

3-1 学校との連携／つなぐ・つながる医療 精神科診療所から見た精神科医療 ～学校コーディネーターによる学校との連携～

大瀧和男

Kazuo Otaki

はじめに

当院は、2003年1月に愛知県東三河地域（人口約77万人）では初となる児童思春期を中心に診療する精神科クリニックとして開院した。愛知県のうち、名古屋市を中心とする尾張地域は以前から人材豊富であるのに対して、県東部の東三河地域は児童精神科医がほとんどいない状況であった。筆者は開業前、公立病院精神科や精神科病院に勤務し、通常診療の傍ら、児童外来を細々と行ってきた。クリニックを開業してみると、病態水準は軽めながら相応の困り感を持った子どもが数多く来院してきた。地域に根ざす個人クリニックにとって、そうした子どもたちを生活レベルでより深く理解して支えるためには、学校や園といった教育機関をはじめとする子どもに関わる多くの機関との連携や協働が不可欠であると痛感した。

一方、学校・園側も、患児に対する見立てや関わり方について医療機関と情報交換をしたいという思いがありつつも、医療機関の敷居の高さからあるいは家族からの反発を恐れて連絡すら敬遠しがちな状況があった。

そこで当院では、平成21年より精神保健福祉士の一人を学校コーディネーターとして配置し、学校・園や関係機関との連携を積極的に行ってきた。

本章では、当院における学校コーディネーター

の実践を報告するとともに、学校コーディネーターの存在意義について述べる。

当院の概要

(1) 診療体制

当院は、50人規模のデイケアを併設しており、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士などの多職種が、以下に示すような診療業務に携わっている。

*デイケア(ナイト)ケア部門: グループ活動(遊び、フットサル、バンド、学習、手芸、就労訓練等)、心理教育、SST等。

*外来部門: カウンセリング(力動的/CBT的アプローチ)、プレイセラピー、集団療法(学童遊びグループ、思春期SSTグループ、母親心理教育、ひきこもりグループ等)、訪問看護等。

こうした診療業務に加えて、学校コーディネーターが学校・園をはじめ、関係機関との連携の窓口となっており、院内連携においても情報共有の要となっている。

(2) 診療状況

当院は現在、初診は原則20歳未満を対象にしている。最近1年間の初診患者動向を図1および図2に示す。初診患者の内訳をみると、18歳以下が78.8%を占め、男子が就学前～中学年代まで

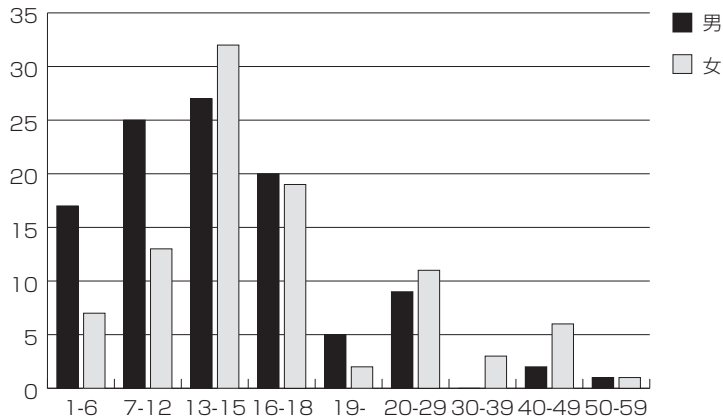


図1 男女別・年齢別初診患者数 (2013.6 ~ 2014.5)

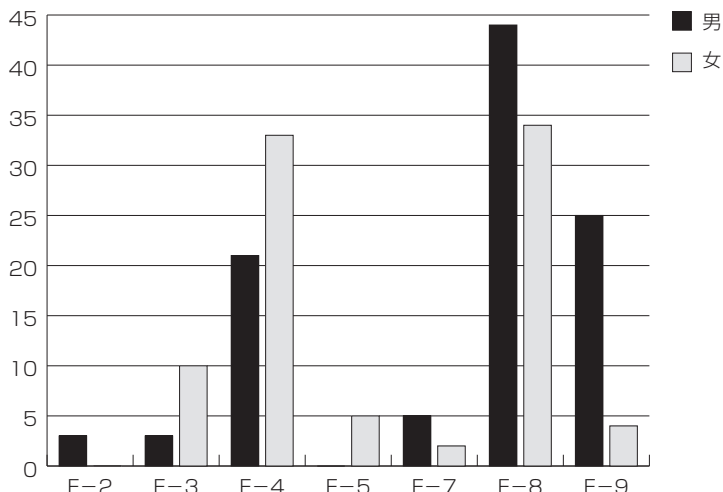


図2 男女別・疾病別初診患者数 (2013.6 ~ 2014.5)

が多いのに対して、女子は中学～高校年代が多くなっている。30代以降の受診者のほとんどは患児の保護者である。また、疾病別 (ICD-10) では、広汎性発達障害や注意欠如多動性障害といった発達障害圏 (F-8、F-9) が最も多く、次いで神経症圏や不登校を含む適応障害 (F-4) が多くなっている。

学校コーディネーターの配置

(1) 配置以前の状況

子どもをめぐる連携の手始めに、学校や保育園・幼稚園、言語療法施設や療育施設からの紹介事例に対して、親の同意を得て、生育歴や生活状況の特徴、診察の様子、心理検査結果、見立て、対応の留意点などを含む詳細な回答書を送付した。また、家族からの要請を受けると、学校や園、療育施設などに詳細な情報提供書を作成し送付した。

希望する学校関係者には親の同意の下クリニックで直接面談した。併設するデイケアに通う不登校の児童生徒に関しても、親の同意を得てデイケアでの生活状況を定期的に在籍校に報告するようにした。こうした地道な作業は、次第に養護教諭やスクールカウンセラーの間で評価を受けるようになった。

こうして連携が少しずつ実を結んでくると、学校や園、療育機関や児童相談所からの連携依頼が増え、医師一人の裁量では立ちゆかなくなった。そこで、学校や園をはじめとする他の機関との連携の窓口として、平成 21 年から精神保健福祉士の一人を学校コーディネーターとして配置することにした。

(2) 学校コーディネーターの業務

業務としては、主に次の 4 つである。

①情報収集：連携の依頼があった際に、関係機関より口頭もしくは書面での情報提供を受ける。また、医師や心理士の依頼に基づき、関係機関に働きかけて情報収集を行う。情報収集は電話を通して行われることが多いが、関係者が直接尋ねてくる場合や学校訪問というかたちで出向していく場合もある。学校での子どもの様子を知るため、授業見学をさせてもらうこともある。こうした情報収集は家族の同意の下に行われる。

②情報提供：診療情報や収集した情報をスタッフで検討吟味し、家族同意の下に関係機関に情報提供を行う。

③面談・ケース会議：関係者が家族の同意を得て直接担当医や担当心理士からの情報提供を希望する場合には、家族の面談日時の調整を行う。面談にはできるかぎり同席し、面談内容を記録する。また、ケース会議は当院の呼びかけでクリニックに関係者が集まって行われることが多く、その日程調整を行うとともに、会議では司会を務める。場合によっては、学校や児童相談所が主催のケース会議に出向いていくこともある。ケース会議では、関係機関と支援プランを作成し、お互いの役割を明確にしてプランを共有できるように配慮

表 1 連携の内訳 (2013.6 ~ 2014.5)

| | 保育園 幼稚園 | 小学校 | 中学校 | 高 校 | その他 の機関 | 計 |
|------------|------------|-----|-----|-----|------------|----------------|
| ① 情報提供書送付 | 10 | 48 | 19 | 12 | 14 | 103 (62.0%) |
| ② 面談・ケース会議 | 0 | 7 | 14 | 3 | 8 | 31 (19.3%) |
| ③ 電話連絡 | 1 | 9 | 5 | 4 | 10 | 29 (17.5%) |
| ④ 訪 問 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 (1.2%) |
| 計 | 11 | 66 | 38 | 19 | 32 | 166 |

(のべ数)

する。

④情報の集約：収集した情報やケース会議の内容を集約し、クリニック内で情報を共有できるように差配する。

主な連携機関は、保育園・幼稚園、小・中学校、高校、大学などであり、連絡窓口としては、担任教諭、生活サポート、特別支援コーディネーター、養護教諭、スクールカウンセラーなどである。その他、児童相談所、市町村教育委員会が運営する教育相談室、市町村の子育て支援課などと連携を行っている。

学校コーディネーターの実践

表 1 に学校コーディネーターが最近 1 年間に介入した連携の内訳を示した。のべ件数 166 件のうち、詳細な情報提供書の送付が最も多く (62.0%)、次いで面談・ケース会議 (19.3%)、電話連絡のみ (17.5%) となっていた。学校訪問は 2 例であった。情報提供書の送付先としては、小学校が半数近くで、次いで中学校、高校の順であった。就学前～小学校では、情報提供だけで片付いている割合が多いが、中学になると、面談やケース会議を必要とする傾向が高くなっていた。直接学校に訪問したケースの一例の概略を以下に示す。

症例：小学校 3 年生男子、自閉症

経緯：幼児期より当院に通院中で、小学校と定期的な書面での情報交換を行っていたケースであるが、学期が変わり、在籍している特別支援学級

で、授業中に奇声を発する、離席を繰り返す等の問題行動が出現した。学校では対応に苦慮した末に、特別支援コーディネーターから、親の同意の下当院に学校訪問を要請してきた。

学校訪問：学校コーディネーターが学校に出向き、授業見学を行った後、校長、特別支援担任、特別支援コーディネーター、普通級担任とケース会議を行い、情報交換や意見交換を行った。そのなかで現状の整理を行ったあとで、教室環境の問題点を指摘するとともに、関わりにおけるルールづくりや枠づくりについて提案を行った。また、その場で返答が難しいものや主治医からの回答が好ましいものについては、クリニックに持ち帰って主治医と協議の上、後日主治医より返答書を作成し学校へ送付した。

配置後の変化と見えてきた連携の課題

(1) 配置後の変化

学校コーディネーターの配置によって、次のような変化がみられた。

①相談のしやすさの向上

連携の窓口を一本化したことによって、どこに連絡をつけると連携できるかがわかりやすくなり、クリニックにアクセスしやすくなったようである。また、コーディネーターが教師の複雑な思い（学校現場のジレンマや親との関係など）を傾聴したり、お互いの立場の違いを明確化したりするなかで、立場をわきまえた関係が築かれたと考えられる。こうした点から、とかく敷居が高いと認識される医療との連携がしやすくなったと関係機関が感じるようになったと思われる。

②各学校の状況や実情のより深い理解

情報収集や情報提供あるいはケース会議や学校訪問を通じて、学校現場の状況がその空気感を含めてより深く理解できるようになった。例えば、「子ども」に対する見識、不登校に対する認識と対応、親に対する認識と対応などの点について、各学校（校長・教諭）の特徴や相違点が明らかとなり、連携を進める上での重要な背景情報となっ

ている。

③顔の見えるネットワークの形成

お互いの職分と限界を理解した上で、ケースに対する各々の視点を尊重しながら、共通の理解や方向性を模索して、子どもを協働して支える実務的なネットワークの姿が見えてきた。

(2) 見えてきた連携の課題

学校コーディネーターが学校と密に関わることで、改めて学校との連携における課題が浮き彫りとなった。

①医療機関に求める万能感

学校側に、受診すればすぐによくなるといった期待感がありありと窺えることがあり、ともすると医療機関への丸投げと映るケースもある。そこには、学校での問題行動を直ちに「障害」として片付けようとする姿勢が見え隠れする。子どもの見立てを共有して、なぜ問題となる行動を起こすに至ったのか、あるいは誰にとっての問題なのかなどを一緒に振り返る作業が必要となる。

②文化・認識の違い

教育関係者と児童精神科医との間で、子どもに対する見方の違いが思いのほか大きいことを改めて知ることとなった。教育関係者にとっては目の前の「今」が重要であり、ともすると性急に結果を求めるきらいがある。児童精神科医の、「今」を発達の途上と見なし、子どもを長い目で見ていこうとする姿勢と折り合わないこともあり、何度か意見の擦り合わせが必要な場合もある。また、知り得た情報を他の児童の親に漏らすなど、医療関係者に比べて守秘義務に対する認識に甘さがあるように思われるケースも散見され、連携に際して十分な配慮が必要である。

③「先生」とはつながれても「学校」とはつながりにくい

学年が上がり担任が変わると、まるきりの初対面となってしまふ。申し送りがなされていても、教師各人によってポリシーが違うので、それまでの対応がそのまま踏襲されるとは限らない。また、懇意になり理解し合えた担任の先生が転勤してし

まうと、それまでの関係があっけなく切れてしまうこともある。学校とつながることの難しさを感じる瞬間である。

学校コーディネーターの存在意義

これまで述べてきたように、学校コーディネーターの配置により学校・園や関係機関との連携がスムーズになり、子どもを様々な観点から理解することができるようになった。診察室という特殊な空間のみでは把握できなかった子どもの特性や、集団のなかで生じる反応の特徴、また、子どもの暮らす学校現場のありさまが生き生きと伝えられることとなった。そして学校コーディネーターが介在して医療現場の事情を伝え、学校や関係機関の現場事情を聴取することで、お互いの職分や限界を理解した顔の見えるネットワークが構築されてきた。それによって、子どもを家庭や学校といった生活全体のなかで複眼的にとらえ、きめ細かな支援が可能になってきたと考えられる。

こうした支援のあり方は、センター型病院の児童精神科のような診療圏の広い施設では困難であろう。当院のような児童精神科クリニックでは、診療圏が比較的地元地域に限定されるため、小回りの利いた地域連携や地域に根ざした支援が行い

やすい。学校コーディネーターという存在は、まさにクリニックならではの連携手法といえるかもしれない。

おわりに

以上、当院で実施している学校コーディネーターを介した学校との連携について紹介した。当院のような地域の一児童精神科クリニックでも、学校コーディネーターの配置によって、子どもの育ちや生活全般への支援が可能となることが明らかになった。

このように学校コーディネーターの業務は、子どもを支援するための連携システムのなかで有用な役割を担うものと考えているが、診療報酬の対象外のサービスであり、経済的な背景基盤の整備が今後の課題である。

文 献

- 1) 大瀧和男：子どもを支えるための地域での「連携」の模索（シンポジウム8：地域児童精神医学）、児童青年精神医学とその近接領域 54：440-444, 2013.

（愛知・かずおメンタルクリニック）

3-2 就労支援／精神科診療所が連携し 作り上げた精神障害者就労支援

田川精二

Seiji Tagawa

はじめに

全国のハローワーク調査によると、2014年度の障害者就職件数は精神障害者 34,538 件、身体障害者 28,175 件、知的障害者 18,723 件と、精神障害者の就職件数が三障害で最も多く、知的障害者の2倍近くになった(図1)。また、障害者雇用促進法も改定され、これまで法定雇用率のカウントが「みなし」でしかなかった精神障害者が、2018年度から法定雇用率に正式算定される。もはや、精神障害者の就労は難しいなどと言っておられない時代になってきたのである。

なぜ、精神障害者就労支援か、 なぜ、精神科診療所なのか・・・

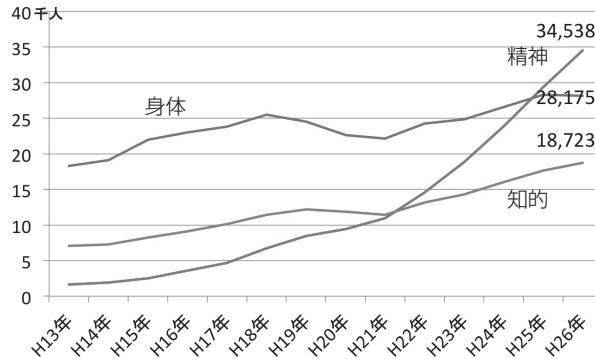
精神科医療は、それをを行う場によってずいぶん違ってくると考えている。そのような意味から、精神科診療所の特性をいくつか挙げてみたい。

精神科診療所はその多くが零細企業である。スタッフが何十人もいる多機能型の精神科診療所もあるが、決して多くはない。診療所一つ一つの力は物理的には大変弱く、待合室に大興奮する患者さんが一人いると診療はストップしてしまう。しかし、これも決して悪いことではない。起こりうるであろういろいろな場面を予測し、そのような事態にならないよう努力し、工夫することになるからである。‘薬を飲みなさい’ ‘飲まないなら注

射’ ‘ダメなら入院’ では済まない。どう納得して治療を受け入れてもらうかが重要となり、そのための努力も怠れなくなる。そして、いったん精神科病院入院となっても、退院してからのことを想定したかたちの入院を考えなければならないのである。

また、精神科診療所一つ一つの力が弱いことから、何かをしようとすれば他機関との連携は必須となる。例えば、就労支援を例にとると、精神科病院は自前で就労支援機関をつくることが多いと感じるが、力の弱い精神科診療所は就労支援機関と連携しなければ、その目的はかなえられない。それぞれの機関のあり方やレベルの問題もあるだろうが、私は少しずつ視点や考え方が違う機関が連携して取り組むほうが結果としてうまくいくと感じている。医療機関が丸抱えし、あまりに「医療っぼく」なり、うまくいかなかった就労支援をたくさん見てきた。

もう一つは、転勤できないこと。精神科診療所は、そう簡単にその場所から動けない。患者さんが通院し続ける限り診療を続けなければならないことになる。3年ごとに転勤するのであれば、3年間だけを考えながらの診療でよいのかもしれないが、診療所は「期限」がないので、患者さんの長い人生をも視野に入れざるを得ない。なかなかしんどいことではあるが、これも悪いことではない。統合失調症などの長期に経過を追わなければならない疾患の治療に、そうした視点は必須と考



三障害(身体、知的、精神)でみると、新規求職申込件数、就職件数共に精神障害者(赤)の伸びが目立つ。平成22年度には就職件数で知的障害者を上回り、平成25年度では就職件数について身体障害者を越え、三障害で最も多い就職件数となった。平成26年度は、身体障害者の就職件数はわずかであるが減少、精神障害者は相変わらず増加している。

図1 ハローワークにおける障害者の職業紹介状況
(2015年5月13日)

えるからである。ちなみに当院では、20年以上通院されている方が全通院者の約20%、そのうち統合失調症の通院者は57名いる。13歳で初診の統合失調症の方が、今41歳。振り返って、あの時、こんな風にしていれば、この方の人生も変わったのではないかと、悔やむこともある。精神科診療所は、「その場限り」の医療では済まず、数年後、10数年後を想定した医療を行わざるを得ないのである。これはなかなか大変なことではあるが、とても大切な視点であると考えている。

最後に、精神科診療所は通院者の生活に近い所で医療を行っていることから、治療についても通院者の生活を含んで考えざるを得ない。お金がない、一人暮らし、高齢の親と二人、母子家庭等々。診察の中から、その方の生活が透けて見えてくる。例えば、高齢の親と二人暮らし。何年後には親が倒れ、一人暮らしになることが想定される。その前に、一人暮らしができるような生活技能をどう身につけるか、また、どうその気になってもらえるか等を考えながら診ていくことになる。これを実現するためには、診察室の医療だけでは決定的に不十分であり、院内コメディカルの関与や地域の諸機関との連携抜きには考えられない。また、診察のなかで、これからどのように暮らしてい

たいかが話題になることも多い。「働きたい」「結婚して家庭を持ちたい」等々、遠慮がちに語られる。通院者の「夢」や「希望」と現実の生活をいつも念頭に置かざるを得なくなるのである。

こんな視点を持ちながら、精神科診療所の医療は日々動いている。NPO 法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク(以下、JSNという)は、このような視点を持った精神科診療所が必要と感じた機能をつくり出すために、診療所同士「連携」し作り上げたNPOである。そして、精神科診療所を中心とした医療機関もJSNと「連携」し、働きたいと願う精神障害者の「働く・働き続ける」に取り組むことになる。二つのかたちの「連携」が、JSNと就労支援に凝縮されているのである。

JSNの事業所と就労支援の仕組み

2007年5月、公益社団法人大阪精神科診療所協会の有志を中心に、JSNは設立された(図2)。同年6月のJSN門真の開設を皮切りに、翌年JSN茨木、2011年JSN新大阪と、精神障害者の就労支援事業所を開設、2013年4月には事務系に特化したJSN新大阪アネックスを開設した。いずれも、就労移行支援事業(20名定員)とジョブコー

| 役員 | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 代表理事: 田川精二(くすの木クリニック) #日精診・大精診理事 | 理事: 関宏之 (元・NPO大阪障害者雇用支援ネットワーク代表) |
| 副代表理事: 三家英明 (三家クリニック) #大精診監事 | 理事: 應武善郎 (ダイケンサライズ 摂津顧問) |
| 理事: 渡辺洋一郎 (渡辺クリニック) #日精診会長 | 理事: 田中純幸 (JSN事務局次長、元・公共職業安定所所長) |
| 理事: 堤俊仁 (つつみクリニック) #大精診会長 | 理事: 保坂幸司 (JSN事務局長) |
| 理事: 坂元秀実 (坂元クリニック) #大精診副会長 | 理事: 金塚たかし (JSN統合施設長) |
| 理事: 川澄伸樹 (かわすみクリニック) #大精診理事 | 監事: 奥脳学 (奥進システム・社長) |
| 理事: 納谷敦夫 (なやクリニック) #元・大阪府健康福祉部長 | |
| 理事: 西浦竹彦 (にじクリニック) | |

図2 NPO 法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク (JSN)

チ支援事業をその支援の中心に起き、障害の開示を原則とし、初期の見きわめから、企業開拓、就労定着支援、職業生活継続支援などをトータルに行う。また、就労移行支援事業の利用期間は2年間に限定されており、JSN 事業所とこれまでの精神障害者福祉施設との最も大きな違いはここにある。つまり、これまでの福祉施設の多くは「そこに居ていただく」施設であるが、JSN 事業所はメンバーが力をつけ、就労を実現し「そこから出て行っていただく」施設なのである。2013年8月には、アクアクララ北大阪事業所を譲っていただき、現在、就労継続支援 A 型事業所として立ち上げている。

図3にJSNの支援の流れを示した。「STEP 1；基礎訓練期間」は所内作業をする期間。この時期には所内で主に手作業などをしていただくが、手作業がうまくできれば就労できるなどとは毛頭考えていない。このSTEPでは、決められた時間に来所できるか、欠席するときには事前に連絡できるか等の職業準備性がどのぐらいできているかを見極め、そのメンバーの特性を把握し、担当する支援員との信頼関係を形成すること等が主な目的となる。「3カ月」としているが、安心して体験実習を任せられる企業があれば短縮できる。

「STEP 2；企業（体験）実習」は大変重要なステップである。所内作業は所詮守られた環境にあり、いくら厳しくしても企業（仕事の現場）とは全く違う。仕事の現場という緊張感のなかでの実習は、所内ではわからなかったそのメンバーのいろいろな面が現れてくる。そこにJSNのスタッフがJobCoachとして入り、課題が見つければそれに対処——修正、メンバーと共に実習先の企業の意見も聞きながら就労に向けて課題を整理していく。また、この実習は職種を変えて何カ所か行っている。こうすることで、メンバーもいろいろな職種を実体験でき適性もわかるので、どんな仕事に就きたいかという自身の希望を具体的に考えることができる。

こうした実習の結果をふまえ、担当支援者とメンバーは話し合いながら希望する職種・企業のイメージを絞り込み、「STEP 3；求職活動」に入る。求職活動はハローワークなどと連携しながらJSNスタッフが行う。絞り込んだ企業イメージに合う、受け入れ可能な企業が見つければ、「STEP 4；就労前実習」に入る。就労前実習でもJobCoachがつき支援すると同時に、就職後に生じてくるであろう問題を把握・予測し、その対処方法を考える。

就職前実習の後、本人と企業が就職に合意すれ

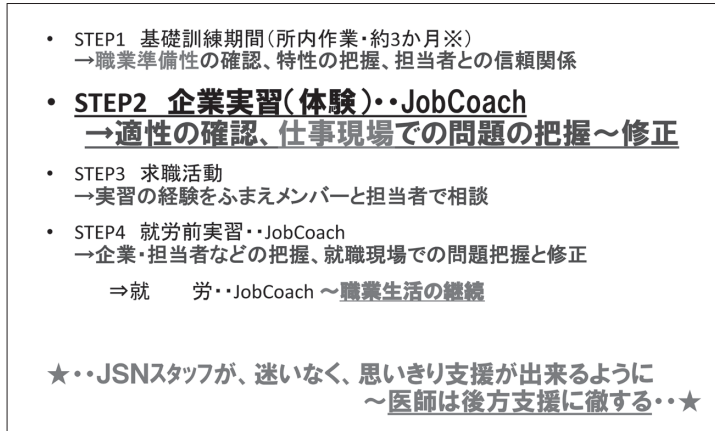
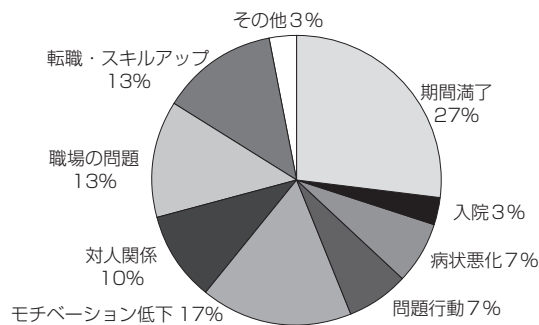


図3 JSN・トレーニングの流れ



離職理由で最も多いのは「期間満了」で、これは緊急雇用施策関係の期限付き雇用である。次が「モチベーションの低下」、続いて「転職・スキルアップ」「職場の問題」となっている。「病状悪化」「入院」という「病氣」を理由にした離職者は合計3名。離職者の1割であり、就職者合計105名の3%以下である。

図4 離職理由
(2007年6月～2012年3月末；30名)

ば就職が成立する。しかしいったん就職してもそれはゴールではない。仕事を継続していくためのスタートであり、職業生活継続を支援することはとても重要である。就職後、何の問題もなく仕事を続けられる人はまれであり、必ず何かあると考えておいて間違いはない。

JSNの8年間

2007年6月から動き始めたJSNの就労移行支援事業所は、合わせて定員80名。2009年4月か

らは毎年約30名、2012年からは毎年約50名の就職者が出ており、2014年3月までに合わせて246名が就職した。就職者を病名別に見ると、統合失調症圏が約50%、気分障害が約25%、神経症圏が約10%、広汎性発達障害が約15%。全員最低賃金を上回る賃金を得ており、職種も多様である。

図4に、JSNの開所から2012年3月末までのJSNから就職したメンバーの離職理由を挙げた。精神障害者は「すぐ辞めてしまう」と言われるが、JSNの職業継続率は全期間を通して約8割弱であった。また、「入院・病状の悪化」が離職理

由の10%でしかなく、しっかりした支援があれば、就労により病状が悪化～失職する例は少ない。

JSNの8年余を振り返り、感じたことがいくつかある。一つは【9割近い出席率】。統合失調症を中心とする精神障害者も、やりたいことのためなら頑張れる・・・ということ。次に【トレーニング中、大きく調子を崩す統合失調症の人がほとんどいなかった】こと。開設当初、メンバーが次々調子を崩した際にはどうしようかなどと考えていたが、そんな心配は無用であった。「就労は病気を悪くする」と言われるが、本人の目標がはっきりしており、それに向かってしっかりとした支援を十分行えば、それほど調子は崩れない。三つめは【自分の病気・障害・今の力量を知っている人の強さ】。こういう人は厳しいトレーニングでも揺るがない。医療者は本人に病気・障害についてしっかりと具体的に伝えることが大切と、あらためて感じさせられた。四つめは【職業生活の継続】を支援することの重要性。諸機関との連携の下、仕事を続けられるように支援することは大変大きな課題である。最後に、JSNの【精神科医】は直接メンバーに関わるわけではない。医師の役割は、JSNスタッフが迷うことなく思いきり支援できるようなバックアップにある。この役割はとても大切であると思う。

現在の課題～職業生活継続への支援

先にも少し触れたが、精神障害者の就職件数が三障害で最も多くなった。精神障害者の就職は決して難しくなく、本気で支援すれば就職は可能である。精神障害者就労についての現在の課題は「職業生活の継続」である。

職業生活の継続をめぐることは、医療機関に期待されるところも大きい。働いている精神障害者は、定期的に医療機関を受診する。この時に、医師やコメディカルが変調に気づき、就労支援機関と連携しながらサポートできれば、不要な失職を免れることもできる。外来医療のコメディカルの役割

が大変重要と考えているが、これに対する診療報酬上の評価はほとんどない。しかし、診療報酬上の評価がないからと言って、やらないでよいということにはならない。しっかりとした支援を行いながらその成果を示し、国にちゃんとした評価を要求していかなければならない。

おわりに

以上、精神科診療所と精神障害者就労支援について述べてきた。NPO大阪精神障害者就労支援ネットワーク(JSN)は、精神科診療所の医師が中心となり、様々な領域の方々のご協力によって自然な流れのなかで設立され、必要に応じてその機能を拡張・充実させてきた。まず、精神科診療所同士の「連携」でJSNを設立し、精神科診療所とJSNが「連携」することで精神障害者の就労支援を前進させ、精神科診療所とJSN、そして企業が「連携」しながら、働き続けることを支援していくシステムが形成されていった。

精神科診療所は経営規模も小さく、マンパワーも少ないところが多く、いろいろな機能を抱えるのは難しい。しかし、この限界を超えて必要とされる機能を得るためには、「連携」がキーワードとなるのではないかと考えている。言い方を変えれば、「連携」が精神科診療所に大きな機能を与えてくれるということだ。

しかし、「連携」のためには各機関をつなぐ存在が必要となる。それは、精神保健福祉士を中心とした外来コメディカルの存在だろう。外来コメディカルの活動は現在の診療報酬では評価が低く、ある意味不採算な部門となっている。外来コメディカルの活動に診療報酬上正当な評価がなされ、多くの精神科診療所が外来コメディカルを雇用できれば、精神科診療所は「連携」を通してもっと多くの機能を発揮できるのではないかと考えている。

(大阪・くすの木クリニック)

3-3 うつ・自殺対策／ 「富士モデル事業」における連携*

窪田幸久 内田勝久 松本晃明

Yukihisa Kubota katsuhisa Uchida Teruaki Matsumoto

抄録

「富士モデル事業」は自殺と関係の深いうつ病の早期発見・早期治療システムの確立のため、うつと不眠との関連を一般への周知を目的とした「睡眠キャンペーン」と、うつ病が疑われる働き盛りの中年男性を一般科医から精神科医につなげる「紹介システム構築」から構成されている。

事業は2007年から始まり9年目を迎えた。紹介状発行件数は1,200件を超え、紹介元診療科は全科にわたる。被紹介者の平均年齢は49歳、そのうち中高年の男性は60%、定点観測におけるうつ病の診断率はICD10で77.2%と高率で、的確な紹介であることが確認された。

医師会を対象にしたアンケートでは、42%の一般科医が「日々の診療のなかでうつ病を気にするようになった」と答えている一方、精神科に紹介する時点で様々な困惑や逡巡が確認されている。連携の構築は当初は混乱と戸惑いのなかで双方向的に発展し「かかりつけ医・産業医にうつ自殺対策の重要なゲートキーパーを担ってもらうこと」を数年がかりで達成した事業といえた。うつ自殺予防が単なるスローガンに留まらないためには、精神科医側から医師会、行政機関、地域に積極的に打って出ていく姿勢が重要なポイントであった。

*System-coordination on preventive screening for depression and suicide in Fuji model project

はじめに

富士モデル事業とは家族にも社会的にも影響が大きい働き盛り世代の男性に焦点を当て、富士市（人口26万・図1）で進められているうつ・自殺予防事業である。本事業では、一般医や産業医（以下、一般医という）におけるうつ病のスクリーニングとして不眠を重視し、より専門的治療が必要と判断した患者については精神科医との連携システムが構築されている（図2）。富士市医師会では「一般医から精神科医への紹介システム」運営委員会（以下、システム委員会という）が立ち上げられた。事業開始から8年が経過し1,000例以上の一般医から精神科医へ患者紹介があり（図3）、5年目の中間報告として精神科側の定点データが発表された³⁾。6年目からゲートキーパー養



図1 富士市（26万人）における精神科医療機関

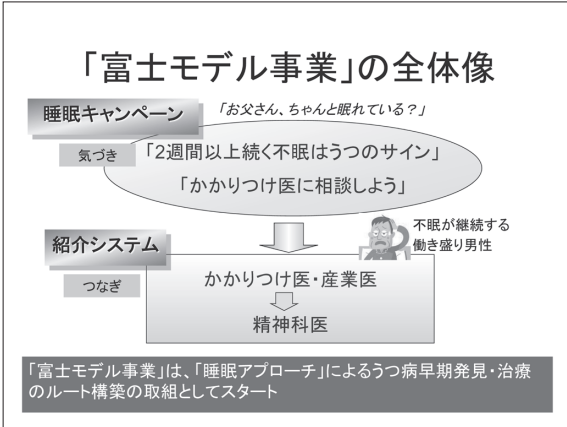


図 2

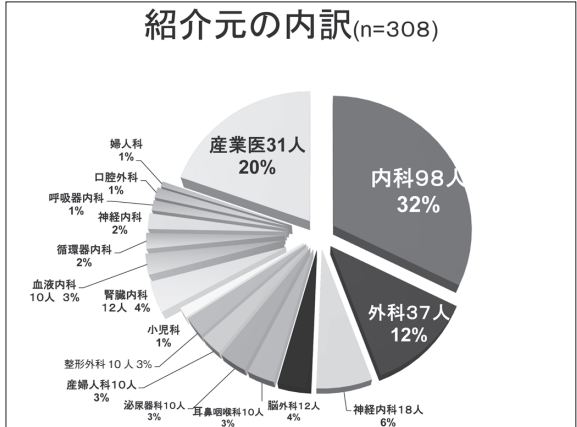


図 4

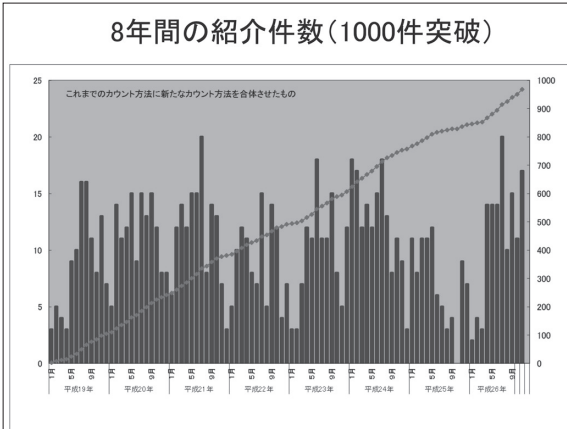


図 3

基礎データと精神科での診断

| 診断 | H19 | H20 | H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | 計 |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 紹介人数 | 22 | 32 | 33 | 32 | 39 | 56 | 54 | 40 | 308 |
| うつ病 | 14 | 18 | 20 | 22 | 27 | 26 | 32 | 23 | 192 |
| 双極性障害 | 1 | 2 | 3 | 2 | 0 | 2 | 3 | 2 | 15 |
| 気分障害圏以外 | 7 | 10 | 10 | 8 | 12 | 18 | 21 | 15 | 101 |
| ICD-10-D | 18 | 20 | 25 | 28 | 31 | 35 | 36 | 29 | 222 |

図 5

成に力点がおかれ市民レベルまでシステムが拡大、8年目から市立病院に常勤精神科医が配属されたため救急現場における自殺未遂者フォローアップシステム²⁾を組み入れた。これらの一貫したうつ病の早期発見・治療と再発予防システムの構築が、本事業の特徴である。

精神科側の現状とシステム構築までの紆余曲折

当モデルの主な受け手側である精神科クリニックはフリーアクセスとその敷居の低さから多種多様な精神疾患が日夜押し寄せている現状がある。2007年の事業開始時、市内の3件の精神科クリニック(現在5件)はすでに飽和状態で、初診は2週から1カ月待ちであった。一般医からは早速

「なぜすぐに診てくれないのか」等とお叱りをうけ、「抗うつ剤を投与し自殺したら訴えられるのか?」、「結局、自殺は景気の問題では」等といった手厳しい指摘も寄せられた。改めて精神科医療・疾患に対するスティグマや、精神科医と一般医の距離や溝が痛感された。システム委員会ではうつ病の症状が列記された煩雑な紹介状を見直し、不眠を切り口にうつの中核群を捉えていくことが有効⁴⁾との意見が集約された。紹介元の内訳を図4に示した。紹介から初診までの待機期間は最低1週間以内、通常は3日以内を申し合わせ、緊急ケースは当日から精神科救急システムにつなげるようにした。3年目に、システム委員会において紹介患者の自殺既遂例が報告され、クリティカル群が精神科医に紹介されている現状が判明した。ゴー

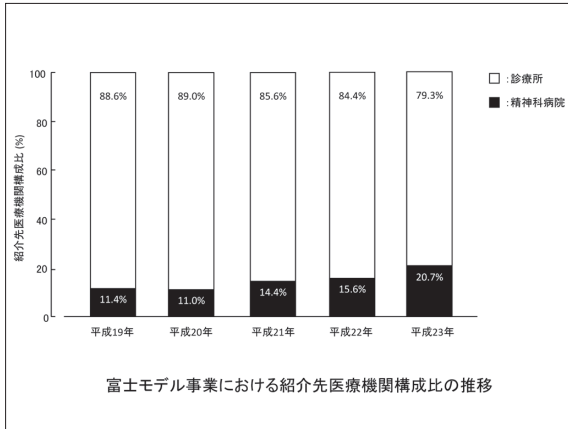


図 6

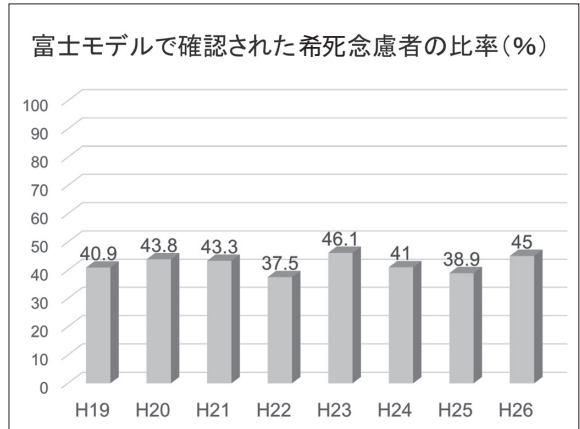


図 8

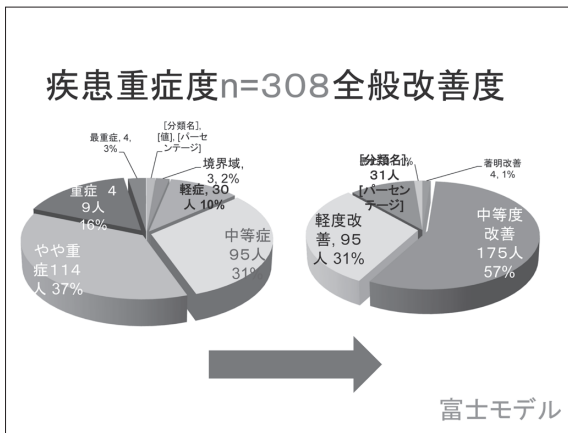


図 7

ルが見えかけていた自殺問題は、実は氷山の一角であるという厳しい現実にわれわれは気づかされるのだった。

どのような人たちが紹介されてきたのか？

定点クリニックにおける紹介患者 308 名（平均年齢 49 歳）のうち中高年の男性は 60%、大うつ病の診断率は 308 例中 ICD-10 では 222 例（72.0%）、笠原木村分類¹⁾では I 型が 192 例（62.3%）であった（図 5）。昨今、古典的なうつ病は減り、気分障害の疾患概念は拡散し発達障害や人格障害等多彩な精神疾患が表層なだれのように精神科クリニックに押し寄せている感がある。

その一方で、富士モデルではうつ病の中核群

が的確にキャッチされており、受診すべきうつ病の多くがかかりつけ医のところに留まってしまっているという現実が確認されている。また、精神科病院の敷居はわれわれが想像する以上に高かったが、精神科救急システムとの連携も構築されていたことから紹介率は年々増加している（図 6）。紹介の中核群は CGI スコアにて「やや重症」以上が 57% とクリティカルなケースが目立った（図 7）。働き盛りの男性が中核群であったため、多くは残業中の夜遅くにこっそりと精神科を受診することが少なくなかった。「消えてなくなりたい」等と小声で言い、死ぬ方法を考えロープや練炭をホームセンターで購入し、何度も死に場所を訪れて逡巡しているケースも散見された。希死念慮者の割合は 4 割を超え（図 8）、数億円の借金を抱え自己破産する勇気すらなくなった町工場の経営者の背中を家庭裁判所まで見送り、職場におけるパワーハラスメントやセクシャルハラスメントに晒され深い心の傷を負った真面目な会社員たちを法テラスで紹介することも少なくなかった。一方、中小零細企業の産業医の多くは地元の医師会員であり、産業メンタルヘルスの観点から現場での実態把握も含め連携がより円滑化されるようになった。

8 年間の定点の精神科クリニックでの治療中における自殺企図は希死念慮者 128 名中 16 名、自殺既遂は 1 名であった。方法は過量服薬が 7 例、

精神科治療経過中における自殺企図・自殺既遂

| | 希死念慮 | 紹介総数 | % | 自殺企図 | 自殺既遂 |
|-----|------|------|------|------|------|
| H19 | 9 | 22 | 40.9 | 1 | 0 |
| H20 | 14 | 32 | 43.8 | 2 | 0 |
| H21 | 13 | 33 | 43.3 | 1 | 0 |
| H22 | 12 | 32 | 37.5 | 1 | 0 |
| H23 | 18 | 39 | 46.1 | 2 | 1 |
| H24 | 23 | 56 | 41 | 3 | 0 |
| H25 | 21 | 54 | 38.9 | 4 | 0 |
| H26 | 18 | 40 | 45 | 2 | 0 |
| 計 | 128 | 308 | 42 | 16 | 1 |

図 9

「紹介システム」の運用について
一般科医(N=103)※複数回答

●システムの有効性についてどのように考えますか。 ●うつ病に対応することについてどのように考えていますか。

| 項目 | 回答数 | 割合 (%) | 項目 | 回答数 | 割合 (%) |
|---------------|-----|--------|---------------------|-----|--------|
| 精神科に紹介しやすい | 59 | 57.3 | 精神科医との連携を深めたい | 62 | 60.2 |
| うつ病の早期発見につながる | 56 | 54.4 | 医師としてできることは関わりたい | 57 | 55.3 |
| 自殺予防につながる | 35 | 34.0 | うつ病治療に関する知識や技術を深めたい | 48 | 46.6 |
| うつ病への関心が高まる | 23 | 22.3 | その他 | 2 | 1.9 |
| 有効性は認められない | 4 | 3.9 | | | |
| その他 | 2 | 1.9 | | | |

図 11

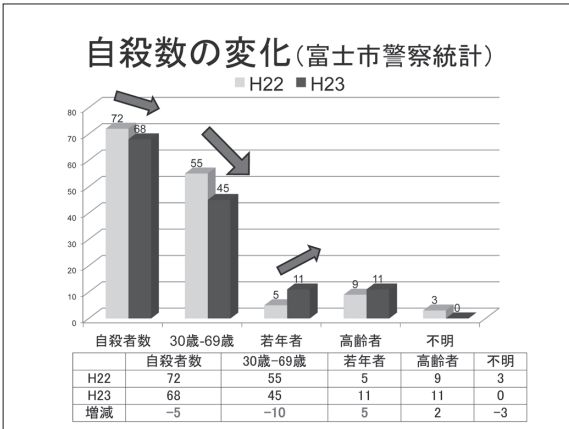


図 10

「紹介システム」開始以前と現在を比べての印象

一般科医(N=103) 精神科医(N=20)

●精神科医との連携は深まりましたか。 ●一般科医との連携は深まりましたか。

| 項目 | 回答数 | 割合 (%) | 項目 | 回答数 | 割合 (%) |
|--------|-----|--------|--------|-----|--------|
| 深まった | 22 | 21.4 | 深まった | 12 | 60.0 |
| 不十分である | 6 | 5.8 | 不十分である | 1 | 5.0 |
| 変わらない | 55 | 53.4 | 変わらない | 4 | 20.0 |
| 無回答 | 20 | 19.4 | 無回答 | 3 | 15.0 |

図 12

自傷行為 2 例、一酸化炭素中毒 1 例であった。過量服薬例は全例救命され、うち 3 例が精神科病院に入院し 2 例が外来再通院となった(図 9)。自殺数は経済動向とリンクするとの指摘から、アベノミクス以前の平成 22 年と 23 年の当地区における自殺数推移を図 10 に示した。経済不況下において徐々に自殺数が減少していることが確認できたが、若年層や高齢者層にまで手が回っていない現実も突きつけられた。

連携を模索して－医師会員調査から－

紹介システムが比較的根付き、それなりの実績が上がってきたと思われた 2013 年に、富士市医師会員(一般医 103 名、精神科医 20 名)に紹介

システムの運用に関するアンケート調査を行った。

一般医の回答として、精神科医に紹介された患者の症状について専門治療が必要であったかには「適切であった」が 12 人(85.7%)、「何ともいえない」が 2 人(14.3%)、「精神科医への紹介は不要であった」はなかった。システムの有効性については「精神科に紹介しやすい」が 59 人(57.3%)、「うつ病の早期発見につながる」が 56 人(54.4%)と半数以上がシステムを肯定的に捉えていた(図 11)。うつ病対応への考えとしては「精神科医との連携を深めたい」が 62 人(60.2%)、「医師としてできることは関わりたい」が 57 人(55.3%)、「うつ病治療に関する知識や技術を深めたい」が 48 人(46.6%)であった。また、日々の診療のなかでうつ病を気にするようになったかどうかの質問

かかりつけ医から処方されていた
睡眠導入剤の適正使用化(減量と中止)

| 計 | | 一般医から眠剤を処方 されていた人数 | 精神科紹介後に眠剤 の減量を試みた人数 | 眠剤を中止でき た症例数(%) |
|-----|-----|-----------------------|------------------------|--------------------|
| 22 | H19 | 12 | 12 | 9(100%) |
| 32 | H20 | 24 | 14 | 12(86%) |
| 33 | H21 | 10 | 10 | 6(60%) |
| 32 | H22 | 27 | 20 | 14(70%) |
| 39 | H23 | 32 | 25 | 13(52%) |
| 158 | | 105 | 81 | 54(67%) |

図 13

では「なった」が43人(41.7%)、「ならない・変わらない」が44人(42.7%)であった。「変わらない」のなかには、以前からうつ病を理解し診療している医師が数人確認された。

一般医と精神科医との連携についての質問では、一般医の回答は「深まった」が22人(21.4%)、「不十分である・変わらない」が合わせて61人(59.2%)であった。個別記載された意見では「紹介しやすくなった」「精神科医との連携が深まった」「良いシステムである」といった意見があった反面、自殺者が期待されたように減っていない状況から、システムへの不信感を述べた意見や、システム自体を知らない一般医も確認されている。精神科医側の回答は「深まった」が12人(60%)と、精神科医のほうが連携が深まったと感じていた(図12)。

これらの結果からは、一般医は適切に対象患者を精神科医に紹介しており、また、紹介システムの開始により一般医のうつ病への関心が高まったと考えられたが、一般医と精神科医の連携はまだ十分とは言えず、今後も一般医と精神科医の連携が密になるような働きかけを推進していく必要があると考える。



図 14

飲酒問題と睡眠薬・ベンゾジアゼピン系薬剤中止への試み

製造業が主要産業である当市では交代勤務者も多く、不眠をまぎらわす手段として習慣飲酒が形成されている素地が長年あった。紹介の38%(308例中117例)が、不眠を寝酒や習慣飲酒で紛らせていた事実が判明した。自殺企図を助長する可能性が高い問題飲酒とリンクした睡眠障害の改善が喫緊の課題となった。

睡眠薬の減量や中止、抗うつ薬の適正使用について一般医や薬局等とも協働して行うことも、本事業の重要な課題であった。精神科紹介時に睡眠薬が処方されていたのは308例中204例(66.4%)で、最終的に中止ができたケースは103例(33.4%)であった。

「うつ病の不眠を治療する」という観点から、中途覚醒、早朝覚醒の軽減による起き抜けのすっきり感や睡眠時間不足による倦怠感および日中の眠気の軽減を目的とし鎮静系の抗うつ薬を使用することで、抗不安薬および睡眠薬の使用量を有意に減じることができた(図13)。

おわりに

「富士モデルの睡眠キャンペーン」は当初メディアに広く取り上げられたこともあり独り歩きして

しまった感があった(図14)。しかし、ポピュレーションアプローチとしてこれ以上の有効な方法はあつたらうか。「お父さん眠れている?」といった睡眠障害からうつ病の気づきへのシステムはスティグマの軽減にも寄与し、市民ゲートキーパーからの紹介も増加している。一方で積み残しの課題も多く、若年層と高齢者にまだ手が回っていないし、風化しないような努力も必要である。

連携成功のコツは、精神科医が医師会に積極的に出ていき、ときには「御用聞き」的な発想で丁寧一般医にアプローチすることに尽きると考える。スローガンのみの提案や診察室で待っているだけでは何も始まらなかったと言えよう。

精神科に紹介後「血圧や血糖値が安定した」、
「過敏性腸炎が軽快し驚いている」等の一般医からの声を紹介し、本章を締めくくりたい。このようなご意見が紹介システムの大きな原動力になっている。

謝 辞

稿を終えるにあたり多大なご協力をいただきました富士市医師会、静岡県精神保健福祉センター、そしてなによりも多くの富士市民ゲートキーパーの皆様に感謝いたします。

文 献

- 1) 笠原 嘉, 木村 敏: うつ状態の臨床的分類に関する研究. 精神神経誌 77 (10): 717-735, 1975.
- 2) Kawanishi T, Aruga T, Ishizuka N, et al: Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. The Lancet Psychiatry 1 (3): 193 - 201, 2014.
- 3) 窪田幸久, 宮下正雄, 石田多嘉子, 他: うつ自殺予防対策「富士モデル事業」5年間の報告. 精神科治療学 29 (5): 685-691, 2014.
- 4) 松本晃明: 不眠を切り口とした自殺予防対策 — 富士モデル事業の実践. 睡眠医療 3: 149-152, 2009.

(窪田幸久 静岡・中央公園クリニック/松本晃明 静岡市こころの健康センター/内田勝久 静岡県精神保健福祉センター)