

特集 地域におけるアウトリーチ活動の実践——その現状と課題——

川崎市の地域精神保健システムの展開とアウトリーチ支援活動

伊藤 真人

川崎市は、全国に先駆けて1960年代より地域精神保健活動を積極的に行ってきたことで知られる。市中部のリハビリテーション医療センターや南部に設置された精神保健福祉センターなど公設機関を中心に、精神科リハビリテーションシステムを進展させてきた。しかし2000年以降、統合失調症に加え、社会的ひきこもり、発達障害、高次脳機能障害など精神保健福祉の対象者が多様化し、新たな精神保健ニーズも顕在化した。そのため知的・身体・精神の3障害共通の専門的な支援を目的とした地域リハビリテーション計画が実行に移され、2008年、官民協働の北部地域リハビリテーションセンターが開設された。市内、南北に配置された地域精神保健チームの活動により地域連携ネットワークが進み、個別支援にとどまらず、様々な対象への組織的な連携支援が開始された。竹島は、日本の地域精神保健医療の最終ステージは、精神科ケアが地域社会に包摂されることとしている。川崎では、一連の障害福祉計画をもとに北部地域で、そのステージでの活動が始まったところである。これはまた、自殺予防や早期精神病介入など、精神医学分野での大きな課題への対策強化につながるものである。

<索引用語：地域精神保健，地域精神保健チーム，精神科リハビリテーション，障害福祉計画，アウトリーチ>

1. はじめに

近年、障害者自立支援法や医療観察法の施行、また精神科入院患者の退院促進などの動きから地域精神医療においては、ACT（積極的・包括的地域生活支援プログラム）を始め、多職種アウトリーチチームによる重度の精神障害を抱える在宅生活者への支援活動の有効性が広く認識されてきている。しかしアウトリーチチームの機能や役割は、時代とともに、また地域のリハビリテーション体制や精神医療保健福祉体制により変化するものであり、その活動のあり様は、地域での障害者に対する支援の総合力と理念を色濃く反映していると思われる。川崎市では、時代状況と市民ニーズの要請から地域精神保健福祉システムとアウトリーチ支援活動を進展させてきている。本稿では、川崎市のシステムと、それに連動するアウトリーチ支援活動について振り返りながら、その現

状と今後の課題について報告する。

2. 川崎市の概要

神奈川県にある川崎市は7つの行政区で構成される政令指定都市で、総人口は、140万人を超え、全国の大都市の中では人口が急増中である。近年、大都市特有のさまざまな精神保健の問題も浮上してきている。全国患者調査からの推計では、精神疾患を持つ患者数約34,000人、手帳保持者7,000人弱となっている。

人口当たりの精神科病床数は、全国都道府県・政令市の中では最も少ない地域の1つである（図1）。欧米先進諸国が精神科病床を減らし地域生活支援を充実させた1970年代以降、日本においては国の施策として病床を増やしてきたが、川崎市では病床数を増やすことなく推移してきている。

1971年わが国で初めて設置された、病棟、ホ

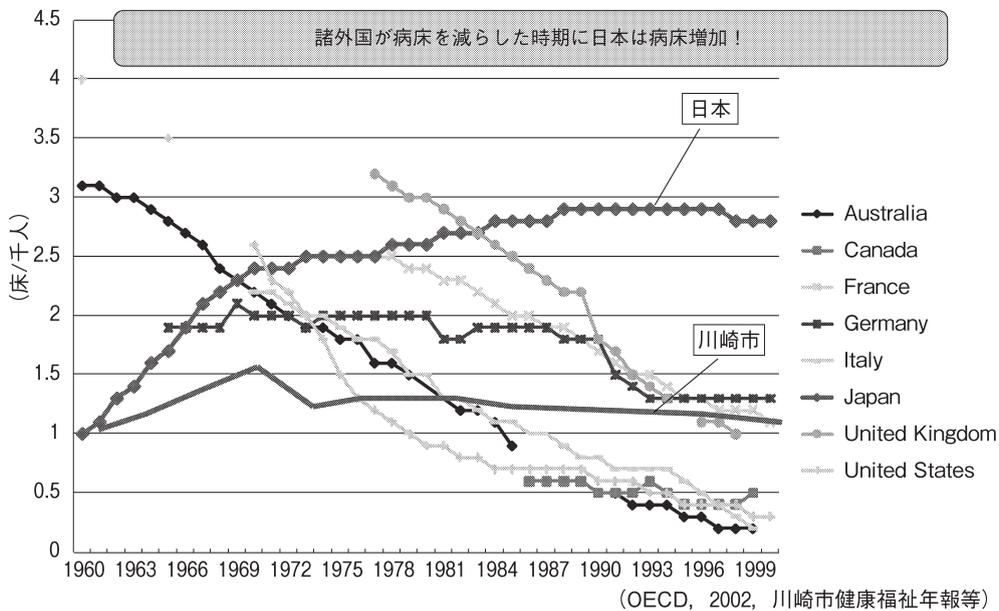


図1 人口千人あたりの精神科病床数比較 (川崎市, 全国平均, OECD 諸国)

ステル、デイケア、就労支援機能などを持つ精神科総合リハビリテーション施設は、積極的な退院促進や再発回避の危機介入に加え、在宅生活支援を長期にわたり実施してきたことで知られている。このように地域リハビリテーションの志向が際立つ地域であることから、中高年の単身の統合失調症の人々が、全国平均に比較して高い比率で地域生活を送ってきている。

川崎市では、障害者自立支援法に先行する形で2000年から障害児・者に対する障害福祉計画や精神保健対策を進めてきている。2008年北部地域に、精神保健福祉センター分室機能を持つ、初の地域リハビリテーションセンターが開設された。現在、南北2カ所で地域精神保健チームにより対象者の障害の種別を問わないアウトリーチ支援活動が行われている。現在も地域リハビリテーション計画に基づく精神保健福祉システムの再編が進められている。

3. 川崎市の地域精神保健福祉活動の展開 (図2)

川崎市では1968年全国に先駆けて保健所に精

神担当の社会福祉職を配置し、病院から地域への移行支援や訪問による地域定着支援などの、積極的な地域精神保健活動を開始した。

1971年からはリハビリテーション医療センターが加わり、統合失調症を主な対象に精神科医療から地域生活支援に至るまでの生活全般を含む、重層的なケアが展開されてきた。

1993年には、市内の精神科全医療機関の協力を得て、市内在住の統合失調症全入院例、外来3分の1例を対象に社会復帰ニーズ調査が行われ²⁾。その結果川崎市では、統合失調症者の受療率は全国値とほぼ等しいが、入院受療率が低く、在宅率が約70%で全国平均より16%高く、さらに単身者の在宅率については、24%で全国平均の3倍以上であった。また年齢別在宅率では、全国値で40歳代以降に、急速に減少するが、川崎市ではその傾向が顕著でなく、呼応して在宅群の単身者率や有配偶率が増加していることが明らかとなった。

理由として、精神障害者に対し1970年代から保健所、リハビリテーション医療センターや、民

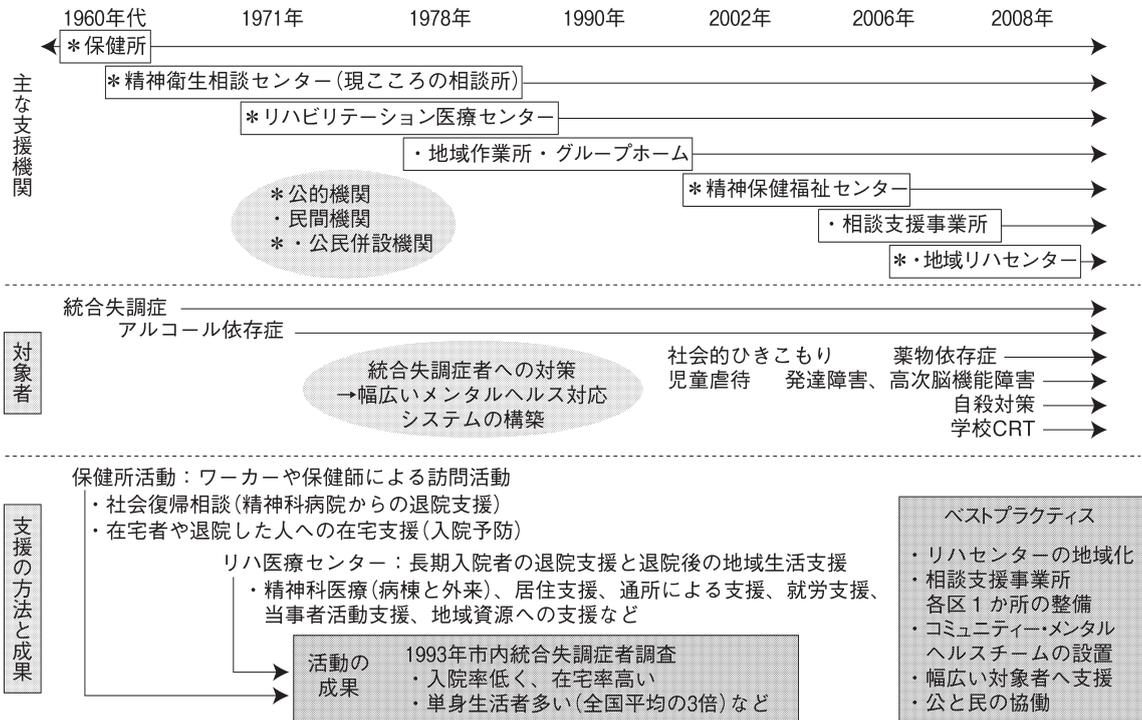


図2 川崎市精神保健福祉活動の変遷

間の小規模作業所による地域生活支援，ソーシャルクラブによる相互支援などに加え精神科医療が地域志向であったためと考えられた。

一方で在宅者の厳しい生活実態から生活支援における新たな課題も明らかになり，ホームヘルプやグループホームの増設など，日常生活支援を安定して提供できるシステムの整備が強く求められるようになった。

1990年代後半以降，徐々に地域の病院，クリニック，家族会，当事者など民間団体の連合により設立された各種社会資源を拠点とした精神障害者支援活動の躍進もあり，公民併存から，公民協働可能となる，新たな障害者の地域リハビリテーションの理念やシステム，支援技法などについて再構成される必要性が強まった。これらの動きに平行するように，1997年より川崎市では身体・知的・精神の3障害共通で，一連の障害福祉計画が打ち出されてきたが，2000年の総合的な地域

リハビリテーションシステム構想の策定は，その実現に向けて大きな推進力となった。障害者が障害の種別にかかわらず，自らが望むところで必要な専門性の高い満足のいくサービスを受けて，生活を続けられるようなシステムを目指し，地域リハビリテーションセンターは人口30万人に一箇所4箇所が計画された。同時期より，精神保健福祉の社会資源についても徐々に増加し，2006年の障害者自立支援法の施行以降，福祉計画に基づき，特にグループホームや地域生活支援センター（地域活動支援センター1型相談支援事業併設）が増加し，各行政区に均等に配置された。このほかホームヘルプサービスなども増加してきている。

一方，支援対象に関しては，2000年以降，統合失調症に加え，青年期ひきこもり，軽度発達障害，高次脳機能障害など，精神保健福祉の支援対象が広がるとともに，自殺予防対策，教育分野の

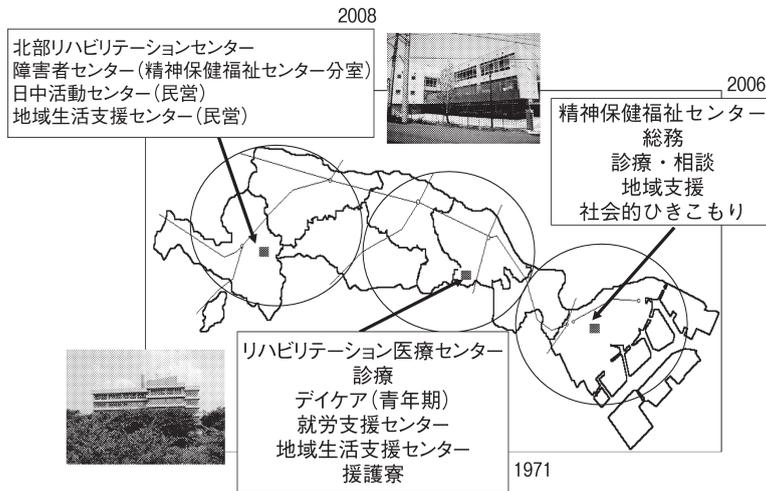


図3 川崎市の公設精神保健福祉施設の配置状況

心理的危機対応など、新たな市民の精神保健ニーズが加わった。

そして、主な支援機関については、公的中心から、民間が加わり、さらに公民協働の動きが強まってきた。2008年地域リハビリテーション計画に基づき、市では初めての3障害共通・公民協働運営による、地域リハビリテーションセンターが開設され、北部地域人口37万人を対象とした、障害者支援と市民の精神保健の問題に対応する地域精神保健チームが活動を開始した。2008年に公設の精神保健福祉施設は、南中北3箇所となる(図3)。これら一連の活動の成果から、2008年環太平洋精神科医会議において、川崎市のシステムは日本の地域精神保健活動のベストプラクティスモデルのひとつに推薦されている^{3,4)}。

4. 現在の地域精神保健チームの活動

精神保健福祉センターと北部地域リハビリテーションセンターの南北2箇所に配置された地域精神保健チームの主な役割は、医療観察法対象者並びに処遇終了者を含む支援困難な対象者に対するアウトリーチ支援および、専門中核機関として区保健福祉センター・相談支援事業所などの地域の一次相談支援機関への技術支援と、地域自立支援

協議会参加などによる地域連携業務である。

アウトリーチ支援を行う精神保健チームは、対象者に対して直接支援を行うとともに、各区の障害者自立支援協議会の構成機関である一次相談支援機関と共同した支援を行う。

支援要請の多くは保健所の障害担当の精神保健相談員からの紹介である。医療観察法対象者以外は、多くは治療関係や支援関係が成立していないので、まずは訪問による相談支援からかかわりを持つことになる。

精神保健チームによる支援対象者146名(平成22年7月末現在)の疾患・障害について見ると、統合失調症が過半数を占めるが、3障害に対応が原則なので、高次脳機能障害や発達障害の方も一割以上を占める。

支援内容は、①受療支援(未治療・医療中断・近隣苦情などへの対応)、②医療・福祉サービスの継続支援やコーディネート(医療観察法対象者や処遇終了者への支援を含む)、③既存の精神医療システムにあてはまりにくい対象への相談支援(高次脳機能障害・発達障害・薬物依存症などへの支援)、④家庭全体への介入支援(虐待・家庭内複数障害者・要介護高齢者など)など多岐にわたる。

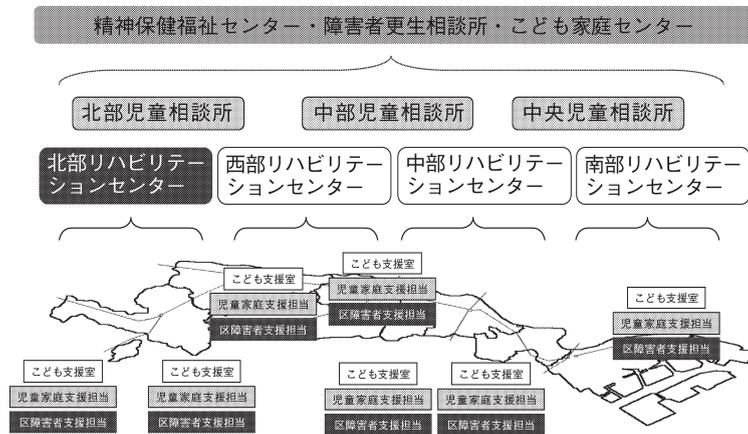


図4 川崎市のこどもと家庭の地域精神保健システム(案)

身体的疾患の合併や重複障害なども多いことから支援内容では、③・④が半数近くを占め、支援対象も「個人」にとどまらず「家庭全体」への調整的介入など複雑多様化している。

これらの課題に対応するためには、区役所のほか専門的治療を行う医療機関、児童福祉機関や教育機関、高齢者福祉機関など、状況に応じて公民の多様な関係機関による協働支援介入が不可欠であり、精神保健チームは、対象者やその家族、関係機関への支援のみならず、多機関連携を促進するためのコーディネートも行っている。

5. 子供と家庭の精神保健問題の浮上とチームが求められる役割

障害者支援のみにとどまらず地域精神保健チームの支援の対象は、こどもと家庭の精神保健領域にも拡大している。

児童の虐待通報件数の増加している川崎市では、児童虐待対応や発達障害児への支援など、こどもと家庭の問題に対応するため、各区役所、保健所での相談支援体制整備が急速に進んだことから、子供の養育問題などの把握を機に親の精神的問題が浮上して、家族全体への支援にまで広げざるを得ない事例が増加している。典型例は、子供の心身の発達の問題に関して相談支援が必要とされているにもかかわらず、親がそれぞれ、虐待・家庭

内暴力や精神疾患など重い精神病理を抱えていることで、自ら相談支援を求めようとする家庭である。

また、こども家庭領域で、多くの関係機関が個別支援に関わってはいても、対応の難しさから効果的な支援ができずに経過していた事例も増加している。このような事例に対しては、関係機関が連携した支援を効果的に実施するため、医療介入を視野に入れた地域精神保健チームを中心に、ケアマネジメント技術を活用した各人への個別支援計画にもとづき、介入が行われている。

ところで児童の虐待予防の体制整備に関し、川崎市では2011年からは児童相談所3箇所体制となったが、それに加えて今後、障害福祉領域における地域リハビリテーションセンターがさらに増え、4箇所体制になった時点で、現在北部地域で実施している区内の一次相談支援機関をバックアップした早期からの障害児者支援と、予防を意識した子どもと家庭の精神保健体制の全市的展開が期待される(図4)。

このような体制整備が進むに従い、必要とされる地域リハビリテーションの質的充実には、多機関連携を円滑に進めるための技術や仕組みづくりの創出が不可欠となってきている。そのためにも、個別支援だけにとどまらず、人材育成や多機関・多職種連携を統合リードするなど、専門性の高い

表 川崎市精神保健福祉システムの特徴と今後の課題

特徴

- ・地域リハビリテーション計画や障害福祉計画（3 障害）に基づくシステム構築
- ・専門的支援の地域化（40 万人に 1 か所の地域リハ拠点設置）
地域リハビリテーションセンターや相談支援事業所などの設置
- ・コミュニティー・メンタルヘルスチームの設置
- ・公的機関中心から公民協働支援体制へ
- ・統合失調症中心から、他障害や児童・教育領域との連携と対応

課題

- ・2006 年より社会資源が急速に増加→支援の質の確保（相談支援体制の強化と、計画的な人材確保と人材育成など）
- ・自ら支援を求めない人へのサービス提供（アウトリーチ支援強化）
- ・公的機関と民間機関の連携強化や役割分担の明確化
- ・福祉サービスなどの充実と比べ、遅れている精神科救急体制の充実・整備

介入技術と機動性を併せ持つ地域精神保健チームの活動は、ますます重要な役割を担うことになるであろう。

6. 川崎市の精神保健福祉システムの

特徴と課題（表）

川崎市では、1970 年代より、公的機関をはじめ、地域を意識した精神科リハビリテーションが展開されてきている。重度の精神障害を持つ人々に対し継続的な地域生活支援を行う以上、アウトリーチ支援は必然的流れであり、またアウトリーチが機能するシステムについても模索されてきた。しかしアウトリーチ機能を内包するリハビリテーションシステムに加え、市民の新たな精神保健ニーズにも応えられる精神保健福祉システムを実現させることは、長年の難しい課題であった。地域リハビリテーション計画策定から 8 年経た、2008 年に公民協働の北部地域リハビリテーションセンターができたことで、より地域に根ざした専門性の高いリハビリテーションサービスの提供が実現したところである。表に示すように、アウトリー

チ活動の強化や救急医療の整備など課題としてあるが、今後この精神保健チームが活動することで、現在の地域精神保健の課題がより明瞭になり、さらなる質の高いリハビリシステムに向けての改革や、予防的精神保健活動や支援技術の発展の寄与につながることを期待されることである。

7. 終わりに

竹島は、わが国の地域精神保健医療の発展を 3 つのステージで分類し、最終のステージは、精神科ケアが地域社会の中に浸透して地域社会の中に包摂されることとしている⁵⁾。川崎市では一連の障害福祉計画をもとに、北部地域でこのような状況が実現したところである¹⁾。著者は、今現在、精神医学分野で大きな課題となっている自殺予防への効果的対策や、精神病早期予防介入の実現についても、地域精神保健システム充実の延長上にあるものと考えている。東日本大震災のような、災害時や事後の精神保健の問題も含め、さまざまな課題解決の道は、その地域の精神保健福祉体制が大きな鍵を握っていることを強調しておきたい。

文 献

1) Hagiwara, T., Setoya, Y., Arakawa, R., et al.: Japan: Public Private Partnerships in Community Mental Health Service in KAWASAKI. Asia-Pacific Community Mental Health Development Project, Partnerships, summary report (ed. by Itou, M.). p. 52-55, 2011

2) 大島 巖, 内藤 清, 徳永純三郎: 全国統計との比較から見た川崎市における地域精神保健活動の成果と課題—市内在住精神分裂病を対象とした全市的調査から, 日本公衆衛生誌; 45 (8): p. 722-731, 1998

3) Oyama, T., Ito, M.: The Community Mental Health System in Kawasaki City—past and present. 13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, p. 246, 2008

4) 竹島 正, 伊藤真人, 大山 勉ほか: 精神保健医療福祉の地域実態の把握と改革のフォローアップに関する研究—「改革ビジョン」を実現する地域システムのモニタリングについて—平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金

「精神医療保健福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」
分担研究報告書 6, p. 69-80, 2008

5) 竹島 正, 滝脇 憲: 障害者自立支援法一制度改
正の視点. 臨床精神医学, 40; 553-557, 2011

Development of the Community Mental Health System and Activities of the Community Mental Health Team in Kawasaki City

Masato ITO

Kawasaki City Mental Health and Welfare Center

Since the 1960s, Kawasaki City has been leading the nation in its efforts regarding community mental health practices. Public institutions such as the Psychiatric Rehabilitation Center in the central area of the city and the Mental Health and Welfare Center in the southern area have mainly developed the psychiatric rehabilitation system.

However, since 2000, new mental health needs have emerged, as the target of mental health and welfare services has been diversified to include people with developmental disorders, higher brain dysfunction, or social withdrawal, in addition to those with schizophrenia. Therefore, Kawasaki City's plan for community-based rehabilitation was drawn up, which makes professional support available for individuals with physical, intellectual, and mental disabilities. As the plan was being implemented, in 2008, the Northern Community Rehabilitation Center was established by both the public and private sectors in partnership.

After the community mental health teams were assigned to both southern and northern areas of the city, the community partnership has been developed not only for individual support but also for other objectives that required the partnership. Takeshima pointed out that the local community should be inclusive of the psychiatric care in the final stage of community mental health care in Japan. Because of the major policies regarding people with disabilities, the final stage has been reached in the northern area of Kawasaki City. This also leads to improvement in measures for major issues in psychiatry, such as suicide prevention and intervention in psychiatric disease at an early stage.

<Author's abstract>

<**Key words**: community mental health system, community mental health team, psychiatric rehabilitation, plans for disabled persons, outreach service>
