

## 精神保健医療福祉制度の国際比較

研究分担者：佐竹直子（国立精神・神経医療研究センター病院）

要旨 これからの日本の精神保健医療福祉制度を検討するときに、地域中心の精神保健医療福祉システムの構築は重要である。システムの国際比較による情報をもとに今後の日本のシステムの在り方を検討する必要がある、今年度はイングランドの地域精神保健システムについてその変遷と現在のシステムについて、特に New Long Stay 防止、医療、行政、福祉サービスの連携、精神疾患予防についての対応について調査した。

### A.研究の背景と目的

我が国のこれからの精神保健福祉において、その方向性を検討するために海外の精神保健医療福祉のシステムとの比較や、先進的な制度について学ぶことは重要であると思われる。昨年度は、欧米の先進国における精神科病床数について調査した。今年度は当初精神疾患患者数の変移、精神科病床の平均在院日数、精神科薬物治療における多剤大量処方についての国際比較を検討していたが、各国、また国内でも州や県において統計上の定義や医療システムに違いがあり比較は困難と判断した。

そこで今年度は、欧米諸国における精神保健医療福祉システムにおいて、New Long Stay 防止、医療、行政、福祉サービスの連携、精神疾患予防についての取り組みについての調査することとした。今回は調査国をイングランド1国に限定し、これまでの精神医療システムの変遷、近年の精神科医療政策などについて情報収集を行い、来年度の研究もあわせて今後日本における地域中心の精神保健医療福祉制度の構築において必要と思われる提言を行う。

### B.方法

調査方法としては、現地精神医療関係者へ

のインタビューと、イングランド NHS(National Health Service)による医療政策についての情報収集を行った。

#### 1. South London and Maudsley NHS の赤沼のぞみ医師へのインタビュー

1回目：2020年10月23日

2回目：2021年2月5日

#### 2. 2014以降 NHS が発表した医療政策の情報収集

NHS Five year forward view (2014)

The Five Year Forward View for Mental Health (2016)

The NHS Long Term Plan (2019)

NHS Mental Health Implementation Plan (2019)

Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults (2019)

### C.結果／進捗

イングランドの精神医療モデルは、以下のような変遷を経て現在に至る。

#### 【精神医療の脱施設化の変遷】

イングランドの精神医療は、1940年代の大規模精神病院(Asylum)への精神障害者の収容から、50年代には外来医療と小規模

の精神病院が地域に作られ収容されていた障害者の地域移行が始まった。90年代には現在精神科2次医療の core service と呼ばれる Community Mental Health Team (CMHT) と、ケア付き住居などのレジデンシャルケア、さらに Care Program Approach(CPA)の導入がなされ、90年代後半に Asylum が閉鎖となった。

2000年代に入ると、1990年代に導入された CMHT が、Home Treatment Team や Assertive Outreach Team, Early Intervention Team など機能分化されたチームに変換されていき、患者の状態に応じて専門チームに紹介されるシステムへと変化した。さらに2010年代に入りそれまで core service 支えてきた患者を地域のよりサービス密度の低い福祉サービスを利用し生活できるよう自立を促す取り組みがなされるようになった。

### 【近年のイングランドの医療政策と精神科医療政策】

2010年代に入り、イングランドの医療政策において精神医療が重点事項として取り上げられるようになった。

#### NHS Five year forward view (2014)

2014年 NHS(National Health Service) は、NHS サービスの5か年展望を打ち出した。疾病予防と早期介入、医療サービスの2次医療からプライマリケアや地域ケアサービスなど NHS 以外のサービスへの移行、精神保健ケアの向上が主な展望として挙げられた。これらの背景として医療費のひっ迫があり、病院医療が中心の NHS とそれ以外のケア提供者、GP やヘルスケアのボランティア団体、地域の民間ケアサービスなどとの競合、協調により、新たに統合された Multispecialty Community Provider として機能することを目指すこととなった。また予防医療への転換において、全国民の身体的な健康とともにメンタルヘルスの向上の重要性

も認識されるようになった。

#### The Five Year Forward View for Mental Health (2016)

2014年の NHS Five year forward view を受けて、2016年に精神医療の5か年展望が出された。重点ポイントとして精神科救急・危機介入の拡充、メンタルヘルスと身体ケアの融合、メンタルヘルスにおける mental wellness と疾患予防があげられた。

#### The NHS Long Term Plan (2019)

2014年の Five year forward view の5年後に、NHS はそれをさらに発展させた10年の長期展望を出した。医療費の削減、NHS の赤字の拡大や人員不足などを背景に、必要なサービスを明確化させ、そこに必要な予算を投じるために打ち出した政策である。

精神疾患がガンや心血管疾患などとともに7つの重要臨床領域の一つとなり、また予防に重点を置いた国民全体の健康維持に焦点があてられた。また、周産期、小児・思春期のメンタルヘルスの充実、精神科 Core service からプライマリケアや地域サービス利用への移行、精神病患者の身体ケアの充実、うつや不安障害などへの心理療法の拡充などが重点項目として挙げられ、メンタルヘルスに関する予算増額も打ち出した。

#### NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20-2023/24 (2019)

NHS Long Term Plan を受けて、メンタルヘルスサービスについての実行計画が打ち出された。Long term plan で重点項目として挙げられた、周産期、小児・思春期メンタルヘルスをはじめ、精神科救急や危機介入都総合病院におけるコンサルテーションリエゾン、急性期入院治療、慢性期及び司法入院治療、自殺対策、ゲーム依存、うつや不安、不眠などの mental wellness に関する介入、重症精神障害者に対する包括的な地域ケア、高齢者メンタルヘルスなど、多様化するメンタルヘルスに関するニーズに対応するために、1年ごとの具体的な数値目標を含む目標設定

を行った。

### 【Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults】

NHS が 2019 年 9 月出した、地域精神医療に関する政策提言で、これまで Core service が主体となって展開してきた地域精神医療を、プライマリケアと福祉、行政サービスを加えて統合された新しいケア複合体で包括的なサービス提供を実施するシステム導入に関するものである。すでに 12 の NHS がテストケースとして導入しており、プライマリケアと 2 次医療の機能分化や連携方法についていくつかのパターンがある。

これらの取り組みは、精神科 2 次医療の負担軽減のため様々地域資源との協働を計る、それまで Severe Mental Illness(SMI)が中心だった精神科医療へのニーズの拡大に対応する手段として、また SMI に対する身体ケアの充実が主な目的である。これまで医療モデルの CPA を用いたリスクマネジメントの重点を置いたケアマネジメントで福祉との連携にあまり重点を置いていなかった介入から、医療、福祉、行政など多機関連携で本人中心のケアモデルが導入されることにより、本人の日常・社会生活レベルの改善を図ることができ、そのために様々なサービスの連携に重点を置いた工夫が必要となる。

また、プライマリケアとの連携が重視され、CMHT の介入の必要がない精神疾患への関与はプライマリケアで行われるなど、治療に関しての機能分化も推進される。そのため、キャッチメントエリアは、プライマリケアのエリア（人口 3～5 万人程度）を基本に構成され、より慢性で複雑なニーズがある場合に、いくつかのプライマリキャッチメントエリアを合わせたエリアで 2 次医療と統合されたサービス展開となる。

### D.考察

イングランドの精神保健システムは、脱施

設化以来その時々のコミュニティーのニーズに合ったサービス提供への変換がこまめに行なわれてきた。長期入院の精神障害者の地域移行のために CMHT を中心としたケアマネジメントと医療の包括型サービスの充足により、医療サービス中心の地域ケアが続き、地域に様々な福祉サービスがあるにもかかわらず、医療サービス側で福祉や行政との連携はあまり意識されてこなかった。2010 年代に入り、財政問題やメンタルヘルスの需要の増加、メンタルヘルスニーズの多様化などにより、精神科 2 次医療中心で展開していたメンタルヘルスケア・サポートを、プライマリケアや地域の中の様々なリソースと協働し対応する必要が生じ、包括ケアの導入になっているところは、日本の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」と同じような展開になっていると考えられる。一方で、イングランドの場合には、SMI を中心としたケアマネジメントが必要な患者層に Core Service が基盤にあるが、日本の場合この部分に関しては地域差が大きい、ケア全体のキーマネージャーがケースごとに医療や福祉に点在し、システムとしての安定感に欠く状態と考えられる。

また、地域中心のシステム展開として不調時の救急対応および受療拒否に対する介入は重要なポイントであるが、イングランドの場合も地域格差があった 24 時間の精神科救急対応の充実、総合病院の救急との連携などに取り組んでいる点は、日本の状況と似ている。一方で、受療拒否の救急ケースについては、行政、警察との連携は充実しており、特に警察との連携は専門部署の設置や、情報開示についての管理体制が確立されており、参考となる点が多い。また、強制的な介入を減らすための試みや、救急医療が必要なケースと救急以外でも対応できる本人にとっての「緊急」のトリアージなど、本人やその周囲のニーズで医療介入が必要以上に増加しないような試みも今後日本の精神科救急でも検討

すべきことと思われた。

New Long Stay の対象は、イングランドの場合触法歴、パーソナリティ障害、薬物依存などの併存ケースが多い。日本も同じような傾向はみられるが、日本の「重度かつ慢性」患者にある統合失調症などの症状や生活障害が重度のケースは、脱施設化後の発症患者については地域ケアの中で大半がフォローされており、今後日本の地域ケアの充実によりこの層に関しては十分に地域対応が可能になると予測される。

地域サービスについてはよりサービス密度の低い支援で生活が可能になるように、医療モデルから本人の地域生活を中心にした支援を積極的に推進することが、本人にとっても地域全体にとってもメリットを生むと考えられる。それによって不要となった予算を新しいサービスに転換し、多様なニーズにこたえることが可能となる。

今回の調査で、イングランドの精神保健医療福祉の包括型のケアシステムから、今後の日本における「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」の構築について様々なヒントが得られた。日本の制度は主に SMI に対するものであるが、今後広く精神疾患を対象とした、また身体ケアとの連携、日本のかかりつけ医との連携など広くメンタルヘルスサービスを盛り込みながら、「メンタルヘルスに対応した」包括ケアへの発展も考えていくべきだと感じた。

## E.健康危険情報

なし

## F.研究発表

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 文献

1. NHS Five Year Forward View  
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>
2. The Five Year Forward View for Mental Health <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf>
3. The NHS Long Term Plan  
<https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>
4. NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20-2023/24  
<https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-mental-health-implementation-plan-2019/20-2023/24>  
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health->
5. The community mental health framework for adults and older adults <https://www.england.nhs.uk/publication/the-community-mental-health-framework-for-adults-and-older-adults/>  
Taskforce-FYFV-final.pdf

参加者：藤井千代、佐藤さやか、山口創生（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所） 佐竹直子（国立精神・神経医療研究センター病院）

質問1：治療が必要な状態で受診が難しいケースについての介入はイングランドではどのようなになっているのか？

回答：患者の状況によってさまざまな介入がある

精神症状による犯罪行為があれば警察が介入することになるが、他害行為にはいわゆる「迷惑行為」も含まれるため、警察の介入対象は日本より多い。他害行為には暴言や威嚇なども含まれる。

社会的住居（社会的弱者のための住居や公的住宅）に住む単身生活者の場合、housing officer にそのケースに関する苦情や情報が入るとそこから受診につながる。公共住宅の場合には自治体職員である housing officer が本人にまずコンタクトをとる（First contact）。公営住宅も同様の流れになる

First contact から、状態によっては警察介入となる。警察官が逮捕し精神障害のための保護、アセスメントが必要判断された場合（警察官通報；Mental Health ACT 135 条）、Place of safety に身柄を移す。自宅にいて警察官介入にならなかった場合には 136 条により裁判官承認があつて Place of safety に移しアセスメントをすることが可能になる。警察官が臨場して保護には至らない場合は、警察官が報告書を提出し、その内容によっては精神科医が介入することがある。

また、自ら医療介入を求めて single point of access と呼ばれる精神科医療（2次医療）トリアージのためのコールセンターに相談をする、または GP に相談し精神科医療への紹介を相談するなどのアクセスがある。直接病院へ入院するのは最終手段であり、またできる限り本人の同意を尊重する。

緊急対応の窓口サービスとして以下のものがある。

①CAT crisis assessment team：他害がない、あつても本人の同意が取れる緊急ケースに対応する医療チームで、警察や救急隊からのオファーに対して精神科看護師が医療、保護、救急外来、レスパイト施設の必要性についてアセスメントを現地で行う

②COS crisis outreach service：home treatment team に付随したアウトリーチチームで、24時間稼働。警察は帯同しない。

これらのサービスは医療が考えるクライシスと本人が求めるクライシスに違いあり、当事者にとってのクライシスのニーズは医療者が考えているより軽症の場合が多いため、重装備の救急にすべてが集中しないために設置されている。

質問2：警察や行政との連携において情報管理はどのようなになっているのか？

個人情報の取り扱いについては The Caldicott Principals no7 7つの条件が個人情報を取

り扱う場合に共有されており、警察が情報を求めるときには情報管理窓口（Caldicott guardian）に申請し、どのような情報が取り扱われているかのモニタリングがある。また医療サイドから警察に情報を求めるときには Police Liaison Officer にコンタクトを取り、利用目的が明確であれば本人の同意がなくても NHS からの相談、詳細な情報交換が可能になる。また、3 か月に 1 回地域の警察、精神科医療、救急、自治体職員による地域関係者会議があり、情報交換を行っている。

また、逮捕者の精神的な介入については、Criminal justice mental health team の Custody 看護師もしくは医師が、診察が必要か、誰かの同席が必要か、一時釈放の有無、hospital diversion の必要性についてアセスメントを行うことになっている。

質問 3：イングランドでは New long stay に対してどのような対策を講じているか？

慢性期の長期入院患者の対応はイングランドでは苦慮してきた。脱施設課後に発症した患者は治療法の改善などもあり長期化しにくくなっており、入院長期化患者は Asylum に長期入院していた患者が多くを占めていた。

#### ①住居サービスや住居サービスとのコラボ

Asylum（精神科療養施設）の閉鎖（～1998）による脱施設化により、大半の患者は 6-20 床以下のケア付きのグループホーム（管理者が看護師などの専門職）に入居した。ナースングホームで対応が困難な重症例は、NHS トラストが運営する住居施設（看護サービス付き）に入所し、それらの施設は 2000 年代には NHS から民営化と経営主体を変更した。

2010 年代になりそれまでの 24 時間型の住居から 24 時間ケア付きではなく夜間 on call などの自立を促す住居へ住居施設のスタイルが変わってきた。

これらのサービス展開の中でも一部移行が難しい患者グループ(Legacy group)があり、例えば高齢者医療の対象になっても精神疾患だけで認知症がないために高齢者医療福祉に移行できないケースや、難治症例などがこれにあてはまる。SLaM(South London and Maudsley NHS)では 2015 年にこの Legacy group の脱施設化に取り組んだ。約 200 名の慢性患者の脱施設化のための予算を確保し、person centered 非医療型モデルで、医療的なケアを減らしフラット型の住居でケアアクティビティを充実化するような試みを実施した。この財源確保のために low level の病棟を閉鎖したため、新たな長期入院化しやすい患者層のケアが困難な状況になった。例えば犯罪歴がある、パーソナリティ障害、薬物依存、発達障害などの問題も抱える患者の入院が長期化しやすい傾向にあり、このグループの入院治療を行う場所が減ってしまうという問題が生じた。

また、認知症にならない老年期の精神障害者が済むグループホームは、運営母体が NHS から慈善団体などへの運営母体の変更、サービス内容も医師、看護師などの医療スタッフの常駐から派遣型、さらに規模を縮小したり、住居者のニーズに合わせた転換、例えば身体的ケアのニーズが生じた場合には身体ケア中心のサービスに移行するなど、同じ施設が様変わりしながら閉鎖もしくはその時代に必要とされる住居施設に変換されている。

質問4：SMIに対する認知行動療法はどのようになっているのか？

幻聴や妄想に対する認知行動療法は、1クール12～20回のセッションが2次医療の中で提供されている。また、Community Mental Health Team(CMHT)のケアコーディネーターがCBTを実施するGoals studyも実施されたが、ケアコーディネーターのケースロードとCBTのスキルが問題となった。また、2次医療でassistant psychologistによるCBTを行うモデルや、プライマリケア実施できるモデルの構築なども検討されている。

質問5：精神科医療と福祉のコラボレーションはどうなっているのか？

2019年にNHSが出したCommunity Mental Health Framework for Adults and older Adultsがこれからのモデルになる。医療、行政、福祉サービス、住居サービスなどの事業者が地域でアライアンスを形成し、統合されたサービス提供を行うシステムが提唱された。

- ・各事業者の財源は独立しているがすべての財源を一元化して意思決定を共有する
- ・資格者とサポートワーカーの共同
- ・サポートワーカーがアライアンスの他のサービスとの協働をマネジメント
- ・医療以外のサービス（ケアサービス）は自治体のソーシャルワーカーによるCare

ACTのアセスメントに基づき、実際のマネジメントは本人が指定した人でも可能というシステムで統合されたサービス提供を行う。目的としてはone stopのサービス提供を廃止し細切れのサービスを一元化することで、CPAがこれまで行っていたやや漫然としたサービス提供を避け、期限付きのサービスを本人の状況にあわせて使いながら医療と福祉の共存、協調を行うことが目的である。

## 赤沼先生との情報交換会 2回目

2021.2.5

参加者：藤井千代、佐藤さやか、山口創生（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所） 佐竹直子（国立精神・神経医療研究センター病院）

### I Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults

質問1：この政策が作成された背景は？

2014年に作成されたFive years forward viewが契機となっている。これが作成された一番大きな理由は財源不足で、それまでのシステムでは財政的な破綻が生じてしまうため変換が必要だった。「疾患予防と早期介入」「地域とプライマリケアへの移行」「精神保健ケアの向上」が重点として挙げられた。2012年に保健、福祉、民間サービスを統合する法律が制定され、NHSのサービスは統合と予防に重点を置くことを目指すこととなった。

それまで身体医療保健に比べ劣っていた精神保健分野が同等に扱われることも重点目標

となった。例えば精神科 NHS トラストには身体医療トラストで導入されていた DPC のような包括医療費支払制度も導入されていないなど身体医療との格差があったが、メンタルヘルスの問題に焦点が当てられ、全国民のメンタルヘルスの向上 (Prevention for all mental wellness) と、精神障害者の身体ケアの充実化などが目標として挙げられた。当時精神障害者に対するプライマリケアの提供が希薄で、薬物使用や喫煙、肥満などから生じる身体疾患への介入の重要性が指摘された。さらに、24 時間の精神科救急医療提供の拡充や、コンサルテーションリエゾンの充実など精神科専門治療の充足も課題となった。

さらに、2019 年に出された NHS Long Term Plan で、メンタルヘルスが NHS の医療全体における重点項目の一つとなり、医療と福祉の統合、プライマリケアと 2 次医療の共同により精神科 2 次医療が取り組むべきことは CMHT と医療ケア付き住居などのコアサービスに限定化されることとなった。

質問 2 : プライマリケアと 2 次医療の共同とは？

現在全国何か所かでトライアルがあり、今後ナショナルモデルが確立する。プライマリケアネットワーク (人口約 4 万人の医療区) 3 つで 1 機関としてアライアンスに参加する。

①Hub ・ ・ 精神科ナースがプライマリケアでメンタルヘルスのキーワーカーとなり、アウトリーチも行う。精神科医はすべての地区で 1 名が S V としてバックアップを行う。

ニーズが高くケースロードが増加傾向にあるが、一方でプライマリケアで診るべきか 2 次医療に紹介すべきかケースのトリアージをするコントローラーが必要で、その業務の負担が大きくなる。

②SLaM NHS モデル

CMHT にプライマリケアを配置し、サポートワーカー対応でよければ 1 次、看護師のケアコーディネーターが必要であれば 2 次医療に振り分ける。

③Cambridgeshire and Peterborough NHS モデル

プライマリケア診療所 (GP surgery) に 2 次医療の精神科医・看護師が出張して、プライマリケア主体で動き、2 次医療スタッフがバックアップする

質問 3 : Framework にあるアセスメントの一本化とは？

同じメンタルヘルスの問題を抱えていても、プライマリケア、i-act, 2 次医療にいくとそれぞれアセスメントがあり、また転居などで地域が変わるとそこでも新たにアセスメントがあるため利用者の不満が強い。そのためアセスメントを共有(asset based assessment) し、アセスメントの重複を避けや連続化したケアを受かられることを目指していく。

質問 4: この新しい取り組みで本来の 2 次医療のコアサービスへの財源カットになる懸念があるという話があるが、それについては？

今回 NHS mental Health Implementation Plan 2019/20-2023/24 で重点項目として挙

げられた加重配分で予算が減る一方で、CMHTへ母子への関与を依頼されることが増えるため、コアサービスのケースロードが増加してしまう問題が生じる。3次医療と違いケースロードのコントロールができないため、通常ケアコーディネーター1人で25ケースが理想的なケースロードのところ50ケース近くまで増えてしまっている。

質問5：サービスが統合化される中で、ステークホルダーが増え問題になることはないのか？

統合化されたアライアンスの中でいろいろなサービス受給の可能性は増えるが、ステークホルダーが増えるわけではない。2次医療サービスを受ける人はCMHTのケアコーディネーターがnamed worker（中心的なコーディネーター）となり、Care ACTを利用する人は行政のソーシャルワーカーがnamed workerとなりケアプランのレビューを行う。

質問6：アライアンスとは具体的にはどういうものか？

アライアンスは医療、行政、福祉、ボランティア団体などのシステムの統合で、財政統合ではない。医療提供サービスグループCCG(clinical commissioning group)が、行政、福祉サービスとICS(Integrated Care System)を構築し、医療・福祉を統合したサービス提供を行う。

イングランドにおいて福祉サービスはこれまでも十分に機能していたが、医療サービスはあまり接点がなく、唯一行政のソーシャルワークのサービスしか把握できていなかった。就労や生活支援、住居などのサービスは、地域の小さなセクターが運営しており、二次医療の提供するコアサービスとは別々に稼働していた。

2014年ケアアクトが制定され、必要な人がケアを受ける権利が認められたことも影響し、今後アライアンスの中で医療、福祉の共同がより強化されると考えられる。Social prescribing worker と呼ばれる地域ケアの情報を提供する人によって地域に存在するサービス情報を本人に提供するサービスが地域サービスと当事者をつなぐ役割を担うこととなる。

質問7：CPA(Care Process Approach)は今後どうなるのか？

2017年には1度廃止案が出たが、今は不透明な状態。CPAが形骸化している面があり、NHSトラストによってはすでに使用していないところもある。一方でサービスレベルに地域格差があり、まだCPAが必要なトラストもある。

## II 医師偏在問題

質問8：イングランドでも精神科医の地域偏在はあるのか？

医師偏在は存在する。様々な症例や治療の経験ができる都市部への集中がみられるため、研修医枠を地域格差がないように設定するなど工夫がされている。また、精神科医は他の科

に比べて人気が低く精神科医を増やすため英国医師会が Choose psychiatry campaign など精神科医を増やすキャンペーンを実施している。