平成１９年度厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究推進事業

報　告　書

厚生労働省

実施機関：日本障害者リハビリテーション協会

目　　次

＊外国人研究者招へい事業

「デボラ・ファイン博士招へい報告」

神尾 陽子（国立精神・神経センター 精神保健研究所）・・・・・・・・・・・・・・・5

「ジョージ・パレルモ博士招へい報告」

保崎 秀夫（社団法人 日本精神保健福祉連盟）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10

「チー・ホン博士招へい報告」

竹島　正（国立精神・神経センター 精神保健研究所）・・・・・・・・・・・・・・・21

＊日本人研究者派遣事業

「スイスにおける精神障害の普及啓発とその日本への援用」

野口 博文（社団法人 日本精神保健福祉連盟）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・31

＊外国への研究委託事業

「コスタリカ地域住民の生活機能調査」

バルバラ・ホルスト

（コスタリカ国家リハビリテーション・特殊教育審議会 常務理事）・・・・・・109

＊若手研究者育成活用事業

「ユーザ中心とした福祉機器開発の動向と方向性に関する調査研究」

塚田 敦史（国立身体障害者リハビリテーションセンター 研究所）・・・・119

「精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究」

長沼 洋一（国立精神・神経センター 精神保健研究所）・・・・・・・・・・・・・133

外国人研究者招へい事業

【デボラ・ファイン博士 招へい報告】

神尾　陽子
国立精神・神経センター精神保健研究所

Ⅰ　招へい理由

Fein 博士は、対人コミュニケーションに困難を持つ自閉症についての臨床研究を臨床神経心理学的なアプローチで、常に世界をリードしてきた研究者である。発達早期に始まり、ライフステージを通じて社会生活に深刻な困難を抱える自閉症の病態解明および診断・評価法の確立など幅広く、臨床的な視点で研究を続けておられ、今日、社会的障害としての自閉症観、複合的な神経学的障害としての自閉症仮説へと、研究の端緒を拓いたのは、彼女の業績と言える。

我が国で平成 17 年に施行された発達障害者支援法は「症状の発現後できるだけ早期に発達支援が必要なことをかんがみ、発達障害を早期に発見し、発達支援を行うことに国及び地方公共団体は責務」を負うことを謳っている。しかしながら、わが国では重度の発達の遅れがある自閉症児以外の、中度や軽度症例に関しては、幼稚園や学校などの集団生活での不適応が明らかになるまで自閉症の存在を見逃されているのが現状である。また未診断のまま、すなわち適応困難を抱えたまま成長した子どもは思春期以降、情緒または行動上の問題やその他種々の精神疾患の併発のリスクが高まることが知られており、複合化した状態像はしばしば誤診を招き、不適切な処遇によってさらに悪化するという悪循環をきたす例も稀ではない。

私たちは、自閉症の確定診断がなされるまで、子どもや家族が支援を受けることなく、不安を持ちながら困難な日々を過ごすのではなく、リスクが疑われた段階でできるだけ早期にひとりひとりの子どもに即した適切な支援を開始することが望ましいという考えのもとに、1 歳 6 ヵ月および 3 歳での乳幼児健診の機会に要支援児を見逃さずに発見し、支援につなげることを目的として、Fein 博士らが開発した早期スクリーニング法を用いて、研究を行っているところである。

Fein 博士らが開発した自閉症幼児を対象とするスクリーニング法は、米国内のみならず、我が国をはじめ、スペイン、中国、トルコなど世界各地で用いられ、自閉症児をめぐる支援状況を改善する契機となっており、大変注目されている。従来は 3 歳になるまで診断ができなかった自閉症児を、2 歳前後で発見する確かな方法を確立することは、早期の治療的介入が可能になることを意味する。これまでの自閉症者の予後研究や脳の可塑性についての最近の研究からは、自閉症は早期に適切な介入をすることで、2 次的な情緒や行動の障害を予防し、その後の発達に良い影響を及ぼす可能性が示されている。Fein 博士は、早期に診断評価を受け、適切な治療的介入を受ける機会のあった子どもたちのその後の発達について、前向きに詳細に評価しながら追跡研究を行った結果、就学後に症状が回復する一群の子どもたちを見出した。これまでは、自閉症を始めとする発達障害は、ある程度軽快することはあっても治癒することはない、と信じられてきた。博士の研究は、これからさらにエビデンスを確かなものとするために続けられるが、このようなこれまでの自閉症観を再検討する必要に迫る、重要な発見と考えられる。

今回、Fein 博士を招へいすることで、第 1 に、東京、福岡で開催する学会、シンポジウ

ムなどの様々な機会に、申請者の研究チーム内外の研究者との議論を深め、最新のデータに基づいて、今後の自閉症研究のあり方を検討したい。

第2に、自閉症治療については、家族および地域社会全体の子育てに関連する文化社会的要因が深く関わっていることから、比較文化的な検討を行うことは、研究に貢献するのみならず、わが国独自の療育や子育て支援対策を講じるうえで、臨床的にきわめて重要な点である。そのためには、博士に、議論のみならず、わが国の自閉症臨床の現場を視察していただき、現場の臨床家たちと話し合いの場を持っていただくことは双方に大きな意義があると考える。

第3に、自閉症についてのわが国の一般国民の理解にはまだ偏見や誤解も残っており、社会全体の自閉症についての意識や理解を変えていくということは、自閉症支援を効果的に実施するためには必須である。博士には、滞在中、講演をしていただき、一般に無料で公開することにより、社会の啓発に努めたい。発達障害等に対する早期発見・早期支援という目標は、平成19年4月に発表された我が国の新健康フロンティア戦略に掲げられており、今日、医療、保健、福祉領域で高い関心を集めつつある。

このような機に、博士を招へいすることは、臨床研究や臨床実践の進展に資するものとなり、研究者のみならず多くの臨床家、家族や一般国民への質の高い啓発効果が期待される。

Ⅱ　研究協議概要

7月20日午前には、九州大学医学部百年講堂（福岡）において、「自閉症の早期発見・早期療育がもたらす成果：克服する子どもたち」と題する一般公開セミナーを開催した。40名ほどの参加者があった。医学・心理・教育・福祉領域の専門家や学生、さらに地域の方々の参加を得て、「自閉症スペクトラム障害の早期発見と“Recovery(回復)”：(原題 Early Detection and “Recovery” in Autism Spectrum Disorders)」と題して、博士が講演をされ、参加者からは熱心な質問がなされた。早期療育に携わる参加者からは、博士の指摘されたエビデンスが、いかにこれまで信じられてきた発達現象の固定観念に新しい光を当てるものであるかという感想があり、大変に啓発効果があったものとおもわれる。加えて、我が国の療育システムの実態を踏まえて、我が国ではこれからの自閉症児とその家族への支援のあり方を考えるとき、何が優先されるべきなのかという重要な議論もフロアで活発になされた。

7月20日午後には、ひきつづき九州大学医学部で「自閉症研究の明日を考える集い」をもち、7名の発表者による自閉症の乳幼児から成人までの様々なアプローチによる研究報告を行った。博士には、3名のコメンテーターのうちの一人として参加していただいた。

7月21日、22日に九州大学医学部で開催された第12回認知神経科学会学術集会では、自閉症を含む様々な社会性の病理を再考する趣旨で、シンポジウムと特別講演を企画し、Fein博士には、シンポジウムの議論を踏まえて、“‘Recovery’ in Autism: Does It Exist and What Does It Mean?”と題して特別講演を行っていただいた。発達早期に始まる神経発達障害における回復の意味を問い直すという、大変に刺激的な内容で、今後、神経科学的に再検討することの重要性を指摘していただいた。フロアからは、神経科学の研究者から質問が相次ぎ、異分野間の活発な学術交流を持つことができた。また、他の学会期中の企画も学術交流の場として、活用された。

7月30日には、国立精神神経センター精神保健研究所セミナールーム（東京・小平）において、「自閉症の早期発見・早期療育がもたらす成果：克服する子どもたち」と題する一般公開セミナーを開催した。厚生労働省や地域行政、医学・心理・教育・福祉領域の研究者や専門家、さらに自閉症者の家族など多岐にわたる分野から30名ほどの参加を得て、博士による「自閉症スペクトラム障害の早期発見と“Recovery（回復）”：（原題 Early Detection and “Recovery” in Autism Spectrum Disorders）」と題した講演を行った。参加者の幅広い専門分野を反映した議論が活発になされた。

博士の滞在された期間中、市町村の保健行政担当者、療育に携わる医師、心理士、言語療法士など、さらに家族たちとの意見交換の機会を複数回もち、日米の子育て文化、医療保健に関する文化における相違点や共通点について理解を深めることができた。そして、我が国において、自閉症支援のために発達早期に私たちができることは何かについて、整理する良い機会となった。

Ⅲ　Fein氏の提言概要

① 2歳までにあらわれる自閉症の徴候

生後1年以内にすでに、対人行動・コミュニケーション・適応スキル・感覚など複数領域において初期徴候がみられる。たとえば、アイコンタクト、模倣、呼名反応、発声、言語理解、喃語などの初期発達が乏しい、あるいはない、また睡眠時間が乏しいなどの睡眠上の問題や、音や触覚、痛みなどの感覚刺激への特異な反応、特異な視覚反応などが、自閉症の早期徴候の可能性が高い(www.firstsigns.org)。

最近の研究報告から、生後1年以内にみられる頭囲の過剰成長は、自閉症を疑うサインとなる可能性がある。

② 早期診断の安定性

2歳から4歳までの幼児期に、自閉症の診断はほぼ安定していることが、実証的に示されている。したがって、2歳時の自閉症の診断は信頼できる。

③ 全般的な発達のスクリーニングは自閉症を鑑別診断できるか

現在、多くの保健所や小児科医が行っている身体的発達や言語発達を主とした全般的な発達チェックは、自閉症の早期診断に関しては、著しく感度が低い（20－30%）。米国で開発された全般的発達のスクリーニング(PEDS)についても、博士らの予備研究では自閉症に関して感度は62%で、十分とは言えない。したがって、現行の発達チェックに、自閉症の早期徴候をチェックする目的で感度の高い項目群を加える必要がある。

④ 既存の自閉症スクリーニング・ツール

一般母集団を対象として、その感度や特異度を確認しているツールはまだ少ない(CHAT, M-CHAT, ESAT, Chat-23など)。それぞれに利点と欠点があるので、使用目的に応じて選択する必要がある。以上のことから、現時点での最善の方法は、現行の乳幼児健診での発達チェックに加え、自閉症に特化したスクリーニングを18－30か月に行うことだと言える。American Academy of Pediatrics（アメリカ小児科学会）も、近年の同様の内容を推奨している。

⑤ M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers)

Fein博士らの研究グループが開発した早期診断システムである。2歳前後の幼児に、23項目の「はい・いいえ」の親記入式のチェックリストを用いて、陽性(不通過 3 項目以上)

だった場合、その項目について親子の面接を実施する。これまでに、7,000 人以上に、スクリーニングとそのフォローを行っている。感度は 75－90%、面接後の陽性的中率は 60%と満足できる結果が得られている。これは、日本語を含む複数の言語に翻訳されている。(項目の例：他の子どもに興味がありますか？おかあさんに見てほしいものがある時、それを見せに持ってきますか？など)

⑥ 年少児と家族にかかわる際の臨床的な問題点

必要な情報は、親による報告あるいは直接、専門家が行動観察を行って確認する。しかし、親の報告、専門家の観察それぞれに利点と欠点があり、それらを十分に認識して評価を行わないと、大事な点を見逃して過小評価したり、過大評価する危険性がある。また、家族に対して評価の結果をフィードバックすることは十分に配慮したうえで行わないといけない。必ずしも、明確な診断名を告げなくても早期介入と発達促進的な療育方法についてのカウンセリングを行うことは可能である。特に重度障害でない子ども(中軽度)を持つ親は、最も高いというデータがあることは忘れてはならない。したがって、親にとっても子ども本人にとっても適切な方法と介入について、早期に伝えることを遅らせてよい理由はない。

⑦ 早期発見の利点とは？

- 早期介入につなげることができ、具体的な発達の遅れに焦点化した対応ができる。
- 親が家庭で、発達を促進する刺激をより多く与えることができる。
- 親が望めば遺伝カウンセリングを受けることができる。
- 親が適切な文献からの情報や、他の親あるいは専門家からのサポートを求めることができる。

⑧ 早期介入の結果：回復をめぐる３つの研究からのまとめ

- 大多数の自閉症児は、回復には至らないが、一部に回復する子どももいる。
- 回復の割合や、どのような遺伝的、生理学的、発達上の要因がそれに関連するのかはまだわかっていない。
- 社会的に回復した子どもの大多数に、言語や注意の面での困難が残っていた。社会的スキルと強迫症状の程度にはばらつきがあった。
- 回復に関連する要因として、集中的な早期介入が関連しているらしいが、どのような種類の介入がどの程度必要か、あるいは介入が全例に必要なのか、についてはまだ系統的な研究がなされておらず、わかっていない。
- おそらく、回復が生じることの解釈としては、成熟とともに改善していくタイプがさまざまな自閉症症候群の中に存在するということ、そして、治療の成果が関与している、と考えるのが妥当であろう。

⑨ まとめ

早期のスクリーニングが早期発見に、早期発見が早期診断あるいは発達の遅れの気づきに、早期の気づきが早期介入に、そして早期介入は、最善の予後や、場合によっては回復につながる。

Ⅳ　最後に

Fein 博士の滞在期間、私たちは多くの関係者とともに、最新の研究知見や米国の状況について詳細に把握することができたと同時に、我が国との相違点について十分に認識でき

たことが貴重であったと思う。米国では我が国のようなすべての国民がアクセスできる乳幼児健診体制が十分ではなく、地域格差が大きい。その点では、我が国の優れた乳幼児健診制度を、自閉症の早期発見にもっと活用するとその効果が期待される。一方、療育については、米国では診断を受けると、質や種類は地域によってさまざまだが、個別あるいは集団療育を受ける権利を得る。この点においては、我が国は質、量とも未整備である。個別の診断評価にもとづいて、療育計画に結びつけることができるように、療育関係者の専門性を高め、評価から支援への流れを遅滞なく円滑に行うシステムを整備することが急がれる。また家族支援の観点からは、我が国の子育て文化を考慮したうえで地域全体でサポートしていくためには、もっと保健行政や地域の民間活動を活性化することが重要と思われる。また、少子化が著しい我が国では、幼い子どもとのコミュニケーションについて広く啓発していくことも、自閉症の発見にとどまらず、子育てに向き合う親すべてに有益と思われる。

自閉症を広く定義すると、今日では１％を超えると報告されている。さらに対人関係やコミュニケーションに困難を持つ人々はそれよりももっと多いことが予想される。対人関係やコミュニケーションは、遺伝的に規定されると同時に、長い時間をかけての経験の影響も大きい複雑な能力を必要とする。それらを考えると、乳幼児期からのひとりひとりに即した発達支援の必要性について、博士との研究協議を通して、今後取り組むべき多くの課題が明確になった。

【ジョージ・パレルモ博士 招へい報告】

保崎　秀夫
社団法人　日本精神保健福祉連盟

Ⅰ　招へい理由

現在我が国においては、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の実現に向け、国、都道府県、市町村、関係団体等の連携による普及啓発の組織的・戦略的推進の方法を明らかにし効果的な手法を開発するとともに、普及啓発の効果測定の方法を明らかにすることが求められている。

受け入れ機関「日本精神保健福祉連盟」では、精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究に重要課題として取り組んでいるが、当該研究を促進するうえでは、精神疾患や精神障害者についての普及啓発に積極的に取り組んでいる諸外国の研究者とのネットワーキングを行うことが不可欠となっている。

Ⅱ　共同研究の報告

本共同研究においては、米国ウィスコンシン州における、主に地域精神保健における介入に関する精神医学的・心理学的介入に関する報告を行った。さらに、ミルウォーキー州における犯罪精神障害者への治療技法、社会的コンフリクトに関する研究報告を行った。(資料 1)これらは、米国各州の保健局、精神科医療機関等とのネットワークにおいて、精神障害者への偏見除去に寄与したものであり、医療制度改革や普及啓発にかかるワーキンググループにおいて重要な位置を占めていることが明らかになった。

これらの報告によって、我が国における普及啓発の組織的・戦略的推進に関する示唆が得られた。また、中長期的課題である普及啓発の効果測定に向けた展望を得られた。さらに、地方自治体や精神保健医療福祉関係団体において普及啓発に関する事業に取り組む担当者等に、先行的に取り組まれている米国での実践を紹介し、その行政現場等での活動を一層促進することができた。

Ⅲ　受け入れ期間での活動

受け入れ期間では、以下の施設において、各種セミナー・シンポジウム(資料 2)を行ったほか、共同研究にあたっては、精神疾患や精神障害者についての多面的な理解を図るため、リハビリテーション・薬物乱用・司法精神医学といった各分野での普及啓発の専門家との意見交換を行った。

- 国立精神・神経センター武蔵病院
- 国立精神・神経センター精神保健研究所
- 筑波大学大学院人間総合科学研究科
- 国際医療福祉大学大学院臨床心理学専攻科
- 常磐大学国際被害者学研究所
- 上智大学法学研究科

これによって、普及啓発の対象に応じた研究活動を行うことで、最も効果的な取り組みの組織的・戦略的推進に資することができたと考えられる。

Ⅳ　事業の成果と今後の計画

外国人研究者と検討・考察を行った研究課題は、精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進

に関する研究であった。ここでは、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」実現に向け、国、都道府県、市町村、関係諸団体等の連携による普及啓発の組織的･戦略的推進の方法を明らかにするとともに、普及啓発の効果評価の方法を明らかにすることを目的とした。

事業の成果としては、外国人研究者と共同での研究会の開催、先行的な取り組みに関する情報収集、研究において収集した普及啓発に関連する情報の分析、関係諸団体へのスーパービジョン、普及啓発の効果評価に関する意見聴取等を実施した。具体的には、以下の活動について外国人研究者と共同で実施することができた。

1) 「普及啓発の組織的・戦略的推進に関するガイドライン」作成について、研究協力者とのデルファイミーティングを実施した。

2) 精神保健福祉関連団体におけるヒアリング調査を実施し、普及啓発の効果評価の妥当性について検討した。

3) 精神保健福祉関連団体の担当者に対するワークショップやセミナーでの情報提供を通し、普及啓発の組織的推進に寄与した。

4) 外国人研究者による先行的な取り組みとの比較により、当該研究の標準化を図るうえで必要となる要件を検討し、主任研究者の研究課題において取り組む方向を示した。

これによって、これまで作成を進めてきた「普及啓発の組織的・戦略的推進に関するガイドライン」の再構築を行うことができたと考える。特に、「普及啓発の組織的・戦略的推進に関するガイドライン」作成の進捗に合わせた、普及啓発の実態を評価・分析する方法の検討・考察は、受け入れ機関の研究課題において成果となった。

今後さらに、外国人研究者と共同で実施した研究活動で得られた知見や情報は、地方自治体や精神保健福祉関連団体等に報告され、普及啓発の実践に活用されるものである。これによって、精神疾患や精神障害者についての普及啓発を、目標や戦略を明確にした組織的な取り組みにより行い、精神障害者の正しい理解に大きな影響をもたらすものとなるであろう。

謝辞：

本共同研究を実施するにあたり、George Palermo 教授の招へいを実現していただいた財団法人日本障害者リハビリテーション協会に感謝申し上げる。

資料1

GEORGE B. PALERMO, M.D., M.Sc.Crim.

Director
Center Forensic Psychiatry and Risk Assessment

Clinical Professor Psychiatry & Neurology
Medical College of Wisconsin

Adjunct Professor of Criminology
Marquette University

The U. S. COURT SYSTEM

The federal court system
- numerous and various levels of hierarchy

State court system
- local courts operate within the state

U.S. Supreme Court
- final arbiter of federal law

U.S. COURT SYSTEM (CONT.D)

Highest court of each state (usually called the supreme court)
- the ultimate authority to interpret matters of law of its state

When federal constitutional or statutory matters are involved, the federal courts have the power to decide whether the state law violates federal law.

STATE COURTS

States, District of Columbia, Commonwealth of Puerto Rico have independent judicial systems.

Highest court in each is ultimate authority on law in regard to state law

Most have three-tiered judicial system (some have one)
- trial-court level (circuit, district, superior)
- appellate court (court of appeals)
- court of last resort (supreme court)

Cases decided by a trial court are subject to appeal to and review by an appellate court.

THE FEDERAL COURTS

The U. S. District Courts

Entry level-courts of general jurisdiction
- cases involving various criminal and civil matters

94 U.S. federal judicial districts
- at least one in each state
- number depends on population
- do not cross state lines

Each district court has numerous judges
- single judge presides over each case

THE FEDERAL COURTS (cont.d)

The U.S. Courts of Appeals
- intermediate-level federal court
- workhorse of federal court system
- most cases resolved there

Appeals are taken from U.S. District Courts to the U.S. Courts of Appeals if losing party feels district court judge has erred.

Appeals may not be taken to correct perceived errors of fact unless there is clear legal error.

The U.S. Supreme Court

Apex of the federal court system

Nine justices who hear and decide cases

As in the U.S. Court of Appeals, justices may join the majority opinion or may write or join a concurring or dissenting one.

The Federal and state judicial systems are constructed like a pyramid. Entry-level courts are trial courts:

witnesses called

evidence presented

fact-finder (judge or jury) called upon to decide issues of fact based on law

At top of pyramid is court of last resort:

State Supreme Court at state level

U.S. Supreme Court at federal level

In most states and at federal level there is also a mid-level court of appeals.

DUE PROCESS

"FUNDAMENTAL REQUISITE OF 'DUE PROCESS' IS THE OPPORTUNITY TO BE HEARD, TO BE AWARE THAT A MATTER IS PENDING, TO MAKE AN INFORMED CHOICE WHETHER TO ACQUIESCE OR CONTEST, AND TO ASSERT BEFORE THE APPROPRIATE DECISION-MAKING BODY THE REASON FOR SUCH CHOICE"

- (Black's Law Dictionary, 6th ed., Centennial Edition, 1991.)

ADMISSIBILITY OF EXPERT TESTIMONY

- THE TESTIMONY WILL ASSIST THE TRIER OF FACT TO UNDERSTAND THE EVIDENCE OR TO DETERMINE A FACT IN ISSUE."
- (Federal Rules of Evidence, 1975)

Facts relative to competency and responsibility may be found in the past going as far back as the Judeo, Greek, or Roman canon laws. In the middle ages, even though social judgment was marred by a long siege of witch hunting, an individual charged with a crime could not be found guilty unless he was able to understand, be aware of the charges against him/her.

In a court of law, understanding and will are the primary requirements for the determination of competency to stand trial and of criminal responsibility.

The will is undermined by characterological instability of many defendants.

- coerced in obsessive compulsive neurosis
- inhibited in melancholic stupor
- facilitated in manic states and catatonic excitement
- blocked in catatonic waxy flexibility-stupor

Forensic Expert Evaluations

- Competency to stand trial
- Legal responsibility when an NGRI plea is entered
- Mental status and risk assessment (future dangerousness)

Role of Mental Health Expert in Court Proceedings

- Expert witness (psychiatrist/psychologist) must determine competency within reasonable degree of medical/professional certainty
- Determine defendant's cognitive and communicative ability
- Determine whether a defendant may break down under stress of trial

MAIN ISSUES

COMPETENCY TO STAND TRIAL
DEFENDANT'S MENTAL STATE AT TIME OF EXAMINATION

NGRI (LEGAL INSANITY)
DEFENDANT'S MENTAL STATE AT TIME OF COMMISSION OF OFFENSE

Competency Hearing

- Before judge
- Psychiatric/psychological expert witnesses
- Attorney for defense
- Attorney for prosecution

Judge rules on competency and fitness to stand trial

COMPETENCY TO STAND TRIAL

Does defendant understand:

- Charges against him/her
- Role of attorneys (defense/prosecution)
- Role of witnesses
- Courtroom procedures
- Various plea options

Is defendant able to communicate with representing attorney?

INSTRUMENTS USED TO DETERMINE COMPETENCY TO STAND TRIAL

- CAI: (Competency assessment instrument)
- F.I.T. (Fitness to stand trial interview)

CAI Test (I)

- Appraisal of available legal defenses
- Quality of relating to interviewer
- Unmanageable behavior
- Understanding court procedure
- Appraisal of role of:
  - Defense counsel
  - Prosecuting attorney
  - Judge
  - Jury
  - Witnesses

CAI Test (II)

Understanding court procedure
Appreciation of charges
Appraisal of likely outcome
Capacity to disclose to attorney:
- facts surrounding offense: movements, timing, mental state, actions

Capacity to testify relevantly
Capacity to realistically challenge witnesses

Problems in Competency Determination

- Mutism
- Amnesia
- Malingering
- Post-hypnotic condition

MALINGERING

- Unusual hallucinations
- Reported vs. observed
- Extreme symptomatology
- Rare combinations
- Negative image
- Unusual symptom course
- Suggestibility

SIMULATION OR MALINGERING

A behavior and verbal communication by which an individual claims to be prey to delusions or hallucinations, a confused state of mind at the time of an examination or at the time of a crime to justify not being guilty of an offense.

Person claims to be unable to understand what was going on, unable to exercise will because of mental condition.

Other types of Competency

- To confess
- To plead
- To waive right to counsel
- Refuse an NGRI plea

Pleas if found competent

Guilty
Not guilty
NGRI
No contest

ISSUES IN COMPETENCY IMPORTANT CASES

DUSKY v. UNITED STATES (1960) ESTABLISHED THAT "THE TEST MUST BE WHETHER THE DEFENDANT HAS SUFFICIENT PRESENT ABILITY TO CONSULT WITH HIS ATTORNEY WITH A REASONABLE DEGREE OF RATIONAL UNDERSTANDING AND A RATIONAL AS WELL AS FACTUAL UNDERSTANDING OF THE PROCEEDING AGAINST HIM.

PATE vs. MISSOURI (1966) SUPPORTS THAT THE ISSUE OF COMPETENCY MAY BE RAISED BY THE PROSECUTION, DEFENSE OR JUDGE (*SUA SPONTE*)

DROPE v. MISSOURI (1975) THE SUPREME COURT RULED THAT THE TRIAL COURT ON ITS OWN INITIATIVE SHOULD HAVE ORDERED AN EXAMINATION OF THE DEFENDANT

ILLINOIS v. ALLEN (1970) DEFENDANT MAY LOSE HIS RIGHT TO BE PRESENT AT TRIAL BECAUSE OF UNRULY BEHAVIOR

UNITED STATES v. DAVIS (1975) COUNSEL'S OPINION MAY BE AS GOOD AND RELIABLE AS EXPERT TESTIMONY

COMMONWEALTH V. LOURAINE (1983) IN MASSACHUSETTS A DEFENDANT WANTED TO APPEAR IN COURT UNMEDICATED. HE WON.

STATE vs. HAYES (1978) THE NEW HAMPSHIRE SUPREME COURT RULED THAT THE DEFENDANT COULD BE COMPELLED TO TAKE NEUROLEPTIC MEDICATION DURING TESTIMONY.

COMPETENCY IN MEDICAL SETTING

General and specific competency.

Individual must have sufficient ability to perform particular acts or skills.

- Make a will, marry, etc.
- Informed consent for medical intervention
- Make a "do not resuscitate" decision
- Leave hospital against medical advice
- Refuse psychotropic drugs or hospitalization
- Care for oneself independently at home

Insanity Defense (NGRI)

Defendant pleads not guilty by reason of mental disease or defect at the time of the offense.

Guilty but Mentally Ill

Defendant found guilty in a first trial; in a second trial mental illness is decided.

LEGAL INSANITY EXAMINATION

AT THE TIME OF THE OFFENSE DID THE DEFENDANT:

- POSSESS SUBSTANTIAL MENTAL CAPACITY TO DISTINGUISH RIGHT FROM WRONG?
- APPRECIATE THE NATURE, QUALITY AND CONSEQUENCES OF HIS/HER ACTIONS?
- HAVE THE CAPACITY TO CONFORM WITH THE REQUIREMENTS OF THE LAW?

NGRI TESTS

- McNAGHTEN
- DURHAM
- ALI (AMERICAN LAW INTITUTE)

M'Naghten Test

A person is not responsible for his or her actions if laboring under a defect of reason, from disease of the mind, as not to know the nature and quality of the act, or, did not know it was wrong.

M'Naghten (cont.d)

Should not only acquit a person not knowing an act was wrong, but one who was unable to prevent himself from committing the act despite knowledge of wrongfulness.

A person could be driven by an irresistible impulse.

Anyone can claim lack of control.

No way to identify which impulses could be resisted and which not

The American Law Institute (Sec. 4.01)

A person is not responsible for criminal conduct if at the time of such conduct,

as a result of mental disease or defect, he lacks substantial capacity to either appreciate the criminality (or wrongfulness) of his conduct and to conform his conduct to the requirements of the law.

Durham Test

Provided that a person was not criminally responsible if unlawful act was a product of mental disease or defect.

Was recognition that mental illness was a disease that could be treated and possibly cured

Guilty but Mentally Ill

Conviction and a criminal sentence

Defendant evaluated to determine need for psychiatric treatment

if necessary – hospitalized

discharged – returned to prison

A person found NGRI is sent to a state mental institution for treatment.

Defendants found NGRI are technically acquitted of their crimes, but most states automatically confine them to an institution for an indefinite period of time.

CONDITIONAL DISCHARGE OF NGRI OFFENDERS

WHAT TO LOOK FOR

- FULLY REINTEGRATED SELF
- POSSIBILITY OF RECIDIVISM
- DANGEROUSNESS TO SELF
- DANGEROUSNESS TO OTHERS
- DANGEROUSNESS TO OTHERS' PROPERTY

Thank you

資料2

国際シンポジウム

「リスクアセスメント手法の刑事司法への適用」

基調講演　George PALERMO　University of Wisconsin
「刑事司法制度の各局面における再犯テスト」

話題提供　**村上　優**　国立病院機構琉球病院院長　「日本におけるリスク・アセスメントの実際」
鈴木秀行　東京地方裁判所判事　「医療観察法におけるリスク評価」
松原三郎　松原病院理事長　「日本の司法地域医療制度」

ミニシンポジウム

George PALERMO
村上　優
鈴木秀行
松原三郎
岩井宜子　専修大学法科大学院教授
五十嵐禎人　千葉大学社会精神保健教育研究センター教授
司会　**町野　朔**　上智大学法科大学院教授
中谷陽二　筑波大学大学院総合人間科学研究科教授

総合司会　**山本輝之**　明治学院大学法学部教授・**柑本美和**　城西大学現代政策学部講師

Law & Psychiatry

とき　**2007年11月17日(土)**
12:45 開場　**13:30～17:30**

ところ　**上智大学**（千代田区紀尾井町）
2号館17階　第2会議室

参加費無料・同時通訳付・事前申込制*

*e-Mailにて下記事務局宛にご所属・お名前・ご連絡先電話番号・e-Mailアドレスをお送りください

事務局　精神医療法研究会事務局（明治学院大学法学部山本研究室）
東京都港区白金台1－2－37　e-Mail　hagiwara@law.meijigakuin.ac.jp

主催

・平成19年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究）推進事業
外国人研究者招へい「精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究（主任研究者：保崎秀夫）」

・平成19年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究（主任研究者：小山司）分担研究（山本輝之）同・分担研究（松原三郎）

・平成19年度科学研究費補助金（基盤研究（B））「心神喪失斜塔医療観察法――理念と運用――」（研究代表者：山本輝之）

【チー・ホン博士 招へい報告】

竹島　正
国立精神・神経センター精神保健研究所

Ⅰ　招へい理由

Chee Ng(チー・ホン)博士はメルボルン大学精神医学部門の准教授であり、臨床活動に関連した優れた研究業績を挙げている。また、アジアにおける地域精神保健活動の推進に尽力しており、Asia-Pacific community Mental Health Project という共同研究を立ち上げ、事務局としてアジア諸国のすぐれた地域精神保健の実践をまとめる中心人物として活躍している。

わが国との関連においては、1998 年に日豪両国が保健福祉政策において経験を共有するために緊密な協力を行うことを目的として「日豪保健福祉協力」の共同研究が開始された。2001 年から 2007 年は、その第二フェーズとして「精神保健」をテーマに共同研究が実施されてきたが、Chee Ng 博士は日本側研究者の豪州の精神医療保健福祉の現状および精神保健戦略 (Mental Health Strategy)についての情報収集および施設の視察に中心的に協力された。

豪州では、精神医療保健福祉について 1992 年より National Mental Health Strategy として改革が始まり、現在第 3 次 National Mental Health Plan (2003-2008)が実施されているところである。一方、わが国においても、2004 年に精神保健改革ビジョンが出され、2005 年に障害者自立支援法が成立するなど、過去に例のない精神保健システムの改革期が始まったところである。両国の精神保健福祉制度と抱えている課題には異なる点も多いが、地域精神保健の推進は共通の課題である。このため、豪州における精神医療保健福祉の改革に寄与し、また日本を含むアジアの精神医療保健福祉システムについて造詣の深い Chee Ng 博士にわが国の地域精神保健の訪問調査を依頼し、その結果を報告書にまとめてもらうことは、わが国の精神保健福祉の発展に大いに貢献するものである。

Ⅱ　日程および訪問先

1）日程（別紙のとおり）

2）訪問先

- 巣立ち会退院促進プログラム（東京都三鷹市）
- 千葉病院（千葉県船橋市）
- 神奈川県精神保健福祉センター
- 国立精神・神経センター司法精神病棟
- さわ病院（大阪府豊中市）
- 松原病院（石川県金沢市）
- E-JAN（遠州精神保健福祉をすすめる市民の会、NGO)、メンタルクリニックダダ、ピアクリニック（静岡県西部）（静岡県西部）
- 浜松市精神保健福祉センター

3）重要な関係機関でのミーティング

・厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神・障害保健課
・日本精神科病院協会
・日本精神神経学会
・国立精神・神経センター

Ⅲ　Chee Ng 博士の設定した目的

・日本の精神保健システム、特に地域精神保健ケアの現状を多面的に理解する
・日本における将来の地域精神保健の発展のために、訪問先で学んだことを確認し、共有する
・厚生労働省、日本精神神経学会、日本精神科病院協会、国立精神・神経センター、民間精神科病院、非政府組織(NGO)、精神保健の専門家を含む様々な関係者と議論する
・日本における精神保健改革のために、日本の強み、将来の発展のための戦略そして検討が必要な課題について報告書を作成する

Ⅳ　訪問調査の概要

１．巣立ち会（1 月 7 日）

巣立ち会モデルは日本の NGO によって運営されている、地域中心のすぐれた退院プログラムであり、126 人もの患者を退院させてきた。非医療型の就労リハビリテーションプログラムと地域生活支援を行っており、利用者はそれぞれの生活をしながらも、継続して通院治療を受けている。これは、医学モデルを超えた地域精神保健の考え方の延長上にあるものであり、医療機関外でリハビリテーションを提供している。ひとつの課題は、このプログラムへの参加希望に効率的に応えること、プログラムを終了した者がより適した場に卒業していくことに一層の注意を払うことである。このプログラムは非医療従事者のスキルを効果的に活用しているが、今後は職員の就労意欲を高めるために体系化されたトレーニングとよりよい給与体系を提供することが必要である。このプログラムは職員と地域の見方を変え、精神障害のある患者も病院から退院して地域で自立して生活することが可能であることを示している。いつでも利用可能な居住施設のないことが、必要以上に長期間の入院をもたらしているのである。

このような見事な先導的な取り組みが行なわれているが、他の施設や団体からの支援は不足している。地域、国レベルで精神障害者の権利擁護を高めるべきである。もっと多くの支援と激励があれば、同種の NGO も、患者は地域に戻れるのだと楽観的に伝えていけるだろう。

２．千葉病院（1 月 8 日）

千葉病院は、病院を拠点とした地域精神保健サービスの例であって、病院を基盤に、多くの地域を拠点にした臨床実践を試みてきた。それぞれの入院患者に個人空間を提供し、患者の権利とニーズを尊重するという千葉病院の物理的環境は素晴らしい。千葉病院は他に先駆けて窓から鉄格子を取り外し、より家庭的な病棟にした病院のひとつである。病棟をより開放的にし、患者の権利を尊重することを通じて、入院患者の行動制限を少なくすることは、患者のノーマライゼーションに役立つだろう。そのような民間病院の機能と役割は、さらに地域を志向した精神保健サービスを供給することになるだろう。

デイケア施設の利用を増やすことは、入院の回避、退院計画の支援、再発防止、生活技

能の向上のために役立つかもしれない。デイホスピタルの役割は、個別の患者への介入を目的として利用されてよいかもしれない。心理教育、家族支援、社会活動、レスパイトケアは、リハビリテーション施設にとって重要な役割であるが、このような役割をNGOや地域資源と連携して提供することはさらによいことである。患者や家族が地域資源を利用しやすいように、地域のなかに地域生活支援センターを設置することも検討されてよい。

3．神奈川県精神保健福祉センター（1月9日）

精神保健福祉センターはその地域における地域精神保健ケアをコーディネートし、支援する中心的役割を果たすことができる。地域精神保健改革において精神保健福祉センターのできる最も大切なことは、施設ケアを少なくして、地域を拠点とした精神保健サービスを促進する、地域に合った方法を振興していくことである。このような取り組みは、当初は財政的なうまみを生じないかもしれないが、長期的にみれば、地域処遇はケアの質と費用効率を高くする。精神保健福祉センターは、患者のアウトカムに対する責任を共有することで、医療セクターと福祉セクターの橋渡しをすることができる。この達成のための戦略には、ケア調整機能、すなわち医学的ケースマネジメントと福祉的ケースマネジメントの緊密な連携、情報共有、データ収集、合同研修を主導することなどが含まれる。セクター間の良好な関係を促進するには、合同の委員会、業務契約そしてサービス計画を立てることが役立つであろう。

4．国立精神・神経センター司法精神病棟（1月10日）

このモデルは多くの資源とスタッフを必要とするが、もし高い国際的なケア基準を満たすならば、急性期およびリハビリテーション期の病棟は優れた治療アウトカムを出すことができることを示している。このようなモデルをすべての一般の精神科病棟に取り入れることは財政的に不可能であるが、よい実践理念（他職種チームアプローチ、個別のケアプラン、行動制限を最小にすること、良好な環境、適切な量での効果的な薬物治療、等）を広く取り入れることは可能であり、すべての精神科入院患者にとってプラスになる国としてのケア基準として考慮されるべきであろう。他のモデルと比較して、このモデルのアウトカム評価が行われるべきである。

5．さわ病院（1月11日）

さわ病院は先進的な民間病院であって、財務的に可能な方法で、地域のなかで治療とリハビリテーションを提供している。財務的にも、社会的にも、民間病院に患者を入院させておくほうがよいという多くの圧力が存在するにもかかわらず、さわ病院は、ケアと理念に関する近代モデルのトレーニングとリーダーシップの発揮により、精神科患者の治療に地域中心のアプローチを採用することができている。さわ病院は、より多くの患者を地域でケアするために、包括的精神科救急サービスを提供することの重要性を認識している。すべての病院に対するコメントとして、再発や再入院率を最小限に抑えるためには、医学的アウトリーチやケースマネジメントは福祉的ケースマネジメントと密接に連携して行われるべきである。しかしながら、そのためには医学的アウトリーチサービスを提供することへの財務的なインセンティブが働くべきである。さらに、患者のリハビリテーション活動には、各患者のニーズにあった生活技能向上のための個別の活動プログラムとケアプランが役立つであろう。それによって、就労訓練や就労プログラムは各患者に合わせたものになり、より「患者中心」になるだろう。

６．松原病院（1月15日）

松原病院の入院病棟は非常に質が高く、空間が広く、明るく、適度な個人空間のある清潔な環境であって、適切な援助が提供されている。明確な役割分担を持った多職種による支援がなされ、患者に対するスタッフの比率が高く、短期入院を目指した地域を指向したアプローチによって、人間味あふれる環境で患者を治療している。地域中心のサービス体系に不可欠な包括的救急対応と急性期ケアサービスを提供するために、公立病院と連携しているのはユニークな点である。地域の患者に医師が訪問する医学的アウトリーチサービスの拡大や、現在ケースマネジメントを受けていない患者への医学的ケースマネジメントの拡大により、さらに再入院率を低下させることができるだろう。

７．浜松における精神保健サービス（1月16日）

E-JANは浜松市のNGOで、浜松地域における地域精神保健のネットワークを構築し、その促進・コーディネイトを行う。メンタルクリニックダダは、児童と思春期の患者を対象にした浜松市の精神科クリニックで、発達モデルに基づいたサービスを提供している。ぴあクリニックは多分野の専門家からなるチームで医療的なアウトリーチを提供する点に特色がある。

これらの施設が直面した課題は、多職種のスタッフを募って育成すること、医療と福祉的サービスにチームアプローチを取り入れることであった。精神的な問題を抱える人々を広く受入れ、このように広範にわたるサービスを提供するためにはスタッフのトレーニングは決定的に重要である。もうひとつの重要な課題は、行政的サービスエリアと重なるキャッチメントエリアアプローチを展開し、地域福祉や社会サービスの提供を促進することである。NGOと、地域の実力者、大学、著名な専門家との連携は精神科病院や施設からの信用を得ることにつながるだろう。

８．浜松市精神保健福祉センター（1月16日）

浜松市精神保健福祉センターも自助グループの発展を支援している。地域精神保健に対するニードの高さを考えると、政府がNGOと共同し、精神障害者に非医療型の地域を拠点としたサービスを提供することは重要である。精神障害者に非医療型の福祉的支援を提供することは、再入院を防止し、地域で生活する機会を最大限に高めるためにきわめて重要である。それゆえ、地方自治体は民間病院が提供する臨床サービスを補完するサービスに資金を援助できるよう、実行可能な仕組みを見いだす必要があろう。地域ケアの従事者を増やすだけでなく、精神保健サービスのNGOとプライマリケアの関係を強化する必要がある。次に、E-JANは精神保健福祉センターのサービス計画の策定に参画しているが、地方政府レベルで地域の関係者が政策やサービスの発展のために意見を述べることのできる公的な仕組みが必要である。サービス利用者や患者のニーズにあったサービスを提供するためには、利用者や患者がサービスの発展に参画することは不可欠である。

Ⅴ　重要な関係機関でのミーティング

１．厚生労働省（1月9日）

オーストラリアの精神保健システムについてのプレゼンテーションを行った。精神保健システムに関する現在の重要な課題として、高齢の入院患者、特に認知症の患者の急速な増加等が挙げられた。慢性患者の置かれている状況には変化は無く、地域に代替の居住施設がないために、相当な数の慢性患者が入院したままになっている。病院は急性期医療か

ら慢性患者の居場所に至る様々な役割を果たしているが、その機能分化が求められている。幸運にも、精神科入院患者数は増加しておらず、新規入院患者の入院日数はそれほど長くない。退院できない高齢患者を含めた数多くの慢性患者の処遇方針を立てる必要がある。

2．日本精神科病院協会（1月17日）

日本精神科病院協会で、会長、副会長、その他役員が参加する中で、プレゼンテーションとミーティングを行なった。オーストラリアにおける地域精神保健改革についてのプレゼンテーションを行い、次のような議論を行った。日本とオーストラリアの精神保健システムには明確な差異がある。そのひとつは、日本では医療サービスと福祉サービスが分離していることであって、患者が両方のサービスを必要としていても、その財源は別々である。日本精神科病院協会のリーダーは地域精神保健を発展させることが最善の戦略であって、日本精神科病院協会内でのコンセンサスづくりが重要と考えている。改革の障壁となるのは、地域サービスと資源が不足してきたことである。また、地域精神保健サービスの提供に当たって、どのようにすれば医療専門家がリーダーシップを持続できるかも課題となっている。さらに、改革を達成するためには、政府からの資金と厚生労働省の明確なリーダーシップも必要である。

3．日本精神神経学会（1月7日）

「オーストラリアにおける地域精神保健改革」について、理事長、学会の役員メンバーを対象に講義を行なった。講義後のディスカッションでは、オーストラリアでの改革のプロセスに焦点があてられ、精神科病院の閉鎖、地域施設の展開、スタッフの再教育と採用、財源と古いシステムから新しいシステムへの移行における課題、地域ケアのコストについて議論が行われた。また、オーストラリアと日本のシステムの違いも多く挙げられた。地域ケアの理念は、オーストラリアのモデルやシステムそのものを取り入れるよりは、共通のゴールとすべきであることが強調された。こうした理念には、病院拠点から地域拠点のサービスへの移行、医療モデルを心理社会的リハビリテーションモデルに広げていくこと、治療をケースマネジメントを含む幅広いものにすること、処遇を行なううえでケア従事者やサービス利用者の見方を取り入れること、医療のヒエラルキーから多職種チームアプローチへの転換などが含まれていた。小島理事長と役員メンバーは、地域精神保健改革における日本精神神経学会の役割が確立されつつあることを強調した。すなわち、(1)様々なセクターと関係組織の見解を集積する、(2)特別委員会を設立し、地域ケアについての大規模戦略と政策の助言と提言を行う、(3)専門医の認定を行っている日本精神神経学会の教育的役割を確立する、ことである。

4．国立精神・神経センター（1月10日）

プレゼンテーションに続いて、国立精神・神経センターの研究者と、医療のケースマネジメントと福祉のケースマネジメントシステムの統合について議論した。医療が包括的医学的アウトリーチを行なうためには、何らかの担当区域制を導入しなければ実用的ではない。人的な体制の充実やケースマネージャーのトレーニングも、精神保健ケアシステムの実現には重要である。リハビリテーションモデルを広く取り入れることが必要であり、それに応じてトレーニングも行なわれるべきである。また、医療と福祉財政の再構築によって積極的なマネジメントと地域サービスを促進させるべきである。

Ⅵ　日本とオーストラリアの精神保健システムの差異

	日本	オーストラリア
財源	国民皆保険制度。10%以下の自己負担	州が直接公的サービスに資金を提供。患者は無料
制度基盤	保健と福祉は財政的にも行政的にも分かれている	いくつかの州で、医療、地域と居住サービスはひとつの行政部門にある
精神医療	80%以上が民間セクターによって提供されている	80%以上の専門的サービスが公的セクターによって提供されている
キャッチメントエリア	なし。患者は同じ医療費で、自由に医療機関や医師を選択できる	あり。公的サービスは重症の精神障害者に限定されている。重症でない患者はGPや民間部門を受診する
病院の役割	多様な役割を果たし、長期在院の慢性患者のケアも行なう	短期間の急性期向け病床が多く、機能分化されている
サービス提供者	主に精神科医。他の職種によるサービスは限られている	GP、サイコロジスト、NGO、家族が地域ケアの大きな担い手である
精神保健法	患者は、医学的な治療を受ける権利、病院で治療を受ける権利がある	患者は、「もっとも行動制限の少ない環境」で、地域で治療を受ける権利がある
その他	↑病床率 ↓支援付き住居 ↑身体的治療の使用 患者を地域で生活させることについて、スタッフと家族の信頼が低い	↓病床率 適切な支援付き住居の供給 ↑心理社会的治療の使用 患者を地域でケアすることについて、スタッフやケア提供者がよい働きを示す

Ⅶ　地域精神保健改革の方向性について

日本とオーストラリアの精神保健システムの差異を前提とした上で、日本における地域精神保健の発展のために、今後考えるべき戦略課題についての示唆を幅広く述べる。これら、戦略を実行する前に様々な関係者と広く協議する中で、徹底的に検討し、探索することで、解決すべき重要な課題を浮かび上がらせることを目的としている。

1. 政策と戦略の枠組みは、計画と改革過程の実行に必要である。それによって精神保健システムの再発展、地域精神保健サービスの拡大、精神保健財政の再構築、より強い連携の必要な政府の部門について方向性が明確になる。

2. 地域サービスや病床に替わる居住施設の整備にあわせて、精神保健システムにおける病床削減を徐々に進めていくべきである(特に長期在院病床)。病床閉鎖により生じる資金は精神保健の領域への再投資に回し、再配分を確認すべきである。

3. 病院機能、精神保健スタッフの技術力(すなわちソフトウエア)を強化することは、民間病院や公立病院の建物(すなわちハードウェア)をよくすることよりもはるかに優先順位が高い。

4. 病院の機能分化の定義を明確にして、発展させるべきである(すなわち、救急ケア、急性期医療、入院してのリハビリテーション、地域でのリハビリテーション、慢性患者の居場所など)。機能を明確にすることが、既存の病院を新たな方向に導き、分権化させ、多機能の施設へと変化させる。

5. 新たな財源配分は、現在行われている投資と地域精神保健サービスの拡大を反映すべきである。資金は地域の患者のためのサービスに割り当てられるべきであり、医学的アウトリーチ、NGO、病院外での非医療型のサービスに資金が投入される仕組みを作るべきである。

6. 地域精神保健プログラムが持続可能であることはもっとも重要である。病院と地域のサービスには、利用者が、様々な地域資源につながり、ケアパスウエイのどこかに過剰な負荷がかかるのを避ける、適切な出口を設ける戦略が必要である。

7. 入院患者の高齢化、認知症患者の割合の増加、介護者の高齢化はすべて国としての総合的な対策が必要であって、精神医学だけの問題ではない。この間、急速な病棟の閉鎖は不適切であって、精神保健サービスにおける高齢者に対する退院と居住の確保に明確なケアパスウェイを発展させることは喫緊の課題である。

8. 地域を指向した精神保健サービスの従事者を増やすことは最優先の課題である。人材プランとトレーニング方法を開発し、新たな専門スキルを獲得し、職場環境を変え、地域における新たな役割機能を得る必要がある。

9. 個別化されたケアとリハビリテーション計画は自立を最大限とするために必要である。財源を確保し法的な整備を行うことは、すべての患者が、臨床アウトカム達成のための個別のサービスプランを持つことに役立つだろう。

10. 医療部門と福祉部門の連携の確立は、地域のすべての患者の臨床的、福祉的地域サービスの統合に必要である。

11. 地域治療命令を制度化することは、地域で生活する治療を受けることに同意しない、もしくは服薬しようとしない患者の治療を促すために検討すべきかもしれない。しかしながら、政策やサービスの枠組みを発展させることを、法律の改定よりも優先すべきである。

12. 精神保健福祉センターのみならず病院も、スティグマを軽減し、地域の受入れや精神障害への理解を高めるために、単に精神障害の治療を行うだけでなく、精神保健の取組を促していく役割を務めることができる。

Ⅷ　Chee Ng 博士招へいの成果の活用

Chee Ng 博士は訪問調査を、日本における精神保健改革のために、日本の強いところ、将来の発展のための戦略、そして検討が必要な課題について報告書にまとめた。この報告書は細部の最終確認を Chee Ng 博士と行なっているところであるが、それが終了すると、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部のホームページにある「精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ」
http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html に公開するとともに、その日本語訳を学術誌に紹介する予定である。

日本人研究者派遣事業

スイスにおける精神障害の普及啓発とその日本への援用

野口　博文
社団法人　日本精神保健福祉連盟

構成：

Ⅰ　はじめに
Ⅱ　スイスにおける普及啓発の焦点
Ⅲ　普及啓発活動の取り組みに向けて　―ニーズアセスメント―
Ⅳ　精神科医療機関における普及啓発の取り組み
Ⅴ　関連する研究とその評価
Ⅵ　医療従事者への教育システム　―チューリッヒ・エンパワメントプログラム(Zucher Empowerment program)―
Ⅶ　周辺諸国の状況
Ⅷ　専門職を対象とした普及活動の実践
Ⅸ　普及啓発ガイドライン
Ⅹ　おわりに
謝辞
参考文献

資料　医療従事者への教育ツール(チューリッヒ大学 Beate Schulze 先生より提供)
　　1）バーンアウトの予防とは
　　2）バーンアウトの理解
　　3）対処の戦略

Ⅰ　はじめに

現在我が国においては、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の実現に向け、国、都道府県、市町村、関係団体等の連携による普及啓発の組織的・戦略的推進の方法を明らかにし、効果的な手法を開発するとともに、普及啓発の効果測定の方法を明らかにすることが求められている。

厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業「精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究」では、精神疾患や精神障害者についての普及啓発を、国民運動として広く推進するために取り組んでいる。本研究においては、精神障害の性質や治療法に対する関心を高め、偏見や差別を撤廃するための活動を促進しているところであるが、これをより効果的に行うために、普及啓発に積極的に取り組んでいる諸外国での情報収集、および先行的な研究者とのネットワーキングを行うことが不可欠となっている。

今般、平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 日本人研究者派遣事業により派遣先としたスイス連邦共和国は、精神保健福祉の普及啓発にかかる各種事業で先行している国のひとつであり、本研究班で検討を進めている普及啓発の組織的・

戦略的推進に関する指針の構築、およびそのツールやマニュアル作りへ寄与する情報を収集した。また、研究の中長期的課題である普及啓発の効果測定に向けた展望を得、総合的な普及啓発システムを開発する契機を得ることができた。

さらに、派遣先および周辺の国や地方自治体において、普及啓発に取り組む担当者等と事業レベルでの意見交換を行ったことによって、我が国の行政現場や精神保健医療福祉関係団体等との交流を一層促進することができた。

Ⅱ　スイスにおける普及啓発の焦点

2004年に報告された資料によると、スイス連邦共和国では、一般国民の過半数は精神健康問題に関するわずかな知識しか持ちあわせておらず、精神疾患に罹患した者と社会的な接触をとることを避ける傾向にあるという。(1)(表1･2)この報告によって、各州政府では、スティグマと差別に取り組む調査を実施することとなった。

まず、普及啓発の網羅的なニーズを探るため、精神障害者およびその家族に対するフォーカス・グループを、チューリッヒ州およびジュネーブ州にて行った。調査結果は、事前に予想していたものとおおきく異なり、精神保健医療の利用者は、彼らの受けている精神科医療においてスティグマを経験していることが示唆された。医療従事者との関係において、当事者自身の生活や過去の体験に注意を払ってもらえないことや、精神科診断によって回復を否定されたり、入院治療における非人道的な処遇を受けたりしていたことが明らかになった。

これを受けて、メンタルヘルス専門職のもつ精神障害者への態度を調査することになった。その結果としては、専門職は一般国民と同レベルで、精神障害者へのスティグマをもっていることが示された。また、精神障害者は危険である、信頼することができないといった偏見に関して、精神科医の態度は一般人口の平均よりさらに強かった。(2)(表3･4･5･6)

数々の文献によると、スティグマを減らす最も効果的な方法は、精神障害者との定期的な個人的接触であることが定説として言及されている。しかし、これらの一致した結論に則っているにもかかわらず、メンタルヘルス専門職は患者に対する偏見を抱いていたのである。この矛盾したエビデンスは、医療従事者の精神障害者への関わりの在り方について疑問を投げかけたようである。

その後の検討を経て、メンタルヘルス専門職のスティグマは、通常業務における非常に有意義で興味深い挑戦のなかで、常に心理社会的ストレスに苛まれていることによるものと考えるに至っている。実際に、医療サービスにおける専門職と患者との限られた接触では、危機介入や精神症状の悪化への対処に焦点を当てることになり、患者のもつ否定的な側面を扱うことが通例となっている。同時に、患者にとっては、精神症状の影響による否定的な反応もあり、専門職の指示に従いにくい感覚をもつこともある。これらの軋轢によって、患者との接触に心理的距離感を生じさせ、症状の回復に悲観的な見立てをもたらしているのではないかと考えている。

しかしながら、メンタルヘルス専門職は、効果的な治療と処遇を行うといった意思にもとづいて従事しなければならない。それゆえ、治療関係におけるほとんどのスティグマは、サービス提供者側には意識されていないのであろう。またこれは、チームで責任を共有す

ることのない精神保健医療サービスにおけるプレシャーの増加への反応かもしれない。この状態では患者の要求に十分に応えることができず、感情的な枯渇や職業への否定感を生じさせ、バーンアウトの危機にさらすことになる。(3)

したがって、スイスにおける普及啓発の現況では、新たにメンタルヘルス専門職を対象とし、以下の目標に焦点を当て反スティグマの取り組みを実施している。

1）メンタルヘルス専門職の業務関連のストレスをマネジメントし、バーンアウトを防止することを支援する
2）協力的な治療関係を促進し、専門職のバーンアウトのリスクと患者への否定的な言動を減らす資源を開発する

具体的な取り組みにおいては、スタッフのストレスとリソースに関する全国調査をもとに、個別のストレス・マネジメントや治療方針を共有するようなエンパワメントを行っている。また、この調査では、精神保健医療サービスにおいて専門職のもつスティグマとバーンアウトを減らすには、組織自体に働きかけることも必要であるといわれている。さらに、安定して自立している当事者と接触することは、支援関係において否定的な見方を取り除く、専門職への普及啓発の主要な要素となっている。(4)

表1：Social Distance to a Person with Mental Illness in Different Social Contexts
(N=844; missing data<2,7%)

Would you . . .	Definitely Unwilling	Unwilling	Neutral	Willing	Definitely Willing
. . . be willing to start work with a person like B.*?	2.6%	6.4%	24.5%	38.0%	27.5%
. . . like to move next door to a person like B.*?	1.9%	10.1%	26.5%	36.1%	25.1%
. . . make friends with a person like B.*	9.8%	17.5%	31.0%	26.8%	14.6%
. . . rent a room to a person like B.*?	11.5%	22.9%	34.7%	22.0%	8.6%
. . . recommend a person like B.* for a job?	9.4%	24.2%	35.4%	22.0%	8.3%
. . . like your child to marry a person like B.*	13.3%	25.6%	32.8%	17.8%	7.9%
. . . trust a person like B.* to take care of your child	25.1%	30.2%	25.8%	14.2%	4.5%

*The person depicted in the vignette was called Beat.

Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. and Roessler, W. (2004)

表２：Results of the Multiple Linear Regression Analysis for Social Distance Toward People with Mental Illness in Switzerland

(N=594; R2 adj.=.448)

	B	p
Schizophrenia vignette	.231	<0.000
Positive attitude to lay helping	-.211	<0.000
Positive attitude to community psychiatry	-.167	<0.000
Negative emotions	.159	<0.000
Acceptance of negative sanctions	.150	<0.000
Age	.150	<0.000
Sex (female)	.137	<0.000
Interest in psychiatric topics in the mass media	-.124	<0.000
Living in the Italian-speaking part of Switzerland	.120	<0.000
Acceptance of psychotropic side effects	.114	0.001
Favoring medical treatment	.106	0.001
Correct recognition of the vignette as an illness	.104	<0.01
Perceived discrimination	.080	<0.05
Contact to person with mental illness	-.074	<0.05

Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. and Roessler, W. (2004)

表３：Negative Stereotypes About Mentally Ill People by Professional Groups and the General Public: Mean Values on the Negative Stereotypes Scale (95% CI)

Professional Group	Negative Stereotypesa
Psychiatrists (n = 201)	3.49 (3.45-3.54)b
Psychologists (n = 66)	3.33 (3.26-3.41)
Nurses (n = 676)	3.41 (3.38-3.43)
Other Therapistsc (n = 116)	3.39 (3.34-3.45)
General Population (n = 253)	3.38 (3.34-3.42)

a:Mean value of 7 negative (eg, ‘‘dangerous’’) and 3 positive (reverse scored, eg, ‘‘self-controlled’’) items. A value over the midpoint 3 indicates that more negative-and less positive-attributes are ascribed to people with mental illness than to other people.

b:Psychiatrists significantly held more negative stereotypes than each other group ($p < .05$).

c:Other therapists include vocational workers, social workers, and physiotherapists.

Nordt, C., R¨ossler, W. and Lauber C. (2006)

表４：Restrictions on Mentally Ill People by Professional Groups and the General Public: Proportion of Respondents Agreeing (95% CI)

	Type of Restriction			
Professional Group	Revocation of the Driver's License n = 1210	Withdrawal of the Right to Vote n = 1323	Abortion n = 1222	Compulsory Admission n = 1317
Psychiatrists	29.1 (21.8-37.3)a	3.0 (0.9-6.9)	8.5 (4.6-14.2)	98.5 (95.2-99.8)
Psychologists	16.4 (6.9-30.6)a	1.5 (0.0-9.1)	9.5 (3.1-21.1)	98.5 (90.7-100)
Nurses	46.0 (41.5-50.5)	2.8 (1.6-4.6)	9.8 (7.3-12.7)	98.2 (96.7-99.2)
Other Therapistsd	32.4 (22.5-43.6)a	5.1 (1.6-11.6)	5.4 (1.7-12.2)	98.3 (93.2-99.9)
General Public	65.7 (58.3-72.6)b	19.6 (14.3-25.8)b	29.0 (22.4-36.4)b	67.5 (60.4-74.0)c

a:Psychiatrists, psychologists, and other therapists support significantly less the revocation of the driver's license in severe mental illness
than nurses ($p < .01$).

b:The public significantly accepts this restriction more than each professional group ($p < .01$).

c:The public significantly disapproves more often compulsory admission than each professional group ($p < .001$).

d:Other therapists include vocational workers, social workers, and physiotherapists.

Nordt, C., R¨ossler, W. and Lauber C. (2006)

表５：Recognition of the Vignettes by Professional Groups and the General Public: Proportion of Respondents Holding the Person Described in the Case Vignette as Having a ‘‘Mental Illness’’ (95% CI)

	Type of Vignette		
Group	Schizophrenia n = 471	Major Depression n = 639	Non-Case n = 126
Psychiatrists (n = 202)	100 (93.7-100)	92.2 (84.8-96.8)b	26.3 (7.7-54.4)
Psychologists (n = 64)	100 (84.5-100)	86.7 (66.7-97.0)b	25.0 (2.2-69.4)
Nurses (n = 673)	94.9 (90.8-97.6)	65.1 (59.2-70.8)	17.4 (9.3-28.6)
Other Therapistsd (n = 115)	97.9 (87.2-100)	63.6 (47.7-77.7)	7.7 (0.1-40.1)
General Public (n = 182)	72.3 (60.7-82.1)a	45.4 (33.4-57.9)c	-e

a:The public held the described person in the schizophrenia vignette as having a mental illness significantly less often than each professional group ($p < .01$).

b:Psychiatrists and psychologists recognized the description of a person suffering from major

depression as having a mental illness significantly more often than nurses and other therapists (p < .05).

c:The public recognized the major depression description as a mental illness significantly less often than each professional group (p < .05).

d:Other therapists include vocational workers, social workers, and physiotherapists.

e:The non-case vignette was not presented in the public survey.

Nordt, C., R¨ossler, W. and Lauber C. (2006)

表６：Social Distance Toward the Case Vignette by Professional Groups and the General Public: Mean Values on the Social Distance Scale (95% CI)

	Type of Vignette		
Group	Schizophrenia n = 477	Major Depression n = 652	Non-Case n = 125
Psychiatrists (n=202)	3.33 (3.12-3.54)a	2.30 (2.19-2.41)	2.23 (1.88-2.57)
Psychologists (n=67)	3.01 (2.71-3.32)a	2.24 (2.03-2.45)	2.36 (2.07-2.64)
Nurses (n=679)	3.09 (2.98-3.19)a	2.38 (2.31-2.46)	2.28 (2.11-2.46)
Other therapistsb	(n=117) 2.89 (2.64-3.14)a	2.31 (2.16-2.47)	2.19 (1.85-2.54)
General public (n=189)	2.96 (2.81-3.11)a	2.48 (2.35-2.62)	-c

a:In all professional groups-and the public-the social distance toward the schizophrenia vignette is significantly higher than toward the depression and the non-case vignette (p < .001).

b:Other therapists include vocational workers, social workers, and physiotherapists.

c:The non-case vignette was not presented in the public survey.

Nordt, C., R¨ossler, W. and Lauber C. (2006)

Ⅲ　普及啓発活動の取り組みに向けて ―ニーズアセスメント―

１．スイス・チューリッヒ州における検討

精神障害者への無理解は、精神障害のリカバリー、社会復帰、QoL の向上を妨げる最も重要な要因として報告されてきた。実際に、精神障害に苦しむ者にとっては、精神科診断名による社会的な排除や、精神科サービスの劣悪な環境などによって、適切な医療を受けることが困難なこともあった。精神保健上の問題を述べることで、求職活動や住居の確保、近隣との交際が難しくなることが示されているのである。(5･6･7)

スイス連邦共和国における精神障害者の正しい理解を図る取り組みについては、各地方州、連邦国家または国際的なレベルで実施されている。最も大きいところは、WPA（世界精神医学界）による「Open the Door」プログラムであり、ここでは、統合失調症の知識と治療に関する知識を得ること、統合失調症患者およびその家族に対する社会の態度を改善すること、差別や偏見を除去する活動を行うことを目標にされている。(8)

チューリッヒ大学では、州政府当局と連携し、普及啓発活動の取り組みの在り方を検討しているところである。

検討課題：
・当事者およびその家族の視点に立って実践されているか
・個別の目的を達成するには、どのような戦略を用いればよいか
・だれを普及啓発の対象にし、どのグループを活動に参加させればよいか

これらが、各取り組みの計画段階で決定されなければならないことは明白であり、差別や偏見の実態を周知しておくことは不可欠である。これまでの検討で、スイス・チューリッヒ州においては、次のような状況が報告されている。(9･10)
・一般社会での精神疾患への態度および感情は、各取り組みによっても否定的である
・精神障害への認識は、不穏、攻撃的、危険、不合理、無知、自制心に欠くとなっている
・統合失調症患者への関わりでは、同じアパートでの生活、職業を得ること、子どもの世話において拒否されている

２．ニーズアセスメント

このような状況を鑑み、普及啓発活動の実施にあたっては、特にニーズアセスメントに重点を置いている。そのプロセスでは、活動を実践する地域または対象者のもつニーズを特定し、問題点と解決策を検討することになる。地域または対象者において精神障害者の正しい理解が図られていないという仮定より始められ、差別や偏見といった覆い隠されることのあるニーズを発見するとともに、スティグマに向き合うことのできる個人やグループ、地域の資源を開拓するのである。
ニーズアセスメントとは：(11)
・定義された手続きによって行われる組織的アプローチである
・特定の目的に向けられた方法によってデータを収集する
・ニーズの優先順位と、問題解決のための枠組みを定める
・精神保健医療サービスや医療機関等の改善の方向を示す
・最も効果的に資金、人材、施設および他の資源を導入する規準をおく

３．ニーズと資源

ここでアセスメントを行う対象は、ニーズと資源(Capacity)に分けられている。(11)普及啓発のニーズは、差別・偏見の現況と求められる状態とのあいだにみられ、地域性に基づいて検討される。一方、それへの対応については、住民意識の変容において利用することのできる社会資源を開拓することになる。
１）ニーズ：
①主観的なスティグマの経験
当事者およびその家族の視点は、普及啓発を推進するうえで重要になる。
精神疾患とそれに影響される社会生活の経験は、地域での問題をより明確にすることができる。
②社会の態度
「一般社会は精神障害についてどう捉えているか。」
「精神障害への偏見の主な要因はなにか。」
「人々は精神障害者に対し、どのような行動をとるか。」

「人々は精神疾患を見分けることができ、治療を勧めることができるか。」

③保健医療の行政

「精神障害者の法的な位置づけはどのようか。」

「精神保健医療サービスは、健康保険システムにおいて適切な配分を受けているか。」

「精神障害者の権利を擁護する法律は整備されているか。」

④学校カリキュラム

「教育カリキュラムにおいて、精神健康問題をどの程度扱っているか。」

「精神健康に問題のある児童・生徒へのサポートに、教員はなにを必要にしているか。」

「学年層に応じた理解にあわせ、どのような情報が提供されているか。」

⑤マスメディアのイメージ

「メディア報道での精神障害にかかる一般的なテーマはなにか。」

「精神障害について、どのような機会に報道されているか。」

「精神保健の肯定的な面およびエビデンスに基づいた情報を扱っているか。」

⑥対象者

「普及啓発活動によって、なにが達成されるべきであるか。」

普及啓発活動の効果は、対象者(精神障害者・その家族・精神保健医療の専門職・マスメディア・保健医療政策の担当者など)によって異なる。

活動の計画段階において、各対象者層に優先順位をつけることが必要である。

⑦メッセージ

「精神障害に関する知識を補うには、普及啓発活動においてどのような情報を提供すればよいか。」

「どのような『神話』が払いのけられるべきであるか。」

「普及啓発活動において、なににトピックを置くか。」

普及啓発のメッセージは、上記のポイントを示すチャネルである。

⑧サポートの必要性

「特定の活動を計画に、どのような人的サポートが必要になるか。」

活動の計画時より、実施、モニタリングまでを通して検討されるべきである。

活動に関わる者の意見、経験、不安や要求を議論する会議を定期的に開く。

２）資源(Capacity)：

①興味・能力・専門知識

「活動での関わりにおいて、だれが普及啓発の推進に興味を示すか。」

「専門的な能力を持ち合わせているか。(資金集め・メディアとの関わり・グラフィックデザイン・調査の技術など)」

「参加する精神障害者の資質を活用しているか。(講演・特定の技能・写真・芸術など)」

②着想・コンセプト・戦略

「普及啓発活動の目標の達成に、どの資材を使用することができるか。」

「普及啓発活動や保健教育に関し、だれが専門知識と過去の取り組みを紹介できるか。」

活動のコンセプトや戦略に多様な見立てを行うことは、実施に向けた創造性を高める。

③動機・関与

活動に関わりをもつ者のなかで、積極的に取り組む動機を与える役割を特定する(保健専門職・当事者とその家族・行政・メディア等)

「『反スティグマ』は、その活動における最重要課題であるか。」

「活動への動機を高められる要因はなにか、また、活動の遂行を支えるには、なにをすることができるか。」

④資金獲得

資金獲得に役立つチャネルの情報を収集する。(精神保健計画の関係者・地域での指導者・政府機関での担当者・助成団体・スポンサー候補を、各種会合に参集する。)

特定の活動に応じ、創造的な資金獲得の着想を得る。

4．対象の設定

活動の成功に向けては、普及啓発の対象とする層または地域を限定することが求められる。ここでは、以下の二点に留意することが必要である。

・活動の実践によって、最終的に利益を受ける者
・スティグマに影響された態度や行動を変容させることが望まれる者、または、地域や社会レベルにおいてそれへの影響を与えることができる者

これら普及啓発活動において対象とする者を、アセスメントの開始に際して明らかにする。これまでの取り組みで、精神障害者に対する社会の認識に影響を及ぼす多様な方法が示されている。そのなかで、個別の目標が達成するような方法を選択するよう、適切にニーズを分析する必要がある。例えば、精神障害者用の住居を建設するプロジェクトの実施にあたっては、居住予定者と地域住民との軋轢を減らす三つの主要な対象者層が挙げられている。

・精神障害者の居住によって、地域の不動産価値が下落することを恐れている家主
・精神障害者を受け入れる地域の世論の形成に影響を及ぼす聖職者
・通院や施設通所に利用する公共交通機関の運転士または管理者

これら各対象者層の認識を量ることは、普及啓発活動を展開するうえで不可欠であり、取り組みの方向性を明確にすることができるのである。アセスメントの手続きを経て、次のような異なるレベルにおける対象者ごとのニーズを知ることが重要である。(12)

レベル1：精神保健医療サービスの利用者

このレベルでは、サービスによって利益を得る者の意見を示す。

対象は、精神保健医療システムで対象とする者(患者・学生・精神保健医療情報の利用者・潜在的な利用者)である。

レベル2：精神保健医療サービスの提供者・行政当局

このレベルでは、精神障害者に関する知識や態度、行動を変化させる者のニーズを得る。すなわち、実際のサービスを提供し、レベル1でのニーズに強い影響を与える者である。

対象は、精神保健医療の専門職・雇用者・行政の実務担当者および政策担当者等である。

レベル３：社会資源

このレベルでは、差別や偏見の問題を解決することができる資源の必要性と実際の可能性をはかる。

対象となるのは、施設や設備の建設・サービスの提供量および提供方法・支援技法・事業の実施時期・法的整備・予算要件等である。

Ⅳ　精神科医療機関における普及啓発の取り組み

１．研究目的

スイス・チューリヒ州における精神科医療機関における精神保健福祉の普及啓発に関連する取り組みを調査し、我が国に援用可能なプログラムについて検討する。

２．研究方法

2007年11－12月にチューリッヒ大学における精神科医療機関および関連機関を訪問し、精神科医師または精神保健福祉士等にヒアリングを行い、これまでに行われている普及啓発活動の情報を収集した。これらの訪問から得た情報をもとに、各医療機関における精神保健福祉の普及啓発の現状と課題について概要を示す。

３．研究結果

１）チューリッヒ大学付属病院　一般精神科病棟

チューリッヒ大学付属病院は、大学教育での医学研究のほか、チューリッヒ州における基幹精神科病院として地域精神保健を担っている。一般精神科病棟は26床よりなり、ここでは統合失調症患者を中心とした開放処遇を実施している。病室の施錠や身体拘束等を行わず、インフォームド・コンセントを徹底するなどして、患者の権利の擁護に務めている。

また、平均入院期間は20日となっており、他病棟とあわせて早期退院の取り組みがなされているが、退院先の確保が難しいケースも10%程度あり、大学での広報等を用いた資源の開拓に取り組んでいる。

２）チューリッヒ大学付属病院　デイホスピタル

チューリッヒ大学付属病院デイホスピタルは、チューリッヒ市の中心に位置し、精神科患者のリハビリテーションを行っている。対象となる疾患は、統合失調症や気分障害のほか、人格障害、物質使用障害など、多岐にわたっている。サービスは、作業療法やSST、

就業訓練など、患者のニーズに応じた小グループで提供されている。過渡的雇用の支援に際しては、事業者へのカウンセリングを実施し、精神障害の知識の普及に取り組んでいる。

また、芸術療法も取り入れており、ここで作成された絵画等は、定期的に地域住民に向け展示されおり、地域の理解の促進に努めている。

3）ヴィンタートゥール精神科病院　外来サービス部門

チューリッヒにおける精神医療圏は五ヵ所に分割されており、ヴィンタートゥール精神科病院はそのひとつの基幹病院となっている。

ヴィンタートゥールにおいては、精神保健医療制度の改革にともない、Integrierte Psychiatrie Winterthur：IPW というシステムにおいて、入院によらない医療の実現に取り組んでいる。患者の主訴や治療ステージにあわせ、一般精神科、児童思春期、高齢者、物質使用障害など、地域に点在する各専門サービス間での連携において処遇するものである。また、家庭医との常時の連携によって、患者の社会的不利の解消を図るとともに、家族に対する心理教育・エンパワメントを行っている。

4）ヴィンタートゥール精神科病院　地域精神科医療センター

圏域にある地域精神科医療センターでは、危機介入、デイケア、ケースマネジメント等のサービスを提供している。各センターは一般の住宅地に設置されていることで、精神障害者と地域住民との接触の機会の増進に寄与している。

また、危機介入センターのサービスは、自傷他害の恐れのある者や、症状再燃による不安感の強い者におおく利用され、アクセスを容易にすることで、当事者自身のセルフスティグマを低減させている。物質使用障害を対象とした専門クリニックも開設され、ここで提供される薬物置換療法によって、当事者の社会適応と一般社会の理解を促進しているといわれている。

5）ライナウ精神科病院　慢性期精神科病棟

ライナウ精神科病院は、チューリッヒ州郊外に位置し、自然に恵まれ療養環境のなかで、中長期的な治療を可能にしている。ここには、一般精神科病棟のほか、慢性期精神科病棟、司法精神科病棟があり、比較的重度の精神障害者に対するサービスを提供している。

各病棟において、治療共同体（Therapeutic Community）の概念が取り入れられ、患者の自主性を重視し、医療従事者との対等な関係性で処遇が実施されている。また、地域の資源と連携した職業訓練も行われ、患者の社会復帰の早期実現を支援している。

6）チューリッヒ法務局　精神医学･心理学サービス

チューリッヒ法務局精神医学･心理学サービスでは、重大な他害行為を行った精神障害者に対する治療および社会復帰を、関係機関との連携において支援している。

当事者にかかる犯罪と精神障害という二重のスティグマを軽減する取り組みにおいては、社会的不利によるストレスへの対処技能を高めるとともに、一般市民やマスメディアに対する情報提供を行っている。また、医療従事者や司法関係者に対する教育の一端を担っており、他害行為の再発に関するリスク評価に客観性を与えることで、専門職のもつ偏見を払拭し、社会復帰の可能性を拡げている。

4．考察

スイス･チューリヒ州における精神科医療機関では、精神保健福祉の普及啓発に関連する以下のような取り組みがなされていた。

・インフォームド・コンセントを徹底し、患者の権利を擁護する
・治療共同体の理念を取り入れた病棟で、患者の自己効力感を高める
・入院によらない医療の受療を勧奨し、また家庭医との常時の連携によって、社会的不利の解消に努める
・一般の住宅地に専門クリニックを設置し、アクセスを容易にするとともに、通院時における地域住民との接触の機会を設ける
・精神障害者の家族に対する心理教育を実施し、エンパワメントを行う
・各種の広報資材を用いた居住資源の開拓を図る
・地域の事業者への雇用相談や地域の資源と連携した職業訓練を行い、知識を普及する
・デイホスピタルで作成される絵画を地域住民に向け展示する
・触法精神障害に関連し、一般市民やマスメディアに対する情報提供を行う

・医療従事者や司法関係者に対する教育において、専門職のもつ偏見を払拭する

V　関連する研究と効果評価

１．研究目的

スイス･チューリヒ州における精神保健福祉の普及啓発に関連する研究と効果評価について現状と課題を把握する。

２．研究方法

2008 年 1−2 月にチューリッヒ大学および関連機関を訪問し、大学教員等と意見交換を行い、現在行われている研究概要等の情報を収集した。これらの訪問から得た情報などをもとに、精神保健福祉の普及啓発に関連する主な研究と効果評価について検討する。

３．研究結果

１）精神疾患、精神障害者、精神科医療とサービスに対するスイス国民の意識調査

“What people think about mental illness, mental patients, psychiatric treatment and psychiatric services - a population survey in Switzerland EPKIS”

反スティグマキャンペーンは、統合失調症に関する一般の理解を拡げ、それによって精神障害者への偏見や差別を減らすことを目指している。これまでに、高い教育水準をもつ人々は、統合失調症や精神障害者等に対し、より正しい知識を得られていることが示されている。一方で、スティグマと差別の意識をはかる社会的距離については、十分に調査されていない。

この研究では、統合失調症の症状に関する知識と、統合失調症患者への社会的距離との関連を調査している。スイス国民を代表するサンプルにおいては、性別と教育歴では有意な差はみられなかったが、精神疾患に関する高い知識量をもつ群、高年齢層の群では社会的距離を増徴させるという結果が示された。したがって、精神疾患およびその症状に関する知識の習得に焦点を当てた反スティグマキャンペーンでは、当事者への差別意識を助長させる危険性をはらんでいると考察されている。

Supported by: Swiss National Research Foundation (SNF-Grant-No: 3200-052571.97)
Principal investigators in Switzerland: Wulf Rössler, Zurich, Luis Falcato, Zurich
Scientific collaborators: Carlos Nordt, Zurich, Christoph Lauber, Zurich

２）精神障害者の社会的統合とクオリティ･オブ･ライフ

“Social Integration and Quality of Life of Mentally Ill Persons (SIPSY)”

この研究は、精神障害者の職業的および社会的統合における以下の問題点に関する縦断的研究である。

・精神障害者の社会的ネットワークへの統合と職業との関連について
・精神障害者に特有の、経時的な職業キャリア・パターンについて

ここでは、精神障害者の職業状態と QoL が、精神病理学、社会的支援やネットワークなどの要素によってどのように影響を及ぼされるか調査しているところである。仮説として、これらは、精神症状、障害のレベル、ストレス要因と社会的支援、および就業構造のよう

なリソースとの相互作用によって位置づけられると考えている。

Supported by: Swiss National Research Foundation (SNF-project 32-67971.02)
Principal investigators: Wulf Rössler, Christoph Lauber
Scientific collaborators: Brigitte Müller, Carlos Nordt

3）メンタル･ヘルスサービスにおける重度精神障害者へのスタッフの態度

“Staff attitudes to severely mentally ill persons in mental health services SAMS”

この研究では、精神科入院病棟での治療および通院患者サービスにおける、メンタルヘルス専門職による重度精神障害者に対する態度を評価するのを目指している。専門職の重度精神障害者への態度は、個人、病棟、サービスレベルのあいだで評価されている。研究結果は､メンタルヘルス専門職によるスティグマの問題を気付かせることに貢献しており、またメンタルヘルス専門職への職業教育を改善する基礎として役立たせている。

Supported by: Swiss National Research Foundation (SNF-Grant-No: 3200-067259.01)
Principal investigators: Wulf Rössler, Christoph Lauber
Scientific collaborators: Catherine Braunschweig, Carlos Nordt

4）チューリッヒ･エンパワメントプログラム －メンタルヘルス専門職のためのストレス対策とバーンアウト防止－

“The Zurich Empowerment Programme. Stress Management and Burnout Prevention for Mental Health Professionals”

メンタルヘルス専門職の直面する心理社会的ストレスは、専門職と患者との相互作用、およびメンタル･ヘルスサービスに対する社会的圧力を通して起こるといわれる。現在、メンタル･ヘルス問題は拡大しており、専門職に支援を求める人々は増加している一方、保健医療制度改革では、より財政的な制限と人員削減を要求されている。

その結果、特にメンタル･ヘルスプロバイダーは、クライアントへの否定的な見方を助長するとともに、バーンアウトする傾向が強くなっている。メンタルヘルス専門職のバーンアウトは、専門職の健康問題のみではなく、効果的なサービスを提供するのにも脅威となっている。

この研究の概要(詳細については、「5.医療従事者への教育システム」で紹介する。)：

・スイス人のメンタルヘルス専門職へのフォーカス・グループによって、職業関連のストレスとリソースを調査し、バーンアウト防止へのトレーニングの必要性を評価する。
･バーンアウトに至る過程およびその結果を調査し､専門職がどのように患者に関われば、バーンアウトの予防に結びつくか理解する。
・メンタルヘルス専門職の QoL を改善するために、組織と個人との両面へのエンパワメントと介入、対処技能のトレーニングプログラムを開発する。

Principal: Wulf Rössler
Investigators: Beate Schulze

4．考察

スイス・チューリヒ州における精神保健福祉の普及啓発に関連する研究をみると、実施した反スティグマキャンペーンを将来の活動へ建設的に展開するには、活動の効果評価は

不可欠である。評価を行う際に必要となる視点は、次の通りと考察される。

1）評価項目

普及啓発活動において目標とした課題が達成されたか検討し、目標達成への阻害因子があれば、それを特定する。また、普及啓発活動の与えた影響に関し、キャンペーンへの参加者や地域住民、政策面におけるインパクトを評価する。これらと活動にかかった費用や時間、人的・物的資源とを比較し、コストパフォーマンス等における効率性を算定する。

2）評価指標

普及啓発活動の実施方法と評価項目に応じ、できる限り具体的な量的および質的な指標を用いる。例えば、キャンペーンへの参加者数と参加者の属性(年齢･性別･教育歴等)、参加者の知識や態度を数値化する。また、どのような媒体を通して参加に至ったか、その後の行動を捉え、計画していた対象者層との適合性を評価する。

3）評価方法と時期

評価方法については、キャンペーンへの参加数や冊子やポスターの作成数といった実数を測ることに加え､参加者や地域住民の知識や態度を測る質問紙調査･インタビュー調査等があげられる。これらの実施にあたっては、キャンペーンの前後、一定期間が経過した時点での再評価を行うことが求められる。

なお、本章の関連項目については、資料「普及啓発ガイドライン 4 進め方の実際 6(文責：河野眞先生 渋井実先生)」によって整理されているので参照されたい。

Ⅵ 医療従事者への教育システム

1．研究目的

精神保健の専門職のもつスティグマを軽減し、医療従事者に対する普及啓発活動を担う効果的な教育システムについて検討する。

2．研究方法

2008 年 2−3 月チューリッヒ大学社会精神医学教室およびベルン大学公衆衛生学科を訪問し、大学教員、研究員等と情報交換を行い、医療従事者に対する普及啓発活動について情報収集を行った。これらの訪問から得た情報をもとに、チューリッヒ大学で開発された精神保健の専門職への教育プログラム(チューリッヒ・エンパワメントプログラム)について概要を示す。

3．研究結果

1）名称：チューリッヒ・エンパワメントプログラム (Zucher Empowerment programm)

2）目標：メンタルヘルス専門職に、患者へのエンパワメントを励行すること。

プログラムの目的は、専門職間におけるバーンアウトを防ぐこと、および精神保健医療に対するスティグマを減少させることの二段階にある。

3）プログラム作成の背景

①精神保健医療におけるスティグマ

精神保健医療の現場では、精神症状(妄想･幻聴)のコントロールに追われ、薬物療法の調整に大きく焦点が当てられている。サービスは症状に応じて提供され、患者の一般的な精神健康の問題、リカバリーやQoLは重要視されていないことがある。

このようななか、医療従事者は、診断名によって不注意にラベリングを行ったり、症状に否定的な予測を立てたりしやすくなる。臨床内容に関する一方的な意思決定や、それに対する患者のコンプライアンスのみを支持するようになり、患者を無力化させていくことになる。また、病院の経営システムに組み入れられ、しばしば組織の目標を優先するように強制されている。これによって、協力的な患者との治療関係の欠如や、患者に対する不適切な態度を引き起こすことになる。

このアプローチにおいては、精神障害の悪化を促進したり、ストレスによる患者の暴力をもたらしたりする。さらに、精神症状に対処させるよう、過度な薬物療法によって重大で目に見える副作用を与えることになる。

②バーンアウトとエンパワメント

上記のスティグマは、精神保健の専門職のバーンアウトとして悪循環を生じさせる。精神保健医療の現場では、専門職が効果的に働き続けられるようサポートを提供することが求められている。

それにはまず、医療の現場における専門職の孤立を防ぎ、メンタルヘルス専門職のリカバリーの態度を高めることが必要である。すなわち、他の医療従事者または患者とのあいだでの個々の協力関係を築いたり､治療への希望的な観測を与えるよう働きかけたりする。これによって、自己の職域での負担感を少なくし、自身のセルフケアを促進するようサポートしていく。

③バーンアウトの防止とスティグマの克服

メンタルヘルス専門職個人のバーンアウトの因子は、医療および患者への否定的感情を含んでいる。バーンアウトした医療従事者は、患者の肯定的な変化(雇用、リカバリー等)を予測することができず、患者の自己効力感やQoL、社会復帰に否定的な影響を与えている。非協力的な治療関係や精神症状の悪化時の薬物療法のみによっては、患者を無力化させ、介入の遅れにも至ることになる。これによって適切な精神科医療を提供することができなくなることは、反スティグマの取り組みへの重大な障害となる。

精神保健医療におけるスティグマを克服するには、メンタルヘルス専門職のバーンアウトを防止するリカバリー、エンパワメントへの指向が重要になる。患者の意思を処遇の決定に含め、医療サービスに希望感を共有することで、より治療的な意味をもち、アドヒアランスを高められることになる。したがって、患者の能力を信頼し、望ましくない精神症状を減らすことより対処技能を高めることで、医療への信頼感を高め、医療従事者のもつ余分な不安感を払拭することができるのである。

メンタルヘルス専門職への普及啓発において必要な戦略は、彼または彼女のバーンアウトを防止し、リカバリーへの態度を高め、効果的に働き続けられるようサポートを提供することにある。

４．プログラムモデル

精神保健医療におけるスティグマは、一般社会のなかや日々の臨床活動、医学教育の一部に顕在している。また、精神保健医療の現場における高ケースロード、高責任制、サポートの欠如、競争的な状態によって補強されている。これらは、メンタルヘルス専門職の孤立、感情の枯渇、個人的な達成感の欠乏として、個人のバーンアウトの要因となっているのである。

チューリッヒ･エンパワメントプログラムのモデルでは、メンタルヘルス専門職の態度を変容させることを目指している。このプラグラムにおける各段階での目標とモジュールは、以下の通りである。

①メンタルヘルス専門職への支援のニーズを発掘する。
・バーンアウトのリスクを評価する
・ストレスマネジメントと対処可能性を高める
・就業時間を調整し、個人的なリソースを拡げる

使用する尺度
Workplace empowerment (Conditions for Work Effectiveness Questionnaire II [CWEQ-II], Laschinger et al. 2001)
Psychological empowerment (Psychological Empowerment Scale, Spreitzer 1995)
Effort-Reward-Imbalance (ERI-Questionnaire, Siegrist 2004)
Work engagement (Work Engagement Scale, Schaufeli et al. 2002)
Burnout (Maslach Burnout Inventory [MBI-D], Maslach & Jackson, 1996)
Provider attitudes towards client empowerment (Provider Attitudes towards Client Empowerment Scale [PACE] (scale currently devel.)

②サービス提供者の態度と技能を改善する。
・過去の臨床活動や医学教育における偏見を特定する
・リカバリー指向による利点に焦点を当てる
・治療関係において協働する技能を高める
・他の医療従事者と治療方針を共有する

③「ほかに代わることのできない自分自身“Nothing about me without me”(筆者による訳)」に気付く
・地域で自立生活をしている当事者と交流する
・精神障害に関連しない社会的役割とリカバリーの過程を紹介してもらう
・サービスの実施計画に患者の意思を交えて決定する、その準備をする

なお、プログラムの実施の際に使用される以下のツールを、チューリッヒ大学 Beate Schulze 先生より提供いただいたので、本報告書「13.資料」において掲載した。これは筆者も参加した、第 15 回ヨーロッパ精神医学会において報告されたものの抜粋である。
１）バーンアウトの予防とは
２）バーンアウトの理解

３）対処の戦略

５．考察

本来医療従事者においては、精神障害者およびその家族に対し、回復への希望を示し肯定的に接することが求められている。現実にはしかしながら、精神症状への過度な反応や精神保健医療システムの効率性に影響され､スティグマ･差別意識をもつことがみられる。このことが､通常の臨床場面における否定的な態度で患者･家族を無力化させ､地域での自立生活を阻害する要因となる。また、専門職自身にも、強いストレスとしてバーンアウトにつながり、医療の質の向上を妨げることになるのであろう。

メンタルヘルス専門職のスティグマを減らすには、精神保健医療におけるリカバリーへの態度を改善し、効果的に働き続けられるようサポートを提供することが重要である。これに向け、就業環境におけるストレスマネジメントのプログラムを開発するとともに、社会復帰を実現させた当事者と交流を持ち、精神障害に関する対処可能感を高めることが求められている。

なお、本章の関連項目については、資料「普及啓発ガイドライン 5 対象に応じた活動6(文責：吉田光爾先生)」によって整理されているので参照されたい。

Aim 1: Meeting staff needs for support - Staff empowerment
Contents 1: Burnout prevention, improving stress management and coping capacities, time management, developing personal resources

Aim 2: Developing provider attitudes and skills shared decision-making of recovery
Contents 2:
a) addressing stereotypes related to medical education/training in the helping professions,
the history of psychiatry and the own hospital
b) raise awareness of the benefits of provider attitudes of recovery
c) developing skills for collaborative treatment relationships and

Aim 3: „Nothing about me without me! “- Facilitating user empowerment
Contents 3: Contact with service users living successfully in the community to present them in different social roles but the sick role and show successful recovery,
prepare decision-makers for user involvement in service planning (moderating skills, etc.)

Ⅶ　周辺諸国の状況

１．研究目的

スイス近隣諸国における精神科医療機関における精神保健福祉の普及啓発に関連する取り組みを調査し、我が国に援用可能なプログラムについて検討する。

2．研究方法

2008 年 1−2 月にスイス近隣諸国（ドイツ･イタリア･オーストリア）における精神保健医療当局および関連機関に訪問または架電による連絡を行い、普及啓発にかかる行政担当者または精神科医師等にヒアリングを行い、これまでに行われている普及啓発活動の情報を収集した。これらの訪問から得た情報をもとに、各国における精神保健福祉の普及啓発の現状と課題について概要を示す。

なお、本項の構成にあたっては、「精神障害者へのアンティスティグマ研究会 Open the Doors（http://www.openthedoors.com/)」を一部引用した。

3．研究結果

1）ドイツ

「ドイツでは、世界精神医学界 WPA による反スティグマの取り組みが実施されており、以下の 4 地域において、異なる焦点をもったプログラムが運用されている。

・Kief では、メディアによる報道の在り方が検討され、住民の精神障害者に対する態度が評価されている。
・Leipzig においては、多様なレベルでの介入方法が検討され、2000 年より全国的な実態調査が行われている。この調査では、精神障害者およびその家族、専門職を対象としたフォーカスグループを実施しており、普及啓発の必要な各領域における問題を特定している。
・München では、情報通信技術を使った取り組みがなされ、精神科での心理教育にかかる教材を開発している。
・DüsseldorfとMünchenでは、全国における多様なレベルでの情報を収集し、長期的な展望で介入の効果を評価している。」（http://www.openthedoors.com/　筆者による訳）

Leipzig における調査によると、精神障害者に対する地域住民の態度は常に否定的なものであった。これを受け、国民の意識を高める方策を得ることを目的とし、統合失調症患者およびその家族、メンタルヘルスの専門職を対象としたフォーカスグループを行った。アセスメントの結果では、対人関係における不利のほか、精神疾患に対するイメージ、社会的役割の制限、差別的な構造についてニーズが認められた。

これらの調査結果によって、従来進められていた精神医療の PR 活動に焦点を当てた反スティグマの介入の方向性を見直し、次の資源の開発に取り組んでいる。

・精神障害に関する偏見が強化される前段階における学校教育でのプロジェクト
・正確なメディア報道に向けての、ジャーナリストに対するトレーニング
・差別構造の解消に取り組む代議士の表彰

2）イタリア

「イタリアにおける精神保健に関する法律は 20 年前に改正されたが、いまなお統合失調症患者の社会復帰に際して根強いバリアが残っている。近年になって、精神障害の正しい理解を図る全国的なネットワークを構築し、普及啓発活動を展開している。

ここでは、精神障害者への差別や偏見といった一般社会の態度を評価するとともに、精神科患者およびその家族、学生、聖職者またはジャーナリスト等の特定の対象者層に向け

たプログラムを開発している。」(http://www.openthedoors.com/　筆者による訳)

これらの取り組みは Brecia 地方が中心となり、Bologna、Torino、L'Aquilla 地方、および国立保健研究所と連携して行われている。その基礎となった調査研究の枠組みは以下のとおりである。

目的：差別や偏見を直接受けた者の視点において、その構成要素を特定する。

方法：スティグマに関する主観的な体験について、6 グループ(統合失調症患者 3･その家族 3)に対するフォーカスグループで調査する。

結果：スティグマの構成要素は、次の 4 レベルに分類された。

・社会的な役割へのアクセス
・スティグマの内面化
・精神保健医療サービスの質
・精神障害に関する一般社会のイメージ

結論：最も高頻度でみられたトピックは、統合失調症患者の日々の生活において体験される疎外および差別であった。

3）オーストリア

「オーストリアでは、統合失調症患者への差別に対する全国キャンペーンとして、学校教育における普及プログラム、映画館でのビデオクリップの上映、精神疾患に関連するフィルムフェスティバルを展開している。またこれらの取り組みの一部で、次の者を対象とした統合失調症の知識および態度に関する調査を、全国的に実施した。

・一般住民（1,047 人）
・精神障害者の家族（137 人）
・ソーシャルワーカーまたは精神科看護師（480 人）
・精神科医師（68 人）
・他科の医師（116 人）
・健康問題のジャーナリスト（30 人）

その結果、オーストリア国民の多く(80%)は、統合失調症という言葉を知っているものの、その認識については、対象者間で相当程度異なることが示された。

・医師の 80%は、統合失調症の主要因として遺伝をあげている
・一般住民の 70%はストレス要因、60%は頭部外傷をあげている
・オーストリア国民の 84%は、統合失調症に関する知識の習得を希望していない

調査においては、統合失調症患者の社会的距離が現存することが明らかになった。これを受け、全国キャンペーンの委員会では、行政関連機関に精神障害者に関する正しい理解を図る取り組みを行うよう提言した。

具体的な方法として、パンフレットの配布やポスターの掲示、ラジオ放送をとおして、意識を向上させるキャンペーンが開始されている。この活動は、14－18 歳の生徒、保健医療の専門職、警察官を対象として行われており、統合失調症患者の知識と態度の改善に一定の効果があるとみられている。また、マスメディアを対象とした啓発活動も執り行われ

ている。

4．考察

スイス近隣諸国においては、一般住民、精神障害者およびその家族、保健医療の専門職、学生、聖職者、マスメディアなど、多様な対象に普及啓発活動が実施されている。また、各対象者層に向け、個別のニーズに焦点を当てたメッセージを送っている。このように、対象とニーズ、メッセージ、啓発資材を組み合わせることで、普及啓発を組織的・戦略的に推進することができるものと思われる。

これらの反スティグマのキャンペーンは、精神障害に関する知識と態度との両面で評価されている。その促進要因を今後の活動に結びつけていくよう、普及啓発活動の資源に照らし合わせ、実施計画の見直しを行うことが重要になるのであろう。

Ⅷ　専門職を対象とした普及活動の実践

1．研究目的

スイス･チューリヒ州における精神科医療について、専門職を対象とした研修プログラムを開発し、チューリッヒ州でのメンタルヘルス・サービスに関する情報の提供と知識の普及を図る。

2．研究方法

2008年1月に、スイス・チューリッヒ州における精神保健医療に関する研修コーディネーションを、チューリッヒ法務局精神医学･心理学サービス部門にて受け入れた。日本人精神科医師および研究職等を対象とし、精神障害者の正しい理解が図られるよう各研修機関とプログラムの開発を行った。ここで提供されたプログラムのスケジュール等を示し、専門職を対象とした精神保健医療に関する普及活動の課題について検討する。

3．研究結果

1）精神障害者の社会復帰に関する研修

対象：精神保健福祉士（2名）

プログラム：

第一日：Zurich Department of Justice. Psychiatric/Psychological Service
　講師　Dr. Astrid Rossegger Dr. Jerome Endrass,
第二日：Psychiatric hospital “Rheinau”
　講師　Ulf Sternemann, M.D.
第三日：Integrated Psychiatry Winterthur
　講師　Michael Braunschweig, M.D.
第四日：Prison “Pöschwies”
　講師　Amay Villazan, M.D.
第五日：Probation office

概要:精神障害者の社会復帰に関する研修では、精神科医療機関におけるインフォームド・コンセントの在り方や、治療共同体での自己効力感を高める技法を通し、精神障害者のもつセルフスティグマを軽減する取り組みについて情報提供を行った。
精神保健福祉士を対象にしたことで、社会復帰への支援に不可欠となるこれらの要因に焦点を当て、当事者に対する普及啓発活動の取り組みに示唆を与えた。

２）司法精神医学に関する研修
対象：精神科医師（２名）臨床心理士（１名）研究職（１名）
プログラム：
第一日：Prison “Pöschwies”
講師　Amay Villazan, M.D.
第二日：Zurich Department of Justice
講師　F. Urbaniok, M.D. Dr. M. Manhart
第三ー五日：Zurich Department of Justice. Psychiatric/Psychological Service
講師　Dr. Astrid Rossegger Dr. Jerome Endrass
概要：司法精神医学に関する研修では、触法精神障害者に対するアセスメント技法に焦点を当て、他害行為の再発に関する評価に客観性を与えるとともに、社会復帰の可能性を量ることで、専門職のもつ先入観を払拭することを試みた。
ここでは、精神科医師、臨床心理士ほか、多職種間の連携において、犯罪と精神障害という多重のスティグマを軽減する取り組みのモデルを示した。

３）老年精神医学に関する研修
対象：精神科医師（６名）
プログラム：
第一日：Integrated Psychiatry Winterthur, outpatient unit
講師　Michael Braunschweig M.D.
第二日：Integrated Psychiatry Winterthur, inpatient unit
講師　Benjamin Dubno M.D.
Psychiatric University Hospital Zurich, “Burghölzli” “Demenz-Station”
講師　Gabriela Künig M.D.
概要：老年精神医学に関する研修では、入院および通院治療の両面における地域とのネットワークの状況や、家族に対する普及啓発の実際を紹介し、地域のなかで孤立化しやすい高齢精神障害者の社会的不利の解消に努める戦略を提示した。
とくに、精神科医師を対象にしたことで、日常的な臨床場面で陥りやすい偏見について意見交換を行い、エンパワメントを図った。

４．考察

専門職を対象とした普及活動の効果的な実践に向けた展望を得、総合的な普及啓発システムを開発する契機を得ることができた。

さらに、研修先において、メンタルヘルスの専門職と日本人精神科医師および研究者等との意見交換を行ったことによって、我が国の行政現場や精神保健医療福祉関係団体等との交流を一層促進することができた。

Ⅸ　精神保健医療福祉の普及啓発を組織的・戦略的に推進するためのガイドライン

スイス連邦共和国における調査研究によって、我が国においてこれまで検討を進めてきた普及啓発の組織的・戦略的推進に関する指針の再構築を行った。ここで得た情報をもとに、平成19年度厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業「精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究」における「普及啓発を組織的・戦略的に推進するためのガイドライン」の整備に加わった。

なおこのガイドラインの本文は、平成19年度厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業「精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究」分担研究報告書「普及啓発の組織的・戦略的推進に関する研究」において報告されている。

構成：

1　普及啓発
2　普及啓発の方法
　1）対象
　2）ニーズの調査
　3）メッセージ
　4）実施の形態
3　運営の体制
　1）組織づくり
　2）地域でのネットワーク
4　進め方の実際
　1）情報収集
　2）現状分析
　3）目標の設定
　4）工程表の策定
　5）進行の管理
　6）評価
　7）評価結果の活用
5　対象に応じた普及啓発
　1）一般市民
　2）地域生活上のキーパーソン
　3）精神保健医療福祉分野の専門職
　4）学校教育関係者
　5）当事者・家族
　6）マスメディア

精神保健医療福祉の普及啓発を組織的・戦略的に推進するためのガイドライン(抜粋)

1　普及啓発

精神保健医療福祉の普及啓発とは、精神障害者を国民にとって身近な存在として理解してもらう活動といえる。精神障害は、誰にでも起こり得るものであり、適切な治療によって障害が軽減するものである。しかし、その基本的認識は未だ十分には浸透していない。普及啓発によって、自分と関係ある問題と位置づけ、正しい知識を得られれば、精神障害に対する否定的なイメージは改善される。また、地域における様々な支援への理解に結びつく。

精神障害者に対する誤解や偏見は、当事者の地域での自立や就労等の社会復帰を阻害する要因となっている。普及啓発は、広報や教育といったあらゆる機会を通して、精神障害および精神障害者への理解を促進し、誤解や偏見を除去・軽減することを目的としている。精神障害に関する正しい知識を地域住民に提供することで、「精神疾患は遺伝する」、「精神障害者は危険である」、「精神障害は治らない」といった偏見の解消を図ることが必要である。

2　普及啓発の方法

普及啓発を効果的に実施するには、対象者を絞り、対象者のニーズを把握し、ニーズにマッチした普及啓発プログラムを開発することが望ましい。プログラムの開発には、ニーズを調査することに加え、どの対象者に、どのようなメッセージを、どのように伝えるか、を具体的に決める必要がある。対象者に応じた内容のプログラムを実施することにより、精神障害の正しい理解が得られ、精神疾患の予防や、精神障害者に対する誤解や偏見の解消に結びつく。

1）対象

普及啓発プログラムを開発するには、まず対象者を明確に決めなくてはならない。すべての者を対象にするだけではなく、プログラムを実施する対象者を絞り、その者に応じた適切な活動を行うことが必要である。

普及啓発の対象としては、一般市民、地域生活上のキーパーソン(雇用主・家主等)、精神保健医療福祉分野の専門職、学校教育関係者、当事者・家族、マスメディア等がある。

2）ニーズの調査

普及啓発活動を行うには、対象者を中心にすえることが大切である。そのためには、実施する担当者間で議論するだけではなく、地域住民、当事者、家族、保健医療福祉従事者、学校関係者等の対象となる者に広く聞き取りを行い、そのニーズを調査することが必要不可欠である。また、普及啓発プログラムの内容が決まった時点でプレテストを行うのもよい。対象者の一部に事前に意見をもらうことで、よりよいプログラムができる。

3）メッセージ

普及啓発のメッセージは、対象者やニーズ調査の結果から決定される。伝えるメッセージは正確でなくてはならず、誤った情報や、誤解されるような情報が載っていないか確認する。特に精神障害に関する情報は、医療や施策において刻一刻と変化しており、最新の

情報を伝えるよう努力する必要がある。また、使用するポスターやパンフレット等の資材の間で内容にくい違いがないよう、一貫したメッセージを伝えるよう心がける。

重要なのは、対象者にメッセージが伝わるかどうかである。情報が多すぎると伝わるものも伝わらないため、内容をあまり盛り込みすぎず、対象者や地域のニーズに合わせて厳選する。シンプルに理解でき、こころに響くようなものが望ましく、わかりやすく、視覚的に訴えるものがよい。専門用語や、回りくどい表現は避け、キャッチフレーズや図表、写真等を用いて視覚的に工夫し、伝えたいことが一目でわかるようにする。

4）実施の形態

普及啓発の代表的な実施の形態としては、広報資料の作成と配布、学習機会の提供、当事者と地域住民との交流がある。活動主体や地域の現状を踏まえ、どのような人を対象にし、何を目標とするかによって、必要な形態を検討することが重要である。

しかし、一つの事業のみにおいて、普及啓発の内容のすべてを満たすことはできないため、プログラムを組み合わせて普及啓発することにより、普及啓発の効果の向上が求められる。また、関心をもち続けてもらえるよう、持続的に活動することも必要である。

（1）広報資料の作成

比較的安価であり、広い対象に伝達できるという利点がある。広報資料の作成にあたっては、普及啓発の対象と目標を整理し、その方針に沿った表現、用語、あるいは資材を選定することが求められる。また、当事者団体が作成した既存の資源を活用するのも一つの方法である。広報資料として、広報誌、パンフレット、ポスター、ホームページ等がある。

（2）学習機会の提供

こころの健康に対する関心は年々高まっており、精神障害を自分の問題として学習する機会の提供は比較的受け入れられやすいと考えられる。また、実際にこころの健康に困難を感じている人に対し、医療や保健福祉サービスに関する情報を提供することは、地域全体への普及啓発を進める上で重要である。学習機会としては、市民向けの講座、専門家向けの研修、当事者･家族へのシンポジウム、学校での教育等様々な形式で開催する。

対象者が関心をもっている領域に焦点を当て、精神障害者に対する理解の程度に合わせた講演や研修を行うことが求められる。

（3）交流事業

普及啓発活動を通し、当事者と地域住民との交流の場をつくることは、精神障害者に対する肯定的なイメージを形成する効果をもつと思われる。広報資料や情報提供での間接的な働きかけでなく、直接ふれあう機会を提供することで、これまでの誤解や偏見を除去、軽減することに寄与する。また、当事者自身が交流事業において社会参加することにより、生活の質を高めることも期待される。交流事業としては、ボランティア体験、地域の行事への参加、学校での交流、バザー、スポーツ、レクリエーション、展示等がある。

3　運営の体制

1）組織づくり

普及啓発を推進する協議会等の組織づくりにあたっては、精神保健医療福祉に関する既存の組織の活用や、新規に協議会を設置することになる。また、全県的または地域的といった各レベルに応じた取り組みとなる。効果的に運営するために、既存のネットワークを

活用し、関係者間で協議を行うことは重要である。地域全体の取り組みとして、関係者、関係機関･団体間の共通認識を図り、連携を密にしながら運営することが求められる。

協議会は、精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所、医療機関および福祉施設等の精神保健医療福祉関連施設、教育機関、労働局や職域(企業)等の雇用関連の資源、社会福祉協議会やNPO法人等の地域活動の関連団体､健康づくり推進員等の地区組織や住民代表、マスメディア、当事者・家族等で構成する。

２）地域でのネットワーク

普及啓発活動は、地域のネットワーク構築が不可欠となる。普及啓発活動は一時的で完結できるものではなく、地域と将来に根づくものとなる必要がある。こうした普及啓発活動を支えるものが地域でのネットワークである。

（１）活動への協力者

普及啓発活動に取り組む際には、その地域の医療機関、福祉機関、教育機関、町内会、民生委員等の関係機関や関係者と、計画の準備段階から積極的につながりをもつように心がける必要がある。また、近隣の住民、ボランティア等も重要な人的資源であり、ネットワークの広がりとなる大切な存在である。

これらの関係機関や関係者に活動への協力を依頼し、情報交換をし、互いに知り合う中で、その地域における精神保健医療福祉の現在の状況がわかり、必要とされる普及啓発活動の目標設定ができる。

（２）既存の資源とのつながり

普及啓発は、一つの活動単体で実施することは難しく、既に地域に存在する資源と連携することが現実的である。地域資源の活動の目的と機能を十分理解し、普及啓発活動に必要なものを既存の資源で補完し、連携しながら進めていくことが、地域に根ざした活動につながる。

このように、既存の資源とのネットワークを整備することが、効果的な普及啓発を実施することにつながる。

（３）当事者と地域住民との交流

普及啓発活動は、当事者と地域住民との交流を通して、また、地域のネットワークがつくられることで強化される。講演会やバザー等に地域住民が参加することと、地域で行われるスポーツやレクリエーション等のイベントに当事者が参加することの双方向の交流の促進が、偏見の除去や、正しい理解の促進、適切な対応につながる。

このような関わりは、長期的･継続的な実施が重要である。一度の活動で大きな成果を得ることは必ずしも必要ではない。ふれあいの機会を発展させて、日常的な交流や理解に至ることが期待される。

４　進め方の実際

１）情報収集

普及啓発活動を進める最初の段階として、対象地域の精神保健医療福祉に関する実情や普及啓発活動の実施状況を知ることが必要である。これらの実態を知ることは、その地域に特有の課題の把握につながり、また、普及啓発活動の具体的かつ実際的な目標設定へと結びつく。

（１）精神保健医療福祉に関する実情

精神保健医療福祉に関する実情は、国、都道府県、医療圏、市町村等のレベルごとに把握することが重要である。さらに、個々の普及啓発活動をより大きな施策の流れの中に位置づけ、全国や他の地域の状況との比較から、対象地域に固有の実情を把握することで、戦略的かつ建設的な活動計画を立案することが可能となる。

①収集すべき情報

精神保健医療福祉に関連する行政の動き、精神科医療、精神保健医療福祉や障害者雇用に関する情報を収集する。これらの実態に関する情報は、単年度だけでなく複数年度にわたって収集し、その経年変化を知ることが重要である。

②情報収集の方法

情報を収集する際に利用可能なデータベースには、国レベルだけではなく、都道府県、市町村等地方自治体や精神保健福祉センターによっては、独自のデータをもっている場合もある。なお、精神障害者の雇用に関するデータは、各地域のハローワークの専門援助部門が精神障害者の有効求職者数や精神障害者の就職状況等を把握しているので、確認が必要である。

（２）各組織･団体による普及啓発活動の実施状況

効率的･効果的な普及啓発活動の計画立案のためには、当該地域における普及啓発活動の実施状況を知る必要がある。このような情報を通して、活動の重複を避けたり、あるいは相乗効果を図ったりすることが可能となる。

①行政機関による活動状況

都道府県、市町村によって実施された過去の普及啓発活動の実施状況、今後の実施予定を時系列的に把握する。可能であれば、個々の活動の目標や対象、さらに、その効果等も把握できるとよい。

また、精神保健福祉センター、保健所、市町村等で実施された精神保健医療福祉相談等の情報も、その地域の課題を把握するのに有用である。

②関係団体の活動状況

当該地域内の精神保健医療福祉関係団体の活動状況についても把握する必要がある。関係団体としては、社会福祉協議会、都道府県の精神科病院協会、個々の精神障害者社会復帰施設、当事者団体や家族会、その他の NPO 法人等が考えられる。

これらの団体による過去の普及啓発活動の実施状況、今後の実施予定に関する情報を集め、時系列的に整理する。また、可能であれば、それぞれについての活動目標・対象・効果を把握するとよい。

２）現状分析

収集した情報を元に、当該地域内の現状を分析し地域特有の課題や利用可能な資源を把握することが、組織的かつ戦略的な普及啓発活動の計画を立案するために必要である。

（１）課題の整理

普及啓発活動の企画にあたっては、実態把握で得られたデータを分析し、当該地域特有の課題を把握する。

①課題整理の方法

収集した当該地域のデータを全国平均のデータや他の地域のデータと比較するだけで

も当該地域の課題が明らかとなる場合が少なくない。さらに、別のデータを組み合わせて分析することで、課題をより絞り込むことが出来る。

②課題整理につながる情報

精神保健医療福祉に関連した住民の反対運動や苦情、住民間トラブルの発生状況を知ることで、当該地域での課題の把握につながる場合もある。

可能であれば、何らかの調査を実施して当該地域住民の意識や知識を把握すると、より具体的な普及啓発の課題の把握につながる。一般住民のみならず、当事者・家族が普及啓発に求めていることを聴取することも課題の把握に有効である。

（2）活用可能な資源の把握

普及啓発活動を組織的かつ戦略的に進めるために活用可能な資源として、当該地域内の精神保健医療福祉関係団体も含めた様々の組織･団体や事業･活動を出来る限り把握しておくことは重要である。

特にボランティアについては、その活用自体が普及啓発につながるので、積極的に利用することが望ましい。活用方法としては、普及啓発イベント実施時のボランティア、または普及啓発資料配布時のボランティア等が考えられる。

3）目標の設定

（1）国や地方自治体の動きとの整合性

国の施策や地方自治体の「障害福祉計画」等を確認し、その流れの中に当該普及啓発活動を位置づけるような目的･目標の設定を行うことが望ましい。国や地方自治体の施策･事業との相乗効果を図れる可能性が高くなると考えられる。

（2）他の組織や団体の事業･活動との重複や補完性

当該地域や隣接する地域で実施された事業･活動や今後予定されている事業･活動との相乗効果を図れるような目的･目標の設定を行うことが望ましい。出来れば、同種の活動との重複を避け、他の活動と補完し合えるような目的･目標の設定を行う。

（3）課題への対応および現実との兼ね合い

課題の解決につながる目的･目標を立てるべきであるが、現実的には、予算、人的・物的資源、時間等の制限があるので、その枠の中で実現可能な目的･目標を設定することになる。このため、課題をすぐに解決できるような目的･目標の設定は難しいことも多い。その場合は、長期的な展望の中で目的･目標を捉え、長期目標と短期目標という段階づけを考えることが戦略的な普及啓発活動につながる。

また、当該地域の精神保健福祉分野の課題に優先順位をつけて整理し、順位の高いものから対応していくことも時に必要である。

（4）具体的な数値目標の設定

事後評価のために、出来るだけ具体的な数値目標を立てることが望ましい。

4）工程表の策定

普及啓発活動の計画立案にあたっては、具体的な準備作業等を時系列的に記載した年間計画または工程表を作成する。その中には、あらかじめ他の事業・活動や他の組織･団体の活動のスケジュールも合わせて記載しておくことによって、組織･団体間や各事業･活動との連携を確実に図ることが重要である。

また、計画策定の段階から当事者や一般住民が参画することで、普及啓発の効果が一層高まることになる。

（１）活動の時期の選定

普及啓発活動の時期によって、効果が異なる可能性がある。イベントであれば参加者数、資料配布型であれば配布数が時期の設定によって変わる。

他の事業や活動の実施時期との兼ね合いを考慮し、当該活動の実施時期を設定する必要がある。イベントを実施する場合であれば、他の事業との重複を避け、相互に宣伝することなどを通して、相乗効果や連動性を図れるような時期とすることが望ましい。また、パンフレットの配布については、他の事業や組織・団体等でイベントが開催される際に参加者へ配布できるような時期の設定を考えることが重要である。

さらに、パンフレット等の資料配布型の活動の場合、掲載情報を更新する必要性等から配布終了とする時期も決めておく必要がある。

「精神保健福祉普及運動週間」、「障害者週間」、「人権週間」等国レベルの事業と時期を合わせることで他の活動との相乗効果をねらうことが大切である。

（２）他の事業･活動、および他の組織･団体との連携

組織的かつ戦略的な普及啓発活動の展開のためには、他の事業・活動、および他の組織・団体の活動等の活用が不可欠である。

①普及啓発の場としての利用

他の事業･活動の場の一部を借りて、精神保健医療福祉の普及啓発活動を実施することが考えられる。他の事業･活動を普及啓発の場として利用するにあたっては、その事業の特性をよく把握し、その特性に合った普及啓発活動を企画することが重要である。

②宣伝･広報への活用

他の事業･活動を通して、精神保健医療福祉の普及啓発活動を宣伝･広報することは最も取り組みやすい連携である。また、イベント実施型活動の場合は当該活動の効果を最大化するために欠かせない作業ともいえる。他の活動･事業や、他の組織･団体の活動をよく把握し、その場を借りて当該活動を広報する。

また、精神保健医療福祉関係の団体のみならず、地域住民、教育関係者、雇用関係者、マスコミ関係者等を巻き込んだ広報活動の展開も重要である。

さらに、普及啓発活動の事前広報だけでなく、普及啓発活動実施後に予定されている他の活動の広報を行うことも当該地域内の普及啓発活動全体の連動化･効率化のために必要である。つまり、当該イベントの後に続く他の組織や団体のイベントの広報に協力することで、イベント参加者の関心を持続したり深めたりするきっかけになる。

③ボランティアの活用

参加者の視点から考えると、受身的に活動に参加するのではなく、能動的に参加することで、よりよい普及啓発につながると考えられる。この観点から、普及啓発活動の実施にあたっては積極的にボランティアを活用することが望ましい。

ボランティアとして活用が考えられるのは、地域のボランティア団体、小・中学生、高校生、大学生等であり、地域のボランティアセンターや市町村の広報誌等を利用してボランティアを公募することが考えられる。

④共催・後援団体

イベントの実施にあたっては、共催･後援団体を広く求めていくことで、複数の団体か

ら様々な形の協力を得ることも可能となる。

５）進行の管理

実施にあたっては、目的･目標を実現する方向で作業が進んでいるかどうかをチェックすることが必要である。その際、計画段階でより具体的な目的･目標を立てているほど、活動がそれに向かって着実に進んでいるかどうかを確認しやすい。また、活動を進める方向に迷った際も修正しやすい。

さらに、策定した年間計画に沿って作業を進めることも重要である。特に、他の事業･活動、他の組織・団体等との連携をタイミングのずれがなく適切に進めていくためには、スケジュールどおりに作業が進んでいるかどうかの進行管理を行う必要がある。

資料配布型のように、活動期間がある程度長期に渡る活動では、時期を決めて中間評価を実施することも有効である。中間評価を通して、活動の進捗やその阻害因子を分析し、活動計画の中身を改善していくことが可能となる。

６）評価

実施した普及啓発活動を将来の活動へと建設的に結びつけていくためには、目標達成度や効果の判定等の評価が不可欠である。地方自治体等の公共機関が実施する活動の場合は、説明責任を果たすために評価が必要となることも考えられる。

評価にあたっては、できるだけ具体的な評価指標を使うことが重要である。その際、評価したい項目、およびどのような型の活動を選んだかによって、必要な評価指標は変わる。

評価の方法としては、パンフレットの配布部数やイベントへの参加者数を測定したり、参加者に普及啓発の内容の理解度を計るアンケートやインタビューを行ったりする。また、量的な評価だけでなく、質的な評価も時に有効である。質的な評価としては、参加者の精神障害者に対する意識やその後の行動、当事者の意識の変化等を分析することが考えられる。さらに、活動の実施にあたった関係者からのフィードバックや、マスコミ報道のウォッチングを通して、活動の効果を知ることも重要である。

評価の時期としては、活動終了時の評価は不可欠である。それ以外にも、活動終了からある程度の期間が過ぎた時点で実施する事後評価も、活動の効果や影響を知るためには必要である。また、活動の種類によっては中間評価も有効である。

なお、評価は外部の機関に委託して実施することもできる。委託する機関としては、地域内の医学系･心理学系･社会福祉系の大学等を考えるとよい。

７）評価結果の活用

将来の普及啓発活動計画に評価結果を反映させることは不可欠である。評価から得た結果を活用することによって、普及啓発活動をより効率的かつ効果的なものにすることが可能となる。次年度も実施されるイベント等であれば、次年度の担当者に評価結果を引き継ぐことが必要である。

また、事後の情報提供や宣伝･広報を実施することで、普及啓発の効果をさらに高めることができる。

さらに、他の組織･団体の普及啓発活動担当者に対しては、普及啓発活動の実施への参考資料として、実施に至るまでのプロセスも情報提供できると望ましい。

5　対象に応じた普及啓発

普及啓発活動は、対象者を明らかにして、その対象に応じた目的やメッセージ、実施等が一致してはじめて有効となる。ここでは、具体的に、対象となる集団ごとに活動例を示す。なお、必ずしもすべての活動を行う必要はなく、地方自治体ごとに地域の情勢にあわせて活動を行うのが望ましい。

1）一般市民

一般市民への普及啓発活動は、市民を3群に分けると整理しやすい。すなわち、精神保健医療福祉に関心をもたない群、本人や家族が精神保健医療福祉上の悩みを抱えている群、精神保健医療福祉に関心の強い群である。ここでは、この3群にわけて普及啓発活動を整理する。

(1)精神保健医療福祉に関心をもたない群

①目的

精神保健医療福祉に関心をもたない群に対して、「偏見や差別を解消しよう」といったメッセージを送っても、そもそも関心がないテーマであるため、メッセージが到達しない。より一般的で身近なテーマを題材にし、関心を高めることが主要な目的となる。

②メッセージ

精神疾患の罹患リスクに自覚がない場合は、「自分には関係ない」と問題自体を自身の枠外にあるものと感じている。したがって、普及啓発活動を繰り返しても常に無効化される。そこで、精神保健医療福祉に関心をもたない群への働きかけは、「自分にも関係がある」という意識を高めることが重要である。そのために、有病率や支援が必要な状態のサイン等に関する情報を提供し、「自身にも関係のある問題」という意識を高めるメッセージが必要である。

(2)精神保健医療福祉上の悩みをもっている群

①目的

精神保健医療福祉上の悩みを抱えていながらも、相談や受診していない当事者・家族が潜在的に数多くいる。相談や支援、疾病に関する情報が、当事者・家族に行き渡っていないことが多い。また、精神科医療への特別視や不安も存在する。場合によっては、自殺にもつながりかねない。地域に潜在する精神保健医療福祉上の悩みを抱える人に向けた相談や受診の促進は重要な課題である。

②メッセージ

早期の相談によるメリットや、費用、プライバシー、入院に関する不安等を払拭する情報を掲載することが重要である。また、悩みに応じた具体的な相談先についての情報を提供し、具体的な相談や受診を促進する。

(3)精神保健医療福祉に関心の強い群

①目的

市民の中には、精神保健医療福祉に一定の関心をもっている群が存在する。彼らは、ボランティア活動等を通じた具体的な支援や、精神障害者に対する受容的な意見を広めるオピニオンリーダーとなる可能性を秘めている。しかし、精神障害者に福祉的支援が必要であるという認識は十分浸透していない、また、福祉への関心が精神保健医療福祉活動に結びついていない場合がある。一方、関心はあるが、どのように行動すればよいかわからないという段階にある人もいる。潜在する関心を顕在化させ、具体的な行動につなげるのも

普及啓発活動の目的である。
②メッセージ
この群に対するメッセージで重要なのは、「どのようなことができるのか」についての行動の選択肢に関する情報を伝え、関心と行動を結びつけることである。例えば、「ボランティアに参加したいと思ったらどうすればよいか」、「差別しないということは、具体的にどのようなことか」、「精神障害への関心を示すバッジはどこで購入できるか」など、行動を起こすための情報を示すことにより、具体的な行動に取り組んでもらう。

2）地域生活上のキーパーソン
当事者の地域生活を可能にするためには、当事者と具体的な関わりをもつ雇用主、家主、不動産会社、警察関係者等への情報提供が必要となる。地域によっては、キーパーソンとなる者に焦点をしぼり、ピンポイントで精神障害者に対する理解を深めることが重要な場合もある。
なお、これらの地域生活上のキーパーソンが「偏見をもっている」と決めつけ、「その態度を是正する」という姿勢で臨むべきではない。むしろ、精神障害に関する情報にふれる機会が限られている中で、不安を感じるのは当然であると考えて、情報提供することで不安が軽減される、という対象者中心のスタンスが必要である。
(1)雇用関係者
①目的
雇用関係者に対する普及啓発活動には、以下の2つの目的が考えられる。
・障害者雇用の拡大：精神障害者の雇用率を上げるには、就労に関する支援体制を整えると同時に、雇用主の理解を広める。
・従業員のメンタルヘルス：企業内には、職場のストレスから精神的不調を訴える従業員も少なくなく、治療や休職を要する場合もある。その際にサポート可能な職場環境とするため、管理監督者や雇用主に対して情報を提供する。
なお、これらの活動を推進するにあたっては、ハローワーク、地域障害者職業センター等を活用することが不可欠である。行政機関は、これらに呼びかけ協力を求める。
②メッセージ
労働者としての能力、疾病の管理、雇用主として配慮すべき内容等雇用主の関心事に配慮した情報提供が重要である。また、雇用主、障害者をサポートするジョブコーチ等の制度を紹介し、障害者雇用に関して安心してもらうことも必要である。
また、障害者を雇用することの社会的意義や、障害者の労働能力、各種助成金等経済的な保障を伝える。このように、雇用される障害者にとっても、雇用主にとってもメリットがあるというメッセージを伝えることが必要である。これらに関しては、障害者雇用を受け入れたことのある事業者や、職場で発病した当事者等の体験談が重要である。
(2)その他のキーパーソン
当事者が地域生活を送る上でのキーパーソンには、住居という点から家主や不動産業者が挙げられる。特に、障害者自立支援法による市町村地域生活支援事業の住宅入居支援事業(居住サポート事業)を行う上で、家主、不動産業者に対する働きかけは重要である。説明会、相談会の開催や、パンフレットの作成等が求められる。
さらに、警察関係者もキーパーソンとなる。自傷他害の恐れがある場合や、放浪からの

保護等、精神障害者が警察に保護されることは少なくない。しかし、その者が精神障害者であることに警察官が気づかない場合や、医療対応が適切な場合でも、司法対応がなされることもある。当事者、警察スタッフが適切なサポートを得られるよう、行政関係者と精神科医療機関、福祉施設等が連携し、警察関係者に相談会、研修会を行うことも重要である。

3）精神保健医療福祉分野の専門職

①目的

精神保健医療福祉分野の専門職が、当事者・家族に対して偏見をもつことは許されない。しかし、医療、福祉の名のもとに当事者を抑圧し、人権を奪う事件が起こってきたことも事実である。また、通常の治療、支援の場面でも、専門職の態度や言葉が意に反し当事者・家族を傷つけてしまうこともある。

人権に関する配慮は専門職の教育課程の中にもある。また、自らの支援や日常的な接遇を反省的に捉え、研鑽に励んでいる専門職も多い。しかし、その取り組みは個人の努力にのみ任されるべきものではない。公的機関が専門職への普及啓発活動を行う姿勢をもつことで、より多くの専門職の意識づけや内省の機会となり、全体のレベルアップを図ることができる。

いずれの場合も、企画段階で当事者・家族の参加を依頼し、どのような点が当事者・家族の気持ちを傷つけるのかという意見を反映させることが必要である。また、対象となる医療機関や関係機関の理解と協力を求める必要がある。

当事者・家族が「人権を侵害された」、「不当に扱われた」と感じた場合の人権相談に関する窓口を設置することや、その存在を当事者・家族に報知することも、専門職の支援行為の質を高めるという点で、間接的な普及啓発活動となる。

②メッセージ

誰しも陥りがちな偏見があることを意識し、振り返ることを習慣化する。また、専門職のどのような振る舞いに違和感を覚え、傷つくのか、当事者・家族からの声を集め、専門職に提示することも、ケアの質を高める具体的なメッセージとして有効である。

4）学校教育関係者

①目的

精神疾患の早期発見・早期治療の観点から、学校における情報提供は重要である。また、障害者に対する態度を形成している途上である学童期・思春期における偏見解消の教育プログラムは、成人後の態度の改善を図るプログラムよりも、はるかに高い効果をあげる。

近年では障害者施設や高齢者施設に児童・生徒が見学・ボランティアに行く機会も増えているが、精神保健医療福祉の分野での取り組みは立ち後れている状況にあり、今後一層の取り組みが必要である。

行政機関の必要な取り組みとして、学校教育分野での普及啓発プログラムの検討会や実行チームをつくることが求められる。メンバーは、関係する学校の教職員やスクールカウンセラー、養護教員、精神科医療機関、福祉施設、当事者団体、大学の研究者等が考えられる。なお、学校における普及啓発活動にあたっては、教育委員会からのトップダウン方式でのオーソライズが効率的なこともある。行政担当者はこの点を踏まえ、教育委員会と

の連携を図ることが重要である。
②メッセージ
本来は、あらゆるメッセージを取り上げることが必要である。しかし、対象となる児童・生徒の年齢や、保護者、当該学校の関係者の関心、およびカリキュラム上の時間制限があるため、自らのこころの不調に気づく早期発見・早期予防、ストレス管理、偏見・差別や共生社会の問題等にテーマは絞られる。

5）当事者・家族
①目的
当事者自身や、その家族自身が偏見や差別を内面化していることがある。当事者自身が、自らの能力や価値に否定的な思いを抱いていることは少なくない。内面化された偏見や差別は、疾患の予後や、生きることについて影を落としている。
また、身内に精神障害者を抱える家族自身も、必ずしも偏見から自由であるとはいえない。精神障害者に対してもともとネガティブな偏見をもっていたり、精神障害に関する情報について触れる機会をもたなかったりする家族が、患者の理解や対応について戸惑うのは不自然なことではない。このことが、患者に対する拒否的な態度や、精神疾患は「本人の性格や弱さのせい」、「怠けの問題である」といった誤解につながることもある。また、「精神疾患になったのは自分たちの育て方が間違ったからだ」という罪悪感を抱いている家族も多い。
さらに、精神保健医療福祉に関する各種のサービスや社会資源、薬物療法等の重要性、症状への対処方法、年金、生活保護等の諸制度に関する情報等は、当事者・家族が必ずしも十分に知っているとはいいがたい。
このような観点から、既に受診・相談をしている当事者・家族が、精神疾患やそれにまつわる事柄に正しい理解を得られるように、また、自らの精神疾患に適切に対応し、生活を向上できるようサポートすることも重要である。
②メッセージ
基調となるメッセージは、当事者・家族の自尊心を低下させる誤った情報を是正し、当事者・家族をエンパワメントする内容が必要である。また、社会資源や相談先についての情報も併せて必要である。

6）マスメディア
①目的
市民の精神障害者に対する考えは、マスメディアによる描写の影響が少なくない。マスメディアによる精神障害者の描写は、事件報道やドラマ・映画における描写等、暴力が関係するものが多く、人々の差別や偏見を助長しているという知見も存在する。マスメディアは、報道によって精神障害者への偏見を助長してきたという経験を自覚し、この経験を繰り返さないようにすべきである。
一方、マスメディアは、当事者の生活や思いなどを報道し、精神障害者への差別や偏見をなくす機能ももっている。マスメディアに対しては、そのような意識づけを行っていくような普及啓発活動を期待したい。

②メッセージ

伝えるべきメッセージは、報道上の表現の問題と、精神障害や精神保健医療福祉に関しての積極的、啓発的な側面の報道をより活発化させることについてである。

前者については、不適切な表現や、犯罪事件報道に関する倫理コード等を紹介する必要がある。後者については、報道側が必要な情報を得られるように、情報や記事等の提供体制を整えることが重要であるといえる。

編集：
普及啓発の組織的･戦略的推進に関する研究班（平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金）
主任研究者　保崎　秀夫　（社団法人 日本精神保健福祉連盟）
分担研究者　上田　　茂　（財団法人 日本医療機能評価機構）
研究協力者　河野　　眞　（国際医療福祉大学）
小林　清香　（東京女子医科大学）
佐野　雅隆　（早稲田大学）
澁井　　実　（国際医療福祉大学）
瀬戸屋雄太郎　（国立精神･神経センター精神保健研究所）
立森　久照　（国立精神･神経センター精神保健研究所）
野口　博文　（社団法人 日本精神保健福祉連盟）
吉田　光爾　（国立精神･神経センター精神保健研究所）

X　おわりに

本派遣事業における研究課題は、精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究であった。ここでは、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」実現に向け、国、都道府県、市町村、関係諸団体等の連携による普及啓発の組織的･戦略的推進の方法を明らかにするとともに、普及啓発の効果評価の方法を開発することを目的とした。

具体的には、スイス･チューリッヒ州における先行的な取り組みに関する情報収集と分析、普及啓発に関連するプログラムの国際間比較、本研究において作成した「普及啓発の組織的･戦略的推進に関するガイドライン」に基づく計画および評価プロトコルの検証、各研究機関による普及啓発の事業計画に関するスーパービジョン、スイスおよび周辺の国や地方自治体での普及啓発の効果評価に関する意見聴取等を実施した。

特に、普及啓発の組織的･戦略的推進に関する指針作成の進捗に合わせ、普及啓発の実態を評価･分析する方法の構築は、主任研究者の研究課題において急務となっている。これに対し、以下の活動について派遣先研究機関において実施したことを報告する。

- 日本での普及啓発の組織的・戦略的推進に関する事業実施の在り方について、派遣先研究機関によるスーパービジョンの提供を受けた。
- 先行的な取り組みにおけるヒアリング調査を実施し、普及啓発の計画と評価の妥当性について検討した。
- チューリッヒ法務・精神医学サービス局との共同により、普及啓発の組織的推進に関する事業の計画および評価を試行し、「普及啓発の組織的・戦略的推進に関するガイドライン」の検証と再構築を行った。

・派遣先および周辺の国や地方自治体との比較により、当該研究の標準化を図るうえで必要となる要件を検討し、今後取り組む方向を示した。

派遣先研究機関の協力により実施したこれらの研究活動で得られた情報や知見は、地方自治体や精神保健福祉関連団体等に報告され、我が国に適応可能な普及啓発の実践に活用されるものである。これによって、精神疾患や精神障害者についての普及啓発を、目標や戦略を明確にした組織的な取り組みにより行い、精神障害者の正しい理解に大きな影響をもたらすものであろう。

謝辞：

今回の調査に際し、ご支援頂きました財団法人 日本障害者リハビリテーション協会の皆さまに深く感謝申し上げます。

また、このような機会を与えてくださいました社団法人 日本精神保健福祉連盟 会長 保崎秀夫先生、財団法人 日本医療機能評価機構 理事 上田茂先生に感謝申し上げます。

そして、半年間、調査・視察・研修に多大な協力を賜りました、チューリッヒ法務局 Jerome Endrass 博士、Astrid Rosseger 博士、チューリヒ大学 Beate Schulze 先生、ヴィンタートゥール精神科病院 Michael Braunschweig 先生、チューリヒ大学とチューリッヒ法務局とチューリッヒ大学の皆さま、および情報提供に快く応じてくださったスイス、ドイツ、イタリア、オーストリアの皆さま、「精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究」研究班員の皆さまに心より御礼と感謝を申し上げます。

2008 年 3 月

参考文献

(requotation from; Schulze, B. Stigma in Mental Health: Interventions to Reduce the Burden. John Wiley & Sons; Evaluating Programmatic Needs on Stigma of Mental Illness.)

1) Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. and Roessler, W. (2004) Factors influencing social distance toward people with mental illness. Community Mental Health Journal 40, 265-274.

2) Nordt, C., R¨ossler, W. and Lauber C. (2006) Attitudes of mental health professionals towards people with schizophrenia and major depression. Schizophrenia Bulletin 32, 709-714.

3) Maslach, C., Schaufeli, W.B. and Leiter, M.P. (2001) Job burnout. Annual Review of Psychology 52, 397-422.

4) Schulze, B. and R¨ossler, W. (2005) New perspectives on reducing stigma: fighting burnout to enhance provider attitudes of recovery. European Psychiatry 20, 222.

5) Farina, A. and Felner, R.D. (1973) Employment interviewer reactions to former mental patients. Journal of Abnormal Psychology 82, 268-272.

6) Farina, A., Thaw, J. and Lovern, J.D. (1974) People's reactions to former mental patients moving to their neighbourhood. Journal of Community Psychology 2, 108-112.

7) Page, S. (1977) Effects of the mental illness label in attempts to obtain accommodation. Canadian Journal of Behavioural Science 9, 193-199.
8) World Psychiatric Association (1998) Open the Doors. WPA Global Programme to Reduce Stigma and Discrimination because of Schizophrenia. Volume1: Guidelines for Programme Implementation.
9) Thompson, A.H., Stuart, H., Bland, R.C., Arboleda-Fl´orez, J., Warner, R. and Dickson, R.A. (2002) Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 37, 475-482.
10) Angermeyer, M.C. and Matschinger, H. (2003) The stigma of mental illness: effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica 108, 304-309.
11) Schulze, B. Stigma in Mental Health: Interventions to Reduce the Burden. John Wiley & Sons; Evaluating Programmatic Needs on Stigma of Mental Illness.
12) Altschuld, J.W. and Witkin, B.R. From Needs Assessment to Action. Transforming Needs into Solution Strategies. Thousand Oaks, CA, London, New Delhi: Sage.

Why preventing burnout?

© B. Schulze, 2007

Why stress management?

Hot Issue…

© B. Schulze, 2007

Why preventing burnout?

- Increasing pressure on mental health services:
  financial cutbacks, mental health problems on the rise, increased help-seeking

Quantitative demands → **increasing case load, fewer resources**

- Focus on the needs of patients – who often suffer from a particularly troubling symptomatology
- Nature of mental health services work: focus on clients' problems rather than positive aspects, little positive feedback, clients not always responsive

Qualitative demands → **intense interpersonal interaction + confrontation with human suffering**

© B. Schulze, 2007

„Harmonisation“ of Work Environments

Helping professions

- high emotional demands
- confrontation with human suffering
- „detached concern“
- personality is the essential working tool
- Imbalance in the helping relationship: focus on clients‘ problems, lack of treatment co-operation

Economic trends

- increasing pressure to perform
- frequent and rapid changes
- increasing insecurity
- reduced „half-life“ of knowledge and skills
- individualisation
- competition

© B. Schulze 2007

Burnout in health care – Some facts & figures

Mental health professionals

- **Psychiatrists reported burnout, threat of severe burnout, depression and mental disorder more commonly than other physicians**
  (Korkeila et al. 2003: Postal survey among registered physicians in Finland (n=3133)
- **Psychiatrists reported less often self-perceived "good" or "rather good" health**
  (Korkeila et al. 2003: Postal survey among registered physicians in Finland (n=3133)
- **Mean emotional exhaustion score community psychiatric nurses and social workers among exceeded threshold for burnout syndrome; mean derpersonalisation scores signalled burnout for psychiatrists, CPWs, and SWs** *(Priebe et al. 2005: Survey of 90 mental health professionals working in the community in London, UK)*
- **50% of nursing staff at 11 acute units in the UK showed signs of high burnout in terms of emotional exhaustion; higher stressor score were related to higher levels of depersonalisation** *(Jenkins & Elliot, 2004: Survey among nurses at acute adult mental health units in the UK (n=93)*
- **The highest suicidal tendencies among male physicians occur in psychiatrists.** (Olkinuora et al., 1992, survey among registered physicians in Finland, n=2600)

© B. Schulze, 2007

2.

Understanding burnout

© B. Schulze, 2007

Self Assessment

Maslach Burnout Inventory (MBI) - Where do I stand?

22 questions on feelings about one's current job

State how frequently these feelings are experienced

Result: burnout risk on 3 dimensions:

- Emotional exhaustion (individual stress response)
- Depersonalissation (job response)
- Reduced personal accomplishment (self evaluation)

(Maslach, Jackson & Leiter, 1996)

© B. Schulze, 2007

Questionnaire

Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1996)

For the following items, please read each statement carefully and decide if you ever feel this way **about your job**. If you have never had this feeling, tick "**0**" (**never**) in the cells after the statement. If you have had this feeling, indicate how often you feel it by ticking the number (from 1 to 6) that best describes how frequently you feel that way in the cell provided: **1= few times a year or less, 2= once a month or less, 3= a few times a month or less, 4= once a week, 5= a few times a week, 6= every day**. If filling in the questionnaire electronically, please mark the relevant cell by typing an "X".

Date: ..... **Name:** ..... **Age:** ..... **Sex:** **male** ☐ **female** ☐	**Never**	**A few times a year or less**	**Once a month or less**	**A few times a month or less**	**Once a week**	**A few times a week**	**Every day**	**Score for Item**	
1. I feel emotionally drained from my work.	0	1	2	3	4	5	6		1.
2. I feel used up at the end of the working day.	0	1	2	3	4	5	6		2.
3. I feel tired when I get up in the morning and have to face another day at work.	0	1	2	3	4	5	6		3.
4. I can easily understand how clients/patients feel about things.	0	1	2	3	4	5	6		4.
5. I treat some clients/patients as if they were impersonal objects.	0	1	2	3	4	5	6		5.
6. Working with people all day is a real strain for me.	0	1	2	3	4	5	6		6.
7. I deal very effectively with the problems of my clients/patients.	0	1	2	3	4	5	6		7.
8. I feel burnt out from my work.	0	1	2	3	4	5	6		8.
9. I feel that I'm positively influencing other people's lives through my work.	0	1	2	3	4	5	6		9.
10. I've become more callous towards people since I took this job.	0	1	2	3	4	5	6		10.
11. I worry that this job is hardening me emotionally.	0	1	2	3	4	5	6		11.
12. I feel very energetic.	0	1	2	3	4	5	6		12.
13. I feel frustrated by my job.	0	1	2	3	4	5	6		13.
14. I feel I'm working too hard on my job.	0	1	2	3	4	5	6		14.
15. I don't really care what happens to some clients/patients.	0	1	2	3	4	5	6		15.
16. Working with people directly puts too much stress on me.	0	1	2	3	4	5	6		16.
17. I can easily create a relaxed atmosphere with clients/patients.	0	1	2	3	4	5	6		17.
18. I feel exhilarated after working closely with clients/patients.	0	1	2	3	4	5	6		18.
19. I have accomplished many worthwhile things in this job.	0	1	2	3	4	5	6		19.
20. I feel like I'm at the end of my tether.	0	1	2	3	4	5	6		20.
21. In my work, I deal with emotional problems very calmly.	0	1	2	3	4	5	6		21.
22. I feel clients/patients blame me for some of their problems.	0	1	2	3	4	5	6		22.

© B.Schulze (2007)

Analysis

Maslach Burnout Inventory – Analysis

	1. Emotional exhaustion	2. Depersonalisation	3. Personal accomplishment
1.		■	■
2.		■	■
3.		■	■
4.	■	■	
5.	■		■
6.		■	■
7.	■	■	
8.		■	■
9.	■	■	
10.	■		■
11.	■		■
12.	■	■	
13.		■	■
14.		■	■
15.	■		■
16.		■	■
17.	■	■	
18.	■	■	
19.	■	■	
20.		■	■
21.	■	■	
22.	■		■
Sum Score			

The MBI consists of the following three subscales:

1. Emotional Exhaustion **2. Depersonalisation** **Personal Accomplishment**

Please copy responses from page 1 into the three columns on the left. For analysis, add up the scores per scale, i.e. 9 scores for **emotional exhaustion** (column1), 5 scores for **depersonalisation** (column2) and 8 scores for **personal accomplishment** (column 3).

There are different norms for different professional groups. To facilitate analysis, cut-off values from a study by Maslach & Jackson(1996) are listed for comparison.

For **emotional exhaustion** and **depersonalisation**, results on each scale can fall in a

- lower third – no or low burnout
- middle third – moderate burnout
- upper third – very high burnout
- For **personal accomplishment**, the scoring is reversed, i.e
- lower third– very high burnout
- middle third – moderate burnout
- upper third – excellent personal accomplishment, no burnout

Burnout Risk	none to low (lower third)	moderate (middle third)	very high (upper third)
Emotional Exhaustion	16 or less	17-21	27 and greater
Depersonalisation	8 or less	9-13	14 and greater
Personal Accomplishment	**37 and greater**	**31-36**	**30 or less**
Please note: For the subscale **personal accomplishment**, scoring is reversed, i.e. the *higher* the score, the *lower* the risk of burnout!	Remarks:	Remarks:	Remarks:
➡ Please copy sum scores into the table.			

Reference: Maslach, C, Jackson, SE, Leiter MP (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press. 3rd Ed.

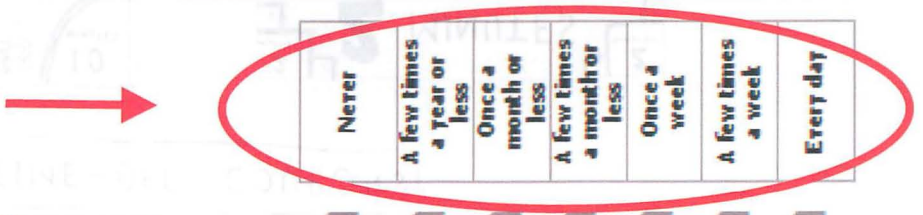
© B.Schulze (2007)

Frequency/duration as a criterion

Section E (MBI Human Services Survey):
In the following section, you will be asked how you feel about your job and the people you are working with.

Please read each statement carefully and decide if you ever feel this way about your job. If you never had this feeling, tick "0" (never) in the cells after the statement. If you had this feeling, indicate how often you feel it by ticking the number (from 1 to 6) that best describes how frequently you feel that way in the cell provided:

0 - Never
1 - A few times a year or less (1-11 times per year)
2 - Once a month or less
3 - A few times a month or less (2-3 times per month)
4 - Once a week
5 - A few times a week (2-6 time per week)
6 - Every day



		Never	A few times a year or less	Once a month or less	A few times a month or less	Once a week	A few times a week	Every day
E1	I feel emotionally drained from my work.	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6
E2	I feel used up at the end of the working day.	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6
E3	I feel tired when I get up in the morning and have to face another day of work.	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6
E4	I can easily understand how clients/patients feel about things.	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6
E5	I treat some clients/patients as if they were impersonal objects.	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6

© B. Schulze 2007

Balance between activity and recreation…

Take regular breaks

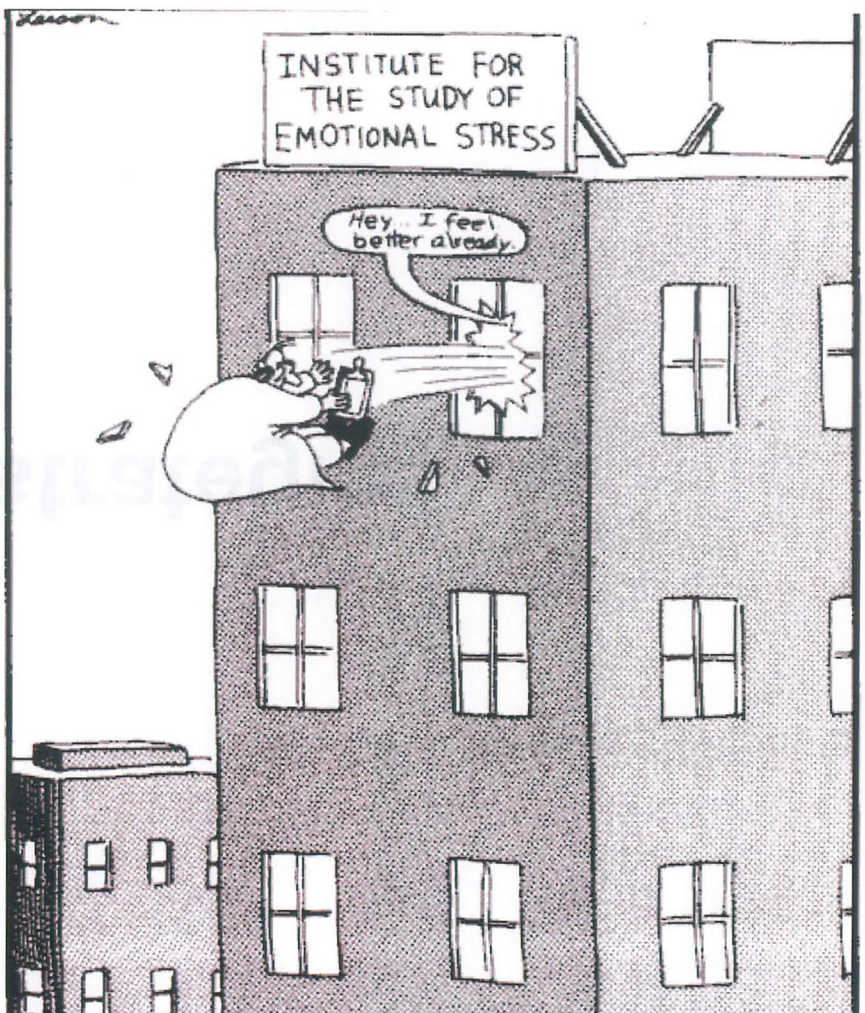
© B. Schulze, 2007

3.

Coping strategies

© B. Schulze, 2007

Scientifically studied….



© B. Schulze, 2007

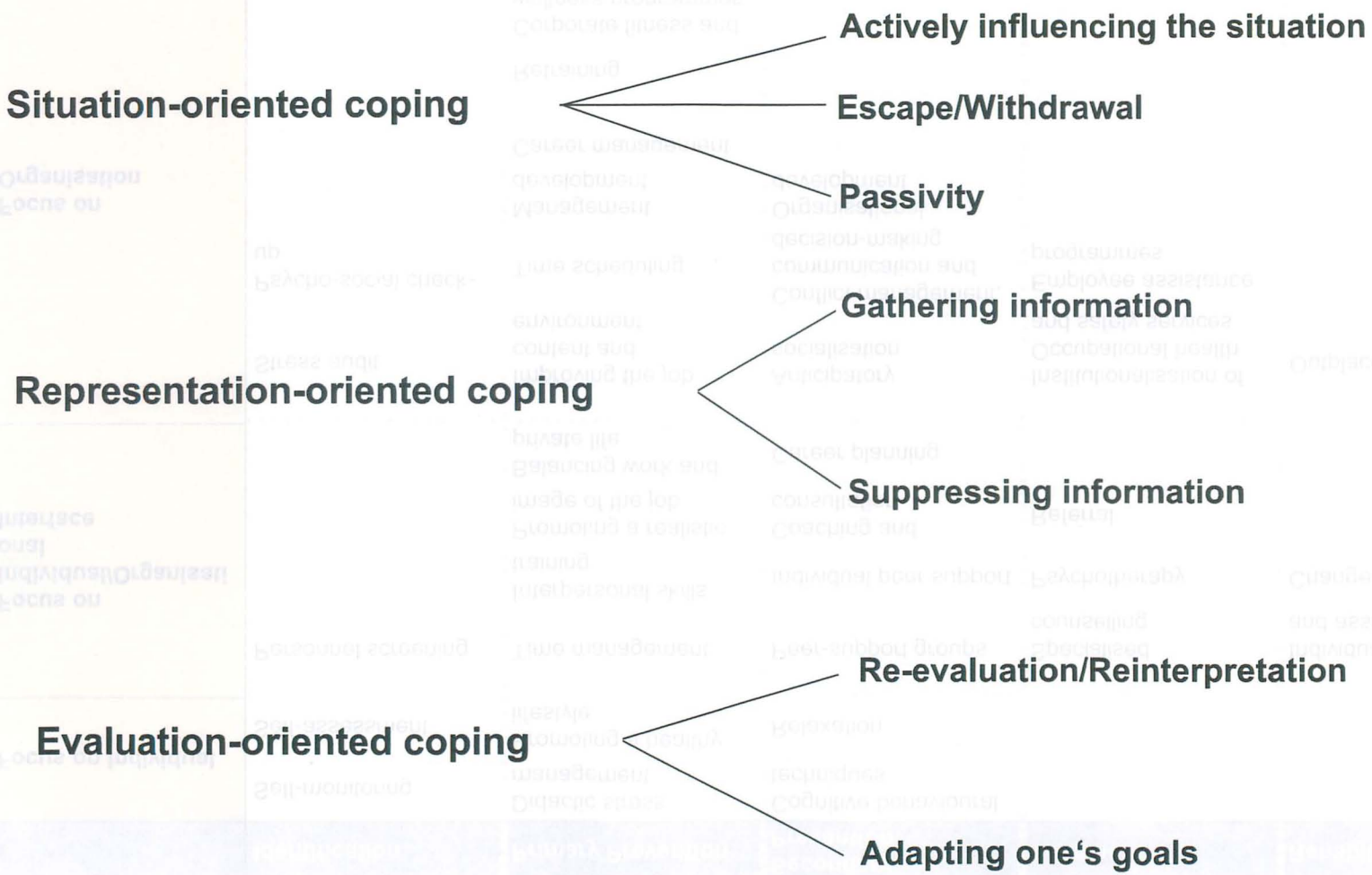
Overview of burnout interventions

	Identification	Primary Prevention	Secondary Prevention	Treatment	Rehabilitation
Focus on Individual	Self-monitoring Self-assessment	Didactic stress management Promoting a healthy lifestyle	Cognitive behavioural techniques Relaxation		
Focus on Individual/Organisational Interface	Personnel screening	Time management Interpersonal skills training Promoting a realistic image of the job Balancing work and private life	Peer-support groups Individual peer support Coaching and consultation Career planning	Specialised counselling Psychotherapy Referral	Individual guidance and assistance Change jobs
Focus on Organisation	Stress audit Psycho-social check-up	Improving the job content and environment Time scheduling Management development Career management Retraining Corporate fitness and wellness programmes	Anticipatory socialisation Conflict management, communication and decision-making Organisational development	Institutionalisation of Occupational health and safety services Employee assistance programmes	Outplacement

From: Schaufeli & Enzmann, 1998

© B. Schulze, 2007

A taxonomy of coping reactions



Source: Perrez & Reicherts 1992

© B. Schulze, 2007

Checklist to analyse stressful situations

The situation

When?

Where

Who?

What is happening?

My evaluation

How do I evaluate the situation?

The behaviour of the people present?

My own behaviour?

What do I expect of myself?

What do I expect from others?

What am I afraid of?

My reactions

What are my physical reactions?

How do I feel?

What am I thinking?

What do I do or say?

Source: Kaluza 2004

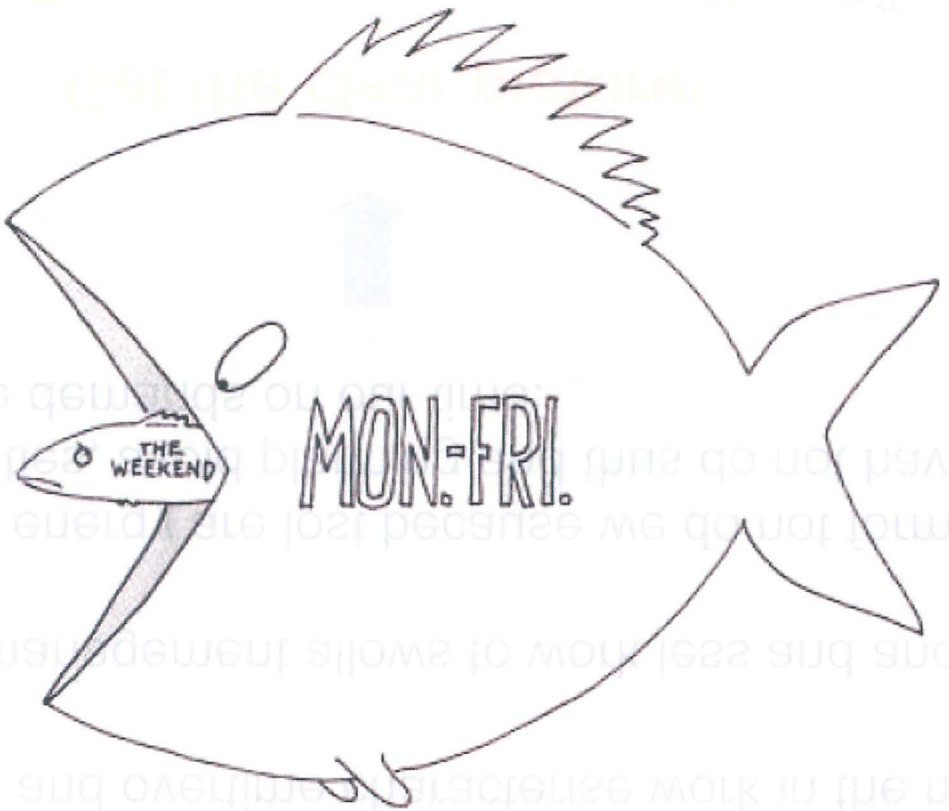
© B. Schulze, 2007

Coping strategies:

Time management

© B. Schulze, 2007

Time as a scarce resource



© B. Schulze, 2007

Time Management - Rationale

- Time pressure and overtime characterise work in the medical field.
- Optimal time management allows to work less and and achieve more.
- Most time and energy are lost because we do not formulate clear aims and priorities, avoid planning and thus do not have an overview of the demands on our time.

Get the clear picture!

Focus on the essential!

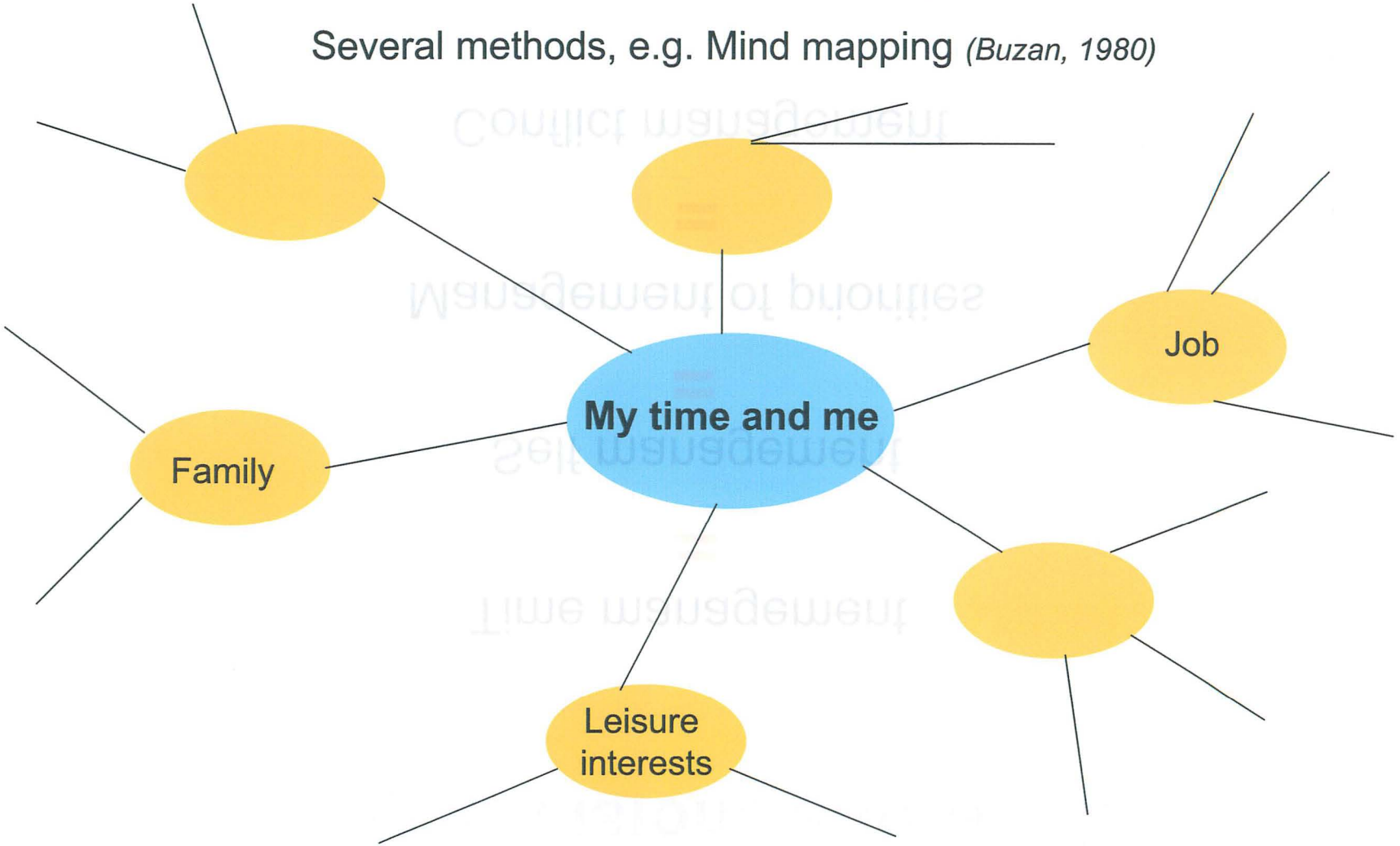
Create more time!

© B. Schulze, 2007

Step 1: Analysis

Where has all your time gone?

Several methods, e.g. Mind mapping *(Buzan, 1980)*



© B. Schulze, 2007

based on Seiwert (2004)

Step 2: Visions and Goals

Time management

=

Self management

=

Management of priorities

=

Conflict management

© B. Schulze, 2007

Self Management

„It's easy to say no
if you have already said yes
to something bigger."

© B. Schulze, 2007

Self management

„Begin with the end in mind."

Stephen R. Covey:
The 7 Habits of highly effective people

© B. Schulze, 2007

Self management

has to do with….

Reaching goals

Becoming aware of one‘s own energy budget

Recognising own needs

Assessing the dynamics of relationships with others appropriately

Do what you want! -‟“deliberate freedom“

© B. Schulze, 2007

Time Management: 3 Effective Strategies

1. Pro-activity

2. The Pareto Principle

3. Delegating effectively

© B. Schulze, 2007

Pro-Activity

Reactive speech

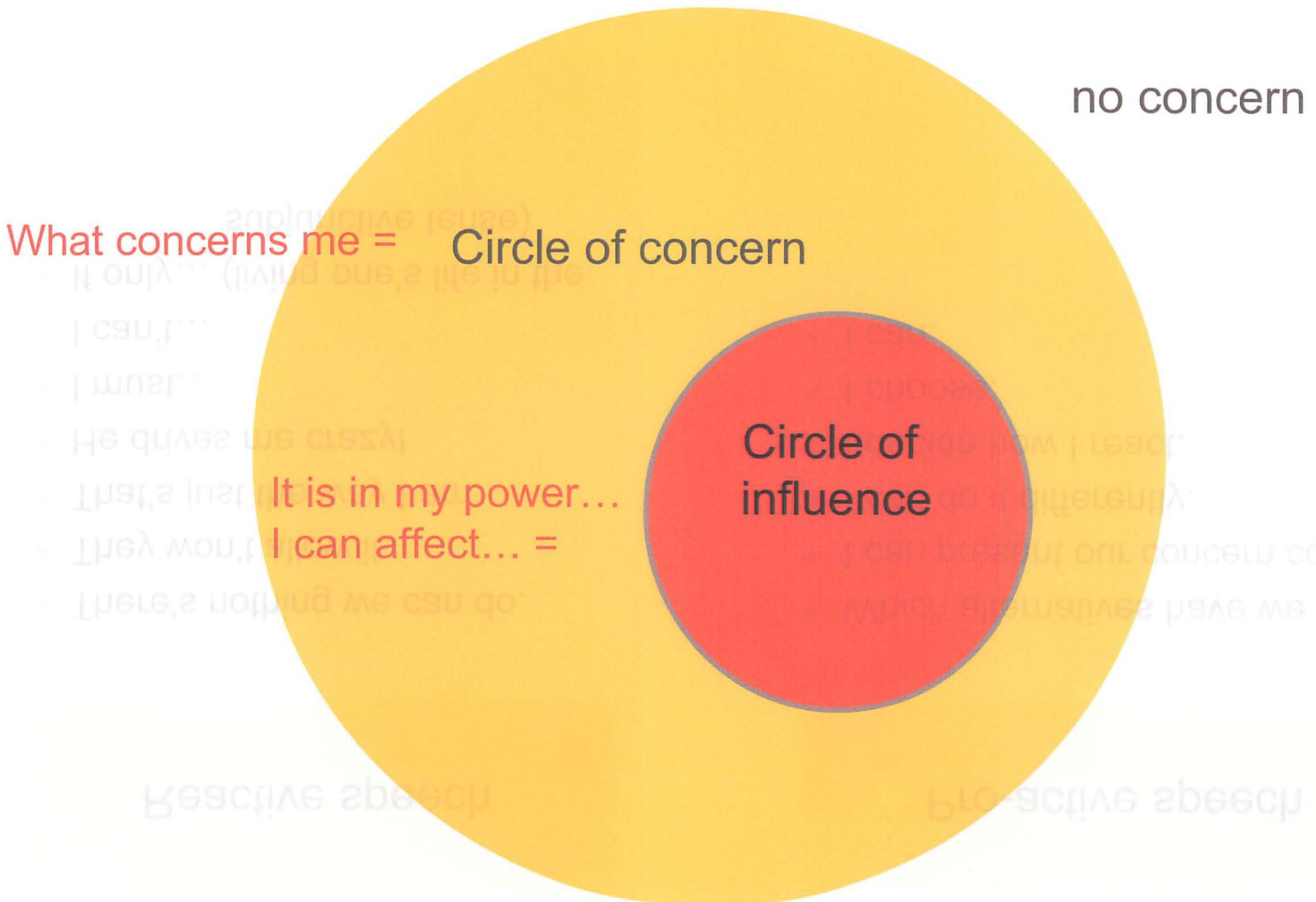
- There's nothing we can do.
- They won't allow it.
- That's just the way I am.
- He drives me crazy!
- I must…
- I can't…
- If only… (living one's life in the subjunctive tense)

Pro-active speech

- Which alternatives have we got?
- I can present our concern convincingly.
- I can do it differently.
- I decide how I react.
- I choose.
- I can.

© B. Schulze, 2007

Circle of Concern



- Interface: Boundary is moveable
- The circle expands where one focuses attention.

based on Covey (1989)

© B. Schulze, 2007

Expanding the Circle of Influence

Which resources are needed

Resources of participants

- .....
-

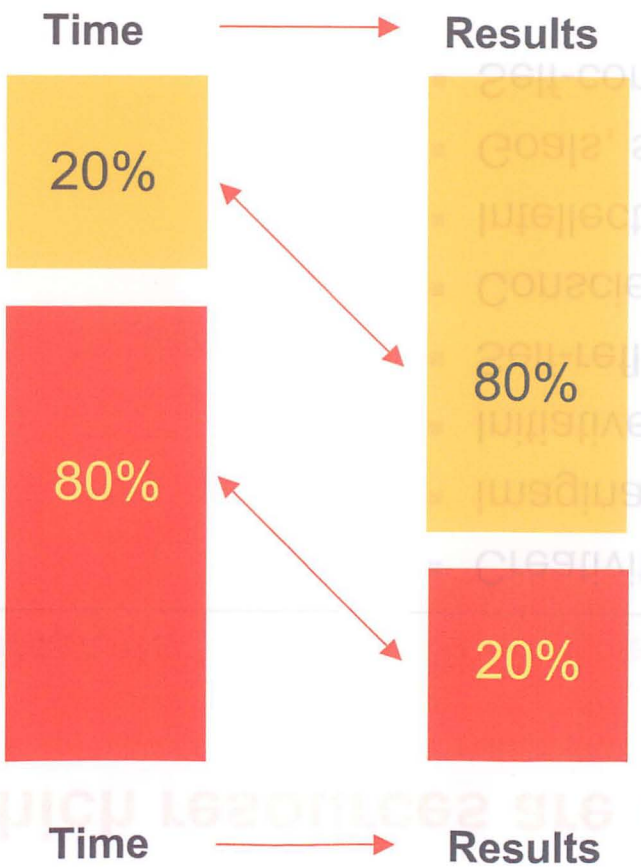
Resources acc. to Stephen Covey

- Creativity
- Imagination
- Initiative
- Self-reflection
- Conscience
- Intellect
- Goals, strategies
- Self-confidence

© B. Schulze, 2007

based on Covey (1989)

The Pareto Principle



© B. Schulze, 2007

based on Seiwert (2004)

Step 2: Goals, Planning, Priorities

The Pareto Principle

- 20% of customers or products accrue 80% of turnover.
- 20% of a newspaper contain 80% of the news.
- 80% of decisions are made in 20% of meeting time.
- 20% of paper work affords 80% of successful work results.
- 20% of relationships gives us 80% of personal happiness.

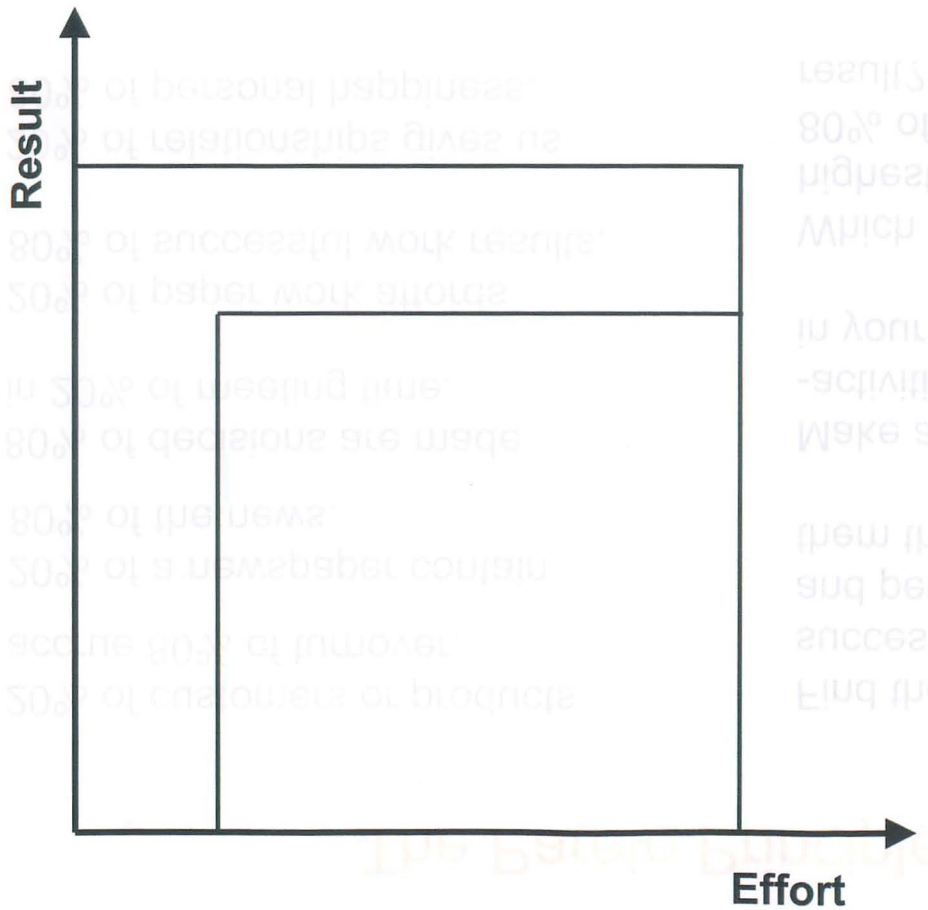
Find the 20:80% producers of success in your professional and personal life, and assign them the highest priority.

Make a list of our the key goals -activities, and –responsibilities in your life.

Which of them belong to those highest 20% of tasks from which 80% of your success (can) result?

© B. Schulze, 2007

The Pareto Principle

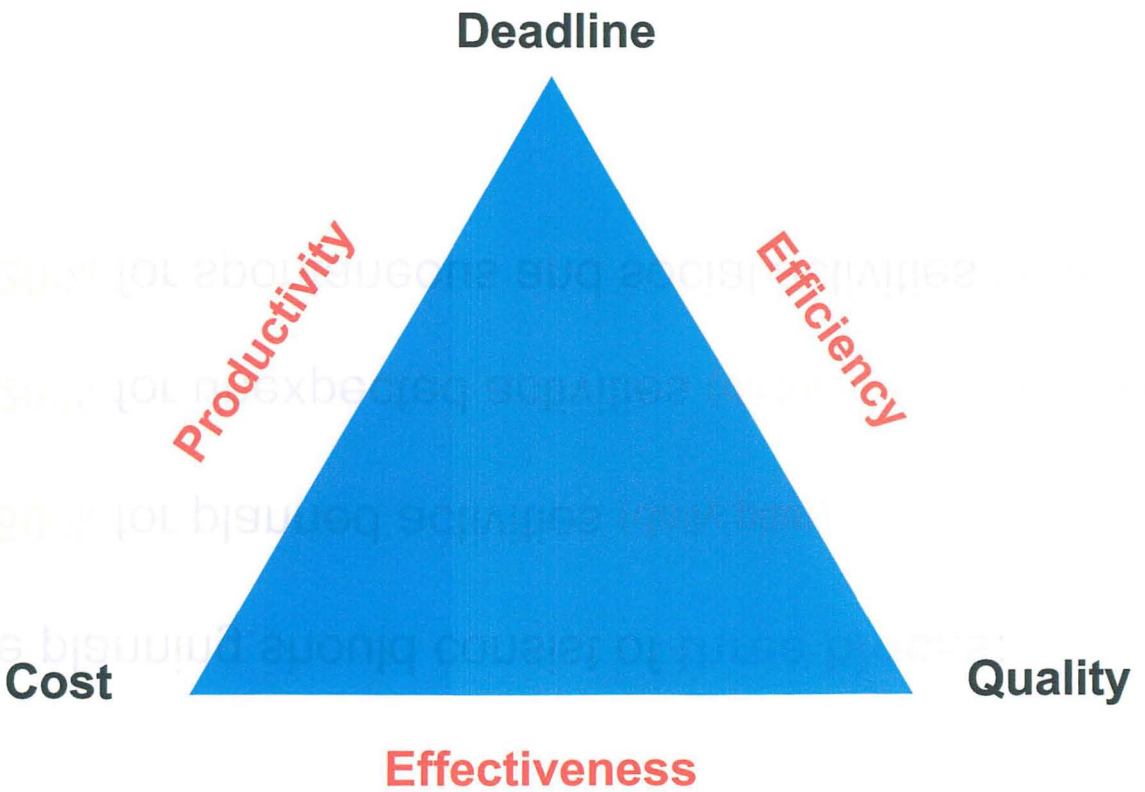


- With 20% of effort, you achieve 80% of the result.
- The remaining 80% of effort are used for perfecting the result.

Conclusion:
If you try to complete a task to perfection, you are inefficient.

© B. Schulze, 2007

The Unholy Triangle



© B. Schulze, 2007

Time Management Tip

Your time planning should consist of **three blocks**:

approx. **60%** for planned activities (daily plan)

approx. **20%** for unexpected activities (disturbances, "time thieves")

approx. **20%** for spontaneous and social activities (creative time)

© B. Schulze, 2007

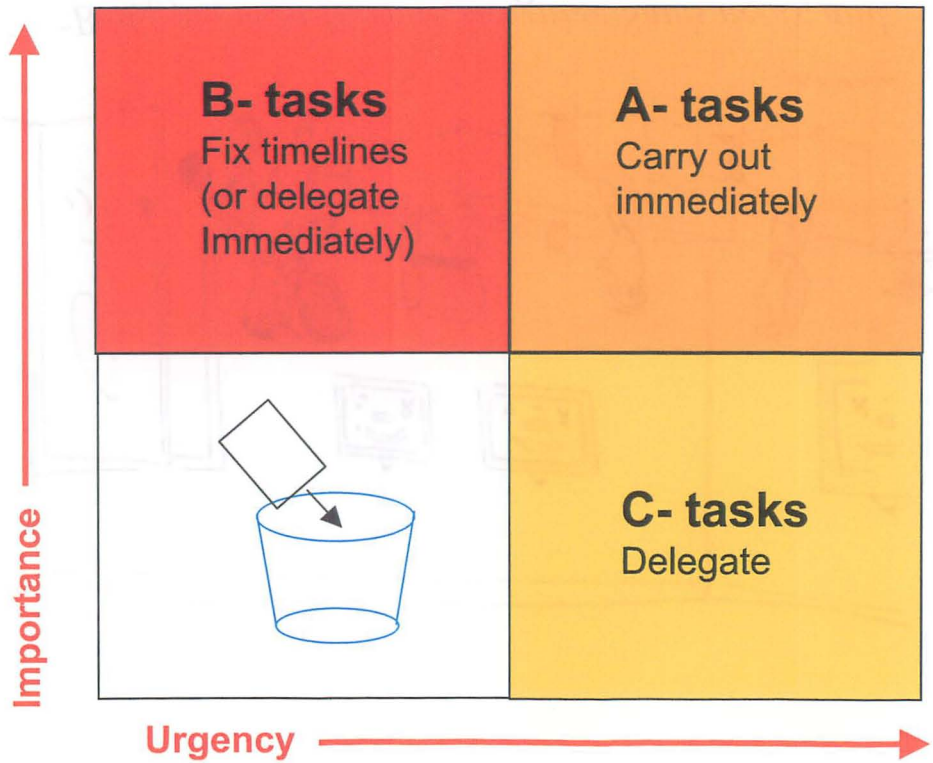
based on Seiwert (2004)

Limiting case load…

"Beth, you must learn to recognize Sam's needs, and Sam, you must learn to recognize Beth's needs, and you both must learn to recognize my needs."

© B. Schulze, 2007

The Eisenhower Principle



© B. Schulze, 2007

based on Seiwert (2004)

Tip: ABC Analysis made easy

ABC analysis works the easiest if you

- Plan for only 1 to 2 A-tasks a day (approx. 3 hours)
- Schedule 2 to 3 B-tasks (approx. 1 hour in total)
- Reserve the rest of your (60% of) time for C-tasks (approx. ¾ hours)

© B. Schulze, 2007

based on Seiwert (2004)

Management by Delegation

- Decide anew for each task: Do I necessarily have to perform this task myself, or could it just as well (or even better) be done by a member of staff?
- Also delegate mid- and long-term tasks of your area of work, that could motivate staff members and help them to develop new skills.
- Delegate not only to your own staff, but also to other departments as well as internal and external services.
- Select staff members whom you would like to promote, or who should gather more experience. However, only delegate to persons who are able and willing to master the task at hand.
- Always delegate the task together with the necessary competencies and responsibilities.
- Make sure you delegate complete tasks, and that the tasks is completely grasped.
- Do not delegate important jobs such as defining organisational goals or strategic planning. On all account, confidential business should also be done by yourself.

© B. Schulze, 2007

based on Seiwert (2004)

✓ Checklist: "Delegation Rules"

- ☐ What should be done? (content)
- ☐ Who should do it? (person)
- ☐ Why should he or she do it? (motivation, aim)
- ☐ How should he or she do it? (scope, details)
- ☐ By when should it be done? (deadlines)

© B. Schulze, 2007

based on Seiwert (2004)

✓ Checklist: "Delegation Rules"

- ☐ What should be done? (content)
- ☐ Who should do it? (person)
- ☐ Why should he or she do it? (motivation, aim)
- ☐ How should he or she do it? (scope, details)
- ☐ By when should it be done? (deadlines)

© B. Schulze, 2007

based on Seiwert (2004)

外国への研究委託事業

コスタリカ地域住民の生活機能調査

バルバラ・ホルスト (Barbara Holst)
コスタリカ国家リハビリテーション・特殊教育審議会、常務理事
(Directora Ejecutiva、
Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, CNREE, Costa Rica)

I 報告書 (主文)

本委託研究のテーマは昨年度と同様に「コスタリカ地域住民の生活機能調査データ収集」であり、その目的は、日本と同じICF(国際生活機能分類)に基づく調査票を用いて、コスタリカと日本の住民の生活機能の比較研究をおこなうことである(委託研究申込書<Letter of application>および契約書<Authorization and Protocol>参照)。

昨年度は首都サンホセ近郊の比較的裕福で専門職の住民の多いエレディア郡ベレン地区(人口約35,000人)の全成人人口(18歳以上)から無作為に抽出した1,502名を対象として訪問面接調査をおこなった(2007年2月)が、今年度はそれと対照的な貧困者・労働者層の多い地域を対象とし、居住地域による偏りを是正し、よりバランスのとれた現状把握をめざした。また全年齢層を対象とすることで、ICF-CY(国際生活機能分類・児童版)の妥当性の検討にも資することを目的とした。

その目的のために以下の研究を行った。

1. 調査用紙および調査マニュアルについては、昨年度に日本側 (上田 敏博士) から提供された原案(英文)をスペイン語に翻訳したものを用いた。
2. 調査者 (統計学専攻の学生) に対し、上記資料を用いて面接法およびコーディング法の研修をおこなった(2007年10月)。
3. コスタリカ南部でパナマ共和国と接し、比較的貧困層、労働者の多いブルンカ地方ペレセレドン郡(人口約136,000名)の全11地区において、3歳以上の全年齢層にわたる1,507名について訪問面接調査を行った(2007年11-12月)。
4. 調査票を精査し、データ脱落のないように調査者に確認した(2007年12月)。
5. 調査データを3回に分けて日本側(上田 博士)に送付した(2007年12月)。

以上をもって本研究の目的は達成され終了した。

II 追記 (本研究データによって得られた知見)

上記データについて2008年1-2月に上田博士によってデータ分析がおこなわれ、その結果を受領した。さらにその解釈について、インターネットを介して討論をおこなった。

以下、その結果の一部を紹介する。詳しい報告は上田博士らにより平成19年度障害保健福祉研究報告書においてなされる。

1) 調査内容及び倫理面への配慮

調査内容は次のものを含む。

(1) 活動 (全章 全中項目あるいはブロック)
(2) 参加 (6~9章、全中項目あるいはブロック)
(3) 心身機能・身体構造 (全大項目)

（4）環境因子（全大項目）

（5）主観的側面（活動･参加･心身機能･身体構造･環境因子への満足度 5 項目と、自尊心その他の総合的主観的状態 5 項目

なお調査は倫理的基準に立って、対象となる被調査者の文書による同意を得て実施した。また、データはすべて統計的に処理し、個人データとしては用いない。

2）対象者の特性

1,507 名についてデータのうち年齢･性別･障害の有無に欠測値のあった者を除く 1,501 名(3～93 歳)を分析の対象とした。なお、障害の生活機能に及ぼす影響を検討する目的で、比較を容易にするために、障害のある者(以下障害者)が障害のない者(以下非障害者)よりも高い比率で抽出されるように設計した。その結果対象者の内訳は非障害者 1,304 名(男性 653 名、女性 651 名)、障害者 197 名(男性 97 名、女性 100 名)であった。

その年齢性別分布は表 1-1(非障害者)、1-2(障害者)に示すとおりである。

表 1-1. Age and sex distribution of participants (with no disabilitie s)

	3～15	16～18	19～24	25～34	35～44	45～54	55～64	65～74	75～84	Total
Male	135 *20.7%*	77 *11.8%*	81 *12.4%*	65 *10.0%*	92 *14.1%*	79 *12.1%*	47 *7.2%*	42 *6.4%*	35 *5.4%*	653 *100%*
Female	39 *6.0%*	57 *8.8%*	95 *14.6%*	150 *23.0%*	107 *16.4%*	100 *15.4%*	67 *10.3%*	24 *3.7%*	12 *1.8%*	651 *100%*

表 1-2. Age and sex distribution of participants(with disabilitie s)

	3～15	16～18	19～24	25～34	35～44	45～54	55～64	65～74	75～84	Total
Male	6 *6.2%*	4 *4.1%*	9 *9.3%*	12 *12.4%*	13 *13.4%*	12 *12.4%*	20 *20.6%*	15 *15.5%*	6 *6.2%*	97 *100%*
Female	3 *3.0%*	3 *3.0%*	10 *10.0%*	8 *8.0%*	17 *17.0%*	18 *17.0%*	18 *18.0%*	16 *16.0%*	7 *7.0%*	100 *100%*

3）生活機能の状況

（1）「活動」について

ICF 第 4 章「運動・移動」と第 5 章「セルフケア」の多数の項目に共通して、加齢とともに評価点 0（普遍的自立）の者が減りはじめるが、それといわば逆比例して評価点 1（限定的自立）が増え始め、結果として 0+1(「自立」一般)はかなり高い水準に保たれるという「相補的」「代償的」な関係がみられた。その他の章における種々の「活動」においてもほぼ同様であった。

代表例として a 4602(屋外歩行)のデータを、表 2-1(男性非障害者)、2-2(女性非障害者)、2-3(男性障害者)、2-4(女性障害者)にあげる。

まず非障害者と障害者とを全体として比較すると、非障害者では男女ともに普遍的自立(評価点 0)が 95.4%で、限定的自立以下(評価点 1～4)は極めて僅かなのに対して、障害者では普遍的自立は 30～40%にすぎず、部分的制限(評価点 2)がそれに次いで多く、さらに非障害者には存在しない「行っていない」(評価点 4)も少なからず存在する。

このように障害者に屋外歩行低下者が多いのはいわば当然であるが、非障害者にも少数ながら限定的自立以下の者があることは注目される。これは高齢者に多く、男性では限定的自立は５５歳以上の３群ですべて10%以上であり、部分的制限は45歳以上で出現し、75歳以上では11.4%に達する。非障害者では女性は男性に比べ高齢者での低下が更に著しい。

「相補的」な関係についてみると、たとえば女性非障害者では45～54歳、55～64歳、65～74歳、75～の４群の間で、普遍的自立が97.0%、85.1%、70.8%、58.3%と著明に減少していくのに対して、限定的自立があたかもそれを代償する(補う)かのように、3.0%から 25.0%まで増加していき、その結果普遍的自立と限定的自立を合計した「自立」一般をみると、４群で100%、97.0%、87.5%、83.5%と減少が極めて僅かに抑えられる。男性非障害者でも同様である。障害者群においては年齢に関連しての一定の傾向はみられないが、これは当然のことながら年齢よりも障害自体の影響が大きいためと考えられる。

上田博士によれば、これは従来の日本における調査においても広くみられた現象であり、「自立」一般ではなく「普遍的自立」(評価点0)と「限定的自立」(評価点1)とを分けてみるという、日本国ICF専門委員会の「活動」の評価点基準確立の根拠となったものである。昨年の調査においても確認されたことであるが、この現象が日本と社会的文化的条件を異にするコスタリカにおいても普遍妥当性を持つことを示すものとして重要と考えられる。

表2-1. a4602 moving around outside the home and other buildings (males with no disabilities)

	3～15	16～18	19～24	25～34	35～44	45～54	55～64	65～74	75～	Total
0	134 *99.3%*	77 *100%*	81 *100%*	64 *98.5%*	91 *98.9%*	74 *93.7%*	40 *85.1%*	36 *85.7%*	26 *74.3%*	623 *95.4%*
1	1 *0.7%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	1 *1.5%*	1 *1.1%*	2 *2.5%*	6 *12.8%*	5 *11.9%*	5 *14.3%*	21 *3.2%*
2	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	3 *3.8%*	1 *2.1%*	1 *2.4%*	4 *11.4%*	9 *1.4%*
3										
4										
Total	135 *100%*	77 *100%*	81 *100%*	65 *100%*	92 *100%*	79 *100%*	47 *100%*	42 *100%*	35 *100%*	653 *100%*

表2-2. a4602 moving around outside the home and other buildings (females with no disabilities)

	3～15	16～18	19～24	25～34	35～44	45～54	55～64	65～74	75～	Total
0	39 *100%*	57 *100%*	95 *100%*	150 *100%*	102 *95.3%*	97 *97.0%*	57 *85.1%*	17 *70.8%*	7 *58.3%*	621 *95.4%*
1	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	4 *3.7%*	3 *3.0%*	8 *11.9%*	4 *16.7%*	3 *25.0%*	22 *3.4%*
2	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	1 *0.9%*	0 *0.0%*	2 *3.0%*	2 *8.3%*	2 *16.7%*	7 *1.1%*
3	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	1 *4.2%*	0 *0.0%*	1 *0.2%*
4										
Total	39 *100%*	57 *100%*	95 *100%*	150 *100%*	107 *100%*	100 *100%*	67 *100%*	24 *100%*	12 *100%*	651 *100%*

表2-3. a4602 moving around outside the home and other buildings
(males with disabilities)

	3～15	16～18	19～24	25～34	35～44	45～54	55～64	65～74	75～	Total
0	1 *16.7%*	3 *75.0%*	3 *33.3%*	5 *41.7%*	4 *30.8%*	4 *33.3%*	10 *50.0%*	6 *40.0%*	3 *50.0%*	39 *40.2%*
1	0 *0.0%*	0 *0.0%*	3 *33.3%*	1 *8.3%*	1 *7.7%*	3 *25.0%*	3 *15.0%*	2 *13.3%*	2 *33.3%*	15 *15.5%*
2	2 *33.3%*	1 *25.0%*	2 *22.2%*	4 *33.3%*	5 *38.5%*	4 *33.3%*	2 *10.0%*	3 *20.0%*	0 *0.0%*	23 *23.7%*
3	2 *33.3%*	0 *0.0%*	1 *11.1%*	0 *0.0%*	3 *23.1%*	0 *0.0%*	2 *10.0%*	3 *20.0%*	1 *16.7%*	12 *12.4%*
4	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	2 *16.7%*	0 *0.0%*	1 *8.3%*	3 *15.0%*	1 *6.7%*	0 *0.0%*	7 *7.2%*
99	1 *16.7%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	1 *1.0%*
Total	6 *100%*	4 *100%*	9 *100%*	12 *100%*	13 *100%*	12 *100%*	20 *100%*	15 *100%*	6 *100%*	97 *100%*

＊　９９は欠測値

表2-4. a4602 moving around outside the home and other buildings
(females with disabilities)

	3～15	16～18	19～24	25～34	35～44	45～54	55～64	65～74	75～	Total
0	0 *0.0%*	1 *33.3%*	7 *70.0%*	3 *37.5%*	5 *29.4%*	8 *44.4%*	3 *16.7%*	4 *25.0%*	2 *28.6%*	33 *33.0%*
1	0 *0.0%*	1 *33.3%*	0 *0.0%*	1 *12.5%*	3 *17.6%*	2 *11.1%*	5 *27.8%*	4 *25.0%*	1 *14.3%*	17 *17.0%*
2	0 *0.0%*	1 *33.3%*	2 *20.0%*	3 *37.5%*	4 *23.5%*	6 *33.3%*	7 *38.9%*	6 *37.5%*	2 *28.6%*	31 *31.0%*
3	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	2 *11.8%*	2 *11.1%*	1 *5.6%*	2 *12.5%*	1 *14.3%*	8 *8.0%*
4	3 *100%*	0 *0.0%*	1 *10.0%*	1 *12.5%*	3 *17.6%*	0 *0.0%*	2 *11.1%*	0 *0.0%*	1 *14.3%*	11 *11.0%*
Total	3 *100%*	3 *100%*	10 *100%*	8 *100%*	17 *100%*	18 *100%*	18 *100%*	16 *100%*	7 *100%*	100 *100%*

（2）「参加」について

第8章の「仕事と雇用」のブロック（p840－855）と第9章「コミュニティライフ・社会生活・市民生活」のp910 e コミュニティライフという代表的な参加項目において、上記の「活動」の場合と全く同様な「相補的」「代償的」な関係が評価点0（活発な参加）と同1（部分的な参加）についてみられる。表3に男性非障害者の場合のみを示すが、45歳以上になると「0」（活発な参加）は急激に低下するが、「1」（部分的な参加）が増加し、不十分ながらそれを補うような「相補的」な傾向がみられる。

表3．p840-p859 work and employment　(males with no disabilities)

	3～15	16～18	19～24	25～34	35～44	45～54	55～64	65～74	75～	Total
0	17 *12.6%*	31 *40.3%*	59 *72.8%*	56 *86.2%*	78 *84.8%*	60 *75.9%*	29 *61.7%*	19 *45.2%*	5 *14.3%*	354 *54.2%*
1	18 *13.3%*	13 *16.9%*	3 *3.7%*	6 *9.2%*	3 *3.3%*	6 *7.6%*	5 *10.6%*	4 *9.5%*	4 *11.4%*	62 *9.5%*
2	0 *0.0%*	1 *1.3%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	1 *1.1%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	2 *0.3%*
3	1 *0.7%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	1 *0.2%*
4	95 *70.4%*	31 *40.3%*	19 *23.5%*	3 *4.6%*	10 *10.9%*	13 *16.5%*	8 *17.0%*	14 *33.3%*	20 *57.1%*	213 *32.6%*
6	1 *0.7%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	1 *0.2%*
9	3 *2.2%*	1 *1.3%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	0 *0.0%*	5 *10.6%*	5 *11.9%*	6 *17.1%*	20 *3.1%*
Total	135 *100%*	77 *100%*	81 *100%*	65 *100%*	92 *100%*	79 *100%*	47 *100%*	42 *100%*	35 *100%*	653 *100%*

これら以外の「参加」においても、程度の差はあるが、このような評価点0と同1との間の「相補的」ともいえる関係がみられる。上田博士によれば、これもまた日本のこれまでの研究で広くみられたことであり、日本国ICF専門委員会の「活動」の評価点基準確立の根拠となったものである。昨年も同様の結果を得たが、この事実が日本と同様にコスタリカにおいても確認されたことは非常に重要と思われる。

（3）「心身機能・身体構造」について

「心身機能」および「身体構造」はともに全大項目について各8問であるが、「問題あり」（評価点1～4）と答えたものは、非障害者では0.6%～19.2%の範囲にあり、比較的多いのはb5(消化器・代謝・内分泌の機能)、b4(心血管・血液・免疫・呼吸機能)、b2(感覚機能・痛み)、b7(運動機能)などであり、男女差は著明でなかった。

障害者では当然のことながらかなりに多く、11.3%～58.0%の範囲にあり、特に多いのはb7(運動機能)、b2(感覚・痛み)、b4(心血管、等)、b5(消化器等)であった。男女差が目立つのはb1(精神機能)で、女性が男性の役3倍、次がb6(泌尿器等)で男性が女性の約3倍であった。

身体構造については心身機能とほぼ同じ傾向であった。

（4）生活機能に対する疾患の影響

生活機能、特に「活動」と「参加」に対する疾患の有無の影響をみた。障害有・無・男女・全年齢の合計において評価点0(普遍的自立、活発な参加)に疾患の有無によって10%以上の差のある者は、次の通りであった。

i）a4602活動：屋外歩行(23%の差)

疾患	あり	なし
0(普遍)	72.0%	95.0%
1(限定)	11.2	2.1

ii) a4600 活動：自宅内歩行（15.6%の差）

	あり	なし
0(普遍)	80.1%	95.7%
1(限定)	9.3	1.7

iii) p840 参加：仕事（15.7%の差）

	あり	なし
0(普遍)	28.4%	44.1%
1(限定)	9.7	12.7

iv) p920 参加：レクリエーション・レジャー （13.1%の差）

	あり	なし
0(普遍)	71.4%	84.5%
1(限定)	13.8	12.3

以上をまとめると、疾患を有するものは有しないものに比べて普遍的自立が低い。この他にもほとんど全ての活動・参加に同様の傾向がみうけられる。なお、活動においては先に述べた「相補的」な関係があることが多い。例えば上記の 1) 屋外歩行では普遍的自立に 23%の差があるが、限定的自立が逆方向に 9.1%の差を示しており、2 者を合計した場合の差は 13.9%に縮まる。また 2) 自宅内歩行では普遍的自立の 15.6%の差が限定的自立の 7.6%の逆方向の差によって 8.0%に縮まる。この他にも活動においては同様の傾向が認められる。

（5）環境因子の状況

環境因子についての結果の概略は以下の通りであった。

1）非障害者においては、e1(生産品と用具)、e3(支援と関係)、e4(態度)の 3 項目についての評価点の分布は、各項目間で多少のばらつきはあるもののほぼ同様であり、プラス(促進因子)とする傾向が強い。

たとえば e1 についてみると、男性においては、+4：54.2%、+3：11.0%、+2：19.4%、+1：11.2%、0：1.2%、−1：0.5%、−2：0.8%、−3：0.3%、−4：0.2%とプラスの評価が高く、評価が低くなるほど比率が少なくなるという傾向が明らかである。女性の場合も同様であった。

2）非障害者の e2(自然環境と人間がもたらした環境変化)は多少違っていて、プラスとする傾向は同じであるが、+4 に半分前後が集中するのとは異なり、+4〜+2 の範囲が多く、この 3 者の合計で半数以上となった。

たとえば、男性においては、+4：25.1%、+3：16.5%、+2：16.5%、+1：10.1%、0：1.7%、−1：1.5%、−2：0.9%、−3：0.0%、−4：0.2%であり、女性でもほぼ同様であった。

3）それにくらべ e5(サービス・制度・政策)については大きく傾向が異なり、非障害者の男女とも+4 と+2 との 2 つのピークがあり、2 つを合計して全体の過半数を占めている。

例えば男性においては、+4：29.6%、+3：5.8%、+2：27.3%、+1：13.2%、0：6.6%、−1：6.1%、−2：6.6%、−3：13.5%、−4：1.1%である。女性においてもほぼ同様であったが、男性では−3 に第 3 の小さなピークがみられたのに対し、女性では−1 に類似の第 3 のピーク（11.8%）があるという多少の違いがあった。

4）障害者においては非障害者とは多少異なる傾向がみられた。すなわちe1(生産品と用具)は男女とも非障害者のe1、e3、e4と同様に＋4に約半数が集中していた。しかし障害者のe2、e3、e4はむしろ非障害者のe2のように＋4～＋2の範囲が多く、この3者の合計で半数以上となった。

5）障害者のe5では非障害者のe5同様に＋4と＋2に2つのピークがあり、また第3のピークが男性で－2(10.3%)、女性で0(10.0%)にみられた。

以上から今回の調査対象においては、e2については中等度に促進的と考える傾向であり、e1～e4については環境因子が高度に促進的に働いているとみる者が多いが、e5(サービス・制度・政策)に関してのみは、中等度に促進的に働いているとみる者の他に軽度（女性）又は中等度（男性）に阻害的に働いているとみる者の2群にわかれるという興味ある結果となった。障害者についてもほぼ同様であった。このことはサービス・制度・政策については阻害的に働いているとみる者が非障害者にも障害者にもみられることを示している。

おわりに

昨年度に引き続き今年度も、住民特性の異なる調査地を設定し、日本で開発された、ICFにもとづく生活機能調査票を用いてコスタリカ住民の生活機能調査をおこない、コスタリカと日本との間の基本的な共通性と一部の差異を確認することができた。これは特に「活動」と「参加」の評価点･日本案の普遍妥当性を確証したものとしての意義が大きい。またこれは我々にとって貴重な経験であり、今後のコスタリカにおける障害者保健･福祉･リハビリテーションの発展に寄与するところが大きいと考えられる。

このような機会が与えられたことに対し、日本政府、日本障害者リハビリテーション協会、主任研究者仲村英一氏、上田 敏博士に感謝する。

若手研究者育成活用事業

ユーザ中心とした福祉機器開発の動向と方向性に関する調査研究

塚田　敦史
国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所

I　はじめに

厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「障害保健福祉施策の企画・立案に資する技術情報に関する調査研究」に、平成19年度に参加し研究を実施した。その結果を報告する。この課題は，障害者施策に関わる情報を文献ならびに有識者からのヒアリングによって収集、整理し、厚生労働省における障害者施策の企画・立案が円滑かつ効率よく行われることに資することを目的としている。この目的を踏まえ、本研究では福祉機器開発関連分野を中心に、諸外国の福祉機器研究開発戦略の動向と新たな研究開発のシナリオ策定のための国内外の動向、特にユーザを中心とした福祉機器開発の動向に着目した調査を目的とした。

II　方法

福祉機器の研究開発は、近年の動向として当事者に特化した機器開発であるとの概念化が強くなされ、障害当事者(ユーザ)をどのように把握して、あるいはユーザが開発に参加して機器を考えていくべきかといった方法論的なアプローチが多くみられるようになった。他方，一般機器では、よく言われるユニバーサルデザインのように障害当事者までを配慮した方法論的なアプローチも多く提唱されてきた。ここでは次の観点から調査し、動向の把握を行った。

- ヨーロッパにおけるユーザを中心とした福祉機器開発の動向を、2007年10月3日から5日の日程で開催されたヨーロッパリハビリテーション工学カンファレンス(AAATE2007)の発表講演から調査
- アメリカの動向として、NIDDR(障害リハビリテーション国立研究所)によって2007年より開始された研究プロジェクトを抽出して調査
- 国内の動向として、近年急速に広まってきたユーザセンタードデザインについての動向と方向性の調査
- 重度の障害のあるユーザが参画して実施された貴重な事例である科学振興調整費プロジェクトを取り上げ、ユーザ参画の観点から開発技術者がプロジェクトを遂行する上で得られたメリットや問題点を明らかにすることで、将来より効果的な福祉機器開発研究とするための方策の検討

III　ヨーロッパにおける福祉機器開発の動向—ヨーロッパリハビリテーション工学カンファレンス（AAATE2007）から

2007年10月3日から5日の日程で、スペイン、サンセバスチャン市において、ヨーロッパのリハビリテーション工学カンファレンス(AAATE2007: 9th European Conference for the Advancement of Assistive Technology in Europe)が行われた。この会議は、ヨーロッパにおけるリハビリテーション工学協会が中心となって行っている国際会議であり、障害児･者や高齢者も含めて利益となるようなあらゆる福祉機器や支援技術を先進していく

ための発表が行われる。会議は、ヨーロッパ諸国において隔年で開催されており、前回(2005年、第8回)はフランスのリールで行われている。

会議は、10月3日のオープニングセッションに始まり、指定発言者によるプレナリーセッション、一般研究発表としてパラレルセッション、ビジネスレクチャーが行われた[1)]。会議への参加国は、EU諸国を中心に、イギリス、アメリカ、日本におよび、参加者は500人程度が参加した。プレナリーセッションのテーマをみると、福祉機器のためのチャレンジ、ユニバーサルデザインと福祉機器、最新技術などであった。パラレルセッションのテーマでは、移動機器、福祉ロボット、代替拡大コミュニケーション(AAC)といった技術的なテーマから、モビリティを解決する評価とトレーニング、福祉機器における教育、デザインフォアオールとユーザインボルブメント、コンピュータアクセス、認知症、サービスデリバリなど、技術中心ではなく障害のある人々に結びつくあらゆる支援の向上を据えたテーマがみられていた点は大変興味深いものであった。

・プレナリーセッション

プレナリーセッションの“ユニバーサルデザインと福祉機器”では、「デザインフォアオール」と「福祉機器」が合わさって、「ユニバーサルなアクセス」が実現するとの講演がなされていた。欧州では「ユニバーサルデザイン」と同義なものとして「デザインフォアオール」がよく使われる。セッションでは、我々にはユーザに対して「デザインフォアオール」実現のための責務があると述べられていた。それにはユーザを統合していくシステマティックなプロセスの構築が必要で課題であるとしていた。

“福祉機器のためのチャレンジ”のセッションでは、「メインストリームとなる一般製品」が数としても多いのに対して、障害のあるユーザへは「個々に合わせてつくられる製品」とならざるを得ないが、その対応をできることの大変少ない現状は、なぜなのか？なぜそのような対応が実現できないのか？を問題に挙げていた。このような問題は、日本においてもよく聞かれるが、ヨーロッパにおいても同様の問題を抱えていることを象徴している。そして具体的にどのような要因が問題となっているかを分析して抽出していた。例として、社会的な問題、技術的な問題、環境的な問題、経済的な問題、政策的な問題、法律的な問題、倫理的な問題、早いスピードで開発を行うこと、インクルーシブデザイン、ビジネスにならないケース、多様性の変化、などがキーワードとして挙がっていた。これらの問題を解決するためのチャレンジを続けていく必要性を提言したものであった。

・一般セッション

一般セッションで発表のあったもののうちから特にヨーロッパにおいてユーザを包括した福祉機器開発・評価に関連した動向のいくつかを提示する。

○ヨーロッパのプロジェクトで実証した、高齢者介護における新しい技術解決策の開発のために、必須となるユーザの要求(MPOWERプロジェクト)[2)]

MPOWERプロジェクトは、認知障害をもつ人や高齢者のための製品及び(技術)解決策を開発して展開していく作業を単純化し、そしてスピードアップしていくために、プラットフォームを開発することを目的として行われたものである[3)]。

MPOWERプロジェクトは、INFSO DG ヨーロッパ委員会の資金援助を受けて、オーストリ

ア、ノルウェー、オランダ、ポーランドで組織されている。目的であるプラットフォームの実現可能性は、ユーザへ適用し展開していくことで証明していくものである。このユーザへの適用は、個々の人々へのマネジメント及びスマートホームに焦点を置いていた。このプロジェクトの重要な領域は、ユーザのニーズと要求を調査していくことにあるとしていた。ここで、ユーザニーズは、ユーザ自身が必要と感じることであり、要求は、ユーザニーズと異なり製品や問題解決策そのものから出てくる必要事項であると、このプロジェクトでは定義され進められている。調査は、高齢者、認知症をもつ家族介護者、認知症とホーム介護サービスの専門家の、3 つのグループがターゲットである。調査手法は、ブレーンストーミングと KJ 法、質問紙法、面接調査法で行っていた。なお認知症のある人には直接調査は行っていない。

MPOWER プロジェクトは、モデル駆動型開発(Model-Driven Development)とよばれるアプローチを使用している。これは、ユーザニーズとシナリオを定義するプロセスで、ユーザニーズ調査からわかったことを、ユーザの問題と活動シナリオ(Scenarios)、UML(Unified Modeling Language)を用いた使用ケース(Use Cases)、特徴(Features)、の 3 つの観点を総体的な開発プロセスの中で文書化していくものである。ユーザのシナリオ(Scenarios)から、使用ケース(Use Cases)や特徴(Features)への関係性は、そのモデル内で保存できるものとした。

このようなプロセスを経た調査の結果、最も重量なキーとなるユーザニーズは“安全と安心”であることがわかったとしている。どのように“安全と安心”を実現する解決策を得るか識別し、いくつかのシナリオを作成した。次のステップは、そのシナリオの結果を基に、技術者が一緒になって使用ケース(Use Cases)や特徴(Features)を作っていくことにある。これらのステップは、ユーザのニーズと要求から技術的な仕様へ変換するプロセスである。現在は、プラットフォームを開発するためのユーザの要求に基づく枠組み作りを行っている段階である。このプロジェクトの成功には、技術者が、ユーザのニーズと要求により接近することが必要不可欠であったと報告していた。またこのプロジェクトで用いているモデル駆動型開発(Model-Driven Development)プロセスは、開発者が、ユーザのニーズの原点に戻ってシステムの仕様を作ることを可能にするものであった。これは、システム全体での目的を開発者が理解しやすくなるものであると報告された。そして結果を詳細に分析し、ユーザ自身の家において認知的に減退している人々や高齢者を支援する目的をもって、将来的な技術製品と解決策のためにどのような基盤を作るかを提示したものであった。

○公共の交通機関におけるユーザの情報ニーズ(BAIM プロジェクト)[4)]

ドイツで行われている BAIM プロジェクトが報告された。この BAIM プロジェクトは、公共の交通機関に対してモビリティが低下した人々の、活動と自立した参加をサポートすることを目的としている。これは、旅行する前の計画時や旅行している間に、適した旅行のしやすさや、潜在化しているバリアについての情報に根ざしたアクセシブルで適合性のある情報サービスの提供を実現していくためのプロジェクトである。

キーとなる問題は、アクセシブルかどうかであり、適した旅行の選択肢があり、状況に合わせた情報の提供方法や情報サービスについての明白な情報の提示を対象としている。このプロジェクトは、ドイツ連邦経済技術省からの支援を受けて進められているものであ

る。

ここで、情報は、インターネットを経由して、そしてインタラクティブな電話サービスを経由して提供される。このプロジェクトは、2 つの公共交通機関から構成されている。すなわち、ライン―マイン―フェルケルスフェアバンドとフェルケルスフェアバンド―ベルリン―ブランデンブルグにおいて実施され、テストされた。この研究は、以下の 3 つの開発の観点から成る。

1. 自宅で旅行を計画するのに使われる静的な情報の提供
2. 移動全体における動的な情報の提供
3. 地方や国を越えた旅行をするときのバリアフリーを拡張

注目すべきは、すべてのプロジェクトのフェーズにおいてユーザに参加してもらったという大きな重要さをもつことである。各フェーズにおいて、初めにユーザ要求分析を行い、終わりにユーザ評価を実施した。障害技術研究所(Research Institute Technology and Disability (FTB))が、ユーザ参加のとりまとめを行っていた。参加したユーザは、様々な身体障害者や感覚障害(視覚、聴覚)のある人、高齢者、障害はないが移動に制約のある人(たとえば、ベビーカーを持つ人や自転車で移動している人)である。

・プロトタイプテスト(フェーズⅠ)

試用調査から、ユーザの 2/3 以上が、開発された情報システムが役に立ったことがわかった。そしてサービスがユーザニーズに合っていたこともわかった。またユーザは、これまでのヒューリスティックな問題解決法ではわからなかったある基準、例えば情報システムによった旅程や、システムで使われるアイコンの理解のし易さについてのコメントが得られた。

・ユーザの要求定義(フェーズⅡ)

要求は、個々人の障害に大きく左右される。視覚に障害のある人たちは、音声言語を基にした情報システムやオーディオフォーマットにおける、駅についての情報が最もメリットがあった。歩行の困難な人々は、旅程のプロファイルが出るシステムに利点があった。聴覚障害のある人々は、他のユーザグループよりも特別なサービスの要求は少なかった。

BAIM プロジェクトの異なるフェーズⅠ、Ⅱへのユーザの参加は、システムの設計にとって重要な価値ある情報源であった。予備的な仮定とユーザサイドからの要求が確認できた。プロジェクトに参加した主要なユーザから得られた情報は、間違いなくメリットのあるものであった。異なったユーザグループにおける要求は、かなり違っていた。それゆえ、各自の移動性の制限を考慮しながら、情報修正に基づく基準を確認できた。今後は、次のプロジェクトフェーズで進めていきさらなる評価を行っていくと報告されていた。

Ⅳ　アメリカの動向

アメリカの動向をみるため、NIDRR(The National Institute on Disability and Rehabilitation Research(障害リハビリテーション国立研究所))で、2007 年から開始された研究プロジェクトを抽出し調査した。毎年、NIDRR は 300 以上の障害とリハビリテーションの研究および計画に資金を供給している。それらのミッションは、ある革新的な製品を開発し、長期の臨床的な研究を行っていき、またはリハビリテーションのアウトカムを改善する新しいサービスを開発していくのを含むものである。

http://www.naric.com/research/からRehabilitation engineeringでキーワード検索

して得られた研究プロジェクトのうち、2007年より開始されたものを最新の動向として抽出した。そのいくつかのプロジェクトを提示する。

○脳卒中からの回復を支援するリハビリテーションロボットと遠隔操作機器
(Rehabilitation Institute of Chicago, Project Number: H133E070013)[5)]

このプロジェクトは、脳卒中の生存者の機能回復のために、ロボットの使用を中心に研究開発に関するプログラムを設計して実施する。上肢による取って掴む動作と全身の運動動作に対して、全身の機能的な結果を改善する新しいアプローチを応用することを焦点としている。脳卒中は、集中的に長期にわたるリハビリテーションが必要である最も一般的な神経学的な疾患である。そして脳卒中の回復リハビリテーションの問題は、脊髄損傷や外傷性の脳傷害のような他の主な神経学的疾患で直面する問題とは大きく異なる。目的は、合理的で徹底的な、長く持続した脳卒中の治療を提供するうえで、セラピストを支援する機器を開発することにある。そのような機器(装置)は、(回復の)進捗を監視することができ、彼らがコミュニティや仕事に復帰するより大きな可能性があるという意図を持っており、脳卒中の生存者の機能的なパフォーマンスを改良する助けになるものである。５年の予定で実施される。

○脳卒中後に機能的なリーチング(手を伸ばす動き)を回復させるための、腕と手の機能不全に誘発される重力の克服(Northwestern University, Project Number: H133G070089)[6)]

この研究は、重力による荷重が作用する下で手を伸ばす間の肘、手首、指に関連する異常な屈曲動作に、伸筋の電気的な刺激によって克服できるかどうかをテストする。このテストにおいて3Dの力を制御するロボットを使って行う。さらに、もし実際に手首と指の屈曲に過度の力がかけられるのであれば、この研究は、同じようなリーチングの条件の間、多電極アレイが指の伸筋と独立して手首の伸筋に選択的に刺激することができるかどうかを決定する。もしうまくいった場合、選択した刺激は、手の機能的な能力の範囲を増やすだろうし、脳卒中者の生活の質を、さらに一層良くするだろう。以下はこのプロジェクトの具体的な目的である。

目的１：異常な屈曲動作が脳卒中者個々人で存在しているという基本的な前提を得るために、上肢の重量増加によって異常な手首と指の屈曲が進行する増加の程度を測る。これは、45人の脳卒中者で、手を伸ばす動きの間に経験する重力の量を実際に操るのに、3Dの力で制御されるロボットを使用することによって達成される。

目的２：次に、リーチング中にロボットと一体となって不全麻痺者の上肢の重量を徐々に増やしていくとき、肘、手首、指の伸展可動域での、肘、手首、指の伸筋の電気刺激を定量化する。

目的３：最終的に、手首や指の伸筋が選択的に刺激されるかどうかを判断するために、存在する多電極刺激アレイの活用を調査する。

３年の予定で実施される。

○脊髄損傷におけるリハビリテーション工学研究(University of Pittsburgh, Project Number: H133E070024)

このプロジェクトは、脊髄損傷(SCI)の人々において、治療、リハビリテーション、雇

用を改善する革新的な技術とアプローチの研究、開発、および評価を行う。研究開発の活動は、(軟部)組織保全管理、上肢筋骨格の外傷予防、および膀胱機能の問題を解決するために努力していく。具体的なプロジェクトを述べる。

（１）褥瘡予防と検出の一般的な技術／診療評価のため、そして特定の診療アセスメントのための治療と炎症のコンピュータモデルの開発
（２）アクティブに冷やす表面素材とせん断力を低く保持する効果の評価と開発、そしてこれらの特徴を取り入れた新しいシートクッションの評価
（３）手動車いすの推進トレーニングのためのツールの開発と評価
（４）肩の損傷を防ぐため、新しい手動車いすの推進動作の装置の評価
（５）褥瘡を予防するための重量を移動(シフト)するアプローチの評価
（６）膀胱機能や筋骨格系の損傷状態を評価するための治療と炎症の予備的なコンピュータモデルの開発

研究チームと協力者は、ピッツバーク大学を中心に、ケースウエスタンリザーブ大学、ノースウエスタン大学、ベイラー医療大学、IBM が加わり、リハビリテーション科学技術部、理学療法部、McGowan 再生医療研究所、作業療法部を含むものである。技術移転するプログラムは、個人と公的領域をターゲットとしている。このプランの訓練と知識の適用は、大学生や大学院生、開業している臨床医、研究者、脊髄損傷者個人とその介助者と、広い範囲に基づいている。5 年の予定で実施される。

○就労の場の適応に関するリハビリテーション工学研究(Georgia Institute of Technology, Project Number: H133E070026)[7)]

障害のある人々が就労の場において最大限に自立して参加できるよう、新しく支援するためにユニバーサルにデザインされた技術を、確認し、開発し、促進していく。それは、研究、開発、訓練、普及を通してすべての働く者のためのツールや装置を、就労の場での利用をより良くしていくために、ユニバーサルデザイン(UD)のコンセプトを適用することに焦点を置く。研究活動は、これまでの研究によって確認された下記の５つのトピックスについて調べる。

・ユーザのニーズ
・設備の長期にわたるコスト／利益
・高齢就労者を用いた場合の戦略
・設備にアクセスし、利用する際のポリシーのインパクト
・就労の場に従業員が参加する上での設備の効果

開発活動のいくつかは、訓練生(practitioners)や従業員が使用するための新しい就労の場におけるアセスメントツールを作り、その正当性を確認する。他に、新しい就労の場の設備(アコモデーション)を設計し、試作し、そして評価する。

ユニバーサルにデザインされたワークステーションや、人間―コンピュータのインタフェースは、これまで開発されてきている。加えて、障害のある従業員のために進歩した支援とコミュニケーション障害をもつ従業員のための設備を含めながら、要求に合っていないといった設備のニーズをもった就労者のための、技術を開発する。最終的に、就労の場における訓練活動は、訓練のアウトカムにおける教育と評価の両方を含む。そしてこれは、ＶＲ専門家、障害のある就労者、デザインや工学に興味のある学生をターゲットにしてい

くものになる。5年の予定で実施される。

○障害者の利益になるレクリエーション技術と運動生理学に関するリハビリテーション工学研究(University of Illinois at Chicago, Project Number: H133E070029)[8)]

このプロジェクトは、障害者がより健康で、より活動的に生活を送れるように支援して促進することに焦点をあてている。それらは研究、開発、能力の向上、普及といった一連の連携を含む。研究開発プロジェクトの主な目標は、レクリエーションと運動の現状を改善していき、有益な運動ができるよう障害のある人々が参加していく機会を増やしていくこと、規則的な運動をサポートするための技術を使いながら、活動的なライフスタイルを通して障害のある人々がより良く健康を促進することにある。研究開発の議論は、工学、研究、医療従事者における次世代のリーダーをターゲットとするだけでなく、関連する学際領域のカリキュラムの中にリハビリテーション工学のコンセプトや法則を注ぎこむ努力を作り上げて、能力を育てていくための内容を提供する。この広範囲で活動的な普及プログラムは、障害のある人々のレクリエーションや運動の機会を包括するために、民間の非営利団体を効果的に使用する。現在、Inclusive Fitness Coalition (IFC--www.incfit.org)には、障害をもっている人々が、彼ら自身の共同体でレクリエーションと運動に参加する包括的な機会を促進するという一般的な目標をもって結びついたレクリエーション、フィットネス産業、フィットネス、および運動科学の専門家を代表する53の会員組織、研究者、障害者組織、専門家団体、リハビリテーションセンターその他で成り立っている。5年の予定で実施される。

V　ユーザ中心設計からみた国内の動向－ 福祉機器開発と人間中心設計

福祉用具の研究開発及び普及に関する法律(福祉用具法)が施行されて以降、使用者(ユーザ側)、開発者側で福祉機器に対する関心は非常に大きくなった。これに伴い、多くの研究機関や企業等によって福祉機器の研究・開発が活発に行われている。しかし、開発された福祉機器がユーザになかなか受け入れられていないとの指摘がある[9)]。また以前から福祉機器を手がけている企業を除き、新規参入企業は撤退も多くみられている[10)]。これにはユーザ側が考えるニーズと実際に開発された機器との間にギャップがあることが指摘されており[11)]、これはすなわちユーザのニーズと開発者が考える開発・設計の着想との間に差異があることを示すものであろう。福祉機器は、一般機器と異なり、使用者層の母集団はとても小さく、障害を含めた様々な多様性は大きい。そのため、開発者にとって、福祉機器開発はとても難しいものとなる。しかしながらこの開発の難しさは、福祉機器に特化したものではなく、ユニバーサルデザインの考えもあって一般機器製品にも共通する問題として当てはまり、近年においてユーザセンタードデザイン(またはヒューマンセンタードデザイン;人間中心設計)の必要性が国内に急激に浸透してきた。これは福祉機器に限らず一般機器においても、ユーザに受け入れられる機器となるためには、ユーザビリティが高くなければならないとされ、設計プロセスとして人間中心設計が提唱されてきたことによる。1999年には、人間中心設計の規格としてISO 13407が制定され、この規格に対応して日本でもJIS Z 8530が制定された。

人間中心(human-centered)は、欧州において生活の質を重視する基盤として成り立ってきた。この欧州における人間中心設計に対するアプローチは、「情報技術に対する人間工

学(ITE: Information technology ergonomics)と称される研究領域が元となり、積極的にユーザビリティを考えた製品づくりがなされていた。

国内においても人間中心設計の考えが急速に広がってきたが、その取り組みは、各企業によって程度に差があり、開発ライフサイクルにおいて設計・開発・評価・設置と分けた場合、評価段階で人間中心設計が利用される場合が多い[12)]。設計前の企画段階では、ユーザニーズの把握や他製品との競合分析は行われるが、この結果がユーザに関連した問題として、その後の開発ライフサイクルに一貫して生かされることは稀であり、さらにそれ以降のサービスに関しては対応されていないことが多い。このため、使いやすさや安全性などのユーザに関連する事項が、実際に要求として明確になっているかどうかということが指摘されている[12)]。冒頭にも述べたように、近年では人間中心設計への関心が急速に高まっている。そのような中で、機器(製品)の複雑化により、ユーザインタフェースの要素である使いやすさ、安全性、快適性の向上が注目されている。そうした中で、ユーザインタフェース設計支援、ユーザビリティに関する調査研究等も増えてきている。

ここで「人間中心設計」の特徴を述べると、まず次の４つの原則がある。

・ユーザの積極的な参加及びユーザならびに仕事の要求の明確な理解
・ユーザと技術に対する適切な機能配分
・設計による解決の繰り返し
・多様な職種に基づいた設計

この原則を開発に取りいれるために、人間中心設計では下記の(a)～(d)の活動プロセスを定義している。

(a)(ユーザの)利用の状況の把握と明示
(b)ユーザと組織の要求事項の明示
(c)設計による解決案の作成
(d)要求事項に対する設計の評価

将来の動向として、人間中心設計における ISO 規格の改訂作業が進められ、ISO9241-210として改訂される予定である。この改訂では、人間中心設計が提唱された当初にはなかったアクセシビリティの概念が、近年急速に広まり、人間中心設計にアクセシビリティを考慮したプロセス規格となる予定である。これまで人間中心設計においては、一般機器分野と障害者や高齢者を対象とした機器分野が実質的に隔たりのある状況であったのが、規格改訂されてその普及がされると障害者、高齢者への配慮も含めた人間中心設計論として今後より一層発展していくものと考えられる。またこれまでの４つの原則から、６つの原則に改められる予定であり、その原則の詳細は明らかになっていないが、よりユーザを取り込んで設計を進めていく考え(User Involvement)を強調したものとなることを、2007 年 11 月に開催されたヒューマンインタフェース学会研究会で報告されている。

福祉機器開発に限定した人間中心設計のアプローチは未知な領域で発展途上段階にあるが、今後、障害者や高齢者を対象とする福祉機器開発が人間中心設計プロセスに包括され、そしてその適応事例が増加していくことが予想される。よりユーザに受け入れられる福祉機器へ発展をみるための設計プロセスとして、人間中心設計プロセスを検証していくことが将来にわたり必要である。そしてそのプロセスを踏まえて開発された機器が、障害者や高齢者が家庭や地域での暮らしを続け、自立と社会参加を行うための支援技術として貢献できることが期待される。

VI　ユーザの参画に基づく福祉機器開発事例における調査

国内において、ユーザが参画した福祉機器開発を結果分析した報告は大変少ない。将来的に福祉機器開発研究がユーザの自立できる生活に真に貢献していくためには、開発研究プロセス上にどのような取り組むべき問題があるのであろうか。科学振興調整費により行われた重度障害者の自立移動支援技術の開発研究プロジェクト(以下、科振費プロジェクト)に関わった開発研究者に、ユーザと連携した観点から実際に研究開発を遂行したその過程と問題意識を調査した。

国内の福祉機器研究開発の動向として、科振費プロジェクトは、臨床機関(国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所)と産業技術総合研究所とのコラボレーションにより行われた[13]。これは、メインストリームの技術開発と、障害の実態をより把握している臨床機関、そしてユーザとのコラボレーションにより進められた研究開発事例である。このような研究の枠組みは決して多くはなく特殊な事例に入るが、今後より効果的な福祉技術開発を進めていくためには理想的な枠組みであると考えられる。そこで科振費プロジェクトの貴重な開発事例を基に、プロジェクトの遂行における利点や問題点を、実際に携わった開発技術者に面接調査を実施して分析した。これまで開発事例をユーザと連携した観点から分析の報告は、そのような開発事例自体が貴重なものであるため大変少ない。得られた結果は、今後同様な福祉機器開発の枠組みが行われた際、将来的に福祉機器の開発研究の向上に役立てるものとなることを目的とした。

6.1 実例分析の方法

科学振興調整費により行われた重度障害者の自立移動支援技術の開発研究プロジェクトに関わった開発研究者に、実際に研究開発を遂行したその過程について、及びユーザと連携した開発におけるメリットや問題意識について面接方式で調査を行った。面接対象者は、メインストリームの技術開発を行い、プロジェクト以前は福祉機器開発経験の無い研究者4名である(以下、開発技術者と称す)。いずれも産業総合技術研究所に所属している者である。

調査項目は、下記である。

①プロジェクトの開発研究はどのような過程であったか(プロセス)。
②研究開発において、当事者(ユーザ)が参加したメリットはどの程度あったか。
③研究開発を通して、開発技術者は当事者(ユーザ)参加の重要性をどの程度感じたか。
④当事者(ユーザ)像のイメージをどの程度把握できたか、当事者ニーズをどの程度考慮できたか 。
⑤福祉機器の研究開発において、当事者一人(すなわちサンプル N＝1)を対象とするのは、メリットが大きかったか。それともデメリットがあったか。
⑥開発研究されている福祉機器が実用化まで到達するには、今後どのような取り組みが必要か(今後の展開や実用化へのブレークスルー)。または問題となることはどのようなことか。

得られた回答データの分析は、面接調査による回答(自由発言)を音声データで記録し、音声データから発言をすべて筆記、文字変換した。そして質問項目ごとに共通要素や特徴的な要素の抽出をした。

以下に、回答項目毎の結果を要約する。

6.2 各調査項目における結果

①プロジェクトの開発研究はどのような過程であったか

図3は、開発技術者4人の開発研究過程をまとめてプロセスを示したものである。まず1年目に入る前からプロジェクトの出発点では、開発研究課題の内容の大枠は障害の実態を十分把握している臨床機関側で整えられて決められた。またその課題を解決するためのメインストリームの要素技術、例えば音声認識による電動車いすの開発であれば、音声認識技術自体は、既に存在しているところから、このプロジェクトは始まっていた。それらの研究課題を進めていくために、ユーザ情報の獲得が行われていた。これは、臨床現場に所属する研究開発者が従来からの臨床研究の経験を基に把握できていたユーザの情報が、主な獲得源であった。

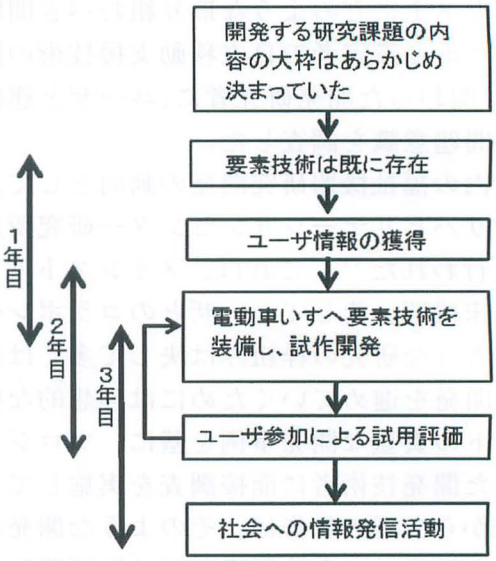


図3　科振費プロジェクトにおける開発過程

具体的に開発技術者とユーザとの関わり(連携)に注目すると、1年目では研究課題の対象となるユーザの情報を、臨床機関側の研究開発者から聞くという過程があった。1年目の後半からは、電動車いすへ要素技術を実装する試作開発を開始していた。開発技術者がユーザに実際に接して連携が始まったのは、主に2年目に入ってからであった。この時期は試作電動車いすがほぼ完成し、その試用評価のためにユーザが関わっていたものであった。この試用評価では、一度ユーザの評価を行うと、その度毎に課題が明確に見出され、その解決に多くの時間を費やしていた。ユーザに直接参画してもらうことで課題がはっきりすることは大きなメリットでもある。3年目にかけては、試作電動車いすの完成度の高まりとともに社会への情報発信活動も行われていた。

②研究開発において、当事者(ユーザ)が参加したメリットはどの程度あったか

ここでは自由回答と一緒に、5段階のスケールで答えていただいた。その結果を図4に示す。

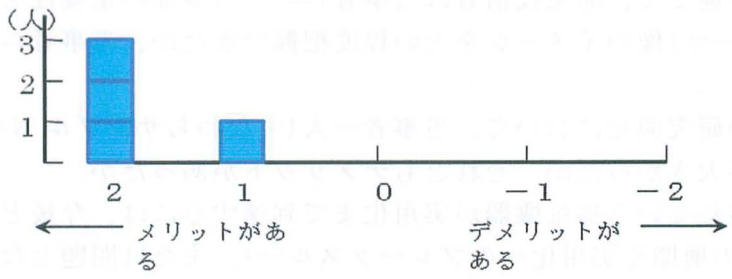


図4　ユーザが研究開発に参加したメリット

メリットがあると+2、デメリットがあると−2、どちらでもない場合は0である。この結果から、総合的には当事者参加による研究開発はメリットがあるといえるものであった。メリット、デメリットについてそれぞれ挙げてもらったところ、メリットは、

・当事者から色々な情報や意見をいただき、メリット以外の何ものでもなかった。すなわ

ち開発に十分活かせた
・ユーザが使えないと意味がない(使える機器でなければならない)という明確な動機付けがあり(気づかされて)、研究開発上モチベーションがあがった
が挙げられ、ユーザが関わることの十分な利点を示す結果であった。一方デメリットは、
・汎用性、一般性をどのくらい対応できるのかというのが詰め切れない面があった
・単純に当事者の意見を鵜呑みにして、なぜそのような意見が出たのかという背景を追及しない場合は、デメリットとなる
が挙げられ、福祉機器特有の問題としてよく言われている個別性と汎用性との間が見えにくい点を憂慮していたことがわかった。

③研究開発を通して、開発技術者は当事者(ユーザ)参加の重要性をどの程度感じたか
上記の質問について、プロジェクト開始前と終了後それぞれについて聞いた。また、質問に対する自由発言のほかに、5段階のスケールで答えていただいた。その結果を図5に示す。

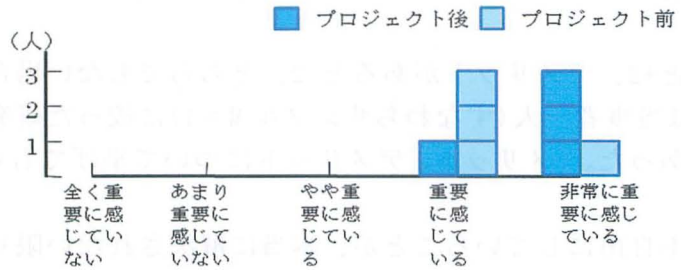


図5　研究開発における当事者参加の重要性

結果から、プロジェクト前から重要には感じていたが、プロジェクトを通してその重要さをさらに感じたものとなった。すなわち、福祉機器開発の取り組みは、開発技術者にとってユーザの参画が非常に重要であった。このことは、同様な福祉機器開発を行う際には、ユーザとの連携を推進していくことが必須であることを示している。他に挙がった意見として、「重要ではあるが、一緒に活動する同情心が入って、短期的な解決方法を選びがちになる」といったユーザと関わっていく上で開発技術者の注意すべき点が出された。

④　当事者像のイメージをどの程度把握できたか、当事者ニーズをどの程度考慮できたか
この質問に対し、
・開発技術者は、当事者像のイメージやニーズについては、臨床機関に所属する工学研究者1名のみの情報しか得られないことに不安感を抱き、その状態を危惧していた。
・これまで福祉分野は全く経験がなく、ニーズはわからない状態からスタートした。
・障害や車いすについて知らないことが多かった
といったことが得られた。これより開発技術者は、開発研究のスタートの時点で、当事者(ユーザ)像の把握の困難さが問題であることがわかった。

⑤福祉機器の研究開発において、当事者一人(すなわちサンプル N=1)を対象とするのは、メリットが大きかったか。それともデメリットがあったか。

福祉機器をテーマにした研究開発は、対象となるユーザが重度となるほど障害が多様となり、個別性が大きくなる。そして取り組む研究も、対象者を絞らざるを得なくなり、関わってもらうユーザを１人(サンプルN＝1)に絞って進めることも多くなる。その時の利点や問題点を明らかにするため本質問を設定した。本質問も自由回答と一緒に、5段階のスケールで答えていただいた。その結果を図6に示す。

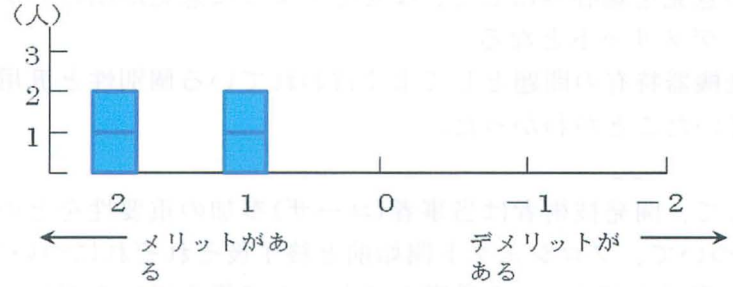


図６　当事者一人（サンプルＮ＝１）を対象としたメリットおよびデメリット

メリットがあると+2、デメリットがあると-2、どちらでもない場合は0である。この結果から、総合的には当事者一人(すなわちサンプルM＝1)に絞った研究開発はメリットがあるといえるものであった。メリット、デメリットについて挙げてもらったところ、メリットは、

・当事者が本当に不自由にしていることが、本当に解決されない限り良いと言ってもらえない。研究が非常に具体的になる。
・予算、期間、研究者の人数を考えると、１人に集中するのは良かった
・一人の人で重点的にやって、似たような人がもう一人、二人いるというのが理想だが、今回は十分メリットがあった。

といった点が出され、当事者一人(サンプルN＝1)に絞った開発研究が特に具体的になるといった高い効果を挙げていた。

デメリットは、

・一人に対して詰めていくことと、多くの人に役に立つ取組を、同時にできない
・似たような方が他にどのくらいいるのかが見えないのがデメリット

が挙げられ、ここでも福祉機器特有の問題としてよく言われている個別性と汎用性との間が見えにくい点を憂慮していたことがわかった。

⑥開発研究されている福祉機器が、実用化まで到達するには今後どのような取り組みが必要か(今後の展開や実用化へのブレークスルー)。または問題となることはどのようなことか。

上記の質問に対して、次の意見があった。

・臨床現場の人が使えるように、しっかりとした使い方をレクチャーする、使えるためのケアをしっかりしないといけない。そのためには使えるためのケアは、ビジネス的な要素だけでなく、研究的な要素が関わるので、その辺何か良い体制を作らないといけない
・当事者へのフォローアップとして、予算的なものがない

これらは当事者や臨床現場で真に使われる機器となるための視点といえる。すなわち開

発研究された機器が、臨床現場で真に使われる機器となって効果を上げるためには、研究側としても臨床現場に対して使い方のアプローチを行うといった何らかの体制作りが必要である。またプロジェクトが例えば３年という期限で終わると、その後予算的な措置がないことから、当事者に継続的に使えるための評価を進めていくフォローアップができず、実用化を考えるとネックとなってしまうことが問題である。

6.3 プロジェクト分析の考察

以上をまとめると、まず②、③、⑤の結果より、当事者(ユーザ)が研究に参画することの貢献度の大きさが明確であり、重要度が高いことがわかった。これは、①の結果で示したプロセスのように、試用評価の段階でユーザが直接参加していた科振費プロジェクトがとても有益であることを裏付けるものである。これは、開発研究へのユーザ参加の重要性を明示している。しかし④の結果からは、開発技術者が、開発研究のスタートの時点ではユーザ像を把握できていない問題が明らかになった。すなわち開発技術者には、臨床機関の研究者から開発コンセプト(開発課題)とその対象となるユーザの情報が伝達されたプロセスとなっており、ユーザと直接的に連携したものではなかった。これを開発技術者側からみると、開発機器の詳細な仕様を決めていく１年目あたりにおいて

・プロジェクトの初期から、ユーザとの関わりがほとんどなかった
・ユーザについての情報源が多くはなかった

ことが、ユーザ情報の不明確さになり、不安を抱く結果であった。このことから、科振費プロジェクトで行われたメインストリーム技術、臨床技術、ユーザとの連携による福祉機器開発研究では、できるだけ早い段階からユーザが開発に参加できるプロセスを構築できること、そしてその連携を推進していく枠組みがより一層必要であった。それが、先端技術を重度障害のあるユーザへ活かせる効果的な福祉機器開発研究を生み出すことになると考えられる。しかしながらこの枠組みだけできれば良いのではなく、開発研究された機器が試作段階で終わらずに実用化されることが、このような研究が社会に大きく貢献することになる。すなわち⑥の結果より真に使われる機器となるためには、

・研究サイドとして開発された機器の使い方を臨床現場や当事者へレクチャーする体制づくり
・ユーザが生活の中で使い続けられるレベルまで評価を行うための予算的措置

も方策として併せて考えていく必要がある。今回のような重度の障害をもつユーザの社会参加を可能とする技術開発プロジェクトを推進して完成度を高めていくためには、将来の方策としてメインストリームの技術開発と臨床技術だけではなく、プロジェクトが終わった後のフォローアップの充実度合を高めることが、開発研究のより完成領域へ到達できる必要な要素であろう。

Ⅶ　まとめ

本稿では、ヨーロッパリハ工学カンファレンス(AAATE2007)の講演発表内容、アメリカのNIDRRの支援によって開始された研究プロジェクトの内容から、欧米における福祉機器開発研究の動向について調査した。また国内において、近年急速に広まってきた人間中心設計の観点から、ユーザを中心とした福祉機器開発への方向性を展望した。さらに国内における重度障害者向け福祉機器の研究開発の動向として、科学振興調整費プロジェクトの

貴重な開発事例を基に、ユーザが参画した観点からプロジェクトの遂行における利点や問題点について調査を実施して明らかにした。そして今後真にユーザに効果的なプロジェクトとなるためにはどのような方策が必要かを提示した。より重度な障害となるほど福祉機器開発と普及が困難になっている状況は、国内のみならず欧州でも依然問題となっている実態であったが、欧州での福祉機器開発はよりユーザを取り込んだアプローチを徹底して展開しており、今後ユーザと福祉機器開発とのコラボレーションのさらなる具体的枠組みが進展していくことを一層期待されるものである。

参考文献

1) http://www.fatronik.com/aaate2007/english/index.php
2) B.Prazak, A. Hochgatterer, T. Holthe, S. Walderhaug, User Requirements as Crucial Determinants for the Development of New Technological Solutions in Elderly Care-Examplified in an European Project, Challenges for Assistive Technology, p.826-830, (2007)
3) http://www.sintef.no/content/page12____13218.aspx
4) C. Buhler, R. Wallbruch, J.Becker, H. Heck, D.Sischka, Users' Information Needs in Accessible Public Transport, Challenges for Assistive Technology, p.831-835, (2007)
5) http://www.ric.org/research/centers/mars2/mars2.aspx
6) http://dewaldlab.com/Research.htm
7) http://www.workrerc.org./
8) http://www.rectech.org./
9) 福田恵美子, 日本機械学会誌付録、Vol.103, No.974, p.10 (2000)
10) 手嶋教之、福祉機器・介護機器の設計は使用者をよく知るところから始めよう、機械設計、Vol.46, No.14, 日刊工業新聞社, p.12-17 (2002)
11) 早野幸雄、人にやさしい福祉用具の開発の推進;ノーマライゼーション障害者の福祉、Vol.15, No.171, p.17-20, (1995)
12) 黒須正明、平沢尚毅、堀部保弘、三樹弘之、ISO13407がわかる本、p.3-45, (2001)
13) T.Inoue, et al, Development of Intelligent Wheelchaires gor Persons with Sever Disability, Challenges for Assistive Technology, p.40-45, (2007)

精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究

長沼　洋一
国立精神・神経センター精神保健研究所

1．はじめに

厚生労働省においては、平成 16 年 9 月に厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を公表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進め、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めることとした。また、平成17年10月には障害者自立支援法が成立、精神保健福祉法、障害者雇用促進法も改正され、障害者が地域で普通に暮らせるための持続可能な制度が整備された。

筆者は厚生労働省科学研究費補助金（障害福祉総合研究事業）「精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究」に参加し研究に従事した。本稿では平成 19 年度研究について報告する。

2．研究目的

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」にあげられた課題について精神障害者の住宅確保は必要不可欠なものである。そのためには、精神障害者の住居確保に関して、住宅の紹介システム、契約関係、損害賠償等の保険活用、生活の支援と住宅の管理、退去時の管理、当事者の財産の保全･活用など、一般住宅を活用するために必要な取り組みの全体像を明らかにすることは重要である。

障害者自立支援法の施行に伴い、精神障害者も障害者居住サポート事業の対象として制度枠組み的には位置づけられた。しかし実際に精神障害者の自立支援に携わる際には，精神科医療の継続支援と危機介入体制の確保といった医療的課題、居住スタイルの選定・必要な社会的交渉から日常生活の家事遂行・その維持に至るまでの生活支援／福祉サービスコーディネートといった福祉的課題，精神障害者の住宅確保を支援する法整備や制度運用体系の整備といった制度論的課題が存在すると考えられる。本研究では、このような課題を整理しつつ、総論的に精神障害者の自立支援のための住宅確保に向けて必要な課題を明らかにすることを目的としている。

本年度の研究では、これに関わる問題として精神保健医療、福祉サービスおよびその政策・制度の情報を収集し、これらをまとめたものを情報発信することを目的とした。

3．研究方法

1）調査対象

都道府県・指定都市の精神保健福祉主管課とした。47 都道府県と 17 都市が対象となった。

2）調査方法

質問紙調査法を用いた。郵送法にて調査票を配布・回収した。

3）調査期間

平成 19 年 9 月

４）調査票の作成

調査票の作成にあたっては、精神障害者の地域居住に関して先行研究を行っている研究者らにヒアリング調査を行い、項目を選定した。居住サポート事業に限らず、広く精神障害者の居住支援の取り組みについて、実情を調査することとした。

５）調査内容

調査内容は以下の三点とした。

（１）都道府県内・政令指定都市内での精神障害者のための居住支援のために行われている取り組み・工夫の実態について：実施主体、取り組み・工夫の内容、取り組み名称、ヒアリング調査の可否

（２）都道府県内・政令指定都市の精神保健福祉センターで行われている精神障害者の居住支援のための取り組み・工夫の内容について：取り組み名及び具体的な内容

（３）ホームページによる調査結果の公表に関する許諾について

この調査への回答により、管轄内での精神障害者の住居確保の実情に関する関心を高めるという介入的調査を意図したものである。また精神保健福祉センターの役割について別途取り上げたのは、近年行政における精神保健福祉の主管課と精神保健福祉センターとの連絡関係が、最近疎遠になってきている箇所があるとの指摘を受けたためであり、この調査が連携のきっかけになることも意図して、精神保健福祉センターでの取り組みについて「主管課」にたずねた。

４．研究結果

回収率は 75.0%（48/64）であった。主な結果を以下に示す。

１）自治体管轄区域内において

住居確保に関する取り組み・工夫について

・情報あり：25 カ所

・「該当するものがない」：19 カ所

・「把握していない」：4 カ所

であった。

実施主体は、市町村のほか、NPO 法人、社会福祉法人、医療法人などが多かった。その多くは、障害者自立支援法における指定相談支援事業所の指定を受けていた。またいくつかの当事者団体によって構成される「連絡協議会」が実施主体となっている箇所もみられた。

具体的な取り組み内容は以下のように分類された。

（１）地域の関係機関のコーディネート／ネットワーク構築

地域の関係機関がそれぞれ個別に日常生活支援、緊急時における医療的ケア、ショートステイ、夜間相談、といった支援を提供している。精神障害者が単身で地域居住を継続するために、これらの関係機関との連絡調整を図ったり、ネットワーク化を進めたりしているという回答が見られた。

（２）相談支援

障害者自立支援法において「相談支援事業」の中に居住サポート事業が位置づけられているためか、相談支援を行っているとの回答は比較的多かった。相談支援の内容は、さらに以下に分類されるような入居時の支援や公営住宅の活用支援など、より具体的な支援に

展開しているものと考えられる。

（3）退院促進事業との関連付け

精神障害者の場合には、退院促進事業と関連づけて実施している、との回答は比較的多く見られた。退院促進事業の担当者が民間アパートの活用を依頼する、グループホームへの体験入居を助成する、といった回答がみられた。またグループホームやケアホームの入居者への家賃助成を行っている自治体もみられた。

（4）地域生活体験支援

1カ月程度の宿泊体験プログラムへの助成や、家具設備があり保証人不要の短期賃貸マンションを活用したアパート生活の体験入所支援、といった方策を実施中、また検討中の箇所がみられた。

（5）物件確保

住宅確保に際しては、本人と一緒に物件探しを支援すること、不動産業者に対し物件斡旋を依頼すること、公営住宅の活用を進めること、などの回答がみられた。

物件確保のために、関連団体から既存の職員寮を借り受けて改修し、実施主体がアパートとして運営し当事者へ借り出すなどの工夫をしているという報告もあった。

（6）民間賃貸住宅の入居関連

民間賃貸住宅への入居を推進している地域では、不動産業者との連携が目立った。主な連携方法としては、不動産業者への訪問や交流会や意見交換会、研修会等を開催し、連携できる体制を構築している箇所が多かった。また、国土交通省によるあんしん賃貸支援事業を活用している（または活用を検討中である）箇所もみられた。

また、特に民間賃貸住宅への入居に際しては保証人問題が大きな課題であり、地域の不動産業者による保証人協会の利用状況について調査により把握している地域、居住支援事業の実施主体が場合によっては保証人を代行している地域、自治体が保証会社と契約を交わし、保証人を得られない精神障害者の場合には指定保証会社を利用できる地域などが見られた。

多くの地域では、貸主との調整を行い、貸主の不安を軽減することや、本人に対し入居契約時の支援も提供していた。

（7）日常生活支援、居住継続支援

機能訓練やパソコン教室、就労支援プログラムといった日中の活動の場の提供と組み合わせて支援を提供しているとの回答もみられた。

また、入居後の緊急時の支援や関連機関との調整、24時間相談体制など、入居後の居住継続支援体制に配慮しているとの回答も15箇所から得られた。

2）精神保健福祉センターにおいて

住居確保に関する取り組み・工夫について

・情報あり：3カ所

・「該当するものがない」：39カ所

・回答無し：6カ所

との回答が得られた。

精神保健福祉センターでは精神障害者の地域居住支援のための取り組みや工夫を行っている場所はあまり多くなかった。

３）今回の情報を HP に紹介すること

・可：31 カ所

・否：11 カ所

・回答なし：6 カ所

という調査結果が得られた。

この結果に基づいて、「精神保健福祉の改革ビジョン研究」ホームページにおいて、「住宅確保の取り組みの情報」を閲覧できるページを作成し、平成 19 年 12 月に公開した。

（掲載 URL　http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/areai.html）図 1 にそのページのスクリーンショットを示す。県名の色が赤くなっている箇所をクリックすると、より詳細な情報が記された別ウィンドウが立ち上がる仕組みになっている。

なお掲載に際しては、具体的な団体名や取り組み名の掲載が難しい場合には伏せた形で掲載したり、公開前に掲載形態と内容の確認を依頼したりするなど、倫理面に配慮し回答者の意思を尊重した。

５．考察

精神障害者の地域における住宅確保においては調査対象となった 64 箇所のうち、48 箇所から回答を得たが、住宅確保に関する何らかの情報があるのは 25 箇所にとどまり、23 箇所では住宅確保に関する取り組みや情報がなかった。

情報が寄せられたうちでは、市町村や社会福祉法人、NPO 法人が中核的な役割を担っていた。支援内容は、地域によってかなりの違いが見られ、ほぼすべてで行われていたのは「相談支援」のみであった。支援の位置づけに精神障害者の退院促進事業と関連づけている箇所は複数みられ、精神障害者の自立生活支援を総合的、包括的に展開していると考えられた。

支援の提供を住宅入居にまつわるいくつかの段階で分類すると、体験入所の段階、入居前の物件確保の段階、民間賃貸住宅への入居に関連した段階、入居後の日常生活や地域居住継続支援の段階に分けられる。

体験入所は、本人の自立生活スキルが獲得されているか確認する場、またその後の生活に向けて必要なサービスのニーズをアセスメントする機会として活用しうるであろう。また、入居前の物件確保に際しては、公営住宅の活用と、地域賃貸物件の開拓、またグループホームの設置、活用といった展開がありうる。とりわけ民間賃貸住宅を活用するためには、不動産業界との連携が必須であり、そのために国土交通省のあんしん賃貸支援事業を活用する自治体もみられる。また不動産業者との交流を推進するためのさまざまな工夫もみられた。貸主の理解を得るためにも、仲介業者である不動産業者との連携は不可欠な課題であろう。また保証人問題に関しては、保証会社を指定する、実施主体が保証人代行を行う、といった工夫がみられた。入居後の日常生活を継続する上での支援としては、就労援助など日中の活動の場を提供し、地域生活を継続する上で問題が生じた時の相談支援体制、緊急時の危機介入といった支援を提供するなどがみられた。

こうした支援を円滑に提供するために、地域の複数の関係機関のコーディネートを行ったり、ネットワーク構築に力を入れたりすることも重要であることが示された。特に市町村の場合、直接サービスを提供していくにはマンパワーの限界があるかもしれないが、関係各機関をコーディネートし、関連法人によるサービスの開拓、展開を支援していくこと

は有用であると考えられる。財源的支援を工夫し、こうした活動を展開している自治体も見られた。

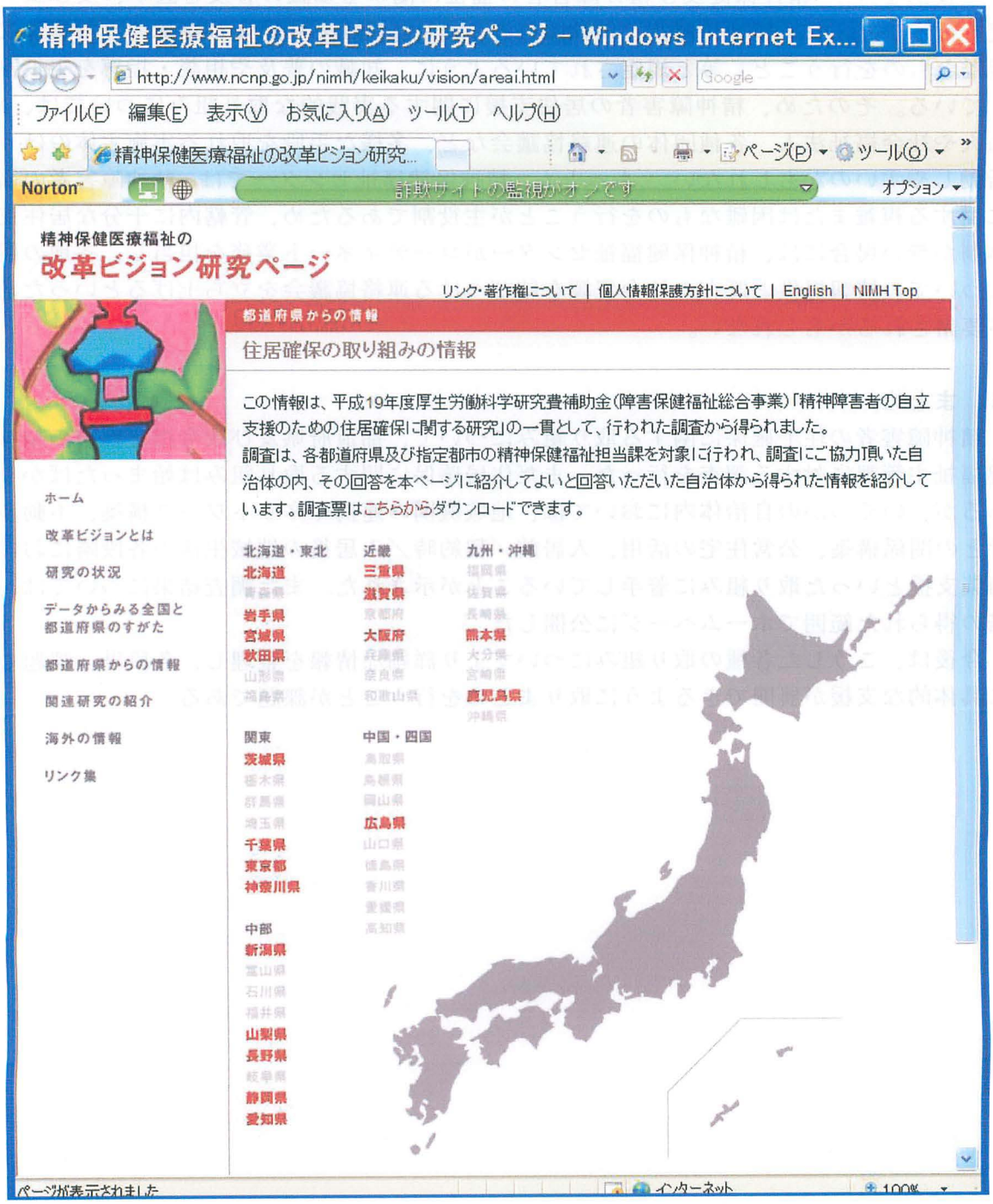
精神保健福祉センターは精神保健および精神障害者の福祉に関する法律第6条においてその役割を「一 精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及を図り、及び調査研究を行うこと。 二 精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談及び指導のうち複雑又は困難なものを行うこと」等と規定されているように、知識の普及や相談・指導を主役割としている。そのため、精神障害者の居住支援に関する実践的な取り組みについては、NPO法人や社会福祉法人、各種団体の連絡協議会など、多様な手段を取れる実施主体のほうが活動しやすいのかもしれない。 もっとも、精神保健福祉センターでは、精神障害者の福祉に関する複雑または困難なものを行うことが主役割であるため、管轄内に十分な居住支援体制が無い場合には、精神保健福祉センターがコーディネート業務を担当し、各地の展開についての情報提供と既存の社会資源を結びつける連絡協議会を立ち上げるといった活動が要請されるかもしれない。

6．まとめ

精神障害者の住宅確保に関する取り組みについて、都道府県及び政令指定都市の精神保健福祉主管課に対する調査を行った。まだ住居確保に関する取り組みは始まったばかりであるが、いくつかの自治体内においては、地域機関の連携やネットワーク構築、不動産業者との関係構築、公営住宅の活用、入居前／契約時／入居後の地域生活の各段階における相談支援といった取り組みに着手していることが示された。また調査結果については、承諾の得られた範囲でホームページに公開した。

今後は、こうした各種の取り組みについてより詳細な情報を整理し、各段階、課題ごとに具体的な支援が展開できるように取りまとめを行うことが課題である。

図１　住宅確保の取り組みの情報　ホームページのスクリーンショット



平成１９年度　障害保健福祉総合研究推進事業報告書

平成２０年３月　発行

発　行　　財団法人　日本障害者リハビリテーション協会
〒162-0052　東京都新宿区戸山１丁目 22 番１号
（戸山サンライズ内）
話　電　　(03)5273-0601
ＦＡＸ　　(03)5273-1523

印　刷　　コロニー印刷