

世界の精神保健医療改革の動き

～ベルギーの改革に学ぶ～

元東京都立多摩総合精神保健福祉センター
代々木病院・榛名病院・こころのホームクリニック世田谷
伊勢田堯

ベルギーの精神医療改革

- 日本に次ぐ世界第2位の精神病床数をもつ国
- 私立精神科病院の影響が根強く、改革が進まなかった
- しかし、粘り強い努力が実って、ここに来て1980年代からの改革が軌道に乗ってきた
- そこには政策決定システムの変革、コ・プロダクションモデルの活用があった

政策決定システムの変革

～ポスト官僚制への挑戦～

まず、政策決定システム改革から入る！

ポスト官僚制(post-bureaucracy)の工夫

- 政策決定システムの発展の考察

封建制→官僚制→官僚制の逆機能→ポスト官僚制

- Professor Michael Burawoy カリフォルニア大学教授

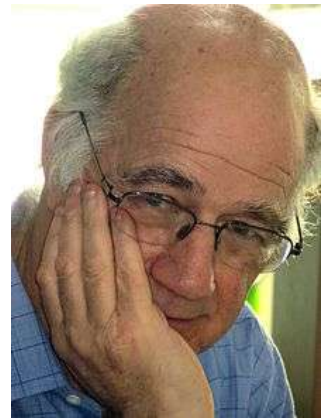
社会学的マルクス主義者、国際社会学会会長(2010-2014)

- 「闘う社会学」としての‘大衆社会学, public sociology’を提唱

- 主張:

官僚制と市場原理に任せていると国民との間に乖離が生じ危

機が発生する→政策決定に国民の参加を！



ベルギーの精神医療改革

政策決定システムの変革(1980年代)

◎封建制→官僚制→ポスト官僚制(≠脱官僚制)

◎ポスト官僚制の工夫

- ・トップダウンとボトムアップの共存へ
- ・科学的知見と(患者・家族・実践者による)経験的知見の統合
- ・改革の目的の合意: 患者・家族のニーズを実現し、リハビリを促進する
- ・新たな公共統治(new public governance)と新たな公共管理(new public management)

政策決定システムの近代化

～KCE(保健医療技術知見センター)の創設～

- KCEとは保健医療技術評価機構
- 2002年に設立された半政府機関
- 資金は、政府から出るが独立組織
- 医療・福祉・社会保険担当大臣が委任する
- 1999年に設立されたNICE(英国国立医療技術評価機構)に似た組織。
- 常勤職員は、約65名(75%研究者、20%事務職員、5%管理職)
- 2004年からINAHTA(医療技術評価国際連絡協議会、International Network of Agencies for Health Technology Assessment)に加盟

政策決定システムの近代化

～INAHTA～

- INAHTAとは、医療技術評価をレビューし、患者・家族・医療システム関係者にエビデンスを提供する非営利国際組織。1993年設立。現在はカナダに事務局。EU、WHOも支援。
- 52の機関の32か国が加盟し、10億人に影響を与え、2100人以上の職員を擁している。
- 加盟国:スペイン、イタリア、米国、オーストラリア、ポーランド、カナダ、**台湾**、ルクセンブルグ、メキシコ、ブラジル、南アフリカ、ドイツ、デンマーク、オーストリア、ウルグアイ、フランス、インド、アイルランド、スコットランド、アルゼンチン、コロンビア、チュニジア、ベルギー、**マレーシア**、スイス、**韓国**、イギリス、ノルウェイ、カザフスタン、スウェーデン、オランダ

政策理念の改革

その1：脱施設化の理念の徹底

～ナーシングホーム、グループホーム、里親の定数を精神病床数にカウント～

政策理念の改革

その2:リカバリー志向

精神保健における「リカバリー」とは？

「それはとても簡単なこと … リカバリーは、
人々が本人が望む人生を送ることが出来るよう
に支援すること」 (サービス利用者)

[注釈： この定義は「**人としてのリカバリー**」に基づくものであり、
症状のリカバリー」では無い Slade (2009)]

「リカバリー」(シェパード;レパーとパーキンス 2003による)

鍵となる主題

～精神疾患と共に生きる人々が語っているストーリーから～

- I. 希望 – 病気が続いていても人は自分自身の希望や夢を追求することができると思じる。「低く見積もる」ことをしない、すなわち他者からの引き下げられた期待
- II. 統御 – 人生と病気をコントロールしているという感覚を(再)確立する。個人的意味を見出す – 積極的に自己を保持しつつ、病気を受け入れること
- III. 機会 – 「病気を越えた生活」'beyond illness'を目差す。社会的目標の達成のために、精神保健サービスだけでなく、個人の長所と資質や友人、インフォーマルな援助者を活かす。

ジュリー・レッパーの憤り

彼女は、双極性障害を抱える患者であり、英国ノッチンガム・リカバリーカレッジの責任者でもある。

‘beyond illness’ (病を超えて) の訴え



専門家への憤り:

専門家はユーザーの能力を低く見積もりすぎだ！

ユーザーへの励まし:

専門家や家族から能力を低く見積もられたとしても、
希望を捨てずに信念を貫くこと

(2012年2月17日東京・巣立ち会での講演)

政策理念の改革

その3:コ・プロダクションモデルの導入

コ・プロダクションとは(大澤美紀のまとめ)

- 専門家とサービスを使う人々やその家族・近隣が**対等な相互関係**の中で届けられる公共サービスを意味する
- 活動は**共同制作**され、サービス・地域両方が効果的に変化する
- サービスを使う人々自身がシステムを枯渇させることのない**隠れた資源**であり、公共サービスを変える資源そのもの

サービスをより効果的なものにするにはサービスを再構成するための
新しい発想が必要



コ・プロダクションという挑戦



- ・ コ・プロダクションの概念は2009年ノーベル経済学賞受賞者であるエリノア・オストロムが最初に提唱
- ・ コ・プロダクションを「同じ組織内部にいない人たちが商品の生産やサービスの提供に関与するプロセス」と定義。
⇒システムの変化に関する手順に応用(エドガー・カーン)
- ・ 英国では司法システムを含む公的システムやボランティア活動の領域でコ・プロダクションを実践的に活用

例) ☆少年司法システム(ストリート司法プログラム)

少年犯自身を陪審員として参画させ再犯率を減少

☆看護師一家族パートナーシップ

貧困層の子どもを登録看護師がサポート

☆生活共有プログラム

障害を持つ子と家族問題を持つ人との共同生活

☆リーダーシップの学びプログラム

学校方針・地域で起きる変化について検討するチームに学童を参加

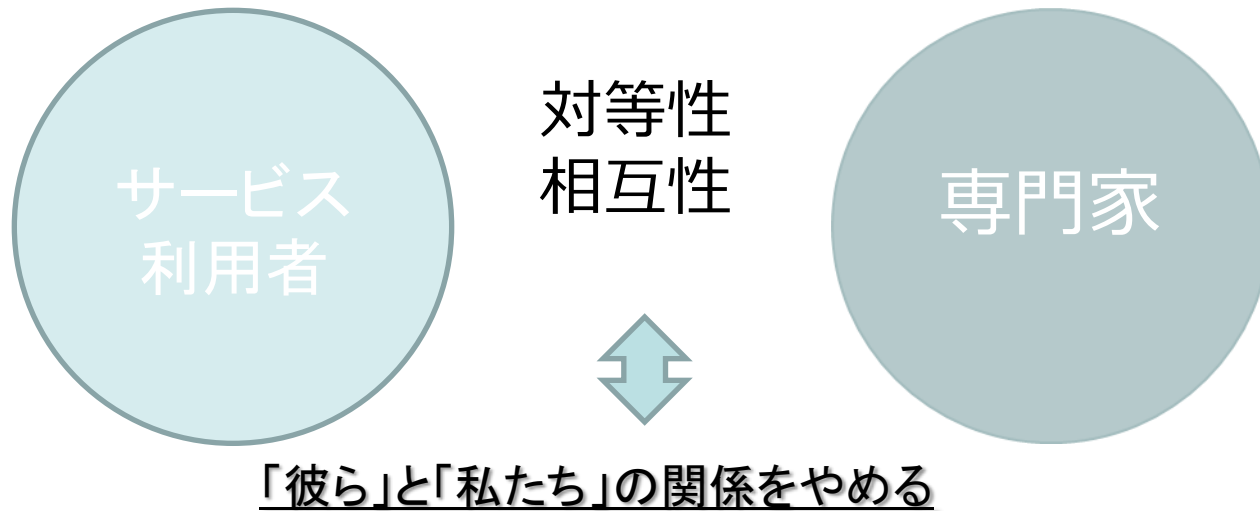
☆エキスパート・ペイシャント・プログラム

慢性的な健康問題を持った患者が他の患者に経験を伝える

地域住民が単なるサービスの受け手から何らかのサービスの担い手になりうる存在へ

コ・プロダクションの基本原則

(大澤美紀による)



- * それぞれの長所・持ち味を発揮し合う**協働**の取り組み
- * 困難を打開する協働の取り組み。解決できなくてもプロセスが重要
- * 困難を乗り越えようとする者同士の連帯感・仲間意識
- * コ・プロダクションを実践する者同士の喜びを分かち合う関係

平等なパートナーシップを育んでいく

コ・プロダクションが効果を発揮するには

(大澤美紀による)

- サービスが提供者と受け手の相互に役立つ形で計画され提供されること
- サービスユーザーが資産として捉えられ、専門家と協働してサービス提供のパートナーになること
- 長期間持続可能な実質的変化が可能になるように社会的ネットワークを形成すること
- 市民が自らの能力と責任を自覚し鍛錬すること
- ネットワークとしての友人・家族をアプローチを成功させるための良い要素として捉えること

(コ・プロダクションの委託要件)

より少ない費用で多くの効果を (大澤美紀による)

- ・ コ・プロダクションによって生まれたサービスは、よりよく機能する、より良い成果をもたらす
- ・ コ・プロダクションによるサービスは、クライアントや家族や周囲からの援助・支援・努力によって更なるリソースを取り込む
- ・ 問題の発生を防ぐことで国庫に節約をもたらす
- ・ より多くの人材を動員、限られたリソースを上手く利用する
- ・ レジリエンス支援のための社会的ネットワークを促進する
- ・ 関わる人が社会参加を通してウェルビーイングを増強し、不健康に陥るのを防ぐ

コ・プロダクションによって 公共サービスのあり方の本質が変わる (大澤美紀による)

「まったく**革新的な変化**です。すでに臨床医療も変えてしまいました。患者を「彼ら」と呼んで、「われわれ」と区別するようなものの見方やサービスの提供者とサービスの受け手であるという見方はもうできません。市民たちは単に種々の治療を必要とする存在ではなく、依頼してみるとそれに応じて貢献してくれる存在であって、関係性はまったく変化しています。 **文化そのものが変化**しました。関係性は深くなり一般の医療よりも治療的でさえあるのです」

(アビー・レッチャー博士)

公共サービスの変革のために、専門家と一般市民の
対等な協力関係をいかに築くか

コ・プロダクションとは・・・（大澤美紀による）

- ① 公共サービスを変革する力をもっている
- ② 対等な参加を促進する
- ③ 持続可能な公共サービスを構築する上で必要不可欠である
- ④ 公共サービスを委託する際にカギとなる役割を果たさなくてはならない

コ・プロダクションの次のステップ・・・

- ① 「国を再構成する」国を再建するために地域社会を使う
- ② 「成功しているネットワークに学ぶ」
- ③ 「新機軸をよりよく理解する」

実践的モデルを開発して検証し政策につなげていく

コ・プロダクションの実践には、正しい理解・環境条件・地域特性の違いを認識する必要

コ・プロダクションはリカバリーの重要な過程

(ジェフ・シェパード: 2015.3.27)

- サービスのユーザーが資源を持っていると認識し、「ニーズ」のかたまりとは見ない。
- 従って、彼らは効果的なサービスを創造するための解決策の一端を担うことが出来る。
- これらを行うために、我々は彼らの貢献を評価し、‘ベテランの患者’というパートナーとして仕事をしなければならない。
- 彼らを支援することが「社会関係資本」をつくる - コミュニティとのつながりや社会的ネットワーク - それらが彼らのリカバリーを支えるものとなる。

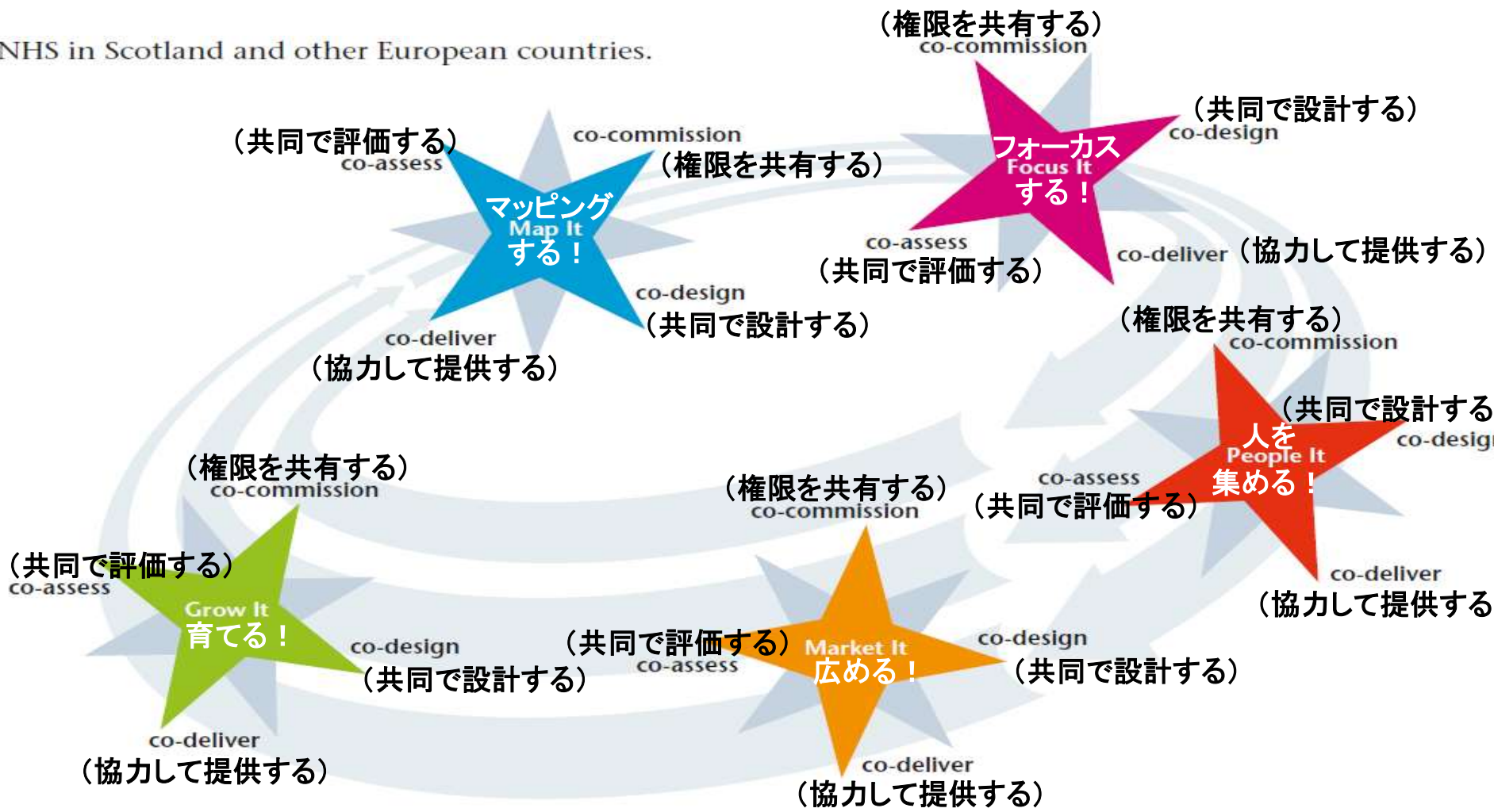


認知症とコ・プロダクション

スコットランドの経験

図1: ガバナンス・インターナショナルのコ・プロダクションの星
— よりよいアウトカムをともに生み出すためのツールキット —

NHS in Scotland and other European countries.



イースト・ダンバートンシャーの認知症の存在感プロジェクト



コ・プロダクションとは？

～イースト・ダンバートンシャーの認知症支援から～

コ・プロダクションとは、専門職と市民が互いの持てる力を有効に発揮し合い、新しい価値を創造し、よりよい成果を効率的に高めることである。

実践のための3つの質問

- ①笑顔になる時ってどんな時？
- ②他の人と一緒にしたいことは？
- ③他の人たちの役に立てそうなことは？

ベルギーの精神医療改革の経緯

ベルギーの精神医療改革～脱施設化政策の進展～

第一次改革(1990年～1995年):「失敗」!

- ①精神病床をナーシングホーム、グループホーム、里親に転換し、地域移行を促す“病棟転換”政策
- ②政策決定者と実践者を仲介する協議機関(Mental Health Care Consultation Platform, MHCCP)の設立

しかしながら、病院中心体制を崩すことが出来ず失敗に終わる

第二次改革(1995年～2010年):そして、「失敗」!

治療プロジェクト(therapeutic projects)と横断協議会(transversal consultation)を立ち上げた

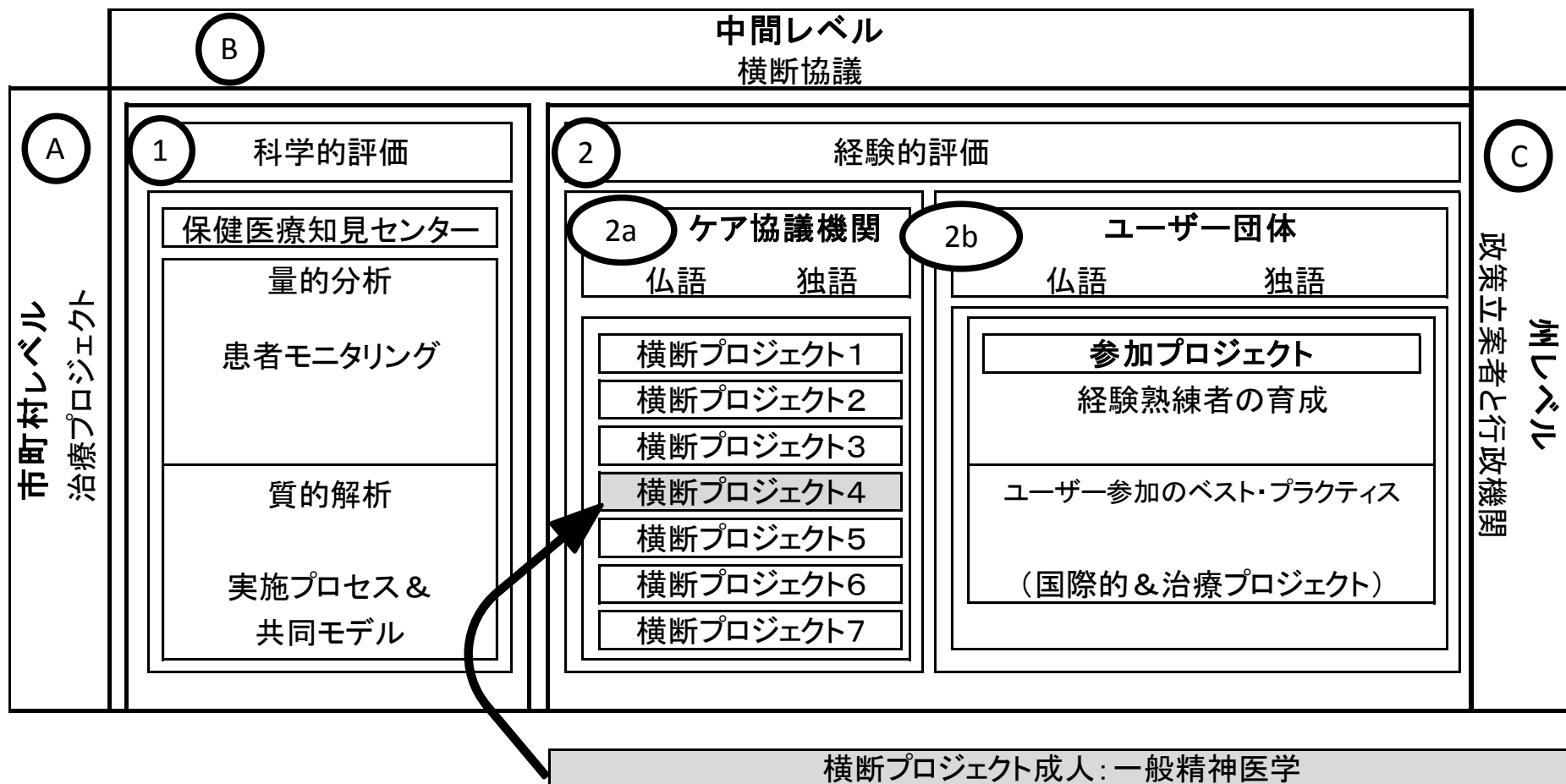
しかしながら、脱施設化の効果がなく失敗に終わる

第三次改革(2010年5月～):“プシ107条”プログラム、そして...

病床の地域訪問治療チームへの転換政策へ

治療プロジェクトと横断協議

ベルギーの精神医療改革デザイン(2007年～2010年)



第三次改革（2010年5月～）

“プシ107条”プログラム

- 精神保健の予防と増進、早期発見、スクリーニングと診断
- 急性期のモバイル治療チーム、慢性期のモバイル治療チーム、外来治療
- 地域社会に再統合するための精神科リハビリテーション
- 急性期と慢性期の集中的居住サービス
- 家庭生活困難患者への特別居住サービス

“プシ107条”プログラムによる病棟改革

- まず、精神科病院が自主的に病床を削減する。
- それまでの病院収入を補償しながら、病床を自主的にモバイルチームに転換する
- モバイルチームとは、家庭治療危機解決チーム（急性治療チーム）と積極的地域治療チーム（慢性期治療チーム‘ACTチーム’）からなる
- 国は、2014年末までに人口に応じた地域別の必要なモバイルチームの数値目標を策定する。その後は、病院は病床を削減し、定められた数のモバイルチームを立ち上げることが義務付けられる
- それと同時に、病院は病床を減らし、同数の職員を確保しながら、より集中的‘ケア’を提供する病床を確保することも許可される

ベルギーの精神医療改革の進捗状況

精神病床数(人口1万人対)の推移

1997年	2000年	2005年	2011年
25.9床	26.0床	25.1床	17.7床(16.6床)

病床削減率(1997年と2005年の間)

3%(EU平均 23%)

病床削減率(2005年と2011年の間)

約30%

私の学びとスタンス

～われわれの組織文化の変革のために～

- われわれには、海外の先進的活動を理解し応用しようとする際に強固な障壁がある。
- それは、「社会的存在が意識を規定する」(マルクス)からである。
- 「バック・トゥ・ザ・フューチャ」(ロバート・ゼメキス)の手法は、その限界を乗り越える解決策の一つと考える。
- 現実から出発しないで、思い切って未来の理想的な世界に行ってみることである。

生活臨床の更なる挑戦

- 生活臨床の経験・リカバリー理念の成果を反映した精神疾患の疾病モデルの提案
- 生活臨床を家族史療法 (family history therapy) として展開する
- インタビュー
JPOPVOICE
統合失調症と向き合う
医療者・支援者



ご清聴ありがとうございました