

図2 30代男性に対する多職種チームアウトリーチ

域資源(民間居宅介護支援事業所や中核地域生活支援センター)と密に協力しながら、退院患者の住居確保を専門に行うコメディカルチーム“居住支援グループ”を作り、2010年3月に2つの民間グループホームの立ち上げを支援し、同年11月には、公立病院立の移行型グループホームを開設、長期入院者の退院後の受け皿とした⁸⁾。

このような仕組みを利用することで、退院不可能といわれた患者を25名退院させることができた。そのうちから、1例をあげて、地域社会資源とどのような協働がなされているのかを提示する。

3. 症例呈示(自前のアウトリーチチームと外部グループホームで地域移行)

症例 統合失調症の30代男性(図2参照)

【家族歴】

父は統合失調症で当科通院中、母は双極I型障害で離別後死去。

【現病歴】

中卒後短期アルバイトするが続きが自閉的生活となる。20歳時に初診するがすぐ中断。窃盗、家宅侵入などで、警察に保護され、以降計6回入

退院を繰り返す。20歳以降ほとんどの期間を入院で過ごし、自宅での生活はこの10年間で合算しても6カ月に満たなかった。

X年、退院して間もなく、被害関係妄想に基づき、隣家の老女を公道で暴行し警察通報となり、7回目の措置入院となった。

【入院後経過】

幻覚妄想持続。「部屋に看護師が寝ている、床から生えてくる」等の奇怪な幻視と被害妄想を背景に、スタッフへの暴力が頻回のため、長期の隔離が続いた。疎通不良・独語・空笑・衛氣的姿勢が目立った。仮退院により廃屋のような自宅に外出するが、そのたびに、『お化けが出る』と言って自傷し、病棟に戻されるという繰り返して、入院が長期化。また、父による入院費滞納、本人の障害年金の使い込み、サラ金借金問題なども発覚した。

X+2年7月、長期在院例に対して、地域移行を図る目的で、病棟多職種チームが編成された。チームは、精神保健福祉士がタイムキーパーとなり、医師、心理職、作業療法士、病棟看護師、訪問看護師の6名で編成した。種々の長期化要因が検討され、2週に1回のミーティングを行いなが

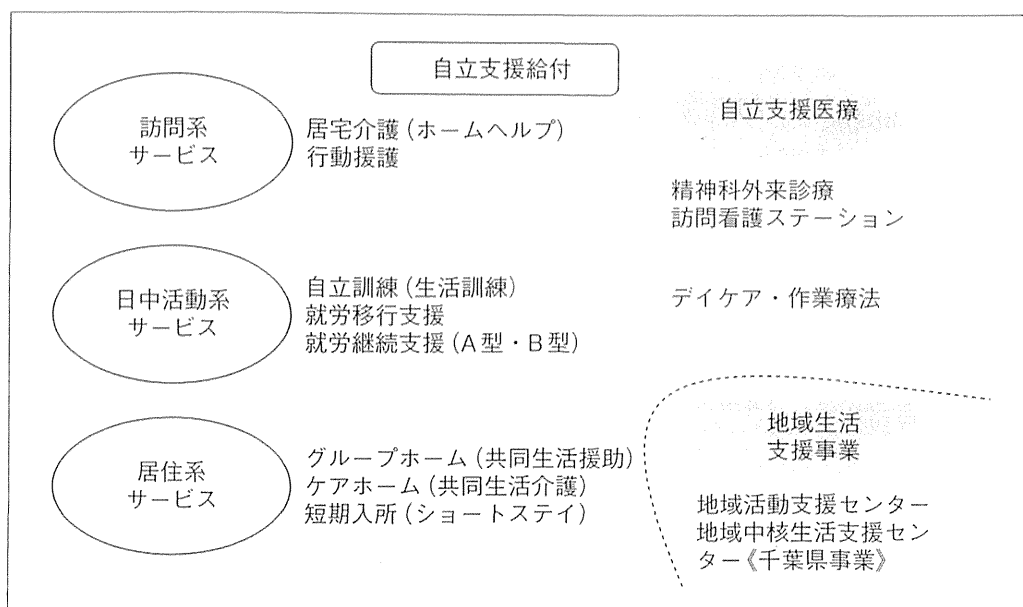


図3 精神科医療が連携する障害福祉サービス
—主に障害者自立支援法に基づくもの—

（平成18年9月29日厚生労働省令第171号より抜粋）

ら、協働でアセスメントと治療を進めた。

その結果、措置解除、医療保護入院への変更、任意入院への変更、作業療法への参加、病感の獲得、治療同盟の確立、服薬自己管理、金銭問題の解決、グループホーム候補の選定、サービス管理責任者を招いての複数回のケア会議、試泊などを経て、1年後のX+3年7月に、民間の社会福祉法人が運営するグループホームに退院となった。その後は外来通院と包括的地域支援プログラム（ACT-A）のアウトリーチを週4日利用し、多少の精神症状の揺れはあるものの、大きな逸脱行為はなく、父の仕事を手伝い始め、幾ばくかの賃金も得ている。高尿酸血症等の身体症状に対して、本人の自覚が乏しく、生活習慣も乱れがちのため、グループホームのスタッフが、こまめにアウトリーチチームと連絡を取り合い、協働して、生活・栄養自己管理を支援している。

4. 考 察

当科での病棟ダウンサイジングとアウトリーチシフトの同時進行の過程において、多くの地域医療福祉サービス主体との協働がなされ、それらの

意見を取り入れて、治療計画を立てるようになった。当科のケース会議では、今まで以上に、外部の方々の参加や、院外での開催が増加した。

これらの経験をもとに、総合病院精神科の地域連携の方法について、いくつかのパターンを整理し、それぞれの利点と課題を検討する。

—総合病院精神科の地域連携のパターン—

生活者としての患者を、地域の生活の場で支えるためには、他医療機関との診療連携はもとより、『医療機関と地域福祉資源』、『医療者と心理福祉系多職種』『専門職と当事者・家族・ボランティア』との連携という3層の次元での連携構築が必要となる。ここでは、福祉資源との連携に焦点を当てる。

図3に精神科医療が連携する障害福祉サービスのうち、障害者自立支援法に基づくものを抜粋して示した。訪問系、日中活動系、居住系サービスなど多岐にわたり、一覽で全容を把握するのは難しい。さらには、保健センターや福祉事務所などの行政機関など、非常に多くの施設、諸機関との連携が行われる。

このように複雑な諸機関・施設と、総合病院精

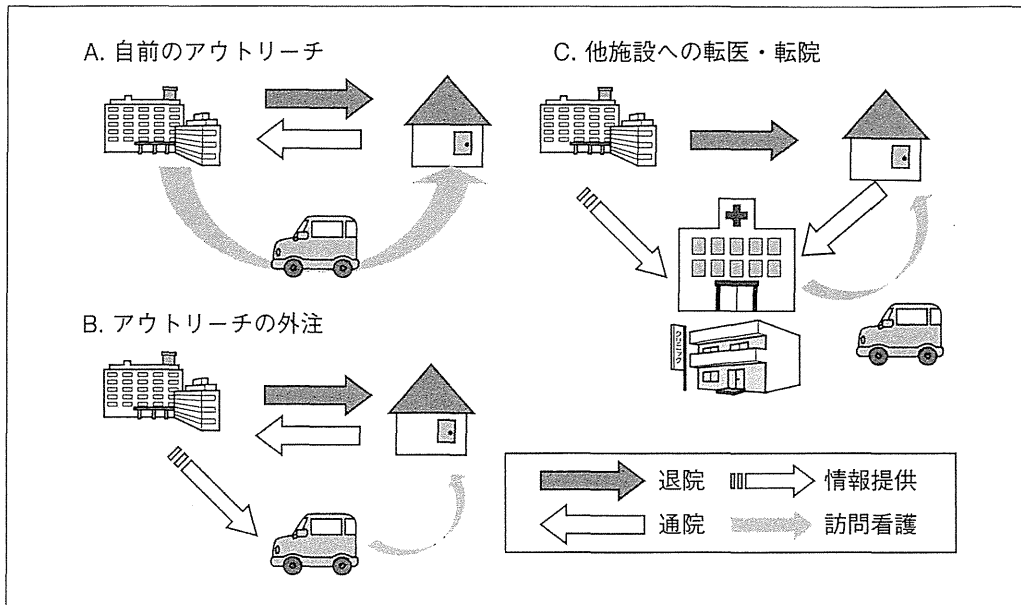


図4 総合病院精神科の地域連携：3つのパターン

パターン	利点	課題
A. 自前のアウトリーチ	治療の一貫性 余剰人員の転用 容易な情報管理	ステークホルダーの承認 コストが高い 開設準備にかかる業務量増大 新たな業務負担
B. アウトリーチの外注	コストが少なくて済む 院内の多職種の人材が 乏しい場合も実施可能	地域資源の偏在・格差 情報共有・保守の工夫 他職種との連携構築 クライシス時対応
C. 他院への 転院・転医	コストが少なくて済む 連携は情報提供が主 業務負担が少ない	治療の一貫性を失う 生活圏から医療が離れて しまうこともある

図5 精神科地域連携パターンそれぞれの特徴

精神科が結ぶ地域連携のパターンを『アウトリーチの実行主体をどこに置くか』という観点で分けると以下の3つに大別される。いずれも、二次医療圏内での連携を想定している(図4, 5参照)。

- 1) 自前のアウトリーチシステムを中心とした連携
- 2) 診療は自科で、アウトリーチは外注で
- 3) 他医療機関への転医・転院(医療施設間の連携)

1) 自前のアウトリーチシステム

外来診療は自院で行い、アウトリーチも自院内(あるいは精神科内)の多職種が担って、諸機関との地域連携を結ぶ。アウトリーチを熱心に展開している単科病院では、普遍的な連携スタイルである。連携する地域資源も病院の付属施設や、同法人内の関連施設のこともある。当科も、病院付属の訪問看護ステーションと密接に連携してアウトリーチを行っており、分類すれば、このスタイルに当てはまるであろう。

病院が主体になり、真の意味で地域移行と言えるかという批判はあるが、退院促進・地域移行に一貫性・連続性を持たせやすく、劇的な環境変化の中での患者の不安・不担感を軽減することができる。また、精神科病棟のダウンサイジング、アウトリーチの移行の際に、精神科の専門技量を持ったスタッフを転用できるという人事運営面のメリットも大きい。また、もともと母体が同じであれば、カルテ管理、患者情報管理なども容易であり、インフラや提供する診療、ケア資材の共有、効率化が図れる。

課題点は、サービス開設のコストがかかることである。施設設置のための不動産取得、建築費の他、調査や交渉、人件費など多岐にわたる。また準備のために、業務時間の多くを裂かねばならないこともある。

さらに、総合病院精神科でこの方法を選択する場合は、大きな業務・組織改変を伴うことになり、精神科以外の病院幹部などのステークホルダーの承認を得られるかどうか成否の鍵を握る。多くの総合病院精神科では、①計画決定権、②予算決定権、③人事決定権は、実行主体である精神科診療部門ではなく、それらの権限は、精神科専門以外の医療部門、事務部門、看護部門の管理者に委ねられている。総合病院の中で、不採算部門とされやすい精神科⁴⁾の主導する新規プロジェクトが、理解・承認を得るのはたやすいことではない。さらに自治体立病院では、議会で承認を受け、行政の定款変更を経て、ようやく計画に着手できることもある。

この点は、プロジェクトマネジメント主体が経営主体と同一またはその直下に位置することが多いであろう単科病院で行う組織改変との大きな違いであり、総合病院精神科が自己改変して生き残ることがなぜ難しいのかを説明する理由の一つである。

2) アウトリーチの外注

アウトリーチの外注は、入院診療やその後の外来診療は自院で行い、福祉資源との連携・協働は、地域内の外部施設に依頼するというスタイル

である。

この方法が、多くの総合病院精神科で、普遍的に行われる地域連携の形かもしれない。このパターンの利点は、病院の払うべきコストが低く抑えられることである。精神保健福祉士数が、1施設平均 1.0 ± 1.4 人と少ない¹⁾総合病院精神科の現状において、院内多職種の人材が乏しい場合も実施可能な方法と言える。

しかし、アウトリーチの外注は、一見効率的に見えるものの、連携運用面の大きな課題をはらんでいる。

第1に、地域資源の偏在や格差が、精神科連携の質を決定づけてしまう。資源の少ない地域では、使いたい福祉資源にアクセスできない。また選択できる資源が多すぎても、医療者側が、情報を把握しきれず、当事者の希望やニーズを汲むことよりも、以前から紹介実績がある施設への連携や、個人的なつながりでの紹介になってしまう場合もある。

第2に診療情報の共有・保守が1)の自前のアウトリーチに比べて難しい。各施設間で取り決め、保守の仕方をより綿密に話し合う必要がある。

第3に、他の職種との連携構築に時間がかかる。専門教育の内容や文化の異なる他職種との協働は、それ自体葛藤をはらむものであり、良好な組織感情が生まれ、チームワークが整わなければ、チームアプローチは成立しない。その仲介役、まとめ役には、担当医の調整機能が期待される場面も多い。

第4に症状増悪時・地域事例化しそうなときに、誰がどのようにSOSを出して、誰につなげ、誰が介入するかといった、クライシスプランをつくり、関係者が共有しておかねば、いざというときに、スムーズにサービスを提供できず、当事者への大きな不利益となるばかりか、せっかく作った連携自体の連帯も危うくなりかねない。

この『アウトリーチの外注』という方法は、『外部の諸施設との連携』という構造を持つために、精神科医としては、院内リエゾンコンサルテーションで経験する多職種間の調整と同様の配慮が必要であり、その調整にかなりの時間を費やすこと

もある。医療者側が、地域のネットワークを熟知しておらず、または地域ネットワーク自体が未成熟の場合、「つなぐ」ためではなく「手放す」だけの医療福祉連携に陥ってしまうという危惧もある。ニーズに合わない他施設紹介をしてしまうと、さらにそこから玉突きのように別の施設への紹介がなされることになり、当事者や家族の不信と混乱が生じ、精神症状の増悪に至ることも経験する。

さらに、総合病院精神科医師の勤続年数の短さに起因していることであるが、個人的な努力で構築した連携ネットワークが、後任の医師には引き継がれず、担当医の異動を持って雲散霧消してしまうこともある。

3) 他医療機関への転医・転院（医療施設間の連携）

このパターンは、精神科単科病院や診療所へ、転医・転院を依頼し、その施設の関連資源に任せるという方法である。2)で述べたように、総合病院精神科においては、自院の外来患者のニーズに応じて、地域内の他施設と適切に連携することも難しい場合がある。とくに、精神症状そのものの重症度以上に、生活障害が強い慢性期の患者や地域での救急事例化しやすい患者の地域連携は、多くの多職種、福祉、行政機関が関わらなければならず、一日中、外来・病棟、リエゾンコンサルテーションに追われ、さらにさまざまな会議に時間をとられる業務動線の中で、他施設との情報連携すら困難であったりする。

総合病院精神科に精神保健福祉士などのコメディカルが配置されていない場合は、よほど、医師にモチベーションがなければ、3)の方法が選ばれることになるのはやむを得ないとも言えよう。

この場合、「連携」は、「医療—福祉間連携」ではなく、診療情報提供のやり取りが主体の「医療—医療」連携となり、総合病院側は、当事者のケースマネジメントに、直接的には関与しなくなる。

しかし課題点として、治療の一貫性が失われてしまうことや、身体治療へのアクセスが容易な総合病院で精神科治療継続を求める患者ニーズを汲めない。また、二次医療圏が明確でなく、全県1

医療圏体制になっている精神科医療福祉の現状において、患者の生活圏の範囲では適した紹介先が見つからず、遠方の医療機関に紹介せざるを得ないこともある。

3)のパターンを選択する場合は、患者の通院、通所アクセシビリティを考慮した上で、外来診療については、しばらくは元の総合病院精神科で担当し、同時に紹介先の単科精神科病院のデイケアや社会復帰施設、居住施設などを試用してもらい、新しい環境になじんだところで、外来治療主体も移すように心がけている。患者にとっても、先方の病院にとっても、十分とは言えないまでも、比較的スムーズに行える治療連携と考える。

5. 課題とまとめ

前述したように、すべての総合病院精神科が自前のアウトリーチを運用することは非現実的である。2007年12月時点で、大学病院を除く有床総合病院精神科において、指定医数の平均は2.3人と少なく⁹⁾、多職種の定員数も限定され、人材確保が困難であり、さらにアウトリーチ移行のプロジェクトに関する決定権が与えられないことが多いためである。

総合病院精神科の地域連携、アウトリーチシフトにおいて「何を持っているか」よりも「どこにつながっているか」がより重要視点であろう。

それは、単に医療間連携に留まらず、地域福祉・生活・就労支援施設(者)、保健福祉センター、行政機関、産業保健、児童相談所、学校養護などとの連携、当事者家族や地域住民との交流も含めて考える必要がある。

このような多職種間、多施設間連携を成立させる上で、連携構築に関わるメンバー間での共通の目標設定や問題意識の共有が、さまざまな立場に生じるコンフリクトを乗り越える原動力となる。『地域連携をスムーズに動かすためのネットワーク、チームワーク作り』も、重要な連携業務である⁸⁾。

ネットワーク化・連携構築のために必要な情報共有、会議、資料作成などの業務時間を確保する

ためにも、現在の多忙な業務を振り返り、業務時間配分を見直すことが必須となる。「総合病院だから何でも対応する、治療する」という抱え込み型の医療観から脱却し、適正な仕事量にダウンサイジングを図ると同時に、自科の強みは何なのか、求められているニーズは何なのか、実行可能な範囲はどこまでなのかを吟味し、仕事を選択、分担していくことが必要となろう。

「抱える医療」から「つなぐ医療」にシフトすることは、総合病院精神科の縮退ではなく、本来の総合病院精神科が持つ基本機能である『地域医療の担い手』に立ち戻り、立場を超えた協働を図り、医療の『growing smaller』化を目指す第一歩であることを強調し、本論を閉じる。

文 献

- 1) 藤原修一郎：総合病院精神科の現状をいかに打破するか ―基礎調査をふまえて―. 精神神経学雑誌 109：262-268, 2007
- 2) 南風原泰：【一気に大量88人退院物語】病床削減と病棟移転顛末記 飯田病院で起きたことを聞いてくれ. 精神看護 9：16-22, 2006
- 3) 金子晃一：精神科医療の充実と精神医学の科学的発展をめざして 二次精神保健医療福祉圏の構築にむけて「機能圏域」と「医療連携」総合病院精神科における2つの圏域. 精神神経学雑誌 99：919-924, 1997
- 4) 見野耕一, 中島義文：無床総合病院精神科の危機と課題. 精神医学 52：211-220, 2010
- 5) 日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会(和田 健, 野口正行, 中嶋義文, 他)：総合病院精神科の現状とめざすべき将来―総合病院精神科のネクストステップ2009―. 総合病院精神医学 21：ss1-ss30, 2009
- 6) 野口正行：佐野市における総合病院精神科と地域社会福祉法人の連携の試み. 日本社会精神医学会雑誌 18：266-272, 2009
- 7) 高橋武久：地域精神医療における総合病院の役割 総合病院精神科は地域において何をなすべきか. 精神神経学雑誌 105：601-608, 2003
- 8) 渡邊博幸：アウトリーチ―アウトリーチの概念と多職種チームで行うアウトリーチの実践―. 臨床精神医学 40：667-674, 2011
- 9) 横山正宗, 吉邨喜孝, 藤原修一郎：総合病院精神科医師不足と診療報酬問題. 精神医学 52：229-237, 2010
- 10) 吉本博昭：危機に瀕する総合病院精神科 再生は可能か 総合病院精神科は病床削減により、生き残れるか 富山市民病院による各種の取り組みと苦悩. 精神神経学雑誌 110：1072-1076, 2008
- 11) 吉本博昭：有床総合病院精神科の危機と課題. 精神医学 52：221-228, 2010

特集 これからの地域精神保健：大震災の経験から学ぶ

第4章 地域の特徴を生かした精神保健の取り組み

千葉県東部における精神保健の取り組み

——精神科多職種アウトリーチと中核地域生活支援センターとの連携——

渡邊博幸^{1,2)}, 吉野智³⁾, 高野則之²⁾, 色川大輔^{2,4)}, 長谷川信也²⁾, 青木勉²⁾

抄録 千葉県には、人口稠密な都市部と過疎化が進む田園地域の2つの経済圏がある。後者に位置する旭中央病院精神科では、病床ダウンサイジングとアウトリーチシフトを積極的に展開している。その推進力になるのが、多職種アウトリーチチームと県単独事業である中核地域生活支援センターである。両者の協働により、長期入院者の退院支援、新規グループホームの立ち上げが実現し、救急事例化への早期介入や非自発入院の防止が可能となった。

このような仕組みは、複合的な生活困難をかかえた当事者・家族への支援を効果的に行うための、1つの医療福祉連携モデルとなり得る。

また、当事者のみでなく、その支援者にとっても、仕事の自己効力感を保ち、職業人として成長していくための大切な研修教育的な実践の場であることを実感する。

精神科臨床サービス 12: 216-220, 2012

キーワード：多職種連携, 精神科アウトリーチ, 中核地域生活支援センター, 災害精神医学

はじめに

千葉県は、東京に隣接した人口稠密な北西部と、太平洋側に位置し、人口の減少、高齢化が進み、過疎市町村も含まれる東部／南部という、異なる社会経済文化圏に分かれる。医療保健福祉についても同様に、都市部と田園部の双方の課題が併存している。また、620万人という全国6番目の人口を有しながら、平成22年12月31日現在の人口10万人対の医師数は、県別で45位164.3人(全国平均では219.0人)¹⁾と低い。さらに、都市部の県北西部と太平洋側の田園地域とで医師数の

偏在が著しく、後者では人口10万人対医師数で100を切る圏域もある。たとえば、2008年9月に生じた銚子市での自治体立病院の突然の休止で象徴されるように、千葉県東部の医療危機・医療崩壊はきわめて切迫している。

県東部の基幹病院である国保旭中央病院は、病床989床を有する県内有数の大規模病院で24時間救急体制を敷いている。その一診療科である神経精神科(以下、当科と略す)も、総合病院精神科としては珍しい精神科救急病棟を持っているが、先述の銚子市立病院の休止に時期同じくして、医師数減による診療業務停止のおそれが生じた。

この危機に対し、当科では2008年から2010年にかけて、精神科スタッフの業務負担軽減と病床ダウンサイジング・アウトリーチシフト、地域資源との連携・協働の仕組みを作り、実践している^{2,3,4)}。

本論では、当科の多職種アウトリーチの特徴と

わたなべ ひろゆき, よしの さとる, たかの のりゆき,
いろかわ だいすけ, はせがわ しんや, あおき つとむ

¹⁾千葉大学大学院医学研究院精神医学

[〒260-8670 千葉県千葉市中央区亥鼻1-8-1]

²⁾国保旭中央病院神経精神科

³⁾中核地域生活支援センター海匠ネットワーク

⁴⁾千葉県精神科医療センター

課題について述べ、また当科と、千葉県独自の施策にもとづく民間サービス拠点との協働を紹介する。最後に、東日本大震災に際して上記のアウトリーチシステムを援用した、旭市内での心のケア活動について言及する。

I. 国保旭中央病院神経精神科の多職種アウトリーチシステム

当科では2008年10月より、それまでの一病院完結主義を捨て、地域連携を図り、ほぼ1年間で4病棟180床から救急病棟を含む2病棟80床に削減した。それだけでなく、再発・地域事例化・再入院という回転ドア現象を防ぐため、地域移行・定着のための多職種アウトリーチチームをつくった。以下にその仕組みを紹介する。

1. コミュニティケア実務グループ

当科所属の精神保健福祉士2名と作業療法士1名が、長期入院中に生活基盤が破綻してしまった人の退院後の生活全般を、包括型地域生活支援プログラム「ACT-A」で支えている。

2. 精神科特化型訪問看護ステーション「旭こころとくらしのケアセンター」

2009年10月に開設した。訪問看護師5名と事務員1名で、外来継続・再発再入院防止を主目的とする訪問看護プログラムと、前述のACT-Aを1.のコミュニティケア実務グループとともに実践している。

3. 居住支援グループ

当地において、長期入院者退院支援の最大のボトルネックは、地域に安心・安価に生活できる住居の確保が難しいことである。そこで、科内のメディカルスタッフを中心として「居住支援グループ」を編成し、地域福祉資源との強力な連携のもとに、民間グループホームを2010年2月に、病院立グループホームを同年11月に開設した。開設当初は、家族や住む場所を失っている人の退

院後の受け皿として機能したが、現在は、自立生活への準備を望む人の生活訓練の場として、また家族・近隣との関係が悪化し、従来であれば入院を余儀なくされた人に対しての、一時的なクライシスハウスの役割も担っている。

II. 旭中央病院精神科のアウトリーチの特色と課題

当科のアウトリーチは、病院精神科のコメディカルを中心としたアウトリーチチームと、訪問看護ステーションの2つの母体がある。業務上の利便を考えると、本来1組織であることが望ましい。現行の診療報酬算定基準では、訪問看護ステーションに専従精神保健福祉士を置くことに報酬裏付けがなく、やむを得ず分けている。

また、人口過疎地域をキャッチメントエリアにもつ当科では、訪問先が広く点在しており、長い移動距離を加味すると、1日の訪問件数が最大でも4、5件に限られる。すべての対象者に包括型地域生活支援プログラムACT-Aを当てはめると収支バランスが保てず、短時間の介入で十分な通常訪問を組み合わせ、なんとか運営収益を担保している。

さらに、精神障害に対する地域のスティグマや、ホームヘルプサービスへの気兼ねや羞恥なども強く残っており、ケースマネジメントにおける一層のきめ細かな配慮が必要となる。

III. 中核地域生活支援センター

当科のアウトリーチシフトは、一医療機関の努力のみで実現できたのではない。旭市にある福祉サービス拠点との協働が、当科のプロジェクトの方向性を決定づけたとって過言ではない。

「中核地域生活支援センター」(以下、中核センターと略す)は、県の単独事業として、平成15年より各健康福祉センターの所管区域(広域福祉圏域)ごとに設置された民間の福祉サービス拠点である。児童から高齢者まで、また障害の有無に

よらず、地域住民の生活を支援する。生活サービスのコーディネーター、総合相談、権利擁護を24時間365日体制で対応し、困難を抱えている相談者それぞれに応じた支援を行っている。当科と中核センターとの協働の例を紹介する。

1. 外来中断・再燃・再入院リスク患者への協働

単身外来患者が怠業し、通院も途絶えた場合、緊急の危機介入を行うことは、患者との契約関係を前提とする医療アウトリーチでは難しいが、中核センターでは医療によらない相談支援が可能であり、適切な資源へのトリアージを期待できる。自験例として、疾病への無理解と生活苦から、息子の受療を中断させた父を自宅訪問で説得し、自立支援医療制度利用を手続きし、息子のための就労支援に走りまわり、おそらく未治療の欠陥状態と思われる母を支えるためにホームヘルプサービスを手配すると、あらゆる方法を使って家庭丸ごとを支えていただいた協働事例がある。

2. 地域事例化のおそれのある未受診例への協働

地域の精神保健相談を囑託していると、未受診者の家族や親族からの相談を受けることが多い。しかし、本人の受診意思が不明確な場合、単なる相談のみとなり、結局、後に症状が顕在化し、警察や保健所介入で非自発入院を余儀なくされることもある。そのような場合は、夜間・休日緊急対応となることも多く、医療スタッフも過度な緊張と負担を強いられることとなる。事前に相談がありながら早期介入につながらず、患者との治療同盟も結ばず、また社会資源との連携などの準備ができないまま、非自発的な治療が開始となる。入院に至るまでの家族の孤立感や疲弊も強く、症状改善後も家族の受け入れが難しく、new long stayの要因にもなる。

このような保健相談事例の場合、中核センターと連携することで、本人、家族に起きている問題点のうち、もっとも重要な、あるいはもっとも受け入れやすい道筋から介入を図ることが可能となる。

たとえば、精神症状による育児放棄など児童虐待のリスクがあればその方向から、ドメスティックバイオレンス、老親虐待に発展しそうであれば、その防止の観点からケースマネジメントが入る。

さまざまな資源を迅速につなぎ合わせ、医療を導入するときにはすでに地域支援チームの輪が完成していることもある。医療につながったあとも、後の生活支援を踏まえて日々密な連携をとって、頻回の情報共有、ケア担当者会議への参加、医療アウトリーチとの同時訪問、住居確保支援などを行い、速やかな地域生活への移行を可能としている。

3. グループホーム立ち上げプロジェクトへの支援

また、当圏域の中核センターは専属のグループホーム支援専門ワーカーを常置しており、当科のグループホーム立ち上げプロジェクトの主要なメンバーとして、会議への参加、計画立案、行政文書の作成、規制当局との交渉、事業体の紹介、不動産業者の紹介、入所希望者へのアナウンスや面接など、立ち上げに関するすべてについて、多大な尽力をいただいた。

4. 精神医療と中核地域生活支援センターとの協働の意義

家族内に複数の支援を必要とする人がいるとき、支援主体が別々であると、支援のもれや重複、協働不全が生じやすい。結果として本当に必要な支援が届かず、さらには支援のたらい回しが生じ、困難の解決に向かわず、特定の支援者が丸抱えして燃え尽きてしまうこともある。

しかし、中核センターは、身体・知的・精神障害を包括的に支援し、親の介護や認知症の問題、児童虐待、家庭内暴力、就労支援、居住支援など、さまざまな生活の困難に1つの窓口、ワンストップで対応することができ、支援者にとっても、困難事例に取り組むための大きな支えとなっている。

ただし、中核センターの活動範囲は県内の各圏域で大きな差異があり、当科が幸いであったのは、

震災後1～4週の非常時の仕組みとして科内で共有したもの

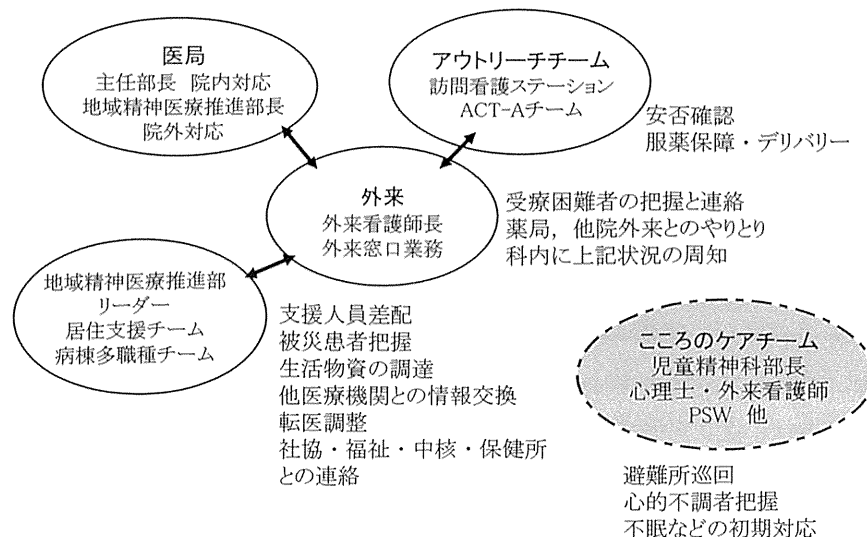


図1 精神科による震災後の地域生活者への対応

当地でこのサービスを担う社会福祉法人が優れた専門スタッフを擁し、精神科領域の支援にも非常に熱心であったことに尽きる。

設立母体の規模やスタッフの専門スキルによるところは多いとはいえ、中核センターのような仕組みは、重複障害、重複困難に晒されやすく、情報にアクセスしたり相談すること自体が苦手な精神科ユーザーとその周囲の人たちにとって、使いやすく、実効力のあるセーフティネットといえる。特に医療機関で自前のアウトリーチシステムを持つことが難しい総合病院精神科や診療所などとの協働による意義は大きく、県内のみならず、国全体の保健医療福祉連携の良いモデルとして検討する価値があると強調したい。

Ⅳ. 東日本大震災時における旭市内の「こころのケア」活動

2011年3月11日の東日本大震災は、東日本太平洋岸に未曾有の被害を引き起こしたが、千葉県旭市においても津波被害により、死者13名、行方不明者2名を出し、住家の全半壊1,267件、住民約700名が避難所生活を余儀なくされた。当地の震災被害は、東北3県のように地域コミュニティすべてを破壊する大規模な被災ではなく、ライ

フラインは一時停止したものの、行政機関や医療機関は機能を存続していた。このことから、当院の救急医療スタッフが市内の避難所の医療支援に入り、人的には自給自足の支援を行うこととなった。

当科は、震災当日にアウトリーチ支援中の患者の安否確認、翌12日にデイケア室やグループホームに被災患者の生活の場を作り、県や近隣の処方箋薬局の協力を得て、道路・鉄道の不通により受療ができなくなった外来患者の服薬保障を行った。それでも薬が届かない場合は、アウトリーチシステムを用いてデリバリーを行いながら、公共インフラや他院の被災状況を把握した。

3月16日からは、4カ所の市内避難所に心のケアチームを派遣し、災害弱者の把握と初期対応、心的不調者への介入を行った(図1)。市内の避難所は5月21日にすべて閉鎖となったため、以降は200戸の仮設住宅への戸別訪問や健康相談を継続した。8月1日からは、前述の中核センターを含む社会福祉法人ロザリオ聖母会が受託した「千葉県仮設住宅生活支援アドバイザー派遣事業」に引き継ぎ、現在も医療連携をはかっている。

これらの一連の災害時のアウトリーチ活動と医療福祉との連携をスムーズに行うことができたのは、平時から密接なチームワークを持って、お互

いの顔が見える協働を積み重ねていたことに拠ると考えられる。

おわりに

どこに住んでいても、相談しやすく、使いやすいサービスが受けられるような精神保健福祉の連携を、私たちは作りたい。それは、当事者のためだけでなく、支援者自身がいきいきと仕事をしていくためでもある。時として、私たちは仕事のタコソボ化に閉じ込められ、孤立無援感に陥り、当事者の苦悩を丸抱えして途方に暮れることがある。そのようなときに、自分と異なる学びや職業観やネットワークを持つ多職種の人たちと、率直で温かい協働のスクラムを組むことで、1人の支援者では到底解決しえない問題をひとつひとつ乗り越えていくことができる。そして、このような経験を通して、仕事に自己効力感を取り戻し、職業人としてより豊かに成長していけるのではないだろうか？

潤沢な経済基盤でも、突出した専門医療技術で

も、また洗練された組織運用システムでもない、このような実践家の連携による困難克服の経験知識こそが、おそらく、当地の精神保健の特色でもあり、最大の強みなのだと、あらためて実感している。

文 献

- 1) http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/dl/kekka_1.pdf
平成22年(2010年)医師・歯科医師・薬剤師調査の概況。
- 2) 渡邊博幸：アウトリーチ：アウトリーチの概念と多職種チームで行うアウトリーチの実践。臨床精神医学, 40;667-674, 2011.
- 3) 渡邊博幸：旭中央病院精神科多職種アウトリーチシステムによる危機状況への対応。精神障害とリハビリテーション, 15;21-27, 2011.
- 4) 渡邊博幸：「抱える」医療から「つなぐ」医療へ：総合病院精神科のダウンサイジングから始まったACT。高木俊介, 藤田大輔編：こころの科学 実践！ アウトリーチ入門。日本評論社, 東京, pp.116-122, 2011.

Ⅱ．効果のみられたチーム医療

2部：実践編

6．地域における 効果のみられた チーム医療

渡邊 博幸 千葉大学大学院医学研究院 精神医学准教授

POINT

精神科ユーザーの様々なニーズに沿って、迅速で質の高い支援を行う方法として、多職種チームアウトリーチ*¹はすぐれた方法といえる。千葉県国保旭中央病院神経精神科（以下、当科）では、さらに、地域の保健、福祉資源と協働し、いわば組織間（多施設）多職種アウトリーチを実践し、退院促進、地域定着、再発防止をはかっている。

当科のアウトリーチ実行主体は、①精神科特化型訪問看護ステーション『旭こころとくらしのケアセンター』、②精神科コミュニティケア*²実務グループ、③居住支援グループである。当科と協働する重要な地域資源として、中核地域生活支援センター*³『海匠^{かいそう}ネットワーク』を挙げる。

地域における多職種アウトリーチを成立させる基盤として、①十分な資源、②効果的なリーダーシップ、③信頼関係、④業績評価と報酬システムの観点から、医療での制約を考察した。最後に、多職種チームは支援者にとっても働きがいがあり、また、自分たちのセーフティネットにもなりうることを強調した。

はじめに

一般的に、多様なスキルや判断、経験を必要とする業務の場合は、チームのほうが、個人よりも高いパフォーマンスを発揮することが明らかとなっている¹⁾。精神科ユーザーの地域生活における困難やニーズは、医療のみならず、居住、種々の制度利用、日常活動、就労など多面的である。これらのニーズに、迅速かつ柔軟に対応し、質の高いサービスを提供する上で、多職種チームを導入することは、必然といっても過言でない。

いまだ途半ばといえる“入院医療から地域生活へのフレームシフト”²⁾という、わが国の精神医療の喫緊の課題に取り組むべく、2011年度から、新たに施行されることとなった「精神障害者アウトリーチ推進事業」³⁾でも、多職種によるアウトリーチチーム構築が必須となっている。

千葉県東部地域の基幹病院である、国保旭中央病院の神経精神科(以下、当科)では、精神医療ニーズの高まりと、特に地方市町村における医療崩壊危機を受けて、2009年から、多職種チームによる精神科救急治療、退院支援、アウトリーチ支援を展開している。特に、アウトリーチに関しては、前述の「推進事業」同様に、受療中断者、地域生活での危機が生じている未受診者への介入、長期入院者の退院後の地域定

着と再入院防止などを、院内多職種のみならず、圏域の他医療施設や福祉資源、行政諸機関との密な地域連携・協働のもとに実践している。

いわば、“一組織内多職種チーム”から、さらに踏み込んだ、“バウンダリーレス^{*4)}”な組織間(多施設多職種)協働チームをつくり、精神科ユーザーの支援を行っているのが、特徴である^{4~6)}。

この項では、当科の多職種アウトリーチの仕組み、地域の医療福祉資源との協働を紹介し、このチームにより支援している、2つの事例を紹介する。最後に、地域における多職種チームの成立基盤を考察する。

旭中央病院神経精神科の多施設多職種チームアウトリーチ

1 “抱える医療”から“つなぐ医療”への転換

歴史的に当科は、統合失調症を主な対象とする精神科病床を最大237床有し、“一病院完結主義”の診療文化のなかで、救急から退院後生活支援までを、科内でまかなっていた。特に、統合失調症向けのリハビリテーションに早くから取り組み⁷⁾、退院支援の経験も豊富な多職種(作業療法士5人、精神保健福祉士〔psychiatric social worker: PSW〕8人、心理職4人)が、総合病院精神科としては、大変潤沢に配置され

*1 アウトリーチ

支援を必要としているのに、①自ら求めることができない人、②求めようとしない人、③求めても既存の支援システムには届かないで、こぼれてしまう人たちに、その人たちの生活の場に出向いて、支援や助言を提供すること

*2 コミュニティケア

ノーマライゼーションの考えに基づいて、障害があっても、地域で暮らせるように支援するという社会福祉の考え方

*3 中核地域生活支援センター

千葉県の単独事業として、平成15年より、各健康福祉センターの所管区域(広域福祉圏域)ごとに設置された、民間の福祉サービス拠点である。2011年現在、14カ所設置。身体・知的・精神障害を包括的に支援し、親の介護や認知症の問題、児童虐待、家庭内暴力、就労支援、居住支援など、様々な生活の困難に、1つの窓口で対応できる(本文参照)

*4 バウンダリーレス

バウンダリーレスな組織(境界なき組織)は、階層性を排除し、指揮系統もなくし、さらには会社と顧客、関連業者という外部の境界すらも取り去って、その代わりに強力なチームを設定するという概念

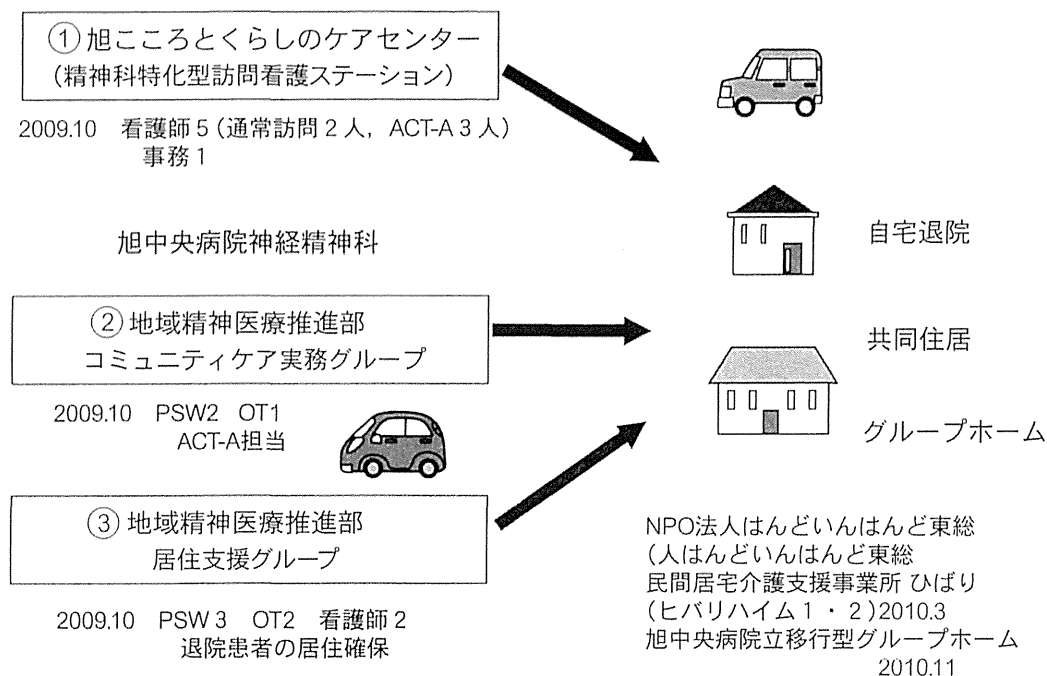


図1 旭中央病院神経精神科のアウトリーチの仕組み

いずれも 2009 年 10 月に開設した組織。①と②がペアになって、アウトリーチを実行することが多い。③は、グループホームの立ち上げと運営。

ACT：包括型地域生活支援プログラム，PSW：精神保健福祉士，OT：作業療法士

ていた。

しかし、豊かな人材を有していても、2008 年度までは、アウトリーチを組織的に行う体制を整備しておらず、精神科多職種スタッフ個人が、通常業務以外の時間を使って、無償で行っている状況であった。その結果、仕事のタコツボ化や組織感情の悪化、過重労働や情報共有不全を招いた。ユーザーの症状再燃に集団で対応できず、救急事例化、再度の非自発入院に至り、本人も家族も、そして支援者も、自己効力感を奪われ、疲弊と諦めのなかで、再び長期入院化してしまうパターンが珍しくなかった。

このような支援スタッフの個人的努力に頼る“抱え込み医療”から、院内外の専門職や、本人家族の力を集めて多職種チームによる“つなぐ医療”に変えることが、当科スタッフ共有の目的となった。

2 国保旭中央病院神経精神科の 3つのアウトリーチシステム

精神科ユーザーの地域生活を支援する仕組みとして、2009 年 10 月に、以下の 3つの組織、①精神科特化型訪問看護ステーション『旭こころとくらしのケアセンター』、②コミュニティケア実務グループ、③居住支援グループをつくった(図1)。それぞれが、互いに、また院外の資源と結んで、地域支援を行っている。

1) 訪問看護ステーション『旭こころとくらしのケアセンター』(表)

旭こころとくらしのケアセンター(以下、AKK)は、精神科特化型訪問看護ステーションとして、旭中央病院から約 6 km 離れた場所に開設した。当科のみならず、圏域における精神科アウトリーチの中心的役割を果たしている。AKKには、現在 5 人の訪問看護師が所属しているが、うち 2 人は、「訪問看護旭」というサー

表 精神科特化型訪問看護ステーション『旭こころとくらしのケアセンター』における2つのアウトリーチプログラム

訪問看護師 5人(精神科経験者 4人, 内科経験者 1人)

	訪問看護旭 2人	ACT-Aプログラム 3人
目的	治療導入・受療継続支援 受療中断・再発・再入院防止	重い生活障害, 退院患者の地域生活援助
対象	軽・中等症外来患者や初発例より 幅広い障害に迅速に対応 広い訪問キャッチメント範囲	統合失調症・双極性障害 (GAF40 前後) 1:10のケースロード 旭市と隣接2市(銚子・匝瑳)
支援内容	情報提供・症状把握 服薬支援・指導・受療支援	住居・日常生活・諸手続き支援・ 身体的健康に関する支援・経済的 サービス利用・就労支援・家族支 援・社会参加の支援・緊急時往診
報酬外活動	初発緊急支援・身体科受診援助 身体科入院患者相談・病棟スタッ フへの技術支援・家族相談	ケア会議参加 退院前訪問 病院カンファ, 会議への出席

訪問看護ステーションでは, より軽症中等症向けの訪問看護旭と, 生活障害が重い方向けの包括型地域生活支援プログラム(ACT)の2つの支援を行っている。

GAF:機能の全体的評定尺度

ビスを担当する。

これは, 半径30km, 1日の移動距離にして120kmという広い訪問キャッチメントエリアを受け持ち, 軽・中等症外来患者の受療継続支援や, 再燃再発・再入院防止, 身体併存症のある精神科ユーザーの健康管理や初発例の治療導入など, 幅広いニーズに迅速に対応する。

ほか3人の看護師は, 包括型地域生活支援プログラム(以下, ACT)⁸⁾を担当する。このACTは, 重い生活障害をもった当事者(現在のところ, GAF〔Global Assessment of Functioning:全体的評定尺度〕評価で, 40点以下の統合失調症と双極性障害に限定)を対象とし, キャッチメントエリアも, 旭市と銚子市, 匝瑳市の隣接2市(おおよそ車で30分圏内)に限っている。また, 看護師1人につき, 10人までのケースロードを敷いている。

支援内容は, 医療・住居・日常生活・制度利用諸手続き・経済的サービス利用・家族支援・社会参加・就労・緊急時訪問など, あらゆる生活医療分野にわたっている。

このACTは, 後述のコミュニティケア実務グループの所属する相談職系多職種と, 1対1のペアを組むが, 医療職としての業務(服薬指導や健康管理など)はもちろんのこと, 相談職系のケースマネジメント^{*5)}も, 職種横断的に行う。より重篤な障害をもっている場合や, 退院から間もない場合などは, 複数名訪問でも対応している。運用実績は, 2009年10月開設時, 登録ユーザー数53人, 月のべ訪問件数140件が, 2011年3月では, 87人388件と増加している。

2) コミュニティケア実務グループ(図2)

コミュニティケア実務グループは, 当科に所属する精神保健福祉士2人と, 作業療法士1人

*5) ケースマネジメント

ケアマネジメントともいう。生活の困難さをもっている人を対象に, セルフケアを向上することを目標に, 仲介, 連結, 権利擁護, 調整, 社会的ネットワーク形成, モニタリング, 評価をすること

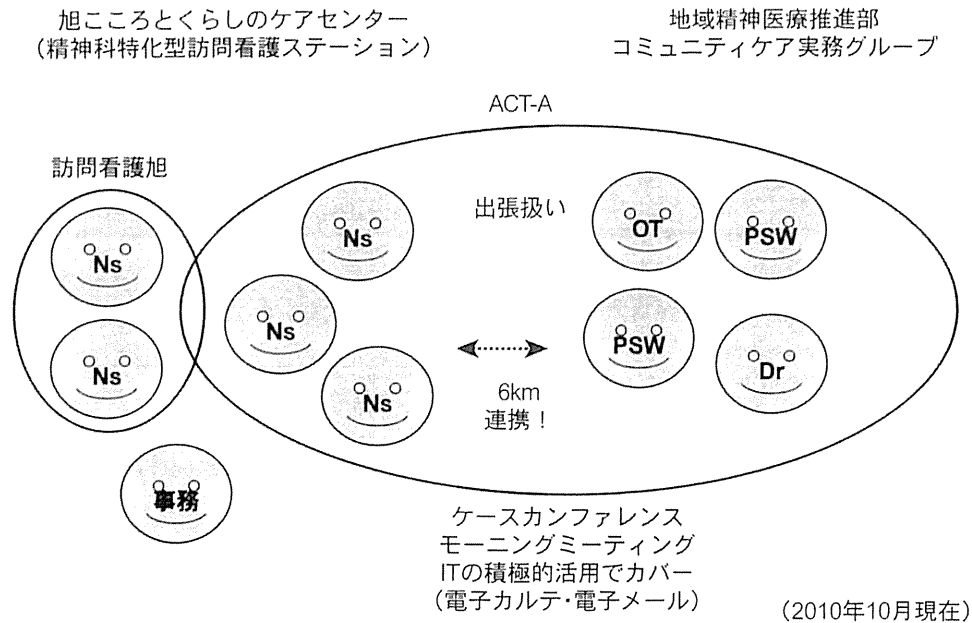


図2 当科(国保旭中央病院神経精神科)のアウトリーチは2施設の連携協働チーム ACT-Aは、包括型地域生活支援プログラム旭の略称。訪問看護ステーションの訪問看護師と精神科のコミュニティケア実務グループが、1対1のペアになって、様々な介入を行う。
Ns: 看護師, OT: 作業療法士, PSW: 精神保健福祉士, Dr: 医師

で編成される。その業務は多岐にわたり、当科のアウトリーチ体制全体のマネジメント(計画立案研修統計解析など)を担うとともに、重大な生活障害をもつ人の地域生活支援(主に、制度利用手続き、経済的支援、就労支援など)を「包括的地域生活支援: ACT」で行っている。単独訪問または、前述の訪問看護ステーションのACTチームと、ペアを組んでの複数名訪問を行う。

また、ACT対象外の地域移行ユーザーのケースマネジメントを行い、圏域内精神科医療施設、行政福祉との連携窓口にもなる。

グループの訪問実績の推移は、開設時の2009年10月と、2011年3月の比較で、登録者は33人から96人に、件数にして、月127件から153件に増加した。年間支援件数は、開設前の2008年度が1,056件、2010年度は2,025件となった。

開設時、グループ以外の精神科多職種スタッフが、個々に抱えているケースが45%もあったが、次第に専門チームへの移行が進み、2011年

3月現在では、74%が専門グループメンバーの訪問に集約されている。

3) 居住支援グループ

安全便利で安価な住居確保は、アウトリーチ医療の実施主体にとって、最も大切で、また最も難しいテーマの1つである。地域のグループホームは常に飽和状態で、新たなグループホームを自前で開設する必要が生じた。

このミッションを担当したのが、当科の『居住支援グループ』である。精神保健福祉士3人、作業療法士2人、看護師2人で構成されたが、計画の初期段階から、地域の福祉資源をメンバーに加え、2週に1回のミーティングを開き、地域との強力な連携をつくり、民間の居宅介護支援事業所によるグループホームを2010年2月に、病院立の移行型グループホームを同年11月に相次いで開設し、計10人の退院の受け皿とした。

その後、居住支援グループは、住む場所を

失っている人や、精神症状により家族・近隣との関係が悪化した人に対して、様々な居住確保を行っている。また、自前のグループホームを運用している強みを生かして、外来診療と連動した、生活技能獲得のためのリハビリプランを提供している。

最近では、家族からのドメスティックバイオレンスを避けるための、緊急のグループホーム斡旋など、入院を要する精神症状はないものの、社会や家族からの疎外という観点では、緊急介入が必要なケースに対して、一時的な居住支援を行う機会も増えている。

従来は、このようなクライシスの場合、医療職の主導による精神科入院が選ばれがちであった。しかし、相談職主体による安全な居住の確保・支援を行うことで、ユーザーの対処可能感を損なわずに、融通の利くサービス提供が可能となった。

中核地域生活支援センター『海匠ネットワーク』との多施設多職種連携

前述のように、当科のアウトリーチは、組織間多施設多職種連携が特徴であるが、なかでも、多職種チームの主要メンバーとなり、アウトリーチ推進を強くバックアップしているのが、『海匠ネットワーク』という圏域の中核地域生活支援センターである(以下、中核センター)。

中核センターは、千葉県の単独事業として、平成15年より、各健康福祉センターの所管区域(広域福祉圏域)ごとに設置された、民間の福祉サービス拠点である。身体・知的・精神障害を包括的に支援し、親の介護や認知症の問題、児童虐待、家庭内暴力、就労支援、居住支援など、様々な生活の困難に、1つの窓口、ワンストップで対応することができる。

中核センターとの協働の例として、外来中断

例に対する自宅訪問から、再受療支援、就労支援制度利用の斡旋、未治療の地域事例化ケースに対して、本人・家族が受け入れやすい道筋から(例えば、児童保護や老親介護の観点から)緊急に、家族の支援に入りつつ、本人の相談ニーズを引き出すなど、多岐にわたる。

さらに、当圏域の支援センターには、専属のグループホーム支援専門ワーカーが配置されており、当科のグループホーム立ち上げプロジェクトの計画立案、各利害関係者調整、規制当局への許可申請など、すべての専門的な手続きを主導していただいた。

多施設多職種チームによる地域支援事例

以下に、(多施設)多職種チームの協働により、地域生活移行・維持、危機の回避が可能となった事例を、2つ提示する。(両事例とも、文脈が変わらない程度に、年代や生活歴などを変更している)

アウトリーチチームと外部グループホームの協働で地域移行・定着(図3)

事例1：30代男性、統合失調症

【家族歴】父は統合失調症で当科通院中、母は双極Ⅰ型障害で離別後死去

【現病歴】中卒後、短期アルバイトするが続き、20歳時に窃盗、家宅侵入などで、警察に保護され、以降計6回の入退院のなかで、ほとんどの年月を精神科入院で過ごし、自宅での生活は合算しても6カ月に満たなかった。

① 多職種チームの編成

X年、退院して間もなく、被害関係妄想に基づき、隣家の老女を暴行して7回目の措置入院

- ・基本は4～5人のチーム
- ・ペースメーカーはPSW
- ・2～4週に1回開催，1回1時間

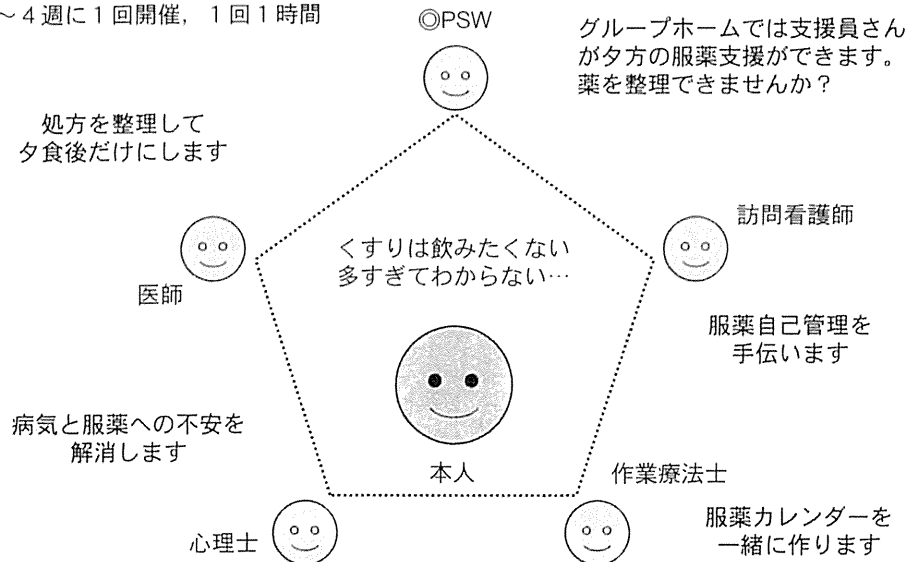


図3 【事例1】アウトリーチチームと外部グループホームの協働で地域移行・定着事例1に対する多職種チーム。『服薬自己管理』という1つのテーマについて、それぞれのメンバーがスキルに合わせて関わる。
PSW：精神保健福祉士

となり、3年近く入院が続いた。幻聴、被害妄想に基づくスタッフへの暴力や自傷が続き、唯一の肉親である父も、本人の障害年金の使い込み、借金問題を抱えているなど、様々な要因から退院が困難となっていた。

X+2年7月、本人の退院をはかるため、多職種チームが編成された。メンバーは、精神保健福祉士、医師、心理職、作業療法士、病棟看護師、訪問看護師の6人で、後にグループホームのサービス管理責任者が加わった。

疎通困難な本人の言葉を丹念に拾い、種々のニーズ、長期化要因が検討され、2週に1回のミーティングを行いながら、それぞれの知恵を出し合っ、ときには他メンバーの治療について、それぞれの立場で検討・助言したり、ときには、近接する業務を別の職種が代行したりして、足並み揃えた協働を進めた。

その結果、服薬自己管理、金銭問題の解決、居住先候補の選定、試泊などを経て、1年後のX+3年7月に、他施設で運営するグループ

ホームに退院した。

2 退院後の経過

退院後は、週に1回の外来通院と、包括的地域支援プログラム(ACT-A)のアウトリーチ支援を週4日利用し、平日は、医療スタッフが必ず関わる形になっている。訪問は、AKK男性看護師1人と、コミュニティケア実務グループ男性PSW1人が担当している。

単独、または複数訪問を行うほか、時々、病的体験に圧倒され、グループホームから出られなくなってしまうときは、訪問スタッフと相談して、医師が往診することもある。

外来受診時に、本人と受療支援付き添いのPSW、他のチームメンバーも同席して、ミニケア会議を行って、短期的な目標を共有したり、早期再発兆候を確認して、支援体制を調整したりすることもある。

このような、多職種間の迅速な情報交換と細かな支援により、幻聴体験が続いている状態で、

何度か、トイレや自室のドアに穴を開けてしまう逸脱行動はあったものの、以前のような自傷他害行為には至らずに、退院後2年が経過しようとしている。時々ではあるが、知り合いの仕事を手伝い始め、幾ばくかの小遣いも得ている。

多職種チームで家族関係を修復し、地域資源につなげる (図4)

事例2：50代女性，統合失調症

専門学校卒業後、会社員となるが、23歳頃に、「同僚からテレパシーで嫌がらせをされる」ことを悩み、退職。幻聴体験に圧倒され、24歳時に当科初診。薬剤治療で軽快したが、「結婚の支障になる」という理由で、27歳時に中断。28歳で結婚、一子をもうける。

① 自殺企図を繰り返し、家族とも疎遠に

結婚・出産以降は、婚家で農業を手伝っていたが、34歳時に幻聴が増悪。服薬への拒否感が強く、家族への被害的言動、農薬服薬による自殺企図などから家族との関係も悪化、4回の医療保護入院を繰り返した。

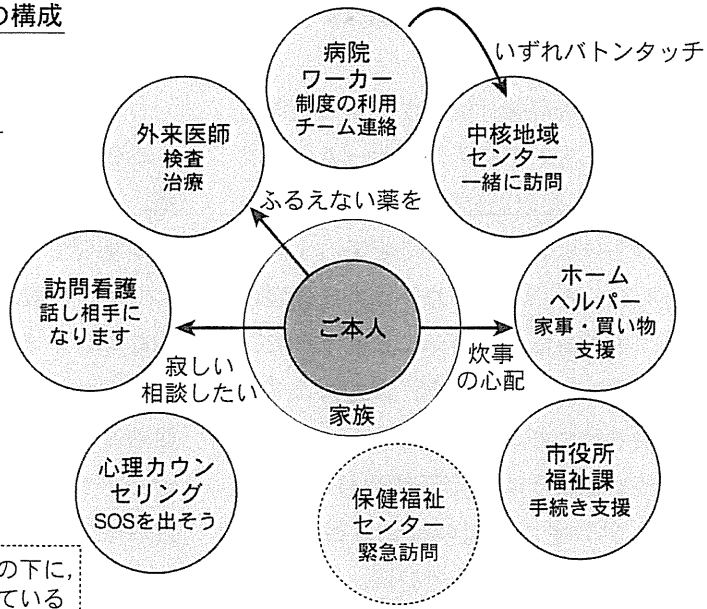
約10年前から家族とは疎遠となり、唯一姉のみが、本人をかばって、実家の離れに住まわせていたが、50代の8月、「生きていても仕方ない」と思い立ち、姉宅で胸部自傷、当院集中治療部救急入院となり、そのまま当科5回目入院(措置入院)となった。

直ちに多職種チームが編成され、薬物療法の見直し、服薬指導、心理的サポートなどを行い、本人のリカバリープランを検討することとなった。

本人からは、「もう姉宅にも戻れないこと」、「夫や子どもと仲直りしたいこと」、「夫と一緒にショッピングをしたい」希望があること、な

多職種支援チームの構成

- 支援の目的
 ①誰かに相談できる
 ②家事の不安を減らす



*実際はそれぞれの職種名の下に、担当者名と連絡先を記入している

図4 【事例2】多職種チームで家族関係を修復し、地域資源につなげる

退院間近の第3回目のケア会議(本人家族同席)で用いた資料を改編。この説明を受けて、夫が自宅退院を了承した。住居が遠方のため、ACT(包括型地域生活支援プログラム)介入ができず、通常訪問看護とPSW(精神保健福祉士)によるケースマネジメントを用いて、地域資源への橋渡しをする構造。

どが語られた。

② チームアウトリーチ体制

そこで、入院中に夫や息子との関係を修復する手伝いをして、自宅への試泊を試みることとなったが、当初は夫の強い反対があった。何度かの説得を試み、本人を日中支援するチームアウトリーチの体制を組むことを提案し、翌年の2月に退院となった。家族を交えたケア会議の際に用いた資料を、図4に示す。

本人への支援レベルとしては、ACT-Aが該当するが、自宅は訪問エリアを越えていたため、AKKによる通常訪問看護を週1回、使うことにした。また、チームのPSWが、ケースマネジャーとして月1～2回の訪問で地域制度利用を援助し、そこに圏域の中核センターが、同時訪問で入った。さらに、週2回のホームヘルプサービス、緊急時の行政福祉担当者の訪問を組み合わせた。

③ 家族の支えと地域の福祉資源への移行

数年ぶりの自宅退院後、「炊事ができないかもしれない」との不安から導入したホームヘルプサービスは、「思った以上に料理ができたので、かえってくつろげない」ということで、1カ月ほどで中止した。その後は、息子が外来通院に同伴したり、夫も昼間に仕事から戻ってきて、夫婦で食事を作って食べるなど、家族による支えの機能が戻りつつある。

それと並行するように、AKKや当科PSWによる訪問は、少しずつ地域の福祉資源に移行し、ステップダウンをはかっている。

経過中に、被害関係念慮が増し、抑うつ的な時期もあったが、いずれも早い段階で、家族や支援者から連絡が入り、対処できた。臨時のアウトリーチ支援を行ったり、処方調整したり、また、チームの心理士が再来時に対応し

て、急性増悪を頓挫させている。本人も、一度調子が崩れると歯止めがきかないのではないかと、という不安を感じていたが、「最近は相談できるから大丈夫」と、安心感を持てるようになった。

地域における多職種チーム医療を成立させる基盤

精神科ユーザーの地域生活を支えるために、多職種アウトリーチを投入することに異を唱える向きは、ほとんどないであろう。では、現在の医療制度や環境は、多職種チーム医療を促進する基盤を、整備できているだろうか？

ロビンスは、チームのパフォーマンスに最も関係する項目を、以下のようにまとめている⁹⁾。その上で、医療チームにおける制約や問題点を考察する。

■ チームのパフォーマンスに最も関係する4つの基盤

1) チームを運営するにあたり、十分な資源がある

母体となる組織から、十分な情報、設備、人員、心理的な奨励、事務的な支援があるかどうか重要である。当科のアウトリーチは、幸いにして、開設段階から、電子カルテの共有、清潔なオフィス、訪問用の車両などを受けることができた。しかし、特に組織間多職種チームを組むことになると、それぞれの組織の運営方針とのすり合わせや、所属長の承認、コストと収益の分配など、多くの点で調整が必要となる。

今のところ、中核センターは、県からの補助金のみの運営で無料のサービスであるが、民間事業所と組むときには、1時間の会議参加だけでも、経営的負担になっていないか、配慮する必要がある。

当科の位置する海^{かい}匠^{そう}地区では、2011年1月よ