

精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き

平成23年4月

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部

精神・障害保健課

I 事業の趣旨について

受入条件が整えば退院可能な精神障害者の地域移行に向けた施策については、医療計画の見直し、障害者自立支援法の施行等により、統合失調症をはじめとする入院患者の減少及び地域生活への移行に向けた支援並びに地域生活を継続するため、様々な取り組みを行っているところである。

平成15年度からは「精神障害者地域移行支援特別対策事業」等の事業により、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者の退院支援や地域生活支援を目的に各地域において支援を行い、一定の成果を上げている。

一方、受療中断者や自らの意思では受診が困難な精神障害者には、日常生活を送るうえで、生活に支障や危機的状況が生じないためのきめ細やかな訪問（アウトリーチ）や相談対応を行うことが必要とされている。

このような精神障害者が、精神疾患の重い症状により、日常生活上の困難が生ずると、医療を受けることが困難になり、更に症状が増悪して日常生活上の困難が増大するという悪循環に陥ってしまうこととなる。このため、地域生活の維持には、医療と日常生活の支援の両方を提供する必要がある。本人の意向に寄り添う医療と生活支援を両立させるためには、精神科医・保健師・看護師等の保健医療スタッフと、精神保健福祉士等の福祉スタッフとが、「多職種チーム」として、それぞれの技術及び価値観から多面的な視野のもとに共同して支援を行うことが極めて有効である。また、精神疾患の症状は短時間に変化することから、状況を的確かつ迅速にアセスメントし、直ちに支援に反映できる必要がある。

本手引きでは、「精神障害者アウトリーチ推進事業実施要綱」について、事業の目的、実施方法等を整理し、説明を加えた。本手引きを参考に地域の関係者が連携・協力し、精神障害者の地域生活移行や地域生活の継続に向けた支援が効果的、効率的に実施されることを期待する。

Ⅱ アウトリーチ支援実現に向けた考え方について

「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の議題として、「アウトリーチ支援」の実現に向けた検討を行い、具体的な方向性と基本的な考えを下記のとおりとりまとめた（平成２２年６月１７日第４回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム）。

【基本的な考え方】

- ①当事者の状態に応じた医療面の支援に加え、早期支援や家族全体の支援などの生活面の支援が可能となる多職種チームであることが必要。
(→医師、看護師に加え、生活面の支援を行うスタッフを含めた体制作り)
- ②財政面、地域における人材面の制約も考えると、できる限り現存する人的資源を活用するとともに、地域支援を行う人材として養成することが必要。
- ③入院医療から地域精神保健医療へ職員体制等を転換する観点から、アウトリーチ支援の実施を、医療機関が併せて病床削減に取り組むインセンティブとすることが望ましい。
- ④地域移行、地域定着を進める観点から、「住まい」の整備を併せて行うことが必要。
- ⑤各障害に共通した相談支援体制との関係を明確に整理し、障害福祉サービスや就労支援に向けた取組も円滑に利用できるようにすることが必要。

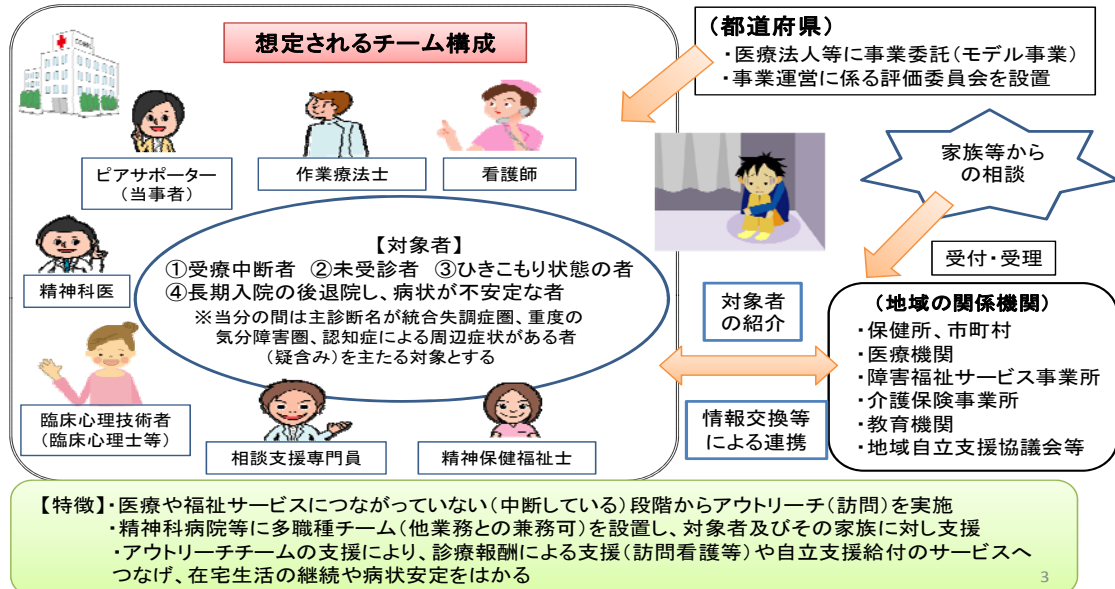
【具体的な方向性】

- ① 地域で生活することを前提とした支援体系とする。
- ②アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、「入院」という形に頼らない。
- ③当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが極めて重要であり、医療面だけではなく、生活面も含め、自尊心を大切にする関わり方を基本とする。

以上の考え方に基づき、関係機関と連携しながら、地域でアウトリーチ支援を進めていく必要がある。

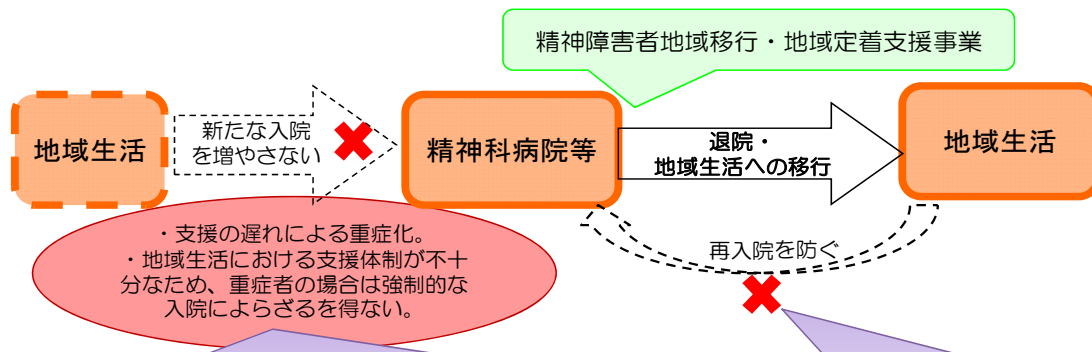
精神障害者アウトリーチ推進事業のイメージ

★ 在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。



課題の解決を入院という形に頼らない

これまで、退院促進事業を行ってきたが、退院後いかに再入院を防ぎ、地域に定着するか、また、入院していない者であっても、いかに入院につながらないようにするかが課題となっている。



精神障害者アウトリーチ推進事業

未治療の者や治療中断している者等（治療契約等が交わされていない者）に対し、専門職がチームを組んで、必要に応じて訪問支援を行う「アウトリーチ」により、保健・医療・福祉サービスを包括的に提供し、丁寧な支援を実施することにより、在宅生活の継続を可能にする。

※いわゆるACT (Assertive Community Treatment) とは、本来なら入院が必要となるような重症者を対象に、原則的には利用者と治療契約等が交わされ、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による訪問形態であり、わが国においては診療報酬等の対象サービスを活用して実践されている。

Ⅲ アウトリーチ事業評価検討委員会の設置について

都道府県は、当該事業の実施に際し、医療・福祉・保健に携わる関係者、当事者、家族等から構成するアウトリーチ事業評価検討委員会を設置するとともに、3カ月に1回以上開催し、以下に掲げる業務を行うものとする。

なお、都道府県自立支援協議会等の既存の組織を当該委員会として位置づけることは差し支えない。

また、評価委員会を運営するに当たっては、保健所及び精神保健福祉センター等の行政機関との連携を図ることとする。

- ① アウトリーチチーム（以下「チーム」という。）の活動状況（支援対象者の把握、支援内容、関係機関との連携等）の把握を行う。
- ② 支援内容に係る定期的なモニタリング（支援対象者の病状及び生活全般の変化等）を行う。
- ③ 事業推進に向けた行政機関（保健所、市町村、福祉事務所等）、障害福祉サービス事業所、医療機関等の関係機関への事業周知や円滑な実施に向けた調整を行う。
- ④ 精神病床削減計画の達成状況も含めた事業全体に係る評価・検証を行う。なお、地域における支援体制等に関する課題が明らかになった場合は、地域自立支援協議会等と連携しながら、課題解消に向けた方策を検討するよう努めること。

※支援対象者の支援計画策定、モニタリング等については、委託機関が主催するケース・カンファレンスにおいて行うものとする。

アウトリーチ推進事業の評価等の流れ

【アウトリーチ推進事業評価検討委員会（都道府県に設置）】

（構成）

医療・福祉・保健に携わる関係者、当事者、家族等

（検討内容）

- 1 アウトリーチチーム活動状況に係る現状把握
- 2 支援内容に係る定期的なモニタリング（対象者の病状及び生活全般の変化等）
- 3 行政機関、障害福祉サービス事業所、医療機関等の関係機関への事業周知や円滑な事業実施に向けた調整
- 4 事業全体に係る評価・検証

事業状況の報告等

事業に係る評価・検証等

【ケース・カンファレンス（事業委託機関で原則週1回開催）】

（構成）

アウトリーチチーム、関係機関、精神科医等（精神科医は原則参加）

（検討内容）

- ①情報交換及び共有 ②支援目標の設定 ③具体的な支援内容
④支援の開始時期及び終了時期 ⑤多職種チームの選定 ⑥協力機関（者）の確認
※保健所は、対象者の選定（恣意的な選定にならないように留意）やケース・カンファレンスにおける技術的な支援や助言指導を行うものとする。

IV 事業運営について

1 目的

受療中断者や自らの意思では受診できない等の理由により、日常生活上の危機が生じている精神障害者に対し、一定期間、保健、医療及び福祉の包括的な支援を行うことを目的とする。民間精神科病院等に医師、看護師、精神保健福祉士、相談支援専門員等の多職種から構成されるチームを配置し、できるだけ入院をせずに地域生活の継続が可能となるための支援を行うものとする。

2 支援対象者

以下のいずれかに該当（疑い例を含む。）し、支援が必要と考えられる者とする。なお、持続的に障害をもたらしている主診断名が ICD-10 に基づく下記に該当する者とする。

また、支援対象者の選出に際しては、実施機関に関わりのある者（過去に関わりがあった者も含む）に偏らず、下記の状態にある者について、管轄保健所等からの助言指導を受ける共に、ケース・カンファレンスにおいて十分に検討を行うこと。

F0	認知症（周辺症状（BPSD）を伴う者）
F2	統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害
F3	気分（感情）障害

（1）精神医療の受療中断者

精神科医療機関の受診中断、又は服薬中断等により、日常生活上の危機が生じている者。

（2）精神疾患が疑われる未受診者

地域生活の維持・継続が困難であり、家族・近隣との間でトラブルが生じるなどの日常生活上の「危機」が発生しており、精神疾患が疑われ、入院以外の手法による医療導入が望ましいと判断される者。

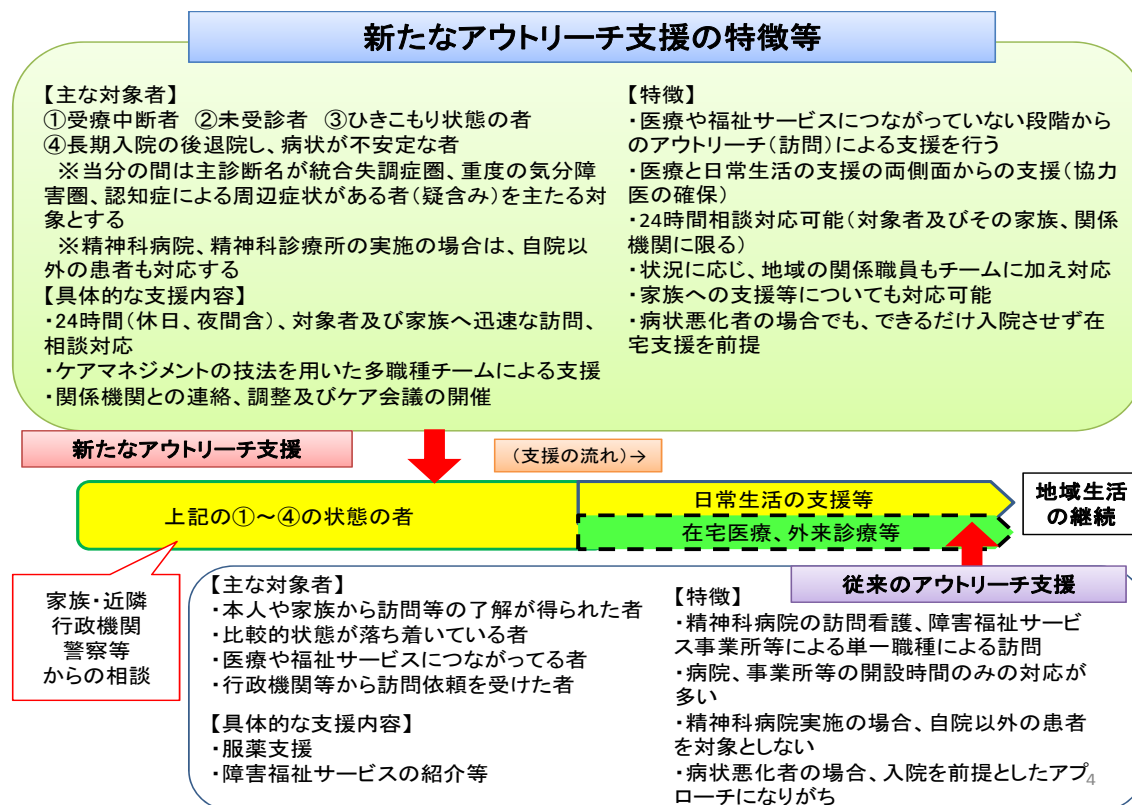
なお、支援対象者が危機と捉えていなくとも、支援対象者が精神症状の悪化により生活上の困難をきたすと想定される場合も対象とする。

（3）長期入院等の後退院した者や、入院を繰り返す者

精神疾患による長期（概ね1年以上）の入院、又は、入院を頻繁に繰り返し、病状が不安定な者。

(4) ひきこもりの精神障害者

特に身体疾患等の問題がないにも関わらず、概ね 6 カ月以上、社会参加活動を行わない状態や自室に閉じこもり家族等との交流がない状態が続いている者で、精神疾患による入院歴又は定期的な通院歴のあるもの又は、症状等から精神疾患が疑われるもの。



3 支援期間

支援対象者が、円滑に医療機関や障害福祉サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね 6 カ月間を目安とするが、支援期間及び支援終了時期については、個々の状況に応じ、ケース・カンファレンス等で十分な協議を行うものとする。なお、予定した実施期間の終了後も、支援対象者の疾患が重度であるなど、チームでの支援を要する場合は実施期間を延長し支援を行うことが望ましい。

4 実施機関

都道府県は、支援対象者の危機介入や早期支援に対応可能な多職種チーム体制を備える下記の民間の医療機関等に業務委託し実施するものとする。

(1) 精神科病院(往診、訪問看護に対応できること)

- (2) 精神科を標榜している医療機関（往診、訪問看護に対応できること）
- (3) 訪問看護ステーション（主として精神障害者への対応を行っていること）
- (4) 相談支援事業所、地域活動支援センター等（主として精神障害者の対応を行っており、精神科病院、保健所等と十分に連携を図る体制を講じていること）

5 実施機関の機能及び人員配置等

事業実施に際し、下記の機能及び人員配置を備えていることが望ましい。

（機能）

- (1) 支援対象者の選定及びアセスメント
- (2) 支援対象者に関する支援計画の作成及び支援目標の設定

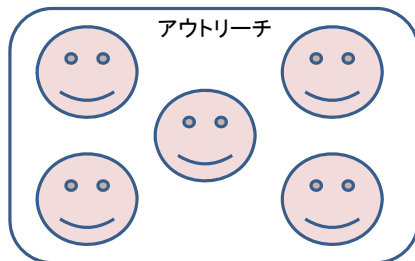
- ① 医師の往診を含む訪問等による生活支援・服薬管理の支援
- ② 支援対象者の近隣等、支援対象者が所属する地域社会との良好な関係づくり
- ③ 支援対象者への夜間休日の相談支援体制等

（人員配置等）

- (1) 原則 24 時間 365 日の相談支援体制をとれること。但し、休日・夜間については電話による相談対応でも可とする。
- (2) 従事する職種については、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士のいずれかの職員が少なくとも 1 名以上配置され、他に臨床心理技術者、相談支援専門員等の専門職やピアサポーターが配置されていること。
- (3) 病院等と兼務する職員や非常勤職員をもって充てても差し支えないが、その場合、本事業による業務と他業務との勤務日数及び時間を明確に区分すること。
- (4) 精神科医師は常勤医でなくとも（顧問医、非常勤でも）可とするが、電話等による指示及び往診できることや、ケース・カンファレンスへの出席等、十分に連携の図れる体制であること。
- (5) 専用の事務室を備え、1 日 1 回のミーティング（カンファレンス）と定期的に関係者によるモニタリングを実施すること。
- (6) 支援対象地域は、訪問による支援が可能な合理的な範囲を定めるものとする。（例：実施機関から概ね 30 分以内）なお、交通手段は問わないものとする。

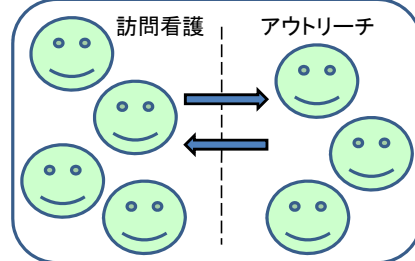
想定されるチーム設置形態

A: 専従職員による対応



アウトリーチ推進事業に係る専従職員を一定程度配置
(例) 病院に専門部署を設置

B: 他業務との兼務



他の業務(診療報酬に係る訪問看護等)と兼務する職員を一定程度配置
(例) 病院の訪問看護部門等に設置

【留意事項】

- ・アウトリーチに従事する業務に十分に対応できる人員を確保するとともに、責任者を明確にしておくこと。
- ・多職種による協働体制とし、関係者による1日1回のミーティングや定期的なモニタリングを実施すること。
- ・精神科医師については非常勤または顧問医で構わないが、ケースによっては同行訪問を含めた、助言、協力を得られる支援体制とすること。
- ・原則、24時間365日の支援体制とすること。(夜間、休日については、電話での対応も含めた支援体制も可能。)

8

6 支援の手順

実際の支援に際しては、下記のプロセスに添って行われることが望ましい。

- (1) 相談受付、状況把握
- (2) ケース・カンファレンスの開催
- (3) 初回訪問
- (4) アセスメント
- (5) 支援計画の作成
- (6) 支援の開始 (危機介入を含む)
- (7) 問題の解決を入院に頼らない原則の確認
- (8) 再アセスメント及びモニタリング
- (9) 実施評価 (エバリュエーション)
- (10) 本事業による支援終了
→ 診療や障害福祉サービス事業等による支援継続へ

(1) 相談受付、状況把握

相談者（関係機関）からの電話、面接等による相談に対応し、多職種チームによる訪問が必要か、相談支援事業所等による対応が可能か否か判断する。なお、訪問の判断に際しては、状況に応じ、相談者の同意を得たうえで、関係機関からの情報を集めるものとする。

チームによる訪問が必要であると判断した場合、相談者の同意を得たうえで、事前に訪問する。また、訪問に際しては、管轄保健所等と連絡調整し、場合によっては、同行訪問し状況把握を行うこと。

(2) ケース・カンファレンスの開催

主治医及び関係機関（者）から構成されるケース・カンファレンスを速やかに開催する。必要に応じ保健所、市町村、福祉事務所、障害福祉サービス事業者及び家族等にも呼びかけ、協力を求めるものとする。アセスメントした情報に基づき、①情報交換及び共有、②支援目標の設定、③具体的な支援内容、④支援の開始時期及び終了時期、⑤多職種チームの選定、⑥協力機関（者）について確認を行うものとする。なお、管轄保健所においては、当該カンファレンスにおける、チームへの助言指導を積極的に行うものとする。

(3) 初回訪問

チームは、ケース・カンファレンスで確認された情報や訪問時の状況に基づき対応する。訪問目的と所属機関を伝え、支援対象者の主訴や病状把握を行う。なお、対象者から支援内容について了承を得られた場合、文書による契約を行うことが望ましい。

① 訪問拒否、緊急性を要しない場合

- ・訪問する旨を家族等から必ず事前に伝えてもらう等、面接できる環境づくりを図ること。
- ・対象者が訪問を強く拒む場合は、無理な介入を行わず、挨拶や声かけ、見守りを継続する等にとどめること。

② 訪問を拒否しない場合

- ・対象者の訴えを傾聴すると共に病状及び取り巻く環境についての状況把握を行う。

(4) アセスメント

ケース・カンファレンスで確認された情報と初回訪問時に得られた情報を照らし合わせ、課題を整理する。必要に応じて、支援対象者や関係機関等に

情報確認を行う等、偏った情報に陥らないよう留意する。

(5) 支援計画の作成

個々の利用者への支援計画は、利用者を交えて策定されることとなるが、その基本的な構成要素としては、精神疾患の治療、精神障害に対するリハビリテーション、社会的支援サービスの3つに大別できる。

この点を踏まえ、アセスメントされた情報をもとに支援計画を作成する。なお、支援内容については支援対象者から承諾を得ること。支援対象者から承諾を得ることが難しい場合は、同居の家族の同意を得ることもやむを得ないものとする。

支援計画策定にあたっては、ケース・カンファレンスを開催する。カンファレンスには支援対象者本人が同席することが望ましい。

支援内容については支援対象者がわかりやすい表現とすると共に、支援に対応する責任者及び担当者を明確にする。また、病状悪化や環境の変化等による危機介入の関わりについては、関係機関（者）において十分に協議を行い、必ず支援計画に盛り込む。

なお、支援計画には、支援対象者自身が病状悪化する兆候を見極め、回避するための対応についても必ず盛り込むものとする。

作成された支援計画については、できるだけ、支援対象者や家族等の了解を得たうえで、関係機関（者）に配布し、支援の協力を求める。

(6) 支援の開始（危機介入を含む）

支援計画に基づき、訪問等による支援を行う。支援に際しては、関係機関（者）と随時、連絡を図り、情報交換を行う。病状等に大きく変化がある場合（危機介入）、事前に利用者又は家族等の了解を得たうえで、速やかに主治医に連絡し対応を仰ぐ。

なお、支援を行う場所は、自宅、各種の入所施設、日中活動施設、支援対象者の入院中の医療機関（精神科を標榜しない医療機関に入院中の身体疾患の患者で精神科の支援の必要な者）、勤務先など支援対象者の生活の場であり、そこにおけるサービスが必要であれば、場所は問わないものとする。

(7) 問題の解決を入院に頼らない原則の確認

支援を行う過程では、「問題の解決を入院に頼らない」ことを原則とし、可能な限り入院せずに生活を継続できるための支援を実施すること。とりわけ、措置入院や医療保護入院といった非自発的入院に至ることは原則として防ぐことが必要である。

こうした観点から、支援対象者が入院に至った場合には、入院に至った状況を評価・分析し、レポートを残すこと。その際、特に、措置入院や医療保護入院に至ったケースがあれば、その原因や背景、防止できた方法について、詳細に分析を行うこと。なお、レポートの様式は問わないが、状況を詳細に記すこと。

(8) 再アセスメント及びモニタリング

設定した支援計画について、①適切に行われているか、②修正すべき点はないか、を確認する。開催回数としては、月1回を目安とする。

チームでの検討に加え、支援対象者及び関係機関（者）に対しても状況確認を行う。なお、必要に応じてケース・カンファレンスを開催し、情報交換を行うことが望ましい。また、支援対象者の病状や生活状況の変化に伴い、新たなニーズが生じる場合もあることに留意し対応する。

(9) 実施評価（エバリュエーション）

チーム及び関係機関（者）が参加し、期間内で提供されたサービス結果や効果を確認する。また、対象者が参加することが望ましい。（業務を医療機関等に委託している場合には保健所又は精神保健福祉センター等との協議に基づいて行うこと）

病状及び生活全般の変化、対象者のサービス利用等に係る満足度、チームの介入による効果について、総合的に評価を行う。

(10) アウトリーチチームによる支援終了

支援対象者が下記に該当する場合、チームによる支援は終了となる。なお、対象者から支援再開の申し出があった場合は、速やかに対応するものとする。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 支援対象者が支援した目標に到達した場合② 支援対象者から終了の申し出があった場合③ 支援対象者が入院、施設入所した場合④ 支援対象者が死亡、行方不明となった場合 |
|---|

支援対象者が診療報酬や自立支援給付による支援につながった（本事業としての支援は終了した）後においても、当分の間、同じチームで対応する可能性も考えられることから、地域との関係者と十分に協議しながら支援継続について検討する。

7 関係機関との連携について

本事業の実施に際し、保健所、市町村、管内の医療、保健、福祉の関係機関及び地域自立支援協議会等と連携が十分に図れる体制づくりを必ず行うこと。

実施地域の管轄保健所にあつては、①多職種チームへの技術的な支援（事例により同行訪問等を行う）、②ケース・カンファレンスにおける助言指導、③評価検討委員会における事業評価等について積極的に行うものとする。