

第12回世界精神医学会横浜大会

精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

シンポジウム III（これからの精神保健福祉）

3. 日本のソーシャルワーカーが精神保健に貢献できること
～国際的観点から見た日本の精神保健医療福祉と PSW の課題

木村 真理子（日本精神保健福祉士協会，関西学院大学社会学部教授）

1. はじめに

世界で包括的精神保健ケアシステムを発展させ成功した過程には次の共通要素が含まれている。

①脱施設化政策と同時に、精神保健関係予算を病院から地域に再編，移行させていること，②精神保健専門職の主な活動の場を病院から地域へと移していること，③政策を実現させようとする政府の強固な意志，④精神保健サービス利用者に対する強い支援，⑤政策を実現させるために，専門職が専心し協働すること，⑥病院と地域の諸サービスを一体となった精神保健ケアシステムとしてとらえることである。

諸国で地域精神保健ケアシステムを構築した成功例を見ると，精神保健専門職は対人処遇技術，リハビリテーション専門職としての技術をこえてより広い知識や技能が求められているように思われる。政策の分析，社会計画，サービスの管理運営，葛藤の解決，地域組織化などの技術も必要とされる。今こそ，精神保健関係諸専門職が協働し，また精神保健サービス利用者とも協働する時であると思われる。

2. 包括的精神保健ケアシステムを発展成功させる要因～脱施設化成功例を元に

包括的精神保健ケアシステムを発展成功させる要因について，上にあげた6項目のうち，④については後述することにして，残りの5項目について，実際例をあげながら説明と考察を加える。

〈予算の移行〉

まず第1の要素は，精神保健関係予算を病院から地域に再編・移行させることで脱施設化施策をはっきりとうちだすことである（①）。

表1に，アメリカ・カナダ・オーストラリアの人口10万人に対するベッド数を示す。現在精神科病床数は，ここにあげたすべての国が人口10万対50床前後の数に落ち着いている。さらに少ない病床数におさえた州も見られる。これらの脱施設化に成功した国々では，きちんと新たな予算措置に基づいて計画的に脱施設化施策が推進されている。特に，病院サービス中心に使ってきた精神保健予算を，地域を拠点とするサービス中心へと移行・転換される計画が作られ，実施されている。

まず，例として，カナダ・オンタリオ州をあげる。オンタリオ州では，「精神保健改革とは何か」を「病院サービス中心に使ってきた精神保健予算を，地域を拠点とするサービスに振り向ける，拠点を地域に移す」と定義し，10年間で病院予算から対地域サービスへと予算を転換する計画を立てた（図1）。1992年の時点では，地域サービスに2割程度の予算しか組み込まれていなかったが，10年後で予算転換が実施され，2003年には，地域サービスに60%，病院ケアに40%の割合で配分されている。重症の精神病をもつ人々の精神保健ケアに用いられる州立精神病院の縮小や閉鎖の計画は現在も進行中で，州全体に62のACTチーム，包括的，積極的地域介入支援を提供するメンタルヘルスチームを導入実施している。このよう

表1 人口10万人あたりの精神科ベッド数 アメリカ、カナダ、オーストラリアの州の比較

州	計画年度	病床数	人口	新財源の有無
ウィスコンシン州・デーン郡	1990	43	3,000,000	○
オハイオ州	1992	42	11,000,000	○
ブリティッシュ・コロンビア州	1986/1987	64	3,150,000	○
	1992	56		
	1995	46		
ニューブランズウィック州	1991	116	728,000	×
	1995	92		
	1998	55		
ニューサウスウェールズ州 (オーストラリア)	1990	63	5,870,000	○
	2000	25		
オンタリオ州	1992	58	9,800,000	○(2000)
日本	1997	290	120,000,000	???

注：数値はベッドの設置数で、利用数ではない。

オハイオ州の数値は1日あたりの平均利用統計数に基づき、触法病床を含む。

出所：オンタリオ州保健省（1994）Putting People First, 厚生省『わが国の精神保健』他

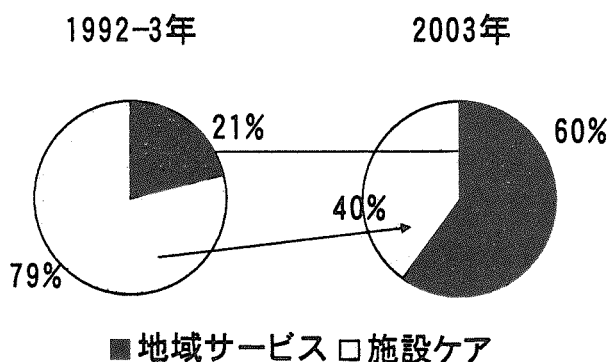


図1 オンタリオ州精神保健予算の移行計画

に、脱施設化改革をいかに進めてゆくかの青写真がつくられきちんと実施され、その計画がほぼ完了に近づこうとしている。

もうひとつの例として、1970年代初頭に地域を拠点とする包括的ケアシステムを作ったウィスコンシン州デーン郡をあげる。デーン郡では、現在、病院予算は15%、地域サービスに精神保健予算の85%がつかわれている。この予算配分は、経済効率もよいと報告されている。1人が1年間病院に入院する費用で、地域では27人をケアすることが可能であり、地域中心の予算配分は、費用対効果からみても、経済効率もよい。

〈スタッフの移行〉

予算を病院中心から地域中心へと転移させることで、スタッフを病院から地域に移すことができる(②)。これにより地域におけるケアの場を増やすことができ、多職種が共に働く方法を相互に学ぶことができる。スタッフの移行にあたっては、以前から地域資源を創設し活用してきた経験者が病院にきて、病院から地域への移行に関する教育を病院のスタッフに対して行うことで、徐々に病院スタッフが地域で働く方法を学んでいった。

現在病院で行っていることを地域で行うために、地域で働く人材がどれだけ必要か、これまで医療施設中心に使われてきた予算を地域の資源と人材に転換してゆく政治的、行政的決断が必要である(③)。理念とともに、現実的な実践の評価に基づき、必要な地域資源や専門職の種類と数は先進諸国ですでに算出されている。

〈包括的支援システム〉

地域を拠点として治療から生活の支援、社会参加に関する支援を行う包括的システムを目指して、デーン郡は1970年代初頭から脱施設化の計画を進めてきた。表2にデーン郡の支援住宅について、施設の数と利用者数をあげる。濃厚な支援体制の

表2 デーン郡の支援住宅（2001年の資料）

濃厚な支援から薄い支援の順 (上から下へ)*	施設数	許容人数	年間利用者数**
グループホーム	9	82	93
受け入れセンター	1	20	139
クライシスセンター	9	9	182
短期ケアホーム	3	3	40
成人ファミリーホーム	35	35	48
賄い付き下宿	3	12	16
集合アパート	4	40	45
総数	64	201	536

*典型的なグループホームは、6～8人の利用者が居住し、最低でも5.5人のスタッフが1日24時間常駐している。集合アパートでは、1人のスタッフがアパート全体の管理を担当している。

**利用者の変動があるため、当該年度の利用人員は許容人数よりも多くなる。

表3 デーン郡人口10万人あたりの専門職者数（郡の精神保健サービス専門職者数）

職種	総数	人口10万人あたりの数
精神科医師	10	2.50
正看護婦（士）	45	11.25
ソーシャルワーカーおよび類似修士号保持者	70	17.50
免許取得心理士	3	0.75
学士（大卒）スタッフ	80	20.00
資格なし臨床スタッフ（精神保健テクニシャン）	30	7.50
総数	228	59.50

組まれたグループホームから、支援体制の薄い集合アパートまで、いくつもの種類の支援住宅が整備されている。利用者の必要な支援の度合いに応じてより支援の濃厚な資源に移行したり、逆に支援の薄い資源に移行したりできるわけである(⑥)。すでに見た北米およびオーストラリアで精神科病床を削減している地区は、類似の包括的ケアシステムを精神保健改革で進めていて、病院のベッドを地域に移行させる方策を実行している。

表3に、人口10万人あたりの精神保健サービスに従事する専門職者の数（郡の精神保健サービス専門職者数）を示す。地域で提供されるのは医療的ケアを含む支援だが、看護職が圧倒的多数というわけではなく、それ以外の職種が多く参入して

相互に協力した支援体制を組んでいることがわかる(⑤)。地域ケアサービスを提供する精神保健チームには多職種の連携、協力体制がつけられている。さらに、機関相互の連携調整が進んでいる。州立精神病院は州の管轄であるが、郡は地域の精神保健サービスを提供する責任をもつ。郡は地域を拠点として、服薬管理、医療サービスとリハビリテーションを含むケアの連続性を保障する包括的ケアを提供する。郡の役割は、サービスの監視役割で、サービスは住民に親和性をもつ民間機関に委託している。

3. ケアマネジメントとチームで働く体制

北米脱施設化の過程で生じた課題は種々あるが、

州立病院の中に設置されていた種々の機能が地域になかったこと、服薬管理をはじめとして、地域に病院と同じようにケアを提供する人材がいなかったこと、地域の散漫なサービスをコーディネートする調整役がいなかったこと、日中のプログラムの不足、支援責任の所在の不明確だったこと、インフォーマルなネットワークを構築する支援を利用者は必要とすることなど、種々の機能の不足があった。このような課題を乗り越えるためにも、とくに重症の精神病を持つ人々に対してケアマネジメントは必要であり、有効であった。

重症の精神病を持つ人々を支えるケアマネジメントにはサービスの包括性とケアの連続性が必要である。包括性の中で、利用者は機能を向上させる支援をうけて、濃厚なケアからより自立的なケアに移行してゆくことができる。ケアマネジメントによって包括的な支援を提供するためには、地域資源を充実させ、地域の諸機関を連結・調整する役割をする機関に対して十分な権限を委譲することが重要である。また、多職種が協同し、情報を共有し、職種間において役割を共有しつつ専門的役割を持つことも重要である。さらに、機関同士の相互の葛藤を解決することが大切で、こうした協働によって生み出される集積力が有効であると証明されている。

4. 精神保健サービス利用者への支援 ～リカヴァリ指向のアプローチ

リカヴァリとは精神病からの回復を指す。精神病は不治の病でなく、回復するということが近年、専門職、心理社会的リハビリテーション領域で関心が強まっている。また、コンシューマー自身が回復（リカヴァリ）ということ積極的に自らの体験として語り始めた。そして、コンシューマーが自らの精神病回復の過程を、精神保健機関を利用して間もない人々に経験として伝えることで、自分の人生を切り開き、希望をもって生きることができるようになるという形でサービスを提供することを利用者は積極的に模索し始めている。

これをさらにすすめて、利用者が自ら支援を提

供する活動に参画することを政策的に支援することをリカヴァリ指向のアプローチと呼び、北米やニュージーランドの例においては、政策としてサービスに導入する方向性を示している精神保健政策が見られる。

ここで認識しておかなければならないことは、リカヴァリは個別で多様性を持つ体験であることである。一人のリカヴァリの過程がそのまま他人に共通するわけではない。また、支援する専門職が利用者のリカヴァリを信じ、希望をもって支援にあたることが重要である。

リカヴァリ指向のアプローチをサービスに導入すると、利用者がサービスや計画立案に対して必然的に積極的に関与することとなる。また、利用者の従来の精神医療サービスの使用頻度が減少し、医療コストが抑えられる。自らが自分の症状やライフスタイルの選択に責任を持ち、自己統制が生まれる。

例として、コンシューマー主導のケースマネジメントの創設により、濃厚な支援によるケアからステップダウンする例、卒業する例がウィスコンシンのソアなど、いくつもの例から報告されている。コンシューマーが精神保健領域の活動に参画すると、支援が自らの経験を生かす親和性をもったものに変わり、新たなエネルギーが生み出され、相互支援意識や自己に対する強さに気づくきっかけができる。仕事に従事するために状態を良好に保ち、セルフケアやセルフコントロールの力を強める機会となる。経済的にも、このことは政策担当者にとっても魅力的なはずである。が、この政策が経済効果のみを目的として、サービスの画一化やサービスの縮小に動く危険が常にあることも注意しておかなければならない。

5. 精神保健コンシューマー (ユーザー) 主導事業

利用者が計画策定過程に参加するだけでなく、精神保健サービスを利用者自身が運営するという考え方がある。実際、相談事業、組織開発事業やビジネスなどによって、専門的精神保健サービス

への依存度が減少するとの研究成果があらわされている。このような事業も、利用者の力を実感する〈エンパワメント〉の機会となるとともに、利用者の社会への参加を積極的に進める方法でもあるといえる。このようなコンシューマー主導事業は世界各地で近年盛んになってきた。このような活動は、専門職や行政に対しては、コンシューマーが精神保健システムを教育し、利用者の側から意見を述べ、改革する力になりうる。

カナダにおける地域精神保健分野の利用者参加に関する研究は1990年代まであまり見られなかったが、1980年代に当事者組織が実施したバンクーバー精神病患者協会(MPA)運営による住宅利用者の精神保健状態の評価研究では、再発率や入院率の低下する成果が報告されている。カナダの連邦政府は精神保健の達成を国の保健政策の重要課題とし、州政府は地域精神保健計画策定に対する利用者の参加とセルフヘルプを支援している。今後、専門家と利用者間で情報を交換できるよう、いっそうの研究がなされるべきであろう。

オンタリオ州では、1980年代後半から1990年代初頭にかけて、地域精神保健の予算が大幅に増額されただけでなく、当事者グループの運営による事業が州政府の先導事業として予算が確保された。この動きはさらに発展し、1993年にはオンタリオ州の精神保健政策として「消費者/回復者がサービス提供者となる肯定的な役割を特に支援する政策」と位置づけられた。

現在オンタリオ州の36の消費者/回復者開発事業(CSDI: Consumer/Survivor Development Initiatives)が州政府の資金によって運営されている。各事業に対する年間予算の平均は約730万円(165万円~1687.5万円)である。事業の内容は、組合方式の事業が6件(宅配サービス、清掃業、レストランなど)、これら6件の事業および同様の新規事業への支援を行う事業協会に加え、28の事業は消費者/回復者に対する支援活動を目的とした組織で、行政区などの法令の下で当事者グループの相談や組織化などの直接支援を提供している。これらすべての組織は民主的で独立した

組織であり、最後の1組織を除いては利用者による運営である。これらの組織の構成員は平均90名で、組織に対する補助金要件は、利用者が直接サービス提供に関わっていることである。

消費者/回復者開発事業(CSDI)が利用者にもたらした成果として、利用者自身の精神保健状態および従来の専門的精神保健サービスとの関係について、次の3点が特筆すべき事柄として報告されている(Trainor, et al., 1997)。

- 1) 精神保健サービス利用率の減少 [CSDIの利用により入院率が48.36%から4.29%へと減少し、外来患者としての来院率の減少も認められた。]
- 2) 地域の精神保健以外の領域への活動に参加することにより、地域の多様な交流が促進され、さらに、自信、自己統制、コーピング、自己の選択能力の向上などの効果が知覚された。
- 3) CSDIを通じて、サービス、地域資源、権利、疾病の性質を含む精神病に対する利用者の持つ知識が増加が認められた。

CSDIのアプローチは、これまでの病院や地域を拠点とする専門家による精神保健サービスモデルとは異なっていることが明らかであり、このようなプログラム評価の研究成果は、今後さらに蓄積される必要がある。

カナダ国内では、現在3州が特別の資金を消費者/回復者開発事業へ投入している。この姿勢は、州政府が利用者主体の事業運営の重要性と有効性を認めているからである。

精神保健サービスの領域は、長い間専門家が先導してきた歴史を持っている。しかし、利用者/回復者もこの領域の助言者、計画立案者、そしてある場合にはサービスシステムのスタッフの一員でもある。セルフヘルプや当事者組織の持つ回復力を支持することも専門職の役割であることはすでに周知のとおりであるが、今、さらに積極的にこの立場をすすめる、「彼らが実際にサービスを提供する組織を統制することもあり得るのだ。もし、彼らがサービスモデルから支援を提供されるだけ

であるなら、彼らはいつもクライアントの役回りを演じることになってしまうから」とすることが求められる。いくらよいサービスを受けていたとしても、受けるだけでは受給者の役回りを変えることはできない。自分自身や他の人々のために前線に立ってセルフヘルプや相互支援モデルで行動する能力を試していくことは重要である。

今後の精神医療保健福祉領域のプログラム評価は、利用者が計画策定過程にパートナーとして参加している場面のみならず、代替的精神保健事業運営に参加している分野でも行われ、その効果が測定される必要があろう。

6. 専門職と精神保健サービス 利用者のパートナーシップ

今日、精神保健医療福祉政策やサービスを創設する上で、また、これらを実施するにあたって、利用者の関与は必要不可欠である。サービスは利用者を生かすためにあるといってもよいだろう。そこで、利用者によるサービスの評価、リカヴァリ指向を意識する精神保健専門職として機能するシステムレベルの教育が必要となる。利用者と専門職が共にパートナーシップをもって政策を作り、サービスを開発し、さらに人材養成をおこなって行くことを、これまで以上に積極的に推し進めて行くためには、精神保健専門職と利用者、家族のパートナーシップが必要である。

7. 日本における精神保健改革の課題

今まで見てきた、先進例を元に、日本の精神保健における改革課題をまとめてみたい。このようなシステムの改革にあたっては、時限を定め、改革の項目を明確にし、優先課題を明らかにし、その進行状況を確認しながら進めて行くことが必要となる。

まず第一に、日本の精神医療保健福祉はどこに向かおうとしているのかその方向性を明確にして、目標に向かった取り組みと評価の財源の確保がもとめられている。特に、いつまでに、どのような方策をもって、何を目指して、精神科の病床を削

減して行くのか、地域にどのような代替的方法を構築して行くのか、その過程はどのようにモニターして行くのかなどの具体的方法と財政的裏付けが必要である。

各々の国や地域の特性を生かした改革が必要とはいえ、日本の知見だけでなく、世界の地域ケアや心理社会的リハビリテーションの成果に基づく最良の実践を日本でも目指すべきであるという合意が、残念ながら今の段階ではされていないように思われる。

第二に、日本におけるケアマネジメントの内容の整備は今後さらに必要とされている。精神保健専門職は、病院の専門分化された環境で働く体制とは異なる働き方を、ケアマネジメントを軸にした地域支援の体制のなかで、相互に学び合って行くことが求められているといえる。

また、現在の日本のケアマネジメントでは、現在病院で長期入院をしてきた人口に焦点をあてたケアマネジメント体制が人材、支援体制、技術の点で十分開発されてはいない。人手をかけて人間的なケアを目指す政策の方向性が明確に示されない状態では、ニーズ中心のケアマネジメント、利用者のエンパワメントという方向が空疎なものになってしまう。

第三に、日本ではサービス利用者が、有給でやとわれて、ユーザースタッフ、コンシューマースタッフとして作業所や生活支援センターで働いている人々はいまのところ大変少ない。また心理社会的リハビリテーション領域に経験や資格を身につけた精神保健サービスの利用者を積極的に採用する方向性は政策的に示されていない。

日本はこれから包括的地域ケアシステムを開発してゆく時期にあるが、ここで、単に包括的なサービスをそろえるのみにとどまらず、理念やサービスの方向性にリカヴァリ指向のアプローチを盛り込む政策を作ってゆくことが求められる。

また、今後さらに、専門職がコンシューマー主導事業の意義を認識し、政策的な支援や代弁を行ってゆくことを望みたい。