

いずれにしても現在の川崎市内には社会復帰のための資源が少なすぎるといっても、過言ではないであろう。

#### 4. 個人情報

ヘルパーに被利用者の個人情報をどこまで話すかで、ヘルパーと医療機関の間にギャップがあった例、かかわりかたの説明不足があった例や家族機能が成りたっていないことなど情報不足のものもある。個人情報保護法にも配慮しなければならない。

以上の結果単なる今後のヘルパー派遣についてはヘルパー派遣だけの適否で済むものから問題をいわゆるケアマネジメントの立場からかかわりを持つ必要があると判断される場合もあり、今後民間、公的の各立場でケアマネジメントする関係機関が必要である。

しかしケアマネジメントの手法や技術ですべて解決するものでもなく、やはり地域資源、ネットワークの制度化されたものが必須条件となってくるであろう。

## 第7章 3 障害と精神科ケアマネジメントの 今後について

### ケアマネジメントと障害者リハビリテーション課題

日本における精神科ケアマネジメントのこれからの進展について

ケアマネジメントは手法や技術ではなく、地域にある程度責任を持ったケースの調整役としての位置づけと経済的な配慮がなされなければならない。このやめには

- ① 精神保健障害者理解の普及・啓発をふくめて障害者自身の生活意欲を支えるためにそのかわりの中でケアマネージャと共にエンパワーメントする必要がある。
- ② 介護保険導入時の問題点の反省点に立って、かつ精神科通所体系の生活支援政策に重点をおく者、特に若い年代の就労希望者などには出来るだけ在宅ケアを重視する方向でケアマネジメントをする必要がある。
- ③ ケアマネージャと利用者の関係が今後時間をかけながらその生活イメージの本音を聞き取るために程よい依存の関係を作りながらケアプランを作成すること。
- ④ 生活支援のメニューやシステムがある程度豊富に整備されないとケアマネジメントの手法は生かされない。まだまだ地域には生活支援のためのメニューが少ない。
- ⑤ 精神科ホームヘルプ事業はインフォーマルな関係も含めて地域に社会復帰が機能しないと利用者の社会生活への意欲が出ない。そのためにはホームヘルプ事業のみならず、その他の生活支援センター機能が動き出さなければならない。川崎市においては現時点では残念ながら精神科ケアプランが有効に機能するまでには数年単位の時間がかかるのもやむをえないと思われる。

社会保障の動向の中で当事者にもとめられる力とは、サービスを提供するものと受けるものの契約関係が基本である。ホームヘルプ事業が市民権を確保するためには、ケアマネージャがケアプランを立てることにより、援助を行うことであり本人の十分な意思を確認しながらケアマネジメントを行う。

一方福祉的アプローチではなく精神障害者としての医療的リハビリテーションで求められるものは病気や障害と付き合える技術（SST やコーピングスキル）であり、薬物療法のコンプライアンスであるが、これには精神科医療機関での治療の要素が大き

な意味を占める。これからの精神医療福祉の分野では、当事者のこの面でケアマネジメントの立場を意識した発想の変革が精神保健福祉の領域にもとめられる。結果的にセルフケア能力に問題がある者に対して医療と福祉の協働作業としてケアマネジメントが行うことが大切である。

平成16年度の川崎市ケアマネジメント検討作業部会での報告ではその中では病院デイケア、作業所や生活ホームの運営担当者が川崎市保健福祉センター、川崎市リハビリテーション医療センターの精神保健福祉士と一緒にケアマネジメントの検討会が持たれている。いずれの事例も障害者に適用できるケアプランが作成されることが必要であった。その他精神病院独自のケアマネジメントを試しており、今後この調整をする事が必要となろう。

ケアプランを立てる場合は精神病院 PSW が入院者に医療型ケアマネジメントを行った場合の方が比較的本人の退院に対する構えや同意が得られやすいとの報告も昨年のケアマネ作業部会の報告であった。ある意味では当然かもしれない。精神病院の生活支援準備室等が考えられる。

今後の方向としてケアマネジメントについては精神障害のみならず、知的・身体障害を含めた3障害についてケアマネジメントを出来るだけ使いやすくなっていなければならないが、精神障害者のケアマネジメントについてはその技法は障害者の評価の点で疾病の部分が大きく、ケアプランが他の障害に比べ立てにくいことが違いとして存在することは周知のとおりである。特に平成16年度の社会的入院者として退院促進事業の対象となった精神病院から出されたリストにあがるものについては入院中の病院での面接での退院の動機付けから始まり、退院促進支援員の自己紹介的な時間的なかわりと社会的支援内容の説明に長時間を必要とした。

結果的には社会参加資源があまりなく退院後の生活がイメージできない。ケアマネジメントを中心とした生活支援センターの今後のありかたについて、精神と身体介護の必要な障害者へのかかわりは特に調整が難しく、再度何回かの検討会を行った事例もあった。

年齢上の問題身体疾患の関係で介護保険への移行も何例も見られた。

ここでの活動は精神病院入院治療、外来治療、訪問看護の組み合わせ型の医療型ケアマネジメントを言っており、総合的に障害者のノーマライゼーションに導くことが今後目指される。

ケアマネジメントでは生活支援の立場の違いから例えば精神障害者の休息入院とショー

トステイは日本の精神科医療ではやや意味が異なるのではないかと思われる。

この点での地域側の考えと病院側の考えが結果的に異なることも多い。

また臨床型ケアマネジメントの別のタイプでは外来医療、往診、訪問機能などを使つてのマネジメントもこれから組み立てることが必要であろう。精神科外来利用者に薬物療法、精神療法など医療的な立場とホームヘルパーの介入など福祉的なかわりが継続し、評価ケアプランを立てる場合は必要に応じてケア会議が必要であり、少なくとも1年に1回、場合によっては数回はケアプランの見直しが必要となると思われる。

高齢化で合併症、糖尿病の悪化、視力障害などの訴えが増えた場合、医療的立場からはヘルパー派遣が必要とされてもその結果の判断が難しいことがあるどうしてもヘルパーに依存的になることも予想される。基本的にはケアマネジメントを受けることによっていわゆるコンシューマーといわれる障害者が社会資源を知りこれを主体的に活用し、自己表現・決定能力のパワーアップが出来るようになることが期待される。

その他ケアマネジメントに期待するものとして、高齢精神障害者の任意入院の長期入院者には精神障害者を中心とした老健施設（ナーシングホーム）、グループホームなど、医療費と介護費の比較をし、さらに他障害との関係を配慮しケアのあり方をコーディネートしてゆかなければならない。知的、身体を含めた精神障害のケアマネジメントの方向性について川崎市の保健福祉センターでは平成14年4月から組織再編成サービス課障害者支援担当が一括して3障害へのかかわりをもっている。

いわゆる支援費制度の適応されていた知的、身体の障害については現在のところはケアマネジメントの手法を行うところは少ないが、いずれ3障害のノーマライゼーションのためには出来るだけ同じ立場に立つ必要がある。しかしこの場合にもあくまでも精神の場合は疾病との共存の立場から医療的な配慮が大きいことは言うまでもない。現在川崎市内保健福祉センターでの精神保健ケース会議やリハビリテーション医療センターの地域訪問ケア班のかかわりはどちらかといえば仲介型ケアマネジメントの立場であり、時に問題ケースについては地域訪問班を中心としてケース検討会を行っている。

また3障害のケアマネも大都市の場合はケアマネジャアの専門性から見て当面は精神障害独自のリハビリテーションシステムや、地域資源のネットワークを強化してゆく方が効率的にとらえている。

医療機関でもケアマネジメントの前に精神障害者の医療体制には強化することが期

待されるが、病院中心のケアマネジメントは今後検討課題となろう。

精神病院の立場からは外来医療の充実の提言として精神病院協会が地域生活支援室の構想を提案されている。これには精神科診療医療体系の見直しが必要となると思われる。これは病院からの地域生活支援センター構想を示しているものと思われ、日本における「包括型ケアマネジメント」の導入を意味しており、今後医療体系、財政的問題を含めて検討されるべきものであろう。

今後地域中心の精神保健福祉を遂行するためには、精神科診療所を核としたケアマネジメント（臨床型ケアマネジメント）、地域作業所や生活支援センターを核としたケアマネジメント、さらには保健所（行政）を核としたケアマネジメントなどそれぞれの役割があるのではないかとと思われる。いずれにせよいろいろの立場からケアマネジメントできる精神保健関係職員の養成が必要となっている。

## 第8章 川崎市における社会的入院者の退院促進事業の進行状況と課題

川崎市でも2004年度の退院促進事業が始まった。市内5病院から100名を超える候補者のリストがあがったが、初年度は5病院2名からはじめることとなった。

2004年度は川崎市で公設の立場からリハビリテーション医療センター内の職員5名が支援員となって2005年度は生活支援センターの常勤3名非常勤職員1名が専任支援員としての退院促進事業を各精神病院の病棟内まで訪問し、そのニーズの把握に努めた。2005年11月末現在計18名にかかわり4名が退院した。対象者は年齢的にも高齢者が多く、利用できる制度や社会資源はまだまだ限られているのが実態である。対象者は全員統合失調症であった。性別では男性11名、女性7名であった。さらに年齢別では30歳代2名、40歳代2名、50歳代8名と一番多く、60歳代3名、70歳代3名で平均年齢54.7歳である。入院歴は2年未満3名、2～5年5名、5～10年未満1名、10年以上9名、最長は39年、平均入院期間12.9年であった。

総入院期間は10年以上が12名、2～5年未満3名、5～10年未満3名で最長42年、平均20年である。家族状況では家族あり16名、家族なしが2名であった。家族の援助については有りのうち「面会あり」が10名、連絡ありが1名、「医療費の支援」が4名「援助なし」が7名という状況であった。支援の結果と状況は「入院・支援継続」11名、「支援中止（金銭問題2名、病状悪化1名）」の3名、「退院・支援終了」が4名で、その退院先としては「生活訓練施設」、「グループホーム」、「有料老人ホーム」、「アパート（公的保証人制度利用）」がそれぞれ1名であった。今までこの事業の対象となった事例は病状的にも安定度が低く、生活の変化に弱く、1～44回の院内面接及び同伴外出などを行なったが結果的になかなか退院生活のイメージと外出行動に行き着かない者が多く、この状況では期間の1年を超えてしまう可能性も出てくる。病院側の医師をはじめ職員が社会的入院者をどのように認識しているか不明の点も多い。一般の退院とどこが違うのか等が理解されているかどうか不明である。今後この形で事業を継続するためには病院からの外出の場面をどのように確保するかが課題となっている。さらに地域に外出し、社会生活を実感できる資源が身近にないこともネックになっている。この退院を推進させ、効果的にするためにはかかわりの対象者の見極めやより身近に試験外泊などが出来る住居や通所先の確保が必要となってくる。これ

からの課題は退院促進事業の進行状況の説明をどのように病院側に説明するかまたこの事業への今後の協力依頼の方法であろう。

精神病院入院者や病院関係者へこの退院促進事業をより詳しく説明する必要性が求められる。精神障害者ホームヘルプ事業をうまく利用し、はたしてうまくこの事業が進行出来るかこれからの取り組みである。

さらに精神障害者在宅支援システムのネットワークの構築、また精神障害者の社会生活支援事業の拡充、さらに高齢精神障害者の生活支援体制の強化も求められる。

しかし、今後は隣接した東京都や神奈川県（川崎市を除く）に行政上や個別に入院治療をお願いした長期精神病院入院者で社会的入院に当たると思われる事例についての取り組みが必要となるであろう。これからの精神障害者のノーマライゼーションの中でも、医療の側面のリハビリテーションと福祉サイドの立場の違いをはっきりさせなければならない。特に病状の安定しない者にはより一層有効な医療的アプローチが期待される。またかかわりの中で当然ホームヘルパーの派遣は福祉の立場であることを確認しておかなければならないであろう。

生活障害と高齢化の問題もこれから能力評価に大きな課題となる。

精神保健福祉手帳の等級の問題も経済的に生活基盤を築く上でたいせつなものである。現在の制度の見直しも必要になるのではないかと思われる。

さらに県、市町村で出されている障害者保健福祉計画策定（ノーマライゼーションプラン）の中で、それぞれの自治体から障害者支援のあり方、障害者福祉にかかわる諸理念や政策・社会状況の背景を検討や障害者も一般市民と同じようにその年齢に応じた生活を一般社会の中で出来るような地域づくりを謳っている。そのために必要な福祉制度、医療、介護制度の提供と選択が重要とされているだけにケアマネジメントのあり方がさらに重要となってくるであろう。

## 第9章 今後の精神障害者在宅支援事業の課題

### 精神障害者の障害認定について

今後2006年度からスタートする障害者自立支援法の中での3障害（精神・知的・身体）の認定度の判定は2000年から始まった介護保険制度を参考にしている。介護保険制度の介護度認定は障害をもつ高齢者のために在宅介護を目指したケアプラン制度の導入であり、これに見合う各種のサービスが在宅または施設でおこなわれるようになった。

施設から地域へ（家庭）このシステム作りは他の3障害に該当する障害者にも急速に適用される流れとなっている。

結果的に、財政的な問題が明確になり、介護保険を障害者対策費用にも使われる可能性もあり、その是非が検討され始めている。全国的には退院のための訓練施設が少なく、結果的に精神病院での退院への働きかけが遅れてしまったと言えよう。しかしその後川崎市を始め多くの地域で、1980年代には保健所で地域精神保健活動の一環として保健所デイケアが盛んになり、そうしたデイケアの終了した者が自分達や家族の自身で、さらにボランティアにより行政の補助を受けながら地域作業所活動へと発展していった。

これからの地域リハビリテーションを高齢者、他の障害者に考えてゆくためには再発防止のための向精神薬による治療の内容の向上が必須である。

統合失調症の再発予防のための抗精神薬の維持療法が必要としているそのためには、医師だけではなく、看護師、作業療法士、心理療法士を含めた包括的なチーム医療による治療が重要であるとしている。われわれの経験ではコンプライアンスの良くない患者には抗精神薬のデポも内服と併用することも多かった。

また最近副作用の少ない非定型抗精神薬を第1選択薬とすべきだと提言されている。最近の精神科薬物療法では単剤投与の推奨も同様であるとのこと。

薬物療法だけでは障害からの問題を解決できない。多剤併用を反省しなければならない。

次にデイケアなど社会参加導入プログラムが工夫され、作業療法からSST（社会生活技術訓練）、心理教育的プログラムなどが開発されてきた。

こうした高齢者・障害者が地域リハビリテーションの一つの支援方法として生活で



きるのがホームヘルプ事業だといえよう。障害者の生活を中心に支援を行う方向である。

慢性的な障害を持つ者に地域生活の支援を継続的に行うために、出来るだけ安定した生活を継続するケア・マネジメントの技法を使った生活支援と精神障害の場合の能力障害（生活障害）を克服するための病状の安定と再発防止の更なる治療方法の開発である。

今後は大都市では地域でこうした医療を受けられる体制を各区ごとに作ってゆかなければならない。

結果的には川崎市は中間施設のリハビリテーション医療センターを立ち上げた事でスタッフも利用者もセンターを中心に暮らし、そしてさらに本当の地域の生活圏で暮らすという遠廻りをするといった経過をたどる事になった。しかしまだまだ精神病院中心とした精神科医療福祉体制は残っているのである。

幸区の精神障害者社会資源及びメンタルヘルスマップ作成については目下幸保健福祉センターが中心となり幸区精神保健連絡会を立ち上げ、「幸区精神保健福祉ガイドブック」の作成中である。

## ま と め

- 1) ホームヘルパー派遣事業は精神障害者のQOLの向上に有効であるが、地域精神科医療を進めるためには基本的に精神科外来、入院医療の質の向上が望まれる。また精神科ケアマネジメントの導入によって長期入院者、外来若年精神障害者、単身高齢精神障害者のケアプランの作成と地域資源のネットワークに取り組む必要がある。
- 2) 障害者自立支援法の内容を検討する事によって精神障害者の福祉面が向上されるがヘルパー派遣は週2回、2～3時間程度の派遣でよいと判断される。また精神障害者の障害のレベルや認定の程度に基づき訓練的な意味から期限を区切る必要のある障害者も認められる。
- 3) 今後各種の社会復帰資源のネットワークの構築が必要であるが特に精神障害者の支援の中核は保健所、または保健福祉センターとであるが実質的にはケアマネジメントが行える生活支援センターであろう。
- 4) 高齢精神障害者には今後介護保険に準じた制度の導入が望まれる。
- 5) 客観的にヘルパーの派遣が望ましいと思われる場合も、本人が利用を断わる場合にもあり今後はケアマネジメントの立場から判断されるべきであろう。
- 6) 精神障害者ホームヘルパー制度をさらに内容を検討することにより、今後の地域や家族の機能のあり方が示され、公衆衛生の立場から、メンタルヘルスの重要な考え方に結びつくものも認められる。
- 7) 一般的に精神病院への社会的入院とされる者についても、全国の都道府県別の精神病床数、平均在院期間にばらつきがあり、またそれぞれの地域特性があり、一概に全国レベルで論じる事には無理があると判断される。

以上の考え方がこの研究のまとめとして出てくるが、地域精神医療・保健・福祉活動や精神障害者のノーマライゼーション活動のためには重要な役割を果たすものと考ええる。

またこの研究は平成17年度厚生労働科学研究補助金で行われた。

## 参考文献

- 1) 大島巖編 「ACT ケアーマネージメントホームヘルプサービス」精神看護出版 2004
- 2) 久保紘章他 「精神障害者地域リハビリテーション実践ガイド」日本評論社 2002
- 3) C. P ラップ著、江畑敬介訳 「精神障害者のためのケースマネジメント」金剛出版 2001
- 4) 新かわさきノーマライゼーションプラン  
川崎市障害者保健福祉計画 川崎市健康福祉局障害福祉部 2004
- 5) 西尾雅明著 「ACT入門」精神障害者のための包括的価値生活支援プログラム 金剛出版 2004
- 6) 岡崎祐士他 新世紀の精神科治療 「慢性化防止の治療的働きかけ」中山書店 2004
- 7) 川崎市リハビリテーション医療センター所報「23」、「24」集 2004、2005
- 8) 川崎再生フロンティアプラン (川崎市新総合計画) 川崎市 2005

平成17年度厚生科学研究費補助金

がん予防等健康科学総合研究事業

分担研究

「精神障害者ホームヘルプ事業を中心とした在宅支援事業とその評価」

発行 平成18年3月31日

発行者 菅野 到（研究者協力者）

連絡先 川崎市幸区役所保健福祉センター

〒212-0055 川崎市幸区戸手本町1-11-1

TEL 044-556-6654

## 研究成果の刊行に関する一覧表

## 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
渡邊直樹 ほか			自殺は予防で きる	すぴか書 房	埼玉県	2005年	212

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
永岡秀之	精神障害者の支援ネットワーク構築への試み 第一報 高齢者施設調査実態調査について	日本公衆衛生 雑誌	51	756	2004
矢田朱美	精神障害者の支援ネットワーク構築への試み 第二報 生活サポーター活動について	日本公衆衛生 雑誌	51	757	2004
花谷慶子	精神障害者の支援ネットワーク構築への試み 第三報 居宅生活支援事業の推進について	日本公衆衛生 雑誌	51	757	2004
伊藤恭子	精神障害者の支援ネットワーク構築への試み 第四報 精神科救急医療体制の整備について	日本公衆衛生 雑誌	51	758	2004
新田則之	精神障害者の支援ネットワークの試み 第一報 地域全体で取り組む長期入院患者対策	日本公衆衛生 雑誌	51	880	2005
伊藤恭子	精神障害者の支援ネットワークの試み 第二報 精神科の治療中断防止に向けた取り組み	日本公衆衛生 雑誌	51	881	2005
佐藤日出夫ほか	乳幼児の事故発生状況及び予防方策の検討	日本公衆衛生 雑誌	51	621	2004
佐藤日出夫ほか	乳幼児の事故による入院事例の検討	日本公衆衛生 雑誌	52	664	2005

ISBN4-902630-03-6

C3047 ¥3300E

定価(本体3,300円+税)

すぴか書房



# 自殺は予防 できる

編著  
本橋 豊 渡邊直樹

ヘルスプロモーションとしての  
行動計画と心の健康づくり活動

すぴか書房

地域においてハイリスク者の継続的管理を行なうことは、個別的なうつ病対策として有効と考えられるが、地域の全住民を対象として行なうことがむずかしいことや、継続的管理を行なうための人的資源が必ずしも十分でないことから、過大な期待をすべきではないと思われる。秋田県の自殺予防モデル事業においては、中高年の年代層に的を絞った調査とし、ハイリスク者を把握したが、その八分の一程度のハイリスク者しか継続的管理の対象者とならなかった。そのため、ハイリスクアプローチによるうつ病対策は限定的なものであると考えられた。

#### ▶ 医療機関との連携

北東北地方は元来医師が不足しており、そのなかでも精神科医は不足している。市町村としては二次予防のための精神科医をいかに確保するかが課題となる。名川町では保健師により抽出されたハイリスク者の面接を精神科医が行なうべく3つ（現在は2つ）の精神科医療機関の協力を得ているが、医療機関との連携を実現するために保健課長と保健師が病院に向かいこの二次予防の活動の趣旨をよく説明し、医局の承認を得た。各病院から定期的（3か月に1回）に精神科医が町に派遣されている。また、住民がうつ病のために受診を決めたり通院を始めた場合には保健師が同行して患者を精神科外来に紹介することもある。その時には、本人の了承を得たうえで保健師も一緒に主治医および看護師との面接に立ち会い、情報提供を行なう。このような関係ができあがることと外来看護師から患者の経過について情報提供を受けることができる。

一般科の外来に受診して、保健師のほうから「うつ傾向」だということを情報提供することで、治療に結びついたケースもあった。もちろんその際の情報提供は患者の同意を得たうえでである。医師には言えない悩みや疑問を、薬局の薬剤師に話していることがあるので、これも本人からの同意が必要であるが薬剤師との関係づくりも大切である。

自殺者の40～60%（高齢者では70%）が自殺をする1か月以内に身体症状を訴えて一般の診療科を受診すると言われている。六戸町では一般診療機関でも「こころの相談窓口」を開き、看護師を「こころのケアナース」（本章の次項参照）として養成するモデル事業を開始した。保健師はこの窓口の存在を住民に広報などを通じて周知させ、気軽に相談できる窓口であることを伝えていく役割を負っている。

（渡邊直樹）

## こころのケアナース養成事業

### ▶ 住民のこころの相談ニーズ

この事業について思いついたのは由利町での次のような体験からであった。住民に対して調査結果をフィードバックする講演をした際、ある60代の女性が次のような発言をされた。「私の集落のAさんがいつも頭痛もちでB病院に通っていたが、先生にいろいろ悩みをきいてもらいたいけれどもできないようだった。悩みをきいてもらうことができれば気持ちはずいぶん楽になるのではないだろうか」と。高齢者ではおよそ7割が自

殺する1か月以内になんらかの身体症状を訴えて一般医療機関を受診するということが知られていることとつなげて考えれば、一般医療機関の医師がそこで患者のうつ状態や希死念慮の存在に気づき早くに対策を講じれば、ワンクッションおくことができ、自殺の歯止め効果が期待できる。一般の医療機関が診療科にとらわれずに心のケア機能をはたすことの意義は大きい。

2003（平成15）年に青森県六戸町で行なった一次予防活動として40～69歳の住民を対象とした質問紙調査がある。六戸町の人口は2000（平成12）年の国勢調査では10,481人、産業は農業が中心で、りんごやにんにく、長いも、そしてシャモロックなどが生産されている。自殺者は多く、2001年には7人、2002年に3人、2003年に4人の自殺者がでた。9月に全数調査を行ない、3,182名の有効回答者（回収率69.8%）であった。この人たちのうち「気分がひどく落ち込んで自殺について考える」と回答したものは370名（12.5%）であった。さらにその人たちの中で「不満や悩みストレス」などの「相談先がわからない、相談相手がない」と回答した者は51名（14.8%）であった。このことを青森県全体に広げて推測してみると、2000年の中高年人口は616,284人なので、およそ8,000人が希死念慮を抱き、しかも相談先がわからないということになる。「こころの相談窓口」を設置することが緊急の課題であることを示唆するものであろう。

平内町（人口14,600人）で2004（平成16）年6月に同じく40～69歳の住民6,382名を対象に一次調査を行なったが、有効回答は4,215名（有効回答率は66.05%）であったが、「こころの相談窓口は必要と思いますか」という問いに対して72.7%が必要と回答していた。住民のこころの相談ニーズが大きいことを再認識した。

このようなエビデンスにもとづいて六戸町における「こころのケアナース養成モデル事業」が誕生した。その誕生までにはおよそ以下のようなプロセスがあった。

2003（平成15）年8月に筆者（渡邊）が六戸町の医療懇話会において、このシステムの重要性について講演した。その前には歯科のK先生が「歯の衛生」について講演していた。K先生は私の話もきかれて、ぜひ歯科の領域でも協力したいと申し出てくださり、後に歯科も協力医療機関になる契機となった。もちろん六戸町の医師も私の発案に関心を示してくれ、県医師会の協力を得るべく尽力してくれた。医師会の承認のもと賛同者中心に「こころのケアナース推進検討委員会」を設置した。

当初はこの事業の名称をどうするかという議論もあった。「カウンセリングナース」という名前が最初に提唱されたが、カウンセリングということばでは通常は臨床心理士が毎週1回50分ほどの時間をかけてクライアントの話をきくという意味に解釈される可能性があることから、「こころのケアナース」という名前になった。事業予算に関しては厚生労働科学研究補助金でまかなうこととなった（この補助金があれば、青森での自殺予防活動はほとんど進展しなかったのではないと思われるが、幸いに理解を示す人が現われ、獲得することができた）。

11月23日には六戸町で第1回の「こころのケアナース養成セミナー」が行なわれた。六戸町内のみならず、周辺の診療科の看護師や歯科医院の歯科衛生士さらに在宅介護支

援センターの看護師ら32名が参加した。まず青森県の自殺の実態について伝え、さらに自殺への関与が大きいうつ病についての知識を伝えた。次に住民の悩みをきく際の基本的な注意事項を伝え、最後に臨床心理士に「聴く」ということの基本的なかわり方についてロールプレイを行なって体験実習してもらった。

一般診療機関や歯科医療機関でこのような希死念慮やうつの可能性のある住民と接したナースが、精神科医療機関につなげることで効果的な自殺予防に貢献してほしいと思うのである。もちろん住民がうつ状態や希死念慮に陥る前に、同じ目線で住民に寄り添うことのできるナースが悩みをなんでもきいてあげることができれば、なおよい。これは住民にとってたいへんな救いであろう。

医師がその役割を演じることができれば、望ましいことはもちろんであるが、医師には対応しきれないこともあり、また住民のなかには医師に対してはどうしても気軽に話ができないと述べる人もいる。そこで住民の方に心理的距離が近い看護師にその役割を演じてもらうことにしたのである。

▶ システムの概要

図17のようにフローチャートを考えてみた。まず一般医療機関には受付に「当院はこころのケアナースがおり、住民のみなさんのこころの相談に応じます」というポスターを貼りだしておく。悩みをもった住民がこころの相談窓口を利用したいと思えば、一般医療機関に赴き、こころの健康カードを提示すると、こころのケアナースが対応し悩みをきく。ただ悩みをきいてもらい、日頃の心の健康づくりに関するアドバイスを受けるだけですむ場合もあるであろう。その場合には相談者の気持ちを「聴く」ことに徹し、

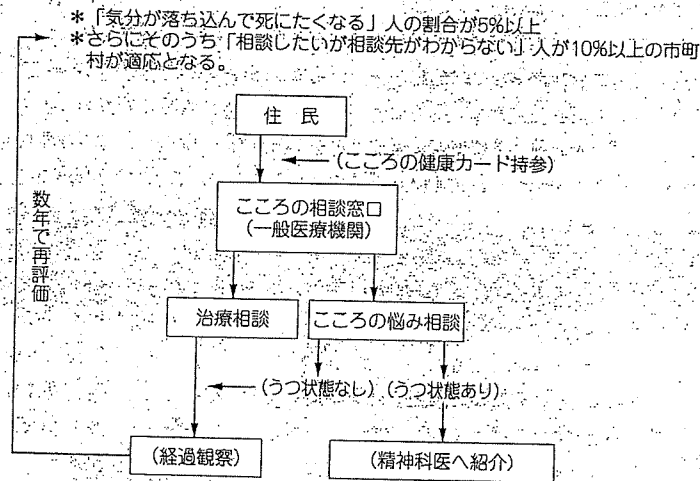


図17 こころのケアナース事業システム図

アドバイスをするとすれば、「こころの健康づくりの輪」(68頁の図10)の6つの要因について説明し、それらを満たすことで輪を大きくしていくという方向へのオリエンテーションをするとよいであろう。うつ病の可能性が認められた場合には、速やかに精神科に紹介する。そのために六戸町では4つの精神科の医療機関が協力体制をとることになった。

互いの気持ちを伝えあうトレーニングや、うつの鑑別ができるスキルを身につけるために、年に4回ほど事例検討会や、毎年「こころのケアナース養成セミナー」を開催していくことになっている。

▶ こころのケアナース養成セミナー

「こころのケアナース」にとって重要なことは、何よりも、住民の気持ちをしっかりときくことができるということである。ナースの態度いかんによっては住民が「かえって気持ちが重くなった」とか「やはり悩みを相談するのではなかった」ということになりかねない。

養成セミナーでは「傾聴」のトレーニングが基本になる。そのために臨床心理士で経験豊かなT氏に講師を依頼した。T氏のトレーニング内容は以下のようであった。

- 1) 自分のこころとからだの相関を知る。例えば、ただいい加減に座っているだけでは横から肩を押されると容易に傾いてしまうが、気を入れて背筋をのばし、そして丹田に気持ちを集中すると、横からちょっと押されても一向にたじろがないのである。
- 2) 全員で1つの輪をつくってもらい、誕生日の若い順に並んでもらう。その際の確認方法はことばを用いない。ことば以外の方法で相手を知ることも重要だからである。
- 3) 3人ずつ一組になってもらい、1人はきき手、もう1人は相談者さらに3番目はオブザーバーになり、交互に役割を交換してもらい相手の話をきいてみる。

2時間という時間はあっという間であった。参加者はいかに相手の気持ちをきくことがむずかしいかということを実感したようである。しかし、これはむずかしいとも言えるけれども、逆に簡単なことでもある。例えば、うまくいっている母子関係では自然に成立していることなのである。3歳くらいの子どもが「ねーお母さん、今日幼稚園でこんなことがあったよ」と一所懸命に説明しようとする。すると母親も本人の目をみてうなずきながら真剣に話をきいている。なんのトレーニングもなしにそれができるのである。相談した子どもは母親に話をきいてもらったことで納得し、安心する。それが現実にはなかなかうまくいかないことが多いのはなぜかというところ、きき手が相手に恐怖心を抱いたり、過度に緊張してしまったり、あるいは「何を言うべきか」「こんなことを話したらかえっていけないのではないか」などと余計なはからいをしてしまうからなのである。相談者も緊張してしまって自然になれないのである。やはりきき手のほうが専門家としてトレーニングを積むことによって一貫した、そして安定した態度でいつでも応じられるようになることが肝要なのである。



うつ状態や希死念慮の把握は当初はなかなかむずかしいことかもしれない。精神科医ですら、うつ病かどうかの鑑別が困難な事例にであうこともあるし、またうつ病や統合失調症あるいは人格障害の患者で自殺のおそれがあることを見のがしてしまうこともある。しかし、専門医でなくても、「ちょっと心配だ」という嗅覚を養うことはできる。

疑わしい人が認められたら、早めに精神科に紹介する。また DSM-IV (米国精神医学会の診断マニュアル) にあるうつ病の診断基準を満たすかどうかを把握する能力を磨いておくことも役に立つ。以下にその概要を示しておく。

#### <DSM-IVの診断基準>

- 1) 抑うつ気分……なんともいえない大きな穴にでも落ち込んだような重苦しい気分を味わうことになる。この自覚があまりなくて身体症状(便秘や下痢、頭痛・吐き気など)にこだわる人もいる。
- 2) 興味・関心の喪失……これまで楽しんでいたピアノなどの趣味活動が一切おもしろく感じられなくなってしまう。
- 3) 睡眠障害……決まった時間に床に入るけれども、なかなか寝つけない。途中で覚醒してしまい、再入眠できない。早朝覚醒してしまうなどである。
- 4) 食欲の障害……主に食欲が低下する。結果としてやせが進行することもある。逆に過食が起こることもある。
- 5) 精神運動機能の変化……朝起きるのが億劫になり、臥床し続けてしまったり、外出がめんどろになったり、他人と会って話をするのもいやになってくる。逆に1か所にじっとしていられず、座り続けることもできずにうろたえ動き回ったり、いろいろ話し続けたりする。しかし統合失調症のように思路が分断されることはなく、一貫している。
- 6) 認知の変化……考え方が一面的となり、「自分はがんにちがいない」などと心氣的になったり、「自分が悪い、死んだほうがましだ」と自責的になったりする。
- 7) 判断力・集中力の低下……ものごとをAかBが決断できない。またよいかわるいのかも判断できない。
- 8) 易疲労感……理由もないのに疲れやすく感じてしまう。
- 9) 自殺の思いや行動……死にたくなり、実際に行動に移してしまう。うつ病の15%の人が自殺すると言われている。

以上の項目の1)か2)あるいは双方があてはまり、しかも5項目以上の症状が毎日しかも2週間にわたって続く場合にはうつ病の可能性を考え、内科の主治医から協力精神科医へ紹介する。5項目以下あるいは2週間以下の場合には、「うつ状態」の可能性を考え定期的、例えば2週間後に再度「こころの相談」を受けに来てもらう。うつ心配がない場合には1回の相談で終わることになる。

(渡邊昌樹)

## 7 地域の病院・診療所および医師会と保健センターとの連携

### ▶ 医療機関との連携 (秋田県大森町・合川町)

うつ病対策・自殺予防対策の推進において、市町村の保健センターと地域の病院の連携がもたらされる。保健センターはうつ病の健康教育などの一次予防活動とともに、地域におけるうつ病のスクリーニングを行ない、ハイリスク者を把握して、早期発見・早期治療という二次予防的な取り組みを実施することも期待されている。ひとつの町の中に病院と保健センターが近接して人的交流も盛んであれば、うつ病の早期発見と適切な医療へのアクセスという2つのプロセスが円滑に行なわれる。

秋田県大森町では、町立大森病院と大森町保健センターが同一敷地内に隣接して合築されており、病院職員と保健センター職員の交流も日常的に行なわれている。大森町が自殺予防モデル事業の指定を受けるにあたっては、自殺予防対策においても病院と保健センターの連携が円滑に行なわれるのではないかと期待があった。心の健康づくり基礎調査にもとづいて、うつ病のハイリスク者の個別面接と事後追跡が行なわれることになったが、対象者のなかで医師の診察が必要と思われたケースについては、保健センターの担当保健師が町立病院の医師へ速やかに紹介し医療へとつなげることができた。町立病院の医師は精神科が専門の医師ではなかったが、一般医としてうつ病ハイリスク者の初期診療を担当してくれることを承諾した。このようにして、大森町では町立の病院と保健センターが近接するなど条件に恵まれていたが、町に大きな医療機関がない場合には診療所や同一医療圏の基幹病院の医師と日常的に連携をはかれる体制づくりに日頃から努力することが望まれる。うつ病対策の住民向けの研修会に同一医療圏の基幹病院の医師に講師を依頼するなど積極的に接触をはかることも、町の担当者としての重要な職務であると思われる。

秋田県合川町でも町の保健センターに隣接して町の国保診療所があり、診療所の担当医師が外科医であったにもかかわらず、うつ病・自殺予防対策に理解のある医師であったために、保健と医療の連携が円滑に行なわれた。

### ▶ 地域医師会との連携；一般医に対するうつ病研修事業 (秋田県)

自殺予防対策の推進において、地域の医師会の理解と協力を得ることはきわめて重要である。地域に精神科のクリニックや診療所がなかったとしても、一般医の立場から自殺予防対策に関与することは十分に可能であり、対策の実施過程において医療の専門家として医師の助言と支援を得ることができるからである。

秋田県は自殺予防対策において秋田県医師会との連携を重視しており、一般医に対するうつ病研修を医師会に委託して実施してきた。県医師会は全会員を対象として、うつ病研修会を企画しており、非精神科医師のこの事業に対する関心は高い。県医師会はポケットサイズのうつ病マニュアルを作成しており、医師会員に配布して、日常診療に役

## 森町の精神障害者の住みやすい地域づくりのための学習会を開催して

○塩川 尚子

静岡県中東遠健康福祉センター 障害福祉課

目的：平成14年度から精神障害者に係わる事務の一部が市町村に委譲されたが、偏見が根強くあることと、行政の流れは、社会的入院の精神障害者を病院から地域で支援していく方向であるため、地域住民の正しい理解、支援が重要である。そこで理解を得るための効果的な学習会について考える。

対象と方法：森町住民の代表者（町内会長、民生委員、保健委員、ボランティア代表など）一般、役場職員合計36人に対してグループワーク、施設見学、実習を含めた学習会5回を実施。

結果：最初のグループワークでは精神障害者への「怖い」というイメージや偏見が出された。しかし2回目の実習や3回目の施設見学では「普通の人と変わらない」という意見が聞かれた。4、5回目の講義で病気の理解やかかわり方の講義を受けると親亡き後を心配する意見が多く出された。できることから参加したいと自主的に作業所のアルミ缶集めに協力する人も現れた。

考察：講義ではなくまずグループワークを取り入れ、障害者に対するイメージを出し合ったあとで、実際に障害者と出合い交流する事で自分のイメージとは違う、偏見であったことに気づくことができた。1 昨年の反省では講義だけでは頭でわかっても怖さはぬぐいきれないと言った人もいたが、体験することでその偏見の多くを無くすことができた。体験することは有効な学習方法であった。

施設見学では障害があっても一生懸命働く姿を見て「施設の中であっても働ける事が幸せ」「ここに出てこられる人はまだいい。出て来れない人はどうしているか」など意見が出された。講義の中でも精神障害の概要とともに地域での支援の必要性について説明があった。自立が難しいという実態を知ることで「痴呆と同じように地域で暖かく見守って欲しい」「受け入れ施設を作って欲しい」など参加者から前向きな意見がでるようになったと思われる。

また役場職員も住民と同じ立場で学習会に参加したことで、同じ士俵に立って考えられることができるようになったことも、共に住みやすい地域づくりを考えることに効果的であったと考える。

結論：精神障害者に対する理解を得るためには、グループワークを取り入れて自分のもっているイメージや感じていることを表現したうえで、精神障害者と交流したり、施設見学をする等体験することが、偏見解消に効果的であると考える。

## 精神障害者の支援ネットワーク構築への試み 第1報 高齢者施設調査実態調査について

○永岡 秀之<sup>1)</sup>、矢田 朱美<sup>2)</sup>、花谷 慶子<sup>3)</sup>、伊藤 恭子<sup>3)</sup>、新田 則之<sup>3)</sup>

島根県立精神保健福祉センター<sup>1)</sup>、地域生活支援センターふあっと<sup>2)</sup>、島根県出雲健康福祉センター<sup>3)</sup>

02年に社会保障審議会・精神障害分会報告書「今後の精神保健福祉施策について」において「入院医療主体から、地域保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換」が示された。出雲健康福祉センターにおいても、00年度から3年間「長期入院患者の在宅支援推進事業」を行い、地域生活支援に向けた実態調査及取り組みを通じ圏域内のネットワークの構築を行ってきた。03年度より新たにより具体的な退院促進支援に向けた「精神障害者の在宅支援ネットワーク構築に関する企画研究事業」として事業を開始したので報告する。

1. 院内の取り組み：県立湖陵病院においては、02年度より、病棟、医療相談科、リハ科、デイケア科、外来が一体となってケアマネジメント手法を活用した「総合リハビリテーション事業」に取り組み、退院促進及再入院抑制に効果を上げている。

2. 高齢者施設等実態調査：高齢者施設、身体・知的障害者施設における統合失調症患者の入所状況について、調査を実施した。高齢者施設においては、郵送で回答の得られた24施設中13施設(54.2%)で統合失調症患者が入所していた。さらにその中から8施設について訪問調査を行い、その結果は施設側が対応で困難と感じる点は「他の入所者への暴力」「大騒ぎ」など他の入所者との関係によるものがあるものの、多くの施設が、統合失調症患者も他の入所者と同様に、個別のニーズに沿った支援方法を基本としており、病気による対応は個別の特性として整理し対応されており、一般的な入所条件が整えば入所可能であった。しかし、03年度の出雲圏域の介護老人福祉施設の平均入所時の年齢は84歳程度であり、退院してそのまま入所できる状況にはなかった。

3. 要介護度調査：院内の介護支援専門員の資格を有する職員により、要介護認定調査(38人)を行い、一次判定ソフトにより判定を行った結果、要介護1,2が15人、要介護3以上が4人(11%)であった。

4. 考察：院内においても退院促進を入院時から意識して、医師・看護師・PSW等多職種による退院促進チームが組織され、ケアマネジメント手法を活用した取り組みにより、在院日数の短縮化、地域生活の延長につながっている。退院先については長期入院・高齢者が多くなる中で自宅以外の選択が必要となるが、高齢者施設への平均的な入所年齢よりも低く、介護保険における要介護度も低いなど、各施設の入所基準を満たさない場合が多く、今後の検討が必要である。

※この取り組みは厚生科学研究費補助金(健康科学総合研究事業)により実施した。

精神障害者の支援ネットワーク構築への試み  
第2報 生活サポーターの活動について

○矢田 朱美<sup>1)</sup>、永岡 秀之<sup>2)</sup>、新田 則之<sup>3)</sup>、花谷 慶子<sup>3)</sup>、伊藤 恭子<sup>3)</sup>

地域生活支援センターふあっと<sup>1)</sup>、島根県立精神保健福祉センター<sup>2)</sup>、島根県出雲健康福祉センター<sup>3)</sup>

## 【目的】

長期入院患者のエンパワメントを図ることを目的に、地域で生活している当事者を生活サポーターとして養成し、長期入院患者と触れ合う事業を展開した。又、その活動を通して生活サポーター自身もエンパワメントされることを目的とした。

## 【方法】

- (1) 生活サポーターの養成
- (2) 病院訪問（長期入院患者との触れあい）
- (3) 生活サポーターによる医療機関職員研修会の実施
- (4) 啓発活動等

## 【結果】

- (1) 9名が生活サポーターとして活動している。
- (2) 定期的な病院訪問により、長期入院患者と継続して関わっている。長い間、病院職員や入院患者以外の人と話すことがなかった入院患者が多く、さまざまな点で刺激となっている。
- (3) 管内の2カ所の精神科病院において、職員対象の研修会を実施した。入院中の体験や、感じたことを生活サポーターが率直に話し、それを聞いた職員は自らの関わりについて考えることができた大変好評であった。
- (4) 活動を通して生活サポーターである当事者の意識が、サービスを受ける立場から共にサービスを構築していく立場へと変わってきている。入院患者との関わりの中では患者の代弁者として、地域の中では障害者の代弁者として、場面に応じて客観的な立場で体験を語ることで、精神保健福祉のネットワークの一員としての役割を担うようになった。
- (5) 地域の精神保健福祉活動のさまざまな場面（講演会、検討会など）で、生活サポーターが参画する機会が多くなり、その事によって、精神保健福祉活動がさらに充実してきている。

## 【課題】

- ・地域や医療機関から生活サポーターを要請されることは多くなっているが、稼働量も考えながら活動を進めていく必要がある。
- ・生活サポーターが活動していくための組織について検討していく必要がある。
- ・精神保健福祉を進める上で、スタッフである専門職（関係機関）と当事者である生活サポーターの役割について検討しながら進めていく必要がある。
- ・地域で活動している当事者会と生活サポーターの位置づけについても検討していく必要がある。

精神障害者の支援ネットワーク構築への試み 第3報 居宅生活支援事業の推進について

○花谷 慶子<sup>1)</sup>、矢田 朱美<sup>2)</sup>、永岡 秀之<sup>3)</sup>、新田 則之<sup>1)</sup>、伊藤 恭子<sup>1)</sup>

島根県出雲健康福祉センター<sup>1)</sup>、地域生活支援センターふあっと<sup>2)</sup>、島根県立精神保健福祉センター<sup>3)</sup>

## 【目的】

- (1) 精神障害者ホームヘルプサービス事業の利用状況から成果と課題について実態調査を行う。
- (2) 地域での事業の位置づけを把握し、今後の推進方法を検討する。

## 【方法】

- (1) 実態調査の実施  
ア. 利用者（22名）に対し訪問調査による利用状況調査。イ. 事業所（15カ所）に対しアンケートによる事業所調査。ウ. 精神科病院及び精神科医院、当事者会、家族会においてアンケートによる調査（当事者341名、家族116名）
- (2) ワーキング部会の開催
- (3) ヘルパー連絡会、研修会の開催
- (4) 先進地視察（松山市保健所）

## 【結果】

- (1) 実態把握ができた。  
ア. ホームヘルプサービスについて知っている人は、本人で4割、家族で5割だった。今すぐまたは将来希望するかも知れない人が本人で3割、家族で5割だった。イ. 事業所では、利用者が多くの点でよい方向に変化したと評価していた。サービスを提供する上で困難と感じる点は「研修の機会が少ない」「利用者が依存的になる」等であった。ウ. 取り巻く条件で不充分だと思われることは「他の事業所との連絡会」「専門研修」「ケアマネジメントの実施」であった。エ. 利用者はサービスを利用してよかったと答えており、今後も継続希望をしている。オ. 調査した場所によって、事業の周知度に差があった。
- (2) 関係者が集まり今後の活動内容についての検討を行った。  
ア. 現状や課題、今後の活動の方向性等話し合った。  
イ. 調査結果から要望のあった研修会等を企画、実施した。
- (3) ヘルパーからの率直な意見が多く集まり、情報交換や研修の場の必要性を再確認した。
- (4) 障害者ケアマネジメントや居宅介護当事業に先駆的に取り組んでいる松山市を視察した。ケアマネジメント従事者の位置づけの明確化やヘルパー研修の充実等、今後の事業展開の上で参考になった。

## 【課題】

今後は関係者の連絡会や研修会を重ねるとともに、ケアマネジメントの流れに沿った事業の構築を目指していく必要がある。利用者にとってよりよいサービスが受けられるよう、関係者が共通認識を持ち、連携を円滑に図る事が必要である。

## 精神障害者の支援ネットワーク構築への試み 第4報 精神科救急医療体制の整備について

○伊藤 恭子<sup>1)</sup>、矢田 朱美<sup>2)</sup>、永岡 秀之<sup>3)</sup>、新田 則之<sup>1)</sup>、花谷 慶子<sup>1)</sup>

島根県出雲健康福祉センター<sup>1)</sup>、地域生活支援センターふあっと<sup>2)</sup>、島根県立精神保健福祉センター<sup>3)</sup>

### 【目的】

(1) 精神科救急医療体制の実態を把握し、体制整備に向けた対策を検討する。

(2) 事業を通して管内の精神保健福祉ネットワークの構築を図る。

### 【方法】

(1) 実態調査の実施：精神科病院及び精神科医院、当事者会、家族会においてアンケート調査実施。(当事者：336人 家族：116人)

(2) ワーキング部会の開催

(3) 研修会の開催

(4) パンフレットの作成及び配布

### 【結果】

(1) 実態把握ができた。

ア. 初診時、受診までに1年以上かかっている人が24%あった。何の病気かわからず困った人が48%と一番多かった。イ. 休日や夜間の相談、受診は主治医を中心に展開されていたが、それができない医療機関の場合対応が様々であった。ウ. 主治医以外の相談機関の利用は少なかった。エ. 県が整備している精神科救急システムについて知っている人は6%と少なかった。オ. 調査した場所によって、相談機関や精神科救急システムの周知度に差があった。(当事者会や家族会の人は知っている人が多かった)

(2) 今後の方向性について関係機関で確認することができた。

ア. ソフト救急の場面で必要な事：心の病気についての啓発活動。地域で安心して暮らせる支援体制の整備。  
イ. 危機介入の場面で必要な事：相談機関やシステムの周知。当事者と医療機関での話し合いと確認。  
ウ. ハード救急の場面で必要な事：治療中断の防止。受診に向けての支援。

(3) 具体的な対策と各機関の役割について確認することができた。

ア. 管内の精神科救急医療体制の共通認識(保健所)  
イ. 病気の啓発活動(保健所及び関係者) ウ. 啓発材料の作成(当事者) エ. 精神科救急支援チームの結成(保健所及び関係者) オ. 治療中断防止の検討(医療機関)

(4) 一連の取り組みを通して精神保健福祉のネットワークが図られた。

### 【課題】

新規の事業も組み合わせながら、幅広い事業展開が始まったところである。関係者と連携しながら、地域全体の精神科救急システムの構築に向けて働きかけていく必要がある。又、これらの取り組みを通じて、管内全体の精神保健福祉対策をさらに推進していく必要がある。

## 精神障害者の退院支援を考えるー地域連携によるクリティカルパスの作成を目指してー

○野原 祐子<sup>1)</sup>、斎藤 千代美<sup>2)</sup>、野田 光子<sup>2)</sup>、前由美子<sup>1)</sup>、高柳 礼子<sup>2)</sup>、横川 博<sup>2)</sup>、松岡 宗里<sup>3)</sup>、中林 美奈子<sup>4)</sup>、柏樹 悦郎<sup>5)</sup>

富山県砺波厚生センター小矢部支所<sup>1)</sup>、富山県砺波生センター<sup>2)</sup>、松風会松岡病院<sup>3)</sup>、富山医科薬科大学学部看護学科<sup>4)</sup>、関西空港検疫所<sup>5)</sup>

【目的】精神障害者が適切な医療を受けながら安心して地域生活を営めるよう、支援者がお互いの役割を認め、どの時期にどのような支援を提供するのか当事者・家族及び支援者の共通理解を得て、地域総体としてよりよい支援が提供できるよう、クリティカルパスの成によりシステム化を図る。【方法】医療・保健・福祉が協力し合いながら地域精神障害者支援を推進していくため、関係機関等の理解と協力を得る事から始め当事者及び家族にとって必要な支援を洗い出す事を心に実施した。(1) 管内精神科医療機関、社会復帰施設、市町村の職員及びその他研究協力者等を対象に、討会・研修会を3回開催し、事業について協力と理解を得た。(2) 必要な支援の抽出のため個別聞き取り調査(当事者25名、家族12名)及びフォーカスグループ(自助グループメンバー12名、通所授産施設メンバー4名)を実施した。個別調査は、マトリックス票を用い、生活感や病気についての思い、どのような支援を受け、受けた支援についてどのように感じたか等時系列に当事者・家族別を実施した。フォーカスグループは、退院に向けた地域で暮らし始めて困ったことそのとき求めていた支援について意見を出し合った。(3) 個別調査及びフォーカスグループによる意見を関係者による3回のワークショップにて、内容の検討をした。【結果と考察】(1) 個別聞き取り調査では病気に対する率直な思いや本人と家族の感じ方の違い、受けた支援と望んでいた支援のギャップ等が明らかになった。(2) フォーカスグループでは、類型化された項目としてa. 家事・身辺処理能力の獲得 b. 家族の理解協力 c. 働く場 d. 医療の継続 e. 相談相手の存在 f. 集う場 g. 近隣・周囲理解 h. 本人の意欲や意思 i. 経済的支援 j. 趣味や楽しみ k. 仲間や友達 l. 偏見をなくす m. 住む場 n. 交通機関の整備や車の所有があげられた。

(3) ワorkshopによる検討から、入院初期からの地域の保健・福祉関係者の関わりや家族や周囲の人々の理解を得る働きかけを早い段階から続けていく必要性、精神障害者支援は複数の関係者で、時系列に併せて適切に対応していく必要性が確認された。【結論】当事者の聞き取りにより、当事者の言葉でのクリティカルパスに盛り込む項目が抽出された。今後ワークショップを重ねながらクリティカルパスを作成し、一定期間関係者にて試行しながら更に見なおしを図り、退院支援の為の有効なシステム作りにつないでいきたい。本研究は平成15年厚生労働科学研究費補助金により実施したものである。