総　説　精神保健における地域医療ネットワークの変遷と現状

Transition and Present Situation of a Local Healthcare Network in Mental Health

岩上優美　西大明美

Yumi IWAKAMI, Akemi NISHIO

東京医療保健大学
TOKYO HEALTHCARE UNIVERSITY

〈総　説〉

精神保健における地域医療ネットワークの変遷と現状

Transition and Present Situation of a Local Healthcare Network in Mental Health

岩上優美　西大明美

東京医療保健大学　医療保健学部　医療情報学科

Yumi IWAKAMI, Akemi NISHIO

Division of Healthcare Information, Faculty of Healthcare, Tokyo Healthcare University

キーワード：地域医療ネットワーク、精神保健

Keywords：Local Healthcare Network,　Mental Health

受付：2012年3月30日　　受理：2012年9月20日

1. はじめに

厚生労働省は2009年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」における「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策を更に推し進め，精神保健医療福祉施策の抜本的見直しのための改革ビジョンの重点施策群の策定に向けて，「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」を発表した．この中で，各都道府県の退院率（1年以上群）に関する目標を29パーセントとすることが掲げられている．これにより，7万床相当の減少が促されるとされている[1)]．

表1．精神保健医療福祉の更なる改革の基本的方向性

- 精神保健医療体系の再構築
- 精神医療の質の向上
- 地域生活支援体制の強化
- 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的実施
- 今後の課題

精神保健医療福祉の更なる改革に向けて（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）p.1より

これまでわが国では入院医療が中心であった．しかし，長期入院していることで退院した後，行くところがない，自立生活が困難である，などの理由から，治療の必要なく長期入院を続ける「社会的入院」につながる可能性がある．このため，早い段階で入院後，自立生活が送れるような支援システムを整えてきた．

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」の基本的な考え方は「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく施策の立案・実施をさらに加速するというものである[2)]．

本稿では精神保健医療における日本の現状と海外の事例を基に地域医療ネットワークの変遷と現状について事例を用いて比較した．

2. 日本の現状

2.1. 日本の取り組み

田中（2001）は日本では1995年以降，第3期の精神保健福祉パラダイム転換が現在進行中であると述べている．これによると，第1期の転換期は1900年の精神病者監護法から1919年精神病院法までの，ほぼ20年間に確立された．近代国家の成立とともに，「治安モデル」を施策の中心に据えた社会システムが形成され，精神障害者対策の試作整備がなされた．その整備が進まず，社会から患者を隔離収容する役割，地域の公安を守る施設機能しか持ち合わせていなかった．

第2期は，第二次世界大戦後の1950年精神衛生法の制定から1965年精神衛生法の大幅改正に至る，約15年間のうちに確立されている．「医学モデル」が中心となり，その補完的役割を「公衆衛生モデル」が担い，精神障害者の「治療と保護」が施策の大前提とされた．

そして第3のパラダイム転換期は，1988年精神保健法施行をはしりとして，1995年，精神保健及び精神障害者福祉に関する法律への改称・改正，2000年改正精神保健福祉法の施行という相次ぐ法改正によって現在進行中である．精神障害者の地域自立生活支援を柱に，市区町村を基盤としたトータルなシステムの形成をめざす，「統合的生活モデル」が中心となる社会システム

が形成されようとしている[3]．杉崎ら（2010）は不必要な入院を防止し．長期にわたり地域で暮らしていくことを支援することを目標とした中間ケアの概念は精神障害者の地域移行と地域生活支援において重要な位置を占めており，特に，社会的孤立状態にさせないことが精神障害者の支援において重要であると述べている[4]．

日本の精神保健における地域医療ネットワークの基本は地域を拠点とする共生である．これにはアウトリーチのほかに，支援システムの構築，地域コミュニティの形成，地域活動支援センター，ピアサポートの支援など，居住地などの生活支援と地域住民の理解を深めること，対象者同士のコミュニティ形成のシステム整備が重要である．大久保ら（2009）の研究によると精神障害者向けのグループホーム開設には開設費用，条件に適う物件の探索，不動産業者・家主の抵抗感，周辺住民の反対などが挙げられている[5]．これには地域住民への理解を促すことが重要であると考える．

コミュニティの形成にあたり，地域住民への教育の例では，杉本（2006）の研究で，地域で精神障害に関する学習会を開き，1年目は講義とグループワークなどの知的理解，2年目は町内会長や民生委員，保健委員などの地域のリーダーになれる人材を対象に学習会，グループワーク，精神障害者施設とデイケア施設の見学と実習によって意識変容を促し，3年目には精神障害者を対象とした支援コミュニティの形成へとつなげることができた[6]．

このように，精神障害者に対し，支援施設の充実を図ることで地域において支えていくには，地域住民の偏見を除き，地域住民への理解を促す働きが必要である．

2.2. 日本における事例

日本の地域医療連携の事例として北海道十勝地方の事例を挙げる．十勝ではどこの病院の患者であろうと利用できるオープンシステムを採用している点で他の地方と異なった取り組みをしている．このオープンシステムは複数の作業所や1市1町に創られた300人を超すさまざまな住居の利用，集団療法の連携などが充実している点で地域医療連携ネットワークとして優れていると考える．

十勝の精神医療は，1969年に民間の病院が新設され，ほぼ全国平均に近い1万人の人口に対して約27床の精神医療地域となった．

1960年代の終わりには精神保健福祉士（Psychiatric Social Worker:PSW）が，退院患者の再入院の繰り返しを解決するために，通院服薬勧奨（患者訪問依頼）を目的とした保健所訪問活動を始め，後に保健所での連携会議（市町村保健婦の情報交換），市町村保健師を巻き込んだ地域連携のシステム作りとなっていった．

1969年，十勝PSW研究会を作り，PSWが地域の相談や，精神科医（委託医）と一緒に通院中断患者の訪問を展開した．1970年代からは事例検討会を開催し，当初は精神科医，PSW，保健師が中心であったが，後に事例の関係者（看護師，生活保護担当のケースワーカー，保健所・市町村保健師，児童相談所，ハローワーク，教育関係者）を交えて参加者は50人を超えることもあった．

1982年には，PSWで運営する住居「朋友荘」が開設された．「朋友荘」は，民間精神科病院の所有でありながら，どこの病院の患者でも利用できる．1984年，北海道立精神科病院の付属施設として精神科領域の公設リハビリテーションがデイケアとホステルを開設した．その後多様な地域サービスを展開し，Assertive Community Treatment（ACT）チームが重症患者の訪問支援を続け，ショートステイも，他の病院退院者の利用が可能となった．このように，社会資源は社会の共有資源であることを基本として相互利用しあい，患者にとって最もよい利用の方法へと変化し，官民関係なく，相互利用が定着することとなった．

1991年，精神科病院のケアの部分を分離する拠点として帯広ケア・センターが開設された．精神障害者通所授産施設ではあったが，志は地域ケア・センターの機能を担い，脱施設化を目指し，多くの住居・通所・就労資源を開発し，地域資源を公的資源としてのオープンシステムとし医療機関も同じ指向性を共有し，訪問看護の充実，地域ケアマネジメントシステムが開発された．また，複数の当事者活動や「十勝ソーシャルクラブ連合会」というNPOを作るなど，病者であっても多くの力を発揮する人々を生み出すことにより，精神科病院の入院患者は減り，病床は不要となり，自然に病床削減が地域全体で起こってきた．結果として1万人の人口に対して約27床の精神医療地域から約14床となり，地域訪問診療を含む地域精神科システムがなければ住民の安心は保証できなくなっている．

地域連携の土台作りは地域会議にあるとし，1994年北海道単独事業の精神障害復帰システム事業の指定を受け，生活支援会議が開催された．1999年精神障害者ケアマネジメント会議は障害者マネージャー（相談支援専門員）が中心となり，訪問看護，ホームヘルパーなどが参加している．

十勝障害者相談支援センターは，毎月ネットワーク会議を主宰して活動し続け，最近では就業・生活支援センターや圏域発達支援センターなども連携して幅を広げてきている[7]．

3. 海外の現状

3.1. イギリスの取り組み

精神疾患はがん，心疾患と合わせて「三大疾患」と位置付けられており，重点的な予算配分の対象となっている．

精神保健システムは1948年に成立したNHS（National Health Service）を基本に発展してきた．日本の医療サービスと異なり，公的医療保障システムのもとで発展してきたため，予防や社会復帰を含んだ包括的医療システムが整備されているのが特徴である[8]．

1970年から2000年までの間に精神科病院が大幅削減され，地域を基盤としたシステムの整備・構築を推し進めてきたため，日本のような大規模な社会的入院の問題はない[7]．

第二次大戦後，精神科病院中心の地域ケアを重視したサービスの大転換が行われた．1990年には地域ケア法（Community Care Act）が設立し，ソーシャルワーカーはケアマネージャーと呼ばれるようになり，社会福祉領域でのケアマネジメントが始まった，一方，保健医療領域においてもケアプログラム・アプローチ（Care Program Approach :CPA）が始まった．ここでは看護師や作業療法士がキーワーカーと呼ばれ，ケアの調整を行うこととなった[6]．

2000年にCPAに関する新たな政策が出され，これにより，社会福祉領域と保健医療領域で分断されていたケアマネジメントが統合された．これにより看護師・作業療法士，ソーシャルワーカーがケアコーディネーターとして，斡旋，調整サービスおよび直接のサービスを行うこととなった．

3.2. イギリスの事例

1999年に表2に示すNational Service Framework for Mental Health（NSF）の精神保健医療改革10ヵ年戦略の7の重点目標を発表した[6]．

表2．NSFの精神保健医療改革10ヵ年戦略の7の重点目標

基準1	精神的健康の増進
基準2，基準3	プライマリーケアの充実とサービス利用の利便性の向上
基準4，基準5	危機の予測の予防
基準6	ケアする人々へのケア
基準7	自殺予防

A National Service Framwork for　MentalHealthより

この中に「訪問による多地域ケアの拡充と充実」が組み込まれている．National Health Service（NHS）プラン（予算配分計画）では，精神保健医療費をこれ以前の1.5倍とし，コミュニティケアの新たなサービスモデルの構築に集中的な投資を行うと発表した．これにより，以下の3つのコミュニティサービスをイングランド全土に整備することが掲げられた．

① 早期介入サービス
② 危機解決/家庭治療サービス（Crisis Resolution/Home Treatment Team:CRHT）
③ 積極的訪問治療サービス（Assertive Community Treatment:ACT）

これらの3つのサービスは2009年までの間にイングランド全土で，早期介入チームが150チーム，CRHTが335チーム，ACTが250チーム設置された．中でもCRHTは投資額が最も高く設定されており，コミュニティ改革の主軸であったといわれている[7]．

医療制度では図1に示すように，全ての住民は身体的な不調であろうと精神的な不調であろうと，かかりつけ医（General Practitioner：GP）の診察を受ける[8]．精神的な問題を抱えている場合は，その後不調の程度や本人の希望によって，コミュニティ・メンタルヘルスチーム（Community Mental Health Team：CMHT）に紹介され，さらに状態が悪い場合には，精神科病院や急性期デイホスピタルへの在宅治療チームによって密度の高いケアを受けることとなる．CMHT，病院，デイホスピタルは同じトラストに属しており，その地区を担当するGPも含めて極めて綿密な連携が図られている．そのため，対象者の状態の変化に応じて，最も適切なケアが選択されることとなる[9]．

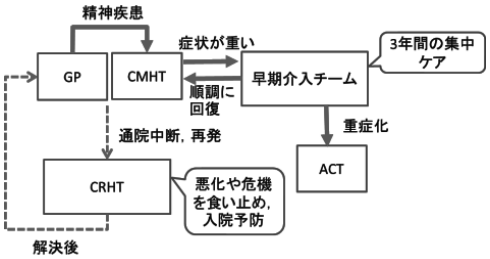

図1．精神疾患への介入の流れ

このように，国家主導で精神疾患患者に対する介入のモデルが出来上がっている．また早期介入による重症化の防止，365日24時間体制の急性期対応などが整備されている．これは医療制度がNHSに一括化されていることによって組織の確立がスムーズに行うことができたと考える．

3.3. アメリカの取り組み

アメリカでは，2000年前後から医療事故の問題が社会的問題となり，「安全な医療」が求められるようにな

った[10]．さらに医療安全を含む「医療の質」に関する報告がなされ，「受けられるべき医療」と「受けている医療」との谷間を以下に超えるかが議論されている[11]．

18世紀後半から19世紀にかけて医療施設を整備するため大規模な病院が設立され，州立の単科精神科病棟が建設された．19世紀始めに民間精神科医療の大学での基盤が確立していった．20世紀半ばでは第二次大戦時に精神科医が，徴兵制度におけるスクリーニングや兵士の精神症状への対応に積極的な役割を果たした．

1955年に向精神薬のクロールプロマジンが導入され，長期入院しなくてはならなかった精神障害者が地域で生活することが可能になった．また，1961年にケネディ教書「Action for Mental Health」を議会に提出した結果，1963年に「地域精神保健センター法」が設立し，精神医療の見直しが始まり，徐々に脱施設化が進んだ．

この後，公的保険であるメディケアとメディケイドが策定されたことにより加速度的に進んだ．脱施設化施策と公的保険の登場で州立精神科病院の病床は急激に減少し，退院患者はナーシングホームに移され，残りは地域で生活することになった．しかし，当時の急激な変化はホームレスの増加や医療中断による再入院を増加させることになったため，1976年にカーター教書において，地域医療及びアフターケアの重要性が強調された．1980年代になると精神医療政策とその財源が，州政府が中心になり，脱施設化は地域医療の充実とともに加速化していった．

地域生活を送る精神障害者のための具体的な支援システムは，脱入院化の結果として発展したものが多い．これは具体的なシステムに限ったことではなく，考え方の変化も生んだ．現在のアメリカの精神医療・保健・福祉を見る上で重要なキーワードとして，「地域ケア」と「リカバリー（recovery）」が挙げられる．地域ケアとは，重度の精神障害者であっても入院を中心としたケアではなく，精神障害者の地域生活を可能にする支援を指す．地域ケアとはリハビリテーションや地域医療，当事者活動を含めたものであり，当人主体という考え方に由来するものと考えられる[4]．リカバリーとは，人が地域社会で生活し，働き，学びに完全に参加できるようになるまでの過程を示す考え方のことで，本人にとって「障害はあるが満足である，あるいは障害はあるが十分な生活を送り望む社会参加が果たせる」という状況やその過程，人によっては症状の軽減もしくは完全な解消を指すものである．

3.4. アメリカの事例

サンフランシスコ市のネットワークシステムを事例として挙げる．サンフランシスコ市では高額な精神科入院を避け，また当事者の地域生活をなるべく中断しないために，入院以外の緊急時対応サービスの構築に努めた取り組みが行われている．ここでは救急支援クリニック（Urgent Care Clinic）と急性期回避プログラム（Acute Diversion Unit ）について述べる．

救急支援クリニックは救急状態にある当事者に対して入院以外の支援の可能性を模索していくものであり，シャワー，飲食物，テレビなどを揃えた環境で観察する．365日24時間対応可能で数時間から10数時間（平均滞在時間11時間）ほど過ごし，様子を見極めながら適切な次の支援につなげていく．隣接する救急支援施設（Urgent Care Residence）では5日ほど滞在が可能であり，多くの場合救急支援クリニックのケースを引き続き経過観察を行いながら入院回避を模索し，同時に次の支援のための準備を行う．いずれもインフォームドコンセントにもとづく任意入所のみである．

急性期回避プログラムでは，2週間上限の入所プログラムで，入院生活からの退院者や緊急支援施設から地域へ戻るための立て直しが必要なケースなどを対象としている．いずれの支援システムも「Progress Foundation」が運営するサービスで，他にも3箇所の入所施設を運営している．

次に地域生活定着のための3つのプログラムについて述べる．

① ブリッジ・トゥ・ウェルネス（Bridge to Wellness）
② ブロデリック成人入所施設（Broderick Street Adult Residential Facility）
③ シティワイド・ケースマネジメント（City Case Management）

ブリッジ・トゥ・ウェルネスは退院後，あるいは救急支援施設退所後の不安定な者を対象とし，日中活動や居場所の提供が主な目的である．グループ，レクリエーション，相談，社交の場など日本の精神科デイケアに似たプログラムである．ここでは日々の状況把握が重要であり，状況によっては救急支援システムに再送したり，ケースマネージャーとの協議にもとづく支援の組み立てや立て直しが行われる．

ブロデリック成人入所施設は身体疾患（障害）合併症を抱える精神障害者を対象とした入所施設で，生活訓練と住居提供を主な目的としている．入居者の多くは精神科病院で長期入院してきた者や入院を繰り返してきた者で，入所期間に制限はないが長くても7～8年くらいで退所していく．退所先は障害者用のホテルやアパートなど地域の住居施設が一般的で入院による退

所は少ない．

シティワイド・ケースマネジメントは集中的ケースマネジメントプログラム（Intensive Case Management Program）と呼ばれる精神障害者を対象とした訪問型生活介護，生活訓練やACTを含めたケースマネジメント事業である．カリフォルニア大学医学部付属精神科が市より受託・運営している事業で，病院との調整，住居の確保，服薬確認，金銭管理，家族調査，家事援助，その他地域生活に要する具体的な介入を行ったためできたものである．これには当事者の居住地へ訪問しケースマネジメントや生活支援全般を行うCitywide Roving Team/Citywide Linkage Team,対象者は先述したCitywide Roving Teamと同じであるが，対象者が入退院を繰り返すものや長期入院後の退院者などを対象に行うCommunity Focus/Citywide Case Management，市精神保健局と裁判所の協働で，触法精神障害者の地域生活底癪を目的としたBehavioral Health CourtとリンクしたCitywide Case Management Forensicなどがある[13]．

図2に急性期回避プログラムから地域生活定着のためのプログラムへの流れを示す．

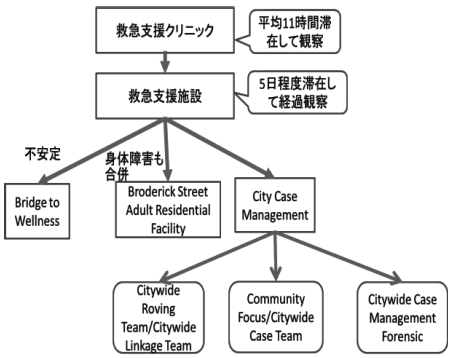

図2．急性期回避プログラムから
地域生活定着のためのプログラムへの流れ

4．考察

ここまで，日本，イギリス，アメリカの精神保健についての変遷と事例を通して現状を見てきたが，日本の地域医療ネットワークのアプローチはイギリスの手法に類似していると考える．また，日本は皆保険制度である点では異なるが，市区町村単位での個別アプローチをとっている点はアメリカの制度に類似している．すべてに共通しているのが，入院から地域社会へと脱入院化の流れにある点である．

海外の事例と異なる点は,「社会的入院」の問題である．日本では「社会的入院」が大きく取り上げられているが，イギリスでは精神科病院の大幅削減によって大規模な社会的入院は起きていない．また，アメリカは同様に精神科病院の大幅な削減と居住プログラムの充実や入院回避のためのシステムが整備されているため，大規模な社会的入院は起きていない．

2007年の厚生労働省の報告では，日本は表3に見るように精神科病院入院患者は人口1万対27.9床であるが，法定社会復帰施設などの居住施設へ入所している精神障害者は人口1万対1.4床ときわめて少ない．つまり日本では，アメリカやイギリスで脱施設課により居住施設に移し替えられた慢性精神障害者が，居住施設が極めて少ないために精神科病院にいるという姿が特徴である[16]．

現在，日本も海外と同様に脱入院化に地域ごとに取り組み始めている．しかし地域住民の理解が得られないこと，施設の充実が図れないことなどから社会的入

表3．精神科病床・居住施設入所者数とわが国の比較

	アメリカ合衆国	イギリス（イングランド・ウェールズ）	日本
精神科病床（人口1万対）	州立及び群立精神科病院 3.7床 私立精神科病院 1.7床 総合病院精神科 2.1床 その他 3.3床 司法精神科病院 2.2床	NHS（National Health Service） メインの精神科病院 4.9床 総合病院等の精神科病床 4.5床 私的精神科病院 3.4床 司法精神科病院 2.1床	国立精神科病院 0.6床 都道府県立精神科病院 1.2床 公的精神科病院 0.9床 民間精神科病院 25.2床 司法精神科病院 0.03床（2008）
	13床	14.9床	27.9床
社会復帰施設類型（居住施設）	スキルド・ナーシングホーム ナーシングホーム ボードアンドケアホーム ハーフウェイハウス 共同アパート	ホステル ナーシングホーム 福祉ホーム グループホーム ウォードイン・ハウス	生活訓練施設 福祉ホーム グループホーム 入所授産施設 共同住居
居住施設（人口1万対）	15床	4.7床	1.5床
合計（人口1万対）	28床	19.6床	29.4床

*日本は2007年の資料，司法精神科医療についての2008年の資料による

院の解消が大きな課題であり，そのための「ノーマライゼーション」と「バリアフリー」の考え方の広く浸透させることが急務である．また，地域ごとの特徴を踏まえた保健・医療・福祉へのネットワークの整備により，地域への移行がスムーズになることが期待される．

参考文献

1）厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）2004；2.
2）厚生労働省今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会：精神保健医療福祉の更なる改革に向けて（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）2009；1.
3）田中英樹．精神障害者の地域生活支援―統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク．東京：中央法規出版 2001；2.
4）三野宏治．日本の精神医療保健関係者の脱病院観についての考察―米国地域精神医療保健改革とそれについての議論をもとに―．コア・エシックス　2010；6：415.
5）杉崎千洋，金子努，細羽竜也他．精神障害者の地域移行支援．於；金子努編．医療・社会福祉連携による早期退院・地域以降促進と不必要な入院・入所回避策研究2010：25-27
6）大久保豪，宮田裕章．都市部における精神障害者向けグループホーム開設の困難さ―東京都，神奈川県のグループホーム運営団体へのインタビューから―．医療と社会2009；19：235-247.
7）杉本好行．臨床コミュニティアプローチの実際―精神障害者が地域で暮らすために―．静岡福祉大学紀要 2006；2：37-43.
8）門屋充朗．帯広・十勝領域における地域連携．精神障害とリハビリテーション　2011；　15：34-41.
9）新福尚隆，浅井邦彦．改訂世界の精神保健医療―現状理解と今後の展望―．東京：株式会社 へるす出版 2009；52.
10）National Health Service：A National Service Framework for Mental Health 1999；5.
11）大西香代子．イーストロンドンのコミュニティメンタルヘルスケア．三重看護学誌　2010；12：81
12）西田敦志, 安藤俊太郎．英国における危機解決／家庭治療チーム．精神障害とリハビリテーション 2011；15：42-43.
13）米国医療の質委員会，医学研究所．人は誰でも間違える―より安全な医療システムを目指して．東京：日本評論社　2001；
14）米国医療の質委員会，医学研究所．医療の質―谷間を超えて21世紀システムへ．日本評論社．東京：日本評論社2002；
15）新福尚隆，浅井邦彦．改訂世界の精神保健医療―現状理解と今後の展望―．東京：株式会社 へるす出版 2009；52．28-30.
16）知名孝．サンフランシスコ市CBHSに見るパラダイムシフト．精神障害とリハビリテーション 2011;15: 47-53.
17）新福尚隆，浅井邦彦．改訂世界の精神保健医療―現状理解と今後の展望―．東京：株式会社 へるす出版 2009；52．218-221