

# カナダ・バンクーバーの地域精神保健

牧野田 恵美子

## Community Mental Health Service in Vancouver, Canada

Emiko Makinoda

カナダ、バンクーバーにおける精神障害者の地域精神保健システムについて論じ、日本のそれと比較した。わが国では、まだまだ長期入院患者は地域生活が困難であり、その理由のひとつにはそのような重篤な精神障害者を地域で支える体制、多くのスタッフが配置されていないことがある。

この、バンクーバーの地域精神保健システムの歴史、2000年に行われた機構改革の経過、実際の援助について述べた。バンクーバーとリッチモンド市を8地区に分け、精神保健チームがその地域を分担し、ソーシャルワーカーと看護がケースマネージャーとして、支援の責任をもっている。また、居住施設の現状、精神病患者協会の活動について論じた。

キーワード 精神障害者 地域精神保健 バンクーバー

### はじめに

カナダ、ブリティッシュコロンビア州のバンクーバーの地域保健精神サービスは、1972年から開始されたが、我が国の地域保健従事者や当事者にとって理想のものといわれている。東大医学部を卒業された、台湾の林宗義先生のバンクーバーでの活躍で、日本の患者が先生の治療を受けるためにバンクーバーにも行ったり、当事者を中心にカナダとの交流会を開催するなどよく知られている。林先生は、1973年にカナダに移られ、地域精神保健活動をされた。当時、ジョン・カミングが新しい、地域精神保健のシステムを開始した。このサービス開始当時のバンクーバー市の入院患者は5,000人だったが、現在は800人で入院期間も短くなっている。一般的には、精神科の入院期間は30日から40日であり、それ以上入院が必要な

場合はブリティッシュコロンビア州にひとつあるリバビュー州立精神病院に移される。この少ないベット数、短期間の入院から、バンクーバー市では住む家のない精神障害者や劣悪な安アパートに住む精神障害者が多く、住宅政策は大きな問題となっている。

### 1 バンクーバー・リッチモンド精神保健機構 (Vancouver Richmond Health Board・VRHB)<sup>1)</sup>について

バンクーバーとリッチモンドの精神保健は、かつて「グレーターバンクーバー精神保健サービス組織 (GVMHS)」がその責務を担っていたが、2000年5月に機構改革があり、GVMHSはバンクーバー・リッチモンド精神保健機構 (VRHB) となり、同年9月から本格的に実施されている。こ

の地域は人口約60万である。

この機構改革は、1998年出された新精神保健対策に基づき、ブリティッシュコロンビア州精神保健プラン（1998年）に添ったものであり、1997年にカナダ政府のリードでつくられた「精神保健再編の最良の実施（Best Practices in Mental health Reform）」の政策改革案をもとに精神保健プランは、以下の4本柱で行なわれる。

- ①精神も他障害も、1カ所の組織・事務所（VRHB）で対応がされる。そして、精神が他障害と比較して予算が少ないということがなく、必要なケアを行なえるようにする。
- ②人口や年齢、地区の特徴により対応できるようにする。バンクーバーとリッチモンド市を8区域（9チーム）に分け精神保健チームがケースマネジメント<sup>2)</sup>を行なっている。この地域の区分は、GVMHS時代も同じであったが、ある地区は、高齢者が多く、ある地区は麻薬者が多いなどの特徴を持つのでその特徴を考慮してサービスを立てることに重点を置いた。
- ③システムは、統合したものとして打ち出され、病院と地域での治療は統合され、運営される。
- ④精神保健と他の保健サービスの統合と連携が十分行なわれること。これらはオーバーラップするのでそれに即した対応をする。例えば、新生児の問題や高齢者問題は保健面と精神保健面での対応が必要である。

そして、これらの4本柱に対して、重篤な精神病患者に対する施策は、精神保健従事者だけでなく当事者や家族も含めて精神保健に参加、対応していくという方向性が出された。

また、今では家族や当事者の意見や要望が精神保健部長のところへ直接届くシステムになっ  
ていなが、今では家族や当事者の要望が直接部長のところにくる。<sup>4)</sup> また、これまで行われていた精神保健のプログラムは、孤立していたものがあ

り、例えば、青少年対象のプログラムは、別々に活動しており、それらをつなぐものがなかった。この改善が、③である。

また、このシステムの変更は重篤で慢性の精神病患者のニーズにサービスや指導、研究の焦点を置いている。そして、このシステムの組織と機能は、クライアントの観点が優先され、すすめられる。

## 2 グレーターバンクーバー精神保健サービス組織（GVMHS）の歴史<sup>3)</sup>

GVMHSは、1972年に開設された。カミングがニューヨーク州で画期的システムに関わった後、精神障害者が地域で生活するためのバンクーバーのプランをつくった。

それまで、バンクーバーは、コロンビ州ではリバービュー州立病院だけが治療に関わっており、地域資源もなく、長期化した精神障害者が地域で生活する手段がなかった。そして、このGVMHSが住居、就労、レクリエーション等のサービスが行ない、地域に根づいていった。

サービスの理念は、個人の尊厳で、いつでも個人を「尊重する」。そして、一人一人のケアを一本化し、長期的にケアしていく。

## 3 バンクーバー・リッチモンド保健機構への組織再編の経過

再編のために、1997年11月に、この組織の最高責任者である精神保健部長が雇用された。彼女は、家族や当事者、サービス提供施設等から意見を聞き、協議をした。また、部長の再編案をもとに、システムコーディネーターが4名雇われ彼等が1999年夏から、過去10年間の精神保健関係の報告書などを点検し精神保健政策のアイデアをさぐる仕事をはじめた。秋からはこれらのコーディネーターがリードをとり、ワーキンググループを作り、どう精神保健を改善すべきかの戦略を話し合

い、今後必要な施策等を表に表わした。

また、家族や当事者のグループにもそれを検討し、彼らも同じように表を作った。また、評価グループが、新しい施策が生活の質を高めるか、早期に住居に入居できるようになるかなどを評価した。

2000年1月には、バンクーバーとリッチモンドにある800の精神保健グループからどのような施策が必要などについての意見聞き、2000年4月にそれらが終了し、保健機構（VRHB）の方針がだされた。それにもとづき、5月に組織が編成され9月から本格的に3年間実施される。これまでは、地域精神保健は別の組織になっていたが、今はVRHBに統一された。今後の3年間は、一般住民の精神保健の思想の普及と家族・当事者、精神保健従事者や今後従事する者のための教育が重要な焦点となる。

また、取り残される人がいないようにし、主張の強い団体の意見が全体を反映した意見かどうかを見極めるのが部長の仕事だと考えており、「多数の人々のニーズに合った施策をするのが大事である。」と部長のジュデス・トンプキンス女史は述べる。

当事者が事業を行ないたいという希望が出ていたが予算が請求され、その事業も始まった。家族や当事者の主要な意見は雇用の問題であった。一般の雇用に戻ることを重視している。

バンクーバーとリッチモンドの精神保健年間予算は、1億5000万カナダドル。病院や医師、地域ケアすべての予算である。この地域の医療全体に占める精神保健の予算は3%で、これは不十分だと部長のジュデス・トンプキンス女史は考えており、7%にしたいとの意見であった。

## 4 地域精神保健サービスの実施について

### (1) 精神保健チーム

バンクーバー・リッチモンド市には、8区域9の

精神保健チームがあり、VRHBの組織下に置かれている。各チームはおおよそスタッフ30人～40人で看護、SW、OT、医師と事務職員がおり、マルチカルチエラルワーカー（他文化、多人種を対象にする）やリハビリテーションワーカー、レクリエーションセラピストなどもある。医師は、コンサルタントで、管理職にはならず、パートタイマーとしてチームに関わっている。クライアントは、クリニック、開業医、家族、家主、スクールカウンセラー、雇用主などから紹介される。看護職かソーシャルワーカーがケースマネージャーとなり、ケースマネージャーが責任をもってアセスメントを行ない、住居・日常生活の問題・投薬などについての責任を持つ。一人のクライアントを一人のマネージャーが担当して、調整役となり、子供から高齢者までの治療・援助にあたる。1チームの対象人口は、6、7万で、職員が約30人であるが、我が国の保健所が人口10万から25万の人口を対象にしており、精神保健に関わる精神保健福祉相談員が1～2名、保健婦はいてもこの分野への関わりをもっていない保健婦も多いことや、地域生活支援センターが人口30万に2ヶ所、1センターの職員は4名となっていることを考えると、そのサービスの層の違いがはっきりしてくる。

チームの対象者は、ニーズの高い人である。重篤だったり、家族のサポートがない、住居がない人などである。チームを利用した後には力がつくと開業医（精神科の医師ではない）に医療が移り、チームを離れる人もいる。

### (2) 保健機構（VRHB）と地域の精神保健施設の関係について

カナダでは、州政府が精神保健の実施の責任をもつが、バンクーバー・リッチモンド市では、保健機構（ボード）が年間予算をもち、すべての事業はその下で活動する。精神保健の予算が決まる

と、病院、チーム、施設 (agency) への予算配分を決める。これまでは保健省が予算を決めていたが、今後は、カナダ全体がバンクーバーのようにボードが責任をもつようになるだろうとのこと。

VRHBでは、専門的サービスを行っており、就労援助サービスやSAFERという自殺企図者のフォローアップ教育や調査、援助。二重診断を持つ者（精神病と薬物やアルコール依存症）のためのプログラム。子供や思春期の者のための、学校メンタルヘルスプログラム、思春期アウトリーチサービスなどがある。

デイケアや居住施設 (agency) の運営は、NPOが行なっている。公的機関でない方が運営に努力するのでNPOの事業はうまくいくという。精神保健チームが行なっているサービスをクライアントが利用する場合は、ケースマネージャーが中心となってサービスが行なわれるので、サービスを利用する上で起きる問題については対応がうまくいく。NPO施設のプログラムの利用については、VRHBと施設が「どんなサービスを行なうか、誰に行なうか」など詳しい委託契約をする。この委託は1年契約で、各施設が競争することにより良いサービスが提供される。施設とVRHBは定期的に会議をもち、水平な関係にある。しかし、連携がうまくいかない場合もあるようだ。

また、新しいサービスをはじめための予算を州が出し、NPOがそれに応募し予算を獲得したNPOが事業をおこなうなど各NPOが競い合っている。

### (3) 地域精神保健サービスの内容

#### ① 危機介入・救急サービス

- ・緊急利用のための短期滞在施設（ベンチャー、ルックアウトという名称の施設）が2カ所。
- ・救急サービス  
ベンチャーで、危機対応の電話相談を受けつけ

ており、24時間対応している。週末と夜は必要により看護職と警官と一緒にクライアントを訪問して対処する。

「命の電話」や110番（カナダ911番）では、精神保健の問題と分かると、救急サービス（ベンチャー）に電話をまわし、ベンチャーが電話相談を受け必要な対応をする。

#### ② 重複障害者の治療プログラム

アルコールと精神分裂病などの重複障害者のために治療プログラムがあり、グループでの治療などを行なっている。

#### ③ 処遇困難ケースへの対応（Community Connection）

住所不定者や処遇困難なクライアントに対して、1職員が10人を対象とし、8人の職員が約100人を対象に援助している。住所不定者は地区にこだわらない対応が必要となるので、住所不定者は、このCCが援助しているのである。

#### ④ 居住プログラムについて

居住プログラムには、以下のものがある。

- ・短期滞在施設（①のベンチャー、ルックアウト）  
入院するほどではないが、危機状態の人、休養が必要な人などが利用する。このような施設があるので、入院せずに地域の生活が継続できる。利用期間は、7～10日程度で長い場合で1ヶ月程度。メンタルヘルスチームの職員が週1～2回訪問して相談や援助を行なう。
- ・ボーディング・ホーム  
ここでは24時間スタッフが対応しており、12～20名が入居している。
- ・コミュニティホーム（グループホーム）  
古くからあるグループホームは、20名程度の大人数のホームがあるが、現在は6名までの利用となっている。昼はスタッフがいるが、夜はスタッフは不在である。最近は、グループホームと呼ばず、コミュニティホームと呼んでいる。

#### ・アパートメント

アパート全部に当事者が住んでおり、必要があれば管理人が援助や対応をするが、普段は、援助を受けずに独立した生活を送っている。

#### ・独立の住居

普通のアパートの一室をNPOが買い、それを当事者に貸す。アウトリーチワーカーが訪問するが普段は独立したアパート生活をしている。

これらの住居は、利用者の精神状態や安定度によって選択する。ケアの濃い住居から、だんだんと独立した住居に移る人もいる。住宅問題は、どのNPOも重視しているが、バンクーバーは家賃が高く、アパートの数が少ないので、居住プログラムへのニーズが多いが充分応えられず、ホームレスも多い。住居に入りたい人は3000人から約4000人とも言われている。

## 5 精神病患者協会 (Mental Patients' Association)

既存の精神科治療への批判やデイプログラムの仲間の自殺から、当事者同士の支え合うの必要を感じて患者協会がつけられた。精神病患者のリハビリテーションと福祉の促進のために1971年から活動を開始している。病院スタッフより、患者同士のネットワークの方がお互いの支えとなるという考えからもこれらの組織の必要性があった。設立当時の考えは今でも引き継がれており、当事者のエンパワーメントを基本としている。多くのセルフヘルプグループが、「消費者」とか「利用者」という名称で活動をしているが、歴史が長いので、精神病患者という言葉は今でも使用しており、今のところ変更する気持ちはないという。

スタッフは165名おり、患者や元患者ではない人がスタッフとして働いており、元患者と公表している人は12、3人と少ない。同じように仕事が

できるとしたら当事者を採用したいとMPAの協会理事長(当事者)は考えているが、なかなか条件や能力が合わないという。しかし、理事長は当事者で、理事会の約半数は当事者である。以前は、半数は当事者となっていたが、そう決めるのは逆差別につながるの考えがあると、理事長のバリー氏は言う。当事者中心というこの協会の主旨が守られているなら、当事者だけでなく、それ以外の方がスタッフとして関わることを認めないと、これだけのスタッフを確保することが困難であろう。カナダでは、当事者のこのような事業の歴史があるので、うまくやっていけるだろうが、注意しないと、当事者が横に追いやられてしまいかねない日本の現状を憂慮せずにはいられない。

利用登録者は、5,040人だが、実際に利用しているのは、3000人ほどである。

会の活動は、主に以下の4つに分類できる。

### (1) 事務所

運営の要となっており、事務、会計、経費の管理等を行う。

### (2) ドロップインセンター、地域資源センター

週7日開いており、約1000人が利用している。食事サービスやレクなど自由に利用できる。

### (3) 居住サービス

NPAのコミュニティハウスや独立のアパートなどを利用している人が約1000人いる。居住施設へのニーズは高く、待機者は約2000人いる。ダウンタウンの劣悪な安アパートに住んでいる人やホームレス等である。MPAの協会理事長によれば、住宅整備が遅れていること、他都市からバンクーバーに移動してくることなどから、バンクーバー全体では3000-4000人が住居施設の利用を希望していて住宅問題の解決は難しいとのこと。

### (4) 裁判の支援

精神病をもち犯罪を侵した者や裁判にかかっている者への援助を行ない、裁判への出廷への不安

の相談や法廷にクライアントをつれていったり、弁護士への相談について援助する。1ヶ月約500人の援助をしている。このサービススタッフは、精神保健や犯罪について勉強している人達であるが、弁護士はいない。

その他に、MPAでは、出版事業やセルフヘルプ活動をはじめ人のための情報を提供したり、州立精神病院の入院患者のための権利擁護や入院相談などもしている。

## 6 おわりに

わが国でも、地域精神保健と地域で暮らす精神障害者の継続的ケアの重要性が論じられているが、バンクーバーのサービスの仕組みも体制も、職員数も桁ちがいに少ない。私の職場は川崎にあるが、川崎市の人口約120万として、バンクーバーと同じような体制を敷くとしたら、地区を16地区とし、地域に住む精神障害者の支援をする職員は、500～700人が必要となる。とても想像できないスタッフ数である。バンクーバーには居住サービスが多数あるが、入居を希望する人が2000～3000人いて、とてもそれに対応できていない。それは、日本のように、長期入院をさせないので、町に居住のない精神障害者があふれてしまうためである。しかし、それだからといって、青春時代から高齢になるまで、精神病院で一生過ごすことがあたり前になってしまうわが国の現状は何とか打開しなければならない。

バンクーバーの地域精神保健のシステムについては、1970年代から、精神保健に携わる者として深い関心を抱いていた。林宗義先生のご著書を読んだり、講演をお聞きして、実際にバンクーバーに1度行き、そのシステムについて学びたいと考えていたが、その機会を得ることができなかった。しかし、2000年6月に稲城市の精神障害者地域作業の東谷幸政所長からバンクーバーに何人か一緒

に視察に行かないかとの話があり、やっとバンクーバーの精神保健について実地で学ぶことができた。資料も戴き、貴重な話も伺うことができた。前述したが、そのシステムが変更され、試行の段階であったが、それまでの、GVMHSとの違いについてホットな情報を得ることができた。

また、カナダの医療制度についても知ることができた。憲法、カナダ医療保健法にもとづき、医療制度は州が実施する。そして、すべての人が同じ医療を受ける権利を有している。公共医療なので、患者の自己負担はない。投薬も無料で受けられる。(一定以上の収入がある場合は自己負担がある)。その点では、アメリカのように医療保険が整備されていない国と違い、安心して医療を受けることができる。また、他文化や他人種に対してもサービスが受けられる体制が整備されている。NPOが運営しているクラブハウスやドロップインセンターや居住施設についてはふれなかったが、スタッフの熱意や何よりも、クライアントの人権やニーズを考えている様子が伝わってきた。VRHBの精神保健部長は、「精神保健の従事者は、だれのために働き、何のためにあるのか。当事者やその家族のためにあるのだ」ということをスタッフに忘れて欲しくないと言われた。当たり前のはずなのに、精神保健従事者も、社会福祉従事者もややもすると、忙しさのためか、そのことを忘れてしまっていないだろうか。心したい。

## 註

- 1) Board は、一般に省あるいは委員会と訳されるが、この組織は行政機関ではなく半官半民の特殊法人という組織であるため、「機構」とした。
- 2) 日本におけるケアマネージメントとは異なる。初めの相談から、施設利用や日常生活の援助など、すべてに渡って継続的に一人

のマネージャーが関わっている。

- 3) GVMHSについては、木村真理子「病院と地域における多職種からなるメンタルヘルスチーム」に詳しい。精神保健、Vol.30、No.1, 1999年、47～49ページ。日本精神保健福祉士協会、へるす出版
- 4) バンクーバー・リッチモンド精神保健機構  
精神保健部長、ジュディス・トンプキンス  
女史の話。なお、ジュディス・トンプキンスさんは、精神科看護職である。精神保健のトップが医師でなく看護職である事に対しては、医師からの抵抗がある様だ。市内の家族グループは、医師でなく看護職がトップになったことを喜んでいるとの事。また、女性がこの役職に就くのは初めてだそうである。

#### 参考文献

Greater Vancouver Mental Health Service,  
GVMHS

Vancouver/Richmond Health Board. The  
Redesigned Mental Health System : Vision  
and Implementasion, February 16 '1999·  
Head On. Mental Patients' Assotiation.

'99精神障害者日本カナダ交流報告書、'99 精神障  
害者日本カナダ 交流協議会、

バンクーバー精神保健研修報告、バンクーバー精  
神保健研究会、2000.

林宗義、精神医学への道、東京大学出版会、1984