

- ス・フレームワーク～5年の経過～」.日本精神障害者リハビリテーション学会発行、2005.
- 3) 伊勢田堯：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. 精神保健政策研究、14:100-105,2005.
 - 4) 伊勢田堯、平賀正司：英国にみる地域ケアの発展と初期介入サービス. こころの科学、133:61-66,2007.
 - 5) 伊勢田堯、竹島正、平賀正司：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～. 精神保健政策研究、16:29-32,2007.
 - 6) 伊勢田堯：PHNブックレット7 自治体における精神保健活動の課題—今緊急に求められる家族支援・自殺対策・人格障害への対策. 萌文社、東京、2008.
 - 7) 伊勢田堯：生活臨床と家族史研究—地域活動が世界基準に 世界基準を地域に活かす. やどかり出版、さいたま、2008.
 - 8) 伊勢田堯：イギリスにみる自殺対策. 平成20年度自殺対策白書 pp36、内閣府、2008.
 - 9) 伊勢田堯、平賀正司、竹島正：(特集；どうすれば自殺を減らせるか?) 英国にみる自殺対策. 精神科、14:246-253,2009.
 - 10) 伊勢田堯：(特集；今日の生活臨床と統合失調症の心理社会的治療) 生活臨床原典解題と今日的理解 (私論). 臨床精神医学 38:135-141,2009.
 - 11) 小田潤、伊勢田堯：生活訓練施設が提供する社会復帰援助プログラム. 精神科臨床サービス、7:245-249,2007.

特集

英国における精神科医療改革の動向と精神医学

英国の精神保健改革における人材開発への挑戦 —新しい仕事の仕方 (New Ways of Working; NWW) —

伊勢田 堯¹⁾ 岡崎 祐士¹⁾ 針間 博彦¹⁾ 西田 淳志²⁾

Key Words

Mental Health Reform (精神保健改革), England (英国), Workforce (人材開発), NWW (新しい仕事の仕方)

はじめに

英国における精神保健改革(保健には医療の概念が含まれている)は目覚ましい発展を遂げている⁹⁻¹⁵⁾。改革が発展・進化し続けているのには、それだけの理由がある。

それらの理由のなかに、精神保健改革案を立案し、それを臨床現場で実現させようとする指導的関係者の並々ならない決意と取り組みの姿勢がある。彼らは、崇高なビジョンを掲げ、それを実現するために、企業経営の経験から学んでいる。現地のトヨタの関係者から研修を受け、トヨタが活用し、成果を挙げていると評価されているビジネスモデルであるバランス・スコアカード(The Balanced Scorecard; BSC)を活用しているのである。

英国では、必要としているすべての国民に最高の医療を届けようという崇高な国家目標を掲

げ、しかも努力目標として掲げるのではなく、本気でこれを達成しようとしたときに、企業経営の経験から学ぼうという強い動機がもたらされたようである。その研修先として、米国や欧州の企業ではなく、日本のトヨタが選ばれた。英国保健省の精神保健に関するガイドラインなどにもトヨタの経営理論が引用されているところがある。

こうした政策立案の過程を見聞するにつけ、保健省の精神保健政策担当者が、必ず目標を達成してみせるという強い意志、強いリーダーシップをもって臨んでいることが読み取れる。

この小論では、これまでの改革を推進した要因となり、今後の発展を促進するために重視された人材開発、中でも「新しい仕事の仕方」(New Ways of Working; NWW)の概要を紹介する。

The workforce to reform mental health services in England; The programme of 'New Ways of Working'.

¹⁾ ISEDA Takashi, OKAZAKI Yuji and HARIMA Hirohiko 東京都立松沢病院 [〒156-0057 東京都世田谷区上北沢 2-1-1]

²⁾ NISHIDA Atsushi 東京都精神医学総合研究所

2 英国の精神保健改革における 人材開発

精神保健改革10カ年計画ともいえる「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」のなかで、主要な課題の一つとして人材開発は取り組まれている^{1,2,9,10,14,15}。M-NSFの達成戦略における人材開発の位置づけを知るためにM-NSFがあげた課題を紹介する。

第一の課題が、ビジョンを実現するために全国基準を設定することであった。この基準として、①精神的健康の増進、②1次医療における精神保健ケアの充実、③サービス・アクセスの改善、④2次医療における訪問型専門サービスの開発・普及、⑤入院治療と危機対応住居の改善、⑥自殺予防、⑦家族支援、という7つの項目の全国的に達成すべき基準を明らかにした。ただ、包括的な目標と達成水準を示しただけではなく、例えば、地方実施チームを創設して達成支援するなど、実現するプロセスも明確にした国家計画である。

第二が財源の課題で、全国基準の達成を保障するために必要な財源も確保した。そして、第三が全国基準を実施することを可能にする人材育成・人材開発の課題である。第四が研究開発で、第五の情報および進行管理、第六の臨床ガイドラインの開発普及と続く。

このように、人材開発はM-NSFの達成戦略の主要な課題の一つに位置づけられ、具体的には、人材育成計画、教育、トレーニングが取り組まれた¹⁻³。この中で、①多様な精神保健の領域のスタッフを採用すること、②地域住民の多様性を反映した人材を登用すること、③離職率を改善すること、④スタッフは最新のスキルを身につけ能力を向上させること、⑤精神保健組織や他の組織をまとめるリーダーシップを発揮すること、という課題が取り組まれた。

3 壮大な人材開発の挑戦 —新しい仕事の仕方 (New Ways of Working ; NWW)

脱施設化を完了した後に続く地域ケアを発展させるためには、脱施設化時代の各職種の仕事の仕方を抜本的に見直さなければならなくなったのは当然なことであろう。

これらの人材開発は、英国保健省精神保健担当ダイレクターであるアップルビー教授は、NWWを“groundbreaking”（新天地の開拓）と表現し、かつて経験したことのない新たな領域に踏み込んだ革新的取組みであることを強調している⁶。

以下、サービスシステムの開発およびサービス内容の改革という二つの側面から、NWWの特徴^{3-8,14,15}をまとめてみる。

1. システムの見直し—業務独占から柔軟な 人材活用へ—

NWWにおける業務分担の見直しの特徴⁶を紹介する。

- ①「責任分配」モデル (“distributed responsibility” model)によって、ある特定の職種に限定された業務を他の職種でもできるようにする柔軟な人材の活用を目指した。特に、コンサルタント精神科医にあっては、それ程複雑でない担当患者をGP (General Practitioner; 一般医)に振り分けたり、その他の煩雑なルーチンワークを減らしたりして、余裕をつくり、より複雑な患者とコンサルタント業務に集中できるようにした。
- ②医師以外の職種にも同様な見直しを行い、業務の増加に対応するために、「支援、時間、リカバリーワーカー」(Support, Time and Recovery worker, STR worker)などの非医療系の職種を創設した。
- ③これらの見直しは、専門職の役割を低下させるのではなく、それぞれの能力を調合して提供し、サービスユーザーと家族のニーズに応え

ようとするものである。調合の仕方は、人員の不足など地域に実情に応じてなされるとした。

- ④専門職でも非専門職でも、保健の職員でも福祉の職員でも、「すべての精神保健医療福祉従事者に共通して求められる10の必須の能力」(The Ten Essential Shared Capabilities for Everyone)³⁾を普及し、リカバリー志向のアプローチによって、仕事の質の改善を図ろうとした。

われわれとしてはこれら改革の実際の姿を知りたいところである。「精神保健：すべての医療従事者の新しい仕事の仕方」(Mental Health: New Ways of Working for Everyone)⁶⁾に収録されている「新しい仕事の仕方を実践したコンサルタント精神科医の日記」(以下、「日記」)¹⁵⁾、および筆者らが2009年10月に英国ウスター州の早期介入サービスの現場を視察した経験も参考にして、NWWの概略を描いてみたい。

「日記」に登場するコンサルタント精神科医は300名の担当患者の整理を試みたという。そうしたところ、GPに回せる患者とか、そもそもすでに治療を要しない患者もいた。訓練を受けた上級看護師などが補助的処方を行えるようにし、事例のインテーク、診断、治療方針などはそれぞれのチームの担当が行い、医師はコンサルタント的役割を中心とするなど、負担の軽減を図り、もっと複雑で困難な患者に集中できるようにした。

多職種協働のチーム医療では、ケア・コーディネーターがチームのまとめ役として活躍している。週一の症例検討会では、電子カルテですべての職員に最新の情報が見えるようになっているので短時間で効率的な検討がなされ、検討会資料の作成の手間も省かれ、担当者の負担も最小限されている。

さらに、関連する地域精神保健チームや他の訪問型専門チームとの連携によって、それぞれの組織の仕事の効率性と質の強化が図られてい

る。

同じトラスト組織の中でも、特に事務部門との協力関係が改善され、上部機関との関係も改善されている様子が「日記」に記されている。

前述したように、今までの職種では対応できないことがあり、新たな職種が投入された。GPを中心とするプライマリーケアにおける精神保健ケアの質を向上させるために創設された「支援・時間・リカバリーワーカー (Support, Time and Recovery worker, STR worker)」, 心理士を中心とする大卒の「プライマリーケア・メンタルヘルスワーカー (Primary Care Mental Health worker)」, 「黒人と少数民族のための地域生活開発ワーカー (Community development workers for black and minority ethnic)」, 家族支援のために投入された「家族支援専門ワーカー (carers support worker)」などである。

職種間の関係も大幅に見直されている。それまでの医師中心から多職種協働のチームアプローチに転換している。また、これらの精神保健改革を実行できる精神保健従事者の技術水準の向上を図る教育・訓練の意欲的取組みもなされ、これらの研修のために必要な予算も投入している。

また、精神保健改革のなかで、各職種の仕事の仕方と多職種協働のチームワークによる仕事の仕方とともに、保健と福祉の諸機関を中心とする密接な連携を深める他機関との協働の仕方も強化している。

2. サービス内容の改革—人間中心のサービスへの転換—

NWWの目指すところは、病気・障害に焦点を当てたサービスではなく、サービスユーザー(患者)と家族(carer)が、人として地域社会で生活ができるようにするサービスを徹底させる改革である。「人間中心のケア」(person-centred care)と特徴づけて、これらの改革を世界精神医学会(World Psychiatric Association)による"whole-person diagnosis"(全人的診断)の開発に貢献するものと位置づけている。以下、

これらの改革を進めるうえで取り組まれている主な課題を紹介する。

1) サービスユーザーからの精神保健スタッフへの要望

サービスの見直しの視点として、サービスユーザーからの精神保健スタッフへの要望⁵⁾が掲載されているので要旨を紹介する。

- ①よく話を聞いて欲しい：早い診断，生活全般の軽視，症状・病気中心の見方，薬物の好みと副作用を聞かないことへの反省を求めている。
- ②敬意をもって接して欲しい：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情報をよく見て欲しい：個人記録，診断，ケア計画，薬物選択についての情報不足。
- ④知識を身につけて欲しい：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治療選択：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

2) 精神保健に関するアセスメントの改革

その人のリカバリーを支援し，自己管理のスキルを發展させるための精神保健に関するアセスメントで重要と考える3つの鍵からなる共有アプローチを提起したのが，2008年10月にイングランド国立精神保健研究所(NIMHE；National Institute for Mental Health in England, 2009年からNational Mental Health Development Unit；NMH DUと組織改変されている。)から出版された「精神保健のアセスメントにおける保健・福祉サービスに共通する3つの鍵(3 keys to a shared approach in mental health assessment, October 2008)」⁶⁾である。

これまでのケアマネジメントによるアセスメントが，サービスユーザーから，不必要に繰り返され，ケアが自分達の求めるものと関連性が

よくわからないという悪評が見直しの背景にある。

第一の鍵は，サービスユーザーと家族のアセスメントのプロセスへの積極的参加である。精神保健・福祉サービス提供者とサービスユーザー・家族との間で共通の理解と作成プロセスがないことには，サービスユーザーの自立と自己管理スキルの發展はありえない。アセスメントはケアと治療の入り口であり，サービスユーザー・家族との共有アプローチを成功させなければならない。

第二の鍵は，多職種・多機関の共有アプローチである。治療における多職種の関わりが必要であると同様に，一方向の見方(one size fits all)では効果をあげることはできない。どのサービスユーザーにとっても，さまざまなアプローチとの間でバランスをとり，異なる見方とスキルを活用することが重要である。

第三の鍵は，ストレングス(strengths)，レジリエンス(resiliencies)，アスピレーション(aspirations)を評価する共有アプローチである。これらの重要性は，その人のアスピレーションについて語り合うことがリカバリーにとって重要であるというサービスユーザーと家族の体験から導き出されたアプローチである。アスピレーションを理解し対応することは，人間中心とリカバリー志向のケアプランの基礎になるアセスメントのひとつの要件である。アスピレーションの意味するものとして，公園に散歩に行きたいという本人から言語的に表現される日常的な事柄から，本人から明確に表現されることのない秘められた希望まで含まれていることに注目する必要がある。

もちろん，すべての理解が何時でも共有されることはないので，見解の相違は尊重されなければならない。そうした場合でも，リカバリーのプロセスを共有して相互に関わることが重要であることが強調されている。

3) バリューベースの実践(Values-based Practice; VBP)の概念の導入

NWWの中心的取り組みとして、EBP(エビデンスベースの実践)とともにVBPを重視する立場^{3~8,14,15)}を打ち出している。サービスユーザーと家族の価値意識と多様性を尊重する人間中心のサービスを展開しようとしている。

4)すべての精神保健医療従事者に共通して求められる10の必須の能力

VBPとEBPを基礎にした精神保健に従事するすべての人々に共通して求められる能力をまとめたもの³⁾である。

- ①協力連携する能力：サービスユーザー、家族、同僚、非専門職や、より幅広い地域ネットワークとの協力関係を構築し、これを維持する。ケア関係者の間で利害衝突や意見の相違からくる葛藤が生じた場合には積極的に対処する。
- ②多様性を尊重する能力：サービスユーザー、家族、友人、同僚との協力関係により、単に有効な結果を出すだけでなく、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方法で有効な結果を出すケアと介入を提供する。
- ③倫理的に実践する能力：サービスユーザーとその家族の権利および希望を認識し、権限に格差があることを認め、可能な限り格差を最小限にする。国(専門機関)、法律および地方自治体の定める倫理規定に定められた範囲で、サービスユーザーと家族に説明できる治療とケアを提供する。
- ④不平等と戦う能力：サービスユーザー、家族、精神保健サービスに対する烙印、差別、社会的不平等、排除の原因と結果という問題に本気で取り組む。それぞれの地域社会で、高く評価できる社会的役割を設定し、これを発展させ、維持する。
- ⑤リカバリーを促進する能力：協力体制を通じて、サービスユーザーと家族が希望と楽観的展望をもって精神障害に取り組み、精神障害に伴う制限の範囲内で、さらにはそれを超えて、価値ある生活スタイルを目指すことができるような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能力：協力体制を通じて、サービスユーザー、家族、友人が望む生活スタイルやアスピレーションという観点から、保健と福祉のニーズに対応するための情報を集める。
- ⑦サービスユーザー中心のケアを提供する能力：サービスユーザーとその家族の立場を中心に、達成可能で意味ある目標とは何かを協議する。この目標を達成するための手段に働きかけ、これを模索し、必要とされる支援を提供する人々の役割(結果と成果の系統的評価など)を明確に設定する。
- ⑧介入を効果的に改善する能力：サービスユーザーとその家族などのニーズとアスピレーションを満たすため、エビデンス・ベース、価値意識ベースの最良の保健・福祉介入を促進し、これを提供する。
- ⑨安全の確保と積極的なリスクをとることを両立させる能力：サービスユーザーが自分の健康と安全についてリスク・レベルを決定できる力をつける。そのためには、サービスユーザー、家族およびより広い一般市民に対して起こりうるリスクを評価し、対処することにより、安全を促進することと積極的なリスクをとることとの間に生じる緊張関係に取り組むことが必要である。
- ⑩個人的成長と学習に努める：精神医療の変化について常に最新の情報を入手し、生涯学習に参加し、スーパービジョン、評価、および日頃の実践を反省することを通して、個人として職業人として成長する。

4 おわりに

以上、英国の精神保健改革を推進するための人材開発、中でもNWW「新しい仕事の仕方」のあらましを紹介した。筆者らは、英国の精神

保健改革がサービスの質的発展の段階に進化しているという強い印象を受けた。

われわれは、NWWの挑戦と経験から多くのことを学ぶことができる。サービスユーザー(患者)と家族を全人的に捉え、全人的サービスを開発することを本格的に取り組むことは、わが国の病院・施設中心の環境で仕事をしている現状にあっては正直いって困難である。

その一方で、そうした現状であってもサービスユーザー(患者)と家族の期待に最大限に応えるサービスの開発に真摯に取り組まなければならない使命もある。

しかしながら、本気でサービスユーザーと家族のニーズに応えようとするならば、わが国の精神保健福祉サービスシステムを抜本的に変革するプロセスは避けて通れない。NWWは、そのような勇気と決断を私どもに促している挑戦であると考えている。

なお、この小論は、一部、平成20年度および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」岡崎祐士研究班によるものである。

文献

- 1) DH : National Service Framework for Mental Health-Modern Standards and Service Models-. 1999
- 2) DH : The National Service Framework for Mental Health-Five Years On. 2004
- 3) DH : The Ten Essential Shared Capabilities-A Framework for the Whole of the Mental Health Workforce, 2004
- 4) DH : National Steering Group-Guidance on New Ways of Working for Psychiatrists in a Multi-disciplinary and Multi-agency Context Interim Report. 2004
- 5) DH : 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'. 2005
- 6) DH : Mental Health: New Ways of Working for Everyone - Developing and sustaining a capable and flexible workforce. 2007
- 7) DH : Refocusing the Care Programme Approach-Policy and Positive Practice Guidance. 2008
- 8) DH : 3 keys to a shared approach in mental health assessment, 2008
- 9) 伊勢田堯, 長谷川憲一編: 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〜」. 日本精神障害者リハビリテーション学会発行, 2005
- 10) 伊勢田堯: 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. 精神保健政策研究 14: 100-105, 2005
- 11) 伊勢田堯, 平賀正司: 英国にみる地域ケアの発展と初期介入サービス. こころの科学 133: 61-66, 2007
- 12) 伊勢田堯, 竹島 正, 平賀正司: 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〜. 精神保健政策研究 16: 29-32, 2007
- 13) 伊勢田堯: PHNブックレット7 自治体における精神保健活動の課題—今緊急に求められる家族支援・自殺対策・人格障害への対策. 萌文社, 東京, 2008
- 14) 伊勢田堯, 西田淳志, 岡崎祐士: 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〜. 精神保健政策研究 18: 79-88, 2009
- 15) 伊勢田堯, 岡崎祐士, 針間博彦ほか: 紹介: 「新しい仕事の仕方」を实践したコンサルタント精神科医の日記〜英国の精神保健改革における人材開発への挑戦〜. 心と社会 139: (3月出版予定) 2010

*

*

*

「新しい仕事の仕方」を実践した コンサルタント精神科医の日記

～英国の精神保健改革における人材開発への挑戦～

伊勢田堯¹⁾、岡崎祐士¹⁾、針間博彦¹⁾、西田淳志²⁾

1) 東京都立松沢病院、2) 東京都精神医学総合研究所

1. はじめに

英国の精神保健改革は目覚ましい進化を遂げている。この改革を推進するための人材開発の中で、専門職の仕事の仕方を抜本的に見直している。そのために、精神医学会をはじめとするすべての関連職種の団体、関係機関が参加する169ページに及ぶ「精神保健：すべての医療従事者の新しい仕事の仕方」(Mental Health: New Ways of Working for Everyone)が、保健省から2007年4月に出版された。

この報告書に、コンサルタント精神科医の日記が付録Dとして載っている。英国で進める精神保健改革の実像が読み取れ、興味深い資料であると考え、抄訳を紹介する。

注：このコンサルタント精神科医とは、ある圏域を担当する広範な医療・保健サービスを提供する公的機関であるトラスト(わが国の独立行政法人に

相当)で指導的役割を果たす上級医師。

2. 「新しい仕事の仕方」を实践した コンサルタント精神科医の日記(抄訳)

2007年11月4日(日曜日)

「新しい仕事の仕方」(NWW, New Ways of Working)により私の仕事が大きく変わって1年になった。この大きな実験が見事な花火大会になるのか、不発の爆竹に終わるのか、不安と興奮が入り混じる中、私はまったく新しい仕事の仕方に取り組んだ。

日曜日の夕方になると翌日のことを考え、不安でどうすることもできなかったが、その頃から比べると状況は確実に変化した。以前は約300名もの患者を抱え、彼らを「可能な限り定期的に」診察することのできる自分を誇りに思っていた。恐ろしく忙しい中で、自分と同僚とを比較し、誰が最も大きな負担を背負えるのかを競争していた。周囲ばかりを気にし、チーム内の誰か

が私に不利なことをするのはないかと恐れていた。結局のところ、私は責任を一身に背負っていた。

臨床での個人の役割や役割分担について、総合医事機関(General Medical Council)、英国医師会、そして王立精神医学会の支援の下で開発された構想を知り、私は大いに安心した。私は、自分が担当する症例とメンバーに対する助言については個人として責任を持つとともに、メンバーの効率性や能力を確保するなどチームを主導する立場にあるものの、彼らの臨床行動について責任を負うことはないことがはっきりした。これまで、私の診察室の外には地域精神科看護師(CPN)が長蛇の列をなしていたが、効率性を高めたチームが緊密に、より円滑に仕事を進めて、列は徐々に短くなった。

担当患者を見直したら、相当数を減らすことができた。プライマリ・ケアに戻せたり、プライマリ・ケアすら必要としない人々がいることが判明し、メンバーも私も私も大きなショックを受けた。

2007年11月5日(月曜日)

ブラックベリー(電子携帯端末)に

スイッチを入れ、メールを受信する日だ。週末の間はメールを見ないようになっている。ブラックベリーなどは、便利なツールで、チームのメンバーは、私に何時でもメールができて、私から返信があることを知っている。私は、秘書が用意してくれた電子スケジュール帳をクリックし、日中の予定を確認できる。自分のスケジュール帳を他人に頼むのは少し抵抗があったが、非常に便利で有効なことがわかった。もうダブルアップキッキングをすることもない！チームのメンバーは、診察のスケジュールを組むことができ、空き時間も把握している。メールで、何か進展があれば私に最新の情報を送ることもできる。重要なのは、私と彼らが信頼し合っていることだ。

週はチーム会議から始まる。連絡事項はすべてチーム・マネジャーに集約され、専門医への紹介はすべてこのシステムを通じて行われるので、患者紹介をする一般医(GP)が大騒ぎすることとはなくなった。GPも非常に満足している。チームは、その能力と技術の発展に誇りをもつようになった。現在、チームには上級治療者が1名、看護治療者が2名いる。彼らは、まずは補佐

として訓練を受け、現在では自分で処方できるようになっていて、彼らは、面接、症例評価、そして治療方針の決定までをこなす、薬物治療を開始してその効果をモニターすることもある。そのような方法に私達はチームの力に革命が起きたと感している。またチーム内に1名いる薬剤師は、薬の管理という明確な役割を担っている。時に衝突が起きるのは確かだが、これにより有用な科学的情報が得られるし、統制と革新のパラダンスを保つものにも役立っている。薬剤師は興味深い方法でチームと共に仕事を進めている。時には、私、薬剤師、ユーザー、家族、そしてケア・コーディネーターと合同で症例検討会を開き、薬剤の選択を検討することもある。忙しい外来で3冊ものカルテに目を通し、その患者がまだ試したことのない抗うつ薬を見つけてのとはまったく違った方法だ。

薬剤の選択について、私から薬剤師に助言を求め、話し合うこともある。薬剤師はその見解と、その根拠となる関係文献を渡してくれる。コンサルタントである私がなぜ助言を受ける必要があるのか、とこの方法に眉をひそめる同僚もいた。しかし、正直なところ、

薬理や薬理動態の知識を臨床の場で応用することが専門とされている平均的なコンサルタント精神科医と比べると、経験ある平均的な薬剤師のほうがその分野の知識が豊富だし、薬物療法の科学的背景についてもよく知っている。

私達のチームの薬剤師は、白衣に身を包み、調剤台から顔を覗かせ、患者との接触を避け、錠剤の数を数え、医者の方ミスに苛立つこれまでの薬剤師の仕事の仕方を大いに批判している。彼は、他の専門家と同じく、薬剤師もその技術をわれわれのユーザーと家族のために最大限活用すべきだと考えている。

私は、伝統や偏見に立ち向かう従来とは違った方法で仕事することが好きになった。私の同僚に、長年非常に個人的な取り組みをしてきた認定医 (Staff Grade) がいる。彼女は、ケア・コーディネーターを目差してきた珍しい存在で、これまで看護師やソーシャル・ワーカーが持っていた技術を広く修得している。非常に幅広い身体医学技術を用いて、このトラストで、そしておそらく国内で最初の、医学教育を受けた正規のケア・コーディネーターとなるだろう。

われわれが目差しているのは、非常に幅広い技術を持ったチームであり、その中で私はチームに対してはコンサルタント・アドバイザーとして、また複雑で難しい症例に対しては主任治療者として働くことである。私は、従来よりも多くの時間をこうした症例に割き、合併症をもち、不安定で、リスクの高い難治症例に取り組むことができようになつた。膨大なルーチンの仕事に頭を悩まされないので、非常に充実している。今では、チームは私を専門家として認め、追いかけて捕まえられるのではなく、以前よりも連絡が取りやすい存在となつている。昔は、狼の群れに追いかけられる動物のような気分だった。

もう外来には出ず、チームから要請があったときに患者を診るようになっている。

このため、まず朝は紹介例と最近の症例について話し合う。私は、安心して自分の専門家としての仕事に取り組むことができる。私たちは、リーダーシップという役割をコンサルタント精神科医だけが占めないことが重要であるという議論も始めている。これから、数名の専門職が順番にチーム・リー

ダーとなつて、チーム開発にあたりという実験を行う予定だ。時にはそのような思い切った方法を採用することで、チーム内の地位、尊敬および立場を高めることができると考えている。

午後は診察の時間だが、私は外来には出ない。少なくとも担当のケア・コーディネーターが同伴していない患者を診ることはなく、患者の家族をはじめとする主な関係者とともに診察を行うことが多い。チームの拠点で診察することももあるし、患者の自宅で診察することもある。これは非常に興味深く、多感性に富んだ方法で、自分がすべきことに十分な時間を割くことができる。チームのメンバーは、私の空き時間を把握しており、私が診察できるように患者を割り振り、必要なすべての情報を提供してくれる。彼らは、私がこうした患者をルーチンにフォローアップすることはしないが、私の介入が終わると、実質的にケア・コーディネーターに患者を差し戻し、その後のモニタリングはケア・コーディネーターに任せ、必要に応じてまた私の診察を受けさせることにしている。この方法は非常にうまくいっている。ただし、私が診察したいときだけでなく、患者自身が診

察を受ける必要があるときにも私と面接ができるという点を最初に患者に知らせ、安心してもらおう必要がある。この考え方は「人間中心主義」と呼ばれているものである。

2007年11月6日(火曜日)

火曜日の朝は忙しい。外来には出ないが、大変な症例に取り組む時間だからだ。神経障害の合併症が多く、症例検討会を設けるが、多くの場合こうした障害に集中して取り組むために大量の情報を収集する必要がある。会議は皆にとって教え合い、学び合う機会となるので、研修中の臨床医皆に大好評である。私は、午前中の終わりと、緊急の検討が必要であれば午後にも、時間を空けておく。ただ正直なところ、チームが非常に有能なので、私に連絡せずに対応し、私に合った方法を事前に設定してくれる。実際、メンバー達は外に出向き、状況を検討し、初期の解決方法を用意し、私が確認できるような方法で情報を提供してくれる。以前であれば、メンバーは自分ではどう前でもできず、非効率的なやり方で私に危機的状況に対応するように訴え、私にとっては大きなストレスだっ

に大きな変化があった。私は同僚のコンサルタント精神科医とチームとして働いている。入院して治療計画が全面的に変わってしまうことがあってはならない。緊密な連携関係を築くことで、私達はこのような問題を解決している。ケア・コーディネーターと私は、定期的に病棟を訪ね、治療計画会議で意見を述べる。もう回診はせず、事前に予定された、入院患者について話し合う会議のみに出席する。一般的に、異なるサービスを提供する複数の部門間で明確なコミュニケーションが取れている限り、対立や準備不足が生じる余地はほとんどない。以前のように部門間の隙間に落ちるようなことはなく、危機的状況においては、将来的に再度引き受けるという前提で、サービス内の他部門に引き渡すという考え方が発展してきた。

午後は、臨床医、事務局長と共にサービス開発に取り組んだ。以前は「戦略」の意味すら理解できていなかった私にとって、めったにない貴重な経験である。

入院治療継続チームの存在も、入院患者の身体的治療を大きく改善した要因である。以前のように労働時間規

制の違反や罰則に怯えながら暮らす必要がないだけでなく、現在のチームは、多様な専門分野を持ち、身体的検査や急速鎮静訓練を受けた有能な人材で編成されており、彼らが病棟に対応するようになった。その役割を担うのは若い医者だが、時には看護師が患者を診て、治療を開始し、中心的にコーディネートされたサービスに報告することもある。不在でボケベレにも出ない若い医者を追いかけ、代理の医師でやりくりするような時代はとくに終わった。

もうひとつの重要な介入は、コンサルタント看護師の役割の変更だった。これまでコンサルタント看護師の専門領域は明確に決められていなかった。彼らの仕事を正確に理解している人はいなかったし、彼ら自身も、サービスに対する影響力が限られていることを自覚していた。しかし、サービス業務の近代化という明確な役割を与えられたため、貢献の度合いも高まっている。実際に、このトラスト内では臨床現場でNWWを行っているのは彼らであり、戦略近代化委員会とも連携している。このような仕事に携わり、サービスを開発し、財政的な観点も学べたこと

は貴重な経験になった。非常に興味深かったのが、文化的な転換が起きたことだ。入院患者専門のコンサルタント精神科医を置くことで、病棟内に「自分達の場所である」という意識が芽生え、さらには興味深い波及効果もあった。事務局長によると、ここ12カ月間で病欠が減ったそうだ。これは、所属意識や、サービス内で発展した固有の文化に直接的に関係するものと考え。

2007年11月8日(木曜日)

午前中はいつものとおり、チームのメンバー数名と共に患者を診て、往診もした。多少の管理業務をしてからメールを確認し、連絡に滞りがないことを確認した。昼食時には、臨床医と新しいNHS理事数名と興味深い会合を持った。正直なところ、理事がどのような存在なのか、一年前には知らなかったのだが、彼らは最前線で治療に当たる臨床医と協力することに非常に興味を示していた。最高経営責任者が説明したように、私達は、ユーザーと家族、そして理事に対してサービスを提供する仕事をしているので、その「サービスに市場性がなければならぬ。今後とも改革推進トラストとして利益

を得ようとするれば、理事が買いたいと思う商品、ユーザーと家族に受け入れてもらえる商品を提供しなければならぬ。その提供を受けるにあたって理事は、現状のサービスと、その有効性を知る必要がある。理事は、私達の取り組みや、働きすぎで過度のストレスを受け、現状に対する不満を漏らす従来の精神科医とは違った医者に会えたという事実に変な感銘を受けていた。チームの精神は臨床の場から経営の場に広がりがつつある。

午後の最初の仕事は、看護師主導の診療所の指導だ。看護師は非常に優秀で、多くの助言を必要としないが、いくつかの症例、特に健康状態や薬物治療について、話し合いを必要としている。この指導業務は、薬剤師と共同で進んでいる。彼は時に私の処方方針に反対してくるが、私達はうまく協力できるようなようになったし、彼も単に薬を瓶に詰めるのではなく、臨床の現場に立ち会えるようになった。

午後の最後の仕事は、保守的傾向が強い検死官との電話連絡であった。

2007年11月9日(金曜日)

金曜日は、週末に向けて整理する日

になるが、今日は全国会議に出席した。私の週単位での予定は以前より柔軟に立てられるようになったし、コミュニティ・チームも非常に優秀になったので、私がいなくても問題なく仕事を進めてくれる。彼らの連絡先として、私の同僚の精神科医が配置されているものの、連絡が来ることは稀だ。彼らは自身で問題を解決し、事後に報告してくれる。彼らはよく私に電子メールをくれ、進捗状況だけを知らせてくれる。私はブラックベリ―を使い、タクシーや電車から返信することもできる。このような柔軟な仕事の仕方や、距離にかかわらず連絡を取り合えることで、私もチームも報酬に仕事を進められるようになった。

今日の全国会議は、NWWに関する会議で、私はこの5年間の経験を発表した。反対意見もあったし、進歩に対して一部の人が抑制的であることに、常に驚かされてきた。こんな方法でうまくいくはずがない、と言ってくるコンサルタント精神科医もいた。もちろん、私には完璧な答えがあった。つまり、私と私のチームが、この方法がいかに有効であるかを示す生き生きした証拠なのだ。患者数を減らせるわけがない、

3カ月に一度、5分間の診療を受けることなく患者が生き延びられるわけがない、と考える精神科医もいたようだ。また、これまで医師が担ってきた役割を、訓練によって他の職種が身につけることは難しいのでは、と疑問視する者もいたし、他の職員の中には、自身の臨床技術を向上させることに消極的で、「ミニ・ドクター」にはなりたくないと考える者もいた。

私にとっては、すべてが明確だ。将来の精神科臨床チームの中心となるのは、ケア・コーディネーターだ。彼らが幅広い臨床技術を持ち、治療の過程を通じて患者を導く責任を負うようになるのである。コンサルタント精神科

医の将来の役割は、高度に専門的な臨床医としての役割であって、治療の過程では独自の立場に立ち、主に複雑な症例に対応するための技術を持ち、いつでも対応してくれる柔軟な存在となる。複雑な症例に対しては、コンサルタント精神科医は臨床治療を行う場合もあるが、大抵の場合はコンサルティング・サービスを提供するものである。これにより、コンサルタント精神科医は、発展途上にあるサービスの中で、その指導力や戦略的なマネジメント能

土居健郎先生の思い出

石川義博

石川クリニック

力をさらに高めることができるようになる。

同僚にも話したのだが、「はしごを登るには、一度は片手を離さなければならぬ」ということだ。一部の同僚は、何年も前から同じはしごの段にしゃかりとつかまっただけなのだ。

会議を終えて家に戻り、ワインを楽しむ、ブラックペリーのスイッチを切った。妻の目がなげれば、またブラックペリーを覗いてしまうかもしれないが…。

3. おわりに

この日記には、コンサルタント精神科医、ケア・コーディネーターを中心とするチーム医療に関する新たな挑戦が記されている。そのほかにも、医師以外の訓練された上級治療者にも処方権が付与されていること、医師や医療従事者にも労働時間規制が課されていること、身体療法は心理療法の補助的手段として位置づけられていることなど興味深い記述もある。

わが国でもこうした改革に賛否両論があるろう。しかしながら、精神科医・医療従事者にとってもストレスをまみれ

の消耗な仕事に追われ、患者・家族にとっては不十分な医療に耐えなければならぬ、わが国の現状を直視するならば、われわれの仕事の仕方には疑いなく抜本的改革が必要であり、その勇氣ある決断をする時期に来ていることを教えてくれる日記であると考え。この日記が、そのための検討材料の一つになることを願うものである。

なお、この小論は、平成20年度および21年度厚生労働省「思春期精神病理の疫学科学研究事業」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」岡崎祐士研究班によるものである。

参考文献

- 1) 伊勢田亮：PHNブックレット7 自治体における精神保健活動の課題 - 今緊急に求められる家族支援・自殺対策・人格障害への対策。萌文社、東京、2008。
- 2) 伊勢田亮、西田淳志、岡崎祐士：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～。精神保健政策研究、18: 79-88, 2009。

土居健郎先生を偲ぶ会では、正面に満面に笑みを湛えられた先生のお写真が飾られていた。あのお顔を拝見していると、さまざまな思い出が甦ってくる。昭和38年(1963)に、はじめて「土居ゼミ(精神療法症例研究会の略)」に参加した時から、平成21年(2009)の最後の会の日までの出来事がさまざまなと脳裏に浮かび、感無量の想いを禁じ得なかった。

振り返ってみると、初期の研究会で、先生のお笑顔はそう易々と拝見できるものではなかった。それほど、土居ゼミにおける先生のお顔もご指導も厳しかったのである。その厳しさは、一つには当時から先生の精神療法を武器とした精神科臨床への思い入れが非常に強かったからであらう。先生は、「臨床こそ医学の基礎なのだ。臨床はそれ自体が研究となり得るし、またなすべきである」との堅い信念をお持ちであった。それゆえ、「精神医学の基

礎的研究だけが大学本来の使命であり、臨床は研究に値しない」と断じていた東大精神科に対し、内心強烈な批判をお持ちであった。

折しも、秋元教授から精神科大学院生のために精神療法ゼミナーの開催を依頼された先生は、この機会に東大精神科に精神療法を持ちこみ、根づかせようと、大変張り切って乗りこまれたのである。

丁度この頃、筆者は、法務省K医療少年院に赴任したばかりであった。東大精神科と松沢病院で各1年間の研修を受け、一通りの臨床経験を積んだつもりであった。しかし、その自信は、非行少年と面接したとたんに木曜微塵に打ち砕かれてしまった。彼らは、それまで診療してきた患者さんとはまったく異なっていた。彼らは、医師に対しても反抗的、敵対的で、問いかけにも答えようともしなかった。彼らの不信感はいわゆる強固で、治療関係を創る

