

総括的な傾向や意見であり、個々の症例を特定出来る情報は何もない。倫理面の配慮はクリアできていると判断する。

次に戸別訪問調査活動の報告と考察についての倫理面への配慮については、私の目から見て早急に生活支援ならびに危機介入的な訪問活動をしたほうがよいケースを選び、本人・家族の了承をとって実施し始めた。つまり試験的ではあるが、実践的な訪問活動が先行している為、研究の承諾をとって始めるという形をとらなかった。いずれの症例も、本人との関係作りが先ず先でそれに相当時間を費やしており、関係が出来、本人のニードもはっきりした時点で、正式な訪問ボランティア契約を交わすつもりで契約は急がなかった。

当事者の秘密の保持に関しては、当事者、および家族に訪問会員以外には秘密保持をボランティア利用規定およびその契約書に誓明してある。

一方訪問会員の間での患者情報の共有は必要不可欠でありこれがないければこの事業は成立しない。対象患者に関する情報の秘密保持に関しては、訪問会員で閉じられた電子会議室を持ち、これに訪問レポートをのせることにしてあり、会員のパスワードとIDがなければこれには入れない。また電子会議室へのレポートも個人名は避け数字番号をつけ、個人を特定できる情報は載せないこと

に申し合わせている。どうしても必要な個人情報は、毎月の会員の定例会で報告している。

研究があろうとなかろうと、カンガルークラブは利用規定と相互の契約に基づいて訪問活動を継続していかねばならないことがまず我々の基本的な倫理性であると判断する。

訪問ボランティア活動報告の要約を厚生労働省へ研究報告として提出するのに、疫学研究に関する倫理指針の第1項2の適用範囲外の研究と判断されたため当事者の同意書はいらないと判断した。

しかし念のため、ボランティア活動報告を個人の秘密保持と個人を特定できない形で報告されることを了承してもらえるかどうかの同意書を用意し、各訪問している当事者からもらうことにした。

厚生科学研究協力への同意書は時機の早い遅いはあるけれども訪問ボランティアの利用契約とともに全員の当事者からもらうことができた。

厚生科学研究への同意が取れなくとも訪問ボランティアは今までどおり続けていくことを当事者および家族に明示しなくてはならない(協力依頼の文書に)。

もちろん無料奉仕であるけれども、ボランティア的な活動の限界性も明示していなければならぬ(ボランティア利用規定に)。

こういった趣旨の依頼の説

明文書と同意書(本人用と控え)を別紙Ⅲ、Ⅳ、Ⅴの形式で用意した。

### C. 研究結果

まず予期せぬ(思いがけない)入院のケースの要約を中間報告する。

現在まだ40例弱の症例の要約であるが、なるべく多くの症例検討を重ねて退院後支援のあり方と危機介入の要点を浮かび上がらせたい。もう少し症例を重ねて特徴別のパターン化や典型的な症例提示とその数等については次年度以降の報告にまとめる予定である。

1. 地域、家庭でKey Person (K.P)を軸とするネットワークがあって、K.Pが当事者と良い関係を保ち、またそのK.Pと主治医が良い関係を保ち、また良好なコミュニケーションを保てていれば、予期せぬ入院は必ず防げるとの仮説を私は立てた。

2. Key Personとは当事者の入退院を始めとする治療に実質的権限を持ち、周囲や主治医のほうも当事者治療に主たる発言権を認めている人間を言う。これは法的な保護者である必要は必ずしもないし、当事者の身内でなくともよい。

3. しかしいていの場合K.Pは親が居ればほとんど親、既婚者の場合はまず配偶者である。

4. K.Pを軸にして予期せぬ入院の各ケースの検討をしていくと次の4つのパターンに分か

れるように思える。

1) K.Pが家族の中に存在しない。K.P的に動ける成員がいても家族が崩壊しており、意見もばらばらで他成員がその人を認めず、結果的にはまとまった要望を治療側に出せないで、K.P不在と見なさざるをえない。

2) K.Pは存在するが、K.P自身に問題がある。例えば当事者の病状を良く捉えていない。状態悪化のサインを見逃しているあるいはK.Pが脆弱。

3) K.Pが主治医に今回の状態悪化につき有益な情報を提供してくれなかった。もしくはK.Pを含め家族側になるべく入院をさせたくない意向があった。或いは主治医と家族の意向に大きなずれがある。或いは家族にすっかり囲い込まれ、社会からも医療からも断絶して存在している精神障害者がいる。

4) 単身者でK.Pが存在しない、或いは家族が遠く逃げ出し、全く不関。この際は行政が含む指導支援体制づくりが不可欠。

【以下はK.Pのパターンへのいくつかの対処法について】

5) ④も含めてK.Pがいないか、全く頼りにならず、疾患のケアに対して教育不能であれば、救護施設とか援護寮、グループホーム処遇に加えて行政からの指導、支援が必要になる。

6) K.Pを孤立化させない事が最も肝要である。そのためには訪問型支援が最適であり、そうすることによって、K.P機能が強化もされ、また治療チームと

のコミュニケーションもよくなる。

7) 訪問型支援は関わる医療機関の訪問看護部やPSWが最も望まましいが、不可能であれば保健所保健師の生活指導、地域の訪問看護ステーション、訪問ボランティアなどを積極的に利用するのが良い。

8) ライフステージ別に危機介入の仕方が異なるべきかどうかは、現在の段階ではまだ明確に浮かび上がっていない。境界性人格障害などは若い人に多く疾患別に支援の要点は違って来るかもしれない。

9) しかしながら兄弟は遠くはなれ、長い間本人の面倒を見てきたけれども次第に病弱化した親がK.Pであるライフステージの精神障害者に対する生活支援と危機介入が焦眉の急であることは確かである。

10) 犯罪とかかわりのあったケースは本人の在宅支援に、治療者、行政、警察の緊密な連携ネットワークが必要。連携がうまく行かないとみんな引き気味になる。特に拘置所、刑務所退所後の地域医療機関への連絡は現在いまだ皆無であり、治療継続の必要があるケースであれば退所後のケアシステムの準備がなされなければならぬことは当然であろう。しかもこれは行政主導で行われるべき事である。

長期入院者を別にすれば、親が若くて元気であれば、日本において精神障害者はよくも悪

しくも家庭内でまだまだよく支えられているのかもしれない。家族の崩壊度によって訪問型支援が重要になっていき、脆弱なK.Pを支援し、家庭が崩壊してしまえば関係の出来た訪問者がケアマネージャーになるしかない。いずれにしても訪問型支援が軸であると思われる。

次に重度精神障害者たちの訪問ボランティア活動を通じての調査活動の報告をする。

その前に、患者への危機介入を早くし、なるべく入院を避けるように、私の姿勢を変えたことを報告する。私の外来の受持ち患者ほぼ300名の中で危機介入の必要性即ち入院の可能性がありそうな患者、家族には必ず私の個人宅の電話と私の携帯の電話を知らせることにした。知らせなくとも患者の方で調べてきた電話にももちろん答える。私の受持ち以外の患者から電話が来ることもあるが、本人の事情を多少なりとも知っている患者であれば(例えば交流ハウス「虹の家」で知った他の医師の受け持つ患者、他の診療所の患者など)にも対応する。

とにかくどんな電話にでも原則的に喜んで応じる。気楽にどんな内容でもいつでも聞いてくれるという安心感を患者側に与えようとした。

危機の時だけ連絡をと要求するのは虫のいい話である。く

だらな無駄と思われる電話にも耳を傾け丁寧に聞く。他の患者からも貴重な情報をもらうこともある。電話もEメールも一つの関係作りである。多い時は一日10本以上電話がくる。

具合悪化するたびに電話してきて、頻回に外来に来させて、入院回避できた患者がいるし、電話だけで安心し症状悪化が防げることもある。

或いは電話を頻回にかけてきたのに、悪化時外来に来なくなり電話も来なくなり、こちらから電話し来院を促したが拒絶、拒食で、患者宅へ数回クスリをもって訪問し話し合い、薬を飲み始め、症状軽快、外来通院が再開し、入院回避が出来た統合失調症もある。この場合も以前の世間話的な電話の対応の履歴が無駄ではなかったということになる。

あるいはちょっと様子見に行くだけでよいこともある。つまり電話相談に、必要に応じて訪問を加えることが有効である。これは軽い訪問であり、私の判断で受持ち患者に不定期に行なっており、カンガルーくらぶには報告もしていないし、記録にも取っていないしもちろん往診ではない。

治療関係がある程度ついている患者であれば、これだけでかなり危機管理が出来ると思われる。

危機介入はいついかなる時でも生じ得るものではないか。それに積極的に関わろうとす

れば、少なくともその当事者を良く知っている誰か(担当医師が最もよいがPSWでも看護師でもよい)にいつでも連絡可能と言う状況を恒常的に設定するしかないと思われる。

不特定多数の誰にも相談窓口を開いておく必要はない、自分達の把握する範囲内の当事者で良い。全く相手の状況を掴んでいなければ、適切な助言もできないし第一親身になって聞くことも出来ない。当面私の担当している外来患者群は交代性ではなく私一人の電話番で充分であった。

これら自宅や携帯にかかる電話相談などに料金は一切取っていない。病院業務中かかってくる電話は電話相談という名目で保険医療の枠内の徴収を病院が行なっている。夜間の救急電話相談も精神科当直医が受けているが患者には評判が悪い。入院が必要なほど具合が悪くなければ、かつ医師側が自分の受持ち患者でなければ必ずしも十分に対応できないからである。

どこの救命救急センターでも本当に救命が必要なケースは1割か2割で、後はどう見ても生命に問題ない様々な訴えの患者群である。それを診なければ救命救急センターは機能しない。精神科救急でも同じことがいえるのではないか。

行政中心でおこなわれている救急相談業務は入院が緊急に必要になりそうな全く不特

定のケースに入院にいたるサービスを提供することが目的の危機介入業務であるように思われる。

我々は状態悪化した患者をなるべく早く把握し、何らかの介入、支援を行なって入院に至らないように危機回避することを目標とする。

カンガルーくらぶで訪問調査をし始めた当事者は訪問をしていかなければ関係の糸口さえ掴めぬ、あるいは相当のサポートシステムを準備しなければ社会生活不可能なケースである。

次のその全例の要約を挙げる。

A 63歳男性、統合失調症と糖尿病。Bその妻63歳、非定型精神病。C男性の妹58歳統合失調症(独語空笑自閉徘徊だがおとなしい)と糖尿病。いずれも30年以上の病歴。この三人が20年以上同居しAの年金と貯金で生活続けている。ここ2年Aの幻覚妄想状態再燃しまた記銘力記憶低下し始め、インスリンの自己注射が不可能になり、混乱して妻にインスリンを打ったり(妻はそのため救急入院)、血糖測定もでたらめになり血だらけになったり、高血糖が続き、主として糖尿病のコントロールの為Aは入院していた。

BとCは入院中毎日病棟に日参しAと離れない。BCは従順で何でもAの言うとおりになってしまう。Aは財産に関する誇大

的、被害的妄想出現し、数億お金が下りてマンションを買えたはずだから見にいって来いと言うとBCはともかく見に行くといった素直さがある。即ちAが良くも悪くもKeyPersonである。Aの幻覚妄想も記銘力低下の為容易に訂正できるが、再燃もしやすい。

ABCは一緒に肩を寄せ合って生きておりばらばらに出来ない。またAのような危ない患者を診てくれる施設は存在しない。ABCの今までのような社会生活を可能にする為の最低限の条件はAの血糖コントロールをきちんとすることである。

私は外来でCのみの受持ちであったが、本人たちの希望もあり、退院後3人の生活支援をやらせて欲しいと提案し、承諾をもらい退院後の支援体制の準備を始めた。Aの退院後はBCもAと共に受け持つことに病棟主治医と相談し決定した。Aは入院中介護保険の申請をし「要支援」となる。

内分泌科の担当医はインスリン注射が危険なのでクスリで代行しようとして決定。当院訪問看護部と主治医、内分泌医、外来看護部と相談してとりあえずのケアプランを作成。毎週私の精神科外来と内分泌の外来にABCを来させる。その日を含め週3回血糖のチェックに訪問看護が自宅へ訪問。クスリは2日分、3日分と分けてその都度訪問看護から渡す。カンガルーの訪問は毎週土日に1回。糖

尿他身体に関するコールは訪問看護部へ精神面の相談はカンガルークラブの私のところへいずれも24時間体制とした。介護保険から介護ヘルパーの派遣はAがお金をかけたくないと断られる。

9月初めAは退院したが、このケア体制はすぐ破綻した。食事のコントロールを全く考えていず、3人が退院祝いに食べたいだけ食べ、Aの血糖が常時550台でふらつきも見られ、内分泌医の指示によりAは在宅僅か1週間で再入院した。

内分泌医はAの糖尿コントロールはやはりインスリン注射しかありえず、薬のほうがかけて危険であると判断。私たちカンガルーは将来の退院に備えて、3人の食生活の改善指導を行なうことにし、BCに対し訪問を継続した。まず3食の食事量と内容を毎日Bより電話報告(もしくはノートに書き付ける)させたが、3ヶ月近くやらせてもBは満足に報告できない。Bにも物忘れが始まっていることが判明した。クスリも間違っただけのみ、あるいは重複してのみやすく、また物の置忘れも始終起きる。食事を作ろうとする意欲が全く起きない。第一Bはここ10年家で調理したことはほとんどなく、ご飯を炊ける程度で、片付けも苦手ほとんどCにやらせている。家は大小の家具で同じものが重なり合い積み重ねてありで、他方台所、便所など水周りも相当に汚く、洗

い物が溜まり、よく食中毒にならないと思われるくらいかびだらけである。訪問のたびカンガルー会員は片付けと整理に追われる。

毎日の電話報告義務はBになんでもすぐ電話してくる習慣を身につけさせた。私始めカンガルークラブの会員、訪問看護部などにあわせて1日10回以上電話してくるようになる。これで危機管理の体制が一步前進。

Cの糖尿病はクスリでコントロールできており、Bにいわれて買物などの使いはCがいく。時に徘徊し帰ってこない日やどこかのお店で品物を失敬し保護されていたりすることもある。しかし周囲からは障害者ということで理解され受け入れられてもいる。独語と空笑があり、所かまわず寝てしまう、自発性は全くないが従順。

3ヶ月の指導によってもBCに食生活の改善を期待するのは無理であった。配食サービスを夕食だけでも利用するしかないと訪問看護と相談。病院栄養課に事情を話しAの退院後3人分の夕食を作ってもらうことを依頼。栄養課は作れるけれども配達はできないとの返事で、これには別に介護ヘルパーの動員を考えることにした。病院の給食が豊かな割に400円/1食の本人負担で、安価であり、儉約家のAにとっては一番受け入れやすいものであった。

Aのインスリン自己注射につ

いての一番の問題は本人が強迫的に重複して注射をうってしまう危険性を如何に排除するかであった。ケア会議で内分泌医の発案でインスリン注射用の保管金庫をプレゼントし、ヘルパーがその鍵を開けに毎日訪問し、自己注射を見届けてまた鍵をかけて帰ってくることに結論した。

これで介護保険の介護ヘルパーが毎日2回訪問することになり、それらを織り込んだケアプランをケアマネージャーが作成し、A達に受諾してもらうことになった。私、病棟主治医の立会いでAが介護保険を受けることを受諾し、ケアプランも承諾した。BCにもすでに介護認定の申請をしてもらっていた。

待ちくたびれた4ヶ月の入院後④が退院し、ABCの新たな社会生活が始まった。まず毎日昼インスリン自己注射のためのヘルパー訪問と夕刻の3人分夕食配食サービスの為のヘルパー訪問がある。月、金と訪問看護課の訪問で血糖チェック。水曜日は精神科と内分泌外来毎週受診、土日のカンガルー訪問、身体面のコールは訪問看護、精神面のコールはカンガルー会員が受け持つ体制。

Aが不眠をきっかけに3日分薬をまとめて飲んだことが一度あり、それ以来薬は1日分ずつ毎日、訪問看護からヘルパーを経てABCに渡されている。また最初Aが夕食の食事内容や量に不満を漏らしていたが、1ヶ

月の献立表をわたし、Bに昼間少しでも調理して、昼食を食べる習慣をつけさせるように指導している。Aの運動量がほとんどないので血糖は高めであるがまずまずの経過である。

このようにして社会生活再開後1ヶ月あまりであるがABCは安定し、また満足して生活を送っている。しかしながらABCは外来受診以外ほとんど外出せず自宅に一日中閉居しており、我々のさまざまな訪問支援が唯一の社会的交流となっている。時々の夫婦喧嘩もあり、A、Cの尿便失禁傾向とBの腰痛と白内障もあり、さらにAがよいよ施設処遇しかできなくなった場合BCの社会生活が支援によって維持していけるかどうかもまったく未知数である。

これこそケアマネジメントであるが、こういう体制に纏め上げるまで相当のエネルギーが必要であった。カンガルーくらの介入が無ければAの退院のめどなど何時までたっても付けられず、結局最後は全員ばらばらに施設処遇されることになったに違いない。病院職員が医師も含めて悲観的で、誰も3人の社会生活が可能になるなどと思わないし、したがって準備もしようとしない。病院職員は院内で行なえる医療ケアのことしか考えない傾向がある。例外的に訪問看護課がカンガルー会員の準備に協力してくれたのみである。病院の

PSWも隣にある生活支援センターも一切関わっていない。地域支援のシステムが施設ごとに分割化しすぎており連携が非常に取れにくい。

こういうケアマネージメントは理論的にはPSWでも看護師でも可能であるけれども、外来の主治医であり元管理者でもあった新居の立場が旨く働いたのかもしれない。

これを普遍化すれば、地域に目を向けている主治医ならばケアマネージャーができるということになる。

しかしながら病院に勤務する精神科医側の地域支援に対する理解や意欲はまだまだ乏しく、意識の根本的な変革が必要なのではないか。

他方、既存の地域支援システムでそれを最大限に利用し旨くまとめることが出来れば、ここまで出来るという例示にもなった。

ABCに対するカンガルーくらの訪問回数は2004年7月より2005年1月末で36回である。

D、47歳男性統合失調症、浜松より2時間の山間の僻地に父母と在住、ひとり息子。25年の病歴あり。発病して1回の入院治療後安定し、その後から私が受持ち、約10数年間は家業を手伝い、ほぼ1人前に仕事が出来、付き合いもある程度可能で社会適応性も上がっていた。しかしここ10年仕事の負担と父母の病気などをきっかけに次第に状

態が悪くなり、仕事を休み、ここ数年は緊張性興奮が周期的に襲い、独語、徘徊、絶叫、はげしい奇異行動、不眠、疎通困難などが持続し、2回の入院(主治医は私とは別)も静謐化させることがうまく出来ず、入院中の処遇をきっかけに却って本人家族に病院医療に対する根本的不信を植え付けてしまった。しかし外来担当医である私とは断絶せず外来のみが継続していた。母の薬の副作用に対する過敏な反応はあるけれども本人の服薬拒否も全く無い。

父は末期がんでいつ死を迎えるかわからない時期になり、本人の状態もますます悪化し、一方数年前大手術を経て身体的に虚弱な母が懸命に本人のケアを行っており、家族全員崩壊の危機に立たされていると判断したわたしが、山間僻地であるけれども放任できないと考え、カンガルー訪問を開始した。

関係作りさえしていけばDの苦悩をやわらげられ、リラクゼーションも可能になると思って始めたが、甘かった。本人は非現実の強大な敵(それが地球の運命や地球全体の子供達の死命を制する)とのはげしい空想上の闘いに専念しており、その背景に強い個性でスパルタ式に鍛えられ育てられた父に対する屈折した反抗コンプレックスがあると解釈された。本人は父から今でも罵倒され出て行けといわれ、物を投げられ



たり、水をかけられで、手荒い扱いを受けることもあるが、全く逆らわず、或いはこらえて涙するばかりで、代わりに独語徘徊不眠が激しくなる。Dは昔から反抗一つしたことのないやさしい「いい子」であり、今も病気を除けばそうありつづけている。

父は自分の死が近づくに連れ、期待の子だった息子の今の状態にいらだち、つい余計に罵倒し、飲酒し荒れる。他方本人は父の入退院のたび、病状が却って悪化し、不眠、絶叫、徘徊がひどくなる。両方を気遣う母親は引き裂かれ、Dを余計いとおしがり、Dが眠らなければ寝ず、そばに付き添い、どんなに絶叫興奮しても、食事を食べさせ、着替えや身繕いをさせ宝物のように扱っている。

われわれがいろいろ問いかけても「だいじょうぶだよ、なんでもないよ」と独語の合間に言うのみである。この親子関係のなかに適切な介入をしていけるすきまがない。父母も本人も私たちの訪問を喜んでくれるけれども、本人の病的状態はなかなか軽くならない。

薬物によるともかくの静謐化をはかるしかないと考え、母親と相談しながら、単味で精神薬を変え調節し始めて4ヶ月経過した所である。薬を変えるたび母によく副作用を説明し、薬の目標も説明し、少なくとも害にはならないよう行なっている。

父の入院中、本人のくすりをかえ、夜間安眠が出来るようになり、昼間の徘徊もびたりと止まり安心した途端、父の退院帰宅をきっかけにまた完全不眠と激しい徘徊が始まるといった具合である。

その本人が「おやじが殺されてしまうから入院するな」とわめき、父の入院に恐怖と不安を表明するのである。

今の所この父の状態と父と本人との緊迫した関係にもっぱら影響され、どんな薬も効果を充分発揮できていない。父はしかし何時急変を迎えるか分からず、本人の状態も根本的安定には程遠い。

最初は遠隔地である為月1回定期的に訪問し後は母との電話連絡で済ませていたが、父の状態が予断を許さなくなり、本人の興奮と疎通性も悪くなるばかりで、次第に訪問を増やし、2004年11月からは毎週定期訪問を続けている。

幸いにも近隣の人たちにこの家やDにたいするやさしさが存在する。本人がどんなに絶叫していようと周りは我慢し、近所の人たちは何かと手伝いにきては本人に声をかけていく。昔本人が近所の人達に親切で思いやりがあり、その頃のやさしさを皆良く覚えているのである。いつか昔の彼に帰ることを周りが待っている雰囲気がある。母もどんなにおかしな挙動をしていても、本人を平気で買い物に連れて行き、また独語

中の本人を交え、お客と話を  
する。

もしDが落ち着いたら、こ  
を同じような精神障害者達  
の為に開放して、それら人  
々の居心地のいい居場所  
にしてやりたいと母は言う。

母は保健所に対して偏見  
があり、不要な犬猫を処分  
すると同じように、伝染病  
者とか精神障害者など国  
や地域にとって厄介な人  
間達を処分処遇するところ  
だと思いきや、何度かの保  
健所からの保健師訪問など  
を断っている。なぜ保健所  
からでなく役場の保健師が  
来てくれないのだろうか。年  
金を勧めにこられた時も「  
廃疾」という言葉に反応し  
しばらく年金を撥ね付けて  
いた時期がある。障害者へ  
の偏見を過敏に感じてしま  
う母親の態度である。

いずれにせよ、わたし達  
との関係作りが先であり、  
本人にとって私達が少し  
でも役に立つようになれば  
保健所保健師との関係回復  
も充分可能になると思っ  
ている。

こういう症例は本来ならば  
入院治療の対象になって  
いるはずである。しかし母  
にとっては人権擁護を看板  
にしているわれわれのよう  
な病院でも息子に対する処  
遇の粗暴さに耐えられな  
かったのかもしれない。

母の目が行き届く環境で  
治療を続けていくしか  
ない。家族があきらめると、  
おそらく単科

の精神病院の保護室に長  
期間入れっぱなしにされ、  
社会から奥深く葬り去ら  
れ、父母も亡くなるという  
過程が進行することになる。

去年以来静岡県  
の退院促進自立支援事業  
(新居が代表者)で各病  
院回りをしてその候補者  
を面接し退院支援してい  
る経験から言うと、病状  
が安定もしくは固定化し  
て退院可能となってい  
ても、10年以上入院し  
ていれば本人は病院環  
境に安住し社会復帰など  
に興味を持たず、むしろ  
変化を恐れ、それへの  
誘いを恐怖するようにな  
る。つまり退院への動機  
付けが本人から全く生  
じてこない。不可能では  
ないが退院へもって行く  
のに相当のエネルギーと  
数年間にわたる期間が  
かかる。また家族にと  
って本人は死んでしま  
ったのと同じで、家庭に  
本人の居場所はなくな  
って遥かである。父母  
の時代は過ぎ去り兄弟  
、もしくはその子供の  
時代になっている。こ  
うなった人たちの大  
群をほとんどの精神  
病院が抱えている。  
(それでも浜松市  
内で平成15年度の退  
院促進事業対象者20  
名のうちほぼ半数が  
あちこちの援護寮に  
退院し社会復帰した。)

回復へのかすかな期待  
がある限り、どんなに  
状態が悪くても家庭  
で頑張っている本人  
と家族であつたら、  
支援していくべき  
ではなからうか。父  
死亡時本人の状態  
次第で一時的に入院  
が必要になるかも  
しれない。

しかしなるべく短期入院の後、母との共同生活を営みながら、家庭内で本人の自立支援をカンガルークラブでこころみていこうと考えている。母亡き後の本人につき、母は狂おしいほどの心配と不安を抱いているが、この母との生活の中でどの程度の自立が得られるかどうかにかかっているように思われる。いずれにせよ母の存命が鍵である。母が亡くなればすべて終わる。この父母の住居、それを取り巻く暖かい周囲の人々と良い自然環境が本人の本来の居場所である。

往復5時間の対象者1名訪問ボランティアは考えてみれば相当のこちらのパワーの無駄遣いになっている。我々の努力を意味ある形に発展させるには、この地域の行政や保健師と連携を取っていかねばならないであろう。複数の精神障害者を訪問してまわる、あるいは当事者を憩いの家方式に集めて語り合う機会を作るのに利用するなど。遠隔地、山間僻地の在宅支援はどうあるべきか考えさせられるケースである。またケースマネジメントの面から考えると、現在は医療的なケアが中心になるべき状態であり主治医が軸になるしかない。

2004年4月より2005年2月中旬まで28回訪問。

E、36歳女性、統合失調症、約15年の経過、大学4年次悪化し、

父母が連れ帰って当院に入院させる。硬く無表情、抽象的飛躍し滅裂に傾く思考。入院中は布団を被って無為自閉、家族とも接触拒否、無理にかかわりを付けていこうとすると被害的になりパニックになり混乱。自我の脆弱性著明。

表面的なかわりしか出来ず退院し、表面的な面接のみで外来7年間通院。その間母親が脳血管障害で突然死。薬も本人の希望で減らしていき、同じく本人のはっきりした要求で外来終結。

半年後外に飛び出し興奮し警察に保護され、支離滅裂となって再入院。入院中も治療的かわりに拒絶的、父にも拒絶的で、伯父夫婦のところへ退院するといいい結局父宅へ帰宅。

退院し数回だけで本人来なくなり以後父だけが6年間薬を取りに来る。'01年、当院訪問看護に依頼したが本人の拒絶でうまく行かず。結婚した姉に関係作りを依頼したが発展していない。つまり人との接触を断ち自宅に閉じこもりきりになってしまったケースである。

このまま薬（夜1回しか服用せず）だけ飲ましても何も改善せず、父親が共に行動して社会化をはかる努力をするように担当医新居が勧めたけれども、父は仕事の方を大事にし、休日は例外としても本人を週日ほとんどひとりで留守番させて放任している。

父親は施設に入りたいと前から希望しているけれども、拒絶が強く対人接触におびえ疎通性の極めて悪い本人が施設に適応できるわけがない。父以外の人間と関係作りをしていて社会生活への窓を作らないといけないことを指摘し、カンガルー訪問を始めることを提案し了承を得る。

初回訪問は女性会員と共に、父の在宅する土・日曜に行く。本人硬く緊張しているが拒絶的ではなく、むしろ真剣に支離滅裂な話を続けていく。幻覚妄想もある様子。髪は伸ばし放題でふけだらけ、顔も脂ぎって洗った様子なく、お腹がでて短いスカートをはき見るからに情意鈍麻。話を真剣に聞き取ろうとするわれわれの態度が受け入れられたのか、次回訪問も来ていいことになる。

わけのわからない話に聞き入るだけの訪問が続く。次第にカンガルーの女性会員のみと対話するようになり男性会員および父は黙って陪席するのみとなり、16回目から女性会員のペアのみの訪問とする。また父が居なくとも訪問を受けてくれるようにもなる。

10回頃から変化が現われ、本人の外出や入浴が増えてきたと父から報告がある。この頃から特定の女性訪問会員に親近感を持ち、多弁になり、過去の学生時代の話、初恋の思い出、自己の身体や精神病に対する奇異な捕らえ方など自己表現

し始め、それに直截な情緒表現・感情表出が伴うようになる。説明や理屈を述べる時はすぐ支離滅裂な思考障害の迷路に迷い込むことに変わりはないが、疎通性は抜群に改善する。

20回目の訪問で突然本人からドライブに連れて行ってと要求し、22回目で患者の交流ハウス「虹の家」に行きたいと要望し、集団の中に会員に縋りながらも入り、交わり始める。社会的な交流の意欲が沸いてきたことは、今までの本人の自閉と孤立から見れば驚くべき変化である。

また訪問のたび女性会員に身体的な接触をしきりに求めるようになり、あちこち触れてもらいたがり、みて貰いたがり、くっついて話したがる。女性会員には打ち解けているが、父と向かうと以前の硬い緊張が再燃することもしきりする。

27回目女性会員が伴ってではあるけれども、数年ぶりに本人自身が外来に通うことも可能になった。

薬はこの数年変えていないにもかかわらず、会うたび劇的に良い方向に本人が変化し始め、関係作りの秘めているパワーと大切さを当事者自身から教えてくれる体験となった。

本人が混乱と混迷の中から、自己表現と自己主張をし始めカンガルー会員がそれらをひたすら受容することで、状態改善が進んでいる。

週1回の訪問で現在ここまで

来ているがこれからは本人からの要求に応じてさらにより臨機応変の対応がカンガルー会員に必要なかもしれない。

地域生活支援センター、デイケア、職業訓練施設などへのつながりが旨く出来ていくかどうかともこれからである。

また本人への自立支援がこういう形でできるのも父が元気で存命のうちであろう。

このケースはわれわれの訪問ボランティアが、その限界性を持ちながらも最も成功しつつあるケースになっている。

2004年6月より2005年2月初めまでで25回訪問。

F、47歳男性、躁うつ病、20年以上の病歴で、同一主治医の新居。16回以上の頻回の入院歴あり。いずれも躁状態で入院し退院後は遷延した鬱状態が続き、やっと元気になってくると一挙に躁状態に上り詰めることを繰り返している。服薬も、通院も規則正しく守ってくれるのにこのコントロールができない。入院をするたび本人の挫折感が重なっていき、治療への絶望と治らないことへの確信が強まっている、一方躁期、一気に失地回復を狙う大胆な試みと入り交じった自暴自棄などが出現しやすい。約10年前まであちこち就労していたがそれ以後はあきらめてしまった様子。父は死亡。母と弟と同居。弟はFに不関でFが躁転すると

しばらく姿を消してしまう。

訪問ボランティアでFの生活に関わりながら、鬱から脱して規則正しい生活をさせ、他方躁転して年中行事のように入院することを防ぐ支援を行なうことを提案し2004年5月中旬より訪問が始まる。

訪問開始して約1ヶ月たって鬱状態から抜け出し、活動し始める。次第に活動的に過ぎるようになり、会う機会や電話連絡を多くするが、活動が増大していくのをカンガルー会員が抑制できない。

結局本人と話し合い、入院を可能な限り避けるためには自己管理・自己抑制しかないことを認めさせる。本人との約束で①夜は7時間以上眠る。②薬は必ずのむ。③夜間外出は可能な限り避ける。④他人に対し出来るだけ怒りを爆発させない。怒りは入院のきっかけになりやすい。⑤1日の睡眠時間、行動計画、などをなるべく毎日カンガルー会員に電話で報告する。⑥なるべく頻回に会員と会う、虹の家(交流ハウス)などなるべく集団の中で過ごす。

毎日朝昼晩と電話連絡してくるようになり、会いたがり、会員への依存性も高まってくるが、行動半径広がり交友範囲広がり、活動時間長くなり、複数同時的多次元的行動におぼれ一貫性を次第に無くし、まとまりをかくようになる。また服薬が不規則になる。例えば夜良く眠れると朝は服薬省く。バイ

ク仲間を集めてツーリングをしたり、パソコンのソフトウェアの改造をやったり、リーダーシップをとりたがる。母に対し次第に易怒的になる。売込み的な就職活動も始める。

7月X日千葉の親戚に行く途中で、追突されバイク事故で脊椎の一部骨折を起こし、本人の希望で当院まで転送され、唐突な入院となる。数日で躁状態が天井まで登りつめる。保護室でドアを蹴飛ばし足をも骨折、人権擁護局に電話を繰り返す。しばらく保護室から出られない。何度か面会にいくも「躁状態は治らない、治す必要ない。一生これでいく。ここから国会議員に立候補する。新居Drにはもうかかる必要はない」など居直りの姿勢。しかし3ヶ月入院し落ち着いた所で10月退院。

退院後入院中の主治医が外来主治医を継続希望、それを認めカンガルー訪問を再開。いろいろなメンバーに訪問してもらうことにする。母に連れられ週1回の座禅の会に出席。本人と就職の方向性について検討、地味な仕事を生活のリズムをつける意味で探していこう、生きがいは前からやっている川柳、パソコン通信、バイク仲間との交流でよしにしよう。比較的寝込まないでパソコンを終日開いて静かに過ごしている。

1月中旬より活動的になりはじめ軽躁状態へ移行。夜町で与太者に絡まれ投げ飛ばされ腰を打ち、数日間動けなくなる。

24時間パソコンチャットと全国川柳仲間と交流始まる一方、私への電話連絡多くなる。担当医に増薬依頼する。

1月末日夜急に逆上して家で大暴れ、電話で説得するも怒鳴り咆哮してやまず。カンガルー会員二人駆けつけると、機嫌一転し、次第に落ち着く。自分で「突発的躁だ」という。家中畳やベット、さまざまな家具が散乱しており、脚の踏み場も無い。母が逃げださず本人の相手をしていたことがよかった。訪問により家族の耐容力は確実に上がる。薬も飲み、落ち着いて眠ってくれそうであったので帰る。

どんなに逆上爆発していようと、なるべく現場にいて立ち会い、相手の話を向かいあってよく聞き、その上でこちらの要望を伝えれば、従ってくれることを確信する。

しかし躁状態の落ち着かない行動が続く。

2月初め眠前薬がないと騒ぎ母にあたり、夜間電話が来る。私が「救急に依頼するから足りない眠前薬を取りに行ってもらいたい」と指示。母と救急の前で「入院させられそうで怖い」とまた本人より電話がくる。私が「入院の相談などしていない、眠前薬だけ依頼しただけだから心配しないで受診してほしい」と言うとうなずく。入院させられることへの恐怖があることが分かる。薬服用し夜間良眠。

2月上旬の自宅訪問では機嫌よく落ち着いており、母にもわれわれにも当たりがやわらかい。ところが翌日急変、母の何かに腹を立てたらしく、静岡まで出奔してしまう。法事で浜松に居なかった私への電話では、母が財産を隠し持っており自分には生活費を少しも渡さず苦勞させているなど怒っている。水曜日まで新潟のお寺に行き座禅をしてくるなど主張しなだめても云うこと訊かず。

翌日母がなんとか自宅に連れ帰った様子。夜同じく浜松に帰ってきた私にも電話がきて、怒りがさらに高まっている。

「母がゆるせない、薬が強すぎてこれでは何も出来ない、自分は3時間眠れればいいのだ」という。明日会うことを約束して電話を切るが、夜中2時半頃から数10分おきに朝6時ごろまで立て続けに私にコールあり。最初のうちは応答するが後はこちら（新居）も無視してやり過ごしてしまう。

翌日午前中警察に伴われ外来へくる。担当医と一緒に私もなだめようとするも怒り収まらず、「母の家より出てアパート暮らしをする、外国に行く、この病院にはもうかからない」など。結局医療保護入院になる。

激しい躁状態でも逃げ腰にならず、毎日訪問して付き合っていれば必ずコントロールできると確信がついてきていたにもかかわらず、現在のわれわれのボランティアシステムで

はその連日訪問する体制が出来ないことを痛感。これが現在のカンガルークラブの限界である。

前日電話で呼ばれた時私ほか駆けつけて話を聞き、薬をきちんと飲ませて良眠させれば少なくとも翌日の入院は避けえた可能性がある。一晩中Fが電話しつづけることによって、助けを求めていたことも明らかである。

激しい躁鬱病の在宅支援には少なくともACT的なシステムが必要であり、訪問ボランティア的な組織では支援が中途半端にならざるを得ない。

現在まで41回の訪問にもかかわらず、去年5月から関わって2回の入院を予防できなかった事実は認めなければならない。しかしわれわれの実践のあり方には重要な示唆を与えた。

また、このケースも母の支えがあるからこそ頻回の入退院にもかかわらず社会生活が可能になっている。過去に骨折し杖歩行の70代後半の母が懸命に躁状態の本人に付き合い、面倒を見続けている。母がいなくなればおそらく精神病院に入れっぱなしになるに違いないほどの不安定な躁うつ病である。

であるからこそ母の存命中に社会的自立まで持っていけるかどうかであり、時間は限られている。

次の2ケースはこれまでのケ

ースと違い、病院の在宅支援のシステムにうまくのせることができれば社会生活可能なケースであり、その手助けをする意味でカンガルーくらぶが関わってきている。したがって既存の在宅支援システムに馴染んでもらうようになればわれわれの使命は終わる。

G、49歳女性、統合失調症、病歴20年以上。老母との二人暮らしであったが、幻覚妄想状態が激しくなり、母を攻撃したり指示したりで入院し、退院したばかりであった。以前、デイケア、外勤作業、パート的な就労などの時期もあり、頑張り屋の一面もあるが、最近母亡き後の不安が募ってきていることも確か。退院後デイケアへの指示が出ているが通院できず。デイケアや虹の家に通うのを助ける意味で訪問を始める。

幻覚妄想状態は背景化しているが強迫的確認が出現し母を巻き込む。地震の備えの不安、火事の備えの不安から始まり、デイケアの日付の確認、薬の確認、母が悪性疾患で死ぬという不安、など次々に出てきて母に確認を迫り母が精神不安定になるほど。

週日はデイケア、虹の家などで過ごし、集団の中では割と落ち着いているけれども、夜や土日、母と2人になると強迫的確認が増強。訪問ボランティアがドライブに連れて行ったりするときには調子いい。年末になる

につれ次第に落ち着いていき自力でデイケア、虹の家に通所するようになる。

しかし年末年始デイケアも虹の家もお休み、カンガルーくらぶもお休みという状態になり、正月あけてみると本人の状態が明らかに悪化しており、強迫的確認が増強し無意味なおまじない化し、亜昏迷に近く失禁、衣類の着替えも出来なくなっており、母も疲れ果てていて、再入院となる。

夜間本人が母と言い争った時、電話連絡が何故か私のところに来ず虹の家ボランティアの所へ行く。(私たちの役割が明確に伝わっていない)また老齢化した母も本人との距離の置き方がうまくいかず、判断力低下しつつある母の介護支援も別に考えないといけない。また病院の在宅支援のシステム、訪問ボランティアのシステムも含め、正月や休日体制における本人のケアをどうするかという問題をこのケースは指摘している。

またこのケースも母の存命中が鍵である。姉兄達は施設処遇しかないと今の段階でも考えている。

2004年9月より2005年1月中旬で26回訪問。

H、45歳主婦、統合失調症、15年の病歴。病初から服薬通院不規則な傾向あり、しかし作業所、そこから紹介されたパートなどは良く利用していた時期も



ある。幻覚妄想状態が次第にひどくなり、通院も服薬も中断してしまい、入院した。退院後自宅に閉じこもり、家事一切できず寝たり起きたりで過ごし、会社勤めの夫の献身的なケアで支えられている。

通院と服薬が不規則にならないための支援と家庭生活における活動の支援の為に訪問を開始する。

このケースは分担研究者である大島ダダクリニックの近隣であるため、いずれそちらに主治医交代とその診療所の在宅支援システムにのってもらう予定で訪問を続けている。

2004年8月から2005年1月末まで15回訪問。

現在カンガルーが関わっているケースは以上である。最後の2例を除き、いずれも治療関係が切れかけかろうじてわれわれの医療に引っかかっているけれども、病状的にも不安定で社会的に孤立している重度のケースであり、またK.P.である親が病弱になってきており、本人の自立支援を図る時間も限られてきている。これらこそ訪問型の支援が必要であり、本人との関係作りが本人の将来の死命を制するものとなる。

上のケースとは違ってどの病院もそれぞれの在宅支援、デイケア、あるいは訪問看護やPSWなどの訪問で支えられる当事者であれば、支えているはずである。つまり治療関係が継続

し、補強的に在宅支援がなされていれはうまくいっているといつてよい。それらはわれわれの対象ではない。これらの実数についても次年度調査する予定である。

次にわれわれが扱うべき当事者は当院精神科の他医師が持つ上記のようなケース、さらに保健所の保健師が抱えて困っているケースであろう。

保健所のケースとは現在どこの精神医療機関にも関わりをつけられず、地域で問題を起こすか、起こしそうで心配されているケースである。これらこそ訪問型の支援で関わっていくしかないであろう。これらの保健師と連携をとりながら一人ずつ関わるケースを増やしていきたい。この際主治医は私になるしかない。

これらの当事者が市内でどの程度いるかは不明であるが、今年度以降扱う主たるケースになるはずである。

又市内にある訪問看護ステーションとの共同作業、連携も開拓していかなければならない。既存の在宅支援システムで精神障害者の訪問にもっとも利用可能なシステムであり、当地域においてもまだ旨く運用されているとは言い難い。連携が旨くいけば我々の弱点を補い、また対象者の範囲を更に広げていける可能性が出てくる。

またわれわれの訪問活動だけで当事者の社会生活が回復

するわけでは決してない。われわれとの関係作りができ始めると、どのケースも社会的活動に興味と関心を持ち始める。

次のステップは本人にとって最も近い、デイケア、共同作業所、生活支援センターなどと繋がりをつけ本人が溶け込んでいく手助けをしていけばいいとわれわれは考えていた。

しかしなかなかそう簡単に社会参加が始まるわけではない。われわれの勝手に思い描いた社会復帰のエスカレーターに当事者は簡単に乗っかってくれない。また無理やり乗せるべきでもない。それらの施設から勧誘に来てくれるほど職員のゆとりはどこにもない。加えて施設利用はどこも有料である。

当事者が最も興味を持ちまた参加しやすかったのは、患者同士が自由に出入りし仲間作りしている交流ハウスもしくは患者クラブである。そのひとつである「虹の家」は3年前私が病院からもと医師住宅であった病院傍の空き家を家族会の助けも借りて貸してもらい、外来の患者の居場所作りとして提供したものである。

私を含め数名のボランティアが家を訪れる人たちのもてなし役をやっている。当事者だけで運営する日もある。家庭しか居場所がなかった当事者の絶好の居場所と今はなっている。無料である。いても良い、いなくても良い、寝ていてもい

い、何も話さなくてもいいといった自由さが当事者を解放する。

ここで仲間になった当事者たちの連帯や助け合いがまたすばらしい。ピアボランティア、ピアカウンセラーとして育つ当事者が出てくる。カンガルーのボランティアと馴染みがあるせいでもあるが、おずおずと社会参加し始めたわれわれ訪問活動の当事者に一番近づきやすい場所になった。本格的な社会活動への復帰の前にこういった、たゆとう時間、ぶらぶらする自由な居場所が必要なのかもしれない。こういう場所がもっとあるべきではないか。

また既存の社会復帰施設も自由参加の空間やお試し参加の期間などがあったほうがよい。

今のところカンガルークラブの訪問会員は社会的権限のまったくない一介のボランティアにすぎない。

これは副次的なことであるかもしれないけれども、重度の障害者を訪問で支えるグループとしてよりパワーをもちこれからも継続可能な組織にしていくためには何が必要であろうか。

まず必要が生じれば、いつでも訪問できる体制を作らなければならない。ボランティアな訪問だけでは地域で重度の障害者を支えていくことは実質不可能である。また支えられるとするのは無責任になる。私が

主治医になるのは最低限の責任性を引き受けることでもある。

当事者のニードは多様であり、やらねばならないことは無限に増えていく。

ボランティアのほかに専従のコメディカルスタッフが最低限2名以上いれば必要な毎日訪問が可能になると思われるが、これらスタッフは当然有給にしなければならない。他方当事者に対する訪問サービスの無料制は貫いていきたい。

われわれはボランティアであることによって現行の医療制度の枠外で自由に活動している。しかし有給スタッフを供えた強力な訪問ボランティア組織が現行医療制度の枠外では存在不可能ではないのか。

現行の医療システムを一部取り込みながら、訪問ボランティアをも併用していくことを考え始めないといけないのかもしれない。いずれにせよさまざまな形の組織改革の可能性を探っていかなければならない。

無責任にならないように、われわれの能力に応じた対象者の数も考えていかなければならない。

以上実践と調査の2つから出てくる考察は、患者、家族からのいかなる相談にも24時間応じられる体制を把握可能な地域ごとに確保することが危機介入に役立つのではないか、および生活支援と危機介入にと

って訪問型の支援がもっとも有効ではないかという総括になる。

さらに訪問を通じて強く感じたことであるけれども、最も危機的状況にあるのは、病弱になり死が間近になり始めた親が面倒を見ている、不安定で社会適応の悪い慢性の精神障害者達である。これらの親が死亡するか、痴呆にでもなれば、本人は病院に収容されるしかない。最低限の自立と訪問者との関係が出来れば、少なくとも社会復帰施設での生活が可能になる道が開ける。親の生きていくうちに訪問型を軸にしたなんらかの在宅支援システムを導入しなければならない。ライフステージでいえば親元にいる40代後半の精神障害者といえよう。

訪問型の在宅支援のどのようなシステム化が最も機能的で有効かということについてはさらに実践活動と調査検討を続けていかなければならない。

重度の精神障害者については、本人との関係作りが軸で、家族を強力に支援するもしくは家族に代わるK.P的役割が必要となるといえよう。

以上、地方の中都市の総合病院精神科外来の担当医であり、精神障害者への訪問ボランティアを実践している立場から生活支援と危機介入に関する地域支援システムについての考察の中間報告である。

#### D. 考察とE. 結論

1. 家族の中のKeyPersonのあり方と治療側とのコミュニケーションが重要。
2. 家族の崩壊とK.Pの脆弱度によって、他方医療機関との関係の希薄度に応じて訪問型支援が重要になる。
3. 最も訪問型支援が必要なのは、崩壊した家族における(単身化した)不安定な精神障害者か、K.Pである親が高齢化、病弱化したもとにある不安定な慢性の重度精神障害者。
4. 訪問型支援が必要度に応じて、制度化されるためには、精神障害者の重症度とか家庭環境とか治療関係の不安定性などの指標が必要となろう。
5. 危機管理には常時の在宅支援システムが前提。
6. 対象者からの24時間連絡可能な体制(24時間サポート体制)が最低限必要。対象者にとってはいつでも相談に乗ってくれると言う安心感。
7. この体制は把握可能な範囲内でよい。担当医ごと、診療所ごと(交代制)、地域ごとなど。
8. この体制を形骸化させないためには、必要に応じて訪問型支援と組み合わせる。
9. 訪問型支援は関係作りであり、家族に代わるK.P作りである。
10. 関係作りができたなら、本人のペースに合わせて、家庭内での自立訓練と社会参加へ誘導。
11. 始めは憩いの家的くつろぎの場所が必要、それから生活支

- 援センター、デイケア、作業所などに訪問型支援者が誘導していく。当事者一人では不可能。
12. したがって訪問型支援者が在宅の障害者にとって要になる。
13. 訪問型支援は恒常的でなければならず、期間限定できない。
14. 訪問型支援は現医療保険下では一般化していない。
15. 重度の精神障害者ほど訪問型支援は受けていず、医療との関係も希薄でかえって放任されているのが現状。
16. それぞれの医療機関の在宅支援の対象者は、関係ができている分だけ安定している。逆にしっかりした治療関係のできている精神障害者は我々の重症型の訪問型支援の対象にしなくてよい。
17. 精神科の訪問看護ステーションも当地では展開不十分。
18. 重度の精神障害者を訪問看護ステーションとの連携のもとに支援する試みはこれからの課題。
19. 主治医と訪問ボランティアだけの在宅支援では限界がある。
20. 重度の障害者用の訪問型支援の組織は危機介入がいつでも可能な常勤スタッフ複数名が必要。
21. 現行下の医療保険や介護保険でそういう組織が可能かどうかは未知数。
22. 保健所保健師が地域で抱えていて、医療と関係できていない障害者を訪問支援で支える