

平成25年度地域保健総合推進事業

精神障害者アウトリーチにおける
保健所の果たすべき役割に関する研究
報告書

平成26年3月

一般財団法人 日本公衆衛生協会

分担事業者 柳 尚夫 兵庫県洲本保健所長

はじめに

平成23年度から始まったアウトリーチ推進事業は、モデル事業として一定の役割を果たして、平成25年度を最終年として終了する。そして、平成26年度からは、改正精神保健福祉法の施行と併せて、新たなアウトリーチ体制構築が、全国の各保健所に求められている。

具体的施策としては、「長期入院後の支援が必要な退院患者」と「入退院を繰り返す患者」に対して、退院早期に多職種で訪問する活動が一般診療報酬化される予定であり、その条件として、保健所や精神保健福祉センターの関与が必須の条件となっている。また、「未治療者」への対応は、引き続き保健所や市町村の役割とされており、国の強化策としては、地域生活支援事業のメニューとして提示され、要綱等の子細は今後決められるということである。しかし、都道府県が1/2補助事業として取り組まなければ、保健所のアウトリーチ体制の機能強化のための予算の獲得はできない状況である。

このように、平成26年度から、一般施策として「アウトリーチ」が位置づけられたことの意義は大きい。全国の医療機関や保健所が、これらの制度を活用して、地域でのアウトリーチ体制づくりを行うには、多くの課題がある。

一方、モデル事業での経験は、取り組んだ医療機関やそれを支援した保健所・精神保健福祉センターにとっては、非常に貴重なものであった。そのことは、関わりを持った保健所からは、「アウトリーチ体制の必要性を感じている」という回答を得た調査の結果からも分かる。しかしながら、このような経験をした保健所は、32保健所と全国保健所の1/10以下である。この貴重な経験が、モデル事業に取り組むことができなかつた多くの保健所に共有化されるには、多くの時間と工夫が必要である。

本研究では、アウトリーチ推進事業の実施地域を所管する保健所を対象に、平成24年度の実績や体制等について、調査を行った。また、本事業実施地域の中で、アウトリーチ事業を地域精神保健の視点からとらえている保健所をモデル保健所として、その保健所の所長に研究班員として参加を願うとともに、そのあり方を研究班として一緒に検討するとともに全体像の把握を試みた。また、今後の地域でのアウトリーチ体制整備のあり方をテーマに、保健所職員を対象に研修会を行った。

これらの研究活動を通じて、今までの「入院中心」から「地域で支える」地域精神保健医療福祉に変革していくためには、アウトリーチ体制は不可欠であり、特に重い精神障害者の支援のためには必須の支援であることを強く感じるようになった。本報告書では、事業実施保健所の多大なる協力を得て、アウトリーチ支援における保健所の役割について、不十分ではあるがまとめている。今後、全国の保健所に求められている「それぞれの地域にあったアウトリーチ体制整備」の一助になれば、幸いである。

なお、全国保健所所長会では、今年度でアウトリーチ推進事業が終了したことを受けて、「アウトリーチ」を中心テーマとした研究班は終了し、来年度以降は、「改正精神保健福祉法における保健所の役割」の研究を行い、その一部として、アウトリーチ体制整備について検討をしていく予定である。

3年間にわたって、本研究にご協力いただいた方々に感謝申し上げます。

平成26年3月

平成25年度地域保健総合推進事業

精神障害者アウトリーチにおける

保健所の果たすべき役割に関する研究班

分担事業者 柳 尚夫（兵庫県洲本保健所長）

精神障害者アウトリーチにおける
保健所の果たすべき役割に関する研究 報告書
目 次

第1章 研究の概要	1
1. 研究のねらい	1
2. 研究班組織と検討経過	1
(1) 研究班組織	1
(2) 事業内容	1
3. 研究の枠組み	2
(1) 実施保健所アンケート調査	2
(2) モデル地域の調査と報告	2
(3) 保健所職員研修会	2
第2章 保健所調査	3
1. 調査の目的	3
2. 調査の方法	3
3. 調査期間	3
4. 調査対象と回答率	3
5. 調査結果	4
(1) アウトリーチ推進実施保健所の基本情報	4
(2) アウトリーチ推進事業を実施している機関名と実施主体形態	6
(3) アウトリーチチームの活動拠点	6
(4) 実施機関の人員配置について	8
(5) 保健所のアウトリーチ推進事業担当者の職種	9
(6) 保健所の人員体制の変更の有無	9
(7) 担当者のアウトリーチチームへの具体的係わり	10
(8) 対象地域の変更の有無	12
(9) 対象地域について	13
(10) 事業対象者の状況	14
(11) 今後の対象者設定の方針	20
(12) 事業の運営における関係機関の役割や課題等について	21
(13) アウトリーチ推進事業の一般診療報酬化について	26
(14) 精神障害者への多職種チームによる継続的アウトリーチ体制の必要性について ...	28
(15) アウトリーチ体制の理想的なかたち	29
(16) アウトリーチ推進事業の支援における、自由意見	30
6. 考察	34
(1) アウトリーチチームのあり方	34
(2) 保健所等の果たした役割	34
(3) 事業の地域精神保健に与えた影響と保健所のとらえ方	34
(4) まとめ	34

第3章 モデル地域調査報告	35
1. 出雲地域（ネットワーク型）.....	35
(1) アウトリーチ推進事業開始までの出雲圏域の状況.....	35
(2) 出雲保健所管内の概要.....	36
(3) 管内精神科医療体制.....	36
(4) アウトリーチ推進事業の実施.....	37
(5) 評価.....	38
(6) アウトリーチ推進事業を活かした今後の取り組み.....	40
2. 出雲地域の外部からの評価.....	42
(1) 精神障害者アウトリーチ推進事業受託事業者の聞き取り調査.....	42
(2) 保健所の聞き取り調査.....	43
(3) アウトリーチ推進事業チームの聞き取り調査.....	43
(4) 考察.....	44
3. 十勝地域（ネットワーク型／ACT併用）.....	45
(1) 帯広保健所管内（北海道十勝地域）の概要.....	45
(2) 管内精神科医療体制.....	45
(3) 北海道精神障がい者アウトリーチ推進モデル事業について.....	46
4. 十勝地域の外部からの評価.....	52
(1) 十勝の地域精神保健福祉活動.....	52
(2) アウトリーチ推進モデル事業の特徴.....	54
(3) 今後の展開.....	54
5. 岡山県.....	55
(1) 岡山県のアウトリーチ実施機関と保健所.....	55
(2) 岡山県におけるアウトリーチ支援の状況.....	56
(3) アウトリーチ支援の評価.....	57
(4) アウトリーチ事業支援体制についての知見.....	57
(5) アウトリーチ支援における各機関の役割.....	58
(6) アウトリーチ支援の今後の課題.....	58
(7) アウトリーチ体制を考えるに当たってのポイント.....	58
(8) まとめ.....	59
第4章 保健所職員研修会実施報告	60
1. 平成25年度「精神障害者アウトリーチ推進事業研修会」の目的及び概要.....	60
(1) 目的.....	60
(2) 開催の概要.....	60
(3) 研修の概要と研修の内容.....	61
2. 研修会のまとめ（グループワークの概要）.....	62
(1) 目的.....	62
(2) グループディスカッションの内容.....	62
(3) 方法.....	62
(4) 戦略マップ ～精神保健福祉の近未来戦略マップ～.....	62
(5) SWOT分析 ～アウトリーチを進めるために～.....	63

(6) Aグループ：(いつやるの?) 今でしょ! 保健所.....	64
(7) Bグループ：ウツミ保健所.....	65
(8) Cグループ：夢を実現する保健所.....	66
(9) Dグループ：スーパーオリンピック保健所.....	67

第5章 考察および提言..... 68

1. 研究の成果.....	68
2. 平成26年度以降の日本におけるアウトリーチに係わる制度.....	68
3. 全国でアウトリーチ体制整備を行うために保健所等に求められていること.....	68
4. 提言.....	69
5. 参考資料.....	69
(1) 精神科重症患者早期集中支援管理料（平成26年度診療報酬改定）.....	69
(2) 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針.....	70
(3) 平成26年度 障害保健福祉部概算要求の概要（障害者地域生活支援事業）.....	70
6. 執筆者一覧.....	71

第1章 研究の概要

1. 研究のねらい

平成23年度から始まったアウトリーチ推進事業は、モデル事業としては、3年目の最終年を迎える。平成26年度からの一般事業化を視野に入れながら、本事業を含めたアウトリーチ活動の地域における保健所の役割を明確にし、精神保健福祉法改正後の地域精神保健におけるアウトリーチのあり方を研究する

2. 研究班組織と検討経過

(1) 研究班組織

役名	氏名	所属
所長	柳 尚夫	兵庫県洲本保健所
所長	澁谷いづみ	愛知県豊川保健所
所長	本保 善樹	東京都北区保健所
所長	岸本 泰子	島根県出雲保健所
所長	相田 一郎	北海道帯広保健所長
所長	毛利 好孝	姫路市保健所
所長	井形るり子	熊本市健康福祉子ども局こころの健康センター
医師	永岡 秀之	島根県こころの医療センター
所長	野口 正行	岡山県精神保健福祉センター
院長	藤田 大輔	大和診療所 (ACT-Zero)
所長	西川 里美	訪問看護ステーション宙 (ACT-Zero)
教授	三品 桂子	花園大学社会福祉学部
准教授	佐藤 純	京都ノートルダム女子大学

(2) 事業内容

- 実施保健所調査（アンケート及び訪問）
- 保健所役割の整理のためのワークショップ
- 保健所職員向け研修の実施
- 報告書作成
- 上記実施のための班会議

3. 研究の枠組み

(1) 実施保健所アンケート調査

平成 25 年度実施保健所に、現在の事業展開の状況と保健所が果たしている役割について、自記式調査を行う。

実施時期	平成 25 年 10 月～11 月
調査方法	郵送配布・郵送回収による自記式調査
調査対象	平成 25 年現在事業実施地域所管保健所 全数
回収状況	対象サンプル数 34カ所 回収サンプル数 34カ所 (チーム数は36) 有効回収率 100.0%
本報告書掲載頁	第2章 3頁～34頁

(2) モデル地域の調査と報告

北海道帯広保健所と島根県出雲保健所を先進的保健所として、また、岡山県精神保健福祉センターを事業実施精神保健福祉センターとして抽出し、それぞれの所長に研究班員となってもらい、その実施状況について、研究班全体でワークショップ（平成 25 年 11 月 16 日、17 日）の形で検討するとともに、一部の研究班員が、モデル保健所への訪問調査を実施した。

(3) 保健所職員研修会

上記調査結果を踏まえて、研究班員を講師として、「アウトリーチにおける保健所の役割」についての研修会を東京で 2 日間行った。（平成 26 年 2 月 17 日、18 日）

第2章 保健所調査

1. 調査の目的

平成25年度事業実施地域を所管する保健所を通じて、平成24年度の事業展開の状況を把握するとともに、保健所が果たしている役割について分析することを目指した。また、平成24年度に行った同様の調査（対象時期は、事業開始から平成24年6月末現在）と比較検討することで、事業の進捗状況を把握することを目的とした。

2. 調査の方法

郵送配布・郵送回収による、自記式調査で、34保健所に回答を求めた。なお、管内に複数チームを持つ保健所と1チームの活動地域が、2保健所にまたがっている例があるため、チーム数は、36である。

3. 調査期間

○平成25年10月～11月（全国34保健所、支所を含む）

4. 調査対象と回答率

保健所種別	調査対象	発送数	回収数 (集計数)	回答率
	北海道帯広保健所、青森県弘前保健所 青森県八戸保健所（※1）、青森県五所川原保健所 岩手県県央保健所、秋田県横手保健所 山形県置賜保健所、山形県庄内保健所 福島県会津保健所、千葉県松戸保健所 神奈川県三崎保健福祉事務所、山梨県中北保健所 静岡県東部保健所、三重県鈴鹿保健所 滋賀県草津保健所、京都府乙訓保健所 京都府山城北保健所、和歌山県岩出保健所 島根県出雲保健所、島根県浜田保健所 岡山県備前保健所（東備支所を含む）（※2） 広島県東部保健所福山支所、徳島県徳島保健所	25票	25票	100.0%
指定都市	岡山市保健所、熊本市保健所	2票	2票	100.0%
中核市	大津市保健所 奈良市保健所 福山市保健所 高松市保健所 高知市保健所（※1） 長崎市保健所（※1） 鹿児島市保健所	7票	7票	100.0%
合計		34票	34票	100.0%

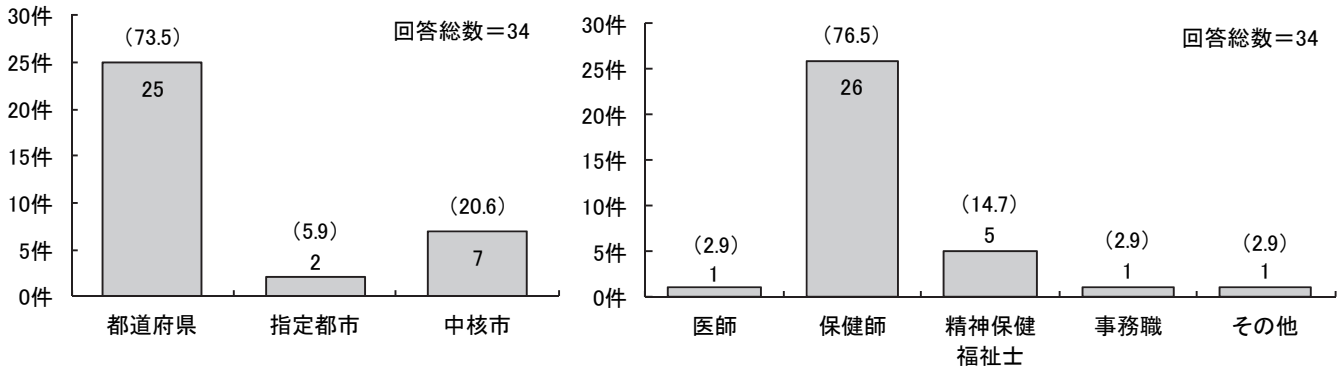
- ・（※1）青森県八戸保健所、高知市保健所、長崎市保健所は実施主体別に2票の回答があったが、1票としている
- ・（※2）岡山県備前保健所東備支所は、岡山県保健所に含んで扱った

5. 調査結果

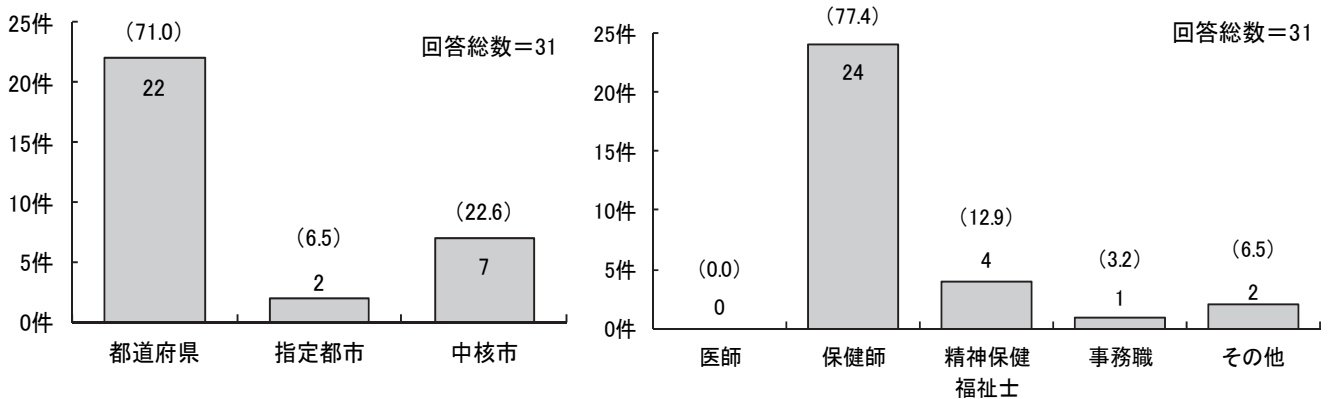
(1) アウトリーチ推進実施保健所の基本情報

まず、調査に回答される方についてお教え下さい。

[保健所設置主体と記入者の職種 (各単数回答)]



[平成 24 年度調査 : 保健所設置主体と記入者の職種 (各単数回答)]



※ () は%

実施地域保健所数は、平成 24 年度調査時点 (平成 24 年 6 月) では 31 保健所であったが、平成 25 年度には新たな機関の事業参加を求めなかったため、平成 24 年度後半から事業開始した 3 チームを所管する北海道帯広保健所、秋田県横手保健所、京都府乙訓保健所の都道府県型の 3 保健所が増えたのみである。調査回答職種についても、大きな変化はない。

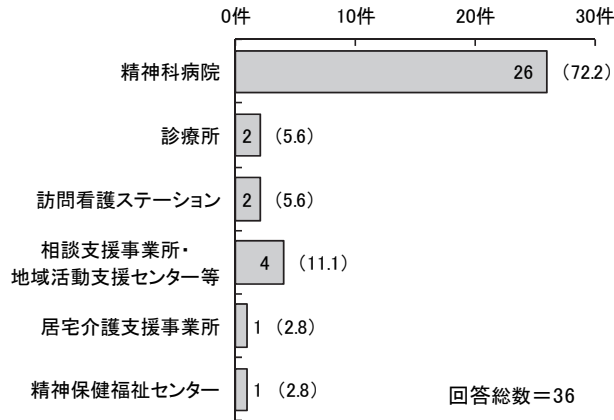
〔 設置主体類型／設置主体／記入者の職種の一覧 〕

No.	保健所名	設置主体	記入者の職種
1	帯広保健所	北海道	保健師
2	弘前保健所	青森県	保健師
3	八戸保健所(ひかり介護支援事業所)	青森県	保健師
4	八戸保健所(訪問看護ステーション「五福」)		
5	五所川原保健所	青森県	保健師
6	岩手県県央保健所	岩手県	保健師
7	横手保健所	秋田県	保健師
8	置賜保健所	山形県	保健師
9	庄内保健所	山形県	事務職
10	県中保健所	福島県	保健師
11	会津保健所	福島県	保健師
12	松戸保健所	千葉県	精神保健福祉士
13	三崎保健福祉事務所	神奈川県	福祉職
14	中北保健所	山梨県	精神保健福祉士
15	東部保健所	静岡県	保健師
16	鈴鹿保健所	三重県	保健師
17	草津保健所	滋賀県	保健師
18	大津市保健所	滋賀県 大津市(中核市)	保健師
19	乙訓保健所	京都府	精神保健福祉士
20	山城北保健所	京都府	精神保健福祉士
21	奈良市保健所	奈良県 奈良市(中核市)	保健師
22	岩出保健所	和歌山県	精神保健福祉士
23	出雲保健所	島根県	保健師
24	浜田保健所	島根県	保健師
25	備前保健所(東備支所を含む)	岡山県	医師
26	美作保健所	岡山県	保健師
27	岡山市保健所	岡山県 岡山市(指定都市)	保健師
28	東部保健所福山支所	広島県	保健師
29	福山市保健所	広島県 福山市(中核市)	保健師
30	徳島保健所	徳島県	保健師
31	高松市保健所	香川県 高松市(中核市)	保健師
32	高知市保健所(杜の風)	高知県 高知市(中核市)	保健師
33	高知市保健所(ポンテ)		
34	長崎市保健所(チームチョコア)	長崎県 長崎市(中核市)	保健師
35	長崎市保健所(チームゆうあい)		
36	熊本市保健所精神保健福祉室	熊本県 熊本市(指定都市)	保健師
37	鹿児島市保健所	鹿児島県 鹿児島市(中核市)	保健師

(2) アウトリーチ推進事業を実施している機関名と実施主体形態

アウトリーチ推進事業の実施状況をお教え下さい。
実施主体形態(あてはまるものに○)

〔実施主体形態(単数回答)〕



※()は%

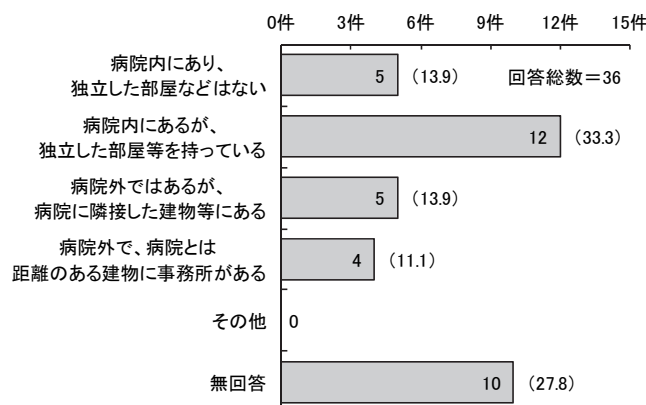
実施主体形態としては、精神科病院が7割以上を占めている。また、診療所、訪問看護ステーション、地域活動支援事業所のうちそれぞれ1カ所は精神科病院が運営をしている機関である。

(3) アウトリーチチームの活動拠点

実施主体が病院の場合、アウトリーチチームの活動拠点(事務所)はどうされていますか。

(1つに○)

〔アウトリーチチームの活動拠点(単数回答)〕



※()は%

病院の実施チームの中で、院外に事務所を持つのは9カ所で、チームの独立した部屋さえないのが5チームあった。

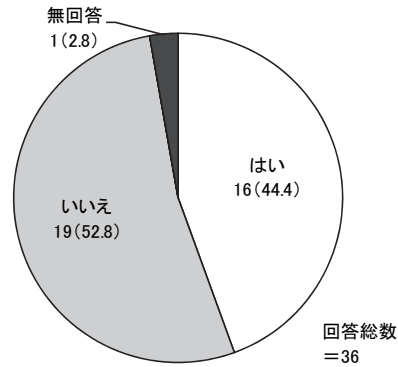
[実施機関名／実施主体形態の一覧]

No.	保健所名	実施機関名	実施主体形態
1	北海道 帯広保健所	十勝障がい者総合相談支援センター	相談支援事業所・地域活動支援センター等
2	青森県 弘前保健所	弘前愛成会病院	精神科病院
3	青森県 八戸保健所 (ひかり介護支援事業所)	ひかり介護支援事業所	居宅介護支援事業所
4	青森県 八戸保健所 (訪問看護ステーション「五福」)	青南病院 訪問看護ステーション「五福」	訪問看護ステーション
5	青森県 五所川原保健所	布施病院 地域活動支援センター ラ・プリマベラ	精神科病院
6	岩手県 岩手県県央保健所	社団医療法人智徳会 未来の風せいわ病院	精神科病院
7	秋田県 横手保健所	社会福祉法人興生会 横手興生病院	精神科病院
8	山形県 置賜保健所	公德会 佐藤病院	精神科病院
9	山形県 庄内保健所	訪問看護ステーション庄内	訪問看護ステーション
10	福島県 県中保健所	あさかホスピタル	精神科病院
11	福島県 会津保健所	竹田綜合病院	精神科病院
12	千葉県 松戸保健所	恩田第二病院	精神科病院
13	神奈川県 三崎保健福祉 事務所	医療法人財団青山会 福井記念病院	精神科病院
14	山梨県 中北保健所	公益財団法人住吉偕成会 住吉病院	精神科病院
15	静岡県 東部保健所	沼津中央病院・伊豆函南病院の合同チーム	精神科病院
16	三重県 鈴鹿保健所	三重県厚生農業協同組合連合会 鈴鹿厚生病院	精神科病院
17	滋賀県 草津保健所	地域生活支援センター風	相談支援事業所・地域活動支援センター等
18	滋賀県 大津市保健所	医療法人明和会 琵琶湖病院	精神科病院
19	京都府 乙訓保健所	一般財団法人長岡記念財団 長岡病院	精神科病院
20	京都府 山城北保健所	医療法人人栄会 宇治おうばく病院	精神科病院
21	奈良県 奈良市保健所	医療法人平和会 吉田病院 アウトリーチ推進室	精神科病院
22	和歌山県 岩出保健所	田村病院 アウトリーチチーム yui	精神科病院
23	島根県 出雲保健所	相談支援事業所ふあっと	相談支援事業所・地域活動支援センター等
24	島根県 浜田保健所	社会医療法人清和会 こころクリニックせいわ	診療所
25	岡山県 備前保健所 (東備支所を含む)	岡山県精神保健福祉センター	精神保健福祉センター
26	岡山県 美作保健所	財団法人江原積善会 積善病院	精神科病院
27	岡山県 岡山市保健所	大和診療所	診療所
28	広島県 東部保健所福山支所	医療法人永和会 下永病院	精神科病院
29	広島県 福山市保健所		
30	徳島県 徳島保健所	医療法人睦み会 城西病院	精神科病院
31	香川県 高松市保健所	いわき病院 アウトリーチさぬき	精神科病院
32	高知県 高知市保健所 (杜の風)	海辺の杜ホスピタル 杜の風	精神科病院
33	高知県 高知市保健所(ポンテ)	地域生活支援事業所 広場そよかぜ ポンテ	相談支援事業所・地域活動支援センター等
34	長崎県 長崎市保健所 (チームチョコア)	三和中央病院 チームチョコア	精神科病院
35	長崎県 長崎市保健所 (チームゆうあい)	田川療養所 チームゆうあい	精神科病院
36	熊本県 熊本市保健所精神 保健福祉室	向陽台病院 Stage	精神科病院
37	鹿児島県 鹿児島市保健所	医療法人常清会尾辻病院 アウトリーチチーム「プラスワン」	精神科病院

(4) 実施機関の人員配置について

事業実施開始後、スタッフの体制等で、変更点がありますか。
実施機関の人員配置(専任/兼任)
※カッコ内には実人員を記載して下さい。いない場合は、0を記入して下さい。

[スタッフ体制の変更の有無 (単数回答)]



※ () は%

スタッフ体制の変更については、人員を強化した例と単に入れ替えている例がある。事業開始1年程度でスタッフに変更されると、経験の蓄積ができない。また、兼務職員が多く、その職員の変更も多く行われているようである。

病院がアウトリーチ実施をする場合に、院内の人事異動でチームメンバーが頻回に変更される可能性があり、チームとしての理念の統一や研修の充実、チームワークや訪問スキルの向上等に課題が残る。

< はいの場合の内容とその理由 >

① 強化や増員について

- 専任スタッフの増加、実施体制強化のため。
- 配置が可能になったため、OT(兼務)が1名増えた。
- 対象事例が増加したため、兼務スタッフの看護師をほぼ専任にしたが完全ではない。
- スタッフに養護教諭を追加した。アウトリーチ中に高校生の相談があり、対象としていく場合、教育現場との連携が必要となるため。

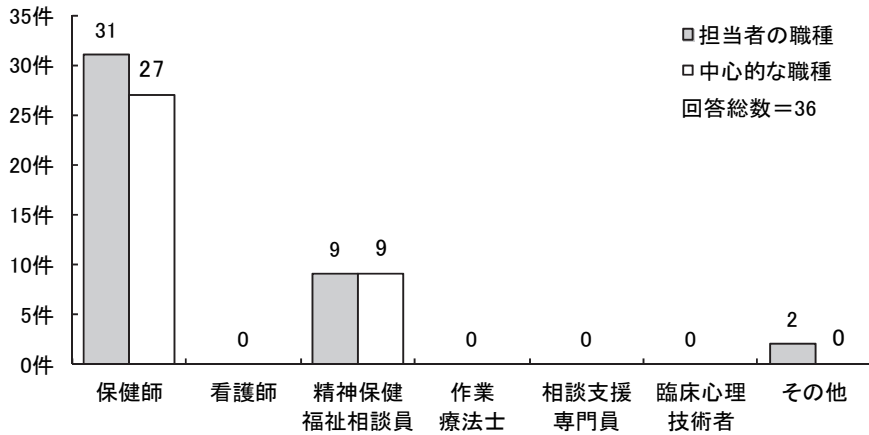
② 人員の変更について

- チームリーダーの変更、退職・入職に伴うスタッフの変更、院内における人事配置に伴う専任・兼任スタッフの変更。
- 兼務職員が多数であり、実働に適した人員配置を病院側が検討したため。
- 看護師スタッフが外来看護師から訪問看護センター看護師に変更になった。
- 兼任者の職種が変更になった。看護師4人→3人。作業療法士1人→2人。
- 専従が保健師から精神保健福祉士に変更になった。保健師が退職したため、新たに保健師が雇われ兼任になった。
- 法人内の兼務の見直しが行われた。

(5) 保健所のアウトリーチ推進事業担当者の職種

貴保健所の本事業担当の職種(あてはまるものに○、中心的な職種には◎)

[担当者の職種 (複数回答) と中心的な職種 (単数回答)]

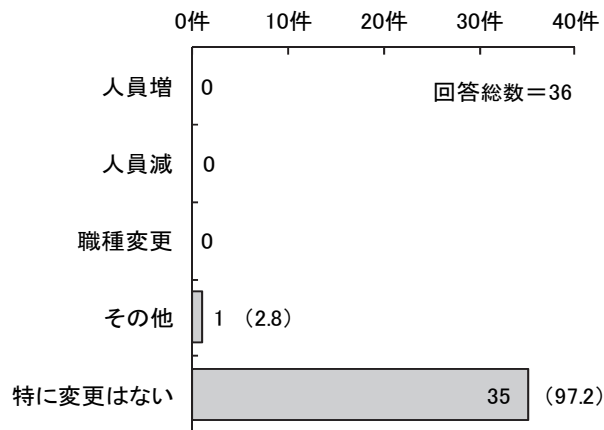


ほとんどの保健所では保健師が係っており、9 保健所でのみ精神保健福祉相談員が係っている。所内でも少数の職員しか係っていない可能性があり、所内で事業の共有化がされているかが課題である。

(6) 保健所の人員体制の変更の有無

人員体制は、事業開始後、変更されましたか。(あてはまるものに○)

[保健所の人員体制の変更 (複数回答)]



※ () は%

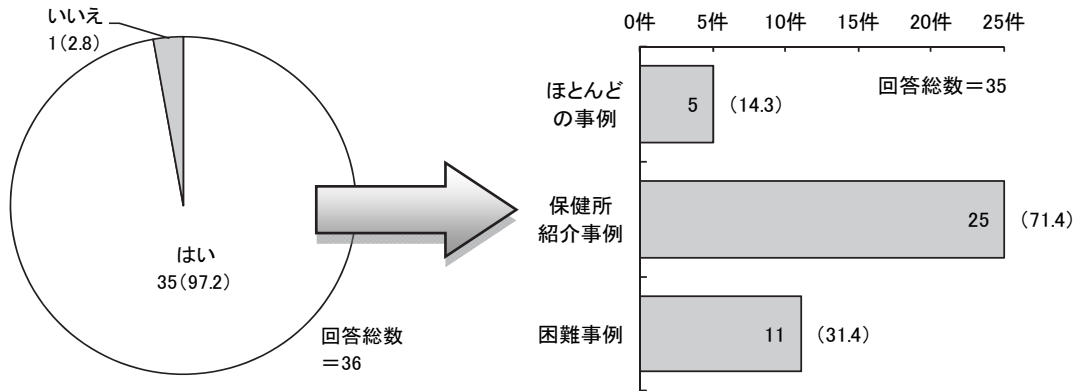
保健所では、当事業への人員体制の変更はされていない。担当者そのものの変更になった可能性はあるが、公的機関として安定した体制で取り組んでいる。

(7) 担当者のアウトリーチチームへの具体的係わり

担当者のアウトリーチチームへの具体的な係わりをお教え下さい。

①個別支援への同行

〔個別支援への同行（単数回答）／「はい」の場合の対応事例（複数回答）〕

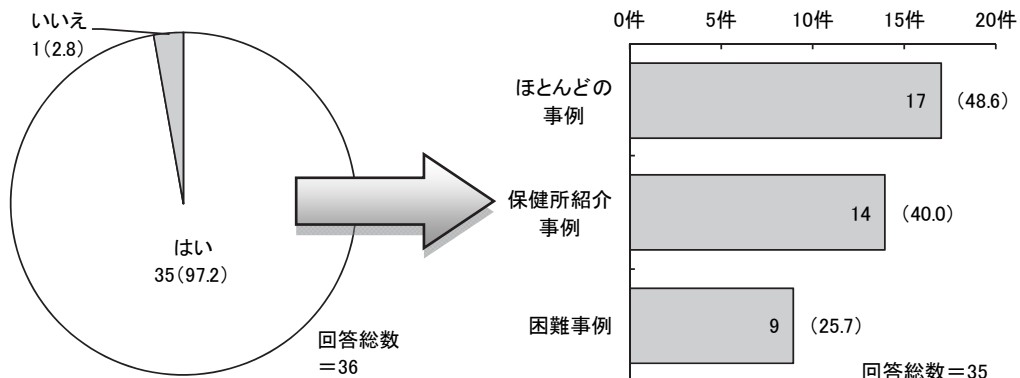


※ () は%

97%の保健所（1保健所以外）は、個別支援の訪問に同行している。保健所の紹介事例に同行しているのが25保健所と最も多い。また、11保健所が困難事例に、5保健所はほとんどの事例に同行していることから、これらの全体の半分近くの保健所は、保健所からの紹介以外の事例にも同行しているようである。

②個別事例検討会への参加

〔個別事例検討会への参加（単数回答）／「はい」の場合の対応事例（複数回答）〕

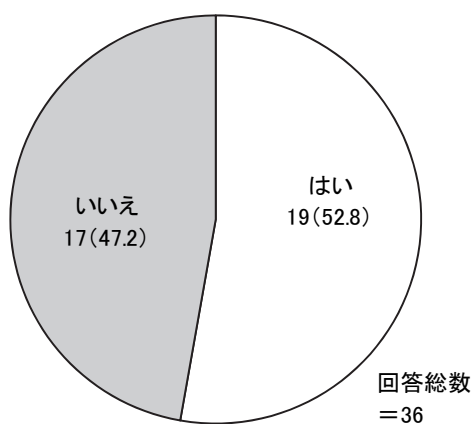


※ () は%

個別事例検討会にも、1保健所を除いてほとんど参加している。同行よりさらに積極的に係っており、半分がほとんどの事例の検討に参加し、残りの保健所も少なくとも保健所紹介事例や困難事例の検討会に参加している。

③チーム運営への支援

〔チーム運営への支援（単数回答）〕

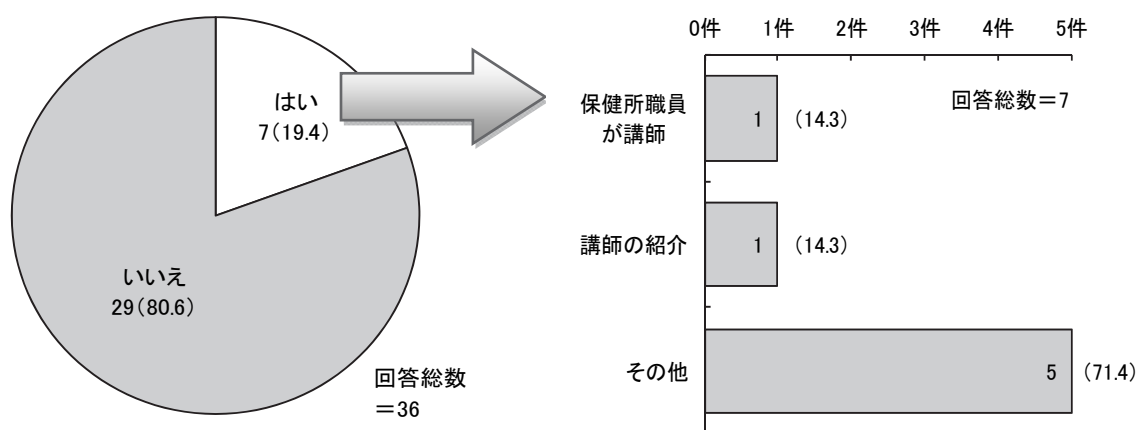


※ () は%

半分以上の保健所が、チーム運営に支援をしていると答えている。その内容は、会議への参加が多く、運営会議、対象者選定会議、評価検討会議等があげられている。そのような会議を保健所が招集しているところもある。

④人材育成への支援

〔人材育成への支援（単数回答）／「はい」場合の育成事例（複数回答）〕



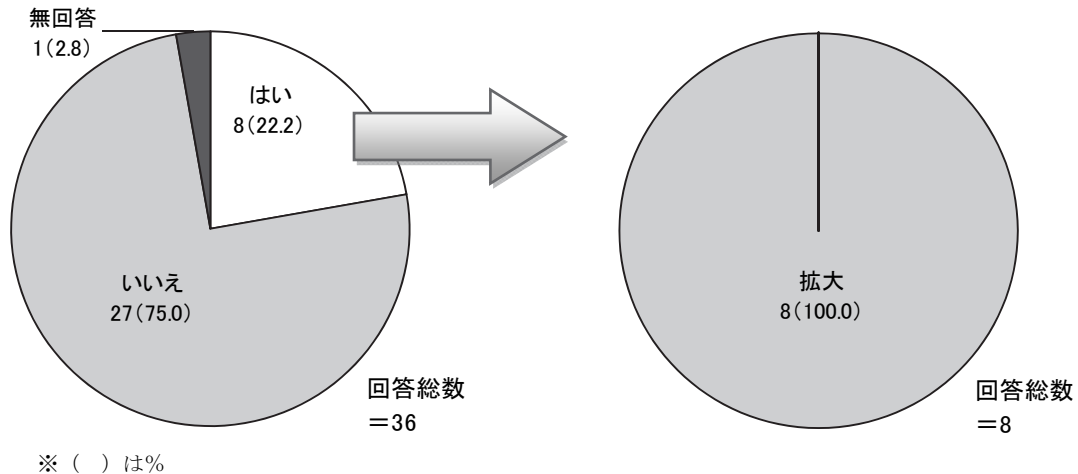
※ () は%

保健所が人材育成に係れているのは、7カ所に過ぎない。また、その内容は、研修を開催していたり、対応への助言をしていたり、人材育成の場づくりをしているなどがあげられている。

(8) 対象地域の変更の有無

事業開始後、対象地域への変更はありましたか。

〔対象地域の変更の有無（単数回答）〕



〔拠点からの車での範囲（分）〕

平均範囲	47.2 分
最大範囲	120 分
最小範囲	20 分

事業開始後、対象地域が変更になったのは8チームで、その全てが地域の拡大であった。

本事業では、24時間の緊急時の対応も求められていることから、車で30分以内の地域を本来の対象としている。実際には、平均は47.2分で、最大120分、最小20分とやや広い範囲を支援地域としている傾向にある。これらは、行政区域を対象範囲としていたり、対象者を広い地域から紹介を受けたりするモデル事業としての性格がでていのかもしれない。また、本来のアウトリーチ対象者より軽度な対象者を支援していることから、実質的には頻回訪問や、24時間の訪問支援を行っていないために、広範囲での運営が可能となっている可能性もある。

対象地域の人口は、千葉県松戸の8万人から岡山市の70万人までの幅がある。チーム当たりの適正な人口数は今後の検討課題であるが、ACTチームは、スタッフ1名当たり10名の支援を限界数としており、チーム規模と地域の支援必要者数によって、日本における適正エリアの検討が必要となる。

(9) 対象地域について

[地区名／人口／広さの一覧]

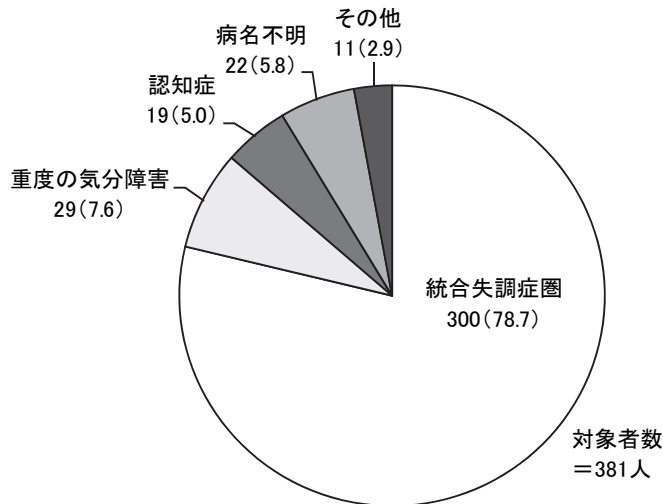
No.	保健所名	対象地域(地区名)	拠点から車での 範囲(分)	対象地域(人口)	対象地域(広さ)
1	北海道 帯広保健所	帯広市、音更町、茅室町、幕別町。	60分	258,594人	2,076.62 km ²
2	青森県 弘前保健所	津軽圏域(弘前市、黒石市、平川市、西目屋村、藤崎町、大鰐町、田舎館村、板柳町)、鱒ヶ沢町。	30分	305,342人	1,940.72 km ²
3	青森県 八戸保健所 (ひかり介護支援事業所)	八戸市。	45分	240,000人	305.40 km ²
4	青森県 八戸保健所 (訪問看護ステーション「五福」)	八戸市、水戸郡。	45分	304,362人	1,274.78 km ²
5	青森県 五所川原保健所	保健所管内全地域(五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町)。	120分	143,833人	1,752.99 km ²
6	岩手県 岩手県県央保健所	盛岡市、矢巾町、紫波町。	45分	414,732人	1,375.10 km ²
7	秋田県 横手保健所	横手市。	50分	98,367人	693.04 km ²
8	山形県 置賜保健所	東南置賜地域(米沢市、南陽市、高畠町、川西町)。	30分	165,397人	1,055.94 km ²
9	山形県 庄内保健所	庄内地域(鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町)。	30分	294,143人	2,405.18 km ²
10	福島県 県中保健所	須賀川市、田村市、岩瀬郡、石川郡、三春町。	90分	549,057人	1,524.12 km ²
11	福島県 会津保健所	会津若松市が主(磐梯町)。	-	125,000人	383.00 km ²
12	千葉県 松戸保健所	松戸市、柏市の一部。	30分	80,858人	125.60 km ²
13	神奈川県 三崎保健福祉 事務所	三浦市、鎌倉市、逗子市、葉山町。	75分	726,692人	106.28 km ²
14	山梨県 中北保健所	甲府市・甲斐市・中央市・昭和町(中北保健所管内)。	40分	320,223人	325.30 km ²
15	静岡県 東部保健所	沼津市、函南町、伊豆の国市。	60分	285,972人	346.97 km ²
16	三重県 鈴鹿保健所	鈴鹿市・亀山市。	-	250,316人	385.58 km ²
17	滋賀県 草津保健所	野洲市、守山市、草津市一部、栗東市一部。	30分	324,947人	206.68 km ²
18	滋賀県 大津市保健所	大津市内。	30分	337,634人	464.10 km ²
19	京都府 乙訓保健所	日向市、長岡京市、大山崎町。	20分	148,468人	32.82 km ²
20	京都府 山城北保健所	山城北圏域(宇治市、城陽市、久御山町、八幡市、京田辺市、井手町、宇治田原町)。	30分	445,855人	257.74 km ²
21	奈良県 奈良市保健所	奈良市(原則)。	60分	366,591人	276.84 km ²
22	和歌山県 岩出保健所	(和歌山市、岩出市、紀の川市)の一部。	30分	422,000人	475.97 km ²
23	島根県 出雲保健所	出雲市。	-	171,485人	624.13 km ²
24	島根県 浜田保健所	島根県浜田市、江津市。	60分	87,410人	958.11 km ²
25	岡山県 備前保健所 (東備支所を含む)	玉野市、瀬戸内市、赤磐市、和気町。	60分	161,260人	479.19 km ²
26	岡山県 美作保健所	津山市、鏡野町、久米南町、美咲町、美作市、勝央町、奈義町。	60分	184,847人	1,789.62 km ²
27	岡山県 岡山市保健所	岡山市。	45分	699,160人	789.92 km ²
28	広島県 東部保健所福山支所	福山市西部地域。	30分	111,184人	200.00 km ²
29	広島県 福山市保健所	*	*	*	*
30	徳島県 徳島保健所	徳島市、鳴門市、小松島市、石井町、板野郡。	30分	489,663人	510.94 km ²
31	香川県 高松市保健所	高松市、綾川町。	30分	444,054人	484.81 km ²
32	高知県 高知市保健所(杜の風)	旧高知市(高知市)。	-	325,197人	309.22 km ²
33	高知県 高知市保健所(ポンテ)	旧高知市(高知市)。	-	325,197人	309.22 km ²
34	長崎県 長崎市保健所 (チームチョコア)	長崎市南部、東部。	60分	214,868人	203.23 km ²
35	長崎県 長崎市保健所 (チームゆうあい)	長崎市北・西部、西彼杵郡時津町、長与町。	-	296,586人	232.83 km ²
36	熊本県 熊本市保健所精神 保健福祉室	熊本市、玉名・山鹿保健所管轄(荒尾市、玉名郡、山鹿市)。	60分	-	1,110.47 km ²
37	鹿児島県 鹿児島市保健所	鹿児島市。	30分	-	547.21 km ²
時間／人口／面積(平均)			47.2分	297,626.3人	732.2 km ²

(10) 事業対象者の状況

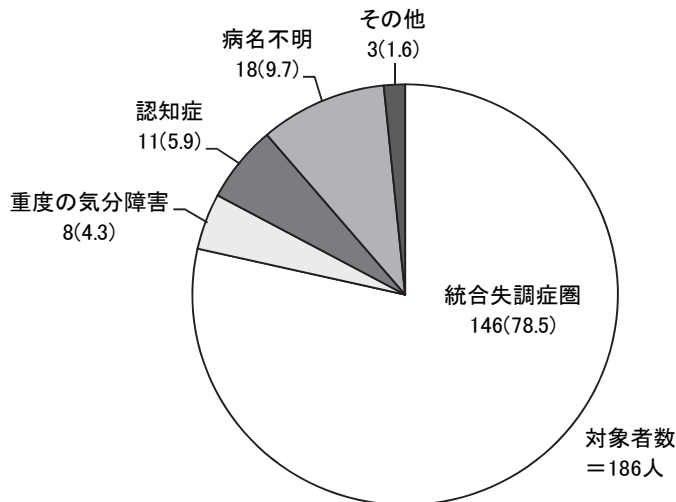
事業対象者の状況についてお教え下さい。
※以下の質問には、支援した全例について記載して下さい。

①対象者の主な疾患

[対象者の主な疾患（単数回答）]



[平成24年度調査：対象者の主な疾患（単数回答）]



※ () は%

対象者数は、昨年調査に比べて増加しており 381 人であるが、対象疾患の割合はほぼ同じで、8 割が統合失調症で、重度の気分障害、認知症と続いている。未治療者は、病名不明となっている。

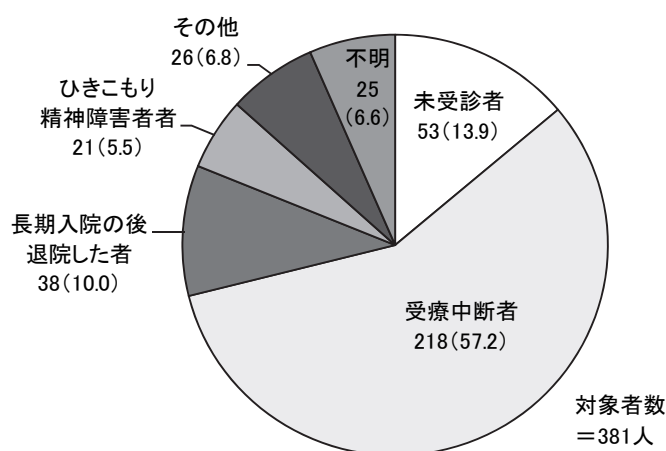
[対象者の主な疾患の一覧]

※単位は人

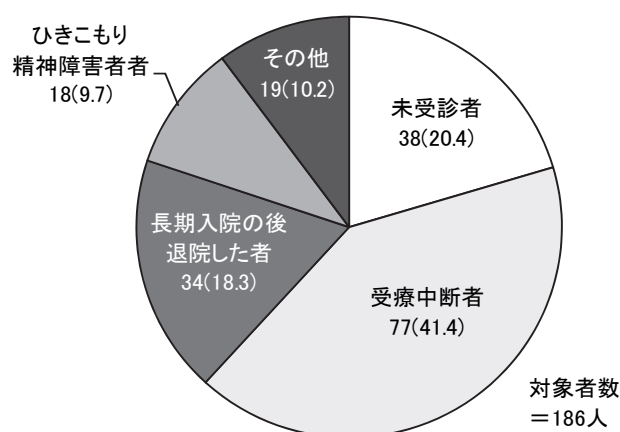
No.	保健所名	a: 対象者数 (再掲)	対象者の主な疾患の内訳				
			b: 統合失調症 圏 (b/a)	c: 重度の気分 障害 (c/a)	d: 認知症 (d/a)	e: 病名不明 (e/a)	f: その他 (病名と人数) (f/a)
1	北海道 帯広保健所	10	8			2	
2	青森県 弘前保健所	9	8		1		
3	青森県 八戸保健所 (ひかり介護支援事業所)	12	8	1		1	てんかん1人 発達障害1人
4	青森県 八戸保健所 (訪問看護ステーション「五福」)	10	7	1	1	1	
5	青森県 五所川原保健所	3	3				
6	岩手県 岩手県県央保健所	19	16	3			
7	秋田県 横手保健所	25	7	4	3	8	アルコール依存症2人 不安神経症1人
8	山形県 置賜保健所	15	8	4		2	適応障害1人
9	山形県 庄内保健所	9	7	2			
1	福島県 県中保健所	15	12		1	2	
11	福島県 会津保健所	10	9				妄想障害1人
12	千葉県 松戸保健所	33	29	2	1	1	
13	神奈川県 三崎保健福祉 事務所	3	3				
14	山梨県 中北保健所	4	2	1	1		
15	静岡県 東部保健所	10	8	1			強迫性障害1人
16	三重県 鈴鹿保健所	25	21	2	1		発達障害1人
17	滋賀県 草津保健所	11	11				
18	滋賀県 大津市保健所	8	8				
19	京都府 乙訓保健所	3	2				心理的発達障害1人
2	京都府 山城北保健所	10	1				
21	奈良県 奈良市保健所	25	2	1	2	2	
22	和歌山県 岩出保健所	3	3				
23	島根県 出雲保健所	8	6			1	強迫神経症1人
24	島根県 浜田保健所	5	4			1	
25	岡山県 備前保健所 (東備支所を含む)	14	11	2	1		
26	岡山県 美作保健所	7	7				
27	岡山県 岡山市保健所	-	-	-	-	-	-
28	広島県 東部保健所福山支所	10	7	3			
29	広島県 福山市保健所	*	*	*	*	*	*
3	徳島県 徳島保健所	19	17		1	1	
31	香川県 高松市保健所	3	3				
32	高知県 高知市保健所(杜の風)	5	2		3		
33	高知県 高知市保健所(ボンテ)	5	5				
34	長崎県 長崎市保健所 (チームチョコア)	5	2		3		
35	長崎県 長崎市保健所 (チームゆうあい)	8	7	1			
36	熊本県 熊本市保健所精神 保健福祉室	4	3	1			
37	鹿児島県 鹿児島市保健所	16	16				
	対象人数(合計)	381	300	29	19	22	11
	対象人数(平均)		8.6	1.9	1.6	2.0	1.4
	対象人数に占める割合(平均)		78.7%	7.6%	5.0%	5.8%	2.9%

②対象とした患者の受診状況

〔対象とした患者の受診状況（単数回答）〕



〔平成24年度調査：対象とした患者の受診状況（単数回答）〕



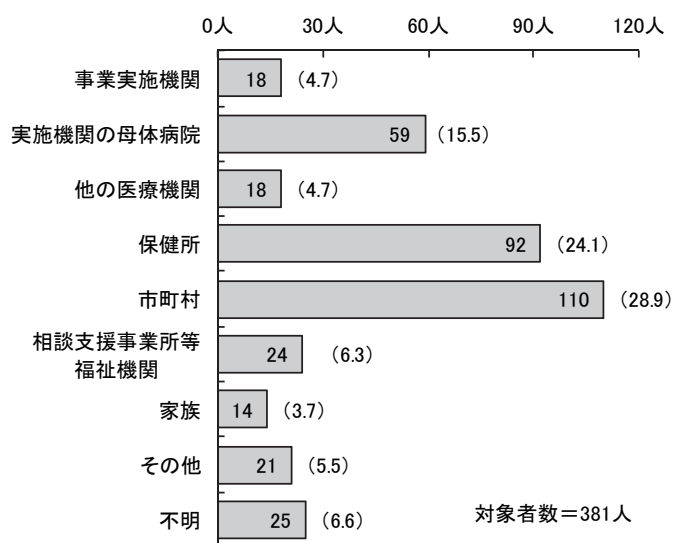
※（ ）は%

未受診者は、国が本事業の原則対象としない方針を打ち出したことも影響して、割合は昨年の20%から14%と減少したが、実数では38から53に増加している。また、治療中断者は、77（41.2%）から218（57.2%）と実数・割合ともに増加している。結果として、対象者の7割以上が、未受診者、治療中断者と本来保健所が支援すべき対象者が占めることとなっている。

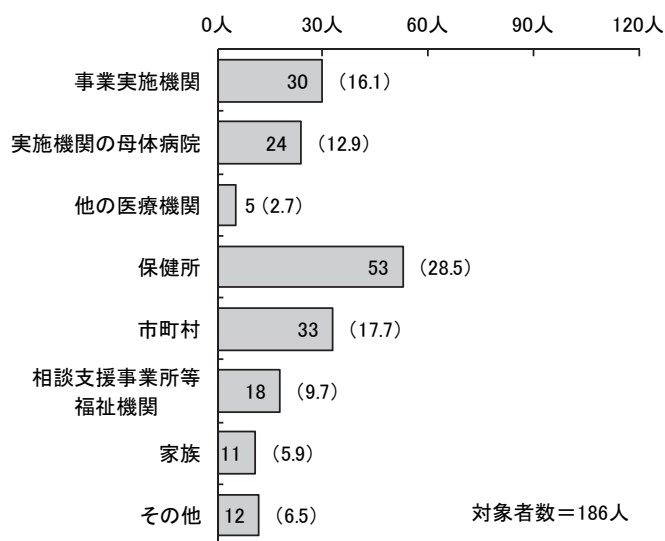
さらに、今回の診療報酬化の対象となっている長期入院後の退院した者は、34（18.3%）から38（10%）と実数で微増であるが、そのうち15名を対象としたチームがあるように、チームの格差が大きい。病院がチーム運営をしているのに、その対象者があまり出てこないのは、現在の退院患者の多くは社会的入院患者であるため、評価会議等でその必要性が検討されると適応患者ではないと判断され、対象者が少なくなるのではないかと考えられる。

③紹介してきた機関等

〔 紹介してきた機関等（単数回答）〕



〔 平成 24 年度調査：紹介してきた機関等（単数回答）〕

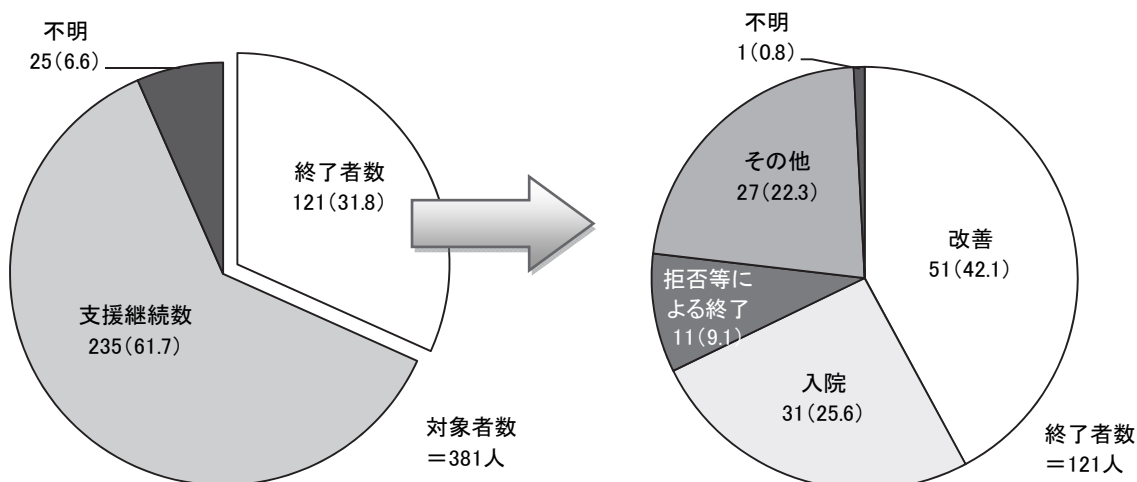


※ () は%

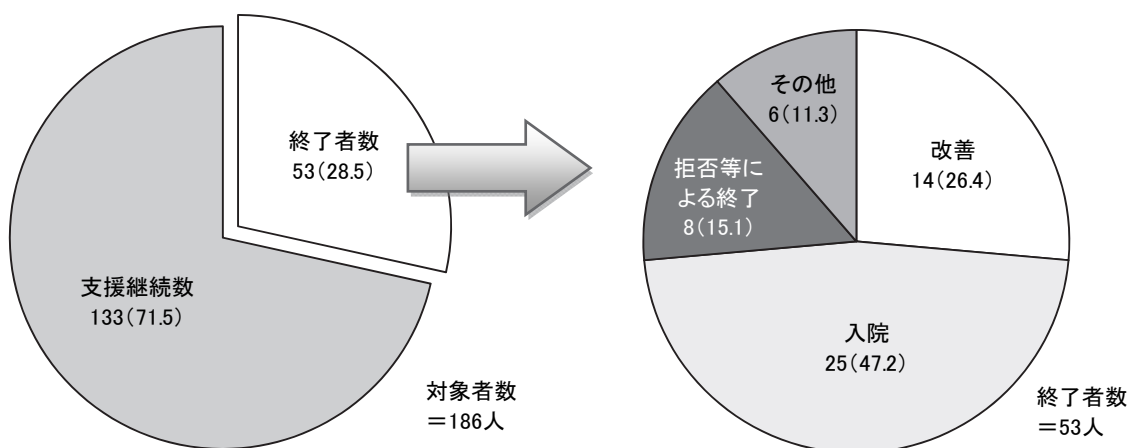
対象者の紹介機関としては、市町村が3割、保健所が1/4で、この両者で半分以上を占めている。事業実施機関や母体病院からの紹介は合わせて2割で、他医療機関からは5%もない状況である。相談支援事業所と家族を合わせて1割である。昨年調査との比較では、保健所と市町村の紹介数が逆転したことが印象的である。事業の認知度が広がると市町村からの依頼が増える傾向にある。対象者の受療状況から見ても、未受診や治療中断のために、地域からの苦情等の問題事例への対応を行政がチームに依頼をしていることがうかがえる。

④アウトリーチ推進事業の支援結果（平成24年度事業）

〔アウトリーチ推進事業の支援結果（単数回答）〕



〔平成24年度調査：アウトリーチ推進事業の支援結果（単数回答）〕



※（ ）は%

成果については、381人のうち終了121人、継続235人、不明25人で、3割が終了している。その内容は、1/4は入院で、4割は改善、1割は拒否による終了である。1/4の入院の結果は、昨年の1/2の入院に比べると大きな成果と言えるが、「問題の解決を入院に頼らない」事業としては課題があると言える。海外のACTでの支援も20%程度は入院するというデータがあるが、対象が非常に重度な精神障害者であることから、同列には考えられない。

[アウトリーチ推進事業の支援結果の一覧]

単位:人

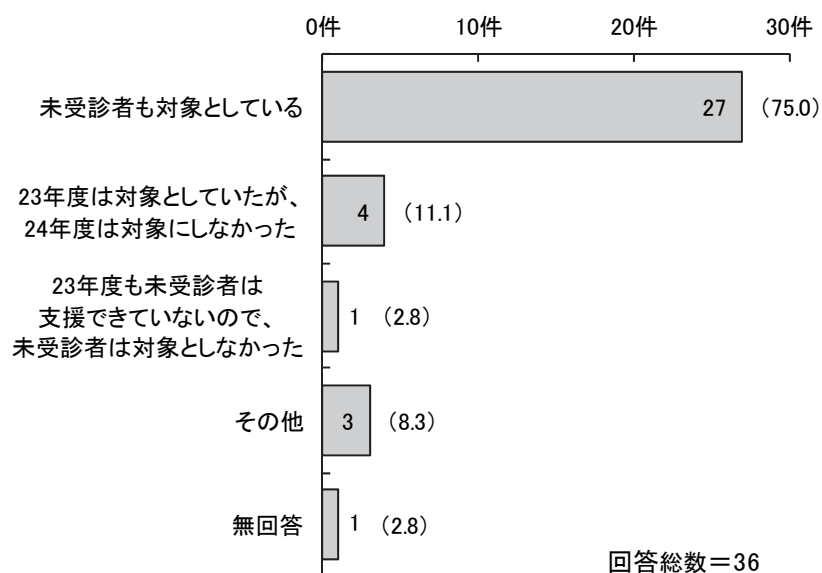
No.	保健所名	a:対象者数	b:現在の 支援数 (b/a)	c:終了者数 (c/a)	終了者内訳			
					d:改善 (d/c)	e:入院 (e/c)	f:拒否等によ る終了(f/c)	g:その他 (g/c)
1	北海道 帯広保健所	10	9	1			1	
2	青森県 弘前保健所	9	6	3	2	1		
3	青森県 八戸保健所 (ひかり介護支援事業所)	12	4	8	2	2	1	対象外2人、死亡1人
4	青森県 八戸保健所 (訪問看護ステーション「五福」)	10	5	5	5			
5	青森県 五所川原保健所	3	2	1	-	-	-	-
6	岩手県 岩手県県央保健所	19	14	5	3	1		対象外1人
7	秋田県 横手保健所	25	21	4		1		問題行動なし1人 他の支援利用2人
8	山形県 置賜保健所	15	11	4	1	1		訪問看護へ移行2人
9	山形県 庄内保健所	9	7	2		1		音信不通1人
1	福島県 県中保健所	15	7	8	2	3	2	他機関が対応1人
11	福島県 会津保健所	10	9	1	1			
12	千葉県 松戸保健所	33	14	19	9	2		8人(別紙あり)
13	神奈川県 三崎保健福祉 事務所	3	3	0				
14	山梨県 中北保健所	4	3	1				死亡1人
15	静岡県 東部保健所	10	8	2		1	1	
16	三重県 鈴鹿保健所	25	12	13	8	4		施設入所1人
17	滋賀県 草津保健所	11	1	1	1			
18	滋賀県 大津市保健所	8	5	3	1	2		
19	京都府 乙訓保健所	3	3	0				
2	京都府 山城北保健所	10	5	5	4			死亡1人
21	奈良県 奈良市保健所	25	-	-	-	-	-	*
22	和歌山県 岩出保健所	3	3					
23	島根県 出雲保健所	8	6	2		2		
24	島根県 浜田保健所	5	5	0				
25	岡山県 備前保健所 (東備支所を含む)	14	1	4	2	1		死亡1人
26	岡山県 美作保健所	7	3	4	1	1		施設入所1人 地域生活支援cへ移行1人
27	岡山県 岡山市保健所	-	-	-	-	-	-	-
28	広島県 東部保健所福山支所	10	5	5	3	2		
29	広島県 福山市保健所	*	*	*	*	*	*	*
3	徳島県 徳島保健所	19	15	4		1	2	対象ではない1人
31	香川県 高松市保健所	3	2	1		1		
32	高知県 高知市保健所(杜の風)	5	4	1		1		
33	高知県 高知市保健所(ポンテ)	5	4	1	1			
34	長崎県 長崎市保健所 (チームテヨコア)	5	4	1			1	
35	長崎県 長崎市保健所 (チームゆうあい)	8	5	3	1	1	1	
36	熊本県 熊本市保健所精神 保健福祉室	4	2	2	1	1		
37	鹿児島県 鹿児島市保健所	16	9	7	3	1	2	死亡1人
	対象人数(合計)	381	235	121	51	31	11	27
	対象人数(平均)	10.9	6.9	3.6	2.7	1.5	1.4	1.9
	対象人数に占める割合(平均)		61.7%	31.8%	42.1%	25.6%	9.1%	22.3%

※支援結果の不明:25(6.6%)

(11) 今後の対象者設定の方針

国は未受診者を原則対象としない方針を24年に出しましたが、どうしましたか。(1つに○)

〔今後の対象者設定の方針(単数回答)〕



※ () は%

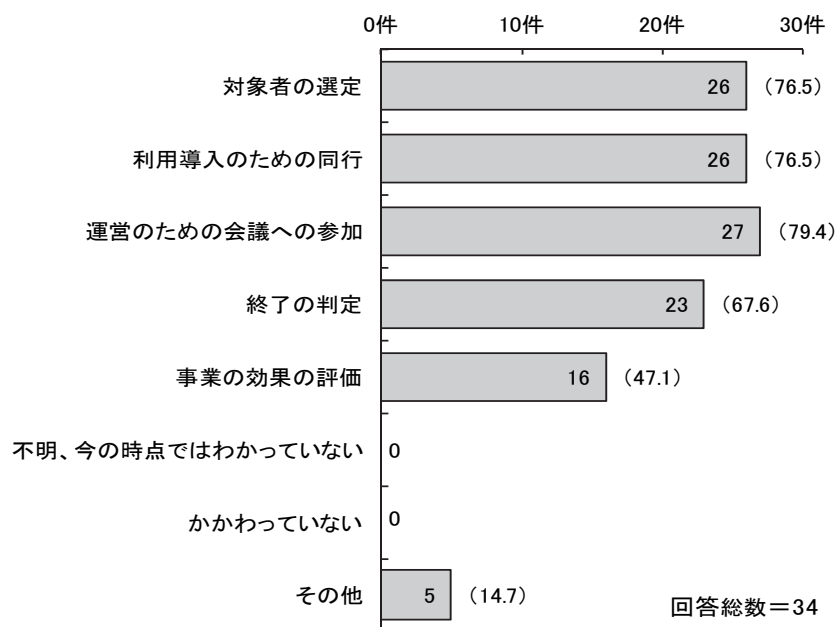
対象者の医療状況でも見られたように、3/4は未受診者を引き続き対象者としている。地域ニーズとしては、未受診者への支援は大きいものとする。

(12) 事業の運営における関係機関の役割や課題等について

①保健所の役割

所管保健所の役割は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

〔保健所の役割（複数回答）〕



※ () は%

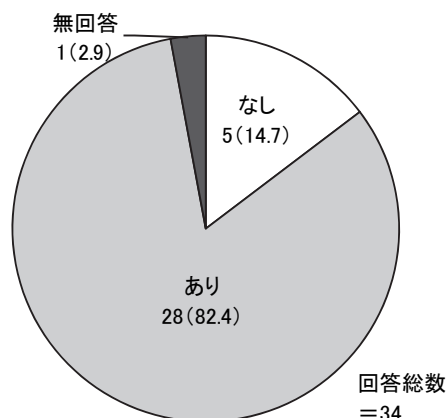
国の手引きに求められている保健所の役割の対象者の選定、利用導入のための同行、運営のための会議への参加は、8割近くの保健所が行っている。終了の判定は2/3で、事業効果の評価は半分しかできていない。

評価では評価会議が多くの地域で開催されているが、一部には、その評価基準が明確でないと答えている保健所がある。一方、GAF や SBS というような個々の患者の能力や社会性の国際的尺度を使って評価している保健所がある。また、個別支援評価票（中四国限定版）やシステム評価票（島根独自のもの）というような独自の指標をつくって評価している地域もある。さらに、ストレングスのアセスメント、相談者・対象者の満足度、本人の変化・家族の変化、入退院の回数、治療断続、病状の安定、生活行動の拡大、利用サービスの拡大、本人支援の受け入れの意識の変化、家族の変化、関係機関の連携状況等幅広い視点から、その効果を評価しようとしている保健所もある。これらの事業評価の基準や手法は、地域でのアウトリーチ体制の評価として貴重であり、国レベルでの標準化が今後必要である。

②精神保健福祉センターの役割

精神保健福祉センターの役割はありますか。(1 つに○)

〔精神保健福祉センターの役割（単数回答）〕



※ () は%

岡山県及び岡山市精神保健福祉センターは実施機関であり例外的存在であるが、それ以外にも実施都道府県の精神保健福祉センターは、役割を果たしている。その役割の多くは、評価検討会議や運営会議への出席で、一部はその事務局を務めており、会議の場での助言をしている。一部のセンターでは、事例検討会議への出席や研修の実施をしている。

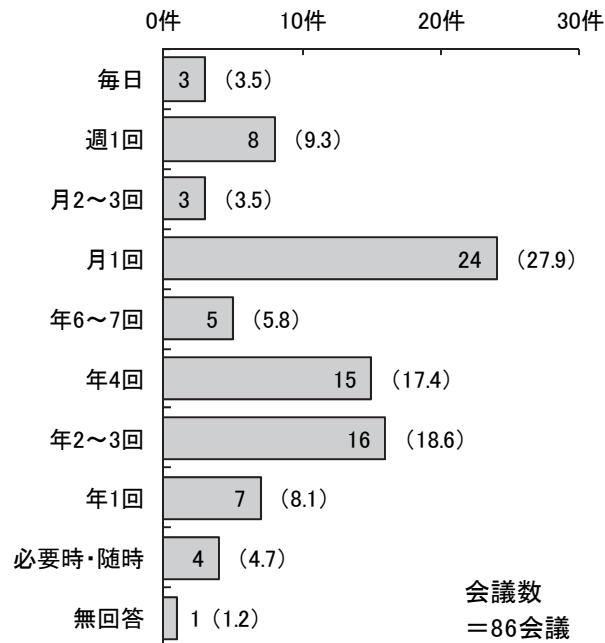
少数ではあるが、会議に参加はしていても専門的助言がされないという評価のセンターや、事業に全く係っていないセンターもある。

しかし、来年度以降、診療報酬でのアウトリーチ実施をする病院があれば、保健所か精神保健福祉センターの月1回以上の会議は条件となっており、経験のない保健所が多い中では、精神保健福祉センターの直接関与や保健所支援は是非必要である。

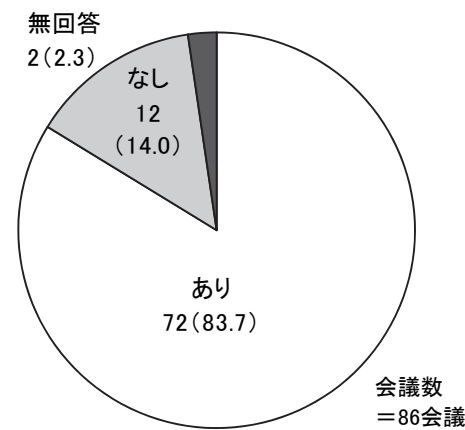
③会議の開催状況

運営のための会議の開催状況はどのようになっていますか。(1つに○)

〔 会議の開催状況（単数回答）〕



〔 保健所の参加の有無（単数回答）〕



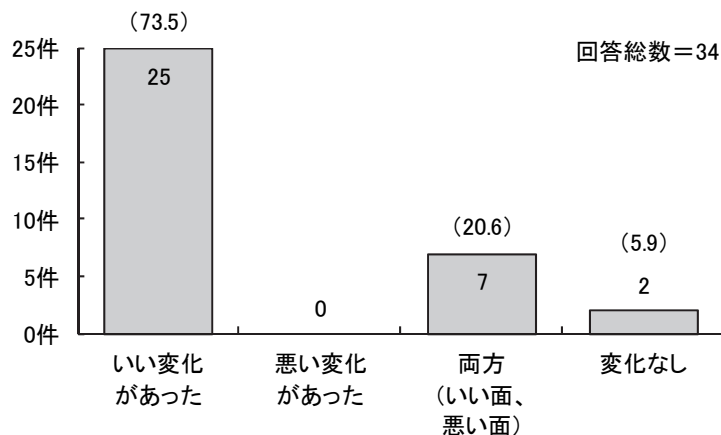
※ () は%

事例検討会だけでなく、運営のための会議には8割以上の保健所が参加している。さすがに、毎日の会議に参加している保健所はないが、週1回の会議に参加している保健所もある。もっとも多いのが月に1回の会議への参加で、診療報酬化した場合にも、この程度の頻度での会議への参加は可能だと思われる。

④係わりにおける地域精神保健活動への変化

本事業に係わったことで、貴保健所の地域精神保健活動に変化がありましたか。(1つに○)

〔係わりにおける地域精神保健活動への変化（単数回答）〕



※ () は%

変化がないと答えたのは2保健所だけで、悪い面と両方を指摘する7保健所を含めて、残りの32保健所はいい変化があったと答えている。

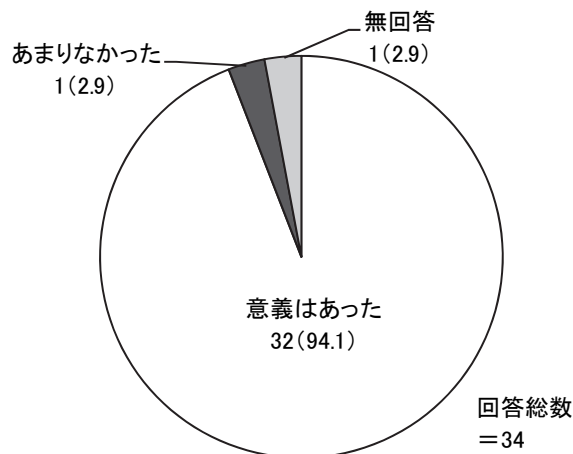
いい変化の内容としては、個別支援に関しては、今まで対応が困難であった入退院を繰り返す事例や継続的支援ができなかった治療中断例に対して、生活支援の視点からアウトリーチを行って、当事者の生活の改善だけでなく、地域からの苦情が減るなど地域全体の改善を見ることができたと多くの保健所が報告している。また、これまでは入院を勧めることしかできなかったのが、地域で支えるという支援の選択肢が増えたことや、多職種、多機関で支援する安心感や支援の幅が広がったことで、保健所職員が地域で障害者を支援することができるという意識の変化を経験しているようである。さらに、特に医療機関を中心に、関係機関間の連携の強化や地域での精神障害者の支援への機運が高まったなど、地域全体のネットワークの発展を実感している保健所もある。また、この事業を通じて、病院職員が地域支援の視点を持てるようになり、訪問・相談に係わるスキルアップ、人材育成につながり、今後の精神科医療へのいい影響があるという意見もあった。この事業への係わりで、保健所が地域で果たすべき役割が再認識でき、アウトリーチを活用した地域精神保健活動を検討する機会になったという意見もあった。

悪い面では、本事業の対象外の地域に支援できないことやスタッフの訓練が十分でなくアウトリーチの成果が上がらなかったというモデル事業の限界や、保健所職員の業務量の増加があげられている。

⑤係わることの意義

本事業に保健所が係わることに意義はあったでしょうか。(1つに○)

〔係わることの意義（単数回答）〕



※ () は%

「あまり係わっていない状況のため、変化はない状況である」ので、「意義はあまりなかった」という 1 保健所と無回答の 1 保健所以外の 32 保健所（94%）は、意義があったと答えている。

保健所が係わったことの意義としては、保健所機能の見直しができたという意見が多い。具体的には、「地域精神保健活動における保健所の役割や保健所機能の再確認になった」「これまで緊急対応で医療につながるが多かったが、時間を費やし、深い係わりが持てれば、本人や家族が納得のいく良い形で医療やサービスにつなげることができると理解ができた」「治療的な側面だけでなく、生活の質の向上という視点でケース支援ができるようになった」等が代表的なものである。一方、チームの質の向上を図るシステムがなければ、アウトリーチは機能しないことが分かったことが意義であるという厳しい意見もあった。

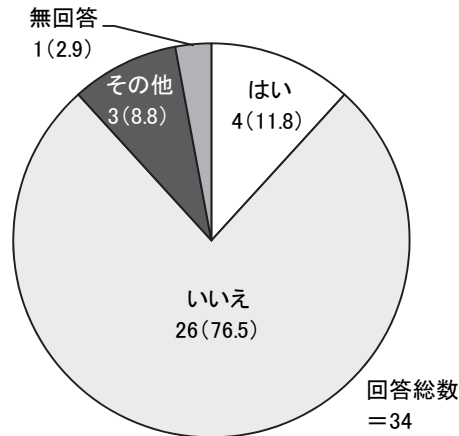
一方、保健所が係わることで事業にいい影響があるという意味での意義では、「アウトリーチチームと市町や医療機関との連携がスムーズに図れた」「事業を地域の関係機関に周知したり、他の機関から対象者を募ることができた」というような啓発や連携の役割を果たせたことをあげる意見と、「アウトリーチ事業担当者への地域実態把握と精神障害者の地域生活についての現状を伝えることができた」「困難事例に対する指導・助言ができた」「より公平な立場で対象の選定ができ、支援が必要かどうかの検討ができる」「関係機関を紹介したり、チームの支援の幅を広げることができ、チームの係わりが終了した後も、地域支援を継続できる」というような地域情報の伝達や公的機関の中立性を活かした判断、技術的支援、そして地域での支援の継続性を担保することをあげる意見があった。

(13) アウトリーチ推進事業の一般診療報酬化について

①一般診療報酬化後の事業継続について

所管保健所では、事業所と一般診療報酬化後の事業継続について、検討されたことはありますか。(1つに〇)

〔一般報酬化後の事業継続について(単数回答)〕



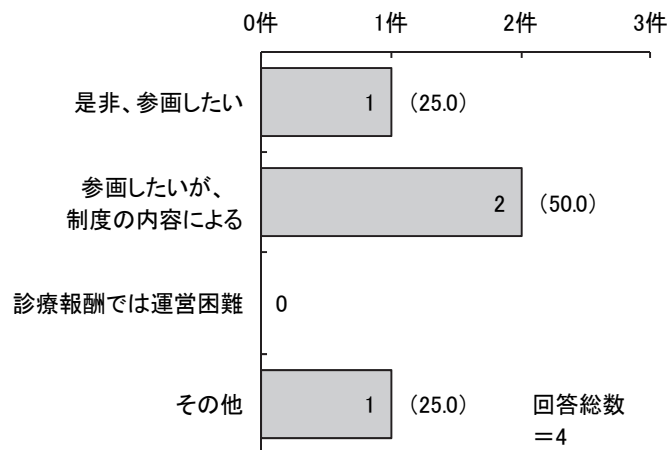
※()は%

4カ所の保健所だけが、一般診療報酬化について議論をしている。その中で、「県担当課、県内のモデル事業実施2保健所、各委託機関、精神保健福祉センター、計6機関合同で検討した」という積極的な例があった。しかし、結果は制度が不確定の中では、是非参画したいというのは1機関だけであった。

②一般診療報酬化後の継続実施の意向

「はい」の場合に、一般診療報酬化の継続実施について、どのような意向でしたか。(1つに〇)

〔一般診療報酬化後の継続実施の意向(単数回答)〕

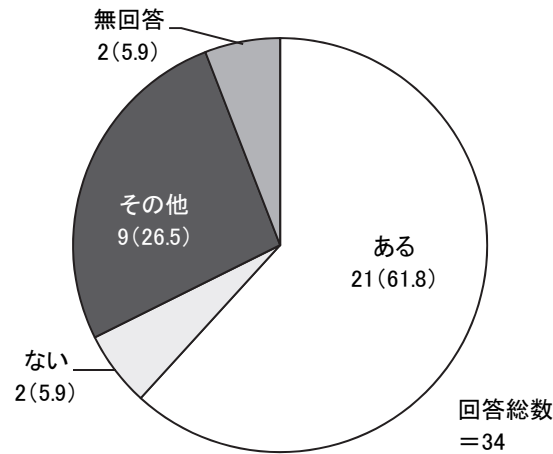


※()は%

③一般診療報酬化後の保健所の役割の有無

一般診療報酬化においても、保健所の役割はあると思いますか。(1つに○)

〔一般診療報酬化後の保健所の役割の有無（単数回答）〕



※ () は%

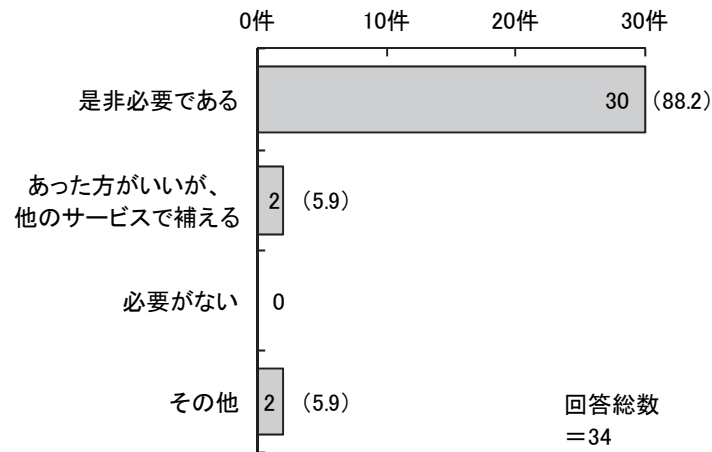
制度のあり方が全く分からない時点での調査であったので、分からないという意見が多いかと思われたが、6割は何らかの役割があると答えている。その役割として、「未治療や治療中断等の同意が得られないので、一般診療報酬化により支援を受けない対象への働きかけ」「医療機関と地域の資源の連携が取れるようにするための調整的役割」「地域のニーズに合った資源の開発等に関する役割」「当事者の病院を選択する自由を保障するため、包括支援会議等を継続開催する」「対象者の把握、紹介、経過の確認、地域の連携機関としての支援」「アウトリーチチームの視野を広げ、地域に根ざした活動を進められるよう、地域のコーディネーターとして見守る」というように、モデル事業に係わったことで感じた保健所の地域精神保健におけるコーディネート機能を一般診療報酬化されても発揮すべきであるという意見が述べられている。

その他には、「よく分からない」という意見が多いが、一般診療報酬化されることで、「限局された形で、各実施機関で完結されてしまう」「医療体制に汲み入れられた際には医療だけのものになるのではないか」というような危惧があげられている。

(14) 精神障害者への多職種チームによる継続的アウトリーチ体制の必要性について

アウトリーチ推進事業への係わりの経験から、精神障害者への多職種チームによる継続的アウトリーチ体制の必要性についてどう思われますか。(1つに○)

〔継続的アウトリーチ体制の必要性（単数回答）〕



※ () は%

「是非必要である」と答えているのが 9 割近い 30 保健所であり、必要がないと答えている保健所は 0 である。

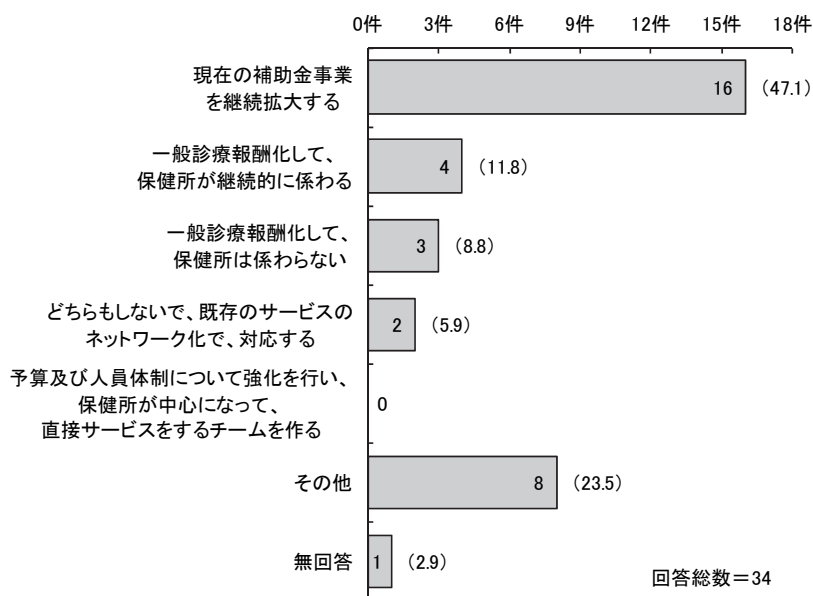
その理由は、多職種のメリットとして、「ケースを抱え込まず、専門職がそれぞれの役割を分担して係わることができ、支援の広がりがある」「多職種によるケア会議により、対象者を多角的にみることができ、安心してケースに係わる」等があげられている。アウトリーチのメリットとして、「精神障害者が安定した生活を継続するために必要な医療だけでなく生活面など包括的ケアが届けられる」「多様なニーズに対応でき、頻回にタイムリーに係ってもらえる」ことがあるため、「入退院を繰り返すなど病状不安定な方や未受診者、治療中断者などの支援困難事例については必要」「精神障害者の地域移行の推進や、家族機能の低下等の背景から今後ますます必要性は高まる」「適切に医療につながらない方にとって、本人の負担が少なく、専門的な技術及び必要な資源への導入が受けられる」手法として、その必要性を高く評価している。

あった方がいいが、他のサービスで補える理由としては、「未受診者がアウトリーチ事業対象外であれば、現状の訪問看護サービスで補えるのではないか」という意見もある。

(15) アウトリーチ体制の理想的なカタチ

アウトリーチ体制を構築するのに、どのようなカタチが理想だと考えられますか。
(もっとも近い考え1つに○)

〔アウトリーチ体制の理想的なカタチ（単数回答）〕



※ () は%

現在の補助事業での継続を半分は望んでいる。モデル事業として多くの課題がありながら、関係した保健所としてはこの事業の必要性を感じているという表れである。

それ以外は、一般診療報酬化を前提に、保健所が係わる意見（4 保健所）と係らない意見（3 保健所）と続いている。既存サービスのネットワーク化でいいという意見も 2 保健所ある。その他の意見は、「精神科診療所に補助金を出して、往診診療も含めた地域活動をする」といいというものもあったが、多くは、現時点では制度がどうなるかは分からないという意見であった。

(16) アウトリーチ推進事業の支援における、自由意見

①望ましい実施主体

望ましいと考えるアウトリーチチームの実施主体

医師を含めた多職種が確保できるという点で、精神科病院をあげている回答があった。また、医療機関でも、診療所や訪問看護ステーションが適当であるという意見も多かった。

I 精神科病院

- 他職種がそろっている精神科病院が適当と思う。
- 入院施設を持たない精神科クリニックを主体とした多職種多機関チーム。

II 医療機関

- 医療機関、また医療機関に付属する機関。
- 治療中断者については、相談支援事業所や訪問看護ステーション等地域にある支援機関が病院や行政機関と連携しながら実施することが望ましい。
- 医師の確保という点では、医療機関に偏ってしまいがちと思われるが、地域のクリニックや訪問看護事業所、行政等がネットワークで支援チームをつくっていけば偏りが少ないと思われる。どこがいいとは、一概には言えない。

III 行政機関

- 未治療者については、行政が主体となり病院と連携するのがよい。
- 治療中断者は医療機関、未受診者は公的機関。
- 行政機関に多職種によるチームがあると、対象者も未治療者に広げることができるのではないかと。
- 行政機関（精神保健福祉総合センター等）。
- 行政であれば、医師、看護師、PSW、保健師、心理士と他職種がいる精神保健センター。
- 特に未受診者が対象の場合は県精神保健福祉センター。

IV 相談支援事業所

- 地域の相談支援事業所が望ましい。今後の課題である未治療の方を主治医がどの病院でも対応できる。
- 相談支援事業所。精神科病院ではない方がいい。
- 相談支援事業所しか知らないが、チーム員の特に医師が柔軟に動けるところなら、どこでもいいと思う。
- 医療機関が設置する相談支援事業所（地域との繋がりが強い）。

V その他

- 病院・診療所・訪問看護ステーション・相談支援事業所がそれぞれの特徴を活かしたアウトリーチチームを地域の状況に応じて設置すればいいと思う。
- 医療機関、訪問看護ステーション、地域活動支援センターなどいずれの機関でも実施主体として問題ないと考えられる。実施主体となった機関がどれだけ地域と連携を図って事業展開をしていけるかが、より重要である。
- 「地域で支える」という姿勢を強く持ったチーム。地域に事務所を構える事業所。

②実施主体についての課題

あなたの地域のアウトリーチチームの実施主体について、何らかの課題を感じていますか。

I 実施主体が病院であるためのデメリット

- 委託先が病院だと、支援を受ける本人・家族が抵抗を感じる場合がある。
- 精神科病院内にアウトリーチチームがあるため、他の医療機関からの対象者があがりにくい。
- 入院施設を持つと、その病院のイメージが活動に影響していると思える。
- 医療機関で事前に支援の方向性を決定している流れがあること。地域での必要事例がアウトリーチチームに伝わっていない。地域の事業所にアウトリーチチームの活動状況が周知されていない。支援対象者の疾患が、実施主体のチームの対応可能な範囲に定められていること。
- ケースの抱え込みによる支援の長期化により、重症化し、入院に至らせている。医療（入院）が必要になった場合、「生活支援中心の係わり」のため、調整等協力が得られない。他機関、既存サービスとの連携が十分できていない。支援目標、支援計画が不透明であり、支援終了時期の目途が立ちにくい。

II 連携・チームに関する課題

- 複数の病院等にまたがるため、ケア会議の調整などが難しい。現在の体制では、頻回の支援については限界である。場合によってはタイムリーな支援が難しい。
- 対象者に合わせた多職種チームの支援が難しい場合が多い。
- チームの中のコーディネーター役が重要であると感じている。
- チームに医師も兼務で入っているが、チームが介入中に家族と主治医の相談により、入院治療につながるケースもある。アウトリーチ事業を受けた事業所であっても、医師の認識が得られにくいところがある。
- 事例によって、病院としての対応なのかチームの対応なのか不明確な事例があり、疑問を感じた。対象者が委託チームの好みに偏る傾向がある。
- 地域生活支援のスキル不足。勤務時間外や緊急時の対応ができる体制にない。事務所がなくミーティング記録等する場がない。
- 多職種チームとしての活動ができていない。兼務人員が多くアウトリーチ業務に当たれる時間が少ない。
- スタッフ間の連絡等も不十分になりがち。

III 人員不足について

- スタッフ不足（主に専任スタッフが訪問等も対応している）。
- ほとんどの人員が兼任であるため、活動できる時間が限られている。病院のスタッフなので、地域での活動に慣れていない。対象地域が制限（限定）されている。
- チーム員がすべて兼任のため過重になる。また、タイムリーに動くことが難しいときがある。
- 相談支援事業所の相談員が受けもつケースが増大しており、アウトリーチ支援人数には限界がある。
- 対象地域外からの訪問要請があるが、現状の対応で手一杯である。
- 病院内の人事の問題。人が定着しない。

③アウトリーチ体制づくりにおける保健所の役割

アウトリーチ体制づくりにおける保健所の役割について、どうあるべきと思いますか。

I 体制の整備

- 保健所が紹介した事例がなければ、普段のアウトリーチの活動を見ることができない現状にある。理想を述べれば、個別ケース会議に毎回（月）出席し、様々な課題に対応すべきであると考えるが、保健所の業務量から勘案すると難しいように思える。事業所からは行政による「バックアップ体制」や個別支援への協力が求められている。
- 現在の体制では保健所が主体となってアウトリーチチームを作っていくのは、かなり難しい。現状で係わりを持っていくことが必要と考える（実施主体と対象市町村との橋渡し、技術的支援、同行訪問、ケア会議における助言指導、県主催の評価検討委員会での事業評価など）。
- 県が事業所への研修会等を行う中で、中核市の保健所としては、実際の支援事例を通して、アウトリーチ体制づくりに係わる役割がある。
- 体制づくりのための協議会等への参加により助言、関係機関のコーディネート。
- 関係機関と連携して、対象者の選定をしておく。終了設定を開始時に決定しておく。実施主体とともに係わり、アウトリーチ支援終了後の断続支援における地域支援体制を構築していく。
- アウトリーチ対象エリア外の区域に対しても、同様のサービスを提供できるよう県に働きかけていくことが必要。
- アウトリーチ支援の理念と地域の実情にあった体制整備の推進を図る。
- 地域として体制整備をしていく必要がある。管内の関係機関連携会議のようなものを開き、OR体制について検討できる場を持つこと。
- 連携の再構築と仕組みづくり。医療機関と連携した、治療を中断しないシステム作り。住民への相談窓口の提示と精神疾患の普及啓発。保健所相談においては重症化してからの相談が多い（相談先が分からなかった・精神疾患への理解不足等）ため普及啓発が必要。

II システム・ネットワークづくり

- 市町村、地域福祉機関を中心とする地域力の向上。同行、交替での訪問、事例検討会等、人材育成、関係機関とのネットワークづくり。
- その地域の強みを活かしたシステムをイメージし、関係機関と共有して、ともに具体化していけるように働きかける。ゲートキーピング機能を果たす。支援事業所のマネジメントへの助言。
- 地域のコーディネーターとして、関係機関を結びつけること。また、補助金事業として事業が実施されている間は、事業の中立性を保つためにも保健所の介入が必要である。
- 地域の資源の一つとして、アウトリーチチームを位置付け、地域の機関に周知し、ともに活動が進められるようなネットワークを構築すること。実施主体とともに、事業開始時期から係わり、地域での運営体制、ネットワーク構築を検討すべき。
- 終結後も断続した支援が行えるように、チーム及び地域との連携を密にとる。

Ⅲ ケース対応への支援

- ケース対応について指導・助言。
- 未治療・未受診等・家族からの相談の多いケースの選定。
- 対象者中心の支援が行われるよう、会議等で助言を行う。
- 事例紹介、支援への係わり（支援の目的の明確化、方向性、支援の助言）。終了への関与（終了後のフォロー体制の検討も含め）。
- 支援対象者の紹介。同行訪問、事例検討会等の技術的支援。
- 事例への対応、対象者の紹介。

Ⅳ 周知・啓発

- 事業について関係機関等への周知。
- 関係機関への連絡調整。
- 多機関、多職種がチームに参加してもらえるよう、事業の啓発と協力依頼を働きかけていくこと。
- 地域におけるアウトリーチの理解の促進、普及啓発、事例に応じた個別支援等、支援機関の一つとして機能すること。
- 精神疾患のある患者の受診支援に必要な地域の社会資源の活用等について検討、助言する。地域の関係者にアウトリーチ事業を有効に活用をすすめるための啓発の工夫。

Ⅴ 人材育成

- 人材育成の一部を任せるとよい。また、保健所職員へのスキル向上の機会があるとよい。
- 事業に積極的に参加した市町村とそうでない市町村とでは、対象者や問題点の捉え方において差が生じている。全ての市町村が参加しスキルアップできる体制づくりが大切だと思う。
- 地域の課題について検討を進めるとともに、管内の精神科病院や相談支援事業所等への周知及び指導等（地域移行も含めて）。ピアサポーターの養成及び活動できる場の確保等。

④アウトリーチ推進事業の支援における、その他の自由意見

- 家族から行政に寄せられる精神保健福祉の相談の多くは「未治療・治療中断」など医療へのアクセスについてである。事業の目的は「入院によらない問題解決」であるが、地域や家族のニーズとの間に乖離を感じる。
- 平成 25 年度末で事業実施が一応終了予定となっているため、事業終了後はアウトリーチ体制のない従前の状況に戻ってしまう。アウトリーチチームの介入があればと考えられるケースもまだあり、要望したい。

6. 考察

(1) アウトリーチチームのあり方

平成 24 年度中に、全国 24 道府県 37 機関で、36 のアウトリーチチームが活動をし、その事業実施地域の 34 保健所が、アウトリーチ推進事業に係わった。26 チームは、病院を中心とするチームであり、病院から離れたところに独立した事務所を構えているのは 4 チームに過ぎず、病院の組織から十分に独立しているとは言えない環境であったし、途中での人事異動を行うチームもあった。加えて、兼務職員も多く、ほとんどアウトリーチに関しての専門的トレーニングをされていなかった。しかし、このような地域活動の経験のない病院スタッフも、保健所保健師を中心とする地域関係者に同行訪問や事例検討を通じて、指導を受ける中で、地域で精神障害者を支える力を高める、支援終了者の入院率を 50% 近くから、25% に下げることができるようになった。しかし、この入院率は、現在の対象者の多くは、重度な精神障害者とは言えない例が多いことから、決して低い数字とは言えない。チームの成長は見られたものの、チームのあり方には大いに課題を残す結果となっている。

(2) 保健所等の果たした役割

ほとんどの保健所は、事業の手引きで求められている①同行訪問、②事例検討会での助言、③評価検討会への参画の役割は果たしている。しかし、チームの運営そのものへの支援や人材の育成については、多くの保健所ができていないという結果になっている。一方、市町村は、事例の紹介を積極的にするようになり、チームとの連携も事業を通じてできるようになっている。しかし、精神保健福祉センターは、会議への参加はしているものの演習や技術的指導というセンターが果たすべき役割を果たせていないことも分かった。

(3) 事業の地域精神保健に与えた影響と保健所のとらえ方

実施地域の保健所のほとんどが、アウトリーチチームの必要性を感じるようになっており、この活動が、地域精神保健にいい影響があると答えている。また、一方、地域のアウトリーチ体制づくりについては、保健所の役割は大きく、不可欠であると感じている。しかし、診療報酬化やその後の保健所の係わりについては、イメージがわからない保健所がほとんどであり、診療報酬化後について、保健所とチームがほとんど話し合っておらず、診療報酬化後に積極的にアウトリーチをすると答えている病院は一つに過ぎない。

(4) まとめ

このように、チームにとっても保健所にとっても、「精神障害者の課題を入院に頼らず、地域で支える」というアウトリーチの意味や可能性を理解するには、本事業は効果があった。しかし、このような経験や認識は、ほんの一部の病院の一部のスタッフが、理解したことである。保健所に関しても、全国の保健所の 7% 以下の保健所が、この事業に係わってその意義を理解したに過ぎない。さらに、来年度以降は、3 年間続いた国庫 10/10 の補助事業はなくなり、全く形の違うアウトリーチの枠組みができあがることになる。この事業の経験を生かして、今後の地域におけるアウトリーチ体制づくりを行い進めていくには、非常にたくさんの課題がある。しかしながら、本事業が日本におけるアウトリーチ体制づくりの第一歩であったことは間違いなく、次年度からの事業の基礎となることは間違いない。

第3章 モデル地域調査報告

1. 出雲地域（ネットワーク型）

『出雲圏域精神障がい者アウトリーチ推進事業報告』

島根県出雲保健所
岸本 泰子 天野 和子

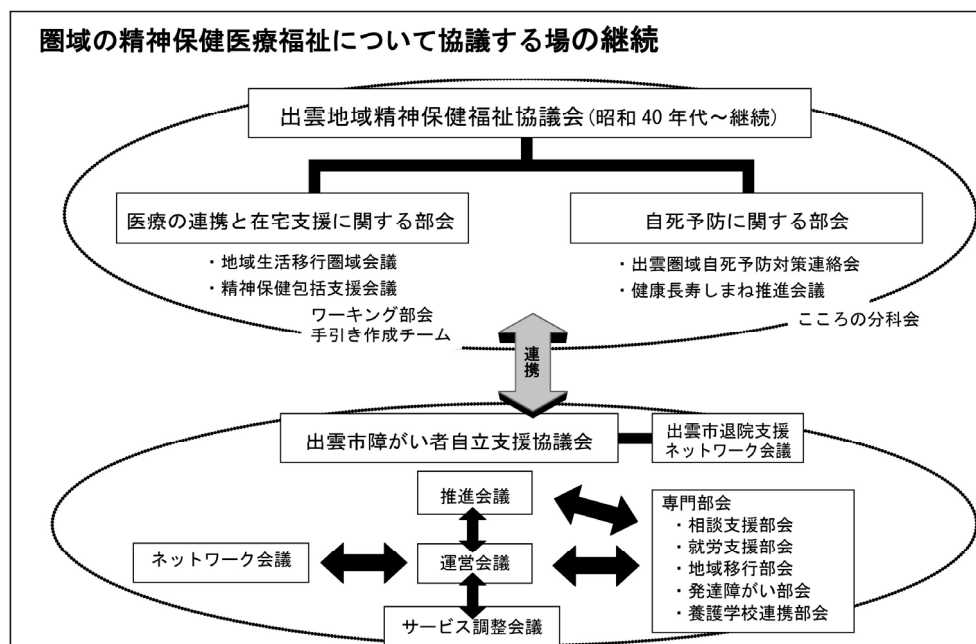
(1) アウトリーチ推進事業開始までの出雲圏域の状況

出雲保健所は平成 17 年年度まで 2 市 5 町を管轄していたが、2 度の段階的な市町村合併を経て現在は出雲市 1 市を管轄する保健所となった。

出雲圏域には、以前から精神保健福祉について検討する場を設置している。昭和 43 年に管内 3 つの精神科病院との連絡会を開催し、その後昭和 49 年に「出雲地域精神保健福祉協議会」を発足し圏域内の精神科医療関係、福祉関係、行政が集い協議する場として毎年 2 回程度の協議会を現在まで継続して開催している。精神保健医療福祉のニーズに対応して、専門部会を設置し課題解決を図っており、現在は「自死予防に関する部会」と「医療の連携と在宅支援に関する部会」の 2 部会を設置している。

また、出雲市においては平成 19 年に「出雲市障がい者自立支援協議会」を設置し、現在は運営会議、サービス調整会議を核に、相談支援部会、就労支援部会、地域移行部会、発達障がい部会、養護学校連携部会の 5 部会を構成し知的障害、身体障害、精神障がいの 3 障がいに関する取り組みを広範囲に対応している。また、平成 20 年度からは出雲市退院支援ネットワーク事業が生活保護受給者を対象として開始し連携を図っている。

地域移行・在宅支援をすすめる基盤として、出雲保健所では厚生労働科学研究費補助金を活用し平成 12 年度～3 か年、平成 15 年度～3 か年に 2 つの研究事業（「総合的な地域保健



サービスの提供に関する研究長期入院患者（社会的入院）の在宅支援推進事業」「精神障がい者の在宅支援ネットワークの構築に関する企画研究」）に取り組み、長期入院の退院支援を継続してきた経緯がある。引き続いて平成 19 年度から島根県精神障がい者地域生活移行支援事業を、平成 23 年度からモデルとして精神障がい者アウトリーチ支援事業を精神保健医療福祉のネットワークにより取り組んでいる。

（２）出雲保健所管内の概要

管内人口(平成 25 年 10 月 1 日現在)	170,555 人
高齢者割合(平成 25 年 10 月 1 日現在)	27.7%(県平均 30.8%)
保健所職員数	41 名
うち精神保健担当	5 名(保健師 4、事務 1)

（３）管内精神科医療体制

①精神病床（平成 26 年 3 月 1 日現在）

病院名	病床数
国立 A 病院	30
県立 B 病院	40
県立 C 病院	242
私立 D 病院	166
管内計	478

②精神病床数（医療施設調査、平成 23 年）

圏域	488
島根県	2,457

③精神科標榜診療所等（平成 26 年 3 月 1 日現在）

精神科標榜診療所	訪問看護ステーション (うち精神科対応)	訪問看護実施病院 ／診療所
9	13(11)	2/2

④平均在院日数（平成 25 年 10 月）

圏域	266.6
島根県	271.5

⑤退院患者平均在院日数（患者調査、平成 23 年）

島根県	290.2
全国	296.1

⑥1 年未満入院患者の平均退院率（630 調査、平成 23 年）

島根県	69.7
全国	71.1

⑦病床削減の経過

平成 17 年	湖陵病院 51 床減→258 床へ
平成 20 年	湖陵病院がこころの医療センターとして新築移転 16 床減
平成 24 年	島根大学精神科 病院改築に伴い 10 床減→30 床へ

(4) アウトリーチ推進事業の実施

①事業委託

出雲圏域では、相談支援事業所ふあつとに事業委託し、県立こころの医療センター、海星病院、県立中央病院精神科、島根大学精神科、精神科クリニック、相談支援事業所、市役所、保健所が協働実施機関として登録している。

②事業の対象者

地域生活を行うために、迅速な対応が必要となる精神障がい者とその家族とし、次のいずれかに該当する場合に事業対象とした。1) 受療中断者、2) 未受診者、3) ひきこもり状態の者、4) 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者。

③精神保健包括支援会議及びワーキング部会について

【開催状況】

出雲圏域は相談支援事業所が事業委託を受け多機関・多職種で支援チームを構成しアウトリーチ支援を実施している。具体的な支援を検討する場合は精神保健包括支援会議として毎月 1 回定例開催し、アウトリーチ支援の開始と終了の判断およびケースの支援経過の報告に基づくチームカンファレンスを行っている。この場でアウトリーチ支援チーム以外の多職種で意見交換することが参加者相互の気づきやその後の支援内容の変更につながるなどして非常に有効な場である。その反面、多機関の職員が係わるためタイムリーに『今』集まってカンファレンスをすることはできないジレンマもある。

ワーキング部会は、前述の精神保健包括支援会議に引き続きの時間で毎月定例開催している。この部会においてアウトリーチ支援の個別評価、事業システム評価を担うとともに、モデル事業を進めるうえでの課題を協議し事業を推進する原動力となっている。会の招集については、年度当初に年間の開催予定日一覧を作成し、各機関の長宛て文書で依頼した後、毎月の開催日前に各機関の連絡員あてにメールで参加依頼の連絡を入れている。

【登録機関の状況】

精神保健包括支援会議には、12 機関から、医師 5 人、看護師 4 人、保健師 4 人、精神保健福祉士 12 人、作業療法士 1 人、その他 1 人が登録している。ワーキング部会には 11 機関から、医師 4 人、看護師 4 人、保健師 4 人、精神保健福祉士 12 人、作業療法士 1 人、その他 1 人が登録している。

④精神保健包括支援会議申込状況

【申込者】

3 か年の申込者は、1 年目（平成 23 年度）は 12 人、2 年目（平成 24 年度）は 5 人、3 年目（平成 25 年度）は 4 名で計 21 名の申請があった。申込は出雲市から 9 件、保健所から 8

件と多かった。

【対象者の事例区分】

事例区分の内訳は、受療中断者がもっとも多く 15 人、未受診者が 2 人、ひきこもり状態の者 2 人、長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者 2 人であった。

【支援状況】

申込者 21 人のうち、アウトリーチ未実施が 7 人、支援決定した者 14 人であった。現在も支援継続している者は 6 人である。支援継続している 6 人のうち 1 事例は、モデル事業開始時から現在までアウトリーチを継続しているが、アウトリーチ支援により不安を軽減でき、在宅で生活できる時間が延びており、「チームでのアウトリーチ支援」という手法が有効なモデル事例として位置づけ、支援を継続している。

(5) 評価

①個別支援について

【個別支援評価票】

個別支援の評価指標は、中国四国精神保健福祉センター長会において 2013 年度に作成された共通評価シートにより評価を行っている。

評価は 11 項目あり、それぞれを 5 段階で評価する。島根県においては、支援開始時にさかのぼりその後 3 カ月ごとに評価を行った。出雲圏域のモデル事例では、当初、「自律性」「生活技能への貢献」「生活の質への貢献」の項目の評価が低く推移していたが、1 年を経過した頃から向上してきた経過が見られた。

【個別支援の評価】

成 果	<ul style="list-style-type: none">• 対象者にあったチーム編成が可能。• 定期的な介入により、家族の不安が軽減できる。• 支援の経過中に入院となっても、地域支援者との関係性ができていることが多いので、入院時から支援ができ、早期退院につながると同時に、退院後の支援につながる。• 対象者自身が、入院ではなく地域での生活への希望が持てた。• 周囲との交流に広がりがあった。• 係わりの中で地域生活するうえでの課題が見え、必要な支援が確認できた。• 継続的な支援により信頼関係が築け、対象者の気持ちにも変化が見えてきた。• 継続した支援（訪問）により、徐々に対象者との距離が縮まった。• 入退院を繰り返している事例では、安心して地域での生活が継続できる。• 家族が本人と向き合うようになった。• 本人が前向きな生活へと変化してきた。• 本人が現実検討ができるようになった。• 精神症状への対応より生活支援でサポートでき改善した事例あり。• 入院することにより本人の状態がより評価できた事例もある。• 支援者が明確になることにより地域の安心につながっている。• うまく介入できなかった事例も、支援者がつながっていることで情報も入りやすく、あるタイミングで介入できた。
--------	---

課題	<ul style="list-style-type: none"> • 本人や家族の同意を得ることが難しい。 • 介入初期は同一支援者による介入が必要であるが、他職種介入への移行が難しい。 • 頻回な支援が必要な場合が多く、人員の確保や調整が難しい。 • 初回面接まで、初回面接から信頼関係構築まで時間を要し、6カ月の支援では変化は望めない事例が多い。 • 多機関多職種での支援の場合、日々のケースカンファレンスは持ちにくいケースカンファレンスはチーム員間の情報共有のために重要な役割を持つため、実施の工夫が必要である。 • 関係づくりの段階からどこで医療につなげるか課題。医療の介入が本当に必要かどうか迷う。病状は強いものがあるが日常生活はできている。 • 医療の介入の必要がある事例が、係わりによりようやく医療につながっても、限られた診察場面の情報の中でうまく治療に結びつかない場合もある。医療の必要性を考えれば、関係機関に情報を伝えることも必要ではないか。 • 治療中断者であるが周囲への迷惑はなく本人も困っていない事例や、家族の問題意識のない事例あり。アウトリーチによる支援に疑問。 • ひきこもっている事例に対し、家族指導が必要な場合もある。また経済面などあらゆる視点から切り込む策はあるのではないか。 • 本人に会えない事例は措置入院の対象となる事例でもある。
----	---

②事業システムについて

【事業システムの評価票】

事業システムの評価指標は、島根県独自に評価検討委員が作成した 10 項目に及ぶ評価項目を 3 カ月ごとにワーキング部会において確認している。

【事業システムの評価】

成果	<ul style="list-style-type: none"> • 多機関多職種での係わりにより、支援の幅（視点）が広がった。 • 生活が見えたところでの支援が各機関で共有できた。 • 事業の周知によりいろいろなところから情報が入ってくるようになった。 • 多機関での見守りにより情報が入りやすく、迅速な介入につながっている。 • 行政の関与により、中立性が保たれている。 • ケースカンファレンス、受理会議等によりスタッフのスキル向上の機会が確保できている。 • 情報の共有によりスタッフの精神的負担の軽減・燃え尽き防止につながっている。 • アウトリーチにより支援者が拡大し、支援者間での安心感につながっている。 • 個別評価が上がった事例はアウトリーチしてよかったといえる事例。どのような事例がアウトリーチの対象となるか判断する指標となる。 • 家族への支援が家族の安心感につながっている事例があるが評価項目にはなく、県独自で項目を追加。→1) 本人の満足度 2) 家族の満足度 3) 地域の安心感。
課題	<ul style="list-style-type: none"> • 対象となる人が迅速に相談に上がるよう地域への周知の工夫が必要である。 • 支援スタッフのスキルの向上が継続的に図れるような機会の確保が必要である。 • 会えない事例は点数がつけられず、「1」と付けざるを得ない。また、情報量が少ないとレーダーチャートは小さくなる。しかし本人の生活力は高い場合があるなど、評価票だけでは見えてこない面もある。

(6) アウトリーチ推進事業を活かした今後の取り組み

①アウトリーチチームメンバーの自由意見

(2013.9.4「アウトリーチ推進事業における保健所の役割」研究班の現地聞き取り調査時の包括支援チームインタビューから)

アウトリーチ支援チームメンバーの意見により以下の取り組みを行った。

I 多機関・多職種のチーム支援の良さ

- 支援者からの攻撃性を分散でき、支援者への陰性感情も分散できる。
- 多機関・多職種での事例検討は、内容が豊富で実りも大きい。
- ネットワークで検討することで、一機関で抱えてしまわず、多くの「フィルター」機能を持ちながら支援できるのがよい。
- 保健所だけで判断するのではなく支援会議で行うことで様々な視点で判断できる。

II チーム支援をすることからの波及

- 実際にアウトリーチしてみると家族内の関係が見え、本当の問題がつかめた。
- アウトリーチをすることで、実際の自分の支援も変化してきた。
- 入院目的が明確な入院は、退院後の支援に目標が定めやすいと分かった。

III チーム支援の課題

- タイムリーなカンファレンスの開催が難しいこと。
- 委託事業所へ意見や苦情をもっと出してほしい。

IV 今後必要なこと

- ★出雲のスタイルを他地域に広げていくためには？何を普遍化できるのか。
- ★治療中断させない支援の強化を。医療中断予防の外来機能の強化が必要だと思う。

②多機関・多職種で連携して支援を継続するため

【勉強会の開催】

目的	包括支援会議の見学およびアウトリーチ支援チーム員からの意見発表を通して、出雲圏域の特徴でもある、多機関・多職種のチーム支援を啓発するとともに参加者相互に学ぶ
日時	2014. 2. 20 (木) 15時～17時
会場	出雲保健所 大会議室
参加者	包括支援会議メンバー 20人 圏域内の関係者及び圏域外保健所職員等 32人 計 52人
内容	包括支援会議の見学 アウトリーチ支援に関わっているチーム員からのリレートーク
テーマ	アウトリーチ支援に 市福祉推進課・・・対象事例の掘り起こし、啓発、多機関連携 医師・・・医療的判断、優先順位の決定の見極め 病院の精神保健福祉士・・・院内調整と多職種参画の働きかけ 地域の精神保健福祉士・・・チーム調整、支援内容の全体把握 病院の作業療法士・・・「生活のしやすさ」の視点での支援 保健所・・・出雲から他圏域への発信 事務局機能

③地域生活移行の手引きの作成

アウトリーチ推進事業の対象者は治療中断の事例が多い。アウトリーチにより関係づくりをするにはかなりの回数を重ねることとなるが、訪問しても会えない事例もある。その過程を振り返ると、やはり治療を中断しないことが重要である。

このことから、出雲圏域では、「地域移行の手引き」を作成することとした。手引きには、病院の医療スタッフ（医師、病棟看護師、精神保健福祉士、外来看護師、作業療法士等）が、入院患者の地域生活移行と地域定着を意識し、退院前の各期に各職種がどんな役割を担うのか、また地域の福祉、保健関係者がどの段階から病院へ入り入院中の患者の支援をするのか等を具体的に作成することとした。

長期入院、新規入院の2パターンを基本に作成し、次年度以降有効に活用できるよう周知していくこととした。

④保健所が果たしてきた役割

1) 事業全体のコーディネート、2) 進行管理（事務局機能）、3) 公平・中立な立場での関与、4) 事業開始から終了まで関与し、情報管理と終了後の支援継続など人権の配慮と事業の公平性を図る、5) 事業の啓発、研修実施、6) この事業に支援チームとして参加、7) 医療と在宅支援の連携の地域づくり、8) システム全体の調整と新たなシステムの構築、9) 保健医療計画、障害計画等への反映。

⑤今後の取り組み

アウトリーチ推進事業は、今年度を持って3か年のモデル事業を終了し、次年度から医療にかかるアウトリーチは一部診療報酬化を目指し調整中であり、事業としては、国2分の1、補助の地域移行支援事業において一括計上されることとなった。島根県では、26年度の実施は見送り、27年度以降の全県展開のための事業構築を行うことが決定した。モデル事業を実施した保健所として、次年度以降の全県展開にいかせるよう参画していく役割を担っていると思う。今年度まで行ってきた、精神保健包括支援会議については、事例検討、スーパーバイズの機能として継続の予定である。また、今年度末までに作成予定の地域生活への移行の手引きの普及を行っていくこととしている。

さらに、出雲圏域の精神障がい者の在宅生活支援の地域づくりについても、関係機関とともに現状と課題を整理しながら、次年度以降も検討していくこととしている。

2. 出雲地域の外部からの評価

『出雲地域ネットワーク視察報告』

京都ノートルダム女子大学准教授
佐藤 純

(1) 精神障害者アウトリーチ推進事業受託事業者の聞き取り調査

インタビュー 対象者	矢田朱美 (社会福祉法人ふあっと・地域生活支援センターふあっと施設長)
場 所	地域生活支援センターふあっと施設長会議室 (島根県出雲市武志町 693-1)
日 時	平成 25 年 9 月 4 日 (水) 10 時～12 時 30 分

①概要

昭和 40 年代からこの地域の精神保健医療福祉関係機関職員が集まる、ソーシャルワーク連絡会、島根県精神科医会、精神保健連絡協議会がベース。そこに平成 12 年度の精神障害者ケアマネジメント試行事業、平成 14 年度からの 5 年以上の入院患者調査 (地域保健総合推進事業) などを通じて地域での各機関・各職種のネットワークが強まってきたという経緯がある。

そういった歴史の中で、この地域の精神保健医療福祉関係機関の職員は、もともと保健所招集の様々な取り組みに協力的であることも特筆すべきこと。いろいろな役割分担の中で大きな枠組み等については保健所をお願いするという意識があり、地域へのこころの健康に関する講師派遣にも地域職員は登録しており、無料で講師派遣に応ずるなども行っている。

平成 18 年から出雲圏域では「精神保健包括支援チーム」による活動を行ってきた。それまで病院、相談機関などそれぞれ相談に来られた施設では、未治療・医療中断の対応をしていたが、自分の機関だけでは対応が難しい。そこで保健所が窓口になり多機関多職種チームをつくり、1) 多機関多職種でアセスメント、2) チーム構成、3) ケア計画策定、4) 支援開始を定期的に行う会議の中で行っていた。そのことで、措置対応とっていた人が措置でない対応ができる、入院後すぐに退院計画を立て、地域移行・地域定着を検討できるなどの効果があった。各機関から保健所にチームメンバーが登録され、そのメンバーも追加等柔軟であり、一つのケースにどういうチームを構成していくかは保健所が決定する。そしてそのケースのモニタリングも保健所が責任を持って行っている。

そういった中で、未治療・医療中断の方への支援の充実を図るため、その地域包括支援チームで協議し、地域生活支援センターふあっとが受託することとなった。出雲市全域がキャッチメントエリアで、未治療・医療中断の方を対象としている。方法はこれまでと同じ地域包括支援チーム手続きと同様。この事業を受託することでさらに頻回の訪問や支援の対応が可能となった。今後、もし、本事業がなくなることがあれば、相談支援の機能強化事業で対応する予定。

(2) 保健所の聞き取り調査

インタビュー対象者	岸本泰子所長、石金智樹総務保健部長、 心の健康支援課天野和子課長、青戸有子主幹、片寄実季保健師、 島根県庁・橋本久美企画員
場所	島根県出雲保健所（島根県出雲市塩冶町 223-1）
日時	平成 25 年 9 月 4 日（水） 14 時～15 時

出雲の歴史についてレクチャーをいただいた後にインタビュー。保健所が主に係わっているのはいわゆる困難ケース。措置事例や近隣苦情事例が中心。しかしこれらのケースも「精神保健地域包括チーム」で多領域多職種チームでのケース検討ができ、方針が決まることが大変ありがたい。

保健所では受療中断として相談のあがったケースを依頼することが多い。出てくる事例は関係機関の職員が何人か知っている人がいるケースであることが多い。

保健所では毎年度末に今年度の業務の振り返りと次年度の計画を立てているため、異動があるが業務の継続性は引き継がれている。プライベートネットワークで話し合われたものも、オフィシャルネットワークに引き継がれ、事業化などの必要性があれば保健所が中心となって企画検討・実施までもっていくかたちができている。

(3) アウトリーチ推進事業チームの聞き取り調査

インタビュー対象者	長岡秀之（県立こころの医療センター総合リハビリテーション室長） 金山千夜子（海星病院看護部長） 矢野喬夫（海星病院精神保健福祉士） 矢田純一（海星病院作業療法士）
※上記スタッフに加えて	高尾由美子（エスポワール出雲クリニック精神保健福祉士） 安食直美（出雲市福祉推進課保健師） 東美奈子（相談支援事業所ふあっと精神科認定看護師） 鈴宮寛子（島根県庁・医療企画監） 計 15 名

- このかたちで係わると支援困難群は攻撃性を分散できるし、支援者への陰性感情も分散できる。
- 短期間で多くのマンパワーで対処できる。入院で困難な患者を地域で引き受けることが可能になる。
- 実際にアウトリーチしてみると家族からの相談でも、誰の問題となっていて、どういう関係になるのかが見えやすい。
- 多職種他分野領域での検討は事例検討がとても豊かになる。
- アウトリーチをすることで、実際の自分の支援でも変化する。
- 入院は否定的ではない。むしろ目的が明確になった入院になりやすい。
- 治療中断となる場合、家族の力が低いか、家族が他力本願になりやすい。単身となるほうがむしろうまくいくこともある。
- 保健所だけで判断するのではなく支援会議で行うことのメリット。
- 保健所では人口あたりの職員数の配置というのも検討が必要。あまりにも地域差が大きい。
- ネットワークで検討し、支援を組み立てていく「フィルター」のような機能はいい。
- 今後の課題はふあっとへもっと意見や苦情があがるように。連携の時間を取るのが難しい。このかたちを全県で広げていくにはどのようなかたちが必要か。
- 医療中断予防の各医療機関の取り組みが必要。

(4) 考察

出雲地域の精神保健医療福祉ネットワークの強みを抽出したところ次の6点があげられた。

①強み1 歴史的な積み重ね

昭和40年代からこの地域の精神保健医療福祉関係機関職員が集まる、ソーシャルワーク連絡会、島根県精神科医会、精神保健連絡協議会がベース。それによって地域の同職種のネットワーク強化、各職種それぞれが研鑽を積む。さらに地域課題の共有につながる。

②強み2 地域全体の課題の共有化

そこに平成12年度の精神障害者ケアマネジメント試行事業、平成14年度からの5年以上の入院患者調査（地域保健総合推進事業）などを通じて地域での各機関・各職種のネットワークが強まってきたという経緯がある。すべての職種がケアマネジメントをベースに、地域課題を多くの職員が意識しながら発展。さらに他機関の動きに対して遠慮なく反対意見を言い合える関係の形成にもつながっている。

③強み3 行政に対し一目置く意識

この地域の精神保健医療福祉関係機関の職員は、もともと保健所招集の様々な取り組みに協力的であることも特筆すべきこと。いろいろな役割分担の中で大きな枠組み等については保健所をお願いするという意識があり、地域へのこころの健康に関する講師派遣にも地域職員は登録しており、無料で講師派遣に応ずるなども行っている。そういう意識がある＋保健所がそれにこたえる活動をしている＝現在という図式が見える。

④強み4 自分たちの機関だけでは十分なことはできないという感覚の共有

医療機関、地域機関、保健所等あらゆる機関に所属する職員が、自分たちのできることは限られており、連携・協働しないと、良い支援にはならないという感覚が共有されている。そのために、定例的に集まる、謙虚に自分たちの活動を見つめる、他機関の役割も熟知する、地域ニーズを考慮しながら自分の機関の役割を果たそうとするという意識につながる。

⑤強み5 役割の線引きをしない

強み4にあるように「協働しなければ」と思っているが、協働の中で各機関の明確な役割分担の線引きをしない。どんな機関でも未治療・医療中断の相談を担当している。「〇〇はここ」「××はあそこ」というような明確な線引きをせずに、そこで担当してみて、必要な関係機関と協働する。それぞれがそれぞれの機関の立場で困難を共有するので地域課題も見えやすい。ネットワークの一つの理想型と思われる。

⑥強み6 看護師が地域生活支援センターにいる

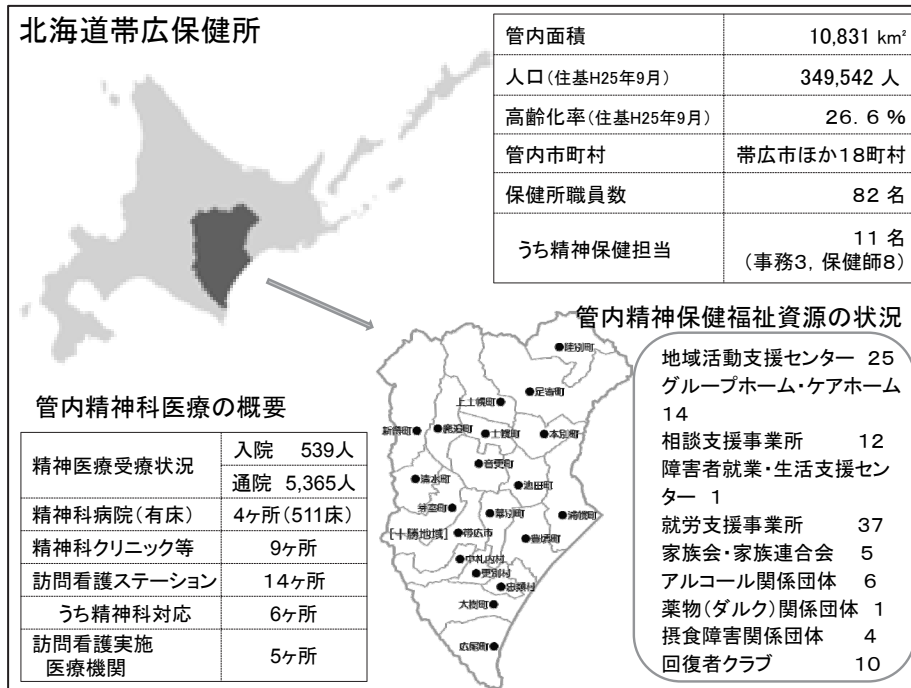
地域ベースで働く看護師の圧倒的な強み、しかもそこは医療ではなく、地域生活支援センターである。同職種だからこそ言い合える、意見をぶつけられる。地域での経験から、病棟看護師に物申せる。あらゆる職種が看護師・保健師に対し、敬意を持って協働している。

3. 十勝地域（ネットワーク型／ACT併用）

『北海道精神障がい者アウトリーチ推進事業報告』

北海道帯広保健所
相田 一郎 金正 修子

(1) 帯広保健所管内（北海道十勝地域）の概要



(2) 管内精神科医療体制

①精神病床（630 調査、平成 23 年）

病院名	病床数
国立 A 病院	100
道立 B 病院	187
公的 C 病院	70
私立 D 病院	154
管内計	511

②精神病床数（人口千対）（医療施設調査、平成 23 年）

十勝	北海道	全国
1.5	3.8	2.7

③精神科標榜診療所等

精神科標榜診療所等 (精神病床を有さない病院含む)	訪問看護ステーション (うち精神科対応)	訪問看護実施病院 ／診療所
9	14(6)	4/1

④退院患者平均在院日数（患者調査）

区 分	十勝	北海道	全国
退院患者平均在院日数(平成 23 年)	140.9	266.9	304.1
1 年未満入院患者の平均退院率(平成 22 年)(%)	76.2	70.7	71.4

⑤長期入院患者割合（630 調査、平成 25 年）

	1 年未満	1 年以上 5 年未満	5 年以上
在院患者数	266	89	76
割合(%)	61.8	20.6	17.6

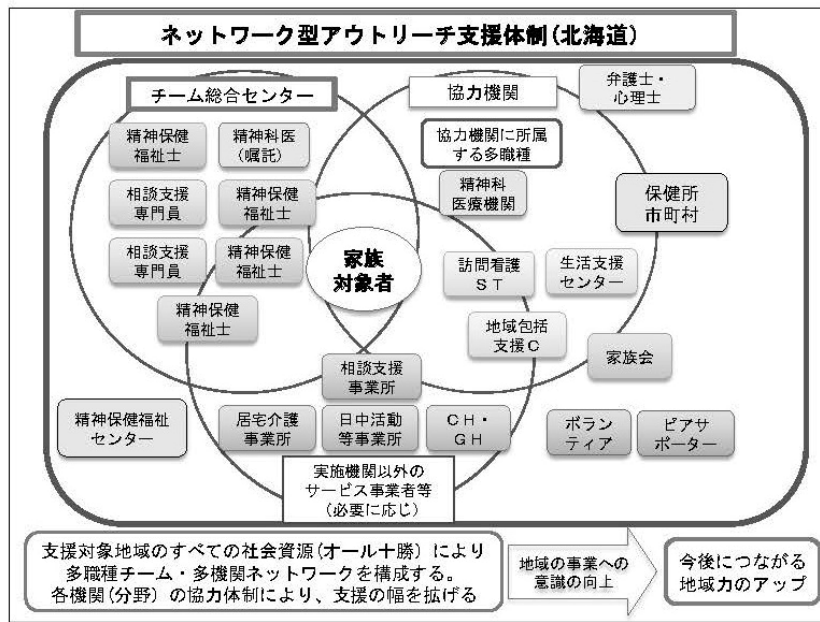
⑥病床削減の経過（十勝地域保健情報年報）

	病床数	
昭和 58 年	981	精神病床を有する病院数 7 (国立 2、道立 1、公的 2、私立 2)
昭和 59 年	1,006	道立 B 病院の移転に伴い思春期病棟増設
平成 8 年	970	公的 E 病院の精神病床廃止
平成 13 年	854	
平成 16 年	704	管内国立病院の再編 (2 病院→1 病院) による精神病床減
平成 18 年	594	私立 H 病院の閉院
平成 23 年	540	
平成 24 年	511	道立 B 病院の病棟一部閉鎖
平成 27 年予定	492	精神病床を有する病院数 4 (国立 1、道立 1、公的 1、私立 1)

（3）北海道精神障がい者アウトリーチ推進モデル事業について

①概要

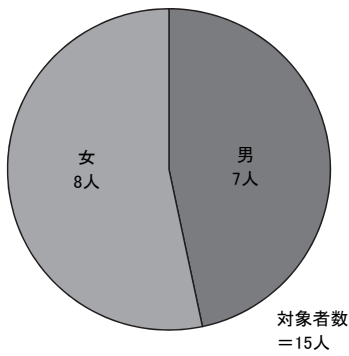
事業運営主体	十勝障がい者総合相談支援センター (NPO 法人十勝障がい者支援センター)
事業の開始	平成 24 年 8 月
活動形態	ネットワーク型アウトリーチチーム ・支援対象者 1 人につき 1 チームを編成して支援を行う ・チームごとにチームリーダーを配置し、ケアマネジメント方式で行う
対象地域	帯広市、音更町、幕別町、芽室町（概ね 30 分で移動できる範囲）
実施機関	総合センター：十勝障がい者総合相談支援センター 協力機関（適宜アウトリーチチームに参加）： 精神科医療機関 5、訪問看護ステーション、帯広生活支援センター 地域包括支援センター（帯広市 4 カ所、音更町、幕別町、芽室町） 関係自治体（帯広市、音更町、幕別町、芽室町）、北海道帯広保健所
従事スタッフ 及びアウトリーチ チーム構成員	総合センター：専任 1、兼任 8（嘱託医師 1 を含む） 協力機関：医師、保健師、看護師、OT、PSW、ケースワーカーなど その他：ピアサポーター、グループホーム管理人



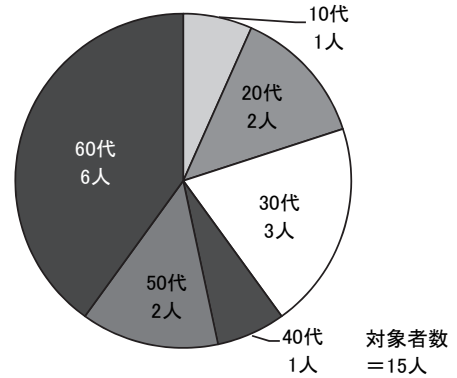
②対象者数と結果 (対象者は 15 名、番号は受付順)

番号	性別	年齢	対象者類型	世帯状況	病名	支援状況
1	女	60代	1)受療中断者	家族同居	統合失調症	支援終了(その他)
2	男	60代	1)受療中断者	単身	統合失調症	入院
3	女	50代	1)受療中断者	単身	統合失調症	在宅
4	男	20代	4)ひきこもり状態の者	家族同居	(未治療)	在宅
5	女	60代	1)受療中断者	単身	統合失調症	支援終了(その他)
6	女	30代	2)退院後状態が不安定な者	単身	統合失調症	在宅
7	女	30代	2)退院後状態が不安定な者	単身	統合失調症	在宅
8	男	60代	2)退院後状態が不安定な者	家族同居	統合失調症	在宅
9	男	60代	2)退院後状態が不安定な者	家族同居	統合失調症	在宅
10	女	20代	3)未受診者	家族同居	(未治療)	在宅
11	女	40代	1)受療中断者	単身	統合失調症	在宅
12	男	50代	1)受療中断者	単身	統合失調症	入院
13	男	60代	2)退院後状態が不安定な者	単身	統合失調症	在宅
14	男	30代	1)受療中断者	単身	統合失調症	在宅
15	女	10代	4)ひきこもり状態の者	家族同居	統合失調症疑い	入院

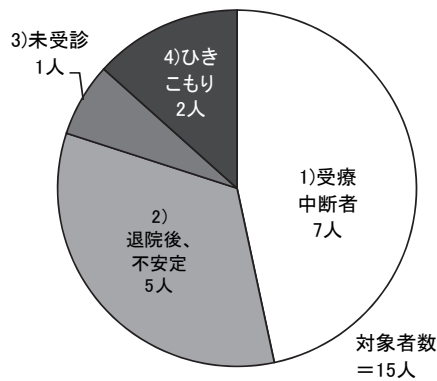
[性別]



[年代]



[対象者類型]



③対象者類型とチーム構成（支援者一覧）

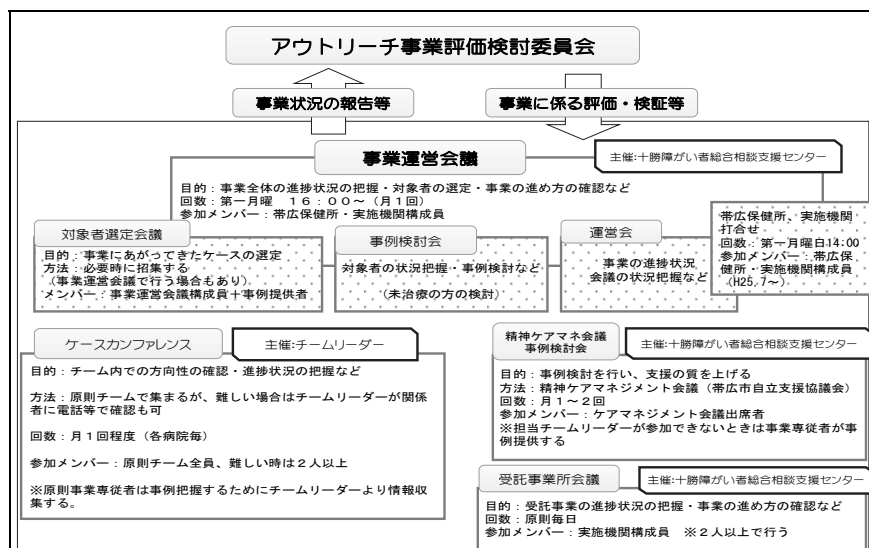
◎チームリーダー ○チーム員

対象者	受付番号	性別	年齢	世帯状況	病名	支援状況	医療機関					相談支援事業所		保健所	市町村		その他		
							精神科主治医	精神科嘱託医	看護師	通院医療機関PSW	作業療法士	相談支援専門員	精神保健福祉士	保健師	保健師	生活保護CW	福祉課	ピアサポーター	GH管理人
1)受療中断者	1	女	60代	家族同居	統合失調症	支援終了	○		○				◎						
	5	女	60代	単身	統合失調症	支援終了	○		○					◎		○			
	11	女	40代	単身	統合失調症	在宅							◎		○	○			
	12	男	50代	単身	統合失調症	入院							◎		○	○			
	2	男	60代	単身	統合失調症	入院	○		○				◎		○				
	3	女	50代	単身	統合失調症	在宅	○		○	○			◎	○				○	
	14	男	30代	単身	統合失調症	在宅	○		○				◎			○			
2)退院後、不安定な者	6	女	30代	単身	統合失調症	在宅	○					◎	○						
	7	女	30代	単身	統合失調症	在宅	○		○			◎		○				○	
	8	男	60代	家族同居	統合失調症	在宅	○					◎	○	○	○				
	9	男	60代	家族同居	統合失調症	在宅	○					◎	○	○	○				
	13	男	60代	単身	統合失調症	在宅	○			○			◎				○	○	
3)未受診者	10	女	20代	家族同居	未治療	在宅		○				◎		○					
4)ひきこもり状態の者	4	男	20代	家族同居	未治療	在宅		○			◎	○		○					
	15	女	10代	家族同居	統合失調症の疑い	入院	○		○			◎							

対象者類型	チーム構成について
1)受領中断者	<ul style="list-style-type: none"> 終了者（2事例）は、本人の同意が得られないことから終了になったため、もともとの関係機関（病院・保護課）以外の支援者はチームリーダーのみとなっている。 保護課より紹介があり対象となった2事例は、医療中断中のため、医師はチームに入っていないが、評価検討委員会を活用し、精神科医師の意見を確認している。 同一医療機関への通院期間が長かった方（いずれも50代～60代）が中断となって対象としたケースが多い。その場合は、主治医のみならず外来や訪問看護師（入院時は病棟看護師）もチーム員となり機関としての対応を得られている。 病歴が長いめか、治療が再開されると病状は安定するケースもあり、ピアサポーターの協力を得ることが適当な場合がある。
2)精神科退院後 状態が不安定な者	<ul style="list-style-type: none"> ほとんどが入院を経ての支援継続中のケースである。主治医の協力は全例について得られている。 状態が不安定な中、在宅生活を支えていることから、どのケースにも2名以上による訪問支援を実施している。 同様に、見守りの必要性も高いことからGH管理人にも協力を得ている。 受療中断者や未受診者に比べて支援者数が多くなっている。
3)未受診者 4)ひきこもり状態の者	<ul style="list-style-type: none"> 主治医がいないケースは、事業嘱託医の協力を得ている。 本人への直接支援が難しいことも多く、その場合は家族支援が中心となる。

④アウトリーチ事業評価検討委員会

構成員	医療機関 5名	5 医療機関より1名ずつ（精神科医、看護師、精神保健福祉士）
	関係機関 4名	活動支援センター、ボランティア、ピアサポーター、家族会各1名
	有識者 2名	弁護士、心理士各1名
	行政機関 5名	4 関係自治体より1名ずつ。道立精神保健福祉センター1名
事務局	北海道保健福祉部福祉局障がい者保健福祉課 北海道帯広保健所	



⑤保健所及び精神保健福祉センターの役割

北海道帯広保健所	北海道立精神保健福祉センター
<ul style="list-style-type: none"> 対象者の選定、推薦 利用導入のための同行、支援者としての役割 運営のための会議への参加 終了の判定 事業効果の評価 チーム運営への支援と人材養成 研修事業 地域精神保健への波及（地域課題の把握） 	<ul style="list-style-type: none"> 評価検討委員会の委員 事業関係者研修会における総括発言

⑥本事業の成果と課題 ～まとめに代えて～

【個別支援に関すること】

成果	<ul style="list-style-type: none"> 頻回な入院をしていた方が、入院せずに在宅生活を継続できている。 悪化予防のための生活支援の必要性を再認識できた。 受け入れ困難者がまずピアサポーターを受け入れた。→ピアの力を実感できた。 1人よりもチームで支援することでより効果的な支援ができた。 家族調整、経済問題支援など、多職種での支援だからこそスムーズにできた。 主治医との連携の重要性を再認識できた。 当初支援を拒否されても「まずはアプローチしてみる」べきと気づいた。 入院に頼るのではなく地域で支える、ということの必要性を実感できた。
課題	<ul style="list-style-type: none"> アセスメント時において、医療の必要性の判断が難しい。 病状悪化時の入院の必要性の判断が難しい。 未治療・医療中断の方では、本人の了解を得ることが難しいことが多い。 チームメンバー間の情報共有やケースカンファレンスを効果的に行うためには工夫が必要。 家族もまた支援対象である、という視点を見失いがちである。 入院以外に本人が「休息」できる場が必要。 十勝においてもまだ、地域・関係者の精神障がい者への理解が十分でないことがある。 入院が必要なとき、自ら判断できるような支援技術が必要。

【地域支援体制に関すること】

成果	<ul style="list-style-type: none"> 十勝の各機関の状況を知る機会となった。 積極的に働きかけていくことで、関係機関による新たな協力が得られるなど、十勝の良さを再確認できた。
課題	<ul style="list-style-type: none"> モデル事業終了後、どのようなかたちで支援や体制を継続していくか。 未治療者を対象としたアウトリーチ事業が必要。 薬局との連携が必要。 ゲートキーピング機能を行う技術が必要。 アウトリーチ支援を多くの関係者と共有する。

アウトリーチを実践して感じたこと その1

保健所や市町村、病院、地域支援機関がそれぞれの役割を果たしながら、互いに必要とする時に連携をしていた…

★いままでのネットワークは点を結ぶ細い線だったと気づいた
一つの支援機関では支援の限界がすぐに来てしまうが、チームであればこそ、その人を支えることができた。

★いままでの支援対象者の枠は狭かったことに気がついた
いままで支援対象にならなかった方にも支援できた。
自分たちが考える支援対象者の枠を打ち破る努力。

アウトリーチを実践して感じたこと その2

事業対象者の8割が、医療中断と病状不安定な方だった…

★「事例化してからの支援」からの脱却
症状悪化による警察介入を待つことなく、
対象者の困りごとへの支援を早期に行う重要性

★受診勧奨支援から生活支援へ
病状が悪化しても、生活支援で地域生活を継続できる

★アウトリーチ支援を実践するには、地域生活支援のスキルを
の獲得していくことが重要！

アウトリーチを実践して感じたこと その3

チーム支援を始めても、地域で支えられず入院となる対象者もいた…。しかし、

★地域と精神科医療機関の連携が強化された
病院と地域支援機関のスタッフが近い関係になれた
精神科医師をチームに参加させた効果を実感できた

★病院関係者は、アウトリーチ支援の対象者は早く地域に
戻そうという意識が高まった。

★地域関係者による退院支援が入院当初から開始された。
入院前と入院中の関わりが退院後の支援に活かされた
病院スタッフが地域支援の実際を知る機会になった

アウトリーチを実践して感じたこと その4

評価検討委員会やアウトリーチチームに市町村保健福祉関係者の参加を得たことにより…

一つの町や機関で支援することの限界から、
事件が起きるとその「事件」への対処に追われ、
本人のことに目を向けていなかった…

ということに気づくことができた

十勝の実践から見えてきたこと

- ★本人との関係づくりを重視すること
- ★利用者主体をこころがけること
- ★家族を支援対象とするという視点を見失わないこと
- ★それでも入院が必要な時に支援者として、本人が自ら入院が必要と考えるための支援技術が足りない
- ★病状悪化時に入院の要否を見極めるアセスメントの力
- ★未治療の方の支援ができるアウトリーチ体制が必要
- ★本人が入院以外に家族と離れるという「場」がない
- ★アウトリーチ支援で学んだことを、市町村、関係機関の関係者に広く伝えていく

ネットワーク型アウトリーチで地域や病院を変えよう！

- ★精神障がい者地域ケアマネジメントの重要性を実感
地域の強みを活かした取り組み
市町村単位での取り組み（自立支援協議会など）
- ★保健所のスタッフの意識が変わった
- ★地域支援機関スタッフの意識が変わった
- ★病院スタッフの意識が変わった
- ★市町村のスタッフの意識が変わった

病院や市町村とともに進めたい
医療中心の支援から生活中心の支援へ！

普及啓発・モデル事業成果報告

- 1 十勝精神障がい者アウトリーチ研修会
日程等：2013/3/9 帯広市（道新ホール）
内 容：十勝の精神保健福祉を語ろう
—精神障がい者を支える地域の“今”と“これから” ほか
- 2 精神保健北海道大会
日程等：2013/8/31 帯広市（とちがちプラザ）
内 容：マディソンモデル：地域に根ざした支援をとおして、
人間の潜在的な可能性を最大限に伸ばすこと ほか
- 3 北海道精神障がい者アウトリーチ推進モデル事業関係者研修会
日程等：2013/11/26 帯広市（とちがちプラザ）
2014/1/25 札幌市（北海道経済センター）
内 容：精神障がい者の生活支援から地域がどうかわるのか ほか

今までとは違う「連携」を作り上げるために、
地域の支援力の再統合と新たな資源の開発、
そして支援体系の確立が必要！

4. 十勝地域の外部からの評価

『北海道十勝地域（帯広保健所管内）視察報告』

花園大学社会福祉学部
三品 桂子

日 時	平成 25 年 9 月 12 日（木）～13 日（金） 午前	
研究班員	花園大学社会福祉学部 三品桂子	
調査内容	①アウトリーチ推進事業の実施体制 ②アウトリーチ推進事業における保健所の姿勢 ③アウトリーチ推進事業における保健所の位置づけ ④アウトリーチ推進事業の効果 ⑤アウトリーチ推進事業で効果があがらない対象者 ⑥十勝の精神保健福祉の歴史 ⑦今後の方向性	
調査方法 と 対 象	9 月 12 日（木） 午前	帯広保健所保健師 4 名に グループインタビュー
	9 月 12 日（木） 午後	十勝障がい者総合支援センターにて アウトリーチチースタッフ 5 名に グループインタビュー
	9 月 13 日（金） 午前	帯広保健所金正主幹より十勝の地域精神 保健福祉活動の歴史に関する説明を受ける

（1）十勝の地域精神保健福祉活動

1970 年代前半、病院 PSW が管内 5 保健所に「保健所精神衛生連絡会議」の開催を働きかける。その後、会議は月 1 回に発展し、支援下宿の運営と資源開発が行われ、1996 年から精神科病床は減少傾向となる。1998 年に保健所の統廃合によって連絡会議は終了し、一時保健所と各関係機関とは距離があったが、今回の精神障害者アウトリーチ推進モデル事業で関係が緊密になり、行政を含めたネットワークが形成されている（図 1：全ての障害者が「地域で暮らす」をあたりまえにするためのシステム）。

図 1 に示されているような多様な生活資源、訪問型支援の充実、ケアマネジメントによる多職種・多機能支援チーム体制、就労支援の充実、オープンシステム、医療と地域生活支援の連携、行政との連携、当事者の力の活用などが行われている。

帯広市はアメリカのマディソン市と姉妹都市であり、図 2：ウィスコンシン州デー郡（マディソン市含む）成人精神保健サービスシステムを志向している。

図1 全ての障害者が「地域で暮らす」をあたりまえにするためのシステム

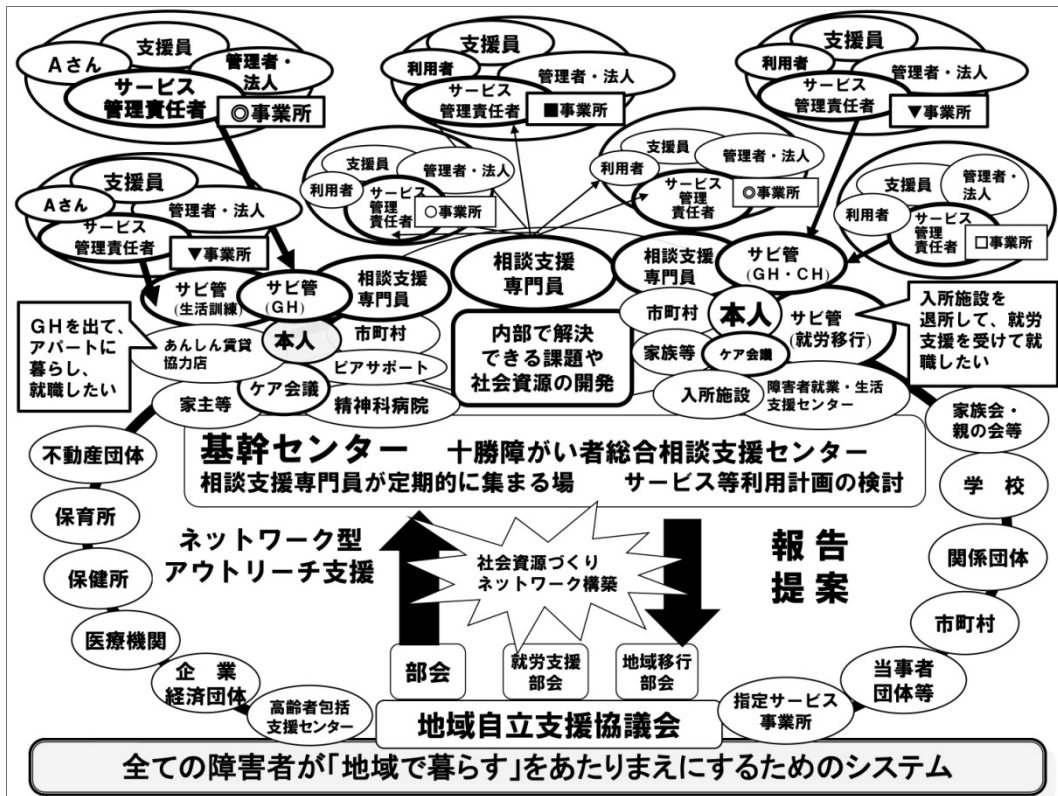
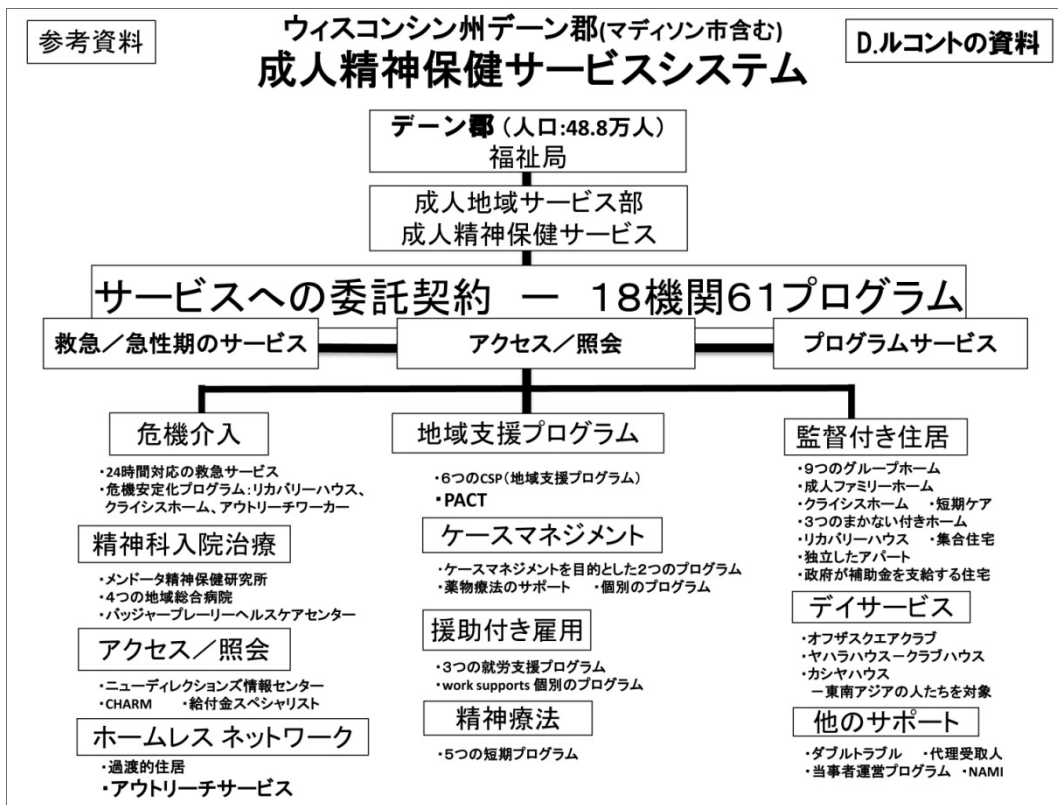


図2 ウィスコンシン州デー郡（マディソン市含む）成人精神保健サービスシステム



(2) アウトリーチ推進モデル事業の特徴

相田所長の報告にあるとおり、十勝障がい者総合支援センターに事務局を置き、平成 24 年 8 月からネットワーク型で実施され、チーム全体は 30 人～40 人で構成されている。保健所は、当初からアウトリーチ推進モデル事業を重視し、北海道庁を經由して実施を申し出た。しかしながら、平成 23 年度はネットワーク型を対象外とする厚生労働省の方針から実現できなかった。それにもかかわらず、厚生労働省に粘り強く働きかけ、平成 24 年度からの実施に漕ぎ着けたという背景がある。

アウトリーチ推進モデル事業では、道立緑ヶ丘病院にある ACT-H と十分に連携できず、支援できない対象者があったことから、本事業終了後の平成 26 年 4 月からは帯広駅の近くに診療所が開設され、そこに ACT チームが誕生することになっている。

(3) 今後の展開

平成 26 年 4 月開設予定の ACT チームは、日本で開設された過去の ACT チームとは異なり、ゲートキーピング機能を果たす地域機関を設置し、そこが ACT 対象者の選定や ACT チームのサービス終了時期の決定、その後の支援機関との連結を行う予定である。これは、アウトリーチ推進モデル事業において、評価検討委員会の果たした役割が認識されたことによるものであり、ACT サービスの効果的な展開を志向するものである。

1970 年代から病院 PSW と保健所が連携して、コミュニティケアに取り組んできた十勝地域は、アウトリーチ推進モデル事業を行うことで、重い精神障害のある人への支援は ACT チームが不可欠であることを認識し、これまでのネットワークの中の地域資源の 1 つとして、ACT チームを開設することにした。十勝地域のコミュニティケアは、今後の日本のモデルとして私たちの進む方向を示していると言えよう。今後の展開に期待したい。

5. 岡山県

『岡山県アウトリーチ推進事業に関する報告』

岡山県精神保健福祉センター
野口 正行

(1) 岡山県のアウトリーチ実施機関と保健所

岡山県ではアウトリーチ推進事業を行う前から、精神保健福祉センターが保健所と連携したかたちでアウトリーチ支援を行っていた。このため、本事業を開始するに当たっても、保健所等の公的機関の関与が必要であり、地域支援ネットワークに統合された形でアウトリーチチームが活動することが必要であるという考えで行われた。

岡山県では、アウトリーチ推進事業は3つのチームによって行われた。一つは精神科病院であり、県北地域を精神科病院の医師、訪問看護師、相談支援事業所が担当した。岡山市は民間診療所と訪問看護ステーションが担当となった。県精神保健福祉センターは県南東部のエリアを担当した。それぞれの担当エリアの状況は図1に示すとおりである。また、表1には各チームの状況、表2にはそれぞれの圏域の担当保健所等の概要を示した。

図1 モデル地域の概要とチームの設置

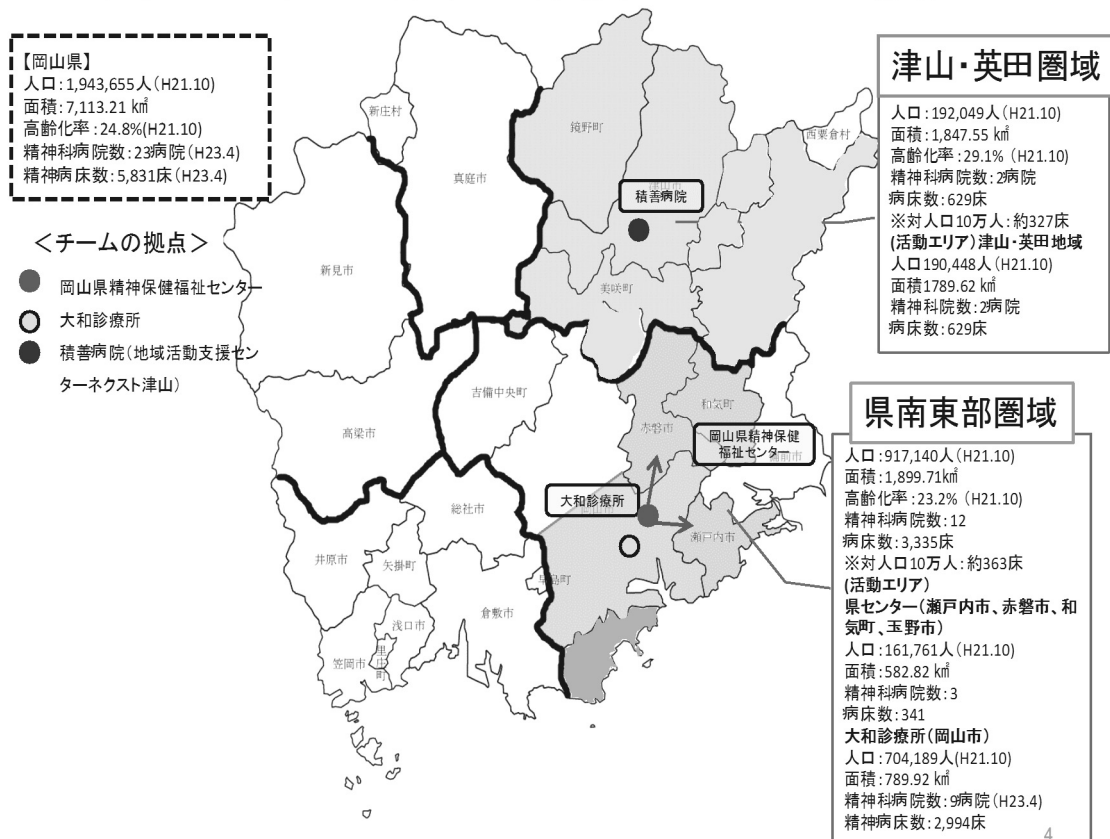


表 1 各チームの状況

事業運営主体の 名前	法人属性	事業開始時期	スタッフの状況 (専属、専任、兼務の職種別)	運営の 仕方
ACT おかやま	岡山県精神保健 福祉センター	平成 23 年 10 月	常勤兼務(医師 2、PSW2、PHN1)、 非常勤兼務(PSW3、Ns1)	ACT 型
ACT-Zero 岡山	大和診療所、 訪問看護ステーション宙	平成 23 年 10 月	兼務(医師 1、PSW4、OT3、CP1、 PHN1、Ns4、事務 1)	ACT 型
地域生活支援センター ネクスト津山	積善病院	平成 23 年 10 月	兼務(医師 1、PSW1、CP1、 事務等 1、Ns4、相談支援専門員 1)	地活セン ター中心

表 2 関係保健所等の概要

名前 (担当チーム)	職員数 (精神保健担当者数)	市町 村数	人口 (人)	高齢 化率	精神科 病院数	各病院 病床数	診療 所	訪問 看護 ST
備前保健所(本所) (ACT おかやま)	10 名 (保健対策班すべて)	2	100,729	30.9%	3	341	3	5
備前保健所東備支所 (ACT おかやま)	10 名 (保健対策班すべて)	2	58,383	29.7%	0	0	1	4
美作保健所(本所) (ネクスト)	11 名 (保健対策班すべて)	4	138,857	28.8%	2	629	5	10
美作保健所勝英支所 (ネクスト)	6 名 (保健対策班すべて)	3	46,568	33.5%	0	0	0	3
岡山市こころの健康 センター(ACT-Zero)	15 名(中四国アウト リーチ推進研究会の 資料から)	1	712,775	22.6%	9	2,994	47	48

(2) 岡山県におけるアウトリーチ支援の状況

①アウトリーチ支援の実際

岡山県全体の支援の概要を記す(表 3)。

表 3 各チームの支援結果の概要

事業運営主体の名前	対象者数	終了	入院	改善	その他	継続	中断
ACT おかやま	17 名 (平成 26 年 1 月)	10 名 (平成 26 年 1 月)	1 名	5 名	4 名 (入所 1 名 死亡 3 名)	7 名	0 名
ACT-Zero 岡山	8 名 (平成 25 年 10 月)	3 名 (平成 25 年 10 月)	0 名	3 名	0 名	3 名	0 名
地域生活支援センター ネクスト津山	8 名 (平成 25 年 10 月)	4 名 (平成 25 年 10 月)	1 名	3 名	0 名	4 名	0 名

全ケースのうち 73%は統合失調症が占めた。気分障害が 10%であり、認知症は 7%であった。対象者の受診状況では、受療中断者が 55%を占めた。未受診者は 17%であった。ひきこもりとあわせると医療にかかれていない者が 86%と大多数を占めた。長期入院後退院や病状不安定者は 14%と数は多くはなかった。

紹介機関は市町村と保健所が最多で 59%であった。病院からの紹介は 24%、家族からの

紹介も14%とそれぞれあまり多くはなく、市町村、保健所など公的機関が事業のエントリーのゲートキーパーをしていることがうかがわれた。

支援の結果、終了者数は38%であった。62%は支援を継続していた。支援終了者のうち、支援目標達成が27%、地域支援に移行が46%とあわせて73%は支援に効果があつて移行できた。入院は18%であった。

(3) アウトリーチ支援の評価

評価検討委員会は全県的には年2回行い、それ以外では、それぞれの圏域の保健所を中心として2回行った。精神保健福祉センターはそれらの会議にも参加して、各圏域ごとの状況も把握した。

精神保健福祉センターが関わった事例についての集計では、GAFスコア、SBSスコアともに有意な改善が得られた。多職種チームによるアウトリーチ支援が事例の状態改善に役立ったことが示された。

また、保健所の役割については、事業の様式では集計する項目がなかった。回数や支援時間などは集約できていないが、精神保健福祉センターが関わった事例について、担当した保健所に事例ごとにどのような係わりを行ったかをチェックしてもらった。これによると、保健所の係わりが多かったのは、1) 事業導入までの本人・家族への係わり、2) 市町村や支援機関からの相談への導入前の対応、3) 対象の選定、4) 受理会議への出席、5) アウトリーチチームへの引き継ぎのための同伴訪問、6) 導入後の訪問、7) ケア会議への出席、8) 支援のモニタリング、9) 事業終了の判断であった。この他、他の機関とのコーディネートも保健所の本来の役割として挙げられるだろう。

(4) アウトリーチ事業支援体制についての知見

本事業を通して、評価検討委員会やチームでは以下のような点が事業を通しての知見として挙げられた。

- 1) 対象者のエンパワメント、家族支援を丁寧に行うことが大切である。
- 2) 本人に会うこと自体が困難であり、支援期間が6カ月で終了できるケースは少ない。しかし、6カ月ごとを意識して支援を行い、ケアプランの見直しや地域支援者の導入等を検討することは支援のマンネリ化を防ぐ意味では有効である。
- 3) 入院回避が難しいケースがあるため、より早期からの支援が必要である。
- 4) 入院回避自体を目指すのか、あるいは入院を経て支援関係性を構築し、地域生活継続を目指すのか、ケースごとの判断が必要である。
- 5) 危機をキャッチする地域の目が必要である。また住民が精神保健について学ぶ機会をつくる必要がある。
- 6) 最初に相談を受ける機関の適切な対応が大切である。
- 7) 関係者が支援の方向性を確認し共通認識を持つことが必要である。
- 8) 事業をきっかけとして、精神科病院と保健所との交流が活性化された。これをきっかけに地域精神保健医療福祉の連携体制をつくることが望ましい。
- 9) 市町村の保健師が難しい事例の支援を完結できたことがとてもよい成功体験となった。市町村の精神保健スキルの向上が、アウトリーチ支援の重要な意義である。

(5) アウトリーチ支援における各機関の役割

①保健所

保健所の役割としては、以下のようなものが確認された。

- 支援の導入とケア会議などで情報共有。
- 未治療者など治療契約困難者への同行訪問による直接支援。
- 住民や警察対応、市町村による福祉制度利用のサポート。
- アウトリーチチームと協力して実践の場を確保すること。

②精神保健福祉センター

精神保健福祉センターの役割としては、以下のようなものが提案された。これらをどのように優先順位をつけて行うかはこれからの課題である。

- アウトリーチチームの実践。
- アウトリーチノウハウの県内への普及。
- 研修企画、アウトリーチマニュアルの作成、同行訪問による *in vivo* の地域支援者のスキル向上（市町村や相談支援事業所など）。
- アウトリーチの人材育成。
- 精神保健福祉センターでアウトリーチチームで活動してもらうことでスキルとノウハウを学んで、その後地域の諸機関で働いてもらう、若手の保健師に精神保健の経験を集中的に学んでもらうなどの案が出されている。
- アウトリーチ体制の企画提言。
- 病院・保健所との協力体制。

(6) アウトリーチ支援の今後の課題

今後の課題として提起されたのは、

- 未治療者に対しては公的機関によるアウトリーチ支援の仕組み。
- 保健所のアウトリーチ機能を強化するための人員および予算確保。
- 地域支援者の資質向上のための研修、事例検討会などの機会の提供。
- アウトリーチチームとしては、ネットワーク型アウトリーチを基本として、地域にある様々な機関が重層的に役割分担をして地域生活を支える体制。
- 普及啓発として、住民に対する心の健康づくり、精神保健について学ぶ機会をつくり、発症予防や早期からの適切な治療を促す。

などの必要があることが確認された。

今後の制度化に際しては、アウトリーチチームの質の確保を図る仕組みとして、機動力のある民間医療機関等による多職種チームを育成するとともに、その質の確保を図る仕組みが必要であることが確認された。また、保健所は必要に応じて同伴訪問、調整会議に参加する等の役割が必要であることも確認された。

(7) アウトリーチ体制を考えるに当たってのポイント

①都市部と過疎地とのアウトリーチ体制の違い

都市部では民間 ACT のほか、訪問看護、相談支援事業所などの福祉サービスも数が多く、メニューが豊富である。保健所や各保健センターが支援の単位となって近隣の医療機関や福祉サービス機関との関係をつくって調整を行うかたちになる。精神保健福祉センターなどの

対象は治療契約ができない精神障害者が中心となるだろう。アウトリーチ体制としては、豊富な民間医療機関や福祉機関を活用する調整型マネジメントが地域のアウトリーチ体制には必要だろう。それぞれのエリアごとに多職種チーム＋多機関ネットワークができれば非常に強力であるだろう。

中小都市では、医療資源、地域の相談支援事業所などの数も限られる。中小都市部では、圏域に医療機関が一つあって、そこを中心にアウトリーチ体制をつくるパターンが考えられる。保健所は医療機関と協力しつつ、支援導入や状態把握、調整などを行うことになるだろう。精神保健福祉センターはこのような地域では支援から漏れた人への補完的な役割になる。アウトリーチの支援形態は、医療機関のアウトリーチチームを核にして多職種チーム＋多機関ネットワークというかたちが可能になる。

精神科医療機関がないエリアでは、保健所も重要な支援の担い手の一つとなりつつ、他の資源の調整を行ってネットワークをつくることが求められる。また身体科医療機関に精神科診療の一部を担ってもらするなど、身体科医療機関もネットワークに加えることが必要になる。精神保健福祉センターなどが外付けで医療機能を補完するかたちもありうる。ただ、センターからも遠隔地の場合には、頻回の支援は困難である。アウトリーチの支援形態としては、多機関ネットワーク型アウトリーチチームが選択肢となるだろう。

(8) まとめ

①支援の隙間をなくすアウトリーチ体制

今後のアウトリーチ体制を考える場合、単独の機関だけでは対処が難しく、未受診者に対しても保健機関だけでは対処能力に限界がある。医療機関との連携を強化して、少しずつ持ち出しの支援を依頼することも必要である。また精神保健福祉センターに精神科医を集約して、医療、福祉のアウトリーチ機関と協力することができれば、アウトリーチシステムとしてより効果的であると考えられる。今回のアウトリーチ推進事業を通して経験された重要なポイントとして、医療機関、公的機関、福祉機関とのネットワークがある。公的機関には、支援の隙間をなくすために、ネットワークをつくること、ネットワークをつくるためにも自ら支援に携わること、民間医療機関には自分たちの診療者からの脱落を出さない努力をすることはもちろん、自分たちのエリアの課題を公的機関と共有して解決に当ることがそれぞれ求められる。この意味では「公衆衛生」プラス「臨床実践」、つまりエリアを広く見る視点と個々の事例の支援から得られる視点を公的機関と医療機関が共有することが重要であると考えられる。

第4章 保健所職員研修会実施報告

1. 平成25年度「精神障害者アウトリーチ推進事業研修会」の目的及び概要

(1) 目的

平成23年度から始まった精神障害者アウトリーチ推進事業における保健所の役割を明確にするため、事業実施をしている地域を中心に広く保健所職員及び精神保健福祉センターや都道府県庁の担当職員を対象に研修を行い、本事業の進捗状況や各県の事業の取り組み方を把握するとともに、「入院しないで地域生活を継続するための支援」という本事業の本来のあり方を確認し、そのような事業であるためには保健所はどのような役割を果たすべきか、またそのような役割を果たすためには、どのような活動が必要かを参加者とともに検討する。特に、未治療者は、原則本事業の対象としないという国方針から、当事業の実施の有無にかかわらず、保健所の役割として今後も継続した業務として検討を加える。

(2) 開催の概要

開催日時	平成26年2月17日(月) 10時～18時/2月18日(火) 9時～16時
場 所	〒114-8503 東京都北区王子1-11-1「北とびあ」
参 加 者	32名
内 容	アウトリーチの基本的理解 アウトリーチのモデル地域紹介 参加者の地域でのアウトリーチ体制の可能性の分析
対 象 者	保健所の精神保健担当者 精神保健福祉センターの担当者 事業実施事業所の職員
主 催	一般財団法人 日本公衆衛生協会
スタッフ	相田 一郎(北海道帯広保健所長) 岸本 泰子(島根県出雲保健所長) 佐藤 純(京都ノートルダム女子大学准教授) 永岡 秀之(島根県こころの医療センター医療局次長) 野口 正行(岡山県先進保健福祉センター所長) 本保 善樹(東京都北区保健所長) 毛利 好孝(姫路市保健所長) 柳 尚夫(兵庫県洲本保健所長)
講 師	片山 聡子 (厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課地域移行支援専門官) 天野 和子(島根県出雲保健所心の健康支援課長) 金正 修子(北海道帯広保健所健康推進課主幹)

(3) 研修の概要と研修の内容

■ 1日目(2月17日:月曜日)

時刻	プログラム	研修内容	方法	主担当
10:00	オリエンテーション		PLS	柳
10:15	基調講演	アウトリーチ推進事業の考え方と法改正後の保健所の役割	LC	片山
12:00	昼食			
13:00	講義①	事業の現状と保健所の役割	LC	柳
13:55	講義②	保健所の地域精神保健における基本的役割	LC	柳
14:50	休憩			
15:00	講義③	アウトリーチとACTへの基本的理解	LC	佐藤
15:55	講義④	海外におけるアウトリーチ体制の考え方	LC	佐藤
16:50	全体質疑	1日目の講義内容に関する質疑応答	PLS	柳
17:00	移動			
17:30~20:00	情報交換会			

■ 2日目(2月18日:火曜日)

時刻	プログラム	研修内容	方法	主担当
9:00	事例報告①	島根県からの報告(出雲、浜田)	ML	天野
10:00	事例報告②	帯広からの報告	ML	金正
11:00	休憩			
11:10	事例報告③	岡山からの報告	ML	野口
12:10	昼食			
13:10	グループワークと全体発表①	地域におけるニーズとダイヤモンド(KJ法)	SGD PLS	毛利
14:20	グループワークと全体発表②	目指すべき地域精神保健の姿(戦略マップ)	SGD PLS	毛利
15:00	休憩			
15:10	グループワークと全体発表③	目標を実現するための方策(SWOT分析)	SGD PLS	毛利
15:50	閉会式	事務連絡等	PLS	柳

※PLS：全体質疑、SGD：グループディスカッション、LC：レクチャー、ML：講義

2. 研修会のまとめ（グループワークの概要）

（1）目的

- 精神障害者が住み慣れた地域で暮らすうえで、どのようなニーズがあり、どのようなディマンドがあるのかについて、意見を出しあう。
- 上記メンバーの考えを相互理解したうえで、グループとしての意思統一を図る。
- 今後展開されるプログラム（戦略目標・SWOT分析）への準備・基礎作業とする。

（2）グループディスカッションの内容

精神保健福祉に関わりのある全てのステークホルダー^(※)から見た、現状における課題や問題点、保健所や医療機関の役割、あるべき姿等の項目を列挙し、整理する。必ずしも、肯定的な意見ばかりでなく、これまでの精神保健福祉施策の経緯を踏まえて、様々な立場に立脚した意見を出すこと。

※全てのステークホルダーとは、地域住民、行政機関、医療機関、サービス事業者、警察、医療保険者など、地域で精神保健福祉に関わる人々や関係機関を指す

（3）方法

- 1) グループ内で、司会進行、発表係と書記係の計3名を決定する。
- 2) 各個人がこれまでの業務上の経験、現在の現場の状況から、できるだけたくさんポストイットに記入する。
- 3) グループ内で話し合いながら、各自が書いたポストイットを、模造紙に貼る。
- 4) グループ内で話し合いながら、似たものをまとめてグルーピングする。
- 5) ルーピングしたものにそれぞれタイトルを付ける（キーワードの抽出）。
- 6) 各グループの保健所名を決める。ユニークな保健所名を1つ考え、模造紙に書く。

☆注意点

- 1枚のポストイットには、項目1つのみ記載する。
- 主語（誰が）を、明記する。
- 少数意見も必ず残す（怪しげな意見であっても）。
- 誰が読んでも理解できるように、具体的な内容を書く。
- 少し離れた場所から見えるように、大きな文字で書く。

（4）戦略マップ ～精神保健福祉の近未来戦略マップ～

①目的

精神障害者が、必要な支援を受けながら、住み慣れた地域で暮らすことができる地域社会を実現するために、地域社会の現状を踏まえて、（アウトリーチの手法を使いつつ）目指すべき姿をマップに投影するとともに、目指すべき姿を実現するために重要なものは何なのかを考える。

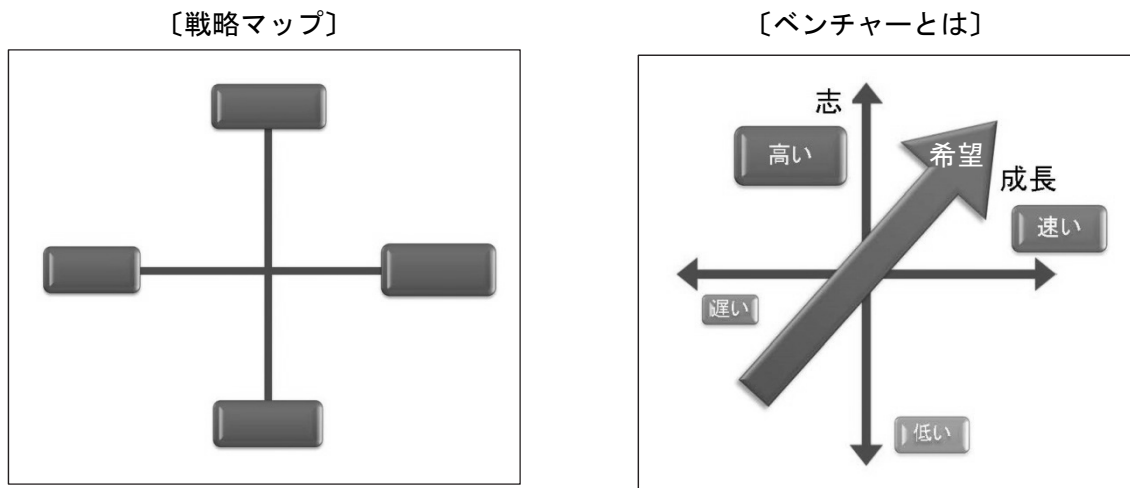
②方法

精神保健福祉事業に従事する者として、あるべき姿を実現するうえで、もっとも重要と考える要素を2つ選択して、それをX軸とY軸に割り付けるとともに□内に記入する。

次に、地域社会の現状が座標軸上のどこに位置するのかを考えて、マップ内のいずれかに投影する。

さらに、目指すべき姿についても、同様にマップ内に投影する。

最後に、マップ上の2点間をどのような経過で移動するのかを線や矢印を使って記入する。



(5) SWOT分析 ～アウトリーチを進めるために～

①目的

目指すべき地域社会の姿を実現するために（今日は、現実的な思考として、少なくともアウトリーチを（よりよく）進めるために）、促進要因は何か、阻害要因は何か、そして促進要因を最大限活用するとともに、阻害要因を克服するためには、どのような戦略が必要になるのかを考える。

②方法

アウトリーチを（よりよく）進めるために、

- 組織あるいは地域の内部の促進要因（Strengths）
- 組織あるいは地域の外部の促進要因（Opportunities）
- 組織あるいは地域の内部の阻害要因（Weaknesses）
- 組織あるいは地域の外部の阻害要因（Threats）

として考えられるものを列挙する。

次に、促進要因を最大限活用するとともに、阻害要因を克服することによって、アウトリーチを（よりよく）進めるためには、どのような戦略が必要になるのかを議論する。

Strengths(強み)	Opportunities(機会)
Weaknesses(弱み)	Threats(脅威)

(6) Aグループ：(いつやるの?) 今でしょ! 保健所

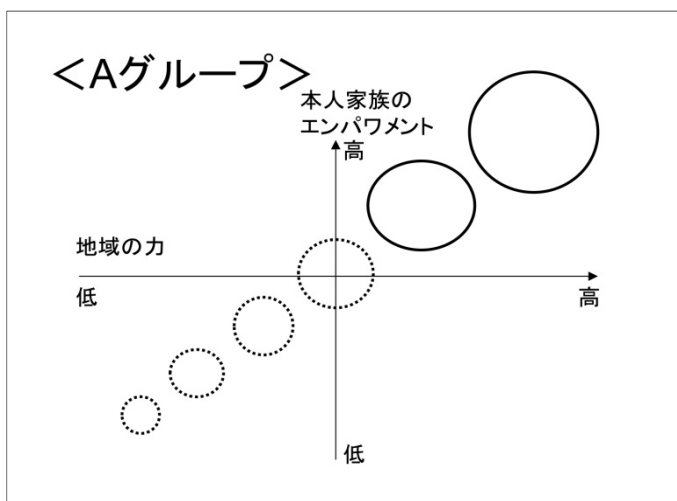
①SWOT分析

<p>強み</p> <ul style="list-style-type: none"> • 職場の雰囲気 (理念、寛容) • 予算がある • 社会資ある • エリアが狭い 	<p>機会</p> <ul style="list-style-type: none"> • 病床削減 • 海外、よい地域のモデル
<p>弱み</p> <ul style="list-style-type: none"> • 職場での理解不足 • 人員、予算の不十分 • 異動がある • 同一法人による社会資源 • エリアが広い 	<p>脅威</p> <ul style="list-style-type: none"> • 地域づくりの視点が弱い • ステイグマ • 病院がアウトリーチの理解不十分

②弱み、脅威を克服するために

- アウトリーチ研修をすすめる。
- 実践例からの効果を示す。→人員、予算、施策
- (エビデンス、経済的にも→一般の人の暮らし)
- 支援を受けてよかった人の声 (本人、家族)
- 行政施策としてアウトリーチを位置づける。
- 支援者、利用者の幅を広げる。福祉も。
- 幅広く資源を開拓する。

③戦略のイメージ図



(7) Bグループ：ウツミ保健所

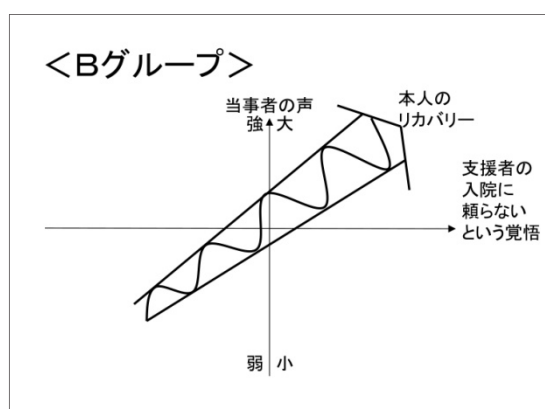
①SWOT分析

<p>強み</p> <ul style="list-style-type: none"> 熱意を持ったチームがある 市町村との連携体制 精神科病院や家族、本人の実状を理解している 目的意識を共有している 施策、制度を理解している マンパワーがある 実績がある 	<p>機会</p> <ul style="list-style-type: none"> 研修会による理解の機会がある ピアサポートのグループがある 法律上10年前から地域への流れがあった、さらに法改正による地域の流れの促進 社会資源がある 協力関係がある 委託事業所がある
<p>弱み</p> <ul style="list-style-type: none"> 関わっていない専門職の意識が変わらない 広い面積、行くのが遠い スタッフ不足 組織内の上司の声 理解が低い 入院という判断へのハードルが低い チームを組むのが難しい 社会資源が乏しい 本庁の意識の低さ、無理解 予算がない 	<p>脅威</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族、地域、警察の「入院させて」という声 病院の反対 支援者が1人で抱えている 意識がノーマライゼーションに向いていない 支援者の偏見・差別

②弱み、脅威を克服するために

- 本庁の理解を得る。
- 組織内の理解を得る。
- 実績を報告する。
- アウトリーチチームの効果、意義をアピールする。
- 当事者の声を伝える。
- ピアサポーターから夢や希望を発信する。
- 施策・制度の理解を深める。
- 法改正、ノーマライゼーションの研修、理念を浸透させる。
- 当事者の声を伝える。
- ピアサポーターから夢や希望を発信する。
- 警察に根気よく伝える。

③戦略のイメージ図



(8) Cグループ：夢を実現する保健所

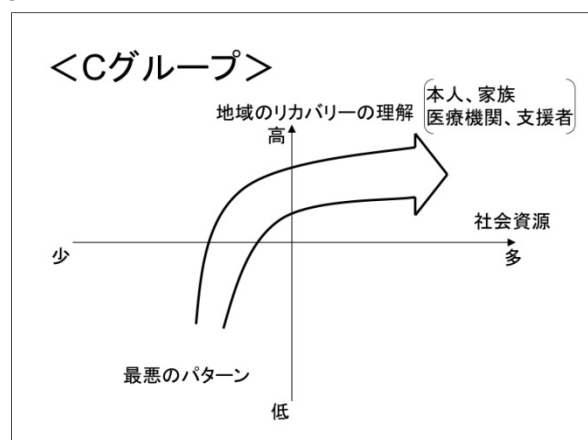
①SWOT分析

<p>強み</p> <ul style="list-style-type: none"> モデル事業を実施し組織として経験がある アウトリーチの必要性を理解している 所長が理解、異動がない 地区活動、地区診断に 精神に関する多職種 医師がおり、医療行為ができる 都市の匿名性が高い 社会資源が豊富、IT整備、予算もマンパワーも 役割分担明が確になり、関係者の連携取りやすくなった 中核市→連携をとりやすい 	<p>機会</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健所が期待されている 狭いので連携がとりやすい 法的強制力（条約）、推進派のH pがある センター機能の活用できる 地域生活志向の高まり 様々な職種、機関がある ピアグループがある アウトリーチ実施H pと連携 連携がよくなり、理解が進んだ
<p>弱み</p> <ul style="list-style-type: none"> マンパワー不足、人員欠 時間がなく、会議ができない 経験不足 他業務で余裕がない 物価が高い 高齢化で事例化しやすい コミュニティのつながりが弱い 濃厚な関わりができない 担当者間で対応のバラツキがある H C＝入院させられる 数字（データ）に弱い 移動距離が長い 	<p>脅威</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域住民の不理解→障害者排除 病院の不理解 地域が広すぎる 民救が多い 生保受給へのハードルが高い 予算、人員削減

②弱み、脅威を克服するために

- 1例ごとにきちんと支えると理解が進む（成功体験の共有）。
- 地域の人との話しあいの場を増やす。
- ピアの活用、当事者（→会議で発言する）、家族が語る。
- 研修、教育（小、中、高）、実習。
- アウトリーチを進める議員を・・・。
- 予算のコネをつくる。
- 精神保健協会等の活用。
- 会議→地域支援者の会議を定例開催する。
- 国内、海外の先進事例の紹介、お互いに評価し合う。

③戦略のイメージ図



(9) Dグループ：スーパーオリンピック保健所

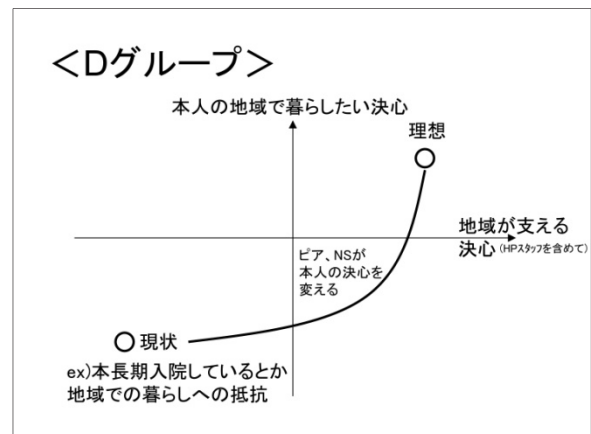
①SWOT分析

<p>強み</p> <ul style="list-style-type: none"> • 志が高い、所内の合意 • 資源が豊富 • アウトリーチの取り組み • 組織、職員の専門知識と能力 • 事業の継続性 • 他機関との連携 • 家族会からアウトリーチの要望 	<p>機会</p> <ul style="list-style-type: none"> • 信頼を得ている • アウトリーチ事業のよさ • 支援機関がある • アウトリーチの対象者がいる • HC以外の機関の意識の統一 • 職員の力量が育っている • 病床削減 • 近隣市との（実績の）差
<p>弱み</p> <ul style="list-style-type: none"> • マンパワー不足 • キャッチメントエリアが広い • 入院で解決しようとする • 事業見直し、評価が未 • 理念が統一できない • 公務員的思考、リスクを過剰に恐れる • 予算がない • 市町村の無理解 • 地域による資源量の差 	<p>脅威</p> <ul style="list-style-type: none"> • アウトリーチの理念が浸透しない • 資源豊富でまとまらない • 地区の事情が把握できない • ケースが増えてタイムリーに動けない • リスクマネジメントができない • 予算がなくなる • 次の世代の育成

②弱み、脅威を克服するために

- 入院で解決しようとする。
- アウトリーチの理念が統一できない（浸透しない）。
- 研修会の実施→**病院、行政、警察など**
※警察の理解大切
(研修参加、事業に対する拒否あり?)
- 連絡協議会の活用。
- 先行事例（成功事例）をつくる、紹介する。
- 法改正に併せて研修会を実施（出前）。
- 当事者から行政への働きかけ。
- 良いところをみる。

③戦略のイメージ図



第5章 考察および提言

1. 研究の成果

平成 24 年度のアウトリーチ推進事業において、保健所の果たした役割について、把握することができた。そして、地域活動の経験のないアウトリーチチームが、地域で活動するためには、保健所等の地域機関の協力が不可欠であることも分かった。また、多職種によるアウトリーチチームが存在すれば、今まで入院でしか支援できなかった精神障害者を地域で支援できる可能性があることも分かった。この様な効果や意義を、係わった保健所は、強く感じていることも明らかになった。

しかし、3 年間のモデル事業だけでは、アウトリーチに関しての知識も経験もほとんどない病院スタッフが従事したのでは、支援の成果は十分とは言えず、重度な精神障害者を地域で支えるための技術や体制づくりについての経験が、現時点では、医療関係者も我々保健所職員も十分には持っていないことも分かった。

2. 平成 26 年度以降の日本におけるアウトリーチに係わる制度

10/10 国庫の補助事業であるアウトリーチ推進事業は平成 25 年度で終了し、保健医療機関が長期入院後か入退院を繰り返す統合失調症か重度認知症の患者で、重度な (GAF40 以下) ものを対象に、退院直後から 6 カ月だけ、多職種での訪問支援が、診療報酬による医療の制度として認められた (参考資料 (1))。そして、早期介入を行うチームは、月に 1 回以上、保健所か精神保健福祉センターと検討のための会議を開催することが義務づけられている。

未治療、治療中断者へのアウトリーチは、引き続き保健所や市町村の役割であり、「障害者地域生活支援事業」の中で、1/2 を地方自治体も負担しながら、体制整備に取り組むことが求められている (参考資料 (3))。その体制整備とは、米英で行われているアウトリーチ体制を参考とするとサービスを必要とする対象者の把握とサービス導入時の判断、そして、多職種の濃厚なアウトリーチサービスが必要でなくなった対象者を他の訪問サービス (訪問看護だけなど) や、通所系のサービス (デイケアや就労支援) に結びつけていくという地域のアウトリーチサービスのマネジメントを行うことである。このような体制は、日本国内ではまだなく、本研究のモデルと位置づけた「帯広」や「出雲」地域の活動が、それを目指しており、注目される。

3. 全国でアウトリーチ体制整備を行うために保健所等に求められていること

平成 26 年 4 月から改正精神保健福祉法が施行される。それに伴って「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が大臣告示として出される (参考資料 (2))。その中で、保健所には、医療のアウトリーチチームとの連携と精神障害者に対する

訪問支援並びに関係機関との調整等の保健所の有する機能を最大限に有効に活用することが明記されている。

上記の退院者向けアウトリーチや、数年前から実施されている訪問診療と訪問看護をユニット化した日本型 ACT チームが存在する地域は、まだまだ少ない。そのため、日本の多くの地域では、保健所が地域の訪問系の社会資源を掌握し、それらをネットワーク化して、アウトリーチの運営理念に基づいて、体制整備することが必要となる。

4. 提言

全国の保健所はアウトリーチ推進事業を実施した保健所の経験の共有化に努力をするべきである。そのためには、精神保健福祉センターが中心となって、保健所職員を対象に、アウトリーチの理解のための研修を行うことが必要である。その中には、病院が実施する退院後早期介入への助言を目指した内容を含む必要がある。

さらに、全国の都道府県は、県全体のアウトリーチ体制整備のために、国の障害者地域生活支援事業（参考資料（3））を活用して、保健所のアウトリーチ体制の強化が可能となる予算及び人材の確保につとめなければならない。そして、各地域の訪問支援体制の準備状況に合わせて、その体制づくりを保健所が中心的に担うことが、必要である。

5. 参考資料

（1）精神科重症患者早期集中支援管理料（平成26年度診療報酬改定）

【算定要件】

訪問診療を月1回以上及び精神科訪問看護を週2回以上（うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問）実施している患者に対し、退院した日から起算して6カ月以内の期間に限り算定する。

【対象患者】

以下①～④のすべてを満たす者。

- ①1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者。
- ②統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者。
- ③精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者。
- ④障害福祉サービスを利用していない者。

【施設基準】

- ①常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名から構成される専任のチームが設置されていること（いずれか1人は専従）。
- ②上記4人を含む多職種会議を週1回以上開催（月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同）すること。
- ③24時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保していること。
- ④地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること。

(2) 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針

(アウトリーチ関連)

第二 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

三 居宅における医療サービスのあり方

1 アウトリーチ（多職種チームによる訪問支援）

医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等によるアウトリーチを行うことができる体制を病院及び診療所において整備し、受療が必要であるにもかかわらず中断している者や、長期入院後退院し病状が不安定な者等が地域に生活するために必要な医療へのアクセスを確保する。

第三 精神障害者に対する医療の提供に当たっての医師、看護師その他の医療従事者と精神保健福祉士その他の精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

三 地域に生活する精神障害者に対する医療における多職種連携のあり方

アウトリーチチームにおいては、治療中断者等に対し、病院や診療所の医師、看護職員、作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師、臨床心理技術者等の医療関係者を中心としつつ、必要に応じて、保健所等の保健師及び精神保健福祉相談員並びに障害福祉サービスの相談支援専門員等を含む多職種と連携し、必要な医療を確保する。

第四 その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保に関する重要事項

一 関係機関の役割

1 都道府県・保健所

精神障害者が適切な医療を受けることができるよう、精神障害者及び家族からの相談及び精神障害者に対する訪問支援並びに関係機関との調整等の保健所の有する機能を最大限に有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関のあり方も含めて検討し、当該検討に基づく方策を推進する。

(3) 平成26年度 障害保健福祉部概算要求の概要（障害者地域生活支援事業）

地域で生活する精神障害者へのアウトリーチ（訪問支援）体制の整備 6.8億円。

精神障害者の地域移行・地域生活支援の一環として、治療を中断している患者等に対し、多職種チームによるアウトリーチ（訪問支援）により、医療・保健・福祉サービスを包括的に提供し、丁寧な支援を行う活動について実施機関の拡大など実施方法の見直しを行ったうえで、更なる取り組みを進める。

6. ■ 執筆者一覧

第2章 実施保健所アンケート調査		
5. 調査結果	柳 尚夫	兵庫県洲本保健所
第3章 モデル地域調査報告		
1. 出雲地域（ネットワーク型） 『出雲圏域精神障がい者アウトリーチ推進事業報告』	岸本 泰子 天野 和子	島根県出雲保健所
2. 出雲地域の外部からの評価 『出雲地域ネットワーク視察報告』	佐藤 純	京都ノートルダム女子大学 准教授
3. 十勝地域（ネットワーク型／ACT併用） 『北海道精神障がい者アウトリーチ推進事業報告』	相田 一郎 金正 修子	北海道帯広保健所
4. 十勝地域の外部からの評価 『北海道十勝地域（帯広保健所管内）視察報告』	三品 桂子	花園大学社会福祉学部
5. 岡山県 『岡山県アウトリーチ推進事業に関する報告』	野口 正行	岡山県精神保健福祉センター
第4章 保健所職員研修会実施報告		
1. 平成25年度「精神障害者アウトリーチ推進事業研修会」の 目的及び概要、2. 研修会のまとめ（グループワークの概要）	毛利 好孝	姫路市保健所
第5章 考察および提言		
1. 研究の成果～5. 参考資料	柳 尚夫	兵庫県洲本保健所

**平成25年度 地域保健総合推進事業
精神障害者アウトリーチにおける保健所の果たすべき
役割に関する研究 報告書**

平成26年3月発行

一般財団法人 日本公衆衛生協会
分担事業者 柳 尚夫（兵庫県洲本保健所長）
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8
TEL 03-3352-4281
FAX 03-3352-4605