

3) 井上新平ほか(編). 精神障害を持つ人の退院準備プログラム(DVD教材, マニュアル, ワークブック). 東京: 丸善; 2006.

4) Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006; 32 (S1): S12-S23.

5) 西園昌久(編著). SSTの技法と理論—さらなる展開を求めて. 東京: 金剛出版; 2009.

6) American Psychiatric Association(編). 日本精神神経学会(監訳). 米国精神医学会治療ガイドライン. 統合失調症. 東京: 医学書院; 1999.

7) 池淵恵美. 社会生活技能訓練. 精神医学講座担当者

会議(監). 佐藤光源ほか(編). 統合失調症治療ガイドライン. 東京: 医学書院; 2004. pp218-231.

8) Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull* 2006; 32 (S1): S64-S80.

9) Hogarty GE, et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48 (4): 340-347.

Key w  
24

統  
シヨ

認知!  
焦点を  
である。  
シヨント  
なかつた  
の関心  
が急速に  
な統合  
ラムが  
テーシ  
てきてい

現在  
表1

表1 乙

Wykes,  
Brenner,  
Hogarty,  
Bell, M.  
Medalia,

Schlberg  
Silverste  
Penn, D.

連載

地域づくりのためのメンタルヘルス講座・1【新連載】

地域のメンタルヘルスの問題は  
どのように変わっているのですか？

竹島 正 宇田 英典 眞崎 直子

公衆衛生

第75巻 第4号 別刷

2011年4月15日 発行

医学書院

# 地域のメンタルヘルスの問題は どのように変わっているのですか？



竹島 正<sup>1)</sup> 宇田英典<sup>2)</sup> 眞谷直子<sup>3)</sup>

## はじめに

メンタルヘルスの問題は、例えば、ひきこもり、自殺関連行動、虐待、暴力、アルコールや薬物の乱用、ホームレス状態など、一見すると合理的ではない行動として、私たちの前に表れる。それは精神疾患を背景にするものが多く、その解決には、精神保健医療福祉サービスが重要な役割を担う。わが国の精神保健医療福祉サービスは「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革が進められているが<sup>1)</sup>、この改革は、既存の精神保健医療福祉サービスにアクセスしているかサービスの近傍にある人たちは視野に入っているものの、残念ながら地域に潜在している深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちのことを十分にとらえていない可能性がある。

本シリーズは、深刻なメンタルヘルスの問題をかかえながら、精神保健医療福祉サービスにアクセスしなかった(できなかった)人たちに目を向ける。そして、その人たちの行動に理解を深め、地域の公衆衛生活動の中で、よりよい支援を行っていく一助になることを目的とする。この1年間予定している連載計画内容を表に挙げておく。

本稿では、その第1回として、地域のメンタルヘルスの問題がどのように変わっているか、そし

## 表 本連載計画内容(本誌75巻4号～76巻3号まで)

- 1) メンタルヘルスの問題はどのように変わっているのですか？(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 竹島正・他)
- 2) 精神保健サービスにうまくアクセスできないのはどのような事情によるのですか？(岡山県精神保健福祉センター 野口正行)
- 3) ひきこもりはどれくらいいるのですか？背景にあるメンタルヘルスの問題と支援上の注意事項を教えてください(山梨県立精神保健福祉センター 近藤直司)
- 4) ホームレスとはどのような状態をいうのですか？また、ホームレスの人たちのかかえるメンタルヘルスの問題の特徴と支援上の注意事項を教えてください(陽和病院 森川すいめい)
- 5) 自殺の危険の高い人たちの自殺リスクはどのように推移するのですか？支援のあり方にはどのような注意が必要ですか(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 勝又陽太郎)
- 6) 虐待、暴力を経験した人たちのかかえやすいメンタルヘルスの問題の特徴と支援上の注意事項を教えてください(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 松本俊彦)
- 7) 地域での取組を教えてください(岡山県精神保健福祉センター 野口正行)
- 8) 精神医療の取組について教えてください(大阪府立精神医療センター 籠本孝雄)
- 9) ホームレス支援の取組について教えてください(陽和病院 森川すいめい)
- 10) 支援へのインターネットの活用について教えてください(東京大学大学院 末木新)
- 11) 地域からのこころの医療のネットワークづくりはどのように進めるのですか？(大阪府立精神医療センター 岩田和彦)
- 12) この連載のポイントをまとめます(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 竹島正)

1) たけしま だし：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター  
連絡先：☎187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

2) うだ ひでのり：鹿児島県始良保健所

3) まざき なおこ：日本赤十字広島看護大学

ぐことができにくい状況になっていると述べている。また、地域の現場は、児童虐待、パーソナリティ障害を伴う物質依存障害の増加などを背景に、支援を求めることができない人々への支援の難しさに直面しているが、保健師の平時の活動の積み重ねこそ、健康危機管理の基本であるという実感があると述べている。そして、地域保健法施行以降、行政改革の波によって保健所が地域の現場から消え、保健所や保健師の役割が薄れたかの印象を持つ人もいるが、実際には、多忙な業務の合間を縫って、複雑で対応困難なケース

への関わりを続けている保健師の姿を見てきたと報告している。そして、保健師という専門職は、“医療や福祉のサービスから漏れている人々にも分け隔てなく手を差し伸べ、光を当てる支援を行うこと”を使命としており、その対象者は“一歩間違えばそのまま孤独の闇の中で社会から切り離される人々たち”であると述べている。

眞崎の提言には「災害時要援護精神障害者の支援概念図」が掲載されている(図2)。この図は、医療・福祉のデマンド(顕在的ニーズ)のまわりに、児童虐待、ホームレス、独居認知症、未受診・治療中断などの精神保健潜在ニーズを配しており、精神保健医療福祉サービスにアクセスしていない(できない)人々の問題に目を向けることが、公衆衛生の精神保健活動の基本であり、災害時すなわち危機的状況においても役立つことを示している。

### 潜在的ニーズの一端を捉える

ここまで、地域保健の場においてメンタルヘルスの問題がどのように認識されているか述べてきたが、第一筆者の関与した調査研究をもとに深めてみたい。

筆者は都道府県・政令指定都市における触法精神障害者処遇の改善の方策を検討することを目的として、医療観察法導入後の精神保健福祉法に基

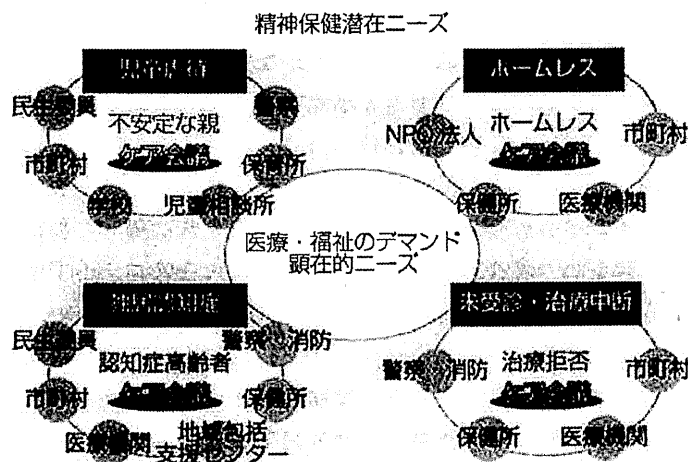


図2 災害時要援護精神障害者への支援概念図  
(出典：文献<sup>9)</sup>より)

づく触法精神障害者に対する対応について、全国の都道府県・政令指定都市 65 か所を対象にアンケート調査を行った(回答率 86.2%)<sup>9)</sup>。その結果、精神保健福祉法第 24 条および第 26 条による通報件数は、第 24 条における警察官の保護下でない通報や、第 26 条における出所後の通報の著しい増加などによって著しく増加し、通報実態は大きく変化していると考えられた。そして、通報となった触法精神障害者は、たとえ医療観察法による医療や精神保健福祉法による措置入院には非該当であっても、日常生活の自立が困難、かつ社会からの支援が届きにくい、孤立しがちな者が含まれている可能性があり、精神保健医療の観点から、通報対象者の実態把握と支援の検討を行う必要があると考えられた。

この報告の後、保健所や矯正施設において第 26 条通報についての聞き取り調査を行ったが<sup>10)</sup>、地域保健の現場からは、“帰住地を持たずに釈放された人の通報が多い”、“統合失調症で帰住地のない事例について、出所前に刑務所と保健所や地域の医療機関と調整し医療保護入院させて生活保護を受給して病院と連携して住む場所を確保したことがある。このような方法をとる以外に支援の手立てがない”、“満期釈放、病状不安定、人への信頼が乏しい、パーソナリティの問題をもつ、内省の乏しい事例は、なかなか支援の手立てがな

とが話題の中心となっていることである。

公衆衛生の精神保健活動の現場を熟知している者は、「検討チーム」において議論されていることが、どれだけ地域に潜在している深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちの支援に役立つのか、公衆衛生の精神保健活動の強化につながるのか、しっかりモニタリングしてほしいと思うし、筆者もその問題を発信していきたいと思う。

精神保健医療福祉の改革に、既存のサービスに充てている専門スタッフを、地域に潜在している深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちの支援に振り向ける方向性がないならば、精神保健医療福祉改革は地域社会からは支持されないであろう。

前述の「検討チーム」の第3回の資料に「地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像」が示されており、支援の届いている程度をX軸に、重症度をY軸にして、①医療・支援を受けていない重症者、②虐待・独居者、生活環境の困難を有する者、③早期支援を要する者、④何らかの医療・支援を受けている重症者、⑤地域生活を継続している者、⑥退院に向けた入院中の者の6つのグループに分類している<sup>8)</sup>。ここで考えておく必要があるのは、①または②に区分される人たちは、精神保健医療福祉の領域からは主たる支援の対象とは考えられておらず、その存在も、ていねいな公衆衛生の精神保健活動なしには見えてこないことである。すなわち、この図は、三次元にして、Z軸に可視化の程度を組み込むことでリアルさを増す(図3)。

精神保健医療福祉と公衆衛生の精神保健活動は互いに結びつく必要があるが、その関係は決して連続した平面ではないことを強調して、この連載を始まりとしたい。

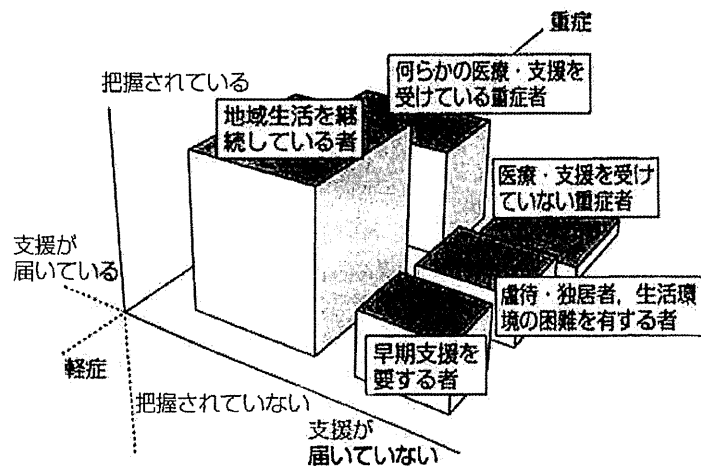


図3 地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像  
(文献<sup>9)</sup>の図表を引用改変)

## 文献

- 1) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン，2004
- 2) 厚生労働省「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」：精神保健医療福祉の更なる改革に向けて，2009
- 3) 宇田英典，高岡道雄，石丸泰隆，他：精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン。平成22年度厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究」(研究代表者 多田羅浩三)，印刷中
- 4) 眞崎直子：検討が求められる「平時における効果的な支援のあり方」と「災害時支援の必要量」。公衆衛生情報40(11)：24-26，2010
- 5) 竹島正，小山明日香，立森久照，他：触法精神障害者に対する自治体の対応に関する研究。平成21年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)「医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究」(研究代表者 吉住昭)総括・分担研究報告書，pp 61-82，2010
- 6) 竹島正，三井敏子，金田一正史，他：精神保健福祉法第26条による通報となった者の実態把握。平成22年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究」(研究代表者 平林直次)総括・分担研究報告書，印刷中
- 7) (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター：精神保健と社会的取組の相談窓口の連携のための調査報告書，2010
- 8) 厚生労働省：新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム <http://www.mhlw.go.jp/shingi/other.html#syakai>(最終アクセス 2011/2/26)

「臨床精神医学」 別刷

アークメディア

特集

これからの  
精神科地域ケア  
—統合失調症を中心に—

## II. 関連法と政策の方向性

## 障害者自立支援法 —制度改正の視点

竹島 正<sup>1)</sup> 滝脇 憲<sup>2)</sup>

Key words: 障害者自立支援法, 精神科地域ケア, 地域協働型支援, 支援付き住居

## 1 はじめに

障害者自立支援法は障害者および障害児がその有する能力および適性に応じ、自立した日常生活または社会生活を営むことができるようにすることを目的として2005年に公布され、2010年には、支援対象に発達障害を追加するとともに、応益負担から応能負担に変更するなどの改正が行われた。

障害者自立支援法による改革のねらいは、①障害者の福祉サービスを一元化する、②障害者をもっと働ける社会にする、③地域の限られた社会資源を活用できるよう規制緩和する、④公平なサービス利用のため手続きや基準を透明化・明確化する、⑤増大する福祉サービスなどの費用を皆で負担し支え合う仕組みを強化することであり<sup>1)</sup>、サービスの必要量が増大しても持続可能な制度となるよう設計されたが、その附則において、すでに法改正の検討が始まっていることに注意する必要がある。吉川は障害者自立支援法について、3障害(身体障害、知的障害、精神障害)共通の施策を策定するとともに、新たな障害者福祉を目指したという意味では、障害者基本法(1993)と社会福祉法(2000)に淵源をもつという。そして、社会福祉法は「個別給付型社会福祉」を脱却して「地域生活支援型社会福祉」を目指したものの、障害

者自立支援法の制定をめぐっては従来型の「個別給付型社会福祉」への期待があったことに触れ、それを如実に示すこととして、法制化の検討段階で「障害(者)福祉サービス法」という名称が用意され、それが「障害者自立支援給付法」となり、「障害者自立支援法」に落ち着いた経過があることを紹介している。そして、障害者自立支援法を含めて、新たに制定される法はそれぞれの時代背景を背負ったものであり、その背景が変化すれば法そのものも改正されるが、朝令暮改のような政策決定でよいはずはなく、法も制度時代とともに成長させていかなければならないと述べている<sup>2)</sup>。

筆者は2003年から2004年にかけて「精神病床等に関する検討会」の一員として「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(2004, 以下「改革ビジョン」)の策定に関与したが、「改革ビジョン」の公表されたわずか1カ月後に、「今後の障害保健福祉施策について」(改革のグランドデザイン案)が公表され、障害者自立支援法創設が本格化したことに当惑した記憶がある。筆者の当惑は、精神衛生法(1950)に始まり、50年以上をかけて、精神保健医療福祉にわたる法律に整備されてきた精神保健福祉法の方向が変わったことに由来する。岡上は、3障害共通、一元的サービス提供の旗印のもと、2002年に閣議決定された「新障害者プラン」が政府自身によって弃明されることなく廃棄され

A viewpoint for the revision of the Act on Services and Supports for Persons with Disabilities

<sup>1)</sup> TAKESHIMA Tadashi 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 [〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1]

<sup>2)</sup> TAKIYAKI Ken NPO 法人ふるさとの会

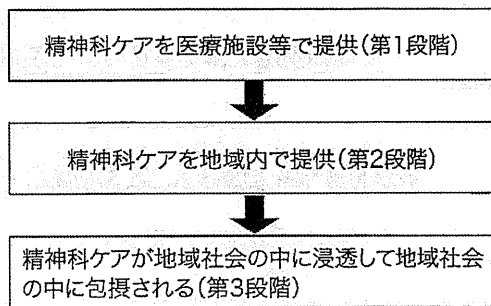


図 わが国の精神保健医療の発展

たことに疑問を呈する。また、障害者自立支援法によって国の政策が「福祉から労働へ」「自立」の強調の流れ一色になる一方で、精神障害者が、教科書的な記述にはあまりみられない、だるい、(動作が)鈍い、疲れやすいなどの自覚症状を訴える者が多いことに触れて、各種統計における就職率が10%かせいぜい20%である就職率が、なぜ障害者自立支援法によって大きく進むといえるのかという疑問を述べている<sup>4)</sup>。

本稿においては、これらの論点と精神保健医療福祉のマクロ状況を踏まえて、精神科地域ケアを含めた障害者自立支援法のあり方、特に、地域ケアを支える基盤について考察する。

## 2 精神保健医療福祉のマクロ状況からみた精神科地域ケア

厚生労働省精神・障害保健課は、毎年6月30日付で都道府県・指定都市に報告を依頼する調査(以下、630調査)を行っているが、第一著者はその企画実施に関与している。630調査は、わが国の精神保健医療福祉の現状を把握し、施策推進の資料とすることを目的としており、全国の精神科病院、社会復帰施設などの協力によって継続され、わが国の精神保健医療福祉に関する貴重な資料となっている<sup>5)</sup>。630調査の結果をもとに、「改革ビジョン」スタート時の2004年と改革前期である2007年を比較すると、精神科病院の在院患者は改革開始時より約1万人減少して31.6万人になったものの、65歳以上の高齢患者の割合は40.7%から45.5%に大きく増加していた。また、在院期間別では、「1年未満」と「1年以上5年未満」の患者

数はあまり変化がなく、「5年以上」が減少していた。「改革ビジョン」に示された精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である平均残存率と退院率は、平均残存率は徐々に低下しているものの、退院率はほとんど変化がなかった。精神障害者社会復帰施設などは、入所施設、通所施設とも、障害者自立支援法に基づく新たな施設類型への移行が進んでいたが、利用者の属性では、入所施設利用者は通所施設利用者に比べて高齢であって、性別では男性が約3分の2、女性が3分の1であった<sup>6)</sup>。「改革ビジョン」の新たな目標値とされた統合失調症の在院患者数を2015年までに約15万人とすることについては、2006～2009年の3年間で1.0万人減少して18.2万になっているものの、目標値の実現にはさらなる加速化が必要と考えられた<sup>7)</sup>。

このように、改革ビジョン前期には、「改革ビジョン」を実現する施策の効果が表われてきたと考えられるものの、それは限定的であり、「改革ビジョン」の実現のためには、これまでの延長線上にない大胆な政策展開が必要とされることはいうまでもない。

さて、この特集にも紹介されているように、各地で、包括的医療の試みと地域ネットワーク作りが行われている。わが国における精神保健医療の発展は、精神科ケアを医療施設などで提供すること(第1段階)、精神科ケアを地域内で提供すること(第2段階)、精神科ケアが地域社会の中に浸透して地域社会の中に包摂されること(第3段階)の3段階に区分することができる(図)。筆者は、わが国の精神科地域ケアは、第2段階から第3段階への過渡期にあると考えているが、過渡期には、精神科地域ケアの提供される地域社会そのものの状況も考えておく必要がある。

## 3 地域社会の状況

第6回世帯動態調査(2009)によると<sup>8)</sup>、調査までの5年間に平均世帯規模は2.9人から2.8人へと減少し、単独世帯の割合は19.8%から20.0%、核家族の割合は62.5%から64.2%にそれぞれ増加しており、小家族化・核家族化が一層進んだ。また、



「生活保護受給者の社会的な居場所づくりと新しい公共に関する研究会報告書」<sup>9)</sup>は、現下の厳しい雇用情勢のもとで、就労を希望しても就労に結びつかない人、就労意欲を失い社会から孤立している人に対しては、一般就労による経済的自立だけでなく、日常生活自立や社会生活自立を支援して社会とのつながりを結び直す支援が重要となることを指摘している。また、貧困の連鎖を防止するために、生活保護世帯の子どもに対し、学習支援や社会とのつながりを結び直す支援も重要であり、こうした支援には「社会的な居場所作り」が極めて重要と指摘している。そして、「精神保健分野における保健所の危機管理に関するガイドライン」<sup>10)</sup>は、①平成20年患者調査で精神疾患による受療患者数が320万人を超えたこと、②自殺、ひきこもり、虐待、家庭内暴力、認知症、産後うつ病などのメンタルヘルスの問題が関連していると思われる事象が社会問題となってから久しいこと、③ホームレス状態にある人にもメンタルヘルスの問題を抱えた人が多いことが明らかにされていることなどから、社会の中でメンタルヘルスの問題は拡大しており、地域社会全体の大きな課題になっているという認識を示している。実際、精神病初回発症例の早期支援・早期治療のための聞き取り調査を行ったところ<sup>11)</sup>、精神病初回発症例は、ひきこもり、不登校、非行、自傷、児童虐待、摂食障害、発達障害などの事例に埋もれるように存在する可能性があり、子どもの抱えているメンタルヘルスの問題は、しばしば家族の問題と密接に関係しており、その解決には、家族全体の支援や、基本的生活を身につける段階からの支援が必要と考えられた。

#### 4 地域協働型支援の試み

このように現在の社会は、個々の家族や構成員、さらには地域社会自体の脆弱性が露出しやすく、精神科地域ケアや障害者自立支援サービスは、そのことを踏まえたサービス提供を考える必要がある。「支援付き住宅推進会議」では、家族の援助が得られない高齢者などが住み慣れた地域で暮らしつづけることが極めて困難な現実があること、

とりわけ生活に困窮する単身の高齢者で、要介護、障害(統合失調症・認知症など)の重層的な生活課題(「四重苦」)をかかえる人が、住まいを含めた社会的な「居場所」を失いやすい問題があることに注目して、誰もが住み慣れた地域で暮らし続けるための住まいと生活の支援について検討しているのでそこから要約引用する<sup>12,13)</sup>。

「支援付き住宅推進会議」の中核をなす「ふるさとの会」は、主に生活に困窮する者を対象に、地域の中で、安定した住居を確保し、安心した生活を実現するよう支援するNPO法人を中心としたグループである。「ふるさとの会」には、2010年2月時点で1,108名の利用者がおり、地域のアパートに694名(ふるさとの会の地域生活支援センターなどを利用)、借り上げ共同住居(生活支援スタッフが24時間常駐)に295名が暮らしている(他に就労支援事業の利用者が119名)。このうち、借り上げ共同住居の利用者295名は、認知症の人118名(40.0%)、要介護認定を受けている人159名(53.9%)など、さまざまな生活困難な事情をかかえた高齢者が多い。また、地域のアパート居住者も高齢化しており、5年後、10年後には、介護や病気の問題がさらに深刻になってくる。

本来、単身(ひとり身)であること、介護を必要とすること、年をとること、障害をもつことは、それ自体「苦」とするべきものではない。それが「苦」となるのは、〈自助〉や〈互助〉がないことにより、〈共助〉(介護保険など)や〈公助〉(生活保護など)だけでは地域生活の継続が困難になり、また、受け入れる施設やサービスが非常に限られてくるためである。

自助を「家族的ケア」と規定するなら、家族機能はあまりにも脆くなっており、家族に代わって「家族的ケア」を果たす存在が必要になっている。介護保険に即して考えるならば、介護保険のサービスは、ケアプラン、すなわち基本的に計画に従って提供されるが、認知症やメンタルヘルスの問題を抱える人の支援は、しばしば計画どおりには進行せず、個々の生活に合わせて食事や排せつなどのケアをしていくことが必要になる。また、認知機能の障害が生活障害にならないためには、時間、空間、人とのつながりを断ち切らない

ための、日常生活の中でのコミュニケーションが大切になってくる。これらも重要な「家族的ケア」である。また、よく見守りが大事だといわれるが、要介護で認知障害などがあると、多くの場合、近隣の気づかいや、医療・福祉サービスへのつなぎだけでは生活が成り立たなくなる。通院が必要だとわかっていても、同行する人がいなければ意味がない。在宅医療にしても、食事や排せつの世話をする人がいなければ、適切な療養環境にはならない。このように、医療・福祉サービスができるには限界があることを明確に認識しておく必要がある。

「家族的ケア」を含めた日常生活支援と、見守り、医療・福祉サービスのコーディネートを提供する「地域協働型支援」があるならば、単身の高齢者で、要介護、障害(統合失調症・認知症など)などの重層的な生活課題を抱えていても、住み慣れた地域で暮らし続けることのできる可能性がある。また、「家族的ケア」を新たな社会的雇用の場に活用していくことも考えられるであろう。

「支援付き住宅推進会議」と「ふるさとの会」の取り組みは、精神科地域ケアの提供や、障害者自立支援法に基づくサービスの円滑な実施とも密接に関係するであろうし、新たな長期在院を予防していくうえでも、一定の効果があると考えられる。精神保健医療福祉の従事者は、自分たちのサービスが成り立つ場に関心を高める必要がある。例えばいうなら、どんなすばらしい料理を提供しようとしても、料理を盛りつける器に相当する「家族的ケア」「地域協働型支援」がなくてはならない場合があるということだ。

## 5 おわりに

内閣府に設置された障がい者制度改革推進会議は、2010年6月には「障害者制度改革の推進のための基本的な方向」の第1次意見を、2010年12月には第2次意見を報告した。第1次意見の基本的考え方には、①すべての障害者を「権利の主体」である社会の一員としてとらえる、②何人も障害を理由とする差別を受けない権利を有することを確認する、③障害者が受ける制限は社会環境との相互作用や社会との関係性によって生ずるとい

「社会モデル」的認識を踏まえる、④すべての障害者が家族への依存から脱却して自立した生活を営む権利を有することを確認する、⑤障害者の自立および社会参加の支援などのための施策を総合的かつ計画的に推進して共生社会の実現を図る、ことがあげられた。そして第2次意見には、改革の基本的方向性として、①「障害者基本法」の抜本的改正、②「障害を理由とする差別の禁止法」、③障害者総合福祉法(仮称)の制定があげられた<sup>15)</sup>。障がい者制度改革推進会議は、国際連合における障害者権利条約の日本政府による障害者権利条約の署名(2007)を踏まえて、その批准に向けての国内体制の整備を進めることを求めている。

これらは国際社会の動向を踏まえた大きな枠組みであるが、精神科地域ケアや障害者自立支援法に基づくサービスは、このような大きな枠組みだけでは具体的にならない。本稿では、これらのサービスの成り立つ場として、「家族的ケア」と「地域協働型支援」を紹介したが、社会福祉法の目指した「地域生活支援型社会福祉」ともつながるかもしれない。3月11日の東日本大震災は、わが国の社会全体に深刻な影響を及ぼしているが、誰もが住み慣れた地域で暮らし続けるための住まいと生活の支援を含めて、わが国の社会システムや制度をよりよい方向に発展させる大きな契機にもなるかもしれないし、そのようにしていく必要がある。

## 文献

- 1) 厚生労働省：<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/02/tp0214-1.html>
- 2) 吉川武彦：障害者自立支援法について思う。地方精神保健29, 2010
- 3) YAHOO!百科事典：<http://100.yahoo.co.jp/>
- 4) 岡上和雄：政策形成と当事者活動。社会精神医学(日本社会精神医学会編)：医学書院、東京、pp420-426, 2009
- 5) 精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ「かえるかわる」：<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>
- 6) 竹島 正, 趙香 花, 河野稔明ほか：改革ビジョンの進捗状況のモニタリングと評価に関する研究—「精神保健医療福祉の改革ビジョン」前期におけるマクロ実態の変化—。平成22年度厚

- 生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）精神保健医療福祉体系の改革に関する研究（研究代表者 竹島正）総括分担研究報告書. pp9-27, 2011
- 7) 立森久照, 河野稔明, 長沼洋一ほか：精神保健医療福祉体系の改革のモニタリングの詳細分析. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」（研究代表者 竹島正）総括分担研究報告書. pp47-61, 2011
- 8) 第6回世帯動態調査：[http://www.ipss.go.jp/ps-dotai/j/DOTAI6/NSHC06\\_yoshi.pdf](http://www.ipss.go.jp/ps-dotai/j/DOTAI6/NSHC06_yoshi.pdf)
- 9) 生活保護受給者の社会的な居場所づくりと新しい公共に関する研究会報告書：<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000g9dy.html>
- 10) 宇田英典, 高岡道雄, 石丸泰隆ほか：精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）「健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究」（研究代表者 多田羅浩三）. 印刷中
- 11) 竹島 正, 三井敏子, 小楠真澄ほか：早期介入の精神保健システムにおける位置づけの検討. 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療法の開発と効果確認に関する臨床研究」（研究代表者 岡崎祐士）総括分担研究報告書. 印刷中
- 12) 特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会：高齢被保護者の地域における居住確保とケアのニーズ調査及びシステム構築の方法に関する研究報告書. 平成21年度厚生労働省社会福祉推進事業. 2010
- 13) 特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会：重複的な生活課題（「四重苦」）を抱える人に対する生活支援のあり方研究報告書. 平成22年度厚生労働省社会福祉推進事業. 印刷中
- 14) 内閣府障がい者制度改革推進会議：<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/kai-kaku.html>

\*

\*

\*

## 精神科病院における行動制限の 状況とその背景

河野稔明、竹島 正

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所精神保健計画研究部

### はじめに

精神科病院では、外界認識の異常や精神運動の亢進に伴って患者に暴力などの問題行動が現れる場合があり、患者自身および周囲の者の安全を確保するために、時に患者の行動制限が必要になる。しかし、人権擁護や治療アドヒアランス、深部静脈血栓症の防止などの観点から、行動制限は患者の医療または保護のために必要最小限に行われなければならない。このことは精神保健福祉法に定められており、特定の行動制限については精神保健指定医が必要と認めなければ行えないなど、行動制限の実施には特に厳格な条件が課せられている。2006年には、病院・病棟の職員が行動制限の適切な実施を常に確認できるよう、患者ごとに行動制限の期間を記載した一覧性のある台帳を整備することが、精神科病院に義務づけられた。

行動制限のうち特に程度の強い形態は、内側から解錠できない個室に患者を収容する保護室隔離、および抑制帯で躯幹や四肢をベッドに固定するなどの身体的拘束である。保護室隔離および身体的拘束の実施状況に関する資料としては、厚生労働省精神・障害保健課が公表する「精神保健福祉資料」がある。精神保健福祉資料は、全国の精神科病院等を対象に毎年6月30日に実施される調査(以下、630調査)の結果を掲載したものであり、精神病床を有する全ての病院で調査当日に保護室隔離および身体的拘束を受けていた患者数を知ることができる。全国値を経年的に追跡できるため、新しい年度の集計結果が公表

されるたびに、メディアが関心を持つ項目となっている。2007年度の調査によれば、全在院患者316,109人のうち、8,247人が保護室隔離を、6,786人が身体的拘束を受けていた。これらは統計を取り始めた2003年度から増加傾向にあり、身体的拘束はいずれの年度も前年度を上回っている。このデータから、精神科病院では行動制限が増えてきたと推察されるが、これにはどのような背景があるのだろうか。本稿では、630調査のほかの項目の集計結果を用いて、その限界を踏まえた上で検討することとした。

### 行動制限を受けている患者数の経年変化

まず、行動制限を受けている患者数の経年変化について整理する(図1)。保護室隔離は、2004年度(7,673人)から2006年度(8,567人)にかけて大きく増加しており、全体的には増加傾向にあるが、2007年度は減少しており、長期的な増加か偶然変動か、5ヵ年分のデータから判断するのは多少困難である。ただし、全在院患者数は2003年度の329,096人から概ね年間3,000~4,000人ずつ減少しているため、保護室隔離の患者の全体に占める割合は、実数に比して増加傾向が若干明瞭になる。2007年度の割合は2.61%であった。身体的拘束は、2003年度の5,109人から2007年度の6,786人へ一貫して増加しており、各年の増加幅も拡大してきている。全在院患者数に占める割合は、2003年度は1.55%であったが、2007年度は2.15%と、4年間で約38%増加したことになる。このように、精神科病院において行動制限、特に身体的拘束を受けている患者は増加しているが、その原因には何が考えられるだろうか。

### 630調査における行動制限の調査方法の確認

経年変化の背景を検討するにあたり、最初に630調査における行動制限の定義を確認する。630調査では、保護室隔離を「内側から患者

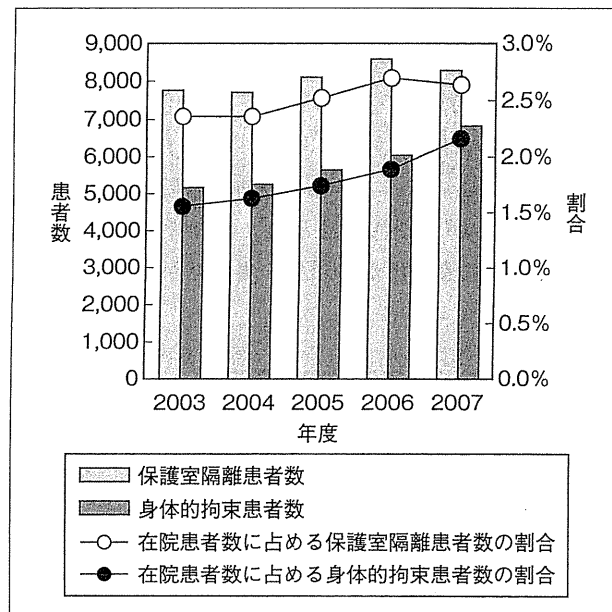


図1 保護室隔離および身体的拘束の経年変化

本人の意志によっては出ることができない部屋の中へ一人だけで入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間以上を越えるもの」と定義している。身体的拘束は「衣類または綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限を行った患者数」と定義している。これらは2003年度から変更されておらず、6月30日現在の在院患者について回答する点も同じである。すなわち、行動制限の増加は調査方法の変更によるものではない。

原因が調査方法にないとなれば、精神科医療の変化、または患者特性の変化が考えられる。具体的には、精神科医療が入院から在宅へ転換しつつあり、病院での急性期医療の比重が高まったことにより、相

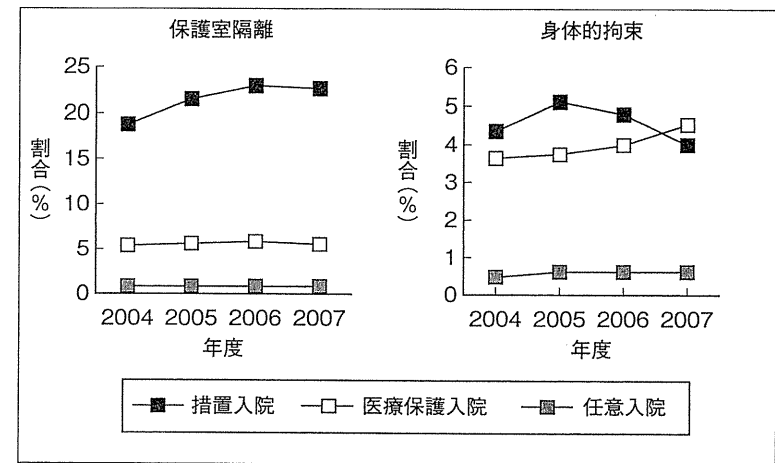


図2 入院形態別の在院患者に占める行動制限を受けている患者の割合

対的に急性期の在院患者が増加していることが考えられる。また、認知症<sup>1)</sup>ないし高齢の患者では、せん妄などによる転倒やカテーテル抜去を予防するため身体的拘束の機会が多いが、在院患者に占める認知症・高齢の患者の割合が増加していることも考えられる。これらの点を、入院形態別、急性期専門病棟の有無別の行動制限の状況から考察する。

### 入院形態別の行動制限の状況

在院患者に占める保護室隔離および身体的拘束の患者の割合を入院形態別に集計すると、当然ではあるが入院形態によって大幅に異なる(図2)。保護室隔離は措置入院、医療保護入院、任意入院の順に高い。身体的拘束は措置入院と医療保護入院が同程度で、任意入院は低い。入院形態別の統計は2004年度に取り始めたため、経年変化は4ヵ年分のデータに基づくこととなるが、保護室隔離は措置入院で、身体的

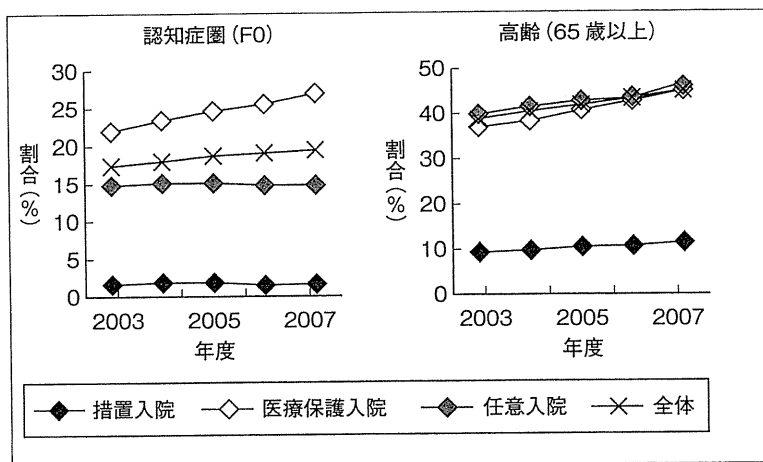


図3 入院形態別の在院患者に占める認知症圏および高齢の患者の割合

拘束は医療保護入院で主に増加している。

措置入院の患者は自傷他害のおそれがあり、そのような急性期の患者には保護室を使用することが多いことから、保護室隔離の増加は急性期医療の強化を反映していると思われる。一方、在院患者に占める認知症圏 (ICD-10のF0分類) の患者の割合を入院形態別に計算し、経年変化を見ると、医療保護入院でのみ割合が上昇している (図3)。また、在院患者に占める65歳以上の患者についても、医療保護入院では割合の上昇が著しい (図3)。このように、医療保護入院では認知症・高齢の患者が増加していることから、身体的拘束の増加は認知症・高齢の患者の増加を反映していることが示唆される。

#### 急性期専門病棟の有無別の行動制限の状況

次に、在院患者に占める保護室隔離および身体的拘束の患者の割合を急性期専門病棟の有無別に集計した (図4)。急性期専門病棟は、精

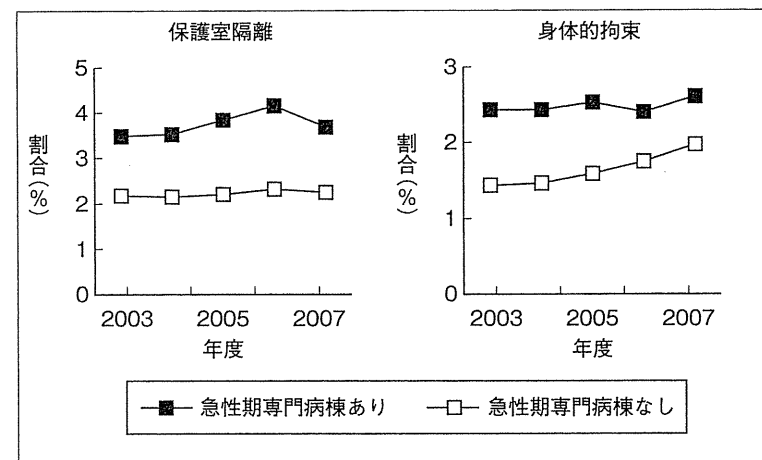


図4 急性期専門病棟の有無で分類した病院群別の、在院患者に占める行動制限を受けている患者の割合

神科救急入院料および精神科急性期治療病棟入院料1・2 (当時) を取得した病棟と定義し、急性期専門病棟のある病院群 (あり群)、ない病院群 (なし群) それぞれで割合を算出した。保護室隔離の割合は、病院群ごとに該当患者数の合計を全在院患者数の合計で除して求め、身体的拘束についても同様に求めた。その結果、保護室隔離、身体的拘束とも、「あり群」のほうで割合が高かった。しかし経年変化に注目すると、保護室隔離の割合は、「なし群」では変化が小さいのに対し、「あり群」では全体の変化を増幅したような変化を示した。逆に身体的拘束の割合は、「あり群」では変化が小さいのに対し、「なし群」では一貫して増加し、「あり群」の割合に迫っている。保護室隔離の増減は主に急性期専門病棟のある病院で、身体的拘束の増減は主に急性期専門病棟のない病院で発生していることが示唆される。

これらの結果からも、保護室隔離の増加は急性期医療の強化を反映

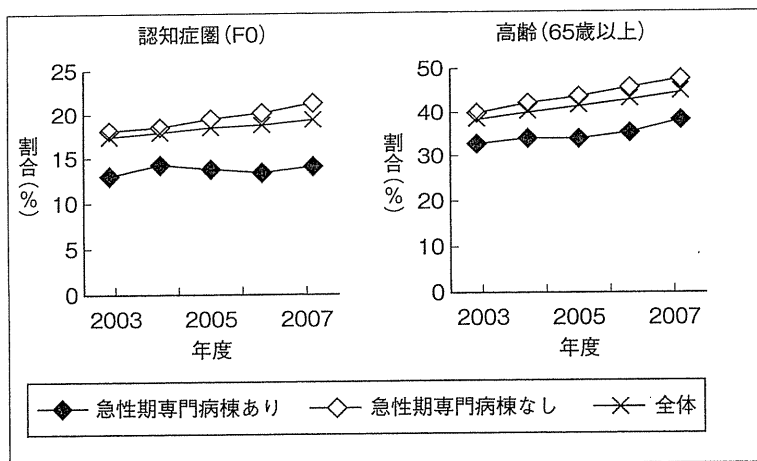


図5 急性期専門病棟の有無で分類した病院群別の、在院患者に占める認知症および高齢の患者の割合

していると思われる。過去の調査においても、精神科急性期治療病棟 A・B(当時)では保護室隔離の患者数が著しく多いことが報告されており<sup>1)</sup>、急性期専門病棟の有無により病院単位で検討した本検討においても、保護室隔離と急性期医療との関連が確認された。一方、在院患者に占める認知症圏の患者の割合を急性期専門病棟の有無別に計算し、経年変化を見ると、「なし群」でのみ割合が上昇している(図5)。また、在院患者に占める65歳以上の患者についても、「なし群」では割合の上昇が著しい(図5)。このように、急性期専門病棟のない病院では認知症・高齢の患者が増加していることから、身体的拘束の増加は認知症・高齢の患者の増加を反映している可能性がある。

#### まとめ

以上から、保護室隔離は措置入院の在院患者、急性期専門病棟のあ

る病院で増加しており、急性期医療の強化が大きく影響していることが示唆される。それに対して、身体的拘束は医療保護入院の在院患者、急性期専門病棟のない病院で増加しており、認知症・高齢の患者の増加が一因となっていると考えられる。換言すれば、行動制限の増加には、人口構成と精神科医療の変化に伴う患者特性の変化が一定の影響を及ぼしていると言える。

しかし、これは間接的な方法による推論であり、結果の解釈には慎重にならなければならない。そもそも、用いた630調査のデータは、行動制限を受けている患者の人数を横断的に調査したものであり、人数自体は増加しているが、実施期間や途中の開放観察の有無などを含めた実態を全面的に反映したものではない。1回の行動制限の実施期間は短期群と長期群に二極化していると指摘されており<sup>2)</sup>、行動制限実施量の経年変化やその背景を直接的に検討するには、一覧性台帳を用いるなどした詳細な調査が必要であろう。近年では、行動制限の実態を適切に反映する指標<sup>3)</sup>や、登録された病院を対象として一覧性台帳に記載された情報を簡便に集約するシステム<sup>4)</sup>が開発されてきており、有用と思われる。全数調査である630調査に関しては、報告された行動制限の実態について精神科病院に聞き取り調査を行うことで、行動制限の実態とその背景を包括的に検討するための手掛かりになると考える。

精神科医療において適切な処遇を確保することは特に注意すべきことであり、行動制限は最小限に実施されなければならない。併せて、実際にそのように運用されているかどうかをモニタリングすることも重要であり、その変化がどのような背景の中で生じているのか考察することが必要である。

#### 参考文献

- 1) 浅井邦彦：平成11年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総

合研究事業)「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究—精神障害者の行動制限と人権確保のあり方—」(主任研究者：浅井邦彦)総括研究報告書. 2000.

- 2) 野田寿恵：隔離・身体拘束を最小限にする試み. 精神科臨床サービス10：115-118, 2010.
- 3) 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, ほか：行動制限に関する一覧性台帳を用いた隔離・身体拘束施行量を示す質指標の開発. 精神医学51：989-997, 2009.
- 4) 野田寿恵：行動制限最適化データベースソフト『eCODO』の開発. 精神科看護36：35-40, 2009.



こころの健康

第26巻 第1号 別刷  
2011年6月 通巻51号

■特別寄稿



# 活動の始まりの頃

## 高知県駐在保健婦の活動からみる精神保健活動

眞崎直子 (日本赤十字広島看護大学)

的場由木 (NPO 法人自立支援センターふるさとの会)

竹島 正 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

日本精神衛生学会

# 活動の始まりの頃

## 高知県駐在保健婦の活動からみる精神保健活動

眞崎直子（日本赤十字広島看護大学）

的場由木（NPO 法人自立支援センターふるさとの会）

竹島 正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

### はじめに

地域精神保健活動の歴史を紐解くと保健師の活動がある。第一著者が保健師になった昭和56年頃は、まだ保健所保健師は地区分担制であった、全国的にも保健所でようやくデイケアを始めた頃であった。精神障害のケースの家庭訪問では、緊張の中にも、療養者や家族と心が触れあったときに何ともいえない満足感を覚えたものである。家庭訪問からデイケアにつなぎ、地域に精神障害者家族会を作り、点が線になり、面となっていく過程を経験したことが、保健師活動の出発点となっている。

現在の新人保健師は、働き始めた時から業務分担制で、配置された課によって異なる業務を経験する。平成6年に保健所法が地域保健法に改正され、専門的、技術的、広域的業務は県の保健所で、地域住民に身近なサービスは市町村で行うこととなったことに強く影響され、その結果としての変革だったと言えよう。しかし、ここに来て、大きな課題となっているのは、地域を総合的に支援し、マネジメントする保健機能の低下である。市町村合併や行政改革による職員数の減少の中で保健師の分散配置が進んでおり、新人保健師の現任教育も課題として浮き彫りになっている。

注) 平成13年の保健師助産師看護師法への改正により、それまでの“保健婦”から“保健師”へと改正された。しかし、駐在保健婦制は歴史的に見て旧法のままの呼称とした。

そこで、今回、地区分担制の頃の保健師活動に光をあて、地域全体を支援する方法と意味を明らかにしたい。中でも、高知県のような駐在保健婦制度は、市町村に保健師の配置が少なかった時に、地域の公衆衛生を現場で支えていた。そこには、まさに生活に根ざした地域活動が脈々と流れていたと思われる。現在の保健所の保健師活動は業務分担が進み、地域のことや家庭のことを把握している人がいないという問題があり、地区分担制が見直されつつあるが、高知県に駐在保健婦制があった当時の保健師活動の記録と、高知県駐在保健婦制度のもとでの活動を経験した保健師等へのグループインタビューをもとに、進むべき道と今後の活動に対する示唆を学び、検討する。本稿では、駐在保健婦制度の歴史と概要、駐在保健婦を経験した、またそれを観察してきた者のインタビュー、現在と今後を活かすものに分けて述べる。グループインタビューは2011年4月21日に土佐病院で行った。出席者は高知県駐在保健婦制度のもとで駐在保健婦を経験した池田文代、岩崎丸、甲田禮子、田中須賀子、脇節子（50音順）、それから精神科ソーシャルワーカーとして長く駐在保健婦の活動を見てきた伊藤博子である。

### I 駐在保健婦制度の概要と歴史

第2次大戦直後の昭和20年代から昭和30年代にかけてのわが国の保健水準は、現在の発展途

上国と同様の水準にあり、母子保健、結核、感染症などの問題が山積していた<sup>1)</sup>。駐在保健婦制度はGHQ（連合軍最高司令官総司令部）四国軍政部のワータワースにより、香川県、高知県、沖縄県で実施された制度である<sup>2)</sup>。駐在保健婦制度は、保健所活動が管内のすべての住民に公平に行き渡り、地区の末端まで保健婦活動を浸透させることが目的であり、県が保健婦を市町村に派遣し駐在させることによって、地理的条件等で市町村が独自に保健婦を採用できない場合でも、無保健婦地域がないというメリットがあった<sup>2)</sup>。高知県では担当地区の全戸訪問による家族単位の総合保健看護を基盤として、1948年から1997年まで実施された。駐在保健婦制度の始まった頃は、低栄養状態や赤痢や結核等感染症の蔓延により乳児死亡率が高く、地域の健康課題は、公衆衛生活動の原点と言うべきものであった。保健婦は各家庭を訪問し、集会場などで栄養指導など健康教育を行った。各地域、各家庭に応じた健康管理をすすめ、それによって乳児死亡率や結核等感染症による死亡を減少させることに貢献していった。その後、その活動手法は、現在の国際援助活動におけるノウハウの1つとなっている。

しかし、地域に医療が普及するにつれて「保健所黄昏論」が言われるようになり<sup>2)</sup>、行政改革の嵐も後押しする形で、前述のように、地域保健法の制定となった。それと共に、保健所では全国的に業務分担が進み、1997年に駐在保健婦制度を廃止した高知県では、県保健師の市町村への派遣を86名から段階的に減らし、2005年には0名となっている<sup>3)</sup>。

## II 駐在保健婦を経験した、またはそれを観察してきた者のグループインタビュー

田中は駐在保健婦が入ったばかりの頃について、「当時は会議室に衝立で仕切られた一角に机が一つ置かれ、その上に紙と鉛筆だけという所からの出発だった。役場では、保健関係の専門職は保健婦だけで、保健婦ってどんな人だろうと柱の陰からこっそり見る人もいた。そこを

拠点にとにかく訪問し、役場や住民との信頼関係を作っていた」と語る。駐在保健婦は村の1人1人の健康管理を個別のカルテに記録したが、家庭訪問をするにつれて家族単位で見なければならぬことがわかり、家族ごとのフォルダが作成された。さらにはそのフォルダを、母子、結核など課題別に色を変えて管理したことにより、全世帯の健康課題の状況が一目瞭然となった。駐在保健婦は各家庭の情報を把握した上で、フォルダの中にある健診結果、未受診の状況、予防接種の未接種などを確認しながら、フォロー訪問を行った。毎日のように担当地域を訪問し、地域全体を、結核、母子、精神とすべて回っていた。担当地域に行くとその場で健康管理を行い、地域の課題をアセスメントし、地域全体を支援するのが駐在保健婦だったのである。

駐在保健婦を相談員という立場から身近で見ていた伊藤は、採用されたばかりの駐在保健婦が、生き生きとした姿で自転車を漕いで、駆け回っているのを見て、「現代で言えばキャリアウーマン。こんなにも自信に満ち溢れて輝いている女性がいるのか」と驚いたという。最初は赤ちゃんの訪問が主だったとしても、そこに住む寝たきりのお年寄りの介護問題があればその相談に乗り、次第に家族全体の支援を必要とすることに対応するといったことが必然であった。ある時は、座敷牢に入っていた未治療の精神疾患を持つ人を精神科医療につなぎ、またある時は、高校生の思春期の悩みを聞くなど、ライフサイクルと必要に応じた精神保健活動を精力的に行っていた。

岩崎は駐在保健婦に対して県のバックアップ体制があったことが活動の支えになっていたと言う。岩崎が、就職し、駐在制の赴任地に着いた夜、「今度来た保健婦か？」と言って、下宿先に精神疾患をかかえた担当ケースがいきなり来て戸惑ったが、翌日、保健婦長が現地に来て相談に乗ってくれた。それ以外にも、新任には特に室長や婦長が常に声をかけてくれ、先輩保健婦にもいろいろ教えてもらった。また、月に1回は、駐在保健婦が保健所に集まる機会があり、それを皆楽しみにして、そこでは何で

も相談できたと言う。このようなサポートがあったからこそ、現場でいろいろなことにチャレンジできたのであろう。

池田は駐在先での勤務を振り返り、「駐在所や支所にいる職員とは家族のようなあたたかい存在だった」と語る。当時は個人情報の扱いが今ほど厳しくなく、「こんなことがあった」などと地域の人たちの情報を役場の人が提供してくれることもあった。また、窓口を訪ねてきた中で心配な人がいると「今日はあの人に来ちゃったけど大丈夫かよ」などと声をかけてくれた。

駐在保健婦としてのマネジメントの実際について池田は以下のように語っている。「集合住宅の中で、ゴミ出しが十分出来ずに、周りから苦情がきていた母子世帯があった。当時の保健所長（第三著者）がいろいろと相談に乗ってくれ、母親の救護施設入所を手配し、子どもたちは親戚の叔母に遠くから見守ってもらうことになった。その後、子どもは学校を卒業し、就職した。当時は、家を開けてくれない中で、どんなことができるのか不安だったが、親戚の人に見守りをお願いし、ゴミを民生委員やみんなで協力して運び出すことで、生活を整えることができた」。今この人に何が必要か、何が出来るかを真剣に考え、必要な資源があれば何でも使うようにしたと言う。さらに、インタビューの中で池田は、「所長がケース会議で、こうしましょうと言ってくれて、ほんとうに救われた」と話したが、当事者である当時の保健所長（第三著者）は、「逆です。池田さんがそういうオーラを出していて、私が首を縦に振ればいいのかとわかったのです」と答えている。適切な情報を与えられるなら、おのずとそれぞれの役割が見えてくる。ケース会議の意義はそこにあるのだろう。そして、それぞれがどう動けばよいかを導く力が駐在保健婦にあったのだ。現在、たくさん人の専門職といわれる人がいて、たくさん人の専門機関といわれるところがある。しかし、それをつなぐのは、やはり人である。その役目を持つのが保健師なのだと思ふ。

甲田は訪問を拒否する事例に対し、保健師が

じっくりと関わることの大切さについて述べた。甲田は当時、「(家庭訪問に)来てくれるな」と言う結核患者への訪問を続けていた。訪問を重ねるうちに、「保健婦はにこにこしているが、しつこい」と言いながら少しずつ受け入れられるようになった。本人が「入院はいやだ。訪問にも来なくていい」と言った時は、奥さんを説得することにした。その際、奥さんに「あなたを大事に思っている」と本人へ伝えるようアドバイスしたところ、その言葉で本人が入院を承諾したという。さらに入院後もずっと気にかけていると手紙を出し続けた結果、最後には本人から「妹のようだ」と言われるようになった。

田中は、退職後に国民健康保険の多受診の人たちへの訪問を、市から依頼されて引き受けたが、単に「保険料の無駄遣いをしているから多受診はやめなさい」ということではなくて、なぜあちこちの病院をまわらざるを得ないのか、というその人の思いをしっかりと聴いた上で、生活そのものを考えていくことが必要だと思ったと言う。相手に嫌がられないよう気を使いながら、継続して関わっていくことで、効果が後になって現れることを期待するのも駐在保健婦の経験があればこそであろう。

駐在保健婦による地区活動は災害時にも大きな役割を果たした。甲田は繁藤災害の時、地区の詳細まで把握している地区担当保健婦の役割が大きかったと語る。繁藤災害とは、1972年7月、土佐山田町（現香美市土佐山田町）繁藤で、集中豪雨による土砂崩れで生き埋めになった町消防団員1人の救出作業中、追廻山が中腹から幅170メートルにわたって崩壊したことにより、ふもとの住民や巻き込まれた列車の乗客ら60人が死亡した災害である。

甲田が応援として被災地に駆けつけた時、地区担当保健婦は、土砂に埋まった遺体の腕だけで「〇〇さんの腕だ」とわかるくらい把握していたと言う。また、捜索現場において「この家族はこの時間であれば畑に出ている、この家族は居間にいる」と消防団に伝え、地区担当保健婦の情報が捜索にも役立ったそうである。甲田も「とにかく少しでもご遺体の状態をよく