

研究ノート

中山間過疎地域等における精神保健福祉士による相談支援の必要性に関する一考察

高木 健志

Takeshi TAKAKI

要旨

中山間過疎地域等であっても、病気や障がいを抱えながら、その市民が、住み慣れた場所で暮らし続けたいという願いを実現させることのできる社会を維持し続けるためには、今後どのような策が必要となるのだろうか、という関心を起点に検討を行った。

本稿では、わが国の近年の精神保健福祉施策の状況、中山間過疎地域等という状況の現実的な課題の検討の例として山口県を取り上げた。

その結果から、今後の課題として、精神科訪問看護における精神保健福祉士による相談支援実践の実証的な調査研究の必要性と、中山間過疎地域等という環境における精神保健福祉士による訪問の形態による相談支援のエビデンスを蓄積していくための取り組みの必要性が浮かび上がった。

キーワード：中山間過疎地域等、精神保健福祉士、精神科訪問看護

はじめに

日本創成会議・人口減少問題検討分科会(2014)は、2040年に20～39歳の女性の数が49.8%の市区町村で5割以上減り、推計対象の全国約1800市町村のうち523では人口が1万人未満となって消滅するおそれがあることを報告した。このことは、これまでも、わが国の人口減などがいわれてきたものの、具体的にシミュレートされた提案によって国民にその問題関心意識を迫る報告であった。

人口のバランスは、東京・大阪・名古屋などの大都市圏をはじめとした都市中心部への若年・生産年齢人口の集中という課題と、また、過疎地域自立促進特別措置法の整備をはじめとした、過疎地域等の支援策との課題が併存している状況にある。

中山間地域をはじめとした過疎地域等における

市民の暮らしを維持確保していく取り組みとは、わが国の未来像を考えると同じ意味を持つ課題であると筆者は考えている(高木2010)。また、稿を改めて報告したいのだが、筆者が行っている調査から、長期入院患者の地域移行支援が積極的に展開されるなかで、精神保健福祉士にとって、退院援助の本質的な意義について確かめておかなければならない必要性が現場で経験されていることが明らかになりつつある。

本稿では、病気や障がいを抱えながらも、住み慣れた場所で暮らせる社会を維持していくためには、どのような策が必要なのだろうか、という関心を起点にして、わが国の精神保健福祉の歴史と状況、また、中山間地域等の例として山口県を取り上げ、中山間地域等が抱える社会資源の乏しさという課題をカバーする手立てとして、訪問の形態による支援の重要性に着目し今後の課題の検討

を行ったので、ここに報告する。

1. わが国の精神保健医療福祉の概況について

1-1 わが国の精神保健福祉施策の歴史について

わが国における精神障害者施策の歴史は、1900（明治33）年に制定された精神病患者監護法にその制度的な始まりを見ることが出来る。同法は、法制度として整備された一方で、精神病患者の治療を趣旨とするものではなく、社会防衛的観点から私宅監置を中心としたいわば隔離政策の考えがベースにあったと考えられるものであった。

その後、1919（大正8）年に精神病院法が制定された。同法で、精神病患者が医療の対象となり、公立病院の精神科病院の設置が義務付けられたが設置はなかなか進まず、私宅監置の精神病患者の数は増加する一方であった。

戦後、1950（昭和25）年精神衛生法が制定された。同法の目的は「精神障害者の医療及び保護を行い、且つその発生の予防に努めることにより、国民の精神的健康の保持及び向上を図る」ことであった。つまり、精神障害者は医療の対象ではあるが、社会福祉の対象ではなかった。

1965（昭和40）年に精神衛生法が改正され、保健所が第一線機関として位置付けられ、入院中心主義から通院治療を重視する方向に転換をしていくことになったが、改正前年の1964（昭和39）年に起きたライシャワー事件を契機に措置入院を中心とした制度整備が行われていたといえる。

一方、身体障害者福祉法が1949（昭和24）年、旧精神薄弱者福祉法（1999年より、知的障害者福祉法に改められた）が1960（昭和35）年に制定され、福祉の対象となっていたが、あくまでも精神障害者は「病者」として精神衛生法では扱われ、障害者の中でもとりわけその福祉施策が遅れたことは否めない歴史的事実である。

そして、1984（昭和59）年“宇都宮病院事件”が社会の明るみに出た。この事件を契機に、ようやく1987（昭和62）年に精神衛生法が精神保健法に改正され、精神障害者の社会復帰の促進と人

権への配慮を基本として社会復帰施設が法定化され、精神医療審査会が設置されることとなった。

さらに、1993（平成5）年に心身障害者対策基本法が障害者基本法に改正され、精神障害者が身体障害者、知的障害者とともに障害者として位置付けられた。1995（平成7）年には精神保健法が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）に改正され、その後、社会福祉基礎構造改革の流れのなかで、福祉サービスの実施主体を市町村に移行し保健医療福祉を統合した地域支援体制の実現を意図された。

このようななか、1997（平成9）年精神保健福祉士法が制定され、精神科ソーシャルワーカーの国家資格が誕生することとなった。

精神科医療の改革とともに、精神障害者福祉に関する施策や制度の充実も、1993（平成5）年の障害者基本法以降、次項に挙げるように、特に2000年代に入り積極的に推進が図られていくこととなった。

1-2 近年のわが国の精神保健福祉施策の動向について

近年のわが国の主な精神保健福祉施策を、概観すると次のような動向にある。

2004（平成16）年「精神保健医療福祉の改革ビジョン」がまとめられた。この報告では、「入院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ていくため、国民各層の意識の改革や、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年で進めるとして達成目標が示された。

その後「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランド・デザイン案）」が2004（平成16）年に出され、精神保健医療福祉の改革ビジョンからの、平成16年9月から概ね10年間の中間点において、後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめた上で、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の報告書として、「精神保健医療福祉のさらなる改革に向けて」が発表されている。

これらの施策が具体的にどのような変化をもたらしているのだろうか。すでに触れたように「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の基本的な方策に基づき様々な施策が展開されている。2003（平成15）年に国のモデル事業として「精神障害者退院促進支援事業」が展開され、2006（平成18）年に、障害者自立支援法における地域生活支援事業として位置づけられた。その後、2008（平成20）年から「精神障害者地域移行支援特別対策事業」へと展開されてきた。同事業では、特に対象者の入院する精神科病院と連携を図って、必要に応じて当事者による支援（ピアサポート）等を活用しながら退院と地域定着にむけた支援を行う地域移行推進員（自立支援推進員）と、精神障害者の地域移行を着実に推進していく役割を持った地域体制整備コーディネーターの配置が柱となった。

この間同事業の展開で、地域生活への移行支援だけではなく、より包括的な視点から、地域移行後の地域における生活定着に対する支援の重要性が明らかとなり、見直しが行われることとなった。そして、2010（平成22）年からは、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」と名称及び事業内容があらためられた。ここでは、精神障害者の地域移行に必要な体制の総合調整役を担う地域体制整備コーディネーターや利用対象者の個別支援等に当たる地域移行推進員の配置に加えて、未受診・治療中断等の精神障害者に対する支援体制の構築や、ピアサポーターの活動支援、精神障害者と地域の交流事業の促進などを盛り込み、従来の地域生活への移行支援から、さらに一歩進めた地域生活への移行の後の定着支援を含めたものとなった。この段階で、地域定着支援は、特に若年者の重症化予防と早期支援体制の構築を目指すものとされ、地域移行は、これまでの退院促進支援と同様に長期入院患者への支援として位置づけられ、ピアサポーターの同行活動費が計上されるなどされた。

2012（平成24）年からは、精神障害者地域移行・

地域定着支援事業について、地域移行支援と地域定着支援とに分化された。それぞれ、地域移行支援事業は、自立支援給付の対象とされ、地域定着支援については、精神障害者アウトリーチ推進事業として展開されることとなった。

2011（平成23）年からは「精神障害者アウトリーチ推進事業」がモデル事業として実施された。同事業は、未治療や治療中断している精神障害者等に、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種から構成されるアウトリーチチームが、一定期間、アウトリーチ（訪問）支援を行うものであった。特に、受療中断者や自分の意思では受診できない等の精神障がい者にとって、日常生活を送るうえで生活に支障や危機的状況を回避し、安定的な生活を営むには訪問支援を行うことが必要という認識にたつて検討されたものである。

2014（平成26）年からは、精神障害者アウトリーチ推進事業は、都道府県必須の事業の精神障害者地域生活支援広域調整等事業の一環として位置づけられ、保健所や精神保健福祉センター等が実施機関として展開されている。特に、医療機関における活動であれば診療報酬化されるなど具体的な展開を見せている。

このように、精神障害者の地域移行・地域定着支援のための制度的整備は確実に展開されてきている。そこで、本稿における中心的関心である中山間過疎地域等の在宅の精神障がい者の安定した暮らしを支えるという視点から今一度諸制度を検討したい。

1-3 近年の地域における生活支援のための手立てについて

精神障害者アウトリーチ推進事業では、受療中断者、自らの意志では受診が困難な精神障害者、長期入院等の後退院した者、入退院を繰り返す精神障害者等の地域生活定着のためには、医療と生活の支援の両方を包括的に、かつ、必要な時に迅速にかつ十分な時間をかけて提供することが効果的であることをふまえた上で、一定期間、保健、

医療及び福祉・生活の包括的な支援を行うことにより、新たな入院及び再入院を防ぎ、地域生活が維持できるような体制を地域において構築することを目的として、精神障害者アウトリーチ推進事業が展開されている。この事業で想定されているアウトリーチ対象者は、受療中断者、未受診者、ひきこもり状態の者、長期入院の後退院し、病状が不安定な者とされている。この事業の特性上、生活の安定の維持のために自ら支援を希望する利用者は主たる対象としては想定されていない。

また、包括型地域生活支援プログラム ACT (Assertive Community Treatment, 以下 ACT) がある。ACT は、本来なら入院が必要となるような重症者を対象としており、原則的には利用者と治療契約等が交わされ、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による訪問形態である。ここでも、対象者については、本来なら入院が必要となるような重症者としていることから、病状も安定しており、かつその生活安定維持のために自ら支援を希望する利用者は主たる対象としては想定されていない。

これらは、地域で生活する精神障がい者にとってもっとも大きな課題である病状急変時の対応策として、地域で安心して生活していく環境整備のために必要である。そして、その整備が具体的に展開されていくことはわが国の社会作りにとっても意義のあることである。しかし、本稿における関心は、病状も安定しており、かつその生活安定維持のために自ら支援を希望する利用者を主たる対象として考えられる手立てについて、ということであるから、そのことについて検討を前に進めていきたい。

訪問の形態をとる方法で、かつ診療報酬上に位置づけられている手立てとして、医療機関等が実施している精神科訪問看護があげられるのではないだろうか。

近年、精神科訪問看護は、診療報酬においても大きくその位置づけが変化していることがうかがえる。たとえば、2012 (平成 24) 年の診療報酬改訂では、精神科訪問看護指示料が新設され、精

神科を担当する医師の指示を評価、訪問看護の対象を入院中以外の患者と家族に拡大するなどの積極的な見直しが行われている。さらに、2014 (平成 26) 年度診療報酬改定では、長期入院後や入院を繰り返す病状が不安定な退院患者の地域移行を推進する観点から、24 時間体制の多職種チームによる在宅医療に関する評価として、精神科重症患者早期集中支援管理料が新設された。また、併せて、訪問看護事業所についても、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者の主治医の医療機関と共同で会議を行い、支援計画を策定する場合には、精神科重症患者早期集中支援管理料連携加算が新設された。これらによって、精神科訪問看護は、在宅の精神障がい者の地域生活においてますます重要な位置づけになってきているといえる。

長期入院患者の退院促進のための取り組みは、地域移行・地域定着支援事業から地域生活支援事業への移行として継続的に展開されている。本稿における中心的関心と照らしあわせていくと次のようなあらたな関心がわき起こってくる。つまり、これら施策については、地域における支援策を講じることを急務としている性質上、その念頭におかれた「地域」とはどのような範囲や環境を指し示すのか、という点まではふれられてはいない。具体的には、精神保健福祉法や障害者総合支援法をはじめとした法制度に基づく諸制度等にもとづくフォーマルな社会資源がある程度整っている中心部では十分なその支援展開が可能であるだろう。他方、フォーマルな社会資源が乏しい中山間過疎地域等では、はたして十分にその支援を展開していくことは困難なのではないだろうか、という関心である。もちろん、この例示は簡単に二分法で「地域」というものを規定していこうという意図ではない。「地域」をどのように理解していく必要があるのか、ということについての議論をより深めていかなければならないという問題意識についてである。この議論については、稿を改めて検討していきたい。仮に「地域」とひとことで表現した場合に、その実態や実態に即した対応に

については、住民に身近な窓口としての各都道府県や市町村で実施されていくことになるととらえることができる。その地域が、社会資源が豊富な中心部のことを指す場合もあれば、十分な社会資源がない中山間過疎地域等の場合もあり、地域ということばで一様にとらえるのでは限界があるということなのではないだろうか。

さて、ここまで概観してきたように、在宅の精神障がい者の地域生活を支援するための制度的な環境整備が整えられつつあるものの、症状が安定しかつ安定した生活の維持のための支援策としては精神科訪問看護が大きな役割を果たしていくということが浮かびあがってきた。一方で、社会資源が豊かな都市部においては、十分なケアの展開が可能であろうが、その手立てに乏しい地域、具体的には中山間過疎地域等を想定した手立ての構築について、まずはどのような現状があるのかを理解し、考えたいという次の関心も浮かびあがってきた。

そこで、次項では、県土のおよそ7割を中山間地域が占めている山口県を例に取り上げ、同県における取り組みの概観を通して、中山間過疎地域等における在宅の精神障がい者の支援の手がかりを探っていききたい。

2. 中山間過疎地域等における課題について山口県を例に考えていく

2-1 山口県の状況

山口県は、本州西部に位置し、人口1,427,226人(平成25年3月1日)、面積は6,114(平成24年10月1日)mi²である。

山口県健康福祉部地域医療推進室(2013)「第6次山口県保健医療計画」と山口県中山間地域づくり推進課(2013)「山口県中山間地域づくりビジョン(計画期間:平成18年度~24年度)」をもとに、山口県の状況をもう少し見ていきたい。

山口県において中山間地域が占める土地面積の割合はおよそ70%である。中山間地域における病院・診療所についての分布状況は、平成12年から減少傾向にあり、平成12年に比べて平成24

年では約1割減少し、337施設となっている。

また、県土のおよそ7割が中山間地域でありつつも、人口は中心部と比較してその4分の1程度であり、かつ医療サービスについても、中心部と比較すると地域偏在の傾向がみられることが浮かび上がる。

2-2 山口県における過疎化に対する取り組みについて

人口減少の傾向や中山間過疎地域等の増加などの将来予測に鑑み、山口県では、2006(平成18)年「山口県中山間地域振興条例」を初の議員提案による政策条例として可決している。

同施策では、次の6つの基本方針が示されている(第7条)。

第7条

中山間地域の振興に関する施策の策定及び実施は、次の6つの基本方針に基づき、総合的かつ計画的に行うものとする。

- ①中山間地域の有する多面にわたる機能に関する県民の意識の啓発を図ること。
- ②中山間地域の住民が当該中山間地域の振興に関し行う自主的かつ主体的な取組が促進されるよう配慮すること。
- ③定住を促進するための生活環境の整備及び住民が安心して暮らすことができる安全な生活を確保するための生活基盤の整備を図ること。
- ④集落の育成並びに中山間地域の振興の担い手の育成及び確保を図ること。
- ⑤農林水産業その他の中山間地域における産業の振興を図るとともに、中山間地域に存する技術、人材その他の資源を活用した新たな事業の創出及び育成を図ること。
- ⑥中山間地域とその他の地域との間及び中山間地域相互間における多様な交流及び連携を図ること。

特に、本稿に関連してくるのは、基本方針③「定

住を促進するための生活環境の整備及び住民が安心して暮らすことができる安全な生活を確保するための生活基盤の整備を図ること。」にもとづき検討していくことになる。

さらに、同条例をもとに展開している「山口県中山間地域づくりビジョン」は、2013（平成25）年8月に改訂され新たなビジョンが策定されている。

同改訂では、特に平成25年度から平成28年度を計画期間としたうえで、「持続可能な地域社会の形成」、「安心・安全で暮らしやすい生活環境の整備」、「暮らしを支える多様な産業の振興」、の3つの施策の柱を立てて展開している。

特に、「安心・安全で暮らしやすい生活環境の整備」のなかで、「高齢者等が地域で暮らし続けることができるための生活環境の整備」、が具体的な項目としてあげられている。

ここには、中山間地域等であっても、病気や障がいを抱えた県民への支援策、本稿の関心に引きつけば、精神障がいを抱えながら暮らす県民の支援環境作りの必要性を包含していると考えられる。

このように、山口県は、現在、中山間地域等に暮らす住民の生活環境を整備していくための施策的な手立てを講じていることがみえてくる。

2-3 山口県の精神疾患に対する取り組みについて

山口県では、第6次山口県保健医療計画（2013）のなかで、精神疾患を、5大疾病の一つとして位置づけたうえで、新たに精神疾患に係る医療連携体制を明示した。①地域精神保健福祉対策の推進、②精神疾患の医療確保、③社会復帰対策の促進、④精神科救急医療体制の充実、⑤認知症施策の推進、を5つの柱として今後、県、町村、関係機関が一体となって取り組むこととしている。

さらに、山口県は、関係する医療機関相互の連携を重視し、精神疾患の医療連携体制策について行政を中心として、「保健サービスやかかりつけ医等の連携により、精神科医を受診できる機能【予防・アクセス】」、「状態に応じて、必要な医療を

提供できる機能【治療～回復・社会復帰】」、「精神科医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに精神科救急医療や専門医療等を提供できる機能【精神科救急】」、「精神科医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに精神科救急医療や専門医療等を提供できる機能【身体合併症】」、「精神科医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに精神科救急医療や専門医療等を提供できる機能【専門医療】」、の5つの柱を中心に講じている。

一方、山口県における精神科病床における平均在院日数は、380.1日（平成22年度）であり、1年未満入院者の平均退院率は、64.4%（平成21年度）である。山口県は、2017（平成29）年までの数値目標として、精神科病床における平均在院日数を、380.1から、301.0日を、また、1年未満入院者の平均退院率を64.4%から、71.2%をそれぞれ掲げ、取り組みが展開されている。

山口県でも、入院医療中心から地域生活中心へという展開のなかで、外来通院についての支援策の強化が展開されている。ひとつの目安として、自立支援医療（精神通院）受給者証交付件数の推移から、その概況を見ることが可能である。平成19年度から平成23年度のデータを参照した。

2007（平成19）年度9,513人、2008（平成20）年14,308人、2009（平成21）年15,496人、2010（平成22）年16,096人、2011（平成23）年17,220人である（図1）。

外来患者のうち、自立支援医療（精神通院）の交付件数は増加傾向にあり、疾患や障がいを抱えながら在宅で暮らす県民への支援が重要な状況にあることがうかがえる。

そこで、在宅生活を送る精神障がい者への支援サービスとして、精神科訪問看護を取り上げ、その実施概要について概観しておく必要がある。

精神科訪問看護の利用者は、平成21年度時点で、全国41,425人のうち、山口県は946人である。精神科訪問看護を提供する病院数は、22か所（全国878か所）であり、精神科訪問看護を提供する診療所は、2か所（全国348か所）となっている（いずれも平成20年度時点）。

全国的には、精神科訪問看護の利用者数は増加傾向にあることから、山口県においても、自立支援医療（精神通院）受給者証交付件数の増加傾向

を手がかりに推測すれば、全国的な傾向と同様に、在宅の精神障がい者数と、精神科訪問看護の利用者数については増加の傾向にあると考えられる。

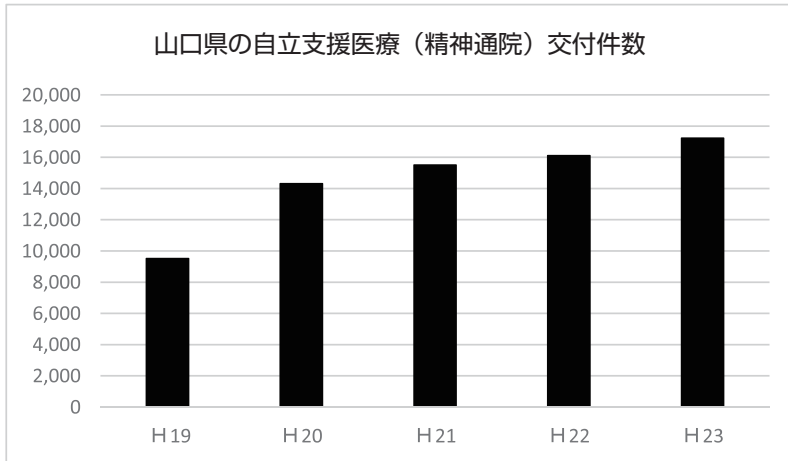


図1 山口県における自立支援医療（精神通院）交付件数の推移
 (山口県健康福祉部地域医療推進室 (2013)「第6次山口県保健医療計画」
 (<http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a151001/i-keikaku/i-keikakusho.html>,
 2014.12. 1より筆者作成)

2-4 山口県における取り組みから考える中山間過疎地域等における課題の展望

前項までにみてきたように、山口県に関する概況の検討の結果、中山間過疎地域等における支援を積極的に展開していることと、精神疾患に対する対応策の展開が重視されていることが明らかとなった。

交通手段の確保や地理的条件に制約が多い中山間過疎地域等で暮らす在宅の精神障がい者が、住み慣れた中山間過疎地域等で暮らし続けていくには、頻繁にフォーマルケアの社会資源が揃った中心部へ通ってくることを念頭に置いた環境整備のデザインでは、現実的でないと筆者は考える。むしろ、フォーマルケアの社会資源の側が、精神障がい者の暮らしの場へ出向いていくことが、中山間過疎地域等に暮らす精神障がい者の安定的な生活の維持のためには必要な手立てと考えるのである。

しかし、ACTをはじめとしたフォーマルケアの展開はこれからの課題であり、たとえば、本稿で取り上げてきた山口県では、むしろ県土の60%を中山間である地理的状况があるため、新たなサービスの創設の検討とともに、むしろ既存の支援策のさらなる充実を検討することが有用である可能性を持っていることが浮かび上がってくる。

中山間過疎地域等における精神障がい者への支援策の具体的な展開を検討することは、すなわち、中山間過疎地域等における生活課題を考え、わが国の未来をデザインしていくことに通じていくといえるのではないだろうか。

3. 中山間過疎地域等における精神障がい者の生活支援の重要性

中山間過疎地域等は、地理的不利やフォーマルケアの乏しさなどの条件によって、社会資源の乏

しさとつながっている。

このことを、中山間過疎地域に暮らす県民の生活実態を思い浮かべながら考えてみると、交通機関も十分ではないことから、たとえば通院のための外出に一日がかりであることもあり得るであろう。また、退院したとしても、家業が農業だとすれば、家族は朝から夕方まで、農作業のために家を空けるであろう。すると、退院したその人は、日中、誰と会話をすることもなく、一日を過ごさざるを得ない状況が起こる。そこに、中山間過疎地域等ならではの生活課題が見えてくるのではないかと筆者は考えるのである。障害者総合支援法など法制度に定める福祉サービスを活用したくとも、地理的条件によって必要なほど活用することが困難となることは想像に難くない。

住み慣れた場所で暮らし続けることのできる社会の仕組み作りを講じていくことが重要である。地理的不利な環境が、そのまま住まいの場の選択肢を狭める条件にならないような社会作りを目指していくという視点に筆者は立ちたい。つまり、精神科医療機関での入院治療を終え、退院していくというときに、たとえ、中山間地域であったとしても、できうる限り暮らし続けられる生活環境を整備していくということが、これからの社会の重要なあり方なのではないかということである。横山（2013：14）は、中山間・過疎地域における地域包括ケアの意味について論じているなかで、保健、医療、福祉とは、「限界集落」にすむ最後の一人の幸せを実現する営み、としている。たとえ、中山間過疎地域等であっても、その県民、その人にとってのふるさとに住み続けることができる社会でありつづけられるように考えていかなければならないと思う。

4. 本稿における今後の課題

本稿では、わが国の精神保健福祉の概要にふれ、地域生活支援の状況について検討してきた。在宅の精神障がい者への支援として、アウトリーチ推進事業等があるが、それらは、主に、治療中断の精神障がい者を対象としている。筆者の本稿にお

ける中心的関心は、中山間過疎地域等において病状は安定しており、かつ継続的なケアを希望しながらも、地理的条件等によって、そのサービスを活用できない在宅の精神障がい者へどのような方策によって、支援を届けられるのか、という点について検討していくことであった。その結果、中山間過疎地域等における手だとして、精神科訪問看護における相談支援の充実が重要となると考えてきた。本稿における今後のもっとも大きな課題は、精神科訪問看護や訪問の形態をとる精神保健福祉士による訪問相談支援に関する先行研究の検討である。訪問の形態をとる相談支援については、豊富な実践例が示されていたので、それらをふまえた理論化の一助となるように努めていきたい。

また、さらに、この検討課題を発展させていくための要点として、次のことを挙げておきたい。

1. 精神科訪問看護における精神保健福祉士の果たす役割について

本稿でふれたように、たとえば、2012（平成24）年度の診療報酬体系の見直しのなかで、精神科訪問看護基本療養費よりも、精神保健福祉士が同行する精神科訪問看護の精神訪問看護・指導料は診療報酬上高い設定となっている。さらに、2014（平成26）年度の同改定では、精神科重症患者早期集中支援管理料のチームの職種の一つとして精神保健福祉士（常勤）があげられている。

近年、精神科訪問看護の診療報酬上において、特に精神保健福祉士の果たす役割が盛り込まれている状況にある。診療報酬の体系上に精神保健福祉士が位置づけられていくという点では、これまで、精神保健福祉士によるソーシャルワーク支援が直接的な報酬に結びつきにくく、医療機関におけるポジショニングの難しさを生み出す関連要因のひとつであったのではないかと推測される。その意味では、診療報酬上に明確に位置づけられることで、立場の確保という観点からは意義があるといえよう。

しかし、他方で、単に訪問看護に出向き、件数を重ねれば評価されるということであってはなら

ないと考える。何のための精神保健福祉士なのか、その本質的意義を見失ってはならないといえる。そのためには、精神科訪問看護ならではの精神保健福祉士による相談支援実践の実証的な調査研究が必要となると考えた。

2. 中山間過疎地域等における精神保健福祉士による訪問相談支援のエビデンス蓄積の重要性

フォーマルケアの社会資源に乏しい中山間過疎地域等における精神障がい者の在宅支援の安定的な生活支援のためには、訪問型の相談支援を積極的に展開しなくてはならない。

診療報酬においても、フォーマルケアの側からサービスを提供する方法が位置づけられている。それは、訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導、訪問リハビリテーションなどがあるものの、まだ精神保健福祉士による訪問相談支援などについて独立した項目までは至っていない。精神保健福祉士による訪問型の相談支援による効果は、実践現場では確かめられている。

そこで、今後も継続して、中山間過疎地域等における支援のカギとして、中山間過疎地域等における訪問型の相談支援についてエビデンスの蓄積のための調査研究に取り組む必要があると考える。

おわりに

中山間過疎地域等であったとしても、病気や障がいを抱えながら、その市民にとって、住み慣れた場所で暮らし続けたいという願いを実現させることのできる社会を維持し続けるためには、今後どのような策が必要となるのだろうか、という関心を起点に検討を行ってきた。

本稿では、わが国の近年の精神保健福祉施策の状況を見たと、中山間過疎地域等という状況の現実的な課題の検討のために、その例として山口県を取り上げた。その結果から、今後の課題として、精神科訪問看護における精神保健福祉士による相談支援実践の実証的な調査研究の必要性と、中山間過疎地域等という環境における精神保

健福祉士による訪問の形態による相談支援のエビデンスを蓄積していくための取り組みの必要性が浮かび上がった。

さらに、本稿を進めていくうちに、あらたに筆者のなかに、「地域」とは何なのか、「ふるさと」とは何なのか、という本質的な検討への関心が誘発された。中村（2003）は、「ふるさと」を、「意味としてのふるさと」として存在したと位置づけたうえで、権力や他者によって滅ぼされることのない、そして自己によって意識的に消去したり忘却することもできない、私たちの生の基盤として存在している、と指摘している（2003：56）。本稿における「中山間過疎地域等」ということばを、この中村（2003）の「ふるさと」と同義として読み替えることを許されるとすれば、中山間過疎地域等には、わが国社会が効率性や即時性を追い続けてきたばかりに失いかけてやうとしている「たいせつなもの」を取り戻すきっかけがあると信じている。

これからも、本稿から得られた今後の課題について、そこに美しき山々が連なるわがふるさとの風景を重ねながら真摯に取り組んでいくこととする。

引用・参考資料

厚生労働省保険局医療課（2012）「平成24年度診療報酬改定の概要」、

(http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24_01-03.pdf#search=%E5%B9%B3%E6%88%9024%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E8%A8%BA%E7%99%82%E5%A0%B1%E9%85%AC%E6%94%B9%E5%AE%9A%E3%81%AE%E6%A6%82%E8%A6%81, 2014.12. 1) .

厚生労働省保険局医療課（2014）「平成26年度診療報酬改定の概要」、

(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-1240000-Hokenkyoku/0000039891.pdf#search=%E5%B9%B3%E6%88%9026%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E6%B7%B1%E6%85%AE%E>

- F%BD%99%E3%81%BB%E3%81%86%E3%81%97%E3%82%85%E3%81%86%E3%81%86', 2014.12. 1) .
- 厚生労働省障害保健福祉部企画課 (2014) 「精神障害者アウトリーチ推進事業実施要綱」 (http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/chiikiikou_02.pdf#search='%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E3%82%A2%E3%82%A6%E3%83%88%E3%83%AA%E3%83%BC%E3%83%81%E6%8E%A8%E9%80%B2%E4%BA%8B%E6%A5%AD%E5%AE%9F%E6%96%BD%E8%A6%81%E7%B6%B1', 2014.12. 1) .
- 中村文哉 (2003) 「「<ふるさと>の二つのかたち - 釜ヶ崎・沖縄移民・沖縄のハンセン病経験者にとってのくふるさと」 -」 『山口県立大学社会福祉学部紀要』 9, 41-57.
- 日本創成会議・人口減少問題検討分科会 (2014) 「人口再生産力に着目した市区町村別将来推計人口について」, (<http://www.policycouncil.jp/>, 2014.12. 1)
- 高木健志 (2010) 「「地方」から考える可能性」, 『日本ソーシャルワーク学会通信News Letter of J.S.S.S.W』 93, 5-6.
- 山口県 (2006) 「山口県中山間地域振興条例」, (<http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cmsdata/1/8/f/18fcecfc2560d9677a9362c4dfb4b4.pdf>, 2014.12. 1) .
- 山口県 (2013) 「山口県保健医療計画数値目標一覧」, (<http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cmsdata/8/5/0/85085172948931d40494d7e11202393d.pdf#search='%E5%B1%B1%E5%8F%A3%E7%9C%8C%E4%BF%9D%E5%81%A5%E5%8C%BB%E7%99%82%E8%A8%88%E7%94%BB%E6%95%B0%E5%80%A4%E7%9B%AE%E6%A8%99%E4%B8%80%E8%A6%A7'>, 2014. 12. 1)
- 山口県 (2013) 「第6次山口県保健医療計画」, (<http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a151001/i-keikaku/i-keikakusho.html>, 2014.12. 1) .
- 山口県 (2013) 「山口県中山間地域づくりビジョン (計画期間:平成18年度~24年度)」, (http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a11500/vision/vision_top.html, 2014.12. 1) .
- 山口県 (2014) 「平成26年版山口県中山間地域づくり白書」, (<http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a11500/hakusho26/201410090001.html>, 2014.12. 1) .
- 山口県 (2014) 「山口県の中山間地域の現状について」 (<http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a11500/gennjou/gennjou25.html>, 2014.12. 1) .
- 横山正博 (2013) 「中山間・過疎地域と地方都市の「地域包括ケアを考える」『やまぐち発! みんなで創る老後の暮らし 地域力を生かす「地域包括ケア」』, 14.

A Study on the Need for Consultation Support by Psychiatric Social Worker in Depopulated Area

Takeshi TAKAKI

Even though suffer from illnesses or are disabilities, in order to continue to maintain social which can continue life is what measures will wonder required, the paper starting from the concern that was considered to want the filing of their interest.

This paper, Japan's mental health and welfare of the history and circumstances, also, took up the Yamaguchi Prefecture as hilly and depopulation areas, even as he was discharged to the depopulation region, while its life, and the importance of services in the depopulation region, social resources poor results of a study on the importance of the visit type support as it's hand to cover of the need is empirical research of social work practice of psychiatry visit nursing unique, and visits by mental health care workers in rural areas, etc. I was able to reach the derivation of the challenges about the importance of evidence accumulation of consultation support. For the role of psychiatric social worker in psychiatric nursing visit, The importance of evidence accumulation of visit consultation support by mental health worker in rural areas.

Key Word : Depopulated area, Psychiatric Social worker, Visiting Nursing

