

山形県	山形	山形県山形市城西町2-2-22	山形市福祉総合センター
宮城県	仙台	宮城県仙台市青葉区五橋2-12-2	仙台市福祉プラザ
福島県	福島	福島県福島市松木町1-7	中央学習センター(会場は福島市立図書館敷地内)
	郡山	福島県郡山市麓山1-8-4	郡山市中央公民館
	はやまナイト	福島県郡山市麓山1-8-4	郡山市中央公民館、もしくは勤労青少年ホーム
	いわき	福島県いわき市内郷高坂町四方木田191	いわき市総合保健福祉センター1F ボランティア室
茨城県	水戸	茨城県水戸市赤塚1-1 ミオス2F	水戸市福祉ボランティア会館
	土浦	茨城県土浦市大町9-6	カトリック土浦教会 聖母幼稚園2F ホール
	つくば	茨城県つくば市吾妻1-10-1 つくばセンタービル4F	吾妻公民館
		茨城県つくば市竹園1-10-1	つくばカピオ
栃木県	とちぎ	栃木県宇都宮市若草3-12-25	宇都宮市北生涯学習センター
	宇都宮スマイル	栃木県宇都宮市駒生町3337-1	とちぎ健康の森(生きがいづくりセンター内2F)
群馬県	前橋	群馬県伊勢崎市連取町3083-2	ぐんま市民司法書士事務所内
埼玉県	さいたま	埼玉県さいたま市大宮区高鼻町1-305	ひがメンタルクリニック
	さいたま新都心	埼玉県さいたま市中央区上落合6-9-3	上落合公民館
	朝霞台	埼玉県朝霞市大字浜崎669-1	朝霞市産業文化センター
	なのほな	埼玉県朝霞市大字浜崎669-1	朝霞市産業文化センター
	おがわ	埼玉県比企郡小川町大字大塚33-2	小川町立中央公民館

千葉県	浦安	千葉県浦安市北栄1-1-16	浦安市市民活動センター 2F 会議室
	船橋	千葉県船橋市海神町2-249	ホザナ園(元幼稚園)
	船橋第2	千葉県船橋市宮本2-1-4	船橋市女性センター2階 第3会議室
	新鎌ヶ谷	千葉県鎌ヶ谷市栗野79-1	栗野コミュニティセンター
	津田沼	千葉県船橋市前原西2-21-21	東部公民館
	西千葉	千葉県千葉市中央区汐見丘町11-14	カトリック西千葉教会
	佐倉	千葉県佐倉市宮前3-4-1	ミレニアムセンター佐倉
	浅草	東京都台東区雷門2-18-15 パインビル5階	雷門メンタルクリニック
	東京ステップ	東京都中央区日本橋久松町1-2	中央区久松区民館
	大手町	東京都千代田区内神田2-1-8	千代田区立スポーツセンター
	九段下	東京都千代田区九段南1-5-10	千代田区立九段生涯学習館
	麻布	東京都港区東麻布十番2-17-3	麻布プレイス503号
	駒場	東京都目黒区駒場1-22-4	駒場住区センター
	渋谷	東京都渋谷区渋谷1-17-7 全国婦人会館5-7F	女性センター・アイリス
高田馬場	東京都新宿区高田馬場4-10-2	新宿消費生活センター	
	東京都新宿区高田馬場4-10-17	新宿リサイクル活動センター	
練馬	東京都練馬区桜台5-18-3	練馬バプテリスト教会	
八幡山	東京都世田谷区南烏山6-2-19	烏山区民センター	
国立	東京都国立市中1-15-1	国立市公民館(藤田治療室(なることあり))	
八王子	東京都八王子市東町5-6	八王子市生涯学習センター 10階学習室	
北千住	東京都足立区千住1-4-1	東京芸術センター	

神奈川県	横浜	神奈川県横浜市神奈川区鶴屋町2-24-2	かながわ県民サポートセンター
	みなと横浜	神奈川県横浜市神奈川区鶴屋町2-24-2	かながわ県民サポートセンター
	瀬谷	神奈川県横浜市西区高島2-7-1 ファーストブレイス横浜	横浜市西区社会福祉協議会
	戸塚	神奈川県横浜市戸塚区上倉田町435-1	男女共同参画センター横浜 相談室(3)
	あざみ野	神奈川県横浜市青葉区あざみ野南1-17-3	アートフォーラムあざみ野(男女共同参画センター 横浜北)2F 相談室1
	登戸	神奈川県川崎市多摩区登戸1775-1 多摩区総合庁舎内	多摩市民館 会議室
	湘南藤沢	神奈川県藤沢市藤沢1031 小島ビル2F	藤沢市市民活動推進センター
山梨県	甲府	山梨県甲府市丸の内2-35-1	山梨県ボランティア・NPO センター(1)
長野県	岡谷	長野県岡谷市長地権現町4-11-50	諏訪湖ハイツ(おかや総合福祉センター)
	塩尻	長野県塩尻市広丘吉田2903-5	塩尻聖書教会(広丘めぐみチャペル)
新潟県	新潟	新潟県新潟市八千代1-3-1	新潟市総合福祉会館
	長岡	新潟県長岡市今朝白1-10-27	坂之上コミュニケーションセンター
富山県	蜷川	富山県富山市蜷川459	富山県こころの健康センター
	大町	富山県富山市大町3-4	フィードラベンダー
石川県			
福井県	小浜	福井県小浜市大手町2-2	公立小浜病院 神経精神科カウンセリングルーム
	敦賀	福井県敦賀市清水町1-16-17	敦賀カトリック教会
岐阜県	下呂白草	岐阜県下呂市森883-1	下呂福祉会館
	岐阜	岐阜県岐阜市藪田南5-14-53 県民ふれあい会館2棟3F	岐阜県男女共同参画プラザ
静岡県	静岡	静岡県静岡市葵区東草深町3-18	アイセル21(静岡市女性会館・葵生涯学習センター)

愛知県	名古屋竹の子	愛知県名古屋市北区清水4-17-1	名古屋市総合福祉会館(北区役所ビル内)
	名古屋ひだまり	愛知県名古屋市中区大井町7-25	名古屋市女性会館
三重県	伊勢天照	三重県伊勢市御園町長尾2767	ハートプラザみその
	四日市	三重県四日市市松本3-2-16	日本キリスト改革派四日市教会
滋賀県	滋賀びわこ	滋賀県草津市西大路町9-6	草津市まちづくりセンター
京都府			
大阪府	大阪	大阪府大阪市東淀川区西淡路1-8-5	東淀川人権文化センター
	鶴橋	大阪府大阪市天王寺区東上町8-30	日本聖公会 大阪城南キリスト教会
	大阪池田コスモス	大阪府池田市満寿美町9-26	カトリック池田教会
	阿倍野	大阪府大阪市阿倍野区松崎町3-6-25	カトリック阿倍野教会
兵庫県	神戸	兵庫県神戸市兵庫区塚本通4-4-4	カトリック兵庫教会
奈良県			
和歌山県			
鳥取県			
島根県	松江	島根県松江市東津田町1741-3	いきいきプラザ島根 404号室
岡山県			
広島県	広島	広島県広島市中区宝町3-15	広島市竹屋公民館
	東広島	広島県東広島市安芸津町三津4712-3	みゆーじゅくるうむ
山口県			
徳島県			
香川県	高松	香川県高松市錦町1-20-11	高松市男女共同参画センター
愛媛県			

高知県					
福岡県	小倉南	福岡県北九州市小倉南区若園5-1-5		小倉南区生涯学習センター3F	
	小倉北	福岡県北九州市小倉北区真鶴1-5-15		泉台市民センター	
	八幡西	福岡県北九州市八幡西区幸神3-4-3		北九州市八幡西区黒幡市民センター	
	福岡	福岡県福岡市博多区下呉服町10-15		大浜公民館	
佐賀県					
長崎県					
熊本県	熊本	熊本県熊本市新生2-1-3		日本福音ルーテル健康教会	
大分県	大分	大分県大分市府内町1-5-38		コンパルホール	
宮崎県					
鹿児島県	鹿児島	鹿児島県鹿児島市鴨池2-22-18		はと・ぱく(鹿児島市精神保健福祉交流センター)	
沖縄県	沖縄結(ゆい)	沖縄県那覇市古島2-31-1		那覇市北保健センター(那覇市立病院敷地内)	
	沖縄南	沖縄県南風原町宮平212		沖縄県立総合精神保健福祉センター	
	沖縄ゆうな	沖縄県沖縄市美原1-6-28		中部福祉保健所1F	

その他の病的ギャランピング関連機関

	〒	住所	電話
北海道			
青森県			
秋田県			
岩手県	020-0874	岩手県盛岡市南大通1-8-7 CFB 第2ビル3階	019-604-8610
山形県			
宮城県			
福島県			
茨城県			
栃木県		ボナフエの会(栃木グループ)問い合わせは携帯のみ	
群馬県		ボナフエの会(栃木グループ)問い合わせは携帯のみ	090-8112-8619
埼玉県			
千葉県		ボナフエの会(千葉グループ)問い合わせは携帯のみ	090-8112-8619
東京都	110-0015	アジア太平洋地域アディクション研究所(APARI)	03-5830-1790
	114-0023	みのわマック	03-5974-5093
		ボナフエの会(東京グループ)問い合わせは携帯のみ	090-8112-8619
神奈川県	214-0013	稲村厚事務所	044-911-8220
長野県			
新潟県			
富山県			

石川県					
福井県					
岐阜県					
静岡県					
愛知県					
三重県					
滋賀県					
京都府					
大阪府					
兵庫県					
奈良県					
和歌山県					
鳥取県					
島根県					
岡山県					
広島県					
山口県					
徳島県					
香川県	高松あすなろの会	761-8081	香川県高松市成合町559-15	087-897-3211	
愛媛県					
高知県					

福岡県					
佐賀県					
長崎県					
熊本県	NPO 法人熊本クレ・サラ被害をなくす会	860-0801	熊本県熊本市安政町2番23号 MYビル5階	096-351-7400	
大分県					
宮崎県					
鹿児島県					
沖縄県	リカバリーサポート・ネットワーク	903-0125	沖縄県中頭郡西原町上原103 ルボワ YARA2F	098-871-9671	



精神障害者の地域ケアの促進に関する研究  
（研究代表者 宮岡 等）

平成 21 年度分担研究報告書  
地域ケアにおける精神科病院の役割

研究分担者 武田 龍太郎 慶神会武田病院院長

研究要旨

境界性パーソナリティ障害を中心とするパーソナリティ障害（PD）に対する現在のわが国の精神医療のあり方の問題を検討し、医療機関の機能分化や医療連携、地域連携のモデルを提唱するための問題点を抽出し、今後のあり方を提言することが目的である。

2009 年度は、それらの人々を対象に含めた川崎市北部地域における精神保健分野での連携を医療面から支える医療機関に対して、精神保健福祉と医療の連携の可能性を検討する予備調査として、PD を含む多様で一般に対応が困難とされる疾患・状態別に各医療機関の「診断/評価機能」「治療機能」に関するアンケートを実施した。その結果、「広汎性発達障害、注意欠陥性多動性障害、反社会性 PD」に対しては、「診断/評価機能」「治療機能」の両者において対応が困難あるいはとても困難と回答した割合が多かった。「精神遅滞、解離性障害、境界性 PD、自己愛性 PD、アルコール/薬物依存症、社会的ひきこもり、ギャンブル依存症」においては、診断/評価は場合により可能であるが、治療は困難であると回答した医療機関が多かった。それら結果より、医療機関単独での対応・ケアには限界があり、医療機関とその他関連する機関との連携が非常に重要であることが確認された。

そして、地域における精神保健福祉関連組織の連携を強化し、パーソナリティ障害を含む対処困難ケースを地域で検討し対応を具体的に検討する目的である川崎市北部メンタルヘルスネットワーク会議開催に向けて検討を重ね、平成 22 年 4 月に発足予定となった。

これらの連携は、近隣において医療レベルの連携ネットワークの中心となりやすい大学病院や公立の総合病院精神科がない地域において、民間の精神科医療機関が協力・バックアップしながら保健所、精神保健センター、地元精神科病院、障害者生活支援センターなどが協力して、対応困難ケースへの取り組みを総合的に検討するという地域での精神保健福祉活動を充実する上での、モデルとなりうると考えられた。

A. 研究目的

パーソナリティ障害（Personality Disorder：PD）特に境界性 PD（BPD）の治療困難性は従来から言われてきているが、現状ではその分野の患者の治療に熱心な診療所及び、入院時の対応や救急受診を受け入れている一部の病院がその治療を担っていることが多い。しかし、これらの患者の増加や、最近の病院における精神科医不足の現状も考え合わせると、限られた診療所や病院のみでその機能を担う

には限界があり、より適切な地域連携を行い、機能分化にもとづいた治療を各医療機関で担当し、更に生活支援センターなど福祉面も含めて地域で連携して支えていかないと、いずれこのような患者に医療を行うのが困難となっていく危険性がある。

本研究では、BPD を中心とする PD に対する精神科医療のあり方、医療施設の種別（病院、診療所）の機能を重視した治療方法の確立と医療機関の機能分化のあり方を検討し、BPD を中

心とする PD 患者に対する適切な病診、病病連携、および地域ケアシステムのモデルを提唱することが目的である。

2007 年度は、川崎市北部に位置し、地域での医療連携が比較的多い単科精神科病院における BPD を中心とする PD 患者の治療経過や紹介や逆紹介の実態を調査したが、その結果初診 BPD 患者の約 3 割が治療中断もしくは転医となっていた。反社会的要素が強いケースや、他者を容易に巻き込むケースは治療予後が悪い傾向であり、環境調整が必要な場合でも関係機関の連携がスムーズにいかず、さらに病状悪化時の紹介、退院後の逆紹介がスムーズにいかない問題点も明らかにされた。

2008 年度は、東京神奈川 精神科病院・診療所における BPD 群の治療／対応の実態およびニーズに関する調査を行ったが、BPD 群の治療については、34%の医療機関が初回相談のみしか対応しないなど消極的であり、その理由としては治療スタッフのマンパワー不足、診療時間がとれないことなどがあげられていた。そして、治療の実態としては、心理療法やデイケアなどの種々の社会資源を利用するなど各治療者の工夫が行われていた。今後のわが国で BPD 圏を中心とするパーソナリティ障害圏に対する治療への要望として、専門機関の設立や臨床心理士の国家資格化、入院受け入れ体制の整備を希望する割合が多かった。

また、保健所・消防救急隊などでの聞き取り調査を行い、川崎市北部での地域連携会議を開催したところ、医療機関に受診・相談に訪れない、もしくは脱落したパーソナリティ障害圏の方々に、対処・処遇が困難なケースがあげられ、現在のわが国の医療現場では十分な対応ができておらず、さらにこれらの方々が地域において利用できる社会資源も十分ではない実態が明らかになり、今後は現在ある精神保健福祉関連機関や行政、教育現場などが連携をしていくことが現状を少しでも改善するために必要であることが明らかになった。

2009 年度は新たに、以下の研究計画を設定し、継続研究を行った。

①パーソナリティ障害概念について、実際の臨床場面での実態を確認し、地域でのニーズを確認する。

②20 年度までは、「パーソナリティ障害」の診断に基づいて、調査研究を実施してきたが、実際の臨床場面では各医療機関によって、その診断の扱いについて統一されていないのが実態と思われ、最近ではパーソナリティ障害と正式に診断されていないが、他の診断名ではあるが治療困難な同様な問題を多く抱えている方が増加していると考えられ、新たに「非精神病圏で、その背景に対人関係困難や衝動コントロール不良、環境適応力が低いパーソナリティの問題を抱え、不適応、ひきこもりや家庭内暴力、自傷行為などの問題行動が主要な問題となっているケース」を主たる研究・調査対象として拡大し、具体的な地域連携をしていくための検討会を開催する。

③地域連携は、医療機関、行政機関、教育機関、社会資源など各分野が協力していく必要があるが、本研究の対象地域（川崎市）は医師会関係や行政関連など複数の既存の精神保健分野でのネットワークが存在している地域である利点を生かし、特定の大学あるいは行政が主導的立場になるのではなく、行政と民間の各関係機関が相互に協力して、実施していくモデルを提唱する。

④既存のそれぞれのネットワークに重複して参加している機関も多く、効率が悪い部分もあるため、各ネットワークの役割・機能の見直しも含めて、地域全体で統合された地域の協力体制を作りあげることが目的とする。

⑤具体的な地域連携の内容は、まずは a) これらの問題を抱えた方々がその問題行動のために必要な援助を受けられないという事態が生じないこと。b) これらの問題を抱えた方々を受け入れた機関が、他機関との連携をとれずに対応困難な状況に陥らないようにすることとする。

⑥これらの患者の地域ケア全体を支えるバックアップの要になるのは、行政組織の他には、救急対応や治療機能を考えると精神科医療機

関となるため、各精神科医療機関の治療機能を開示し、相互に紹介できるようなシステムの構築も必要と思われ、そのための各医療機関の連携システムへの参加の意向および、診断・評価機能、治療機能に対するアンケート調査を実施し、医療機関をふくめた相談・紹介先の検討ができるようにする。

⑦これらの問題で悩んでいる当事者が多く、増加傾向にあることや、若者の自殺問題などにも大きく関係していることについて住民向けの啓発活動を実施し、当事者の早期発見、早期支援体制を住民レベルでも少しでもできるようにする。同時に思春期などの当事者へも相談窓口や対処方法があることを理解してもらい、早期対応、早期治療に結びつける。

## B. 研究方法

①川崎市北部地域における精神保健分野での連携を医療面から支える医療機関に対して、精神保健福祉と医療の連携の可能性を検討する予備調査として、PDを含む多様でその対応にも個別性が要求されるいわゆる「困難ケース」への各医療機関の「診断/評価機能」「治療機能」に関するアンケートを実施した。

②地域での連携ネットワークの中心として、川崎市北部の精神保健センター及び保健所障害支援担当者と連携準備会議を開催し、既存の行政が

中心となっている各種検討会議との機能の重複を検討し、効率化も含めた連携会議のあるべき姿を検討し、会議の開催に向けての具体的な計画を策定する。

## C. 研究結果

### 研究結果 1 (表 1、2)

PDを含む多様でその対応にも個別性が要求される困難ケースへの各医療機関の「診断/評価機能」「治療機能」に関するアンケート

対象：川崎市精神科診療所、精神科病院、総合病院精神科 (n=20)

内容：広汎性発達障害、境界性パーソナリティ障害、依存症、虐待などその対応が一般に困難

となりやすい疾患あるいは状態に対して、それぞれの医療機関が「診断/評価できる可能性」及び「治療できる可能性」について、①ケースによる、②困難、③とても困難の3段階でその困難度を評価してもらった。受診/相談の基本的な機能である診断/評価の可能性については、「広汎性発達障害、注意欠陥性多動性障害、回避性PD、反社会性PD、ギャンブル依存症、被虐待」に対して医療機関の約6割の施設がとても困難あるいは困難と回答しており、さらに診断/評価の次の段階である治療の可能性が困難あるいはとても困難と回答した施設割合が多かったのは、「アルコール薬物依存、社会的ひきこもり、境界性PD」に対してであり、医療機関の8割以上であった。そして、診断/評価は可能だが、治療は困難であると両者の差が大きかったのは、「精神遅滞、解離性障害、境界性PD、自己愛性PD、アルコール/薬物依存症、社会的ひきこもり、ギャンブル依存症」であった。

### 研究結果 2 (表 3、4、5、6、7、8)

PDを含む多様でその対応にも個別性が要求される困難ケースそれぞれについての、主要な地域関連機関との連携の必要性に対するアンケート

対象：川崎市精神科診療所、精神科病院、総合病院精神科 (n=20)

内容：広汎性発達障害、境界性パーソナリティ障害、依存症、虐待などその対応が一般に困難となりやすい疾患あるいは状態に対して、精神保健福祉センター、保健所、療育センター、教育機関、心理専門相談機関、地域生活支援センターとの連携の必要性について、①とても必要、②必要、③必要ない、の3段階で評価をしてもらった。

- 注意欠陥多動性障害、広汎性発達障害は、療育センターと教育機関との連携が必要。
- 境界性および自己愛性PDは心理専門相談機関との連携がとても必要と回答している施設が多く、通常の一般外来では実施困難である個人精神療法が必要と考えられると思われ、療育センター、生活支援セン

ターの必要性は多くはとらえられていなかった。これはやはりその疾患の性質上適応レベルが多様であるからであると思われた。

- 反社会性 PD は、療育センター、生活支援センターの必要性は低く、精神保健センターの必要性の割合が多かった。
- 社会的ひきこもり は、多様で多くの疾患などを含んでいると思われることからすべての関係機関との連携が必要と回答された。

### 研究結果 3

川崎市北部（多摩区・麻生区）での「川崎市北部メンタルヘルスネットワーク会議」の立ち上げ

川崎市は、全国的にみても精神科病床数および精神科診療所の数も少ない地域で、川崎市全体の精神医療をみると、精神科救急、精神科合併症対策、依存症治療、思春期/青年期精神医療など、まだまだ不十分な領域も多く、医療機関も精神医療においては公的病院や大学病院も地域において中核的な機能は持っていないのが現状であり、今後は行政と民間医療機関の連携が今後ますます必要となると思われる。そこで本研究テーマである PD をはじめとする対応困難ケースの扱いを手始めに、川崎市北部精神保健センター担当者、地元保健所障害支援担当、地元精神科病院担当者、障害者生活支援センター担当者が集まり、連携会議準備会を開催し、具体的な運営についての検討を行った。おそこでは定期的に数ヶ月おきに会議をもち、その結果、対応困難事例を基本にした事例検討を中心とした会議（川崎市北部メンタルヘルスネットワーク会議）を開催し、その定例会議を基本に、地元精神科診療所や大学心理相談室、地元福祉機関などを必要に応じて参加してもらうという概略（研究結果 4）が決定した。そして、そのネットワーク会議をバックアップする地元医師会において概要を説明しネットワークへの協力を要請し、概ね了解を得ることができた。

### 研究結果 4

「川崎市北部メンタルヘルスネットワーク会議」（平成 22 年 4 月発足予定）の検討

準備会議において以下の概要を方針決定した。

・中心的機関：川崎市北部障害者センター(川崎市精神保健センター分室)、地元保健所障害支援担当、地元精神科病院、障害者地域生活支援センター

・協力機関：地元精神科診療所、地元医師会、地元大学病院精神科、大学心理教育相談室、地域作業所、グループホームなど

・現状：ネットワーク会議立ち上げの準備検討会を計 3 回、ネットワーク会議の説明および協力要請会議を地元医師会において 1 回開催し、正式に平成 22 年 4 月立ち上げ予定とする。

・開催頻度：当初は 3~4 ヶ月に 1 回、その後再検討

・目的：①パーソナリティ障害 (PD) をはじめとする一般に対応困難といわれる方々がその問題行動のために必要な援助を受けられないという事態が生じないこと。②これらの問題を抱えた方々を受け入れた機関が、他機関との連携をとれずに対応困難な状況に陥らないようにすること

・機能：①アセスメント機能：自分や家族が問題を感じても精神医学的な診断を含む状態の評価を受ける機会が少なく、またそのようなニーズに応えられる相談窓口や医療機関が不足していることを補い、さらに行政の立場や福祉の立場、医療の立場など種々の立場からの意見交換を行うことで異なる視点が見えやすくなる（行政側の現状→現状の精神保健センターでの『カンファレンス』や保健所『精神保健相談』において、検討・確認できる場があるが十分ではない）。

②治療/対応機能：対応困難な人たちは、一般精神医療を受けようにも受け入れ医療機関が少ないため、ネットワーク機能を発展させ、地域での医療機関との相互の連絡・連携を良好に保つ事によって、医療機関での受け入れキャパシティをあげる。あらかじめ各医療機関の受け

入れキャパシティを把握（アンケート調査実施）しておき、事例によっては個別に検討を依頼する。さらに医療以外の対応（集中的な心理療法、集団療法、デイケアなどの専門療法、日中活動や就労支援などのリハビリテーション活動、日常的な居場所の提供、ヘルパーサービスなど）を受ける場所も地域においてかなり不足しており、事例検討によって、当該事例において、どのような対応が可能であり、期待できるのかを検討し、その結果これらの機能を提供できる機関の紹介なども行う。事例検討を積み重ね、地域においてある程度共通するニーズで十分対応できていない機能が明らかになれば、行政機関との連携もしているため、新たに対応できる機能や機関の新設、さらにネットワークを拡大するなどの対応も検討していく。（行政側の現状→アセスメントの次の具体的な支援としての、医療へのつなぎや実際の介入（往診診療も含め）方法、支援の継続性などが行政としては問題となっている）。

#### 研究結果 5

本研究テーマである川崎市北部メンタルヘルスネットワーク会議（発足予定）と既存の多くの精神保健福祉関係機関が参加する地域啓発連携会議（多摩区精神保健福祉連絡会議）との関係の整理

平成 14 年から川崎市多摩区においては、「多摩区精神保健福祉連絡会議」が、保健所・就労援助センター・社会福祉協議会・地域作業所・精神関連 NPO 法人・民生委員・大学心理相談室・精神科病院・ボランティア団体・民間企業・スクールカウンセラー・家族会など広く精神保健福祉の関係諸機関を含めて開催されている。そしてその目的としては、広く地域住民に向けた啓発活動が主であり、地域の精神関連の小冊子作り、啓発講演会などを実施している。今後は啓発活動だけではなく、地域での「抱える力」の向上を目指し、加盟機関が集まり、会議で取り上げるテーマを決め、それについての普及啓発講演会、小冊子の作成などを行なっている。また、時には事例検討、勉強会 を実施して自

分たち自身の地域での理解を深め、対応力の向上を図る。平成 21 年度、22 年度は、全体テーマが「ひきこもり」と決定し、平成 22 年 2 月 5 日には、市民向けシンポジウムを開催した。

この会議は川崎市北部メンタルヘルスネットワーク会議とは構成機関の重複も多いが、この会議は一般住民向けの啓発を主とした広く関連団体が参加した会議であり、一方本研究における川崎市北部メンタルヘルスネットワーク会議は、実際に事例への対応をすることが可能な専門職が集まった会議であり、いずれは検討だけではなく、個別な対応が可能となることを目指す実行性のある会議の位置づけであり、今後は相互に情報交換や連携も行っていく予定となった。

#### D. 考察

本研究は、境界性パーソナリティ障害を中心とする一般の精神医療では治療・対応が困難となりやすいパーソナリティ障害（PD）に対して、医療連携や地域での関係機関の連携によって、地域全体での対応力を向上させることが主眼になっているが、本年度は具体的にそれら対応困難な人に対して、地域医療機関で基本的な医療をどこまで提供できるのかを調査した。地域連携によって、これまで以上に、対応困難者に対する早期発見・早期相談・早期対応などが可能となることが期待されるが、現実の対応を考えると、その状態によっては、初期の相談後に早期に精神科医による診断／評価を行い、その対応方針を決定し、場合によっては医療レベルでの対応／治療を行う必要が生じてくると予想される。早期に精神医療への導入が必要となると、精神科救急システムとの連絡も重要となるが、精神科救急の対象となるのは、自傷他害の恐れのある場合や著しい興奮や幻覚妄想、自傷行為、家庭内暴力などの時に行われるのみであり、全体数に占める割合は多くはないと思われる。このような比較的緊急に医療の介入が必要となる場合は、ある程度精神科救急システムでの初期対応も可能となるが、初期対応後に慢性／持続的な問題行動（自傷・過量服薬など）

がある場合などは、地域医療機関での治療／対応が必要となる。この地域医療機関での、継続的な治療的関わりがどれ位可能であるかが、地域でこれらの人々をどれ位支えることができるかを左右する。アンケート結果では、「アルコール・薬物依存、社会的ひきこもり、境界性PD」に対しては、医療機関の8割が困難であると回答しており、さらにそれら医療機関は精神保健センターや心理専門相談機関との連携が必要と回答していることから、「自らの医療機関単独での治療／対応には限界があり、精神保健センターや心理相談機関との連携が有効である」と判断していると思われた。これら医療機関での受け入れキャパシティのアンケート結果から判断しても、これらの状態・疾患群に対しては、医療機関単独での対応・ケアには限界があり、医療機関とその他関連する機関との連携が非常に重要であることが確認された。

以上の実態調査もふまえて、川崎市北部地域において、これらの対処困難な人々に対する関連諸機関での連携を強化する会議（川崎市北部メンタルヘルスネットワーク会議）が計画され、平成22年4月から正式に動き出す予定である。今後の問題点としては、現在会議自体は、行政機関が深く関わっているが、まだ公式の会議ではなく、民間医療機関、生活支援センターなどの自発的な集まりとなっており、それぞれ時間も苦労して捻出し、経済的なバックアップも当初はない予定なので、会議の存続自体が会議の構成機関や参加メンバーの自発的な意欲によって左右される可能性があり、この会議を今後開催していく中で、各構成メンバーがその利点を実感し、会議の意義を確実なものとして共有し、より安定した会議にしていく必要がある。それには、対象となる困った市民へのサービスとして、重要な位置づけであることを市民にも理解していただくような啓発・広報なども検討されていく必要もあると考える。これについては、最近精神医療の現場においても、従来は少なかったパーソナリティの偏りを持った対応困難な人々が増加しており、本研究におけるような精神保健福祉の関連機関による地域連携

を強化することにより、一般精神医療のみや心理相談のみ、介護サービスなどの単独の機能のみではカバーしきれない人々を複数機関で支えることは非常に重要になっていくのではないかと考える。また、今後地域単位での自立した精神保健福祉のあり方が問われていくなか、地域での医療機能、行政の役割、その他地域に存在する社会資源の機能に応じた一つの連携のあり方を提言することができた。

## E. 結論

本研究は2007年度から、精神科単科病院での境界性パーソナリティ障害を中心とするパーソナリティ障害の治療・対応についての地域医療連携の実際を調査し、医療機関レベルでの連携の難しさが明らかになり、2008年度には東京／神奈川地域におけるパーソナリティ障害患者の医療機関における診療実態と意識調査を行い、本年度は最終年度として、地域の精神科医療機関の困難ケースについての受け入れキャパシティを調査した。そして、具体的な地域における精神保健福祉関連組織の連携を具体化し、パーソナリティ障害を含む対処困難ケースを地域で検討し対応を具体的に検討する目的である川崎市北部メンタルヘルスネットワーク会議開催に向けて検討を重ね、平成22年4月に発足予定となった。

これらの連携は、近隣において医療レベルの連携ネットワークの中心となりやすい大学病院や公立の総合病院精神科がない地域において、民間の医療機関が協力・バックアップしながら保健所、精神保健センター、地元精神科病院、障害者生活支援センターなどが協力して、対応困難ケースへの取り組みを総合的に検討するという地域での精神保健福祉活動を充実する上での、モデルとなりうると考えられた

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

2009年川崎市精神障害者家族会あやめ会総

会記念講演での発表

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

表 1

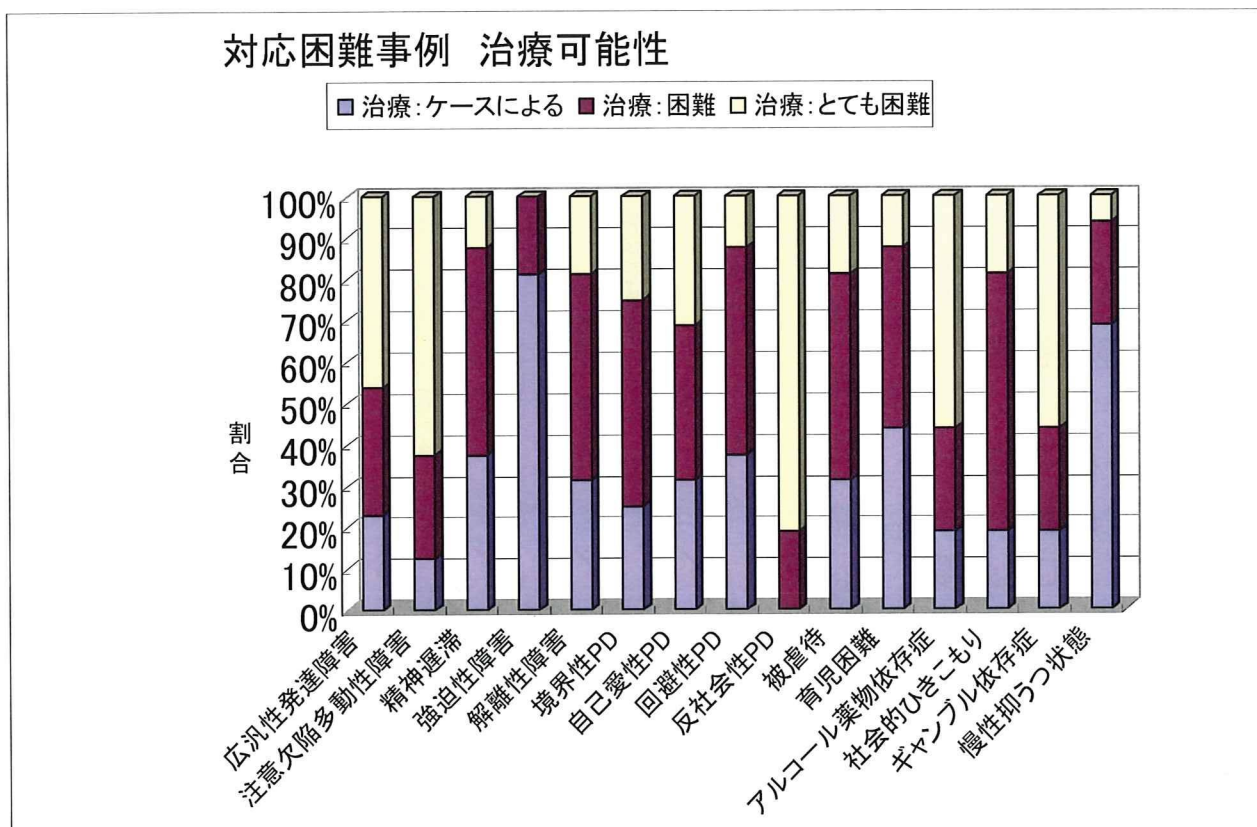


表 2

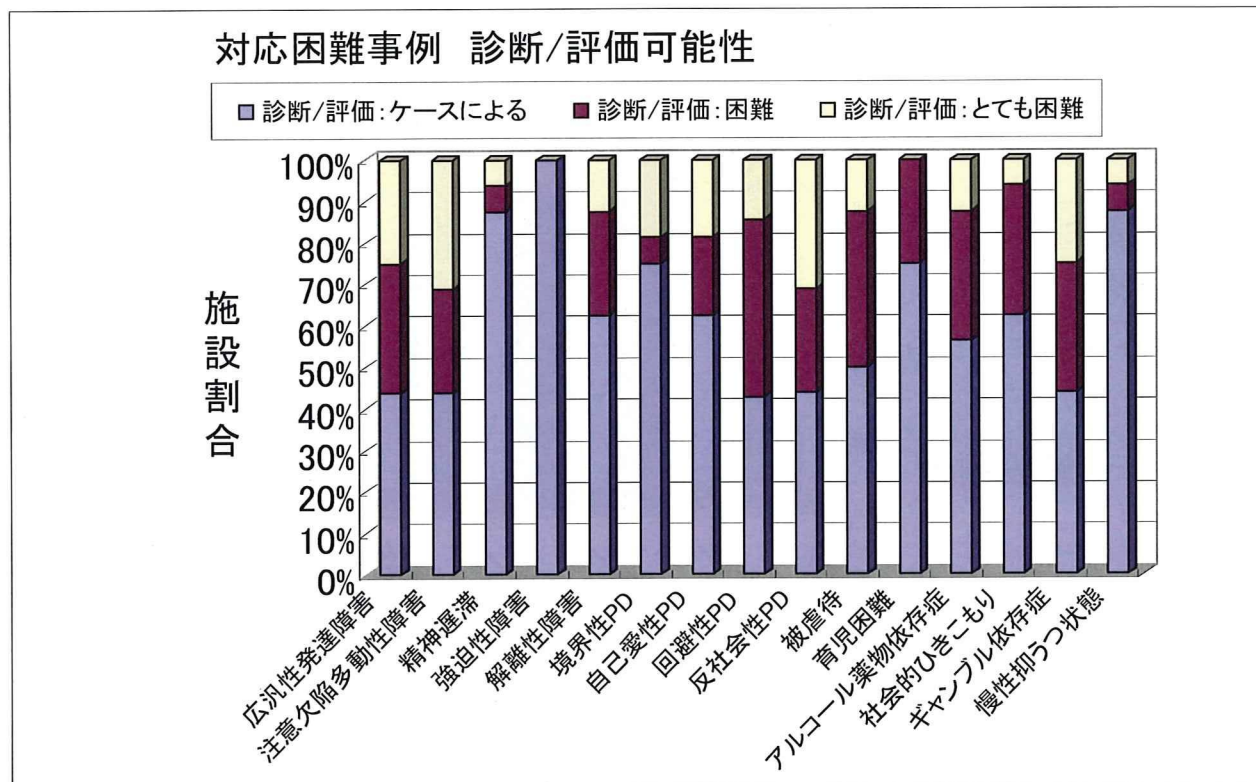




表 3

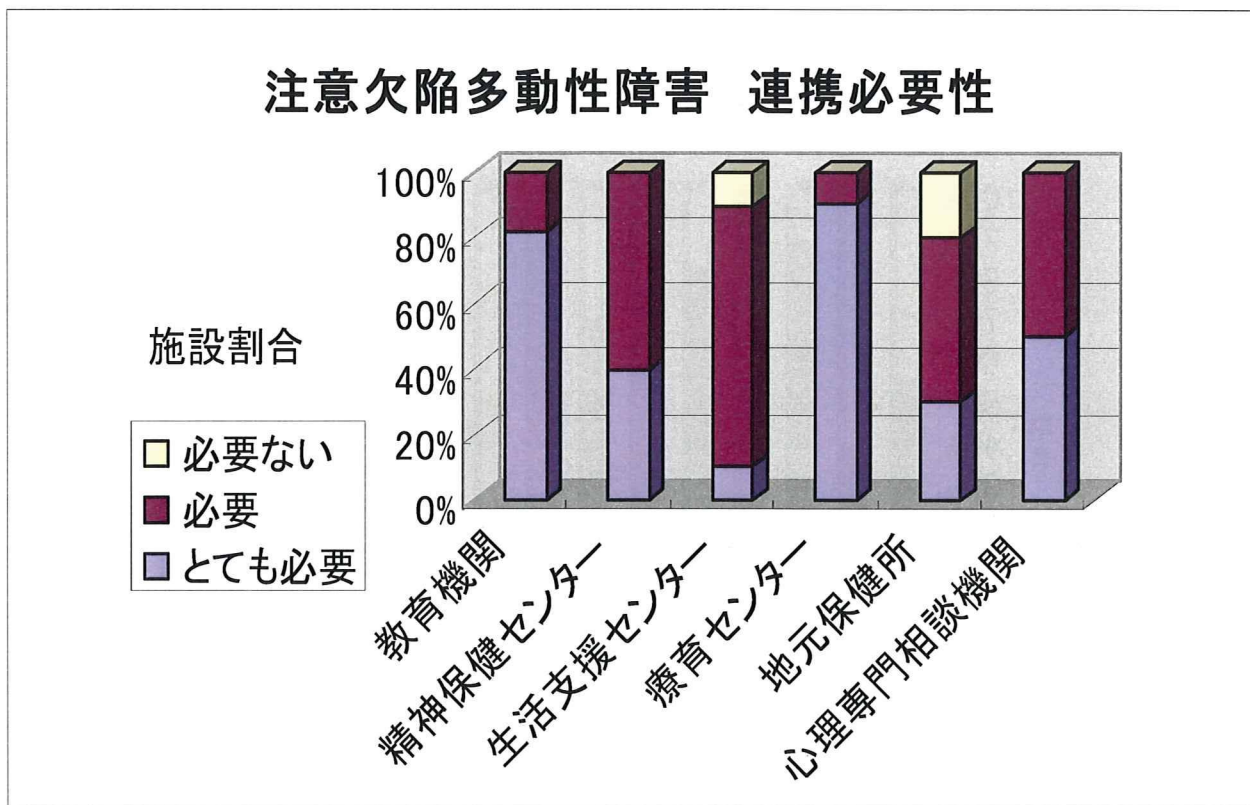


表 4

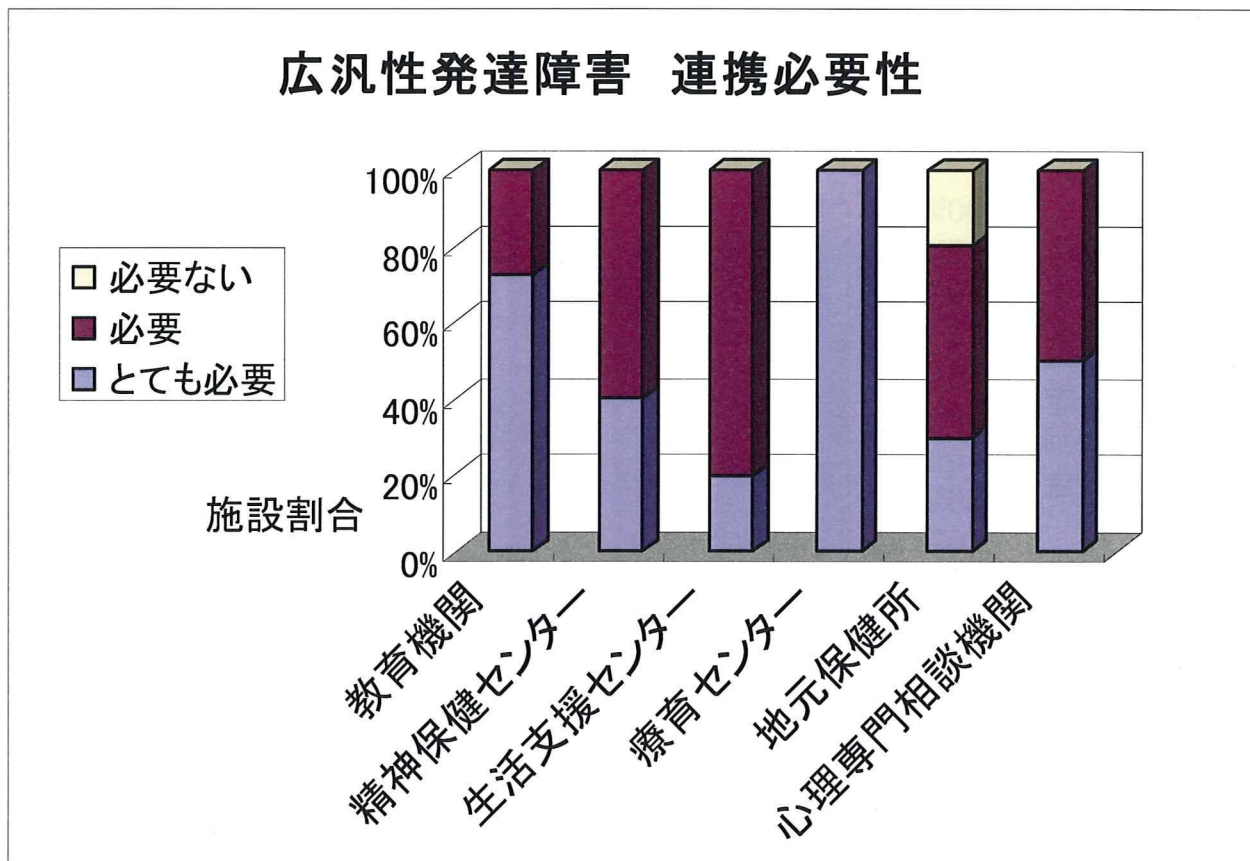


表 5

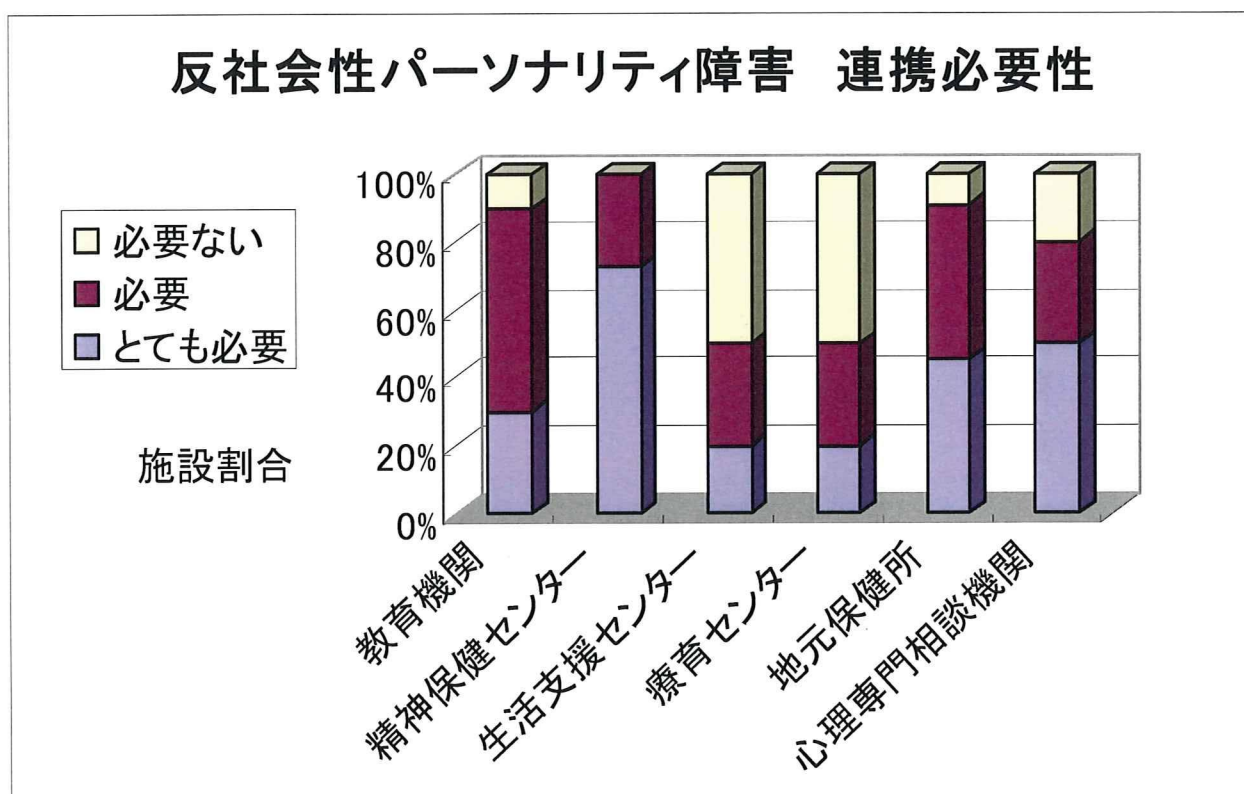


表 6

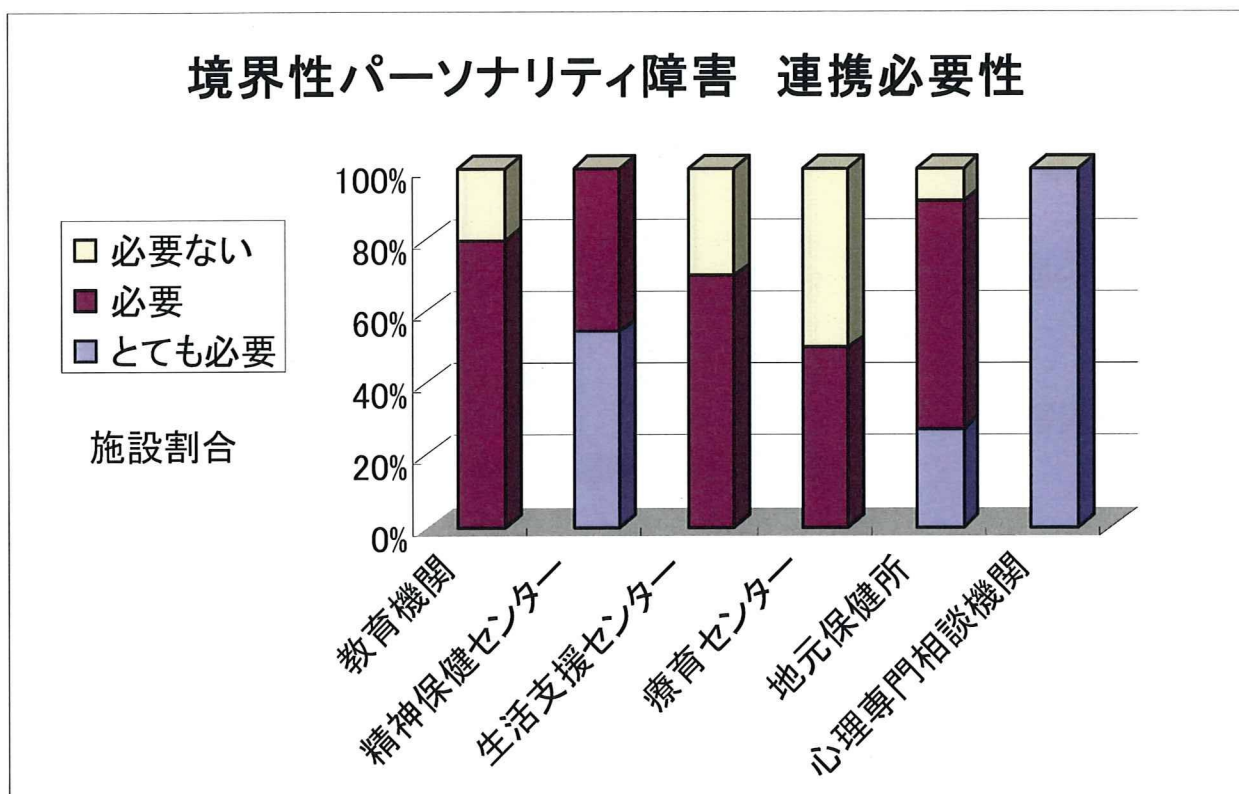


表 7

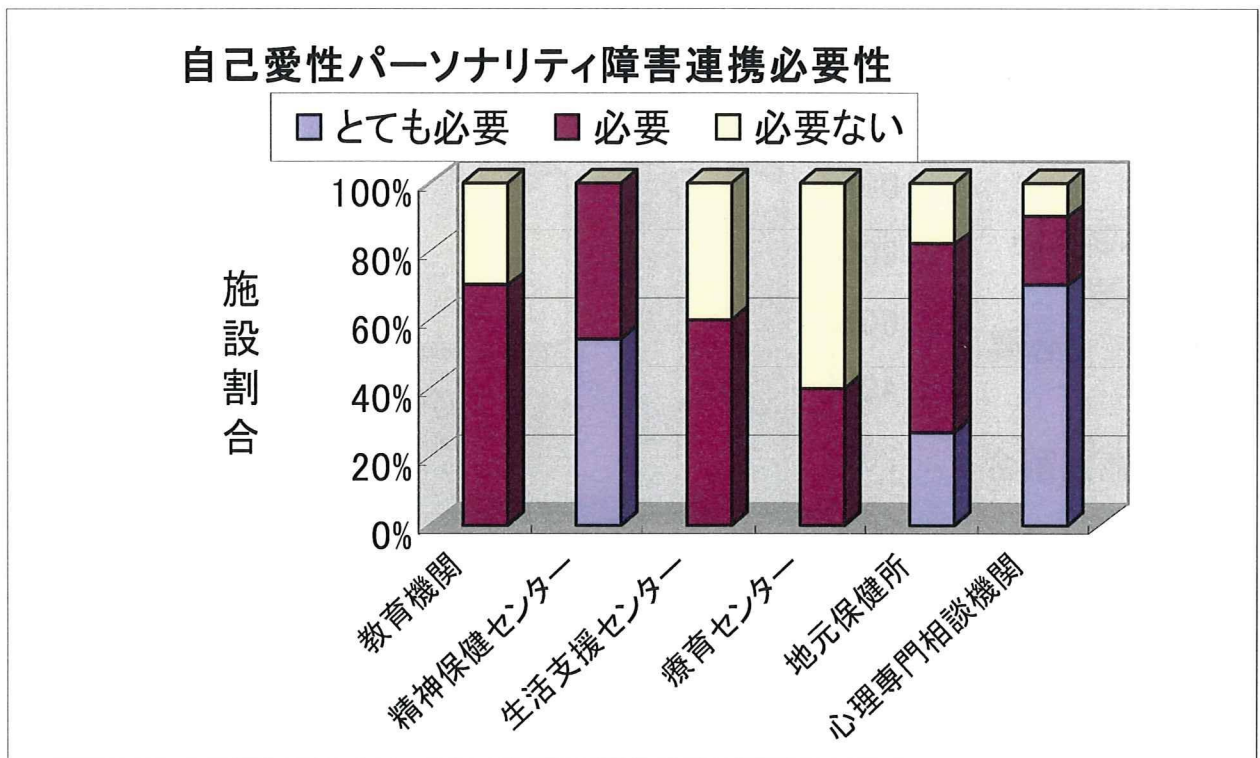
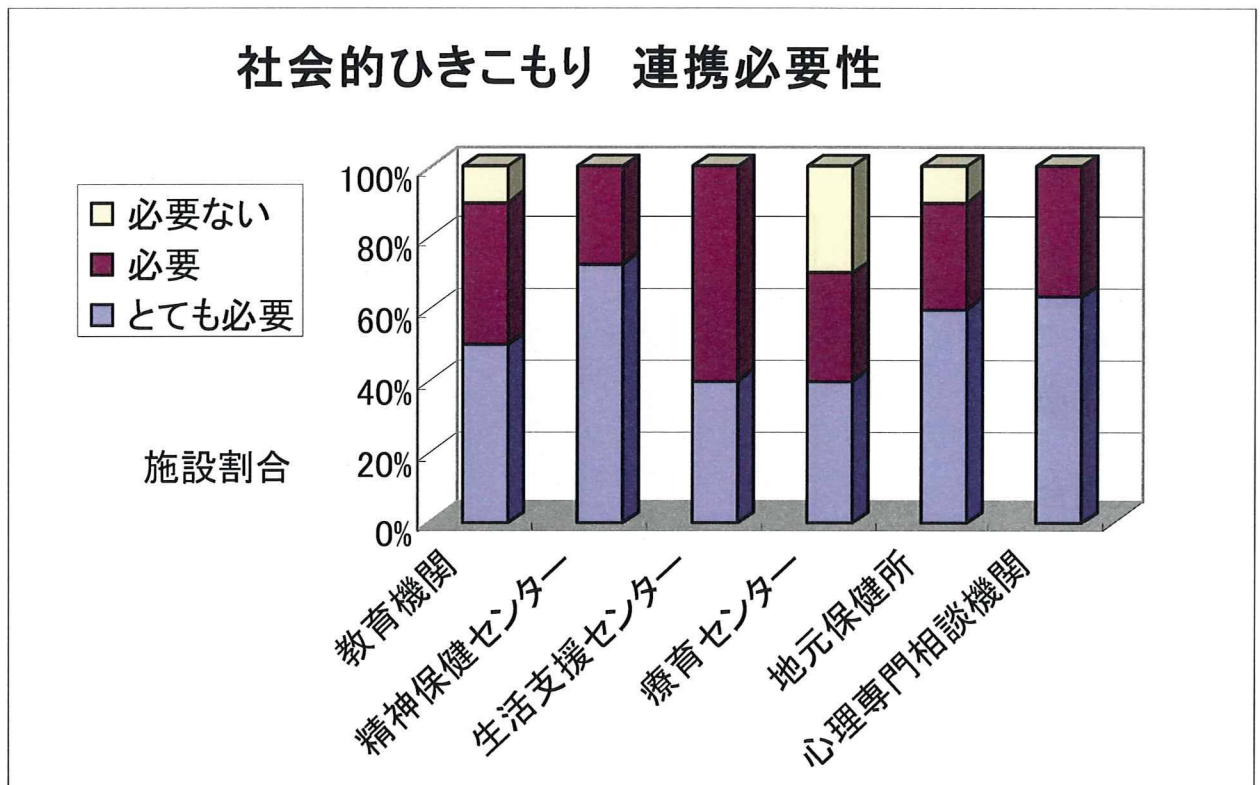


表 8



川崎市における精神障害—特に非精神病圏の対応困難ケース—の地域連携に関するアンケートのお願い。

精神科病院と地域ケアシステムの連携は主に統合失調症をモデルとして検討されてきた。しかし、近年はひきこもりや頻回自傷行為、発達障害、慢性抑うつ、依存症など、従来少なかった非精神病圏の人々の問題が、クローズアップされてきている(これらの方々は近年の自殺者にも多く含まれていると考えられる)。そしてこれらの人々は従来からの薬物療法を中心とした一般精神医療のみでは対応困難なことが多く、集中的な精神療法、デイケアなどを利用する活動療法、生活支援、医療以外での教育場面や産業場面での相談／対応などが必要とされているが、実際にはそのような対応を受けられることは施設面、ソフト面などからも少なく、今後は医療のみでなく、教育や産業場面との連携もしながら、更に公的機関のみならず民間機関も連携して対応していく必要に迫られています。

そこで以上のような地域連携を目標とするにあたって、まずは地域における各医療機関において提供可能な医療内容をお尋ねするものです。ご協力頂いた回答内容は、個別の情報が含まれると思われるので、各項目について、どこまで以上の検討会議にて開示して良いかもお伺いしたいと思います。尚、地域での検討に関わる専門家以外には情報がいかないように留意します。

1) 精神科医師数等(常勤換算)

精神科医 ( ) 名

精神保健福祉士 ( ) 名

臨床心理士 ( ) 名

作業療法士 ( ) 名

2) 併設施設(機能・複数可)

精神科デイケア(ショートケア含む) (定員 名)

精神科ナイトケア (定員 名)

往診

訪問看護