

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括的地域  
生活支援サービスシステムの開発に関する研究

平成14年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 塚田 和美

平成15年4月

# 目 次

## I 総括研究報告

重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括的地域生活支援 サービスシステムの開発に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・	1
	塚田 和美
	伊藤順一郎
	西尾 雅明

## II 分担研究報告

1. 訪問型包括的地域生活支援サービスの機能評価に関する研究・・・・・・・・	11
	大島 巖
2. 社会復帰施設における訪問看護の必要性を明らかにする研究・・・・・・・・	12
	仲野 栄

# I 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

総括研究報告書

重症精神障害者に対する、新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究

主任研究者：塚田和美（国立精神・神経センター国府台病院 第一病棟部長）

分担研究者

伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部長）

西尾 雅明（国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部援助技術研究室長）

大島 巖（東京大学医学部精神保健学分野助教授）

仲野 栄（社団法人日本精神科看護技術協会常務理事）

A. 研究目的

近年、地域精神保健サービスが多様化しているが、重症精神障害者は生活上の活動が制限をうけ、また主体的に適切なサービスを選択することが困難なため、依然として十分なサービスを受ける機会に恵まれない。特に、ひきこもり状態、治療動機が不十分な状態、家族からのサポートが乏しい状態などでは、医療中断を呈しやすく、そのために地域生活維持が困難になっている。その結果重症の精神障害者は頻回の精神科救急の利用、頻回入院、問題事例化、そして長期入院などを呈し、このことが日本の精神病床数が減少しないことの一因を形成してきた。

一方、欧米では、このような状況に対して、Assertive Community Treatment（ACT）といった手法を用いて対応し、再発率の低下や地域滞在率の向上など、

一定の成果をあげてきた。すなわちACTは、精神病床数を削減すると共に、精神障害者の地域生活の質を保ち、また、障害者本人や家族のサービスに対する満足度を向上するのに寄与してきたのである。今や、日本においても、ACTに準じた高密度の訪問型の包括的地域生活支援サービスを展開すべき時期がおとずれていると考える。高密度とは ①障害者本人や家族との関係作りをしっかりとこない、当事者のニーズを明確にし、それにそったサービス展開をする ②服薬管理等の医療サービスを含む ③平均週2回以上の在宅訪問など、頻回のアウトリーチサービスを主体とする ④多職種がチームを形成し、日常生活支援、就労支援といった、多彩な直接的サービスを提供する ⑤24時間週7日対応を原則とし、危機介入にも対応できることを表す。

本研究では、日本の現状に即した、新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・システムを開発し、Evidence Based Researchの方法を用いながら、サービス・モデルの実効性を検証し、日本の精神保健福祉行政での活用について提言をおこなおうとするものである。

## B. 研究方法

本研究は、3カ年に渡る研究事業である。

主任研究者である塚田は、分担研究者の伊藤、西尾、大島や、研究協力者との協働作業のうちに、主として国立精神・神経センター国府台地区に研究活動の拠点をおき、3年間のうちに以下の研究活動を遂行する。日本の実情にあった、訪問型の包括的地域生活支援サービス（ACT）のあり方について研究班として検討を重ね、「標準となるモデル」「ガイドラインおよびマニュアル」「実施にあたっての研修システム」などを作成する。

ACTのような地域生活支援サービスは、そのサービスの質の維持・向上は、最大の課題である。そのために、エントリー基準や終了の基準を明確にし、また、サービスのプロセスにおいてどのような行為が必須であるかを明確にするとともに、それがスタッフによって、確実になされうるのかも評価する必要がある。そのために、fidelity（標準モデルへの適合度）の評価尺度や、アウトカムやプロセスについての評価尺度を開発し、その標準化をはかる。

国立精神・神経センター国府台地区をフィールドとして、ACTのモデル事業（パイロットスタディ）を研究費を用いてたちあげ、国立精神・神経センター国府台病院精神科に入院した患者にたいして、明確なエントリー基準とインフォームドコンセントのもとに、サービスを開始する。スタッフの行動を含むプロセスの評価、患者や家族のアウトカムの評価、かかる医療費などの変化を追跡する医療経済学的評価を、このモデル事業に対して実施する。さらに、ACTチームが成熟した後に、コントロール群をおいての効果実証研究を実施する。なお、分担研究者の仲野は塚田らとも随時連携を取りながら、地域にベースを持つ社会復帰施設が、「地域で暮らす、来所できない精神障害者」のために訪問型の生活支援サービスを展開する可能性を探るため、実態調査をおこない、現状の問題点と課題を分析する。

### 【平成14年度】

まず、ACTなど欧米における重症精神障害者への訪問型の包括的地域生活支援システムに関しての情報収集をおこなう。そのうえで、研究協力者の協力を得て、日本におけるサービス・システムの「標準となるモデル（案）」を作成、実施にあたってのガイドライン・マニュアル（暫定版）も作成する。ここには、対象者のクライテリアも含め、必要なスタッフ配置・サービスの方法・サービス運営の原則・サービス終了

の基準など具体的な基準を盛り込む。

一方、わが国におけるACTについてのEvidence Based Researchをおこなうにあたっての評価尺度の開発・標準化もおこなう。評価尺度には自記式評価、スタッフによる客観的観察評価、サービス・システム自体のシステム評価、医療経済学的評価などを含む。

さらにモデル事業に関わるスタッフを募集、研修を企画しこれを実施する。研修実施にあたっては研修用のテキスト（ver1.0）を作成する。

さらに、国立精神・神経センター国府台地区において、訪問型の包括的地域生活支援モデルを実施するにあたって必要な機材（スタッフルーム、記録のファイリングシステム、訪問に要する車両・用具等）の整備をおこなう。

なお、実態把握的調査の一環として、地域生活支援センターを対象にアンケート調査を実施し、地域生活支援センターの実態を把握するとともに、訪問活動の現状と可能性について検討する。

#### 【平成15年度】

国立精神・神経センター国府台地区をフィールドとして、訪問型の包括的地域生活支援（ACT）のモデル事業（パイロットスタディ）を開始する。すなわち、研究費によってたちあげた、ACTチームがその活動を開始する。チームスタッフは研修をうけつつ、重症精神障害者に

対するACTのサービスを実施する。実施にあたっては、国立精神・神経センター国府台病院精神科と緊密な連携のもと、対象者のエントリーをおこなう。開始されたチームの活動および対象者へのサービスは、モニタリングされ、以下に述べる3つの領域について調査を受ける。

（対象）：

平成15年5月1日から平成16年4月30日の間に国府台病院精神科（児童精神科を除く。）に入院したもの。

- ・ 年齢が16歳以上～65歳以下であるもの。
- ・ 主診断が統合失調症、感情障害、心因反応等の精神疾患であるもの。（主診断が知的障害、痴呆、薬物依存、アルコール依存、人格障害であるものは除外）。
- ・ 居住地が市川・松戸・船橋の3市であるもの。
- ・ 今回の入院が10日以上の子定であるもの。
- ・ 今回の入院前2年間に1回以上の入院、3回以上の救急利用、3ヶ月以上の医療中断のいずれかがあるもの。
- ・ 入院前1年間の過ごし方や、過去2年間の問題行動の数から、重症の精神障害者であると判断されるもの。
- ・ 研究の趣旨について十分な説明を受け、参加について自発的な同意が得られたもの。

平成15年度の対象者総数は約60名程度を予定している。

(方法)：

《介入について》

- ・ アセスメントの実施：チームリーダーは、クライアント加入後1週間以内に、担当医と協議して、最初にあセスメント(面接による)を実施する担当ケースマネジャーを決定する。アセスメントは加入後1ヶ月以内に開始し、3ヶ月以内に完了させる。
- ・ 支援計画の立案：担当ケースマネジャーは、面接終了後1ヶ月以内にクライアントの支援計画原案の立案を行う。支援計画は、担当ケースマネジャー、チームリーダー(あるいはACT-Jチームの精神科医)、クライアント本人(もしくは保護者)、の3者の合意のもとで決定される。
- ・ 提供される支援：個々の支援計画をもとに、原則としてクライアントの生活の場にケースマネジャーが赴いて、以下のようなサービスが提供される。

症状管理、薬物療法の管理と支援、日常生活の支援、当事者・家族に対する心理教育、住居支援、就労支援、家族支援、金銭管理の支援、余暇活動の支援、対人関係に関する支援

- ・ 支援計画の見直し：すべてのクライアントに対し6ヶ月ごとに支援計

画の見直しを行う。クライアント、ケースマネジャーおよびACT-Jチームの精神科医との面接を通して行う。

《調査の実施》

#### I アウトカム研究

介入前後比較を、地域滞在日数、入院日数、入院回数、精神科救急利用回数についておこなう。

追跡調査を、精神症状(BPRS)、薬物量(CP換算値)、クライアントの社会適応状態(GAS、REHAB)についておこなう。クライアント自記式調査を、クライアントのリソースや生活の質(CSQ-8、QOLI、生活満足度)についておこなう。

家族自記式調査を健康度(GHQ)と生活困難度についておこなう。

#### II プロセス研究

チーム形成後のフィデリティスケールの時系列的推移を、Dartmouth ACT Scaleや、CCACTIを用いて調査する。

スタッフの意識・信念の変化の過程(病院あるいは地域ベース、多職種間の役割アイデンティティ)について、自記式質問紙や、面接、フォーカス・グループ・インタビューによって調査する。

スタッフのメンタルヘルスバーンアウトについて自記式質問紙、面接によって調査する。

#### III 医療経済学的な効果研究

医療保険診療報酬票からの情報収集、本人や家族への面接などからのデータをもとにかかるコストを計算する。

コスト計算をするために観察する領域は、直接の医療費、間接的な保健・福祉等のコスト、生活維持のための公的な費用、家族の負担、他の人々の負担、触法行為にかかるコスト、死亡により発生するコストなどである。ACTサービスにかかる費用は、別途計算をおこなう。

【平成16年度】

平成15年度から開始した、パイロットスタディの成果を集約し報告書にまとめる。加えて、パイロットスタディで明らかになったことを基にして、日本における訪問型包括的地域生活支援サービス・システムの「標準となるモデル(第1版)」を作成する。くわえて、実施にあたってのガイドライン・マニュアル(第1版)を作成、上梓する。

平成15年度中にACTチームの活動が成熟するものとみなして平成16年度からは、対象者を、無作為抽出の方法により、訪問型の包括的地域生活支援サービス(ACT)群と、通常の治療・リハビリテーション群に分け、サービスの提供をおこなう。すなわち、コントロール群との比較研究のかたちをとる。ACT群の具体的サービス内容については、

「標準となるモデル」及びそのガイドライン・マニュアルによって厳格に規定される。調査研究をおこなう領域はパイロットスタディに準じる。

このRandomized Control Studyは、エントリー期間を約1年間とし、その後

3年間のフォローアップを継続する。

## 倫理面での配慮

### <安全性>

本研究は介入研究ではあるが、身体的侵襲はない。また、あらゆるサービスは本人や家族の自由な意思に基づきおこなわれる。すなわち強制力はともなわれない。また、24時間週7日対応を原則とし、緊急の事態に対応できる体制をとる。

### <自由意思>

被験者は16歳以上であり、研究への参加については本人及び家族の同意を得ることを原則とする。インフォームド・コンセントに際しては、補助文書を用いて説明し、自由な意思決定を保障するために、説明をしてから同意まで約1週間の期間をおく。拒否権と同意の撤回権の保障について十分に説明する。

### <個人情報保護>

また、研究で知りえた個人情報がみだりに散逸しないように、プログラム実施に伴う記録用紙・評価用紙の保管、データベースのセキュリティは厳重にする。評価用紙等の形式にも、個人名の記載は極力避けるなどの配慮を行う。また、研究結果は統計的手法を用いた方法論によって、個人が特定されない形式で表現することを中心とし、事例報告等の形式で表現する場合は、対象者の承諾を得る。

なお、対象者のエントリーやサービス提供、調査研究などは、研究計画が主任研究者が属する国立精神・神経センター



の倫理委員会における検討を経た後に、実施されるものとする。

## C. 結果

【塚田、伊藤、西尾、大島】

本研究におけるパイロットスタディは平成15年度、効果実証研究は平成16年度に開始予定であり、平成14年度は、システムづくりのための準備期間となった。準備のためにおこなった活動は以下のとおりである。

### ① 情報収集

先進地の視察および研究者・実践家との議論のため、米国へ2度渡航した。

6月17日～30日（伊藤、西尾） シカゴ市、フィラデルフィア市、ポートランド市  
11月7日～18日（伊藤、大島）  
フィラデルフィア市、ボルティモア市  
ACTに関する研究のアドバイザーとして、ペンシルバニア大学から研究者を招へいし、討論の機会を持った。

Phyllis Solomon 教授（12月21日～30日）

Trevor Hadley 教授（3月1日～14日）

ACTに関する文献を網羅的に収集し、5月から10月まで週一回のペースで抄読会をおこなった。また、Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) との契約により開発された、“Assertive Community Treatment Implementation Resource Kit” を入手し、抄訳をおこなった。

### ② 地域・院内とのネットワーキング

われわれの研究に対する理解を得るために、市川市、松戸市、船橋市の公的保健福祉機関、社会復帰施設等によびかけ、ACT研修会（11月26日）や、ACTに関する意見交換会（3月4日）を実施した。また、「市川市・船橋市・松戸市社会資源マップ」を作製し、地域の機関や当事者、家族に配布した。

### ③ プログラムの検討

ACT-Jの活動内容の検討：先進地域である、米国インディアナポリス市のACTの活動を主として参考にしながら、わが国におけるACTの標準となるモデル案（Ver.1）を作成した。また、わが国においてACTを実施する際の、活動内容の検討を、リスクマネジメントや法的問題の整理とともにおこなった。

パイロット・スタディのプラン作製：平成15年度のパイロット・スタディのために、研究プロトコルの作製、対象者の選定基準の作成、プロセス研究、アウトカム研究、医療経済学的研究の各研究の枠組みを検討した。また、各研究に必要な調査用具類に関して、準備をおこなった。

### ④ 環境整備

ACTを実施するにあたって、国立精神・神経センター国府台病院内に、スタッフルームを設置した。整備にあたっては間接経費を活用した。また臨床カルテにあたる記録システムの構築、データベ

ース構築を電子媒体上でおこなった。

(平成15年5月完成予定)また、医療機器など、訪問をしての支援活動に必要な機器の整備をおこなった。

#### ⑤ スタッフの募集と研修

A C Tのチームスタッフとして働くものを募集した。精神科医1名、チームリーダー(P S W)1名、プログラムアシスタント1名のほか、ケースマネジャーを10名(看護師2、作業療法士2、臨床心理士1、職業カウンセラー1、リハビリテーションカウンセラー1、P S W 2、精神科医(シニアレジデント)1)採用した。また、スタッフに対する研修を平成15年度当初に実施するため、プログラムの作成をおこなった。研修としてはワークショップ(講義 & 討論)、施設見学、実務研修、臨床トレーニングなどを含んでいる。研修のためのテキストも同時に作成した。

#### ⑥ ケースエントリーのためのシュミレーション

実際にケースエントリーをおこなうにあたって、病棟スタッフと、研究班の連携が必要であり、また、エントリーケースを管理するためのシュミレーションを3月に実施した。

#### 【仲野】

地域生活支援事業として整備が始まった精神障害者地域生活支援センターの事業について調査を実施して現状を把握し、社会復帰施設における訪問看護

の展開の可能性と看護の機能について検討を加えた。平成14年7月～10月の間に323ヶ所の支援センターを対象に調査票を郵送した。回収率は62.2%であった。調査の結果、整備が進んで数は増えたが、施設によって事業展開や提供されるサービスに大きな差が生じている現状が明らかになった。

#### D. E. 考察・結論

本研究は、重症精神障害者の包括的地域生活支援・再発予防のために、高密度の訪問型包括的地域生活支援システム(A C T)が、既存の日本の精神医療システムのなかにどのように組み込まれ、どの様に機能するかを実証する、きわめて実践的な課題を持った研究である。

日本の精神医療は、精神病床数、平均在院日数とも世界でもっとも多いという特異な特徴をもつ。欧米先進国に比べ、精神障害者の医療・リハビリテーションは精神病院を中心に展開してきており、包括的地域生活支援のための資源の充実・あらたな援助技法の開発とも、いまだ不十分な状況にあるといわざるを得ないのが現状である。しかし、慢性精神障害者の長期収容の弊害は、明らかになっているところであり、昨今の触法精神障害者の処遇をめぐる議論は、地域における充実した生活支援サービスの必要性を浮き彫りにしている。

先述のように、欧米においては、Assertive Community Treatment (A C

T) や Intensive Case Management (ICM) とよばれる、重症精神障害者に対する訪問型の包括的な地域支援サービスシステムが1980年代にはスタートし、この数年その効果についての実証的研究が相次いでいる。そこでは①精神科入院回数と入院日数の削減、②精神保健ケアの継続的な利用の達成、③サービス・コストの削減、④当事者や家族のサービスに対する満足度の増加などが、共通した利点として挙げられている。

本研究は、本格的に重症精神障害者の地域生活支援を現実化するうえでの、本邦初の実験的な研究であるが、日本と欧米では精神医療システムのあり方が大きく異なるため、欧米の研究の単なる追試という位置にはとどまらない。日本の特性、たとえば急性期病棟で30日程度の入院は可能であることとか、同居している家族を資源としても活用可能であることなどを生かした、わが国独自の訪問型包括的地域生活支援システムを開発し、その妥当性について検証しつつ、世界に対して発信することが必要である。このような観点から、本研究の今後の課題を以下に整理する。

①「方法」で述べたことであるが、今回の研究の対象者は、重症の精神障害者であって、かつ、頻回入院や頻回の救急利用をおこなっている、あるいは医療とのつながりが十分ではない人々である。このような対象者に対するACTは、長期

入院患者の退院のためにおこなうACTとは、少々異なる点を有すると思われる。たとえば、医療的な視点では今回の対象患者のほうが長期入院患者よりはエントリー時に不安定であることが予想され、医療的な介入がより濃厚に必要になるかもしれない。逆に、医療的介入が奏効すれば、生活上の障害は比較的早期に改善する可能性もある。また、住まいや生活空間はすでに確保されている人が多く、長期入院患者よりも地域のインフォーマルな資源を活用できるかもしれない。これら、比較的若く、医療を頻回に利用する重症の精神障害者に対するACTプログラムの特徴はていねいに観察し、整理する必要がある。

②家族に対する支援がどのようにプログラムに取りいれられ、機能するかを明確にする必要がある。日本においては、精神障害者のケアが支援者としての家族にかなり依存してきた歴史がある。地域で精神障害者を支えるときに、家族支援は不可欠な要素ともいえる。すでに Evidence Based Practice としてその効果が実証されている家族心理教育は、日本のACTにおいては十分に活用される必要があろう。われわれのプログラムにおいても家族心理教育は含まれているが、複合家族心理教育や単家族の心理教育、あるいは訪問した先での心理教育などを適宜組み合わせる必要がある。スタッフの力量を維持しつつ、いかに家族支援の

アクティビティを発展させるかは課題のひとつである。

③ACTは医療・保健・福祉の多領域に渡る包括的な地域生活支援であるが、それだけに管理的になるリスクもある。そのようなリスクを下げるひとつの工夫として、スタッフとして精神障害者本人や家族を招き入れるという選択肢がある。彼らにチームの中で役割をとってもらう事で、より本人や家族のニーズに敏感な柔軟なACTチームが形成される可能性がある。このようなチームにすることで、一方向的・管理的な関与に対して、歯止めがかかりうる。同時に、サービス対象となる本人や家族にとっても、専門家からのサービスとは異なる視点での関わりがあるので、よりエンパワリングされる可能性もあろう。

しかし、一方で同じチーム内に当事者や家族を招き入れることでの葛藤もないわけではない。どのような役割を彼らの役割と定めるか、ていねいな議論と試行が必要である。

④「終了」の基準を明確にしておく必要がある。上述のように、比較的若い、医療を頻回に利用するような重症精神障害者が対象であるとする、回復してかなり高い社会適応を果たせる場合も相当数あるかもしれない。その場合、彼らへのACTチームとしてのサービスをいつまで続けるかは重要な課題である。基準を明確にして、ある時点で「終了」

ないし「卒業」とすることは、あらたな対象者にサービスを提供する上でも、必要なことであろう。しかし、その場合、徐々にACTのサービス密度を下げていくとか、ACT以外のサービスにつなげるにあたって、ACTチームがていねいに関わる必要があり、そのノウハウについても明確にする必要がある。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

論文発表

- ・ 大島巖、伊藤順一郎：統合失調症のケアマネジメント～ACTを中心に、脳と精神の医学 14 巻、2003(印刷中)
- ・ 大島巖、伊藤順一郎：米国における脱施設化と精神障害者ケースマネジメント～その経験から学ぶこと、病院・地域精神医学 45(4)、2003(印刷中)
- ・ 西尾雅明：イギリスの精神障害者ケアマネジメント、連載：地域生活支援とケアマネジメント：11.精神科看護 29(2)：70-74, 2002
- ・ 西尾雅明：精神障害者の地域サポートシステムはどこへ行くのか、岡崎伸郎編 メンタルヘルス・ライブラリーVol.6「メンタルヘルスはどこへ行くのか」, pp49-73, 批評社, 東京, 2002

- ・ 西尾雅明：精神医療論. 松下正明, 広瀬徹也編「TEXT 精神医学」 pp112-122, 南山堂, 東京, 2002
- ・ 西尾雅明：日本で始まるACTパイロット事業について. 地域精神保健情報レビュー. 45号(印刷中)
- ・ 西尾雅明：「脱施設化」の理念とこれからの精神保健・医療・福祉機能分化の方向性. 病院・地域精神医学 45(4) (印刷中)
- ・ 伊藤順一郎、大島巖、西尾雅明：日本における包括型地域生活支援プログラム(ACT)の展開の必要性 病院・地域精神医学 45(4) (印刷中)
- ・ 中村由嘉子、伊藤順一郎ら：積極的地域マネジメント(ACT)の導入に関する基礎的研究(精神障害とりハビリテーション 投稿中)

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

## Ⅱ 分担研究報告書



## 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業

### 分担研究報告書

#### 社会復帰施設における訪問看護の必要性を明らかにする研究

分担研究者 仲野 栄（社団法人日本精神科看護技術協会常務理事）

#### A. 研究目的

平成8年に地域生活支援事業として整備が始まった精神障害者地域生活支援センター（以下、支援センター）は、平成14年には全国に387ヶ所が開設され、地域で暮らす精神障害者の日常生活を支える社会資源として広がりを見せている。

精神障害者の地域生活支援の中では、訪問看護の有効性が以前から言われている。そこで、今回の研究では全国の支援センターの事業について調査を実施して現状を把握し、社会復帰施設における訪問看護の展開の可能性と看護の機能について検討を加えた。

#### B. 調査方法

- 1) 調査期間；平成14年7月～10月
- 2) 調査方法；平成14年4月1日現在に開設している全国の323ヶ所の支援センターを対象に調査票を郵送した。

#### C. 調査結果

アンケート調査については201施設から回答があり、回収率は62.2%であった。

##### 1) 施設の概要

設置主体は社会福祉法人の割合が40.3%で最も高く、医療法人が36.8%であった。平成12年以降はNPO法人の数も増えていたと言われていたが、今回の調査ではNPO法人・その他を含めて22.9%であった。施設形態については同居型複合施設が67.2%、隣接型複合施設が12.4%で支援セ

ンターの8割が複合施設であった。しかし、開設年別に見ると単独型の施設が平成12年以降増えており、同居型複合施設は年々減少傾向にある。設置主体別に見ると、医療法人と社会福祉法人は複合施設の割合が高く、NPO法人・その他の施設は単独型施設が多いという結果が出ている。これは、日本の精神科医療が併設施設を利用する形で入院患者の社会復帰を進めてきた流れが反映されているものと考えられる。

利用者については、開設年が古くなるほど利用者数が多い施設の割合が高まる傾向が見られ、開設後の経過と共に利用者が順調に増加している施設がほとんどである。設置主体別に見ると、医療法人の方が社会福祉法人よりも利用者数の多い施設の割合が高く、近くに関連施設を多く持っている支援センターが現状では来所者が多くなっているのではないかと考えられる。

##### 2) 運営状況

休館日については「なし」の施設が39.8%、「週1回以上」の施設が47.8%であった。原則的には常時開設であるはずの支援センターの半数近くが毎週定期的休館日を設定している。その詳細を見ると、「なし」の割合が高いのは設置主体別では医療法人で54.1%、施設形態別では同居型複合施設の45.2%であった。医療法人には援護寮等の入所施設に併設された支援センターが多く、併設施設の職員の応援体制によって休館日



なしでの運営が可能になっていると考えられる。それに対して、単独施設は休館日なしの割合は21.1%であり、単独施設には休日対応についての応援体制がなく、年中無休の勤務体制を整えることが難しい状況であることがわかる。夜間の対応については、「支援センター職員が携帯電話で対応する」施設が41.8%、「併設施設の職員が対応する」が29.4%、「留守番電話で翌日対応する」が24.9%となっている。その詳細は、医療法人では「併設施設職員が対応する」施設が多く、社会福祉法人では「支援センター職員が携帯電話で対応する」施設が多い。また、複合施設では「併設施設職員が対応する」施設が多く、単独施設では「支援センター職員が携帯電話で対応する」施設が多い。これは、援護寮等の当直のいる入所施設に併設された医療法人の支援センターでは、併設施設の応援体制で夜間の対応を行っているところが多いということである。支援センターは24時間対応が原則であるが、単独施設等スタッフの確保が困難な場合には応援体制なしでは夜間の対応を行うことが難しい状況を表していると言える。このように、休館日と夜間の対応の現状からは、支援センターのマンパワー不足が問題として上げられる。

### 3) 事業の展開

支援センターの事業を「相談事業」「地域交流事業」「日中の活動の場の提供」の3つに分けて、その優先順位について調査した結果、「相談事業」を優先している施設の割合が64.2%で最も高い。「日中の活動の場の提供」が27.9%、「地域交流事業」は5.5%であった。これによって、支援センターは相談事業を重要と考えていることがわかる。

しかし、相談事業の詳細を見ると、1ヶ月あたりの電話相談件数は平均152.2件、来所相談件数は平均59.6件で設置主体別では大きな差は見られない。しかし、施設ごとに見ると件数が少ない施設と非常に多い施設とバラツキが大きいことがわかる。例えば、電話相談件数が50件未満の施設の割合が33.3%、50～100件未満が19.9%、100～200件未満22.9件、300件以上が13.4%となっている。また、「日中の活動の場の提供」については設置主体別の差が見られ、医療法人が402.6名、社会福祉法人が309.3名、NPO法人が221.9名、その他が331.0名となっている。これについては、併設施設の有無やその種類、支援センターの立地条件等が影響し、援護寮等の入所施設や病院が近くにあることが多い医療法人の方が利用者が多いことは、利用者が重複しているのではないかと考えられる。

訪問活動については定期的あるいは必要に応じて実施している施設が88.0%であり、平成9年度の調査と比較すると実施率が大きく伸びている。1ヶ月あたりの訪問件数は、平均17.1件であった。訪問活動も相談事業と同じく施設ごとのばらつきが大きく、2件以下の施設が26.0%、11件～20件が19.2%、21件以上が18.6%となっている。これは、支援センターによって訪問活動に対する取り組み方に大きな差があることを示している。訪問内容についてみると、「病状観察」が最も多く39.5%、「話し相手」が36.7%で、その他の項目は10%代であり、病状安定のための支援が中心であると考えられる。

### D. 考察

精神障害者の社会資源の整備が進み、

年々その数を増やしている支援センターであるが、今回の調査で施設の意義や役割が多様であるということが明らかになった。結果の中で述べたように、事業の展開状況等において施設間の差が大きい。ほとんどの支援センターが重要な事業だと考えている相談についても、施設ごとの件数に大きな差が見られる。これは、支援センターで提供されるサービスの曖昧さを表していると考えられる。つまり、支援センターで事業として実施される「相談」や「場の提供」については定義が決められているわけではなく、「〇〇に関する〇分以上の話を聞いたら相談という」とか「支援センター専有スペースを〇時間以上使用した場合を日中の活動の場の提供という」というようにサービスの最低ラインが決められていないため、実績報告に上げられる利用者数そのままサービス提供の実績につながらない可能性も考えられるということである。相談に関しては、最も多い相談内容が「話し相手」となっており、これは全国の支援センターに共通して見られる傾向である。このことは、薬に関する相談や不眠や身体症状等の治療に直接結びつくような相談は支援センターではなく、かかりつけの病院にしているということを示していると考えられる。利用者は相談内容によって相談先を選択しているということであるが、食生活や金銭管理など日常生活上の具体的な困り事に関する相談が少ないということは、支援センターの機能や役割について利用者に十分知られていないということだと言える。話を聞いてもらえる窓口や日中安心していられる場があることは大切であるが、訪れた人や電話をかけてきた人だけを対象にサービ

スを提供する「待ち受け施設」としての支援センターが多い今の状況は、支援センターに期待される機能であるか否かは疑問である。また、「場の提供」や「地域交流事業」として施設の内外で様々なプログラムを企画運営している支援センターも多く、支援センターの「ミニデイケア化」と呼ばれるような現象も見られている。支援センターの事業は精神障害者の地域生活全般を広く支援するものであるが、その範囲の広さゆえに病院や保健所、行政の窓口など競合する施設や機関が多い。そこで、それらの機関との役割分担を行うことが必要になる。しかし、関係機関との連携については業務推進上の問題の2位に上げられており、地域の中での役割分担が容易でないことが予想される。また、設置主体の意向や期待を強く反映した事業展開をしている支援センターも多く、関連施設専用の社会資源としてのみ機能してしまう危険性もある。しかし、都市部の単独型の支援センターでは開設後の経過の中で次第に来所者の傾向が変化しているところもあり、普及啓発活動がうまく行われている支援センターでは、受診歴のない人や若年層の利用が増えている。このような状況を見ると、支援センターはまだまだ未分化な状態であるが、一定の役割と効果が期待できるとも言える。

このように、利用者の待ち受け施設的な側面が大きい支援センターであるが、訪問活動については9割近くの施設が実施しており、重要な事業であると考えられていることがわかる。しかし、この点についても施設間の取り組みの差が大きく、今後の事業展開に問題を抱えている。訪問内容についての結果から、支援センターで実施され

る訪問は「具体的に何かを解決する」というよりも「見守り」あるいは「一定の距離を保ちながらのかかわり」といった内容のものが多いということが特徴として上げられる。これは、経済的理由等で訪問看護を利用することができないケースへの対応や、引きこもりなど社会資源の活用が行われにくいケースの掘り起こしとして有効であり、支援センターに独自の機能であると考えられる。しかし、全体としてはマンパワーの不足等の理由で十分行えていない状況がある。このマンパワーの不足については業務推進上の問題の1位に上げられており、支援センターの現在のスタッフにとっての大きな問題として捉えられていることがわかる。これには2つの側面があり、ひとつは「利用者のニーズに対応した多様な活動を展開するための職員数が足りない」ということと、加えて「経験を有する専門職の確保が難しい」という点である。全国的に経験年数の少ない若いスタッフの多い支援センターが多いという調査結果であったが、これには人件費を確保することの困難と優秀な人材を確保することの困難の両方が背景にあると考えられる。今回は、支援センターにおける看護師の配置状況についても調査を行ったが、看護師を配置している支援センターの割合は高いとは言えないものの、配置している施設のほとんどが看護師配置のメリットを感じていることがわかった。それは、「病気に関する相談に応じることができる」「利用者の病状悪化時に適切に対応できる」「副作用の観察や薬の相談に応じることができる」などであった。現在は人件費等の問題で配置されていない支援センターが多く、今後訪問活動の拡大や幅広

い利用者の受け入れを考えた時に看護師の支援センターへの配置は有効であると考えられる。支援センターの積極的な地域展開には欠かすことができないと思われる。

## E. 結論

支援センターは、地域で暮らす精神障害者が医療機関の垣根を越えて誰でも気軽に利用できる柔軟な社会資源として作られたが、その柔軟さが機能の曖昧さとして現れている現状が今回の調査で明らかになった。整備が進んで数は増えたが、施設によって事業展開や提供されるサービスに大きな差が生じている。このような状況を改善するためには、支援センターのスタッフが積極的に地域に出向き関係機関との連携を図り、役割分担をして支援センターの機能を明確にしていく必要がある。その結果、支援センターが何をやる所でどのような時に利用すればよいのかを、わかりやすく伝えることができる。このことは、利用の拡大にもつながり、また、少ないマンパワーでの有効な事業展開を可能にすると考えられる。今後は、支援センター独自の機能として「支援センターに来ることができない精神障害者」に対しても、アウトリーチサービスを提供する必要がある。その時には、幅広い利用者に対応できる医療知識も有する看護職の専門性は発揮されると考えられる。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
「重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括的地域生活支援  
サービスシステムの開発に関する研究」

平成 14 年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成 15 年 4 月

発行者 主任研究者 塚田 和美

発行所 国立精神・神経センター国府台病院

〒272-8516 千葉県市川市国府台 1-7-1