

精神保健研究

第24号(通巻57号) 平成23年(2011年)

巻頭言

加我牧子(精神保健研究所所長) 1

特集 地域中心の精神保健医療福祉

地域中心の精神保健医療福祉の構築に向けた政策

伊藤弘人 5

精神障害者の就労支援

相澤欽一 13

認知機能リハビリテーションの地域における展開

池淵恵美 21

「当事者研究」の到達点とこれからの展開

向谷地生良 27

日本における精神保健福祉領域におけるアウトリーチサービスの現在

吉田光爾, 伊藤順一郎 33

精神科救急・急性期病棟におけるケアマネジメントの実施状況と今後の課題

瀬戸屋雄太郎, 高原優美子, 佐竹直子, 前田恵子, 佐藤さやか, 吉田光爾, 伊藤順一郎 41

ホームレス化する精神障害者を地域でどう支えるか?

大岡由佳 51

「国際精神保健」の現状と課題：国連システムによる取り組み

堤敦朗, 井筒節 59

特別寄稿

日本精神保健の蹉跌と7つの戒め

大熊一夫 67

コメンタリー：大熊一夫氏の寄稿によせて

伊藤順一郎 73

短 報

睡眠が錯感覚統合学習に与える影響の予備的研究

本間元康, 栗山健一, 島崎みゆき, 吉池卓也, 小山さより, 木村美貴子, 金吉晴 75

投稿規定 81

編集後記 82

巻 頭 言

精神保健研究 24 号 (通巻 57 号) をお届けします。本誌は国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所のオフィシャルジャーナルとして 1952 年研究所創立の翌年 1953 年に第 1 巻を発行し、その後毎年 1 冊あるいは 2 冊の発刊を継続してきました。本号は国立精神・神経センター精神保健研究所が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という形に組織が変更され、名称も変わった年度の精神保健研究所の研究の一端をひろくご紹介するオフィシャルジャーナルとなります。システムが変わっても、センターのミッションである精神疾患、神経筋疾患、知的障害など発達障害の精神保健に関する研究を通じて国民の精神保健福祉の向上に寄与するという国立精神・神経医療研究センターそしてセンターの研究機関である精神保健研究所のめざす本質に変化はありませんが、制度の変化の与える内外からの影響を看過することはできない状況が続いています。

本号の地域精神保健に関する特集は、日本の精神科医療改革の先行きを考える上でも重要なテーマであると考えております。すなわちこれまでの精神病院への長期入院型医療から地域における医療と患者さんやご家族への生活支援型に移行せざるをえない必然性の中で考えなければならない課題となっています。このシステムを機能させるためには患者さんが外来で、すなわち地域にいても十分な医療を受けられること、さらに地域の中で生活するための強固な支援体制が必要であることはいまでもありません。

当研究所では社会復帰研究部が中心となって米国で開始された包括型地域生活支援プログラム Assertive community treatment, ACT を 2002 年にいち早く千葉県市川市国立精神・神経センター国府台病院 (当時) において開始し、実践研究を継続しつつ、日本の地域の実情にあう ACT を作り上げてきました。精神科の患者さんが地域で暮らすた

めのサポート体制構築のノウハウを全国に広げ、ご家族や地域住民にとって安心して暮らし、安心して治療を継続できるシステムをつくるという志は全国にひろがりつつあり、全国では現在十数カ所に拠点があり、ACT の活動が行われています。当研究所はこれらすべての ACT チームとかがわりをもち、相互に協力し、ACT のサービス内容の質の向上と、システムの発展、レベルの維持向上をめざしたモニタリング研究を継続することにより、ご家族のため、国民のための研究を実践していることとなります。

今回、日本の精神医療の向上のため、先駆的な取材報告を長年に渡って行ってこられた大熊一夫様からも原稿を頂くことができました。医学医療の立場から、また実践の立場から、さらにジャーナリストの立場からみた地域精神医療に関わる課題の指摘を歴史的に振り返っていただけたと思います。

理想を高く掲げること、困難な状況の中で実践を継続すること、現在困難を抱えている人たちだけでなく、次の世代の患者さんと支援者、そして広く国民ために実践の方法と対照、結果を研究として評価し総括することを続けてきた成果として、厚生労働省も地域における精神障害へのサポート、アウトリーチを表に掲げた政策に本格的に取り組む姿勢を明らかにしてきています。

2011 年現在の日本の状況を示している本誌が、今後日本の精神保健計画、精神保健施策を考える上で、展望を未来に伝える重要な手がかりになることを期待しているところです。是非ともご一読の上、ご意見、ご教示を賜れますれば大変ありがたく思います。

2011 年 12 月

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所長
加我 牧子

特 集

「地域中心の精神保健医療福祉」

【特集 地域中心の精神保健医療福祉】

地域中心の精神保健医療福祉の構築に向けた政策

Shaping Mental Health Services toward Community Care.

伊藤弘人^{a)}
Hiroto Ito

1. はじめに

地域中心の精神保健医療福祉を構築するためには、その政策的重要性についての関係者の理解が深まることと同時に、実現のための財源を確保する必要がある。本来は地方自治体が、精神保健福祉センターや保健所における精神保健福祉サービスを充実することが第一である。しかし、地方の財源も国の厚生労働施策予算も限りがある現状から、飛躍的な充実を望むことは難しいといわざるを得ない。地方自治体での活動では医療の提供が限定されるという課題もある。

さらに、海外の先進諸国では、国公立の精神科病院の職員を地域ケア職員等へ人事異動させ、入院医療中心から地域ケア中心の精神保健医療福祉を実現させてきた。海外での病床削減と地域精神保健医療福祉の充実は、精神科における国公立病院改革とほぼ同義である。たとえば国立精神・神経医療研究センター病院は2010年10月に大幅な精神病床数の削減を実施するなど、わが国においても国公立病院改革は進んでいる。しかし、精神病床数の2割程度の改革にとどまり、精神病床全体へのインパクトは限られている。

欧米で地域精神保健医療福祉を推進し、日本の実情に詳しい研究者と意見交換をすると、民間精神科医療機関が大半を占めるわが国における制度改革は、これまでに先進諸国では経験のない事例であることを、改めて認識することが多い。これからの地

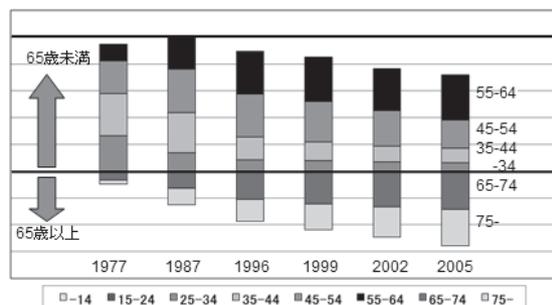
域精神保健医療福祉の構築は、わが国の特徴を踏まえたものでなければならない、というのが著者の立場である。

このように考えてくると、現在精神科の入院医療費として支出されている財源を、地域精神保健医療福祉財源として移行することが現実性のある論理的帰結である。しかし、精神科医療に対して、医療法、健康保険法および精神保健福祉法等の政策ツールしかもちあわせていない現状では、財源の地域移行には少なくない課題が存在する。本論では、著者のこれまでの経験で認識してきた課題と方策について述べる。

2. 直面している課題

なにより重要なのは、認知症医療を中心とした高齢者医療において精神科医療は何を担うのかの国民的な合意である。図1は、患者調査に基づいた入院患者を65歳を軸に示したものである。精緻化したものではないが、65歳未満の入院患者が減少し、65歳以上の患者が増加していることは明らかである。入院患者数と医療費とはよく相関するため、この図は生産年齢人口への精神科入院医療費が減少し

—精神科医療費から高齢者医療費へ—



*検討会資料でデータ値が明記されていないグループ(若年・高齢)は未入力である

図1. 入院患者数*

a) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
社会精神保健研究部
Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

て、高齢者医療費に移行していることを意味する。生産年齢人口に対する地域精神保健医療福祉の財源が、着実に高齢者医療費となっているのが現状なのである。

入院している高齢精神障害者には、大きく(1)長期入院となり高齢化している統合失調症患者と、(2)認知症患者に大別できる。前者は今後減少することが予想できるが、後者のニーズは専門家と社会の精神科入院医療への期待によって大きく左右する。認知症のための入院医療機関の整備は、超高齢化が進んでいるわが国においては十分ではないといわれている。わが国で不足していると考えられる認知症入院ニーズのための病床に精神病床を活用したいと考える精神科医療以外の専門家や関係者は少なくない。

精神科入院医療費は高齢者医療費へ転換していくという動向は今後も続くと考えられ、生産年齢人口のための入院医療の内容は変わらず、地域精神保健医療福祉のための財源が出ないことを危惧する。現在の高齢化率と同等の増分を超える高齢者入院医療費部分は、これまでの精神科医療費とは別枠で担保し、生産年齢人口の精神科入院医療費の減少分は、職員配置の充実などの精神科入院医療の高度化と地域精神保健医療福祉の財源に割り当てる必要があると考えられる。

3. 具体的道筋の提示

海外のように国公立病院の改革は、人事異動と予算の配分の変化によって比較的容易である。一方わが国では、それぞれ独立採算で運営をしている民間医療機関の総体を、地域精神保健医療福祉の方向に促す必要があり、具体的道筋と経済的インセンティブが不可欠である。

1) 精神保健医療政策

具体的道筋を考える上で、その前提となる精神科医療政策の動向を押さえる必要がある。当時はあまり意識されていなかったが、明確な政策が2004年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」として厚生労働大臣が10年間の政策の方向性を示した意義は大きい。関連する診療報酬改定や法律改正などは、必ずこのビジョンを根拠に提案がなされてきたからである。5年目を迎えた2009年には後期5年間の

方向性を示す指針が「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」(座長：樋口輝彦国立精神・神経医療研究センター<現在>総長)から報告書として示されている¹⁾。その後、こころの健康政策構想会議提言書(有識者会議)の報告書が厚生労働大臣に提出され、厚生労働省の「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」が立ち上がり、検討が進められている。検討チームでは、(1)地域精神保健医療体制におけるアウトリーチの重要性、(2)認知症と精神科医療、そして6月に閣議された「障害者制度改革の推進のための基本的な方向」を受けて(3)保護者制度についての検討がなされている。さらに、医療法改正に伴い、精神疾患や精神科医療の位置づけについて議論が開始されている。

精神科病院をはじめとする医療機関にとっては、収入の大半を占める診療報酬の動向が大きく影響する。これは前述した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」から始まる一連の政策方針の具体化という側面があり、入院医療、地域医療および地域連携という観点からその動向を確認する。

2) 診療報酬

表1に示す通り、入院診療報酬は、1994年に「精神療養病棟入院料」という包括病棟として新設された。1996年には入院期間が要件となる精神科急性期治療病棟入院料が、また病床では初めて「認知症(痴呆)」の専門病棟(1989年から医学管理料として存在)が精神病床の中に新設された。この頃の整備により、その後精神科入院医療は、包括病棟として機能分化が進められることになった。その後、地域での救急ニーズが要件に加味される精神科救急入院料や、児童思春期加算(特定入院料ではない)、そして合併症入院料が新設されている。なお、2004年に看護必要度が求められるようになったが、精神科医療においても患者の機能レベルの評価が2010年改定で盛り込まれるようになっている。

地域ケアについては、病院デイケアの新設が端緒ということができる(表2)。その後、訪問看護が新設され、また2008年には精神科継続外来支援・指導料が新設され、受療中断を未然に防ぐ取組が評価されることになっている。

近年では、連携を評価する仕組みが新設されていることは注目に値する。機能分化に伴い、他機能と

表1. 入院診療報酬新設の動向*

新設年	診療報酬	1日あたり点数
1994	精神療養病棟入院料1(2)	1,090(600)
1996	精神科急性期治療病棟入院料1(30日越)	1,900(1,800)
	精神科急性期治療病棟入院料2(30日越)	1,600(1,500)
	認知症治療病棟入院料(90日超)	1,290(1,180)
	老人性痴呆疾患療養病棟入院料	2006年廃止
	重度認知症加算(3カ月まで)	100
2002	精神科救急入院料(入院後30日越)	3,200(2,800)
	児童・思春期精神科入院医療管理加算(特定入院ではない)	350
2008	精神科救急・合併症入院料	3,431(3,031)

* 点数は現在の診療報酬点数

出典：Ito H (2011) を改変

表2. 地域ケアに関する診療報酬新設の動向*

新設年	診療報酬	1日あたり点数
1974	デイケア(病院)	275-1,040
1986	訪問看護(病院・診療所)	160-575
1988	デイケア(診療所)	275-1,040
1994	訪問看護(訪問看護ステーション)	160-555
2008	精神科継続外来支援・指導料	55-95
2010	認知行動療法	420
	急性期デイケア(退院後1年間)	20-50

* 点数は現在の診療報酬点数

出典：Ito H (2011) を改変

表3. 地域連携に関する診療報酬新設の動向*

新設年	診療報酬	1日あたり点数
2002	緩和ケア診療加算(精神医療従事経験精神科医)	400
2008	精神科継続外来支援・指導料	55-95
	保健師等による支援の加算(1日につき)	40
	救命救急入院料加算	3,000
	認知症患者紹介加算(診療情報提供料)	100
	精神科医連携加算(診療情報提供料)	200
	精神科身体合併症管理加算(治療開始7日以内)	350
	精神科地域移行支援加算(退院時)	200
	精神科地域移行実施加算(地域連携室必置)	10
2010	認知症専門医療機関連携加算(診療情報提供料)	50
	総合入院体制加算(精神科の体制が要件)	120

* 点数は現在の診療報酬点数

出典：Ito H (2011) を改変

の連携が意識されるようになってきたともいうことができ、特に2008年に多くのメニューが登場している(表3)。連携には、地域ケアから入退院、そして地域ケアという縦断的な連携と、合併・併存に関連する他診療科との横断的な連携、という側面がある。診療報酬では、まず緩和ケア診療加算において精神科との横断的連携が評価されることから始まった。その後、救命救急入院料加算や認知症患者紹介加算、精神科医連携加算などの横断的連携に関する診療報酬が新設されている。縦断的連携についても、精神科継続外来支援・指導料に始まり、精神科地域移行実施加算などが新設されている。

3) その他の動向

新設されてきた診療報酬から、精神科医療において「機能分化」と「連携」へのインセンティブが強くなってきていることが示唆される。実態として、精神科病院では、急性期病床と長期療養病床が分化してきている。このふたつをどのように位置づけるかについては、長い歴史がある²⁾。概説すると、1954年に第2種病院構想(生活保護を受けている長期入院精神障害者を対象とした更正保護施設)が検討されたことに始まった。1988年からは日本精神科病院協会(現在の日本精神科病院協会)が中心となり、病院内機能分化試案(治療系病棟と保養系病棟)、1990年の病棟類型構想(急性期病棟、療養病棟、保養棟)、1993年の精神科医療供給体制構想(精神科病院として一般精神科病床群、療養型病床群、専門病床群、施設として老人保健施設、精神保健施設、社会復帰施設)などが提案されてきた。1998年には国の長期入院患者の療養のあり方に関する検討会が開催され、2000年頃には福祉ホームB型による病棟転換も議論された。注目すべきは、2007年に障害者自立支援法の地域移行型ホームとして病棟転換施設が現実化したことである。ただし、その実績は限られているのが現状である。

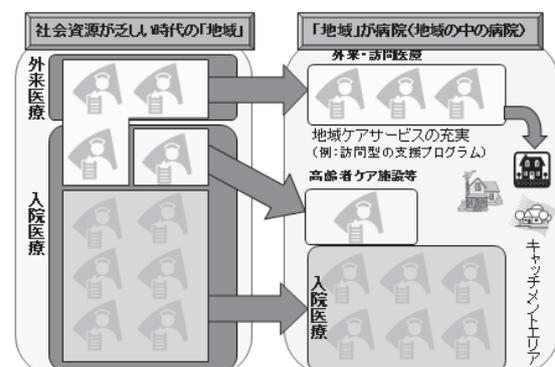
このテーマに参考になる動向として老人保健施設(現在の介護老人保健施設)の創設がある。高齢者のための病院と特養の中間に位置する新たな施設類型として、1985年に国の社会保障制度審議会で「老人福祉の在り方について(建議)」が提出され、老人保健審議会「老人保健制度の見直しに関する中間意見」を受けて、中間施設に関する懇談会中間報告がなされた。その結果、1986年の老人保健

法改正で「老人保健施設」が創設されたのである。1987年は厚生省モデル老人保健施設を7か所から開始し、翌年にはこの制度が本格実施となった。平成元年の高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)や1997年の介護保険法成立(2000年施行)とも連動して、介護老人保健施設は着実に増加し、2009年には3,569施設(定員325,206名)の一大勢力となっている。

政策的に注目すべきもうひとつの動向に、地域連携施策がある。すでに診療報酬において「紹介率」が施設要件となっているが、2006年の診療報酬改定で「地域連携診療計画管理料」「地域連携診療計画退院時指導料」が新設された。これにより大腿骨頸部骨折の地域連携クリティカルパスが求められることになった。2008年の診療報酬改定では脳卒中が、2010年の改定ではがんが追加されている。その背景には2005年の社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見」を受けた医療法の改正がある。現在、次期医療法改正に関連して、精神疾患を4疾病5事業の中に位置づけるかどうか議論されている。5疾病目(もしくは6事業目)に精神疾患が位置づけられることは、精神科医療にとって追い風になるとともに、地域連携が進むことが期待できる。

4) 医療機関のモデルチェンジを促進する

モデルチェンジの基本は、入院医療部分の一部を、濃厚な外来医療や非入院入所施設へと転換し、残った入院医療部分の密度を濃くすることである。精神科病院が既存資源を活用して「地域生活支援の強化」を進める具体的な道筋のイメージ案が図2である。このシミュレーションは一例であるが、社会資源が



*注:看護配置を基準に作成したイメージで他職種も専門性に着目して類似の配置転換が必要である。

出典: Ito H (2011) を改変

図2. 既存資源の活用イメージの一案*

表4. 組織モデル

機能		A	B	C	D	E
入院	急性期医療	◎	◎		◎	○
	慢性期医療（認知症を除く）		◎	◎	◎	
	認知症治療（急性期）	△	○		○	△
地域ケア	社会復帰・中間施設		○	○	◎	◎
	アウトリーチ医療	○			○	◎
合併症・併発症医療（連携を含む）		△	○	○	◎	○
地域振興（町おこし・村おこし）						◎
認知症長期施設ケア			◎	◎	◎	

A. 精神科急性期・救急特化型 B. ケースミックス入院機能特化型 C. 慢性期特化型
D. 重装備・自己完結型 E. 地域振興型

乏しい時代の「病院が地域」という考え方を、「地域が病院」という理念で現在の資源を再構成していくことになる。

ただし、地域特性やそれぞれの組織の歴史から、モデルチェンジにはいくつかのステップを経ることになる。現在の精神科病院も、すでに様々なモデルが存在する。これを、入院（急性期・慢性期・認知症治療）、地域ケア、合併症・併発症医療、地域振興、認知症長期施設ケアという要素から分類した(表4)。初案を2002年に提案してから、機能も組織モデルも豊かになってきている。特に、(1) 精神科入院医療における認知症治療を急性期として位置付ける精神科病院の数が増加してきたこと、(2) 訪問型のアウトリーチ医療が意識されるようになってきたこと、さらに(3) モデルチェンジを積極的に地域振興につなげて進める病院が出てきたことなどは、特筆に値する。

4. 今後必要となる施策案

以上のモデルチェンジを推進するインセンティブとなる施策が求められる。施策案について補足しながらまとめると次の通りである。

1) 新たな施設類型とサービス類型

(1) 中間施設

精神科病院としては、病棟転換を視野においた中

間施設の類型が必要である。精神科以外での施設類型を見ると、まず「終の棲家」となる特別養護老人ホームに対応する類型がなく、一般の精神病床がその機能を代替している。さらに、すでに紹介した介護老人保健施設の類型もない。また、精神障害者社会復帰施設から介護保険施設へ移行する中間段階の施設も必要であろう。この3つの機能を有する施設類型が、1つでも創設されることを期待したい。機能分化の次のステップとして、病棟転換も可能にできることも重要なポイントであると考えられる。なお、すでに整備されつつあるグループホームも設置が容易になる支援も効果があろう。

(2) デイホスピタル

第2は、急性期デイホスピタルである。検討会報告書においても「急性期や回復期における医療としての機能を強化したデイ・ケア等の整備等の精神科デイ・ケア等の重点化」を指摘している。現在のデイケアは、通院患者に一定のプログラムを提供するもので、国内外で開始後一定期間での再入院の低減効果が認められている。新たに必要となる急性期デイホスピタルは、退院初期の受療・服薬中断や自殺を回避するための濃厚なデイケアである。これは入院ではないが、休息用のベッドも必要で、地域で生活し、何とか通院して昼間はデイホスピタルで過ごし、また自宅へ戻るというイメージである。海外では、病棟であった建物が、このタイプのデイホスピタ

ルとして転用される事例がある。なお、利用者限定し、また利用期間を設ける必要がある。

(3) 訪問サービスの拠点

第3は訪問サービスの拠点づくりである。前述の検討チームにおいても、訪問サービスの重要性が指摘されている。必要となる施策は、病床の集約によって余裕ができる人的資源を、(1)入院医療の高度化に割り振るとともに、(2)地域生活支援の資源とする必要がある。患者がいなくなった病棟の職員が、一部は他の急性期病棟へ配置転換がなされ、残りを訪問系サービスのための職員に配置することを評価するイメージである。現実的には、病棟であった建物が、訪問診療や訪問看護、そして Assertive Community Treatment (ACT) の拠点となるかもしれない。

なお濃厚な時間を限った地域プログラムを構築するためには時間が必要である。閉鎖を決定した病棟について、一定期間（たとえば3年間は）、入院施設ではなく訪問チームや社会復帰施設として、一定の収入を担保するという類型である。既存の資源の有効活用という観点から、長期入院患者の移行等によって空床となる病床を転換して、地域生活支援に活用するためには、新たな施設類型を、時限付であれ創設する意義は大きいと考えられる。現在の精神障害者社会復帰施設も、創設時期は入所者数に関係なく補助がなされていた。病院側は、人件費をその期間確保でき、移行コストを捻出することもできる。この移行プログラムを、意欲的なNPOに委託するという方法も考えられるかもしれない。

さらに、ターゲットを絞ったキャッチメントエリア（医療圏等）を意識できる施策の創設も検討に値するであろう。キャッチメントエリアを、補強・補完できるよう、医療機関がキャッチメントエリアの重要な対象者のケアを意識できる施策が求められる。精神科救急入院料病棟における地域での措置患者割合は、現行の診療報酬上数少ない基準の例である。保健所との連携をしたときに評価する報酬等も考えられるかもしれない。またアウトリーチ活動など濃厚で機動力のある診療所を評価するという方法もあろう。対象となるターゲットは主に重度精神障害者であり、その認定は厳格にされる必要がある。通院措置などの制度的な整備も役立つかもしれない。

2) 移行コスト

これらのモデルチェンジには、当然のことながら移行に伴う投資が必要である。それには、施設・設備の新規投資や改築等の投資といった経済的コストと、機能の見直し検討作業、人材の教育（必要に応じて新規採用）、連携先の開拓、場合によっては業務委託先の確保などの非経済的コストがある。後者については、いずれにしても精神科病院が継続・発展するために必要な投資であるとも言えるが、前者については一時的にまとまった額の資金が必要となり、国の医療政策として推進するモデルチェンジでもある以上、公的な支援のしくみが求められる。

近年の医療・福祉分野における施設の機能転換支援策としては、平成18年成立の健康保険法等の一部改正に伴う療養病床再編成策（介護型療養病床の廃止など）に伴う療養病床転換支援策がある。評価が分かれる政策であったが、モデルとしては参考になるので、それを基に支援策を考案すると次のようになる。

まず、新しい機能類型の体系に関する議論を整理したうえで、診療報酬上（あるいは障害者福祉制度などにおける支出）において評価することである。その際、上記の精神障害者社会復帰施設の創設時の経過的包括報酬制に類似のしくみも検討されるべきであり、また、人員基準・施設基準の経過的緩和措置も同様である。一方で、地域生活支援型への移行が政策目的であるならば、医療機関や福祉施設以外の公益性のある法人（NPO法人など）のような事業者も一部の報酬の対象として認めることもよいであろう。

次に機能転換先の選択肢の拡大である。医療機能に属するものにとどまらず、福祉・介護、保健、住宅の制度に属する施設サービス、在宅サービス、居宅支援サービス、住宅制度など、柔軟に許容するのである。また、その際、施設基準を緩和したサテライト型や小規模タイプも検討する。

さらに、複数の施設サービス類型が併設される場合の施設基準を緩和する。そして、モデルチェンジに必要な費用の一部に対する補助金制度の創設、税制優遇制度（法人税の特別償却制度など）の創設、公的資金融資（（独）福祉医療機構）の優遇対象措置、過去分債務の円滑償還などを目的とする転換支援資金制度の創設など、資金面への支援策は必須である。加えて、転換分について、地域の医療計画、地域福

祉計画、障害福祉計画、高齢者保健福祉計画などの規制に対して例外的な措置をとることも検討される必要がある。

療養病床転換支援策は現実に実行されている制度であり、精神科病院の機能転換を目指す行政側は前例を参考に政策立案が容易となり、一方の精神科病院側は（賛否はあっても）理解しやすいことになる。

3) 支援のタイミングとポイント

病院経営の観点から考えると、減価償却あるいは借入償還の残っている病棟の削減は基本的に難しいのが現状である。社会復帰施設を整備し退院を図るのは、治療の一環であると同時に新規需要を受け入れるためであるのが現実である。

現在のところ病床削減を含む精神科病院のモデルチェンジは建替時期に行われている。各病院はその時期まで負債の縮減を進め、建替を期に大きくモデルチェンジしている。そのため、(独)福祉医療機構による公的資金融資の要件にモデルチェンジを後押しする要素が組み込まれると、強力なインセンティブになるだろう。財務状況が良好なのは、長期療養型病院ではなく、療養環境を高め、多くの人員を配置し、連携機能を強化し、社会復帰率を高めている病院となるような経済的誘導が不可欠である。

5. まとめ

今後の地域精神保健医療福祉の構築には、精神科医療機関の参加は不可欠である。広義の患者ニーズの変化・多様化と医学・医療の進歩に伴った各医療機関の転換を後押しする政策が必要である。精神科医療機関は多様な患者ニーズに対応した機能展開または特化を進めて、医療の質の維持・向上を図り、一方で、内部に不足する機能につなげると同時に、地域連携を積極的に取り組むことが求められる。独立した地域精神保健医療福祉の創設の努力は引き続

き重要である。同時に、本論で述べたように、既存の精神科医療機関のモデルチェンジの支援施策を考えることは、精神科医療費の地域精神保健医療への効果的な移行という観点から同様に重要である。

参考文献

1. 厚生労働省. 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書)(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>).
2. 伊藤弘人. 精神科医療のストラテジー. 医学書院, 2002.
3. Ito H: Quality and performance improvement for mental health care in Japan. *Current Opinion in Psychiatry* 22: 619-622, 2009.
4. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA, Barley E, Drake RE, Gregorio G, Hanlon C, Ito H, Latimer E, Law A, Mari J, McGeorge J, Padmavati R, Razzouk D, Semrau M, Setoya Y, Thara R, Wondimagegn D. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 9: 67-77, 2010.
5. Ito H: Changes in the remuneration system for psychiatric care in Japan. *Die Psychiatrie* 8: 16-22, 2011.
6. 伊藤弘人, 山田康夫. 精神科病院の医療経済. *精神科* 18: 296-302, 2011.
7. Ito H, Setoya Y, Suzuki Y: Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry* (in press) .

【特集 地域中心の精神保健医療福祉】

精神障害者の就労支援

Work Support to Persons with mental disabilities

相澤欽一^{a)}

Kinichi Aizawa

1. はじめに

精神障害者に対する雇用施策が拡充され、ハローワークをはじめとした労働分野の支援機関を利用する精神障害者が増加している。本稿では、精神障害者に対する就労支援の制度や支援機関の現状、ハローワークにおける精神障害者の職業紹介等に係る実態調査について紹介した上で、就労支援から見た精神医療保健分野への期待について述べる。

なお、就労支援には、社会的雇用や就労継続支援のような、一般企業以外の働く場の提供や創出、自営や起業の支援も含まれており、それらの取り組みも非常に重要であるが、紙面の都合もあり、本稿では、一般雇用の領域に焦点を当てる。

2. 障害者の雇用施策の概要

我が国の障害者雇用に関する中心的な法律は「障害者の雇用の促進等に関する法律（以下、「雇用促進法」という。）」で、障害者雇用率制度^{*1}、障害者雇用納付金制度^{*2}、職業リハビリテーション^{*3}等について定めている。

障害者雇用施策の障害種別の適用範囲を表1に示した。雇用促進法では、精神障害者を「障害者のうち、精神障害がある者であつて厚生労働省令で定めるものをいう。」とし、厚生労働省令で、症状が安定し、就労が可能な状態にあるもので、「精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者」又は「統合失調症、

そううつ病（そう病及びうつ病を含む）又はてんかんにかかっている者」としている。このため、手帳を所持せず、診断名が統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む）、てんかん以外の場合、雇用対策上の精神障害者には該当せず、その他の障害者の取り扱いになる。

なお、雇用施策ではないが、就労支援に関する制度として、障害者自立支援法に定められた就労移行支援事業^{*4}等の就労系サービスもあり、雇用施策との効果的な連携が望まれる。また、精神障害者の就労支援に一定の役割を果たしてきた精神障害者社会適応訓練事業^{*5}が2012年3月まで精神保健福祉法の条文から削除されることになった。これにより、同事業を廃止する自治体もでてきており、今後の動向が注目される。

*1 事業主に対し、常用労働者数に障害者雇用率（民間企業1.8%）を掛けた人数以上の身体障害者又は知的障害者の雇用を義務づける制度。精神障害者は雇用義務の対象ではないが、2006年から精神障害者保健福祉手帳所持者を雇用している場合、雇用率に算定できるようになった。雇用率に算定される手帳所持者は、2010年6月1日時点で12,517人（民間企業11,341人、公的機関1,176人）だが、身体障害者は20万人以上、知的障害者は5万人以上で、その差はまだ大きい。精神障害者が雇用義務対象になると障害者雇用率は変更（アップ）される。

*2 障害者雇用率で計算される障害者数を雇用していない事業主から納付金を徴収し、障害者雇用率を上回って障害者雇用している場合は調整金等を支給する制度。障害者雇用に関連し施設の改善や人的支援等を行った事業主への助成金の支給制度もある。

a) 障害者職業総合センター

National Institute of Vocational Rehabilitation

主任研究員 Chief researcher

就労支援 Work Support

精神障害者 Persons with mental disabilities

ハローワーク Public employment security office

- * 3 雇用促進法では、障害者に対して職業指導、職業訓練、職業紹介等の措置を講じ、その職業生活における自立を図るものとされ、ハローワーク等の役割が定められている。
- * 4 施設内の作業訓練や企業での職場実習等を行い、就労移行支援事業所在籍中からハローワーク等と連携をとり、就職を目指した支援を行う。利用期限は原則2年間。
- * 5 職業を通じて社会生活への適応のために必要な訓練を、精神障害者の社会復帰に熱心な事業主に委託して実施する制度。2007年の訓練利用者は約2,700人、うち訓練終了者は743人で、終了者の38%が就職している（厚生労働省調べ）。

3. 労働分野における障害者就労支援機関

(1) ハローワーク（公共職業安定所）

職業相談・紹介に関連する業務や失業給付等の雇用保険関連業務等を行うために設置されている厚生労働省の機関で、2010年時点で全国に437カ所の本所が設置されている。障害者相談窓口があり、就職を希望する障害者に対し、職業相談・紹介、就職後の職場定着の支援を行っている。トライアル雇用など、障害者雇用に係る支援制度の多くは、ハローワークを窓口としている。また、雇用率を達成していない企業に対する指導も行っている。

(2) 障害者職業センター

職業リハビリテーションの専門機関で、雇用促進法で規定される障害者職業カウンセラーが配置され、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構が次の3種類を運営している。

① 障害者職業総合センター：職業リハビリテーションに関する調査研究や就労支援の人材育成・研修等を実施している。

② 広域障害者職業センター：障害者職業能力開発校が併設され、専門的な職業訓練を含め系統的に職業リハビリテーションサービスを提供している（全国に2カ所設置）。

③ 地域障害者職業センター：障害者や事業主に対する支援、地域の就労支援機関に対する技術的な援助等を実施している（各都道府県に1カ所設置）。2009年度の利用障害者数は、28,428人（精神障害

者8,313人）で、職業評価・指導以外の主な事業として、ジョブコーチ支援^{*6}や精神障害者の職場復帰支援^{*7}などを実施している。

* 6 職場にジョブコーチを派遣し障害者の職場適応を図る事業。2009年度の事業利用障害者は3,734人（精神障害者749人）、支援終了後6カ月時点で職場定着している者は85%（精神障害者79%）。

* 7 精神疾患により休職した者の職場復帰を円滑に行うため、企業と復職のための調整（職場復帰コーディネート）、通所による復職プログラムの受講（リワーク支援）を行う。2009年度に職場復帰コーディネートをを行った者は1,939人、うちリワーク支援を受けた者は1,447人。2009年度内にリワーク支援を終えた者は1,299人、うち81%が復職。（地域センターの数字は高障機構調べ）

(3) 障害者就業・生活支援センター

障害者に対し、医療・保健・福祉・教育等の関係機関と連絡調整しながら、就業及びこれに伴う日常生活上の相談・支援を一体的に行う施設で、都道府県知事が指定する社会福祉法人やNPO法人等が運営している。2002年の雇用促進法の改正で新設され、厚生労働省は障害者保健福祉圏域毎に約400カ所設置する計画を立てている（2010年9月現在、261カ所設置）。2007年度に障害者就業・生活支援センターに登録している障害者は30,943人（精神障害者6,796人）であった（厚生労働省調べ）。

(4) 障害者職業能力開発校等

障害者職業能力開発校が全国に19カ所設置されている。また、各都道府県に設置されている一般の職業能力開発校にハローワークの受講指示で精神障害者が入校できる。ハローワークの受講指示により訓練受講すると訓練手当てが支給されるが、精神障害者を受け入れる障害者校はまだ限られており、一般校の利用者数も少ない^{*8}。

一方、2004年から、職業能力開発校以外での職業訓練として、民間企業や社会福祉法人等に、障害者の職業訓練を委託する「障害者の態様に応じた多様な委託訓練」が開始されている。訓練期間は原則3カ月で、OA事務、パソコン実務、訪問介護員養成、ハウスクリーニング等、様々な内容がある。訓練手

当ては支給されないが、能力開発校よりも利用の門戸は広く、2008年度に委託訓練を利用した精神障害者は1,871人であった。

* 8 2009年度の障害者校利用者は143人（精神保健福祉白書2010年版）。一般校では、1999年～2001年の3年で87人（障害者職業総合センター調査研究報告書No.70）。

4. ハローワークにおける精神障害者の職業紹介等に係る実態調査¹⁾

ハローワークの障害者相談窓口からの精神障害者の就職件数は2009年度に1万件を超え、10年前に比べ7倍近く増加している。精神障害者の就労支援において、ハローワークが重要な支援機関になっていることが分かる。しかし、ハローワークにおける精神障害者の職業紹介等に係る、関係機関との連携、企業への障害開示、就職後の定着等、具体的な状況については不明なことが多かった。障害者職業総合センターでは、全国110カ所のハローワークの障害者相談窓口を対象に、精神障害者の職業紹介等に係る実態調査を実施し、興味深い結果を得ているので、その一部を紹介する。

(1) ハローワークの障害者相談窓口利用者の概況

本調査で把握された就職件数は962件、うち精神障害者保健福祉手帳所持者は82%（1級4%、2級47%、3級31%）であった。雇用率算定のメリットがあるため、手帳所持者の割合が高くなっていると思われる。また、診断名は、統合失調症47%、気分障害27%、てんかん8%、その他14%で、さまざまな精神疾患の人がハローワークの障害者相談窓口を利用していた。

就職先の求人は、一般求人51%、障害者求人39%、就労継続支援A型事業所・福祉工場8%^{*9}であった。障害者求人が4割近くを占めており、手帳所持者が雇用率に算定されるようになった影響がうかがわれる。

* 9 労働保険の適用求人等であれば、ハローワークでもA型・福祉工場の求人も取り扱う。

(2) 障害開示の状況

企業内での就労支援を行う場合には、企業に障害開示して就職することが前提となる。非開示で就職

する可能性があるのは一般求人へ就職した場合に限られるが（障害者求人は障害者でない応募できない）、本調査における一般求人での障害開示率は42%であった。ハローワークで障害者として求職登録し、障害者相談窓口から紹介された就職者であることを考えると、障害開示率約4割をどうとらえたらよいであろう。この件について、ハローワークにヒアリング調査したところ、障害の開示・非開示は求職者の希望に沿っているとの回答がほとんどだった。但し、一部のハローワークでは障害を開示すると就職できないので、障害非開示で紹介する場合もあるといった話も出ており、地域の雇用情勢も影響していることがうかがえた。また、企業にアプローチする際にいろいろな工夫（例えば、企業に出向き求人内容を確認したうえで求職者である精神障害者の話を出し面接にこぎつける等）をしている話の出たハローワークでは開示率が高かった。また、関係機関と連携して就職すると開示率が72%であるのに対し、連携していない場合の開示率は33%であった。このように、障害の開示・非開示は、本人の希望や地域の雇用情勢だけでなく、職業紹介時の工夫や関係機関との連携等、支援者側の状況も関連していると考えられる。

一般求人への就職件数のうち、障害開示した就職件数の割合をハローワークごとに算出したものを図1に示した。本人の希望だけで、開示非開示が決まるのであれば、開示率40%前後のハローワーク数が最も多く、開示率0%と100%の両極端のハローワークが少なくなるはずである。しかし、就職件数3件以上のハローワークに限定しても、開示率0%と100%のハローワーク数が多い。このことから、障害の開示・非開示が単純に本人の希望だけで決っていないことがうかがえる。

(3) 定着状況

就職者の定着状況を図2に示した。就職後12ヵ月時点で同一事業所に継続して在職する者は42%であった。一方、就職後3ヵ月未満で離職している者も34%いた。

A型・福祉工場を除く一般企業に就職した者について、就職後3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月時点の在職・離職の判別に関連する項目を明らかにするために、手帳の有無・診断名・職歴の有無・失業期間・労働時間など16項目についてステップワイズ法による

確認を行った結果、いずれの時点でも、①適応指導*¹⁰の有無、②求人種類（一般求人か障害者求人か）、③障害開示の有無の順で在職・離職の判別に関連が強かった。また、手帳の有無や診断名は判別に関連がみられなかった*¹¹。次に、就職後12ヵ月時点で上記3項目の次に在職・離職の判別に関連が強いと考えられた「チーム支援*¹²の有無」を加えた計4項目からなるグループを構成し、就職後12ヵ月時点での定着状況の詳細検討を行ったところ、図3のようになった。

障害者の受け入れ態勢が整っていると予想される障害者求人に応じた方が定着率がよいこと、関係機関が連携したり、障害を開示し就職後の支援を行った方が定着率がよいことなど、職場の環境要因や支援状況が重要であることが読み取れる。

なお、全就職件数に対するチーム支援の実施は24%、適応指導の実施は29%と、いずれも低い実施率にとどまっていた。連携や就職後の支援の重要性は昔から言われているが、それらが十分に実施されていない現状がうかがえる。

* 10 就職後に職場定着を図るためハローワークが何らかの支援を行うこと（その多くは訪問等、何らかの形で企業にアプローチしている）。

* 11 ステップワイズ法では手帳等級までは検討していないが、等級別の12ヵ月定着率は、1級47%、2級43%、3級43%、手帳なし35%であった。一方、障害者求人への就職割合は、1級が53%、手帳なしは16%、適応指導とチーム支援の両方を実施していない割合は1級62%、手帳なし74%であった。

* 12 ハローワークを中心に福祉・医療等の関係者からなる「障害者就労支援チーム」による、就職の準備段階から職場定着までの一貫した支援。

(4) 連携状況

チーム支援も含め、ハローワークが他の支援機関と何らかの連携を図った就職事例を連携有りと考えた場合、連携事例は33%であった。一方、本調査では、就職事例とは別に、障害者相談窓口で就職登録した精神障害者の相談状況も把握している。それによると、就職登録時点でハローワークと関係機関との間で何らかの連携が発生した事例は33%で

あった。登録者と就職者の調査対象グループは異なるものの、就職登録後に必要に応じて新たな連携が形成される事例も少ないこともうかがわれる。

なお、障害者相談窓口で就職登録する精神障害者の場合、当然、全員が医療機関を利用しているので、就職登録時点から医療機関とハローワークとの連携が期待される。しかし、就職登録段階で医療機関との連携が発生したのは（主治医の意見書だけのやり取りを除くと）6%のみで、就職事例での連携は4%に低下している。また、保健所・保健センターとの連携は1%（就職時も1%）であった。

5. 就労支援から見た精神医療保健分野への期待

(1) 精神医療保健分野と就労支援との連携

病気と障害が併存している精神障害者の就労支援にあつては、精神医療保健分野とハローワークをはじめとした就労支援機関との連携は重要なポイントになってくるが、上述したハローワーク調査からも分かるように、連携が十分なされていないことがうかがえる。

就労支援が必要な精神障害者に対しては、医療機関でも、単なる治療だけに終始するのではなく、就労支援の制度や支援機関の情報を本人に提供したり、ハローワークをはじめとした就労支援機関への橋渡し役が期待される。そのためには、精神医療保健分野における就労支援に関する研修等がこれまで以上に求められる。また、精神科医のみの医療機関の場合、個別事例毎に就労支援機関と連携をはかることは、実際上かなり難しいので、PSWの配置等、医療機関の体制整備も望まれる。

(2) 就労支援で求められる精神医療保健分野の専門性

当たり前のことだが、いくら支援をするといっても、支援者は本人の代わりに働くことはできない。「働くのは本人」であるという事実を踏まえれば、本人を単なる支援サービスの受け手と捉えるのではなく、働く主体として捉え、本人が自己理解を深め、適切な自己決定や対処ができるよう支援することが求められる。

その際、病気や障害に関する理解を深め、対処法を身につけていくことは、職業生活を継続していくために重要である。これらの支援は、基本的には精神医療保健分野で行われるものであろう。しかし、

職業相談の場面では、「自分の病気がどのようなものかよく分からない」「調子を崩したときの対処法が分からない」「調子を崩すきっかけ、サイン、対処法といったような視点で考えたことがなかった」等の発言をする人が未だに少なからずいる。疾病管理に関する取り組みが、精神医療保健分野で適切に実施されることを望みたい。もっとも、職業という目標を持ったり、職業体験をすることで、自分自身の病気の特徴や対処法を具体的に考えやすくなる人もいる。このような事例に対しては、病気や障害に関する理解や対処法の学習についても、精神医療保健分野と就労支援との連携が求められる。

また、就労支援というと、本人をいかに支援するかに焦点があたるが、精神障害者を雇用する企業を支援することによって、本人が働きやすくなるという側面も忘れてはならない。精神障害者を雇用する際に、障害に応じた配慮をしていこうとする企業は徐々に増えており、病気や障害特性、個別の対応方法に関する適切な情報提供を望む企業は多い。このような企業側のニーズに応えるためにも、精神医療保健分野の専門性をこれまで以上に就労支援の場で活かす必要がある。

(3) 就労支援機関との連携における留意点

就労支援の中心的役割を担うハローワークの障害者相談窓口担当の正規職員は一般行政職であり、障害者相談に特化しキャリア形成しているわけではない。異動のサイクルも早く、障害者相談窓口でも2年程度での異動も珍しくない。このような条件の中、さまざま障害のある人たちの相談をし、支援機関との関係を作っていくのは、それ程容易なことではない。研修があるとはいえ、多くは個々の職員の努力に負っているのが現状であろう。ハローワークの専門性の確立が望まれるが、当面は、このような現状に留意しながら連携を図ることが重要になる。少なくとも、ハローワークをはじめとした就労支援機関との連携では、「専門用語は控え、具体的に、分かりやすい」説明を心がけることが望まれる。ハロー

ワークとの連携の仕方については、「精神障害者相談窓口ガイドブック」*¹³に具体的に示しているので、参考にさせていただきたい。また、精神保健福祉士等の資格を有する人材が「精神障害者雇用トータルサポーター」として主要なハローワークに配置(非常勤)されており、連携を進める際には、雇用トータルサポーターの活用も考えられる。

* 13 障害者職業総合センター作成 <http://www.nivr.jeed.or.jp/download/kyouzai/kyouzai29.pdf>

(4) 連携を超えたチーム支援の必要性

精神医療保健分野と就労支援の連携の重要性を指摘したが、医療管理面のニーズが特に強いケースなどでは、精神医療保健福祉の専門家が就労支援の専門家と一体になって、服薬調整や症状管理、生活支援にも取り組めるような、「連携」を超えた「チーム支援」が望ましい場合も考えられる。このような動きは、国立精神・神経センターで行われたIPSのモデル事業*¹⁴などに見られるが、残念ながら通常のサービスとしての道筋はついていない。連携を超えた「チーム支援」を必要とする人たちに対して、精神医療保健福祉と就労支援の一体的な支援が行われるような仕組み作りの検討が望まれる。

* 14 西尾雅明：精神障害者の一般就労と職場適応を支援するためのモデルプログラム開発に関する研究，厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業平成18年度総括・分担研究報告書，2007。

文 献

- 1) 障害者職業総合センター：精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究，障害者職業総合センター調査研究報告書 No.95，2010。

<http://www.nivr.jeed.or.jp/research/report/houkoku/houkoku95.html>

表1 障害者雇用施策の障害種別の適用範囲

	精神障害者		身体障害者 及び 知的障害者	その他の障害者
	手帳所持者	手帳なし		
雇用義務	×	×	○	×
雇用率への算定	○	×	○	×
障害者雇用 納付金制度	納付金	×	○	×
	調整金等	○	○	×
	助成金	○	○	△ ⁴
トライアル雇用 ¹	○		○	○
精神障害者ステップアップ雇用 ²	○		×	×
特定求職者雇用開発助成金 ³	○		○	×
職業リハビリテーション	○		○	○ ⁵

- 1：障害者を試しに3カ月（週20時間以上）雇用し、障害者雇用に対する理解を深めてもらい、その後の継続雇用を期待する制度。1カ月につき、事業主に4万円の奨励金を支給する。
- 2：短時間（週10時間以上）から徐々に勤務時間を延長していく精神障害者向けのトライアル雇用。トライアル期間は3カ月以上12カ月以内。
- 3：企業が障害者を雇用したとき、一定の条件を満たすと支給される。精神障害者の場合、週30時間以上雇用すると、中小企業に2年間で240万円（中小企業以外は1年6カ月で100万円）支給。週20時間以上30時間未満の雇用では、中小企業に1年6カ月で90万円（中小企業以外に1年で30万円）支給。
- 4：その他の障害者のうち発達障害者支援法に定められた者で、職場適応援助者助成金に限られる。
- 5：受講指示による公共職業訓練での訓練手当支給はない。

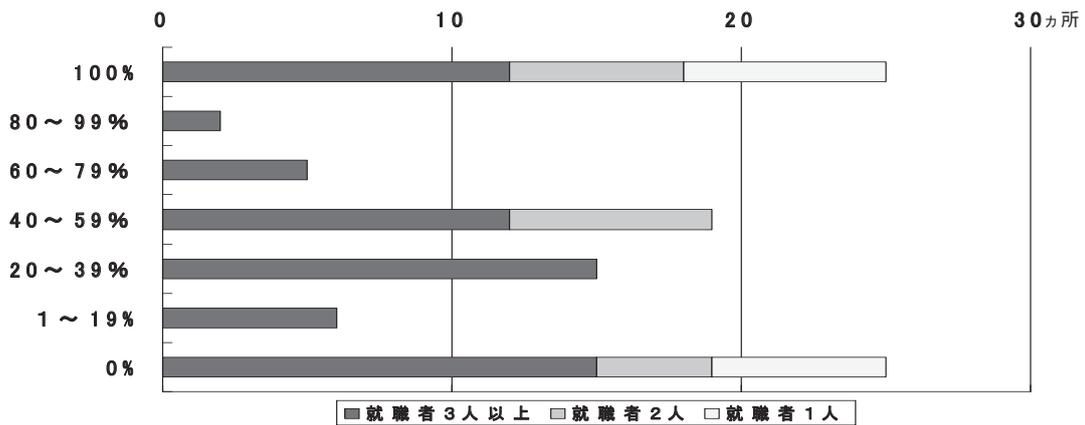


図1 ハローワーク毎の一般求人に対する障害開示率の状況

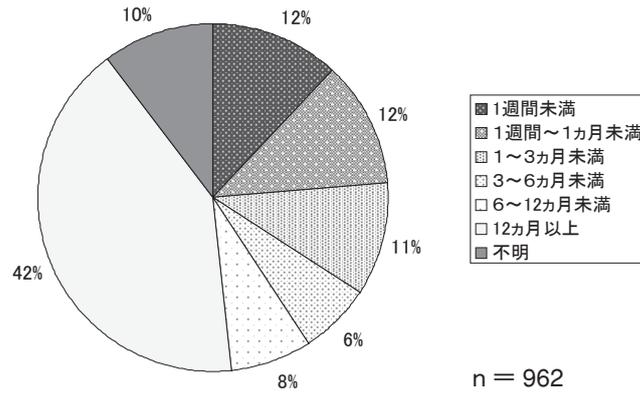
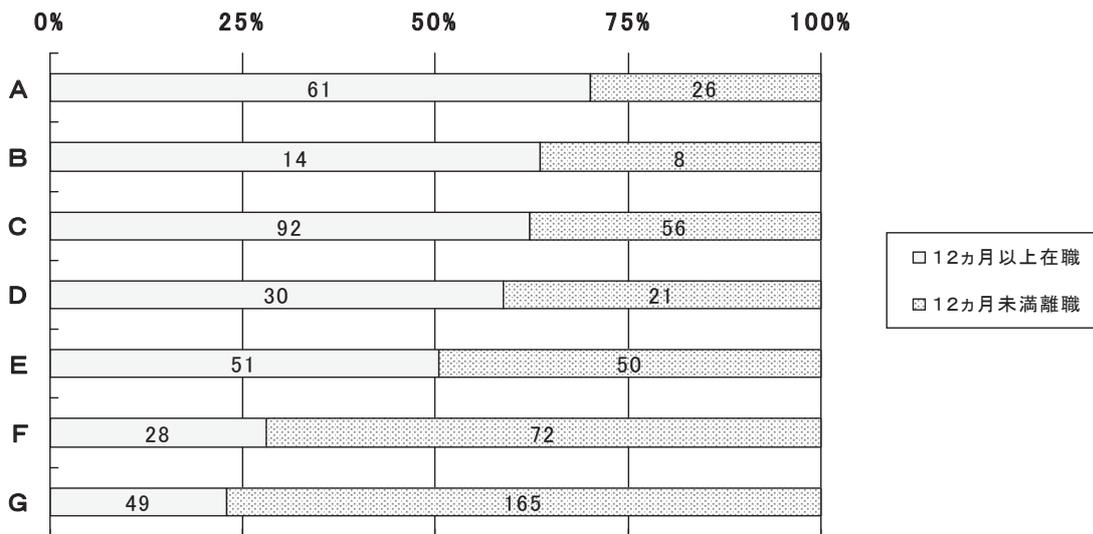


図2 就職者の定着状況



- A: 障害者求人(障害開示)で、チーム支援と適応指導の両方を行った事例 (定着率70%)
- B: 一般求人(障害開示)で、チーム支援と適応指導の両方を行った事例 (定着率64%)
- C: 障害者求人(障害開示)で、チーム支援と適応指導の片方を行った事例 (定着率62%)
- D: 一般求人(障害開示)で、チーム支援と適応指導の片方を行った事例 (定着率59%)
- E: 障害者求人(障害開示)で、チーム支援も適応指導も行わなかった事例 (定着率50%)
- F: 一般求人(障害開示)で、チーム支援も適応指導も行わなかった事例 (定着率28%)
- G: 一般求人(障害非開示)で、チーム支援も適応指導も行わなかった事例 (定着率23%)

図3 「求人種類・障害開示・適応指導・チーム支援」と定着状況の関連

【特集 地域中心の精神保健医療福祉】

認知機能リハビリテーションの地域における展開

Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia in Community

池淵恵美^{a)}

Emi Ikebuchi, MD

1. 統合失調症を対象とした認知機能リハビリテーション—これまでの先行研究

(1) 認知機能リハビリテーションとは

認知機能リハビリテーションは、cognitive remediation, cognitive rehabilitation, cognitive training, cognitive remediation therapy などと呼ばれ、認知機能の直接的な改善、もしくは低下している機能を代償する方略の獲得をめざすものである。認知機能の改善にあたっては、認知行動療法の技法や、誤り無し学習 (errorless learning) などによって、遂行機能などの個々の認知機能の改善を目指す。思考スキル (thinking skills) の治療など神経心理学的な概念でとらえられる一方、脳の神経ネットワークの改善といった、より直接的な脳機能へのアプローチとしてとらえられることもある。本論では認知機能リハビリテーションについて紹介し、地域への展開の可能性について考察したい。

なおここで述べている「認知機能」とは、神経心理テストで測定され、主に事物処理を行う認知機能である。それに対して社会的機能への影響の点で、社会的認知 (social cognition) の重要性を指摘する意見がみられるようになってきている。Penn⁷⁾はそのレビューで、事物処理の認知機能障害では、統合失調症の社会機能の障害を十分には説明できないと述べている。Ikebuchi³⁾は63名の統合失調症の人を調査し、社会的問題解決に至る過程において、社会的認知と認知機能とがそれぞれ影響を与えてい

ることを報告している。社会的認知や、自己に対する認識の障害は臨床上重要であるが、本論では議論の焦点を限定するために、認知機能と書くときには、神経心理テストで測定される事物処理の認知機能を指すこととする。

筆者が認知機能リハビリテーションの効用として想定しているのは、認知機能の改善という直接の効果だけではなく、統合失調症への介入プロセスや効果の機序を明確にすることを通じて、広く精神障害リハビリテーション全般の奏功機序を新しい視点から見直し、介入方法を整理することにつながっていくという期待である。認知科学や神経生理学などの発展は近年目覚ましいものがあり、こうした基礎科学との協働により、新たな治療の理論と方法論が展開していくことを希求するものである。

(2) どの程度の効果が期待できるか

McGurk⁵⁾はこれまでの26件の無作為割り付け統制研究を分析し、改善効果のエフェクトサイズは概括的な認知機能が0.41、社会的機能が0.36、精神症状が0.28であったとしている。Medalia⁶⁾はこれまでのメタ解析を検討して、認知機能リハビリテーション実施前後でのエフェクトサイズの範囲について検討しているが、神経心理テストの改善は0.3~0.9程度の幅であるのに対し、精神症状の改善は0.3前後、心理社会的機能については0.3~0.5程度とやや小さなものとなっている。Medaliaは持続期間についても検討し、介入終了後少なくとも6ヵ月間は改善が維持すると指摘している。Hodge¹⁾は40名の統合失調症に対し効果を検討したが、介入群での効果は介入終了4ヵ月後にも持続し、社会的機能の改善も持続していた。Wykes⁹⁾も指摘するように、認知機能の改善が、社会的機能にも及

a) 帝京大学医学部精神科学教室

Department of Psychiatry, Teikyo University School of Medicine

〒173-8605 板橋区加賀2-11-1

2-11-1 Kaga, Itabashi-Ku, Tokyo, 173-8605, JAPAN

ぶ広範なものであるときに、効果が持続する可能性があるように思われる。

(3) 就労支援との統合プログラム

就労は統合失調症の人にとって重要な目標であるが、認知機能障害による困難も大きいため、認知機能リハビリテーションと職業リハビリテーションを統合した介入が多く報告されている。Wexlerら⁸⁾は145例の統合失調症もしくは統合失調感情病の人に対し、労働療法を6ヶ月間実施し、半数にはさらに週3～6時間の認知機能リハビリテーションを行った。この群の方が、遂行機能と作業記憶が有意により改善し、労働に携わった時間は6ヶ月の追跡期間後に有意に多かった。彼らはさらに、77名の患者で援助つき雇用を12ヶ月実施したが、半数の認知機能リハビリテーションを加えた群の方が、遂行機能とPANSSの認知機能因子が有意により改善し、1年の追跡期間で労働に携わった時間は有意に多かった。両方の研究とも、介入終了時点では差は明確ではなく、その後の追跡期間において有意差が出現したので、支援がなくなってからの就労の維持に対して認知機能リハビリテーションが有効であったことになる。

McGurkら⁴⁾は44例を無作為に援助つき雇用のみ群と、援助つき雇用及び認知機能リハビリテーション群に振り分けた。認知機能リハビリテーションは合計24時間行い、トレーナーは就労カウンセラーとともに、認知機能を考慮した仕事さがしや労働の仕方へのアドバイスなどを行った。12ヶ月間の結果は、様々な就労の転帰指標で援助つき雇用及び認知機能リハビリテーション群が優れていた。認知機能リハビリテーションを実際の就労支援と結びつけて実施することで、援助つき雇用の成果をさらに拡大できる可能性をこれらの研究は示している。

2. 認知機能リハビリテーションの介入方法

(1) 認知機能への介入の考え方

介入方法や標的となる認知機能については、さまざまなプログラムがあり、それぞれ支持する研究成果も報告されていることから、その優劣についてはまだ結論付けられない段階である。今後、標的機能や学習方法同士で効果の優劣の検討を行うなど、さらなる実証的研究が必要であるし、また方法論の基

盤として、認知機能改善の機序がより明確になることも期待されることである。現状ではまだこうしたことが未整備ではあるが、もともと認知機能リハビリテーションは、頭部外傷などによる高次脳機能障害への介入技術の蓄積がその基盤となっており、認知行動療法や、学習障害への介入技術が応用可能である。さらに適応的な認知・行動を学習する上で、一般的な精神障害リハビリテーションの実施原則が大きな参考となる。筆者自身は、これまでの精神障害リハビリテーションの理論と技術をそのまま認知機能領域にあてはめることで、認知機能リハビリテーションを組み立てることが可能で、実際の患者にも役立つことができると考えている。

多くの成果を上げている認知機能リハビリテーションプログラムに共通しているのは、適切な難易度と、個別の学習能力に合わせて段階的進行を行うことであり、その中で注意機能のような基礎的な機能を反復練習して、ある程度自動化できるようにして処理容量の限界を補うと同時に、より複雑な機能については手掛かりを与え、合理的な実施方法を習得するなどの方略学習とそれを言語的に意識化してほかの場面へも応用できるようにする。また確実な成功体験を積むことで意欲や動機付けの向上を図る。介入方略を提示して課題を達成する練習は、ほかの課題には応用されない可能性があるので、実生活の課題や目標と結びつけて、動機を高め、般化を期待する。さらに般化にたいしては、メタ認知—何のために今のスキルが役立つのかについての意識化—が重要である。得意なところから取り組み、まずは自信をつけることや、どの程度苦手な分野に取り組むのか、フィードバックの仕方なども一般的なりハビリテーションの技術と共通の方法論があると思われる。

(2) アセスメント

統合失調症であっても、認知機能のプロフィールは個人で異なる。Hogartyら²⁾は、当初の精神症状や認知機能の評価によって、「思考の貧困」、「思考の解体」、「思考の硬直・歪曲」のいずれの認知スタイルが優位かを評価して、それによって思考の貧困であれば、社会的状況を把握してその意味を表現したり、自分の考えを表出することや、手掛かりによって行動を起こし注意を維持することを練習し、思考の解体であれば、概念整理・抽出、プランを維

持するなどの練習を行い、思考の硬直であれば、問題解決の中で多様な選択肢を考慮したり、曖昧・多義的な状況を理解する練習を行う。

こうしたアセスメントは、認知機能の特徴を整理する上で参考となるが、あくまでも個別化した介入が基本であり、リハビリテーション参加者本人が意欲や興味を持ってかわかれることが重視される。さらにどのような生活目標を持っているのか、そのためにどのような認知機能が必要とされるのか、というゴールからも介入目標は規定される。

(3) 認知行動療法や学習障害への介入技術の援用

認知機能リハビリテーションで用いられる、認知行動療法の技術や、学習障害への介入技術は多数ある。認知行動療法で用いられる技術の応用としては、課題分析、具体的な教示と動機付け、正のフィードバックと修正フィードバック、コーチング、何を試みようとしているかについての介入（さりげない反問、事実の共同での確認、手掛かり教示など）、練習で獲得したものを実地に試みる宿題などがある。学習障害への介入技術の応用としては、概念モデルの提供や実施方略の教示、施行ごとの教示とフィードバックを行いながらの反復練習、小さなステップに分けて、失敗しないで成功体験を積むよう援助する無誤謬学習、やりたい課題や実施速度を自分で選択できるようにするなど、自発性をなるべく発揮できる工夫、内発的な動機を引き出す介入一常に生活目標を意識してもらい、本人が達成感を持てるように、大きな失敗はしないように、しかしヒントをさりげなく出すにとどめるなど、自分でやり方を発見していくことをサポート、スタッフが統制しすぎないなどがある。

(4) トレーニングを日常生活に結び付けていくための工夫

Contextualization（日常生活と練習課題を結びつける）や、Personalization（個人の目標や興味や、価値をおいていることがらと関連付ける）を常に意識しながら、援助を行う。統合失調症では般化に困難があるので、それをサポートするために、たとえば生活施設のスタッフやジョブコーチなど、生活場面で支援するスタッフとも連携する工夫を行う。認知機能リハビリテーションで習得した実施方略や実施方法を一般化していくための活動は、Bridging

などと呼ばれ、グループで行われることもある。

3. 実施例の紹介

(1) アルバイトができるようになった例

30代男性。10代で発症。デイケア参加では何とか仲間に入れていたものの、デイケアの次のステップにすすむことができないでいた。思考の解体症状が目立っていた。スタッフが次のステップへの手掛かりを求めて、認知機能リハビリテーションを勧めた。初めはうまく課題が進まないと、すぐにクリックを繰り返すなど、短絡的な行動化が目立ち、「どうせだめなんだ」などと独り言を言っていたため、トレーナーが、何をやろうとしているのかについての明確化を指導し、むやみにクリックしないようにした。またうまくいった時すぐにフィードバックを繰り返した。徐々に「わからなかったらもう一度説明を聞けばいいんだ」などと言えるようになり、集中できる時間が増加した。一人でもゲームがクリアできるようになり、困った時に、自分からトレーナーに聞くこともできるようになった。グループワークでは、普段の生活で困ったことを、トレーニングで行った「わからない時にも投げ出さずに、まず説明をよく確認したり、人に聞いてみる」「メモの活用」などで対処することを話し合った。またそうした本人の「クセ」をつかむ話し合いを行い、就労に役立つことを確認した。3ヶ月間のトレーニング後に、アルバイトにつくことができた。同時に、自身の被害的になりやすい傾向についても、言及することができるようになってきた。

(2) 委託訓練に結び付いた例

30代女性。大学在学中に発症してデイケアを利用した。大学卒業後、仕事についたが失敗して怒られることなどを繰り返し、やめてしまった。主治医が、ひきこもり生活からのステップアップを目指して、認知機能リハビリテーションを勧めた。思考の解体症状および被害的になりやすい傾向が見られた。ゲームに慣れているので、何となく課題ができてしまうが、目の前のものにとびつき全体を見渡せない、問題が生じても場当たりの対処するなどの特徴が最初から見られた。トレーナーが「これは、どんなゲーム？」などと介入し、じっくりやり方を考えることで成功する体験を積んでもらった。説明

を繰り返し聞いても、多くの情報の整理がつかなくなることがあるため、わかったこと・わからないことを箇条書きにし、また行うべき作業の優先順位を付けることを試みたところ、理解できるようになり、「楽しかった」などの感想が出るようになった。成功体験を積むと、被害的な言動は見られなくなった。受け持ちスタッフとの面接では、「落ち着いて考えればちゃんとできると少しだけ自信を感じた」と述べた。言語グループでは、<脳トレにも仕事にも通じることは？>との質問から、手掛かりを聞く、重要なところからやっけていく、落ち着いてやればできると整理した。認知機能リハビリテーション終了後、就労SSTなどを通して仲間といっしょに検討を重ね、委託訓練を試みることになった。

4. 認知機能リハビリテーションの地域における展開

(1) 認知機能リハビリテーションの特性

認知機能リハビリテーションは、パソコンを用いて行われるものが多い。認知機能リハビリテーションそのものの特質であるほかに、パソコンソフトを利用するところから、以下のような特性があり、従来のリハビリテーションとは異なる側面がある。そしてこれらの特性は、地域における社会機能の改善に役立つと思われる。

- ・ 個々人の能力や興味に合わせて、実施内容や時間を簡単に変更することができる。ことに集団場面での社会生活能力が低いために、従来の集団中心のリハビリテーションではしばしば「おちこぼれ」になりやすい人も、その人の力に見合った実施課題を設定できる。
- ・ 対人状況を利用しないことから、対人場面が苦手な人でも力を発揮できる。
- ・ 特定の認知機能に特化して、集中的な練習を行うことができる。
- ・ ゲームという非現実の世界での練習であるので、うまくいかないことでも本人が傷ついたり、自信を失うことが少なく、どうしたらうまくいくのかを具体的に話しやすい。そのうえで、現実の世界との橋渡しを、認知機能をキーワードとして実施しやすい。
- ・ パソコンを通じて行う課題であることから、働くことや学習に関心がある人の動機づけになる。ま

たゲームそのものの楽しさも利用することができる。

- ・ 課題達成への道筋が明確で、展開が早いいため、成功・失敗がはっきりしていて、成功が手に入りやすく、動機づけがしやすい。反復練習などもしやすい。また課題達成にあたっての本人の特徴が早くみえてくる。

一方では、介入の基本的な理念や、生活目標の重要性、日常生活への般化の工夫など、一般のリハビリテーションと共通の基盤は多い。特に、どう「生きがい」につながるやりがいを創出できるかが重要である点は、何ら変わるところがない。本人の希望や動機を尊重する考え方や、具体的な技術としての主体性の尊重や自発性を促すかわりかたは倫理的な指針であるだけでなく、実際に「認知機能障害」からの回復という点からも重要である。たとえば就労支援において、本人の能力評価はもちろん必要であるが、同時にやりたい仕事であるかどうかにも留意しなければ、成功はおぼつかない。やりたいことの中から、少しずつ本人の特性や能力に見合った仕事を探していく中で、機能回復の取り組みがおこなわれるようになるというプロセスが必要なのである。環境への介入が同時に必要である点も、共通している。

(2) 地域における展開

これまで述べてきたように、認知機能リハビリテーションは、「生活のしづらさ」を認知機能の視点から見ることや、機能回復の具体的な手段を取り入れてトレーニングすることから、治療者と患者が共同作業しやすく、また当事者の意識的な対処努力を促しやすくする利便性がある。またこれまでのリハビリテーションでは十分な改善が得られなかった状況、具体的には就労支援において課題遂行能力を強化することや、主に集団場面や対人状況を利用するリハビリテーションへの参加が困難な場合や、自身の障害への気づきが得られにくいケースに対して、「仮想現実」を利用して安全に気づきを促していけるなどの特徴がある。したがって、認知機能リハビリテーションを、社会機能回復のためのリハビリテーションに組み込むことによって、社会生活の回復を支援しやすくなることが期待できる。しかし認知機能リハビリテーションで得られる改善は、効果研究のところでも示したように大きなものではな

く、統合失調症で見られる認知機能障害を、健常者と同等まで回復させることはできない。したがって、地域生活の支援の中に認知機能リハビリテーションを埋め込むことによって、起きた変化を社会生活場面へと般化していく計画的な支援が必須である。そのためには、対人状況を介在する場面でのトレーニングや、認知行動療法などの統合的な実施によって、より現実的な生活での回復が図られる必要がある。

具体的な地域での展開としては、まず仕事を希望する人が、認知機能リハビリテーションを行うことが考えられる。トレーナーとパソコンがあれば実施できるので、大きなスペースはいらないし、コストも人件費程度である。週2回、3カ月の時間があればある程度の成果を上げることができる。何よりも重要であるのは、統合失調症の人とトレーナーが認知機能の特性や課題取り組みのクセ（メタ認知）を共有し、それを仕事に結び付けていくという一貫した支援が行われることである。それによって仕事の維持がしやすくなったり、職場との連携がはかりやすくなる可能性がある。つまり就労支援の専門家やジョブコーチがトレーナーも兼ねることができると、効果はより確かなものとなる。したがって、就労支援を行うデイケアや、就労支援センターや障害者職業センターなどの専門機関、就労移行支援を行う地域での生活訓練施設などで、認知機能リハビリテーションが行われることが望まれる。

また思考障害が重い、対人障害が強いなどの理由で、従来のリハビリテーションでは十分な効果が期待できなかった人の機能回復を図ることによって、次のステップのリハビリテーションを受けやすくする効用もあるように思う。この点からは、デイケアや就労継続支援の施設などで行われる事が期待される。パソコンを運んでいけばよいので、引きこもりの人へのアウトリーチサービスなどにも応用できるかもしれない。対人状況などが負担となる人にとっては、先に述べたパソコンを用いたトレーニングの利点が大いに発揮されるし、成果が得られやすくなりやすいことから、自信も見出すことができるように思う。

地域に生活し、満足と自信を取り戻し、自分の生きがいを持って暮らしていけるようになることが、当事者や家族、そして支援の専門家にとっての共通の目標である。認知機能リハビリテーションはそのための一つ

のツールとして、有用性があると思われる。

引用文献

- 1) Hodge,M.A., Siciliano,D., Withey,P. et al. A randomized controlled trial of Cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008 August 20 [Epub ahead of print] PMID : 18718884 [PubMed - as supplied by publisher]
- 2) Hogarty,G.E., Flesher,S. : Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 25 : 693-708, 1999
- 3) Ikebuchi,E.,Sasaki,T., Numaguchi,R. and DYCSS3 Group. Social Skills and Social and Nonsocial Cognitive Functioning in Schizophrenia. *J Mental Health* 16 : 581-594, 2007
- 4) McGurk,S.R., Mueser,K.T., Pascaris,A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness : one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophr Bull* 31 : 898-909, 2005
- 5) McGurk,S.R., Twamley,E.W., Sitzer,D.I. et al. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 164 : 1792-1802, 2007
- 6) Medalia,A., Choi,J. : Cognitive remediation in schizophrenia. *Neuropsychol Rev*, 2009,May 15. [Epub ahead of print]PMID : 19444614 [PubMed - as supplied by publisher]
- 7) Penn,D.L., Corrigan,P.W., Bentall,R.P. et al. Social cognition in schizophrenia. *Psychol Bull* 121 : 114-132, 1997
- 8) Wexler,B.E., Bell,M.D. Dognitive remediation and vocational rehabilitation for shizophrenia. *Schizophr Bull* 31 : 931-941, 2005
- 9) Wykes,T., Reeder,C., Williams,C. et al. : Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia. *Schizophr Research* 61 : 163-174, 2003

【特集 地域中心の精神保健医療福祉】

「当事者研究」の到達点とこれからの展開

Assessment and Study of Self: What We Found So Far, and What We Will Do Next.

向谷地 生良^{a)}

Ikuyoshi Mukaiyachi

1. はじめに

「当事者研究」がはじまって今年で十年になる。当事者研究がはじまったきっかけは、一人の統合失調症をかかえるメンバーが引き起こす相次ぐトラブルに私も含めたスタッフ自身が手詰まりの状態になったとき、同様に目の前で首をうなだれているメンバーに、思わず「一緒に研究しようか・・・」とつぶやいたことがきっかけだった。そのメンバーは、その一言に反応し「僕も研究したいです」と言ってくれた。「一緒に研究しようか」と思わずつぶやいたその一言は、今思えば、彼自身に向けた言葉というよりも、私自身に向けた励みだったような気がする。統合失調症をかかえるメンバー自身の現実に、私自身が「前向きに無力」になれたとき、彼のかかえる“生きづらさ”は、はじめて彼自身の大切なテーマとなったのである。

彼のようなエピソードをかかえるメンバーは、第三者の過剰な保護と管理、干渉を招き、それが更なる問題行動へと発展することも少なくなく、鎮静を目的とした大量投薬につながりやすい。そのような安易な手立てが、結果的に長期入院を生み出す要因にもなってきた。しかし、そんな状況にもかかわらず、当時の主治医は、安易に薬の増量に走らずに「いっしょに研究しよう」という発想を認め、困難を共有することをチームに促した。そのメンバーが最初に取り組んだテーマは「爆発の研究」だった。

だが、そのようにしてはじまった研究活動を、私たちは当初「自己研究」と称していた。しかし、「自己」という枠組みを越えて、一つの現実—例えば病気や障害をかかえること—に直面した時、他人任せにしたり、単に回避したりするのではなく、そのこと

に向き合い結果に影響力を持つようとするときに、私たちはその現実の「当事者-統治者」になるという理解に至り、「当事者研究」という言葉を用いるようになった。それを契機に「自己研究」は、自己完結的な装いから、“自分自身で、共に”という理念に象徴されるように、研究を通じた仲間との出会いを大切にするプログラムとしての広がりをもつようになった。特に、ここ一・二年の全国的な関心の拡大は顕著で、特に精神科医が積極的に当事者研究を知ろうとする傾向が強まりつつあるのは、うれしい誤算である。さらには、「べてるの家の非援助論」が韓国で翻訳され出版された影響から、お隣の韓国でも当事者研究が試みられるようになり、毎年のように、精神保健福祉領域のみならず、各方面から関係者が浦河を視察に訪れている。

この度は、当事者研究の誕生から現在までの軌跡をたどる中で、当事者研究をあらためて紹介し、その持つ意味を考えてみたい。そして、最後に、現在考えられている当事者研究の今後の展望についても言及したい。なお、最初に確認しておきたいのは、当事者研究は、研究テーマをもっている当事者自身の自律的で前向きな関心や興味によって、自由自在に展開されるのが基本であり、マニュアルや構造化されたプログラムは、基本的に、その自在さと、前向きな試行錯誤という当事者研究の持ち味を失わせると考えている。その意味でも、ここに紹介する当事者研究についての言及は、あくまでも、これまでの当事者研究の取り組みの実績をまとめたものであり、これから当事者研究をはじめ人の参考にしていただければ幸いである。

2. 当事者研究の理念と定義

最初に、当事者研究を紹介するにあたって、お断

a) 北海道医療大学看護福祉学部 臨床福祉学科

Department of Clinical Social Work, School of Nursing and Social Services, Health Sciences University of Hokkaido

りしておきたいのは、あくまでも現在の到達点であり、当事者研究は、続ける中で常に当事者の経験を取り込みながら更新を続けており、説明のスライドだけでもここ5年間で70回の書き換えを行い、スライド数も1000枚になろうとしている。そのように、全国各地の当事者研究の現場から生み出される新しい知恵と経験が、当事者研究を深化（進化）させ、磨きあげているのである。

1) 当事者研究とは

①当事者研究とは、統合失調症などをもちながら地域で暮らす当事者の生活経験から生まれた自助－自分を助け、励まし、活かす－のプログラムである。そこで大切にされていることは、当事者自身が生活していく中で出会うさまざまな「苦労の主人公」になることである。

精神障害をかかえた人たちの困難とは、精神疾患による直接的な苦痛や辛さではなく、当事者自身と、当事者を取り巻く人間関係も含めた内的外的な環境によってもたらされる部分の方が大きい。その典型が、過剰な保護や管理、過剰な投薬であり、当事者自身のニーズよりも、周囲のリスクの軽減を重んじるかわりが中心となり、結果として長期入院をもたらす要因となってきた。そのような中で、浦河の回復者クラブ活動は、「当事者主権」¹⁾という言葉に象徴される70年代の自立生活運動の伝統を受け継ぎ、他者に管理、保護される暮らしよりも、むしろ一人の人間としての正当なリスクを求めることを重んじてきた。そして、このような人生観は、遡るならば、フランクルの実存分析でいうところの「苦悩の意味－苦悩において成熟し、苦悩において成長するのであり、苦悩はわれわれをより豊かに且つ強力にしてくれる－」²⁾にも通じるものがある。

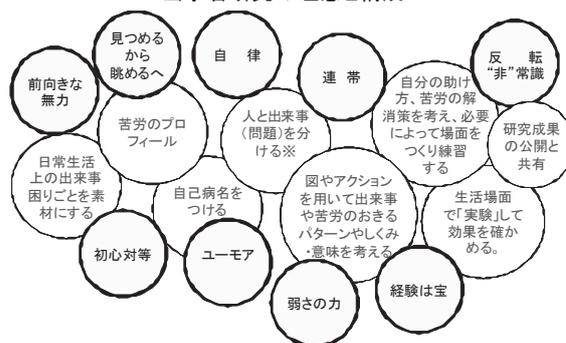
②当事者研究ではどんなに困難な状況にあっても、その場と自分や仲間の経験の中に、困難を解消する「知恵が眠っている」と考える。

これは、北海道浦河における精神保健福祉活動が、当事者や町民有志による地域活動拠点べてるの家（1984年設立）を生み出した回復者クラブ活動をベースとして培われてきたことと無縁ではない。今から、三十年以上も前のことである。社会資源に乏しく、地域支援体制も整わないなかで、あったもつとも重要な資源は、当事者の「体験」という貴重な

資源であった。その体験を持ちより、語り合う中で、体験は「経験」へと昇華されるのである。

③当事者がかかえる様々な生きづらさ（見極めや対処が難しい圧迫や不快なできごと、症状や薬との付き合い方、家族・仲間・職場における人間関係、仕事上の苦労）や、固有の経験等が研究の素材になる。

当事者研究の理念と構成



当事者研究における研究の素材は、私たちの身近な生活経験の中に、それこそ無尽蔵にある。自分自身で背負いきれないと思ってきた苦労や生きづらさでも、「研究」という担い方を志した時、それは興味や関心となって、不思議と持ちやすいものになる。しかも、当事者研究で大切なのは、「自分自身で、ともに」というスローガンにあるように、仲間や関係者との連帯がカギとなる。この連帯のイメージは、「語ること」を重んじてきたべてるの伝統と、当事者研究が認知行動療法であるSST（生活技能訓練）のプログラムの展開から、発展的に生まれてきたことと無縁ではない。後者でいえば、共同の実証主義の立場が反映されていると言え、さらには、統合失調症などをかかえる当事者を「自分の専門家」ととらえ、適切な自己対処の在り方を、模索していく姿勢も、それに重なるものである。この辺は、ナラティブ・アプローチにおいて専門家が自分の立ち位置を「無知」に置くことと関連してくる。

④当事者自身が仲間と共に、関係者や家族と連携しながら、常識にとらわれずに「研究する」という視点に立ってワイワイガヤガヤと語り合い、時には、図（絵）や、アクションを用いて出来事や苦労のおきるパターンやしくみ、かかえる苦労や困難の背後にある意味や可能性を見出すことを重視する。

統合失調症を持つ人は、病識を持ちにくいと言わ

れる。その中で、治療や援助の目標は、幻覚や妄想と言う「主観的体験」から抜け出て、物事を客観的に見ることができるよう促すことに重点が置かれ、それが困難な場合、周囲がそこから生じるリスクを軽減させる適切な保護や管理をするというのが、基本であった。しかし、当事者研究は、当事者が生きている主観的な世界と感覚を共有しながら、新しい暮らし方、生き方、のアイデアを模索することを大事にしながら、他律的な保護や管理から脱却し、自律的な試行錯誤を促す環境づくりを大切にしてきた。それは木村敏が言う「主観的な主体性」³⁾という概念にも通じるものである。当事者研究では、説明の困難な主観的な体験を共有するために、さまざまな手立てを用いる。具体的には、物に置き換えたり、図やイラストで表現したり、当事者自身を演出家として即興的に場面を再現することもある。徹底して、困難を生きている当事者の主観的な現実の生々しさを共に体験することが大切になって来る。そこでは、「自分の辛さがわかってもらえた」という実感を重んじる。その“主観的な問題意識”を共有する手立てとして「自己病名」(例：統合失調症ガンバリ型最後にガス欠タイプ)が有効である。

⑤前向きな(自律的な)試行錯誤を重ねる中で、即興的(偶然性)に生まれるユニークな理解やアイデアこそが“自分の助け方”の重要な発見につながると考える。そして、そこで見出されたユニークな理解や自分を助けるための手立てを現実の生活の中に活かすことや仲間と分かち合うことを大切にしている。

生命科学者である清水博は、生命のもっとも基本的な活動形態を「自己表現」と「試行錯誤」と述べている。⁴⁾そして、そのような生命的な試行錯誤から生まれた知恵を「リアルタイムの創出知」と呼んでいる。当事者研究は、自己表現」と「試行錯誤」という生命的な営みの中から生まれた身近で、独創的な「知」の創出と、当事者同志の分かち合いを展開の柱としている。

⑥単なる「問題解決」の方法ではなく、「問題」と思われている出来事に向き合う「態度」「とらえ方」「立ち位置」の変更や見極めを基本とし、問題が解決されないままでも、「解消」される可能性も視野に入れる。それは、自分自身の生きてきた経験と今

を語る「言葉」を吟味し、育みながら、現実の生活場面の中に具体的な“振る舞い”と“つながり”を創造していく「言葉のプログラム」ということができる。

いわゆる問題は、その捉え方、抱え方によって、重さや意味を変える。例えば、主治医に「統合失調症です」と宣告された親が、医学書に記載された統合失調症の記述を読んで、絶望的な心境に陥ったという話もある。一方では、浦河で統合失調症をかかえるメンバーは、講演先で統合失調症の説明を求められた時、「統合失調症は、友達ができる病気です」と語った。同じ現実を語るのに、その語る立ち位置によって、絶望にもなり、希望にもなる。野口⁵⁾はそのような語りが生まれる浦河の地域を「ナラティブ・コミュニティ」と説明している。「態度」「とらえ方」「立ち位置」の変更や見極めは、認知行動療法のアイデアとも通じるものがある。

⑦当事者研究は、支援者にとっても必要で有効なプログラムである。

当事者研究は、決して疾患や障害を持った人のためのプログラムではない。私たちは、生活上、自分自身が直接的、間接的に影響を受ける可能性があるか、すでに影響を受けている現実に対して、責任と役割を自覚し、影響力を発揮しようとした時点で、当事者となる。その意味で、誰でも、当事者になりうる可能性の前に立たされている。そこに当事者研究が重んじる共同性の素地がある。私自身がそうであったように、当事者研究は、支援者として立たされた現実を生き抜くためのまさしく、自助のアプローチとしてはじまったとも言える。

3. 当事者研究の生まれた背景

当事者研究の生まれた背景には、SSTで扱う「練習課題」を、リアリティーのある実感のこもったものにするための試行錯誤があった。感情の爆発や、電波に痛めつけられるとか、隣の部屋から嫌がらせを受けている、という訴えを一つとっても、そう簡単にSSTの練習課題として結び付けられるほど状況は単純ではない。生活感あふれる練習課題をメンバーが見出すには、それを促す環境的な側面が重要になって来る。具体的には、代理行為を廃し、メンバー自身が生活上の課題を乗り越えていくための前

向きな試行錯誤を促す支援体制が必須の条件になって来る。特に練習課題は、最初は金銭の貸し借りなどの“生活問題”として表面化することが多い。そのように、いわゆる“問題”は、常にメンバー自身の成長とスキルの獲得に向けたステップとなりうる重要な機会である。それを、単純に禁止行為として、懲罰的に扱うならば、結果としてメンバーの成長動機を押しつぶすことになる。その結果、SSTのセッションの多くは「茶話会」や「話し合い」の場となり、リアリティーを喪失した形骸化したプログラムと化す。

その他に、SSTを導入している現場から寄せられた課題として、①単純な希望志向のアプローチが、過去の経験からの逃避的、回避的な傾向を持つメンバーに用いるのが難しいこと。②現場に定着している「相談する人」「援助する人」の二者構造を変える手立てが必要であること。③メンバーの中に、「自己対処」「回復」のイメージがないこと。④メンバー間の仲間意識の低さ。⑤人と問題の内在化があり、トラブルを起こすメンバーは「問題な人」として排除される傾向があること。特に、パーソナリティー障害を持つ人への支援に困難さを感じる。⑥メンバーが本当の気持ちを話さない。一方では、幻覚、妄想の話は聞かないというスタンスがスタッフ側にあること。⑦服薬を順守する中で持続的にかかえる幻聴や妄想を契機としたメンバー同士のトラブルへの有効な支援策が見いだせないこと。⑧メンバー自身が、各々がかかえる生きづらさが理解できていない状況があることである。

以上の事からは、長年ソーシャルワーカーとしてSSTのリーダーを経験してきた一人として筆者自身が常に直面してきたことである。しかし、それらの課題を乗り越えるための長年の試行錯誤を通じて、SSTがメンバーの暮らしの中に大切なツールとして定着するようになる中で、見えてきたのは、次のことである。

それは、いわゆる問題の起こり方には、ひとつのパターンがあること。そして、爆発や不適切な行為や言動の背後には辛い状況から抜け出そうとする当事者なりの“もがき”があるということである。しかし、その“もがき”の底流には、自己表現と“つながり”への渴望がある一方、表出されたニーズと当事者自身のニーズの間には乖離があり、そして、

メンバー自身もそれに気づいていない場合が多いということである。しかも、当事者は、五感で感じる現実と、周囲の人が共有している現実とのギャップ（誤作動）に苦しみながら、将来に対する希望と生きがいを見失い、かつそれを探し求めている。

以上のように、統合失調症などをかかえるメンバーの“生きづらさ”の根底には、意味のある状況課題、人生課題が見えにくい形で重層的に内在化している。木村敏の言葉をかりるならば「・・・ドパミン・レセプターの変化は・・・原因ではない・・・レセプターの変化はどうして起こったのかという問いでもある。その答えは、そうしなければ患者は生きて行きにくいのだ、ということに尽きる。」⁶⁾ 私たちは、症状の中に仮装されたその人なりの固有の生きづらさの片りんを見ることがある。例えば、服薬管理がうまくいかず、たびたび再発を繰り返すメンバーに、薬の重要性を中心とした心理教育を行っても、なかなか効果が上がらないということがあった。そこで、当事者研究を一緒におこなったところ、回復のイメージを持たずに、幻聴が緩和するにつれて増す現実感に耐えられずに、服薬を止めてむしろ幻聴を呼び込んでいるというメカニズムが明らかになった。私たちは、それを「回復不安」と呼んでいる。そして、幻聴があることの利点は、寂しさが紛れる、ということがわかり、そこで、考えたのが、「仲間をつくること」であった。そのメンバーは、SSTでは、「仲間づくり」に向けた具体的な練習課題に挑戦した。例えば、馬鹿にする声が聞こえた時、信頼できる仲間にと確認をする練習、世間話をする練習、その結果、仲間とのつながりが多くなり、結果として服薬も順守されるようになった。そのように、当事者研究は、メンバーの主観的な世界の意味を理解し、「苦労のメカニズムの解明」といういわゆるアセスメントの手立てとして役立てることができる。そして、当事者研究と言うプロセスを辿る中で明確になった現実感のある練習課題が、SSTの持ち味を活かすという実感を持つにいたった。

最後に、もう一つ当事者研究が生まれた背景として、先にあげたような課題をこなす中で、SSTの特徴である「希望志向」だけでは、現実感のあるテーマを拾い上げることに困難があり、「前向きな問題志向」の重要性に気づいたことがあげられる。それは、過去から現在までの苦労のパターンを探ること

で、より現実的で希望志向の練習課題が生まれるからである。

以上の課題に即したプログラムの創出を私たちは、回数を重ねながら模索してきた。そして、そのような取り組みの中から生まれてきたのが、当事者研究なのである。

4. 当事者研究の実際

<当事者研究のスタイル>

当事者研究は、統合失調症等の精神障害を持つメンバーが、自律的に自分のかかえる生きづらさの意味とメカニズムを解明し、爆発などに変わる“新しい自分の助け方”を仲間等と共に、模索していく活動としてはじまった。それを、契機に、特にここ数年、発達障害や身体障害などのかかえる当事者や家族が、自発的に、自由な形で当事者研究をはじめ、それを公開し反響を呼んでいる。そこで、いままでに取り組みされた当事者研究の研究スタイルを分類すると次のようになる。

①かかえる苦勞のメカニズムやパターン、意味を解き明かし、従来の対処に変わる新しいユニークな対処方法を考案する研究スタイルで、認知行動療法に基づいたプログラムである SST（生活技能訓練）やべてるにおける長年の実践経験の蓄積に基づいた研究スタイルで、研究事例の蓄積も多い。－例）「爆発のメカニズムと自分の助け方の研究」

②自らと仲間の経験や様々な領域の情報を参考にしながら、暮らしやすさ、生きやすさを実現するための新たな発想や具体的な手立てや考える。例）「恋愛の研究－もて方の傾向と対策」

③自らの固有の体験を振り返り、観察、整理をしながら、専門家の見解や一般的な通説を乗り越えた解釈や考察を加え、有用な経験として新たな意味や可能性をさぐるもので、脳性まひを持つ当事者であり、医師でもある熊谷晋一郎氏の「リハビリの夜：医学書院」や綾屋紗月氏の「発達障害当事者研究：医学書院」などがある。

④その他、「研究する」という立場から、その人

なりの自由な手立てと発想で自らの経験や暮らしのテーマを追求する。最近のユニークな例は、統合失調症のメンバーが、自分が見た（幻覚）UFOの種類をタイプごとに分類し、宇宙人との会話の内容なども含めて整理して発表した例－「UFOの研究－その種類と特徴」－がある。このような体験は、なかなか語られることなく、そのようなエピソードは、病的な体験として顧みられることは少ないが、当事者研究を通じて表現の場が与えられ、そのことによって、そのメンバーは新しいつながりの機会を得るようになった。

<当事者研究の展開>

ここで、当事者研究の一般的な進め方（上記の①②）を中心に、その展開を紹介したい。当事者研究は、「自分自身で、共に」という理念が示すように、かかえる“問題－課題”に対する共感的な関心からはじまり、共に考え、共に知恵を出しあうプロセスがもっとも重要になる。そして、見出されたアイデアを実際の暮らしの中で試み－実験－、その結果を見極め、有効な手立てについては、同じ課題をかかえている仲間と、共に分かち合うという一連の取り組みが当事者研究の特徴となっている。

そのように進められる当事者研究は、基本的にテーマを持っている当事者自身が、自由な時間に場所を選ばずに気軽に自発的に行う研究活動をベースに行われる。はじめて当事者研究に挑戦するメンバーは、当事者研究に慣れた仲間や支援者に協力してもらいながらマンツーマンで行う。当事者研究に参加しているメンバーは、いつも研究ノートの小脇にかかえ、気付いたこと、発見したこと、新たなテーマが浮かんだ時にノートを取り出しメモをする習慣が定着している。それを「ひとり当事者研究」と呼んでいる。このひとり当事者研究を動機づけ、サポートすることも、スタッフやメンバーには重要になって来る。そこから二人以上の少人数で行う当事者研究、「二人当事者研究」へとつながってくる。それが発展して幻聴や妄想など、同じ苦勞をかかえるメンバー同志で「研究チーム」を立ち上げることもある。それらの一連の活動は、一定の曜日や時間、場所を定めて定期的に（ときには、臨時的に開催もあり）開催されている「グループ当事者研究」の場に持ち込まれ、浦河では毎週一回、研究の進み具合を報告し、検討を加える場として活用されている。

＜当事者研究の進め方＞

当事者研究には、それを培ってきた理念がある。それが研究活動の土台になり進められていく。次に紹介する当事者研究の進め方は、一般的な研究スタイルで「出来事（苦労）のパターンや意味を見極める展開」に即した進め方の例であり、①から⑤の要素を押さえながら進められることが多い。

①何がどうなっているのか

繰り返し起きてくる出来事のパターン、起きてくる「問題」の意味の見極めを吟味する。「問題」の良いところや前向きな効果や意味を考える。すでに解消された「困難」や「成果」も、それがなぜ解消されたのか、どんな「自分の助け方」が発揮されたのかを取り上げることもある。この場面で、ロールプレイや、図や絵などを用いる。

②それにどう対処してきたのか

起きてくる「問題」をどのように受け止め、対処してきたのか。爆発や強迫的な行為も、「自分の助け方」の一つとして受け止める。

③その結果と満足度は？

ある出来事に対して取ってきた対応－例えば「爆発」－の満足度、効果を確認し、満足度が低い場合はそれに変わるあらたな手立てを一緒に探る。

④従来の「自分の助け方」にかわる「新しい自分の助け方」を検討し、具体的に、どのような手立てを、どのようなタイミングで用いればいいのかを実践する。必要な場合は、練習をする。

⑤その結果、効果を見きわめて、次の対処を考える。

以上が、多く行われている当事者研究の展開例である。ただし、上記は当事者研究の柱となる構成内容であり、手順ではないことに留意する必要がある。

5. 当事者研究の可能性

当事者研究の最大のポイントは、統合失調症等を持つ当事者自身が、自らのかかえるさまざまな生きづらさに対して、周囲の過剰な保護や管理から脱して、自律的、研究的に担い、対処をしていこうとする前向きな動機を育て、持ち続けることにある。そして、それから生まれるつながりのネットワークが、

生活に張り合いを生む。当事者研究が、その展開において、「自分の中に、仲間の経験の中に、知恵がある！ アイデアが眠っている！ 仲間や専門家、家族と連携しながら、さあ、今日から、自分自身で、共に、研究しよう！」をスローガンに進められるのは、そのためである。

この当事者研究が成り立つためには①人間関係への参加が自尊心を促進すること ②適切なカミングアウトが他者へ援助を求めていくことを可能にし、孤独を取り除くこと ③当事者自身が、他者の回復（癒し）に貢献する力を持っていることの経験を促すこと ④そのためには、日常的に病気・薬物療法・対処技法・社会資源に関する情報に触れる場が用意されていること⁷⁾

に対する当事者自身と周囲の理解が促進され、それを整えるための普段の努力が必要となる。

そのようにして生まれた土壌から、専門家や家族、当事者との真の連携の土台が生まれ、精神保健福祉の世界に「当事者主権」の芽が育まれる大切な契機となるような気がしている。SST がそうであるように、当事者研究には、当事者の持つ経験に対する信頼と、専門家に対しては、その役割に対する新しい提案がある。それは、“前向きな無力さ”であり、当事者との連帯である。それが、我が国の精神保健福祉に新たな地平を開く突破口になるような気がする。

- 1) 中西 正司、上野千鶴子：「当事者主権」2003 岩波書店
- 2) 苦悩の存在論—ニヒリズムの根本問題 V. フランクル、真行寺 功翻訳 1998 新泉社
- 3) 木村敏「こころの病理を考える」1994 岩波新書
- 4) 清水博「生命知としての場の論理——柳生新陰流に見る共創の理」(1996 中央公論社 中公新書)
- 5) 野口裕二「物語としてのケア—ナラティブ・アプローチの世界へ」2002 医学書院
- 6) 木村敏「こころの病理を考える」1994 岩波新書
- 7) 「ソーシャルワーク実践におけるエンパワメント—その理論と実際の論考集」L.M. グティエーレス、R.J. パーソンズ E.O. コックス編集 小松源助監訳 相川書房

【特集 地域中心の精神保健医療福祉】

日本における精神保健福祉領域における アウトリーチサービスの現在

Community mental health outreach services in Japan

吉田光爾^{a)}、伊藤順一郎^{a)}

Koji Yoshida, Junichiro Ito

1. はじめに

近年のわが国の「入院医療中心から地域生活中心へ」の推進に必要なことは、重い精神障害を持っていても「あたりまえの生活」が可能になる、ニーズに応じた生活の場での支援の実現である。精神障害は、障害性と疾病性を併せ持つ変動性を持つ障害であり、生活支援と医療をともに生活に密着しながら柔軟かつ不断に提供することが必要な人々が存在するのである。この点で、地域生活に密着しながら精神障害の変動性・不安定性に対応できるアウトリーチ（訪問）型のサービスに期待される役割は大きい。

「リカバリー」概念の普及に貢献している、当事者活動家のパトリシア・ディーガンによれば、リカバリーの中で当事者が求めているのは、地域の中で暮らし、働き、愛し、そこで自分が重要な貢献をすることである¹。このような当事者の希望を支援するためには、支援者が、その人が実際に生活をしている地域の環境にアウトリーチして出て行き、そこで起きる様々な課題や困難に寄り添いながら歩いていく態度が必要となる。

脱施設化の進展によって引き起こされたホームレスや回転ドア現象によって、欧米では、こうしたアウトリーチサービスの展開の必要性が強く意識され、その整備が進んできた。しかし、脱施設化が十分に進行していない我が国では近年になって、やっとその萌芽が現れてきたと言える。

そこで本稿では現在、わが国における地域精神保健システムの中で展開されているアウトリーチサービスとして、Assertive Community Treatment、精神科訪問看護、障害者自立支援法における相談支援事業、訪問による生活訓練を取り上げて概説する。

2. Assertive Community Treatment

Assertive Community Treatment（以下 ACT）とは、利用者の多様なニーズに応じるために医療・看護・福祉・就労支援などの多職種チームによって行われるアウトリーチによる支援である。統合失調症、双極性障害、重度の大うつ病などを主診断とし、状態が不安定なため医療中断や頻回入院を繰り返したり、症状による暴力や問題行為などによって安定的な地域生活を送ることが難しい人、長期に渡ってひきこもっている人など、いわゆる Severe Mental Illness をもった人が対象になる。

ACT が発展してきた背景には米国における脱施設化が存在する。1960年代、ケネディによる改革のもと、州立病院の閉鎖や入院病床の削減等によって多くの精神障害者が地域で生活することになった。他方で、これまで地域と隔たった施設内で一括に提供されてきた支援は、地域で通所を前提としたサービスとして断片化して提供されることになったのである。しかし、上述したような重度かつ不安定な障害状態にある人々は、これらの支援を安定的に利用することができず、結果として再発と再入院を繰り返したり、ホームレス等の状態に追い込まれることになった。こうした問題に対処するため、1970年代には国立精神保健研究所（SIMH）で Community Support System プロジェクトが実施され、ウィスコンシン州マディソン市で開発された 24 時間稼働する多職種チームによるアウトリーチ

a) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
社会復帰研究部

Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

4-1-1, Ogawa-higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

支援のモデルが導入されたのである。そして、この ACT モデルは、利用者の満足度、入院期間の短縮、住居の安定、QOL、症状、服薬コンプライアンス等の点で、大きな成果をあげることも明らかになり²、現在ではアメリカにおける多くの州で、重症精神障害者への支援に何らかの形でこの方式が導入されている。

具体的な ACT の特徴としては、重篤な精神障害者を対象とする以外に、以下のものがあげられる。①多職種によるチーム構成：看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、就労支援の専門家、精神科医などによってチームが構成される。②低いケースロード：集中的なサービス提供が可能のように利用者の上限数を設定し、ケースロード比（スタッフ数：利用者数）を1：10程度にする。③訪問によるサービス提供：ACT では利用者が生活する場でより効果のある支援が行われるように自宅や職場、地域の環境に直接赴く。④サービスのレスポンスビリティ：ACT の対象者は上述のよう通所サービスの利用が困難な層であることが想定されているため、複数の外部のサービスを利用するのではなく、チームが責任を持って必要なサービスを直接提供することを図る。⑤チームで情報を共有する：ある利用者に対しては主担当者が決められるが、スタッフ全員がその利用者に対する情報を共有し有事においても支援ができるようにする。⑥24時間365日体制で危機介入にも対応する：状態の不安定な利用者の地域生活を支えるために24時間365日対応できる体制を整備し、危機介入も行う。⑦期限を定めないサービス：重度の精神障害者に対して安定かつ継続的なサービスを提供するため、原則的に利用期限を定めない。なお、米国では、こうした ACT のサービスが満たすべき基準にあっていないかを評価するために、ACT のプログラムモデルへの忠実度を測定する Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS)^{3,4} とよばれる尺度を用いて、その質を評価・維持している。

このような ACT プログラムであるが、日本への導入は2002年に旧国立精神・神経センター（現国立国際医療研究センター）国府台病院において厚生労働科学研究費の助成を受けて行われたのが初である（ACT-J）。ACT-J では6年間臨床研究が行われ、日本における ACT モデルのひな形を開発するとともに、入院日数の低減や利用者の高いサービス満足

度等の点で効果があることを示した^{5,6}（現在は研究ではなく、民間の事業体としてサービスを継続している）。なお、ACT-J で支援モデルが開発され実際に運用されたことをきっかけとして、現時点で、全国で10数ヶ所の事業所が ACT モデルに基づいた支援を行っている。

ただし、現時点では ACT は診療報酬や国の公的な事業としては制度化されているわけではない。よって、上記のような支援を行うため、各事業者は訪問看護制度や補助金・福祉財源などを活用して事業を実施しているのが現状である。しかし、特に基準がないまま、各地で独自に活動するままでは、運営が視野狭窄に陥り、本来の ACT モデルから支援が離れていってしまう状況に陥りかねない。そこで現在 ACT を標榜する多くの事業者は、共同で『ACT 全国ネットワーク』⁷ と呼ばれる連合体を組織している。この連合体は、広く開かれた研修事業の実施を通じて臨床スキルの研鑽を図っている。さらに、上記の DACTS を参考に共同で ACT の標準モデルを作成し、これを元にモデルへの忠実度を測定する「フィデリティ（忠実度）尺度」を開発し、毎年各々の活動を相互評価するなどし、支援の構造と質を維持・向上させる努力を行っている。

3. 精神科訪問看護

近年、多くの医療機関や訪問看護ステーションで精神科訪問看護が実施されるようになってきている。1986年から医療機関からの精神科訪問看護が診療報酬に乗せられた背景には、保健師や病棟看護師の訪問活動が高い評価を得てきたことが影響している。また、1994年からは一般の訪問看護ステーションからの訪問看護が制度化されている。精神科訪問看護を実施している精神科病院のうち割合は、平成17年には77.0%となっている⁸。また、訪問看護ステーションからの精神科訪問看護は、平成18年の調査では事業所の約35.5%で実施されていたが⁹、平成20年には47.7%であり¹⁰、これも増加していることが窺える。精神科訪問看護は入院日数の低減と地域の社会資源利用数の増加などに効果があることが報告されており¹¹、支援事業者の多さと相まって、精神障害者の地域生活に大きく寄与することが期待されている。

精神科訪問看護と ACT は同じアウトリーチ支

援ではあるが、各々の支援の特徴を比較した研究では以下のことが報告されている¹²。例えば、訪問看護の特徴はACTに比して低頻度（訪問看護：ACT=3.5回訪問/月：8.5回訪問/月）・短時間（訪問看護：ACT=43.9分/回：60.2分/回）な傾向にある。また、支援の場所は、自宅が中心の支援であることが多い（ACTでは地域に出て支援することが一定の割合で存在する）。支援の内容としてはACT同様に多様な領域に対する関わりが行われているが、訪問看護では「観察・アセスメント」領域の支援、ACTでは日常生活の具体的な支援に関する実施率が高い。また、訪問看護では「通院行動」「危機時の介入」「薬物療法の副作用と対処」「排泄の援助」などの観察や、「身体症状の観察と対処」などにおいて実施率が高いことから、医療的側面、特に身体面での支援について高い機能をもっていることが報告されている。

なお、ACTは多職種で構成されるチームが原則的にクライアントのサービス全般について直接的に実施するのに対し、訪問看護ではホームヘルプをはじめとした他のサービスとの連携の中で支援を行っていくことも多い。周囲に存在するフォーマル・インフォーマルなサポートの状況によって、訪問看護の担う機能が異なってくることも報告されている。クライアントの状況や社会資源との連携の中で、訪問看護の役割は柔軟に規定されてくる側面があると言えるであろう。

さて、精神科訪問看護を実施しているステーションは増加しているものの、実際には精神科に関する業務を専従にしている事業者が多数なわけではない。精神障害をもつ利用者が5人未満の訪問看護ステーションは約6割を占めるといわれる¹³。事業者の多くは、介護保険における高齢者支援や在宅療養者への訪問看護を行いながら、事業の一部として兼務で精神科訪問看護を行っている状況にある。しかし、精神科臨床においては利用者との関係性作りが困難な場合や、拒否時への対応、症状の急変や危機対応など、精神科に特有な問題への対応を必要とされる場合も多い。また支援ニーズが多い事例の場合、関わる機関も多数となるためネットワークングや調整機能を期待されることも多く、高いスキルが要される支援現場であるといえる。このような支援スキルを向上させていくためには、各々の事業者が参加できる研修機会を提供することや、精神障害を有す

る利用者に特化し経験を積んだ訪問看護ステーションを核としながら、その他のステーションのコンサルテーションやバックアップが行われていくような体制作りが必要であると考えられる。

4. 福祉制度におけるアウトリーチの展開

1) 相談支援事業

相談支援事業は、障害者自立支援法の中の地域生活支援事業に規定され、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者などからの相談に応じ、必要な情報の提供等の便宜を供与することや、権利擁護のために必要な援助を行うことにより、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことを支援することを目的とする。一般的な相談の他、高度な内容については、いわゆる障害者ケアマネジメントとしての活動を行うことが想定されており、相談の中から支援ニーズを要する人々をスクリーニングし、その人々に関わりながらサービスへと導入していく役割が期待されているのである。

ケアマネジメントの中でケアプランであるサービス利用計画を作成した場合には、サービス利用計画作成費が支給される。サービス利用計画作成費は、1件1月あたり850単位であり、利用者負担の上限額管理を行った場合1,000単位となる。なお、その支給範囲については国が定めているが、厳密なものではなく実際には自治体の判断による。

障害者の相談支援事業を行う事業者としては、行政機関並びに行政機関から委託を受けた指定相談支援事業者（以後、委託相談支援事業者）が存在する。また、他方で、委託を受けていない指定相談支援事業者（以後、指定相談支援事業者）が存在する。指定相談支援事業者は、事業を行っても委託費を受け取ることができない。

サービスに従事している者は「相談支援専門員」と呼ばれる。相談支援専門員になるには、国で決められた相談支援従事者初任者研修を受けることが条件となる。

相談支援事業の内容はケアマネジメント業務として想定されているが、「訪問」の語は規定に存在しない。つまり法的には訪問支援ではないのだが積極的な相談支援では実際には訪問を行っている。例えば三菱総合研究所による比較的活発な相談支援事業所の実態調査では10日間の業務調査で来所相談は

6.6回だが、訪問・外出同行は7.7件となっている¹⁴。

相談支援事業所では訪問支援を行う理由としては、ニーズが存在する人々は、必ずしも相談の場に来談できない・しない層であることが多いからである。サービスを拒否している人もいれば、重度の障害によって自宅での生活を余儀なくされている人もおり、支援が必要な人々に関与するためにはオフィスで待機しているのではなく「こちらから」の訪問支援が必須となる。また、ニーズをアセスメントする上で、その人への生活の場に直接赴いて状況を把握することは、極めて重要な方法源となる。さらに連携先の機関への同行、ケア会議にも訪問支援は必要となるし生活の困難の重大性や緊急性によっては相談支援専門員が直接家事援助などの生活支援や緊急時の対応を余儀なくされる場合もある。こうした必要性から積極的な事業者は、訪問支援を行っているのである。

相談支援事業は、市町村の判断に委ねられる地域生活支援事業に位置づくため、相談支援専門員などのスタッフの確保以上に、市町村とのネゴシエーションが重要となる。委託実施の有無や委託費の額、サービス利用計画作成費の財源設定など、市町村のニーズの見通しによって活動実態が大きく左右されるのである。特に費用面のバックアップは重要である。既に述べたサービス利用計画作成費は1件あたり1月850単位であるが、障害者ケアマネジメントでは実際には利用者と契約を結ぶ前段階の「導入・関係性作り」に人的・時間的コストがかかることも多い。また精神障害者の場合、状態像が不安定な利用者も少なくなく、頻回のモニタリングや面接を行う必要があり、より支援のコストは大きい。こうしたことから積極的な相談支援事業者の多くは事業費を、fee for serviceとしてのサービス利用計画作成費ではなく市町村委託費に依拠している傾向にあり、予算的な裏付けや支援に関して自治体の理解と協力が不可欠なのである。また、3障害合同のサービス提供が原則とされることから、どの障害をどのように地域で分担していくかに関する調整をしなければならない。

また支援の内容や特色に関して言えば、「何をどこまでするか」という点における地域差は大きい。全く訪問支援を行わない事業所も存在すれば、訪問支援を行いつつ徐々に地域の社会資源に繋いでいき

関与の度合いを低める事業所もある。社会資源が乏しく、事業所が直接の生活支援を継続的に行うことを余儀なくされている場合もある。相談支援事業所の支援内容は市町村の社会資源や財政状況によって大きく異なっているのである。

今後の法改正による状況の変化の可能性もあるが、事業者は市町村との協議の中で相談支援事業の支援範囲や内容をどのように位置づけるか議論することが極めて重要であろう。しかし、原則的には相談支援事業の支援は「ケアマネジメント」であり、地域の困難事例に短・中期的に関わり、ニーズをアセスメントする中で適切なサービスへとつなげていくというトリアージ機能を果たすという性格をもっていることは念頭に置いておきたい。

2) 生活訓練（訪問による）

自立訓練（生活訓練）とは障害者自立支援法に定められる訓練等給付の一つで、知的・精神障害者が地域生活を営む上の生活能力の維持・向上等のため一定期間の訓練をする支援である。現在、生活訓練は「宿泊型」および「通所型」が制度化されているが、通所訓練を原則としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ、訪問による訓練を組み合わせる支援をすることが可能とされている。これが本稿で述べる「訪問による生活訓練」である。

本制度が要求された背景には幾つかの理由が存在する。まず①障害者が地域生活スキルを伸張するための通所型サービスは各種存在するが、実際には安定的な通所が不可能な層が存在する。しかし実際には障害状態の不安定さや対人緊張の高さ等の理由で通所が不可能な層こそ、しばしば生活支援のニーズが高いのである。また②通所型サービス内の訓練が実際の地域生活の上で功を奏さないことも少なくない。通所施設内で家事の練習を行っても自宅環境が異なった場合、その練習が汎化されない、という経験は臨床家が頻繁に直面するものである。これらの課題を、訪問というアプローチを用い自宅や地域等の実際の環境で個別的に支援することで乗り越える、という意図をもって本制度は設計されている。

この訪問による生活訓練は、障害者自立支援法で初めて事業として制定されたが、実施先例がなかったこと、報酬単価がホームヘルプ（以下HH）と同様に低く設定されたこともあり、実際の運用は極めて少数に留まり実際の運用像が判然としてこなかつ

た。が、厚生労働省障害者保健福祉推進事業において平成19～20年度にかけて千葉県市川市でモデル事業（実施主体 特定非営利活動法人 ほっとハート）が実施され、その活動が分析された¹⁵。

利用者の「地域生活をするための能力」といっても、その内容は様々な内容を含み、どのような点が課題になるかは個々の利用者の状況によって異なる。しかし、従来の福祉的制度では、これら生活能力を伸ばすような個別的な訪問支援の制度は存在せず、もし事業者が行う場合でも、しばしば非公式な持ち出し業務として行われるに留まっていた。これに対して、訪問による生活訓練は幅広いニーズに柔軟に対応できるものであることが、上記事業では報告された。同事業では行われた支援内容を記録をもとに領域別に分類し、報告しているが、日常生活に関する支援から、ケアマネジメント、精神症状の対処、移動支援、危機介入など多岐にわたる領域の支援が総合的に行われている様子が報告されている。

訪問の福祉サービスと言えばHHがなじみ深いですが、訪問による生活訓練は「HHではない」。HHの支援は法的には「日常生活」の「家事援助」である。無論HHの支援者は現場のニーズの中で家事援助以外の支援を実際には担っていることも少なくない。しかし「家事援助」としてのHHの低い報酬単価とも相まって、支援者は「何をどこまでHHで行うのか」について自治体とコンフリクトを経験したり、負担を感じがちであるという声は多く聞くものである。しかし、訪問による生活訓練は日常生活の家事代行を超えた関わり方が許されるものである。医療行為はできないものの、訪問による生活訓練では支援の方法が法的に限定されていないため、「居宅介護」や「代行」といった文言に限定されず、利用者と一緒に家事の「練習」をしたり、活動範囲を広げるための「同行支援」をするなど多様な関わり方が可能である。また、支援の場所も自宅に限定されていない為、自宅外の地域において支援をすることができる点も、支援の幅を広げられる要素といえる。

また同サービスでの支援の中には精神症状に関する相談や、危機介入等専門的な知識や技術を要することから家事援助に留まらない高度な支援スキルを要すると考えられ、実際に平成21年度より報酬単価が見直されている。

現在、訪問による生活訓練にはその制度の概要が十分知られておらず、その運用は十分ではないと言

われており、今後事業者の更なる新規参入が望まれる。ただし、実際に臨床に従事する「生活支援員」には資格や経験年数などの従事者要件が現在、存在しない。このことは事業展開を容易にする反面、支援の質という点で諸刃の剣となっている。訪問支援は閉鎖性の高い支援であり、訪問の場で何を行うかについて明確な意識とスキル無しには、支援の質が低下しやすい。また訪問は利用者にとっては侵襲性が高い性格をもつため、支援の質を担保するためにも研修の体制作りが必要であろう（現在、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所で年1回、従事者向けの研修が行われている）。

また、訪問による生活訓練の支援者は医療行為はできない為、精神・身体症状に関する医学的支援を得手としているとは限らない。利用者の状態に応じて対象者をトリアージしたり外部のサービスと連携することも必要である。

5. 各サービスの異同と役割分担

精神科関連で現在可能なアウトリーチサービスとしては上記のようなものが挙げられるが、それぞれの制度の異同はどのように考えたらよいだろうか。

精神障害者が地域で生活をしていく際に考えなければならないのは、「生活の障害性」と「疾病性」の2軸である。生活のし辛さと疾病の重篤度は、相互に関連はしているが、生活面では特に問題がないが医療的な支援（服薬管理や身体健康管理）が必要な人々、逆に医療的な病状は安定しているが生活能力の支援にニーズがある人、その両側面が重篤な人々がいるのである。生活支援と医療支援の2軸を考慮に入れて各々のサービスとの照応を考えた場合、以下のように整理することができよう（図1）。

まず訪問看護は主として医療支援ニーズを中核とし、生活支援は中程度の対象者に対するサービスであると考えられる。利用者の生活全般をアセスメント・モニタリングしつつ、看護師による精神症状・身体症状の管理を行いながら、地域生活を支えていくのである。

しかし、現在の訪問看護ではコンタクト頻度が比較的少ないこと、アセスメント機能や自宅を中心としたサービス提供に偏りがちな面もあることから、地域生活上のインテンシブな具体的な支援や緊急時対応については限界があることも想像される。この

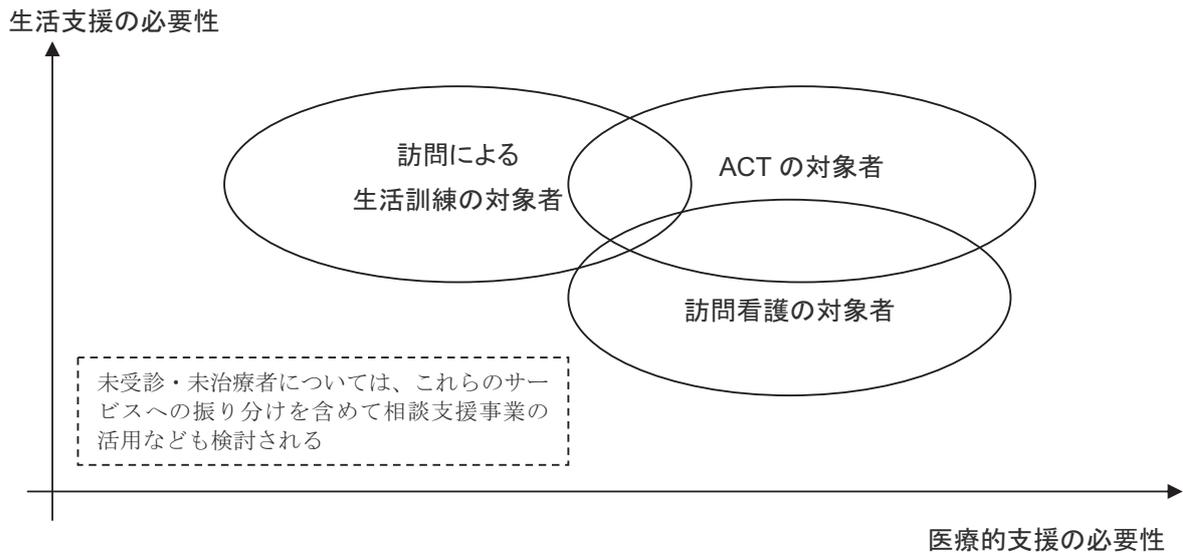


図1 医療・生活支援の必要性とアウトリーチサービスの照応

ことから、より日常生活の直接的支援が必要であり、かつ一般的な福祉サービスの利用が難しい者等については、ACTの支援対象と考えることができる。

他方で、長期の入院患者などの中には、症状や服薬など医療的な側面では安定していながらも、生活スキルが失われている・獲得してこなかったなどの理由によって地域定着が難しい事例も存在する。そうした場合は、生活のスキルを重点的に支援する訪問による生活訓練における支援が適当であろう。

ただし、上記のどのサービスも、原則的には利用者との契約のうえで支援が始まることとなっている。そのため未受診・未治療ケースなどへの関わりには限界も存在する。特に民間の事業所が、本人が拒否しているケースにアウトリーチで関わることにについては、侵襲性についての法的な観点からの検討・整理が必要な状況にあるといえる。現在、この点に関しては相談支援事業等がその一部を担っているが、上記のようにその活動は自治体によって大きなばらつきがある。未受診・未治療ケースへのアセスメントや支援が提供され、その後、適切な後方のサービスへとリアージされていく、というシステムをより強化していく方策については、今後の課題である。

アウトリーチサービス、と一言でいうと、万能感をもって語られやすいが、実際にはどの形態を取るかにより、その支援特性や対象者は異なってくるのであるし、それぞれの限界も存在する。また、全てのサービスが存在する地域は現状ではわが国では少

数であるため、上記の整理はあくまで理念的なものであり、地域の実情に応じて各サービスが実際に担わなければいけない内容も異なってくると考えられる。しかし重要な点は、本稿で述べられたこの4者は、それぞれの対象と支援特性もつ別個のサービスであり排斥しあうものではない、という点である。個々の特性を踏まえた上で、地域の中で役割分担や連携を行いつつ、支援を必要としている人々にサービスが届くシステムを効率的・総合的に設計することが重要であると考えられる。

1. Deegan, PE. Recovery : The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1998,11 (4) , 11-19.
2. Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al. Model of community care for severe mental illness : A Review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 1998 ; 24 : 37-74.
3. Teague Teague GB, Bond GR, and Drake RE. Implementing assertive community treatment teams. *Psychiatric Services*, 1995 : 46 : 679-83.
4. Teague GB, Bond GR, and Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment : development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1998 ; 68 (2) : 216-32.

5. 伊藤順一郎, 塚田和美, 大島巖, ほか. 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究, 平成 17-19 年度 総合研究報告書, 2008.
6. Ito J, Oshima I, Nishio M et al : The effect of Assertive Community Treatment in Japan, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 123(5), 398-401, 2011.
7. ACT 全国ネットワーク <http://assertive-communitytreatment.jp/>
8. 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 第 15 回資料, 2009.
9. 社団法人全国訪問看護事業協会. H18 年度 厚生労働省老人保険事業推進費等補助金 新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討, 平成 18 年度報告書, 2007.
10. 萱間真美, 松原三郎, 佐藤茂樹, ほか. 精神障害者の訪問看護におけるマンパワー等に関する調査研究, 厚生労働科学特別研究事業平成 20 年度報告書, 2009.
11. 萱間真美, 松下太郎, 船越明子, 他: 精神科訪問看護の効果に関する実証的研究—精神科入院日数を指標とした分析. *精神医学* 47 (6), 647-653. 2005.
12. 吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 英一也, ほか. ACT・訪問看護・デイケアの機能分化について -利用者に対するサービスの実態調査より ケア内容のプロセス調査 (分担研究者伊藤順一郎), 厚生労働科学研究費補助金 精神障害者の退院促進と地域生活のための多職種によるサービス提供のあり方とその効果に関する研究 平成 21 年度報告書, 2010, 39-58.
13. 瀬戸屋希. アウトリーチの始め方・進め方: 利用できる制度早分かり 独立型訪問看護ステーション *精神科臨床サービス* 2011,11 (1): 47-51.
14. 株式会社三菱総合研究所: 平成 19 年度 障害者保健福祉推進事業 サービス利用計画作成費の支給対象者を中心とした相談支援事業のあり方に関する調査研究報告書, 2008.
15. NPO 法人ほっとハート: 平成 20 年度 障害者保健福祉推進事業 訪問型生活訓練モデル調査研究事業報告書, 2009

【特集 地域中心の精神保健医療福祉】

精神科救急・急性期病棟におけるケアマネジメントの実施状況と今後の課題

Caremanagement in Psychiatric Emergency and Acute Unit: Current Situation Analysis and Future Direction.

瀬戸屋雄太郎¹⁾、高原優美子¹⁾、佐竹直子²⁾、前田恵子¹⁾、佐藤さやか¹⁾、吉田光爾¹⁾、伊藤順一郎¹⁾

Yutaro Setoya, Yumiko Takahara, Naoko Satake, Keiko Maeda, Sayaka sato, Koji Yoshida, Junichiro Ito

1. はじめに

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の提出や障害者自立支援法の施行など、近年、日本の精神医療保健福祉は「入院中心から地域生活中心へ」の改革期にあると言える（厚生労働省：2004, 2008, 2009a, 2009b）。地域の受け入れ資源も少しずつではあるものの増加しており、それらのサービスをつなぐケアマネジメント体制も相談支援事業者等によって担われつつある。

一方、病院における退院促進についても、精神科訪問看護・退院前訪問看護の実施数の増加や、地域移行支援室の設置、精神障害者地域移行支援事業など主に社会的入院患者と呼ばれる、地域の受け皿があれば退院できる患者を中心にさまざまな取り組みがなされている。

しかし、依然として日本における精神科病床数は多い（図1）（OECD：2002,2007）。今後長期入院患者を新たに生み出さないためには、新しく長期在院患者となりえる患者について、長期化させないように、病棟において入院早期からの地域生活支援を視野に入れた取り組みが必要である。

そのためには、精神科救急病棟および精神科急性期治療病棟において、適切な精神科医療はもちろん、入院早期の段階で患者のニーズをアセスメントし、

ニーズが高く入院が長期化しそうな患者に対して適切なサービスを提供もしくは紹介するケアマネジメントを実施することも必要である。ケアマネジメントを提供することにより、入院期間の短縮と、地域への定着率の向上が期待される。

諸外国では精神障害者ケアマネジメントの有効性について幾つかの研究がなされ、Ziguras & Stuart (2000) のメタ分析では、ケアマネジメント利用による入院日数の減少効果が見出されている。

我が国においても、精神科救急・急性期病棟におけるケアマネジメントは先進的な病院によって既に実施されているが、いずれも機関ごとに独自の方法で実施されており、その方法や効果に関する実証的な研究は行われていない。

そこで、本研究では全国の精神科救急・急性期病棟で行われているケアマネジメントのサービスの実態を明らかにすることを目的として、全国の精神科救急・急性期治療病棟を対象として、それぞれの病棟で実施されているケアマネジメントの手法について調査した。本調査により、精神科救急・急性期病棟におけるケアマネジメントに関する基礎的な資料を得て、サービスの質の向上への示唆を得る。

2. 研究方法

対象：平成19年末時点で設置されていた全国の精神科救急病棟（以下PEU：Psychiatric Emergency Unit）35カ所および精神科急性期治療病棟（以下PAU：Psychiatric Acute care Unit）199カ所

方法：対象病棟を持つ病院の院長および対象病棟の看護師長あてに調査票を送付し、回答を依頼。

調査内容：スタッフ配置、診断の割合、平均在院日数、地域への退院率、およびケアマネジメントの実施状況

ケアマネジメントの実施状況については、ケアマ

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
社会復帰研究部
Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

4-1-1, Ogawa-higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

2) 国立国際医療研究センター国府台病院

National Center for Global Health and Medicine
Kohnodai Hospital

272-8516 千葉県市川市国府台 1-7-1

1-7-1, Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-8516, Japan

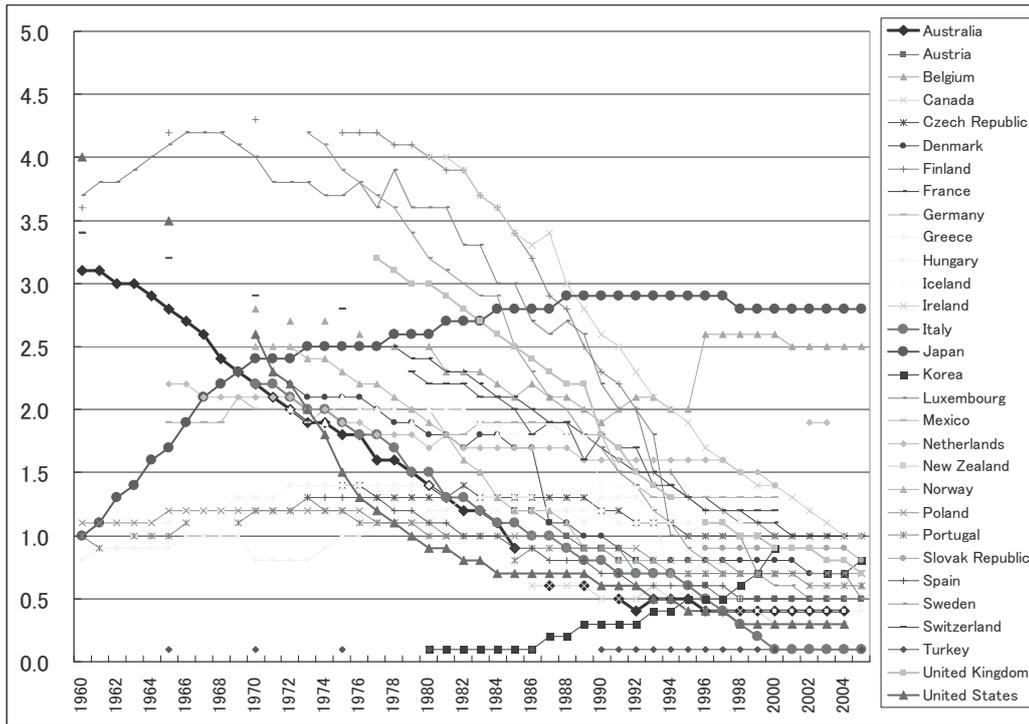


図1 諸外国における精神病床の推移 (OECD 2002,2007) (千人あたり)

ネジメントのプロセスをトリアージュ、アセスメント、ケア会議、ケアプランの作成、等に分け、それぞれの実施状況と実施内容について回答を得た。

なお、ケアマネジメントは患者の目標を目指して継続的に提供すべきものであり、ケア計画に基づきケアを実行し、再びアセスメントする、というサイクルを繰り返す。しかし、入院病棟では、ケア計画の一部は実行可能であるが、大半は退院した後にケアマネジメント提供者への情報を引き継いだ上で地域にて提供される。そのため本研究ではケア計画までについて調査を実施した。

本研究では各病棟の集計データのみを収集し、入院患者の個人情報収集していない。

3. 研究結果

全 234 病棟に送付し、146 病棟 (精神科救急病棟

44、精神科急性期治療病棟 102) より回答を得た。回収率は 62.8% であった。一部、複数の病棟を持っていたり、平成 20 年度以降、急性期より救急に病棟転換を行っている病院があった。

病床数平均は救急 47.6 床、急性期 49.7 床、平均入院期間は救急 52.0 日、急性期 65.2 日、地域への直接退院率は救急 74.8%、急性期 72.8% であった (表 1)。

診断は救急では統合失調症 55.1%、気分障害 22.3%、認知症 4.8%、その他 17.8%、急性期では統合失調症 48.7%、気分障害 25.8%、認知症 6.8%、その他 18.7% であったが、各病棟におけるばらつきは大きかった (表 2)。

スタッフの配置数は、医者は救急 4.9 人、急性期 2.0 人、看護師は救急 27.7 人、急性期 21.1 人、PSW は救急 2.4 人、急性期 1.5 人、その他は救急 3.6 人、急性期 6.6 人であった (表 3)。

表 1 病棟別平均値 (病床数・入院期間・地域退院率等の平均)

	病床数平均			平均入院期間			地域への直接退院率		
	n	床	SD	n	日	SD	n	%	SD
救急病棟	43	47.6	12.9	43	52.0	17.3	42	74.8	14.6
急性期治療病棟	101	49.7	10.5	100	65.2	38.5	99	72.8	17.3

表2 診断分類（入院患者の割合の平均）

	統合失調症		気分障害		認知症		その他	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
救急病棟 (n=43)	55.1	11.6	22.3	8.6	4.8	4.8	17.8	10.1
急性期治療病棟 (n=97)	48.7	20.0	25.8	15.4	6.8	9.6	18.7	15.8

表3 スタッフ配置の割合

	医者			看護師			PSW			その他		
	n	M(人)	SD	n	M(人)	SD	n	M(人)	SD	n	M(人)	SD
救急病棟	42	4.9	3.1	44	27.7	8.5	44	2.4	1.3	32	3.6	14.6
急性期治療病棟	98	2.0	2.4	99	21.1	5.3	99	1.5	1.0	84	6.6	17.3

ケアマネジメントの各プロセスについては、救急病棟ではケアプランの作成を除きおおむね実施されていたが、急性期治療病棟では全体的に実施率が低く、ケアプランの作成だけでなくトリアージュについてもあまり実施されていなかった（表4）。この項目は実施したことがあるかどうかを問うており、一度でも実施していると「している」と回答されるので解釈に注意が必要である。

さらに、ケアマネジメントにおける、トリアージュ、

アセスメント、ケア会議、ケアプラン他の各段階の支援の実施状況は、全て実施は救急 52.3%、急性期 34.3%、一部実施は救急 45.5%、急性期 57.8%、未実施は救急 2.3%、急性期 5.9%であった（表5）。

ケアマネジメントの各段階に関する以下の結果は、ケアマネジメントの当該段階に「している」と答えた病棟のみ回答しているもので、「していない」と回答した病棟の結果は入っていない。

表4 ケアマネジメントの各段階の実施率

救急 (n=44)	している		していない	
	n	%	n	%
トリアージュ	38	86.4	6	13.6
アセスメント	43	97.7	1	2.3
ケア会議	37	84.1	7	15.9
ケアプラン	29	65.9	15	34.1
急性期 (n=102)	している		していない	
	n	%	n	%
トリアージュ	53	52.0	49	48.0
アセスメント	92	90.2	10	9.8
ケア会議	74	72.5	28	27.5
ケアプラン	54	52.9	48	47.1

表5 ケアマネジメントの実施状況の割合

	全て実施		一部実施		未実施	
	度数	%	度数	%	度数	%
救急病棟 (n=44)	23	52.3	20	45.5	1	2.3
急性期治療病棟 (n=102)	35	34.3	59	57.8	6	5.9

注：一部実施の有無については未回答の施設があるため、数値が表により異なる

表6 トリアージ実施病棟における対象者の割合

	入院患者全員に実施		入院患者の一部に実施	
	度数	%	度数	%
救急病棟 (n =37)	22	59.5	15	40.5
急性期治療病棟 (n =53)	34	64.2	19	35.8

表7 ケアマネジメントの判断時期の割合

	入院後1週間以内		入院後1ヵ月以内		退院の話が浮上後	
	度数	%	度数	%	度数	%
救急病棟 (n =37)	23	62.2	11	29.7	3	8.1
急性期治療病棟 (n =53)	24	45.3	25	47.2	4	7.5

表8 トリアージ実施の際に留意する項目

	救急 (n =38)				急性期 (n =53)				合計 (n =91)			
	している		していない		している		していない		している		していない	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
入院直前の単身生活	33	86.8	5	13.2	37	69.8	16	30.2	70	76.9	21	23.1
過去2年の複数回入院	22	57.9	16	42.1	22	41.5	31	58.5	54	59.3	37	40.7
家族調整	33	86.8	5	13.2	45	84.9	8	15.1	78	85.7	13	14.3
退院後の住居なし	35	92.1	3	7.9	47	88.7	6	11.3	82	90.1	9	9.9
生活保護の手続きが必要	31	81.6	7	18.4	32	60.4	21	39.6	63	69.2	28	30.8
退院後にサービス利用	36	94.7	2	5.3	48	90.6	5	9.4	84	92.3	7	7.7

表9 ケアマネジメントの必要性の判断をする職種割合

	医師		看護師		PSW		その他	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
救急病棟 (n =38)	34	89.5	35	92.1	36	94.7	7	18.4
急性期治療病棟 (n =53)	47	88.7	48	90.6	48	90.6	15	28.3

・トリアージ

トリアージを実施している病棟のうち、約6割の病棟で入院患者全員に実施していた（救急59.5%、急性期64.2%）（表6）。一方、入院患者の一部に実施している病棟では、平均して入院患者全体の約4割にしか実施していなかった（救急33.6 ± 23.6%、急性期39.0 ± 28.5%）。9割以上の病棟が入院1ヵ月以内にトリアージを実施していたが、急性期病棟に比べ救急病棟の方がより早く実施していた（1週間以内の実施：救急病棟の62.2%、急性期病棟は45.3%）（表7）。実施の際に留意している項目については、両病棟とも「退院後にサービス利用

の可能性」への回答が90%を越えていた（表8）。

ケアマネジメントの必要性を判断する職種を病棟別に見ると、救急は医師89.5%、看護師92.1%、PSW94.7%、その他18.4%であり、急性期は医師88.7%、看護師90.6%、PSW90.6%、その他28.3%であり、医師・看護師・PSWが高い割合で判断をしていることがわかった（表9）。

トリアージ実施後にケアマネジメントの対象となる人の割合については、約6割の病棟で、トリアージを行った人の半数以上にケアマネジメントを実施していた（表10）。

・アセスメント

アセスメントについては、約6割の病棟で患者の希望、能力、できているところに焦点をあてたアセスメントを行っていた(救急62.8%、急性期56.0%) (表11)。残りの4割はどちらかというところできないところに焦点をあてていた。また、本人や家族の能力、フォーマルサービスの把握に努めると約8割の病棟が回答したのに対し、友人や図書館などのインフォーマルな資源を把握しようと

する病棟は約1割であった(「本人の能力や障害」97.0%、「家族の能力、可能性」94.8%、「社会復帰施設やサービス」84.4%、「友人や図書館、喫茶店などの街の資源」11.1%) (表12)。

すべての病棟で退院先や退院後の利用サービスについて患者の希望を反映していた(退院先:「十分反映」57.0%、「一部は反映」43.0%、退院後の利用サービス:「十分反映」48.5%、「一部は反映」51.5%) (表13)。

表10 実施後にケアマネジメントの対象となる人の割合

	救急 (n=38)		急性期 (n=52)		合計 (n=90)	
	度数	%	度数	%	度数	%
ほぼ100%	7	18.4	8	15.4	15	16.7
50%以上	10	26.3	19	36.5	29	32.2
30~49%	9	23.7	9	17.3	18	20.0
29%以下	12	31.6	16	30.8	28	31.1

表11 アセスメント時に把握する焦点の割合

	救急 (n=43)		急性期 (n=91)		合計 (n=134)	
	度数	%	度数	%	度数	%
患者の希望、能力等できるところ	27	62.8	51	56.0	78	58.2
患者のできていないところ	16	37.2	40	44.0	56	41.8

表12 アセスメント時に把握する領域の割合

	救急 (n=43)				急性期 (n=92)				合計 (n=135)			
	把握している		把握していない		把握している		把握していない		把握している		把握していない	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
本人の能力や障害	43	100	0	0	88	95.7	4	4.3	131	97.0	4	3.0
家族の能力、可能性	41	95.3	2	4.7	87	94.6	5	5.4	128	94.8	7	5.2
社会復帰施設やサービス	36	83.7	7	16.3	78	84.8	14	15.2	114	84.4	21	15.6
友人や図書館、喫茶店などの街の資源	5	11.6	38	88.4	10	10.9	82	89.1	15	11.1	120	88.9

表13 患者の希望の反映状況

	救急				急性期				合計						
	N	十分に反映		一部反映		N	十分に反映		一部反映		N	十分に反映		一部反映	
		度数	%	度数	%		度数	%	度数	%		度数	%	度数	%
退院先	43	26	60.5	17	39.5	92	51	55.4	41	44.6	135	77	57.0	58	43.0
退院後の利用サービス調整	43	25	58.1	18	41.9	91	40	44.0	51	56.0	134	65	48.5	69	51.5

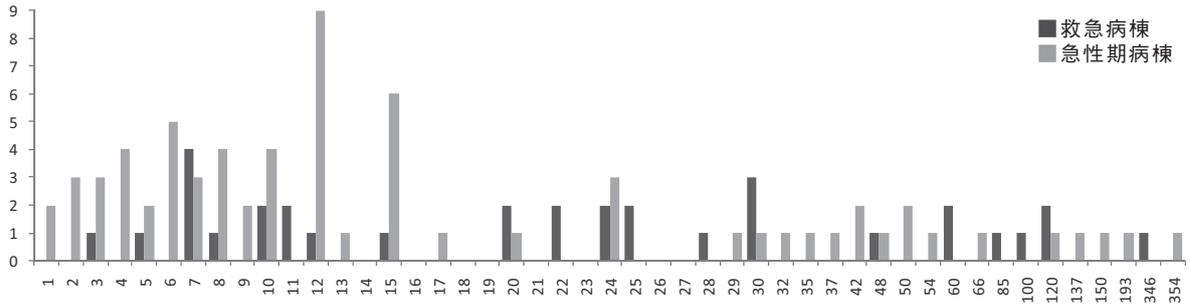


図2 過去3カ月間のケア会議の回数

・ケア会議

過去3カ月間に行われたケア会議は、救急病棟では患者29.9名(SD40.3)に対し41.0回(SD63.4)、急性期治療病棟では患者27.7名(SD35.7)に対し28.8回(SD53.5)であり、ケア会議は比較的開催されているようであったが、回数には病棟によりばらつきがあった(図2)(表14)。また病棟によりケア

会議の定義に差があることも示唆された。

ケア会議には、医師、看護師、PSWはほぼ毎回参加していたが、患者、家族については、毎回ではなく、必要時のみであった(表15)。

・ケアプラン

ケアプランについては、作成している病棟が救急で65.9%、急性期で54.0%と少なく、また作成して

表14 ケア会議の参加人数・開催回数

		平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
ケア会議参加人数	救急(n=34)	29.9	15.5	40.3	4	189
	急性期(n=67)	27.7	11.0	35.7	1	168
ケア会議開催回数	救急(n=33)	41.0	22.0	63.4	3	346
	急性期(n=68)	28.8	12.0	53.5	1	354

表15 ケア会議の参加者

	救急						急性期							
	N	毎回参加		必要時参加		ほぼ不参加		N	毎回参加		必要時参加		ほぼ不参加	
		度数	%	度数	%	度数	%		度数	%	度数	%	度数	%
患者	37	10	27.0	24	64.9	3	8.1	69	11	15.9	44	63.8	14	20.3
家族	37	6	16.2	29	78.4	2	5.4	68	9	13.2	46	67.6	13	19.1
医師	37	27	73.0	10	27.0	0	0.0	73	45	61.6	27	37.0	1	1.4
看護師	37	30	81.1	7	18.9	0	0.0	73	59	80.8	11	15.1	3	4.1
PSW	37	32	86.5	5	13.5	0	0.0	73	65	89.0	8	11.0	0	0.0
作業療法士	37	8	21.6	19	51.4	10	27.0	68	21	30.9	27	39.7	20	29.4
他の院内スタッフ	37	3	8.1	25	67.6	9	24.3	70	14	20.0	49	70.0	7	10.0
地域支援者	37	1	2.7	33	89.2	3	8.1	69	12	17.4	44	63.8	13	18.8

表16 ケアプランを主に共有する者(複数回答)

	救急(n=29)		急性期(n=54)		合計(n=83)	
	度数	%	度数	%	度数	%
本人	25	86.2	45	83.3	70	84.3
家族	25	86.2	39	72.2	64	77.1
主治医	29	100.0	48	88.9	77	92.8
看護師	28	96.6	47	87.0	75	90.4
地活やデイケアなどのスタッフ	19	65.5	35	64.8	54	65.1
居住サービススタッフ	16	55.2	29	53.7	45	54.2
就労支援スタッフ	4	13.8	12	22.2	16	19.3

も本人や家族との共有は約8割程度しかなされていなかった(表16)。

ケアプランの引き継ぎ担当者については、両病棟とも最も多かったのは院内のソーシャルワーカーであった。救急病棟では24.1%の病棟が「主治医のみ」に回答していた。急性期病棟では、院内の訪問看護師が担当する割合が高かった(表17)。

トリアージュ、アセスメント、ケアプランについて、そのためのツールがあるかどうかを聞いたところ、

そのようなツールを持っているのは約3割にとどまった(表18)。

ケアマネジメントの各段階の実施の有無と平均在院日数および地域への直接退院率について関連を調べたところ、ケア会議を実施している病棟の方が、在院日数が短い傾向があり、アセスメントを実施している病棟の方が地域への直接退院率が高かった(表19)。

表17 ケアプランの引き継ぎ担当者(複数回答)

	救急 (n=29)		急性期 (n=54)		合計 (n=83)	
	度数	%	度数	%	度数	%
主治医のみ	7	24.1	5	9.3	12	14.5
院内の訪問看護師	9	31.0	23	42.6	32	38.6
院内のソーシャルワーカー	20	69.0	41	75.9	61	73.5
デイケアスタッフ	10	34.5	19	35.2	29	34.9
訪看ステーションの訪問看護師	8	27.6	12	22.2	20	24.1
ホームヘルプ担当者	3	10.3	7	13.0	10	12.0
作業所・授産施設スタッフ	0	0.0	7	13.0	7	8.4
相談支援事業者もしくは地活スタッフ	6	20.7	13	24.1	19	22.9
その他	3	10.3	3	5.6	6	7.2
誰もいない	1	3.4	2	3.7	3	3.6

表18 病棟におけるツールの使用の有無

	救 急			急性期			合 計		
	N	度数	%	N	度数	%	N	度数	%
トリアージュのためのチェックリスト	38	12	31.6	52	13	25.0	90	25	27.8
アセスメントシート	43	10	23.3	92	27	29.3	135	37	27.4
ケアプランのためのシート	28	7	25.0	53	18	34.0	81	25	30.9

表19 ケアマネジメントの実施の有無と、アウトカムとの関連

N = 143		平均在院日数				地域への直接退院率			
		N	平均	SD	t	N	平均	SD	t
トリアージュ	実施している	90	58.0	17.3	- 1.5	89	73.4	16.0	0.0
	実施していない	53	66.6	51.1		52	73.3	17.7	
アセスメント	実施している	132	61.7	34.9	0.6	130	74.2	16.5	2.3*
	実施していない	11	55.6	22.2		11	63.4	14.9	
ケア会議	実施している	108	59.1	23.3	- 1.3	107	74.4	16.9	1.3
	実施していない	35	67.6	55.4		34	70.2	15.4	
ケアプラン	実施している	81	56.7	14.9	- 1.8 [†]	80	75.0	15.5	1.3
	実施していない	62	67.1	48.4		61	71.2	17.7	

t検定 * p < .05, † p < .10

4. 考察

本研究では、病院から地域へ円滑に退院し定着するために必要なケアマネジメントについて、精神科救急・急性期病棟においてその実態を調査した。

ケアマネジメントの実施状況

・精神科急性期病棟群の状況

全国の精神科急性期病棟群を対象とした研究では、6割以上の病棟から調査票が回収され、結果には一定の代表性があると考えられる。ただし、ケアマネジメントをきちんと提供している病棟ほど回収率が高いことが予想されるため、実際に提供されているケアマネジメントは本研究の値より少ない可能性があり、結果は慎重に解釈する必要がある。

定収数は救急病棟・急性期病棟ともに、50床弱と、欧米の病棟と比較して大規模であった。これは診療報酬の定義によるところが多く、今後少人数のユニットでもコストを維持できるような仕組みが必要である。

平均入院期間は救急で52.0日、急性期で65.2日であり、アメリカやイタリア、オーストラリアなど、入院日数が極端に短い国と比較すると長い、我が国の他の病棟と比較するとやはりかなり短期間であった。また、地域への直接退院は75%未満、4人に1人以上の患者が転院・転棟している実態があった。急性期病棟におけるスタッフ配置数は、一般科医療レベルや他国と比較してもとても少ない実情であり、このような体制で患者を診ていることがわかる。

都道府県の精神科救急システムにより転院する者や、精神科および身体症状による転棟を余儀なくされる者も含まれるとは思いますが、転院・転棟した患者の何割かは、病棟入院中から地域への退院・定着を目指したケアマネジメントの提供により地域へ退院できると考えられる。

以下、病棟におけるケアマネジメントについての各段階について考察する。なお、ケアマネジメントは患者の目標を目指して継続的に提供すべきものであり、ケア計画に基づきケアを実行し、再びアセスメントする、というサイクルを繰り返す。しかし、入院病棟では、ケア計画の一部は実行可能であるが、大半は退院した後にケアマネジメント提供者への情報を引き継いだ上で地域にて提供

される。そのため本研究ではケア計画までについて調査を実施した。

・トリアージ/スクリーニング

入院患者へのトリアージは精神科救急病棟では86.4%、急性期病棟では52.0%で行われていた。ただし入院患者全員に実施している病棟はそのうちそれぞれ6割前後しかない状況であった。本来トリアージ/スクリーニングは対象患者全員に実施すべきであり、入院早期に患者全員に対してケアマネジメントの必要性の判断を行うことで、入院長期化が予想される患者に対し救急急性期治療と平行してケアマネジメントを実施することが可能となる。そのことにより、急性期治療が一段落してからはじめて退院先を探し始める、ということがなくなり、入院期間の短縮や、後方病棟への転棟の減少が期待される。

・アセスメント

精神科救急・急性期病棟どちらの病棟も6割程度の病棟が患者の希望、能力等できるところに焦点をあてたアセスメントを実施していた。これは急性期病棟という特性上、ある程度できていないところに焦点を当てることは仕方がないと考えられるが、可能な限り入院患者の強みや、能力についても把握すべくつとめることが望まれる。

アセスメント時に把握する領域の割合は、本人の能力や障害・家族の可能性は95-100%、社会復帰施設やサービスは8割以上と高い数値であり、フォーマルサービスについては把握の意識が高いことがわかる。しかし、インフォーマルである友人や図書館、喫茶店などの街の資源についてはどちらの病棟も1割程度であった。

ケアマネジメントでは、患者の希望やニーズ、強みを聞きとるとともに、患者や環境を取り巻く環境の強みについても把握しそれらを生かしたケアプランを作成することが求められる。もちろん長期的なケア計画は退院したあと、あるいは入院する前に地域において時間をかけて検討されるべきであるが、入院中においても、これらのことを考慮し、可能な限りそれらを織り込んだ計画を立てる必要がある。その際、インフォーマルサービスを生かすことは重要である。何故なら、精神科領域において地域のフォーマルサービスが整っている地域は限られているためである。また、ソーシャルアクションとして、地域に必要な支援を創

設していくためにも、現在のインフォーマルサービスを把握することは重要である。

・ケア会議

ケア会議を実施している8割弱の病棟でのケア会議参加人数とケア会議開催回数は、病棟によってまちまちであった。中央値をみると参加人数は救急病棟15.5人、急性期病棟11.0人、参加回数は救急病棟22回、急性期病棟12回と救急病棟の方が多くのケア会議を実施していることがわかる。

ケア会議の参加者は、医師・看護師・PSWはほぼ毎回参加していたが、本人、家族、地域支援者は毎回ではなく、必要時に参加していた。

ケアマネジメントのケア会議は医療関係者だけで行う患者のケアカンファレンスとは異なるものである。ケア会議は、患者を中心としたものであり、患者本人が参加すること、あるいは患者の意志が十分に反映されたケア会議であることが求められる。その上で、日々の様子を知る病棟スタッフや、退院後の地域生活支援者とともに、退院後の地域生活をどのように過ごしていくかを検討する。そして、患者の不安を解消し、患者の希望する退院生活をスムーズに始めるためのケア計画が検討され、患者を含む関係者によって確認される。このような理想的なケア会議を実施することは、他病棟と比較して人員配置が高いとはいえ充分ではない状況で実施することは困難であるかもしれない。しかし、全員ではなくてもニーズの高い患者を中心にケア会議を開催し、その効果を実証していくことは、今後のコメディカルスタッフの人員増につながる可能性がある。

・ケア計画

ケアプランの引継ぎ担当者は院内のソーシャルワーカーはどちらも7割程度であり、5割を越えるのは院内のソーシャルワーカーのみであった。病棟における院内のソーシャルワーカーは、引継ぎ担当者として主軸になっていることがうかがえる。

今後、地域でのケアを主体となって提供する訪問看護ステーション、ホームヘルプ、地域活動支援センター、相談支援事業者等の支援者をケア会議に積極的に招聘し、病院と地域の連携を強化し、可能な限り患者の退院後のケアマネジャーの役割を地域の支援者に引き継ぐことが求められる。

なぜなら、入院中に描かれた退院に向けた患者の希望や不安の解消が含まれるケアプランが、実際の退院後の生活にすべてマッチすることは困難である

と考えるからである。しかし、患者本人の今の希望をケアプランに取り入れ、退院直後の支援者に引き継ぐことで患者と支援者間に信頼関係が生まれ、退院後に患者の希望が変わっても引き続き患者と退院後の支援者間で変更したケアプランが作成される。お薬手帳のように、ケアプラン手帳が作成されても良いかもしれない。

ケアマネジメントとアウトカムの関連の結果から、全国の病棟のうち、アセスメントを実施している病棟の方が地域への直接退院率が高く、ケアプランを作成している病棟の方が、平均在院日数が短いことが示され、適切なケアマネジメントを提供することにより、入院の短期化および地域への直接退院に一定の効果があることが示唆された。

しかし、精神科救急・急性期病棟においてケアマネジメントは一定程度実施されているものの、病棟によるばらつきは大きく、ケアマネジメントをしやすくするためのツールはあまり普及していないことが明らかとなった。

今後の病棟機能について

今後病棟機能として求められることについて、いくつか触れる。

ケアマネジメントを実施し、入院患者を早期に退院させ、転棟・転院を減少させるためには、各病棟において精神保健福祉士を増加する、病床規模を縮小する、看護師にも一定程度ケアマネジメント的役割を担ってもらい、外部のサービスに積極的に病棟に入ってもらい、スクリーニング尺度やケアプラン用紙など、ケアマネジメントのためのツールを使用するなどの方法が考えられる。

また、病棟と地域の連携を強化していくことも重要である。その方法としては、①必要なケースについてのケア会議を増やし、地域の支援者にも参加してもらい、②入院中からの退院前訪問看護を増加し、院内の看護師もできるだけ交代して全ての看護師が地域に出て、地域の社会資源や患者の状況を把握する、③地域の資源マップを作成し、病棟スタッフが地域にどのような資源があるか知る、④地域のネットワークに病院からも積極的に参加し、できるだけ顔の見えるつきあいを増やす、などがある。

限界

本研究にはいくつか限界がある。①ケアマネジメ

ントをきちんと提供している病棟ほど回収率が高いことが予想されるため、実際に提供されているケアマネジメントは本研究の値より少ない可能性があり、結果は慎重に解釈する必要がある。②調査票は病棟におけるケアマネジメントの実施を問うものであり、具体的な実践内容や実施にあたる工夫や意識については触れておらず、援助の質についてはさらなる検討が必要である。

5. 結論

全国の精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟に郵送調査を実施した結果、救急病棟・急性期治療病棟ともに、およそ25%が転棟、あるいは転院していることが明らかとなった。ケアマネジメントは一定程度実施されているものの病棟によりばらつきは大きく、地域との連携はあまりなされていなかった。

今後、ケアマネジメントを病棟内で実施することにより、入院患者を早期に退院させ、転棟・転院を減少させるためには、①各病棟において精神保健福祉士を増加する、②病床規模を縮小する、③看護師にも一定程度ケアマネジメント的役割を担ってもらう、④ケアマネジメントのためのツールを使用する、⑤必要なケースについてのケア会議を増加する、⑥入院中からの退院前訪問看護を増加する、⑦地域の資源マップを作成する、⑧地域のネットワークに病院からも積極的に参加する、などの方法が考えられる。

6. 参考文献

- 1) OECD. (2002) OECD Health Data 2002.
- 2) OECD. (2007) OECD Health Data 2007.
- 3) 厚生労働省 (2004) 「精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要)」精神保健福祉対策本部 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>
- 4) 厚生労働省 (2008) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会中間まとめ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/s1120-7.html>
- 5) 厚生労働省 (2009a) 政策レポート: 精神障害者の方の地域生活への移行支援に関する取り組み～入院医療中心から地域生活中心へ～ <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/07/03.html>
- 6) 厚生労働省 (2009b) 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書) について <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>
- 7) Ziguras, S. & Stuart, G. W. (2000) A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410-1421.

【特集 地域中心の精神保健医療福祉】

ホームレス化する精神障害者を地域でどう支えるか？

How Are the Mentally Handicapped Homeless Persons Supported in the Community?

大岡由佳^{a)}

Yuka Ohoka

1. はじめに

現在、精神保健医療福祉領域においては、入院医療中心から地域生活中心へと変遷していく過渡期にある。従来の精神科入院で支えてきたシステムの代替となる地域のケアの方法が模索されている。

2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の発表以来、退院が可能な精神障害者の地域移行を政府は積極的に進めようとしている。2008年度から1年半余りをかけて行われた「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」においては、現在の精神保健医療福祉が置かれた状況と問題点を指摘し今後の望まれる施策が報告された。その検討会から発展する形で2010年5月には、当事者の意見も取り込む形で「こころの健康政策構想会議」から、精神保健・医療・福祉の一体となった365日24時間サービス、多職種チームのアウトリーチによる生活全体を支える全人的サービスを前提とした改革提言が提唱された。地域で精神障害者を支えるNPO法人全国精神保健福祉会連合会からも、同年に精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための提言を提出されている。これらの提言も踏まえ、2011年度の政府の概算要求基準においては、「地域で生活する精神障害者へのアウトリーチ体制の確立」が新規に盛り込まれ、更なる地域精神保健医療体制の強化を図られることになった。

一方、上記のような精神保健福祉改革が進む傍らで、路上生活者（通称、ホームレス）における精神

を病んだ者の存在が地域で目立つようになってきている。そもそも、ホームレス問題については、本邦では1990年代初頭から大都市を中心に野宿する者が目立ち始め、2000年頃からは全国のあらゆる都市でホームレスが確認されるようになった。2002年には「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」が施行され、ホームレス状態から自立を目指すホームレス自立支援事業が推進されてきている。これらの施策等により、ここ数年はホームレス数の減少傾向が続いており、2011年1月の時点で総計1万890人になった¹⁹⁾。しかしながら、近年のホームレス施策で目指されてきた自立とは、常用の仕事に就いて自立する就労自立が中心に据えられてきたものであった。その結果、「若年の野宿期間も短い、常用の仕事の経験があるホームレスの人」に対して就労自立施策は有効²³⁾であったが、就労自立の路線に乗れなかった者たちはホームレス状態のまま残されることになった。あるいは、一旦就労自立を目指して自立支援センターやシェルター等に入所し住処を得ても、その後、離職や施設入所期間満了によってホームレス状態に戻る者が続出した。そしてそれらの就労支援を中心とした救済策に乗れない人々の中に、少なからず精神的な問題を有した者が散見されるようになってきたのである。

本稿では、このような路上で生活を余儀なくされた精神障害があると想定される事例を通して、ホームレスを含む今後の精神保健医療福祉の在り方を検討する。なお、それらの事例は、ある地方都市で福祉専門職団体に所属する会員有志により、ホームレス支援のNPO団体と連携しながら行われていたホームレス巡回相談事業の事例である。精神的な問題を有した者の支援の困難性を浮き彫りにするため、筆者の介入が不十分であった、或いは介入に限界を感じた事例に特定して紹介する。プライバシー

a) 武庫川女子大学 文学部心理・社会福祉学科
Mukogawa Women's University, Department of
Psychology and Social Welfare
(2008年まで福岡県社会福祉士会ホームレス自立支援委員会委員)

保護の観点から、論旨を損なわない程度に事例は変更を加えている。

なお、本稿では“ホームレス”を上記の措置法の定義に準じて「都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設を故なく起居の場所として日常生活を営んでいる者」とする。また、何らかの精神的な問題を有した者を便宜的に精神障害者と明記しているが、精神障害者の定義については精神保健福祉法の「統合失調症、精神作用物質による急性中毒またはその依存症、知的障害、人格障害その他の精神疾患を有する者」に従うものとする。

2. 事例

①統合失調症・40代女性 A さん

<状況>

公園の前でずっと座りこんでいる女性がいるので相談にのってあげてほしいと近隣の民生委員を經由して支援依頼を受ける。早速現場に向くと、ビニールの荷物と傘でバリケードをして、その場から離れようとせず、ノートに細かい字で何かを必死で書いている。話しかけると「答えが見つからないのです」「勉強中です」と応答するだけである。何度か訪問するうちに、体調を尋ねると「疲れている」「寝れない」と答えるようにはなった。しかし、役所への相談や病院受診に同行するといったこちらが提供できる支援の話には耳を貸さない。数日経っても状態は変わらず、ビニールの荷物からは異臭が漂うようになっていた。「まだ答えが出ないのです」「答えが出ないし、もう話すことがなくなったので（ほっておいて下さい）・・・必要なときは電話をしますので」と拒否的である。

<かかわり>

自傷他害の恐れがあるようには見えなかったが、精神障害によって本人の言う“答えが見つからない”状態に陥っていると考えられた（措置入院に該当するとは考えられず、移送制度の利用を検討するためにも保護者の確認が先決だと考えられた）。かろうじて聴取できた名前と居住地から役所に相談して該当者を割り出してもらった。兄の連絡先が確認できたため、役所から電話を入れてもらった後に筆者が兄へ状況説明を行った。兄は A さんの路上生活の状態を黙って聞いていたが、明らかに A さんにかかわりたくないようだった。今後について A さん

を交えて話す必要があることを伝え、相談員としてその場に立会いさせて頂くことを提案した。相談員の立ち会いは必要ないとのことで、その後については兄に一任する結果となった。

<その後の様子>

役所や医療機関関係者から得た情報では、A さんは統合失調症で、生活保護を受けながら市内で一人暮らしをしていた。精神科通院歴はあるが数年前より途絶えており、アパートはゴミが散乱しがちであったという。近所から苦情を言われることで被害妄想が強化され、アパートに居づらくなり、家を飛び出してホームレス状態になっていたという。今回は兄が現地に駆けつけて、車で A さんを病院に連れていき、即、医療保護入院の形態で精神科入院になっている。その後 A さんは、3か月の入院期間を経て元のアパートへ戻っているが、精神科外来受診は不定期のようである。訪問看護等のアウトリーチ支援は提供されていない。

②アルコール依存症（疑い）・50代男性 B さん

<状況>

NPO の炊きだし現場に時々顔を出していた男性である。中学卒業後より地元の中小企業で働いていたといい、妻と2人の娘がいる。バブルがはじけてから仕事がなくなり、妻からは離婚される。寮つきの建設業で仕事を始めるが、その頃から大量に飲酒するようになり、泥酔して仕事を休んでしまったことを契機に解雇される。その後弟の家などで居候の生活を送るが折り合いがつかなくなり、ホームレス状態となってしまった。定住型の居を河川敷に構え、廃品回収業をしながら、わずかばかりの金が入るとアルコール代に費やす生活を6年続けている。

<かかわり>

B さんが泥酔したまま溝にはまり足が腫れて動けないと知人のホームレスを經由して連絡が入り、相談員が生活保護課に掛け合うことで B さんは医療を受けることができるようになった。話をする中で、「娘に会いたい」としきりに溜息をつくようになり、路上生活から脱したいとの意志を固めた。アルコールが入っていない素面の時に具体的に今後の自立に向けて支援策を考えることになる。約束した日時に居を訪れると、アルコール飲酒したままの B さんが現れる。素面の時でない自立支援の話は進めることが出来ないと説明する。急に怒り出し目の前で

相談員を罵倒する。その日は相談には応じず相談日の再設定を行い、その場を後にした。再度、約束日に暴言対応に備えて相談員2人体制で居に伺うが、今度は姿を見せなかった。NPOの炊きだし支援の場で会う機会があったが、その後、自立に向けての話は保留になったままである。

<その後の様子>

しばらくしてBさんはアルコールを万引きしようとして店員と取っ組み合いになり、傷害罪で起訴される。半年間の刑務所生活を送る。出所後は以前にいた河川敷に戻り、酒を手放せないホームレス生活を続けている。

③高次脳機能障害（疑い）の弟と兄・20代／30代

C兄弟

<状況>

炊きだし現場に現れるようになった兄弟の相談を受けることになった。3年前に両親が相次いで亡くなり、兄はとび職を、弟はサラリーマンをしながら、賃貸アパートに2人で生活するようになったという。ある時、弟が飲み会の帰りに交通事故のひき逃げに遭い、数週間にわたって入院した。その後、弟は以前とは人が変わったように無口で動かず些細なことにこだわり一人怒るようなことが増え、仕事は解雇されたという。次第に兄弟は家賃を滞納するようになり、アパートを退去せざるをえなくなった。その後、兄も仕事を失い、兄弟はサウナで寝泊まりしながら日雇いの仕事をしていたという。ここ数か月は兄弟2人で駅舎で寝泊りをする生活になっている。

<かかわり>

仕事を得ることは中高年男性と比べて年齢的に難しくないと考えられた。しかし弟の方は、立ち振る舞いから仕事に適応できるか疑問であった。兄の話からすると、高次脳機能障害様の症状が当てはまった。ただ、兄は弟が心配とのことで一緒に生活を希望し、また弟も兄と一緒に仕事をして自活したいという思いを持っていた。

生活保護課へ相談に同行し、弟の事故後の状況も踏まえて、仕事を見つけるまでの期間、生活できる救護施設等への一時入所を求めたが、最寄りの施設は満室とのことであった（遠方の施設・シェルター等の利用は本人らが希望しなかった）。また、兄弟共に稼働年齢層にあるため、生活保護制度活用によ

る居宅保護の見通しも立たなかった。その後、兄の希望につきハローワークに同行し、2人一緒に住み込みで働ける場所を探すことになる。たまたま、寮つきの警備の仕事があり、2人はその日のうちに警備会社の面接を受けることになる。社長は、2人の身の上に理解を示し、その場で採用が決まり、翌日から住まいと職にありつけることになった。

<その後の様子>

兄弟からの連絡は入らず数週間が経った頃、知人より2人組がまた街を徘徊しているとの情報を得た。結局、弟が定刻になっても仕事に行かないようになり（仕事ができなかったかは怪しい）、その後2人で逃亡してしまったという。NPOの炊きだし場にも顔を出さないため、行方がわからないままとまっている。

3. 考察

(1) 脱施設化から生み出されるホームレス

各国の脱施設化の歴史をたどると、必ずしも精神障害者の地域移行がスムーズに進んだ国ばかりではない。たとえば1960年代の米国では、ケネディ教書によって精神障害者の積極的な地域移行の施策を推し進めることになった。ただ、1970年代以降はベトナム戦争への介入や軍事費に圧迫された連邦保健医療福祉予算の削減によって「鍵の不自由か、道ばたの自由か」と揶揄される状態まで悪化し、地域で生活している精神障害者の多くは、ホームレスであったり、都会のスラム街で生活していたり、閉口させられる家族と一緒に生活していたりしたという。仕事や最低限の必需品を賄えるほどの収入を持つものはほとんどいなく、大部分の人が必要な精神的ケアを受けることが出来ず、その結果、「長期在院」は頻回の入院を意味する「回転ドア」にとって代わったという²⁰⁾。Law180で有名なイタリアにおいても、公立精神科病院が閉鎖されたあと、必要な施設、社会資源、人員、財源、評価方法のないガイドラインであったため何もコミュニティに資源ができず大混乱に陥ったとの記述がある。退院させられた患者を追跡した調査では、12%がホームレスになったという報告すらある^{4) 5)}。

これらの脱施設化によるホームレス化した精神障害者の出現は、米国に限らず多くの先進国がノーマライゼーションの流れの中で脱施設化を進める際に

生じさせてきた共通の課題である。そして今や、米国を始めとして、オーストラリア・カナダ・ノルウェー・ドイツやスペイン等では、“ホームレス”といえ、その数割以上が気分障害（うつ病）・薬物依存（アルコール依存を含む）・統合失調症・人格障害などをもつ者で占められると認識するに至っている¹⁴⁾。

この傾向については直近の調査結果をみても同様の結果が示されている。例えば、社会福祉課につながったホームレス調査²²⁾では、ホームレス女性の半数以上とホームレス男性の半数に精神疾患があることが認められ、また、ホームレス女性は一般成人女性と比べると20倍の確率で精神疾患を患っていたという。Connolly AJ⁵⁾は、ドロップインセンターに出入りするホームレスに構造化面接を実施しているが、彼等に、気分障害、不安障害、薬物依存に加えて、人格障害の率がきわめて高いことを指摘している。また、ホームレス状態に陥る人々の背景として虐待等の不遇な生育環境が挙げられることが多いが、それらのトラウマによってメンタルヘルスの悪化につながったり、IQ低下を招いていることが指摘されている^{11) 17) 24)}。Larney Sの調査研究¹²⁾においても、シェルターにいるホームレスを調査した結果から、半数のホームレスがかつて暴力を受けたことがあるとし、また、それらの者の多くに薬物依存やうつ病、PTSD（外傷後ストレス障害）、その他の精神疾患に罹患していることを確認したという。

実際、本邦においても、2010年の臨床心理士、精神科医、大学研究者らによって行われた都心部のホームレス調査¹⁾で、都心に暮らすホームレスの約3割に知的障害の可能性があり、約4割にうつ病やアルコール依存症などの精神疾患があることが明らかになった。また、生活困窮者を対象とした相談支援活動を展開しているNPOの新規相談者数の特徴を集計した結果²¹⁾では、精神障害のある者が2割弱、知的障害・発達障害がある者が約1割含まれていたとされている。

もちろん、本邦においては、縦断的に調査を行っている訳ではないため、ホームレスで精神障害をもつ者の増加を証明する術はない。また、海外のようにDSMの診断基準等を用いた厳密な調査研究が多数あるわけではないので、ホームレスにおける精神障害者の全容を言い当てることは難しい。ただ、ホー

ムレスの中に現在、精神障害を抱える者が数割含まれていることは否定できない事実であろう。

精神保健医療福祉改革が進められている現在、ホームレス化していく精神障害者が増加する可能性を踏まえて検討していく視点が必要だと考えられる。

(2) ホームレス支援における精神保健医療福祉知識の必要性

近年までのホームレス支援は、民間団体が精力的に炊き出しや居宅設置の支援を行うことで成り立ってきた。筆者らも、ホームレス支援では新参者ながら、ホームレス者やニアホームレスの者の相談を受けつけ、自立の意志がある者に対して支援を行った。役所やハローワーク等の同行支援、アパート探しから入居準備の手助け、医療手続、サラ金解決の調整、生活支援等、様々な支援が求められていた。これらの支援は、自立に向けて本人が必要とし望むことを獲得するためのアウトリーチ型のケアマネジメントが主な業務となった。しかしながら、ホームレスの人々に居宅を提供したからといって、それで支援が終わるわけにはいかなかった。なぜならば、支援が必要なホームレスの多くは、精神障害をはじめ、高齢であったり、発達障害・知的障害を持ち合わせるなど、多様な問題を抱えていたからである。

本稿であげた事例の対応を振り返ると、さまざまな問題点を指摘されることだろう。たとえば事例①のAさんにおいては、精神症状の悪化により自ら路上での生活を送るようになった。拒否的で信頼関係が築けず、結局、家族の手助けを得て精神科入院になったが、その後の再ホームレス化を防止するためのコーディネート等まで見越した支援は出来なままになった。事例②のBさんでは、依存症という病気が本人の治したいという自覚の下にしか支援が成立しないものとはいえ、アルコール依存という問題に対して、希望を失わないで立ち向かう継続的支援を行えなかった。結局、娘とのつながりを得たとしても得られぬままホームレス生活を続けている。事例③のC兄弟の弟については、事故後の心身の状態について、まずは診察を受け、その後の治療・リハビリテーションの過程の中で仕事をするという選択肢が模索されるべき事例であった。運良く仕事についたものの、結局は適応できず兄弟の失敗体験をまた一つ増やすことになった。

これら事例の問題点は、精神症状のアセスメントに基づく長期的視点からみた支援を行えなかったことに集約されるかもしれない。私達相談員がそれぞれの仕事の合間を縫って地域で支援するという時間的・物理的制約があったにせよ、場当たりの支援になってしまったことは否めない。

実際、ホームレスの精神的に病んでいるであろう者の対応については、知識がないと処遇困難のレッテルをはってしまいやすい傾向にある。たとえば、精神障害をもったホームレスは、支援者との接触を拒む傾向にあることが知られているし²⁾¹³⁾、また、ホームレス状態から施設等に入ったとしても、その障害の特性に合わせた関わりがなされないと不適応状態を呈して施設から無断退所してしまうなど、支援者側が対応に苦慮することが指摘されている⁸⁾。そして、このような場合、彼らの精神的問題を、彼らの性格の問題にすり替えて、支援の枠組みから無意識的に切り捨ててしまうことが危惧される。

現在、ホームレス状態の者をはじめ、地域の様々な課題を抱える人々の支援方法として、パーソナル・サポート・サービスといわれる、個別的・継続的に地域でかかわる相談員配置の動きがある。その中で高齢者や障害をもっている者へのケアも行われることになっている。しかしながら、精神保健医療福祉の視点から述べれば、精神保健医療福祉分野の専門知識を持ち合わせた相談員は、多いとはいえない実情にある。今後、ホームレスかつ心の病をもった人々を精神保健専門家に橋渡しをする仕組みを十分に検討していく必要があるだろう。また、地域のホームレス支援全般にも、精神保健医療福祉分野の専門家が協働して関わっていくことも、切に求められているだろう。

(3) ホームレス化する精神障害者のケアの在り方

ホームレス化していく精神障害者についてであるが、当然のことであろうが、彼らがもともとホームレスであったわけではない。今回の事例のように、もともとは家があったが、単身生活であったり、身内のサポートが喪失している状態に精神障害が重なり、ホームレス状態になっていることが想定される。実際、米国では国政調査の住宅データより、ホームレスに至る要因として、性別や結婚有無、教育歴、経済的状況、刑歴、トラウマの有無、精神疾患の有無等の関係を調べているが、そのもっとも強い要

因として、“かつて福祉手当をもらったこと”が挙げられていた⁷⁾。フランスの調査においても、精神科救急に入院してくるホームレス（統合失調症がもっとも多く4割を占める）の特徴として、男性・単身である他に、政府からの福祉的経済援助を受け取っていたことが要因としてあげられたことが報告されている⁹⁾。つまり、国民の権利として福祉制度が利用できたとしても、精神障害があるが故に福祉の制度に乗れなくなってしまいホームレス化する危険性があるといえるだろう。実際、統合失調症の診療録を縦断的に調査した研究³⁾があるが、地域で精神医療を受けながら生活する精神障害者の2割が、集中的なアウトリーチ支援があったにもかかわらず、ホームレス化していたということである。

近年では、生活上の困難をもつホームレスが地域で生活するにあたって、多様な実践活動が草の根レベル的いくつかの地域で行われるようになってきている。簡易宿泊所（シェルター）や、日中にホームレスや元ホームレスが立ち寄りプログラムに参加できる居場所機能をもった場所がある。また、障害による“生活のしづらさ”に合わせて提供される、スタッフ付きのサポートハウス等の住居も見られるようになってきている。ただ残念ながら、本邦ではそれらの社会資源が整っていない地域の方が多いし、ホームレス化する精神障害者の医療・リハビリテーションの対応まで出来る施設はごくごく僅かである。

精神障害に焦点を当てた取り組みとしては海外の例が参考になろうが、たとえば集中治療ホステルと呼ばれるような場所がある。精神科専門のスタッフがいった質の高い治療的ケアが、家庭的で日常的な設定（たとえば、ふつうの家に作られ、地域の施設を利用しやすく、料理や清掃や家事などへの参加が“当然のこととして”期待される）のもとで行われる小規模の施設である¹⁰⁾。また、最近のユニークな取り組みでは、アルコール依存症に対して、断酒を求める依存症の治療ではなく、飲酒をコントロールすることによってホームレス状態から安定した健康的な生活へ移行させるMPV（Managed Alcohol Program：飲酒管理支援プログラム）がある¹⁶⁾。加えて、現在、本邦においても重度精神障害者に24時間体制で訪問し医療や福祉の包括的なサービスを行うACT（Assertive Community Treatment：包括的地域生活支援プログラム）が各地域で精力的に行われているが、これらの支援方法が、米国のホー

ムレス対策においても成果を上げている。ACTによる訪問活動の取り組みが精神障害者の症状軽減やQOL向上につながり、入退院による回転ドア現象や再ホームレス化の軽減に寄与しているというのである¹⁵⁾。

精神保健福祉改革を考えた際に、確かに入院と地域におけるケアの費用対効果の問題を無視することはできない。しかし、改革自体は国費の削減のためのみならず、障害者のノーマライゼーションの視点をもって取り組むべき課題である。とくに、本邦の精神保健費（医療＋福祉）は、世界で最も低いコストで貧弱な医療と福祉サービスを提供していると考えられている¹⁸⁾。よって日本において、先進諸国並みのコミュニティを整備するとしたら、諸外国がかつて観測されたよりもさらに大幅なコスト上昇は必至となる。これらのことを踏まえたうえで、精神障害者がホームレス化しないケアの在り方を検討していく必要がある。ホームレスのリスクがある精神障害者が地域でケアを受けながら住居に住みつづけることができる工夫と、精神保健の専門家を交えた多職種間で継続的にアウトリーチ支援等を行える仕組み作りが求められていると考えられる。

4. おわりに

近年、無縁、孤立、貧困といった言葉をよく耳にするようになった。核家族化が進展し、単身世帯が増え、いわゆる身近な者で支えあうというセーフティネットが機能しづらい状況にある。これは精神障害者にも当てはまることで、家族との関係性が断ち切れてしまった者や、親亡き後の精神障害者にとって、地域における日々の生活の不安は絶えない。今後、生活や人間関係がさらに多様化する中で、ホームレス化する精神障害者が増えてくるかもしれない。その波を食い止めるには、上記でみたように精神医療改革の中でそれ相応のケア対策を打ち出していく他ないだろう。

なお、アメリカでは、脱施設化によってホームレス等が増加した失敗を受けて、1978年にCSS（コミュニティサポートシステム）を提唱し、精神障害者が地域でQOLを保ちながら生活していく様々なサービスを提供することに焦点が当てられ様々なサービスが提供されるようになった。しかしながら、それは、地域の中に病院を複製することであったと

いう²⁰⁾。つまり、本来の意味での精神障害者の“回復（リカバリー）”には遠いものであったという。

現在、本邦においても、近年のアメリカの新たな風である“リカバリー”の視点が、精神障害者の実践に取り入れられつつある。このリカバリーの概念を、地域でホームレス化していく精神障害者のケア体制を整える際にも念頭に置き、システム作りに取り組んでいく視点が重要であると思われる。枠にはめたケアでは制度にうまく乗ってることが出来ない傾向にあるホームレス精神障害者であるからこそ、このリカバリーの発想がことに大切なケアの視点になると考えるのである。

文献：

- 1) 朝日新聞 2010.6.19
- 2) Belcher JR : Toward an Effective Practice Model for the Homeless Mentally Ill. Social Casework 9 : 421-427,1989.
- 3) Burns A, Robins A, Hodge M, et al. : Long-term homelessness in men with a psychosis : Limitation of services. Int J Ment Health Nurs 18 (2) : 126-32,2009.
- 4) Commissione XII Affari Sociali. Italy : 1997.
- 5) Connolly AJ, Cobb-Richardson P, Ball SA. : Personality disorders in homeless drop-in center clients. J Pers Disord 22 (6) : 573-88,2008.
- 6) Fiorotti A. Reform said or done? The case of Emilia-Romagna. Within the Italian psychiatric context. Am J Psychiatry 154 : 94-98,1997.
- 7) Greenberg GA, Rosenheck RA. : Mental health correlates of past homelessness in the National Comorbidity Study Replication. J Health Care Poor Underserved 21 (4) : 1234-49,2010.
- 8) 橋本明 : 東京都下 - 生活保護施設における「ホームレス」精神障害者の研究. 日本公衛誌 39 (8) : 467-478,1992.
- 9) Henry JM, Boyer L, Belzeaux R, et al. : Mental disorders among homeless people admitted to a French psychiatric emergency service. Psychiatr Serv 61 (3) : 264-71,2010.
- 10) ジェフ・シェパード（長谷川憲一他訳）：精

- 神科リハビリテーションの最近の発展. 精リハ雑誌1 (1) : 56-70,1997.
- 11) Kim MM, Ford JD, Howard DL, et al. : Assessing trauma, substance abuse, and mental health in a sample of homeless men. *Health Soc Work*.35 (1) : 39-48,2010.
 - 12) Larney S, Conroy E, Mills KL,et.al : Factors associated with violent victimisation among homeless adults in Sydney, Australia. *Aust N Z J Public Health*33 (4) : 347-51, 2009.
 - 13) Luhrmann TM. : ” The street will drive you crazy” : why homeless psychotic women in the institutional circuit in the United States often say no to offers of help. *Am J Psychiatry* 165 (1) : 15-20,2008.
 - 14) Martens WH. : A review of physical and mental health in homeless persons. *Public Health Rev* 29 (1) : 13-33, 2001.
 - 15) Nelson G, Aubry T, Lafrance A. : A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *Am J Orthopsychiatry* 77 (3) : 350-61,2007.
 - 16) 根津敦 : アルコール依存症を持つホームレスへのハームリダクションーカナダ・オタワの事例一. *精神療法* .34 (4) 45-458,2008.
 - 17) Pluck G, Lee KH, David R, et al. : Neurobehavioural and cognitive function is linked to childhood trauma in homeless adults.*Br J Clin Psychol*50 (1) : 33-45,2011.
 - 18) 佐々木一 : 精神科医療の国際動向. 世界における精神科医療改革. 中山書店, 東京, 2010.
 - 19) 社会・援護局地域福祉課ホームページ. 平成23年4月15日現在.
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000191qr.html>)
 - 20) 田中秀樹 : リカバリー概念の歴史. *精神科臨床サービス* 10 : 428-433,2010.
 - 21) 富松玲香 : 生活困窮者を支える地域実践. *精神保健福祉* 41 (4) : 288-290,2010.
 - 22) Ulla B, Sven A : Gender, hospitalization and mental disorders among homeless people compared with the general population in Stockholm. *Eur J Public Health*20 (5) : 511-6, Epub 2010.
 - 23) 安江鈴子 : ホームレス自立支援の現状. *月刊福祉* .7 : 38-41,2006.
 - 24) Zlotnick C, Tam T, Robertson MJ. : Adverse childhood events, substance abuse, and measures of affiliation.*Addict Behav*29 (6) : 1177-81,2004.

【特集 地域中心の精神保健医療福祉】

「国際精神保健」の現状と課題：国連システムによる取り組み

Current Status and Issues Relating to Global Mental Health : Efforts by the United Nations System.

堤 敦朗^{a)}、井筒 節^{b)}

Atsuro Tsutsumi, Takashi Izutsu

【キーワード】

国際精神保健 (Global Mental Health)、国連システム (United Nations System)、精神保健政策 (Mental Health Policy)、自殺 (Suicide)、主流化 (Mainstreaming)

1. はじめに

世界保健機関 (World Health Organization : WHO) は、現在、世界の約 4 億 5 千万人が精神・行動上の障害を有し、4 人に 1 人が生涯に一度以上何らかの精神障害を経験するとしている (16)。中でも、自殺の問題は深刻であり、世界では毎年約 100 万人が自殺により命を落としている。これは、戦争 (約 31 万人) や殺人 (約 52 万人) による死亡数を大幅に越える数である (18)。特に、若者においては、自殺は死亡原因の 3 位であり、開発途上国の青年女子に関しては、自殺が死亡原因の 1 位である地域もある (16)。また、障害の観点からみると、世界の障害生存年数 (Years Lost due to Disability: YLD) 統計の 1 位はうつ病である (21)。障害の原因に関する統計では、アルコール乱用を含む精神保健上の問題が、先進国・開発途上国双方において、トップ 10 に名を連ねる。特にうつ病は、各疾病が人々の生活に与える影響を示す指標である障害調整生存年 (Disability Adjusted Life Years : DALY) (世界) において現在 3 位、2030 年には 1

位になると予測されている。低・中所得国の女性においては、うつ病は既に 1 位である (21)。

約 70 億人の世界人口のうち、約 80% が開発途上国に居住している今、精神保健上の問題を有する人々の大多数も開発途上国に暮らしている。精神障害は、地域、国境、人種、文化を超えどこにも存在する。更に、開発途上国では、栄養障害、鉛などの有害物質の摂取、感染症などによる知的障害や、出生前後の問題によるてんかん、紛争や災害、もしくはその他の社会的不安定や非公正によるうつ病や不安障害などの有病率が高くなることが指摘されている。高い死亡率を有する感染症や、その他の社会問題の陰に隠れて目に見えにくく、また誤解やステイグマの多い精神保健上の問題は、開発途上国において存在しないのではなく、語られてこなかっただけである。

しかし、多くの開発途上国には十分な精神保健政策がなく、精神保健に精通した医師や看護師、臨床心理士、精神保健福祉士などの人材が足りない。ほとんどの国において精神保健に費やされる予算は、全保健予算の 1% にも届かない (16)。このため、精神障害と共に暮らす人々の多くは、精神保健サービスの恩恵を受けることができずにいる。また、誤った知識とステイグマによって、差別による更なる苦しみを強いられたり、中には、牢獄に鎖で繋がれた状態で閉じ込められたり、精神障害を有しているという理由で殺害されることがあるのが現状である。

これらの精神保健上の問題は、社会に対し様々な影響を与える。例えば、精神保健上の問題を有する

a) 国際協力機構 四川大地震復興支援こころのケア人材育成プロジェクト 長期専門家 (前・世界保健機関 精神保健担当官) Expert, Japan International Cooperation Agency (JICA) Project for Capacity Development on Mental Health Services - for Reconstruction Support of Sichuan Earthquake (Former Technical Officer on Mental Health, the World Health Organization)

b) 国連ニューヨーク本部 管理局 心理官 Psychologist, Department of Management, United Nations

人々が就労できない場合、彼らは生活の糧を失い、貧困に苦しむこととなる。更に、精神保健上の問題を有する人々が、適切な精神保健サービスを得ることができず、未就労の状態が続けば、同時に社会全体の生産性が下がることになり、社会全体に貧困が広がることになりうる。また、精神保健上の問題が長引くほど、医療費は個人的にも、社会的にも膨れ上がる。アメリカでは、精神障害に関わるコストは国内総生産の2.5%にのぼるとされており(16)、開発途上国においても大きな経済的影響があることは想像に難くない。また、これら未就労や貧困、それに基づく社会の不安定は、人々の精神保健を今脅かすのみならず、中長期的悪循環を生みかねない。一方で、精神保健上の問題への予防と対策については、コストエフェクティブな介入方法が存在し、適切な精神保健サービスとそれを促進する社会システムへの投資は、貧困やその他の問題の解決に向けた重要な貢献になりうる。

このように国際の重要な課題である精神保健であるが、国際社会においては必ずしも十分な対策がとられてきたとはいえない。近年、国連システムが国際精神保健に関する活動を強化し始めており、本稿ではこれについてまとめる。

2. 国連システム

国連は、総会、安全保障理事会、経済社会理事会、信託統治委員会、国際司法裁判所、そして事務局からなる6つの「主要機関」と、総会の下に作られ、国連が取り組むべき課題解決に向けて実際にプログラムを実施する「基金と計画」を含む約20の国連機関からなりたっている。この「基金と計画」には、国連開発計画(United Nations Development Programme: UNDP)、国連人口基金(United Nations Population Fund: UNFPA)、国連児童基金(United Nations Children's Fund: UNICEF)、世界食糧計画(World Food Programme: WFP)などが含まれ、UNDPは各国における国連機関の調整や貧困削減、各国のガバナンスの向上など、UNFPAは人口問題とセクシュアル・リプロダクティブヘルス(家族計画、妊産婦保健、HIV感染予防、性暴力対策)やジェンダーに関する問題など、UNICEFは子どもをめぐる諸問題、WFPは紛争や災害時の食糧提供というように、それぞれの分野で活動を行う。他

にも、国連難民高等弁務官事務所(United Nations High Commissioner for Refugees: UNHCR)や国連大学(United Nations University: UNU)などがある。一般的に以上を指して国連と呼ぶが、他にも国連が設立した(もしくは国連以前からある機関を引き継いだ)専門機関と呼ばれる機関が約15あり(これらは国連からは独立しているが、協調関係をもつ取り決めを結んでいる)、国連とこれら専門機関を合わせて、「国連システム」という。

これらの各機関の関係性は以下のように要約できる。まず、国連主要機関において、各国の代表が議論をし、国際社会として今後進むべき大枠の方針や優先事項を決定する。これを受け、専門機関は、各分野において世界の専門家を集め、各々の分野におけるガイドラインなどの規範を作成する。それを元に、国連の「基金と計画」が現地の政府やNGOと協働しながら実際に行動を行なうというのが一般的である。専門機関には、WHOを始め、国連教育科学文化機関(United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO)や、国際労働機関(International Labour Organization: ILO)などがある。

3. 国連の国際精神保健をめぐる活動

国連システムの中でも、保健分野を担当する専門機関であるWHO(本部:スイス・ジュネーブ)は、非感染症部門内に「精神保健・薬物依存部」を擁し、国際精神保健をめぐる様々な活動を行ってきた。「WHO憲章」(1946年制定)(2)は、「健康(health)」を「完全な肉体的、精神的及び社会福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」と定義しており、これに基づき、WHOでは精神障害に関する診断基準を設定したり(国際疾病分類:ICD-10)(19)、各精神障害の有病率等を調べるための研究(World Mental Health)を実施してきた。他、各国の精神保健政策に関連する技術支援のためのツール(WHO-AIMSなど)を作成してきた。2000年には、「プロジェクト・アトラス(Project ATLAS)」を立ち上げ、各国別に、精神保健関連政策の有無、精神科医・精神科看護師・臨床心理士・精神保健福祉士などの数、精神科病床数、地域精神保健福祉システムの有無などを調べ、情報提供している。2001年には、「世界保健白書」「世界保健デー」

「世界保健総会」を精神保健分野におけるテーマとし、様々なアドボカシー活動を行なった。この際、「WHO 勧告：世界精神保健行動ガイドライン」(17)を公表し、今後国際社会がとるべき国際精神保健に関する活動方針をうちたてた。2008年には、新たに「Mental Health Gap Action Programme (mh-GAP)」を立ちあげ、主に、開発途上国における精神保健をめぐるニーズと現状のギャップを埋めるための新しい試みが始まった。2010年にはUNFPAなどとの協力関係のもと「mhGAP 介入ガイドライン」(22)を公表、開発途上国のプライマリーヘルスワーカー等が精神保健上の問題に対処できるようにするための介入ガイドラインが完成した。現在は、これに関するトレーニングモジュールなどを作成中である。

このようにWHOでは、専門家の考えを調整し、指針等を作成、それをもとに各国政府への技術支援を行うのが主な役割であるが、一方で、作成された指針等を実施するキャパシティーについては専門機関の役割上、限界があり、実施体であり、国事務所に実施のための人員と資金を有する国連の「基金と計画」との連携が少ないゆえに、精神保健に関する「実施」がなかなかされないことが問題であった(小児に対する予防接種拡大計画などでは、WHOのガイドラインのもと、UNICEFが現場で実施したことにより成功を収めた)。

これに対し、UNFPA(本部：ニューヨーク)は2006年より精神保健プログラムを開始し、国連機関を先取りする形で精神保健を優先事項に統合する試みを行ってきた。UNFPAでは、トップである事務局長が2006年世界自殺予防デー(10)や2008年世界精神保健デー(13)などに公式声明を公表した他、UNFPAの最高政策文書である「戦略計画」(11)において、精神保健を優先事項として初めて明記した。こうした流れを受け、2007年には、「リプロダクティブヘルスと精神保健の関わりに関する会議」をWHOと共催でベトナムにて開催、それに基づき、研究レビュー(24)を出版した他、ファクトシート(12)も作成。また、本会議の成果文書として、共同声明「UNFPA-WHO 途上国における妊産婦精神保健と子どもの生存・健康・発達：ミレニアム開発目標達成のために」を公表した(23)。これは、その後、UNFPAの資金・技術的協力のもとWHOがスイスで開催した「途上国における妊産婦精神保健

と子どもの健康と発達に関する会議」と、その成果文書である「ミレニアム開発目標5：妊産婦保健の向上にむけて：妊産婦の精神保健の向上」(20)につながった。他にも、UNFPAは、WHOと共にインド及びスイスで「若者の精神保健に関する会議」(2008-2009年)を開き、この結果は、若者の精神保健に関するレビューとして出版された(25)他、UNFPAの青年プログラムのガイドライン、災害時の青年のリプロダクティブヘルスガイドライン(14)などにも精神保健が統合されている。他にも、性暴力に関するプログラムや、セックスワーカーのHIV予防に関するプログラム、フィスチュラ対策プログラムなどにおいて、精神保健が初めて含まれるようになった。

前述の通り、WHOが既に様々な基準、研究・統計やガイドラインを作成してきたものの、それを実行に移すかどうかは各国に任されており、また各国の開発計画策定時に計画・予算に精神保健を入れ込む作業が必要であるが、各国でそれらを推進したり、その際に必要な技術協力を行なう国連機関がないため、多くの国において、WHOの成果が実施されないという問題があった。ここで、各国において実行部隊をもっているUNFPAがWHOと協力して「実施」に向けて動き出したことは、これまでの流れを大きく変える画期的な転換点であったといえる。

特に、現在、国連は、2000年の国連特別総会で採択された国連ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals：MDGs)(7)を2015年までの優先課題と掲げ、その主たる活動をMDGsに関するものに集中させている。MDGsは8つの目標からなるが、中でも保健が直接関わる目標は、「目標4：幼児死亡率の削減」、「目標5：妊産婦の健康の改善」、「目標6：HIV／エイズ・マラリア・その他の疾病の蔓延防止」である。UNFPAの活動は、これら3つの保健関連MDGs全てに深く関わる他、「目標3：ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上」についても、ジェンダーバイオレンス対策などを通して様々な活動をしている。国際精神保健を国連の活動に効率よく落とし込んでいくためには、このMDGsに結びつけることが一つの重要な戦略であり、その上で、多くのMDGsの実行を担当しているUNFPAが国際精神保健に関する活動を起こしたことは重要な意味をもつ。

このようなUNFPAの先端的な取り組みをもと

に、2011年にはUNICEF（本部：ニューヨーク）がWHOと共にワシントンDCで「若者の精神保健に関する会議」を開き、現在、新たなUNICEF-WHO共同宣言を作成しているところである。

また、国連のシンクタンクであるUNU（本部：東京）は、マレーシアに設立した国際グローバルヘルス研究所において、新たに精神保健に関するプログラムを立ち上げようとしている。

災害分野においては、国連（本部：ニューヨーク）の人道問題調整事務所（Office for the Coordination of Humanitarian Affairs：OCHA）が機関間調整委員会（Inter-Agency Standing Committee：IASC）というメカニズムを有しており、災害発生時に各国連システム機関やNGOが重複なく効果的な活動ができるよう調整を行っている。このIASCの下にはIASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings（IASC RG on MHPSS）が置かれ、災害時に各セクターでの活動が精神保健に配慮したものとなるよう調整を行っている。2007年には、WHO、UNFPA、UNICEF等の国連システム機関とNGOが協働して、「災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン」(1)を出版、現在では緊急時の精神保健ガイドラインとして世界中で使用されている。また、上記の国連システム機関の他にも、UNHCRや国際移住機関（International Organization for Migration：IOM）等が精神保健・心理社会的支援に関する活動を行っており、UNDPも少しずつ関与の度合いを強めているところである。

2006年には、国連総会において「障害者権利条約」(6)が採択された。本条約において、障害には精神障害と知的障害が含まれることが明記され、精神・知的障害を有する人々の人権の保護と促進に関し法的拘束力をもつ国際法が作られることになった。これを受けて、国連ニューヨーク本部では、経済社会局と管理局の協働で、精神保健を国連の活動にメインストリームするための活動が開始された。2010年には、国連事務次長補、WHO事務局次長補、UNFPA専門局長、フィンランドの次席国連大使等とともに、「ミレニアム開発目標を達成するための活動に精神保健を統合する必要性に関するパネルディスカッション」を開催。成果文書として、「UN-WHO政策分析文書：精神保健と開発：ミレ

ニアム開発目標を含む開発プログラムへの精神保健の統合」(8)を発表した。その他、国連事務総長が、世界精神保健デーや世界自閉症啓発デーに公式ステートメントを発表している他、特に2011年の世界自閉症啓発デーにおいては、国連事務総長夫妻、二人の国連事務次長、アメリカとバングラデシュの国連大使のもと、パネルディスカッションが開かれた。2010年の経済社会理事会でも、国際公衆衛生に関するハイレベル会合が開かれ、その成果文書に精神保健が盛り込まれている(9)。

国連の活動にとっての規範の一つである「世界人権宣言」(3)を法的に定めなおした「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約(1966年)」(4)には「すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有する」(第12条1項)とあり、国連が人々の精神保健に関する活動を強化しはじめたことは、精神保健コミュニティ、その他の国際社会全体にとっても大きな意味を持つ。かつて、1990年のカラカス宣言(15)に続き、国連総会は、1991年12月、「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」を含む「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善」に関する決議(A/46/119)(5)を採択するなどしたが、それから約20年の時を経て、新たなモメンタムを生み出すこれらの活動に注目が集まっている。

また国連では、国連平和維持活動（Peacekeeping Operations：PKO）などで働く国連職員のための精神保健対策にも力を入れはじめています。

4. 二国間支援機関による活動

国連と共に国際社会において重要な役割を担うアクターに、二国間援助機関がある。日本の二国間援助機関である国際協力機構（JICA）は、2009年、設立以来初めての長期精神保健プログラムを立ち上げ、中国で精神保健・心理社会的支援プログラムを始めた。これは、四川大地震を契機とし、中国の保健・教育等システムに精神保健を統合していくための試みで、政策支援、人員の能力開発、プログラムの実施支援などを行い、大きな成果を挙げている。JICA以外の二国間援助機関も精神保健に関する取り組みを少しずつ強化しており、今後の更なる開発が期待される。

5. 国際精神保健の今後：行動に向けて

世界では、プライマリーヘルスケアを訪れる患者の約20%が精神保健上の問題を有するとされ(16)、また妊産婦の5人に1人から3人に1人がうつ病や不安障害を有し、一部の国の妊産婦死因1位が自殺である(24)現状を鑑みても、保健政策、保健プログラム、及び保健システムに精神保健を含めていくことは欠かせない。

精神保健は人間開発の重要な指標のひとつであり、開発や貧困削減の文脈からも、すべての分野において人々の精神保健的側面に目を向けることが必須である。精神保健上の問題は、貧困、教育を受けられないこと、性差別、身体保健上の問題等の結果として生じるだけでなく、これらの原因でもある。一方で、人々の精神保健が促進されることで、貧困削減、雇用促進、教育レベルの向上、より良い健康状態やQOL等が達成される。

災害や人道問題の予防・対応においても、精神保健のメインストーリーミングは欠かせない。特に、少年兵や性被害を受けた者等、弱者に対する精神保健的支援は重要である。

更に、国際の平和・安全と精神保健の関連も、今後より重要性を増すものである。紛争国間の和解に向けた政府レベルでの合意があったとしても、市民レベルでの恐怖、憎しみ、不安などに適切な対処をしない限り、真の意味での平和と安全は達成しえない。

人権分野においても同様である。人権侵害の後には、人々は精神的苦痛に苦しんだり、その結果、精神障害を経験することも少なくない。人権を考える際には、精神保健的観点をもって、適切な対処を行う必要がある。また、精神障害と共に暮らす人々が、障害を有さない人々と同様に様々なサービス等にアクセスできるようにするなど、精神障害者の権利の保護と促進も国際の最重要課題の一つである。

これらに取り組んでいくためには、精神保健コミュニティ内のみにおける議論では足りない。

開発や人道、平和と安全、人権等のステークホルダーの視点を鑑み、国際法、開発経済等の流れをよく理解した上での学際分野を超えた議論・取り組みが必要である。また、学術分野のみならず、現場で実際に活動を行っているアクターたちのインプット

を生かしていくことも持続可能性、実施可能性等の観点から不可欠である。

現在は、精神保健に関わる国連職員の数も少しずつ増えている他、外務省の若手支援プログラムを通し、WHOなどの国連システム機関に原則2年間ジュニア・プロフェッショナル・オフィサーとして派遣され、国連システムを体験する日本人も増えてきており、望ましい流れである。このような国際精神保健に関わる人材育成も欠かせない。今後、大学・大学院レベルの教育において、国際精神保健を取り入れていく必要があると考える。

以上のようなモメンタムを活かし、今後、国際精神保健に関する政策・プログラム、及び人員を増やし、様々な国際社会の取り組みに精神保健的視点を取り入れ、人々のところに寄り添った活動を強化していく必要がある。

そのためには、今後、国連を中心として、精神保健に関する機関間メカニズムを設立したり、国連において精神保健に関する事務総長報告を作成する必要がある他、国連総会等の会議体における精神保健関連決議を増やしていく必要もある。これらによって、国連とWHO、国連の基金と計画の有機的な協働関係を構築し、これを本部レベルのみならず、地域及び国レベルに波及していく必要がある。また、国際精神保健に関する学術的知見は未だ十分ではなく、研究の分野からも、特に開発途上国の現状にあったプログラムのあり方に関する研究や、国際精神保健における経済効果研究などが必要である。

人間は感情の生き物であり、人々の問題、人々が構成する社会の問題を考える上で、人間の感情を考慮に入れられないわけにはいかない。どんなにものが豊富であっても、こころが満たされていなければ人は幸せではいられない。同時に、たとえものがなくとも、こころが満たされていれば希望をもって生きていける場合もある。貧困や様々な社会問題に直面する開発途上国でも、こころを満たすことで、人々のQOLを高められる可能性がある。精神保健という時、それは必ずしも精神医療に限らず、教育や情報等様々な分野との協働が不可欠である。また、芸術・文化・エンタテインメント面を強化することも、精神保健の観点からも重要である。今こそ、国際社会において、精神保健の重要性に対する認識を高め、開発途上国における予防と治療、社会的リハビリテーションを含めた精神保健サービスを実現するた

めに、国連システムと各国政府、その他のドナーを始めとする国際社会、そして一人一人の行動が必要とされている。

参考文献

1. IASC : IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, Geneva, 2007. http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
2. United Nations : Constitution of the World Health Organization. UN, New York, 1946. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
3. United Nations : The Universal Declaration of Human Rights. UN, New York, 1948. <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>
4. United Nations : International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. UN, New York, 1966. <http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>
5. United Nations : The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care (A/RES/46/119) . UN, New York, 1991. <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>
6. United Nations : Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. UN, New York, 2006. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
7. United Nations : The Millennium Development Goals Report 2010. UN, New York, 2010. <http://www.un.org/en/mdg/summit2010/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20.pdf>
8. United Nations : UN (DESA) -WHO Policy Analysis : Mental Health and Development : Integrating Mental Health into All Development Efforts including MDGs. UN, New York, 2010. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=1545>
9. United Nations : Ministerial Declaration : 2009 High-level Segment Implementing the Internationally Agreed Goals and Commitments in Regard to Global Public Health. UN, New York, 2010. http://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/pdf09/ministerial_declaration-2009.pdf
10. UNFPA : Statement on the Occasion of World Suicide Prevention Day - Message of Thoraya Ahmed Obaid, Executive Director, UNFPA. UNFPA, New York, 2006 <http://www.unfpa.org/public/News/pid/143>
11. UNFPA : United Nations Population Fund Strategic Plan 2008-2011 : Accelerating Progress and National Ownership of the ICPD Programme of Action. UNFPA, New York, 2007. http://www.unfpa.org/exbrd/2007/secondsession/dpfpa_2007_17_eng.pdf
12. UNFPA : UNFPA Emerging Issues : Mental, Sexual and Reproductive Health. UNFPA, New York, 2008. <http://www.unfpa.org/public/global/pid/910>
13. UNFPA : Statement World Mental Health Day - Message of Thoraya Ahmed Obaid, Executive Director, UNFPA. UNFPA, New York, 2008. <http://www.unfpa.org/public/op/edit/News/pid/1303>
14. UNFPA : Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings : A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. UNFPA, New York, 2009. <http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/4169>
15. WHO : Declaration of Caracas. WHO, Geneva, 1990.
16. WHO : World Health Report 2001 : Mental Health : New Understanding, New Hope. WHO, Geneva, 2001.
17. WHO : mental health Global Action Programme : mhGAP. WHO, Geneva, 2001.

- http://www.who.int/mental_health/media/en/265.pdf)
18. WHO : World Report on Violence Health. WHO, Geneva, 2002.
 19. WHO : ICD-10 精神および行動の障害 : 臨床記述と診断ガイドライン, 医学書院, 東京, 2005.
 20. WHO : Millennium Development Goal 5 : Improving Maternal Health : Improving Maternal Mental Health. WHO, Geneva, 2008. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf
 21. WHO : The Global Burden of Disease : 2004 Update. WHO, Geneva, 2009.
 22. WHO : mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings : Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) . WHO, Geneva, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf)
 23. WHO, UNFPA : Maternal Mental Health and Child Health and Development in Resource-constrained Settings : Report of a UNFPA/WHO International Expert Meeting : The Interface between Reproductive Health and Mental Health, Hanoi, June 21-23, 2007. 2009. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/rhr_09_24/en/index.html
 24. WHO, UNFPA : Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health : A Global Review of the Literature, WHO, Geneva, 2009. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241563567/en/index.html>
 25. WHO, UNFPA : Adolescent Mental Health in Resource-Constrained Settings : A Review of the Evidence. Int J Soc Psychiatry 57 (1 suppl) , 2011. http://isp.sagepub.com/content/57/1_suppl

【特別寄稿】

日本精神保健の蹉跎と7つの戒め

Seven Warnings Against the Stumble of Japanese Mental Health.

大熊一夫^{a)}

Kazuo Okuma

【医療金融公庫、精神科特例、牧畜業者、クラーク勧告、永久下宿人】

「ルポ・精神病棟」を書いて41年が過ぎました。

最近の精神病院は見た目にはきれいになりました。しかし「ルポ・精神病棟」のときで24万床。以後の10年ほどの間にさらに約10万床も増えて、ほぼ高止まりのままです。全部とは言いませんが、収容体質は相変わらずです。精神病院頼みのシステムに代わる地域精神保健サービス網の構築は、遅々として進みません。

はっきり言って、今の日本精神保健は先進国の中では最低です。嘲笑の的です。どうすれば汚名返上できるのか、私にはめどが立ちません。

悔し紛れに41年を反芻すると、7つほどの戒めが頭をよぎります。

誰に対する戒めかは、ご想像にまかせます。

戒め 1. 粗製乱造の歴史を恥じる

41年前から私の心に引っ掛かっていること。それは、私立精神病院の「経営の都合が一番、患者の人生が二番」という優先順位です。

この歪んだ原理に縛られて、日本の精神保健行政は無為や失策を重ねてきました。

日本国民は、「なんで精神病院の不祥事が性懲りもなく繰り返されるのか」「行政当局は未然に防ぐ手立てをなぜ打たないのか」と思っているはずです。私も、この分野にかかわった1970年以來、国や自治体のお目こぼし体質がずっと気になっていました。

69年の日本精神神経学会声明は、不祥事多発の背景として、精神疾患の人々の収容が一種の「ビジネス」になっていることを指摘しました。では、我が国に収容ビジネス路線を敷いた人物は誰かといえば、それは、精神病院経営者を牧畜業者呼ばわりしたご当人、日本医師会長だった故・武見太郎さんです。

根っからの自由主義経済論者でした。社会主義や

共産主義や社会保障が大嫌いでした。医師会長になりたての頃は厚生省内に医療国営論者がいるのではないか、赤色官僚がいるのではないかと本気で心配したそうです。その武見さんの大仕事のひとつが、医療金融公庫の創設でした。政府全額出資金を元手にして私立病院等の新設や改築に貸し付ける、というものでした。年利6分5厘・25年償還の甘い融資条件でした。昭和35年に設立されました。

公庫設立にともなって、厚生省は人口1万に18床(昭和39年)、19床(40年)、20床(41年)といった調子で、病床融資基準なる枠を設定しました。公庫発足前年の昭和34年末、日本の精神科病床は約8万床でした。制度ができてからの厚生省は、世界の流れに逆らって、ほぼ毎年、精神病院を1万床ずつ増床するべく枠を広げていきました。

公庫発足の2年前、厚生省は次のような内容の次官通知も出しています。わかりやすく言えばこうです。

「精神病院においては、精神科医は内科や外科など他の診療科の3分の1、つまり入院患者48人に医師1人でいい。看護職も他科の3分の2、つまり入院者6人に1人でかまわない」

しかも4日後には、恐ろしく低い基準さえ守らなくてもよろしい、という医務局長通知まで出しまし

a) ジャーナリスト

た。1948年（昭和23年）に制定された医療法の施行令第4条の7には「主として精神病、結核その他厚生大臣が定める疾病の患者を収容する病室を有する病院は、厚生省令で定める従業員の標準によらないことができる」とあります。これを援用したのです。粗悪病院開設に呼び水をしたのです。

こうして、良心をマヒさせるほどに儲かる仕組みが、完成しました。

大甘行政はまだあります。精神科医ではない医師、たとえば産婦人科医が精神病院を開設することにも、歯止めをかけませんでした。ひと儲け企む投資家がオーナーになるのさえ許しました。

しかも精神病院に限っては、都道府県内のどこだろうが好き勝手に建設させました。だから、地価の格別安い寂しい所に競うように建設されました。

東京都の八王子市や青梅市は世界に類を見ない精神病院密集地帯ですが、これは愚かな政策が招いた結果です。

戒め2. 精神病院の没治療性を知る

ルソーの「社会契約論」にこんな一節があります。「ドレイは彼らの鎖のなかですべてを失ってしまう、そこからのがれたいという欲望までも」「ひとは牢獄のなかでも安らかに暮らせる。だからといって、牢獄が快適だといえるか？」

250年前の至言は、精神病棟に幽閉されている人びとに、そっくり当てはまります。2週間弱の私のささやかな入院も、まさに疑似ドレイ体験でした。

1970年2月、私はアルコール依存症を装って、都内の某精神病院に入院しました。そこは有名医学部精神科出身の医師が経営しており、精神科医の間で「中の下」の評判でした。そんなレベルでも、巷の市民生活では絶対にありえない風景が展開されました。

屈辱の極みは回診でした。私たちは居間兼寝室兼食堂の40畳ほどの畳部屋で24時間の大半を過ごしていました。10日に1度の副院長回診も畳部屋で行われました。部屋長の「かいしーん」の号令で、私たち同室者25人は壁を背に横一列に正座します。白衣の副院長は看護師やケースワーカーら数人を従えて、立ったまま尊大な口調で一声ずつ掛けていきます。一瞥だけで終わることもあります。

どの入院者も、決まって自分の退院の見通しを聞こうとします。「お願いです。退院させて下さい」と畳に頭をすりつけて懇願した大学生は、副院長に鼻であしらわれました。彼は回診のあと畳に大の字になって、天井を凝視していました。目からは涙があふれていました。

病棟は男だけだというのに、なぜか、便所はしゃがむ方式のものしかありません。廊下から便所に入ると、左側に3つ、右側に4つの仕切られたスペースがあって、私がしゃがんで用を足していると、向い側でしゃがんでいる仲間がじっとこちらを見ていました。便所には扉がありません。私たちは恥ずかしがることも許されませんでした。

院内では、大勢の入院者が作業療法の名の下に働かされました。厨房、ボイラー、営繕、清掃、洗濯、「内職」と呼ばれる病棟での手仕事。私は「内職」をさせられました。この三軍労働でも、ノルマらしきものがありました。部屋長がストを起こして、「内職はやめや」といいました。すると婦長が「明日までに納めなければいけないのよ」と声を荒げました。部屋長はそのあと保護室に入れられました。

作業療法というからには、入院者が働かなくても病院運営は成立しなければおかしいでしょう。そうでなければドレイ労働です。

戒め3. 歴史的学会声明を風化させない

ルポ・精神病棟を新聞に連載した1970年、初めて日本精神神経学会総会を傍聴しました。開催地は徳島でした。若き精神科医たちの「悪徳精神病院許すまじ」の叫びは、天にも届く勢いでした。

あの、患者の人生を憂えた大合唱は、いまや、うたかたの夢となりました。

精神病院を退院してから「ルポ・精神病棟」を連載するまで、2週間ほど猶予がありました。その間、多くの精神科医から話を聞き、資料を読みました。中に日本精神神経学会の機関誌『精神神経学雑誌』1970年1月号がありました。これも「悪徳精神病院許すまじ」の文章でした。

一口に不祥事件といっても、その内容はさまざまである。しかし、この8月と10月（1944年）に、大阪府下の安田病院および栗岡病院における患者虐

待、致死事件が報道されるに及んで、これは頂点に達した感がある。大阪では時を同じくして、府立中宮病院にも問題が起り、それは病院の管理運営上の欠陥を患者自身から追及されたのがキッカケで、院長以下の首脳部の更迭となり、新院長に非専門医の府衛生部長が発令されるという異例の事態に発展した。

これよりさき、神奈川県では相模湖病院のアル中患者のつめ込みによる事故の続発と、とばく愛酒療法なるものの実態（8月）、東京八王子市では北野台病院で、処遇改善を迫った患者対経営者の団体交渉後の死者を出した集団離院事件（6月）の報道がある。さらに10月には『むなしい壁との対話』（刀江書院）が発刊されたが、その内容は東京・小林病院で、基準看護をごまかすため措置入院患者を仮退院させ、そのまま院内に不当拘束した事実が摘発されたこと、および私立精神病院における作業療法の巧妙な患者搾取の驚くべき実態も示され、新たな波紋を投じている（この病院はその後、東京精神病院協会の忠告もあって、徹底的改革を行い名誉を回復した）。

昨年（筆者註：43年）すでに学会広報部会が、全国的調査で知り得たこの種の著名な事件として、埼玉県で東京・山谷からアル中労務者をかり集め、事故を起こしかつ贈賄事件に発展摘発された南埼玉病院、高知県で、かつて患者であった暴力団員が病院の経営権を握り、女性患者への暴行事件、健保の水増し請求事件など刑事問題となった近藤病院などの不祥事件がある。

このように列挙すれば、類似の事故ないし事件は、いまなお全国各地で発生しつつあるのではないかと危惧を抱かせるのに十分である。事実、理事会がこの問題を取りあげたあと、京都・ピネル病院退職者の会から、同病院の営利主義による患者への著しい人権侵害の事実を訴えた文書が届き、また11月20日、徳島県阿南市藤井精神病院の深夜の火災による多数の死傷者を出したいたましい事故で、病院管理の手落ちが追及されるという事件も発生している。（略）

安田病院の患者リンチ事件については、当事者が看護人であるが、これは単に看護者のみの問題に止まらぬことは明らかである。また行政当局の監督不備の問題のみでもない。事件が報道されると、地元では病院協会が主となって、同業者意識のもとに隠

蔽、もみ消しをはかった形跡が認められるのはまことに残念なことである。もし不祥事を直視することなく、政治家その他の有力者を介入させてことを穏便にすまそうとするような考えがあったとすれば、さらに反省の色はなく一層悪質といわなければならず、われわれは今後も同種の事件が跡を断たぬであろうことを警告せざるをえない。（略）

日本医師会の武見会長は、かつてこのような経営者を牧畜業者と非難した。いうまでもなく彼らからみれば患者は牧場に放し飼いする牛か羊と同じという意味である。いま一連の不祥事件を眼の前にし、われわれは残念ながら、この武見放言を謙虚に聞かざるを得ない。（略）

昭和44年12月20日

日本精神神経学会理事会

学会声明の後も、精神病院の不祥事件は続きました。1984年3月には、ついに宇都宮病院のリンチ怪死事件が明るみに出ました。

戒め4.「牧畜業者発言」の謎

武見太郎さんが「牧畜業者発言」を、どこで、誰にしゃべったものか、迂闊にも長いこと知りませんでした。学会声明に書かれたので、てっきり不祥事件大発覚時代の1968～69年頃だと思っていました。2008年、本を書くにあたって調べました。

不覚でした。なんと発言は医療金融公庫融資開始の年、1960年（昭和35年）です。牧畜業者大発生のタネを撒いたご本人が、タネを撒いたその年に語っていたのです。

国際的に奇異の目で見られる日本の精神保健政策の源流をたどると、私立精神病院「大濫造」にゆきつきます。世界に類なき事態に道を付けたのは医療金融公庫でした。

同公庫の融資は1960年（昭和35）7月に始まりました。大蔵省は一業種への公的特別融資に反対でしたが、武見さんの盟友だった佐藤栄作、保利茂、大野伴陸ら政界有力議員の後押しで誕生しました。

「牧畜業者」発言はどこに発表されたのか、学会声明起草者の竹村堅次さんに聞いても、記憶の彼方というご様子。

手がかりはただ一つ、当時、学会関係者から耳に

した「あれはたしか大分での記者会見」でした。大分での会見なら有力地元紙の大分合同新聞に載ったはずですが。同社にメールで問い合わせしてみました。しかし、掲載日がわからなければ探すのは無理との返事でした。あきらめかけたとき携帯電話が鳴りました。同社特別顧問の高浦照明さんでした。

「私が武見さんから確かに聞きました。新聞に出たとすると私が書いたとしか考えられません」

高浦さんは昔のスクラップブックをめぐってくれましたが記事は見つかりません。それから時間をかけて思い出してくれました。

1960年（昭和35）11月22日、大分市で第60回九州医師会医学会が開かれました。前日の午後、大分県医師会幹部たちと高浦さんら大分合同新聞の2人の記者は、大分県医師会館で武見さんの到着を待ちました。

武見さんは正式記者会見前の放談で、二人の記者に牧畜業者発言をしました。その場にいた県精神病院協会幹部が色をなしたそうです。この放言は刺激的にすぎたからでしょう、記事になりませんでした。

武見さんは、4年後に大分に来た時にも高浦記者に「一向に変わりませんな。要するに牧畜業であるというのは現実問題ですよ」と語ったそうです。

半世紀近く前のことですが、高浦さんの記憶は極めて具体的でした。県医師会館はその月に完成したばかりの奇抜な建物で、武見さんは会見で「保険医総辞退」という特ダネを話した……私は当時の新聞を読みました。事実でした。

では件の歴史的放言はどこに載ったのか。高浦さんは記憶を振り絞ってくれました。

1964年（昭和39年）11月25日からの3日間、別府市で開かれた第3回全国自治体病院学会の初日のシンポジウム「公立精神病院は如何にあるべきか」で、武見放談を紹介したことを思い出しました。そしてついに、シンポジスト高浦さんらの発言が記録されている『全国自治体病院協議会会報』（1965年6・7月合併号）が見つかりました。

武見さんは医療金融公庫融資開始からわずか4か月後の1960年11月に「牧畜業者」発言をします。まだ「牧畜業」が大々的に輩出する前に、です。

厚生省の指導による私立精神病院増設計画が流布され、牧畜業者の大出現が予見できた。それで武見さんは黙ってはいられなくなった、というのが私の推理です。

戒め5. クラーク勧告をおとぎ話にする愚

そしていま日本は、重篤な精神病院病にかかっています。半世紀前の厚生省の“大誤診”のせいで、この病気は、もはや治療見通しがたたないところまで進行してしまいました。

日本には、1968年（昭和43年）にも病気から回復するチャンスがありました。WHOの委嘱を受けた英国の著名精神科医デービッド・クラークさんが日本政府に勧告したのです。WHOに日本の精神保健の実態調査と勧告を依頼したのは、国立精神衛生研究所部長の加藤正明さん（後に所長、2003年死去）だそうです。

クラーク勧告はいま読んでも全く色あせていません。3か月にわたる日本見聞記をごく短くまとめればこんな調子です。「厚生省内の精神保健部局の地位は低い」「施設収容が大変進んでおり、精神保健全体は後退している」「精神病院の長期在院患者は増える一方で、地域精神保健活動は十分に成長していない」「精神病院へのコントロールがなされていない」「外来通院公費負担制度の新設は評価できるものの、診療報酬上の精神科の地位は一般科の3分の1から半分と、あまりに低すぎる」「地域型サービスはきわめて不十分である」……。

そして丁寧な勧告を残しました。長いので箇条書きにします。

- ① 厚生省には有能な精神科医のいる精神衛生局をつくるべきだ
- ② 精神病院には患者が溜まり、長期入院の弊害が見られる。それが国家財政を圧迫している。もっと社会に開かれた療法を取り入れて、入院の増加を防ぐべきだ
- ③ 精神病院を廃止する権限を持った国の監察官を置くべきだ。その監察官には、高い地位の精神科医で、医療の質の向上に関心ある人物があたるべきだ
- ④ 精神療法は大事なので、外科と同等かそれ以上の診療報酬にするべきだ
- ⑤ 地域で暮らす統合失調症の人々を支えるような外来クリニック、ナイトホスピタル、デイホスピタル、保護工場、治療的社交クラブ等

を整備するべきだ

- ⑥ 厚生省は労働省と手を結び、政府がスポンサーとなって、給料が払えて生産物が市場に出せるような保護工場をつくるべきだ
- ⑦ 厚生省と日本精神神経学会は、精神科医に社会精神医学の国家資格をあたえることを検討するべきだ。精神科看護の資格化も検討するべきだ。作業療法の学校を増設するべきだ。ソーシャルワークをもっと発展させるべきだ

そもそも精神保健で何をやったらいいのかわからない、なんていうことはないと思っています。7項目を実践すれば間違いなく精神保健先進国です。

1989年6月1日発行のミニコミ誌呉秀三先生記念精神科医療史資料通信・第22号の「社会精神医学と私——加藤正明先生にうかがう——」で、加藤さんは精神科医を前にしてこう語っています。

「その時の課長いわく、『イギリスは、何分にもただ今、斜陽の国でありまして、その報告から学ぶべきものは一つも有りません』と。僕はちゃんと覚えている。そのときあまりひどいから、新聞記者に『いや、課長がそういうけれど、私は社会福祉問題とか、ずいぶん鋭い指摘があるし』とぶうぶう言ったけど、課長は『なんら学ぶものがありません』というばかりでした。(略)僕は本当に腹が立ったね、その時は。だけども、喧嘩してみたってしょうがないでしょ。新聞記者はやっぱ課長のいうことを記事にしますので」

発言の主である当時の精神衛生課長に直接会って心境を聞きたいと思ったのですが、2008年に死去していました。

戒め6. 本当の地域サービスを学ぶ

精神病院なしでも重い精神疾患の人々を支えることが可能なことを、トリエステは1971年から約7年かけて実証しました。これをイタリア全土に普及させるための新しい精神保健法(180号法、別名バザーリア法)が1978年に制定されました。

新法は「病状確認と保健医療ケアは自発的意思によるものとする」で始まります。診断と治療は当人の自由意志を大事にすべし、と冒頭にうたったのです。その一方、日本の精神保健福祉法ではおなじみ

の「自傷他害」は一つも出てきません。精神科医に治安の責任を負わせないことで、彼らが本当の治療に専念できるようにしたのです。

ほとんどの日本人は、精神病院より優れた支え方、つまり「地域精神保健サービス」を知りません。こう言う私自身も1986年にトリエステ精神保健サービスをこの目で確かめるまでは、重い精神病の人々が鉄格子のあちら側へ送られることは仕方ないことだと思いこんでいました。

トリエステ県(正確には保健公社「トリエステーナ1」)は30年以上も前に精神病院をなくして、WHOお墨付きの地域精神保健サービスを実践してきました。現在は地域精神保健センターが5か所あります。その一つは旧精神病院のあったサン・ジョヴァンニ地区(人口12000弱)にあります。トリエステ大学医学部精神科クリニックが管理し、医学生が地域精神保健サービスを学べるようになっています。他の4つのセンターは、それぞれがざっと人口6万弱の住民をカバーしています。

センターのほかにマッジョーレ総合病院の一角に「精神科診断治療サービス」(Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, 略してSPDC)と呼ばれる6床の入院ベッドがあります。わかりやすく言えば精神科救急病棟です。総合病院のこの部分だけは、人事も人件費も精神保健局の管理下に置かれています。3人の医師と16人の看護師が常勤しています。平日の午後から夜間にかけてと休日のまる1日は、精神保健局のすべての医師が交代で担当します。あくまでセンターが主役、SPDCは脇役です。

5つのセンターには、合計で36の個室が用意されています。鍵は使いません。家族と離れた方がよい時、あるいは、自宅に一人で置かないほうがよい時などに個室のベッドが威力を発揮します。台所や洗濯場やリビングルームなどがあって、ボタンの縫い付けや簡単なミシン作業をやってくれる職員もいて、下宿屋の雰囲気です。

精神保健センターは、予約なしに誰もが飛び込むことができます。危機的状況の家には出前もします。

イタリア改革の父フランコ・バザーリアがトリエステ・サンジョヴァンニ病院の院長になった1971年、精神病院を利用した人は約2500人でした。2001年の精神保健サービス利用者は3857人です。人口が18%も減ったことを考えると、精神保健サー

ビスを利用する人は飛躍的に増えました。この敷居の低さは、「手遅れ」とか「慢性化」といった事態の減少につながります。手遅れで症状がこじれてしまうケースが、トリエステより日本に格段に多いことは、容易に想像できます。

じつは、バザーリアやその弟子たちの実践する精神医療と、私たち日本人の知る精神医療とでは大きな違いがあります。日本で、私が統合失調症になったとします。おそらく医師は、病的な言動がいつ始まって、どんな振る舞いがある、周囲がいかに困惑したか、を根掘り葉掘り聴きだして、病名や病状をカルテに記載し、抗精神病薬を処方し、ことによると精神病棟へ送り込んだり、強制治療をしたり、といった作業をするはずで

す。バザーリア派は、このような診断・治療プロセスを拒否します。彼らは、生殺与奪の権を振りかざす医師と、医師のお託宣に振り回される無知・無能な患者、という図式は治療に有害であると考えます。精神科医の診断は、患者の社会的評価を失墜させたり、一般社会からの排除を助長したりするおそれが十分にありま

す。だから病気に焦点を当てることを躊躇します。権威の象徴である白衣を着ません。電気ショック療法は捨てました。強制治療も極力やめます。とにかく患者の心身をねじ伏せる恐れのある処置を回避しようと努力するのです。

目の前に現れた利用者は「苦悩する人」「生活に困窮をきたした人」。患者の危機的状況を招いた社会的な問題、経済的な問題、人間関係の問題の解決に主眼をおきます。「強制」もなくはありませんが、抱擁、説得技術、濃厚なコミュニケーション、信頼感、連帯感、対等な人間関係、で乗り切ります。それが徒労に終わっていない証拠に、トリエステでは強制治療が極めて少ないのです。バザーリアが赴任した1971年は150件でした。2001年は23件、2004年は16件。その後はもっと減りました。

トリエステから司法精神病院に送られた数は、1971年が20人だったのに、2001年はたったの1人です。以後、ゼロの年もあります。

トリエステの地域精神保健センターの原則は次のように明快です。

「市民から上がってくる精神保健上の要求は全て受け止める」

「重症度に関係なくすべての患者を受け入れる」

戒め7. 認知症の永久下宿化は重罪

皆さんご存知の通り、いま、日本の精神病棟のかなりが認知症病棟に変わりつつあります。これは、私立精神病院の生き残り策です。精神病の「永久下宿人」(クラークが1968年にそう表現しました)の大発生がまずいとなったら、認知症老人の永久下宿人化を始めたのです。厚生労働省も診療報酬で後押ししています。

認知症が精神科の疾病の一つであることを私は否定しません。しかし釈迦に説法ですが、認知症と統合失調症は専門性の全く違う病気です。乗り換えがきくようなものではありません。しかも精神病棟に送るべき重篤な認知症など少数なことは、認知症のケアが世界最高水準のデンマークをみれば明らかです。

人口約50万のデンマーク・オーフス県で、同県立リースコウ精神病院に認知症専用病棟が2棟32床ありました。医師4人、看護師60人、往診看護師7人。稼働率は低くて、いつも、数ベッドしか使われていませんでした。認知症の大半は、在宅か在宅にきわめて近い形のケア付き個室で生活しています。

日本の精神病院は、その多くが辺鄙な地域にあります。狭い雑居部屋が当たり前です。人手は極めて薄いうえに、職員の大半は認知症ケアに習熟しているとはいえません。東京・八王子の上川病院は高齢者を縛らない病院として有名ですが、吉岡充理事長の抑制廃止運動は精神病院にぜんぜん浸透していません。

こんな精神病院を認知症の永久下宿に転用しようなんて、認知症一、二歩手前の私には恐怖以外の何ものでもありません。

厚生労働省がどうしても転業を推進したいというのであれば、せめて「詳細な院内情報、たとえば居住空間の広さ、雑居の有無、看護力と介護力の実数、開放病棟と閉鎖病棟の比率、隔離・拘束・行動制限の件数、外出外泊件数、患者の権利宣言の掲示の有無、院内権利擁護学習会の有無などを世間に公表した精神病院に限る」というハードルを設けるべきです。それが、私たち国民を安心させるための最低条件です。

牧畜業者の転業なんて、悪夢の中の悪夢です。

【くわしくは、拙著「精神病院を捨てたイタリア捨てない日本」(岩波書店)をお読みいただければ幸甚です】

【特別寄稿】

コメンタリー：大熊一夫氏の寄稿によせて

伊藤順一郎^{a)}

Junichiro Ito

この大熊氏の寄稿は、確かに存在する、我が国の精神医療の一側面を明らかにした、歴史的資料です。今回、私たちは幸運にも、この寄稿を「精神保健研究」誌に掲載することができました。「地域生活中心の精神保健医療福祉」の実現を希求するときに、私たちは、これらの歴史を今一度心にとめ、自身の今の活動を点検する必要があると感じます。

大熊氏は、いうまでもなく、朝日新聞に最初連載し、さらには成書となった「ルポ 精神病棟」により、旧態依然としていた精神医療の現状を白日の下にさらしたジャーナリストです。

1970年のことでした。寄稿の中にも述べられています。大熊氏は、アルコール依存症を装って都内の某精神病院に入院し、その病棟での生活のありさまを、退院後、克明に、7回の連載としてつづつたのです。この内容は反響を呼び、当時の精神医療改革運動にも大きな影響を与えました。

最近では、大熊氏は、収容型の精神病院を撤廃し地域精神保健センターを中心とした精神保健医療福祉システムを作り上げている、イタリアの精神医療改革を取り上げ、日本の模索との対比で論じた「精神病院を捨てたイタリア捨てない日本」(岩波書店)を2009年に上梓しています。また、これに先立ち、イタリアのフランコ・バザリア財団から「第1回バザリア学術賞」を授与されてもいます。

「入院者の痛みは、入院者になってみなければ、

わからない。だから、私は患者として入院した。」(「ルポ 精神病棟」まえがき より)という言葉には、大熊氏の精神医療に対するスタンスが明快に示されているといえましょう。大熊氏は、精神医療をサービスとして利用する者の視点から、精神医療が、安全で安心して受けられる医療になっているのか、利用者がサービスの利用を契機として自らの生活を立て直し、自分の生活を取り戻していくことに役に立っているのかを、体当たりで、かつ詳細な取材から情報を集め、評価してこられたのです。大熊氏は「自分は、精神医療の門外漢だ」と、ご自身で、よくいわれます。大熊氏は、専門家ではない市民の目から、その市民が利用するサービスとして精神医療をとらえ、鋭い問いを発するという姿勢を堅持し続けているといってもいいでしょう。

さて、大熊氏が本稿で述べられていることは、歴史的事実ではありますが、そこからの精神医療の変革は残念ながら、いまだ道なかばといわざるを得ません。

非常に低い診療報酬、「精神科特例」で許容された低いスタッフ配置、家族など「保護者」による非自発的入院の許容、利用者の生活の場に出向いての医療や生活支援(アウトリーチ)に対する低い評価、コメディカルスタッフの低い地位・権限、そして、利用者の声が医療や施策に届きにくい仕組み等等など、いまだシステム上の改善点は多々あります。経営面も考慮しながら運営しなければならない精神科医療機関の個別の努力や、治療に関する専門的技術の進歩だけでは、精神医療の改善には限界があるのです。施策・制度の変革を行政に問いつける、シンクタンクの専門家集団の必要性が示唆されます。

精神保健研究所の使命の一つは、このような専門家集団になることではないかと、筆者は考えます。

a) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
社会復帰研究部
Dpt. of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

また、「何のために治療を行うのか」という理念的課題の問い直しも重要です。筆者が大熊氏と訪れることができたトリエステの精神保健局の最高責任者ベッベ・デッラックアは「われわれは病名をいったん括弧にくくり、主体としての患者が、だれなのか、どんな人なのかに戻り、その人との関係を築くのである。病気という「壁」の外で、何をしてきた人なのかを知る努力が必要なのである。それが“彼/彼女はどこから来たのかを知る”ということである。その努力の延長に、彼/彼女の希望や願いが見えてくるのである。そこに新しい地平が始まるのである。」と述べています。この先にあるのは、「私たちが求めるのは、地域の中で暮らし、働き、愛し、そこで自分が重要な貢献をすることです。」(パトリア・ディーガン)という利用者の声にこたえられるような精神医療でしょう。それは、職業生活や普通の市民生活を可能にする精神医療であり、それは筆者の立場からいえば、精神医療にかかわるスタッフが地域社会の中に出ていき、利用者の生活の場で行う医療を展開した時に、より具体的な姿を示せるものです。

大熊氏も述べておられますが、このような精神医療の在り方は、同時に敷居を低くすることにつなが

り、強制性のより少ない精神医療の実現も期待できましょう。そして、この実現のためには、システムの変化と同時に、働くスタッフの on the job training が必須のものです。このような研修の機会を提供することも精神保健研究所の重要な役割の一つであることは、誰しもが認めることでしょう。

精神保健研究所の役割ということを筆者は述べましたが、これは、大熊氏の寄稿の中で触れられていた、クラーク勧告における、当時の当研究所精神衛生部長であった加藤正明先生の仕事に賦活されたことです。詳細についてはわからないものの、加藤先生は、地域精神医療の重要性を想い、その観点からの日本の精神医療のアセスメントを行うべくクラーク先生をお呼びしたものと思われます。厚生労働省が、その中に経験豊富な精神科医を技官として位置づけてこなかった歴史もあり、地域精神医療について十分な構想を持ちえなかったときに、明確な問題提起をしておられる、そのようなすぐれた先達が精神保健研究所にいたことを、大熊氏の寄稿を通じて、私たちは、新たに気づくことにもなります。

そのような意味でも、今回の寄稿は、重要な歴史的な資料といえるのです。

【短報】

睡眠が錯感覚統合学習に与える影響の予備的研究

A preliminary investigation of the sleep effect on learning of false perceptual integration.

本間元康^{a)}、栗山健一^{a)}、島崎みゆき^{a)}、吉池卓也^{a)}、小山さより^{a)}、木村美貴子^{a)}、金吉晴^{a)}

Motoyasu Honma, Kenichi Kuriyama, Miyuki Shimazaki, Takuya Yoshiike, Sayori Koyama, Mikiko Kimura, Yoshiharu Kim

【要約】

睡眠は様々な手続き学習を促進することが報告されているが、睡眠が感覚間統合学習に与える影響に関しては検討されていない。本研究では、感覚間統合学習により得られる錯感覚の獲得における睡眠の効果を検討するために、視覚と触覚の不一致感覚間統合学習（ラバーハンドイリュージョン）パラダイムを用い、学習の12時間後における錯覚量を睡眠群と覚醒群と比較した。学習の12時間後では睡眠群、覚醒群ともに錯覚量が減少したが、睡眠群は覚醒群よりも錯覚量がより多く減少した。睡眠は、視覚と触覚の感覚間統合学習を強化せず、むしろ減弱化することが示唆された。

Abstract

It is well known that various domains of skill learning are facilitated by sleep following repetitive skill training. However, it is still unclear whether sleep also facilitates integrative learning of multi-modal perceptions. To elucidate the effect of sleep, we compared degrees of a false visuospatial perception resulted from an integrative learning of visual and tactile perceptions between sleep and wake groups, by using the rubber hand illusion paradigm. Although the degree of the visuospatial false perception decreased after 12 h intervals including whether sleep period or not, greater reduction of the degree of the visuospatial false perception occurred in the sleep group than in the wake group, suggesting that sleep does rather reduce the integrative learning of visual and tactile perceptions than enhance it.

【Key Words】

sleep ; skill learning ; crossmodal integration ; rubber hand illusion

I. はじめに

学習とは行動が経験によって持続的な変化を示すことであり、記憶の長期保持メカニズムにより得られた結果である。これまで学習には繰り返しによる強化が重要であることが強調されてきたが、最近で

は睡眠をとることで覚醒中に練習したスキルが向上したり、知識やイベントの記憶が強化されることが明らかにされている¹⁾。また繰り返し練習後の睡眠を剥奪すると学習効果が上がらないことから、睡眠中に積極的な記憶強化・固定化のプロセスが進行されると考えられている²⁾。これまで視覚弁別学習³⁾、⁴⁾、指運動学習⁵⁻⁷⁾、聴覚学習⁸⁾、単語学習⁹⁾、作動記憶学習¹⁰⁾など、多岐に渡って睡眠依存性の学習促進効果が確認されている。

一方で、クロスモダル（例えば視覚と体性感覚）な感覚間統合においても学習は重要である。ヒトは、特殊なメガネを用いて得られる上下逆転した視界しか得られない条件下で24時間生活する状況下

a) 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 成人精神保健研究部
National Institute of Mental Health, National Center of
Neurology and Psychiatry, Department of Adult Mental
Health
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

におかれると、徐々に適応的学習が進み、一週間程で上下逆転した視覚的情報とその他の知覚情報との間に新たな感覚間統合が生じることが知られている^{11,12)}。感覚間統合は、高次生物、特に霊長類などのマルチモダルな感覚情報を並列処理することで高度な適応能力を駆使している生物においては、極めて重要な神経機能単位であることが知られており^{13,14)}、一部の精神疾患や疼痛性障害の背景メカニズムに、この感覚間統合機能の異常が推測されている^{15,16)}。近年、健常人における感覚間統合によりもたらされる錯覚を顕在化する心理学的研究としてラバーハンドイリュージョン (Rubber Hand Illusion: RHI) 現象が注目されている¹⁷⁻¹⁹⁾。RHIとは、触感覚の錯覚が視覚的錯覚と連鎖的に生じる興味深い現象であり²⁰⁾、実際に触覚刺激を受けているゴム製のマネキンの手 (Rubber Hand: RH) を観察すると同時に、蔽いにより隠された本人の手 (Own Hand: OH) に同様の触刺激を与え続けると、まるでRHがOHのように感じたり、OHの主観的位置がRHの方向にオフセットされて感じる錯覚現象である。この感覚間統合による錯覚の発生にも一定の繰り返し刺激提示を要し¹⁷⁾、学習に依存する現象と理解できる。

しかし、感覚間統合学習における睡眠の影響を検討した研究はこれまでにない。本研究では、感覚間統合学習における睡眠の影響を検討するためにRHI現象を用い、午前8時に初期学習を行い、12時間の覚醒区間の午後8時に再学習を行う群と、午後8時に初期学習を行い、途中8時間程度の睡眠区間を含んだ12時間後の午前8時に再学習を行う群の錯覚量を比較した。

II. 対象と方法

研究参加者

右利きの健常成人30名 (女性15名、平均年齢21.2歳) が参加した。参加者は医師によるスクリーニング面接を受け、睡眠導入薬・抗不安薬を含む向精神薬や覚醒状態に影響を与える可能性のある処方薬や市販薬・サプリメント等を服用しておらず、精神科現病歴・既往歴がないことが確かめられた上で研究に参加した。研究は、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の審査を受け、承認された後に行われた (承認番号: 22-2-事1)。

実験方法

実験条件

参加者30名は無作為に覚醒群 (男性8名、女性7名、平均年齢20.8歳) と睡眠群 (男性7名、女性8名、平均年齢21.6歳) に分けられた。覚醒群は午前8時に初期学習を行い、午後8時に再学習を行った。一方、睡眠群は午後8時に初期学習を行った後、日常通りの睡眠を自宅で取り、翌朝午前8時に再学習を行った (図1)。参加者の実験期間中の行動量を非利き手側手腕につけた携帯型行動量測定装置 (Actiwatch-L, Mini-Mitter co., Inc. Bend, OR) で記録し、睡眠量および覚醒時間を確認した²¹⁾。



図1

実験手続き

机の上に置かれた参加者の左OHの上から、参加者から見えないように蔽いを被せ、蔽いの中にあるOHから右側30cmに右RHを置き、OHとRHの間に鏡を設置した (図2)。参加者の視点から鏡の反射が無い場合を想定した位置を決め、その位置から外側 (参加者から見て左側) 10cmにOHは置かれた。参加者は実験を通して鏡に反射した右RHを注視するよう指示され、こうした条件下でOHとRHの両方に、平均2000ms間隔 (1500-2500msの擬似ランダム) で触覚刺激 (鈍角な竹棒の先端による圧刺激) を15分間、繰り返し同期して与えた (触覚刺激学習)。学習の前・後および12時間後 (再学習) の3回、左OHの第三指の位置を机の裏から第三指の長辺方向に線を描かせることで、OHの位置を同定させた。蔽われたOHの主観的位置の移動をRHI学習の前後で比較し、主観的位置のドリフト (RH側に移動した距離) を錯覚量として計測した。

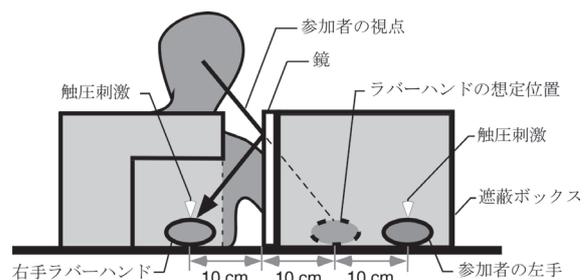


図2

分析方法

初期学習前の同定位置を基準とし、「初期学習前後の差分距離（錯覚量）」および「初期学習前と再学習時の差分距離（錯覚量）」を算出した。2（睡眠群・覚醒群）×2（初期学習・再学習）2要因分散分析および多重比較（Bonferroni調整）を行い、RHI学習における睡眠の影響を検討した。

Ⅲ. 結果

両群ともに、初期学習前後の錯覚量の差分平均は約25 mmであり、主観的位置はRH側にドリフトした。この結果は、両群とも同等に15分間の触覚刺激学習によって位置感覚に錯覚が生じたことを表す。分散分析の結果、群の主効果は見られなかったが（ $F(1, 28) = 1.52, p = 0.221$ ）、学習の主効果に有意差（ $F(1, 28) = 15.78, p < 0.001$ ）および交互作用に有意傾向（ $F(1, 28) = 2.38, p = 0.08$ ）が見られた（図3）。多重比較の結果、再学習における睡眠群と覚醒群の錯覚量に有意傾向が見られた（ $p = 0.06$ ）。分散分析及び多重比較の結果は、触覚刺激学習の12時間後では群に関わらず錯覚量は減少したが、覚醒群よりも睡眠群において錯覚量の減少が顕著であったことを示唆する。

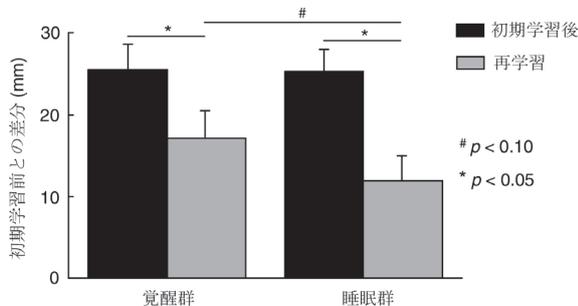


図3

Ⅳ. 考察

睡眠は、視覚と触覚の不一致感覚統合により生じる錯感覚学習を強化せず、むしろ錯感覚学習を減弱化することが示唆された。これまで睡眠が手続き学習を強化するという報告は多くされているが¹⁻⁷⁾、錯感覚の学習では、睡眠は記憶を強化するのではなく、むしろ消去する役割を果たすと解釈できる。錯感覚の学習がヒトにとって適応的ではないと仮定すると、睡眠中には学習の強化（適応的）および消去（非

適応的）を意識下で判断し、その判断に従い記憶処理過程を遂行するといった、判断／還元プロセスが備わっている可能性が強く示唆される。

睡眠が記憶の単純な上書きによる学習消去²²⁻²⁴⁾を促進しているならば、覚醒区間中に自然に起こる正常な感覚間統合学習が錯感覚学習を繰り返し上書きし、結果として、睡眠群よりも覚醒群の方が錯覚量は減少するはずである。この点も、錯感覚学習においては、睡眠中の学習促進プロセスは、分子生物学的モデルとして海馬細胞で確認されている、単純な刺激再現による長期増強（Long-term potentiation）プロセスの促進²⁵⁾とは異なる記憶処理過程が働いている可能性を示唆する²⁶⁾。

睡眠は指運動手続き学習の強化において、苦手な動作要素のみを選択的に向上させることで、動作の総体スピードを向上させる⁷⁾。しかし同じ長さの覚醒区間後にはこのような選択的変化は起こらず、すべての動作スピードを一様に少量向上させるにとどまる⁷⁾。このように睡眠中の指運動学習強化の際にも、錯感覚学習と類似した判断／還元プロセスが働いていることが推測されるが、この睡眠特有の手続き学習への貢献は、正しい動作を強化させるという現象と同時に不必要な動作を減弱（消去）するという逆説的な記憶処理メカニズムが同時に含まれると解釈できる。すでにCrickとMitchisonが1983年に「忘れるために眠り、夢を見る」と指摘しているように²⁵⁾、睡眠には、ある生物学的基準下における不用な記憶を消去し、有用な記憶のみを残して顕在化させる判断機能があり、むしろこの判断機能こそが睡眠の重要な生理的貢献である可能性がうかがえる。

fMRIを用いた脳機能画像研究では、短時間の繰り返し学習によるRHIの生起に伴い、前運動野、頭頂間溝および小脳で脳活動が増加すると報告されている²⁶⁻²⁹⁾。錯覚の生起に伴い左側前運動皮質活動の上昇が先行し、錯覚が大きくなるに伴い前運動野での活動が増加する。このようにRHIには前運動野活動が強く関与していると考えられるが、睡眠の影響が前運動野の活動にどのように関与しているのかは今後の課題である。一方で、道具使用学習の際に触覚刺激と視覚刺激の異なるモダリティ刺激両方に反応するバイモーダルニューロンと呼ばれる神経群がサルの上頭葉の一部にあることが報告されている³⁰⁻³¹⁾。サルが自身の手の拡張機能として働く

道具（熊手）の使用法を学習する前は、自身の手に注がれる視覚刺激または自身の手への直接的な触圧刺激にだけ頭頂葉のバイモーダルニューロンは反応し、熊手に注がれた視線や、熊手への触圧刺激には反応しない。しかし熊手の使用法を学習し獲得すると、熊手への視覚刺激や触圧刺激にも同ニューロンは反応するようになる。こうしたサルのバイモーダルニューロンに相当する神経活動がヒトの感覚間統合の際にも介在し、睡眠はこの神経活動をリセットすることで短期的に獲得した感覚間統合学習を消去している可能性も示唆される。

統合失調症をはじめとしたある種の精神疾患にみられる妄想知覚という精神現象³²⁻³⁴⁾や、一部の疼痛性障害でうかがえる錯覚の強化学習³⁵⁻³⁷⁾においては、本研究で検討した感覚間統合の学習が背景メカニズムとして関与している可能性が推測される。これらの疾患では高頻度に睡眠障害を併発することが知られており³⁸⁾、睡眠の異常が二次的に、本来睡眠中に遂行される錯覚の消去を減弱している可能性が示唆される。さらに、内視鏡手術などでは、カメラや顕微鏡を通して得られる限られた視覚情報と、手の延長概念である鉗子等を通して得られる体性感覚情報の矛盾を学習することが手練の上達につながる。したがって、感覚間統合の学習における睡眠の影響は、臨床病態解明のみならず臨床医療技能向上においても重要であると考えられる。

本研究の限界として、錯覚量の分散分析および群間差の多重比較において、有意傾向は認められたものの、仮説に基づいた統計的有意差が得られなかったことがあげられる。これには、参加者数が有効統計量を得るに十分な数に至らなかったことが関与する可能性が考えられる。このため、今後参加者数を増やし検討を行う必要がある。さらに、睡眠の有効性を検討するうえで、交絡要因である概日リズムの影響を十分排除しきれていない。このため、睡眠剥夺群と通常睡眠群との錯覚量の比較など、概日リズムの影響が良好にコントロールされたデザインによる検討を行いさらに検討を進める必要がある。

V. 謝辞

本研究は文部科学省科学研究費補助金若手研究(B) (No. 22700279, No. 21790235) および科学技術振興機構 CREST の研究助成を受けた。

文献

1. Stickgold R, Walker MP : Memory consolidation and reconsolidation : what is the role of sleep? *Trends Neurosci* 28 : 408-415, 2005.
2. Stickgold R, Hobson JA, Fosse R et al : Sleep, learning, and dreams : off-line memory reprocessing. *Science* 294 : 1052-1057, 2001.
3. Karni A, Tanne D, Rubenstein BS et al : Dependence on REM sleep of overnight improvement of a perceptual skill. *Science* 265 : 679-682, 1994.
4. Gais S, Plihal W, Wagner U et al : Early sleep triggers memory for early visual discrimination skills. *Nat Neurosci* 3 : 1335-1339, 2000.
5. Walker MP, Brakefield T, Morgan A et al : Practice with sleep makes perfect : sleep-dependent motor skill learning. *Neuron* 35 : 205-211, 2002.
6. Walker MP, Brakefield T, Hobson JA, Stickgold R : Dissociable stages of human memory consolidation and reconsolidation. *Nature* 425 : 616-620, 2003.
7. Kuriyama K, Stickgold R, Walker MP : Sleep-dependent learning and motor-skill complexity. *Learn Mem* 11 : 705-713, 2004.
8. Fenn KM, Nusbaum HC, Margoliash D : Consolidation during sleep of perceptual learning of spoken language. *Nature* 425 : 614-616, 2003.
9. Schabus M, Gruber G, Parapatics S et al : Sleep spindles and their significance for declarative memory consolidation. *Sleep* 27 : 1479-1485, 2004.
10. Kuriyama K, Mishima K, Suzuki H et al : Sleep accelerates the improvement in working memory performance. *J Neurosci* 28 : 10145-10150, 2008.
11. Stratton G : Some preliminary experiments on vision without inversion of the retinal

- image. *Psychol Rev* 3 : 611-617, 1896.
12. Stratton G : Vision without inversion of the retinal image. *Psychol Rev* 4 : 463-481, 1897.
 13. Stein BE : Neural mechanisms for synthesizing sensory information and producing adaptive behaviors. *Exp Brain Res* 123 : 124-35, 1998.
 14. Gu Y, Angelaki DE, Deangelis GC : Neural correlates of multisensory cue integration in macaque MSTd. *Nat Neurosci* 11 : 1201-1210, 2008.
 15. Jardri R, Pins D, Bubrovsky M et al : Neural functional organization of hallucinations in schizophrenia : Multisensory dissolution of pathological emergence in consciousness. *Conscious Cogn* 18 : 449-457, 2009.
 16. Ross LA, Saint-Amour D, Leavitt VM et al : Impaired multisensory processing in schizophrenia : Deficits in the visual enhancement of speech comprehension under noisy environmental conditions. *Schizophr Res* 97 : 173-183, 2007.
 17. Botvinick M, Cohen J : Rubber hands 'feel' touch that eyes see. *Nature* 391 : 756, 1998.
 18. Honma M, Koyama S, Osada Y : Double tactile sensations evoked by a single visual stimulus on a rubber hand. *Neurosci Res* 65 : 307-311, 2009.
 19. Shimada S, Fukuda K, Hiraki K : Rubber hand illusion under delayed visual feedback. *PLoS One* 4 : e6185, 2009.
 20. Durgin FH, Evans L, Dunphy N et al : Rubber hands feel the touch of light. *Psychol Sci* 18 : 152-157, 2007.
 21. Kanady JC, Drummond SP, Mednick SC : Actigraphic assessment of a polysomnographic-recorded nap : a validation study. *J Sleep Res* 20 : 214-222, 2011.
 22. Medina JF, Repa JC, Mauk MD et al : Parallels between cerebellum- and amygdala-dependent conditioning. *Nat Rev Neurosci* 3 : 122-131, 2002.
 23. Maren S, Quirk GJ : Neuronal signalling of fear memory. *Nat Rev Neurosci* 5 : 844-852, 2004.
 24. Schiller D, Delgado MR : Overlapping neural systems mediating extinction, reversal and regulation of fear. *Trends Cogn Sci* 14 : 268-276, 2010.
 25. Skaggs WE, McNaughton BL : Spatial firing properties of hippocampal CA1 populations in an environment containing two visually identical regions. *J Neurosci* 18 : 8455-8466, 1998.
 26. Ji D, Wilson MA : Coordinated memory replay in the visual cortex and hippocampus during sleep. *Nat Neurosci* 10 : 100-107, 2007.
 27. Crick F, Mitchison G : The function of dream sleep. *Nature* 304 : 111-114, 1983.
 28. Kammers MP, Verhagen L, Dijkerman HC et al : Is this hand for real? Attenuation of the rubber hand illusion by transcranial magnetic stimulation over the inferior parietal lobule. *J Cogn Neurosci* 21 : 1311-1320, 2009.
 29. Ehrsson HH, Spence C, Passingham RE : That's my hand! Activity in premotor cortex reflects feeling of ownership of a limb. *Science* 305 : 875-877, 2004.
 30. Ehrsson HH, Holmes NP, Passingham RE : Touching a rubber hand : feeling of body ownership is associated with activity in multisensory brain areas. *J Neurosci* 25 : 10564-10573, 2005.
 31. Ehrsson HH, Wiech K, Weiskopf N et al : Threatening a rubber hand that you feel is yours elicits a cortical anxiety response. *Proc Natl Acad Sci USA* 104 : 9828-9833, 2007.
 32. Iriki A : The neural origins and implications of imitation, mirror neurons and tool use. *Curr Opin Neurobiol* 16 : 660-667, 2006.
 33. Iriki A, Sakura O : The neuroscience of primate intellectual evolution : natural selection and passive and intentional niche construction. *Phil Trans Roy Soc B : Biol*

- Sci 363 : 2229-2241, 2008.
34. Peled A, Ritsner M, Hirschmann S et al : Touch feel illusion in schizophrenic patients. Biol Psychiatry 48 : 1105-1108, 2000.
 35. Waters FA, Badcock JC : First-rank symptoms in schizophrenia : reexamining mechanisms of self-recognition. Schizophr Bull 36 : 510-517, 2010.
 36. Fletcher PC, Frith CD : Perceiving is believing : a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. Nat Rev Neurosci 10 : 48-58, 2009.
 37. Ramachandran VS, Rogers-Ramachandran D, Cobb S : Touching the phantom limb. Nature 377 : 489-490, 1995.
 38. Chan BL, Witt R, Charrow AP et al : Mirror therapy for phantom limb pain. N Engl J Med 357 : 2206-2207, 2007.
 39. Ramachandran VS, Altschuler EL : The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function. Brain 132 : 1693-1710, 2009.
 40. Gottesmann C : The dreaming sleep stage : a new neurobiological model of schizophrenia? Neuroscience 140 : 1105-1115, 2006.

図説明

- 図 1. 実験スケジュール。睡眠群、覚醒群ともに、基準となる錯覚量を計測した後に約 15 分間の触覚刺激学習を行い、その直後に学習直後の錯覚量計測を行った。さらに 12 時間後、覚醒群は午前 8 時、睡眠群は午後 8 時に触覚刺激再学習を行い、錯覚量を計測した。
- 図 2. 実験装置の概略図。参加者は左手を鏡の左側 20cm に置き、マネキンの右手（ラバーハンド）は鏡の右側 10 cm に置かれた。その結果、参加者の視線上、自身の左手と右ラバーハンドの像が重なる位置からさらに左側 10 cm に左手が位置するよう設定された。参加者の前額中央部からラバーハンドまでの距離は約 50 cm とした。参加者の左手とラバーハンドの第三指に、同期して刺激を与えることができる 2 台の刺激提示装置を用いて、木製棒先端による圧刺激を与えた。
- 図 3. 初期学習後と再学習時の錯覚量の比較。各群において、黒色の棒グラフは初期学習後錯覚量から初期学習前錯覚量を引いた距離を示し、灰色の棒グラフは再学習後錯覚量から初期学習前錯覚量を引いた距離を示す。エラーバーは標準誤差を示す。シャープ（#）は有意傾向（ $p < 0.10$ ）、アスタリスク（*）は有意差（ $p < 0.05$ ）を示す。

投稿規定

1. 本誌は国立精神・神経センター精神保健研究所の研究員に関連する他誌に未発表の原著論文、短報、総説、症例（事例）研究および資料、さらに研究所以外の研究者への依頼を含めた特集論文を掲載します。
2. ◇原著論文は、400字詰め原稿用紙で原則として50枚以内とします。（図表も各1枚を1頁と計算）。データ解析にもとづいた原著論文の構成は、原則として以下のようにして投稿して下さい。原稿の第1頁には、論文の和文および英文タイトル、全著者の和文および英文の氏名（学位は表示しない）、全著者の所属機関の和文および英文の名称および別刷請求者の連絡先を記入して下さい。第2頁には、200字以内の和文抄録と英文で5つ以内のKey words（Index Medicusのsubject headingsを参考として下さい）を記載して下さい。論文の本文は第3頁より記述を開始し、原則として、I. はじめに（または緒言）、II. 対象と方法、III. 結果、IV. 考察、文献さらに独立の1頁に200語以内の英文Abstract、（付録：必要があれば加え、研究に用いたスケールの部分的紹介などを入れて下さい。また、論文の性格によっては、読者の理解を容易とするためにセクションの分割を他の型式とすることも可能）および図表（図および表は各1点ずつ別紙に注釈などを含めて書く）の順に綴じて、計3通（正1、副2）を編集委員会あてに投稿して下さい（投稿先は下の8項参照）。症例（事例）記述にもとづいて書かれる原著論文および症例（事例）研究の構成は、原則として上記の[III. 結果]の節[III. 症例（事例）]などとし、他の部分は上記に準じて下さい。
◇短報は主として予備的な報告をあつかいますが、論文の性格上は原著論文なので、400字詰め原稿用紙で原則として15枚以内とし、体裁は原著論文のそれに従って下さい。
◇総説は400字詰め原稿用紙で原則として70枚を超えないものとし（図表も各1枚を1頁と計算する）、原著論文と同様に英文Abstract、和文抄録および英文Key words をつけますが、セクションの区分などの体裁は内容の理解が容易であるように適宜著者が工夫して下さい。
◇資料論文については、英文Abstract、和文抄録およびKey words は除きますが、その他は長さも含めて原著論文の体裁に準じて下さい。
◇特集論文は編集委員会の決定したテーマによる依頼原稿で構成し、400字詰め原稿用紙で原則として30枚以内（図表も各1枚を1頁と計算する）とします。論文のセクションの構成は総説に準じて著者の決めたものとなりますが、英文Abstract、和文抄録およびKey words はつけません。
3. 論文はワードプロセッサを用いて作成しプリントアウトしたものを提出して下さい（その際、頁のレイアウトは、1頁を400字の整数倍にし、それを第1頁の最下行に明示して下さい）。論文は受理後にロッピーディスクでも提出して頂きます。型式は別に指示します。
4. 外国人名、薬品名は原語を用いて下さい。専門用語は、わが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要ある場合は訳語と（ ）内に原語を示して下さい。
5. 文献は本文中に引用されたもののみを以下の要領で記述して下さい。
 - A. 文献は筆頭著者の姓（family name）のアルファベット順に番号をつけ（同一著者の場合は発表順）、本文中にはその番号で引用して下さい。
 - B. 雑誌名はIndex Medicusの表示に準じ、省略のピリオドはつけません。
 - C. 著者名は3名以内の場合は全員、4名以上の場合は3人まで書き、あとは他（et al）と省略して下さい。
 - D. 文献の記載は、雑誌については、著者名：論文題名、雑誌名 巻：最初の頁—最後の頁、西暦年号の順とし、単行本全体の場合は、著者名：書名、発行所、発行地、西暦年号、とし、単行本の中の論文は、著者名：論文題名、著者（编者、監修者）名：書名、発行所、発行地、pp. 最初の頁—最後の頁、西暦年号、として下さい。訳本は原書を上記にしたがって記載し、（ ）内に訳本を上記に準じて記載して下さい。

記載例

- 1) American Psychiatric Association: Quick reference to the diagnostic criteris from DSM-III-R American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987.（高橋三郎、花田耕一、藤縄昭訳：DSM-III-R、精神障害の分類と診断の手引改訂3版、医学書院、東京、1988.）
 - 2) 藤縄昭：精神療法とエロス。弘文堂、東京、1987.
 - 3) Ostuka T, Shimonaka Y, Maruyama S et al: A new screening test for dementia. Jpn J Psychiatr Neurol 42: 223-229, 1988.
 - 4) 高橋徹、藍沢鎮雄、武内龍雄他：不安神経症の難治性経過について—初期病像ならびに性格特性とのかかわり。精神衛生研究 31: 25-40, 1984.
6. 依頼原稿以外の原稿は、編集委員会で複数の査読者を依頼しその結果により採否を決定します。その際、必要な修正を著者に求めることがあります。また投稿規定から著しく逸脱したり、判読の困難な原稿は査読せず著者に返却します。
 7. すべての掲載論文は、別冊50部のみを作成し著者に無料進呈します。
 8. 本誌に掲載された論文の著作権は国立精神・神経センター精神保健研究所に帰属します。著者が、当該著作物の全部を他誌へ使用する場合には著作権者の許諾を得てください。
 9. 論文投稿先：
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
国立精神・神経センター 精神保健研究所内
「精神保健研究」編集委員会
(2006. 3. 27改訂)

精神保健研究編集委員会

編集委員長 加我 牧子

編集委員 川野 健治 吉田 光爾

特集企画 伊藤順一郎

編集後記

精神保健研究第24号（通巻第57号）をお届けいたします。地域精神保健の歩みは遅々として進まないかのように思えます。しかし振り返れば、精神保健福祉法や障害者自立支援法の施行とともに大きな変化が確実に生じています。精神障害者の雇用や、アウトリーチ、ケアマネジメント、当事者研究等は今ではかなり人口に膾炙してきており、今後は、この芽をどのように具体的に実現化させるかという段階に入ってきているように感じる次第です。

今回の特集の各先生方の原稿から、そうした実現への強い鼓動を感じることができたように思います。お忙しい中、ご寄稿頂いた先生方と編集作業にご協力頂きました全ての方に、心より御礼申し上げます。

2011年12月 精神保健研究所社会復帰研究部 吉田光爾

精神保健研究
第57号

(2011年12月31日発行)

(非売品)

編集責任者——加我 牧子
発行者——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
〒187-8553 小平市小川東町4-1-1
Tel : 042-341-2711
Fax : 042-346-1944
<http://www.ncnp.go.jp/>

Journal of Mental Health

Number 57,2011

Official Journal of the National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

CONTENTS

FOREWORD

Makiko Kaga Director General	1
SPECIAL TOPIC : Recently Community mental health and welfare in Japan	
Shaping Mental Health Services toward Community Care	
Hiroto Ito	5
Work Support to Persons with mental disabilities	
Kinichi Aizawa	13
Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia in Community	
Emi Ikebuchi	21
Assessment and Study of Self: What We Found So Far, and What We Will Do Next	
Ikuyoshi Mukaiyachi	27
Community mental health outreach services in Japan	
Koji Yoshida, Junichiro Ito	33
Caremanagement in Psychiatric Emergency and Acute Unit: Current Situation Analysis and Future Direction	
Yutaro Setoya, Yumiko takahara, Naoko Satake, Keiko Maeda, Sayaka sato, Koji Yoshida, Junichiro Ito	41
How Are the Mentally Handicapped Homeless Persons Supported in the Community?	
Yuka Ohoka	51
Current Status and Issues Relating to Global Mental Health : Efforts by the United Nations System	
Atsuro Tsutsumi, Takashi Izutsu	59
Special Contribution	
Seven Warnings Against the Stumble of Japanese Mental Health	
Kazuo Okuma	67
Commentary : Junichiro Ito	73
Short Report	
A preliminary investigation of the sleep effect on learning of false perceptual integration	
Motoyasu Honma, Kenichi Kuriyama, Miyuki Shimazaki, Takuya Yoshiike, Sayori Koyama, Mikiko Kimura, Yoshiharu Kim	75
Instruction to Authors	81
Editorial Note	82