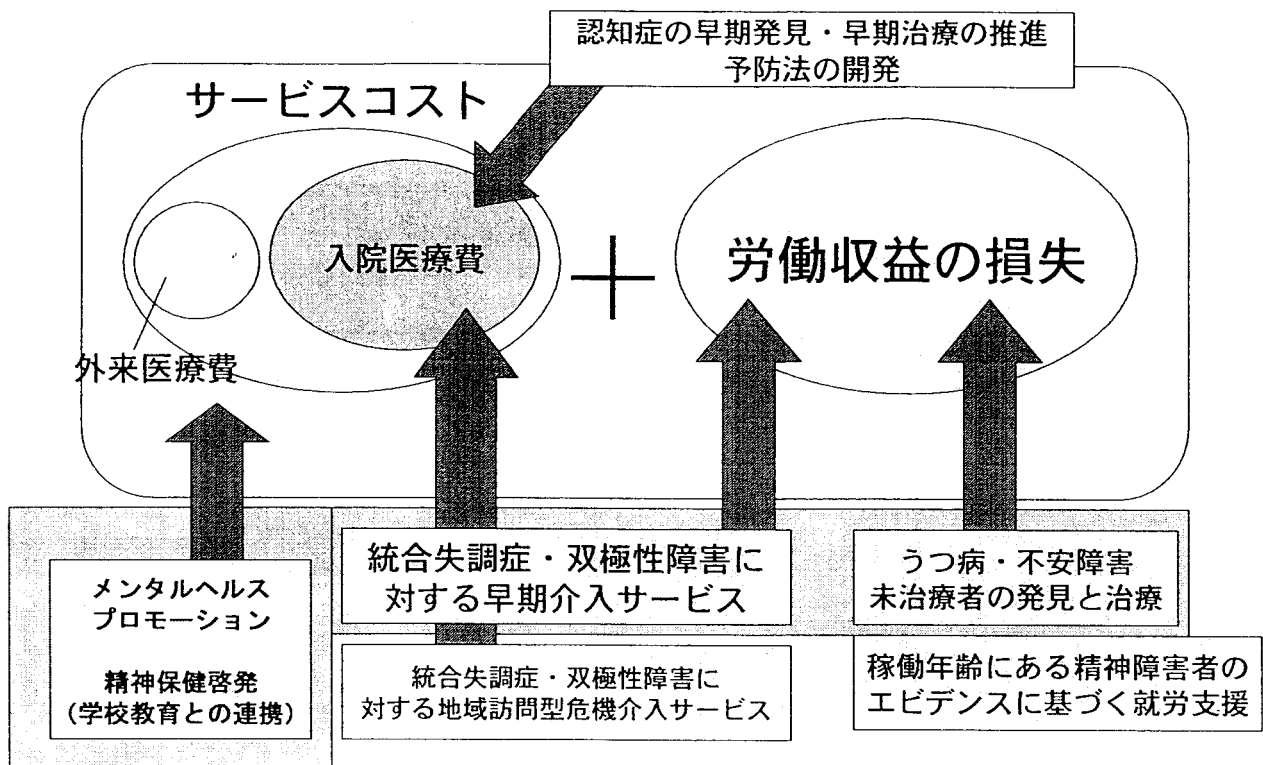
年間あたりのコストセービング推定値 (英国)

コストセービングに寄与する介入方法	2007	2026	(参考: 1£=210円)
うつ病			
未治療者に対する薬物療法	500万~3600万ポンド	800万~6100万ポンド	16億8千万~128億1千万円
未治療者に対する薬物療法と心理療法	100万~900万ポンド	200万~1600万ポンド	4億2千万~33億6千万円
不安障害			
未治療者に対する薬物療法	800万~6600万ポンド	1300万~10200万ポンド	27億3千万~214億2千万円
未治療者に対する薬物療法と心理療法	100万~700万ポンド	200万~1100万ポンド	27億3千万~214億2千万円
統合失調症			
危機介入地域治療チームの拡充	400万~2200万ポンド	700万~3700万ポンド	14億7千万~77億7千万円
早期介入サービスの拡充	0万ポンド	1300万~6500万ポンド	27億3千万~136億5千万円
早期発見サービスの導入	0万ポンド	最大1900万ポンド	最大39億9千万円
双極性障害			
危機介入地域治療チームの拡充	200万~1000万ポンド	300万~1600万ポンド	6億3千万~33億6千万円
早期介入サービスの拡充	0万ポンド	800万~3100万ポンド	16億8千万~65億1千万円
早期発見サービスの導入	0万ポンド	最大400万ポンド	最大8億4千万円
認知症			
65-74歳人口中の罹患率の低減	2億~6億ポンド	4億~12億ポンド	840億~2520億円
65-84歳人口中の罹患率の低減	8億~24億ポンド	17億~52億ポンド	3570億~1兆920億円

The range of potential savings depends on how many more patients are treated and how quickly new services come online

(McCrone et al, 2008)

2026年の精神医療サービスのあり方に関する提言 (McCrone et al, 2008)



12

統合失調症および双極性障害を発症した 若者を対象とした早期介入サービス ～英国の推定分析～

年間あたりのコストセービング推定値 (英国)

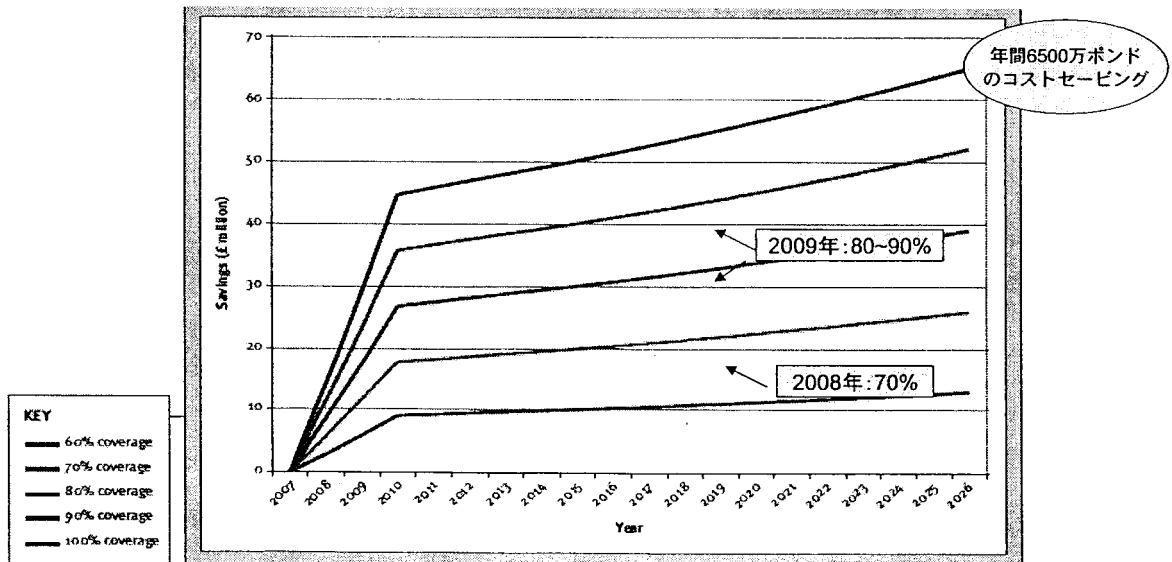
コストセービングに寄与する介入方法	2007	2026	(参考: 1£=210円)
うつ病			
未治療者に対する薬物療法	500万~3600万ポンド	800万~6100万ポンド	16億8千万~128億1千万円
未治療者に対する薬物療法と心理療法	100万~900万ポンド	200万~1600万ポンド	4億2千万~33億6千万円
不安障害			
未治療者に対する薬物療法	800万~6600万ポンド	1300万~10200万ポンド	27億3千万~214億2千万円
未治療者に対する薬物療法と心理療法	100万~700万ポンド	200万~1100万ポンド	27億3千万~214億2千万円
統合失調症			
危機介入地域治療チームの拡充 早期介入サービスの拡充 早期発見サービスの導入	400万~2200万ポンド 0万ポンド 0万ポンド	700万~3700万ポンド 1300万~6500万ポンド 最大1900万ポンド	14億7千万~77億7千万円 27億3千万~136億5千万円 最大39億9千万円
双極性障害			
危機介入地域治療チームの拡充 早期介入サービスの拡充 早期発見サービスの導入	200万~1000万ポンド 0万ポンド 0万ポンド	300万~1600万ポンド 800万~3100万ポンド 最大400万ポンド	6億3千万~33億6千万円 16億8千万~65億1千万円 最大8億4千万円
認知症			
65-74歳人口中の罹患率の低減 65-84歳人口中の罹患率の低減	2億~6億ポンド 8億~24億ポンド	4億~12億ポンド 17億~52億ポンド	840億~2520億円 3570億~1兆920億円

早期発見・早期介入サービスにより年間最大250億円
のコストセービング (2026年推定)

(McCrone et al, 2008)

14

統合失調症を対象とした早期介入サービスのコストセービングの推定 (2026年)



CMHTによる従来型の地域サービスは、Early Intervention Serviceに比べ、入院率が1.6倍高い→入院率減少がコストセービングの最大の要因

EIサービスにより、患者1人当たり3年間で15,000ポンド (約300万円) のコスト安

2000年にEIサービス創設のために投資した5000万ポンド (約100億円) は、2010年までに回収が可能な見通し (双極性障害と統合失調症のコストセービングを合わせて)

(McCrone et al, 2008)

15

早期支援の指針

英国保健省作成サービス実践ガイドより

- 3年間にわたって提供される専門サービス
- 発病後3年以内の14～35歳の若年患者を対象とする
- 一人のケースコーディネーターが15ケース程度担当
- 多職種からなる専門家アウトリーチチームによって、若者や家族への支援が行われる。具体的には低用量の薬物療法、認知行動療法、再発予防、薬物乱用等2次的問題の予防
- 必要な場合、週末や時間外でも対応できるシステムと連携する。
- 未治療期間や再発率、再入院率、自殺や自殺未遂、就学や就労状況をアウトカムとしてサービスの成果をモニタリングする。

(NHS, 2001)

16

臨床的効果

Worcestershire EIS (Smith, 2006)

	<u>National</u>	<u>EIS (3y) 2003-6</u>
未治療期間	12-18月	5-6月
% 初発例の入院率	80%	41%
% 初発例の強制入院率	50%	27%
再入院率	50%	27.6%
% 12ヵ月間の治療継続率	50%	100% (79% well engaged)

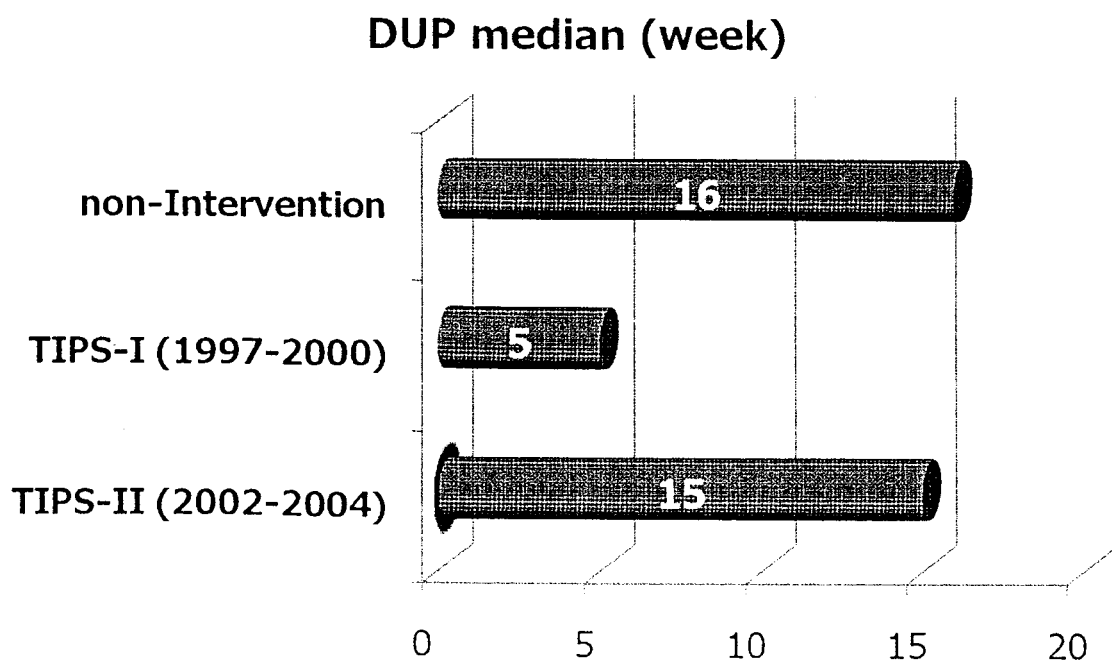
家族の参加率	49%	91%
家族の満足度	56%	71%
就労率	8-18%	55%
自殺企図	48%	21%
自殺完遂		0%

17

若者を対象とした 精神保健啓発の重要性

18

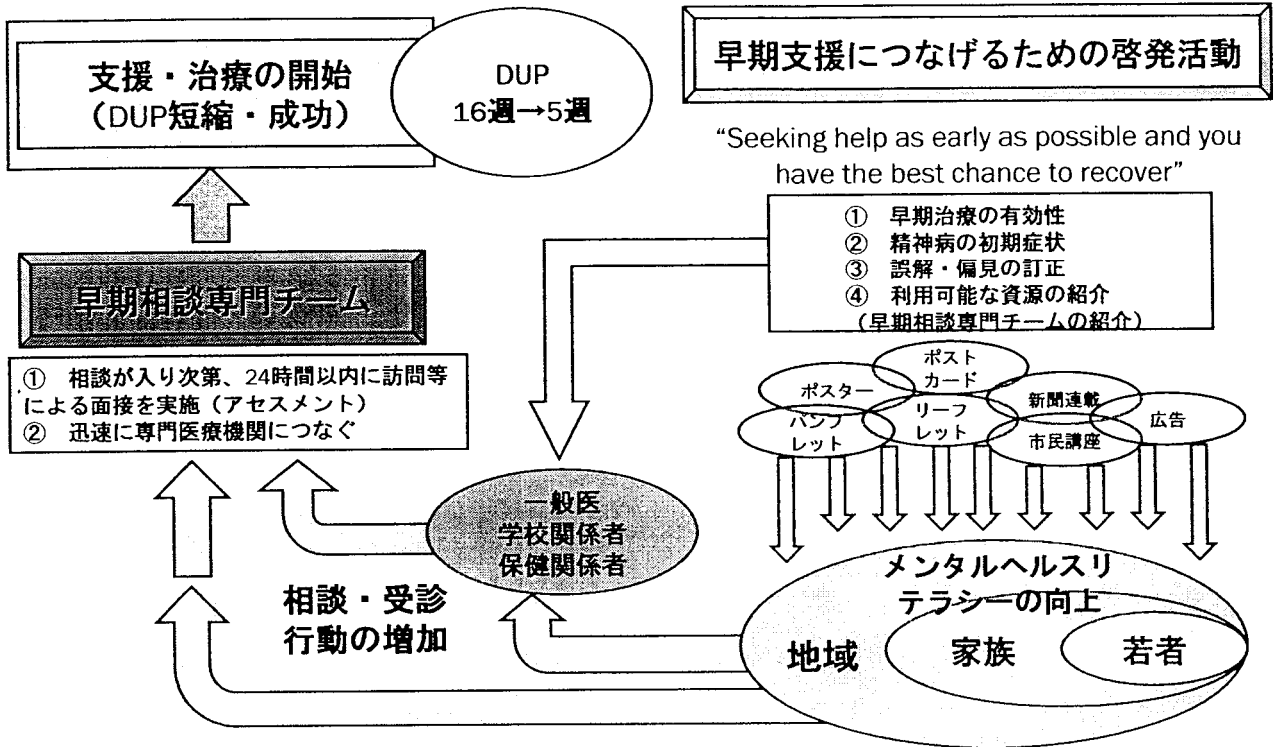
TIPS early intervention program, Norway



Joa et al., 2008, Schizophr Bull

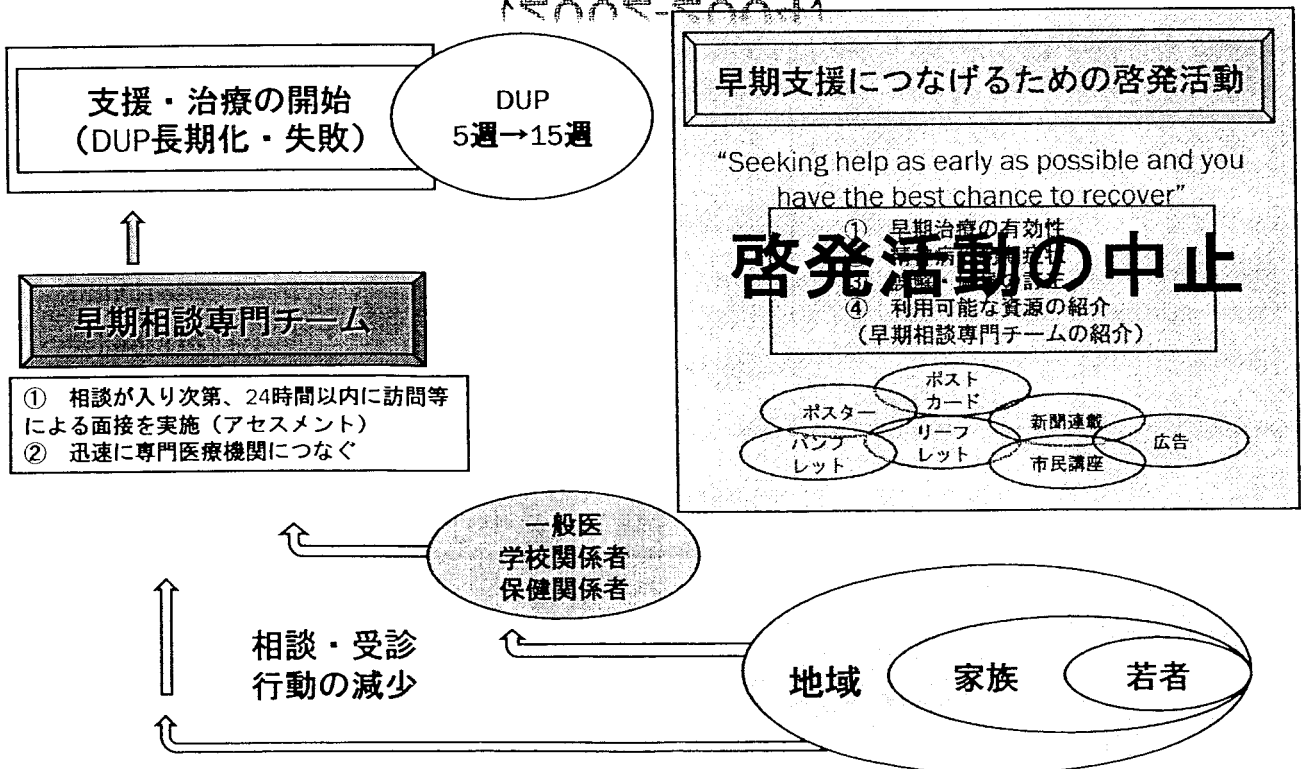
19

TIPS-I EARLY INTERVENTION PROGRAM (1997-2000)



20

TIPS-II EARLY INTERVENTION PROGRAM (2002-2004)



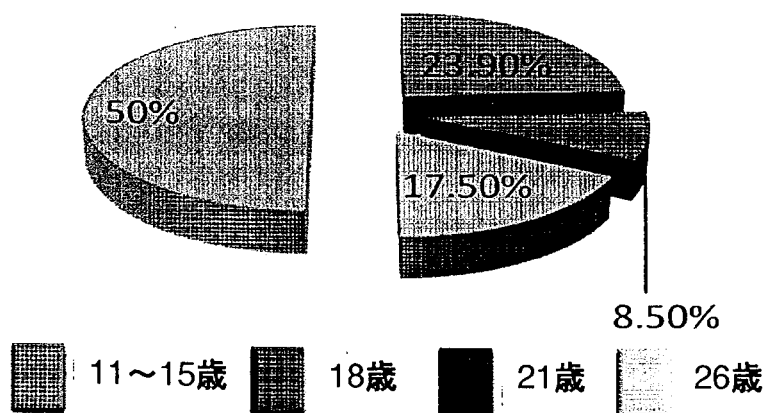
21

啓発の最も重要なターゲットは？

22

諸外国における疫学研究 ①

精神疾患患者がはじめて精神科的診断基準に該当した年齢

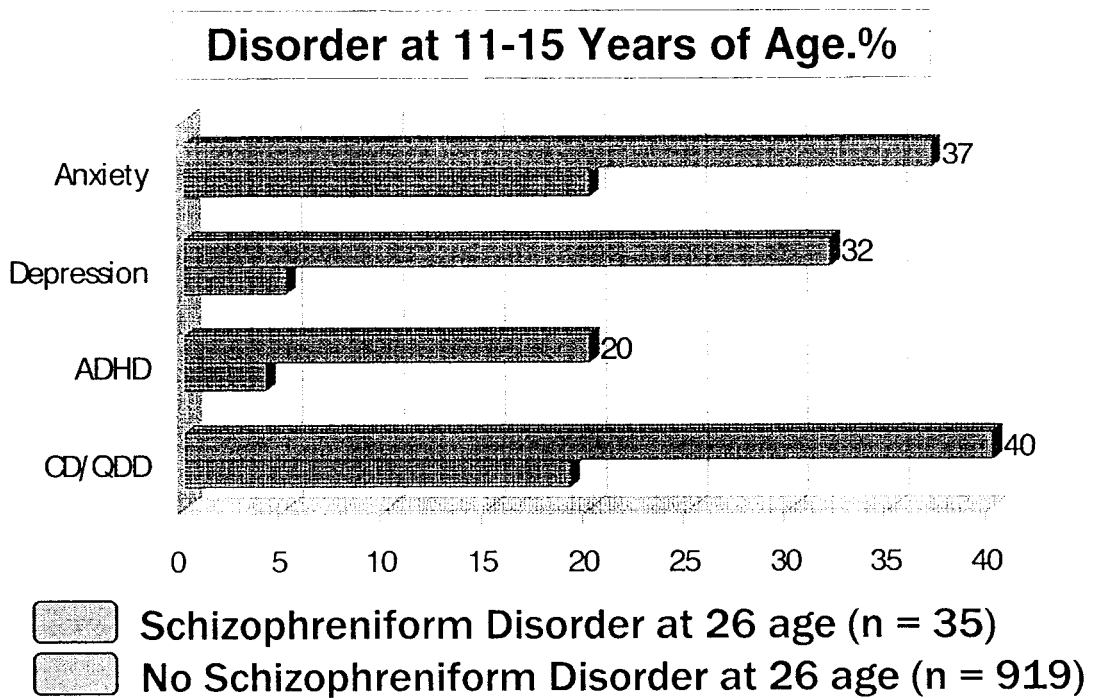


成人型精神疾患を罹患している26歳成人の50%以上は
すでに15歳までに何らかの診断基準に該当していた

Kim-Cohen et al., 2003, Arch Gen Psychiatry

23

統合失調症様障害罹患者の思春期 ①

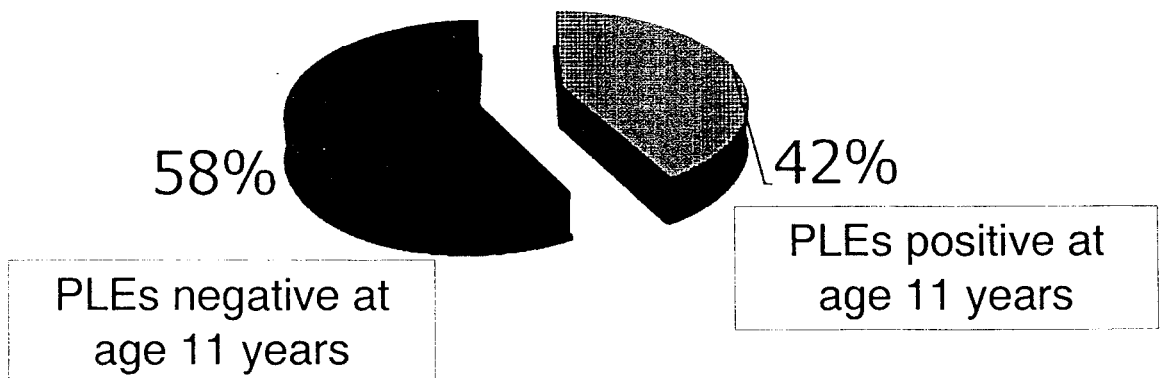


Kim-Cohen et al., 2003, Arch Gen Psychiatry

24

統合失調症様障害罹患者の思春期 ②

統合失調症様障害を罹患している26歳成人の42%がすでに11歳時に精神病様症状 (PLEs) を体験していた

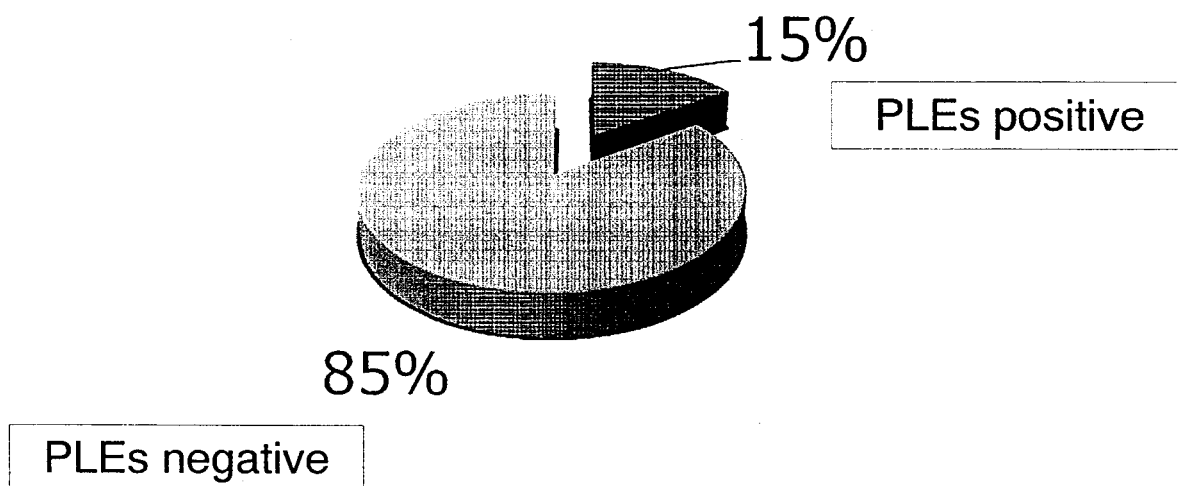


Poulton et al., 2003, Arch Gen Psychiatry

25

思春期地域標本におけるPLEsの頻度

津市中学生約5000名を対象とした調査
(平均年齢13.3歳)



Nishida et al., 2008, Schizophr Res

26

早期支援・普及啓発の焦点

- 精神疾患の初回発症は10代～20代前半に集中。
- 統合失調症患者の多くが10代早期からclinical & subclinicalな精神病理を抱えている。
- 早期支援が最も必要な若者層が最も支援を求めたがらない。(Rickwood et al., 2007)
- 低年齢群ほど自らの精神障害を認識しにくい。(Logan et al., 2001)

思春期児童や若者およびその周辺の支援者を
対象とした精神保健啓発が特に重要！

27

精神病早期支援宣言 (WHO & IEPA, 2004)

- 15歳の生徒全員が精神病についての教育を受けるようにする。
- 若者に関わる教育関係者が精神病早期発見のためのトレーニング研修を受講するようにする。
- 内科や小児科、行政関係者など思春期・青年期の若者に関わるすべての人々が早期の精神病を確実に発見できるようにする。
- 相談・受診3回以内に最良の支援機関につながるようにする。
- 未治療期間を3ヵ月以内にする。
- 早期発見により強制的治療を25%以内にする。
- 発病後2年以内の自殺率を1%以内にする。
- 治療開始後2年経過した時点で、90%の患者が就労や就学などに関して満足のいく状態を目指す。

等々

28

精神保健普及啓発は 諸外国共通の課題

- 若者向け啓発・教育キャンペーン
(例・メルボルン, Compass Project)
- 保護者や学校関係者を対象とした初期支援 トレーニング
(例・Mental Health First Aid Training)
- 包括的学校精神保健活動
(例・オーストラリア, Mind Matters Project)

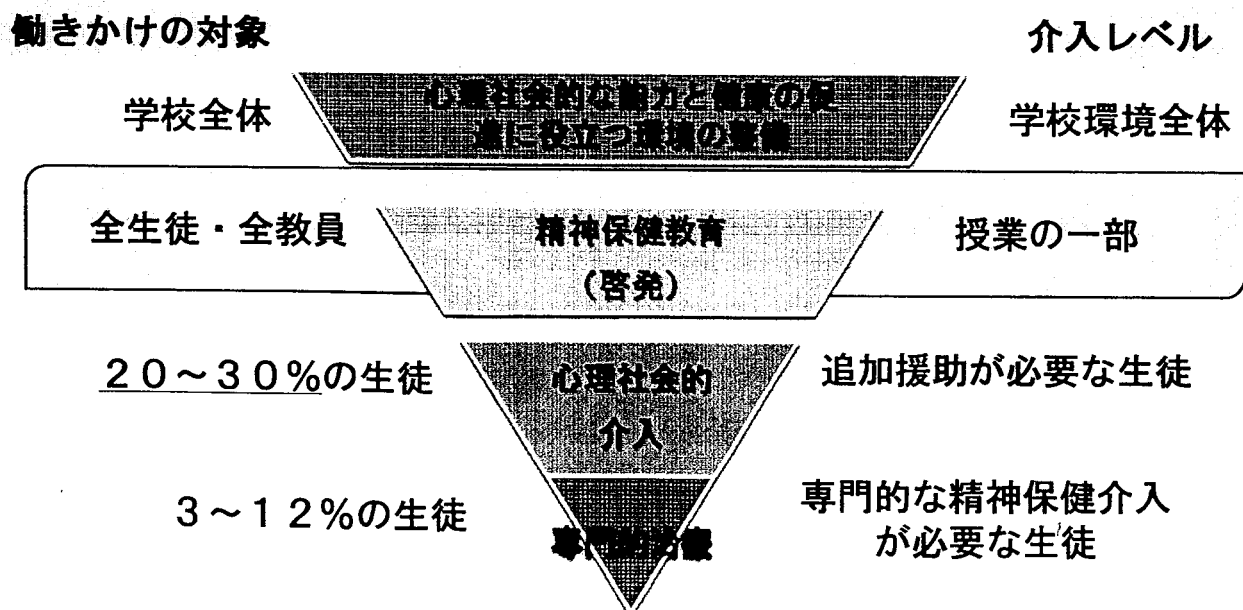
29

10代の若者に対する精神保健啓発

学校ベースの精神保健啓発

30

包括的学校精神保健アプローチ



WHO, 1994

31

豪国・学校精神保健プロジェクト

Mind Matters

(2000～)



予防・早期介入を目的とした 学校精神保健プロジェクト

若者の精神的健康を増進し、予防や早期介入の促進のために

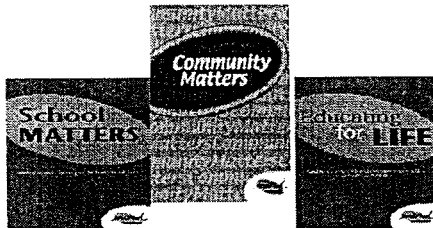
- ① 学校環境の整備・改善
- ② 精神的危機を乗り越えるためのスキル・資源・精神疾患に関する正しい情報の提供
- ③ すでに精神的不調をきたしている若者に対し、効果的なサポートができるように支援する体制づくり

32

カリキュラム教育(教科書・教材)

地域社会とのつながり

学校精神保健基本
(資料③)



いのちの教育
(自殺・自傷予防)

心のしなやかさ
の強化 1



心のしなやかさ
の強化 2

いじめをしのご
(資料④)



心の病気を理解する
(スティグマの問題)



↑↑↑
中学校

別れと悲しみ

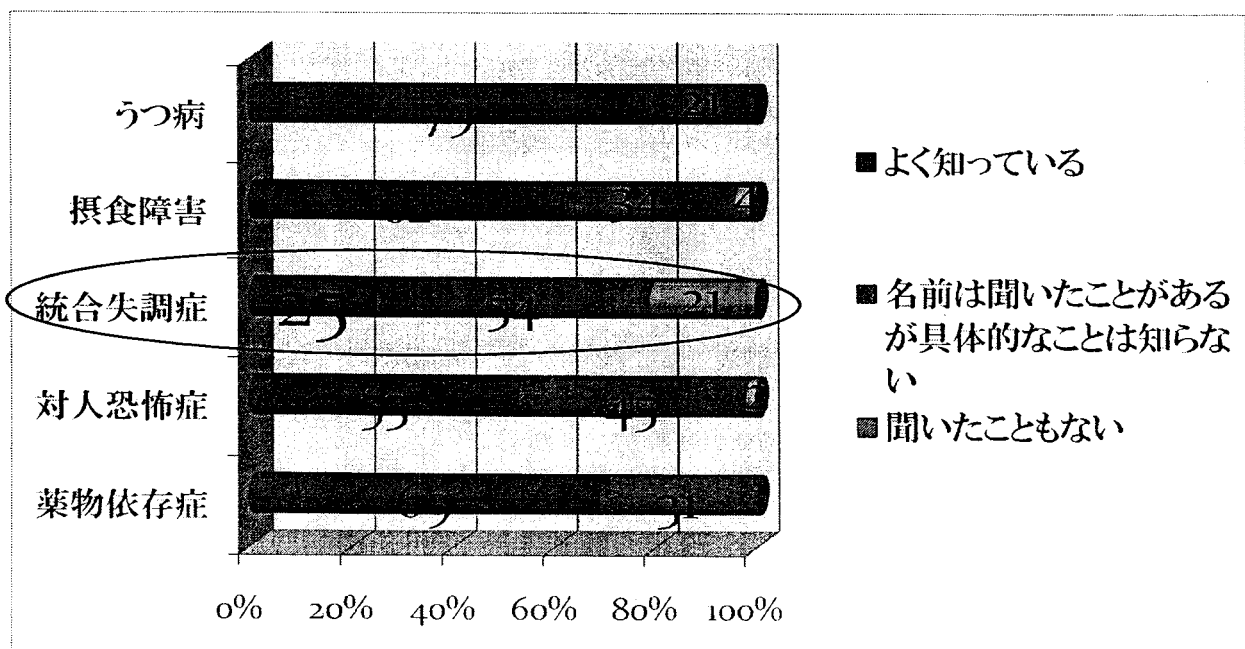
↑↑↑
高校

教育機関と連携した津市での啓発的取り組み 2007年度の状況

- 実態調査の結果を市内中学校の全教員・保護者に配布
- 市教育委員会・健康教育課との連携事業
- 市内公立中学校・小学校・幼稚園の教員を対象とした研修会
- 市内公立中学校全養護教員を対象とした研修勉強会
- 市内公立中学校全養護教員を対象とした早期発見・早期支援
ケースマネジメントの講習会
- 津市・早期支援・相談に関する地域関係者会議
- 津市青少年育成協会と連携した研修会
- 津市内各学校における教職員や保護者との研修会

34

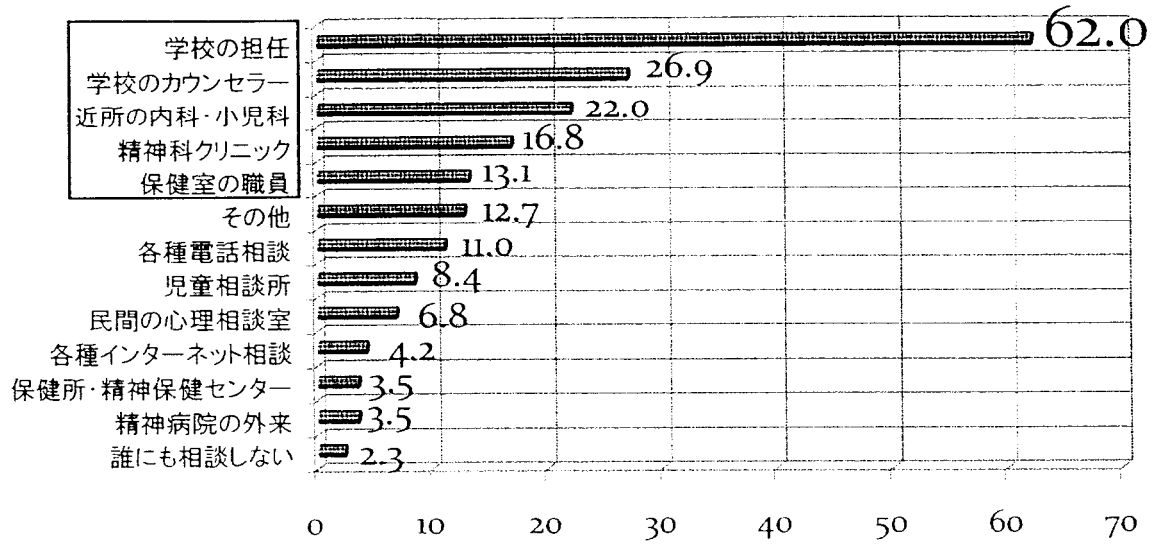
病名の認知度（保護者 N = 536）



35

子どもの精神的不調に気づいた際の 最初の相談先（保護者N=536）

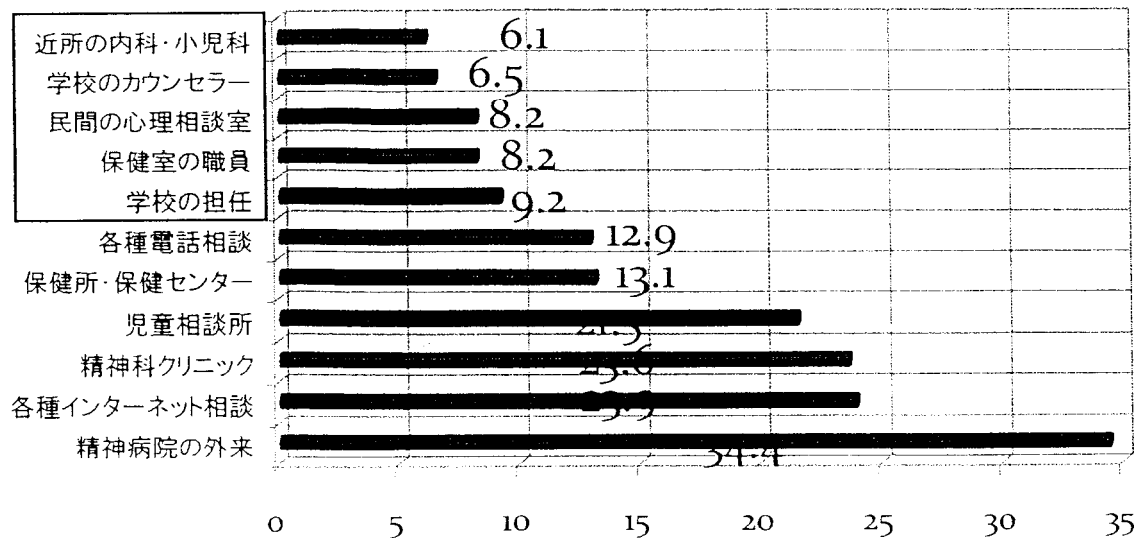
(%)



36

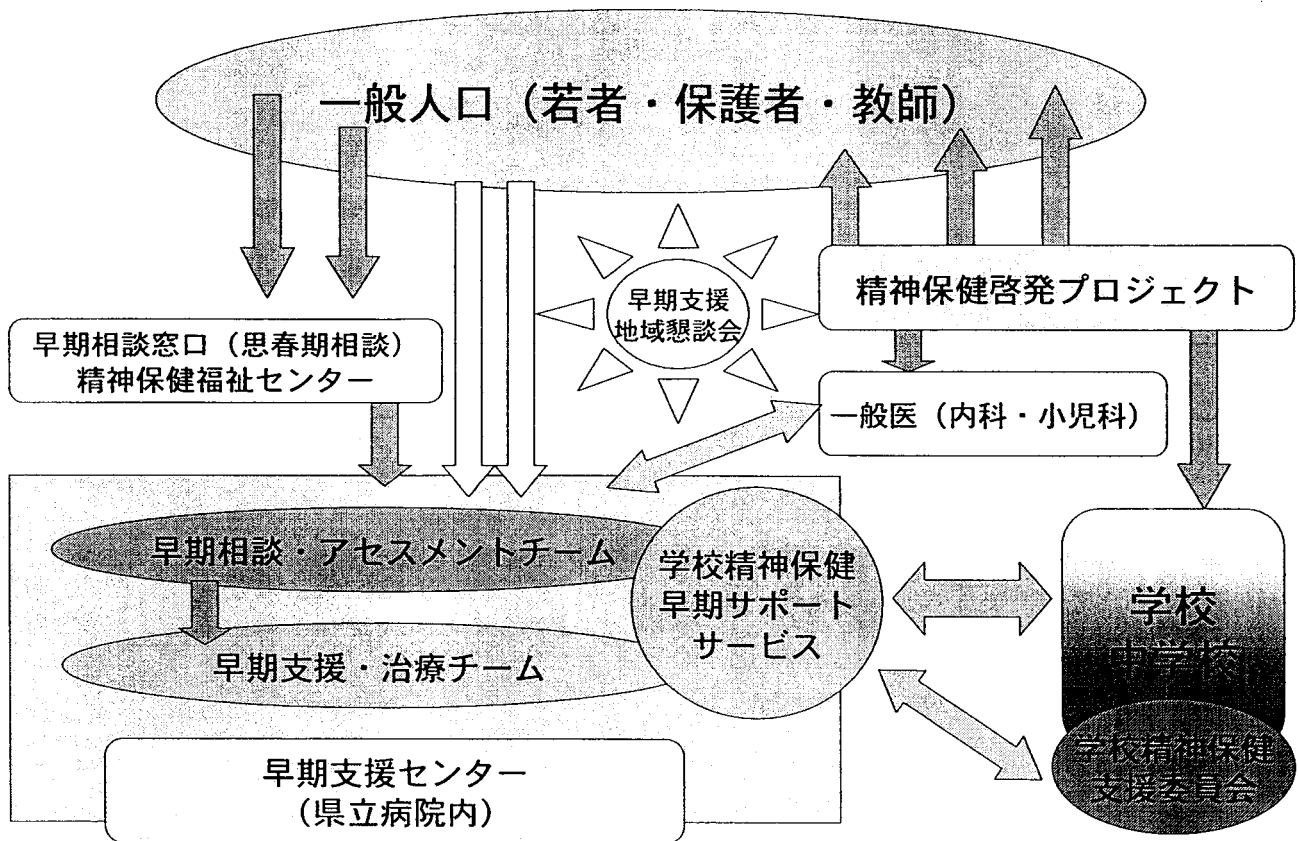
子どもの精神的不調を相談するのに 抵抗がある相談先（保護者N=536）

(%)



37

津市・大村市・早期支援事業概略図



38

津市・大村市早期介入関連 各プロジェクト

普及啓発プロジェクト

- 学校ベース(モデル校区)の啓発(生徒・保護者・教師)
- 地域を対象としたエビデンスに基づく啓発介入(各種メディア媒体を利用)
- 地域一般医(内科・小児科)を対象とした啓発と連携
- 普及啓発検討チームの発足(教育関係者・精神医療関係者・マスメディア・デザイナーなど)
- 啓発効果検討チームの発足(三重大学大学院公衆衛生学講座&都精神研)

学校精神保健早期サポートプロジェクト

- モデル校に学校精神保健検討委員会(校長・教頭・養護教諭など)を創設(毎週)
- 県立病院早期介入センター内に学校精神保健早期サポートチームを創設、多職種専門職による学校精神保健アウトリーチコンサルテーション、早期発見・相談事業

精神病を発病した若者を対象とする早期発見・治療サービス

- 県立病院早期介入センター内の早期発見チームによる訪問型初回アセスメントサービス、および臨界期の多職種アウトリーチチームによる治療。そのための人材育成研修&マニュアル作成。

早期支援地域懇談会

- 学校、教育委員会、精神保健医療センター、保健所、県立医療センター、大学、児童相談所、精神科医療機関等の関係者の連携強化のための懇談会の定期的な開催

39

伊藤参考人提出資料

ACT(包括型地域生活支援プログラム) のわが国における有用性について

[key words]

医療ケアマネジメント、ケアマネジメントチーム、ACT

国立精神・神経センター 精神保健研究所

伊藤 順一郎

1. 「地域中心の精神保健医療福祉」 を構築していくに当たっての 基本的認識について

2

「精神疾患・障害複合体」という考え方

- 精神障害では、「疾患が治癒(固定)してから障害がのこる」という考え方は、不適切。
- 統合失調症や双極性障害などの「重度かつ継続的な」精神疾患は、疾病的側面と障害的側面を同時に持っている、「疾患・障害複合体」
- 急性期・慢性期を問わず、常に医療的関与は必要であり、また生活支援すなわち治療的関与でもある。
- 福祉的サービスは、医療的支援と結合している必要がある

3

「地域中心」の具体的なすがた

—国府台病院における病床削減(350⇒150)を経験して—

- 「今まで慢性病棟で診ていた状態」は地域で診る！
- 「今まで、休息入院や家族の負担を軽減するために行っていたような入院」も極力地域で診る！

- これをかなえるために不可欠なものは、
 - 適切な住居プログラム
 - 地域で支えるための「生活の場に出向く医療的関与」
- 『地域の受け皿』には「(生活の場での)医療的支援」が含まなくてはならない。

4

「地域中心」のリスク： 家族の負担を増やしてはならない

- 家族との同居：24時間365日のケアを家族に強いる。
- ひきこもり傾向があり、積極的に「日中の居場所」を利用したがらず、日中不活発な患者を抱えてしまった場合。
 - 家族の過重負担
 - 家族・患者のコミュニケーションのゆがみ(批判・過干渉など)
 - ストレス要因として、患者の再発のリスク
- 「日中自宅を中心にひきこもり状態で過ごし、不活発ないし、家族間の関係が混乱している患者」を支えるために、自宅や患者の生活圏に訪問(アウトリーチ)するサービスが必要。

5

「地域中心」のリスク:2

孤立した人々を増やしてはならない。

- 地域の様々なサービスを、患者や家族が自分たちだけで活用することは困難。
- 「重症で継続的な」精神障害を抱えている人々は、安定したサービス利用までの時間がかかる。
 - 「希薄な安全保障感」「対人関係の困難」
 - 「疲れやすさ、集中力の困難」「一度に複数のことを同時にすることの困難」
- 行政や医療機関などの相談窓口「相談にのりつつ、必要なサービスにつなぐサービス」すなわち、ケアマネジメントが不可欠である。

6

「地域中心」＝

多様なニーズに応える仕組みが地域に必要

- 支援・治療のゴールは「症状の安定」を超え、「何らかの社会貢献・社会的役割を果たすこと」
- 多様なニーズに応える多職種チーム
 - 医療
 - 生活支援
 - 就労支援
 - ピアサポートなど
- Place then train を実現する力量

7

【小括】

「地域中心の精神保健医療福祉」を展開する際には、通所型のサービスに通えないような、精神障害があり「ひきこもり状態」の人々への支援が不可欠

- 利用者の生活圏へのアウトリーチ（訪問）
- ケアマネジメント
- 多職種チームないし強い連携関係

8

《外来・在宅医療》としての
ACT: Assertive Community
Treatment
(包括型地域生活支援プログラム)

9

ACTの基本的構造

- 頻回の在宅訪問、生活の場での協働作業など、アウトリーチを主体とする
- 看護師・PSW・OT等の多職種がチームを形成する
- 関係作りから、心理教育、服薬自己管理の支援、危機介入、スキルトレーニング、日常生活自己管理の支援、社会資源の活用への支援、家族支援、就労支援など、多彩なサービスを提供する
- チーム精神科医がおり、利用者の処方、危機介入などを、チームと密なコミュニケーションをとりながら行う
- 24時間週7日対応を原則とし危機介入にも対応する
- ケアマネジメントの手法を用い、包括的なケアプランを作成し、利用者のニーズに合致したサービス提供を心がける。

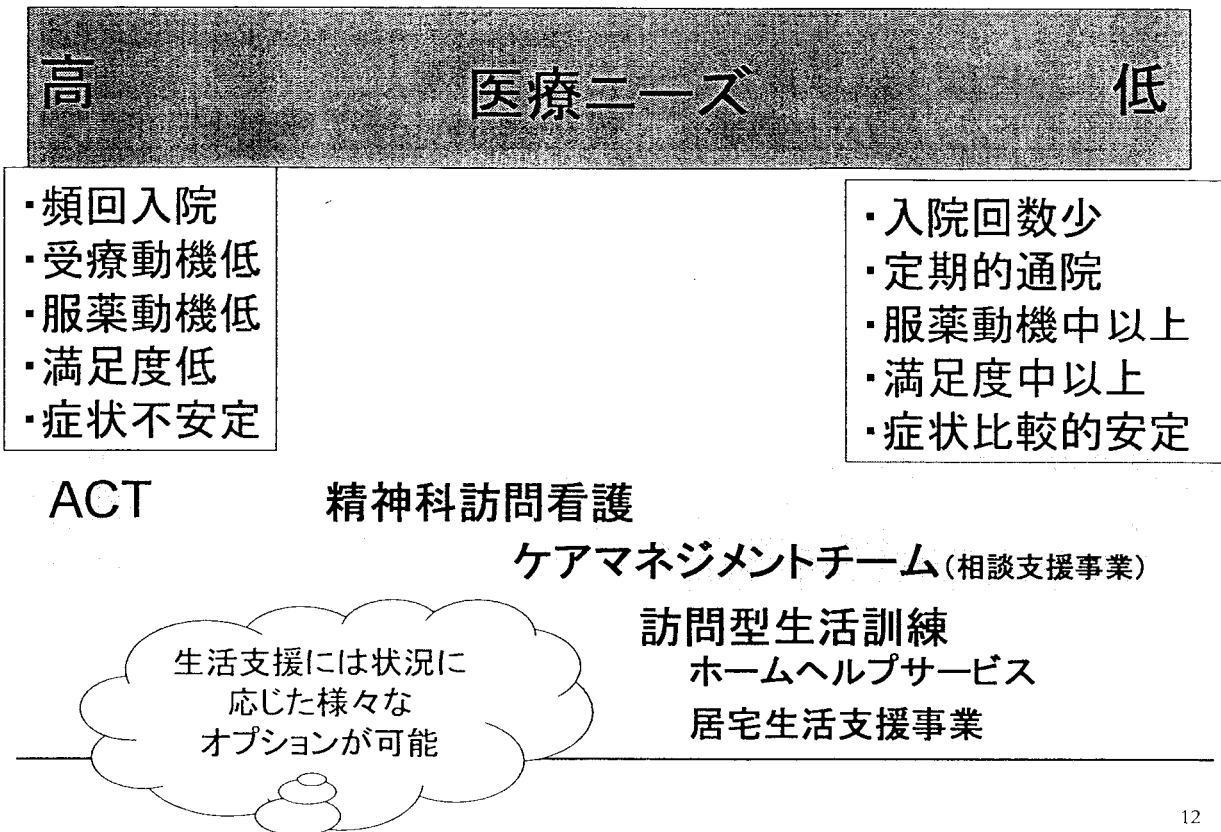
10

ACTのサイズ、対象者

- ACTの標準のサイズは、7～10人のスタッフで、70～100人の利用者の支援
 - 夜間や休日のオンコール体制を組む必要
 - ケースロードは1:10程度を基本
- ACTの対象者は精神科医療のheavy userである
 - 18歳～65歳程度
 - 主診断:統合失調症、双極性障害、重症うつ病等「重度かつ継続する」障害をもつもの。
 - オフィスから車で30分以内ていどのキャッチメントエリア
 - 過去2年間の間に複数回の精神科入院歴(たとえば2回以上)、あるいは一定日数以上の入院日数(たとえば100日以上)
 - 生活機能のレベルが一定以下(過去1年間の最高GAFが50以下)、あるいはホームレス、医療申断、自傷他害の恐れなど、社会生活を維持する上での大きな困難をかかえていること

11

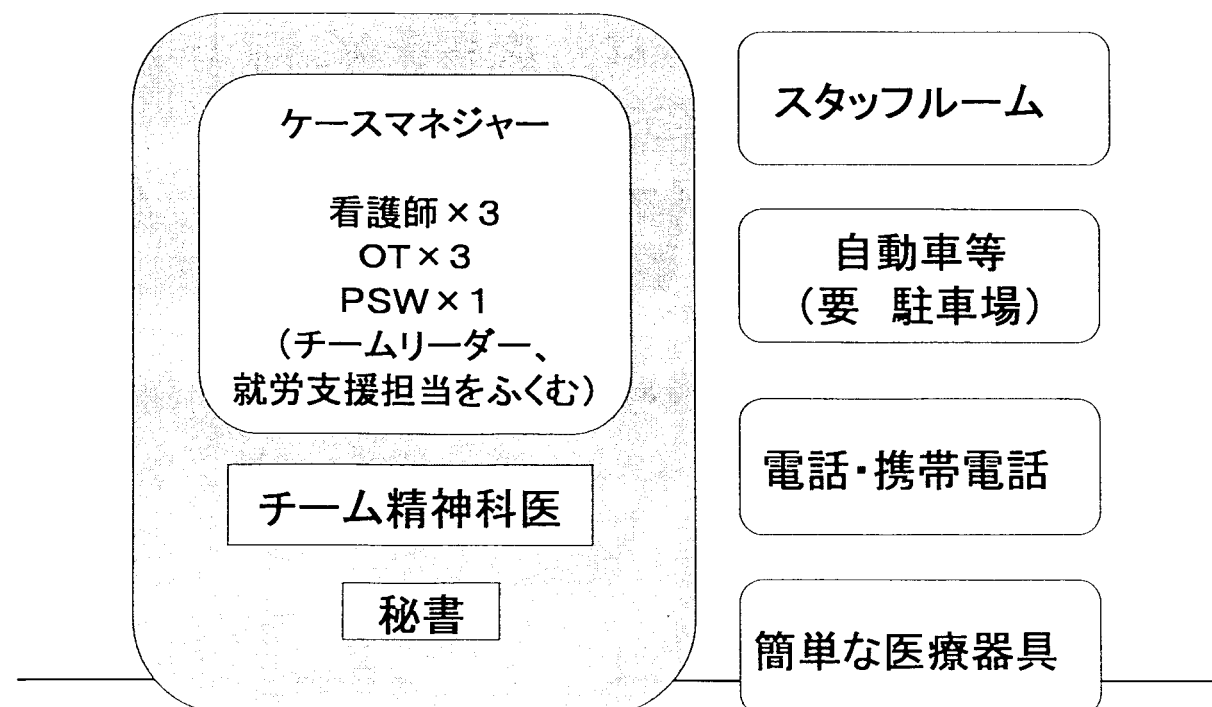
ACTは医療ニーズの高い人々へのアウトリーチサービス



12

ACT-J 臨床チーム (平成20年4月現在)

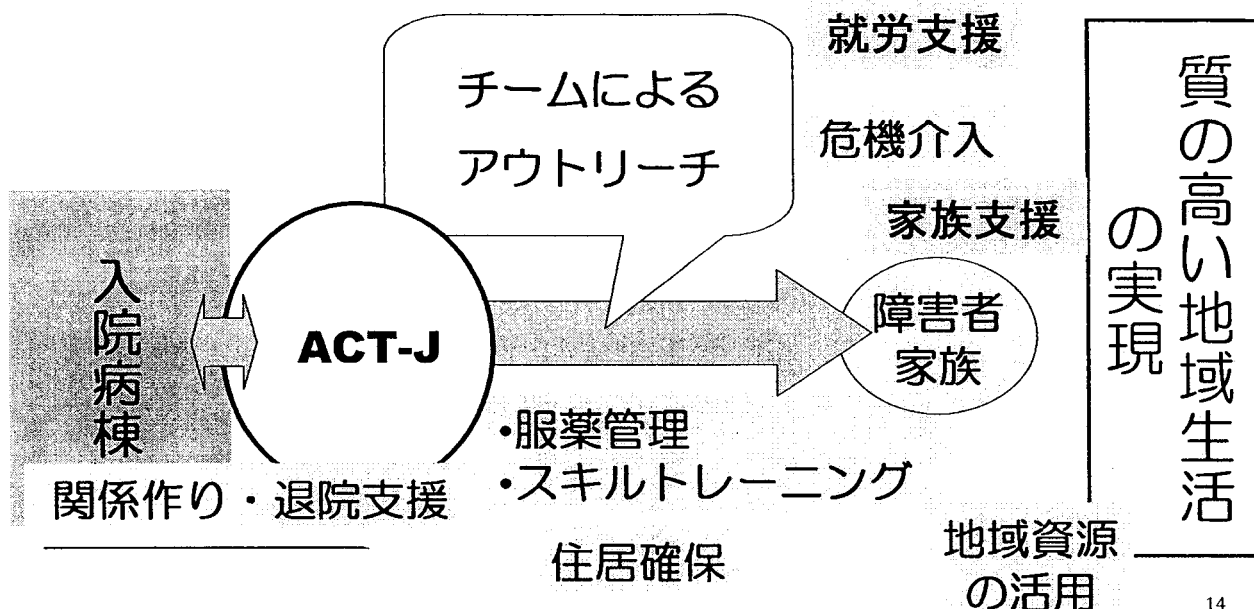
一つのオフィスを共有することで常に情報共有が出来る



13

ACT-Jの概念図

入院医療・地域資源と強力な連携をとり、重い精神障害をもつ人の退院促進・質の高い地域生活維持・再発予防に貢献する



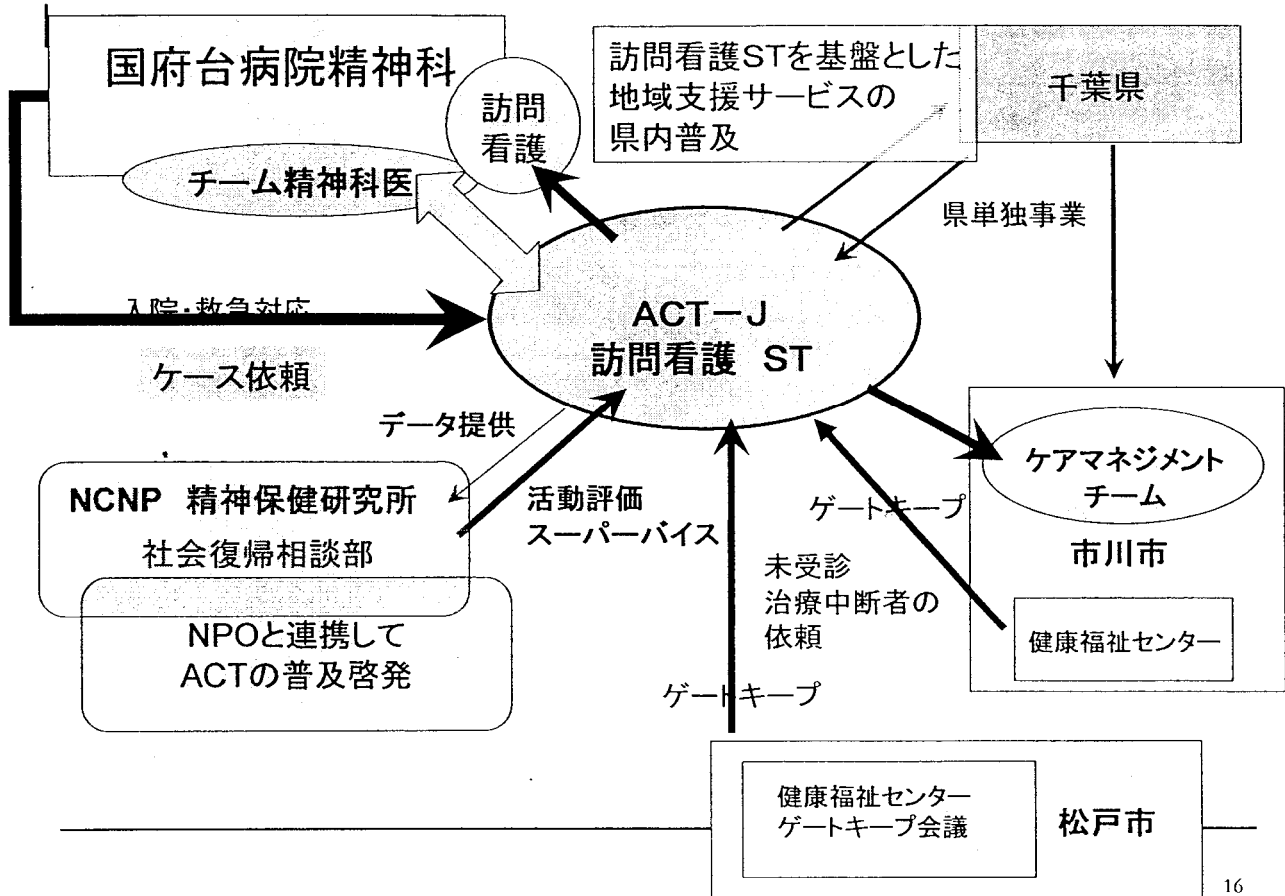
14

ACTは卒業することを前提としてよい

- 特に都市部では新たな対象者をACTチームは次々と支援する必要が生じる。
- ACTを開かれたシステムにするためには、ACTの入り口と、出口が他のサービスに開かれている必要がある。
 - 入り口: 医療ケアマネジメント(病棟から押し出す力)
 - 出口: ケアマネジメント・チーム(地域の支える力)

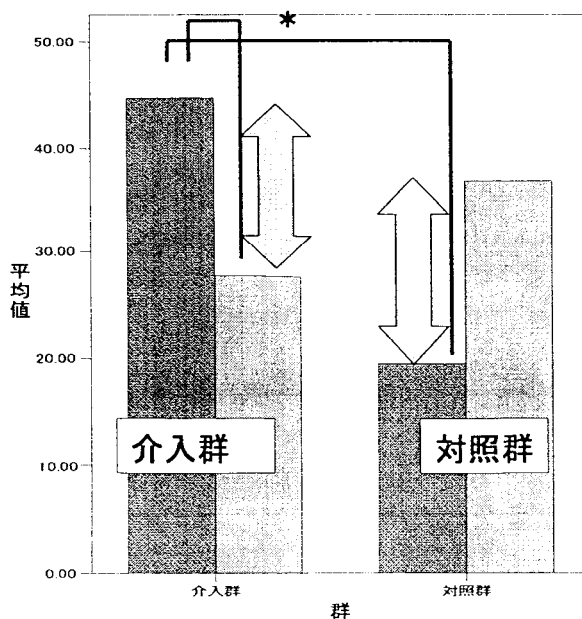
15

ACT-J :システムの中の位置づけ



16

研究の結果：入院日数

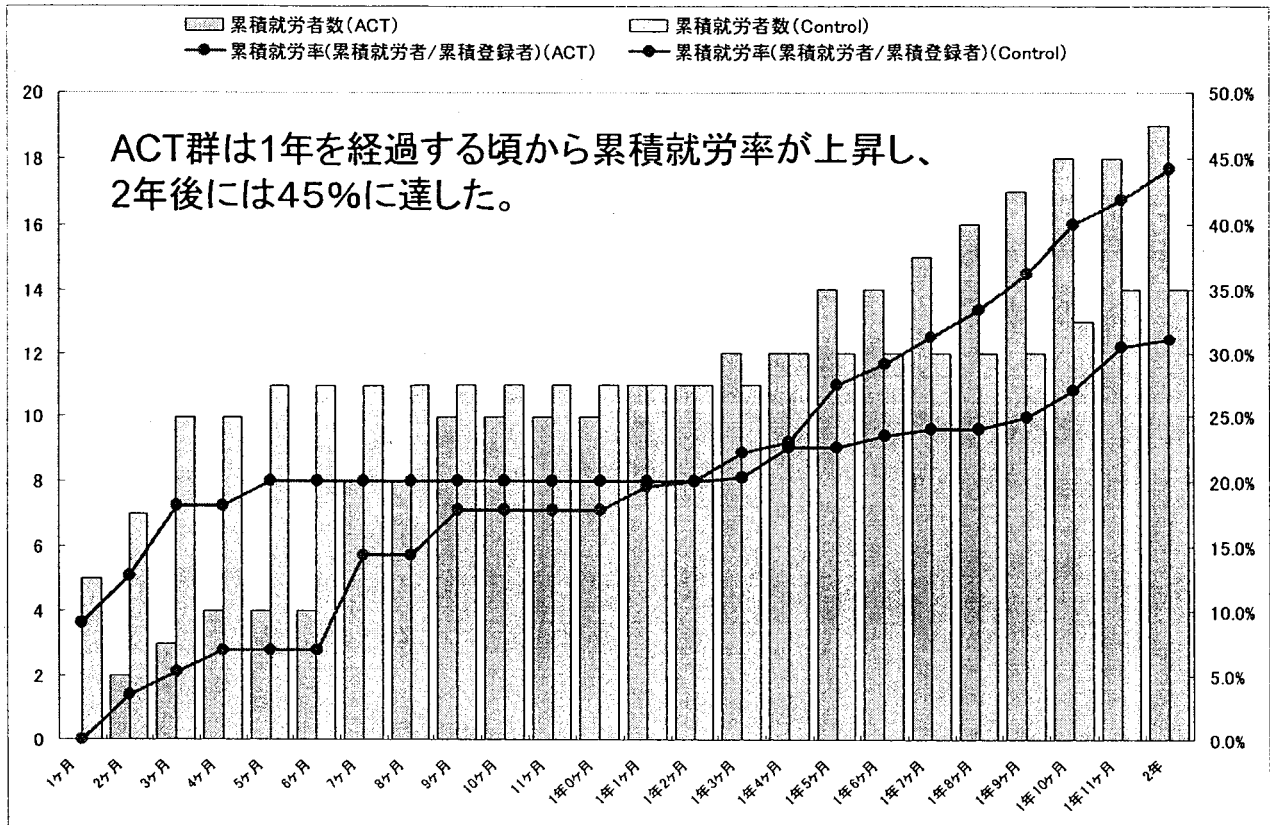


入院前過去1年の入院日数を調整して分析すると、**ACT介入群**は通常治療群よりも、入院日数の減少が大きかった。
(wilcoxonの順位和検定：
 $-17.5 \pm 65.1 : 14.5 \pm 84.8$, $p = .048$)

介入前後では、**ACT介入群**において、入院日数が介入後に有意に減少したが($p = .047$)、通常治療群ではそのような差はみられなかった

17

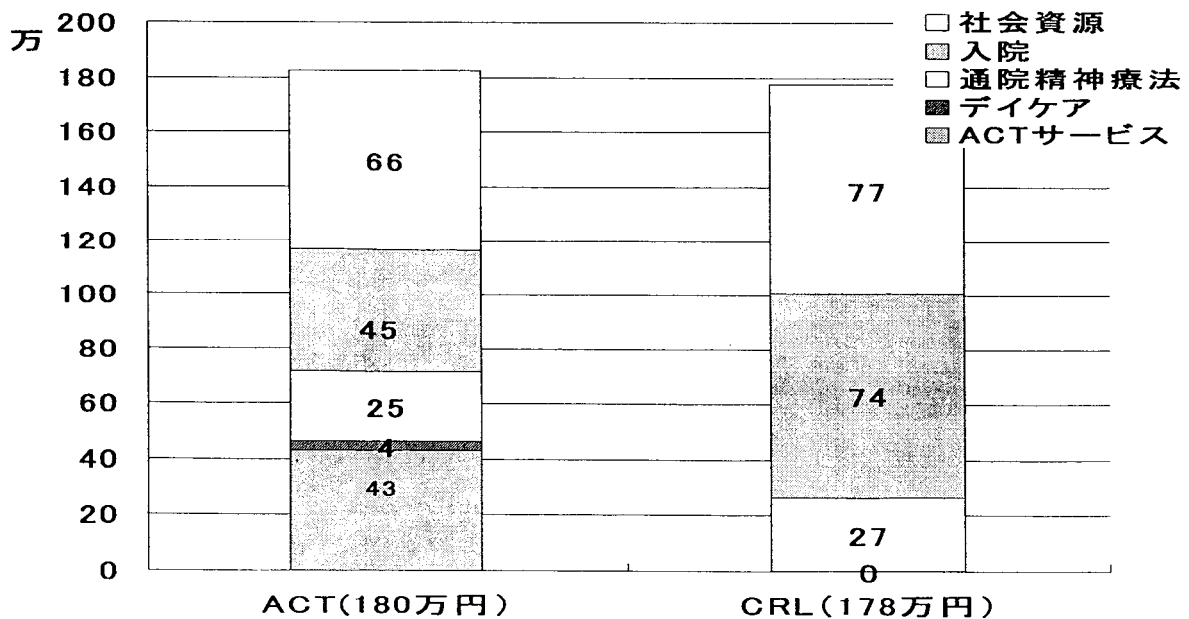
結果：就労率：：基点日からの期間に基づく変化



研究結果：年間コストの比較

(N:ACT56, CRL49)

ACT群は入院費用を抑制するが、総コストの1年間の比較では大きな差がなかった



※通院精神療法及び入院費には薬剤費174,000円が含まれる

※通院精神療法及び入院費には薬剤費230,000円が含まれる

ACT: 日本でのいくつかのモデル

20

ACTの運用可能性

- ACTは訪問看護ステーションを活用することで運用可能
 - 但し、以下の条件が付加されることが必要
 - 対象者が明確
 - チーム精神科医をもつ
 - チームの中に精神保健福祉士ももつ
 - 重症者、合併症を持つものへの複数名訪問が行える
 - 危機介入体制をくめる(バックベツトも確保)
 - ケアマネジメントが行われる
 - 治療のゴールとして就労など社会生活の向上を掲げられる
-

21

市川モデル(ACT-J)

- 《設立主体》 NPO法人立訪問看護ステーション
- 《チーム構成》ステーションに、看護師3、作業療法士3（1人は就労支援）、精神保健福祉士1
- 《チーム精神科医》国府台病院所属の精神科医1名・・・主治医担当,密接なコミュニケーション
- 《入り口》 国立国際医療センター国府台病院精神科、市川保健所、松戸保健所
- 《出口》 地域のケアマネジメント・チーム、国府台病院訪問看護、
- 《財源》 訪問看護ステーション収益、県モデル事業(精神保健福祉士人件費)、寄付など

22

京都モデル(ACT-K)

- 《設立主体》訪問型診療所、訪問看護ステーション、NPO法人
- 《チーム構成》精神保健福祉士5、薬剤師1(以上、診療所)、看護師4、作業療法士1(以上、ステーション)
- 《チーム精神科医》診療所医師
- 《入り口》保健所、福祉事務所、地域の精神科診療所
- 《出口》 地域の精神科診療所？
- 《財源》訪問型診療所収益(医師訪問、精神科訪問看護、訪問薬剤管理指導)、訪問看護ステーション収益

23

岡山モデル(ACT-おかやま)

- 《設立主体》精神保健福祉センター
- 《チーム構成》常勤スタッフ1、非常勤スタッフ5(精神保健福祉士、作業療法士、看護師(保健師)、臨床心理士)
- 《チーム精神科医》精神保健福祉センター医師
- 《入り口》保健所、市町村、地域活動支援センター(危機介入)、精神科病院(退院促進)
- 《出口》通院医療機関、地域資源(安定した医療供給、生活支援)
- 《財源》県費

24

今後重要な3つのケアマネジメント

【外来・在宅医療】ACT(包括型地域生活支援プログラム)

【入院・デイケア機関】医療ケアマネジメント

【地域福祉】ケアマネジメント・チーム

25

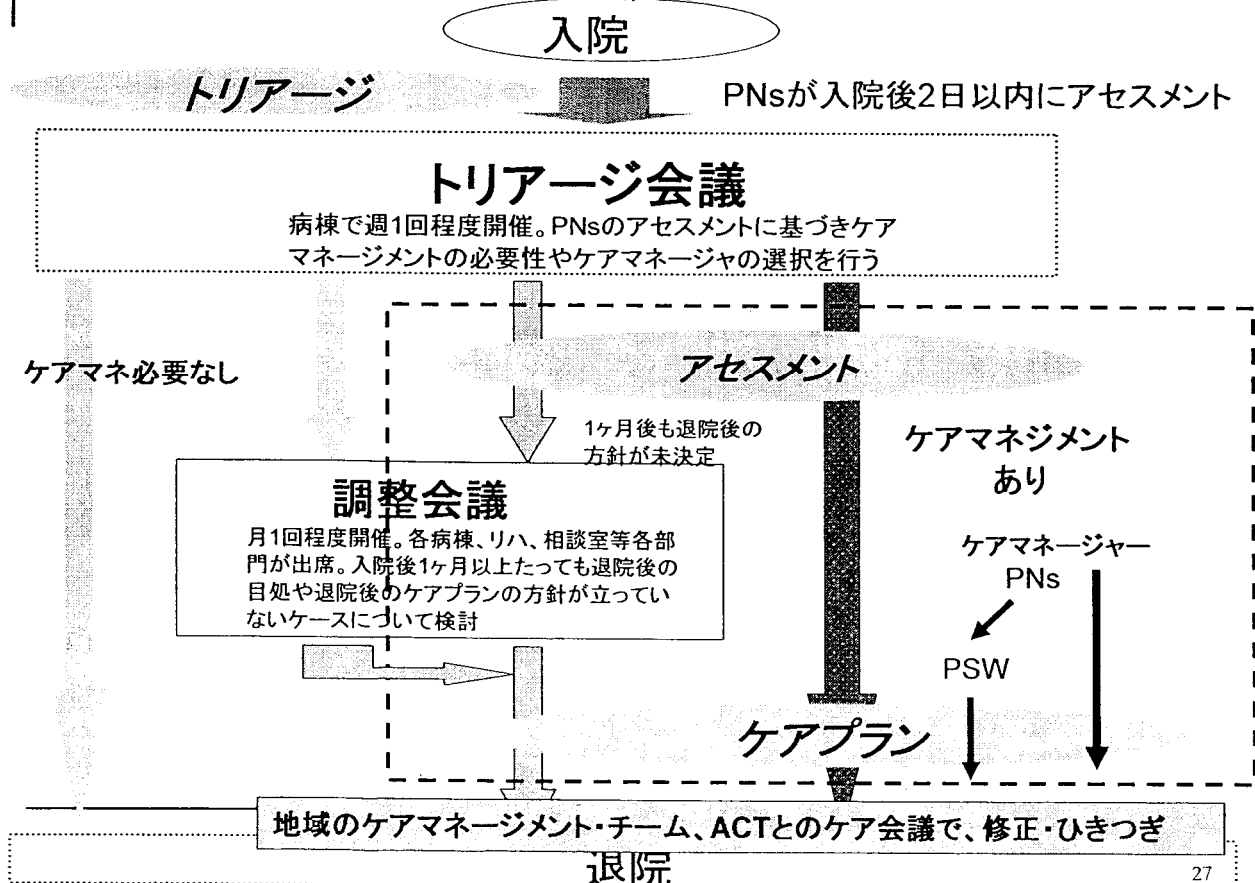
医療ケアマネジメント

(1) 急性期病棟ケアマネジメント

- 急性期病棟に精神保健福祉士を配置。
- 退院後の心理社会的困難が予想される患者に、入院直後から関わり、退院までに、退院後のケアプランを作成。
- 退院前に地域のケアマネジメント・チームやACTとケア会議を行い、退院準備を協働で進める。
- 退院後1ヶ月以内に、ケアマネジメントは地域のケアマネジメント・チームかACTなどに引き継ぐ。

26

病棟ケアマネジメントの流れ



医療ケアマネジメント

(2) デイケア・ケアマネジメント

- デイケアはデイホスピタルである
- 長期にわたる支援は自立支援法下の地域活動支援センター、就労継続、就労移行支援事業、生活訓練事業などで行われるようにすることを原則とし、デイケア卒業後の地域ケアマネジメント機能への移行が円滑に行なわれるようにすべき
- デイケア利用中から、地域の社会資源の利用を促進できるように、スタッフがケアマネジメントを行う。
 - デイケアプログラム以外の地域資源も視野に
 - ケア計画を定期的(6ヵ月ごと)に見直し
 - 早期退所、社会資源の活用に努力
- ケアマネジメントは医療と地域生活支援の共通ツール

28

《地域福祉》ケアマネジメント・チーム

- 市町村の総合相談窓口などを訪れた利用者で、複数のニーズがあると判断されたものに対して、ケアマネジメントを行うためのチーム。
- 相談支援員等により構成されるが、原則このチームのスタッフは他のサービス事業から独立し、ケアマネジメントに専従する必要がある。
 - サービス利用計画作成につながらなくても「相談にのる」ことがケアマネジメントの基本

29

《地域福祉》ケアマネジメント・チーム(2)

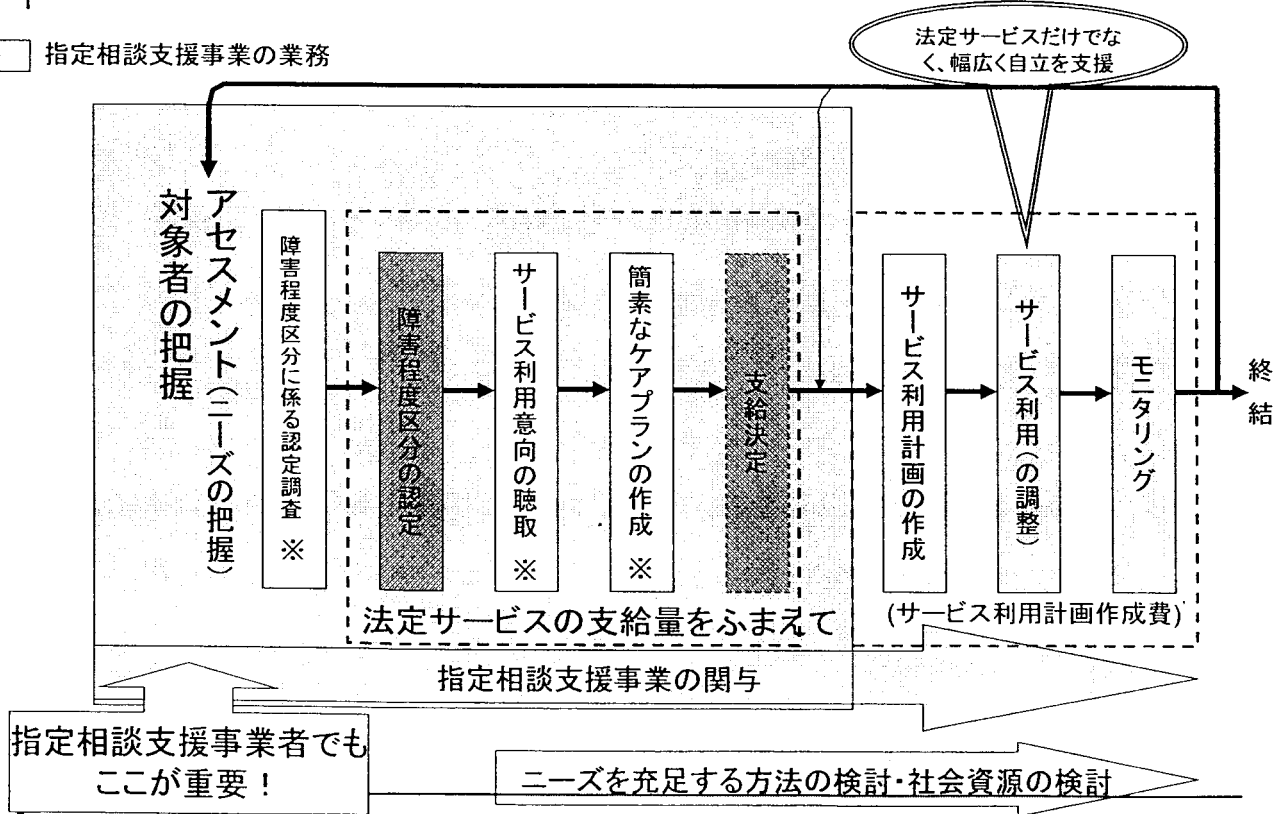
- 「相談」の契約が出来た時点からケアマネジメントは始まる。
 - 関係作り、対面コンタクト、原則生活の場へのアウトリーチ。
 - 利用者のニーズの包括的アセスメント
 - サービス提供する事業者の見学など
 - ケア会議の開催
 - サービス利用計画(案)の作成
- 障害程度区分決定、サービス利用計画作成後も継続支援
 - 利用者のアドボケイト(権利擁護)支援
 - 最低月1回以上の利用者、サービス提供事業者との対面コンタクトによるモニタリング
 - 6ヶ月ごとのサービス利用計画の見直し
- 1年以上安定し、(再入院、再入所などが無い)ニーズが消失したと判断された場合は、ケアマネジメントは終了する。

30

障害者自立支援法でのケアマネジメント制度化と相談支援事業

* 厚労省資料を改編

指定相談支援事業の業務



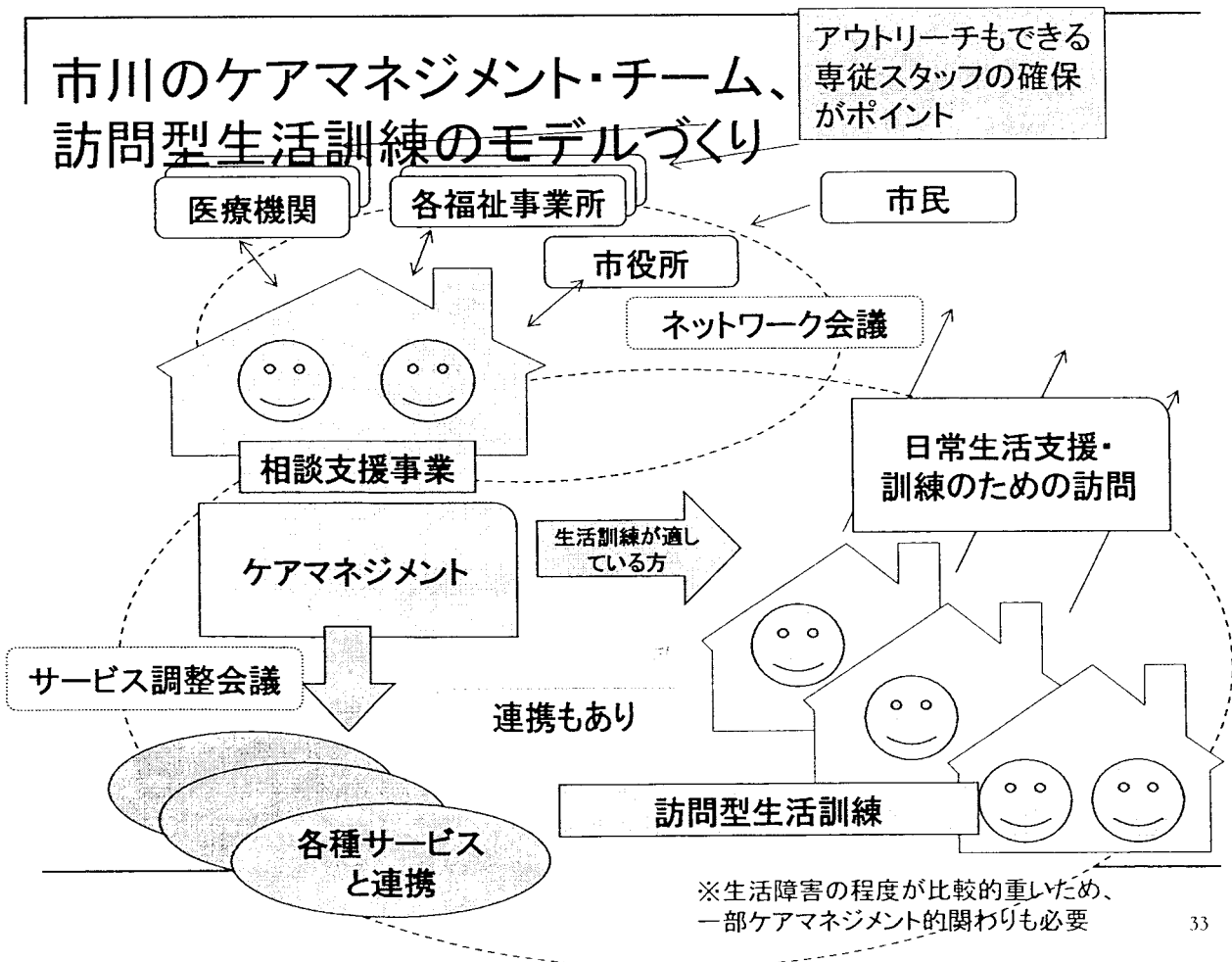
ケアマネジメントの質の向上(地域自立支援協議会の機能)

31

《地域福祉》ケアマネジメント・チーム(3)

- 「ひきこもり」傾向が強く、通所型のサービスを活用できない利用者に対しては、訪問型の生活訓練を適用。
 - ホームヘルプサービス(家事支援)との併用などをおこなないながら、日常生活の向上にむけた支援を実施。
- 医療ニーズが大きくなった場合
 - ACTに移動
 - 通院先の医療機関の精神科訪問看護チームと連携
- 以上の実現のためには、自立支援法の相談支援事業、生活訓練事業の大幅見直しが必要

32



33

まとめ：医療と生活支援をつなぐKEYとしてのケアマネジメント

