

<b>Title</b>	イギリス・ケンブリッジ州における精神障害者支援に関する経年的研究(1)
<b>Author(s)</b>	助川, 征雄
<b>Citation</b>	聖学院大学論叢,21(3) : 201-216
<b>URL</b>	<a href="http://serve.seigakuin-univ.ac.jp/reps/modules/xoonips/detail.php?item_id=904">http://serve.seigakuin-univ.ac.jp/reps/modules/xoonips/detail.php?item_id=904</a>
<b>Rights</b>	

聖学院学術情報発信システム : SERVE

SEigakuin Repository for academic archiVE

# イギリス・ケンブリッジ州における 精神障害者支援に関する経年的研究（1）

助 川 征 雄

Study of comprehensive supports for mental disordered people in Cambridge shire  
— during 1977 – 2008 (1) —

Yukio SUKEGAWA

This article is the outline report which is focused on formal as well as informal supports for mentally disordered people in Cambridge shire mainly on 1977, 1987, 2005, then 2008 at Flubourn Hospital also at the Cambridge Psychiatric Rehabilitation Service. I could touch with many useful projects in there. We are now on the new stage of re-development following the passage of The Act for Disabilities & the Disordered in Japan. I have much expects for their success of current activities in UK ( e.g. Mental Health Trust, CPA, AHT) as well as capacity of application to Japanese practice.

---

**Key words:** Community Care, Mental Health Trust, Social Inclusion, CPA

## はじめに

本論は、イギリス・ケンブリッジ州における精神障害者支援に関する30年にわたる経年的研究の序論である。具体的には、1977年から2008年までの精神障害者支援の経過をたどり、精神科病院入院治療中心から「Social Inclusion」<sup>(注1)</sup>の理念に基づく地域支援の動向を実地に検証し、わが国における精神障害者支援のための制度設計や臨床サービスの質的向上に資することを目的としている。定点的な研究地としてはイギリス・ケンブリッジ州を選んだ。その直接の理由は、この地において彼らのリーダーシップの下に、精神障害者支援のための先駆的なプロジェクトが数多く立ち上げられてきたことと、留学等を契機とするD.H.Clark<sup>(注2)</sup>やG.Shepherdらとの出会いである。具体的には、イギリスにおける精神保健医療福祉施策（精神障害者支援対策）の歴史的経過および、1977, 1987, 2005, 2008年の実地調査結果に基づき、各年代の重要事項を概括した。

## 1 イギリスにおける精神保健医療福祉施策の概要

### 1) 精神保健医療福祉対策の歴史的経過

まず、基本的な流れをおさえると、1946年、全国精神保健協会（The National Association for Mental Health, (MINDの前身)）が設立され、1948年には、「国民保健サービス法（The National Health Service Act (NHS)）」の制定および国民扶助法（National Assistance Act）の制定によりいわゆる「福祉国家」が誕生した。しかし、福祉国家建設以降の懸案のひとつは、1961年にゴッフマン（E Goffman）らによって明らかにされたAsylum（巨大精神科病院）問題であった。同年、保健大臣は「精神科病床削減15か年計画」を提案した。翌1963年に開始された「地域保健と福祉の10か年計画」では、向こう10年に精神科病床数を削減させる数値目標が示された。あわせて、巨大精神科病院の縮小閉鎖と総合病院における精神科の設置促進、居住型福祉施設の開発などを計画目標に挙げられた。これらと相前後し、1950年代後半にはフランスで開発されたクロールプロマジン（向精神薬）が開発・導入され、1959年には精神保健法（The Mental Health Act 1959）が制定され、多くの慈善団体による地域生活支援が開始された。

1970年には「地方自治体社会サービス法（the Local Authority Social Services Act）」が制定され、社会福祉サービスは地方自治体（SSD）に移管することになった。またこれに伴い、領域別に配属されていたソーシャルワーカー（SW）はSSDに所属されることになった。この間、M・ジョーンズ（Maxwell Jones）らによる治療共同体（Therapeutic Community）、J・ビエラ（Joshua Bierer.）による患者クラブ（後のデイケア）などがモデルとなり、社会療法（Social Therapy）等が活発化していった。この時期、1968年来日し、クラーク勧告で有名なD H・クラーク（D.H.Clark.）を初め、D・ベネット（D.Benett）などの多くの精神科医やSWが精神保健改革に力を注いだ。

1970年、マインド（MIHD）や全国統合失調症者友の会（The National Schizophrenia Fellowship）およびイギリスSW協会（British Association of Social Workers; BASW）が再編された。同年、「保健・社会省（DHSS）白書（Better Services for the Mentally Handicapped）」が発表された。また、ブラウン（Brown）やウイング（Wing）らによる「感情表出（Expressed Emotion）研究」も開始された。1973年には、「NHS再組織法（NHS Reorganization Act）」が制定された。1975年白書「精神病患者のためのよりよいサービス（Better Services for the Mentally Ill）」は、地域保健福祉サービスを優先施策と位置づけ、地方自治体によるチームアプローチや地域精神保健センター（CMHC）の開設を促した。その後、1977年の国民保健サービス法の改正により、地方自治体立の社会復帰施設の増加、職業訓練、宿泊訓練、グループホーム、精神保健ボランティア、雇用ケアの増加などが根づいていった。

1979年のサッチャー政権誕生は、医療保健福祉サービスに混合経済（民間と行政）政策の導入を

もたらし、特にインフォーマルな社会資源の活用が強調された。こうした中、1981年に保健省は「コミュニティによるケア (Care by the Community)」を打ち出し、1982年の「バークレイ報告 (Berkley Report)」（多数派）は、SWに社会的プランナーとしての働きを期待した。

1982年には改正精神保健法が成立。同年、ユーザーの権利とエンパワメントの促進を目的に「ブリティッシュ精神医学ネットワーク (British Network of Alternatives to Psychiatry)」が結成された。1983年には、改正精神保健法により、コミュニティケア財源の一部が自治体に移管されると共に、精神保健法委員会 (MHAC) の設置や「認定ソーシャルワーカー (Approved Social Worker (ASW))」も制度化された。1984年には、「登録ホーム法 (Registered Homes Act)」が制定され、居住ケアに補助金が出るようになった。また、1984年には「情報保護法 (Data Protection Act)」により、精神障害者の相談記録なども保護対象とされた。1986年には「障害者法 (the Disabled Persons Services, Consultation and Representation Act)」が制定され、施策モニタリングに関する国の報告義務や、介護者とサービス利用者の参加が明記された。同年、イギリスにおける精神医療ユーザーの全国組織である「サバイバース・スピークアウト (発言する生還者の会)」も誕生している。1988年の「グリフィス (Griffiths) 報告 (コミュニティケア：行動のための指針)」では、福祉サービスの民営化、市場原理の導入によるコミュニティケアの促進が提唱された。この報告を受けて1989年に7つのプログラムが提案された。その中で、国が地方自治体に対する特定補助金 (The Mental Illness Specific Grant) を創設することが盛り込まれた。

1990年には、メジャー政権が成立し、「国民保健サービス (NHS) およびコミュニティ・ケア法の制定」<sup>(注3)</sup>により、地方分権と混合経済の導入による保健医療福祉サービスの改革が実施された。同法には、コミュニティケアプランの策定義務化、病院閉鎖プログラム、サービストラストの導入、居住サービスの重視、ケアマネジメントの制度化、プライマリケアと評価の重視などが盛り込まれた。

1997年のブレア政権誕生以降の変化としては、再びプライマリケアの重視を強調し、1998年の白書「精神保健サービスを近代化するために (Modernizing Mental Health)」では、アサーティブ・アウトリーチやホームトリートメントの整備が強調された。その中で、地域精神保健チーム (Community Mental Health Team = CMHT) や NHS トラストと自治体社会サービス部門の併合、市場その他のサービスの連携が図られていった。

さらに、1999年10月、保健省は「精神保健に関するナショナル・ヘルスサービス・フレームワーク (National Health Service Framework for Mental Health = NSF)」を発表し、全国精神保健サービスの均一化のための7つの基準を設けた。その中には、精神保健の増進、プライマリケア精神保健、サービスの利用、専門家によるケア、病院と危機対応住居、家族 (carers) 支援等の7つの項目が設定されている。特に、精神保健サービスの改善や管理のために、費用対効果、アクセス改善、エビデンス、モニタリング、及び政府のイニシアティブ重視などが盛り込まれた。2000年には、「ケ

ア基準法（Care Standards Act）」が制定され、2002年には「行動のためのプラン、改革のためのプラン（NHS Plan）」が提出され、プライマリーケアトラスト、精神保健トラスト、NHSトラストなどの委託機関への移行を含む、NHS 始まって以来の大組織改革が断行された。さらに、2003年には「退院法（DDA）」を制定し、「社会的入院」に対し罰金を科すという大胆な施策が打ち出された。

その後、2004年に精神保健NSFをレビューした「精神保健白書（The National Service Framework for Mental Health – Five Years On）」が出された。2005年には「障害者政策に関する戦略提言の最終報告書「障害者の人生選択を改善する（Improving the life chances of disabled people）」が出された。この報告では、障害をもつ人々が「機会のある社会（opportunity society）」に完全に参加するための計画が盛り込まれている。本報告では2025年までに、完全な機会選択および平等な社会を実現することを展望している。

## 2) 精神障害者支援の概況について

第二次大戦後、イギリスの精神医療保健事業は国の直轄事業として、社会福祉事業は地方自治体事業として実施されてきた。また、1948年に制定された国民保健サービス法（NHS）を今日まで踏襲し、サービスの一部を除き医療は基本的には無料である。行政サービスシステムとしては、保健省（Department of Health）、地方保健局（Regional Health Authority: RHA）地域保健局（Area

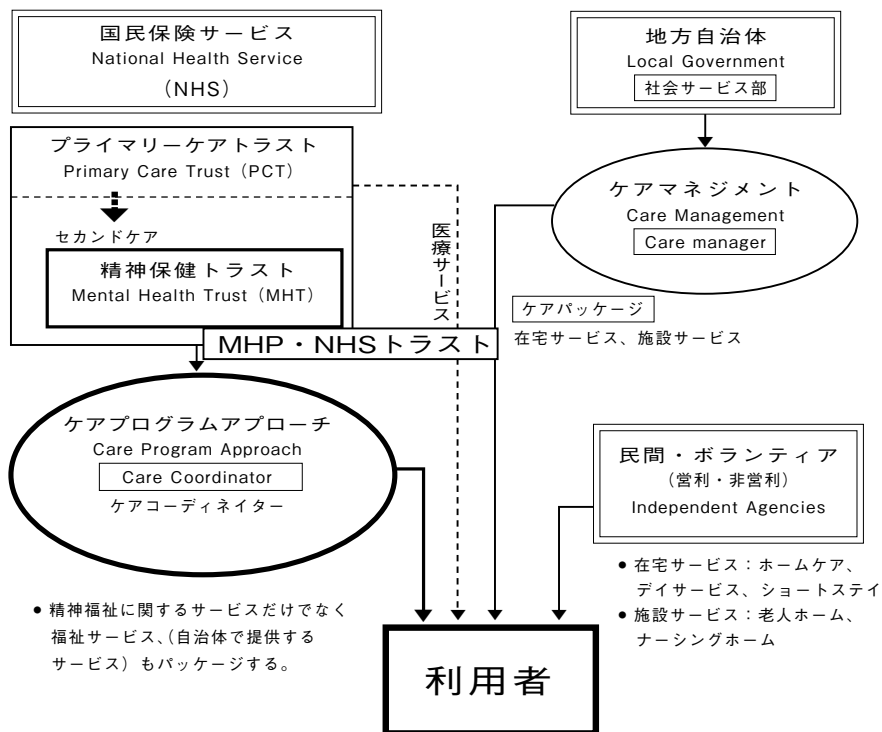


図1 イギリスの医療・保健・福祉体系図

Health Authority: AHA), 地方自治体 (Local Authority) があつた。しかし、これらの体系は「図1」に示したとおり、2002年以降、プライマリーケア体制に移行し、その枠組みの中に、「精神保健トラスト」などが設けられて今日に至っている。現状は「図1」の通りである。すなわち、医療・保健は国民保健サービス (NHS) が提供し、社会保障や社会福祉サービスは地方自治体が提供。その利用料はほとんど無料である。医療の一次ケア (プライマリーケア) は家庭医 (GP) が担当。2次ケア (セカンドケア) として精神科病床は用意されているが、基本は在宅ケアで、地域精神保健チーム (CMHT) や危機介入チームなどがケアマネジメントによる援助計画 (CPA) に基づいて支援する。2002年以降は、NHS と SSD が合体した広域トラスト (委託機関) を形成し、独立採算の形態をとっている。一方、このような公的なセクターと共に、民間セクターが細かなサービスを提供し、それらの費用は主に自治体が支払っているのである。

### 3) 精神保健法体系について

精神保健法 (The Mental Health Act) は1983年に改正されたが、その要点は次の通りである。大前提としては、精神障害者は地域においてケアされることが示されている。一方、強制入院規定がおかれている。強制的入院のためには、まず、法に規定されている精神病 (Mental Disorder) に罹患し、16歳以上であることが大前提である。また、次のような、強制入院制度 (Compulsory Treatment Orders=CTOs) が設けられている。緊急入院 (第4条・72時間)、観察入院 (第2条・28日間)、治療入院 (第3条・6ヶ月←改正前は1年)。入院手続きは、最も事情を知っている身近な関係者 (2人の医師のサポートが必要)、または、認定ソーシャルワーカー (ASW、内務省の6ヶ月の特別研修を修了した上級SW) の申請による。そのほかに、医師の判断 (第5条の2)、看護師の判断 (第5条の4)、警察官の判断 (第136条) による入院手続きも設けられている。原則的に、最も事情を知っている身近な関係者はいつでも ASW に強制的な入院について相談できる。ただし、それらの入院申請の適正については、法29条に基づき、地方裁判所 (County Court) に提訴できる。一方、精神保健福祉審査法廷 (Mental Health Review Tribunal = MHRT) が設けられている。これは人権権利擁護のための制度で、入院に不服がある場合は、観察入院者は14日、治療入院者は6か月以内に不服申し立てをすると、審査を経て退院勧告などが受けられるものである。法廷は、担当以外の医師、弁護士 (Solicitor)、ASW、地方判事で構成されている。また、法第132条に次のような病院マネジャーの義務規定がある。患者の人権権利擁護のための治療に関する十分な説明やMHRTへの提訴体制、情報提供である。緊急入院時、16歳以上の患者は治療を拒否する権利が与えられている。また、法第2、3条による入院の場合も、治療に関する十分な説明 (Consent) が保障されている。電気ショック療法 (ECT) や精神科外科治療の場合は特別な規定に基づく説明が必要である。これらの強制入院者の退院判断は、①医療専門官 (RMO)、②病院マネジャー、③最も身近な関係者 (病院マネジャーが認めた者。72時間以内。ただし、RMOは拒否できる。MHRTへ

の提訴可）が担うことになっている。さらに、重大な殺人や放火などの他害行為者に対する治療と社会復帰のための各種の司法精神医学施策がとられている。例えば、「医療保護処分」に相当する入院形式である。

#### 4) 精神医療の概況

イギリスには1954年には約130か所の精神科病院があり、イングランドとウェールズの入院患者数は約18万人に及んだ。しかし、1970年代後半には約11万人と半減した。1990年には人口万対12床、1993年には10床、1999年6床（2万5千床）まで削減され現在に至っている。なお、家庭医（GP）制度が再編強化され、近年は、GPが精神病患者の治療において中心的な役割を果たしている。また、精神科病院への入院は限定的で、合併症を有するダブル診断名者、強い服薬拒否やホームレスになる可能性の高いハイリスク者などに限られてきている。日常的に、初期介入や再発予防のための訪問型支援が盛んで、それらが入院を制限するゲートキーパー（門番）の役割を担っている。さらに、各病院には、マインドなどの第三セクターによる人権権利擁護のためのインフォームドコンセントやアドボケート制度が敷かれている。将来的には精神科病床はゼロになる予定である。なお、病棟は原則的に全開放である。

#### 5) ソーシャルワークについて

イギリスの精神障害者支援の重要な一角はソーシャルワーク（以下「SW」と略）であった。その営みは優に100年以上の歴史を有する。1971年、NHSの再編成への動きの中で、各専門別の協会を廃止し、「British Association of Social Worker (BASW)」が結成された。その後、1974年のNHS再組織化の後には、各地方自治体の社会事業局（DSS）に配属された。配置率は、人口50,000人に対し、平均100名程度で推移してきた。この間の専門教育については、経験知を重視し年数の違う複数の教育課程が設けられ、平均的には2年コースを終え、AHA等が指定する教育病院、その他の施設での実習が義務付けられてきた。しかし、1999年の大改革以降、SWの近代化と教育養成の中心機関として「SW協議会（General Social Care Council = GSCC）」が設立され、大学における専門教育は3年制に統一されつつある。同時に、約1年（200日）にわたる厳しい実習が課せられ、これらの「実習審査」にはユーザーの参加が義務付けられた。教育カリキュラムは、歴史、各論、援助技術総論を学ぶという点では日本と同じであるが、「Core Competences」と呼ばれるSWが達成すべき基準を柱とした科目が編成されている。また、すべての面で「即戦力化」に重点が置かれているのが特徴である。現行の専門職資格については、「SW資格（Diploma in Social Work）」が設けられており、GSCCが認定している。就職は人手不足で完全に売り手市場のため、すべて機関誌等の広告を見て応募し、面接のみで採否が決まる。なお、1999年にSWに従事する年齢が緩和され、21歳から18歳に引き下げられた。約20パーセントはこれら若年のケアワーカー群である。いずれも、

基本的には GSCC に登録されている。ただ、GSCC への新登録制度は始まったばかりなので実数は実態からかけ離れているという。しかし、将来的には200万人の登録が予定されている。

## 2 ケンブリッジ州における精神障害者支援の実際

### <1977年>

#### 1) 全体的な状況

ケンブリッジは、イーストアングリアン地方の中心都市で、ロンドンの北約88キロに位置する大学都市で商業都市としても発展してきた。1977年当時は、医療保健サービスは RHA、AHA 及保健区 (HD) の三層行政システムで約人口70万人をカバーしていた。ケンブリッジ AHA は14名のメンバーによって構成され、実務は4名の Area Team が担当していた。ケンブリッジ AHA はケンブリッジ HD とピーターボロー HD とに分かれ、各々の HD は District management team (DMT) が担当していた。これは、今日の地域精神保健福祉チーム (Mental Health Team=CMHT) の原型である。

ケンブリッジ HD は人口約10万人をカバーするもので、6人の DMT が担当していた。管内には前述のクリニックの一部とアデンプルック総合病院はじめ、フルボーン病院など12の病院があった。また、社会福祉サービスはケンブリッジ州社会事業局がカバーし、137名の SW が雇われていた (その内の12人が主として精神科担当)。これらのサービス体系は2002年以降、プライマリーケアトラストなどに再編された。

#### 2) フルボーン病院 (Fulbourn Hospital)

フルボーン病院は1858年に開設され、長い間、ケンブリッジ州の精神障害者対策の拠点であった。ケンブリッジ市の郊外に位置し、開設当初は1500床を有する州最大の精神科病院であった。当時は周囲をレンガ塀で囲み、正面に門番所が設けられ、中央に給水塔を有することから「給水塔病院 (Water tower hospital)」と呼ばれていた。1953年に DH Clark が着任し、周囲の反対を押し切って



(150年前の門番所跡)



## イギリス・ケンブリッジ州における精神障害者支援に関する経年的研究（1）

レンガ塀を撤去。全病棟は開放化され、治療共同体がつくられた。1972年に院長制度、白衣制度を廃止。代りに7名の顧問医が7つの専門病棟に責任を持つようになった。1977年当時は、745床を有し、病棟はその専門領域によって7つに分けられていた。職員は約600名。その内、専門医は30名、顧問医は7名であった。平均約600名が入院中であった。平均在院日数は14日間、長期入院者は最高40年であった。病院はこれらの他に看護学校、図書室及教会の設備を有し、イーストアンリアン地方の教育病院でもあった。また、1963年に、全英に先駆けてボランティア協会と契約し、ボランティア活動を組織的に事業へ導入した。さらに、「社会調査助言者」を置いていることも特色のひとつであった。これは各病棟の主として運営上の問題の解決のために社会学的な見地から助言を与えるものであった。この時期に、病院内を中心としてではあるが、今日につながる拠点施設や制度の多くが築かれた。地区巡回診療相談（Community Rounding）や送迎サービス制度（Transport）、サマリタン運動（電話相談）などがそれである。

### <1987>

#### 1) 全体状況

英国は当時、大不況の嵐の中で、行政組織をはじめとする大改革に突入し、いたるところで、めざあいが続いていた。しかし、他方では、今後の展望を開く可能性をもったプロジェクトも数多いので、その動向を注意深く見ていく必要があった。それらの改革一端は「総支配人制度」（District General Manager）の導入に見ることが出来る。かねてより精神科病院の経費削減の必要性を唱えていたサッチャー首相は、就任後間もなく、1983年に、ブレインの一人として起用したR・グリフィス（R.Griffith）の提言に基づきこの制度を導入した。その結果、対費用効果重視され官僚統制が厳しくなり、現場ではぎくしゃくが続いた。例えば、個室の必要な患者を大部屋へ入れてしまうといった事が後をたたなかった。象徴的なのは代々、院長が使用してきた部屋を「総支配人」が使用し院長がほかの部屋へ追いやられた事である。フルボーン病院の入院患者数は1977年には約400人であったが、1987年には約90人に激減していた。一方、今後の精神科医療の在り方を探る試みも見られた。例えば、「家庭生活能力評価訓練ユニット」「集中治療ユニット（ICU）ケンブリッジ・318」「就労準備ユニット」等である。ICUは、ケンブリッジはじめ全国4病院で実施されており、問題が多いため社会復帰しにくい、特に若い障害者に対し集中的に個別的な働きかけをし、長期入院化を防ごうとするものである。注目されるのは、空病棟を使わず、病院内の空き職員住居等を利用していることである。それは、少しでも地域に近い環境で社会復帰に取り組んでもらおうという配慮なのである。これらの第一線のリーダーであるG・シェパード博士（Geoff Shepherd）は、「緊急入院の受け入れや、ICUのような活動が今後の精神病院の中核になる」と述べていた。なお、「ケンブリッジ精神科リハビリテーション（CPRS）」に所属する施設の内、デイケアの一部、若年病棟、及びアルコール病棟等は市街地へ移転された。

## 2) 地域ケアの拠点としての「共同住居」対策

英国における居住ケア（RC）は、1960年代から、「グループホーム」を始めとして暫時体系化されてきた。近年の動きとしては、1980年代に、総ての「居住ケア施設・団体」は、地方の「福祉局」に登録しなければならなくなった。そして、1984年に、ホームレス対策を進めるために、「登録住居法」（Registered Home Act）」が制定され、「住居協会（Housing Corporation）などの法人が整備された。また、4人以上の規模の共同住居に対し、入居者一人当たり月に約16万円の「手当」が出るようになった。その結果1987年には、登録住居数が4万か所になり、予算も7億500万ポンド（1692億円）となり、その内の約1万か所が精神障害者用に割り当てられるに至った。この様な方策に支えられて、「共同住居」の波が全国に広がっていった。

## 3) 職業的リハビリテーション活動

英国におけるこの種の活動は、1944年に制定された「障害者雇用法（The Disabled Person Employment Act）」が基本となり、その後、1958年に地方自治体に「職リハ施設」を設置することが義務付けられ今日に至っている（精神障害者も対象）。これらの援護を受けるためには、「職業センター（Job Centre）へ登録し、適否を「職場復帰担当官（DRO）」が審査する。また、「割当て雇用制度」（The Quanta Scheme）があり、20人以上の規模の事業所は、全休の3%以上、登録している精神障害者を雇用しなければならない。公的な援助機関としては、登録と職業紹介を行う「職業センター」（Job Centre）、能力評価や前職業訓練を行う「雇用リハビリテーションセンター（Employment Rehabilitation Centre）」、「職業訓練センター（Skill Centre）」などがある。また、この種の「保護工場（Sheltered Work Shop）の中核として1946年に「レンプロイ（Remploy）」が設立され、全国的にカバーされている。従業員の約半数は精神障害者である。工場は80～100人規模で運営されており、家具、衣料、医療用品、雑貨等々の製造を手がけ、「マークス アンドスペンサー」等の著名デパートとも提携している。また、政府の方針に基づき、公的な申請用紙などの印刷や英国航空（BA）の機内イヤホンの消毒やパック作業などが委託されるなど、本格的に産業構造の中に組み込んでいる。これらの外に、全国には、民間慈善団体等を母体とし公的援助をうける保謎工場があり、さらに、一般企業の下請けの形、小規模な「保護産業グループ」があり、害者を受け入れている。一方、精神障害群の「職リハ」活動の推進のために1980年に、「英国産業療法研究所」（BIIT）が設立された。先駆的なプロジェクト（Simulator Training Project）への取り組み等が良く知られている。

## 4) 民間セクターの活躍

経済不況と市場原理の導入、そして公的な施策の再編の中で、この国を長く支えてきた慈善組織を中心とする民間セクターによるボランティア活動などに、あらためて大きな期待が寄せられている。「精神保健連盟」（MIND）は、1946年に再組織化され、今日では全国に200か所の支部をもち、財政規模も民間最大規模の団体である。長い間、知識の普及や精神障害者の社会的復権活動に取り

## イギリス・ケンブリッジ州における精神障害者支援に関する経年的研究（1）

組んできたが、1983年に、ラリー・ゴステイン（L Gostin）弁護士を擁し、人権や地域ケアを中心においた精神保健法改正を推進したことで一躍有名になった。「全国統合失調症友の会」（NSF）は、1970年に設立され、今日では、全国をカバーする家族団体である。このような慈善団体や市民運動が数多く存在し、マインドのような、「ナショナルセンター」的な拠点が長きにわたって存在することが、英国の精神障害者対策推進の大きな力になっている。

### <2005年>

#### 1) 全体状況

2002年のNHS組織大改革時、RHAは廃止され、AHAは委託機関「プライマリーケアトラスト」に再編され、その中に精神保健トラストやNHSトラストなどの委託機関が組み込まれた。フルボーン病院は今日では、規模を縮小し、フレンズ、クラークなどの4病棟を残し、入院病床数はわずかに80である。その中には、司法精神医療に対応するための閉鎖病棟（マッケンジーハウス）があらたに整備されている。広大な敷地の大部分は企業やケンブリッジ大学等に売却しその利益は病院トラストの運営資金に当てられている。全体的には、精神障害者支援は完全に地域ベースの支援に転換している。また、CPA、危機介入チーム（CAMEO）や地域精神保健チームによる訪問型支援、居住サービス、就労援助、ユーザー活動、民間活動（慈善団体等）を軸に、インクルージョンの完成を目指しているのである。



（本館・エリザベスホール）

#### 2) ケンブリッジ&ピーターボロー精神保健パートナーシップ NHS トラスト（Cambridge shire & Peterborough Mental Health Partnership NHS Trust）

このトラストは独立採算制の委託機関である。1999年に制定された保健法第31条に基づいている。行政機構改革の流れの中で、ケンブリッジ市とピーターボロ市および7つの機関が連携し、2002年にそれぞれの精神保健と身体障害者サービス機構を合併してつくられた。このトラストは、多職種

チーム（医師，看護師，SW，多様なセラピスト）と心理職，サポートワーカー，及び事務職に支えられている。カバー領域は1,400平方マイルズ（8,750平方キロ），人口は80万人以上にのぼり，対象患者数は約15万人。地域はケンブリッジ，ハンチンドン，ピーターボロ，それに，ウィズベク・マーチ・イーリーの4つに分けられている。2004年度の状況であるが，具体的な業務としては，精神障害児・者精神保健サービス，高齢者精神保健サービス，特別サービス（例えば，財産問題，虐待問題，司法精神医学関係など），障害者支援のための人材養成などがある。また，ケアマネジメント（CPA），患者・地域住民包括（ユーザーと保護者サポート），広範な児童保護，障害者の就労促進，苦情処理，障害教育，多企業による障害者就労戦略，高齢者支援，成人虐待問題，自殺予防，摂食障害問題への対応などに取り組んでいる。財政的には，支出は26,579,000ポンド（約56億円），収入は80,640,000ポンド（約16億9千万円），その内，人件費は4,348,000ポンド（約9億円）であった。因みに，雇用職員数は2,166人（看護師1,030，心理を含むコメディカル職373，サポートワーカー＝STRWなど278，管理・事務職287，医師など138，SW57）なお，サービスの質を確保するために，第三者評価期間である「ヘルスケア委員会（H health Care Commission）」が毎春に監査を行い，星の数をつけて公表（The NHS Performance Rating = Star Ratings）する仕組みになっている。因みに，初年度は3つ星を期待したが1つ星であった。

## 2) ケアプログラムアプローチ（Care Programme approach = CPA）

マネジメントはケアマネジメント（CM）とケアプログラムアプローチ（CPA）の2つに分かれた形でイギリスに導入された。CMは「図1」にも示したとおり，社会福祉分野の用語であり，CPAは1990年に脱施設化や地域ケアの推進を確実なものにするために導入され，1999年に内容が修正の上，全国的にシフトされた。今日では，用語的にはCPAに統合される傾向にある。全国的には，地域精神保健チームに属する看護師がキーワーカーとしてこれを担い，退院後のケアに関する体系的な管理運営に重点が置かれている。

ケンブリッジ州においては2002年に設立され，パイロット事業（精神保健トラストのセカンドケア）として始められた。具体的には，16歳以上の男女を対象とし，ユーザーのニーズに基づき支援サービスを総合的に調整する。担当者はケアコーディネーター（Care-co-ordinator）とよばれ，資格のある職種（地域看護師，作業療法士，心理士，SW）がこれにあたる。時には医師が担当する場合もある。常に，コーディネーター名は公表されている。内容的には，標準ケアプログラム（軽症者用）と強化ケアプログラム（重症者用）に分かれる。具体的には，①健康状態とソーシャルケアニーズの評価，②リスク解消のための具体策，③危機援助計画（精神科病院への入院を含む），④計画に登録されているキーピープルがいない場合の援助計画，などが盛り込まれる。提示された計画に不満がある場合はいつでも担当者かチームのリーダーに申し出ることができる旨，事前に知らされている。計画の内容は，標準様式に記載され，ユーザーは常に計画を見ることやそのコピーを持っていることも出来る。実施に際しては，その適正化を計るため原則的に3ヶ月内に再評価

## イギリス・ケンブリッジ州における精神障害者支援に関する経年的研究（1）

(Review) が実施される。ただし、再評価は生活上の出来事のたびにいつでもできる。さらに、ユーザー向けのパンフレットが用意されており、その中には住所地に基づきどこにコンタクトをとればよいか、各地域事務所、地方患者アドバイス調整サービス (Local Patient Advice and Liaison Service)、及び NHS ダイレクト (保健省直通) の電話番号が示されている。なお、CPA の書式はマイクロソフトワードで作成され、関係職種がネットワーク上に時系列的に自由に書き込み、それらを関係職種も患者も自由に閲覧し情報を共有できるためケアの連続性や患者のモチベーションなどが保たれる。

### 3) 地域精神保健チーム (Community Mental Health Team=CMHT)

地域精神保健チームは、時代が変化しても、在宅精神障害者支援のための中心的な機能である。職員は精神保健トラストに属し、地域看護師 (Community Psychiatric Nurse=CPN, 心理職, 作業療法士, 精神科医, SW といった専門職がチームを形成し、平均30~50人程度の精神障害者を日常的に支えている。SW と心理職は特に困難事例を担当している。急な支援依頼に対応できるようデューティシステムをとっている。また、2005年10月から、リエイゾンサービスが開始された。専門的な精神保健医療福祉の見地から専任の看護師が他科診療などに対し助言を行うものである。疾患別では、認知症50%, うつ病43%, 都合失調症4%などとなっている。CPA はここで作成される。

### 4) 危機介入およびホーム治療チーム

これらの新しい訪問型支援は、アメリカのマディソンモデル (PACT) を参考にしている。これらのモデルを応用したオーストラリアのシドニーにおいて CPMHP・NHS トラストの主任心理士であるクリシュナ・シン (Krishna Singh) らが、2002年に実地に調査し、作り上げたものである。後に、マディソン PACT 創設者であるスタイン医師 (Stein) らが講師としてケンブリッジに招かれている。

① 早期介入チーム (Cambridge-shire Assessing Managing and Enhancing Outcome・CAMEO) : 17歳から35歳までの初発の人 (平均20歳) に対し、社会的な孤立防止などを目的に支援する。一般人、GP、教員などをリファールとし、地元の CMHT と連携しながら3年を限度として対応する。学生の場合は復学を重視しており、復帰率は70パーセントに上る。職員は SW 1, STRW (補助ワーカー) 2, OT 1, CPN 5, CO 1 である。年間70人程度を担当している。すでに全国的に4/5のトラストがこの体制を整備している。

② 積極的訪問チーム (Assertive Outreach = AO) : この事業は2004年9月から開始された。主に17~70歳までの重症の精神障害者 (拒薬者, ホームレスリスク者, 二重診断者など) を支援している。年中無休で24時間対応体制をとっている。20時以降はオンコール体制をとる。利用限度はない。1チームの担当者は、SW 1, CP 1, CPN 5, STRW (補助ワーカー) 2, OT 2 で、チームのケースロードは36~40人を担当。ケースロードは1人当たり5人程度。このチームの稼働により、入院者数が40%減少したと報告されている。

③ 危機介入及びホーム治療チーム (Crisis Intervention & Home Treatment Team) ; 急性期の危機状態に介入する。ただし、すぐに入院を選択するのではなく、できるだけ家庭をベースにして柔軟な在宅治療をめざす。一方、入院調整のための門番 (ゲートキーパー) の役割も果たしている。それは、入院させたユーザーの90%の予後が良くなかったというエビデンスがあるからである。原則的には本人が入院して治療したいといわない限り在宅治療をめざす。それでも、半数は再入院する。勤務は2交代制で、1日3回の訪問もある。原則的にはSWとCPNが訪問支援する。1チームの担当者は、チームマネジャー医師1、コンサルタント医師0.3、CPN、SW、OTなど15名である。訪問時には1時間ごとに連絡を取り合い危機状況や安全を確認する。しかし、激務のため職員の確保が難しい面があり、その他のチームに比べ給料は30%高く設定されている。

#### 5) 居住サービス・グラタ (Housing Society Grant)

イギリスにおいては、民間セクターが生活困難者や病者などの社会的弱者に対し、長い間、支援の手を差し伸べてきたことは良く知られている。これらの活動は有に100年を越える歴史を経ている。これらのセクターに、きめ細かな直接サービスを委託するのが、近年のイギリスにおける医療・保健・福祉サービスの大きな特徴である。

グラタ (Granta) は、1968年に登録されたハウジングソサイエティ (Housing Society) のひとつで、ケンブリッジ州180か所の居住ケア施設のうち140か所を所有し、有資格のSWなどの専門職を配置し、援護寮などの共同住居提供を通して、精神障害者支援に当たっている。職員配置は1棟最大6人。対象者は20~65歳までで、依存症や暴力行為のある人は非該当である。期限は原則2年と定められている。部屋にはシャワー、トイレ、リビングルーム、台所、寝室、小さな庭や自由共有スペースが設けられている。利用者は日常的には地域作業所やデイケアなどへの通所を促される。毎月1回の内部ミーティングがあり、待遇改善や人権権利擁護のための関係機関との接触は十分保証されている。

#### 6) 利用者が行うサービス評価 (User Involvement)

精神保健福祉サービスの改善や質を高めていくために、モニタリングのための専門チームが組まれている。その一員としてユーザーがインボルブ (雇用) されている。主な業務は、提供された精神保健医療福祉サービスの適否や要望に関する聞き取り調査や分析、および公表やトラストなどへの提案作業などである。一回の調査あたり約30ポンド (約5000円程度) の収入があり、月平均収入は800ポンド (約16万円) になる。ユーザーをインボルブする意味は次のようなところに見出されている。①利用者の様々な経験や知識が活用できる、②ユーザーから正直で詳細な反応 (調査結果) を引き出すことが出来る、③専門職のサービスや知識を補完できる、④調査結果は具体的なので対応策などに応用し易い、⑤ユーザー自身が自分のストレンクス (強みや希望) を再発見し、自身の安定やリカバリングにつながるなどのホリスティック (全人的) な効果がある。

## <2008年>

### 1) 全体状況

今日の精神障害者支援については従来からの枠組みに大きな変化はない。全体的には構造改革や経済的回復（GDP 5位）の基調の中で推移していると言う事が出来るであろう。ただ、多民族化が一層進む中でテロ対策など不安定要素も増加しており、司法精神医療（Forensic Psychiatry）や人格障害者対策の強化などを含む施策の刷新に拍車がかかっている。そういう中にあっても、インクルージョンの実現をめざしエビデンスを重視した、NHS トラストや民間セクターの実践や躍進が目覚しく、特に就労援助に力が入れている。専門職関係では、2008年9月からはASW 制度の見直しや、多職種による「精神保健プロフェッショナル（Mental Health Professional）」制度が試行される予定である。

な、今回得た最新情報である、「積極的リハビリテーションと回復（AMH Rehabilitation and Recovery Pathway）」およびメンタルヘルスプロフェッショナル（Mental Health Professional）については、その概略は次の通りである。

### 2) 積極的リハビリテーションと回復（AMH Rehabilitation and Recovery Pathway）

これは、ケンブリッジ精神保健トラストのハンチンドン支部において試行されている事業である。それによると、CPA に基づき CMHT が訪問支援などの効果を高めるために新たに3年計画による積極的リハビリと回復方式（以下 {AMH} と略）を設定し、2008年1月から実施しているのである。期間および支援内容は①0～4週間、②4週間～3か月、③4～6か月、④7か月～3年の4区分に分かれる。①は退院計画、AMH の説明や適用およびその他のサービスへの関連付け）、②は重要な期間で、CPA の作成と実施＝医療・心理治療、家族や友人関係修復、ニーズ評価、就労・訓練・教育・余暇支援、芸術療法のような心理力動的治療の提供、病気の知識の提供や再発予防支援、パートナー機関（専門職）へのアクセス調整、財産や住居の確保、ケア委託）、③は支援継続と本人及びすべての関係者による支援見直しおよびさらなる支援期間と内容の選択）、④は CMHT による継続支援、危機介入などの要点の確認、退院とプライマリーケアセッティングへの速やかな移行などがもりこまれている。課題は、マンネリ化しがちな状況を打破し、AMH をいかにチーム全体として共有しモラルを高めるかということである（主任・Kyran Bribio 氏）。

### 3) メンタルヘルスプロフェッショナル（Mental Health Professional）

2008年9月から、ハンチンドン市においてこの制度が試行される。これは、これからの時代を担う新たな精神障害者支援のための臨床職種を創ろうというものである。1990年代以降、地域ケアの主役は保健師（CPN）とSWであった。その中でもASWはCPAのケアコーディネーターとし中心的な役割を担ってきた。しかし、今日、実務は圧倒的にCPNやOTが担っていることから、医師をのぞくコメディカル間のバリアーを取り除き、新たな臨床職種を創ろうとしているのである。それらの養成に関してはアングリアンロスキン大学を拠点とし、インクルージョンはじめとする実践

理念の深化やSVつきの実習授業に重点が置かれるということである。ある種のSWの危機である！

### 3 ま と め

イギリス(ケンブリッジ州)における精神障害者支援は、1970～80年代の治療共同体(Therapeutic Community)から地域ケアへの転換、さらに1990～2000年代初めの行政やNHS基礎構造改革の混乱を乗り越え、今日では、包括的社会に向かって着実に歩んでいる。それらのベースには保健省の、「精神保健の問題を抱えた人々は、内科疾患、生活コスト、社会的疎外などの面でのハイリスク群である」という認識と、施策強化の強い意思(予算の増加と人材確保)が見て取れる。またケンブリッジ州の現場には、2002年から5年の歳月をかけ、リカバリーモデルにより、「障害を持っていても価値ある個人として充実した人生がおくれること」、それらを究極の目標とした意欲的な実践が積み上げられている(全国的には特にスコットランドなど、地域格差がみられるが)。さらに、2002年に創設された広域トラスト(委託機関)などの公的なセクターと共に、民間セクターが細かなサービスを提供している。特に、CPA、AO、居住ケア、就労援助、ユーザーインボルブメントなどは大きな成果を上げている。さらに2008年以降はサービスの質と効果をあげるために、エビデンスを重視した支援施策(PHP、AMH等)のきめ細かなレビューや再編が行われようとしている。これらの新たな動向や多様な関係資料は、日本における今後の制度設計や臨床実践への応用の可能性を秘めており、探究心を大いに刺激される。

#### 注

(注1) Social Inclusion(社会的包括)は、教育実践理念であったが、今日では「あらゆる障害や民族を包括する平等・共生社会」をめざす実践理念として最も重要視されている。

(注2) DH. Clarkは1920にロンドンで生まれた精神科医。長年スコットランドで過ごし、1950年代、同地のディングルトン精神科病院でM. Jonesとともに「Therapeutic Community」理念に基づく開放治療を開始。1954年から1983年までフルボーン精神科病院を拠点とし、社会療法を基に先駆的な精神障害者支援に当たった。日本には1968にWHOのコンサルタントとして来日し、地域精神衛生の推進を柱とする「クラーク勧告」を提出。その後も数度来日し、日本の精神保健福祉制度・施策改善や関係者教育に尽力した。

(注3) 「国民保健サービス(NHS)およびコミュニティケア法」の制定は、地方分権と混合経済の導入による、イギリス保健医療福祉サービスの歴史に残る大改革である。このことにより、今日に直結する地域ベースのサービスや各種事業の民営化が確実なものになった。また、同法は平成2年の日本のいわゆる8法改正(地域福祉)をはじめ世界中になどに大きな影響を与えた。



参考文献

- M. ジョーンズ（鈴木純一訳）『治療共同体を越えて』岩崎学術出版社1967
- DH.Clark 『Social Therapy in Psychiatry』Harmonds Wworth 1974
- DHSS 『Mental Health Act(1959) Summary』Shaw & Sons 1974
- EARHA 『East Angrian Regional Health Authority Handbook』1975
- CAHA 『fulbourn Hospital』CAHA 1977
- J K Wing 『Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice』Oxford Medical publication 1981
- David & Irene Anderson 『The development of Voluntary Movement in Mental Health』Mind 1981
- G.Shepherd 『Institutional Care and Rehabilitation』Longman 1984
- 鈴木純一『英国の精神保健法（Mental health Act 1983 をめぐって）社会精神医学 Vol10 - 4 星和書店 1987
- Mind 『Housing Foundation of Community Care』Mind 1987
- BIIT 『Annual Report 1985/1986』BIIT 1987
- NSF 『Annual Report 1985/1986』NSF 1987
- ワッツ&ベネット（福島裕監訳、金子・伊勢田・蟻塚訳）『精神科リハビリテーションの実際①②』岩崎学術出版社、1991
- D H . クラーク（蟻塚亮二監訳）「ある精神科医の回想」創造出版 1998
- 西尾雅明『英国パーミンガムにおける地域精神保健システム』精神医学・42・991—998 医学書院 2000
- D H . クラーク（蟻塚亮二監訳）「21世紀の精神科医療への挑戦—フルボーンは眠らない」創造出版 2002
- CPMHPNHS Trust 『Annual Report 2004』Cambridge-shire & Peterborough Mental Health Partnership NHS Trust 2004
- DH 『The National Service Framework for Mental Health – Five Years On』Department of Health 2004
- 伊勢田克他編：『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 2005
- 野中 猛『イギリスにおけるACT活動の歴史と現状』精神障害とリハビリテーション Vol.9 No.2 日本精神障害者リハビリテーション学会 2005
- 助川征雄編：谷中輝雄・水野信義、田中英樹、植田俊幸、大橋雅敬、相川章子、田中透、野中猛著『イギリス・ケンブリッジにおける地域ベースの精神障害者支援』メンタルヘルスとウエルフェア・第2号 精神保健福祉交流促進協会 2006
- 矢嶋真希『イギリスにおけるソーシャルワーク専門教育について』国際ソーシャルワークセミナーⅡ・報告資料 社会福祉研究所 2007
- Neil Winstone ,Denis Bowyer, Kyran Bribio 『community Mental Health Service Adults Central – Operational Policy』Cambridge & Peterborough Mental Health Partnership NHS Trust 2008
- Mind 『Mental Health Handbook』Hunts・Mind 2008
- 竹島正『こころの健康科学研究事業・精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究』国立精神・神経センター精神保健研究所 2008