

平成 21 年度厚生労働省 障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト
『精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究』

報告書

社団法人 日本精神神経科診療所協会
平成 21 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト委員会
研究班委員長 上ノ山 一寛

2010年6月

社団法人 日本精神神経科診療所協会

平成 21 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト委員会

研究班委員長

上ノ山一寛 (南彦根クリニック 院長)

研究委員

原 敬造 (原クリニック 院長)

渡部 裕一 (原クリニック 精神保健福祉士)

三家 英明 (三家クリニック 院長)

木原はる奈 (三家クリニック 精神保健福祉士)

高橋 幸男 (エスポアール出雲クリニック 院長)

丸野 陽一 (丸野クリニック 院長)

上ノ山眞佐子 (NPO法人サタデーピア代表、南彦根クリニック 精神保健福祉士、臨床心理士)

藤井美悠紀 (NPO法人サタデーピア事務局、南彦根クリニック 精神保健福祉士、社会福祉士)

研究協力員

野中 猛 (日本福祉大学 社会福祉学部 保健福祉学科 教授)

前田 ケイ (ルーテル学院大学大学院 総合人間学研究科臨床心理学専攻 教授)

池淵 恵美 (帝京大学医学部 精神神経科学教室 教授)

木原 活信 (同志社大学 社会学部 教授)

ブロック	ブロック 代表者	第1群診療所 (17カ所)	第2群診療所 (73カ所)	
北海道B	◎	デイケアクリニック ほっとステーション 柳町診療所 直江クリニック	しもでメンタルクリニック 三浦メンタルクリニック さっぽろ駅前クリニック 北海道リワークプラザ	
東北B	◎	原クリニック 宮城クリニック	かさはらLクリニック こだしろクリニック すがのクリニック 熊谷神経クリニック かわかみ心療クリニック 草加すずのきクリニック 上尾の森診療所 式場クリニック メンタルクリニック美波 ユーアイエメリー会 すずのきクリニック 深谷メンタルクリニック こうぬまクリニック 大宮すずのきクリニック ひだクリニック 大高クリニック 西山クリニック ウエルネス高井クリニック	もりおか心のクリニック こころのクリニック山形
関東甲信越B	◎	ひがメンタルクリニック イサオクリニック 石神井公園クリニック さいとうクリニック	千葉メンタルクリニック 浅川クリニック あべクリニック 五和貴診療所 ひとみクリニック 北千住旭クリニック ハートクリニック 汐入メンタルクリニック 関内メンタルクリニック 座間メンタルクリニック 汐田ヘルスクリニック かとうメンタルクリニック 平林クリニック メンタルクリニック・ダダ	小池神経科 なんば太田クリニック かわすみクリニック 坂元クリニック 福島神経科クリニック 神経科神経内科新川医院 青心会メンタルクリニック メープル・クリニック 湖南クリニック 高木神経科医院 ウエノ診療所 里地クリニック たかぎクリニック たかはしクリニック かまだメンタルクリニック 森岡メンタルクリニック 寺町クリニック こごうメンタルクリニック あいクリニック
中部B	◎	かずおメンタルクリニック	田中クリニック 清水クリニック 藤井クリニック つつみクリニック 小杉クリニック本院 平山クリニック 勝田クリニック 渡辺クリニック 加護野神経クリニック 東布施辻本クリニック 上島医院 星のクリニック 小松クリニック 河口医院 日笠クリニック かなめクリニック せりかわ医院 多布施クリニック	
近畿B	◎	三家クリニック くすの木クリニック 南彦根クリニック		
中・四国B	◎	エスポアール出雲クリニック		
九州B	◎	丸野クリニック 香西洋クリニック 早稲田内科神経科医院		

◎はブロック代表

目次

1. はじめに	5
2. 事業概要	8
3. 事業報告	11
4. コメント	26
資料	35

1. はじめに

平成 20 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」報告書の「はじめに」は以下の文章ではじまっている。

— 今日、多くの精神科診療所が街中のアクセスの良いところに立地し、気軽に精神科医療に接しやすい状況ができてきている。そのため、精神疾患の早期発見、早期治療の機会が増えている。また、通院中断を防ぎ、病状の急激な変化に対応しやすくなって、再発や慢性化を防いでいると考えられる。病状の急性増悪期や再発時の一時期に短期的に入院治療を行ったとしても、危機介入、生活調整をして再び地域で生活を支えていく形が今後ますます一般的になるだろう。病状の急性期を乗り切れば後は少々の精神症状が残っていても、地域生活を続けながら様々なリハビリテーションを行うことが可能になってきている。また社会的入院の解消がうたわれて久しいが、地域移行を積極的に進めていくためには、受け皿としての外来精神科医療の充実が不可欠である。このように、精神科診療所は一次予防から三次予防まで幅広い領域をカバーしていくことが期待されている。その際にはチーム医療や様々なアウトリーチ活動など、各診療所においてそれぞれの個性に応じた創意工夫が行われている。

今もこのような認識は変わらない。むしろコミュニティケアにおける社会資源としての精神科診療所の役割はますます大きくなってきている。日本の精神科診療所はアクセスの自由度が高いこと、専門性が高いこと、コストパフォーマンスが高いこと、という世界でもまれな特徴を有している。全国に展開した精神科診療所を地域生活支援の重要な拠点として活用するとともに、そこで行われる地域生活支援がいっそう充実するような精神保健医療福祉施策が望まれる。

精神障害を持ち、様々な生活上の困難を抱えることによって、単に医師－患者関係だけでは症状や QOL の改善が見込めない一群の人たちが存在する。そのような人々と、フォーマル・インフォーマルに関わらず、様々な社会資源と結び付けて、その人の持っている機能を最大限発揮できるように支援していく方法が重要である。このように医療、福祉、教育、就労など様々な社会資源を結びつけて包括的、継続的に支援していく方法としてケアマネジメントの手法がある。精神科診療所では、どのような職種であっても、自らの専門性を磨くとともに、自らが提供できない支援がある場合は、積極的に他の支援者をつなぎ、利用者の持っている力を最大限発揮できるように工夫し、利用者の QOL を高めていくケアマネジメントの手法を身につけるべきと考える。

そのような意味で、平成 20 年、平成 21 年と障害者自立支援調査研究プロジェクト「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」を行い、日精診版ケアマネジメントモデルを作成した。名称は、先行する介護保険のケアマネジメントなどとの混同を避ける意味で、日精診版社会生活支援サービス（略称 NSS サービス）とした。

NSS サービスは医療・福祉など（教育、就労、司法など関係機関を含む）共通のケアマネジメント手法を用いたサービスとなる可能性がある。そのことによって、医療と福祉などの連携をより一層強め、現状では支援の網の目をすり抜けてしまう事例への支援も可能となるのではないか

と考えられる。地域における重層的で、より効果的な相談支援体制の構築をはかることが可能になると考えられる。

医療機関において相談支援を行っても対価は発生しない（*1）が、医療機関の方から、福祉サービスなどにつないでいく努力をしないと、必要なサービスにたどり着かないのが現状である。医療機関においても、自らの提供するサービスが地域社会の総合的なサービスの中でどのように位置づけられているのか意識しつつ、個別の支援計画を作成していくために、NSS サービスが活用されることを期待したい。

私たちのプロジェクトとちょうど並行して、平成20年4月から1年半にわたって「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が開催された。平成16年9月に出された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の前期5年間を総括し、今後の5年間の展望を打ち出すために関係者が集い様々な議論が重ねられた。平成21年9月24日に「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」と題する「あり方等検討会」報告書を取りまとめ公開した。

その報告書では、「地域を拠点とする共生社会の実現」という新しいスローガンが掲げ、1.精神保健医療体系の再構築 2.精神医療の質の向上 3.地域生活支援体制の強化 4.普及啓発の重点的实施、の4つの柱を立てて基本的な考え方と改革の具体像を打ち出している。

この「あり方等検討会」報告書では、精神保健医療体系の再構築の項目においても、地域生活支援体制の強化の項目においても「ケアマネジメント機能」について詳しく書かれている。障害者自立支援法のもとでは制度としてのケアマネジメントは相談支援という言葉があてはめられ、福祉サービスの一環として限定的にとらえられてきた。しかし、ケアマネジメントとは利用者のニーズに基づいて、医療、福祉、教育、就労など様々な社会資源を結びつけながら包括的、継続的に支援していく機能を有している。それは必然的に制度としてのケアマネジメント（相談支援）を越えていく性質をもっている。「あり方等検討会」報告書ではケアマネジメントに関して、少なくともこのような問題意識を持ちながら書かれており、「ケアマネジメント機能」が強調されている意義は大きい。

しかしながら、平成22年度の診療報酬改定でも、この領域に踏み込んだ評価は行われなかった。縦割り行政の中では、医療、福祉をはじめとした様々な社会資源の連携の中で行われるサービスに対して評価をすることはそれほど簡単なことではないかもしれない。したがって、医療を組み込んだケアマネジメントが、今後どのような制度的仕組みになっていくのか、現状では不明である。しかし、医療機関におけるサービスも自己完結的ではありえず、地域の様々な資源に関か

（*1）具体的には、看護師、精神保健福祉士など Co-Worker による相談支援活動や、関係領域をつないでいく活動に積極的な評価が必要である。訪問看護は家庭への訪問のみ認められているが、学校、職場などの活動の場への訪問支援や、職安や様々な相談機関への同行支援などへの評価が必要である。また、関係機関との連携を強めていくためには、自立支援協議会やそのつどの関係者会議に出席が必要となるが、その評価も必要である。

また、地域移行を進めるに当たって、平成20年度の診療報酬の改訂において、病院側の地域移行促進の努力に対して評価が行われることとなったが、診療所側からも退院前に地域の支援体制に取り組んだ場合の評価が求められる。さらに診療所が作成する個別支援計画が何らかの形で評価される必要があると考える。

れた医療サービスをめざすべきであろう。NSS サービスへの取り組みを通して、医療サービスの側から制度の枠組みを越えた支援を積み重ねることによって、包括的で継続的な新しい地域生活支援の仕組みにつながれば幸いである。

そのような期待をこめて、平成 20 年度に引き続き、平成 21 年度障害者自立支援調査研究プロジェクトで「精神科診療所における相談支援のあり方の研究」を継続して行うことにした。精神科診療所で NSS サービスを行い、精神科診療所の外来・在宅医療機能の向上を図るとともに、そのことが、地域の相談支援事業の充実にも貢献できるような研究でありたいと考えている。

平成 21 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト
「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」
代表 上ノ山一寛

〒 151-0053
東京都渋谷区代々木 1-38-2 ミヤタビル 802
社団法人 日本精神神経科診療所協会
TEL：03-3320-1423 E-MAIL：office@japc.or.jp

2.事業概要

精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究

【事業目的】

平成 20 年度事業において利用者主体を強調して日精診版ケアマネジメントモデルを作成した。平成 21 年度では、平成 20 年度に作成されたケアマネジメントモデルを用いて、全国約 100 カ所の診療所でケアマネジメント実践を行うことによって、このモデルの普及をはかるとともに、平成 20 年度に想定された特徴を確認しつつ、最終的に利用者主体で、使いやすいモデルの完成をはかることとした。その際には対象や期間を明確にすることにより、地域の社会資源との連携をはかり、より効果的な相談支援を実施する方法を開発する必要がある。また、その有効性を評価する客観的な指標を抽出し、精神科診療所でケアマネジメントを行う特徴と意味を明らかにしたい。このような取り組みを通して、精神科診療所の外来・在宅医療機能の向上をはかるとともに、ひいては地域の相談支援事業の充実につなげたいと考えている。

医療・福祉共通のケアマネジメントツールの開発を通して、地域における重層的な相談支援体制の構築をはかりたいと考えている。

【事業概要】

平成 20 年度に本研究開始時点では以下の点に留意した。

(1) 利用者のニーズに寄り添いながら、病状の変化にきめ細かく対応すること。

精神障害は疾患としての側面と障害としての側面を両方併せもっている。揺れ動く障害と言われる所以である。通院服薬を怠ったり、様々な生活上の変化によって容易に病状が変化する。地域での生活者としての利用者のニーズに寄り添いながら、病状の変化にタイムリーにきめ細かく対応していく必要がある。

(2) 障害の受容に至る長いプロセスを共に歩みながら、社会参加や自己実現を目指すこと。

病気としての側面と障害としての側面をなかなか統合できないでいる利用者が多い。多くの利用者は病気である以上、いつかは治るという希望を持っておられる。また自らを障害者として受け入れることに抵抗を感じる方も多い。様々な生活上の困難を抱えるなかで、やがては障害として受け入れても、なおかつ治ることをあきらめた訳ではない。このような揺れと付き合いながら、やがては障害を受容し新たな目標を見出すまでのプロセスが容易なことではない。この長いプロセスを共に歩むことが重要である。地域の相談支援ではこのプロセスを省略して、サービスの手配に入ってしまうがちである。特に自立支援法におけるサービス利用計画はサービスを利用しない人には適用されない。

(3) 複数の困難を抱えた患者・家族の事例では、患者個人に焦点を当てるだけでなく、家族のライフサイクルを視野に入れること。

利用者個人に複数のニーズを抱えておられる方も多い。また、診療所で長らくお付き合いをしているうちに、利用者だけでなく、その家族の障害に気づく場合も多い。家族一人ひとりの障害についてみれば、障害程度区分は低いかもしれないが、家族機能全体からみると大きな困難を抱えておられる場合も多い。あるいは利用者を支えているキーパーソンとしての親が高齢の場合や、

子どもが結婚などで自立した場合など、家族のライフサイクル上の変化を想定して支援をしていく必要があることも多い。

(4) 自ら支援を求める利用者は必ずしも多くない現状にあって、ニーズを掘り起こしていくアウトリーチの視点が必要であること。

自らの病気や障害を否認したり、対人関係に絶望したり、社会との関係を拒絶したりして、引きこもってしまう方も多。これらの方には診療所で受診を待っているだけでは支援が行き届かない。また、家庭訪問してみても初めて、利用者以外にも病気や障害を持っておられる家族を見出すことも多い。訪問診療・訪問看護などアウトリーチを取り入れて、可能な限り利用者の生活の場に赴いて支援をしていく姿勢が望まれる。家庭に訪問することは当初は必ずしも歓迎されない場合もあるが、利用者の生活を把握するとともに、ニーズを掘り起こしていく可能性もある。

(5) ニーズの把握に当たっては、利用者の権利擁護に細心の注意を払うこと。

利用者の生活背景を見渡して支援を組み立てていく場合には、必然的にフォーマル・インフォーマルを問わず、関係する様々な社会資源と力を合わせながら進めていくことになるが、医療機関の課せられた守秘義務は各段に厳しいことに留意しなければならない。また、利用者のニーズに沿って支援していくに際して、様々な権利侵害や、立ち遅れた居住支援や、就労支援サービスなどによって利用者のニーズの実現が阻まれている場合は、積極的に利用者の権利を代弁する役割を担う必要がある。

その結果、平成 20 年度事業では、診療所の特性を生かしつつ、以下の特徴をもつ日精診版ケアマネジメントモデルを提案した。

(1) 医療情報が豊富で、より症状に応じたより効果的な支援が可能である。

(2) 本人のみならず、家族（躁うつ父親と統合失調症の兄弟、うつ母親と発達障害の子ども等）全体を視野に入れたケアマネジメントが可能となる。

(3) シートそのものに柔軟な枠が多く、利用者のストレングスをひきだす可能性を有するとともに、専門性を持ち力量のあるケアマネジャーはそのクオリティの高さを、より一層示すことができる。

(4) ケアマネジメントの評価とともに、ケアマネジャーの自己評価も行うようにすることで、ケアマネジャーの専門性、力量の向上につなげることができる。

(5) 利用者と共にシートを作成することにより、利用者の動機付けを高めながら、より適切な目標を設定できる。

(6) 結果として、安定した自立生活の継続、再発および入院の予防、就労支援その他の QOL を高めるサービスの活用や、家族への危機介入などの支援が可能となる。

そして日精診版ケアマネジメントを行うに当たっての申し合わせを以下のように設定した。

(1) 担当ケアマネジャーを決める。

(2) 医師を含めた最低 2 人（利用者を含めれば最低 3 人）のチームを構成する。

(3) 利用者を含めたケア会議を開催する。

(4) できるだけ家庭訪問をする。

(5) 同意書をとるように努力する。

(6) 終結を意識した関わりをする。

平成 20 年度に開発した日精診版ケアマネジメントモデルを用いて、全国約 100 カ所の診療所でケアマネジメントを行った。平成 21 年 8 月 30 日には全国研修会を開催し、その後全国を 7 つのブロックに分けて、ブロック別実践検討会を開催した。それを受けて平成 22 年 3 月 7 日に全国報告会を開催し、日精診版ケアマネジメントモデルの有効性を検討した。全国 90 診療所から 141 事例の提出があった。それらの実践報告や診療所のフィデリティ調査やケアマネジメント従事者へのアンケートの精査解析を通して、日精診版ケアマネジメントモデルを確定し、名称を日精診版社会生活支援（NSS）サービスとした。

以上をまとめて、相談支援の評価指標の開発、より効果的に相談支援を実施する方法の開発を行った。

【事業結果】

以上の経過によって、日精診版社会生活支援（NSS）サービスを確定した。① NSS フェイスシート（インテーク）、② NSS 記録シート、③ NSS チェックシート（アセスメント）、④ ○○プランシート、⑤ NSS 見直しシート（モニタリング）、⑥ NSS 振り返りシート（エバリュエーション）の 6 点を基本とし、必要に応じてオプションシートを作成することとした。利用者自身が主体的に活用できることを前提として、各シートの名称を利用者主体で名付けている。生活歴や受診歴などの丁寧な振り返りが本人の障害や現状の受容の過程となり、医療や福祉のサービス利用の調整がインフォームドコンセントの確認の場となることが期待される。

基本的には、医療機関としての関わりはエンドレスである。診療所は利用者の身近にあって、場合によっては何世代にもわたるお付き合いをすることにもなる。しかし、私たちの提供するサービスが地域社会の総合的なサービスの中でどのような位置にあるのか意識しながら個別の支援計画を作成していく必要がある。そのようなものとして日精診版社会生活支援（NSS）サービスを活用するために、6 カ月ごとの振り返りを行い、「支援につなげていく支援」を行い、地域の社会資源の充実にもつなげていく必要がある。

各地の日精診版社会生活支援（NSS）サービスの実践報告をうかがってみて、うまくいっている事例とそうでない事例に分かれている。同意書をとる段階でつまずいたり、チーム（ケア）会議を開催できなかったり、訪問できなかったり様々である。場合によっては病状悪化などもある。やはり私たちの対象が必ずしも「医療的支援の必要性が少ない人」とは限らないことを示している。その意味で、息の長い関係づくりを重視しながら、適切な医療サービスを組み込んだ、臨床タイプとも言うべきケアマネジメントの実績を積み重ねていきたいと考えている。

今後とも、同意書のとれている割合、フェイスシート作成から同意書に至る期間、ケア会議の参加者、ケア会議の頻度、直接支援の内容、訪問の頻度、家族支援の内容などを詳しく分析し利用者・家族の満足度、支援者の満足度などを精査していく必要がある。

日精診版社会生活支援（NSS）サービスは医療・福祉共通のケアマネジメントツールとなる可能性がある。そのことによって、医療と福祉の連携をより一層強め、現状では支援の網の目をすり抜けてしまう事例への支援も可能となり、地域における重層的でより効果的な相談支援体制の構築をはかることが期待できる。

3. 事業報告

平成 20 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト 「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」の報告

1. 経過

平成 21 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」の流れは以下のとおりである。

- ・平成 20 年度事例提出 17 診療所を第 1 群とし、平成 21 年度新たに事例提出していただける診療所を第 2 群とした。
- ・第 1 群診療所と第 2 群診療所を合わせて、合計 100 か所の精神科診療所を目標にプロジェクトへの協力、参加を呼びかけた（資料 1）。平成 20 年度と同様に同意書の作成をお願いした（資料 2）。第 1 群 17 診療所、第 2 群 80 診療所からの応募があった。
- ・協力診療所には、平成 20 年度に確定した日精診版ケアマネジメントモデルを実践していただいた。プロジェクトへの参加の意思はフェイスシートの提出によって最終的に確認した。
- ・全国 90 診療所から合計 141 事例のフェイスシート提出があった。内訳は第 1 群は 17 診療所から 46 事例、第 2 群は 73 診療所から 95 事例であった。
- ・研究協力員として、野中猛先生と前田ケイ先生には平成 20 年度から引き続き参加していただき、平成 21 年度から池淵恵美先生、木原活信先生に新たに参加していただいた。
- ・平成 21 年 8 月 30 日、平成 21 年度プロジェクト研修会を開催した。（於 AP 浜松町）
- ・それを受けて全国 90 診療所で日精診版ケアマネジメントの実践を行った。
- ・全国を 7 ブロックに分け、ブロック別に日精診版ケアマネジメント実践検討会を開催した。10/25 に近畿ブロック、11/1 に北海道ブロック、11/3 に東北ブロック、11/15 に関東ブロック、12/6 に中部ブロック、1/17 に中四国ブロック、1/24 に九州ブロックでそれぞれ開催した。
- ・11/15 関東ブロックの実践検討会は、全国のブロック別実践検討会の中間点として、拡大実践検討・研修会と位置付けて開催した。（於 明治製菓本社講堂）
- ・平成 22 年 2 月末現在で、フェイスシート、チェックシート、サービス利用プラン、見直しシートを経て、振り返りシート作成まで実践できたのは、第 1 群 46 事例中 31 事例、第 2 群 95 事例中 17 事例であり、合計 48 事例が振り返りまで行うことができた。
- ・平成 22 年 3 月 7 日、平成 21 年度プロジェクト報告会を開催した。（於 総評会館）
- ・平成 20 年度で確定した日精診版ケアマネジメントモデルにおけるシートの改訂を行い、基本の 6 シート（フェイスシート、記録シート、チェックシート、プランシート、見直しシート、振り返りシート）と数種のオプションシートを確定した。
- ・日精診版ケアマネジメントモデルの名称を、日精診版社会生活支援（NSS）サービスとすることを確認した。それに伴って、ケアマネジャーはチームマネジャー、ケア会議はチーム会議と呼ぶことにした。

表1 平成21年度プロジェクト協力診療所

	北海道ブロック		東北ブロック		関東ブロック		中部ブロック		近畿ブロック		中四国ブロック		九州ブロック		合計	
	診療所	事例数	診療所	事例数	診療所	事例数	診療所	事例数	診療所	事例数	診療所	事例数	診療所	事例数	診療所	事例数
第1群	3	11	2	4	4	10	1	4	3	12	1	1	3	4	17	46
第2群	3	3	5	7	23	28	6	8	24	33	6	7	6	9	73	95
計	6	14	7	11	27	38	7	12	27	45	7	8	9	13	90	141

表2 振り返りまで作成(平成22年2月末まで)

	北海道ブロック		東北ブロック		関東ブロック		中部ブロック		近畿ブロック		中四国ブロック		九州ブロック		合計	
	診療所	事例数	診療所	事例数	診療所	事例数	診療所	事例数	診療所	事例数	診療所	事例数	診療所	事例数	診療所	事例数
第1群	1	3	2	4	3	8	1	4	3	7	1	1	3	4	13	31
第2群	0	0	0	0	4	5	2	4	2	2	1	1	3	5	13	17
計	1	3	2	4	7	13	3	8	5	9	2	2	6	9	26	48

2. ケアマネジメント事例提出の呼びかけ

平成20年度は日精診地域福祉デイケア委員会や日精診児童青少年問題関連委員会を通じて事例提出を呼び掛け、全国17カ所の診療所の協力を得た。これらの診療所は第1群診療所として平成21年度も引き続き協力していただいた。平成21年度は、日精診版ケアマネジメントモデルの普及の意味をこめて、全国の診療所に広く協力を呼びかけた。日精診基礎調査によると、PSWを配置している診療所は26%である。日精診会員診療所を1,500カ所とすると390カ所の診療所ということになる。そのうち相談支援業務を行える体制を有している診療所は約1/4程度と考え、約100カ所の診療所の協力が得られるものと想定して計画を立てた。平成21年度から新たに参加していただける診療所を第2群とした。

期日までに事例(フェイスシート)を提出していただいた診療所を今年度の協力診療所とした。最終的に第1群診療所17カ所、第2群診療所73カ所で、合計すると全国で90カ所の診療所の協力を得られた。第1群診療所からは46事例、第2群診療所からは95事例で、合計141事例(フェイスシート)の提出を受けた。

地区別で(第1群診療所数、第1群事例数、第2群診療所数、第2群事例数)について記載すると、以下のとおりである。

北海道(3, 11, 3, 3)、東北(2, 4, 5, 7)、関東(4, 10, 23, 28)、中部(1, 4, 6, 8)、近畿(3, 12, 24, 33)、中・四国(1, 1, 6, 7)、九州(3, 4, 6, 9)である。(表1)

また振り返りまで作成できた診療所を、同じく地区別で記載すると北海道(1, 3, 0, 0)、東北(2, 4, 0, 0)、関東(3, 8, 4, 5)、中部(1, 4, 2, 4)、近畿(3, 7, 2, 2)、中・四国(1, 1, 1, 1)、九州(3, 4, 3, 5)である。(表2)

3. 平成21年8月30日全国研修会の開催

日精診版ケアマネジメントモデルの理解を深め、共有のものとして、全国でケアマネジメント実践を展開していただくために、平成21年8月30日にケアマネジメント研修会をAP浜松町で開催した。61診療所から、115名の参加を得た。内訳はDr 26名、CP 7名、NS/PHN 4名、OT 2名、PSW 70名、CW 5名、不明1名であった。講師に予定していた前田ケイ先生が急病のため、池淵恵美先生に急遽代理で講演していただいた。当日のプログラムは次の通りである。

「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」
～精神科診療所におけるケアマネジメント～研修会
プログラム

10：00－10：05 開会挨拶
10：05－10：40 平成20年度プロジェクト報告 上ノ山一寛（南彦根クリニック院長）
日精診版ケアマネジメントシートの解説 上ノ山真佐子
藤井美悠紀（NPO法人サタデーピア）

第1部

10：40－12：10 「一人暮らし、就労、結婚などの生活支援とケアマネジメント」
講師：池淵恵美先生（帝京大学医学部精神神経科学教室教授）
12：10－13：00 <昼食>

第2部

13：00－15：30 「事例検討」
コメンテーター：池淵恵美先生（帝京大学医学部精神神経科学教室教授）
事例提供：池澤太一 PSW（ひがメンタルクリニック）
事例提供：若林保江 PSW（くすの木クリニック）

15：30－16：00 平成21年度計画のまとめ 開会挨拶 上ノ山一寛

池淵先生には「一人暮らし、就労、結婚などの生活支援とケアマネジメント」と題する講演（資料3）に加えて、事例検討とその後のディスカッション（資料4）においても貴重なコメントを頂いた。前田先生が事前にご準備下さった講演資料（資料5）は配布資料とさせていただき、当日の議論を深めることができた。

ディスカッションでは、診療所がケアマネジメントをしていく意味や必要性についての疑問や、シートの不便な点や改善への希望などが多く表明され、その後の実践検討会での議論につなげていくことができた。内容は当日参加者のアンケートを参照されたい（資料6）。

4. ブロック別実践検討会の開催

全国を7つのブロックに分けて、ブロック別実践検討会を開催した。日精診版ケアマネジメントモデルの普及と、各地の実践を通して得られた知見を反映させて、より一層使いやすく、効果的なシート類の完成を目指した。第1群診療所の中の1診療所に、各ブロックの担当診療所になっていただいた。ブロックによっては事前の研修会を開催し、シート類の活用法などを周知し、疑問点を整理するなどして熱心に準備をしていただいた。また、実践検討会の後も引き続き自発的な経験交流会を継続しているブロックもある。各ブロックの担当診療所と開催日は以下の通りである。近畿ブロック；三家クリニック（H21.10.25）、北海道ブロック；ダイケアクリニックほつとステーション（H21.11.1）、東北ブロック；原クリニック（H21.11.3）、関東ブロック；ひがメンタルクリニック（H21.11.15）、中部ブロック；かずおメンタルクリニック（H21.12.6）、九州ブロック；丸野クリニック（H22.1.17）、中四国ブロック；エスポアール出雲クリニック（H22.1.24）。NPO法人サタデーピアからは上ノ山真佐子と藤井美悠紀がすべての実践検討会に参加した。各ブロック実践検討会の内容は各ブロック代表による報告を参照されたい（資料7）。また実践検討会参加

者のアンケートも参考にされたい（資料8）（資料9）。

5. 平成21年11月15日関東ブロック拡大実践検討・研修会開催

関東ブロックの実践検討会は、ブロック別実践検討会の中間点にあつて、それまでの実践検討会の経過を振り返るとともに、8月30日の研修会に参加できなかった診療所の方々にも再度研修の意味をこめて、H21.11.15の関東ブロックの実践検討会は、全国拡大版の実践検討・研修会として開催した。35診療所（関東は24診療所）から、71名の参加を得た。内訳はDr 12名、CP 5名、NS/PHN 3名、OT 1名、PSW 50名であった。

野中先生からは「ケアマネジメントの意義と実践」と題する講演をしていただいた（資料10）。ケアマネジメントは対人サービスの基礎構造に位置し、あらゆる専門職種は、ケアマネジメントの前提の上でその専門職としての能力を発揮できること、単独の職種で対人援助できるという時代ではもはやなくなっていることを教えられた。また、利用者の身近にあつて、専門医に直接かかる精神科診療所でケアマネジメントを行うことの意義を改めて認識する機会となった。

事例検討では「アセスメントは映画の1シーンのように、目の前にその人が浮かんでくるように行う」ことを求められた。質問力やアセスメント能力の向上などを通して、ケアマネジャーの専門性を確立していくことの必要性を強調された。

なお、上ノ山は「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（平成21年9月24日）において、精神保健医療体系の再構築の項目や、地域生活支援体制の強化の項目で改革の具体像の中に「ケアマネジメント機能の充実」が書き込まれていることを評価した（資料11）。

関東ブロック拡大実践検討・研修会 プログラム	
第1部	
10:00 - 10:05	開会挨拶
10:05 - 10:30	平成21年度プロジェクトの事業概要及び日精診版ケアマネジメントシートの解説 プロジェクト委員長 上ノ山一寛 NPO 法人サタデーピア 上ノ山真佐子 藤井美悠紀
10:30 - 11:10	ブロック別実践検討会の報告 近畿ブロック 木原はる奈（三家クリニック） 北海道ブロック 佐々木渉（デイケアクリニック・ほっとステーション） 東北ブロック 渡部裕一（原クリニック）
11:15 - 12:15	講演会「ケースマネジメントの意義と実践」 講師：野中 猛（日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科教授）
12:15 - 13:00	<昼食>
第2部	
13:00 - 14:30	事例検討会 コメンテーター：野中 猛（日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科教授） 事例提供：山本英克 CP（さいとうクリニック）
14:30 - 15:45	ディスカッション 「日精診版ケアマネジメントシートの理解と活用をはかるために」
15:45 - 16:00	まとめ・閉会挨拶

6. 平成22年3月7日プロジェクト報告会の開催

平成22年3月7日に総評会館（東京）大会議室で平成21年度プロジェクト報告会を開催した。53診療所から104名の参加があった。内訳はDr 19名、CP 9名、NS/PHN 3名、OT 1名、PSW 61名、CW 5名、その他6名であった。プログラムは下記のとおりである。

「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」 ～精神科診療所におけるケアマネジメント～ 報告会 プログラム	
第1部	
10：00－10：20	開会あいさつ
10：00－10：20	H21年度プロジェクトの報告とまとめ 上ノ山一寛（南彦根クリニック 院長）
10：00－10：20	ブロック別実践検討会の報告
10：00－10：20	指定討論とディスカッション 指定討論 池淵恵美先生（帝京大学医学部精神神経科学教室教授）
12：10－13：00	＜昼食及び休憩＞
第2部	
13：00－16：00	日精診版ケアマネジメントシートの改訂、アンケート集計報告、事例集計報告
13：00－16：00	事例発表と意見交換 事例提供：榎原紀子 PSW（加護野神経クリニック） 事例提供：半田絵美子 PSW（もりおか心のクリニック）
16：00－16：30	総評と総括討議 総評 前田ケイ先生（ルーテル学院大学名誉教授学術顧問）
16：00－16：30	まとめ・閉会

報告会では上ノ山が平成21年度プロジェクトの報告とまとめを行い、その後、7ブロックの代表がブロック別実践検討会の報告を行った。それを受けて池淵先生の指定討論（資料12）とディスカッションがあった。

統合失調症をはじめとする重篤な精神障害では、受療率の低さや治療からの脱落率が高いことが知られている。そのような人たちが治療につながっていくことを支援する「つなぐための技術」が求められている。その際、個別の生活支援の目標のもと、積極的に関係性を維持し、なるべく生活に近い場で、可能ならば生活の直接的支援も行うことが有用であり、リカバリー（回復すること）を掲げた支援が各国において取り組まれている。このような包括的な問題提起を踏まえて池淵先生は、わが国においてはケアマネジメントの実績がまだまだ乏しく、日精診での取り組みが大いに期待されることを表明された。

また、今後の方向性としては複雑困難なケースに限定するのではなく、広くニーズに応じていくサービスを目指すべきでないか。その際には医療だけにとどまらず関係する様々な人々を巻き込んで利用者を支えていくことが求められることなどの問題提起もされた。

NPO法人サタデーピアから、全国の実践検討会での意見や希望を反映したシートの改訂と名称変更に関する提案があり、アンケート集計、事例集計の報告（資料13、14）があった。

その後2事例の詳しい検討を経て、前田ケイ先生の総評を受けた。前田先生は膨大な事例の一つ一つに目を通した上で発言された。診療所には患者さんや家族の生活問題への解決もしくは軽

減を支援する責任と役割があること。その際にはチームでの取り組みが必要なこと。診療所での社会生活支援の実践においては、一貫性のある個別治療プログラムが求められることなどの問題提起をされた。最後はあたかも SST のセッションのように、プログラム参加者への称賛で締めくくられた。

7. 日精診版社会生活支援サービス（NSS サービス）の確定

全国の実践事例報告の検討や診療所のフィデリティ調査やケアマネジメント従事者へのアンケートの精査解析を通して、日精診版ケアマネジメントモデルを確定し、名称を日精診版社会生活支援(NSS)サービスとした。それに伴って、ケアマネジャーはチームマネジャー、ケア会議はチーム会議と呼ぶことにした。

日精診版社会生活支援（NSS）サービスのシート類としては、①NSS フェイスシート（インタビュー）、②NSS 記録シート、③NSS チェックシート（アセスメント）、④〇〇プランシート、⑤NSS 見直しシート（モニタリング）、⑥NSS 振り返りシート（エバリュエーション）の6点を基本とし、必要に応じてオプションシートを作成することとした。

利用者自身が主体的に活用できることを前提として、各シートの名称を利用者主体で名付けている。また、精神科診療所の創意工夫を生かすとともに、利用者のストレングスを生かす意味で、自由記載項目を多くするなどの配慮がなされている。新しく追加された②NSS 記録シートには、チームマネジャーの関わりや、チーム会議の経過の記録として利用される。③NSS チェックシートは利用者とはチームマネジャーの共同作業として作成される。生活歴や受診歴などの丁寧な振り返りが利用者の障害や現状の受容の過程となり、医療や福祉のサービス利用の調整がインフォームドコンセントの確認の場となることが期待される。

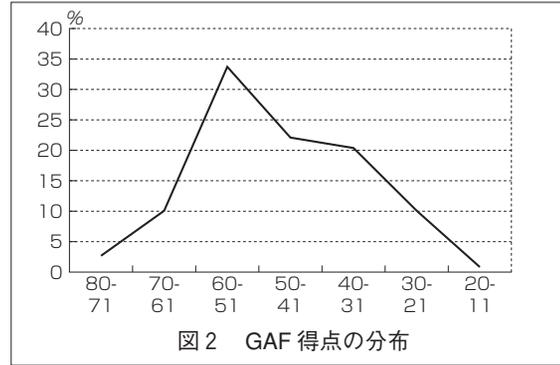
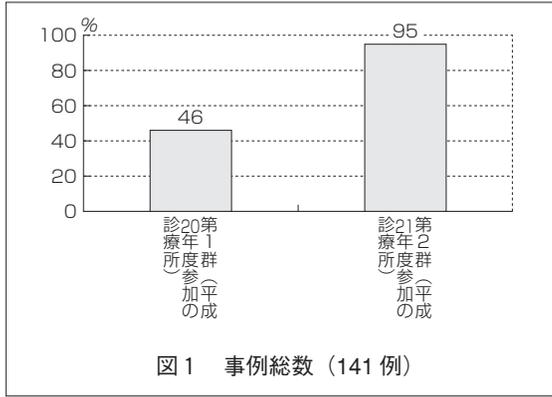
④〇〇プランシートは、利用者の夢や希望にそって個別に〇〇の部分を用いる。夢や希望から長期目標、短期目標が導かれ、それを反映した具体的目標が作成される。利用者にはプランシートを持ち帰っていただき、その達成に向けて主体的に取り組む手助けとしていただく。必要に応じてプランは見直され、原則として6カ月を一区切りとして目標の達成度や利用者の満足度を確認し、NSS サービスが効果的に行われたかを振り返ることにしている。

8. フェイスシートの分析（資料 13、14）

全国 96 診療所から、141 事例（フェイスシート）を期日までに提出いただいた。内訳は平成 20 年度から参加している 17 診療所（第一群）から 46 事例、平成 21 年度から参加の 73 診療（第二群）から 95 事例である（図 1）。記入者は PSW が 83.0% を占めている（図 4）。

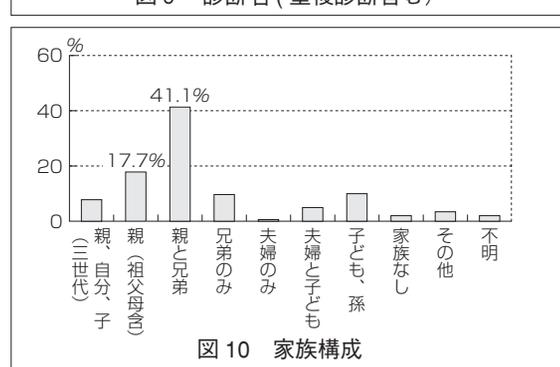
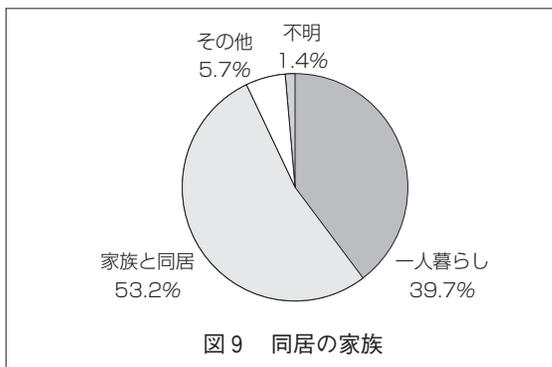
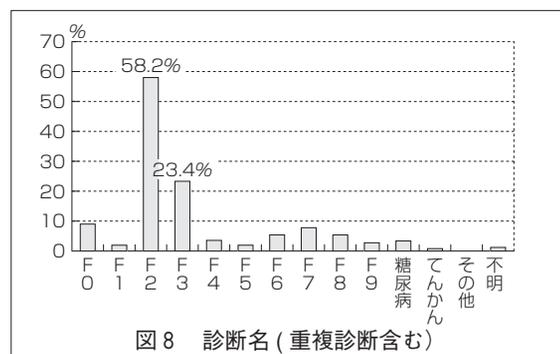
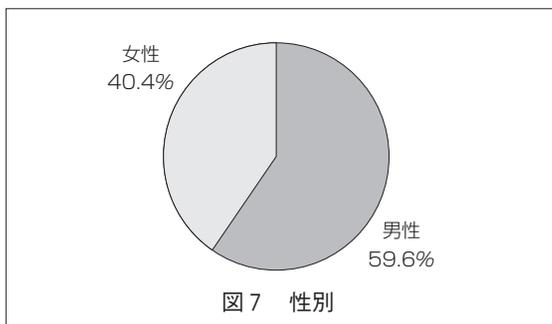
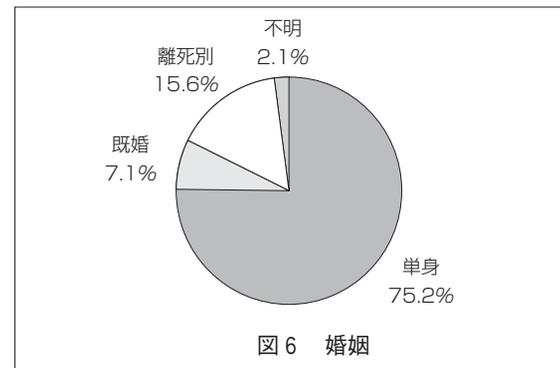
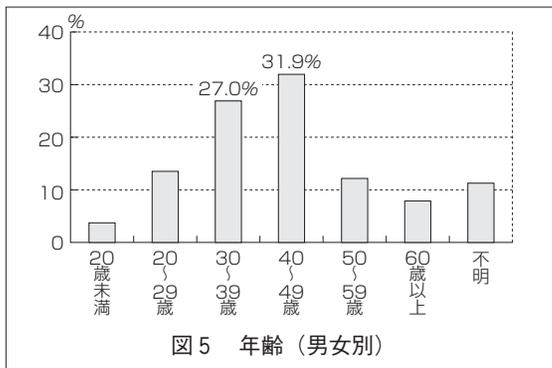
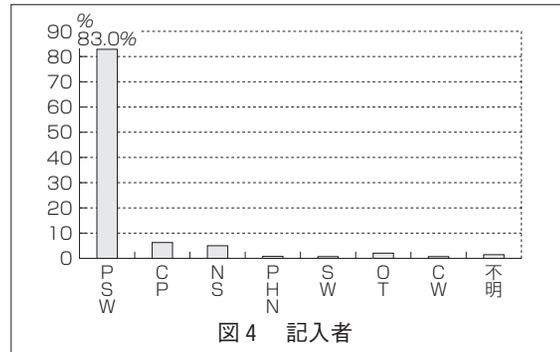
GAF 得点でみると平均 47.30 点、標準偏差 12.33 であった。50 点台をピークに、20 点から 80 点台まで幅広い事例が対象となっていることがわかる（図 2、3）。性別では男性 59.6%、女性 40.4%であり、年齢別では 40～49 歳が 31.9%、30～39 歳が 27.0%を占めている（図 5、7）。平成 17 年度日精診基礎調査では、調査日に受診者の内訳は、男性 42%、女性 58%であり、年齢

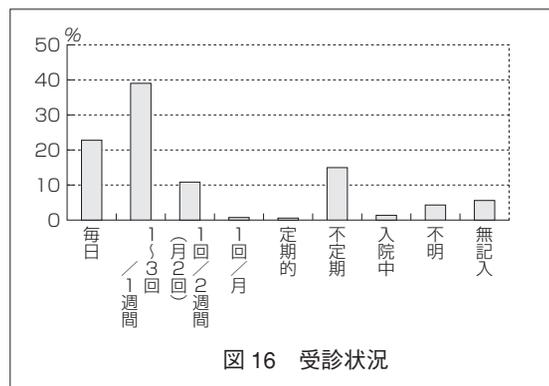
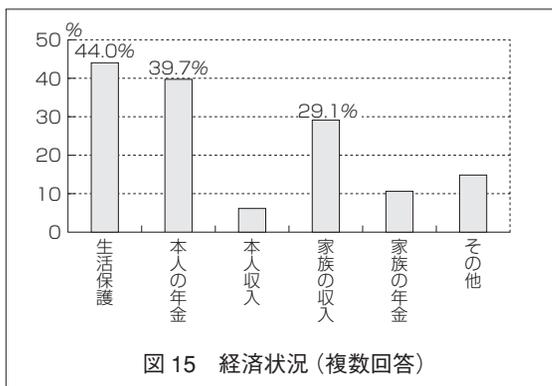
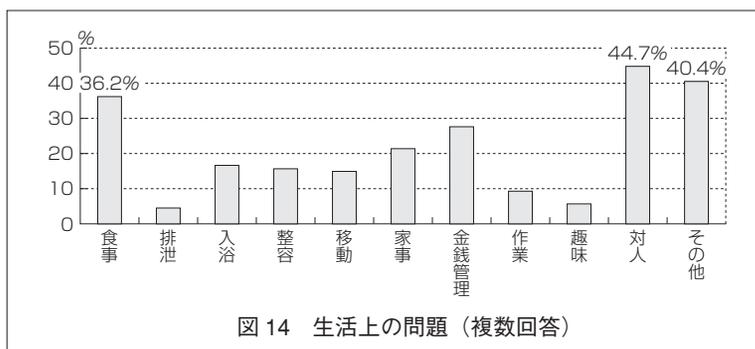
〈資料 13 より抜粋〉



平均	47.30
標準偏差	12.33
最低点	20
最高点	80

図 3 GAF 得点





の平均は 47.4 歳（標準偏差 17.7 歳）であったことと比較すると、年齢的にはほぼ偏りが見られないが、性別ではやや男性に偏っている。婚姻別では単身（独身）が 75.2%、であり、家族関係では一人暮らしが 39.7%、家族と同居が 53.2%であった（図 6、9）。家族構成は親兄弟との同居が 41.1%で最も多かったが（図 10）、男性でその傾向が強く、女性では母子家庭や姉妹のみという方が多かった。診断は ICD コードで F2 が 58.2%、F3 が 23.4%でほとんどを占めるが、それ以外のコードにも分散している（図 8）。

現在就労していない人が 79.4%であるが、80.9%の人が就労経験を有していた。就労経験で女性の方が少し多かったのは、男性事例に 20 歳未満の方が多く、女性事例に 69 歳以上の方が多かった影響かもしれない。生活上の問題としては対人関係の問題が 44.7%、次いで食事の問題が 36.2%と多く、金銭管理が 27.7%、家事の問題が 21.3%と比較的少ない（図 14）。男性は就労など日常生活スキルという課題が多かったのに対して、女性は地域生活とか、対人スキルなど対人関係での課題が多かった。経済状況では生活保護が 44.0%、本人の年金が 39.7%と多く、家族の収入は 29.1%と比較的少ない（図 15）。受診状況は 1 週間に 1～3 回が 39%、毎日が 22.7%となっている（図 16）。おそらくデイケア参加者を多く含むことによると考えられる。現在利用中のサービスは自立支援医療が 83.7%、デイケア 61.7%、手帳 44.7%、生活保護 40.4%、障害年金 2 級 34.8%、訪問看護 34%などとなっている（図 17）。

ケアマネジメント事前評価は、ケアマネジャーが主観的な判断で 5 段階の評価をつける。効果期待度は「やや高い」「高い」合わせて 62%、普通以下が 38%、利用者の準備性は「やや高い」「高い」合わせて 27%、普通以下が 67%、集中的介入の適時性は「やや高い」「高い」合わせて 46%、普

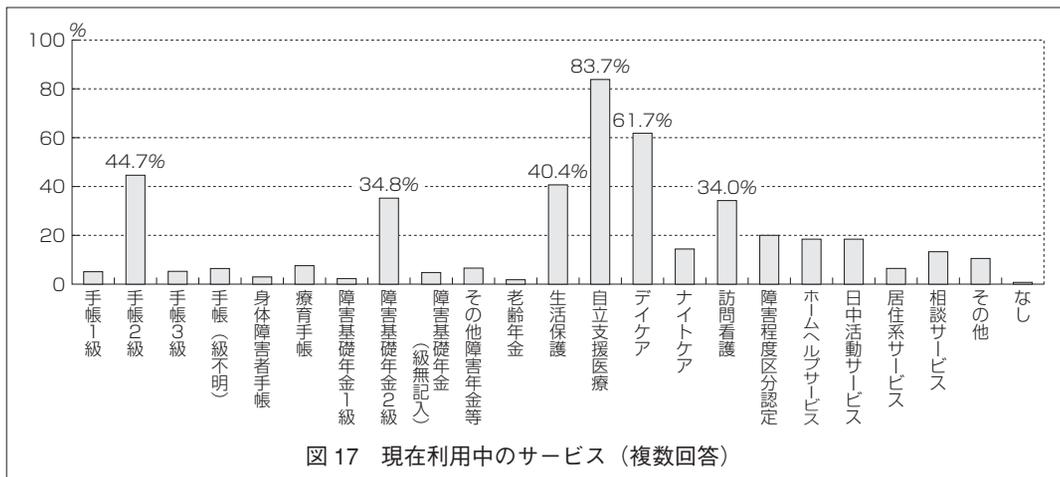


図 17 現在利用中のサービス（複数回答）

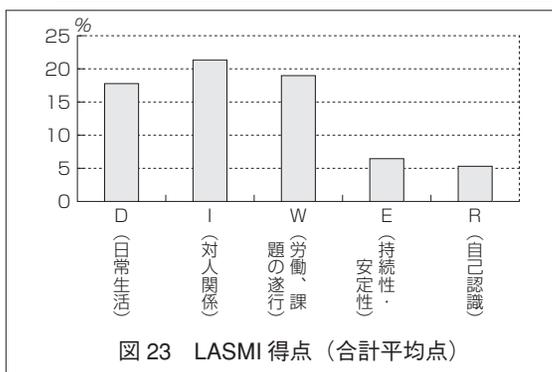


図 23 LASMI 得点（合計平均点）



図 24 LASMI 得点率

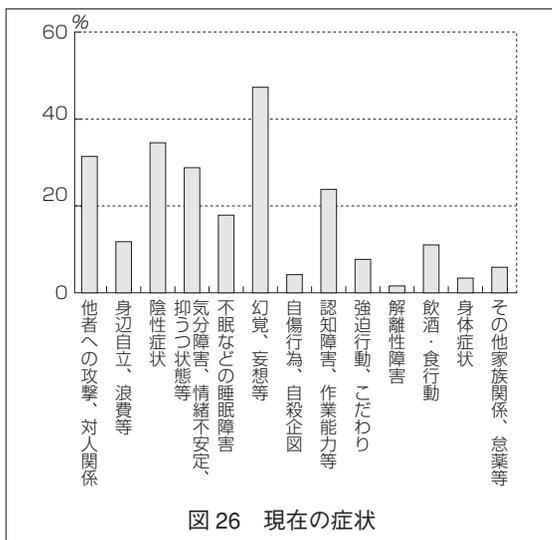


図 26 現在の症状

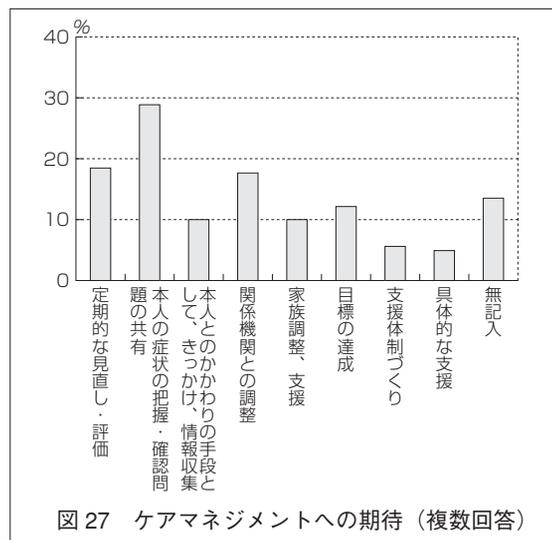


図 27 ケアマネジメントへの期待（複数回答）

通以下が48%となっている。ケアマネジャーの効果期待が高いのに比べて、介入の適時性はやや低く、利用者の準備性は必ずしも高くない状態でのスタートとなっている。またご家族の準備性は不明が28%と一番多く、ご家族の意向を十分くみとった取り組みになっていない可能性がある。

社会生活能力をLASMIを用いて評価したが、日常生活のサブスケールよりも、持続性・安定性に関するサブスケールに問題を多く抱えていることがわかる（図23、24）。担当者が把握している課題・目標では日常生活、生活スキルが65.3%、症状・服薬管理、通院支援等が52.5%と高

くなっている。現在の症状は幻覚・妄想等が47.5%と多いが、他者への攻撃、対人関係や陰性症状の項目も30%を超えている(図26)。ケアマネジメントへの期待としては本人の症状の把握確認・問題の共有が29.1%と一番多く、次いで、定期的な見直し・評価が18.4%、関係機関との調整が17.7%となっている(図27)。

全体的にみて、ADLよりもIADLに困難さがある方が多く、さらにIADLよりも対人関係面での困難さが大きい。病状の重さというより、症状の不安定さによって、対人関係での複雑な問題が発生している可能性がある。そういう意味で単なるサービスの調整に終わるのでなく、地域生活での人間関係にまで配慮した、社会生活支援サービスの必要性があると考えられる。

9. 参加診療所の属性アンケート(資料15)

平成21年度プロジェクト参加診療所の属性についてアンケート調査を行った。

参加90診療所のうち、78カ所(第1群17カ所、第2群61カ所)から回答を得た。参加診療所を代表して、各診療所につき1枚の回答を得た。回答記入者の75.6%はPSWであった。

診療所内でチームを構成するスタッフ数は3人が37.1%、2人が29.5%であった。取り組むスタッフの職種のほとんどが1人であったが、PSWのみが1人が44.8%、2人以上が43.6%と拮抗していた。スタッフ間のミーティングの頻度は月1回以下が61.5%であり、十分とは言えなかった。

診療所内のプログラムについて、実践なしと実践あり(1人以上実施している)を比較した。SST(実践なし35:実践41)、就労支援(実践なし12:実践63)、薬物・アルコール支援(実践なし54:実践14)、心理教育(実践なし24:実践47)、家族教室(実践なし38:実践34)、認知機能リハビリ(実践なし48:実践21)となっており、SST、就労支援、心理教育のプログラムに関しては実践が実践なしを上回った。

診療所外の施設について、実施なし(実施なし+利用なし)と実施(1カ所以上実施している)を比較した。SST(実施なし33:実施30)、就労支援(実施なし4:実施64)、薬物・アルコール支援(実施なし27:実施40)、心理教育(実施なし41:実施19)、家族教室(実施なし28:実施36)、認知機能リハビリ(実施なし49:実施11)となっており、就労支援、薬物・アルコール支援、家族教室で、診療所外施設での実施が実施なしを上回った。

個別面接の個室利用については80.8%が常時利用できるか、おおむね利用できるであった。訪問の移動手段については55.1%が確保していた。医師のアドバイスを含むスーパービジョンの体制を確保しているところは39カ所(50%)で、そのうち月に1回以上の頻度で行っているところは30カ所(76.9%)であった。地域へのケア会議については、月1回以上参加しているのは41.0%であり、必ずしも十分とは言えない。

往診は、今後実施予定のところも含めて42.3%が実施していない。一方、デイケアは82.0%が実施している。訪問看護は53.8%が週2日以上実施している。外来集団精神療法は、今後実施予定のところも含めて65.4%が実施していない。作業療法的関わりは、今後実施予定のところも含めて43.6%が実施していない。

診療所からアクセスできる場所で実施していない(利用なしを含む)地域サービスについては、デイケア・ナイトケア17、訪問看護等14、訪問サービス等10、ホームヘルプ等7、ショー

トステイ 23、日中活動系 11、就労移行支援 11、就労継続支援 A・B 型 8、就業生活支援 8、職業訓練 13 カ所を数えた。

ケアマネジャーが関わりに確保できる時間は、1 件あたり 1 週間に 30～60 分が 42.3% で一番多かった。ケアマネジャーを固定できる割合は 80～100% 固定できているのは 39.7% であった。十分な時間を確保したり、ケアマネジャーを固定したりすることは容易なことではないことがうかがえる。

利用者の同意が取れる割合が 80～100% であるのは 34.6%、ケアマネジメント中に訪問できる割合が 80～100% であるのは 39.7%、利用者参加のケア会議を開催できる割合が 80～100% であるのは 21.8%、医師を含むチームで取り組める割合が 80～100% であるのは 44.9% である。このような現状において、日精診版ケアマネジメント施行に際して設定した条件を、厳密に守っていかうとするのはかなりの努力を要すると考えられる。

ケアマネジャー 1 人当たりのケースロードに関しては、65.4% が 1～3 人としている。日精診版ケアマネジメントの導入条件としては、85.9% が本人の同意をあげている。また、日精診版ケアマネジメントの対象要件としては、孤立（身近な支援者がいない（73.1%））、福祉サービス利用により症状改善の見込み（69.2%）、家族ぐるみのケアが必要（64.1%）、医療的ケアの比重が高い（61.5%）などの項目が上位を占めた。

日精診版ケアマネジメントの始まりから終結に必要な時間は、6 カ月～1 年というのが 37.2% で一番多かった。日精診版ケアマネジメントの終結要件としては、利用者からの終結の申し出（71.8%）、セルフマネジメントができる（61.5%）、ケアマネジメントの結果、課題解決（59.0%）などの項目が上位を占めた。

10. 日精診版ケアマネジメントアンケート（個人）（資料 16）

日精診版ケアマネジメントを実践するケアマネジャーへの個人アンケートを実施した。平成 22 年 1 月 20 日現在で、第 1 群 51 件、第 2 群 112 件、合計 163 枚回収された。

ケアマネジメントの対象をどう考えるかという設問に、病状や生活状況の困難さ（79.3%）、地域資源と結ぶのに援助が必要（76.2%）、多問題を抱えた方（68.9%）、本人の同意が得られる方（67.1%）などが上位を占めた。

望ましいと思われるケアマネジメントの成立条件として、本人の同意があること（81.1%）、医師がチームの一員として参加（81.1%）、チームでの取り組みを実施（81.1%）、診療所でのスタッフミーティングを実施（76.8%）、家族支援実施（75.0%）などが上位に位置している。それに対して、担当ケアマネジャーが固定している（67.1%）、ケア会議を主催（68.3%）、訪問活動等、院外活動実施（65.9%）などの重点項目はそれらの下位に位置している。ここでも日精診版ケアマネジメント施行に際して設定した条件を、厳密に守っていかうとするものの困難さを示している。

日精診版ケアマネジメントの成立条件として、すでに診療所が行っているものは、担当ケアマネジャーを固定（81%）、本人の同意があること（77%）、医師がチームの一員として参加（82%）、チームでの取り組み実施（73%）、訪問活動等、院外活動実施（76%）、診療所でのスタッフミーティング実施（79%）などが上位に位置している。それに対してケア会議を主催（48%）、家族

支援実施（58%）、家族のライフサイクルを踏まえた問題発見的視点（46%）、患者家族との長い付き合いを重視（56%）などの取り組みがやや少ない。本人の同意がなしでも必要と判断すれば行う（26%）、地域ケアマネジャーにつなぐまでの関わりとする（11%）、他にケアマネジャーがいる場合は行わない（16%）などに関しては評価は低い。

相談業務の経歴（医師以外）は5～10年が最も多い（23.7%）。職種はPSWが最も多く、（57.9%）を占めている。診療所内での主な担当業務は、デイケア（66.5%）、外来相談（43.9%）、訪問看護（29.3%）などが上位を占めており、勤務形態は常勤がほとんどで（92.7%）である。研修会・事例検討会への参加状況は年に1～6回が最も多く（59.8%）を占めた。日精診版ケアマネジメントが必要と思われる対象者数は1～9人とするものが最も多く、（57.9%）であった。日常業務を抱えながら、日精診版ケアマネジメントに取り組むことの困難さをうかがうことができる。

11. アンケートの分析（資料17, 18）

3月7日報告会に向けて、今回のプロジェクトで事例を提供された141名の方に、改めて個々の事例に関するアンケート調査を行った。93名の方から回答があり、回収率66%であった。利用者の年齢・性別・診断別のプロフィールは以前の調査とほぼ同様である。入院歴は無しが29名（31.2%）で最も多かった。1回の入院の人22名を合わせて、51名（54.8%）が1回以内の入院であった。入院期間でも、入院なしの29名と入院半年未満の22名を合わせて、51名（54.8%）が半年未満の入院であった。入院回数、入院期間ともにいわゆるACTの主張するヘビーユーザー（頻回・長期間入院等）とは対象が異なっていることを示している。

日精診版ケアマネジメントの対象者として、精神障害をもち、複雑かつ多様な生活上の困難を抱えた人を想定している。そのため、今回の提出事例を複雑・困難事例と考えるか質問してみた。「はい」は47%、「いいえ」は15%、「どちらとも言えない」は35%であった。利用者が複数の診断を抱えていたり、家族の中に複数の障害をお持ちの方がいたりする場合、複雑・困難と言えるかもしれない。しかし、複雑・困難な度合というのは、そういう利用者側だけの問題ではなく、サービス提供側の力量、地域の受け入れ態勢などの複数の関数の上に成り立っていることを改めて考えさせられる。

振り返りシートまで進むことができた人は48名（52%）であった。ケアマネジメントが必要と判断して、フェイスシートを作成しながら、フェイスシートの段階で留まっている人が8名（9%）チェックシートの段階で留まっている人が同じく8名（9%）プラン作成の段階で留まっている人が28名（30%）であった。これを必ずしも挫折したとみなすことはできないが、病状の変化や環境の変化など様々な事情によって約半数が振り返りまで到達できていない。

6カ月ごとに振り返りを行うことにしているが、振り返りまで到達した48名のうち、6カ月以内に行えたのは23名（47.9%）である。それでも不明4名を除いて全員が1年以内で振り返りまで行えている。

ケア会議に関しては、48名（52%）が開催されているが、42名（45%）が開催できていない。関係機関との連携を作り上げていく困難さがうかがえる。訪問に関しても54名（58%）で行われているが、39名（42%）で行われていない。訪問に関しては診療所側の体制が整わないことだ

けでなく、居住空間への第三者の立ち入りへの警戒感・抵抗感があることは否めず、これを乗り越えていく支援の技術のレベルアップが望まれる。

診療所ではケアマネジャーは直接支援も行う。デイケア 54 名 (58%)、訪問看護 42 名 (45%)、が多いが、その他心理教育 (16%)、グループワーク 10 名、SST 8 名、CBT 5 名、などと続いている。間接支援とのバランスについても高度な技術が求められる。ケアマネジャーによる家族支援は重要な課題であるが、家族面接 31 名 (33%)、家庭訪問 20 名 (21.5%)、家族教室 4 名 (4.3%) と概ね低調である。

同意書に関しては、契約・署名という概念の乏しい社会の中で多くのケアマネジャーが苦勞されたが、緊張感を持って取り組まれた結果 69 名 (74%) の方が同意書を作成している。フェイスシート作成から 1 カ月以内に 42 名 (60.8%) の方が作成している。しかし 19 名 (27.5%) は 1 カ月以上を要しており、これが地域の相談支援との大きな違いかと考えられる。

12. まとめと今後の課題

平成 20 年度に作成された日精診版ケアマネジメントモデルを用いて全国 96 カ所の精神科診療所において日精診版ケアマネジメントを実施し、その実践をもとに全国を 7 ブロックに分けて実践検討会・研修会を積み重ね、報告会を開催した。その実践報告や診療所のフィデリティ調査やケアマネジメント従事者へのアンケートの精査解析を通して、日精診版ケアマネジメントモデルを確定した。その際、すでに介護保険などで使用されている名称との混同を避け、新しいサービスの内容を表しており、利用者への説明がしやすい名称を使用したいということで、日精診版社会生活支援 (NSS) サービスと名付けた。それに伴い、ケアマネジャーはチームマネジャー、ケア会議はチーム会議と呼ぶこととした。

日精診版社会生活支援 (NSS) サービスを行う際には以下の申し合わせを行っている。

- (1) 担当ケアマネジャーを決める。
- (2) 医師を含めた最低 2 人 (利用者を含めれば最低 3 人) のチームを構成する。
- (3) 利用者を含めたケア会議を開催する。
- (4) できるだけ家庭訪問をする。
- (5) 同意書をとるように努力する。
- (6) 終結を意識した関わりをする。

すでに述べたように、現実の臨床の中でこの施行条件を厳密に守っていくことはかなりの努力や工夫が必要と考えられる。「はじめに」にも記したように、PSW などの Co-worker の活動に對価が認められていない。多忙な日常業務を抱えたうえで、担当チームマネジャーとしての役割をこなせるのか不安が付きまとう。しかし困難な状況の中で多くの協力診療所で、この条件設定を守ろうとされたことに敬意を表したい。現状はこの設定を 100% こなすことは困難が多いと想定されるが、この申し合わせを NSS サービスのフィデリティとして、それぞれのサービスの有りようを、振り返っていただければ幸いである。

日精診版社会生活支援 (NSS) サービスの特徴と課題として、次のようなことが考えられる。

(1) 対象者の選定（複雑で多様な生活上の困難を抱えているケース）は事例の積み重ねを待つ。

対象者に関しては、基本的には「複雑で多様な生活上の困難」を抱えており、診察室での1対1の関係だけでは症状やQOLの改善につながりにくいと考えられるケースということになる。しかし、複雑で多様な生活上の困難さは利用者の事情によるものだけではない。サービス提供する側の力量の問題、利用者を取り巻く環境の問題などの相関によって決まってくる。少なくともACT-Jで述べられた、入院回数や入院期間などではNSSサービスの対象者を決めることはできそうにない。現在のところはケアマネジメント従事者が（効果期待度、集中的介入の適時性、利用者の準備性、ご家族の準備性）について、点数化して判断せざるを得ない。しかしこれはあくまでも主観的な判断に留まっているので、今後研究を進めるためにはもう少し明確な基準が必要になってくると考えられる。事例を積み重ねるなかで、そのような基準が定まっていくものと考えている。

(2) エンゲイジメント（関係づくり、同意にいたるまでのプロセス）を重視する。

地域の相談支援事業においては、相談の申し込み時点である程度障害の受容ができていない方が対象となる。そのため、ケアマネジメントの契約は比較的簡単に成立すると考えられる。それにひきかえ、日精診版社会生活支援（NSS）サービスでは必ずしも自らの障害を受け入れている人ばかりではない。病状の変化にきめ細かく対応しながら、障害の受容に至る長いプロセスを共に歩むという過程が重要である。ケアマネジメントの契約以降にケアマネジメントが始まるのではなく、何らかのサービスにつながるまでの「関係づくりの段階からのケアマネジメント」を評価していく必要がある。少なくとも、サービスの利用があって初めて相談支援が成り立つというのでは本末転倒である。

(3) タイムリーな医療サービス（リスクマネジメント・危機介入）が重要。

一般的なケアマネジメントは病状が固定し、医療的支援の必要性が少なくなった段階から始まると考えられがちである。しかし普段の臨床では、病状の変化や生活上の様々な変化に対して、タイムリーな支援が求められている。したがって日精診版社会生活支援（NSS）サービスにおいても危機介入的な関わりを視野に入れておく必要がある。医療機関でケアマネジメントを行う以上は、悪くなったら入院をお願いするというのではなく、様々なリスクを想定し、入院に至る事態を防ぐことに役立つ必要がある。あらゆるリスクを避けるということは無理である。リスクを防いで生活の制限が大きくなりすぎるとは意味がない。しかし、医療機関ならではの予測判断や迅速で適切な対応が、大きな生活の破綻や混乱を防ぐ意味は大きい。介護保険的なサービスの調整型やACT的な医療も福祉もセットで行うサービスでもない。いわば臨床的ケアマネジメントの範疇に属することになるとと思われる。

(4) 関係機関との連携（診療情報、守秘義務、ネットワーク）

医療機関としては、厳格な守秘義務を課せられている。医療上知り得た情報に関しては、安易な情報提供には注意せねばならない。チーム（ケア）会議を呼びかける際には、どの範囲に呼びかけを行い、どの程度の情報提供を行うのかなど、繊細な配慮が求められる。一方で、社会との

つながりの持ち方に困難を感じている利用者が多いなかで、「支援につなげていく支援」のあり方について、より一層の工夫が必要である。さらに、利用者のニーズを実現していくために、本当に役に立つ社会資源とはどのようなものなのか見極めるためには、普段からの顔の見えるネットワークの形成が求められる。

これまでは些細な意見の違いや誤解で無用な反発や摩擦を生み出すことが時に見られた。これからは、利用者の地域生活を支えていくために、様々な機関が協同して機能する技術を磨いていく必要がある。

(5) 直接支援（デイケア、訪問看護、心理教育、SST，グループワークなど）

現在のところ、ケアマネジメントに経済的な裏付けはないので、チームマネージャー（ケアマネジメント従事者）専従のスタッフはいないと思われる。普段は当該医療機関において、デイケア、訪問看護、心理教育、SST，グループワークなど様々な直接支援に関わりながら、ある特定の時期に集中的な支援をオンするという形をとることになる。単にサービスの手配だけにとどまらず、直接的な専門的支援を行える立場にある。それは有利であるとともに、利用者目線を後回しにしてしまうリスクも抱えている。利用者のニーズに沿って専門性を生かすという高度なケアマネジメント技術が求められる。

利用者のニーズに沿った、個別支援計画の中に、様々な医療サービスを組み入れていくこと。そのためにはNSSサービスにおける丁寧なアセスメントやプラン作りが活かされると考える。

(6) 終結（地域の社会資源とのつながり）

基本的には、医療機関としての関わりはエンドレスである。診療所は利用者の身近にあって、場合によっては何世代にもわたるお付き合いをすることにもなる。自由診療、フリーアクセスの最も良い点だと思われるが、一方では医療機関の丸抱えという批判を生む可能性もある。

私たちの提供するサービスが地域社会の総合的なサービスの中でどのような位置にあるのか意識しながら個別の支援計画を作成していく必要がある。そのようなものとして日精診版社会生活支援（NSS）サービスを活用するために、6カ月ごとの振り返りを行い、「支援につなげていく支援」を行い、地域の社会資源の充実にもつなげたいと考えている。

(7) 日精診版ケアマネジメントの有効性を評価する指標の抽出

各地の日精診版社会生活支援（NSS）サービスの実践報告をうかがってみて、うまくいっている事例とそうでない事例に分かれている。同意書をとる段階でつまずいたり、チーム（ケア）会議を開催できなかったり訪問できなかったり、様々である。場合によっては病状悪化などもある。やはり私たちの対象が必ずしも「医療的支援の必要性が少ない人」とは限らないことを示している。

今後とも、同意書のとれている割合、フェイスシート作成から同意書に至る期間、ケア会議の参加者、ケア会議の頻度、直接支援の内容、訪問の頻度、家族支援の内容などを詳しく分析し利用者・家族の満足度、支援者の満足度などを精査していく必要がある。

(コメント1) 社会生活支援の事例を読んで

前田ケイ

2008年から2010年までの2年の間に、日本各地にある合計100カ所の精神科診療所やクリニック（以下、診療所という）が、患者や家族の社会生活を支援する試みを行い、その実践を事務局が提案した様式に従い、事例としてまとめ、事務局に報告を行った。また、全国各地で、地域別の実践事例検討会を持ち、自分たちの支援のあり方を検討し、記録様式の使い方、支援の考え方、具体的支援技術の向上などに努めた。

筆者は、ほとんどの事例に目を通す責任を引き受け、実践例から診療所職員らが行った支援の実際をつぶさに把握することができた。また、3カ所のブロック別の実践検討会にも参加し、支援を実践した職員らと直接、意見交換を行うことができた。

このような立場から、以下、1) 多数の事例を読んで理解できたこと、2) 今後の実践のために改善が望まれる点を報告し、3) 診療所における治療のあり方について、筆者が到達した結論と今後の課題について述べる。

I. 事例から理解できたこと

1) 多くの診療所は長年にわたり、患者と患者家族とのつきあいを重ねてきている。その関係の上に、今回の試行的支援が行われたのであるが、多くの事例は、適切な時期に、適切な援助的介入が行われなければ、深刻な生活問題を引き起こす恐れのある患者と家族が数多く潜在していることを示した。

事例はまた、一つの困難が次の困難を引き起こし、その影響は次の世代に引き継がれていく恐れがある多問題家族の実態を顕著に示しているため、その連鎖を断ち切るためにタイムリーな支援がいかに予防的効果があるか、さらに、長期的に見れば、早期的な介入は社会的コストを節減する効果があることを示唆している。

事例で具体的に示された困難は精神科診療所の患者が持つ身体的合併症、認知症や知的障害を持つ他の家族員との同居からくる困難、患者または他の家族員の暴力やギャンブルなどの問題行動、これまで患者を扶養してきた家族の失業や高齢による経済的困難など、さまざまであり、しかも、このような困難を複数抱えて生活している人びとが少なくないことが明らかにされた。

さらに、このような特定の困難を持たなくとも、事例には精神科患者を抱える家族関係にはストレスが少なくなく、家族関係不調が当事者の親子関係や同胞関係に見られるものが多く、患者を診るだけでなく、家族に対する支援の必要性を強く示す報告となっている。

2) 診療所における社会生活支援は、支援をチームで行うこと、そのチームのサービス機能を調整し、患者・家族の取り組みを、彼らに寄り添って支援し続けるチームマネージャーがいる、という構造を作って実施された。

チームアプローチに基づいて、チームマネージャーが実践する方法はこれまで、ケアマネジメントあるいはケースマネジメントとして知られる手続きを取り入れている。

地域を巻き込んだ支援チームの構造は患者や家族の課題の大きさや地域社会に存在する資源の有無にもよるが、診療所が問題解決のために、支援する患者や家族を単独に抱え込むのではなく、地域内の関係機関や団体に患者や家族を迅速に地域の資源につないでいくことが、この研究における社会生活支援の前提になっている。

このような理念に立って行われた事例を読むと、いろいろな地域で、多数の関係機関・団体が協力して地域内の患者と家族の問題解決に協力して取り組んだ実際が報告されており、希望が持てる新しい時代の活動が示されている。時間的な制約のために、地域での連絡や調整のための会議が持てなかった事例も少なくないが、適切に働きかけると、日頃の診療所医師との信頼関係をベースに、患者や家族の問題解決に地域関係機関や団体と協力体制が組める可能性が高いことが示されたと考えられる。

Ⅱ. 今後の実践のために改善が望まれる点と提案

診療所における社会生活支援には、ケアマネジメントの手法を用いていくことが不可欠であるが、この研究では、そのようなマネジメントを行っていく職員を「特定の患者とともに、その希望達成を応援するチームのマネジメントを推進する役割」を意識し、その人をチームマネージャーと呼ぶことにした。

患者や家族と信頼関係を構築し、その人々が希望する生活目標を立て、その目標達成のための取り組みと一緒に計画し、必要な調整をしながら、取り組みの成果をモニターしていくチームマネージャーの働きの質は、そのまま、診療所全体の社会生活支援の質に反映される。真にプロの知識と技術を発揮して、信頼される社会生活支援を行っていくために、われわれにはさらなる努力が必要である。以下、実践の改善のためにいくつかの提案をしたい。

1) 診療所全体が一人ひとりの患者のために、個別化された医療プログラムを実施できるよう、さらに努力したい

事例によっては、患者の生活に対する希望や目標を聞き取りながらも、診療所のなかでそれに適合した諸プログラムがどう実施されているのかが、あまり明確でないものがあつた。

特にデイケアプログラムが個々の患者の目標のためにどのように活用されているかが具体的でなかった。例えば、本人の対人関係能力の向上が重要なリハビリテーション上の課題である場合には、デイケアでSSTを取り入れ、グループや個人SSTを実施するプログラムを実施すると効果的であるが、そのようなプログラムがあるのか、どうかを記載せず、ただ、デイケアとのみ記されている計画書があつたなどがその例である。

目標にそつた一貫性のあるプログラムを実施していくためには、治療者集団が実証研究に基づ

いた最新のリハビリテーション方法を実施できるように日頃から学習していることがまず、第一に必要である。第二にはデイケアにおけるプログラム計画と運営が利用者の参加を促して、柔軟に実施され、さまざまな面で、利用者の社会生活能力を回復し、強化していけるように努力することが必要である。デイケアは治療を提供できる場であって、援助方法でもなく、プログラム活動そのものを示すものでもない。デイケアという場を活かして個別化されたリハビリテーション活動が実施されることが必要である。もし、デイケアがスタッフ主導の伝統的なレク活動中心の活動にとどまっているならば、患者と共同作業で目標と計画をたてていく社会生活支援の手法と一貫性がないことになる。したがって社会生活支援を行っていく診療所は、デイケアプログラムの計画と運営のあり方を見直し、スタッフの治療的力をつけていくことが必要になる。デイケア担当職員は、たとえば料理プログラムが個々の利用者にとどのような対人的、生活的能力を獲得する効果があるのかを当事者ととも検討し、意識的にその活動参加を促し、効果をモニターしていく姿勢をもっていくことが大事である。金銭管理を学習することが必要な患者にはデイケアで金銭管理を学ぶプログラムを取り入れる必要がある。怒りに振り回される患者には怒りのコントロールを学ぶことができるプログラムを取り入れるなど、新しいプログラム活動への工夫がほしい。

2) 患者の社会生活の目標と計画をより具体的、より細分化して段階的に積み上げていく努力が必要である。

立てた目標に関して、患者の達成に関する満足度の低いものがあったが、もし、目標と計画がより具体的で、より細分化され、段階的に支援されていけば、よい満足度が高くなったのではないかと、と思われる事例が少なからずあった。例えば、学齢児童をもつ患者の場合、「子どもの登校をスムーズにする」ことを目標にしている事例があった。現在、どんな点がスムーズにいかないのか、家族の誰と誰がどういう役割を分担すれば患者とその子の登校がどう円滑になるのか、まず、どこから着手するのがいいのか、などがより具体的に実行のために計画されていけば、患者の達成度が高くなったものと思われる。

また、別の例で言えば、「困った時には誰かに電話をする」というのが目標の一つになっていたが、たとえば子どものことで困った時には〇〇さん、金銭のことで困ったときには××さん、というように予測される問題別に電話する人をきめるか、あるいはまず、第一に電話するのは〇〇さんで、通じない場合には××さん、というように、具体的にとりきめを書面で決めておくと、より、実行しやすくなり、満足度も高くなったのではないだろうか。

就労を希望している人には、本人の夢を書く欄と長期目標、短期目標、当面の取り組みというように、目標と計画が細分化されるように記録様式が整っているため、それを使いこなせるように、職員の考え方自体がより具体的になるような努力を望みたい。

3) チームマネージャー自身の向上を支援する体制が必要である

ケアマネジメントの実施を中心になって進めてきた多くの職員が、どこまで患者本人が主体的に参加していたのか、職員の押しつけになっていなかったのかを「自己評価」の欄で内省していたが、これは対人支援にあたる専門職にとっては永遠の課題であるとも言える。支援の態度、

知識、技術の向上に終わりはなく、学問は日進月歩であるから、チームマネージャーに就任する職員の向上のためには診療所あげての支援体制の強化を望みたい。幸い、この研究によって、ブロック内の診療所職員の交流ができたので、継続的に意見交換を行い、研究的な取り組みを進めていきたいという意見も多かった。ピアスーパービジョンが普及することも期待したい。

Ⅲ．診療所のあり方と今後の研究課題について

本研究によって、精神科診療所はすべての患者に包括的治療を行うこと責任があり、患者によっては地域の諸資源を動員して、社会生活支援を行う必要があることが明らかになったと思う。

個々の事例を通して、制度や政策の裏付けがなければ、診療所が行うサービスには限界があることもまた、明らかになった。先進諸国に比較すれば、我が国の精神保健福祉サービスの遅れは明白である。われわれの目指すべき地域生活支援の包括的サービスには、どのような要素から成り立っているのか、いわゆる best practice のさらなる研究を行い、政策提案のために、診療所の立場から積極的発言を続けていく必要がある。

社会生活支援のあり方、職員の実践能力資質向上のために、全国的に盛り上がった研究意欲を継続させるために、引き続いてこの研究を発展させていくことを望みたい。多くのチームマネージャーとして活躍した職員の専門教育の背景が社会福祉であったことを考えると各地の研究会には、精神保健福祉士養成校の教員にも参加も呼びかけ、専門教育のなかで、より実践に根付いた教育が実施されるように、教育機関との連携を期待したい。

(コメント2) 事例の分析

木原活信 (同志社大学)

1. はじめに

今回、ソーシャルワーク論の研究者の立場から、集中的に熟読して、第三者的に考察分析を試みている。その際、事例分析者と事例提供者、および事例の当事者と、筆者は利害関係にはないので自由に忌憚なき分析を行うことのできる立場にある。

事例分析となるので、できれば個々の事例を「顔」の見えるように、明らかにしつつ、分析考察を加えることが適切であろうことは当然であるが、匿名化を施すだけでは、プライバシーの侵害、秘密保持、機密情報保持を担保できる状況にはないと判断から、やや漠然とした表現とならざるを得ないが、集散的に記載することとする。

各事例の記載者によって多少書き方、分量が異なるが、事例記録者の記録方法、そして何より詳細なデータ記録に感服した。なぜなら多くの場合、自ら多忙な職務を抱えながらのことと思われるのであるが、そのなかでも精神保健福祉領域の発展のために尽力している姿が浮かんだからである。

2. 事例から明らかになった点

2-1. 全般的諸特徴

全般的傾向としては、病名は若いころに統合失調症、うつ（あるいはその両方）を発病した経験のある中年の人たちが一番多かった。発病した直後に入院歴があり、それを繰り返した人は数名、1度だけの人数名、不明の人も数名であるが、現時点で、そのほとんどが緊急の医療ニーズ、治療が喫緊の課題であるということより、生活全般にわたって、社会的支援が必要であり、いわゆる生活力の形成というのが課題であるように思われた。

2-2. 生活保護、金銭問題への生活支援

まずもって、特徴は、その大半が生活保護の受給者であるということである。若い頃からの病気により、自立した生活が営めず、就労面においてハンディを負ってきたことである。ただし、事例のなかからは、生活保護受給者であるがわかるがその生活の実態が関連付けられていない。またそれが具体的な支援や生活のマネジメントのなかに十分に反映されていないように思えた。

事例のなかで意外であったが、かなり多くの人が金銭問題、ギャンブル、借金などの金銭トラブルが多発しており、このことも生活のマネジメントにかかわる重要な課題の一つであるように思えた。

上述の課題とかかわることであるが、就労にたいするニーズも高く、生活保護、金銭問題との関連も踏まえて、その総合的な社会的支援は、重要である。それが必ずしも具体的に事例のなか

からは明確にされていなかったようである。

2-3. 入院歴・入院回数

多くの人が入院歴があり、その入院期間はまちまちであったが、大方、20代前半で最初に発病したときに半年ぐらいの入院経験をしている。その後、入院を繰り返している例もあるが、その後自宅等で両親と一緒に暮らしているというケースが多い。

このためか、社会生活や就労経験等に乏しく、そのままずっと依存的ななかで生活を余儀なくされているというケースが目立った。

2-4. 自殺願望、希死念慮

その他で、意外と目についたのが、多くのケースで自殺未遂、希死念慮があり、その事実がかなりの頻度で書かれてあったことである。ただし、それに対して、診療機関として、具体的にどのような対応や支援が、なされているのかは見えてこなかった点も共通していた。

3. 考察・提案

上述した事例から見えてきたことから、その対応が今後の課題となるように思えた。まずは生活保護、金銭トラブルなどの面では、金銭管理や就労含めた自立への支援が個別になされる必要がある。目標設定などにかかわることであるが、これらの課題が個々のニーズにそくして具体的にシートのなかに明確に示されていくことがのぞまれよう。特に事例の多くが、同居している両親等が高齢化ないし死亡してきており、そのようなことを踏まえた自立に向けた生活支援が急務であろう。

また、自殺未遂など自殺にかかわる言及が目立ったが、自殺予防の必要性は精神保健福祉領域にあっても急務であろう。自殺問題だけがあげられてあるが、具体的な自殺予防のための事前プログラム、危機介入サービスの方法、連携など地域にクリニックでの対応プログラムが急務であろう。欧米の事例などを踏まえてその対策等を検討する必要があるだろう。

一般的には、地域の診療所において、それぞれの地域の個性を活かしつつ、その地域資源を利用しつつ地域生活を営む上での生活力をいかに個別のニーズにそくして形成させていくのかというのが課題であろう。

具体的にはデイケアなどのプログラムなどがややもすれば援助する側の主導ですすめられているようなニュアンスも散見されたので、利用者自らが自らの自立の具体的な目標に即して形成していくということなども必要であろう。

また利用者が援助計画の目標設定が高すぎるためか、満足度が低いのが目立ったのが気になった。目標設定は、個別化されているか、現実に即しているか、段階ごとになっているか、細分化されているか、今一度、援助者する側が利用者と話し合いながら再検討をする必要があるように思えた。

(コメント3) 日精診版社会生活支援 (NSS) サービス 研究プロジェクトに参加して

NPO 法人サタデーピア 精神保健福祉士・臨床心理士 上ノ山真佐子

1. はじめに

筆者は、平成 20 年度、21 年度の 2 年間にわたり社団法人日本精神神経科診療所協会障害者自立支援調査研究プロジェクト「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」に精神科診療所スタッフとして参加した。NPO 法人サタデーピアとしては相談支援ツールとしてのシートとその利用手引きの作成、シートを利用した全国 7 ブロックの実践検討会の開催を担当した。また、全国 100 協力診療所から提出された数種のアンケートの集計や約 150 の実践事例について解析集計を行った。また、振り返り(事後評価)シートまで提出された 53 事例についてアドバイザーの先生にも協力をいただいて全事例精読し解析にあたった。前田ケイ先生、木原活信先生には 2 月中旬までに提出された 29 事例を依頼し、筆者は 3 月中旬までに提出された 24 事例を加えた全 53 事例を担当した。

2. 相談支援ツールとしてのシート

この研究プロジェクトの目的の第一は、精神科診療所における相談支援にケアマネジメントの手法を活かし、日精診版支援モデルを確定することにあつた。そのモデル確定にあたっては、共通の相談支援ツールとして基本の 6 シート(フェイスシート、記録シート、チェックシート、プランシート、見直しシート、振り返りシート)と数種のオプションシートを作成した。シート作成においては、既存の各種ケアマネジメントシートを参考にしながらも、診療情報が豊富な医療機関が行うということや従事者が精神保健福祉の知識や技能を兼ね備えていることを前提として、利用者の個別性に応じた従事者の工夫が活かされることに配慮した。また、より良い社会生活を実現するための目標達成に向けて、利用者自身が主体性に取り組めることを最も大切に考えた。

今回のシート確定までには後述の実践検討会や 20 年度から取り組まれている実践事例を通して各地の実情や従事者の意見を参考に改訂を重ねた。実践している従事者からのフィードバックは、診療所スタッフであるわれわれにとっても共感し実感できるものであり、改訂ごとに実践に即した改善に努めた。オプションシートの多くは、各地の実践従事者からの提案や要望によるものである。

研究の第 2 の目的は、診療所スタッフがこのツールを効果的に活用できるようになることによって、精神科診療所が利用者の安定した地域生活を支えるサービス機能を向上させ、ひいては地域の社会資源の開発にも貢献できることとしている。

これらの目的を表わすもので、かつ利用者、従事者にも親しみやすい名称は何かということに

ついて、この2年間検討を重ねてきた。その結果、これまで日精診版ケアマネジメントとしてきた名称を日精診版社会生活支援サービス（以下NSSサービス）と改め、ケアマネジメント従事者をチームマネジャー、ケア会議をチーム会議と呼ぶこととし、平成22年3月7日の報告会で承認された。

3. 実践検討会

全国7ブロックの実践検討会の開催担当としてサタデーピアから筆者と藤井美悠紀PSWの2人がすべての検討会に出席し、事例検討に参加するとともに各診療所からのフィードバックを持ち帰った。また、講師として、北海道ブロック、東北ブロック、九州ブロックの3検討会には前田ケイ先生、関東ブロックには野中猛先生、近畿、東海、中四国ブロックにはこのプロジェクトの委員長である上ノ山一寛が参加した。実践検討会は各ブロックごとに独自のプログラムで行われたが、共通のシートを活用した試みであったので、従事者の苦労や事例の概要をよく理解することができた。また事例提供者だけでなく、参加した全診療所の情報交換もできたので、アルコールや思春期、児童虐待などに特化した医療サービスを得意とする診療所など、各地の診療所ごとの特色を知ることができた。この実践検討会は、ブロック担当診療所の尽力もあり、研究プロジェクトの意義と目的を参加診療所の共有のものとすることや共通のシートを用いた実践を通して、成果への期待とともに今後の課題を見出す絶好の機会となった。

4. 日精診社会生活支援（NSS）サービス実践事例

このプロジェクトではNSSサービスの対象を、大きな枠組みでは複雑で多様な生活上の困難を抱えた精神障害者としている。今回提出された約150事例は、協力100診療所に通院中の複雑多問題を抱えた方の中から、原則的にはこのサービス利用のご希望（同意）をいただいた方ということになる。

この報告書は平成21年度（平成22年3月）末までに報告集作成という時間的制約があり、実践事例の提出期限を2月中旬に設定した。その時点で全国100診療所から提出された約150の事例のうち、フェイスシート141件のデータ集計結果と3月中旬までに振り返りシートまで提出いただいた53事例についての検討を報告する。

率直な感想は、今まさに地域で生活している利用者の方々の過酷な人生や複雑多問題に圧倒されたということである。チェックシートの生活の振り返りからは、利用者の多くが家族の心身の病気や失業、失踪、自死等で、子どもの頃に家族に大きな動揺があったことが認められる。また信頼していた親や兄弟、友人の事故や病気による突然の死、小中学生時代の陰湿ないじめ、学校や職場での失態等、発症以前につらい出来事を経験されていることも多い。対人関係や金銭管理などの生活上の課題が病状の悪化に大きく影響していることや、判断力の低下や未熟が困難な状況をますます困難にしていることがチェックシートから想定できる。その困難が病状悪化の契機となり、病状悪化が次の困難を招くといった悪循環から抜け出せない状況と言い換えることもできる。

しかしながら、その過酷な状況にあっても、家族や友人を思いやり、恋人に出会い、新しい家族を作り、仕事を探し、楽しみを見つけ、一生懸命に生きる力強さも多くの事例からうかがえた。事例を通して、診療所の利用者は日々刻々と様々な出来事に遭遇し判断や選択を繰り返しながら生活していることを改めて実感した。この事例の対象となった方々の中には個人の精神障害は、従来の医学的視点からは必ずしも重篤でないために、見過ごされがちであった方々も多く含まれる。そのために、医療や福祉のサービスが十分に届かず、社会参加の機会を奪われてきたという見方もできるのではないだろうか。このNSSサービスが時宜を得て適切に提供できれば、悪循環を抜け出し新しい生活の一步を踏み出すことができる利用者も多いと思われる。

また、提出事例の多くに問題として挙げられていたドメスティックバイオレンスや児童虐待、いじめ、ひきこもり、依存、自殺企図など、精神疾患と関連の深い多くの社会問題の連鎖の防止にも、このサービスが貢献できることを望みたい。

5. 課題

精神科診療所の社会生活支援（NSS）サービスにかかる研究プロジェクトは、全国100協力診療所スタッフの熱心な取り組みの成果として、利用者、家族だけでなく多くの関係機関の方々からも予想を上回る反響と期待を得た。

2年間のモデル事業であるという時間的な制約もあり、提出された約150事例の詳細解析など、残された課題も多い。ツールが意図した通りに活用されたか、期待された効果があったかなどについても今後検証しなければならないだろう。また、アセスメントは適切であったか、利用者の希望、目標を引き出すインタビューが実践できたか、ストレngthsを共有できたか、目標設定は適切であったか、目標に沿ったプランニングができたか、ネットワーキングはできたか、情報の管理に問題はなかったか、包括的なサービスの一環として提供できたか、利用者主体を実践できたかなど・・・チームマネジャーの支援内容を丁寧に振り返り、このサービスに求められる専門的技術の研修も今後の課題となるだろう。

6. おわりに

正直なところ、モデル事業であるこの研究プロジェクトにどれ程の方が参加し、実践していただけたのか不安もあった。しかしながら、返送されてくるアンケートや実践事例からは、利用者の生活の改善や病状の回復に何とか役立ちたいという従事者の思いがあふれていた。実践検討会では、各地で熱心な討議に参加させていただき、シートの改訂についても多くのアイデアや要望をいただくことができた。シートを使いこなせるための研修会を開こう。続けて情報交換したい。従事者のスキル研修が必要など、次の希望、目標も出始めている。この研究プロジェクトの成果が、社会生活支援（NSS）サービスツールの確定に留まらず、精神科診療所のサービスの拡充、従事スタッフのスキルアップ、支援ネットワーク作りなどに役立ち、利用者のより良い生活に寄与できることを期待したい。