

2021/10/2

勝手に地域精神保健センター をやってみたら

ささえ愛よろずクリニック

院長 今村達弥

URL)<http://www.yorozu-caretown.com>

日本の精神医療の現状と打破（私見）

- 民間偏重（経営論理＞地域責任）
 - 精神科ではアクセスの良さは活かされにくい
- 身体科との差別
- 入院偏重（ベッドは作れば埋めざるをえない）
- 金銭欲、研究欲＞地域献身欲
- 外来、訪問、入院のバランスを身体科並みに
- 総合病院内に精神科が並立
- 高齢者医療並みに地域にレスパイト機能（福祉）がある

ちぐはぐな精神医療政策

- 2017年；「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（略称にも包括）提唱
- 2018年；精神科在宅患者支援管理料新設
- 2021年春；同廃止
「にも包括の構築に関わる検討会」報告書では、かかりつけ精神科医機能としてケースマネジメントとアウトリーチが求められている・・・

※精神科病院出口後の議論に偏重、入口前の地域ケアのインセンティブが疎か

※事例化報道に翻弄、圧力団体に左右

※極端な理想かもしれないがすべて税金で賄う公的医療が構築されるべきか・・・

私がささえ愛よろずケアタウンに至るまで

- 1995年よりほぼ同一地域(新潟県旧新津市)で医療に携わる
→ **キャッチメントエリア**の意識化
- アルコール医療で身体科の壁を感じ、1999年精神科へ
- 2006年「ささえあいコミュニティ生活協同組合新潟」設立
→ 黒岩卓夫初代理事長のもと **小規模多機能型**居宅介護を県内に展開
- 2012年9月、「ささえ愛よろずクリニック」開設

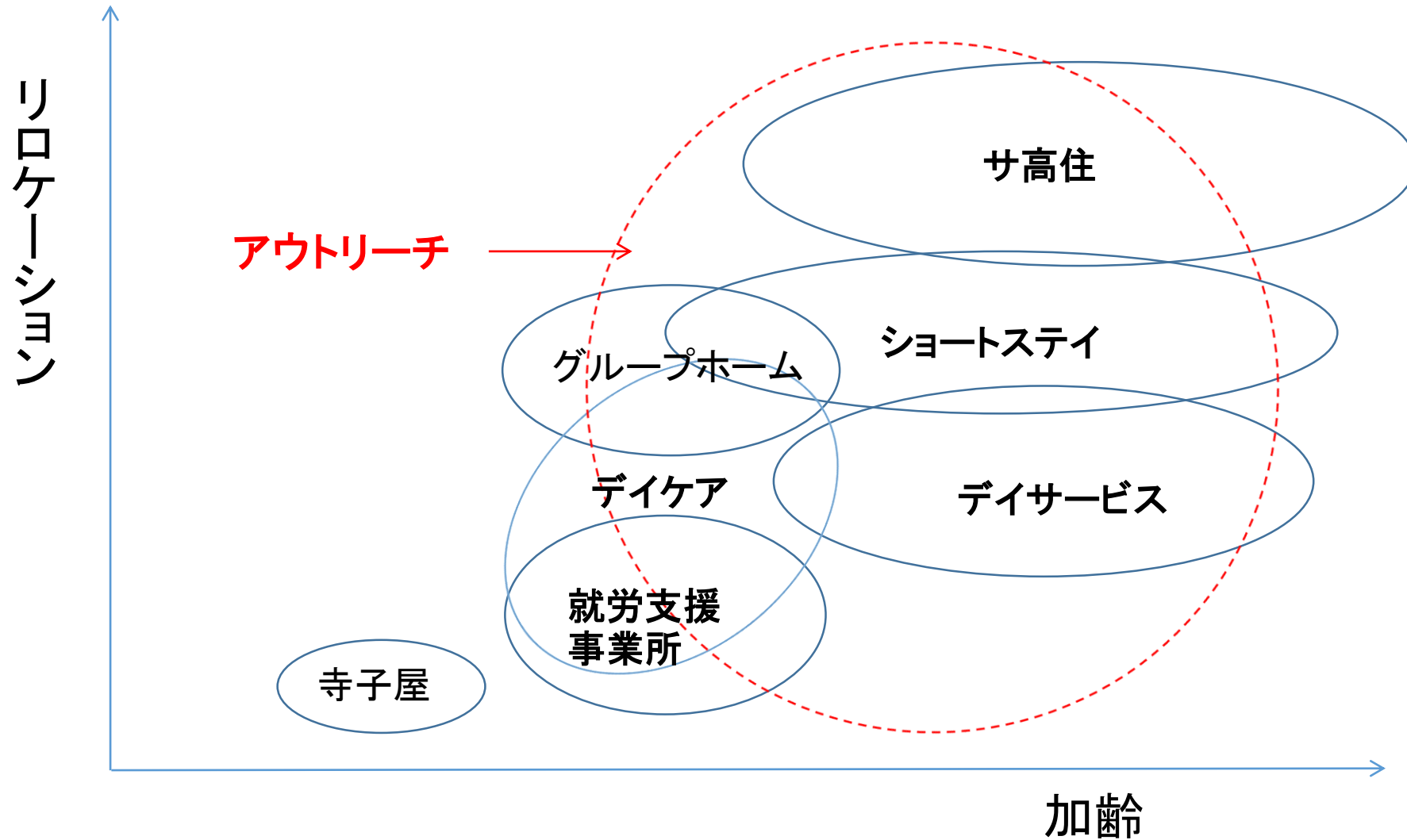
認知症ケア、緩和ケアモデルを始め、ニーズに適応してケア展開しているうちに、統合失調症モデルでいう多機能型精神科診療所になっていた。

ささえ愛よろずケアタウンの今

- **多機能型精神科診療所**を中核に医療と福祉の総合ケアセンターを形成
- 精神障害者と高齢障害者の双方に対するケア制度、ケアノウハウを相互に活用
- 地域の**全障害、全世代**を対象に、通い・訪問・泊り・住いのケアの提供

	通い	訪問	泊り	住い
高齢	デイサービスてまり歌	精神科訪問看護 訪問生活介護アネロ	ショートステイたけのこ	サ高住 良寛
精神	デイケア	精神科訪問看護 訪問生活介護アネロ	たけのこ空床利用 統合医療研究所	グループホームへちま

ケアタウン・サービス群の構成図



やっちゃんえ地域精神保健センター（現況）

- 外来約**1600人**/月（新患約**60人**）
 - 医療観察法指定通院医療機関（現在1名）
 - 精神科入院紹介**2人**/月平均
 - 救急病院からの自殺企図者逆紹介フォロー**1人**/月平均
 - 強化型在宅療養支援診療所
 - ・訪問診療 **48人**（往診のべ17回/月）
 - ・在宅（施設）医学総合管理**16人**（6:10）
 - ・在宅看取り**3人**/年以上
 - ・訪問看護 **83人**（のべ221回/月）
 - 多職種ミーティング；5回/月
 - 医師の参加する合同カンファ；2回/月
 - 家族教室；2回/月
 - 新潟ダルク、GA後方支援
 - 院内自助グループ（摂食障害、双極性障害）
- 肉声を交わすことの重要性

アウトリーチが要！そして文化

- アウトリーチの重要性

- * **モチベーション・パラドックス**; 心理社会的問題が重度であるほどケア希求モチベーションは低くなる。

- 文化の重要性

- ・文化は‘心の被膜’となる。

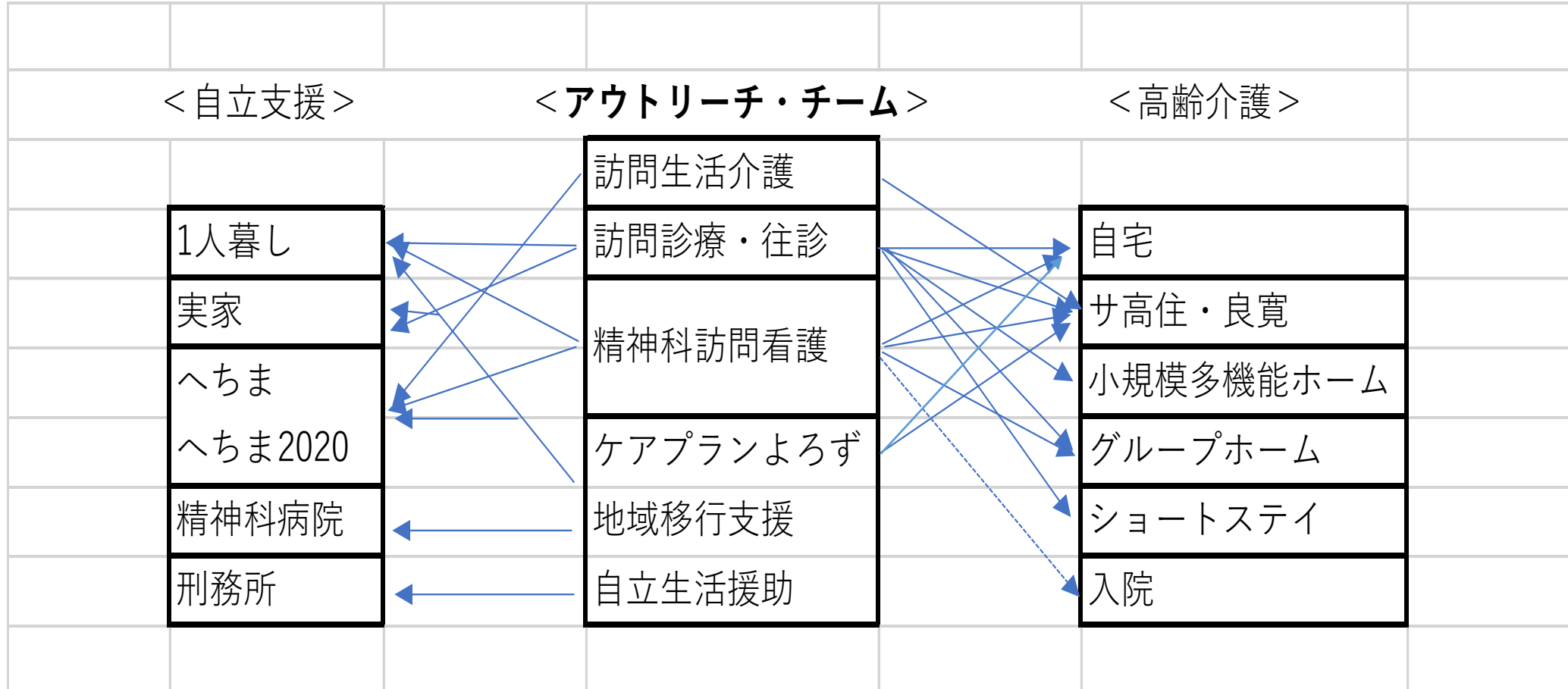
- ・スティグマの問題に文化的レベルで取り組まない限り、障害を持つ人々の人生を変える可能性は生まれない!?

- ・直接返しよのない借りを他のご縁にお返しする地域ケア文化づくり(→インクルージョンへ)

当院のアウトリーチ体制

- 医師;精神科常勤1、内科非常勤2、リハビリ科非常勤1
- 看護師;5名(外来、デイケア、訪問、施設を‘相互乗り入れ’)
- PSW;2名(/4人)
- OT;2名
- 在宅患者支援室設置

ささえ愛よろずケアタウン・アウトリーチ体制



真のニーズにたどり着いているか？

わがままと言わず→おせっかいを焼かず、匂を逃さない

		支援者の認識	
		あり	なし
当事者のニーズ	あり	○	わがまま
	なし	おせっかい	Unmet needs

精神障害者グループホームの脱施設化？

- 精神科病院に社会的入院している人を解放しようと、2017年よりグループホームへちまを開設、2020年には2棟目へちま2020を開設。
- へちまはサテライト型とし、2019年自立生活援助サービスも開始し地域生活への階段を用意。
- へちま2020には「新潟統合医療リハビリ研究所」を併設し、不登校児(寺子屋)や支援者へのアートセラピー等を提供し、地域との多面的な接点の可能性を追求。
- 入居者および研究所利用者に依存症者を受け入れ、内観を活用した一方的強制でない支援を行っている。

今後目指したい方向

- 当事者のニーズと資源を共同発掘
- 関係性資源を強化し生活再建を目指す(生活臨床モデル)
- いまさら精神医療の公的化は望めない(法人格の活用)
- 骨抜きになりつつある「にも包括」を甦らせる
- ステイグマ抑制、インクルージョン促進のためには、医学モデルから社会モデルへの転換が必要
- 人的協同資本づくりへ(人的資源は戦争用語)
- 対話の力を信じたい(対話→説得→管理に陥らないためには?)

自助・互助・公助のバランスと 法人格の活用

- 国、地方公共団体→公助を求める正当性（憲法第25条）
- 社会福祉法人
- 医療法人
- **生協法人**
- 一般財団法人
- NPO法人、株式会社

ささえ愛よろずケアタウン

→「**労働者協同労働法**」の可能性（障害者自身による仕事おこし）

イタリアの社会的協同組合のようになりうるか？

対話を求め続けること

←敬意ある好奇心

		自分の対話ニーズ	
		あり	なし
相手の対話ニーズ	あり	○	第三者的くうわの空
	なし	モノローグ ∧ 疎外感	×

↑無知の姿勢

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の一環 および自殺対策としての新アウトリーチ事業の提案

これからの精神保健医療福祉のあり方として、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが求められている。アウトリーチは、長期引きこもりや長期治療中断者はもちろん、初発を含むすべての精神的危機状況に対応する手段としてこのシステム構築の要である。またメンタルヘルスには、モチベーション・パドックスがあり、自殺対策を含めた危機介入にアウトリーチ支援の重要性は非常に高い。しかし、地域によっては医療との連携の難しさもあり実効的なアウトリーチ支援はなされていないのが実情である。

事業概要

- 精神科医療資源の乏しい地域のメンタルヘルスニーズにアウトリーチで即時対応する。医療につなげることを第一目的とせず、コメディカルを中心にピアや市民を含めた対話の力で対処できることを実践していく。
- イメージとしては、認知症初期集中支援チームの対象年齢、疾患の制限を取り払い、事前相談から支援の対象とするもの、
- あるいは、地域限定のいのちの電話に出張相談がセットになったもの。

支援内容

支援理念、方策としてオープンダイアログを採用し、生活臨床による家族支援(家族のもつ価値観を尊重し、その文脈で家族運営が順調にいくよう支援する)も取り入れて地域のニーズに応じていく。あわせて支援者の研修や、サポーター養成講座なども開催する。

※オープンダイアログとは

・フィンランドで始まった地域精神保健の取り組み。精神病急性期の介入法として薬物治療や入院治療をほとんど行うことなく極めて良好な治療成績を上げている。

・以下の原則で行うアウトリーチ支援;

- ①生活現場でのメンタルヘルスニーズに当事者との対話主義で即時対応する。
- ②当事者のことは支援者だけで協議することなく、社会的ネットワークを重視して現場で車座になって対話する。
- ③個々の関係性を尊重し、それぞれの関係性の中でいくつもの現実があることに耐え、拙速に「結論」に導こうとせず対話が続く関係を維持していく。
- ④ニーズに合わせて柔軟かつ機動的に対応し、チームで責任を持ちなじみの関係で継続支援する。

実施主体とチーム構成

- 多機能型精神科診療所を運営する医療法人などが委託を受け、保健所や地域の基幹相談支援センター、地域包括支援センターと協力して行う。
- 看護師、精神保健福祉士、作業療法士、嘱託精神科医、公認心理士、保健所保健師ほか対象者に応じて地域の社会福祉士、相談支援専門員、加えてピアおよび市民サポーターが最低2人以上で1ケース毎にチームを組み、内1人は毎回の訪問に参加する。

対象

- 対象地域住民であり、何らかの精神失調が疑われ、精神科受診が困難な人で、どの医療機関にも現在有効なカルテがない人。
- 疑われる疾患は統合失調症圏、神経発達圏、認知症圏、依存症圏、気分障害圏など。
- 電話直接アクセスや、医療機関、保健所、基幹相談支援センター、地域包括支援センターなどに寄せられた相談に随時対応する。

精神失調者へのアウトリーチサービス比較

	対象	財源	拠点	初動手続き	多職種
新アウトリーチ	どの医療機関にも現在有効なカルテがない人	公費(600万円/年!?)	ステーションに併設?	電話などの相談に即応	Ns,PSW,OT,Dr,公認心理士、ピア、市民
精神科訪問看護	拠点医療機関に有効なカルテがある人	医療保険のみ	精神科医療機関	主治医指示	Ns,PSW,OT
訪問看護	身体科カルテがあるか、拠点以外の精神科カルテがある人	介護保険が主	訪問看護ステーション	ケアマネを介し訪問看護指示書	Ns,OT,PT

- ・新アウトリーチは、迅速性、多職種性に最も優れるはずであるが、財源が十分確保できるかが問題。
- ・精神科訪問看護は、多機能型精神科診療所の力が最も発揮できるアウトリーチサービスである。
- ・ステーションからの訪問看護は、看取りまで含めた長期的フォローが得意であるが、身体科にかかっているものの精神科併診を拒む人へのアプローチとしても有効であろう。
- ・できれば同一機関で3つのアウトリーチを複合することが望ましい?