

宣言文を作るに当たって、いろいろな方に文章を書いていただきました。宣言文はその文章をたまたま集めて、みんなで作ったものです。ただ、集めていた文章の中には、捨て難い部分が多々ありました。このことをみんなが悩んだという部分も、百歩かかっていた。ここに補綴した文章が、それです。

- 精神障害者という事は、人語を物じりや者ではありません。
- 私は「なまなま」と、世話を焼く真の。母親は、ただ見ていただけ。
- 私は知恵になりたくて、障害者に生まれてきたのではない。
- 病院の中でも深層のよう顔をしているのが、社会の中ではイライラとまわっているのです。
- ノーマライゼーションという言葉が、日本語として定着して来たりします。社会制度がないのが、本当の健全な社会であると考えられているのです。
- 私たち障害者は、存在だけで意味があるのです。社会の中で生きていけない人たちは、存在するだけで十分な意味があるのです。
- ひどりで悩んでいる人の側に立って、ひとりじゃないと励まして。
- なんでもやろう。なんでこんなやろう、買て方が悪かったんやろうか。
- ワンがどんな悪いことをしたんや、なんでこんな目に会わねえかんのや。
- 家族の場所、所帯はこの家族の身代を注ぎましょう。所帯は社会に返すものとしてみてくれと書いても、言葉がなくて生きて。なかなか家族が自由になるの待ててくれない。
- 近頃世帯をつくと書くと、地味も悪くしようとする反対派が現れる。地味は地味い町であることも子供たちのために望んでいる。貴族を助けてやうとして居るからや、自分や平和の意識に立ってやうとしている。僕らは平和な日本に生きている。
- 僕らは団体の親戚である。
- この大会は、普通の平和意識と同じだけの価値を持つ。心の慰めとするための学術会議である。
- 大きな不安を持って初めて病院に相談したのはいつのことだったろう。父も母親も、精神科の受付に、僕の前を歩いてくれた。その結果の事を、とうくに知っていた。あの時でくれた先生は、今は半生生活者。ぼくも半生生活者。同じ半生生活者といっても、何となく「半生生活者、先いってしまってる？」なんて聞かなくて。
- 僕は、家族会で悩んでいる。じょっとして出している。生きがいを見つけて。
- 子供とは、何かを持つ持たないに悩んで、心の奥深い、奥深い人間的な心に出会ってやう人のことだろ。
- 僕が僕だのだからなんて、聞きたくないですか？みんなの心にいるんじゃないかと、探してくれませんか？

図1 高知大会の大会パンフレット

ら少し離れた状態の中で、全家連が解散になったことは申し訳ない気持ちがある。あらゆる組織は栄枯盛衰を経験し、それを乗り越えていく中で次のステップがみえてくると思うが、全家連の解散も家族会発展の大事な一歩と考えて、これからの家族会活動の発展に何かの貢献をしていきたいと考えている。岡上は「社会精神医学」(医学書院)の「当事者活動と政策形成」の中で<sup>3)</sup>、全家連活動の意義を、「家族や障害者本人のニーズを反復する調査によって裏付け、それを基に政策要求につなげていったこと、これらの調査で多くの関係者にとって予想どおりの結果を確認できただけでなく、予想を超えたニーズを引き出すこともしばしばだった」と述べている。また岡上は、通院患者・回復者の方の医療に関す

るアンケートの結果から、精神障害者の自覚症状として、体が疲れやすい、やる気が起きない、体の動きが鈍い、体がだるいという自覚症状(障害、副作用)が半数以上から報告されていることにふれ、「なぜ自立支援法によって飛び抜けて就労が進むと言えるのか、その根拠も示されなければならないと思う」と述べている。今、このニーズ調査の反復は中断している。また、国の政策転換に伴って当事者団体に起こった困惑も大きなものがある。障害者自立支援法は、社会福祉基礎構造改革の中で持続可能な制度設計として必要やむを得ないものであったと推量するが、障害者自立支援法によって精神障害者福祉に何が達成されたか、明確に述べる必要があると思う。ニーズ調査は中断となっているが、再度、

国自体による調査として再構築することが期待される。

### 断酒会について

高知県は全日本断酒連盟発祥の地である。高知県には、厚生省の補助事業である酒害相談員制度があり、保健所に勤務していたときには何度か酒害相談員と一緒に訪問してもらった。この制度は、断酒会から断酒会員の推薦を受けて精神保健センターの非常勤職員として酒害相談に当たるものであって、決められた保健所を担当していた。この制度に関しては断酒会側から、一般の断酒会員の自発的な酒害相談活動に抑制的に働くという意見もあり、制度を見直しする必要があった。精神保健福祉センターに勤務していた頃、谷直介先生が精華園(現、海辺の杜ホスピタル)院長に着任された機会を得て、酒害相談員制度のあり方検討会を開催した。そして、その報告に従って酒害相談員制度を廃止し、断酒会などの自助グループ参加者を対象にした酒害相談研修を始めることとした<sup>4)</sup>。また、アルコール関連問題連絡協議会を精神保健福祉センターに設置し、未成年者対策に取り組むこととなり、高知市内の南高校で自助グループのメンバーが教壇に立つアルコール教育を始めた。南高校には、当時、普通科、商業科、英語科があったと記憶する。小林哲夫さんの調整のもと、商業科には生徒たちの先輩にあたるような会員が教壇に立ち、騒がしいクラスがしいんと静まった。英語科では高知在住の外国人が教壇に立ち、英語を交えて話をした。

小林哲夫さんには看護学校で教壇に立ってもらったが、自分と子供との話になると涙声になった(小林さんは小説を書いており、当時、高知新聞に「ACブルース」を連載していた)。小林さんの話の感想文に家族のアルコールの問題を書く学生がいるなど、受講者にとってもアルコールと本人、家族の問題を考える良いきっかけになったと考えている。筆者は2006年から自殺予防総合対策センター長を併任することになったが、アルコールと自殺、断酒会員の自殺について小林さんに尋ねた。そのことは、小林さんに自殺した会員や家族のことを思い起こさせることに

なり、それがつながって自殺予防総合対策センターでアルコール依存症と自殺をテーマにした意見交換会を開催、さらには2009年に断酒会員を対象にした「自殺予防のためのアンケート調査」を実施することとなり、その調査結果は、自殺予防総合対策センター「いきる」に掲載されている<sup>5)</sup>。

### 当事者活動

看護学校の教壇には、精神障害者家族・当事者にもあがっていただいたが、特に当事者の話は20歳代が多くを占める学生の共感を得たように思う。

1994年頃には、ドキュメンタリー映画を制作していた山本二昭さんにお会いして<sup>6)</sup>、その作品「青銅の涙」の試写上映に自宅に伺った。この映画の前半には昔の精神科病院の姿があるが、それは昭和30年代の皆が貧しくつましやかであった時代を表している。高度経済成長とともに社会は大きく変わり、精神科病院はそこから取り残される。その様子はドキュメンタリーの中に静かに捉えられていた。看護学校での経験、山本さんとの出会いは、表現のもたらす力についての認識を高めた。それをゆっくり伝えていく場として、精神保健福祉センターの事業として「こころの健康ミニ講座」を開催した。市民を対象として少人数の講座で、精神障害者と家族がお接待をする。こんなことをしているうちに、デザイナーの織田信生さんの提案で精神障害者作品によるカレンダー制作の動きが始まり、「こころに平和を実行委員会」によるカレンダーづくり、展覧会開催につながっていった<sup>9)</sup>。2年くらい前から、全国精神保健福祉連絡協議会の協力を得て、厚生労働省の階段および講堂前に精神障害者作品の展示を行っているが、芸術活動は、精神疾患と、それを有する人間への理解を高める。生きることと表現することはつながる。

### おわりに

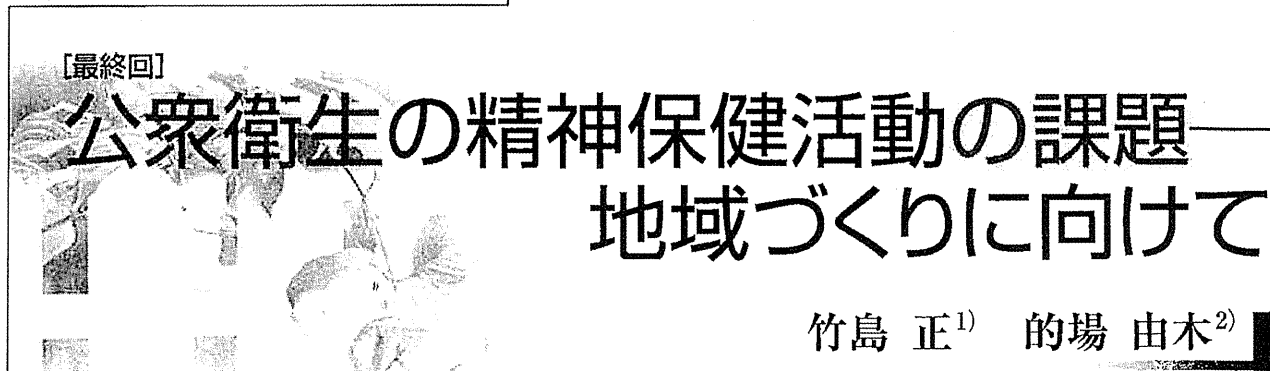
「家族会とともに取り組む」というタイトルに比べて、いささか広がり気味の文章になった。しかしこれらは、精神障害者家族との出会いから広がってきたものである。この文章を書きな

がら、筆者の日常生活において地域活動との接点が少なくなってきたことを反省している。最近「こころの健康政策構想会議」で、多様な当事者・家族の話を聞き交流する機会を持てたことは貴重であったが、これに安住しているわけにもいかない。今日、当事者・家族も多様化している。当事者・家族といっても、たとえば、家族内に統合失調症の方とアルコール依存症の方がいるなら、家族は当事者とらせん状にからむように存在していることになる。もっと実態に沿った深い知恵を入れるため、筆者自身もここに書いた次のストーリーを探しに行かなければならない。

#### 文 献

- 1) 竹島 正. 在宅分裂病患者のマクロ実態. 精神科MOOK22「分裂病のリハビリテーション」. 東京：金原出版；1988. p. 23-32.
- 2) 大谷藤郎. ひかりの足跡—ハンセン病・精神障害とわが師わが友—. 東京：メヂカルフレンド社；2009.
- 3) 岡上和雄. 政策形成と当事者活動. 日本社会精神医学会・編. 社会精神医学. 東京：医学書院；2009. p. 420-6.
- 4) 竹島 正, 谷 直介. アルコール依存症の処遇をめぐって—高知県での取り組みから—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 1998；33：219-24.
- 5) 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自殺予防総合対策センター. 自殺予防のためのアンケート調査報告書(協力：全日本断酒連盟). Available from : URL : <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/pdf/0912211.pdf> (最終アクセス2010/08/01).
- 6) 高知県立精神保健福祉センター・企画. 変わっちゅうろうか—私たちの中の精神障害者へ—. 高知：高知新聞社；1996.

\* \* \*



はじめに

本連載も最終回を迎えた。第一筆者は、初回(本誌74巻1号)の本欄「精神保健はどのように定義されてきたか」において、精神保健を、“共に生きる社会の実現という基本理念のもと、人間とその行動の理解を踏まえて、社会に起こるさまざまな問題の実態と関連する要因を明らかにしつつ、社会との協働によって問題の解決を図り、社会をよりよいものにしていく活動”と定義した。また前号の「精神保健と地域づくりのつながり—自殺予防を糸口に」においては、支援が必要でもそれを求めない(求めることができない)人の“生き方”に寄り添いながら、支援することのできるような地域づくりが求められていると述べた。

本稿では、ホームレス支援に取り組む特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会(以下、ふるさとの会)、薬物・アルコール依存症をもつ女性をサポートする特定非営利活動法人ダルク女性ハウス(以下、ダルク女性ハウス)の取組を紹介し、そこから浮かび上がってくる課題をもとに、公衆衛生の精神保健活動の今後について述べる。

ふるさとの会の活動

ふるさとの会は1990年1月に発足した(法人認定は1999年10月)。ふるさとの会は、ホームレ

スを経験した人たち等が、地域のなかで自立し、安心・安定した生活を送り、社会のなかで役割や人としての尊厳・居場所を回復するための支援を事業として行うことを目的として、荒川区、台東区、墨田区の3区を中心に活動を行っている。現在は新宿区、豊島区にも活動拠点を広げつつあり、第2種社会福祉事業宿泊所4か所、自立援助ホーム5か所、旅館1か所、就労支援ホーム4か所を運営するほか、独居生活者の地域生活支援を行っている(ふるさとの会事業概要による)。ふるさとの会では、支援対象者を、働くことが可能な「稼働層」と、高齢・疾病・障害などにより働くことができない「非稼働層」に区分し、個々の支援対象者に応じた生活支援を行っている。2010年8月時点の支援対象者は965名であって、居住の場の内訳は、独居651名、共同住居(第2種社会福祉事業宿泊所と自立援助ホーム)279名、就労支援ホーム35名である。独居651名のうち400名(61.4%)は60歳以上の非稼働層、251名(38.7%)は60歳未満の稼働層である。60歳未満の独居の251名に就労支援ホームの35名を合わせた286名が稼働層であるが、このうち136名(47.6%)がふるさとの会の生活支援事業への従事を経験(ふるさと就労)している<sup>1)</sup>。

ふるさとの会の支援対象者は、個々のニーズに応じて、ふるさとの会による居住支援・日常生活

1) たけしま だし：(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  
連絡先：☎ 187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1  
2) まとば ゆき：特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会

支援と、医療・保健・介護等の専門的な社会サービスを利用している。両者の連携には「地域ケア連携をすすめる会」によるネットワークが大きな役割を果たしているが、支援対象者はきわめて多様な疾病・障害の特性を有しており、精神疾患は139名(14.4%)、認知症は137名(14.2%)、知的障害は35名(3.6%)、身体障害は103名(10.7%)、がんは24名(2.5%)、HIVは3名(0.3%)である(重複あり)<sup>1)</sup>。

第一筆者は「ふるさとの会」の事例検討会にオブザーバー参加しているが、そこに提出される事例から想像すると、精神疾患を有する者は、ここに挙げられた人数よりもはるかに多いと推測される。また、ふるさとの会でこれまで支援を行ってきたのは4,308人(1999年6月～2010年9月)であって、そのうち7名の自殺を経験している。これは自殺死亡率に換算すると162.5となり、一般人口に比して高く、自殺リスクの高い対象者への支援活動であることもわかる。

ふるさとの会の事例検討会で助言者をつとめる佐藤は、生活の基本行為は、食べる、排泄、眠る、アクティビティ、清潔の5つであるとして、“その過半が放棄され破綻したとき、住居さえ住居の意味をなさなくなると路上生活を余儀なくされる事態に直面する”と述べているが<sup>2)</sup>、生活の基本行為が放棄されやすい人には、精神疾患を有する人も多いと考えてよいだろう。実際、ホームレス状態にある人には精神疾患の有病率は高く<sup>3)</sup>、ホームレスを経験した人たちの支援には、精神保健の観点はきわめて重要になる。

ふるさとの会の創設者である水田は、認知症を有する人の支援のポイントとして、“認知症を生活障害に転換させない日常生活支援をどうできるか。おかしな行動をしても抑えつけない。こちらのルールを押しつけない。彼らが見ているものを、できるだけ私たちも一緒に見る。それができれば、利用者の方は安心できるし、認知症が二次的な生活障害にならなくて済む”として、病気や障害そのものは治すことはできなくても、自分の人生と折り合いをつけて安心してもらい、地域の

中で当たり前の存在になることを柱に活動している<sup>2)</sup>。ふるさとの会の支援対象者は、支援を受けるようになって安心に至るまでに、必ずどこかで悲鳴という形で危機を表現する<sup>2)</sup>。それを全身で受け止めていくことを、水田は「抱き合い喧嘩」と表現する(ふるさとの会職員研修資料より)。そこに散る火花は、精神保健の観点からもよく研究されるべきであろう。

〈全人的な支え〉と〈安心の提供〉という対人援助に、精神保健の観点はどのように役立つのだろうか。ふるさとの会利用者のうちの稼働層は平坦な人生を送ってきた人たちではないし、ふるさと就労していると言っても、脆弱さを抱えての一步一步であろう。実際、事例検討会では、これまで解離性障害、性同一性障害、認知症、自殺事例等、さまざまな事例が検討されたし、その中には、これまで精神保健サービスにはつながったことのない人たちも多い。そしてこれらの人たちは、家族から、地域社会から排除された経験を持ち、ふるさとの会の支援の中で、再生の機会を得ようとしている人たちである。ふるさとの会は、ホームレスを経験した人たち等の支援という社会事業を通じて、地域互助機能の回復・絆の再生(相談、見守り、日常生活支援)を進めているが、このような取組に公衆衛生の精神保健はどのように関与していくのだろうか。

## ダルク女性ハウス

ダルク(DARC)とは、ドラッグ(Drug)、アディクション(Addiction)、リハビリテーション(Rehabilitation)、センター(Center)の頭文字を組み合わせた造語で、覚醒剤、有機溶剤、処方薬等の薬物から開放されるためのプログラムをもつ、民間の薬物依存症リハビリテーション施設である。ダルク女性ハウスは、薬物・アルコール依存症をもつ女性をサポートする施設で、薬物・アルコール依存を経験した女性2名によって1991年に設立され、依存症から回復したいと願う女性たちに、身体的・精神的・社会的支援を提供し、その回復を手助けしている<sup>4)</sup>。

ダルク女性ハウスには、仲間と共に生活しながら回復を目指すグループホームと、通所しながらプログラムに参加できるデイケアセンターがある。ダルク女性ハウスのプログラムの中心はミーティングで、当事者同士が語り、聞くことによって体験を分かち合う。ダルク女性ハウスの利用者には、父親のアルコール依存、家庭内暴力、虐待、両親の不和など、理不尽な体験を生き延びる自己対処として、アルコール・薬物を使ってきた人たちが多く、上岡と大嶋による『その後の不自由—「嵐」のあとを生きる人たち』(以下、「その後の不自由」)<sup>4)</sup>は、ダルク女性ハウスでの経験をもとに、依存症を伴うトラウマ体験サバイバーの女性たちを理解するための貴重なガイドブックとなっている。上岡は、ダルク女性ハウスの利用者は、原家族に問題をもつ、家族の外に応援団をつくることができない、境界線を壊されて育つ、調整役と緩和役をずっと担う、さびしいから相手とニコイチ(2個が1個になるようにぴったりと重なること)の関係にならないと安心できない、援助者にもニコイチを求めるなどの問題を抱えていると述べる。そして回復とは、最初はスタッフや医療従事者の中に応援団をつくり、それを徐々に社会の人たちに置き換えていき、ニコイチにはなれないという寂しさに慣れていくことであると言う。そして、①自分の言葉でしゃべることができるようになること、②自分の都合も優先できるようになること、③変化する自分の身体とつきあえるようになることが回復の目安であり、“回復とは回復しつつけるプロセスである”と述べている。また、回復が進んできても、世界は自分を受け入れているのだろうかという不安は続くが、当事者は、劇的な物事しか相談してはいけなと考える傾向があり、“ちょっと話す、一緒に考える”ことが苦手で、相談の練習が大切と述べている。

「その後の不自由」に示されたダルク女性ハウスの経験は、境界型パーソナリティ障害と言われる、これまで援助につながりにくかった女性の理解にも大きく役立つものであって、公衆衛生にお

いて精神保健に取り組む上で重要な視点を含んでいる。「その後の不自由」には、ダルク女性ハウスの利用者の多くが理不尽な体験を経験していることを紹介しているが、そのことは、母子の人権を守ることに焦点を当てた精神保健的支援が、子が生まれる段階から必要であることを示唆している。

## 地域づくり—公衆衛生の精神保健活動として

ふるさとでの会の活動は、地域互助機能の回復・絆の再生という地域づくりの視点で行われているが、ホームレスを経験した人たちが、地域のなかで自立し、安心・安定した生活を送り、社会のなかで役割や人としての尊厳・居場所を回復するためには、人間とその行動の理解という精神保健の観点がきわめて重要であることを教えてくれる。ダルク女性ハウスの活動は、これまで見逃されがちであった母子の人権を守ることに焦点を当てた精神保健的支援が、子が生まれる段階から必要であることを示している。これらを踏まえた上で、公衆衛生の精神保健に関連する歴史を振り返ってみたい。

伊藤の総説をもとに、地域保健の近年の動向について述べる<sup>5)</sup>。わが国の地域保健対策の重要な転機は、1994年の地域保健法制定によって地域保健体制の見直しが行われ、住民に身近な基本的なサービスが市町村に位置づけられたことである。その後、介護保険、精神保健も市町村に位置づけられることになったが、一方で、地方自治体の財政の悪化と合併の進む中で、職員定数の削減、組織のスリム化とアウトソーシングが進められてきた。また、2006年の医療制度改革では、これまで地域保健行政の体系の中で行われてきた生活習慣病の健診と保健指導が医療保険の保険者に義務付けられ、市町村は、一般保健行政の主体と国民健康保険の保険者という両方の立場を連携させる必要が生じてきた。地方自治体の保健師の活動にも大きな変化が起こっている。介護保険法の施行、障害者自立支援法の施行、児童虐待等の顕在化などを背景に、保健師を必要とする業務が

多様化し、行政組織内の多くの部署に保健師が分散配置されるようになった。このため、これまで地区担当制のもとで培われてきた地域全体の健康課題を把握する力の低下などの問題が指摘されている。

精神保健対策については、1950年の精神衛生法以後、1999年の精神保健福祉法改正まで、精神保健福祉法という一つの法律のもとに、施策を総合的に進める方向に進んだが、2005年の障害者自立支援法の成立によって大きく変わった<sup>6)</sup>。精神保健福祉施策は、精神保健医療対策と障害者福祉対策に二分され、前者は精神保健福祉法によって、後者は障害者自立支援法をもとに進められることになった。地方自治体においては、精神保健福祉は福祉部門が担当することが多くなり、国民の精神保健の向上、すなわち障害者福祉には馴染まない精神保健対策、すなわち地域保健と連動する精神保健対策の位置づけが不安定な状態が続いている。障害者自立支援法では、障害者福祉サービスの提供を市町村に一元化して、身体障害、知的障害、精神障害などの障害の種別を超えて共通するサービスを提供することによって、障害者の自立支援を行うとした。しかし、精神保健の問題は障害の種別を超えて存在することは明らかであり、3障害の一つという位置づけでは精神保健の問題を捉えることはできない。

第一筆者は平成22年度墨田区保健衛生協議会「こころの健康・自殺予防対策分科会」に参加してきた。この分科会では、自殺予防には、安定した居場所をもたない人たちの支援、ハイリスクの人たちの支援、母子保健と虐待防止の連携の重要

性などが話し合われた。また、自殺予防・精神保健と地域づくりには大きなつながりがあることも話し合われた。公衆衛生の精神保健は、古くは社会防衛であると批判されたが、地域社会が大きく変貌する中で、人間とその行動の理解を踏まえて地域づくりを支えるものとして発展する時期を迎えた。ふるさとの会やダルク女性ハウスの活動は、3障害の中の精神保健の時代が過ぎようとしていること、これからの公衆衛生の精神保健は、地域づくりと人権を通じて、社会をよりよいものにしていく方向に進むことを示しているように思われる。

謝辞：本稿の執筆にあたり、精神保健と母子のサポートについて貴重な示唆をいただいた上岡陽江さん(DARC女性ハウス)に深く感謝します。

## 文 献

- 1) ふるさとの会と支援付き住宅推進会議によるシンポジウム「～ひとりになっても認知症になっても安心して地域の中で暮らし続けたい～「四重苦」を抱えた方々の支援と地域での新たな互助づくり(「絆」の再生)」(2010)の資料
- 2) 佐藤幹夫：日常生活の生活支援から緩和ケアチーム発足へ―「ふるさとの会」の相談室の試み(2)。ホームレスと社会 Vol.3(印刷中)
- 3) Fazel S, Khosla V, Doll H, et al: The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries; systematic review and meta-regression analysis. PLoS Med 5(12): e 225, 2008 Dec 2
- 4) 上岡陽江, 大嶋栄子：その後の不自由―「嵐」のあとを生きる人たち。医学書院, 2010
- 5) 伊藤雅治：地域保健の新たな潮流と今後の課題。公衆衛生 73(2): 96-100, 2009
- 6) 竹島正, 立森久照：政策と社会精神医学。社会精神医学(日本社会精神医学会編集)。pp 401-413, 医学書院, 2009

# 活動の始まりの頃

## ——サバイバーの系譜

竹島 正 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

### I はじめに

サバイバー-survivor は苦境に耐える人、生存者、生き残った人である。最近では、虐待、暴力等による被害を経験してきた人などを中心に広く使われるようになってきたが、精神保健の領域でサバイバーと名乗って活動している人は少なく、それも比較的最近のことである。ここでは精神医療サバイバーとして活動している広田和子さん、自殺未遂サバイバーとして語り部活動を始めた吉田銀一郎さんの二人へのインタビューと資料をもとに、活動の始まりの頃として、サバイバーを名乗り、活動することを取り上げる。

### II 広田和子さん

広田さんは、1946年に四人きょうだいの第1子（長女）として横浜市に生まれた。出生後、4歳まで福岡県で暮らしたが、以後は横浜で暮らしている。広田さんの父親は召集令状がきてビルマに従軍、上官からぼこぼこに殴られて精神を病み、ソウルの精神病院に入院したという。母親は心配性で、広田さんに干渉的である一方、広田さんを頼りにして生きてきた。母親への思いは、講演「親亡き後～家族が安心して暮らせるために～」の中の“身近なところにこそ差別や偏見がある”“親亡き後ではなく親ある今、褒めて自信をつけさせて、そして見守っ

て、本人の可能性を信じて（筆者略）”等の家族へのメッセージに生きる。

広田さんは、子どものときから、身近で、暴れている人、暴れさせられている人を見てきた。中学卒業後は働きながら定時制高校に進学した。広田さんのボランティア活動は定時制高校在学中に、高校の先輩が脳性麻痺の子どもを産んだ後で自殺行動を繰り返したときに、泊まりにいて見守ったことに始まる。20代には、在日米軍のある横須賀のディスコで朝まで踊り、帰って寝る生活をしていたこともある。米兵とオープンで気軽に話し合う関係ができた頃、自衛隊ももっとオープンになるべきと自衛隊駐屯地に行き話をしたが、その上官から住所・氏名を聞かれ、米軍基地の中で警察官に保護された。この頃を発病の時期とみる人もいるかもしれないが、広田さんの中では、人生のストーリーとしてつながっている。広田さんは、この頃の自分を“夫なし子なし職なし金なしの状態”であったと振り返る。1983年に入社拒否が契機となって神奈川県立芹香病院に通院し、1年間、精神科デイケアに通った。1988年、ミシン会社で短期アルバイト中に、本人は拒んでいるのに注射をうたれてアカシジア（静座不能）となり、イライラ、ムズムズのために仕事ができなくなって緊急入院し、退社となった。1988年からは1年間地域作業所に通所するが、通所する精神障害者が子ども扱いされているのがと





図1 広田和子さん

でもおかしかったという。1989年に神奈川県精神障害者連絡協議会（やまゆり会）に入会した（現在は事務局長）。やまゆり会はわが国でもっとも早く結成された精神障害者の当事者活動グループの一つである。この年に精神障害者の「100人運動会」で横浜市との交流が始まる。1990年、M電材に精神疾患で通院していることを伝えた上で勤務したが、社長に働きぶりを褒められた。1991年には米国セントルイスで開催された「日米障害者協議会」に出席、1992年には全国精神障害者団体連合会（以下、全精連）の結成準備会に入る等、当事者としての活動が活発化していった。その一方で、1992～1993年にはE社のアポインター（電話で面会等の約束をとる仕事）をして働いた。この経験は、後年、危機介入の相談活動に役立ったという。1993年には、日本社会事業大学で全精連結成大会の総司会を務めたが、このことは広田さんが全国に知られるきっかけとなった。交通事故でE社を1年休職となったとき、当時の福祉事務所ケースワーカーから、“広田さんは一生

懸命活動している。活動に専念しては？”とアドバイスされた。このことが、精神医療サバイバーの活動に専念することを後押しすることになり、現在に至っているという。広田さんはこのとき47歳であった。

精神医療サバイバーを名乗るきっかけは、1993年8月に千葉県幕張で開催されたWFMH（World Federation for Mental Health；世界精神保健連盟）世界会議において、1週間泊まり込みでユーザーミーティングに参加したことである。この会議において、海外の参加者から、“われわれはユーザーという生やさしい存在でなくてサバイバー（生還者）なのだ”という提案が出されたが、日本の参加者からはそれを支持する声が少なく、公式用語としては位置づけされなかった。その後、サバイバーは、1995年アイルランドのダブリンで開催されたWFMH世界会議において公式用語となった。ダブリンでは、“世界のユーザーは最前列に座ってください”というアナウンスがあり、強く印象に残ったという。1996年にはニュージーランドオークランドで開催された「アジア太平洋障害者の10年」NGO会議と「リハビリテーション会議」に参加、1997年にはサンフランシスコのメンタルヘルスとピアカウンセリングの研修を受けている。

横浜市とのつながりは、1990年から横浜市社会福祉協議会に精神保健ボランティア講座が開設されたときに、その運営委員となったことに始まる。1995年には思春期精神保健ボランティア活動実行委員長となったが、この委員会をとおして警察官との出会いがあった。そして、警察官が気づいている精神医療の問題を聞く中で、人間として対等で、差別のない社会をつくっていくには、精神保健医療福祉の業界人に改革を働きかけるだけでは不十分で、社会の力も得ていくことが必要と思うようになった。そして1999年に警察と精神障害者の関係を学ぶために県警本部を訪ねたことを皮切りに、警察、消防の現場と精神科救急の関係を聞くために、警察と救急の現場に出向くようになった。横浜市では1997年から、精神医療サバイバーとして

横浜市障害者施策推進協議会委員を務めている。

1993年から1999年は、広田さんの精神医療サバイバーとしての活動の始まりの頃に相当する。最近まで広田さんのトレードマークであった“もんぺ”は広田さんの手製で、若い頃からはいていたという。精神医療サバイバーとして活動を始めた頃、広田さんは、もんぺ姿で各地に登場した。

広田さんの次の転機は2001年の池田小学校事件である。2001年6月に母親を亡くしたが、ちょうど重なるように、大阪で池田小学校事件が起こった。池田小学校事件とは、大阪府池田市の小学校で起こった無差別児童殺傷事件で、心神喪失者等医療観察法成立の直接の契機となった事件である。この事件に関して、マスメディアが当事者のコメントを求めたが、神奈川県内でコメントを出す人がいなかった。広田さんは、患者会は、いろいろなかたちでこころ傷つき悩んだ人たちの集まりであり、アウトサイダーとして扱われる人たちにこそ手を差し伸べるべきと考えた。そして、池田小学校事件についてのコメントを出したところ、マスメディアが殺到することとなった。そのこともあって、広田さんは、厚生労働省から重大な犯罪をおかした精神障害者の処遇についての法務省との合同検討会の参考人を依頼されたが、さまざまな意見の狭間で断ることとなった。この経緯から国との接点生まれ、精神医療サバイバーとして、2001年12月から社会保障審議会障害者部会臨時委員（現在まで3期）を、2010年からは内閣府障がい者制度改革推進会議総合福祉部会構成員を務めている。

広田さんは精神医療サバイバーとして活動するようになってから17年になる。広田さんは、“自分の思い通りいかなかったり、自分の許容範囲を超えたりすると相手をラベリングしてしまうのがこの業界の悪しき体質なので人権問題が続いている。業界の体質に疲れる”という。また、“業界は医療従事者・福祉従事者のハローワーク（職域開拓）”の場であると論評するが、それは確かに業界の一面を捉えているだ

ろう。広田さんの活動を支えているのは、全国から寄せられる仲間の声、多くの場面での市民との出会い、そして「ピアサポートみなみ」での日常活動である。自分が精神医療の被害者であること、孤立した経験があること、孤立した人や孤立させられてきた人を見てきたことが、広田さんの活動の源にあるように思う。今住んでいる住居の一部屋は駆け込み寺となっているが、実際に泊まることはなくても、泊まれるところがあるという安心感が大切だという。ピアサポートみなみはカンパで成り立っている。

広田さんは日本精神科病院協会アドバイザーボードのメンバーを引き受けた。自分を理解して支えてくれている人が家に来てくれて、“これからも俺が支える”と言ってくれたのが契機であったという。広田さんの願ってきたことは、（1）総合病院に精神科を設置、（2）24時間安心して救急車で利用できる精神科医療、（3）社会的入院の解放、（4）精神科病床の削減、（5）マンパワーの充実、（6）他科並みの診療報酬値上げ、である。広田さんは今年64歳になるが、30年くらい前に自殺未遂の経験がある。テレビで焼身自殺のニュースを見て、“そうだ、自分も焼身自殺しよう”と思い、灯油をまいて、マッチで火をつけようとしたが、手がぶるぶるふるえて火がつけられなかった。また、電車で飛び込みをしようとしてひっくり返った。広田さんは、かなりの患者に自殺未遂の経験があるという。これらの経験や仲間の死にたい気持ちも広田さんを動かしている。そして、自らの体験と危機介入相談を行ってきた経験から、マスコミの自殺報道の自粛を願っている。

### Ⅲ 吉田銀一郎さん

吉田さんは1938年に石川県に四人きょうだいの長男（第1子）として生まれた。専門学校卒業後はK製作所に勤めたが、銀行員であった父親が退職金をはたいて<sup>かんし</sup>燃糸工場を始め、その仕事を手伝うために退職した。しかし、父親の仕事はうまくいかなくなり、友人たちのいる東京に憧れて1961年に上京した。東京で何年か勤

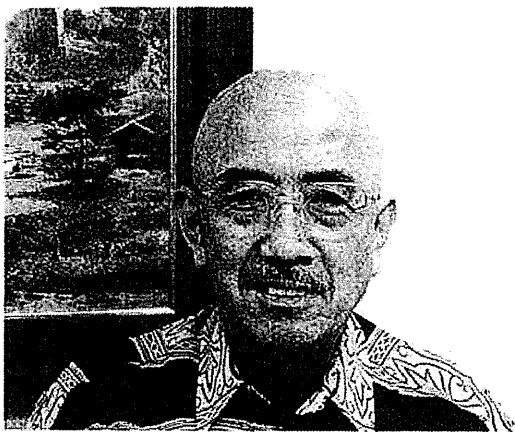


図2 吉田銀一郎さん

めた後、1969年に「(有)シルバー工房」をつくって独立した。仕事は、小物、ぬいぐるみ、全国観光地土産人形の企画製造であった。コアラ、ラッコ、パンダが子どもの人気をさらっていた頃だという。工房は順調に発展して、内職募集をしたところ、1978年に地元保健所の保健婦から保健所デイケアで行う内職作業の求めがあり、仕事を出すことにした。1982年には、地域共同作業所から内職作業の求めがあり、これも仕事を出すことにした。その後も工房の仕事は増え、内職募集では間に合わなくなったため、矯正施設に下請作業を発注していた。その後、矯正施設の担当者から加工単価の値上げを求められて断ったところ、矯正施設に下請作業が頼めなくなり、それを埋めるために内職募集を行ったが、求人が追いつかなくて苦心<sup>くしんさんたん</sup>惨憺することとなり、その結果、精神科に入院、三カ月後に再入院した。病名はうつ病であった。再入院中に、生きる望みをなくして自殺未遂を図り、深夜にわたる九人の医師による脳外科手術の結果、かろうじて生命をとりとめた。しかし、この間に吉田さんの妻の心身疲労は極限に達してしまい、吉田さんは1990年から2年間を社会的入院することになり、1992年になって自分で社員寮完備の会社を探して就職退院した。吉田さんは、1990年から1992年の3年間に、離婚、会社処分、自宅処分を経験したが、この間に、人生は大きく変わったことになる。1992年には石川県に戻り、温泉旅館の風呂の清掃をし

て働いたが、自分の居場所を見つけることができず、東京に戻っている。自宅を処分した後はアパート住まいとなり、1996年にセンサー会社に就労した。就職時の面接では“波乱万丈の人生ですね”と言われたという。この頃を振り返って、吉田さんは、“ものごとは後ろ向きに考えればいつまでもジメジメする。良くなったときにポジティブな気持ちを維持できるようになれば、多少落ち込んだときでも回復する”と述べている。

精神障害者の当事者活動との出会いは2000年頃で、新宿のドロップインセンターに行くようになったことに始まる。そこに行っているうちに、第6回全精連沖縄大会に参加する機会を得たが、このとき、自殺未遂サバイバーとして、人生の使命を認識したという。

吉田さんは2003年から2005年までは杉並区障害者区議会議員を務め、同じ年に、日本DMDクラブを設立して会長になった(会員の死去等によりメンバーは少なくなり、現在はほとんど一人で活動している)。DMDとは、ドント・マインド・ドロップアウトの頭文字を取ったもので、“ドンマイ・ドンマイ・心配するな”の意味である。吉田さんは、自殺死亡者が年間3万人を超えるという現状を憂い、転ばぬ先の杖としての基礎知識を得るためには、サバイバーの生の声を傾聴することが大切(百聞は一見に如かず)と考えて語り部活動を始めた。

吉田さんの現在の活動は語り部活動の場を求めることである。このため、吉田さんは、さまざまな人にメッセージ文を送る。たとえば、国会議員、杉並区長、こころの健康政策構想会議座長、東京つくし会会長、国立精神・神経医療研究センター総長、東京都福祉保健局参事、自殺対策担当大臣、内閣府自殺対策担当官、ライフリンク代表、みんなねっと代表等である。吉田さんの川柳に「活動を 投稿文に 謳っても 誌に馴染まぬと またも返却」とあるように、手紙を出しても返事の来ないことが多いという。

吉田さんは知人の機関誌「おこまりさん」に「銀坊の寄稿・気炎万丈」を執筆している。銀

坊とは吉田さんの小さいときからのニックネームである。「おこまりさん」の表紙には、「わたしはこまっておこまりさん あなたもこまっておこまりさん おこまりさんはおたがいさん わかりあえればありがとさん」とある。「おこまりさん」というタイトルは知人の考えたものであるが、何だか明るくて、吉田さんによく合っている気がする。

吉田さんの現在の診断は双極性障害で、1年半くらい前に服薬をやめたところ具合が悪くなり、半年くらい入院した。吉田さんは、“もう簡単に薬をやめられない”と考えており、通院と服薬を続けている。

吉田さんの現在の気持ちをよく知ることができると思うので、インタビューのあとの筆者へのメールを一部改変して紹介する。

“先日はありがとうございました。一寸こちらにするものがありメールしました。小生の病を得て魂の叫び・箴言の自作なるものが有ります。至病根<sup>しひょうこん</sup>-疾患とは、その家族から与えられた神からの試練、そしてそれは真実の愛を知る。家族との至福<sup>しひょうこん</sup>のために。病根<sup>びょうこん</sup>和家<sup>わか</sup>-疾患は一人の患者に災いしているようだが、家族一同に、より絆を深慮するがために神が与えた温情からなる試練なのです”

吉田さんは今年72歳である。吉田さんは、自分の自殺未遂の経験を次のように振り返る。

“下手をすればこの世にいないわけですから。今考えれば、神に感謝の気持ちが起こってきますよ。そして生きているのだから何とかしろよと。じゃあ何をするかとなると、自分の体験を話すしかないじゃないですか。自分に備わったものを話すしかない”

吉田さんは、自殺未遂の経験がある者が体験を語るのには、自分のかかえている危険から距離をおけるようになってからがよいと言う。

吉田さんは、“たかがうつ、されどううつ、わが魂は晩節に志、それは証”をモットーに、自

殺未遂サバイバー（カミングアウト可能者）として、病から人生が豹変した経験をもとに、渾身の思いで語り部活動に取り組んでいる。

#### IV さいごに

ここまでサバイバーとして活動している広田さんと吉田さんを紹介してきた。広田さんはよく握手をする。広田さんと握手したとき、私は、自分の戸惑いや迷いを握手で知られているように思う。吉田さんはよく手紙を書く。吉田さんから手紙をもらったとき、私は、自分の戸惑いや不十分なところに直球を投げこまれたような気持ちにする。

広田さんと吉田さんに共通しているのは、その一途さである。広田さんは、相手をラベリングしてしまうのが精神保健医療福祉の業界の悪しき体質と述べているが、この言葉は重く響く。私たちはせめて素直になりたい。広田さんは何らかの生きづらさを感じている人を「社会的障害者」とすることを提唱しているが、このことは人権の問題と一緒に重く染み込む。

最後に、本稿執筆のためのインタビューにご協力いただいた広田和子さん、吉田銀一郎さんに深く感謝します。サバイバーの活動は私たちの社会をよくしていく大きな力です。本稿はタイトルをサバイバーの系譜としましたが、それは連続したものではなく、個々の人生と結びついた個別のものであります。今回取り上げるのできなかった、それぞれのサバイバーの方やその活動に敬意を表して本稿の終わりとします。

#### 文 献

- 1) 松山記念病院病院家族会朝美会：平成21年度朝美会家族教室講義録「親亡き後～家族が安心して暮らせるために～」、2009。
- 2) 広田和子：広田和子講演録（講演録「精神医療サバイバーから精神保健福祉センター職員に望むこと～行政と精神科医療～」、講演時資料「行政と精神科医療」）、2010。
- 3) 広田和子編：広田和子の新聞コラム集、2010。
- 4) 広田和子：24時間安心して利用できる精神科救急医療、2005。
- 5) 広田和子自筆プロフィール。
- 6) すぎなみ151：すぎなみ151便り「おこまりさん」2010年1月号、すぎなみ151、東京、2010。

- 7) すぎなみ151：すぎなみ151便り「おこまりさん」  
2010年2月・3月・4月大合併号。すぎなみ151。東  
京。2010。  
8) 吉田銀一郎：「障害者区議会」区長への提言より。

- 6326号全国「精神病」者集団ニュース。  
9) 吉田銀一郎：日本DMDクラブ(D・M・D)。す  
ぎなみ社会デザイン塾資料。杉並区教育委員会。2010。  
10) 吉田銀一郎自筆プロフィール。

# The ongoing development of community mental health services in Japan: utilizing strengths and opportunities

Chee Ng, Yutaro Setoya, Asuka Koyama and Tadashi  
Takeshima

**Objective:** *The aim of this study was to identify opportunities for the development of best practice community mental health care models in Japan using key information extracted from the Asia-Pacific Community Mental Health Development Project, site visits conducted on community mental health models, and discussion on service delivery with mental health leaders in government, clinical services and community.*

**Conclusion:** *In terms of hospital-based care, Japan has the highest number of psychiatric beds and highest ratio of beds per capita in the world. Strategies to address the disproportionate balance of mental health service components are clearly needed. While progress and initiatives in community-based mental health services are promising, there are significant challenges facing the mental health system in Japan. There is a need to expand the scope, quantity and distribution of best practice community mental health services in Japan. The available funding and human resource could be further directed to effective and culturally appropriate community-based services. Increased leadership capacity and confidence in the mental health workforce at all levels should be addressed effectively.*

**Key words:** *community psychiatry, Japan, mental health system, models of care.*

## JAPAN'S MENTAL HEALTH SYSTEM

Of about 128 million people in Japan, it has been estimated that over 3 million suffer from mental illness and receive psychiatric care.<sup>1</sup> In 2006, there were 320 308 hospital inpatients with 192 329 patients diagnosed with schizophrenia and related disorders, and 61 027 patients with dementia.<sup>2</sup> The majority of the 362 000 newly admitted inpatients per year were discharged within 12 months;<sup>3</sup> hence, most of the inpatients were long stay patients.

The Mental Hygiene Law enacted in 1950, which required mentally ill persons to receive medical treatment in hospital, ended the previous practice of home confinement in Japan. The current Law Related to Mental Health and Welfare of the Person with Mental Disorder<sup>4</sup> has been revised many times. The new 'Act on Support for Persons with Disabilities',<sup>5</sup> which signifies a milestone for mental health legislation, integrates services for physical, intellectual and mental disabilities. This has implications for funding and resource allocation. Japan currently has a universal healthcare insurance system. Health cost is paid on a pre-determined cost on a fee for service system. In 2006, about 7.7% of the total health budget was spent on mental health.<sup>6</sup>

---

### Chee Ng

Associate Professor and Director, International Unit,  
Department of Psychiatry, University of Melbourne and St  
Vincent's Mental Health, Melbourne, VIC, Australia.

### Yutaro Setoya

Division Chief, Department of Psychiatric Rehabilitation,  
National Institute of Mental Health, National Center of  
Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan.

### Asuka Koyama

Researcher, Department of Mental Health Administration,  
National Institute of Mental Health, National Center of  
Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan.

### Tadashi Takeshima

Director, Department of Mental Health Administration, National  
Institute of Mental Health, National Center of Neurology and  
Psychiatry, Tokyo, Japan.

**Correspondence:** A/Prof Chee Ng, Po Box 2900, Fitzroy 3065,  
VIC, Australia.  
Email: cng@unimelb.edu.au

At present, in terms of hospital care, Japan has the largest number of psychiatric beds and highest ratio of beds per capita in the world. In 2006, Japan had 1668 hospitals with psychiatric units, 352 721 psychiatric beds and a ratio of beds per 1000 populations of 2.8.<sup>3</sup> Out of these hospitals, about 60% were stand-alone psychiatric hospitals and about 80% were privately owned.<sup>2</sup> Although the private sector provides the large majority of mental health services, there is no distinction in clinical practice between the public and private sectors. Hence, the private hospitals which by law are not-for-profit organizations, perform similar roles as public mental health services. There is an increasing number of private psychiatric clinics, with over 2804 in 2006. There are also 1480 psychiatric day care facilities operating under the universal healthcare insurance system.<sup>2</sup> The hospitals are staffed by multidisciplinary staff. Psychiatrists, nurses, psychiatric social workers, and occupational therapists are licensed by the Ministry of Health, Labour and Welfare, and clinical psychologists are licensed by the Japanese Certification Board for Clinical Psychologists. Japan has 9.4 psychiatrists, 59 psychiatric nurses (not all accredited), and 15.7 psychiatric social workers per 100 000 population.<sup>7</sup>

Social rehabilitation facilities are mostly provided by private social welfare corporations, private healthcare corporations, or non-profit organizations (NGOs). There were about 735 vocational facilities (with 15 340 users), 18 welfare factories (488 users) and 504 community life support centres in 2006. Social residential rehabilitation facilities included 320 daily life training facilities with 6731 beds, 243 welfare homes with 3667 beds, and 1542 group homes with 8387 beds.<sup>2</sup>

## COMMUNITY MENTAL HEALTH DEVELOPMENT IN JAPAN

The development of community mental health began in 2002, stemming from a Ministry of Health, Labour and Welfare report called Future Direction of Mental Health and Welfare Policy.<sup>8</sup> The policy fundamentally addressed the shift from hospital-based medical treatment to community centred health care and welfare. The Headquarters for Mental Health and Welfare submitted a mental health policy paper in 2004 called The Reform Vision for Mental Health and Welfare Services, or Reform Vision<sup>9</sup> (Figure 1). The overall aim of the policy is to realize the transition "from institution-based medical treatment to community-based care". To achieve the objectives of the Reform Vision, definitive goals for the next 10 years have been set for public education and reform of the mental healthcare system. This reform process, which aims to reduce the number of hospital beds by 70 000 within the next 10 years, has had a large impact on community mental health.<sup>10</sup> However, many community and hospital service providers are struggling to cope with this major change that represents a significant step towards a community-centred mental health system.

Although previous papers describing the mental health services in Japan have noted many issues and challenges,<sup>11</sup> the recent community mental health developments have not been adequately described. The aim of this paper is to identify strengths and opportunities for the development of best practice community mental healthcare models that may have implications for future mental health policies.

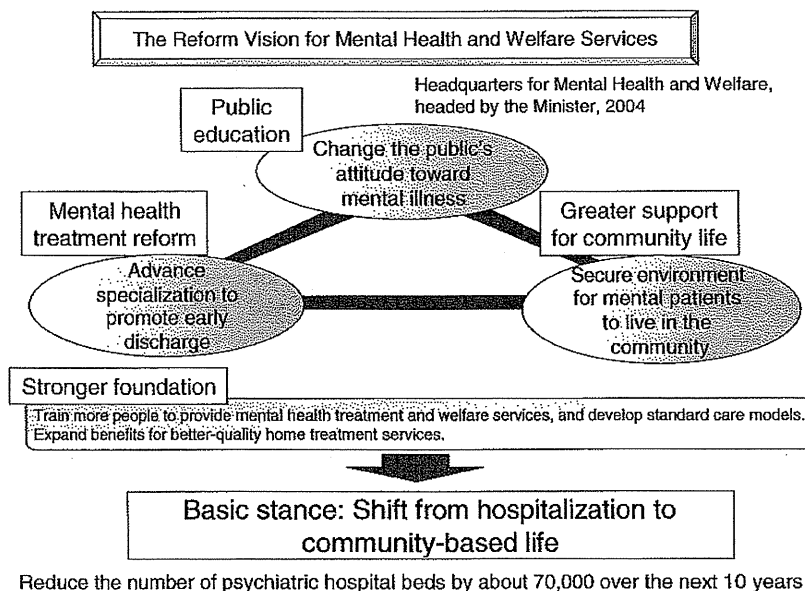


Figure 1: The framework of the Reform Vision for Mental Health and Welfare Services

## METHOD

Fourteen countries/regions participated in the Asia-Pacific Community Mental Health Development (APCMHD) Project which was established to explore the diverse local approaches to community mental health service delivery currently in the region. Organized by Asia-Australia Mental Health (AAMH), the project aimed to illustrate and inspire best practice in community mental health care in the Asia-Pacific region through knowledge exchange, local evidence and practical experience. These best practice models have been documented in the Summary Report of the APCMHD.<sup>12</sup> The main principles and lessons learnt from the consensus and information exchange have been published elsewhere.<sup>13</sup> In this report, key information was extracted from the Japan country report and the best practice examples were derived from the project work conducted by the participants in Japan.

As part of the APCMHD Project, four 'best practices' in community mental health services in Japan were chosen. With the suggestion from the Ministry of Health, Labour and Welfare, the best practice exemplars were chosen from different view points: a consumer-centred service; a service initiated by a hospital; a service initiated by the welfare sector; and a practice with a balance of medical and welfare services. Many other candidates could be included as best practices, but only one practice from each category was selected from expert consensus.

Subsequently in 2008, a 2-week consultancy visit on community mental health care in Japan was organized by the Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry (NCNP) of Japan. The consultant (CN) and the NCNP lead representatives (TT and YS) visited various hospitals, community mental health facilities and programs to gain a deeper understanding of shared principles of best practice that may support future community mental health development in Japan. Furthermore, discussions on community mental health service delivery were held with various key stakeholders including the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japanese Society of Psychiatry and Neurology, Japanese Association of Psychiatric Hospitals, NCNP, private psychiatric facilities, NGOs and mental health professionals. A report on the community mental health development was later submitted to the NCNP which outlined the key successes, gaps and strategies for future development of mental health care.

## KEY FINDINGS

There are a number of notable characteristics of the mental health system in Japan. Users of Japanese mental health services are covered by the universal health and welfare insurance which provides funds on a fee for service basis leaving only a small patient co-insurance or out-of-pocket expense (about 10%). The health and welfare departments of the Japanese health

system are, however, under separate administration; hence, the coordination of services across departments is not easy. Furthermore, more than 80% of the psychiatric services are provided by the private psychiatric sector and only a small percentage by the public sector in Japan; in other countries, for example Australia, the reverse patterns are found.<sup>11</sup> No formal catchment areas exist in Japan and patients can choose to attend any facility or to see any doctor at any time with no difference in the amount of payment. In general, the concept of 'community mental health' is not uniformly understood and has broad interpretations; it ranges from a community hospital, to a hospital-based community service, to a fully integrated community mental health service.

Although psychiatric hospitals in Japan have a number of clinical functions, there remains a propensity to have a high number of long stay chronic beds. This partly stemmed from the Japanese mental health legislation that seemed to emphasize that mentally ill patients have the right to receive medical and hospital treatment. Psychiatrists are the main clinical care providers together with nurses and other allied disciplines within the hospital system. Although community services outside the hospital setting are provided under the mutual effort of public and private sectors, there is limited input from general practitioners, allied health staff, and NGOs to provide support and care for the mentally ill in the community. Overall, the Japanese mental health system appears to be characterized by high bed ratio numbers, low numbers of supportive housing facilities, strong emphasis on physical treatments rather than psychosocial treatments, and relatively low levels of staff working in the community.

As part of the APCMHD Project, the four best practices in community mental health services in Japan chosen were: the unique consumer-run program at the House of Bethel;<sup>14</sup> the development of services in the community by Sawa Hospital;<sup>15,16</sup> the discharge promotion program run by the social welfare cooperation Sudachi-kai;<sup>17</sup> and the comprehensive community care network system in the Obihiro-Tokachi area (Table 1). Similar to other participating countries in the APCMHD Project, these best practice examples of community mental health provide key principles and invaluable lessons on how it is possible to support people with severe mental illnesses in the community and illustrate how the contribution of the consumer, carers and community resources should be identified and recognized.<sup>18</sup> Furthermore, the importance of building a community network and the need for around-the-clock housing and vocational support ought to be considered.

There are a number of strengths that represent good practice in community mental health care within the Japanese mental health system. At the national level, the government is committed in its shift of emphasis from a hospital-based mental health service system to a community-based system. Greater funding incentives have been created for private hospitals to treat acute



**Table 1: Examples of best-practice community mental health models in Japan**

**The House of Bethel** consisting of services, self-help groups, and private firms, was established by a group of consumers. The key activities include consumer-focussed meetings, during which consumers discuss issues that they have faced, use problem-solving techniques to resolve these issues, and record their progress for the future benefit of other consumers.

**The Sawa Private Hospital** in Toyonaka city, Osaka has expanded their community mental health activity since 1986. Many community services with over 100 staff have been developed including group homes, welfare homes, vocational training centre, welfare factory, daycare, occupational therapy, visiting nurse station, and home help service. The hospital has expanded its acute emergency services, and downsized the overall hospital beds by about 100.

**The Flight from the Nest Group** (Sudachi-kai) is a social welfare corporation that delivers a staff and peer-led program in promoting discharge from hospital. It places a strong emphasis on vocational training and housing support to ensure viable community living. This community-based program has discharged over 126 people from hospital since it began.

The comprehensive **community care network in Obihiro-Tokachi area** is seen as a model to develop community network elsewhere in Japan. Access to the network of service providers is via an 'open system', which includes the local council, hospitals, NGOs, and welfare facilities. The development of local mental health resources is focussed on community living and a range of housing that has effectively downsized the psychiatric beds within the area.

mental health care and work with broader social sectors that include education, labour, welfare and legal departments as well as with local residents, users and families. Hence, the community mental health programs have gradually extended the practice of using the medical model to include psychosocial components that provide rehabilitation outside the hospital infrastructure.

Several community-based discharge programs run by NGOs or private facilities have provided vocational rehabilitation program and community living support effectively to patients who are discharged from hospitals. A number of factors have been identified that promote shorter hospital inpatient stays and early discharges of suitably prepared patients into the community (Table 2). However, the broad perception that mentally ill patients could be discharged out of hospital and could live independently in the community is currently not widespread and more positive attitudes of both staff and community need to be fostered.

There is some evidence that private hospitals and outpatient clinics in Japan could develop innovations in community treatment and rehabilitation in a financially viable way. A range of different service components have been provided by several private facilities including acute emergency services, inpatient services, psychotherapy, day and evening care, respite care, activities support centre, sheltered workshops, welfare and vocational training, and supported group housing. Thus, although the roles of the private hospitals have traditionally been limited, they can be broadened to include a full range of psychiatric services from acute to rehabilitation services. These have been provided in a number of cases in an integrated and comprehensive fashion to meet the needs of patients who have been managed successfully in the community. Outreach medical services have been used to monitor and treat patients at home, especially those with poor compli-

patients for shorter hospitalization periods than 90 days. To support early discharge, nursing outreach visits have been provided and community oriented services in private hospitals and clinics have been established. The numbers of psychiatric day care centres and private psychiatric outpatients' clinics have also increased, as has the number of social rehabilitation facilities which currently cater for more than 10 000 users. While the mental health hospitals have been renovated to improve physical amenities, greater functional differentiation of these hospitals has also occurred to provide a comprehensive range of services to meet patients' needs.

During the field visit, the commitment shown by the local mental health leaders and staff was significant. At the local government level, the provincial mental health centres have played a key role to coordinate basic mental health services in the community. They have facilitated the use of the local community resources to provide

**Table 2: Key factors that shorten stay and promote early discharge in mental hospitals**

1. Adequate preparation to live in the community before discharge
2. Engagement with patient and family
3. Coordination between hospital and community services
4. Strong liaison with housing providers in the community
5. Develop good relationship with the stakeholders in community
6. Prompt crisis response from trained staff who are available 24 hours
7. Support patient's confidence through visits from hospital staff after discharge and peer support
8. Empowerment of community activities in mental health
9. Public promotion campaigns to increase patient acceptance

ance. In at least one hospital, it has been shown that treatment provided at home could serve a similar function as a hospital facility, and the use of 'hospital at home' service can be further promoted. Appropriate training of service providers and professionals in providing modern community models of care have also contributed to such change.

## DISCUSSION

The findings of this review show promising initiatives in community-based models of mental health care in Japan. Although the development of community mental health has been focussed on decreasing the number of beds by 70 000, it is important to note that even if this is accomplished, the number of beds in Japan will still be around 280 000, or 2.2 per 1000 population, which is more than double that of other countries. Given the considerable challenges faced by the mental health service system, several areas of improvement could be considered for current and future community mental health service development in Japan. These include both broad systemic approaches as well as local areas of reform.

The existing cost-effective and culturally appropriate models of community services are not widespread and need to be built up over time. An action plan would be necessary to extend the current capacity by scaling up the working models of community care to other facilities throughout the country in incremental steps. It is highly likely that the overall bed occupancy rates will eventually fall with time as a result of funding and social policy re-structuring; hence, psychiatric hospitals need to actively prepare for alternative community-based services in the future by gradually building up practical community models of care.

Comprehensive community and rehabilitation services for newly admitted patients in their early illness phase will aid in preventing the development of disabilities and future chronic patients. In addition, investment in aged care in mental health services, with alternative placement options, is needed given the rapidly ageing population in Japan. Considerations also should be given to practical forms of area-based mental health service responsibility, given the many advantages of better infrastructure linkages and accessibility of services within a given locality. Evaluation plans and monitoring mechanisms for reform process should be implemented with performance indicators used to promote system improvement.

Lessons learned from local best practices in Japan and other countries are useful to inform future reform. To support the mental health reform in psychiatric hospitals, a clear strategy for policy development, funding support, and sustainable service implementation at the local governmental level needs to be provided. This is critical, especially in the integration of medical and social welfare services, to ensure continuity of care for

patients with mental illness. Furthermore, local administrative, professional and community leadership in directing the action plan in reform needs to be strengthened. Several of the practitioners of the best practices were nominated as committee member of a steering committee commenced in 2008 to investigate the future of mental health and welfare. This committee will make a report which is likely to have an impact on the direction of mental health policy in Japan.

Appropriately trained mental health staff is essential to carry out the functions of a comprehensive community mental health care service. Qualified and experienced psychiatric nurses together with allied health staff such as psychologists, social workers and occupational therapists are needed to provide a multi-disciplinary approach to meet the rehabilitation needs of mentally ill patients. Incentives and encouragement for staff to work in the community settings are also required. Broadly speaking, there is a need to build leadership capacity and confidence in the mental health workforce ranging from hospital administrators, psychiatrists, nurses and allied health, community workers, and NGOs to adequately manage patients in the community. Leadership training in community mental health can help to address this need, and programs such as the Leadership in Community Mental Health Training, jointly developed by the Japanese Young Psychiatrists Organization, NCNP and AAMH, have been conducted at major mental health conferences in Japan. Conference presentations of best practice community mental health models have also been delivered and the publication of the country report of APCMHD Project has been disseminated widely.

This brief report has several limitations. The findings are based on qualitative assessment, professional consensus and real world practice. The country report and site visits were conducted for specific purposes rather than to review the whole mental health system in Japan. The intention was to review key community mental health services, and the site visits were highly targeted. As a result, this report does not aim to provide a comprehensive report covering all aspects of mental health services in Japan. There was insufficient opportunity to review other important areas relevant to the mental health service system in Japan. These included the mental health legislation; mental health promotion and suicide prevention programs; graduate and post-graduate training for psychiatrists and allied health staff; medical insurance system; services provided by universities and public general hospitals; services quality and the hospital accreditation system.

## CONCLUSION

Mental health service system reform in Japan cannot be achieved in a single stage but, rather, should be a continuing process to improve the delivery of effective and culturally appropriate services. A policy and

strategy framework is needed for the planning and implementation which can provide directions for the re-development of the mental health system, expansion of community mental health services, re-structuring of mental health funding and stronger partnership between government departments, especially with the social welfare services. Gradual reform that builds on the current strengths and achievements would lead to progressive development of a community-based service system. Increased leadership capacity and confidence in the mental health workforce, including the policy makers, hospital owners, psychiatrists, nurses, allied health staff, community workers and NGOs, should be addressed effectively.

#### ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to acknowledge the following organizations for their assistance in this report: the Mental Health Division, Ministry of Health, Welfare and Labour; National Centre of Neurology and Psychiatry, Japan; the Kanagawa and Hamamatsu mental health centres; Executives of the Japanese Association of Psychiatric Hospital; and the Executives of Japanese Society of Psychiatry and Neurology. CN was sponsored by the Japanese Society for Rehabilitation of Persons with Disability.

#### REFERENCES

1. Ministry of Health, Labour and Welfare. *Annual Report on Government Measures for Persons with Disabilities*. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare Japan, 2007.
2. Ministry of Health, Labour and Welfare. *Report of Mental Health and Welfare*. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare Japan, 2006.
3. Ministry of Health, Labour and Welfare. *Hospital Report*. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare Japan, 2006.
4. Law related to Mental Health and Welfare of the Person with Mental Disorder. Tokyo: Government of Japan, 2000.
5. Act on Support for Persons with Disabilities. Tokyo: Government of Japan, 2005.
6. Ministry of Health, Labour and Welfare. *Estimates of National Medical Care Expenditure*. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare Japan, 2006.
7. World Health Organization. *Atlas Country Profiles on Mental Health Resources*. Geneva: World Health Organization, 2005.
8. Ministry of Health, Labour and Welfare. *Future Direction of Mental Health and Welfare Policy*. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare Japan, 2002.
9. Ministry of Health, Labour and Welfare. *Reform Vision for Mental Health and Welfare Services*. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2004.
10. Yajima T. The grand design for mental health and welfare policy in Japan. *Clinical Psychiatry* 2005; **34**: 983-991.
11. Ito H, Sederer LI. Mental health services reform in Japan. *Harvard Review of Psychiatry* 1999; **7**: 208-215.
12. Asia-Australia Mental Health. *Asia-Pacific Community Mental Health Development Project: Summary Report*. Melbourne: Asia-Australia Mental Health, 2008.
13. Ng CH, Herrman H, Chiu E, Singh B. Community mental health care in the Asia-Pacific region: using current best-practice models to inform future policy. *World Psychiatry* 2009; **8**: 49-55.
14. The house of Bethel, Urakawa. *The House of Bethel's Anti-support Philosophy*. Tokyo: Igkai Shoin, 2002.
15. Sawa Y. Psychiatric rehabilitation in Sawa Hospital as part of hospital treatment: integration of psychiatric treatment and rehabilitation. *The Japanese Bulletin of Social Psychiatry* 2007; **16**: 176-181.
16. Sawa Y. Innovative practice in psychiatric community care in Sawa hospital and Japan. In: Kashima H, Falloon IRH, Mizuno M, Asai M, eds. *Comprehensive Treatment of Schizophrenia*. Tokyo: Springer-Verlag, 2002: 213-221.
17. Sudachi-kai. *Activity Report on Discharge Promotion - Discharge Promotion by Housing Support*. Tokyo: Sudachi-kai, 2006.
18. Ng CH, Goding M, Fraser J. Moving towards best-practice community mental health care in the Asia-Pacific. *Asia-Pacific Psychiatry* 2009; **1**: 38-42.

投  
稿

## 「精神保健福祉資料」に係る電子調査票の開発

河野 稔明, 竹島 正, 小山明日香, 立森 久照, 長沼 洋一

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

**Key Words** 精神保健福祉資料, 630 調査, 電子調査票, 精神科病院, 実態調査

## はじめに

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課では、全国の精神科病院、精神科診療所、障害者自立支援法関連施設・事業所、および都道府県・政令市（以下、自治体という）に対し、精神科医療・福祉サービスや関連事務の状況について毎年6月30日付で調査（以下、630調査という）を行っている。この調査の結果は、「精神保健福祉資料」として刊行しており、わが国の精神保健医療福祉行政に不可欠なモニタリング調査となっている。

630調査は全数調査であり、厚生労働省から依頼を受けた自治体の主管部局が、管轄の調査対象機関に所定の調査票を添付して回答を依頼する。630調査の調査票様式は20数枚（年度により変動）の「個票」からなり、調査対象機関の区分によって回答する個票は異なる。このうち精神科病院（精神病床を有する病院）が回答する個票は半数以上（平成21年度は16枚）に及び、近年の精神保健医療福祉サービスの発展に伴って調査項目は増加している。

調査対象機関が記入した個票は、自治体を通じて厚生労働省に返送される。厚生労働省は分析のため、これを国立精神・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（以下、精神保健計画研究部という）に転送し、同部は個票の枚数の照合や回答状況の管理、また回答確定後にはデータの分析を行う。データ入力および集計作業は業者に委託しているが、回答には例年、記入漏れや矛盾など、多くのエラーが発見される。平成19年度は、精神科病院に限れば、1,642施設中1,189施設（72.4%）の回答に、のべ5,387件のエラーがあった。

エラーについては逆の経路で調査対象機関に照会を行うが、エラーの完全な解消には、通常、厚生労働省と自治体の間で3往復程度の照会・回答を要する。これは結果公表が遅れる大きな原因となっている。厚生労働省の調査依頼から精神保健福祉資料の完成まで、平成17年度は2年2カ月、平成18年度は2年6カ月を要しており、近年では結果の公表が次々年度の後半にずれ込んでいる。このため630調査は、現状を施策に反映させるといふモニタリングの役割を十分に果たせなくなっている。また、エラーの照会に対する回答（訂正）は、当初の回答から時間が経過するほど困難となる。調査対象機関にとって、新年度調査の回答を終えた時期に連絡を受ける過年度調査のエラー照会などは、混乱を招きやすく、負担も大きいと思われる。

精神保健計画研究部では、630調査のこうした問題への対策として、電子調査票の開発を進めてきた。平成17年度の試作品製作後<sup>1)</sup>、改良を行