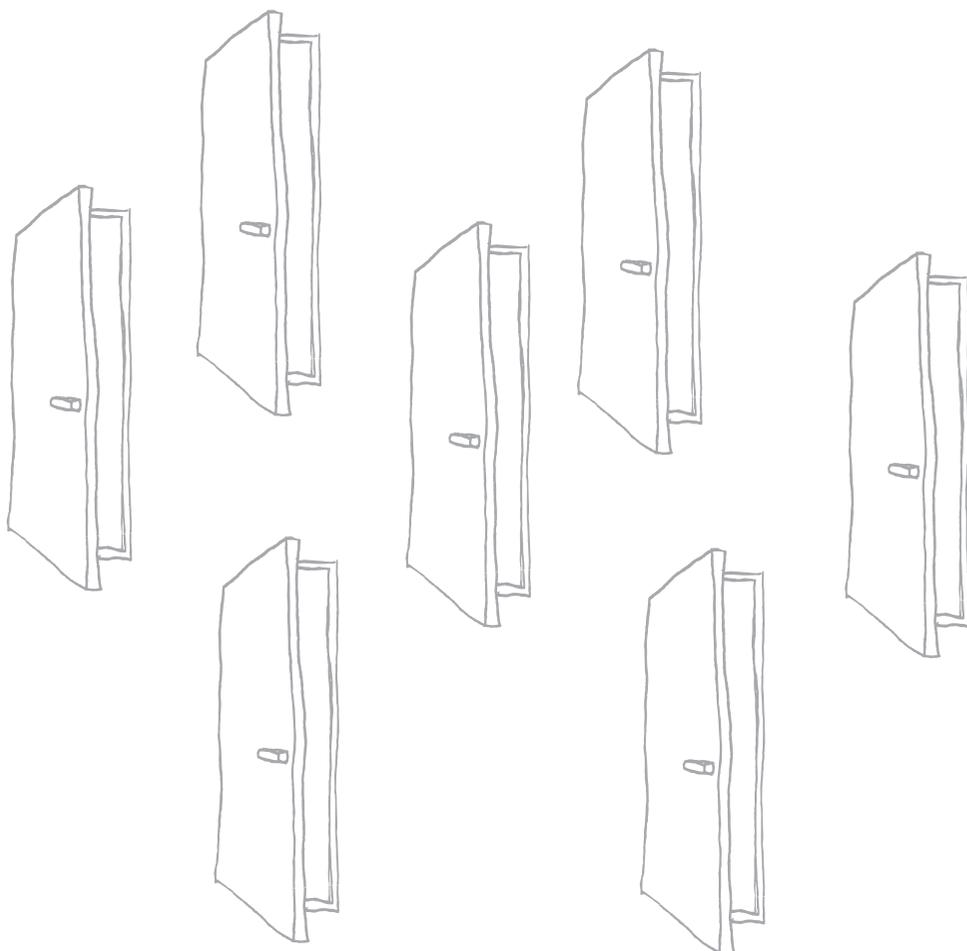


精神科診療所から見た
精神科医療のビジョンプロジェクト

モデル診療所訪問調査



I n t e r v i e w

モデル診療所訪問調査事業質問表

モデル診療所訪問調査事業 質問表

診療所名
院長氏名

(1)開設	調査日	年 月 日						
	開設日	年 月 日						
	開設に至る経緯について	(動機、協力・支援、期待)						
	開設時の様々な苦勞について	(資金、場所、人材、周囲との関係、施設コンフリクト)						
	開設時にかかげたこころざし・理念	(こころざし、取り組もうとしたこと)						
(2)診療体制	開設後に力を注いだ点	(開設後の活動領域の広がり)						
	開設後に苦勞をした点	(経済、人材、周囲との関係)						
		常勤	(指定医)	非常勤	(指定医)	説明		
	医師							
	看護師							
スタッフ数(再掲)	CP							
	PSW							
	OT							
	事務							
	その他							
		専従		非専従		説明		
	デイケア							
	訪問看護							
	カウンセリング							
	相談支援							
(3)患者数 (H25年6月)	休診日							
	診療体制における工夫							
	月間受診実人数	男	女	総数	新患者	男	女	総数
	年齢別	10歳未満	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69
		70～79	80歳以上					
診断別	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	
	F7	F8	F9	その他				
地域別	同一市町内		2次医療圏内		2次医療圏外			
(4)専門性	患者層の特徴について							
	デイケア利用者数と特徴	()名						
	訪問看護数と特徴	()名						
	専門分野1							
	専門分野2	(専門分野が2つ以上の場合)						
専門分野の診療体制								
専門分野での工夫								
過去の研修								

(5)診療以外の業務	自立支援事業所	(運営にかかわるなど)
	介護保険事業所	(運営にかかわるなど)
	嘱託医	(行政機関、学校医、産業医など)
	公的業務	(介護保険、障害程度区分審査会、精神医療審査会、精神保健福祉審議会など)
	その他	(NPO、街づくり、ボランティアなど)
(6)スタッフ間の連携	チームワークの工夫・研修	(院内で、チームワークを維持する工夫・研修など)
(7)関係機関との連携	他の精神科診療所	(診療所間の連携)
	精神科病院	(精神科病院との連携)
	医師会・他科医療機関	(G-Pネットなど医師会・他科医療機関との連携)
	行政機関	(保健所、市町担当課、児相など)
	学校・教育委員会	(学校・特別支援学校・教育委員会など)
	雇用・就労関係	(障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターなど)
	相談支援事業所	(相談支援事業所など)
	自立支援事業所	(就労移行・就労継続・生活介護など)
	その他	(ケアマネジメントなど)
	(8)精神科救急への関与	(鑑定、夜間輪番、情報センターへの協力など)
(9)精神科診療所としての社会的責任とは	(有識者インタビューレジメを参照して、思うところを自由に)	
(10)かかりつけ医と専門医の兼合いについて	(有識者インタビューレジメを参照して、思うところを自由に)	
(11)アウトリーチや在宅医療の可能性について	(有識者インタビューレジメを参照して、思うところを自由に)	
(12)専門性を生かして、地域のハブとして機能しうるか。何が不足しているか。	(有識者インタビューレジメを参照して、思うところを自由に)	
(13)事業の継続性について	(有識者インタビューレジメを参照して、思うところを自由に)	
(14)経営上の見通しは		
(15)設立時の「こころざし」の達成度は		
(16)後に続く人々へのアドバイスと今後の展望		

★小見出しの（ ）付数字は質問表の各項目 No. に対応しています。

訪問調査インタビュー

1

診療所名：**かずおメンタルクリニック**

院長：**大瀧和男**

調査日：平成 25 年 10 月 24 日

【愛知県豊橋市】



(1) 開設

開設日：平成 15 年 1 月 20 日

《開設に至る経緯について》

前任の精神科病院ではもともと将来児童病棟を作るという話があって、私が中心となって児童精神科医を呼び込み、子どもが診られる医者を3人揃えていました。そこでちょうど病院の建て替えというプロジェクトが持ち上がって、児童病棟の構想を練っていたのですが、最終段階で児童病棟は作らないという話になりました。それで、思い切って開業しよう決めました。私に遅れること半年後に、残っていた1人は同じ豊橋市で児童精神科クリニックを開業し、もう1人は大嶋正浩先生が理事長をしている至空会のダダ第2クリニックの院長になりました。彼は今も2週間に1回手伝いに来てくれています。

《開設時の様々な苦勞について》

開設に当たって資金が一番の問題でした。資金繰りはかなり苦勞しました。私の自宅を設計してくれた設計士が、土地持ちで建材業やら不動産賃貸業やらを手広くやっていらっしゃる資産家の方を紹介してくれました。その方とお会いして、このような子どもを診る精神科クリニックをやりたいと説明したら、私の話に乗ってくださって。ここはその方の土地なのですが、私の意向に沿って建物も建ててくださり、月々何某で貸す、という話がまとまったのです。どちらかというと、その

方の信用で銀行が開業資金を貸してくれたという感じでした。

20年ほど前に大嶋先生がメンタルクリニック・ダダを開業された時に、手伝ってほしいということで、精神科病院に勤務する傍らアルバイトに行っていました。その後開業のために病院を辞めた後も3カ月ほどダダ第2クリニックにお手伝いに行っていたのです。児童精神科クリニックに関しては、ほぼダダで学ばせてもらいました。運営の仕方、診察の流れ、スタッフの動き、診察室や面接室、デイケアの設えなど、いろいろと参考にさせてもらいました。その上で、ここはこうしたほうがいい、ああしたほうがいいというような自分なりのアイデアを盛り込みました。

《開設時にかかげたところざし・理念》

とにかく児童精神科医として、ゆくゆくはその専門性を活かしていこうと考えていました。しかし最初からそれはちょっと経済的に難しいと思っていたので、開院時は年齢制限を設けずに、ただ専門は児童精神医学ですということ掲げてやりました。ですので、だいたい4～5年たったところで、新患でいうと3割くらいが20歳未満で、あとの7割が成人という感じでした。それ以後、徐々に年齢制限をかけてきています。現在、新患

精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト モデル診療所訪問調査事業

診療所名 　かずおメンタルクリニック

院長氏名 　大瀧 和男

(2)診療体制	調査日	2013年 10月 25日						
		常勤	(指定医)	非常勤	(指定医)	説明		
	医師	1	1	1	1			
	看護師	4		2				
	CP	2		3				
	PSW	2						
	OT	1						
	事務	2						
	その他							
スタッフ数(再掲)		専従		非専従		説明		
	デイケア	4		5				
	訪問看護			2				
	カウンセリング	2		3				
	相談支援	1						
	休診日	日、木、祝日						
	診療体制における工夫	完全予約制。新患については1日1名にしています。現在は20代までを受付けているが、来年1月からは20歳未満とする予定。						
(3)患者数 (H25年6月)	月間受診実人数	男	女	総数	新患数	男	女	総数
		423	431	854		4	14	18
	年齢別	10歳未満	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69
58		256	173	126	142	64	27	
70～79		80歳以上						
		5	3					
	診断別	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6
0		1	118	120	246	6	2	
F7		F8	F9	その他				
		7	255	77	22			
	地域別	同一市町内		2次医療圏内		2次医療圏外		
		590		183		81		
	患者層の特徴について	10代・20代は圧倒的に発達障害圏。30代・40代となると、主診断はF3・F4だがベースに発達障害がある場合が多い。ここ数年年齢制限をかけてきたので、20歳未満が4割弱。						
	デイケア利用者数と特徴	小学校高学年から、長く診ている40代の人まで、かなり幅広い年齢層。						
	訪問看護数と特徴	保健所と連携して2名行っている。						

は20代までですが、来年1月からは20歳未満にする予定です。

児童精神科を中心にと考えていたので、育ちに着目した治療を行っていこうと思っていました。「平等、率直、楽観的」という3つをモットーに

掲げました。

精神科医療に18～19年関わってきて、患者と治療者関係にかなり歪みがあるというか、力関係にかなりギャップがあって、どうしても治療者が強く、患者が弱いという不均衡がある。それをず



かすおメンタルクリニック全景

っと見てきて、自分の中にもそれがあると思うし、それを平等というか、患者と治療者は対等の立場で言葉を交わせるというか、そういう関係性を作るということ掲げたということです。

それからオープンにということですが、率直に意見交換ができるような環境、これも平等に重なるとは思いますが、率直でいられるというか、相手も率直になれるし、こちらも率直になれるような、そういう医療環境を作ろうということです。

もう1つは、やはり精神科はともするとペシミスティックになりがちになるので、子どもを相手にするという立場からすると、できるだけこちら側は楽観的に治療目標を組み立てる姿勢を持とうと考えました。

《開設後に力を注いだ点》

当初は今述べたような理念をもって、私が診察をし、心理療法士がカウンセリングをし、デイケアがありということで、ケースワークを含めて4部門がそれぞれ動きだしました。それがなんとかうまく回るようにと考えていたわけです。しかし、診察となると、どうしてもそこに埋没してなかなか周りが見えなくなってしまい、院内連携というか、そのへんがなかなか難しかったので、そこをどうしたらよいかということを考えるようになりました。今も院内連携にはあれこれ考えを巡らせています。

《開設後に苦勞をした点》

この診療所は療育設備などの特殊なものを持っていないので、どうしても他の機関との連携が重要になります。とくに当院の場合、学校との連携がなかなかうまく進まなかったというのがあって、なんとかもう少し連携を取りたいと思っていました。しかし先ほど述べたように、私自身は診察に埋没してしまう質ですし、自分がやるとなるとなかなか難しい。それで思い切ってPSWの1人を学校コーディネーターという位置づけにしてみました。それによって連携にちょっと風穴が開いたかと思います。

これは精神科に限らないと思いますし、自分自身の問題でもあると思うのですが、自閉的に深くやりたいというのと、それでは駄目だという葛藤が自分の中にあると思うのです。自閉的にやればやった分だけ自己満足になるというか、子どもと関わっていると、診察室の中では満足できる、でもその子の生活全体を考えたら、実はちっとも良くなっていないということがよくあるんだと思います。そういうふう考えた時に、これじゃ駄目なんだ、やはり連携にもっと力を入れて、生活全体のレベルから診ていかないといけないということ、クリニックをやったことによって学んできたところがあります。それが自分の中のジレンマでした。そのあたりが苦勞といえるかもしれません。本当はとても自閉的な人間なのだけれども、出て行かないと問題が解決しないということがあ

ります。女房には「ずいぶん昔と変わったよね」と言われるのだけれども、外向きにやることで問題が解決されるということを経験したことによって、いわゆるアウトリーチというか、連携も含めその力を実感しました。精神科病院にいる限りは、なかなかそれは体験できなかったかなど。むしろ地域と密接に関わってやっていかなければいけないのだと思うようになりました。そうするとプロパガンダもこちらから発信していかないといけないということを考えました。

大人を診る精神科医になんとか子どもを診てもらおうということで行った、上ノ山先生たちとのプロジェクトがありました。そこで大高クリニックの大高一則先生とお話をして、地域連携というか、子どもを守るネットワークが必要なのだという話になって立ち上げた会がありました。まず東京を皮切りに、埼玉、豊橋、滋賀、名古屋でも行いました。その会が豊橋で、趣旨は大きく変わりましたが、子どもの心を支えるネットワークの会となり、ずっと続いています。今は年2回実施しています。冬は幼児、保育園・幼稚園のスタッフとか、それに関わる福祉・行政関係の方を集めて行い、夏は学童から思春期、青年期に関わる学校、行政、福祉、医療機関の方々を対象に行っています。

本来の自分には似つかわしくない、そうした外向きの活動することによって、関係機関のニーズを直接知るきっかけになったので、それも学校コーディネーターを配置しようという発想に結びついたのだと思います。

(4) 専門性

《専門分野 1》

専門分野は児童精神医学です。

《専門分野 2》

今現在初診は20代までを受け付けていますが、来年1月からは20歳未満とします。心理療法士の行うカウンセリングは私が問診後に回すかたちをとって、保険診療下でやっています。

先ほどから述べているように、初診に年齢制限

をかけていますが、再診では結構高い年齢層の方もいらっしゃる。それは年齢制限をかける前の方々はまだ来ていらっしゃるということです。初診の中心は、小学生から高校生です。再診の中心は今のところ10代～20代です。診断別でいうと、小学生～中学生はF8・F9あたりで、発達障害圏がかなり多いということです。しかし高校生以降、年齢が上がるにつれて、主診断としては、たとえばF3・F4となるけれど、ベースに発達障害特性があるというような、二次障害的なものが増えてきます。最近では就学前のお子さんの受診も増えてきました。乳幼児健診ではスルーされたけれど、保育園幼稚園に入園して問題行動を呈するようなケースで、多くは発達障害や虐待が絡んでいます。

児童精神科医として中学生、高校生を20年フォローすると、もう中年のおじちゃん、おばちゃんになっているわけです。私と共に歳を取ってきているのです。そういう人たちも診続けているわけで、そこが小児科との大きな違いです。

当院のデイケアの特色として、幅広い年齢構成というのが挙げられます。ずっと診続けている40代の人やいたり、家に長くひきこもっていた30代の人やいたり、そうかと思うと下は小学校高学年から中学生の不登校児も来ているので、かなり幅広い年齢層のデイケアになっているかと思っています。

一般的に思春期と謳っているところは、ある程度年齢制限をかけている場合があって、いくつになったら卒業みたいなことになっているようです。私は逆に大家族的なものをイメージしているので、いろいろな年齢の人やいろいろなモデルがいたほうが、核家族に慣れた子どもにとって意味のある得難い体験になるだろうなという思いがあります。もちろん棲み分けみたいなこともあるし、逆に交流みたいなのもあったりして、そこがちょっと面白いところかなと思います。

《専門分野での工夫》

年齢制限をかけるということについてはさっき

お話ししました。専門的なところに力を注ごうということですが、どこでもそうでしょうが、カウンセリングを行っている診療所や医療機関は意外に少ないですね。心理検査はやってくれるけれども、カウンセリングはやらないみたいなのが多いです。そういうわけで、この地域でもカウンセリングを希望する30代・40代の方が結構いるのです。以前は受けていましたが、そのうち子どものカウンセリングを受けつける枠がなくなるといふ変な事態になってしまったので、それで年齢制限をかけていったのです。カウンセラーには子どもをとにかく診てもらいたいというのがあったので、だんだん制限をかけていって、専門的な治療に特化しようと思いました。

それから、先ほど見ていただいたようにプレイルームを大・小つくって、その子その子の特徴に合わせて使い分けができるようにしました。

学校との連携にも力を入れています。主としては当院に来ていただいてケース会議をやるパターンが多いのですが、学校コーディネーターが出向いていくこともあります。児童相談所絡みのケースが多いですが、学校からの要請で学校訪問をすることもあります。

もう1つの工夫というか特徴というと、外来で母親相談会という心理教育のようなものを始めています。ペアレントトレーニングではないのですが、今年の春までは就学前の発達に問題を抱えるお子さんをお持ちのお母さんたちを対象に、心理教育をやってきています。いろいろとこちらから情報提供するセッションと相談事をみんなで話し合うセッションで構成したグループワークを、2週間に1回のペースで6回、約3カ月かけて行っています。この秋には、お母さんたちからの要望で小学校低学年児を持つ母親を対象とした会を行うようになりました。

就学前を対象に行ったところ、参加したお母さんから外来受診時に就学後に関する質問を矢継ぎ早にされるようになったので、就学後のフォローもしなければということで、就学前をやり、就学後をフォローして、また就学前をやり、就学後を

フォローするという、そういう繰り返しをやるようになりました。

あとはグループセラピーです。なかなか対人面というか友人関係がうまくいかないという、小学校中学年から高学年の子を集めた、遊びを通したグループセラピーを行っています。

《過去の研修》

私は出身大学は北大だったのですが、実家が静岡県でしたので、静岡に帰ってきて静岡済生会病院というところで初期研修をしました。最初、各科ローテート中に脳外科に入ることになったのですが、やってみると毎日同じことの繰り返しで、だんだん面白くなってきました。救急搬送されてきた患者さんを手術対応していくのですが、命は取り留めたものの植物状態になるケースも多かったのです。駆け出しの私は植物状態となった患者さんの病棟回診をするのですが、結局付き添いの家族の愚痴を聞く役回りだったのです。そんな愚痴を聞いているほうが脳の手術よりも性に合っていると思い直して脳外科を辞め、浜松医大の精神科に入局しました。それが卒業して2年半の頃です。浜松医大の精神科では児童部に入って、そこで児童精神医学を学びました。当時のチーフは現在東海大学教授の松本英夫先生でした。また、当時医局には石川元先生がいらっしゃって、家族療法を熱心にやっていたので、そこにも顔を出して家族療法のスーパーバイズも受けさせていただきました。

(5) 診療以外の業務

《自立支援事業所》

就労移行支援事業所 One Bit の嘱託医を引き受けています。

《介護保険事業所》

ありません。

《嘱託医》

豊橋市の保健所の思春期精神保健相談を受けて

います。これは月に約1回です。

豊橋市内の社会福祉法人の岩崎学園という知的障害児施設の嘱託を引き受けています。2カ月に1回訪問しています。

《公的業務》

名古屋家裁の豊橋支部がありますが、調査官研修のスーパービジョンを毎年1回やっています。

《その他》

豊橋市医師会の准看学校の運営委員を務めています。東三河地域の高校の教育相談部会というものがありますが、そのアドバイザーを務めており、年に1回講演とケースのスーパーバイズを行っています。

(6) スタッフ間の連携

週1回の全体ミーティングを行って、いろいろな問題点を話し合ったりしています。あと週1回、ケースカンファレンスもやっています。全体ミーティングでもケースカンファレンスでもそうですが、治療方針の共有ということが主眼になります。どうしても各部門がバラバラの動きになることがあるので、それを何とか連動させたいということでやっています。たとえば心理ですと、われわれ医者もそうなのだけれど、面接室の中にもって何をやっているかわからないというのがありますし、デイケアはデイケアで、いったい何をめざしてやっているのかが、他のスタッフから見るとわかりづらいというので、それをもっとお互い表に出し合おうということです。

あとは研修ということで、学会や研究会、研修会への参加を促して、希望があれば交通費なり参加費なりを援助するというをやっています。

(7) 関係機関との連携

《他の精神科診療所》

私から半年くらい遅れて開業した児童精神科医の後輩がいるのですが、そのかみやメンタルクリニックと、豊橋市こども発達センターの3つの医

療施設が合同でケースカンファレンスをやっています。3カ月に1回持ち回りで開いています。

《精神科病院》

精神科病院は豊橋市内に5軒あります。あとは豊川市に精神科病棟をもつ豊川市民病院があります。豊橋市内の1つの精神科病院に月1回当直に行っています。開業の時からです。もともと知っている院長先生ですが、開業する時にあいさつに行ったら、ちょっと手伝ってくれないと言われて、断れなくて。その病院ともう1つの病院では病診連携みたいなかたちになっていて、オープンベッドというほどではないのですが、うちの患者を入院させていただいたら、月1回くらい面会に行かせてもらっています。退院後うちに戻してもらったり、そちらの病院がいいという人は、完全に転医させてもらったりしています。面会という程度ですが、発達障害絡みの方が多いので、どういところで注意して診ていったらよいかをアドバイスさせてもらっています。精神科病院との関係は概ね良好といえます。

子どもの入院は、杉山先生があいち小児保健医療総合センターにいた時には、こんな大変な子ですから何とかというふうにお願ひできたのですが、杉山先生がいなくなっからは、厳しいケースは受けてくれなくなりました。暴力がありますなんて言ったら、もう絶対に駄目です。ということは、必然的に虐待ケースとか、家庭内暴力といったケースは受けてもらえない。不登校とか、そういう軽いレベルしか受けつけてくれなくなりました。現在は、まず浜松医大に紹介して、医大か天竜病院で入院させてもらっていますが、厳しいケースは、知り合いのいる民間の精神科病院に頼みこんでいます。

《医師会・他科医療機関》

「豊橋っ子の社会的自立を考える会」をやっています。医師会の他科の医師5名と組んで、地域の教育関係の改革をめざして活動を行っています。

《行政機関》

学校コーディネーターである PSW が窓口になって、各機関の要請に応える状況を作りました。そのスタイルが大分徹底して、学校はもちろん、児童相談所や市の子育て支援課、就労支援施設からも、直接コーディネーターに連絡が来るようになってきました。そのへんはすごく助かっています。

《学校・教育委員会》

東三河子どもの心を支えるネットワークの会を、幼稚園、保育園の方々と、それから小学校、中学校、高校の方々と年代で分けて年2回行っています。興味のある方は両方に参加されています。これはまず小学校、中学校、高校の先生方に働きかけをして始めたのですが、保育園、幼稚園の先生から、もっと低い年齢でもやってほしいという要望に応じて年2回の開催となりました。講演会を第1部でやって、第2部でミニケースカンファという体裁で、学校や園からケースを出してもらって、それに対してコメンテーターが意見や感想を述べるという方式で行っています。

(8) 精神科救急への関与

今のところは関与はありません。

(9) 精神科診療所としての社会的責任とは

地域で開業しているという立場からすると、口幅ったいですが、この地域の子どもたちの心の健康を支えていくことです。必要があれば、ずっと長く診ていく支援をしていくということです。その子たちの社会的な自立を支援する、そういう責任があるのではないかと考えています。

診療ということで考えると、診断のつくものを扱うことになると思うのですが、社会的な責任という観点から考えていくと、もう少し事は複雑です。今の子どもたちというか、教育現場といってもいいかもしれないけれども、かなり荒廃していると思うのです。ひどい格差ができてしまっているのではないかと考えています。貧富の差と同じように、学力レベルの差がものすごく広がってし

まっています。今でこそ疾病の枠には入らないけれども、ちょっとつくとすぐに疾病の範疇に転がってしまうような、疾病予備軍みたいな子たちが予想以上に多いのではないかとという危惧があります。そこをなんとか、診療ということから離れて、もうちょっと社会的貢献みたいな部分も考えなければいけないかなと思っています。

学校現場でも、発達障害などと取り立てて言うてしまわなくても、その子特有の発達の凸凹があるという視点で見れば、もっと関わり方が変わってくるのではないかなと思います。教育現場で、そのあたりの啓発ができればいいかなと思います。

(10) かかりつけ医と専門医の兼合いについて

児童精神科医という専門性を生かして、心の小児科という役割ですね。けれども先ほども述べたように、年齢に関係なくずっと診ていく、その子の自立までを見届けるという、そういうところが、専門医でありつつ、かかりつけ医でもあるということなのかなと思います。当然だけれども、子どもを診るということは、親を診るということでもあるので、結局ファミリーを診ていくことになっていくと思うのです。親と子の育ちに立ち会いたいな役割もありますね。

(11) アウトリーチや在宅医療の可能性について

学校コーディネーターの他にも、不登校の子やひきこもりのケースに対して、アウトリーチや在宅医療とかということが、可能性としてはあるのかなと思っています。ただ、スタッフの数の問題もあるけれども、経済的なバックボーンが整わないと難しいかなとも思います。

(12) 専門性を生かして、地域のハブとして機能しうるか。何が不足しているか。

豊橋市にはこども発達センターがあるので、そこが今のところ中心になっているのかなとは思っています。ただ、発達センターははっきりした発達障害の子たちが中心です。だから、ずばり発達障害という人たちじゃない、二次的な障害という



ウッディなダイケアルーム

領域の人たちがわれわれのところにやってきます。その領域でのハブということなら、可能性はあるかなと思います。発達障害ということでは、やはり療育からリハビリ施設までを持つことも発達センターが中心となって健診と連動するかたちで動いているので、それはそれで任せるということになります。しかし、そこからこぼれている子たちというのか、見逃されている子たちがいます。そういう就学前や学童期、中高生あたりの二次的な障害があるような子たちに対して、学校コーディネーターを介した連携というかたちでハブ機能を発揮することができるのではないかと思います。

(13) 事業の継続性について

自分がやれるところまでです。先は全くわかりません。やりたいという人が現れれば、譲ってもいいと思っています。今はまだそういう方もいない、というところです。だけど、こういうクリニックはこの地域にとって、私が引退しても絶対に必要だと思います。

(14) 経営上の見通しは

今のところ中心に据えて考えているのは、このクリニックの運営です。なので、自分は生活できる収入があればよいと思っています。そういうこ

とで言えば、そんなに困らないかなと。もっと贅沢をしたいとか、そうなれば困るのでしょうか、まあまあ普通に生活をしていくと考えると何とかやれます。

(15) 設立時の「こころざし」の達成度は

設立時に考えていたよりも、むしろ志がどんどん膨らんできているので、設立時点の志はもう超えてしまっている感じはします。ただ自分は自閉的な人間なので、そこまでできないと思っていたのです。地域といっても、もっと小さな地域や領域を考えていたのですが、そんなんじゃ、とてもじゃないけど思いは達成できないということになってきて、やらざるを得ないということになってきました。これもやらなければあれもやらなければというふうになってきて、どんどん広がってきってしまったのかなと思います。

(16) 後に続く人たちへのアドバイスと今後の展望

これはどなたもそうかもしれないですが、児童ということだと考えると、とにかくじっくりと関わるという、その覚悟さえあればどうにかなるかなと思うのです。

〈訪問記〉 かずおメンタルクリニック訪問記

上ノ山一寛

大瀧先生は木曜日は休診だが、豊橋駅までわざわざ出迎えて下さった。駅からクリニックまで車で約15分。畑と民家に囲まれた300坪の敷地に290平米の建物。正面に向かって左側が外来診療スペース。右側がデイケアスペース。屋根は左右に翼が羽ばたく形にデザインされていて、おしゃれな外観。50メートル先には中学校の校門が見える。駐車場は19台程度のスペース。何か催し物をするとなると足りないらしい。大瀧先生の似顔絵をモデルにしたロゴマークの入った看板には、児童精神科、心療内科とある。

まず院内を見学。待合は幼児用に仕切られた小部屋がある。診療スペースには診察室2、面接室3、プレイルーム大小各1、検査室1の計8室。デイケアスペース1階はキッチンや和室、ソファと書籍コーナー、小面接室、シャワールームなど。2階は吹き抜けになっているが、壁面に沿ってデイケアルームを見下ろせる休憩スペースとなっている。玄関に入ってすぐの受付は診療部分とデイケア部分が共用で、大瀧先生の診察室からは受付を通してデイケアルームまで見通せる構造になっている。2階建ての吹き抜け構造で、木材の支柱を多用してウッディな内装となっており、大変温かみを感じる建物。全てを写真に撮らせていただいた。先生の考えに共鳴した資産家が、現在の敷地を貸して下さったとのこと。

院長室に入って、質問紙にそって、録音をしながらインタビューさせていただいた。開業して10年。20歳未満が4割弱を占める。開業4～5年は年齢制限をしていなかったが、現在は20代までに新患を制限しており、平成26年1月からは20歳未満としたいとのこと。その子どもたちが成長して大人になった場合は当然続けて診てい

くことになる。そこが一般小児科との違いで、20歳で切ることにはしない。一方、デイケアでは年齢や診断によって制限は行わず、むしろ家族的な温かい交流の場となっている。このように地域の子どもたちの心の健康を支え、かかりつけ医として腰を据えて診つづけていくことを心がけておられる。平等、率直、楽観的をモットーに、「育ちに着目した医療」を実践しておられる。

ご自身はもともと内向きな傾向があったが、開業してずいぶん変わられたとのこと。子どもたちの生活レベルを引き上げていくために地域で連携することや、自身の活動を情報発信していくことの重要性を、クリニックから教えられたと言っておられた。その結果として、この5年来PSWを「学校コーディネーター」として配置しておられる。これは特筆すべきで、学校との連携がスムーズとなり、先生の活動の幅が広がったようだ。また、母親相談会を就学前、就学後に分けて2週間ごとに6回行ったり、遊びを中心としたグループ活動も続けておられる。

地域活動としては、子どものこころの診療に携わる精神科医の養成活動を機に、東三河子どもの心を支えるネットワークの会を年2回行ったり、豊橋の医師会有志6名で「豊橋っ子の社会的自立を考える会」を作り地域の啓発活動を行っておられる。豊橋地区の児童精神科医が集い、3カ月ごとのケースカンファレンスを継続されている。先生の誠実な人柄がどんどん活動の場を広げておられる印象であった。

先生の誠実さと情熱に触れ、勇気づけられながら、木の温もりのある診療所を後にした。

(平成25年10月24日)

診療所名： **エスポアール出雲クリニック**

院長： **高橋幸男**

調査日：平成25年11月9日

【島根県出雲市】

(1) 開設

開設日：平成3年4月1日

《開設に至る経緯について》

3年間、離島（隠岐）の精神医療をやりましたが、その3年間の経験が大きいですね。一人で医者をやっているとずっと当直をしているような感じになります。自分の宿舎に眠れないと患者が来ます。これが最初の驚きでしたが、地域医療とはこういうことなのだろうと直感的に思い、もう行き場も逃げ場もないと思ったときに腹を据えた経験がありました。隠岐は離島で受け皿が少なく、保健師さんが隠岐出身の人でみな顔が見え、中心となって、人と人のつながりでやっていました。医者は1年で帰るから当てにならない。それで保健師さんが全部知っていて、システムはないにもかかわらずよくフォローされていました。システムを整えばよいということではなく、いかに地元根を張った支援体制が大事かということをすごく植え付けられました。システムがなくとも、ソーシャルキャピタル（社会的介護力）が豊かだったとも言えます。地元の県立病院（精神科単科）に戻った後は副院長として院長を補佐しないといけなかったのですが、院長が地域医療に理解があり、外来医療をやりたいと言ったら、地域医療をやりたいと言っていたら、4年で開業しました。

《開設時の様々な苦勞について》

開設時の苦勞はほとんどありません。つまり反対がなかったのです。スタッフに関しても県立病



院のスタッフが協力すると言ってくれたし、院長以下全面的にバックアップしてくださいました。開業以前から行っていた地域活動「ふぁっと（出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会）」を県立病院に戻ったときから始めていて、地域の支援組織を行政も含めてやっていました。それで、こういう精神科の施設を作ることに反対が一つもありませんでした。クリニックの大家さんからも、これからは精神科の時代だからあなたの好きなように建てなさいと言われました。とにかく、建てる経緯から、出てくる病院から、外の支援組織を含めた仲間が支えてくれましたので、何の反対もなく全部バックアップ体制ができていました。

《開設時にかかげたところざし・理念》

開設時の理念は、地域精神医療の拠点ということでした。病院地域精神医療はもちろんその当時ありましたが、文字通り病院を飛び出して、外来だけ地域精神医療の拠点を作る、「ふぁっと」という地域支援も一緒になっていますが、そういうものの拠点にしようと意識を持っていました。

《開設後に力を注いだ点》

クリニック自体は特別何もしなかったと思います。ただ、スタンスとしては敷居を低くしてどん

精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト モデル診療所訪問調査事業

診療所名 エスポアール出雲クリニック
 院長氏名 高橋幸男

	調査日	H25年 11月 9日						
(1)開設	開設日	H3年 4月 1日						
(2)診療体制		常勤	(指定医)	非常勤	(指定医)	説明		
	医師	1	1	2	0			
	看護師	7	准看1	1	准看1			
	CP	2						
	PSW	6						
	OT	4						
	事務	3						
	その他	28		23パート				
スタッフ数(再掲)						説明		
	医師	3						
	デイケア	9				小山のおうち		
	デイケア	4				ピノキオ		
	デイケア	14				きらり		
	グループホーム	12				おちらと		
	小規模多機能	16				おんぼらと		
	居宅	2専従1				エスポアール		
	相談	3専従1				フライエ		
	厨房	7						
(3)患者数 (H25年6月)	月間受診実人数	男	女	総数	新患者	男	女	総数
		595	694	1289		9	21	30
	年齢別	10歳未満	10～19	20～29	30～49	50～59	60～65	65～75
		1	9	100	400	184	93	163
		75以上						
		339						
	診断別	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6
		307	11	148	496	227	4	4
		F7	F8	F9	その他			
		30	5	26	31			
	地域別	同一市町内		2次医療圏内		2次医療圏外		
		1076		1076		213		
	患者層の特徴について	・成人(働き盛り年齢層)と後期高齢者に当たる年齢層の受診者が多い。 ・疾患別に見てみると、成人期の受診者の大半がうつなどの気分障害の疾患による受診である。・認知症、高次脳機能障害の専門診断を求めている受診、また専門デイケア利用を希望されて受診される方が増えている。						
	デイケア利用者数と特徴	重度認知症デイケア373件 精神科デイケア262件 高次脳機能障害デイケアの受診者(利用者)が多く(474件)、増加傾向にある。						
	訪問看護数と特徴	8件						

な人でも診ようということやってきました。出雲市に初めてできた精神科診療所であり、宣伝をしなくても、知り合いが多いためたくさんの紹介があり、また行政や民間の人たちとのつながりも大きく、気軽に相談される体制ができていました。「こんな田舎で精神科診療所をやって、患者さんが来るのだろうか?」「ひょっとしたら内科にもなることを覚悟しておけよ」という人もいましたが全然杞憂でした。

《開設後に苦勞をした点》

例えば、よくある入院などもバックアップされているので全然苦勞をしません。患者さんにどこが希望ですかと聞いて、その希望に沿って入院をお願いします。この20数年苦勞したことがあります。急変時も、精神科救急外来にこういう人が行きますからと連絡して、患者さんに行ってもらい対応してもらいます。この医療圏は1保健所のエリアで17万人だから、適正だと思っています。どこの施設もほとんど誰かがつながっているのでやりやすいと思います。

(4) 専門性

《専門分野1》

元々は地域精神医療が私の舞台であり、精神科医としての私のテーマは統合失調症の人が地域でいかに安心して暮らすかということです。

《専門分野2》

開業当時、島根県は高齢化率が日本一だったこともあるのか、認知症の人を看ていくたび果てた家族がよく来られました。精神科のデイケアをやると思っていましたが、統合失調症のデイケアは患者さんがいなくて、すぐにはできなと感じました。そこで、誰もやっていない認知症の人たちをやると思いました。重度認知症患者デイケア（小山のおうち）を立ち上げたのです。それから認知症の人に教わるのが多くて黙っておれなくなり、統合失調症は実践的にやりながら、認知症の大切なことを伝えないといけないと思う



エスポアール出雲クリニック外観

ようになり、つい書くのが認知症、となったら、世間の人から認知症の専門だと思われるようになってきました。また「小山のおうち」がNHKに取り上げられ、その放送のインパクトが強かったのか一気に日本中から問い合わせがあり、多くの人が研修に来るようになりました。そういうこともあり、統合失調症をやってきた人間なのに、認知症をやっている高橋先生という話になり、「小山のおうち」の名前が有名になり、「小山のおうち」イコール私の名前になって、結果的にいつの間にか認知症中心になってきています。やればやるほどそうなるので、今は認知症専門ですと言っています。

そうしてやっていたら、10年くらい前に「山陰脳外傷友の会・らぶ」という高次脳機能障害の島根・鳥取の家族会ができました。そのときに記念講演を依頼され、にわか勉強を始めたら、高次脳機能障害は認知症と同じだと思った訳です。認知症は神経学的に言えば高次脳機能障害です。進行するというで国の作った基準からはずれていますが、横断的に見ると認知症は高次脳機能障害だから、認知症から得た知見を話しました。その会に来られていた全国の家族会の会長から、これから高次脳機能障害をやって下さいよといわれ、「高次脳機能障害は認知症デイケアの経験が生きますね」「高次脳機能障害に特化したデイケアも必要じゃないですか」と話したところ、いつ作るのですかとせつつかれるようになりました。

平成18年に介護保険での小規模多機能型居宅



小山のおうち外観

介護施設が登場します。認知症の通所、ショートステイ、訪問もできると知り、高次脳機能障害のデイケアとともに介護保険施設を始めました。

《専門分野での工夫》

自分はこれが大事だと思うと全部先取りして行くわけです。「小山のおうち」もその時にそれが必要であると思って始めていますが、診療所レベルではものすごく早い時期にやりました。高次脳機能障害も精神科がやらなければいけないと思いました。国が精神科で診ると言っているのに、どこもやっていない。医療のリハビリテーションは身体のリハビリテーションが6カ月で終わり、そこから先がなく、みな放り出される。継続的な認知リハビリテーションがない。国は精神科でやれと言うのだから高次脳機能障害の精神科デイケアがあってもよいのではないかと思って始めたのです。高次脳機能障害に特化したデイケアは全国では自分のところが初めてだと思います。順調に行ったのではなく、やるぞやるぞと先取りして行くと、人より先になっていたということです。

《過去の研修》

実は認知症デイケアも、誰もやっていなかったもので、自分たちで作ってきました。元々あった各地の老人デイケアは参考になりませんでした。自分がやっている認知症デイケアは、集団精神療法

的な関わりをやってきました。認知症の人に集団精神療法があり得るのかという話から始まりますが、認知症の人は言葉ははっきりしなくても悩んでいるのであり、みなが思うよりはるかに心の奥は深いのです。人から教わるのでは全くなく、自分たちでやってきました。高次脳機能障害も、どこにも教えを乞うところがなかったのです。

(5) 診療以外の業務

《自立支援事業所》

自分のところが特別に何かやっている訳ではありませんが、自立支援事業所・社会福祉法人「ふぁっと」があり、自分が理事長でもあります。そこが自立支援事業所として動いているので、常日頃から一緒にやっていることになります。

《介護保険事業所》

自分のところでもやっているし、他の介護保険事業所ともグループホーム連絡協議会や小規模多機能居宅介護施設連絡協議会などをやっています。出雲市の介護保険の運営員でもあるので、介護保険の運営に関しては全市的なところでも動いています。

《嘱託医》

知的障害施設2カ所、特別養護老人ホーム3カ所、認知症グループホーム2カ所など、たくさんやっています。

《公的業務》

県の認知症検討委員会の委員などをはじめ、公的なものは多いですね。審査会は障害区分認定審査会（委員長）にしか今は出ていません。介護保険の審査会は他の先生に任せています。

《その他》

臨床教授を拝命しているので鳥根大学医学部に教えに行ったり、リハビリテーション関係の学校に非常勤講師で毎年何コマか教えに行っています。そういう教育的なこともやっています。

(6) スタッフ間の連携

《チームワークの工夫・研修》

「小山のおうち」を院内研修機関にしています。認知症の方だけでなく、障害を持った方とどう関わることかという基本的なことが全部そこにあります。自分のところに就職した人は、そこでまず一定期間研修を行ってもらっています。そこでやっているので、スタッフ全員が同じ価値観と同じ考え方で行こうというのがあります。規模が大きくなっていますが、基本的にみな同じ考え方で、自分のこういう思い、考え方をみんなが理解してくれたうえでやっているので、チームワークは良いと思います。

(7) 関係機関との連携

《他の精神科診療所》

出雲の精神科診療所は7軒で、基本的に全部知り合いなので仲良くやっています。鳥根県全体では17軒で、松江と出雲に偏っています。石見に2カ所、残り15軒は松江と出雲にあります。

《精神科病院》

精神科病院との連携は前述しましたように良好で、問題となることは全くありません。

《医師会・他科医療機関》

いろいろな事業がありますが、医師会の認知症担当となってやっています。医師会員としてもいろいろな医師会活動をしています。在宅療養懇話

会のメンバーで、医師会員としても行政の介護保険の運営協議会の委員をしています。そういう点でも医師会とはいつも一緒にやっています。他科の先生たちとも、夏と冬の年2回ブロック会議があり、そこでみなと会います。懇親会もあり、みな知っていて、紹介も気軽にできます。うつ病などで協力をしてもらうために、一般科、身体科の先生にうつ病の啓発を含めての対応を保健所中心にやっています。

《行政機関》

市という行政もやりますが、保健所も一緒にやっています。お互いに連携しているので、保健所の会議には出雲市も出るし、出雲市が何かするときには保健所も来る。自分のところでやる時にも、出雲市、保健所、県も来ます。そういう意味ですごく行政とはうまくいっていると思います。

《学校・教育委員会》

学校関係は薄いかもしれませんが。学校での講演はしていますが、校医の経験はありません。教育委員会や児童精神医療も薄いところです。

《雇用・就労関係》

「ふあっと」があるので当たり前ですが、常に自立支援医療と連携しながら雇用関係の人たちとも連携しています。システムティックにリワークなどはしていませんが、個別のケースで連携を取っています。

《相談支援事業所》

相談支援事業所を持っているのでやっています。

《自立支援事業所》

自立支援事業所も持っているのでやっています。

《その他》

認知症に関しては、認知症疾患医療センター（診療所型）というモデル診療所に手を挙げてやりました。認知症疾患医療センター（地域型）との連

携、かかりつけ医との連携、もちろん福祉介護系、包括支援センターとの連携もしています。また認知症サポート医でもあるので、かかりつけ医の先生方の研修、認知症対応力向上のためのお手伝いなどを行っています。

(8) 精神科救急への関与

とくに救急はやっていませんが、24時間対応と措置診察はしています。県立病院の当直をしましょうかと申し出たことがあります、そこまでしなくてもよいと言われます。そのくらい精神科病院や総合病院などとの関係は良いです。

(9) 精神科診療所としての社会的責任とは

精神科の診療所だからこそ責任がある。いい加減ではまずいと思います。精神科診療所らしく診断もきちんとすべきであると、とくに認知症医療について思います。薬を出せばいいという医療ではいけません。子どもから高齢者まで悩める人々を診るのが精神科診療所だから、それをいかに真摯にこなせるのかということが重要だと思います。きちんと責任を持って、全部診なくても自分が診ている人々を真摯に診られるかということが大事だと思います。それぞれの専門でもいいから、精神科診療所の役割は大きいと思います。

(10) かかりつけ医と専門医の兼合いについて

一般の風邪の患者さんなどは診ないようにしています。そういうところで自分の中に線を引いています。精神科としてこられる方に関してはかかりつけ医的に関わります。精神科のかかりつけ医という意識はあり、長く付き合っているからその方の家庭がどうなっているのかわかることもあり、そういうことに関してはかかりつけ医でもある。一方で、専門医でもあるということでしょう。

(11) アウトリーチや在宅医療の可能性について

今もやっていますし、これからもやらなくてはいけないと思っています。訪問看護もしていますが、アウトリーチは看護師、ケースワーカーでや

っています。往診は必要などには行くことにしています。ただ、講演などで時間を取られすぎているので、何とかして時間をつくらなければならないと思っています。

(12) 専門性を生かして、地域のハブとして機能しうるか。何が不足しているか。

すでに専門性を生かして地域のハブとして機能していますが、不足していることがあるとすれば、児童の領域です。

(13) 事業の継続性について

この先の継続性は、私の跡はもう決まっています。私の甥が今精神科医で修業中です。ポリシーを持って私の跡を継いでやると言っていますから、大丈夫だと思います。また私だけではなく、コメディカルの人、次々と跡を作っていくといけません。「ふぁっと」のほうも若手が次々と生まれてきてくれているので安心していています。

(14) 経営上の見通しは

現在のところ経営上の見通しについては大丈夫ですが、平成18年に建物を建てるのに大きな借金をしています。返せているのでよいのですが、気持ち的に厳しいかなと思います。

(15) 設立時の「ころざし」の達成度は

志の達成度は結構あります。ただ、次々目標が出てきてしまう。いつも何か足りない、もう一つ上があると思ってしまうところがあって、これでよいとならない。そこがいけないところかもしれませんが、誰かがやらないといけないと思うと結局自分でやっているので、それがいつまで続くのかなと思います。でも、少なくともクリニック設立時にこれくらいしたいなと思ったことは達成していると思います。

(16) 後に続く人々へのアドバイスと今後の展望

少なくとも地域を良くするというくらいの根性

を持ってほしいですね。地域を良くするような精神科医であってほしいと思います。私は、人とつながることだと思います。基本的に人とのつながりが悪くなっている世の中にあって、精神科医

療は簡単に言うと人をつなげるような医療をしていくべきです。どんな疾患もそうだと思いますが、それをやるのが精神科医だろうと思います。そのような精神科医が増えればいいと思います。

〈訪問記〉 エスポアール出雲クリニックを訪問して

後藤英一郎

平成25年11月9日土曜日にエスポアール出雲クリニックを訪問しました。福岡から車で5時間弱、予定より少し早目でしたが、陽が落ちて暗くなった18時半に到着しました。高橋先生は19時まで診療があるため、スタッフの三宅さんの案内で、クリニックの施設を見学しました。土曜日の夕方ですから、デイケアはすでに終了していましたが、中を見せてもらいました。デイケアはクリニックと別の建物になっており、まずは認知症デイケア、次にまた別の建物に入っている高次脳機能障害のデイケアに行きました。その建物には、見ることはできませんでしたが、精神科デイケア、小規模多機能型居宅介護施設、認知症高齢者グループホームも入っていました。

さて、高橋先生と言えば認知症の専門家であるとのイメージを持っていたのですが、お話を伺うと、元々隠岐の島で3年間働いた時に地域精神医療の必要性を感じ、その後出雲の県立病院でも地域との連携などを構築し、行政、保健所、病院を含めた地域との関係を継続したままで平成3年にクリニックを開業されたそうです。そのため開設時の苦労などはなく、開業当初から地域連携ができていて、現在でも入院などで困ることはないのだそうです。

認知症のデイケアのことを伺うと、認知症の人も家族の人も困っているのだからと平成5年に「小山のおうち」を併設し、NHKに取り上げられたこともあって大きな反響があり、研修に来る

人も多く、講演などもどんどん増えて今に至るそうです。「小山のおうち」ではクリニックの院内研修も行っているそうで、そこで同じ考え方や価値観を持てるようにしていると伺いました。

平成11年に精神科デイケア、平成18年から高次脳機能障害デイケアも併設しておられますが、必要なものがなければ自分がやる、先取りも必要であるという考え方を実践しているのだそうです。「60過ぎて大きな借金を作ってどうするのだと友人に言われたこともあるのだけれど…」とも話しておられました。今後は往診や訪問にも力を入れていきたいが、講演などが多くて時間が取れないとぼやかれている姿が印象的でした。

ちなみに継承のことも聞いてみたところ、すでに跡を任せる人が決まっているそうで、また、スタッフも次々と新しい人材が育っているとのことでした。

出雲市は人口が17万人、いずれも入院病棟のある大学病院、県立中央病院、県立精神科病院、それに民間の精神科病院、7カ所の精神科診療所があり、精神科医療資源に恵まれた地域だそうです。クリニックの開業は高橋先生がもちろん最初になりますが、当初から地域との連携を図り、繰り返しにはなりますが、足りないものは自分でやる、そういうスタンスが地域に大きな力を与えているのではないかと考えながら、インタビューを終えました。

(平成25年11月9日)

診療所名： 湖南クリニック

院長： 榎林理一郎

調査日：平成25年10月1日

【滋賀県大津市】



(1) 開設

開設日：昭和55（1980）年4月20日、当時私はまだ29歳でした。

《開設に至る経緯について》

なぜ開設したかという、一言でいうと若気の至りというか、若さゆえの勢いのようなものがあったわけですが、当時関西のある大学の精神医学教室の助手をしていました。大学の問題を巡る学内の紛争の影響を受けて、紆余曲折があって大学を去らなければならなくなり、しかし、人に頭を下げてどこかの旧態依然とした収容所病院に就職をお願いするのもいやで、それならば自分たちで病院を作ろうという話になったんですね。そこで、地域での展開を念頭に、病院と診療所とのネットワークを作ろうという発想が生まれて、志を同じくする仲間数人で病院とクリニックを立ち上げたわけです。

病院はクリニックから車で30分ほど北の滋賀県野洲市にある、湖南病院という当時100ベッドの小さな病院ですけれども、精神科単科病院を立ち上げました。病院は農村部にあって町からは遠くて通いにくいから、住宅地にも診療所が必要ということで、都市近郊の住宅街である大津市瀬田の駅近くに湖南クリニックを開設し、病院と診療所のネットワークを立ち上げたわけです。

1980年の春に湖南クリニックを開設して、湖南病院は同じ年の10月に開設しました。当時、同世代の同僚の医者が4人いて（現在も同様で

すが）、3名が病院の常勤となって、私はクリニックの常勤となり、日中病院に非常勤で勤務して、夕方からクリニック勤務などという掛け持ちで仕事をしていました。病院からも非常勤として2～3人の医師が診療に来るかたちをとっていました。そして、今も病院から2人が週1日来て診療しています。私は現在も週2日病院勤務をしていて、週1回は当直もしています。運営する医療法人は別々で、経営自体は独立しているのですが。

したがって、診療所としての独自の機能と病院のサテライト機能を併せ持っている、という感じの診療ネットワークです。当時としては新しい発想でした。しかも、自分が外来で診ている患者さんをそのまま入院中も主治医として担当できるということで、入院と外来一貫して一人の医者が持つというメリットが結構ありました。当時医師会が進めていた開放型入院医療の精神科版のようなイメージでしょうか。

《開設時の様々な苦勞について》

若かったせいもあってあまり苦勞したという感じはなかったですけど、唯一お金の問題がありましたね。無一文で始めたので。病院もそうでしたけれど、クリニックも全く無一文だった。医師会の共同組合から借金しましたが、その時に初め

精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト モデル診療所訪問調査事業

診療所名 湖南クリニック

院長氏名 榎林 理一郎

(2)診療体制	2013年		10月		1日		説明	
	常勤	(指定医)	非常勤	(指定医)				
医師	1	1	3	3				
看護師	2		3					
CP	2		1					
PSW	2							
OT								
事務	5							
その他							デイケアにボランティア2名	
スタッフ数(再掲)	専従		非専従				説明	
デイケア	6		1					
訪問看護			2					
カウンセリング							別機関	
相談支援			1					
休診日								
診療体制における工夫	カウンセリングルーム(家族療法):別施設として隣にあり(有料 ¥8,000~10,000/h)							
(3)患者数 (H25年6月)	月間受診実人数	男	女	総数	新患数	男	女	総数
		417	418	835		10	6	16
年齢別	10歳未満	4	53	70	151	278	168	106
	70~79	60	15					
	80歳以上							
診断別	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	
	7	1	272	240	203	11	7	
	F7	F8	F9	その他				
	0	21	27					
地域別	同一市町内		2次医療圏内		2次医療圏外			
	2/3		2/3		1/3			
患者層の特徴について								
デイケア利用者数と特徴	1日平均20名(15~25名程度) 若者のSoCとリワーク 大規模を算定している							
訪問看護数と特徴	外来Nsが空いた時間に実施 20件/月							

て会った先生が保証人になってくださったりして、とても助けられたというのがあります。今でも非常に恩義を感じています。初めて会ったのに「お金ないだったら保証人やってあげるよ」と言ってくださって。私たちの心意気も通じたのかも知

れませんが、お人柄もとてもいい先生でした。だからこのクリニックはそういう意味で、大津市医師会の先生方にずいぶん支えていただいたということがあります。当時、精神科専門の診療所というのは、滋賀県ではこのクリニックが初めてなん



湖南クリニック全景

です。今から33年前ですね。それが大津にできるということで、結構医師会の一部の先生には関心を持っていただいて、本当にいろいろと声をかけていただいたり、お力添えをいただきました。

この瀬田という所は、当時JRの新駅ができてまだ日が浅かったのでこれから発展する町だということで、今の隣のビルが空いていたので、ここに店を出そうと決めました。同僚で副所長の三輪健一先生と2人で立ち上げました。三輪先生は、今も湖南病院の常勤と週1日クリニックの診療を兼務されています。

《開設時にかかげたころざし・理念》

当時の時代の雰囲気もあって、病院も含めて「医療に値する精神科医療」ということを言っていました。今では言うのも恥ずかしいほど当たり前のことが、当たり前でなかった時代だったと思います。病院と診療所のネットワークを作り、地域に根ざした生活の場に近いところで、オープンな精神科医療が受けられるようにという思いもありました。そして、精神科病院は地域精神科医療ネットワークの要であるとも位置づけていました。

《開設後に力を注いだ点》

開設して一番気を使ったことは、患者さんや地域の方たちの信頼を得ることと、地元の地

域医師会の先生方の信頼を得るということでした。それがないと成り立たないですからね、特に開業医は。やはり、支えてもらわないと成り立たない。

《開設後に苦勞をした点》

いいスタッフを集めることです。最初の5年ぐらいは苦勞しました。今は10年から20年以上勤めてくれているスタッフも多くいて、スタッフには恵まれて安定していると思います。

経営的にはちょうど当時精神科がブームになり始めた時期だったので、患者さんがだんだん集まってきてくれるようになりました。ただ、開設して最初の2年ぐらいは手弁当で、しばらくは安月給でした。今でもそんなに大きく儲かっているわけではないですけど、赤字は出さないで、なんとかやってるという感じでしょうか。

たとえば、思春期・青年期デイケアとリワークだけで常勤スタッフが6人要りますから、ちょっと人件費的に重いだけけれど、たぶんそれくらいスタッフがいないと内容が伴わないので、頑張ってます。

周囲の地域との関係も幸いに良好で、そんなに困ることはなかったです。開業して5～6年ほど経ってから看板に堂々と「精神科」と出しましたけれど、反対も出ず、全く問題ありませんでした。特に30年ほど前に、企業の産業医をしている医

師会の先生方から声をかけていただいて産業メンタルヘルスの仕事を始めた時には、いろいろと支えていただいて、そういう意味ではありがたかったですね。

(4) 専門性

《専門分野 1》

診療所での精神科臨床。精神科のゼネラリストを意識していました。どこまでなれたかは何とも言えませんが。

《専門分野 2》

家族療法です。それから産業メンタルヘルス、今はリワークもしています。あと、湖南病院を主にベースにしていますが、地域での精神保健福祉活動も私にとっての専門領域となっています。

《専門分野での工夫》

本格的な家族療法はクリニックに併設の「カウンセリングルーム こなん」の家族療法家の心理士さんに任せていますが、日常診療の中でも、そういう家族療法的な面接を応用してやっています。もっと時間をかけて悩みを聞いてほしい人には、カウンセリングルームを勧めています。担当の心理士と必要に応じて情報交換したり、相談したりしています。その場合、私は投薬とか診断レベルでのより医学的な働きかけが役割となって、お互い専門分野での連携をしています。

地域での活動はクリニックよりも、湖南病院を運営する医療法人で地域支援部門というのがあってその担当理事をしているので、地域生活支援センターやホームヘルパーの居宅介護事業所や訪問看護ステーションの運営、ショートステイや生活訓練施設（現在、宿泊型生活訓練事業）などの一連の障害福祉サービス事業を運営する部門の運営責任を持ってやっています。最近、厚労省のアウトリーチのモデル事業も引き受けるなど、アウトリーチ活動にも取り組んでいます。なので、私はよく二足のわらじを履いていると自己紹介して

います。一週間の時間割を作りながらあっちこっちと活動している感覚ですね。

職場のメンタルヘルスについては、現在も2カ所の事業所の精神科産業医をしています。昔から企業の管理職や職員にメンタルヘルスの重要性を理解してもらうことに、かなり力を入れていたように思います。ですので、昔は毎月のようにいろいろな企業に出向いていっては、メンタルヘルスの講演会をしていたこともありました。

職場の人とクリニックで会う工夫もしていました。たとえば、患者さんが長い休みから復職する時には、職場の上司や看護師さん、保健師さん、それに家族などを呼んで、復職前の合同面談をよくしていました。以前は私が一人でやりましたが、最近リワークを開始してからは、リワークのスタッフがしてくれることもあります。復職前の合同面談をしないとうまく戻れないケースも多いですから。長く休職していた人は特にね。

また、地域の産業看護師、保健師さんたちと数名で、こじんまりと勉強会なども続けていた時期もあります。これももう20年以上も前のことになりますけれども。

《過去の研修》

家族療法に関しては、新しい分野だったので関心を持つ同僚と共に自己研修していました。外国の講師のワークショップに出たり、研修会に出席したりしていました。

特に、大阪阿倍野の松田クリニック・健育研究所の松田孝治先生が年2回主催されていた「米国メンジャー・クリニックのスタッフによる家族療法のワークショップ」に1984年頃から約10年間毎回参加させていただいて、これが私の家族療法の基礎のひとつとなっています。

そのほかに、1980年代後半からは、湖南病院で家族療法チームを立ち上げて、同じ関心を持つ仲間たちと実践経験を積み重ねてきたりしていました。当時の日本では、皆そうして力を付けていったと思います。

ちなみに、松田孝治先生は昭和48年の日精診の設立発起人のお一人で、初代副会長をされました。私も精神科診療所のあり方のモデルのひとつとさせていただいた先生で、多くのことを教えていただきました。(追記：残念なことに、松田先生は平成26年10月に逝去されました。)

(5) 診療以外の業務

《障害福祉サービス事業所》

これはいま言ったように、湖南病院の方でかなり積極的に地域のネットワーク作りをやっています。したがって、クリニックとして障害福祉サービス事業を行っているわけではありません。クリニックでは、看護師やPSWが個別ケースごとの訪問看護や地域連携を行っています。

《嘱託医》

産業医としては、多いときは4事業所でしていましたが、今は2カ所。いわゆる嘱託の精神科産業医をしています。本来の産業医として内科の先生がいて、僕は精神科専門で、民間企業と市役所でもう30年くらいになります。

《公的業務》

天津市の障害支援区分認定審査会の委員長を、制度が始まった平成18年から務めています。また、天津市の自殺対策連絡協議会の委員長もしています。そのほかでは、精神科救急や医療観察法関連、県の医療計画作成時の委員会など、県のいろいろな委員会の委員、県の自立支援協議会の副代表など、年を取るといろいろな役が回ってきます。滋賀県精神神経科医会の会長も長らく務めています。

これは昔のことになりますが、1990年代の初め、まだ厚生省と労働省が別々であった時期に両省合同で職場のメンタルヘルスについての初めての委員会が開かれたのですが、そこに産業医をしている精神科開業医の立場からの委員として参加していたことがあって、雑誌「産業精神医学」の

初めの頃の号に記録が掲載されていると思います。藤縄昭先生や笠原嘉先生などの錚々たる委員の先生方の中に、若造が生意気にぼつんという感じでした。今は亡くなられた島悟先生ともこの時初めてお会いしました。

それから2000年代の初め頃、厚労省のいわゆる「ひきこもり研究班」に家族療法の立場から参加して、2003年に公表された『『ひきこもり』対応ガイドライン(最終版)』の執筆にも携わりました。

昔話ばかりで恐縮ですが、それと関連して思い出したのは、1996年にマドリッドでWPAが開かれたときに、日本から「ひきこもり」のシンポジウムをエントリーしたのですが、そのシンポジストとして発表したことがあります。当時認識され始めた「ひきこもり」という現象を、海外の学術的な場で初めて発表したシンポジウムであったと思います。この時のWPAには、日精診からも神戸の生村吾郎先生や宮崎隆吉先生たちが確か阪神・淡路大震災関連のシンポジウムを出されていたと思います。

さらに付け加えると、2001年から6年間、日本家族研究・家族療法学会の会長を2期務めました。その学会が最近創立30周年を迎えたのですが、その記念企画として「家族療法テキストブック」という日本で初の家族療法の教科書を上梓したのですが、その編集長も務めさせていただきました。

《その他》

平成19年に始まった「大津G-Pネット」の立ち上げから関わっていますが、現在G-Pネットの会長の天津市医師会の副会長の先生と連携して、講演会などの啓発活動を行っていました。中身は大津市医師会内で医師同士の連携づくりが中心になりますが、国の自殺対策の基金を使っていたので事務局は保健所が担ってくれていて、資料も全部作ってくれて、組織運営としてはかなりきっちりやっていたと思います。

(6) スタッフ間の連携

《チームワークの工夫・研修》

一つは日頃のコミュニケーションでしょうか。もうそれに尽きるというか、特に女性中心の職場なのでいろいろ気を使いますね。あと、仕事以外のイベントも工夫しています。歓送迎会、飲み会とか、特に忘年会には祇園のフレンチとかちよっとお洒落な所に行って。それと、私がワイン好きということもあって、毎年11月にはスタッフ全員にボジョレー・ヌーヴォーを1本ずつプレゼントしたりとかいろいろ。やはりよいスタッフに長くいてもらわないと、運営が安定しないですから。おかげでうちは辞める職員は少なく、産休後も職場復帰してくれて、最年長のスタッフはもう30年くらいになりますね。

スタッフの研修にも積極的に行ってもらっています。参加費や旅費、宿泊費も出して、必要と思う研修会には行ってもらいます。特に家族療法やデイケア、リワークの関係では、できるだけ研修会や学会にも行ってもらっています。

(7) 関係機関との連携

《他の精神科診療所》

滋賀県の診療所協会はよくまとまっていて、上ノ山会長が頑張っているのと企画を出してくれるので、皆連携がすごくよいです。うちのデイケアやリワークには、他の診療所からもよく紹介していただいている、半分くらいが外部主治医で、そういう連携もあります。

《精神科病院》

歴史を辿ればいろいろあって、当時の時代背景としては、収容所精神病院を解体していこうという問題意識の中で診療所を立ち上げたということがあったので、私たちが若い頃は民間の精神病院の院長とは微妙な緊張関係もあったと思います。しかし今は病院経営者の世代も替わって、ずいぶん雰囲気は変わりました。

特にうちの場合は、湖南病院と連携して立ち上

げていて私も病院経営の立場にもいるので、病院の置かれている状況も肌で感じる事ができて、病院の視点から精神科医療の変化を感じることも多いです。

《医師会・他科医療機関》

前にも述べたように、とても大事にしていますね。ネットワークがないと、診療所経営は難しいと思います。

《行政機関》

県や市の障害福祉課や健康推進課、保健所など関連部署とは仲がよいです。やはり地域のネットワークに力を入れてきたから、保健所とも昔から連携をとってきたし、30年も開業していると、当時若かった保健師さんが今は行政の幹部になっていたりして、話がしやすいですしね。

今でもケース会議などで行政や地域の関係機関のスタッフが集まって会議をすることが多くて、地域のスタッフとはほぼ皆と顔見知りの関係ができています。大津市は人口約34万で、地域規模としてはちょうどよいサイズのように思います。

《学校・教育委員会》

80年代中ごろから滋賀県で不登校の問題がクローズアップされて、つまり全国統計を取った時に滋賀県がたまたま高く出てしまって、不登校の対策を県教委が始めることになったんです。そのプロジェクトに私と三輪先生の2人が参加して、ちょうどシステム論的家族療法を勉強し始めた頃で、その考え方が応用できそうだということで、学校と家族と子どもとをまとめてみることができるとは家族療法だと、その視点から学校現場での教師へのコンサルテーション活動を、「さざなみ教育相談」という名前の県教委のプロジェクトチームの仕事として10年くらいしていました。県内の小中高の学校を延べ400～500校ほど回ったと思います。私は今はその領域からは引いていま

すけれど、三輪先生は今も野洲市をモデル地域にして連携をしながらやっています。

《雇用・就労関係》

障害者職業センターが隣の草津市にあって、お互いリワークをやっている関係で、患者さんを紹介したりされたりしています。滋賀県は、昔から障害者福祉に熱心で、現在県内の7つの障害福祉圏域にひとつずつ「働き暮らし応援センター」という就労支援の事業所が設置されています。歴史的に、糸賀一雄に代表されるように知的、身体の領域が先進的で精神の領域は弱く、今でもまだ弱い印象です。

私のところでは、現在は地域の作業所や働き暮らし応援センターと連携して、そこからさらに就労支援で仕事につながる流れがあります。

《相談支援事業所》

クリニックのある大津圏域で言うと、他の民間の精神科病院が運営している相談支援事業所が大津市内に2カ所あって、そこと連携を取っています。隣の草津圏域の患者さんの場合は、先ほど言ったように、私が運営担当をしている湖南病院系列の相談支援事業所などと連携を取ることになります。それぞれ連携しているケースは結構多いと思います。

(8) 精神科救急への関与

滋賀県の精神科救急医療体制に精神科診療所協会として参加していて、ソフト救急対応ですが、夜9時まで待機する当番が回ってきます。指定医としての措置診察は、湖南病院の当直を週1日しているのです、そのときにケースが来れば行きます。年間数例くらいですが。

(9) 精神科診療所としての社会的責任とは

やはり地域医療の担い手という自覚が必要です。サラリーマン的に仕事をしたらよいというのではなくて、地域に対する責任があるという自覚を持

つことと、あとはソフト救急を担うという自覚ですね。それから、今は精神科医がいろいろな委員会など公的な場で意見を求められることが多いので、そういう公的な委員会にも時間は浪費しますが、いやがらずに参加しようということでしょうか。たとえば、障害支援区分の認定審査会の委員の仕事は、時間ばかり取られて忍耐のいる仕事ですが、地域貢献のボランティアのつもりで引き受けています。

(10) かかりつけ医と専門医の兼合いについて

あまりそういうことを考えたことはないですけど、基本は精神科のゼネラリスト志向だったので、何でも来るものは拒まずでやっていました。ただ、認知症は専門のクリニックに紹介したり、アルコールなどの依存症は県の精神医療センターが専門プログラムを持っているので、そこに紹介しています。

ただ、30年も地元密着で診療していると、長い付き合いの患者さんもたくさんいて、かつて患者さんにくっついて来ていた小さな子どもが、後に成人して受診して来たり、孫を連れて来たり、いつのまにか家族全員がカルテを作って通院していたりして、結果的に私がかかりつけ医、あるいは家庭医みたいになっていることも多いですね。病気だけ診ていればよいというものでもない。家族の歴史をみている感じになります。もちろん、内科などの専門的な身体科の治療は専門の先生にお願いしています。

それから若い統合失調症の方は、やはり急性期後のリハビリとしてデイケアがとても役立っていると思うので、積極的に取り組んでいます。若い統合失調症の患者さんはデイケアに参加すると治り方が早い。本当に目覚ましくよくなりますね。そのぶん主治医は楽ですね、グループに入れればよいということで。あとは患者さんが自分でよくなっていくという印象です。グループの力は本当に大きい。個人ではできないことがいっぱいありますね。



「リワーク・サポート こなん」活動室

うつ病リワークは始めて4年余りになりますが、これも始めてみてそのよさがわかるという印象です。リハビリというより、より徹底した治療そのものになっているように思います。最近の私のところでは、2年後の就労継続率が74%というデータが出ています。

(11) アウトリーチや在宅医療の可能性について

アウトリーチは、PSW や保健師、看護師、OT などとチームを作らなければできません。今の診療所ではそれだけのスタッフを雇う余裕がないので、必要なケースには個別の訪問診療や往診、訪問看護を行っているのが実情です。むしろ、先に申し上げたように、もうひとつの湖南病院の方でアウトリーチに取り組んでいるところです。

(12) 専門性を生かして、地域のハブとして機能しうるか。何が不足しているか。

地域のハブとして機能しているかという点、なかなか難しいですが、地域の精神科医療・福祉関連のさまざまな機関との連携はかなりあって、周辺のそういう機関のスタッフは、ケース会議や同伴受診などでよく当院に出入りしているほうだと思います。

あと、リワークに関しては、滋賀県には本格的

なりワーク施設は少なく、当院のリワークは他のクリニックにも利用してもらえる地域の資源と言えるかも知れません。

いずれにしても PSW や看護師、保健師、OT などコメディカルがいないと、地域のハブ機能を担うのは困難です。現状ではそこまでスタッフを雇う余裕がないので、実際には困難ですね。そういう点で、診療報酬のバックアップが不足していると思います。

(13) 事業の継続性について

次の世代の先生に引き継いでもらいたいと思いますが、いい人がいないかなと思いつつやっています。やはり、ある程度同じ志向性でないと引き継げないものもあります。でも贅沢を言ってもなかなかないですね。たとえば地域精神医療に関心のある人とか、家族療法とか思春期青年期の統合失調症のデイケアやうつ病リワークに関心のある人とか、やる気のあるいい人がいないかなと、募集中です。

(14) 経営上の見通しは

見通しは今後もとんとんですかね。人件費に相当かかりますから、今もこれからも厳しい状況が続くだろうとしか言えません。治療メニューの少

なかった昔のほうが、スタッフも少なくて済み、むしろ利益が上がりました。80年代中頃は、今の通院精神療法は「精神科通院カウンセリング」と呼ばれて200点でしたけれども、それでも結構やれていました。その後メニューを増やして、施設を整えたり人を増やしたりしてから大変になりました。

ですので、やはりコメディカルを増やしたらそのぶん加算が付くとか、そういう経営努力に対しては、ちゃんと診療報酬で評価される必要があると思います。デイケアスタッフ以外の、外来看護師や外来PSW、心理士、事務スタッフなどは全部クリニックの持ち出しで雇うかたちですから。ケース会議にスタッフが出てても報酬はなく、実質ボランティアで出ているようなものです。今の診療報酬は、何もしないほうが経営的に楽になるという矛盾した体制をつくりだしていると思います。

(15) 設立時の「ころざし」の達成度は

難しいですね。ある程度やろうと思ってきたことはやってきたかなという感覚はありますけれど、次にやるべきことのほうが多く見えてきて、課題のほうが多いかも知れません。でも、後には引かずにやって来れたかな。あと、今の若い世代の人たちにどうやって問題意識や理念をつないでゆけるかということが、今後の大きな課題です。

(16) 後続く人たちへのアドバイスと今後の展望

やはり、地域と社会にいつも目を向けて仕事をしてくださいということです。地域と社会に目を向けずに精神科医療はないですよ。与えられた仕事だけしていればよいというような、サラリーマン医者になってもらったら困りますよね。

〈訪問記〉 湖南クリニックを訪問して

渡辺洋一郎

10月1日火曜日の午後3時半、滋賀県瀬田駅から数分のところにある湖南クリニックに榎林先生を訪問した。午前の診療を終えたところで、いろいろお話をお聞きし、その後院内を案内していただいた。

榎林先生は、何と29歳の若さで開業されている。その理由をお尋ねすると、「若気の至りで…」と笑いながら答えられたのが印象的だった。しかし、その若気の至りがその後すばらしい地域医療を展開されることになった。

1980年に湖南クリニックを開設されたあと、同年10月には隣接の野洲市に仲間の先生方と湖南病院を開設された。精神科病院のあり方に問題意識をもたれながらも、診療所と病院とのネットワークの必要性を感じられ、仲間と共に両者を開設されたのである。そして、ご自身も病院の診療にも関わり、まさに、診療所と病院との有機的なネットワークを築かれたのである。

その後、1992年には思春期・青年期DC開設（小規模DC、統合失調症対象）、1994年にはDC拡張移転（2F：93㎡）、さらに2002年には「親と子どもの相談室 カウンセリングルームこなん」を併設された。また、2009年にはリワークDC「リワーク・サポート こなん」を開設（1F：107㎡大規模DC）を開設された。

現在は、2Fで思春期・青年期DC（定員20名）、1Fで休職中のうつ病、不安障害の患者さんを対象としたリワークプログラムをされている。施設を見学させていただいたが、非常な

キメの細かさが印象的で、聞くとリワーク施設だけでも常勤スタッフを6人雇用されているとのこと、「それくらいにやらないと中身がないので…歯を食いしばってやっている」と笑っておられた。

榎林先生といえば、2001年から6年間日本家族研究・家族療法学会の会長を務められた家族療法の専門家としても有名であり、その診療や集団療法に家族療法の見識が非常に活かされていると感じる。この家族療法を、実は独学で学ばれたという。しかも、そのきっかけは80年代中ごろから不登校の問題があり、全国統計で滋賀県が高かったということで不登校の対策をやろうとされたのだとのこと、あくまで地域医療への貢献が原点になっていることを知って、感銘を受けた。

また、開設時に医師会の先生にお世話になったことを今も恩義に感じられているとのこと、医師会との関係を大事にされ、さらに他機関との関係も非常に大切にされている様子が窺えた。

最後に後輩へのアドバイスをおたずねしたところ、「地域と社会に目を向けずに精神科医療はないですね。サラリーマン医者になってもらったら困りますよね」と結ばれた。

「若気の至り」で開業され、まさに地域と社会に目を向けた地域医療を実践されてきた榎林先生の言葉には、非常に重みがあった。

（平成25年10月1日）

診療所名： **ほっとステーション大通公園メンタルクリニック**

院長： **長谷川直実**

調査日：平成25年10月4日

【北海道札幌市】



(1) 開設

開設日：平成11（1999）年8月2日

《開設に至る経緯について》

山田先生（長谷川先生の夫君…早苗註）が1997年10月からこの上でクリニック（大通公園メンタルクリニック…早苗註）を開きました。その時私は子どもを産んだばかりで、産休明けで民間の精神科病院に勤めていたのですが、山田先生がデイケアをやりたいといい、デイケアを開くことになりました。メンタルクリニックのデイケアだと思ったのですが、ギリギリになって二つの診療所にする事になり、新しい診療所を開くことになったのです。その時私は2人目を妊娠していて、子どもは11月6日に生まれましたが、8月に開設して10月の半ばまでクリニックに出ていました。

なぜ二つの診療所になったのかはよくわかりませんが、実際は組織は協力し合っているの、ひとつのクリニックという感じです。

2015年4月には、大通公園メンタルクリニックとデイケアクリニックほっとステーションは一つに統合される予定です。（統合により、名称は「ほっとステーション大通公園メンタルクリニック」となった。）

《開設時のさまざまな苦勞について》

「デイケアクリニックほっとステーション」って長いですね。「ほっとステーション」だけでいきなかつたのですが、「デイケアクリニック」

とつけなければいけない、と保健所から言われました。行政府からいろいろな指導があったのですが、これまで街中にデイケアをやっているところがなかったので、ビルの中にデイケアでいいのか、というようなことで行政の方も戸惑っていて、こちらも初めてで、東京の知ってるクリニック、クボタクリニックとか榎本クリニックのことを出して、許可をもらいました。

また、銀行が融資をしてくれず、北海信用金庫からお借りしました。あとはリサイクル品などの寄せ集めで始めました。

《開設時に掲げたところざし・理念》

当時まだ精神科クリニックも郊外にあって、街中にはありませんでした。ましてやデイケアは街中になく、私としては、郊外に隔離されているということではなくて、通勤や通学してくるみたいに普通にメンバーさんが電車に乗って社会に出てくる、普通に街に出てくるようにデイケアにやってくる、ということを大事にしました。そして、街から家に帰ってくる、というイメージです。寝巻のような服でやってくるのではなく、身だしなみを整えるところから、こちらにくる通所途中もリハビリテーションだ、と考えていました。

精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト モデル診療所訪問調査事業

診療所名 デイケアクリニックほっとステーション (現 ほっとステーション大通公園メンタルクリニック)

院長氏名 長谷川直実

	調査日	2013年 10月 4日						
(1)開設	開設日	1999年 8月 2日						
(2)診療体制		常勤	(指定医)	非常勤	(指定医)	説明		
	医師	1	1	5				
	看護師	7		3				
	CP	3		1				
	PSW	11		1				
	OT	1		0				
	事務	5		3				
	その他							
スタッフ数(再掲)		専従		非専従		説明		
	デイケア					こういう分け方をしていないので		
	訪問看護					記入できない		
	カウンセリング					〃		
	相談支援					〃		
	休診日	日曜日				12月30日は開けている。		
	診療体制における工夫	看護師・ソーシャルワーカーともにいろんな役割を、グルグル回る。「訪問専従」はいなくて、皆が訪問に行く。訪問ばかりになるとそこしか見えなくなるので、交代で回るようにしている。						
(3)患者数 (H25年6月)	月間受診実人数	男	女	総数	新患数	男	女	総数
		198	186	384		6	10	16
	年齢別	10歳未満	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69
		0	3	50	114	103	65	39
		70～79	80歳以上					
		8	2					
	診断別	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6
		11	54	114	105	30	3	11
		F7	F8	F9	その他			
		8	38	6	4			
	地域別	同一市町内		2次医療圏内		2次医療圏外		
		348		12		3		
	患者層の特徴について	統合失調症の人が30%、嗜癮関係が15%で推移している。新患では弁護士さんからの紹介も多い。						
	デイケア利用者数と特徴	(242名) 7～8割の人が、他に主治医を持っている。外部に主治医を持つ半数が、デイケアを持っている精神科病院から通っている人。デイケアを持っている精神科病院に通院している人でも、理由があれば自立支援医療が使える。						
	訪問看護数と特徴	(33名) 訪問からデイケアに入る人もいる。引きこもりの相談でまず訪問で入って、訪問でスタッフに慣れてそれからデイケアに入ることもある。						

《開設後に力を注いだ点》

就労です。開設当初からやっています。

《開設後に苦労をした点》

お金の苦労。就労支援は診療報酬に結びつかないので、人件費がかかります。そこは今でも苦労しています。

このたび助成金をいただきましたけれども、ケア会議なども診療報酬には反映されません。ケア会議とは、多問題ケースなどの難しいケースについて、関係者とご本人も入って会議をするのですが、緊急ケースカンファレンス料というのがあってそれに当てはまる場合もあるのですが、当てはまらない場合もあります。

訪問看護なども効率が悪い。2人スタッフをつけないとダメ、1日何人も回れないのだけれど、それでもやらなければいけない。冬は特に効率が悪いです。

(4) 専門性

《専門分野 1》

司法精神医学

なぜ司法精神医学を専門にしたかという点、大学生の時に法務省の奨学金を受けていて、卒業後に矯正施設に勤めるという条件がありました。そして卒業後は、八王子刑務所の医務官として働き始めたのです。都立松沢病院で卒業研修を受けながら医務官を務めた経験から、触法の方たちとの付き合いが始まりました。

特別に曜日は設定していません。外部には「触法の人をいっぱい診ています」などとは出していませんが、弁護士さんからの紹介とか、刑務所の中で聞きましたとか、紹介や口コミで触法の患者さんはやってきます。

《専門分野 2》

嗜癖、精神科リハビリテーション

デイケアには242名の方が通所しています。7～8割の人が、他に主治医を持っています。外部に主治医を持つ半数が、デイケアを持っている精

神科病院から通っておられます。デイケアを持っている精神科病院に通院している人でも、理由があれば自立支援医療が使えます。精神科病院に通院したいが、デイケアは交通の便がいい「ほっと」にしたいとか、就労支援をやっているところを使いたいなど、いろいろな理由で「ほっと」に通っています。大通公園メンタルクリニックを主治医にしている人もいますが、それほど多くはありません。したがって、外の病院と連携しないとやっていけないのです。また、デイケアのある精神科病院から「ほっと」を選んでもらうためには、プログラムも流動的にして、魅力のあるものに変えていかないと来てもらえません。

訪問からデイケアに入る人もいます。ひきこもりの相談でまず訪問で入って、訪問でスタッフに慣れてそれからデイケアに入るとか。カラオケと一緒にいくとか、買い物と一緒にいくとか、片付けもあります。最初の導入の時に、こんなこともできますよ、と提案したりもします。要らないという人もいますが、お弁当が無料で付きます。一人暮らしの人にはお弁当付きの安否確認みたいな。ただ行くのではなく、「お弁当を持ってきました」と言うと、話しやすいです。一人暮らしの人には、栄養が偏っていたり、きちんとご飯を作っていない人がいます。

《専門分野での工夫》

薬物依存に関しては、麻薬取締官との面談日を月2回設けており、薬物検査キットを導入しています。これもまた診療報酬はつきません。麻薬取締官との面談日程を決めて、薬物を止めている人が面談をするわけです。麻薬取締官に会うという約束をしているわけですから、それがブレーキになります。北海道厚生局の麻薬取締部からいらっしゃいます。

それから、薬物検査キットを使うほかに、条件反射制御法という治療法を行ってしまして、薬物だけじゃなくて、盗癖とか性犯の人にも一部導入しています。PTSDのフラッシュバックにも使えます。

大通公園に臨む
メインのダイニング



昼食時の配膳カウンター



遠方の医療機関とスカイプを用いてのケア会議も行っていきます。また、医療観察法の指定通院医療機関になっています。

《過去の研修》

薬物関係の研修は受けていますが、あと司法関係の判定医などです。

(5) 診療以外の業務

《自立支援事業所》

グループホーム3カ所を医療法人でやっています。就労継続A型1カ所、就労継続B型3カ所は別の一般社団法人を立ち上げてやっていますが、これらは協力して行っています。

《介護保険事業所》

就労支援で、ホームヘルパー2級を取った人の働く場所でもあったデイサービスを作っていたのですが、赤字の累積でやむなく閉鎖しました。

《嘱託医》

月形刑務所の嘱託医をやっています。

《公的業務》

北海道地域定着支援センターの委員をやっています。札幌刑務所で薬物離脱指導や、医療観察法の判定業務を行っていますし、道内の刑務所の職員研修の講師を引き受けています。

(6) スタッフ間の連携

《チームワークの工夫・研修》

職種別に分けずスタッフルームは一つです。「専門職である前にデイケアスタッフである」ということです。院内勉強会があり、シフト制で様々な業務に携わるシステムです。

スタッフの勤務体制に関してですが、看護師はナースカウンターに入る日もあれば、訪問看護に行って、その後「総勤務」といって総合スタッフになる日があったりします。ソーシャルワーカー

も、ワーカー担当になって午後はソフトボールに行ったりとか、そういうふうにグルグル回ります。訪問に行くと、次は麻薬取締官の面談係をやったりとか。患者さんには麻薬取締官との面接が決まっています、それが薬を使わないブレーキになります。「訪問専従」とかではなく、みんなが訪問に行きます。訪問ばかりになるとそこしか見えなくなるので、回るようにしているのです。プログラムは担当者が、このグループでSSTをやるとか、このグループでうつ認知行動療法をやるとかだいたい決まっています、ときどき新しいスタッフが入ります。アディクションはこの辺のグループに。大きな全体のスタッフの中に小さいグループが機能別にある、という感じです。

看護師には看護師の役割というのがまずあって、それプラスデイケアの役割、そしてプログラム別の役割があって、となっています。資格のない人しかやれないことと、誰でもやれることの両方があります。就労支援はワーカーがやらないといけませんし、看護師でないとやれない医療行為があり、心理は心理でカウンセリングや検査があります。専従、非専従と分けることはできません。デイケアも訪問看護もみんながやりますので、ナースとソーシャルワーカーのペアの時もあれば、ナース・ナースのペアもあります。デイケアの主任もいますが、その人もいろんなところに入ります。

開業当初は少ない人数だったのですが、今はスタッフがが増えて、勤務表を付ける時はパズル状態です。このやり方は、学会でも発表しています。事務に関しては、「ろっける」という有限会社を作って、そこが事務分野をすることになっています。休診日は日曜祝日ですが、毎年12月30日は開けています。アディクションの人が多くので、アディクション・ミーティングをやって、お餅についてお汁粉を食べたりしています。

(7) 関係機関との連携

《他の精神科診療所》

デイケア・外来へのメンバー紹介。ケア会議。デイケアメンバーのケースワークに関する指示指

導を仰ぎます。

《精神科病院》

入院をお願いしたり、デイケアメンバーを紹介していただいたりしています。遠方の病院からも紹介してもらっています。

《医師会・他科医療機関》

他科受診時にはNsが同行することもあります。身体科への入院。他科入院時の往診。身体科退院後の処遇に関するケア会議を行うこともあります。

《行政機関》

各制度の活用。保健福祉相談員、保護課、精神保健福祉センター、児童相談所、救護施設、地域定着センター等との連携をしています。そして、必要に応じケース会議も行います。

《学校・教育委員会》

通信制高校との連携では何人かが卒業されました。復学支援、在学中の方の就学継続支援、教職員への医療的アドバイス等を行い、必要に応じてケース会議をします。「寺子屋」というのがあって、そこで学習支援も行っています。

《雇用・就労関係》

ハローワーク、職業センター、障害者生活・就業支援センター、就労移行支援A/B作業所、各企業と連携しています。必要に応じケア会議も行います。PSWが2名、ハローワークの相談員もやっています。

《相談支援事業所》

地域活動支援センター、相談支援事業所と連携しています。

《自立支援事業所》

ケアホーム、グループホーム、A/B作業所、就労移行、ホームヘルパー、地域相談支援等との連携。必要に応じケア会議を行っています。デイ

ケアから他の事業所に移られる時には、情報を集めて選んでもらい、PSWが見学につき添います。

《その他》

厚生局麻薬取締部、警察、保護観察所、刑務所等との連携をしており、必要に応じケース会議をします。警察はよく患者さんを連れてきます。

(8) 精神科救急への関与

札幌市精神科救急情報センターの待機医師に登録しています。時間外の患者からの自院への電話は、私の携帯に転送されます。

(9) 精神科診療所としての社会的責任

自分の診療所も地域の中の窓口の一つだと意識して動き、過度に抱え込まないことが大事だと思います。自分のところが適切ではないと思った時には、別なところを紹介することもあります。

自分の専門性からは、触法関連の患者さんの再犯防止に向けて責任を持ちたいと思っています。

(10) かかりつけ医と専門医の兼合いについて

精神科の専門医ですが、プライマリは診えています。日常的な風邪などは自分が診ますが、血液検査など、内科でしている人はそちらでもらいます。

(11) アウトリーチや在宅医療の可能性について

すでに行っています。往診は一時期より減っています。要請があってもありますが、時間が足りません。

訪問看護は、毎日スタッフが2名体制で行っています。危機介入としての関わりになることも少なくありません。

(12) 専門性を生かして、地域のハブとして機能しうるか。何が不足しているか。

私は触法関連が専門なので、他で診てくれる人がいなくてここに来る、ということがあります。

(13) 事業の継続性について

次を継いでくれる医師がなかなか来てくれません。

(14) 経営上の見通しは

一昨年、昨年の2期は赤字であり、今期は頑張らないと、という状況です。デイサービスもやめましたし。いろんなことをしなければ大丈夫なんです。薬物検査キットも、唾液キットだと2,700円するんですよ。これが診療報酬化されればいいのですが。

(15) 設立時の「こころざし」の達成度は

6割くらいは達成できたかと思います。

(16) 後続く人たちへのアドバイスと今後の展望

触法の人たちを診ていると、へんに擦れてくるということがあると思うのですが、そういうふうにはなりたくないと思っています。「どうせこの人はこうなんだから」というふうになりがちなのですが、初心を忘れないでやることだと思います。

(17) 最後に一言

私は、学生時代に矯正医官修学生になり、医師になってからは、長年、矯正施設と社会内での精神科臨床と並行して取り組んできました。

社会的入院のケースが減って、患者さんたちが社会内で生活できることを、私も一診療所の医師として強く望みます。同時に、薬物乱用、万引き、性的問題のために服役を反復する人たちも社会のなかで回復することができ、刑務所が現在の半分になることも強く望んでいます。

私たちのような、閉鎖病棟を持たない精神科医療機関で働く者でも、危機介入、重症例の治療が可能となるとしたら、それはその地域の連携がうまく機能できている証だと思っています。今後いろいろな方々のお力を借りながら、仕事を続けていきたいと存じます。よろしく願いいたします。

〈訪問記〉 ほっとステーション大通公園メンタルクリニック (旧称：デイケアクリニックほっとステーション)

早苗麻子

10月4日の午後8時にインタビューをお約束していたのですが、少し遅れてデイケアクリニックほっとステーションに着きました。日精診大会の実行委員会で何度もクリニックに通ったのですが、この日は地上の道を通って行ったために、1本通りを間違えてしまって遅れてしまったという次第です。それでも長谷川先生はあたたかく迎えてくださり、20畳ほどのスタッフルームの奥にある応接スペースで、インタビューを行いました。

大通駅は、札幌を走る3本の地下鉄、東西線、南北線、東豊線が交わる駅で、札幌の中心部に位置します。その大通り駅直結のビルの2階にほっとステーションがあり、ビルの地下には、勤め帰りの人たちが立ち寄れるお食事処が軒を連ね、夜8時はまだ宵の口でした。

お約束の時間が金曜日の夜8時で、利用者さんたちは帰られていましたが、数人のスタッフがお仕事をされていました。長谷川先生にも、いつもこんなに遅くまで仕事をされているのかをお聞きすると、普段はもっと早くお帰りになるとのことで、安心しました。

インタビューの前に、(2)(3)(5)～(7)は前もって記入していただいていたのですが、(3)のスタッフ数に関しては、訂正が必要となりました。というのも、3階にある大通公園メンタルクリニック(山田秀世院長)とほっとステーションは、組織的にも密な関係にあり、さらに、有限会社や法人を立ち上げておられるため、スタッフをどうカウントするかが複雑になっているからでした。

てっきり、ご夫婦がそれぞれのクリニックの

院長になる、というスタイルで始められたのだと思っていましたが、別姓のご夫婦ということから別々のクリニックとして出発したのだということをお聞きしました。

組織図を見せていただきましたが、昭和ビルの3～4階に医療法人緑の茶会「大通公園メンタルクリニック」があり、そこには精神科クリニック、復職デイケア、就労移行支援があります。昭和ビルの2階と松井ビル2階に、医療法人社団「デイケアクリニックほっとステーション」があり、そこには精神科クリニック、精神科デイケア、グループホーム×2、生活訓練事業所×1があります。そして松井ビルの5階と地下1階に、一般社団法人「えぞネット」があり、そこには就労継続支援A型×1、就労継続支援B型×3、就労移行支援×1があります。他に、めはり屋という人気のおにぎりやさんがあり、就労支援の場所でもあるようです。さらに「ろっける」という有限会社も運営しておられ、インタビューのなかでも語られていましたが、いずれは統合したものになるそうです。

長谷川先生のご専門は司法精神医学で、永らく再犯防止の活動を地道に行ってこられたというご経歴を知り、クリニックとしていち早く医療観察法指定通院医療機関に手を挙げられたことに納得がいきました。そして、ネーミングの達人で自由な発想の持ち主である山田秀世先生とのコラボによって、ユニークで多機能のデイケアクリニックほっとステーションがあるのでは、という感想を持ちました。

(平成25年10月4日)

(訪問記内のクリニック名は訪問当時の旧称のままとなっています。)

診療所名：東布施辻本クリニック

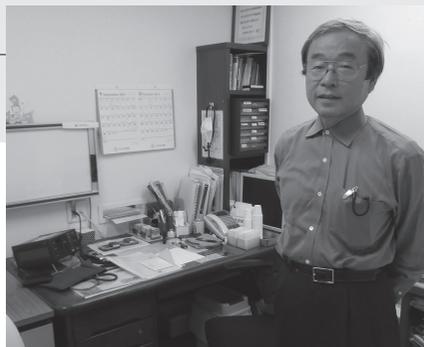
院長：辻本土郎

調査日：平成25年9月29日

【大阪府東大阪市】

(1) 開設

開設日：平成5年10月1日



《開設に至る経緯について》

開設前は昭和59年から小杉クリニックと小杉記念病院に勤務していました。小杉クリニックは昭和56年にできた、日本で初めてのベッドを持たないアルコール専門クリニックでした。アルコールの外来医療が定着して、平成4年に内科のアルコール専門病院を作ろうということで、小杉記念病院の院長として働きました。でも、私は入院に必要な管理業務には向いていないので、9カ月で辞めました。退職後何をしようかと考えた時に、今までアルコールでずっと多くの方に世話になってきたし、細々とアルコールの患者さんを診ていこうと思いました。それが開業のきっかけです。

開業しようと思った時に、たまたま東大阪市の保健所の方が、「先生、やるなら東大阪でやってくださいね」と言ってくれました。北のほうには新阿武山クリニック、南のほうには小杉クリニックがあって、真ん中の辺りは藤井クリニック以外のクリニックがないところでした。また、東大阪はアルコール依存症治療のネットワークが発達しているところであり、そのような経過で東大阪を開業場所にしようと思いました。バブル崩壊後で、ちょうど布施駅から歩いて3分のビルの1階に空き室がありました。

《開設時の様々な苦勞について》

小杉先生に開業向きだと言われ、私は小杉先生の了解を得て、開業するなら東大阪がいいと言われて開業したのですが、最初周りの人は私がそういうかたちで開業したと知らずに小杉先生に追放されたと思い、なかなか口をきいてくれなかったです（笑）。一緒に働いていたメンバーから、先生が小杉先生の患者を取ったとか言われたりしました。患者さんの利便性などを考えないで、派閥的に考える人も当初はありました。しかし、地域コンフリクトという話になると、意外となかったですね。

最初、家主さんはアルコールや薬物依存を敬遠していたと思います。「アル中の患者さんを診るのですか」と言うから、「いや、ちょっと肝臓の悪い人も診ます」と言って、開業したらアルコール専門外来という看板をバーンと（笑）つけました。怒られるかなと思いましたが、何も文句を言わずに開業させていただきました。それどころか非常に好意的で、今は「開業して20年になったから家賃をまけさせてもらいますよ」と、向こうから言ってくれています。いろいろな面から家主さんに応援していただいています。

精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクトモデル診療所訪問調査事業

診療所名 医療法人 東布施辻本クリニック
 院長氏名 辻本 士郎

(1)開設	調査日	平成25年 9月 29日						
	開設日	平成5年 10月 1日						
	開設に至る経緯について							
	開設時の様々な苦労について							
	開設時にかかげた ころざし・理念							
(2)診療体制	開設後に力を注いだ点							
	開設後に苦労をした点							
		常勤	(指定医)	非常勤	(指定医)	説明		
	医師	1	1	3	2	内科医1名		
	看護師	4		3				
	CP			1				
	PSW	8				担当PSW制		
	OT							
スタッフ数(再掲)	事務	4		3				
	その他	1				管理栄養士		
		専従		非専従		説明		
	デイケア	4		5		非専従は診療部門より		
	訪問看護			12				
	カウンセリング			8				
	相談支援							
	休診日	日・祝日						
	診療体制における工夫	完全予約制						
	(3)患者数 (H25年6月)	月間受診実人数	男	女	総数	新患者	男	女
		431	163	594		21	19	40
年齢別		10歳未満	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69
		0	1	10	32	136	146	160
		70～79	80歳以上					
		93	16					
診断別		F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6
				506	10	56		
		F7	F8	F9	その他			
				22				
地域別	同一市町内		2次医療圏内		2次医療圏外			
	341		194		59			
患者層の特徴について	アルコール依存症は中年男性の病気と思われていたが女性が27%と増加しており、高齢者も増加している。地域別では同一市町村が多い。							
デイケア利用者数と特徴	(50)名 就労を目指す「希」グループと生活維持型の「望」の2グループに分けています。DCには外部講師3名を招いています							
訪問看護数と特徴	(19)名							



待合室

《開設時にかかげたころざし・理念》

最初はスタッフ8人でした。開院準備時に何をモットーにしようかとスタッフと話し合いました。一つは「居心地の良いクリニック」と決めました。患者さんだけでなくスタッフにも居心地の良いクリニックを作りたかったのです。クリニックというのは人で成り立ちますので、人が育っていくことが非常に大事なことだし、やはり人を大事にしていけないと患者さんに気持ちよく接することができません。20年になりますが、20年ずっと働いてくれる看護師さんが2人もいます。もう一つは「熱くヒューマンな出会い」でした。患者さんが集まって良い断酒仲間と出会ってもらう場所、クリニックで治療を受けていただいて、一緒に自助グループにつながる場所が理想です。仲間と熱く出会い、結婚相談所みたいな出会いをしてもらう場所になっていくのがモットーです。

《開設後に力を注いだ点》

やはり勉強することです。自身で研修や講演会に行く、出かけて地域の人と仕事をする、東大阪の断酒会など自助グループに参加する、そして、患者さんを尊敬し学ぶということです。あと、スタッフに学んでもらうスタッフ研修です。ソーシャルワーカーは研修に行つて力をつけています。ASWやPSWやMSWなどの職能団体に行つていただきました。また、地域での事例検討会も大

切です。アルコールのネットワークを作っていく上で、東大阪市アルコール関連問題会議（ひあかもか）というのがあります。この会議は昭和62年から月に1回開催されています。今も続いている会議で、自助グループ、行政（保健センター・福祉事務所など）、医療、地域福祉のさまざまなメンバーが参加しています。アルコール医療は「生活地域でいかに長期に一貫して断酒を支えていくか」が問われますので、ネットワークを作り、地域の社会資源から求められる、ニーズに答えるクリニックをめざしました。

《開設後に苦勞をした点》

患者さんを診察するのは全く苦勞だと思いませんが、まだまだアルコール医療への誤解や偏見があることです。近隣の精神科医の先輩の先生から「アル中なんてすぐに酒を飲むから、おまえがやっていることは税金の無駄遣いだ」と言われたりします。アルコール医療は継続が大切ですので、最初は毎日通院させるのですが、それに対して内科の先生は「どうして毎日診るのだ」と理解してくれなかったり、支払基金からすごく怒られたりしました。そういうアルコール医療をわかっていない人たちに対しては、「どんな病気でも入院でなく外来でまず治療するのが当たり前ではないですか。こんな苦勞をするならやめてやるわ」という気持ちになります。しかし、患者さんの顔をみると落ち着いて、頑張ろうという気持ちになります。医者の、とくに精神科医のアルコール依存症に対する誤解・偏見に一番苦勞しましたし、今もしています。

(4) 専門性

《診療体制における工夫》

アルコール医療の3本柱を大切にしています。一つめは初診後6週間毎日通院。通院して、疾病教育や自己洞察のミーティング（ARP：アルコールリハビリテーションプログラム）に出てもらう。二つめは抗酒剤や断酒補助薬です。三つめが

自助グループへの参加です。治療契約をして6週間後に断酒してからの振り返り面接をし、その後の治療計画を立て直します。本当は3カ月ぐらいたたないと頭がシャープになりません。久里浜方式の入院3カ月というのは医学的にも意味があると改めて感じました。3カ月たたないと、本当に判断力や理解力が戻ってこない人が大勢います。最初、患者さんは飲酒渴望に取りつかれて、毎日が飲みたい気持ちと止めたい気持ちの戦いです。それに多職種チーム医療で寄り添っています。飲むための援助はしないことも大切です。スタッフは看護師さんが常勤4人、非常勤が3人。CPが非常勤で1人。PSWが7名、医療事務の方が7人、管理栄養士さんが1人、常勤医は私ですが、非常勤の精神科医2名と内科医1名に助けていただいています。

何よりもミーティングと自助グループ (Self Help Group) 優先です。デイ・ナイトのナイトは自助グループ優先のためにしません。夜診も自助グループが始まる7時までには終わるようにしています。また、デイケアも就労支援などのために行っています。デイケア後、誘い合って自助グループに行ってもらうのが理想です。新患は大変時間がかかるので、午前診と夜診の間の時間に予約制にして診療しています。外来では患者さんに治療継続の選択権があります。飲みたい人が次の日も飲まずに来院いただけることに力を注ぎます。1回限りの一見さんで終わってしまうのは、私たちの力不足です。1回できたら次の日もクリニックに来てもらうことに力を注いでいます。アルコール依存症は「否認の病気」と言われるように、なかなか病気を認めていただけません。否認をとるためには本音で語っていただける関係作りがまず必要です。入院という後ろ盾がない分、患者さんの本心が聞けます。それでも、初診だけでドロップアウトする人が2割弱います。その人たちには手紙を書いたり、地域の支援者に連絡をしたりして次につながる種まきをしています。

《重複障害について》

とくに高齢者が多くなってきました。「83歳の患者さん、車いすで来院、認知症を合併」などと聞くと「この人をこのクリニックで診ることができるのかなあ」と心配していましたが、意外とつながら断酒されます。他の精神障害のある、重複障害の人が最近多くなってきました。うつ病との合併は多く、約40%のアルコール依存症者がうつ病を持っています。統合失調症、発達障害、知的障害、不安障害、強迫性障害など、多くの精神疾患との重複障害があります。純粹のアルコール依存症だけの人は50%もいないでしょう。他のアディクションのあるマルチアディクションの人でも大勢います。ギャンブル、処方薬、買い物依存など、多くの問題がついて回ります。もともと覚せい剤をやっている、覚せい剤を止めるためにアルコールに走って依存症になった人も多数います。若い女性になると、パニックがあつて、リストカットがあつて、ODがあつて、摂食障害があつて、もう何でもありというマルチの人が大勢います。私のところの女性の比率を調べたら27%（最近ではさらに増え約40%）ぐらいでしたが、そのうちの半分ぐらいが若い女性です。

アルコール依存症は体が壊れていく病気です。全身がアルコールの障害を受けます。肝障害がかなり進んでから来る人が増えてきました。アルコール性肝硬変と診断がつくと「治療は断酒だけ」と紹介されることが増えました。肝硬変で肝細胞癌の疑いがあつても、認知症のために受診が困難な人にスタッフが同伴受診したりしています。

アルコール依存症者の生活を支えることは、基本中の基本です。そのためにソーシャルワーカーが自宅を訪問しています。もう一つは認知症の進んだ人です。最近来た人の3割ぐらいは認知症を合併していて、本当に認知症状のある人が増えてきました。クリニックまで1人で来院できない、来ても診察室の出口がわからなくなったりします。そうになると疾病教育も個別に時間をかけて行います。また、患者さんには单身の方が多く、訪問看

護や介護事業所との連携が欠かせません。

《地域のネットワーク》

アルコール関係の学会や研究会、保健所や福祉事務所の嘱託医、断酒会の顧問など、クリニック以外の仕事はたくさんあります。以前は大阪精神科診療所協会の仕事もしていましたが、最近はアルコールに戻りました。

関西にアルコール一途の先生が多いのはなぜだろうと時々考えます。一つは断酒会などの自助グループから学ぶ面白さです。私などもう断酒会会員みたいにみられていて、自助グループとのつながりを大事にしています。それから、初診で来たどうしようもない人が回復して変わっていくあたりのアルコール依存症治療の面白さをつかんだら、宝の山を得たようでなかなかやめられないです。また、先輩の小杉先生、今道先生、和気先生がアルコール一本でやってきたので、それが当たり前だと思っていました。関西はアルコール地域のネットワークのつながりが濃厚で、アルコール医者の仲間とよく会います。日曜日にも毎週どこかの自助グループへ行っています。昨年のおごろは45日間休みなし。今年はちょっと休んだので30日休みなしぐらいで済みそうですけれども（笑）。

（5） 診療以外の業務

私が今やっている一番大変な役は、関西アルコール関連問題学会の会長です。この役を引き受けたので、大阪精神科診療所協会の役を降りました。大勢の人の協力でなんとか務めています。保健所は八尾保健所と東大阪の保健センター。あとは藤井寺支援学校の校医、東大阪中福祉事務所の嘱託医、回復者施設の理事など。断酒会のほうは全日本断酒連盟や大阪府断酒会などの顧問など。もちろん大阪精神科診療所協会には1会員として協力しています。そしてアルコール健康障害対策基本法制定のためのアル法ネット（現アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク）の幹事をしています。日本精神神経科診療所協会にいち早くア

ル法ネットの賛助団体になっていただき感謝しています。クリニックの仕事以外の業務が、半分とはいかないですが3割は超えます。

（6） スタッフとの連携

《チームワークの工夫・研修》

毎朝のモーニングカンファレンスと、週に1回はスタッフミーティングの機会を持っています。1週間の患者さんやデイケアの情報共有、事例検討、クリニックの課題など、全員参加で話し合うのが目標ですが、なかなか全員集まれません。具体的には、定期的に1人2人のケースを取り上げて、これまでの振り返りと今後の関わりをどうするかというようなことを話しています。6週間が終わった時点で、もう1回アセスメントをし直すという作業も共有しています。あとは、新患さんがきちんと継続して来院しているか、気になっている人を挙げて治療方針はどうするかなど意見を出し合います。受付の医療事務の人が、意外と患者さんを観察しています。また、積極的に課題を投げかけてくれます。アルコール依存症は亡くなる方も多いです。亡くなった時には、何ができなかったのか、どうすれば防げたのかを検討します。治療難治とは、患者さんの問題ではなく治療者の力不足だと思います。

（7） 関係機関との連携

《精神科病院との連携》

精神科病院とのつながりは、アルコール依存症の精神科病院とそれ以外の精神科の病院と、二つあります。アルコール依存症の病院なら新生会病院という病院と関係ができていて、非常に良い関係です。私のところへ週1回来ていただいている阿部先生が新生会病院の常勤医で働いていますし、院長の和気浩三先生も当院を応援してくださっています。新生会病院が満床の時にはほかの病院も使うのですが、ほぼ9割が新生会です。結核などの感染症だけは無理ですが、それ以外はどんなにしんどい人でも、たとえ車いすに乗っていよう

と酸素マスクをつけていようと、空床があれば入院させていただけます。女性のアルコール依存症は、新しいみ病院（現阪和いずみ病院）と新阿武山病院とを使っています。

もう一つは、精神科の病院で応急の問題です。幻覚妄想状態などの応急事態が起こると、入院先探しに困ります。地域の小阪病院、阪本病院、国分病院などの精神科病院をお願いして助けていただいています。人脈やホットライン頼りです。××先生に電話をして「何とかします」というかたちで入院させていただいています。満床などのときは、大阪の精神科救急システムも助かります。

《内科医療機関》

連携が一番困っています。GOT、GPTが3,000以上ある人を、「入院させてください」と懇意にしている内科病院に頼んだら、「先生、3,000以上もあつたら私どもみたいな中小の病院ではだめですよ」と断られてしまい、それで大きな病院へ電話したら「それは先生、3,000以上あつたらそんな小さな病院では断られますよ」「じゃあ、お願いします」と言ったら「満床です」と（笑）。アルコールと言ったら「満床です」が多いです。アルコール依存症があると、言うことは聞かないし離脱の恐れもあるしと内科は嫌がります。本当は離脱期も過ぎておとなしくしているのですが。

総合病院でも、このような内科と精神科が必要な患者さんをリエゾンのもと診ていただける体制は大阪にはほとんどありません。重症患者は内科の先生に相談していますが、カリウムが1.9とか、RBCが正常の3分の1以下の重症の貧血とか、T-Bilが9以上の人もありました。内科病院と救急病院との関係が大事になりますが、内科との連携はなかなか取れていないのが現状です。

今も連携のとれる内科病院を探しています。介護保険事業所との連携はうまくいっています。

《医師会との関係》

医師会にはアルコール依存症対策でお世話にな

っています。かかりつけ医の研修などで医師会のほうから講演依頼があり、コモンディジェズのアルコール依存症の啓発をしています。渡辺洋一郎先生のおかげで、「アルコールとうつ病・自殺」というタイトルをいつも入れてもらっています。産業医のポイント研修にも「職場のアルコール使用障害への対応」などで呼んでいただいています（内閣府主催のアルコール関連問題啓発フォーラムでも大阪府医師会に協力していただきました）。東大阪の医師会、私の所属する布施医師会には十分な関わりができていません。ただ、布施医師会は理事20人中精神科医が3人入っています。すごいですよね。

《行政機関》

東大阪アルコール関連問題会議が、東大阪市の自立支援会議のなかに位置づけられています。そして、障害施策の中でアルコールのことも文言を入れてもらっています。アルコール対策をやってもらうために、東大阪市の障害者部会に断酒会会員が入っています。少しでもアルコール関連問題をなくすために、東大阪市を動かそうと努力しています。また他の障害を持つ人の協力を得て、障害者の作業所に患者さんが多く行っています。アルコールだけに特化することの是非を考えています。他の機関にも徐々に理解を得られてきました。

《学校・教育委員会》

校医をやっています。精神科校医というものです。これはアルコールとは関係ないのですが、障害児のお母さんやお父さんの話を聞いていると、アルコール依存が出てきます。また、未成年の飲酒がアルコール依存症の要因になるために、東大阪の教育関係者とアルコール教育にも力を入れています。

《雇用・就労関係》

ほかの機関をお願いするというかたちが多いです。よく使うのは、田川精二先生が理事長のJSN

(ジョブ・サポート・ネットワーク)です。あとはウイングルという就労移行支援事業。ただ、距離の問題があります。ウイングルはここから電車で30分かかるのですが、JSNのほうはかなり遠いので、そんなに気軽に利用できないのが残念です。近くでというと、一般の統合失調症の人が多い就労継続支援事業所です。スタッフの方は高齢のアルコール依存症者にもすごく丁寧に関わってくださるので、そういうところを利用される方もけっこういらっしゃいます。

《相談支援事業所、自立支援事業所》

相談支援事業所は同じビルの3階に「オラシオン」という会社があります。精神科訪問看護ステーションもやっていて助かります。訪問看護師など、スタッフはとても熱い人です。相談支援を一生懸命やっているだけでなく、ソーシャルアクションを考え、東大阪で多様な体制を作っています。歩いて1分のところにリカバリースペース「みる」という、就労継続支援（B型）と生活訓練をしている事業所があります。そこでアディクションの方も発達障害の方も受け入れていただいています。また、アルコール依存症者の生活地域に合わせ、福祉サービス事業所と連携しています。

(8) 精神科救急への関与

救急医療は大精診の一次救急システムに参画しています。当番制のオンコールと救急センターからの電話を24時間受けています。それで携帯はいつも持っています。大精診の活動に少しでも協力しないとイケないと心がけています。

(9) 精神科診療所としての社会的責任とは

やはり依存症者も外来で診るということでしょう。小杉クリニックができる前は入院治療しかなかった。入院治療の弊害は隔離収容で、最初私のところができるときは、飲んだら入院させられるという感じで暴れだすのが多かったのですが、当たり前前に外来で診ていくことになったら患者さんは

おとなしくなりました。受け皿ができたから、外来でまずやってみてだめだったら納得した上で入院と。入院も非常に楽になりました。入院させるということのいろいろなトラブルがなくなってきたということです。逆に入院で出入り禁止になった人が外来にたくさんいます。

重度アルコール依存症入院医療管理加算という診療報酬があるのですが、入院したら重度になるなんて不思議ですよ。外来で診ている人と変わらないので、外来でもちゃんと加算していただくとアルコール医療が拡がると思います。重度だから入院するのではなく、教育をしっかりするための入院だと思います。

外来でやるというのは、その人の生活地域で家族を含めて当たり前の医療をやって、その人らしい生き方を尊重し、入院という負担がなく日常生活を支えていくことです。入院も外来も、その人の生涯にわたる長い断酒への援助、長期間にわたる援助の中の1エピソードに過ぎないし、その方の生活をいかに支援していくかという視点から見ると、やはり外来やアウトリーチなど、地域社会的支援でその人の生活を支えていくことが必要になっていくと思います。診療所というのは、そういうことを橋渡ししていく役割になるのかなと思います。

(10) かかりつけ医と専門医の兼ね合いについて

アルコール専門外来ですので、依存症以外は近くの精神科クリニックに紹介しています。

しかし、アルコール依存症者の家族には多くのストレスからくる悩みがあるので、その人たちには相談にのり、必要なら診ています。専門医ですが、患者さんだけでなく家族全体を支える必要があるからです。

アルコールの身体障害は多くは断酒により改善しますが、断酒しても改善しない場合は内科へ紹介します。また断酒後に、アルコールの影響で癌（食道癌、舌癌、喉頭癌、大腸癌など）、大腿骨骨頭壊死、慢性硬膜下血腫などが発見される場合

ダイケア室



が多くあります。アルコールの影響は断酒後十数年も続くと考えています。アルコール依存症者に対しては、アルコール依存症専門医でありまたその人のかかりつけ医という役割で、なんでも相談にのっています。

かかりつけ医との兼ね合いではないですが、かかりつけ医に要望があります。一つはうつ病など他の病気の中に隠れているアルコールを見落とす人が多くいることです。もう一つは処方薬乱用の問題です。これから処方薬依存が大きな問題になってくると思っています。かかりつけ医にプライマリにアルコール依存症を診療していただきたいです。また、BZ系を乱用しないことも大切です。アルコール依存症をちょっと頭の隅に置いておいで診断していただければうれしいです。

(11) アウトリーチや在宅医療の可能性について

これは大きいと思います。診療所というのは待ちの医療になってくるので、待ちではなしに出かけていく。アルコール依存症の訪問に関してはアウトリーチは依存を助長してしまうのではないかと、少し前まで議論がありました。昔は飲んだらバーっと出かけていって病院へ連れ戻すというアウトリーチがあったのですが、それはすべきではないと思っています。最初は依存的な関係を作っていくことから関係性はできるので、それは悪いことではないと思うのですが、訪問する時は礼儀正しく許可をもらってやっていかないと。無理やり訪問して無理やり連れてくるというのは間違い

ていると思います。

(12) 専門性を生かして、地域のハブとして機能しうるか。何が不足しているか

私は真ん中にいるとは思わないですが、逆に言うと、地域が私たちのクリニックをどう評価して、それをどう活かしていただけるかということになりますね。あそこのクリニックへ苦勞して患者さんを連れていったが何もしてくれなかったとか断酒できなかったとかいうことであれば、地域の人にとっては使えないということになります。

高齢で認知症があり、歩行困難ですが、電話で酒を注文し、ヘルパーに暴言を吐く人がいました。車いすで連れてこられましたが、本人は酒をやめるところか治療を受ける気もない。診察室に何人もが入り、診察中も「それは違うやろ」と本人を責めるのです。次回から本人だけ診察しました。話しているうちに関係ができて、そのうちに「体が悪いんやったらなんとかせんとあかんなあ」と言ってくれるようになり、アルコール専門病院への入院にも同意していただきました。

もちろんだめな時は、実際に何がだめだったのかということを経験の人にちゃんと返していかないといけないと思います。考え方もいろいろ変わってきて、飲酒が再発した場合でも本人の責任ではなく、むしろ治療側の問題、私たちの治療的な技術が未熟なために飲酒再発したというとらえ方をしています。これからは、私たちの技量を上げていく必要性が出てきます。また、アルコール依

存症者だけでなく多くの依存症やアディクションの人がいます。

薬物依存症も、入院だけでなく外来治療での継続が大切です。地域の様々な依存症者を援助したいと思いますが、薬物依存症を診る時には、幻覚妄想状態が再燃した時にすぐに入院できる精神科病院が必要となります。今まで「覚醒剤依存です」というと、ほとんどの病院が断わるか、満床ですと言われてきました。外来だけでは無力で、病院・自助グループなどのネットワークがないとできません。もっと多くの社会資源が必要です。依存症から回復して当たり前の生活ができるようになるために、不足している社会資源を作ることも仕事です。

クリニックの約束、決まりごとというのはなるべく少なくしています。仲間に迷惑をかけないことが唯一の決まりごとです。仲間に迷惑をかけないというのは、たとえばここへ来ている患者さんが誰かを誘って一緒に酒を飲みに行った場合、これは仲間に迷惑をかけることなので、その時はイエローカード、それが2回続いたらレッドカードです。「私のところではもう診られません」と通告します。大阪では他のアルコール外来があるのでこれができます。しかし、すべての病院やクリニックで断られた患者さんをどうすればいいのか悩みます。治療レベルを上げるため施設入所を勧めますが、同意してくれない場合が多くあります。

根気よく連携をとってどんな患者さんでも診ていきたいと思いますが、一方では治療的な雰囲気を保っていかなければならないというジレンマがあります。仲間に迷惑をかける1人のためにクリニックの雰囲気が悪くなり、「一緒に飲めばこわくない」となれば、主治医としてはそれでも診ていきたいという気持ちはあっても、院長としては多くの患者さんをつぶすかという思いがあって、そこがちょっとしんどいところですね。このあたりは回復した自助グループのメンバーに助けていただいています。

(13) 事業の継続性について

町医者是一代限りという考え方もあるのですが、私も後継者の問題については悩んだ部分があり、諦めていました。熱心な先生に「私の後を継いでくれない？」と声を掛けたりしたのですが、いい先生はどこでも求められるので断られました。スタッフから「患者さんや地域のためにこのクリニックは必要です」と言われ励まされていました。

平成27年4月から、非常勤の阿部先生が常勤で来てくれるようになり安心しています。また、姪が精神科医になりアルコールを勉強したいと言ってくれており、うれしい限りです。

私はやはり患者さんがいる限り、地域から要請がある限り、小規模でもなんとか残したいと思っています。阿部先生が無理をして私たちのように働きすぎないようにしなければと考えています。もう一つは、誰もがアルコール医療を担えるようにしたい。内科では糖尿病はどんな医者でも診る。ただ、難治の糖尿病だけは糖尿病の専門医へ行くというようなかたちで、アルコール医療も普通の科や精神科診療所でプライマリな疾患として診てもらえるようなかたちになってもらいたいと思っています。

アルコール医療をやる医者が少なすぎます。それはなぜかと言ったら、経済性のこともあると思いますが、最近のアルコール依存症者はおとなしくなりましたし、クリニックの男性職員は医者を除けば管理栄養士の1人だけです。

(14) 経営上の見通しは

事務長がきちっと握ってくれていますので、私はあまり知りません。赤字ということはないけれども、長時間働いて少し利益を得るという薄利多売です。これから先のことを考えないといけないので、経費はできるだけ削っています。診療報酬的には最近12%ぐらい下がっているけれども、スタッフの給料は上がっていきます。最近スタッフにもコスト意識を持ってもらっています。診療報酬上、取り残しがないようにしています。

家族相談も500円～1,000円もらって、貯めて茶話会などに還元しています。家族相談を以前は無料でしていたのですが、はたして無料でいいのか考えた時、専門家が提供している仕事だし、お金を払うことの意味もあるのではないかと。やはり金を払ってそれで何かを持って帰ってもらわないといけないと思いました。有料化した15年ぐらい前と比べると、利用者も相談にお金を払うのが当たり前という意識で来られている感じが、最近すごくします。

いろいろな関係機関や患者さん・家族からの相談が毎日50本ぐらい、ソーシャルワーカーにあります。全部無料です。家族の方が困って、何とか医療につなげたいなどの相談です。どこで聞いてきたのと聞くと、「保健所で電話番号だけ教えていただきました」と。ケースマネジメントやアウトリーチを保健所で共にしていきたいのですが、一部の保健所で紹介だけすればいいという動きがありますので、そのへんが何とかならないかなと考えています。

アルコール依存症者は体を悪くするので、その体を治療することによって本来の依存症治療に必要なソーシャルワーカーなどが雇えます。アルコール依存症は経済的にも破綻する病気だから、お金を取れません。ドクターフィーだけでなくスタッフに対するフィーをちゃんと与えてほしいと思いますね。ワーカーが何人いたらこれぐらいの診療報酬となれば、本来の正当な依存症治療の対価がやっといただけることになります。そうしないとギャンブル依存などは体は壊さないが経済的に困窮してしまい治療に時間がかかる病気ですので、経済的に成り立たないですね。病院だったら何対何の看護で診療報酬が違いますが、診療所では多くの議論が必要です。その議論はちゃんとやってほしいなと思いますね。

(15) 設立の「こころざし」の達成度は

老後の楽しみにぼちぼちというのが最初の考えでしたので、こんなにクリニックが大きくなると

は思っていませんでした。スタッフやネットワークが育ってきたし、患者さんからはある程度必要なクリニックとして認識されているということでは良かったと思います。ただ、本当にアルコール依存症の誤解や偏見など、そういう社会的な差別を取るためにやってきたことに関しては全然変わりません。20年たっても30年たっても変わりません。

地域の信頼を得られているというところでは、20年ですぐいぶんしっかり根付いてきたかなと思います。内科の先生からの紹介も増えてきたし、いろいろ紹介してくれる人に聞いたら、近所の人が行ってみてよかったから私も来たとか、やはり口コミで伝わっていく部分というのはかなり大きいかなと。

(16) 後に続く人々へのアドバイスと今後の展望

「これはおもしろいですよ」と(笑)。それだけではだめだから、「アルコール医療は経済的にも成り立ちますよ」ということも言っておかないといけないでしょうね。ただ、今までアルコールの医者は働きすぎていたので、これからは無理しない程度にゆとりを持ってやらないといけないのかなと思います。第一世代の和気や今道や小杉は本当に無茶苦茶働いていたので、あれだけ元気だった今道先生も小杉先生も70代前半でお亡くなりになってしまい、残念です。

アルコール医療に入る時に私は三つの誓いを立てました。一つめは健康・家族を犠牲にしない。二つめはカリスマにならない。三つめは普遍的な治療をする。今、三十数年たちましたが、誓いとは裏腹に、健康・家族は犠牲にしています。そして、いつの間にかカリスマみたいに使われているんです。

普遍的な治療はちょっとずつできるようになってきたけれども、これからの課題です。アルコール医療は宝の山です。「アルコール依存症になってよかった」というように「アルコール医者になってよかった」と思える仕事です。

〈訪問記〉 東布施辻本クリニックを訪問して

紫藤昌彦

JR 大阪環状線の鶴橋駅で近鉄に乗り換え、奈良方面に向かって2つ目の布施駅に降り立った。広い階段を下り、南口改札で辻本土郎先生の出迎えを受けた。線路に沿って進行方向に3分ほど歩くと、東布施辻本クリニックのシャッターが見えた。

8階建て雑居ビルの1、2階のほとんどをクリニックが占めていた。廊下の左右には、ミーティングや面接用の大小さまざまな部屋があった。一番広い2階のデイケア室で、辻本院長と、日曜日にもかかわらずこの訪問のために出てきて下さった野澤尚子ワーカー、村上裕子事務長にインタビューさせていただいた。

その日の午前中、京都の断酒会に出かけていたという辻本院長は、医師になって以来、アルコール医療一筋に歩んでこられた。「熱きヒューマンな出会い」と「居心地の良いクリニック」をモットーとし、開業して20年を迎えるという。当初8人くらいだったスタッフは、今や非常勤を含め40人を超えた。「こんなに大きくなるとは思っていなかった」と院長は苦笑されたが、これはむしろ当然の帰結であろう。ミーティング、抗酒剤、自助グループへの参加を3本の柱として、関係機関と連携しながら地域医療を実践している。診療はアルコール依存症に特化していて、精神疾患のみの患者は受けていない。最近の傾向としては、高齢者、重複障害（うつ病、統合失調症、覚醒剤依存、認知症など）、処方薬依存の増加を上げられた。

関西にはアルコール医療の大きな流れがあり、医療関係者同士のつながりが強い。特に日

精診会員でもあった故・小杉好弘先生と辻本院長とは、長年一緒に歩んでこられた関係である。今も毎週どこかで集まりがあり、顔の見える関係ができ上がっているという。

ワーカーの野澤さんに、院内のチームワークの工夫について尋ねたところ、週1回スタッフ全員でミーティングを開いていて、デイケアの情報交換や症例検討を行っているということであった。辻本院長によると、以前はアルコールと言え入院治療しかなかったが、まず外来でみる、当たり前前の医療をやっていく、生活を支援していく、精神科医がプライマリにアルコールをみていく態勢が重要であるという。経営状況について尋ねたところ、診療報酬は12%くらいダウンしているがスタッフの給料は上がっていく、受診相談や関係機関との連絡が毎日50件以上あるが、これにはお金は取れないので、コスト意識を持って、デイケアで頑張るしかないとのことであった。

インタビューを終えクリニックを後にしたが、辻本先生から頂戴した「アルコール健康障害対策基本法制定を願う集い・大阪大会」のDVDを、自宅に帰って観た。この集いの中で先生は開会の挨拶をされているが、自らを「アルコール医者」と名乗り、アルコール依存症に対する誤解、偏見を打ち破ることが大切であると訴え、世界を変えていくために基本法の制定が必要であると述べられていた。

クリニックでの診療のみならず、関係機関や自助グループ、さらにアルコール健康障害全般に取り組んでいる先生の一途な生き方に、大いなる感銘を受けた一日であった。

診療所名：心療クリニック・パティオちた

院長：水野信義

調査日：平成25年11月6日

【愛知県知多市】

(1) 開設

開設日：平成18年8月23日



《開設に至る経緯について》

総合病院精神科18年、大学教員15年位を経て、地域精神医療実践の必要性を感じて、大学教員の定年前63歳で開業しました。1982年から1990年まで市立半田病院で診療をしていました。新しく移転した病院では、心療科として心身症や神経症の精神療法を中心とした外来精神医療の可能性を追求したいと考えておりました。最初は近隣の精神科病院からも反対意見が出て、いろいろ苦労がありました。現在では知多地区は非常にうまく連携ができているかと思えます。定期的に精神科病院や診療所等が集まって研究会や交流があります。

かたわら非常勤講師として日本福祉大学で精神保健学の講義を担当していた関係から、1991年に専任教員となりました。以降約15年、主に精神保健福祉コースの精神医学、精神保健学を担当しました。この時心理臨床研究センターで「不登校・ひきこもりの親の相談」を臨床心理の教員（竹中哲夫氏）と共に担当しておりました。

この大学で出会った「当事者中心」という福祉の考え方は、私には厳しいコペルニクスの転回体験となりました。「利用者が輝くことで自分も輝く」という考えなんですね。福祉系の大学に在籍したことで大いに刺激を受けまして、学生や大学院生から何かと指摘を受けたのですが、徹底して患者側の立場に立った論理で指摘されることが多

かったと思います。

精神保健学で進んでいる欧米の先進的な精神医療の講義をしながら、ぜひ実地に見てみたいと考えて、1996年にトリエステ、ペルージャを中心としたイタリアの精神医療福祉を見学し、2005年にはイギリス・ケンブリッジの地域精神医療を見学し、精神病床を削減し地域支援医療を行っている有り様に感銘を受けました。また日本では、北海道のべてるの家、JHC板橋、和歌山麦の里、浜松のメンタルクリニック・ダダなどを見学させていただいて、わが国でも地域支援の波が広がっていることを実感しました。

しかし次第に講義ではなく、実際に地域に飛び込んで医療がしたいと考えるようになっておりました。また開業するなら、精神科医療機関が少ない知多半島の西岸にお役に立てるし、市民病院へ週1回パートで行っている知多市が第一候補でありました。

《開設時のご苦労について》

開院準備にあたって、開業場所は自分で探して手作りの診療所を始めるつもりでありました。しかしなかなか見つからなかったのです。探し疲れて近くの喫茶店に入りましたが、ちょうど木の良さが感じられる雰囲気のある適度な広さでした。喫茶店のママさんにお店の広さを尋ねて、この広さく

精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクトモデル診療所訪問調査事業

診療所名 心療クリニックパティオちた
 院長氏名 水野信義

(1)開設	調査日	平成25年 11月 6日							
	開設日	平成18年 8月 23日							
(2)診療体制	開設に至る経緯について	総合病院精神科、大学教員15年位を経て、地域精神医療実践の必要性を感じて、大学教員の定年前63歳で開業した。							
	開設時の様々な苦労について	1)クリニックの場所の選定が難しかった。2)当初大学の特任教員との両立を考えたが無理であった。							
	開設時にかかげたところざし・理念	1)地域支援型精神医療・福祉をめざす。2)精神医療において二流の質的水準を保つ							
	開設後に力を注いだ点	1)地域連携をめざして勉強会等を行う。 2)職員の研修の機会を作る。関連雑誌を数種類購読する。							
	開設後に苦労をした点	1)経営のノウハウを知らないために経営(採算性)としては思わしくない。(覚悟してはいるが)							
		常勤	(指定医)	非常勤	(指定医)	説明			
	1	1	1	1	非常勤は木曜1日				
	1		3						
			6		1日だけ2人制				
	1		1						
			3						
スタッフ数(再掲)		専従		非専従		説明			
		2		4					
				4					
				6					
				2					
		診療体制における工夫 院長休診日の木曜日にパート医の診療をお願いしている。							
	(3)患者数 (H25年6月)	月間受診実人数	男	女	総数	新患数	男	女	総数
			234	400	634		13	19	32
		年齢別	10歳未満	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69
1			48	76	114	132	75	46	
		70~79	80歳以上						
	78	64							
診断別	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6		
	25	1	68	255	283	1	1		
	F7	F8	F9	その他					
	0	0	0						
地域別	同一市町内		2次医療圏内		2次医療圏外				
	413								
患者層の特徴について	1)農村でまだ家族とのつながりが生きている地域。2)工業化による地方からの流入している若い人や定着した人が混在								
デイケア利用者数と特徴	(23)名 延べ123名								
訪問看護数と特徴	(3)名								

モデル診療所訪問調査

(4)専門性	専門分野1	精神療法(個人・家族)、心身医学
	専門分野2	地域精神保健・福祉・医療
	専門分野の診療体制	1)むしろCPIにお願いしている 2)外来での簡易精神療法、3)身体医学科と連携して心身症を診る
	専門分野での工夫	1)カウンセリングだけのケースもみる 2)10～15分で出来る精神療法の工夫 3)親(家族)相談だけのケースも一部(支援室「ゆっか」への紹介)
	過去の研修	①名大精神療法研究グループ ②家族療法学会、精神分析学会、心身医学会などの学会参加 ③外国の精神医療の視察、「べてるの家」などの見学
(5)診療以外の業務	自立支援事業所	
	介護保険事業所	
	嘱託医	「特養知多」へ月2回 訪問診療
	公的業務	
	その他	ひきこもりの家族相談中心の「パティオちた・心の支援室」運営
(6)スタッフ間の連携	チームワークの工夫・研修	週1回水曜日の3時半～5時まで、会議・ケース検討会
(7)関係機関との連携	他の精神科診療所	
	精神科病院	「知多地域精神医療の会」を通じた交流
	医師会・他科医療機関	
	行政機関	
	学校・教育委員会	校医(小学校1、中学校1)
	雇用・就労関係	
	相談支援事業所	
	自立支援事業所	
	その他	
(8)精神科救急への関与	時間外は留守電対応(院長の携帯につながる)	
(9)精神科診療所としての社会的責任とは	1)地域における専門医として良質な医療を提供すること 2)科の性質上、保健福祉の連携において中心的な役割を果たすこと	
(10)かかりつけ医と専門医の兼合いについて		
(11)アウトリーチや在宅医療の可能性について		
(12)専門性を生かして、地域のハブとして機能しうるか。何が不足しているか。	1)地域医師会を通じて、市民病院への往診を含めて、ハブとして機能しうる。2)時間外の地元の勉強会で連携を図る。3)足りないもの……自立支援連絡協議会が知多市、東海市共同のため関与が少ない	

サポートネットゆっか
相談支援室



デイケア



らの店舗を探していると話すと、実はこの店はそろそろ閉めようかと考えていると言われました。そこで条件等も含めて貸していただけるか考えてもらうことになった次第です。

パティオというクリニックの名前ですが、喫茶エルパティオのお名前を使用することも大家さんから承諾を得ました。デイケアも行うつもりだったので、スペインの中庭を意味する「パティオ」はぴったりきたし、街の建物の継続性という点からもお願いしました。もっとも保健所からは若干クレームがつかしました。パティオという名前に保健所が難色を示し、どういう意味ですかと聞かれて、中庭のことですと言ったら医療とは関係ないと言われて、しかし駄目だという明確な理由もなかったので結局は認めてもらいました。改装費はかなり予算オーバーでしたが、もとの喫茶店の木の良さ、雰囲気を残しながら新しいクリニックになりました。

《開設時のころざし・理念》

開設時にあって、1) 地域支援型精神医療・福祉をめざす。2) 精神医療において二流の質的水準を保つということを目指しました。

地域支援型精神医療・福祉をめざすというのは、これまで長年携わった福祉系大学での講義に飽きたらず、それを実践してみたいということです。

精神医療において二流の質的水準を保つというのは、ひとつは地域に根ざしたコンビニやスーパーマーケットのように、一通り役立つ田舎医者として機能し、必要なら都会とか大学病院などの「一流専門店」に紹介することです。もう一つは、自分自身、あるいはスタッフが絶えず「一流から学ぶことを忘れない」という考え方もあります。

《開設後に力を入れた点》

1) 地域連携をめざして勉強会等を行う。2) 職員の研修の機会を作る、ということです。

地域連携をめざした勉強会等については、「メンタルセミナーちた」を立ち上げて、精神科ソ-

シャルワーカーと共に地域の方々に声をかけて2カ月に1回の勉強会を行っています。この会は保健所にアクティブな相談員がおられて、その人の呼びかけで、市の保健センターや社会福祉協議会などのメンバーが集まったんです。始めは各施設の紹介をし合ったり、地元に近い講師を呼んだり、市の自殺対策事業の委託を受けて市民向けの講演会を開いたりしてきました。時間外で、いわば任意で来るので、組織的なものでもないのですが、顔見知りになって連携に役に立てやすい感じがありますね。

またメンタルセミナーちたの下部組織として、こころのタウン情報誌『ぬくもりのあるまち』を出しました。実際はタウン誌ほど柔らかくないのですが、メンタルセミナーで行った講演などを記事にして、うまくいったら売ろうと考えたりしました。あるいはそれを精神保健ボランティアの方の仕事にさせていただいたり、あるいは広告を取って採算が取れるようにして、町の書店で売ってもらえないとか夢見ております。例えば「こころのケアについての施設一覧」などを特集号として、お年寄りの施設まで入れたハンドブックみたいなものを作って一家に1冊備えていただけたら、などと。

3年くらい前からACT研究会として「ちた・こころネット」という会を始め、世話人を引き受けています。また関係者に呼びかけて「東海ひきこもり臨床研究会」の世話人、事務局を引き受けてきました。大学生のボランティア的活動として不登校の子どもの訪問を行う民間団体「メンタルフレンド東海」（東海市）の世話人も引き受けてきました。その他、知多市ひきこもり連絡協議会副会長、知多半島地域こころの健康づくり連絡協議会会長（2年間）などにも積極的に携わってきました。これらは地域連携のためであり、同時に職員の研修の機会を作ることもなっています。

院内活動として、2年目にデイケアを開始し、またひきこもりの方の親相談のため、土曜日の午後「心の支援室」（心理相談室）を開始しました。

また、数は少ないのですが訪問看護を始めたこ

とで、職員の意識が変わったと実感しています。実際の患者さんの生活環境や生活に接して、感じるところ、見えてくるものが違ったと思います。

《開設後に苦勞した点》

地域生活を支える精神医療をスローガンにしたものの、経営などわからない私は苦勞したことも多かったと思います。経営のノウハウを知らないために、経営（採算性）としては思わしくないことは当然覚悟はしてはりましたが。

（4）専門性

もともとの専門分野は精神療法（個人、家族）、心身医学（心身医学会専門医）です

そして専門分野2として挙げるなら、地域精神保健・福祉・医療でしょうか。

《専門分野での工夫》

もともと名古屋大学の精神療法グループに所属しておりまして、臨床心理士の資格も得ております。しかし、実際の外来診療に際しては、10～15分で可能な簡易精神療法を中心に行っております。時間をかける必要のあるケースについては、むしろ常勤、非常勤の臨床心理士にお願いしています。また、心身症について身体医学科と連携して診療したり、名古屋の内科系心身症専門医にコンサルテーションをしたりしています。カウンセリングだけのケースも診るようにしています。親（家族）相談だけのケースも「心の支援室」で受けたり、近くの心理相談室支援室「ゆっか」へ紹介、連携しております。

結局外来診療だけでは不十分なケースは、臨床心理士によるカウンセリング、デイケア、訪問看護、ひきこもり家族相談「パティオちた心の支援室」、それに「ゆっか」とを組み合わせて、できるかぎり適切な対応ができるようにしています。

《過去の研修》

①大精神療法研究グループ ②日本家族療法学会、日本精神分析学会、日本心身医学会などの学

会参加 ③外国の精神医療の視察、「べてるの家」などの見学

(5) 診療以外の業務

自立支援事業所

介護保険事業所

嘱託医：「特養知多」へ月2回 訪問診療を行っています。

公的業務：医師会関係では、知多郡医師会理事、知多市医師団・知多市民病院建物跡地検討委員長を受けております。

その他：「サポートネットゆっか（以下、ゆっかという）」の活動；「ゆっか」の設立はクリニック開業の1年後ぐらいです。クリニックから徒歩2分程度の近隣にあり、相談支援を目的として立ち上げたもので、臨床心理士の井上朋子さんに運営をお願いしていますが、設立の都合で一般社団法人です。日本福祉大に在る頃も、不登校ひきこもり親の会で親相談をやっていました。心理臨床研究センターというもので、月に1回、臨床心理士の先生と二人で相談会をやっていました。その会との日本福祉大学の頃からのつながりから、そこからの紹介でひきこもりの方に結構来ていただいています。それに家族会やひきこもりの親の会からの紹介ルートで私のクリニックへ来て、私が親との面接をやったりしてしまして、だんだん手いっぱいになってきたので、「ゆっか」にお願いすることが増えております。

活動内容としては、個別相談があくまで主体ですが、その他個別活動として絵を描いたりパソコン、手芸、ゲームをやったり、それに学習支援、個別で来ていた子を集団に馴染ませるミニグループ活動といったものです。

《ひきこもりケースでの苦勞》

ひきこもりケースの苦勞としては、やはり微動にしない自宅にこもりっぱなしの成人で、お父さんお母さんが高齢になられて、というケースです。見通しがなかなかつかず、特に発達障害系の人では、びくとも動かない方がいらっしゃいま

す。だんだんエネルギーが尽きてくるということで、ご家族が相談におみえになるたびに、こちらが無力感に苛まれてしまいます。

もう一つは、長期化による経済問題とか介護の問題ですね。なかなか完全ひきこもりの人というのは難しいですね。本人へのアクセス自体がかなり難しいですが、なかにはうまくいくケースもあります。実際のケースでは、お父さんがそれじゃあということで動いて、ちょっと脅かしたんですね。「ただ飯食わすだけで、働いてもらわにゃいから、ついでに入院して早く治してくれ、それに親は期待しとる」と揺さぶりかけてですね。本人はアスペルガーで真面目なところがあるので、じゃあしょうがない、行くだけ行ってみる、と言って入院したんです。で、3~4カ月入院しているうちにすごく穏やかになって戻ってきて、こんなことしとられんと言ってまずデイケアに通っていたんですが、今は就労支援の施設に行き始めています。こういう「えっ」というケースがたまにあります。社会不安障害の人ではとてもこんな動きはないのですが、発達障害の人は時々パンパンと動くことがあります。

《ひきこもりケースへのアプローチ》

家族だけが来て本人は自宅にいるわけですが、アプローチとしてはいろいろあります。まず年齢とか抱えている問題性によって全然違うのですが、基本的には家の中でのんびり暮らせるようにということ、次はコミュニケーションの量とか質が深まるようにします。ですから家族が、「いい加減だらだらするのは止める」とか言わないようになどの助言をします。親が理解すると子どもが少しずつ変化してきて、一緒にちょっとラーメンを食べに行こうかというぐらいになってきたら、かなり良い感じがします。こちらは親の動きを褒めちぎりながらです。親の動きが良くなって行って、ちょっと一緒に買い物、ちょっと一緒に外食という感じが出てきた頃合いを見計らって、「こんな居場所があるけどどう？」みたいな提案をして、「見学いこかー」みたいな感じで、そこでぐっと

捕まえて（笑）ということになる人がいます。なかにはそのまま自分でバイトを見つけてポーンと出て行くような人もいます。往診してようやく入院してもらったケースが、今はデイケアに行っています。ちょっとしたことで喜んで褒めてあげられる、認めてあげられるお父さんお母さんになった時点で、本人の動きが良くなってきたりします。

《医療と福祉との連携のケースで》

実際のケースでご紹介します。中学時代に学習面と対人面の問題ではほぼ3年間の不登校でしたが、適応教室で元気になり、専門学校の高等課程に進学しました。卒業後いくつかアルバイトしているうちに作業ミスが苦になり、お荷物になっているのではと不安が募り、検査業務についた24歳の時に強迫性障害になりました。受診して服薬でかなり軽くなりましたが、家の中で2年が過ぎました。次の1年はゆっかの空き時間（日曜）を利用した適応教室時代の仲間の集まり（居場所的な役割）に復帰し、外出ができるようになりました。翌年はゆっか内でピアサポーターとして中学生の遊び相手の役割を果たしたり、ひきこもり問題に理解のある知的障害者の就労支援施設にボランティアとして通うことができました。症状が悪化しなかった安心感と施設で評価されたことから、仕事に就く決心をし、28歳の今年就職し安定しています。医療の役割と同時に、個に応じた使える資源をフル活用した戦略が功を奏したと感じます。

医療でやりますと、ここのデイケアもそうですが、限界としてどこで切ろうとか、これをはみ出すのはダメじゃないとか、いろいろ余分な心配をするわけです。「ゆっか」みたいに、夜に来て麻雀やろう、あいつ来んから呼びに行こうぜなんて、医療体制ではできませんよ。2グループくらいあって、時には調子悪い子を引っ張り上げるというような意味合いもあるんですよね。

《医療と福祉の関係について》

本当に、医療と福祉は見方がかなり違います。医療は病気向きなんですね。病気を見つけて治し

ましようという目で見ます。悪いところを見つけ、矯正するわけです。医療は悪いところを治しましょうという、基本的に矯正モデルですから。ひきこもりのような必ずしも疾病でないものというのは、医療はどうしても弱いんですね。そういう点でかなり違います。福祉では最近のいわゆるストレングスモデルですよ。強みを引き出して、こうという、これは医療ではない視点です。

福祉的な理念では「つなぐ力をつながる力に」。要するに周りの者が一生懸命手を差し伸べてつなぐと、本人が人間への信頼感を取り戻して、自己評価ができて、今度は本人がつなぐ力を持っていたらということを考えています。自己評価の上昇を狙うということです。ピアカウンセリング的な雰囲気がとても良いようです。ある利用者さんは、通信制で精神保健福祉士の資格を取りたいと言っていました。最近では知人が行った学校に自分も行くと言いつけました。27歳でやっと動きました。最初は当事者ですけども、だんだんとその中でリーダーシップが自然と取れてきたんです。それで面倒を見るほうの役割になって、新しいカードゲームを仕入れてきては、つまり自分で買ってきては、「お金くれん？」って（笑）。周りがもうみんな頼って、本当にお兄さんになったんですね。それで来年、専門学校に行こうかというふうになりました。

（パティオちたでは、院長の水野信義先生が長く日本福祉大学で教鞭をとられていたこともあり、保健福祉と医療の連携を常に考えてこられたことから、今回、クリニックと協働の関係にある福祉施設の心理担当と共にお話を伺った。

水野先生のご活動は、福祉関係大学で培った経験や人脈を元に展開し、クリニック、デイケア、訪問看護と共に福祉組織を併せて、医療に乗りにくいひきこもり等への働きかけをも進める地域精神医療ネットワークを実践しており、医療と福祉の連携の一つの優れたかたちかと思う。）

（6）スタッフ間の連携

週1回水曜日の3時半～5時まで、会議・ケー

ス検討会を行っております。看護スタッフ、臨床心理士、事務スタッフまで全員参加ですが、みな熱心で、よく患者を把握しているなど感じます。デイケア、訪問看護を始めてから、患者さんに対する見方が明らかに変わった感じがします。やはり生活も含めて、全体をみなければいけないということなのでしょう。

(7) 関係機関との連携

知多半島地域には、精神科病院を中心とした「知多地域精神医療の会」を通じた交流があり、この地域での病診連携はかなり良いのではないかと思います。

また、精神科病院が中心で作って来られた「知多半島地域こころの健康づくり協議会」があり、近年は地域の施設、クリニックも入った知多半島全域の組織があるんです。この組織が愛知県が行う「こころの健康フェスティバル」を引き受けたり、県とは別に知多半島地域独自のフェスティバルとスポーツ交流会を毎年行っています。今後はイベント型だけでなく、相互の勉強会などの交流ができるとういと思っております。

その他患者さんの紹介という点では、知多市民病院からの紹介がわりとあります。とくに小児科医師から心身症や不登校事例を送ってこられますので、臨床心理士と協力してフォローしたり、私のところで受けかねると心理相談室「ゆっか」にお願いすることもあります。

その他、市の医師団メンバーとして校医（小学校1、中学校1）を担当しています。

(8) 精神科救急への関与

時間外は留守電対応で、院長の携帯に着信の連絡が来ますので、留守電を聞いて必要な場合は連絡をとっています。

(9) 精神科診療所としての社会的責任とは

1) 地域における専門医として良質な医療を提供すること

2) 精神科という科の性質上、統合失調症など

の保健福祉の連携において中心的な役割を果たすこと

(10) かかりつけ医と専門医の兼ね合いについて

地域でやっている田舎医者として、二流の医療をめざすという考えです。

(11) アウトリーチや在宅医療の可能性について

時には往診もこなしています。最近が高齢で受診が難しい方について、2～3ケース行いました。知多市民病院への対診の依頼があり、出向いて院内ケースについて対診を行うこともありました。その他、訪問看護を時々行っています。

一方ACTにも関心があって研究会を行っているのですが、もしどなたか若い先生で手伝って下さる方があればACTを行うクリニックになってもよいのではと考えたりします。その際、チームで完結しないで、地域の施設も利用するFACT (flexible ACT) という考え方もあるそうですので、視野に入れると実現しやすいかもしれません。

(12) 専門性を活かして・・・ハブとして

1) 統合失調症については精神科専門病院への入院依頼や、退院者、他クリニックからのデイケア受け入れ、さらに就労支援を地域の施設に依頼しています。心身症などについては地域医師会、市民病院との連携と名古屋の各科心身症専門医への紹介、認知症については国立長寿医療研究センターへの紹介、不登校ひきこもりは、学校カウンセラーとの連携や心理相談室「ゆっか」などへの紹介など、ハブ機能をめざしています。

2) 事例検討会などに看護師やPSWが出席したり、時間外の研究会を通して保健センターや施設のスタッフとの交流、連携、資質向上を図りたい。また、地元にある日本福祉大学のデイケア実習、大学院の臨床心理実習の受け入れも行い、精神保健福祉系の教員との交流もあることから、資質向上のためのハブ機能もめざしたいと思っています。

3) 足りないもの・・・自立支援連絡協議会が

知多市、東海市共同のため、関与が少なくなっている等がありますが、実際には不十分なながら機能しているのではないかと思います。

(13) 事業の継続性について

それは悩んでいます。しかし、医療機関の少なかったこの地域に、最近では近くに開業された若手のクリニックもありますので、そちらにお任せすればとも考えていますが、なにしろいろいろとクリニック診療以外の福祉関係のこともやっていますので、それも含めてという対応が難しいのかなと考えています。しかしひとまず、少なくともあと5年は頑張れるかと思っています。ただ、最近になって非常勤で手伝ってもらっている先生が体調を崩して休んでおりますので、それがなかなか大変で、パート医が倒れたからと医局に願うのもなかなか難しいのかなと思っている次第です。

もし地域医療に関心がある若い先生があれば継承していただいてもよいですし、ACTを行うよう転換することもできるのではないかと思います。

(14) 経営上の見通しは

なかなか厳しいものがあります。厚生労働省が精神科病床を減らす受け皿を本気で作る気があれ

ば、せめてワーカーを置けるくらいの予算措置（点数配分）が欲しいですね。また、臨床心理士の国家資格を解決して精神医療の中に組み込んでほしいものです。

(15) 設立時の「こころざし」の達成度は

過渡的な時代のクリニック（いつも過渡期なのかも知れませんが）として、福祉と医療の関連、協調を図っていきたいと考えて自分なりにやってきたという自負はありますが…「道なお遠し」というのが実感です。達成度50%位でしょうか。

(16) 後に続く人たちへのアドバイスと今後の展望

私は先見の明がなく60代になって開業しましたが、若い先生たちはぜひビジョンを持って事業展開をされるとよいと思います。内科などの開業医は、これから在宅支援センターなど中心に、本格的な地域医療の時代に入っていきます。精神科では在宅がそれほど大きな意味があるとは思いませんので、地域医療と言えば、地域連携を行いながら当事者の方々のケアマネジメントを推進していくことになるでしょう。その際クリニックのあり方として、継承の問題も含めて複数医師による多機能型クリニックも考えていけるとよいのではないのでしょうか。

〈訪問記〉心療クリニック・パティオちたを訪問して

池田淑夫

①名古屋市郊外のベッドタウンである知多市に位置している。

②クリニックでの外来業務と隣接したデイケア棟で運営している。

まずクリニックで、クリニック設立の経緯、現状等についてお話を伺った。続いて別棟のデイケア棟を訪問した。訪問した日はちょうど週に1回のスタッフミーティングの日で、約10人のスタッフのミーティングの最中であった。デイルームの他に水野院長の書籍を集めた図書ルームがあり、静かに本が読める空間を確保するなど、患者利用者の個性に合わせた工夫をしている。

③水野信義院長は大学職員時代から、ひきこもりへの活動を継続している。現在はひきこもりへの支援活動はクリニックとは別組織で一般社団法人で運営しており、臨床心理士の井上朋子氏が主に運営に携わっている。パティオちたクリニックから約80mのところにある、こじんまりした商店街の中のテナント（約50㎡2K）で運営している。利用者は1日10人程で、物づくりをしたり、居場所を提供し、家族相談

を受けている。中には麻雀仲間ができており、来訪しないと利用者自らが連絡を取るなど、主体性を重視している。

一般社団法人にした理由は、設立の手続きが比較的容易であったこと、責任者の井上朋子さんのご主人が主体的に設立をサポートしてくれたなど、手作り感覚で立ち上げられている。現在のところ補助金を得ていないので、主に利用者からの利用料と、家族相談の際の相談料でまかなっているというお話であった。

クリニックと他の組織との連携について、今後大いに進めていくことが必要と思われる。福祉作業所等では医療的なサービスに必ずしもつながっていないことから、携わるスタッフの研修等に不安を感じていると聞かすが、水野先生は元々福祉系大学の教員を長くやってこられたことから、地域での教育活動にも熱心で、近隣の医療機関、福祉関係機関のスタッフを対象にした勉強会を主催しており、その活動を継続している。クリニックでの医学的治療のみならず、地域の社会資源を活かした、より包括的な取り組みをめざしていることが、よく窺えた。

診療所名： 三家クリニック

院長： 三家英明

調査日：平成25年12月9日

【大阪府寝屋川市】

(1) 開設

開設日：1981年4月2日

《開設に至る経緯について》

～「治療の場」ということ～

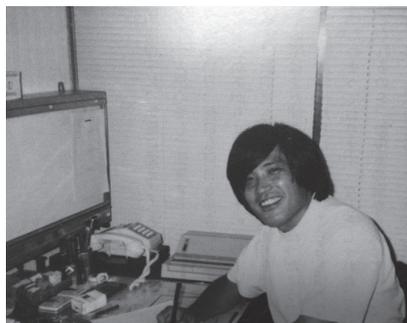
私の場合は数年間大学病院の閉鎖病棟で働いた後、高知の方で新しく病院ができたので出向しました。安芸市の近くの村でビニールハウスに囲まれた病院でしたが、先進的で、レベルが高い開放的な精神科医療をやっていたんです。それまで大学病院で孤軍奮闘していた身だったので、こんな精神科医療もあったのかと強い衝撃を受けました。この病院に出向したことは、私の人生を決定づける出来事でした。そして、改めて「治療の場」ということを考え直すきっかけになったんです。

自分は閉鎖病棟で鍵を持って患者さんの自由を奪っていると思っていましたが、開放病棟に身を置いてみて初めて、閉鎖病棟という治療の場では患者さんだけではなく、実は医者である自分自身も鍵を持っていることで自由を奪われ、不自由を強いられていたということに気がついたのです。治療の場を支配していると思っていましたが、その環境から離れてみると、治療の場によって自分が支配されていたことを認識したんです。まさにコペルニクス的転回でした。

そして、開院間もないこの開放型の病院で、私は精神科医としての青春時代を、開かれた精神科医療を創っていかうとしている仲間、同志と夢中で過ごしました。しかし1年3カ月後、チームの要であった優秀な事務長が過労死してしまった



現在



1982年の三家先生

め、帰阪することになってしまったんです。

人のつながりを得て、保健所の精神衛生相談の嘱託医をすることになりましたが、ここでも目からうろこの経験をすることができました。地域で幻聴や妄想も活発で、入院しかないんじゃないかなという人でも、自宅に訪問すると、何とか自立した生活を営んでいたのです。その人の生活を診ないといけない、生活に焦点を当てて、うまく関われば入院せずに暮らせるということを教わりましたね。医者はすぐ薬に頼りたがりですが、保健所では薬は使えません。いわば、丸腰の状態で地域に出るわけですが、その時患者さんにどう対応するかを保健所のPSWさんに随分教えてもら

精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクトモデル診療所訪問調査事業

診療所名 三家クリニック
 院長氏名 三家英明

(1)開設	調査日	2013年 12月 9日				
	開設日	1981年 4月 2日				
	開設に至る経緯について	医局から高知・芸西病院へ出向を命ぜられ、開かれた精神科医療、チーム医療を経験する。帰阪後、従来の旧態依然たる精神科医療体制下で仕事が出来なくなっていることに気づかされる。保健所嘱託医、デイケア施設での勤務を経験することで、地域の生活の場での診療活動の見通しが持てるようになり、開業を決意する。				
	開設時の様々な苦勞について	人探し、場所探し、ともかく、潰れることのないように、職員の給料を確保するために生命保険会社の入社時健康診断、生命保険診査等、アルバイトをいろいろやった。5か所ほどの保健所嘱託医を引き受け、自身の研修機会を増やした。開院当初は、毎日午前中は保健所嘱託医、午後1時から8時までの診療体制、往診・訪問診療にも力を注いだ。				
	開設時にかかげたところざし・理念	開院にあたって考えていたこと 1981. 4. 1)ふだんの生活の場を治療の場として選び、いつでも気軽に通院できる診療所とする。 2)統合失調症をはじめとした精神病圏の患者さんを地域で支え、社会復帰を援助していくことを主眼とする。 3)診療所を単に診療を受け、薬をもらって帰るだけの場所とせず、患者さんたちが気軽に集い、憩いながら、仲間同士で支え合っているような友達づくりの場と機会を提供する。(談話室を設けるとともに、治療的雰囲気大切に)。 4)より多くの人たちの支えの中で治療していくため、医師、看護婦 ケースワーカー、カウンセラーなど院内のスタッフのチーム医療に心がけ、また、地域の関係機関との連携に努める。さらに、家族がつらさ・しんどさを出せる場、家族同士が互いに学びあい、つながりをもてる場として家族懇談会を開催していく。 5)様々な患者さんのニーズに対応しうる守備範囲の広い、小回りのきく診療所とする。				
	開設後に力を注いだ点	当時は一元の患者さんはほとんどいなかった。保健所、福祉事務所、当院の患者さんの紹介であったが、断らず、一人一人を丁寧に診ることに努めた。往診も引き受けて遠方でも行っていた。また、私もスタッフもできるだけ談話室に入るように心がけ、患者さんたちと過ごし、仲間作りを支援した。また、家族会の育成、作業所づくりに力を注いだ。作業所はクリニックの作業所⇒クリニック家族会の作業所⇒当院から独立して市の家族会・作業所⇒社会福祉法人となった。将来を見越しての独立であったが、家族会からは見捨てられるように思われてしまった。				
	開設後に苦勞をした点	苦勞が多いのが、当院のチーム医療になじまないスタッフ、辞めていただく際には大変苦勞をした。とにかく人材確保はいつも課題です。社会資源としての作業所作りとデイケアの改革は特に苦勞した。				
(2)診療体制		常勤	(指定医)	非常勤	(指定医)	説明
	医師	1	1	6	6	非常勤のうち2名は3日半勤務
	看護師	5		4		



クリニック・ショーウィンドウ

いました。同時に、出会う場所で患者さんの様子は違うし、浅い経験からの予断や先入観にとらわれて判断してはいけないと実感させられました。保健所での経験を生かし、生活の場を治療の場として、そこでしっかりと診るのが一番だということで開業に踏み切ったんです。

《開設時にかかげたころざし・理念》

当時は今のようないろんな社会資源もなにもなかったもので、まず患者さんたちの集う場所、居場所を確保しないといけないというので、談話室をこしらえたんです。あの時代、患者さん同士は待合室でも話することなく、静かに座って黙ったまま待っていました。けれど、私が手伝っていた高知の病院ではナイトクリニックをやっていてね、夕方から患者さんが診察を受けにやって来る。患者さんたちは一部屋に集まって、相談室のスタッフも交えてワイワイいろんなことをしゃべり合っているわけですよ。診察を受けることよりも、皆と会ってしゃべったりすることが楽しみにやってきている、それがずいぶん患者さんたちを元気にしているんだと知りました。この経験が談話室を設けるヒントになりました。開業に当たって用意したものは、唯一の職員である PSW、談話室、そしていの一番に買った往診鞆で、それが開業の3点セットでした。

《開設時の様々な苦勞について》

儲けるつもりでやらなかったら潰れるよと教えられ、それはそれはいろいろありましたよ。(略)

《開設後に力を注いだ点》

～談話室が原点だった～

私もスタッフもできるだけ談話室に入るように心がけましたね。診察が途切れると、談話室に入り、だべったり、トランプに興じたりしてました。アルバイトの心理士さん、ボランティアや見学や実習で来た人も、談話室で患者さんや家族と過ごしてもらいました。毎日、談話室にやってきて出たり入ったりしながら過ごす人や、「ここはここのオアシスや、人浴びができます」とくつろいで帰る独居老人など、様々な人がやってきて、思い思いに過ごしていました。私もスタッフもやってくる人同士のつなぎ役をしていましたが、患者さん同士で自然に仲間づきあいはじまり、家族の方たちもつながりながら皆でできる作業をはじめたりで、談話室はえらくにぎわうようになってきました。少々調子を崩していても、談話室にやってくれば「まあまあ、入りいな」と受け入れられ、励まされたり、慰められたりで、いつの間にか調子を取り戻していられる人もいました。今振り返れば、談話室の存在がまさに当院の原点、出発点になったと言えます。

その後も仲間作り、家族会の育成、作業所づくりなどに力を注ぎ、作業所は“クリニックの作業所⇒クリニック家族会の作業所⇒そして当院から独立して市の家族会・作業所⇒社会福祉法人”となくなっていきました。将来を見越して意図的に進めた独立でしたが、あの頃、家族会からは見捨てられるように思われてしまったようです。

《生活の場を治療の場とする精神科診療所に求められるものは何か?》

開業して7年目、前線の野戦病院のようにめまぐるしい診療活動の中で、自分が何をやっているのかということをご自己確認せずにはおれなかった

	CP	1		1				
	PSW	9						
	OT	5		2				
	事務	4		4				
	その他			3				
スタッフ数(再掲)	専従			非専従			説明	
	デイケア	5						
	訪問看護	4						
	カウンセリング	1		1				
	相談支援	8						
	休診日							
	診療体制における工夫							
(3)患者数 (H25年6月)	月間受診実人数	男	女	総数	新患者	男	女	総数
		1040	694	1734		33	23	56
	年齢別	10歳未満	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69
		0	17	156	452	450	295	173
		70～79	80歳以上					
	104	87						
診断別	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	
	70	18	504	521	313	0	28	
	F7	F8	F9	その他				
	104	173	0	0				
地域別	同一市町内		2次医療圏内		2次医療圏外			
	患者層の特徴について	概して低所得者が多い地域で、家族機能も脆弱、多問題家族、家族の中に複数の患者がいることも希ではない。						
	デイケア利用者数	(260)名 平均年齢40歳(30代40代がそれぞれ30%、10代20代合わせて18%、50歳以上が20%)と、若い世代の利用が多い。 疾患別割合:F2-48%、F8-22%、F3-14%、F4-9%(最近PDDの割合が増えている) 利用期間2年未満が52%、利用目的の分類として社会参加・就労支援が60%以上と、通過型のデイケアとなっている。						
	訪問看護数と特徴	(外来、相談室、デイケア 240件/155名・訪問看護ステーション 246件/73名)看護師・精神保健福祉士・作業療法士の多職種にて連携しながらのチーム医療を展開。その人の個性に応じたスタッフ編成で生活範囲の拡大と社会参加の促進・生活上の困りごとや人生設計まで多岐にわたる相談を自宅で行い、地域生活を送るうえにおいて必要な資源を提供している。						
(4)専門性	専門分野1	精神病圏、発達障害の人たちのリハビリテーション、リハビリ支援、就労支援						
	専門分野2							
	専門分野の診療体制	相談支援の充実、デイケア・ナイトケア、訪問看護、訪問支援の充実、訪問看護ステーションの併設						
	専門分野での工夫	院内連携会議、地域関係者とのケア会議(+本人)、ケース会議、デイケアプログラムの工夫、当事者からの発信を支援						

のと、こういう診療所も存在理由があるということをお伝えしたい、伝えなければならないという気持ちがあったので、日精診総会でも発表しました。そのときのことを故浜田晋先生が「町の開業医」で書いてくださっています。あの時の興奮、熱気にあふれた会場の雰囲気は今も忘れることはないですね。

私の演題は「生活の場を治療の場とする精神科診療所に求められるものは何か？～開業7年目の点検～」でしたけど、2年後にも続編をしゃべりました。今日でもこの問いはずっと抱えており、永遠のテーマです。その後も、目の前の患者さんの悩み、苦しみに対して何ができるのか？という問いに対して、外にモデルを求めて取り入れるということをし、自分たちの現場に答えを求めるやり方で進めてきた気がしています。

当時、通院していた統合失調症の人たちに対する調査で、PSWの生活相談、生活支援、談話室の利用、仲間との交流やグループワーク参加などを体験したグループと、談話室には一切入らず、診察だけ受けて帰るグループでは、その後の社会適応状態に大きな変化が見られていることがわかったんです。それならということで、診察室内診療だけでは十分な回復が望めない人たちに対しては回復への道を同行する担当のPSWをつけるようにしました。そして、患者さんの増加に合わせてPSWを増やして医療福祉相談室を充実させていくことになり、また、談話室は1991年に小規模デイケアの認可を受けて、マンパワーを確保し、デイケアとして居場所であるとともに利用者の活動の場、生活の拠点として展開していったのです。必要になったものをその都度現地調達して用意するやり方でやってきた結果、クリニックはめまぐるしく変貌を遂げていくことになりました。

～デイケアの改革 2001年～

開業して10年も経つと、患者さんが増え、テナントビルの他の階を借りてデイケアをしていたのも全く手狭となり、今の土地を探求しました。

狭い土地に安普請の建物でしたが、一応自社ビルが出来上がりました。移転後、広くなったデイケアもやがて人であふれるようになっていました。利用者が多くなり、新しい人を受け入れにくい状況でした。

利用者をもう一度分析し、そもそもどういう人たちが利用していて、どういうニーズを持っているのかということをお全部調べ直したんです。なかなか大変な作業でしたが、スタッフも必死になってとてもよくやってくれました。夜遅くまで皆で議論をしていました。正直、下手をすると、利用者が減って、クリニックが潰れるかもしれないという不安もありましたし、ある意味、必死でしたよ。最近になって当時のスタッフから、あの頃は泣いて帰ったこともあったと聞いて、皆必死になってくれていたと感謝の念で一杯になってしまいました。あの時、クリニックは大きく舵を切っていたのだと思います。

～デイケアの改革と就労準備ミーティング～

この調査の後、デイケアはプログラム中心の運営から利用者中心で、それぞれの利用目的に沿ったデイケア運営に変更していったんです。デイケアでも利用者ごとに担当者をつけ、利用者と医療福祉相談室の担当者と三者で面談して、デイケアの利用の目的、利用方法について決めていくことにしたんです。プログラムについても、利用目的をはっきりさせた複数の小グループプログラムを並行して運営していくように編成し直しました。

そして、そもそもの大問題はデイケアからの出口でした。症状も改善され、社会適応能力も回復してきたけれど、デイケアから出ていけない利用者たちをどうするのが最大課題でした。今から思えばすごいタイミングだったんですけど、そんなことで頭を悩ませていた頃に、再び目からうるこの体験をする機会を得たんですね。

この経験についてはあちこちで書いたり喋ったりしているので詳しくは省きますが、デイケアにも来れていなかった統合失調症のOLの女性への、

(5)診療以外の業務	過去の研修	
	自立支援事業所	NPO法人 大阪精神障害者就労支援ネットワーク(JSN) 副理事長
	介護保険事業所	老人施設5箇所への診療
	嘱託医	福祉事務所1、知的障害者施設3 学校法人1
	公的業務	精神医療審査会
	その他	北河内精神福祉交流会世話人代表
(6)スタッフ間の連携	チームワークの工夫・研修	各種院内会議の開催:4T(地域に、丁寧で、手厚い、チーム医療を!)会議、理念を現実化していくための検討、方針決定会議。主任者会議。リハビリテーション会議。デイケア会議。相談室会議。外来会議。医局会議。関連学会、講演会での発表、参加
(7)関係機関との連携	他の精神科診療所	診・診連携ネットワーク会議(精神科診療所7か所)年2回開催
	精神科病院	市内精神科病院、精神科診療所連携会議 年1回開催
	医師会・他科医療機関	寝屋川市内7精神科診療所での診・診連携ネットワーク会議。寝屋川市精神科病診連携の会(1精神科病院、7精神科診療所)
	行政機関	子ども家庭センター虐待防止危機介入チーム委員
	学校・教育委員会	就学検討員会
	雇用・就労関係	障害者就業・生活支援センター、障害者職業センター
	相談支援事業所	社会福祉法人 みつわ会、(理事長を引き受けています)
	自立支援事業所	JSN(大阪精神障害者就労支援ネットワーク・田川精二理事長)
	その他	北河内精神福祉交流会 (近隣6市の医療、福祉、行政関係者による研修・交流会)年2回開催
	(8)精神科救急への関与	精神科救急当番医
(9)精神科診療所としての社会的責任とは	身近な精神科診療所がどのような診療をしているのか、精神疾患や障害を有する人たちが、そこでどのように扱われているのかは、その地域の精神疾患や障害の理解に大いに影響するところだと考えます。ひきこもりや外来ニートにどう関わっているのかについても外来診療を専らとする診療所が、自らの課題として、引き受けるべき問題であると考えます。地域ケアネットワークの構築にも積極的に働きかけるべきだと思います。	



▲ダイルームいぶき

◀ダイルーム

職業カウンセラー相澤欽一氏の驚くほど丁寧できめ細かい、的確な就労支援を目の当たりにしたことでした。おそらく彼女自身も半ばあきらめかけていた復職を見事に果たし、意欲も取り戻して職場に戻ったのです。今も働かれていますけど。彼女に対する予断、先入観から半ばあきらめていた自分を、「医の中の蛙」であったと大いに恥じたのでした。人を動かすためにはそこまでしないとイケないし、そこまでしてからものを言わないとイケないんだと思い知りました。

そして、医療機関としてダイケア利用者の働きたいという希望をしっかり受け止め、その成就に向けてしっかり支援していくために、ダイケアの出口として就労準備ミーティングをスタートさせました。働くための準備（挫折体験の修復、課題の整理、自身の特性を知る等）をして、支援者と

共有するとともに、病気や障害の受容を援助しオープン就労（障害を開示しての就労）に向かいやすくしていくプログラムです。それを医療福祉相談室で取り組んでいた近隣会社での期間限定就労の取り組みなどにドッキングさせたのです。こうして2002年に始まった就労準備のプログラムは、現在もずっと続いています。

就労支援のもたらしたもの

ダイケアで就労準備ミーティングを取り入れたことで、予想を超えた様々な変化が起きました。利用者の変化は当然ですが、スタッフの意識も変わりました。利用者の希望に寄り添って支援するためには、相手を知り、それを共有して協働しなければいけないわけで、スキルの向上が認められました。ダイケアに就労に向けた出口ができたこ

<p>(10)かかりつけ医と専門医の兼合いについて</p>	<p>日頃から、顔の見える関係を作っておくことが大切だと思います。お互いの守備範囲を理解した上で協同で患者さんを診ていくことに努めています。糖尿病を合併してひきこもる統合失調症の患者さんを訪問診療を行う内科医に繋いでいくと、向こうからも訪問診療中の認知症患者に往診依頼がかかるなど、相互乗り入れの連携が重要です。</p>
<p>(11)アウトリーチや在宅医療の可能性について</p>	<p>生活の場での治療・援助は極めて効果的であり、今後も実践を積み重ねていきたい。強迫症状のため、長年外出できなかったひきこもりも現場での行動療法により、容易に回復していく姿に新たな可能性を見た。生活現場に回復の手立てがたくさん残っている。</p>
<p>(12)専門性を生かして、地域のハブとして機能しうるか。何が不足しているか。</p>	<p>遅れており、不足しているのは診療所医師の意識改革、診療所間連携です。食べていければ良いという若い先生、人を診ないで、症状だけを診て、その人の生活や人生を診ようとする医師とどのように組んでいくか、どう刺激していくかで。地域のスタッフ、コワーカーたちはやる気は十分なのですが・・・。</p>
<p>(13)事業の継続性について</p>	<p>幸い、当院は息子が後継者としてやってくれそうで一安心である。どのように理念を継承して行くか、現在の職員全体がしっかり同じ方向を向いてやって行けるか、そのための努力を怠らないでやっていくことが大事と思い、いろいろやっています。</p>
<p>(14)経営上の見通しは</p>	<p>暗い。診療報酬だけに頼らず、理念を追求していけないか、経営策を模索中。</p>
<p>(15)設立時の「ころざし」の達成度は</p>	<p>設立時のころざしは今も風化させないで堅持しているつもりですが、客観的な成果はと問われるとまだまだと言わざるを得ない。</p>
<p>(16)後に続く人たちへのアドバイスと今後の展望</p>	<p>外来ニートをひとりでも少なくしていくこと、これは診療所が背負っていかないといけない課題です。地域の診療所が連携して、それぞれの得意分野で役割分担して、地域での診療所精神科医療全体の水準を上げていくことが必要と考えられています。当院のような多機能型診療所が20～30万に1施設あり、どの診療所を受診しても、同等のケアが受けられるようにしていくことが理想です。いかに連携を深めていけるかが課題かと思っています。</p>

とで、デイケアに流れが感じられ、デイケア全体の雰囲気も変わり、それによって、クリニックも変わってきたと実感しました。外来診療でもデイケアに就労への道筋ができたことで、就労を希望する患者さんたちの診療の見通しが立ちやすくなり、見通しを共有して診療に当たることができました。さらにクリニックの外部への影響もあり、地域の支援機関でも就労支援の機運が高まり、就労支援を地域の課題として関係者間の連携が組織化を促したと思います。

より多様で、包容力のあるデイケア運営へ
 デイケアから就労への流れはできましたが、就労一辺倒になったわけではありません。
 むしろ、就労支援に取り組んできたことで、かえってプログラムはより多様になり、より利用者のニーズにヒットするように工夫されてきています。札幌のほっとステーションには及びませんが、利用者一人一人の困りごとや強みに注目し、仲間や先行く仲間の力を借りながら、様々なプログラムを立ち上げ、より豊かに生活していく力をつけていける場づくりに力を入れています。利用者の

可能性に気づき、援助することで、スタッフも学び、利用者に敬意を抱き、元気を与えられていることは言うまでもありません。

(5) 診療以外の業務

公益法人 大阪精神科診療所協会 監事 NPO 法人 大阪精神障害者就労支援ネットワーク (JSN) 副理事長、嘱託医 (福祉事務所 1、知的障害者施設 4 学校法人 1) 公的業務 (精神医療審査会) その他に北河内精神福祉交流会世話人代表 等

(6) スタッフ間の連携

《チームワークの工夫・研修》

以下はスタッフ 2 名の声から。「まかせられています。たぶん先生はこう言うやろうなというのがだんだんわかってくと。先生がきくと聞いてないこといっぱいですよ」「そこは自由にやらせてもらっています。事後報告ばかりですが。この人はこんなので、こんなところに連れていきました、先生、やっときましたけど、みたいな」。横で先生が笑っている。具体的には、各種院内会議の開催：4 T (地域に、丁寧で、手厚い、チーム医療を!) 理念を現実化していくための検討、方針決定会議。月 1 回の院長朝礼、主任者会議。リハビリテーション会議。各部署会議 (デイケア会議、相談室会議、訪問看護ステーション会議、外来会議、医局会議などなど。

また、電子カルテ化に伴って、伝達手段が増え、様々な連絡事項が届くようになりました。

皆が多忙にしており出回っているため、日常は業務用携帯で通話、メールで連絡し合ったり、出くわせば、まるで何やら情報交換している蟻のように立ち話もめっぽう多いです。

(7) 関係機関との連携

《他の精神科診療所・精神科病院》

寝屋川市内の精神科診療所 7 施設で診・診連携ネットワーク会議を年 2 回開催しています。また

市内の精神科病院も含めた、コメディカルスタッフも交えての病診連携の勉強会も年 1 回開催しています。お互いに顔の見える関係で、スムーズな連携をめざしています。

精神科病院との連携については日精協誌に寄稿した拙文を参照ください (日精協誌第 33 巻 3 号)。

《行政機関や社会福祉関係、家族会との連携》

開業時から保健所には嘱託医として行っていたし、ご近所でもあり、保健所とは濃い関係で連携しています。現在、当院の医師も精神保健相談の嘱託医として行ってくれています。市の自立支援協議会の作業部会にも相談室が積極的に関与しています。市内の唯一の社会福祉法人みつわ会も元々は当院の談話室が発祥の地ですし、理事長を引き受けていることもあって、双方、協働して組んでいくという気持ちでやっていますね。

学校関係では就学検討委員会、子ども家庭センター虐待防止危機介入チーム委員、雇用就労関係では就業・生活支援センター、障害者職業センター、職業訓練学校、ハローワーク等に積極的に関わっています。医療福祉相談室はつないでいく役割を担っているため、自立支援事業所は JSN、ウイングル、みつわ会の就労移行支援事業所、就労継続支援 B 型事業所、A 型事業所等との連携作業は活発です。他には北河内精神福祉交流会 (近隣 6 市の医療・福祉・行政関係者による研修・交流会 20 年以上続いている) を年に 2 回開催しています。

(8) 精神科救急への関与

大精診の救急システムに入って出務しています。

(9) 精神科診療所としての社会的責任とは

身近な精神科診療所がどのような診療をしているのか、精神疾患や障害を有する人たちが、そこでどのように扱われているのかは、その地域の精神疾患や障害の理解に大いに影響するところだと考えてます。ひきこもりや外来ニートにどう関わる

再発予防プログラム



っているのかについても、外来診療を専らとする診療所が、自らの課題として引き受けるべき問題であると考えます。地域ケアネットワークの構築にも積極的に働きかけるべきだと思います。就労支援プログラムをつくってやりだしていったら、それでクリニックも地域も変わってきたわけですから。スタッフがどう地域と関わっていくか、院長の姿勢が重要と思っています。

(10) かかりつけ医と専門医の兼合いについて

寝屋川は人口25～26万人の地域ですが、顔の見える関係を築きながら地域ケアをやっていけるちょうどよい規模の地域かと思っています。日頃から、顔の見える関係を作っておくことが大切と思います。お互いの守備範囲を理解した上で、患者さんを診ていくことに努めています。糖尿病を合併してひきこもる統合失調症の患者さんを訪問診療を行う内科医につないでいたり、向こうからも訪問診療中の認知症患者に往診依頼がかかるなど、相互乗り入りの連携が重要と思っています。

(11) アウトリーチや在宅医療の可能性について

往診、訪問診療は当初からやっていたんですが、私一人で長く関わり続けていることも多かったんです。現在は、積極的に外に出ていこうとしてくれる先生が増え、医師のアウトリーチも充実してきました。ひきこもりの女性で、私の訪問ではなかなか動いてくれなかった人が、女性の医師が関わるといつの間にか外出するようになったりして、守備範囲が広がってきました。

また、訪問看護ステーションはじめ、医療福祉相談室、デイケアからも訪問に出るようになってきたため、ひとりの人にチームで協働して関わられるようになったことで、アウトリーチの可能性は大きく広がってきました。生活の場での治療・援助は極めて効果的で、今後も実践を積み重ねていきたいですね。

例えば、強迫症状のため長年外出できなかったひきこもりの方も、現場での行動療法により、容易に回復していく姿に新たな可能性をみました。生活現場にこそ、回復の手立てがたくさん残っています。若い先生方ももっと地域に出てほしいと思っています。

(12) 専門性を生かして、地域のハブとして機能しうるか。何が不足しているか。

遅れており、不足しているのは診療所医師の意識改革、診療所間連携です。たくさんの患者さんの診療に追われていて、診察室の中で医者ひとりでやっている、どうしても症状だけを診てしまいがちになるんじゃないかと思います。できれば生活に目を向けて、支援する精神保健福祉士を雇用して、症状の回復だけではなく、その人の生活や人生にも目を向けてリハビリをめざす姿勢がほしいものです。地域の医療機関、福祉施設のスタッフ、コワーカーたちは、医師と連携してやる気は十分なのですが…。

渡辺会長も言っていましたけれども、メンタルクリニック系と多機能、地域ケア系の診療所が上手に連携して精神科医療の治療水準を上げていくことが求められていると思います。各地区の日精診の課題ですね。

地域を意識して、地域の中でどんな役割を担わないとかんのかということ意識し始めたら、やっぱり連携しないとあかんわね。あとはレスパイトの数床でもあって回転してくれていたらいいとか。精神科医療の地域計画をこちら側から提案していきたいですね。

(13) 事業の継続性について

どういう意図で診療所を始めたのか、理念の伝承というところオーバーなんですけど。一生懸命にやっていたらわかってくれる、というのはないですね。自分の思いを共有してもらうためには、しゃべったり書いたりしていかないとあかんのですね。大阪では、田川先生たちが今「経験を語り継ぐシリーズ」をはじめられました。この企画もその全国版みたいなものだと思いますが…。やはり危機感は同じです。だいたい親がどんなことをしているかってほとんど知らんのです。親も言わないですもんね。語り継ぐ暇がないし、一緒にいる時間が少ないから。幸い当院は息子が後継者としてやってくれそうで一安心ですけど、時代は変わっ

てきていて、患者さんの様相も変化していますからね、どのように理念を継承していくか、現在の職員全体がしっかり同じ方向を向いてやっていっているのか、まあ、そのための努力を怠らないことが大事と思い、いろいろやっています。

(14) 経営上の見通しは

結局、先行投資ばかりです。やりたいことがあったらとにかくそれをやろうと。経営的なものは後からついてくるみたいな格好でやってきて。計算ができへんから（笑）。計算づくでいくと、もうやめまじょうとかいうことになりかねないですよ。また通精やら診療報酬が下がってきたら、厳しいことになりますね。

(15) 設立時の「こころざし」の達成度は

三家先生が苦笑する横で、「まだまだやね。まだまだ。これからもどんどんいかなあかんから」とスタッフ。設立時のこころざしは今も風化させないで堅持しているつもりですが、客観的な成果はと問われると、まだまだと言わざるを得ないですね。

(16) 後に続く人たちへのアドバイスと今後の展望

まあ「診察室だけで終わらないで」というところかな。やっぱり地域と社会にいつも目を向けて仕事をしてください。今、ちょっと発展型モデルを構想中です。誰かにADHDのなれの果てと言われそうですが、私は同じことをしている年がないとスタッフに言われています。これからはニーズを掘り起こし毎年変化していくことかな。そのときそのときの行き詰まり感を何とかしないと、という感じだったかもしれないですね。国や行政が何もやっていないときには自前でやっていたけど、就業生活支援センターができたり、今はもう就労移行事業所ができたし。これからはどう協働してやっていくかということかな。何度も言いますが、外来ニートをひとりでも少なくしていく

ことは、診療所が背負っていかないといけない課題です。ひきこもりについても無関心であってはならないでしょう。地域の診療所が連携して、それぞれの得意分野で役割分担して、地域での診療所精神科医療全体の水準を上げていくことが必要

と考えています。どの診療所を受診しても、同等のケアが受けられるようにしていくことが理想です。いかに連携を深めていけるかが課題かと思えます。

(訪問記) 三家クリニック訪問記

窪田幸久

私のクリニックはいわゆる単機能型ツブクリだ。開業後に徐々に通精点数が下がってしまい、あれこれいろいろやろうとしたが結局頓挫したまま月日だけが過ぎていく。そこを見透かされ、上ノ山先生から「面識もない先生のような人が行くのがいいので」との指令を受け大阪に到着したのは、師走もとっぷり暮れた夕闇だった。三家ビルは20周年記念誌で見た3階建てではなく、建て増しされ4階建てに。柔らかい物腰で出迎えてくださった三家先生曰く「このビルねえ、カフェオレ（3階まで）と思ってたらクリーム（4階）が乗ってしまいカプチーノになった」。私もどちらかと言うと、フランスもいいがイタリアも好きだ、特に車は。

柔軟に変化しながらも、基本路線はブレずに地域医療に取り組みされた数々の成果をそこにみた。驚くべきは面接室数が6室、それでも足りずに臨時にいろんなところが面接室に。そこでの「あなたの担当は私です」といったスタッフの一言が、大きな信頼感につながっている。その背景には膨大な手間暇をかけた正確な調査と「ダイケアを使い倒す」ノウハウの蓄積がある。本当のエビデンスとは、ビッグデータとかメタ解析ではなくこのことかもしれない。「借金も背負ったけど、知らぬ間にいろんな人たちがついてきてくれた」。インタビューの中での「精神科医自身の脱施設化」「弁証法的精神科クリ

ニック」というお言葉も印象的であった。

帰りの新幹線内でクリニック20周年記念誌をめくりながら、「表紙の言葉」が目にとまった。先生のお父様（既に他界）は滋賀の片田舎で昭和19年に内科を開業され、戦中戦後の厳しい時代に地域医療に尽力した。先生は周囲からは当然のように「帰郷して後を継ぐ」と思われていたというが、さすがの先生もご自身の開業についてはお父様に一言も相談できなかったようだ。以下は先生の小学生の頃の思い出である。「往診途中、私はよく父親のスクーターの後部座席に乗っていました。ふと花好きの父がスクーターを止めて土手を駆け下り、自生する野の百合を取りにいったのです。その光景が映画のワンシーンのように今も鮮明に焼き付いています」。先生の日々の診療姿勢がこの「花を当事者に届ける」というシーンに重なったのは、数十名の三家クリニックのスタッフも同様であろう。

この訪問調査をお読みいただいた多くの先生方に、私のように、一つずつでもクリニック機能を増やそうと考えていただければ幸甚である。実は三家クリニックの話聞いた当院の看護師もしびれを切らし、就労継続支援B型事業所と就労支援としての株式会社のお弁当屋さんを最近立ち上げたのだから。

(平成25年12月9日)

精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト報告書 2016

- 発行日 2017年3月
- 発行 公益社団法人日本精神神経科診療所協会
〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-38-2 ミヤタビル701号
TEL (03) 3320-1423 FAX (03) 3320-1426
- 編集 精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト委員会
(委員長 上ノ山一寛)

制作／社会福祉法人新樹会創造出版 印刷／モリモト印刷

