

特集 地域における統合失調症医療の新たな展開

地域における統合失調症治療に必要な構造とスタッフ技術 ——国立精神・神経医療研究センター病院地域精神科モデル医療センターの リフォームの過程から——

伊藤 順一郎¹⁾、坂田 増弘²⁾、佐藤 さやか¹⁾

高齢化や疾病構造が生活習慣病主体に変化するに従い、生活の質の向上に寄与する包括的なケアの一部としての役割をとることが、一般医療には求められている。同様の変化は、精神保健医療福祉領域、さらには統合失調症の治療にも生じている。入院を前提とせず、地域社会の中で患者が質の高い生活を維持するための、予防、早期治療、そして包括的ケアの実現が目標であり、そのための治療構造やスタッフの技術の再構築が課題である。本稿では、国立精神・神経医療研究センターで進行中の在宅支援室、デイケアのリフォームを、そこで行われた構造の変化、スタッフ技術の改善に焦点をあてて述べた。考察では必要とされた要点を、①生活の場におけるニーズに焦点をあてること、そのためのアウトリーチサービスの実施、②医療スタッフによるケースマネジメントの実施、③精神科医を中心とする階層システムを、多職種チーム内のコミュニケーションに移行することにまとめた。最後に、今後さらに必要な改善点についても列挙した。

<索引用語：地域精神医療、多職種アウトリーチチーム、デイケア、包括的ケア>

はじめに

統合失調症の患者を地域において支える仕組みをつくることは、単に地域福祉を充実させるということではない。治療やケアの現場を、精神科病棟から、統合失調症の患者や家族が生活し働いている地域社会に移していくということであり、地域というシステムの中で精神医療も含む包括的なケアが統合され、息ながく行われる必要がある。

この包括的なケアを中核となって担う人々は、現在、地域福祉などで活動している人々と、これから精神科病院の病棟を出て地域で働こうとする人々の両者になろう。その中でも、圧倒的に医療財源が福祉財源より多い現状においては、医療機関が抱えているスタッフをどれだけ地域社会の中でケアを展開できる人材として再教育できるかが

鍵である。言葉を変えれば、診療報酬枠の「医療行為」をいかに弾力的に運用して、患者のリハビリに資する、科学的根拠のある実践を多くのスタッフを地域社会に投入して、確実に実施できるかが重要である。

このような観点から、伊藤は、本学会の107回大会でアウトリーチに必要な技術や、医療機関の変化のステージという考え方を提示した⁶⁾。精神科医療機関という構造が変化することと、スタッフの技術が変化していくことは相互に影響を与えながら生じることである。例えば、医療観察法における治療構造の変化は、ケースマネジメント技術の導入となり、多職種チームによる包括的ケアの技術の向上にもつながっている。厚生労働省が提示した「入院中心から地域生活中心へ」⁸⁾という

著者所属：1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

2) 国立精神・神経医療研究センター病院

パラダイムシフトにおいても、同様の構造の変化と技術の向上を必要としている。

本稿では、その萌芽的なモデルケースとして、国立精神・神経医療研究センター病院の在宅支援室とデイケアを統括する「地域精神科モデル医療センター」で進行中のリフォームについて記述し、必要な構造とスタッフ技術について検討する。

I. 国立精神・神経医療研究センター病院地域精神科モデル医療センターのリフォーム

1. リフォームの経緯と目標

センター病院では、2010年9月に、新病院が竣工した。その際に慢性精神科病棟は閉鎖され、短期入院のための精神科病床160床(4病棟、全室個室)のみの体制になった。2004年には700床、2006年には673床であった病棟をその後の4年間に160床にしたので、多くの患者の退院ないし転院が積極的に進められた。

在宅支援室は、2005年度に発足し、当初は神経内科疾患をもつ患者への退院調整が主たる業務であったが、2009年度より精神科病棟から退院した者への訪問活動も始まった。これは同年9月に閉鎖した「社会復帰病棟」という、最も長期の入院患者のいる病棟からの退院促進にあたって、退院後の訪問看護を担うという位置づけであった。常勤スタッフ2名(看護師長1:兼任、精神保健福祉士1:兼任)、非常勤スタッフ2名(看護師1:週31時間、精神保健福祉士1:週31時間)、外来部からの応援1名(看護師1:週8時間)という体制で30ケース弱に対する訪問看護が開始されたが、訪問車両は1台で、あとは自転車や公共交通機関を使い、訪問件数も年間371件にすぎなかった。

一方、デイケアはデイ・ナイトケアの形で長期の通所患者が固定的にいる状態が継続していた。外来作業療法も実施されていたが、入院作業療法との継続はあるものの、デイケアとの交流は希薄であった。

新病院の新たな機能と、在宅支援室、デイケア、作業療法などのリハビリテーション部門の現状を

鑑みると、入院病棟のもつ急性期治療のフォローアップ機能が整備されていないことが明らかであった。

そこで、筆者らは、2010年から、リハビリテーション部門の再編成に取り組み、2011年4月に専門疾病センターの1つとして「地域精神科モデル医療センター」を立ち上げた。

「地域精神科モデル医療センター」の長期目標は、極力入院しなくても、地域の中で重い障害をもった人を支え、地域精神保健医療福祉システムの一部として機能しうる、1つのモデルを構築することにある。また、急性期病棟に入院した患者の退院前後からのリハビリテーションに取り組み、退院促進、地域定着に寄与することも大切な課題であった。

そこで、まず、大きな枠組みの改革として、以下のことに取り組んだ(図1)。

1) リハビリテーションの機能の再編成、チームとしての一体化

まず、従来のデイケア医長(坂田)を精神科リハビリテーション医長と位置づけ、その下に医員1名、レジデント1名を置いた。彼らはチーム精神科医として、在宅支援室、デイケア、精神科作業療法などの導入にあたって、インテーク面接や、チームの医療的マネジメント業務にあたることとした。主治医を交代した方が患者のリハビリテーションが円滑に進むと判断された場合は、主治医交代も積極的に進めた。

次に在宅支援室のアウトリーチ専従スタッフを増員し、多職種チームを形成した。一方、今まで独立して運営されていた、デイケアと外来作業療法を一体化し、デイケアを2ユニットとした。作業療法士とデイケアスタッフのオフィスも一部屋とし、デイケア師長、作業療法士長の2名を新デイケアのチームリーダーとした。その上で、デイケアチームリーダー、在宅支援室チームリーダー、チーム精神科医、研究所社会復帰研究部スタッフで構成されるチームリーダー会議を週1回、デイケアスタッフ、精神保健福祉士(医療福祉相談室)、入院作業療法スタッフ、在宅支援室ス

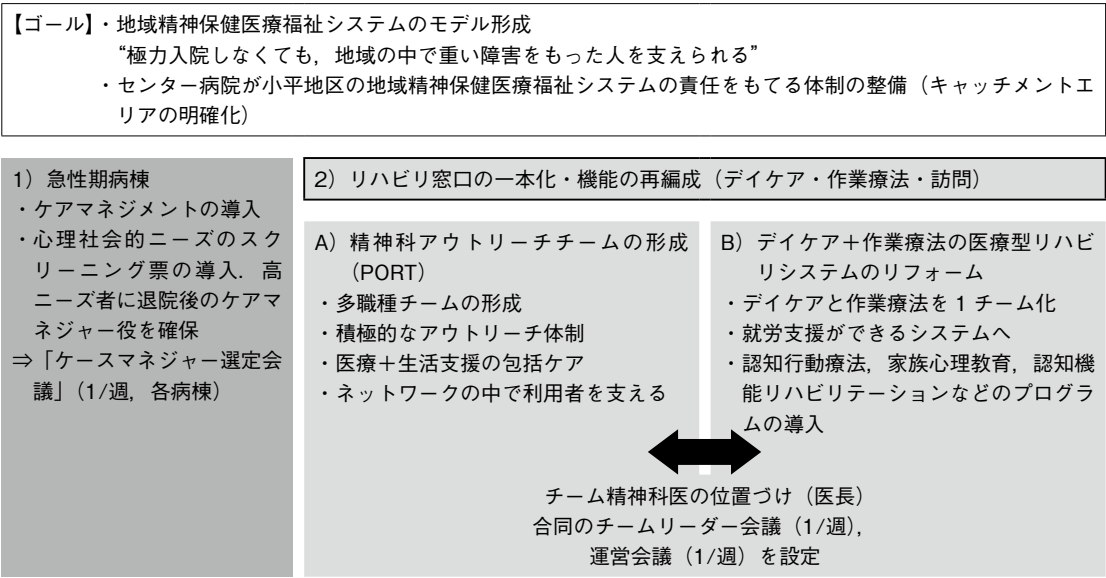


図1 地域精神科モデル医療センターのシステムづくり

スタッフ，研究所社会復帰研究部が参加して行われる，運営会議を週1回定例化し，チームとしての結束を図った。

2) 入院時に心理社会的ニーズのスクリーニングを実施

心理社会的ニーズについて把握するためのスクリーニング票を作成し，プライマリ看護師と病棟担当の精神保健福祉士によって，入院治療開始時に記入してもらうようにした。これは，日常生活の課題遂行能力，社会的役割遂行能力，暴力などの問題行動の有無，頻回入院歴，服薬中断歴，受診中断歴，病識の欠如，措置入院の有無，経済面の問題や住居の問題の有無，家族状況などを評価するもので，点数が高い方が，心理社会的ニーズが高いと評価される。高得点のものは，週1回，各病棟で病棟師長，病棟担当精神保健福祉士，在宅支援室スタッフを構成員とする「ケースマネジャー選定会議」に提出され，退院後のケースマネジメント担当者を決めるようにした。この会議を定例化することで，入院患者のうち，心理社会的なニーズのある者に，退院後のアウトリーチ支援や，デイケア導入などが円滑に進む仕組みとした。

2. 在宅支援室のリフォームの経過

上述したように，在宅支援室は，「社会復帰病棟」に入院していた慢性状態の患者の退院後の訪問看護を担うという位置づけであったが，訪問車両は1台にとどまり，2名1組の訪問が常態化しているなど，モニタリング中心の訪問様式であった。

地域精神科モデル医療センターとなってからは，患者の「リカバリーの旅」を支援する訪問チームとなることを目指し，数年後にはACT型の支援が可能になるよう，体制づくりを行った。まず，人材であるが，多職種チームを形成するよう，看護師，精神保健福祉士，作業療法士の非常勤専従各1名（平成25年度より，作業療法士は2名），さらに常勤専従の看護師1名（平成25年度からは2名）を増員した。財源は地域精神科医療モデルをつくるための研究費⁷⁾と病院の財源を用いた。さらにリハビリテーション医長および医員1名をチーム精神科医と位置づけ，患者の同意が得られれば，主治医を担うようにした。チームの機動性を上げるために，車両も5台に増やし，携帯電話を全スタッフがもち，日中の患者からの連絡を迅速に受けられるようにした。チーム名も多職種ア

ウトリーチチームという意味の PORT (Psychiatric OutReach Team) とした。

組織の枠組みとしては、チーム精神科医の役割を重視し、主治医変更ができる者は、可能な限りチーム精神科医が主治医をとることとした。また、キャッチメントエリアを想定し、エントリー基準も設けた。

支援のあり方としては「患者一人一人をチームで包括的に支える」ことを基本にし、患者の受け持ちは複数スタッフでもつようにした。ただし、訪問は一人で行くことを原則にした。これは、より柔軟に活動を行うには、1対1で向き合う時間が必要と考えたからである。したがって、スタッフはスケジュールを調整したうえで自分の役割を意識しながら訪問するようにした。ケースマネジメントの考え方を、チームの基本とし、患者の希望やニーズを聴き、患者の強みや能力をアセスメントする⇒希望を取り入れ、患者の役割も取り入れたケアプランを作成する⇒ケアプランに基づき支援を行う、というプロセスが実施されるよう努めた。その中で関係づくりのためには、一緒に散歩に行ったり、食事をしたり、生活支援として買い物同行や家事支援を行ったり、また、服薬自己管理の支援や、家族支援が行われるなど、本人や家族の希望やニーズに応じた多様な支援が行われるよう、柔軟な支援姿勢が勧められた。このようなあり方は、毎朝行われる、訪問事例の振り返りと、週1回のストレングスモデルによるグループスーパービジョン⁹⁾によって、育むようにした。

一方、入院中の患者で退院後、在宅支援室(PORT)の導入が妥当と思われる者については、入院中からかかわることを原則とした。ここは診療報酬では現在評価されないところであるが、入院中から関与することで、安定した関係性が築かれるし、退院後の支援計画をあらかじめつくることのできるため、実施している。また、関わった後の入退院に関しても積極的にかかわり、地域生活支援の主たる担い手となるよう努めている。

これらのリフォームにより、登録者数ものべ訪問回数も増加し、年間訪問件数は、平成 23 年度は

1,500 件を、平成 24 年度は 2,200 件を超えるようになった。今後、夜間休日のオンコール体制や連休時の訪問体制を整備するとともに、入院件数や就職者数などのアウトカム・モニタリングを行い、支援の質の向上を保証する体制づくりを強化する予定である。

3. デイケア、作業療法部門のリフォーム

デイケア部門では、上述したように、デイケアと作業療法を統一し、スタッフルームも1つにした。サービス体系も、デイケア2ユニット(100名定員)であるが、デイケアとショートケアの2つに絞り、「就職できるデイケア、卒業できるデイケア」の実現を目標とした。

まず、研究費が財源ではあるものの、非常勤スタッフ〔心理1、就労支援スタッフ(精神保健福祉士)1、秘書機能1〕の増員を行った。秘書機能は、デイケアの機能評価を日常的に行うために、必須ともいえる役割である。専従スタッフは従来6名(看護師2、作業療法士2、臨床心理士2)であったので、非常勤スタッフの増員によって、就労支援スタッフの企業訪問や、スタッフの地域へのアウトリーチがしやすい体制が整った。

この体制の中、2つの機能を導入した。

1つは、個別ケアを重視し、ケースマネジメントを導入したことである。すべての登録メンバー(2百数十名)に、プライマリーケースマネジャーをつけ、可能なものからケア計画を作成するようにした。ケア計画作成にあたっては、本人も参加することを重視し、多職種チームによるケア会議をデイケアの時間内に実施するようにした。ケア計画はストレングスモデルのケースマネジメントを基本とし、作成シートには「私の希望」「私のいいところ・好きなどころ」希望に向かって「私がすること」「周囲の人にしてもらいたい支援」を書き込んでいく。また、シートには振り返る予定日を書き込むとともに、作成にあたったスタッフのサインと患者本人のサインを書き込むようにした。「デイケアのプログラムを、目標をもって利用する」ということがその目的である。

表1 デイケアのモニタリング結果

	平成24年度上半期	同下半期	平成25年度上半期
参加人数/日	79.9	84.7	84.9
インテーク人数/月	8.2	7.7	7.2
多職種ケア会議開催回数/月	21	43.2	67
地域ケア会議開催回数/月	3.6	6.8	6.3
就職者数/月	1.8	3.2	2.7
復職者数/月	0.2	0.5	0.3
退職者数/月	0.2	0.5	0.3

もう1つは、就職をデイケアのゴールの1つに据え、就職、復職を希望する患者には、その実現のための活動を積極的に行うようにした。そのため、就労支援担当者は、IPS(Individual Placement and Support)¹⁾を基本におき、デイケアのプログラムも活用しながらも、個別就労支援を地域社会の中で展開し、可能な限り速やかに、現場での就労体験が行えるような支援を求めた。就労支援担当者は業務の約半分の時間を、デイケアの外へのアウトリーチに費やし、職場開拓としては、ハローワークとりわけ雇用指導官との関係づくりと情報収集、一般企業に向いて障害者雇用を中心とした情報収集と関係づくりに努めた。デイケアプログラムでは、セルフケアとしての心理教育、集団認知行動療法、運動のプログラムなどを活用したり、就職の準備として企業研究などのプログラムを導入した。また、求職中には、就労支援担当者も交えての多職種ケア会議を頻繁に開いたり、ケースマネジャー役のスタッフとの個別面接も行い、仕事、通勤、自宅での生活のそれぞれの場面での具体的な工夫について相談を繰り返した。就職後もデイケアの枠組みの外側になるが、企業からの電話相談に応じ、必要に応じ企業訪問をしたり、また、患者の電話相談、通院時の面接などを積極的に行った。

リフォームは平成23年度から始まったが、データのモニタリングは平成24年度から整備された。表1にその一部を示す。2ユニット100名定員のデイケアは毎日80名以上の参加を維持しており、

新規インテークも毎月7名以上を維持している。機能としては、個別ケアの指標となる多職種ケア会議、地域との連携を示す地域ケア会議の開催回数が伸びている。一般企業への就労者数は就労支援スタッフを雇用した平成24年度から急激に伸びた。リフォーム前は毎年一けたであった就職者数が平成23年度は13名、平成24年度は32名を記録し、今年度もほぼ同等の成績を上げている。

II. 考 察

猪飼⁴⁾によれば、近年の日本の医療は、「治療から生活の質の増進へ」の要求の変化に応じるように変化を始めているという。

背景には2つの要点があって、1つは疾病構造の生活習慣病中心化、人口の高齢化により、「治癒」を目指す医療体系の限界がみえていることである。すなわち、「人は一度かかると完治しない病や障害を抱えながら長生きする」という状況が出現しているということである。2つめは障害者パラダイムの発展からきたものである。「人はいかなる身体・精神上の困難に直面していようと、健やかな生活を送る権利がある」という思想が、市民権をもってきたということである。

この論を敷衍すれば、国民の中に、より質の高い健康的な生活を維持したいという欲求が高まっており、予防、早期治療、リハビリテーションや生活支援を含む包括的ケアシステムの充実が期待されているといえる。昨今の「メタボ」予防の健康食品の流行や、「アンチエイジング」を目指す

称する様々な商品の流布はそれを示唆しているし、政府も高齢化に伴う医療費の増加を抑制するという観点からも、疾病予防に力を入れている(例えば「健康日本21」³⁾).

精神保健医療福祉領域にあっても、同様の動きは始まりつつある。「入院中心から地域生活中心へ」とは、いわゆる社会的入院の解消のみならず、予防、早期治療、そして生活の質の向上に資する包括的ケアを精神科領域にあっても実現することを目指しているといつてよい。

そして、その文脈においての統合失調症の治療である。当然のことながら、入院を前提としない、地域社会の中で患者が質の高い生活を維持することを目標とした治療的関与が必要であり、それが、治療構造やスタッフの技術の再構築の目的になろう。また、就職や住居確保を巡っては、企業や地域社会との環境調整が必要なこともあり、広く地域社会の中での精神保健医療福祉の認識の変化を求める活動も必要になる。

本稿で提示した、国立精神・神経医療研究センター病院の地域精神科モデル医療センターで行われているリフォームは、このような観点から行われた。

要点をまとめれば、以下のようなものである。

第1は、治療や支援の活動に、「それぞれの患者の地域生活の維持に何が今必要か」という視点を採用したということである。デイケアでいえば、「デイケアの場で何ができるか」ではなく、「生活の場であなたが実現したいことを叶えるためにデイケアをどのように活用するか」という視点でケア計画をたてるよう努めている。これは、個別のケアの重視であり、さらなる充実のためには、患者の生活の場を知るアウトリーチ活動が重要になる。アウトリーチを活発に行うことによって、スタッフは、病を抱えながらの生活の実態を知り、苦勞がわかり、その苦勞が実りあるものになるような手立てをとともに考えるという立場に立つことができるのである。

第2は、生活の質を高めるために、デイケアや在宅支援室で働くスタッフが、患者の「働く場

「快適に住まう場」「地域社会の中の居場所」などに、患者をつないでいく作業に力点を置いたことである。すなわち、ケースマネジメントの技術に習熟することを医療スタッフに求めた。この際、患者の希望や長所、できることや、環境の有利な点をアセスメントして行うストレングスモデルのケースマネジメントを採用した。これは、患者との関係づくりや、エンパワメントの観点からもストレングスモデルが有用であるとの情報をもとにしている⁹⁾。

第3は、デイケアや在宅支援室における治療や支援の方針の決定を、医師-患者関係間ではなく、多職種チームに求めたことである。多職種チームの一員に医師も含まれるわけではあるが、その意見は全能ではなく、患者本人の希望や意思、また家族や地域社会の有り様といった環境要因もチームで検討されながら、支援の方針は決められていく。包括ケアの一部として医療が位置づけられる具体的な姿といつてもよいであろう。ここでは同時に、精神科医が協働意思決定 (Shared Decision Making) が行われる関係性に慣れていくことも求められている。

一方、地域精神科モデル医療センターのリフォームは、まだ、道半ばであり、今後改善すべき点も多々ある。まず、地域の社会資源との交流はいまだ限定的である。地域社会のケースマネジメント機能である相談支援事業者などとの交流はさらに推進が必要であろう。アウトリーチ機能も未熟であり、特にデイケアからのアウトリーチは診療報酬上認められていることが限定的なこともあり、不十分である。例えば、ショートケアとアウトリーチサービスが同日に行われることが診療報酬上も評価されると、スタッフの働き方もより柔軟になるであろう。在宅支援室 (PORT) のアウトリーチ活動も、ACT (Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援プログラム) としての標準的機能²⁾が実施されるように、今後24時間365日アクセス可能な体制の実現を視野に入れる必要がある。

中長期的な計画としては、センター病院の敷地

外に活動の拠点をもつことも検討に値する。サテライト型の診療所と訪問看護ステーションを組み合わせた形での多機能型診療所は、今後の地域精神科医療の拠点となる可能性をもっている。この場合は、患者が生活上の危機に陥ったとき、短期間滞在できるケア付き住居の確保は重要である。現行の福祉系の制度だけではカバーできていない、多様な住居プログラムの構築は今後の課題である⁵⁾。

おわりに

以上、国立精神・神経医療研究センター病院での取り組みを記述しながら、地域における統合失調症治療に必要な構造とスタッフ技術について述べた。この領域とりわけ、入院中心の精神科病院機能を、地域生活を支える精神科医療にリフォームし、どのような成果をみたかという点に関しては、わが国では、いまだ十分な実践報告や実証研究が行われていない。今後、多くの臨床研究の報告が待たれる。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Becker, D. R., Drake, R. E.: A Working Life for People with Severe Mental Illness. Oxford University Press, New York, 2003 (大島 巖, 松為信雄ほか監訳: 精神障害をもつ人たちのワーキングライフ—IPS: チームアプローチに基づく援助付き雇用ガイド, 金剛出版, 東京, 2004)
- 2) <http://assertivecommunitytreatment.jp/2010/07/act-standards-4-1-0/>などを参照
- 3) <http://www.kenkounippon21.gr.jp/>
- 4) 猪飼周平: 病院の世紀の理論, 有斐閣, 東京, 2010
- 5) 伊藤順一郎: 住居プログラムと就労支援—可能性への挑戦—, 専門医を目指す人の精神医学 第3版, 医学書院, 東京, 2011
- 6) 伊藤順一郎: 精神科医療機関に必要なアウトリーチサービスのスキルと研修, 精神経誌, 114; 26-34, 2012
- 7) 厚生労働科学研究: 「地域生活中心」を推進する, 地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究, 平成23年度報告書(代表 伊藤順一郎)(H23-精神-実用化(精神)-指定-001), 2011
- 8) 厚生労働省: 精神保健医療福祉の改革ビジョン, 2004
- 9) Rapp, C., Goscha, R.: The Strength Model. Case Management with People with Psychiatric Disabilities. Oxford University Press, New York, 2006 (田中英樹監訳: ストレングスモデル—精神障害者のためのケースマネジメント, 金剛出版, 東京, 2008)

The Therapeutic Structure and Clinical Staff Skills that is Needed for Establishing
the Community-based Treatment of the People with Schizophrenia :
The Short Report of Recent Reform Process of “Day Care” and Outreach Team
in National Center of Neurology and Psychiatry

Junichiro ITO¹⁾, Masuhiro SAKATA²⁾, Sayaka SATO¹⁾

1) *Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*

2) *National Center Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry*

As aging and disease structure has changed mainly in accordance with adult disease, general medical treatment has been expected to take a role as a part of the “Comprehensive Care” that contributes to improve the quality of life. The similar paradigm change is needed for the treatment for the people with severe mental illness. The goal of this change is to realize the dissemination of prevention, early intervention, and comprehensive treatment in the community for the people with severe mental illness. The challenge for this change is reform on traditional structure of hospital based treatment and immaturity of staff skill. This article discuss the recent reforms of “Day care” and outreach team in National Center of Neurology and Psychiatry, focusing on these system-wide change and improvement of clinical skills of the staff. The key points of reforms are summarized as follows : (1) strongly focusing on the consumers’ needs in their daily life, (2) establishing case management by the mental health staff, and (3) transforming the hierarchy system from in which psychiatrists are at the top of the multidisciplinary team to in which all staff are as equal members of the team. Some areas for necessary improvement required for the future are indicated in the end of this article.

< Authors’ abstract >

< **Keywords** : community based mental health, multidisciplinary outreach team, day care, comprehensive care >
