

多機能垂直統合型精神科診療所による地域ケア —— 錦糸町モデルの実践から ——

窪田 彰

今後の精神科地域ケアには、長期入院から退院した患者や措置入院を繰り返す患者などのハイリスクな者に加えて、引きこもりを続けている患者たちにも人権を尊重しながら支援を提供できる、地域に責任をもった外来医療チームが必要である。日本にはすでに3,000カ所以上の民間の精神科診療所が存在している。その中でもデイケアやアウトリーチ活動を実施している多機能型精神科診療所は、すでに400カ所に上っている。これらの医療機関が「地域精神保健センター」の業務を行政から受託する制度ができれば、日本にもフリーアクセスを残しながら緩やかなキャッチメントエリアを形成し、24時間電話対応を含めた地域の「多機能垂直統合型精神科外来」が可能になると論じた。

<索引用語：多機能型精神科診療所，垂直統合，精神科地域ケア，地域精神保健センター，キャッチメントエリア>

はじめに

「多機能垂直統合型精神科診療所」とは、統合失調症やうつ病などを対象にした精神科診療所を開業し、その時々地域ケアの必要に迫られて必要な機能を積み上げているうちに、気がついたら多機能型になっていたという診療所の発展形態である。「多機能型精神科」診療所という表現は、2008年の神戸での日本精神神経学会総会において、筆者が奨励賞を受けたときの講演²⁾で「錦糸町モデル」を説明するために用いたのが最初である。その後、福田¹⁾が精神科地域ケアを同一法人の医療チームで行うことの重要性に着目して「垂直統合」との表現を加え、「多機能垂直統合型精神科診療所」としたのである。

筆者は、1978年に東京都立墨東病院で日本最初の精神科救急事業の発足に参加し、東京下町の錦糸町で精神科地域ケアに携わってきた。この地域は、もともと精神科病院が全くない精神科病床過

疎地であり、精神科地域ケアの地域資源も当時はほとんどない状況であった。そのような地域で、精神科救急病棟を退院した患者支援の必要に迫られ、地域でのクラブハウス「友の家」作りを手始めに、当時の共同作業所作りに参加してきた。その縁で、1986年4月に同じ錦糸町に精神科診療所を開業し、間もなく精神科デイケアも始めた。その後は、地域活動の必要に応じてその都度に、往診、訪問看護、ナイトケア、訪問診療、そして訪問看護ステーションの設立、相談支援事業、さらに就労移行支援事業所とB型事業所の設立へと活動が広がったのが「錦糸町モデル」である。2014年現在では、医療法人社団草思会として、クボタクリニック・錦糸町クボタクリニック・錦糸町訪問看護ステーション・錦糸町相談支援センター・錦糸町就労支援センターの拠点がある。そして水平連携にある福祉系事業所としては、社会福祉法人おいてけ堀協会の6カ所の自立支援事業所（友

の家・ユニーク工芸・ユニークジョブサポート・ジョブサポートB・がらん堂・かつば堂)がある。また、有限会社クボタ心理福祉研究所は、錦糸町カウンセリングルームおよび各種研修会を運営している。このように、徐々に多職種・多機能型の精神科診療所に発展してきたのであった。

精神科診療所が多機能型精神科診療所に発展した背景は、1988年の診療報酬の改定で施設基準が緩やかになり、診療所でもデイケアの開設が可能になったことであった。診療所にとっては、精神科デイケアの設置がコメディカルの雇用を増やし、訪問看護などを実施する職員の余力を生み出した。このように福祉拠点としての自立支援事業所が複数生まれ、医療拠点としての精神科診療所がデイケアを併設し、街の中に地域の拠点が少しずつ増えてきたのである。これらの発展から「錦糸町モデル」に筆者らが感じた利点³⁾は、第1には、大都会の街の中に小さな拠点がいくつも散らばってあることによって、その街に自然に溶け込むことができ、患者も職員も「ここは自分たちの街だ」と実感できたことであった。堂々と街に暮らせるようになったのである。第2には、同じ街の中に小さないくつもの拠点があることで、利用者自身が自分の行きたい場やいたい場を「選ぶ」ことが可能になり、「その人らしく暮らす」それぞれのリハビリテーションが見えてきたことであった。

I. より重い課題をもった人々への対応

筆者らが行きあたった第2段階の課題は、当診療所が2009年に退院促進支援事業の委託を受けたときに見えてきた。この支援事業の受託によって、これまでの外来患者よりも、少し重い課題をもった人々（ハードユーザー）が対象として増えてきたのであった。そこで、週に何回も通院する方や頻回の訪問やデイケアへの導入などが必要なハードユーザーには、包括的個別担当者を付けて「ケースマネジャー」と呼ぶことにした。また、ハードユーザーの場合には医療法人と福祉法人にまたがった支援においては、連携のしにくさも感じ始めていた。医療現場と福祉現場との職員の合

同の「多職種チームミーティング」は、勤務体制上も毎日開催することは無理があり、また主たる対象とする患者の病状の違いもあり、地域の水平連携関係が程よかったのである。一方、急性期の患者や重い課題を抱えた患者に対しては、同一法人の中で、垂直統合型の医療チームを形成することが機能的だと思いついたのであった。

そこで、改めて地域の医療チームの形成が、日本には未成熟だと気づいたのであった。これまで、診療報酬でできないことは福祉の事業所に任せればよい。医療は医療の枠の中でやれることをすればよいと考えて、外来で患者を待っている姿勢になっていたのであった。リスクをもった患者は、知らないうちに入院してしまって私たちの前に現れないこともある。しかし、これでは日本の入院患者数は減らないと気づいたのであった。中断している患者の現状を把握する。必要があれば訪問もする。衣食住は足りているのか。家族内の葛藤はどうなっているのか。生活のレベルがみえている医療でなくてはいけない。医療と福祉の役割を分けて分担するチームよりは、互いの役割が多少重なり合う方がよい仕事ができると思うようになった。福祉職員が多少は病気のことをわかっていて、この利用者には薬が合っていないのではと、医療機関に指摘するくらいがちょうどよい。福祉と医療が縦割り構造になっている現状では、自立支援事業所に患者を紹介すると、後はお任せした形になり数週間に1回の外来診療のときだけしか患者の顔を見なくなる。訪問看護も他の法人の実施している訪問看護ステーションに頼むと、後は月1回の報告書が来るだけで、それを読んでも顔の見えない、現場の実感がわからない関係になってしまう。これでは、地域ケアチームにならないのであった。

そこで重要だと気づいたのが、ハードユーザーの患者を支援する場合は医療チームを強化し多機能垂直統合型にして、顔の見えるチームを形成することであった。そして、同じ地域に点在している福祉系の自立支援事業所とは、「水平連携」の協働関係を保つことが適切と考えたのである。

表1 多機能型精神科診療所の条件Ⅰ：必須条件

1. 精神科外来診療の実施
2. 精神科デイケアなどの通所サービスの実施
3. 訪問看護および訪問診療もしくは住診の実施
4. 24時間電話対応（今後の予定も含む）
5. コメディカルによる相談支援活動
6. 職員ミーティングが週1回以上定期的に行われている

Ⅱ. 地域ケアにおけるケアマネジメント

当院では、外来診療がチーム医療として成り立つように、医師以外にもう一人の職員が個々の患者の課題を共有している。病状が不安定な患者や、複数の機能を利用しているハードユーザーといえる患者には、全体の機能のまとめ役としてケースマネジャーとしての包括的個別担当者を決めて、ケアマネジメントを実施していくことは先に述べた。多機能型の現場では職員相互の情報を付き合わせる事が出来ないままに、支援が空回りする危険がある。情報の共有とリーダーシップを一人に絞ることで、責任をもった対応ができるようにしたのである。

2012年より相談支援事業が個別給付化され、当院でもケアマネジメントを実施するために「錦糸町相談支援センター」を立ち上げた。しかし、職員はこの計画相談のための訪問と事務作業量の多さに疲れ果てており、外来と連携する余裕がないというのが実状である。それでも、当院では相談支援員がケアプランを立てる際に、院内のケースについては1回は主治医と話し合うこととしている。将来的には、相談支援員が医療現場にもっと増えて、ケアプランを立てるとともにケースマネジャーを務めることができるように、制度が発展することを期待している。

Ⅲ. 多機能垂直統合型精神科診療所

日本の精神科医療は、32万床の入院患者を減らして、いかにして地域でケアしていくかが重要な課題になっている。この課題に応えようとするれば、地域ケアのパワーアップが必要である。

長期入院から退院した患者、措置入院後の退院

表2 多機能型精神科診療所の条件Ⅱ：推奨項目（以下の2項目以上）

1. 複数医師（非常勤含む）の勤務
2. 在宅療養支援診療所の実施
3. 軽い緊急避難に用いる入院施設、もしくはグループホームがある
4. 自立支援事業所との密接な連携
5. 訪問看護ステーションとの密接な連携
6. 相談支援事業所との密接な連携
7. 精神科ナイトケアの実施
8. 医療観察法の指定通院医療機関の指定を受けている
9. 就労支援活動の実施
10. 包括的個別担当者（ケースマネジャー）がいる

「密接な連携」とは、医療法人などで直接運営しているか、実施団体の運営に何らかの形（役員など）でかかわっている場合をいう。

患者、医療観察法の通院支援などの、ハイリスクの患者に加えて、引きこもりを続けてきた受診意思の乏しい患者などへの支援としては、人権を尊重しつつその地域のケアに責任をもてる外来医療機関が必要なのではないだろうか。これまでの日本の医療保険の枠内で行ってきた精神科診療所は「待ち」の姿勢で、来院する患者を受け身の形で診療することが基本であった。しかし、退院促進支援の時代になり、病状の重い患者は病院で診て、病状の軽い患者は診療所で診るのでよかった時代とは違ってきたのである。

今や精神科地域ケアの地域拠点として、多機能垂直統合型精神科診療所が必要になってきたといえる。そこで、表1には多機能型精神科診療所の必須項目をまとめた。この中には、24時間365日の電話対応を挙げているが、これには多くの診療所が躊躇する可能性がある。しかし、すでに在宅療養支援診療所では必須条件になっており、今後の地域ケアを考えたときに24時間体制作りをめざす必要がある。将来的に診療報酬か補助金などで可能になることを期待して、とりあえずは計画中でよいこととした。さらに、表2には推奨項目をまとめた。推奨項目では、必ずしも全てを実践していなくとも2項目程度を満たせば、多機能型と呼ぶことにしたのである。この中で、緊急時の休息入院に準ずる場の必要性を挙げているが、こ

これはグループホームのショートステイを、軽度の緊急時対応のレスパイトケアに活用できないかと考えたものである。しかし、現行のグループホーム制度では緊急時のショートステイはできない。入所登録がなければ利用できない仕組みであり、職員数も少なく当直体制もないのである。実際に軽い緊急時に対応できる場をと考えると、必要に応じて職員の当直体制が組めて、医師がオンコールで対応できる程度の「医療強化型グループホーム」が必要になると考えている。日本精神神経科診療所協会の実態調査⁴⁾では、デイケアを実施している診療所のうち58.9%が、このような緊急対応可能な医療強化型のショートステイがあれば入院回避が可能と回答していた。

IV. 緩やかなキャッチメントエリアを受け持つ 「地域精神保健センター」を

今や、多機能型精神科診療所は第3の段階に進もうとしている。地域に責任をもてる地域精神科医療体制作りを考えると、日本にも緩やかなキャッチメントエリアを定める必要が生まれてきたと考えざるを得ない。誰がハイリスクの患者を地域で診るのか。誰が引きこもった患者に人権を尊重しながら、必要な支援を届けるのか。誰が、その地域全体の精神保健の質的向上をめざすのか。誰かがその役割を果たさなくてはならないのである。これまでの日本の自由開業制は、自由な医師の開業を保証し、患者からの自由な医療機関の選択を可能にしてきた。しかし、「待っている」だけの医療では、カバーしきれない患者層が増えているのが実態であり、それに対応できる機能を作らざるを得ないのである。そこで多機能垂直統合型精神科診療所が、自由開業制とフリーアクセスを守りながらも緩やかなキャッチメントエリアを受け持つのである。例えば当院では、これまでどおり来院する患者は断らず、居住地は問わず診察するが、キャッチメントエリアを引き受けている墨田区の南半分の地域住民については、ハイリスクの患者であっても当院が責任をもって対処するという理念である。

チームミーティングなどを通して、情報共有とケアマネジメントによる方針の検討が常に行える医療機関が、ここに求められているのである。これは欧米でいうならば「地域精神保健センター」ということになる。しかし、今からこの機能を日本全国に人口10万人～20万人に1ヵ所程度作ろうとすれば、数百ヵ所以上のセンターを全国各地に作ることになる。それを公的に作るのは、経済的にも困難といわざるを得ない。それでも幸いにして現在の日本には、精神科診療所が全国に3,000ヵ所以上存在している。その中で精神科デイケアを実施している診療所は、400ヵ所を超えているのである。さらに、日本精神神経科診療所協会の実態調査⁴⁾では、47%の診療所が何らかの形で訪問診療あるいは往診を実施している。30%の精神科診療所は訪問看護を実施していたのである。これらの多機能型精神科診療所といえる場こそ、これからの地域精神保健センターに有効活用できるのではないだろうか。

すでに、日本には人口10万人～20万人に1ヵ所の福祉拠点としての「地域活動（生活）支援センター」がある。この多くは、民間への委託事業として1ヵ所あたり年間約2,500万円の委託料で成り立っている。同じように医療としての「地域精神保健センター」を、同じ程度の予算で民間への委託事業とするのはどうかと考えている。地域に福祉拠点の「地域活動（生活）支援センター」と並んで、医療拠点としての「地域精神保健センター」を作り、精神科診療所とともに精神科病院や総合病院精神科の外来にも受託してもらう必要がある。それでも全ての外来医療機関が実施する必要はない。日本全体の10%程の外来医療機関が手を挙げてくれれば十分なのである。ここで、診療報酬ではなく市町村の委託事業を提案するのは、委託金を受けることでその地域のケアに責任が生まれ、行政としての役割の一部を肩代わりすることによって、公的権限を引き受けることが可能になるからである。そうであってこそ、単なる民間の医療機関ではない、「地域精神保健センター」といえる役割が果たせるのである。

おわりに

以上、多機能垂直統合型精神科診療所の可能性について論じた。

日本にも、地域ケアに責任がもてる「地域精神保健センター」が今や必要である。すでに日本の地域精神科医療には、ある程度の準備態勢ができているといえる。日本には3,000カ所以上もの精神科診療所があり、その中でも積極的に地域ケアを担ってきた精神科診療所の多くは、多機能型精神科診療所に育っている。このような診療所を有効活用することが可能になれば、一気に日本中に民間の「地域精神保健センター」を登場させることができる。この地域精神保健センターが、担当地域のハイリスクな患者を診る責任を負えば、フリーアクセスを生かしながらの緩やかなキャッチメントエリアが、日本にも生まれることになる。

後は、その枠組みと財政的裏づけが必要となるのであるが、幸い2014年より5疾病5事業に精神

疾患が含まれることになった。そのような事業費が、日本の精神科地域ケアのシステム整備に生かせないかと期待するものである。

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) 福田祐典：第39回日本精神科病院協会精神医学会（札幌）特別講演，2011
- 2) 窪田 彰：街を私たちの街に：多機能型精神科コミュニティケアとしての錦糸町モデル。精神経誌，111（12）；1567-1570，2009
- 3) 窪田 彰：包括的精神科地域ケアにおける医療の役割—多機能型精神科外来を精神科地域ケアのセンターに—。精神科臨床サービス，13（4）；430-435，2013
- 4) 日本精神神経科診療所協会：多機能型精神科診療所は包括的地域ケアの核になる，厚生労働省平成25年度障害者総合福祉推進事業—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—，2014

Kinshicho Model for Community Care by Multifunctional Vertical Integration of Psychiatric Care

Akira KUBOTA

Kinshicho-Kubota Clinic

The future of psychiatric community care in Japan requires a medical team for outpatient care to offer support and take responsibility for a region ; respecting human rights and supporting high risk patients who have concluded a long-period of hospitalized or repeated involuntary commitment, and for people who suffer from social withdraws over a long period of time. There are over 3,000 private psychiatric outpatient clinics in Japan. Over 400 of them are multifunctional psychiatric outpatient clinics that provide daycare services and outreach activities. In the future, if systematized those clinics entrusted by an administrative organ with performing as a “community mental health center”. Multifunctional vertical integration of psychiatric care is possible in Japan to create a catchment area with 24 hours phone service and continued free access.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : multifunctional psychiatric outpatient clinic, vertical integration, psychiatric community care, community mental health center, catchment area >
