

# 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

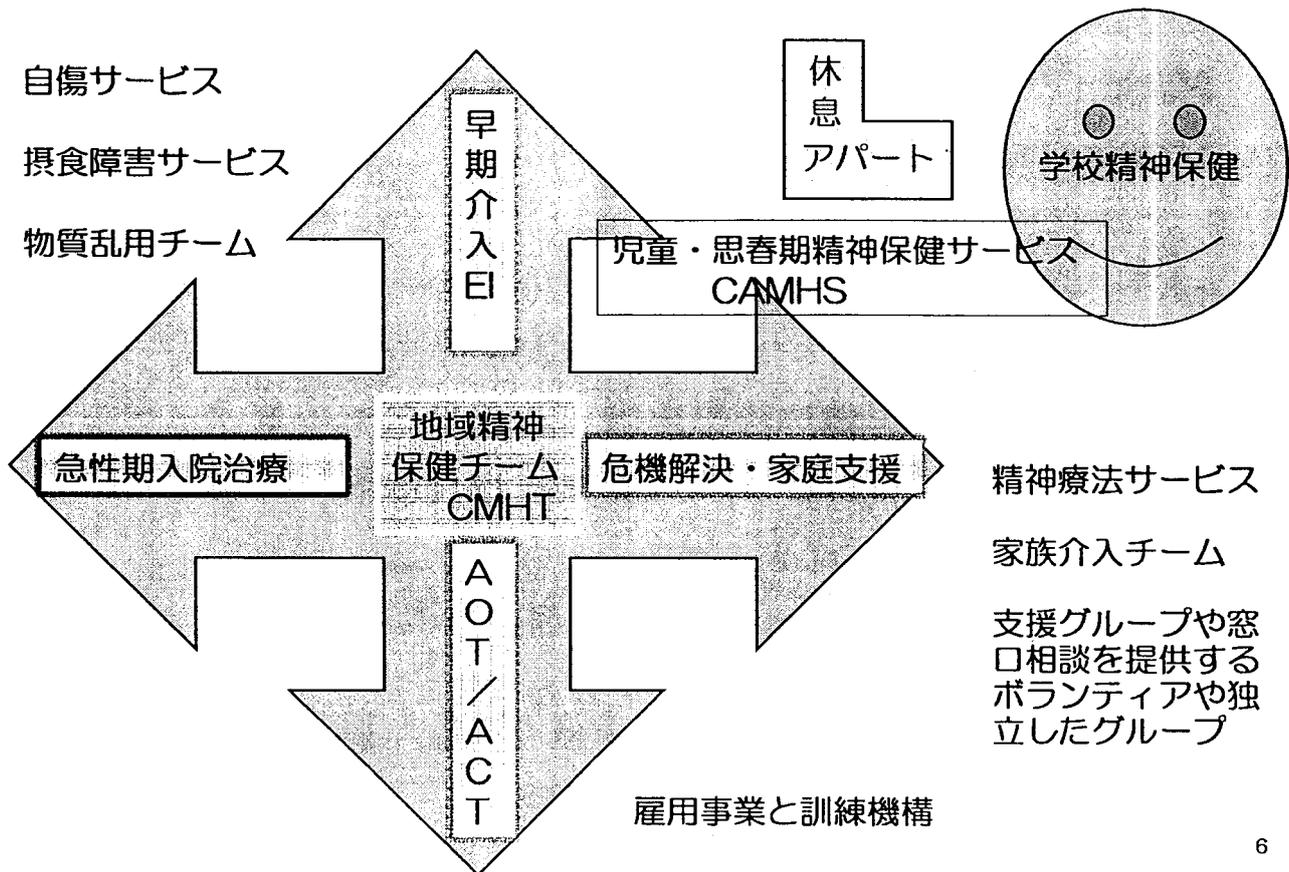
4

## 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



## 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。