

精神保健医療従事者の間で関心が高い。

さて、公衆衛生学の重要な概念としてプライマリ・ヘルス・ケア (PHC) とヘルスプロモーションがある<sup>4,6,7)</sup>。1978年、世界140か国以上の代表が世界保健機関とユニセフの呼びかけで集まり、国際会議が開催された。この会議では“西暦2000年までにすべての人に健康を (Health For All)” という目標を定め、そのための世界戦略として、プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) の理念を打ち出した (アルマ・アタ宣言)<sup>7)</sup>。そしてすべての政府に、包括的国家保健システムの一部として PHC に着手し、維持していくことを求めた。

PHCには、実施上の原則として、①住民のニーズに基づくこと、②地域資源の有効活用、③住民参加、④農業、教育、通信、建設・水利等の多分野間の協調と統合、⑤適正技術の使用が示された。また PHC の具体的な活動項目として、①健康教育、②食料確保と適切な栄養、③安全な飲み水と基本的な衛生、④母子保健 (家族計画を含む)、⑤主要な感染症への予防接種、⑥地方風土病への対策、⑦簡単な病気や怪我の治療、⑧必須医薬品の供給が示された。アルマ・アタ宣言以降、各国が PHC に取り組む過程で、女性の健康、障害者の健康、精神保健、歯科保健、麻薬対策、HIV・エイズ、交通事故対策等が、追加の重点項目として掲げられる場合も出てきている<sup>6)</sup>。PHC の考え方は、保健医療サービスを各国の社会経済状況に応じて効率的に提供するシステムの1つとして、地域精神保健サービスの構造にも影響していることに注意する必要がある<sup>8,9)</sup>。

ヘルスプロモーションとは、世界保健機関が1986年のオタワ憲章において提唱した新しい健康戦略であって、“人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス” と定義されている<sup>7)</sup>。すべての人々があらゆる生活舞台—労働・学習・余暇そして愛の場—で健康を享受することのできる公正な社会の創造を戦略の目標としており、①健康な公共政策づくり、②健康を支援する環境づく

り、③地域活動の強化、④個人技術の開発、⑤ヘルスサービスの方向転換の5つを、目標実現のための活動方法に示している。また活動を成功させるためのプロセスとして、①唱道 (advocate)、②投資 (invest)、③能力形成 (build capacity)、④規制と法制定 (regulate and legislate)、⑤パートナー (partner) の5つを示している。ヘルスプロモーションは“健康づくり”としてわが国の公衆衛生行政に登場したが、近年は、住民が平穏に暮らせるようにするため、事故や暴力およびその結果としての外傷や死亡を、部門や職種の垣根を越えた協働による科学的に評価可能な介入により、予防しようとするセーフティプロモーションの考え方も見られるようになってきている<sup>10)</sup>。

すでに述べたとおり、慢性疾患が病気の主流となる疾病構造転換が起こっている。ライフコースアプローチは、慢性疾患等、成人における疾病を、胎児期や幼少期、およびその後の人生をどのような環境で過ごし、どのような軌跡をたどってきたのかという要因で説明しようとする学問であり、低出生体重は虐待のリスクでもあって、リスクの連鎖モデルから被虐待児に見られる精神疾患の増加も予想されるとしている<sup>11)</sup>。

このように公衆衛生の領域では、精神疾患を含む精神保健問題への関心が高まる傾向が続いている。健康障害を起こす危険因子を持つ集団のうち、より高い危険度を有する者に対して、その危険を削減することによって疾病を予防する方法をハイリスクアプローチと呼び、集団全体で危険因子を下げる方法をポピュレーションアプローチと呼ぶが<sup>12)</sup>、公衆衛生学の基本は、特定の間人集団を対象とする科学であることに変わりはない。第一筆者は、かつて公衆衛生学の専門家から、「公衆衛生とは、対象の一定の割合に変化を生じさせる取組の繰り返しである」と聞かされ、賽の河原の石積みに似た息苦しさを感ずる一方で、一種の勇気を得た記憶がある。

### 精神医学における精神保健

精神医学は人間の精神現象を扱う学問であ

る<sup>13)</sup>。精神現象は人間の機能の中で最も高度で複雑なものであって、精神のあり方は、生物的、心理的、社会的な存在様式のもとに成立しており、精神医学はこの3つを包括的に捉えようとする立場にある<sup>14)</sup>。たとえば『標準精神医学』<sup>15)</sup>の総論は、①精神医学とは、②精神機能とその異常、③精神発達、④精神医学的診察と診断、⑤精神科治療学、⑥コンサルテーション・リエゾン精神医学、⑦精神医療と社会で、各論は診断分類をもとにした記述となっており、各項目は、概念、疫学、症状、経過と予後、診断、治療等で構成されている。そして総論の「精神医学とは」には、“異常と正常”、“事例性”が、「精神医療と社会」には“地域精神医療の歴史、概念”が設けられており、精神医学には、心理的のみならず、社会的文脈で語らざるを得ないことが多いことを示している。

諸外国と同様、わが国の精神医学も、臨床医学の一分野であるだけでなく、精神障害者の「医療、リハビリテーション、福祉」の推進に寄与することが求められてきた<sup>16)</sup>。その系譜と実践は、呉皆子(呉秀三夫人)主唱による精神病者慈善救済会の設立(1902)に遡ることができるし、わが国の精神保健活動は精神障害者への差別と偏見との闘いという精神保健運動の性格も持って発展してきた経緯があり、第二次世界大戦後、精神衛生法制定(1950)への働きかけや、日本精神衛生会の設立(1951)等、精神医学を基盤に、精神保健活動は展開されていった<sup>16)</sup>。わが国の精神医療の歴史を大きく転換した精神衛生法(1950)は、私宅監置制度を1年で廃止することとしたため、私宅監置の状態にあった精神障害者の精神病床の需要を顕在化させた。また、向精神薬の導入(昭和30年代)、非営利法人による精神科病院設置の国庫補助(1954)、定員特例(1958)、医療金融公庫の発足(1960)、医療扶助から措置入院への切り替えが促されたこと(1961)等は、精神病床の増加要因として働き<sup>15)</sup>、精神科病床は1955年の約4.4万床から1965年の約17.3万床まで急増した<sup>14)</sup>。精神病床の急増、社会防衛的な考え方と低医療費政策

は、医療荒廃と精神医療に対する激しい内部批判を生み、また精神障害者に対する一般社会の偏見を強め、固定化させていった<sup>15,17,18)</sup>。

1965年の精神衛生法改正は、ライシャワー大使刺傷事件に伴う精神障害者野放し論の横行する中で、保健所を精神衛生行政の第一線機関として位置づけ、精神衛生相談員を配置して訪問指導を含む相談業務を行わせる等、精神保健活動を地域に根付かせる大きな一歩となった<sup>14)</sup>。また都道府県が精神衛生センターを設置できることとして、保健所等の関係諸機関に対する技術援助を行うようにした他、通院医療費公費負担制度を設け、通院医療の普及を図ることとした。このことによって、精神医学を基盤としてきた精神保健は、公衆衛生における精神保健活動と出会い、また精神衛生相談員には社会福祉出身者が含まれていたことから、社会福祉の考え方が精神保健に取り入れられるきっかけとなった。蜂矢は1981年に世界保健機関や上田のモデルをもとに、医療と福祉に分断されがちであった障害対策を、連続的で一貫した対策に変える有効な考え方として「精神障害者試論」を公表した<sup>19)</sup>。蜂矢のモデルはわが国の精神保健福祉施策にも影響を及ぼすこととなったが<sup>17)</sup>、障害構造論は、その後、世界保健機関による環境因子を加えた国際生活機能分類に発展し、障害者自身や家族を含めた「共通言語」として徐々に定着しつつある<sup>20)</sup>。

1987年の精神保健法は、1986年のオタワ憲章のヘルスプロモーションの考え方を踏まえて、国民の精神保健の保持増進を規定した。このことは、統合失調症対策中心に構成されていた精神保健医療福祉施策を、国民一般にある精神保健ニーズへの対応に広げるよう促す役割を果たした。現在、精神医療のニーズは、認知症、うつ病、アルコール等の物質依存、摂食障害、発達障害等の精神疾患や、ひきこもり、自殺等の精神保健上の問題も含めて多様化し、拡大している<sup>13)</sup>。そして精神医学には、公衆衛生や精神保健活動の現場に広く利用できる心理社会的アプローチの開発、アウトリーチサービス、多職種によるサービスが求め

られている。またリカバリーの考え方の普及に見られるように、セルフヘルプグループへの関心も高まっている。このように精神医学/精神医療と精神保健には、より密接な連携が求められるようになってきているが、精神科医療・精神医学の課題については次号で展開されるであろう。

## おわりに

公衆衛生は人口集団を対象としたアプローチから、精神医学は人間の精神現象を扱う医学の一分野として、「医療、リハビリテーション、福祉」に進む。精神医学には社会精神医学の分野があり、わが国では1981年に日本社会精神医学会が誕生した。社会精神医学は、こころの健康問題のなりたちを生物・心理・社会的側面から総合的に分析し、その結果を社会に役立てていく学術分野であって、社会精神医学は、精神医学を基盤としながらも、心理学、社会学、法学、経済学、宗教学など、広範な学術領域とつながりを持ち、①こころの健康と社会のかかわり、②精神障害者の社会的特性、③精神障害者の地域社会におけるあり方、④精神疾患についての社会科学的アプローチ、⑤自殺、虐待、犯罪などの社会病理現象にかかわる精神医学的アプローチ、⑥精神保健活動、に取り組む<sup>21)</sup>。広瀬は社会精神医学を、“社会的な面を他の要素より多く持ち、かつ強調された精神医学の臨床や研究”であると定義する。また、ドイツ精神医学が20世紀半ばに犯した過ちを決して忘れることなく、社会精神医学に従事するものは、どんなに社会を重視する場合でも、個人の人権よりも社会や集団の利益、価値を優先することがあってはならないと説く<sup>22)</sup>。

公衆衛生学と精神医学における精神保健の発展について述べてきたが、そこから見える精神保健

の発展経緯は、まさに両者のへりにある危うさに、精神保健学の発展の可能性が同居していることを示しているように思われる。

## 文 献

- 1) 竹島正：精神保健はどのように定義されてきたか。公衆衛生 74(1)：63-66, 2010
- 2) 柳川洋, 中村好一(編)：公衆衛生マニュアル 2009。南山堂, 2009
- 3) 鈴木庄亮, 久道茂(監修)：シンプル衛生公衆衛生学 2009。南江堂, 2009
- 4) 岡崎勲, 豊嶋英明, 小林廉毅(編)：標準公衆衛生・社会医学第2版。医学書院, 2009
- 5) [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/metrics\\_daly/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/)(最終アクセス 2010/01/29)
- 6) <http://share.or.jp/share/>(最終アクセス 2010/01/29)
- 7) <http://www.jshp.net/index.html>(最終アクセス 2010/01/29)
- 8) <http://www.aamh.edu.au/>(最終アクセス 2010/01/29)
- 9) 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
- 10) <http://www.safetyprom.com/>(最終アクセス 2010/01/29)
- 11) 藤原武男：ライフコースアプローチによる胎児期・幼少期からの成人疾病の予防。保健医療科学 56(2)：90-98, 2007
- 12) 健康日本 21 <http://www.kenkounippon21.gr.jp/index.html>(最終アクセス 2010/01/29)
- 13) 野村総一郎, 樋口輝彦, 尾崎紀夫：標準精神医学第4版。医学書院, 2009
- 14) 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会：精神保健福祉行政のあゆみ。中央法規出版, 2001
- 15) 岡田靖雄：日本精神科医療史。医学書院, 2002
- 16) 日本精神衛生会：日本の精神保健運動の歩み。2002
- 17) 浅野弘毅：精神医療論争史。批評社, 2004
- 18) 広田伊蘇夫：立法百年史。批評社, 2004
- 19) 蜂矢英彦：精神障害者試論—精神科リハビリテーションの現場からの提言。臨床精神医学 10：1653-1661, 1981
- 20) 世界保健機関：国際生活機能分類—国際障害分類改定版。中央法規, 2002
- 21) <http://www.jssp.info/>(最終アクセス 2010/01/29)
- 22) 広瀬徹也：社会精神医学の定義。社会精神医学, pp 16-23, 医学書院, 2009

Course Community Mental Health Nursing (AC-CMHN). The CMHN project has also been kindly supported by HSPP USAID, WHO and ADB-ETESP.

Community Mental Health Nursing (CMHN) training is divided into 3 steps:

- Basic: focuses on caring for the patient and family.
- Intermediate: management of psychosocial problems, training of community leaders to form a cadre of mental health providers, develop village awareness of mental health issues via the Desa Siaga Sehat Jiwa ("Village of Mental Health Alertness") project. To date the community mental health nurses have identified 8016 patients with severe mental health problems, and awareness has been raised in 343 villages.
- Advanced: leadership, advocacy, research, mental health promotion, and case management training.

The successes of the Community Mental Health Nurse Training Program include:

- Increase in resources to provide mental health services in the community.
- Improvement in community services:
  - Many patients received treatment and support for the first time.
  - Families had an opportunity to discuss problems in coping with their family members and to receive support.
  - Enhanced community awareness.
  - Improvement in community members' ability to take care of and refer patients.
  - Improved community cooperation with CMH nurses.
  - Enhanced CMH nurse motivation and satisfaction.
  - A greater percentage of patients received regular medication and supervision in some areas.
  - Prevention of admission to mental hospitals for many patients visited by a CMH nurse.
- Improved resources through collaboration with other stakeholder organisations:
  - Provision of motorbikes for CMH Nurses by NGOs (CBM) to improve access to patients in more remote areas.
  - Funding in some districts for CMHN training at the intermediate level and advanced level covered by USAID.
  - Funding of training for nurses in psychiatric intensive care for the acute units in district hospitals covered by USAID.

The challenges faced in implementation include:

- An inadequate referral system largely due to limited pre-existing services and poor secondary services.
- Problems in access to the Public Health Centre owing to geographical conditions and transportation limitations.
- Limited range of medications.
- Inadequate recording-reporting/monitoring-evaluation in some districts.
- Inadequate allocation of funds for mental health as it is not a mandatory programme.
- An irregular supply of medication in some areas because of inadequate logistical planning.

Future directions include:

- Creating networks of care with local NGOs.
- Involvement of religious and female leaders.
- Maintaining advocacy to ensure that future budgets allow for allocation of finances to community mental health nursing activities.
- Working towards CMHN becoming a compulsory program at the primary care level.

© 2008 Asia-Pacific Community Mental Health Development Project. A full country report can be found at [www.aamh.edu.au](http://www.aamh.edu.au).

## Japan

*Editor:* Tadashi Takeshima, Director, Department of Mental Health Administration Studies, National Institute of Mental Health, National Centre of Neurology and Psychiatry, Japan.

*Sub-Editor:* Yutaro Setoya.

### Japan's Mental Health System

The Japanese government has recently released, in rapid succession, policies, laws and regulations relevant to mental health. This process began in 2002, stemming from a Ministry of Health, Labour and Welfare report called Future Direction of Mental Health and Welfare Policy, which aims to shift from hospital-based medical treatment to community centred health care and welfare.

Japan has one of the highest number of psychiatric beds per capita in the world. 1,379 (83%) of hospitals are privately owned, and 1,086 are stand-alone psychiatric hospitals. Though community mental health services are increasing rapidly, they remain inadequate.

Future directions for expansion of community mental health are:

- Support for consumers to build consumer-centred services;
- Development of more community services especially housing support, vocational rehabilitation and outreach services;
- Dissemination of good quality care management and building close community networks;
- Quality improvement such as staff training, consumer and carer involvement and outcome measurement.

### A Best Practice Example

#### Mitaka, Tokyo — Sudachi-kai

This program is chosen as an example of best practice because community mental health services provided by NGOs in the urban setting is a key issue. However, other practice examples in Japan are no less important.

Based in Mitaka city of Tokyo, Sudachi-kai (Japanese for 'Flight from the Nestgroup') is a social welfare corporation which actively promotes discharge from hospital. Over its 15 years of history, more than 130 long stay inpatients have been discharged. Its housing and vocational facilities are located in Mitaka city (population: 178,000; area: 16.5 km<sup>2</sup>) and Chofu city (population: 21,600; area: 21.5 km<sup>2</sup>). Both cities are located in the centre of Tokyo Metropolis.

Sudachi-kai started in 1992, when there was strong stigma against people with mental disorders who faced much difficulty in housing rental. The first group home was started with cooperation between the landlord, hospital staff and families. With their support, many patients were discharged to group homes and other neighbouring rooms.

Importantly, a sheltered workshop was opened in response to a need for vocational activities during the day. From these facilities, the basic concept of Sudachi-kai as a place for consumers to live, work, and find support from both staff and peers was formed. Their activities were gradually expanded and they currently have eight housing facilities (capacity 61) and three vocational facilities (capacity 90), with about 20 full-time and 20 part-time staff.

From their experience, Sudachi-kai has developed the following model pathway for discharge from hospital:

- First, the staff and peer supporters (past inpatients) of Sudachi-kai deliver talks to inpatients in hospital. The stories the peer consumers tell about their lives outside the hospital convey strong messages to the inpatients, thus motivating them towards discharge from hospital.
- Next they consult with the candidate and their family to make a support plan with them.
- When candidates are motivated, discharge training is provided and they begin attending the vocational facility in the community during the day.
- Next, Sudachi-kai helps the candidate find suitable housing which could be a group home or other rooms. Overnight training using a short stay facility also begins.

- Preparation for discharge takes place, such as a patient managing own medications, money.
- After discharge from hospital, staff (24 hour coverage) and peers support them to live in the community.

Data of 126 patients discharged from hospital with the support of Sudachi-kai is as follows: the average length of hospital stay was 11.5 years and the longest was 42.2 years; 59 patients were in their fifties (46%) when the support started, 39 patients (31%) were in their forties and 17 patients (13%) were in their sixties. 65% were men, and the majority had schizophrenia (88%). Of the 126 patients, 61 (48%) were discharged to group homes, 48 (38%) to affiliated rooms rented by Sudachi-kai, 10 (8%) to private rooms and 7 (6%) went to other residential facilities. Of the discharged patients, 85 (68%) utilised Sudachi-kai's services, 12 (13%) terminated their use of services due to moving to other rooms or facilities, 10 (8%) had a hospital admission, 11 (9%) were deceased and 3 (2%) discontinued use of the services. The Sudachi-kai program has shown that many inpatients can be discharged and successfully live in the community if there is continuous support and a place to stay available on a 24 hour basis.



Y. A. (Japan), b. 1969, No title, oil on masonite, 45 x 38 cm.

Notes accompanying the artwork: The artist learned to paint from another artist during group work for patients with mental illness at a public health centre. He doesn't like to leave indoors, so his work is mainly of people and landscapes as seen through windows.

A non-exclusive copyright license to publish this image has been obtained from the artist or his family. Reproduction of this image cannot take place without written permission from Asia-Australia Mental Health.

© 2008 Asia-Pacific Community Mental Health Development Project. A full country report can be found at [www.aamh.edu.au](http://www.aamh.edu.au).

## Korea

*Editor:* Tae-Yeon Hwang, Director, WHO Collaborating Centre Yongin Hospital and Head, Mental Health Division, Korean Neuropsychiatric Association. *Sub-Editor:* Dong Hyeon Kim.

### *Korea's Mental Health System*

Strategic collaboration between the public and private sectors has involved public sector funding and professional human resources and community mental health programs from the private sector. Since 1995, 151 community mental health centres, 170 rehabilitation centres and 56 long-term residential facilities have been established. Community Mental Health Centres provide counselling, home visits, case management, psycho-education, vocational rehabilitation and mental health promotion activities. Rehabilitation services are also provided by the private or nongovernment sector. Funding for community care is increasing and community care is planned to increase tenfold over the next decade. Vocational rehabilitation programs including sheltered workshops and supported employment are also increasing, with support from the Korea Employment Promotion Agency for the Disabled.

Despite the growth in community-based mental health services in Korea, large-scale deinstitutionalisation is not yet in sight. Under the present circumstances, private mental hospitals and asylums are unlikely to discharge patients into community-based services, to shorten the average length of patients' stay or voluntarily decrease the number of beds. It is very important that the government declare its intentions to support the development of community-based mental health programs by presenting a long-term plan for deinstitutionalisation.

### *A Best Practice Example*

#### *Seoul Metropolitan Mental Health Centre from Gangnam Community Mental Health Centre*

The first community mental health centre was established in the southern area of Seoul in 1995. Through a contract between the Seoul Department of Health and Seoul Municipal Mental Hospital in Yongin Mental Hospital, the Seoul city government provided funding to establish the Gangnam Community Mental Health Centre (CMHC) and Yongin mental hospital sent trained staff, including a psychiatrist, nurses and a social worker. The Centre was located in an area where the City of Seoul had constructed apartment complexes for rental to poor citizens. The

mental health problems of this population were great compared to other parts of the city. The Centre assessed the mental health needs of chronically mentally-ill people and their families and started psychosocial rehabilitation services and home-visiting programs for alcohol-dependent patients isolated from the community.

Seoul City also increased funding for other CMHCs and, by 1998, there were seven CMHCs with each area providing 'semi-metropolitan' mental health services. Located in the Public Health Centre, these CMHCs provided primary mental health services, established psychosocial rehabilitation services for the chronically mentally-ill population, mental health promotion for the general population and gradually increased services for children, adolescents and old people. These CMHCs were funded by the local district and Seoul City and operated autonomously in each local district. As a result, there was a need to develop a system to coordinate and integrate the operation of these CMHCs. The mental health planning committee and city government officials discussed the metropolitan mental health service system in order to expand the community mental health services to other districts of the city.

Seoul City commissioned the Gangnam CMHC to develop a centralised data gathering and management system, and evaluation was conducted through the Mental Health Information System (MHIS) to examine mental health outcomes separately from general services to the local community.

In response to the increasing demands on the metropolitan mental health centre, which was responsible for supporting and coordinating all the CMHCs and the development of new mental health policies and programs, Seoul City established the Seoul Metropolitan Mental Health Centre (SMMHC) in the downtown area in 2004. Staff from the Gangnam CMHC moved to this metropolitan mental health centre and commenced service provision.

In 2004, a Taskforce Team established the Seoul Mental Health 2020 Project, so that the City of Seoul could develop mental health services to meet future needs. The goals of the Seoul Mental Health 2020 Project are to:

- Analyse the present state of Seoul Mental Health Services and predict demand for future resources and infrastructure;
- Establish the Metropolitan Mental Health Centre to facilitate deinstitutionalisation and crisis management systems;
- Establish an organisation to support the development of policy and research.

第1日 (2008年10月24日) 午後

## 精神科病院の機能分化と地域連携

■座長：藤田健三 (岡山県・岡山県精神保健福祉センター・医師), 長安正純 (岡山県・川崎医療福祉大学・作業療法士)

シンポジウム②A1-4-1

### 地域精神保健の現実戦略

～マクロデータをもとに～

竹島 正\*1 立森久照\*1 小山明日香\*1 長沼洋一\*1 河野稔明\*1

key words : 精神保健医療福祉の改革, コミュニティ・メンタルヘルス

\*1東京都・国立精神・神経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〕

#### はじめに

本日、私は「地域精神保健の現実戦略～マクロデータをもとに」ということでお話しさせていただきます。お話しする内容は、精神保健研究所精神保健計画部に所属する研究者らの成果を私がまとめたものですので、共同研究者として氏名を併記させていただきました。

本日の構成として、まず「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を簡潔に説明します。関連して「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」がありますが、これについては本シンポジウムの第2席でご発表になる長尾卓夫氏のお話と重複しないように趣旨のみを説明します。

そして「精神科病院の動向」を提示しますが、これは精神保健研究所でデータをまとめたものです。加えて、私たちの部門の行った2つの研究と、「国民意識の実態」を把握するために実施した調査の結果を簡潔に紹介したいと思います。

なお、2008年1月、オーストラリアよりメルボルン大学のチャー・ヤン准教授が日本に来てくださり、「日本の地域精神保健に関する訪問調査」という報告書を作成していただきましたので、最後にそ

の大事な部分をご紹介します。本発表をまとめたいと思います。

#### I. 精神保健医療福祉の改革ビジョンとその後のあり方等検討会

まず「精神保健医療福祉の改革ビジョン」ですが、すでにご存知の通り2004年に公表され、①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化という3つの取り組みを進めて、入院医療中心から地域生活中心へということ、今後の10年間を進めていこうというものです。現在は2004年から数えると5年目に入っているわけですが、診療報酬の改定等を考えると、2006年を開始の年と考えてよいと思っております。

さて、現在行われている「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」ですが、この検討会の目的は改革ビジョンの第1期 (前半5年間) における改革の成果を評価すること、および2009年9月に始まる第2期 (後半5年間) における施策群を定めることです。検討事項としては、「地域生活支援体制の充実」「精神保健医療体系の再構築」「精神疾患に関する理解の深化」ということですが、これらは「改革ビジョン」の3つの課題となっています。

なお、検討事項の優先順位については、

障害者自立支援法の改正のための検討を急ぐことから「地域生活支援体制の充実」の検討が一番先にあげられています。

#### II. 精神科病院の動向

「精神科病院の動向」について、①精神病床数、②専門病床数、③従事者1人当たり患者数、④在院患者数の4つのデータを示しております。

まず、精神病床数について見ると、昭和30年代を中心とした病床数の急増期に始まり、緩やかな増加期を経過して、現在は緩やかな減少期に入ってきています。

専門病床については、急性期が増加し、一方では療養病床が大きく増加しています。また、従事者1人当たり患者数は、国家資格化された精神保健福祉士や作業療法士では減少が目立っています。また、国家資格になっていない臨床心理技術者も最近では1人当たり患者数は少なくなってきたり、緩やかに配置が進んでいるようです。

在院患者数については緩やかな減少傾向にあります。なお、在院患者数を年齢別に見ると65歳以上の割合が43%程度になっています。これは過疎地の市町村をしのぐ割合であると思えます。在院患者の診断別の構成では統合失調症が徐々に減少し、認知症等の器質性精神障害が増えています。患者の在院期間別では、「5年以上」特に「10年以上」の長期在院が減少していますが、「1年以上5年未満」については横ばい傾向です。全体的に見ますと、在院患者の約3分の1で、入院してからの期間が「1年未満」なのは近年変わりません。

次に「新入院患者の動態」について、新入院患者数は毎年増加していますが、1年後も入院している患者の割合は減少してきています。社会復帰施設も含めて入院1年以内に地域に退院する方の割合は73%くらいであり、横ばいです。

平均残存率は、徐々に減少してきました。2006年度の調査結果では少し増加していますが、全体としては、新入院患者は早期退院の方向に進んでいます。退院患者数も、新入院患者数と同様に増加しています。在院期間が1年以上の場合の退院率はおおむね横ばいですが、2006年度の調査結果では、少し増加しています。

外来関係の動向ですが、外来患者数、訪問看護の実施件数、精神科デイ・ケア等の実施施設、精神科デイ・ケア等の実利用者数は増加しています。

以上、ここまでご紹介した調査結果をまとめると、精神病床数は徐々に減少し、機能分化の方向には進んでいます。一方、在院患者は徐々に減少していますが、高齢化が急速に進展しています。新入院患者数・退院患者数はともに増加していますが、新入院患者は早期退院の傾向にあります。入院してから1年以上の患者の退院者数についてはあまり増加していません。そして外来関係については、外来患者数とともに、精神科デイ・ケア等の実利用者数、訪問看護件数が増加しています。

### III. 精神科病院の動向の分析

ここからは、精神保健計画部の研究成果に基づいて、お話ししたいと思います。精神科デイ・ケアや訪問看護を実施している病院の特徴としては、指定病院が多く、また、精神療養病床等を持っている病院が多いことがわかりました。さらに統合失調症や気分障害を中心に、相対的に年齢の低い患者が多く、平均残存率が低いこと、入院3カ月後から12カ月後の退院率が高いことがわかりました。

次に、各都道府県の1年未満在院患者群の退院に関連する要因を検討しました。その結果、精神科療養病床が占める割合が低い県、病院に勤務するコメディカルスタッフの割合が少ない県、および九州地方では、平均残存率が高いことがわかりました。すなわち、平均残存率を評価する際には、専門病床の機能分化の割合や、程度を含めた精神科医療の実態、コメディカルスタッフの多寡を考慮する必要があります。

さて、「国民意識」についてですが、現時点における実態を把握するため、私たちは「こころからだの健康について

の国民意識の実態に関する調査」を実施しました。この調査で、ビネット（事例）を示して、「何の問題とと思うか」という質問をしたところ、統合失調症では4.8%、大うつ病では58.6%、広汎性発達障害では60.0%、アルコール依存症では85.0%、糖尿病では87.5%が正しく回答しました。

このうち統合失調症における調査結果が他と比較して著しく低かったのは、精神分裂病からの呼称変更（2002年）の影響についても考慮する必要がありますが、国民の意識の深化に向けて何に取り組むべきなのか、考えさせられる結果でした。

精神障害者の自立支援のための「住居の確保」の研究ですが、一般賃貸住宅の利用のための工夫について聞き取り調査したところ、すでにさまざまな実践例のあることがわかりました。また、住居の確保に併せて、精神科デイ・ケア、訪問看護などが活用され、地域生活の継続に役立っていました。実際の取り組み事例の自律性を尊重しながら、そのような地域サービスの活用を支援し、生活に役立っていく視点が必要と考えられました。

### IV. 精神保健システムの比較から

そろそろ「まとめ」に入ります。「精神科医療の機能分化に伴う地域医療の充実」、すなわち「コミュニティ・メンタルヘルス（地域精神医療）の充実」ということが、本日のシンポジウムのテーマであろうと思いますが、2008年1月に、メルボルン大学からチャー・ヤン准教授をお迎えして、2週間という限られた日程ではありましたが、さまざまな地域の活動、日本精神神経学会や日本精神科病院協会等の訪問調査をしていただき、コミュニティ・メンタルヘルスを発展させるために、現状の日本にはどのような強みと可能性があるのか、レポートとしてまとめてもらいました。私は、このレポートは、日本におけるコミュニティ・メンタルヘルスの発展に向けて非常に大切なものと思っております。

レポートには、日本とオーストラリアの精神保健システムを比較した一覧表が掲載されています。その中に「病院の役割」という項目があり、そこに「日本の病院は、多様な役割を果たし、長期在院

の慢性患者のケアも行っている。オーストラリアの病院では、短期間の急性期向けの病床が多く、機能分化されている」と警戒されています。

また、日本の医療には、一般医（GP）がゲートキーパーの役割を果たすというキャッチメント・エリアの設定はなく、国民皆保険のフリーアクセスという特徴のあることが紹介されています。このような日本のシステムの長所を活かしながら、かつサービスの切れ目をつくらないようにするには、ケアマネジメントのしきりめをゆるめ込んでいくことが必要であろうと思います。

メルボルン大学のチャー・ヤン准教授のレポートには、3つの大きな内容が含まれています。そこに書かれている大切なことを、ぜひこの場で読んで確認しておきたいと思います。

① 病院の機能分化の定義を明確にして発展させるべきです。すなわち、救急ケア、急性期医療、入院時のリハビリテーション、地域でのリハビリテーション、慢性患者の居場所の確保などです。機能を明確にすることが、既存の病院を新たな方向に導き、分権化させ、多機能の施設へと変化させます。

② 地域精神保健プログラムが持続可能であることは、最も重要です。病院と地域のサービスには、利用者がさまざまな地域資源につながり、ケアパスウェイのどこかに過剰な負荷がかかることを避けるように、適切な出口を設ける戦略が必要です。

③ 入院患者の高齢化、認知症患者の割合の増加、介護者の高齢化については、すべて国としての総合的対策が必要であって、精神医療だけの問題ではありません。この間、急速な病棟の閉鎖は不適切であって、精神保健サービスにおける高齢者に対する退院と居住の確保に明確なケアパスウェイを発展させることは喫緊の課題です。

### まとめ

今後の精神科医療の変化のイメージを図に示しました（図1）。現状では長期在院が7割ですが、これが将来的には減少してくると思われれます。その中で、多様な住居とケアマネジメントのセットの部分が大きくなっていき、さらにそこが

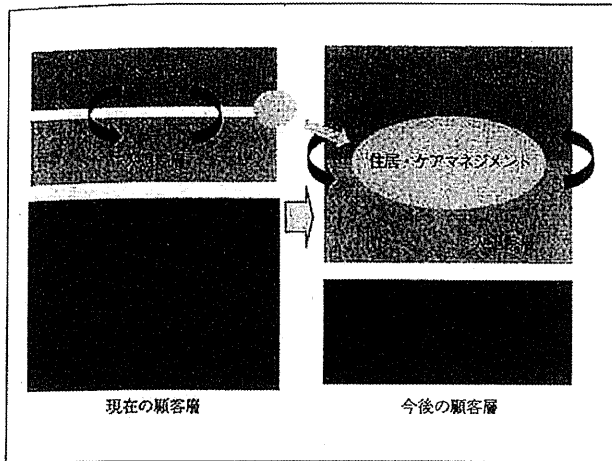


図1 精神科医療の変化

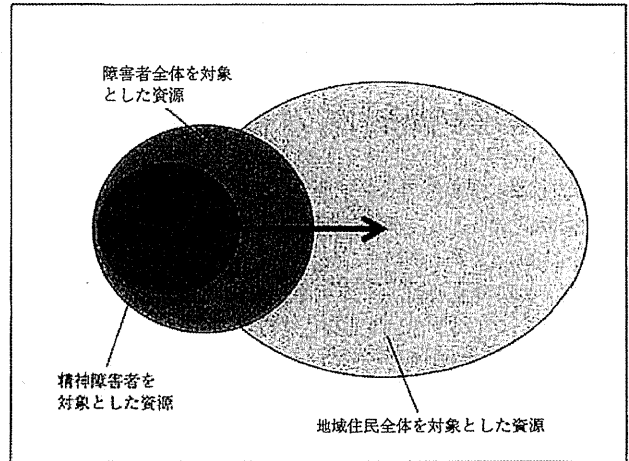


図2 精神保健医療の方向

精神科デイ・ケアや訪問看護等の支援を受けつつ、より大きな部分になってくることが期待されます。

ところで私は「自殺予防総合対策センター」の業務にも携わっておりますので、その観点から一つ述べさせていただきます。日本病院・地域精神医学会は、地域における精神障害者のためのサービスの充実、本人の自律性を尊重する、満足度の高いサービスの提供という視点を持っています。しかし、私はそれらの観点だけでは、これからの精神保健サービスは不十分と考えています。つまり、地域に暮らす人々に必要とされるサービスを実施していくこと、そのことが結果として、この学会の目的とすることの達成にも役立っていくと考えます。そのイメージをまとめて、図示しました(図2)。

精神障害者を対象とした社会資源は徐々に充実してきました。精神保健医療福祉サービスは、地域社会の中に統合されていくと思いますが、私はその方法とプロセスをよく考えていく必要があると思います。

最後に一つ皆様へのお願いになりますが、私は全国精神保健福祉連絡協会の事務局の仕事をしていて、その中で「精神障害者の芸術作品の発掘・調査と普及啓発への活用のための研究」を行っております。この学会の皆様にも、ぜひこの研究にご協力いただきたいと思います。以上で私の発表を終わります。ご清聴有難うございました。

引用・参考文献

竹島正 (2007). 自立支援と居住施設. 日精

協誌. 26: 203-207.

長沼洋一, 立森久照, 小山明日香, 竹島正 (2008). 精神科病院における精神科デイケア等の実施状況と患者の退院状況の関連. 日本社会精神医学会雑誌. 17: 3-10.

小山明日香, 小山智典, 立森久照, 野田寿恵, 竹島正 (2008). 各都道府県の1年未満在院患者群の退院に関する指標「平均残存率」に関連する要因の検討. 日本社会精神医学会雑誌. 17: 159-67.

「かえる・かわる」精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ, <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html> (最終アクセス2009/09/07).

Chee Ng: STUDY VISIT ON COMMUNITY MENTAL HEALTH IN JAPAN, <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/japancommunityreport.pdf> (最終アクセス2009/09/07).



2009年11月30日発行



特集 自殺対策と精神保健医療福祉

## 総論：自殺対策と精神保健医療福祉

竹島 正 松本俊彦 立森久照

精リハ誌, 13(2); 126-130, 2009

---

精神障害とリハビリテーション

第13巻第2号 (通巻第26号)

## 総論：自殺対策と精神保健医療福祉

竹島 正<sup>1)</sup> 松本俊彦<sup>2)</sup> 立森久照<sup>3)</sup>

精リハ誌, 13 (2); 126-130, 2009



## word

索引用語：自殺予防, 精神保健医療福祉, 自殺対策基本法, 自殺総合対策大綱, 精神保健医療福祉の改革ビジョン

**Key words** : suicide prevention, mental health, Basic Act on Suicide Countermeasures, Comprehensive Suicide Prevention Initiative, Reform Vision for Mental Health and Welfare Services

## □ I はじめに □

死因は、「ふつうの死」(疾病, 老衰等の病死および自然死)と「外因死」(明らかな事故・災害・過失による不慮の外因死, 自他殺または不詳の外因死)の2者に大別される。自殺は「外因死」の中の「自他殺または不詳の外因死」であって, 死者自身の故意の行為に基づく死を言う<sup>10)</sup>。

ここで故意の行為とは, 自殺した人が, その自由意志によって死を選択したことを意味するものではない。WHO(世界保健機関)は, 最後の行為に至る段階では自殺者の9割以上が精神疾患の状態であったと報告している。また自殺のストレス-素因モデルは, 自殺行動が, 素因(絶望感,

衝動性または攻撃性)とストレス(精神疾患, 心理社会的危機)の交錯する中で発生することを示している<sup>15)</sup>。これらのことは, 自殺が何らかの追い詰められた状態, すなわち自由意志の発露とは言えない状態で起こっていることを示すものと考えられる。このほか, うつ病, アルコール依存症または統合失調症を有する人の生涯自殺リスクは, 精神疾患と自殺に密接な関係があることを示しているが<sup>16)</sup>, 自殺は, 精神疾患を有する人にとって致命的な合併症の一つと言ってもよいかもしれない。

本稿では, わが国の自殺対策の経緯において, 精神保健医療福祉がどのように位置づけられてきたかを概観する。そして, 自殺対策のモデルについて述べた上で, 精神保健医療福祉の分野に自殺対策を取り入れる視点を示す。

## □ II わが国の自殺対策の経緯と精神保健医療福祉の位置づけ □

1998年の自殺死亡急増後の自殺対策の経緯は, 厚生労働省中心の時期(1998~2005年), 政府全体の取り組みに広がる転換期(2005~2006年), 自殺対策基本法以後(2006年~)の三つに区分できる<sup>1, 14)</sup>。

General remarks : Suicide prevention and mental health

- 1) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部/国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター, Tadashi Takeshima : Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry / The Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center for Neurology and Psychiatry
- 2) 国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター, Toshihiko Matsumoto : The Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center for Neurology and Psychiatry
- 3) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部, Hisateru Tachimori : Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

### 1. 厚生労働省中心の時期

2000年に「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」の各論である「休養・こころの健康づくり」に「自殺者の減少」が数値目標として示され、健康づくり、すなわちヘルスプロモーションの中に自殺予防が位置づけられた。2001年度からは自殺防止対策事業が予算化され、それをもとに自殺防止対策有識者懇談会（以下、有識者懇談会）が設置された。有識者懇談会は、2002年12月に報告書「自殺予防に向けての提言」を公表したが、この報告書には、自殺の危険性（リスク）が高い人を早期に発見し、危機介入するという取り組み（ハイリスクアプローチ）が重要であるとして、うつ病等への対策の充実に取り組むという考え方が示された。この報告書をもとに、2003年度には「地域におけるうつ対策検討会」を設置し、「うつ対策推進方策マニュアル」「うつ対応マニュアル」がまとめられた。

### 2. 政府全体の取り組みに広がる転換期

自殺者数が3万人を超す状態がなおも続いたことから、参議院厚生労働委員会は2005年7月に「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」（以下、参議院決議）を行った。参議院決議は、自殺を“自殺する個人”の問題だけに帰すことなく、“自殺する個人を取り巻く社会”に関わる問題として、政府に関係府省が一体となって自殺対策に取り組むことを求めた。これを受けて政府は、2005年9月に自殺対策関係省庁連絡会議を発足させ、12月には、各省庁が行うこと、目標および今後の推進スケジュール等をまとめた「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」（以下、関係省庁連絡会議報告）を公表した。関係省庁連絡会議報告によって、自殺予防総合対策センターは、国立精神・神経センター精神保健研究所に設置されることとなった。

### 3. 自殺対策基本法以後

国会において、参議院内閣委員長から提出された自殺対策基本法が、参議院、衆議院の審議を経て2006年6月に公布、10月に施行された。自殺対策基本法はわが国の自殺対策の経緯を反映した内容の法律となっており、UN（国際連合）による「自殺予防：国家戦略の作成と実施のためのガ

イドライン」の内容も取り入れられている<sup>14)</sup>。そして自殺対策基本法をもとに、政府が推進すべき自殺対策の指針である自殺総合対策大綱（以下、大綱）が策定され、2007年6月に閣議決定された。

大綱は、自殺対策の基本的考え方、世代別の自殺の特徴と自殺対策の方向、自殺対策の数値目標等のほか、当面の重点施策群九つを挙げた。精神保健医療福祉は、このうち“心の健康づくりを進める”、“適切な精神医療を受けられるようにする”、“自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ”の三つはもちろん、九つの重点施策群すべてに関連する項目を持つが、精神保健医療福祉の従事者には、自殺対策にどのように参画すべきか、戸惑いがあったと思われる。

しかしその戸惑いも、大綱が2008年10月に一部改正され、“適切な精神医療を受けられるようにする”の新たな項目として「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」が取り上げられたことによって薄らぎつつある。なぜなら、大綱のハイリスク者対策の内容は、(1)うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症等について、調査研究を推進するとともに、継続的に治療・援助を行うための体制の整備、自助活動に対する支援等を行うことと、(2)思春期・青年期において精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者について、救急医療機関、精神保健福祉センター、保健所、教育機関等を含めた連携体制の構築により適切な医療機関や相談機関を利用できるよう支援する等、精神疾患の早期発見、早期介入のための取り組みを推進することであって、精神保健医療福祉にとって馴染みのある内容だからである。大綱の改正によって、精神保健医療福祉従事者が日常の業務に丁寧に取り組むことは、すなわち、自殺対策の重要な一部であることが明確になった。

#### 1) 自殺対策のモデル変化と精神保健医療福祉

自殺予防のアプローチとしては、メディカルモデル（自殺の危険性の高い人に個人的に働きかけ、自殺の背景に存在する精神障害を治療する）とコミュニティモデル（地域社会の問題解決能力を高める。広く一般を対象としたものから対象を絞ったもの、社会全体を対象とするものから問題

をかかえる小集団を対象とするものがある)の二つがある<sup>1,13)</sup>。WHO(世界保健機関)は、世界自殺予防戦略(SUPRE)の中で、“自殺予防のためには、健康関連領域外からの介入も必要なことは明らかであり、健康関連領域とそれ以外の両者による革新的、包括的な多領域からのアプローチが必要である”と述べている<sup>15)</sup>。自殺予防のアプローチは、それぞれの国や地域の自殺の実態、利用できる資源、また社会文化的・歴史的な文脈等によって異なる<sup>13)</sup>。しかし自殺リスクの高い人が、自殺の危険因子を多く抱えた状態、その結果としてきわめて不安定な状態にあるとするならば、介入や支援によって、自殺の危険因子を減少させること、保護因子を増やすことは自殺対策の基本である。そして、自殺の危険因子を多く抱えた人を生み出しやすい社会であるとしたら、そのような社会をよりよい社会に変えていこうとすること(世直し)も自殺対策と言ってよい。精神保健医療福祉の自殺対策は、目の前にある人あるいは集団の自殺の危険因子を減少させ、保護因子を増やすアプローチであるが、社会の制度・慣行が自殺を生み出している可能性に気づかれた場合は、科学的な研究の成果を社会に発信することによって、その改善に働きかけていくことになる。

平成20年「自殺の概要資料」によると、平成20年中の自殺による死亡者数は32,249人で、職業別では「無職者」が18,279人(56.7%)でもっとも多く、次いで「被雇用者・勤め人」8,997人(27.9%)、「自営業・家族従事者」3,206人(9.9%)、「学生・生徒等」972人(3.0%)の順となっている。無職者の割合が高い背景には、無職者には精神疾患を有する人が多い等、関連する要因が複雑であることを考慮する必要がある。また、原因・動機が明らかなもの23,490人のうち、その原因・動機が、「健康問題」にあるものが15,153人(64.5%)でもっとも多く、次いで「経済・生活問題」7,404人(31.5%)、「家庭問題」3,912人(16.7%)、「勤務問題」2,412人(10.3%)の順となっている。警察庁の統計は、検視等の警察活動の結果、自殺とされたものが対象になり、自殺の原因に関しては、遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を三つまで計上可能とした

ものであるが、この結果からは、自殺は、精神疾患を含む健康問題、経済・生活問題、家庭問題、勤務問題等が複雑に入り組んで発生することが予想される。また精神疾患が同定されない場合も、広義の精神保健の問題が推測される事例もある<sup>5)</sup>。

さて今日の精神保健医療福祉の現場では、「社会的ひきこもり」の相談事例が増加しているが、この中には自殺関連行動を示す者も少なくない<sup>14)</sup>。精神保健医療福祉においては、今日の精神疾患の病態の変化に応じて、自殺リスクが高く、かつ対人関係上の困難を抱えた事例への対応が求められるようになってきている<sup>11)</sup>。精神保健医療福祉サービスを、現実のニーズに合わせて更新していくことも、また自殺対策の重要な局面であろう。

## 2) 自殺対策とアルコール依存症

自殺予防総合対策センターでは、全日本断酒連盟の協力を得て、断酒会員を対象に自殺関連行動の実態を把握するための調査を行った<sup>8)</sup>。調査票は5,422部が配布され、4,625部が回収された(回収率85.3%)。この調査で回答者自身の自殺関連行動の経験について尋ねたところ、本気で死にたいと考えたことがある者は40.6%で、そのうちの66.4%が「断酒会につながる前」、23.6%が「断酒会につながる前と後の両方」であった。また、本気で死にたいと考えて自殺の計画をたてたことがある者は23.1%で、そのうちの70.5%が「断酒会につながる前」、19.9%が「断酒会につながる前と後の両方」であった。さらに、実際に行動を起こしたことがある者は20.1%で、そのうちの73.7%が「断酒会につながる前」、14.1%が「断酒会につながる前と後の両方」であった。この結果から、一般国民と比較して、断酒会員の自殺念慮を含む自殺関連行動の経験率は著しく高く、特に断酒会に入会する前が高いことがわかった。この結果は、断酒会入会者と同等またはそれ以上に自殺のリスクのある人が、断酒会等の自助グループにつながらなかった場合、自殺の危険が高いことを推測させるものである。自殺対策においてハイリスク者対策はきわめて重要であるが、特に自殺リスクの高い人たちの行動に着目することは自殺対策を有効に進める鍵であり、アルコール問題は、少なくとも飲酒人口の多い男性中高年の自殺予防

を進める上では、重要な介入ポイントと言っ  
てよいと思う。アルコール依存症は、問題飲  
酒が顕在化した段階において、アルコール依  
存症という精神疾患、家庭問題、経済・生  
活問題等、自殺の危険因子を併せ持った状  
態である可能性が高く、これらに同時に介  
入して、本人および家族の自殺リスクを低  
減できるという特色がある<sup>2</sup>。わが国の精  
神保健医療福祉施策は、統合失調症を有す  
る人を主たる対象として発展してきたため、  
アルコール依存症等の精神作用物質による  
精神および行動の障害を有する人を対象に  
した施策の発展が遅れてきたが、大綱の改  
正に「うつ病以外の精神疾患等によるハイ  
リスク者対策の推進」が取り上げられたこ  
とを契機に、アルコール依存症等の物質依  
存を有する人の治療と回復支援を、精神  
保健医療福祉の領域に普及することが望ま  
れる。

### 3) 地域移行と自殺対策

わが国の精神保健医療福祉は、長い間、  
入院処遇を中心に進められてきており、入  
院医療体制の急性期への重点化や、地域に  
おける生活を支えるために必要な医療、  
福祉等の支援を提供する体制の整備は不  
十分なままであった。こうした背景を踏  
まえて、2004年9月に厚生労働省は「精  
神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下、  
改革ビジョン)をもとに、「入院医療中心  
から地域生活中心へ」という基本理念に基  
づき、「国民意識の変革」、「精神医療の  
改革」、「地域生活支援の強化」を3本  
柱に、障害者自立支援法の制定や診療報酬  
改定等の施策を展開してきた。改革ビジ  
ョンは、おおむね10年間の精神保健医療  
福祉の見直しに関する具体的方向性を明  
らかにしたもので、2009年9月に中間  
点を迎え、後期5カ年の重点施策群を示  
す報告書「精神保健医療福祉の更なる改  
革に向けて」が策定されたところである<sup>9)</sup>。  
この中では、未受診者や受診中断者が強  
制入院を要する状態に至らないよう、訪  
問診療を含む支援体制を強化することや、  
精神科訪問看護等の在宅医療の充実を図  
ること等によって、症状が不安定であり、  
多様な生活支援を要する人に対応でき  
るよう、訪問診療、訪問看護等の在宅医  
療の充実を図ることが挙げられている。こ  
れらは自殺予防にもきわめて重要な施策  
になるであろうことは強調してよい。

### 4) 精神保健医療福祉の社会的位置づけと自殺対策

英国では1950年代から脱施設化と地域  
精神医療への転換が進められてきた。英  
国の保健医療システムにおいて、地域精  
神保健医療の提供はNHS(国民保健サ  
ービス)を基盤とするが、その活動は低  
医療費政策や制度改革による混乱等で  
低迷し、医療の質は低下、地域精神保  
健医療の発展も阻害されていた。1997  
年に誕生したブレア政権は医療改革を掲  
げてNHS改革に着手し、1999年に「わ  
れわれの国をもっと健康に(‘Our  
Healthier Nation’)」という国家計画  
のもとで、NHSの改革のためにNSF(ナ  
ショナル・サービス・フレームワーク)を  
設定してサービスの充実を図った。NSF  
の対象となる疾患としては最初に冠動脈  
心臓疾患とともに精神疾患が選ばれた  
が、その背景には政策優先順位を決める  
指標としてDALYs(Disability-adjusted  
life years: 障害調整生命年)が採用さ  
れたことがある。1999年には精神保健  
NSFが策定され、七つの全国基準(精神  
的健康の増進、プライマリー精神保健ケ  
アの充実、サービス・アクセスの改善、  
専門家による訪問型治療の開発、病院と  
危機対応型住宅の改革、家族支援、自  
殺予防)が設けられた。そして2002年  
に自殺予防国家戦略が始まった<sup>12)</sup>。こ  
のように、英国の自殺予防対策は保健  
医療改革、精神医療改革という大きな  
流れの中で取り組まれてきたが、国家  
としての政策優先順位において、保健  
医療を高く掲げたこと、国民健康に影  
響を与える大きな問題として精神保健  
医療を重視したこと、特徴があり、そ  
のダイナミズムの中で、精神保健医療  
と自殺対策が結びついていることは、  
われわれも大いに学ばなければならない。

わが国における精神疾患による受療患  
者数は増加しており、2005年には300  
万人を超える水準となった。WHOによ  
る国際的な疫学調査によると、わが国  
ではおよそ4人に1人が75歳までの生  
涯にうつ病等の気分障害、不安障害ま  
たは物質関連障害等のいずれかを経験  
すると推計される<sup>7)</sup>。これに統合失調  
症、アルツハイマー病等の認知症や発  
達障害等を含めると、精神疾患は、国  
民に広く関わる疾患である。一方で、  
精神疾患は、あらゆる

年齢層，特に若年層で疾病により生じる負担が大きく，また，精神疾患にかかることにより稼働能力が低下することがあるなど，本人の生活の質の低下とともに，社会経済的な損失を生じている<sup>9)</sup>。

第一著者は，地域精神保健活動を，地域に起こるさまざまな問題について，精神保健医療福祉の立場から実態と背景となる要因を明らかにしつつ，社会との協働によってその問題の解決を図り，社会をよりよいものに変えていく活動であると述べた<sup>14)</sup>。また，かつて自殺対策には，自殺対策を標榜しているものと，自殺対策を標榜していないものの，実態として，自殺対策として重要な役割を果たしているものがあると述べたが<sup>14)</sup>，自殺対策の発展において精神保健医療福祉は不可欠であり，また精神保健医療福祉の発展にも自殺対策の視点は不可欠である。

#### 文 献

- 1) Bertolote J : (高橋祥友, 山本泰輔訳) 各国の実情にあった自殺予防対策を. 自殺予防総合対策センターブックレットNo1. 国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター, 2007.
- 2) De Leo D, Evans R : Chapter 10 : The impact of substance abuse policies on suicide mortality. In D De Leo, R Evans : International Suicide Rates and Prevention Strategies, pp.101-112, Hogrefe & Huber, Cambridge, 2004.
- 3) Howton K, van Heeringen K : Suicide. Lancet, 373 ; 1372-1381, 2009.
- 4) 伊藤順一郎, 吉田光爾, 小林清香, 他 : 「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告 (ガイドライン公開版). 厚生科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究 (主任研究者 : 伊藤順一郎) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/07/tp0728-1.html> (最終アクセス 2009/10/24).
- 5) 勝又陽太郎, 松本俊彦, 高橋祥友, 川上憲人, 渡邊直樹, 平山正実, 木谷雅彦, 竹島正 : 社会・経済的要因を抱えた自殺のハイリスク者に対する精神保健的支援の可能性 : 心理学的剖検研究における「借金自殺」事例の分析. 精神医学, 51 ; 431-440, 2009.
- 6) 警察庁生活安全局生活安全企画課 : 平成20年中における自殺の概要資料, 2009.
- 7) Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, Graaf RD, et al : Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Surveys. World Psychiatry, 6 ; 168-176.
- 8) 国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センターホームページ「いきる」<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html> (最終アクセス 2009/10/24)
- 9) 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.
- 10) 厚生労働省大臣官房統計情報部, 厚生労働省医政局 : 平成21年度版死亡診断書 (死体検案書) 記入マニュアル. 2009.
- 11) 松本俊彦 : 自傷行為の理解と援助 : 「故意に自分の健康を害する」若者たち. 日本評論社, 2009.
- 12) 日本精神障害者リハビリテーション学会監修 : 英国保健省 : 精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク : 5年間の経過. 日本精神障害者リハビリテーション学会, 2005.
- 13) 高橋祥友. 新訂増補 自殺の危険. 金剛出版, 2006.
- 14) 高橋祥友, 竹島正編 : 自殺予防の実際. 永井書店 2009.
- 15) WHO Suicide Prevention (SUPRE). [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/) (最終アクセス2009/10/24)
- 16) WHO : Preventing suicide : A resource for general physicians. (河西千秋, 平安良雄監訳) 自殺予防 : プライマリ・ケア医のための手引き. 横浜自殺予防研究センター. [http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~psychiat/WEB\\_YSPRC/index.htm](http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~psychiat/WEB_YSPRC/index.htm) (最終アクセス2009/10/24)

# 保健所の精神保健活動における 危機介入についての実態調査

A National Survey on the Intervention at the Crisis in  
Mental Health Care Activities at Health Care Centres of Japan

辻雅善 角田正史 張瑩 相澤好治 山口靖明 佐々木昭子 大井照  
能登隆元 酒井ルミ 石本寛子 中田榮治 竹島正 益子茂 高岡道雄  
(Masayoshi TSUJI Masashi TSUNODA Ying ZHANG Yoshiharu AIZAWA  
Yasuaki YAMAGUCHI Shouko SASAKI Teru OHI Takayuki NOTO  
Rumi SAKAI Hiroko ISHIMOTO Eiji NAKATA Tadashi TAKESHIMA  
Shigeru MASUKO Michio TAKAOKA)

東京都新宿区中落合4丁目31番地1号

目白大学短期大学部

平成22年2月

# 保健所の精神保健活動における 危機介入についての実態調査

A National Survey on the Intervention at the Crisis in  
Mental Health Care Activities at Health Care Centres of Japan

辻雅善 角田正史 張瑩 相澤好治 山口靖明 佐々木昭子 大井照  
能登隆元 酒井ルミ 石本寛子 中田榮治 竹島正 益子茂 高岡道雄  
(Masayoshi TSUJI Masashi TSUNODA Ying ZHANG Yoshiharu AIZAWA  
Yasuaki YAMAGUCHI Shouko SASAKI Teru OHI Takayuki NOTO  
Rumi SAKAI Hiroko ISHIMOTO Eiji NAKATA Tadashi TAKESHIMA  
Shigeru MASUKO Michio TAKAOKA)

**Key words** : 危機介入、緊急対応、地域精神保健福祉、保健所

## 要旨

**【目的】**精神保健活動における危機介入とは、緊急的な医療へのアクセスを確保するための緊急対応（入院支援）及び入院が直ちに必要ないと判断されたときの本人や家族への継続対応（在宅支援）の2つをいう。保健所はこの危機介入の体制を整えるよう求められている。各保健所がどの程度危機介入を必要とする事例に直面しているか把握すれば、人的資源や予算等の配分を行う資料を得ることができる。また、保健所の業務要領の整備状況を把握することで、精神保健福祉業務マニュアルの必要性を検討できる。そこで、本研究では今後の保健所の危機介入に関して、以上の点について明らかにすることを目的に行った。

**【方法】**全国640保健所に管内の地域保健活動と危機介入についての質問紙票を郵送し回収した。回収期間は2004年10月から12月末までに設定した。調査内容は2004年4月から9月の間に保健所が関わった精神保健対象者について、面接相談、電話相談、申請・通報の各きっかけ別に、実人数、その内の訪問数、危機介入数、危機介入以外の対応数であり、精神保健福祉分類別に記入した。また、危機介入業務要領の整備状況の有無、業務要領ガイドラインの必要性の有無についても回答を得た。

**【結果】**面接相談がきっかけで関わった精神保健対象者は、訪問で一保健所あたり15.2人、危機介入で6.6人であった。電話相談がきっかけで保健所が関わった精神保健対象者は、訪問で一保健所あたり19.2人、危機介入で9.1人であった。申請・通報がきっかけで関わった精神保健対象者は、訪問で一保健所あたり4.3人、危機介入で6.3人であった。また、危機介入の業務要領は11.1%の保健所で整備されていたが、業務要領等のガイドラインが必要であると回答した保健所は83.6%であった。

**【考察】**それぞれのきっかけで危機介入に至るのは一保健所あたり6.0人から9.0人程度であり、



この業務量に相応した保健所の人的配置が必要である。危機介入に至らない事例も多く、効率的に危機介入の可能性がある事例に対処することが必要である。そのためには、業務要領のガイドラインを適切に利用することが効果的と考える。

## I. 緒言

保健所は地域精神保健福祉行政の第一線機関である（国民衛生の動向，2008）が、地域精神保健福祉の推進には地域社会の認識と理解が不可欠である。地域における精神障害者の行動により、社会の精神障害者への認識が厳しくもなり、また理解あるものにもなる。近年、心神喪失者等医療観察法（竹島，2003）の成立もあり、保健所は精神保健福祉業務を通して刑法に抵触する事例との関わりも求められるようになった。また、医療費の抑制及び人間的尊厳の観点から、精神病院に長期にわたり社会的入院をしている精神障害者の退院促進が課題となっているが、退院促進は速やかな社会適応の可能性拡大の利点がある一方、早すぎた場合は社会的迷惑行動のリスクがある。このような状況の下、保健所は精神障害者が刑法に抵触する行動や社会的迷惑な行為を起こす前に、いかに迅速に危機介入ができるかが重要となってきている。このことは、社会の要請のみならず精神障害者自身にとっても重大な結果に至るまで放置されないことを意味し、精神保健福祉の向上という点からみても意義のあることである。

ここで言う危機介入とは、緊急的な医療へのアクセスを確保するための緊急対応（入院支援）及び入院が直ちに必要ないと判断されたときの本人や家族への継続対応（在宅支援）の2つをいう（高岡，2008）。緊急対応（入院支援）としては、時間的な制約下での相談受理から訪問調査、訪問診察、さらに搬送、入院までの一連の過程をいう。また、継続対応（在宅支援）としては、入院が直ちには必要ないと判断されたときの生活面、福祉面、保健衛生面の支援、住民対応、関係機関調整等を支援的介入ととらえ、具体的なプロセスとしては、相談受理から訪問調査、定期的な家庭訪問等をいう。

現在、保健所は早急にこの危機介入の体制を整えるよう求められている。体制構築に際しての人的資源や予算等の配分を行う資料を得るためには、まず各保健所がどの程度危機介入を必要とする可能性がある事例に直面しているか把握する必要がある。例えば、関わった精神障害者について、きっかけ別に事例数を把握することできっかけとなる部門への人的資源の必要人数が予測でき、また、訪問や危機介入に至った数を把握することは訪問や危機介入に割く専門職の必要人数の手がかりとなる。

保健所は、地域保健法により、都道府県型（二次医療圏を参酌し県が設置）、指定都市型（100万人以上の人口、または近い将来人口100万人を超える見込みの80万以上の人口が運用基準とみなされている指定都市が設置）、政令市型（政令で定める市、小樽市、藤沢市等が設置）、中核市型（人口30万人以上を有する中核市が設置）及び東京23特別区に分類される（張、他，2008）。大井らの調査により、市区（指定都市、中核市、政令市及び特別区）の保健所それぞれに精神保健福祉業務において異なる点があったことが示され（大井、他，2005）、中田らは

保健所型間における救急体制の違い（中田、他、2004）を示している。また、精神保健に関する休日・平日夜間における保健所の緊急対応に、保健所型間で担当の有無や実務の担当率等に差が示されている（張、他、2007）。さらに、精神保健医療福祉資源に人口の少ない地方（都道府県型及び政令市型）と都市部（指定都市型及び特別区）の格差があることが示された（辻、他、2008）。このように精神保健福祉に関しては、保健所型間にそれぞれ置かれている状況等を反映し相違があるが、危機介入に関しても、保健所型間で対応する業務量等に相違がある可能性がある。そこで、危機介入においても型別に関わった事例数等の違いを検討し差を把握することは、それぞれの保健所により適当な体制を構築するのに有益な情報となると考えた。

また、危機介入は専門職の人員配置や相談における緊急性の判断、その他複雑な要素を包含するため効率的に進める必要があると考える。そのためには業務要領の整備が重要となってくる。この業務要領の整備状況を把握することにより、保健所に業務要領のガイドラインの整備を進める必要性があるか検討できる。

以上より、本研究は地域保健福祉対象者への訪問及び危機介入状況を把握し、また、それらを保健所型別に検討し、今後の保健所の危機介入の在り方を示す基礎資料とすることを目的に行った。さらに、業務要領の整備の有無及びその必要性についても検討した。

## II. 方法

全国640箇所の保健所に精神保健福祉の管内の地域保健活動と危機介入についての質問紙票を郵送し、回収も郵送にて行った。調査対象期間は2004年（平成16年）10月に質問紙票の送付を行い、回収期限を12月末までに設定した。質問紙票調査の回答については、精神保健福祉業務の責任者、または業務を熟知している者が回答するように依頼した。調査結果は研究解析にのみ使用することを伝え、回答者は名自記方式で記入した。

調査内容は、2004年4月から9月の間に保健所が関わった地域精神保健活動対象者について、面接相談、電話相談、申請・通報、それぞれのきっかけ別に、実人数、その内訪問が行われた人数、危機介入（緊急・継続対応別）が必要であった人数、危機介入以外の対応人数であり、精神保健福祉分類別に記入してもらった。精神保健福祉分類の内容は、厚生労働省地域保健・老人保健事業報告作成要領5（1）精神保健福祉の分類により、老人精神保健、社会復帰、アルコール、薬物、思春期、こころの健康、その他とした。また、危機介入に関する業務要領の整備状況の有無、業務要領のガイドラインの必要性の有無についても回答を得た。基礎データとして管内人口についても回答を得た。

質問紙票回収後データを集計し、訪問及び危機介入の分類別については一保健所あたりの人数、関わった実人数に対する割合を算出し、分類間を $\chi^2$ 検定で比較した。また、保健所型間（都道府県型、指定都市型、政令市・中核市型、特別区）の訪問と危機介入に至った割合も $\chi^2$ 検定で比較した。なお、政令市型と中核市型は一つの型とした。さらに、保健所型間の比較については、人口10万人に対する各対象人数を算出し保健所型間でKruskal-Wallis検定を用いて

比較した。業務要領の整備有無及び必要性については、回答を集計し型間を $\chi^2$ 検定で比較した。統計ソフトは、Statview version 5.0 (SAS Institute Inc., Cary, NC) を用いた。

### Ⅲ. 結果

全国640箇所の保健所の内、364箇所から回答があった。有効回答数をもとにした回収率は、全体で56.9% (364/640) であり、都道府県型保健所で60.8% (305/502)、指定都市型保健所で19.7% (14/71)、政令市型保健所で63.6% (7/11)、中核市型保健所で74.2% (23/31)、特別区保健所で65.2% (15/23) であった。

#### 面接相談から保健所が関わった精神保健活動

面接相談がきっかけになり保健所が関わった精神保健活動対象者の対応実人数及び訪問、危機介入の結果を精神保健福祉分類別に表1に示した。有効回答のあった336保健所が6ヶ月間で、面接相談がきっかけとなり関わった精神保健活動対象者は21128人で、一保健所あたりの平均人数は62.9人であった。分類別にみると、最も多かった分類は“社会復帰”で5783人、一保健所あたり17.2人であった。また、“その他”が一保健所あたり27.9人と全体の4割以上を占めていた。これら対象者への対応状況は、訪問が一保健所あたり15.2人、危機介入は緊急対応(入院支援)が2.9人、継続対応(在宅支援)が3.7人に実施されていた。訪問や危機介入の行われた割合を算出すると、訪問は24.1%、緊急対応は4.6%、継続対応は5.8%であった。分類間で比較すると、訪問の割合は“老人精神保健”の30.7%が最も高く、“社会復帰”が29.4%で続き、訪問の割合が最も低いのは“思春期”の15.8%であり、分類間で有意性が認められた ( $p < 0.0001$ )。緊急対応の割合は“薬物”の7.2%、“アルコール”の6.7%が高く、“思春期”の2.4%、“社会復帰”の3.2%が低く、分類間に有意性が認められた ( $p < 0.0001$ )。継続対応の割合は各分類間に有意性はみられなかった。危機介入以外の対応の割合は“思春期”で最も高く、分類間で有意性が認められた ( $p < 0.0001$ )。

面接相談がきっかけとなり関わった精神保健活動対象者を保健所型別にみた対応状況の結果を表2に示した。一保健所あたりの実人数を保健所型別にみると、特別区296.3人が最も多かった。また、人口10万人に対する面接相談実人数を算出して保健所型別に比較すると、それぞれの型の中央値は、都道府県型26.6、指定都市型40.3、政令市・中核市型31.5、特別区62.4となり有意性が認められた ( $p = 0.005$ )。面接相談者に対する訪問の割合は、特別区31.6%が最も高く、次いで指定都市型28.3%であった。危機介入は緊急及び継続対応を合わせると、指定都市型が15.5%と最も高く、次いで都道府県型10.9%、政令市・中核市型9.1%と続き、相談人数の割合が最も多い特別区が7.6%と最も低かった。なお、人口10万人に対するそれぞれの対応実人数を保健所型で比較すると、訪問 ( $p = 0.0082$ 、中央値：都道府県型4.84、指定都市型11.38、政令市・中核市型5.06、特別区19.48)、継続対応 ( $p = 0.0193$ 、中央値：都道府県型0.62、指定都市型1.65、政令市・中核市型0.48、特別区2.32) で有意性が認められた。

保健所の精神保健活動における危機介入についての実態調査

表1. 面接相談がきっかけになり保健所が関わった精神保健活動対象者の対応実人数及び訪問、危機介入

分類	面接相談	面接相談の内 訪問件数	危機介入		危機介入以外の 対応
			緊急対応	継続対応	
老人精神保健	1406	431	71	89	1230
	(一保健所あたり 4.2)	(1.3)	(0.2)	(0.3)	(3.7)
		30.7% (431/1406)	5.1% (71/1406)	6.3% (89/1406)	87.5% (1230/1406)
社会復帰	5783	1698	182	308	5227
	(17.2)	(5.1)	(0.5)	(0.9)	(15.6)
		29.4% (1698/5783)	3.2% (182/5783)	5.3% (308/5783)	90.4% (5227/5783)
アルコール	1446	286	97	98	1235
	(4.3)	(0.9)	(0.3)	(0.3)	(3.7)
		19.8% (286/1446)	6.7% (97/1446)	6.8% (98/1446)	85.4% (1235/1446)
薬物	223	53	16	15	190
	(0.7)	(0.2)	(0.05)	(0.04)	(0.6)
		23.8% (53/223)	7.2% (16/223)	6.7% (15/223)	85.2% (190/223)
思春期	791	125	19	42	728
	(2.4)	(0.4)	(0.06)	(0.1)	(2.2)
		15.8% (125/791)	2.4% (19/791)	5.3% (42/791)	92.0% (728/791)
こころの健康	2100	384	103	146	1842
	(6.3)	(1.1)	(0.3)	(0.4)	(5.5)
		18.3% (384/2100)	4.9% (103/2100)	7.0% (146/2100)	87.7% (1842/2100)
その他	9379	2122	481	532	8351
	(27.9)	(6.3)	(1.4)	(1.6)	(24.9)
		22.6% (2122/9379)	5.1% (481/9379)	5.7% (532/9379)	89.0% (8351/9379)
合計	21128	5099	969	1230	18803
	(62.9)	(15.2)	(2.9)	(3.7)	(56.0)
		24.1% (5099/21128)	4.6% (969/21128)	5.8% (1230/21128)	89.0% (18803/21128)

注) 有効回答保健所数：336箇所、期間：2004年4月から9月

上段：実人数、中段：一保健所あたりの人数、下段：各分野の全体に対する割合

対応を行わなかった例があるため、緊急対応、継続対応、危機介入以外の対応の総計は100%にならない