

## 特集 医療機関で求められる心理社会的治療——モデルプログラムの提案——

## 精神科医療機関に必要なアウトリーチサービスのスキルと研修

伊藤 順一郎

「入院中心から地域生活中心へ」の文脈で行われるアウトリーチサービスは、従来のモニタリング中心の訪問活動とは異なり、患者の住む地域社会の生活の様子を良く知り、彼らが市民としての生活を取り戻せるように、暮らしや人生を具体的に応援するための訪問である。このような支援は、精神病棟内での支援とは異なるスキルを必要とする。それは、じかに「生活」に触れていくがゆえのスキルの違いでもあるが、さらに、アウトリーチを必要とする人々がしばしば医療や支援を抱えている否定的な感情に向き合っていく必要からくるスキルの違いでもある。

筆者はこのような観点から、アウトリーチに必要なスキルを研修の観点から5段階に分けた試案を提唱した。それは、レベル1：疾病管理中心から生活中心への視点の転換をする、レベル2：生活の場を知る。ストレングスを知る。相手に寄り添い信頼関係を築く、レベル3：ストレングス・モデル、ケアマネジメント、心理教育などの技能に習熟する、レベル4：チームでの活動が円滑にできる、レベル5：パターンリズムが必要な状況であっても、逃げずに向き合うことができる、と整理された。

また、精神科医療機関の地域精神科医療に対する姿勢を「地域化」として、6つのステージに試みに分け、それぞれのステージのために必要なスキルを提示した。

＜索引用語：地域生活中心、アウトリーチ、ACT、スキル＞

## はじめに

今後、増えていくであろう医療機関のアウトリーチサービスを、わが国の従来の精神医療を補完するものと位置づけることは、その価値を半減させるものである。

なぜか、補完という考え方は、入院治療などの従来の治療法の変化は積極的に考えられておらず、単に「足りないところを補う」という方向であるからである。これでは、「入院治療中心から地域生活中心へ」と導く精神保健医療福祉へのパラダイムシフトはできない。病棟が本拠地とみなされるので、「具合が悪くなったら、従来通りにすぐに入院させればいい」という姿勢が従事するスタッフに必ず出てくるからである。このような姿勢で行うアウトリーチは、結局は「具合が悪くないか」を観察する訪問活動と変わらぬもの

になってしまう。体温測定から始まり、睡眠の具合や食欲を尋ね、幻聴の有無を尋ね、不安の有無を尋ね、服薬が順調かを確認するという、あたかも患者の家がひとつの病室とみなされているような、モニタリングが手段ではなく目的になってしまっているような、そんな訪問になってしまうのである。

患者の家が、病室とみなされているのでは、患者はいつまでたっても「市民」にはなれない、と考えるべきであろう。

## 1. 「地域生活中心」のなかのアウトリーチ

アウトリーチサービスが「補完」的なものではないとすれば、それは、これでなければ成し得ない、今までの精神医療ではなかなか実現できなかったサポートを行うものと位置づけられるべきで

あろう。そのようなサポートとはどんなものであろうか。

筆者の見るところ、それは、患者の住む地域社会の生活の様子を良く知り、患者が市民としての生活を取り戻せるように、暮らしや人生を具体的に応援するための訪問である。患者がどのような生活を望んでいるのか、彼らはそもそもどのような人々なのであるのか、どのような長所や技能、熱意をもっているのか、そのようなことを知るプロセスをともなった、協働作業としての支援である。

このような支援は、当然ながら精神病棟内での支援とは異なるスキルを必要とする。それは、既述してきたような、じかに「生活」に触れていくがゆえのスキルの違いでもあるが、さらに、アウトリーチを必要とする人々がしばしば医療や支援に抱いている否定的な感情に向き合っていく必要からくるスキルの違いでもある。

アウトリーチが必要な状況とは、たとえば長期入院や、頻回に入院した経験のある患者の、退院後の生活をささえることが目的であったり、ひきこもり状態にあり、家族の支えでかろうじて自宅での生活を維持している患者の生活の支援だったり、あるいは医療中断や未治療状態にある人々の生活の立て直しが目的であったりする。言葉を変えて言えば、通院・通所を中心とする今までの支援では、十分に支えきれなかった人々や状況が対象であり、そのようなとき、人々はしばしば、過去の強制入院や隔離拘束などが外傷体験にもなり、支援不信、医療不信に陥っていたり、家族ごと地域社会の中で孤立していたりする。

さらに、アウトリーチサービスは、ACTも含め、強制力を発動しない、任意の粘りづよいかわりによって成立する。したがって必要なスキルとはこのような困難の多い状況下で、治療や支援を始めうる、関係性づくりに関連したスキルといえることができる。

本論では以下に、筆者がACTの運営に関与したり、ACTを目指したアウトリーチチームの立ち上げや実践のコンサルテーションに関与した経

験から、アウトリーチに必要なスキルをレベルごとに提示してみることにする。ただし、これはあくまで「たたき台」であり、今後エキスパート・コンセンサスなどによる検討が必要である。アウトリーチ推進事業など、国のレベルでもアウトリーチを精神保健医療福祉施策の中に位置づけようとしている時期であるがゆえに、スタッフに必要なスキルの提示は重要課題であると考え、未完成ではあるが提示した。

## 2. アウトリーチに必要なスキル

以下、筆者の提案するスキルを、研修の観点からレベルを5段階に分けて記述する。これ以降、地域精神医療の文脈のなかで、アウトリーチ活動を「患者が市民としての生活を取り戻せるように、暮らしや人生を具体的に応援するための訪問」として明確に位置づけるために、文中、「患者」の代わりに「利用者」あるいは「本人」という用語を用いることにする。

### (1) レベル1：疾病管理中心から生活中心への視点の転換

レベル1はアウトリーチ活動を始める初心者に、まずは学んでもらいたい基本的なスキルである。レベル1の特徴を一言でまとめると「病棟の作法を利用者の自宅にもちこまず、利用者やその家族の住む場所の作法を尊重する」スキルとまとめることができる。

ここには、一市民として個人のお宅を訪問する場合の常識的なふるまいを医療スタッフがまず取り戻すというスキルも含まれる。

たとえば、平服で出かける、車両にも医療機関名など入れない、などは基本中の基本であろう。利用者宅に着いたら、普通に挨拶をする、用件に入る前に世間話を少し入れる、家族がいたら、家族にも声をかける、など、知人宅への訪問として常識的に行っているふるまいをすることも、スキルとしてあげておく。関係づくりの基本としては、本人や家族が用いる言葉を尊重し、その言葉をスタッフも用いるということは、初心者にぜひ伝え

たいことである。とくに苦労や困難の表現など、いちいち医学用語に翻訳しなおすのは論外である。

お茶などの接待が出たときどうするかは初心者迷うところであるが、さらりとお礼をいって、常識の範囲で手をつけるのが良いであろう。過剰な接待に対しては、「これからもしょっちゅう来ますので」とお断りするのが賢明である。そうでないと、スタッフの訪問が本人や家族の負担になりかねない。

逆に、利用者宅を病室にしないために注意すべきこととしては、いきなり検温をしない、体重を計ろうとしないなどがある。儀式として明快であるだけに看護師などが自分たちの安心のためにも実施したいところであろうが、目的が明確でなければすべきでないし、訪問の最初に持ってくる儀式ではあるまい。同様に、たとえ、睡眠や食欲であっても、それが利用者にとって目下の最大の関心事でもない限り、症状の話から会話を始めないことも重要である。病いではなく、利用者本人、あるいはその生活のことを知り、今後どのような協働作業をしていくのかを考えるための時間という位置づけを関係の中で明らかにしたいからである。医療はあくまでそれを円滑に進めるための支えなのである。三品<sup>5)</sup>は、医療中断者、未治療状態にある人々に関わるに際して、「治療、服薬、入院の3つはほとんど禁句」と述べているが、精神医療に対する利用者の両価的な心情、あるいは不信任感を考えると、うなずけるところである。

さらに、レベル1でぜひ習得したいことの1つに、自分たちはどのような目的で訪問しているかを明確に相手に伝える、ということをおきたい。これは、利用者や家族の作法を尊重しながらも、我々が何者で、どのような意図でアウトリーチということを行っているかを名乗る、いわば自己紹介のようなプロセスである。

「私たちは、〇〇という訪問チームのスタッフです。私たちは、Aさんの生活を管理しようと思って来たのではありません。Aさんのできること、長所を伸ばして、Aさんが希望する生活の応援ができれば、そのために少しはお手伝いが

できればと思って伺いました」など表明することは、利用者に対してばかりでなく、スタッフにとっても自らの立ち位置を自身の言葉で確認することになり、関係づくりを行ううえで有用なのである。

## (2) レベル2：生活の場を知る。ストレングスを知る。相手に寄り添い信頼関係を築く

レベル2で身につけたいことは、「良好な関係づくりをすすめる、ケアマネジメントを行う上で有用な情報を集めるスキル」である。

まず、利用者の生活圏にもともに出かけ、楽しい時間を過ごすこと自体がスキルである。利用者の関心や希望に応じてであるが、利用者と同行して、買い物や食事、カラオケやネットカフェなどの楽しみや散歩に出かけること自体が、利用者の人となりを知る大きな機会であり、また、スタッフを利用者に知ってもらう機会にもなる。そのような機会に行われる会話から、利用者の人柄や個性/技能や才能/(本人にとっての) 環境の強み/興味や願望といったことがらも理解できる。これが利用者の強み(ストレングス)のアセスメントになる。むしろ、利用者の自宅周辺の地理や使える交通手段について知ることができることも収穫である。

少し慣れてきたら、利用者の周囲にいる支え手のことを知る機会も積極的に作っていききたい。むしろ、利用者にも納得してもらえ文脈の中ではあるが、たとえば家族、不動産屋さん、利用している障害者支援課や、気にかけてくれている民生委員などとも、出会う機会を作り、お互いの意見を交換しておければ、今後、利用者の地域生活を支えるかけがえのない支援者として助けを仰ぐこともできる。

このように、利用者自身やその周りの環境のことを理解していくわけであるが、この時のポイントは、一回一回は短くとも頻回に訪問し、少しずつ打ち解けていくという方法をとることである。関係づくりの段階では、非侵襲的であるが、常に身近にいる存在にアウトリーチのスタッフがなる

<p>現状： 今何が起きているのか？</p>	<p>個人の希望，願望： 何を要望するのか？</p>	<p>資源， 個人的 &amp; 社会的： 過去に何を利用したことがあるのか？</p>
<p>職業/教育</p>		
<p>自分で仕事を探すことができる。 家事の知識やスキルがある。 基本的な保育の知識がある。 基本的な応急処置の知識がある。</p>	<p>私は、保育園の仕事など、子供と触れ合うことのできる何らかの仕事を持ちたい。</p>	<p>ホテルの客室清掃の仕事を、アルバイトでしたことがある。県立高校を卒業した。 10代のころ、保育の授業を受けたことがある。</p>

他に日常生活状況，経済/保険，社会的支援，健康，レジャー/余暇など

図1 ストレングスアセスメントシート(カンザス大学方式より)

ことが、安全で確実な方法である。あるスタッフの言葉を借りれば、「ご近所づきあいで、ともに町内で年をとっていく間柄」になるということである。とくに、我が国の場合、利用者は多くの場合、家族同居であり、独居の場合も、かなり身近に家族がいることが多い。打ち解けるうちに家族の苦労を理解し、それを支え、家族それぞれが自分の暮らしをできることも支援の目標の1つであることを家族にも伝えることは、家族支援の重要な一歩であろう。

また、関係のできつつある利用者とは、病気の世界を共有し、困っていることの手助けをする、現実の苦労について共有することも、このレベルのスキルとしてできるようになるとよい。たとえば、幻聴で身動きできない本人に代わり、切れてしまった電球を取り換えるとか、不安が強く、バスに乗れない利用者といっしょにバスに乗る練習をするなど、小さな工夫を行えることが、スキルとして整理できるのである。

- (3) レベル3：ストレングス・モデル，ケアマネジメント，心理教育などの技能に習熟する

レベル3は、「ある程度系統だったスキル・モデルを学び、それを実践に活用できる段階」である。さまざまな研修の受講や、ツールキットの活用などがこのレベルでは求められる。たとえば、

カンザス大学のストレングス・モデル<sup>4)</sup>によるケースマネジメントでは、図1のストレングス・アセスメントシートや、図2のリカバリーゴール・ワークシートなどの使い方を学び、利用者との交流の中で活用できることが求められる。チームとしてはグループスーパービジョンができることも必要であろう。これらは、書式の活用法を通じて、本人の希望，なりたい姿について本人の言葉で明確にでき、その希望の実現に取り組む関係性が作れることであったり、利用者の「心から願っていること」を長期目標として、その実現のための小さなステップを描き、その実行のための利用者、スタッフ、その他の人々の役割などが割り当てられることを意味する。また、これらの作業ができる前提として、スタッフが毎回の訪問について、「何を目的に訪問するのか」を自分の言葉で説明できることは、地味ではあるが重要なことである。毎回の訪問が行き当たりばったりではなく、利用者の市民としての生活を取り戻す過程(= Recovery)に寄り添うことができているかを確認できる機会になるからである。

一方、心理教育的な観点からは、このレベルにおいて、利用者自身の“元気を保つ工夫”について話し合えるスキルに習熟することをあげたい。WRAP (Wellness and Recovery Action Plan)<sup>1)</sup>が示すように、まず自分のことを知り、自分が元気を保つ工夫を知ることは、今後、自助の力をは

氏名： \_\_\_\_\_ ケアマネジャー： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_

一番心から願っていること：私はアパートで独り暮らしがしたい				
実現に向けた達成可能な短期目標 (課題あるいは行動段階)	責任	達成期日	達成日	コメント
◎山手の不動産屋に行って、部屋の空きがあるかどうかを聞く	J子 & CM	11/12	11/12	1月中旬に入居できる いい物件が見つかった
◎新しいアパートでの生活に必要なもののリストを作る	J子 & CM	11/19	11/19	別紙のようなリストを作った
◎リストのうち母親からもらえるものがあるか、母親に相談する	J子	11/22	11/23	お母さんは台所用品 (なべフライパン)を出してくれる
◎リサイクルセンターに行って中古の家具をみる	J子 & CM	11/26	11/26	こたつ、照明器具、タンスなど、8000円

利用者のサイン \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ ケアマネジャーのサイン \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_  
他の人のサイン \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

図2 リカバリーゴールワークシート (カンザス大学方式)

名前： \_\_\_\_\_ 日付：平成 年 月 日

私の調子が悪くなる前は (サインは)	#1 死にたい気持ちが強くなる #2 「誤作動」がおこり、周りが敵に見える
-----------------------	--

サインかなと思ったら (@\_@)

私のすること	周りの人にして欲しいこと	周りの人にして欲しくないこと
#1に対して チームに相談の電話をする	#1に対して 否定せず、話を聞いてもらいたい	#1に対して 入院したくない
#2に対して 頓服の水薬を飲む チームに相談する	#2に対して 「誤作動」だと教えてもらいたい 主治医と相談して楽になる薬がほしい	#2に対して ろれつが回らなくなる薬は飲みたくない

ACT-Jの担当： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_  
主治医： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_  
家族： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_  
その他： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

図3 クライシスプラン (私が困った時に)

ぐくむうえでも自然であり、大切なプロセスと考える。そのうえで、利用者の“元気”を妨害するものとしての“病い”について、知りたいことを整理し、また対処について共に学ぶ、そのようにして、心理教育が行われるとよい。自分自身と病いをわけて考える外在化や、その延長にある“当事者研究”的態度は(べてる)は、スタッフが身につけておくことよいスキルとしてあげることがで

きる<sup>2)</sup>。

そして、元気な状態のときに、具合の悪くなる状況を想定し、その時のサインや、対処の方法、あるいは他者に望む支援や望まない支援などを整理したクライシスプラン作りは重要な作業のうちの1つである。図3はACTで用いているクライシスプランの一例であるが、さらに詳細なプラン作りについてはWRAPを参考にするとよい。



家族支援としても、心理教育は重要であり、情報を提供しながら、家族の苦労を聞き取り、ねぎらい、家族が自分自身の生活を取り戻すことの相談にも応じられることは、このレベルのスキルとして押さえておきたいことである。

#### (4) レベル4：チームでの活動が円滑にできる

このレベルではACTとしての活動が実践できることを視野に入れており、今までのアウトリーチ活動のスキルに加え、多職種よりなるチームとして機能するために必要なスキルを盛り込んである。ここで必要なのはリーダーシップやチームワークに必要なスキルであり、たとえば、ドラッカー、P.F.の「マネジメント」などが学習に役に立つ。

チームレベルで機能するために必要なこととしては、チームでの情報交換が円滑にできることが欠かせないが、そのためのスキルとしては、ミーティングの時間を確実に確保する、スタッフ自身の「弱さの情報公開（べてる）」ができる文化をチームの中に作る、チームリーダーの役割を明確にする、などをあげることができる。また、チームという場合、利用者の主治医も重要なチームメンバーであり、主治医もチームの一員として対等に対話ができることは、地域生活に役に立つ支援を遂行するうえで必要なことである。ただし、このことは我が国においてしばしば高い障壁となるので、ACTのようにチーム精神科医を持つなどの構造を作ることも一考である。このようにしながら、入退院も含め、すべての支援についての責任をチームが持つという自覚ができることはこのレベルのスキルが目指しているところである。

#### (5) レベル5：パターンリズムが必要な状況で

あっても、逃げずに向き合うことができるストレングス・モデルの習得ができたスタッフであっても、アウトリーチサービスのプロセスでたとえば次のような状況に遭遇することは十分ありうる。

「支援している患者さんが、服薬をせず、夜間

大きな音をたてたり、大音響で音楽を聴くようになった。階下の住民からの苦情で、大家さんから立ち退きの要求が出た。自分の部屋の窓も割っている。民生委員からは「以前だったらふんじばつでも入院させた。あんたたちは何もしてくれない」と言われてしまった。」

このようなときの支援は、どのような方向で支援を進めるべきか常に葛藤をはらんでいる。仮に在宅でのフォローを継続という方針を出したときには、それゆえに目の前の人地域から排除されたり、自殺など生命の問題が生じるかもしれない。逆に強制的な入院が必要と判断し行動した場合には、スタッフはその人との関係性が壊れるのではないか、「ストレングス・モデル」を大切にしているのに、こんなことをしていいのかと自問自答するであろう<sup>3)</sup>。

レベル5は、このような葛藤を強くはらんだ状況のときに、チームとしての方針を明確にし、関与し続けるスキルである。この場合必要なことは、「危機を最小にし、その状況によって失うもの（たとえばアパート、仕事など）を少なくすることによって、利用者の望む人生を援助することである。そのためには入院の説得をする必要が生じる場合もある。重要なのは、その後も関わり、より早く危機から回復できるよう援助することである」(Rapp, C.<sup>4)</sup>)。支援を一時点の事象で捉えるのではなく、継続的な文脈の中で捉えることが、何よりも重要であろう。

### 3. 一般の医療機関の「地域化」の目安と技能

以上アウトリーチ活動に必要なスキルについて、レベルという概念を用いて整理してみた。一方、スキルを学ぶスタッフは単独で存在しているのではない。医療機関に所属して、その文化の中にいる。スタッフのスキルは、医療機関がどのような活動をしているかと無縁ではないわけである。スタッフが自分たちの実践を改善していくのにあたり、どのようなスキルの習得が必要かを知るためには、所属している医療機関が地域生活中心の精神科医療をどれだけ目指しているか、どの程度

表1 ステージと必要な技能レベル (案)

	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
ステージ0					
ステージ1	◎	○			
ステージ2	◎	◎	○	最少目標値	
ステージ3	◎	◎	◎	○	
ステージ4	◎	◎	◎	◎	◎
ステージ5	◎	◎	◎	◎	◎

ACTの出発点はステージ3以上  
医療機関の「地域化」評価尺度

「地域化」しているかを評価して、その次のステージに必要なスキルを課題として考えることが有用であろう。そこで、以下に、医療機関の「地域化」を評価する尺度の試案を提示する。

ステージ0：これは、医療機関からのアウトリーチを一切しないか、行う場合でもモニタリングのための訪問のみの状態である。地域生活を具体的に支援するという発想がスタッフに極めて乏しい。レベル1のスキルもスタッフが身につけていない状態である。

ステージ1：スタッフが入院から地域生活への移行を支援するという目的をもったアウトリーチ活動をしている。スタッフは利用者の希望やこれからの生活の具体的な姿を把握して必要な支援を組み立てることができる。また、地域の支援者と連携し、ケア会議などを開催して支援を強化している。スタッフはレベル1のスキルを習得し、レベル2のスキルについても一部用いることができる。

ステージ2：入院から地域生活への移行を支援する、あるいは地域生活の充実を支援するという目的をもった訪問がシステム化されており、恒常的に活動している。たとえば地域支援室などの担当部門があり、そのスタッフは多職種よりなり、ケースマネジメントが仕事の根幹にある。ただし、スタッフはすべて病棟やデイケアと兼任で、アウトリーチ専従スタッフをおけてはいない。スタッフはレベル2までのスキルを習得し、レベル3のスキルの一部も用いることができる。

ステージ2が地域生活を支えるアウトリーチ活

動を医療機関が実践しているという場合の最低目標値であろう。

ステージ3：地域を主たるフィールドとして活動するアウトリーチチームが病院内に立ち上がっている。このチームは、ほとんどの活動を地域で行い、孤立しがちな人々の地域移行支援、地域生活支援などを行える。主たるスタッフが専従であるが、スタッフ担当制で、チームによる支援活動はまれである。スタッフはレベル3までのスキルを習得し、レベル4の一部のスキルも用いることができる。

ACTとしての活動を実施する場合の最低ラインが、このステージ3であろう。

ステージ4：アウトリーチ活動は、チームで行われる。入院や退院なども含め、ケアの責任を積極的にチームが引き受ける。病院の敷地の外にオフィスを持つ。スタッフはレベル5までのスキルを身につけ実践に活用することができる。24時間365日対応が行われている。ACTと呼べる実践である。

ステージ5：アウトリーチチームは、精神科病院から独立している。単独で存在するか、精神科医が複数名いる重装備のクリニックがチームの母体になっている。地域の中にこのチームが組み込まれ、他のケースマネジメント・チームや住居プログラム、就労支援プログラムなどとともに、面としての地域精神保健医療福祉がシステムとして展開している。

表1にステージとスキルレベルの対応の試案を示した。

### おわりに

精神障害を持つ人々が市民としての生活を取り戻せるように、暮らしや人生を具体的に応援するためのスキルについて述べた。これらのスキルの蓄積は、精神医療のあり方を変え、地域生活支援中心の精神医療に変換していくというパラダイムシフトの突破口に導く。「保健・医療・福祉のすべての分野で、多職種チームによるアウトリーチをサービスの基本に」（こころの健康政策構想会議）といった施策は、このようなスキルに習熟した大量の医療スタッフの出現によって、初めて成し遂げられるのである。

### 謝 辞

本稿を作成するにあたり、多くの方々のアイデアをいただいた。スキル全般について花園大学の三品桂子氏に、またレベル5については東北福祉大学の西尾雅明氏に多くの示唆をいただいた。また、スキルを研修の観点からレベルごとに整理したり、医療機関の「地域化」をステージにわ

けて考える発想は東京学芸大学の福井里江氏との対話に負うところが大きい。この場を借りてお礼申し上げます。

### 文 献

- 1) Copeland, M.E.: Wellness Recovery Action Plan. Peach Press, 2002 (久野恵理訳: 元気回復行動プラン WRAP, 道具箱社)
- 2) 向谷地生良: 技法以前一べてるの家のつくりかた. 医学書院, 東京, 2009
- 3) 西尾雅明: ストレngth志向性のケアマネジメントと急性期. 『地域生活中心』を推進する, 地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究 (H 23-実用化(精神) -001: 代表 伊藤順一郎) 研修資料
- 4) Rapp, C., Goscha, R.: The Strength Model. Oxford University Press, New York, 2006 (田中英樹監訳: ストレngthモデル. 金剛出版, 東京, 2008)
- 5) 多職種による重度精神疾患患者への治療介入と生活支援に関する調査研究 (平成 21 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業, 主任研究者: 三品桂子), 2009



## What Kinds of Skills are Needed to Develop the Outreach Services in the Context of Community-based Mental Health ?

Junichiro ITO

*The Institute of Mental Health, the National Center of Neurology and Psychiatry*

Outreach services in the context of a policy, “from hospital based to community based”, are intended to know more about community living situation of patients, and provide supports so that they can bring their life back as citizens. Therefore, these outreach services are completely different from traditional monitoring based outreach services. These supports require skills which are different from those in psychiatric hospitals. Those differences would be visible in terms of skills because staff will be exposed to “life” of patients. Furthermore, those differences in skills would come up from necessity of facing negative feeling of people who receive outreach services often have toward medical care and support.

Based on this standpoint, the author proposed tentative plan which divided necessary skills for outreach into five phases from the viewpoint of the training as follows: Level 1: Shifting perspectives from illness management to community living based, Level 2: Knowing their living situations and strengths. Building trusting relationship as staying present to the person. Level 3: Staying on top of skills in strength model, case management, and psychoeducation. Level 4: Being able to work in a team setting smoothly. Level 5: Even if the paternalism is necessary in the particular situation, staff needs to be able to face that situation without escaping.

In addition, the author called the attitude of psychiatric facilities toward community psychiatry as “regionalization” and divided “regionalization” into six stages while showing necessary skills for each stage.

<Author’s abstract>

---