

(3) サービス提供体制のあり方と 重症者等への地域での訪問支援の実施例

60

精神疾患における生活支援の意義

- ◆精神疾患では、疾患の症状により生活の機能が障害されることにより、治療の継続が難しくなるなど、病状にも悪影響をきたしがち。
- ◆疾患の治療と併せて、日常生活・社会生活の支援を行うことが、生活の質だけでなく、治療の継続にも良い影響。
- ◆医療モデル・社会モデルの両面から支援を行うため、保健医療職と、福祉職の、両方の価値観・技術を用いて支援を行う「多職種チーム」による支援が有効とされている。

(例)

英国での研究では、初回精神病エピソード患者に、以下のような包括的な支援を行うと、治療継続率、服薬アドヒアランス、社会機能、就労率、サービス満足度、QOLが、通常の治療よりも改善するとされている。(Garety et al.,BJP 2006; Craig et al., BMJ 2004)。

(包括的な支援の内容)

- ・ケアコーディネーターによる担当制の訪問型支援・治療
- ・ケアプランの作成、ケースマネジメント
- ・エンゲイジメントの重視
- ・家族支援の重視
- ・低用量単剤・薬物療法
- ・心理療法(CBT)
- ・就学・就労支援

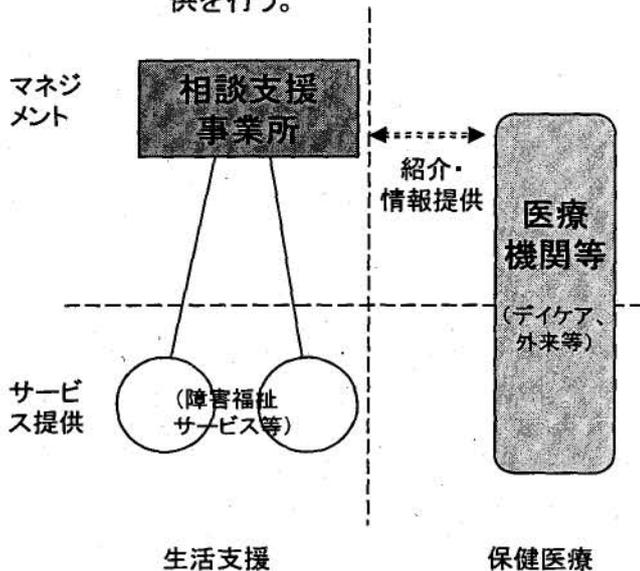
61

サービス提供とマネジメント体制の例

精神障害者に対する多様なサービスをマネジメントするために、次のような体制を取ることが考えられる。特に、保健医療サービスと生活支援サービスをどのように連携して(又は一体的に)提供するかについては、様々なマネジメントのあり方が考えられる。

【パターンA: 福祉・医療分離型】

障害福祉サービス等の利用については、相談支援事業所によりマネジメントを行うと共に、定期的な通院等の医療サービスを行う医療機関等との間で、互いに情報提供を行う。



◆メリット

- ・地域生活支援における福祉サービスの提供が行いやすい。
- ・症状が落ち着いている者を対象とする場合、比較的調整のためのコストが小さく、それぞれの事業者にとってサービス提供が容易。

◆デメリット

- ・関係機関の情報交換や連携が不足しがち。
- ・医療機関によるアセスメントが福祉サービスの提供に反映されにくい。
- ・急激な症状の変化等(症状悪化・治療中断等)への対応が難しいため、精神疾患を有する対象者の特性に合わない場合がある。

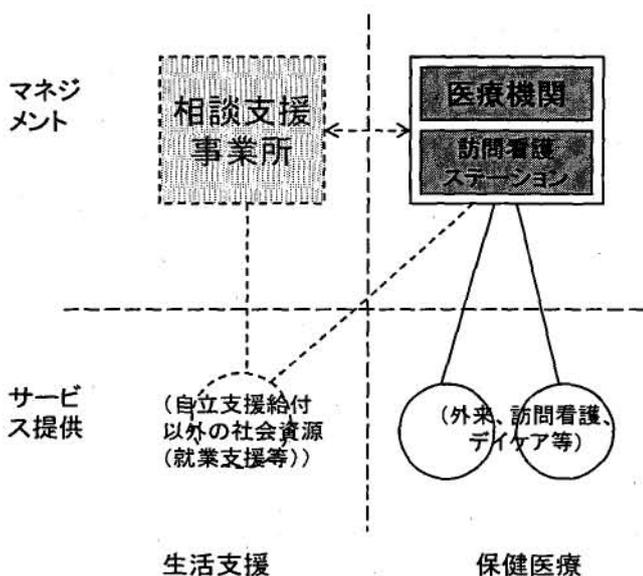
◎現状

現在、福祉サービスの提供が行われている場合にはこの体制で行われることが多い。

62

【パターンB: 医療中心型】

主として医療サービスが提供されており、医療機関・訪問看護ステーションがマネジメントを行う。



◆メリット

- ・医師等医療の専門家によるアセスメントに基づき、病状に応じた医療サービスを提供しやすい。
- ・入院・外来・訪問看護等のサービスが一貫して提供されるため、急激な病状変化等に対応しやすい。

◆デメリット

- ・現状では、医療機関等に生活全般にわたるケアマネジメント機能が乏しく、相談支援や生活支援が提供されにくい。
- ・障害福祉サービス事業者等との連携が不足しがち。(病院・診療所が、患者を「抱え込む」との指摘があるが、どのようにして質が担保できるか。)

◎現状

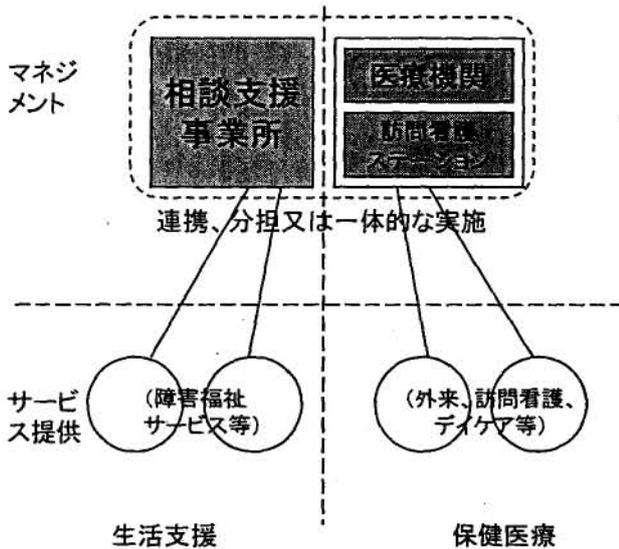
外来通院、デイケア、訪問看護等を利用し、福祉サービスを利用しないで生活する精神障害者が最も多く、これらの方々にはこの体制により支援が行われている。

63

【パターンC:医療・福祉連携型】

相談支援事業所と、医療機関・訪問看護ステーションが連携し、生活支援・保健医療の各サービスのマネジメントを行う。

連携の方法と密度には、様々な場合が考えられる(医療機関が相談支援事業所を兼ねる、医療機関がモニタリングを行い相談支援事業所が計画作成を行う等)。



◆メリット

- ・医療と福祉が連携し、包括的な支援が可能。
- ・構築に当たって、新たに実施主体を創設しなくても、地域の関係機関を活用できる。
- ・診療報酬、障害福祉サービス報酬等、様々な財源を活用しやすい。

◆デメリット

- ・連携を実効的にするためには、相談支援と医療サービスを同一敷地で行うなど工夫が必要。
- ・仮に、医療・福祉のケアマネジメントからサービス提供まで全て同一法人が担うと、患者を「抱え込む」との指摘があるが、どのようにして質が担保できるか。

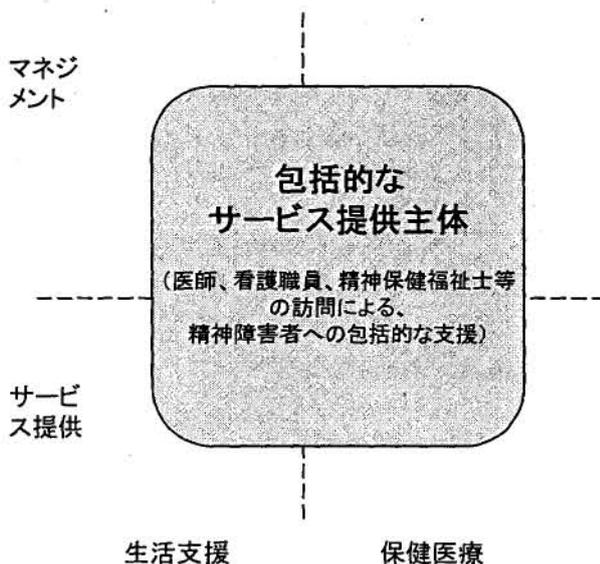
◎現状

現時点ではこのような体制で密に医療と福祉が連携してケアマネジメントを行う事例は少ない。

64

【パターンD:包括型】

訪問サービスを包括的に行う事業所において、生活支援・保健医療にわたるマネジメント及びサービス提供を一体的に実施する。



◆メリット

- ・医療と福祉が連携し、包括的な支援が可能。

◆デメリット

- ・医療・福祉にわたるサービスを総合的に提供するためには、新たな実施主体が必要。
- ・サービスが全て完結すると、患者を「抱え込む」との指摘があるが、どのようにして質が担保できるか。
- ・既存の財源の枠組みでは実施が困難。

◎現状

一部の医療機関等において、先駆的取組がある。

(財源の観点から、主に医療機関・訪問看護ステーションを中心とした実施に限られ、精神保健福祉士の配置や福祉サービスの提供方法が課題。)

65

事例① 地域活動支援センターKUINA (茨城県ひたちなか市) …パターンA

特徴

- ◆地域活動支援センターが中心となり、同一法人の他施設と連携して支援体制を構築。
- ◆精神保健福祉士ほか様々な職種(下記)が訪問を実施
- ◆退院時の在宅支援に向けた支援を多く行う一方、未受診・治療中断者にも積極的に支援。
- ◆地域の複数の医療機関から対象者の紹介を受けており、対象者は各医療機関に受診。

事業所の状況

- 運営主体 : 社会福祉法人
- 支援エリア: ひたちなか市を中心に片道30分以内
- 財源: 自立支援給付(障害福祉サービス)+補助金

支援体制

- ※常勤(非常勤)の人数
- | | |
|-----------------|--------------|
| ■地域活動支援センターI型 | ■自立訓練(訪問型) |
| ・医師 0人(1) | ・医師 0人(1) |
| ・相談支援専門員 1人 | ・看護師 2人(1) |
| ・精神保健福祉士 1人 | ・介護福祉士 1人 |
| ・臨床心理士 1人 | ・生活支援員 5人(3) |
| ■障害者就業・生活支援センター | ・栄養士 0人(1) |
| ・精神保健福祉士 1人 | ・ピアスタッフ 1人 |
- 24時間の支援体制: あり
(休日・夜間については障害者支援施設で対応)
 - 医療体制: 各利用者の主治医による

支援対象者の状況

- 1週間に訪問した人数(実人数) 34人
- 支援開始時の状況
 - ・退院時 53%
 - ・通院中 29%
 - ・未治療・治療中断 18%
- 発病からの期間
 - ・1~10年 29%
 - ・10年以上 71%
- 精神障害者保健福祉手帳
 - ・1級 12%
 - ・2級 38%
 - ・3級 21%
 - ・取得無又は不明 29%
- 訪問回数
 - ・週1回 21%
 - ・週2~3回 17%
 - ・週4~6回 6%
 - ・週7回 56%

66

事例② 指定相談支援事業所れいんぼー(岩手県宮古市) …パターンA

特徴

- ◆指定相談支援事業所を中心として支援
- ◆主として相談支援専門員が訪問を実施
- ◆地域自立支援協議会を活用し、個別の支援における行政・関係機関との調整を実施
- ◆宮古市内の全ての医療機関から対象者の紹介を受けており、対象者は各医療機関に受診

事業所の状況

- 運営主体 : NPO法人
- 支援エリア: 宮古市他(最大、車で2時間)
- 財源: 自立支援給付(障害福祉サービス)+補助金

支援体制

- ※常勤(非常勤)の人数
- | | |
|---------------------------------|---------------|
| ■指定相談支援事業所
(地域活動支援センターI型に併設) | ■自立訓練(宿泊型) |
| ・相談支援専門員 5人 | ・サービス管理責任者 1人 |
| ・生活支援員 0人(2) | ・地域移行支援員 1人 |
| | ・生活支援員 2人(1) |
| | ・職業指導員 0人(1) |
- 24時間の支援体制: あり
(休日・夜間については自立訓練事業所で対応)
 - 医療体制: 各利用者の主治医による

支援対象者の状況

- 1週間に訪問した人数(実人数) 10人
- 支援開始時の状況
 - ・退院時 20%
 - ・通院中 70%
 - ・未治療・治療中断 10%
- 発病からの期間
 - ・1~10年 40%
 - ・10年以上 60%
- 精神障害者保健福祉手帳
 - ・1級 20%
 - ・2級 40%
 - ・取得無 40%
- 訪問回数
 - ・週1回以下 70%
 - ・週1回 30%

67

特徴

- ◆精神科病院の地域ケア部門が主体。
- ◆医療機関の看護師等が訪問に従事
- ◆退院時又は通院中に訪問支援を開始した事例が多い
- ◆下記のほか、福祉サービス等については、地域の関係機関と連携して提供

事業所の状況

- 運営主体 : 財団法人
- 支援エリア: 愛南町を中心(片道30分以内)
- 財源: 診療報酬

支援体制

※常勤(非常勤)の人数

- 精神科病院
 - ・医師 1人
 - ・看護師 1人(17)
 - ・保健師 0人(1)
 - ・精神保健福祉士 0人(1)
 - ・作業療法士 0人(2)
- 24時間の支援体制: あり
- 医療体制: 当該医療機関の医師

支援対象者の状況

- 1週間に訪問した人数(実人数) 43人
- 支援開始時の状況
 - ・退院時 53%
 - ・通院中 47%
 - ・未治療・治療中断 0%
- 発病からの期間
 - ・1年未満 2% ・1~10年 21%
 - ・10年以上 77%
- 支援開始時のGAF
 - ・1-20 12% ・21-30 35%
 - ・31-40 16% ・41-50 28%
 - ・51-60 9%
- 訪問回数
 - ・週1回以下 77%
 - ・週1回 16% ・週2~3回 7%

特徴

- ◆訪問看護ステーションにおいて、治療継続、生活支援に加え、就労支援まで広く支援を行う
- ◆訪問看護ステーションに、看護師・OTのほか、精神保健福祉士を配置して訪問を実施
- ◆長期入院や頻回入院等の重症者を対象としている
- ◆治療継続支援と生活支援が、チーム内で完結。外来・入院は、協力医療機関と緊密に連携。

事業所の状況

- 運営主体 : NPO法人
- 支援エリア: 市川市及び松戸市南部(片道30分以内)
- 財源: 診療報酬

支援体制

※常勤の人数

- 訪問看護ステーション
 - ・看護師 6人
 - ・精神保健福祉士 2人
 - ・作業療法士 4人
 (このほか、協力医療機関の医師1名がチームに参画)
- 24時間の支援体制: あり(電話対応)
- 医療体制: 近隣の協力医療機関と緊密に連携し、外来、入院等に対応

支援対象者の状況

- 1週間に訪問した人数(実人数) 57人
- 支援開始時の状況
 - ・退院時 93%
※頻回入院患者を含む
 - ・通院中 7%
 - ・未治療・治療中断 0%
- 発病からの期間
 - ・1年未満 0% ・1~10年 19%
 - ・10年以上 81%
- 支援開始時のGAF
 - ・1-20 51% ・21-30 47%
 - ・31-40 2%
- 訪問回数
 - ・週1回以下 14% ・週1回 33%
 - ・週2~3回 47% ・週4回 6%

特徴

- ◆精神科診療所、訪問看護ステーション、NPO法人(同一敷地内)が共同して支援
- ◆看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が訪問支援を実施。チーム医師も訪問診療を実施。
- ◆危機介入の事例(未治療・治療中断等による)が多く、粘り強く訪問して関わりを構築
- ◆医師の診察を含めた医療と、生活支援が、チーム内で完結している

事業所の状況

- 運営主体 : 個人診療所+有限会社(訪問看護)+NPO法人
- 支援エリア: 京都市内(片道30分以内)
- 財源: 診療報酬

支援体制

※常勤(非常勤)の人数

- | | | | |
|----------|-------|-------------|-------|
| ■診療所 | | ■訪問看護ステーション | |
| ・医師 | 1人 | ・看護師 | 6人 |
| (3) | | ・作業療法士 | 1人 |
| ・精神保健福祉士 | 6人 | ・事務員 | 1人 |
| ・作業療法士 | 0人(3) | ■NPO法人 | |
| ・薬剤師 | 1人 | ・当事者スタッフ | 0人(1) |
| ・事務員 | 0人(2) | ・事務員 | 1人(1) |

- 24時間の支援体制: あり
- 医療体制: 支援チーム内の医師による訪問診療等

支援対象者の状況

- 1週間に訪問した人数(実人数) 92人
- 支援開始時の状況
 - ・退院時 13%
 - ・通院中 51%
 - ・未治療・治療中断 36%
- 発病からの期間
 - ・1~10年 18%
 - ・10年以上 82%
- 支援開始時のGAF
 - ・1-20 8%
 - ・21-30 48%
 - ・31-40 42%
 - ・41-50 2%
- 訪問回数
 - ・週1回以下 1%
 - ・週1回 33%
 - ・週2~3回 59%
 - ・週4~7回 7%

特徴

- ◆精神保健福祉センターを拠点としている
- ◆主に精神保健福祉士が訪問して支援。センターの医師も訪問に従事
- ◆公的機関として、未治療・治療中断者を対象とすることが多い
- ◆県内全域(医療過疎地を含む)を管轄するため、遠方の市町村に、訪問支援を行う委託医療機関等のチームがあり、精神保健福祉センターから技術的支援を実施

事業所の状況

- 運営主体 : 岡山県 (精神科診療所として届け出)
 - 支援エリア: 岡山県内(岡山市を除く)
 - 財源: 一般財源(県)+補助金(国)
- ※支援の一部には診療報酬が算定される

支援体制

※常勤(非常勤)の人数

- | | | | |
|-------------|-------|---------------------------------------|-------|
| ■精神保健福祉センター | | ■遠隔地のチーム | |
| ・医師 | 2人 | ※精神科病院、地域活動支援センター、精神保健福祉センター、市、保健所の職員 | |
| ・精神保健福祉士 | 1人(3) | ・医師 | 0人(1) |
| ・看護師 | 0人(2) | ・精神保健福祉士 | 0人(3) |
| ・作業療法士 | 0人(1) | ・保健師 | 0人(3) |

- 24時間の支援体制: あり(電話対応)
- 医療体制: 支援チームの医師(又は各利用者の主治医)

支援対象者の状況

- 1週間に訪問した人数(実人数) 39人
- 支援開始時の状況
 - ・入院中 51%
 - ・退院時 3%
 - ・通院中 5%
 - ・未治療・治療中断 41%
- 発病からの期間
 - ・1~10年 18%
 - ・10年以上 72%
- 支援開始時のGAF
 - ・1-20 8%
 - ・21-30 23%
 - ・31-40 27%
 - ・41-50 42%
- 訪問回数
 - ・週1回以下 16%
 - ・週1回 46%
 - ・週2~3回 18%

(4) 論点

72

論点① 精神障害者の地域生活支援のために必要な機能

現状

- 精神疾患が疑われる患者や、精神障害者には、個々の状況によって異なるものの、
 - ① 「疾患や障害の特徴がわかりにくく、困っていることを表現しにくい」、「重症なときほど自ら病気と認識できない」、「疾患により社会生活の機能が同時におかされる」といった特徴のため、必要な者に必要な支援が届いていない、
 - ② 「他の障害と比較して症状の変化が急激に起こりやすい」といった特徴のため、様々なサービスが一体的に迅速に届けられることが必要といった指摘がある。
- 精神障害者の地域生活の支援体制としては、大きく分類すると、
 - ① 精神保健福祉センター、保健所、市町村等の行政機関による相談支援
 - ② 医療機関・訪問看護ステーション等による医療の提供
 - ③ 障害福祉サービス事業所、地域活動支援センター等による福祉サービスの提供や相談支援があり、原則として必要なときに当事者がそれぞれのサービスを自ら選択して利用することとなっている。なお、措置入院の要件を満たす場合等には行政機関側から出向いて強制的に移送・入院をおこなっている。

検討

- 精神疾患の特徴を踏まえて、地域で生活する、当事者や家族の支援のために、どのような機能が必要か。
- 支援のために必要な機能を提供するに当たって、現在の提供体制においては、どのような課題があるか。
- 支援のために必要な機能を構築するためには、どのようなサービスが必要か。

73

論点② サービスの提供体制のあり方

現状

- 精神障害者の地域生活において、医療サービスのマネジメントは、医師の指示のもとに行われ、障害福祉サービスのマネジメントは、指定相談支援事業所等において行われ、保健サービスのマネジメントは行政機関が行っている。
- 危機・困難な状態への支援については、制度上は保健所を中心に担う体系となっているが、マンパワーの不足、保健所の減少等によって、保健所が十分に対応出来ていないとの指摘がある。
- 福祉分野では、障害者自立支援法改正案において、市町村を主体として、各障害に共通した、基幹相談支援センターの整備を進めることが検討されている。
- ケアマネジメントやサービス提供体制については、以下のような指摘がある。
 - ・ 細分化された体制では、精神疾患患者の症状の変化に臨機応変に対応できないのではないか。
 - ・ ケアマネジメントの中立性を担保すべき。特に、入院機能を有する医療機関がケアマネジメント・サービス提供を全てを担うのは望ましくないのではないか。
 - ・ 精神障害者の支援においては、医療と生活の支援が不可分であり、保健医療従事者、福祉従事者がそれぞれの技術・価値観を持ち寄り多職種チームを構成して支援を行うことが効果的ではないか。

検討

- 精神疾患の特性を踏まえ、地域生活における、医療から生活にわたる相談支援・ケアマネジメントやサービスをどのような体制で行うことが効果的か。
- 精神障害者の地域生活支援のためのアウトリーチ(訪問)の提供主体について、どう考えるか。併せて、担当地域(キャッチメントエリア)についてどう考えるか。
- 精神障害者への支援体制と、各障害に共通した支援体制との関係について、どう考えるか。
- 精神障害者への支援体制における、医療機関の位置づけについて、どう考えるか。
- 保健所や市町村の位置づけや今後の役割について、どう考えるか。

74

論点③ マンパワーの確保・財政負担について

現状

- 医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者など様々な職種が、医療機関、障害福祉サービス事業所、都道府県、市町村等において精神障害者の支援に従事している。
- 従事者の多くは医療機関において入院医療に従事しており、地域での訪問サービスやケアマネジメントに従事している者は現時点では相対的に少ない。
- 地方自治体においては定員管理が厳格に行われており、単純に職員を増加させることは難しい。
- 提供するサービスの財源としては、以下のような種類がある。
 - ・ 国や自治体の予算
(精神障害者地域移行・地域定着支援事業等)
 - ・ 障害者自立支援法における法定の給付
(障害福祉サービス、自立支援医療)
 - ・ 医療保険による給付
(医療機関や訪問看護ステーションの診療報酬)

検討

- 精神障害者の地域生活支援、特にアウトリーチ(訪問)による支援やケアマネジメントにあたる専門人材を、どのように養成するか。
- アウトリーチの体制構築に必要なマンパワーの規模はどの程度か。マンパワーをどのようにして確保するか。
- 財政負担について、どのような仕組みを活用できるか。また、どのような公費負担が必要か。

75