

地域精神保健福祉ネットワークの形成に関する研究

—感応精神病 (フォリ・ア・ドゥ) への支援—

A Study of the Community Mental Health Welfare Network Formation

—social support for a case of folie à deux—

上 平 忠 一* 小 林 充 枝**

Uwadaira Chuichi Kobayashi Mitsue

I. はじめに

ここ10年間の精神障害者のリハビリテーションをめぐる変革は著しいものがある^{13),14),15)}。

1993 (平成5)年12月に「障害者基本法」が成立し、精神障害者が基本法の対象として明確に位置づけられ、これまでの保健医療対策に加え、福祉対策の充実を図ることが求められた。また、その目的および基本的理念の規定において、障害者の自立と社会、経済、文化その他あらゆる分野への参加の促進を進めること、都道府県・市町村は障害者計画を策定するように努めなければならない旨の規定が設けられた。1995 (平成7)年4月に「精神保健法」が改正され、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (以下、精神保健福祉法) が施行された。その目的規定に「自立と社会経済活動への参加のための必要な援助」という福祉の要素が位置づけられた。同年12月に「障害者プランナーノーマライゼーション7カ年戦略」が作成され、精神障害者社会復帰施設・事業などの充実がはかられる方針が明らかにされた。1997年12月に「精神保健福祉士法」が成立し、精神障害者のリハビリテーションに関する相談、助言・指

導、生活訓練が精神保健福祉士の主な業務とされ、社会復帰の促進と福祉の増進、および人権擁護を主な柱としている。1999 (平成11)年の精神保健福祉法の改正において、精神障害者地域生活支援センターが5番目の精神障害者社会復帰施設として法定化され、「病院」から「施設」へというパラダイムシフトが打ち出されるなかで、精神障害者の生活を地域で支えるために、この地域生活支援センターの役割は重要である。2000年5月に社会福祉事業法が改正され社会福祉法と名称変更がされるとともに、「利用者の立場に立った社会福祉制度の構築」が提唱された。2002年 (平成14)年4月より市町村事業として精神障害者居宅生活支援事業が創設され、第2種社会福祉事業に法定化される。このように地域におけるリハビリテーションの展開のなかで精神障害に対する医療・保健・福祉分野との緊密な連携の重要性がますます要求される状況が出現している。しかし、現実には、秋元ら¹⁾、田中¹⁸⁾が指摘のように精神科病院と、地域の共同作業所や社会復帰施設の現場あるいは福祉の現場ではそれらの連携がうまくいっていない実情が認められる。

*教授

**地域生活支援センター やすらぎ 精神保健福祉士

これまで20数年にわたり、筆者らは精神科病院とそこでの一般外来を臨床の場としているが、著者の1人である小林は2001年4月に開所された精神障害者地域生活支援センター「やすらぎ」を担当している。私たちはその間に地域のなかで事例化し、保健所などによる介入により治療を担当する経験を重ねてきた。本稿においては、感応精神病への治療的関わり合いを通して、地域精神保健福祉活動ならびに精神障害者地域生活支援センターの機能を検討し、医療・保健・福祉ネットワークという課題について若干の考察を行った。

II. 症例

ここに呈示する感応精神病の事例は地区の保健婦の紹介により受診が行われ、私たちが関与し、退院後の地域精神保健ケアが試みられた。なお、プライバシー保護に配慮しつつ、詳しく記述した。

- <発端者> 妹、初診時68歳、独身、診断：遅発性分裂病²²⁾。
 <継発者> 姉 初診時73歳、独身、診断：反応精神病。

生活史および既往症：

大都市に姉妹は6人同胞として出生し、姉は第2子、妹は第5子である。父親は機械工場を営んでいたが、67年（妹が34歳の時）に75歳の時に肝臓疾患で死亡した。母親は71年（妹が38歳の時）に78歳の時に心臓喘息で亡くなる。兄は25歳の時に肺結核で死亡した。

45年夏に地方都市U市に疎開し、48年から両親とともに現住所に住む。

姉は中位の学業成績を示し、58年（34歳）から上京し、25年間結婚式場に勤務し、花嫁の介添えの仕事をしていた。その後S県M市の公団に住みながら、15年間ビル清掃の仕事に従事していた。99年2月（72歳）に退職し、世間との交流が少なくなる。数年前から、高血圧、白内障の既往があり、現在加療中である。

妹は学業成績が中の下で高校卒業後数カ所の会社に勤務していたが、55歳頃に肝臓疾患に罹患し、退社した。57歳頃に、Jストアアのレジに2

ー3週間働いた。その頃に膝関節痛、下肢循環不全が生じ、同会社を辞めその後現在まで働きに出ていない。

両親の死亡後、近所との交際はほとんど無かった。

妹の性格は楽天的、呑気、非社交的、動作が緩慢であり、姉の性格は短気、性急、積極的である。

精神病等の明らかな遺伝的負因はない。

現病歴：

98年12月に発端者である妹（67歳）がめまい発作にて某国立病院に緊急入院し1週間後に退院する。

99年1月、彼女に精神変調が出現し、次に述べるような隣人に対する被害関係妄想、物理的被害妄想、考想察知、幻聴、幻視が認められた。

「国立病院を退院して家に帰ってきたら、隣にある駐車場の人の声がうるさかった。窓を開けて外を見たがすぐにいなくなった。その時以来、毎日夜になると駐車場に来てぼそぼそと話し、嫌がらせを受けるようになった。」

「テレビに人の顔を映したり、カーテンに江戸芸を見せる」

「何かをしようとする、『〇〇しようとしているぞ』と聞こえてくるようになったので、自分の考えがすべて読まれていると思う」

「そのうちに、光を家の中に差し入れたり、扇風機に機械を入れてお経を流したり、窓の外で『殺すぞ』という声が聞こえてきた」

99年2月に、姉が清掃会社を退職する。

その頃に、発端者である妹が姉の家を外泊した。しかし、姉の家も光で攻撃を受けていたと言いき、置き手紙を残して妹のみがU市に帰った。その後、姉は妹を1人にさせておくことが心配になり、姉宅に外泊させ、一緒に生活する機会が多くなった。

99年5月頃に、姉も「犯人が公団のベランダを歩いているのを見た。光線が入ってきてカーテンに写った」と訴え、幻覚妄想状態が出現した。

99年夏に、家にいるといつ殺されるかわからないような雰囲気が出現し、姉妹で警察に相談に出かけた。あるいはU駅で一晩を明かしたり、電車に乗って過ごしたりした。このような行動をとる

ときには、発端者である妹が主導権を握っていた。

99年9月に、姉がY市の公団に引っ越しをするが、そこにも犯人に後を付けられてきたと述べ、5日間宿泊したのみで、I県T市の公団に転居の手続を行った。

99年9月下旬に、姉妹でU市に同居し始める。

99年12月初旬、姉妹がそろって地区のW民生委員に相談する。このときの内容も次のごとくであった。「毎日夜中の12時になると懐中電灯で家の中を照らしたり、窺ったりする。どこに行ってもついてきて、怖くてたまらない。宗教関係の人たちに命を狙われている。うちの両隣りもその仲間らしい。警察にも通報したが、信じてもらえない。民生委員さんに見に来てもらいたい」という相談であった。姉は「妹はおかしくありません。だって、私も声を聴いたり、見たりしていますから、精神科を受診するなんてとんでもない」と主張していた。この頃には、姉妹は被害妄想を互いに協力して守り、強化し、感応精神病が完成したと考えられる。

99年12月中旬に、民生委員から連絡を受けたU市のM保健婦が訪問看護を実施する。その時の状況は室内がきれいに片付いているが、テレビ・窓・電気等に段ボールやタオルが懸けられ、覆いがしてあった。

2000年1月末に姉妹が「盗聴されているから、家では話が出来ない」と市役所の保健婦を訪問する。その際に、幻覚妄想を強く訴え、不安・恐怖が顕著に認められた。

「最近、『こんなことをしていても、お金にならないから殺そう』という声が聴こえる。怖いので、どこかに逃げようと思い、ホテルや旅館に行ったが、必ず隣の部屋について来るようになったし、時には先回りをしている。いよいよ危ない。夜もほとんど眠れなくなった」

「嫌がらせがひどくなる。年末にI県に行ったときもそうだった。一晩だけ泊まってきたが、テレビに介入してきたりし、仕方なく、夜中にテレビを二人で外に運び出した。また、近所で電波を送っているのがわかったので、文句を言いに行ったら、住んでいない家であった。腹が立ったので、その家の玄関ドアを蹴飛ばしてきた」と訴

える。

2000年2月初旬に、M保健婦の協力により同伴で、姉妹が千曲荘病院を初診する。その時の所見は二人とも疎通性があり、人格の低下は認められず、幻覚妄想状態であった。その時の訴えは次のようである。

「每晚相手が現れて、嫌がらせをする。犯人は私たちのことを1年間も調べた」「男の人とその奥さんが会話をしているのが耳に聴こえる」

「昨夜は非常に怖かった。早朝4時頃、警察に電話をして来てもらったが、警察の来るのが遅いので、警察が来た頃には相手は逃げちゃうのよ」と口をそろえて訴える。

さらに持参したカセットテープを見せて、ここに証拠があるとカセットテープを聴かせる。何も録音されていないが、真剣に幻覚妄想を語る。

発端者の妹のみが同日に任意入院となり、姉は外来治療となった。

発端者（妹）の入院後経過の概要：入院期間＝99年2月から99年6月の4ヶ月間

治療は薬物療法ならびに精神科リハビリテーションを施行した。向精神薬の服薬（1日量）はブロムペリドール6mg、レボメプロマジン50mg、ビペリデン2mg、クロールプロマジン25mg、フルニトラゼパム2mgである。

入院期間中の姉の面会は入院当初にはほぼ毎日あったが、入院3、4ヶ月後は週に1度程度に減少した。退院1ヶ月前には頻回に面会に訪れていた。しかし、入院中姉以外の親族の面会は一切無かった。

入院2週間後に、ブロムペリドールを12mgに増量し、その後同服薬量を維持する。

入院1ヶ月半後、幻覚妄想が減少する。

入院2ヶ月後、幻覚は消褪する。「ひかりはまだ入っているような気がする。宗教だから難しい」と妄想は継続する。

入院3ヶ月後、妄想は消褪するが、病識は認められず、「自分の思い過ごしではなく、事実あったことだ」と訂正が不能である。しかし、日常生活では問題なく経過し、自宅への外泊を重ねていた。

入院4ヶ月後に自宅に退院。この時の処方（1

日量)はプロムペリドール12mg、レボメプロマジン10mg、ピペリデン2mgである。

退院後は、姉妹がU市で生活する。

継発者(姉)の外來通院の概要：外來期間=99年2月から99年7月の5ヶ月間

治療は薬物療法および精神療法であり、使用薬物は少量のハロペリドールとクロールプロマジンである。

外來通院1ヶ月後、なお幻覚妄想が継続していた。

外來通院2ヶ月後、幻覚妄想は減少傾向を示す。

99年4月中旬(通院2ヶ月後)、食欲不振やふらつき、抑うつ気分が出現し、U市M保健婦からU市中央在宅介護支援センターK社会福祉士に連絡があり、在宅介護と訪問介護の依頼となり、保健婦と社会福祉士とが患家を訪問する。その頃に投与薬物が少量のリスベリドンに変更される。

4月下旬、姉とM保健婦およびK社会福祉士とで妹を訪問する。

外來通院4ヶ月後に、白内障の手術を行う。

6月中旬(退院4ヶ月後)、K社会福祉士およびM保健婦が患家を訪問指導する。この頃、毎日妹の見舞いに病院まで出かけている。

外來通院5ヶ月後、幻覚妄想は消失し、病識が出現する。

99年7月に、自宅の改築が始まる。

発端者退院後の姉妹の経過について：

発端者である妹は退院1週間後に1度外來に通院したのみであった。

退院3週間後に著者の1人である小林が本人たちの同意を入院中前もって得て訪問看護を実施する。その際に、姉が主に対応していたが、訪問に拒否的であった。妹の服薬は不規則で怠薬傾向が認められた。

その3日後に、小林が訪問看護を行い、自宅に薬を届ける。

1ヶ月後、姉のみが外來を受診し、自宅の改修工事のため多忙で、受診できないと受療に抵抗を示す。その後、姉も受診が途絶える。

8月初旬に、こちらから電話連絡するものの、

姉が対応し「千曲荘病院に長く入院したので、体調が悪くなった」と病院を非難し、「これからは、国立N病院を受診したい、連絡は自分のほうからする」と一方的に電話が切られる。

8月下旬に、U市高齢福祉課K保健婦から連絡が小林に入る。再び、妹の幻覚妄想が再燃し、「窓の外で、『殺す』とか話をしている。姉は耳が聞こえないから心配、私が守ってやらないといけない」と述べる。一方では、「千曲荘病院では大変だった。絶対入院しない。薬も飲まない」と受診を拒絶する。

9月下旬に、ケース担当である小林とU市中央在宅介護支援センターKケースワーカーおよびK保健婦の三者が事例検討会を主治医のスーパーバイザーを踏まえて実施した。そこでの課題のひとつは病院、保健、介護、民生委員、近隣住民、警察など多面的、総合的な援助のために、複数の施設や機関の連携が必要であるにもかかわらず、連携時の指揮系統や関与決定の手続がないことであった。つぎに、具体的な本事例に対する対応の仕方や訪問看護の在り方が検討された。さらに、医療機関のルートに乗せ、精神科治療が行われる方法が話し合われた。

この頃から、姉妹の隣近所に対する被害妄想が強まり、夜中に隣の家の中をライトで照らしながらのぞき込んだりするなどの問題行動が出発する。そのために、近所から警察に対して、相談が行われ、そこからU市保健所に対処が依頼された。

10月中旬に、千曲荘病院の受診に本人たちの強い抵抗が認められたために、2回目の事例検討会を開き、別の医療機関のルートに乗せ、精神科治療が実施される方針が決定した。

当院退院1年後の報告によれば、保健婦の訪問看護とN病院内科を受診の傍ら、同病院精神科にて投薬を受けている。

Ⅲ. 考察

1. 症例の検討

感応精神病(フォリ・ア・ドウ^{4),5),10),11),17),23)}とはグラルニックによれば、「1人の精神障害者から、その者と密接な結びつきのある他の1人またはそれ以上の人々へ、その妄想観念や異常行動

が転移される精神疾患単位」をいう。一方、柏瀬⁵⁾の定義によれば、「主に家族内において1人の精神障害者の精神症状（とりわけ妄想および妄想観念）が、他の1人または1人以上の人々に転移され、複数の人々が同様な精神異常を呈する状態」と述べ、二人、三人と複数の人々が同時に同様な精神異常を呈するものである。最初に精神異常を呈した者を発端者（感応者）、その影響を受けたものを継発者（被感応者）と呼び、本症例では妹が発端者に相当し、継発者として姉が該当した。

ここで、感応精神病と二人組精神病の用語について少し言及してみたい。これらの言葉は同義語として一般に使用されているが、この二つの用語は、前者はドイツ語圏に由来した感応という機制を強調した用語であり、後者はフランス語圏に由来し、複数の人々が同時に精神異常を呈しているという様態を示した用語である。さらに、感応精神病が継発者の診断名としてのみ用いられる場合があり注意を要する。

さて、感応精神病の診断基準は次の3項目が指摘されている。

1) 両者が密接な関係にあったことを示す確証の存在。

2) 両者の精神状態のあいだに、その概念や妄想内容という点で高度の類似性があること。

3) 両者が互いの妄想観念を受容し、支持、共有していることを示す明確な根拠が存在すること。

そこで、本症例の各診断項目について検討を行う。まず、1) について、本症例はともに独身で、姉妹という関係にあり、それ以前にも交際があったが、姉の退職後さらに交流が深まり、密接な関係が形成されていた。しかし、両者は周囲から孤立して閉鎖的な暮らしをしていた点が本症発生の成因のひとつとして注目される。2) について、発端者である妹の精神症状は、妄想起覚、妄想着想、被害関係妄想、物理的被害妄想、考想察知、幻聴、幻視などが認められ幻覚妄想状態であった。一方、継発者である姉の精神症状も、妄想起覚、妄想着想、被害関係妄想、物理的被害妄想、考想察知、幻聴、幻視などの幻覚妄想状態であった。両者の精神症状のあいだに、特に妄想内容に関して同一であり、隣人に対する被害妄想、

盗聴妄想、宗教妄想が認められた。最後の3) について、千曲荘病院を受診したその時の所見は、両者が相互に妄想概念を受容し、支持、共有していることをはっきりと示していた。さらに、姉妹が一緒に地区の民生委員に相談援助を求める行動をとったり、ともに市役所の保健婦を訪問しているが、これらの行動の動機は姉妹相互の妄想を受容し、支持・共有していることを示す根拠であると思われる。このように、本症例は妹を遅発性分裂病発端者とし、姉を反応精神病継発者とする感応精神病と診断することが妥当と考えられる。

つぎに、感応精神病の治療に関して述べると、その原則は当事者たちを環境から離し、かつ当事者同士を分離させることとされている。感応された継発者は発端者と離れるだけで軽快に向かうことが多い。本症例の継発者も発端者の入院加療により分離させることによって、徐々に改善を示した。しかし、両者を分離することは分離不安が生じ、現実的に困難であり、姉はほぼ毎日妹の面会に訪れて、面会時間を制限するなどの処置がとられていた。

発端者の方はその原疾患の経過を辿るので、その原疾患の治療に準拠する。本発端者の場合は、精神分裂病の薬物療法が施行され、抗精神病薬のCP（クロールプロマジン）換算値表¹⁹⁾に基づく、最高投与量はCP 675mg（1日量）が投与されていた。

一方、継発者の薬物療法は、少量のハロペリドールとクロールプロマジンであり、CP換算表¹⁹⁾に基づく、最高投与量はCP 312.5mg（1日量）であった。

ところで、症状が改善された後に、当事者同士を同じ共同生活の場に再び戻す場合には再発をきたさないように十分留意する必要がある。本症例の場合に、退院後当事者同士が同じ屋根の下で生活を送ることになり、退院後の再発の防止には十分配慮した。

2. 地域精神保健福祉活動と地域精神保健福祉ネットワーク

地域精神保健活動^{2),7)}は、地域住民の精神保健の保持と増進を目指すと共に、精神障害者に対して精神科医療と関係を保ちつつ精神保健サービス

を提供する活動をいい、保健所ないし市町村の保健婦や福祉事務所ケースワーカーが主翼を担い、地域のキー・パーソンと呼ばれる人たち（市民相談室職員、民生委員、住民自治会などの地域内の世話役、学校養護教諭、保育園保育士、企業の健康管理者など）によって行われている。佐野ら¹²⁾は地域精神保健活動の特性について言及し、次のように要約している。

まず、その援助活動の場の特性として、①関与体制を構造化しにくい。②生活の場を直視せざるをえない。③対象者と生の現実を共有する。④医療のみならず、経済、教育、法律などの多局面に及ぶ総合的な援助のために、複数の施設・機関の連携が不可欠になるにもかかわらず、連携時の指揮系統が明確でなく、関与方針決定の標準化された手続がないことなどが挙げられている。このため、援助者は顕著な症状を呈する精神病者の入院処遇や生活保護受給に関する問題などといったハードな課題に対応することに精一杯であり、アフターケアや心理的フォローなどのソフトな問題については手が着けられないという実態を指摘している。つぎに、事例側の問題として、①本人以外の家族メンバーにも深刻な問題があり、治療を動機づけられるキー・パーソンが不在であること。②多問題を抱える家族背景を有する例が多く、複数の機関が協力的関与する必要がある。③安定した対人関係（治療関係）を維持できない例が多く、相談セッションを構造化しにくいなどを挙げている。

このような限界を認識したうえで、私たちの経験した稀有なケースを土台としながら地域精神保健福祉ネットワークを形成する因子について背景を検討したい。

ネットワークは、今日においてソーシャル・ネットワークとかヒューマン・ネットワーク、サービス・ネットワーク、サポート・ネットワーク、福祉ネットワーク、ソーシャル・サポート・ネットワークなどとさまざまな言葉で表現され多様な意味で使用^{6), 8), 20)}されているが、ここでは、村田⁹⁾の定義を準用してネットワークを「自立した主体間の相互選択的な自由な結びつきとその作用態様」という意味で用いる。そして、地域精神保健ネットワークは、「地域精神保健を舞台とし

て展開される同質・異質で関連性のある人的・物的資源の有機的むつびとその作動態様」を指すと云える。地域精神保健福祉ネットワークの登場背景は、脱施設化の方向や「地域社会」へという運動が出現するなかで、①ニーズの多様化に対応するサービスの効率化、②精神障害のケアに対応するサービスの継続性の確保、③サービスの供給側の多様化に伴う調整・連携機能、④サービス資源の充実をはかる組織化、⑤一方的なサービス提供にしないためのフィードバック機能など、さまざまな必要性から生まれた¹⁸⁾。地域精神保健福祉ネットワークを形成する因子はサービス供給ネットワークとサービス需要ネットワークに分類できる。地域精神保健福祉サービスの提供は精神科病院、精神科クリニック、社会復帰施設、保健所デイケア、市町村や福祉事務所、地域生活支援センター、家族会など医療、保健、福祉、労働、教育の複数の関連組織が連携して行う多職種チーム型のアプローチが基本であり、個々の利用者ごとに柔軟に連携の内容を組み替えが必要である。それに並行して、サービス利用者や家族もネットワークに主体的に参加することが求められる。地域精神保健福祉ネットワークはその特性として、対等性、主体性、柔軟性、多様性が挙げられ、相互作用的で発展的なものといわれる。

村田⁹⁾は介護保険における社会化システムと医療保健福祉ネットワークを論じ、その中で、医療・保健・福祉ネットワークの性格について ①開かれたネットワーク型システムといわれ、柔軟でオープンなもの ②幾層もの重層的な構造を呈するもの ③情報型ネットワークなどを指摘しているように、地域精神保健福祉ネットワークは誰から始めてもよいし、その構造は柔軟でオープンなものであると報告している。田中¹⁸⁾は、精神障害者の地域生活支援において、地域ネットワークの形成と維持発展に関して必要と思われる視点や手順を次のように示している。それによれば、第1に地域ネットワークは、それを形成し、発展させる上で目的や目標を持つことが最も大事な事柄である。つぎに、地域ネットワークはその構造に様々なレベルが備わっていること。第3に、地域ネットワークには最初にコアチームの形成が絶対に必要だという経験的事実がある。第4に、地域

ネットワークの構成予定者との対面的接触の機会と方法を検討すること。具体的には、①目的意識をもつ、②限界を認識する、③現場から作る、④トップへ働きかける、⑤共通のテーブルにつく、⑥情報の提供と入手による交流を図ることなどが考慮される。最後に、地域ネットワークを発展させていくための条件作りや工夫に関する事柄である。その中には、①相互の信頼関係と連帯感を育てる、②実際の活動でよい協働体験を積み重ねる、③場を共有するなどを挙げ、地域生活支援センターは地域ネットワークを育てる拠点であると力説している。

ところで、既に述べたような地域精神保健活動の特性が地域精神保健福祉ネットワークを検討する場合に考慮されなくてはならない。佐野ら¹²⁾の指摘した特性のひとつとして、機関・施設連携時の指揮系統が不明確で連絡調整にエネルギーを費やされ、関与方針に曖昧性を指摘しているが、これに対応するために、本症例において試みられたように社会復帰施設の精神保健福祉士、市役所の保健婦、在宅介護支援センターのケースワーカーなどのサービス提供者間における事例検討会の存在が重要となる。この場合、実務家レベルのネットワーク、あるいはプライベートネットワーク（関係機関の職員の集まり）として理解され、現場からネットワークを作ることが求められた。同時に、地域精神保健福祉ネットワークの展開²¹⁾のためには、ベーシックネットワーク（地域住民も含む）やオフィシャルネットワーク（関係機関の長の集まり）など、機関レベルのネットワークおよび政策決定レベルのネットワークが関与することが今後の課題となり、それらの解決によってネットワークの質を高めるシステムが得られ、継続発展性が得られることが期待される。つぎに、ネットワークに主体的に参加が求められる本人や家族における問題として、治療の動機付けの貧弱および安定した治療関係の維持が出来ない点が事例側の問題点として認められる。ここにネットワークを形成する事例側（ニーズ主体のネットワーク）の大きな課題の存在を示す。この点については、精神障害者ケアマネジメントにおけるアセスメントの関連が検討され、ニーズを「困難状態」と「援助必要性」の二層性に分析して、「要援

助性」の把握が課題として挙げられる³⁾。「要援助性」の把握は一面的・一方的に行うことは出来ず、実務上では利用者とサービス提供者が社会的価値基準を踏まえて生じるものと言われている。具体的には後述の退院後の訪問看護において考察する。さらに、援助者側の問題として、メンバーの不足や複数の援助機関が関与する場合にそれぞれの視点のずれがあり、統合された関与が困難であることが指摘されている。本事例に関して言えば在宅介護支援センターの職員は、在宅の要援護老人およびその介護者の介護等に関するニーズに対応が業務となっている。市の保健婦は母子保健ならびに老人医療保健関係および老人訪問看護を主として取り扱い、老人訪問看護では、寝たきり状態にある老人を対象としている。当生活支援センターでは精神障害者のリハビリテーションを専門としている。したがって、サービス供給主体の情報ネットワークが必要となる。特に、サービス提供組織の情報および利用者の情報あるいは利用者支援情報に関するネットワークが必要となり、事例検討会の存在の意義がここでも認められる。一方では、これらの地域精神保健福祉ネットワークは、医療・保健・福祉、行政、住民、ボランティア、情報・通信などのネットワークに即応性・総合性・発展継続性が求められ、さらにサービス・資源・組織の総合的に秩序だった体系であるシステムへの発展性が今後の課題として浮上する。

3. 退院後の精神科訪問看護と精神障害者地域生活支援センターについて

地域関係者との連携を深め、地域における精神障害者の具体的な生活支援のために、病院の医療活動が理解され、協力が得られ、病院として地域に対して、地域展開を実践する方針をもち、医療の社会化を図る必要がある。そのために精神科病院や精神障害者社会復帰施設を退院あるいは退所した後に在宅支援のためのプログラムを持つことが重要である。それらのプログラムを列挙してみれば、次のような多種多様なものがある。デイケア、デイナイトケア、ナイトケア、居宅生活支援事業 {精神障害者居宅介護事業（ホームヘルプ）、精神障害者短期入所事業（ショートステイ）、精

神障害者地域生活援助事業（グループホーム）、精神障害者地域生活支援センター、精神科訪問看護、小規模作業所などがある。

ここでは、本症例と関連した精神科訪問看護、ならびに精神障害者地域生活支援センターについて言及する。

精神科訪問看護とは、「精神障害者を直接的・間接的に支援するために、障害者本人や家族が生活している場へ出向き、その人にあった主体的で安定した社会生活が出来るように援助すること」を言う。この定義から理解できるように、精神科訪問看護の特徴は、①障害がありながら地域で生活している生活者への支援であり、②障害者の生活の場に直接出向いていき、ありのままの生活を観察し、その人にあった現実的な援助が可能であり、③主体は障害者本人、家族である。

外口¹⁶⁾は保健所を中心とした訪問看護の実践活動において、一般に保健婦の行う訪問看護を次の二つに大別し、訪問することへの合意を得るプロセスの重要性を指摘している。一つは、本人および家族との合意が得られ、継続的・定期的にケアを提供するために行う訪問看護である。二つは、訪問の必要があるにも関わらず、本人からの合意が得にくい状態にある場合で、本人の合意を得るために、家族の動きを作りながら行う訪問看護である。後者の場合を調査し、本人の言動をめぐる懸念や危惧が強まって、家族では保ちきれなくなり、本人の問題を回避し、第三者に託そうとしている場合や、本人の問題行動をめぐる家庭内での緊張・対立が高まり、本人と家族がそれぞれの方向で取り組もうとしている場合を検討し、家族が専門家の判断を求めて動き始めているときにタイミングよく行われた訪問看護を分析している。ここで、本報告例を検討すると、本症例の要援助状態が妥当に思われたが、外口の分類に加えて、三番目のものとして取り上げることができる。訪問の開始前に同意が得られていた本症例においては実際に訪問看護が実施されると、姉妹二人が揃って、訪問に拒否的であった。この背景に精神障害（感応精神病）の再発による拒絶の出現が否定できないが、その後の経過を見れば本人たちの通院が全く途絶え、拒絶、社会的孤立の強まるなかで訪問看護が施行され、本人たちに受け入れら

れない結果となった。この点を反省すれば、次のような課題が持ち上がってくる。

まず、退院時指導は実施されたが、退院前訪問看護が施行されなかった点が挙げられる。一般に退院前に訪問して生活環境や、治療環境など、退院後の精神障害者を取りまく状況を把握する必要があるといわれている。しかし、本症例の場合に、感応精神病が精神科治療により軽快し、発端者は徐々に軽快し、特に継発者である姉の場合に精神病状態が顕著に回復し、病識の発現を伴う完全寛解状態に至っており、キーパーソンとなりうると判断したためであった。つぎに、自宅が病院に近接した位置にあり、いつでも訪問が可能であるという治療者側の判断があった。さらに退院時指導時に訪問を受け入れる合意があった。このような事情により事前訪問が施行されなかった。それ以外に、退院前訪問看護というシステムが病院側に必ずしも充分に存在しなかったことなどが考えられ、今後の検討課題として明確化されなくてはならない。

精神障害者地域生活支援センターについて

既に述べたように、1999年（平成11年）に精神障害者地域生活支援センターが精神障害者社会復帰施設として法定化された。精神保健福祉法第50条の2によれば、地域生活支援センターの目的は、地域の精神保健及び精神障害者の福祉に関する問題全般についての相談、指導及び助言を行うとともに、精神障害者の福祉サービスの利用に関する助言、保健所、福祉事務所、精神障害者社会復帰施設等との連絡調整その他厚生労働省で定める援助を総合的に行うこととされる。私たちの地域生活支援センター「やすらぎ」は生活訓練施設に併設された長野県において3番目の施設である。因みに障害者プランによれば、2002年までに全国で650カ所を設置する計画であるが、1999年10月の時点において全国で153カ所であり、その達成率は24%と他の社会復帰施設のそれに比較して、たとえば生活訓練施設の62%に比べて著しく低水準である。その要因を考えてみると、第1に宣伝不足のために、精神障害者地域生活支援センターの名称・理解が普及していないことがあげられる。この施設は1996年10月より創設され、1999年の法改正において、精神障害者社会復帰施設に

法定化されたもっとも若い施設である。つぎに、この事業が社会復帰施設附設の制限を伴い、地域の在宅精神障害者すべてに開かれたサービスとは必ずしもなっていない¹⁸⁾。しかし、この点は、精神保健福祉法の改正により緩和されている。さらに、社会復帰施設という位置づけであるものの、実際に利用者を入所させるという手段が存在せず、経営者にとって入院患者の削減などのように直接的なメリットが少ないように思われる。あるいは、同センターの運営業務に比べて、常勤3名では職員数が少なく、期待されるサービスとの矛盾がある。特に、24時間サービスではかなりの困難がある。

ところで、「病院」から「施設」へ、さらに「地域社会」へというコンセプトが打ち出されるなかで、精神障害者の生活を地域で支えるために、地域生活支援センターの役割は重要である。それは精神障害者が地域で生活するために求められる支援の役割であり、以下の4つに分けられる。

- 1) 日常生活・交流・就労・住居などに関する直接支援、
- 2) 相談という形での直接支援、
- 3) ケアマネジメントとしての役割、
- 4) 調整機関としての役割があげられる。

本症例では、アセスメントおよびケースカンファレンスなどが行われ、さらに、市町村などの公的機関、在宅介護支援センターなどとの連携を密にし、コーディネート機関の役割を重複的・重層的に果たしている。

2002年4月より保健所から委譲され市町村が中心となって、地域精神保健福祉活動を推進していくことになり、地域精神保健福祉を考える際に、地域生活支援センターの位置づけは極めて重要である。地域生活支援センターが地域精神保健福祉ネットワークを発展させるためには、現在、「障害者プラン」に基づいた障害者福祉園が設定され、1つの圏域に2カ所が計画されているが、きめ細かい活動を実施するにはもっと最小化された地域範囲であることが必要である。同時に、特定の機関や資源にのみその役割を求めることには限界がある。

IV. まとめ

- 1) 私たちは、姉妹が協力して妄想を発展させた感応精神病の症例を報告した。発端者である妹の診断名は遅発性分裂病であり、継発者である姉のそれは反応精神病である。
Galnickの分類によれば、本報告例はimposed psychosis (強制精神病)に当たる。発端者のみに入院加療を行い、継発者は外来通院治療を実施し、ともに加療により回復した。
- 2) 発端者の退院後の治療経過を踏まえて、感応精神病に対する地域精神保健福祉活動がクローズアップされ、同時に医療・保健・福祉の地域精神保健福祉ネットワークが検討された。
- 3) 地域精神保健福祉活動のうち、退院後の精神科訪問看護と精神障害者生活支援センターについて考察し、後者が地域精神保健福祉ネットワークの重要な施設になることを強調した。

最後に、本症例の要旨の一部は第20回信州精神神経学会(松本)において発表した。

(2001. 9. 13 受理)

文献

- 1) 秋元波留夫：医療・保健と福祉のあるべき関係。秋元波留夫・調一興・藤井克徳編；精神障害者のリハビリテーションと福祉。中央法規出版、東京、pp. 174—189、1999。
- 2) Caplan, G. (近藤喬一、増野 肇、宮田洋三訳)：地域ぐるみの精神衛生。星和書店、東京、1979。
- 3) 蜂矢英彦、岡上和雄 監修：精神障害リハビリテーション学。金剛出版、東京、2000。
- 4) 柏瀬宏隆：感応精神病—大都市に措ける自験4例の考察—。精神経誌 79；571—585、1977。
- 5) 柏瀬宏隆：感応性精神病(感応性妄想障害)。松下正明総編集；臨床精神医学講座3、精神分裂病Ⅱ。中山書店、東京、pp. 445—458、1997。
- 6) 菊池新一編：保健・医療・福祉の連携とネットワーク形成への挑戦。一遠野方式在宅ケア地域サービス供給システム—。北土社、福島、1991。
- 7) 増野 肇、近藤喬一編：精神衛生活動の実際。金剛出版、東京、1982。
- 8) 三輪健一、橋本光代：地域でのネットワークキング。蜂矢英彦編；精神分裂病者のリハビリテーション。

- 精神医学レビュー№15、ライフサイエンス、1995.
- 9) 村田隆一：契約型福祉サービスと福祉情報の市民化。一介護保険での被保険者（市民）・民間事業者・保険者（行政）の共通基盤の形成に関する研究一。長野大学紀要 22；129—137、2001.
 - 10) 西田博文、野中幸保、寺島正吾ほか：Folie à deuxに関する二、三の考察—自験2症例の検討を通して—。精神経誌 85；361—377、1983.
 - 11) 斉藤正武：夫婦で罹患した皮膚寄生虫妄想。精神医学 30；1015—1021、1988.
 - 12) 佐野信也、中山道規、宮本ふみ他：家族療法としての地域精神保健ネットワークミーティング。一養育担当者すべてが保護能力を失い孤立した兄妹への援助—。精神医学 43；367—375、2001.
 - 13) 精神保健福祉研究会監修：改訂精神保健福祉法詳解。中央法規出版、東京、2001.
 - 14) 精神保健福祉研究会監修：我が国の精神保健福祉。厚健出版、東京、2000.
 - 15) 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編：改訂精神保健福祉士養成セミナー／第3巻 精神科リハビリテーション学。へるす出版、東京、2001.
 - 16) 外口玉子：人と場をつなぐケア。—こころ病みつつ生きることへ—。医学書院、東京、1988.
 - 17) 篠原大典：二人での精神病（Folie à deux）について。精神経誌 61；2035—2055、1959.
 - 18) 田中英樹：精神障害者の地域生活支援。一統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーカー。中央法規出版、東京、2001.
 - 19) 上平忠一：精神分裂病における知覚変容発作の臨床的研究。—自験例を中心にして—。長野大学紀要 23；10—21、2001.
 - 20) 谷中輝雄、藤井達也編：心のネットワークづくり。やどかりの里の活動記録。松籟社、京都、1988.
 - 21) 吉川武彦、竹島 正編：地域精神保健実践マニュアル。金剛出版、東京、1996.
 - 22) 吉松和哉：遅発性分裂病の精神病理学的考察。土居健郎編；分裂病の精神病理 16、東大出版、東京、pp. 191—217、1987.
 - 23) 吉野雅博：感応精神病と祈禱精神病。懸田克身他編；現代精神医学大系、第6巻B、神経症と心因反応Ⅱ、中山書店、東京、pp143—171、1978.