

201005017A

平成22年度 厚生労働科学研究費補助金特別研究事業

**精神疾患の受療中断者や未治療者等を対象とした
アウトリーチ（訪問支援）の支援内容等の実態把握
に関する研究**

報 告 書

平成23（2011）年3月

研究代表者

聖路加看護大学 教授 萱間 真美

目 次

第1章 研究の概要	1
1. 背景・目的	1
2. 実施体制	2
3. 実施方法	4
1) 実施方法.....	4
2) 倫理的配慮.....	4
第2章 アウトリーチ事例の類型（モデル）に関する分析	6
1. 援助内容の概要	6
2. 事例の基本的データ	8
1) 本人情報.....	8
2) 施設・事業所が関与したプロセス	12
3. アウトリーチ支援の類型（モデル）の抽出.....	14
4. 事例の詳細	17
5. 各職種におけるアウトリーチケア内容の実態.....	52
6. アウトリーチ活動を依頼するまでのルート	54
第3章 アウトリーチ支援体制に関する提言	57
1. アウトリーチ支援体制を支える制度の構築.....	57
1) アウトリーチ支援に対する行政のモニタリングシステムの検討	57
2) モニタリングシステムの構築.....	61
2. アウトリーチケアの類型化.....	64
1) 未治療・医療へのアクセス開始型モデル.....	64
2) 治療中断・地域生活の質向上を目指すモデル	65

資料編

調査協力依頼状	資料-1
同意書	資料-2
事例記入シート	資料-3

第1章 研究の概要

1. 背景・目的

「入院医療中心から地域生活中心へ」という我が国の精神保健医療福祉施策の基本的方策^{注1}として、これまで精神科病院からの地域移行と地域生活支援の拡充が推進されてきたが、今後はさらに地域で生活している精神障害を有する人および新たに支援を要する者を含め、可能な限り地域生活が継続できる支援を併せて実施することが強く求められている^{注2}。なかでも受療中断者や未受診者など、疾患特性等により自らが医療、福祉等のサービス利用を希望しない者については、保健所においても「人員を要し解決までに長期間必要」、「保健所だけでは解決が困難」とする割合が8割を超える状況にあり^{注3}、結果的に地域生活を中断して、入院（再入院）による支援に頼らざるを得ない状況が少なくない。

このような既存の保健・医療・福祉のサービス提供体制で地域での支援が行き届かない対象者については、多職種スタッフが在宅を訪問して、地域生活が継続できるように医療・福祉の包括的なサービス提供を行う、新たなアウトリーチ支援体制の確立が急務である。

本年5月に設置された「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」においては、新たなアウトリーチ支援実現に向けた考え方として、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ことが提言されている。

平成23年度には、検討チームの提言を踏まえ「精神障害者アウトリーチ推進事業」として、25の都道府県にアウトリーチ支援チームを配置することが予定されている。現行の制度やサービス提供体系は、報酬等により評価されない活動が多く、また医療と福祉の組み合わせを医療保険制度でどのように評価するか等制度面の課題がある。

そこで、わが国において先駆的に多職種による精神障害者へのアウトリーチ支援を先駆的に実践している行政、医療、福祉の機関に依頼して事例への援助の詳細を調査し、医療・福祉の包括的なアウトリーチ支援が実施できる体制のモデルを提示することとした。本研究では援助モデルを抽出、提言するとともに、具体的にどのような運営システムが必要でありまた可能であるか、また、どのような

注1 「精神保健医療改革のビジョン」、厚生労働省精神保健福祉対策本部、平成16年9月

注2 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）、厚生労働省、平成21年9月

注3 「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」（平成21年度地域保健総合推進事業）、財団法人日本公衆衛生協会（分担事業者、荒田吉彦）、平成22年3月。

評価項目によって活動の評価を行ってゆくことが適切であるかについても、併せて提言することとした。これらを統合し、本研究では「精神障害者アウトリーチ推進事業」の効果的な推進に関して提言を行うことを目的とした。

2. 実施体制

本研究では、研究の設計、結果の分析・検討等を行うため、主任研究者および分担研究者から構成される分担研究者会議

を設置し、2回開催した。

また、実践の専門家を研究協力者とする専門性の高いワーキンググループ（以下「WG」という。）を組織し、アウトリーチケアを提供する類型に応じた実践モデルを詳細に検討した。WGは、医療機関WG、訪問看護ステーションWG、地域活動支援センターWGの3グループで構成し、各2回ずつ開催した。各WGでは、アウトリーチ活動を行った事例を集積し、主な対象者、サービス提供の内容と経過、アセスメント項目等について整理し、実践モデルを検討した。

研究代表者	萱 間 真 美	聖路加看護大学 精神看護学
分担研究者	伊 藤 順一郎	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部
	野 口 正 行	岡山県精神保健福祉センター
	野 中 猛	日本福祉大学 社会福祉学部 保健福祉学科
	福 田 敬	東京大学大学院 医学系研究科 公共健康医学専攻
	三 品 桂 子	花園大学 社会福祉学部 臨床心理学科
厚生労働省	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
	工 藤 一 恵	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課 併任) 障害福祉課 地域移行・障害児支援室

■ 医療機関WG

萱 間 真 美	聖路加看護大学 精神看護学
野 口 正 行	岡山県精神保健福祉センター
三 品 桂 子	花園大学 社会福祉学部 臨床心理学科
黒 沢 幸 子	目白大学 人間学部 心理カウンセリング学科
高 木 俊 介	たかぎクリニック
高 橋 政 代	もりおか心のクリニック
辻 貴 司	山梨県立北病院デイケアセンター
長 野 敏 宏	財団法人正光会 御荘病院
羽 藤 邦 利	医療法人社団邦秀会 代々木の森診療所
松 原 三 郎	松原病院
吉 尾 隆	東邦大学 薬学部 医療薬学教育センター 臨床薬学研究室

■ 訪問看護ステーションWG

萱 間 真 美	聖路加看護大学 精神看護学
伊 藤 順一郎	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部
秋 山 正 子	ケアーズ白十字訪問看護ステーション
安 藤 眞知子	株式会社在宅ケアセンターひなたぼっこ
一 杉 かおる	茅ヶ崎市保健福祉部 障害福祉課 茅ヶ崎市福祉事務所
久 保 裕 美	多摩たんぼぼヘルパーステーション
谷 藤 伸 恵	訪問看護ステーションやまのて
梁 田 英 麿	東北福祉大学 せんだんホスピタル

■ 地域活動支援センターWG

萱 間 真 美	聖路加看護大学 精神看護学
野 中 猛	日本福祉大学 社会福祉学部 保健福祉学科
岩 上 洋 一	埼葛北障がい者地域活動支援センター
上 原 久	社会福祉法人聖隷福祉事業団厚生園就労支援事業ナルド工房
鎌 田 博 実	医療法人興生会 地域生活支援センターのぞみ
菊 池 俊 則	社会福祉法人若竹会
須 田 真貴子	地域生活支援センターはまなす

■ 研究協力者

瀬戸屋 希	聖路加看護大学 精神看護学
大 熊 恵 子	聖路加看護大学 精神看護学
角 田 秋	聖路加看護大学 精神看護学
石 村 佳代子	静岡県立大学 看護学部 精神看護学
岡 本 典 子	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 看護学科
小 川 弘 美	国立国際医療研究センター
小 高 恵 実	聖母大学 精神看護学
三 瓶 舞紀子	順天堂大学 医療看護学部 精神看護学
瀬 尾 智 美	千葉大学医学部附属病院
谷 川 恵 子	聖路加看護大学大学院
林 亜希子	覚王山メンタルクリニック
廣 川 聖 子	聖路加看護大学大学院
廣 田 朋 子	東京武蔵野病院
藤 井 靖 子	地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター
福 宮 智 子	N T T 東日本関東病院
松 村 麻衣子	財団法人信貴山病院 ハートランドしぎさん
村 方 多鶴子	聖路加看護大学大学院
山 本 沙 織	聖路加看護大学大学院
遠 藤 直 子	東京女子医科大学
木 戸 芳 史	東京大学大学院

(順不同・敬称略)

3. 実施方法

1) 実施方法

■ 調査対象

本研究における WG に参加する協力研究者の所属する医療機関、訪問看護ステーション、地域活動支援センター

■ 対象者

対象施設・事業所の職員

■ 調査内容

本人の基本情報(性別、年代、診断名、居住形態、経済状況)、支援ニーズ、各施設が関与したプロセス、サポート源、サービス契約までのプロセスと課題、サービス契約後の経過、必要であった支援等

■ 調査方法

対象施設・事業所に WG 等を通じて研究の主旨と方法を説明し、研究協力依頼状(資料編 1～2 頁参照)を郵送した。管理者より研究への同意が得られた場合には、多職種によるアウトリーチ活動を行った事例について、担当したスタッフに事例記入シート(資料編 3～11 ページ参照)へ記入してもらった。事例は、現行の報酬制度では手当てされないが、必要に応じてアウトリーチ活動を提供したケースを記入者が 2 事例を目途に選定し、カルテ等に記載されている情報をもとに、本人の状況、アウトリーチ活動の内容と方法、経過について記載することとする。調査票には ID 番号を付し、調査票を記入する際には個人が特定されないよう情報を匿名化してもらうよう伝える。調査票の記入と返送をもって、

研究協力の同意が得られたものとした。

■ 回収状況

本研究では、上記の方法等により全 32 事例(医療機関 WG: 11 事例、訪問看護ステーション WG: 13 事例、地域活動支援センター: 8 事例)のアウトリーチ事例を収集した。

■ 分析方法:

回収したデータの分析は、①各事例にアウトリーチ支援の焦点を示すタイトルをつける②各事例の基本情報について集計する③支援の焦点と事例の背景を合わせて援助類型(援助モデル)を抽出する④アウトリーチ支援について、従来の制度でカバーできるケア時間とそうでないケア時間を区別して算出するというプロセスを経た。

アウトリーチ推進事業における事例のエントリーやモニタリングシステムに関しては、分担研究者会議で討議するとともに、有識者に対するヒアリング調査を行って提言内容を検討した。

事業のモニタリングに必要な項目の検討および対象者からの同意に関する基本的な考え方は、分担研究者間で継続的に電子メールを用いた検討と討議を行って内容を確定した。

2) 倫理的配慮

本研究は「疫学研究に関する倫理指針」に基づき、下記の点について倫理的配慮を行って実施した。

(1) 情報の取り扱いに対する配慮

収集された各種データは、一部委託先であるみずほ情報総研株式会社、聖路加

看護大学精神看護学研究室内の研究協力者のみがアクセスできる場所（施錠する等）に保管した。

事例記入シートには、利用者本人の個人が特定できるイニシャルや固有名詞は使用せず、年代・地名等も匿名化して記入するよう十分な説明を行った。調査票はID番号で管理した。事例記入シートへの記入はすべて対象施設・事業所内において管理者または職員が行った。

(2) 個人情報の保護

個人情報保護法およびその他関連諸法規を遵守し、研究者は利用者本人の個人情報（氏名、住所等）は把握しなかった。事例記入シートには、個人を特定できるイニシャルや固有名詞は使用せず、事例記入シートはID番号で管理した。調査票の項目は個人が特定できないよう、年齢や年数は特定しないよう配慮した。調査結果は実践モデルの検討のために用い、個々のデータを公表することはしなかった。結果の公表にあたっては、対象者や施設等が特定されないことがないよう十分配慮した。

(3) 管理者の承認

対象となる施設・事業所の管理者に対して、研究の目的、方法、内容について説明し、承認を得てから行った。

第2章 アウトリーチ事例の類型（モデル）に関する分析

1. 事例の概要

図表1に、収集した各事例のアウトリーチ支援の焦点に注目した事例のタイトルを示す。

図表1 事例タイトル

ID	タイトル
011	未治療で地域住民とトラブルがあったが治療・アウトリーチ支援につながったケース
012	本人・夫の拒否が強く医療にはつながらないが、関係作りのための訪問を継続しているケース
021	受療中断だったが医師が母親へのサポートを続け、3ヶ月でACT契約となったケース
022	てんかんの病状（被害妄想）悪化し、外出困難となりアウトリーチを行うクリニックに医療機関を変更したケース
051	過去の入院時に入院費が払えず退院を余儀なくされ、保健師への母の相談からクリニック受診、デイケア利用、年金の申請、借金整理、父親のアルコールの問題、祖母の今後への対応を行ったケース
052	独居高齢者の日中の活動場所確保のためデイケア導入を調整したケース
081	受療（通院）中断あり母の不安が強く訪問看護開始となったケース
082	デイケア休みがちになり、服薬が確実にできないなど受療中断のリスクが高まり訪問看護が始まったケース
083	ひきこもり改善のため訪問支援が開始したケース
091	長期間外来に通院していてひきこもり生活が長かったが、両親の体調悪化に伴い、精神症状が不安定になり訪問看護を導入したケース
092	元々訪問介護を受けていたが、手術後に通院ができなくなり夜間せん妄が出現し、ケアマネジャーが精神科医師と連携し訪問看護につながったケース
111	衝動行為があり母親が市役所に相談を機にACTとの契約に至ったケース
112	長年の引きこもりで保健所が関わっていたが未受診で母親の希望ありACTに相談があったケース
121	薬物依存のため治療・契約を拒否していたが相談支援専門員の関わりによって外来医療につながったケース
122	母親の医療不信により自殺企図後の支援ができなかったが、相談支援専門員が母親の納得いく支援先探しにつきあうことで対象者への訪問を再開できたケース
131	統合失調症で長期間ひきこもり、自閉状態の対象が高齢となった家族の手に負えなくなり、行政が相談、訪問して今後のサービス導入を検討しているケース
132	飛び降り自殺企図後、医療自己中断したが保健所に本人から電話があって保健師が訪問するようになり、再度医療につながりサービス導入が進行しつつあるケース
141	統合失調症と不潔恐怖があり、精神科病院を退院後にホームヘルプと訪問看護が導入されたが、不安が強まると頻回な電話や同行受診が必要となり、契約以上のサービスを提供することで地域生活を継続できているケース
142	数十年前からの近隣トラブルがありながらも関わることはできなかったが、家族員の精神疾患への支援と本人の身体疾患への援助をすることで、本人の母親役割を支えることができ、地域生活を継続できたケース。
151	単身生活でひきこもりがち、リストカットのリスクが高いが、本人が入院拒否し、家族からの支援が少ないため、外来医師が訪問看護を導入し地域生活を維持することができているケース
152	近隣とのトラブルがあり、家族の介護相談から訪問看護導入につながったケース
161	措置入院後退院して受療中断。アパート大家から病院への苦情（本人の大声）により病院スタッフがコンタクトを取り、アパート退去・再入院。退院後週5回の訪問看護で支えているケース

ID	タイトル
162	本人の通院・服薬拒否のため受療中断していたが、母親が家族会からの情報をもとに病院に相談し、訪問看護を導入することができたケース
171	支援センターによる頻回の訪問によって強い被害妄想がありながら地域生活を継続していたが、保健師の判断で身体ケアに訪問看護ステーションを導入したケース
201	就労Bの利用が父の死を契機に途絶え、二年後に近隣通報があつて関与、医療保護入院を経て退院四日後に飛び下り 現在入院中のケース
202	家族と知的障害者相談員よりひきこもり・被害感があつて受診支援への依頼。クリニックの家族相談を経て本人受診後、救護施設に入所したケース
211	身体状態が悪化し、単身生活維持のためさらなるサービス導入が必要なケース
212	医療機関への受診を継続しているが、妻も精神疾患を抱えており家族調整と他機関連携が必要となり地活が中心となって連携をとって地域生活を維持できているケース
221	ひきこもり（1年）から保健所に母が相談して入院。再入院を防ぐために看護師が退院前に相談支援事業所に連絡し支援を開始したケース
222	10年前に入退院後受療中断でひきこもり、父との関係悪化により相談支援事業所が通院を支援したケース
231	支援センターに相談後、入退院を経験し入院中から支援センターが生活と家族の不安への支援を行ったケース
232	兄の死去に伴い精神症状が悪化し、保健所・病院からの定期訪問が開始されたが、本人の要望からさらに地域活動支援センターからの訪問支援も加わったケース

2. 事例の基本的データ

図表2～図表14に収集した事例および提供したケアに関する基本的情報を示す。

1) 本人情報

事例の性別をみると、男性17名(53.1人)、女性14名(43.8%)と男性の方が多くなっていた。また、年齢についてみると、男性は30歳代(6名)、女性は40歳代(5名)が最も多かった。

図表2 性別・年齢の状況

性別 年齢	人数				割合			
	男性	女性	無回答	総計	男性	女性	無回答	総計
20歳代	3人	1人	0人	4人	9.4%	3.1%	0.0%	12.5%
30歳代	6人	1人	1人	8人	18.8%	3.1%	3.1%	25.0%
40歳代	2人	5人	0人	7人	6.3%	15.6%	0.0%	21.9%
50歳代	2人	2人	0人	4人	6.3%	6.3%	0.0%	12.5%
60歳代	1人	1人	0人	2人	3.1%	3.1%	0.0%	6.3%
70歳代	3人	2人	0人	4人	9.4%	6.3%	0.0%	12.5%
80歳代	0人	1人	0人	1人	0.0%	3.1%	0.0%	3.1%
無回答	0人	1人	0人	1人	0.0%	3.1%	0.0%	3.1%
合計	17人	14人	1人	32人	53.1%	43.8%	3.1%	100.0%

診断名についてみると、主診断名が統合失調症である事例が24名(75.0%)で最も多くなっていた。

図表3 診断名の状況

主診断名	人数	割合	副診断名	人数	割合
統合失調症(※疑い含む)	24人	75.0%	統合失調症	1人	3.1%
器質性妄想性障害	1人	3.1%	夜間せん妄	1人	3.1%
妄想性障害	1人	3.1%	広汎性発達障害	1人	3.1%
社会恐怖	1人	3.1%	精神発達遅滞	1人	3.1%
非定型精神病	1人	3.1%	老年期精神病	1人	3.1%
うつ病	1人	3.1%	うつ状態	1人	3.1%
側頭葉てんかん	1人	3.1%	糖尿病	1人	3.1%
頸椎不全麻痺、鎖骨亜脱臼	1人	3.1%	薬物アレルギー、薬物依存症	1人	3.1%
頸髄損傷	1人	3.1%	(なし)	24人	75.0%
合計	32人	100.0%	合計	32人	100.0%

介護保険の利用状況は25名（78.1%）が利用していなかった。また、利用している5名（15.6%）のうち、特別地域加算を算定している者はいなかった。診断名についてみると、主診断名が統合失調症である事例が24名（75.0%）で最も多くなっていた。

図表4 介護保険の利用状況

	人数	割合
利用している	5人	15.6%
利用していない（申請中含む）	25人	78.1%
無回答	2人	6.3%
合計	32人	100.0%

世帯状況については、同居者がいる者が19名（59.4%）、独居が13名（40.6%）であった。

図表5 世帯状況

	人数	割合
独居	13人	40.6%
同居者あり	19人	59.4%
合計	32人	100.0%

婚姻状況については、未婚（離婚含む）が25名（78.1%）であった。

図表6 婚姻状況

	人数	割合
婚姻	5人	15.6%
事実婚	0人	0.0%
未婚（離婚含む）	25人	78.1%
無回答	2人	6.3%
合計	32人	100.0%

居住状況については、家族の持ち家に住んでいる者と、民間賃貸住宅に住んでいる者がそれぞれ14名（43.8%）であった。

図表7 居住状況

	人数	割合
持ち家（本人）	2人	6.3%
持ち家（家族）	14人	43.8%
賃貸（民間）	14人	43.8%
賃貸（公営）	1人	3.1%
グループホーム・ケアホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%
無回答	1人	3.1%
合 計	32人	100.0%

アウトリーチを実施している施設・事業所から本人宅までの移動時間（車・片道）は、車で30分以内の移動範囲内の者が24名（75.0%）であった。

なお、交通費を請求している施設・事業所は4件（12.5%）にとどまった。

図表8 施設・事業所から本人宅までの移動時間（車・片道）

	件数	割合
～10分以内	8人	25.0%
10分超～20分以内	8人	25.0%
20分超～30分以内	8人	25.0%
30分超～40分以内	2人	6.3%
40分超～50分以内	0人	0.0%
50分超～60分以内	2人	6.3%
60分超～	0人	0.0%
無回答	4人	12.5%
合 計	32人	100.0%
平 均	22.6分	

図表9 施設・事業所から本人宅までの交通費の請求状況

	件数	割合
請求している	4件	12.5%
請求していない	20件	62.5%
無回答	8件	25.0%
合 計	32件	100.0%

生活保護の受給状況をみると、生活保護の受給をしているのは9名（28.1%）であった。

図表10 生活保護の受給状況

	人数	割合
生活保護の受給あり	9人	28.1%
生活保護の受給なし	22人	68.8%
無回答	1人	3.1%
合計	32人	100.0%

就労状況をみると、25名（78.1%）が就労していなかった。生活保護の受給をしているのは9名（28.1%）であった。なお、就労している4名中1名が正社員として就労していた。

図表11 就労状況

	人数	割合
就労なし	25人	78.1%
就労訓練中	2人	6.3%
就労あり	4人	12.5%
無回答	1人	3.1%
合計	32人	100.0%

2)施設・事業所が関与したプロセス

アウトリーチを実施している施設・事業所が事例に関与した際の状況をみると、「治療を中断しており、放置すれば本人の意思によらない医療が必要となる」と『ひきこもり』のため、放置すれば地域生活の継続が困難となる」がそれぞれ12名(37.5%)ずつで最も多かった。

図表12 関与時の状況(複数回答)

	人数	割合
治療を中断しており、放置すれば本人の意思によらない医療が必要となる	12人	37.5%
「ひきこもり」のため、放置すれば地域生活の継続が困難となる	12人	37.5%
精神疾患への早期支援が必要だった	8人	25.0%
近隣と重大なトラブルを起こした	7人	21.9%
未治療で、放置すれば地域での生活基盤を維持することが困難となる	5人	15.6%
家族と重大なトラブルを起こした	4人	12.5%
自殺予防のための介入	2人	6.3%
家族等同居者により虐待(ネグレクトを含む)されていた	1人	3.1%
その他	20人	62.5%
総 数	32人	

実際にサービスの提供開始が決定されるまでに関与した機関・職種をみると、フォーマルなサポート源としては、病院・診療所が53件で最も多く、次いで行政や精神科病院・診療所などとなっている。また、インフォーマルなサポート源としては家族・親族や友人、近隣住民が多かった。

図表13 実際にサービスの提供開始が決定されるまでに関与した機関・職種(複数回答)

フォーマルなサポート源	件数	副 診 断 名	人数
病院・診療所	53件	家族・親族	34件
市町村	25件	友人	10件
精神科病院・診療所	19件	近隣住民	10件
保健所	13件	民生委員	2件
訪問看護ステーション	8件	宗教関係者	2件
相談支援事業所	6件	議員	2件
居宅介護支援事業所	7件	その他	4件
地域活動支援センター	7件		
救護施設	2件		
警察	2件		
生活訓練施設	2件		
通所授産施設	2件		
その他	15件		

※例えば、1事例中に複数の医療機関が記載されていた場合はその数をそのまま計上している。

アウトリーチ活動の後に実際にサービス契約に至った機関についてみると、医療機関が23件で最も多く、次いで訪問看護ステーション12件、相談支援事業者8件などとなっていた。その他としては、行政の担当課や精神保健福祉センター等が多くみられた。

図表14 実際にサービスの契約を行った機関（複数回答）

	件数	割合
医療機関	23件	71.9%
訪問看護ステーション	12件	37.5%
相談支援事業所	9件	28.1%
居宅介護事業所（ホームヘルプサービス）	8件	25.0%
デイケア	4件	12.5%
地域活動支援センター	3件	9.4%
児童相談所	0件	0.0%
その他	16件	50.0%
総 数	32件	

3. アウトリーチ支援の類型（モデル）の抽出

これらの事例タイトルと支援内容、事例の背景である基礎データと統合して本研究では、アウトリーチ支援による内容を下記に定義する3類型を抽出した。表15に以下に述べる類型の種別ごとにアウトリーチ支援選択の理由を示す。

アウトリーチ支援の類型には、下記の3類型が存在した。

■ 未治療型

本人の求めにはよらないが、家族・近隣等の救助が存在する。行政や医療、福祉の援助が居宅において必要な状況である。医師・保健師・看護師・准看護師・作業療法士・精神保健福祉士・心理技術者等がその居宅等へ訪問して援助を行う。

■ 受療中断型

医療を利用したことがあるが、新たに生じた問題・問題状況の悪化などにより、地域生活を継続できない可能性が高い。行政や医療、福祉の援助が居宅において必要な状況である。医師・保健師・看護師・准看護師・作業療法士・精神保健福祉士・心理技術者等がその居宅等へ訪問して援助を行う。

■ 定着支援型

すでに医療や福祉サービスを利用しているが、居宅におけるさらなる支援がなければ地域生活の開始や継続が困難である。医師・保健師・看護師・准看護師・作業療法士・精神保健福祉士・心理技術者等がその居宅等へ訪問して援助を行う。

図表15 援助類型種別ごとのアウトリーチ選択理由

ID	援助類型	アウトリーチ選択の理由
11	未治療	病識が乏しく、かつ被害妄想を持続しており、病院の退院支援のみでは地域生活の維持が困難であると判断し、アウトリーチ機関の介入を必要とすると判断した。
12	未治療	措置鑑定时、精神保健福祉センター医師が鑑定し、ACT導入について保健所に勧めた。本人に全く病識がなく、医療にも相談機関にも全く繋がらないため、アウトリーチによる支援を行うこととなった。
83	未治療	アウトリーチは両親からの依頼で始めた。病院での相談ではなく自宅での相談が、本人に良い刺激となりひきこもりが改善するのではないかと期待が両親にあった。実際、自宅で父や姉など家族にも会って話ができて、また本人の様子を感じることもできるので、病院での母だけの相談よりは状況がよく分かる。
112	未治療	緊急を要しないが、先行きに対する母の不安から、今後の支援につなぐため本人が安全に感じる場所でケア導入の面接、契約を行った。

ID	援助類型	アウトリーチ選択の理由
131	未治療	訪問による相談は、本人との意思疎通が困難で、とじこもりの状態であるために、本人の状態把握が訪問しなければ不可能であること、家族の希望が強かったため、市内にあるフォーマルな社会資源である関係機関と連携し、役割分担を行い、訪問を交代で実施することになった。
142	未治療	本人自身も病識がなく、精神疾患をもつ他の家族員も受療中断しかけていたため、家族への支援と本人の身体疾患へのアプローチを中心としたアウトリーチを選択した。
202	未治療	訪問支援は、知的障害者相談員との折り合いが悪いため、相談支援専門員と地区保健師とで行う。
231	未治療	本人の生活の場で実際の様子を確認するために、本人同意のもと家族からの相談があったために行った。訪問支援は病院の精神保健福祉士や保健師がすでに行っており、これに関わるリスクは低いと判断した。
21	受療中断	混迷状態にあった利用者。母が喫茶店の仕事もあり、外に相談に出かけられる状況ではなかった。母は医療に拒否的で混乱しやすい状況にいたため、生活のアセスメントや利用者本人のニーズやアセスメントを行い、アプローチする方法はアウトリーチ以外にないと考えられた。
81	受療中断	自宅での状況確認や病院では出来ない母の相談を受けること、本人のひきこもりの改善。
92	受療中断	股関節の激しい痛みと乗り物不安のため電車での通院は難しい。タクシーで受診してもらう以外にはない。頻回の受診は経済的に負担が大きいため、長期処方、次の受診までは訪問看護で対応することにした。
111	受療中断	部屋に引きこもりがちな本人は外出に拒否的なため、保健所の嘱託医とともに本人宅を訪問してアセスメントを行った。
121	受療中断	電話による訴えで、通話時間が最低でも1時間はかかる。時系列と内容の趣旨が支離滅裂。自宅訪問すると、いくつもの医療機関が紹介されるも、薬物の要求により依存症と判断され、関係性を持つことができずにいることが判明した。
122	受療中断	本人に対する訪問とアセスメント。母の精神安定を得る。
132	受療中断	市障害福祉課（保健師・精神保健福祉士）県保健福祉事務所（ケースワーカー・精神保健福祉士）がほぼ同時期に相談を受けていた。電話の内容だけでは状況がよくわからなかったため、現状を把握し必要な支援につなげるために自宅への訪問を開始した。
152	受療中断	長女、次女が介護支援専門員（委託相談支援事業所・社会福祉士）に電話で相談。精神状態の悪化、現在の地域での生活継続が難しくなる。本人は病識がなく、治療を拒否しているため、訪問看護が妥当であると考えた。
161	受療中断	生活保護課ら周辺の支援者は一切寄せ付けずにいた。行政側の希望があり訪問を開始。
162	受療中断	以前は通所をしていたこともある福祉サービス（相談支援事業所）のスタッフ・精神保健福祉士が自宅を訪問することもあったが、本人と会うこともできずにいた。母親の強い希望もあり、当院からの訪問による相談を検討。母親自身の身体疾患のために訪問看護を実施し、本人との接点を求めた。

ID	援助類型	アウトリーチ選択の理由
201	受療中断	近隣住民からの強い要請。相談員が状況から判断して、本人の生命の危機を察した。訪問のリスクを鑑みて、初回の危機介入は、複数名（2名）の相談員が対応した。
22	定着支援	相談支援事業所相談員と、訪問看護ステーションが、このままでは病状の悪化が著しく、今後のヘルプサービスを行うことも困難になると判断。病状が活発になっていたため外出も困難となっており、通院ができなくなっている。
51	定着支援	病状が不安定なまま一ヶ月で退院した。退院後はずっと部屋にひきこもっていた。保健師が家庭訪問をした。本人を説得して部屋から出すことに成功。
52	定着支援	外来における調整
82	定着支援	デイケア利用は拒否的だったが、訪問については本人の受け入れが良かった。本人は何を聞いても「大丈夫」と言うので、生活や服薬の状況を把握する必要があった。
91	定着支援	主治医から「行き詰っている、どのようにしたら良いか方針を考え直すため、改めてアセスメントを行って欲しい。本人は遠慮がちで、診察場面では見えていないことがたくさんありそうなので、自宅に伺ってアセスメントしてきてほしい」と依頼があった。
141	定着支援	経済状況が厳しく自己負担による追加のサービス利用が難しいが、不安が強まると頻回な電話相談や家事、受診、外出の支援・同行が必要となり、地域での生活継続が難しくなる。
151	定着支援	リストカットなどの自傷行為の可能性がある。引きこもり傾向にあったため、通所系のケアは困難であり、訪問看護が妥当であると考えた。
171	定着支援	強い被害妄想のために外出が困難であり、支援センターが訪問できない夜間や休日等の自宅での対応が必要であった。
211	定着支援	生活状況の見守りを強化し緊急時の連絡体制（通院介助等を含む）の構築が不可欠となっていたため、生活訓練のほかに相談支援事業所でも訪問支援することとした。
212	定着支援	イライラして何も手に付かない等の訴えが頻回で、車の運転も不安で通院介助をしてほしいとの内容であった。
221	定着支援	病院の看護師からの電話相談に始まり、本人はまだ入院中のため相談支援専門員が病院に訪問することとなった。
222	定着支援	相談支援事業所の相談支援専門員が、家族から電話相談を受け、通院を十数年していること・外出もほとんどなく、家族以外の他者と交流も皆無であることを考慮し、訪問支援を選択した。
231 (再掲)	定着支援	本人の生活の場で実際の様子を確認するために、本人同意のもと家族からの相談があったために行った。訪問支援は病院の精神保健福祉士や保健師がすでに行っており、これに関わるリスクは低いと判断した。
232	定着支援	訪問による相談は、本人に不安が強く外出が困難であることにより、本人、家族の希望があったために行った。訪問によるリスクは低いと判断した。

4. 事例の詳細

011 未治療で地域住民とトラブルがあったが治療・アウトリーチ支援につながったケース

援助類型	未治療
選択理由	病識が乏しく、かつ被害妄想を持続しており、病院の退院支援のみでは地域生活の維持が困難であると判断し、アウトリーチ機関の介入を必要とすると判断した。

I. 本人情報

- 70 歳代の男性
- 統合失調症（被害関係妄想）
- 未婚、独居（本人の持ち家）、就労はしていない（老齢年金（9万円/月を受給））
- 長時間未治療であった事例（措置入院）。病識も乏しく被害妄想も活発であり、今後治療の可能性も高く、かつ治療中断により近隣への重大なトラブルを起こす可能性が高かった。

II. 関与したプロセス

- 措置入院を受けた精神科病院の精神科病院主治医、病棟看護師、精神保健福祉士が、病院の退院支援のみでは地域生活の維持が困難であると判断し、アウトリーチ機関の介入を必要とすると判断した。
県及び精神科病院から精神保健福祉センター（ACT）に依頼があり、精神科病院、県、県保健所、市保健所、精神保健福祉センターによる担当者調整会議（2回各60分）を開催し、アウトリーチの導入が正式決定された。

○ 担当者調整会議の出席者

- 1 回目：県保健福祉部健康対策課（課長・班長・保健師）、県保健所（所長・課長、保健師、医師）、市保健所（課長）、精神保健福祉センター（医師、心理士、精神保健福祉士）
- 2 回目：精神科病院（主治医、他の医師、病棟看護師、病院長）、県保健所（医師）、市保健所（課長、保健師）、精神保健福祉センター（医師、精神保健福祉士）

- 入院中の本人を精神保健福祉センターのスタッフが2回訪問し契約に至る。

- 1 回目：精神保健福祉士2名×30分（計60分）※ACT導入に関する合意形成
- 2 回目：心理士1名、精神保健福祉士1名※ACT同意書にサイン

契 約

- 退院直前に住民説明会（1回60分）、担当者調整会議（1回60分）が開催される。

○ 住民説明会、担当者調整会議の出席者

- 説明会：県保健所（医師、保健師）、市保健所（事務、保健師）、町内会長、区長、民生委員3名
- 調整会議：精神科病院（医師）、県保健所（医師）、市保健所、精神保健福祉センター（医師、精神保健福祉士）

- 精神保健福祉センターが定期訪問（週1～3回）を実施。

○ 直近1年間のサービス提供状況

- 医師：訪問19回×1名（計752分）＋会議3回×1名（計300分）⇒合計1,052分（報酬分717分）
支援内容⇒医療評価、相談
- 看護師：訪問2回×1名（計60分）⇒計60分（60分）
支援内容⇒面談、家事手伝い
- T：訪問44回×1名（計1,632分）＋会議4回×1名（計330分）⇒計1,962分（1,602分）
支援内容⇒面談、家事手伝い、買い物同行、庭木剪定、葉のセット
- PSW：訪問43回×1～2名（1,935分）＋会議2回×1名（150分）⇒計2,085分（1,860分）
支援内容⇒面談、家事手伝い、買い物同行、庭木剪定、草取り、葉のセット