

Healthcare note

2025 May

丹比荘病院のアウトリーチサービスの移り変わり ー デイケアからはじめるアウトリーチ ー

寄稿: 医療法人丹比荘 丹比荘病院
地域医療支援室 主任
嘉納 恵



目次

1. はじめに.....	2
2. 医療法人丹比荘の沿革.....	2
3. 入院中心医療から地域医療中心へ.....	3
4. 丹比荘病院におけるアウトリーチ.....	4
5. アウトリーチ部門の実践.....	5
6. リカバリーからはじまるアウトリーチ.....	7
7. アウトリーチは時代遅れのサービスか？.....	10
8. これからの精神科医療について.....	12

1. はじめに

私は現在、大阪府羽曳野市において精神医療を担う医療法人丹比荘 丹比荘病院のデイケアに所属し精神保健福祉士（以下、PSW）として業務を執り行っています。当院にアウトリーチ部門が開設された時期は、その取り組みには、関わりがあったものの中心で活動していたわけではありません。そんな私が丹比荘病院のアウトリーチ部門について執筆する理由を振り返ると、それこそが「丹比荘病院におけるアウトリーチの歴史」そのものにあるのかもしれない。本稿では、当院のアウトリーチがこれまでどのような形で実践され、現在に至っているかを振り返ることで、これからアウトリーチへの取り組みを検討されている方へのメッセージになればと考えています。

2. 医療法人丹比荘の沿革

丹比荘病院は昭和 32 年に病床数 100 床で開業し、その後、増床を重ね現在では 310 床となっています。これまで担ってきた地域での役割は、仲間や居場所がほしい方、生活の質を高めたい方、働きたい方にはデイケアを、ご自宅での体調管理にサポートが必要な方には訪問看護ステーションを、単身での生活に不安があるため、一定の支援を受けながら地域の中で暮らしたい方にはグループホームをご利用いただくなど、比較的早い段階から医療と福祉が一体となった事業を展開してきました。

【図表 1】医療法人丹比荘の沿革

昭和 31 年	医療法人丹比荘の設立が認可される
昭和 32 年	医療法人丹比荘が開業する（ベッド数 100 床）
昭和 48 年	ベッド数を 214 床増床し 314 床となる
昭和 56 年	ベッド数が 3 床減り 311 床となる
平成 9 年	医療法人丹比荘 丹比荘病院に名称変更
平成 14 年	丹比荘病院で精神科作業療法が開始される ホームヘルプサービススマイル開設
平成 15 年	グループホームあゆみ開設（定員 6 名）
平成 16 年	丹比荘病院で精神科デイケアが開始される グループホームあゆみⅡ開設（定員 4 名）
平成 17 年	障害者自立支援法制定
平成 18 年	ベッド数が 1 床減り 310 床となる
平成 19 年	グループホームあゆみⅢ、Ⅳ開設（定員 4 名）
平成 21 年	精神科デイケアが小規模から大規模に変更される
平成 24 年	あべのメンタルクリニック開設 訪問看護ステーションあゆみ開設
平成 25 年	アウトリーチ部門設立

3. 入院中心医療から地域医療中心へ

(1) 日本でのアウトリーチサービス

厚生労働省のモデル事業としてアウトリーチ事業に予算が付いたのが平成 23 年度ですが、臨床現場において日本の精神科医療にアウトリーチサービスが普及し始めたのは、2000 年代初め頃になります。アウトリーチサービスは、重度の精神障害があっても住み慣れた地域で生活するためのサービスとして脚光を浴びました。365 日 24 時間対応できる体制を整え、多職種（医師、看護師、作業療法士、PSW 等）が自宅や職場に訪問することで医療福祉サービスを届ける治療プログラムになります。アウトリーチサービスは、地域精神医療を推進する象徴として大きなインパクトを与えました。

アウトリーチサービスが普及し始めた数年後、厚生労働省はアウトリーチ推進事業を開始し、事業が終わる翌年の平成 26 年度の診療報酬改定で「精神科重症患者早期集中支援管理料」を新設しました。その際、精神科重症患者早期集中支援管理料は以前から行われていたアウトリーチサービスと同等の事業と捉えても差し支えないとされ、アウトリーチサービスが事業化しやすい環境となりました。

(2) アウトリーチ部門誕生前夜

アウトリーチサービスの制度的な変化が活発になった時期と丹比荘病院のアウトリーチサービス実施への機運が高まっていた時期は重なりますが、どちらかと言うと、病院内部の組織構造の変化が丹比荘病院のアウトリーチサービスを押し進める結果になったと思います。つまり、平成 24 年に法人が訪問看護ステーションを開設したことが、アウトリーチ部門創設の分岐点となった訳です。

訪問看護ステーションの開設がアウトリーチ部門の創設と関係しているとなると、訪問という両方に共通する点に目が行きがちになりますが、実際はそうではなく、提供するサービスの内容が単なる訪問による看護サービスの提供にとどまらなかったことから、アウトリーチ部門創設に深く関わることになったのです。各部署は従来通りにサービスの提供をしていましたが、訪問看護ステーションが開設され、サービス内容の重複や各部署の役割の変化が顕著になり、サービスの統合が上手くいかず、足並みをそろえたチーム医療の実践が難しくなりました。困難な状況を打破するため、各部署の役割を再定義し、多職種によるチーム医療を効果的に実践できる新しい枠組みの必要性が高まり、アウトリーチ部門創設の流れが出来上がっていきました。

4. 丹比荘病院におけるアウトリーチ

(1) 丹比荘病院アウトリーチ部門の誕生

丹比荘病院は、平成 25 年 6 月 10 日にアウトリーチ部門を立ち上げました。部門統括は院長が担い、前職でアウトリーチを実践していた医師と現看護部長（当時看護副部長）が相談役として就任し、現場のまとめ役となるアウトリーチマネージャーを PSW が担当することになりました。

医師、病院の外来、病棟担当 PSW、作業療法室、デイケア、事務部門、法人傘下の訪問看護ステーション、グループホーム、居宅介護事業所、関連法人の就労継続支援 B 型事業所、相談支援事業所がアウトリーチに関わる部署とされ、それぞれの現場責任者が一堂に会し、理事長のキックオフ宣言のもとアウトリーチ部門が産声をあげました。

(2) 個人的な体験

当時私はグループホームのサービス管理責任者としてアウトリーチ部門の会議に参加していました。入職して約 20 年になりますが、後にも先にも、これほど衝撃を受けた会議はありません。「胸躍る時が到来した。」そんな感情が沸き立っていたことを今でも覚えています。理由は、理事長、院長が新事業の立ち上げを宣言することなど、かつてなかったことも理由の一つですが、それほどまでに衝撃を受けたのは、私の職歴が関係しています。丹比荘病院に入職する前、ホームレスの方の自立支援の仕事に携わっており、公園や橋の下、線路の高架下を居所としているホームレスの方を巡回し、病院や施設入所につなげる等の支援をしていました。

ホームレスの方は、医療・福祉サービスが必要な状況になっていても市役所に自ら相談に行かないことが多いので、こちらから積極的にホームレスの方の居所を訪問し、ニーズの確認をしていました。このような活動は、まさしくアウトリーチそのものの活動だと思います。ホームレスの方には精神疾患を罹患している方は少なくありません。精神疾患を罹患しているホームレスの方の治療に当時積極的だったのが、丹比荘病院でした。薬物治療による精神疾患の改善だけでなく、衣食住という環境も改善されるため、退院する頃にはホームレス → 患者 → 一人の人へと変化し、別人のようになる姿を見て、喜びや感動を超えた、興奮と言えるような体験がそこにはありました。現場を知っている人だけが感じられる体験だと思います。アウトリーチの醍醐味を再び味わうことができると思い、「胸躍る時が到来した。」と感じたわけであります。

5. アウトリーチ部門の実践

(1) アウトリーチ部門の理念と方針

キックオフ会議で理事長からは、アウトリーチ部門を「入院治療から地域医療への転換を図ること。患者さんが地域で安心して社会生活を送るための組織。」と宣言され、「再入院率を低下させることをアウトリーチ部門の目的にする。」と、組織の理念が提示されました。院長からは「各部署で患者さんに提供するサービスをアウトリーチ部門で統括し、また、サービスを提供するシステムを作ること。」と、方針が示されました。

相談役の医師からはアウトリーチ部門の中心となる部署はデイケアとすることが発表されました。デイケアを中心にした意図は二つあり、一つはアウトリーチ部門に関係しているサービスを複数受けている利用者が多く、サービスを統合する必要があったことです。もう一つは、他の事業所の職員がケア会議でデイケアを訪問した際、そこに関わりのある利用者が複数人いると、一度に自身の目で日中活動の状況がわかり、会議の後にも利用者について情報交換ができると考え、アウトリーチ部門の中心をデイケアに置いたそうです。

(2) ACTと丹比荘病院アウトリーチの比較

丹比荘病院のアウトリーチは世間一般で言うアウトリーチとは異なる部分がありました。精神科アウトリーチの代表格と言えるACT¹と比較すると、丹比荘病院のアウトリーチがどのようなものだったか明確になると思います。ACTの特徴をピックアップして下の表にまとめてみました。

【図表 2】

特徴	ACT	丹比荘病院のアウトリーチ
サービスの対象者	重度の精神障害を抱えた人	アウトリーチ部門がサービスを提供している人
サービスの提供者	多職種	多職種
利用者数	利用者数を限定	利用者数の限定はない
サービスの統合	統合されている	統合を目指す
サービス提供の場	自宅や職場	自宅や病院
ポリシー	住み慣れた地域での生活をサポート	地域での生活をサポートすることは第一だが入院も選択肢とする

出所：筆者作成

¹ ACT (Assertive Community Treatment) は、精神疾患を持つ人々が地域で安定した生活を送れるよう支援するプログラム。多職種チームが訪問型サービスを通じて医療・心理・福祉の支援を包括的に提供。個々のニーズに応じた柔軟な対応で生活の質を向上させ、再入院防止を目指し、24時間体制で寄り添うケアが特徴。

ACT を実践されている医療機関の方からは、丹比荘病院でのアウトリーチ活動はアウトリーチではないとお叱りを受けるかもしれません。後述しますが、ACT の原則からは外れていますが、現在の視点から考えると、実情にあったアウトリーチサービスの枠組みになっていると考えます。

(3) サービスの統合

丹比荘病院のアウトリーチ部門で最も重要視していたのは、サービスの統合です。一人の患者さんに各部署がサービスを提供しますが、共通の治療目標が共有できていないため、足し算はできてかけ算でサービスを提供できていないことが多々ありました。特に関連法人の就労継続支援 B 型事業所との連携が上手くいっていなかったことを記憶しています。

個々の部署は役割を果たしているが、各部署を統合する役割が不明確、もしくは各部署の役割を超える上位のミッションのようなものがなかったことが上手く連携されなかった要因かもしれません。連携シートのような部署間で統一した書式を作成することも検討課題にあがっていましたが、連携シートは検討だけで終わりましたが、実践に移した活動もありました。それが入院時カンファレンスです。

(4) 入院時カンファレンス

アウトリーチ部門のサービスを受けていた方が入院になった際、地域生活を送っていた時にサービスを提供していた職員から、入院中に患者さんに関わる職員への情報伝達のため、入院時カンファレンスの導入に力を入れたこともありました。週 2 回、30 分ほどカンファレンスを実施していました。連携を深めるため、作業療法室の職員がデイケアを訪問し、デイケアの利用者と交流するという職員の人的交流もアウトリーチ部門で話し合われた内容が実現した活動になります。

(5) アウトリーチ部門の解体とアウトリーチの開始

キックオフ会議の際は 19 名が会議に参加していましたが、記録に残っている最終会議の参加者は 5 名と記載されています。会議の中心メンバーが次々に退職し、終了の宣言はありませんでしたが、会議が開催されないようになり実質アウトリーチ部門は解体されました。約 7 年間活動していたことになります。私自身もグループホームの業務に追われ、終了直前は会議への参加が滞っていたように思います。

アウトリーチ部門は終了しましたが、現在、デイケアで実践している活動は結果としてアウトリーチに非常に近いものになっています。そういう意味では、大々的なキックオフ宣言はなかったものの、アウトリーチがすでに開始されてい

るとも言えます。

6. リカバリーからはじまるアウトリーチ

(1) リカバリーを中心にしたサービスの提供

ACT と言えば、重度の精神障害者が住み慣れた地域で、多職種によるサービスの提供を受けることで、入院を回避することが頭に浮かぶと思いますが、現在から考えると、一つ大切な概念が抜け落ちている気がします。それはリカバリーです。アウトリーチサービスが実践された当初からリカバリーが支援の目標に据えられていましたが、現在ほどクローズアップされていなかったと思います。

【図表 3】 ACT と丹比荘病院におけるデイケアとの比較

特徴	ACT	丹比荘病院のデイケア
サービスの対象者	重度の精神障害を抱えた人	リカバリーを志向する人
サービスの提供者	多職種	多職種、 地域の医療機関
利用者数	利用者数を限定	利用者数を限定
サービスの統合	統合されている	統合されている
サービス提供の場	自宅や職場	病院や 職場、地域
ポリシー	患者さんの地域での生活をサポート	地域での生活をサポートすることは第一だが入院も選択肢とする

出所：筆者作成

デイケアのサービスは、個々の利用者のリカバリーを中心に考えられています。サービスの対象者はデイケアに登録がある利用者に限られますが、疾患の重症度に関わりなく、リカバリーを志向する方です。連携をしているサービス事業者は法人、法人傘下の事業所、関連法人の事業所、ここまでは以前のアウトリーチ部門と変わりはないですが、地域の医療機関と連携し、リカバリーを支える試みを模索中です。詳しくは後で説明します。

デイケアは人員配置基準で 医師、看護師、看護師又は作業療法士、PSW 又は公認心理師と、職種と人数が定められており、利用者数も施設基準が法律で定められており、当院のデイケアでは上限が 50 名と限定されています。

サービスの統合はデイケアの PSW が担い、マネジメントしています。デイケアは通所型のリハビリテーションサービスのため、サービスを提供する場に自宅は含まれませんが、職場を訪問することや地域へ利用者とともに出向き、サービスを提供することもあります。

(2) デジタル化したアウトリーチ = 地域連携

デイケアでは利用者の方々と精神障害を抱えながら子育てをしている当事者の会の方や沖縄県や北海道の精神科デイケアに通所している方と Zoom を用いて交流会を開催し、多様な価値観があることを知ってもらうプログラムを実施しています。インターネットを用いると物理的な距離を埋めて交流できるだけでなく、価値観や常識にとらわれ、狭い世界に生きていた自分に気づかされます。

アウトリーチとはその名のとおり、自らが手を差し伸べ、サービスを届けることが語源です。丹比荘病院の患者さんだけでなく、病院近隣に住んでいる別の診療所へ通院している患者さんにも日中活動の選択肢としてデイケアを加えてもらえればと考えています。方法としては SNS を用いて、デイケアのサービスやプログラムの内容を知ってもらう計画を進行させています。ケースワークの母と呼ばれるメアリー・リッチモンド²は貧困家庭を一軒一軒訪問し、それがソーシャルワークの原点となりましたが、SNS というデジタル技術を活用して情報発信することで、地域で生活を送るより多くの精神障害者宅を訪問することと同等の仕組みを作ることが可能となります。

診察は現在の通院先を受診し、日中活動は丹比荘病院のデイケアに通所するシステムを作ることができたらと考えています。通院先の医師と連携し、ともに地域の精神障害者を支えていくことに尽力したいと考えています。

(3) 援助付き雇用 — 職場としての病院 —

アウトリーチの就労支援と言えば、援助付き雇用 (Individual Placement and Support ; IPS) が一般的です。援助付き雇用の特徴は、就労だけでなく生活を支援することが原則に含まれている点、利用者が希望する職種を尊重し職場開拓、一般就労をサポート、就労後も継続的な支援を行うこと、そして「訓練後の就労」ではなく「就労してから訓練を行う」ことなどが、挙げられます。

10 年程前からデイケアの利用者に病院内の清掃と洗濯の仕事をしてもらっています。仕事がない日はデイケアに来ていただき、デイケアの職員が利用者の体調の確認をしたり、悩み事を聞く役割をしたりしています。

最近では事務部門に協力してもらい、利用者の就労希望を叶えるべく、病院の物品管理の仕事を紹介しました。デイケアのプログラムとしては、病院の食堂や外来でお菓子やコーヒーの販売を利用者に行ってもらうなど、実践に特化したプログラムを実施しています。また、昨年末には市役所の協力を得て、市役所内の

² メアリー・リッチモンド (Mary Ellen Richmond, 1861-1928) は、アメリカの社会福祉活動家であり、ケースワークの理論を確立した。著書『Social Diagnosis』で科学的な社会福祉の方法を提唱し、近代的なソーシャルワークの基盤を築いた。

食堂前で出張販売を行いました。

そして就労支援プログラムを発展させた新しい事業を現在計画しています。院内にある売店をデイケアが運営し、就労支援プログラムを修了した利用者を職員として採用し、精神障害者の目線を大切にしたい店舗運営を目指すプロジェクトを進めています。デイケアの就労支援を振り返ると、援助付き雇用の特徴に近いことを実践していることに気がつきます。

【図表 4】



(4) 多職種連携

アウトリーチ部門の方針であったサービスを統括することや連携に関してもリカバリー概念を中心に据えて活動しています。現在デイケアと目新しい連携関係にあるのが、栄養科と就労継続支援 B 型事業所になります。利用者のリカバリーは就労だけでなく、年齢や性別によって千差万別であります。

糖尿病や高脂血症などの生活習慣病の改善をリカバリーの目標にしている利用者のため、管理栄養士に依頼し、栄養指導を実施してもらっています。月に1度、簡素でかつ安価で、栄養のバランスをとれたレシピの考案を管理栄養士にお願いし、実演してもらおうプログラムも実施しています。

就労継続支援 B 型事業所との関係はデイケアのプログラムの一つを担当してもらっているような関係になっています。就労したいと希望する利用者が、集中して作業ができるのか、長時間作業ができるかなど、アセスメントするため、「B 型」に通ってもらい、デイケアで実施困難なサービスを提供してもらっています。つまり、利用者のケースマネジメントはあくまでデイケアで行い、法人や法人と

関連のある事業所にはリカバリーを実現するためのサービスを提供してもらい形を取っています。

7. アウトリーチは時代遅れのサービスか？

(1) アウトリーチサービスの対象者

私はアウトリーチ部門の活動について、現在の視点から考えると、現実に沿ったアウトリーチサービスの枠組みになっていると先に述べました。それはアウトリーチサービスの対象者に当時と比較してある変化が起きたことと関係しています。私見になりますが、その変化とは重度の精神障害者が減少したということです。10～15年前までは、当院でも警察や消防、保健所の職員が未治療や受診を中断している患者さんに治療を受けてもらうため協力し、外来診察につなげる緊迫した場面がありました。現在ではそういった場面は皆無です。

アウトリーチサービスの対象者を重度の精神障害者としているように医療の比重は大きいですが、現在の精神医療の対象者は幅広くなり、求められているニーズも福祉的なニーズが高いように思えます。最近入院する患者さんは1ヶ月もしないうちに退院されます。入院は入院治療というよりも、地域生活を良い形で送るための準備期間と表現できるかもしれません。当時のアウトリーチ部門が入院も選択肢にいれるという、入院に対するライトな考え方をしていたのは、現在とマッチしていると言えるでしょう。

(2) 拒否する利用者、知らない利用者、逃避する利用者

アウトリーチの特徴は、①非自発的な利用者やサービスが届いていない利用者を対象とする、②利用者が活動している場に出向き訓練を提供する、③ケアマネジメントを用いサービスを統合すること、と定義すると違和感が生じる言葉があります。それは非自発的な利用者という言葉です。

アウトリーチの特徴の①非自発的な利用者＝重度の精神障害者として、これまでアウトリーチに携わったことがある人なら捉えている方が多いと思います。アウトリーチに従事している医療者の矜持、誇りなのか、アウトリーチサービスを提供する対象者だけでなく、他の特徴に関しても目を向けることを拒む傾向があるように思います。

非自発的な利用者だけが、サービスの対象者として強調され、もう一つの特徴であるサービスが届いていない利用者の存在が認識しづらくなっているように思います。私はデイケアに現在所属していますが、デイケアに通所している利用者

に「通所する前にデイケアの存在について知っていたか。」と聞くと、「知らなかった。」と答える利用者がほとんどでした。外来通院を長年続けている利用者でさえです。自身とサービスの関係がわからないこと（自身がサービスを受けられる対象者なのか？費用はいくらになるのか？サービスを受けるためには誰に相談すればいいのか？など）や、現実と向き合うことから逃避しているため（サービスを受けると自身の現実と向き合うことになる、新しい場へ踏み入れる勇気がないなど）記憶に残りにくいのかもかもしれません。

非自発的利用者＝サービスが届いていない利用者＝リカバリーに向けて足踏みしている利用者と捉えると、サービスを必要としている人を幅広く認識しようとするので、サービスを必要とする人にサービスを届けられていないことを防止できるのではないかと考えます。対象者に幅を持たせることでアウトリーチのその他の特徴であるサービスの統合化なども、効果をさらに発揮できるのではないかと思います。

（３）精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム

平成 23 年～25 年度、厚生労働省は精神障害者アウトリーチ推進事業を打ち出し、平成 29 年度からは精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業へと事業が移り変わりました。この事業には、アウトリーチに係る事業が含まれています。アウトリーチサービスが有効な治療システムであるから、引き続き盛り込まれるようになったと解釈するのか、単独の事業としては成り立たなくなったと解釈するのか、解釈は分かれますが、自治体はどうも後者と評価しているようです。アウトリーチ事業の実施件数は平成 26 年度で 4 県、27 年度で 1 都 2 県、28 年度 1 都 4 県、29 年度 1 都 3 県、30 年度は 1 都 1 県となっています。アウトリーチ関係の研修にいたっては 29 年度に 2 県、30 年度は 1 県が実施したのみです。

これまで述べてきたとおり、私は前者の立場です。アウトリーチの特徴について（幅を持たせること自体に異論があるのは重々承知ですが）、幅を持たせることでアウトリーチサービスはかなり効果がある治療システムになると信じています。サービスを拒否していた人やサービスの存在を知らなかった人がサービスを受け、変化したとき、そこには精神保健福祉サービスの原点があるように思います。単に症状がなくなった、緩和したという変化だけでなく、人生を変化させる何か詰め込まれているような気がします。変化の瞬間に立ち会えた時は、アウトリーチサービスは時代遅れではなく、逆に最先端のサービスだと思い知らされる瞬間となります。

（４）アウトリーチ部門からデイケアへ

改めて丹比荘病院のアウトリーチについて振り返りたいと思います。平成 25

年6月10日に丹比荘病院のアウトリーチ部門は誕生しました。アウトリーチ部門の存在意義について何度も話し合ったことや、新事業が議題に何度もあがったこと、事例検討を重ねたこと、さまざまなことが話し合われました。アウトリーチ部門が解体されてしまったのは、患者さんのケアマネジメントよりも、組織マネジメントにエネルギーを傾けてしまったからかもしれません。

アウトリーチの特徴である

- ① 非自発的な利用者やサービスが届いていない利用者を対象とする。
→YouTube や Instagram という SNS を活用したデジタル情報技術で、デイケアのサービスやプログラム内容を幅広く届ける。
- ② 利用者が活動している場に出向き活動をともし、訓練を直接提供する。
→病院の協力のもと、病院内の売店を利用者の職場として開拓し職員とともに働き、働きながらスキルを高める。
- ③ ケースのマネジメントを用いてサービスが統合されている。
→デイケアの PSW がサービスをケアマネジメントする。

というように、デイケアではアウトリーチの特徴に近いサービスを計画、実施しています。個々の患者さんに対して直接的なサポートを行い、生活の質を改善するマイクロレベルのソーシャルワークから出発し、当事者がリカバリーの道を歩むのをサポートする中で、求められるニーズが浮き彫りになる、浮き彫りになったニーズを満たすため、メゾソーシャルワークを実践し社会資源を開発する、そして社会資源と利用者が組み合わせられた結果がアウトリーチサービスになっていたということになります。

アウトリーチ部門とデイケアではアウトリーチを実践する方法論に違いがあったのだと思います。組織を固めてからサービスを実施していくほうが、円滑にアウトリーチサービスを実践できる病院もあれば、目の前の利用者のニーズを積み重ね、アウトリーチサービスに辿り着く病院もあるということです。どちらが正しいかではなく、アウトリーチサービスをこれから実践する方が所属する病院の組織風土を見極め、アウトリーチサービスをいかに築いていくかだと思います。

8. これからの精神科医療について……

私がこの原稿を書いているまさにその時に丹比荘病院に大きな衝撃が走りました。病床数を減らす、それも一つの病棟がなくなるかもしれないというニュースでした。平成23年に精神疾患が5大疾病に加わり、5大疾病の中では患者数は精神疾患が320.1万人と第1位です。病床数削減という可能性の高い現実と精神疾患の患者数320.1万という数字の乖離を埋めるのが精神科診療所の存在だと思います。精神科診療所の数は患者数に呼応するように増加しています。320.1

万人という患者数の増加は精神科病院の病床まで届かず、精神科診療所で患者さんはとどまっているようです。

ですが、悲観する必要はないと私は考えています。精神科診療所へ患者さんが通院することが多くなっていますが、そこには薬剤師や作業療法士、栄養士はほとんどいないでしょう。リカバリーは多種多様です。診療所を受診する患者さんの多種多様なリカバリーの伴走をするには、多職種でのサービスを提供できる精神科病院だと思います。精神科病院が活路を見出すのは、多職種でのサービスを展開していくことだと個人的には考えています。間違っただけいけないのは、精神科診療所を競合相手と見てはならず、逆に積極的に連携していくことが重要だと思います。地域の患者さんのために連携し、互いの役割を果たしていくことがリカバリーを支えることになります。

今回執筆依頼をお引き受けしたのは、アウトリーチの醍醐味を伝えたかったことと、デイケアからでもアウトリーチサービスを展開できることが役に立つかもしれないという思いからでした。私はデイケアの運営には携わっていますが、経営については門外漢なので、精神科病院の経営についてはわからないというのが正直な感想です。ですが、そんな私でも丹比荘病院の病床数を減らすかもしれないという現状や厚生労働省の地域医療構想や精神保健福祉政策などから考えると、入院医療は今後、伸び代が少ないように思えます。当院でも病棟を閉鎖した後は外来患者さんへの新しいサービスを検討中です。

デイケアという現場で私が実践しようとしているアウトリーチ活動（デジタル化アウトリーチ、治療の場だけではない職場としての病院、リカバリーとケアマネジメント、多職種連携など）と、最近、私が印象に残った精神科領域に関するキーワードを合わせると、今後の精神科病院の経営にヒントになりそうなものがあるように思います。それは、多職種、ケアマネジメント、リカバリー＝就労支援＝身体的健康への支援、デジタル化、社会的包摂、精神疾患の予防、かかりつけ精神科医、自殺者対策です。これらのキーワードに既存の事業や業務を組み合わせることで、新しい事業を生み出せるのではないかと思います。これからの精神科病院の経営を考える上で何らかの参考になれば幸いです。

バックナンバー 【2022年発行分】

発行日	No.	タイトル	執筆者
22.01.31	22-01	デイサービス送迎車の相乗りによる交通弱者支援サービス 『福祉 Mover』	編集主幹 市川 剛志 寄稿 一般社団法人ソーシャルアクション機構 代表理事 北嶋 史蒼
22.02.28	22-02	持続可能な介護経営に向けて ～ ショートステイ向けシステムの導入で収益改善 ～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 社会福祉法人由寿会 理事 由井 聖太
22.03.28	22-03	ポリファーマシーの副作用発現リスクを評価するツール ～ POLSET の臨床応用と有用性	編集主幹 市川 剛志 寄稿 コスモス医薬情報 AI 解析研究所 東北医科薬科大学名誉教授 佐藤 憲一
22.04.25	22-04	副作用情報の AI-SOM を用いたビジュアル化と医療現場での有用性	編集主幹 市川 剛志 寄稿 東北医科薬科大学准教授 川上 準子
22.05.30	22-05	仮想現実 (VR) 技術がもたらす新時代のリハビリテーション革命	編集主幹 市川 剛志 寄稿 mediVR リハビリテーションセンター (株式会社 mediVR) 理学療法士 北野 雅之 代表取締役 原 正彦
22.06.27	22-06	社会福祉連携推進法人制度の創設について	編集主幹 市川 剛志 寄稿 厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課
22.07.25	22-07	科学的介護で成果を上げる、実践的な DX システムについて	編集主幹 市川 剛志 寄稿 芙蓉グループ代表 博士(医学) 前田 俊輔
22.08.29	22-08	病院救急車の活用 ～ クローバー搬送システム ～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 医療法人篠原湘南クリニック クローバーホスピタル 副病院長 原田 真吾
22.09.26	22-09	子どもの新しい疼痛疾患、小児四肢疼痛発作症とは？ その症状、病態、メカニズムと社会的ニーズ	編集主幹 市川 剛志 寄稿 公益社団法人 京都保健会 社会健康医学福祉研究所 所長 京都大学名誉教授 小泉 昭夫 AlphaNavi Pharma 株式会社 代表取締役 京都大学大学院医学研究科 プロジェクト研究員 小山田 義博
22.10.31	22-10	てんかん PHR 管理アプリ「nanacara」の有用性と可能性	編集主幹 市川 剛志 寄稿 ノックオンザドア株式会社 CEO 林 泰臣
22.11.28	22-11	AI 診療支援によってもたらされる医療の DX	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社プレシジョン 代表取締役社長 医師 佐藤 寿彦
22.12.26	22-12	最先端低侵襲定位機能的脳手術 切らずにふるえを治療する MR ガイド下集束超音波治療 A to Z	編集主幹 市川 剛志 寄稿 堀 大樹 森山脳神経センター病院 FUS センター 技師長 堀 智勝 森山脳神経センター病院 院長 森山 貴 社会医療法人社団森山医会 理事長

バックナンバー 【2023年発行分】

発行日	No.	タイトル	執筆者
23.01.23	23-01	地域医療連携推進法人における DX	編集主幹 市川 剛志 寄稿 地域医療連携推進法人 湖南メディカル・コンソーシアム 理事 社会医療法人 誠光会 法人本部 副本部長 藤山 裕之
23.02.27	23-02	人生 100 年時代、科学的根拠のある食品・化粧品素材の開発への挑戦	編集主幹 市川 剛志 寄稿 熊本大学大学院生命科学研究部附属 グローバル天然物科学研究センター 准教授 株式会社 C-HAS プラス 取締役社長 COO 首藤 剛
23.04.28	23-03	医業承継対策と資産運用 ～ 出資持分あり医療法人の承継と金融資産についての考察 ～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー株式会社 事業統括本部長 公益社団法人日本アナリスト協会認定 シニア・プライベートバンカー 税理士 清野 修
23.05.29	23-04	薬局のDX「京都の薬局プロジェクト」から生まれた AIを用いた調剤薬局向け薬剤監査アプリ	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社 Geek Guild 代表取締役 尾藤 美紀
23.06.26	23-05	改正を機に改めて考える出資持分の承継と認定医療法人制度	編集主幹 市川 剛志 寄稿 税理士法人山田&パートナーズ 医療事業部 森田 咲子
23.07.31	23-06	先天性無歯症患者の欠如歯を再生する新規抗体医薬品の開発	編集主幹 市川 剛志 寄稿 時田 義人 愛知県医療療育総合センター発達障害研究所 障害モデル研究部門 主任研究員 杉並 (村島) 亜希子 公益財団法人田附興風会医学研究所 保健・健康部 客員研究員 喜早 ほのか トレジェムバイオフィーマ株式会社 代表取締役 高橋 克 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 歯科口腔外科 主任部長
23.08.31	23-07	健康と病気に関するリスク診断法の開発と応用 — がんのリスク診断を中心に —	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社レナテック・ヘルスケア分析センター 岡本 直幸、清水 拓弥、藤本 俊介、稲垣 精一
23.09.29	23-08	形状記憶合金の特性と医療分野への応用	編集主幹 市川 剛志 寄稿 一般社団法人形状記憶合金協会
23.10.30	23-09	進化する次世代医療基盤法による医療ビッグデータの活用	編集主幹 市川 剛志 寄稿 内閣府 健康・医療戦略推進事務局
23.11.27	23-10	ソーシャル・コンピューティング :新しいリアルワールドのエビデンスの活用	編集主幹 市川 剛志 寄稿 荒牧 英治 奈良先端科学技術大学院大学 教授
23.12.25	23-11	在宅医療を取り巻く課題と医師の働き方改革	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社 あんしんサポート 代表取締役 古賀 功一

バックナンバー 【2024年発行分】

発行日	No.	タイトル	執筆者
24.01.29	24-01	医療・福祉分野における外国人人材の活用 ＝「技能実習制度」から「育成就労制度(仮称)」へ＝	編集主幹 市川 剛志 寄稿 アイブリッジ協同組合 代表理事 佐藤 敏信
24.02.26	24-02	未来を切り拓く！デジタル技術と医療の融合から生まれる 革新的な治療アプローチ「治療アプリ」	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社 CureApp
24.03.29	24-03	車いすによる緊急避難を可能にする「金属の棒」 ～ウクライナ支援プロジェクトで叶えられた希望～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社JINRIKI 代表取締役社長 中村 正善
24.04.23	24-04	救急医療 DX を起点に広がり始めた医療 DX の可能性	編集主幹 市川 剛志 寄稿 TXP Medical 株式会社 代表取締役社長 医師 園生 智弘
24.09.30	24-05	我が国における病院 PFI 事業の変遷と今後の展望 ～魔法の杖は本当に折れたのか～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 防衛省 防衛医科大学校 病院企画調整官 井上 剛一
24.10.31	24-06	ケア先進国デンマークと日本のギャップ ～リフトをめぐる今昔物語～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 愛媛県立医療技術大学 保健科学部看護学科 地域・精神看護学講座 准教授 窪田 静
24.11.25	24-07	再生医療法下の歯髄再生治療の開発とその普及への挑戦	編集主幹 市川 剛志 寄稿 医療法人健康みらい RD 歯科クリニック 院長 中島 美砂子
24.12.23	24-08	病院広報アワード 2024 広報担当部門大賞受賞プレゼンテーション 「ひとりひとりがスポーツマン！」の真意	編集主幹 市川 剛志 寄稿 医療法人神甲会 限病院 管理本部企画課 宮崎 沙耶加

バックナンバー 【2025年発行分】

発行日	No.	タイトル	執筆者
25.04.15	25-01	「これからの病院広報」～洛和会ヘルスケアシステムの挑戦～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 洛和会本部 総務部門 企画広報担当 次長 神田 貴庸

本資料は、ご参考のために野村證券株式会社が独自に作成したものです。本資料に関する事項について意思決定を行う場合には、事前に弁護士、会計士、税理士等にご確認いただきますようお願い申し上げます。本資料に含まれる情報をもたらす一切の影響、本資料の内容に関する正確性及び完全性に関して、野村證券株式会社は責任を負うものではありません。本資料中の記載内容における各種法令・省令・規則・告示・通知等は随時改定されますので、あくまでもご参考資料としてお取り扱いください。また、本資料のいかなる部分も一切の権利は野村證券株式会社に属しており、電子的または機械的な方法を問わず、いかなる目的であれ、無断で複製または転送等を行わないようお願いいたします。

Healthcare note No. 25-02

2025年5月27日発行

【発行】 野村證券株式会社 ヘルスケア・アドバイザー一部
〒100-8130 東京都千代田区大手町2-2-2
アーバンネット大手町ビル20F
<https://www.nomuraholdings.com/jp/sustainability/sustainable/hca/index.html>

【編集主幹】 市川 剛志

NOMURA
野村證券