

平成28年5月27日

「これからの精神保健医療福祉に関する検討会～新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会」

# これからの地域精神科医療・保健・福祉体制

・・・地域に根ざした精神科医療の視点から・・・

(公社) 日本精神神経科診療所協会

田川精二

# 基本的な視点

## 【‘Hospital based’ から ‘Community based’ へ、施策のコペルニックス的転換が必要】

#視点の転換;精神疾患は地域で発生する

#出発点の明確化;地域から

#到着点の明確化;地域へ

#強制ではなく主体的な暮らしを尊重・豊かで安定し、充実した生活を送れるか

#あくまで例外的措置として位置づける強制入院、強硬な介入

- ・これまで、20万人とも言われる長期入院者をいかに地域に移行させるか・・・が全ての中心として語られてきた。
- ・しかし、多くの長期入院者が退院したとして、それをサポートする体制が地域で貧弱であれば、せっかく退院した長期入院者がまた病院に戻ってしまうことになる。長期入院者の問題を語る時にも、地域のサポート体制をいかに整備するかが根幹となる。
- ・地域に暮らす精神障害者は長期入院から退院してきた人たちだけではない。我が国には300万人とも言われる、今、地域で暮らす精神障害者がいる。長期入院からの退院者だけを想定したプランでは大きく偏り、歪みが出るのは目に見えている。
- ・精神科病院の問題を語るだけではなく、こうした視点から、そろそろ地域のサポートシステムについてのグランドデザインを描いても良いのではないか。
- ・その時の視点は、‘Hospital based’ではなく‘Community based’でなければならない。何より精神疾患は地域の中で発生するのだから。
- ・精神科診療所は、地域に在り、精神科領域の中でも様々な専門性を持った医療を展開している。専門医がこれだけ地域の中に在り、さらにフリーアクセスで受診できるという環境は世界的にも珍しい。精神科診療所という社会資源を有効に活用し、我が国の精神科医療・保健・福祉がもっと豊かで充実したものになるよう願ってやまない。

# 小規模診療所が地域連携体制を形成し、地域に向けて力を発揮するとき：紫藤クリニック(新宿：東京都)

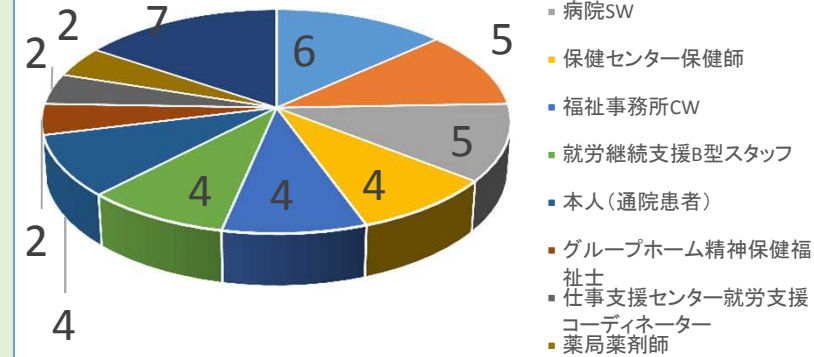
わが国の精神科診療所は小規模診療所が大多数を占め、とりわけ医師一人の診療所が多い。  
 医師一人診療所での地域連携は時間的にも労力的にも限界があり、その力を飛躍的に高め、連携の鍵となるのは精神保健福祉士。  
 外来・精神保健福祉士が一人いると診療所機能は格段に高まり、水平連携型診療所としての活動がより可能になる。

新宿区の高田馬場駅近くに立地する小規模診療所  
 開業19年  
 地域と広域の患者が混在  
 生活保護指定医療機関(生活保護率19%)  
 医師1人  
 看護職 0人  
**精神保健福祉士 1人**  
 臨床心理士 パート3人が1日ずつ週3日勤務  
 医療事務 シフト制で常時2人態勢

診察時の同席者;内訳(重複有り)

入所施設職員	24%(6/25)
グループホーム職員	16%(4/25)
作業所職員	12%(3/25)
福祉事務所職員	12%(3/25)
保健師	12%(3/25)
就労支援センター職員	8%(2/25)
ヘルパー	8%(2/25)

精神保健福祉士の電話業務(実件数:43件/月)



## ☆精神保健福祉士

- ・就労や生活などの相談
- ・訪問活動(家庭、居宅施設、通所施設、職場、学校等)
- ・繋ぐ・・・同行見学、同行相談等、他機関に繋ぐ
- ・他機関に繋いだ後、連携しながら支援

## ☆臨床心理士

- ・心理テストによる評価
- ・心理カウンセリング

## ☆看護師

- ・相談、訪問など\*「青」は無報酬

事例 70代女性 統合失調感情障害 独居;生活保護福祉事務所CW、CM、ヘルパー、DS等が関与  
 20代で発病し入院歴5回あり、結婚して2子を持つが、離婚。別の診療所に長年通院していたが、9年前に主治医が引退して以来、当院に通院中。

質素な暮らしぶり、長年の保護費の**預金が判明したため、生活保護停止**。保護停止後の生活不安や支払いの管理、健康保険の手続きなどでパニックになり、**入院希望が頻回**になる。

PSWが本人宅を訪問し状況を確認。担当CWに事情を聴き、保護廃止後の支払いの手続き等のフォローを依頼。併せてCMへも状況説明し、サポートを依頼。

福祉事務所担当者が保護停止後も月に1回本人宅を訪問し、支払い等の金銭管理をサポート。福祉事務所との関係が継続し、保護再申請までの間の安心が得られたことから徐々に安定した。

本人の金銭的不安から**介護保険サービスを停止したいとの申し出**があったが、サービス利用のメリットを伝え、サービス継続となった。目先の不安を解消するための手段ではなく、長期的な視点で必要な資源を選択できるように本人を支援し、関係機関へと繋いだ。



# かずおメンタルクリニックの取組～多職種チームにより地域の子どもと親を支える

- 地域の児童精神科診療所として、発達障害、虐待等を含めた様々な子どもと親のニーズに応えるべく、多職種が連携してカウンセリング、思春期デイケア、各種グループ療法、訪問看護等の、「育ち」に主眼を置いた多面的な医療支援を実践している。
- 精神保健福祉士を「学校コーディネーター」として配置し、学校園との緊密な連携を行って、学校との協働態勢を構築。
- 学校・福祉・行政機関に働きかけ、講演会や症例検討会等を通して地域に顔の見える子どもを支えるネットワークを構築。

## 【かずおメンタルクリニックの基本情報】

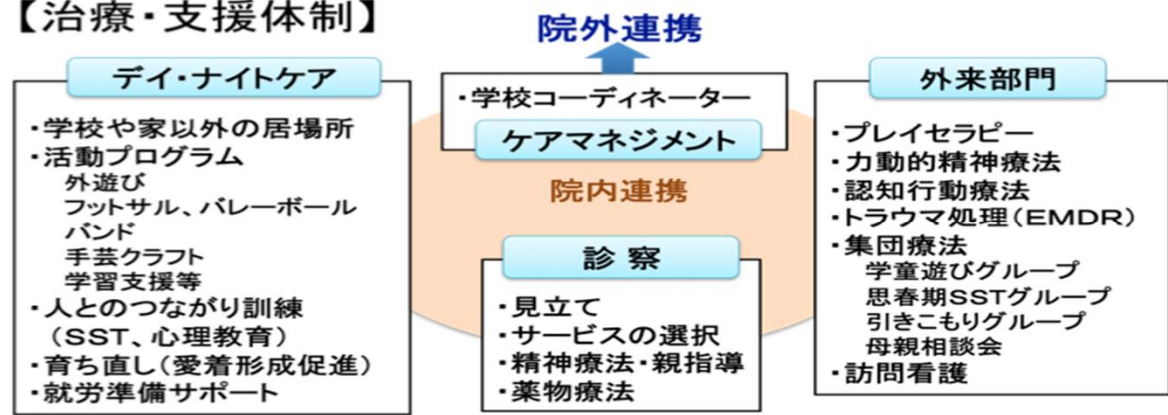
### ・スタッフ構成

50人規模の思春期デイケアを併設しており、医師1名、看護師5名、臨床心理技術者5名、精神保健福祉士2名、作業療法士1名の多職種が診療業務に携わっている。

### ・診療状況

初診は原則20歳未満を対象にしている。最近の初診患者動向では、患者のうち、18歳以下が78.8%を占め、男子が就学前～中学年代までが多いのに対して、女子は中学高校年代が多くなっている。30代以降の受診者のほとんどは患児の保護者である。また、疾病別(ICD-10)では、広汎性発達障害や注意欠如多動性障害といった発達障害圏(F-8、F-9)が最も多く、次いで神経症圏や不登校を含む適応障害(F-4)が多くなっている。

## 【治療・支援体制】



## 【学校コーディネーターの配置】

精神保健福祉士を学校コーディネーターとして配置し、連携の窓口とした。主な連携先は、

保育園・幼稚園、小中高、大学、児童相談所、教育相談室、子育て支援課等

### ・学校コーディネーターの業務

情報収集	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携依頼があった際、関係機関より情報収集</li> <li>・医師や心理士の依頼により関係機関から情報収集</li> <li>・電話、学校訪問、授業見学</li> </ul>
情報提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療情報や収集した情報を院内で精査検討</li> <li>・親の依頼 or 同意で、情報提供(書面、電話)</li> </ul>
面談・ケース会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師・心理士、DCスタッフとの面談調整し、面談に同席</li> <li>・ケース会議の実施(日程調整、会議出席)</li> </ul>
情報の集約	<ul style="list-style-type: none"> <li>・収集した情報やケース会議の内容を集約し、院内で情報を共有</li> </ul>

## 連携の内訳

—2013.6～2014.5—

	保育園 幼稚園	小学校	中学校	高校	その他の 機関	計
情報提供書送付	10	48	19	12	14	103 (62.0%)
面談・ケース会議	0	7	14	3	8	31 (19.3%)
電話連絡	1	9	5	4	10	29 (17.5%)
学校園訪問	0	2	0	0	0	2 (1.2%)
計	11	66	38	19	32	166

- ・連携のべ件数166件のうち、詳細な情報提供書の送付が62%、次いで面談・ケース会議が19.3%、電話連絡のみが17.5%
- ・情報提供書の送付先は、小学校が半数近くで、中学校、高校の順
- ・中学になると、面談やケース会議を必要とする傾向が高い



## 【学校コーディネーター配置後の変化】

### ①相談のしやすさの向上

- ・連携の窓口を一本化したことにより、クリニックにアクセスしやすくなったとの評価を受ける
- ・教師の抱える複雑な思いを傾聴したり、立場の違いを明確化したりする中で、お互いの立場をわきまえた関係が構築された

### ②各学校状況や実情のより深い理解

- ・情報収集や情報提供あるいはケース会議や学校訪問を通じて、各学校現場の状況がより鮮明にかつより深く理解可能に

### ③顔の見えるネットワークの形成

- ・ケースに対する各々の視点を尊重しながら、共通の理解や方向性を模索する中で、子どもを協働して支える実務的なネットワークが構築された

## 【学校コーディネーターの存在意義】

- ・学校コーディネーターの配置により、学校園や関係機関との連携がスムーズになり、情報量が増えて子どもを様々な観点から理解することが可能に
- ・学校コーディネーターが医療現場の事情を懇切に伝え、学校や関係機関の現場事情を聴取することで、お互いの職分や限界を理解した顔の見えるネットワークが構築された
- ・子どもを生活の中で見据え、まさにクリニックが得意とする小回りの利く支援が可能に

## 【母親支援—「母親相談会」の実施】

- ・高機能自閉スペクトラム症を抱える就学前・後の子どもの母親を対象
- ・国府台方式の複合家族グループの心理教育モデルに準拠し、看護師、精神保健福祉士、作業療法士のチームが担当
- ・1回のセッション：120分 前半60分：学習セッション（心理教育）  
後半60分：グループセッション（相談）
- ・実施回数：2週間に1回、全6回
- ・参加した母親からの感想
  - ・子どもや自分のことを話せる場として有意義／同じ境遇の母親に出会えた安心／困りごとについて、一緒に考えてもらえる喜び
- ・効果 ①母親のメンタルヘルスを向上  
②母親のエンパワメント促進  
③母子関係における関わりの質的变化

## 【地域の啓発】

### 東三河子どもの心を支えるネットワークの会

対象：小・中学校関係者、行政、保健、医療、福祉関係者

（平成20年より年1回開催）

愛知精神神経科診療所協会  
共催

講演

症例  
検討

### 東三河子どもの発達を考える会

対象：保育園・幼稚園関係者、行政、保健、医療、福祉関係者

（平成24年より年1回開催）

愛知精神神経科診療所協会  
共催

<目的> 地域の子どもに関わる関係者（医療、教育、行政、保健、福祉等）が一同に会し、啓発的講演および症例検討を通してお互いに顔の見えるネットワークを作り、その連携を深めていくことで、発達障害をはじめとして困り感をもつ子どもへの地域支援をより充実させる

## 【開催以後の変化】

### ①顔の見えるネットワークの構築

→どこに、どんな頼み事ができるかわかりやすくなった

### ②学校・園の実情把握一できること、できにくいことが分かりやすくなった

### ③各機関で、育ちの観点から子どもを見るようになり、連携がしやすくなった

## 【当院における子ども支援のまとめ】

### ①「育ち」に主眼を置いた治療・支援

子どもの発達過程やライフステージに応じた治療や支援が可能のように、幼児から大人へとつながる治療支援プログラムを多職種チームが実践

### ②家族を支える

母親相談会、親カウンセリング、デイケア家族会、不登校親の会などにより、子どもとともに生きる家族を支援

### ③地域で子どもを支える

子どもの生活の場である学校園に働きかけ協働で子どもを支えるために学校コーディネーターを配置し、地域全体で機能的に子どもを支えるために、講演会・症例検討会を主催

### ④「かかりつけ医」的機能

地域の児童精神科クリニックでは、大学病院やセンター型小児病院の児童精神科外来に比べ、診療圏が特定地域に限定されるため、小回りの利いた地域連携や地域に根ざした細やかな支援が行いやすい

# 医療法人遙山会による地域精神医療福祉の展開 南彦根クリニック（彦根市、滋賀県）①

JR駅前の精神科診療所を中心に、その周辺徒歩圏内に相談支援事業所、地域活動支援センター、通所・訪問型自立訓練事業所、通過型グループホームを配置。同一法人内で共通の理念に基づいて、医療と福祉の連携をはかる。

診療所家族会から出発した認定NPO法人が自立支援事業所(就労移行、就労継続B型)の運営を行うとともに、ピアカウンセラー養成講座、ピアサポートフォーラム、家族井戸端会議などの人材養成、地域啓発活動を行っている。

## 南彦根クリニックの基本情報

DR（精神保健指定医）	2人(2)
NS（看護師）	6人(3)
PSW（精神保健福祉士）	4人(4)
CP（臨床心理士）	3人(2)
音楽療法士	1人
芸術療法士	1人
事務員	4人(3)

## 法人の施設

地域生活支援センター	
委託相談支援事業所	
地域活動支援センター1型	
通所・訪問型生活訓練事業所	
通過型グループホーム	

## 認定NPO法人

就労移行支援事業所	
就労継続支援B型事業所	



1990年7月	設立(JR南彦根駅前テナントビル)
1993年9月	患者家族会「土曜会」開始
1994年1月	精神科デイケア開始
1994年4月	思春期予約外来開始
1996年10月	すべて予約診察に移行
1999年7月	NPO法人サタデーピア設立
1999年9月	医療法人設立
2000年11月	現住所に新築移転 院外処方箋発行へ移行
2001年4月	小規模作業所夢工房if開設
2002年4月	グループホームさくら開設
2006年8月	地域生活支援センターまな開設
2008年4月	夢工房if自立支援事業所へ移行
2012年3月	アウトリーチ部立上げ
2013年5月	生活訓練施設かな開設
2014年4月	グループホームすみれ開設

## H28年4月の実績

外来通院患者数 1,300名  
 小規模デイケア 平均利用者11名/1日  
 訪問看護 実数38名 延べ74名/1カ月  
 往診 1回

地域生活支援センター  
 計画相談 160名  
 一般相談 203名

生活訓練利用者 10名

地域のメンタルヘルス活動  
 ・保健所嘱託医  
 ・児童相談所嘱託医  
 ・県立大学嘱託医  
 ・市役所メンタルヘルス相談

医療法人とNPO法人の連携会議を月一回、地域生活支援センター・生活訓練施設・就労支援事業所嘱託医ミーティングをそれぞれ月一回行うことで、共通の理念に基づいて、医療と福祉の連携をはかっている

## NPO法人サタデーピアによるピア活動

ピアサポートクラブ  
 ピアカウンセラー養成講座 H28年5月～11月  
 ピアサポートフォーラム H28年3月  
 家族の井戸端会議



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手法として開発された、NSS(日精診版地域生活支援)サービスを積極的に活用している。

NSSサービスの要件

- ・担当ケア(チーム)マネジャーを決める
- ・医師、利用者を含めた最低3人のケアチームを作る
- ・利用者を含めたケア(チーム)会議を開催する
- ・できるだけアウトリーチサービスを行う
- ・終結を意識した関わりをする

NSSサービスは、期間限定のインテンシブなサービス。6カ月毎に振り返りを行い、「支援に繋げていく支援」を行う。

デイケア・訪問看護の半数でNSSサービスを実施。生活訓練事業、就労移行支援事業では全例に実施。医療と福祉の共通のツールとして活用。

**NSS** ランタイム版 CD付き

日精診版社会生活支援サービス  
A5・178頁 1,600円(税別) 送料無料

【内容】NSSサービス(職員)シート(国訳)シート(利用の手引き)医療機関さん(受診事例)のNSSサービス利用NSSサービス利用の流れ(事例シート)NSSチーム会議(ナラ)第1回(実施会議)第2回(実施会議)第3回(実施会議)NSSサービス利用者(利用者)の感想アンケート(実施)実施報告書(実施)NSSサービス利用の振り返り(実施)NSSサービス利用の振り返り(実施)

【お問い合わせ】NSSサービス研究会(公)社日本精神科診療所協会(公)社

精神科診療所には精神科医を専任しながら、その背景に多様な生活の上の困難を抱えておられる方がたくさん受診されます。その人たちに對しては、患者と生活の両面について相談しながら、個別的に支援していくのアプローチの手法が必要と考え、日精診版社会生活支援サービス(Nissaisan Social Support Service)を開発・提供し、NSSサービスとして提供しています。このCDには、このサービスをシートと活用の手引きが収められています。

【ご利用】NSSサービス研究会(公)社日本精神科診療所協会(公)社

精神科診療所には精神科医を専任しながら、その背景に多様な生活の上の困難を抱えておられる方がたくさん受診されます。その人たちに對しては、患者と生活の両面について相談しながら、個別的に支援していくのアプローチの手法が必要と考え、日精診版社会生活支援サービス(Nissaisan Social Support Service)を開発・提供し、NSSサービスとして提供しています。このCDには、このサービスをシートと活用の手引きが収められています。

彦根市自殺未遂者対策ネットワーク

市立病院に救急搬送された自殺未遂者に対して、本人あるいは家族の同意を得て相談連絡票を彦根市に送る。市障害福祉課は必要に応じて医療機関に繋ぐ。



当日対応が必要でない事例には、彦根市内の2つの精神科診療所が協力し、隔月ごとに彦根市自殺未遂者受診枠を確保し、一週間以内に診察を行う体制

相談連絡票

自殺未遂者対策ネットワーク形式(2013年①)

相談窓口連絡票

来院日時: 月 日 ( ) 時 分

来院方法: 救急車 家人による搬送 自ら来院 その他 ( )

氏名: 性別: 男性 女性

生年月日: T・S・H 年 月 日 ( 歳)

住所: 連絡先:

家族連絡先(キーパーソン): 氏名: 性別: 連絡先:

【自殺企図の方法】

①大量飲酒 ②過剰服薬 ③リストカット ④薬物等物等摂取 ⑤編笠

⑥致死的自傷(縊上、飛び降り、投身) ⑦車事故的死傷(入水・窒息・入山)

⑧ガス等の吸引 ⑨切創・刺創(リストカット以外)

⑩その他(不明、死ななげ、無言、立ち戻り)

【精神科受診歴】

①現在あり 医療機関名( ) 診断名( )

②過去あり 医療機関名( ) 診断名( )

③受診歴なし ④受診歴不明

【過去の自殺企図歴】

①あり ②なし ③不明

【転院】

①入院 ②入院 ③転院(精神科) ④転院(身体科) ⑤死亡

【経過と対応、その他】

※障害福祉課では、自殺未遂をされた方やそのご家族の相談をお受けしています。  
※お話を聞かせていただき、必要に応じて適切な相談場所をご紹介します。  
※既述された方のご家族の相談もお受けします。

【確認事項】

相談機関への連絡についての説明: 無 有 (同意: 無 有 (同意者: ) )  
かかりつけ医への連絡についての説明: 無 有 (同意: 無 有 (同意者: ) )  
紹介状(診療情報提供書)の有無: 無 有

湖東こころのケアチーム研究会

湖東地域人口万対ベット数7.6  
精神科医6名の呼びかけでH24年5月発足。  
月一回事例検討会を重ねている。

湖東地域の関係機関が集い、顔の見える信頼関係を強め、地域連携モデルを進化発展させていくことを目的。  
「自分たちの地域のことは自分たちで」考えていこうとしている。

(参加)

総合病院精神科、精神科診療所3カ所、市立病院、県精神保健センター、保健所、市障害福祉課、市発達支援室、相談支援事業所(委託2、指定2)、訪問看護ステーション3カ所、居宅介護事業所、就労支援事業所、生活訓練施設、障害児支援事業所、働き暮らし応援センター、認定NPO法人、市消防、市教育委員会、法律事務所etc



湖東こころのケアチーム研究会

於 地域生活支援センターまな



# 診療所型認知症疾患医療センターによる行政・医師会との連動による認知症の医療とケアの展開 医療法人藤本クリニック(守山市、滋賀県) ①

受診の敷居の低い認知症専門医療機関として、診断、受診困難者への往診、薬物治療、非薬物治療の位置づけとしてのデイサービス、本人・家族交流会、心理教育、若年認知症の人たちの「仕事の間」によって、診断後の支援の空白期間をなくすとともに、様々な方法によるオーダーメイドの家族支援、地域に向けての相談センター（認知症全般、若年認知症、軽度認知症）、地域と病院医師、かかりつけ医、専門医療機関、ケアスタッフなどの参加を促した様々な多職種連携の会を主催し、そして、開発してきた支援方法をなどを滋賀県と協働で県内に広げる研修を主催している。

(基本情報)  
 医師：1名、看護師：1名、ケアスタッフ：13名  
 事務：4名

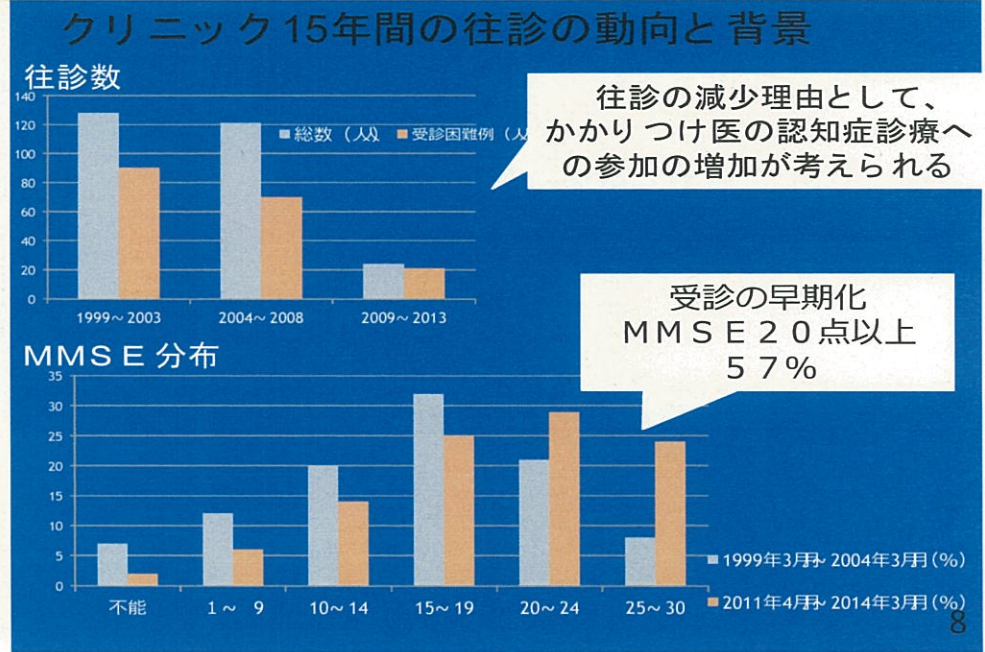
受診困難ケースへの往診  
 & 初診時MMSE

## 2015年度 診療状況

内訳		件数	内訳		件数
① 紹介元	内科診療所	32%	② 診断名	アルツハイマー型認知症	353件
	精神科診療所	2%		血管性認知症	20件
	病院	21%		レビー小体型認知症	53件
	その他(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所施設・特に紹介なし等)			前頭側頭型認知症	20件
		249件	その他の認知症	15件	
			認知症以外 健康	41件	
			MCI	32件	
			その他	20件	
			診断待ち	0件	
			不明	0件	
			合計	554件	
			うち若年認知症	38件	

認知症疾患医療センター地域型への入院 7件/年  
 (BPSD・家族介護の限界等)

新患のおよそ55%が医療機関からの紹介  
 うち、半数以上がかかりつけ医からの紹介  
 早期受診化、  
 発達障害等との鑑別





# 非薬物療法としての「もの忘れカフェ」「仕事の間」「心理教育」「本人・家族交流会」及び滋賀県からの委託を受けた「相談センター」、様々な「多職種地域連携の会」について 医療法人藤本クリニック(守山市、滋賀県) ②

## 「もの忘れカフェ」若年軽度認知症社会参加型デイサービスユニット 2004年

## 「仕事の間」若年認知症の人たちを中心とした働く場

医学的な根拠と本人の言葉に認知症ケアの原則がある  
根拠があって、具体的である  
若年から高齢者まで、軽度から高度まで  
スタッフは、必要とされるときに必要なことだけに一緒に参加する

2011年10月から、若年認知症の人達が働く場として内職を受注して作業を行っています。仕事の間は、次のステップ(介護保険サービス)へスムーズに移行できることをめざし、若年認知症の方々を中心として、他の障がいをお持ちの方々やボランティアさんと、共に働く場所として活動しています。

参加者の動向 2011年10月～2016年3月末

認知症者総参加者数 57名  
若年認知症者47名、高齢軽度認知症者10名(男性40名、女性17名)

2016年3月末で30名が参加を終了 うち、26名が介護認定を受けた  
介護認定までつながらずに中止になった人 4名  
MCIの2名が地域活動等へ移行、1名が身体疾患で入院、1名は中止

認知症以外の参加者  
知的、発達、精神障がいを持つ人の参加 21名  
社会に適応しづらい若者の参加 22名

自分たちの社会参加と位置付けている参加者  
老人会からの参加 3名  
家族ボランティアとしての参加 8名



### もの忘れカフェ

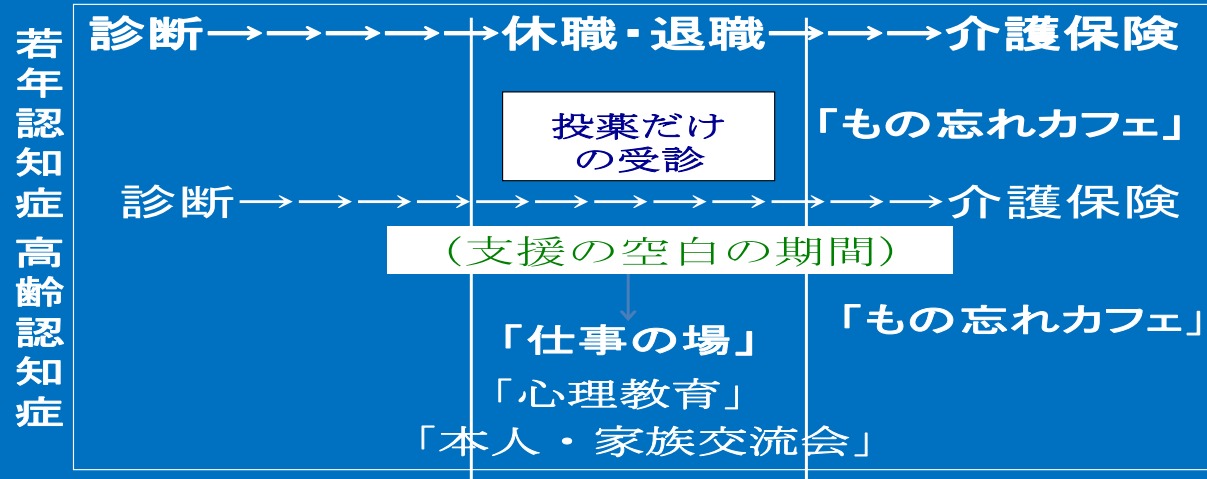
- もの忘れカフェができるまで
  - ・プログラムをなくす取り組み
- もの忘れカフェの作り方
  - ・自主的な活動と仲間づくりや社会参加を目指す
- もの忘れカフェを続ける
  - ・症状進行にあわせて自主活動をどう支えるか
- もの忘れカフェの広がり
  - ・若年から高齢者まで 軽度から高度まで



中心的な活動である  
社会参加活動は、  
現在も継続されています



## 「支援の空白期間をなくす」：早期治療



## 「もの忘れサポートセンター・しが」の活動概要

### 活動概要と目的

「もの忘れサポートセンター・しが」は、平成17年より滋賀県からの委託事業としてスタートし、県内の認知症者・ご家族の自立を支える地域づくりや人材づくりのバックアップ、医療と認知症介護のネットワークの拠点として、医療・福祉・保健等の専門職に対する相談や技術支援等を行っている。

**認知症介護相談：**具体的な活動は、認知症のご本人・ご家族、ケアマネジャー・介護サービス事業者等の専門職、また行政の方々からの認知症に関する電話や面談を通じた対応

**認知症現地相談：**介護サービスを提供する施設や事業所に担当者が向き、実践現場で相談、助言等を行う

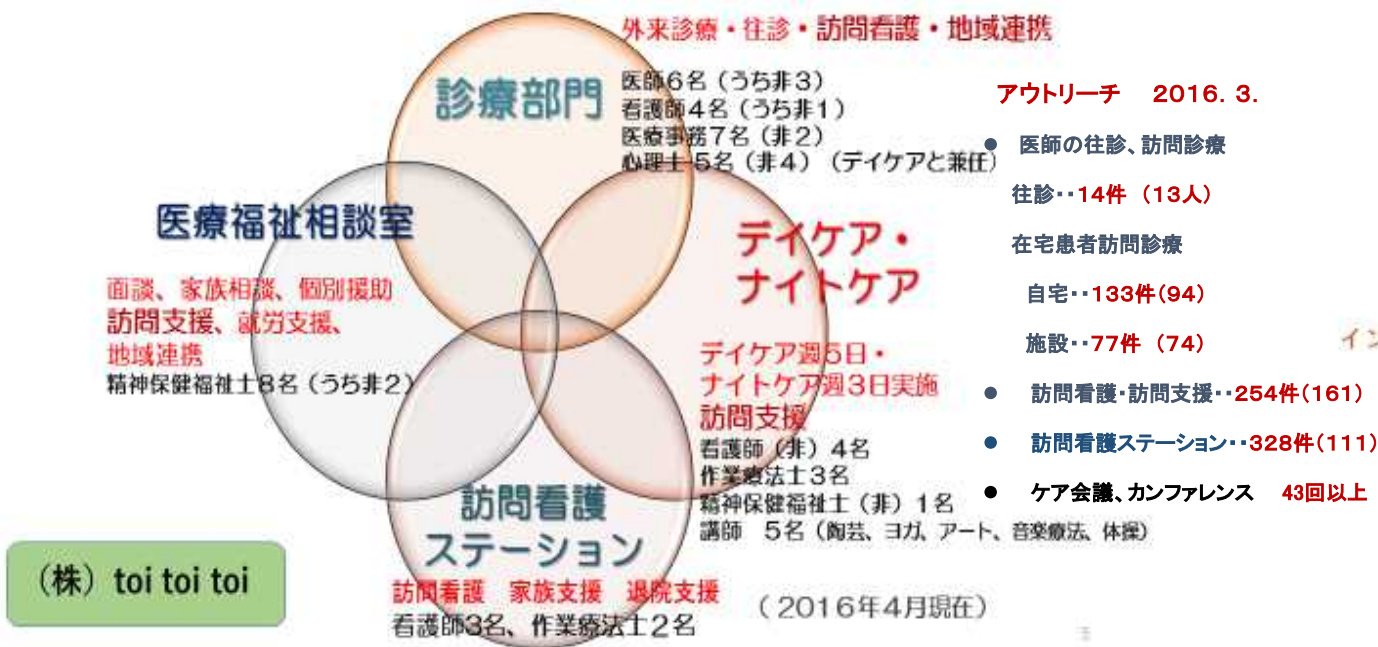
### 活動実績(2005～2014)

- ・ 認知症介護相談 3,967件
- ・ 認知症現地相談 149回

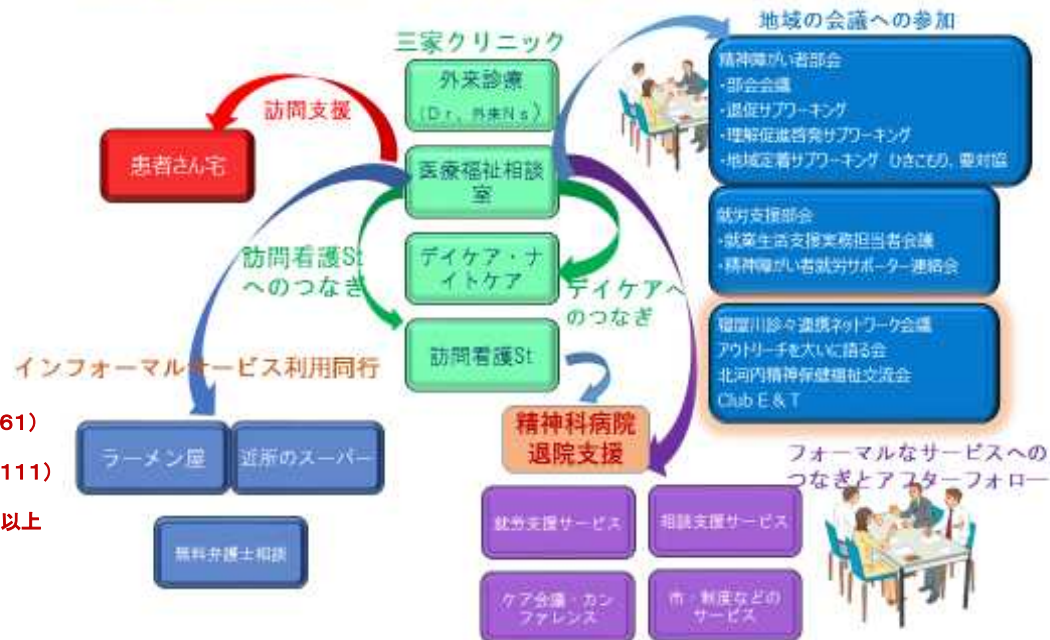
# 多機能型精神科診療所における地域生活支援と精神保健福祉士の業務 三家クリニック(寝屋川市、大阪府)①

- 35年前、精神疾患や障害を抱えた人たちを地域で支えていこうと診療所を開設した。診療所は、地域で暮らす人たちが望むこと、ニーズをくみ取りやすい立地条件にある。生活の場での診療活動を通して、その都度、必要なものを用意してきた結果が現在の診療所の姿である。
- 通常の外来診療(診察室内診療と投薬)だけでは、症状や生活の改善を望めない、多様な生活問題、生きづらさを抱えた人たちが多数存在する。まずは外来医療を手厚くして、寄り添いながら、症状とともに地域生活を修復し、安心して生活できるような支援体制を組むことが求められる。
- 当院では、回復に同行する支援者(精神保健福祉士等)が、関係づくりとともに、ケアマネジメント、患者さんの希望、ニーズに沿って、家族支援、相談支援、訪問支援、同行支援を行うが、医師と組む精神保健福祉士をはじめとしたチームの存在が欠かせない。
- 地域生活にあっては、つなぐ支援が極めて重要である。院内のデイケア、訪問看護ステーション、院外の地域関係機関などへのつなぐ支援によって、通院者は孤立せず、重症化を招かず、多くのつながりの中で安定して暮らしていけるものである。
- こうした活動に従事する診療所の精神保健福祉士の役割は大きく、相応の評価がなされ、制度的にも保障される必要がある。

## 三家クリニックの診療体制 多職種協働



## 院内の他職種・地域の社会資源との連携

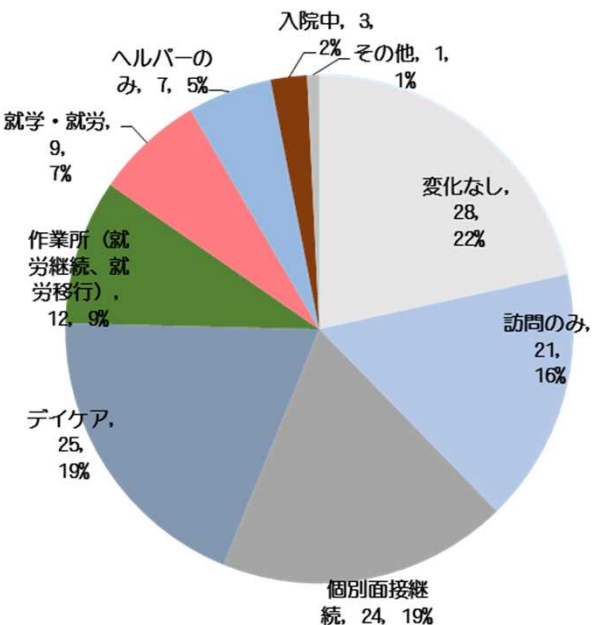




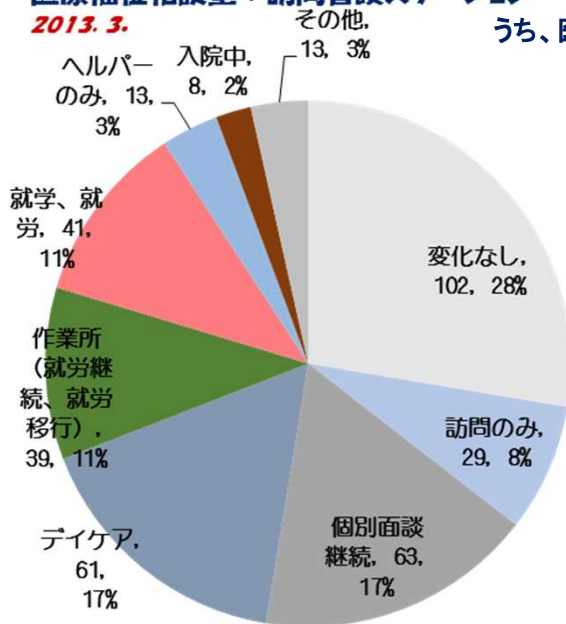
# 多機能型精神科診療所における地域生活支援の実際 三家クリニック(寝屋川市、大阪府)②

## ひきこもり・未治療、未受診、医療中断者、外来ニートへの支援 2013

ひきこもり・準ひきこもり群(130名)の現状  
医療福祉相談室+訪問看護ステーション  
2013.3.

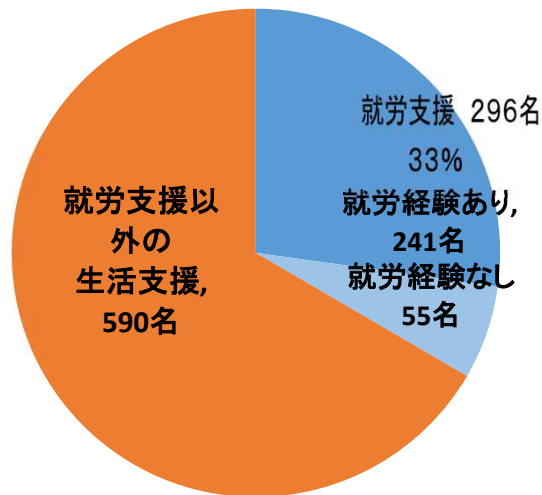


外来ニート状態群(369名)の現状  
医療福祉相談室+訪問看護ステーション  
2013.3.



全患者数 約2200人

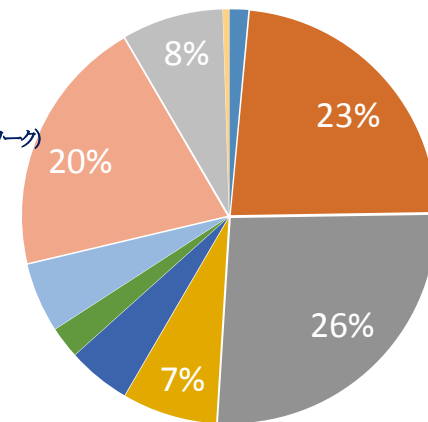
うち、医療福祉相談室が関与しているものは40%を超える。



## 就労、就労継続支援 2014

### 就労支援機関内訳

- A型事業所
- B型事業所
- 就労移行支援事業所
- 障害者職業センター
- 職業訓練(職セン/ハローワーク)
- その他(福祉工場)
- 相談支援事業所
- 就業・生活支援センター
- ハローワーク
- その他(民間派遣事業所/障害者枠)



・従来からの外来医療の課題である、ひきこもりや未治療、未受診、医療中断者など医療機関につながっていないひとたちへの対応について、当院での実践から、アウトリーチを交えて、多職種チームで丁寧に支援すれば、多くの方は予想以上に変化し、就労など社会参加が果たせることが明らかになった。こうした活動は、地域社会のネットワークづくりにもなり、今後、地域での実践が期待されるが、外来にアウトリーチを行う多職種チームの存在が保障される必要がある。

・一方、通院して医療機関にはつながっているものの、他の社会資源や人とのつながりを欠き、社会参加できずに、不安定な生活を余儀なくされていて、時には病状の悪化も来しかねない外来ニートと呼ばれる人たちは全国に70万人以上ともいわれている。この人たちが、就労したり、地域でその人らしく、希望を持って生活していけるよう、支援していくことは外来医療の喫緊の課題である。そのためには、外来で精神保健福祉士がしっかりと寄り添い、就労支援機関や職場など地域社会へのつながりを支援していかなければならない。医療機関から地域の支援機関につなぐ支援が求められている。

・上記の必要な支援を遂行するためには、精神科の外来に精神保健福祉士の存在は必要不可欠である。精神保健福祉士を配置し、多職種チームの存在を可能とする制度的な措置が講じられれば、地域の医療供給体制、地域連携機能は格段に向上し、地域の精神医療保健福祉の地図を大きく塗り替えることが可能になると予想される。

・なお、診療報酬上、タイムリーな支援を保障するため、医師の診察日と同日に行われる精神保健福祉士の活動についても算定が認められるべきである。また、精神科訪問看護は、患者に赴く場合に限定されているが、就労支援や地域社会につなぐ支援を行う際には、支援機関や職場への同行、同伴の支援が重要であり、精神科訪問看護の弾力的な運用が必要である。 11

# (公社)日本精神神経科診療所協会の取り組み

## 成果物・報告書



「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  
(平成19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  
(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・CD  
(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地域生活支援の実態に関する全国調査」報告書(平成25年度障害者総合福祉推進事業)



社会生活支援 (NSS) サービスシート利用の手引き(書籍・CD)  
平成25年度NSSサービス研究プロジェクトチーム



医療機関と連携した精神障害者の就労支援モデル事業報告書(平成26年度厚生労働省委託事業)



医療機関と連携した精神障害者の就労支援モデル事業報告書  
(平成27年度厚生労働省委託事業)



災害対策・支援マニュアル平成25年版  
(災害対策支援事業)



トラウマを受けた子どもの心のケアリーフレット  
(児童青少年問題関連委員会)



児童精神科医が処方するとき心がけていること(学校版)  
(児童青少年問題関連委員会)



児童精神科医が処方するとき心がけていること(医療機関版)  
(児童青少年問題関連委員会)



ブックレットにつせいしんNo1  
(平成20年度)  
「こころの健康とメタボリック・シンドローム」





ブックレットにっせいしんNo2  
 (平成21年度)  
 「アディクション-依存症等へのアプローチ」



ブックレットにっせいしんNo3  
 (平成22年度)  
 「統合失調症-新しい見方と早期サポート」



ブックレットにっせいしんNo4  
 平成23年度)  
 「災害とこころのケア」



ブックレットにっせいしんNo5  
 (平成24年度)  
 「産業メンタルヘルス-シンдрロームで気づき、クリニックへつなぐ」



ブックレットにっせいしんNo6  
 (平成25年度)  
 「おとなの発達障害」



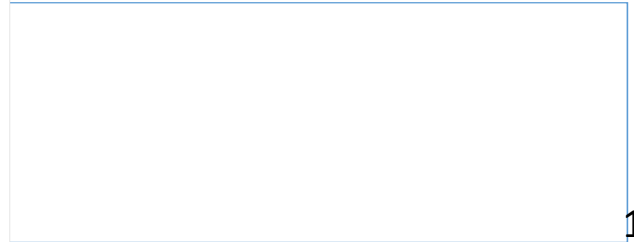
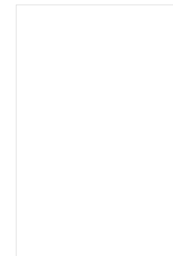
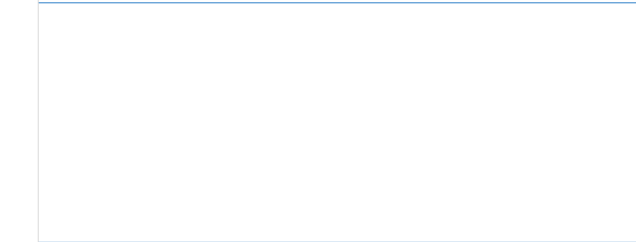
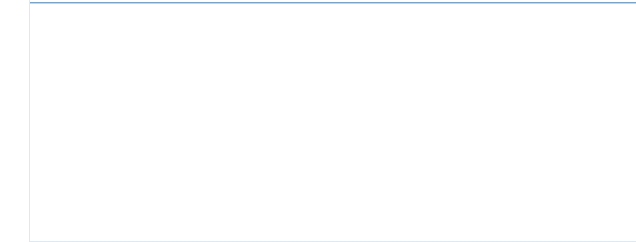
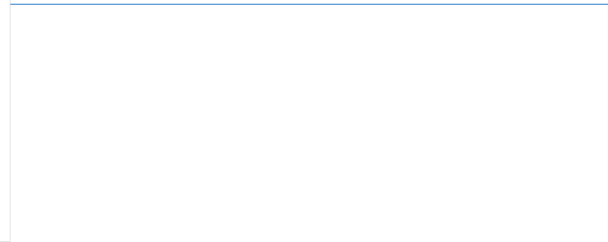
ブックレットにっせいしんNo7  
 (平成26年度)  
 「精神障害のある人の雇用・就業支援」



ブックレットにっせいしんNo8  
 (平成27年度)  
 「睡眠の話」



第1回自殺調査報告書  
 (自殺対策プロジェクトチーム)



## まとめ ‘HOSPITAL BASED’ から ‘COMMUNITY BASED’ へ..

これまで、精神科病院長期入院者の地域移行の受け皿として「地域」が語られてきた。しかし、これからは「地域」に視点をおき、「地域」からの精神科医療・保健・福祉を語らなければならない。‘Hospital based’ から ‘Community based’ への視点の転換である。

「指針」にも「外来医療の提供体制の整備・充実」「医療機関及び障害福祉サービス事業を行う者等との連携を推進」等と、はっきり記載されている。これが真に実現されるよう、強く訴えたい。

まず、やる気のある精神科診療所がその力を発揮できる仕組みを作ることが大切である。

我が国の精神科診療所は、精神科領域内での色々な専門性を持ちながら活動しているが、小規模なものが多く、マンパワーも少ない。地域でこうした精神科診療所が、その力をより発揮するためには、様々な機関と連携する必要がある。

様々な機関との地域連携には、それぞれの機関を繋いでいく役割が必要となる。その役割を担うのは、精神保健福祉士を中心とした外来コメディカルである。外来コメディカルが配置されることで、地域連携機能は飛躍的に強化されるが、報酬上適切な評価を受けていない。

地域連携が強化されることで、精神障害者に対する、自然で緩やかな地域包括ケア体制が形成される。これは地域責任制の萌芽でもある。

様々な精神疾患領域において、上述した外来コメディカル等を配置した「地域連携機能強化型」精神科診療所が可能になるような制度的、財源的措置が必要である。