

「こころの健康」アンケート ご協力の依頼

わが国でも「こころの健康」の大切さが強調されています。こうした中でご存知のように、近年自殺が急増しています。そして早急な対策が求められているところです。

そのために、このアンケートは厚生労働省がすすめる「こころの健康増進対策」の一環として、佐久市保健補導員会の協力を得て行われるものです。今回の調査では、地域に暮らす皆様の意見をよくうかがい検討して、これを今後の自殺予防対策に生かすことを目的とするものです。

今回のアンケートは、テーマの性質上、読みたくない、回答したくない方もいらっしゃるかも知れません。そうした場合は、無理にご記入願わなくても結構です。アンケート用紙を回収にうかがう保健補導員にそのままお返しください。その場合でも、もしこころの健康についてなにか相談したいことがある方は、遠慮なく下記の相談先へお電話いただいで結構です。

ただ、私ともしましては、本調査研究の趣旨をご理解いただき、是非アンケート記入のご協力をいただければ、まことに幸いと存じます。アンケートは無記名ですし、また皆様の回答はすべて統計的な数字で処理されますので、個人の名前が外に出ることは一切ありません。なにとぞ、ご協力の程、宜しくお願ひ申し上げます。ご記入いただいた方には粗品として図書券を謹呈しております。

調査責任者・連絡先

奈良女子大学 教授 清水新二

電話 0742-20-3486

相談先

長野県精神保健福祉センター

所長 小泉典章

電話 026-227-1810



こころの健康増進研究会

④悩みやストレスを日ごろ、誰かに相談していますか。あてはまるものを1つ選んで○をつけてください。

- 1 相談している
- 2 相談したいか誰に相談したらよいかわからないている
- 3 誰に相談したらいいかわかっているのたか、内容的に誰にも相談できないている
- 4 相談する必要はないので誰にも相談していない

【問3】あなたに何か困ったことがあって、自分の力ではどうしようもないとき、助けてくれると思う人となたてすか。

以下のそれぞれの項目について、1～4の中から選びあてはまる番号に○をしてください。

	非常に そう思う	まあそう思う	あまりそうは 思わない	まったくそう は思わない
あなたの配偶者（妻または夫）の場合	1	2	3	4
配偶者以外の家族	1	2	3	4
友人・知人	1	2	3	4
近所の人	1	2	3	4
親戚	1	2	3	4

【問4】 この1週間の、あなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。

以下の1～13の文章を読んで、それぞれについてあてはまる番号を1～4の中から選び○をつけてください。1～4の番号の意味は次のとおりです。

◎もしこの1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合は・・・1

◎週のうち1～2日なら・・・2

◎週のうち3～4日なら・・・3

◎週のうち5日以上なら・・・4

のところを○てかこんでください。

	ない	1-2日	3-4日	5日以上
1 普段はなんてもないことかわずらわしい	1	2	3	4
2 食へたくない食欲が落ちた	1	2	3	4
3 家族や友達からはげましてもらっても、気分が晴れない	1	2	3	4
4 物事に集中できない	1	2	3	4
5 ゆううつた	1	2	3	4
6 何をするのも面倒だ	1	2	3	4
7 何か恐ろしい気持ちかする	1	2	3	4
8 なかなか眠れない	1	2	3	4
9 生活について不満なくすこせる	1	2	3	4
10 ふたんより口数か少ない口か重い	1	2	3	4
11 一人ぼっちでさびしい	1	2	3	4
12 悲しいと感じる	1	2	3	4
13 仕事か手につかない	1	2	3	4

【問5】 Aさん、Bさん、Cさんは以下のような理由によって亡くなりました
 あなたは、その方や家族の方に対して、どのように感じるでしょうか
 感じる程度を1点から5点であらわした時、あなたの気持ちにあてはまる数字に○をつけてください

■ Aさんは、若い頃から毎日かなりの本数のタバコを吸っていました
 その結果、肺ガンにかかって亡くなりました

Q11-a1 Aさんの死は、とれくらいAさん本人あるいはAさんの家族に責任のある事だと思いますか

	全く責任はない		ある程度責任がある		非常に責任がある
本人	1	2	3	4	5
家族	1	2	3	4	5

Q11-a2 Aさんが亡くなったことで、Aさん本人に対して、次のような感情をとのくらい感じますか

	全く感しない		ある程度感する		強く感する
同情	1	2	3	4	5
困惑	1	2	3	4	5
怒り	1	2	3	4	5

Q11-a3 Aさんが亡くなったことで、Aさんの家族に対して、次のような感情をとのくらい感じますか

	全く感しない		ある程度感する		強く感する
同情	1	2	3	4	5
困惑	1	2	3	4	5
怒り	1	2	3	4	5

Q11-a4 Aさんのような理由で亡くなった人の家族に対して、以下のような援助をしようと思えますか

	抵抗を感じる		どちらでもない		積極的に行いたい
話を聞くなどの個人的援助	1	2	3	4	5
街頭募金などへ寄付	1	2	3	4	5
遺族のためのボランティア活動	1	2	3	4	5
行政機関による公的援助への支持	1	2	3	4	5

■ Bさんは、ずっと仕事が忙しく、何ヵ月も休みがとれない状態でした
 その結果、過労のため自殺で亡くなりました

Q11-b1 Bさんの死は、とれくらいBさん本人あるいはBさんの家族に責任のある事だと思いますか

	全く責任はない		ある程度責任がある		非常に責任がある
本人	1	2	3	4	5
家族	1	2	3	4	5

Q11-b2 Bさんが亡くなったことで、Bさん本人に対して、次のような感情をとのくらい感じますか

	全く感しない		ある程度感する		強く感する
同情	1	2	3	4	5
困惑	1	2	3	4	5
怒り	1	2	3	4	5

Q11-b3 Bさんか亡くなったことで、Bさんの家族に対して、次のような感情をとのくらい感じますか

	全く感じない		ある程度感じる		強く感じる
同情	1	2	3	4	5
困惑	1	2	3	4	5
怒り	1	2	3	4	5

Q11-b4 Bさんのような理由で亡くなった人の家族に対して、以下のような援助をしようと思えますか

	抵抗を感じる		とちらでもない		積極的にやりたい
話を聞くななどの個人的援助	1	2	3	4	5
街頭募金などへ寄付	1	2	3	4	5
遺族のためのボランティア活動	1	2	3	4	5
行政機関による公的援助への支持	1	2	3	4	5

■ Cさんは、ギャンブルにのめりこんでしまい、返済できないほどの多額の借金を抱えてしまいました。その結果、借金を苦に自殺をはかり、亡くなりました

Q11-c1 Cさんの死は、どれくらいCさん本人あるいはCさんの家族に責任のある事だと思えますか

	全く責任はない		ある程度責任がある		非常に責任がある
本人	1	2	3	4	5
家族	1	2	3	4	5

Q11-c2 Cさんか亡くなったことで、Cさん本人に対して、次のような感情をとのくらい感じますか

	全く感じない		ある程度感じる		強く感じる
同情	1	2	3	4	5
困惑	1	2	3	4	5
怒り	1	2	3	4	5

Q11-c3 Cさんか亡くなったことでCさんの家族に対して、次のような感情をとのくらい感じますか

	全く感じない		ある程度感じる		強く感じる
同情	1	2	3	4	5
困惑	1	2	3	4	5
怒り	1	2	3	4	5

Q11-c4 Cさんのような理由で亡くなった人の家族に対して、以下のような援助をしようと思えますか

	抵抗を感じる		とちらでもない		積極的にやりたい
話を聞くななどの個人的援助	1	2	3	4	5
街頭募金などへ寄付	1	2	3	4	5
遺族のためのボランティア活動	1	2	3	4	5
行政機関による公的援助への支持	1	2	3	4	5

ご存しの通り、最近では自殺が増えています。以下はこの自殺問題についてあなたの意見をうかがうものです。以下の質問には重い内容の項目もありますので、回答したくない方はとばして【問7】にお進みください。また、回答中に答えたくない項目がありましたら「回答したくない」欄に○をつけその項目をとばし、次の項目にお進みください。

【問6】 次のような、それぞれの意見は、あなたの考え方にとの程度あてはまりますか。
あてはまると思う番号に○をつけてください。

	回答したくない	あてはまらない	ややあてはまらない	どちらともいえ	ややあてはまる	あてはまる
1 自殺をする人の多くは、うつ状態である		1	2	3	4	5
2 重い病を持つ人が自殺を選ぶのは仕方ない		1	2	3	4	5
3 人には自ら死を選ぶ権利がある		1	2	3	4	5
4 重い罪をつくなくために自殺することは仕方ない		1	2	3	4	5
5 自殺をした人は、この世に未練のない人である		1	2	3	4	5
6 家族や身近な親しい人でも、自殺しようとしていること気づくことはできない		1	2	3	4	5
7 他人に迷惑をかけないのだから自殺をしてもかまわない		1	2	3	4	5
8 行政は自殺の問題にもっと積極的に取り組むべきだ		1	2	3	4	5
9 自殺をしようとするのは、その人の問題なので止めるべきではない		1	2	3	4	5
10 もし死後の世界があるとしたら、そこで自殺者は救われると思う		1	2	3	4	5
11 自殺をしようとする人は、誰かに仕返しをしようとしている		1	2	3	4	5
12 祖先や家族を大事にしない人は、より自殺を試みやすい		1	2	3	4	5
13 自殺をしようとしている人は、本当は助けを求めている		1	2	3	4	5
14 自殺をする人は、頭の中が混乱して自分でも何をしようとしているのか、わからない		1	2	3	4	5
15 自殺をする人はストレスをため込む人である		1	2	3	4	5
16 自殺について普段から話題にしていくことは大切な		1	2	3	4	5
17 自殺だけか唯一の解決手段となる場合もある		1	2	3	4	5
18 自殺者の遺族への声かけや心くはりは重要である		1	2	3	4	5

	回答したくない	あてはまらない	ややあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	あてはまる
19 多くの場合、自殺を図るときは理性が働いていない		1	2	3	4	5
20 人が自殺をすること自体に漠然とした恐怖を感じる		1	2	3	4	5
21 ある人々は、自らの潔白を示すために自殺する		1	2	3	4	5
22 人生に立ち向かえない臆病な人が、自殺を図るのは仕方ない		1	2	3	4	5
23 自殺の実態や問題についてもっと知りたいと思う		1	2	3	4	5

【問 7】 仮に、あなたのまわりで親しい人が“自殺したい”と深刻に悩んだ時、あなたならまずどのように対応しますか。
次の中から、もっとも近いものを 1つ選び○をつけてください。

- 1 どうしていいかわからない
- 2 ゆっくりと話を聞いてあげる
- 3 思いととまるよう、その人と話をする
- 4 専門相談機関での相談をすすめる
- 5 その他（具体的に _____)

【問 8】 親しい人が自殺した場合にその遺族について、次のような3つの意見があります。
あなたは、どちらの意見に賛成ですか。
あなたの考えにより近いものを、1つ選び○をつけてください。

- 1 遺族には声などかけず そっとしておくべき
- 2 普通の不幸と同じにする
- 3 一般の不幸以上に、励ましたり話し相手になるべき

【問 9】 自殺問題への対策として、あなたか大切だと思うことはどのようなものでしょうか。
下の番号（1～13）の中から、3つまで選んで○をつけてください。

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1 債務相談制度の充実 | 2 学校での「いのちの教育」 |
| 3 職場や地域での「こころの相談」の充実 | 4 自殺電話相談（「いのちの電話」など） |
| 5 宗教による相談や支え | 6 かかりつけの医師・診療所の目くばり |
| 7 もっと精神科の受診をしやすくする | 8 自殺に関する一般啓発教育 |
| 9 自殺遺族への専門的ケア・支援 | 10 自殺遺族への周囲の人によるいたわり |
| 11 高齢者の孤立を防ぐ対策 | 12 景気の早期回復 |
| 13 その他（具体的に _____) | |

以下の質問には重い内容もありますので、回答したくない方はとほして【問 11】にお進みください。

また、回答中に答えたくない項目がありましたら、「回答したくない」欄に○をつけその項目をとばし、次の項目にお進みください。

【問 10】以下には、一般の人々か時折抱くことのある考え方を述べた文が並べられています。

それぞれの文をよく読み、過去一ヶ月の間にこれらの考えを抱いたとしたら、どのくらいの頻度でその考えを抱いたかを教えてください。解答欄の中からあなた自身の考えに最も近い数字を選び、○で囲んでください。正しい答えや間違った答えはありませんので、できるだけ正直にそれぞれの回答をしてください。

	回答したくない	このように考えたことはない	以前には思ったことがあるかない	1 1 前には思ったことがあるかない	1 1 前には思ったことがあるかない	1 1 前には思ったことがあるかない	週に 2 3 回	ほとんど毎日
1 ゲーム（勝負事）には、負けるより勝ちたいと思ったことがある		1	2	3	4	5	6	7
2 生きていないほうが良かったと思ったことがある		1	2	3	4	5	6	7
3 私が自殺したら、皆かとなふうに感ずるか考えたことがある		1	2	3	4	5	6	7
4 死ねたらなあ、と思ったことかある		1	2	3	4	5	6	7
5 全ておしまいになったらとんなに楽たろうと考えたことかある		1	2	3	4	5	6	7
6 私か死んだら、他の人々かもっと幸せになるたろうと思つたことかある		1	2	3	4	5	6	7
7 知人とはいへ、本音を言うのはなかなかむずかしい		1	2	3	4	5	6	7
8 生まれてこなければよかつたと思つたことかある		1	2	3	4	5	6	7
9 人生、生きている価値がないと考えたことかある		1	2	3	4	5	6	7
10 私の人生は、続けていくにはあまりにもみじめと思つたことかある		1	2	3	4	5	6	7
11 私が生きていようか、死んでいようか、気にしないたろうと思つたことかある		1	2	3	4	5	6	7
12 今日しなければならぬことでも明日まで延ばそうと思つ		1	2	3	4	5	6	7

【問 13】 あなたの世帯についてうかがいます。

次の例を参考にして、あなたからみた世帯員全員の続柄、性、年齢を記入してください。

学校関係などによそに下宿しているお子さんなども含め、同居・別居(下宿)のあてはまる欄

に○をつけてください。

	続柄	性別	年齢	同居・別居
例	自分	女	48	<input checked="" type="checkbox"/> 同居・別居
	長男	男	21	同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居
	自分			同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居 別居
				同居・別居

【問 14】 最後にうかがいます。お答えになれるようでしたら、お答えください。

これまであなたの人生の中で、家族、友人・知人などで親しい方が自殺をされた経験は

おありでしょうか。

- 1 ある 2 ない 3 答えたくない

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。重い内容のアンケートでしたか、是非、今後の対策に役立てていきたいと思っております。

このアンケート調査の集計結果については、後日佐久市での講演会でその概要をご報告させていただく予定であります。結果の集計に少し時間がかかりますが、後日市の広報でご案内いたします。

また、こうしたことからについて、さらに個別の相談を試みたいと思われる方は、遠慮なく下記にご連絡ください。

長野県精神保健福祉センター

長野市 若里 1570-1

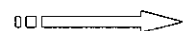
電話： 026-227-1810

FAX： 026-227-1170

E-mail： withyou@pref.nagano.jp

担当者：小泉典章・中村裕見子・出川寛子

次ページに感想の欄を設けております。よろしければご協力ください。



アンケート事後感想

1 全体的に見て今回のアンケートで、回答したくないと感じたり、記入に抵抗感のある質問は多かったですか。次の中からもっとも近いものを1つ選んで○をしてください

- 1 非常にそう思う
- 2 まあそう思う
- 3 とちらともいえない
- 4 あまりそう思わない
- 5 まったくそうは思わない

2 ては、今回のアンケートの問4-6、問10について個別におたずねします。それぞれとの程度抵抗を感じましたか。 1 と同しように、もっとも近い番号を1つ選んで○をしてください

	非常に そう 思う	まあ そう 思う	いど ちら とも い え な い	そあ まり 思 わ な い	そま はた く 思 わ な い
【問4】 からたや心の状態	1	2	3	4	5
【問5】 死亡原因別事例への感し方	1	2	3	4	5
【問6】 自殺に関する考え方	1	2	3	4	5
【問10】 時折抱く考え方	1	2	3	4	5

3 意見・感想 (自由記載)

このアンケートについて、お気づきの点やご意見があれば、なんても結構ですから次の欄に自由に記入して下さい。

ご協力ありがとうございました。

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

自殺と防止対策の実態に関する研究

分担研究報告書

自殺と予防対策の実態に関する日・豪比較研究

オーストラリア・メルボルンにおける地域精神保健システムの現状

分担研究者 金 吉晴 国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部

研究協力者 井筒 節 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

研究協力者 堤 敦朗 東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学分野

要旨

オーストラリア連邦政府は、1992年に精神保健政策の見直しを行い、全ての精神科単科病院を廃止し、地域ケアモデルに移行することとした。中でも、メルボルンにその一環として誕生したセントビンセント精神保健サービス（SVMHS）は、短期間に新しい地域精神保健システムを構築し、世界的に注目を集めている。

SVMHSでは、急性期の入院治療を行なう公立総合病院を中心に、外来治療・地域におけるケースマネジメントを担当するクリニックの他、入院の必要はないかリスクの高い状態にある地域生活中の患者を24時間体制でアセス・ケアするチーム、急速な脱施設化に伴い増加が懸念されたホームレスについてアウトリーチを行い必要かある者を治療につなげるチーム、退院後地域に再統合するまでのリハビリを行なう中間施設等が、経営母体を同じくするグループの元で効果的に機能していた。更に、SVMHS以外のNGO等の組織もシステムに深く組み込まれ、デイサービスを行なう組織、青年へのケアを重点的に行なう組織、精神障害者の子どもをケアする組織、触法患者に対応する組織等と相補的に良好な関係を有していた。

このメルボルンにおける試みは、文化差等の考慮が必要ではあるが、日本やその他の国におけるより良い精神保健福祉システム構築に対し、重要な示唆を与えるものと思われた。

A 研究目的

オーストラリア連邦政府は、1992年に精神保健政策の大幅な見直しを国家レベルで行い、全ての精神科単科病院を廃止し、地域ケアモデルに移行することとした。全編メンタルヘルスに焦点を当てた2001年の世界保健機関（World Health

Organization, WHO)の年次報告書「The World Health Report 2001 Mental Health New Understanding, New Hope」¹の別冊「Atlas Country Profiles on Mental Health Resources in the World」²によると、保健関連予算において精神保健が占める割合は、日本では

0.49%であるのに対し、オーストラリアは6.5%、人口1万対の精神科病床数は、日本の28.4に対してオーストラリアは4.1と、国家政策の観点からみても、実践の面からみても、オーストラリアが大きく進んでいることがわかる。このオーストラリアの新しい精神保健政策とその実践は、このWHOによる年次報告書本体においてもコラムの中で取り上げられ、精神保健に対する国家予算が30%増やされ、そのうち87%がコミュニティーヘアスの活動に使われたことにより、単科精神病院数や精神科病床数が劇的に減少し、当事者や家族の権利の増強、地域のシステムの強化等、様々な効果がみられたとして紹介されている。

中でも、ビクトリア州メルボルンにその一環として誕生したセントビンセント精神保健サービスは、約10年という短期間に新しい地域精神保健システムを確立し、現在では、効果的で理想的なモデルの一つとして世界的に注目を集めている。著者らは、その中で中核的な役割を果たすセントビンセント病院において、2004年2月から3月にかけて海外専門家のための卒後研修プログラムに参加する機会を得たため、このメルボルンにおける試みについて紹介する。特に、若年層の自殺は、オーストラリアにおいて社会問題となっており、これに対する対応にも触れた。

日本とオーストラリアは共にWHO西太平洋地域事務局が担当する地域に含まれ、東南アジアやインドシナ、島嶼部を中心とするアジア西太平洋地域の精神保健改革を牽引していく役割が期待されて

いる。日本は、オーストラリアとの協力を強化し、日本国内の精神保健システムの改善を更に進めると共に、他のアジア諸国におけるより良い精神保健システムの構築を進めていく必要があり、その上で、このメルボルンにおける試みは様々な示唆を含むものと考えられる。

B 研究方法

2004年2月から3月にかけて、オーストラリア連邦ビクトリア州メルボルンにて、セントビンセント精神保健サービスとメルボルン大学との共同プロジェクトであるPostgraduate Overseas Specialists Training Program (POST Program)に参加した。ここでの見聞に併せ、オーストラリア連邦政府、ビクトリア州政府、メルボルン大学、その他の関連機関によるそれぞれの資料を元に、セントビンセント精神保健サービスについてレビューした。資料収集にあたっては、ビクトリア州、メルボルン大学精神科、メルボルン大学国際精神保健センター、セントビンセント精神保健サービスの各施設、その他の関連機関を訪れ、同時に担当者からの聞き取りも行なった。

C 研究結果

オーストラリア連邦政府によって1992年に策定された新たな精神保健政策・計画は、(1) これまでの大規模精神病院における収容式の治療形態を撤廃し、急性期治療を含むケアを、総合病院や地域のクリニック等のより制限が少なく一般的な場で行い、(2) その際、地域ケアをヘアスに、包括的で、バランスよく、且つ

連続性のあるより幅広いサービスを、公立機関を中心に、様々なサービスプロバイダーとの協力関係のもと提供することを定めた。

この大幅な精神保健福祉政策における改革を受け、オーストラリア全土において大規模精神病院は次々に廃止され、地域ごとに新たな精神保健サービスチームが作られることとなった。この地域精神保健サービスチームは、これまでの大規模精神病院に代わって急性期の入院治療を行なうこととなった各地域の総合病院精神科を中枢として、外来治療や地域におけるケースマネージメントを担当するクリニック、入院の必要はないがリスクの高い状態にある地域生活中的の患者を24時間体制でアセス・ケアするチーム、急速な脱施設化に伴い増加が懸念されたホームレスについてアウトリーチを行い必要に応じて治療につなげるチーム、退院後地域に再統合するまでのリハビリを行なう中間施設等が、主に経営母体を同じくするグループの元でチームとして機能するものである。この地域単位のサービス体系はオーストラリアの全地域に作られ、新しい地域精神保健ケアが始められることとなった。

この一環として、セントビンセント精神保健サービス (St Vincent's Mental Health Service) は、公立セントビンセント病院を中心に、メルボルン中心部の北東に隣接する Yarra と Boroondara の2つの地域 (人口 227,000 人) をカバーする地域精神保健サービスとして、1995年に誕生した。以下に、このセントビンセント精神保健サービスを構成する各施設

の取り組みを紹介する。

急性期入院サービス セントビンセント病院

まず、公立総合病院であるセントビンセント病院か、セントビンセント精神保健サービスの拠点として、急性期の入院治療を担当している。ここには、外来部門はなく、以下に述べる2つのクリニック (各地域に1つ) が外来治療を担当している。このセントビンセント病院の精神科病床は、広大な公園に面した美しい建物の中にあり、地域ごとに分けられた2つのフロアに合計44床を有している。地域ごとにフロアが分けられているのは、地域によって異なる人種構成 (言語文化が異なる) に敏感に対応できるようにするため (Yarra 地域では英語が主な言語であるのに対し、Boroondara 地域ではヴェトナム等からの比較的新しい移民の割合が高く、英語に困難をもつ者が多いため、後者からの患者用のフロアには英語以外の言語や多様な文化に対応できる者を多く配置している) と、退院後に各地域クリニックか地域ごとにケースマネージメントを行なうためである。病室を始め病棟は病院を感じさせない明るい色彩でデザインされ、一人一人のスペースが広くとられており、またカーテンなどを効果的に使用することでプライベートを確保できる作りになっている。患者は、統合失調症や気分障害によって自傷他害行為のある者がほとんどで、強制入院が多いが、開放病棟であり、一部特に調子が悪い患者をケアする保護室がある。平均在院日数は約2週間で、長期入院は基

本的に行なわない。短期の入院後、地域に再統合しやすいようにとの配慮から、医師・看護師・ソーシャルワーカー・作業療法士等は白衣を着用せず私服で対応している。同敷地内にある、内科・外科等とのリエゾン体制も整っており、充実した医療を受けられる環境が用意されている。オーストラリア独自の特色として、ヒクトリア州に暮らすアボリジニーのための専用ベッド5床も有している。

地域メンタルヘルスクリニック クラリンドンクリニック・ホーソッククリニック

セントヒンセント精神保健サービスの外来治療を担当し、地域におけるケースマネージメント等の中心的な役割を担うのか、各地域に1つずつあるクリニックで、Yarra 地域にクラリンドンクリニックが、Boroondara 地域にはホーソッククリニックがある。これらのクリニックは、セントヒンセント病院と同経営のもと運営されている。

多くの患者は、行きつけの GP や保健所等からリファーされ、これらのクリニックを受診するか、直接受診することもできる。クリニックでは、医師・心理士・ソーシャルワーカーらの専門的なアセスメントが行われ、必要か認められた場合、セントヒンセント病院への入院や外来治療・ケースマネージメントが状況に応じて開始される。入院の必要性か認められた場合、これらのクリニックがセントヒンセント病院と同経営であり、短期入院により病院の病床確保が容易であることから、スムーズに入院につなげることができるのが特徴的である。これは、自殺

を初めとする自傷他害の恐れのある者の危機回避に大きな貢献をしていると考えられている。

急性期にセントヒンセント病院に入院していた患者が退院した際には、多くの場合、これらのクリニックの外来治療・ケースマネージメントを受けることになる。必要に応じて、訪問看護など在宅医療も行なっている。

これらのクリニックの概観・内装は、日本の一般的なクリニックの概念とは大きく異なるアーティスティックで美しいもので、特にクラリントンクリニックには大きな庭もあり、患者に憩いの場を提供している等、圧迫感を与える場ではなく、まさにリラクゼーションを得られる場との印象を提供するよう心がけられている。これは、同時に、オーストラリアで自殺率が高い若年層の受診への抵抗感を弱め、自発受診につなげることに効果的であると考えられている。

危機査定・介入チーム

セントヒンセント精神保健サービスには、クリニックにて、入院の必要はないがリスクの高い状態にあると判断された患者を、週7日24時間体制でアセス・ケアするチーム（Crisis Assessment and Treatment Team, CATT）があり、重要な役割を担っている。患者自身や家族、地域からの通報を24時間体制で受け、必要に応じて医療チームが家庭等の現場に赴きアセスメントやケースマネージメントを行う。これにより、緊急時にも早急に適切なサービスにつなげ、ケアを提供することができる。特に自殺予防の観点

からは、効果的にリスク回避ができる方法の一つとして世界的に注目を集めている。これは、調子を崩す可能性がある患者を入院ではなく、でき得る限り地域で回復できるようにサポートしようとする試みの一環で、地域ケアを形だけなく、実際に機能させ、自傷他害のリスク対応を図るものとして、不可欠な働きをしている。同時に、この CATT が効果的に機能していることは、地域の人々の精神障害に対する安心感を増し、スティグマを減らし、地域住民と共に地域ケアを円滑に行なう上での一助にもなっている。

ホームレス・アウトリーチ精神科サービス

急速な脱施設化に伴い、アメリカや日本では患者のホームレス化が大きな問題となった。これに対し、セントビンセント精神保健サービスでは、長期収容型の大型精神病院を廃止することで他国同様増加が懸念されたホームレスについてアウトリーチを行い、必要かある者を治療につなげる専門チーム（Clarendon Homeless Outreach Psychiatric Service, CHOPS）を設置している。上記の充実した地域精神保健サービスに加え、このホームレス化対策の活躍が、脱施設化から地域ケアへの移行を円滑に行い、人権にも配慮した包括的なサービス提供を行う一助を担っている。

地域ケアユニット フットブリッジ

更に、退院後地域で独立して生活できるようにするまでに中間施設が必要な者のために、24 時間体制で看護ケアやその

他の医療を必要に応じて受けることができる居住型リハビリテーション施設フットブリッジが用意されている。これも病院やクリニックと同経営であるため、円滑な連続性が確保されていた。市の中心部にも程近い（市中心部から車で 10 分ほどの場所にあり、トラムでも簡単に往來できる）高級住宅地の一角にある敷地に 10 戸のタウンハウス型住居があり、そのうち 4 戸は独居用、2 戸は 2 人の患者が共用、4 戸は 3 人共用で、全 20 人が使用できる。基本的には、独立して地域生活を送っているのと同じように町にてかけたり、ガーデニングをするなど各自自由な時間を過ごし、各戸に備え付けられたキッチンや洗濯機を使用し、スタッフの助けを借りながら、地域生活の訓練をする。最初は、共用の住居で互いに役割分担などをしながら生活し、リハビリが進むと独居用の住居に移り、一人での地域生活さながらの生活を体験する。家賃を含む利用料は、各々の年金の 20% であり、利用期限は特に定められていないか、出来るだけ早く地域に戻ることができるとを目指したりハビリが行なわれる。24 時間スタッフが敷地内の別棟に常駐する他、それぞれの患者にはケースマネージャーかつき、日昼に NPO や地域の自治体が主催する地域アクティビティーに参加するプラン等、必要に応じたケア計画を作成し、利用者か自信とスキルを獲得できるように助けている。

それぞれの住居は煉瓦作りのモダンなデザインで、居室や庭も広く、備え付きの家具や電化製品も最新のものであり、周囲の高額所得者が暮らす住居に溶け込

んでいる。高級住宅地であるため、カフェやマーケットが近接し、恵まれた住環境の中でリハビリを送ることかてきている。

以上、セントビンセント精神保健サービスとして、経営母体を同じくするグループの元で、効果的に機能している各サービスを紹介した。これらは同経営である利点を活かして、各施設でスタッフをシェアし、また共同で会議を度々開く等、スタッフ間のコミュニケーションを円滑かつ濃密に行なっていた。これは、治療方針・治療経過を含めた情報のスムーズな往来を可能とし、一貫性のある無駄のない活動を可能にすることで、スタッフのワークロードを下げ、同時に、治療の連続性が確保されるため、患者への質の高いケアの提供を可能にしていた。

また、各サービスについて、利用者やその家族、地域住民からの苦情や問い合わせを受ける窓口をそれぞれのサービスが有すると共に、それらの窓口で解決が出来なかった場合に対応する更に上位の苦情窓口を用意する等、サービスの質を保ち、人権や倫理的な側面への配慮も行なっていた。

更に、州政府が強力なリーダーシップを発揮することで、セントビンセント精神保健サービス以外の NGO 等の組織もこのシステムに深く組み込まれ、デイサービスを行なう組織、これまでの長期入院の影響で一般の住居を借りるだけのスキルを得ることが難しい年長の患者のための住居を提供する組織、精神障害者の子どもをケアする組織、触法患者に対応する組織などと相補的で良好な関係を有

していた。

また、薬物・アルコール対応部門は精神保健システムから独立しているものの、両部門の間にたち連続性のある治療をコーディネートする組織（The Northern Dual Diagnosis Service）が存在し、双方の専門家からの連続的な治療を保証し、トロップアウトを防ぐべく機能していた。

これらそれぞれの働きに加え、セントビンセント精神保健サービスとメルボルン大学が共同し、地域ごとに Global Burden of Disease を算出し、重点的にケアが必要な箇所を明らかにしたり、患者の QOL 研究を行いケアの質向上に役立てる等、エビデンスに基づいたケア・政策提言を行なっており、これが州政府等からの援助継続や地域住民のアウェアネスの向上に大きな役割を担っていた。

D 考察

セントビンセント精神保健サービスは、急性期の入院治療を担当するセントビンセント病院を中心に、外来治療・地域におけるケースマネージメントを担当するクリニック、リスクの高い状態にある患者を 24 時間体制でアセス・ケアするチーム、ホームレスについてアウトリーチを行うチーム、地域に再統合するまでの中間施設等を経営母体を同じくするグループの元で展開し、効果的に機能していた。これらは、経営母体が同じである利点を活かして、スタッフ間のコミュニケーションを活発且つ良好に行い、業務の円滑な運営と利用者への連続性のある対応を可能にしていた。

更に、州政府のリーダーシップの元、

セントビンセント精神保健サービス以外の NGO 等もこのシステムに深く組み込まれ、デイサービス、精神障害者の子とへのケアなど、重要な役割を担っていた。

このシステムは、短期入院/地域ケアに重点をおくため、重度精神遅滞や脳機能障害を有するなど長期に渡る重い障害を有する患者や長い精神病院生活のためリハビリ後も地域生活になしめない患者に対する対応に限界をもつものの、オーストラリアで問題となっている若年者の自殺に対しては効果的な活動を行っていた。例えば、リスクが高い時期には、24時間対応の危機対応専門チーム（CATT）が積極的なアウトリーチを行い、必要かあればこの密接なネットワークを用い、いつでも在宅ケアや入院ケアを行なうことかてきる等、ケースマネージャーを中心とした行き届いた地域サービスを提供することかてき、予防・再発防止に大きな役割を担っていた。また、州政府も様々なリーフレットや報告書を作成し、マスメディアを巻き込んだ自殺予防キャンペーンを行ない、リスクグループに受診を動機つけると共に、セントビンセント精神保健サービスでも、病院らしくない明るく美しい環境のクリニックや地域施設を提供し、医師・看護師は親しみやすい私服での対応を行なうなど、自殺のリスクが高い若年層にとっても受診への抵抗を減らす具体的な試みかなされていた。更に若年層の自殺と関連が深いとされる薬物・アルコールの問題についての組織も存在し、専門ケアを行っていた。更に、充実した司法精神保健システムが地

域住民の精神障害へのスティグマを低減し、早期受診を促進していると考えられた。

これらに加え、メルボルン大学と共同で、エビデンスに基づいたケア・政策提言を行なっており、これか州政府等からの援助継続や地域住民へのアピールに役立っていた。

また、日本、韓国、香港、マレーシア、ハングラデシュ等から医療従事者や保健省担当者を受け入れる等、教育も積極的に行なっている。これを受け、セントビンセント精神保健サービスは、WHO の精神保健・薬物乱用に関する協力センターとなっている。

これらの活動は、連邦政府の強力なリーダーシップと、州政府のアウェアネス・思い切った資金提供、タハコ税などを元に作られた健康に関する財団からの助成、キリスト教団体からの寄付、公立病院と同敷地内にセントビンセントの私立病院を運営し、富裕層への対応によって得た利益を還元するなどの努力によって可能になっており、精神病院廃止と同時に、地域資源開発にまとまった金額の投資を行なったことか大きな成功の要因とされている。

以上のように、メルボルンに新しく根付いた精神保健福祉システムは、様々な独自の特色を有し、それらか絶妙なバランスを保つことて、様々な効果を生み出しており、多くの示唆を含むものであった。このメルボルンにおける実践は、今後より良い日本の精神保健福祉を考えていく上で、大変参考になるものと思われる。その際、オーストラリアは比較的新