

平成22年度
厚生労働省障害者総合福祉推進事業

保健福祉領域における訪問活動を活用した
精神保健ゲートキーパー機能についての
三鷹市内での実態調査とマニュアル作成

報告書

平成23年3月

社会福祉法人巣立ち会



「保健福祉領域における訪問活動を活用した精神保健ゲートキーパー機能に
ついての三鷹市内での実態調査とマニュアル作成」

報告書 目次

第1章	はじめに	2
第1節	事業目的	2
第2節	事業要旨	3
第2章	事業実施内容	5
第1節	実態調査	5
1.	アンケート調査と考察	5
2.	聞き取り調査	32
	(1) 市内聞き取り調査	
	(2) 先進地聞き取り調査	
	(3) 考察	
第2節	マニュアル「みたか こころの健康ハンドブック」の作成	62
1.	目的	62
2.	内容と活用方法	63
第3節	その他実施事業	63
1.	シンポジウム	64
2.	研修会・その他啓発事業	65
3.	事例検討会	66
4.	スーパービジョン	67
5.	ボランティアネットワーク	67
6.	事業検討委員会	67
第3章	事業全体の効果・今後の展望	68
第4章	巻末資料	72
(1)	事業検討委員からの提言 「自殺の現代的な特徴と自殺対策」	
(2)	研修会 「家族のメンタルヘルスと愛着に関して」 配布資料	ヘネシー 澄子 氏
(3)	研修会 「メンタルヘルスと自殺対策」 配布資料	伊勢田 堯 氏
(4)	研修会 「思春期のメンタルヘルス」 配布資料	西田 淳志 氏
(5)	研修会 「訪問活動について」 配布資料	高木 俊介 氏
(6)	アンケート調査票	

第1章 はじめに

第1節 事業目的

事業名に示されるように、本事業の内容は「訪問活動を活用した」「精神保健ゲートキーパーの機能」について「三鷹市内」での実態調査とマニュアル作成である。

現在の日本の精神保健医療福祉の実態について述べると、精神医療は入院医療を中心とした確固たる体系が構築されている。これは多くの問題を含んでおり、日本の精神医療の大きな変革が求められているが、ここではその問題は触れない。また精神障害者福祉については、障害者自立支援法になって三障害が一本化されることで、他障害に比べて遅れていた精神障害者福祉がようやくスタートラインについたところであり、まだまだ社会資源は圧倒的に不足してはいるが、これから増やしていく道筋はつけられたと言える。

保健医療福祉分野で残されたのが精神保健である。これは医療福祉にかかる前の段階、ある意味では予防的な関わりを含めた非常に重要な分野であるにも関わらず、現在は体系だって有効な実践はほとんどないと言っても良い。かつては保健所の保健師が、地域の精神保健を担うべき役割としての期待をもたれたが、母子や難病などの多様な業務の中で精神保健を行わなければならなかった状況があり、決して十分な働きができていたとは言えない。加えて平成6年の地域保健法の改正により、東京では23区と政令指定都市を除いて二次医療圏に保健所が一か所と定められてから、ほとんど地域の住民に直接サービスを行うことができなくなってしまったという実態がある。

しかし、自分自身や周囲の人のメンタルヘルスに関して、困ったと感じたり悩みを持ったりした時に、地域にスティグマのない相談しやすい場所、或いは相談できる人がいることで、精神保健についての予防的機能は強化され、早期治療や早期支援に結びつきやすくなり、重症化や自殺等の究極の選択をくい止めることにも広く貢献できるはずである。

理想的には、精神保健に関わる中核的な機能を負う場所を作り、そこに専門家が配置できれば最善だが、新しい制度を構築することはそう簡単にはいかない。現状でこの目的に近づける方法を模索することも重要である。これが我々の考える精神保健ゲートキーパーの機能であり役割である。

精神保健ゲートキーパーを狭義の意味で「自殺を食い止める役割」とする考え方もあるが、人が自殺を考えているかどうかを見極めるには、専門家がかなりの時間を費やしても困難なことである。そのような限定した関わりや志向性は、必ずしも有効とは言えない。むしろメンタルヘルスの問題全体を見られる目と、そうした感受性や方法を身につけた人を増やしていく方がより効果的と考える。つまり、精神保健ゲートキーパーは必ずしも専門家である必要はなく、例えば家族であったり、職場の同僚や上司でもなることができ、もちろん学校の先生や地域団体の人もなれると考えている。

今回のこの事業を通じて、このような役割を持つ精神保健ゲートキーパーをより多く養成することが、我々の目的である。

第2節 事業要旨

上記の目的に沿って、以下の事業を行った。

1. 実態調査

(1) アンケート調査

三鷹市の精神保健ゲートキーパー機能の実態について調べるため、市内の精神疾患ハイリスク群に接する機会を持つ人たちにアンケートを行い、163名から回答を得た。

「精神疾患のある人」あるいは「精神疾患の疑いのある人」に注目し、サービス対象者やその家族への対応を、教育機関、行政職、民生委員、包括支援センター・訪問介護事業所の4類に分類して比較・検討した。

(2) 聞き取り調査

前項のアンケート調査を補完する目的で、アンケート調査を依頼した各部署を中心に責任者への聞き取り調査を依頼し、了解を頂いた13か所（地域福祉課、生活福祉課、高齢者支援課、子ども育成課、子ども家庭支援センター、教育センター、総合保健センター、民生委員、包括支援センター2ヶ所、訪問介護事業所、三鷹警察署、三鷹消防署）に対して実施した。

また先進事例の調査として、自殺率の低下に貢献した2地域を訪問した。

2. マニュアル「みたか こころの健康ハンドブック」の作成

精神保健福祉以外の訪問・相談活動の従事者はもとより、一般市民がそれぞれの生活場面等で起こり得る「こころの不調」に関する知識を身につけて、精神保健ゲートキーパーとして適切に対応できるようにするマニュアル「みたか こころの健康ハンドブック」を作成した。

完成したものは、実態調査で対象とした市内各機関・部署等に送付すると共に、市民が手に取りやすい窓口等を通じて、一般市民に配布した。また、巣立ち会のホームページにアップし、誰もが読むことができるものとした。

3. その他実施事業

(1) 聞き取り調査を行った関係機関等と、今後もスムーズに連携できる関係を築けるように最大限の努力をした。特に、今は連携が充分に取れていないが今後ますます連携の必要性が高まってくる教育機関と、十分な信頼関係を構築するように心がけた。

(2) 不登校の子どもや、学校を中退してしまったため高卒認定試験の受験を希望する若

- 者などに、学習支援をすることができるボランティアのネットワークを構築した。
- (3) 三鷹市生活福祉課とは、月1回程度の頻度で、精神疾患をもつ事例を対象にした事例検討会を行い、生活保護のケースワーカーが訪問時や再発・悪化時にどのように対応するかのスーパージョンを計5回行った。
 - (4) 精神保健関係団体と共に、シンポジウム「こころの健康をまもる地域精神保健医療を考える」を開催し、122名の参加があった。
 - (5) メンタルヘルスに関連する研修会を4回主催し、延べ267名の参加があった。また市内で開催された3件の講座等の講師を務めた。
 - (6) 市内の精神保健福祉関係者を対象とした事例検討会を2回開催し、延べ68名の参加があった。
 - (7) 外部検討委員も含めた事業検討委員会を3回開催し、事業の適正な運営に努めた。

第2章 実施事業内容

第1節 実態調査

1. アンケート調査と考察

<調査対象>

三鷹市内の精神保健の分野で仕事をしている①行政職、②民生委員、③介護サービス事業所（包括支援センター・訪問介護事業所）の方々を対象に質問紙による回答をお願いした。

- (1) 市内で訪問・相談業務に関わる三鷹市の各部署（地域福祉課、生活福祉課、高齢者支援、子ども育成課、総合保健センター、教育センター）の職員を対象に質問紙調査を依頼、任意で回答のあった分について分析対象とした。
- (2) 市内の民生委員全員（111名）に個別に質問紙を送付し、回答のあった分について分析対象とした。
- (3) 三鷹市内の地域包括支援センターを直接訪問して依頼をし、回答のあった23件と、市内の訪問介護事業所34か所に電話にて調査の説明と依頼をし、質問紙を送付、回答のあった分について分析対象とした。

<調査結果と考察>

Q1.<ご所属>

あなたの所属について、以下から当てはまるものに○をつけてください。

- a)教育機関・学校 b)行政職（高齢者支援） c)行政職（子育て・青少年支援） d)行政職（生活福祉課）
e)行政職（地域福祉課） f)行政職（総合保健センター） g)民生委員 h)包括支援センター・介護サービス事業所 i)その他

質問紙に協力頂いた方々の所属別内訳を表1に示す。

表1. 所属別内訳

所属	(人)	所属	(人)
a)教育機関・学校	18	I. 教育機関	19
b)行政職(高齢者支援)	5	II. 行政職全体	31
c)行政職(子育て・青少年支援)	3	i. 高齢者支援	5
d)行政職(生活福祉課)	12	ii. 子育て支援	3
e)行政職(地域福祉課)	6	iii. 生活福祉課	12
f)行政職(総合保健センター)	5	iv. 地域福祉課	6
g)民生委員	60	v. 総合保健センター	5
h)包括支援センター・介護サービス事業所	53	III. 民生委員	60
i)その他	1	IV. 包括・介護	53
総計	163	総計	163

i) の「その他」については、“中学校のスクールカウンセラー”と記入されていたところから、以下 a) と合わせて「Ⅰ. 教育機関」に含めて分析に用いることとする。また、行政職の b) ～ f) に関しては各々の標本数は少ないものの、本調査の目的の上から、場合によって分類して分析を行い、内訳として「Ⅱ. 行政職全体」の結果と併記する。その他 g) の「民生委員」は一まとまりにして「Ⅲ. 民生委員」、h) の「包括支援センター・介護サービス事業所」もそのまま「Ⅳ. 包括・介護」として分析に用いる。

Q2.<お持ちの資格>

資格をお持ちの方は、その資格を挙げてください。

表 2 に回答者の資格（複数回答あり）について示した。

表 2. 資格

資格	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	計(人)
ケアマネージャー(介護支援専門員)	0	3	2	27	32
介護福祉士	0	0	1	22	23
社会福祉士	0	6	0	16	22
ホームヘルパー	0	0	3	13	16
臨床心理士	11	0	0	0	11
看護師	0	4	1	5	10
保健師	0	8	0	2	10
主任介護支援専門員	0	0	0	5	5
保育士	0	3	1	0	4
精神保健福祉士(PSW)	0	3	0	1	4
学校心理士	3	0	0	0	3
教諭	3	0	0	0	3
社会福祉主事	0	0	0	2	2
児童厚生員	0	1	0	0	1
言語療法士(ST)	1	0	0	0	1
特別支援教育士(SENS)SV	1	0	0	0	1
教育カウンセラー中級	1	0	0	0	1
福祉用具専門相談員	0	0	0	1	1
臨床発達心理士	1	0	0	0	1
特別支援教育士	1	0	0	0	1
ガイドヘルパー	0	0	0	1	1
傾聴ボランティア	0	0	1	0	1
計(人)	22	28	9	95	154
／全体人数(～人中)	／19	／31	／60	／53	／163

Ⅰ…教育機関、Ⅱ…行政職、Ⅲ…民生委員、Ⅳ…包括・介護

「資格」と言っても、国家資格としてその職にとって必要不可欠のものから、それに準ずる社会的認知度の高いもの、本人の生きがいや趣味的要素の強いものまで多々あるが、ここには趣味的な記載はなく、職務や活動に関連するものが並ぶ結果となった。これを見るとⅠは教諭・心理士などからなる教育と心理の専門職集団、Ⅱも福祉・保健分野での専門職集団、Ⅲについては無資格の方が大半であることから、善意の市民からなる集団、Ⅳは当然ながら職務に必要な資格を備えた介護・福祉分野での専門家と実践家からなる職能集団であると言えよう。

ここで、Ⅲについては市民のボランティア的な活動の延長線上にある集団と言える一方で、「ケアマネージャー」「ヘルパー」「看護師」など専門の資格を持つ人も少なからずいることは、注目に値することと思われる。これらの方は善意以上のある種の気概や意志を持って、この“民生委員”という活動に参加されていることが推測される。またⅣについては、職務上資格が不可欠だが、一人あたり 2 種類近くの資格を有していることになり、これは他に比べて群を抜いている。

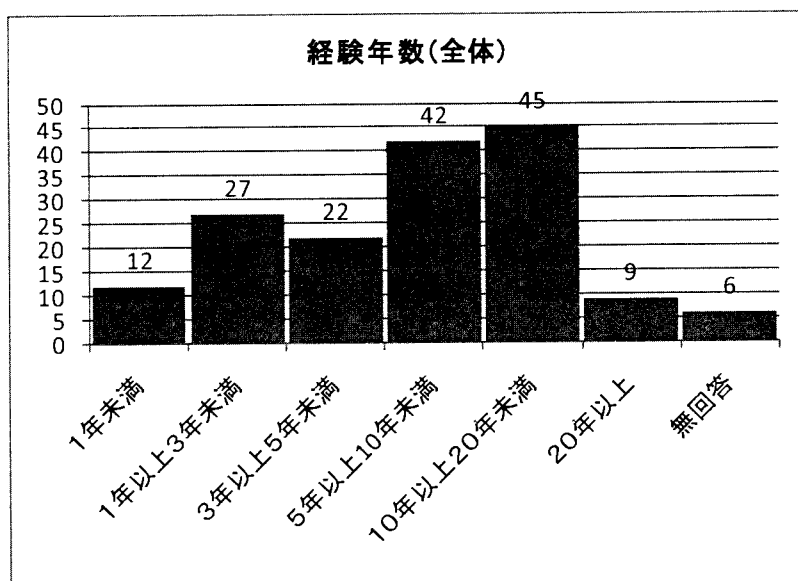
Q3.<相談支援の経験年数>

現在のお仕事（相談業務）、あるいは活動（相談活動）を通算で何年くらい続けられていますか。あてはまる記号に○をつけてください。

- a)1年未満 b)1年以上3年未満 c)3年以上5年未満 d)5年以上10年未満 e)10年以上20年未満
f)20年以上

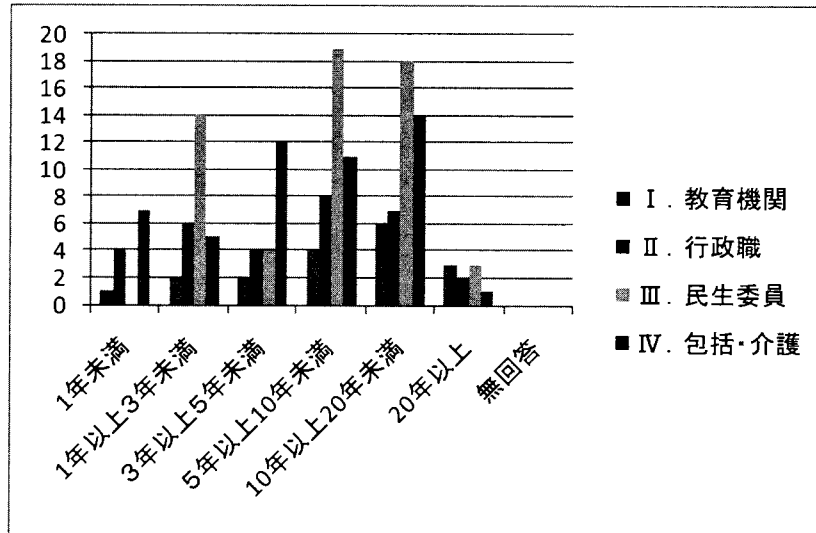
回答者全体の経験年数を示す（グラフ3-①）。

グラフ3-①. 経験年数



経験年数 5 年から 20 年くらいの間の人が多くを占めている。次に占めるのが 3 年から 5 年程度の人たちである。実質的にはこの人たちが主力となって活動していると思われる。一方で 20 年以上のベテランの方も少なからずいる。1 年未満の方も同程度はいる。どの機関でも世代交代がうまくなされ、人材が常に補充され、経験が重なっていくことが望ましいところである。

表3-②.所属別経験年数



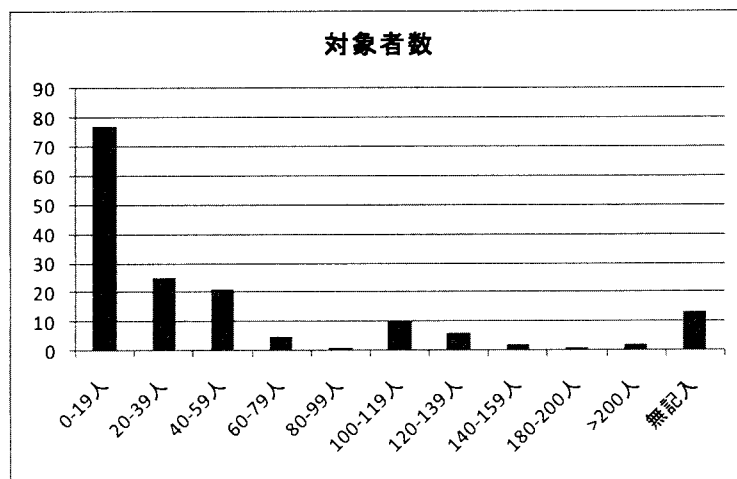
そこで、所属別のグラフ（グラフ3-②）を見てみると、教育機関、行政職、包括・介護では 5 年未満の人数がつねに一定の割合を占めているのに対し、民生委員では年々一定という訳にはいかず波があるように思われる（1 年未満は 0）。これは、職業としての役割に関しては、採用という形で意識的に人員を補充することが可能であるのに対し、ボランティア的色彩の濃い民生委員については、人員の補充が容易ではないことを反映しているのではないか。これらは、経験年数を 5 年、あるいは 10 年に区切ってみると見えない部分であるが、なり手がなかなか見つからず、また一旦なってしまうとなかなか辞められないといった問題が透けて見える。民生委員の経験が重なっていくことはある面ではありがたいことであるが、他方で民生委員自身あるいはその家族の事情も加齢にともなって移り変わることを考えると、比較的若い方、経験年数の短い方でも十分機能できるような活動のあり方が望ましいのではないか。

Q4.<対象者数（ケースロード）>

あなたが継続的（1年に1回以上、定期的）に関わっている対象者の数はおよそ何人くらいですか。

グラフ4に継続的に（年1回以上、定期的に）関わっている対象者の数を20人単位で区分して示す。

グラフ4. 対象者数(全体)



グラフからは二つのピークが読み取れる。統括をする行政の部門と地域で活動する者とは自ずと対象者の数に違いがでてくると予想できることから、さらに細かくみてゆく目的で、所属別に対象者の総数とその最大値・最小値、担当一人あたりの平均値とを求めて比較したものが表4である。なお、ここでいう“総数”とは、各所属内で回答して頂けた方の扱う対象の総計であり、必ずしも所属部署全体の扱う対象者の実数を示すものでないことをご留意願いたい。

表4. 対象者の内訳－所属別の総数、最大・最小値と担当一人あたり平均人数

所属	総数(人)	最大(人)	最小(人)	平均(人)
I. 教育機関	586	110	5	36.6
II. 行政職全体	2337	300	0	75.4
i. 高齢者支援	62	50	0	12.4
ii. 子育て支援	223	152	1	74.3
iii. 生活福祉課	1190	130	15	99.2
iv. 地域福祉課	750	300	10	125.0
v. 総合保健センター	112	50	5	22.4
III. 民生委員	330	50	0	6.3
IV. 包括・介護	2349	550	0	44.3
総計	5602	550	0	34.4

* 平均…担当者一人あたりの平均人数を示す

行政の窓口によっても違いがあると予測されるため、標本数は少ないものの敢えて行政は所属別で示した。ここに示すように同じ所属内でもバラつきが非常に大きく、個人による差が大きいことが分かる。窓口ばかりでなく役職や立場によって実際に相談に当たっているのか、報告を受け、俯瞰的に見守る立場なのかなど、扱っている対象の性質が全く異なることから一概には言えないものの、生活福祉課、地域福祉課が数としては最も多くを扱っていると言える。これらの中では手続き上の関係からというものが大半を占めると思われるが、それにしてもこれらの窓口に多くの人々が訪れ、その人々に職員が直接会っているという事実には変わりがないと言えよう。一方、それに比べ高齢者の窓口の扱っている対象数は少ないように思われる。担当者一人あたりの平均としてはかなりの開きがあると言えよう。また、比較的等質の集団と考えられる民生委員について、委員一人あたりの平均では対象者は6人程度であるものの、最小で0人、最大で60人との大きな開きがあることは驚きにも値する。担当する地域の地域性によるところもあるであろうが、民生委員各々の気概や意識、あるいは広い意味での力量のようなものに大きな開きがあり、活動の上でも大きな差となって現れている可能性について否定できない。

Q5.<対象者のメンタルヘルスについて>

あなたが継続的に関わっている対象者について伺います。

- ① 精神疾患の診断を受けている対象者の数はどれくらいですか。
- ② あなたが見て、精神疾患の疑いがあると思われる支援対象者の数はどれくらいですか。(①の「診断を受けている対象者」は除きます)

表5-①に所属別の対象者の人数と、精神疾患のある人の人数、そしてその割合を示す。

表5-①. 対象者のうち精神疾患のある者の割合

所属	総数(人)	精神疾患(人)	割合(%)	平均(人)
I. 教育機関	586	30	5.1%	1.6
II. 行政職全体	2337	847	36.2%	27.3
i. 高齢者支援	62	4	6.5%	0.8
ii. 子育て支援	223	9	4.0%	3.0
iii. 生活福祉課	1190	346	29.1%	28.8
iv. 地域福祉課	750	457	60.9%	76.1
v. 総合保健センター	112	31	27.7%	6.2
III. 民生委員	330	99	30.0%	1.7
IV. 包括・介護	2349	219	9.3%	4.1
総計	7839	1195	21.3%	7.3

* 平均…担当一人あたりの精神疾患のある人の人数

行政職全体で 36.2%と 3 分の 1 程度が精神疾患のある人であるというのが一つの目安となれると思われるが、内訳をみると地域福祉課が 60%と高率を示しており、精神疾患の方の訪れる窓口として大きな部分を占めていると思われる。他方で、必ずしも精神障害者と限って支援している訳ではない民生委員の受け持つ精神疾患のある人の割合が 30%と行政職全体と相応の割合で、実に対象者全体の 3 分の 1 近くを占めていることは、一市民にすぎない民生委員にかなりの負担がかかっていることが予測される。また、包括支援センター・介護サービス事業所では 9.3%と、行政の高齢者窓口よりも高率であることも、訪問援助の現場での困難が予想できるものである。教育機関は扱っている対象が子どもや青少年に限定されるため、他とは違った傾向を示した（対象者の 5.1%が精神疾患で、担当者一人当たり 1.6 人）。

次に、表 5-②に精神疾患の疑いのある対象者の所属別人数とその割合を示す。

表 5-②. 対象者のうち精神疾患の疑いのある者の割合

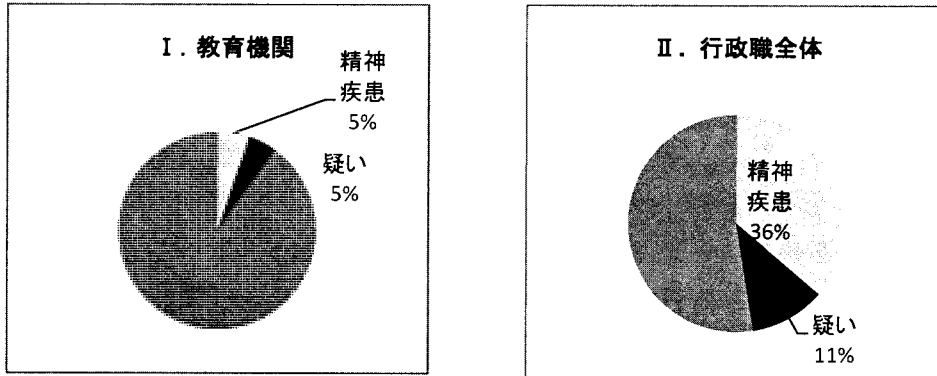
所属	総数(人)	疑い(人)	割合(%)	平均(人)
I. 教育機関	586	28	4.8%	1.5
II. 行政職全体	2337	262	11.2%	6.5
i. 高齢者支援	62	14	22.5%	2.8
ii. 子育て支援	223	1	0.4%	0.3
iii. 生活福祉課	1190	74	6.2%	6.1
iv. 地域福祉課	750	133	17.7%	22.2
v. 総合保健センター	112	40	35.7%	8.0
III. 民生委員	330	35	10.6%	0.6
IV. 包括・介護	2349	196	8.3%	3.7
総計	5602	521	9.3%	3.2

* 平均…担当一人あたりの精神疾患の疑いのある人の人数

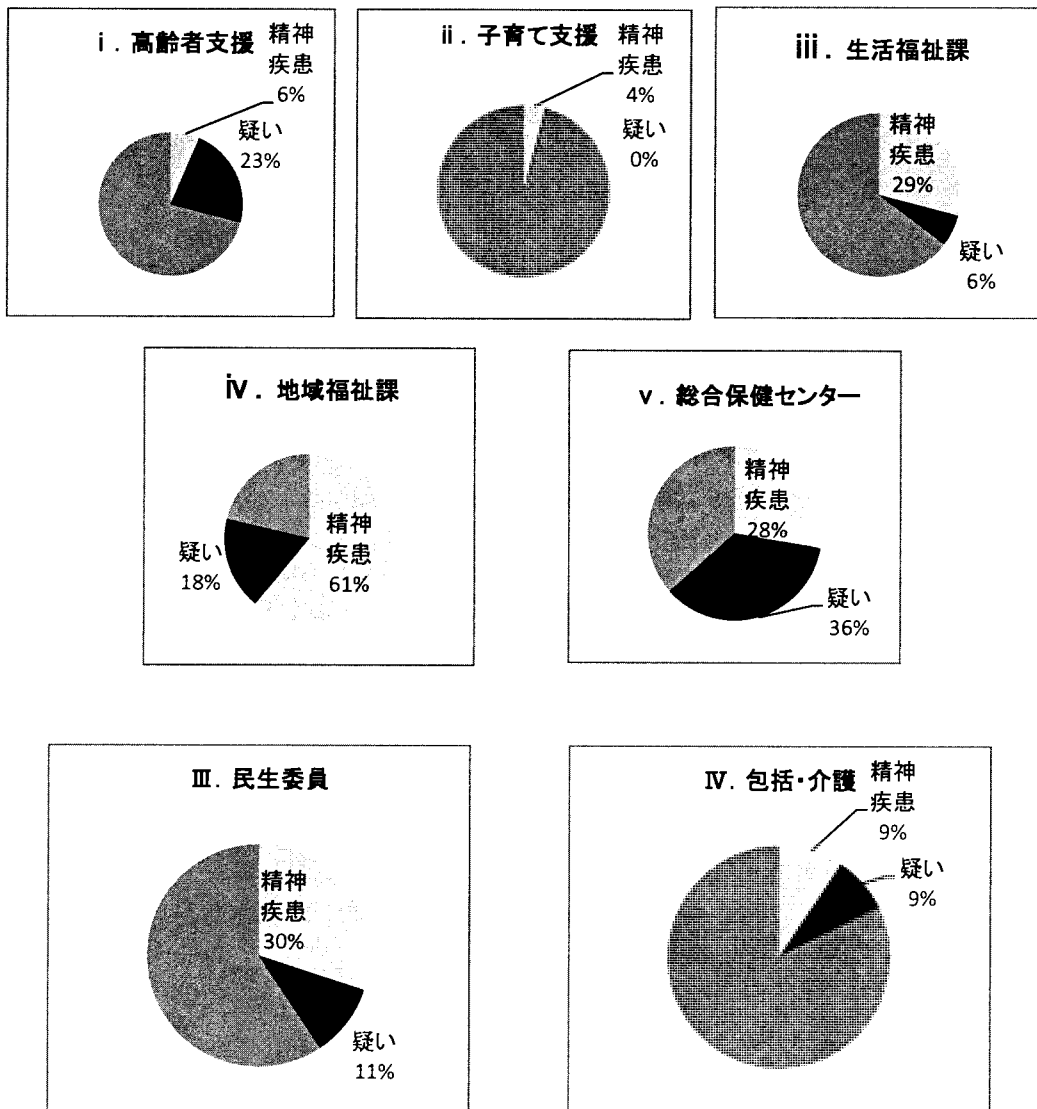
表 5-①の疾患のある者と比較すると、その割合は一様に少ないと言える。しかし、内訳を見ると、高齢者支援と総合保健センターでは精神疾患の人の割合（表 5-①）を越えている。これらの窓口は実際的に様々な（困難な）ケースの対応をしているであろうことが予測できる。そうした相談の背景に本人は気づかないものの加齢に伴ううつ病や認知症の発症等の精神疾患が隠れている可能性があることを示唆するものではないか。民生委員の対象者の中にも 10%程度精神疾患の疑いのある対象が存在し、それは民生委員の二人に一人はそういう対象を抱えているということになる。

これら精神疾患のある者、その疑いのあるものの割合を、所属別に円グラフに示すと以下のようなになる（グラフ 5）。

グラフ5. 各所属別の対象者の中の精神疾患のある人/その疑いのある人の割合



行政職内訳)



教育機関では子どもがその大きな対象であることから、年齢的な関係で精神疾患、あるいはその疑いのある者の割合が少なくなっていると考えられる。

一方、行政職全体では、精神疾患が36%、その疑いのある者が11%で、全体で47%と半数近くを占めている。その内訳をみると、子育て支援では教育機関と同様の理由で少なくなっていると考えられ、地域福祉課、総合保健センターが割合を押し上げていると言える。これらの窓口がやはり精神疾患（あるいはその疑いのあるもの）の窓口として大きな部分を占めていると言える。

また繰り返しになるが、改めて全体を眺めてみても、民生委員の対象者に精神疾患あるいはその疑いのある者が占める割合の高さが目を引く。こうした民生委員の対象者の大部分は、包括支援センターや介護サービス事業所等のサービスを受けていないことも考えられるところから、民生委員側の負担ばかりか、こういった人々のその後の行方（どこかにつながっているのか、いないのか）が気になるところである。

Q6.<その対応法について>

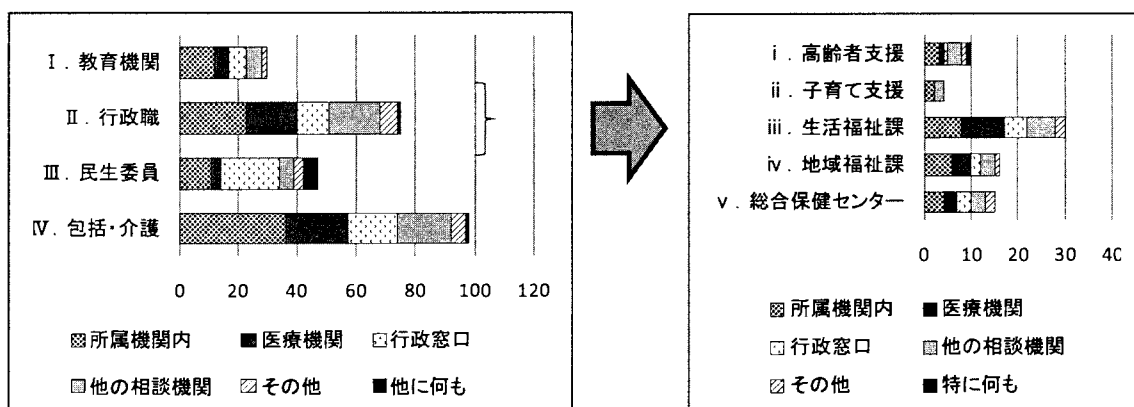
Q5. でお答え頂いた方についての、あなたの対応の方法について伺います。

(1) ①の方について、あなたの対応法についてあてはまるもの全てに○を付けて下さい。

- a)所属機関（部署）の中で報告（あるいは相談）する
- b)医療機関に報告（あるいは相談）する
- c)行政の窓口で報告（あるいは相談）する
- d)他の相談機関に報告（あるいは相談）する
- e)その他
- f)特に何もしていない

グラフ6-①に、精神疾患の方々に対する対応の結果を棒グラフにしたものを示す。

グラフ6-①. 精神疾患のある人の対応



これを見ると、各所属とも、まずは所属の機関にて相談することが第一選択になっていると思われる。その次の段階としてどこに繋げていくかということだが、行政職では所属機関、医療機関、行政窓口、他機関等々の割合がある程度分散されているように見受けられる。また民生委員は当然、所属の行政機関への報告が多い一方、医療機関や他の相談機

関に繋げる割合は低く、さらに“特に何もしない”という割合が高いのが特徴的である。

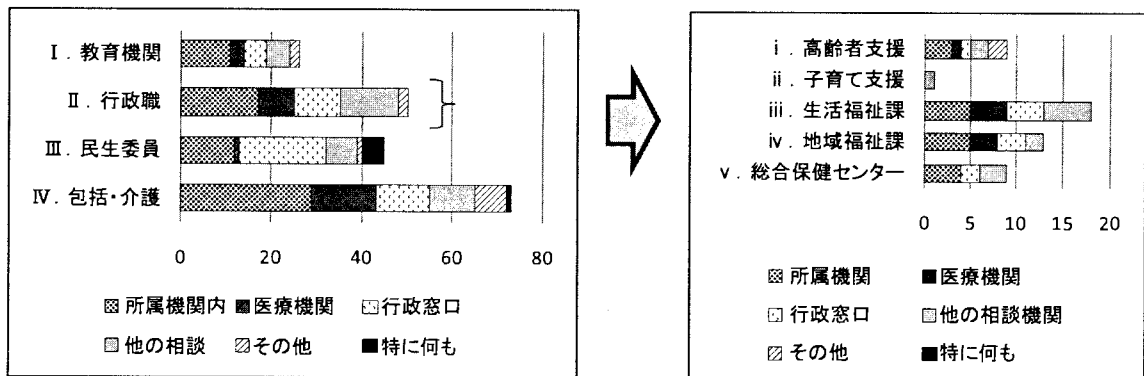
行政職の内訳を見てみると、高齢者支援に“特に何もしない”が見受けられる以外は、何らかの対応をしていると言える。ことに生活福祉課において医療機関を紹介している割合が高く、生活保護などの対象者でこれまで医療の支援を受けていなかった人々について、その状態像から医療を勧めるといった状況が思い浮かぶ。福祉の面からのサービスと一緒にこれらの提言がされると、比較的受け入れられ易いことが、その背景にあるのではないか。

(2) ②の方について、あなたの対応法についてあてはまるもの全てに○を付けて下さい。

a)所属機関(部署)の中で報告(あるいは相談)する b)医療機関に報告(あるいは相談)する
 c)行政の窓口で報告(あるいは相談)する d)他の相談機関に報告(あるいは相談)する e)その他
 f)特に何もしていない

グラフ6-②に精神疾患の疑いのある方についての対応を所属別に示す。

グラフ6-②. 精神疾患の疑いのある方への対応



全般的には精神疾患の方と比べやや消極的であるものの、同じような傾向を示した。総合保健センターで医療に繋げることがないのは、内部で事足りているということであろうか。子育て支援では、先の質問で精神疾患の疑いのある者は非常に少ないという回答であったため限られた結果となった。民生委員についてはやはり“特に何もしていない”が他の機関に比べて多く、医療機関に結びつけることは少なく、所属の機関や他の適当な行政窓口を勧めるのが主となっていることが伺われる。ただ、他の機関に比べて「精神疾患のある者」と「精神疾患の疑いのある者」とで一番その対応に差異が見られなかったところから、民生委員は疾患であるとか精神医療といった枠組みには比較的とらわれずに、一市民としての独自の感覚で活動しているところも大きいと言えるのではないか(実際、「e)その他」のところ“ひたすら傾聴に努める”といった記述も見受けられた)。

Q7.<対象者周辺のメンタルヘルスについて>

あなたが継続的に関わっている対象者について、そのご家族（ご本人は除く）のことについて伺います。

- ① 精神疾患の診断を受けているご家族（ご本人は除く）の数はどれくらいですか。
- ② あなたが見て、精神疾患の疑いがあると思われるご家族（ご本人は除く）の数はどれくらいですか。（①の「診断を受けている対象者」は除きます）

表7-①に対象者の家族について精神疾患の診断を受けている者の数と割合を示す。

表7-①. 家族で精神疾患のある人の割合

所属	総数(人)	精神疾患(人)	割合(%)	平均(人)
I. 教育機関	536	40	6.8%	2.1
II. 行政職全体	2337	258	11.0%	8.3
i. 高齢者支援	62	11	17.7%	2.2
ii. 子育て支援	223	37	16.6%	12.3
iii. 生活福祉課	1190	73	6.1%	6.1
iv. 地域福祉課	750	117	15.6%	19.5
v. 総合保健センター	112	20	17.9%	4.0
III. 民生委員	330	27	8.2%	0.5
IV. 包括・介護	2349	90	3.8%	1.7
計	5802	415	7.4%	2.5

* 平均…担当一人当たりの精神疾患のある人の人数

対象者のうち精神疾患の診断を受けている者（表5-①）と比べると、概ね低い割合を示す中で、教育機関では逆の傾向を示した。これは、親のメンタルヘルスが子に影響を及ぼしていることを端的に表しているものと考えられ、市としてあらゆる人を支援の対象としていくという側面からは興味深い。すなわち、親としての精神障害者を支えるという視点である。さらに行政職の内訳を見てゆくと、子育て支援と高齢者支援でも対象者よりも高い割合を示した。子育て支援に関しては先の親としての精神障害者ということ、高齢者支援に関しては、介護疲れや加齢にともなう家族自身のメンタルヘルスの問題を彷彿とさせる。

次に、表7-②に疾患の疑いがあると思われる家族について、その人数と割合を示す。

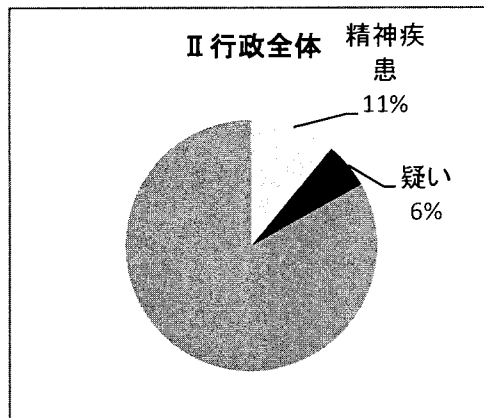
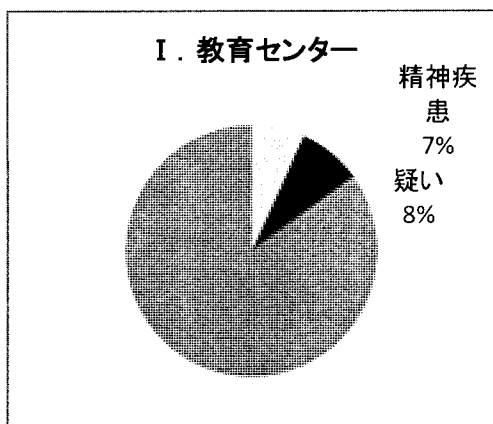
表7-②. 対象者の家族のうち精神疾患の疑いのある者の割合

所属	総数(人)	疑い(人)	割合(%)	平均(人)
I. 教育機関	586	48	8.2%	2.5
II. 行政職全体	2337	138	5.9%	4.5
i. 高齢者支援	62	8	12.9%	1.6
ii. 子育て支援	223	25	11.2%	8.3
iii. 生活福祉課	1190	29	2.4%	2.4
iv. 地域福祉課	750	53	7.1%	8.8
v. 総合保健センター	112	23	20.5%	4.6
III. 民生委員	330	18	5.5%	0.3
IV. 包括・介護	2349	110	4.7%	2.1
計	5802	314	5.4%	1.9

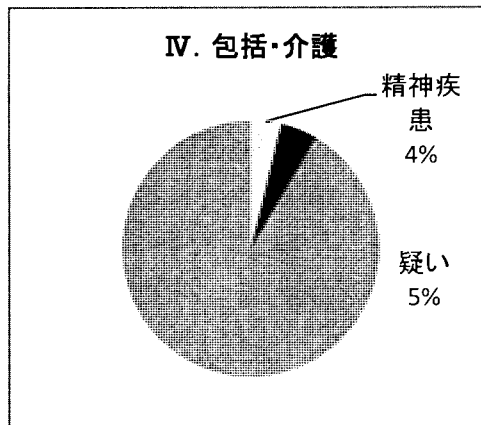
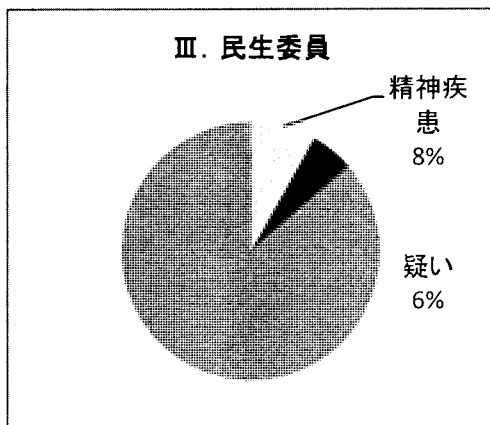
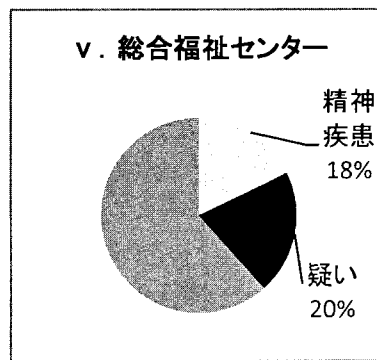
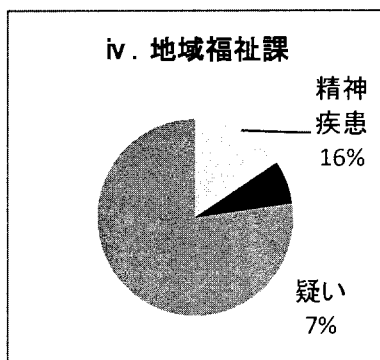
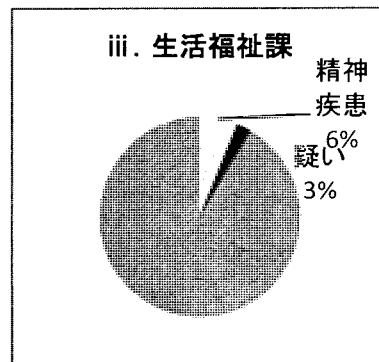
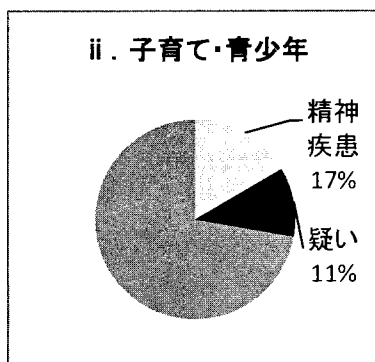
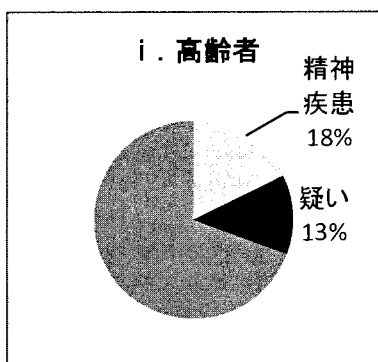
* 平均…担当者一人あたりの精神疾患の疑いのある者の人数

他の機関に比べ、やはり子育ての分野で、その家族についての精神疾患の疑いのある人の割合が高いことが目立つ。子どもの問題行動は親との相互作用の中で起きてくることが多く、子育て支援は親支援であることから当然ともいえるが、これだけ疑いがもたれる（すなわち医療につながっていない）人の比重が高いことは、相談に当たって様々な困難が顕在化してくる可能性が予想される。これら家族についての精神疾患がある／その疑いのある人の割合を、所属別に円グラフにした（グラフ7）。

グラフ7. 各所属別の対象者の家族について、精神疾患のある／その疑いのある者の割合



行政職内訳)



全体を見てみると、やはり子育ての分野での割合の高さが目を引く。あとは行政職の内訳をみると高齢者支援と総合保健センターが比較的高い。

総合保健センターでは家族の精神疾患が疑われる人の割合がかなり高いと言えるが、そういった方に対しセンター内で対応がされているかどうか気になるところである。

Q8.<その対応法について>

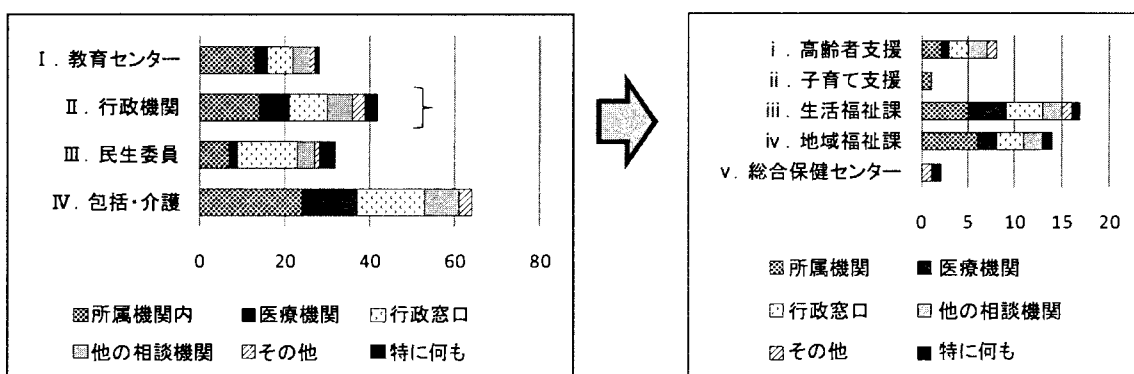
Q7. でお答え頂いた方についての、あなたの対応の方法について伺います。

(1) ①の方について、あなたの対応法についてあてはまるものすべてに○を付けて下さい。

- a)所属機関（部署）の中で報告（あるいは相談）する
- b)医療機関に報告（あるいは相談）する
- c)行政の窓口で報告（あるいは相談）する
- d)他の相談機関に報告（あるいは相談）する
- e)その他
- f)特に何もしていない

グラフ8-①に対象者家族に対する対処法について示す。

グラフ8-①. 精神疾患のある家族に対する対応



精神疾患のある対象者（グラフ6-①）に比べると全般的に数値は低く、消極的な対応となる結果となった。しかし、その中であって包括・介護では他の所属機関に比べて、“特に何もしていない”と答えた人がいないことが目を引いた。これは、訪問活動をし、対象者に対してその家族と相談し合うという仕事の形態によるものが大きいと思われる。家族と直接話し合うことから、相手の変化にも気づきやすく、支援もしやすいことがうかがわれる。また「介護ストレス」「介護うつ」という言葉にもあるように、対象者をめぐる家族のメンタルヘルスはこの分野では既に周知の大きな問題であり、既に支援対象として視野に入っている現状もうかがわれる。

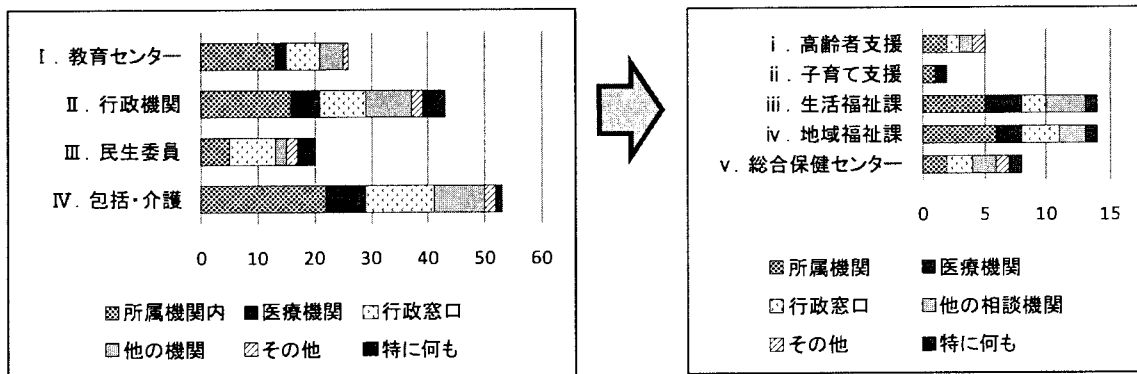
他方、他の分野で“特に何もしていない”という答えが一定の割合であることは、まずは対象者が優先であって、その家族となるとどうしても距離があることから致し方ないと思う反面、気にかかるところである。

(2) ②の方について、あなたの対応法についてあてはまるもの全てに○を付けて下さい。

- a)所属機関（部署）の中で報告（あるいは相談）する b)医療機関に報告（あるいは相談）する
 c)行政の窓口で報告（あるいは相談）する d)他の相談機関に報告（あるいは相談）する e)その他
 f)特に何もしていない

グラフ8-②に結果を示す。

グラフ8-②. 精神疾患の疑いのある家族への対応



精神疾患の疑いのある家族については、精神疾患のある家族と比すると不確定な要素が大きく、対応がさらに消極的にならざるを得ないところがうかがわれる。その中であって教育機関においては、家族の支援は子どもの改善に不可欠であるため積極的に支援していることがうかがわれるものの、民生委員については、何ともしようがないというところが大きいと思われる。行政職においても、相談内容が対象者中心であるためか、その家族についてまでなかなか手が及ばない現状が推測される。包括・介護においても、精神疾患のある家族に対しては見られなかった“特に何もしていない”が見受けられるところは、非常に気になるところである。

Q9.<メンタルな問題についての相談相手（スーパーバイザー）について>

継続的に関わっている対象者やその家族のメンタルヘルスについて、相談できる相手に○をつけてください（複数回答可）。

- a)職場や組織の中に、システムとして確立している人がいる b)職場や組織の外に、システムとして確立している人がいる c)職場や組織の中に、個人的に相談相手を確保している d)職場や組織の外に、個人的に相談相手を確保している e)特にいない

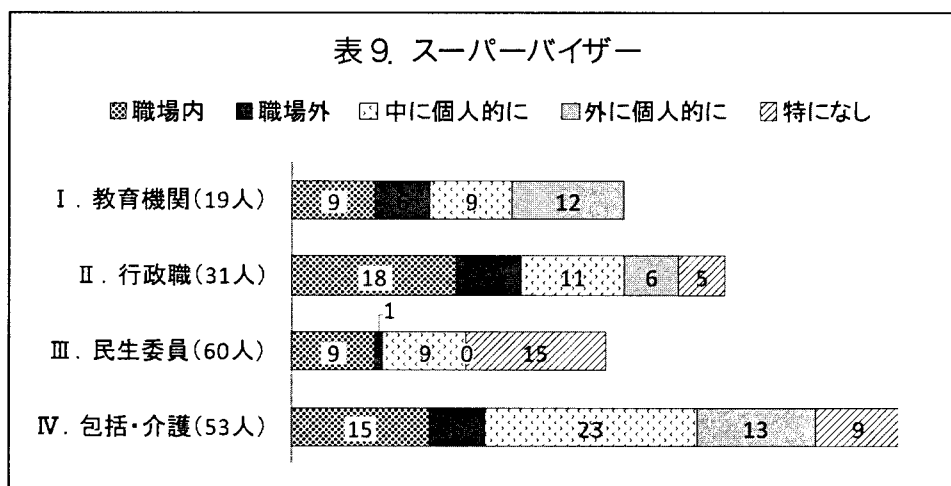
スーパーバイザーに相談できる態勢が整っているかについて表9に示す。

行政職の中では、職場の中の割合が高く、内部である程度体制が整っているように見受けられる。しかしながら“特になし”という人が少なからずいることは、その必要がない（相談するほど困ることがない）ということかもしれない。包括・介護でも、その資格や

立場まで識別した分析はできていないためにはっきりとは言えないものの、職場内の割合が高いことから、まずは内部で解決・相談できるような形になっていると推測される。

教育機関では“特になし”と答えた人が全くおらず、逆に「職場外に個人的に」という割合が多いことは、職に対する専門性が高く、個人の目的意識も高いことが伺われる。

一番確立されていないのは民生委員で、“特になし”が多く、それは民生委員という（職務ではない）立場から当然であるともいえるが、役割の性格上、内部や行政機関の中にきちんと相談にのれるシステムがあることが望ましく思われる。複数回答が可能なことと各々の所属の人数と照らし合わせて考えると、“特になし”と回答した人は本当に“特になし”で、他方、それ以外の項目を選んだ方は複数の項目を選んでいることが多いと考えられる。それを鑑みると、行政職や包括支援センター・介護事業所では、個人差が非常に大きいことが推測される。



Q.10<改善へのご提案等>

もし現状に不十分な点があるとするば、どのように改善が見込めるとお考えですか？

(付表 1)

教育機関では“まずは自身が市内の相談機関を周知すること”という現実的な意見や、特に小学校においてメンタルな面での対応がまだ弱いことから、まずは相談員が専門性を高めた上で、医療機関などと定期的にカンファレンスをもつなどの機会が欲しいとの声もあった。また各小学校に通級できる情緒障害学級があるといいというアイデアもあった。

行政職では、(所属先にもよると思われるが)一人あたりの対象者が多すぎることから、人員の増強、精神科領域に関するスーパーバイザーあるいはアドバイザー、さらには自身のメンタルヘルスマで相談できるような専門家の配置などを求める声が多かった。

民生委員では、まずは行政機関からもっと情報が欲しいとの声があった。実際には生活保護受給者以外の障害者が担当地域にどのくらいいるかの把握は難しいところである。精

神疾患のある人、とりわけ単身者の対応が難しく、人格障害と思われる人々に対する対応などについて、説明あるいは研修が不足しているということである。その改善案としては、おそらく訪問についてのあり方が各人に任されていることの負担があるため、定期的にケースワーカーや行政職員と同行という形態で訪問するというシステムを希望する意見が複数見られた。また、「民生委員協議会」という今ある組織（障害者、生活福祉、子育て支援、高齢福祉、児童福祉の5つの部会からなる）の中でメンタルヘルスについての研修を行ってみてはどうかという具体的な声もあった。

包括支援センター・介護事業所では、行政機関に対する希望と不満が多く挙げられた。まず、保健所の役割がかつてと異なってしまったことからくる不具合等が挙げられた。全般的に行政窓口は当事者あるいは組織（機関）からの相談しか受け付けていない現状で、特に包括・介護分野での支援者が個別に気軽に相談できるような窓口にはなっていないという声が多かった。特に精神疾患のある方についての対応は難しいため、まずは行政機関が中心的役割をとってほしいという意見や、「定期的に相談できる機関がほしい」「今ある行政機関の中で専門家に相談できる体制を整備してほしい」という声が多くあった。また、具体的に在宅での往診可能な体制や、支援者が気軽に相談できるセンターや電話相談のシステムなどを求める声もあった。その中であって、地域包括支援センターの看護職会の中で各機関の連携がとれるように会を立ち上げるといった、自主的で現実的な取り組みの記述も見受けられた。

Q11.<自由記述>

その他、支援対象者のメンタルヘルスに関して、日々の業務の中での困ったことなどを自由にご記入下さい。

（付表2）

教育機関では、相談機関に繋げる際の当事者との信頼関係の問題、そもそも自分が人に“相談をする”ことに対する根強いマイナスイメージについて、あとは学校の中におけるカウンセラーの役割（各校長のリーダーシップによって大きく異なる）、心理的（情緒的）な問題のある子どもの行き場のなさなどについての記述があった。

行政職では、人員不足の訴えのほかに、職務とは言え対応をするのは担当者個人であることから、当事者（恐らく精神疾患等を持つと考えられる）から攻撃を受けるなどしたつらさが少なからず訴えられた。それらと重なるが、人格障害の人の対応の困難さも多く記述された。また、ここでも統合前の保健所の担った役割について惜しむ声があり、アウトリーチを基本とする機関を切望する声も挙げられた。

民生委員の記述には困難事例の記載が多く、普段の活動の困難さが多く見受けられた。中でも訪問をしても会えないという訴え、訪問しようにも自分が被害を受ける危険性がありためらうといった記述が多かった。また、行政機関が閉まっている休日の対応に不安を

感じているという声もあった。

包括支援センター・介護事業所については、訪問し、実際に家の中で仕事をする中で経験する困難が如実に表された。介護対象者が認知症ばかりではなく何らかの精神疾患をも患っている際の困難、中でもアルコール依存症に関しては、介護保険サービスをそのまま適応していてよいものか等々、対応の中での疑問の声も複数みられた。また、介護者が精神疾患を持つ場合の困難さについても記述され、介護サービスをする側においても一人で抱えることの困難、支援者自身が消耗し疲弊してしまう現状などがつづられた。

Q12.<相談機関について>

以下の精神保健に関する相談が可能な機関について伺います。

(1) あなたが知っている機関全てに○をつけて下さい。

(2) あなたが連絡ないし相談したことがある機関全てに○をつけて下さい。

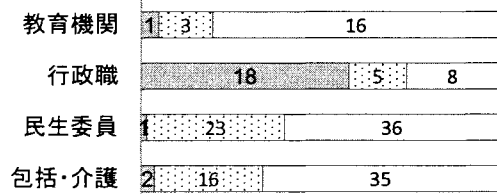
- a)三鷹市障がい者自立支援センターゆー・あい
- b)三鷹市障がい者地域自立生活支援センターぼっぼ c)指定相談支援事業所 野の花
- d)三鷹市障がい者就労支援センターかけはし e)三鷹市総合保健センター
- f)三鷹市地域福祉課 g)三鷹市社会福祉協議会
- h)三鷹市教育委員会 総合教育相談室(教育センター)
- i)三鷹市子育て支援課・三鷹市子ども家庭支援センター j)多摩府中保健所
- k)多摩総合精神保健福祉センター l)三鷹市内地域包括支援センター m)杉並児童相談所
- n)その他

三鷹市内の相談機関について知っているかどうか、あるいは利用したことがあるかどうかについて、相談機関毎に集計した結果をグラフ 12 に示す。

グラフ12. 知っている/連絡したことがある相談機関

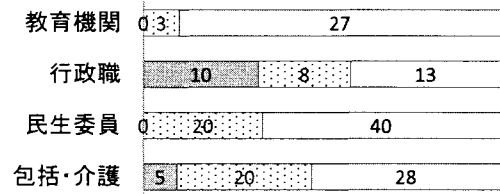
a) ゆー・あい

- 連絡したことがある
- 知っているが連絡したことはない
- 知らない



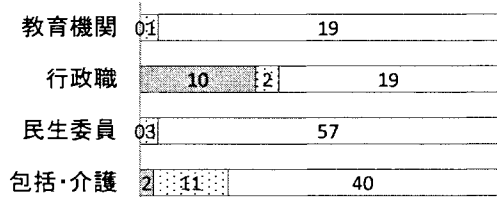
b) ぽっぷ

- 連絡したことがある
- 知っているが連絡したことはない
- 知らない



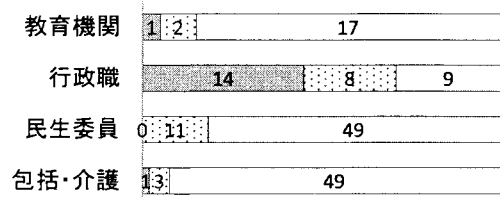
c) 野の花

- 連絡したことがある
- 知っているが連絡したことはない
- 知らない



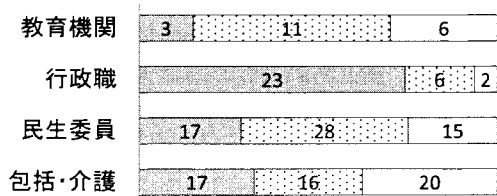
d) かけはし

- 連絡したことがある
- 知っているが連絡したことはない
- 知らない



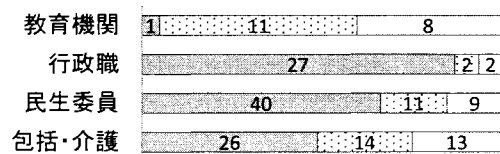
e) 総合保健センター

- 連絡したことがある
- 知っているが連絡したことはない
- 知らない



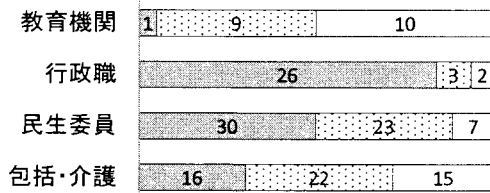
f) 地域福祉課

- 連絡したことがある
- 知っているが連絡したことはない
- 知らない



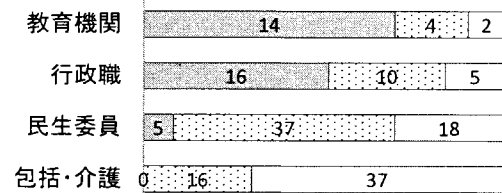
g) 社会福祉協議会

- 連絡したことがある
- 知っているが連絡したことはない
- 知らない



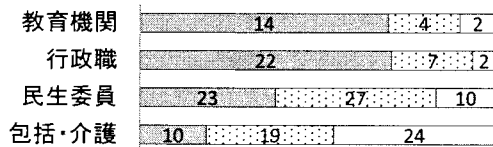
h) 教育センター

- 連絡したことがある
- 知っているが連絡したことはない
- 知らない



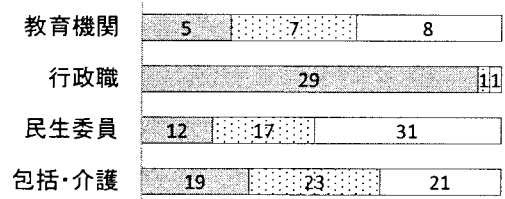
i) 子育て支援課・子ども家庭支援センター

- 連絡したことがある
- 知っているが連絡したことはない
- 知らない



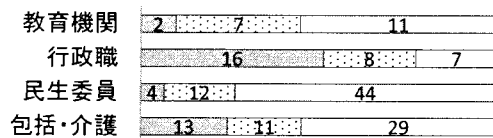
j) 多摩府中保健所

- 連絡したことがある
- 知っているが連絡したことはない
- 知らない



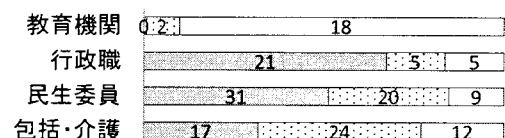
k) 多摩総合精神保健福祉センター

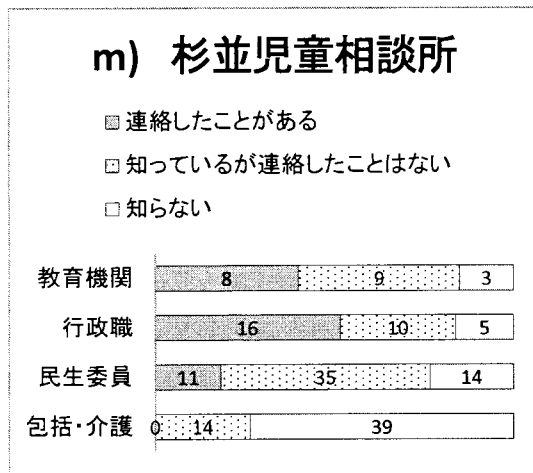
- 連絡したことがある
- 知っているが連絡したことはない
- 知らない



l) 市内地域包括支援センター

- 連絡したことがある
- 知っているが連絡したことはない
- 知らない





全般的に行政機関について、あるいは自らの業務に関わる機関については、認知度は高いと言えよう。しかし、直接業務に関わらない機関の認知度は低く、また、どの機関についても一定の割合で“知らない”と答えた人がいる。相談に関わる業務に携わる者が知らない施設が、市内に限ってもこれだけあるということは、結果として社会資源が十分に活かされているとは言えないであろう。知らない施設・機関を紹介することはできないからである。特に行政職に携わる方々には、今後周知徹底を図る必要があるだろう。とりわけ障害者の支援を掲げる 4 つの民間の支援事業所についての認知度は低く、これらをまずは知り、その後の利用に繋げる可能性を広げることが肝要と思われる。

<全体を通しての考察>

三鷹市のゲートキーパー機能について調べるため、市内の精神保健分野で訪問活動をする人々にアンケートを行い、「精神疾患のある人」あるいは「精神疾患の疑いのある人」に注目して、それら対象者やその家族への対応をⅠ. 教育機関、Ⅱ. 行政職、Ⅲ. 民生委員、Ⅳ. 包括支援センター・訪問介護事業所に分類して比較・検討した。

今回は三鷹市の了解を得て、その協力の下に行った調査であり、対象者の調査票回収率は高いものと考えられる。そのため、行政に関してはこの回答者数に近い人が実際にサービスに携わっていると推測される。教育関係では教員は除かれており、主にスクールカウンセラーである。

調査票回答者の属性については、先のデータを参考にして頂きたい。

対象者のメンタルヘルスについては、「精神疾患のある人」を人数的に最も多く扱っている窓口は地域福祉課であり、次いで生活福祉課であった。次に「精神疾患の疑いのある人」となると、地域福祉課と包括支援センター・訪問介護事業所で多く、対象者に対する割合として見ると、高齢者支援課、総合保健センターが高かった。さらに、民生委員の人々が扱っている対象の中で、「精神疾患のある人」が非常に多いことが判明した。

こうした人々への対応法については、多くは所属機関内で相談をしているのが現状であ

る。次いで「医療機関」「他の行政窓口」「他機関」という順で相談している。ここで気になるのは「特に何もしていない」という解答が、民生委員と包括・介護事業所、そして行政では高齢者支援に多かったことである。どのように対応していいかわからないといった現状を反映しているものと考えられる。状況を放置していても、あまり切迫していない場合は別の何らかの手段で解決が図られている可能性もある。しかし、憂慮すべき点がありながらそのままにしているということであれば、そこに何か看過されている問題がある可能性があり、今後これらの点について整理する必要がある。

相談体制（スーパービジョン）については、教育機関では外部に確保する人も多く、必要性についての意識も高く実際的なものになっている。行政機関でも組織内部を中心に相談できる体勢はほぼ整えられており、それは介護の分野でも同様であった。しかし民生委員では、所轄の行政機関（地域福祉課）等に相談している人もいたが、多くは相談相手がいないのが現状であった。

こうした今回の調査全体から、民生委員の負担が大きく浮かび上がった。特に資格等の必要もない善意の市民にしては、精神疾患やその疑いのある人を対象とすることが多い。困難なケースを抱えている割に、個々に相談する相手や機会等が、きちんと確立されていない、あるいは実際はあるかもしれないが当の民生委員に認知・活用されていない。

また、特に自由記述において、従来の“精神障害者”という枠組みではとらえられない「人格障害」と言われる人々への対応の困難さが多く寄せられた。今後はこうした人々に対して、これまでの精神障害者に対するシステムとは異なった枠組みを準備して社会全体で支える視点や、その中で援助者側も振り回され過ぎることのないようなシステムづくりが必要だと思われる。

最後に、市内の相談機関についての認知度に関しては、自らの業務に関わる場所はそれなりに認知しているが、あまり関係のないところは認知していないという結果が得られた。行政機関でもその傾向は同様であった。とりわけ民間の支援センターに対する認知度は低いため、今後こうした資源が有効に使われるためには、まずは周知徹底を図ることが必要と考えられる。

<付表> * 記載は原文のまま

付表 1

所属	Q10 改善案
教育機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小学校臨床においては、現在、教育支援機関がとても充実している一方で、メンタルな問題が発生した際のシステムティックな対応はまだ弱いかもしれません。個別の改善としては、相談員が専門性を高めると共に、市内で利用しやすい外部の機関を把握していくこと。市単位の組織としては、相談員の人材育成や、相談先リストを作成する等ができるとういのは。 ・ 各学校に通級できる情緒障害学級ができるとよいと願っています。 ・ SCとして、市内の種類の機関との連携をはかれるよう、まずは自分が詳しく分かるようになること、ネットワークを作れるように心がけることが、必要かつ第一歩と感じます。 ・ 医療機関と定期的カンファをする機会が欲しい。精神疾患の場合、十分な対応の判断ができないので。 ・ ワントップ的に情報を集約してもらえれば機関があると、全体把握ができるように思う。個々に支援を依頼している状況なので、全体把握ができず不安。
行政	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職場内の事例報告会・検討会を定期的に設け、SVも年に数回よんで行く。 ・ 自身のメンタルを振り返られる場や、身近に相談できるアドバイザーが欲しい。 ・ どの施設がどのような相談を受けられるのか、各相談機関の機能の周知が必要。 ・ 担当者一人が抱える対象者の数が多すぎる。マンパワーを増やすことが、改善への必須条件だと思う。 ・ 精神系の相談が対応できるよう、専門機関のスタッフや対応できるスタッフを増やす。 ・ 相談対応が個人任せになりがちであり、組織としての対応は機能しづらい。 ・ 行政職員の専門性の確保 ・ 有資格者の配置をする。職員の増員。勤務時間の延長。 ・ 市の精神保健業務（市行政）の人員不足、手薄さ。
民生委員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的に訪問し、コンタクトをとるような体制ができればと思う。相手との関係が途切れがちになることが多い。専門家と一緒に訪問できる回数が増えると安心できる。問題が起きるのが土日の夜など、相談がうまくいかない時があり苦労したことがあった。 ・ 生活保護受給者以外の障害者が自分の担当地域にどのくらいいるか把握できていない。 ・ 精神疾患のある人の対応は大変難しい。特に、一人で生活している人の場合の扱いが難しい。 ・ 民生委員協議会は組織力があり、障害者・生活福祉・子育て支援・高齢福祉・児童福祉、の5つの部会がある。そこで、「心の問題」の研修として講演したら良いのでは。 ・ アパートでの生活をする单身者には、公立の施設等により、環境指導を専門家にゆだねないと、解決はなかなか改められないだろう。 ・ 行政からの情報提供がないこと。境界型と思われる方への対応・対処についての

説明不足。

- ・一人ひとりが健康的なライフスタイルを。例：運動→健康スポーツ、労働→生きがいの源に、睡眠→質の良い睡眠を、休養→心の潤滑油、食事→朝食は一日の活動源
- ・年1回でも、ケースワーカーや行政の方と同行という形で当事者と話す機会があると、後のフォローが少しはやりやすくなるかも。

包括 介護

- ・保健所の統合により、地域での機能が以前に比べ低下している。
- ・行政機関の積極的な関わりが必要
- ・若年層のうつや統合失調症には、専門に係わっている方に意見を伺いながら対応したい。また、高齢者は、不安が強く、神経症ぎみの方も多いと感じています。心療内科などをお勧めした方がよいのか？医療機関の情報が足りないと感じます。
- ・定期的に精神障害者の方について相談できる機関が欲しい。在宅で住診可能な相談体制が欲しい。
- ・保健所や保健センターなど、相談窓口はあるが、気軽には相談できない。また訪問してくれないこともあり、足が遠のいてしまう。電話での相談箇所・訪問が気軽にできるようなセンターがあればよいのではと思う。
- ・継続的な関わりのない人（サービス利用のない人）で、精神と思われる方の関わりが難しいと思います。
- ・専門知識を持つ人材を行政に配置されることを望む。（日常業務の中で気軽に相談ができる状況がない。）
- ・当方からの相談を受けても、積極的に動いてくれるまでは至らず、特に若いメンタルの問題を持っている人の課題は宙に浮きやすい。
- ・現在の行政に相談窓口はあるが、本人もしくは、ある組織等からの相談しか受け付けていない。また、間に高齢担当の窓口を通さなければならず、まわりくどい。また、伝言ゲームのようになり、真意が伝わりにくいとを感じる。
- ・もっと相談窓口や機会が身近に存在すること。多くの人に認知されること。
- ・保健所の働きが見えない。相談したが、行動に移してくれなかった。
- ・地域担当の保健士、精神衛生師などと連絡ができ、家庭訪問を細やかに行って欲しい。
- ・サービス開始前に主が関わっている機関を明確にするとともに、関係機関と綿密な打合せを行ってからサービスを開始すべきである。
- ・対象者の周りの方に対するケアを心がけ、対象者への負担を減らすことで、改善につながってゆく1つのアプローチもあるのでは。
- ・精神疾患の方の支援は、中心的役割を担う場所がなく、連携の必要性を強く感じる。まずは行政機関が中心的役割を担って欲しい。今、地域包括支援センターの看護職会の中で、各関係機関と連携がとれるように、顔合わせ・情報交換会のようなものを考えている。一緒に考えていけたらと思う。
- ・本人に、現状を変えたいという気持ちがない場合、対応してくれる機関がない。また、対応できる専門家は誰か？どこにいるのか？機関や役所の部署がきちんとあって、対応できる人数が足りているとは思えない。相談しても、他機関へまわされたり、ぱっとしない対応をされたり。

- ・関係機関の決裁者と実務担当者が各々共通の対応方法や流れについてコンセンサスを得ておく。もしくは、機関同士が協定を締結する。三鷹市子ども家庭支援ネットワークの規則・条例を改定し、システム化する（児童・障がい・高齢）

付表2

所属	Q11 自由記述
教育機関	<ul style="list-style-type: none"> ・今までということであれば、教職員の方が学校内の規範を作れずにいるとき、先生のメンタルを支えたり、学校の補助をするのか、無理せず休暇をとるなどしてもらえるよう、あえて補助しないのかで悩んだことが何度もありました。このあたりについて、校長先生がリーダーシップをとっていただけるとやりやすく、全任されてしまうととても難航するものだと考えています。 ・日本人の特性に相談をするということはマイナスイメージを持っているように思います。気軽に相談するという気持ちを持っていただくには、...といつも思っています。 ・自分自身が精神科での勤務経験が長いし、社会的資源の利用に積極的なほうだと思うので、特に困ることはありません。 ・相談機関に繋ぐためには、結局、今関わっている人との信頼関係の中で勧めていく方法しかないように感じる。外部からのアプローチが必要な状況もあると感じているが、その基準が、外部機関と学校では差があると思う。 ・発達の面ではなく、心理的な側面でケアが必要な子どもをリファーする先が少ない。
行政	<ul style="list-style-type: none"> ・個の支援は、個に任せられ、制度・業務の改正についても、個が伝えるため、個人攻撃を受けた。 ・自身が攻撃の対象になったこともあり、とても辛い思いをして、今でも忘れられない。 ・各相談機関の役割が時々不明確になることがある。ケースの連携をお願いしたい部分があっても、断られてしまう場合もあるので、連携が難しい。 ・重度の精神障害（多重人格等）の対応方法がわからなかったり、経験不足のため、支援する側が対処に困ることがある。 ・相談・事務量が多いため、決まった時間内で解決できず、ストレスがたまる。処遇困難ケースが多いが、対応できるスペシャリストが少ない。 ・どの機関も慢性的に繁忙で、時間をかけた対応が難しい。困難ケースかつ、訴えがない場合ほど、そのままになってしまう。精神保健については、例えば、統合前の保健所や高齢介護の分野での地域包括センターに当たるような、アウトリーチを基本とする機関の充実が必要と思われる。 ・病識がない人に対する通院その他の治療・訓練へのアプローチ。 ・支援スキルなど、知識やノウハウの研修等がたくさんあるが、それに参加する時間が作れない。 ・市の精神保健業務（市行政）の人員不足、手薄さ。
民生委員	<ul style="list-style-type: none"> ・支援対象者からの電話で緊急対応があるが、疲れ果てることもある。しかし、相手との信頼関係ができていると感じる時は、大きな喜びでもある。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者の方からの相談はなかなかない。行政からもほとんどないので、そのあたり連携がとれると良いと思う。 ・ 通院している人が一番扱いに苦労している。 ・ 三鷹市が貴法人へこのような調査依頼を行う目的がわからない。平面的な内容のアンケートで事の本質がわかるとは思わない。アウトソーシングせず、三鷹市自身で汗をかいて欲しい。 ・ 見守りはしているが、専門職ではないので、機関へ繋いだ後は、そちらにお任せしている。 ・ 家族が飲酒などによって暴力を受けることがあるので、訪問をためらうこともある。 ・ 訪問しても、扉を開けない。集団生活による訓練が必要では？ ・ 土・日・祝日等で問題発生の時（各機関の窓口が休みなので） ・ 本人からSOSの発信がない、あるいは、一方的に話され、聞く耳をもたれないことで、こちらの訪問する機会が持ちにくい。 ・ 接し方が難しい。 ・ 時間かまわず電話をかけてくる、長々と話続ける、対象者の近隣に迷惑をかけ消防署・警察署等に出動してもらった。何度も要請したため、徐々に見放された感じがあった。 ・ メンタルな問題があると思われる人や家族があっても、相談がない場合、どのように訪ねたり、話をしてもよいのかわからない。事件性や問題が起こらない場合は、見守りだけでよいのかと気にかかっている。 ・ 認知症の母親の介護もせず、生活能力も乏しい息子（60歳くらい）が、母親と2人きりで暮らしている。少しずつ指導している最中。 ・ 近隣トラブルで、関係機関に繋がったが、解決策がなく、健常者側が対策を立て、見守ることに。時間を稼ぐことで対象者の家族が引越したり、警察沙汰になり入院したりして終わった。 ・ 生活保護の方の情報だけ分かる状態。民生委員なので、情報が欲しい。 ・ 引きこもりの対応が難しい。 ・ 居留守が多く、直接会えないことが多い。本人に会えないと、具体的な支援のためのアプローチができない。
<p style="text-align: center;">包括 介護</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対応の仕方に迷うことが多い。 ・ 精神科疾患の可能性のある方が医療機関につながらない。つながったとしても、そのあとのフォローが十分ではない（受診経過が長い方は、医療サービスに繋がっている方も多いが、1回受診してそのあとが...）。 ・ 高齢者のアルコール問題にどう関わったら良いのか。飲み続けている状態の方に介護保険サービスを入れることは必要なことと言えるのか？例えば、生活支援。お酒は買ったりしないまでも、生活が乱れているのはお酒のせい。でも高齢で、歩行状態などADLが落ちてきている方など、何もしなくて良いのか...気が付くと、イネイブラーになっているかもと。 ・ ひきこもり：介護サービスは入れているが、診断がついていず、精神科の受診ができない。日々見守りで生命維持が目標。アルコール依存：アルコールを飲まない環境を介護保険だけでは難しさを感じている。

- ・対応方法がきちんと確立できずに、その方のペースに巻き込まれてしまう。専門的な知識不足もあり、対応方法が見出せない。身近で相談や連携ができる機関を知らないために、支援者自身が抱え込んでしまう。
- ・行政の縦割り対応で、連携がとりにくい。
- ・精神の方への関わり方と相談機関へ繋ぐ方法があれば、対応がよりよいものになったであろうと考えるケースがある。
- ・精神疾患を疑うご家族への対応は非常に難しいと感じています。家族関係の調整、医療受診への判断、など。高齢者を担当する機関での相談業務の中で、どこまでを対象とすべきか...本来は関係機関と共に役割分担を考え、働きかけていくべき方もいるかもしれません。もちろん日々連携は意識しておりますが...
- ・認知症の介護者が精神疾患の方であると、家族の中でキーパーソンを探すのが困難。包括支援センターに相談しても、対応力に違いがあるため、関係者の中で対応することもある。障害福祉課にもう少し積極的な関わりを持って欲しい。
- ・個人ごとでどこまで立ち入りできるか、個人情報にも関わるので悩むことがある。
- ・対象者だけでなく、支援者のメンタルヘルスについて、十分なかわりが持てず、仕事を途中でできなくなることもある。
- ・強迫神経症の方、精神科通院介助依頼あり。時間の確認等の皿が入り、その後5回同じ内容の確認が入り、電話攻めに遭い、事務所内で対応に苦慮することあり。
- ・利用者家族が主への対応が悪く、状態が悪化してしまった。
- ・対象者の家族で一杯一杯になっているが、しっかりと相談する対象がいなく、溜め込んでしまい、病みかけている。
- ・排泄物が沢山ついたままの下着を床に脱ぎっぱなしにすること。ごみの分類、ごみ出しが全くできない。掃除もしないので、週一のケアでは汚れがひどくなる。支給されたお金の管理ができず、決められたものを買わない。「自立できない」実態を少しでも改善したいと毎回励ましながら声かけをしているが積み上げ不可。
- ・本人や家族が精神疾患を抱えていても、どこにもつながっていないケースがあり、対応に苦慮している。特にボーダーラインの方は保健所でも、関わらないこともあり、どうすればよいのか悩む。
- ・家族の状態によって、支援がスムーズに進まない場合がある。家族の無理解、意思疎通の困難や社会生活が送れていない、など。処遇困難ケースを検討する中では、その原因に、未治療の精神疾患があるのでは、という話題も出る。また、未治療の精神疾患であっても、それに対応した支援サービスが少ない。本人や家族にその気がないと、治療に至らない。
- ・繋ぐ機関が不明確。システム化されていない。関係機関の担当者の見識力ややる気度につながるかどうか決まる傾向もある。

2. 聞き取り調査

(1) 市内聞き取り調査

前項のアンケート調査を補完する目的で、アンケート調査を依頼した各部署を中心に、責任者への聞き取り調査を依頼した。その中で了解を頂いた13部署に対して、平成22年12月から平成23年2月にかけて聞き取り調査を実施した（対象については下図参照）。

聞き取り調査では、各部署に寄せられるメンタルな相談についての詳細や、その対応等で苦慮していること、今後の期待などを話して頂いた。各部署の概要や聞き取り内容は以下の通りである。

No	所属機関	部署	調査協力者	実施日
1	三鷹市	健康福祉部地域福祉課	藤井氏（保健師） 菅谷氏（保健師）	H22.12.3
2		健康福祉部生活福祉課	中尾氏（ケースワーカー） 村中氏（ケースワーカー）	H22.12.17
3		健康福祉部高齢者支援課	西森氏（高齢者相談係係長） 柳川氏（相談員）	H23.2.9
4		子ども政策部子ども育成課	田代氏（母子自立支援員・婦人相談員）	H22.12.13
5		子ども政策部子ども育成課 子ども家庭支援センター	樋口氏（相談員）	H22.12.14
6		教育センター（三鷹市教育委員会教育部）	田辺氏（総合教育相談室スクールソーシャルワーカー）	H22.1.19
7		総合保健センター（健康福祉部健康推進課）	斉藤氏（保健師）	H22.12.13
8	三鷹市民生委員		星野氏（障がい者部会長）	H23.1.8
9	介護サービス事業	包括支援センター	どんぐり山地域包括支援センター 香川氏（主任介護支援専門員）	H23.1.24
10			けやき苑地域包括支援センター 宮下氏（社会福祉士）	H23.1.28
11		訪問介護事業所 （株式会社三鷹ナース・ヘルパーセンター）	塚本氏（所長・介護福祉士） 加藤氏（サービス提供責任者・介護福祉士）	H22.12.10
12	その他	三鷹警察署	森氏（防犯係統括係長）	H23.1.13
13		三鷹消防署	原島氏（警防課救急係長・消防指令）	H23.1.31

1) 三鷹市健康福祉部地域福祉課

社会福祉関係団体の運営指導、民生・児童委員、障がい者福祉サービスの総合相談、障がい者のショートステイ・緊急一時保護、障がい者福祉施設の運営、心身障がい者福祉手当に関することなどを行っている。課内に三係あり、障がい者相談係には事務職の他、4名のケースワーカーと2名の保健師が配置されている。

① 相談内容の現状

- ・保健師は、メンタルヘルスの一般相談窓口の役割を担う目的で配置されている。他の部署からも、メンタルヘルスの問題が少しでも関連していると思われるケースは相談にあがってくることも多い。手帳等諸手続きのときに窓口を知って、その後相談に来る方や、電話での相談等を行っている。
- ・関係機関からは日々相談の連絡が入り、様々な機関と連絡を取り合っている。精神科病院のケースワーカーや保健センター、地域包括支援センター等と頻りに連絡を取り合っている。
- ・生活福祉課のケースワーカーとは情報のやり取りをすることが非常に多く、生活福祉課の持っている情報が役立つことも多い。また情報共有できていることで、一緒に訪問に行く場合にも動きやすい状況が作られている。しかし一方で、地区担当者によっては相談があがってこないところもあり、相談があるところとないところの差が大きい。
- ・児童相談所がこれまで対応してきたが、子どもが成長して18歳を超えたときなどに相談がまわってくる場合もある。
- ・窓口相談や電話相談には、話を聞き、受け止めるように意識している。ケース内容によっては、他の関係部署に状況を伝えて協力を求めたりしている。始めから他の部署へと誘導するようなことはしないようにしている。
- ・ケースの中で、過去の経歴（飛び降りや大量服薬等）などでリスクが高いと感じる場合には、一度お会いしておいたほうが良いと判断して訪問活動をしている。
- ・事例検討会などに参加し、スーパービジョンを受けられる体制はある。関わっているケースの全体図がつかめたり、対応のイメージがつきやすくなったりしている。

② メンタルヘルスの相談で困ったこと

- ・事務処理に追われている中で、相談をしっかりと受け入れられる体制が整っていない。より良い環境の中で対応できるようにしていきたいが、電話対応さえ落ち着いてできる状況が整っていない。メンタルヘルスの一般相談を受ける目的で配置されているが、十分に相談や訪問活動ができていない。また、今後どのような業務が割り当てられてくるのか、現在の保健師2名の体制でどうなっていくのか不安を感じる。本来は一番重要な「相談を受ける時間」が削られていってしまうのではないかと心配がある。他市と情報交換した際にも、類似した状況を抱えておりケースワークができていないことが問題点として挙がっていた。
- ・他の部署で関わっていたケースで子供の虐待や薬物などで取り上げられており、自殺未

遂や既遂に至ってしまったケースがあった。その時には精神の相談としてはあがってき
ていなかったが、そのような視点もふまえながら考えていけたら、何らかのサポートが
できた可能性もある。もう少し精神の課題として捉えて対応できたら良かったのもし
れない。

- ・行政組織として、総合保健センターと地域福祉課の線引きの仕方が課題だと感じている。
例えば、小さい子供がいる家庭で、親がメンタルヘルスの問題を抱えている場合にどの
ように捉えていくのか。子供を育てる家庭環境として家族をトータルの観点で考えていかな
ければならない状況がある。その中で、精神単体のサービスではなく、子供関係のサー
ビス利用も含め様々なサービスを考えていかなければならないために保健センターの
ケースとなっている。しかし、子供が成長してきた時にどうするのか、上手く協力でき
たら良いと思うが役割分担が難しい。
- ・子供のケースでは、年齢でその人の人生が区切られるわけではないため、人生全体をみ
ていくようにということはよく議論されている。しかし、現在の制度が結局年齢で区切
られてしまう形になっているため、年齢がくると同時に支援する機関が変わり、その時
に良い関係がスムーズにできるのか、引継ぎが上手くできるのか等の課題がある。18 歳
を過ぎて、それ以降はどこへ行ったら良いのかわからない状況にならないようにしてい
きたいと思うが、難しい課題である。
- ・三鷹市のメンタルヘルスの相談窓口の役割を担う仕組みが必要だと考えていても、現状
ではうまく体制が作れていない。一つの部署ですべてのケースをカバーすることはで
きないため、チームを作り連携する必要があることはわかるが、実際中核の部署がど
こになるのか、キーパーソンがどこになるのかという課題が大きい。

③ 今後望むこと

- ・保健師 2 名の支援体制の中で、三鷹市のメンタルヘルスの相談をカバーするのは限界が
ある。せめて落ち着いた環境の中で相談が受けられるようにしていきたい。そして、今
抱えているケースも、新しく入ってくるケースもきちんと丁寧に関れるような体制は
作っていきたい。そのため、業務の効率的な分配（事務処理に追われない体制作り）や
人手の充実（チームとして対応できる体制作り）が望まれる。柔軟に組織の体制を考
えていくことが必要である。相談支援事業所等、もっと他機関と協力していくことも重要
だと思っている。
- ・市職員が抱えているメンタルヘルスの問題もあるし、偏見を持っていることもあるため、
精神保健に関する理解を深めるための定期的な研修をしていったほうが良いと感じてい
る。
- ・各部署が集う連絡会等を実施し、メンタルヘルスに関する知識やうつ病の問題等につい
て、もっと理解を深めていければ良いと思っている。

2) 三鷹市生活福祉課

生活保護を必要とする世帯の生活の安定と自立のため、適正な保護の実施を行っている。受給者の多様な生活実態をケースワーカーが中心に把握し、関係機関と協力し、被保護者の相談・支援体制を図っている。

受給者は社会・経済状況に影響され、勤労収入の減少・喪失を保護開始理由とするケースがある一方で、傷病による者の増加傾向も見られる。世帯類型別では、傷病障がい者世帯 35%、高齢者世帯 40%、母子世帯 7%、その他 18%となっている。生活保護受給状況は、平成 22 年 4 月 1 日現在 2,335 世帯、3,092 人である。保護率は人口 1,000 人に対して三鷹市は 17.5 人である。

① 相談内容の現状

- ・2,335 世帯を、生活福祉課ケースワーカー22 人で担当している。
- ・最近では、新規申請の方が月に 40 件前後相談に来ている。
- ・一人のケースワーカーが 110～120 前後のケースを担当。
- ・最近是不景気の影響もあり、20 代や 30 代の方の申請者（障害の有無に関わらず）が増えている。
- ・担当地域によっては、担当ケースの中で精神的な問題を抱えている人の割合が、およそ 3 割程度いる。医療機関にかかっている方は多いが、一方で既存の福祉的サービス（作業所等）を利用していない方もいる。
- ・統合失調症以外にも、うつ病やパニック障害、不眠症が多い。アルコール病棟を持つ精神科病院が市内に 2 か所あるので、地域によってはアルコール依存症の方を担当することが多くなる。
- ・現在は、退院促進支援員、精神保健相談支援員、就労支援相談員、子ども若者支援事業等、担当ケースワーカー自身が相談できる専門職や事業は増えたが、担当ケースが増えたこともあって細かいケースワークが行き届かない。
- ・家族の繋がりが少ない人ほど、担当ケースワーカーが大変になっている。
- ・課内に精神保健福祉士が配属されており、各担当ケースワーカーからの処遇困難なケースが精神保健福祉士に集まっている。
- ・精神疾患の方については、措置入院などにより、かなり遅い段階になってから生活福祉課が関わることもある。
- ・訪問計画に基づき訪問している。
- ・もともと家族の援助が受けられない方が対象になることが多いので、問題が顕在化してから生活福祉課が関わりはじめることがある。

② メンタルヘルスの相談で困ったこと

- ・リストカットを頻繁にする方

何かの SOS かもしれないが、本人だけでなく、家族問題などで複雑になっているために、関わっていくことが難しい。

- ・自室にこもってしまっていて福祉的なサービスを受け入れてくれない方
身体的な問題もあり、居宅サービスの情報提供をしても本人がサービスを受けることを拒んでいる。
- ・アルコール依存症
これまで担当したことがほとんどなかったので、どのように関わっていくかのノウハウをもっていない。
- ・送迎依頼が医療機関からあった方
その時通院していた医療機関の薬の処方が本人の希望と合わず、通院先を変えた。担当ケースワーカーからも精神科病院に相談していた時に、路上で転倒し頭を打ち、外科病院に搬送。家族と連絡が取れないとのことで、担当ケースワーカーに連絡が入り、医療機関から迎えに来てほしいと言われ、公用車で迎えに行った。
- ・定期訪問以外にも本人の生活様子を見守っていくために、アポなしで家庭訪問をすることがあるが、精神疾患の方のお部屋に訪問した時、不信がられた。こだわりがとても強い方で、事前に連絡がないと困ると言われたり、訪問回数や訪問月等について何度も確認された。
- ・精神疾患があり医療機関にはかかっているが、作業所などの既存の福祉サービスを使っていない方は、関わりが生活福祉課の職員だけなので心配になる。

③ 今後望むこと

- ・家族の繋がり
- ・保健所の保健師ともっと連携が取れるようになると良い。
- ・生活福祉課の職員よりも専門性のある人（保健師や精神保健福祉士）が身近にいて、家庭訪問等に一緒に行けたら良い。
- ・気軽に相談できて、臨機応変に動いてくれるような場所や人がいると良い。
- ・市内の他の関係部署とも、早い段階から連携が取れると良い。
- ・高齢者や障害者が参加できるような市民的な活動（居場所作り）
- ・恒常的に専門職が配置されている仕組みがあると良い。
- ・人材養成についてはスキルアップの機会が少なく、他の部署から移動してきてすぐに対象者と関わらなければいけないので、早い時期に研修会があると良い。

3) 三鷹市高齢者支援課

高齢者を対象とした相談を受け付けている。介護保険以外のサービスや、特別養護老人ホームの申し込み窓口にもなっている。地域包括支援センターと連携しており、定期的な連絡会議のほか、一緒にケースの支援も行うこともある。5名の相談員が地区ごとに担当ケースを受け持っている。

① 相談内容の現状

高齢者支援課には、高齢者本人や地域包括支援センターから相談がくる。持ち込まれた

相談は、その内容に応じて必要なサービスを受けられる機関へ繋いでいく。

介護保険制度が始まって以降、地域包括支援センターが第一線となって支援を行うようになり、高齢者支援課には「一筋縄では行かないケース」の相談が主に来るようになった。その中にはメンタルヘルスの問題を抱えていると思われるケースもある。状態に応じて保健所や多摩総合精神保健福祉センターへ相談をしている。

- ・ 困り事相談

高齢者ご本人が直接窓口を訪れ、困っていることを相談していく。内容は様々であり、窓口で話をするだけの方から、本来ならケアマネージャーに相談すべきことを相談される方までいる。相談員は来談者の話を一通り聞き、困り事の解決に必要な機関へ繋いでいる。

- ・ メンタルヘルスの相談

周囲から高齢者ということで紹介されてきたケースに、メンタルヘルスの問題が絡んでいることがある。それはご本人だけでなく、家族が抱えていることもある。はっきりとメンタルヘルスの問題とわかる場合は個々の状況に応じた相談先を検討するが、診断名がついていない方や陰性症状のみ残っている方だと、性格の偏りなのか精神症状なのか判断に困ることもある。

関係機関との情報共有や、相談員が直接関わって得た情報を探って判断していくが、妄想や幻聴など症状が活発でないと判別は難しい。そのため、生活場面での困難さに注目し、そこに対する支援という形でサービス提供機関に繋げている。

② メンタルヘルスの相談で困ったこと

高齢者支援課では、対応に難しさを感じるケースもあるが、現存の社会資源と連携を駆使して何とか対応している。問題の大小問わず課内で相談ができており、加えて相談員も「ケース対応は“簡単でない”ことが普通」との心構えを持っている。「対応」より、むしろ「判断」に困難を感じることもある。

- ・ 見極め

先述の通り、メンタルヘルスの問題を疑われるケースにどのように対応するか、どこに相談をしていくかを相談員が判断しなくてはならない場合もある。担当の包括支援センターと一緒に訪問し、相談員が直接会って確認をするが、診断名のついていない方や、はっきりとした陽性症状が現われていない方については悩むケースもある。

- ・ 関係作りと橋渡し

ケースの中には、簡単に次の機関に繋がられないものもある。高齢者支援課の相談員との関係作りにも苦労したケースは、関係ができた後、どの段階で次の機関へ繋げるのか悩むところで、特に本人の症状や生活での緊急性が感じられない場合はなかなか難しい。生活の中での困り事への焦点化が、複雑な問題への対応の鍵となっている。

③ 今後望むこと

現在も既存の制度・仕組みの中でうまく対応できてはいるが、もちろん課内だけではやっていけない。

地域包括支援センターが第一線で対応していてうまく連携が取れていることが、ケースへの対応の大変さを軽減している。また、高齢者支援課内でのケース相談に加えて他機関への相談が習慣化していることが支援者の負担を減らしているため、この仕組みを継続していきたい。

4) 三鷹市子ども政策部子ども育成課

保育園、認定こども園、子ども家庭支援センターに関すること、ひとり親・母子家庭支援などを行っている。その中で、離婚やドメスティック・バイオレンス（以下DV）に関する支援を行っている。

① 相談内容の現状

- ・相談員は、婦人相談員、就労を担当する相談員、母子自立支援施設の入所の担当をする相談員がいる。婦人相談員は母子自立支援員の役割を持ち、母子家庭の母親とDVを受けた方の相談を受けている。
- ・基本的には子どもの相談は受けていない。子ども家庭支援センターが担当するという役割分担があり、相談を受けるのは母親が中心となっている。年齢層は高く、30代後半からの方が多く、20代の方はほとんどいない。
- ・父親からの相談はなく、DVでも子どもを連れて逃げ出してきた母親が対象となっている。父子家庭も相談自体がない。
- ・相談内容は、母子家庭の殆どが貸付の相談（子どもの学費の貸付の相談）である。母子でない方の相談では、離婚相談が圧倒的に多い。
- ・離婚相談では、利用できるサービスや手当について、離婚で揉めそうな場合はどうしたらよいか、協議離婚や調停離婚などのやり方、弁護士をどこで探せば良いかという相談が多い。また、直接弁護士の紹介はしないが、女性の方が良いか、DVに詳しい方が良いか等、内容によって繋げている。
- ・DVの相談では、一番緊迫している方には相手から逃げるのかどうかを検討し、母子寮はあまり使わず、一般のアパートを利用して支援している。その後、市外に逃げられた方のケアも行っている。
- ・相談に来る方の中に、精神的な不安定さやメンタルヘルスの問題がある方はかなりいる。すでに通院している方も多く、離婚するかしないかで家庭内がごたごたしているような状況で自分は通院している方や、DVの方だと通院まではいかなくとも疑わしい方はいる。
- ・貸し付けの相談くらいではメンタルヘルスの問題に関してはほとんど分からないが、離婚相談やDVの相談の方の中にはかなり多いと感じる。
- ・DVのケースのうち、メンタルヘルスの問題の程度は様々である。いわゆる統合失調症や人格障害は殆どいないが、うつっぽかったりPTSDが多く、大半がクリニックで少し薬をもらえないかという程度の方が多い。ここは本人が希望して相談に来るところの

ため、保健センターのように本人が望む前に声かけがあるところとは違いがあるのではないかと考えられる。

- ・本人から「眠れない」などと、「精神的に病んでいると思う」というような話をしてくることもある。
- ・自殺未遂や既遂は、担当したケースの中ではない。

② メンタルヘルスの相談で困ったこと

- ・相談に来ている方の中で、精神的に不安定であったりメンタルヘルスの問題がある方に対しては、基本的には保健センターに繋がっている。その場合は、子どもが学童期以前であり、子育ての問題も含めてカウンセリング等をやってもらっている。
- ・相談をしている中で、病院へ行った方が良いという話になった時には、地域の保健師に入ってもらい、行きやすいところや本人に合うところで通院先を紹介してもらうことは多い。また、受診を勧める際にも入ってもらっている。
- ・現状で医療に繋がった方が良いのか、カウンセリングで良いのかは分からないため、その判断も含め保健センターや「女性のためのこころの相談」に繋がっている。
- ・離婚調停中は母親が不安定になりやすいため、裁判所に同伴したり、裁判の途中の話を知りたりはしているが、自分がその時に住んでいる地域の近くで相談ができるところがない。民生委員にも手続きの支援を依頼することもあるが、あまり利用していない。

③ 今後望むこと

- ・離婚調停中の支援体制として、調停中に母親は不安定になりやすいため、その中で支えられる人が必要である。一緒に仕事探しをしたり、パーソナルサポーターとして精神的な支えになるような制度があると良いと思う。また、わざわざ相談に来るのではなく、自分の住んでいる地域で、近いところで相談ができると良いと思う。
- ・母子になれない間はサービスを受けられず、厳しい状況となっている。調停をしていらずと母子にはなれず、理由がある方は一部受けられるようなものはできてきたが、母子としてのサービスは受けられない。その間の精神的な支えになるような制度があると良い。
- ・医療が必要なら医療の支援をしてくれる人、カウンセリングが必要ならカウンセリングの支援をしてくれるところはあるにはあるが、十分とは言えない状態である。
- ・初めてサービスを利用する方にとっては敷居が高くて、利用したがらない方も多いため、負担が少ない繋ぎ方を考えるなど、一工夫が必要と感じる。

5) 三鷹市子ども家庭支援センター

0歳から18歳未満の子どもやその家庭、および出産後の養育について出産前から支援が特に必要と認められる妊産婦などを対象として、子育てに関するあらゆる相談や一時保育、ショートステイなど在宅サービスの提供を行っている。当センターが行う事業の中でもっとも重要な事業の1つに要支援家庭へのサポート事業があり、虐待の未然防止や早期発

見・早期対応に努めている。

① 相談内容の現状

当センターに寄せられる相談件数は年間400件にのぼっている。その内容は子育てに関する相談や養育が困難な家庭に関する相談、虐待に関する相談など様々で、家族や地域住民、関係機関などから寄せられている。

平成21年度に寄せられた相談件数のうち、虐待に関する相談は約60件であった。それまでは年間約100件で推移していたため大幅な減少となっている。その反面、養育が困難な家庭に関する相談は増加した。

虐待を未然に防止するためには、虐待に至る前に関わりを持つことが大切である。虐待に至るリスクは、育児不安や保護者の傷病・障がい、若年での出産、地域からの孤立などさまざまにあり、関わりを持たないでいると虐待に至る危険性が高くなっていく。そのため、子どもに関わる機関はそのリスクに気付くことが重要となる。

虐待相談が前年度より減少し、逆に養育が困難な家庭に関する相談が増加したことは、虐待に至る前に関わりを持つことができたことにより、虐待を未然に防止できたからと考えている。それは地域住民の虐待への関心の高まりとともに、ネットワークの機能が充実してきたことによるところが大きい。

② 支援について

当センターのみで要支援家庭を支援することは難しい。三鷹市では、子どもに関わる30の機関からなる要保護児童対策地域協議会（子ども家庭支援ネットワーク）が設置されている。虐待や養育が困難な家庭の背景には多様な問題が横たわっているため、さまざまな機関の支援が必要である。そのため、各機関の情報を集約し、ニーズの把握や支援目標の統一、支援内容の評価を行ない、また各機関の役割分担を調整していく必要がある。当センターはその調整機関としても位置づけられており、各機関と連携して適切な支援を行うようにしている。

6) 三鷹市教育委員会教育部学務課 総合教育相談室

「教育センター」内にあり、総合教育相談室を受付として教育相談を行っている。総合教育相談室は、経験の豊富な教諭や臨床心理士などによる教育相談・就学相談、専門医による精神や発達に関する相談の他、スクールカウンセラー、学習指導員らの派遣事業も行っている。

三鷹市の公立学校は全22校（小学校15校、中学校7校）。スクールカウンセラーは、中学校は週1回、小学校は週2回（そのうち2校は都のカウンセラーも入っているため週3回）。スクールソーシャルワーカー配属は平成20年7月から。

① 相談内容の現状

・主に学校からの依頼で、家庭支援が必要であるものの保護者との連携が困難なケースが挙がってくることが多い。中学校では非行傾向の相談もある。

保護者との共通理解が困難である場合は、まずは本人たちの困っているところについて話し合うことから信頼関係を築いていくようにしている。学校と教育委員会だけの支援で解決が困難な場合は、福祉等の機関と連携して支援を行っている。

- ・医療にかかる必要のある場合は、教育相談室内で行っている「こころとからだの発達相談」（小児科と精神科各々月1回）を勧めることがある。
- ・家族支援が必要なケースについては、ほとんどが子ども家庭支援センターか生活福祉課が関わっている。保護者に精神疾患が疑われるにもかかわらず未受診の場合は多摩府中保健所の保健師にチームに入ってもらおう。
- ・学校内での相談を進めるために、教員対象の研修会などで伝えたり、スクールカウンセラーに入ってもらって、学校が組織として動けるようにしている。教員が声を挙げているがどこに繋いでいいかわからない場合に、お手伝いをするようにしている。
- ・まずはスクールカウンセラーと教育支援コーディネーターが学校の中をうまくまとめ、外に繋ぐ時にスクールソーシャルワーカーが少し入るといった方がいいのではないかと考えている。

② メンタルヘルスの相談で困ったこと

- ・常に“教育”という側面からアプローチする立場なので、子どもよりも保護者自身に課題がある時は慎重に対応している。
- ・一方的な見方や考え方をする保護者との相談では誤解が生じることも多いため、なるべく支援者側も皆で情報を共有するように心がけている。
- ・自殺についてはここ5年で実際にあったという記憶はないが、大量服薬、リストカットはある。重大でないからといって見過ごすのではなく、“何かおかしいな”ということを見逃さないようにする。学校の教員の意識を高める等、見えないケースの掘り起こしが必要と考えている。

③ 今後望むこと

- ・人員の配置（現在、週4日非常勤勤務）。今の状態で目の行き届かないところにもっと行き届くようになればと思っている。余裕ができれば学校に何度も足を運ぶことができ、足を運ばば運ぶほど「実は…」などと教職員が打ち解けてくれ、ケースの掘り起こしにつながる。

7) 三鷹市総合保健センター（健康福祉部健康推進課）

妊産婦から乳幼児、成人、高齢者にいたるまで市民の健康を守る拠点施設として活動を展開している。また、精神保健福祉相談の一般相談や定期的な精神保健福祉の専門相談なども行っている。

① 精神内容の現状

- ・個別相談の約8～9割を母子保健に関することである。その中で母親のメンタルヘルスの対応を行っている。保健師の個別支援全体の約3割はメンタルヘルスに関することに対

応している。

- ・平成 15 年度に、保健所から市に一般精神保健福祉相談業務が移管された。一般精神保健福祉相談の内容も曖昧な点があり、保健所と市の役割分担も不明確で、同時に保健所の統廃合で保健所の場所が遠くなった経過もあり、市で対応するのは困難なケースが多かった。
- ・平成 21 年度から地域福祉課に保健師が 2 名配置され、保健センターで対応していた一般精神保健福祉相談や自他共に認める精神障がいについては地域福祉課が担当している。一方で保健センターの役割について整理しきれていない点があるので、お互いの役割分担が課題と思われる。
また、こころの健康づくりで市民のメンタルヘルスをどう捉えるのかという点も課題である。
- ・母子がらみのメンタルヘルス相談は受けてはいるが、どの時点まで保健センターで対応する必要があるのか。引き渡しの時期の問題が出てくる。虐待や育児能力・育児不安のリスクから母子共に見るが、子どもがある程度大きくなって虐待のリスクも減り見守りを続ける段階で、母親の精神疾患を中心に見ていく場合は地域福祉課に渡しても良い場合もあると思う。ただし、個別性もあり一概には判断できない。
- ・具体的なケースへの入り方で多いのは、母子保健の相談で「新生児期の産後うつ」をきっかけに母親のメンタルヘルスに入っていく。診断がついているかいないかは別として、うつ病、パニック障害、人格障害、不登校、拒食症、虐待などがあるが、社会的不適応や人格障害系が増加している。診断がついていないが、明らかに症状としては精神疾患だろうと思われる方に対応することも多い。病気に気づいている母親もいるし、子供が生まれたが子どもが可愛く思えないなどと子育てに悩む中で、母親自身が親に愛されなかったことやきちんと育ててもらえなかったと気づくケースもある。
- ・だんだんメンタルヘルスの問題を紐解くことができるようになってきて、治療に繋ぐ方や相談で終わる方など様々であるが、その中で精神保健と母子保健は切り離せないと思っている。

② メンタルヘルスの相談で困ったこと

- ・子どもが生まれてから、まずは新生児訪問で 90 日までには訪問する。最初は助産師が訪問することが多いが、そこで母親が気になった場合などは情報提供するしくみになっていて、その後は保健師が継続相談している。その中の約 3 割がメンタルヘルスに問題がある。
その後子どもの 1 歳 6 か月児健診・3 歳児健診があり、そこで育児不安が強かったり、家族の問題で悩んでいたりしている母親にも訪問や個別相談を実施している。また週 1 回の母親たちのグループを紹介し、子育ての悩みや自分の気持ちなどを共有することで、育児不安の軽減や虐待予防のひとつになっている。
- ・治療（精神科受診）は敷居が高い。理由は薬を飲むと母乳をやめなくてはならない。ま

た、子ども同伴で受診できないので、子どもの世話を誰がするのか、時間の確保ができないなど、精神科の受診自体に行けないということがあり、受診をした方が良いと思いつつも、なかなか受診行動まで行かない。その中で育児と一緒に考え、いろいろなサービスを使いながら見守っている割合も多い。

- ・母に精神の問題があることが子供への虐待のハイリスクと言われており、母への介入は虐待防止に繋がる。その点に母親自身が気づいていない場合もあり、気づいてもらうための作業に苦慮している。

- ・他機関との連携、相談先として、昔は保健所だったと思うが今はなかなか保健所のバックアップも得られない。また市内に精神科が少なく、母子保健に強い精神科の先生もあまりいないなど、相談できる場所自体が少ない。

そのため、保健センターの組織内では、保健師が母親相談担当の心理職と連携し対応しているが、相談日も限られていて十分ではない。

組織外だと、月 1 回の保健所の精神相談を使っているが、なかなかタイムリーに利用するのが難しい。

- ・うつ病や統合失調症など、診断がついて治療をしている場合はともかく、通院歴もないが何か変だなどという方は、昔に不登校であったり、いじめられていたり、ネグレクト（虐待）で育ったりという背景がある。

その中で保健師や心理職が、精神科のサポートが必要だと感じた場合に、どこにそれを求めるかというのは難しい。こちらが相談することができて、母親をいったん受け止めてくれる医師がいると支援しやすい。最近の子育て事情が理解できて母親に寄り添うことができれば、精神科にこだわらず小児科や内科等でも、地域の資源として相談できる部分もあるように思う。地域のネットワークも大事である。

- ・母親支援は子育て支援であり、子ども家庭支援センターと連携しながら対応することが多く、従来の精神保健とは違うネットワークの中で対応していて、既存のネットワークに結び付くことが非常に少ない状態である。

- ・子ども家庭支援センターとの連携の中では、保健センターでは子どもが主に小学校に入る前までが対象で、それ以降は子ども家庭支援センターへ引き継ぐこともある。また、就学期に入っても母親のフォローはしているが、優先度はどうしても下がってしまう。母親からのSOSがあれば良いが、ある程度子育てが終わり育児の負担が軽減してくると、保健センターから提供できるサービスが少ないこともあり関わりが減ってくる。

- ・子どもの発達障害に関しては、北野ハピネスセンターと連携しながらやっているが、母親の精神的な支援までは十分にできていない。

- ・「地域福祉課というと統合失調症」というイメージ、スティグマがあり、それは保健師の中にもあると思う。今は線引きではくれない方たち、診断はついていないがこころの問題等で生きにくい方はたくさんいると思う。そんな市民に対しては保健センターが役割を担う必要があると思うが、市としての課題だと考える。

③ 今後望むこと

- ・医療サイドに、母子保健を理解できる精神科医師が必要である。
- ・保健師が系統的に精神保健を学ぶ場がない。全ての相談に（母子保健の困難な事例には必須）精神保健のベースが必要である。研修だけでは学べない部分もあるのではないか。定期的に事例を通して学べる、スーパービジョンや事例検討会（勉強会）があると良い。
- ・地域福祉課の保健師との連携について。お互い事務量が多く本来の相談や訪問に割ける時間がない。
- ・庁内のネットワークが課題
- ・自殺対策について特化した対策を立てる必要はないと思っている。やるとすれば、広い意味で「こころの健康づくり」をやることには意味がある。こころの健康の問題は市民も持っているため、生活習慣も大事だが、それと同じくらい大事だと思う。それは健康づくりの部分に入ると思う。健康福祉総合計画のひとつとして平成23年度に健康づくり計画の策定をするので、その中で大切なキーワードとして検討していきたい。

8) 三鷹民生委員

民生委員は、それぞれの地域において、常に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行い、社会福祉の増進に努め、児童委員を兼ねている。児童委員は、地域の子ども達が元気に安心して暮らせるように、子ども達を見守り、子育ての不安や妊娠中の心配事の相談・支援を行う。一部の児童委員は、児童に関することを専門的に行う、主任児童委員の指名を受けている。

① 相談内容の現状

- ・子どもや高齢者、障害者、生活保護の人達への支援を行う。具体的には、生活保護の受給者、登校を渋る子ども、精神障害者、アルコール依存症者への支援を行う。近所の人からの紹介や市役所からの紹介で支援を開始し、訪問相談や、生命に関わる病状の時には病院への付き添いなども行う。訪問しても会えない時には、手紙を残して、信頼関係を築く。
- ・以前は生活保護世帯が多かったが、最近は障害者の方の相談が多くなってきた。生活保護世帯の中でも7、8人は、精神障害じゃないかと思うケースがある。
- ・都営住宅の家賃が払えなかったケースでは、民生委員が生活保護を勧め、本人と娘が市役所に行き、生活保護となった。
- ・「殺虫剤が家中に撒かれている」ということで関わったケースでは、保健所に付き添い、精神科の医師との面接を一緒に受ける。最近も「人が信じられない」というので、夕食後に訪問し、相談を行ったりしている。
- ・自殺するという予告があり相談に行ってほしいと頼まれたケースで、家庭訪問を行った。当日は本人には会えなかったが、消防のレスキュー隊が行くと、ベランダで隠れていた。次の日に家庭訪問をした際には、男性を家に連れ込んでいた。ステテコをはいたり、性

的な発言が見られたりと変わった様子であった。その後、精神科へ入院した。

- ・一人暮らしの高齢者の方が具合悪くなったケースでは、救急車を呼び一緒に病院へ行った。入院をさせて、着替えを取りに行き、洗濯をした。病院から連絡が入るため、洗濯ものを取りに行き、洗って持って行くことを続けた。最終的には、老人ホームで亡くなられた。
- ・夜に近隣の住民からの連絡で高齢者の方の家を訪問したケースでは、認知症の奥さんが玄関先に出て来られて「主人は大丈夫です」と話したため、それ以上は家に入り込むこともできず、電話番号だけを置いてきた。翌日、市の高齢化対策室へ連絡して訪問して頂いたが、数日後に亡くなられたと連絡して下さった住民の方より聞いた。息子が精神障害者だったので、それが表に出ていたら救うことができたのではないかと思う。その後、奥さんは施設に、息子は兄のところに行ったらしい。
- ・暴力を振るうケースもある。生活保護家庭で、父親のところに息子が転がりこみ、口論になり息子が父親を殴ったということがあった。
- ・学校に行かない子どものケースでは、訪問をした際に母親が寝ていて、ダウン症の弟がいるから学校に行けないと話した。その後、民生委員と一緒に登校をした。母親の「産後うつ」と「ネグレクト」の問題と感じた。

② メンタルヘルスの相談で困ったこと

- ・精神障害の方に性的な発言をされたときに嫌な思いをした。その方は、後に精神科に入院することとなった。
- ・訪問をしても、相手が扉を開いてくれないと会うことができない。その際には、自分の連絡先を残す。苦しくて助けて欲しい時には連絡があるので、その場合は10分以内に訪問を行うようにしている。
- ・生活保護を受けながら仕事をしていた人が、それがバレると罪になると思い自殺をした。それがあったため、それ以降は少々の事でも相談してほしいと伝えるようになった。
- ・高齢者の家庭に介護保険のしおりに作って配った際に、「うちは生活保護家庭ではない」と怒られた。生活保護世帯にだけ配っているわけではないと説明するが、納得しなかった。
また、「昼寝をしていたのに起こされた。民生委員なんてくだらない」と叱られたこともあった。自分がどうしてこんなことをやっているんだろうと情けなく思うこともあるが、必要としてくれている人もいると思い、続けていける。
- ・学校に行かない子のケースで、家庭訪問をした後に一緒に学校へ行ったが、登校をしても先生から「よく来たな」の一言もない。そういった声かけがあれば、その子も喜んだらと思う。

③ 今後望むこと

- ・民生委員に入ってくる情報には限りがある。ケースワーカーが守秘義務のため情報を出してくれず、情報の共有が難しい。生活保護で精神障害のケースでは情報が入ってくる

が、それ以外の精神障害者のケースでは情報が入ってこない。そういった情報が入ってくれば、精神障害者を見守ることも可能となるだろう。

- ・地域のここにこういう人が居るというのを教えてくれれば、民生委員は動いて一緒に見ていくことができる。グループホームであっても、情報を共有できれば民生委員として動くし、動きやすい。
- ・児童委員として学校側との会議を行う際に、学校から出てくるのは校長や教頭などの管理職ばかりで、現場を知っている人が出てこない。問題のある子どもの場合には、担任の先生からも様子を聞きたい。市の担当ケースワーカーも現場を全て把握しているわけではない。
- ・民生委員のなり手がいない。また、仕事を持ちながら民生委員をする人もいるため、時間を取れない人もいる。
- ・日頃、地域でねむっている障害者の声を拾っていくために、地域の「こういうところに相談したらいい」という場所を広報していくことが必要じゃないかと思う。
- ・市役所で、仕事をしていない人について把握することができればと思う。

④ その他

- ・民生委員には、最初の年の研修に加え、現任者への研修も行われる。現任者への研修では、障害者や高齢者、同和問題、生活福祉支援がある。子どもの研修もあるが、主に主任児童委員が受ける。その研修の他に、希望者は都庁で年に1回開かれる研修を受けることもできる。
- ・子どもが働いていない場合等では、親が亡くなった後は1人で生きていかななくてはいけないので、1人で自立できるように育てていくことが重要だと思う。
- ・生活保護の人には、福祉だよりを年2回持って行き、その時に安否確認も行っている。相手が頼ってくれるまでは時間がかかる。頼られ過ぎるのも良くないが、うっかりすると自殺でもしてしまうんじゃないかとも思う。
- ・子どもが学校ではなく教育センターに喜んで行っている。自分が児童委員だからとはいえず、「学校へ行きなさい」とは言えない。

9) 社会福祉法人楽山会 どんぐり山地域包括支援センター

三鷹市内にある地域包括支援センター7つの中の1つである。どんぐり山地域包括支援センターは、三鷹市の委託事業として平成19年4月1日に開設した。担当地域は大沢1丁目～6丁目、野崎2丁目～4丁目である。

① 相談内容の現状

- ・メンタルヘルスの問題は、高齢者福祉の介護保険の業界・援助者の中では非常に弱いと言われている部分である。
- ・ケアマネージャーの勉強会を月に1回行い、事例検討を行っている。
- ・事例検討でよく持ち込まれるのは、

①本人が精神科に受診している

②介護している家族にメンタルの問題がある

③介護をする唯一のお子さんに精神障害がある

このような事例である。「どう支援していこうか？」という時に、私達だけでは当然答えは出ない。「どんなアプローチをしたらいいんだろうね？」と言いながら終わってしまうことがある。

- ・メンタルの問題が絡むケースに対しては、マニュアルのような答えはなく、その場その場の本人や家族が置かれた環境について多角的に情報を集めた上で、基本的には地域福祉課の保健師に協力を仰ぐパターンが多い。
- ・メンタルの問題があるからすぐに保健師に介入してもらうわけではない。アセスメントを実施し、いろいろと保健師にアドバイスをもらった上で動きたいということが非常に多い。
- ・事例の中には、家族の中で誰かがうつ病などメンタルの問題があるので支援が難しいケースも出てくることがある。
- ・支援者として、面接の際の言葉の使い方やちょっとした返答などを「あれで良かったんだろうか」「あの時ああやって聞いていればもうちょっと聞けたんじゃないか」などの反省を毎日するようにしている。
- ・他機関の担当者が変わる場合に、ケースに関する引き継ぎは行われていると推測はしているが、どの程度の関わりを持ってフォローしているのかは分からない。
- ・行政機関は、担当者が変わると、認知症のない高齢者への支援でも一からのスタートになる。「前の人はこういうことをしてくれた」といった話になると難しいが、それが行政だと思っている。
- ・ケアマネージャーが支援に入っていれば、毎月一回以上は訪問するので家族に会う。そこで家族からメンタルヘルスに関する困りごとの相談を受けた場合に、そこから先のアドバイスの仕方が私たちの業界では不徹底である。

② メンタルヘルスの相談で困ったこと

- ・高次脳機能障害を持つ若い方を支援しているケアマネージャーが、就労支援までも求められて、情報がなくて非常に困っていた。
- ・市役所の保健師さんに対応法を相談しても、すっきりしない返し方をされることがある。こちらは明らかに「それでいいのかな」と不安に思って相談しているが、「それでいいんじゃないですか」と返されると、「お墨付きを頂いた」というより「取り合ってもらえなかった」と感じてしまう。
- ・その利用者にとってはただ年月が経過しているだけで、その経過の中で担当が変わるというのも、違和感がある話だと考えている。
- ・家族は本当に困っているが、支援者側も「どこに繋げていいのか?」「ここが適切なのだろうか?」と悩んでいる。

事例を通して、いろいろな関係機関の方と連携を取りながら支援していくことで慣れていき、少しずつでも「あの事例の時はこうだったから、こういうところが相談に乗ってくれる」という最初の繋ぎどころの判断が見えてくると、かなり連携はスムーズになっていくだろうと思う。

- ・今は「十分に連携できている」という感覚は持っていない。
 - ・高齢者支援課の保健師さんしか、メンタルに関する事例を振れるところがない。
 - ・ゆー・あい（三鷹市障がい者自立支援センターゆー・あい）さんが関わるケースがあり、最近「ゆー・あいさんって何なんですか？」と生活保護のケースワーカーさんに聞いたばかりだった。名前だけは聞いていた。
 - ・役所は人事異動で一般職の方が回ってくることもあるので、専門職が一時的に不足し、相談しても制度の案内程度で終わってしまうと感ずることもある。
- また、メンタルヘルスの相談で困った事例については、以下の通りであった。

a) 本人(母・90歳)、娘(うつ病、パニック障害、クレーマー)、娘の夫(DV、精神科の入退院歴あり、引きこもり傾向)

1年半くらい担当して悩んだが、今となっては勉強になったケース。
市役所から担当を依頼された。

本人は穏やかな人だったが、問題だったのは娘さんが一つ一つのことに激しいクレームをつけてくる方だったこと。ケアマネージャーがごく短期間でクビになっていた。ヘルパー利用をされていた家だったが、日常会話で何となくやり取りをしたことにクレームを受けた。ヘルパーをクビにしないと私が死ぬと言われた。面と向かって「死ぬ」って言われたら、放っておけない状況であった。

おばあちゃんの支援を進めながら、娘さんに関しては保健所に相談することを当人と話し合った。

b) 本人(母・健康面良好)、息子(アルコール依存とうつ)

おばあちゃん本人はセルフケアができ、軽度で表情もにこやかで、デイサービスでも楽しんでいた。しかし、息子さんが電話をかけてきて「今から死にます、〇〇さん本当にお世話になりました。おふくろのことをよろしくお願いします。」と言って電話を切る。これは健康推進課とも相談して、「〇〇さんは行かなくていい」と言われた。しかし、行かなくていいとは分かっているが、やはり面と向かって電話で言われて、「本当にいいのか？」という思いになった。

1人暮らしをしていたおばあちゃんの都営住宅に転がり込んできた息子だったため、名義人であるおばあちゃんが亡くなり、部屋から出ざるを得なくなった。

c) 本人(母・軽度の認知症)、息子(アスペルガー症候群の疑い、意志表現が難しい)

そのおばあちゃんは軽い認知症だが、これから先認知症が進んで、本人ができなくなることが多くなってきた時に、この息子さんで本当に支えきれぬのだろうか、いろいろな手続きができるのだろうか等と心配している。

頻繁に訪問して、息子さんとコミュニケーションが取れるようにするためにはどうしたら良いかと関係作りから行っているが、難しい。

d) 本人（父）、母（介護者）、息子（精神科受診）

お父さんをケアマネージャーが担当していた。そのお父さんと介護者である奥さんが、息子さんについて相談をしてきた。

息子さんは通所サービスに行っていたが次第に通えなくなり、家の中でも髪が伸び放題で部屋から出てこない。市内の病院を受診しており、夜中の1時くらいに家を出て病院の前に待っている。そういう状況にもかかわらず、家族が受診しても同席が拒否されていた。

e) 介護者である息子が飛び降りた事例

息子さんがビルから飛び降りた事例があった。息子さんがメンタル面で何か抱えていたのかなど、詳細は不明。事前に自殺をされる予感は無かった。実際にケースに関わり始めて間もない時に起こったため、担当もびっくりしてショックを受けていた。

③ 今後望むこと

- ・ケースへの直接介入ではなくても良いので、事例に対して、関わる支援者と共に、「もっと良い支援等があるのだろうか」という話を聞いてもらえる人が欲しいと思っている。
- ・支援者である私たちが繋ぎどころを分かっていないため、ケースが関係機関に繋がっていかないのだと思う。

もっと一緒に考えていくことで、私たち支援者側では支援の幅を広げることになるし、利用者さん側からみても問題を解決していく糸口が見えてくることになる。両者にとって良いことかも知れない。

10) 社会福祉法人東京弘済園 けやき苑地域包括支援センター

社会福祉法人東京弘済園は、特別養護老人ホームと養護老人ホーム・ケアハウスの3つの入所施設と、高齢者在宅サービスセンター・地域包括支援センターを運営している、地域を代表する福祉法人である。

けやき苑は通所介護と居宅介護支援事業に加えて、地域包括支援センター事業を実施している。三鷹市西部地域の介護保険や福祉相談等を総合的に行う機関である。

① 相談内容の現状

- ・介護認定を受けるにはどうしたらいいか、介護認定を受けたがどのようなサービスが使えるかなど、介護保険に関する相談を受けている。
- ・介護保険に関する相談を受けている中で、関わりが難しいと思われるケースの訪問を試みたところ、家族に精神疾患が疑われる方やパーソナリティが偏っている方がいるという印象を受けることが度々ある。
- ・「近所から叫び声が聞こえる」等の相談があった場合は、地域福祉課と連携をとっている。
- ・DVの問題がある場合には、担当のケアマネージャーと連携して、別々の担当者を決め

て支援をしている。

- ・近隣で独り言を言っているという相談を、総合保健センターの保健師に伝えて入院になったケースがあった。
- ・介護サービスを利用することは、健常者だからスムーズに行くというわけではなく、キーパーソンの有無が重要になる。メンタルヘルスの問題を抱えていると、生活福祉課のケースワーカーが関わるケースが多いので、重要な判断がしやすい。しかし、加齢によって判断能力や認知能力が落ちている単身者だと、今後の方向性の判断がしにくいことがある。
- ・64歳で、生活保護受給対象者でもなく地域で孤立して福祉サービスの対象にも入らない方が、ほとんど部屋に引きこもっていた。その方が体調を崩した時に、行政との連携が取れずにどのサービスにも繋げることができなかつたため、民間の事業者に依頼して、清掃と金銭の預かり等をしてもらった。
- ・統合失調症の方の支援では、薬が飲めなくなった時に、精神科の訪問看護と相談しながら適切なタイミングで入院してもらうことができた。

② メンタルヘルスの相談で困ったこと

- ・地域の高齢者から、片付けをしたいという相談があり訪問してみると、屋内ごみだらけ。片付けを提案すると、同居の精神疾患のある息子さんが、大事なものなので捨てたくないとおっしゃる。

市の保健師に相談したが、息子本人が困っておらず支援を求めているため、支援の必要性が本当にあるのかわからず、支援には至らなかった。しかし、部屋が歩ける状態ではないという環境にいるため、相談窓口に来た母親は目に見えて衰えてきていた。息子からの暴力もあったため、見守りだけではなく具体的な支援ができないかと検討し、市の訪問サービス委託事業と連携し支援できないかと考えたが、高齢者支援課の担当者は息子さんの事には関わらないほうがよいし、未受診の方のケースは担当してもらえないはずだと、障害関係の課には繋いでくれなかった。

- ・上記ケースのような、家族のメンタルヘルスの問題が生じたときに、介護支援から精神保健福祉に繋げる手段がなかった。そのために問題を抱え込んでしまうことがある。
- ・メンタルヘルスについての問題が事前に想定されるお宅を訪問する時には、そのケースをどのように見たらいいのか、支援が必要なのかを判断するためにも、精神保健福祉の専門家と一緒に動きたいと思う。しかし実際は「本人を連れて来られますか」という、窓口の対応となることが多い。そのため、その訪問の場に精神保健福祉の専門家が来ることがなく、支援の必要性の有無を判断できないまま、問題を抱え込んでしまうことがある。
- ・メンタルヘルスの問題が生じたときに、「総合保健センターの保健師は母子のみ」などサービスが区切られているため、どこに相談してケースを繋げていけばいいかわからないことがある。

③ 今後望むこと

- ・今はサービスが区切られており、連携して支援することが少ないが、介護と精神保健福祉とでサービスを分けるのではなく、他業種が連携して包括的な支援ができるようになることが望まれる。
- ・現在、精神保健福祉に関する行政や委託事業は、利用方法がわかりづらいことがある。それが活用できるようになり、連携して支援ができるようになることが望まれる。
- ・メンタルヘルスの問題が起きた場合に、介護から精神保健サービスに繋げる仲介的な機能が必要である。
- ・窓口に来た相談を抱え込まないためにも、他職種と連携を取れるようにすることが望まれる。
- ・市の保健師が仕事を抱えすぎていて連携が難しいため、それが可能となるように環境を整える必要がある。
- ・訪問支援をするサービスが少ないので、今後市内に訪問支援事業が増えることが望まれる。
- ・相談のあったケースは、精神疾患の問題だけでなく複数の問題を抱えていることが多いため、たらい回しになると自殺に至ることもある。ワンストップサービスの機能が必要だが、そのためには他職種同士がそれぞれのサービス機能についての理解を深め、連携できるようになることが望まれる。

11) 三鷹ナース・ヘルパーセンター

株式会社 三鷹ナース・ヘルパーセンターは、昭和 51 年から地域に根ざした訪問看護を行っている。年齢を重ね体力が衰えた方、障害のある方、様々な要望に応じ、介護・生活援助サービスを中心としたプランを作成、サービスを提供している。

① 相談内容の現状

- ・精神疾患と診断されているケースは現在 7 名である。市から依頼を受けているケースが多い。現在相談支援事業が入っているケースはない。
- ・ヘルパーの絶対数が足りていない現状がある。ヘルパーが不足しているため新しいケースを断らなくてはならない状況が出てきている。加えて精神のケースの場合、希望するヘルパーの数も限られている。
- ・電話相談は、24 時間受付けている。
- ・精神障害のケースの場合、家事援助の最中にも様々な相談話をされることが多く、「聴き役」を求めている人が多いと感じている。そのような傾向を考慮し、担当ヘルパーはその人の持つ素質や素養等を重視しながら配置している。
利用者は、ヘルパーに対して「身近な生活レベルのことを比較的頻繁に聞いてくれる人」という意識を持っているよう。
- ・サービス提供時に立ち入った内容の相談を受けたりと、ヘルパーにかかる精神的な負担

が大きいため、事業所の職員が頻回に連絡を取るなどヘルパーへのフォローを丁寧にするように心掛けている。

- ・一部ではあるが、体調や調子の波によって当日キャンセルをする方もいる。連続してキャンセルしてしまう方がいるが、生活環境が日に日に悪化している状況があり、どのように伝えていけばキャンセルせずに受け入れてくれるのかを本人と話し合いながら、何とか関係を続けている。
- ・しかし、あまりにもキャンセルが頻回な方になると、登録制のヘルパーでは仕事として成り立たなくなってしまうため、職員が対応せざるを得ないケースも発生している。

② メンタルヘルスの相談で困ったこと

- ・他障害と比べると、精神障害のケースの場合は受け入れる際に提供される事前情報が少ない。病歴や処方、現在の生活状況等、十分に把握できないことに対する不安を感じることもある。
- ・訪問活動の中で、その時間内だけでは解決しえない課題に遭遇することも多々ある。そのような場合には市や病院に相談を持ちかけるが、結局は情報提供しただけで終わってしまうことが多く、うまく連携が取れていない気がしている。相談はできているが、次に具体的にどう働きかけていくのかに繋がっていかない。事業所内で当てなく話しているうちに時間が経過し、何となくなあなめに流されてしまう状況もある。
- ・病院など他機関に困ったことを投げかけたとしても、その問題に対する感じ方や問題意識の違いによって、困った状況を理解されないことがある。
- ・病院のワーカーなど他の支援者たちともっと情報をやり取りしていきたいが、担当が変わったり、そのワーカーのやり方などによっては、うまく共有できていない状況がある。
- ・夜間の電話対応について、緊急時のためオープンにしているが、夜間でなくても良いと判断できるような相談内容が含まれることがある。電話内容では、「死にたい」などと話されることはあるが、会話を続け、一通り話し終わったら落ち着くということはある。電話対応しなかったとしても死のリスクが本当にあるのかないのかは判断できないが、対応は続けている。
- ・医師や関係者への不満などを話されることもある。それを聴いて何かできるわけではないが、聞く側に回れるのはメリットがある。ヘルパーは医療的判断をしないという立場も大きい。しかし、話を聞くことは神経を使う部分でもある。言葉尻一つでクレームの電話が入る場合もある。
- ・利用者の家族に精神障害者がいたケースがあった。その時は生活福祉課にも協力してもらい対応したことがあった。信頼関係がつけられている支援者から伝えてもらう等、他機関と連携することで対応した。対応で困った場合には、市などに全て情報を流すようにしている。
- ・家事援助をこなしながら利用者への話に耳を傾けて対応していくことは、想像以上にスキルが必要なため、担当できるヘルパーが限られてしまう状況がある。

- ・精神障害のケースでは、とりわけ関わる人との相性を大切にされる方が多いため、決まった担当者が日程等に入れない時に他の人が代わりに入ることが難しく、受け入れてもらえない場合もある。
- ・生活費のやりくりが難しい方が多く、きちんとした食事や必要最低限の日用品を買えない人もいる。生活に寄り添う立場としては、本当にこのような状況で良いのか考えてしまうことも多い。

③ 今後望むこと

- ・精神障害のケースを担当できるヘルパーの数が不足しているため、もう少し増えてくると良いと思う。
- ・現在は相談支援事業所がケースに関わっておらず、マネジメントできるシステムづくりが必要だと感じている。
- ・「他機関との連携」では課題を感じており、きちんと相談し対応できる体制ができると良いと思う。ネットワークでケースを見られる仕組みが必要だと感じている。
- ・ヘルパー研修について、初級・中級・上級など段階的に受けられる研修にして欲しい。また、話を聞くスキルなど、もう少し技術的な内容のものもあれば学びたいと考える人は多いと思う。

12) 警視庁三鷹警察署 生活安全課

三鷹警察署は三鷹市一市を管轄する。生活安全課では、生活安全、少年問題、保護、銃刀法、迷惑防止条例に関するその他、生活安全に関する相談を受けている。

① 現状

家族からの相談、近隣に対する苦情、被害の申し立て、ドメスティック・バイオレンス（配偶者暴力）、ストーカー等が相談内容である。

② 対応

- ・家族や近隣から相談を受けた時（家族が暴れている場合など）
 - 状況の確認に行く。自傷他害の恐れがある場合には保護し、東京都保健医療情報センターひまわりと連携、医療機関に搬送する場合もある。自傷他害の危険がなければ相談として受ける。
- ・ドメスティック・バイオレンス（配偶者暴力）
 - 市の子ども育成課に繋げて、連携して支援をしている。
- ・ストーカー
 - 相手が特定できれば注意・警告と段階を踏んで対応し、触法行為があれば事件化する。危険が伴うようであれば、避難の処置等の迅速な対応も欠かせない。

13) 三鷹消防署

三鷹消防署は、本署・下連雀出張所・大沢出張所・牟礼出張所の本署 1・出張所 3 の体制

で三鷹市を管轄している。

① 現状

- ・消防署は、出動要請を受け救急車で病院に搬送することが仕事である。時間がかかることはあっても、必ず探して搬送している。
- ・「#7119」*¹への相談や、「東京ルール」*²に乗せて地域のコーディネーターに相談することもある。また「東京都医療機関案内サービスひまわり」*³を活用することもある。

② 対応

- ・一般的に、救急を利用する人自体が増えてきている。
- ・総務省消防庁が行った調査で「精神疾患のある患者は救急搬送までの時間が長い」という結果は出ている。

③ 今後について

- ・「#7119」相談センターの啓発を進める。
- ・緊急要請された際に救急隊が活用するための「緊急時情報提供シート」を、市内の高齢者宅等に配布し活用できるよう、市と協力して進めているところである。

*¹：「#7119」…救急相談センターで、相談医療チーム（医師・看護師・救急隊経験者等の職員）が、症状に基づく緊急性の有無のアドバイスや受診の必要性に関するアドバイス、医療機関案内等を、24時間・年中無休体制で対応している。

*²：「東京ルール」…救急隊が二次救急レベル以下と判断した患者で、医療機関への受け入れ照会を5回以上行ったか搬送先選定に20分以上かかったケースを、救急隊が各地域の搬送コーディネートをを行う二次救急病院の「地域救急医療センター」に連絡して調整を依頼する。

*³：「東京都医療機関案内サービスひまわり」…住所・時間帯などから医療機関・薬局が探せる。

（2）先進地聞き取り調査

三鷹市内の各所に加えて、自殺率の低下に貢献した地域として2か所を訪問し、聞き取り調査を実施した。

- 1) 秋田県八峰町
- 2) 東京都目黒区

1) 秋田県八峰町

日時：平成22年10月1日（金）

場所：秋田県八峰町 八森保健センター

対象：秋田県八峰町 保健師 直嶋京子氏

<八峰町が自殺対策に取り組むようになったきっかけ>

きっかけはあくまでも保健師である直嶋氏の感覚だった。平成18年3月に旧八森町と旧八峰浜村が合併して八峰町が誕生し、旧八森町の保健師だった直嶋氏は旧八峰浜庁舎の戸籍窓口の隣で仕事をするようになった。4月、5月、6月と戸籍窓口で自殺の届けが続いている

ことに驚いて統計を調べていったところ、峰浜地区のあまりの自殺者の多さに気づいた。それまで自殺問題について保健師の間で話題にのぼることはなかったが、峰浜地区の自殺は八森地区の2倍あり、平成10年には峰浜地区だけで7人も自殺しているなど、率からすれば世界一というような状況があった。これは放っておけないのではないかとということで、県の保健所の課長であった保健師とも相談しながら、すぐに自殺予防対策を始めた。

秋田県の自殺率が高いことは以前から研究者にも注目されており、秋田県でも国の市町村自殺予防モデル事業の対象となるモデル市町村を定め、取り組みが行われていたが、八森町も峰浜村も元々モデル市町村には入っておらず、自殺予防対策は行われていなかった。秋田県は自殺が多くモデル町村もあるからマニュアルがあるだろうと思い、県の保健師に相談して対策を始め、またその後大学の先生等にも直接アプローチをし、いろいろ支援してもらっている。元々上から降りてきた計画であったわけでも、指導してくれる先生がいて始まったというわけでもない。

<取り組みの内容>

八峰町の自殺予防対策は平成18年6月、保健師の行う業務の一環として開始された。地区分担はこれまでどおり行いながら、業務分担として直嶋氏が精神分野の業務の中で自殺対策を新たに行うことになった。八峰町の保健師は、旧八森町の保健師2人と旧峰浜町の保健師2人で、合わせて4人。八峰町の人口は8,626人(3,156世帯)であり、人口比でいうと2,000名ちょっとに1人くらいの割合になる。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」の委員として直嶋氏が選ばれたのは、保健師として地域住民への昔ながらの濃密な関わりが特徴的だと考えられたのではないかと。

早速、平成18年6月には「ふれあいサポーター養成講座」を開催した。旧八森町には、昭和51年に発足し保健師が育成支援してきた地域住民組織「愛育班」があり、母子を中心とした住民に声かけや訪問活動等を展開していて住民組織を活用した公衆衛生活動の下地があった。自殺予防対策としてふれあいサポーター養成講座を開催したところ多くの人が集まり、ボランティア組織が拡大する形で発展し、その後の様々な地域活動を支えている。

さらに、うつ啓発や自殺予防フォーラムの開催、各分野の関係者を集めた「ふれあいネットワーク会議」の開催など、その年度内に一気に事業を推し進めていった。行政に訴えて補正予算も獲得したが、予算規模も小さい町であり、その後も知恵を日々しぼり出しながら事業を展開してきた。また、地域の人と人の繋がりを作り、力を引き出し合う関係作りを意識し大切にしながら事業を進めてきている。

自殺予防対策を進める中で、対策の担い手も拡大させてきた。現在では町の介護保険や税の窓口でも、払えない人に対して取り立てを言うのではなく、「困っていることはないですか?」「借金とかはないですか?」と聞くようになっている。

<自殺の原因と予防対策>

八峰町では、自殺率が高い原因に関してはよくわからないまま、まずはうつ病の啓発から取り組みを始めた。それはかなり進んできている。精神科に対する偏見は都会以上にあるが、この10年間で、うつに対する偏見はかなりなくなってきた。この地域の精神医療のレベルは最悪であると言われているが、うつに関しては精神科医だけでなく内科医にも計画的に研修を受けてもらう。内科医も登録医として、必要な場合は精神科医に繋ぐが、自分のところでできる時は、うつの診断をして処方やアドバイスができる、というところまでやっている。

次に取り組んだのが、経済の疲弊という大問題。八峰町の地域経済は、2つの柱である農業も漁業も共に厳しい状況にある。子どもも高校を卒業すると八峰町では就職先がないため、みんな八峰を離れて大学に行ったり就職したりして、ほとんど地域に帰ってこない。そのことにより地域の元気がなくなってしまい、悲観した高齢者の自殺につながるという状況がある。八峰町では超高齢化・少子化が進んできており、高齢化率は現在34.8%になっている。

そのような状況の中、多重債務も大きな問題になっている。このような田舎でもキャッシングコーナーは乱立しており、家族に内緒で10ヶ所以上から借金をしていたり、「他の家も買っているから」と農機具を買うための多額の借金をするなどして、追いつめられる場合がある。多重債務の相談活動を行っている秋田の民間団体に協力してもらい、取り組みを始めている。

そして、最終的にはやはり地域のつながりが少ないという問題がある。田舎でありながら地域が繋がっていない「無縁社会」であるのは都会と同じである。通った時にどこの嫁かもわからないとか、若い人は必死で働いているので老人は孤独でといった状況は、秋田県全体の傾向である。そのため今、地域をもう一度見直し、地域づくりをしようとしてきている。夜にお酒を入れて、本音を話しやすい環境の中で男の人たちと話し合うなどの試みをするところまで進んできた。

また秋田県は、お酒の消費が全国1位である。「アルコール依存になって、うつになって、自殺」というパターンがあることについては、自分が保健師として30年かかわってきた中でも、また多くの保健師も一人一人としては感じてきたことだが、保健師でもある秋田大学の米山先生の努力もあり、数年前からようやく自殺対策にアルコール問題を取り入れたシンポジウムやフォーラム、研修などがあちこちで展開され始めている。

秋田県の自殺率が高い理由については、秋田県の県民性（足をひっぱる風土）とか、日光の照射時間が短いとか様々なことを言われているが、実際のところはわからない。

秋田県の統計では、自殺の原因の一位は病苦ということになっている。しかし研究者も言っているし、保健師として地域を廻っている中でも感じるのは、病気自体が苦なのではないということである。例えば老人の病苦による自殺にしても、自分が病気になったことで必死に働いてお金を稼いでいる家族・若い人に迷惑をかけることを苦にしての死であつ

たりする。また秋田の人は、趣味等が生きがいではなく働くことが生きがい、働くことが人としての役割であるという価値観が、都会の人以上に強い。若い時はとにかく一生懸命働いていたのが、高齢になって病気をしたり体が弱くなった時に、生きがいや家族の中の役割を失って、生きていても仕方がないと感じることが背景にあるのではないか。また働き者なだけに、本来であれば働いているはずの50代前後に、仕事を失うなどして働けない状況に陥ることが自殺に繋がりやすいということもあると思われる。

自殺予防対策を、これまで無我夢中でいろいろやってきたが、原因を探る調査が必要だという提言をふれあいネットワーク会議からも受け、この何年間かの自殺者の具体的な原因についても調べている。八峰町では県の保健師や大学の心理の先生などにも相談してフェイスシートをつくり、協力してくれそうな人を選んで訪問して慎重に話を聴き、原因を探る調査を行っている。

その結果分かってきたことは、それぞれ病気や職場での人間関係、経済などいろいろな要因がからみ合っているものの、最終的にはうつ病になっている。うつであることに本人や家族が気づいて、早い時期に病院にかかっていたら死なずに済んだのではないかということである。そして訪問して話を聴いていると、それまで傷つけ合うことを恐れて家族の間ですら話さずにいたことを、初めて保健師に3時間も4時間も泣きながら語ることで家族が解放されるという状況がある。原因を探る調査ではなく、自死遺族ケアになっていると感じている。

さらに予想外だったことが、精神病院やグループホーム内での自殺、また八峰町に住民票を置いたまま都会で何年も暮らしているの自殺が少なくないことであった。地域で一生懸命様々な取り組みをしても、声の届かない人がいる。また地域でうつの啓発が進んできたのに比して統合失調症に関する啓発は進んでおらず、治療中断者も含め、関わりを持っていなかったケースでの自殺など、統合失調症の人への対応が課題であると感じている。

<自殺予防対策の成果>

秋田県でも、様々な自殺予防対策の事業をやった成果は出てきて、自殺者数はこの10年で少しずつ減ってきている。しかし自殺者数第1位は15年連続保ったままである。それでも県の人たちや民間団体は一生懸命頑張っており、最近県の人たちが全国に発信しているのは、「減少率だけからいえば日本一」ということである。このやり方でいいのかという責めもあるが、もし対策をやっていなければ減少はせずもっともっと増え続けただろう。八峰町としても、模索中ながらあきらめずに取り組んでいる、そんな段階にある。

日本の自殺対策研究の先駆者であり、内閣府の自殺予防対策の委員にも選ばれている秋田大学医学部の本橋教授によれば、理論的にも疫学的にも自殺予防対策の成果は長いスパンでは必ず表れるため、1年のスパンでの数字に一喜一憂しないようにと言われている。八峰町でも、自殺予防対策を始めた翌年（平成19年）に自殺者が7人から1人に減ったものの、その翌年（平成20年）には再び7人になったことで、対策への非難の声も聞こえてき

た。しかしそういった理論も勉強しながら、しっかりと対策を続けてきたところ、平成 10 年からの数字を 3 年のスパンで整理していくと確かに自殺者数は確実に減ってきていることがわかった。さらに強化地区であった峰浜地区について言えば、平成 12 年からの統計で、平成 21 年に初めて自殺者数が 0 になり、みんな拍手をして喜んでくれた。

自殺者数の中には、八峰町に住民票をおいたまま都会のアパートで暮らしている中での自殺や精神科病院への入院中・グループホームでの自殺など、地域外での自殺も含まれていることもあって、なかなか自殺者数をゼロにすることは難しいが、これまで継続してきて確かに成果は出ていると実感している。

また自殺予防対策が進むことにより、地域自体も変わってきていることを実感している。勇気を持って地域に入って行って良かったなど感じている。

2) 東京都墨田区

日時：平成22年12月6日

対象：墨田区保健福祉部保健衛生担当保健計画課担当 梅原和恵氏

<現状について>

墨田区内の自殺者は、平成18年で52人(人口23万人)、19年で68人(23.2万人)、20年で72人(23.5万人)、21年で48人(24万人)であった。

墨田区における自殺予防対策はまだ始まったばかりであり、現在のイニシアティブは保健所がとっている。

役所の外部の機関・人で構成する会議を年4回行っている。構成員は、墨東病院、開業医(2名)、労働基準監督署、中学校校長、警察防犯課、児童相談所、民生委員、下谷精神保健福祉センター、スーパーバイザーの先生で、全部で10名。墨東病院は自殺未遂者が搬送されるために、一般科医は精神科医との連携を取ってもらうために加わって頂いている。会長は一般科医に依頼している。

この会議には事務局として担当課が6名入る他、庁内から教育・納税・国保・生保・生活経済・高齢福祉・介護保険・企画・子育て支援・厚生課・職員課の11課から、オブザーバーとしての参加がある。

第1回目の議題としては、生活困窮者の実態や子どもの事例、高齢者についてというような内容だった。

<今後の展開について>

来年度からはこの会議を再構築し、区役所内の意識変革をもたらす意味も込めて庁内ネットワーク会議を立ち上げ、下記の課題等について具体的に情報交換を行いながら、連携の仕組みについて検討する予定である。

また、管理職の研修も検討中である。

<今後の課題について>

まず、庁内で問題の共有化を行い、どこのポストでも自殺リスク者に対してのチェック機能を持てるようにする。現状では、どこの窓口で何を引き受けてくれるのかと、案内窓口で困っている人がいる。案内窓口で「相談を受けてもいい」という確認をとって繋げるようにしている。

多重債務のような問題には、他の窓口に繋げる準備をしている。労働分野は現在模索中だが、メンタルな問題を持っている人への対応を一緒に考えるという方向で考えている。

(3) 考察

それぞれの聞き取り調査ごとに考察を行った。

1) 地域福祉課

保健師は2名の配置だが、「窓口のたらい回しをしない」という覚悟で一生懸命に相談と向き合っている姿勢が感じられた。こうした熱意のある職員に支えられて市の行政は成り立っていると思う反面、個人としての限界もあり、熱意に頼った体制ではサービスを保つことが難しい。

現状で市職員の増員等は考えにくいとしても、障害者の認定調査に関する業務等の事務作業の分担、そして相談支援については行政間の調整や市内民間事業所との連携等、まだ工夫の余地は残されている。今後、担当者がスムーズに業務を行うことができるようにすることで、さらに市民へのメンタルヘルスサービスの向上が期待できる。

2) 生活福祉課

生活保護は市民のセーフティーネットで、三鷹市でもこの数年間の保護受給率は増えている。全国的な統計と同様に傷病者が多く、中でも精神疾患を持つ者が多い。そうした状況下で、三鷹市生活福祉課は窓口対応も非常に良く、その機能をしっかりと保ってくれている。

ケースワーカーとしては、メンタルヘルスのサービスにきちんと結びついている人は比較的安心だが、なかなかそうしたサービスに結びつかない、本人の拒否や狭間の問題を持つ人たちなどへの対応に苦慮している様子が伺える。傍目には他の行政窓口や他機関と連携が取れているように見えるが、担当者の主観からはまだ十分ではないと感じているようである。職員数も多いことから、職員全員を網羅する、他機関・他部署との連携や基本的な精神保健サービスの知識に関する研修を、今後企画していくことも検討の必要がある。

3) 高齢者支援課

高齢者支援課の相談員は、市内各所にできた地域包括支援センターと、かなりの業務を分かち合っているようである。包括との連携は良く、包括からも「メンタルな問題を持つ

人の相談はまず高齢者支援課にする」と述べられているように、包括の相談員に対してのスーパーバイザーのような機能を持っていると思われる。しかし、ここへ相談のあったメンタルな問題を持つケースを、他の窓口と連携して検討していくことは少なく、市内の精神保健サービス機関を使うこともほとんどない。今後、地域の精神障害者の高齢化の問題もあり、高齢者支援課との連携はもっと強化されるべきであろう。

4) 三鷹市子ども政策部子ども育成課

子ども育成課の相談業務の内容については、こうしたサービスを受けたいと思う当事者になって初めて知る人も多いと思われる。さらに言えば、こうしたサービスを受けたいと感じた人でも、この窓口を見つけることは難しいかもしれない。ドメスティック・バイオレンスなどの問題があり、この窓口が妻の支援をしていることをあまり多くの人に知られないようにしているという現状もあるという。非常にデリケートな問題であると痛感した。

メンタルヘルスの問題については、後述の子ども家庭センターや総合保健センター等と同じく、地域福祉課の「障害者相談窓口」へ行く人とは異なるタイプのメンタルな問題で、助けを求めている人たちが多いことが確認できた。

5) 三鷹市子ども家庭支援センター

市内の子どもへの虐待相談窓口として機能している。平成 20 年度から平成 21 年度にかけて 100 件から 60 件に減っているということはかなりの変化である。統計的な増減は 3 年ごとのデータの平均を待たないと確実な傾向とは言えないが、子ども家庭支援センターの努力が成果を上げていることは想像に難くない。

虐待で表面化した問題をどのように理解していくかはさらに広い範囲の地域社会の問題として捉えていく事が必要かもしれない。ただ、幼児期に受けた子どもの体験は自分自身が親になった時に反復される可能性が高いので、今の親自身の問題とも絡めて、考えていくべき問題であろう。

このセンターの利用は様々な他機関からの連携依頼も多く、子どもの問題について市内で十分に認知されている機関であることがわかる。しかし職員の認識では、もっと訪問などを含めたきめ細かいサービスが必要と感じている。さらなる改善へ意識が向かっていることは、非常に評価できるものである。

6) 教育相談室

小・中学校のうち、小学校にはスクールカウンセラー（SC）が週 2 回配置されている。これは近隣市の中ではかなり手厚く、三鷹市の教育に関する熱意が評価される。子どものメンタルヘルスについての対応は、現在の日本の教育システムの中では未だ一貫した指針が確立されているとは言えず、各現場で、それぞれの教員や SC などが試行錯誤しながら対応している。その中で徐々に方法論が確立されつつあるが、やはり担任等で子どもへの対

応にばらつきがあるように思える。現場レベルでは非常に一生懸命努力しているようだが、教育現場へのサポートとして、もう少し教員に対してメンタルヘルスに関する情報提供を行うことで、そうした問題を持つ子どもに対してスピーディーかつ一貫した対応等が徹底されると、さらに効果的ではないかと思われる。

7) 三鷹市総合保健センター

ここへの相談の9割近くが母子である。市内で1年間に生まれる新生児の数は1,600人ほどだが、その母の3割程度に何らかのメンタルヘルスの問題を感じるという。子どもを生んで育てる過程の中で、自分自身の幼児期や生育で起こってきた問題を再体験し、メンタルな面で不安定になる母親が多い。

こうした問題は、精神疾患の診断がつくかどうかとは別に、市民のメンタルヘルスを考える上で非常に大きな問題である。母となった女性に対しては、出産後間もない時期で、生物学的にも、乳児の世話をすることで心身両方にも負担がかかるために全戸訪問を行うが、男性も含めて子どもを生まない人に全戸訪問して面接を実施した時に、相当数のメンタルヘルスの問題を持つ人がいることも想像に難くない。精神疾患はがんや循環器疾患と並ぶ三大疾患だという声もある。それほど多い疾患に対して、こころの健康を維持する対策はどのように取られるべきなのか、検討を要するところである。

8) 三鷹民生委員

民生委員にはもちろん個人差はあると思われるが、かくも街の中に人に優しく常に隣人に配慮している人がいることが、街の大きな財産でありシステムとしても素晴らしいものである。しかし彼らが活動するに当たっては、その立場が専門家ではないために、なかなか支援のネットワークが作れず、適切な情報が得られないという悩みがあるようである。個人情報保護との関係もあるが、本人の了解の下、民生委員を強力な資源として、地域のメンタルヘルスのサポーターとしてネットワークを組んでいく事が必要だと思われる。

9) 10) 地域包括支援センター

2ヶ所の地域包括支援センターからの聞き取り調査からは、メンタルヘルスの問題で困っている支援対象者に加えて、その周辺（家族など）にもそうした問題を見つけることがしばしばあることがわかった。しかし、それを精神保健に関する専門窓口にはほとんど相談しておらず、どこに繋げていいのかわからないという、困惑した状態が見えてきている。

これは今後の大きな課題である。当然だが精神障害者にも高齢化の問題が起こってきている。市内に7ヶ所ある地域包括支援センターとより良い連携を構築することは、急務な課題であると思われる。

11) 三鷹ナース・ヘルパーステーション

ヘルパーの絶対数が足りていないという問題は大きい。しかも精神障害者への支援を希望するヘルパーは少ないという。ヘルパーは自宅に訪問してその生活を見る機会があるだけに、様々な情報を得ることができる。しかし、現在でもヘルパー依頼に際して相談支援事業所のケアプランが立てられることが少なく、連携してケースを相談できるシステムが、理論上は可能だがまだ現実に構築されていない。これが可能になれば、ヘルパーの業務は多少やりやすくなるのではないか。

また高齢者のサービスで入った家庭で、精神疾患を持つ家族がいるという現実にも出会うという。こうした状況も、相談支援事業所との連携がしっかり構築されていれば、問題への対応の幅が広がってくると思われる。現存する制度を有効に活用できるように、情報提供する必要がある。

12) 三鷹警察署

生活安全課への相談には少なからず、メンタルヘルスの問題を持つ人が絡んでいると考えられる。精神保健福祉についての非専門家である機関で、こんなにもメンタルヘルスに関ってくれている場所があることは少なからず驚きであった。彼らは繰り返しの電話や訴えに非常に丁寧に対応し、また家庭内暴力などで困っている家族などには親身に相談に乗り、場合によっては本人にアドバイスをしたりするという。我々専門家にとっては非常に大きな力であり、実際の支援上でも最終的に頼ることの多い場所であるにもかかわらず、普段の連携先の中には入っていない。警察は独自の努力と対応を行っていることを改めて感じ、今後の連携をもっと強めていきたい。

13) 三鷹消防署

三鷹消防署も精神に関係する通報をかなり受けている。大きな問題は、一次・二次救急の場合になかなか搬送先が決まらないことだという。これは国家レベルでも話し合われており、精神疾患を持つ場合は一般人に比べて搬送時間が長くなるというデータもある。これは行政レベルで変えていかなければならない問題だが、一方で三鷹市内には杏林大学病院があり、近隣にも武蔵野日赤病院など多くの救急病院があるので、そうした救急病院と何らかの共通理解を深めるための連携構築等ができれば良いと考えられる。

第2節 マニュアル「みたか こころの健康ハンドブック」の作成

1. 目的

ゲートキーパーという言葉は自殺予防という観点から考えられることが多いが、今回の事業では自殺のきっかけにもなる「こころの不調」に対する気づきや発見、早期に支援することこそが重要であり、それを「精神保健ゲートキーパー機能」として広く周知したい

と考えていた。

ゲートキーパーを分類すると、第1層は「ゲートキーパー指導者としての役割が期待できる人」第2層は「地域や職場での活動等でその役割の発揮が期待できる人」第3層は「家族・友人・同僚・近所など身近な存在の人」という、ピラミッド型の3つの層となる。

そうした観点から今回の「訪問・相談活動の従事者等に対するマニュアル」を考えたとき、第1層・第2層のみがそうした機能を持つべきものとして考えるのではなく、第3層も含めてできるだけ多くの人たちに知識として身に付けてもらうことで、さらに多くの人々の異変にいち早く対応することができる。

そこで、マニュアルの対象者を第2層と第3層の両方として考え、作成することにした。

2. 内容と活用方法

第3層すなわち一般市民にとっては特に、精神疾患は様々な意味で難しく考えられがちである。そのため編集に際しては、「精神疾患」という言葉をほとんど使わずに「こころの不調」という言葉で置き換えた。

そして、様々な生活場面を想定したこころの不調の表れ方（どういう場面や時期にどのような形で表れてくるのか）を示した（第1章、第2章）。

その上で、代表的な精神疾患についての特徴やサインを簡潔に説明した（第3章）。その上で、そうしたサインが見られたときにどこにどのタイミングで相談すればいいか、三鷹市に住んでいる人が実際に使うことができるという観点で整理した相談窓口の一覧表を作成した（第4章、第5章）。

完成した原稿は、事業検討委員等の専門家の他にも、市内の民生委員をはじめとした第2層・第3層の方々に読んで頂き、意見等をさらにフィードバックすることで「わかりやすさ」を向上させることに努めた。

この冊子の活用方法については、実態調査で対象とした市内各機関・部署に送付すると共に、市民が手に取りやすい窓口等を通じて、一般市民に配布した。また、巢立ち会のホームページにアップし、誰もが読むことができるものとした。

これにより、精神保健福祉以外の訪問・相談活動の従事者のみならず、一般市民を通じて、家庭や学校・職場や地域社会など、身近な人同士でお互いに気づきあい、支え合うような「精神保健ゲートキーパー」の機能を強化することができた。

第3節 その他実施事業

前項で挙げた調査事業とハンドブックの作成の他に、当事業ではいくつかの事業を実施した。

1. シンポジウム
2. 研修会
3. 事例検討会

4. スーパービジョン
5. ボランティアネットワーク
6. 事業検討委員会

1. シンポジウム

平成 23 年 1 月 16 日（日）に、三鷹市内の精神保健関係団体と協力してシンポジウムを開催した。

このシンポジウムでは、テーマを「こころの健康をまもる地域精神保健医療を考える」とし、三鷹市及びその近隣地域市民のメンタルヘルスを保つための仕組みづくりを検討することを目的として、市精連の広報等を通じて広く一般市民等への参加を呼び掛けた。

当日のプログラムは以下の通りであった。

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についての報告

本後健氏（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課課長補佐）

今後の地域精神保健医療の方向性

伊勢田堯氏（前東京都立多摩総合精神保健福祉センター所長）

家族・当事者の視点から望まれること

川崎洋子氏（特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会理事長）

下村明子氏（社会福祉法人巣立ち会）

精神保健セーフティーネットの構築について

増田一世氏（社団法人やどかりの里常務理事）

家族や介護者への支援について

野村忠良氏（東京都精神障害者家族会連合会会長）

自殺対策について

西田淳志氏（東京都精神医学総合研究所）

アウトリーチサービスについて

萱間真美氏（聖路加看護大学教授）

パネルディスカッション

～「こころの健康」を守って、安心して暮らせる地域づくりへ～

斉藤敦子氏（三鷹市健康福祉部 保健師）

藤井民子氏（三鷹市健康福祉部 保健師）

中村ひろし氏（東京都議会議員）

プログラムの構成については、まず国の施策の説明から始めて、全体的な方向性と当事者・家族の視点を明確にした上で、各演者からそれぞれのテーマでどのような仕組みが必要なのかを提言して頂く。それを受けて、三鷹市という地域でそれを実現させていくためにはどうしたらいいのかを、地域の保健師や議員も交えてディスカッションするという組み立てにした。

当日は 122 名の参加があり、活発な議論が展開された。また、後援の三鷹市からは市長

も参加し、パネルディスカッションの結論を受ける形で「今後も市としてメンタルヘルスに力を入れていく」と話すなど、地域のこころの健康づくりに大きく寄与することができた。

2. 研修会・その他啓発事業

今回の事業は、対象者を従来の精神保健福祉医療関係者に限らず、民生委員やホームヘルパー、市の各窓口（高齢者、子育て、生活保護、保健センター、教育センター等）を含め、広く一般市民を対象と考えた。

そのため、研修会も大きくメンタルヘルスにかかわる様々なテーマを取り上げ、4回に分けて実施した。

各回の日時とテーマ・講師は以下の通りであった。

第1回 平成22年10月29日 18:30～20:30

「家族のメンタルヘルスと愛着に関して」

講師；ヘネシー澄子氏（東京福祉大学名誉教授）

第2回 平成22年11月26日 18:30～20:30

「メンタルヘルスと自殺対策」

講師；伊勢田堯氏（前東京都立多摩総合精神保健福祉センター所長）

第3回 平成22年12月13日 18:30～20:30

「思春期のメンタルヘルス」

講師；西田淳志氏（東京都精神医学総合研究所）

第4回 平成23年2月6日 13:30～16:30

「訪問活動について」

講師；高木俊介氏（たかぎクリニック院長）

第1回は、こころの健康を考えたときにまず考えられる「家族のメンタルヘルス」について、愛着障害の第一人者であるヘネシー澄子氏に講師を務めて頂いた。当日は42名の参加があり、その中には市内の児童養護施設や保育園の職員等も含まれていた。

研修会では、途中の演習も含めて、愛着が児童の発達に欠かせない要素であることを、脳の機能発達とあわせてわかりやすく説明して下さった。これからの日本に必要なこととして、まず予防としての訪問活動が重要であり、また専門技術としての修復的愛着療法についても挙げられた。

第2回は、「メンタルヘルスと自殺対策」というテーマで講師に伊勢田堯氏をお迎えして、29名の参加があった。

副題を「英国における精神保健改革と自殺防止戦略」とした通り、伊勢田氏は英国の精神保健福祉施策に造詣が深い。実態を調査してハイリスク群を特定することや、マイノリティーなどの社会的弱者に対する支援等、エビデンスに基づく英国の国家戦略としての長

期的・包括的な自殺対策を詳細にご説明頂いた。

第3回の西田淳志氏による「思春期のメンタルヘルス」には、44名の参加があった。

思春期がこころの不調の好発期であることとその理由、そのことが及ぼす社会的損失についての説明があり、現在の制度の問題点や未支援・未治療期間の短縮に向けた海外の取り組み等についてご紹介頂いた。

第4回は高木俊介先生をお呼びし「訪問活動について」というテーマで、ご自身の主宰するACT-Kの取り組みについて説明して頂いた。精神科未治療や治療中断の方も対象とした24時間・365日のトリートメント・サービスについて、実際の事例も含めてお話し頂いた。会場には152人の人が集まり、関心の高さが窺えた。

また、研修会以外の市民啓発活動も積極的に引き受け、市民のメンタルヘルスのリテラシーを向上させるのに貢献するように努力した。

具体的には、市内で開催される以下の3件の講座等の講師を務めた。

平成22年6月12日 13:30～16:00

ボランティア・ナビゲーション「家族の『うつ』とつきあう4つのヒント」

主催；みたかボランティアセンター

平成22年6月30日 19:00～21:00

精神障がい者ホームヘルパーフォローアップ講座

主催；三鷹市社会福祉協議会

平成22年7月26日 13:15～16:15

教育支援関係研修会「精神保健と教育支援」

主催；三鷹市教育委員会

3. 事例検討会

地域の精神保健関係団体と共に、事例検討会を2回開催した。

第1回 平成22年10月19日 18:30～20:45

場所；三鷹市教育センター大研修室

参加者；37名

第2回 平成23年1月18日 18:30～20:45

場所；井之頭病院大会議室

参加者；31名

それぞれ1事例ずつを取り上げ、参加者で検討を行った。2回目にはスーパーバイザーに野中猛氏（日本福祉大学）をお呼びして実施した。

参加者からは、こういった多数の機関が集まってケースマネジメントの共通理解を深められたことで、今後も続けていきたいという声が多く出ていた。

4. スーパービジョン

生活保護者には精神疾患罹患者が多く、また自殺率も高いといわれているため、三鷹市生活福祉課と月に1回程度の頻度で精神障害者の事例を対象にしたスーパービジョンを計5回行った。生活保護のケースワーカーが訪問時や再発・悪化時にどのように対応するかということに加えて、精神疾患や自殺予防のゲートキーパーとしての機能も同時に学習してもらう機会となった。

5. ボランティアネットワーク

今回の事業では、精神疾患のハイリスク者への支援として、思春期の若者をターゲットとして継続的に関わることで、危機的な状況でのゲートキーパー機能が発揮できると考えた。そこで、学習支援等の学生ボランティアを募集し、ネットワーク作りを行った。

近隣の12大学の学生課に連絡を取り事業の趣旨と内容を説明し、案内等を送付するなどして周知をして頂いた。その結果、9名の学生から問い合わせがあり、そのうち7名に登録をして頂いた。

現在、2名が精神疾患を持つ若者のグループに定期的に加わっており、1名がスタッフと本人との定期面接(近所のファミリーレストランで行っている)に加わるようになっている。

6. 事業検討委員会

当事業においては、外部の有識者4名を含む検討委員会を設置し、随時事業内容や実施方法等について検討を行うことで、適切に事業を進めるように心がけた。

今回の外部検討委員は、以下の方々をお願いした。

岡崎祐士氏（東京都立松沢病院院長）

伊勢田堯氏（東京都立松沢病院、前東京都立多摩総合精神保健福祉センター）

酒井利高氏（三鷹市子ども政策部長）

西田淳志氏（東京都医学研究機構東京都精神医学総合研究所）

事業検討委員会は、計3回開催した。

第1回 7月27日 事業決定の報告と事業計画の確認・意見聴取

第2回 12月14日 事業の進捗状況の確認と成果物の検討

第3回 3月8日 事業成果の報告と今後の展望について

この他にも、調査研究や成果物についての意見聴取や確認・修正等について、検討委員とは適宜メール等でのやり取りを行い、ご了解を頂いた上で事業を進めた。

第3章 事業全体の効果・今後の展望

1. 今回行ったこと

今回の事業では、調査事業として精神疾患のハイリスク群と目される一群と接する機会を持つ人たちに対する実態把握のためのアンケート調査を行なった。同時にそれぞれのグループの実践を行なう人たちへの聞き取り調査を行なった。聞き取り調査はアンケート配布の対象者だけでなく、警察や消防にも行なった。そして、先駆的な対策を行っていると言われていた地域（秋田県八峰町、東京都墨田区）の事業聞き取り調査も行なった。

マニュアルについては「みたか こころの健康ハンドブック」(A5版・約40ページのリーフレット)を作成した。

それぞれの結果から見えたことはすでに述べたので、ここでは総合して、この事業活動全体から得られた所見を述べる。

2. 今回の事業仮説

「精神保健ゲートキーパー」とは何か？我々はまずそこから考えることになった。精神保健ゲートキーパーとは、「自殺の危険性の高い人の早期発見、早期対応を図るため、自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応を図ることができる人」というのが、現在のこの言葉に対する一般的な定義となっている。精神保健福祉用語辞典には載っていない、比較的最近使われ始めた用語と言える。それではこれは誰を指すものなのか？精神保健ゲートキーパーに関する研修は沢山行なわれている。研修を受けた人がなれるものなのか？また、この精神保健ゲートキーパーが自殺対策に、つまり自殺者を減らすことに実際に貢献できているのか？我々はそれをはっきり示している文献を見つけることはできなかった。この精神保健ゲートキーパーは本当に自殺対策として有効なものなのか？人が自殺をするかどうか事前にわかりうるものなのか？個人的な経験から、自殺未遂の経験者に既遂者が多いことは言える。しかし、これはかなり踏み込んだ個人情報のため、精神保健の専門家によるケースワークが必須になる。精神保健ゲートキーパーと呼ばれる人に、そうした関わりを求めていくことは可能なのか？

この事業を始めて、担当者間でディスカッションをした中で様々な疑問が生じてきた。自殺者の8割に精神保健上の何らかの問題があったという報告がある。そこで我々が立てた仮説は、自殺に特化した精神保健対策ではない。広く街の精神保健に関わる市民意識の向上や、相談体制の充実、市内の様々な支援者との連携強化（顔の見える関係作り）、よりスピーディーかつ質の高い危機介入を行なえるような体制整備等の、「精神保健の底上げ」をすることで、結果として自殺を考える人へも対応しやすくなるのではないかというものであった。

その結果、我々は精神保健ゲートキーパーを、自殺に限らず「精神保健に関する問題を

持つ人たち全てに対して適切な支援を行なっていくための水先案内人」の役割を持つ人たちと考えた。この考えを元に、家庭では家族が、職場では同僚や上司が、学校では教師や友人が精神保健ゲートキーパーになりうるとして、マニュアルも作成した。もちろん、実態調査の対象にした保健行政に関わる人たちや、高齢者支援・在宅支援のホームヘルパー等も当然の対象ではあるが、極論すれば市民全員が自分の身近な人に対して精神保健ゲートキーパーになることができるという考えに至った。

3. 見えてきたこと

精神疾患は、がんや循環器疾患と並ぶ三大疾患である。DALY（障害調整生命年）のデータでも、世界で第一位に達している。国民5人に1人が生涯のうちに一度は精神疾患に罹患するのである。その事実を考えると、いかに予防を行って市民の心の健康を保つか、また精神疾患に罹患しても軽症で済ませるかということが重要な課題となる。

三鷹市は、障害福祉という観点からは非常に優れた施策を行なっており、当然精神保健福祉も他から比べて抜き出ているといえる。精神障害者福祉に関しては、年に3回精神保健福祉関係機関連絡会が開催され、お互いの連携が深められているし、自立支援協議会も活発に開催され、他の障害との連携も確立されてきている。

しかし今回の調査では、地域福祉課における「障害者福祉」の相談対象にはならないが、メンタルヘルスの問題で悩んでいたり、誰かに相談を求めていたり、あるいは問題となる行動に周囲がどのように対応していいかわからないといった人たちが大勢いることがわかった。その中には、客観的な問題が認められるが本人に支援を求める力やその意識がないという例もあった。あらためて高齢者関係や児童・思春期における教育との連携等が不十分であることもわかった。こうした問題にどのように対応していくか。

まずは、行政の中では「障害者福祉」の窓口はあっても「こころの健康窓口」がはっきりしていないという状況がある。先述したように、こころの健康づくりが国民全体の非常に大きな問題である以上、きちんと窓口を設定して対応をしていくことが望ましい。一例を挙げれば、調査で明らかになった生活保護受給者の精神疾患罹患率の高さについて、それを予防する体制を作ることは当人の人生にも有益であると同時に、市にもコスト削減等で有益だと考えられる。ただ、総合保健センターが母子の全戸訪問をすると、その3割に何らかのメンタルヘルスの問題が認められるという。全市民を対象にするとかなりのメンタルヘルスの問題を持つ人が存在すると思われるが、これは行政だけで何かを考えるとではなく、後述するように市内のメンタルヘルスに関する事業所や今回調査に協力してくれた人たちが一体となって、市民のこころの健康づくりを検討していくべきであろう。

第二に、行政間の連携である。八峰町も墨田区も、まず行政間内部の連携と問題の周知を図っている。墨田区では今後管理職の研修を行なうという。双方とも自殺対策を念頭に置いた連携だが、本当に必要なのは自殺に限定しない、市民の精神保健に関する現状理解と対応についての周知である。多くの行政は、自分の課にメンタルヘルスの問題を持つ人

材を抱えているにもかかわらず、こうした現状になすすべもなく問題を放置している。また、行政の相談支援に携わる人も必ずしもその専門家でないことから、他の窓口の業務内容を知らずに、狭い知識や理解での対応しかできていないこともある。こうした縦割り体制の改善と、異動になって相談支援をする立場になった人への早期の研修が望まれる。今回の聞き取り調査の中でも、市のある窓口が行なっている事業を他の市職員がほとんど知らなかった。行政で行なっている市民支援窓口の全てを市職員全てが熟知することは難しい面もあるが、なるべくきちんと把握することが望まれる。提供できるサービス情報を多く持っている方が、メンタルヘルスの問題を持つ市民にとって、困った問題への選択肢が広がるのである。このためには、三鷹市でもまず管理職に対する研修から始めて、いずれは市職員全員に対する、メンタルヘルスに関する研修をきちんと位置づけるべきであろう。その上で、直接サービスに当たる職員にはさらに充実した研修を行うことが望ましい。

第三に、行政の業務については、現在は市の職員を徐々に減らしてきていることも鑑み、大胆に第三者機関に委託可能な部分は委託してはどうかと感じた。例えば高齢者支援課では、地域包括支援センターができたことで、かなりの業務を包括と共有し任せられる現状がある。精神保健に関しても、そうした第三者機関を設けるか、あるいは現存の機関にでも限定した業務を委託し、市職員が本来的な業務を行なえるような形を検討していけば、さらに効率良く質の高い市民サービスが行なえるのではないか。

第四に連携である。今までは精神保健に関わる連携の組み方として、地域福祉課が中心になって会議体を形成してきたが、これはあくまでも「精神障害者福祉」という観点からである。しかし今回の調査で、メンタルヘルスの問題を持つ人でも必ずしも精神障害者という括りの中で考えられない人が多いことが確認された。このことを考慮すると、地域福祉課だけを中心とした連携の会議体ではなく、「こころの健康づくり」という観点で総合保健センターが中心となり、地域福祉課、高齢者支援課、教育センター等が一体となって関係団体に呼びかけて、広くこころの健康づくりや予防、早期発見・早期治療等に取り組む体制を取ることが望ましい。

第五番目として、これより各論になっていくが、消防の救急における対応について、先述したように精神保健の問題を持つ人たちの搬送にかかる時間が長くなっている。三鷹市は市内や近郊市に救急搬送を受けてくれる大病院を持つことから、医療間の連携は取れないだろうか。一般救急に対する問題もさることながら、自殺未遂で搬送される人へのフォローを市独自に創設することも、実現すれば大きな効果が期待できる。救急で自殺未遂で搬送された人について、本人の了承を取った上で相談機関に繋げ、なるべく早期に相談員が病院を訪問する体制を整備すれば、既遂に至る自殺者がその前に何度かの未遂を行っているという事実からも、直接の自殺予防に結びつく可能性が高い。

第六に民生委員だが、名誉職としてほぼボランティアで行ってくれているにもかかわらず、非常に熱心に、近隣市民に深い愛情を持って接してくれている。その状況で、おそらく多くがメンタルヘルスの問題を持つ人たちの対応に苦慮しているようである。研修はあ

るようだが、可能なら定期的に任意参加の勉強会のようなものを開催できればいいのではないか。

第七番目に、再度強調したいのは教育との連携である。三鷹市は先述したように教育に関しては熱心で他市にない人員配置等を行っているが、基本的に市の教育機関でフォローできるのは18歳までであり（教育委員会と直接関係があるのは中学までの義務教育期間だが、その後もケースによっては18歳までメンタルヘルスの問題で相談を行っている）、しかし問題となっていることがその年齢でちょうど終了することは考えにくく、その意味でも他機関との連携を行いながら継続的な支援が必要になる。子ども家庭支援センターなども同様で、子どもはいずれ成人するが、それで終了する問題ばかりではなく、連携が必要である。

最後に、複数個所から指摘されていたが、これまでの「統合失調症を中心とした精神障害」ではない、人格障害といわれる人たちに多くの支援者が苦慮している現状がある。英国の報告からも、人格障害が社会に及ぼす経済的損失は統合失調症を上回るといわれる。今後、こうした人たちへの対応も構築されなければならない。当事者の満足度が高く、また社会的にも受け入れられるような形の支援体制を、市内のネットワークを通して模索していくことが必要と思われる。

第4章 巻末資料

- (1) 事業検討委員からの提言 「自殺の現代的な特徴と自殺対策」
- (2) 研修会 「家族のメンタルヘルスと愛着に関して」 配布資料
- (3) 研修会 「メンタルヘルスと自殺対策」 配布資料
- (4) 研修会 「思春期のメンタルヘルス」 配布資料
- (5) 研修会 「訪問活動について」 配布資料
- (6) アンケート調査票

<巻末資料（1）事業検討委員からの提言>

自殺の現代的な特徴と自殺対策

1. 自殺は社会現象であり、社会問題でもある

日本で1日に100人近い人が自ら命を絶っているという事実はどういうことなのか。1998年に自殺者が3万人を超え（前年比35%増）、その現象は一時のトピックスに留まらず、その後今日までいわば高止まりの状態が続いている。

自殺者3万人という数字は、1年間に亡くなる日本人のおよそ2.8%であり、死因別死者数では、悪性新生物（癌）、心疾患、脳血管疾患、肺炎、不慮の死に次いで6番目にランクされる。

自殺は、歴史上どの時代にもどの国にも存在しており、世評としても様々な評価が与えられてきた。過去には賞賛され美化された自殺（強い死）もあるが、多くの場合は、自殺した人を耐えられなかった人、可哀そうな人、弱い死としてネガティブな個人史の出来事として評価してきた傾向がほとんどではなかっただろうか。

自殺統計は、自殺という個人的な（病理）行動の集積した結果であるとも見ることもできるが、一方では個人を自殺という（病理）行動に促す社会的な要因・原因（社会病理）の結果であるともとらえることができる。人の生活行動は、集団や社会システムや文化といった環境との交互（相互）作用の中で維持され、様々な変容を遂げていくものであり、自殺行動はそうした環境に影響を受けた（受けざるを得なかった）人々の一定層が自殺へと押し出されていった結果であるともとらえることができるのである。

また、自殺者は3万人強であるが、「自殺行動」というカテゴリーでとらえれば、自殺未遂者は既遂者の数倍から10倍存在すると推定されており、さらに自殺念慮者を加えれば、その数字は膨大なものになる。そして、軽視してならないのが自殺者遺族の存在である。推定では300万人とも言われるが、その中の少なくない割合の遺族は、自責の念や虚無感に支配され辛い環境に置かれているという事実もまた存在するのである。

2. 1998年以降の自殺率の急増とその特徴

1990年代後半期から今日まで続く自殺者の急増と高止まりは、戦後60数年の歴史においても量的側面と質的側面においても特徴的である。

自殺あるいは自殺行動は社会の特質を映し出す現象と言われるが、この時期の特徴はどのようなものだったのであろうか。

現象的特徴

- 自殺者が 32,863 人（1998 年）を数え、前年（24,391 人）よりも 35%も急増した。
- 自殺者 3 万人超は、統計上は初めてのことであり、以降今日に至るまで明確な減少傾向を示すことなく高止まりの状態にある。
（1998 年から 2010 年までの 13 年間の自殺者数の平均はおよそ 32,500 人であり、2010 年直近の速報値は 31,560 人である）
- 自殺者の性別では、従来から女性より男性割合が高いが、男性の自殺率の増加ぶりが激しい。人口 10 万人当たりの自殺率で、男性は 26 人（1997 年）→36.5 人（1998 年）となっている。
- 年齢階層では、稼働年齢層（とりわけ 40～50 代の働き盛り世代）の上昇率が高い。一般的に自殺率においては高齢の男性が相対的に最高値を示すのであるが、働き盛り世代の急増（40 代・50 代で全体の 40%）は、世界的に見ても特異な現象とされている。
- 自殺の原因動機では、経済・生活問題を原因動機とする事例の増加ぶりが目立っている。

経済的な背景と要因

すでに概括してきたところであるが、この期間の自殺の特徴は、働き盛り年齢層の男性の自殺率の急増である。1990 年頃までの自殺率の一番高い層は 65 歳以上の高齢者であったが、2000 年頃の自殺率の最高値層は 50 歳代後半世代が占めているのである。このことはまさに、働き盛りの男性を 1990 年代後半の社会経済変動が直撃したことを示している。

1990 年代後半期は、バブル経済が崩壊し、日本経済の体力が徐々に弱体化・低下した時期である。企業の経営環境は最悪であり、大手の金融機関の幾つかは破たんし、貸し渋りが横行し、多くの中小零細企業や自営業者が倒産・廃業に追い込まれ、企業は生き残り経営再編のために構造的な経営の合理化促進にまい進し始めた時でもある。政府もそうした流れに呼応する形で、派遣労働の規制緩和に象徴されるような新自由主義的経済政策を展開したのである。

こうした経済の混乱と不調下にあつて、労働者の失業率も自殺率の急増と歩調を合わせるかのように急増していった。

日本経済は、資本主義国としては長期にわたり失業率の低い雇用環境を保ってきていた。企業は終身雇用を是とし、企業内福祉を「充実」させ、企業と雇用労働者との一体性を図ってきたのである。そうした企業文化を背景としつつ、バブル崩壊期までの完全失業率は 3%以下であった（1960 年代から 70 年代半ばまでの高度経済成長期は 1%台で推移）。しかしながら、バブル経済崩壊後は、一挙に上昇傾向となり、1998 年には 4%台、ピークとなった 2002 年には 5%を超え（※失業率の 1%はおよそ 60 数万人に相当）、極めて不安定な雇用環境が現出してきたのである。

また不安定な雇用環境は失業率の増大に留まらず、非正規雇用労働者の増大という状況

をもたらした。いわば雇用の流動化・液状化現象である。こうした企業の自己防衛的雇用方策は、働き盛りの労働者を労働市場からはじき出し、生活の不安定化をもたらしただけでなく、日本的な企業アイデンティティ文化に同化していた（させられていた）働き盛り労働者に、帰属・所属不安や将来不安、社会的紐帯意識の喪失など、大きな心理的ストレスを与えていったのである。

このような事態が、正規雇用や自営などによって生計を維持してきた稼働世帯が失業や廃業、不安定雇用などにより、世帯の経済的基盤を揺るがし、現代の貧困や格差社会を現出させてきた。その極限的な現出形態の一つが自殺現象であり、またホームレス問題などもそうした社会的構造的な矛盾の一つの現象形態ととらえることができるのである。

3. 社会病理として現出してきた様々な社会現象と自殺

現代社会は、自殺をはじめ貧困と格差社会、いじめ問題や不登校、児童虐待、若者の引きこもり、ニート、DV、介護問題など現代社会を象徴する様々な社会問題・社会病理を露呈させてきている。

こうした諸現象が現出してきた背景には複合的な要因が絡みあっているが、要因の一つとしては、人が様々な社会関係を取り結びながら生活する上で、とても大切な居場所（身体的・精神的）としての家族や職場・地域との相関関係の変容が大きいと思われる。所属や帰属を確認できる場の有無、また絆や繋がりや癒しなど安らぎや心理的・精神的充足感が満たされる場の有無。そして孤立、孤独、排除といった人間の健康な精神生活を抑制し、心理的ストレスを増幅させかねない要因を作り出しているとも言える。こうした社会関係に様々なほころびが露呈しているのが現代社会の特徴的現象とも言えるのである。

このような危惧すべき社会状況は当然ながら 1998 年から始まったのではない。高度経済成長から高度消費社会の推移の中で、1.57 ショックに象徴される少子高齢化や世帯の狭小化が進み、家族機能（役割）が低下し、個人化が進展し、家族の支え合いや社会的紐帯の希薄化が顕著となり、国においても、“連帯を抜きにした個人化の進展は社会の解体をもたらすおそれがある”との危機感をもって、数々の社会保障をはじめとするセーフティネットの制度・施策の展開を行ってきたところである。

行政レベルにおいても関係法律の制定という形で以下のような「対策」が採られてきている。主なものを例示すると

- ・介護問題（2000 年介護保険法 2005 年高齢者虐待防止法）
- ・地域福祉の推進を明記（2000 年社会福祉法改正）
- ・DV問題（2001 年DV防止法）
- ・ホームレス問題（2002 年ホームレス自立支援法）
- ・児童虐待（2005 年児童虐待防止法）
- ・若者の引きこもり（2009 年子ども・若者育成支援推進法）

- ・自殺問題（2006年自殺対策基本法）

自殺とアノミーと「逸脱」行動

一般的に言って、社会病理として現出する様々な問題は、その時代の社会構造や制度、社会システムが、結果として市民にもたらしたネガティブな状態を指し示すものと言える。言い換えれば欲求や必要に対する充足性との間の乖離状況や疎外状況がもたらした現象・結果としてとらえることができる。

例えば生存のレベルでの生理的欲求に対する充足性。市民的な社会生活を維持する上での健康や雇用などの安定性欲求に対する充足性。家族や職場、地域での所属・愛情欲求に対する充足性、自らが関係組織や他者との関係において承認・尊重される欲求に対する充足性、自己実現・アイデンティティ欲求に対する充足性。

これは、A・マズローの欲求階層説を援用したものであるが、必要や欲求と充足との乖離や阻害関係が、その人の心理的位相に混乱や怒りや諦めなどの意識を醸成させ、ある場合には社会生活上の「規範」から逸脱した行動をもたらしてしまうととらえることができるのではないと思われる。

また欲求の充足（不充足）は、資本主義社会の爛熟した一形態としての高度消費社会にあっては、無限の欲求に対して獲得手段は有限であるという関係から、ある種のアノミー状態を恒常的にもたらすものであり、こうした分析からも、市民の心理的ストレスが醸成されやすい環境が幾重にも存在しているのである。

4. 追い込まれた末の死としての自殺と心の病

現代社会は、上述してきたように社会的・経済的に過剰なほどにストレス社会を誘発しやすい構造になってきている。その結果、人は心の健康や心のバランスを安定的に保つのが難しくなっている。

そうした環境の中で、自殺行動に向かう人の多くは、何らかの心の病に該当する状態にあった、との報告（WHO調査）がなされている。それによれば、自殺者の90%以上が、医学的診断を下せば、心の病に該当（うつ病とアルコール依存症の割合が大きくそれだけで50%を占める）する状態であったとのことである。そして適切な精神科治療を受けていた人は20%程度に過ぎなかったとも報告されている。

またうつ病は自殺と強い正の相関関係があると言われるが、自殺者の40%がうつ病を発症し自殺に至った、との調査報告もある。

自殺は、複合的な要因の集合の中で発生するとも言われるが、自殺者の70%以上の人は、自殺前に精神科受診を含め何らかの相談機関等に相談していた、との調査報告もある。

こうした報告は、うつ病などの精神的疾患が基本要因であるというのではなく、当事者

に困難をもたらした様々な要因や背景が、当事者の心の健康を障害し、うつ病を発症し、自殺に至るといえるものである。また、自殺という極限的な「選択」をするのは、精神的心理的なある種の視野狭窄状態に陥っているためでもあると言われる。

自殺者の多くは単発の原因だけで自殺するのは稀で、多くの場合複数の理由が重なりあうことによって自殺が引き起こされると言われる。例えば、「事業不振」「職場環境の変化」「過労」⇒「身体疾患」「職場の人間関係」「失業」「負債」「孤立・孤独」⇒「家庭不和などの家族問題」「生活苦」「うつ病」、といった要素の問題が、時に時系列的に時に複合的に絡み合い、「追い込まれた末の死」としての自殺に至るのである。

この「追い込まれた末の死」の究極の心理状態は、①深い極度の絶望感を伴う孤立感であり、②生きることに對する無価値感であり、③深刻な窮状に對して解決する方途がないと思ひこんでしまう絶望感であり、④そうした困難に立ち向かう闘いに敗れてしまったという諦念であり、視野狭窄の心理状態に追い詰められた精神構造の中では、そうした思いが自分を支配してしまうのである。

5. 自殺対策基本法／自殺総合対策大綱

2006年10月に自殺対策基本法が制定・施行された。そして翌年6月には自殺総合対策大綱が示された。

この法律の第二条（基本理念）では自殺を、「自殺対策は、自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的要因があることを踏まえ、社会的な取り組みとして実施されなければならない」と規定し、自殺対策は、「精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されなければならないこと、さらには「自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない」と位置付けたのである。

そして実施要綱的な位置付けが与えられている「大綱」では、自殺を「追い込まれた末の死」と明確に定義し、「自殺は社会の努力で避けることのできる死」であることは、世界の共通認識ともなっており、「自殺は防ぐことのできる死」であるとしている。そして「大綱」は明言している。「心理的な悩みを引き起こす様々な要因に対する社会の適切な介入により、また自殺に至る前のうつ病等の精神疾患に対する適切な治療により、多くの自殺は防ぐことができる」と。

“社会的な取り組みで防ぐことのできる死”という観点で比較検討しやすい事例は交通事故死である。交通事故死は1970年代には1.7万人を数えるほどであったが、数々の法改正、車の性能向上、運転モラルの向上など多彩な取り組みによって2000年には1万人を下回り、直近では5千人を下回るまでに減少したのである。総合的な社会的取り組みが大きな成果をあげた事例である。

自殺予防対策の基本的考え方

具体的な自殺予防対策の考え方としては、社会的要因に対する働きかけ、とともに心の健康問題についての個人に対する働きかけと社会に対する働きかけの両面からの総合的な取り組みが必要である、としている。

社会的要因に対する働きかけについては、仕事などを含む良好な社会生活環境の形成・維持が必要なことは言うまでもないことであるが、失業率の減少、過労をもたらす働き方の見直し、再チャレンジ可能な社会システムの構築、多様で効果的なセーフティネットなどをマクロ／ミクロの両面から具現化していく必要がある。

また心の健康問題に対する働きかけにおいては、うつ状態など心の健康を損なっている人々に対する早期発見、早期治療の体制とネットワーク、人材養成の取り組みである。サインを見逃さず、また本人にとっても相談しやすい相談支援機関や窓口の整備やゲートキーパーの養成も必要であり、専門精神科医療機関とのネットワークの整備も重要である。

自殺は孤立の病である、と指摘されるほどに本人を取り巻くコミュニケーション環境の問題は重要である。すでに指摘してきたことではあるが、現代を象徴する様々な社会病理は、孤立や孤独、人間関係の希薄化、さらには地縁・血縁という見えない安全網（セーフティネット）の綻び等といった社会環境の変容も大きく影響し、自殺の重要な危険因子として存在する。絆や繋がり、支え合いのコミュニケーションのある地域環境や生活環境を再構築していくことも非常に重要である。

自殺の多くは社会的な死であり、効果的な社会的取り組みが展開されていけば、大幅に減少することが可能な死であると認識されている。日本の自殺率は世界的に見て高く、働き盛り世代の自殺率の高さも極めて高い。自殺の減少に向けて、国家を挙げて取り組み大きな成果を得ている国もあれば、また国内でも県を挙げて取り組み成果をあげてきている自治体もある。

自殺対策は、人が生きていくための支援であり、国民市民の一人一人にとって「生きやすい社会作り」の一環なのである。

愛着の絆の大切さと その修復について

①

クロスロード・フォー・ソーシャルワーク社社長
社会福祉学博士・臨床ソーシャルワーカー

ヘネシー・澄子

早期の児童の発達に欠かせない要素

②

- Nurturing and dependable relationships are the building blocks of the healthy childhood development. (Orlands and Levy, 2004)
- 養育的な信頼できる人間関係は、健全な児童の発育に欠かせない要素(建築材)である。

1990年代からの脳の研究で分かったこと

③

乳幼児期に結んだ保護者との愛着の絆が

- 脳の正常な成長と発達を促す
- 人間関係作りの能力の基礎となる
良心・同情・共感・愛情のやり取り
- 自制・自癒能力を養う
恐怖・不安・怒りを抑えて、喜び・快感・興味・楽しむ能力を培う

性格は遺伝か環境か？

④

- 2006年の研究で、環境が100%であることが分かった
- 同じ母ネズミから生まれた子ネズミたちを二組に分け、一組には母親が舐めて、お腹の下で温めて、乳を与える念の入った子育てをさせ、もう一組は放置させた
- 念入りに育てられた子ネズミたちは快活で、身体も大きく、何でもに興味を示し、探索して、お互いに仲良く育った
- 放置された子ネズミたちはオドオドして、巣箱の片隅にかたまっていて、身体も小さく、怖がり、引っ込み思案で、お互いにとても凶暴であった

ボンディングとアタッチメント

⑤

- ボンディング(Bonding)=胎児と母親との肉体的絆
現在胎児と母親の脳生理学的研究から、子育て支援の早期介入を妊娠初期から行う必要性が叫ばれている:
アルコール・たばこ・麻薬の胎児への影響
妊娠中のDVにおける母体の不安・恐怖と胎児の緊張ホルモン
成年時の慢性疾患と母親の妊娠中の栄養のバランスの関係
胎児と母親の沢山の神経細胞の交換
胎児の細胞が出産後15年ほど母親の胎内で細胞分裂を続け、母親の健康に与える効果など
- アタッチメント(Attachment)=生後に結ぶ赤ちゃんとの保護者との愛着の絆

愛着の絆とは

⑥

保護者と子どもの間に互いに結ぶ深い恒久的な生理的、社会的、情緒的、そして知的な絆

- 母またはその代理となる人が子どもに感じる「可愛い・いい・守ろう」という思い
- 子どもが母またはその代理人に寄せる慕情と全面的な信頼
- 0～5歳までが愛着の絆を結ぶ最適な時期
- でもこの絆を、お互いが望むなら、何歳になっても結びなおすことが出来る

恒久的愛着形成のメカニズム

7

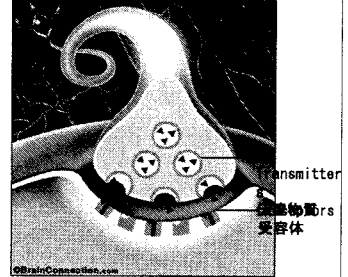
- モルヒネなどの麻薬の「報酬回路」(the opioid system) が関係していると推測されていたが、決定的でなかった
- 2004年6月25日号の「Science」によると、ローマのCRN Institute のFrancesca R D'Amato博士たちの動物実験で、u-opioid receptors (受容体) が鍵であることがわかった

脳内伝達物質とは: 化学のオン・オフのスイッチ

8

- 脳神経回路の間を往復して
- 受容する脳神経を興奮させたり鎮めたりする
- 150以上の化学物質が発見されているが、知られているのは

- ・ エンドーフィン
- ・ セロトニン
- ・ ドーパミン
- ・ メラトニン
- ・ ノルアドレナリン
- ・ アセチルコリン
- ・ ギャバ
- ・ その他



依存症に関係ある脳内伝達物質

ドーパミン・セロトニン・ノルエピネフリンなど

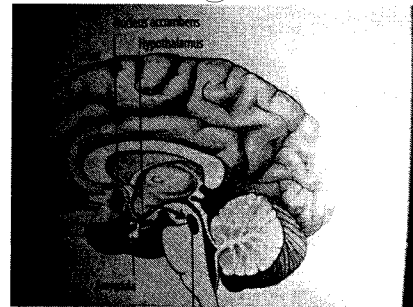
9

化学記号が類似している

- ドーパミンの役割: 動きや動作を調節し、気分、動機付け、報酬組織の調整(少ないとパーキンソン・多すぎると幻覚・幻聴等統合失調症の症状) 麻薬依存症に一番関わる脳内伝達物質
- セロトニンの役割: 気分、体温、眠り、食欲の調整(少ないと鬱症状、多いと衝動的行為・攻撃性・拒食症) エクスタシーやLSDはセロトニンが関わる
- ノルエピネフリンの役割: ストレス反応に関係、警戒態勢・興奮・報酬組織に影響する(不安・気分障害・鬱症状と双極性障害に関係する)

報酬経路について

10



依存症作りの報酬経路の説明

11

- 保護者から与えられる喜びの刺激で、赤ちゃんの視床下部の脳神経からセロトニンが分泌される
- これが他の脳内伝達物質を分泌して腹側被蓋核と黒質からドーパミンを分泌
- ドーパミンは扁桃体、中隔側坐核、海馬の一部を通過して外・内前頭前野・前帯状回を刺激し体験したことのない心的高揚を味わう(快感・報酬経路)
- 前頭葉だけでなく、このような記憶組織を刺激するので、保護者の肌の匂い、お乳の味、声、その他保護者を思い出させるものが引き金となって、保護者に対する欲求を感じる
- 薬物依存を作る経路も同じで、直ったと思われていた依存者が薬物を思い出させるものに出会うと80%が再発するのはこの為

U-opioid 受容体の役割

12

- 動物実験でu-opioid受容体を壊した母ネズミを作った
- その母ネズミから生まれた子ネズミたちと、正常な母ネズミから生まれた子ネズミたちを比較した
- 先ず子育て中の母ネズミたちを子ネズミたちから引き離れた
- 正常な子ネズミたちは母を慕って鳴き騒ぐが、受容体の壊れた母から生まれたグループは余り鳴かない
- 子ネズミたちにモルヒネを注射すると、正常な方は鎮まるが、もう一方はモルヒネが効かない=u-opioid受容体がない

(続)U-opioid 受容体の役割

13

- 母ネズミと自分たちがいた巣と、他の母ネズミと子ネズミたちがいた巣の二つを用意して、子ネズミたちに選ばせた
- 正常な子ネズミたちは100%全員自分の母親といった巣を選んだが、受容体の無い子ネズミたちは3分の2が他の母ネズミの巣を選んで平気であった
- 結論:u-opioid受容体が恒久的な愛着関係作りに重要な役割を果たすことが証明された
- 仮説:母親のあやしや抱擁などに無関心な乳児自閉症の子どもたちにはこの受容体が壊されているのでは？

子育てホルモンについて

14

- オキシトシン 分娩中にたくさん分泌して、出産を助け、母親に赤ちゃんを「可愛い、守ろう」と言う気持ちにさせる(虐待されて育つこのホルモンの分泌が少ない)
- 父親は赤ちゃんを抱くとオキシトシンがでる
- プロラクチン 赤ちゃんが母乳を吸うとき母親のおっぱいの黒いところを押してくれると母親は快感を覚えて、このお乳(ラクト)を作る(プロ)ホルモンが分泌され、赤ちゃんを育てようとする(プロラクチンを注射された雄ネズミと、まだ子どもを産んだことのない雌ネズミの研究から、これが子育てホルモンであることが実証された)

赤ちゃんとのスキンシップの効用

15

- 赤ちゃんとの皮膚と皮膚を合わせた接触は赤ちゃんの気持ちを鎮めるので、余り泣かず、良く眠る
- 母親にはストレスを減少し、オキシトシンの分泌を高め、鬱の度合いも低い(出産直後のカンガルーケアの効果)
- 赤ちゃん出生後3ヶ月ぐらいまで、母親の胸のあたりの体温が他所に比べて1~2度高く、新生児を温めることが出来る
- 新生児の体温があがると、母親の胸の体温が下がり、下がると上がるという
- 出産のプロセスそのものに関連しているとされている

愛着の絆作りに欠かせない 保護者の行動

16

安心・安全感を与える行動

- アイコンタクト
- 保護者の優しい表情、特に微笑
- 保護者の優しいタッチと愛撫
- 抱擁やおんぶ(保護者との密着の大切さ)

赤ちゃんと言葉を合わせる行動

- 赤ちゃんのニーズに即座に応える
- 赤ちゃんの微笑に微笑で応答する
- 赤ちゃんの表情や出す声を真似る

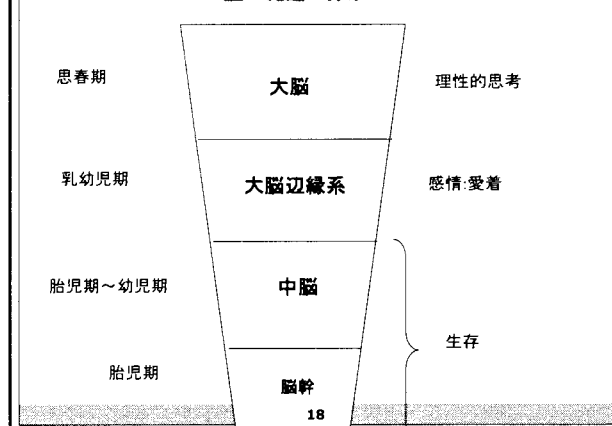
このような相互作用で、赤ちゃんは自分が「仕掛け人」であり「効果を引き出す」ことが出来ると自覚する

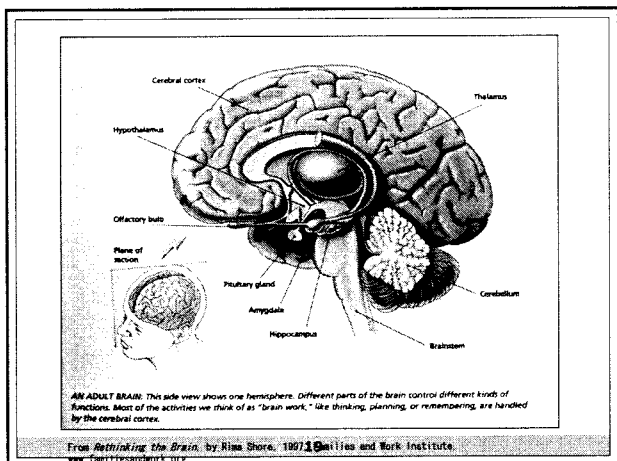
愛着と脳の発達

17

- 赤ちゃんの脳は、保護者の愛着の行動で発達するように、脳神経が配置されて生まれてくる
- 保護者の愛情こもった応答がないと、脳が発達しないだけでなく、出生時に持って生まれた脳神経回路も消えてしまう
- それでは脳を知ろう

脳の発達の体系





脳幹：爬虫類の脳 (体内の機能の調整)

20

- 基本的生存のあらゆる機能を司る場所
- 交感神経・副交感神経(自立神経)により次の機能がおこるが、乳児期に保護者との相関関係で調整が必要
 - 呼吸・心拍・脈拍
 - 血圧・体温・血糖値
 - 食飲欲・性欲
 - 排泄
 - 覚醒・睡眠
 - 脳内化学伝達物質の分泌の調整など

大脳辺縁系：感じる脳 温血動物で 発達・体外と体内のバランスの維持

21

- 視床
 - 体外からの刺激に対する門番役・脳波の原点?・心の目
- 扁桃体
 - 体外からの危険探知機・恐怖と不安の原点・興奮して視床下部に緊張ホルモンの分泌を促す
- 海馬
 - 体外からの情報の記銘・物語となる記憶を作る場所・体内と体外の現実意識の調整 3歳ぐらいから発達
- 脳梁
 - 右脳と左脳の情報の連結・道い道いなど左右交互動作で発達 特に思春期に発達

大脳・考える脳の二つの機能

22

- 右脳:体内に向かって開かれている窓
 - 芸術家の脳:感じる脳に直結する場所
 - 映像・図形・空間の把握
 - 感性・直感思考・潜在意識・並列処理
- 左脳:体外に向かって開かれている窓
 - 対人関係を築く場所
 - 言語を聞き分け、理解し、作り、話す機能
 - 理性・論理的思考・顕在意識・直列処理
- 脳梁で左右の脳が統合して使える・女性の方が脳梁が多い

脳の発達期

23

- 脳幹 — 出産時にもう機能しているが1歳までに保護者による調整が必要
- 大脳辺縁系 — 0歳から6歳まで親や大人との相互関係で発達する・愛着に関係がある場所
- 大脳 — 0歳から22歳頃まで発達するが各場所に臨界期がある

大脳：人間で一番進化した場所

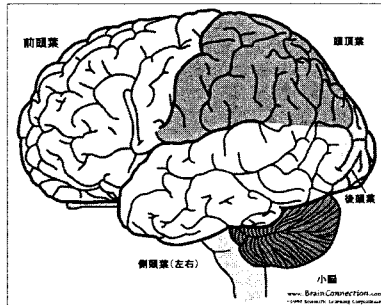
24

- 大脳の4つの部屋
- 前頭連合野:前頭前野(脳の30%を占める)・運動野
 - 右・左側頭連合野:聴覚野
 - 頭頂連合野:体感感覚野
 - 後頭連合野:視覚野

大脳皮質の4つの葉(部屋)

25

左右の脳半球が交互反応して、統合した心的体験を作り出す



学びに最適な臨界期または感受期

26

	年齢	出生前	0	1	2	3	4
運動神経の発達		■					
感情の発達			■	■			
語彙の発達				■	■	■	
数学・理論の発達							■
音楽							■
視覚			■	■			
愛着形成			■	■			
言語の発達				■	■	■	

Adapted from The National Center for Family Literacy 1998 Video, *Small Wonders: Early Brain*

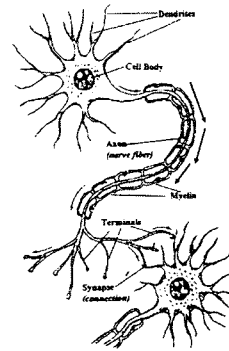
大脳新皮質

27

- 3ミリほどの薄い膜
しわしわになって頭蓋骨の中に入っている
延ばすと7倍にも広がる
- 1400億個もの脳神経(ニューロン)が詰まっている
- 刺激により脳神経がつながって脳神経回路(シナプス)をつくり情報処理をする

Neurons: 脳神経

Neurons (Brain Cells)



Stimuli from the environment:

- Enter through the senses
- Generate connections
- 五感から入ってくる環境からの刺激によって同じように反応している脳神経たちと連結して、脳神経回路(シナプス)を作っていく。この回路が使うごとに強化されて情報処理が早く効率的に出来るようになる

Image adapted from *A Celebration of Neurons: An Educator's Guide to the Human Brain* (1995, ASCD), Robert Sylwester, PhD

28

演習

29

- 脳神経を代表する7人のボランティアを募ります
- 赤ちゃんAの脳神経回路の発達
- 赤ちゃんBの脳神経回路の発達

脳神経回路は:

30

- 親や保護者との相互関係で0歳から3歳までに爆発的に増加する
- 使う回路は強化され、使わない回路は消えていく(脳の可塑性) これを剪定と呼ぶ
- 6歳までに大人の二倍の回路が出来る(ここまでの脳は親や保護者が作る。学齢期からは学校・交友関係の影響で、脳が築かれていく)
- 剪定で14歳までに大人の回路の数になる
- 前頭葉で回路が12歳頃から16歳頃まで爆発的に増加し、前頭葉の厚みが増してくる
- この時期は、個人の趣味・興味などで回路を剪定して、自分の固有の脳をつくっていく
- 成人の前頭葉になるのは女性で20歳、男性で22歳

Synapse Development: 回路の発達

31

Synapses 神経回路

50 trillion 出生時に50兆

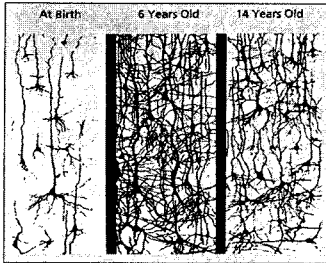
1000 trillion 1歳児大人の
1.5倍

6歳で大人の二倍 - 1000兆

思春期に剪定され

500 trillion at 20 years

20歳で500兆



胎児期：愛着の絆を結ぶ第一歩

32

やるべきこと

- 胎児が動きだしたら: お母さんはおなかをさする、子守唄を歌う、子どもの本を繰り返し声を出して読む、胎児に話しかけるなど一聴覚の脳神経回路づくり
- 音楽などゆっくり聴いてリラックスするー胎児の心拍を和らげ、血流をよくして、脳の発達を促進する
- 家族はお母さんが安全でリラックスできる環境を作る
- 外からの声は胎児には聞こえないが、父親、兄、姉など、お母さんのおなかをさすったり、お腹に声掛けしたりして赤ちゃんを受け入れる準備をする

(続) 胎児期

33

胎児の正常な脳の発達を促すために

やってはならないこと

- 飲酒ー脳神経を殺す(胎児アルコール症候群)
- 喫煙ー脳への血流を妨げる
- 麻薬常用ー嬰兒も麻薬依存症で脳幹の調整が困難になる
- 放射能(細胞移動期)ー脳細胞の移動が停止する
- DVなどの極度のストレスー緊張ホルモンの分泌が慢性化して脳と身体の発達を妨げる

出産：愛着の絆を深めるとき

34

- 出産のトラウマを和らげる方法ーすぐに、そのまま母の胸に抱かせてから、臍の緒を切る
- 胎児のときに聞きなれた母の声や心音を聞き、赤ちゃんは安堵する
- 母は元気の良い赤ちゃんを胸に抱いて感動を覚え、これが出産の痛みを和らげる
- 母子の安全を確認したら、医療スタッフは部屋を出て家族を交えた睦の時間を持たせる
- 母乳の味、抱かれた体感感覚、母の肌の匂いなどが視床と扁桃体に深い安心感・安全感を埋め込む=安全の基地の確立(出生3ヶ月までが愛着を築く時期)

新生児は3カ月までまだ胎児

35

- 第4胎児期としての認識(3か月早産期)
- 母親の胎内での状態を再現すると安心して泣きやむ
- 5つのS(ハーヴェー・カーブ博士)
スワドルング(両腕をしっかりと包み込む)
サイド・ストマック(お腹を下にした横抱き)
Shー(血流の音をさかせる)
スウィング(ゆらゆら揺する)
サッキング(おしゃぶりを咥えさせる)
- 愛着の絆でトラウマに対する鎧を着せる必要性

愛着の絆作りを妨げる保護者の危険要素

36

- (親の)子ども時代の成育歴に児童虐待や放置の体験があった、または一貫した保護者がいなかった、「愛された・受け入れられた」経験のなかったこと
- 薬物・飲酒乱用、精神疾患、犯罪歴などの生活様式
- 子育ての経験がない・以前に虐待・放置をして児童相談所に関わったことがあるなど
- (親、特に母親の)孤立、親に生活諸問題に対処する技術がない
- ストレス(の種類と度合い)・夫婦間の不和、DV、居住問題や経済問題ほか
- どちらかの親の怒りの処理の仕方に暴力・物を壊す・怒鳴るなどがあり、配偶者が恐れを抱いている
- 不適当な子どもの発育(段階)に対する知識と過大な期待
- 抱き癖をつけないために抱かない・乳児期から厳しくしつけようと思っている
- 新生児に対する認識が否定的・妊娠中絶や乳児院に預ける事を考えるなど
- 不安定なまたは存在しない愛着の絆(未婚・離婚)(ケンプ・ストレスリストより)

3ヶ月～6ヶ月

37

- 小脳の発達で運動神経の発達
見たものに手を伸ばして触ろうとする
- 脳幹の調整
自分の手やおしゃぶりを口に入れて自分を宥めることができる
- 大脳辺縁系(感情の場所)の発達
自分から笑いかけて、大人の笑いを誘おうとする
応えてもらおうと、自分は「効果」があると思う
声をあげて、足をバタバタさせて興奮を伝える
- 大脳の発達
母親は表情豊かに接する — 鏡脳神経の発達
母国語を沢山聞かせる — 言語能力の基礎作り

6ヶ月～9ヶ月

38

- 寝返りが出来、腹ばいで首を持ち上げるところから9ヶ月には這い這いが出来るようになる
- いない・居ない・パーが好き(予測できる)
- 名前を呼ばれると反応する
- 自分の親指や毛布を口に入れて自分を宥めたり癒したりする
- 日常の習慣に喜んで応じる(食事の時間・寝るまでのパターン作りなどが必要)
- 子守歌や本読み、床に座ってボールのころがしっこなど遊んであげて、社交性と情緒を発達させる

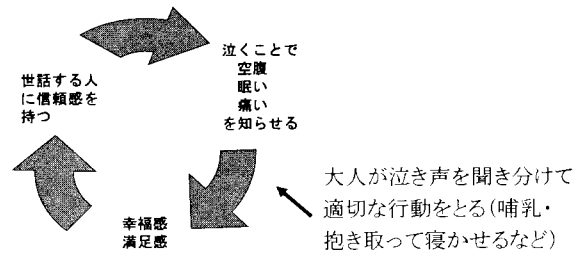
9ヶ月～12ヶ月

39

- 這い這いで探索を始める(脳梁の発達と大脳の脳神経回路の発達)
- 何でも口に入れるので、安全性の確保
- 人見知り(親との特別な人間関係が出来た証拠)
- 玩具や遊び道具に興味を示す
- よろこびや怒りを顔と身体で表現する
- 大人を信頼するのでこれに応えること

乳児期の課題1:保護者を信頼することを学ぶこと

40

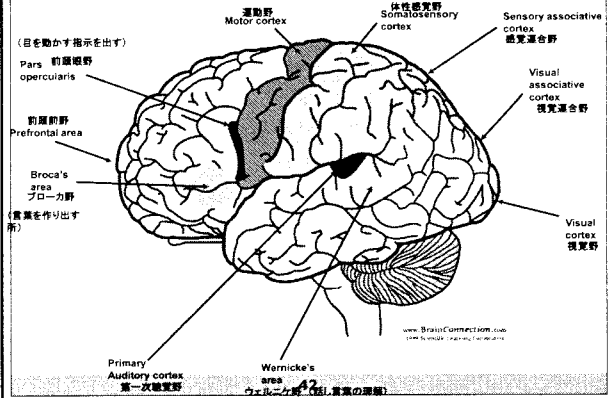


乳児期の課題2:言語の発達の基礎作り

41

- 胎児期一繰り返し本を読んで聴覚野を発達させる
- 新生児一眼を見て語りかけながら哺乳、本(黒白)を見せてお話しする—視覚野と下側頭かいの発達
- 生後6ヶ月一語り掛け、本読み、物語などで、言葉の意味が分かるウェルニッケ野の発達
- 単語をしまう引き出し(角回)の発達
- 1歳から1歳半にかけて言葉を作るブローカー野が発達片言をしゃべる—大人の話し方(抑揚)を真似する
- 3歳ごろまでに単語をつなげて自分の意思表示ができる
- 言語の発達 即 前頭前野の発達を促す

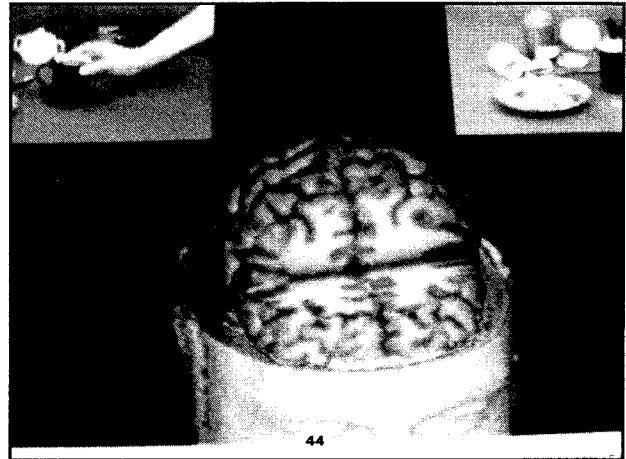
大脳の機能する場所



乳児期の課題3: 共感能力の基礎作り

43

- アイコンタクトから、母親や保護者の表情が読めるようになる一人間関係に大切な能力
- 母や保護者とお互いに笑ったり、笑わせたりして鏡脳神経を発達させていく
- 幼児期には他人の気持ちが分かりだす(泣いている子どもをじっと見る。自分も貰い泣きするかもしれない)
- 幼児期後期になると、他人がこれからやろうとしていることまで予期できるようになる



44

乳児期の課題4: 見知らぬ人を警戒することを学ぶ

45

- 8〜9ヶ月ぐらいから始まる人見知りは、「安全な人」と「危ない人」を見分ける自己保存の大切な能力
- 自分の身の回りにいつもいる保護者と愛着関係が出来た証拠(あやまる必要は無い)
- 這い這いなどで探索の場を広げても、いつも保護者が見守っているか確かめる
- 保護者の役割は「安全」の保障である

乳児期の課題5: しつけについて: ニーズとウオントの違い

46

- 出生後9ヶ月頃までは生存に必要なニーズ(欲求)を泣いて知らせる—これにはすぐ応える
- 知恵が付き始めるとウオント(要求)をしらせるようになる—両親がチームになって定めるルールで、これに応えても応えなくても良い
- 子どもは「待つ」「耐える」ことで前頭葉を発達させる
- 家庭内のルールは子どもの成長に従って変化させていく

幼児期

47

- 1歳から4歳までの幼児の発達は、人類の500万年の進化を目撃すること (ハーヴィー・カーブ医学博士)
- 1歳から1歳半 = 可愛いチンプ期・現在だけに生きる
- 1歳半から2歳 = 膝丈のネアンダール人期・攻撃的で自己中心(これが正常)・父親の宥めが必要
- 2歳から3歳 = 賢い洞窟人間(旧石器人)期・ルールを好み、他の子どもと遊べるようになる
- 3歳から4歳 = 多才な村落民期・情緒、社会性、知性の飛躍的発達・想像的遊び・同情や共感ができる
- 子どもの一生涯の基礎作りをする時期

ママとパパの子育ての役割

48

- ママは乳児期ではスター・パパは補助役
- ママの役割は、乳児の不安や恐怖を鎮め調整すること
- 1歳になるとパパは子どもの闘争性の調整の役割—特に男の子の抗争性の宥め、自己調整を助ける (アンドロゲン・シャワー)
- 2歳からパパは男として子どもの大切な人となる・男の子の役割モデル・女の子の最初の恋人

幼児期後期（5歳まで）に結んだ 安定した愛着の絆によって

49

- 大人を信頼でき、手本とする(モデリング)ことができる(学習能力の基礎)
- 大人の価値観を自分のものにできる(良心の発達)
- 共感や同情ができる(対人関係の基礎)
- 自分を癒し、自制することができる(安定した行動)
- 肯定的な自己意識を持つ(自信ある自己実現が可能)

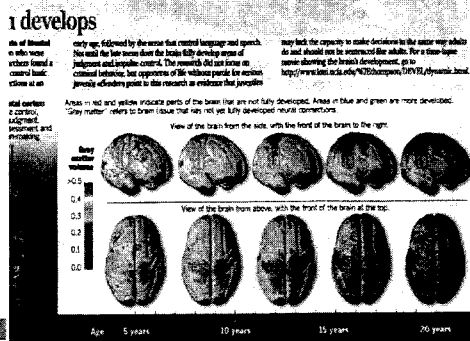
親の使命は：

50

- 自分の感情を調節して、子どもと波長を合わせ、適度な行動限界を定め、愛情深い安全な環境を作ることで、子どもの脳の正常な発達を促進すること
- 発達段階に沿った適度な刺激・励ましなどで自信を持たせること
- 学校と遊びを通して学びの喜びを与えること
- 青年期に社会に巣立ちをさせること

脳の発達段階

51



発達した前頭葉 = 成人の脳

52

20～22歳で成長を遂げる脳の司令塔

- 見聞したことや新しい経験を過去の記憶と照らし合わせて、柔軟に対処できる
- 新しいことを学ぶことができる
- 感情の抑制ができる
- 因果関係が分かり、常識ある行動をとる
- 思考・判断・決断・問題解決ができる
- 未来を予測し、忍耐を持って長期計画を作成できる

安定した愛着関係により

53

- 成人して安心して親元の「安全な港」から出航できる
- 深い情愛のある交際からお互いに自分を与える結婚が出来る
- 愛着の絆を結ぶ子育てが出来る
- 社会の規律を守り、社会に貢献できる
- 親の死まで継続した、しかし変化のある人間関係を保つことができる
- 親がいなくても、いつも励ましの親の目を背中に感じて、前向きに生きていくことが出来る
- いつも満ち足りた幸福感を心に持てる

私たちの一生を支配する世界観： 内的ワーキングモデル（信念）

54

安定した愛着関係の場合

自己観念：私は良い子で、欲しがられて生まれ、価値があり、能力があり、可愛い

保護者達は：私のニーズに答えてくれ、敏感で、頼れて、思いやり深く、信頼に値する

人生：私の世界は安全で、人生は生きるに値する

愛着関係に問題がある場合

自己観念：私は悪人で、誰からも欲しがられず、価値のない人間で、能力なく、可愛くない

保護者達は：私のニーズに答えてくれず、無神経で、感情を傷つけ、信頼に値しない

人生：私の世界は安全でなく、人生は生きるに値しない

DSM-V(精神診断統計マニュアル第5版に提案されている新しい診断名(ヴァン・デ・コーク博士ほか)

55

- 現在のDSM第4版にある「反応性愛着障害」「発達障害」「心的外傷後ストレス障害」では実際の全体像がつかめない子どもたちがいる
- そのため診断名がつかなかったり、行動のコントロールだけに焦点を置いた診断名がつく(ADHDなど)
- 結果として適当な治療が施されず、投棄に頼ることが多く、症状の原因である「安全の基地の無さ」や「正常の発育過程の中断」を改善することへの注意がなされていない

提案されている新診断名:発育途上のトラウマ障害

56

- 次のような出来事に曝された体験が基準:
 児童又は少年・少女が、幼少時代または10代の初めに、最低一年、次に掲げる複合的なまたは長期にわたる悪い出来事を体験したり目撃した
 -1:耐えがたいほどの対人間の暴力を何度も繰り返し直接受けたか(肉体的及び性的虐待)、目撃した(DVの環境)
 -2:主要な保護者が何度も代わった・主要な保護者から繰り返し離別した・またはひどい一貫した精神的虐待を受けたなどの結果としておこった保護的養育の中断

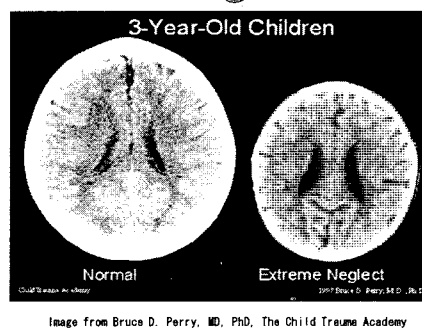
児童虐待の定義

○

- 放置 — 親や保護者がしなければならないことをしないこと
- 虐待 — 親や保護者がしてはならないことをすること
 肉体的虐待
 精神的虐待
 性的虐待
- DV環境 — 子どもが一番無力感を感じトラウマが深い

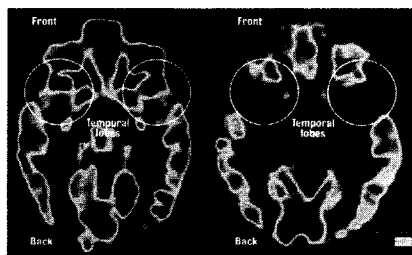
児童虐待の脳形成への影響

○



脳の可塑性:ひどい放置の結果

○



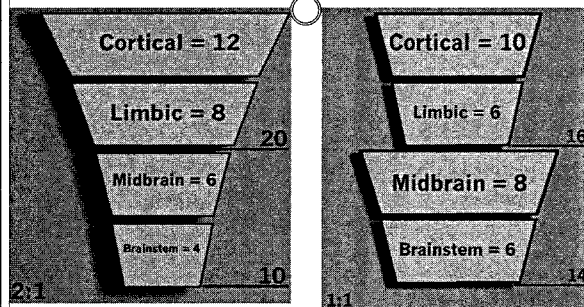
健常な3歳児 放置された3歳児

Images courtesy of Harry Chugani, MD, Children's Hospital of Michigan, Wayne State University

トラウマと脳の発達への影響

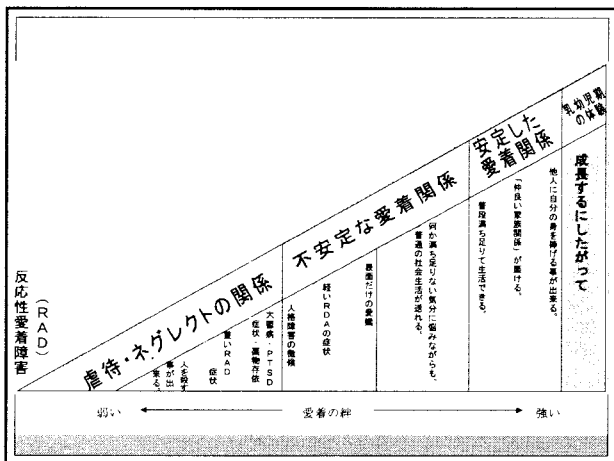
正常な脳の発達

トラウマを受けた脳の発達



Cortical Modulation Ratios

Graphics provided by Bruce D. Perry, MD, PhD, The Child Trauma Academy



親や保護者との愛着関係が出来ないと

- 次の6分野にトラウマ障害の症状がみられる

トラウマ障害の特徴と症状

1. 行動: 反抗的でけんか腰、衝動的、うそをついて盗みを働く、攻撃的、口汚い、(物・人・事柄に)破壊的で自滅的、動物に残酷で、多動で、無責任である。
2. 情緒: 激しい怒りとかんしゃく、悲しみ、ふさぎこみ、うつ状態や絶望感をもっている、(往々にして隠されているが)恐怖と不安を抱え、いらいらしたり、社会的に不適當な感情反応を示す。

(続)トラウマ障害の特徴と症状

3. 思考: 自己、対人関係、人生一般にたいして否定的な信念(否定的な内的ワーキングモデル)を持ち、原因と結果を結び付けて考えることができず、注意欠陥で学習問題がある。
4. 対人関係: 人を信頼せず、コントロールし(ボスのように振舞う)、人を換り、ころからの慕情や愛情のやり取りができず、見知らぬ人に無差別な愛嬌をみせ、同年輩の子どもと対人関係が結ばず、自分の過ちや問題を他人のせいにし、人に害を与えたり被害者になったりする

(続)トラウマ 障害の特徴と症状

5. 身体的分野: 非衛生で、触られることを嫌い、遺尿症・遺糞症、怪我をしやすく、痛みをあまり感じない。大鬱や多動性などの症状も見られる
6. 倫理的・精神的分野: 信仰心(信頼心)、同情心、悔恨など社会生活上に大切な価値観や意義の欠如、社会の暗い反面に心を引かれ、悪人(物・事)に同一視する。

これからの日本の課題:まず予防

- 「今日は赤ちゃん」事業の訪問の目的、訪問者のトレーニング、家庭訪問支援の必要な家族の発見と紹介を一貫させる
- 「家庭訪問養育支援サービス」の訪問者のトレーニング、訪問のカリキュラム、訪問の頻度や期間を一貫させる
- 欧米の経験から学ぶもの:周産期と出生時の全家庭訪問(英国・ニュージーランド・オーストラリア・ドイツなど)、ニーズの高い家族への集中的家庭訪問支援(健康な家族アメリカ運動)
- 日本では長野県池田町が、妊娠期からの相談と、新生児全員を、週一回一年間家庭訪問して養育支援をするプログラムを2007年からの実践している

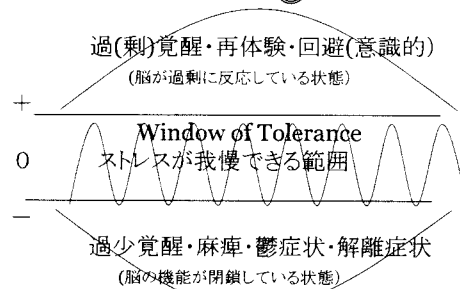
次に徳しの技術の導入

67

- 児童虐待を受けた子どもたちには各層にわたる介入方法が必要
- ヴァン・デ・コーク博士の指導のもとに、マサチューセッツ州ブルックライン市のトラウマセンターで行われている治療方法
 - 愛着・自己調整・自己能力習得中心の個人セラピー
 - 親(保護者)と子の相互作用セラピー
 - 肉体的高揚を調整するヨガ
 - 自己表現を可能にするアートセラピー
 - 感覚再統合を目指す作業療法
 - 発達段階に沿った問題解決能力の増進
 - トラウマ的ストレスの適応した表現を教える即興的演劇と協力的遊び
 - トラウマの記憶の再統合

治療の目的: 肉体・情緒・思考の過剰・過少反応を「ストレスが我慢できる範囲」におさめる

68



最も効率高い親子の愛着修復の専門治療

69

- 修復的愛着療法
Corrective Attachment Therapy
- アメリカ合衆国コロラド州エヴァーグリーン市
Attachment Treatment & Training Institute
- 治療チーム
テリー・M・リヴィー博士
マイク・オーランズ心理治療士
アンテア・G・コスナー博士
- 治療期間:
2週間30時間の集中的治療

修復的愛着療法の効果の理由

70

- システム理論に基付いた家族・夫婦療法
- 親の愛着問題の治療
- 認知再構築: 誤認の修正と新しい肯定的自我の受容
- 心理劇を通したトラウマ再現とその克服: 被害者から生存者への成長
- 親や子どもの承諾を得た抱擁『LAP: 大脳辺縁系活性化過程』で愛着の対象者との人間関係作り
- 『傷ついた心の中の小さい自分』を癒す
- 親業の教育と子どもの再養育
- 肯定的コミュニケーションの技術の習得

トラウマセンターでの研修

71

- 対象: トラウマ治療に関わっている精神科医・心理士・ソーシャルワーカー・看護師・または大学でトラウマ関係の研究に携わる教員・大学院生・施設職員など
- 期間: 平成23年 3月か9月(アンケートをとります)4日間
- 場所: マサチューセッツ州ブルックライン市トラウマセンター
- 内容: ヴァンデコーク博士のトラウマと脳の講義・センターと施設で実践されているトラウマの修復のためのセラピー: 愛着の修復・肉体と感情のコントロール(ヨガ、アートセラピー、作業セラピーなど)・前頭葉の発達を助ける集団ゲームと演劇の講義と演習・ARCを実践している施設見学
- 申し込み: crossroadssh@msn.com

修復的愛着療法技術を導入するための研修

72

- 対象・期間・場所・内容
- 児童福祉士・心理士・養護施設職員・医師・看護師・保育士など児童養護と教育に携わる人たち
- 一週間 平成23年5月2日～6日
- コロラド州エヴァーグリーン市・ATTI
- 講義・擬似面接・心理劇・ロールプレイを通してトラウマ障害と親子の修復的愛着療法技術を学ぶ
- 応募: crossroadssh@msn.com まで

健康な家族サービスを日本に導入するための研修

- 対象: 家族支援センター職員・保健師・看護師・児童ソーシャルワーカー・保育士など
- 期間: 平成23年5月9日～13日
- 場所: フロリダ州ピネラス郡HFA
- 研修内容: 午前: 家族支援訪問の12重大原則・長所を基礎とした人間関係作り・訪問先での活動など、午後: ピネラス郡の家族支援ワーカーについて家庭訪問の見学・関連機関訪問など
- crossroadssh@msn.com まで

英国における精神保健改革と 自殺防止戦略

前東京都立多摩総合精神保健福祉センター 伊勢田 堯

▶▶▶ 近年の英国における医療改革

- 1997年 プレア労働党の誕生
5年間で医療費を1.5倍、医学部学生定員を40%増に
- 1998年 保健省による
"A First Class Service. Quality in the new NHS"
- 1999年 白書 'Our Healthier Nation'
(我々の国をもっと健康に)

▶▶▶ 改革推進体制

- 1999年 精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク(M-NSF)
国立最適医療評価機構
National Institute of Health and Clinical Excellence, (NICE)
- 2007年 イングランド国立精神保健改革推進機構 (NIMHE)
イングランドの8地域にブランチとして
地域開発センターを設立

▶▶▶ M-NSFの7つの全国基準

M-NSF: 精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク

- ❖ 基準1 精神的健康の増進
- ❖ 基準2 1次精神医療の充実
- ❖ 基準3 サービス・アクセスの改善
- ❖ 基準4 訪問型2次医療体制の導入
- ❖ 基準5 病院と危機対応住居の改善
- ❖ 基準6 家族(carer)への支援
- ❖ 基準7 自殺防止

訪問型サービス～ホール・システム・アプローチ～

1次医療を補完する地域精神保健チーム
+
2次医療を訪問して届ける3つの専門チーム

- ・積極的地域治療(ACT); 慢性期治療
- ・危機解決/家庭治療チーム; 急性期治療
- ・早期介入チーム; 発病早期の患者・家族支援

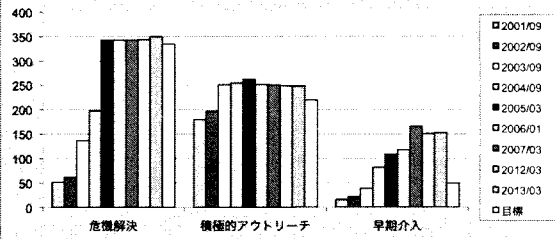
▶▶▶ M-NSF 5年間の成果(2004)

- ❖ 危機解決/家庭治療チームを335に
60%が24時間365日対応
- ❖ 積極的アウトリーチチームは263に
70%が夕方と週末対応
- ❖ 発病早期介入チームは50に
- ❖ 24時間スタッフ配置ホステルと触法病床の増加
- ❖ 専門的治療をするプライマリーケア精神保健ワーカーの増員
- ❖ 700人の“家族支援ワーカー”の導入
- ❖ 全国自殺率最低を更新、若い男性の自殺の減少

M-NSF: 精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク

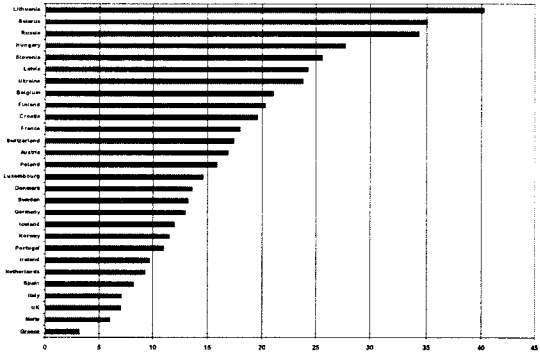
▶▶▶ 地域ケアチーム

目標と比較した2001年から2009年までの新たな精神保健チーム数



出典: サービスマッピング調査

▶▶▶ 各国の人口10人当たりの自殺率 (WHO, 2008)



▶▶▶ 英国における自殺防止活動

(Foster K ;2006)

▶▶▶ 6つの目標に基づく活動



- ▶▶▶ 主要な高危険群のリスク軽減
- ▶▶▶ 周辺群の精神的安寧の増進を図る
- ▶▶▶ 自殺手段の入手性と致死性の減少
- ▶▶▶ メディアの自殺報道の改善
- ▶▶▶ 自殺と自殺防止の調査研究の促進
- ▶▶▶ 'Our Healthier Nation'の自殺減少目標モニターの改善

(Foster K ;2006)

▶▶▶ 高危険群の自殺を減らす

- ❖ 精神保健サービスに接した人たち
- ❖ 故意の自傷の既往
- ❖ 若年男性(20歳から35歳)
- ❖ 刑務所受刑者
- ❖ 職種
 - 農業従事者
 - 看護師
 - 医師

(Foster K ;2006)

▶▶▶ 現在、または最近精神保健サービスを受けた人々の自殺を減らす

- ❖ 精神疾患をもつ人々の自殺および他殺への全国機密調査
- ❖ Memoryによる組織の再検討
- ❖ 全国患者安全確保機関

(Foster K ;2006)

▶▶▶ 全国機密調査による推奨

- ❖ 病棟の物理的配置図の定期的見直し
- ❖ 首吊りの紐がかかりそうな場所の見直し
およびアセスメント
- ❖ リスクマネジメントおよびアセスメントの訓練
- ❖ 退院後の良質のフォローアップ

(Foster K ;2006)

▶▶▶ Memoryによる組織の再検討

頑丈なベッドおよびカーテンレールを
壊れやすいものに置き換える

(Foster K ;2006)

▶▶▶ 全国患者安全確保機関

- ❖ 患者の安全を改善するために2001年に設立
- ❖ インシデントレポート・システム
- ❖ 精神保健サービスにおける患者安全確保
プロジェクト

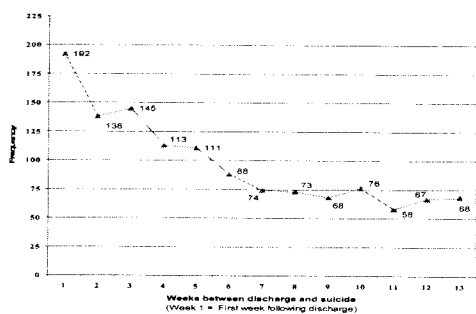
(Foster K ;2006)

▶▶▶ 故意の自傷の翌年の自殺数を減らす

- ❖ NICEによる自傷対策ガイドラインの出版
2004年7月
- ❖ 故意の自傷の多施設モニター体制の確立
2004年11月
- ◇ マンチェスター、リーズおよびオックス
フォードに設立
- ◇ 全国的傾向およびパターンに関するデータ
をより正確にする

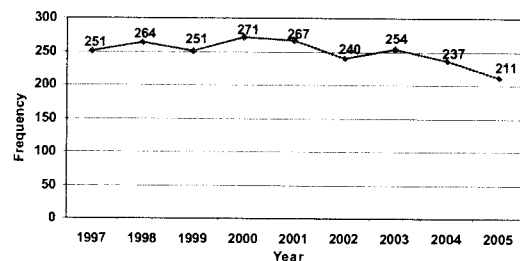
(Foster K ;2006)

▶▶▶ 退院後の週毎の患者自殺数

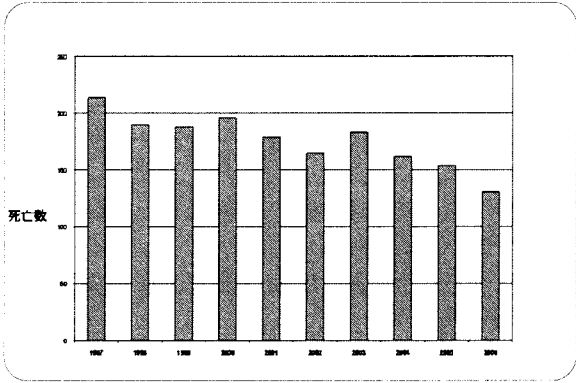


Source: National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness

▶▶▶ 退院後の患者自殺数、イングランド 1997-2005

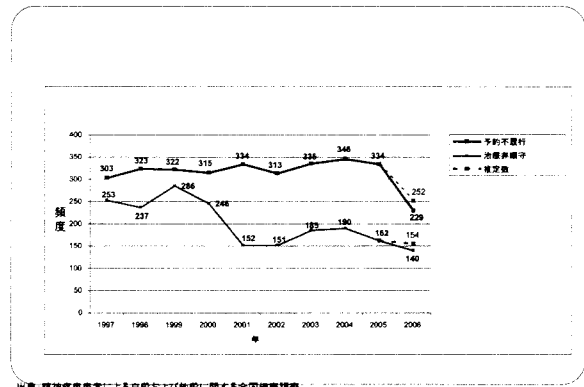


▶▶▶ 入院患者の自殺



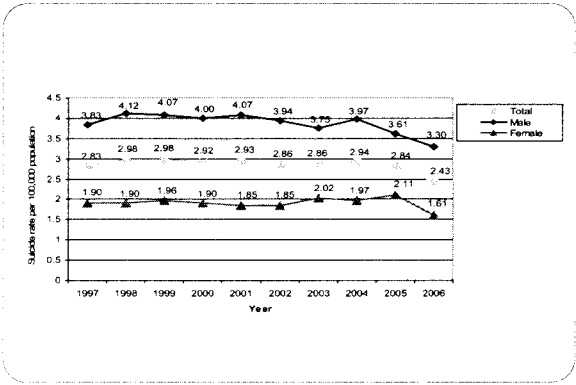
出典: 精神疾患患者による自殺および他殺に関する全国横断調査

▶▶▶ 患者の自殺: 治療非順守と連絡の途絶え



出典: 精神疾患患者による自殺および他殺に関する全国横断調査

▶▶▶ 患者の自殺率



Source: National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness

▶▶▶ 若年男性の自殺を減らす

❖問題

◇イングランドでは、毎年1,300人近くの若年男性が自らの命を絶っている

◇35歳未満では、交通事故死より自殺が多い

(Foster K ;2006)

▶▶▶ なぜ、若年男性が高危険群なのか？

- ❖保健サービスを利用したがない
- ❖助けや援助を求めたがないか、他人に秘密を打ち明けたがない
- ❖生活スタイルがよりリスクである

(Foster K ;2006)

▶▶▶ 精神保健増進パイロット事業

❖若年男性に早期に援助を求め、支援を利用させるための試行と奨励のパイロット事業を設立した

❖カムデン、北ロンドン、ベッドフォード州およびオックスフォードが選ばれた

(Foster K ;2006)

▶▶▶ パイロット事業の経過

- ❖ 若年男性に関わる専門職などへの訓練プログラムの開発
- ❖ 若年男性が利用可能なサービスへの気付きと道しるべを向上するための用具の開発
- ❖ 脆弱な若年男性が、自分の感情を認識、理解し、適切に表現する能力を改善する
- ❖ 若年男性に関わりをもち、意思決定と支援サービスに関する情報を伝える

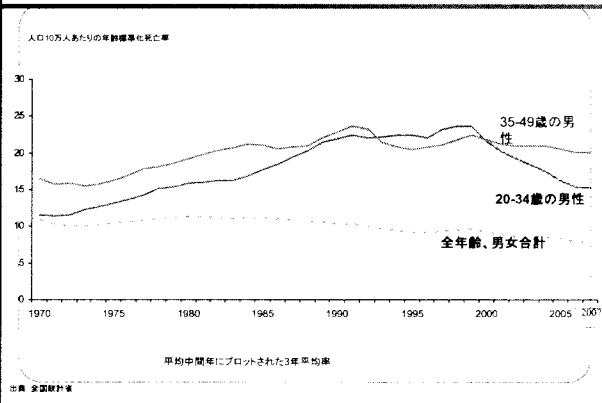
(Foster K :2006)

▶▶▶ これからの取り組み

- ❖ われわれは若年男性がプライマリーケア・サービスを利用したがないことに本気で取り組む必要がある
- ❖ 保健施設ではなく、アウトリーチサービスを考慮する
- ❖ 予約制度ではなく、援助/支援にもっと早くアクセスできるようにする
- ❖ 若年男性にもっと効率的に関わる第一線スタッフを増やす

(Foster K :2006)

▶▶▶ 若年男性の自殺

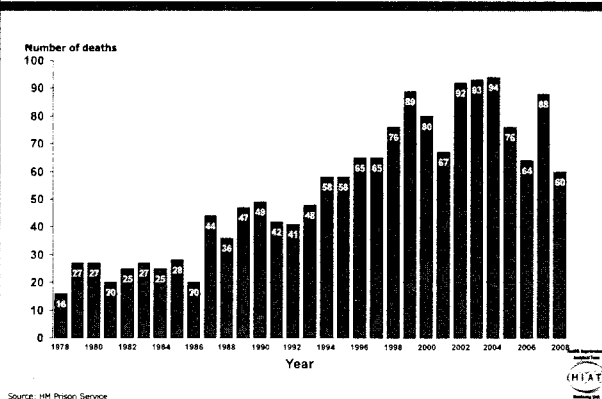


▶▶▶ 刑務所における自殺

- ❖ 刑務所における精神保健サービスの拡充
- ❖ リスク状態にある人を特定することに役立つ保健スクリーニング・ツールの実施
- ❖ 刑務所職員への気付き訓練
- ❖ 保護室の安全設計

(Foster K :2006)

▶▶▶ 刑務所における自殺 イングランド



▶▶▶ より広い周辺群の精神的安寧の増進

- ❖ 特定のグループを見極める
- ❖ スティグマと差別への挑戦5か年戦略の計画
- ❖ 社会的排除対策ユニット報告の出版
- ❖ 精神的健康増進のための全国顧問団

(Foster K :2006)

▶▶▶ 自殺手段の利用しやすさと致死性の軽減

❖ 首吊りと首吊り場所に関する行動

❖ パラセタモール(鎮痛解熱剤)のサイズの縮小

❖ コプロキサモール(鎮痛解熱剤)の段階的禁止

(Foster K.:2006)

▶▶▶ メディアにおける自殺の責任ある表現の向上

❖ スティグマと差別への挑戦5か年戦略の計画

❖ ジャーナリストと編集者が自殺報道を効果的にサポートできるようにメディアと協働

❖ 自殺を煽るインターネットの自殺/チャットルーム問題

(Foster K.:2006)

▶▶▶

Horror as top lawyer
leaps 100ft to death



▶▶▶ 自殺および自殺防止に関する研究の促進

❖ 研究フォーラムの設立

❖ レスビアン、ゲイおよび両性愛グループの間の自殺および自傷のリスクの文献レビュー

❖ 異なる民族における自殺および自殺企図の危険因子の研究

(Foster K.:2006)

▶▶▶ Our Healthier Nation'(我々の国をもっと健康に)自殺減少目標モニターの改善

❖ データ収集の改善

❖ 経過の年報発行

(Foster K.:2006)

▶▶▶ 最新の取り組み

❖ 自殺多発地点対策ガイダンスの開発
これまでに取り組まれた効果判定のエビデンスを入れる

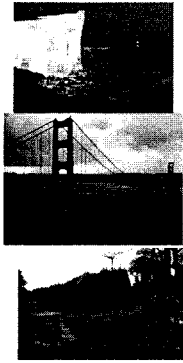
❖ 自殺と自殺の疑いを聞き取り調査に基づいた支援ツールの開発

(Foster K.:2006)

▶▶▶ 自殺多発地点対策

円卓会議での論点

- ❖ 自殺の多発地点対策とは？
- * どのような場所が？
 - 住民の自殺率の高い地域
 - 自殺が頻りに発生している場所
 - 高所・高速車輛・人気のない場所
- * 何件の自殺が発生している？
 - 1箇所でも複数発生していれば
- ❖ 有効な介入と効果は？
- ❖ どのようにして同定できるか？



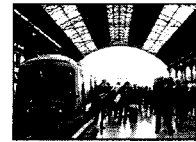
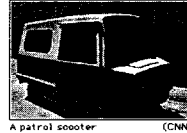
▶▶▶ 自殺多発地点対策 — 介入

- 介入1 物理的障壁
- 介入2 看板と電話



- 介入3 巡回

- 介入4 スタッフの訓練



- 介入5 マスコミ対策

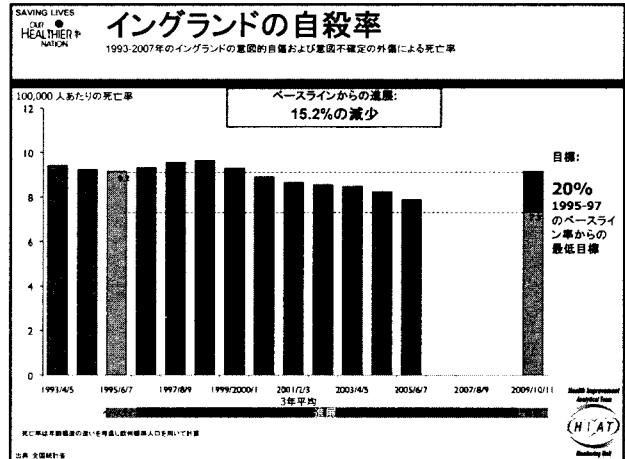
▶▶▶ 自殺多発地点対策ガイドンス (2006年10月10日発行)

ベストプラクティス指針開発の目的

- ❖ 地方の多機関における自殺防止グループが効果的に協働できるように支援する
- ❖ これらのグループが地方における自殺多発地点 (hotspots) を特定し、そこでの安全性の改善と自殺行動を思いとどまらせるための適切な処置が取れるように支援する
- ❖ イングランド自殺防止の推進、白書 'Our Healthier Nation' の目標にそった自殺の全般的減少目標の達成に貢献する

参照:

(<http://www.csip-plus.org.uk/RowanDocs/SuicideHotspots.pdf>)



▶▶▶ 英国の自殺防止戦略の特徴1

- ❖ 包括的
- ❖ エビデンス・ベース
- ❖ 具体的
- ❖ 開かれたモニター
- ❖ 徐々に進化する

(Foster K.;2006)

▶▶▶ 英国の自殺防止戦略の特徴2

- ❖ 近年の急速な医療改革、精神保健改革の文脈上に取り組まれている
- ❖ 自殺率がわが国の1/3程度にもかかわらず、主要な国家目標の一つにし、積極的投資、資源整備を行っている
- ❖ ビジョンと戦略が明確。当面の具体策と中長期的対策が統合された包括的戦略
- ❖ 対策が全国機密調査などの実態調査に導かれている。したがって、極めて具体的
- ❖ 方法論が、エビデンスを基本にしつつ、経験の知恵、経過で修正する柔軟性がある
- ❖ 地域の特性に応じた対策 tailored support を創造している
- ❖ 進行管理がしっかりしており、対策が毎年発展・進化している

▶▶▶ 英国の経験に学ぶ自殺対策への提言

- ❖ 疫学的実態把握の推進
- ❖ 死亡診断書、死因究明、検死制度の改善・改革
- ❖ ハイリスク群の統計的同定とリスクの低減
- ❖ その周辺群のウェル・ビーイングの向上
- ❖ 自殺手段・自殺多発地点対策の強化
- ❖ 検証可能な対策
- ❖ 個人情報保護法の厳守と日本版「国家機密調査制度」(National Confidential Inquiry)の導入
- ❖ 'a broad strategic approach'への転換
- ❖ 企業経営から学ぶ政策立案能力の抜本的改善



ご静聴ありがとうございました

<巻末資料（４）研修会「思春期のメンタルヘルス」>

思春期のメンタルヘルス

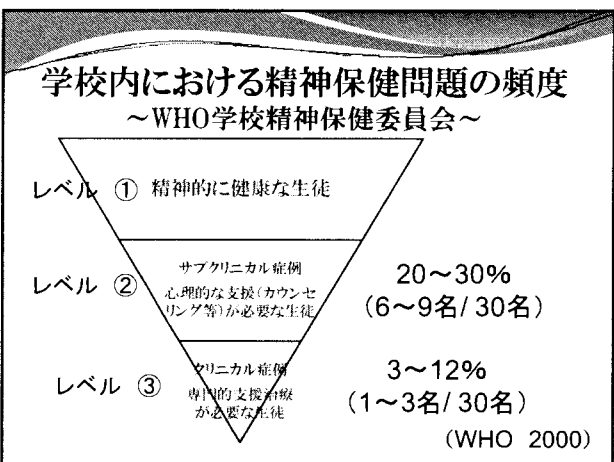
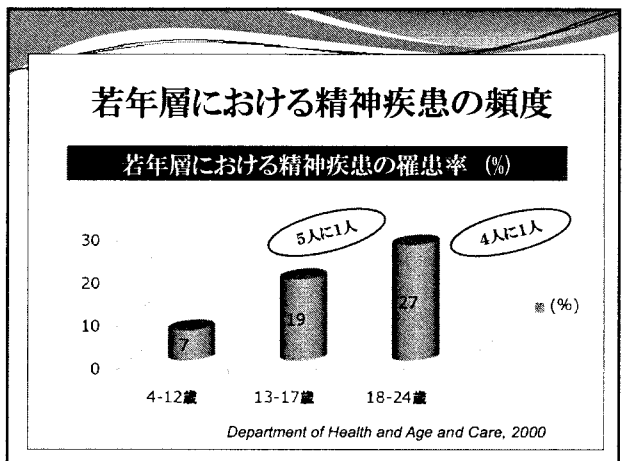
東京都精神医学総合研究所
西田 淳志

話させていただくこと

- 思春期というライフステージ
- 思春期のメンタルヘルスの「脳」(青春脳)
- 思春期のメンタルヘルスと「環境」
- 思春期と発達障害
- 思春期と精神疾患
- 思春期のメンタルヘルスを支援するポイント

思春期というライフステージ

- 動物にはない、ヒトに固有のライフステージ
- 前頭前野を発達させ、自分自身をコントロールする力(もう一人の自分)を獲得していく
- 家族からの脱出(反抗期)、仲間とのつながりの深化:「誰から見て気難しいのか?」
- 未知の世界への好奇心、報酬に対して敏感になる



なぜ若者に心の病気が生じやすいのか?

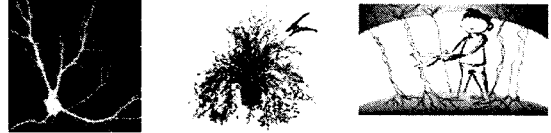
第二次性徴期と脳

- 第二次性徴期には、体内に分泌される様々なホルモンの影響を受けて、身体のみならず脳にも様々な変化が生じる。
- この時期に、“子どもの脳”から“大人の脳”へと変化をとげるための“改修工事”が行われる。
- この改修工事が順調にはじまり、順調に進行すると、思春期特有の行動特徴や心理的特徴が顕在化し、その後、成人の脳が完成する。



第二次性徴期にはじまる “脳の改修工事”

- 成人の社会においては、より複雑な情報を、より迅速に、より効率的に処理する必要がある。そのために、“子どもの脳”で使用していたエネルギー効率の悪い神経細胞(ニューロン)を刈り込み(プルーニング)、エネルギー効率のよい“大人の脳”へと“リホーム”する。



10代の精神的健康とこころの病気

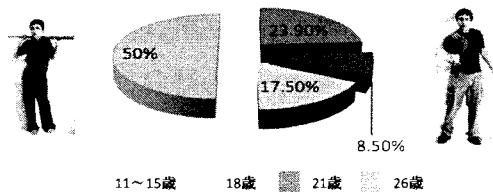
工事中の脳に生じやすいトラブル

- ただし、工事中の建物が不安定であるように、改装途中の思春期の脳も不安定である。何らかの原因によって工事途中にトラブル(不調)が生じることがある。そのトラブル(不調)を放置して工事を続行していた場合には、慢性的な不具合(精神疾患)が生じることがある。
- そのトラブル(不調)を早期に発見し、それをできる限り早期に修復(対応)することが重要である。



20代後半に精神疾患を 罹病している人の10代

New Zealand Birth Cohort Study (n = 1037)



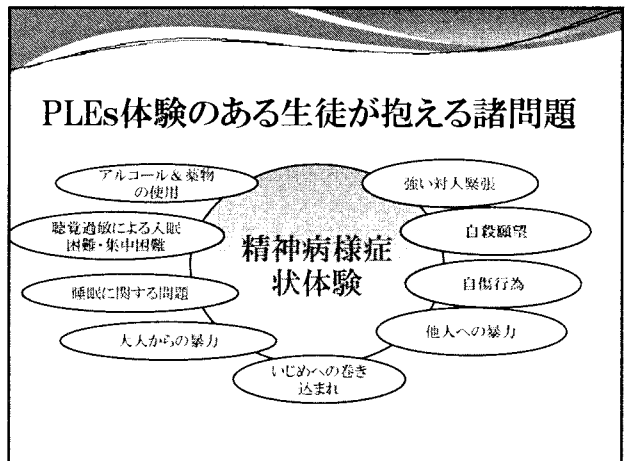
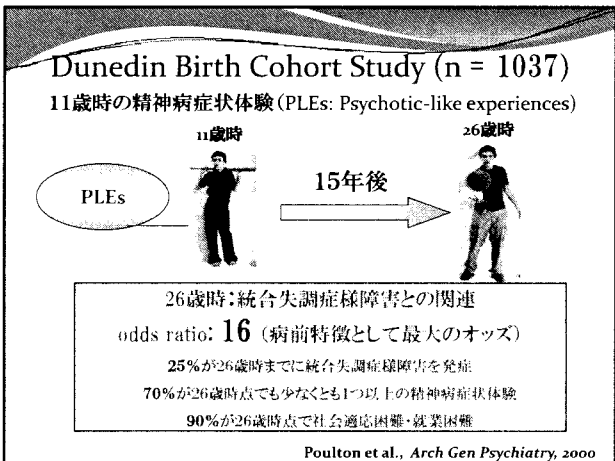
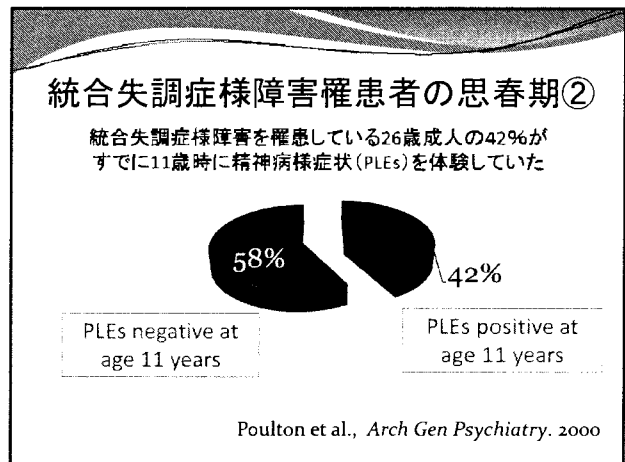
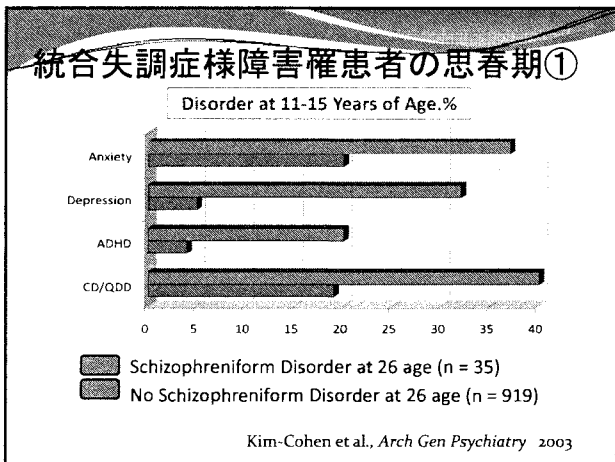
Kim-Cohen et al., Arch Gen Psychiatry, 2003

9000名以上の地域代表標本を対象とした 精神疾患生涯罹患率と初回発症年齢の調査

The US National Comorbidity Survey Replication

- 生涯罹患事例全体の約50%は14歳時までに発病
- 生涯罹患事例全体の約75%は24歳時までに発病

Kessler et al., Arch Gen Psychiatry, 2005



若者の健康・能力を最も阻害する精神疾患の発病期

- 第二次性徴期以降(脳の不安定期)に、4人に1人、または、5人に1人の思春期・青年期の若者が精神疾患を体験している。
- 様々な能力を伸ばすべき重要な成長期に、精神疾患によってその若者の将来可能性が大きく阻害されてしまう。
- 精神疾患を罹患している成人の多くは、10代前半の思春期からすでに何らかの精神疾患を抱えている。

思春期から成人にかけての不安定な時期に、精神疾患の発病が多くなる!

こころの不調や病気を抱える若者たちの置かれている社会的状況、悪循環

- 精神的な不調への対処方法や、精神疾患についての正しい知識を学ぶ機会がなく、つらい時期を過ごしながらかも、専門的支援を求めたがらない。
- 若者の周囲の大人(保護者や教師など)も、こころの不調、病気についての正しい知識が不足していて、発見、対応が遅れる。
- 若者が相談しやすい精神保健サービスが圧倒的に不足している。若者の精神保健対策の軽視。

支援・治療が遅れることでの悪循環

- 病気の重症化・慢性化
- 病気に対する偏ったイメージ・偏見
- 社会的なタブー視、啓発への抵抗（「寝た子を起こすな」）

最もニーズの高い時期のシステムが最も手薄

小児精神医療
サービス
(発達障害など)

?

成人精神医療
サービス
(後述の通り)

最近、明らかになってきた重要な事実

- 精神的不調・精神疾患が生じはじめた初期に、適切な支援や治療を受けることができれば、若者の多くは、良好に回復し、もとの生活に戻れること。
- 初期の早期発見、早期支援・治療がとても重要であること。

早期対応のターゲット

未支援・未治療の期間の短縮

- 早期発見のための啓発、アクセスしやすいサービス体制、地域連携体制の構築

病初期の包括的サービス

- 大事な時期の治療が中断しないよう継続的なサポートを行う。

When your car breaks
down you can get help
within **60 minutes.**

車が故障したら、60分以内に
支援が受けられます。

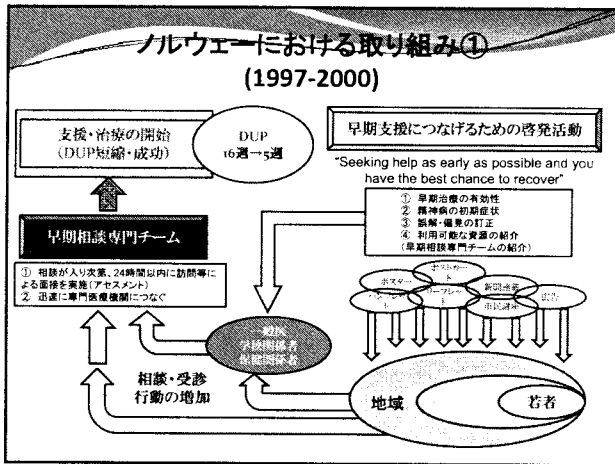
When your mind breaks
down it can take
18 months.

こころが故障したら、
18ヶ月かかることもあります。

重度精神疾患を考え直そう

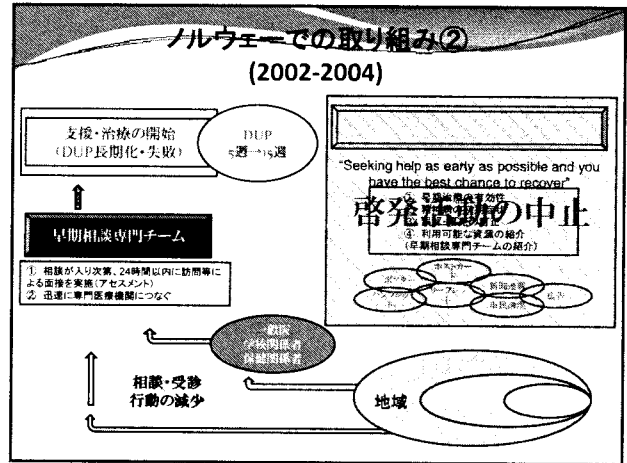
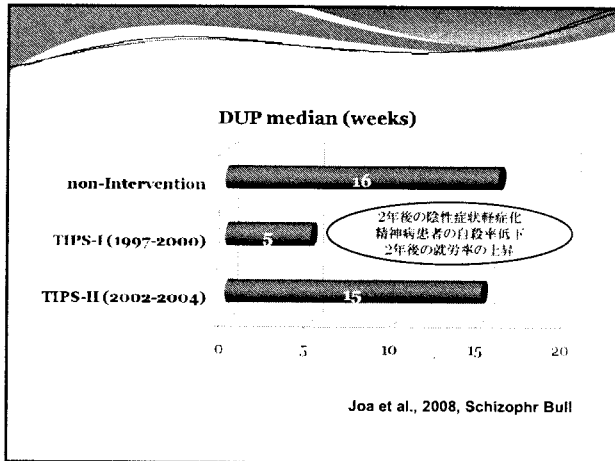
rethink

未支援・未治療期間の短縮



TIPS-Study 啓発ツールの例(学校配布用ポストカード)

「学校生活は、どんな試験よりも大変です。あなたは、遅かれ早かれ、あなたの知り合いの中で精神的な問題を抱える人に出会うことでしょう。彼らは、場合によっては支援を求めたがらず、引きこもってしまうかもしれません。彼らにとって必要な支援を探してあげてくれることをためらわないでください。そんな時は、以下の電話番号まで……」



実践からの示唆

- 若者を早期支援・治療に導くためには、アクセスしやすい相談サービスを整備することのみならず、地域において徹底的に精神疾患についての啓発を行う必要がある。
- その啓発活動は、一時的なものではなく、継続的なものでなければ効果が継続しない。
- 継続して啓発を続ける仕組みが必要となる。

カリキュラム教育(教科書・教材) 地域社会とのつながり

学校精神保健基本 (資料③)

Community Matters

School MATTERS

Educating Life

心のしなやかさの強化 1

心のしなやかさの強化 2

いじめをしるべ (資料④)

心の病気を理解する (スティグマの問題)


Loss Series

別れと悲しみ

mind matters

中学三年生(15歳)を対象とした 卒業前精神疾患教育出張授業

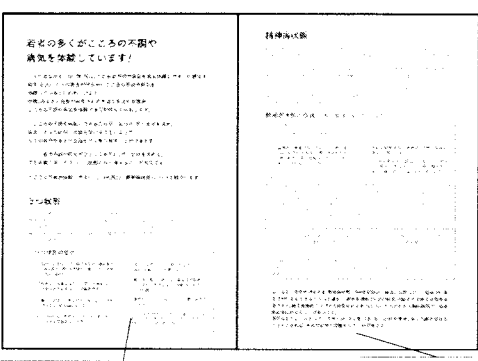
10代のころを守るために
～精神疾患学校教育プログラムキット～
(針間・白井・西田)



(50分×2コマ)
うつ状態
精神病状態
摂食障害
などについての
正しい理解

精神疾患に関する偏見
やスティグマの訂正

早期に支援を求める
必要性

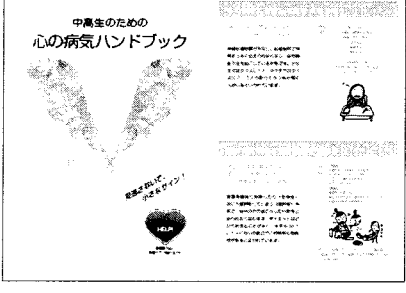


うつ病について

統合失調症について

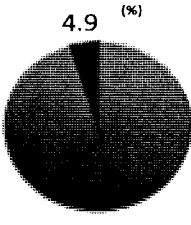
中高校生向け啓発手帳(生徒手帳サイズ) 早期の気づきの促進

中高生のための
心の病気ハンドブック



平成20年度厚生労働科学研究事業
「思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究」(主任研究者：岡崎祐士)
分担研究者：長岡 耕

ご家族が精神疾患を発病される以前に、 精神疾患について学ぶ機会がありましたか？ (患者家族調査)



4.9 (%)


- なかった
- あった

プレ調査(東京都) 2009年3月

平成20年度厚生労働科学研究事業
「思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究」(主任研究者：岡崎祐士)
分担研究者：西田淳志、研究協力者：田上美千佳、新村順子、石倉啓子

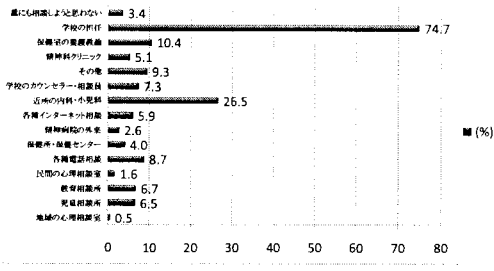
保護者向け啓発ハンドブック

保護者の方へ(保護者)の
心の病気ハンドブック



平成20年度厚生労働科学研究事業
「思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究」(主任研究者：岡崎祐士)
分担研究者：長岡 耕

子どもが何らかの精神的不調を抱えていることに気づいた際、保護者として最初に相談しようと思う相談先(小・中学生保護者 N=645)



相談先	割合 (%)
学校の担任	74.7
保護者の親戚	10.4
精神科クリニック	5.1
その他	9.3
学校のカウンセラー・相談員	7.3
近所の内科・小児科	26.5
各種インターネット相談	5.9
精神科の先生	2.6
保護者の保健センター	4.0
各機関電話相談	8.7
民間の心理相談所	1.6
教育相談所	6.7
児童相談所	6.5
地域の心理相談所	10.5

三重県調査中間報告(2009年1月末)

平成20年度厚生労働科学研究事業
「思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究」(主任研究者：岡崎祐士)
分担研究者：西田淳志、研究協力者：谷井久志

<巻末資料（5）研修会「訪問活動について」>

施設化と脱施設化の歴史と現状

脱施設化とはなにか

- 施設とは・・・「人目につかず隔離され、入居者も職員も機械的に集中管理され、当事者は保護されるばかりで意志は尊重されず、ひとりひとりの希望が叶えられないところ」(スウェーデン社会庁の見解)
- 脱施設化とは・・・物理的・空間的拘束がないだけでなく、管理や一方的保護のもとに暮らすのではなく、生活者としての普通の希望が叶えられること。
- 「主体的ライフスタイルの確立」こそが重要。

わが国の現状

- 病院収容中心・・・35万床、一兆4千億円
- 精神医療費:福祉財源 = 97:3
- 低成長による収容政策の終焉
にもかかわらず相変わらず入院優遇
- 精神保健医療従事者の入院依存
- 進まぬ退院促進、入院阻止事業の不在
- 未治療・医療中断、重度精神障害者への援助不在

病床数の国際比較(人口1000あたり)

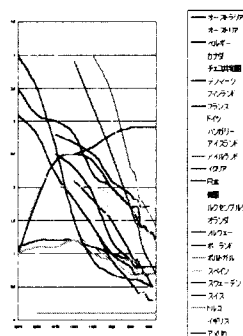


表1 病院数と病床数の推移 (医療施設調査)

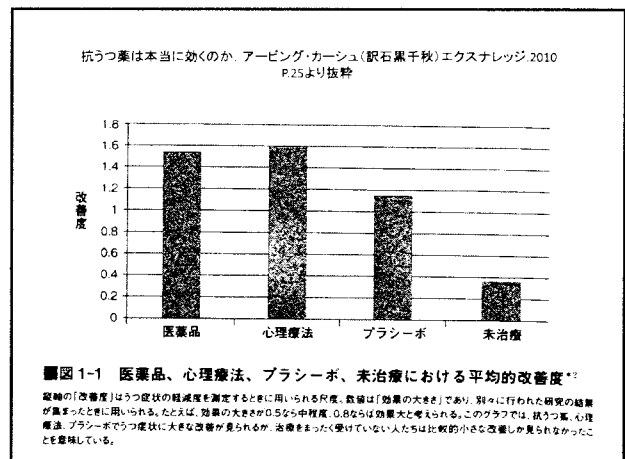
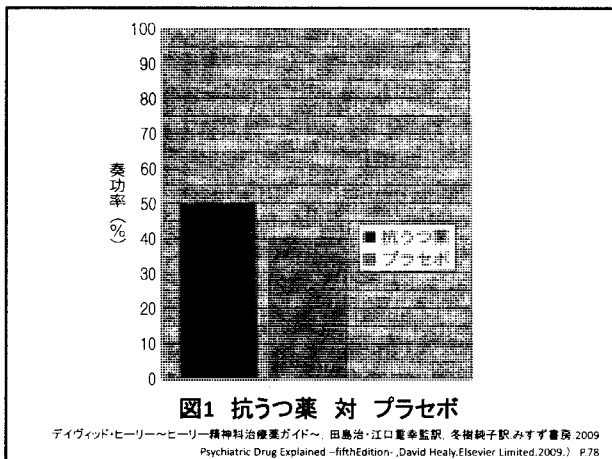
	1987	1990	1993	1996	1999	2002	2004	2005	2006
総病院数	9,841	10,096	9,844	9,490	9,286	9,187	9,077	9,026	8,943
総病床数 (x100)*	3,582.3	3,676.8	3,680.9	3,664.6	3,648.2	3,642.5	3,631.5	3,631.4	3,626.6
精神科病院数	1,044	1,049	1,059	1,057	1,060	1,069	1,076	1,073	1,072
精神科病床 (x100)	347.2	359.1	362.4	360.9	358.5	356.0	354.9	354.3	352.4
人口10万人 精神科病床	284.0	290.5	290.5	286.7	282.9	279.3	276.0	277.2	275.8

*診療所の病床数を除く

○ 総病院数は90年代初期のピーク時から10%減少し、総病床数も3%程度減少している。
○ それに対して精神科病院数は2004年まで増え続け、その後現在までほとんど減っていない。精神科病床数は病院全体の総病床数と同様に1993年のピークの3%減少しており、総病床数に占める精神科病床の割合は21.7%とこれまでと変わっておらず、依然として高い。

精神科病床における社会的入院

- 1)厚生省調査(1983) 退院可能・条件が整えば退院可能 23.4 %
- 2)日本精神神経学会(1989) 社会的理由による2年以上の入院者 33.1 %
- 3)日本精神病院協会(1989) 寛解・院内寛解 12.9 %
- 4)全国精神障害者家族連合会(1995)
社会資源が整備されれば退院可能な1年以上の入院者 39.7 %
- 5)日本精神神経学会(1999) 条件が整えば6ヶ月以内に退院可能な2年以上の入院者 32.5 %
- 6)文部省科学研究(1999) 入院1年以上の患者のうち退院可能群 50.5 %
- 7)日本精神科病院協会「社会復帰サービスニーズ等調査企画委員会」(2003) 現在の状態でも条件が整えば退院可能 15.0 %
- 8)平成19年厚生労働科学研究こころの健康科学事業(2008) 精神科病床の利用状況に関する調査(速報)
受け入れ先条件が整えば退院可能 33.6 %
居住先・支援が整えば現在又は近い将来可能 54.6 %

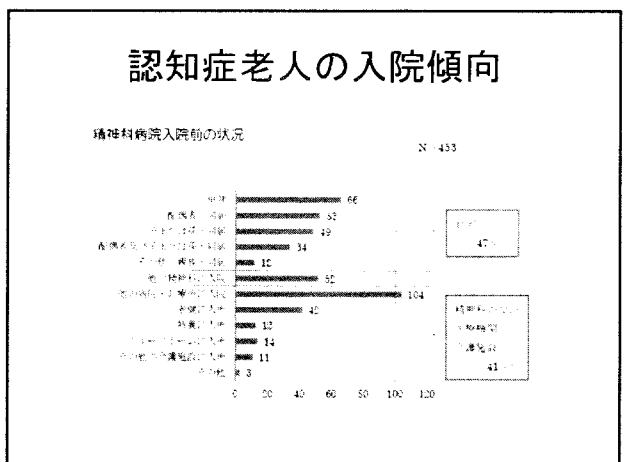


- Among adults with moderate to severe major depression in the clinical trials we reviewed, paroxetine was not superior to placebo in terms of overall treatment effectiveness and acceptability.

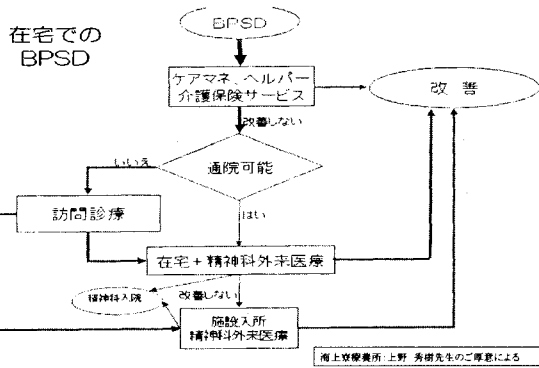
「Effectiveness of paroxetine in the treatment of acute major depression in adults: a systematic re-examination of published and unpublished data from randomized trials.」
: Canadian Medical Association 178(3);296-305.2008 : Corrado Barbui, Toshiaki A Furukawa, and Andrea Cipriani

精神科病院と認知症

- ① 精神障害者の地域移行が進む中で、空きベッドを認知症のお年寄りで埋めたいとの意向が精神科病院サイドに強い。
- ② 拘束が可能な精神病院に、扱いにくい認知症の高齢患者さんを送ることが一般の病院にとっては好都合であること。
- ③ 認知症ご本人ではなく、家族にとって好都合と考えられていること



認知症老人への訪問診療



アウトリーチの重要性

アウトリーチ(訪問援助)の重要性

- 精神障害者の基本特性＝生活障害
障害をきたす現場での援助が有効
- 生活支援は福祉援助であり、かつ治療である
医療・医学モデルの限界
- 未治療・医療中断、重度精神障害者への援助
- 現場での精神保健スタッフの育成
- 精神障害者の尊厳の回復
- 地域全体の包摂力の回復

都道府県等精神障害者地域移行支援担当課長等会議資料

アウトリーチ支援について

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部
精神・障害保健課

平成22年9月7日

精神障害者の地域生活支援について

精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年9月)

支援の場

病院内 < 地域

(入院医療の場)

(生活・暮らしの場)

これまでの主な取り組み

精神科病院からの地域移行の推進により、長期入院の精神障害者を地域で支援する方策を推し進めてきた。

平成22年6月21日第4回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 資料

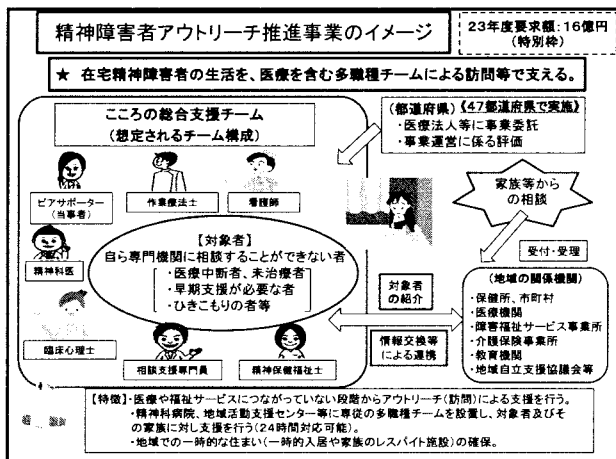
アウトリーチ支援実現に向けた考え方

【基本的な考え方】

- 「地域で生活する」ことを前提とした支援体系とする。
- アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、「入院」という形に頼らない。
- 当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが極めて重要であり、医療面だけではなく、生活面も含め、自尊心を大切にすることを基本とする。

【具体的な方向性】

- 当事者の状態に応じた医療面の支援に加え、早期支援や家族全体の支援などの生活面の支援が可能となる多職種チームであることが必要。
(→医師、看護師に加え、生活面の支援を行うスタッフを含めた体制作り)
- 財政面、地域における人材面の制約も考えると、できる限り現存する人的資源を活用するとともに、地域支援を行う人材として養成することが必要。
- 入院医療から地域精神保健医療へ職員体制等を転換する観点から、アウトリーチ支援の実施を、医療機関が併せて病床削減に取り組むインセンティブとすることが望ましい。
- 地域移行、地域定着を進める観点から、「住まい」の整備を併せて行うことが必要。
- 各障害に共通した相談支援体制との関係を明確に整理し、障害福祉サービスや就労支援に向けた取組も円滑に利用できるようなることが必要。



ACTとはなにか

<ACTの意味>
Assertive Community Treatmentの頭文を取って表現したもので、日本語では、「包括型地域生活支援プログラム」と呼ばれる。

<ACTの目的>
重い精神障害のある人が住みなれた場所で暮らせるように必要な支援を様々な職種による専門家チームによって提供する。

ACTの特徴①

1. 看護師、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師、精神科医、コンシューマー(当事者・家族)、臨床心理技術者、就労支援担当者といった多職種によるチームアプローチを行う
2. スタッフと利用者の比率を1:10に保つ
3. 担当ケースの共有

→一人の利用者に対し主担当が指定されるが、ケアはチーム全体で担当し、サービス提供や目標達成についての責任もチーム全体で共有する

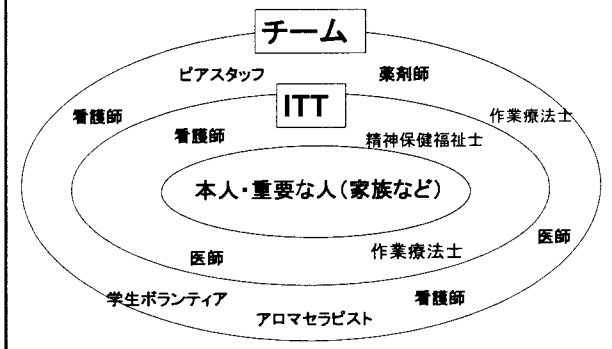
ACTの特徴②

4. チームが直接サービスを提供する責任をもつ
5. 生活の場(利用者が必要とする場所、必要とする状況)でサービスを提供する
6. 期限を設けないサービス
→基本的にサービス提供期間を前もって決定せず、サービスは必要とされる期間提供される。
7. 柔軟なサービス提供
8. 利用者の尊厳を守り、選択や決定の権利を尊重し、個人情報を保護しつつ、積極的に関わる
9. 24時間、週7日(365日)体制を保持する

ACTの特徴(まとめ)

- ・多職種による多角的支援
- ・チームによる継続的支援
- ・アウトリーチによる現場支援
- ・24時間365日の支援
- ・訪問診療という特性から、下記2点が日本の保険診療制度の下でもはじめて可能となる
 - 1) 支援エリアの確定と制限
 - 2) 利用者人数の制限

ACTのサービス提供方法② ITTについて



ACTにおけるサービス内容

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. 服薬に関する支援 | 6. 家族支援 |
| 2. 心理社会的な支援 | 7. 住居支援 |
| 3. 入退院に関する支援 | 8. 就労支援 |
| 4. 日常生活支援 | 9. 利用者の人権に関する支援 |
| 5. 精神疾患以外の健康に関連すること | 10. 教育に関する支援 |
| | 11. 症状管理 |

ACTの効果について

- ・入院日数の減少
- ・生活の場の安定
- ・医療中断が少ない
- ・症状の改善
- ・QOLの向上
- ・利用者のサービス満足度が高い
- ・入院費用の減額

(Bond, Drake, Mueser, & Latimer, 2001)

ACT-Kの現状報告

ACT-K(京都地区)におけるACT(包括型地域生活支援プログラム)対象者数:103名
2010年10月時点集計
平均値2010年8~10月集計

ACT-K(京都)とは

- ・ ACT-Kは、ACTプログラムを下記の三つの組織が連携して提供しようとする、日本で初めての民間での取り組み
 - たかぎクリニック(往診専門診療所)
 - 「ねこのて」訪問看護ステーション
 - 京都メンタルケア・アクション(NPO法人)
- ・ 平成18年現在の事務所に移転:中京区(御所真南)
 - 1階:多目的室(ピアサポートルーム(毎水曜日)・研修会会場など)
 - 2階:「ねこのて」訪問看護ステーション、NPO法人研究室
 - 3階:たかぎクリニック・NPO法人事務所

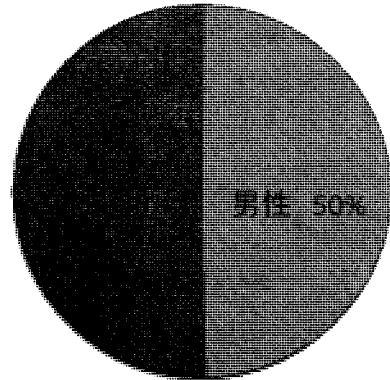
ACT-Kの対象者

- 【京都市人口:約147万人*】
- 居住地:事務所から車で30分以内の地域
- 京都市内2区を除く8区内
- 移動手段は車(時々自転車に徒歩)
- 車は一人一台ずつの社用車、電動自転車2台、駐車場完備
-

ACT-Kのスタッフ

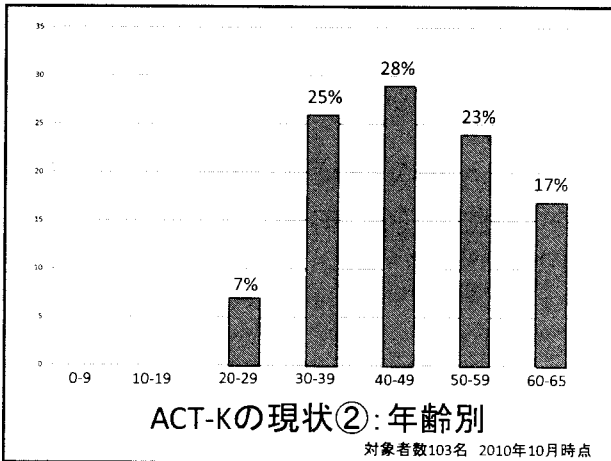
- たかぎクリニック:常勤(非常勤)
 医師1(3) 精神保健福祉士6
 薬剤師1 事務員(1)
 作業療法士(3)
- ねこのて訪問看護ステーション:常勤(非常勤)
 看護師7 作業療法士1 事務員1
- NPO法人
 研究員2 ピアスタッフ1 事務員1
 学生ボランティア

2010年6月現在



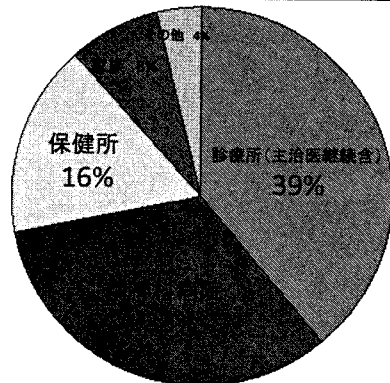
ACT-Kの現状①: 男女別

対象者数103名 2010年10月時点



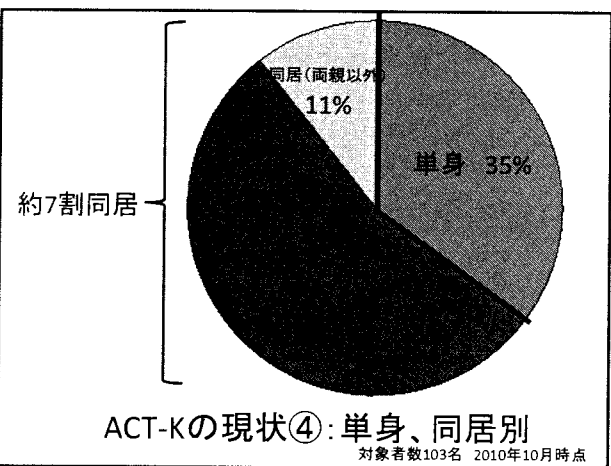
ACT-Kの現状②: 年齢別

対象者数103名 2010年10月時点



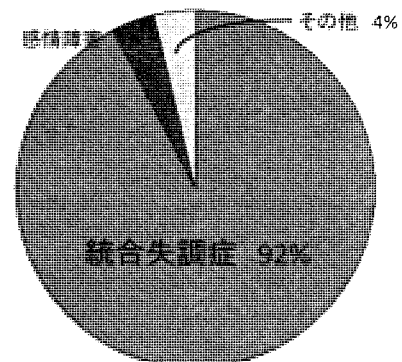
ACT-Kの現状③: 紹介経路別

対象者数103名 2010年10月時点



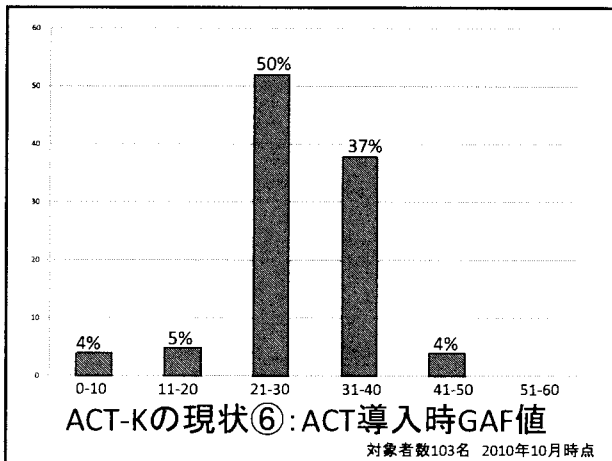
ACT-Kの現状④: 単身、同居別

対象者数103名 2010年10月時点



ACT-Kの現状⑤: 疾患別

対象者数103名 2010年10月時点



保健所経由紹介者のプロフィール

性別	年齢	診断	紹介時GAF	主要な理由・治療歴以外の主な問題
男	26	S	11~10	未治療
女	34	S	11~10	中絶
男	40	S	11~10	中絶
女	61	S	11~10	未治療
男	26	S	11~20	未治療
女	28	S	11~20	未治療
男	35	S	11~20	中絶
男	46	S	11~20	未治療
男	46	S	11~20	未治療
男	48	MDI	11~20	中絶
女	48	S	11~20	中絶
男	51	S	11~20	中絶
女	35	S	11~20	未治療
男	59	S	11~20	中絶
女	59	S	11~20	中絶
女	60	MDI	11~20	未治療
男	33	S	21~30	未治療
女	33	S	21~30	中絶
男	40	S	21~30	中絶
男	44	S	21~30	中絶
男	55	S	21~30	中絶
男	60	ORG	21~30	未治療
女	61	S	21~30	中絶
女	62	S	21~30	中絶
女	66	S	21~30	中絶
男	43	S	21~30	中絶
男	63	S	21~30	中絶

	訪問数		訪問数
精神保健福祉士	364	作業療法士	64
看護師	509	薬剤師	32
精神科医	130	ボランティア	6

訪問数合計平均: 1106回
 ※無償訪問は各訪問数のうち、1割程度
 ※無償訪問内容: 病院への面会、拒否ケース、家族面談 など

コンタクト数
 (無償・緊急訪問含職種別・職種別合計月平均)

対象者数103名 2010年8月~10月集計平均

- ### 地域精神保健の運営原則
- ① サービス提供(管轄)地域に対して責任を持つこと
 - ② 責任を果たすことのできる担当チームを持つこと
 - ③ 分散されていて、平等な権限と責任を持つような組織性
 - ④ 人頭支払い制を持つこと
 - ⑤ 地域にある精神保健関係機関以外の社会資源を利用できること
 - ⑥ 多目的な地域センター機能を持つこと
 - ⑦ 非施設化
 - ⑧ 現れた結果を重視するような成功報酬システム
 - ⑨ 地域精神保健に市民および消費者が参加していること
- Loren R.Mosher and Lorenzo Burti 「コミュニティメンタルヘルス 新しい地域精神保健活動の理論と実践」1992

- ### 地域精神保健における支援関係の原則
- ① 理論にとらわれずに理解すること
 - ② 社会的枠組みの継続性
 - ③ 対応の柔軟性
 - ④ 「ともに存在すること」「配慮しつつそばにいること」
 - ⑤ 具体的な問題に焦点をあてること
 - ⑥ コンサルテーション、肯定的に促すこと
 - ⑦ 仲間のような互酬性
 - ⑧ 自助自立への期待
- Loren R.Mosher and Lorenzo Burti 「コミュニティメンタルヘルス 新しい地域精神保健活動の理論と実践」1992

- ### 地域精神保健スタッフ選択基準: 望ましいパーソナリティ特性
- ① 強い自己感覚: ためらいに対する励まし
 - ② 偏見がなく、受容的で、批判的でない
 - ③ 忍耐強く、押しつけがましくない
 - ④ 実際の、問題解決中心の方向づけ
 - ⑤ 柔軟さ
 - ⑥ 共感性
 - ⑦ 楽観的で支持的
 - ⑧ 穏やかな意志の強さ
 - ⑨ ユーモア
 - ⑩ 謙虚
 - ⑪ 社会的枠組みで考える
- Loren R.Mosher and Lorenzo Burti 「コミュニティメンタルヘルス 新しい地域精神保健活動の理論と実践」1992

未治療・治療中断者への訪問

岡田愛, 福山敦子, 高木俊介, 三品桂子:
医療につながらないケース,
精神科臨床サービス, 9:568-572,
2009(第3章:地域の現場で生きるスペシャリストの智恵と技.)

表1 地域生活支援を行う専門職の在り方

支援内容	具体的な実践
利用者の人生を尊重する	利用者のありのままを認めて訪問する 精神症状があっても、生活が破綻しなければよいと思う 支援の前提は医療ではないと考える 服薬や症状がなくなることがゴールではないと思う
関係性を構築しながら、必要に応じて専門性を発揮する	専門職としての話をするよりも先に自己開示をすることで、 ひとりの人間として向き合っていることを伝える 関係性ができてから専門職としての支援を考える
専門職の責任を持って医療につなげる	医療につなげる見極めと責任のあるつなげ方をする 利用者の世界を守るために入院治療を活用する 入院から退院まで責任を持つ
医療の限界を知る	利用者を、薬がなくても回復する力を持った人と捉える 利用者の薬の適正量と適用範囲について知る 人との関わりプラスアルファとしての薬であるとする 医療にできることは少ないと理解する
余計なことはしない	心でしていても行動では何もしない 服薬の言語的確認はせず、対面して読み取る
あきらめずにとことん付き合う	根気よくとことん付き合う ぶら下がってしがみつき、相手に折り合いをつけてもらう

表2 コミュニティの構築

支援内容	具体的な実践
生活の拠点(ハウジングファースト; housing first)	まず、住居を確保し安定してもらう まず、生活費と住居を確保する
利用者和社会をつなげるための媒体となる	利用者と医療を結びつける媒体となる 地域資源とつながるようにスタッフが間に立つ 利用者と近隣住民との顔つなぎをする 近隣所とのコーディネートをする 不必要な強制医療の弊害を社会に理解してもらう

表3 その人らしさを中心としたケア (person centered care)

支援内容	具体的な実践
本人に聞く	拒否している理由を利用者に率直に聞く
利用者へ柔軟に行う	利用者に振り回されることを厭わない 利用者によって対応の仕方を変える スタッフとして、だめな人間だと利用者と思われ れることも、何でも知っている人だと思われ ることもいいと考える 利用者の求める役割をとる 状況に合わせて支援や関係作りを行う
利用者の主観的な問題から一緒に解決する	利用者の困っていることを一緒に解決する 利用者が主観的に困っていることに着目する
医療主体から利用者主体へ視点を転換する	医療を振りかざさない 利用者の世界に入ってから現実との折り合いをつける

表4 パートナーシップの構築

支援内容	具体的な実践
目的に向かって分かちあう	利用者の可能性を決めつけない ひとりの人間として向き合う 1対1で付き合っていく 失敗したらきちんと謝り次につなげる
スタッフ自身の立場を認識しつつ、仲間関係を作る	呼ばれていないのに訪問する立場だと理解する どんな出会いであれ人間関係を作っていく 医療や治療をしに来ただけではないことを伝える 安心感や信頼関係を作ることを基本とする 利用者を傷つけたり脅かしたりしない
自己開示しながら関係性を作る	まずはスタッフ自身を知ってもらう 良いこと悪いこと全部含めてありのままのスタッフを知ってもらう
同じ空間にただようことからの出発	言語的なコミュニケーションは意識せずに、そこに「居る」 一緒に迷って、一緒に過ごすことはとても大事であり、そこから関係性をはじめていく

考察:スタッフの基本姿勢

- 専門職である前にひとりの人間であり、人間同士としてのクライアントとの関係をつくる
- 利用者は『医療を拒否はしていても、人間を拒否しているのではない』
- 『「患者」になりたいわけではなく、地域に暮らすひとりの「人」として在りたい』利用者の思いを汲み取る

地域移行の経済

ACTは経営的に成り立つか？ ACT-Kの収入

訪問診療・往診料 8,300円 × 145 = 120万円

在宅時総合医学管理料 (50人)

45,000円 × 50 = 225万円

PSW訪問 5,750円 × 371 = 213万円

Ns・OT訪問 9,000円* × 462 = 416万円

薬剤師訪問 5,500円 × 41 = 23万円

以上より、訪問収入は約1,000万円/月となる。

ACTは経済的に成り立つか？ 地域精神医療 (ACT) のコスト計算

人口40万人のA市を想定して、
統合失調症の有病率 0.8%であり、入院者の割合は25%
A市における入院統合失調症患者数は・・・

40万人 × 0.008 × 0.25 = 800人

この800人が慢性病棟に長期入院していると仮定すると・・・

30万円/月 × 800人 × 12ヶ月 = 28億8000万円/年

同じ800人をACTでケアする場合、最低8チーム必要。

1チームの費用をACT-Kと同じとして・・・

1,000万円 × 7チーム × 12ヶ月 = 8億4,000万円

→ACTによるケアは、年間20億円以上のコストダウン！

英国精神医療におけるノーマリゼーションの ための変革促進要因と変革阻止要因

変革促進要因①	変革阻止要因①
保健管理職を含むあらゆる専門職集団の少数者の態度	多数の精神科医および看護者の態度
専門職の少数者および民間の非専門職部門によって開設された新しいサービス	大多数の精神医療実践がノーマリゼーションの原理と関係がないか、その原理の実現を妨げていること
進行中の脱病院化の過程	「上澄みを移す」だけの脱施設化に終わること
強力で、革新的な民間の非営利追求部門	営利追求で動くこと

Shulamit Ramon and Maria Grazia Giannichedda 「過渡期の精神医療：英国とイタリアの経験から」1992

英国精神医療におけるノーマリゼーションの ための変革促進要因と変革阻止要因

変革促進要因②	変革阻止要因②
精神医療変革への政府の決定	精神医療改革の中身についての政府の曖昧さと、公的な精神医療サービスへの政府の関わり方の欠如
専門職に対する英国中産階級の単純な信仰の消滅	精神科医を含む専門職の統制機能の増大
公の場、特にマスメディアへの利用者集団の登場	暴力や精神障害に対するスティグマ
オランダ、イタリア、アメリカ合衆国の革新的経験から学ぶこと	改革を阻止するために他の国々の経験のマイナス面を利用すること

Shulamit Ramon and Maria Grazia Giannichedda 「過渡期の精神医療：英国とイタリアの経験から」1992

<巻末資料（6）アンケート調査票>

平成 22 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業
「保健福祉領域における訪問活動を活用した精神保健ゲートキーパー機能に
ついての三鷹市内での実態調査」へのご協力をお願い

このたび、社会福祉法人巣立ち会は、平成 22 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業として、三鷹市内の精神保健福祉活動に関する実態調査を行うことになりました。

こころの健康の問題は、狭義の精神疾患として認められるだけではなく、多くは緊急の社会問題という形で表れます。年間 3 万人を超え続ける“自殺”、育児や介護の困難を象徴する“虐待”、家庭で出口の見えない“引きこもり”や“ドメスティック・バイオレンス”、学校への“不登校、いじめ”、増加し続ける“うつ”や“アルコール依存症”、青少年の“薬物汚染”、これら全ての問題の基礎には、こころの健康の問題があります。

残念ながら、現状では地域の中で精神保健を中心に担う役割を持つ場所が存在していません。そこで、様々な機関が精神疾患を患っている、或いはリスクの高い人と接触する機会を持っていることに着目し、そうした既存の仕組みや機関、制度、人材を利用し、訪問等の活動と連携することで、精神疾患の早期発見・早期支援を行い、より重篤な経過をたどることを防止し、ひいては自殺予防の効果をある程度上げることが期待できるものと考えられます。

本調査では、三鷹市内の保健福祉の領域において様々な訪問・相談活動を行っている方々が、支援の対象者及びその近辺の方々がお持ちのメンタルヘルスの問題に対して、どのように対応をされているのかを調査し、その実態を把握することを目的としています。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、ご理解、ご協力のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。回答していただいた情報については、全体的な統計的分析の結果のみ公表されますが、ご協力頂いた方個人の結果が調査結果として公表されることは一切ありません。

ご記入いただきましたアンケート調査票は、下記の期日までにご回答頂きたく存じます。

2010 年 11 月 19 日(金曜日)迄

2010 年 10 月 12 日

社会福祉法人 巣立ち会
理事長 田尾 有樹子

問い合わせ先：社会福祉法人巣立ち会 こひつじ舎
東京都調布市菊野台 1-19-5-102
TEL：042-488-4436 FAX：042-488-4436
担当：長門 大介

Q9. <メンタルな問題についての相談相手（スーパーバイザー）について>

継続的に関わっている対象者やその家族のメンタルヘルスについて、相談できる相手に○をつけてください（複数回答可）。

- a) 職場や組織の中に、システムとして確立している人がいる
- b) 職場や組織の外に、システムとして確立している人がいる
- c) 職場や組織の中に、個人的に相談相手を確保している
- d) 職場や組織の外に、個人的に相談相手を確保している
- e) 特にいない

Q10. <改善へのご提案等>

もし現状に不十分な点があるとするば、どのように改善が見込めるとお考えですか？

Q11. <自由記述>

その他、支援対象者等のメンタルヘルスに関して、日々の業務の中での困ったことなどを自由にご記入下さい。

Q12. <相談機関について>

以下の精神保健に関する相談が可能な機関について伺います。

(1) あなたが知っている機関全てに○をつけて下さい。

- a) 三鷹市障がい者自立支援センター ゆー・あい
- b) 三鷹市障がい者地域自立生活支援センター ぽっぷ
- c) 指定相談支援事業所 野の花
- d) 三鷹市障がい者就労支援センター かけはし
- e) 三鷹市総合保健センター
- f) 三鷹市地域福祉課
- g) 三鷹市社会福祉協議会
- h) 三鷹市教育委員会 総合教育相談室 (教育センター)
- i) 三鷹市子育て支援課・三鷹市子ども家庭支援センター
- j) 多摩府中保健所
- k) 多摩総合精神保健福祉センター
- l) 三鷹市内地域包括支援センター (どこでも)
- m) 杉並児童相談所
- n) その他 [具体的に: _____]

(2) あなたが連絡ないし相談したことがある機関全てに○をつけて下さい。

- a) 三鷹市障がい者自立支援センター ゆー・あい
- b) 三鷹市障がい者地域自立生活支援センター ぽっぷ
- c) 指定相談支援事業所 野の花
- d) 三鷹市障がい者就労支援センター かけはし
- e) 三鷹市総合保健センター
- f) 三鷹市地域福祉課
- g) 三鷹市社会福祉協議会
- h) 三鷹市教育委員会 総合教育相談室 (教育センター)
- i) 三鷹市子育て支援課・三鷹市子ども家庭支援センター
- j) 多摩府中保健所
- k) 多摩総合精神保健福祉センター
- l) 三鷹市内地域包括支援センター (どこでも)
- m) 杉並児童相談所
- n) その他 [具体的に: _____]

質問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

平成 22 年度 厚生労働省障害者総合福祉推進事業

保健福祉領域における訪問活動を活用した精神保健ゲートキーパー
機能についての三鷹市内での実態調査とマニュアル作成

平成 23 年 3 月発行

編集・発行 社会福祉法人 巣立ち会
東京都三鷹市野崎 2-6-6
TEL.FAX 0422-34-2761
<http://sudachikai.eco.to/>

印刷・製本 株式会社 文伸