

|           |   |       |       |
|-----------|---|-------|-------|
| タイトル      | 地域生活支援センターゆりの木の取り組み(就労前プログラム)の充実に向けて  |       |       |
| 活動主体      | ホワイトページ工房   | 主な構成員 | 人数 6名 |
| 対象        | 就労を目指すユーザー  |       |       |
| 目的        | <ul style="list-style-type: none"> <li>1・精神障害を告知し、就労したいと望んでいるユーザーに対して、就労に向けての準備の場の提供</li> <li>2・ゆりの木が行っているパソコン教室のスキルアップの場の提供</li> <li>3・就労という目的を通じ、仲間同士のつながりを持つ場の提供</li> <li>4・作業所や授産施設等の大きなグループになじめない人に小さなグループできめ細かい支援をする場の提供</li> </ul> |       |       |
| 概要        | <p>平成14年から活動を開始し、年賀状のイラスト作り・パソコンを使っての見本作り・パンフレットをもつての地域へのセールス・住所入力・印刷・印刷物の配達・集金までをメンバーが役割を決めて責任を持って行っている。3年目を迎えた昨年は年賀状印刷だけではなく、ポスターやパンフレット作りの注文も受けている。平成17年度は名刺印刷をスタートさせ、年間を通じての就労前訓練としてのプログラム化を目指している。</p>                               |       |       |
| 成果        | <ul style="list-style-type: none"> <li>1・大きな集団ではなかなかなじめずに自宅で過ごしていたメンバーがホワイトページ工房に参加して、定期的に外に出られるようになっていく。</li> <li>2・仕事として責任を持つ事の大変さとともに地域の人とセールスを通じて会話ができる事が自信にとなっている。</li> <li>3・仲間同士で協力することの大切さが分かった等の感想が寄せられている。</li> </ul>           |       |       |
| 得られたエビデンス | <ul style="list-style-type: none"> <li>1・個々のユーザーが訓練開始時に目標として掲げた事項をスタッフがきちんととらえ、問題発生時にスタッフと繰り返し話し合うことで、メンバーが自分自身の問題の把握することができるようになった。</li> <li>2・賃金を得る事の難しさ、人に喜んでもらうために一つ一つの仕事をよりきれいに丁寧に行うことの大切さを学ぶ機会になった</li> </ul>                       |       |       |
| これからの課題   | <ul style="list-style-type: none"> <li>1・就労前訓練として行うためには年間を通じて訓練の場を提供する必要であり、今年度から名刺印刷も加え仕事の幅を広げ、メンバーにより具体的に働く意義について学ぶ場を提供したいと考えている。</li> <li>2・節目ごとに、メンバーに改善点を具体的に示すとともに、訓練を通じメンバーの適正を把握し、今後の就労活動にいかにつなげて行くかが課題である。</li> </ul>            |       |       |

|              |   |
|--------------|---|
| 行政等に<br>望むこと | 1・障害者や障害者の就労を支援する人たちへの支援窓口を身近に作って欲しい。現在ある障害者職業センターは全県で一カ所のため、遠方の市町村に住む障害者や支援者には利用しづらい。<br>2・ジョブコーチの育成に力を注いで欲しい。 |
|--------------|---|

## 自由記載

地域生活支援センターゆりの木(以下ゆりの木)は、平成8年10月1日生活訓練施設ゆりの木荘に併設されスタートしている。平成12年7月にはより地域で生活する障害者の方々が利用しやすい場として、東金駅近くの官庁街に(駅より徒歩5分)サテライトを開設した。

サテライトは当初より、障害者の就労訓練の場としてハーブティの店「Rosemary」を併設し、障害者の就労前訓練に力を注いでいる。また喫茶店のブースには、メンバーさん達がセンターや自宅で描いた絵画等が常時展示され、喫茶店に訪れた方々の目を楽しませており、地域の方々に精神障害についてスタッフが話をする機会ともなっている。

またゆりの木は、なかなか自宅から外に出られない人たちのために、小グループの活動を心がけており、様々な問題で悩む家族への支援にも力を注いでいる。

### ◎小グループの活動として

1・手工芸グループは、水曜日の午後の一時を各自が好きな手工芸を持ち寄り、自分のペースで作品を作り、バザーでの販売を行っている。今まで自宅で手工芸品を作っても誰も喜んでくれなかったが、バザーで「きれい」「かわいい」等の声とともに自分の作品が売れていく喜びは制作する喜びとなり、また2時間という短い時間ではあるが他の人と接する楽しい時間となっている。

2・絵画教室PINGOは東京芸術大学とのEPOCH-makingの一環としたプログラムである。月2回東京芸術大学の学生さん等を講師に迎え、テーマを決め絵筆(画材は様々ですが)を握り、時には市内にデジカメやスケッチブックを片手に出かけている。平成17年度には今までみんなが書きためた作品展を開きたいと思っている。

3・パソコン教室はスタッフの手作り教材で、パソコンのスイッチを入れてから始まる基礎編と、インターネットや図表作り等を行う応用編の2つのグループがある。

### ◎家族支援プログラムとして

医療法人静和会が設置・運営する地域生活支援センターとして地域住民への情報発信基地でありたいとの想いも込めて、ゆりの木ではアルコール依存症を抱える家族のためのセミナーを開催している。医療法人静和会の精神科医に依頼してのアルコール依存症という病気についてから始まり、地域の断酒会のメンバーの協力を得ての講義など全12回の勉強会を開き、家族のアルコール問題で悩んでいる方々への情報提供を行っている。

### ◎地域活動

断酒会・AAメッセージ等地域で活動する団体には定期的にPM9時までゆりの木を解放している。

### ◎今後の課題

平成17年度の課題として、千葉県は社会適応訓練(通りハ事業)の予算を大幅に削減している。以前であれば当地は社会適応訓練制度を利用して、地域の事業所において、働くためのノウハウを一から教えて頂いた地域であったが、今後社会適応訓練を利用した訓練は訓練期間の短縮が検討されており多くの障害者が気軽に利用することは難しくなると予測される。ホワイトページ工房そして喫茶「Rosemary」での就労前訓練を通じ、いかに訓練生を就労に向けて支援していくかが今後の課題と考える。

# 演劇活動を通じた地域リハビリテーション

NPO法人いたばし・ひあしんす城北  
大城 修一 白井 よし子

|           |   |                 |       |
|-----------|---|-----------------|-------|
| タイトル      | 演劇活動を通じた地域リハビリテーション   |                 |       |
| 活動主体      | NPO法人いたばし・ひあしんす城北   | 主な構成員 ひあしんす城北職員 | 人数 4名 |
| 対象        | 精神障害からの回復過程にある方   |                 |       |
| 目的        | 当グループが行う演劇活動は、地域で生活する精神障害者を中心とした地域全体のQOLの向上を目的としています。精神障害者自身が自らの持てる力を体感し、障害の程度があるかないかに関わらず市民として地域づくりに貢献していることを実感できるよう支援することをめざしています。本来その人が持っている力が発揮され、特に自由さ、創造性が演劇活動を通じて育まれます。また市民の方にボランティアとして参加して力を発揮していただくこと、当事者の芸術表現を鑑賞していただくことを通じて、広く精神障害について啓発することを行います。                         |                 |       |
| 概要        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 年間を通じて当事者と職員とで演劇活動に取り組んでいる。演劇活動には、日本大学芸術学部戸田宗宏教授をはじめとする地域のボランティアの参加があり、また発表を通じて市民と精神障害者の相互交流、相互に成長できる場づくりをしている。</li> <li>2. 当事者と職員とでプレイバックシアターの手法を取り入れたグループ活動を行っている。作業所内で活動プログラムとして行っているほか、要請に応じて、医療・福祉系の学校や学会などでのワークショップも行っている。</li> </ol> |                 |       |
| 成果        | 「タイタニック」：日本精神障害者リハビリテーション学会懇親会（平成11年）、「新シンデレラ」：ひあしんす城北クリスマスパーティー（平成13年）、「サウンドオブミュージック」：ひあしんす城北開所5周年記念特別公演（平成14年）、成増厚生病院特別公演（平成14年）、東京都精神保健福祉文化祭典サンクス2002（平成14年）、東京都芸術祭（平成15年）、自主公演（平成15年）、「屋根の上のヴァイオリン弾き」：豊島ミュージックフェスティバル（平成16年）、障害者週間記念行事（平成16年）、自主公演（平成16年）                         |                 |       |
| 得られたエビデンス | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 演劇活動に参加した当事者の多くが自発性、対人関係の学習の場となっていると評価している。</li> <li>2. 演劇活動に参加した当事者、ボランティアがともに一体感や達成感を感じたと評価している。</li> <li>3. 市民が精神障害者のリハビリテーション活動に参加する場となっている。</li> <li>4. 障害のあるなしを超えても相互に心を動かし成長できるような芸術活動を定期的に地域に提供している。</li> </ol>                     |                 |       |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <p>これから<br/>の課題</p>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 演劇活動を通じたりハビリテーション活動を他の場においても実行可能な形にまとめ、発表し、誰もが利用可能な形にすること。</li> <li>2. 演劇活動を通じたりハビリテーションについて、その方法を洗練化させていくとともに、効果の焦点を明確化していくこと。</li> <li>3. NPO法人の活動基盤となるよう、事業化を目指している。</li> </ol>              |
| <p>行政等に<br/>望むこと</p> | <p>わが国においては、このような地域を基盤としたりハビリテーション活動の取り組みは、関係者の努力に負うところが大きい。これまでの入院医療を中心とした医療経済体制の見直しと、地域を基盤とした精神障害の予防から回復までを支える体制作りのための、社会的・経済的な基盤作りを特に望んでいる。これまで病院法において立場を守られてきた看護専門職の地域での活用を始め、そのほかの専門職や当事者、市民が地域において活動できるような医療・保健・福祉経済の体制作りを望みたい。</p> |

## 自由記載

- \* なお、2004年度の演劇公演に係る資料を、別にご送付いたします。
- \* 当活動の宣伝をさせていただきます。

ひあしんす城北から皆さまへ！

ひあしんす城北では、精神障害を体験したことのあるパワフルな当事者とスタッフとで劇団「うすい座」を作っています。「うすい座」メンバーが一丸となって皆様のところに楽しい出前をいたします。おもしろいこと間違いなし！です。どうぞお声かけ下さい！

たとえば・・・こんなプログラムが用意できます。内容についてはご相談に応じます。  
高齢者からお子様まで(老健施設、病院、学校などで)を対象にして

- 1) ひあしんす城北ミニ劇場(プレイバックシアター)  
参加者にも入っていただく形で寸劇をします。誰かの心の動きを皆で共有しませんか？
- 2) 歌の会  
なつかしい唱歌・ポップス・演歌等をおしゃべりとともにお届け致します。  
(卓上ピアノをご用意下さい)
- 3) 紙芝居・朗読  
対象に応じた作品を選び、歌芝居や詩、物語の朗読を致します。
- 4) 講演  
演劇リハビリテーションの仕掛け人であり、NPO 法人いたばし副理事長・ひあしんす城北元所長臼井よし子が、公演出演者(当事者)と共に、そのドキュメントを語ります。もちろん、質問タイムも当事者含めて可能です。

### <お問い合わせ>

〒173-0037 東京都板橋区小茂根 4-18-14  
NPO法人いたばし・ひあしんす城北  
TEL & FAX: 03-3956-9521 担当: 大城

K-ACT

高木クリニック

高木 俊介



|           |  |                             |                       |
|-----------|--|-----------------------------|-----------------------|
| タイトル      | ACT-K  |                             |                       |
| 活動主体      | たかぎクリニック、ねこのて訪問看護ステーション、NPO法人メンタルケア・アクション  | 主な構成員<br>医師、看護師、PSW、大学教師、学生 | 人数<br>医師1、看護師3、PSW2 他 |
| 対象        | 統合失調症を中心とした重症精神障害者   |                             |                       |
| 目的        | 他職種チームによる訪問を中心とした支援によって、これまでは入院医療中心の生活を余儀なくされていた精神障害者に、QOLの高い地域生活を提供し、入院中心であったわが国の精神医療・福祉を変革することをめざしている。   |                             |                       |
| 概要        | 在宅型精神科診療所である「たかぎクリニック」と精神科専門の訪問看護ステーションである「ねこのて」が共同して専門家のチームを形成、ACTプログラムを取り入れた支援を行う。現行の医療費の範囲では限界があるため、福祉系の大学職員と学生が中心となって立ち上げたNPO法人メンタルケア・アクションが福祉的日常生活支援を行い、チームを補助することによってマンパワー的にも欧米のACTチームに匹敵する支援チームを目指している。また、NPO法人の意見を取り入れることで、活動の客観的評価を行い、活動の質を高める。 |                             |                       |
| 成果        | クリニックは昨年6月から、訪問看護ステーションは昨年11月から営業をはじめたばかりであり、スタッフの人数もこの4月に5人から6人に増えたばかりである。またボランティアとなる学生に対しても教育中であるため、十分な成果を発表できる段階ではない。しかしながら、現在毎月30から40ケースに対して訪問支援を提供しており、その中には医療拒否例、医療中断例に対して入院に至ることなく援助可能となった例や、頻回入院例の急性期状態に対して入院を回避できた実例がある。                        |                             |                       |
| 得られたエビデンス | 上記理由により、客観的エビデンスを提供できる段階にはない。  |                             |                       |

|                 |   |
|-----------------|---|
| <p>これからの課題</p>  | <p>現在の訪問提供事例のうち、諸外国の基準でACT対象者に適合するのは、10数例である。この対象を増やしていくことが必要である。また、ACTとして活動するための治療計画とアセスメントができる力量をスタッフがつけていくことも求められる。</p>  |
| <p>行政等に望むこと</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・他科の高齢者医療と同等の訪問医療へのシフトを経済的に保証すること</li> <li>・「退院促進事業」等の事業をすすめていくにあたって、当ACT-Kのような地域の活動と協力すること。</li> <li>・病床削減を本気ですすめ、保健所や救急体制が新たな入院者をつくらないことを意識的に努力すること。</li> <li>・民間機関が参入できる福祉的資源、財源を確保すること。</li> </ul> |

資料（日精協誌より）

## 精神障害者への訪問サービスの拡大とACT-Kプロジェクト

高木 俊介  
(たかぎクリニック)

### 1. 入院医療中心から地域生活中心へ

さる9月2日、厚生労働省・精神保健福祉対策本部では、「精神保健医療福祉の改革ビジョン（案）」が提示、了承されました。ご存じのように、これは昨年5月に同対策本部が取りまとめた「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」（中間報告）に沿ったものになっています。この中間報告で今後優先的に取り組むべき課題として掲げられていた、「普及啓発」、「精神医療改革」、「地域生活の支援」に関して、それぞれ検討会が設置されて議論されてきたもので、その意味でわが国の精神医療界の一致した方向性の確認であるといっているかもしれません。

この改革ビジョンの基本的なテーゼは、「入院医療中心から地域生活中心へ」ということです。これにそって、精神保健医療福祉施策の基本的な方策が推進され、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める、とされています。

わが国の精神医療において医療の中心を担ってきたのは、もちろん単科の精神科病院でしたから、ここでの「立ち後れた精神保健医療福祉体系」という文句の内実は、精神科病院を中心としたシステムが立ち後れたものである

と読めます。

事実、この「改革ビジョン」では、「精神医療分野における人材数については、諸外国と大きな差はないが、精神病床の数が多いことから、病床当たりでは少ない数となっており、精神病床の機能分化等に応じて、各病院の人員の急性期等への再配置、精神医療のノウハウを活かせる地域サービス分野への再配置等が課題となってくる」と、病院にとってはかなり大きな変革を強いられるきついものになっています。（たとえば、人員が急性期に再配備されれば、そのような余裕のない病院は淘汰されることになるでしょう。）

精神科病院で日々働いている方々に悪意や怠慢があったというわけではないでしょうから、これは気持ちのいい話ではないでしょう。当然、「ただ、病床削減は病院経営に響くため、反発も予想される」（読売新聞）とマスコミにも書かれるように、精神科病院総体としては異論、反論が噴出することだと思います。企業にとって経営が大切であることは言うまでもありませんから、病院の利害の外部にいる私のような者でも、そのこと自体を否定するつもりはありません。しかし、今回の「改革ビジョン」が、業界全体を巻き込んだ議論の結果として、＜最低限一致した方向性＞として出された限り、そこに掲げられた「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念に沿った病院経営を主張しなければならないでしょう。（理念に反したものといえば、たとえば、「精神障害者は地域の厄介者だから病院が面倒を見てあげているのだ」というような主張—さすがに今は表だって言う病院経営者はいないでしょうが—わずか20年前にはずいぶんと聞かされたものです。）

## 2. 訪問サービスの重視という方向性

ひるがえって地域の方ですが、「改革ビジョン」では、「人材・財源配分の現状」について次のように述べています。まず、「地域生活支援体制に係る人材については、質・量ともに不十分であり」、さらに財政的な面についても、「医療・福祉サービス総額で見ると、精神は、身体・知的（支援費等）の約3倍の資源投入量であるが、その大部分を占める精神科医療費約2兆円（入院時食事療養費を含む）のうち入院が約8割を占めており、高齢者医療、介護保険等と比較してもその比重が高い」とされています。要するに医療にばかりお金がかかっていて、福祉サービスが立ち後れているということです。これは、明らかに国の施策の遅れ、怠慢のあらわれですから、国が自己批判しているのと同じで（そうであるとは絶対に書きませんが）、その点では評価できることです。

「改革ビジョン」では、この地域生活支援体制の立ち後れを埋めていくための施策として、様々な社会復帰施設の整備や就労支援を挙げています。その中で、昨年の中間報告で大きく取り上げられて話題になったのが、ACT（包括的地域生活支援）という支援形態でした。このACTという名称こそ、今回は取り上げられていませんが、それを指していると思われる項目があり

ます。

まずひとつは、「施策の基本的方向」のうち、「精神病床の機能分化と地域医療体制の整備」という要の項目のひとつとして以下のように述べられています。「・・・重度障害者も地域生活の選択肢を確保できる包括的サービスの事業の在り方の検討を行い、またデイ（ナイト）ケア・訪問看護についても、福祉サービス利用者等との違いを検証しつつ、良質な通院・訪問医療体制の姿について明確にする」という項目です。

もう一カ所はつぎのようになっています。「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。」

このように、訪問サービス体制がひとつの文書の2カ所に書かれているというのは、画期的なことなのです。なぜなら、訪問サービス体制というのは「入院中心」という現状に対する、真っ向からのアンチテーゼだからです。この一事をもってして私は、（我田引水と言われようと）今回の「改革ビジョン」の理念が揺るぎないものであることを認めておきたいと思います。

### 3. ACTについて

さて、ACTについては、おそらく本特集の他の執筆者によって十分に触れられるでしょうから、ここでは簡単に述べさせていただきます。また、後述するACT-Jの西尾雅明医師によって、「ACT入門」（金剛出版）という好著が出ています。

ACTは「新しい（A）地域生活支援（C）体制（T）」の略語です・・・というのは冗談で、Assertive Community Treatment の略ですが、わが国では「包括的地域生活支援」と訳されています。なかなかよくできた訳で、直訳の「積極的地域処遇」では何のことかイメージがわかりません。

私自身はACTを、「①重症の精神障害者に対して、②医療と福祉を同等に包括した24時間の生活支援を、③他職種チームで訪問を主体として行うケア・サービス」と考えています。そして、この定義はあくまで組織形態に対する定義であって、忘れてはならないのは、その理念と目的です。それは、①精神障害者が、その障害がどのようなものであろうと地域での生活をまっとうできることであり、②精神障害者のエンパワーメントこそが究極の目標であり理念であるということです。

この目的と理念を忘れたACTは、端的に地域生活の管理であり、病院の脇に暮らすこれまでの病院型地域医療と変わらないものになってしまいます。

### 4. ACT-Jに求められるもの

現在ACTは、ご存じのように国立国府台病院で試行され、ACT-Jと呼ばれています。これは研究費ベースで行われているもので、国立国府台病院を退院した患者さんから対象者を選び、10名以上のチームで訪問サービスを行っています。現在では50名以上の利用者があり、着々と成果を挙げているようです。

ただし、上述したような私のACTに対する観点からいえば、いくつかの批判があります。まず、対象者が病院を退院した人の中から選ばれているということです。つまり、既存の病院という体制の中で<自然に>退院できる程度の患者さんであり、ACTの対象者としての重症精神障害者ではないのかもしれないということです。もちろん評価数値的にはつじつまがあうのでしょうが、これまでの精神科医療体制でもやっていけた人たちが対象とされているのではないかと。

もうひとつはそれとも関連しますが、治療契約を自発的に結べる人が対象とであるということです。これも重症精神障害者という範疇に入らない人が多くを占めてしまうことにつながりかねません。対象者の選定によっては、ACTもこれまでの日本の地域精神医療がはまってきた罫、つまり重症者は病院にお願いしておいて、地域は診療所をはじめ「軽症例で目一杯」になってしまうという悪循環を抜けることができなくなるという危惧があります。（私とて、このような精神科医療体制の中で、重症者を引き受けてきた病院の苦勞をねぎらうにやぶさかではありません。）

最後の批判点は、研究ベースということで、年限が区切られているということです。これは研究者に対しては少し厳しすぎる指摘かもしれませんが、ACTの対象者の人たちが研究終了後も同レベルの処遇を受けることができるよう、ACT体制の実現を目指してほしいと思います。

## 5. ACT-K のささやかな試み

ACT-Jに対する批判をここで述べさせてもらいましたが、わが国にはこれまでになかった支援形態を現実化させたという点で、この試行事業の意義は非常に大きいと思います。そして、わが国の精神科医療体制を変えていくためには、ACT-Jという事業を成功させるべく、全国で様々な支援を考え、またACT-Jからの協力を仰ぎながら各地の地域生活支援体制をつくっていかなくてはならないでしょう。

そのひとつとして私は京都の地で、ACT-Kプロジェクトを立ち上げようとしています。ACT-Jが研究事業であるのに対して、こちらは既存の組織と財源を組み合わせることで、私的企業ベースでACTを行おうという試みです。もちろん、簡単にそのようなことができれば、すでに誰かが行っているわけで、現状では無謀な試みと評されても仕方のないものです。しかし、なんとか形が見えてきています。

これを簡単に図示すると次のようになります。（図1）

これは、往診・訪問を主体とした診療所と精神科を専門とする訪問看護ステーションの協力体制を中核として、福祉的生活支援を行うNPO組織による補完を得るという組織形態をとっています。現在種々の事情（特に京都の行政による事業所認可の遅れ）から訪問看護ステーションの立ち上げが遅れているために、ここに経営的な成果を発表できるものではありませんが、精神科専門訪問看護ステーションという事業はすでに全国に何カ所もあり、病院や診療所との協力関係をつくることによって、経営的に成り立つことがわかっています。

診療所においてもPSWの訪問が、少額とはいえ経済的に評価されていることが大きなメリットになっています。また、通院患者さんの評判をとるための立地、内装などにまったくお金をかける必要がありませんし、大量の患者数に対する事務仕事もありませんので、経費がかかりません。

したがって、診療所でPSWを2人から3人、訪問看護ステーションで看護師と作業療法士が5人程度として、医者も入れれば9人程度のチームをつくるのが可能になります。これだけの人数が、しかも経験をつんだエキスパートがいれば、かなりのことが可能になります。実際、今現在立ち上げたばかりで、スタッフは4、5人ですが、すでにこれまで急性期に入院せざるを得ず、年2回の入院を繰り返してきたケースの危機を回避したり、医療中断して閉じこもっていたケースとのコミュニケーションに成功してきています。

現在はケース数も少ないために、これだけのスタッフでまわっていますが、将来ACTとしてたとえば50ケースを対象としたときには、10人以下のスタッフ数では燃え尽きてしまうことは確実ですし、緊急のケースに対応できません。これを補う目的と、そして生活支援に特化した部分を担ってもらうのが、NPO組織のメンバーになります。ここについては、現在のところ経済的バックボーンがないことが大きな問題です。また、それは私たちだけの問題ではなく、日本の福祉サービスの貧困さという問題です。当面、この試みに対する助成金・寄付金と、この試みを研究し評価していくための研究費でまかっています。同時に、このような研究と評価の対象になることで、医療として偏りがちになる部分に対して第三者の目を導入し、ACTとしての質を維持することになります。

この試みははじまったばかりで、なお前途茫洋としていますが、いずれ多くの方々に成果を発表できるものと思っています。

## 6. 大変革の時代に

冒頭に述べたように、厚生労働省の「改革ビジョン」は、わが国の精神科医療と福祉サービスがこれまでの入院医療中心から地域生活支援へと大きく舵を切ろうとしている動きを象徴しています。市民社会の成熟とともに、障害者に対する社会の扱いは、排除から共生へと変わっていくのであり、こ

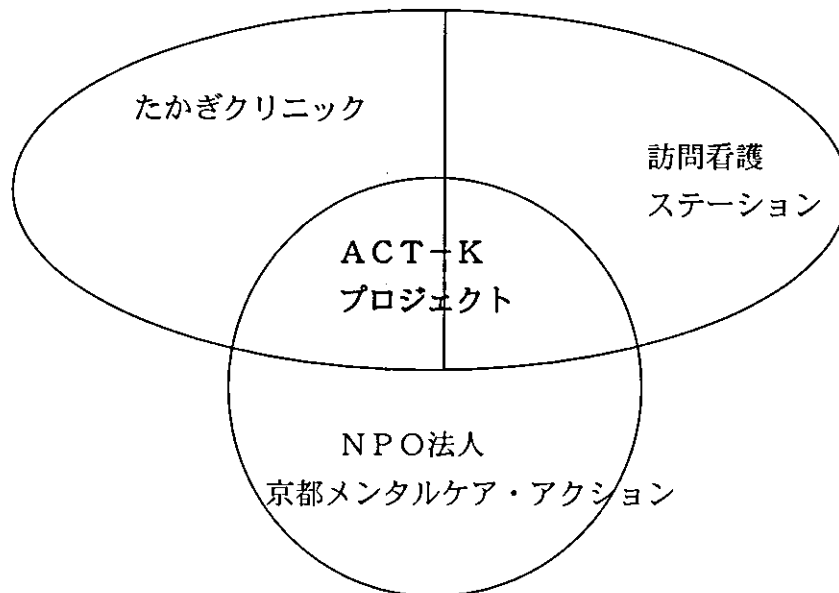
これは厚生労働省の主導があろうがなかろうが、時代の必然的な流れです。

残念ながらわが国では精神障害者に対する処遇のみが、他障害と比べても、国際比較の上からも、大きく立ち後れてきました。そのために、入院医療が中心となった精神障害者の処遇が長く続き、精神科病院ばかりが大きくなってきました。これについてわが国固有の文化事情があるかのような口吻を精神科病院の経営者の方々から聞くことがあります。この精神科病院の増大がただか戦後数年の出来事であることを考えれば、何をか言わんやであります。

地域生活支援への転換は必然的に、精神科病院の縮小をもたらします。理念にそむかずこの流れに乗りながら、病院医療としての質を落とさない経営が精神科病院に求められています。

精神科病院がすでに大きくなりすぎた幕末の江戸幕府のようであるなら、幕臣勝海舟があえて述べたように、精神科病院は「自ら削り自ら倒れる」の覚悟が必要だと思います。そして、この精神科医療の大変革の時代にあって、かつて、その幕府の遺産を後生の糧として残すことをもくろんで横須賀造船所を築いた小栗上野介、諸外国の官吏をして日本人の頭脳明晰を感嘆せしめた川路聖謨のような先見性と勇断に富んだ逸物が精神科病院の世界にも現れることを願っています。

(図1)



平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金(障害福祉総合研究事業)  
精神障害者の正しい理解に基づく、ライフステージに応じた  
生活支援と退院促進に関する研究  
研究協力報告書

「保健所における精神保健福祉相談・訪問手引き」作成について  
～手引き作成検討会の活動 第 1 報～

研究協力者 福島 昇(新潟県精神保健福祉センター)

主任研究者 上田 茂(国立精神・神経センター精神保健研究所)

## 1. はじめに

新潟県では、昭和 40 年の精神衛生法改正を受けて、昭和 43 年に各保健所に福祉職の精神衛生相談員を配置し、その体制は平成 17 年現在まで続いている。そのことは、新潟県における精神障害者福祉の推進に寄与し、社会復帰施設の充実(人口あたり通所授産施設数全国 3 位)という成果も見られている。

しかし、約 40 年が経過し、社会情勢や県組織には大きな変化が生じている。新たに生じてきた問題に対し、現行の保健所および精神保健福祉相談員の体制では対応に困難をきたすようになってきた。

そこで、新潟県精神保健福祉相談員会(以下、相談員会とする)と新潟県精神保健福祉センター(以下、精神保健福祉センターとする)では、精神保健福祉相談員の専門性の向上を図るため、「保健所における精神保健福祉相談・訪問手引き」を作成することにした。

本報告では、まず手引き作成の背景と目的を述べた後で、手引き作成作業の初年度における活動を総括する。

## 2. 背景と目的 (資料 1)

### 2-1. 県保健所が行う業務の見直し

平成 14 年度の改正精神保健福祉法施行において、精神保健福祉業務の一部が市町村の行う業務として位置づけられた。また、平成 16 年 10 月に厚生労働省障害福祉部から出された、「今後の障害保健福祉(改革のグランドデザイン案)」においては、障害者福祉の基礎は市町村におかれ、都道府県の役割は「市町村が行う判定等に係る支援、居住支援等の広域的な対応や危機介入等の専門性の高い対応等を実施する」とされている。

グランドデザイン案に基づく改革を別としても、保健所相談員が日常業務の中で直面する問題は、従来の統合失調症、躁うつ病によるものから、人格障害、軽度発



達障害、いわゆる「社会的ひきこもり」など、より高い専門性が求められる事例へと移り変わってきている。

これらに加えて新潟県特有の事情としては、平成 16～17 年度にかけて行われる大規模な市町村合併がある。これにより市町村の精神保健福祉体制は再編されることになり、保健所との関係性も大きく変化することが予想される。

以上の点を踏まえ、県型保健所が精神保健福祉分野において行うべき業務を見直すことを第一の目的とする。なお、それに際しては、市町村、地域生活支援センターなどの社会復帰施設、医療機関との役割分担を詳細に検討する必要がある。

## 2-2. 危機介入体制の強化

新潟県における措置通報の件数は平成 12 年に急増して以降、高い値が続いていたが、平成 16 年度はさらに増加しており、12 月 31 日時点ですでに 122 件と、過去最高であった平成 13 年度 1 年間の数字（126 件）にほぼ等しくなっている。通報件数の増加に伴って、措置入院数も増加しているが、措置業務を執り行う人員、体制は強化されておらず、保健所の統廃合や災害対応業務の増加などを考慮すれば、むしろ弱体化している恐れすらある。

精神保健福祉法 34 条による移送が制度化されてから 3 年が経とうとしているが、今のところ新潟県における実施件数は年間数件程度であり、対応体制は未整備のままである。

近年の社会情勢からするに、地域において危機的な事例への対応が遅れた場合には、行政の不作為責任を問われる状態も生じうる。

以上により、保健所の精神保健福祉業務における危機介入体制の確立は急務となっており、これを第二の目的とする。

## 2-3. 保健所所内体制の再構築

現在、保健所精神保健福祉相談員は、多様な業務を抱えて非常に多忙である。そのため、たとえば措置入院となった事例ですら十分なフォローアップをすることが困難になってきている。

同様の理由から、相談員の着任時に前任者から引き継いだ懸案事例についても、新たな問題が発生するまで放置せざるをえない事態が生じている。そのため、引き継いだ事例がいつのまにか失われてしまうこともありうる。

問題は多忙ということだけではない。前述（2-1 項）のように、保健所が対応する事例はより複雑困難化している。その一方で、医師の相談会が予算上削減される等、嘱託医をはじめとした保健所の所内体制は脆弱化している。

これらの点を踏まえて、保健所所内体制の再構築を第三の目的とする。

## 2-4. 知識、技術の蓄積および標準化

近年、福祉職の中における人事交流が活発となってきている。その効果として、幅広い視野を持った人材育成が期待できる反面、専門職としての知識、技術が向上しにくいという問題点が明らかになりつつある。

その問題と関連しているが、現在相談員の年齢、経験年数等はベテランと経験数年の者に二極分化してきており、中堅層が不在となっている。近い将来において、ベテラン職員の退職により、これまで積み上げられてきた、貴重な技術、知識および経験が失われてしまうことが予想される。

また、それまで経験した職種の違いから、相談員によって得意分野にも若干の差異が生じ始めている。各自の得意分野を生かすことは大切であるが、事例の対応に大きな差異が生じることは避けねばならない。

これらの問題に対応するためには、相談員の経験や技術を集約、蓄積することが必要であり、あわせて相談・訪問技能の標準となる目安を作り上げなければならない。これを第四の目的とする。

### 3. 手引き作成検討会

#### 3-1. 手引き作成検討会

前記の 2-1～2-4 項で示した四つの課題に対応するために、相談員会と精神保健福祉センターでは、平成 16 年 12 月に「保健所における精神保健福祉相談・訪問手引き作成検討会（以下、手引き作成検討会とする）」を立ち上げた。

検討会を構成するのは、相談員会の役員、精神保健福祉センター所長および精神保健福祉センター相談員である。

平成 16 年度の検討会は下記の日時に検討会を開催し議論を行ってきた。

平成 16 年 12 月 1 日、12 月 20 日

平成 17 年 1 月 24 日、2 月 2 日、2 月 10 日、2 月 21 日、3 月 5 日

#### 3-2. 保健所における相談・訪問事例の実態調査

検討会では、手引きの作成に先立って、保健所が実際に取り組んでいる相談・訪問事例の実態を明らかにする必要があるとの結論に至り、保健所に対する調査を計画した。調査の概要は以下の通りである。

ア 目的：

- ① 相談・訪問事例の分析を行い、保健所が扱っている事例の特徴、中でも継続扱いとなっている事例の特徴、対応終結の基準、を明らかにする
- ② 相談・訪問において苦慮している事柄、対応に困難をきたす事例の性質を明らかにする

イ 調査対象：県型保健所 13 ヶ所で平成 16 年度（H16.4.1～H17.3.31 までの間）に対応した全事例（匿名相談電話等を除く）

ウ 調査期間：平成 17 年 6 月 30 日までに提出とする

エ 調査項目：全 20 項目（資料 2、3）

#### 3-3. 調査後の展開

実態調査を行うことにより、保健所相談員が現在取り組んでいる相談・訪問事例

の全体象と対応の際の問題点そして保健所ごとの差異等を明らかにすることができ。それを基盤として、手引き作成検討会の議論を深めていく。

その過程の中で、措置入院、34条による医療保護入院の実態調査や、対応に苦慮した事例についての検討会を開催することを検討中である。

以上の経過を経て、平成18年3月31日には、手引きを部分的には形にすることとしたい。

資料 1 「保健所における精神保健福祉相談・訪問手引き」作成の背景と目的

《全体の流れ》

- ◆精神保健医療福祉の改革ビジョン
- 「入院医療中心から地域生活中心へ」
- ◆今後の障害保健福祉について（改革のグランドデザイン案）
- 「都道府県は市町村が行う判定等に係る支援、居住支援等の広域的な対応や危機介入等の専門性の高い対応等を実施する」

