

バンクーバーにおける精神障害者の地域生活支援システムの実際

半澤 節子¹

要旨 本稿では、重度の精神障害を持つ者の地域生活を包括的に支援するバンクーバーシステムの概要を述べ、システムの主な拠点の活動内容を紹介した。バンクーバーシステムにおいては福祉と医療・保健の連携がうまく機能していた。また、精神障害者の地域生活支援の視点から、以下の点について、バンクーバーシステムと比べた日本での改善課題を検討した。

医療サービスシステム

健康問題を含めた包括的な生活支援システム

ノーマライゼーションの理念と風通しのいい生活支援システム

コミュニティーベースのシステムづくりにおける保健婦の役割

長崎大学医学部保健学科紀要 14(2): 49-56, 2001

Key Words : バンクーバーシステム, 包括的生活支援システム, 精神障害者地域ケア, 多職種協働, 保健婦

はじめに

筆者は2001年7月にバンクーバーを訪れ、第5回日加交流事業及び世界精神保健連盟(WFMH)第26回大会に参加し、合わせていくつかのサービス拠点を訪問する機会を得た。日加交流事業は1994年に第1回が始まり今回の研修ツアーは5回目になる。この事業は、30年前から『病院中心から地域ケアへの転換』が進んだブリティッシュ・コロンビア州と、日本の両国の精神障害者、家族、保健・医療・福祉等関係者、一般市民らが、精神障害者の生活改善と人権確保を目指して経験や課題を語り合うことを目的としている。バンクーバーシステムは既に多くの研究者により報告され、最近の事情についても野田による論文¹⁾が発表されている。有名な大バンクーバー精神保健サービス機構 Greater Vancouver Mental Health Service Society (GVMHSS) とは、1976年にできた非営利団体; Non-Profit Organization (NPO) による医療・リハビリテーション・福祉サービスを包括した『地域精神保健システム』である。現在バンクーバーシステムは、GVMHSSの功績を小地域の優れた取り組みに終わらせるのではなく、『Best Practice』として普遍化しようとしている。

本稿では、訪問先でレクチャー頂いたバンクーバー・リッチモンド地域保健局長 Judith Tompkins, 「Car87」及びショートステイ機能をもつ「ベンチャー」のマネージャーで精神科専門看護婦のローリー・ロスからのプレゼンテーションを中心にバンクーバーシステムの概要を紹介し、日本の精神保健医療福祉システムの課題について考察してみたい。

1 バンクーバー・リッチモンドヘルスボードのサービスシステムの概要 (図1参照)

1) 1970年代初め脱施設化に伴ってできたGVMHSSと多職種協働

バンクーバー・リッチモンドヘルスボード(以下ヘルスボードとする)を紹介するためにはその前身であるGVMHSSを説明する必要がある。GVMHSSは1970年代初めにリバビュー州立精神病院の縮小と脱施設化に伴い、地域で暮らす慢性患者が再発・再入院しないよう継続的なケアを提供するために、1976年に作られた生活の質を保障する包括的なサービスシステムである。GVMHSSの活動はバンクーバーを中心としたブリティッシュ・コロンビア州のベストプラクティスとして評価され、1997年にはカナダの全土に普遍化させるためのガイドライン (Best Practice・Mental Health National Guideline) も示されている。ガイドラインには、成人、子どもと青年、高齢者の三つに対象別セクションが設けられ、精神障害者と家族の意見は成人のセクションに反映されている。たとえば、精神障害者当事者らが開発したプログラム、Therapeutic Volunteer Consumerによるアイデアなどに必要な経費を算定して資料化し、個々の州に合った方法が開発されている。近年成人、児童、高齢者といった三つの対象区分とは別に、住宅問題、リハビリテーションといった優先課題の検討をすすめており、それぞれの領域を専門とする精神科医が常勤の責任者となっている。

1976年のGVMHSSから25年が経過し、かつては精神障害者・家族、学校関係者、警察、精神科医らによりビジョンを検討していたが、今ではソーシャルワーカー

1 長崎大学医学部保健学科看護学専攻

Vancouver/Richmond Health Board (Population: 800,000)

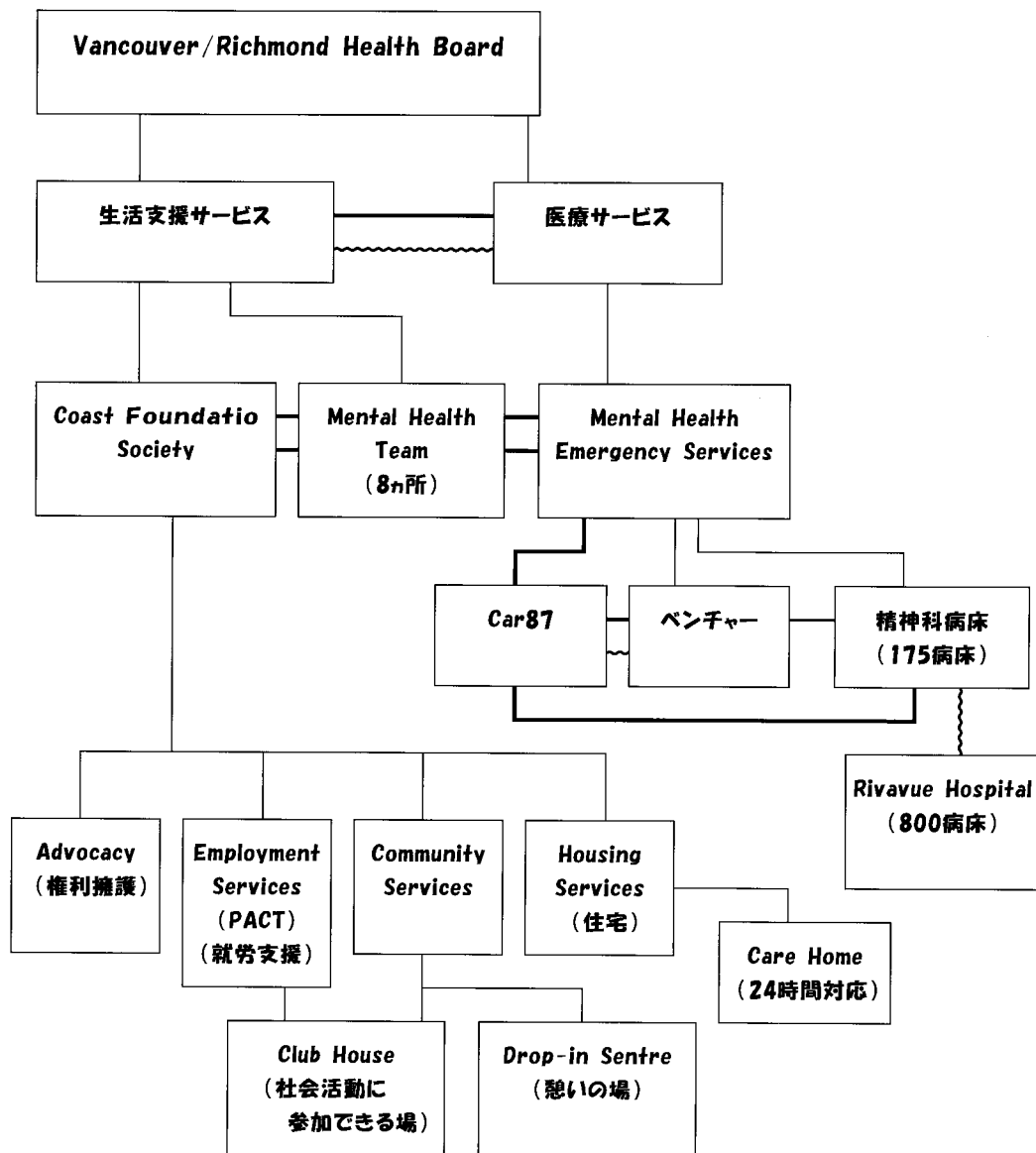


図 1. バンクーバー・リッチモントの精神保健システム

や看護婦，心理職，リハビリテーションセラピスト，住宅プログラムの関係者も加わるようになっている。こうした多様な専門職は，教育課程においても，臨床と教育の両方でしごとをしている Associate Professor と呼ばれるスタッフの指導のもとで，医療機関とコミュニティーの両方で実習するプログラムを修了している。

2) ヘルスボードの組織と基本理念

ヘルスボードは，BC州を11に分割した管内人口80万人の地域 (region) にある補助金で運営している NPO である。ヘルスボードの基本理念を象徴した取り組みのひとつは，コミュニティベースの統合的サービス開発である。医療機関によるサービスはあくまでヘルスボードのサービスの一部とし，理事会や評議会には市民，精神障害者，家族，専門家などのグループ代表者が公平に発言を反映させてサービスを開発する。もうひとつは，人口規模別エリアと重点課題の設定という考え方である。

ヘルスボードを人口規模から算定した7つのコミュニティヘルスエリア (Community Health Area) に分割し，高齢者，母子家庭，母国語が英語ではないなどの社会的弱者に重点的サービスを整備している。

3) 統合化による医療サービスへの影響

統合化し脱施設化を進めたことにより，大規模なリバビュー州立精神病院の人事に大きな影響を与えたが，その結果従来不十分であった医師のインフォームドコンセントも改善し，病名や治療薬についての説明が促進され，医療専門職と医療サービスの消費者との間の風通しがよくなり消費者が満足する結果となっている。なお，BC州では何人なりとも告知を受ける権利がある。例外規定は生死にかかわることで家族がどうしても伝えることが憚られるといった場合に限られ，原則として，すべてのことを本人に告知する義務が生じる。

2 医療ニーズの対応と生活支援サービスの具体的展開

1) メンタルヘルsteam (Mental Health Team ; MHT)

ヘルスポードには8つのメンタルヘルsteamがある。必要時に精神科医をアドバイザーとしながら、ソーシャルワーカーや看護婦・OT・臨床心理士が「プライマリー・セラピスト」として訪問サービスや来所サービスを提供し個別のアセスメントをする。クライアント(患者)は定期的にチームに通うことで、生活上の援助、心理的な援助、服薬、精神症状の診断治療など多様なサービスを多職種から受けられる。また、来所の途絶えたクライアントにはセラピストが訪問をするため医療中断による再発予防を援助し、たとえ転居してもサービスが継続される。

80万の人口をもつヘルスポードの管轄地区には、重症で慢性化した精神障害者がおよそ12,000人いると算定され、MHTはこうした人たちを含めた医療ニーズに責任をもつ。MHTは、州立リバビュー精神病院(800床)を除いた8ヶ所の精神科病床を有する医療機関(たとえば、バンクーバー・ジェネラル)にある合計175床のベッド、巡回訪問サービスのCar87、ベンチャー(亜救急施設:精神科専門看護婦が運営し精神科医がバックアップしながらケアを行う短期入所施設)などの危機的対応サービス、ドロップインセンター(Drop-ins; 憩いの場)やクラブハウス(Clubhouse; 住居と就労援助がセットになった憩いの場)といったコミュニティサービスなどを活用しながらフォローしている。

しかし、入院・退院の双方向において継続的なサービスプログラムとするためにはまだ改善の余地があるという。地域で活用されることを前提とした8ヶ所の精神科病床を有する地域の医療機関(医療色の強くない外観)の入院プログラムは、在院患者のサービスとしては機能するが、退院して地域に暮らすための継続的なサービスを含めたプログラムが十分機能していないという。2001年8月から実施されたプログラムには、24時間対応可能な重症の精神障害者に対する訪問診療事業「ホームベース・トリートメント」、地域に生活する重症の精神障害者に対応する家庭医を、経験豊富な精神科医がコンサルタントとして支援する「スペシャライズド・コンサルタントサービス」、いじめや病気の子どもの治療や教育システムなどの問題を親が相談できるよう司法研究所にセラピストを配置した「パイロットプログラム」など、より専門的知識と経験を活用するプログラムが盛り込まれた。また、従来からある看護職と警察官が同乗する救急相談対応+移送サービス(Car87)や、マタニティブルーの人たちを含めた母子にかかわる精神保健分野にも重点的に予算化している。

なお、医療費であるが、国と州の税金はそれぞれ7%であり、医療保険は州の発行する保険証で治療費が払われるしくみで、世帯単位で発行されている。薬剤は自己

負担であるため、経済負担によって医療中断する患者が増えないよう、また常時服薬を気にする煩わしさを考えて、およそ1ヶ月間作用持続性のある筋肉注射(デポ剤)が薬物治療の主流となっている。また、生活保護や障害年金受給者の薬物治療費は公費となる。

2) カーエイトセブン(Car87)と精神科専門看護婦

「Car87」は1984年に開始され、GVMHSSのサービスとして、さらにヘルスポードでも提供されている精神科医療の危機介入サービス(Mental Health Emergency Services)である。MHTの閉まっている夕方17時から翌早朝3時まで精神科専門看護婦と私服の警察官がチームで「Car87」と呼ばれるパトカーで現場に駆けつけ、初期介入とアセスメントをする。午前7時45分から夕方6時45分までの日中は、精神科専門看護婦2名一組で対応する。シェルター(緊急一時保護施設)や入所福祉施設などと電話連絡を密に行い、救急事態に日頃から備えている。2000年1年間でおよそ1万件の電話対応件数があり、そのうち2,100件(21%)に訪問し、453件(21%)に入院が必要ということであった。なお、看護婦は10時間交代シフト(4日出勤して4日休む)で勤務しており、採用されるためには、4年間の病棟あるいは地域の看護職としての経験を有すること、地域のサービスに関する知識があることを条件としている。

3) 精神科も一般科も共通する救急ライン

精神科医療の危機介入サービスの電話連絡は「911」をコールすると交換手が応じ、精神医療の必要な可能性があると、そのままCar87に電話がつながり日中であれば2名の精神科専門看護婦が現場に訪問する。その際交換手の対応そのものをCar87が聞くことができるため、交換手がすでに聞いてしまった情報を改めて聞かなくてもいい合理的なシステムになっている。薬物による中毒性の精神障害者が多い地域(East)などでは、2名の看護婦に身の危険が及ぶ心配もあるが、医師もしくは警官が入院を必要とするかどうかの判断をするまでは車に移送することはできない。そのため訪問先でしばらく精神障害者と一緒に待たされる事態もある。警察官にとって精神障害者の問題は後回しになりやすく、少しでも優先的に関与してもらうために、警察もCar87に24時間対応できるシステムが必要と考えている。なお、触法精神障害者については、州立リバビュー精神病院の800床の病床あるいは司法精神病院で入院ニーズに応えている。

4) 協同組合方式のCoast Foundation Societyによる生活支援

次に医療を除いた生活支援を協同組合方式で担うCoast Foundation Society(通常Coastと呼ばれる。以下コストとする)について紹介する。コストはコーポラティブソサイエティ(協同組合)により運営されており、主に4つのサービスを提供している。たとえば、住居サービス; ケアホームなどサービス付き住居(Housing Option)、就労支援サービス(PACT

Employment Services), クラブハウスやドロップインセンターの運営 (Community Service), 権利擁護 (Advocacy) である。コーストのコンセプトは、「地域に暮らす精神障害者にサービスを届ける」ことであり、そのプログラムは1974年から20年以上にわたり継続されている。コーストは当初、安全なシェルターや住居、健康管理や医療サービスを確保することで生活の建て直しを図ろうとしたが、「病いをもちながらもより良い人生を自ら描けるよう必要な知識や技術を提供して自己効力を高めよう」といった考え方から今日ではサービス内容が上記のように拡大した。

3 見学したDrop in Centreの概要

1) 開設時間と主なサービス

筆者らは、1225 Seymour Street Vancouverにあるドロップインセンター「Coast Mental Health Resource Centre」を訪れた。ここは地域に暮らす精神障害者が立ち寄れる溜まり場である。ここは月曜日から金曜日の朝9時から夕方5時まで利用でき、土曜日や日曜日に利用できる場所はほかにある。コンシューマーでスタッフも兼ねるマークが施設内を案内する役割であるようで、筆者らに施設のサービス内容を説明し質問にも丁寧に応じてくれた。

クラブハウスやドロップインセンターなどのコミュニティ サービスはバンクーバー市内に6ヶ所あり、ひとりが何ヶ所でも登録できる。本当は夜10時くらいまでサービスできたらいいが(夏のバンクーバーは夜10時ごろまで日が暮れないため) 予算が足りない。朝食とランチとおやつ(スナック)を提供していて、食事サービスの利用料は1ドル(およそ90円)である。ランチは一日平均60食で若干余る。フードコートと呼ばれるマーケットに卸値で食材を売ってもらうことや形が変形した缶詰や賞味期限の迫った食品をまとめてもらえることになっている。また、シャワールーム、洗面所、トイレが利用できる。玄関から入るとソファが置かれ、「入り口からすぐの空間を、茶の間のようにゆったりと自由に過ごせる雰囲気を出すようにしている」ということであつた。

2) 利用の条件とサービス内容

利用の条件は、かかりつけ医 (General Physician ; GP = 精神科医であつたり内科医であつたりするが、どちらでも抗精神病薬を処方できる) がいて申込書を書いてもらえること、処方が決まっていること(治療: 多くはデポ剤による抗精神病薬の投与を受けていること、通院しているかどうかは問われない)である。ホームレスの30%は精神障害者であるといわれている実態から住所がない人も多いが、そうした人ももちろん歓迎される。ベットは1床だけあるが休息に使用するだけで、ここに宿泊することはできない。州の補助金により運営している施設であるため、ここで暴力事件を起こすとメンバー

ではいられなくなる。暴言の掛け合いはときどきみられるが、スタッフが「休んでからまた来るように」と声を掛けている。現在18歳から80歳までの幅広い年齢層の人たちが利用している。

3) サービス提供者

マネージャーあるいはコーディネーターと言われるスタッフが一日5人から9人いる。スタッフの条件は、心理学、社会学、社会福祉学、看護学の学位をもっていること。元々看護婦であつたビアータさんも現在コーディネーターのひとりであるが、非常勤であるため常駐する看護婦をおきたいと要望している。「看護婦はメンバーの健康管理ができるので重要な役割がとれるのだ」という。精神科医も半日は来てくれるよう要望している。また、実習に来た学生がその後もボランティアとして活動してくれることも多く、すでに50人の卒業生がボランティアとして活動している。

4) ドロップインセンターの上にある低所得者用の住まい

ドロップインセンターが1階と2階を占める建物の3階から上は、136世帯が暮せる住居になっている。ここもNPOが所有していて、HIV感染者が20戸、低所得の人たちが80戸使用し、残りのおよそ30戸をコーストが所有し精神障害者の住居となっている(家賃はおよそ325ドル(3万円)で、登録者は900人で、2000人の待機者リストがある) ちょうど研修ツアーの私達が訪問したとき、3階に暮らすゲイカップルと見られる男性らがベランダ越しにあいさつしてくれた。

センターには一日中いる人と昼食を食べてすぐに帰ってしまう人などがいる。精神障害者には年間40ドルのバス利用券が州政府から支給され、ダウンタウンという街中にあるここは毎日顔を出す人が多い。なお、生活費は州から支給される障害年金(月およそ771ドル: 6万円で等級の区別はなく一律)をもらっている人が多い。(年金は国から支給される)

4 バンクーバーシステムを支えるカナダ人の生活意識

1) カナダ人の家族意識と不足する住まい

近年、これまで医療の出口の問題を医療機関と切り離してNPOを実施主体として整備してきたデメリットが明らかになっている。つまり、「入院から地域への移行システムに医療機関がもっと関与すべきではないか」といった考え方がある。メンタルヘルスシステムは今日、州の住宅サービスの予算削減に伴って悪化し、病床数削減計画と地域サービス拡充とのバランスが崩れ始めるといった課題をかかえている。失業率はここ10年間9%前後で推移し大きな変化がないにもかかわらず、住所不定の精神障害者が浮浪者となる割合が増えており、大半の人が困窮している住まいの確保が重要課題となった。

こうした状況は、「家族といっても20歳を過ぎた子どもと親は同居しない」といった慣習のある北米の文化が影響している。同居する家族が精神障害者のケアに疲労

したとき家族が一時的に非難するため利用する「レスパイトサービス」は利用が少なく、代わりに遠方に暮らす家族の依頼人が本人宅を訪問するケースも多いという。しかし、今後はサービスプログラムやプランニングにもう少し家族が参加できるようなしくみを検討しようとしている。『どこで誰と暮らすのかを決める権利はすべての国民に保障される』といった価値観のカナダ人にとって、生活に便利な都市部バンクーバー市内に障害者が集まることは必然であり、住まいの問題は雇用や教育の問題に関連し経済的な問題にもつながると考えられている。住宅不足の現状は放置できない問題であり、州の保健省も重点的に予算化している。

2) 人権意識とシビルサーバント

もうひとつこうしたシステムの根底に流れるカナダ人の市民権意識について説明したい。憲法にもまた1982年にできた『自由と人権の憲章』でも、「病気や障害によって差別されない」と明記され、『精神障害者も社会の一員』という意識がある。市民権運動は障害者運動として教会や地下室などで地域に流れてくる貧困に苦しむ障害者をNPOがお世話してきた歴史もある。カナダ人には国に7%、州に7%（品目による若干の違いはあるが）という高い税を負担するかわりに、公務員や国や州からの補助金で運営している組織と人材を常に評価し、市民運動の要望を反映できるシステムを確保している。サービスシステムをよくするために積極的に市民が動くといった考え方が浸透しあたりまえになっている。コストの職員に対しても、「この人たちは私たちをサバイブ(Survive) させる人であるのかどうか」「継続雇用するのか、サービス内容に問題があればやめてもらうか」という判断をコンシューマーが市民のひとりとして要求できるしくみになっている。

5 バンクーバーシステムに日本が学ぶべき点

1) 医療サービスシステムにおける課題

さて、バンクーバーの視察により得た情報と文献から、日本の精神障害者支援システムを見渡し、保健医療福祉の課題について整理してみたい。

まず、医療サービスシステムの課題である。慢性化した精神障害者に対する出口の整備は障害者プランによる施設事業整備が進みつつある。医療機関の近接地域に福祉施設が設けられ、小規模作業所や増加傾向にある地域生活支援センターが身近な相談機関や交流の場として機能し、こうした多様な生活支援の拠点と医療機関との連携により地域生活移行の手段が確保されつつある。一方、未だ入り口の問題については、自由診療の考え方が採用され、平成11年度の改正法に盛り込まれた移送制度にしても、医療機関までの受診援助プロセスに専門職の関与が保障されていない。民間の警備会社を利用した無資格者の相談援助手段により入院の了解が得られない人の移送がなされることもあると聞く。発病や再発に対する医

療的なアセスメントを含めた初期対応は、すでに入院相談援助である。担い手の職種の明確化も含め、質を保証するために専門職を位置づける必要がある。バンクーバーの精神科専門看護婦は、「4年間の病棟あるいは地域の看護職としての経験を有し、地域のサービスに関する知識があるという条件」により専門職としての能力を保証し、さらに精神科医による訪問診療事業「ホームベース・トリートメント」や重症の精神障害者に対応する家庭医を経験豊富な精神科医がコンサルタントする「スペシャライズド・コンサルタントサービス」も充実させようとしている。

日本では、訪問看護ステーションや医療機関に所属する訪問看護婦や行政の保健婦による訪問件数は毎年集計されるが、「訪問してどのようにアセスメントし、その後どうなったか」をみる統計が存在しない。「危機介入の要請を受けて訪問した精神障害者のうち、実際に入院した人がどのくらいなのか」といった統計は、地域の精神障害者の状況により医療的な対応を必要とするニーズを反映し、アセスメントできる人材の充足や研修体制の整備を要求する積算根拠となる。

2) 健康問題を含めた包括的生活支援システムにおける課題

次に、包括的な生活支援システムにおける課題である。バンクーバーでは、精神障害者の課題別に、機関・施設の役割と効果、連携の実際などをモニタリングし、システム全体の評価を踏まえ新たなプランニングの機会に活かしている。

日本の場合問題となるのは、医療機関による医療サービス、保健所による保健サービス、市町村による保健福祉サービス、民間の社会福祉法人等が行う福祉サービス、その他ボランティア組織の活動などそれぞれの関連性があいまいでわかりにくいことである。日本でも精神障害者の施策体系は、1995年の精神保健福祉法施行以降、障害者プランで整備すべき実施機関のサービス内容と設置すべき数値目標が示されているが、救急対応、移送、治療、生活支援、就労支援など必要なサービス拠点の相互関連性が見えにくい。こうした状況は、社会生活を送る上で多様なサービスを必要とする精神障害者にとって様々な問題状況を生じる。精神障害者はそもそも『疾患の治療 リハビリテーション 障害に対する福祉サービスの提供』といった図式がそのまま当てはまる対象ではない。むしろ、『福祉サービスを積極的に利用しながら、継続的な医療サービスを確保しトータルな健康生活の支援を必要とする人たち』である。「精神障害者が一時的に医療機関で治療した後は、『屋根、かね、医療、人の支え』という地域で暮らすためのサービスが必要となる」²⁾と野田は述べているが、バンクーバーのBest Practiceはこうした問題を解決するモデルであり、必要な医療を受ける権利を保障するための支援は、医療機関だけではない地域の多様なサービス機関の多職種協働チームによって確

保している。

また、日本では精神障害者や家族ばかりでなく、各種機関の専門職が別の機関のサービスを知る機会が乏しい。個人的なつながりで必要な連携を作っているような状況である。これではそうした活動を意識して行う人がやめてしまえば、その機関の他機関との連携が滞ることになりやすい。精神障害者の生活の質と人権を保障するためには、自分の専門領域のエキスパートであるだけでなく、多領域についてもおおまかに知識をもつことが重要である。バンクーバーでは救急対応にかけつけるCar87の精神科専門看護婦に「地域のサービスに関する知識があること」という条件を課すのは、訪問先で精神障害者に応じてシェルター（緊急一時保護施設）や入所福祉施設などをいつでも活用できる最低必要な知識を保障するためである。

日本の場合、地域における生活支援の包括的なビジョンを明らかにし、各機関のサービスを位置づけ、相互関連性、システムを実際に動かす担い手（専門職あるいはボランティアなども含めて）、専門性を確保する手段となる条件や教育システムについて、多くの課題があると考えられる。

3) ノーマライゼーションの理念と風通しのいい生活支援システムへの課題

日本でも精神障害者の偏見を改善するための障害者運動や広報普及活動は、全国精神障害者家族会連合会や全国的患者会活動でも歴史的に取り組まれてきた。また、障害者や家族自身にとっても活動することで大きな成果を獲得してきた。彼らにしかできない発言を施策に反映させ、生活支援の拠点ともいえる作業所づくりを通じてこうした当事者運動の流れに添った展開が実を結んできた。今回同行した精神障害者らも身近な病院患者会活動に熱心に取り組んでいた。都道府県連合会の中心メンバーのひとりであったり、全国組織の代表であった。当事者のこうした組織的なつながりは、今や精神保健分野での国際交流の一役を担い、その見聞を活かし日本の精神保健活動を変革するオルタナティブサービス²³⁾の発展に期待が高まる状況にある。

包括的なサービスシステムの目的は、ノーマライゼーションの理念、すなわち、疾病による悪循環を最小限にとどめ、持てる能力を発揮できるよう環境や施設、制度を整備し、障害があるなしにかかわらず、社会的活動に参加できる共に生きる社会にすることである。こうした理念を念頭に、各方面の専門職や当事者、ボランティア、今後役割を期待されているホームヘルパー⁴⁾などが、各自の役割を明確化し共に生きる地域社会の中で位置づけを再確認し、発展的役割を考えられることが必要である。

野中⁵⁾は、市町村が策定すべき精神障害者を含めた障害者計画において、欠くことのできない要素として、医療体制、回復支援・能力改善・生活維持といったリハビリテーション機能、社会的支援ネットワーク機能、

サービス調整機能、計画策定・監視機能の5つであり、これらは相互関係性をもった地域のシステムとして機能する必要があると述べている。つまり医療機関は、障害者も共に活動に参加する地域社会において、多くの人々がよく理解している開かれた施設でなければならない。日本の精神科医療機関の地域偏在性や行政機関の精神科医の配置を考えると、都道府県の支援のもとで市町村が「精神障害者を含めた障害者計画」として『Best Practice日本版』を計画することが期待される。

4) コミュニティーベースのシステムづくりにおける保健婦課題

NPOが実施主体のバンクーバーシステムと日本を比較することは無理があるが、保健医療福祉サービスのシステム化に関与している専門職として日本の保健婦はすでに多くの実績がある。市町村、都道府県、国などの行政機関に所属し、アウトリーチのサービスから直接利用者の生活状況と健康問題を関連づけて把握し、住民の健康な生活を保障するサービスシステムを施策に盛り込む方法とネットワークを作り続けてきた。保健婦は地域保健機関の一員として保健サービスの提供を担うだけでなく、こうしたチームに関与し、福祉サービスが必要なら市町村の福祉所管と、医療サービスの課題があれば医療機関と連携しながら、これまでの保健・福祉・医療の間の溝を見直し包括的システムづくりにこれまで以上に力を発揮したいものである。行政機関に保健婦が所属する意味はそこにあるのではないだろうか。

おわりに

精神障害者当事者と関係者が集う日加交流事業はすでに5回実施されており、これまでの事業に参加された方々による報告書⁶⁾も発行されている。事業の経緯と内容について関心のある方は参照いただきたい。なお、保健医療従事者を教育する立場にある筆者に、今回のような海外を見聞する機会を紹介していただいた日加交流事業にかかわる方々に心から感謝の気持ちを述べたい。最後に、バンクーバーの精神保健システムに継続的にかかわり本論文の内容についてご助言をいただきました大正大学大学院の野田文隆教授、論文作成にあたり丁寧なご指導ご助言いただきました太田保之教授、石原和子教授及び門司和彦教授、さらに、バンクーバーへの海外出張でご迷惑をおかけしました看護学専攻教員のみなさまに、心から感謝いたします。

参考・引用文献

- 1) 野田文隆：カナダのプリティッシュ・コロンビア州における精神保健システムとモニタリング（吉川武彦・竹島正編）精神保健福祉のモニタリング，中央法規出版，東京，46-62，2001.
- 2) 田中英樹：精神障害者の地域生活支援～統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク，中央法規

出版，東京，147-212，2001.

- 3) 半澤節子：当事者に学ぶ～精神障害者のセルフヘルプグループと専門職の支援，やどかり出版，埼玉，167-177，2001.
- 4) 大島巖：精神障害者ホームヘルプサービスの現状と課題．季刊 地域精神保健福祉情報 Review, 9(2), 8-11, 精神障害者社会復帰促進センター，東京，2000.
- 5) 野中猛：障害者計画を立てる視点．公衆衛生, 61(4), 290-295, 医学書院，東京，1997.
- 6) 精神障害者日本カナダ交流 (Canada-Japan Mentally Challenged Exchange) 報告書第1部 (1993), 第2部 (1994), 第3部 (1996), 第4部 (1997), 第5部 (1998), 第6部 (2001), 東京

半澤 節子

The Vancouver system supporting the community life of people with severe mental illness:

Setsuko HANZAWA¹

1 Nagasaki University School of Health Sciences

Abstract This paper introduces the Vancouver system which comprehensively supports the community life of people with severe mental illness while receiving necessary services. Activities of some major institutions in the system are also introduced. Then, the Vancouver system was compared with the contemporary Japanese system in terms of (1) the medical service, (2) comprehensive life support system including support for health problems, (3) popularization of the idea of normalization, and (4) the role for public health nurses for establishing a community-based system.

Bull. Sch. Health Sci., Nagasaki Univ. 14(2): 49-56, 2001