

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施シ
テム開発についての研究（19GC1015）」
（研究代表者：根本隆洋）
分担研究報告書

「都市近郊アウトリーチモデル」
研究分担者 藤井 千代
（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

研究要旨 所沢市で実施中の精神障害者アウトリーチ支援事業においては、精神障害が疑われるが未治療である人、何らかの理由で治療中断した人等、既存の精神医療福祉サービスでは対応が困難なケースへの支援を提供している。チームは看護師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師、精神科医師の多職種で構成されており、利用者のニーズに合わせて多様な支援を展開すること可能である。精神疾患が疑われる未治療者や治療中断者へのクライシス対応、必要に応じて心理検査を活用したアセスメント、身体面のアセスメント、就労支援や居住支援、家族支援等の多岐にわたる支援を実施した。新規登録者44名について、3年間の利用状況の変化を検討したところ、「ひきこもり」状況については、59%から18%に減少し、「治療中断・未治療」状況については、59%から18%に減少、「社会的役割継続の問題」は84%から57%に減少していた。また、支援導入後1年間の全体的機能の変化をWHODAS2.0で評価したところ、全7カテゴリースコアのうち、「認知」「セルフケア」「他者交流」「日常生活（家庭）」「社会参加」の5カテゴリーにおいて統計的に有意な改善が認められた。サービスの新規導入時は利用者本人のみならず家族状況など心理社会的背景を含めニーズアセスメントを徹底し、チーム内で全ケースレビューを行うこと、定期的な支援の見直し、既存サービス提供機関との積極的な連携などにより、望ましい転帰につながったものと考えられる。既存の医療福祉サービスのみでは対応困難なケースに対し、市町村が主体となってアウトリーチ支援を提供することは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築を推進するうえでも重要であり、今後全国の市町村に同様の取り組みが普及することが期待される。

A. 研究目的

現在構築が進められている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」では、住民にとって最も身近な自治体である市町村を中心として、地域精神保健の活動としての相談支援等の充実や、生活困窮者支援、児童福祉や母子保健、教育、高齢者福祉、障害福祉等との連動を意識した取り組みが重要であるといわれている。しかし、市町村における精神保健の取り組みは、精神保健福祉法第47条においては「努力義務」とされており、地域差が大きいことも指摘されている。一方で、市町村における自殺対策、虐待対応、母子保健・子育て支援、高齢・介護・認知症対策、配偶者等からの暴力や成人保健といった相談業務では、メ

ンタルヘルス（精神保健）の課題に対応する必要性が高いものと認識されている¹⁾。このことから、今後、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを市町村中心に展開していくためには、領域横断的なメンタルヘルス対応が不可欠になるものと考えられる。近年地域の課題として注目されているいわゆる8050問題や、若年層のひきこもりや不登校のみならず、中高年のひきこもり、に該当するような事例も多く、これらも地域精神保健上の大きな課題として認識されている。

所沢市は、埼玉県南西部の東京都に接するところに位置する人口約34万人の市である。所沢市保健センターでは、「こころの健康支援室」が、精神障害者に対する障害

福祉サービスの窓口業務を担うほか、一般市民を対象とした精神保健相談業務も実施している。こころの健康支援室には常勤の精神保健福祉士が7名配置されており、市民からの相談に基づいて必要な支援を提供している。市民からの相談では、精神科医療が必要なケース、環境調整や見守り、家族支援といった医療外サービスが必要なケース、何らかの支援が必要とされるが公的サービスの導入が困難なケースなど、多職種・多領域の連携が必要とされることが多く、その状況に対応するため市の独自予算により「所沢市精神障害者アウトリーチ支援事業」が立ち上げられた。

アウトリーチ支援開始までの流れとしては、まず市の精神保健業務を担当する「こころの健康支援室」からアウトリーチチームへ支援対象候補者の受け入れにつき依頼または相談がある。その後、市と合同のケース会議を行い、多職種によるアウトリーチ支援の提供が適切であると判断されたケースについて支援開始となる。支援開始後は、毎日のチームミーティング、関係機関との連絡調整及び関係機関との定期的なケア会議を実施する。チームで受け持つ支援対象者は80—90名程度であり、24時間365日の支援を提供する。主な支援対象者は以下の通り。

- ・ 精神障害が疑われる未受診者
- ・ 医療中断となった精神障害者
- ・ 短期間で入院を繰り返す者
- ・ 精神障害や生活障害が重度で、社会から孤立しがちな者
- ・ 通常の医療・福祉サービスのみでは地域生活の維持が困難な者

支援対象者は、原則的には利用可能な既存の医療サービス、障害福祉サービスを利用するよう促し、既存サービスでは対応が困難なところをアウトリーチチームが受け持つ仕組みである。直接支援を提供しながら地域資源のコーディネートを行い、既存サービスのみでフォローアップ可能となれば、アウトリーチチームによる支援は終了

する。アウトリーチ支援の期限は定めておらず、アウトリーチ支援を終了しても円滑に地域生活を送れると判断されるまで継続される。

本研究ではアウトリーチチームに研究費により雇用した非常勤心理職2名を配置し、自治体アウトリーチによる早期相談・介入のあり方を検討することを目的としている。今年度は、アウトリーチチームの支援スタッフが提供する支援内容と、アウトリーチ支援利用者の転帰について検討した。

B. 研究方法

<アウトリーチ支援内容調査>

アウトリーチチームのスタッフが支援を提供する都度、「生活支援」「家族支援」「精神に係る支援」「身体面の相談」「危機対応」「医療相談」「就労就学支援」「福祉制度」「対人/社会関係」「他（報告、予定調整、情報共有）」の10項目のサービスコード（表1）のいずれに該当するかを電子カルテ状に記入し、それぞれの支援対応におけるサービスコードの割合を検討した。

<利用者の転帰>

2018年10月から2021年9月の3年間においてアウトリーチ支援の利用を開始した44名について、支援開始時と2021年9月末時点の状況について、表2の評価票を用いて評価した。さらに44名中20名について、WHODAS2.0およびCAN-Jを用いて支援開始時と導入後1年時点の評価を実施した。

本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

<アウトリーチ支援内容調査>

「電話相談」、「来所相談」、「訪問支援」それぞれの支援対応におけるサービスコードの割合を図1に示す。

<利用者の転帰>

表2の評価票を用いた評価結果について、「ひきこもり」「医療未介入者」「社会的

役割継続の問題」の支援開始時と2021年9月末時点の状況について図2～4に示す。

2018年10月から2021年9月の3年間にかけて新規登録した44名の「ひきこもり」の状態は登録時59%から18%に減少していた。「未治療・治療中断」は59%から18%に減少し、「社会的役割継続の問題」（就労・就学・通所・家事労働を中心的に担う）は、84%から57%に減少していた。

WHODAS2.0による評価については、支援開始時と支援開始1年後の状況につき図5に示す。全7カテゴリースコアのうち、「認知（コミュニケーション及び思考）」、「セルフケア」、「他者交流」、「日常生活(家庭）」、「社会参加」の5カテゴリーについては、統計的に有意な改善が認められた。

CAN-J（支援ニーズアセスメント）のスタッフ評価の変化を図6に示す。図6には、全6カテゴリーの支援ニーズ要素に対して「この領域に問題があり、効果的な支援を受けていない」とスタッフがアセスメントした対象の割合を示している。導入時と比較して1年後にはすべての支援ニーズ要素に対して、「この領域に問題があり、効果的な支援を受けていない」と評価した対象割合は統計学的に有意に減少していた。

D. 考察

アウトリーチ支援の支援内容の分析では、電話相談では「生活支援」、「精神に係る支援」が多く、来所相談では「精神に係る支援」、「対人/社会関係」、「就労就学支援」が多かった。訪問支援では「精神に係る支援」「生活支援」「対人/社会関係」が多かった。本研究において実施したアウトリーチ支援は、クライシスに対応できるよう、24時間365日の支援を提供している。しかしながら、支援内容分析においては、危機介入の割合は極めて少ないことが明らかとなった。これは、突発的な危機対応を未然に予防するため、クライシスに至る可能性が高い利用者の状態を、毎日の打ち合わせ時にチーム全体で共有し、クライシス発生後の対応とならないように訪問頻度を増やしたり、関係機関との情報共有を密に

行うなどの対策をとっていることが関係しているものと考えられる。

アウトリーチ支援の利用者の多くは、既存の精神医療保健福祉サービスにつながっていない、あるいはつながりにくいという課題を有している。アウトリーチ支援においては、精神科医療の導入が望ましいと考えられる場合においても、緊急時を除いては拙速な医療介入は行わず、まずは本人や家族が望む支援ニーズの確認を丁寧に行っている。そのうえで、まずは生活支援から開始するなど本人との関係性構築を重視し、本人の思いを受け止めつつ、診察にスタッフが同行して医師とのやり取りをサポートすしたり、チーム精神科医への相談を試してみるなど柔軟な対応を行っている。このような丁寧な取り組みにより、未治療・治療中断者、ひきこもり等が減少したものと考えられる。また、本人が利用できるサービスについて、単に情報提供を行うのみにとどまらず、実際にどのようなサービスであるかがイメージできるように、ハローワークや就労支援事業所、オープンキャンパスなどの見学や同行を行い、目標を共有しながらサポートを実施している。このような取り組みにより、社会的役割継続の問題のある人が減少したものと考えられる。WHODAS2.0、CAN-Jのスコアが改善したことからも、アウトリーチ支援の効果が示唆された。

本研究より、自治体が実施する保健中心型のアウトリーチ支援を必要とする人々には次のような状態像が認められると考えられる。

- ① 精神病性の症状等により医療が必要と思われるが未治療・治療中断の人
- ② 入院中で退院支援及び退院後の手厚いフォローが必要な人（既存サービスのみでは対応困難な人）
- ③ 疾病性は軽度であるが、社会参加に困難を抱える人
- ④ 疾患や障害の有無は不明だが、ひきこもり、社会的孤立、あるいは生活に困難がみられ、アセスメントを含め何らかの対応が必要な人

これらの状態像に適切に対応するうえでは、本人へのアプローチのみでは不十分なことが多く、家族に対する何らかの心理社会的支援が必要であることが多い。慢性期統合失調症など重度精神障害を抱える人のみならず、AYA世代など若者支援においても家族を含めた支援モデルの構築が必要であると考えられた。

③のケースでは、心理職による心理アセスメントや心理療法が必要となることが多い。その他、就労支援やピアサポートが大きな支えとなったり主体的に社会参加していくことへの動機づけあるいはきっかけとなったりすると考えられる。今後はピアサポーターによるアウトリーチ支援のあり方についても検討していく必要がある。

現在各自治体においては、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みが進められている。このシステムは市町村が中心となって構築することが求められており、そのベースとなるのはすべての住民の健康に係る保健活動である。また、システム構築の目指すところは地域共生社会の実現であるが、地域住民が抱える「困りごと」には、多くの場合メンタルヘルスの問題が関係している。「困りごと」を抱える地域住民が自ら支援を求めないケースも多く、そのような場合には支援者が「困りごと」を抱える人のところに向いていくアウトリーチ支援が不可欠である。本研究における取り組みは、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に資するものと考えられ、今後他市町村のアウトリーチ支援チームなどとも情報共有、ネットワークの構築などを進め、より望ましいアウトリーチ支援の在り方を検討していきたいと考えている。

E. 結論

所沢市におけるアウトリーチ支援の支援内容、利用者転帰を明らかにした。早期介入において、身近な自治体が既存の精神医療福祉サービスでは対応が困難なニーズに対するアウトリーチ支援を行うことの必要性は高く、丁寧な関わりにより、転帰の改

善が見込めるものと推察される。しかしながら、自治体によるアウトリーチ支援の必要性は以前から認識されているながらその実装は進んでいないのが現状であり、実装への障壁を明らかにし、効果的な対応策について検討する必要がある。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 藤井千代：アウトリーチのエビデンスと質評価. 精神科治療学 36(4):405-411, 2021
- 2) 下平美智代：コミュニティケア 所沢市の精神保健に係る取り組み. 臨床心理学 21(3):304-309, 2021
- 3) 下平美智代：「自ら助けを求めることのない人」へのアプローチ アウトリーチと「孤独の尊重」. 臨床心理学22(2):213-217, 2022. 3. 14
- 4) 西内絵里沙：ファミリーワークによるヤングケアラー支援の手応え. 精神科看護vol. 48No. 7, 32-37, 2021. 6. 19.
- 5)

2. 学会発表

- 1) 藤井千代：多職種アウトリーチチームによる早期介入. 第17回日本精神神経学会学術総会, オンライン, 2020.9. 30

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

引用文献

- 1) 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける地域精神保健について. 第3回 精神

障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会 資料1, 2020.
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000654290.pdf>)

研究協力者

佐藤さやか、山口創生、下平美智代、中西清晃、西内絵里沙（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

表1 サービスコードの内容

サービスコード	支援内容
生活支援	住居探しや引っ越し支援、部屋の整理、電化製品の使い方指導、金銭管理支援、公共料金などの支払い支援、携帯電話の契約、買い物支援、借金返済の対応など
家族支援	家族との情報共有、家族関係調整、家族からの対応相談、ファミリーワーク、親や子供への心理教育、家族自身に支援が必要な場合に適切な支援機関に繋げるサポート、家族の支援者との情報共有・役割分担の調整、家族の入退院時の本人対応のサポートなど
精神に係る支援	関係性構築、精神状態についての情報収集・アセスメント(疎通性、発話、理解力、精神症状の有無)、チーム精神科医の往診による医療の必要性判断、専門判断を受けるための受診勧奨、受診同行、入院先訪問、疾病教育、心理療法、心理検査、クライシスプラン作成、医療機関との情報共有など
身体面の相談	情報収集、身体状態アセスメント(やせ、顔色、肌の状態、動き、バイタルサイン、検査結果)、運動機能相談・指導、受診同行など
危機対応	家族との対応協議、状態悪化時の緊急訪問、受診拒否後の主治医との対応協議、緊急での受診調整、入院可能な病院の調整(内科・精神科)、警察・保健所と情報共有、関係機関との情報共有、チーム精神科医往診・入院勧奨、受診同行、入院対応など
医療相談	治療方針や受診について主治医への相談、往診についてチーム精神科医への相談、受診先を探し地域連携室に協力を仰ぐ、訪問看護導入の相談など
就労就学支援	就労相談、通学相談、通学に向けた生活改善相談、進学・受験の相談、就活のための情報収集支援、ハローワーク同行、職場見学同行、履歴書作成支援など
福祉制度支援	福祉サービス利用調整(ヘルパー・相談支援専門員・就労支援事業所・地域活動支援センター・グループホーム・地域包括支援センター・ケアマネージャーなど)、障害年金・精神障害者保健福祉手帳・重度心身障害福祉手当・自立支援医療・生活保護などの説明・手続き・申請サポートなど
対人/社会関係支援	関係形成、対人不安に対するカウンセリング・心理療法、余暇活動の相談・指導、散歩・運動・余暇などの外出同行など
他(報告、予定調整、情報共有)	連絡、報告、予定調整、関係機関との情報共有・問い合わせ・打ち合せ、利用者近隣住民支援、近況把握、成年後見申請準備、退院前カンファレンス、虐待通報、関係機関との顔合わせ、診療情報提供書の提出、紹介票の提出、新規受け入れ、カウンセリング導入面接、こころの健康支援室との情報共有、警察の事情聴取など

表2 支援導入アセスメント

次の1～8は、特にことわりのない場合、過去1年の状況で評定してください。

1. 精神症状（障害）に関連して下記のような生活上の問題がある

①	6か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
②	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
③	ひきこもり状態である 定義：「仕事や学校に行かず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせず、6か月以上続けて自宅にひきこもっている状態」	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

2. 1が該当しながら治療中断している 不明 無 有

3. 1が該当しながら未治療である 不明 無 有

4. 自分の病気についての知識や理解に乏しい/治療の必要性を理解していない 不明 無 有

5. 過去1年に2回以上の精神科救急利用歴/入退院（措置・医療保護）がある 不明 無 有

6. 次のような自傷・他害・迷惑行為などの行動化がある

①	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
②	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
③	自傷や自殺を企てことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
④	家族への暴力、暴言、拒絶がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
⑤	警察・保健所介入歴がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

7. 精神科長期入院者で住居など退院のための調整が必要 不明 無 有

8. 社会的に孤立している/孤立に近い状態で次のような問題をもつ

①	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
②	支援をする家族がない （家族が拒否的・非協力的・天涯孤独）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
③	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている （介護・貧困・教育・障害等）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

図1 対応種別の支援内容（各サービスコードの割合）

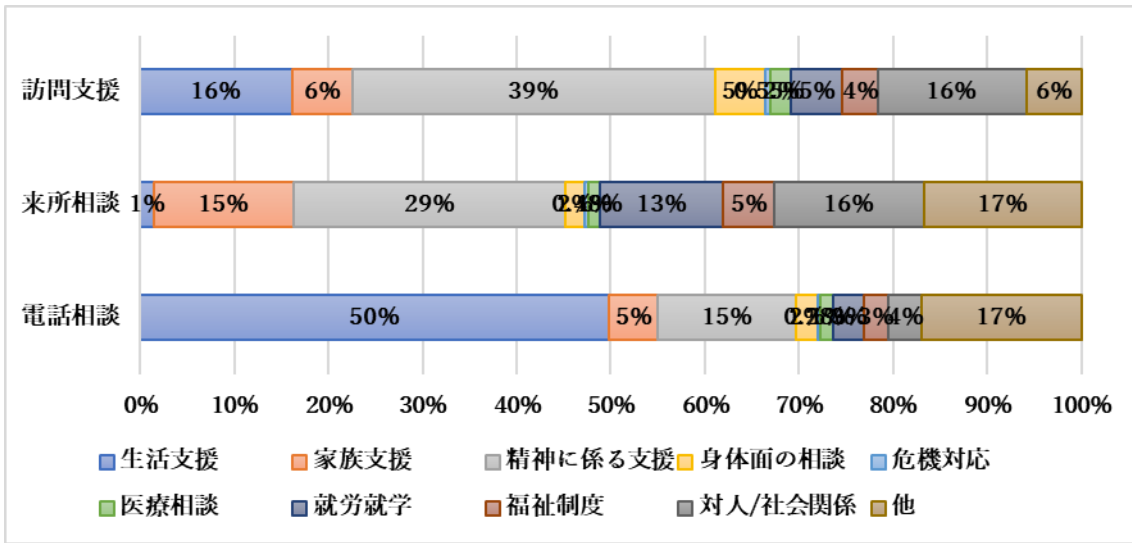


図2 「ひきこもり」の状況（N=44）

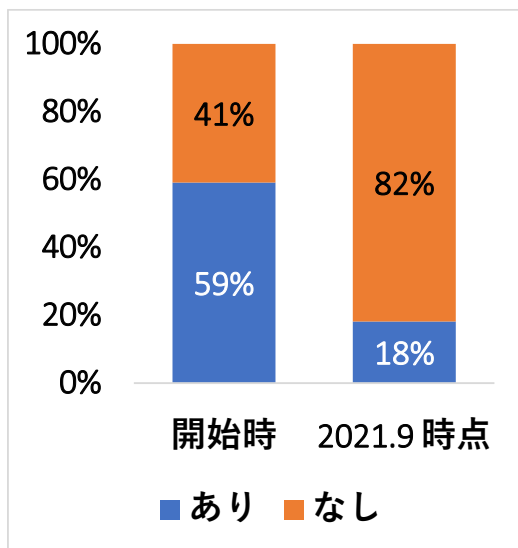


図3 「未治療・治療中断」の状況（N=44）

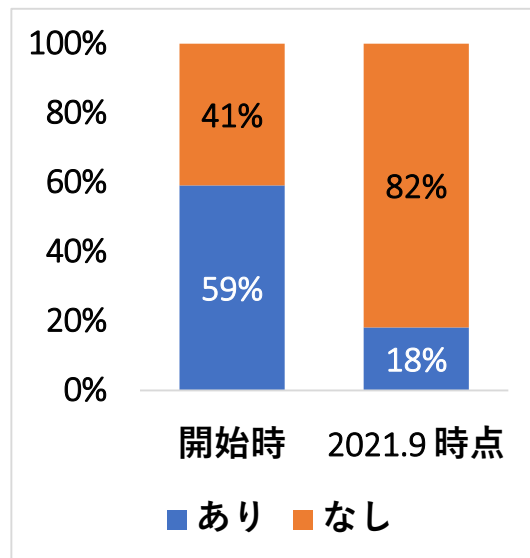


図4 「社会的役割継続」の状況 (N=44)

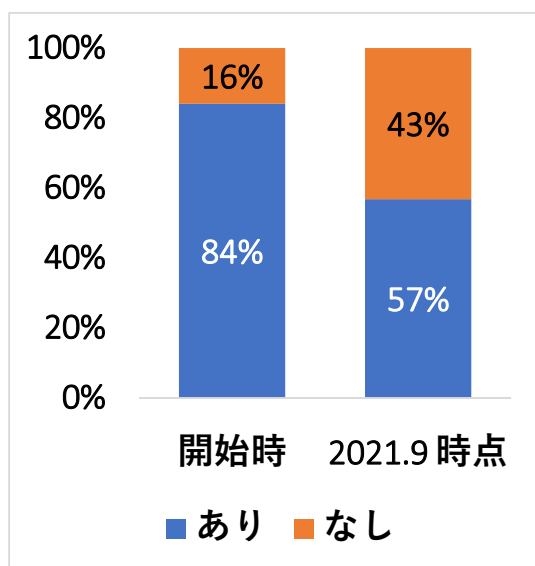


図5 WHODAS2.0 (健康および障害の評価) の変化 (N=20)
(1: 問題なし~ 5: 最重度または不可能)

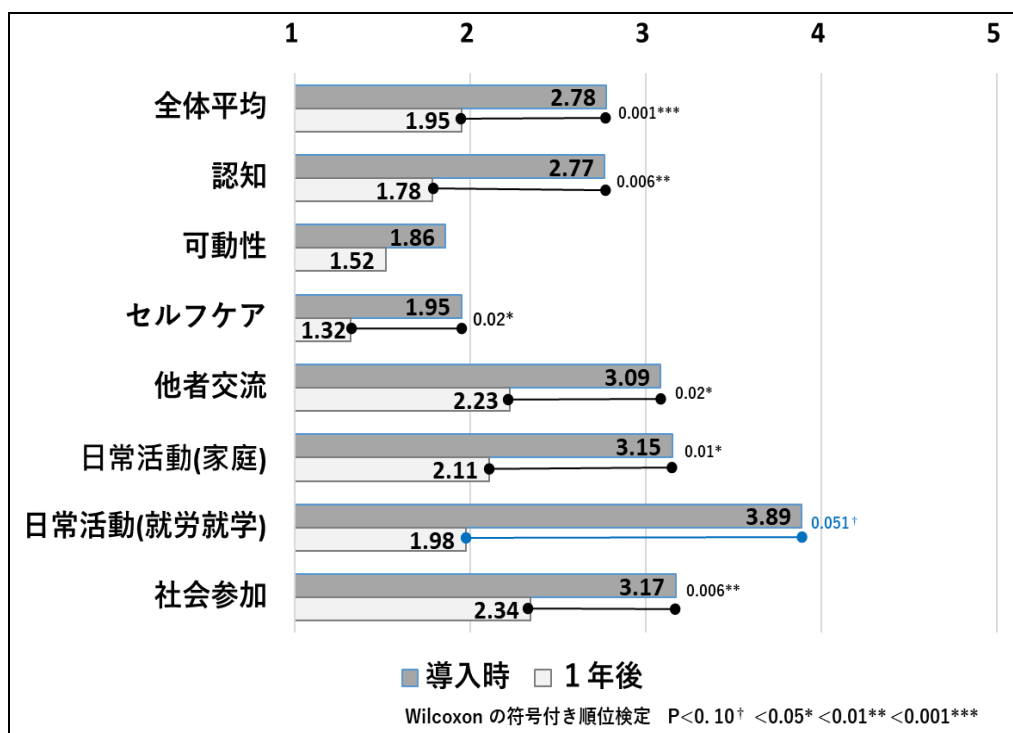


図6 CAN-Jスタッフ評価の変化 (N=20)

