

ノルウェーにおける精神保健医療福祉のシステムと IMR（リカバリーと病気の自己管理）プログラムの実践

福 島 喜代子* 小 高 真 美** 鈴 木 あおい***

I 研究の背景

WHOによると、精神疾患には数多くの種類があり、また、さまざまな形で現れる。一般的に、精神疾患は、正常ではない思考・感情・行動・他人との関係の組み合わせが特徴として現れるとし、代表的な精神疾患の世界における罹患数は、うつ病が約3億人、躁うつ病が約6千万人、統合失調症が約2千百万人であるとしている。そして、精神疾患から生ずるさまざまな苦難や困難を軽減する治療や支援方法があるので、精神障害者への支援の鍵は、適切な治療・支援とソーシャル・サポートを提供する保健医療サービス及び福祉サービスにアクセスできるようにすることであるとしている（WHO 2017）。

米国では2000年代に入って、精神障害者に効果的とされるプログラムが研究開発されても、現場で利用者（患者）にそのようなサービス提供がなかなか進まないことが問題であると指摘されるようになり（President's New Freedom Commission on Mental Health 2003）、アメリカ

連邦政府は、科学的根拠に基づく実践（以下、EBP）プログラムのツールキットを開発し、普及に努めてきた。日本においても日本精神障害者リハビリテーション学会がそのうちの4つのEBPプログラムを監訳し同ツールキットを発刊している（SAMHSA 2006=2009）。しかし、これらの新しいEBPに関する情報提供のみでは、現場での導入が進まず、より個別具体的な導入支援のあり方も近年の研究の焦点の一つとなってきた（Stirman et al.2016）。

日本では精神疾患を有する人に対して保健医療サービスは提供されてきたが、精神疾患を有する人も法的に社会福祉サービスの対象であると明確に位置づけられたのは1993年の「障害者基本法」においてである。その後1995年に従来の「精神保健法」が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、「精神保健福祉法」）に改訂され、「精神障害者」の法的定義づけがなされ、精神障害者保健福祉手帳制度が創設されるなど、精神保健と精神障害者福祉を総合的に実施する制度が整えられた。2006年には「障害者自立支援法」が、2012

* Fukushima, Kiyoko
ルーテル学院大学

** Kodaka, Manami
上智大学グリーンフケア研究所

*** Suzuki, Aoi
NHK学園 社会福祉士養成課程

年には同法が改正・改称され「障害者総合支援法」として施行され、精神障害者も他の身体障害者や知的障害者と同じ法律に基づくサービスメニューの中からサービス利用できるようになった。現在、日本では多くの障害福祉サービス事業者が精神障害者へ地域でサービス提供するようになった。このような制度的潮流の中、精神障害のある人への障害福祉サービスや保健医療サービスが、精神疾患の特徴を理解した上で、適切に提供されることがますます求められている。

日本の障害福祉サービスを利用する精神障害者も、目的を持ちながら、自己の病気に向き合い、うまくコントロールする力をつける支援を必要としている（辻ら 2015）。このような障害福祉サービスの現場において、比較的小人数のスタッフによって、日常的な活動時間に組み入れて活用できる可能性の高い、EBP プログラムの一つとして、

Illness Management and Recovery プログラム¹（以下、IMR とする）がある。IMR は、精神障害者一人ひとりのリカバリー目標をもとに、双方向性のプログラム提供を通して、精神障害者の安定した地域生活に必要な、病気・疾患の理解、ストレス対処、社会の中の支えを得ること、服薬管理、再発防止計画、精神保健福祉サービスの活用等の知識とスキル（表 1）をパッケージ化して伝えるプログラムである（SAMHSA 2006=2009）。IMR は公立病院（Bartholomew 2014）や精神科デイケア（Fujita et al. 2011）、地域精神保健福祉センター（Dalum et al. 2011）、精神障害者リハビリテーションセンター（Färdig et al. 2011）、ケア付き住宅（Levitt et al.）、障害者就労継続支援事業所（Fukushima et al. 2017）等、医療機関のみならず多様な地域の機関でも実施され、その効果が認められてきている。

表 1 IMR（リカバリーと病気のプログラム）のテーマ

テーマ 1	リカバリーとは
テーマ 2	精神疾患と症状について
テーマ 3	ストレス－脆弱性モデル
テーマ 4	社会の中で支え、サポートづくり
テーマ 5	服薬をうまくする
テーマ 6	再発を防止計画をたてる
テーマ 7	ストレスに対処する
テーマ 8	問題と症状への対処
テーマ 9	福祉・保健・医療サービスをうまく利用する

II 研究の目的と方法

そこで、筆者らは北欧のノルウェーの精神保健医療福祉システムの概要について文献調査するとともに、ノルウェーを訪れ、IMR プログラムの実践と、IMR 実践が及ぼす影響を明らかにし、日本での IMR 実践と普及への示唆を得ることを目的に、海外視察調査を実施することとした。

2015 年 8 月末から 9 月初頭にかけてノルウェー

を訪問し、インタビュー調査を行った。本調査の実施は、ルーテル学院大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。調査対象者には、調査協力の任意性の保障、データの収集・保管・破棄、調査結果の公表の仕方等について説明文書を用いて口頭で説明の上、調査協力の同意書に署名を得た。

インタビュー調査は、ノルウェーにおいて IMR 導入支援や IMR 実践に関わっている者を対象とし、導入支援を推進する側と、IMR を実践して

いる側の双方を対象に行うこととし、国立大学病院付属研究所に所属する研究者と、医療圏域レベルでスペシャライズドケアを提供している地域精神保健福祉センター、そして、コミュニンでプライマリーケアを提供している健康支援部薬物依存・精神保健福祉課においてインタビューを実施した。本稿においては、ノルウェーの精神保健医療福祉システムの概要と、IMRプログラムの実践、および IMR 実践が及ぼす影響について報告する。

Ⅲ 調査結果の概要

調査結果として、次項以降、Ⅳ ノルウェーの概要、Ⅴ ノルウェーの精神保健医療福祉システム、Ⅵ 訪問視察調査機関の概要、Ⅶ IMR 実践の概要、Ⅷ IMR 実践による利用者の変化、Ⅸ IMR プログラムを実践する意義、Ⅹ IMR プログラムをグループで実践する意義、Ⅺ IMR 実践による関係者への影響、に整理して報告したい。

Ⅳ ノルウェーの概要

ノルウェーは立憲君主制による国で、人口約 525.8 万人、面積は 38.6 万平方 km で日本とほぼ同じである。宗教は、キリスト教の福音ルーテル派が大多数を占める。主要産業は、石油・ガス生産業、電力多消費産業（アルミニウム、シリコン等）、水産業である。EU には非加盟であるものの、EU との関係は緊密かつ広範囲に及んでいる。徴兵制をとっており、2015 年 1 月から女性にも徴兵制が適用されるようになった（外務省：ノルウェー王国基礎データ 2017）。ノルウェーの 2016 年の一人当たりの GDP は世界第 3 位（7 万 391 ドル）である²（IMF 2017）。日本の財務省（2016）によると、北欧各国と日本の国民負担率（租税負担率と社会保障負担率の合計対国民所得比）は、表 2 の通りである。

表 2 北欧各国と日本の国民負担率（対国民所得比）

ノルウェー	53.4%（2013 年）
スウェーデン	55.7%（2013 年）
フィンランド	64.3%（2013 年）
デンマーク	68.4%（2013 年）
日 本	41.6%（2013 年） ※ 2016 年には 43.9% に上昇している。

出典：財務省（2016）「平成 28 年度の国民負担率の公表」

また、人間開発指数（HDI：長寿、知識、人間らしい生活について測る包括的経済社会指標）は、日本は世界第 17 位のところ、ノルウェーは世界第 1 位である（国連開発計画 2015）。ただし、他の北欧諸国と同様、移民に関する課題は生じてきている（河野 2010）。2016 年 1 月の時点で、ノルウェーの首都オスロ市の人口の 33% を移民と移民の子孫が占めている（Statistics Norway 2017）。

Ⅴ ノルウェーの精神保健医療福祉システム

1) 1990 年代以前の精神保健医療福祉

ノルウェーにおいても 1850 年以前の精神障害者への施策は貧困政策に組み込まれている程度であった。精神疾患を有する者の「診察を受ける権利」の保障に基づく支援は、1855 年にオスロにガウスタッドステイト施設が設立され始まった。1927 年にオスロ大学の建物内にビンデルン

精神科クリニックが開設され、精神医学領域の臨床と基礎研究が開始された。その後、1950年代までノルウェーの精神医学はドイツの影響が色濃く、第2次世界大戦後は、英国の社会精神医学と米国の精神分析の影響を受けてきた。精神科の医療機関等は計画性のないまま建設されてきたが、1970年代になり、ノルウェー国内で保健ケア機関が体系的に設立されるようになり、外来の精神科クリニックが設置されるようになった (Skjorshammer 2005)。

1970年代のノルウェーの精神科病院は、設立形態が大きく4種類あり、Cottage hospital (寒村地帯の8~20ベッドを有する病院)、Local hospital (地方に配置してある25~200ベッドの病院)、Central hospital (都市部にある250~700ベッドの病院)、Regional hospital (大学、専門病院)に分かれていた。この時期、人口10万人あたりの精神科病床数は日本が254床のところ、ノルウェーで約200床であった³ (松下1979)。

2) 1990年代以降の精神保健医療福祉

1990年代以降になり、欧米の他の国々よりやや遅れてノルウェーでも大規模な精神科病院の脱施設化が図られ、2002年までの10数年間で精神科ベッドは20%削減された。そして、各地域に地域精神保健福祉センター (Community Mental Health Center、以下CMHC) が設置された (Skjorshammer 2005)。

また、地方分権化により、ノルウェーの社会福祉サービスの多くは、全国431ある基礎自治体であるコミューンの公的機関から提供されている。1995年には、新社会サービス法が施行され、社会サービスの一般的な役割、経済的支援、アルコール依存・薬物依存への特別な処遇、24時間ケアを行うホーム・施設についての規定、責任と財源等が規定された (大藪2006; スヴェンソン1999b)。そして、その後の福祉白書等では、世代間の公平な再分配を目指すこと、行政サービスを改善していくことなどが明記された (スヴェンソン1999a)。コミューンの公的機関には、多く

のソーシャルワーカーが従事しており (保正ら2016; 上野谷ら2015 p60, p239)、ソーシャルワーカーの養成は、高等教育機関で原則として3年課程でなされている (大藪2003; 保正ら2016)。

3) 精神保健医療福祉施策の改革後

1999年から2008年にかけては精神保健福祉施策の改革が打ち立てられ、利用者の視点の重視が理念として掲げられた。コミューンが提供する地域を基盤とした予防及び早期介入サービス (プライマリーケア) が増強される一方、医療圏で責任を持って実施する精神保健の専門サービス (スペシャライズドケア) の強化が推進され、各種のサービスのコーディネートの必要性が強調されるようになった。医療圏ごとに提供される精神保健の専門サービスの管轄は郡から国に移された (Norwegian Ministry of Health and Care Services 2005)。2001年には、全ての公立病院が、新たに設立された5つの地域団体へ移管された。精神科医療とその他の医療は統合されて提供されることが推進され、地域精神保健センターの実施計画も刷新された (Skjorshammer 2005)。ノルウェーの精神科病床数は2010年代には人口10万人あたり83床まで削減されている (OECD 2014)⁴。

2005年に発行された政府資料によると、精神保健の専門サービス (以下、スペシャライズドケア) を提供するDistrict Psychiatric Centres (DPCs) は、以下の6つのサービスを提供していた。

- ① 外来診察と救急外来 (Outpatient clinics/ ambulant services)、
- ② デイケア (Daytime treatment)、
- ③ 短期入所 (Short-time inpatient treatment)、
- ④ 長期の治療及びリハビリテーション (Long term treatment and rehabilitation)、
- ⑤ プライマリーケアサービス従事者へのコンサルテーション、スーパービジョン及びサポートの提供 (Consultation, supervision and support for staff in primary care services)、
- ⑥ 急性期対応 (精神科病院の遠方にある場

合)、危機介入 (Acute services (if long distance to mental health hospital) and crisis intervention) (Norwegian Ministry of Health and Care Services 2005)

筆者らが訪問したときには、2008 年以降の改革により、精神科医療と地域精神保健福祉センターは、同じシステムの下、管轄系統が整備され、運営されていた。また、医療圏ごとに提供される

スペシャライズドケアとコミュニケーションレベルにおけるプライマリーケアレベルの協働体制を強められていた。

したがって、ノルウェーの精神障害者は、医療圏域で提供されるスペシャライズドケアとしての精神保健医療サービスを受けつつ、コミュニケーションの公的機関から必要な社会福祉サービスの提供を受けていた。

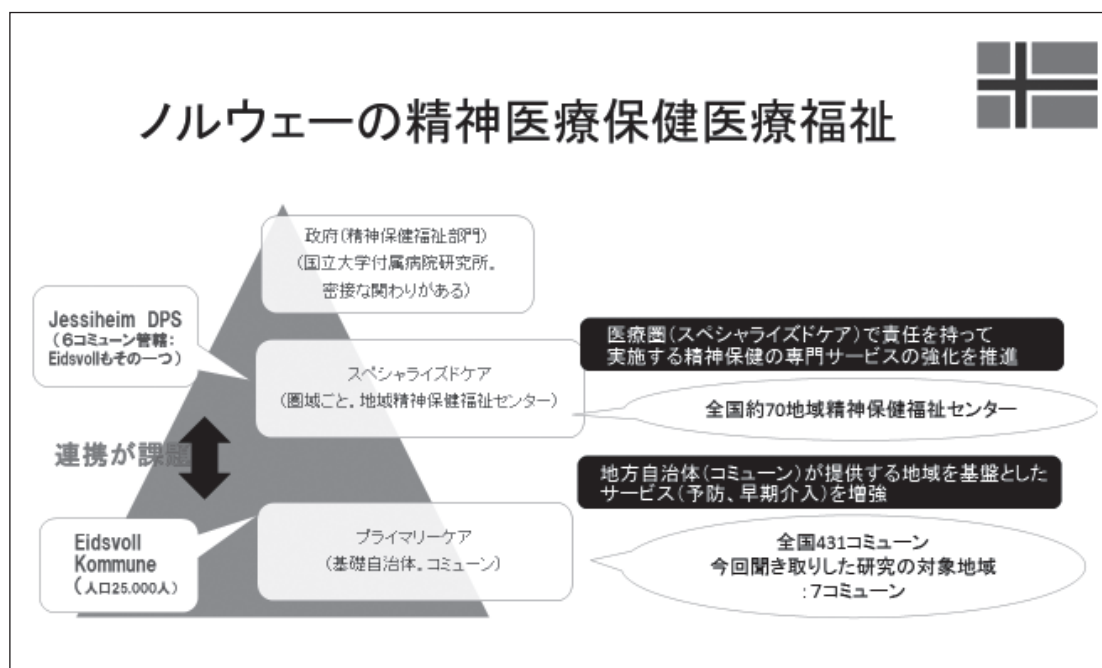


図1 ノルウェーの精神保健医療福祉システム及び本研究の調査対象 (福島・小高作成)

VI 訪問視察調査機関の概要

1 アーケシュフース大学病院 (Akerhus University Hospital)

アーケシュフース大学病院は、オスロ大学 (University of Oslo) (写真1) の傘下にある4つの附属大学病院の一つである。アーケシュフース大学病院では、ノルウェーの精神保健福祉政策に関わるさまざまな研究プロジェクトを実施しており、その中の一つがIMR導入支援研究であった。筆頭筆者はIMR導入支援研究に携わる研究者へコンタクトをとり、視察等を依頼し、快諾された。そして、インタビュー調査に協力してくれた研究

者が後述する2機関も紹介し、訪問受け入れ調整をしてくれた。

インタビュー協力してくれた研究者らは、IMR導入支援を開始するにあたり、11の機関に呼びかけを行い、9つの機関がIMRの実践を開始した。本稿執筆時点では、ノルウェーにおけるIMRの導入支援に関する研究論文が彼女らにより出版されており、詳細はそちらを参照されたい (Egeland ほか 2017)。



写真1 オスロ市内にあるオスロ大学(アーケシュフース大学病院はこの附属病院になる)

2 ジェスハイム地域精神保健福祉センター

(Jessheim Distriktpsychiatrisk senter (DPS))

ジェスハイム地域精神保健福祉センター(写真

2)は、医療圏域ごとに「スペシャライズドケア」を提供する全国に約70ある専門機関の一つである(図1参照)。精神科医療では、アーケシュフース大学病院システムの傘下にある。

地域精神保健福祉センター(DPS)は担当する圏域があり、圏域における専門機関として図2に示されるようなサービスを提供している。入院部門の精神科病床数はおおよそ10ベッド程度とのことであった。圏域内には複数のコミュニティがあり、ジェスハイム地域精神保健福祉センターは次項にあるエイズボルコミュニティを含めた6つのコミュニティを管轄している。図の一番右下に位置づけられているTiRe(早期介入とりハビリテーション)ユニットでIMRを実施しており、このユニットの臨床心理士がインタビューに協力してくれた。

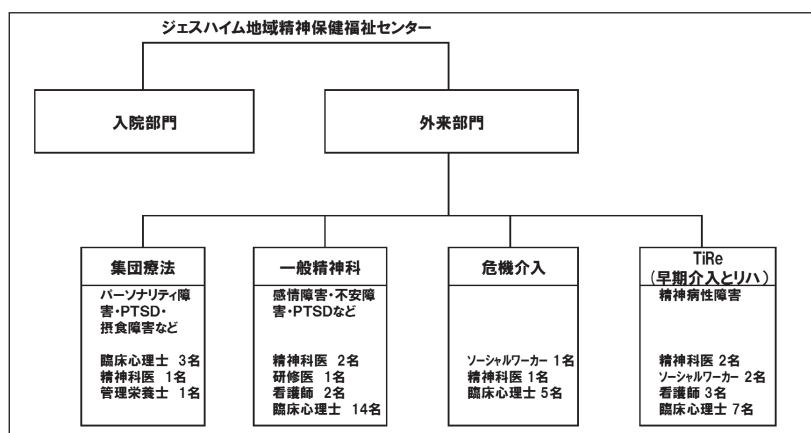


図2 ジェスハイム地域精神保健福祉センターの組織とスタッフ(小高作成)

注) 図中一番右下の「TiRe」部門でIMRを実践している。



写真2 ジェスハイム地域精神保健福祉センターの外観

3 エイズボルコミュニティの健康支援部 薬物依存・精神保健福祉課

(Eidsvoll kommune Helse og bistand, avd. rus og psykisk helse)

エイズボルコミュニティ（写真3）は、全国約430あるコミュニティの一つである（図1参照）。コミュニティの人口規模は、数千人から数万人と、

さまざまであるが、エイズボルコミュニティの人口は約25,000人である。コミュニティでは、「プライマリーケア」を提供しており、地域を基盤とした予防的サービス及び早期介入サービスに重きがおかれていた。こちらの機関の精神障害部門のIMRを担当している作業療法士と看護師がインタビューに協力してくれた。

表1 エイズボルの健康支援部 薬物依存・精神保健福祉課の組織とスタッフ

精神障害部門（IMRを実施）	（スタッフ：OT 2名, NS 1名, SW 1名）
薬物・アルコール依存症部門	（スタッフ：8名（OT、NS、SW）
訪問部門	（訪問介護スタッフ：15名（大卒が3-4人、他は高卒あるいは専門学校卒））

注）OT＝作業療法士、NS＝看護師、SW＝ソーシャルワーカー



写真3 エイズボルコミュニティの健康支援部の建物

Ⅶ IMR 実践の概要

地域精神保健福祉センター及びコミュニティの健康支援部、薬物依存・精神保健福祉課においてIMR実践の概要は以下の通りであった。

1 ジェスハイム地域精神保健福祉センター（Jessheim DPS）におけるIMR実践

（1）形態：1グループでスタートした（写真4の部屋で実施）。

（2）実施日時：毎週火曜日の14:00～15:00に実施した。

（3）参加者：6人であった。性別は全員男性であった。年齢層は、20代から30代であった。疾患名は、統合失調症と妄想性障害であった。

（4）実践者：スタッフ3人（臨床心理士、精神科看護師、精神保健福祉の研究者）で実施した。

（5）実施期間：2014年5月～2015年8月。予定より長くかかったそうである。



写真4 ジェスハイム地域精神保健福祉センターのIMRグループ実践をしていた部屋

2 エイズボルコミュニケーション健康支援部 薬物依存・精神保健福祉課におけるIMRの実践

(1) 形態：2つのグループを実施した。

(2) 実施日時：①火曜日 13時～14時半

②水曜日 13時～14時半

1回に1時間半IMR実施を予定し、その中を分け、45分のセッションの後、10分休憩をはさんで残りの時間にもう一セッションを行うような形で実施した。

(3) 参加者と疾病の名称

2つのグループの参加者の人数、性別、疾患名称は以下の通りであった。

①第1グループ：

男性3名(統合失調症, 統合失調感情障害, うつ)、

女性3名(精神病的障害, うつ, 双極性障害)

②第2グループ：

男性4名(統合失調症, うつ, アルコール・うつ重複)、

女性2名(双極性障害)

(4) 実践者：精神障害部門のスタッフ(OT2名, NS1名, SW1名)のうち、スタッフ3人(OT1名、NS1名)が担当した(写真5はスタッフ会議室)。

(5) 実施期間：2014年4月から開始していた。

2015年9月の段階でまだ最後から2つめのテーマを実施中であった。長い時間をかけて実施していた。

(6) 実施の特徴

エイズボルコミュニケーションは(オスロ郊外に位置し)広く、公共の交通機関も限られている。そのため、すべての参加者に送迎の手配をすることが必要で大変だった。



写真5 エイズボル コミュニケーション健康支援部 薬物依存・精神保健福祉課の会議室

Ⅷ IMR 実践による利用者の変化

IMR 実践により、以下のような利用者の変化が報告されていた。

「睡眠がほとんどできなかった利用者は、睡眠の質を良くすることを目標にかかげ、眠られるようになりました。その利用者は、長い間自宅も庭も物だらけの状態で放置してきましたが、IMR への参加によって変わり、車を修理するようになり、家を掃除し、庭の芝生を刈るようになりました。これは、驚くべき進歩でした。少しずつ、いろいろなことができるようになり、IMR のグループで報告して、他のグループメンバーとスタッフ皆で喜びました。とても誇りに思える進歩でした。」「仕事を得たいと考えていた利用者で、仕事を得た人もいます。」「薬物依存から抜け出したいと考えていた利用者は、仕事を得て、IMR グループを途中でやめました。今後、仕事がどれくらい続くかはわかりませんが、とても良いことでした。」「健康的になることが目標であった糖尿病の利用者は、体重を 130kg から 105kg まで落としました。彼も周りもとてもそのことを誇りに思い、自尊心がとても高まりました。」「『仕事に戻りたい』という目標を掲げた利用者は、仕事に戻ることができました。」「『もっと社会とコンタクトをとりたい』という目標をたてた利用者は社会とのコンタクトが増え、リカバリー目標を達成しました。」「『身体的な活動をする場に行き始めたい』という目標にした利用者は、それを達成しました。」「『より高度な教育を受けたい』という目標を掲げた利用者は、学校に行き始めました。』

このように、IMR に参加した利用者は、一人ひとりリカバリー目標を掲げ、それに向かって進んでいた。家も庭も物があふれていたのに清掃を始め、庭の芝刈りまで行った利用者、糖尿病で肥

満気味であったが健康になるという目標を掲げて 25 キロも体重を落とした利用者、薬物依存であるが薬物を断ち切り就職した利用者など、ほとんどの利用者に明白な変化が見られた。

Ⅸ IMR プログラムを実践する意義

IMR 担当のスタッフは、IMR プログラムを実践する意義を以下のように表現していた。

「実際に IMR に参加してもらおうと、患者（利用者）は、『目標を持つことそのものに意味がある』と話しています。また、リカバリー目標を設定し、そこに向かって進んでいき、小さなステップに分けて達成可能な目標を掲げること、その過程をたどり、少しずつ到達していくこと、などに意味があります。それらのこと自体が、新しく、意味があると強く思いました。」「（以前からも目標はたててもらうことはありましたが）、一つの目標がうまくいかなないと、以前は簡単にあきらめ、他の目標へ移っていました。しかし、今回、IMR 実践を通して、私たちは、患者（利用者）がリカバリー目標を達成することを、時間をかけて支援をしていきました。その結果、メンバーは目標を達成していきました。」「グループメンバー（利用者）があまりに高い目標を掲げている場合、小さなステップに分け、小さな目標をたてたりしました。そうしているうちに、最終目標を変えたりすることもありました。」「患者（利用者）が『これを目標として達成していきたい』と自分から言って、それに向かっていくことに意味があります。そして、目標にたどりつくためには、小さなステップに分けて、少しずつ進めばいい、ということを理解することに意味があります。」「多くの患者（利用者）は、自分の病気についてより深い理解を得るようになりました。病気はとても深刻で重いものなので、病気そのものが変わるということはないのですが、多くのプラスの変化がありました。』

このように、IMR 実践の中で、リカバリー目標を定めることに大きな意義が見出されていた。また、従来の支援の中でも目標は掲げていたとしても、その達成に向けての支援が不十分であったとの認識があり、IMR プログラムでは、目標を実現可能な小さなステップに分け、実際に目標が達成できるよう具体的な支援を、プログラムの中及びチャレンジ課題（注：宿題とも言う。IMR のセッションとセッションの間に、実生活の中で実行してみる、リカバリー目標あるいは病気の自己管理に関わる課題）の実施を通して継続的に行っていくことに意義が感じられていた。

X IMR プログラムをグループで実践する意義

ノルウェーでは、精神障害者の支援は個別支援が基本となっており、グループ等、複数の人を対象とした支援の場は限られていた。そのため、IMR プログラムをグループで実施することには、スタッフにも利用者にも躊躇や抵抗が当初みられたが、IMR 実施後はグループで実践する意義は次のように評価されていた。

「IMR を個別ではなく、グループで実施していいなと思うことは、個別だと、一人の患者（利用者）ができる、できないの話になりますが、グループだと、あるメンバーが何かできると、他のメンバーがその状態や変化を見て希望をもつことです。それがグループで IMR を実施するととても良い面だと思いました。」
「リカバリー目標を持ち、チャレンジ課題を実施して、グループに対して翌週に結果を報告する機会を提供することが、彼らにとってとても良いことだと思いました。」
「グループへの参加経験がなかったメンバー（利用者）も、最初は非常に不安がっていましたが、IMR に参加しているうちに安心感が出てきて、『IMR に参加してとてもよかった』と言っていました。」
「参加メンバーたちがこれだけ長く、IMR プログラムに参加し続けた理由のひとつ

は、『どこかに行くところがある、自分たちの経験を話すところがある』ということだと思います。これは非常に有効な方法だと思います。」

このように、スタッフも利用者も、IMR をグループで実践したことの意義を高く評価していた。同じ課題を有するメンバー同士が顔を合わせ、お互いに励まし合い、刺激を与え合い、体験を共有し、共感しあいながら、各々のリカバリー目標に向けての達成を支援する相互支援システムが形成されたと思われる。グループに参加することを通して、自分の居場所を感じることができていた。

XI IMR 実践による関係者への影響

IMR 実践による利用者の変化は、各機関の関係者に大きな影響を与えた。特に、当初、IMR に抵抗を示したり、拒否的であったりしたスタッフが、IMR プログラムに参加したことによる利用者の具体的な変化を目の当たりにして、IMR に対する認識を変えた。また、担当したスタッフたちにも大きな励みとなった。それは、以下のよう

に報告されていた。

「患者（利用者）たちに大きな変化が良い方向で現れたのをみて、医師たちは初めて IMR に興味を持ちはじめました。IMR とは何かを知りたいと好奇心を持つようになり、そして、『全員に IMR を提供してもらいたい』と言うようになりました。」
「利用者の変化は明らかで、そこに実践家は価値を見出しました。」
「利用者の変化をみて、実践家の中にはとても活気づけられた者もありました。」
「参加者は、これだけ長いプログラムに参加して、非常に進歩がみられました。とても良いと参加者も自覚しました。私たちもその成果を見て、参加者の進歩をみることができ、非常に強い動機になりました。」
「ほとんどの人たちがリカバリー目標をつくり、到達していています。これを見るのが、スタッフにとっても大きな

喜びでした。」「1年近く経ち、利用者たちも、これは効果があるとわかりました。」

このように、IMR の実践は、利用者のみならず、IMR 担当スタッフにも変化をもたらし、その上、機関の他のスタッフにも影響を与えていた。

XII 考察

ノルウェーは資源に恵まれ、世界でトップクラスの GDP の高さを誇り、経済的にも恵まれる中、高福祉を提供していた。精神保健福祉システムに関しては、政府が国際的な動向なども見据えながら改革を推し進め、IMR をはじめとする EBP プログラムの導入も一定以上すすめられていた。精神障害者は、医療圏域ごとに提供するスペシャライズドケアと、コミュニティで提供するプライマリケアの両方のサービスを利用することができるが、両レベルの連携協働が課題となっており、ノルウェーでは意図的に両方のレベルの機関で IMR 導入が進められていた。また、原則として公的機関が保健医療福祉サービス全般を提供していた。

資源に限られた日本はノルウェーほどの経済的豊かさを望むのは難しいかもしれないが、今後さらに精神障害者が、適切な精神保健医療福祉サービスにアクセスできるよう支援していくことが望まれる。できる限り、重層的な機関への働きかけが行われ、医療機関や障害福祉サービス事業者が適切なプログラムやサービスの提供ができるよう、EBP プログラムの実施等を支援することが望まれるであろう。

IMR プログラムは、ノルウェーにおいても日本と同様、ソーシャルワーカー、看護師、作業療法士、臨床心理士等の多職種が担っており、6人くらいまでのグループを対象に、週1回程度、1時間～1時間半程度のセッションで実施されていた。IMR の実践は、日本と同様、双方向性を重視しつつ、配布資料に沿って、利用者本人の生活状況やさまざまな計画を書き込みながら進められていた。ノルウェーにおいて IMR の実施期間が

1年以上にわたっていたのは、導入支援研究の一環として慎重に丁寧に実践がなされていたことの影響と、ノルウェーの人々の忍耐強く、生真面目な国民性が反映しているのではないかと考える。そして、ノルウェーではプログラムをグループで提供することに、実践家も利用者也慣れていなかったが、IMR 実践をグループで行うことにより、利用者の間で体験を分かちあい、他の利用者の成功体験などに希望を見出し、共感しあうなどの効果が観察されたと言えよう。IMR 利用者にとって、グループはサポートシステムとなっていたと考える。また、IMR 実施機関においては、担当者以外のスタッフなどにも、利用者の変化によるポジティブな影響がみられていた。

日本でも IMR 実践の際には、リカバリー目標とそれを小さなステップに分ける支援をし続けること、セッションとセッションの合間の日常生活の中で、リカバリー目標に関するチャレンジ課題を利用者に実践して続けることの重要性を再確認させられた。そして、IMR に参加したことによる利用者の変化を、機関内のみならず他機関のスタッフや、家族等とも共有しあうことが大切であることを再認識させられた。

日本においても、これまで医療機関のデイケア (Fujita 2010) や就労継続支援事業所 (Fukushima 2017) において IMR は実施され、その効果が認められてきている。医療機関及び障害福祉サービス事業所において、週に1時間半程度の時間を割いて IMR プログラムを提供することは可能であろう。そして、プログラム開始時にノルウェーでなされたような適切な導入支援があれば、より導入が進むであろう (福島ら 2018)。より多くの機関や事業所で、利用者が自らのリカバリー目標をかけた、達成可能な小さなステップの一つひとつ取り組んでいき、日常生活の中でチャレンジ課題を実施し、個々のリカバリー目標の達成していく支援が望まれる。IMR 実践によって、利用者が病気の理解を深め、再発や重篤化が予防され、地域の中でのサポートを得て、個々の利用者の地域生活が豊かになることを目指していくことは可能

であり、望ましいと考えられる。

注

- 1 利用者及び支援者が親しみやすく感じる名称で普及することが大切と考え、筆者らはIMRについて「リカバリーと病気の自己管理」の訳語を用いる。日本精神障害者リハビリテーション学会では「疾病管理とリカバリー」の訳語が用いられている。
- 2 日本の2016年の一人当たりのGDPは世界第22位である(IMF 2017)
- 3 原文では人口1万人あたりの数値が紹介されている。
- 4 日本の精神科病床数は人口10万人あたり269床である(OECD 2014)。

<謝 辞>

- * 本調査はJSPS基盤研究(C)「精神障害者の退院促進/地域定着に資する新規プログラムの導入支援モデル研究(No.15K03968)」の一部として実施した。
- * 本調査の実施にご協力いただいた施設・機関のみなさまに心より感謝申し上げます。

文献一覧

- Bartholomew, T. & Zechner, M. (2014) "The relationship of Illness Management and Recovery to state hospital readmission. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202 ; 647-650.
- Dalum, H. S., Korsbek, L., & Mikkelsen, J. H. et al. (2011) "Illness Management and Recovery in Danish community mental health centres." *Trials*, 12 : 195.
- Egeland, K.M., Ruud, T., Ogden, T., Färdig, R., Lindström, J.C. & Heiervang, K.S. (2017) How to implement Illness Management and Recovery (IMR) in mental health service settings: Evaluation of the implementation strategy" *International Journal of Mental Health Systems*, 11:13, Published online: 23 January 2017
- Färdig, R., Lewander, T., Melin, L. et al. (2011) "A randomized controlled trial of the Illness Management and Recovery program for persons with schizophrenia." *Psychiatric Services*, 62 (6) ; 606-612.
- Fujita, E., Kato, D., Kuno, E. et al. (2010) "Implementing the Illness Management and Recovery program in Japan. *Psychiatr Services*, 61 (11) ; 1157-1161.

- Fukushima, K., Kodaka, M. & Suzuki, A. (2017) "Illness Management and Recovery program in community-based continuous employment support centers in Japan: Preliminary study on effects and feasibility." *Japanese Journal of Social Welfare*, 57 (5) , 11-19, Published online: 25 August 2017
- 福島喜代子、小高真美、鈴木あおい(2018)「IMR(リカバリーと病気の自己管理) 導入支援の促進要因と阻害要因—ノルウェーのIMR導入戦略に焦点をあてて—」『ルーテル学院研究紀要』51、15-39。
- 外務省(2017)「ノルウェー王国基礎データ」
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/norway/data.html#section1> (2017/4/30 閲覧)
- 保正友子、関井和美、庄司妃佐、中村裕子(2016)「ノルウェーにおけるソーシャルワーカー養成と医療ソーシャルワーカーの業務」『立正社会福祉研究』、17(1・2)、99-106.
- IMF (2017) "World Economic Outlook Database".
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2017/01/weodata/index.aspx> (2017/7/14 閲覧)
- 国連開発計画(UNDP)(2015) "Human Development Report 2016 Human Development for Everyone".
http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf (2017/4/30 閲覧)
- 河野健一(2010)「グローバル化する人の移動と高福祉国家ノルウェーの対応 —移民・難民増に人道主義はどこまで耐えられるのか—」『長崎県立大学国際情報学部研究紀要』11、145-159.
- Levitt, A.J., Mueser, K.T., Degenova, J. et al (2009) "Randomized controlled trial of Illness Management and Recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatric Services*, 60 (12) ; 1629-1636.
- 松下兼介(1979)「ノルウェーの精神医療 -- 特にDikemark病院, Oslo 病院を中心に」九州精神神経精神医学 25 (2)、p163-169.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services (2005) Mental Health Services in Norway Prevention - Treatment - Care
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/red/2005/0011/ddd/pdfv/233840-mentalhealthweb.pdf> (2017/04/15 閲覧)
- 大藪元康(2003)「ノルウェーにおけるソーシャルワーカー養成制度」『中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要』4、89-94.
- 大藪元康(2006)「ノルウェーにおける社会福祉サービス供給体制のあり方」『中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要』7、45-50.
- OECD (2014) "Focus on Health: Making Mental Health

- Count”
<https://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf>
(2017/8/23 閲覧)
- President's New Freedom Commission on Mental Health (2003)
<http://govinfo.library.unt.edu/mentalhealthcommission/reports/FinalReport/toc.html> (2017/08/11 閲覧)
- SAMHSA (2006) “Evidence-Based Practices: Implementation Resource Kit”(=2009、日本精神障害者リハビリテーション学会監訳『アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキット』、日本精神障害者リハビリテーション学会.)
- Skjorshammer, Morten (2005)「特別講演：ノルウェーの精神保健サービス -- 精神障害者とその家族に対する人間性豊かなサービス提供への挑戦」『人間福祉学会誌』5 (1)、15-23.
- Statistics Norway (2017) “Immigrants and Norwegian-born to immigrant parents”
<https://www.ssb.no/en/befolkning/statistikker/innvbe/aar> (2017/8/23 閲覧)
- Stirman, S.W., Gutner, C.A., Langdon, K., & Graham, J.R. (2016). Bridging the gap between research and practice in Mental Health Service Settings: An overview of developments in implementation theory and research. *Behavioral Therapy*. 47 (6) : 920-936.
- スヴェンソン, ベッター (1999a)「ノルウェーの福祉 (1) - 2030 年に向けての社会福祉 - 『世界の福祉』44, 18-21.
- スヴェンソン, ベッター (1999b)「ノルウェーの福祉 (2) 新社会福祉事業法の要点(1991 年制定、1995 年改正)」『世界の福祉』45, 30-34.
- 辻陽子、巽絵理、野村恭代、酒井ひとみ (2015)「精神障害者が利用する自立支援サービス事業種別によるニーズの相違について：大阪府 A 市における事業所利用者のアンケート調査より」『総合福祉科学研究』(6)、13-24.
- WHO (2017) “Mental Disorders : fact sheets” .
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/> (2017/0811 閲覧)
- 上野谷加代子、斉藤弥生 (編著) (2015)『福祉ガバナンスとソーシャルワーク：ビネット調査による国際比較』ミネルヴァ書房.
- 財務省 (2016)「平成 28 年度の国民負担率の公表」.
<http://www.mof.go.jp/budget/topics/futanritsu/20160212.html> 2017/7/14 閲覧