

**未治療・受診中断等の精神疾患患者への
アウトリーチ（訪問）支援モデルの開発と普及
報告書**

平成23年3月

財団法人石神記念医学研究所

はじめに

厚生労働省平成 22 年度『障害者総合福祉推進事業』の中の指定課題の 1 つである「未治療・受診中断等の精神疾患患者へのアウトリーチ（訪問）支援モデルの開発と普及」を実施するにあたり、多くの関連領域の方々の協力をいただきました。

わが国の精神障害者の生活実態について、(1) 医療へのつながりまでに多くの時間を要している、(2) 生活支援体制の不備から致し方なく医療依存となり、やがてそこから離れ地域で放置される、ということは既に関係者の中では周知されているところです。

そのような事態に対して、精神障害者（中でも統合失調症）とその家族が切に願う必要な対策は、(1) 居住地に相談所があること、(2) 継続的なアウトリーチによる支援がなされること、の 2 つがあげられます。これらについての実践とその成果については、先進諸国で既に示され、国内でも「ACT」に関する国のモデル事業をはじめとして、地域において一部の精神保健福祉センターや、民間の福祉・医療機関、訪問看護ステーションが取り組みをはじめており、関係者や家族に少なからず希望をもたらしています。

また近年、精神科医療機関での長期在院者に対する『退院促進事業』や『地域定着・継続支援事業』など、国の政策化による事業が展開されることにより「精神障害者の在宅支援」の在り方や、個々の「人々の生活を守る」とはどのようなことなのかを意識し、長年の懸案である福祉と医療の連携や地域ネットワークの構築に、改めて認識を深め、実践の手がかりをつかむ機会になりました。その結果、関係者には病をもちながら地域で暮らし続けることが、いかにその人の「生きる力」となり得るかという認識が深まったのではないのでしょうか。

この度の事業は、わが国の精神障害者在宅支援の基礎を築いた、全国の精神保健福祉センターと保健所の協力を得て実施しました。現在、精神保健福祉支援は、市町村や地域の精神障害者社会復帰施設に負うところが徐々に拡大されているのは望ましいことです。しかし公的機関は、法的にも地域における精神保健福祉の責務をもっており、機関や施設の縮小や専任職員の削減の中で、なお精神保健福祉上の相談やアウトリーチ（訪問）に相当な時間を費やしています。

このように行政は精神障害者対策において、地域における対策プランの作成やネットワークの中核的役割を今後も有するわけで、国が新たに打ち出したアウトリーチ推進事業についてもいち早く取り組み、地域的な理念の理解とネットワークの構築を実践する必要があります。

以上のような理由から、今回の事業には保健所など行政機関でのアウトリーチ（訪問）について、(1) 実態調査、(2) 関係職員研修の 2 つの課題が設けられました。その結果を、ここにご報告させていただくためには、全国の精神保健福祉センター、保健所所長はじめ担当者の方達に多忙な日常業務の中、並々ならぬ協力をいただきました。最後に平成 23 年度から全国的に試行されるアウトリーチ推進事業が、アウトリーチの理念のとおり地域に密着した機関が実施し、行政機関が中心となり、未治療・受診中断者等のリカバリーを支える支援システムを構築し、精神障

害のある人やそのご家族が希望をもって住み慣れた地域で意義ある生活を送れるような時代が一日も早く訪れることを心から願うものです。

平成23年3月

財団法人 石神記念医学研究所 理事長
石神 文子

未治療・受診中断等の精神疾患患者へのアウトリーチ(訪問)支援モデルの開発と普及報告書 目次

■ 要 旨 ■	1
◆第1節 目的	1
◆第2節 各研究事業の概要	1
1 未治療・受診中断等の精神疾患患者へのアウトリーチ(訪問)支援に関する調査	1
(1)目的	1
(2)方法	1
(3)結果	1
(4)考察	2
2 研修会の開催と研修プログラムの開発	2
(1)目的	2
(2)方法	2
(3)結果	3
■ 序 章 ■	4
◆第1節 研究の背景	4
◆第2節 先行研究調査	5
1 目的	5
2 方法	5
3 結果・考察	6
(1)アウトリーチをどのようにとらえるのか	6
(2)アウトリーチ支援における論点	7
(3)精神保健医療福祉領域におけるアウトリーチについて	8
(4)精神保健医療福祉領域におけるアウトリーチに関する実証研究	10
(5)まとめ	11
◆第3節 本研究事業の意義	11
■ 第1章 事業概要 ■	13
◆第1節 概要	13
◆第2節 事業実施体制	13
■ 第2章 保健所調査 ■	15
◆第1節 調査の枠組み	15
1 目的	15
2 方法と回収結果	15
3 留意点	15
◆第2節 保健所の基本的状況	16
1 保健所の設置主体別回収状況	16

2 回答があった382保健所の設置主体および所在都道府県	17
3 保健所における職員数(問1)	18
(1)職員総数と保健師数	18
(2)精神保健福祉担当の職員数と専従職員数	19
(3)精神保健福祉担当の職員の内訳	20
4 管内の状況(問2)	21
(1)管内人口	21
(2)管内精神科病院数	22
(3)管内精神科病床数	23
◆第3節 精神障害者の地域移行支援の実施状況	24
1 地域移行支援の実施状況(問3)	24
(1)平成21年度および平成22年度の地域移行支援の実施状況	24
(2)保健所の役割(問4)	25
2 地域体制整備コーディネーターとの連携(問5)	27
3 病院へのアプローチの有無(問6)	28
4 精神保健福祉資料(630調査)のデータ活用状況(問7)	29
◆第4節 アウトリーチ対象者の実態と対応	31
1 アウトリーチ対象者数の実態(問8)	31
2 アウトリーチ対象者の相談経路(問8-1)	33
3 アウトリーチ対象者の疾患名(問8-2)	34
4 アウトリーチ対象者への対応内容(問8-3)	36
5 アウトリーチ対象者への対応結果(問8-4)	38
6 入院者および入院者に対するアウトリーチ支援の効果(問8-5)	40
◆第5節 アウトリーチ支援を展開するための地域資源整備状況と今後の予定	41
1 アウトリーチ支援対応機関の有無(問9)	41
(1)訪問診察をしてくれる精神科診療所の有無	41
(2)精神科患者に対応してくれる訪問看護の有無	43
(3)入院を前提としない訪問診察をしてくれる精神科病院の有無	45
(4)自院への入院歴がなくとも訪問してくれる病院看護の有無	46
(5)訪問で相談に応じてくれる相談支援事業所の有無	47
(6)地域資源整備状況のまとめ	49
2 「アウトリーチ推進事業」取り組み予定(問10)	50
◆第6節 調査資料編	51
1 調査票	51
■ 第3章 研修 ■	57
◆第1節 研修会の目的および概要	57
1 研修会の目的	57
2 研修の概要	57
(1)受講者	57

(2) 研修会の概要.....	57
3 内 容.....	58
4 各講義の概要.....	59
(1)『アウトリーチの理解』.....	59
(2)『アウトリーチ推進事業の対象者』.....	60
(3)『アウトリーチの意義と理念』.....	61
(4)『アウトリーチ推進における行政に期待される役割』.....	62
(5)『アウトリーチ推進のための地域システムづくり』.....	63
(6)『アウトリーチ支援事業がめざすもの』.....	65
◆第2節 アンケート結果.....	66
1 回収率および回答者の基本属性.....	66
(1)所属機関.....	66
(2)性 別.....	66
(3)年 齢.....	66
(4)職 種.....	67
(5)職種の経験年数.....	67
2 アウトリーチ支援が行われていたら在宅生活を継続できたであろうと考えられる人の割合.....	68
3 未治療・中断者で入院に至ったケースのなかで、アウトリーチ支援が行われていたら強制入院に至らず任意入院や通院、訪問診療での治療ができたと考えられる割合.....	69
4 国事業ではなく既にアウトリーチ支援のために頻回な訪問(場合によっては毎日)に準じた活動を保健所として取り組んでいる状況.....	69
5 「アウトリーチ推進事業」を次年度から実施する場合の精神保健福祉センターからの支援.....	70
6 アウトリーチ推進事業に取り組んでいかねばならないという意識の変化(全受講者).....	71
◆第3節 記述回答.....	73
1 実際にアウトリーチ推進事業に取り組むにあたっての課題.....	73
(1)自分自身の課題.....	73
(2)職場の課題.....	74
(3)地域の課題.....	75
(4)その他.....	77
2 意見・要望.....	77
(1)研修の効果とさらなる研修実施.....	77
(2)実施要綱.....	78
(3)行政役割.....	78
◆第4節 考 察.....	79
1 研修結果からの考察.....	79
(1)アウトリーチ支援の可能性.....	79
(2)研修受講前後のアウトリーチ支援の必要性に関する意識.....	79
(3)精神保健福祉センターの技術援助の必要性.....	79
(4)「受診勧奨」から「地域生活支援」「入院回避」等への発想の転換と研修の必要性.....	80
2 研修プログラム開発.....	80

(1)講義	80
(2)演習	81
(3)研修時間数	82
(4)研修プログラム構成	82
◆第5節 研修資料編	83
1 研修資料パワーポイント	83
(1)『アウトリーチの理解』	83
(2)『アウトリーチ推進事業の対象者』	101
(3)『アウトリーチの意義と理念』	146
(4)『アウトリーチ推進における行政機関に期待される役割』	170
(5)『アウトリーチ推進のための地域システムづくり』	198
(6)『アウトリーチ支援事業が目指すもの』	220
2 研修受講者アンケート 調査票	243
3 研修時の質疑応答(Q&A)	247
(1)アウトリーチ推進事業とは？	247
(2)新たなアウトリーチ推進事業実施において重要な視点	250
■ 第4章 総合考察 ■	254
1 地域移行支援事業について	254
2 現在の保健所の未治療・受診中断者の支援の現状	254
3 アウトリーチを理解し、事業実施するための研修の可能性	255
4 保健所がアウトリーチ推進事業に取り組むための条件	255
5 アウトリーチの対象者と入院以外の支援の可能性	255
6 事業実施上の具体的課題	256
7 アウトリーチ推進事業への取り組み状況	257
8 まとめ	257
■ 第5章 提言 ■	259
1 精神科病院の医療の質の向上による結果としての病床の削減	259
2 保健所の機能の見直しと強化	259
3 アウトリーチ推進の本来の目的の明確化	260
4 アウトリーチ推進事業の保健所役割の明確化と研修の必要性	260
5 精神医療福祉資源の乏しい地域でのアウトリーチ推進事業の展開	260
6 精神保健福祉センターの果たすべき役割	261
7 アウトリーチ推進事業の全国的モニタリングの必要性	261
8 市型保健所の機能や組織の違いによる課題の整理	261

■ 要 旨 ■

◆第1節 目 的

本研究事業では、来年度から実施されるアウトリーチ推進事業を全国で展開するために、本事業の保健所の準備状況をアンケート調査で分析し、研修によって、都道府県精神保健福祉主管課、精神保健福祉センター、保健所の職員が本事業への効果的関与をするための姿勢を獲得できるのかを明らかにすることを目指した。

◆第2節 各研究事業の概要

1 未治療・受診中断等の精神疾患患者への アウトリーチ（訪問）支援に関する調査（保健所対象）

（1）目 的

全国保健所を対象に「地域移行支援」の実施状況、アウトリーチが必要な対象者数とその概要、アウトリーチ支援の可能性をアンケート調査により明らかにすることを目指した。

（2）方 法

①調査対象機関および方法

全国の全保健所 494 か所を対象に、郵送法およびメールによる自記式アンケートを平成 23 年 1 月 6 日から 1 月 31 日の間に実施し、77.3%の回答を得た。

②調査内容

①基本属性、②地域移行支援事業への関与状況、③アウトリーチ対象者把握、④支援の現状と可能性、⑤アウトリーチ支援にかかわる精神保健医療福祉資源の状況等である。

（3）結 果

地域移行支援事業は、全圏域実施や成果について伸び悩んでいる。

保健所では、現在も 1 か月に一保健所あたり平均 10.7 人の未治療・受診中断による相談を受けており、その半分近くは統合失調症であり、そのうちの 2 割は精神科病院へ入院するという結果となっているが、自主的な入院は、その約 15%に過ぎなかった。また、入院者の約 17%は、アウトリーチ支援があれば入院をせずに地域で支援継続可能であったというように保健所は考

えていた。一方、精神分野で訪問をしてくれる診療所、訪問看護、相談支援事業所がそろっているのは、保健所の約 10%に過ぎなかった。また、入院を前提としない訪問診療や、入院歴のない患者への訪問看護の両方を実施してくれる精神科病院がそろっているのは約 4%しかなかった。

保健所で、アウトリーチ推進事業を来年度実施予定しているのは、3.2%だけであった。

(4) 考 察

アウトリーチ推進事業そのものが、新しい事業であり、まだ全国の保健所には、十分理解もされておらず、準備状況も不十分である。しかし、保健所が既に未治療・受診中断者への相談支援を行っている実績があり、法的な制限からも、保健所が本事業の導入と経過観察と終了についての判断にかかわることは、是非必要である。

2 研修会の開催と研修プログラムの開発

(1) 目 的

アウトリーチの理念や方法を学び、未治療・受診中断等の精神疾患患者を「入院」という形に頼らず、「地域で生活する」ことを前提とした地域精神保健システムの構築を行政が中心になって進めるための基礎的知識を獲得することを目的とした。また、平成 23 年度から実施が予定されている「精神障害者アウトリーチ推進事業」をアウトリーチの理念にそった事業として推進するための行政の役割を考え、「精神障害者アウトリーチ推進事業」を各都道府県が実施するにあたり必要となる研修プログラムの開発を目的とした。

(2) 方 法

全国 3 か所で行政機関職員を対象に「アウトリーチ推進のための行政機関の役割～未治療・受診中断者を地域で支えるために～」をテーマとした研修会を実施した。内容は、講義と演習であり、「アウトリーチの理解」「アウトリーチ支援における行政に期待される役割」などアウトリーチ支援に関する基礎的理解と地域精神保健システムづくりの方法に関するものである。研修終了後にアンケートを実施するとともに、研修班で研修の振り返りを行い、平成 23 年 2 月 22 日の障害保健福祉関係主管課長会議資料「新たなアウトリーチ事業」の内容と照らしあわせ、研修プログラムを開発した。

(3) 結 果

①研修の意義

研修には、47 都道府県中、43 都道府県から受講者があり、そのうち 11 都道府県は、主管課、精神保健福祉センター、保健所の 3 機関がそろって参加していた。また、各会場の受講者は、受講会場に近い都道府県・政令市に勤務する者が多く、3 会場で開催したことで、より多くの受講者が研修受講でき、3 会場で実施したことは意義があったと考えられる。

②アンケート結果

研修会受講後のアンケートで、今まで支援した未治療・受診中断者で入院に至ったケースを振り返ってもらい、当時、アウトリーチ支援が行われていたら、入院に至ることなく在宅生活が継続できたであろうと考えている割合を聞いたところ 110 人より回答を得られた。その結果、保健所勤務の受講者の回答者 110 人のうち 56 人 (50.90%) は、アウトリーチ支援が行われていたら、半数以上の未治療・受診中断者が入院に至ることなく在宅生活が継続できたであろうと回答していた。また、未治療・受診中断者で入院に至ったケースの中で、アウトリーチ支援が行われていたら、半数以上が措置入院や医療保護入院にならず、任意入院や通院、あるいは訪問診療により治療ができたであろうと考えている受講者が 56 人 (50.90%) いた。このように受講者はアウトリーチ支援の可能性が高いと考えていた。

さらに研修会の受講前と受講後での、「アウトリーチ推進事業に取り組んでいかなければならない」という意識の変化について全受講者に尋ね、SPSS による平均値の解析を行った。全体としては、受講前は 42.54%であった意識が受講後では 74.75%に変化しており、アウトリーチ推進事業の取り組み意識は上昇していた。また、受講前の意識が 50%以上の職員では 64.24%から 85.82%に上昇し、受講前の意識が 50%未満の職員も 20.55%から 63.53%と、取り組みの必要性の低かった人も、高かった人もそれぞれ上がっている。このことから、研修会を実施することで職員の意識の変化を促すことに有効であったと推察することができる。

受講後のアンケートの記述回答では、受講者自身のみならず職場の上司や同僚の発想の転換、すなわち「受診勧奨」から「地域生活支援」「入院回避」へ、「疾患モデルからストレングス視点」へなどの発想の転換の必要性に関する記述が最も多かった。さらに、このような発想を転換するには、今回の研修内容を都道府県単位や実施機関で行っていくことが強く求められ、また、今回の研修よりもさらに充実したスキルアップ研修を期待する意見が多く書かれていた。この結果から、アウトリーチ支援を充実させたり、平成 23 年度からはじまる「アウトリーチ推進事業」を適正に行うには、今後研修を充実していく必要性が示唆された。

■ 序 章 ■

◆第1節 研究の背景

未治療・受診中断者の支援は、保健所を中心として保健師や精神保健福祉相談員によって取り組まれてきたが、保健所が統廃合され、広域化する中で相談件数、訪問件数も減少してきており、保健所が複雑困難な事例に対応することが難しくなっている。また、保健所が治療機能をもたないという限界や、入院を前提としない往診治療を行う精神科医療機関が乏しいということから、未治療・受診中断者に対しては入院を選択せざるを得ないという実態もあった。このような実態があるものの、未治療・受診中断者の相談がどの程度保健所に寄せられ、その結果どのような支援が行われたかに関するデータはなく、今日まで未治療・受診中断者の相談とその支援結果に関して明らかにされてこなかった。

多くの精神保健先進国では、医療を含む包括的な生活支援サービスが整備されている。そして、その生活支援サービスはアウトリーチで届けられることが基本であり、サービスの対象者には未治療・受診中断者も含まれている。一方、わが国は世界一人口に対する精神科病床数が多く、入院期間も長期化しており、その要因の1つに地域で生活を支えるためのサービスが乏しいことがあげられる。特に未治療・受診中断者にとっては、頻回の訪問を行い、生活支援を行いつつ信頼関係を構築するサービスや、出向いて医療的評価を行うサービスが必要であるにもかかわらず提供されてこなかった。そのため、未治療・受診中断者は、入院に至ることが多く、しかも一旦入院すると長期入院になることが多かった。

そこで未治療・受診中断者に対して、多職種チームによる介入によって、入院を回避するシステムをいかに構築するかが課題となってきた。すなわち、未治療・受診中断者を入院という形に頼らず、医療を含めた生活支援サービスを地域の中で提供し、可能な限り地域生活を継続しながら回復を目指すシステムの構築に焦点があてられるようになってきたのである。

平成21年度に特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクションが行った調査結果によると、未治療・受診中断者はACTのような機能を備えた多職種チームが支援を担うことで96%入院回避できることが明らかになっており（特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション 2002）、わが国においてもアウトリーチサービスによる丁寧な支援が提供されれば、未治療・受診中断者の支援は入院に頼らずとも十分可能である。

本研究では、全国の保健所にアンケート調査を行い、地域移行支援の実施状況を把握するとともに、未治療・受診中断等アウトリーチ支援を必要とする者の相談件数とその内容、相談結果等を把握し、アウトリーチ支援を必要とする者の実態を把握する。また、アウトリーチ支援の理念や方法を行政職員が理解するための研修を行い、保健所を中心とした未治療・受診中断者に対するアウトリーチ支援体制の基礎づくりを行う。さらに行政職員が、アウトリーチを行う多様な機関をコーディネートし、未治療・受診中断者が入院せずに地域で生活しながら回復できるような

地域精神保健システムづくりを担うための研修モデルを開発する。

◆第2節 先行研究調査

1 目的

近年、わが国における精神障害のある人への支援方法においては、ノーマライゼーション理念の普及とともに地域での生活を支え、地域生活を基盤とした保健医療福祉サービスへの転換が理念的に定着しつつある。特に重度の精神障害のある人を対象にした Assertive Community Treatment (ACT; 包括的地域生活支援) 等のアウトリーチによる支援が注目され、その効果に対する期待がうかがえる。一方、必要な援助技術の内容や要件など援助技術の質の向上をどのようにはかっていくべきか、あるいは支援システムのあり方やシステム構築やそれにかかわる制度政策面などの課題があり、ACT 等の積極的地域支援の普及に向けては検討すべきところがある。今後、より様々な支援対象者に適した、システムや支援技術や方法の開発や発展が見込まれるが、本稿では現時点における、わが国のアウトリーチ実践や研究の到達点とその課題について、文献的に考察することを目的とする。

2 方法

文献検索は、2011年1月8日時点の医学中央雑誌（医中誌 WEB 1983–2011年）、CiNii によった。検索用語として「アウトリーチ and 精神障害者」24件、「精神障害 and アウトリーチ」67件うち、会議録報告を除き総説、原著論文のカテゴリーは8件であった。しかし、海外の実践報告や所属機関の実践報告や情報提供にとどまるものであり、実証的研究は2件と極めて少なかった。また、近年、精神医療関係の専門家対象の雑誌においてアウトリーチをテーマにしたものが相次いで刊行された（精神医療「精神障害者のためのアウトリーチサービスの可能性」批評社43号、2006年7月、精神科臨床サービス「アウトリーチで変わる精神科臨床サービス」星和書店、11巻（1）、2011年1月）。後者の文献は、データベースによる文献検索の範囲には含まれないが、この特集記事について、わが国のアウトリーチの実践状況や支援の視点についての到達点として俯瞰できることから、考察に組み入れることとした。また、精神保健医療福祉領域に限らず、地域福祉領域、あるいは福祉的支援としてのアウトリーチの理論や実践研究での文献も、実践の到達点としての示唆に富むものとして、一部参考にした。

3 結果・考察

先行研究や文献から、以下のように整理を行った。まず、総論として、「1 アウトリーチをどのようにとらえるのか」、「2 アウトリーチ支援における論点」、各論として「3 精神保健医療福祉領域におけるアウトリーチについて」、「4 精神保健医療福祉領域におけるアウトリーチに関する実証研究」、「5 まとめ」の構成で述べていく。

(1) アウトリーチをどのようにとらえるのか

①アウトリーチの源流

アウトリーチ (outreach) とは、社会福祉の辞書によると、「クライアントの日常生活の場（自宅など）において必要な情報やサービスを提供する活動であり、特に、行政機関や地域福祉関連の機関において求められるソーシャルワーカーの機能である。また、地域の中で生活困難に直面している人々を見つけ出すことも意味し、その場合はケース発見と同義に使われる。いずれも、利用者の来訪をただ待つのではなく、ソーシャルワーカーが積極的に地域に出ていくという側面が強調されている」とある（秋元・藤村・大島他 2003）。つまり辞書の解説による主な実践として、ソーシャルワーカーの機能としてのケース発見、必要な情報やサービスをクライアントのいる場で提供すること、の2点に要約できる。

以上の2点の内容の詳細な吟味をここではひとまず置いておくことにして、重要な点はアウトリーチがソーシャルワークの手法として行われるようになったのは、ソーシャルワークの源流まで遡る（小松 2002）ことにある。ソーシャルワーク実践は、19世紀後半のアメリカの貧困問題に対して、慈善組織協会を設置して援助活動を行う運動からはじまっている。そこでの友愛訪問という家庭訪問は、地域に出向くアウトリーチの手法である。アウトリーチは、友愛訪問による援助の質を高めていくことから、ソーシャル・ケースワークの確立につながっていった。すなわち、ボルチモア慈善組織協会の総主事のメアリー・リッチモンドが家庭訪問を基盤とするソーシャル・ケースワークの体系化をなして「社会診断論」（1917年）を著し、そしてその活動は「ソーシャル・ケース・ワークとは何か」（1922年）という著作に結びついた（小松 2002）。ケースワークの母と呼ばれるリッチモンドの業績は、家庭訪問の実践から生まれている。

その後のソーシャルワーク理論や実践の進展や社会情勢の変化から、コミュニティワークやケースマネジメントの発展によって、地域生活を送るクライアント（利用者）や、その家族や関係者、そして地域が支援や介入の対象として焦点があてられるようになった。

②援助手法としてのアウトリーチの概観

田中英樹は、コミュニティソーシャルワークの実践という視座から、アウトリーチの種類として、アウトリーチが用いられる援助局面、およびその局面ごとの援助展開の方法をまとめている（田中 2009）。その援助局面とは、①ニード発見段階、②援助介入段階、③モニタリング段階の3つの区分である。

①ニード発見段階においては、クライアントの特性や背景、例えば、個人かグループか地域か、あるいは顕在的か潜在的か、自発的か非自発的か、拒否的か否かなどによって異なるが、以下のような方法がある。広報などによる集団への情報提供、新しい制度や事業が開始されたときや、より個別具体的なサービスに結び付ける必要がある場合にそのサービス利用が望まれるクライアントに積極的に、急ぎ知らせ働きかけることや、Identified Patient 以外の相談による場合には、状況把握をするために訪問することや、住民座談会による共通ニーズの抽出やスティグマや偏見に影響を受けて浮かびあがらない住民の声なき声の個別ニーズの発見がある。ここで、田中は声なき声のニードをどのように発見するかということについては具体的には触れていなかった。

②介入段階でのアウトリーチとは、サービスを届けることであり、家庭訪問、生活場面訪問、職場や施設訪問などである。③のモニタリング段階では、普段に行われる訪問によって、ニード充足状況の評価や新たなニード発見を行うこととしている。このように、ニードの発見からモニタリングまでを含む循環的な過程にかかわるアウトリーチは、ケースマネジメントのプロセスに依拠するものと考えられる。

(2) アウトリーチ支援における論点

①アウトリーチの対象

では、どのような人々がその対象になるのかというと、田中は、クライアントが援助機関を訪問できない状況にある、また、援助の必要性は存在していても本人に相談の意志がないか援助を拒否する、本人は援助を求めているも何らかのバリアが存在しているために援助機関にアクセスできない、としている（田中 2009）。また、前述したように個人ばかりではなく、集団、地域も対象になる。

精神保健医療福祉領域におけるアウトリーチの対象について、大島は、支援標的集団として従来の支援サービスの支援の網目から抜け落ちる人々であり、他と比較してより深刻なニーズをかかえた人々とまとめたいうで、具体的に4群をあげている（大島 2011）。具体的には、①社会的入院の長期入院者、②重い精神障害で長期間家庭などにひきこもり、日中の行き場をなく過ごしている人で、加えてそれが家族同居者であれば家族への支援も提供できるとしている。また、当然ながら独居者や野宿生活者も含む。つまり地域で生活する重度の精神障害者で、サービスや情報が届いていない人々である。③精神疾患の発病前後に早期に専門的なサービスを受けられない人々、④精神障害をもつ人たちの就職、就学支援、そしてさらにその現場での継続支援のための職場や学校への訪問である。三品は、英国や米国よりはるかに日本においては家族支援の重要度が高く、クライアントと家族の両方を支援するのが日本のアウトリーチ支援であると指摘している（三品 2011）。家族が本人のケアをかかえ込みやすく、在宅生活という閉鎖的な空間におけるその支援ニーズを看過してはならない。

②アウトリーチの支援の視点や支援の意義

根本らは、社会的孤立状態にある要介護独居高齢者の在宅介護支援センターのソーシャルワーク実践に関する研究から、アウトリーチ支援について、(1)「ニーズの掘り起こし」、(2)「情報提供」、(3)「サービス提供」、そして(4)「地域づくり」の4つをあげ、それらの諸活動が相互に作用しあっていることを示した(根本 1998)。なかでも「サービス提供」の内容においては①「サービス利用への働きかけ」というクライアントへの直接的なかかわりのみならず、②「他機関との連携」という間接的な支援が含まれることが注目される。そして根本らはアウトリーチの基本的視点・活動の特徴から、さらにアウトリーチを可能にする要件を列挙した。その要件を参考にしてその後の介護保険制度の開始以降の高齢者へのアウトリーチ実践を検証したのが、久松らである(久松 2006)。アウトリーチの定義に関する先行研究をレビューし、『ケース発見』の方法や技術として取り上げるような各論的な位置づけとしてのアウトリーチより、『ケース発見』から社会資源やサービスに連結させていく過程を扱う総論的なケアマネジメントの過程として扱われていること」を指摘する。そして、潜在的・顕在的ニーズを引き出すという掘り起こしにとどまらず、ケース掘り起こしの意義として、今後の生活問題を未然に防ぐための予測に基づく介入の見通しを立て、問題解決に向けての効果的な援助介入につなげることを明示している。さらに根本が提示している「地域づくり」の内容においては、社会資源やネットワーク構築のみならず、住民への教育・啓発的活動についても言及している。そしてアウトリーチ活動の実践状況や役割、その役割が機能するための条件を実証的にとらえ、概念理論と実践との連結を提示した。特に予防的視点に基づく介入の見通しや、エンパワメント・アプローチ、そして認知症の理解促進のための地域支援体制の構築の重要性が導かれ、アウトリーチがより包括的な実践を含むものであることを示した。以上のように、アウトリーチ実践のとらえ方にケース発見と、情報やサービスを現地で提供すること、ということの内容や意義の広がりをも認めた。

(3) 精神保健医療福祉領域におけるアウトリーチについて

①介入としての多様なアウトリーチ

介入としてのアウトリーチにはどのようなものがあるかについては、日本の精神保健医療福祉領域のアウトリーチ実践について年代をおいながら列挙していく。以下、窪田(2011)による報告を参考にまとめた。まず、歴史的に遡ると、アウトリーチ支援として保健所の保健師による精神保健活動としての家庭訪問があげられる。1965年の精神衛生法改正によって、保健師の精神障害者への家庭訪問件数は急増した。それ以前から、宮城県での取り組みや、群馬県における生活臨床を基盤とした支援など保健師らが家庭訪問を実施していたところもあった(名原 2009)。同じころ、1960年代前後に精神科病院が重度の統合失調症の患者を入院させるために往診をしていた時代があったが、人権侵害に対する批判と告発が1970年代に相次いで起こり、以降の1990年代ごろまで精神医療のアウトリーチが極端に少ない時代があった(窪田 2011)。

1990年代は、精神科診療所が増えてきて、往診や1986年から診療報酬制度に精神科訪問看護

が算定されるようになり、精神科訪問看護が増加してきた。特に 2000 年の介護保険制度の開始により、訪問看護が急速に社会に広がったことの影響もあるだろう。精神科訪問看護は、看護師のみならず精神保健福祉士や、作業療法士の訪問も診療報酬制度の中では可能である。そのことが、その後の多職種チームの訪問支援である ACT の普及の後ろ盾になっている。

福祉的支援として精神障害者居宅等介護事業（ホームヘルプサービス）が 2002 年から国の制度として開始された。1990 年代から高齢者の介護が社会問題化したころ、高齢者のホームヘルプが普及してくるようになると、高齢者と同居する精神障害者への支援ニーズにヘルパーらは気づきはじめ（清水 2011）、ニーズに即して先駆的にサービス提供なされた実績がホームヘルプの制度化につながっていった。また、在宅における個別的福祉サービス提供が本格実施されるようになると、医療的ケアに関するコンサルテーションや保健機関など他機関の連携が課題としてあげられた（阪田 2006）。介護保険の導入の前後の時代は、ケアマネジメントの理念や技術などの普及を目指した議論がさかんになされ、英国や米国の積極的アウトリーチによる地域生活支援や保健医療福祉のサポートモデルが紹介され、なかでも ACT に対する期待が高く、2003 年から研究モデル事業が開始された（西尾 2004）。その ACT では利用者のリカバリーを目標に、ストレングス・パースティクティブに基づきニーズにあわせて多職種による支援、そして地域を基盤としていることから、就労支援、就学なども支援者がその現場で支援を行うことが積極的になされている。

そして、アウトリーチといえ、地域の潜在化・顕在化するクライアントへの支援という認識であったが、退院促進支援事業（地域移行支援事業）の登場により、医療機関の支援を受けている状態でありながらも、その限界性から、入院中の長期入院者に対して、地域の支援者によるアウトリーチ支援が行われるようになった。退院促進支援事業の先駆的実践を行った大阪府の自立支援員の実践報告の分析をもとに、精神保健福祉士のアウトリーチ的なかかわりの重要性を笠（2008）は論じた。笠は退院促進支援事業における精神保健福祉士の役割に「所属する機関の枠を乗り越えて他の機関内でサービス提供をし、関係機関間の有機的な連携をはかる」という限定的な意味でのアウトリーチを示した。

近年は精神障害の予防や早期介入にも関心が高まり、思春期などの発病前後にある人々への積極的な支援に関する実践も試みられるようになった（菅原・福田・坂井他 2005、前川 2009）。

大島は精神保健医療福祉領域におけるアウトリーチ支援に期待される機能・役割は、従来サービスに比べて①重い障害をもつ人たちに包括的支援を提供、②関係づくり支援などに特別な配慮を要する（動機づけも含めて）、③領域を超えた、新領域での支援（入院、地域の境界を超え、労働、教育療育、発病前後の時期）とまとめている（大島 2011）。②の関係づくり支援の配慮は、精神疾患としての特性と社会生活上の障害や孤立した生活による影響などにより、関係づくりが重要な役割として特徴づけられる。また、要支援者の幅広い年代やライフステージという軸、そして支援や生活の場が地域、居宅、施設という軸、そして疾病の病期や症度の軸があり、これらの多様性や組みあわせが今後のさらなるアウトリーチ対象者や実践の拡充の可能性をもつことがうかがえる。

(4) 精神保健医療福祉領域におけるアウトリーチに関する実証研究

①ACTの実践について

ACT に関する実証研究においては、ACT-J が研究事業として取り組まれたことから、その実践結果の効果評価がなされている（伊藤 2008）。また、ACT-K と ACT-Zero 岡山の利用者を対象として未治療・受診中断者の支援の効果の評価を GAF（機能の全体的評価尺度）、BPRS（簡易精神症状評価尺度）、REHAB（精神科リハビリテーション行動評価尺度）を用いて実施した（特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション 2011）。いずれも有意な改善を認め、6 か月目に変化が認められる傾向にあった。入院をせずに生活上の困難をもちながらも地域生活の継続が可能であることが示された。

②学校へのアウトリーチ手法による思春期精神保健支援について

菅原らの論文は、東京都精神保健福祉センターによる思春期アウトリーチ初期支援としての精神科医を含めた多職種チームによる現場訪問の実践事例報告である（菅原・福田・坂井他 2005）。2003 年 9 月から 2004 年 10 月までの 20 例の支援活動結果によると、不登校例 10 例のうち、5 例が改善し、ひきこもりの予防効果を認めた。また医療機関への紹介に至らなくても、医学的助言による対応の工夫で適応が改善した事例を 6 例（30%）認めた。この支援モデルは米国の Expanded School Mental Health Program との類似点が多く、そのモデルと比較しつつ、日本型支援のあり方、特に行政機関（精神保健福祉センター）の役割や精神保健専門職チームへの関与についての提言がなされた。

③群馬県救急情報センターにおけるアウトリーチ活動（赤田・芦名・神谷 2008）

群馬県の精神保健福祉センター内に設置された精神科救急情報センターには、精神科医師・保健師のチームが県内全域を対象に、地域保健所と連携し、地域で問題となる対象者への危機介入として、訪問や事例検討会などを積極的に行うようになった。その精神科医師と保健師による訪問活動の 2004 年から 2008 年の 304 事例の訪問実施事例の分析によると、群馬県内の未受診群（N=195）の転機は、医療対応優先と判断された 136 事例中、72.8%が大きな事故などなく、受診や入院に結びついた。医療中群（N=106）の 74.5%の症例が訪問後の問題行動の連絡が認められず、介入の効果が示された。

②、③のいずれも事例、症例研究である。共通して介入による効果を認める事例や症例が大半を占めていた。そして、精神保健福祉センターが実施しており、行政機関による積極的な関与により、継続的かつ包括的なマネジメントが可能となる。介入により、問題悪化を予防できることが示され、そしてシステム構築の重要性が示された。

(5) まとめ

精神保健医療福祉領域におけるアウトリーチ実践においては、実践領域や方法が幅広く、しかし、それぞれの領域の実証的研究が乏しい状況にある。また、ACT がケアマネジメントの 1 つであることを含め、他のアウトリーチ支援においてもケアマネジメント過程の活用がなされている。今後は、ケアマネジメントを視野に入れたアウトリーチ機能やその意義、アウトリーチ機能が有効的に発揮されるような条件や要因を明らかにできるような実証研究が期待される。

◆第3節 本研究事業の意義

本研究事業は大きく 2 つある。1 つは、地域定着支援事業のための基礎調査として、全国の保健所を対象に「未受診・受診中断等の精神疾患患者へのアウトリーチ（訪問）支援に関する調査」を行い、保健所における未治療・受診中断者の実態を把握した。2 つは、保健所、精神保健福祉センター、精神保健主管課職員を対象として、「アウトリーチ推進のための行政機関の役割～未治療・受診中断者を地域で支えるために～」をテーマに全国 3 か所で研修を実施した。これらの 2 つの事業により、平成 23 年度から実施される「精神障害者アウトリーチ推進事業」のより円滑な進め方を検討した。

本研究は、保健所における地域移行支援の実施状況および未治療・受診中断者への援助の実態を把握するとともに、保健所が未治療・受診中断者を入院という形に頼らず、多職種チームや関係機関をコーディネートし、未治療・受診中断者のための地域精神保健システムづくりに取り組むための研修を行った。この 2 つの研究により、保健所を中心とする未治療・受診中断者への新たな取り組みを円滑に推進することが可能になると考えられる。

(文 献)

- ・赤田卓志朗・芦名孝一・神谷早絵子 (2008) 「群馬県精神科救急情報センターにおけるアウトリーチ活動—危機介入を中心とした訪問活動の現状と分析」『精神医学』50 (12)、1203-1210
- ・秋元美世・藤村正之・大島巖他編 (2002) 『現代社会福祉辞典』有斐閣
- ・久松信夫・小野寺敦志 (2006) 「認知症高齢者と家族へのアウトリーチの意義—介護保険下における実践の役割と条件」『老年社会科学』28 (3)、297-311
- ・伊藤順一郎 (2008) 『厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業、重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究 平成17 年度—平成19 年度 総合研究報告書』国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰部8)
- ・笠修彰 (2008) 「障害者退院促進 支援事業における精神保健福祉士の役割について (1) 精神保健福祉士の〈アウトリーチ〉の必要性に着目して」『九州社会福祉研究』(33)、45-60
- ・窪田彰 (2011) 「アウトリーチをサービス全体にどう位置づけるか」『精神科臨床サービス』、1 (1)、24-29
- ・小松源助 (2002) 『ソーシャルワーク実践理論の基礎的研究』川島書店、21-22

- ・前川早苗（2009）「精神疾患の早期介入（相談・支援・治療）に求められる看護師の役割」『小児看護』32（9）、1213-1220
- ・三品桂子（2011）「アウトリーチ支援の国際標準と新しい動向, 精神科臨床サービス」、11（1）、11-15
- ・名原壽子（2009）「保健師 60 年の歩み」『保健師助産師看護師法 60 年史』編纂委員会、154-170、161
- ・根本博司・成田すみれ・堺園子他（1998）「社会的孤立状態にある要介護独居高齢者へのソーシャルワーク実践に関する研究—在宅介護支援センターにおけるアウトリーチ実践の訪問聞き取り調査から—」『研究助成論文集』152-16
- ・大島巖（2011）「いま、なぜアウトリーチか - 対応すべきニーズと対象層、期待される役割発展可能性 - 」精神科臨床サービス 11（1）、6-10
- ・阪田憲二郎（2006）「精神障害者ホームヘルプサービスの諸課題」『精神医療』43 号、69-77
- ・清水由香（2011）「ホームヘルプサービス」『精神科臨床サービス』11（1）、52-56
- ・菅原誠・福田達也・坂井俊之他（2005）「学校へのアウトリーチ手法による思春期精神保健支援—[日本型 ESMH] 導入に向けての試み」『精神医学』47（6）、637-645
- ・田中英樹（2009）「アウトリーチ—その理論と実践例」『コミュニティソーシャルワーク』3 号、32-41
- ・特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション（2010）『平成 21 年度』厚生労働省障害保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）多職種による重度精神疾患患者への治療介入と生活支援に関する調査研究—新たな地域精神保健システムの構築—報告書』特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション
- ・西尾雅明（2004）『ACT 入門—精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム—』、金剛出版

■ 第1章 事業概要 ■

◆第1節 概要

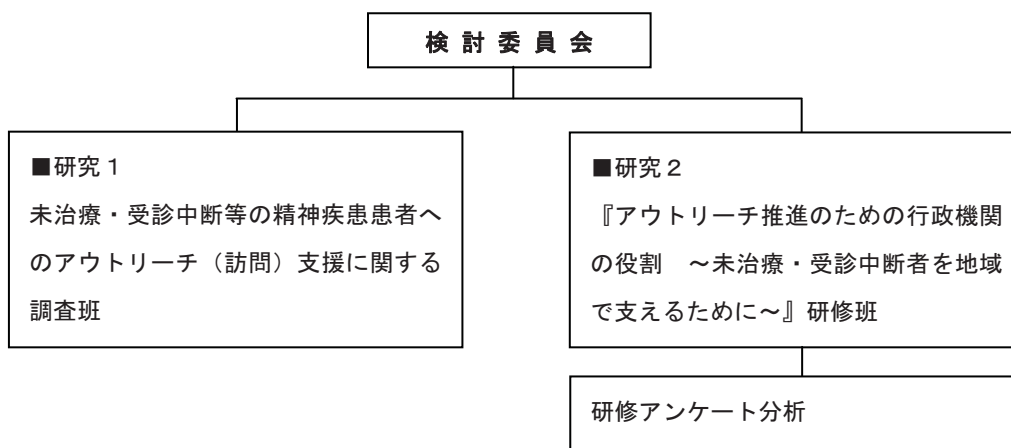
本研究事業では、未治療・受診中断等の精神疾患患者に対するアウトリーチ（訪問）支援の実態について全国保健所を対象に調査するとともに、その事業に必要な人材を育成するために全国保健所と精神保健福祉センター、都道府県精神保健福祉主管課職員を対象に研修会を開催した。

その結果を踏まえ、未治療・受診中断等の精神疾患患者への支援のあり方として(1)多職種チームによる365日24時間体制の構築、(2)継続的なアウトリーチ（訪問）支援の実施、(3)アウトリーチ（訪問）支援事業の関係職員育成が今後の課題として明らかになった。そしてこれらの課題には、行政機関が中核となって取り組む必要があることが明らかになった。

◆第2節 事業実施体制

本研究事業は、以下の体制で実施した。2つの研究事業を統括する検討委員会を設置し、その下に2つの研究班を設置した。

検討委員会は3回、モニタリング会議を1回実施し、「研究1 未治療・受診中断等の精神疾患患者へのアウトリーチ（訪問）支援に関する調査」、「研究2 『アウトリーチ推進のための行政機関の役割 ～未治療・受診中断者を地域で支えるために～』研修会」を全国3か所（大阪・岡山・東京）で実施した。



■検討委員会（五十音順 敬称略）

	氏名	所属	役職
○	石神 文子	財団法人石神記念医学研究所	理事長
○	大塚 淳子	社団法人日本精神保健福祉士協会	常務理事
○	門屋 充郎	NPO 法人十勝障がい者支援センター	所 長
○	金子 和夫	京都府精神保健福祉総合センター	相談指導課長
○	佐藤 純	京都ノートルダム女子大学生活福祉文化学部 NPO 法人京都メンタルケア・アクション (ACT-K)	准教授 理 事
○	長野みさ子	東京都多摩府中保健所	所 長
○	西川 里美	(株) みらい訪問看護ステーション宙 (ACT-Zero 岡山)	所 長
○	根来 千穂	大阪市こころの健康センター	保健主幹
○	藤田 健三	岡山県精神保健福祉センター	所 長
◎	三品 桂子	花園大学社会福祉学部 NPO 法人京都メンタルケア・アクション (ACT-K)	教 授 理事長
○	柳 尚夫	兵庫県洲本保健所	所 長
○	山下 俊幸	京都市こころの健康増進センター	所 長
*	清水 由香	大阪市立大学大学院生活科学研究科	助 教
☆	吉川 隆博	厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課	専門官

◎委員長 ○委員 *研究協力者 ☆オブザーバー

■研究1 未治療・受診中断等の精神疾患患者へのアウトリーチ（訪問）支援に関する調査班
（五十音順 敬称略）

	氏名	所属	役職
○	金子 和夫	京都府精神保健福祉総合センター	相談指導課長
○	長野みさ子	東京都多摩府中保健所	所 長
○	藤田 健三	岡山県精神保健福祉センター	所 長
◎	柳 尚夫	兵庫県洲本保健所	所 長
○	山下 俊幸	京都市こころの健康増進センター	所 長

◎責任者 ○研究班員

■研究2 『アウトリーチ推進のための行政機関の役割
～未治療・受診中断者を地域で支えるために～』 研修班（五十音順 敬称略）

	氏名	所属	役職
○	石神 文子	財団法人石神記念医学研究所	理事長
○	大塚 淳子	社団法人日本精神保健福祉士協会	常務理事
○	門屋 充郎	NPO 法人十勝障がい者支援センター	所 長
○	佐藤 純	京都ノートルダム女子大学生活福祉文化学部 NPO 法人京都メンタルケア・アクション (ACT-K)	准教授 理 事
○	西川 里美	(株) みらい訪問看護ステーション宙 (ACT-Zero 岡山)	所 長
○	根来 千穂	大阪市こころの健康センター	保健主幹
◎	三品 桂子	花園大学社会福祉学部 NPO 法人京都メンタルケア・アクション (ACT-K)	教 授 理事長
*	坂下 晃祥	花園大学社会福祉学部社会福祉実習指導室	講 師
*	永岡 秀之	島根県立心と体の相談センター	所 長
*	野口 正行	岡山県精神保健福祉センター ACT おかやまチーム	精神科医
*	本田 政憲	岡山県精神保健福祉センター	副参事

◎責任者 ○研究班員 *研究協力者

■ 第2章 保健所調査 ■

◆第1節 調査の枠組み

1 目的

精神障害者の「地域移行支援」および「アウトリーチ推進事業」については、これからのわが国の精神保健医療福祉のあり方に影響がある事業であるとともに、厚生労働省からも今後の保健所の精神保健業務の中核的なものであり、重要な保健所機能として期待されている。

本調査は、全国保健所長会が中心となって平成 20、21 年度に実施された保健所の「地域移行支援」の平成 22 年度の進捗状況の把握、また、国が平成 23 年度から実施予定の「アウトリーチ推進事業」のニーズ把握と保健所の関与の可能性について、調査分析することを目的に実施する。

2 方法と回収結果

図表 2-1 方法と回収結果

対象	平成 22 年 12 月現在の全国の保健所
方法	郵送配布・郵送回収を基本としたが、同時にメールによる配信・回答受付も行った。郵送回収、メールによる回答のどちらを選択するかについては、保健所の任意とした。
期間	平成 23 年 1 月 6 日～平成 23 年 1 月 31 日
回収状況	A 配布数：494 票 B 回収数：385 票 C 無効数：3 票（白票等） D 有効票：382 票 E 有効回収率：77.3%（D/E×100）

3 留意点

- ・グラフの数字は回答率（単位：％）、（ ）内は実数（単位：か所）をあらわしている。
- ・クロス集計表〔図表題に〇〇〇（説明変数）×〇〇（被説明変数）〕と記載の上段は実数（単位：か所）、下段は回答率（単位：％）をあらわしている。二段表記ではないクロス集計表の単位は、基本的に回答率（単位：％）をあらわしている。
- ・集計では 100％調整を行っていないため、四捨五入の関係から、合計が 100％にならないこと

がある。

- ・設置主体について、都道府県が設置主体の場合は「都道府県」、指定都市が設置主体の場合は「指定都市」、指定都市のうち区単位で回答している場合は「その他」、中核市・政令市・特別区は「その他」に分類して集計している。
- ・分析文における「県型」保健所とは、設置主体が都道府県の保健所を意味している。
- ・グラフの数字は回答率（単位：％）、（ ）内は実数（単位：か所）をあらわしている。

◆第2節 保健所の基本的状況

1 保健所の設置主体別回収状況

図表 2-2 保健所の設置主体別回収状況（単数回答）

設置主体	配布数	有効 回収票数	回収率
都道府県	374	297	79.4%
指定都市	50	33	66.0%
中核市	40	31	77.5%
政令市	7	5	71.4%
特別区	23	16	69.6%
合計	494	382	77.3%

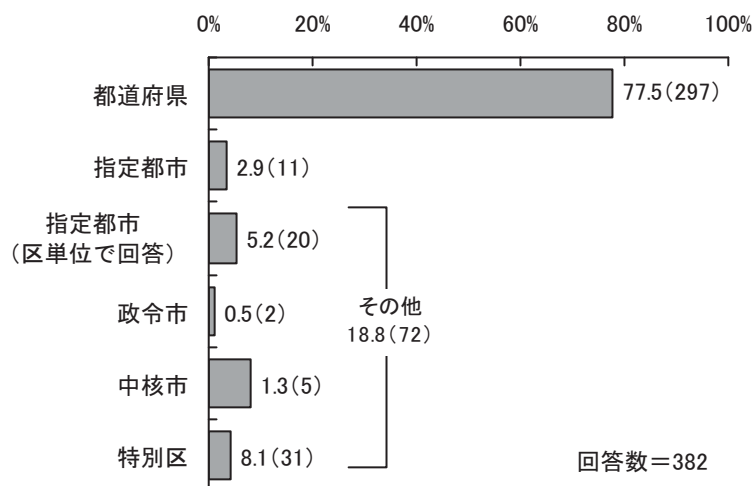
回答率は、非常に高く、全体では 77.3%で、最も低い指定都市でも 66.0%と 3 分の 2 の回答を得ており、本調査が全国の保健所の実態を反映した調査となったと考えている。また、全国の保健所の本事業への関心の高さがうかがえ、全国保健所長会における平成 22 年度のブロック研修において地域移行支援事業が研修テーマに取り上げられたことも、回答率が高かった大きな要因と考えている。

なお、以下の分析においては、指定都市において 1 か所に集約されている保健所を指定都市に分類し、特別区や指定都市でも区に保健所が設置されている保健所は、その他保健所に分類している。

2 回答があった382保健所の設置主体および所在都道府県

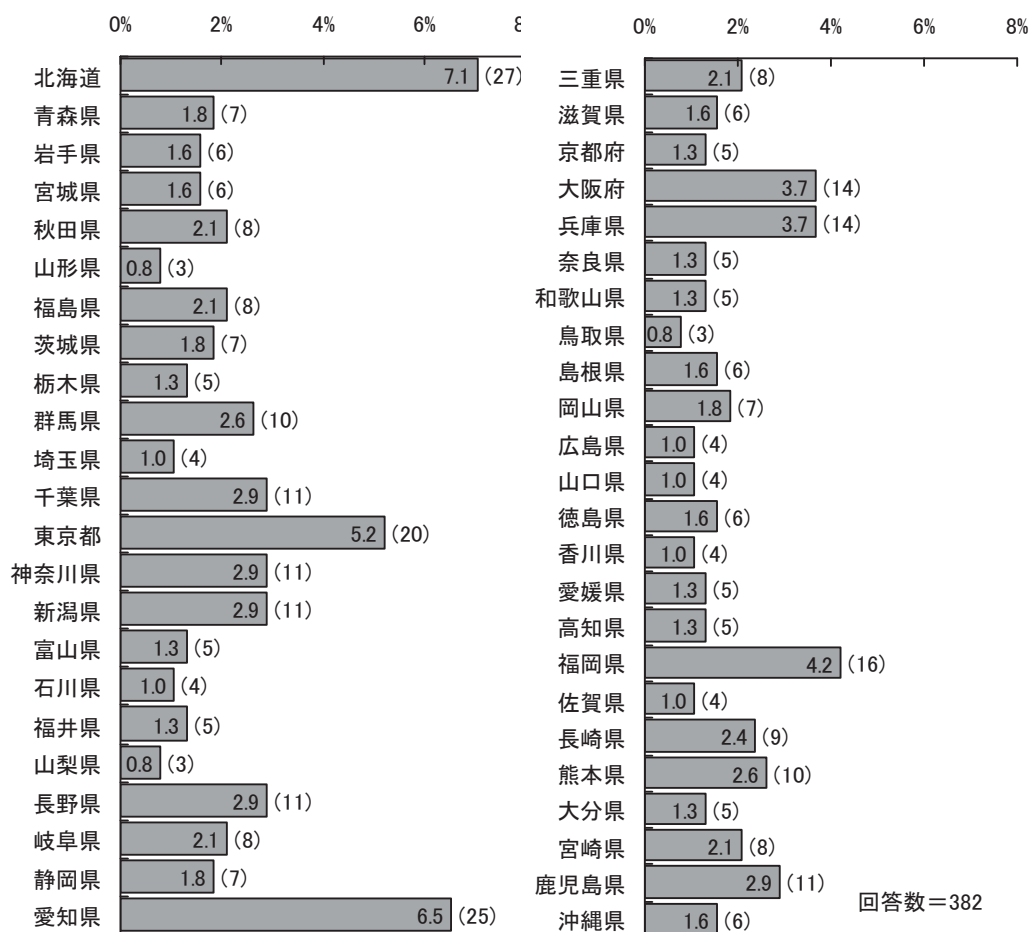
※グラフの数字は回答率(単位:%)、()内は実数(単位:か所)をあらわしている

図表 2-3 保健所の設置主体 (単数回答)



注：指定都市のうち区単位で回答している指定都市は、以降「その他」に含めて集計している

図表 2-4 回答保健所の所在都道府県 (単数回答)

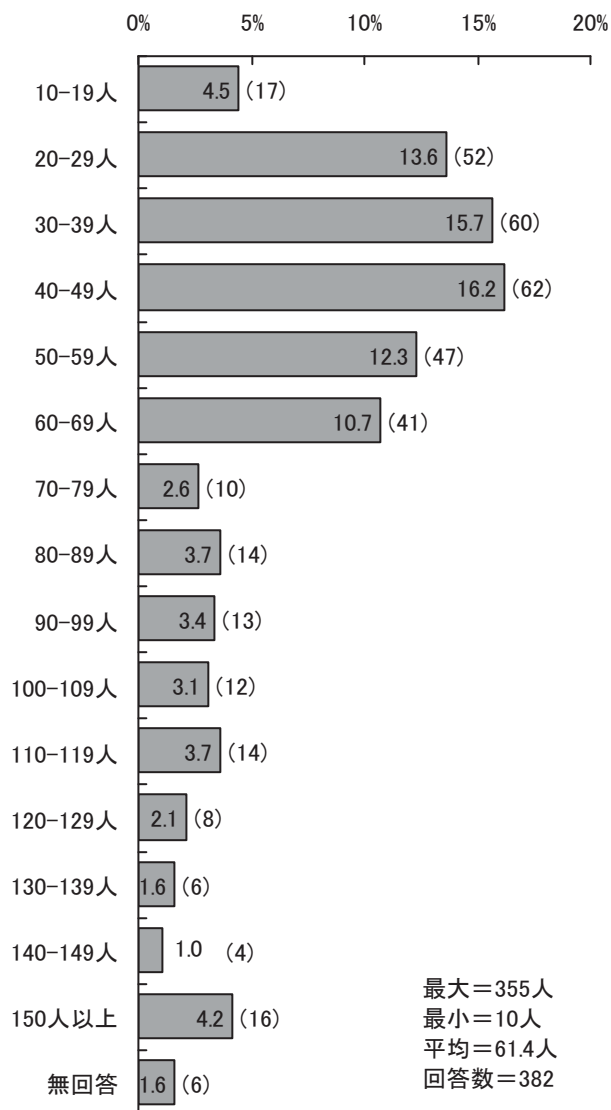


3 保健所における職員数（問1）

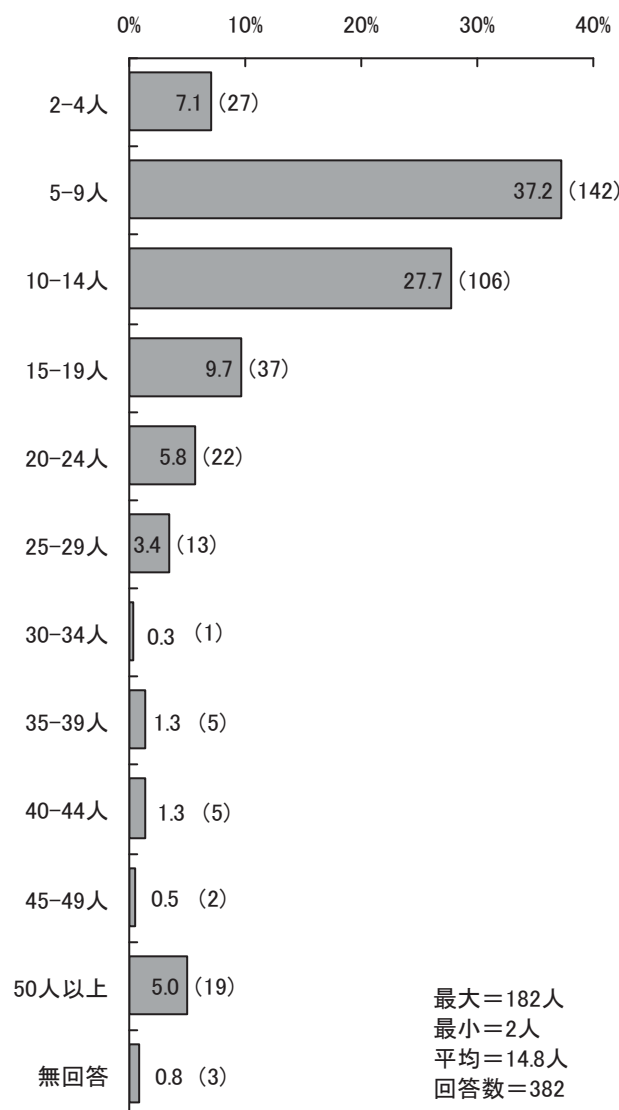
問1 保健所の状況についておたずねします。平成22年4月1日現在の状況を記載して下さい。

（1）職員総数と保健師数

図表2-5 職員総数（単数回答）



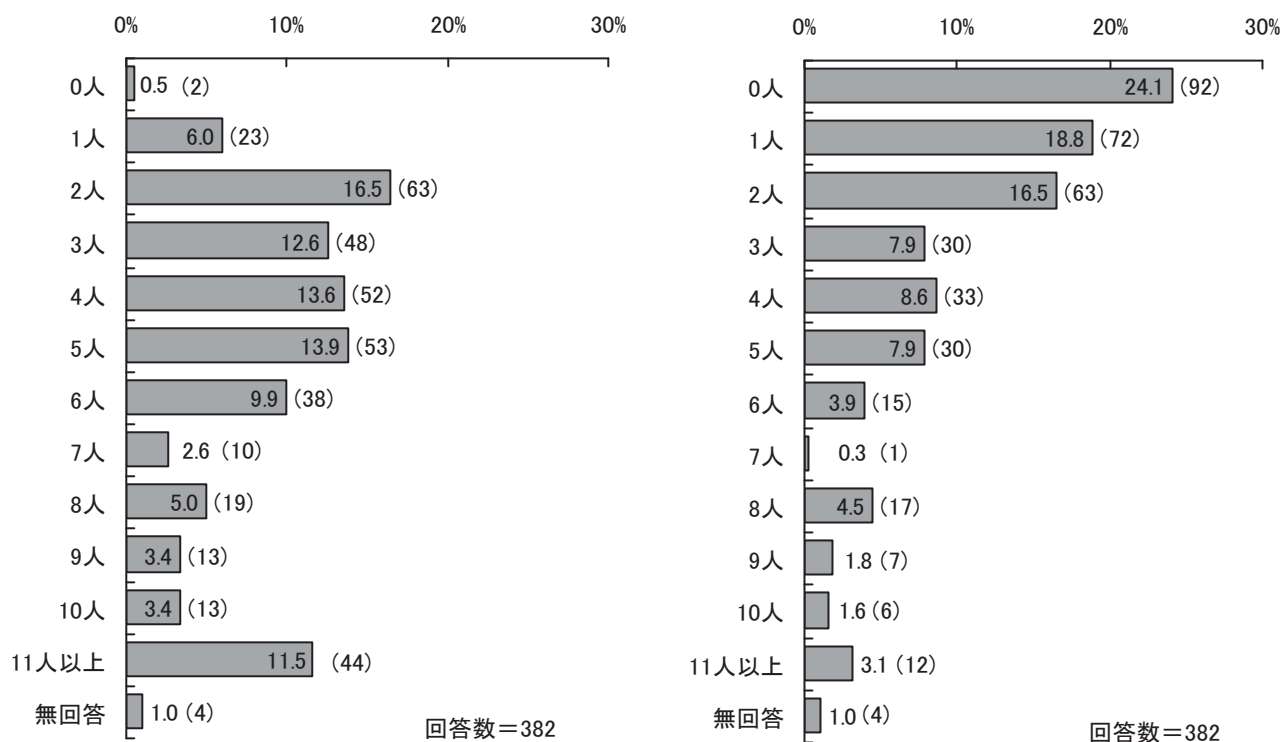
図表2-6 保健師数（単数回答）



保健所の規模は、大きく異なり、それにあわせて職員数も非常に幅があり、総員数では、10人から355人までの幅がある。その中で、保健師数も、2人から182人までの幅があり、平均では、全体で14.8人であり、県型保健所では10.1人である。

(2) 精神保健福祉担当の職員数と専従職員数

図表 2-7 精神保健福祉担当職員数（単数回答） 図表 2-8 専従の精神保健福祉担当職員数（単数回答）



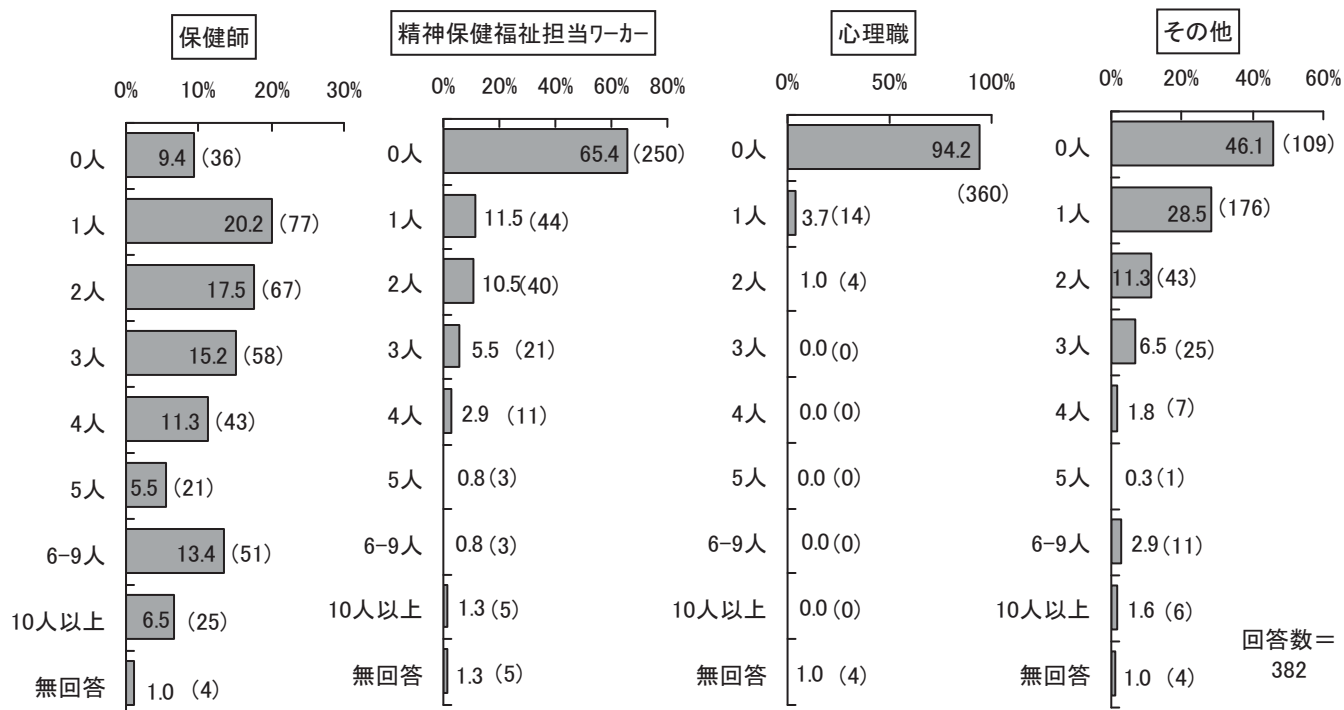
図表 2-9 設置主体×精神保健福祉担当の職員数と専従職員数

	回答数 (か所)	精神保健福祉 担当の職員数	専従職員数
		平均 (人)	平均 (人)
全体	382	7.9	3.1
都道府県	297	4.9	2.4
指定都市	13	36.2	15.5
その他	72	16.0	4.1

一保健所あたり、精神保健福祉担当職員は、全体では7.9人で、県型では4.9人である。そのうち、精神保健福祉業務の専従者については、一保健所あたり平均3.1人で、県型では2.4人であり、専従は担当の半分以下であった。また、4分の1の保健所では専従者はいない状況であった。

(3) 精神保健福祉担当の職員の内訳

図表 2-10 精神保健福祉担当職員数（単数回答）



注：各グラフの目盛りは同一ではない

図表 2-11 設置主体×精神保健福祉担当職員数

	回答数 (か所)	保健師数	精神保健福祉 ワーカー数	心理職数	その他の 職員数
		平均 (人)	平均 (人)	平均 (人)	平均 (人)
全体	382	5.3	1.0	0.1	1.3
都道府県	297	3.1	0.6	0.0	1.0
指定都市	13	22.2	9.6	0.0	4.4
その他	72	11.7	1.5	0.1	2.5

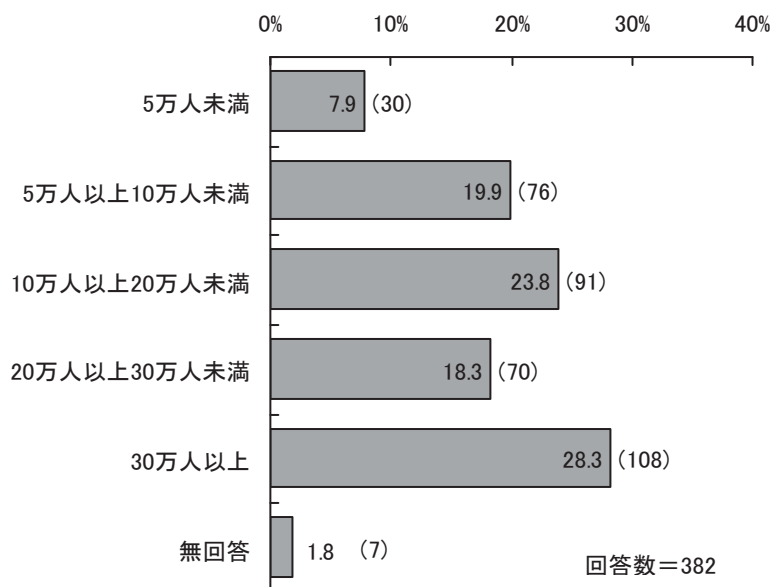
担当者の職種の内訳（県型）は、保健師 5.3 (3.1) 人 精神保健福祉ワーカー1.0 (0.6) 人、心理職 0.1 (0.0) 人、その他の職員 1.3 (1.0) 人となっている。非常に少ない職員で、精神保健福祉業務を担当しているのが実態である。

4 管内の状況（問2）

問2 平成22年4月1日現在の管内の状況についておたずねします。

（1）管内人口

図表2-12 管内人口（単数回答）



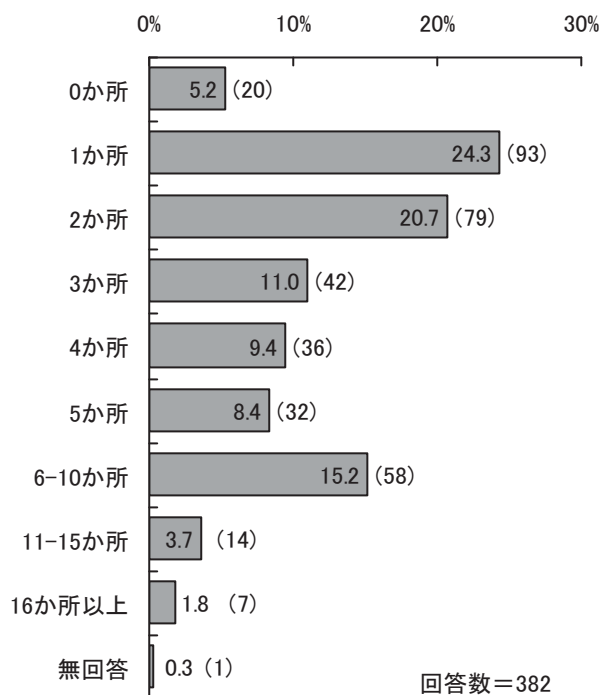
図表2-13 設置主体×管内人口

	回答数 (か所)	5万人未満	10万人未満 5万人以上	20万人未満 10万人以上	30万人未満 20万人以上	30万人以上	無回答
全体	382	30	76	91	70	108	7
	100.0	7.9	19.9	23.8	18.3	28.3	1.8
都道府県	297	29	74	77	56	56	5
	100.0	9.8	24.9	25.9	18.9	18.9	1.7
指定都市	13	0	0	0	0	12	1
	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	92.3	7.7
その他	72	1	2	14	14	40	1
	100.0	1.4	2.8	19.4	19.4	55.6	1.4

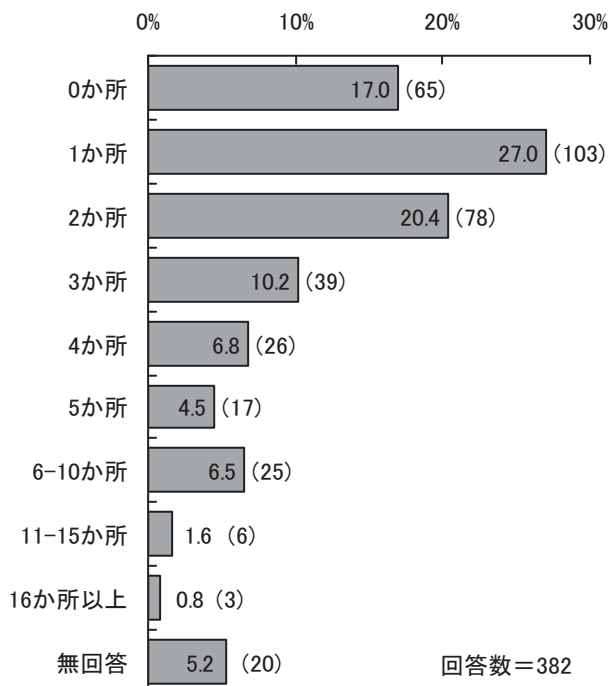
保健所の管内人口は、最小 1.36 万人から、最大 368 万人（横浜市）まで 270 倍の幅がある。県型の平均は、約 19 万である。

(2) 管内精神科病院数

図表 2-14 管内精神科病院数 (単数回答)



図表 2-15 管内単科精神科病院数 (単数回答)



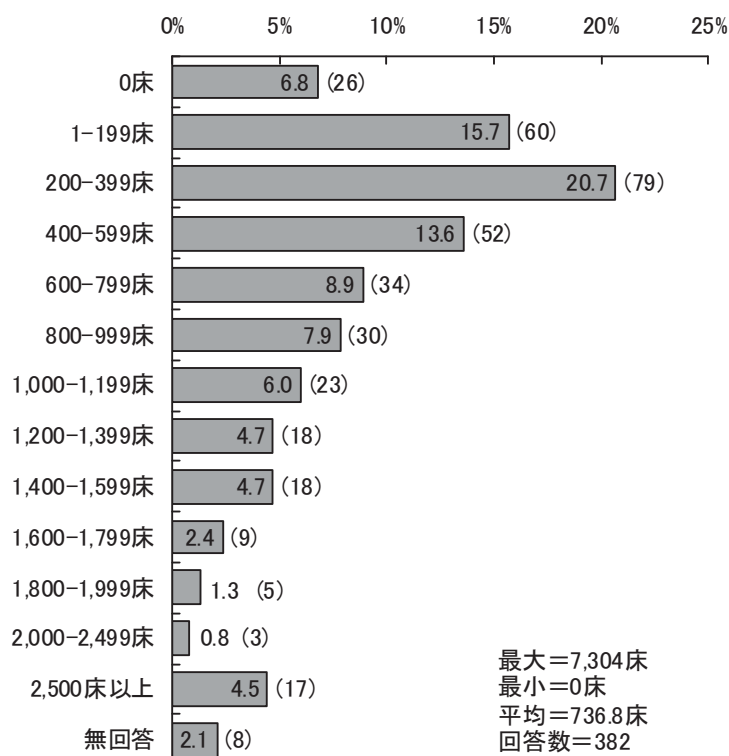
図表 2-16 設置主体×管内精神科病院数と管内単科精神科病院数

	回答数 (か所)	精神科病院数	単科精神科病院数
		平均 (か所)	平均 (か所)
全体	382	3.7	2.4
都道府県	297	3.0	2.0
指定都市	13	13.1	9.0
その他	72	5.2	3.1

管内に精神科病院がないのは 20 (5.2%) で、単科精神科病院がないのが 65 (17.0%) であることから、45 (11.8%) は総合病院の精神科のみがあると考えられる。管内の精神科病院数は、全体で 3.7、県型では 3.0 であり、管内の病院数には全体で 0~37、県型で 0~15 と幅はあるものの連携できない数ではなく、各保健所の病院へのアプローチが期待される。

(3) 管内精神科病床数

図表 2-17 管内精神科病床数 (単数回答)



図表 2-18 設置主体×管内精神科病床数

	回答数 (か所)	精神科病床数
		平均 (床)
全体	382	719.2
都道府県	297	579.0
指定都市	13	2,817.8
その他	72	944.4

病床数は、0~7,304床まで非常に幅があり、今後、精神科病床についても、地域保健医療計画での必要病床の検討が必要である。

一方、精神科病床がないのは26(6.8%)であることから、管内に精神科病院がない保健所は20であることから、6か所では病床がない外来のみの精神科病院があるかと思われる。

このような精神科病床のない地域では、アウトリーチで精神障害者の地域支援を行うニーズが特に高い地域である。

◆第3節 精神障害者の地域移行支援の実施状況

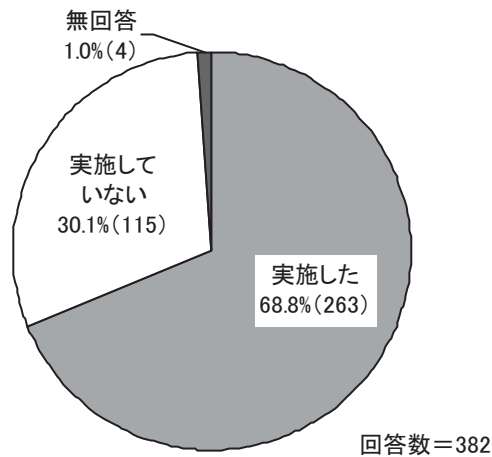
1 地域移行支援の実施状況（問3）

問3 精神障害者の地域移行支援(21年度以降)の実施についておたずねします。

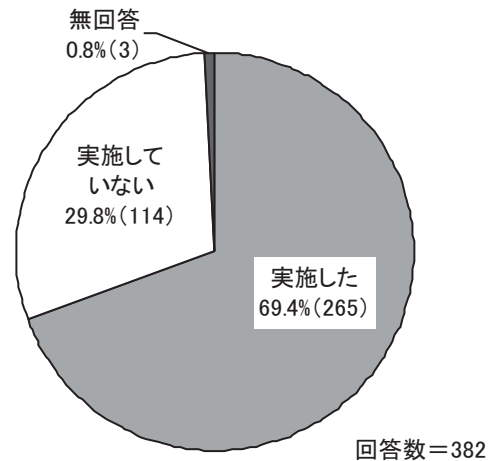
- ①平成21年度の保健所管内での地域移行支援の実施状況は。実施した場合、事業対象者実人数と退院者実人数も記入して下さい。(○は1つ)
- ②平成22年度(12月まで)の保健所管内での地域移行支援の実施状況は。(○は1つ)

(1) 平成21年度および平成22年度の地域移行支援の実施状況

図表2-19 平成21年度（単数回答）

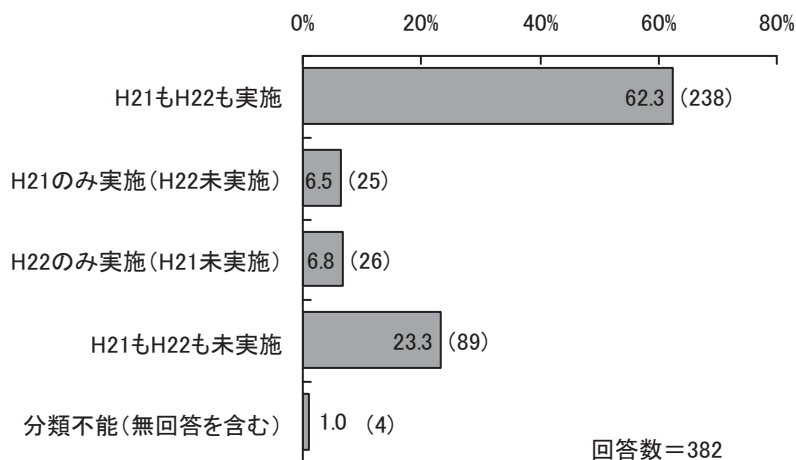


図表2-20 平成22年度（単数回答）



注：平成22年度は12月までの取り組み状況

図表2-21 地域移行支援の実施状況（単数回答）



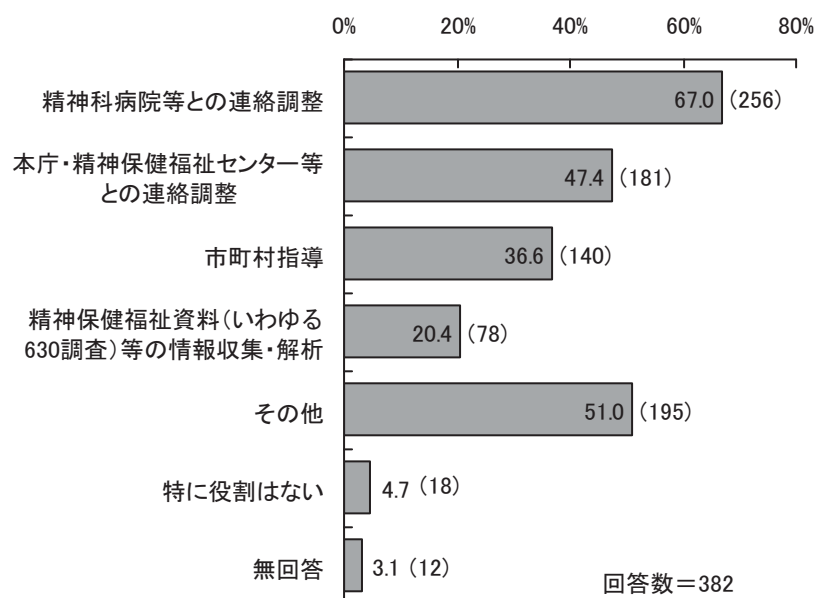
注：平成22年度は12月までの取り組み状況

実施保健所は、平成 21 年度には 263 (68.8%) であったのが、平成 22 年度には 265 (69.4%) とわずかに増えている。平成 22 年度から本事業を開始したのは、26 (6.8%) と思われるが、一方、平成 21 年度は実施しているが、平成 22 年度には実施していないと答えている保健所が 25 (6.5%) ある。これらの保健所に電話による問い合わせをすると、事業を行っていないわけではないが、病院等からの対象者の推薦がないので、実質的に行っていない状況であるとのことであった。全国的には、事業の拡大がうまくいっていないようである。

(2) 保健所の役割 (問 4)

問 4 地域移行支援について、実態として保健所はどのような役割を果たしていますか。(あてはまるものすべてに○)

図表 2-22 保健所の役割 (複数回答)



保健所の 67.0% は「精神科病院との連絡調整」を行っている。それ以外に、47.4% は「本庁等との連絡」を、36.8% は「市町村指導」を行っているが、「630 調査の解析」を行っているのは 20.4% に過ぎない。

図表 2-23 設置主体×保健所の役割

	回答数 (か所)	精神科病院等との 連絡調整	本庁・精神保健福 祉センター等と の連絡調整	市町村指導	精神保健福祉資 料等の情報収 集・解析	その他	特に役割はない	無回答
全 体	382	256	181	140	78	195	18	12
	100.0	67.0	47.4	36.6	20.4	51.0	4.7	3.1
都道府県	297	215	151	134	74	153	10	5
	100.0	72.4	50.8	45.1	24.9	51.5	3.4	1.7
指定都市	13	5	5	0	0	3	5	1
	100.0	38.5	38.5	0.0	0.0	23.1	38.5	7.7
その他	72	36	25	6	4	39	3	6
	100.0	50.0	34.7	8.3	5.6	54.2	4.2	8.3

図表 2-24 地域移行支援の実施状況×保健所の役割

	回答数 (か所)	精神科病院等との 連絡調整	本庁・精神保健福 祉センター等 との連絡調整	市町村指導	精神保健福祉資 料等の情報収 集・解析	その他	特に役割はない	無回答
全 体	382	256	181	140	78	195	18	12
	100.0	67.0	47.4	36.6	20.4	51.0	4.7	3.1
H21 も H22 も実施	238	177	131	100	57	136	4	1
	100.0	74.4	55.0	42.0	23.9	57.1	1.7	0.4
H21 のみ実施(H22 未実施)	25	18	10	7	4	9	3	0
	100.0	72.0	40.0	28.0	16.0	36.0	12.0	0.0
H22 のみ実施(H21 未実施)	26	22	18	16	5	12	0	0
	100.0	84.6	69.2	61.5	19.2	46.2	0.0	0.0
H21 も H22 も未実施	89	39	22	17	12	36	11	9
	100.0	43.8	24.7	19.1	13.5	40.4	12.4	10.1

注：地域移行支援の実施状況の「分類不能（無回答を含む）」は掲載を省略

注：平成 22 年度は 12 月までの取り組み状況

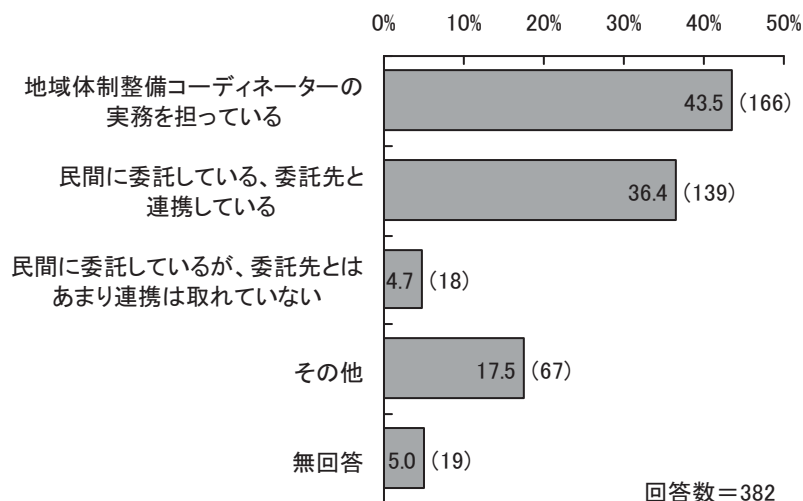
指定都市では、「特に役割がない」が 5 (38.5%) と多いが、指定都市は精神保健福祉センターを市として設置していることから、役割分担が行われているようである。

本事業を平成 21・22 年度とも行っている保健所では、それぞれの役割を果たしている率は高いが、未実施保健所でも、率は低い精神科病院との連絡調整は行っている。また、平成 22 年度から本事業に取り組む保健所では、「630 調査の解析」以外には、高い率で役割を果たそうとしている。

2 地域体制整備コーディネーターとの連携（問5）

問5 地域移行支援について、実態として保健所と地域体制整備コーディネーターとの関係は次のどれにあてはまりますか。（あてはまるものすべてに○）

図表 2-25 地域体制整備コーディネーターとの連携（複数回答）

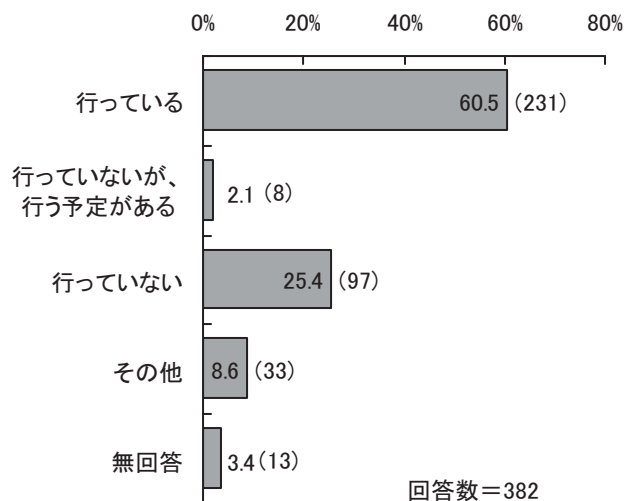


保健所が地域体制整備コーディネーターをしているのは43.5%である。一方、委託しているが連携をしているのが36.4%であるが、連携がとれていないのは4.7%だけであり、8割の保健所はコーディネーター機能にかかわっている。

3 病院へのアプローチの有無（問6）

問6 地域移行支援について、保健所は病院へのアプローチ（事業の病院への説明や患者紹介の依頼）を行っていますか。（○は1つ）

図表 2-26 病院へのアプローチの有無（単数回答）



図表 2-27 設置主体×病院へのアプローチの有無

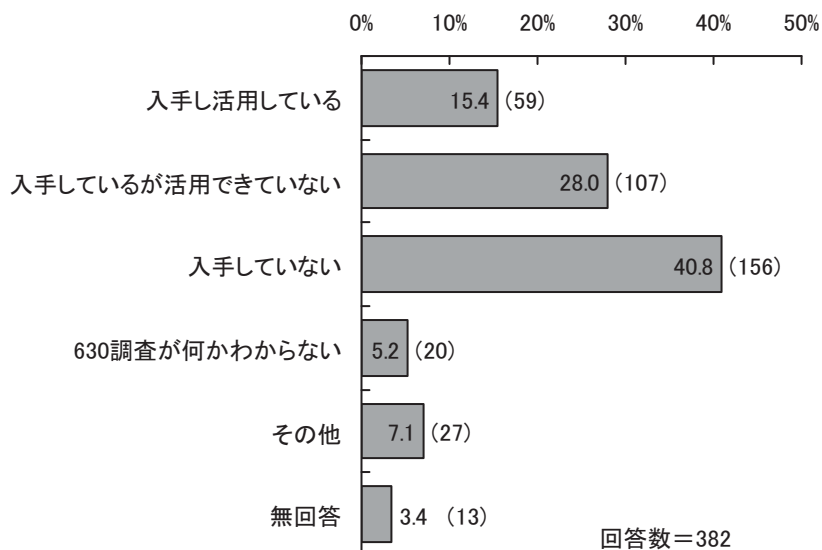
	回答数 (か所)	行っている	行っていないが、 行う予定がある	行っていない	その他	無回答
全体	382	231	8	97	33	13
	100.0	60.5	2.1	25.4	8.6	3.4
都道府県	297	210	7	61	14	5
	100.0	70.7	2.4	20.5	4.7	1.7
指定都市	13	5	0	3	3	2
	100.0	38.5	0.0	23.1	23.1	15.4
その他	72	16	1	33	16	6
	100.0	22.2	1.4	45.8	22.2	8.3

60.5%が病院へのアプローチを行っているが、25.4%は行っておらず、地域移行支援の推進には病院の協力は不可欠であり、病院への働きかけには保健所のかかわりが必要である。

4 精神保健福祉資料（630調査）のデータ活用状況（問7）

問7 地域移行支援について、管内病院の精神保健福祉資料(いわゆる 630 調査)のデータを活用していますか。(○は1つ)

図表 2-28 精神保健福祉資料（630調査）のデータ活用状況（単数回答）



図表 2-29 設置主体×精神保健福祉資料（630調査）のデータ活用状況

	回答数 (か所)	入手し活用している	入手しているが活用できていない	入手していない	630調査が何かわからない	その他	無回答
全体	382	59	107	156	20	27	13
	100.0	15.4	28.0	40.8	5.2	7.1	3.4
都道府県	297	55	92	116	10	18	6
	100.0	18.5	31.0	39.1	3.4	6.1	2.0
指定都市	13	1	6	1	0	3	2
	100.0	7.7	46.2	7.7	0.0	23.1	15.4
その他	72	3	9	39	10	6	5
	100.0	4.2	12.5	54.2	13.9	8.3	6.9

「活用できている」のは、15.4%に過ぎず、「入手していない」が40.8%であり、「630調査そのものを知らない」のは5.2%と半分近くの保健所は、入手さえできていない。毎年全病院が協力し、入院患者の実態が克明にわかる調査であるので、地域移行支援を効果的に実施するために、活用する保健所が増えることを期待したい。

図表 2-30 都道府県×精神保健福祉資料（630調査）のデータ活用状況

	回答数 (か所)	入手し活用している	入手しているが活用できていない	入手していない	630調査が何かわからない	その他	無回答	「入手し活用している」+「入手していない」
全体	382	15.4	28.0	40.8	5.2	7.1	3.4	43.4
北海道	27	7.4	77.8	3.7	0	3.7	7.4	85.2
宮城県	6	66.7	0	33.3	0	0	0	66.7
山形県	3	33.3	33.3	0	0	0	33.3	66.6
栃木県	5	20.0	40.0	40.0	0	0	0	60.0
新潟県	11	18.2	63.6	18.2	0	0	0	81.8
石川県	4	0	50.0	25.0	25.0	0	0	50.0
山梨県	3	0	66.7	0	0	33.3	0	66.7
静岡県	7	42.9	14.3	0	0	28.6	14.3	57.2
滋賀県	6	16.7	50.0	16.7	0	16.7	0	66.7
大阪府	14	50.0	35.7	0	0	7.1	7.1	85.7
兵庫県	14	35.7	57.1	0	0	0	7.1	92.8
和歌山県	5	40.0	20.0	20.0	0	20.0	0	60.0
鳥取県	3	66.7	0	0	0	33.3	0	66.7
島根県	6	16.7	33.3	33.3	16.7	0	0	50.0
岡山県	7	28.6	42.9	14.3	0	14.3	0	71.5
山口県	4	25.0	75.0	0	0	0	0	100.0
徳島県	6	16.7	33.3	50.0	0	0	0	50.0
香川県	4	50.0	25.0	25.0	0	0	0	75.0
長崎県	9	66.7	33.3	0	0	0	0	100.0
大分県	5	60.0	0	40.0	0	0	0	60.0
鹿児島県	11	9.1	45.5	36.4	0	9.1	0	54.6
沖縄県	6	0	66.7	16.7	0	0	16.7	66.7

注：「入手し活用している」+「入手しているが活用できていない」が50%を上回った都道府県を掲載

活用には都道府県間隔差があり、少なくとも入手している保健所が50%を超えているのが、22都道府県とおよそ半分であり、特に50%以上の保健所が「入手して活用している」のは、宮城、大阪、鳥取、香川、長崎、大分の各県であり、地域移行に一定の成果をあげている県である。

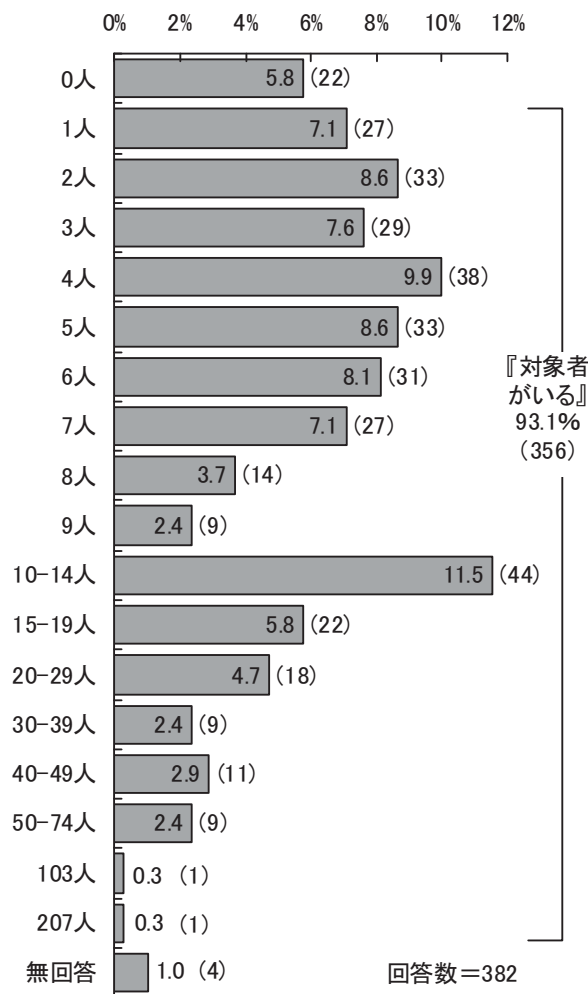
◆第4節 アウトリーチ対象者の実態と対応

1 アウトリーチ対象者数の実態（問8）

問8 平成22年11月の1か月間に、医療的支援が必要であると思われ（例えば治療中断や未治療等）、保健所に支援等を求めて相談があった精神障害者等（認知症を除く）の実数は、何人ですか。

※延人数ではなく、実人数（複数回の相談があっても、同じ人に関する相談であれば、1人とカウント）を記入して下さい

図表 2-31 平成22年11月（1か月間）のアウトリーチ対象者数（単数回答）



対象者がいる保健所が93.1%で、対象者は1人から207人と非常に幅がある。一保健所あたりの平均では10.7人である。県型保健所は、平均は7.6人であるが、最大72人の保健所もあり、人口規模や地域性があるものと思われる。

図表 2-32 設置主体別にみたアウトリーチ対象者数

	回答数 (か所)	把握しているアウトリーチ対象者数合計 (人)	1保健所あたりの平均 人数(人)	1保健所あたりの最大 (人)
全体	378	4,051	10.7	207
都道府県	296	2,258	7.6	72
指定都市	12	592	49.3	207
その他	70	1,201	17.2	74

図表 2-33 アウトリーチ対象者数推計のための基礎数値の試算(人口10万人あたりの推計)

	全体で算出した場合		人口10万人あたりの精神保健福祉専従職員数が平均値以上の保健所の数値を基に算出した場合		人口10万人あたりの精神保健福祉担当実人数が平均値以上の保健所の数値を基に算出した場合	
	算出根拠となった保健所数(か所)	10万人あたりの平均人数(人)	算出根拠となった保健所数(か所)	10万人あたりの平均人数(人)	算出根拠となった保健所数(か所)	10万人あたりの平均人数(人)
全体	350	5.20	145	5.86	105	7.44
都道府県	273	5.22	114	6.08	82	7.67
指定都市	9	4.43	3	6.35	2	4.39
その他	68	5.22	28	4.91	21	6.82

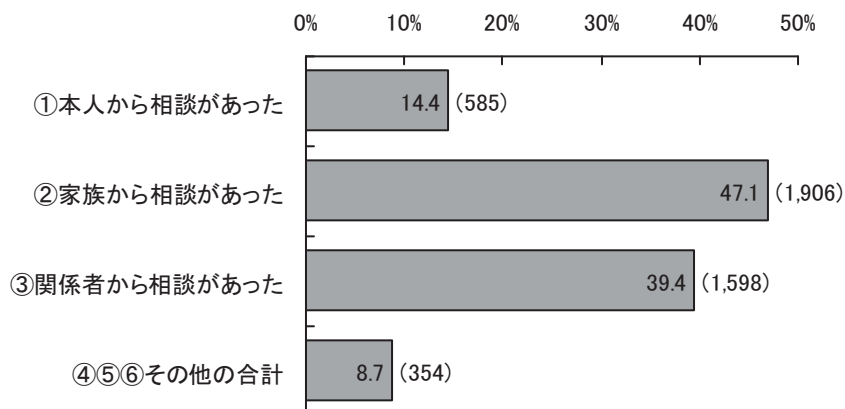
注：上記すべてに共通する要件として、アウトリーチ対象者が0と回答した保健所は除外して算出している

職員配置が比較的充実している保健所を抽出して、10万人あたりの対象者の出現数を出してみると5.86人と7.44人となる。

2 アウトリーチ対象者の相談経路（問 8－1）

問 8-1 ★の実人数について、どのような方法で、相談等につながりましたか。
※いない場合は、「0」を記入して下さい

図表 2-34 アウトリーチ対象者の相談経路（複数回答）



図表 2-35 アウトリーチ対象者の相談経路

	回答数 (か所)	相談人数合計 (人)	アウトリーチ対象者 (4,051人)に占める割合 (%)	1保健所あたりの平均 (人)	1保健所あたりの最大 (人)
①本人から相談があった	154	585	14.4	3.8	29
②家族から相談があった	317	1,906	47.1	6.0	88
③関係者から相談があった	306	1,598	39.4	5.2	85
④⑤⑥その他の合計	134	354	8.7	0.5	21.0
合計	-	4,443	-	11.6	-

注：複数回答であるため、合計はアウトリーチ対象者の実数 4,051 人と一致しない

今回の調査に回答した全保健所の平成 22 年 11 月の 1 か月間のアウトリーチ対象者の合計は、4,051 人であり、同じ対象に関して複数の相談者があることから、相談経路の延べ人数としては 4,443 人となっている。

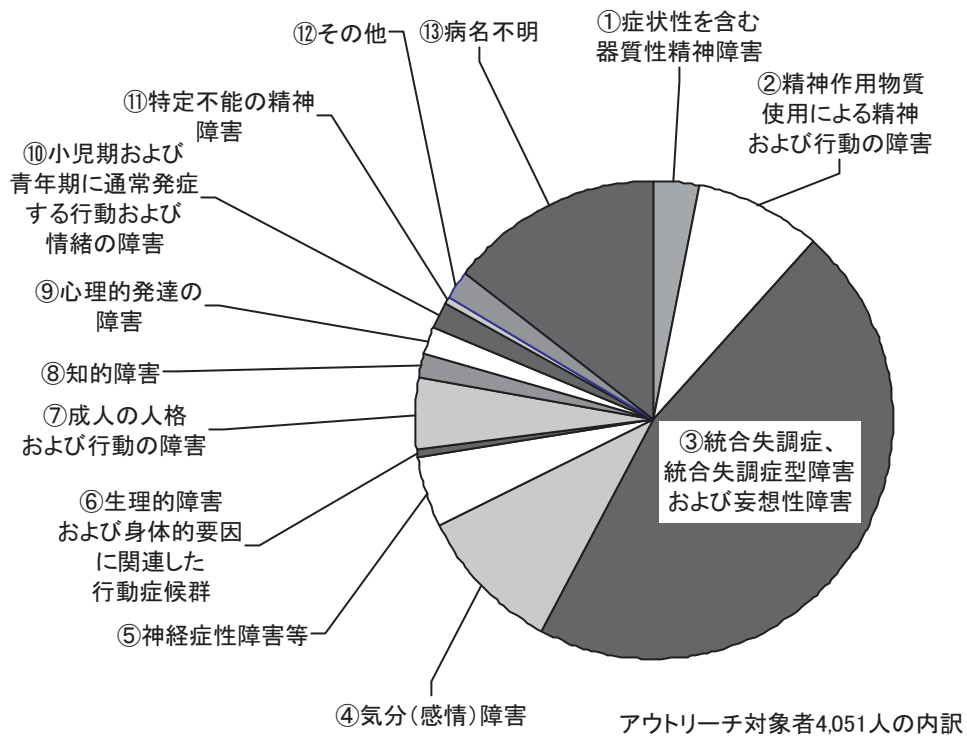
相談経路では、家族が 47.1%と最も多く、関係者が 39.4%と続き、本人からの相談は 14.4%に過ぎない。また、本人からの相談がある保健所は 154 に限られており、半分以上の保健所では本人からの相談はないことになる。「その他」には近隣住民、警察などからの相談が含まれている。

3 アウトリーチ対象者の疾患名（問8-2）

問8-2 ★の実人数について、相談があった方たちの疾患はどのようなものですか。（暫定診断、疑診断を含む）

※いない場合は、「0」を記入して下さい

図表 2-36 アウトリーチ対象者の疾患名（単数回答）



相談者のうち、アウトリーチ支援の対象となる疾患である統合失調症（45.1%）と気分障害（9.8%）をあわせると半分以上を占めている。保健所等で対応に困難を感じることの多いといわれている人格障害は4.5%と割合は多くはなかった。

図表 2-37 アウトリーチ対象者の疾患名

	回答数 (か所)	疾患別 人数合計 (人)	アウトリーチ 対象者 (4,051人) に 占める割合 (%)	1 保健所あたりの 平均人数 (人)	1 保健所あたりの 最大 (人)
①症状性を含む器質性精神障害	67	123	3.0	1.8	14
②精神作用物質使用による精神および行動の障害	140	346	8.5	2.5	39
③統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	314	1,829	45.1	5.8	77
④気分(感情)障害	169	395	9.8	2.3	34
⑤神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	102	193	4.8	1.9	11
⑥生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	12	19	0.5	1.6	5
⑦成人の人格および行動の障害	105	184	4.5	1.8	12
⑧知的障害(精神遅滞)	52	72	1.8	1.4	4
⑨心理的発達の障害	48	82	2.0	1.7	7
⑩小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	40	64	1.6	1.6	5
⑪特定不能の精神障害	17	21	0.5	1.2	3
⑫その他	48	79	2.0	1.6	7
⑬病名不明	187	571	14.1	3.1	23
合計	-	3,978	-	-	-

注：単数回答であるが、無回答があるため、合計はアウトリーチ対象者の実数 4,051 人とは一致しない

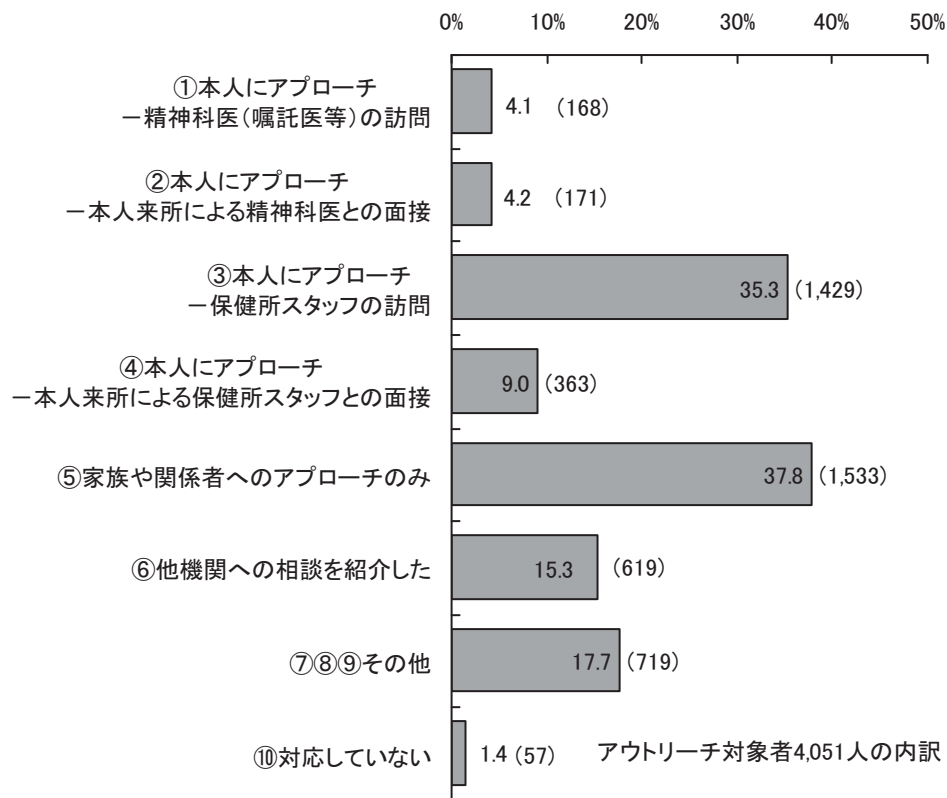
4 アウトリーチ対象者への対応内容（問8-3）

問8-3 ★の実人数について、どのように対応しましたか。

※いない場合は、「0」を記入して下さい

※2回面接したとしても1人としてカウント(実人数カウント)して下さい

図表2-38 アウトリーチ対象者への対応内容（複数回答）



保健所のスタッフが本人に訪問をしているのは35.3%、嘱託医が訪問をしているのは4.1%であり、保健所が本人への訪問を対象者の少なくとも3分の1以上には行っている。

一保健所あたりでは、スタッフの本人への訪問が5.0人であり、嘱託医の訪問が2.1人となる。

図表 2-39 アウトリーチ対象者への対応内容

	回答数 (か所)	対応内容別人数合計 (人)	アウトリーチ対象者 (4,051人)に 占める割合(%)	1保健所あたりの平均人数 (人)	1保健所あたりの最大(人)
①本人にアプローチー精神科医(嘱託医等)の訪問	69	168	4.1	2.4	22
②本人にアプローチー本人来所による精神科医との面接	83	171	4.2	2.1	24
③本人にアプローチー保健所スタッフの訪問	283	1,429	35.3	5.0	62
④本人にアプローチー本人来所による保健所スタッフとの面接	121	363	9.0	3.0	34
⑤家族や関係者へのアプローチのみ	283	1,533	37.8	5.4	93
⑥他機関への相談を紹介した	155	619	15.3	4.0	71
⑦⑧⑨その他	184	719	17.7	3.9	37
⑩対応していない	19	57	1.4	3.0	10
合計	—	5,059	—	—	—

注：複数回答であるため、合計はアウトリーチ対象者の実数 4,051 人とは一致しない

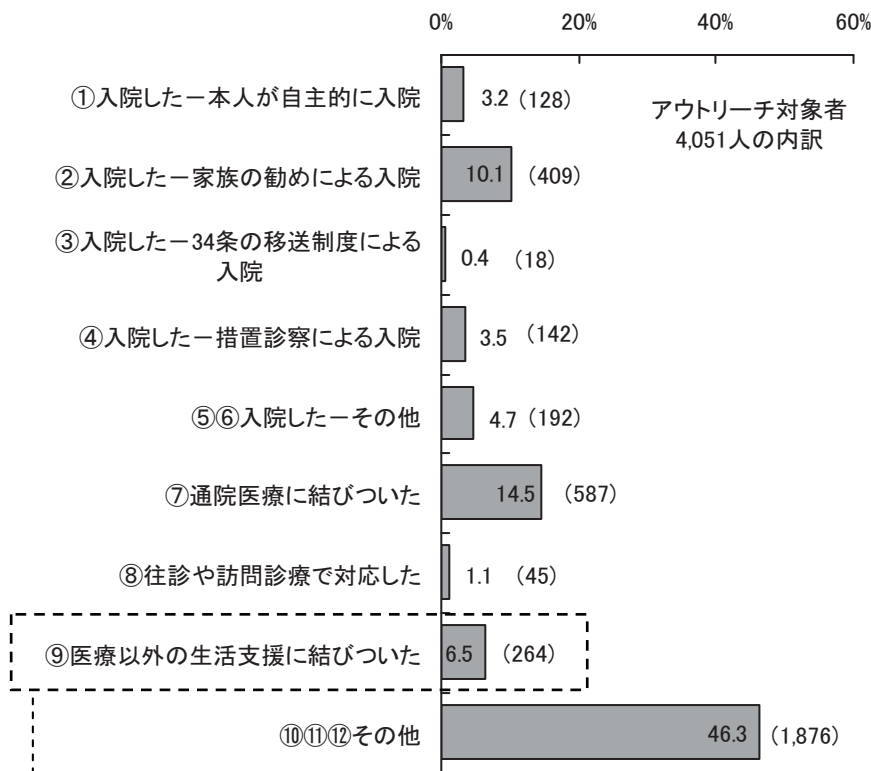
図表 2-40 対応内容：「⑦⑧⑨その他」に記載された具体的内容（抜粋、（ ）内は件数）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係機関との連携対応（45） ・ 家族支援（43） ・ 医療機関、主治医との連携対応（36） ・ 本人へのアプローチー電話（24） ・ 警察との連携対応（12） ・ 受診支援（24） など

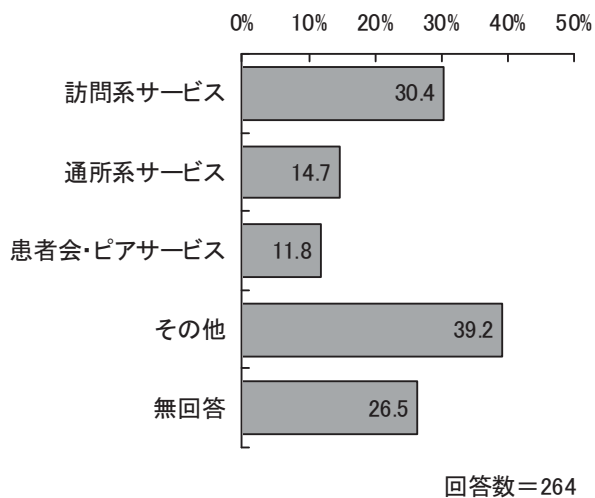
5 アウトリーチ対象者への対応結果（問8-4）

問8-4 ★の実人数について、対応結果はどうなりましたか。
※いない場合は、「0」を記入して下さい

図表 2-41 アウトリーチ対象者への対応結果（複数回答）



図表 2-42 結びついた具体的な支援内容（複数回答）



対応の結果として、上図によると入院になった者が 889 人（①～⑥の合計、但し複数回答）で、これを実人数にすると後述の図表 2-45 にあるとおり 868 人となる。本人が自主的に入院したのは、入院者実数 868 人のうち 128 人に過ぎず、それ以外の 761 人は本人の意思によらない強制的な入院である可能性が高い。

また、アウトリーチ対象者 4,051 人のうち、通院医療に結びついたのは 587 人に過ぎない。

「その他」が 1,876 人と最も多いが、支援を継続しているのが最も多く、家族への支援や結果が確認されていない等も含まれている。

また、医療以外の生活支援に結びついたのは 264 人と少なく、その中でも訪問系のサービスは 30.4%と非常に限られている。保健所の支援が医療中心の受診勧奨である現状を反映している。

また、医療以外の生活支援に結びついたのは 264 人と少なく、その中でも訪問系のサービスは 30.4%と非常に限られている。保健所の支援が医療中心の受診勧奨である現状を反映している。

図表 2-43 アウトリーチ対象者への対応結果

	回答数 (か所)	対応結果別 人数合計(人)	アウトリーチ 対象者(4,051 人)に占める 割合(%)	1保健所あたり の平均 人数(人)	1保健所あたり の最大 (人)
①入院した—本人が自主的に入院	81	128	3.2	3.2	9
②入院した—家族の勧めによる入院	185	409	10.1	10.1	16
③入院した—34条の移送制度による入院	11	18	0.4	0.4	4
④入院した—措置診察による入院	89	142	3.5	3.5	14
⑤⑥入院した—その他	100	192	4.7	1.9	14
入院した人の合計	—	889	1.1	1.1	—
⑦通院医療に結びついた	201	587	14.5	14.5	44
⑧往診や訪問診療で対応した	28	45	1.1	1.1	7
⑨医療以外の生活支援に結びついた	102	264	6.5	6.5	23
⑩⑪⑫その他	292	1,876	46.3	6.4	82
合計	—	3,661	—	14.5	—

注：複数回答であるが、無回答があるため、合計はアウトリーチ対象者の実数 4,051 人と一致しない

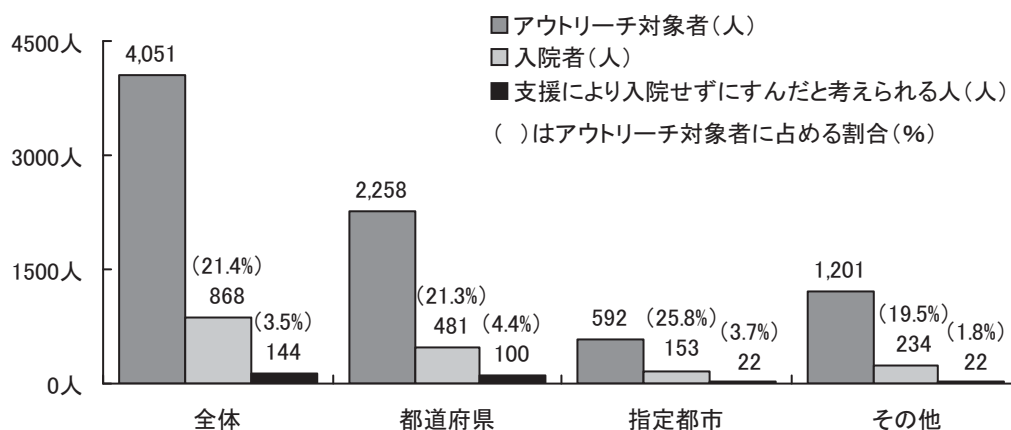
図表 2-44 対応結果：「⑤⑥入院した—その他」に記載された具体的内容（抜粋、（ ）内は件数）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療保護入院 (31) ・ 関係者のすすめによる入院 (11) ・ 警察の協力による入院 (8) ・ 救急車搬送による入院 (7) ・ 24 条通報の結果、病院紹介 (3) ・ 25 条の検察官の通報による入院 ・ 市、保健所、警察がかかわって強制入院となる ・ 市外で生活保護を受給して入院 ・ 生活保護の廃止および離婚という条件提示で任意入院 ・ 受診勧奨による入院 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族による入院に保健所、警察が見守り協力 ・ 身体疾患症状悪化などによる救急車搬送 ・ 急性すい炎のため内科に入院 ・ 産科入院にあわせて精神科受診 ・ 入院した産婦人科から精神科に転科 ・ 他科に入院した ・ 内科等への入院 ・ 受診援助 など
--	--

6 入院者および入院者に対するアウトリーチ支援の効果（問8-5）

問8-5 問8-4で入院した人がいると回答した場合、アウトリーチ支援をしていれば入院せずにすんだ(在宅を続けられた)であろう人はどれくらいいますか。

図表2-45 入院者および入院者に対するアウトリーチ支援の効果



注：上記入院者の合計 868 人は入院者の実人数である。図表 2-43 の入院した人の合計 889 人は複数回答の結果をたし上げた結果であるため、実数とは一致しない。

図表2-46 入院者および入院者に対するアウトリーチ支援の効果

		回答数 (か所)	合計 (人)	アウトリーチ対象者(人)に占める割合(%)	1人あたりの平均人数(人)	1保健所あたりの人数(人)
アウトリーチ対象者数(再掲)	全体	378	4,051	—	10.7	207
	都道府県	296	2,258	—	7.6	72
	指定都市	12	592	—	49.3	207
	その他	70	1,201	—	17.2	74
入院者	全体	351	868	21.4	2.5	37
	都道府県	274	481	21.3	1.8	12
	指定都市	10	153	25.8	15.3	37
	その他	67	234	19.5	3.5	19
支援により入院せずにすんだと考えられる人	全体	78	144	3.5	1.9	12
	都道府県	62	100	4.4	1.7	12
	指定都市	6	22	3.7	3.7	10
	その他	10	22	1.8	2.2	7

注：上記入院者の合計 868 人は入院者の実人数である。

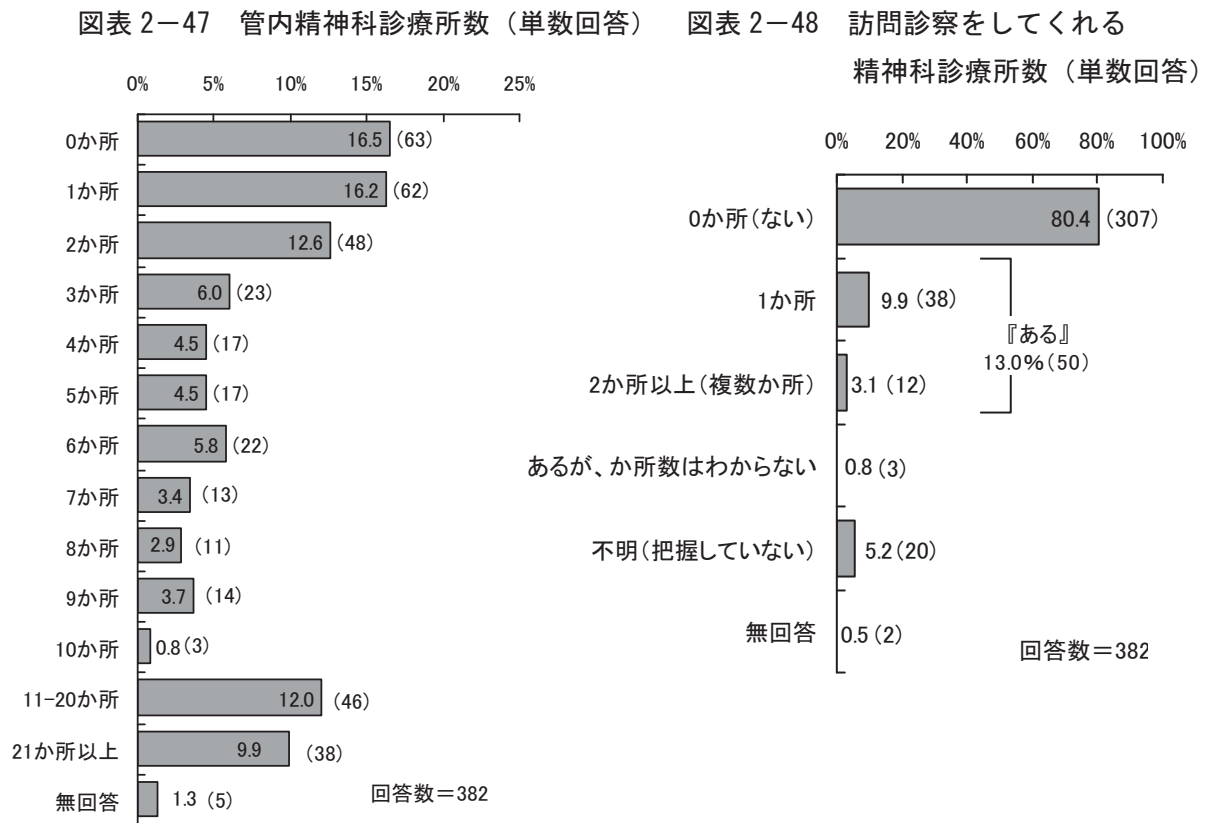
入院となった対象者のうち、もしアウトリーチ支援があれば入院しなくてもすんだであろうと保健所職員が考えるのは 144 人（入院者実数 868 人の 16.6%）であり、アウトリーチ対象者全体の 3.5%にあたる。また、一保健所あたりの平均は 1.9 人であり、保健所での対応が十分できる数である。

◆第5節 アウトリーチ支援を展開するための 地域資源整備状況と今後の予定

1 アウトリーチ支援対応機関の有無（問9）

問9 保健所管内に、初診患者でも、以下のような対応をしてくれる機関はありますか。

（1）訪問診察をしてくれる精神科診療所の有無



精神科診療所が 0 であるのは 16.5%で、それらはすべて県型保健所管内で、県型の保健所の 21.2%を占めている。しかし、逆にいえば、都市型の保健所では、精神科診療所が管内にない保健所はないということであり、県型保健所でさえも 8 割近くが少なくとも精神科診療所が 1 か所はあるということである。

しかし、初診患者でも訪問診療を実施してくれる精神科診療所となると 80.4%が「ない」と答えており、アウトリーチの推進のためには、精神科診療所医師に対してアウトリーチへの理解をもってもらえるような働きかけが必要である。

図表 2-49 設置主体×管内精神科診療所数

	回答数 (か所)	精神科診療所数
		平均 (か所)
全体	382	8.0
都道府県	297	4.1
指定都市	13	44.0
その他	72	17.8

図表 2-50 設置主体×訪問診察をしてくれる精神科診療所数

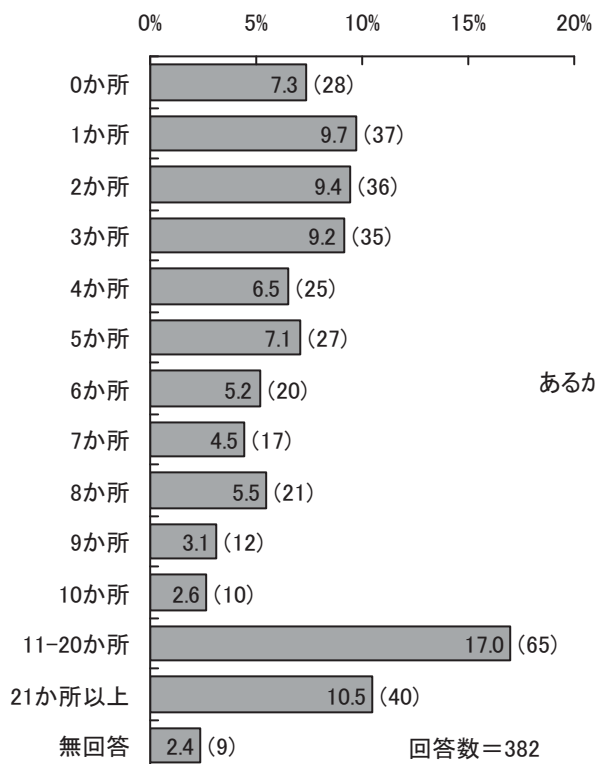
	回答数 (か所)	0 か所 (ない)	1 か所	2 か所以上 (複数か所)	あるが、 か所数 はわからない	不明 (把握して いない)	『ある』
全体	382	307	38	12	3	20	50
	100.0	80.4	9.9	3.1	0.8	5.2	13.0
都道府県	297	257	19	6	0	14	25
	100.0	86.5	6.4	2.0	0.0	4.7	8.4
指定都市	13	4	2	3	0	3	5
	100.0	30.8	15.4	23.1	0.0	23.1	38.5
その他	72	46	17	3	3	3	20
	100.0	63.9	23.6	4.2	4.2	4.2	27.8

注：『ある』 = 「1か所」 + 「2か所以上（複数か所）」

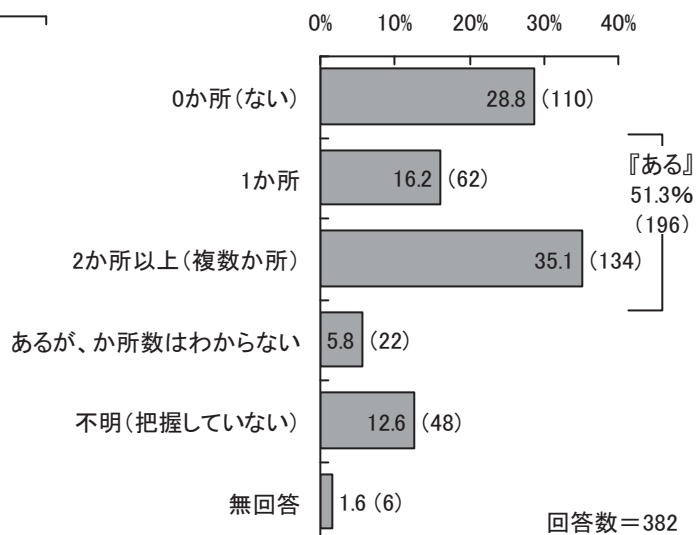
注：訪問診察をしてくれる精神科診療所数の「無回答」は掲載を省略している

(2) 精神科患者に対応してくれる訪問看護の有無

図表 2-51 管内訪問看護ステーション数 (単数回答)



図表 2-52 精神科患者に対応してくれる訪問看護数 (単数回答)



訪問看護ステーションが 0 なのは 7.3%で、そのすべてが県型保健所であり、県型保健所の 9.4%にあたる。つまり、残りの 90%以上では訪問看護ステーションが存在し、県型以外の保健所管内では必ずあるということになる。

一方、精神科患者に対応してくれるステーションがないのは 28.8%であり、これらの情報を把握していない保健所も 18.4%ある。一方、精神科患者に対応している訪問看護ステーションが 1か所以上ある保健所は 51.3%で、県型でも 48.8%あり、約半分は対応する訪問看護ステーションがあることになる。また、一保健所あたり平均 9.3 か所のステーションがあることから、今後、保健所が情報の把握に努めるとともに、精神科への対応への取り組みを訪問看護ステーションに働きかけることも保健所の役割であろう。

図表 2-53 設置主体×管内訪問看護ステーション数

	回答数 (か所)	訪問看護 ステーション数
		平均 (か所)
全 体	382	9.3
都道府県	297	7.6
指定都市	13	35.2
その他	72	12.6

図表 2-54 設置主体×精神科患者に対応してくれる訪問看護数

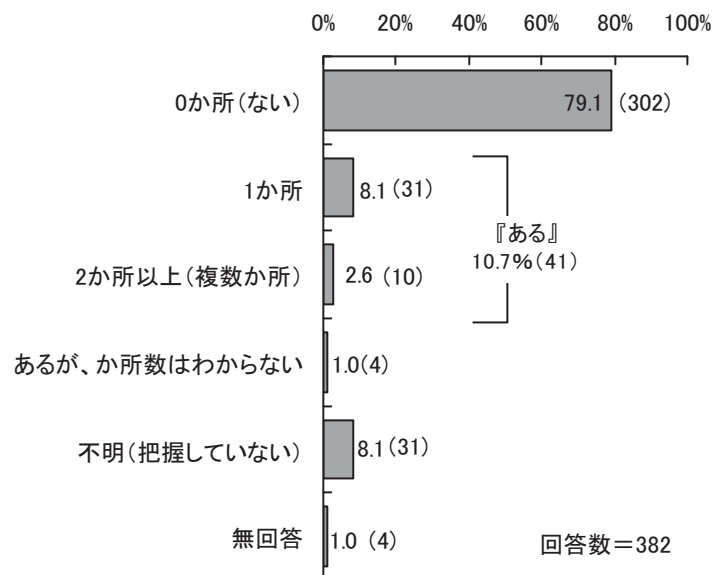
	回答数 (か所)	0 か所 (ない)	1 か所	2 か所以上 (複数か所)	あるが、か所数 はわからない	不明(把握して いない)	『ある』
全 体	382	110	62	134	22	48	196
	100.0	28.8	16.2	35.1	5.8	12.6	51.3
都道府県	297	97	53	92	16	35	145
	100.0	32.7	17.8	31.0	5.4	11.8	48.8
指定都市	13	1	1	7	1	2	8
	100.0	7.7	7.7	53.8	7.7	15.4	61.5
その他	72	12	8	35	5	11	43
	100.0	16.7	11.1	48.6	6.9	15.3	59.7

注：『ある』 = 「1か所」 + 「2か所以上（複数か所）」

注：精神科患者に対応してくれる訪問看護数の「無回答」は掲載を省略している

(3) 入院を前提としない訪問診察をしてくれる精神科病院の有無

図表 2-55 入院を前提としない訪問診察数（単数回答）



図表 2-56 設置主体×入院を前提としない訪問診察数

	回答数 (か所)	0 か所 (ない)	1 か所	2 か所以上 (複数か所)	あるが、 か所数 はわからない	不明 (把握して いない)	『ある』
全体	382	302	31	10	4	31	41
	100.0	79.1	8.1	2.6	1.0	8.1	10.7
都道府県	297	239	23	8	2	23	31
	100.0	80.5	7.7	2.7	0.7	7.7	10.4
指定都市	13	7	1	0	0	4	1
	100.0	53.8	7.7	0.0	0.0	30.8	7.7
その他	72	56	7	2	2	4	9
	100.0	77.8	9.7	2.8	2.8	5.6	12.5

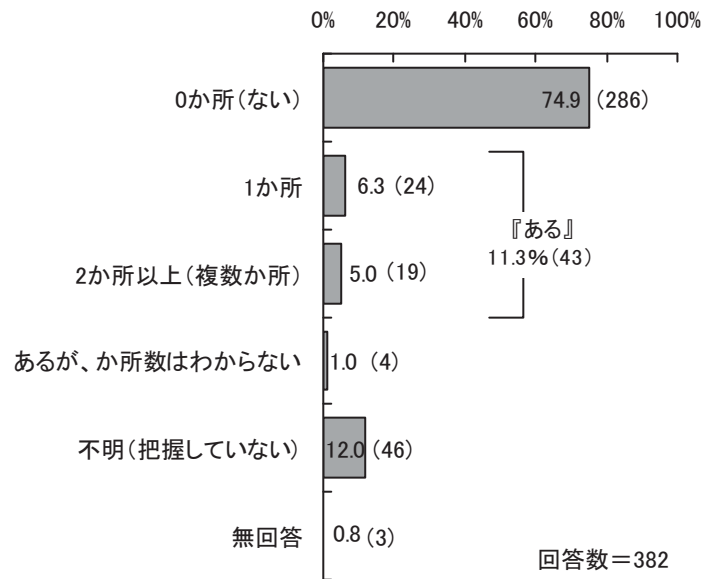
注：『ある』 = 「1か所」 + 「2か所以上（複数か所）」

注：入院を前提としない訪問診察数の「無回答」は掲載を省略している

入院を前提としない訪問診察をしてくれる病院があるのは10.7%に過ぎず、8割はないと答えている。アウトリーチの医師の診察に現時点で対応できそうなのは、1割ほどしかない。

(4) 自院への入院歴がなくとも訪問してくれる病院看護の有無

図表 2-57 自院への入院歴がなくとも訪問してくれる病院看護数（単数回答）



図表 2-58 設置主体×自院への入院歴がなくとも訪問してくれる病院看護数

	回答数 (か所)	0か所 (ない)	1か所	2か所以上 (複数か所)	あるが、か所数は わからない	不明(把握して いない)	『ある』
全体	382	286	24	19	4	46	43
	100.0	74.9	6.3	5.0	1.0	12.0	11.3
都道府県	297	226	19	15	3	33	34
	100.0	76.1	6.4	5.1	1.0	11.1	11.5
指定都市	13	4	3	1	0	4	4
	100.0	30.8	23.1	7.7	0.0	30.8	30.8
その他	72	56	2	3	1	9	5
	100.0	77.8	2.8	4.2	1.4	12.5	7.0

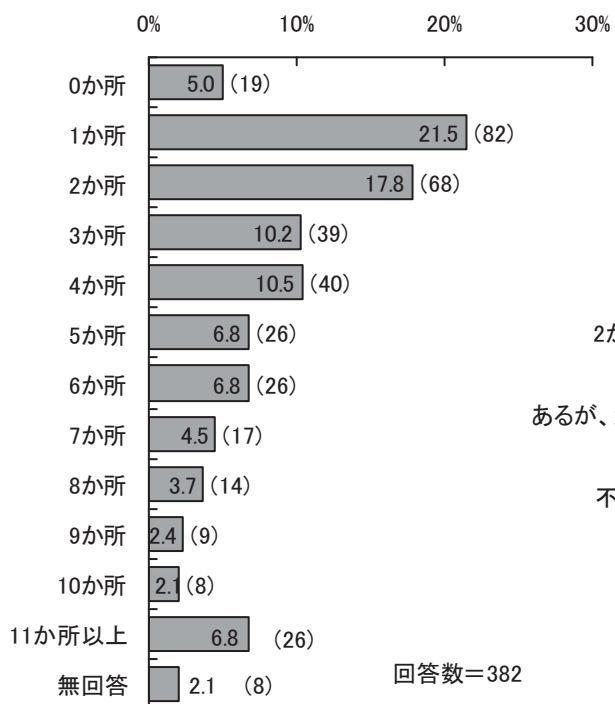
注：『ある』＝「1か所」＋「2か所以上（複数か所）」

注：自院への入院歴がなくとも訪問してくれる病院数の「無回答」は掲載を省略している

入院歴がなくても訪問看護を提供できるのは11.3%に過ぎず、75%の保健所管内では、現時点では病院からの訪問看護では、未治療の対応はできない。

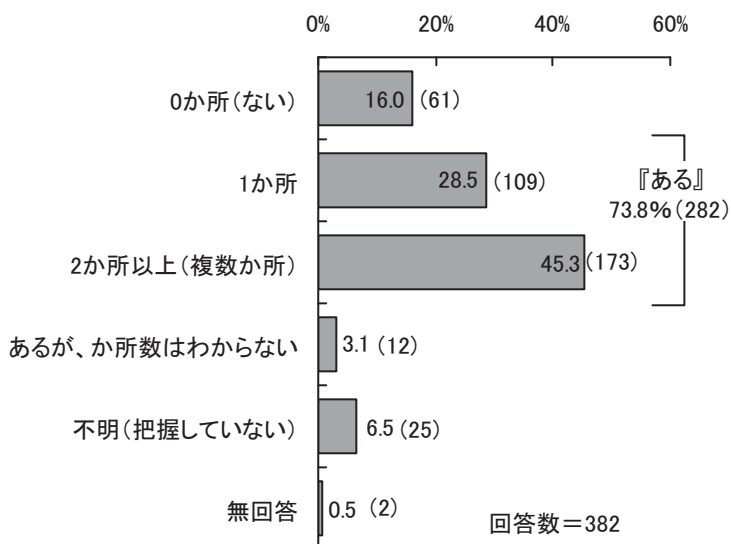
(5) 訪問で相談に応じてくれる相談支援事業所の有無

図表 2-59 管内相談支援事業所数 (単数回答)



図表 2-60 訪問で相談に応じてくれる

相談支援事業所数 (単数回答)



相談支援事業所がないのは 5.0%で、県型でも 5.1%とその割合に変わりがなく、95%の保健所管内に相談支援事業者がある。また、初診でも訪問で相談に応じる相談事業所がないのは 16.0%で、県型保健所でも 15.2%とその割合は変わらず少ない。障害者福祉計画に基づいて整備がされていることが、地域格差が少ない理由であろう。結果として、訪問で相談に応じる相談事業所が 1 か所以上ある保健所は 73.8%で、県型でも 74.4%はあり、最も整備されている資源といえる。アウトリーチの生活支援の調整役として、今後保健所が連携をとっていくパートナーであり、整備されていない地域では、働きかけが必要である。

図表 2-61 設置主体×管内相談支援事業所数

	回答数 (か所)	相談支援 事業所数
		平均 (か所)
全 体	382	4.2
都道府県	297	4.0
指定都市	13	14.5
その他	72	3.8

図表 2-62 設置主体×訪問で相談に応じてくれる相談支援事業所数

	回答数 (か所)	0 か所 (ない)	1 か所	2 か所以上 (複数か所)	あるが、か所数 はわからない	不明(把握して いない)	『ある』
全 体	382	61	109	173	12	25	282
	100.0	16.0	28.5	45.3	3.1	6.5	73.8
都道府県	297	45	87	134	10	20	221
	100.0	15.2	29.3	45.1	3.4	6.7	74.4
指定都市	13	0	0	7	1	4	7
	100.0	0.0	0.0	53.8	7.7	30.8	53.8
その他	72	16	22	32	1	1	54
	100.0	22.2	30.6	44.4	1.4	1.4	75.0

注：『ある』 = 「1か所」 + 「2か所以上（複数か所）」

注：訪問で相談に応じてくれる相談支援事業所数の「無回答」は掲載を省略している

(6) 地域資源整備状況のまとめ

図表 2-63 設置主体×地域資源整備状況のまとめ

	回答数 (か所)	★1 ない 地域資源がない	★2 ない ①精神科診療所 ②訪問看護 ⑤相談支援事業所	★3 ある ①精神科診療所 ②訪問看護 ⑤相談支援事業所	★4 ある ③訪問診察数 ④訪問してくれる病院数
全体	382 ----- 100.0	30 ----- 7.9	31 ----- 8.1	38 ----- 9.9	16 ----- 4.2
都道府県	297 ----- 100.0	24 ----- 8.1	24 ----- 8.1	16 ----- 5.4	10 ----- 3.4
指定都市	13 ----- 100.0	0 ----- 0.0	0 ----- 0.0	4 ----- 30.8	1 ----- 7.7
その他	72 ----- 100.0	6 ----- 8.3	7 ----- 9.7	18 ----- 25.0	5 ----- 6.9

注：「★1 ない 地域資源がない」＝①訪問診察をしてくれる精神科診療所、②精神科患者に対応してくれる訪問看護、③入院を前提としない訪問診察、④自院への入院歴がなくとも訪問してくれる病院、⑤訪問で相談に応じてくれる相談支援事業所について、すべて「ない (0 か所)」と回答

注：「★2 ない」＝①訪問診察をしてくれる精神科診療所、②精神科患者に対応してくれる訪問看護、⑤訪問で相談に応じてくれる相談支援事業所について、すべて「ない (0 か所)」と回答

注：「★3 ある」＝①訪問診察をしてくれる精神科診療所、②精神科患者に対応してくれる訪問看護、⑤訪問で相談に応じてくれる相談支援事業所について、すべて「ある (か所数不明も含む)」と回答

注：「★4 ある」＝③入院を前提としない訪問診察、④自院への入院歴がなくとも訪問してくれる病院について、すべて「ある (か所数不明も含む)」と回答

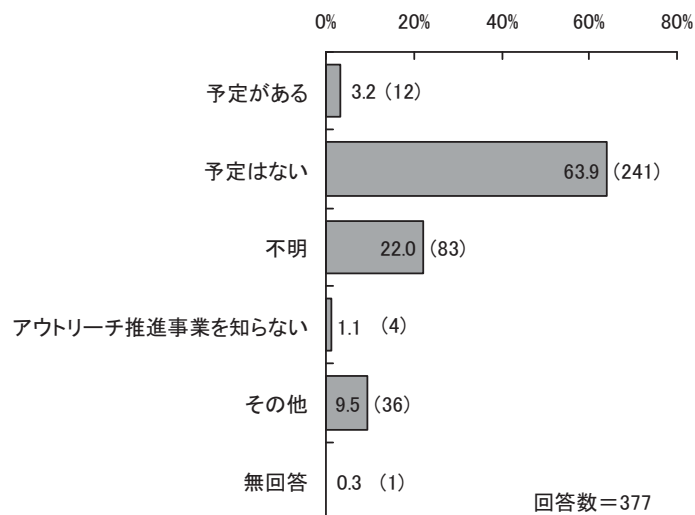
精神障害で支援が必要な未治療・受診中断者に支援を提供するのに、相談支援事業所と訪問看護と訪問をしてくれる診療所は必要である。つまり、これらの機関は、アウトリーチを行うには、そろっていることが望ましい資源であり、3 機関ともにあることが理想である。3 機関がそろっているのは、38 (9.9%) に過ぎず、特に県型では 16 (5.4%) しかない。一方、3 機関がすべてない保健所も 31 (8.1%) あり、それらの地域では、保健所と精神保健福祉センターの直接事業実施も検討する必要がある。

病院についても、入院を前提としない訪問診察をする病院があるのは 41 (10.7%)、自院への入院歴がなくとも訪問看護を提供してくれる病院があるのは 43 (11.3%) であるが、病院がアウトリーチを行うには、両条件を満たしていることが必要であり、それにあてはまる病院があるのは 16 (4.2%) に過ぎない。

2 「アウトリーチ推進事業」取り組み予定（問10）

問10 「アウトリーチ推進事業」に関する準備状況について、保健所管内で来年度取り組む予定はありますか。（○は1つ）

図表 2-64 「アウトリーチ推進事業」取り組み予定（単数回答）



注：問2の管内状況において、精神科病院も精神科診療所のどちらもないと回答した5か所を除外して集計している

調査時点で、アウトリーチ推進事業に、平成23年度に取り組む「予定がある」のは12（3.2%）だけであり、「予定がない」241（63.9%）と不明83（22.0%）をあわせると85%を超える。また、保健所レベルではアウトリーチ推進事業の取り組みはできていないようである。

◆第6節 調査資料編

1 調査票

未治療・受診中断等の精神疾患患者へのアウトリーチ(訪問)支援 に関する調査 (保健所対象調査)

★まず、調査に回答される方についてお教え下さい

都道府県名	都・道・府・県
保健所名	
設置主体 (1つに○)	1 都道府県 (具体的に：) 2 指定都市 (具体的に：) 3 中核市 (具体的に：) 4 その他の政令市 (具体的に：)
ご所属	
お名前	
職種	

★はじめに、基本的事項についておたずねします

問1 保健所の状況についておたずねします。平成22年4月1日現在の状況を記載して下さい。

(1) 職員総数と保健師数は。(常勤・非常勤すべてを含む実人数を記載)

A：職員総数	合計	人
うち 保健師		人

(2) 精神保健福祉担当の職員数は。(常勤・非常勤、専任・兼務すべてを含む実人数を記載)

B：精神保健福祉担当職員 実人数	人	→	Bのうち 保健師	人
			Bのうち 精神保健福祉担当ワーカー	人
			Bのうち 心理職	人
			Bのうち その他	人

↓

Bのうち 精神保健福祉専従の人数	人
---------------------	---

※いない場合は、「0」を記入して下さい

問2 管内の状況についておたずねします。平成22年4月1日現在の状況を記載して下さい。

①人口	人
②市町村数	
③精神科病院数	病院 ⇒ [うち、単科精神科病院数 () 病院]
④精神科病床数	床
⑤精神科診療所数	か所
⑥訪問看護ステーション	か所
⑦相談支援事業所	か所

※ない場合は0を記入して下さい

★地域移行支援の実施状況についておたずねします

問3 精神障害者の地域移行支援（21年度以降）の実施についておたずねします。

(1)平成21年度の保健所管内での地域移行支援の実施状況は。

実施した場合、事業対象者実人数と退院者実人数も記入して下さい。(○は1つ)

- | |
|--------------------------------------|
| 1 実施した ⇒ 事業対象者実数 () 人、うち退院者実数 () 人 |
| 2 実施していない |

(2)平成22年度(12月まで)の保健所管内での地域移行支援の実施状況は。(○は1つ)

- | |
|--------------------------------------|
| 1 実施した ⇒ 事業対象者実数 () 人、うち退院者実数 () 人 |
| 2 実施していない |

問4 地域移行支援について、実態として保健所はどのような役割を果たしていますか。

(あてはまるものすべてに○)

- | |
|--------------------------------|
| 1 精神科病院等との連絡調整 |
| 2 本庁・精神保健福祉センター等との連絡調整 |
| 3 市町村指導 |
| 4 精神保健福祉資料(いわゆる630調査)等の情報収集・解析 |
| 5 その他 () |
| 6 特に役割はない |

問 5 地域移行支援について、実態として保健所と地域体制整備コーディネーターとの関係は次のどれにあてはまりますか。(あてはまるものすべてに○)

- 1 地域体制整備コーディネーターの実務を担っている
- 2 民間に委託している、委託先と連携している
- 3 民間に委託しているが、委託先とはあまり連携は取れていない
- 4 その他 ()

問 6 地域移行支援について、保健所は病院へのアプローチ(事業の病院への説明や患者紹介の依頼)を行っていますか。(○は1つ)

- 1 行っている
(具体的に:)
- 2 行っていないが、行う予定がある
- 3 行っていない
- 4 その他 ()

問 7 地域移行支援について、管内病院の精神保健福祉資料(いわゆる 630 調査)のデータを活用していますか。(○は1つ)

- 1 入手し活用している
- 2 入手しているが活用できていない
- 3 入手していない
- 4 630 調査が何かわからない
- 5 その他 ()

★アウトリーチが必要な対象者の把握状況についておたずねします

問8 平成22年11月の1か月間に、医療的支援が必要であると思われ(例えば治療中断や未治療等)、保健所に支援等を求めて相談があった精神障害者等(認知症を除く)の実数は、何人ですか。

※延人数ではなく、実人数(複数回の相談があっても、同じ人に関する相談であれば、1人とカウント)を記入して下さい。

★ 合計実人数 () 人

問 8-1 ★の実人数について、どのような方法で、相談等につながりましたか。

※いない場合は、「0」を記入して下さい

※①～⑧は複数回答（重複可能）となりますので、合計人数の足し上げが3ページの★の合計実人数と一致しなくても結構です

相談経路	合計人数
①本人から相談があった	人
②家族から相談があった	人
③関係者から相談があった	人
④その他（ ）	人
⑤その他（ ）	人
⑥その他（ ）	人

問 8-2 ★の実人数について、相談があった方たちの疾患はどのようなものですか。（暫定診断、疑診断を含む）

※いない場合は、「0」を記入して下さい

※合計人数の足し上げが、3ページの★の合計実人数と一致するように記入して下さい

疾患名（暫定診断、疑診断を含む）	合計人数
①症状性を含む器質性精神障害	人
②精神作用物質使用による精神および行動の障害	人
③統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	人
④気分（感情）障害	人
⑤神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	人
⑥生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	人
⑦成人の人格および行動の障害	人
⑧知的障害（精神遅滞）	人
⑨心理的発達の障害	人
⑩小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	人
⑪特定不能の精神障害	人
⑫その他（ ）	人
⑬病名不明	人
合計	人

問 8-3 ★の実人数について、どのように対応しましたか。

※いない場合は、「0」を記入して下さい

※2回面接したとしても1人としてカウント（実人数カウント）して下さい

※①～⑩は複数回答（重複可能）となりますので、合計人数の足し上げが3ページの★の合計実人数と一致しなくても結構です

対応内容	合計実人数
①本人へのアプローチをした－精神科医（嘱託医等）の訪問	人
②本人へのアプローチをした－本人来所による精神科医との面接	人
③本人へのアプローチをした－保健所スタッフの訪問	人
④本人へのアプローチをした－本人来所による保健所スタッフとの面接	人
⑤家族や関係者へのアプローチのみ	人
⑥他機関への相談を紹介した	人
⑦その他（ ）	人
⑧その他（ ）	人
⑨その他（ ）	人
⑩対応していない	人

問 8-4 ★の実人数について、対応結果はどうになりましたか。

※いない場合は、「0」を記入して下さい。

※①～⑫は複数回答（重複可能）となりますので、合計人数の足し上げが★と一致しなくても結構です

対応内容	合計人数	入院した人の実人数
①入院した－本人が自主的に入院	人	人
②入院した－家族の勧めによる入院	人	
③入院した－34条の移送制度による入院	人	
④入院した－措置診察による入院	人	
⑤入院した－その他（ ）	人	
⑥入院した－その他（ ）	人	
⑦通院医療に結びついた	人	
⑧往診や訪問診療で対応した	人	
⑨医療以外の生活支援に結びついた ア. 訪問系サービス イ. 通所系サービス ウ. 患者会・ピアサービス エ. その他（ ）	人	
⑩その他（ ）		
⑪その他（ ）		
⑫その他（ ）	人	

問 8-5 問 8-4 で入院した人がいると回答した場合、アウトリーチ支援をしていれば入院せずにすんだ（在宅を続けられた）であろう人はどれくらいいますか。

1 いる → () 人程度 2 いない 3 わからない

★アウトリーチ支援の可能性についておたずねします

問9 保健所管内に、初診患者でも、以下のような対応をしてくれる機関はありますか。

(1) 訪問診察をしてくれる精神科診療所

1 ある → () か所 2 ない 3 不明

(2) 精神科患者に対応してくれる訪問看護ステーション

1 ある → () か所 2 ない 3 不明

(3) 入院を前提としないで、訪問診察をしてくれる精神科病院

1 ある → () か所 2 ない 3 不明

(4) 自院への入院歴がなくとも訪問してくれる病院看護

1 ある → () か所 2 ない 3 不明

(5) 訪問で相談に応じてくれる相談支援事業所

1 ある → () か所 2 ない 3 不明

問10 「アウトリーチ推進事業」に関する準備状況について、保健所管内で来年度取り組む予定はありますか。(○は1つ)

1 予定がある
2 予定はない
3 不明
4 アウトリーチ推進事業を知らない
5 その他 ()

◎ご協力ありがとうございました。

◎記入漏れがないかご確認いただき、返信用封筒に入れて投かんをお願いいたします。

◎エクセルファイルによるメール回答をご希望の場合は、(財)石神記念医学研究所までご連絡いただくか(ishigami-memorial@canvas.ocn.ne.jp)、後日全国所長会から送信される調査協力依頼の一斉メール内の調査票データを御活用下さい。

第3章 研修

◆第1節 研修会の目的および概要

1 研修会の目的

人口に対する精神科病床数が世界一多く、地域精神保健システムが十分整備されていないわが国では、精神障害者とその家族が生活している場にサービスを届けるアウトリーチサービスが極めて乏しい。アウトリーチの起源は、地域に密着して働くソーシャルワーカーの活動にあり、サービスを必要とする人びとの家庭や日常生活の場に出向き、サービスを届けたり、活用可能なサービスの情報を届けたりすることであり、この活動はケースの発見と強く結びついている¹⁾。そこでこの研修では、アウトリーチの理念や方法を学び、未治療・受診中断等の精神疾患患者を「入院」という形に頼らず、「地域で生活する」ことを前提とした地域精神保健システムの構築を行政が中心になって進めるための基礎的知識を獲得することを目的とした。また、平成23年度から実施が予定されている「精神障害者アウトリーチ推進事業」を円滑に推進し、また、「精神障害者アウトリーチ推進事業」を各都道府県が実施するにあたり必要となる研修プログラムの開発を目的とした。

2 研修の概要

(1) 受講者

研修には、47都道府県中、43都道府県から受講者があり、そのうち11都道府県は、主管課、精神保健福祉センター、保健所の3機関がそろって参加していた。また、各会場の受講者は、受講会場に近い都道府県・政令市に勤務する者が多く、3会場で開催したことで、より多くの受講者が研修受講でき、3会場で実施したことは意義があったと考えられる。

(2) 研修会の概要

研修会の開催状況は図表3-1のとおりである。

図表3-1 研修会の概要

開催日	開催場所	受講者数
平成23年1月11日(火)～12日(水)	大阪会場(ウェル大阪)	63人
平成23年1月26日(水)～27日(木)	岡山会場(三光荘)	41人
平成23年2月16日(水)～17日(木)	東京会場(東医健保会館)	93人

3 内 容

内容は、図表 3-2-1～図表 3-2-3 のとおりであり、各会場により講義の時間や順序を若干入れ替え、テーマにより開催地の状況に詳しい講師を依頼した。研修内容は、「アウトリーチ推進における行政に期待される役割」ほか講義が 5 つ、演習を 1 日目と 2 日目に行った。講義内容は別添のとおりである。

図表 3-2-1 タイムスケジュール／大阪会場

タイムスケジュール（大阪会場）

一 日 目	9:30	10:00	10:15	12:00	13:00	14:00	15:00	16:30	17:00
	受付	主催者挨拶 事務連絡	講義 「アウトリーチの理解」 京都ノートルダム女子大学 生活福祉文化学部 准教授 佐藤 純		講義 「アウトリーチ推進 事業の対象者」 京都市こころの 健康増進センター 所長 山下 俊幸	講義 「アウトリーチの意 義と理念」 花園大学社会福祉学部 教授 三品 桂子	演習Ⅰ 京都府精神保健福祉総合センター 相談指導課長 金子 和夫 大阪市こころの健康センター 保健主幹 根来 千穂 花園大学社会福祉学部 教授 三品 桂子 京都市こころの健康増進センター 所長 山下 俊幸 兵庫県洲本保健所 所長 柳 尚夫 (財)石神記念医学研究所 理事長 石神 文子		質疑応答

二 日 目	9:15	10:00	11:00	11:10	12:10	13:00	15:00	15:15	16:15	16:45
	講義 「アウトリーチ 支援事業が目指 すもの」 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 精神・療養保健課 精神医療係長 元村 仁	講義 「アウトリーチ推進 における行政に期待 される役割」 兵庫県洲本保健所 所長 柳 尚夫		講義 「アウトリーチ推進 のための地域システ ム作り」 花園大学社会福祉学部 教授 三品 桂子		演習Ⅱ 京都府精神保健福祉総合センター 相談指導課長 金子 和夫 大阪市こころの健康センター 保健主幹 根来 千穂 花園大学社会福祉学部 教授 三品 桂子 京都市こころの健康増進センター 所長 山下 俊幸 兵庫県洲本保健所 所長 柳 尚夫 (財)石神記念医学研究所 理事長 石神 文子			グループ発表	まとめ・閉講式

図表 3-2-2 タイムスケジュール／岡山会場

タイムスケジュール（岡山会場）

一 日 目	9:30	10:00	10:15	12:00	13:00	14:00	15:00	16:20	16:50
	受付	主催者挨拶 事務連絡	講義 「アウトリーチの理解」 (株)みらい 訪問看護ステーション宙 ACT-Zero岡山 所長 西川 里美		講義 「アウトリーチ推進 事業の対象者」 岡山県 精神保健福祉センター 所長 藤田 健三	講義 「アウトリーチの意 義と理念」 花園大学社会福祉学部 教授 三品 桂子	演習Ⅰ (社)日本精神保健福祉士協会 常務理事 大塚 淳子 (株)みらい 訪問看護ステーション宙 所長 西川 里美 ACT-Zero岡山 岡山県精神保健福祉センター ACT おかやまチーム 精神科医 野口 正行 岡山県精神保健福祉センター 所長 藤田 健三 花園大学社会福祉学部 教授 三品 桂子 (財)石神記念医学研究所 理事長 石神 文子		質疑応答

二 日 目	9:00	10:20	10:30	11:50	12:50	13:30	15:00	15:15	16:15	16:45
	講義 「アウトリーチ推進に おける行政に期待され る役割」 島根県立 心と体の相談センター 所長 永岡 秀之		講義 「アウトリーチ推進の ための地域システム作 り」 花園大学社会福祉学部 教授 三品 桂子		講義 「アウト リーチ支援 事業が目指 すもの」	演習Ⅱ (社)日本精神保健福祉士協会 常務理事 大塚 淳子 (株)みらい 訪問看護ステーション宙 所長 西川 里美 ACT-Zero岡山 岡山県精神保健福祉センター ACT おかやまチーム 精神科医 野口 正行 岡山県精神保健福祉センター 副参事 本田 政恵 花園大学社会福祉学部 教授 三品 桂子 (財)石神記念医学研究所 理事長 石神 文子		グループ発表	まとめ・閉講式	

図表 3-2-3 タイムスケジュール／東京会場

タイムスケジュール（東京会場）

	9:30	10:00	10:15	12:00	13:00	14:00	15:00	16:30	17:00
一日目	受付	主催者挨拶 事務連絡	講義 「アウトリーチの理解」 京都ノートルダム女子大学 生活福祉文化学部 准教授 佐藤 純		講義 「アウトリーチ推進 事業の対象者」 東京都多摩府中保健所 所長 長野 みさ子	講義 「アウトリーチの意 義と理念」 花園大学社会福祉学部 教授 三品 桂子	演習Ⅰ (社)日本精神保健福祉士協会 常務理事 大塚 淳子 NPO法人十勝障がい者支援センター 所長 門屋 亮郎 京都ノートルダム女子大学 生活福祉文化学部 准教授 佐藤 純 東京都多摩府中保健所 所長 長野 みさ子 岡山県精神保健福祉センター 副参事 本田 政徳 花園大学社会福祉学部 教授 三品 桂子 (財)石神記念医学研究所 理事長 石神 文子		質疑応答

	9:00-40	9:45	11:05	11:15	12:35	13:30	15:00	15:15	16:15	16:45
二日目	講義 「アウトリーチ支援 事業が目指すもの」	講義 「アウトリーチ推進に おける行政に期待され る役割」 兵庫県洲本保健所 所長 柳 尚夫		講義 「アウトリーチ推進の ための地域システム作 り」 京都ノートルダム女子大学 生活福祉文化学部 准教授 佐藤 純		演習Ⅱ (社)日本精神保健福祉士協会 常務理事 大塚 淳子 NPO法人十勝障がい者支援センター 所長 門屋 亮郎 京都ノートルダム女子大学 生活福祉文化学部 准教授 佐藤 純 東京都多摩府中保健所 所長 長野 みさ子 兵庫県洲本保健所 所長 柳 尚夫 (財)石神記念医学研究所 理事長 石神 文子		グループ発表	まとめ・閉講式	

4 各講義の概要

各講義使用時資料（パワーポイント）は研修資料編に掲載している。

(1) 『アウトリーチの理解』

- ◆担当者：佐藤 純 京都ノートルダム女子大学生生活福祉文化学部 准教授
NPO 法人京都メンタルケア・アクション (ACT-K) 理事
西川 里美 (株) みらい訪問看護ステーション宙 (ACT-Zero 岡山) 所長

◆内 容：

講師は、都道府県職員として保健所、精神保健福祉センター勤務を経験し、その後にアウトリーチ支援プログラムの1つであるACT(Assertive Community Treatment)チームでの支援に従事または経験をしている。その経験から、従来の保健所の受診勧奨・受療援助とは異なるアウトリーチ支援の理念とその具体的な方法をイメージしていただくのがこの講義の目的である。

講義は、まずは保健所の置かれている現状を振り返りながら、当事者主体の支援ができにくい現状を確認した。

さらに、わが国の精神保健医療福祉システムの現状を整理し、今回の事業対象者である、医療中断・未治療の対象者に対しては、保健所の受診勧奨・受療援助しか支援の仕組みがなく、ほとんどが家族のケアに依存している（家族のケアがない方は退院が困難になる）状況を整理した。

その上で、現在、日本で行われはじめているACT(Assertive Community Treatment)の理念と実際を解説し、疾患中心ではなく生活支援を中心として行うアウトリーチ支援の重要な視点の理解を促した。

また、チームアプローチに求められる視点と姿勢も加えた。

最後に、これからは地域で責任をもって支え、危機を地域で乗り越えていくことも可能にする体制整備が求められており、地域づくりの視点からも保健所の役割が非常に重要であると本事業における保健所の役割の重要性を指摘し、今後の各都道府県における精神保健福祉施策の推進に対する期待を述べた。

（２）『アウトリーチ推進事業の対象者』

- ◆担当者：山下 俊 幸 京都市こころの健康増進センター 所長
藤田 健 三 岡山県精神保健福祉センター 所長
長野 みさ子 東京都多摩府中保健所 所長

◆内 容：

- ・アウトリーチの対象者は「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」により「地域において医療を受けていない重症者」とされたものである。具体的には①未治療や治療を中断した患者、②家族や近隣との重大なトラブルを起こしている者、③自傷・自殺企図や他害行為が想定される者等があげられている。
- ・この中で未治療・受診中断者は、多摩立川保健所の平成 16、17 年の入院支援事例 179 例の中では、それぞれ 3 割、4 割前後を占めている。群馬県救急情報センターの訪問事例 304 例（平成 16 年から 20 年）においてもほぼ同様の結果を示している。いずれも統合失調症が 6～7 割を占める。地域精神保健医療における重要課題である。
- ・地域・近隣での他害・迷惑行為は保健所が受ける困難事例の 42%（平成 19 年の厚生労働科学研究）を占めている。
- ・こうした複雑困難事例に対して、保健所、精神保健福祉センターの対応の現状は、①マンパワーの不足などで助言や経過観察が多くなりがち、②精神保健福祉法の発動が困難である場合、対応が困難、③困難対応事例で精神保健福祉センターとの間に支援体制がある保健所は 4 割弱である等、十分とはいえない。
- ・厚労省の「地域定着支援の手引き」では認知症、アルコール依存や薬物依存、パーソナリティ障害、精神遅滞、発達障害などを除いているが、地域の困難事例は多様である。このため、とりわけ公的機関ではどのような事例に対しても対応が必要となる。また入院が必要な事例もありうる。こうした事例は医療へのアクセスが困難だけでなく、社会とのかかわりが困難であるなど多面的な問題をかかえており、訪問としてのアウトリーチを行い、アセスメントを関係機関とともにを行い、プランの立案（ケアマネジメント）が必要となる。その結果として、継続的なアウトリーチが可能な医療機関への依頼や、自前でのアウトリーチチームでのかかわりを行うとともに、多様な疾患像に対応するための専門性も必要な場合がある。
- ・入院が必要な場合、公的機関として、法にそった対応が必要となる。

(3) 『アウトリーチの意義と理念』

◆担当者：三品 桂子 花園大学社会福祉学部 教授
NPO 法人京都メンタルケア・アクション (ACT-K) 理事長

◆内 容：

1 アウトリーチとは

アウトリーチとは、地域に密着した機関が行う活動であり、援助が必要でありながら自らが援助を求めない人や、サービスが必要であってもサービスにたどり着けない人々のためにソーシャルワーカーが行った活動がはじまりであり、生活支援を基盤とする。したがって根底にはソーシャルワークの価値があり、対象者を患者としてではなく、一人の人として尊重し出会いを重ねていくことが求められる。

2 ACT-K と ACT-Zero の調査結果

2009 年度に ACT-K と ACT-Zero を対象に行った未治療・治療中断者への支援結果調査によると、ACT のような積極的で濃密なケアをアウトリーチで届けることによって、次のような効果があることが明らかになった。

- ①未治療・治療中断者の 96%は入院を回避できる。
- ②スタッフの頻回の訪問による親密なかかわりによって、孤立から起こる孤独を解消することで、敵意、緊張、不安、非協調性は改善する。
- ③治療中断者の大半は専門家への不信感があり、信頼関係の形成はゼロからの出発ではなく、マイナスからの出発であり、利用者を脅かさなにかかわりが大切である。
- ④特に治療中断者に対するかかわりの初期は、「治療」「服薬」「入院」を勧めることは慎重でなければならない。
- ⑤利用者が困っていることや、やりたいと思っていることを中心に支援する活動から始めることで信頼関係は形成できる。
- ⑥支援内容は、利用者のニーズをしっかりと聞き取ること、家族を支援すること、チーム内や関係機関との情報を共有することに多くの時間が使われており、特に毎日のチーム内のミーティングは不可欠である。

3 アウトリーチ支援の意義

未治療・治療中断者の支援は、これまで保健所が中心に担ってきたが、その支援の内容は受診勧奨が中心で、保健所のもつ機能の限界もあり包括的な支援は提供されてこなかった。今後は、アウトリーチチームの支援によって、可能な限り入院を回避して、住み慣れた地域で治療を含む包括的な支援を提供することが可能になり、重度精神疾患のある人の回復を促進することができると考えられる。また、入院率を下げることもでき、医療費の削減ができる。

4 アウトリーチを行う専門職の理念

アウトリーチチームで働くスタッフや、新たな地域精神保健福祉システム構築の要となる行政職員は、リカバリー志向やパートナーシップ、ストレンクス視点を理念とし、その理念を實踐できるだけの高度なスキル（技能）が求められる。アンソニー（Anthony、1993）は「リカバリーとは、疾患によりもたらされた制限付きではあるが、満足感のある、希望に満ちた、人に役立つ人生を生きる道である。リカバリーは、精神疾患の破局的な影響を乗り越えて成長することによって、人生の新たな意味と目的を創り出すことである」と述べている。すなわち、私たち専門職は、重度の精神疾患のある人が、疾患や障害があっても、その人らしい役割をもち、希望をもって生きていけるように支援する使命があるということである。それは、重度精神疾患のある人が、私たちと同様に地域で家族や友達と一緒に過ごしながらか、普通に体験する喜びや悲しみを体験できるようにするということでもある。また、ストレンクス視点とは、問題や欠陥に焦点をあてるのではなく、精神障害のある人や家族の長所や経験、夢や才能などを活用して、地域にある普通の資源を彼／彼女らが利用できるように変化させながら、豊かな生活を実現できるように働きかけることである。

5 アウトリーチ支援で気をつけなければならないこと

アウトリーチ支援は、専門職が生活の場に赴き、サービス提供を行うものである。そこでの主人公はあくまでも精神障害のある人と家族であり、従来の援助関係を見直す必要がある。専門職が専門家という権威を振りかざして、利用者を指導するのではなく、利用者から選ばれる人にならねばならない。また、利用者に暮らしの場で患者役割をとらせるような援助を繰り返せば、「地域に生きる患者」を生み出すだけで、利用者の回復は促進できない。例え、重度の精神疾患があっても、彼／彼女らは生活者であり、市民である。アウトリーチサービスは地域医療ではなく、医療を含む生活支援であることを念頭に置いて活動することが重要である。

（4）『アウトリーチ推進における行政に期待される役割』

◆担当者：柳 尚夫 兵庫県洲本保健所 所長

◆内容：（講義使用時パワーポイントを研修資料編に掲載）

◆担当者：永岡 秀之 島根県立心と体の相談センター 所長

◆内容：

1 精神医療を取り巻く状況

○精神保健医療福祉の改革ビジョンにおいては

入院医療から地域生活中心への基本的方策

○精神科医療費の動向

全医療費の8% で入院医療の占める割合が高率

○医療の現状は各都道府県で大きな格差がある

それぞれの地域における精神医療保健福祉の文化が違う（よって一律の対応はできない）

2 地域保健における行政の役割について

地域保健法を中心に行政（保健所、市町村等）の役割を確認

医療計画策定においても精神保健福祉医療面において保健所には大きな役割がある

3 ケアマネジメントとアウトリーチの関係について

これまで精神障がいのある人たちにケアマネジメントの手法で支援を行ってきたアウトリーチはこれとは全く異質のものではなく、ケアマネジメントを実施する際、出かけての支援が有効かつ必要な場合がアウトリーチ。

4 ケアマネジメントにおけるニーズへの対応

必要とされるニーズについて細かく分類し、各圏域でそれぞれどこが対応するのか役割分担が必要となる。そのためにはその圏域の現状をよく把握している保健所が中心となるべき。

5 保健所には使えるツールが多い

保健所が地域を対象とした会議も多く、地域とのネットワーク構築に有効的である。

6 自立支援協議会が必要である

地域のサービス水準を向上させ、他障がいとも連携していくために必要である。

7 島根県が大事にしてきたこと

精神保健活動だけが特別ではなく、絶えず地域の問題点・課題を把握し、それに対して地域の中でどう解決していくのかを住民・当事者を含むネットワークを通して考え、行動してきた。

地域に根ざした保健活動の中心としての保健所の果たす役割は大きい。

（５）『アウトリーチ推進のための地域システムづくり』

- ◆担当者：三品 桂子 花園大学社会福祉学部 教授
NPO 法人京都メンタルケア・アクション (ACT-K) 理事長
佐藤 純 京都ノートルダム女子大学生生活福祉文化学部 准教授
NPO 法人京都メンタルケア・アクション (ACT-K) 理事

◆内 容：

1 アウトリーチを推進するために必要な行動変容

入院中心から地域中心のシステムに転換するためには、専門職も、家族も、精神障害のある人

も発想を転換し、行動変容が必要となる。人の行動変容には時間がかかること、そして実現には多くの困難を伴うことを覚悟しつつ、専門職の使命とは何かという根源的な問いを自らに問いかけていかねばならない。

2 ステージ理論を応用した地域システムづくり

ステージ理論では、人の行動変容には、無関心期、関心期、準備期、実行期、維持期があり、各ステージに応じた対応が必要であると考えられる。無関心期とは、問題がみえない時期で、アウトリーチサービスの必要性を理解していない時期といえる。関心期とは、アウトリーチ推進事業の重要性は認識しているが、実際に行動する決意をするにはほど遠い時期のことである。準備期とは、翌月にでも行動しようと計画し、行動変容を始める前の最後の調整を行うようになる時期である。実行期とは、自分の行動や環境を明確に変える時期で、アウトリーチ推進事業を始める時期である。維持期とは、実行期など前ステージで得たことを強固にする時期である。

一人ひとりのアウトリーチ推進事業への関心を高め、それぞれの地域で多職種によるアウトリーチ推進事業を開始するには、自分自身のステージを知るとともに、職場や関係機関のステージをも分析し、戦略を立てることが重要である。

3 準備期

アウトリーチ推進事業を進めようと思っている仲間を見つけ、実施予定の他府県とも情報交換を行いながら、職場や地域のアセスメントをする。また、この研修会の報告を職場で行い、アウトリーチ推進事業の重要性を伝え、管内で行うならばどのような機関に委託できるかを検討し、開始時期を定め、開始までの予定を立てる。係長や課長、所長等の上司にアウトリーチ推進事業を行うメリットとデメリットを資料で示し、メリットを強調する。

4 実行期

予め練っていた計画を再度検討し、所内で合意を得る。ステージ理論に応じた方法で、関係する一人ひとりの職員のステージを確認し、話し合っていく。そのときには必ずメリットとデメリットの両方を資料で示し、メリットが大きいことを示す。職場での準備が整えば、アウトリーチ推進事業を担える機関に働きかける。同時に精神科病院協会などの関係機関には説明をしておく。

1つの機関がアウトリーチ推進事業を始めたなら、地域全体に広報し、協力体制を創っていく。大きな保健所では、1つの機関で未治療・治療中断者を支援して行くには限界があるので、そのチームをサポートし、チームから移行する利用者を引き受ける機関を地域に整備する。さらに利用者の移行や終結を判断し、新しい機関に結び付ける。常にモニターを行い、有効性や効率性を測定し、事業の効果を確認する。

5 アウトリーチ推進事業を委託できる機関がない場合の開発

アウトリーチ推進事業を担う機関が地域にない場合、保健所が中心になって機関を整備してい

くためには、まずアウトリーチ推進事業に関する研修会を開催したり、各種の研究会や会議でアウトリーチ推進事業に関しての情報提供を行い、地域の専門職や家族会など関係者の中にアウトリーチ推進事業に関心のある人を増やすことから始める。そのようなきっかけを作ることで、関心のある人の出会いの場を提供し、その人たちと一緒にアウトリーチ推進事業を担える機関を立ち上げる方策を検討する。担える機関としては、訪問看護ステーション、地域活動支援センター、診療所、精神科病院などがある。

アウトリーチチームだけでなく、地域資源を開発し、整備する責任は公的機関にある。精神障害者を主な対象者とする訪問看護ステーションや往診してくれる精神科診療所、地域活動支援センターなどを地域に整備していかなければ、地域移行・地域定着も進むはずがない。アウトリーチ推進事業だけでなく、地域精神保健システムをいかに整備していくかは、地域の特性によって異なり、地域をアセスメントし、デザインしていくことが行政専門職の課題である。

（6）『アウトリーチ支援事業がめざすもの』

◆**担当者**：厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課

◆**内 容**：（講義使用時パワーポイントを研修資料編に掲載）

◆第2節 アンケート結果

本節では、研修後のアンケート結果の概略を述べる。

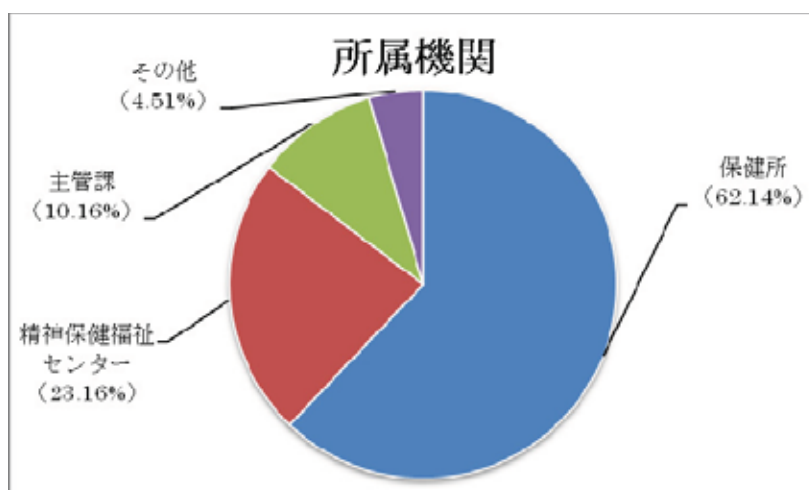
1 回収率および回答者の基本属性

研修後のアンケートに回答した者は、203人中177人(87.19%)であった。受講者の所属機関・性別・年齢・職種・職種の経験年数は、以下のとおりである。

(1) 所属機関

保健所に所属している職員が110人(62.14%)と半数以上を占めていた。次いで精神保健福祉センターに所属している職員が41人(23.16%)、主管課18人(10.16%)、その他8人(4.51%)であった。

図表3-3 所属機関



(2) 性別

男性40人(22.59%)、女性137人(77.40%)で女性が多数を占めていた。

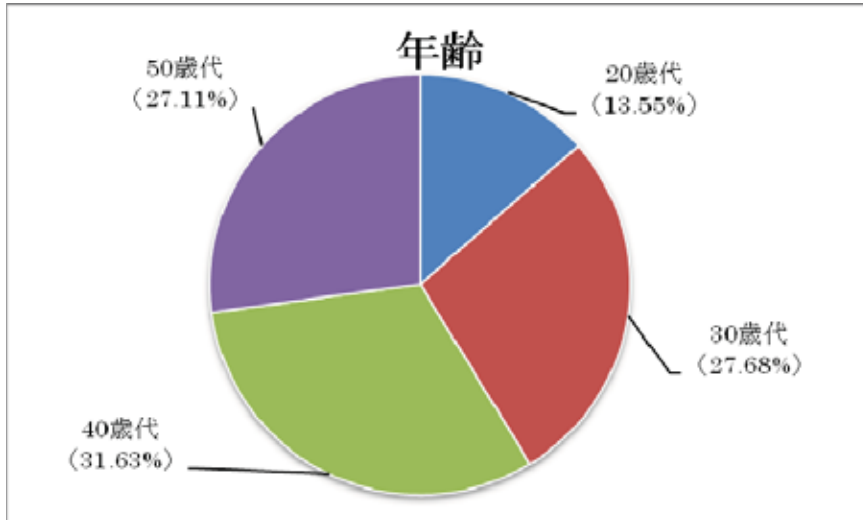
図表3-4 性別

性別	人数	割合
男性	40人	22.59%
女性	137人	77.40%
合計	177人	100%

(3) 年齢

20歳代が24人(13.55%)、30歳代49人(27.68%)、40歳代56人(31.63%)、50歳代48人(27.11%)であった。

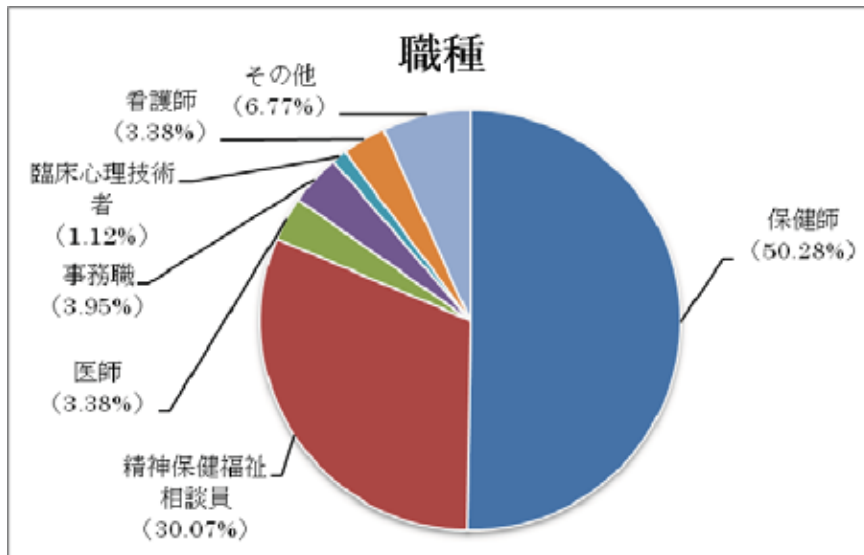
図表 3-5 年齢



(4) 職種

保健師が 89 人 (50.28%) と半数を占めていた。次いで、精神保健福祉相談員 55 人 (30.07%) とこの 2 職種で 8 割を占めていた。他に医師 6 人 (3.38%)、事務職 7 人 (3.95%)、臨床心理技術者 2 人 (1.12%)、看護師 6 人 (3.38%)、その他 12 人 (6.77%) であった。

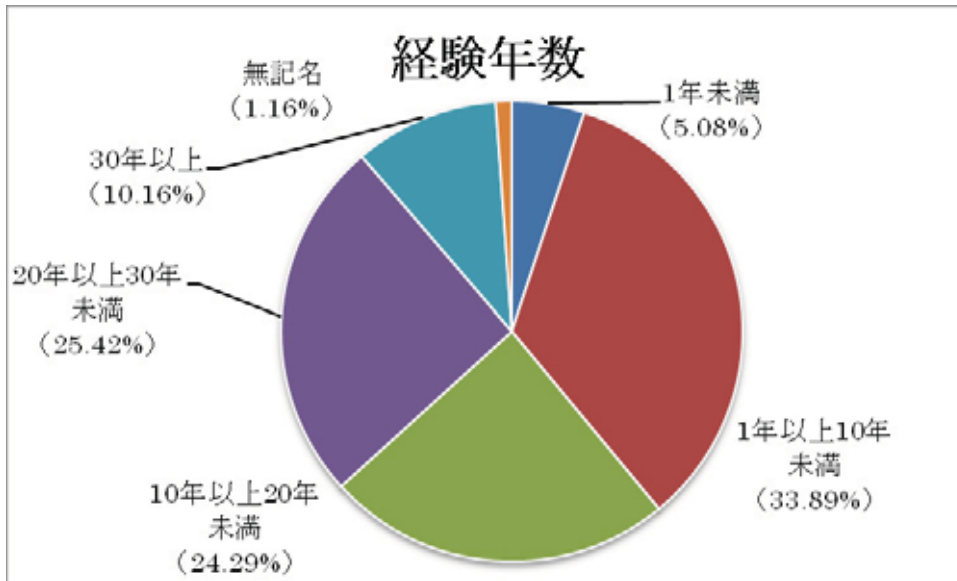
図表 3-6 職種



(5) 職種の経験年数

1 年未満が 9 人 (5.08%)、1 年以上 10 年未満が 60 人 (33.89%)、10 年以上 20 年未満が 43 人 (24.29%)、20 年以上 30 年未満が 45 人 (25.42%)、30 年以上は 18 人 (10.16%) であった。

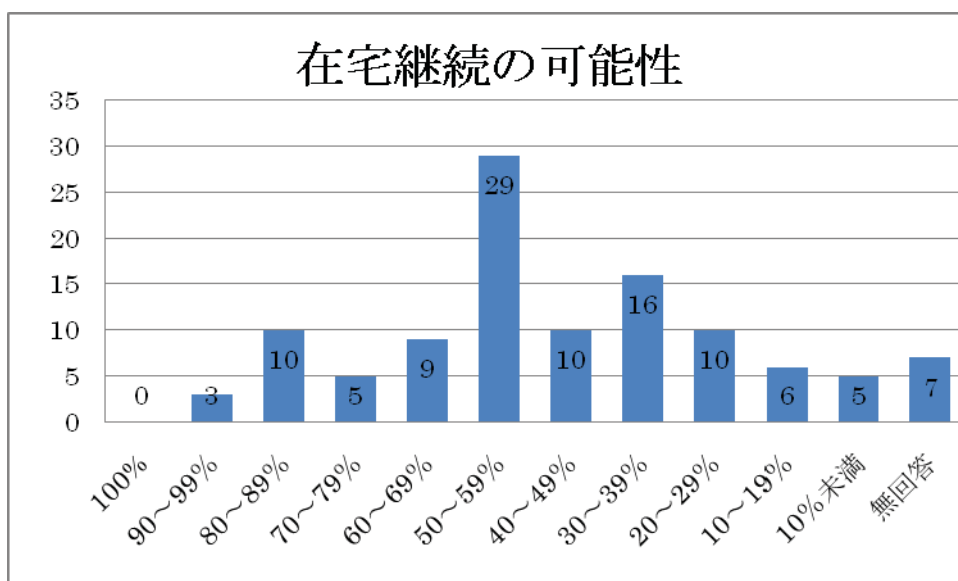
図表 3-7 職種の経験年数



2 アウトリーチ支援が行われていたら在宅生活を継続できたであろうと考えられる人の割合（保健所職員 110 人対象）

保健所勤務の受講者に対して、「これまであなたが支援した未治療・中断者で入院に至ったケースの中で、当時、アウトリーチ支援が行われていたら、入院に至ることなく在宅生活が継続できた人は何%程度だと思いますか」という質問を行い、110人から回答を得た。結果、90～99%と答えた者が3人（2.72%）、80～89%と答えた者が10人（9.09%）、70～79%と答えた者が5人（4.54%）、60～69%と答えた者が9人（8.18%）、50～59%と答えた者が29人（26.36%）であった。すなわち、回答者110のうち56人（50.90%）が支援した未治療・受診中断者で入院に至った人の半数以上は、アウトリーチ支援があれば在宅生活が継続できたと思うと答えている。

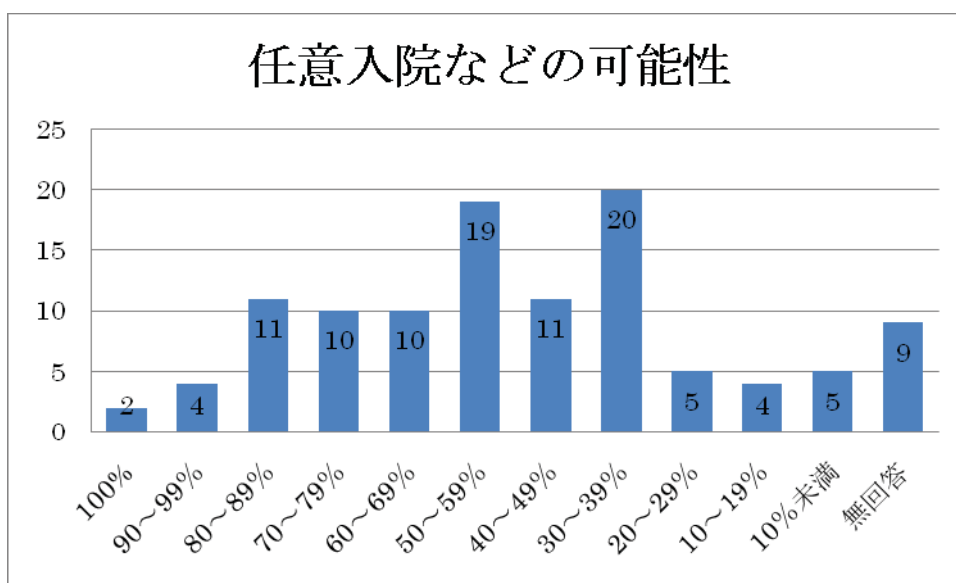
図表 3-8 在宅継続の可能性



3 未治療・中断者で入院に至ったケースのなかで、アウトリーチ支援が行われていたら強制入院に至らず任意入院や通院、訪問診療での治療ができたと考えられる割合（保健所職員 110 人対象）

同様に保健所勤務の受講者に対して、「これまであなたが支援した未治療・中断者で入院に至ったケースのなかで、アウトリーチ支援が行われていたら、措置入院や医療保護入院にならず、任意入院や通院、あるいは訪問診療により治療ができた人は何%程度だと思われますか」という質問をし、110 人から回答を得た。結果、100%と答えた者が 2 人（1.81%）、90～99%と答えた者が 4 人（3.63%）、80～89%と答えた者が 11 人（10.00%）、70～79%と答えた者が 10 人（9.09%）、60～69%と答えた者が 10 人（9.09%）、50～59%と答えた者が 19 人（17.27%）であった。すなわち、回答者 110 のうち 56 人（50.90%）が支援した未治療・受診中断者の半数以上は、アウトリーチ支援があれば、措置入院や医療保護入院に至らず、任意入院や通院、あるいは訪問診療により治療ができたであろうと回答していた。このように受講者はアウトリーチ支援の可能性が高いと考えている。

図表 3-9 任意入院などの可能性

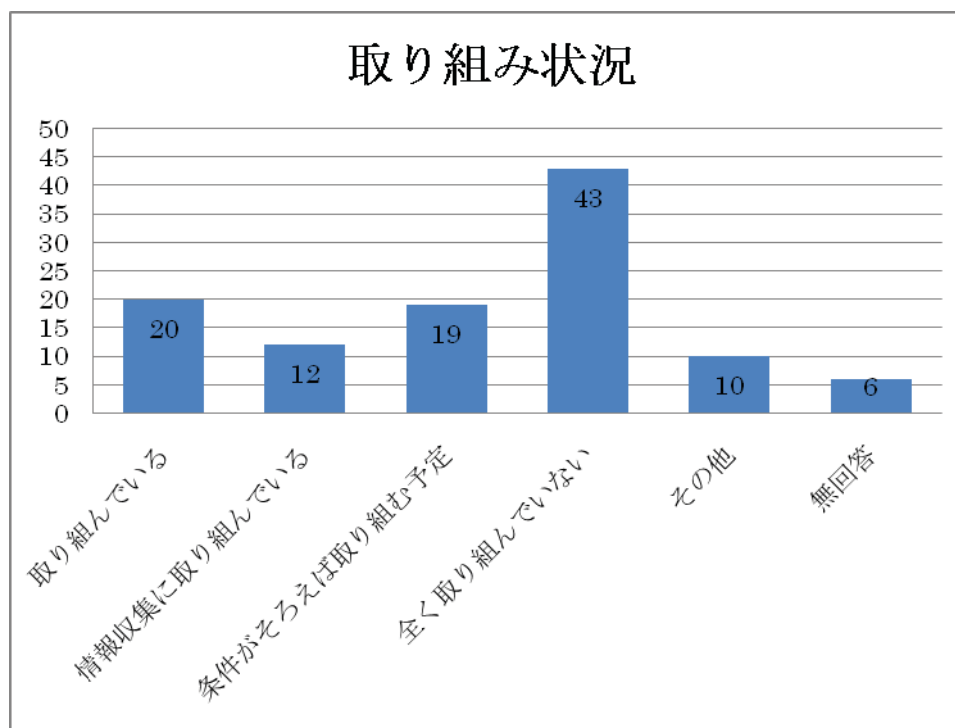


4 国事業ではなく既にアウトリーチ支援のために頻回な訪問（場合によっては毎日）に準じた活動を保健所として取り組んでいる状況（保健所職員 110 人対象）

「アウトリーチ支援として必要となれば頻回な訪問活動に取り組んでいるか」という問いに対して、「取り組んでいる」と答えた者は 20 人（18.18%）で、保健所が統廃合される中で頻回訪問が難しくなっていることを示している。しかしながら、「情報収集に取り組んでいる」と回答した者が 12 人（10.90%）、「条件がそろえば取り組む予定」と回答した者が 19 人（17.27%）であった。これらをあわせると 51 人（46.36%）となり、約半数の保健所職員が関心を持っていることがうかがえる。一方で、「全く取り組んでいない」とした者も 43 人（39.09%）あった。

この「全く取り組んでいない」職員は、アウトリーチ支援の効果を実感することは、短期間の講義ではなかなか困難であることは十分考えられる。研修会を実施することで、新たな支援方法との出会いの場となる可能性も考えられる反面、混乱を招くことも懸念される。つまり、1日では十分に新しい概念を取り込むことが困難な状況も予想されるため、2日間以上の研修会開催が望まれる。

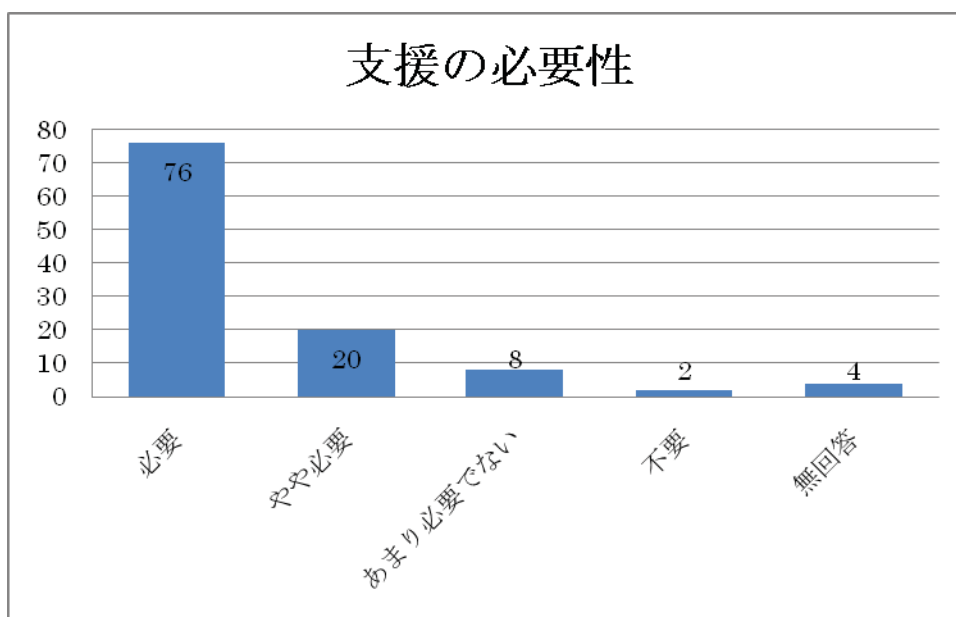
図表 3-10 取り組み状況



5 「アウトリーチ推進事業」を次年度から実施する場合の精神保健福祉センターからの支援（保健所職員 110 人対象）

「アウトリーチ推進事業を次年度から実施するとしたら、あなたの保健所では精神保健福祉センターの支援を必要とするか」の問いに対して、「必要」76人（69.0%）、「やや必要」20人（18.1%）の96人（87.2%）が望んでいた。アウトリーチ推進事業を行政として円滑に遂行していくには、保健所は精神保健福祉センターの技術援助や教育研修などの協力が必須であると考えている。また、アウトリーチ推進事業を実施するには、保健所単独での取り組みとすることには限界があり、保健所とともに主管課と精神保健福祉センターが足並みを揃え、それぞれの役割分担をしたうえで、「入院」という形に頼らず、「地域で生活する」ことを前提とした地域精神保健システムの構築が望まれる。

図表 3-11 支援の必要性



6 アウトリーチ推進事業に取り組んでいかなければならないという意識の変化（全受講者）

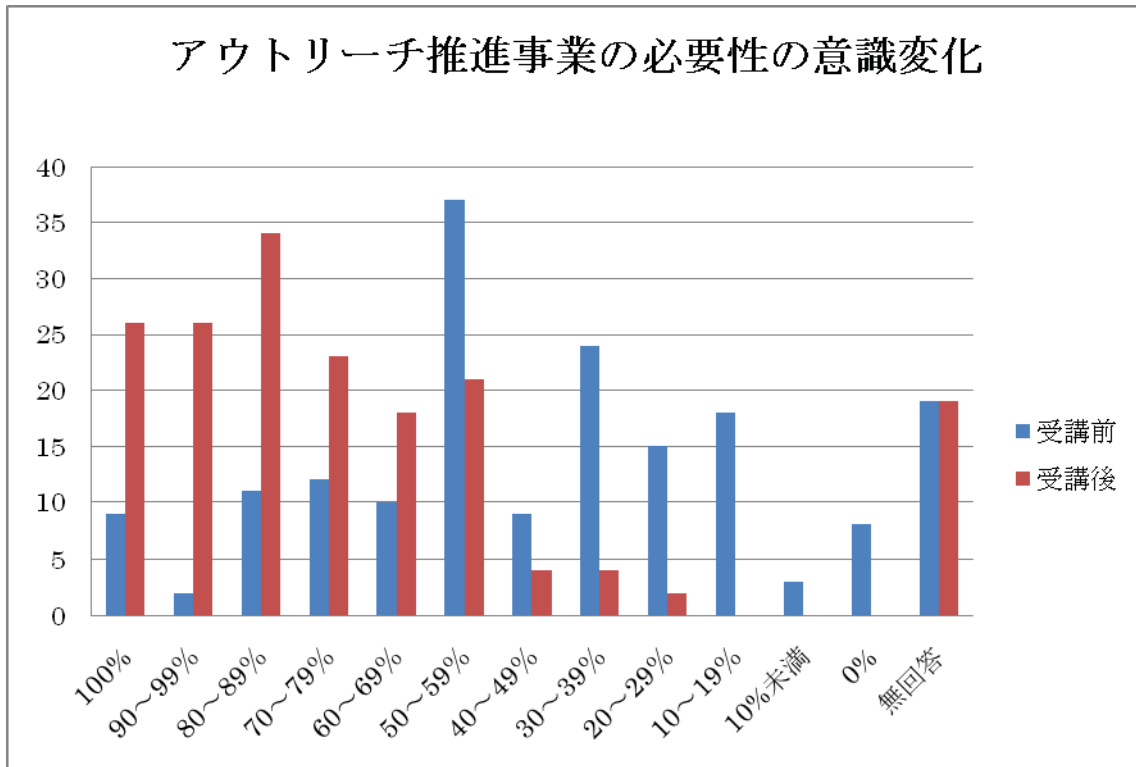
研修会の受講前と受講後での、「アウトリーチ推進事業に取り組んでいかなければならないという意識の変化」について、SPSS による平均値の解析を行った。有効なサンプル数は 157 人であった。全体としては、受講前は 42.54%であった意識が受講後では 74.75%に変化しており、アウトリーチ推進事業の取り組み意識は上昇していた。また、受講前の意識が 50%以上の職員では 64.24%から 85.82%に上昇し、受講前の意識が 50%未満の職員も 20.55%から 63.53%と、取り組みの必要性の低かった人も、高かった人もそれぞれ上がっている。このことから、研修会を実施することで職員の意識の変化を促すことに有効であったと推察することができる。

図表 3-12 受講前および受講後のアウトリーチ推進事業の必要性の意識変化

	受講前	受講後	t値	有意確率
全体	42.54	74.75	-19.58	<0.001
受講前≥50	64.24	85.82	-12.63	<0.001
受講前<50	20.55	63.53	-19.13	<0.001

<0.001

図表 3-13 受講前および受講後のアウトリーチ推進事業の必要性の意識変化



◆第3節 記述回答

本節では研修アンケートの記述式の回答に関して、保健所職員の意見を中心に代表的なものを掲載する。

1 実際にアウトリーチ推進事業に取り組むにあたっての課題

記述方式で「実際にアウトリーチ推進事業に取り組むにあたっての課題」に関して、自分自身、職場、地域、その他の4つを尋ねた。

(1) 自分自身の課題

受講者自身の課題としては、「受診勧奨」から「地域生活支援」「入院回避」等への発想の転換、アウトリーチ支援に関する知識やスキル等の獲得、地域診断・実態把握・関係機関との連携などが書かれていた。

①「受診勧奨」から「地域生活支援」「入院回避」等への発想の転換

自分自身の項では、「受診勧奨」から「地域生活支援」「入院回避」へ、「疾患モデルからストレンクス視点」へなどの発想の転換の必要性に関する記述が最も多かった。必要性は理解できたが、実際に実行するには研修や訓練が必要であり、スーパービジョンを求める記述もあった。

- 発想の転換が必要である。今の活動の中で感じている行き詰まり感、保健師としてのやる気を明らかにする。アウトリーチの意義と理念を確認する。
- 入院をまず考えるのではなくてその人自身をみていく努力をする。強みを見つけていく。その思考パターンを自分の中で定着させていく。
- 受療支援（入院を含む）が、大きな役割として理解していたため、今回の講義を受ける中で、ステージとしては関心期で自身の発想の転換がまずは第一の課題と思われる。

②アウトリーチ支援に関する知識やスキル等の獲得

アウトリーチ支援に関する知識、アウトリーチ支援で用いるスキル、モニタリングで用いる評価尺度、実施する機関へのサポートに関する知識などの必要性が書かれていた。

- アウトリーチ支援に向けてもう少し研鑽する必要がある。生活者主体の支援についての学習などが自分には必要である。
- リカバリーやストレンクスモデルの概念が十分にできていないので、関係機関と共有できるか自信が無い。概念が理解できたとして、それを実現するためのスキルがなく、関係機関をどこまでサポートできるか自信が無い。

- アウトリーチに関する知識や技術がまだまだ不十分なので、精神障害者やその家族に対応する技術、対象の方のニーズに寄り添った支援、実践を評価する知識・技術が必要である。

③アウトリーチサービスを行うための地域診断・実態把握・関係機関との連携

アウトリーチサービスを行うためには、地域精神保健システムづくりが必要であるが、地域診断、実態把握の必要性、関係機関との連携、人材育成などの必要性が書かれていたが、実際にシステムをどのように創っていくかのイメージできないという記述が見られた。特に若い保健所職員は、地域づくりの経験が乏しいため、保健所にその役割が求められても、どのように対応して良いのか困惑していることがうかがえた。

- アウトリーチサービスを行うには、地域関係機関や団体、住民との課題の共有、現に中核になってくれる人材を育てることが必要であり、それぞれの強みを確認するとともに、課題、成果の情報提供が重要である。
- 地域の現状を把握することが必要である。特に福祉サービス機関について、提供できるサービス、質、人材について把握する必要性を感じた。また、アウトリーチに取り組むための研修、理解を深めることが必要である。
- アウトリーチ推進事業の重要性は改めて認識が深まったが、具体的に事業を展開するためのスキル、周囲への働きかけに自信なく、基盤の整備のイメージが湧かない。

(2) 職場の課題

職場の課題としては、職場（所長、上司、同僚）の理解や発想の転換、アウトリーチを推進するための体制整備、保健所・主管課・精神保健福祉センターとの連携に関して述べられていた。

①職場（所長、上司、同僚）の理解や発想の転換

どの保健所も多くの業務を抱える中で、アウトリーチ推進事業を行うには、所長やその他上司、同僚の理解や発想の転換が不可欠であることを強調していた。

- アウトリーチの考え方について、共通認識することが必要だと思う。これまで入院、通院医療に結びつけるという支援を行ってきたので、その人の生活支援を行い、その人の生き方を支援するという点について、上司、同僚と共通認識して取り組む必要がある。
- 上司や同僚がこのアウトリーチの理念やアウトリーチ推進事業の必要性を理解することが必要であり、組織全体で取り組む体制を整える。アウトリーチ推進事業に関する職員の理解が不十分であり、アウトリーチ推進事業に取り組む意思を固め、アウトリーチ推進事業の優先順位を高くする必要がある。そのためには職場の報告会で今回の研修内容を伝え、職場でアウトリーチの情報共有をしたい。
- 今回の研修を伝え、皆と共に発想転換をする。まずは同僚保健師の意識改革から必要である。職場全体がアウトリーチに対する理解を深める。対象者（受診、受診中断者への）へのかかわりの主眼や導入を医療につなげるのではなく、生活支援にすることが大切で、職場での体制

づくりや担当ケースの見直しからはじめたい。

②アウトリーチを推進するための体制整備

マンパワーの不足や研修をあげている受講者が多かったが、アウトリーチ推進事業が始まることで必ずしも業務が増えるのではなく、減少することもあり得ることを伝えていくことの重要性を述べた者もいた。

- 保健所内では精神保健分野までなかなか関心を持ってもらえず、精神保健業務に従事する職員が少ない。さらに自立支援協議会も開催されていない状況で、関係機関の連携も不十分であり、今後いかにしてアウトリーチの推進に取り組むかが課題である。
- 自立支援法施行後、事務量が増え、業務を圧迫している。既に残業が40h/月を超える中、新しいことをはじめめる余力が残っているかは疑問である。他職種、他機関との連携にはまとまった時間が必要で、そのために個人的な業務（記録等）は時間外に回している。事務的業務の整理が必要である。
- アウトリーチの概念の共有や技術を修得するための研修の実施、スーパーバイザーやケアマネジメント能力の育成が必要であるが、アウトリーチ推進事業がはじまることにより必ずしも業務が増えるわけではないことを職場に理解させる必要がある。

③保健所、主管課、精神保健福祉センターとの連携

保健所、主管課、精神保健福祉センターとの連携の必要性が書かれていた。

- 主管課への働きかけをするなど、同じテーブルで一緒に考えていけるようにする。保健所（保健センター）の精神保健福祉担当者にこの事業を理解してもらうよう働きかけ、課題など一緒に考えていく。
- 保健所と精神保健福祉センター間の統一が取れていない。アウトリーチ推進事業を実施していくためには、保健所、主管課、精神保健福祉センターの連携が必要で、精神保健福祉センターから支援の覚悟を得る。

（3）地域の課題

地域の課題としては、資源開発と工夫、専門職の意識改革、住民への啓発活動、ネットワークづくりに関しての記述が多く見られた。

①資源開発と工夫

地域で資源を創り出していく必要性和アウトリーチ推進事業が医療機関だけでなく、地域に応じて実施できるよう柔軟性が必要であることが述べられていた。

- 現在サービスがない、関心のある人材の発掘、機関への働きかけが必要である。

- 圏域には精神科病院が1つ、地域活動支援センターも1つしかないため、資源、マンパワーが乏しい。医療機関への委託方式は非常に無理があると思う。それぞれの地域性に応じた仕組みづくりができるように柔軟な事業になるとよい。
- 私が勤務する地域では医師の協力が難しく、医師を含め人材不足で、社会資源が乏しい。過疎化が進み、広域で緊急対応が困難である。従って、病院中心でなく、ネットワークでアウトリーチ推進事業をやっていけるようにしてほしい。そのようになれば、地域で活用できる資源をつくりだし、やっていけると思う。

②地域の専門職の意識改革

関係者の意識改革や共通認識をもてるような活動が必要であることが述べられていた。

- 関係機関には色々な機会を通じて理解が得られるように働きかけが必要である。医療機関の理解が一番困難であると思われる。
- 精神疾患による障害をもったら入院、通院につながらなければならない、という先入観の払拭が地域の関係機関職員全体に必要である。
- 関係者の意識改革が必要であり、特に精神科病院の医師、精神保健福祉士などの意識改革が求められる。警察、当事者、家族会の理解と啓発も行い、意識を変える。

③住民への啓発活動

精神障害者に対する正しい理解の啓発の必要性とともに、アウトリーチ推進事業で実践事例を積み上げていくことが啓発につながるという意見があった。

- 障害者が生活のしづらさを抱えて地域で生活するということや関係機関の役割を理解してもらうことの啓発が必要である。
- 「アウトリーチ支援で入院しなくとも地域で生活することが可能である。状態がこの様に回復する」という実践例を示すなど、効果を地域に見せてゆく取り組みを行うことで、啓発につながる。

④精神保健福祉ネットワークづくり

医療機関、市町村や相談支援事業所、家族などとネットワークづくりを行うことの重要性が述べられていた。

- 地域で生活している利用者さんやご家族に今、していることを伝える。また、支援センターとも連絡、連携をとりアウトリーチの良さを広げ、ネットワークづくりをする。
- 市町に精神保健福祉担当者がいないところが多く、民間機関でも意識面で格差もあり、どのように協力を求めていくかが課題である。人材の育成、地域住民への対応、本当に支援が必要なケースの掘りおこし、地域でのアウトリーチについての会議が必要であるが、アウトリーチに関する連絡会を創っていこうと思う。

- アウトリーチの視点で地域をどうネットワークできるのか新たな視点で把握する。社会資源の少ない状況であるが、そのネットワークの中で新たな社会資源を創ることも考えたい。

(4) その他

アウトリーチの理念と事業の趣旨が一致していない点や実際にアウトリーチを行うためには専門職のスキルアップが必要であり、研修を行い、人材育成の重要性を書いている。

- アウトリーチの理念と事業化が同じ方向を見ていない。事業自体の根本の課題を国には整理して欲しい。事業ありきでよいのか。
- スキルアップのための研修はどこの責任で行うのか。
- アウトリーチの理念にそった推進事業をすすめるための研修等による人材育成をして欲しい。アウトリーチ推進事業を行うためには、理念とスキルが必要であり、全般にわたって準備不足なので、研修を行って欲しい。

2 意見・要望

意見・要望として、研修の効果とさらなる研修実施、アウトリーチ推進事業の実施要綱への要望などがあった。

(1) 研修の効果とさらなる研修実施

アウトリーチの理念の理解や、アウトリーチ推進事業の理解に役立ったという評価であった。

- 全くなにもわからない中での研修会参加でしたが、とても勉強になりました。今日の研修を基に今後の自分の活動に必ず役立っていきたいと思います。まだまだ自己研究が必要ですが頑張っていきます。ありがとうございました。
- 今回は3か所の開催であったが、ブロック単位（九州・四国・近畿など）で開催し、このような研修にもっとたくさんの方が参加できるようにしていく必要がある。
- 精神保健福祉業務は、人手、お金がかかる事業であるにもかかわらず予算が減らされている。事業自体はずばらしいと思うので、地域がとりくめるような環境が整えられるようにしてほしい。「医療モデル」から「生活モデル」への発想の転換のためには研修が必要であり、研修を実施するための予算と補助金を認めて欲しい。
- アウトリーチ推進事業についての研修は、伝達はするが限界があるし、県外出張はなかなか難しいので、各都道府県に回ってほしい。

(2) 実施要綱

これから出される実施要綱において、医療継続でなく生活支援を中心に盛り込んでほしいことや、制度が地域を病棟化することへの懸念、病床削減とのセットに対する疑問が述べられていた。

- 対象者を未治療、受診中断者としていることで目的は医療の継続が主要となる。地域では「精神障害」という診断はついても、必ずしも医療の継続が必要でない事例も多い。「障害者」にとって医療は生活の一部。本人が納得する形で継続医療への導入をはかるか。
- アウトリーチチームを立ち上げるにあたり、患者の掘り起し、患者の抱え込みにならないような評価委員会の構成・機能をしっかり検討すべきである。
- やはり「生活モデル」の視点でとりくまないと地域の病院化にしかない。厚労省の現基本方針案、民間病院の病床削減とのセットという方針ではやれない。この事業の組み立てではやらないと思う。せめて公的病院でできるくらいにはしてもらいたいと思う。民間病院の委託のシステムではアウトリーチの理念とは別のものになってしまうと思う。

(3) 行政役割

公衆衛生活動の一環として保健所が精神保健活動を担っているという自負と責任が熱く語られ、保健所がアウトリーチ推進事業にしっかりかかわっていくことの重要性が書かれていた。

- アウトリーチの理念は、本来私たちが目指してきた精神保健活動であり、課題は山積している。是非、この事業を機に実現にむけた体制整備を期待する。この事実を大事にしていきたいと思う。また、自分自身の役割責任も強く感じている。
- 疾病があっても障害があっても、地域で暮らす権利を支えていく、守っていく最前線の職種であることを再認識したと同時に専門職としての力が試されており、社会における責任も感じた。
- アウトリーチで、当事者が安定した生活を送るためには、かなりの時間と労力が必要と思われる。入院が必要な時もあると思うが、どこで決断するのか、チームの力量が問われるのではないか。また、支援期間が長期化するが効果が乏しい時に、スタッフのモチベーションの維持ができるのか…。ただ、実際に取り組んでみるのが大事と思うので、頑張りたい。

◆第4節 考 察

ここでは、研修結果からの考察と研修プログラム開発という2つの点から考察を行う。

1 研修結果からの考察

(1) アウトリーチ支援の可能性

保健所勤務の受講者に対して、「これまであなたが支援した未治療・中断者で入院に至ったケースのなかで、当時、アウトリーチ支援が行われていたら、入院に至ることなく在宅生活が継続できた人は何%程度だと思いますか」という質問を行い、110人から回答を得た。結果、回答者110のうち56人(50.90%)が支援した未治療・受診中断者で入院に至った人の半数以上は、アウトリーチ支援があれば在宅生活が継続できたと思うと答えている。また、同様に保健所勤務の受講者に対して、「これまであなたが支援した未治療・中断者で入院に至ったケースのなかで、アウトリーチ支援が行われていたら、措置入院や医療保護入院にならず、任意入院や通院、あるいは訪問診療により治療ができた人は何%程度だと思いますか」という質問をし、110人から回答を得た。結果、回答者110のうち56人(50.90%)が支援した未治療・受診中断者の半数以上は、アウトリーチ支援があれば、措置入院や医療保護入院に至らず、任意入院や通院、あるいは訪問診療により治療ができたであろうと回答していた。このように受講者はアウトリーチ支援の可能性が高いと考えている。

(2) 研修受講前後のアウトリーチ支援の必要性に関する意識

今後アウトリーチ推進事業に取り組んで行かねばならないという意識の変化を受講者全員に尋ねたところ、全体としては、受講前は42.54%であった意識が受講後では74.75%に変化しており、アウトリーチ推進事業の取り組み意識は有意に上昇していた。また、受講前は取り組みの必要性の意識が低かった人も、高かった人も、受講後は取り組みの必要性への意識がそれぞれ上がっていた。この結果から研修会を実施することで職員のアウトリーチ推進事業に取り組む意識の向上を促すことに有効であったと推察することができるだろう。

(3) 精神保健福祉センターの技術援助の必要性

研修後のアンケートにおいて、「アウトリーチ推進事業を次年度から実施するとしたら、あなたの保健所では精神保健福祉センターの支援を必要とするか」の問いに対して、「必要」85人(72%)、「やや必要」22人(19%)の91%が望んでいた。また、アウトリーチ推進事業を担う機関の育成や資源開発、地域精神保健システムの構築などのコミュニティに立脚した活動は、保健所勤務経験が乏しい職員においては、演習場面で困惑している者が多く認められたことから、研

修会の開催とともに精神保健福祉センターからの技術援助が必要であると考えられる。

(4)「受診勧奨」から「地域生活支援」「入院回避」等への発想の転換と研修の必要性

アンケートの記述回答や自由既述の欄から、職員や関係機関職員の「受診勧奨」から「地域生活支援」「入院回避」等への発想の転換と、アウトリーチ支援を行うための研修の必要性が多く述べられていた。今まで行政機関は受診勧奨を第一の目標として取り組んできたが、未治療・受診中断者等を「入院」という形に頼らず、「地域で生活」することを前提とする「アウトリーチ推進事業」を実施するためには、受講者のみならず保健所の上司や同僚、主管課などの行政職員全員の発想の転換が必要である。また、発想の転換、個別援助のスキル、新たな地域精神保健システムの構築のためには、さらなる研修が必要である。今回の研修は基礎的な内容であり、たとえアウトリーチ推進事業を民間のチームに委託するとしても、保健所は住民の福祉と健康を守る機関であり、本事業へ関与し続ける公的責任があり、その責任を遂行するためには各地で研修を実施していくことが重要である。

2 研修プログラム開発

(1) 講義

今回の研修の講義内容は図表 3-14 のとおりであった。

図表 3-14 講義一覧

テーマ	時間数
アウトリーチ支援が目指すもの	40分
アウトリーチ支援における行政に期待される役割	80分
アウトリーチ推進事業の対象者	60分
アウトリーチの意義と理念	60分
アウトリーチの理解	60分
アウトリーチ推進のための地域システムづくり	70分

①整理すべき講義

「アウトリーチ支援が目指すもの」「アウトリーチ支援における行政に期待される役割」「アウトリーチ推進事業の対象者」の3つの講義内容は「アウトリーチ推進事業」の枠組みを説明する内容が重なっており、実施要綱が示されない段階での研修会であったため、具体的な内容に踏み込むことができなかった。今後の研修では、この3つの講義を1つにすることが可能である。

②内容を改善すべき講義

「アウトリーチの意義と理念」については、リカバリー概念や発想の転換に関する講義の後に演習でより講義内容を深める必要がある。また、「アウトリーチの理解」については、今回は、ACTの事例が示されたが、具体的に保健所で関与した実践事例を2事例程度示し、「アウトリーチ推進事業」においては、事例がどのように展開するかを考えながら、受講者が自らの役割と関連させて演習方式で学ぶ形式を採用すると効果的である。さらに、「アウトリーチ推進のための地域システムづくり」に関しては、勤務経験の少ない行政職員はシステムづくりのイメージが湧かない職員が多く、具体的な地域を設定して、システムづくりの方法を演習として組み込んでいく必要がある。

③新たに必要な講義

今回の研修の講義になかった内容であるが、本研修を実施した結果、「人権擁護とアウトリーチ推進事業と関連する法律」に関しては新たな講義のテーマとして追加すべきであることが明らかになった。アウトリーチ推進事業は、アウトリーチという新たな手法を使って、民間の精神科病院等が中心になって担うことになった場合は、当事者の権利や実施内容の法的根拠、実施主体の権限等をテーマとした講義で行政職員が人権と法制度に関して学び直し、アウトリーチ推進事業が適正に運営されるよう助言・指導していく必要がある。

(2) 演習

今回の研修の演習内容は図表3-15のとおりであった。

図表3-15 演習一覧

テーマ	時間数
アウトリーチ推進事業の理解	80分
アウトリーチ推進事業を実施するに当たっての課題と解決策	150分

①改善点

「アウトリーチ推進事業の理解」については、今回は「アウトリーチ」および「アウトリーチ推進事業」に関する理解を促進するために、保健所の未治療・受診中断者等の相談があった事例が、アウトリーチ推進事業がはじまれば、支援内容とその結果がどのように変化するかを話し合う演習とした。しかし、アウトリーチ推進事業の全容が見えないために、受講者は演習の目的が理解しづらく、演習の目的が十分達成できなかった。これから行う研修では、実践事例を提示し、そこで行政がどのように関与していくかを受講者が考える演習に変更すべきであろう。

②新たに必要な演習

「アウトリーチ推進のための地域システムづくり」に関して、勤務経験の少ない行政職員はシステムづくりのイメージが湧かない職員が多いことを前述したが、地域のシステムづくりの演習を新たに追加する必要がある。具体的な地域を設定して、システムづくりの方法を受講生が獲得できることが望まれる。

(3) 研修時間数

1 日目の演習においては多くの受講生に戸惑いが認められたが、2 日目の演習では、アウトリーチの理念や行政の役割などが理解できるように変化しており、1 日の研修では受講者は消化しきれず混乱する可能性があり、2 日間以上の研修が必要である。

(4) 研修プログラム構成

図表 3-16 のようなプログラム構成が研修モデル例として考えられる。地域の独自性を踏まえ、このモデル例を基本に実施されることを期待したい。

図表 3-16 アウトリーチ推進事業研修モデル例

1 日目

一 日 目	午 前		午 後		
	講義 「アウトリーチ推進 事業における行政 の役割」 (90 分)	講義 「アウトリーチの 意義と理念」 (60 分)	演習 「アウトリーチ推 進事業の理念の 理解(自己紹介を 含む)」 (90 分)	講義と事例検討 「アウトリーチの理 解」(発表も含む) (130 分)	質問用紙 記入 (20 分)

2 日目

二 日 目	午 前			午 後	
	質問への 回答 (30 分)	講義 「アウトリーチ推 進のためのシス テムづくり」 (70 分)	講義 「アウトリーチ推 進のシステムづ くりの例」 (60 分)	演習 「アウトリーチ推 進のためのシス テムづくり」(発表を 含む) (150 分)	講義 「人権擁護とアウト リーチ推進事業関 連法律」 (60 分)

このプログラムを基本にし、各地で未治療・受診中断者のためのアウトリーチ支援のための研修が開催されることが望まれる。

(文 献)

- 1) Barker, R.L.: The Social Work Dictionary, 5th Edition. NASW Press, Washington DC, 2003, 309.

◆第5節 研修資料編

1 研修資料パワーポイント

(1) 『アウトリーチの理解』 大阪会場・岡山会場・東京会場

アウトリーチの理解

佐藤純(京都ノートルダム女子大学)

西川里美((株)みらい・訪問看護ステーション宙)

保健所での経験

悔しかった思い

はがゆかった思い

保健所における精神保健福祉相談

(相談指導等)

第四十七条 都道府県、保健所を設置する市又は特別区(以下「都道府県等」という。)は、必要に応じて、次条第一項に規定する精神保健福祉相談員その他の職員又は都道府県知事若しくは保健所を設置する市若しくは特別区の長(以下「都道府県知事等」という。)が指定した医師をして、精神保健及び精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させなければならない。

- 2 都道府県等は、必要に応じて、医療を必要とする精神障害者に対し、その精神障害の状態に応じた適切な医療施設を紹介しなければならない。
- 3 精神保健福祉センター及び保健所は、精神障害者の福祉に関する相談及び指導を行うに当たっては、福祉事務所(社会福祉法(昭和二十六年法律第四十五号)に定める福祉に関する事務所をいう。)その他の関係行政機関との連携を図るように努めなければならない。
- 4 市町村(保健所を設置する市及び特別区を除く。次項において同じ。)は、第一項及び第二項の規定により都道府県が行う精神障害者に関する事務に必要な協力をするとともに、必要に応じて、精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じ、及びこれらの者を指導しなければならない。
- 5 市町村は、前項に定めるもののほか、必要に応じて、精神保健に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じ、及びこれらの者を指導するように努めなければならない。

保健所及び市町村における精神保健福祉業務について

平成12年3月31日障第251号

厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知

第一部 保健所

5 相談

- (1) 所内又は所外の面接相談あるいは電話相談の形で行い、相談は随時応じる。相談指導従事者としては、医師(精神科嘱託医を含む。)、精神保健福祉相談員、保健婦、臨床心理技術者その他必要な職員を配置する。
- (2) 相談の内容は、心の健康相談から、診療を受けるに当たっての相談、社会復帰相談、アルコール、思春期、青年期、痴呆等の相談など、保健、医療、福祉の広範にわたる。相談の結果に基づき、病院、診療所、精神障害者社会復帰施設等の施設や、自助グループ等への紹介、福祉事務所、児童相談所、職業安定所その他の関係機関への紹介、医学的指導、ケースワーク等を行う。また、複雑困難なケースについては、精神保健福祉センター等に紹介し、又はその協力を得て対応することができる。

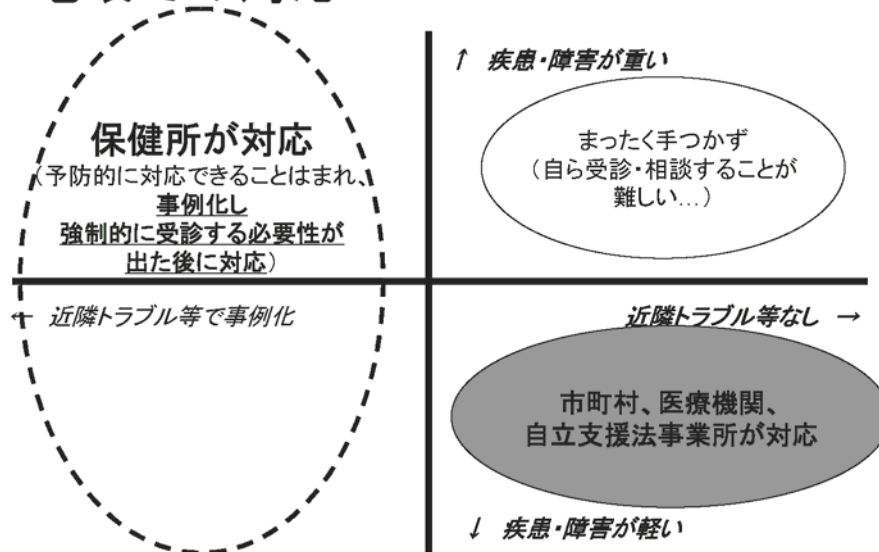
6 訪問指導

- (1) 訪問指導は、本人の状況、家庭環境、社会環境等の実情を把握し、これらに適応した相談指導を行う。訪問指導は、原則として本人、家族等の了解の下に行うが、危機介入的な訪問など所長等が必要と認めた場合にも行うことができる。
- (2) 訪問指導は、医療の継続又は受診についての相談援助や勧奨のほか、生活指導、職業に関する指導等の社会復帰援助や生活支援、家庭内暴力やいわゆるひきこもりの相談その他家族がかかえる問題等についての相談指導を行う。

保健所を取り巻く状況

- 保健所数は減少（H9:706→H19:518） 26.6%減
- 精神保健福祉相談は減少（H9:139万件→H19:115万件） 17.2%減
- 精神保健福祉訪問件数は減少（H9:25万6千件→H19:15万7千件） 38.6%減
- 申請通報件数は増加（H9:6540件→H19:15376件） 135%増
- 相談訪問に割く時間がない中、申請通報の対応に追われる毎日...？
- 市町村に直接サービスが移行していく中で、日々の生活をしている当事者の生活が見えにくくなっている中での、危機介入...？

地域での対応



何が難しい？

- ・仕事をやりくりして、短期集中的に介入することは何とか可能
 - 申請通報やその近辺の緊急事例はこのパターン
- ・しかし、長期にわたって、地道に働きかけを続けるには、まとまった時間や余裕が必要
 - 気になっているけど、行く時間が作れない
 - 結果として、強制入院となっていないか？

京都：家族による家族研究

本人の異変を感じてから初診まで、**平均1年10カ月**経過しています。
早期受診につながるさまざまな支援や介入が必要です

初診時は

本人の混乱も大きいため、ケアする家族も大きな苦勞と困難を経験しています。
現状では、本人も家族も、この時期にたびたび傷つき、不幸な形で医療と出会うことになってい
ます

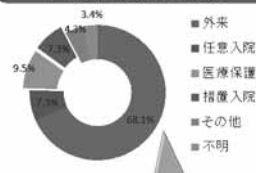
4割以上の人
頻繁に・常に・24時間
見守りが必要



半数以上が
受診に抵抗がある
(しぶしぶ・納得・無理矢理・拒否)



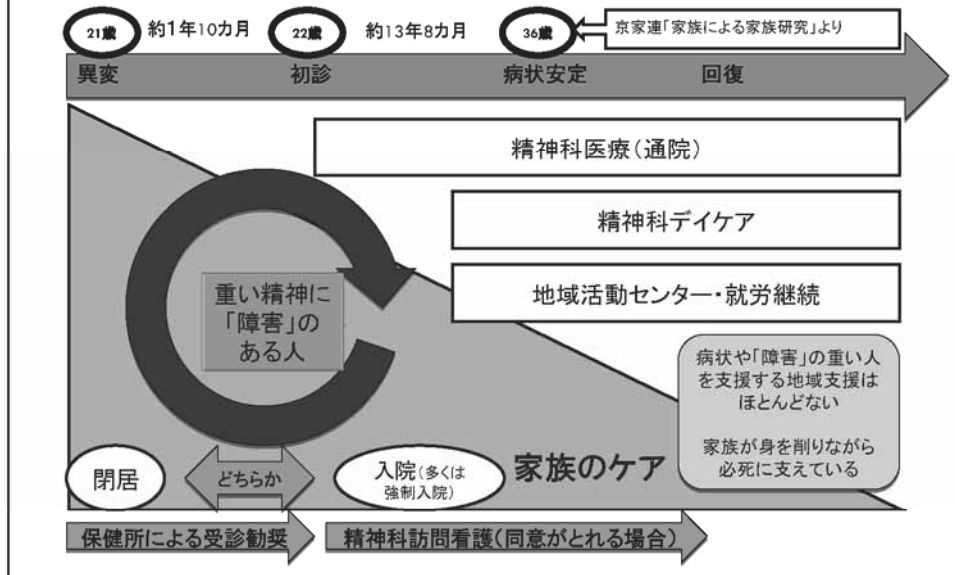
初診時、6人に1人
(16.8%)が
強制的な入院に
(医療保護入院・措置入院)



- ・ていねいに信頼関係を作りながら、本人・家族にケアを提供する医療も含めた訪問支援の必要性
- ・家族の支援をする相談機関や支援メニューを増やし、この時期の家族をサポートする必要

本人も
家族も
支援者も
不幸な
事態

わが国の精神保健医療福祉システムの現状



課題

- マンパワーが不十分な中、かなり広い領域の対応を保健所が担っている＝未治療、医療中断、自らが受診・相談をしない、受診・相談をしているが近隣とトラブル...
- しかし、現実的には対応は、短期集中的に関わらなければならぬケースのみとなり、ほとんどが放っておけないほど事例化したケースが中心
- もっと早くかわかれたらこんなふうにはならなかった...
- もう少し地域に長期にわたって地道に関われる支援があれば、いま、無理矢理に入院しなくてもいいのに...
- 病院には行っていないので、サービス導入が始められないけど、生活支援をしないと、生活が破綻する...

ACTにかかわってみて

チームで行うアウトリーチの
深さと面白さ

ACT (Assertive Community Treatment)

- 重い精神の障害を持った方たちが地域で生活できるように支援するための、最も集中的・包括的なケアマネジメントのモデルの一つであり、その有効性から、現在世界各国で実践されている
1. 重い精神障害を抱えた人を対象
 2. さまざまな職種の専門家から構成されるチーム
 3. 利用者数の上限を設定
 4. スタッフ全員で1人の利用者のケアを共有
 5. ほとんどのサービスを責任を持って直接提供
 6. 訪問を中心としたサービス
 7. 期限を定めずに継続的に関わる
 8. 1日24時間・365日体制
- * 地域生活支援サービス＋医療サービスを総合的に提供

ACTの
支援の
枠組み

むしろ
支援の質
が重要

多職種チームで関わることの強み

- ・もちろん保健所も相談員＋保健師のチームではあるが...
- ・本人の「困りごと」に対応できる柔軟さ
 - ・医師、看護、精神保健福祉士の組み合わせで
 - ・さらに作業療法士や薬剤師が加わり
 - ・アロマセラピストや学生ボランティアも加われば
 - ・たいていの本人の「困りごと」に直接アプローチができる
- ・支援の見立てと手立てが立体的になる
 - ・生物心理社会的
 - ・それ以外の広さを持った立体感

柔軟なチームアプローチの強み

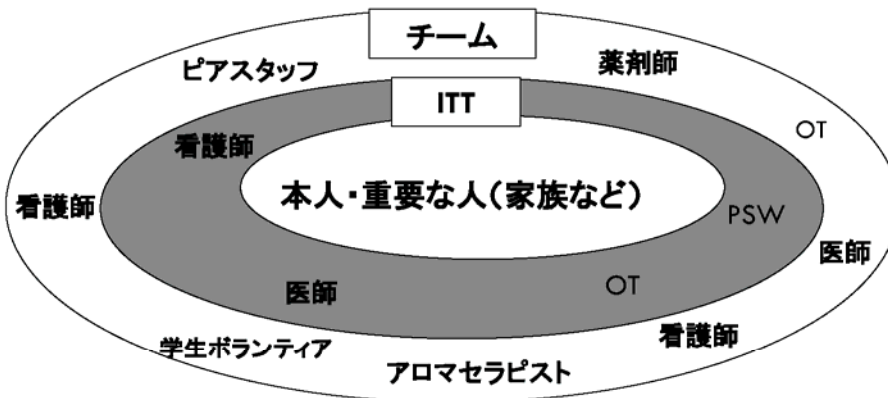
- ・ACTチームはサッカー型のチームアプローチ
 - ・医療機関のチームアプローチは野球型
 - ・サッカーはポジションが入れ替わり、流れるような攻守への切り替えができる
- ・職種に縛られない柔軟さ
 - ・人柄、趣味、性別、年齢、相性が優先する担当の選択
 - ・薬剤師でも洗濯する、精神保健福祉士でも副作用指導をする、看護師でも就労支援をする
- ・相性があわなければ担当をかえるほどの柔軟さ
 - ・互いに深く傷つく前に、担当を変える

ACTサポート体制:ITTについて

- ITT(Individual Treatment Team)

「全体のチームの中で、ある利用者に関するアセスメントと支援計画の作成、日常的なケアの提供と調整を中心となって行い、その支援に責任を持つ小さなチーム」

通常、3~5名程度で、ケースマネージャ(PSW・看護師・OTなど)、医師など利用者に必要なスタッフからなる。主担当は1名。



あきらめずにかかわる

- ACTはケアマネジメントである
 - 担当はその利用者のケアマネジャーである
 - まず、信頼関係が形成できなければ、支援を始められない場合も非常に多い
- 必要であれば半年以上もかけて、さまざまなアプローチをとり、本人と無理のない支援関係の形成を目指す
 - 支援関係を壊すようなアプローチは、可能な限り選択しない
- そして従来の支援関係を越えた支援の質の重要性

ACTの支援の質

ACT (Assertive Community Treatment)

- 重い精神の障害を持った方たちが地域で生活できるように支援するための、最も集中的・包括的なケアマネジメントのモデルの一つであり、その有効性から、現在世界各国で実践されている
 1. 重い精神障害を抱えた人を対象
 2. さまざまな職種の専門家から構成されるチーム
 3. 利用者数の上限を設定
 4. スタッフ全員で1人の利用者のケアを共有
 5. ほとんどのサービスを責任を持って直接提供
 6. 訪問を中心としたサービス
 7. 期限を定めずに継続的に関わる
 8. 1日24時間・365日体制
- * 地域生活支援サービス＋医療サービスを総合的に提供

ACTの
支援の
枠組み

むしろ
支援の質
が重要

ACTの歴史

- ・ アメリカ・ウィスコンシン州のメドロータ州立病院のアーノルドマークス医師らの調査から始まる
 - ・ 退院すると使えるサービスの種類や密度が減少
 - ・ 入院中に練習したスキルは生かされない
 - ・ システムが複雑で細分化されており、サービスをたやすく受けることができない
 - ・ 本人が拒否すれば支援の手は途絶え、必要な支援を受けているか確かめる責任はだれも持っていない
- 地域で多職種チームによる訪問支援をスタート
→30年後もこのモデルの原則は変わらない
→世界各国に普及している

ACTで提供されるサービス

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| 1. 薬の処方と提供 | 7. 日常生活の支援 |
| 2. 病気と服薬を利用者が自己管理するための支援 | 8. 身体的健康に関する支援 |
| 3. 個別の支持的療法 | 9. 経済的サービスに関する支援 |
| 4. 危機介入 | 10. 就労支援 |
| 5. 入院期間中の継続支援 | 11. 家族支援 |
| 6. 住居サービスに関する支援 | 12. 社会的ネットワークの回復と維持のための支援 |

これらのサービスを、超職種で行う

ACTの提供する支援の質

- ACTの枠組みを整えれば、誰でもACTらしい支援ができるかというところではない
- ACTプログラムの特徴は、①訪問によるACTチーム支援や24時間365日サービスなどの支援の「枠組み」として特徴があるとともに、②重い精神障害のある人を支えるためのリカバリーやストレングスモデル、そして支援関係のあり方など、支援の「質」にも大きな特徴がある
- 支援の質が変わらなければ、それは「地域管理」となる危険性

ACTの支援の質の特徴

- 生活する「人」を支援するという視点
 - あくまで病気や障害はその人の属性のひとつ
 - 医療や治療は生活の一部であることを常に意識しておく必要性
- パートナーシップによる支援の重要性
 - 支援者の考える幸せが、利用者の幸せとはならない
 - 自らの人生を自らが歩むことの重要性
 - あなたなら人からいろいろ言われる安全な人生を選びますか、それとも多少危険が伴っても自分の思う人生を選びますか

ACTの理念(1)ーリカバリー支援

- リカバリーとは、いわゆる疾患や障害の医学的な「回復」にとどまらず、ある人が疾病や障害で「失ったもの」を回復するとともに、「疾病や障害を抱えながらも」希望や自尊心を持ち、可能な限り自立した生活を送ることを意味する
- その人の経験や主観を重視しているところに特徴がある
 - 自らの足で歩きはじめることの重要性
- 支援者の目標が「リカバリー」ではない
 - あくまでリカバリー志向である

ACTの理念(2)ーストレングス視点

- 疾患や障害、問題点に焦点を当てるのではなく、利用者が本来持っている能力(長所、強み、持ち味、経験、夢、希望など)や環境の側の潜在的力(利用者を取り巻く人びとの支援力や地域がもつ資源や問題解決能力など)にも着目し、それを引き出し、活用したり、セルフケア能力を高めたりすることに重点を置く
 - 頻回電話→(問題)→(対策)→目標は電話回数の減少
 - 頻回電話→SOSを出すのが上手(リフレーミング)→さらにうまいSOSの出し方→いっそう上手にSOSを出せる
- 専門職がストレングス視点を持って支援をすると、利用者もストレングス視点で自分を眺めるようになる
 - 物の見方や考え方が変わる
- 認知行動療法や動機付け面接(motivational interview)、解決志向アプローチやのスキルが生きる

ACTの理念(3)

一利用者に合わせてられる柔軟なサービス提供

- 利用者のニーズや状況に応じてサービスの種類や強度はニーズの変化に合わせて即座に修正する。個々のニーズにこたえるために、チームには、さまざまな専門的知識が包括的にミックスされ、提供されるサービスは職種によって分けることができない
 - 本人のニーズに合わせてサービスを組み立てる
 - 職種を超えて、性別やキャラクターなどの組み合わせは無数
 - ネットワークでは、各機関の特性による「限界」があり、なかなか柔軟なサービスにはなりにくい
 - 想いと理念が共有できていればそれは可能

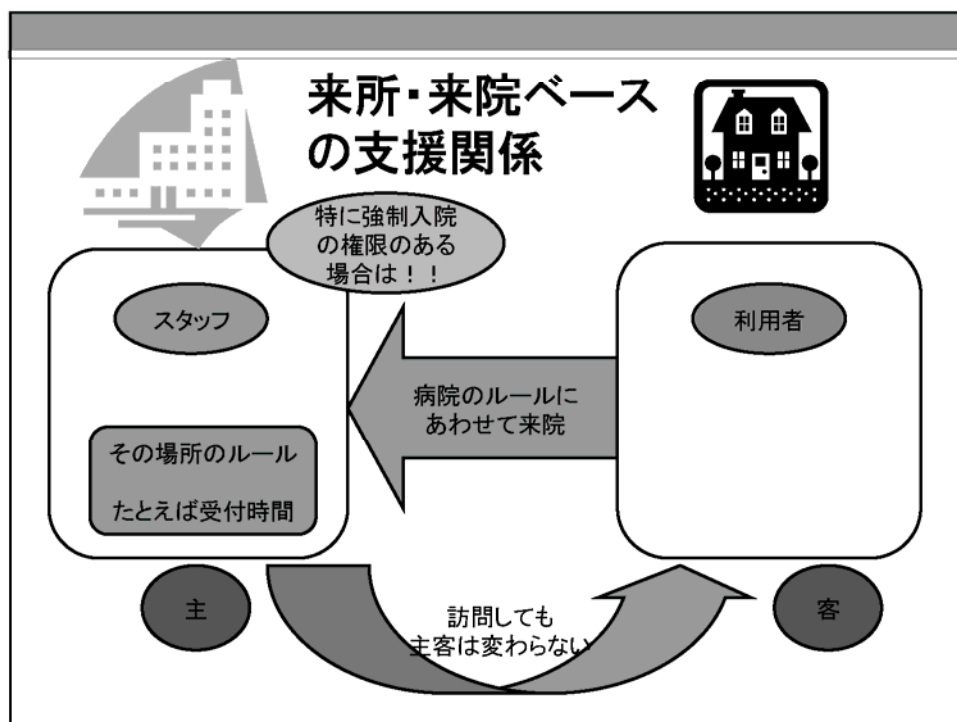
「チームで直接支援」の重要性

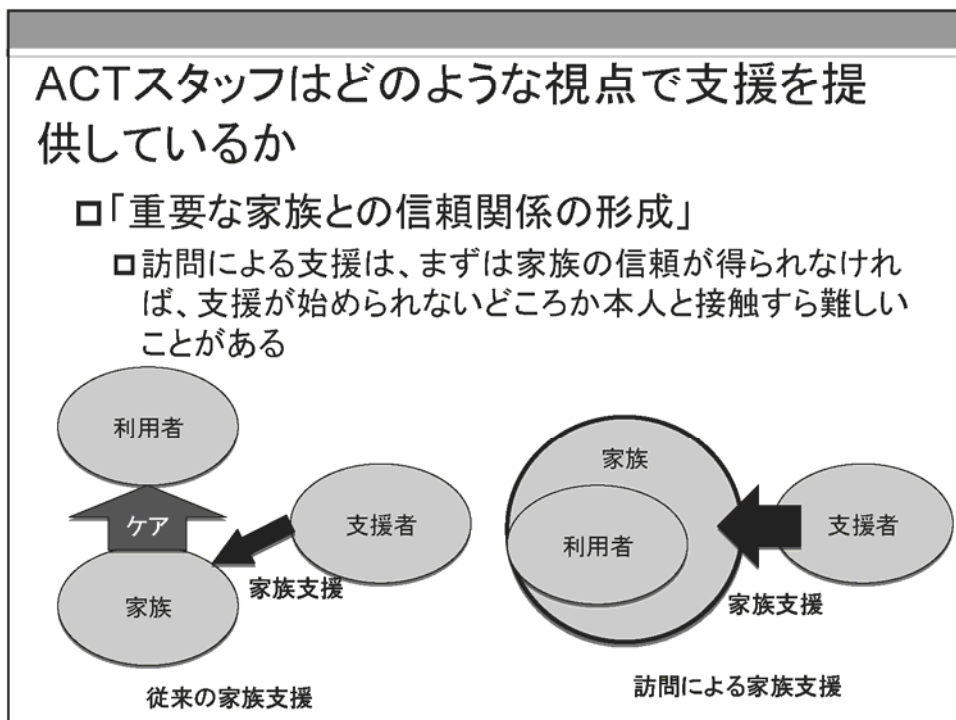
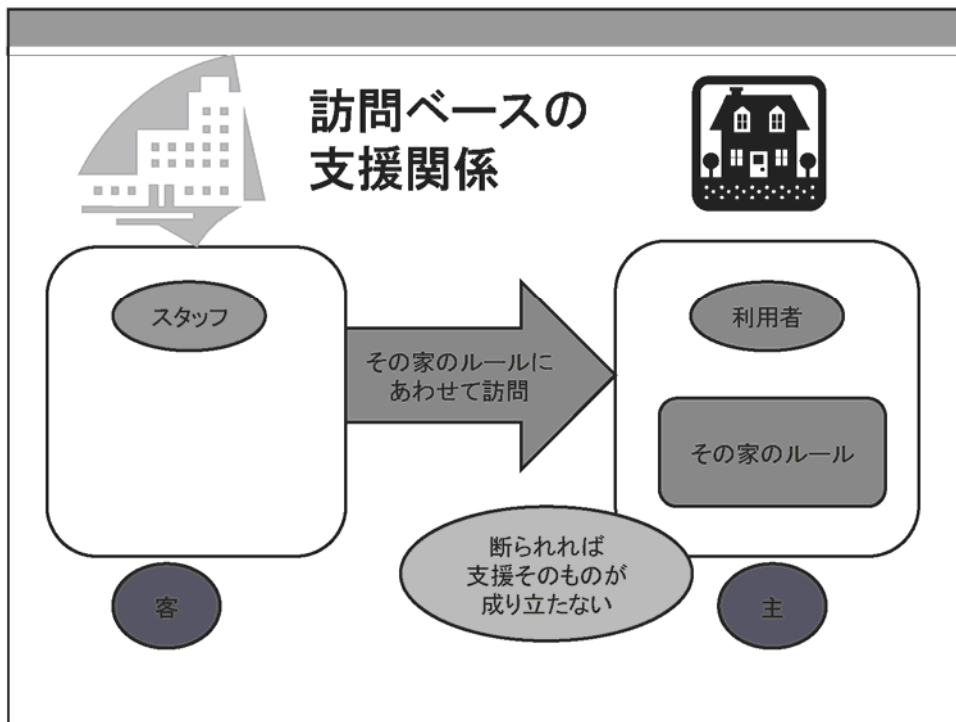
- 重い精神に「障害」のある人は、たくさんの人による薄い支援よりも、少数の厚い支援の方がなじみやすい
 - まずは限定されたスタッフで直接多様な支援をする
- 多数の機関が支援に入ると、「できること」「できないこと」の機関の限界が出てきて、重い精神に「障害」のある人への支援を行うにもすきまがたかさんできてしまう
 - チームですきまのないように柔軟に対応する
- 同一チームの方が多種多様な情報を短時間で共有しやすい
 - ミーティングの多さがACTのもう一つの大きな特徴

ACTの理念(4)

ー重要な支援関係づくりとパートナーシップ

- ・ 在宅における支援を始めるには、支援者がクライアントやその家族に受け入れられることがなくては支援が始められない
- ・ そのためには、高木のいう「援助される者と援助する者との間の共同体づくり」ともいえるパートナーシップ関係の形成が重要である
- ・ 逆にいえば、そういう関係でなければ支援にならない





パートナーシップを前提とした支援技術

- いわゆる助言や指導でない支援技術
 - 逆に上下関係を利用した支援関係を形成していることも...
- 認知行動療法、動機付け面接、解決志向アプローチはパートナーシップが前提となっている
 - わが国でこれらの両方が普及しないのは、そもそもパートナーシップ関係を形成する必要がないから？

支援者の支援への価値観が変わってくる

- 温かいごはんと居心地の良い住まいと安心できる人とのつながりができれば、孤立感や不安は軽減し安心できることで、危機が乗り切れることも多い
- その上で、自らが選択をして精神科医療を使うかどうか決められれば、これほど理想的な精神科医療との出会いはない
 - 治療や服薬は、生活支援を行い、孤立感や不安が軽減し、本人が安心できた時点で切り出すのがベスト
- 実はこのような支援をしたくて、みなさんこの仕事に就かれたのでは？

さあ、アウトリーチチーム を管内に作り、一緒に活動 してみよう

保健所の仕事が2倍にも3倍にも
おもしろくなる

保健所に専門職は必要である

- これだけの情報が集まり
 - ・ オフィシャルな情報も、近隣の苦情や相談からも
- 一般市民への信頼感があり
 - ・ 行政に対する信頼はやはり一定以上ある
- 地域全体のコーディネートが可能で
 - ・ どこかの法人に偏ることなく
 - ・ 地域全体に声をかけることができ
- 管内のすべての住民に対して目を配る支援
 - ・ 当事者だけでなく、家族や近隣住民に対しても
- そのためには保健所に精神保健福祉の専門職は絶対必要
 - ・ 民間でカバーできないのが、この未治療・治療中断の対応

保健所に
精神の専門職を
置いておいて良かった
といわれる時代が来るように

このアウトリーチ事業は
今後の精神保健福祉システムを
左右するものではないかと
研究班員たちは考えています

(2) 『アウトリーチ推進事業の対象者』

①大阪会場

厚生労働省平成22年度障害者総合福祉推進事業
未治療・治療中断者等の精神疾患患者へのアウトリーチ(訪問)支援モデルの開発と普及

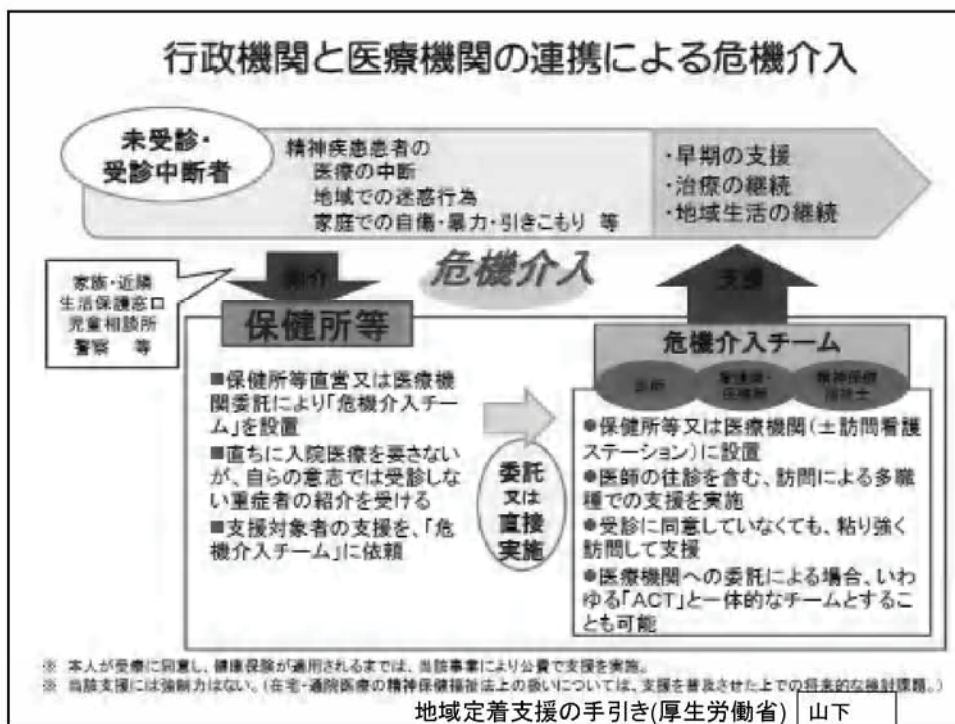
アウトリーチ推進事業の対象者

藤田健三¹⁾, 山下俊幸²⁾
1)岡山県立精神保健福祉センター
2)京都市こころの健康増進センター

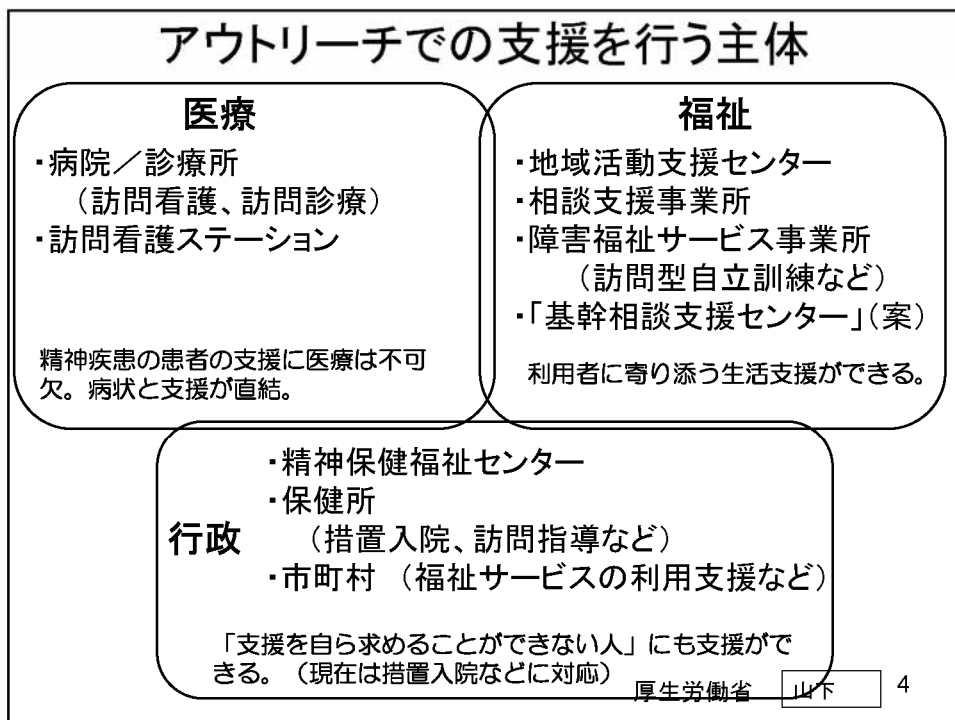
2011/1/11
ウエル大阪
1



行政機関と医療機関の連携による危機介入



アウトリーチでの支援を行う主体



アウトリーチでの支援に向けて

- 当事者や家族の抱える様々な課題の解決を、「入院」に頼らず、地域で生活することを前提とした支援体系へ
 - 医療面での支援に加え、早期支援・家族支援など生活面の支援を同時に行うための、多職種チームでの支援
 - 現存する人的資源を活用して地域で支援を行う人材として養成
 - 医療機関が病床を削減しながら、人員配置を地域精神保健医療に転換するよう促進
 - 地域移行・地域定着の促進のための住まいの整備

厚生労働省

山下

5

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. B.J.P. 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

厚生労働省

山下

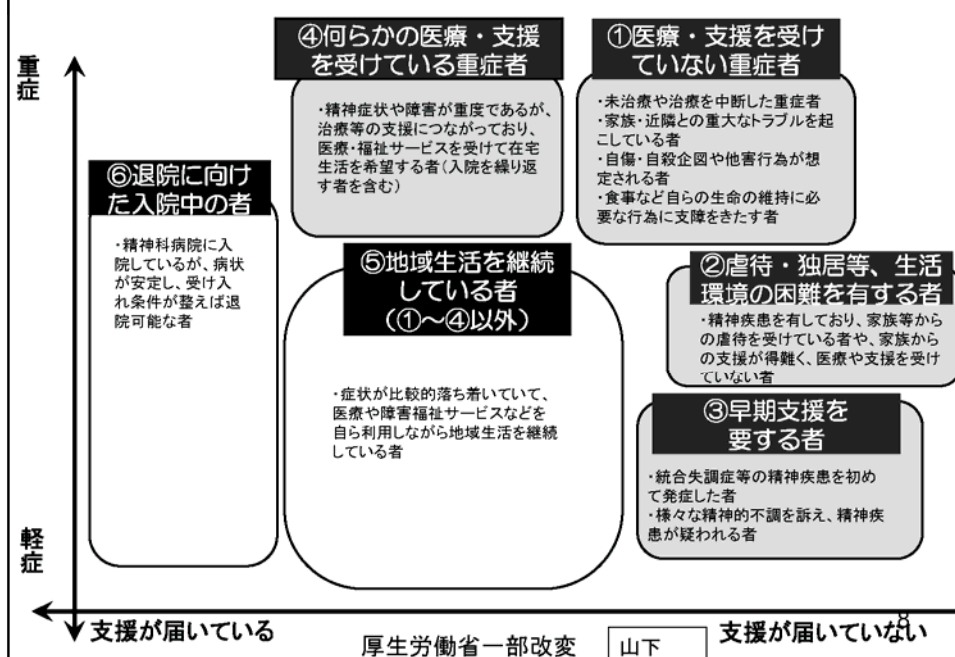
6

メッセージ

- 未治療・治療中断者への関わり
- 地域における困難事例への関わり
- アウトリーチと対象疾病について
- アウトリーチの際の診療報酬などについて

7

地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像



①医療・支援を受けていない重症者

- ・未治療や治療(服薬)を中断した重症者
- ・家族・近隣との重大なトラブルを起こしている者
- ・自傷・自殺企図や他害行為が想定される者
- ・いわゆる「ひきこもり」で、食事など自らの生命の維持に必要な行為に支障をきたす者

特徴

- 本人が病気を認識できず、支援を求めない(支援を拒否しがち)
- 家族・近隣とのトラブルが発生しがち
- 症状が急激に変化し、ときに緊急に危機介入を要する
- 病状の悪化と共に、日常生活や社会生活を営むことが困難になっている(食事など日常生活の維持が全く困難になることもある)

現在の主な施策

- 精神保健福祉法に基づく措置入院
- 精神保健福祉法に基づく医療保護入院、移送制度
- 精神科救急医療体制の整備
- 保健所での相談や訪問
- 訪問看護等の在宅医療

本人/家族のニーズ

- (本人)
- 無理やり病院に連れていかないでほしい、入院しないで家で過ごしたい
 - 困っているが、病気が原因とは認識していない(家族)
 - 明らかに異常を感じているが、どうしてよいか分からない。危険を感じることもある。
 - 自宅で本人とともに孤立していて、誰かに助けてほしい
 - 家族が高齢化しており、状況に対応出来ない
 - 本人に医療を受けさせたいが、病院を受診させることができない
 - 夜間や休日にも必ず受診できる医療機関がほしい

課題

- 法に基づく強制的な入院を前提とした対応が行われることが多く、強制入院の対象とならない者には支援がなされにくい(強制入院以外の支援が未整備)
- 医療機関に移送する方法や、在宅での支援が乏しく、結果的に極めて重症化するまで本人・家族が在宅で孤立しがち
- 保健所のマンパワーに限られ、粘り強い支援がなされにくくなっている
- 在宅医療など在宅での支援は限られた地域のみ存在し、多くの人は利用できない

厚生労働省

保健所が受ける困難事例の内訳

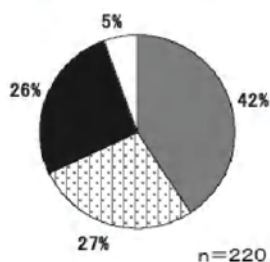
保健所が市町村から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 困難事例の解決 (99.5%)
- 入院への対応(89.1%)
- 退院後の対応(62.5%)
- 家族へのサポート (60.4%)
- 講演会等の普及啓発 (42.2%)

保健所が医療機関等から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 退院後の対応 (89.6%)
- 困難事例の解決 (84.4%)
- 入院への対応(76.6%)
- 家族へのサポート (58.9%)

保健所全体で受ける 困難事例の内訳



※ 最近3か月で遭遇した困難・多問題事例について、記述を求めたもの。

- 地域・近隣での他害・迷惑行為
- 医療の継続性、医療中断、受診行動
- 家族内暴力・自傷・ひきこもり
- 金銭管理等日常生活支援

平成19年度厚生労働科学研究
障害者自立支援法を踏まえた精神保健福祉センター、保健所の役割と機能強化についての精神保健福祉施策研究
障害者自立支援法と精神保健福祉活動への取組実態調査
分担研究者 坪倉繁美

厚生労働省

未治療・治療中断者への関わりの重要性

- 重症・中等症の精神障害は全人口の 1.5%と4.1%を占め、
そのうち受診したものは19% (川上)
(こころの健康に関する地域疫学調査の国際比較に関する研究 H14年度WMH日本調査)
- 多摩立川保健所の入院支援事例(H16, 17年)
未治療 31.8% 治療中断42.5%、(N=179例)
診断 F2 68.2% F0 6.7% F1 6.1% F5 4.5%
F6 1.1%
- 群馬県救急情報センターの訪問304事例(04.1.19-08.3.31)のうち、
未治療26.6%、治療中断 37.5%
診断としてはF2が64.5%、F1 10.5% F6 5.3%

11

未治療者の受療行動を妨げるもの

- 精神障害への自身や家族の偏見による不安
 - 周りで治療・回復モデルを見た体験が乏しい
 - 精神疾患への対応のための教育を受けていない
- 身近な関係からの脱落へのおそれ
- キーパーソンがいない
- 周りに相談できる人がいない
- 相談機関や医療機関の情報が身近にない

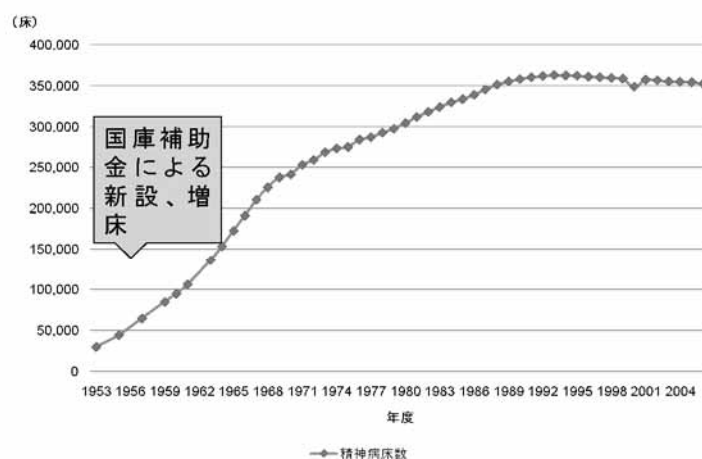
12

治療中断の理由について

- 症状の再燃
 - ストレス脆弱性
 - 服薬中断
- 医療不信
 - 最初の医療との出会いが外傷体験となっている
- 退院後のケア体制がないか、あるいは不十分
- 精神科医療を受けている事による「不利益」

13

精神病床数の年次推移



14

アウトリーチの意味について

- アウトリーチは単に医療を地域に持ち出すということではない
- 心理的にも、社会的にも、当事者や家族により近いところにアプローチしていく事である。

15

24条通報・34条移送(京都市)

保健センター (保健所支所)	こころの健康増進センター
受理	診察実施決定
事前調査	受け入れ病院確保
診察立会い	指定医確保
移送	診察立会い
費用認定	入院決定
受診援助(措置不要)	告知
	移送

16

山下

事例紹介

- 訪問支援後措置入院となった事例
- 34条を検討した事例
- 23条申請のあった事例
- ACT-K、保健センター継続支援事例

山下¹⁷

新規事例で家族のみが相談に来た場合の関わり方 岡山県精神衛生センター所報より①

- 昭和55年に新規来所419名のうち、家族のみ来所140名、その中で統合失調症であったものが44名。このうち治療依頼のなかったもの6名を除いて38名について、関わり方と経過について検討したもの。

治療歴 (入院歴) 家族のみ 来所理由	あり	なし	計	
受診拒否	8(6)	13	21	55%
内緒で来所	3(2)	14	17	46%
計	11(8)	27	38	
	29%	71%		

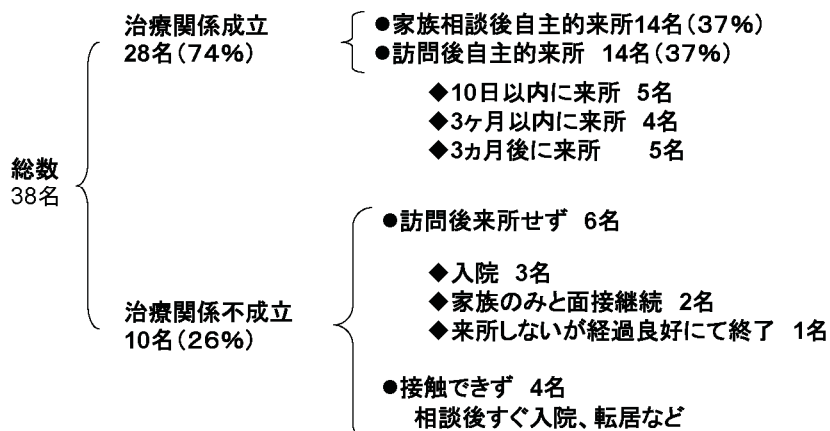
18

新規来所で家族のみが相談に来た場合の関わり方
岡山県精神衛生センター所報より②

- アプローチの方法
 1. 病気かどうかの判断をせずに、家族に本人の生活での行き詰まり、ストレスなどを想起してもらい、問題共有の上、相談機関として精神衛生センターの存在を示唆してもらう
 2. この際、家族の不安を十分受け止めるとともに、緊急時の連絡についての打ち合わせをしておく
 3. 1週間後に家族に再来所。家族の働きかけができない時は訪問をできるだけ早く計画。
 - 4 訪問までは1週間以内が68%、1ヶ月以内が82%

19

新規来所で家族のみが相談に来た場合の関わり方
岡山県精神衛生センター所報より③



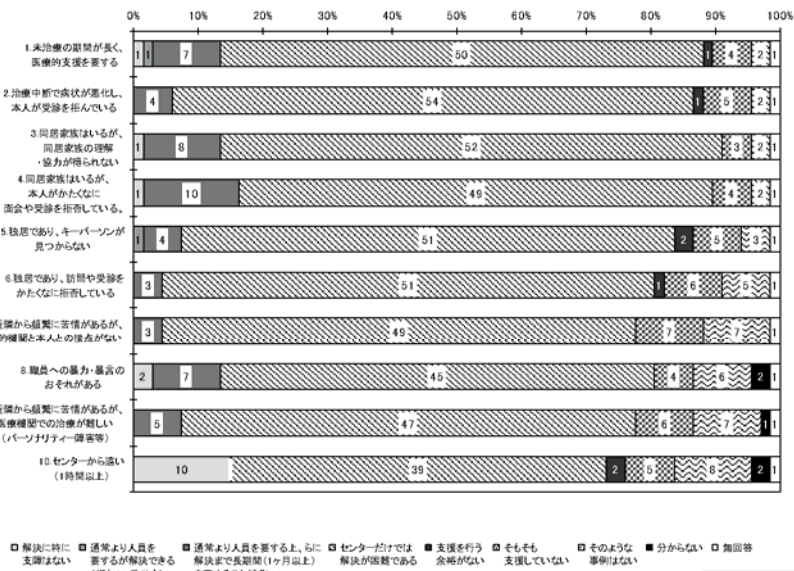
20

メッセージ

- 未治療・治療中断者への関わり
- 地域における困難事例への関わり
- アウトリーチと対象疾病について
- アウトリーチの際の診療報酬などについて

21

複雑困難事例(解決の難しさの程度)



精神保健福祉センター調査(H22.3) 山下²

複雑困難事例に対する解決の難しさの程度
調査表

A	解決に特に支障はない
B	通常より人員を要するが解決できる(概ね1ヶ月以内)
C	通常より人員を要する上、更に解決まで長機関(1時間以上)を要することが多い
D	保健所(精神保健福祉センター)だけでは解決が困難
E	支援を行う余裕がない
F	そもそも支援していない
G	そのような事例はない
H	分からない

23

複雑困難事例への対応(センターと保健所の比較)①

複雑困難ケースにおける解決の難しさの程度(センターと保健所の比較)											
		ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ
		未治療期間が長く 医療費が重くなる	医療中断で受診拒 否	同居家族の理解協 力得られぬ	同居家族いるが、 本人拒否	同居でキーパーソ ンがない	同居で、訪問受診 拒否	近隣苦情、公的機 関と接点無し	職員への悪言暴力	近隣苦情医療機関 での治療困難	遠距離(1時間以 上)
センター	A~C	13.6	6.1	13.6	16.7	7.6	4.5	4.5	13.6	7.6	15.2
	D	7.5	81.8	78.8	74.2	77.3	77.3	74.2	68.2	71.2	59.1
	E~H	10.6	13.1	7.6	8.1	15.2	18.2	21.2	18.2	21.2	25.8
保健所	A~C	42.2	39.1	36.1	47.7	16	14	15.8	16	86.6	31.7
	D	51.2	55.3	56.1	46.6	77.2	75.5	72.6	73.1	3.2	26.2
	E~H	5.3	2.2	2.7	2.3	3.5	7.4	8.2	8	10.2	39.5

出典: H21年度『保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究』
『相談対応における行政機関の役割と連携に関する研究』

24

複雑困難事例への対応(センターと保健所の比較)

②-1

	単身者の迷惑行為への近隣苦情精神疾患が疑われる		市町村の福祉部局からの紹介		児童相談所からの精神疾患の母親対応に苦慮との紹介		保健所からの紹介	
	センター	保健所	センター	保健所	センター	保健所	センター	
相談者への助言	77.3	91.7		90.8		82.0	90.9	
全例の訪問実施	2	5.1		89.8		82.5	28.8	共同でHV
状況により訪問実施	19.7	89.1		21.1		19.7	4.5	単独でHV
市町村(保健所)に依頼	78.8	42.5		31.8		35.0	—	
その他の機関	33.3	35.7		28.2		25.5	30.3	
情報収集	36.4	87.9		83.3		81.1	34.8	
経過を観察	30.3	74.8		65.8		61.7	28.8	
その他	10.6	12.6		10.9		12.9	16.7	
無回答	6						3.0	

25

複雑困難事例への対応(センターと保健所の比較)

②-2

	単身者への訪問により精神疾患が疑われたが、措置症状がなく本人も医療機関受診拒否		同居家族のある精神疾患患者が医療機関の受診拒否、一度訪問したが解決せず	
	センター	保健所	センター	保健所
医療機関に往診依頼	4.5	9.2	3	10
訪問看護ステに依頼	4.5	2.2	3	1.5
34条移送による医療		7.5		9
粘り強く訪問支援	13.6	77.2	16.7	78.9
専門機関に対応依頼		8.3		9.2
近隣家族との関係調整	22.7	88.6	19.7	87.9
経過を観察	16.7	86.4	21.2	84.7
支援終了	1.5	1.5	0	1.7
その他	71.2	23.1	68.2	22.6
無回答	15.1		18.2	

26

面会が困難な事例の理由、事例数、期間の比較

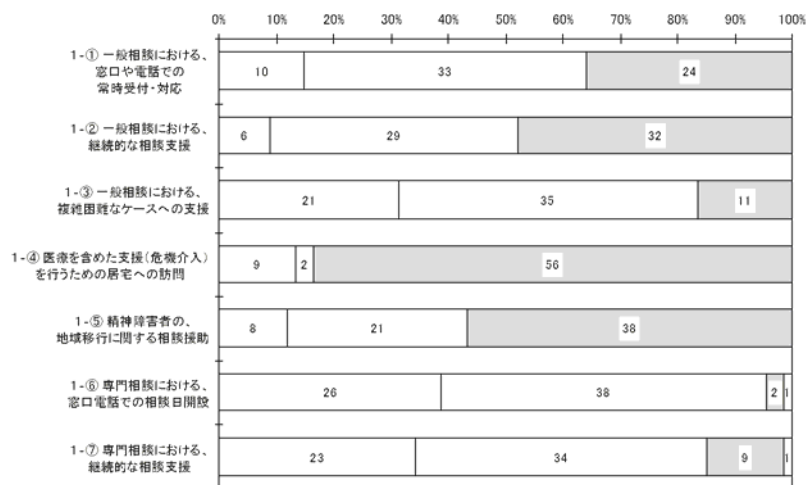
	面会する理由 きつかけがない	本人が拒否	家族の支援が 得られない	訪問の体制が 取れない	面会の法的権 限がない	関係機関の支 援が得られ ない	その他	回答なし
精神保健 福祉セン ター	33.3	59.1	30.3	28.8	15.2	6.0	13.6	22.7
保健所	46.8	91.7	67.1	2.8	29.8	1.8	4.0	0.3

面会が困難な事例数(H22. 1)と、H21. 4から21. 12までの事例で面会に至るまでの平均期間

	平均事例数	平均期間
センター	25.9	8.7ヶ月
保健所	8.7	4.5ヶ月

27

センターの位置づけ(精神保健福祉相談)



□A □B □C □無回答

精神保健福祉センター調査(H22.3)

山下

28

地域複雑困難事例についての 保健所、精神保健福祉センター等の現状

- 保健所は地域からの苦情や関係機関からの相談を受けるなど、地域の問題に向き合っている
- 保健所もセンターもマンパワーの不足などで助言や経過観察が多くなりがちである、特にセンターはアウトリーチの出来る所は少ない
- 保健所は精神保健福祉法の発動が困難である場合は手詰まりになりがち。しかし34条（移送条項）の発動は少ない。
- センターは専門相談（社会復帰、アルコール、薬物依存、自殺関連、ひきこもり）への取り組みが主である。
- 困難事例対応でセンターとの間に支援体制があると答えた保健所は4割弱である。

29

メッセージ

- 未治療・治療中断者への関わり
- 地域における困難事例への関わり
- アウトリーチと対象疾病について
- アウトリーチの際の診療報酬などについて

30

アウトリーチの必要性の高い対象者は？

- 公的機関としては
 - 未治療・治療中断者
 - 特に本人・家族の疾病否認・治療拒否の場合
 - 地域の複雑困難事例
 - 精神医療の過疎地域の住民
- 「手引き」の対象例
 - 除外例はどうか
 - 基本はアウトリーチに同じだが、その障害に特有な専門性を重層する必要性

31

地域定着支援の手引き

厚労省精神・障害保健課

- 1ヶ月以上の受診中断、または服薬中断により日常生活上の危機が生じている者
- 精神疾患が疑われる未受診者
- 重度の精神障害者
- ひきこもりののなかで精神障害の疑いのある者
- 長期入院の後退院した者

32

地域定着支援事業の対象者

(1) 精神医療の受療中断者

- 精神科医療機関への概ね1か月以上の受診中断、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・継続が困難であったり、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、対象者が危機と捉えていなくとも、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。

33
山下

(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、数ヶ月以上、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(主として統合失調症)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。

(5) 長期入院等の後、退院した者

- 精神疾患による長期(概ね1年以上)の入院又は、複数回繰り返しての入院から退院し、病状が不安定な者。

34
山下

重度の精神障害(ICD-10に基づく)

F06-07	脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他の精神障害。 脳疾患、脳損傷および脳機能不全によるパーソナリティおよび行動の障害
F2	統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害
F3	感情障害
F4	神経性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
F5	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群

35

支援期間

- 利用者が、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カ月を目安とする。予定した実施期間の終了後も、対象者の疾患が重度であるなど、地域の多職種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。
- なお、この支援は地域生活の継続を目的とするものであるが、自傷他害の恐れがあるなど必要が生じた際には、都道府県担当課等と協議し、精神保健福祉法に基づく入院措置等を検討するものとする。

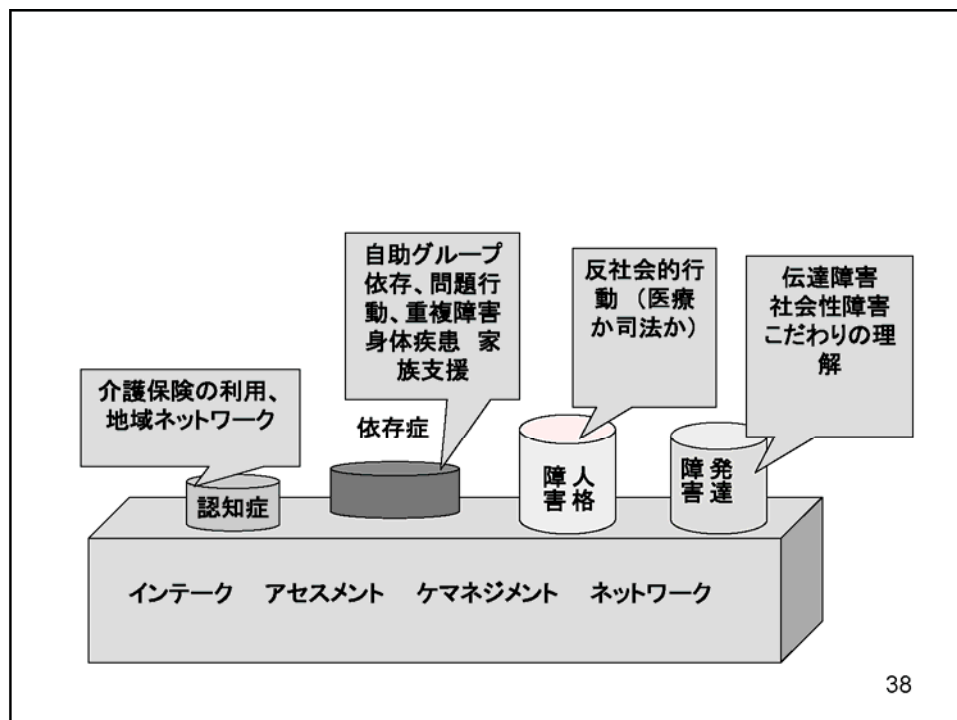
36

山下

除外された診断

- F0 症状性を含む器質性精神障害から F06-07 を除く
(認知症が主。F06-07には高次脳機能障害が含まれる)
- F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害 (アルコール依存や薬物依存など)
- F6 成人のパーソナリティ障害および行動の障害
- F7 精神遅滞
- F8 心理的発達の障害(広汎性発達障害などを含む)
- F9 小児期、青年期に通常発症する行動、情緒の障害

37



38

②虐待・独居等、生活環境の困難を有する者

・精神疾患を有しており、家族等からの虐待を受けている者や、家族からの支援が得難く、医療や支援を受けていない者

特徴

- 本人が病気を認識しにくく、支援を求めないことがある
- 本人・家族に支援が受け入れられないなど、支援が妨げられる状況がある
- 困難やトラブルが顕在化しにくい
- 病状の悪化と共に、日常生活や社会生活を営むことが困難になっている(食事など日常生活の維持が全く困難になることもある)
- 家族も精神疾患等の問題を有することがある

現在の主な施策

- 児童福祉法、DV防止法等による被虐待者の保護
- 児童相談所、保健所、市町村等による訪問、相談
- 任意入院、グループホーム、ケアホーム、短期入所等の利用

本人／家族のニーズ

- 【虐待の場合】
(本人)
- 困っているが、どうしていいかわからない(誰に相談したらよいかわからない)
 - 家族と離れては暮らせないと感じている
 - 障害年金を家族が使ってしまう等がある
- 【独居の場合】
(本人)
- 困っているが、どうしていいかわからない
 - 頼れる人が身近にいない

課題

- 本人からのSOSや訴えに気づきにくい(近隣等からの通報も遅れがち)
- 児童相談所、保健所、市町村等、関係機関が多岐にわたり、それぞれ専門性が異なるため、連携した対応がとられにくい
- 特に虐待者の精神疾患が疑われても、介入が難しい
- 在宅医療など在宅での支援は極めて限られた地域にのみ存在し、多くの人は利用できない

対象者をアウトリーチの意義から考える

- ・ アウトリーチとは医療へのアクセスが自発的には困難なものに支援者からアプローチする事である。
- ・ 当事者からみて、アクセスが困難となる理由は、病気自体によるものだけでなく、偏見、トラウマなどによる心理的なもの、社会的経済的な理由などもある。
- ・ 当事者は医療へのアクセスが困難だけでなく、社会との関わりも困難である事が多く、多面的な問題を抱えている。
- ・ アウトリーチはアセスメントとケアマネージメントと多職種の関わり、ネットワークの形成などと一体的なものである。
- ・ 従って、上記のアセスメントやケアマネージメントによって関わりの質や量を決定できるので、とりあえず訪問等による最初の関わりは必要である。

訪問とアウトリーチ事業

- 地域で困難事例とされるものの診断名はあらゆるものが挙げられる。
- 地域における困難事例に対して、アセスメントにより、アウトリーチによる継続的な保健医療介入が必要であるかを定める。このために訪問が必要な場合がある。
- アセスメントとケアマネジメントによって、事例に応じた適切な支援体制を決める。

41

メッセージ

- 未治療・治療中断者への関わり
- 地域における困難事例への関わり
- アウトリーチと対象疾病について
- アウトリーチの際の診療報酬などについて

42

地域精神保健福祉活動と精神科医療

	地域精神保健福祉活動	精神科医療
法的根拠	精神保健福祉法	医療法、医師法 (精神保健福祉法)
費用負担	なし	あり(保険診療)
診察	必須ではない	必須(無診察診療の禁止)
(治療)契約	必須ではない	必須

山下 43

在宅診療に関する診療報酬

往診料	患者の求めに応じて患者に赴き診療	720点	主な加算	
			在宅療養支援診療所・病院	それ以外
			緊急	650点 325点
			夜間	1,300点 650点
			深夜	2,300点 1,300点
在宅患者訪問診療料	在宅での療養患者に定期的に訪問して診療(特定の疾患・病状を除き週3回を限度)	830点 200点	(同一建物居住者以外) (同一建物居住者)	
在宅時医学総合管理料	在宅療養を行う通院困難な者に、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を実施	在宅療養支援診療所・病院	4,200点 (処方せん交付) 4,500点 (なし)	
		それ以外	2,200点 (処方せん交付) 2,500点 (なし)	

在宅療養支援診療所・病院

患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する医療機関

<要件>

- ・24時間連絡を受ける連絡先を患者に提供
- ・24時間往診可能な体制の確保
- ・24時間訪問看護可能な体制の確保
- ・緊急時の入院体制の整備(在宅療養支援診療所では連携機関でも可)
- ・連携機関との情報共有

※在宅療養支援病院は、200床未満、又は、半径4km以内に他の診療所がない病院に限る 等

37

精神科訪問看護に係わる報酬(平成22年度時点)

精神科を標榜する保険医療機関		訪問看護ステーション(医療保険)	
精神科退院前訪問指導料	380点	精神科退院前訪問指導料	■
	6ヶ月未満退院患者 3回まで		■
	6ヶ月以上入院患者 6回まで		■
複数回訪問加算	320点	複数回訪問加算	■
精神科訪問看護・指導料Ⅰ	575点	訪問看護基本療養費(Ⅰ)	5,550円(週3日目まで) 5,050円(週3日目まで)
	退院後3ヶ月以内 5回/週まで	(訪問看護管理療養費)	6,550円(週4日目移行) 6,050円(週4日目移行)
	退院後3ヶ月を超え 3回/週まで	初日: 7,300円	保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士
	保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士	2日目以降12日まで: 2,950円	准看護師
複数名訪問加算	450点	複数名訪問加算	4,300円(1回/週まで) ※看護師と准看護師の場合は3,800円
急性増悪算定	1) 急性増悪日から連続7日間以内(1回/日) 2) 上記より1ヶ月以内の連続7日間以内(1回/日) ※1)は医師の重症影響による算定が必要	特別訪問看護指示算定	急性増悪時には指示のあった日から起算して14日を限度として算定できる(1回/月) ※特別訪問看護指示書の交付が必要
精神科訪問看護・指導料Ⅱ	160点(3回/週まで)	訪問看護基本療養費(Ⅱ)	1,600円(3回/週まで)
	精神障害者施設入所中の複数患者への指導		保健師、看護師又は作業療法士による精神障害者施設入所中の複数患者への指導
時間加算	3時間超えは40点/時を加算(8時間以内)	時間加算	3時間超えは400円/時を加算(8時間以内)
精神科退院指導料	320点(1回)	退院時共同指導加算	6,000円(1回)
24時間対応体制加算	■	24時間対応体制加算	5,400円(1回/月)
24時間連絡体制加算	■	24時間連絡体制加算	2,500円(1回/月)

35

ご清聴ありがとうございました。



46

②岡山会場・東京会場

厚生労働省平成22年度障害者総合福祉推進事業

未治療・治療中断者等の精神疾患患者へのアウトリーチ(訪問)支援モデルの開発と普及

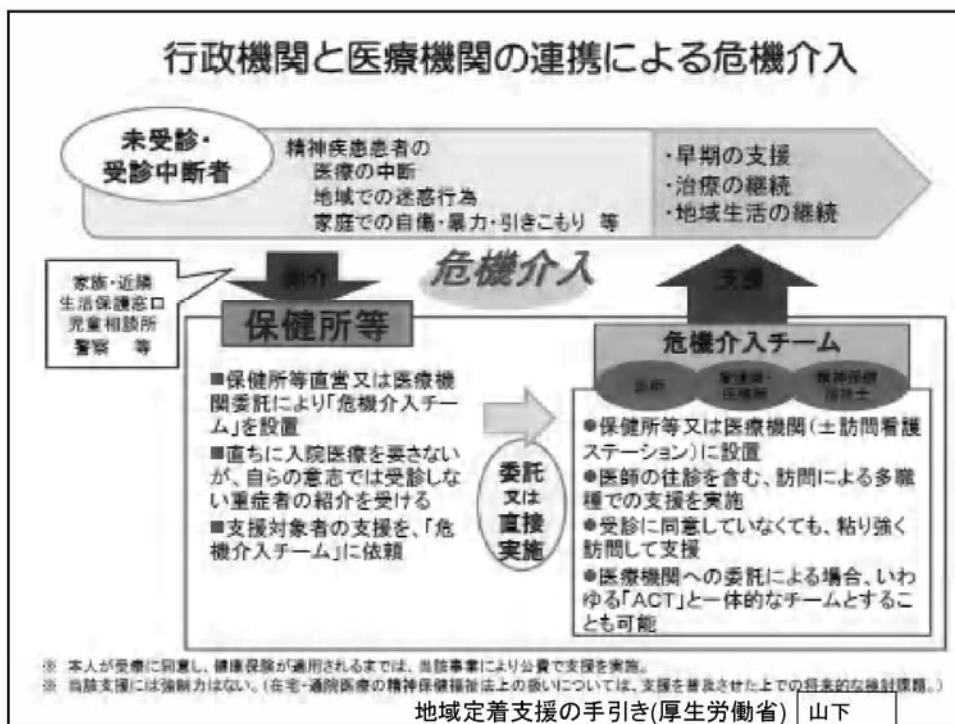
アウトリーチ推進事業の対象者

山下 俊幸 京都市こころの健康増進センター
 長野みさ子 東京都多摩府中保健所
 藤田 健三 岡山県精神保健福祉センター

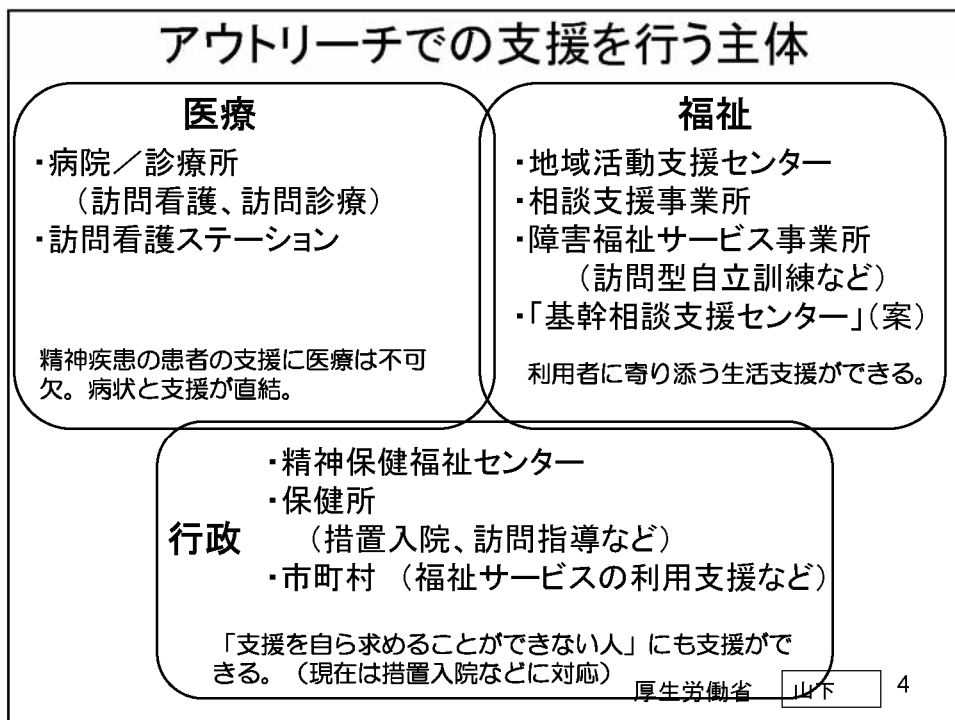
1



行政機関と医療機関の連携による危機介入



アウトリーチでの支援を行う主体



アウトリーチでの支援に向けて

- 当事者や家族の抱える様々な課題の解決を、「入院」に頼らず、地域で生活することを前提とした支援体系へ
 - 医療面での支援に加え、早期支援・家族支援など生活面の支援を同時に行うための、多職種チームでの支援
 - 現存する人的資源を活用して地域で支援を行う人材として養成
 - 医療機関が病床を削減しながら、人員配置を地域精神保健医療に転換するよう促進
 - 地域移行・地域定着の促進のための住まいの整備

厚生労働省

山下

5

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. B.J.P. 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

厚生労働省

山下

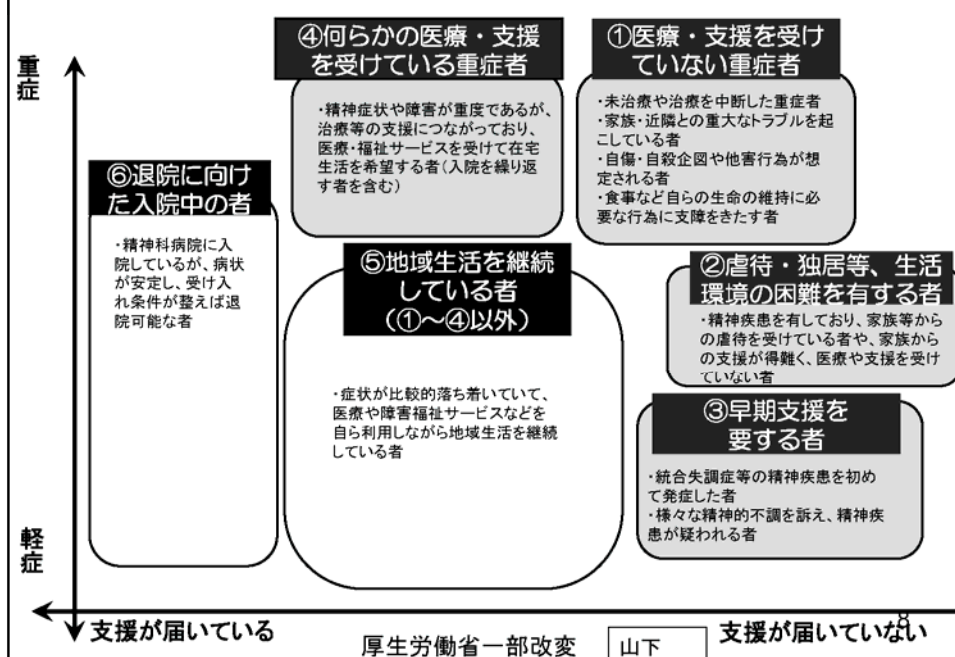
6

メッセージ

- 未治療・治療中断者への関わり
- 地域における困難事例への関わり
- アウトリーチと対象疾病について
- アウトリーチの際の診療報酬などについて

7

地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像



①医療・支援を受けていない重症者

- ・未治療や治療(服薬)を中断した重症者
- ・家族・近隣との重大なトラブルを起こしている者
- ・自傷・自殺企図や他害行為が想定される者
- ・いわゆる「ひきこもり」で、食事など自らの生命の維持に必要な行為に支障をきたす者

特徴

- 本人が病気を認識できず、支援を求めない(支援を拒否しがち)
- 家族・近隣とのトラブルが発生しがち
- 症状が急激に変化し、ときに緊急に危機介入を要する
- 病状の悪化と共に、日常生活や社会生活を営むことが困難になっている(食事など日常生活の維持が全く困難になることもある)

現在の主な施策

- 精神保健福祉法に基づく措置入院
- 精神保健福祉法に基づく医療保護入院、移送制度
- 精神科救急医療体制の整備
- 保健所での相談や訪問
- 訪問看護等の在宅医療

本人/家族のニーズ

- (本人)
- 無理やり病院に連れていかないでほしい、入院しないで家で過ごしたい
 - 困っているが、病気が原因とは認識していない(家族)
 - 明らかに異常を感じているが、どうしてよいか分からない。危険を感じることもある。
 - 自宅で本人とともに孤立していて、誰かに助けてほしい
 - 家族が高齢化しており、状況に対応出来ない
 - 本人に医療を受けさせたいが、病院を受診させることができない
 - 夜間や休日にも必ず受診できる医療機関がほしい

課題

- 法に基づく強制的な入院を前提とした対応が行われることが多く、強制入院の対象とならない者には支援がなされにくい(強制入院以外の支援が未整備)
- 医療機関に移送する方法や、在宅での支援が乏しく、結果的に極めて重症化するまで本人・家族が在宅で孤立しがち
- 保健所のマンパワーが限られ、粘り強い支援がなされにくくなっている
- 在宅医療など在宅での支援は限られた地域のみ存在し、多くの人は利用できない

厚生労働省

未治療・治療中断者への関わりの重要性

- 重症・中等症の精神障害は全人口の 1.5%と4.1%を占め、そのうち受診したものは19% (川上)
(こころの健康に関する地域疫学調査の国際比較に関する研究 H14年度WMH日本調査)
- 多摩立川保健所の入院支援事例(H16, 17年)
未治療 31.8% 治療中断42.5%、(N=179例)
診断 F2 68.2% F0 6.7% F1 6.1% F5 4.5%
F6 1.1%
- 群馬県救急情報センターの訪問304事例(04.1.19-08.3.31)のうち、
未治療26.6%、治療中断 37.5%
診断としてはF2が64.5%、F1 10.5% F6 5.3%

10

未治療者の受療行動を妨げるもの

- 精神障害への自身や家族の偏見による不安
 - 周りで治療・回復モデルを見た体験が乏しい
 - 精神疾患への対応のための教育を受けていない
- 身近な関係からの脱落へのおそれ
- キーパーソンがいない
- 周りに相談できる人がいない
- 相談機関や医療機関の情報が身近にない

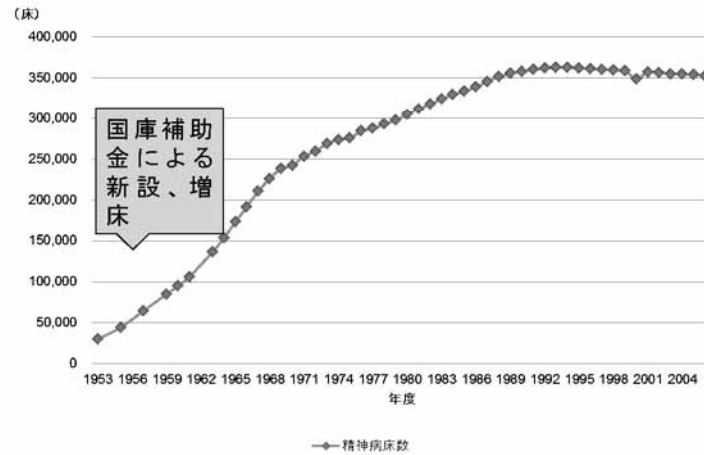
11

治療中断の理由について

- 症状の再燃
 - ストレス脆弱性
 - 服薬中断
- 医療不信
 - 最初の医療との出会いが外傷体験となっている
- 退院後のケア体制がないか、あるいは不十分
- 精神科医療を受けている事による「不利益」

12

精神病床数の年次推移



13

新規事例で家族のみが相談に来た場合の関わり方 岡山県精神衛生センター所報より①

- 昭和55年に新規来所419名のうち、家族のみ来所140名、その中で統合失調症であったものが44名。このうち治療依頼のなかったもの6名を除いて38名について、関わり方と経過について検討したもの。

家族のみ 来所理由	治療歴 (入院歴)		計	
	あり	なし		
受診拒否	8(6)	13	21	55%
内緒で来所	3(2)	14	17	46%
計	11(8)	27	38	
	29%	71%		

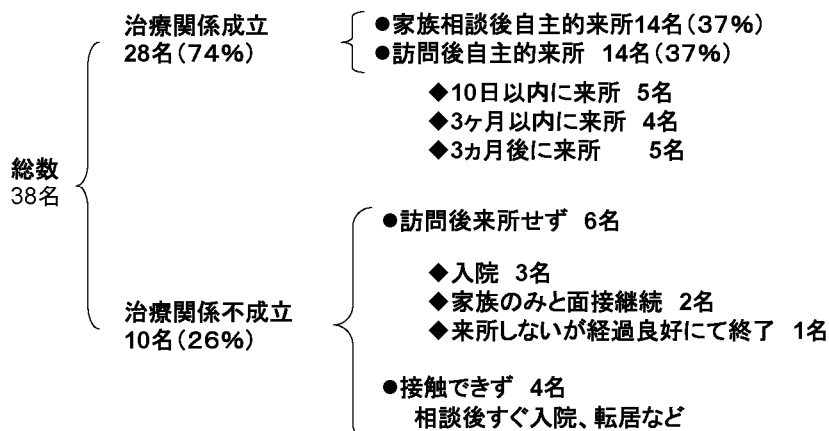
14

新規来所で家族のみが相談に来た場合の関わり方
岡山県精神衛生センター所報より②

- アプローチの方法
 1. 病気かどうかの判断をせずに、家族に本人の生活での行き詰まり、ストレスなどを想起してもらい、問題共有の上、相談機関として精神衛生センターの存在を示唆してもらう
 2. この際、家族の不安を十分受け止めるとともに、緊急時の連絡についての打ち合わせをしておく
 3. 1週間後に家族に再来所。家族の働きかけができない時は訪問をできるだけ早く計画。
 - 4 訪問までは1週間以内が68%、1ヶ月以内が82%

15

新規来所で家族のみが相談に来た場合の関わり方
岡山県精神衛生センター所報より③



16

アウトリーチの意味について

- アウトリーチは単に医療を地域に持ち出すということではない
- 心理的にも、社会的にも、当事者や家族により近いところにアプローチしていく事である。

17

保健所が受ける困難事例の内訳

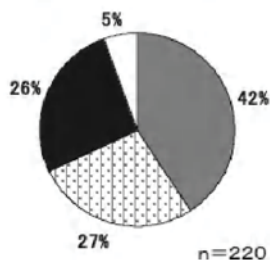
保健所が市町村から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 困難事例の解決 (99.5%)
- 入院への対応 (89.1%)
- 退院後の対応 (62.5%)
- 家族へのサポート (60.4%)
- 講演会等の普及啓発 (42.2%)

保健所が医療機関等から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 退院後の対応 (89.6%)
- 困難事例の解決 (84.4%)
- 入院への対応 (76.6%)
- 家族へのサポート (58.9%)

保健所全体で受ける 困難事例の内訳



※ 最近3か月で遭遇した困難・多問題事例について、記述を求めたもの。

- 地域・近隣での他害・迷惑行為
- 医療の継続性、医療中断、受診行動
- 家族内暴力・自傷・ひきこもり
- 金銭管理等日常生活支援

平成19年度厚生労働科学研究
障害者自立支援法を踏まえた精神保健福祉センター、保健所の役割と機能強化についての精神保健福祉施策研究
障害者自立支援法と精神保健福祉活動への取組実態調査
分担研究者 坪倉繁美

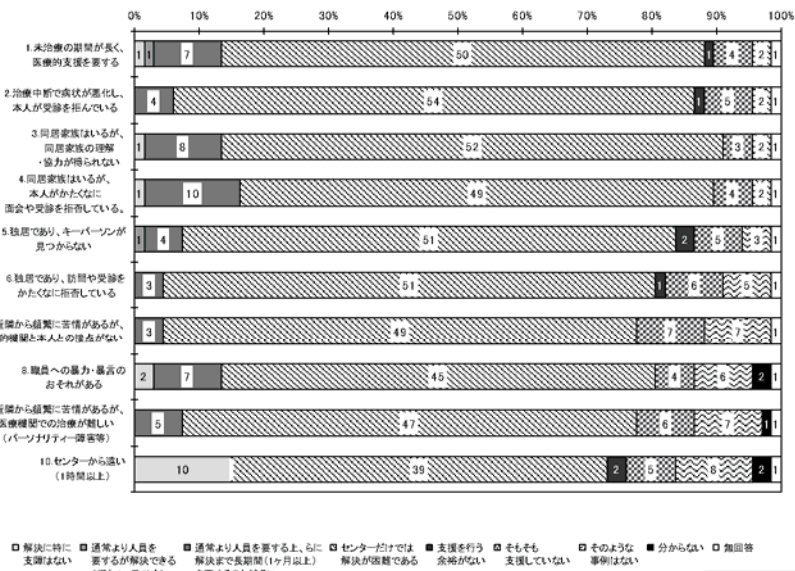
厚生労働省

メッセージ

- 未治療・治療中断者への関わり
- 地域における困難事例への関わり
- アウトリーチと対象疾病について
- アウトリーチの際の診療報酬などについて

19

複雑困難事例(解決の難しさの程度)



精神保健福祉センター調査(H22.3) 山下

複雑困難事例への対応(センターと保健所の比較)①

複雑困難ケースにおける解決の難しさの程度(センターと保健所の比較)											
		ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ
		未治療期間が長く 医療要する	医療中断で受診拒 否	同居家族の理解協 力得られぬ	同居家族いるが、 本人拒否	同居でキーパーソ ンがない	独居で、訪問受診 拒否	近隣苦情、公的機 関と接点無し	職員への暴言暴力	近隣苦情医療機関 での治療困難	遠距離(1時間以 上)
センター	A~C	13.6	6.1	13.6	16.7	7.6	4.5	4.5	13.6	7.6	15.2
	D	75	81.8	78.8	74.2	77.3	77.3	74.2	68.2	71.2	59.1
	E~H	10.6	13.1	7.6	8.1	15.2	18.2	21.2	18.2	21.2	25.8
保健所	A~C	42.2	39.1	36.1	47.7	16	14	15.8	16	66.6	31.7
	D	51.2	55.3	56.1	46.6	77.2	75.5	72.6	73.1	3.2	26.2
	E~H	5.3	2.2	2.7	2.3	3.5	7.4	8.2	8	10.2	39.5

出典:H21年度『保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究』
『相談対応における行政機関の役割と連携に関する研究』

21

複雑困難事例に対する解決の難しさの程度 調査表

A	解決に特に支障はない
B	通常より人員を要するが解決できる(概ね1ヶ月以内)
C	通常より人員を要する上、更に解決まで長期間(1ヶ月以上)を要することが多い
D	保健所(精神保健福祉センター)だけでは解決が困難
E	支援を行う余裕がない
F	そもそも支援していない
G	そのような事例はない
H	分からない

22

複雑困難事例への対応(センターと保健所の比較)

②-1

	単身者の迷惑行為への近隣苦情精神疾患が疑われる		市町村の福祉部局からの紹介		児童相談所からの精神疾患の母親対応に苦慮との紹介		保健所からの紹介	
	センター	保健所	センター	保健所	センター	保健所	センター	
相談者への助言	77.3	91.7		90.8		82.0	90.9	
全例の訪問実施	2	5.1		89.8		82.5	28.8	共同でHV
状況により訪問実施	19.7	89.1		21.1		19.7	4.5	単独でHV
市町村(保健所)に依頼	78.8	42.5		31.8		35.0	—	
その他の機関	33.3	35.7		28.2		25.5	30.3	
情報収集	36.4	87.9		83.3		81.1	34.8	
経過を観察	30.3	74.8		65.8		61.7	28.8	
その他	10.6	12.6		10.9		12.9	16.7	
無回答	6						3.0	

23

複雑困難事例への対応(センターと保健所の比較)

②-2

	単身者への訪問により精神疾患が疑われたが、措置症状がなく本人も医療機関受診拒否		同居家族のある精神疾患患者が医療機関の受診拒否、一度訪問したが解決せず	
	センター	保健所	センター	保健所
医療機関に往診依頼	4.5	9.2	3	10
訪問看護ステに依頼	4.5	2.2	3	1.5
34条移送による医療		7.5		9
粘り強く訪問支援	13.6	77.2	16.7	78.9
専門機関に対応依頼		8.3		9.2
近隣家族との関係調整	22.7	88.6	19.7	87.9
経過を観察	16.7	86.4	21.2	84.7
支援終了	1.5	1.5	0	1.7
その他	71.2	23.1	68.2	22.6
無回答	15.1		18.2	

24

面会が困難な事例の理由、事例数、期間の比較

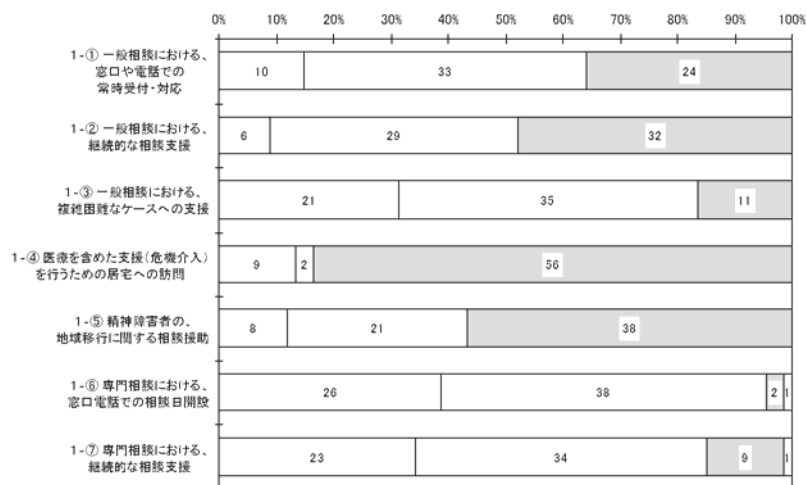
	面会する理由 きつかけがない	本人が拒否	家族の支援が 得られない	訪問の体制が 取れない	面会の法的権 限がない	関係機関の支 援が得られ ない	その他	回答なし
精神保健 福祉セン ター	33.3	59.1	30.3	28.8	15.2	6.0	13.6	22.7
保健所	46.8	91.7	67.1	2.8	29.8	1.8	4.0	0.3

面会が困難な事例数(H22. 1)と、H21. 4から21. 12までの事例で面会に至るまでの平均期間

	平均事例数	平均期間
センター	25.9	8.7ヶ月
保健所	8.7	4.5ヶ月

25

センターの位置づけ(精神保健福祉相談)



□A □B □C □無回答

精神保健福祉センター調査(H22.3)

山下

26

地域複雑困難事例についての 保健所、精神保健福祉センター等の現状

- 保健所は地域からの苦情や関係機関からの相談を受けるなど、地域の問題に向き合っている
- 保健所もセンターもマンパワーの不足などで助言や経過観察が多くなりがちである、特にセンターはアウトリーチの出来る所は少ない
- 保健所は精神保健福祉法の発動が困難である場合は手詰まりになりがち。しかし34条（移送条項）の発動は少ない。
- センターは専門相談（社会復帰、アルコール、薬物依存、自殺関連、ひきこもり）への取り組みが主である。
- 困難事例対応でセンターとの間に支援体制があると答えた保健所は4割弱である。

27

メッセージ

- 未治療・治療中断者への関わり
- 地域における困難事例への関わり
- アウトリーチと対象疾病について
- アウトリーチの際の診療報酬などについて

28

アウトリーチの必要性の高い対象者は？

- 公的機関としては
 - 未治療・治療中断者
 - 特に本人・家族の疾病否認・治療拒否の場合
 - 地域の複雑困難事例
 - 精神医療の過疎地域の住民
- 「手引き」の対象例
 - 除外例はどうか
 - 基本はアウトリーチに同じだが、その障害に特有な専門性を重層する必要性

29

地域定着支援の手引き

厚労省精神・障害保健課

- 1ヶ月以上の受診中断、または服薬中断により日常生活上の危機が生じている者
- 精神疾患が疑われる未受診者
- 重度の精神障害者
- ひきこもりのなかで精神障害の疑いのある者
- 長期入院の後退院した者

30

地域定着支援事業の対象者

(1)精神医療の受療中断者

- 精神科医療機関への概ね1か月以上の受診中断、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・継続が困難であったり、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、対象者が危機と捉えていなくとも、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。

31
山下

(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、数ヶ月以上、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(主として統合失調症)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。

(5)長期入院等の後、退院した者

- 精神疾患による長期(概ね1年以上)の入院又は、複数回繰り返しての入院から退院し、病状が不安定な者。

32
山下

重度の精神障害(ICD-10に基づく)

F06-07	脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他の精神障害。 脳疾患、脳損傷および脳機能不全によるパーソナリティおよび行動の障害
F2	統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害
F3	感情障害
F4	神経性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
F5	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群

33

支援期間

- 利用者が、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カ月を目安とする。予定した実施期間の終了後も、対象者の疾患が重度であるなど、地域の多職種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。
- なお、この支援は地域生活の継続を目的とするものであるが、自傷他害の恐れがあるなど必要が生じた際には、都道府県担当課等と協議し、精神保健福祉法に基づく入院措置等を検討するものとする。

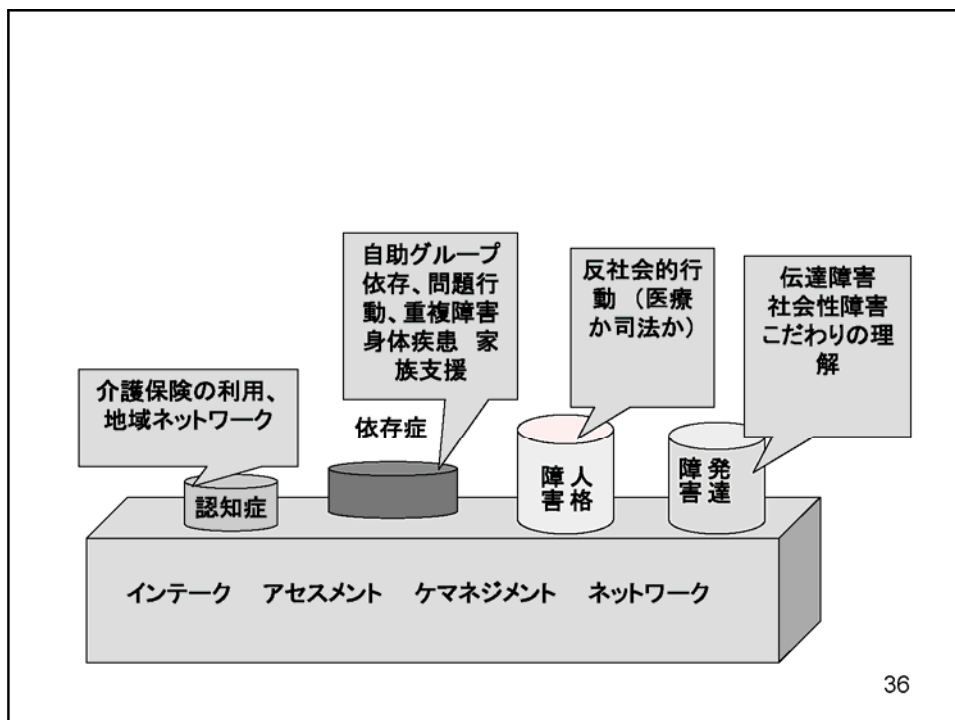
34

山下

除外された診断

- F0 症状性を含む器質性精神障害から F06-07 を除く
(認知症が主。F06-07には高次脳機能障害が含まれる)
- F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害 (アルコール依存や薬物依存など)
- F6 成人のパーソナリティ障害および行動の障害
- F7 精神遅滞
- F8 心理的発達の障害(広汎性発達障害などを含む)
- F9 小児期、青年期に通常発症する行動、情緒の障害

35



36

②虐待・独居等、生活環境の困難を有する者

・精神疾患を有しており、家族等からの虐待を受けている者や、家族からの支援が得難く、医療や支援を受けていない者

特徴

- 本人が病気を認識しにくく、支援を求めないことがある
- 本人・家族に支援が受け入れられないなど、支援が妨げられる状況がある
- 困難やトラブルが顕在化しにくい
- 病状の悪化と共に、日常生活や社会生活を営むことが困難になっている(食事など日常生活の維持が全く困難になることもある)
- 家族も精神疾患等の問題を有することがある

現在の主な施策

- 児童福祉法、DV防止法等による被虐待者の保護
- 児童相談所、保健所、市町村等による訪問、相談
- 任意入院、グループホーム、ケアホーム、短期入所等の利用

本人／家族のニーズ

- 【虐待の場合】
(本人)
- 困っているが、どうしていいかわからない(誰に相談したらよいかわからない)
 - 家族と離れては暮らせないと感じている
 - 障害年金を家族が使ってしまう等がある
- 【独居の場合】
(本人)
- 困っているが、どうしていいかわからない
 - 頼れる人が身近にいない

課題

- 本人からのSOSや訴えに気づきにくい(近隣等からの通報も遅れがち)
- 児童相談所、保健所、市町村等、関係機関が多岐にわたり、それぞれ専門性が異なるため、連携した対応がとられにくい
- 特に虐待者の精神疾患が疑われても、介入が難しい
- 在宅医療など在宅での支援は極めて限られた地域にのみ存在し、多くの人は利用できない

対象者をアウトリーチの意義から考える

- ・ アウトリーチとは医療へのアクセスが自発的には困難なものに支援者からアプローチする事である。
- ・ 当事者からみて、アクセスが困難となる理由は、病気自体によるものだけでなく、偏見、トラウマなどによる心理的なもの、社会的経済的な理由などもある。
- ・ 当事者は医療へのアクセスが困難だけでなく、社会との関わりも困難である事が多く、多面的な問題を抱えている。
- ・ アウトリーチはアセスメントとケアマネージメントと多職種の関わり、ネットワークの形成などと一体的なものである。
- ・ 従って、上記のアセスメントやケアマネージメントによって関わり方や量を決定できるので、とりあえず訪問等による最初の関わりは必要である。

訪問とアウトリーチ事業

- 地域で困難事例とされるものの診断名はあらゆるものが挙げられる。
- 地域における困難事例に対して、アセスメントにより、アウトリーチによる継続的な保健医療介入が必要であるかを定める。このために訪問が必要な場合がある。
- アセスメントとケアマネージメントによって、事例に応じた適切な支援体制を決める。

39

メッセージ

- 未治療・治療中断者への関わり
- 地域における困難事例への関わり
- アウトリーチと対象疾病について
- アウトリーチの際の診療報酬などについて

40

地域精神保健福祉活動と精神科医療

	地域精神保健福祉活動	精神科医療
法的根拠	精神保健福祉法	医療法、医師法 (精神保健福祉法)
費用負担	なし	あり(保険診療)
診察	必須ではない	必須(無診察診療の禁止)
(治療)契約	必須ではない	必須

41
山下

在宅診療に関する診療報酬

往診料	患者の求めに応じて患者に赴き診療	720点	主な加算	
			在宅療養支援診療所・病院	それ以外
			緊急	650点 325点
			夜間	1,300点 650点
			深夜	2,300点 1,300点
在宅患者訪問診療料	在宅での療養患者に定期的に訪問して診療(特定の疾患・病状を除き週3回を限度)	830点 (同一建物居住者以外) 200点 (同一建物居住者)		
在宅時医学総合管理料	在宅療養を行う通院困難な者に、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を実施	在宅療養支援診療所・病院	4,200点 (処方せん交付) 4,500点 (なし)	
		それ以外	2,200点 (処方せん交付) 2,500点 (なし)	

在宅療養支援診療所・病院

患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する医療機関

<要件>

- ・24時間連絡を受ける連絡先を患者に提供
- ・24時間往診可能な体制の確保
- ・24時間訪問看護可能な体制の確保
- ・緊急時の入院体制の整備 (在宅療養支援診療所では連携機関でも可)
- ・連携機関との情報共有

※在宅療養支援病院は、200床未満、又は、半径4km以内に他の診療所がない病院に限る 等

37

精神科訪問看護に係わる報酬(平成22年度時点)

精神科を標榜する保険医療機関		訪問看護ステーション(医療保険)		
精神科退院前訪問指導料	380点	精神科退院前訪問指導料	●●●●●●●●●●	
	6ヶ月未満退院患者 3回まで	6ヶ月以上入院患者 6回まで		
複数回訪問加算	320点	複数回訪問加算	●●●●●●●●●●	
精神科訪問看護・指導料Ⅰ	575点	訪問看護基本療養費(Ⅰ)	5,550円(週3日目まで) 5,050円(週3日目まで)	
	退院後3ヶ月以内 5回/週まで		(訪問看護管理療養費) 6,550円(週4日目移行) 6,050円(週4日目移行)	
	退院後3ヶ月を超え 3回/週まで		初日: 7,300円 2日目以降12日まで: 2,950円	
複数回訪問加算	450点		保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	
急性増悪算定	1) 急性増悪日から連続7日間以内(1回/日) 2) 上記より1ヶ月以内の連続7日間以内(1回/日) <small>※1) は医師の直接診察による場合が必要</small>	複数回訪問加算	4,300円(1回/週まで) <small>※看護師と介護士の場合は3,800円</small>	
精神科訪問看護・指導料Ⅱ	160点(3回/週まで)	特別訪問看護指示算定	急性増悪時には指示のあった日から起算して14日を限度として算定できる(1回/月) <small>※特別訪問看護指示書の交付が必要</small>	
	精神障害者施設入所中の複数患者への指導	訪問看護基本療養費(Ⅱ)	1,600円(3回/週まで)	
時間加算	3時間超えは40点/時を加算(8時間以内)		保健師、看護師又は作業療法士による精神障害者施設入所中の複数患者への指導	
精神科退院指導料	320点(1回)	時間加算	3時間超えは400円/時を加算(8時間以内)	
24時間対応体制加算	●●●●●●●●●●	退院時共同指導加算	6,000円(1回)	
24時間連絡体制加算	●●●●●●●●●●	24時間対応体制加算	5,400円(1回/月)	
		24時間連絡体制加算	2,500円(1回/月)	

35

ご清聴ありがとうございました。



44

アウトリーチの意義と理念

花園大学社会福祉学部
NPO法人京都メンタルケア・アクション 代表
三品 桂子

1 アウトリーチとは何か(1)

- アウトリーチとは、特に地域に密着している機関のソーシャルワーカーの活動であり、必要とする人びとの家庭や日常生活の場に出向き、サービスや活用可能なサービスの情報を届けることであり (Barker2003:309)、ケースの発見と強く結びついている。

アウトリーチとは何か(2)

- アウトリーチをするケースマネジャーは、机上での仕事や、簡略化した電話による臨床は行わない。利用者が生活したり、働いたり、遊んだりしている場所で臨床を行うことで、ケースマネジャーは、利用者が学習したり、地域生活に成功するために必要とするスキルを磨いたりすることを支援する。

また、ケースマネジャーは、利用者がプログラムのなかで習得したスキルを実際の日常生活に応用できる機会を増やすよう支援したりする(NASW2008: 58)。

アウトリーチとは何か(3)

- アウトリーチとは、顕在化している利用者のみならず、潜在的にニーズを持っているサービス対象者や地域に対し、ワーカー及び機関が積極的に関わり、サービス利用を働きかけることである。

(座間2001: 60).

アウトリーチとは何か(4)

- 地域に密着した機関のソーシャルワーカーの活動として始まり、自らが援助を求めない人や、サービスが必要であってサービスに結びつかない人のために行われた。→ソーシャルワークの価値。
- 現在では、ケースマネジメントにおいて広く用いられる活動であり、利用者の生活の場に支援者が訪れ利用者の地域生活を豊かにするため、利用者が生活に必要なスキルを磨いたり、利用者がプログラムのなかで習得したスキルを実際の日常生活に応用できる機会を増やすよう支援する活動である。
→ 患者でなく生活者として捉え、支援する。

アウトリーチの意義

ACT-K ACT-Zeroの調査結果より

概要

- 未治療者および治療中断者を対象とした支援導入時の危機介入調査
- 対象者:25名(未治療;8、治療中断;17)

結果の特徴

効果:

入院回避(96%)、GAF,REHABの有意な改善

BPRS:敵意、緊張、不安、非協調性の改善

援助内容の特徴:

利用者のニーズ、家族支援、情報共有にかける時間

生活の場で必要な医療:

出向く評価、未投薬での見守り訪問(医療スタンバイ)

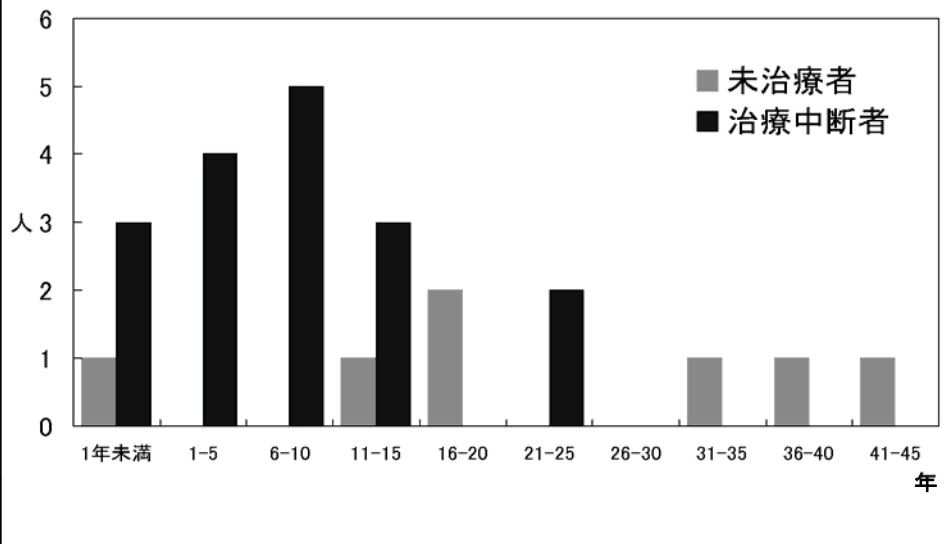
→生活の場での支援に医療が包括される新たな視点

具体的評価内容の説明

調査対象者

- 人数
合計25名 未治療8名、治療中断17名
- 性別
男性12名(48%)、女性13名(52%)
- 介入時平均年齢
全体45.6歳 (レンジ:19-70)
- 平均中断・未治療期間
未治療 22.7年 (レンジ:7ヶ月-41年)
治療中断 8.0年 (レンジ:6ヶ月-25年)

未治療・治療中断 期間ごとの度数分布



紹介経路

	人	%
保健所	16	64
利用者家族	2	16
診療所	2	8
病院	2	8
その他	1	4
		• N=25

紹介理由

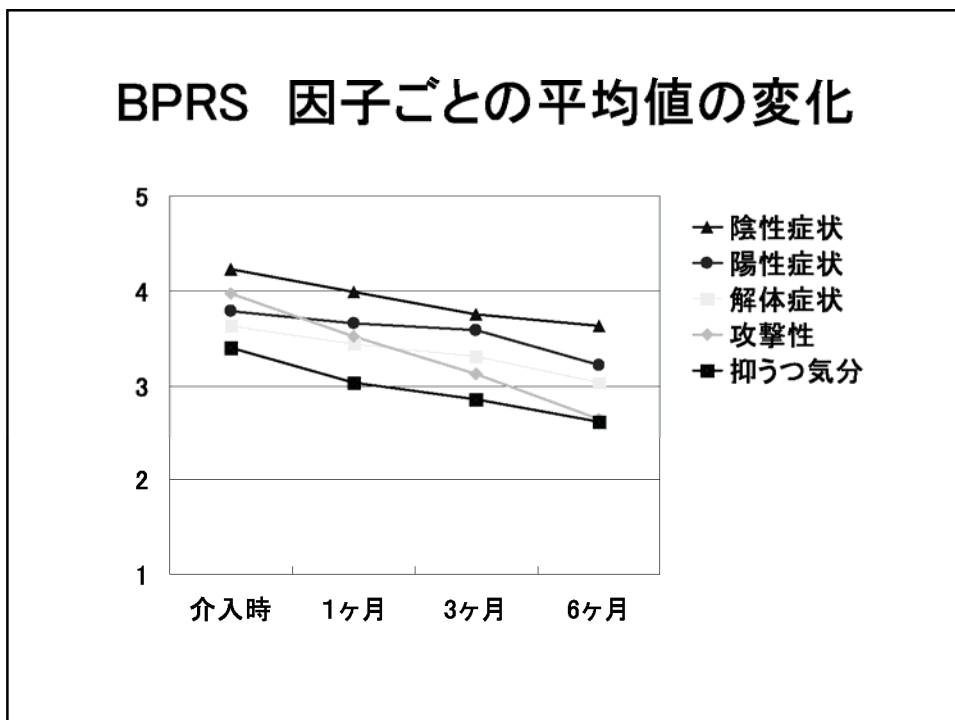
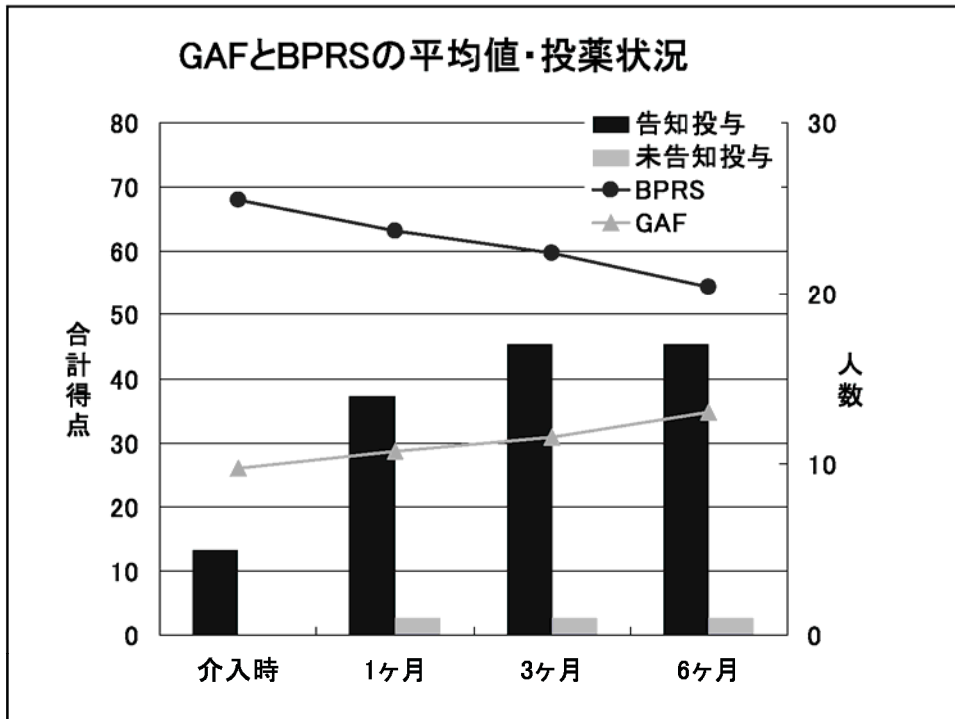
	人	%
ひきこもり	12	41
他害・迷惑行為	10	35
その他	6	21
家庭内暴力	1	3

• N=25 複数回答あり

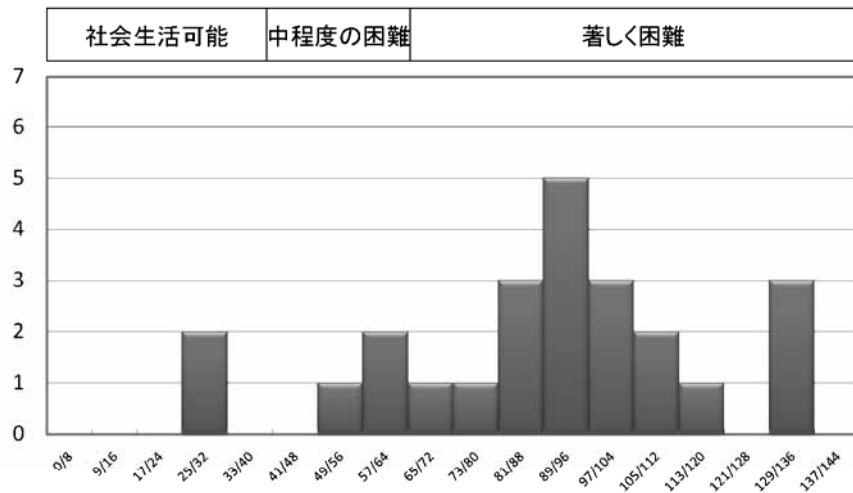
未治療・治療中断の理由

	全体		未治療		治療中断	
	人	%	人	%	人	%
自宅に出向いて医療評価・介入をする機関がない	12	52	3	8	9	24
病識の欠如	8	35	4	11	4	10
医療不信	7	30	0	0	7	19
病状の悪化	7	30	0	0	7	19
家族の病気に対する認識不足	3	13	2	5	1	3

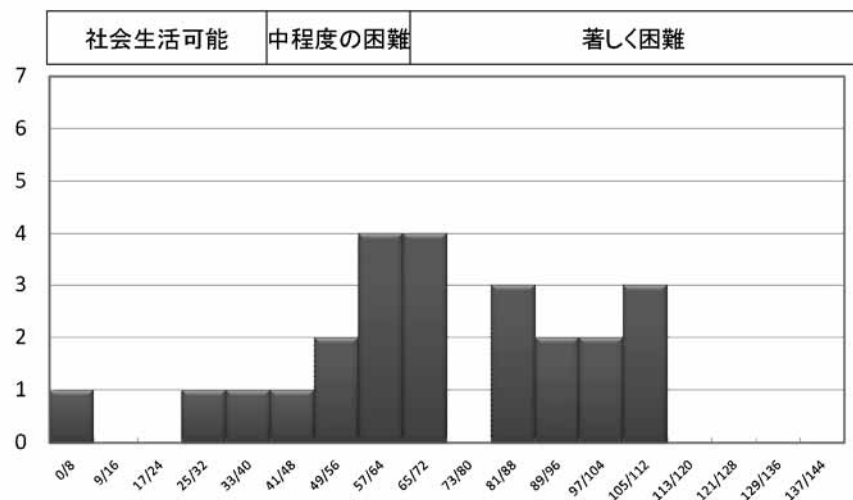
• N=25 複数回答あり



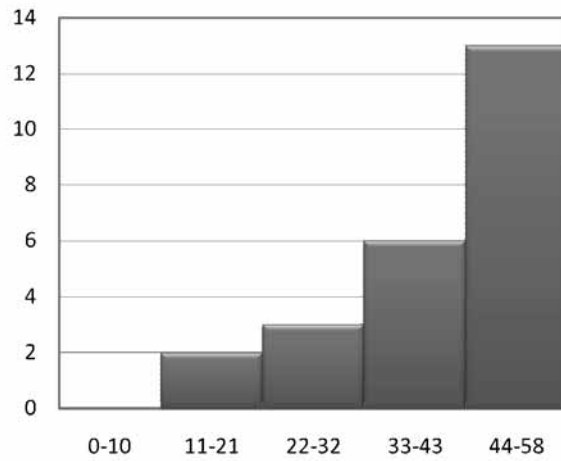
Rehab 全般的行動全得点の変化 介入時



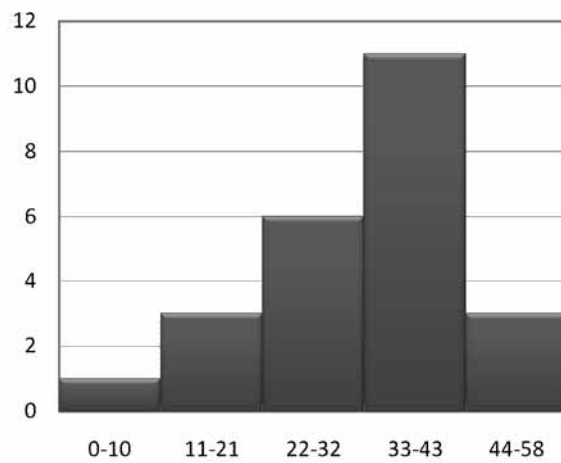
Rehab 全般的行動全得点の変化 6ヶ月後



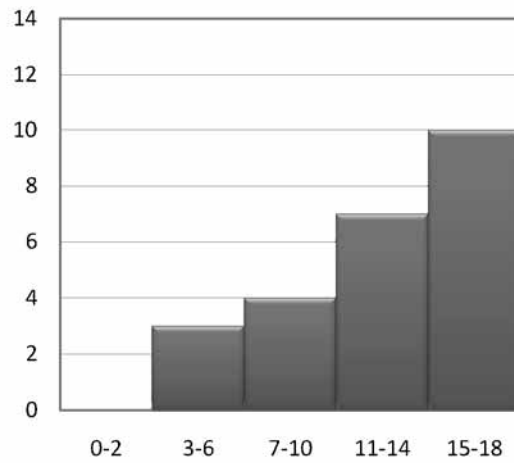
Rehab 社会生活活動性 介入時



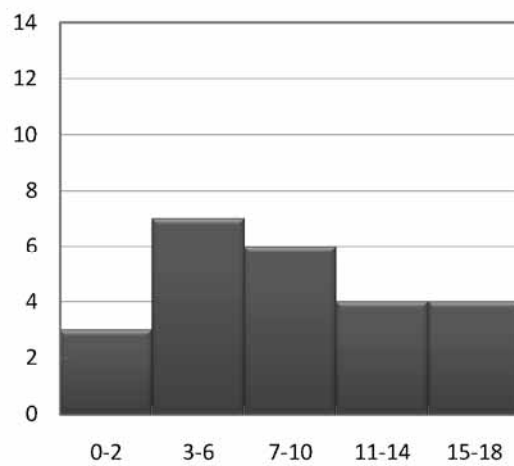
Rehab 社会生活活動性 6ヶ月後



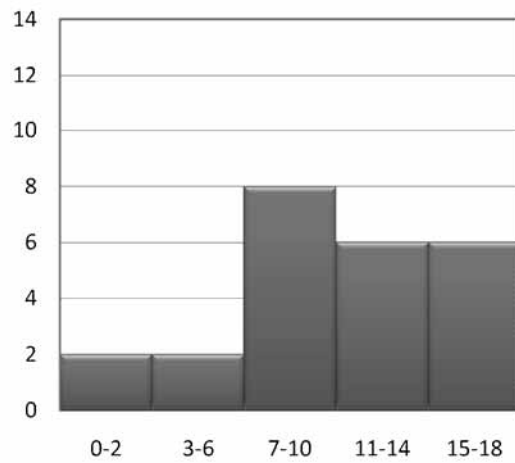
Rehab ことばの技能 介入時



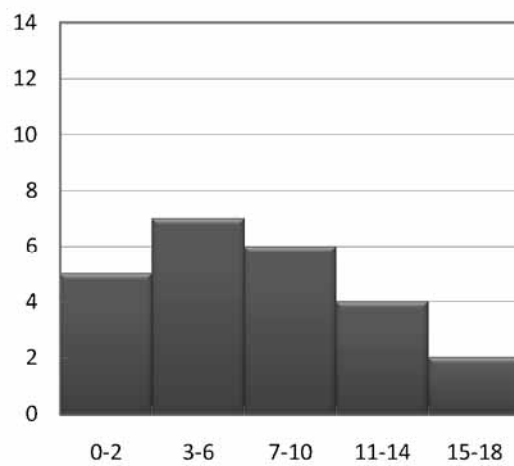
Rehab ことばの技能 6ヶ月後



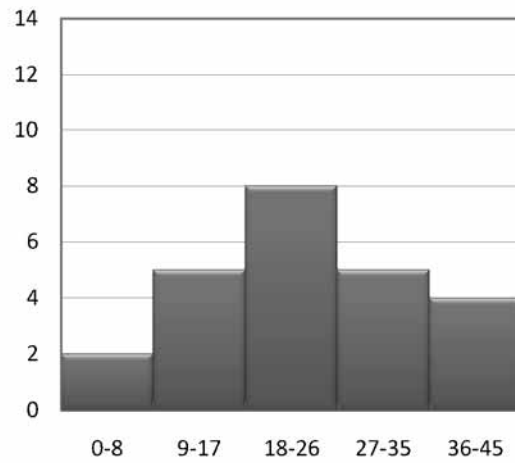
Rehab ことばのわかりやすさ 介入時



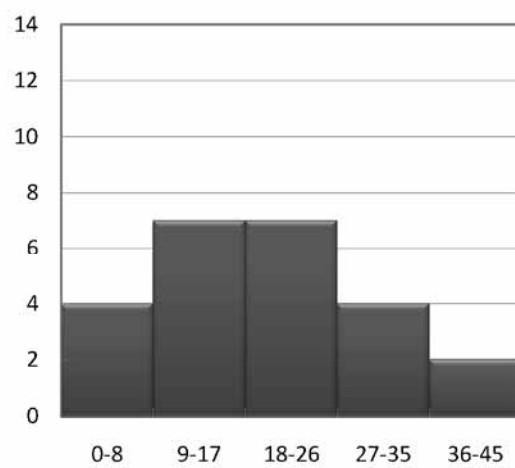
Rehab ことばのわかりやすさ 6ヶ月後



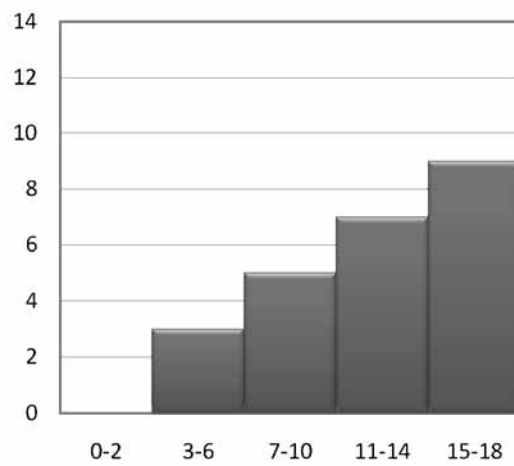
Rehab セルフケア 介入時



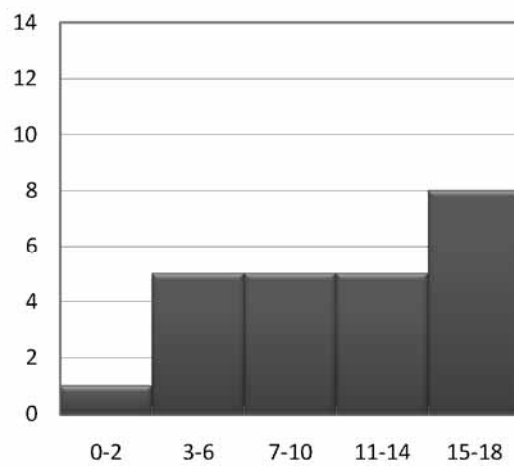
Rehab セルフケア 6ヶ月後



Rehab 社会生活の技能 介入時



Rehab 社会生活の技能 6ヶ月後



結果が示すこと

- 未治療・治療中断者の多く(96%)は、入院しなくとも回復する。
- 孤立から来る孤独を解消することで、敵意、緊張、不安、非協調性は改善する。
- 治療中断者の大半は医療や専門家への不信感がある。
- 関わりの初期は「治療」「服薬」「入院」は3禁句とも言える。
- 利用者が困っていること、やってみたいことなど生活支援から始めることで信頼関係は形成される。

未治療・治療中断者の 支援のこれまで

- 保健所が中心に担ってきた。
- その内容は主として受診勧奨。
- 医療サービスが提供できない保健所では、通院治療より、入院治療を選択せざるを得なかった。
- 保健所が統廃合されるなかで、保健所は未治療・治療中断者への援助ができなくなって来た。
- 対応する職種は精神保健福祉相談員と保健師が中心。
- 保健所は業務の関係で頻回訪問は難しいのが実態

アウトリーチ・チームは サービスを変化させる

	保健所	アウトリーチ・チーム
理念	住民の健康と福祉	リカバリー志向とノーマライゼーション
手法	受診勧奨	地域生活支援(広義の医療を含む)
職員	精神保健福祉相談員 保健師 嘱託精神科医	多職種(精神保健福祉士・看護師, 作業療法士, 精神科医, ピアスペシャリスト他)
サービス内容	相談・訪問・地域移行・入院支援・措置診察など	生活支援サービス リハビリテーションサービス 家族支援サービスなど
サービスの頻度	週1回程度 AM8:30~PM5:00	必要な回数 24時間365日

行政職員の発想の転換の必要性

- 未治療・治療中断者であっても、地域で支援すること(全力で地域生活の継続を支援し、入院を阻止するという姿勢)。
- 受診勧奨より生活支援。
- 保健所は地域のサービスを活用する。
- 適切なアウトリーチ・サービスがない地域では、保健所がサービスを開発する。
- 入り口(相談)、アセスメント、スクリーニング、適切な機関とのマッチング、モニタリング、移行・終結を保健所が中心となって担う。

3 アウトリーチを行う 専門職の理念

- リカバリー志向
- 利用者を尊敬し、その人らしい人生を築くことを支える
- パートナーシップ
- 利用者を「ふつうの人」として捉える
私たちが会える人は患者さんなのか？
- 人間が本来持っているレジリエンスを育てる
環境を整える・ストレングスの発見と活用
- 手負いの患者をこれ以上出さないという強い信念

3 リカバリーとは(1)

- 疾患によりもたらされた制限付きではあるが、満足感のある、希望に満ちた、人に役立つ人生を生きる道である。リカバリーは、精神疾患の大きな影響を乗り越えて成長することによって、人生の新しい意味と目的を創り出すことである。(Anthony, 1993)
- リカバリーは過程であり、生き方であり、構えであり日々の挑戦の仕方である。完全な直線的過程ではない。(Deagan, 1998)

リカバリーとは(2)

- リカバリーとは、精神疾患をもつことは、私の人生の一部ではあるが、私の世界の中心ではないということである。(IMR toolkit)

リカバリーとは(3)

- リカバリーをプロセスとして捉える人、ゴールまたは最終的な結果として与えられる人など、リカバリーの意味は一人一人が決めることである。
- 疾患の世界からの脱却。
- 元気である世界観の形成と実践。
- リカバリーとは精神疾患に限定するものではない。

10のリカバリーの基本概念

- 1 自らが方向付ける
- 2 個別化され、その人を中心に据える
- 3 エンパワメント
- 4 全体的
- 5 直線的でない
- 6 ストレngthsに立脚
- 7 ピアサポート
- 8 尊敬
- 9 責任
- 10 希望

(SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Service Administration
www.samhsa.gov/)

利用者に何を伝えるか

1. あなたの生活を支援し、私たちはあなたと同行したいと思います。手伝わせて欲しいのです。
2. あなたには解決していくのに時間のかかる、とても重大な病気があります。しかし、50%以上のあなたと同じ病気を持つ人が著しく改善するか、または回復さえするという、世界的なデータがあります。
3. 回復への途中、私たちは、あなたのそばにいて一緒に考え同行します。



結 果

- このメッセージが利用者の希望を蘇らせる。
- 希望はどのような疾患に関するリカバリーのプロセスにも内在する自己治癒能力をつくる（Cousins, 1979; Siegel, 1986; Herth 1990）。



まとめ

- 積極的なアウトリーチ・サービスで、未治療・治療中断者の入院回避は可能（意義）。
- リカバリー、ストレングス、パーソンセンタードという理念を行政職員がもつことの重要性（理念）。
- 受診勧奨→生活支援と関係づくりへの転換（方法）。
- 利用者と家族に希望をもたらす支援（鍵）。
- 地域移行より、地域生活継続のほうが効果的（施設神経症という概念を思いだそう）（効果）。
- アウトリーチ・チームを活用、もしくは創設（今後の課題）。



質問:

- 休憩時間に今までの講義で分からなかったことを書いてください。

次の時間帯にお答えをします。



演習 I 実施にあたっての 課題



15:15-17:00

変容は時間がかかると覚悟すること



...そして実現は難しいということと、努力し続けることが専門職の使命であることも。

変容についての稽古



演習 I

- テーマ
- アウトリーチの意義を理解する
- 手順
 - ①司会、書記を決める
 - ②事前レポートで自分の職場や状況を説明する。事前レポートの無いセンターや主管課の受講者は自己紹介をしてください。



簡潔に自己紹介をしてください

次に

- 未治療・治療中断者であって、入院になってしまった事例、困った事例、そのままになっている事例を、アウトリーチ支援事業を活用すれば、どのような支援が行え、事例はどのように変化するかを話し合ってください。

最後に書いてみてください

- あなたが保健所の職員なら
問8-4 入院した実人員は、アウトリーチ支援によってどのように変化するでしょう。
- あなたが主管課職員なら
あなたの都道府県・政令市では、アウトリーチ支援によって医療費はどの程度削減できるでしょう。
- あなたが精神保健福祉センター職員なら
センターでは、どのような支援ができるでしょう。

お疲れ様でした！

(この教材はインディアナACT技術センターMary Louise Ruefの資料を一部活用して作成したものです。)

(4) 『アウトリーチ推進における行政機関に期待される役割』

①大阪会場・東京会場

「アウトリーチ推進における行政に期待される役割」

兵庫県洲本保健所
所長
柳 尚夫

0. アウトリーチとは何か(復習)

アウトリーチとは、特に地域に密着している機関のソーシャルワーカーの活動であり、必要とする人びとの家庭や日常生活の場に出向き、サービスや活用可能なサービスの情報を届けることであり(Barker2003:309)、ケースの発見と強く結びついている。

I . 保健所が今まで行ってきた 精神保健業務の役割との関係性

1. 相談
2. 訪問
3. 地域移行
4. 入院支援
5. 措置診察
6. 情報
7. 権限

I -1 相談

- 1) 精神科医療の入り口の相談の多くを保健所が担っている(精神保健福祉法第47条)
- 2) 本人、家族、市町村、医療機関、福祉関係機関、警察、地域住民からの相談を受ける
- 3) 必要に応じて、精神障害者に対して状態に応じた適切な医療施設を紹介しなければならない(法47条2)・・・今までは、病院中心に考えてきたが、もしアウトリーチチームがあれば

I -2 訪問

- 1) まさにアウトリーチ活動に近い
- 2) 住民や関係機関からの依頼で、始めることができる
- 3) 訪問するかどうかは、保健所の判断(自律的)
- 4) 公的機関としての受け入れの良さ(強制力はなくとも、家の中に入れる可能性が高い)

I -3 地域移行

- 1) 長期入院者の退院とその後を支援する活動に保健所が関わりだした
- 2) 地域移行後の治療中断や再入院を防ぐ必要性
- 3) 地域移行後の支援のスタイルとしてのアウトリーチ(多様な支援の必要性)
- 4) 地域移行から、退院前の準備(カンファレンス等)の必要性の認識

I -4 入院支援(入院以外の提案)

- 1) 本人による入院:入院以外の支援の提案ができないか(レスパイト、休憩)
- 2) 医療保護入院も、強制的入院:精神科医療との不幸な出会い
- 3) 移送:アウトリーチチームのまさに出番
- 4) 家族支援:入院以外の方法を家族に提示し、支援しつづける

I -5 措置診察

- 1) 警察からの依頼によって、強制的な入院が行われている
- 2) 自傷他害の予知は、精神科医にもできるのか?
- 3) 措置入院後の支援と退院に向けての支援
- 4) アウトリーチチームがあれば、措置に至る前に、支援ができるのでは

I -6 情報

- 1) 精神障害者に関する情報が保健所に集積されている
- 2) 医療保護入院の入退院届け
- 3) 措置を含めた強制入院患者の情報
- 4) 病院に入院中の患者情報(医療監視・実地指導・630調査等)
- 5) 地域医療情報: 診療所、訪問看護、
- 6) 地域社会資源情報を持っている

I -7 権限

- 1) 強制的入院の必要性を判断する
- 2) 入院中の患者の入院継続を判断できる
- 3) 任意患者を含めて患者の処遇に意見を述べることができる
- 4) 医療機関が指示に従わない場合には、ペナルティーを科すことができる

Ⅱ. 本庁の精神保健福祉担当課は

- 1) 来年度に各都道府県に1カ所のモデル地域の検討
- 2) どのような形で実施することが将来のモデルとなるかを検討して、地区と手法を検討する
- 3) アウトリーチの理解の都道府県内の理解促進
- 4) 精神科病院協会との調整(行政主導で行うことの合意)
- 5) 万が一病院のアウトリーチがスタートする場合の課題の整理

Ⅲ. 精神保健福祉センターは

- 1) 岡山県モデルの様に、精神保健福祉センターが直営で実施できないか検討(非常勤職員の雇用を含め)
- 2) 保健所での実施であれば、技術支援が必要
- 3) 医療機関での実施であれば、運営に関しての関与を必ずする
- 4) アウトリーチに関する地域データの収集と分析をする

IV. 発想の転換の必要性

- 1) 入院中心の医療から地域中心へ
- 2) 医療的支援より、本人が望む支援を考える
- 3) 提供側のサービスに合わせるのではなく、本人のニーズに合ったサービスの提供
- 4) 服薬することなく危機を乗り越える人もいる
- 5) 症状のコントロールより本人の安心
- 6) 24時間365日の発想

V. 行政が役割は果たせないとうなるか

- 1) 病院が実施することは、訪問での患者の抱え込みとなる可能性(入院患者の確保)
- 2) 安易に入院に結びつける可能性
- 3) 診療所や訪問看護でも、長期の抱え込みになる可能性(介護保険で既に起こっている)
- 4) 他のサービスの利用や卒業に結びつかない
- 5) 圏域全体のアウトリーチのニーズの明確化ができない

VI. 保健所が実施するにあたって

- 1) ACTチームが管内にあれば、まず連携を考えよう(でも丸投げはしない)
- 2)なければ、チームを構成し、保健所が調整をして事業を進めよう<訪問診療所、訪問看護(OT含む)、相談事業所(PSW)>
- 3)まず保健所が相談や訪問をして、利用事例の検討をし、支援を開始する
- 4)定期的事例検討をし、利用の終了を決める

VII. 将来のアウトリーチ像

- 1)アメリカのインディアナ州でも、20~30万人に少なくとも1チームは必要とのこと(人口密度等によって違うが)
- 2)保健所管内に1チームあれば、一定の対応ができる可能性がある
- 3)保健所がアウトリーチチームと一緒にあって、事例の開始と事例対応の終了を決定するシステムが、全国にできれば

アウトリーチ推進において 行政に期待される役割

2011年1月27日 岡山
島根県立心と体の相談センター
永岡秀之

精神障害者の地域生活支援について

精神保健医療福祉の改革ビジョン(2004年9月)

「入院医療中心から地域生活中心へ」
という精神保健福祉施策の基本的方策の実現

目標

支援の場

病院内
(入院医療の場)

<

地域
(生活・暮らしの場)

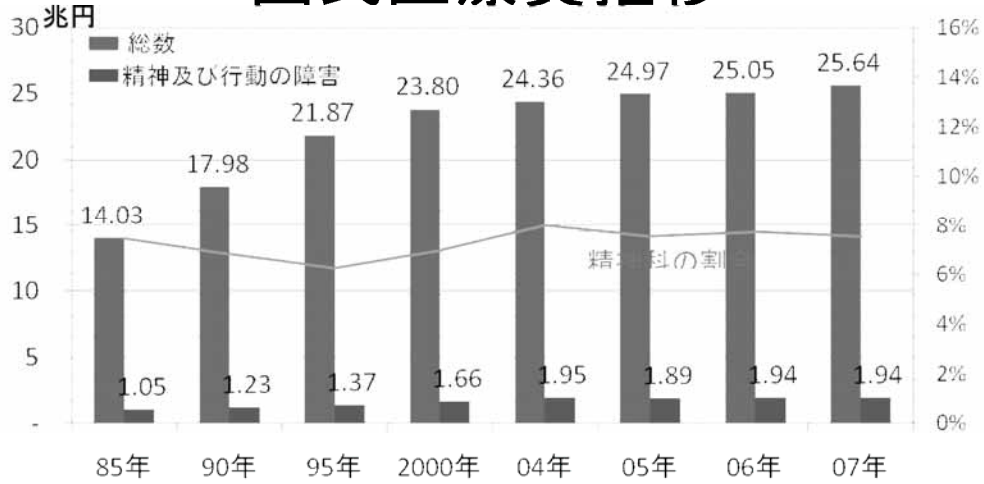
地域支援の拡充

▶ これまでの主な取り組み

精神科病院からの地域移行の推進により、長期入院の
精神障害者を地域で支援する方策を押し進めてきた。

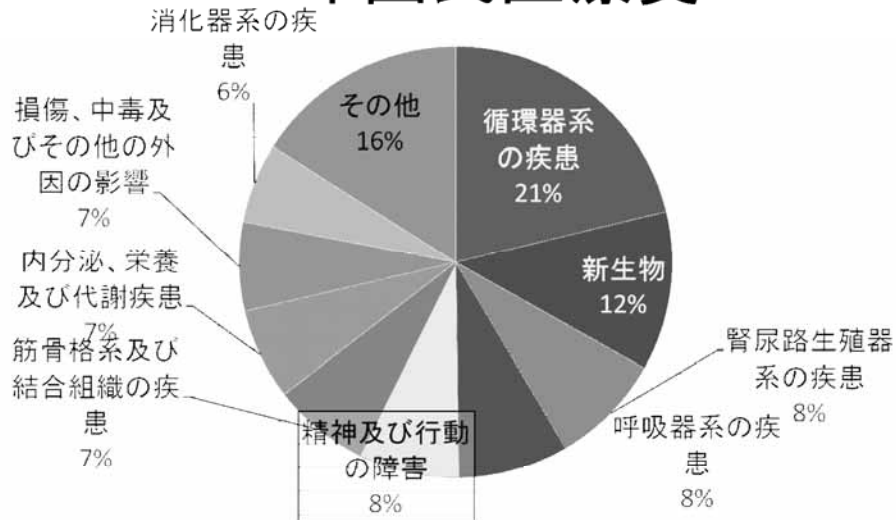
厚生労働省 精神・障害保健課 吉川専門官資料

国民医療費推移



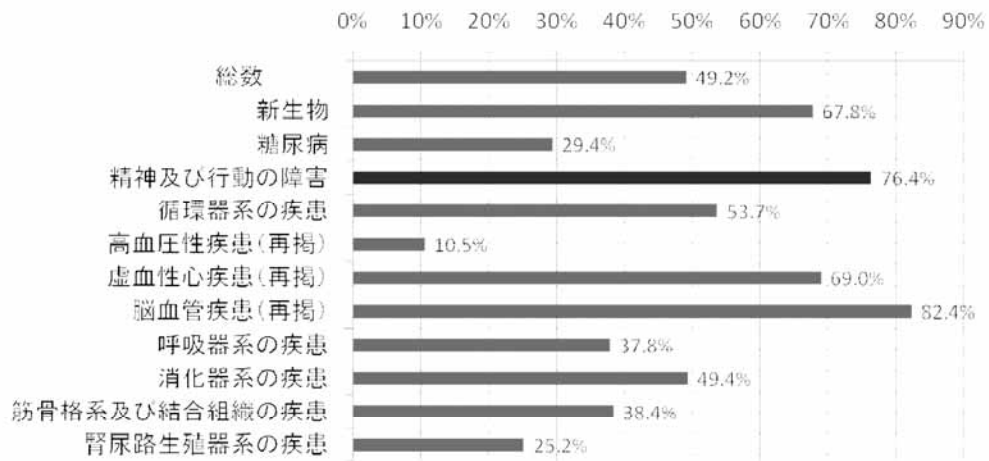
厚生労働省 国民医療費 2007年より

2007年国民医療費



厚生労働省 国民医療費 2007年より

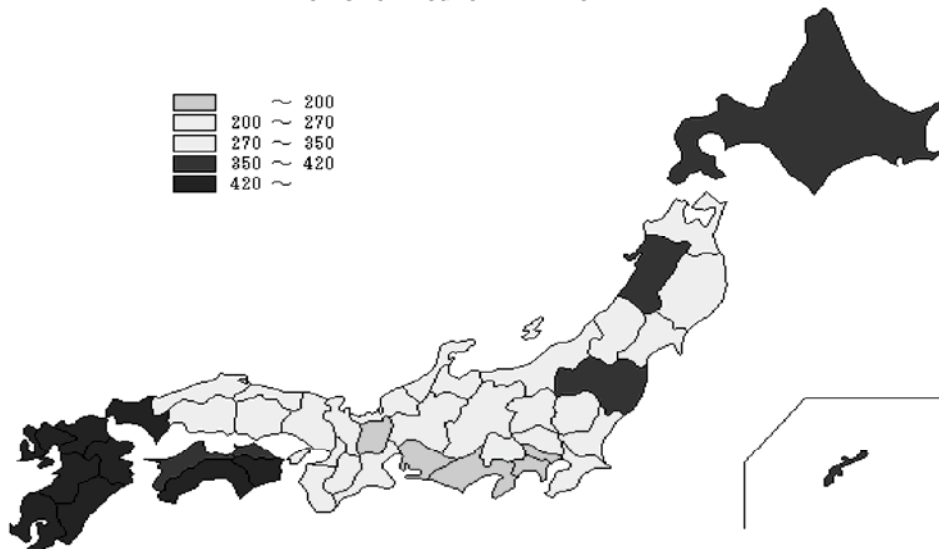
傷病別入院医療費割合



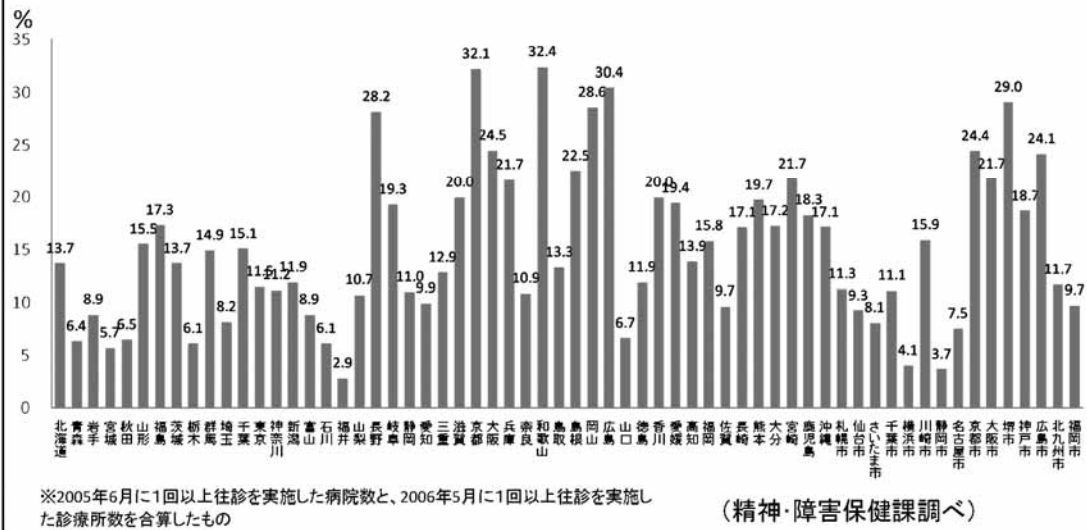
厚生労働省 国民医療費 2007年より

人口10万対精神病床数

09年病院報告 全国273



往診を実施する精神科医療機関の割合(都道府県別)



医療の概要から

- 精神科医療は全国各地において、大きく状況が異なっている
- 精神保健医療文化が異なっている

地域保健における行政の役割とは

地域保健法

- 第1条 この法律は、地域保健対策の推進に関する基本指針、保健所の設置その他地域保健対策の推進に関し基本となる事項を定めることにより、母子保健法その他の地域保健対策に関する法律による対策が地域において総合的に推進されることを確保し、もつて地域住民の健康の保持及び増進に寄与することを目的とする。

地域保健法

- 第2条 地域住民の健康の保持及び増進を目的として国及び地方公共団体が講ずる施策は、我が国における急速な高齢化の進展、保健医療を取り巻く環境の変化等に即応し、地域における公衆衛生の向上及び増進を図るとともに、地域住民の多様化し、かつ、高度化する保健、衛生、生活環境等に関する需要に適確に対応することができるように、地域の特性及び社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に推進されることを基本理念とする。

地域保健法における保健所の役割 第6条

1. 地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項
2. 人口動態統計その他地域保健に係る統計に関する事項
3. 栄養の改善及び食品衛生に関する事項
4. 住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境の衛生に関する事項
5. 医事及び薬事に関する事項
6. 保健師に関する事項
7. 公共医療事業の向上及び増進に関する事項
8. 母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項
9. 歯科保健に関する事項
10. 精神保健に関する事項
11. 治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項
12. エイズ、結核、性病、伝染病その他の疾病の予防に関する事項
13. 衛生上の試験及び検査に関する事項
14. その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項

地域保健対策の推進に関する基本的な指針
1994年12月1日厚生省告示

地域保健体系の下で、市町村、都道府県、
国等が取り組むべき方向を示すことにより、
地域保健対策の円滑な実施及び総合的な推
進を図ることを目的

地域保健対策の推進に関する基本的な指針
1994年12月1日厚生省告示

地域保健対策の推進の基本的な方向

- 1 生活者個人の視点の重視
- 2 住民の多様なニーズに対応したきめ細かなサービス
- 3 地域の特性をいかした保健と福祉のまちづくり

(6) 企画及び調整の機能の強化

都道府県の医療計画、介護保険事業支援計画、老人保健福祉計画、障害者計画等の計画策定に関与するとともに、各種の地域保健サービスを専門的立場から評価し、これを将来の施策に反映させるほか、地域における在宅サービス、障害者福祉等の保健、医療、福祉のシステムの構築、医療機関の機能分担と連携、医薬分業等医療提供体制の整備、食品衛生及び環境衛生に係るサービスの提供及び(1)から(6)までに掲げる課題について企画及び調整を推進すること。

五 精神障害者施策の総合的な取組

- 1 精神障害者に係る保健、医療、福祉等関連施策の総合的かつ計画的な取組を促進すること。
- 2 都道府県及び市町村並びに保健所は、精神障害者ができる限り地域で生活できるようにするため、居宅生活支援事業の普及を図るとともに、ケアマネジメントの手法の活用を推進を検討すること。特に、条件が整えば退院可能とされる者の退院及び社会復帰を目指すため、必要なサービスを整備及び資源の開発を行い、地域の保健、医療、福祉関係機関の連携を進めること。

地域保健からのキーワード

- 地域の特性及び社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に推進されることを基本理念(地域の特性をいかした保健と福祉のまちづくり)
- 生活者個人の視点
- 情報の収集、整理及び活用の推進
- ケアマネジメントの手法の活用の推進
- 計画策定に関与するとともに、各種の地域保健サービスを専門的立場から評価
- 必要なサービスを整備及び資源の開発
- 保健、医療、福祉のシステムの構築、医療機関の機能分担と連携

医療計画について 2007年

- (1)精神保健医療対策
- ① 精神科医療に係る各医療提供施設の役割
 - ② 精神科救急医療(重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を有する医療機関の整備や他科診療科との連携による身体合併症治療体制の整備等)
 - ③ うつ病対策(性別や児童、労働者、高齢者、産後等のライフステージ別の相談・治療体制、一般医療機関と精神科医療機関の連携体制、地域における理解の促進等)に関する取組
 - ④ 精神障害者の退院の促進に関する取組
 - ⑤ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第42条第1項第1号等に基づく決定を受けた者に対する医療の確保、社会復帰支援等(指定医療機関の整備、保護観察所との協力体制等)に関する取組

医療計画について 2007年

4疾病及び5事業に係る医療連携体制を定めるに当たっては、次の事項に配慮しなければならないとされたこと。

- ① 疾病又は事業ごとに医療連携体制の具体的な方策を定めること。
- ② 医療連携体制の構築の内容が、患者が退院後においても継続的に適切な医療を受けることができることを確保するものであること。
- ③ 医療提供施設及び居宅等において提供される保健医療サービスと福祉サービスとの連携を含むものであること。
- ④ 医療連携体制が、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護サービス事業者、住民その他の関係者による協議を経て構築されること。

4疾病・5事業とは

地域の中で保健福祉医療サービスが完結できるよう主要な

4疾病

- ・ がん対策
- ・ 脳卒中对策
- ・ 急性心筋梗塞対策
- ・ 糖尿病対策

5事業

- ・ 救急医療対策
- ・ 災害医療対策
- ・ へき地医療対策
- ・ 周産期医療対策
- ・ 小児救急を含む小児医療対策)

ごとに適切な医療サービスが切れ目なく提供されるよう、その数値目標

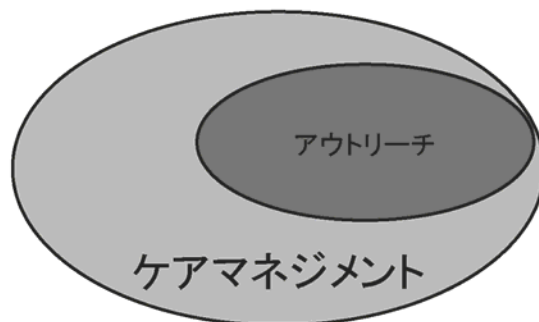
医療計画における圏域連携会議

- 圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。
- その際保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互または医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。

医療計画推進における保健所の役割

- 医療機関相互の調整
- 介護保険事業所等保健福祉関係機関との連携調整
- 地域住民の啓発、相談対応
- 各種情報の収集・整理・分析・提供

ケアマネジメントとアウトリーチ



ケアマネジメント

- 生活全般にわたる支援
- 医療は生活の一部
- (医療が精神障がい者支援で重要であることには変わらない)
- 利用者・家族の生活をより健全なものとするために解決すべき問題点がニーズ

ニーズの種類

- 健康管理
- 日常生活
- 社会との交流
- 家事
- 経済
- 家族関係
- ストレスへの対応(本人・家族)

アウトリーチだけでは機能しない

- 地域移行支援事業・地域連携があって初めて機能
- 地域の全体像の把握が必要
- ニーズに応じて個別対応
- 個別対応の積み重ねから地域のシステムづくりへ

提供サービス項目

①住居を探したり、家主との調整を図るなどの住居に関する支援
②買い物、料理、交通機関の利用、近隣関係など日常生活に関する支援
③就労について、利用者の方の希望を実現するための支援
④年金や生活保護の利用や金銭管理のアドバイスなどの経済的サービスに関する支援
⑤公共施設などの社会資源の利用やグループ活動への参加など、利用者の方を取り巻く周囲の社会ネットワークとの関わりの回復と維持のための支援
⑥利用者の方のご家族のための支援
⑦精神科治療を継続するため、診察や処方、自宅への薬の持参などの支援
⑧病気に関すること、服薬に関することなど、病気を自己管理するための支援
⑨危機状況時の介入や一時的な入院の間の支援
⑩カウンセリング
⑪身体的健康に関する支援
在宅支援が可能な機関

島根県内処遇困難事例

2011年1月 保健所担当課長対象に調査 27事例

診断名

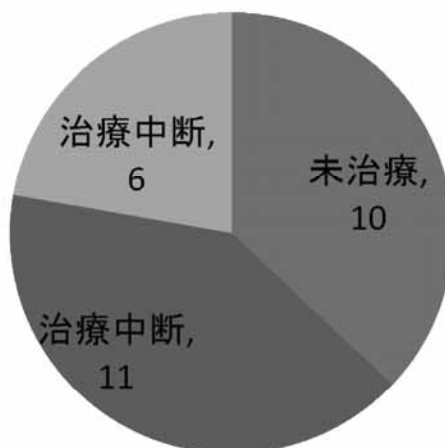
統合失調症 13 なし 4 人格障害 3

治療状況

未治療 10 治療中断 11 治療中 6

島根県内処遇困難事例

治療状況



島根県内処遇困難事例

困難と感じている点

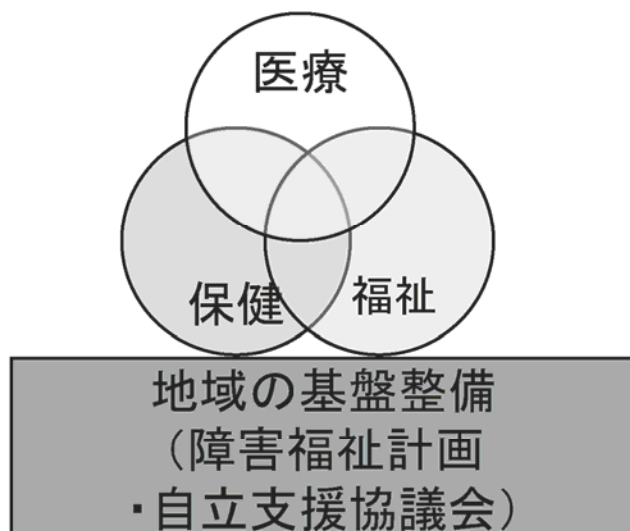
- 未治療の期間が長く医療的支援を要する 7
- 治療中断で病状が悪化し、本人が受診を拒んでいる 9
- 同居家族はいるが同居家族の理解・協力を得られない 9
- 同居家族はいるが本人が頑なに面会や受診を拒否する 11
- 独居でありキーパーソンが見つからない 6
- 独居であり、訪問や受診をかたくなに拒否している 6
- 近隣から頻繁に苦情はあるが、本人との接点がない 1
- 職員への暴力・暴言のおそれがある 6
- 医療機関での治療が難しい(パーソナリティ障がい) 8
- 保健所から遠い(片道1時間以上) 4
- 精神医学的診断が分からないため、対応方法が不明 3
- 医療機関の協力が得られないため、治療につなげられない 1

新たな精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

中間まとめ 2010.12.22

- ① 認知症の早期から専門医療機関による正確な診断を受けられる体制整備を目指す
- ② 入院前提でなく、地域生活を支える精神科医療とする
- ③ 地域で受け入れるシステムづくりを進める
- ④ 地域連携クリティカルパスを開発して導入

アウトリーチにおける行政の役割



地域で支援を行うのに必要なツール

- 介護保険も含め、地域で活用できる制度の理解
- 多職種と人間関係を構築できるコミュニケーション能力・調整能力
- どんな支援が必要か・効果的か見極めるアセスメント能力

保健所の使えるツール

島根県では

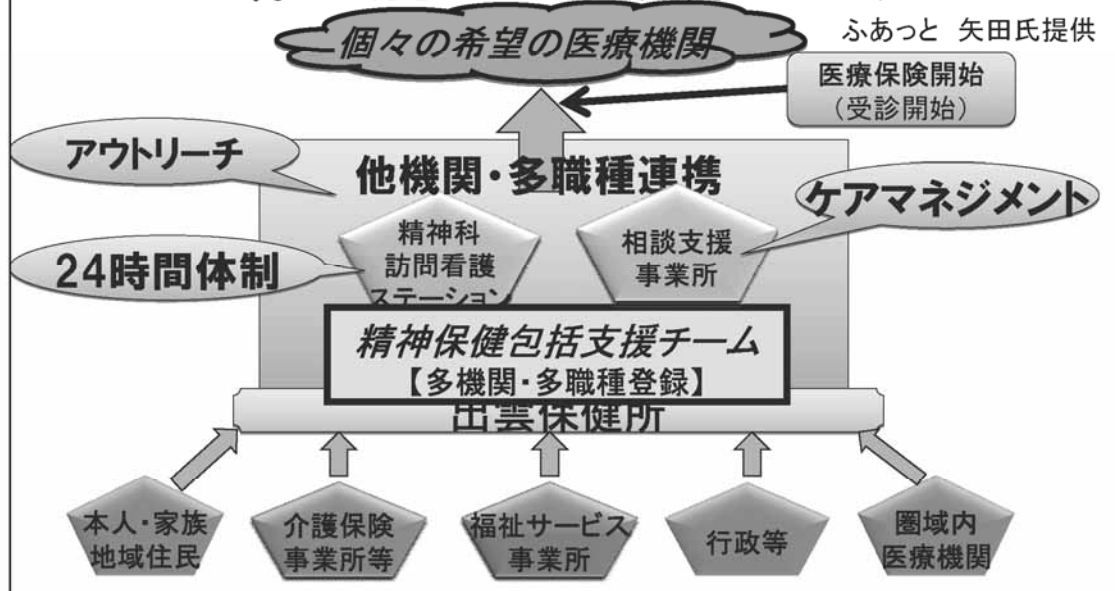
- 圏域精神保健医療福祉連絡協議会
 - 地域精神保健福祉協議会
 - 精神科救急医療体制整備圏域連絡調整会議
 - 精神障がい者地域生活移行支援圏域会議
 - 自殺対策連絡会議
 - 社会適応訓練事業運営協議会
 - 思春期保健連絡会
- 等

ツールを使って確認すること

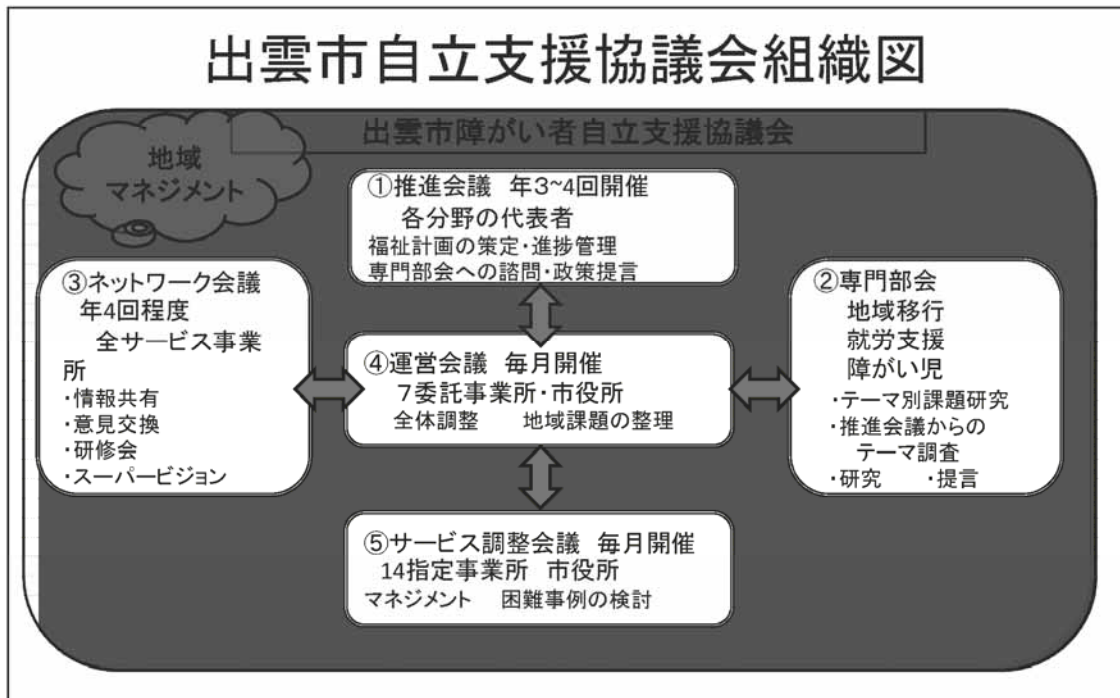
地域で暮らすためには

- 病院と地域の共通意識が必要
判断基準は生活者の視点
- お互いの顔が見えることが重要
- 患者・家族の自己決定を支援
- 地域内で提供されているサービスの量と質の把握
- 医療・福祉・保健も含めた地域関係機関との情報共有及び問題点の確認
- 全体像の把握
- 進む方向性の確認

地域定着への支援の拡大



出雲市自立支援協議会組織図



島根が大切にして
きたもの

これからの地域保健を
担う人たちへ

～島根県の取り組みの実践から～



アウトリーチ推進のため
の地域システム作り

花園大学 社会福祉学部
三品 桂子

あなたの所属はどこですか

- ◎保健所
- ◎精神保健福祉センター
- ◎精神保健福祉主管課
- ◎その他

なぜ受講したのですか？

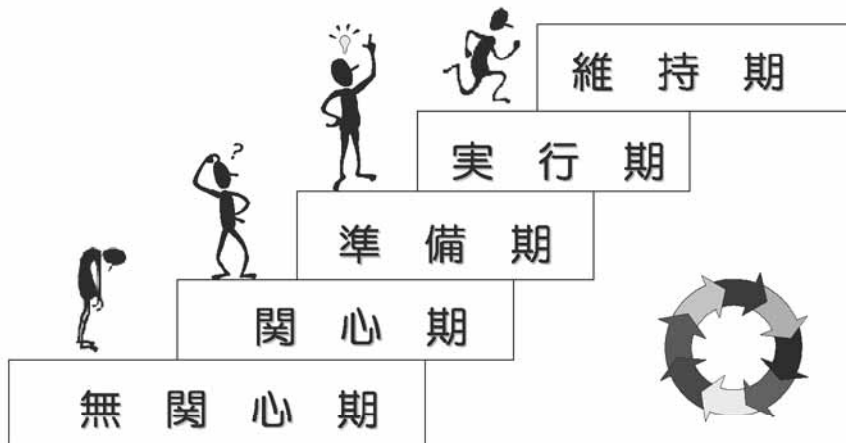
- ◎ 誰かに受講しなければならないと言われたから？
- ◎ アウトリーチ推進事業について知識を得たいと思ったから？
- ◎ アウトリーチ推進事業を自分の関係する機関で取り組んでみたいと思ったから？

ステージ理論を応用した地域システム作り実行の2つのレベル：



自身と
職場と
関係機関

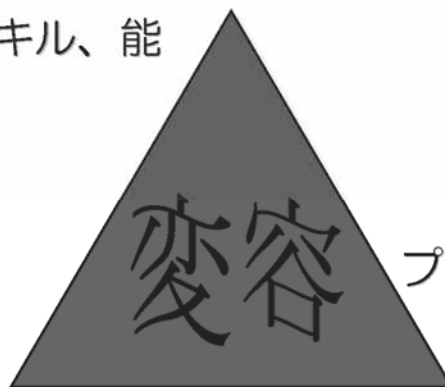
ステージ理論



変容のために必要な分野 それぞれを評価する

力量
知識、スキル、能力

変容の管理
行動と態度



プロジェクトの
管理
仕事・
ビジネスの流れ

力量

- ◎アウトリーチの知識はどの程度あるだろうか
- ◎アウトリーチのスキルは、精神科病院の病棟や診療所デイケア、地域活動センターの訪問活動のスキルとどのように異なるのか？
- ◎スタッフの能力は大丈夫か
- ◎保健所職員のスクリーニングやモニタリングの能力は大丈夫か

7

変容の管理

- ◎未治療・治療中断者へのアプローチは、180度発想の転換を要するが、保健所の精神保健福祉担当職員や関係職員の意識、行動、態度はどうか？
- ◎多職種によるアウトリーチ・チームのスタッフは、病院中心の考えを払拭し、地域生活継続のための支援は可能か
- ◎多職種によるアウトリーチ・チームの研修やスーパービジョン体制をどうするか

8

プロジェクトの管理

- ◎職場の仕事の流れやスピードは、アウトリーチ推進事業に沿って変更可能か
- ◎アウトリーチ推進事業の意義や理念、効果など主管課は理解しているか
- ◎精神保健福祉センターは、保健所をバックアップする体制はあるか
- ◎主管課・精神保健福祉センター・保健所の連携は十分か
- ◎多職種によるアウトリーチ・サービスを提供できるチームとの連携は十分か
- ◎スクリーニングやモニタリングをする体制をどう整備するか

9

アウトリーチ推進のための
あなた自身のステージに応
じた行動

10

もしあなたが関心期 にあったら：



- ◎ 反対論を縮小する
- ◎ 私の個人および職業人としてのアイデンティティに、このことはどのような意味を持つだろうか？
- ◎ 職場や関係機関にどのように影響するだろうか？
- ◎ 現実的で、具体的で、計測できる小さなステップを踏んで、自分に対する褒美で報いる

もしあなたが準備期 にあったら：

- ◎ 邪魔になっている個人的な信じ込みを見つけ、挑む
- ◎ 小さなステップを踏み続ける
- ◎ アウトリーチ推進事業を進めようと思っている仲間を見つける。
- ◎ この会場で情報交換できる他府県の仲間を作る。
- ◎ 職場や地域のアセスメントを仕上げ



あなたが管轄する地域は

- ◎ 社会資源にはどんなものがありますか？
- ◎ その中で多職種のアウトリーチ・サービスが行えそうな機関（診療所・訪問看護ステーション・精神科病院・訪問看護ステーション・ACT・その他）はありますか？

もしあなたが準備期にあったら：

- ◎ アウトリーチ推進事業のプランを書いてみる。
 - アウトリーチ推進事業がどのように実行できるかについてははっきりと定められたゴールを設定する。
 - (順調に進んでいるかどうかはどうやってわかるか?)
 - ストレングスと障壁を特定する。
 - 障壁に取り組みストレングスに基づき進むために、ゴールを小さな目標に分解する。
 - 段階に適した介入を定める。



目標達成のための小目標の例

- ◎ 職場内で、今回の研修の報告会をして、管内で実施するには何が必要かを仲間と話し合う。
- ◎ 所属長に事業の重要性を理解してもらう資料を作成する。（未治療・治療中断や相談内容の資料を添付する）
- ◎ 主管課にアウトリーチ推進事業を実施したい旨働きかける。
- ◎ 管内のアウトリーチ推進事業をやれそうな機関に事業の概要を話して、関心の程度を確認する。

15

主管課からGOサインが出たら （実行期）

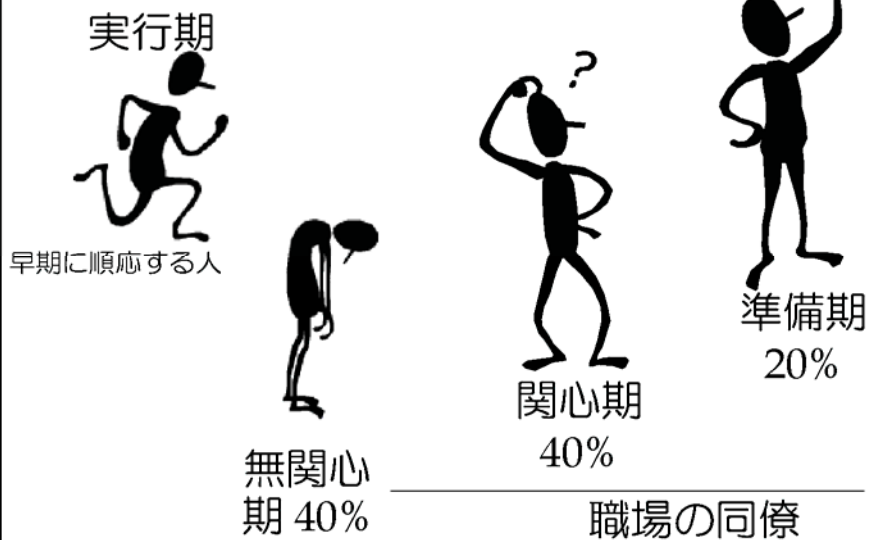
- ◎ プランを詳しく練って職場で説明をする
 - あなたが実行期にあっても、あなたの職場や関係機関は実行期には至っていないかもしれないことに注意。
 - そんな時は、ステージを分析し、働きかけよう。

16

アウトリーチ推進のために 職場のステージに応じた実行

17

あなたの職場の状況をステージ 理論で考えてみる



もし職場が関心期に あったら：



- ◎ 反対論を縮小する
- ◎ 職員の個人および職業人としてのアイデンティティに、アウトリーチ推進事業はどのような意味を持つだろうか？と投げかけてみる。
- ◎ 事業促進派の仲間を増やす。
- ◎ この事業をやるメリットとデメリットを際立たせる。
- ◎ 現実的で、具体的で、計測できる小さなステップを踏んで、進めていく。

もし職場が準備期に あったら：

- ◎ 役に立つ構造を決定する
 - 誰が、どのような役割を担うかを決定する。
 - スタートまでの行動予定を作成する。
 - 予め目星を付けておいたチームに計画を示す。
 - スーパーバイザーが鍵である。
(精神保健福祉センターはどの程度関与してもらうのか)



もし職場が実行期にあったら：



- 計画を立案して所内で合意を得る
 - 所長や課長は実行期にあっても、職場は全員は実行期には至っていないかもしれないことに注意。
 - そんな時は、ステージを分析し、働きかけよう。

実行期

- プランを職場で説明する
 - ステージに対応したやり方でひとりひとりに対応する
 - プラスの点とマイナスの点の重量に留意する



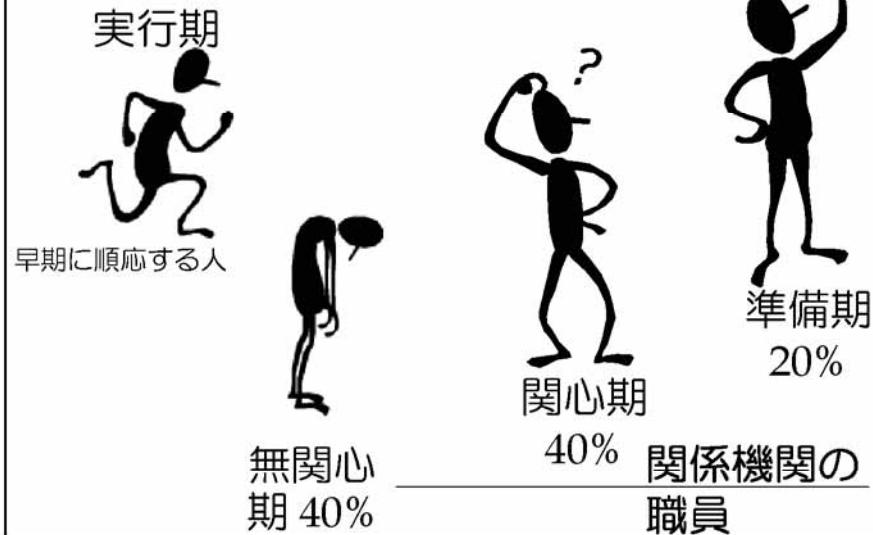


スタッフと話した後こんな
ふうに感じたら

...あなたの介入は職場や同僚のステ
ージには不適切だったのです。

アウトリーチ推進のための
関係機関のステージに合わ
せた介入

関係機関の状況をステージ理論で考えてみる



もし関係機関が関心期にあったら：



- ◎ 反対論を縮小する
- ◎ 機関の職員の職業人としてのアイデンティティに、このことはどのような意味を持つだろうか？話し合ってみよう。
- ◎ その機関は、この事業に取り組むことでどのようなメリット・デメリットがあるかを考えてもらう。
- ◎ 実行するのに障壁になっているものを一緒に考えて取り除く。楽観主義を伝える。

もし関係機関が準備期にあったら：

- 役に立つ構造を決定する
 - その機関に働きかけて、アウトリーチのスキルに関する学習会を開催する。
 - チームワークを高めるミーティングスキルの訓練をする
 - スーパーバイザーが鍵である



もし関係機関が実行期にあったら：

- 事業の要綱を示し、機関の体制づくりを手伝う。
 - 専任のスタッフが必要であるから、人材確保のための情報を提供する。
 - 事業の概要を学ぶために講師を紹介する。
 - アウトリーチのスキルを学ぶために同行訪問ができる機関を紹介する。
 - 機関全体と機関の職員のステージの状況を常に分析し、働き掛けよう。





実行期



- ◎ 1つの機関が始めたら、地域全体にアウトリーチ・チームの開始を広報し、協力体制を創っていく。
- ◎ 大きな保健所では、1つの機関で未治療・治療中断者を支援していくには限界があるので、そのチームをサポートし、チームから移行する利用者を引き受ける機関を地域に整備する。
- ◎ 利用者の移行や終結を判断し、新しい機関に結びつける。

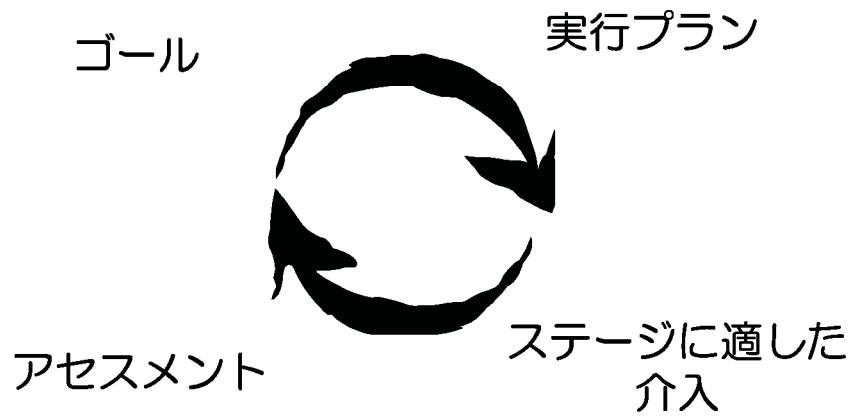
29

実行期

- ↳ 有効性(effectiveness)と効率(efficiency)を測定しモニターする。



進行するアセスメントと プラン作り



管轄内に適切な機関がな かったら？

- 1 アウトリーチ推進事業がやれそうな施設を探す。
- 2 新たに創る

1 今ある施設の機能変化

- ◎訪問看護ステーション
- ◎地域活動支援センターの強化
- ◎診療所に併設
- ◎地域活動支援センター＋訪問看護ステーション
- ◎病院に併設
- ◎高齢者の訪問看護ステーション

33

2 新たに創る（1）

- ◎アウトリーチ・チームは、創ろうと思う人が2人集まれば創れる。それは、創造者として、実行者としての能力を備えた人であり、新しいアウトリーチ・チームを立ち上げようとする情熱をもった2人が出会い、この2人がお互いに英知を絞り出して、土地を耕すことから始めれば良い。
- ◎そのためにはアウトリーチ・チームに関心のある人が出会える場、研究会などを創ろう。

34

新たに創る（2）

- ◎この2人は、リーダーシップを採ることが出来る人であり、①誠実さ、②関係を築き、育む力、③コミュニティーの構築ができる人である。
- ◎そしてチーム員が良質な関係（チーム員同士の関係、利用者との関係、関係機関との関係）を築けるように、環境を整える、参加型のマネジメントを進めることができる人である。
- ◎行政の役割は、このような人を発掘することである。

35

新たに創る（3）

- ◎2人のうち1人は地域で働いてきた精神保健福祉士であることが望ましい。なぜならば利用者の地域生活には何が必要であるか、地域のもつストレングスのどこに着目してチームを立ち上げれば成功するかを知っているからである。
- ◎もう1人は地域活動に専念してきた保健師、もしくは訪問看護の経験が豊かな看護師が望ましい。

36

新たに創る（４）

- ◎地域生活支援に関心のある作業療法士も重要なチーム員になろう。
- ◎問題は精神科医をいかに確保するかである。地域に密着した診療所や精神科病院と連携できる体制を整えられれば、アウトリーチ・チームの創設は可能になる。
- ◎チームの創設は決して難しいことではない。アウトリーチ・チームで働きたいと考えている専門職は少なくない！

37

新たに創る（５）

- ◎精神保健福祉センターがアウトリーチ・チームを創り、各都道府県のモデルとして実施することができれば最高である。
- ◎デイ・ケアをアウトリーチ・チームに転換させることも考えてみよう。英国では長期のデイ・ケアは長期の入院と変わりなく、ホスピタリズムを生み出すと考えられており、一般的には3ヶ月程度の利用期間である。アウトリーチ・チームの創設は、日本のデイ・ケアを見直す良い機会でもある。

38

次のステップ

- ◎ まだ心配なのはどんなことだろうか、あるいはまだ情報が必要なのはどんなことについてだろうか？
- ◎ アウトリーチ推進事業を実行するにあたっての障壁はどんなものだろうか？
- ◎ アウトリーチ推進事業の実行を促進する役をするのは誰だろうか？
- ◎ 次のステップは何だろうか？

39

演習 実施にあたっての 課題



アウトリーチ推進事業を実施するにあたっての課題

- 1 課題を抽出する
- 2 解決策を考える

手順

- ◎各メンバーがシステムづくりに関する、①自分自身、②職場、③地域の課題を抽出する。
- ◎次にその課題の解決法を考える

演習 グループ発表



参考文献

- ◎ ジェイムス オープロチェスカ、カルロ・シーディクレメンテ、ジョン・シーノクロス著
中村正和監訳『チェンジング・フォー・グッド
— ステージ変容理論で上手に行動を変える —』法研
- ◎ 佐藤純・三品桂子編『日本で始めるACTチームの立ち上げ方—アウトリーチによる包括的地域生活支援のコツ—』久美出版。

43

謝辞

この教材はインディアナACT技術センターMary Louise Ruefの協力を得て作成したものです。

(6) 『アウトリーチ支援事業が目指すもの』 大阪会場・岡山会場・東京会場

平成22年度障害者総合福祉推進事業
「未治療・受診中断等精神疾患患者のアウトリーチ(訪問)支援モデルの開発と普及」における研修会

アウトリーチ推進のための行政機関の役割
～未治療・受診中断者を地域で支えるために～
(アウトリーチ支援事業が目指すもの)

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部
精神・障害保健課

(1)精神障害者に対する
アウトリーチについて

精神障害者の地域生活支援について

精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年9月)

「入院医療中心から地域生活中心へ」
という精神保健福祉施策の基本的方策の実現

目標

支援の場

病院内 < 地域

(入院医療の場)

(生活・暮らしの場)

地域支援の拡充

▶ これまでの主な取り組み

精神科病院からの地域移行の推進により、長期入院の精神障害者を地域で支援する方策を押し進めてきた。

精神障害者の地域生活を支える既存のサービス

◆ 通院・通所(電話を含む)による既存サービス

「保健」

・精神保健福祉相談(来所、電話)
・行政デイケア 等

〈※市町村、保健所、精神保健福祉センター〉

「医療」

・外来診療(通院)
・精神科デイ・ケア 等

〈※精神科病院、精神科診療所等〉

「福祉」

・相談支援事業(来所、電話)
・通所系のサービス事業所

〈※自立訓練、就労支援、地域活動支援等〉

【特徴】

- 精神障害者が自ら利用のために訪れて(電話して)利用する。
- 医療、福祉のサービス提供は報酬等により評価されている。

精神障害者の地域生活を支える既存のサービス

◆ 訪問による既存サービスと業務を担う主な職種

「保健」

・訪問指導(主に保健師)

(※市町村、保健所、精神保健福祉センター)

「医療」

・訪問診療、往診(精神科医師)
・訪問看護(看護師、精神保健福祉士等)

(※精神科病院・診療所、訪問看護ステーション等)

「福祉」

・居宅介護(ヘルパー等)
・相談支援(相談支援専門員等)

(※地域活動支援センター、自立訓練(訪問型)等)

【特徴】

- 医療、福祉サービスについては、精神障害者の希望(同意、契約を含む。)により、職員が自宅等に訪れてサービス提供を行う。
- 医療、福祉のサービス提供は報酬等により評価されている。

「精神障害者の地域生活支援における課題」

- 精神疾患の病状増悪時や発症早期等には、自ら通院・通所をしたり、訪問によるサービスを希望することが難しい状況が少なくない。
- 精神障害者が抱える課題によっては、保健、医療、福祉の各機関単体の支援では解決に至らない場合がある。
- 既存の医療・福祉サービス提供体制では、本人が希望しない状況等において地域で支援を行うには限界がある。(報酬等)

結果的に

これまでは・・・

- 地域生活を中断して、入院(再入院)による治療を選択することが少なくなかった。
- 行政機関による医療導入においては、入院を前提とした制度に頼らざるを得なかった。

必要な支援が行き届かないことによる入院

アウトリーチ支援実現に向けた考え方

【基本的な考え方】

- 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、自尊心を大切にしている関わり方を基本とする。

【具体的な方向性】

- 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。

新たなアウトリーチ支援の特徴等

【主な対象者】

自ら専門機関に相談することができない者及びその家族等
※精神科病院実施の場合、自院以外の患者も対応する

【具体的な支援内容】

- ・24時間(休日、夜間含)、対象者及び家族へ迅速な訪問、相談対応
- ・ケアマネジメントの技法を用いた多職種チームによる支援
- ・関係機関との連絡、調整及びケア会議の開催

【特徴】

- ・医療や福祉サービスにつながない段階からのアウトリーチ(訪問)による支援を行う
- ・医療と日常生活の支援の両側面からの支援(協力医の確保)
- ・24時間相談対応可能
- ・状況に応じ、地域の関係職員もチームに加え対応
- ・家族への支援等についても対応可能
- ・病状悪化者の場合でも、できるだけ入院させず在宅支援を前提

未受診・
受診中断者

新たなアウトリーチ支援 (支援の流れ)

- ・精神疾患が疑われる者
- ・ひきこもりの者
- ・頻回入院者 等

日常生活の支援等

在宅医療、外来診療等

地域生活
の継続

従来のアウトリーチ支援

家族・近隣
行政機関
警察 等

【主な対象者】

- ・本人や家族から訪問等の了解が得られた者
- ・比較的状态が落ち着いている者
- ・医療や福祉サービスにつながっている者
- ・行政機関等から訪問依頼を受けた者

【具体的な支援内容】

- ・服薬支援
- ・障害福祉サービスの紹介等

【特徴】

- ・精神科病院の訪問看護、障害福祉サービス事業所等による単一職種による訪問
- ・病院、事業所等の開設時間のみの対応が多い
- ・精神科病院実施の場合、自院以外の患者を対象としない
- ・病状悪化者の場合、入院を前提としたアプローチになりがち

精神障害者アウトリーチ推進事業 (平成23年度予算(案) 約7億円)

【概要】

都道府県で地域での精神保健福祉に経験と実績のある多職種チームを設置し、在宅で未治療の者、治療を中断している重症の患者などに対し、アウトリーチ(訪問支援)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。

【事業内容】

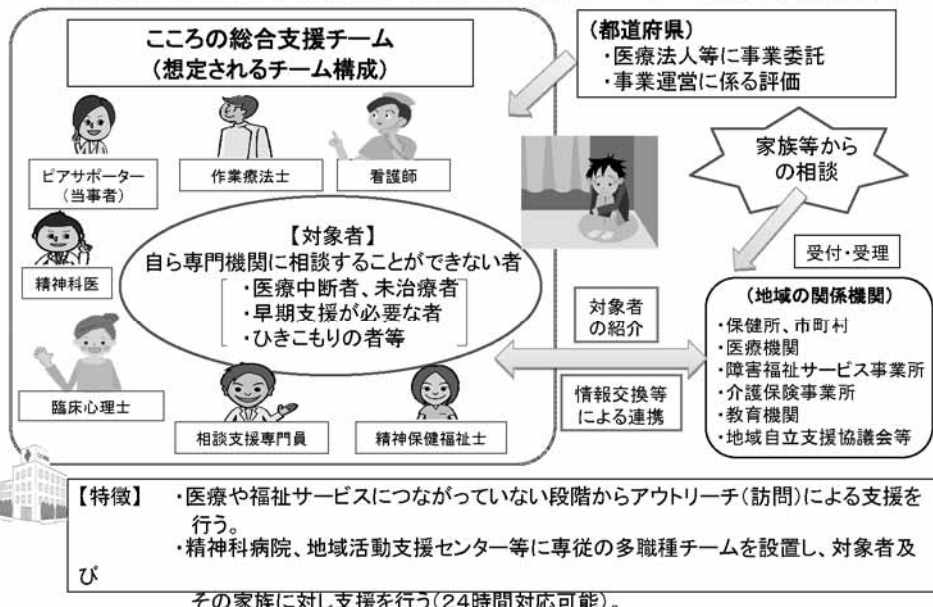
- (1) 多職種チームによるアウトリーチ(訪問支援)の体制整備
- (2) 医療機関による地域移行の支援

【実施主体、補助率】

都道府県、定額補助
(25ヶ所 × 28,041千円)

精神障害者アウトリーチ推進事業のイメージ

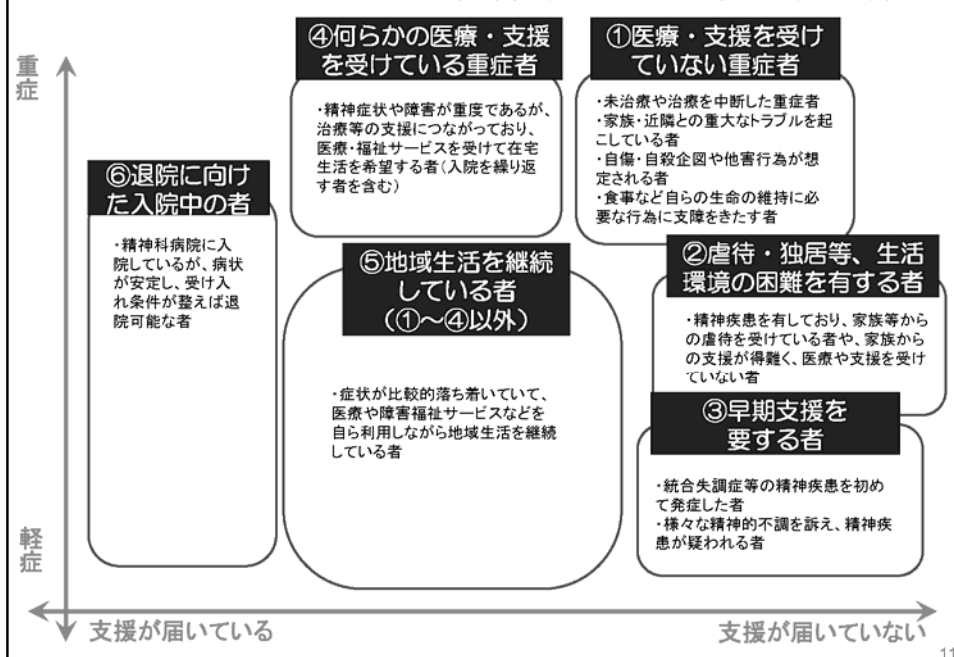
精神障害者の在宅での生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。



(2) 精神障害者の状況と 状況に応じた支援

10

地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像



①医療・支援を受けていない重症者

- ・未治療や治療(服薬)を中断した重症者
- ・自傷・自殺企図や他害行為が想定される者
- ・いわゆる「ひきこもり」で、食事など自らの生命の維持に必要な行為に支障をきたす者
- ・家族・近隣との重大なトラブルを起こしている者

特徴

- 本人が病気を認識できず、支援を求めない(支援を拒否しがち)
- 家族・近隣とのトラブルが発生しがち
- 症状が急激に変化し、ときに緊急に危機介入を要する
- 病状の悪化と共に、日常生活や社会生活を営むことが困難になっている(食事など日常生活の維持が全く困難になることもある)

現在の主な施策

- 精神保健福祉法に基づく措置入院
- 精神保健福祉法に基づく医療保護入院、移送制度
- 精神科救急医療体制の整備
- 保健所での相談や訪問
- 訪問看護等の在宅医療

本人/家族のニーズ

- (本人)
- 無理やり病院に連れていかないでほしい、入院しないで家で過ごしたい
 - 困っているが、病気が原因とは認識していない(家族)
 - 明らかに異常を感じているが、どうしてよいか分からない。危険を感じることもある。
 - 自宅で本人とともに孤立していて、誰かに助けてほしい
 - 家族が高齢化しており、状況に対応出来ない
 - 本人に医療を受けさせたいが、病院に受診させることができない
 - 夜間や休日でも必ず受診できる医療機関がほしい

課題

- 法に基づく強制的な入院を前提とした対応が行われることが多く、強制入院の対象とならない者には支援がなされにくい(強制入院以外の支援が未整備)
- 医療機関に移送する方法や、在宅での支援が乏しく、結果的に極めて重症化するまで本人・家族が在宅で孤立しがち
- 保健所のマンパワーが限られ、粘り強い支援がなされにくくなっている
- 在宅医療など在宅での支援は限られた地域にのみ存在し、多くの人は利用できない

②虐待・独居等、生活環境の困難を有する者

- ・精神疾患を有しており、家族等からの虐待を受けている者や、家族からの支援が得にくく、医療や支援を受けていない者

特徴

- 本人が病気を認識しにくく、支援を求めないことがある
- 本人・家族に支援が受け入れられないなど、支援が妨げられる状況がある
- 困難やトラブルが顕在化しにくい
- 病状の悪化と共に、日常生活や社会生活を営むことが困難になっている(食事など日常生活の維持が全く困難になることもある)
- 家族も精神疾患等の問題を有することがある

現在の主な施策

- 児童福祉法、DV防止法等による被虐待者の保護
- 児童相談所、保健所、市町村等による訪問、相談
- 任意入院、グループホーム、ケアホーム、短期入所等の利用

本人/家族のニーズ

- 【虐待の場合】
- (本人)
- 困っているが、どうしていいかわからない(誰に相談したらよいかわからない)
 - 家族と離れては暮らせないと感じている
 - 障害年金を家族が使ってしまう等がある
- 【独居の場合】
- (本人)
- 困っているが、どうしていいかわからない
 - 頼れる人が身近にいない

課題

- 本人からのSOSや訴えに気づきにくい(近隣等からの通報も遅れがち)
- 児童相談所、保健所、市町村等、関係機関が多岐にわたり、それぞれ専門性が異なるため、連携した対応がとられにくい
- 特に虐待者の精神疾患が疑われても、介入が難しい
- 在宅医療など在宅での支援は極めて限られた地域にのみ存在し、多くの人は利用できない

③早期支援を要する者

- ・統合失調症等の精神疾患を初めて発症した者
- ・様々な精神的不調を訴え、精神疾患が疑われる者

特徴

- 就学・就労している若年者や成人が多い
- 日常生活や社会生活を営むことが徐々に困難になる
- 当初は昼夜逆転、うつ状態などの不調など様々な症状。ひきこもり・不登校、離職等で顕在化することも多い
- 精神疾患に罹患しているかどうか、最初は当事者には分からない

現在の主な施策

- 精神保健福祉センター・保健所等での相談
- 精神科医療機関における診療
- スクールソーシャルワーカー、スクールカウンセラーの配置等(文部科学省)

本人／家族のニーズ

- (本人)
- 異常を感じているがどうしていいか分からない
 - 精神疾患であることは認められない。受診もしたくない
 - 授業についていけない、仕事ができない、外に出られないなど、生活上の様々な困難がある
- (家族)
- 精神的な病気がどうか分からない
 - 信頼できる相談先、医療機関がどこにあるのか分からない
 - 精神疾患・精神科医療には抵抗感がある

課題

- 精神疾患に関する理解、相談先の周知不足、精神科医療への抵抗感など様々なバリエーションがあり、早期に精神科への受診がなされない
- 受診すると投薬等の治療はなされるが、若年者の社会生活の困難に対する相談支援などのサポートが提供されていない
- 教育機関や企業等の関係機関と、保健所や医療機関等との連携や信頼関係が不十分

14

④何らかの医療・支援を受けている重症者

- ・精神症状や障害が重度であるが、治療等の支援につながっており、医療・福祉サービスを受けて在宅生活を希望する者(入院を繰り返す者を含む)

特徴

- 精神症状や精神障害が重度
- 独力では日常生活や社会生活を営むことが困難
- 治療の継続を図るために支援が必要
- 症状が急激に変化することがある
- 入院を繰り返すことがある

現在の主な施策

- 精神科医療機関による診療
- 訪問看護等の在宅医療
- 居宅介護、自立訓練の訪問サービス
- 市町村・保健所等の行政機関による訪問、相談

本人／家族のニーズ

- (本人)
- 在宅で医療・福祉サービスを受けることで日常生活が成り立っている(但し、本人はそのように感じていない場合もある)
 - 緊急時や不安なときに相談できるところがほしい
- (家族)
- 症状が急に悪化したときなど、夜間／休日を含めた緊急時に頼れる相談先や医療機関がほしい

課題

- 在宅医療など在宅での支援は限られた地域のみ存在し、多くの人は利用できない。
- 重症の場合入院すべきという支援者、本人、家族の先入観が強く、地域生活の継続への理解が得られにくい
- 治療の中断等により更に重症化することがある

15

⑤地域生活を継続している者（①～④以外）

・症状が比較的落ち着いていて、医療や障害福祉サービスなどを自ら利用しながら地域生活を継続している者

特徴

- 病気について理解したうえ、医療機関へ通院するなど、治療を自ら継続して在宅で生活
- 障害福祉サービスを利用したり、障害年金・生活保護を受給したり、就労支援等を受け、自立して生活している者もいるが、外来通院以外に生活支援を受けていない者もいる
- 治療により軽減しているものの、症状は継続しており、何らかの契機に増悪することもある

現在の主な施策

- 自立訓練や就労移行支援、就労継続支援等の日中活動サービス
- 地域活動支援センター
- 精神科医療機関における外来診療（精神科デイケア等を含む）
- 市町村・保健所等の行政機関による相談やデイケア、患者会・家族会支援など

本人／家族のニーズ

- (本人)
- 働いたり、一人暮らしをするなど、自立した生活や自己実現をしたい
 - 地域で信頼できる相談先や医療機関がほしい
 - 今後の治療方針、病状の変化や、生活の先行きに不安を感じる
- (家族)
- 地域で信頼できる相談先や医療機関がほしい
 - 今後の治療方針、病状の変化や、生活の先行きには不安を感じる
 - 家族も自らの生活を楽しまたい
 - できれば訓練・リハビリ等により、独り立ちしてほしい

課題

- 福祉サービスの整備に地域差があるなど支援が十分に行き届いていない
- 外来通院だけを継続して、その他の支援を受けていない者が多い
- 特に、入院せず、通院しているだけではケアマネジメントが行われず、生活支援につながりにくい
- 福祉サービスを受けていても、就労など更なる自立生活に向けた相談支援・ケアマネジメントの体制が不十分
- 治療の中断等により重症化することがある

⑥退院に向けた入院中の者

・精神科病院に入院しているが、病状が安定し、受け入れ条件が整えば退院可能な者

特徴

- 病状以外の様々な要因（福祉サービスの確保、住まいの確保、家族の意向、経済的理由、ケアマネジメントの不足など）で入院が継続
- 長期入院の結果、本人は、退院後の生活を想像できなかったり、退院後の生活に不安を感じやすい
- 退院支援には多くの労力を要する

現在の主な施策

- 精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施
- 地域移行支度経費支援事業の実施
- サービス利用計画作成費に基づく支援
- 障害福祉計画に基づく福祉サービスの確保
- 精神科医療機関等における外来、訪問看護、精神科デイケア等の実施
- 市町村・保健所等の行政機関による相談

本人／家族のニーズ

- (本人)
- 退院後の生活が想像できない。長く入院していたので、退院後の生活が不安
 - 退院後どのように生活してよいか分からない
 - 家族との関係が難しく、自ら家族を頼らずに生きたい
- (家族)
- 家族には家族の生活があり、本人の面倒はみられない。(家族が高齢である、いわゆる「世間体」が気になる、等様々な事情)

課題

- 退院には当事者・関係者の労力が大きく、現状維持の方が関係者にとって「楽」。退院支援に取り組もうとすると様々な課題に直面する一方で、退院支援に消極的な医療機関も存在
- 本人が「退院」という選択肢を、現実のものとしてとらえにくい
- 住まいの場、福祉サービスなど退院者の受け皿の整備が十分でない
- 精神障害者地域移行・地域定着支援事業の対象者が少なく、自治体により地域移行支援に係る取り組みにも差異がある
- 地域生活の開始にかかる経済的な負担ができないことがある

(3) 地域精神保健福祉に関する 現行制度(行政機関)

18

1. 保健所 (都道府県、指定都市、中核市、保健所政令市、特別区)

概要

- 精神保健に関する業務:
 - ・地域精神保健福祉業務(精神保健及び精神障害者福祉の業務)の中心的な行政機関
 - ・主に企画調整、普及啓発、研修、組織育成、相談、訪問指導、社会復帰及び自立と社会参加への支援、入院及び通院医療関係事務、市町村への協力及び連携など、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を実施。
- 設置数:510か所<平成21年6月15日現在>
(都道府県:380、指定都市:59、中核市:41、保健所政令市:7、特別区:23)
- 人員配置:医師(精神科嘱託医を含む。)、精神保健福祉士、保健師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、医療社会事業員、精神保健福祉相談員、事務職等の必要な職員

相談や訪問支援の仕組み

- ◆相談
 - ・本人・家族等に、面接・電話等により、保健師・精神保健福祉士等の専門職が相談を行う。
 - ・医師による相談の時間も設けられていることが多い。
 - ・相談内容:心の健康相談、診療を受けるにあたっての相談、社会復帰相談、アルコール、思春期、青年期、認知症等
- ◆訪問
 - ・本人や家族に対して、保健師・精神保健福祉士等の専門職が、居宅を訪問して支援する。
 - ・説明と同意の下に行うことが原則となっているが、危機介入的な訪問等が必要な場合にも行われる。
 - ・相談内容:医療の継続、受診相談・勧奨、生活指導、社会復帰援助、ひきこもりの相談、家族がかかえる問題等
- ◆危機介入
 - ・多くの都道府県において、措置通報の受理、措置診察・措置入院の調整や34条移送の審査・実務を担当している。

19

2. 精神保健福祉センター（都道府県、指定都市）

概要

- 精神保健に関する業務：
 - ・精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るための総合技術センター
 - ・主に企画立案、技術指導及び技術援助、人材育成、普及啓発、調査研究、精神保健福祉相談、組織育成、精神医療審査会の事務、自立支援医療及び精神障害者保健福祉手帳の判定業務などを行う。
- 設置数：68か所（都道府県：49、指定都市：19）（平成22年4月1日現在）
- 人員配置：医師（精神科診療経験を有する者。）、精神保健福祉士、臨床心理技術者、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉相談員、事務職員等（※入院配置はあくまでも標準的な考え方）

相談や訪問支援の仕組み

- ◆相談
 - ・精神保健及び精神障害者福祉に関する相談及び指導のうち、複雑又は困難ものを行う。
 - ・相談内容：（一般相談）心の健康相談、精神医療に関する相談、社会復帰相談など（特定相談）アルコール、薬物、思春期、認知症に関する相談
 - ・また、「心の健康づくり推進事業」による相談窓口を設置している。
- ◆訪問
 - ・一部のセンターにおいては、訪問指導や保健所職員等に対する技術指導・援助としての同行訪問を行っている。

20

3. 市町村

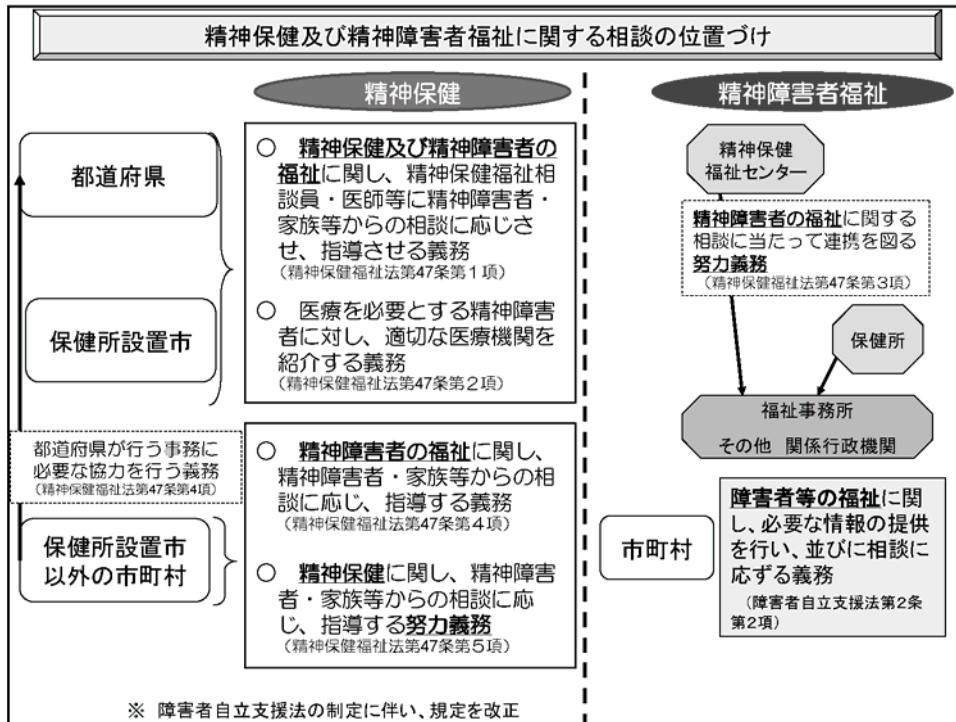
概要

- 精神保健に関する業務：
 - ・平成18年自立支援法施行により、市町村が精神障害者に対する相談支援事業を行うこととなる。
 - ・主に企画調整、普及啓発、相談指導、社会復帰及び自立と社会参加への支援（障害福祉サービス提供体制の構築及び利用調整、精神障害者保健福祉手帳関係事務等）、入院及び自立支援医療費（精神通院医療）関係事務などを行う。
- 市町村数：1,727市町村（平成22年5月19日現在）
（市：786 [うち、政令指定都市 19市、中核市：40市、特例市：41]、町：757 村：184）
- 人員配置：特に規定はないが、障害者ケアマネジメント従事者研修の受講者や、精神保健福祉相談員を配置することが望ましいこととしている。

相談や訪問支援の仕組み

- ◆相談
 - ・精神保健福祉相談の実施については、保健所の協力と連携の下で地域の実情に応じた体制で業務を行う。
 - ・相談内容：精神障害者社会復帰施設、精神障害者社会訓練適応訓練事業、自立支援法の障害福祉サービスの利用に関する相談を中心に、精神保健福祉に関する基本的な相談。
 - ・「市町村相談支援機能強化事業」の中で、保健師、精神保健福祉士等を配置して専門的な相談支援等を要する困難ケースへの対応や、相談支援事業者に対する指導、助言を行うなど機能強化を図っている。
- ◆訪問
 - ・特に法律等による規定はないが、行政サービスの一環として保健師等の訪問による精神保健福祉に関する指導・支援が行われている。

21



行政機関における相談及び訪問指導の状況(平成20年度)

保健所	実人員	延人員 総数	(再掲)							(再掲)			
			老人精神 保健	社会復帰	アルコー ル	薬 物	思春期	心の健康 づくり	その他	ひきこもり	自殺関連	自殺者の 遺族	犯罪被害
来所による相談	156,144	419,128	16,103	133,349	19,059	3,577	10,967	32,347	203,726	16,446	5,721	334	300
電話による相談	/	637,060	22,205	178,505	23,012	5,281	12,700	49,563	345,794	13,680	8,030	402	387
メールによる相談	/	3,131	64	665	150	1	347	138	1,766	85	24	-	-
訪問指導	60,680	154,773	8,712	45,695	5,982	1,453	2,324	12,446	78,161	4,912	2,009	236	123

精神保健福祉センター	実人員	延人員 総数	(再掲)							(再掲)			
			老人精神 保健	社会復帰	アルコー ル	薬 物	思春期	心の健康 づくり	その他	ひきこもり	自殺関連	自殺者の 遺族	犯罪被害
来所による相談	23,712	203,226	1,561	122,658	2,679	2,489	17,548	24,463	31,828	15,729	4,058	1,964	
電話による相談	/	236,797	3,391	36,231	4,246	2,052	9,769	75,318	105,790	5,278	7,329	263	
メールによる相談	/	1,609	4	75	18	2	89	915	505	93	117	2	
訪問指導	1,585	9,065	/	/	/	/	/	/	/	534	36	3	

市町村	実人員	延人員 総数	(再掲)							(再掲)			
			老人精神 保健	社会復帰	アルコー ル	薬 物	思春期	心の健康 づくり	その他	ひきこもり	自殺関連	自殺者の 遺族	犯罪被害
来所による相談	228,244	603,812	31,925	213,047	24,379	3,981	10,281	60,802	259,397	15,930	5,573	673	514
電話による相談	/	818,610	45,306	252,502	24,286	5,570	13,614	97,233	380,099	13,073	8,211	958	547
メールによる相談	/	4,563	124	1,477	100	6	222	485	2,149	200	132	77	5

資料：保健所及び市町村は「平成20年度地域保健・健康増進事業報告」、精神保健福祉センターは「平成20年度衛生行政報告例」

単位(人)

保健所が受ける困難事例の内訳

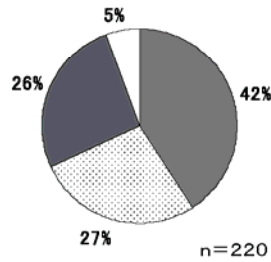
保健所が市町村から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 困難事例の解決 (99.5%)
- 入院への対応 (89.1%)
- 退院後の対応 (62.5%)
- 家族へのサポート (60.4%)
- 講演会等の普及啓発 (42.2%)

保健所が医療機関等から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 退院後の対応 (89.6%)
- 困難事例の解決 (84.4%)
- 入院への対応 (76.6%)
- 家族へのサポート (58.9%)

保健所全体で受ける 困難事例の内訳



※ 最近3か月で遭遇した困難・多
問題事例について、記述を求めた
もの。

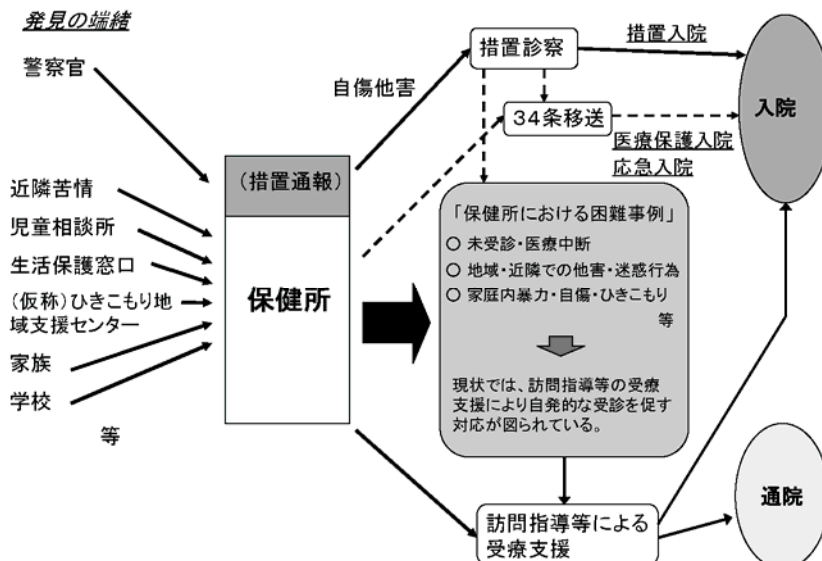
- 地域・近隣での他害・迷惑行為
- 医療の継続性、医療中断、受診行動
- 家族内暴力・自傷・ひきこもり
- 金銭管理等日常生活支援

平成19年度厚生労働科学研究
障害者自立支援法を踏まえた精神保健福祉センター、保健所の役割と
機能強化についての精神保健福祉施策研究
障害者自立支援法と精神保健福祉活動への取組実態調査
分担研究者 坪倉繁美

24

地域精神保健における危機介入・支援体制の現状

「危機介入」とは、ここでは、精神疾患により発生する危機的状態や重大な困難について、強制力を用いる方法だけでなく、様々な援助手法で解決・支援することを意味している。「危機解決 crisis resolution」等の用語が用いられることもある。）



25

関連する主な制度

◆措置入院

○ 医療及び保護のために入院させなければ、その精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると指定医(2名)が認めた場合に、都道府県知事が患者を入院させることができる制度。保健所等を通じて実施される。

○精神保健福祉法に基づき、都道府県等が実施。

◆34条移送

○指定医の診察により、直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障がある者で、本人が入院の必要性を理解できない場合に、保護者の同意のもと、医療保護入院又は応急入院をさせるために精神科病院(応急入院指定病院)に移送する制度。保健所等を通じて実施される。

○精神保健福祉法に基づき、都道府県等が実施。

※左記の円滑な運営に資する制度

◆精神科救急医療体制整備事業

○精神科救急情報センターが、精神障害者又は保護者等からの相談窓口となり医療機関の紹介を行うほか、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく移送を適正かつ円滑に実施するために精神保健指定医、応急入院指定病院等と連絡調整を実施。

○各医療機関は常時対応施設・輪番施設等としての役割を担い、精神科救急情報センターからの紹介等を受け、救急患者を受け入れ。

○都道府県等が実施し、国が予算補助を実施。

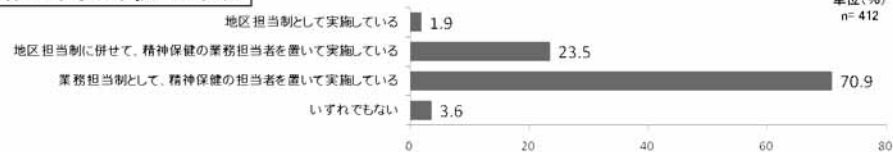
26

「保健所の精神保健業務の状況」

1) 保健所の精神保健業務体制 ※平成22年1月現在

- ・保健所の多くは、「業務担当制」として、精神保健を担当する保健師を配置している。
- ・保健所の多くは、嘱託医の精神科医師を配置して業務を実施している。

保健師等の業務担当状況



※地区担当制: 保健師は担当地域を分担し、地域内の全ての業務を担当
業務担当制: 保健師は精神保健を専門に担当し、保健所管轄の全ての地域を担当

精神科医師の業務実施状況(複数回答)



出典: 平成21年度地域保健総合推進事業「保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究」財団法人日本公衆衛生協会(分担事業者: 荒田吉彦) 27

- ・保健所においては、主に保健師が精神保健業務を担当し、精神保健福祉士や福祉職も配置されている。
- ・専門職一人当たりが担当する人口は、地域担当制で平均4万人、業務担当制で平均8.4万人である。

精神保健を担当する専門職員の配置状況

【地域担当制の場合】

保健所の職員配置(平均)

※常勤換算 単位(人)	合 計	型 都道府県	都 市	政 令指 定	中 核市・ 保健所 政	特 別区
①保健師	10.7	5.9	10.5	12.6	31.7	
①のうち精神保健福祉士	1.4	0.9	0.4	1.5	5.3	
②福祉職	0.4	0.1	0.8	0.9	0.0	
③その他	0.7	0.3	0.7	0.3	3.3	

専門職1人当たりが担当する人口(平均) (単位:万人)

	合 計	都 道府県 型	政 令指 定 都 市	中 核市・ 所 政 令 市・ 保 健	特 別 区
専門職1人当たり が担当する人口	4.0	4.3	4.2	5.0	1.1

【業務担当制の場合】

精神保健担当の職員配置(平均)

※常勤換算 単位(人)	合 計	型 都道府県	都 市	政 令指 定	中 核市・ 保健所 政	特 別区
①保健師	2.4	2.2	2.2	4.0	3.4	
①のうち精神保健福祉士	0.4	0.4	0.2	0.3	1.2	
②福祉職	0.6	0.4	1.6	1.2	0.0	
③その他	0.9	0.9	1.3	0.9	0.9	

専門職1人当たりが担当する人口(平均) (単位:万人)

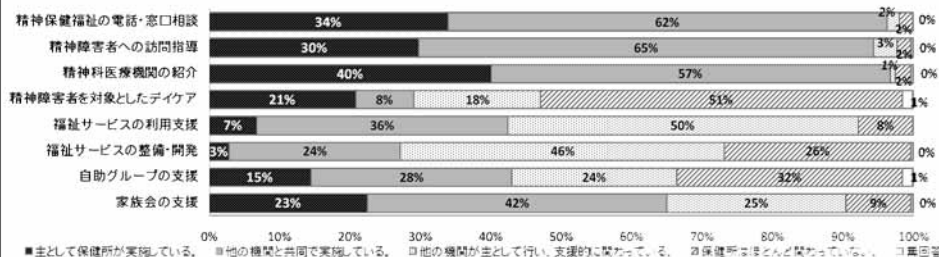
	合 計	都 道府県 型	政 令指 定 都 市	中 核市・ 所 政 令 市・ 保 健	特 別 区
専門職1人当たり が担当する人口	8.4	8.2	8.2	8.4	22.0

出典:平成21年度地域保健総合推進事業「保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究」財団法人日本公衆衛生協会(分担事業者:荒田吉彦) 28

2) 保健所管内における精神保健医療福祉の状況(平成21年度)

- ・保健所においては、相談・訪問指導や医療機関の紹介が広く行われている。
- ・保健所以外にも、市町村、相談支援事業所、地域活動支援センター等、多様な支援機関が機能してきている。

① 保健所及び管内における精神保健福祉業務の実施状況 n=412



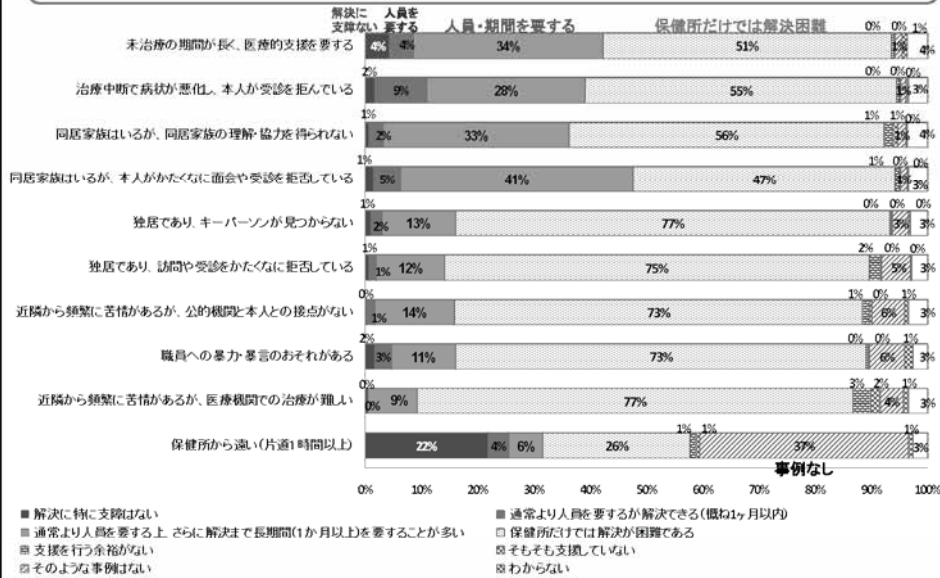
② 管内における保健所以外の実施機関(複数回答) ※①で「主として保健所が実施している」以外の場合の管内実施機関 単位(%)

	本庁	市町村(保健センターを含む)	精神保健福祉センター	地域活動支援センター	相談支援事業所	A～E以外の機関	実施機関はない
精神保健福祉の電話・窓口相談	9.9	89.0	34.9	57.4	76.8	13.2	0.0
精神障害者への訪問指導	2.1	93.1	5.6	33.7	56.6	6.9	0.0
精神科医療機関の紹介	6.9	91.5	29.7	40.2	62.6	11.8	0.0
精神障害者を対象としたケア	0.6	44.7	12.8	19.1	8.1	20.6	22.5
福祉サービスの利用支援	6.3	85.9	7.3	50.0	73.4	14.6	0.0
福祉サービスの整備・開発	21.1	75.4	8.3	27.1	36.8	12.3	3.5
自助グループの支援	3.5	44.2	20.2	37.0	23.7	26.3	11.0
家族会の支援	6.3	68.2	16.0	29.9	22.0	23.3	3.1

出典:平成21年度地域保健総合推進事業「保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究」財団法人日本公衆衛生協会(分担事業者:荒田吉彦) 29

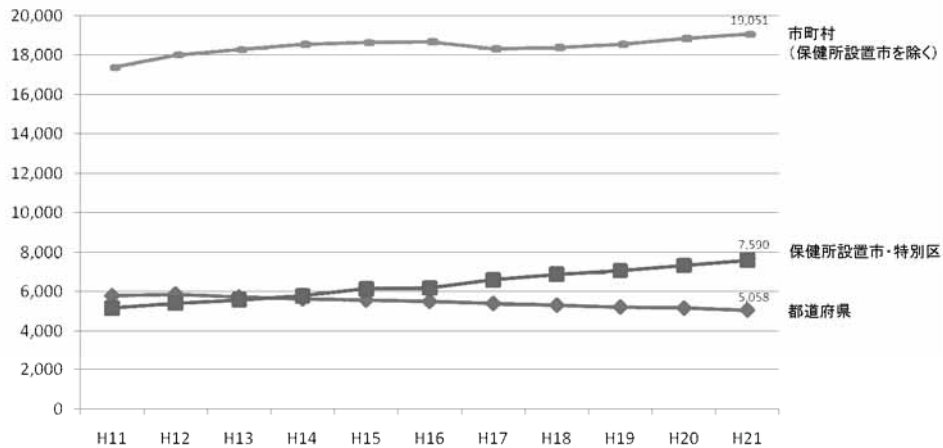
3) 複雑困難事例に対する解決の難しさの程度

・独居や関わりが困難なケースなどは、保健所だけで解決することが難しい。



出典：平成21年度地域保健総合推進事業「保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究」財団法人日本公衆衛生協会（分担事業者：荒田吉彦） 30

保健師数の年次推移



	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21
市町村 (保健所設置市を除く)	15,881	16,560	17,358	18,007	18,272	18,555	18,628	18,686	18,325	18,387	18,556	18,831	19,051
保健所設置市 特別区	4,421	4,731	5,166	5,412	5,579	5,786	6,140	6,180	6,592	6,870	7,064	7,321	7,590
都道府県	5,915	5,840	5,783	5,871	5,728	5,636	5,565	5,503	5,397	5,304	5,220	5,160	5,058

出典：平成11～20年度 保健師等活動領域調査 平成21年度 保健師活動領域調査

(4)まとめ

32

アウトリーチ推進事業における行政機関の役割 (現時点において想定されるもの)

- アウトリーチの対象となる者(相談、訪問指導における困難事例等)に関する情報提供
- 事業実施にあたり設置される「事業評価検討委員会(仮称)」との連携、協力
- アウトリーチを実施する医療機関等に対する協力
- アウトリーチによる効果等、地域における実践例の把握、情報提供

参考：保健所等で行われる関連業務

- ・相談、訪問指導
- ・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医療機関に移送・入院を行う。

33

保健所及び市町村における精神保健福祉業務について

(平成12年3月31日障第251号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知)

保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領

第一部 保健所

第1 地域精神保健福祉における保健所の役割

保健所は、地域精神保健福祉業務(精神保健及び精神障害者福祉の業務をいう。以下同じ。)の中心的な行政機関として、精神保健福祉センター、福祉事務所、児童相談所、市町村、医療機関、精神障害者社会復帰施設等の諸機関及び当事者団体、事業所、教育機関等を含めた地域社会との緊密な連絡協調のもとに、入院中心のケアから地域社会でのケアに福祉の理念を加えつつ、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行うものとする。

第二部 市町村

第1 地域精神保健福祉における市町村の役割

(略)

市町村における精神保健福祉の業務の実施方法については、保健所の協力と連携の下で、その地域の実情に応じて第1部の第2及び第3(実施体制・業務の実施)に準じてその業務を行うよう努めるものとする。

34

精神保健福祉センター運営要領について

(平成8年1月19日健医発第57号厚生省保健医療局長通知)

精神保健福祉センター運営要領

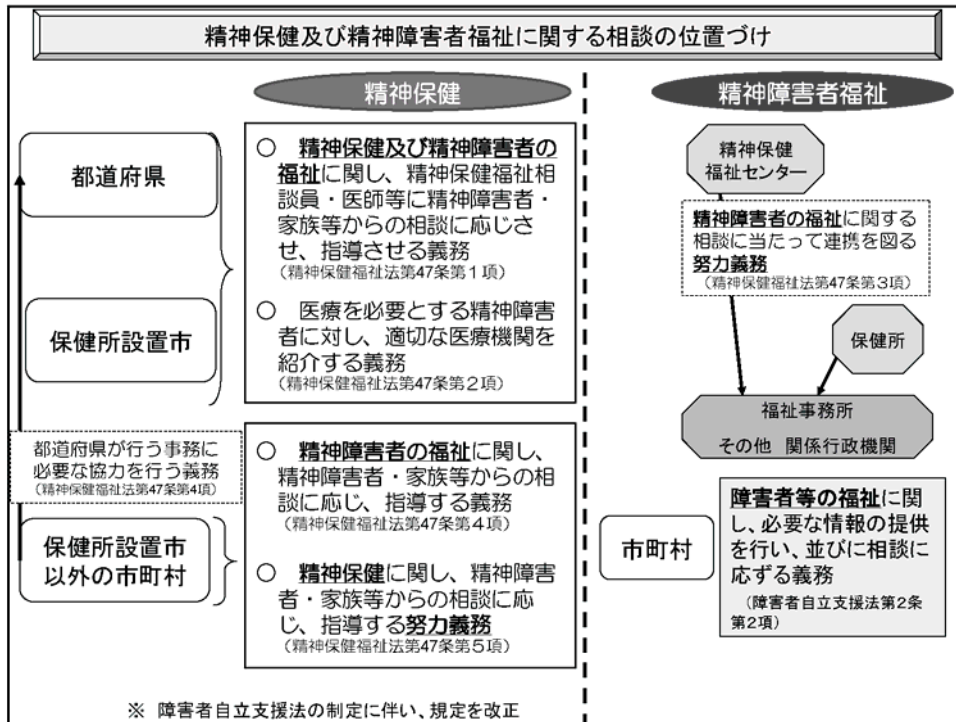
精神保健福祉センター(以下「センター」という。)は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「法」という。)第6条に規定されているとおり、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及を図り、調査研究を行い、並びに相談及び指導のうち複雑困難なものを行うとともに、(略) 都道府県(指定都市含む。以下同じ。)における精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備えなければならない。

3 センターの業務

(6) 精神保健福祉相談

センターは、精神保健及び精神障害者福祉に関する相談及び指導のうち、複雑困難なものを行う。心の健康相談から、精神医療に係る相談、社会復帰相談をはじめ、アルコール、薬物、思春期、認知症等の特定相談を含め、精神保健福祉全般の相談を実施する。センターは、これらの事例についての相談指導を行うためには、総合的技術センターとしての立場から適切な対応を行うとともに、必要に応じて関係諸機関の協力を求めるものとする。

35



参 考

医療（1）病院・診療所

概要

- 設置主体:地方公共団体、医療法人、社会福祉法人、個人等
- 法的根拠(精神保健医療業務に関するもの):精神保健福祉法、健康保険法等
- 財源:医療保険
- 設置数:精神科病床を有する病院1,666か所(平成20年現在)
精神科・神経科・心療内科を主たる診療科とする診療所3,193か所(平成20年現在)
- 訪問に関する業務:
 - ・精神科医師による往診、訪問診療
 - ・看護職員(訪問看護部門又は外来、病棟部門等の職員)による訪問看護
- 人員配置:医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士 ※精神科訪問看護・指導料が算定できる職種

訪問支援の仕組み

- ◆訪問看護等(※医療保険の精神科訪問看護・指導料の場合。)
 ・精神科医師の指示を受けて、精神障害者である入院中以外の患者又はその家族に対し、患家を訪問して看護及び社会復帰に関する支援等を行う。
 具体的には、
 - ・日常生活の維持、生活技能の獲得・拡大
 - ・対人関係の維持、構築
 - ・家族関係の調整
 - ・精神症状の悪化や増悪を防ぐ
 - ・身体症状の発症や進行を防ぐ
 - ・社会資源の活用 等
 ・入院中の患者の退院に先立ち、患家等を訪問して退院後の療養上必要な支援や調整を行う。
- ◆往診・訪問診療
 ・患者の求めに応じて又は定期的・計画的に患家に訪問して診療を行う。
- ◆利用者の負担
 ・医療保険や介護保険の一部自己負担があるが、自立支援医療の給付により負担軽減がある。
 ・交通費:医療保険の場合は実費相当額を、介護保険の場合は通常の事業の実施地域を越えて訪問看護を行った場合に支払いを受けることができる。

38

医療機関における精神科訪問看護の実施状況

精神科訪問看護・指導実施件数の年次推移

	施設数		実施件数	
	病院	一般診療所	病院	一般診療所
平成11年度	709	208	28,308	3,382
平成14年度	727	236	39,462	6,072
平成17年度	826	304	56,051	10,330
平成20年度	878	348	76,225	15,379

※医療施設調査(各年9月1ヵ月間)
 ※実施件数は上記期間内の訪問看護実施回数

39

医療 (2) 訪問看護ステーション

概要

- 設置主体:地方公共団体、医療法人、社会福祉法人、その他厚生労働大臣が定める者
(※財団法人やNPO法人の他に、株式会社、有限会社など営利目的の法人も含まれる。)
- 法的根拠:介護保険法、健康保険法等
- 財源:介護保険、医療保険
- 設置数:5,499か所
- 精神科訪問看護に関する業務:
 - ・精神疾患が主病名である利用者が1名以上いるステーションは全体の49.4%。
(平成21年度障害者保健福祉推進事業、全国訪問看護事業協会)
- 人員配置:管理者(原則として、保健師か看護師*)
看護職員2.5人以上(保健師、助産師、看護師、准看護師/常勤換算)、必要に応じて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士※健康保険法に基づく指定訪問看護事業のみを行う場合には助産師が管理者となることができる。

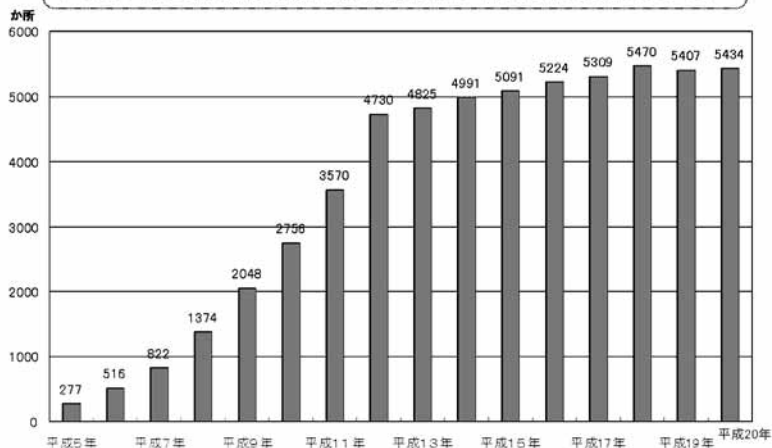
訪問支援の仕組み

- ◆主治医が交付した訪問看護指示書に基づき、基本的には患者宅を訪問して看護及び支援を行う。
具体的には、
 - ・日常生活の維持、生活技能の獲得・拡大
 - ・対人関係の維持、構築
 - ・家族関係の調整
 - ・精神症状の悪化や増悪を防ぐ
 - ・身体症状の発症や進行を防ぐ
 - ・社会資源の活用等
- ◆24時間対応又は24時間連絡体制を評価している。
- ◆利用者の負担
 - ・医療保険や介護保険の一部自己負担があるが、自立支援医療の給付により負担軽減がある。
 - ・交通費:医療保険の場合は実費相当額を、介護保険の場合は通常の事業の実施地域を越えて訪問看護を行った場合に支払いを受けることができる。

40

訪問看護ステーション数の年次推移

平成4年の訪問看護ステーションの制度化以来、訪問看護ステーションの件数は増加してきているが、介護保険制度が導入された平成12年以降の伸びは鈍化している。



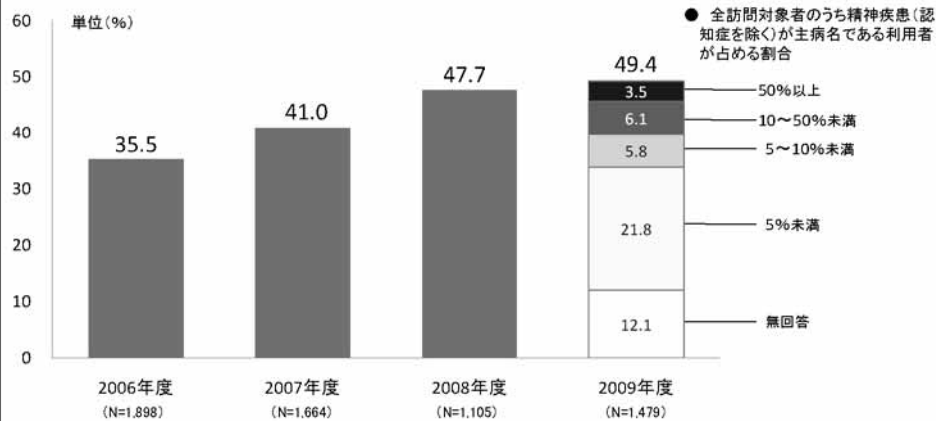
平成5年～11年(10月1日):訪問看護実態調査(統計情報部)

平成12年～20年(10月1日):介護サービス施設・事業所調査(統計情報部)

41

精神障害者の訪問看護を実施する訪問看護ステーションの割合

医療保険または介護保険による訪問看護で、
精神疾患(認知症を除く)が主病名である利用者が1名以上いる事業所



● 全訪問対象者のうち精神疾患(認知症を除く)が主病名である利用者が占める割合

・2006年度 社団法人全国訪問看護事業協会: H18年度厚生労働省老人保険事業推進費等補助金「新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討」平成18年度報告書 委員長: 上野桂子
 ・2007年度 社団法人全国訪問看護事業協会: H19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」, 主任研究者: 宮間真美
 ・2008年度 宮間真美: 「精神障害者の訪問看護におけるマンパワー等に関する調査研究」, 厚生労働科学特別研究事業(速報)
 ・2009年度 社団法人全国訪問看護事業協会: H21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業～訪問看護の充実に関する調査研究～」, 主任研究者: 宮間真美

42

福祉 (1) 相談支援事業所

概要

- 設置主体: 自治体及び社会福祉法人等
- 法的根拠: 障害者自立支援法
- 財源: 自立支援給付＋一般財源＋補助金
- 精神障害者に関する業務:
 - ・基本的には3障害の相談に対応することとなっているが、事業所の特性により精神障害者の相談に力を入れている所がある。
- 設置数: 指定相談支援事業所数 2,913ヶ所、相談支援専門員 4,908人(平成21年4月現在)
- 人員配置: 管理者、専従の相談支援専門員(いずれも兼務可)

相談や訪問支援の仕組み

- ◆ 市町村からの委託により、来所、訪問等により相談に対応する。
 - ・障害福祉サービスの利用に関する情報提供、助言などの相談支援
- ◆ サービス利用計画の作成(地域生活移行希望者など手厚い支援を要する者のみが対象)
- ◆ 障害福祉サービス利用等に係る関係機関の調整を行う

※利用者負担は無料

43

福祉 (2)地域活動支援センター

概要

- 設置主体: 自治体及び社会福祉法人等
- 法的根拠: 障害者自立支援法
- 財源: 一般財源+補助金
- 精神障害者に関する業務:
 - ・基本的には3障害の相談に対応することとなっているが、事業所の特性により精神障害者の相談に力を入れている所がある。
- 設置数: 2,267ヶ所(平成20年10月現在)
- 人員配置: 施設長1、指導員2以上(施設長は指導員との兼務可)

相談や訪問支援の仕組み

- ◆精神障害者地域生活支援センターは地域活動支援センター(I型)に移行している例が多い。
(注) I型は、相談支援事業を併せて実施(又は受託)することが要件
 - ◆I型では精神保健福祉士等が職員として配置され、専門的な相談支援、来所できない者や家族への支援として訪問による相談対応を実施
 - ・障害福祉サービスの利用に関する情報提供、助言などの相談支援
 - ◆創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流等の便宜を供与
 - ◆地域の実情に応じ、市町村がその創意工夫により柔軟な運営、事業実施が可能
- ※相談に関する利用者負担は無料

44

★保健所職員の方にお尋ねします。

1 これまであなたが支援した未治療・中断者で入院に至ったケースのなかで、当時、アウトリーチ支援が行われていたら、入院に至ることなく在宅生活が継続できた人は何%程度だと思われませんか。

1	100%	2	90～99%	3	80～89%	4	70～79%
5	60～69%	6	50～59%	7	40～49%	8	30～39%
9	20～29%	10	10～19%	11	10%未満		

2 これまであなたが支援した未治療・中断者で入院に至ったケースのなかで、アウトリーチ支援が行われていたら、措置入院や医療保護入院にならず、任意入院や通院、あるいは訪問診療による治療ができた人は何%程度だと思われませんか。

1	100%	2	90～99%	3	80～89%	4	70～79%
5	60～69%	6	50～59%	7	40～49%	8	30～39%
9	20～29%	10	10～19%	11	10%未満		

3 国事業ではないが、既に精神障害者等に対し、アウトリーチ支援のために、必要となれば頻回な訪問（場合によっては毎日）に準じた活動を保健所として取り組んでいますか。（○は1つ）

1	取り組んでいる 具体的に：]
2	条件がそろえば取り組む予定 どのような条件ですか]
3	情報収集に取り組んでいる	
4	全く取り組んでいない	
5	その他]

4 アウトリーチ推進事業を次年度から実施するとしたら、あなたの保健所では、精神保健福祉センターの支援（技術援助，教育研修を含む）を必要としますか。

（○は1つ）

- 1 必要
- 2 やや必要
- 3 あまり必要でない
- 4 不要

★全受講者の皆様にお尋ねします

1 実際にアウトリーチ推進事業に取り組むに当たっての課題をあげてください。

1 自分自身

[]

2 職場

[]

3 地域

[]

4 その他

[]

2 今後アウトリーチ推進事業に取り組んでいかなければならないという意識は、受講前と受講後ではどのような変化しましたか。

受講前（ %） ⇨ 受講後（ %）

★その他、この研修に関することやアウトリーチ推進事業に関することで、ご意見、ご要望がありましたら自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

3 研修時の質疑応答（Q & A）

研修実施時に出た質問とその回答をまとめたものです。新たなアウトリーチ推進事業のあるべき姿について Q&A 方式で説明しております。

なお、本原稿は実施要綱等提示前の原稿ですので、具体的に本事業を実施する際は、国から発出される実施要綱や手引き等をご確認ください。

本原稿は実施要綱等提示前の原稿ですので、実際に実施要綱等をご確認ください。

（1）アウトリーチ推進事業とは？

◆Q1：アウトリーチ推進事業と従来の訪問に関する支援はどのように違うのでしょうか？

◇A1：これまで未治療の者や受診中断している者等（治療契約等が交わされていない者）への支援は、保健所等の行政機関による受診勧奨以外には支援がない状況のため、重症化し、生活の著しい困難をかかえながら生活せざるを得ない状況にあります。そして精神科治療への導入はどうしても強制的な入院によらざるを得ない状況にありました。

それらの未治療の者や受診中断している者等（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ことを目的にしたものが新たなアウトリーチ推進事業です。

	新たなアウトリーチ推進事業	在宅医療、外来診療等
主な対象者	①受療中断者②未受診者③ひきこもり状態の者 ④長期入院の後退院し、病状が不安定な者 ※当分の間は主診断名が統合失調症圏、重度の気分障害圏、認知症による周辺症状がある者(疑含み)を主たる対象とする ※精神科病院、精神科診療所の実施の場合は、自院以外の患者も対応する	・本人や家族から訪問等の了解が得られた者 ・比較的状态が落ち着いている者 ・医療や福祉サービスにつながっている者 ・行政機関等から訪問依頼を受けた者
具体的な支援内容	・24 時間(休日、夜間含)、対象者および家族へ迅速な訪問、相談対応 ・ケアマネジメントの技法を用いた多職種チームによる支援 ・関係機関との連絡、調整およびケア会議の開催	・服薬支援 ・障害福祉サービスの紹介等
特徴	・医療や福祉サービスにつながっていない段階からのアウトリーチ(訪問)による支援を行う ・医療と日常生活の支援の両側面からの支援(協力医の確保) ・24 時間相談対応可能(対象者およびその家族、関係機関に限る) ・状況に応じ、地域の関係職員もチームに加え対応 ・家族への支援等についても対応可能 ・病状悪化者の場合でも、できるだけ入院させず在宅支援を前提	・精神科病院の訪問看護、障害福祉サービス事業所等による単一職種による訪問 ・病院、事業所等の開設時間のみへの対応が多い ・精神科病院実施の場合、自院以外の患者を対象としない ・病状悪化者の場合、入院を前提としたアプローチになりがち

注：障害保健福祉関係主管課長会議資料（平成 23 年 2 月 22 日開催）【精神・障害保健課資料】抜粋

◆Q2：アウトリーチ推進事業と従来の保健所の訪問指導等はどのように違うのでしょうか？

◇A2：これまで新たなアウトリーチ推進事業の対象者は、保健所等行政機関の精神保健福祉担当者による相談・訪問活動、あるいは申請通報に伴う行政対応によって、あらゆる支援の可能性をさぐりつつ、支援を行っていました。

しかし、保健所数の減少、精神保健福祉相談・訪問数の減少、精神保健福祉法の申請通報件数の増加などにより、未治療・受診中断者への十分な支援が行うことができないまま、不本意な強制入院となっているのではないのでしょうか？あるいは措置入院等の要件が満たされるまでは支援の手が差し伸べられなくなっているのではないのでしょうか？

新たなアウトリーチ推進事業は、保健所の外部にアウトリーチチームを設置し、そのチームと連携しながら、未治療・受診中断の方への支援を行っていかこうとするものです。

◆Q3：これまで十分に保健所の訪問指導等で支援ができてるように思うのですが

◇A3：新たなアウトリーチ推進事業の目指しているものは、医療につなげることだけが目的ではありません。まず精神科治療の開始を優先するよりも、信頼に基づいた支援関係を形成し、必要な生活支援を行い、その上で精神科の治療への導入を図る方が、その人のこれからの人生を考えた場合、重要であることが多いように思います。新たなアウトリーチ推進事業は、一人ひとりのニーズにあわせた支援を多職種チームで提供し、ご本人やご家族のリハビリを促進する支援を目指す事業です。

現状の保健所の支援において、これらの目的が十分果たせているのであれば、新たなアウトリーチ推進事業を開始する必要はないかもしれません。しかし、多くの保健所等の支援はこのような支援が不可能であることが多いと思います。

◆Q4：新たなアウトリーチとACTはどのように違うのでしょうか？

◇A4：ACTとは、1970年代前半にアメリカ・ウィスコンシン州ではじまった、従来のサービス提供方法ではニーズを満たすことができない重い精神障害がある人に、多職種による包括的で効果的なサービスを直接届ける方法です。ACTプログラムは、この実践の評価研究が重ねられ、その効果を確認しながら発展してきた歴史があります。その効果を最も発揮する枠組みとして、①チームアプローチ、②少ないケース数、③担当ケースの共有、④責任の明確化、⑤生活の場におけるサービス提供、⑥あらかじめ期限を設けないサービス、⑦柔軟なサービス提供、⑧24時間週7日体制、などの原則があります。

新たなアウトリーチ推進事業は、このACTプログラムの長所を援用しています。しかし、下表にあるように、対象者などに違いがあります。管轄地域にACTチームがあれば連携して本事業を実施する方法も選択肢の1つですし、もし管轄地域にACTチームがなくても、新たなアウトリーチ推進事業チームを関係機関に委託する、あるいは新たなチ

ームを関係機関と開発する、なども選択肢の1つかもありません。

	新たなアウトリーチ推進事業	ACT
主な対象者	<p>①受療中断者②未受診者③ひきこもり状態の者 ④長期入院の後退院し、病状が不安定な者</p> <p>※当分の間は主診断名が統合失調症圏、重度の気分障害圏、認知症による周辺症状がある者(疑含み)を主たる対象とする</p> <p>※精神科病院、精神科診療所の実施の場合は、自院以外の患者も対応する</p> <p><u>未治療・受診中断者等に限定</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害があるために地域生活を継続することが困難な人たち(わが国では多くの場合、長期に入院をしていたり、入退院を繰り返したり、あらゆる支援を拒否して自宅に閉じこもっている) ・治療によって効果的に改善されない重い症状もしくは、そのような症状に伴う機能的な障害がある人 ・そのような症状や障害に関連する理由によって、既存の地域精神保健サービスでは十分ニーズを満たすことができない人たち <p><u>医療の継続状況は必ずしも問わない</u></p> <p><u>未治療・受診中断者等も含む</u></p>
具体的な支援内容	<p><u>ACTと同様</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間(休日、夜間含)、対象者および家族へ迅速な訪問、相談対応 ・ケアマネジメントの技法を用いた多職種チームによる支援 ・関係機関との連絡、調整およびケア会議の開催
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>医療や福祉サービスにつながない(中断している)段階からアウトリーチ(訪問)を実施</u> ・精神科病院等に多職種チーム(他業務との兼務可)を設置し、対象者およびその家族に対し支援 ・<u>アウトリーチチームの支援により、診療報酬による支援(訪問看護等)や自立支援給付のサービスへつなげ、在宅生活の継続や病状安定をはかる</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>重い精神に障害のある人への支援が最も効果的に行われるよう実証性を追求されてきた1つのアプローチ方法</u> ・<u>地域に密着している機関が実施し、対象者およびその家族に対し支援</u> ・対象者およびその家族のニーズにあわせ、支援のほとんどすべてをアウトリーチで提供する。あらかじめ期限を設けたりせずに多職種チームの支援を実施する
運営資金等	補助金等	診療報酬または障害者自立支援法枠内等(未治療・受診中断者の場合は無償等)
評価等	<p>都道府県は、本事業実施に際し、医療・福祉・保健に携わる関係者、当事者、家族等から構成される評価委員会を設置し、事業運営等に係る評価を定期的に行うこと。</p> <p>(本委員会については、都道府県自立支援協議会等と兼ねて行うことができること)</p>	世界標準である DACT(Dartmouth Assertive Community Treatment Scale) や TMACT (Tool for Measurement of Assertive Community Treatment) を用いたフィデリティ評価

注:新たなアウトリーチ推進事業=障害保健福祉関係主管課長会議資料(平成23年2月22日開催)【精神・障害保健課資料】抜粋

注:ACT=ACT-K出版委員会監修、佐藤純・三品桂子編著(2010)、「日本で始めるACTチームの立ち上げ方—アウトリーチによる包括的生活支援のコツ」、久美出版より抜粋)

(2) 新たなアウトリーチ推進事業実施において重要な視点

◆Q5：保健所とアウトリーチ支援チームとの関係は？

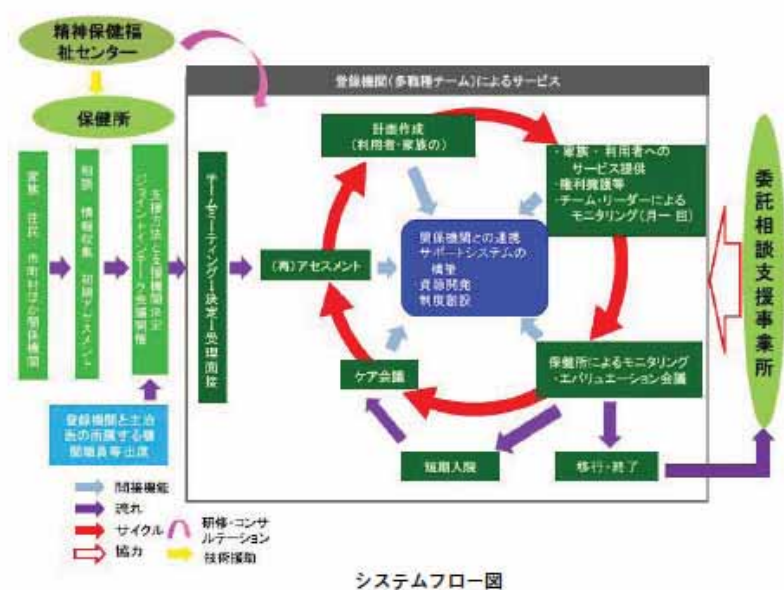
◇A5：未治療・受診中断ケースの特徴の1つは、必ずしもご本人、あるいはご家族でさえ支援を望んでいない場合がある、ということです。そのためにも保健所などの行政機関が関与する必要があり、このチームに事業のすべてを委託することが許されません。

保健所は、ご本人およびそのご家族の人権に配慮しながら、アウトリーチ支援チームの支援が受け入れられるようともに働きかけていく必要があります。これらは精神保健福祉法第47条に規定されている相談指導等、そして保健所および市町村における精神保健福祉業務について記載されている相談・訪問指導等において働きかけることとなります。

さらに保健所は、精神科病院への入退院届、自立支援医療等の利用状況や、近所や関係機関からの相談などを通じ、住民のこころの健康を支援する情報が最も集積されており、中核的な機関としてこの事業を担う役割は非常に大きいと思われます。

さらに、このアウトリーチ支援チームが機能的に活動しているか、そして有効に診療報酬による支援（訪問看護等）や自立支援給付のサービスへつなげ、在宅生活の継続や病状安定をはかっているか、自院の患者等のみに利用を限定していないか等、適正に運用がはかられているのかどうかをチェックするとともに、その支援の有効性や効果を評価検証することも保健所の重要な役割です。

昨年度の研究事業「多職種による重度精神疾患患者への治療介入と生活支援に関する調査研究—新たな地域精神保健システムの構築—報告書」で提示された保健所の役割をモデルとして提示しておきます。



注:特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション「多職種による重度精神疾患患者への治療介入と生活支援に関する調査研究—新たな地域精神保健システムの構築—報告書」平成22年3月 p10)

◆Q6：保健所の職員に求められる最も必要な知識と技術は？

◇A6：アウトリーチ支援チームの事業を進めていく上で必要な視点の1つは、ケアマネジメントの知識とスキルです。

対象となっている方の支援に一貫して責任をもつことが求められており、その支援の視点は、ストレングス視点、リカバリー志向、パートナーシップを基盤にしたインタビュー、アセスメント、プランニング、評価といったプロセスにそって支援を行うことが必要です。

そのためにも、ケアマネジメントの知識と技術を身につけることがこの事業を展開させていく上で必要となります。実際に自らがケアマネジメントを使った支援を行ってみるとより理解が深まります。

◆Q7：なかなか職場に理解を求めるのが難しいのですが、何を強調して説明する必要があるのでしょうか？

◇A7：わが国は世界で最大の約33万床の精神科病床数を有する国です。そしてその入院期間も世界で最も長期にわたっている国です。

そのために、このシステムの中で活動をしている私たちは、知らず知らずのうちに、入院という手段を使って精神疾患のある人を支援することに慣れてしまっているといえます。そして、入院に頼らないで支援を行う手段や方法、そしてそのシステムが皆無に近い現状では、入院を適用と考える基準は、そうでない国に比べてはるかに甘くなる可能性もあります。そして地域で支援している支援スタッフは、入院をしまえば、あたかも課題は解決してしまったような錯覚すら覚えているかもしれません。

精神疾患にかかっている、あるいは精神に「障害」のある人の人生を支援するという観点からすれば、本人およびその家族の基本的な人権を十分保障しているとはいいがたい状況です。そして、一人ひとりのこれからの人生を考えれば、強制入院などは人を信用させなくなるに足る行為でもあるともいえます。

このような精神疾患のある人に対する支援の現状に、まずは疑問をもっていただけるような働きかけが必要です。そうでなければ、形だけは体裁良く整ったアウトリーチ支援チームの支援体制が整いますが、中身は強制入院を強化する、あるいは患者の地域管理のための支援ツールとなってしまう危険性もあるのです。

このような視点の共有がまずは求められます。

◆Q8：保健所でのマンパワー等に余裕がなく、できそうにないのですが

◇A8：都道府県庁主管課、精神保健福祉センター、保健所のような形で事業を行うことができることが精神保健福祉行政の強みです。三者が協働して役割分担と連携を強化し、まずはモデル事業として展開していく体制を形成しましょう。

それと同時に、補助金等を活用し、非常勤等の雇いあげ等をあわせて行えば、かなり実現の可能性は高まるはずです。

◆Q9：チームをつくる上で何を大切にすればよいのでしょうか？

◇A9：アウトリーチ支援チームに求められることは、これまでの支援の質の転換です。入院によらない支援を行うという思いの共有がまずは求められると思います。

さらに医療が優先する支援ではなく、包括的な生活支援を行い、その一部に医療があるという支援の視点も重要です。あたたかいごはんと居心地の良い住まいと安心できる人のつながりができることで、人の精神的な不安定や他者への攻撃性はかなり軽減されます。そういった支援の上に、必要な精神科医療が提供されれば、何よりなのです。可能な限り、このような支援を行っていくという基本姿勢もかかせないことです。

そして、リカバリー志向であることも大切です。指導や注意ではなく、その人が自らの力で解決していくことを応援する、そして自らの力で自らの回復の道を歩き出す、これこそがリカバリーの第一歩として大切なのだらうと思います。決して病気が良くならなくても、「障害」が軽くならなくても、いきいきと豊かに生活している精神に「障害」のある人たちはたくさんいます。そういう人たちと触れあい、それぞれの「回復」を信じられるようになることもあわせて必要なことです。

それぞれのチーム員がこれらを共有することが、支援チームを開始していく上で重要です。必要に応じてACTチームや既にスタートしているアウトリーチ支援チームに実習をさせてもらい、アウトリーチ支援チームの支援のイメージを共有することも大切であろうと思います。

もちろんこれらのことは、アウトリーチ支援チームと協働する保健所等の職員が共有しておくことはいまでもありません。

◆Q10：チームスタッフの条件のようなものはありますか？

◇A10：これまで述べてきたように、包括的地域生活支援を基盤にした支援を行うので、地域生活支援の経験の多いことが1つの条件です。特に精神科病院や入居施設に長く勤務しているスタッフは、地域生活支援を行うには不適である場合もみられます。病院や入居施設においては、当事者は「患者」として「障害者」として振る舞うことに慣れており、それを支援するスタッフは「スタッフ」として振る舞うことになれている場合、地域生活支援の際に求められる「患者」や「障害者」である前に一人の人と人という対等な関係を形成しにくいことが多いからです。

次に、精神科病院に新たなアウトリーチ支援チームを置く場合、病院スタッフがこれまでの入院に「頼る」支援に慣れているために、アウトリーチ支援チームが入院に「頼らない」支援を行う場合、病棟職員とアウトリーチ支援チームの職員の摩擦が多くなることと思われます。そのためにも、部署を分け、配属も分け、目的と役割にそった支援を行えることが望ましいといえます。そうしないと入院に「頼る」支援に引っ張られてしまう可能性が高くなります。さらにいえば、病院敷地内ではない場所に事務所を構え、アウトリーチ支援チームの本来の目的にそった支援を行えるように独立性を高めるこ

とは重要といえます。

◆Q11：どのような支援を行えばよいのでしょうか？

◇A11：ケアマネジメントに基づく支援ですので、ご本人およびその家族のニーズに基づく支援を組み立てていくこととなります。あらかじめ提供できるサービスを定め、そのサービスにあう、あわないとしていくのではなく、直接支援や関係機関の支援などを上手に組みあわせて支援を行っていくと同時に、地域生活支援の支援システムがまだ不十分ですので、必要に応じてサービスや制度の開発も同時に行うことが求められます。これもケアマネジメントの重要な要素です。いかに関係機関と連携し、新たな社会資源を開発するか、そのためにも自立支援協議会等との協働等も視野に入れながら進めることが必要となります。

◆Q12：自傷他害等危機介入の必要な方はやはり従来どおりの支援を行うのでしょうか？

◇A12：これまでの保健所等の受診勧奨、受療援助は、どちらかというとい医療保護入院や措置入院などの強制入院を中心とする円滑な精神科医療への導入が最優先してきたように思います。

しかし、もし管轄地域にアウトリーチ支援チームができれば、緊急危機介入時の面接・訪問により、強制的な精神科医療への導入を避ける可能性も増えます。濃密な支援を提供することで、地域生活を送りながら一時的な危機を回避することも十分可能だからです。例えば必要であれば1日頻回にスタッフが訪問をする、あるいは24時間本人のそばに誰かがいるという支援も24時間365日の体制であれば可能になるのです。

これらの濃密な支援は周囲に住む住民に対する理解を生む可能性も高くなります。そして、本当に入院をしなければならぬ期間の適正化を図ることも可能となるといえます。

このことは、地域でその人らしくいきいきと豊かに生活することを可能にする重要なポイントではないかと思われます。地域や周囲の事情で本人の人生を決めていくのではなく、可能な限り本人の事情で決める、これまで保健所スタッフはそのことを大切に思いながら、その手段を持ち得なかったため、実現できなかったともいえます。このアウトリーチ支援チームは、保健所精神保健福祉業務を進める上で大変有効な手段の1つを手に入れることとなると思われます。

第4章 総合考察

保健所アンケート調査および研修実施と参加者のアンケートの分析から、総合的な考察を加える。

1 地域移行支援事業について

地域移行支援事業には、多くの保健所が関与しているが、未実施の保健所もあり、全圏域の実施に至っていない（図表 2-19、2-20）。また、平成 21 年度と比較して、平成 22 年度は実施保健所数も事業対象者や退院者数等の実績も変化がなく、伸び悩んでいる。一方、7 割の保健所が病院等への働きかけなどの役割を果たしており、半分近くの保健所が体制整備コーディネーターの役割を担っている（図表 2-22）。しかし、保健福祉資料（630 調査）等のデータを活用した指導等はできていないため、対象者の把握が病院任せとなっており、事業対象者や退院者がおらず実質的に事業を展開できていない保健所もある。

2 現在の保健所の未治療・受診中断者の支援の現状

調査対象期間が 1 か月と短い期間ではあったが、93.1%の保健所に対象者がおり（図表 2-31）、実人員では約 4,000 人で、平均すると一保健所あたり 10.7 人の対象者がいることがわかった（図表 2-32）。しかし、その相談は家族からが一番多く、次に関係機関で、本人からの相談は 14.4%に過ぎなかった（図表 2-34）。また、相談件数の約半数の原因疾患は統合失調症と気分障害に分類される（図表 2-36、2-37）。さらに、相談のあった対象者の 4 割以上に対して、保健所職員による本人へのアプローチがされていた（図表 2-38）。しかし、相談の 2 割以上にあたる 868 人がこの期間内に入院しているが（図表 2-45）、そのうちで本人が自主的に入院したのは 128 人（868 人のうちの 14.7%）に過ぎず、家族による入院（409 人、868 人のうちの 47.1%）や措置入院（142 人、868 人のうちの 16.4%）のような本人の意思によらない入院が多くを占めていた（図表 2-41）。さらに、入院をした中で、「アウトリーチ支援をしていれば、入院しなくてもすんだであろう」と保健所職員が考えるのは、144 人（868 人のうちの 16.6%）であった（図表 2-45）。

一方、医療以外の生活支援に結びついたのは 264 人（868 人のうちの 30.4%）で（図表 2-41）、そのうちでも訪問系のサービスは 30.4%しかなく（図表 2-42）、保健所の支援は医療中心で行われていることが推測される。

3 アウトリーチを理解し、事業実施するための研修の可能性

研修参加者の保健所職員の多くは、研修で伝えられた「入院に結びつけるための受診勧奨ではなく、入院を防ぐためのアウトリーチである」ことを受け入れることに、研修の第1日目には抵抗感があったようである。それは、保健所調査でわかるように、現在の保健所に求められている精神保健業務の多くが、家族や関係機関からの相談による受診勧奨であり、多くが強制的入院という結果となっている現状での業務実態とのギャップにあると思われる。しかし、研修の第2日目には多くの職員は、アウトリーチによって「当事者を支援する」という地域精神保健本来の役割を果たせる可能性を見いだすことができたようである。従って、保健所がアウトリーチに取り組むにあたって、保健所職員が、発想の転換の必要性の理解をし、今後の業務への取り組み方を変革していく必要性を受け入れる事のできる研修の実施が不可欠である。

4 保健所がアウトリーチ推進事業に取り組むための条件

アウトリーチへの理解を深めた研修参加者の多くは、研修中の演習において、事業実施にあたっては、同僚や上司、さらに関係機関の理解を得ることが難しいとの意見を持っている。つまり、自分たちが体験した発想の転換が、事業協力者にも必要であると感じているととらえることができる。今後、アウトリーチ推進事業を全国的に展開するにあたっては、単に事業の説明にとどまらず、保健所精神保健担当者をはじめ、広範囲な関係職員を対象としたアウトリーチの認識を深め、現在の業務のあり方や精神障害者支援の発想の根本的転換が擬似的にでも体験できるような研修や検討会議が必要である。

5 アウトリーチの対象者と入院以外の支援の可能性

保健所調査では、回答した382の保健所全体で4,000人以上の支援を行っており、そのうちの半分以上が、アウトリーチの対象となりそうな統合失調症と気分障害であった(図表2-36、2-37)。また、結果的に入院となったのが868人であり、保健所調査では、そのうちの144人(868人のうちの16.6%)が、アウトリーチ支援があれば入院しなくてもすんだかもしれないと答えている(図表2-45)。一方、保健所職員の研修参加者の事後アンケートでは、未治療・受診中断で入院に至った中で、アウトリーチがあれば、半分以上の人が在宅を継続できたと考えるようになったものが、110人中56人(50.90%)おり(図表3-8)、強制的入院の半分以上が避けることができたと考えるものが、避けることができたと考えるものも同様に110人中56人(50.90%)と(図表3-9)、どちらも50%以上となっている。保健所調査は保健所単位での調査であり、具体的な事例をもとに数値を求めたもので、研修受講者事後アンケートとは、対象も手法も異なっているので、単純な比較はできない。しかし、今回の研修を受けることで、半分以上の保健所職員は、

現在支援している地域の精神障害者に対してアウトリーチ支援を行うことで、在宅生活を継続させるための支援ができたり、本人の意思によらない入院を避けることができるという認識をもつようになると思われ、研修に参加していない保健所の職員が予測するアウトリーチの効果より高い期待を示しているといえる。

6 事業実施上の具体的課題

①人員体制

保健所調査では、一保健所あたり、精神保健福祉担当職員は、全体（県型）で7.9（4.9）人で（図表 2-9）、その内訳は保健師 5.3（3.1）人、精神保健福祉ワーカー1.0（0.6）人、心理職 0.1（0.0）人、その他の職員 1.3（1.0）人となっている（図表 2-11）。また、精神保健福祉業務の専従者については、4分の1の保健所で専従者はなく、一保健所あたり平均 3.1 人（県型 2.4 人）であった（図表 2-9）。これらの人員体制では、保健所が必要性を感じていても、対象者に頻回に訪問をするアウトリーチ推進事業を単独で実施することは、困難であることは、研修の参加者からも指摘されている。しかし、現在の人員体制で、月に 10 人以上の未治療、受診中断者の相談に対応し、2～3 人の入院支援を行っていることから、多くの保健所は現在の人員体制を多少強化することで、現在の相談者の規模を前提としたアウトリーチの実施であれば、個別支援の導入等の関与は、可能であると考えられる。しかし、アウトリーチのシステムづくりや運営の体制づくり、さらには、事業の導入とモニタリング評価などを行うためには、そのための人員の確保が必要になると考えられる。

②管内医療福祉資源の整備状況

保健所調査では、アウトリーチ推進事業に必要な地域での医療福祉資源についての調査も行った。保健所管内に、訪問診療をしてくれる精神科診療所が 1 か所以上ある保健所は 50（13.0%）で（図表 2-48）、県型に限ると 25（8.4%）に過ぎず、9 割近くの保健所管内では 1 か所もないことになり、事業の取り組みにとって大きな課題である（図表 2-50）。一方、精神科患者に対応する訪問看護ステーションが 1 か所以上ある保健所は 196（51.3%）で（図表 2-52）、県型も 145（48.8%）あり、約半分はあることになる（図表 2-54）。さらに、訪問で相談に応じる相談事業所が 1 か所以上ある保健所は 282（73.8%）で（図表 2-60）、県型も 221（74.4%）あり、最も整備されている割合が高い（図表 2-62）。しかし、これらの機関は、アウトリーチを行うには、そろっていることが望ましい資源であり、本来は 3 機関ともにあることが理想であるが、すべてそろっている保健所は 38（9.9%）に過ぎない（図表 2-63）。一方、3 機関がすべてない保健所も 31（8.1%）あり（図表 2-63）、それらの地域では、保健所と精神保健福祉センターの直接事業実施も検討する必要がある。

病院についても、入院を前提としない訪問診察をする病院があるのは 41（10.7%）（図表 2-55）、

自院への入院歴がなくても訪問看護をしてくれる病院があるのは 43 (11.3%) であるが (図表 2-57)、病院がアウトリーチを行うには、両条件を満たしていることが必要であり、それにあてはまるのは病院がある保健所は 16 (4.2%) に過ぎない (図表 2-63)。

③事業実施についての法的整備

研修には、事業実施の検討をしている自治体からの参加者からは、研修内での意見交換や事後アンケートの中で、事業実施のための法的整備の必要性や人権擁護の視点からの危惧が表明された。この指摘は当然であり、未治療者で本人が治療契約に合意をしていない場合には、公的機関である保健所が支援を行う以外には、現在の法体系では訪問による支援はできない。また、保健所が支援のきっかけをつくったとしても、既存の治療契約のためには、精神疾患としての診断が必要だし、障害者自立支援法による支援を受けるためには、障害者としての認定が必要となる。従って、このような診断や認定を受けていない対象者への支援には、保健所がかかわる以外に方法はなく、保健所がその機能を一部委託するという形での事業展開以外には考えられないが、その場合にも、アウトリーチ支援を行う支援機関の法的な位置づけについての整備は必要である。

7 アウトリーチ推進事業への取り組み状況

平成 23 年度から実施予定のアウトリーチ推進事業の全国での事業実施予定が 25 か所と少数であることから、実施を具体的に検討している保健所は今回調査でも限られている。多くの保健所は、事業名を聞いたことがあるという程度で、ほとんど保健所が具体的実施の検討を行っていない。もちろん、国からの実施要項の公表が 3 月以降であったことから、具体的検討に入れていない自治体も多かったようである。

8 まとめ

アウトリーチ推進事業を行うにあたっては、現在の法制度上、未治療・受診中断者の自宅への訪問が行えるのも、現状での未治療者への支援窓口の機能を果たしているのも保健所であることから、保健所のかかわりが必須である。今回の研究でも、全国の保健所が、本来の事業対象者に対して既に治療勧奨という形でかかわっていることがわかった。しかし、保健所単独では、頻回の訪問等ではできずに、結果として、本人の意思に基づかない強制的入院となっていることが多いこともわかった。また、現状では、医療以外の生活支援には、あまり結びついていないこともわかった。しかし、保健所職員がアウトリーチに関する研修を受けることで、その本来目指すべき「入院をしないで地域生活を継続するための支援」の可能性に気づき、アウトリーチの重要性を感じ、動機づけられることもわかった。しかし、実際にアウトリーチ推進事業に保健所がかかわ

るためには、保健所職員だけでなく、事業運営をする関係者の研修が必要であり、地域の理解を目指した啓発も必要であると思われる。さらに、本事業実施のための体制整備のためには、保健所の機能強化と精神保健業務の大幅な見直しが必要である。

第5章 提 言

本研究事業を通じて得られた知見をもとに、わが国における地域移行支援・アウトリーチ推進事業の効果的な展開のために、以下の提言を行う。

1 精神科病院の医療の質の向上による結果としての病床の削減

地域移行においては、精神科病床が削減されない限り、病院経営面でのデメリットから、結果として地域移行が進まない現状がある。この関係は、アウトリーチ推進事業においてもあてはまり、特に、精神科病院が事業主体となれば、アウトリーチ推進事業が、空床を埋めるための入院患者確保となってしまう恐れがあり、本事業発祥の地である北米で、既にその課題は指摘されている。両事業が、本来の目的を果たして推進されるためには、精神障害者差別であるという指摘が国際的にもされている医師の 1/3 配置等を認めている「いわゆる精神科特例」を廃止し、身体疾患と同等の医療基準での良質な医療提供によって、平均在院日数の短縮とその結果による病床の削減が必要である。

2 保健所の機能の見直しと強化

現在の保健所は、限られた地域生活支援サービスと入院中心主義の精神科医療体制の中で、家族や地域の訴えに対応するため、未治療・受診中断者を強制的入院させるという形で、治療勧奨している場合が多い。このような保健所の機能は、社会防衛的要請への対応ではあるが、本来の「精神障害者の地域生活を支える」という地域精神保健福祉の目的に十分対応したものとは言い難く、その業務にかかわる保健所職員は、不安全感と罪悪感を持ちながら日々の業務に携わっているのが現状である。その意味では、アウトリーチ推進事業は、保健所にとっても職員にとっても、本来の役割を果たすための重要な事業である。しかし、そのためには、保健所の現在の機能を見直すとともに、人員および研修等で、保健所の精神障害者の地域生活支援機能の強化が必要である。

また、地域移行支援事業に関しては、平成 24 年度からの制度改正で、現在の地域移行・地域定着事業から、障害福祉サービスに組み込まれる形で、個別給付となる予定である。しかし、個別給付となって、入院患者の退院希望を病院が適切にサービス提供事業者伝えるシステムを含めて、全体の事業の運用について管理する機関が必要であり、今までの事業の経過からも、保健所がその機能を果たすことが適切であると思われる。そのためにも、平成 23 年度中に、新制度での地域移行支援事業の展開の方向性と保健所の果たすべき役割の整理を行う必要がある。

3 アウトリーチ推進の本来の目的の明確化

アウトリーチの本来の目的は、①医療以外の生活支援によって地域生活の継続を目指すことであり、②医療での支援を行う場合にも、本人の意思を尊重した形での医療との出会いを大切にすることである。このような目的の明確化がなされないと、訪問による支援が、結果として入院患者の増加を引き起こしてしまいかねない。手段としてのみアウトリーチ推進事業が展開されれば、上記の目的の達成を阻害する事業となることが危惧されることより、事業目的の明確化は、必須である。

4 アウトリーチ推進事業の保健所役割の明確化と研修の必要性

現行法制度では、どのような機関が、アウトリーチ推進事業の事業委託機関となろうと未治療・受診中断者へのアプローチは、保健所の関与が不可欠である。しかし、保健所がかかわるべき役割は、それだけにとどまらず、必要な支援の検討や事業の終了の判断等の個別支援のモニタリング、そして、本事業の実施状況の全体の評価（事業のモニタリング）、そして、地域理解のための啓発などが考えられる。その理由としては、アウトリーチに限られたスタッフによる訪問という閉鎖的サービスであることから、そのサービス内容を客観的に評価する視点が求められるからである。また、頻回訪問による濃厚なサービスであるからこそ、その適応や終了について客観的判断が求められる。さらに、地域全体のニーズを把握し、それに対応したサービスの提供が行われるような地域全体での調整は、保健所が公衆衛生的視点から行う以外には、他の機関ではできない。さらに、アウトリーチから通所等の自立支援サービスへの移行を目指すことで、事業利用からの卒業を果たすためには、自立支援協議会や市町村との連携が必須であり、これらも保健所の役割である。このようなアウトリーチ推進事業全体のコーディネートの役割を保健所が果たすことが必要である。

しかし、現時点では、アウトリーチの概念や地域での実践の知識や情報を保健所はもっていないことから、平成 23 年度の各県での事業実施にあたっては、保健所職員と事業委託機関が共通の研修を受けることや、実施初期から、最低 1 年間はアウトリーチ経験のある機関のスーパーバイズを受けることが必要であろう。

5 精神医療福祉資源の乏しい地域でのアウトリーチ推進事業の展開

アウトリーチ推進事業を実施するにあたって、多くの地域、特に精神科医療資源の乏しい郡部では、本事業を単独で担うことができる組織がないのが現状である。このような地域では、精神保健福祉センターや保健所が、地域の既存の精神医療福祉資源（診療所・訪問看護ステーション、相談支援事業所）等とチームを編成して、本事業を実施することが必要である。また、既存の精

神医療福祉資源が、地域にほとんどない場合には、精神保健福祉センターや保健所が、所として人員の確保をし、事業を直接実施することも必要である。

6 精神保健福祉センターの果たすべき役割

保健所は、研修やスーパーバイズの機能を精神保健福祉センターが果たすことを期待しており、平成 23 年度の一部地域での実施においては、センター職員も実際の現場を経験し、事業展開や課題解決手法についての経験を積む必要がある。県内の先行事例の支援の経験をもとに、平成 24 年度以降の実施拡大に向けては、精神保健福祉センターが事業実施圏域の保健所の支援を行うことが是非必要である。

7 アウトリーチ推進事業の全国的モニタリングの必要性

アウトリーチは、海外の成功事例をもとに国内で一部の地域で行われているが、平成 23 年度からのアウトリーチ推進事業はそれらとも枠組みが異なっており、日本独自の事業であり、実際に展開がされた経験がないものである。そういった意味でも、本事業の全国での展開は未知のものであり、我々は事業開始にあたっての共通の研修の提案を行っているが、研修を行ったとしても、全国の地域での展開には、事業実施形態や保健所のかかわりの度合い等によって成果が違ってくることが予想される。特に平成 24 年度以降全国への事業展開を成功させるためにも、実際の事業を行っている地域のモニタリングを行い、全国的な比較と効果の検証が必要である。それらの全国の事例の分析によって、成功事例の要因を分析し、その方法論を明らかにするとともに普遍化することが必要である。

8 市型保健所の機能や組織の違いによる課題の整理

精神保健福祉分野での役割が、県型保健所では県によってさほど変わらないが、指定都市では、精神保健福祉センターと保健所、そして、区毎に設置されている保健福祉センターでの精神保健福祉業務の分担の状況が、自治体によって大きく異なっている。アウトリーチは、365 日 24 時間のサービスをタイムリー（できれば 30 分以内）に提供できるエリアを設定することを要件としていることから、指定都市においては、市を分割してエリアを設定する必要性があり、各機関の役割分担を明確にする必要がある。また、中核市をはじめとするその他の市型保健所では、精神保健福祉の権限が県型保健所とも異なっており、病院等への指導権限を持たない場合が多い。しかし、市の生活支援機能を同一組織内に持っている場合もあり、そのメリットを生かした事業展開についての検討が望まれる。

厚生労働省 平成22年度障害者総合福祉推進事業

**未治療・受診中断等の精神疾患患者への
アウトリーチ（訪問）支援モデルの開発と普及
報告書**

平成23年3月

発行・編集 財団法人 石神記念医学研究所

〒592-0002 大阪府高石市羽衣2-4-20

TEL : 072-269-5294 FAX : 072-269-5295