

説明書および同意書

アンケート実施者用控

「生活支援、医療支援のありかたに関する聞き取り調査」

先日、ご協力いただきました「生活支援、医療支援のありかたに関するアンケート」に回答いただきましてありがとうございました。回答いただきました方の中から、研究計画の基準に従いまして、聞き取り調査対象として今回選出させていただきました。

あなたに今回の聞き取り調査に参加していただくにあたり、下記の署名欄に署名ならびに署名した日付の記入をお願いします。この同意書に署名されることにより、次の事項をご確認いただいたこととなります。

- 別紙、「生活支援、医療支援のありかたに関する聞き取り調査について(説明)」に記載された情報をすべて読み理解しました。また、その情報について考える十分な時間が与えられました。
- 理解できなかった言葉については、研究班スタッフから説明されました。
- 今回の聞き取り調査に参加すること、調査の手順に従うこと、ならびに研究班に必要な情報を提供することに、自らの意思により同意しました。
- いつでも自由にこの調査への参加を取りやめることができることを理解しました。
- 保管用に、説明書および同意書の「本人控」を受け取りました。

私は、「生活支援、医療支援のありかたに関する聞き取り調査」に参加することに同意し、署名ならびに署名した日付を記します。

ご本人のご署名

日付 2006 年 月 日

同意取得者の署名(研究班スタッフ)

日付 2006 年 月 日

平成17年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

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

分担研究報告書

精神障害者のライフサイクルに応じた、地域生活における

危機管理のあり方に関する研究

分担研究者 新居昭紀（社会福祉法人聖隷三方原病院）

研究要旨

前年度の研究より、地域にとって最も重度の精神障害者とは、医療を初めとしてあらゆる社会的支援を拒否し、かつ Keyperson である親が老齢病弱化し本人のサポート不能になりつつあるか、もしくは亡くなって単身化し、近隣周囲との関係が不安定で敵対的になって孤立している精神障害者であることがわかった。これらの患者側からは何の支援を期待されていないし、関わろうとする人々に敵対的ですからある。

これらに対しては、訪問型支援しか対処の仕様がなない。特に精神医療と切れてしまっている精神障害者に対しては医師も含めた多様なかかわりで、本人との関係作りを築いていくしかない。これには相当の時間と労力を要し、それらに応えられるチームが必要となる。

関係作り成功すれば、まずなんらかの形で精神医療機関からの投薬に応じてもらうようにする。これが必須である。それから生活支援センターや作業所、デイケアなど集団参加などへの自立支援を継続していく。そこまですれば既存の訪問型支援に橋渡しして、定期的サポートを続けていくことができるかもしれない。しかし、1対1で付き合っても集団参加が出来るようになるには時間がかかるケースも多い。加えて急性増悪時には、再び集中的連日の関わりが必要になる。関係作りが出来たチームはいわば家族に代わる Keyperson になり、自立支援に関する訓練や就労支援などにおいて長期的かかわりを続けていくことが必要になる。

既存の医療システムからこぼれ落ちて孤立している、或いは孤立していきそうな精神障害者を生活支援と危機管理するシステムを作り上げるのが、私達の目標である。こういった人達 20 数名に訪問ボランティアとしてさまざまなかかわりを経験する中であるべきシステムを考察していったものである。

加えて、浜松市を中心とする静岡県西部地域で訪問型支援可能なあらゆる施設にアンケート調査をし、その実情と問題点をあげ、第1回の訪問型支援を語る会を開催した。あらゆる施設からの訪問型支援を活性化させ、連携しあえる体制づくりが地域の精神障害者の生活支援と危機管理に直結するものとなることを期待している。

A 研究目的

医療拒否、ケアサービス拒否で地域に沈殿している重度の障害者群を自立支援するケアプランとそのシステムを考案することが目的となる。

B 研究方法

I. 訪問ボランティアとしてあらゆる関わり方を実践しながら、おのずと出来上がってくる結論としてのケアプランとシステム作りを志向する。障害者とのやり取り、かかわりを通じてしか実際に役立つケアプランやケアシステムは出来上がってこないと感じる。それ以外は全て机上の空論となろう。であるから、医療もしくはケアサービス拒否でまとめられる多種多様な障害者との体験が多ければ多いほどいい。20 数例の経験でどの程度のもが言えるかという限界性を意識しなければならない。この数は 3 年目で更に増えていくであろう。他方、ボランティアとして関わる自由性と限界性があり、他方で主治医をなるべく引き受けるといった責任のバランスの上で私達の実践が続けられているが、それも研究の限界性を規定することになる。

しかし、現行医療下でどんな医療サービスにもケアサービスにもものらない障害者に対してはこの方法しかないとは私は考える。

(倫理面への配慮)

倫理面の配慮に関しては、特に医療拒否、ケアサービス拒否の障害者が多く含まれる私達の研究では、最初から研究の同意をとって始めることそのものが不可能である。しかし、関係作りの過程で私

達の訪問は暗黙のうちに受け入れられていくわけであり、その報告は訪問ボランティアと当事者の会見の記録であり、匿名化されており、ボランティアの中でのみ当事者情報は共有されるがそれ以外には漏れることはない。この訪問記録のみを全ての基準にして、この研究はなされておらず、疫学研究に関する倫理指針の第 1 項 2 の適用外の研究と判断した。また個人を特定できる情報は全てカットしたつもりである。

II. 浜松地域でのあらゆる施設の精神障害者への訪問型支援へアンケート調査を行い現在の実態を調査した。又第 1 回の訪問型支援の研究会を行い、私たちの訪問ボランティア活動も含めて施設間の位置づけと連携を図ろうとした。訪問型支援の活性化と意識化を目標に引き続き、さらにアンケート調査を重ねていく予定である。その経過報告をする。

(倫理面への配慮)

精神障害者の個人に関する情報は一切入っていないため、倫理面の配慮に関してはクリアできていると判断している。

C 結果

結果 1 訪問ボランティアを通じて

【1】医療サービスもケアサービスも拒否する障害者がいる。

① 家族がいる場合、医療に絶望し不信感を持ち、また福祉サービスに対する偏見もあって被害的になっており、結局、家族だけで抱え込み支え続けているケース。

ケース A は緊張性興奮が長く続き、近年の 2 回にわたる入院も結果的には失敗

に終わり、状態が余計に悪化し、家族本人とも入院医療に不信感を持つようになった。昔の状態が良かった時の外来主治医であった私との関係が細く続いているだけ。それを頼りに訪問を開始。どんなに緊張性興奮が激しくとも自傷他害がまったくないため家庭内で過ごすことが可能。家族の保健福祉行政への偏見も強い。しかし、あらゆる薬が効かないケースである。独語と奇妙な態度の合間に見せる私達への友好的なメッセージが唯ひとつのつながりである。つまり訪問ボランティアは拒絶されない。服薬も拒否せず。しかし、通院は頑として拒否、検査も強く拒否。地球のあらゆる赤ん坊たちを滅ぼしつくそうとする強大な敵との戦いという幻覚妄想の中に父との長年にわたる葛藤が潜んでおり、父の死によって次第にそれらに変質していくことが期待されるが、その幻覚妄想の中に私達は介入できない。意味不明の独語と衝動的パフォーマンスで殆どの時間が占められている。残された病弱な母との二人暮らしの中で本人の家庭内自立がどの程度成し遂げられるかが目標である。

② 家族が支えきれないで放任するか、家族が逃げ出している。

ケースBは10年以上家族とも誰とも口きかず家族が腫れ物に触る様にそれに合わせて生活してきた。つまり本人が何も意思表示しなくても困らぬように、先取りしておぜん立てして生活させている。父は本人の部屋に入ったこともない。誰も話しかけない。食事は1食用意しておけば本人が好きな時間に食べる。外出

はまったくしない。唯一することは新聞を読むことであり新聞は母が本人の部屋に入れておく、足が痛そうであれば湿布薬などを母が見越して買ってくるなど。夜中起きて昼寝している。着替えはまったく本人の自由、風呂も入らず。障害のある姉妹のストレートな感情表出に対して本人が暴力を振るったことなどがきっかけになって、はじめて母が保健所相談に訪れている。保健所からの依頼で訪問を始めたが10数回の訪問では全く変化なく、視線を合わせない。一言も話さない。否応の身振りもない。介入的な話しかけ、語りかけを強くすると、ある日突然、陰悪になり私たちに対し暴力をふるった。その時も会話にならない発語があるだけであった。家族もこれは病気ではなく本人の性格であると思い込んでいる。幸運にも本人の化膿性脊椎炎と言う身体疾患によって総合病院に入院することを余儀なくされ、そこで精神科医の診察を受け、服薬が開始された。しかしコミュニケーションの回復は遅々たるものでいまだ自己表現は全く無く、誰とも話もせず、付き合わない。入院中に私達訪問ボランティアを含め集中的に関わっても根本的な変化がもたらされない現状にある。これはまだ入院治療の対象であり、地域でケアサービス云々を議論するレベルではない。家族も非協力的で本人とのコミュニケーションをとる努力は一切放棄している現状がある。多様な専門家のアプローチで長期にわたる集中的なかかわりが地域で可能な体制があれば地域生活も可能になるが現行の医療体制下では不可能であり、現在は入院医療の継続がのぞまし

い。現在入院中であり、病棟への訪問ボランティアは継続中である。

ケース C. 発病して 10 年くらいのケース。今まで家族から何度もあちこちの精神科に相談されているが本人が来なければということ一度も精神科で診察されず家族も諦めていた。本人は精神科以外の色々な診療科にかかり的外れな治療を受け、被害被毒妄想を強くしている。

私達訪問ボランティアの活動を耳にした家族の依頼で訪問を始める。このケースは活発な被害妄想と被毒妄想、心気妄想に現在も苦しめられており、終日自室に閉じこもり、父母とも殆ど話せず、誰にも自分の苦しみをわかってもらえないという孤独感と辛さを耐え忍んでいる感じであった。5 回目訪問時、身体的状態を少なくとも良くするため私の外来にかかってみないかと思いついて薦めてみた。驚くべきことに約束の日、家族に連れられて来院した。検査も受け服薬も開始し、まだ、きちんと服薬習慣は確立出来てはいないが、それでも本人は少し良くなったと認め、通院および訪問が続いている。本人が来なければ治療が始まらないといって、結局放置されているケースがどれ位あるのであろうかと思われる。入院を前提としない初診の往診を活発化することが必要である。

③ 或は家族も同じ障害を持っており自覚していず、本人には混乱した態度で治療継続が一貫しない。

ケース D 近隣の女性の後を追っかけたり、下半身脱いでいたりするなどの苦

情があって、保健所から訪問依頼があった。母子二人暮らし。服薬も不規則で冬から春にかけて服薬中断しやすく状態悪化しやすい。病院への通院が長距離のためここ数年は母が薬取りに行っていたが、母の身体状況でそれも困難になりつつある。本人は 20 年以上の病歴があり、精神科入院経験もあちこちに 20 回以上、しかし母の強引な引取りでいずれも 1~2 週間の入院で中断したことが多い。訪問開始した時は薬がなくなっている時であり、かたくなな姿勢で夜間も不眠、幻覚妄想状態著明であった。母は本人の入院を希望。とりあえず服薬をと考え、薬を持っていったが、母が私たちに対する不信感を持ち、本人に飲ませず、全部を捨ててしまった。保健師と相談しなおし、最近までかかっていた他病院主治医と相談し、訪問によって状態把握したことを適宜向こうに伝え、こちらの精神保健センターに薬送付を依頼、それを母が取りに行くことで母は納得承諾した。服薬が軌道に乗り本人は状態安定しわれわれとのコミュニケーションも改善し訪問を嫌がらなくなった。しかし母の私たちへの疑心暗鬼は解消せず、訪問しても中へ入れてくれずドアチェーン越しで話をして帰ってくることもたびたびである。本人は母に逆らわない。母も幻聴が激しく、それでまったく不眠であったと訴える時もあるが、薬を飲むと「きちがい扱い」されて、ここから出て行かねばならなくなると思いつている。母にも数年の入院歴がある。母には行政への不信もあり、公費負担の申請も入院させられる書類と思いついていない。母は喘息、心臓疾患、腰痛、

高血圧あるが、近隣の内科にも通院ほとんどしない。母との関係を改善し母をも服薬まで持っていく関係作りが当面の目標である。

④ 病気と思っておらず一切外部に相談されず家族が深く包み込んでいる。

ケース E 家庭内で自閉的ではあるがおとなしくすごしている統合失調者であれば家族は引きこもりか、それともそういう性格だと思ひ込みやすい。このケースは 10 年前に短期間の精神科入院体験があるにもかかわらず、家族は病気だとは思っていない。しかし引きこもりだと思っていた母親より保健所の相談がありそれがきっかけになって、訪問ボランティアのかかわりが始まった。嫌人的であり、自閉的であり、硬く、私たちに否応の返事しかしない。家族には従順で多少の家事を手伝うこともある。訪問によって本人にいろいろなかかわりを持つとする働きかけと家族の協力的な態度などにより本人僅かずつ変わり始めており、9 ヶ月経過し、これから服薬への納得と導入を目標に家族を含めての疾患教育の段階である。

【2】医療拒否しているがケアサービスを望んでいる障害者

ケース F は家族に放任され拒否され、教会で何年も無償のケアサービスを受けていた障害者。これまで精神障害を本人はもちろん家族にも気がつかれていない。本人は家族に対し被害的であり同時に攻撃的でもある。アパートに自立して働けると思ひ込んでいるが、障害のためまっ

たく不能。本人食うや食わずで経済的に困窮しており、時に売春なども生活のためにしていた様子。交流の家に牧師が連れてきて精神科医である私となじむようになって、私がケアサービスを受けるためには医療を受けることが前提ということ飲み込ませることに時間がかかった。もちろん訪問ボランティアの交流ハウスでの関わりも持ってもらった。解体型の統合失調者で話はまとまらず落ち着かず行動も一貫しない。働けると思ひ込んで活動的であちこち走り回っているが誰からも相手にされない。家族からも愛想づかしされ放任されている。他方、心氣的で自分の体は故障だらけでどうしようもないと言うが精神的には自分はどこもおかしくないと言う。

それから私の精神科外来に相談だけに来させる試みを始めるが、まったく一方的な話を聞くだけで終始し、もちろん再診料などの経費は一切徴収しない約束で受診してもらった。最終的にはアパートへの自立を援助するという約束の下に服薬承諾まで何とか持っていくことが出来た。服薬確認は牧師に協力を依頼。何度か家族を呼び病気であることを告げ、家族にも治療的協力を承諾してもらい約 2 ヶ月の入院後グループホームへ入寮。生活保護も支給された。

ケース G. 二人暮らしの父が亡くなり、単身者になり生活に困り、いとこの所に日参し、お金をせびり取っていたケース。数年間そういう状態が続いており、いとこは行政に相談したが取り上げてくれなかったと。いとこが精神医療を考える市

民の会を通じて相談し、本人を会員の外来へ連れてくる。まぎれもない慢性化した統合失調症者で、はるか昔、別の精神科の入退院歴あり。病識はないが治療は素直に受け、ケアサービスの導入もその後はうまく展開。救護施設に一時入園し、自立訓練を経て、グループホームに入寮した。生活保護も支給され通院服薬が持続している。このケースに私を除き、訪問ボランティアはかかわっていない。生活困窮が医療を受けさせるチャンスになりやすいと思われる。

【3】家族が薬だけ取りに来ているが本人は家の中で放任されているケース

ケース H。10年以上経過している統合失調症で最初から自我の脆弱性が目立ち、2回に渡る入院治療も表面的な関係作りで終わった。嫌人的、拒絶的、自閉的であり、幻覚妄想的 content と深くかかわった支離滅裂な思考、奇矯な身体感覚とそれに基づいた振る舞い。私たちが訪問するまで父が薬を取りに来るのみであった。母は死亡、結婚した姉には近づかない、病院訪問看護も拒否。昼間働いている父は、本人を施設に入れるしかないという考え。しかしこれまでのようなあらゆる対人関係拒否では施設にも入れられない。

初回訪問開始時、硬く緊張した支離滅裂な自己表出に終始。長い間の自閉を本人から打ち破りたかったのか訪問継続を承諾した。訪問開始して10回以上経ち、特定の訪問女性会員と次第に親しくなる。その女性に身体的接触を求めるようになり、昔のアルバムなど（教師や姉のあらゆる写真にかみそりで×印）を見せてく

れる。同時にあらわな病的面も表出。自分の挫折体験に繋がる受験時代の教師や父親を代理する人間からの幻聴、恋人の幻聴、性器と繋がる身体幻覚と、それから出てくる意味不明の自己表現と行動計画、途絶にいたる滅裂思考と正反対の直截な自己感情表現。外出要求と社会的交流要求など。本人の要求に基づいて同伴しながらの買物、デパート、交流ホーム、レストラン、ホテルロビーで本人の創作したダンスを踊るなど、と自閉の壁がなくなり始める。ここまでの変化は服薬によるものではない。こうなって始めて訪問同伴者による通院が再開され服薬変更も可能になった。

【4】単身者で服薬サービス、ケアサービス拒否になったケース

ケース I は長期経過の統合失調症者であるが単身生活も15年以上続いており、主治医である私との関係も長い。10年くらいまで働いていたが、その後は生活保護支給世帯になった。月1回の定期的通院がなされていたが、ある時期突然中断、その2ヵ月後幻覚妄想を伴う緊張性興奮で保健所通報によって入院。数ヵ月後退院となったが、退院直後から服薬せず、食事せず、夜も眠らず自室に閉じこもりで、通院予定日にも顔出さず、遠方から駆けつけた兄は再入院を希望した。訪問サポートがうまく行かなかったら入院という条件で、緊急に訪問を開始。食事、服薬を開始させようと連日の訪問を行った。最初は亜昏迷状態であったが、私をはじめ訪問会員が顔なじみであったことなどもあり、明確な拒否を見せず、目の

前で非定型精神薬を飲ませ、さしいれた弁当も食べてくれるようになった。はっきりし、自分で買物などにいけるようになるまで2週間、この間ほぼ連日の訪問が続けられそれが功を奏した。激しい幻覚妄想体験が出現していたことが後で判明、その後も多少背景化したが続いている。その後は月2回の訪問看護と2回の訪問ボランティアと月2回の通院が定期化している。退院直後は特に単身者にとっては気をつけなければならない時期である。これは成功した危機介入のケースである。

ケース J も長期経過の統合失調症で病院訪問看護が7年前より関わっている。本人の通院、服薬が不規則になり、幻覚妄想状態が再燃し近隣に侵入したことがきっかけになり措置入院となった。病弱であった母はこれをきっかけに施設入所。数ヵ月後落ち着き退院となったが、退院後全く服薬せず、奇異な行動も出現、夜間不眠、病院訪問看護が追い返されることもある。依頼されて訪問を始めたが、全く本人のペースで適当にあしらわれてしまう。訪問の約束をし、行くと車で出かけていないことも多いし、中に入れてくれることもあるかと思うと、玄関越しに話しするだけの時もあり、こちらの要請には殆ど聴く耳持たない。朽ちかけた大きな農家と田畑とあり、車2台持ち、貯金もあるそうで、困ることは何もない。離れたところにいる弟によればこの調子で散財が続くと数年のうちに一文無しになってしまうことは確実だと言う。弟がそれを規制しようとする気持ちは全く無

い。言っても聴かないとあきらめている。弟は私達のかかわりや指導を強化することにも消極的である。本人によれば、夜間侵入をしようとする知り合いの一群がいるため、夜は1~2時間しか眠らない。薬は長い間飲んだからもう必要ない。外部からの侵入を防ぐため、呼び鈴とか近づくと明かりがつく探照灯とか取り付け、あるいは玄関前の入り口に大きな垂木を横に取り付けた。ねずみを入れられるため天井を改修しなければならないなど家の改修が今の自分の主要な関心事である。食事はコンビニなどで適当に取っている。必要もない色々な工作器具などを次々に購入し屋内に積んである。近隣に住む親戚は近所に迷惑さえかけなければいいのだが、あちこち他人の家までペンキ塗ったり、ホースで近隣に向かって水をまいたり、奇妙なことをするのが気になるといい、注意しても聞く耳持たないと。私をはじめ訪問グループとの関係は始まったばかりでこれから関係作りをしていかないといけない段階である。

これは単身生活をする障害者への退院のさせ方の全くの失敗例であり、私達訪問ボランティアとの関係作りも入院中からなされるべきであった。本人に合わせて、当たり障りの無い訪問を続けているが、それで再服薬の納得まで持っていけるか、また近隣とのトラブルをきっかけに再入院させ、関係の再修復を図るしかないのではと思われる。経済的に困っていない単身者の場合、医療が切れると本人の指導や支援が却って難しくなる。

上のケースと関連して、高齢化し単身生活を続けている統合失調者2例につい

て述べる。69歳(ケースK)と81歳(ケースL)でどちらとも40年~50年以上の病歴がある。しかしここ20年以上はそれぞれ一軒家でユニークな単身生活を続けている。ある時期から年金を貰うようになって最低限、行政とのかかわりがある。それ以外は全く嫌人的、対人拒否的であり、家の周りに奇妙な札をはったり、近隣の畑から野菜を引っこ抜いてきたり、放置自転車を集めてきたり、近隣に肥やしてみたいなものを撒き散らしたりする程度のことにはある。その一人にたまたま私や保健婦が幸運にも面会できた時には菌の中から蛆虫がわいてきて喉に詰まりそうになるなど、にこにこしながら言う幻覚妄想が著名であった。

もう1人、ケースLの訪問には、我々の呼びかけに戸締りを強化し全く応じる気配を示さなかった。しかしこの2ケースとも長年病的体験とは共存しており、周囲の心配はよそに、本人側からいかなる医療もケアサービスも今まで一度も要求されたことがない。食事はしており毎日外出もしている。精神医療的な立場から見てこういうケースは放任していいのではないだろうか。そう考え訪問ボランティアサービスは始めないことにした。そのうち身体的医療やケアサービスが必要になったとき、改めて精神医療的にかかわりの必要性の有無が検討されたらいいだろうと考えた。

【5】医療との関係は切れていないが、家庭内自立が全く出来ていず家族依存が強くなおかつ自閉的なケース。

ケースNは会社勤め10年くらい経た

後に発病した統合失調症であるが、解体型であり、父母への退行依存が目立ち小さな子供のように父母にまわりつき離れようとするすると暴力を揮い、父母は外出も出来なくなっているということで入院、入院していてもこれ以上変わらないということで早期退院。その後もまわりつきが却ってひどくなったということで、私たちのところへ病院訪問看護から依頼がなされた。本人私達の訪問は歓迎してくれ、まとまらない話を連綿と続ける。また私たちとの散歩や買物、温泉に入りに行くこと、観光などには喜んで応じてくれるが、集団の中で一緒には行動できない。私のお尻にくっついてきてトイレまでついてくる。つまり私との関係は父母との関係とおなじである。数名の仲間との会話にはいっていけない。自分が注目されていないと駄目。つまり社会的交流ができない。外では対人緊張強く食事ができない。ピアボランティアを含めた外出とか、交流ハウスへの招待とやっているがうまく行かない。顔なじみのたくさんいる以前通っていた授産所に行くのはどうかと薦めて、はじめ数回は父の送り迎えで行ったが、これもまだ軌道に乗らず週1回半日になり結局中断。入浴で自分の体も満足に洗えない。シャンプーが使えない。家庭生活の中で強迫的なこだわりが強い。家庭内自立が全く出来ていない。もちろん通院は家族同伴であり、服薬は拒絶されていない。

ケースOは20数年来の長いケースであるが、就労はいろいろ試みたことがあるが続かず、集団の中に入れない。居場所が無い、自分を受け入れてくれるとこ

ろが無い、と言いつけている。今まで保健所保健師、生活支援センター、作業所、デイケア、交流ハウスなどよりあらゆる誘いがあったが1回行ってあそこは自分を受け入れてくれないと直ぐ結論し、結局どこにも継続できない。家でいららし母に暴言を吐きたまに暴力を揮うこともある。母は死んでしまいたいと言いながらも本人を突き放せず、母の方からも本人を心配で手放せない。本人の要求を全部肩代わりして母が外部と交渉する。本人にやらせようとしない。薬も母が取りに来ることが多い。本人が興に乗ると、東京までスポーツ見学に一人で行ったり、施設職員に誘われて1対1で旅行に行くこともあるが、母はじっと家で留守番し本人の帰りを待っている。母も本人を離れて独りになれない。家庭内自立が出来るレベルだと思うが母がやらせようとしない。母を含めてのケア会議が何度も必要と考えられる。

ケースP これも20年以上長期経過の統合失調症であり、自閉的無為、まとまり悪く、時に幻覚妄想出没、本人が定期的に服薬通院していた。父は約十年前悪性疾患で死亡、母と二人暮らしである。家族全員熱心な新興宗教の信者である。あるとき母が来院し、状態悪化し始めていると相談され、訪問を導入することにした。確かに幻覚妄想が増強しており、カーテンを締め切り、明かりを暗くし、外部の物音を全て声（幻聴）として受け取り、過敏で自閉的になっていたが私達の訪問を驚きはしたものの、拒絶せず受け入れてくれた。最初の2回訪問を経た

途端、母が買い物中脳梗塞で倒れ緊急入院になってしまい、本人が独りで自宅に取り残された。

本人は家を厳重に締め切り誰が言っても開けようとせず、応答せず、電話も切ってしまう接触できない。このときは依頼していた訪問看護ステーション看護師が頑張り、毎日安否を確かめに訪問、ドアを叩き続けたり、手紙を差し入れしたり、大声で呼んだり、数日後ファックスなら見てくれている様子だとわかり、本人とコミュニケーションが確保でき、私達の訪問も向こうの指定した時間に可能となった。食事もコンビニなどを利用するようになり、洗濯は塩で洗うなど奇妙なところもあったが、服薬継続しており、一緒に母のお見舞いに行ったりしてサポートし続けた。母は本人の精神科入院が必須と考えていたほど心配していたが、却って本人の自立度が増し、まがりなりにも何とか自分の身の回りのことは自分でやる態度がついたようである。もちろん私達の訪問サポートが不可欠ではあったが。約3ヶ月の一人暮らしが続き母の退院となった。しかしながら退院した途端、母にすっかり任せて何もしなくなる状態に戻った。その後は外に社会的交流の場所を作ることを目標に働きかけを続けている。これも危機介入の成功した1ケースとなる。

ケースQは本人のほうから、私達カンガルーボランティアの話聞きつけ、以前からしきりに訪問希望があり、他主治医から依頼されたものである。本人は27

年経過の慢性化した幻覚妄想状態である。しかし家庭内自立は全く出来ていない。父も母も共に 81 歳でペースメーカーが入ったり腰や膝の手術をしていたりで、家庭生活を送るのがやっとの状態になっている。しかもなぜか介護認定もしておられずサービスも受けていない。歩くのがやっとの父母に本人が散髪について行って貰っている始末である。本人の自立支援もさることながら、父母への介護サービス給付が先決と感じた。本人から発せられた訪問依頼は、家族全体からの「助けてコール」のような印象を受けた。通院するのが大変だから先生のほうから薬もって来てもらいたいというのが本人の一番の希望である。通院も何とか車を運転する父に連れられて3人がかりである。通院公費負担の申請もなぜかしていない。なぜ家の手伝いをやらないのかと理由を聞くと「霊の声が 15 人の嫁さんを入れ替わり立ち代り送ってよこすから何もしなくて良いんだ」とにこにこしている。

【6】身体疾患ゆえに強力に介入しなければならぬケース、もしくは身体疾患によって始めて精神医療が介入できたケース

統合失調症 30 年以上の兄（ケース R）と妹（ケース S）両方との糖尿病併発、兄の妻（ケース T）が分裂感情障害。兄が定年近くまで公務員で働くことにより、その退職金と年金で3人が 20 年以上同居している。妹は独語空笑徘徊時に失禁など荒廃した統合失調者であるが大人しい。妻にも記憶記銘力障害あり、奇妙な関係妄想と慢性抑うつ、意欲障害がある。兄

はインスリンの注射で糖尿コントロールをしていたが、ここ数年幻覚妄想状態と記憶記銘力低下でインスリンの重ね打ちしたり妻にインスリンを打ったりでコントロールが不能になり、自己注射が危険になって、長期入院生活を余儀なくされていた。

兄とその妻の記憶記銘力低下により介護保険も適用できることがわかり、まずインスリンの自己注射の介助（ヘルパーが毎日インスリンの自己注射を見守りに行く）、血糖のチェックは週 3 回病院訪問看護が施行、夕食については病院栄養科が糖尿病食を毎夕 3 人分用意し、ヘルパーが運び夕食のセッティングをする。時間が余れば、それ以外に家事ヘルプなどをヘルパーが行う。週 1 回通院、カンガルー訪問 1 回など。介護保険のケアマネジャーを中心にケアプラン作成し、社会生活が可能になって約 1 年経過しようとしている。この間、兄と妻の始終繰り返される離婚騒ぎ、妻の脊柱管狭窄症と骨折などあり、社会生活が平穏とはいえないが適度な介入によって、社会生活が続いている。このケースは介護と医療のチームが連携しながら総合的に関わることでうまく行ったケースである。

ケース U は統合失調症で精神科に通院していたがここ数ヶ月通院を止め、服薬もおそらく 1～2 年前からしていなかったようで、最近突然水を一滴も飲まない厳格な断食をはじめ、身体状態を心配した親が訪問依頼してきた。両親同居であるが、両親にも拒絶的、自閉的である。断食は妄想的観念に支配されており、私

たちは水分だけは飲むように説得するも本人頑として受け入れず。脱水により循環不全がおきて腎臓機能が悪くなること血圧も下がり意識も失うことなど告げ、そうなるら救急入院させざるを得ないことを告げていったん帰る。次回訪問時、予期された状態になっており、救急車で救急入院。ICU で全身状態改善、精神的にもコンタクト、改善し穏やかになった。退院後このケースには訪問を始めている。今は通院、服薬を守ってくれているが自閉的、防衛的、表面的で全く精神内界には立ち入れない。何にも興味なく意欲もなく、退院後多少父母との関係が改善しただけである。関係作りには時間がかかりそうである。

ケースVの統合失調症は25年以上経過、その間に胃がんの手術、胃がん後の貧血症、ギランバレーの発病とその後遺症などあり身体的チェックを始終していないといけないうケースである。このケースは、自閉的で独語空笑、泣いたり笑ったりであるが大人しく両親の庇護を受け発病時から入院せず家庭で生活していた。いい時は勤めも暫く続けられたこともある。自閉性が強くなり対人拒絶がひどくなった時期から病院訪問看護が訪問を開始している。精神医療とは別に、身体的なチェックや治療は嫌がらずきちんと受けており、病院訪問看護からのサポートも受けて、精神科の服薬のみなぜか不規則になりがちであるが安定している。母親が近年死亡し父との二人暮らしとなった。精神科通院は規則的である。幻聴が時々出没。このケースも外見的には家事をよくこなし、習い事にも行っているが、対

人接触は表面的なままである。老齢化した父との生活の将来が心配である。一人暮らしが可能になるためにはどんな支援が必要になっていくのであろうか。

一般的に言って糖尿病と統合失調症の併発は両面からの生活管理や、支援を考えていかねばならず、きめ細かい支援が必要となる。単身者でアルコール依存を伴うケースの支援はなかなか難しい。

ケースMも単身者である。20 数年以上経過の統合失調症であり、私との付き合いも長い、7~8年前母が死亡、数年後父も死亡し、単身者になった。本人は無為自閉であつたが 15 年以上前から授産所へ通っている。16 年前から糖尿病を併発、以前よりアルコール依存の程度が強くなり、単身になってからますますその傾向が強い。したがって糖尿病のコントロールもよくない。授産所への通所はますます減って、自閉、無為の傾向が強まっている。通院はきちんとしてくれるが、放任できないと考え最近私達の訪問を開始したばかりである。

身体疾患の発病ないしその治療が精神科治療導入のちょうどよいチャンスになることがあり、こういうチャンスは逃すべきでない。化膿性脊椎炎が総合病院入院のきっかけになり、精神科治療が導入できたケースBもその例といえる。

【7】関係作りが成功した次のステップは社会的交流の範囲の拡大、何らかの社会的集団への参加への導入である。

ケースNは訪問ボランティアと買い物、

ショッピング、社会見学、温泉などに連れ出すことは容易であるが集団のなかに入ることがまだ困難。ピアボランティアを含めての集団活動にもまだうまく溶け込めない。交流の家なども1回連れてきて2度目から本人嫌がって来ようとせず。昔、通っていた授産所に自ら進んで顔を出し始めこれが軌道に乗ればと期待されたが、尻すぼみで父の送り迎え付きでも、通えなくなり、父母へのへばりつきが持続している。

ケース O の場合は、1対1の関係は喜んで継続したが、全般的社会不安障害があり、どうしても集団には入れないのを20年以上繰り返しているといえよう。母のほうも分離不安があり、本人を一人にして事態に直面させようとしなない。ただ興味があれば一人で外出しどこかにいっけることがあり、行動能力や自立可能性は持っていると思われる。

ケース H は、1対1の女性同士の場合はきわめてのびのびと振舞うことが可能であるが、デイケアなどの集団参加は付き添いをつけても1時間ぐらいが限度である。デイケア側からの関係作りがあればいいのかもしれない。かつての学校での挫折体験と連動し妄想にもつながっているらしいいわゆる「教室的集団」と本人が感じるグループの中ではきちんと振舞わなければならないという強迫が強くなり、緊張が増してやがて滅裂になり、その場から逃れようとする。

長い間母と自閉的に暮らしてきたケース P はこちら側の根気よい説得と社会見

学を経て近くの作業所に通所を始めた。これは施設側の熱心な勧誘が功を奏したのかもしれない。

長年3人で肩を寄せ合って過ごしてきたケース R、S、T はいろいろな集団に誘導しても、3人一塊で行動し、結局どんなグループにもなじめない。24時間一緒に過ごしている3人の間では始終喧嘩や葛藤が絶えないにもかかわらずである。最も素直で協力的なケース T を引き離して自立訓練に乗せたいが3人の中から引き離せない。いずれにせよ社会生活への参加はこちら側の多職種の多様なかわりが必要であり、また施設側とのよい連携が必要であろう。そのためのケア会議が必要になってくる。

【8】頻回入院を繰り返す双極性障害のケース。

W は20年以上前に発病し、いずれも躁状態で入院を繰り返えし20回近くになっている男性である。少なくとも年月を経るほどに通院と服薬はまじめに従っているにもかかわらず、うつがしばらく続いて充電しきって爆発するように始まる躁性興奮が予防できず、また抑えも効かず入院を繰り返している。父は15年くらい前に死亡、年老いた母親と同居しており、兄弟たちは離れ近づかず。

訪問を始めてうつ期は短くなり、2度の躁状態が出現し、結果的には2回の入院を防げなかった。躁状態の発現を急性増悪と考えれば、連日の集中的訪問で服薬と睡眠管理と行動管理すれば再入院は防げるはずだが、その体制をボランティア

である私たちが取れない。入院の際、本人はやけっぱちになり必ず人権擁護局に不当入院をうったえるし、私達の前では一生保護室で生活をするを豪語する。深い挫折感だけが蓄積しており、また医療への絶望感も深まっている。だからこそ入院させないほうがいいのだが、躁的エネルギーの高まりは自分ではコントロールできないと本人自ら落ち着いている時でも口にする。

現在退院し訪問継続しているが、母への攻撃性が高まる背景には母の資産管理に関する不信感と疑惑があることがわかり、これを明らかにし親子関係がすっきりするようにボランティアは現在努力している。いかなる銀行のクレジットカードも使えないような法的人権の制限を父の生存中から受けており、その書類もなくなり、後見人がいるのかいないのかもはっきりせず母親もよくわからず、将来自立するためには本人の法的人権の復活が必要になっていることも判明した。しかし疾患の自己コントロールの自信が無い現在の本人の中にも自己の法的権利の復権にはためらいがある。現在のように軽うつで落ち着いている時は年金の範囲内でぎりぎり自立した生活ができており、こういう時期にそういった問題の解決を支援しなければならない。また就労していた時期のほうが入院しないで済む期間が長かったし、何らかの軽い恒常的な就労が本人の再発予防に有効であろうと考え、就労支援的活動も必要と思われる。これも私達の多様な専門家的支援が必要とされる。

D. 考察

考察1 訪問ボランティアを通じて以上の取り組みをまとめてみると、

ア) 医療拒否、ケアサービス拒否の重度障害者に対する働き掛けは訪問型支援しかない。

イ) 孤立度の高い障害者の心の奥底には支援に対するニーズが必ず存在する。それをどのように発掘していくかである。

ウ) 家族がいて、家族が困り果てて、保健所に相談いく場合。その場合にも本人が医療を拒否すればそのまま据え置かれる。

エ) 近隣から本人の言動に関する苦情が保健所に寄せられて初めて社会的に気付かれ保健師の訪問を受ける。保健所はしかしながら、自傷他害の措置要件を満たすほどの問題がなければ強制できない。医療拒絶はそのまま放置されることが多い。

オ) 医療拒否はあるが、経済的に困窮しケアサービス等を本人が希望していれば医療に載せるチャンスになる。その際、それに対処できる医療機関の存在もしくは精神科医師が必要となる。

カ) あるいは私達のような訪問ボランティア(カンガルーくらぶ)とか本人を家族の代わりに支えるようなボランティアグループ(教会とか市民グループ)に助けを求められる。

キ) これらのグループにも精神医療につながられるためには精神科医師の協力が必要になる。

ク) まずやられなければならないのは何はともあれ関係作りである。これも多様な多様な専門家を擁するチームがあればい

い。

ケ) 訪問が出来る精神科医がいることが大事である。

コ) 精神医療から離れている期間が長ければ長いほど、関係作りには時間がかかる。

サ) そしてこの関係作りの期間がほかのなによりも一番貴重である。

シ) しかしながらグループで多様にかかわるとして、標準的な期間は半年から1年であろう。

ス) 急性増悪の時期、あるいは放置できない身体合併症の出現などの時期に集中的連続的にかかわることが関係作りを進展させる場合もある。

セ) 双極性障害を始め頻回に状態が激変する障害者にも集中的持続的な関わりが必要である。

ソ) 関係作りができたなら医療関係に誘導することがまず最低限必要である。医療関係が成立しなければ、その後の自立支援もうまく行かない。

タ) 又いったん関係作りが成立するとそのチームないし成員がその後長期に亘って自立支援に関わる Keyperson 的役割を担うことになる。

チ) 医療契約ができ、服薬開始するまでは、患者自己負担の経費は徴収できないのではなかろうか。しかしながらこの期間が時間的にも人件費的にももともと医療経済的経費がかかるのではなかろうか。

ツ) 家族教育とともに家庭内自立を支援する。

テ) 関係の輪を広げていく。社会的交流の範囲を広げていく。これは本人のニーズに合わせてであって、障害によっては

時間がかかり、支援側も多様な専門家の存在が必要となる。

ト) 関係の輪を広げる、社会的交流の支援、就労支援などの活動にも患者の自己負担は支援者と患者を引き裂く問題になりやすい。

ナ) いずれにしても年齢と共に単身者が増加していく。40代~50代で親が老弱化し死なないうちに家庭内自立が成し遂げられなければならない。家庭内自立が出来ていない場合当事者は結局施設収容が精神病院入院(医療関係不安定の場合)となるしかない。

ニ) 私達の業務は単身者も含めて、家庭内自立、社会的自立をサポートし続けていくことである。

考察2 訪問型支援のアンケートの分析

資料参照

(1) 訪問者総数 253名は、訪問必要者数のニーズを満たしているか。

まず私の関わる病院の月あたりの外来患者実数は2300名/(11,12,1月の3ヶ月平均)のうち通院公費負担の手続きしている者が997名、私の外来者数(予約再来者数、即ち私に予約しないで来ている患者は含まない)が233名、そのうち通院公費負担者が72名である。私の外来実数はもう少し多いがここでは問題としない。(精神科外来全体で、担当なし、予約なしの患者総数が469名と多い。)

233名のうち、私が既に訪問に行っている11名のうち通院公費負担者9名であり、これから訪問が必要となってくるケ

ース（前節で述べた特徴をもつ対象者）は 24 名、内、公費負担者 16 名である。

（それ以外で我々が現在行っている訪問ケースは、医療とまだ関係が出来ていないのが数名、これから主治医交代予定のケースが僅かある。）

したがって私の外来者総数のうち $11 / 233 = 0.047$ 、即ち 4.7%が、現在実際訪問ケース、 $(11 + 24) / 233 = 0.15$ 、即ち 15%がこれからの必要者を含めた総訪問必要者数／外来者総数の割合と判断できる。公費負担者数で計算すると $(9 + 16) / 72 = 0.347$ 、即ち 34.7%で公費負担者の中の訪問必要者の割合は増大する。

この私の受け持ち患者総数の 15%、受け持ちの公費負担の患者総数の 34.7%を訪問必要者数として基準化してみる。それぞれ実数は 45 名と 25 名になるから公費負担患者の訪問必要者数の 1.8 倍が受け持ち患者全体から割り出す必要訪問者数になる。

私達病院精神科の公費負担申請者総数は 997 名である。当院の精神科の受け持ち患者総数は計算不能であるから確実な公費負担申請者だけから計算を続けてみる。 $997 \times 0.347 = 346$ 即ち 346 名が公費負担申請者から出した訪問必要者数となる。公費負担申請をしているほうがより重度と一般的には言えるが、私達の訪問ケースの中にも公費負担申請していないケースが意外とある(6名)。だから必要者数はもっと多いはずである。受け持ち患者全体に必要な者数を広げればその 1.8 倍になるはずである。旧浜松市で通院公費負担申請者数が 5161 件(平成 16 年度末)政令指定都市に向かったの合併で現在公

費負担申請が 7000 件に増えていると保健師より情報を得ている。

とすると政令指定都市浜松では $7000 \times 0.347 = 2429$ 即ちほぼ 2500 名が公費負担申請者から出した訪問必要者数になる。総外来者数は不明であるが公費負担者の 1.8 倍と計算すれば 4500 名ほどが訪問必要者数になる。

この公費負担者数の割合は各精神病院、精神科診療所で割合が違おうであろう。たとえば同じ経営の別の総合病院を例に挙げると、そこの精神科は外来しか持っていない、精神科医は 3 人。その外来者数は月平均延べ 1700 人、年新患者数総計 956 人(2004 年)であるが患者実数が月どれくらいか不明である。ほぼ 1000 人以上といえようか。この中で通院公費負担の患者数は 228 名である。通院公費負担者の割合はもう一方の病院よりかなり低い。(しかし、ここは脳外科、小児神経、神経内科などから来る通院公費負担者が精神科とは別に 400 名いる。これらの実態は把握できない。それらを含めると通院公費負担者 628 名と多くなる。)

この必要訪問者数の割り出し方の問題点は、私の関わっている病院の中の私の外来患者を標準的モデルと考えているところにある。市における他 5 病院の外来者数、709、847、142、601、529 を合わせて 2828 名(精神病院月報平成 17 年 9 月より)であるから、他の病院合計患者数の半数弱であり、その意味ではモデルの役割を果していると考えてもいい。又、他の精神科医はそもそも訪問のニードそのものを考えたことすらないのであれば私を標準に考えるしかない。

M 病院はこの地域でもっとも訪問型支援に熱心な病院であるがアンケート調査当時平成 17 年 7 月が 45 名であったが、平成 18 年 2 月で 120 名/月となったと副院長より最近情報を得た。外来実数が 600 名であるので現在の訪問割合を計算すると $120/600=0.2$ 即ち 20% で私の計算した訪問必要数 15% を凌駕している。他方で精神病院からの訪問 0 のところもあるが他 2 病院も 8 名/月、11 名/月などと訪問型支援に少しずつ取り組み始めている実情がある。

いずれにせよこのアンケート調査当時では訪問者総実数 253 名であるから必要訪問者想定数に比較すると実に少なく必要度の $1/10\sim 1/20$ といえよう。

他方浜松の診療所全体における患者数が不明、必要訪問者数の割り出しも出来ないが、浜松全体の公費負担者数から割り出した訪問必要者数であれば診療所の通院者も含んでいるとみなせる。

後は公費負担を受けていない精神障害者で訪問型支援が必要な数がどれ位あるかであるがこれは目下計算できない。

これに退院促進事業が加わり、長期在院者の自立には必ず訪問型支援が必要になると思われる。全国 30 万在院者のうち 7 万人が退院するとして、市内の精神科 1337 床これに周辺区域の病院、144、171、177、240、210 床を加えると 2279 床が静岡県西部地域の病床数となる。静岡県西部地域の病床数の $7/30$ が退院すると 531.7 即ち 532 名が自立支援訪問対象になると想定される。

$2429+532=2961$ あるいは $4500+532=5032$ すなわち 3000 名～5000 名が訪問

型支援の必要数に将来的にはなろう。この大きくなった政令指定都市浜松に少なくとも 3000 名の当事者を目標に訪問型支援していく体制整備を行うべきであろう。

それとは別個に精神医療拒否、ケアサービス拒否の患者群が地域別に存在し、それらを対象とした精神科医の訪問も含む多職種チームが必要になることは前節で述べたが、これらがどの程度いるかの割り出し方が難しく、現在その方法論を持たない。ただ私たちの訪問ボランティアのグループの訪問当事者たちの中では公費負担申請すらしていない割合が多いことは注目すべきことである。

保健師からの聞き取り調査で一部わかったところを述べるが、市に編入されなかった 1 周辺市の公費負担者は 278 名、手帳 83 名で、いわゆる私たちが対象としなければならない医療拒否の障害者は 10 名弱ぐらい居るであろうとの推測であった。市に編入されたがかなり偏在した田舎にある一地域では公費負担者は 20 名、我々が関わってほしい対象者は他に 3～4 名と聞いている。各地域の総合事務所をすべて当たっていけば大体の総数は出てくるかもしれない。それは次年度の課題である。

(2) 訪問者総数 253 名で既設医療施設の中では精神病院からの訪問ケースが多い (93)。その次が保健所・総合事務所である (71) が、これはさておいて次が、生活支援センター (37)、訪問介護事業所 (29)、訪問看護ステーション (18) で精神科クリニックはわずか (4) である。

精神科クリニックからは訪問をやっていないに等しい。これは訪問の必要性を感じても指示を出せないということであろうか、今後の調査にゆだねたい。浜松で長期間精神医療にモデル的にまじめに取り組んでいるある精神科の診療所の月当たりの患者実数 1300 名（精神科医師数 2 名）—最も多いと思われる—であるが、「訪問必要なケースはあるが診療所からは多忙でいけない、また他施設の訪問型支援の情報が無く利用しにくい」と感じているとのコメントを貰った。

上と関連するが指示を受ける側の訪問看護ステーションも精神障害者の訪問ケースが少ない。これは Dr 側からの指示、依頼が少ないのか、受け入れが難しいのかこれもこれからの検討課題であろう。

生活支援センターからの訪問はやはり経費の問題と絡んでいるように思われる。訪問必要なケースでも訪問に行くスタッフの数を割く経済的ゆとりが無いのではないか。

訪問介護事業所は小規模で訪問に行く人数も少ないが、結構よく行っている印象である。またいろいろな苦労も多く、もう少し他施設や精神科医との連携が得られたら活発になるのではないか。（我々の訪問対象 R,S,T のケースには介護ヘルパーが非常に重要な役割を担っている。内分泌医師や精神科医とは密接な連携有）精神病院からの訪問看護は増加していく傾向にあるが、これは地域とのつながりを強化していく病院側の生き残り策と関連していると思われる。しかし具合が悪くなったら直ぐ入院というのではなく、往診して地域生活が継続していく支

援的な態度が病院側にも将来的に必要なだろう。

保健所が抱えているケースで既設医療機関ないし社会復帰施設と連携しながら抱えているケースがどれくらいで、連携がうまく取れず、保健所単独で抱え苦労しているケースがどれくらいあるかを知りたい。（これが我々の主要対象ケースになるものと思われる）

いずれにせよ個人情報保護の立場から保健所など行政他どの医療機関からの情報も入手困難になってきており、各訪問型支援はてんでんばらばらに訪問を担っているという印象が強い。一番の問題は諸医療機関側と他方地域の自立支援施設や諸グループ側との情報共有、相互交流がほとんどないに等しいことが最も問題である。

おのおの対象者のケア会議、ケアプランが施設を超えて行われることが必要であろう。それに各主治医の関与がもっと必要であろう。

訪問に行った Dr はこの調査では 2 名と出ているがおそらく必要に迫られて関わったと思われ希少価値がある。

精神科医師が定期的に訪問に関わっているという施設は私達の事業以外には全く行われていない。しかし医師の必要に応じたかわりは必要不可欠であると思われる。医療拒否、ケアサービス拒否の重度障害者に往診することがもっと行われればコミュニティーケアが飛躍的に広がると思われる。或は急性増悪の際、臨機応変に往診してくれる医師が居れば再入院は大幅に防げるのではないか。往診することが入院に繋がらないで地域生活

支援になるような往診システムを確立し、それを助成していくことが必要なのではなかろうか。

今のところ忙しい外来を削って訪問に割く精神科医の数は皆無といえる。それはやむをえないのかもしれない。

又、一般的に病院の精神科医はコミュニティケアそのものに関心が薄い。地域生活支援はコメディカルの役割だと思ひ込み自分は関係ないと思っている。

しかし指示を出すのは、精神科医である。出さなければ何も始まらない。又、指示をしたらそれで自分の役目は終わりだとしてその後一切相談にのらない医師も居る。また地域におけるケアマネージャーがいくら有能でも肝心の医療ケアがよい加減ではケアが空回りするばかりである。医療的なケアをきちんとするかどうは医師に大きな責任がある。自立支援も医療的なケアがきちんとなされなければ決して成功しない。しかし投薬だけして、服薬しなくとも、家族が何も言っていないのであればそれでいいと思って放任している医師も多い。患者の自由ではないかという医師の態度は自らの責任性を回避していることになる。服薬しなければならぬ患者はいろいろな工夫をしながら患者に服薬を納得させるところまで持っていく義務がある。

精神障害者にとって自立支援法が真に意味あるものにするためには、地域の精神障害者の医療ケアがきちんとなされているかどうかに関わる。これが精神障害者の自立支援の死命を制する。

考察3. 次年度に向けて

地域における医療的なケアをきちんとする体制を作ることが不可欠である。これなしでは自立支援のケアプランも空回りする。そのためには訪問型支援をもっと活性化し、さらに加えて医療側からのコミットを強くしていくための方策を、次年度訪問型支援の研究会で模索していく予定である。

そのためにはこの地域の全精神科医師を対象にした訪問型支援に関する意識調査を行うこと、および全訪問看護ステーションに対し精神障害者の自立支援により積極的になる方策を探るアンケート調査を企画している。

これらが 3000 名に向かって全訪問型支援の活性化と体制整備を指向していくこととなる。

他方それらからも洩れ落ちている医療拒否、ケアサービス拒否の重度精神障害者のケースがどの程度地域にいるかは各総合事務所を訪問しながら調査し、また訪問診療や、訪問支援などの広報活動を通じて、実態とその数を把握していくことも次年度の大事な目標となる。

考察4. 医療拒否者、ケアサービス拒否者に対する専門的チームの必要性

さて医療拒否者、ケアサービス拒否者に対する私達訪問ボランティアは対象者数も増え、(次年度は 40 名を予想) 現在までの訪問総数 1000 件弱、このままではボランティア事業としては継続できない臨界点に近づきつつあると思われる。昨年度からなるべく病院訪問看護や訪問看護ステーションとの連携を増やしなら継

続を図ってきたのも訪問事業の生き延び策であった。一方、私達の主とする対象者を、既存の訪問型支援のどれかに肩代わりさせることは全く不可能である。それゆえこれからは以下のことを志向して事業の継続を図る。

A. 欧米における ACT チームのような存在が望ましいが日本には存在しない。ACT-J や岡山の精神保健センターによる試みがあるのみである。私たちにもまず多少似かよったチームが必要である。

精神科医、PSW、看護師、臨床心理士、作業療法士、ピアボランティア、司法関係者など。このうち PSW、看護師は複数がよい。

B. 医療拒否、ケアサービス拒否の障害者をどう発掘するか、保健所が一番の窓口になろう。或は訪問サービスの専門チームの存在を地域や精神医療関係者によく知ってもらうことも必要である。

C 孤立度、症状の重症度、家庭内自立の困難度などを評価する制度があればなおさら良い。

D. 導入時期、急性増悪時には集中的、連日に渡る訪問が必要になる。

E. 上記のことを可能にするためには訪問ボランティアという形態を廃止し、現行医療下での訪問医療、訪問ケア、訪問看護に事業形態を転換する。

F. そのためにまず精神科専門の訪問看護ステーションの設立をする。そこで精神科訪問看護の急増に対処していく。

G. 次に訪問型の精神科診療所の設立を行う。そのメンバーは外来診療のほか、全員訪問要員とする。診療所ではもちろ

ん外来診療をする。同時に経営的に成り立つ範囲内で訪問要員をなるべく多様に多数抱える。それ以外にボランティア訪問要員を育成し抱える。必要に応じて医師、PSW が訪問を行う。

H. 精神科専門の訪問看護ステーションと訪問型診療所とは密接な連携を保ちながら訪問を行う。これで危機介入などの集中的多様な訪問を可能にする。

I、F、G においては既存の保険医療で定められた費用を徴収するため、必然的に今までの訪問ボランティア事業は終結することになる。しかし補充的なボランティアサービスは臨機応変に行う予定である。

J. カンガルークラブのあらたな継続はこれからの検討課題である。

K. 当事者と関係が出来た親身な助言者チームの存在および在宅における医療関係の確立が我々のチーム（2事業所）の最も重要な目標である。

（付記：K 項に関連して）

訪問ボランティアによって関わりが続いていたケースが入院し、約 1 年以上の入院の後、病状の評価が明らかに食い違い、次のステップへの方向性についても両極端な結論が出たケースについて報告する。訪問ボランティアグループは入院中も持続して関わり一貫して、早期退院を希望していたものである。これは精神障害の評価について困難な問題点を浮き彫りにしてくれたと思われるゆえ報告する。

ケース Y は 50 歳女性で統合失調症 20 年以上の病歴、母と長年同居していたが、