

活動例2 悲嘆反応

「変化が喪失をもたらすことがあり、喪失のマイナスの影響は悲嘆反応を生じる」と板書する。黒板に列挙したマイナスの反応を示しながら、「どのような喪失がこうした影響を引き起こすでしょうか」と質問し、すべての喪失がマイナスの影響をもたらすわけではないことを強調する。プラスの影響、マイナスの影響をもたらす変化を二つずつ取り上げ、何がマイナスの影響に対処する助けとなるかを問う。最後に、「学校生活や家庭生活の変化は、〇〇という感情をもたらす」という文章を生徒に完成させる。

セッション2 変化と喪失に対する反応

ここでは、悲嘆反応が思考、感情、行動および身体的反応に及ぶものであることを学習する。

活動例 悲嘆反応

生徒を四つのグループに分け、変化と喪失に対して、身体がどんな反応をするか（頭痛、心拍数の増加など）、人はどんな行動をするか（たとえば、物を投げたり壊したりするなど）、どんな気持ちが生じ、それは体のどの部分で示されるか（たとえば、怒りによって握りこぶしを作る、悲しみによって涙を流す、恐れによって両腕を体に回すなど）、人はどんな考えを抱くか（たとえば、

「私も死ぬかもしれない」「きつと誰も友だちになつてくれない」など）について話し合わせる。

情報シート「正常な悲嘆反応」（表1）を用いて、こうした反応にはさまざまなものがあり、人はそれをさまざまな組み合わせで体験することを説明する。

最後に、変化から六ヵ月たった生徒が示すプラスの反応（たとえば、友人と遊ぶ元気が出る、悲しんでいる年下の人を助けるなど）を挙げてもらう。

セッション3 人を助け、自分を助ける

ここでは、喪失体験に対処し援助を求めて受け

表1 生徒用情報シート「正常な悲嘆反応」

①感情	悲しい、怖い、後ろめたい、希望がない、ほっとした、寂しい、怒っている
②身体的感覚	胸部の痛み、腹部が空の感じ、音に敏感、周りから切り離された感じ、息切れ、脱力感、気力のない感じ、口の乾き
③思考	信じられない、混乱して発狂するかもしれない、集中できない、自分のせいかもしれない、私がそうなったかもしれない、考えると事象が悪化する
④行動	眠れない、食べる気がしない、忘れっぽい、一人になりたい、失ったものを夢に見る、失ったものを探して回る、よくため息をつく、じっとしていられない、よく泣く、失ったもののゆかりの地を訪ねる、失ったものを連想させるものを持ち歩く

る方策を学び、また友人を支援する方法について考える。

活動例 助け方

ペア/グループでブレインストーミングを行い、悲嘆に影響を受けている自分（あるいは友人）を助けるためにできることのリストを作る。情報シート「自分を助け、友人を助ける」（表2）を読み、その内容を各自の答えと比較し、思い浮かばなかった答えを指摘する。そのうえで、最も利用する可能性の高い答えに印を付けさせる。さらに、具体的な状況を挙げて、それに対して生徒と学校がどのような支援を行えるかについて話し合う。

セッション4 友だちを助ける

ここでは、人が喪失に対して示す反応について考え、どこから助けが得られるかわかるようになる。

活動例 支援の種類

前回の授業を振り返り、生徒が自分や他の生徒の助けになると考えた方法をまとめたのち、支援のさまざまな種類について説明する。

「支援の種類、例、支援する人、支援の方法」という四列の表を板書する。最初の二項目については次の内容を示す。

・情動面の支援：たとえば、仲間になれなかつ

表2 生徒用情報シート「自分を助け、友人を助ける」

自分を助ける

- ①悲嘆について学び、人と話し、悲嘆にともなう悲しい気持ちを体験することに備える
- ②支えてくれる信頼できる友人と大人を見つけておく。悲しく不安にさせる「ちょっとした喪失」をその人たちに話す練習をしておく
- ③悲嘆は喪失に対する正常な反応であることを受け入れる
- ④悲嘆をマネジメントするいくつかの方法を用いる：手紙や日記を書く、絵を描く、体を動かす、人やペットに話すなど
- ⑤大きな喪失にうまく対処した人を探し、その人について聞かれたものを読み、可能であれば話を聞かせてもらう
- ⑥悲嘆は数週から数年に及び、身体的にも情緒的にも疲れるものであることを知っておく
- ⑦友人と過ごし、笑い、楽しいことをする時間をとる
- ⑧援助の申し出があれば受ける。一人でいたい場合は礼を言っておく

友人（あるいは家族）を助ける

- ①友人と一緒にいる、電話で話す、手紙を書く（返事がなくても）
- ②何が助けになるのか推測する。うまくいかなくても、友人はその努力を忘れない
- ③喪失について事細かに何度も聞かされることに備える。悲嘆する人が何度も語るのには、自分に起こったことを理解し受け入れるための方法である
- ④中断せずに話を聴く。話を聴いていることが伝わるような短いコメントをするのがよい
- ⑤楽しい思い出は気分を和らげる。一緒に過ごした楽しい思い出について聞かせてもらう
- ⑥友人が心配な場合、両親や他の大人に相談する
- ⑦喪失について話したいと思う時もあれば、何も起こらなかったかのように振る舞いたいと思うときもあることを受け入れる
- ⑧悲嘆について、また支持的な友人になる方法について学ぶ。時期がくれば友人は回復する

たときのお互いの気持ちについて話し合う

- ・情報による支援：たとえば、出席した葬儀について状況を知らない人に説明する

- ・実際の支援：たとえば、親の掃除を手伝う
- ・社会的支援：たとえば、友人と一緒に外出してもらってCDを選ぶのを手伝ってもらう

三、四番目の列はブレインストーミングを行ったうえで記入する。四番目の列の例には、誰かが話を聴く、どうすべきかアドバイスをする、人に話すことで怖い気持ちを軽減する、喪失と悲嘆について話す機会を与える、寂しいときは話をしよ

うと言つて励ます、などがある。

さらに、人が助けを求めない理由や、助けを求めらるにあたって障壁となることのリストを作る。たとえば、誰にも頼らずに一人で対処するのが大人であると考えている、などである。

セッション5 感情と恐れ

ここでは、よくみられる恐れ、不安の基盤となるものについて考え、それが死に関連する恐れといかに関係しているかについて検討する。

活動例 ささまざまな恐れ

前の授業で話し合った悲嘆反応（感情、思考、身体感覚、行動）について振り返り、ここでは感情のなかでもとくに恐れに焦点を当てる。「わたしたちの恐れの種類と共通点」というシートに挙げられたさまざまな種類の恐れをランクづけさせ、人の恐れには同じものも異なるものもあることについて話し合わせる。火事、エレベーター内に閉じ込められる、転校といった個別の状況について、人がそれを恐れる理由を考えさせる。

ついで、恐れ、不安の基盤となるものうち、死に直接関係するものに注目する。「家族が死ぬことに対する恐れ、喪失の基盤」について問い（家族内の変化、愛してくれる人を失うこと、話し相手がいなくなる、など）の答えがあるだろう。恐れは誰もがときに抱く強い感情であり、それに対処できるようになる方法があることを伝える。たとえば、信頼する友人や大人に自分の感情を表現する（話す、手紙や電子メールを書く、音声テープを送るなど）、恐れの原因を理解して自分の気持ちを整理する方法を見つけるために援助を求めるなどの方法である。

セッション6 動物園コミュニティでの悲嘆

ここでは、ある動物園長の死、また子どもの死に対する母親ゴリラの悲嘆に関する記事を読むこ

表3 生徒用情報シート「喪失のカテゴリー」

①大切な人の喪失	愛する人の死、遺棄、別離、離婚、流産、死産
②自己の一部の喪失	<p>身体的喪失</p> <ul style="list-style-type: none"> ・構造的：手足の喪失、臓器の喪失、外見の損傷、脱毛、歯の喪失、外的変化、(手術、熱傷、事故などによる)身体像の喪失 ・機能的：脳卒中、麻痺、失聴、失明、関節炎、不妊などによる喪失 <p>心理的喪失：記憶力、判断力、誇り、コントロール感、地位、自尊心などの喪失</p> <p>社会的喪失：役割の喪失、失業、転居による友人の喪失</p> <p>コミュニティと文化的喪失：移住、都市開発、難民体験による喪失</p>
③外的対象の喪失	所有物の喪失：窃盗、強盗、自然災害などによる金銭、貴金属、財産、「同一性の象徴」(写真など)の喪失
④発達上の喪失	出生時外傷、離乳、成長、学校、試験の不合格、学業から仕事への移行、親元を離れる、新たな人間関係、結婚、加齢など

とを通じて、悲嘆に対応する慣習がさまざまな文化的信条を反映してコミュニティによって異なること、そうした慣習が時代と文化とともにいかに変化してきたかを学ぶ。

セッション7
喪失は普遍的な体験である

ここでは喪失のカテゴリーについて学ぶ。生徒

表4 生徒用情報シート「悲嘆の決定要因」

・故人との関係
・愛着の性質
愛着の強さ
愛着による安全感
関係の重要性の不確実さ
故人との距離
・死亡方法
・これまでの喪失体験
・個人の特性
・社会環境要因
・併発するストレス

ここでは、正常な悲嘆反応について学ぶ。生徒が体験した生活上の変化とそれにもなう喪失感を思い起こさせたのち、そうした感情にどう対処したか、あるいははどう行動したか、家族からどのようなメッセージを受け取ったか、人に気持ちを理解してもらったと思うか、人になんと言っただけであったかを生徒に問い、答えをクラスで共有する。情報シート「正常な悲嘆反応」(表1)は自

セッション8 悲嘆は正常である

の年頃に生じる種々の変化を挙げさせ、情報シート「喪失のカテゴリー」(表3)に列挙されたものと比較する。ついで、喪失の四つのカテゴリーに関連する感情を挙げさせてリストを作り、それらの類似点と相違点を考える。プラスの感情に注目させ、よい感情は問題をもたらさぬことを理解させる。リストからプラスの感情を除いたものが悲嘆反応である。

分の体験を正常化する手段となる。

セッション9
死に対する反応における喪失

ここでは、生徒が人のさまざまな死の方について話し合う。自然死、事故死、自死、他殺などの死亡方法によってまったく異なる悲嘆反応をもたらすこと、また予期された死と不慮の死のもたらす悲嘆反応の違いについて学ぶ。情報シート「悲嘆の決定要因」(表4)を用いて、それらの因子が故人を知る人の悲嘆反応にどのように影響するのかについて考える。

セッション10
悲嘆している友人や家族を支援する

ここでは、悲嘆する人を支援するのに用いる方策について学び、悲嘆パターンの性差について考える。

セッション9で扱った悲嘆反応を復習し、生徒が体験した大きな喪失体験について問い、そのとき各自が用いた対処行動を確かめる。セッション3で扱った情報シート「自分を助け、友人を助ける」を参考にし、クラス全体で、結果に性差が認められるか話し合い、喪失反応と対処行動には性差があることを生徒に説明する(表5)。ついで支援する方法と助けにならない方策につ

表5 思春期の喪失反応と対処方法の性差

	男子	女子
喪失反応	<ul style="list-style-type: none"> ・親の死の際、心身症状がより大きい ・教師や上級生との対立増大 ・刺激性、学業上の制止、睡眠障害 ・とらわれ 	<ul style="list-style-type: none"> ・親しい人間関係における対立増大 ・自尊心の低下 ・身体像の歪み、食欲低下、体重減少 ・気分不安定 ・両親の離婚の際、父母の間で「板ばさみ」になっていると感じる ・抑うつ、不安、侵入的イメージといった反応と反復思考 ・悲しみがより大きい ・自発性欠如 ・集中困難 ・悲嘆の表現が遅延することがある
対処方法	<ul style="list-style-type: none"> ・リスクを伴う行動 ・薬物乱用がより多い ・回避/内向的反省 ・しばしば親密なコミュニケーションがうまくいかないため、話をしない ・その出来事を抑圧する ・期待された男性的行動の社会規範に従う ・自己依存（人に頼らない） 	<ul style="list-style-type: none"> ・とくに友人と話す ・友人は対処に役立つと思う ・人と一緒にいるのを好む ・抑うつを表現する傾向がある

いて教える。人は大きなレジリエンス（こころの回復力）があり、支援を受けることによって危機を乗り越えられることを説明する。

セッション11 議論の分かれる問題

ここでは、安楽死という問題を取り上げること

問題を生徒が提起した場合に用いられる。

おわりに

以上示したように、「喪失と悲嘆」の授業カリ

キュラムでは、喪失体験に対するさまざまな悲嘆反応、それに対処する際に役立つ方策、悲嘆する人を援助する方法などが、中等学校の学年ごとに

により、生と死に関する決定に影響を及ぼす倫理的ジレンマ、信条および個人の価値観について考える。

セッション12 援助希求に応える

ここでは、人の行動の中から援助の必要を示す手がかりを見つける方法について考える。落ち込んでいる人にどんな思考と感情が生じうるかに

ついて学び、そのような友人を援助する方策を考え出し、抑うつ、自殺の恐れ、薬物使用などの精神保健問題を有する生徒を支援する機関と人を確認する。このセッションは、落ち込んでいる友人をどのように支えるべきかという

繰り返し強調されている。喪失にともなう悲嘆反応は、対処の仕方によって抑うつあるいは自傷や自殺行動に発展しうるものであり、これまでの連載で紹介した各論テキストのテーマ「レジリエンスを強化する(1)(2)」「いじめと嫌がらせに取り組む」「こころの疾病を理解する」とともに、中等教育六年間を通じて学習する精神保健のテーマとして重要視されている。

今回でマインドマターズに含まれる計八冊のテキストの紹介を終える。今後のわが国での学校精神保健増進の参考になれば幸いである。(了)

*本稿は平成二二年度厚生労働科学研究・こころの健康科学研究事業「思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究」によるものである。

*本稿の翻訳・執筆は東京都立松沢病院の白井有美、針間博彦が担当した。

「精神病早期介入 トレーニングセミナー」の報告

針間博彦¹⁾、西田淳志²⁾

1) 都立松沢病院精神科、2) 東京都精神医学総合研究所

はじめに

近年、精神病への早期介入によってより良好な予後が期待できることが示唆されており、各国で精神病早期介入サービスの設立・普及が急速に進められている。今後、わが国においても同様なサービスを創設していく必要があるが、そのためには早期介入サービスの提供しうる専門職の確保、すなわち専門職を対象とした研修プログラムの開発と実施が必要となる。2004年にWHO（世界保健機関）とIEPA（国際早期精神病協会）が共同で発表した早期精神病宣言（Early Psychosis Declaration；EPD）では、精神病を有する若者に関わる全ての専門家に対する専門的研修が早期精神病のための包括的プログラムに含まれており、求められる具体的なアウトカムとして、精神病を有する若者の発見、ケア、治療を全て

の一次医療従事者の研修カリキュラムの必須項目とすること、また専門の早期介入研修を実施することを挙げていく。早期精神病に関することから領域はわが国においていまだ不十分であり、今後の取り組みが求められるものである。

研修会の実施

2009年3月、わが国における早期精神病に関する研修の出発点として、すでに精神病早期介入サービスが全国的に普及している英国から、この領域における臨床および研究を国際的にリードする2人の講師が招聘され、わが国における精神保健・精神科医療の専門職を対象とした初めての研修会「精神病早期介入実践のためのトレーニングセミナー－英国における具体的な経験と方法から学ぶ－」が開催された。講師はイギリスの国立精神保健研究所（NIMHE）早期介入プログラム国家プ

ロジェクト責任者および英国ウスター州早期介入・回復部門臨床心理責任者であるDr. Jo Smithと、NIMHE早期介入プログラム国家プロジェクト委員および英国ポルトン・サルフォード・トフォード地区精神保健NHSトラスト副所長であるDr. Paul Frenchであり、両氏は英国における早期介入においてその創設初期から中心的な役割を果たしてきた。Smith氏は精神病早期介入における家族支援の臨床および研究における国際的権威であり、またFrench氏は精神病発症危険状態（ARMS）の若者に対する認知行動療法の具体的方法論を開発・発展させた第一人者である。両講師ともに、英国の精神病早期介入サービスに関する政策決定に重要な役割を果たしており、臨床実践、研究活動、政策立案など多岐にわたる活躍を第一線で続けている。

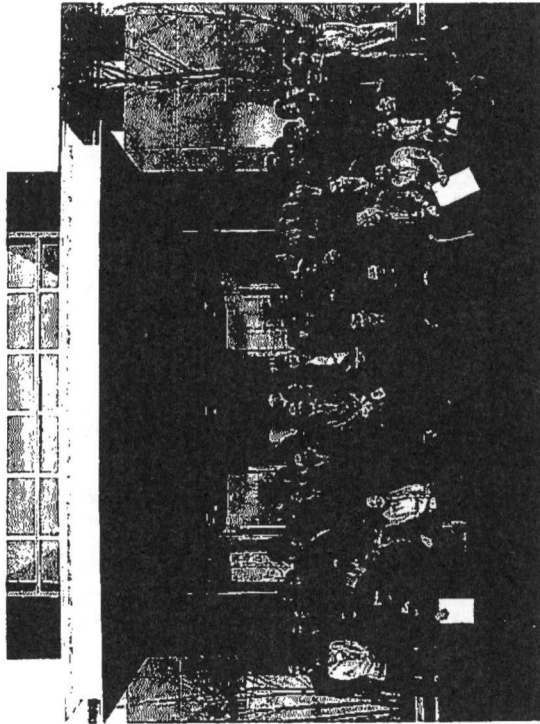
この研修会は平成20年度厚生労働科学研究・こころの健康科学研究事業「思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究」（代表：岡崎祐士）、および厚生労働省平成20年度障害者福祉推進事業「精神的困難を抱える思春期児童への早期からの啓発・相談・支援策の開発：精神疾患

への移行と慢性化防止」（代表：田崎耕太郎）によって共催され、2009年3月15日～16日の2日間、横浜カメリアホスピタル会議室にて合計約18時間にもわたる集中研修として行われた。研修会は精神病早期介入に取り組んでいる、もしくはこれから取り組みを開始しようとしている関係者を対象とし、精神科医33名、精神保健福祉士32名、看護師14名、心理職15名、作業療法士7名、その他5名（教育相談員など）、計105人が全国各地から参加した（写真）。

プログラム内容

本研修会の目的は、①精神病早期介入および精神病発症危険状態の人に対する早期発見・早期介入の論拠とエビデンスを理解する、②早期介入サービスのの中核となるコンポーネントを理解する、③いかなる種類の介入が誰にとって適切であるのか考える、④早期介入サービスを実施する際の主要な臨床およびサービス上の問題について考える、⑤日本の状況での早期介入および早期発見サービスの実施について考える、というものであった。

研修プログラム（表1、2）は、①精



セミナーには全国から精神科医、精神保健福祉士、看護師など105名が参加した。

神病早期介入の概観、②患者との関係作り、評価、定式化、③心理・社会的介入、④他の介入方法、⑤家族支援、⑥早期発見の概観、⑦精神病発症危険状態 (ARMS) に対する介入方策という構成であり、これらについて講師からのプレゼンテーションが行われ、さらに小グループに分かれての討論や課題が行われた。

英国では精神病早期介入の先駆的役割

割を果たした団体IRIS (Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia: 統合失調症の影響を減少させる運動) が、政府からの委任により2000年に臨床家向けの指針「精神病早期介入 - 臨床ガイドライン」とサービスの枠組み」を発表し、これが英国全体のスタンダードとなり、英国の国家政策、ひいてはWHOとIEPAによる早期精神病宣言に影響を及ぼすことになった。

表1 精神病早期介入セミナー第1日のプログラム概要

- ・ 精神病早期介入：概観
 - 論拠、早期精神病宣言、早期介入の原則、早期介入の中核となるコンポーネント、サービスマデル、地方での実施、思春期発症の初回エピソード精神病、転帰の評価、今後の課題
- ・ 演習：早期精神病宣言自己評価ツールの記入
- ・ 関係作り、評価、定式化
 - 関係作り、思春期の人への対応、評価と定式化、診断上の不確定性、ケアプラン作成、ケースマネジメントの役割、専門チームの役割
- ・ 演習：ケーススタディ1：評価と関係作り
- ・ 心理・社会的介入
 - 家族への心理教育、再発予防ツール、認知行動療法による介入、二次的病態に取り組む、心理的適応、グループワーク
- ・ 他の介入方法
 - 入院治療と在宅治療、薬物療法と副作用のマネジメント、薬物/アルコールの問題、認知の問題、学業上、職業上および社会的役割、実務：住居と生活費の援助、身体的健康の見直し、コミュニティの能力開発と教育
- ・ 家族支援
 - 家族のニーズ、心理教育、家族に対する介入と支援、同居のニーズ
- ・ 演習：ケーススタディ2：定式化と介入プラン作成

表2 精神病早期介入セミナー第2日のプログラム概要

- ・ 早期発見：概観
 - 論拠、エビデンス、原則/ガイドライン、介入、実施
- ・ 発症危険精神状態 (ARMS) に対する介入方策
 - 実行可能な介入の概観、文献のレビュー、治療の選択、ARMS に対する認知行動療法
- ・ 日本での早期発見、早期治療の実施
 - 次のステップ、追加支援、向上研修の必要性、有用な資源、評価の戦略

今回招聘されたSmith氏はIRISの発足時よりの中核メンバーであり、今回の研修会の内容はこのIRISの臨床指針と早期精神病宣言に基づくものであった。すなわち、精神病早期介入とは初回精神病エピソードの若者に対する治療パラダイムであり、①精神病の早期発見、②精神病未治療期間の短縮、③発症後の3～5年(臨界期)の目標を定めた介入という3つのコンセプトからなる。その目的は①初回精神病エピソードの早期発見とマネジメントにおける一次医療と二次医療の連携促進、②寛解を促し、再発を防ぐための効果的早期介入、すなわち薬物治療だけでなく、認知行動療法、再発徴候についての話し合い、家族介入などの補助的な心理社会的介入の実施、③体験が正常なものであると認め、トラウマの悪影響、抑うつ、自殺を減少させる、④社会的、学業的、就労上の機能を最大にすることである。

早期介入の指針となる原則は、①若者とユーズーに焦点を当てる、②早期の積極的な、持続的な関係作り、③診断の不定定性を受け入れられる、④スティグマと制限が最も少ない環境で、患者自身の選択による少量の抗精神病薬

の使用、認知療法、再発予防戦略を重視した治療、⑤社会的役割を重視する、⑥家族中心のアプローチを行うことである。こうした原則に基づき、講義の中ではケースマネジャリーによる早期からの持続的な関係作り、対象者と家族のニーズと好みに合わせた包括的で共同的な評価プランの作成、家族に対する積極的なアプローチ、就労支援、日常生活の基本的ニーズの評価などの重要性が強調され、治療面では心理・社会的介入方法として、①家族の心理教育、②早期徴候のモニタリングと介入、③精神病症状のための認知行動療法、④二次的病態に取り組みするための認知行動療法、⑤心理的適応、⑥グループワークについて詳細な説明が行われた。

また、家族支援については初回エピソードが家族に与える負担、不定定性、スティグマ、特に社会に認められない不安定な家族支援を踏まえ、各病期に応じた家族支援を行うこと、さらに同胞に対してもニーズに応じた支援を行う必要性などが述べられた。

早期発見に関しては、精神病未治療期間(DUP)だけでなく、集中的心理社会的治療の遅れ(DIPT)も転帰にお

ける陰性症状と関連している可能性があることや、精神病発症の予防に関して認知療法が有効である可能性について触れられた。

グループワーク

研修会では資料として、早期精神病宣言リーフレット、早期精神病宣言自己評価ツールキット、ケーススタディ、IRIS早期介入ガイドラインなどが配布された。

早期精神病宣言では早期精神病を有する若者への早期介入と回復促進のために必要な最低限の戦略的行動、すなわち、①一次医療での治療、②薬物治療および心理・社会的治療の実施、③コミュニティでのケア、④公共教育、⑤コミュニティ・家族・対象者の関与、⑥国家政策の施行、⑦人材育成、⑧セクターとの連携、⑨コミュニティの精神保健、⑩研究支援という10の領域における勧告が発表されており、早期精神病宣言自己評価ツールキットはこれらの勧告を実施するための、地域の資源レベルに応じた具体的な行動を示し、各チームが現在の目標達成度や今度達成するために必要なプランを記入できるチェックリストである。研修会

では地域・施設ごとの小グループに分かれ、このツールキットを用いて早期精神病に対する取り組みの現状と今後の課題について検討し、その結果がグループごとに発表された。

また、ケーススタディでは精神病状態が疑われるが自宅にひきこもる若者の例が提示され、治療に導入するための関係作り、評価、定式化(症例の特徴、問題点、目標、介入方法のまとめ)について検討するための書き込み式テンプレートが配布され、小グループごとの討論と発表が行われた。

研修会の最後には、各地域・施設これまでの取り組みとその成果が発表され、今後それらが相互に生かされることにより我が国全体の精神病早期支援体制を促進するための討論が行われた。

研修会を終えて

精神病早期介入に関する研修は、早期精神病宣言によって国際的な目標とされているにもかかわらず、わが国ではこれまできわめて不十分な取り組みしか行われていなかった領域であった。今回の研修会はその帰結となりうる画期的な試みであり、2人の講師による

映画『精神』を観て

山登敬之

東京えびすさまクリニック

熱意溢れるプレゼンテーションに呼応した参加者による熱心な質疑とディスカッションは、この領域におけるわが国での発展を大いに期待させるものであった。精神病早期介入の実践においては多職種チームアプローチが不可欠であるが、今回の研修会には、精神科医のみならず、精神保健福祉士、心理士、看護師、作業療法士、薬剤師など多くのコメディカルスタッフに参加した。今後、多職種チームアプローチを発展させるためにも、フランスのよい職制構成で初回の研修会が実施された意義は大きい。また、国際的コンセンサスである早期精神病宣言の趣旨に基づいた研修プログラムが行われたことにより、精神病早期介入の理念、実践概念、不可欠なサービスコンポーネントなどに関する正しい情報が整理され、それが参加者に共有されたことにより、今後のわが国における実践のコンセンサス、共通の基盤が形成される機会となった。

2日間18時間にもわたるきわめてハードな研修会であったが、多くの参加者からは各サービスコンポーネントや技術各論についてより詳細な研修をさらに受講したいという要望がすでに出されている。ちなみに英国では毎年、バミンガムにおいて約1週間にわたる精神病早期介入集中研修会(Meriden Programme)が開催され、全国から早期介入に携わる多くのスタッフが参加している。精神病早期介入の実践に必要な多岐にわたる技術・概念を理解するためには十分な時間と機会が必要であり、わが国において既存のモデルから脱却したサービスマodelを構築するためには、今後も定期的な研修を地道に積み重ねていく必要があるだろう。その際は他国の教材・プログラムをそのまま導入するのではなく、わが国の医療的および社会的な制度と資源の現状に則したものを開発する必要がある。2人の講師から精神病早期介入を実践していくうえで持つべき理念・理想と、それに向かった情熱をしっかりと伝えていただいたことより、参加者一人ひとりが今後の各地における取り組みを進めるための大きなエネルギーを得たものと思われる。

東京が梅雨に入った頃、渋谷のイメージ・フォーラムで、話題のドキュメンタリー映画『精神』を観た。

この映画は、岡山市内にある精神科診療所「こらーる 岡山」に通院する人々と、彼らを支援する医療・福祉関係者の日常をフィルムに収めたものである。2008年、釜山国際映画祭とドバイ国際映画祭の最優秀ドキュメンタリー賞を受賞したほか、世界各地の名だたる映画祭での輝かしい受賞歴を持つ。

映画では、人物はみな実名で登場し、患者、支援者を問わず、顔をモザイクで隠されることはない。声もいっさい変えられていない。その理由について、製作から監督、撮影、編集のすべてを務めた想田和弘は、「被写体の顔にモザイクをかける手法は、患者に対する偏見やタブー視をかえって助長する」からだと主張している。そのほかにも、ナレーション、テロップ、音楽など、

いっさいの効果を排して編集されているのも、この映画の大きな特徴だ。これらの方によって、精神病患者と呼ばれる人々の生、精神を病むということのナマの現実が、鮮明に描き出される結果となった。

私は、映画館に出かける日を決める際、ちよっとした悪戯心から、女優の阪田志麻を誘ってみることにした。阪田は劇団東京乾電池に所属する女優で、2008年に公開された映画「ふるさとをください」に出演している。こちらの映画は、きょうされん(旧称・共同作業所全国連絡会)が30周年記念事業として製作したものである。これまでも本誌で何度か紹介されており、本年3月には、第23回日本精神保健会議「メンタルヘルスの集い」の会場でも上映された。

阪田志麻は、「ふるさとをください」のなかで、グループホームに暮らし、共同作業所で働く統合失調症の若い女

精神病早期支援における保健所の役割

山岸若菜¹⁾、針間博彦²⁾

1) たはた診療所、2) 東京都立松沢病院

1. はじめに

近年、統合失調症をはじめとする精神病性疾患について、早期発見・早期支援の重要性が国際的に広く認識されつつある。すでに一部の諸外国では、地域ケアチームの一部として、精神病早期支援サービス(Early Intervention Service)が普及し、興味深い成果をあげている。現在、我が国においても、同様のサービスの導入が本格的に検討されており、既存の精神保健サービスが、精神病早期支援戦略の中で果たしうる役割を明らかにしておくことは重要である。

これまで我が国において地域精神保健サービスを提供してきた公的機関の中でも保健所は、公衆衛生活動を行う第一線機関として重要な役割を果たしてきた。そこで本稿では、①諸外国での予防的早期支援活動について概観し、②保健所の事業について現状を分析し、

③今後の早期支援及び予防活動において保健所が果たすべき役割と課題について検討する。

2. 早期支援および予防活動におけるアウトリーチ活動の意義

若者の精神病は明らかでない発症状況に出現した初回精神病エピソードの時に初めて発見されることが多い。それ以前からすでに、何らかの精神病症状によって苦痛を感じ、専門的な援助を求めていることも少なくないが、本人がひきこもりがちになる場合が多く、様々な要因によって本人や家族が援助を求めたことに抵抗を持っている場合も多いため、受診行動を起こしにくい。こうして未治療期間が長期化する間に、予後の経過・障害の程度を決定付ける時期とされる臨界期を過ぎてしまうことにもなりかねない。また、発病後の社会機能の回復は、臨界期に社会機能レベルをどの程度維持できているかが

重要になる。諸外国の精神病早期支援サービスの最も重要な要素のひとつとして、「訪問型の支援(アウトリーチ活動)」を提供する点が挙げられるが、アウトリーチ活動は、社会関係の質や量を維持するための手段として有効である。アウトリーチ活動によって本人との関わりを持ち続け、社会からの孤立を防ぎ、社会機能レベルの低下を可能な限り予防することは、早期精神病から回復した後の社会復帰という点でも非常に重要である。

3. 英国における精神病早期支援サービスの実際

英国の精神病早期支援サービスは、14～35歳で精神病症状出現から3年以内の者を対象に、精神病顕在発症前の予防的支援として①精神病症状の早期発見、②初回治療の迅速な開始、③発症後2～5年間の集中的・包括的・継続的な治療を目的に活動している。サービスを提供するチームは看護師、心理士、ソーシャルワーカーなど、多職種から構成されており、アウトリーチ活動が中心となっている。英国の基本的な医療サービスは、国民保健サービス(NHS)によって提供されており、

利用者の経済的な負担はほとんどない。利用者はまず一般家庭医(GP)で診療を受け、そこから専門的なサービスを紹介されることになっている。こうした早期支援サービスと地域精神保健チームやACT(Assertive Community Treatment)チームなどが連携をとり、包括的な地域ケアが行われている。

日本でさらにこのような早期支援サービスを稼働させることは難しいが、活用可能な既存のシステムのひとつとして、保健所の役割を確認し、その保健所の事業を支える保健師の活動について述べる。

4. 保健所の役割

1) 実施主体に関する法的・制度的根拠

現在我が国の精神保健行政は、2003年に出された新障害者基本計画に沿って概ね実施されている。この計画の中で精神障害者の退院促進の方針が示され、地域で生活する精神障害者の生活支援を主な目的として、訪問看護ステーションの増設や、ACTの試験的導入など、地域医療サービスの拡充が進められている^{1),2)}。一方で、この新障害者基本計画には、精神疾患の早期

発見を促すシステムや方法論の確立の必要性も同時に明記されている。現行の保健所・精神保健福祉業務運営要綱には、「保健所は地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、関係機関や地域社会との緊密な連絡協働のもとに、精神障害者の早期治療の促進ならびに精神障害者の社会復帰及び自立と社会経済的活動への参加の促進を図る」と述べられており、保健所に予防的早期支援活動を推進する役割があることが明記されている。

2) 保健師の活動

精神保健領域における保健所の重要な役割として、相談事業や訪問指導事業などがあるが、それらの事業は主に保健師が担当している^{3,4)}。保健師は国の公衆衛生行政を担当する専門職として位置づけられており、地域に潜在するニーズを早期に発見し、予防的意義の高い活動を展開することを目的として担当地区活動を実施している⁵⁾。担当地区活動の中でも、各家庭を訪問して行われる訪問指導は、戦前から確立された活動であり、戦中・戦後を通して我が国が抱える公衆衛生的課題の改善に大きく貢献してきた。

た^{6,7)}。この訪問指導は予防的取り組みに適した活動であり、地域で生活するすべての人を対象として、あらゆる健康問題の早期発見・早期治療のため関わる事ができる。公的事業として実施されるため、対象者との契約が必要ない、行政で必要と判断すれば実施可能である、対象者の経済的負担がない、という特徴を持っている⁸⁾。例えば、対象者本人が拒否したとしても、近隣住民や家族からの相談があれば訪問指導を実施することができる。また、本人や家族が希望していない場合でも、援助が必要と判断された時に関わりを持ち続けることができ、たとえ会えなくても、訪問を継続して本人の症状や生活状況などについて判断材料を得ることが可能である。現在日本の医療機関や訪問看護ステーションでは、診断が確定していない早期精神障害を活動の対象としていないため、諸外国の精神病早期支援サービスに近い目的でのアウトリーチ活動はこの訪問指導のみである。

このように、精神病早期支援において公的機関の中心的役割が期待される保健所であるが、次にその役割や機能の現状について検討した。

5. 保健所事業の現状

地域から保健所に寄せられる精神保健福祉相談は、1986年で約47万件であったものが、2004年では約136万件となっており、約3倍以上に増加している一方で、訪問指導は1989年の約32万件をピークに2004年では約19万件と徐々に減少している⁹⁾。また、2004年度の保健所の相談内容内訳では、全体の35%を社会復帰の相談が占めており、早期支援の対象となる思春期相談はわずか2%に留まっている。この割合には10年前の1994年度から大きな変動はない¹⁰⁾。訪問指導が減少した理由として、相談事業の拡大によって訪問指導にかけられる時間と人員が減少したことが大きいと推察される。また、本来予防的な取り組みが積極的に行われるためには、相談事業と訪問指導事業がそれぞれ連携し、件数の変化が比較して現れることが理想である。思春期相談が極端に少ないことは、予防的観点を持った地域からの情報収集が不十分であることを示している。

以上の結果から、現在は保健所本来の役割である予防的取り組みが十分に行われておらず、今後は予防的観点を

強化した相談事業の充実が必要であることが考えられる。また、社会復帰に関する取り組みは医療機関をはじめとし、訪問看護やACTなど民間の機関でも実施できるが、現在診断が確定していない対象者に対して、予防的な活動ができるのは保健所などの公的機関だけである。今後社会復帰に関しての取り組みは可能な限り医療機関などが実施し、公的な精神保健システムは予防的意義の高い活動を優先して行うなどの体制を整える必要がある。

6. おわりに

以上、精神病早期支援における保健所の役割について述べた。保健所は日本の精神保健システムの中で、精神保健福祉センターと市区町村の間に位置し、それぞれの機関と連携して各種事業を行っている。早期治療の促進に関する事業についても、精神保健センターや市区町村と連携して取り組むことが期待される。また、保健師の訪問指導は、諸外国で行われている早期支援サービスと比較すると、個人で行う活動であり、医療サービスを提供する体制がないという問題がある。しかしこれまでは、病院や関連機関との連携

を図ることその問題を回避し、地域で生活する対象者の支援を行ってきた。今後もそうした工夫によって、我が国の文化や歴史にあった早期支援のシステムを確立することが必要であると考える。

文 献

- 1) 西尾雅明：ACT入門－精神障害者のための包括的地域生活支援プログラム、金剛出版、2005。
- 2) 佐藤美穂子：訪問看護ステーションの現状と新たな展望、精神科看護 31(145): 10-15, 2004。
- 3) 厚生省健康政策局計画課監修：地域保健法による新しい地域保健事業の進め方、財団法人日本公衆衛生協会、1997。
- 4) 総務庁行政監察局：保健衛生に関する現状と問題点、大蔵省印刷局、1989。
- 5) 平野かよ子：公衆衛生を基盤とする保健師活動、保健の科学 48(3): 2006。
- 6) 小栗史朗、木下安子、内堀千代子：保健師の歩みと公衆衛生の歴史、医学書院、1991。
- 7) 平野かよ子：日本の保健師のあゆみ、からだの科学増刊これからの保健師、日本評論社、2006。
- 8) 坂田三九郎編集：精神看護エクスパーラー－精神科訪問看護、中山書店、2005。
- 9) 精神保健福祉研究会監修：我が国の精神保健福祉、太閤美術、平成18年度版。
- 10) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成17年度地域保健・老人保健事業報告、2007。



<国外の動向>

英国における精神保健福祉改革の動向～更なる進化のプロセス～

伊勢田堯*、西田淳志**、岡崎祐士*

*東京都立松沢病院

**東京都精神医学総合研究所

I. はじめに

近年の英国における精神保健改革については、筆者らは、本誌「精神保健政策研究」14巻(2005年)の海外の動向欄『英国保健省「精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク—5年の経過」の概要と特徴』³⁾、16巻(2007年)「精神保健福祉政策の創造的発展を考える～英国での取り組み～」⁵⁾で紹介した。本稿は、筆者らによる近年の英国精神保健改革の紹介の第3報に当たる。

2008年11月、筆者らは、平成20年度厚生労働科学研究費(こころの健康科学研究事業)「思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究」(主任研究者 岡崎祐士)、やどかりの里家族支援研究班、精神障害者家族会有志による英国の早期介入、家族・当事者の会である Rethink の視察を行った。その際、精神保健局長のルイス・アップルビー教授(Prof Louis Appleby)から直接プレゼンテーションを受ける機会に恵まれた。

この小論では、アップルビー教授のプレゼンテーションと、その際に提供されたメモリスチックに含まれていた資料を概観し、それらの概要を報告する。

II. 英国の精神保健改革の到達点(2008年11月時点)

1999年に「精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク」(The National Service Framework for Mental Health, M-NSF)を公表し、7つの全国的に達成すべき課題と水準を示した。すなわち、7つの基準として、基準1; 精神的健康の増進、基準2と3; プライマリーケアとサービスへのアクセス、基準4と5; 重度の精神疾患をもつ人々への効果的サービス、基準6; (家族などの) ケアをする人々へのケア、基準7; 自殺予防を掲げ、包括的かつ創造的な新たな時代への精神保健改革に着手した。

2004年12月には、「精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク—5年の経過」(アップルビー報告)を公表し、5年間の取組の到達点を整理し、その後の方向性を示した。

今回のアップルビー精神保健局長のプレゼンテーションは、2008年11月時点の最新情報である。以下この最新情報を紹介するが、これらにはパワーポイントによる資料から読み取ったおよその数値があることを了解願いたい。

- ・ 成人精神保健への投資額; 約390兆ポンド(2001/02)から約550兆ポンド(2007/08)へと約1.4倍増。
- ・ コンサルタント精神科医; 約2,200人(1997年)から約5,600人(2007年)と約2.5倍増。
- ・ 精神科看護師; 約36,000人(1997年)から約43,000人(2007年)と約1.2倍。
- ・ 臨床心理士; 約3,300人(1997年)から約5,900人(2007年)と約1.8倍。

- ・ 非定型抗精神病薬とそれ以外の抗精神病薬の処方数が 2002/03 で逆転し、非定型抗精神病薬の処方が増加し続け、医療の近代化が進んでいる。
- ・ 専門家による地域訪問チーム数は、2008 年 3 月時点で目標を超過達成している；積極的アウトリーチチーム(Assertive Outreach Team, AO)約 250 (目標 220)、危機解決／家庭治療チーム(Crisis Resolution/Home Treatment Team, CRHT)350 弱 (目標 335)、早期介入チーム(Early Intervention Team, EI)150 (目標 50)。
- ・ 専門家による地域訪問チームによるサービスを受けた人数の大幅な増加；AO は、11,000 人(2002/03)から 20,000 人(2007/08)へ。CRHT は、24,000 人(2002/03)から 120,000 人(2007/08)へ。EI は、500 人程度から(2002/03)から 16,000 人弱(2007/08)。
- ・ 年間の NHS 精神科入院患者数は、200,000 人弱(1999/2000)から約 130,000 人(2006/07)に減少。
- ・ 精神科病棟を居住・治療環境の改善に努め、明るい近代的なものにした。
- ・ 自殺率は、10 万対 9.2 人(1995/6/7)から 7.9 人(2005/6/7)へと 13.9%減少した。
- ・ 精神科の入院患者の自殺数は、215 人(1997)から 148 人(2005)に減少した。
- ・ 2008 年の地域精神保健サービスを受けた人たちの全国調査による満足度は、素晴らしい 27%、非常によい 29%、よい 22%であり、非常に貧弱 3%、貧弱 5%だった。
- ・ 2010/11 年までに、90 万人のうつ病と不安障害の人たちの治療に当たる臨床心理士を 3,600 人創設する。これによって、90 万人の半分は回復すると予測し、2 万 5 千人分の医療費と給付を減らせるとした。
- ・ 精神保健と社会的排除対策に取り組む。
- ・ われわれが学んだことには、①政策的優先順位、②戦略、③資源、④臨床モデル、⑤監査とモニター、⑥人材開発、に関する改革である。

Ⅲ. アップルビー局長から提供された資料の概要

2008 年 11 月の視察時におけるアップルビー局長から提供されたメモリスチックには、①NSF、②心理学的治療へのアクセスの改善(Improving Access to Psychological Therapies, IAPT)、③個人中心へ～3つの基本アプローチ(Personalisation – the Three Keys Approach)、④平等と社会参加(Equalities and Social Inclusion)、⑤自殺防止と支援(Suicide Prevention and Support)、⑥仕事の仕方の刷新(New Ways of Working, NWW)、⑦急性期入院治療(Acute Inpatient Care)、⑧健康とウェル・ビーイング(安寧)(Health & Well-being)、に関する資料が入手できる URL が収められていた。そこに収められている文書はインターネットで公表されているので、以下、タイトルを原語で紹介し、それらを概説する。

1. NSF:

1) National Service Framework for Mental Health, 1999

7つの全国基準を設定し、それらを達成するための課題設定、財政投資、人材開発、研究開発、情報管理と進行管理としてのモニタリング、臨床指針の作成など真に目標を達成させる戦略を明確にした、1999年に公表された精神保健改革10カ年計画である。2004年の中間報告がアップルビー報告としてまとめられ、日本精神障害者リハビリテーション学会から翻訳出版²⁾され、同学会のホームページでPDFが公開されている。その他、筆者ら

の既報 4),6),7)も参照願いたい。

2. IAPT :

1) Improving Access to Psychological Therapies: National guidelines for regional delivery, DH Feb 2008.

2) Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Commissioning Toolkit, DH April 2008.

うつ病と不安障害をもつ人は連合王国で6百万人と推計され、うつ病の1/3、不安障害は1/4しか治療を受けていないという。そこで、3,600人の治療者を育成し、心理学的治療を普及することによって、900,000人に新たにサービスを提供することが可能になる。それによって、これらの半数が回復し、2010/11までに25,000人分の治療費と社会保障費を減らすことが出来ると算定した。そのための予算を2008/09から2010/11までに1億7千3百ポンドを投入する。

サービスの特徴として、重症度に応じた治療(steped care model)を導入していることがある。5段階に分けて、軽症の人たちには、薬は使用せず、患者自身で行うコンピュータによる認知行動療法(computalised CBT, c-CBT)、面接が必要な人には訓練された臨床心理士によるCBTを公費で提供し、そのための臨床心理士の養成を急ピッチで進めている。

医療への負担を減らそうとしていることと、心理学的治療だけではなく、雇用、負債、関係性障害など社会的支援と統合させようとしているところに特徴がある。

3. 精神保健のアセスメントをより個人中心にする3つの基本アプローチ(Personalisation - the Three Keys Approach) :

1) 3 keys to a shared approach in mental health assessment, October 2008

繰り返しの多い、その人に関係のないことまで評価の対象とされ、肝心なことが聞いてもらえないなど評判の悪かったケアプログラムアプローチ(Care Programme Approach, CPA、米国のケースマネジメント)の見直しが行われている。

'shared approach'とは、ユーザー、家族(carer)、サービス提供者の間で共有しようとするアプローチで、近年の精神保健の発展をCPAに取り入れたものである。精神保健のアセスメントを改善するに当たって、①ユーザーと家族の積極的参加、②多職種参加、③ストレングス、レジリエンス、アスピレーションの評価、というアプローチを3つの基本とした。①はケアマネジャー中心ではなく、一層ユーザー・家族中心に転換するアセスメントへ、②は多職種による複眼的アセスメントへ、③はニーズや問題中心のアセスメントからの脱皮を目指そうとするものであり、これらの試みはケアマネジメントの注目すべき進化と考える。

4. 平等と社会参加

1) Race Equality in Mental Health, DH

2) From Here to Equality, Jun 2004

3) Line Managers' Resource - A practical guide to managing and supporting people with mental problems in the workplace, October 2007

4) Patience Seebomh and Alison Gilchrist: Connect and Include - An exploratory study of community development and mental health 2008

黒人だけではなく、アイルランド、中近東、東欧など広範な人種間の不平等と社会参加に関する精神保健の問題が精力的に取り組まれている。

特に、3)の'Line Managers' Resource'は、事務職への精神保健問題への取組みを支援する指針で、わが国の現状でも重要な指針となるものである。

マイノリティ・グループの社会参加(ソーシャル・インクルージョン)、ウェル・ビーイングを推進することによって、精神保健改革も発展するという立場をとっている。従って、内閣レベルの取組みへ発展している。

5. 自殺防止と支援

1) National Suicide Prevention Strategy for England – Annual Report 2007, July 2008

2) Help at Hand – A resource for people bereaved by suicide and other sudden, traumatic death

英国の自殺対策は、包括的、エビデンス・ベース、具体的、開かれたモニタリング、進化する仕組みという特徴を持ち、その創造的で精力的取組みによって、それに見合った成果を挙げている。自殺率の基準年 1995/6/7 の人口 10 万人対 9.2 人を 2009/10/11 の 7.3 人にするという目標に向け、2005/6/7 では 7.9 人と 13.9%の低減させている。筆者らは、全国自殺防止戦略 2007 年年報をはじめ主な取組みを紹介してきたので、詳しくは既報 1),6),8),9) を参照願いたい。

6. 仕事の仕方の刷新(New Ways of Working, NWW)

1) The Ten Essential Shared Capabilities – A Framework for the Whole of the Mental Health Workforce, August 2004

2) National Steering Group – Guidance on New Ways of Working for Psychiatrists in a Multi-disciplinary and Multi-agency Context Interim Report August 2004

3) New ways of working for psychiatrists: Enhancing effective, person-centred services through new ways of working in multidisciplinary and multi-agency contexts Final report 'but not the end of the story', October 2005

4) Mental Health: New Ways of Working for Everyone - Developing and sustaining a capable and flexible workforce, April 2007

5) Refocusing the Care Programme Approach – Policy and Positive Practice Guidance, March 2008

6) Louis Appleby: Breaking down barriers – Clinical Case for Change, May 2007

NWW は、新しい時代の仕事を可能にするすべての職種の人材開発の取組みで、英国の精神保健改革の質的な進化をもたらそうとする壮大な挑戦である。

2)および 3)の報告書は、英国精神医学会と国立精神保健研究所(National Institute of Mental Health in England, NIMHE)が、サービスユーザー(患者)も含め、他の職種とともに取り組んだ、特に2次医療におけるコンサルタント精神科医の役割の見直しに関する

ものである。

精神科医中心の医療から、多職種・多機関協働の医療体制に転換し、エビデンス・ベースの実践(EBP)とともに、患者・家族の価値観を重視するバリュー・ベースの実践(VBP, values based practice)を推進し、患者・家族中心の医療を徹底させようとしている。そのために、コンサルタント精神科医の受け持つ患者数を減らし、各職種への顧問的役割を強化した。

サービスユーザーからの精神保健スタッフへの要望が挙げられている。精神科医の仕事の仕方の現状を表し、これからの方向を示しているので要旨を紹介する。

- ① 傾聴—早い診断、生活全般の軽視、症状・病気中心、薬物の好みと副作用を聞かない
- ② 敬意—力関係への配慮の無さ、薬物遵守の妨げになる信頼関係の欠如、「全人的」視点の欠如
- ③ 情報—個人記録、診断、ケア計画、薬物選択についての情報不足
- ④ 知識—薬物と身体的健康との関連についての専門知識の不足
- ⑤ 選択—治療選択の決定へのユーザー・家族の参加の欠如、メディカルモデルによる危機介入戦略への障害
- ⑥ 結論—人として尊重するサービスは相互関係を醸成し、教育と訓練にユーザーが参加することは治療文化の変革に有効である

精神科医に求められるユーザー・家族中心の仕事の仕方は、同時に他の職種にも求められるものである。1)では、精神保健領域の各職種に共通して求められる能力を10か条(The Ten Essential Shared Capabilities)挙げているので、要旨を紹介する。

- ① パートナーシップのもとでの仕事。ユーザー、家族、同僚、非専門職や地域ネットワークとのパートナーシップのもとで仕事をする。ケアについてパートナー間の意見の相違からくる葛藤を前向きに処理する。
- ② 多様性の尊重。ユーザー、家族、友人とパートナーを組んで仕事をするのは、有効な結果を出すためだけでなく、年齢、人種、文化、障害、ジェンダー、精神性、性などの多様性を尊重する仕事の仕方のなかで有効な結果を出すためのケアと介入を提供するためである。
- ③ 倫理規定に基づく実践。ユーザー、家族の人権とアスピレーション（願いごと）を認識し、権限の差別を認め可能な限り最小限にする。倫理規定に基づいてユーザーと家族に説明できる治療とケアを提供する。
- ④ 不平等をもたらすものに挑む。ユーザー、家族、精神保健サービスへの烙印、差別、社会的不平等、排除の原因と結果に本気で取り組む。
- ⑤ リカバリーを促進する。パートナーシップを組んで、ユーザーと家族が希望と楽観主義をもって精神障害に取り組み、精神障害という限界の中でも、またそれを超えるものの中で価値ある生活スタイルに向かって働くことを可能にする治療とケアを提供する。
- ⑥ その人のニーズとストレングスを特定する。パートナーシップを組んで、ユーザー、家族、友人が望む生活スタイルとアスピレーションの文脈上で、保健と福祉のニーズに一致する情報を集める。

- ⑦ ユーザー中心のケアを提供する。達成可能で意味ある目標は何かを協議する；まずは、ユーザーと家族の考えからはじめる。これらの目標を達成する手段を探し、必要となる援助を提供する人の役割を明確にする。転帰と到達点を系統的に評価する。
- ⑧ どのような介入が良いのかの検討を深める。ユーザーと家族などのニーズとアスピレーションを満たす、最良で、エビデンス・ベース、価値意識ベースの保健と福祉の介入を入手し、提供する。
- ⑨ 安全の確保とリスクを冒す積極性との両立を図る。その人の健康と安全のリスクのレベルをどの程度にするかを決断するようにその人を活性化させる。これらには、安全を確保することと積極的なリスクを冒すこととの間の緊張の処理、ユーザー、家族、そしてより広く公衆のリスクを評価し、処理することが含まれる。
- ⑩ 個人的成長と学習。実践を常に改善し、生涯学習に参加し、スーパービジョン、評価および実践の振り返りを通して、個人として職業人として成長する。

10か条の各職種に共通して求められる能力の背景にあるアプローチとして、エビデンス・ベースの実践(evidence-based practice)と同時に、価値意識ベースの実践(values-based practice)を打ち出している。新しい概念のため、解説がついている。

NIMHE が精神保健にとっての価値意識について、以下のように解説している。

○価値意識ベースの実践の3つの原則；

- ① NIMHE の認識；精神保健政策と実践におけるすべての領域で、エビデンス・ベースと同時に、価値意識ベースの実践の役割の重要性を認識する。
- ② 気づきの向上；NIMHE は、異なる文脈、役割、精神保健の実践への影響に関与する価値意識についての気づきを向上させることを委託されている。
- ③ 尊重；NIMHE は、価値意識の多様性を尊重することによって、すべての専門職がユーザー中心を原則とする仕事の仕方を支援する。

○精神保健における多様性の尊重とは；

- ・ ユーザー中心
- ・ リカバリー志向
- ・ 協働性
- ・ ダイナミック性
- ・ 自己モニターと自己管理の結合の反映
- ・ 否定的価値意識と肯定的価値意識とのバランス
- ・ 良好な関係性をつくるスキル

以上から、エビデンス・ベースと同時に、価値意識を重視する政策とサービス提供を強力に推進していることが理解できる。

4) の'Mental Health: New Ways of Working for Everyone - Developing and sustaining a capable and flexible workforce' (精神保健：すべての職種のための新たな仕事の仕方—有能で柔軟な人材の開発と推進) は、NWW を精神医学会はじめとする22の団体に拡大し、それらが参加する170ページにおよぶ報告書である。アップルビー局長は、前書き

で精神科医の NWW を'groundbreaking' (新天地の開拓) と表現し、革新的取組みであることを強調している。英国の精神保健改革が質的發展を目指す注目すべき動向と考える。

5)の'Refocusing the Care Programme Approach – Policy and Positive Practice Guidance' (ケアプログラムアプローチの重点の見直し—政策と積極的実践指針)では、エビデンスと価値意識をベースにし、ユーザーとリカバリー志向のサービス提供、ユーザーと専門職、専門職間、保健と福祉の緊密な連携、地域との協働によるサービスを実現する CPA の見直しを行っている。従来は CPA を標準型と強化型に分けていたが、2008年10月から強化型 CPA だけを CPA と呼ぶことにした。地域精神保健チームおよび危機解決/家庭治療チーム、早期介入チーム、積極的アウトリーチチームからなる専門サービスによるホール・システム・アプローチ(whole systems approach)は、(new) CPA を支援すべきとされている。(new) CPA では、2007年の精神保健法改定にも合わせて、人格障害、犯罪歴を含む自傷他害、自殺企図、救急対応を必要とする再発、二重診断など複雑で重度の精神保健問題をもつ人々などを対象に高度のサービスを届けるために強化されている。公平で、リカバリー志向の、個人別の、効果的で、安全なサービスを届けるための見直しが行われた。個人中心の評価では、患者・サービスユーザーとしての評価は第二とし、一人の人間として評価することを第一に重視し、サービスを届けようとしている。

6)の'Louis Appleby: Breaking down barriers – Clinical Case for Change' (ルイス・アップルビー：障壁を乗り越える—変革のための臨床事例)は、精神保健局長自身による啓発文書である。自らの学生時代に看護助手として精神科病院で働いた体験から始まって、精神保健改革の推移と現在の精神保健政策を、正味3ページにまとめている。精神疾患は3大重点疾患のひとつであり、国民的対応を要することを簡潔に訴えている。

7. 急性期入院治療

1) Mental Health Policy Implementation Guide – Adult Acute Inpatient Care Provision, April 2002

地域ケアの発展に比較して、対応が遅れていた急性期入院治療であるが、優先順位を上げて、その改善に急ピッチで取り組んでいる。

急性期入院治療は、ホール・システム・アプローチ、特に危機解決/家庭治療チームとの連携のもとに位置づけられている。入院病棟は、問題行動のある患者のための6床から15床の閉鎖病棟の PICUs(psychiatric intensive care units)に紹介できるようにしている。

入院病棟は、新しいもの、小規模、家庭的な構造に改善し、スタッフの再教育、治療の質的向上、ホール・システム・アプローチとの一層の連携強化を図り、人材開発、入院治療の研究開発に取り組んでいる。

8. 健康とウェル・ビーイング (安寧)

1) Our health, our Care, our Say: making it happen, October 2006

2) Children and Young People Promoting Emotional Health and Well-Being, June 2008

1)は、2006年1月に発表された白書'Our health, our Care, our Say: a new direction for community services (われわれの健康、われわれのケア、われわれの主張：地域サービスの新たな方向)'を、地域で実現する取組みを加速させようとするもので、同じ年の10月に出版されていることに国の意欲が読み取れる。

白書の掲げた目標は、①健康の増進、自立、ウェル・ビーイングのための予防と早期介入、②個人(ユーザー)と地域にとっての選択肢を増やし、ユーザーの発言権を強める、③不平等とサービスアクセスの改善、④長期の障害をもつ人たちへのサポートの充実、である。

これを更に推進するために、NHSの改革が必要であるとし、具体的提案を行っている。一層患者中心に、保健と福祉の緊密な連携、直接支給(Direct Payment)、個人別の予算(Individual Budget)、機関への成果主義、人材開発などの導入である。

2)は、子供と青年期の精神保健とウェル・ビーイングの改善を目指し、青年期以降の精神保健の予防も視野に入れた早期介入の重要性を分かりやすく示し、関係諸機関の連携、年齢の特徴に応じた多様で系統的な取組みを強化しようとしている。英国は、2007年に公表されたUNICEFの報告書において、ヨーロッパおよび北米18カ国で、子どものウェル・ビーイングが最も低い国の一つとしてランクされた。そのため、子どもや若者のウェル・ビーイングと精神保健の改善は、最重点課題の一つとして位置づけられている。各発達期における精神保健の保護要因(preventive factors)と阻害要因(risk factors)についての疫学的エビデンスを示し、リスクを減らし、保護要因を強化するための取り組みや効果的なプログラムが提案されている。特に、小中学校や高等学校における精神保健カリキュラムの重要性が強調されている。Social and Emotional Aspects of Learning (SEAL)と呼ばれる精神保健プログラムが30%の小学校で実施され、効果をあげていることなども紹介されている。薬物やアルコールの使用・乱用の予防教育は、それだけでは効果が無く、学校におけるエビデンスに基づく精神保健総合プログラムの中で行われることではじめて効果があることが紹介されている。その他、精神保健問題を抱えやすいハイリスクな子ども・若者を早期に発見し、支援することの重要性が強調されている。

IV. いくつかの感想

アップルビー教授から提供された資料は膨大で、十分読みこなすことは困難であったが、英国の精神保健改革が更に質の進化を遂げ、引き続き前人未到の躍進をしているという強烈な印象を受けた。

1999年のNSF「精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク」の目標は、専門的ケアの数値目標の超過達成、自殺防止の着実な成果など、目標の達成度は印象深い。と同時に、DALYs(障害生命調整年)による優先順位の決定、NSFを推進するために創設したバーチャル組織である国立精神保健研究所の設立、正確な実態把握のための全国秘密調査制度(National Confidential Inquiry)の導入、NICE(国立医療評価機構)によるエビデンスに基づく公正な評価と質の高い治療指針の開発・普及、またサービスや治療指針にあっても常に更新する体制にするなど、進歩を促すシステム作りに成功している。

精神保健サービスは、一層ユーザー・家族(carer)中心に、精神保健問題中心からリカバ

リー志向、社会参加を重視するものに進化している。精神保健のアセスメントもストレングス、レジリアンス、アスピレーションを中心に据え、その文脈で米国のケースマネジメントに当たる CPA (ケアプログラム・アプローチ) の見直しを行っている。

圧巻は、22 の関係専門職種団体が参加する精神保健改革の前人未到の躍進を保証する人材育成・人材開発の NWW の取り組みである。この中で、エビデンス・ベースと同時に価値意識ベースの実践(values based practice)を提唱していることは、英国の精神保健改革が、一層実践的に、一層ユーザー・家族中心に進化していることの現われと考える。そして、障害の発生予防と早期介入により、障害を重症化させない予防に力を入れていることも印象深い。

ユーザー・家族中心という病気・障害中心の見方から、さらに進んで人間としてみる見方に転換し、社会的弱者への支援を強化し、保健省にとどまらない内閣としての取組みに発展させようとしている。

英国の精神保健改革を過小評価する見解や、わが国はそんなに遅れていない、少し努力すれば海外の水準に到達しそうだという楽観視する意見を耳にすることがある。本当にそうだろうか、英国をはじめとする海外の精神保健サービスの発展振りを知れば知るほど、そのような見解に同意することは出来ない。

むしろ、そのような楽観視する見方のせいか、目覚しい発展の途上にある海外のある時期のある技法を絶対化し、わが国に導入すると、既得権維持が文化になっているわが国の原状では変更がきかなくなり、海外の脱施設化を推進する技法やサービスシステムが、わが国では結果として施設症づくりになってしまう現象があるのではないかと危惧することがある。

間違った現状認識から正しい方向を見出すことは困難である。海外の発展の現状を直視し、その発展・進化の源泉となっているアプローチ、ユーザー・家族の視点に立った精神保健サービスを、われわれ自身の実践の中で、われわれ自身の努力によって、開発しようとする万国共通の基本的姿勢を身につけなければならないと考える^{7),10)}。筆者らは、バランス・スコアカードを活用したケースマネジメントの開発を試みている¹²⁾のは、こうした認識に立った試みのつもりである。結果として、英国のアセスメントの見直しの視点に共通の方向性を見出し、勇気付けられるものである。

いずれにしても、今回の小論をまとめるなかで、適正な現状認識の下で、わが国の精神保健改革に求められる脱施設化政策への勇気ある決断が必要であることが改めて痛感させられた。

なお、この小論は、一部、平成21年度厚労科研費こころの健康科学研究事業「思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究」によるものである。

参考文献

- 1) 平賀正司、竹島正、伊勢田堯：近年の英国における自殺対策。心と社会、128:194-199,2007.
- 2) 伊勢田堯・長谷川憲一編集代表：英国保健省「精神保健に関するナショナル・サービ