

応、②地域の付き合い(まつり、葬式、防災訓練等)など、③自治会など、隣近所付き合い、④お金の使い方、⑤住民票移動など、の緒手続きについてである。地域で生活をしている精神障害者は想像以上にたくましく、生活者として暮らしている様子がうかがえる。先述したが、このような経験を積んでいる精神障害者を地域サポーターとして活用していく必要性を感じる。

また今回の調査では、結婚している方や子育てをしている方のサンプル数が少なく、分析をすることができなかった。しかし、恋愛や結婚に関心を寄せている方々は多いため、今後、現在結婚し子育てを行っている方への、聞き取り調査などが必要になってくるものと思われる。

図11で「生活に関する支援必要度得点とライフステージの比較」を示したが、アンケートの設問上設定した、①デイサービス(精神科デイケア、生活支援センターの居場所提供など)、②年金や生活保護など経済面での公的支援、③病気の勉強会、④料理の練習プログラム、⑤体力づくりプログラム、⑥アパート探しの手伝い、⑦就労体験プログラム、⑧不安時のサービス提供施設のスタッフへの相談支援、⑨不安時のサービス提供施設のスタッフへの電話相談支援、⑩就業紹介、⑪食事配送、食事提供、⑫ショー

トステイ、⑬ホームヘルプ、⑭訪問看護、⑮地域権利擁護事業、⑯仲間同士の親睦会・交流会・交流スペース、⑰病気を気にせず気軽に通える習いものなど趣味の会、⑱病気を気にせず気軽に行けるお店、⑲近所の相談できる人⑳保健所等の訪問・相談、の内、⑫ショートステイ、⑬ホームヘルプ、⑮地域権利擁護事業、⑳保健所等の訪問・相談以外は、回答者中半数以上が、「現在受けていて助かっているまたは、現在受けていないが将来あれば助かる」に回答があった。半数以下であった、⑫ショートステイ、⑬ホームヘルプ、⑮地域権利擁護事業、⑳保健所等の訪問・相談には、未回答者が約1割にあたる20数人あるため、支援必要度得点が下がったものと推測される。

どのような理由で、未回答になっているかは不明であるが、ショートステイやホームヘルプ、地域権利擁護事業に関しては最近始まった事業でなじみが薄いことや、言葉と支援内容が一致しにくいことが推測される。また、保健所に関しても、接点が薄いため今回の回答に結びつかなかったのではないと思われる。

また、図12有効回答中支援必要度得点が42点以上であった人の割合とライフステージの比較より、各ライフステージのおよそ90%以上の方が、支援必要度得点が42点以上であった。今回は、42点を基

準に集計を行ったが、今後支援必要度得点が50点、60点と上昇した場合とライフステージ毎の人数の割合を比較する必要がある。

図13、表5「セルフエスチームとライフステージの比較」では、10点台及び20点台の前半のセルフエスチームが低い状態であると、何事にも自信が無く、消極的になってしまうか、回避的にならざるをえないと考えられる。また、疾患や障害が影響してセルフエスチームの低さにつながっていることが考えられるので、各機関においては、ステップ・バイ・ステップを踏むことができるような支援や、当事者同士やスタッフとの豊かな感情の交流を通して、セルフエスチームは高まっていくのではないか。特に、17歳以下では30点台は存在していない。前思春期または、思春期に精神科領域の治療や福祉的支援を受ける背景には、想像以上の体験や精神的なダメージがあったものと考えられる。そのため、前思春期または、思春期層への治療や支援には、豊かな人間関係の再体験が求められる。一方、昨今の養育状況から、再体験が難しく、多くの「育ちなおし支援」を必要とするケースも存在する。問17の自由記述でも、精神的に大変になった理由を「いじめ」や「対人関係」、「対人緊張」、「頑張りすぎ」や「進級」、「進学」、「就職」などの環境の変化など

が数多くあがっていた。従来より、統合失調症が「出立の病い」と言われてきたように、思春期での発症頻度が高い。アンケート回答者で、現在40歳代、50歳代の方々も、就職後の発症よりも、中学や高校時点での発症が多いと推測される。問4の「発病当時、どのような相談機関、支援機関があったらよかったか」、「またどのような、専門家が相談にのってくれたらよかったか」に対しての自由記述で、精神科医、ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）、スクールカウンセラー（含む臨床心理士）などの外部からの支援を望む意見が多かった。その点において、スクールソーシャルワーカーの育成やスクールカウンセラーへの精神病理、ケアマネジメント教育なども検討課題であろう。スクールカウンセラーが従来の個別面接の技法のみを学校場面に持ち込んでしまった結果として、逆に適切な治療機会を先送りしてしまった事例もあり、「精神科医療にかかり病気であると診断されて、初めて安心できた」という回答もあった。今後、思春期ケアマネジメントという視点の必要性も考えられる。

一方で、精神科に初めて訪れた時の印象は「人生が終わった」、「一生出られない」などと総じて悪く、従前の隔離収容的なイメージが根強く存在しているものと推測される。一部の学校では福祉教育の一環とし

て「精神障害者理解」に取り組んでいるところもあるが、前出の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」と相まって「自らも精神疾患を患う可能性や変調が起きた場合の相談者・相談先」を明確にしておく試みも必要であると思われる。

前出の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」でも、地域医療体制の整備として「精神症状が持続的に不安定な障害者（例えばGAF30点以下程度を目安）も地域生活の選択肢を確保できるよう、24時間連絡体制の下、多職種による訪問サービス、短期入所（院）、症状悪化時における受入確保等のサービスを包括的に提供する事業の具体像を、普及面を重視しつつ明確化する」と示しているが、既にGAF30点以下の精神障害者も地域で生活しており、デイケアや社会復帰施設も病態水準やニーズがことなる精神障害者が混在しているといった実態がある。今回の調査では、GAFの数値が低下しても、年齢があがると地域でも生活をしていることがわかった。地域で生活していくことはGAFで測りきれない別の要素があるのか、再入院を拒む気持ちが地域生活を維持させているのか、または別の要因があるのか今回の調査では明らかにできなかった。

また、GAF30点以下の精神障害者に対しては、頻繁な訪問支援と不安時緊急時の24

時間体制での電話相談などが求められる。平成8年から始まった、地域生活支援センターは、24時間の対応を前提に始まったが、実態としては対応できているセンターばかりではない。また、登録が前提になっているところもあり、必ずしも気軽に相談できる場所になっていないという指摘も見受けられる。現在検討されている、多機能型支援を充実させ、ケアマネジメントと連動させていく必要もある。

D-2 実践事例からの考察

精神科診療所メンタルクリニック・ダダ、ダダ第2クリニックで行っている医療支援、援護寮、生活支援センターだんだんで行っている生活支援、就労支援について述べたが、それらを貫いている基本的な考え方を述べる。

①情緒の成長が、その人が人とつながって生きていく力、おたがいを大事にできる力の基本となる。②発症した人が人として重症ではない。人とつながる力、人を癒す力を持っている。③社会の中でこそ、生活するための工夫や、人付き合いの限界設定が育まれる。④人間の基本は依存と自立、守られた中でこそ成長でき社会へ出て自分独自の生き方を創っていく事ができる。

更に、われわれの展開してきた精神保健福祉サービスを二つの軸で考えてみる。第一は受

容的環境。依存を大事にし、つらさに共感し、当面の安全を保障し、所属感を持てるようにし、仲間意識を育てる。第二は成長を促す刺激、現実生活からの刺激、生きる緊張感、さまざまな社会体験を保障し、現実を大事にする。これらはライフステージに応じて、また情緒発達の段階に応じて両方の軸のバランスを考える事が、利用者が社会に出て行くことにつながる。

例えば、不登校児童に対し早期の復帰は促さず、つらさへの共感と休む選択の保障をし、家族関係を調整し本人の不安が整理できるまでカウンセリングなどを行いながら待つ。その後、図18にあるようにさまざまなグループやデイケア、生活支援センターと連携したグループワークや体験就労を始め諸々の活動への参加を経験していくと、ほとんどひきこもりになることなく社会参加するに至っている。早期の社会復帰の圧力や訓練中心の関わりは一時的に結果が出ても、ひきこもりを初め不良な予後に関係する。

一方で、受容的なかかわりのみ続けると社会性がいつまでも育たず家庭内での問題が増加するばかりである。個別的なかかわりの段階では受容的なかかわりを中心にし、18図のグループやデイケアは受容的で守られた雰囲気の中かで信頼感や安心感を取得し、他者の刺激や社会に出始めた仲間か

らの現実的な刺激も受け、仲間との相互理解を深める。次の段階として、就業・生活支援センターだんだんで行っている就労支援に参加し始めると、外の企業や農家と関わることを経験し現実の厳しさを知っていく。

単純化したのが、利用者もスタッフもこの共感的対応と社会体験を保障することで生じてくる流れが見えていることとこれらのサービスを自在にかつ停滞することなく使えることが、社会適応のために必要な事と考えている。

不登校を例にしたが、精神障害者もほぼ同じ流れでかかわっている。違う点は、コミュニケーションをとる事に支障があるほど精神症状が悪化したときのみ短期の入院を利用する事である。守られた小集団から、デイケアを経て「だんだん」の生活支援や就労支援を利用するが多い。受容的に接する事で、不安や精神症状が出やすい時期を経過し、薬物と短期の入院でコントロールした後には疎通性がよく障害者同士のかかわりやスタッフなど援助者とのかかわりも非常に豊かになる。その後、良質の支援を受け回復していった当事者たちは地域でのネットワークの担い手になる。最近多い不適応児童に関しては、とくにこのシステムは有効であると思われた。

一対一の治療的援助から集

团的援助、生活支援への流れをまとめると、①母子関係、基本的安心感等を重視した受容的な精神療法、②相互作用、愛着の形成のために必要な程よい厳しさとそこからの救いを意識して治療の流れを作る、③家族とは異なる小集団での感情表現の仕方や折れ合い方、自分を抑えての適応、自分を出して体験や気持ちの共有、等次第に社会化していく流れづくりのためのグループ参加やデイケア参加の機会を作っていく、④デイケアやグループからその後就労等社会参加、復学や進学などをしていく、これらを基本的なモデルと考え整理したものを図17、図18、図19に示す。

また、多岐にわたり事業を立ち上げ展開してきたが、利用者の可能性を広げるために必要に応じて新しい仕組みをくわえていった結果であったが、幼児の精神医療から成人を対象とした社会復帰までを試みた経験から、下記のことを考えられた。

①幼児の治療的かわりも、成人の社会復帰も育ちなおしである、②子どもが幼稚園や学校という集団に入っていくことやそこから社会に入っていく過程と、成人の精神障害者が地域へでて社会復帰を行っていく上で経験する過程には共通点が多い。

E. 結論

今回の研究はモデル地区を

定め、生活支援や精神科医療の実態を把握し分析することで、ライフステージに応じどのような支援が適切であるかなどを検討し、今後の精神科医療や生活支援方法の開発に役立て、支援方法の向上に反映させることを目的としていた。

デイケアや社会復帰施設ではスタッフの助言指導と共に、同病の仲間や先輩当事者がモデルになっていたり、よきアドバイザーになっていたりする様子が窺えた。自立支援法やその後再検討されていく介護保険法のなかの支援が、専門家による直接的なサービスのみ評価の対象になるのではなく、当事者間のセルフヘルプ支援も評価の対象になるような方法の検討が必要であると思われる。そのため、ある一定の資質をもった当事者の中から希望する者に対し研修を行い、退院促進支援事業の自立支援員のような働きを担う、地域生活サポーターが、利用初期の当事者を支援していくシステムを提案したい。例えば、当事者を対象とした、ピアカウンセリング講座を行い、当事者間のセルフヘルプ能力を高めていくことや、退院促進支援事業での補助支援員として退院促進を経て地域生活をしている退院経験者が自らの経験をもとに支援者になっていくことの効果についての検討を行ない、回復過程・リカバリー・ピアカウンセリング・クラブハウスモデルな

どの理論的な背景を踏まえ、支援方法の開発に平成17年度取り組む。

初発時の相談先として家族への回答が取り分け多かったが、家族が理解していない場合は、治療に結びつきにくいことや、悪化してしまうことも考えられ、好発年齢の中学生や高校生を持つ親への、啓発活動や相談窓口の明確化などの対策について引き続き検討する。

医療支援は、全年齢に対して対応できているが、生活支援に関しては17歳以前には行っていくことが難しい。従来、就学年齢の層に対しては教育の対象と考えられており、精神科の医療支援、生活支援を行っていくことが難しかった。しかし、多岐にわたり児童思春期層の問題が顕在化してきている現状に鑑み、教育機関と精神科医療機関、行政（教育事務所、児童相談所、精神保健福祉担当セクション）の連携が図れるためのシステム作りが喫緊の課題になってきている。平成15年度から静岡県や浜松市、浜松医科大学、静岡大学、静岡県医師会などと協力をして「静岡県子どもの精神保健福祉フォーラムや」、「子育て支援講座」などを立ち上げたが、平成17年度にはそれらの運営を通して実践活動を図り効果を検証する。

精神科受診者の低年齢化、疾患の多様化から考えると、慢性期の統合失調症による精神障害者を主に想定し施設基準や

人的配置がなされてきた、精神科デイケアや援護寮、生活支援センター、就労支援が今後は利用者の状態や精神活動性、ニーズに合わせた運営について引き続き検討する。また、対人関係の困難さや場に所属できないことが原因で適応障害におちいった子どもたちに一貫性のある関わりを行うことや、意識づけをしていくことも困難である。初期にはスクールカウンセラーが対応しているが、次のステップにつなげていくソーシャルワーク的な方法論やシステムが構築されていない。特に、発達心理学、臨床心理学、精神医学、精神科ソーシャルワークなどの知識を得ているスタッフの配置は必須である。精神保健福祉士の資格を持ったものに、発達心理学、臨床心理学を学ばせ、臨床心理士に精神医学、精神科ソーシャルワークを学ばせるなどして、トレーニングセンターを想定した支援スタッフの人材養成を行っていく、思春期ケアマネジメントという視点での支援形態の検討を行っていきたい。

また、一定の質の医療支援、生活支援を受け、病状が安定してくると、恋愛や結婚や余暇について目が向き始める様子が窺えた。従前は、障害者の恋愛や結婚はタブー視されてきた風潮があったため、今後地域で生活する精神障害者が増加していくなかで、恋愛に関しての相談や結婚相手の紹介、避妊や

性交渉、感染症対策、妊娠や出産に関しての相談や育児支援など、従来の精神保健福祉領域だけでは対応できない状況が生じてくることが考えられる。そのためこの点においても保健師や行政のケースワーカーなど他の領域との連携が必要になってくる。平成17年度では、思春期、青年期層のうち恋愛感や結婚感に着目した調査を行なう。

表7、表8で現在行われている、医療支援、生活支援、他機関、地域との連携を整理したが、今後これらを行っていくうえでの必要な人材、必要な施設やシステム（事業）、必要な知識や技術などについても継続して検討していくことが必要であると思われる。平成17年度では、表7、表8にライフステージの課題に対応するために必要な知識の整理と、必要な人材の検討を行なう。

援護寮「だんだん」の機能を検討してみると3つのユニットの組み合わせと考える。一群は思春期・青年期層の利用者で、家族との問題（家族との軋轢、養育能力不足、依存など）などを背景に、集団生活での生活や自立を目的に利用している。後の、退院促進群や緊急一時入寮群との間で、様々な経験を繰り返しながら成長をしていっている。また、就労支援には積極的で、退院促進群への刺激にもなっている。次は、退院促進支援事業の対象者に類する一群

である。開設当時から積極的に地域の精神病院に働きかけを行い、地域生活を希望する方を受け入れてきた。これらの実績が平成15年度、平成16年度と「退院促進支援事業」を行うことに結びついていった。現在では、常時4～5名の利用者が退院促進支援事業をへて入寮している。この群は中高年層が多く、人生経験豊かであったり、精神科医療での様々な経験をしていたりする一方、だんだんにしか来る場所はなく、意欲の減退や人生へのあきらめ感を感じている人も多い。一方で人生経験や人間関係の難しさを思春期・青年期層に伝えたり、深刻な経済的な問題や家族問題が、思春期・青年期層にこれからの人生を考える影響を与えたりしている。また、思春期・青年期層が就労支援を受けている影響から、自らも就労への意欲を示す人も多い。もう一群は、緊急回避のための入寮である。家族からの自立や入院までは必要ないが、1ヶ月から3ヶ月程度を目安に、一時的に家族から離れる必要性のある人を対象にしている。年齢層は幅が広いが、思春期・青年期群、退院促進群との関わりが、刺激やモデルになって、スタッフとの関係作りや地域生活でのイメージが養われていく。平成17年度では、援護寮を多機能ユニットと捉えた場合の機能の検討とライフステージの課題に対応するために必要な知識

の整理と、必要な人材の検討を行なう。

また、就労支援は17歳以上の各ライフステージで利用されていたが、生活支援と就労支援は両輪の関係にある。一時的には共感的に対応し、休息と適切な薬物治療を受けた後、臨床心理士によるカウンセリングや小グループやデイケアを経て、就労支援などで社会体験を行うことで、予後が良好であるケースが多い。幼児の精神医療から成人を対象とした社会復帰までを試みた経験から、①幼児の治療的かわりも、成人の社会復帰も育ちなおし支援である、②子どもが幼稚園や学校という集団に入っていくことやそこから社会に入っていく過程と、成人の精神障害者が地域へでて社会復帰を行っていく上で経験する過程には共通点が多い、ことが導き出された。平成17年度では、これらの流れを再整理し、共感的対応と社会体験を組み合わせた、ハイブリット・アプローチ（医療的支援、生活支援）を定義し効果の検証を行なう。

その他として、①すでに地域住民として、一般市民とともに余暇活動（コーラスなどのサークル活動）に参加している障害者はいるが、今後益々市民やNPOなどとの交流がすすんでいくような取り組みを考えていきたい、②「親亡き後」の不安は、各ライフステージで高かった。今後、一人暮らし支援や

居宅の共同住居化、グループホーム化の検討や土地や家屋の不動産関連の取り扱いをどのように行っていくかという、指針作りも必要になってくる。また、兄弟姉妹など同胞への支援も検討していく必要がある、③適切な情報が当事者に届きにくい問題に対しては、行政の精神保健相談員や精神保健福祉士、保健師など外部の立場のものが、各デイケアや社会復帰施設に定期的に赴き、情報の提供や説明を行うことを提案したい。加えて、施設や機関を利用している精神障害者だけでなく、家族などにも定期的に情報を伝えていく必要がある。また、今回の調査対象ではないが、精神病院に社会的に入院している患者やその家族に対しても、定期的に情報が伝わる仕組みが必要であると思われる、④入院によって地域社会や地域での支援者と関係が途切れてしまうのではなく、社会復帰施設やデイケアのソーシャルワーカーが訪問し、関係を継続させるような、オープンベット方式の検討が必要だと思われる。加えて、精神科救急体制の整備と地域生活支援は両輪の関係にある。地域生活、在宅生活を前提にすることで、精神科救急体制の整備がより重要になり、精神科医療の新たな役割も見えてくると思われる。

いくつかの点を述べたが、これらを踏まえ、平成17年度ではライフステージのうち特に

児童期、思春期層に着目し、私たちが運営している、精神科クリニック、援護寮、生活支援センター、グループホームなどでの生活支援、医療支援を横断的に調査、分析しその効果を検証する。加えて、精神科救急を有する医療機関や入院を中心とした精神病院などとの連携や、他の社会復帰施設や保健福祉センター（行政）、精神保健ボランティア団体、民生委員などの地域との連携を含めた、チーム支援を検証し、ライフステージに応じた生活支援、医療支援モデルを提案すると共に、ガイドラインの提言を行っていきたい。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表（予定）

① 第48回日本病院・地域精神医学会

（平成17年10月）

② 2005年人間福祉学会（平成17年11月）

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

 予定なし

2. 実用新案登録 予定なし

3. その他 特記事項なし

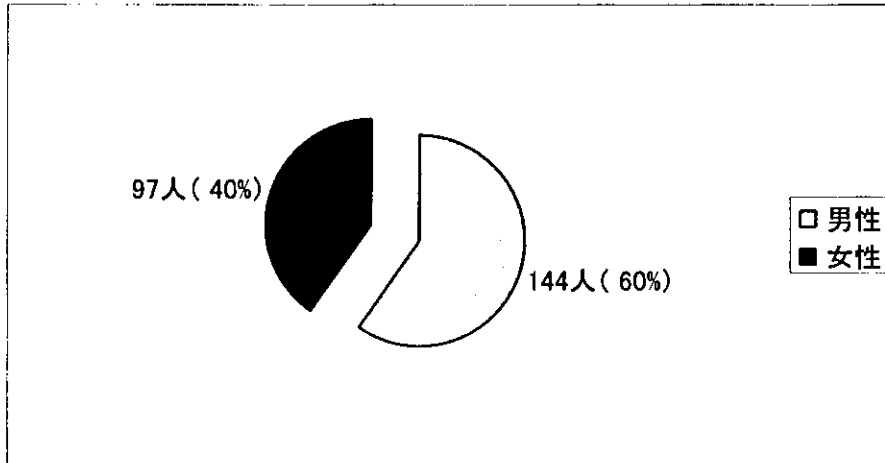


図1 男女比

表1 アンケート実施機関、回答者数、男女別人数、平均年齢

実施機関	回答者数	男性	女性	平均年齢
A. 診療所	81	45	36	26.5
B. 診療所	55	31	24	29.9
C. 診療所	9	4	5	40.6
D. 病院 (精神科単科)	16	13	3	33.4
E. 病院 (総合病院内精神科)	13	6	7	45.8
F. 社会復帰施設 (援護寮、地域生活支援センター)	67	45	22	36.8
計	241	144	97	32.2

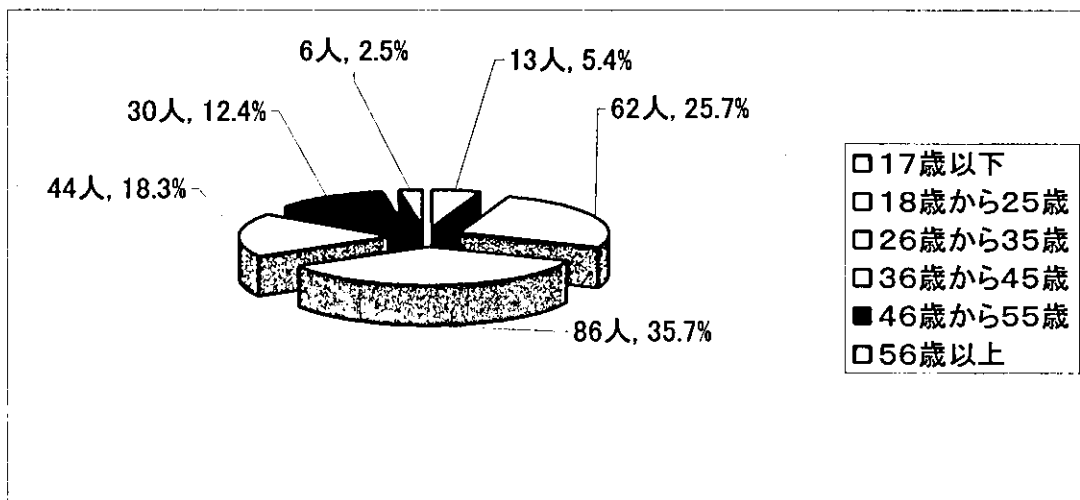


図2 年齢別集計

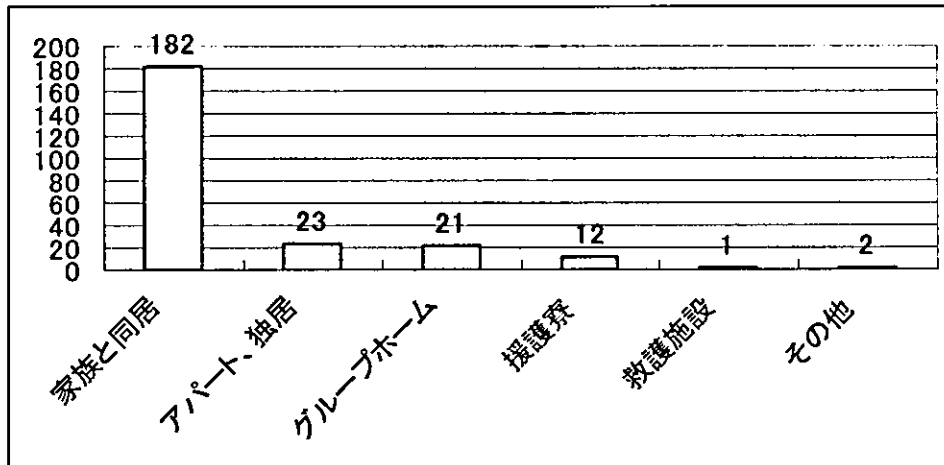


図3 現在の居住状況 (人数の比較)

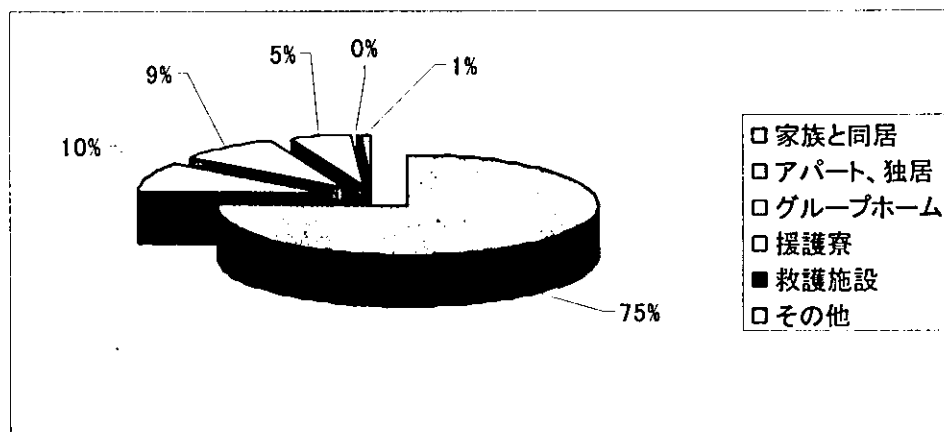


図4 現在の居住状況 (人数の割合の比較)

表2 初発時受診場所 とライフステージ

	年齢階層別						合計
	17歳以下	18歳から 25歳	26歳から 35歳	36歳から 45歳	46歳から 55歳	56歳以上	
精神病院	3人	11人	16人	16人	14人	2人	62人
総合病院精神科	2人	18人	36人	15人	8人	2人	81人
診療所(クリニック)	7人	24人	22人	13人	4人	1人	71人
心療内科	0人	5人	3人	0人	0人	0人	8人
その他	1人	3人	7人	0人	2人	0人	13人
合計	13人	61人	84人	44人	28人	5人	235人

* 欠損値6は、除外

表3 受診前に相談した人や機関

場所	教育相談	保健所や 市町村の窓口	民間の 相談機関	親戚・知人	友人	宗教関係	その他
人数	28	13	4	34	8	4	家族(60)、その他5

表4 現在及び過去に利用している精神科医療、福祉サービス（複数回答可）

	デイケア	訪問看護	援護寮	生活支援センター	グループホーム	ホームヘルプ	ショートステイ	就労支援	授産施設	作業所	ソーシャルクラブ	その他
現在	166人	5人	15人	62人	22人	4人	4人	48人	1人	5人	2人	14人
過去	50人	2人	21人	18人	10人	1人	16人	25人	7人	12人	12人	3人
合計	216人	7人	36人	80人	32人	5人	20人	73人	8人	17人	14人	17人
%	90%	3%	15%	33%	13%	2%	8%	30%	3%	7%	6%	7%

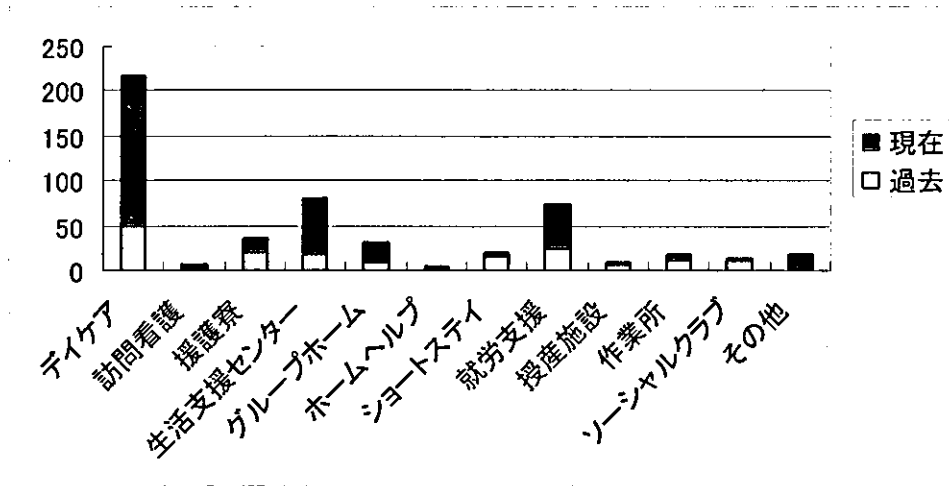


図5 現在及び過去に利用している精神科医療、福祉サービス（複数回答可）

表5 ライフステージと利用サービスの比較

	デイケア	生活支援センター	就労支援	援護寮	グループホーム	計
17歳以下	13	1	1	2	0	17
18歳から25歳	66	12	22	5	8	113
26歳から35歳	82	32	25	15	12	166
36歳から45歳	33	19	9	5	2	68
46歳から55歳	20	15	14	8	7	64
56歳以上	2	1	2	1	3	9
合計	216	80	73	36	32	437

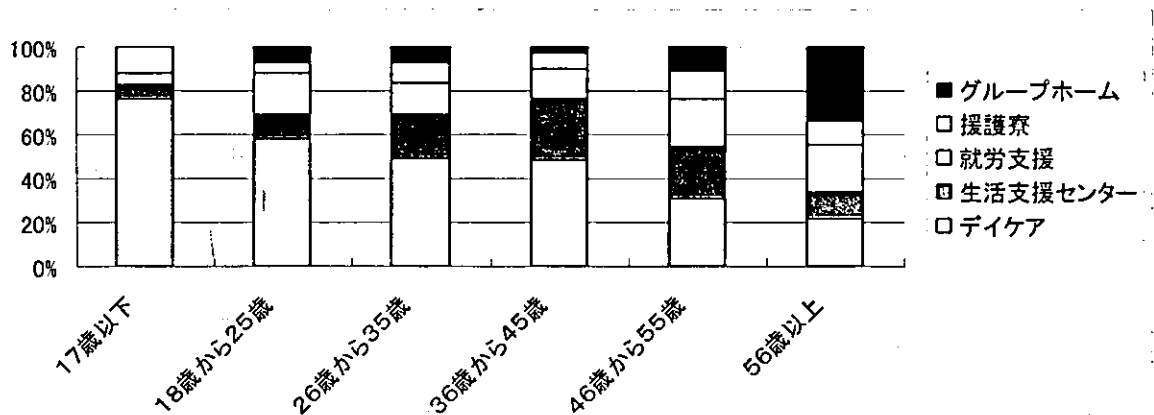


図6 ライフステージと利用サービスの比較

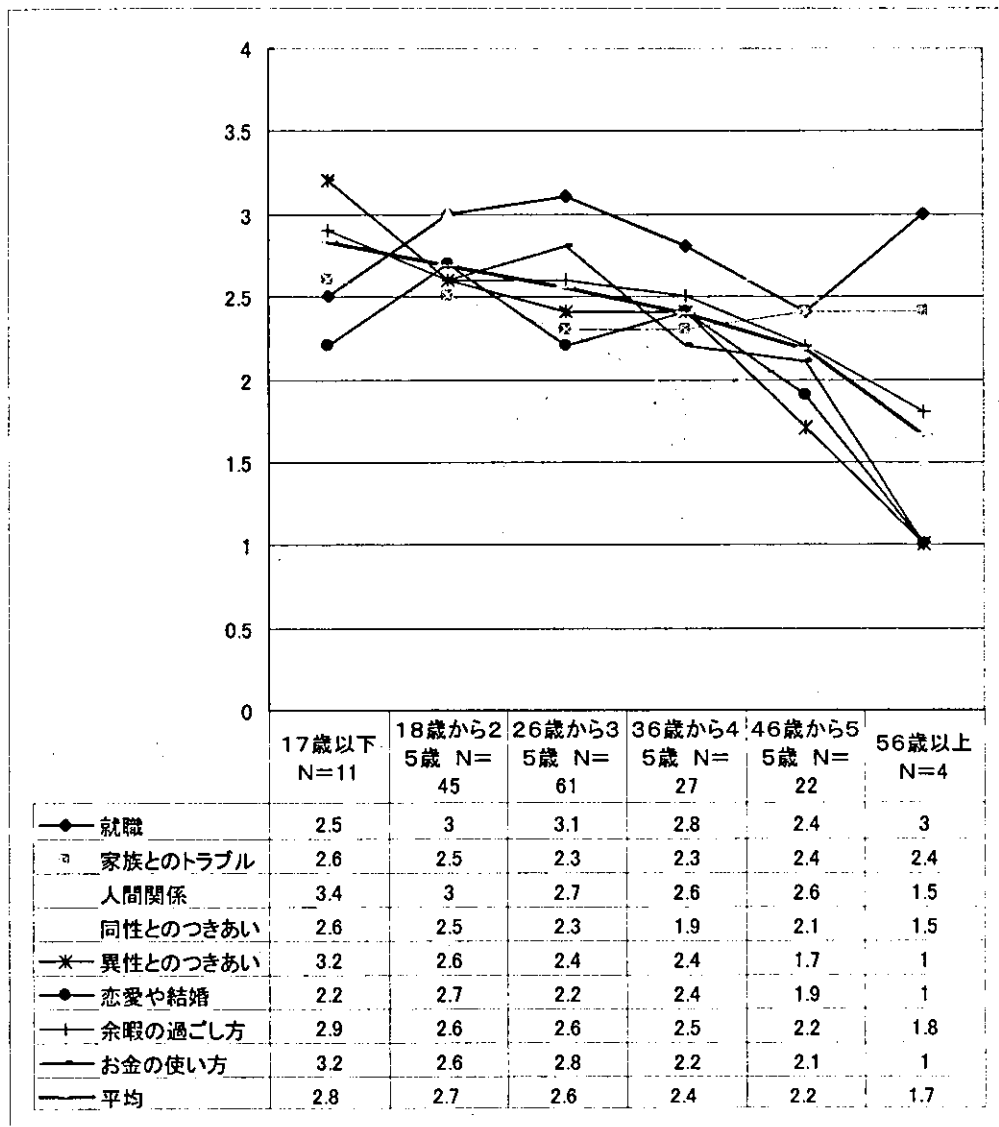


図7 ライフステージと困りごとありと回答した人の平均点の比較 (単位は点)

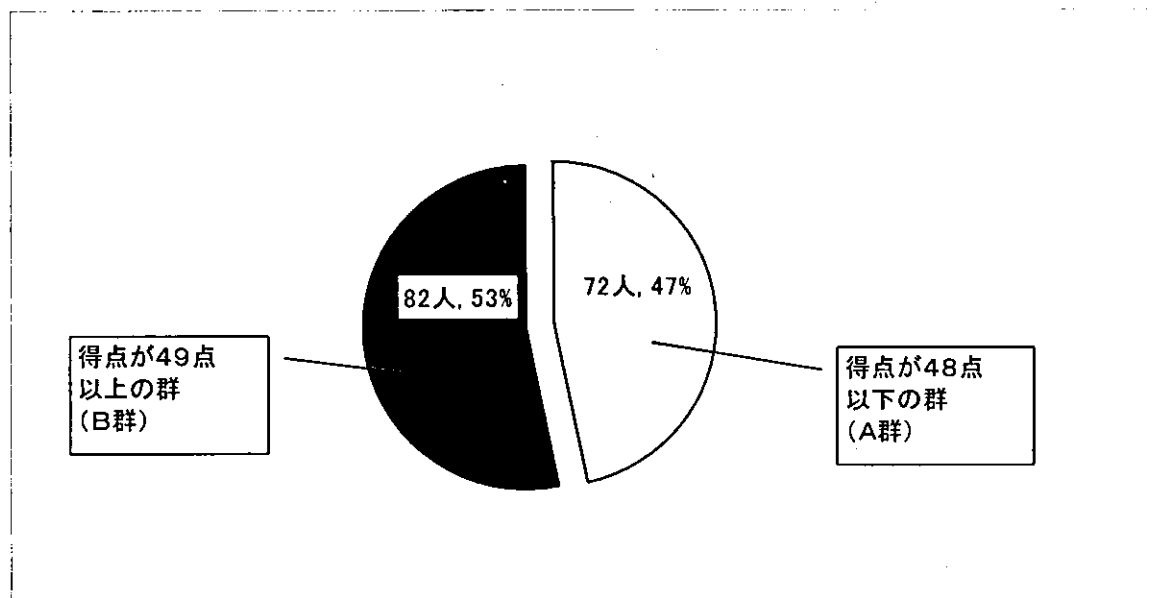


図8 48点以下の群 (A群) と、49点以上の群 (B群) の比較

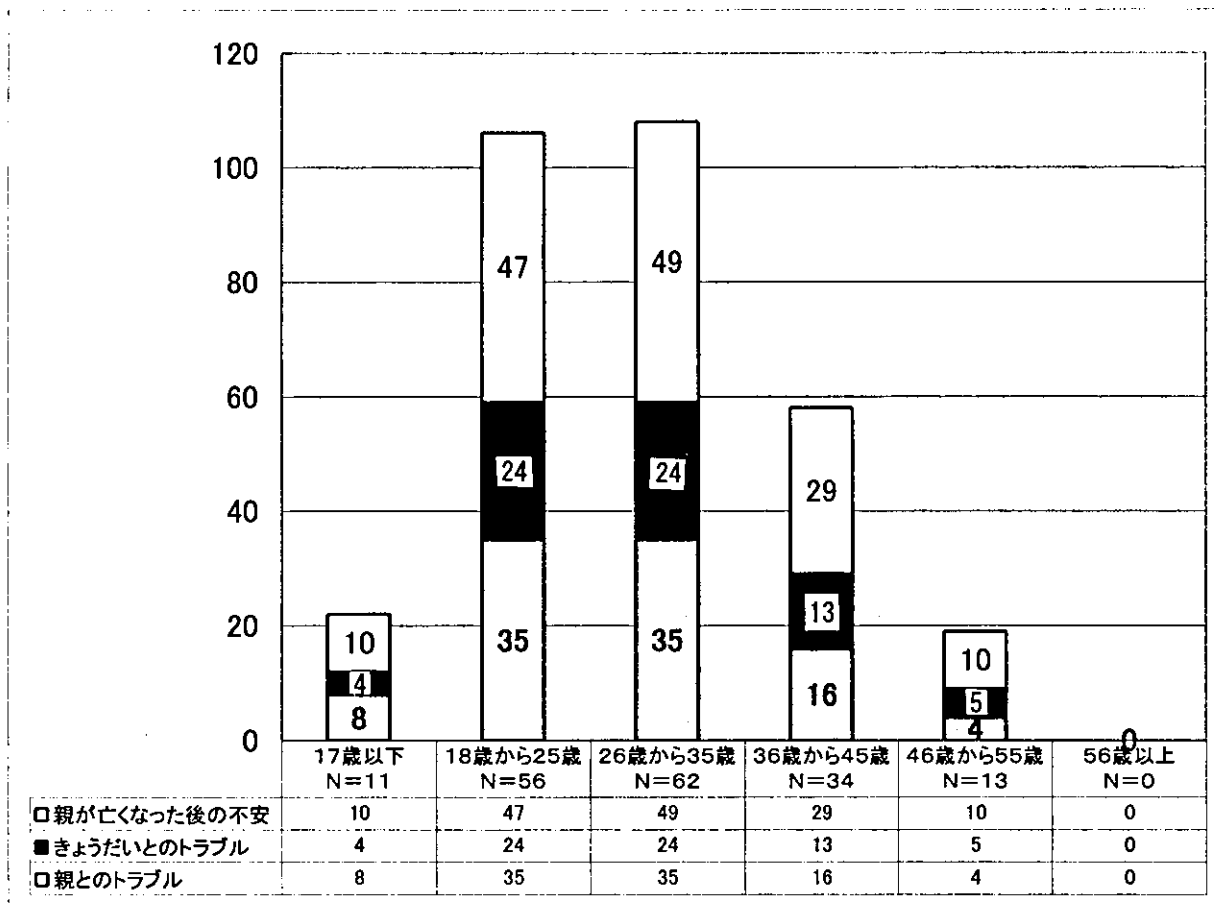


図9 ライフステージと現在親と同居している人の困りごとの高位の人数比較 (単位は人)

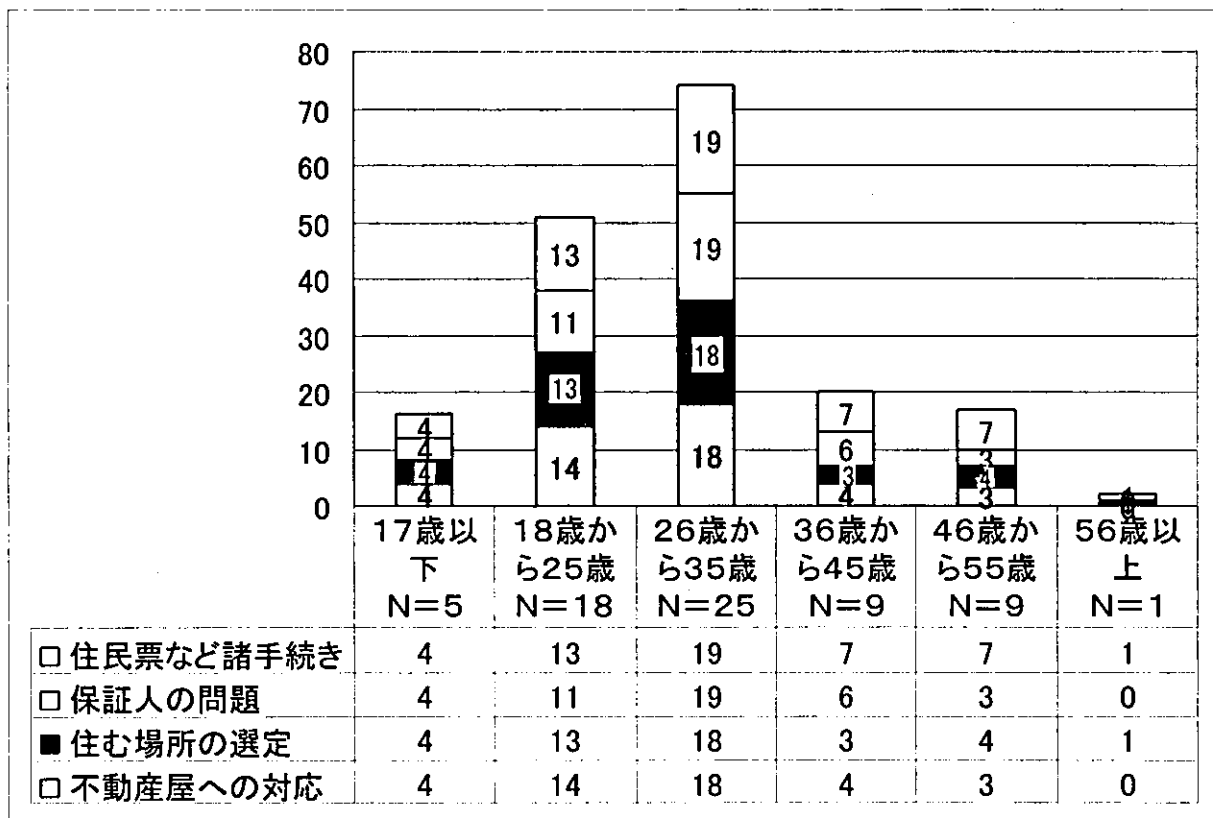


図10 ライフステージと今後一人暮らしを望む人が困りごととしてあげた項目の比較 (単位は人)

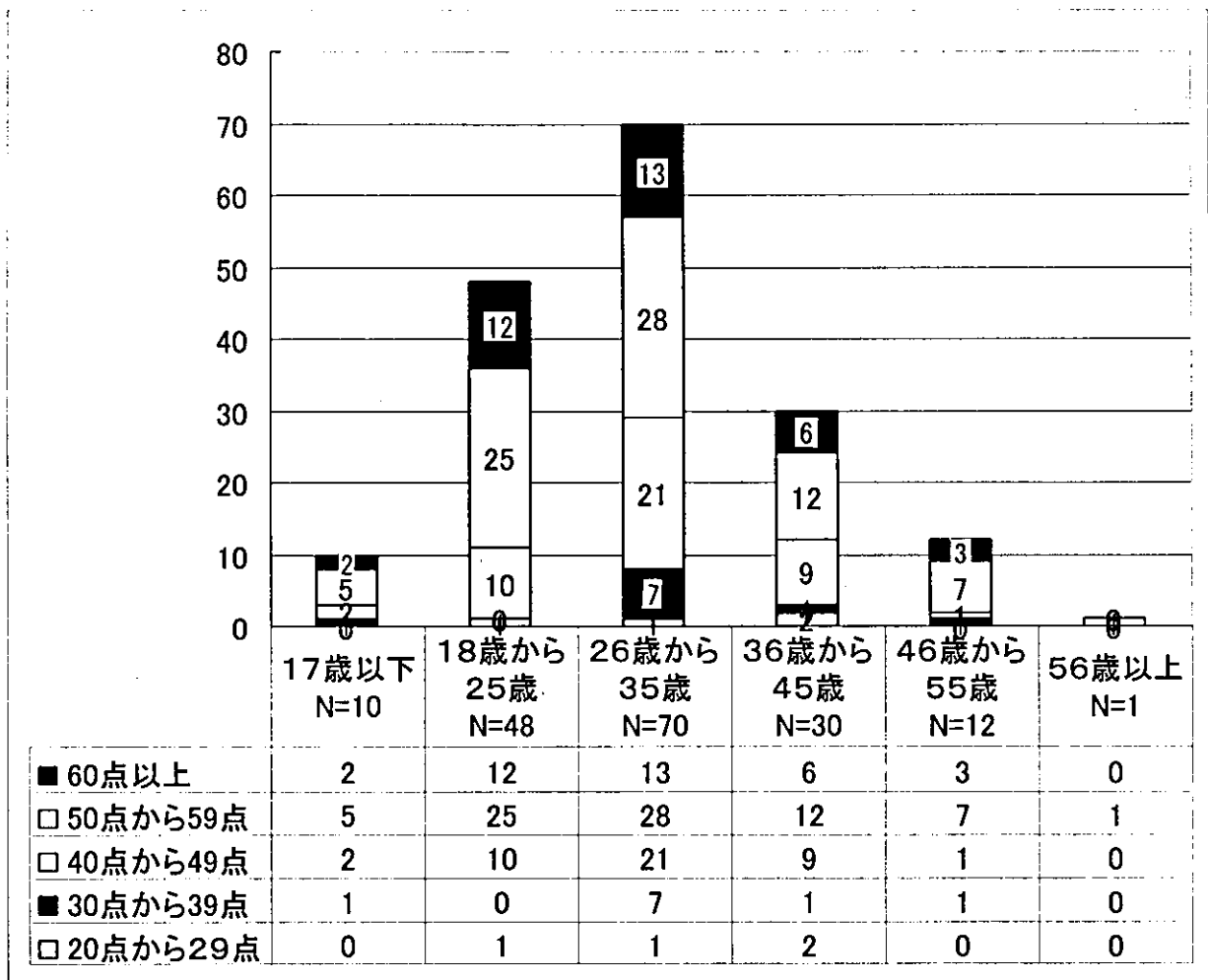


図11 生活に関する支援の必要度（得点）とライフステージの比較（単位は人）

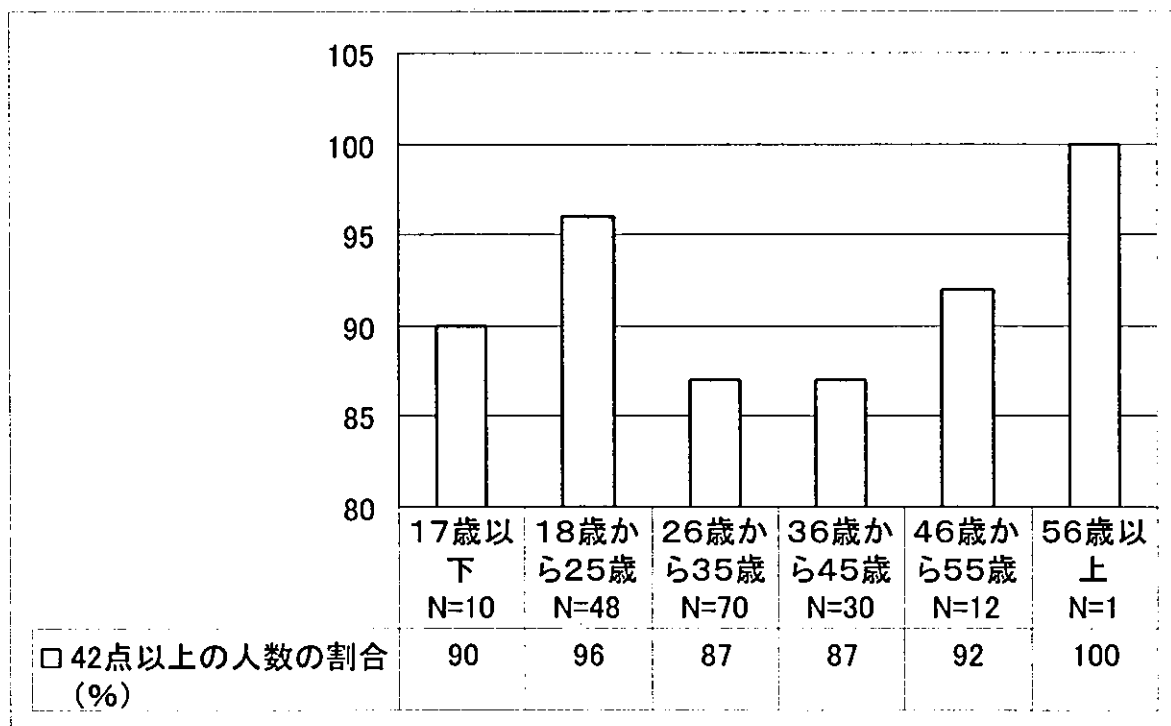


図12 有効回答中支援必要度得点が42点以上であった人の割合とライフステージの比較（単位は%）

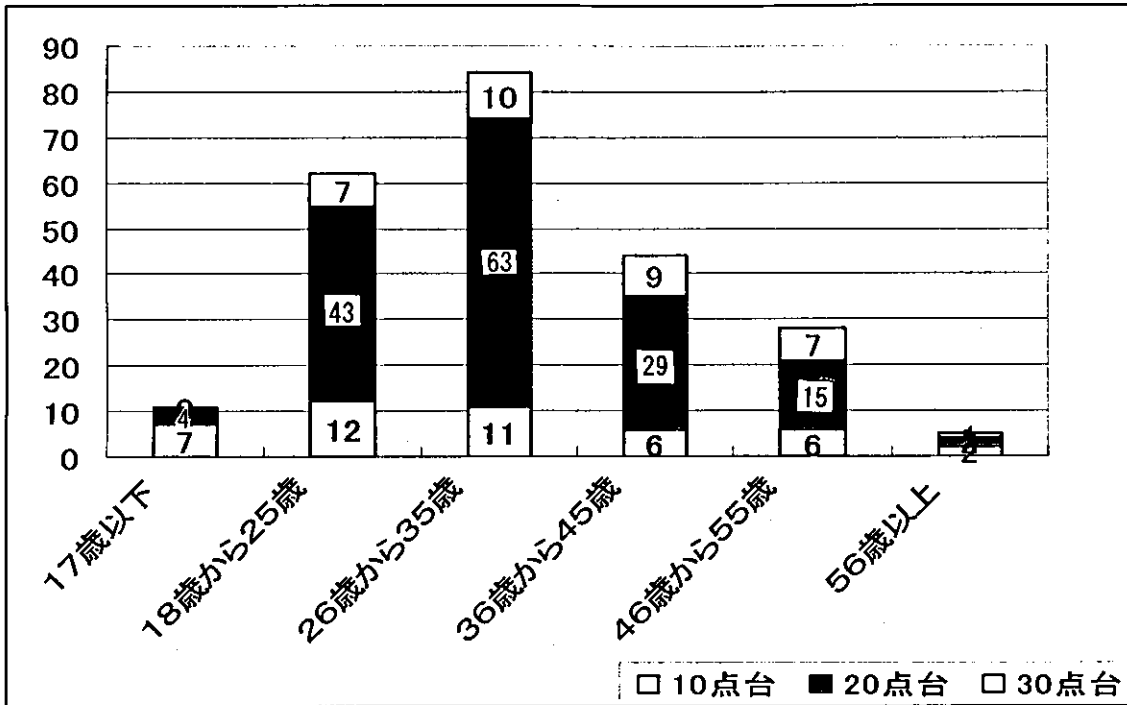


図13 セルフエステームとライフステージの比較

表5 セルフエステームとライフステージの比較

	17歳以下	18歳から25歳	26歳から35歳	36歳から45歳	46歳から55歳	56歳以上	
10点台	7	12	11	6	6	2	44
20点台	4	43	63	29	15	2	156
30点台	0	7	10	9	7	1	34
	11	62	84	44	28	5	234

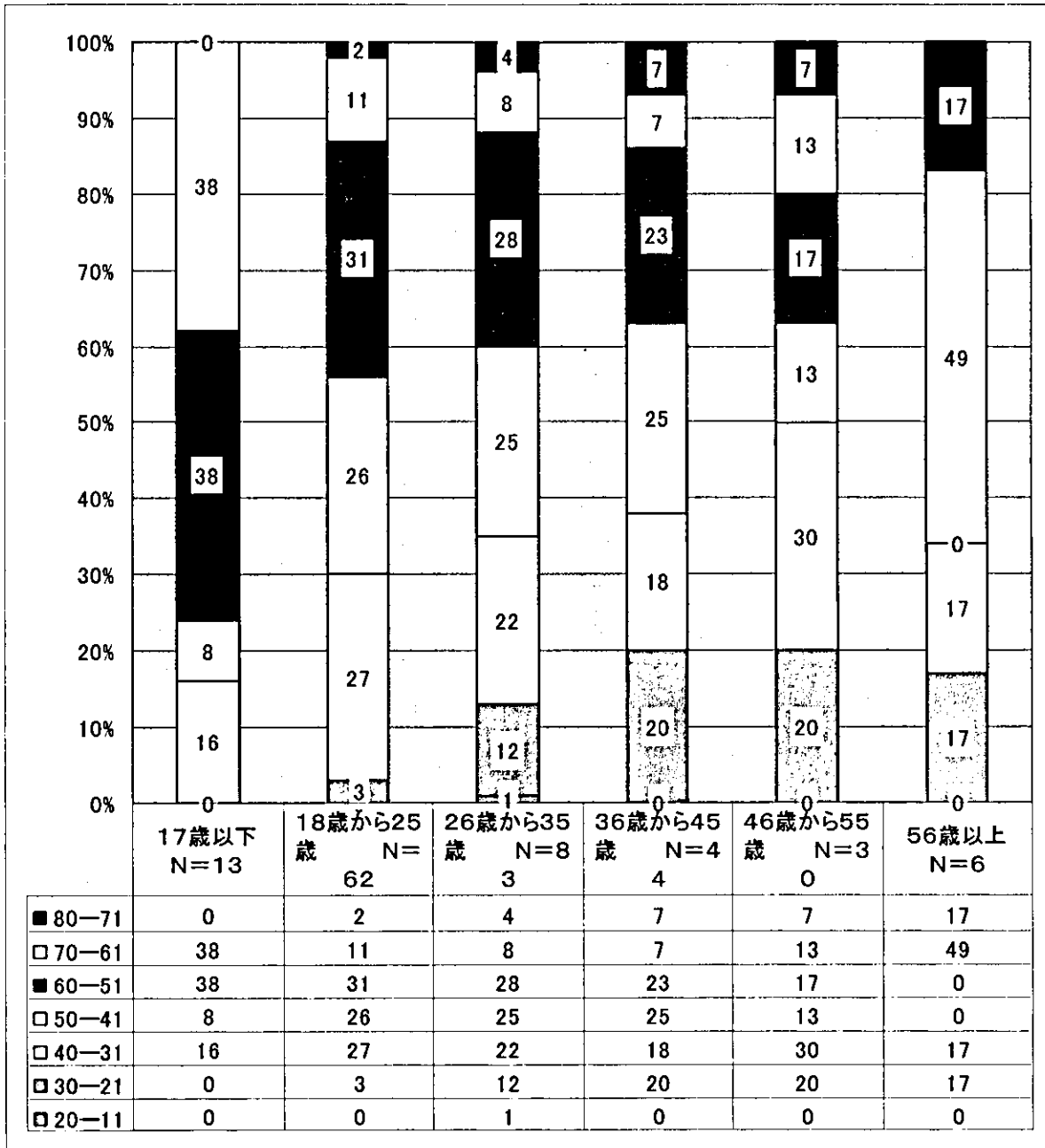


図14 GAFとライフステージの比較 (単位は%)

表6 生活支援センター活動 平成15年度実績(抜粋)

区分	内容
スポーツなど	近隣ソフトバレーボール練習試合参加
	ソフトバレーボール西部大会参加
	ソフトバレーボール県大会参加
	ソフトボール西部大会参加(2回)
自治会関係	地域の草刈りへの参加
	地域の側溝掃除への参加
企業関係	ホンダグランドゴルフ大会参加
	ホンダ潮干狩り参加
	ホンダウォーキング参加
福祉関係	知的障害者施設の夏祭り参加
	身体障害者施設の納涼会参加
	生活支援センターのふれあい広場参加
	浜松市友愛広場参加
	浜北市ふれあい広場参加
	知的障害者施設地域交流パーティー参加
	作業所主催の地域交流会参加
	浜松市社会福祉協議会ボランティアビューロー祭り参加
主催行事の 開催	地域生活支援センター交流会参加(3回)
	知的障害者施設と合同の地域交流春祭りの主催(市民約300人)
	納涼会(市民約200人)
その他	近隣精神科デイケアメンバーとの交流会
	他県支援センターの見学受け入れ、メンバーとの交流会
	他県作業所の見学受け入れ、メンバーとの交流会
	精神保健福祉啓発事業の運営協力(市民約200人)



図 13 メンタルクリニック・ダダ外観

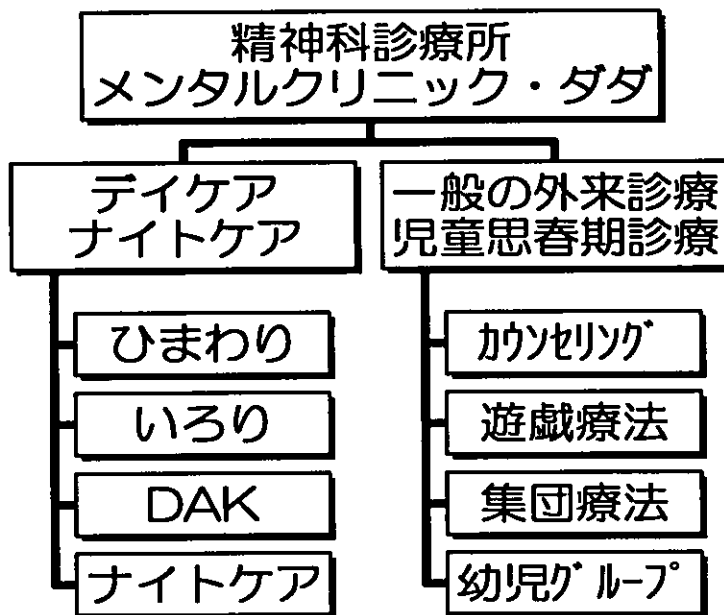


図 14 メンタルクリニック・ダダの医療支援形態

表7 ライフサイクルとクリニックでの医療支援、社会復帰施設での生活支援の比較①

年齢 (才)	生活支援、医療支援の 課題	ダダでの医療支援	だんだんでの生活支援 援護寮… (寮) ショートステイ… (シ) センター… (セ)	他機関、地域 との連携
乳 児 期 0 ～ 3	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的信頼感育成 ・愛着関係形成 ・自律性と積極性育成 	<ul style="list-style-type: none"> ・親カウンセリング ・子どもの心理療法、 遊戯療法 ・早期療育グループ 	<ul style="list-style-type: none"> ・DV 被害母子 (クリニック通 院) の (シ) ・統合失調症の母親の 子育て支援 (セ) ・登録者の電話相談 (セ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・幼稚園・保育園教諭と の事例検討会 ・子育て支援研究会のへ の協力 ・行政との連携
幼 児 期 4 ～ 6	<ul style="list-style-type: none"> ・育ちなおし支援 ・発達課題の達成支援 ・親支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・親カウンセリング ・子どもの心理療法、 遊戯療法 ・早期療育グループ 	<ul style="list-style-type: none"> ・多問題家族へのケースワーク (セ) ⇒ (シ) ・統合失調症の母親の 子育て支援 (セ) ・登録者の電話相談 (セ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・幼稚園・保育園教諭と の事例検討会 ・子育て支援研究会のへ の協力 ・行政との連携 ・幼稚園、保育園学校と の連携
学 童 期 7 ～ 12	<ul style="list-style-type: none"> ・育ちなおし支援 ・発達課題の達成支援 ・親支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの心理療法、 遊戯療法 ・児童グループ ・児童デイケア ・親カウンセリング ・親グループ 	<ul style="list-style-type: none"> ・多問題家族へのケースワーク (セ) ⇒ (シ) ・統合失調症の母親の 子育て支援 (セ) ・登録者の電話相談 (セ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・小学校教諭との 事例検討会 ・子育て支援研究会のへ の協力 ・行政との連携 ・小学校との連携 ・スクールカウンセラー との連携 ・スクールカウンセラー の派遣
思 春 期 13 ～ 17	<ul style="list-style-type: none"> ・育ちなおし支援 ・発達課題の達成支援 ・仲間作り支援 ・居場所作り支援 ・親支援 ・自立生活支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別カウンセリング ・思春期小グループ ・思春期デイケア ・訪問看護 ・親カウンセリング ・親グループ ・不登校親の会 	<ul style="list-style-type: none"> ・登録者の電話相談 (セ) ・居場所の提供 (セ) ・就労支援 (セ) ・援護寮への入寮 	<ul style="list-style-type: none"> ・中学校教諭との 事例検討会 ・子育て支援研究会のへ の協力 ・行政との連携 ・中学、高校との連携 ・スクールカウンセラー との連携 ・スクールカウンセラー の派遣
青 年 期 18 ～ 25	<ul style="list-style-type: none"> ・仲間作り支援 ・居場所作り支援 ・親支援 ・自立生活支援 ・経済的支援 ・生活支援 ・就労支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別カウンセリング ・引きこもりグループ ・青年期、成人期 デイケア、ナイトケア ・訪問看護 ・親カウンセリング ・親グループ ・デイケア親の会 	<ul style="list-style-type: none"> ・登録者の電話相談 (セ) ・居場所の提供 (セ) ・相談、助言 ・就労支援 (セ) (農業、販売、喫茶など) ・援護寮への入寮 ・グループホームの利用 	<ul style="list-style-type: none"> ・E-JAN との連携 ・ボランティアとの連携 ・事例検討会 ・地域家族会との連携 ・行政との連携