

## 特集 地域におけるアウトリーチ活動の実践——その現状と課題——

## 岡山県精神保健福祉センターにおけるアウトリーチ支援

野口 正行, 守屋 昭, 藤田 健三

保健所の機能低下と市町村の対応能力格差により、地域精神保健体制の弱体化が著しい。このことは地域での精神障害者サポート能力の低下を招き、複雑困難化した精神障害者が医療機関に押し寄せ、医療機関の負担を増悪させるという悪循環を強めるおそれがある。こうした状況認識の下での地域精神保健医療の強化のため、アウトリーチ体制について1つの試みを呈示した。岡山県精神保健福祉センターでは、保健所や市町村、および相談支援事業所などと共同でチームを構成して未治療・治療中断者などいわゆる複雑困難事例に対応するネットワーク型アウトリーチチームを試行的に行っている。ネットワーク型アウトリーチチームは複雑で多様な課題を抱えた事例に対して、複数の機関が効果的な連携を組むことで支援力の増加を図ること、チームを組んで支援にあたることにより、OJT (on the job training) として保健所、市町村など保健機関の精神障害者対応能力の向上を図ること、の2つの目的がある。これは内部完結型アウトリーチチームに対比される理念型として想定される。内部完結型アウトリーチチームは、チーム内の情報伝達の効率性、支援の迅速性に優れており、民間医療機関型アウトリーチチームに適している。一方、公的機関ではネットワーク型アウトリーチをとることが選択肢の1つである。地域精神保健医療におけるアウトリーチ体制としては、民間医療機関の内部完結型アウトリーチチームと公的機関のネットワーク型アウトリーチチームの官民協働体制が今後の地域精神保健医療アウトリーチシステムの一案である。

＜索引用語：アウトリーチ，地域精神保健医療，未治療，治療中断，ネットワーク＞

## 1. はじめに

最近、医療崩壊という言葉があまり聴かれなくなった。1つには平成22年度の診療報酬改定で大病院中心に経営状態が改善した<sup>4)</sup>こともあり、崩壊も一服したということがあるのかもしれない。しかしながら、病院からの医師の立ち去りが減ったわけでは必ずしもなく、厳しい状態は継続している。

ここで付言しておきたいのが、状況が厳しいのは医療に限らないことである。後述するように、保健福祉においても負担が大きいかつ人員も十分ではないため、地域精神保健の状況は必ずしも楽観できるようなものではない。かつて地域精神保健の中軸を担った保健所も業務の多様化に加え、

数も人員も削減されてきている。市町村も業務の多様化に戸惑い、精神障害への対応スキルには非常にばらつきがある。実態としては地域精神保健の機能は弱体化しているか、少なくとも地域ごとの格差が広がっている、と見た方がよいように思われる。

医療崩壊は医師からも、また社会からもまだしも見えやすい危機であったわけであるが、それと並行して保健崩壊も進行しているのではないかと、しかも後者は潜在性で目に見えにくいものであるだけに、きちんとした対策が立てられないままになってしまっているのではないかと、という懸念がある。もちろん、保健崩壊があったとしても、それが大した問題でなければよいのだが、いわゆる

複雑困難例の増加という形で急性期病院にも跳ね返ってくるおそれがある。地域精神保健の強化はその意味でも大切であると思われる。

本稿では以上のような問題意識のもとで、地域精神保健医療の強化についての1つの試みとしてアウトリーチについて論じたい。

## 2. 岡山県精神保健福祉センターにおけるアウトリーチ

岡山県精神保健福祉センター（以下、当センター）は県庁所在地である岡山市に位置しており、診療機能を有する精神保健福祉センターである。常勤職員は17人（医師、精神保健福祉士、保健師、心理士、作業療法士、事務を含む）であり、非常勤職員が16人とほぼ半数を非常勤職員が占めている。アウトソーシングにスタッフを頼るのは何も民間企業だけの特徴ではなく、今や公共機関では当たり前の姿である。その中でアウトリーチチームとしてACTおかもやまチームがある。ここは医師2名のほか、精神保健福祉士、看護師、心理士など多職種からなる合計10名のスタッフで構成されている。

当センターでは以前から往診を行っており、その意味では、アウトリーチ活動には長い歴史がある。平成17年からはACT（Assertive Community Treatment）事業に単県事業として取り組んでいる。当センターアウトリーチチームは当初は岡山市と倉敷市という、県南都市部の当センターから比較的近い圏域を主なキャッチメントエリアとして活動してきた。しかし、平成21年4月より岡山市が政令指定都市となり当センターの管轄から外れたこと、また県のセンターとして他のエリアからの支援期待が高まったことなどから、平成22年度より全県を対象エリアとしたアウトリーチ活動を行うこととした。もちろん、このような広範囲のエリアでは単独アウトリーチチームによる頻回の支援は不可能である。こうした実践面での制約と、保健所支援という精神保健福祉センターの本来事業の両方の目的にかなうため、保健所との連携を中心としたアウトリーチ体制を整

表1 利用者の構成

・ACT登録者数	33名
・平均年齢	52.1歳（19歳～88歳）
・平均登録期間	677日（142～1607日）
・診断	
統合失調症	27名
妄想性障害	2名
発達障害	1名
知的障害	1名
双極性障害	1名
強迫性障害	1名

（平成23年11月30日現在）

備することとなった。

現在、困難な課題を抱えており、集中的なアウトリーチ支援が必要とされる事例は表1の通りである。

次にアウトリーチ支援の実際を事例呈示で示したい。なお、事例呈示に際して、事例からは口頭で説明し口頭で同意を得たが、詳細はプライバシー保護のため理解に差し支えない範囲で変更した。

## 3. 事例呈示

事例は当センター依頼時75歳女性の統合失調症である。単身で古い公営住宅に居住している。家族の協力は得られない。

【病歴】詳しい発病年齢は不詳であるが、X-19年頃から幻聴・妄想で事例化した。X-8年12月、近隣住民に対して「通帳を盗む」と大声で罵るなど被害妄想と幻聴に基づく行為があり、トラブルが絶えないため保健所に相談となった。X-5年3月、大声がひどくA病院に入院となり、2ヶ月間入院。退院後にも落ち着かず、2回同病院に入院となり、計1年4ヶ月入院した。

退院後、病院、介護保険事業所、地域包括支援センター、保健所などで訪問を繰り返したが、治療拒否が強く、X-3年1月より治療中断となった。その後も「ドイツ軍から夜になると通信が来る」「隣人に通帳を盗られる」など幻覚妄想に基づく近隣住民への暴言が続いた。また川で洗濯をするなどの行為もあり、近隣から市に対して苦情が寄せられた。部屋に荷物を溜め込んで捨てられ

ないため、本人の寝る場所もないほどであったが、ヘルパーやデイサービスなどの支援も拒否してしまった。関係機関でケア会議を行い、受診や介護サービス継続を促すように訪問等の支援を継続した。しかし本人の通院拒否、訪問看護拒否、介護サービス拒否の姿勢が強いため、対処に困った保健所から X 年 10 月に当センター支援依頼となった。

X 年 10 月に当センター、保健所、地域包括支援センターで訪問を行い、その後にケア会議を行った。本人は医療行為などのサービスへの支払いを拒否しているが訪問自体を拒否はしないこと、問題が起ると支援者が事後的に訪問する形となっていたことから、当センターを含む支援者がローテーションを組んで週複数回の定期的訪問を行うこととした。近隣住民に対しては、地域包括支援センターや保健所が引き続き対応した。その後も幻聴や妄想は持続しており支援者には近隣住民への悪口を訴えるが、住民への暴言は減少した。そのうち、風呂に入りたいという希望が確認できるようになり、介護事務所によるデイサービスの入浴サービス利用を介入した。介護事業所スタッフが入浴時に洗濯をして手伝った。着替えもできるようになり、川での洗濯はなくなった。現在はお金の管理が十分にできず、本人もお金がなくなると訴えるため、本人とも相談の上、成年後見人制度を利用することとなった。地域の支援機関からも当センターの関わりに対しては心強いとのコメントが得られている。本人は当センターを含めた支援者への受け入れはよく、いろいろと話をしてくれる。

【事例のまとめ】医療につながらず、近隣住民への迷惑行為が続くため、地域の支援者も対応に苦慮していた事例である。問題が生じたときの訪問ではなく、定期的な頻回の訪問を行うことで、近隣住民への迷惑行為は解決方向に向かっている。もともと地域の支援者は地域の状況に詳しく、当事者の生活状況もよく把握しており、当事者への支援能力も高かった。ケア会議での情報交換とアセスメントにより、支援チーム内で詳しい生活状

況を共有でき、それを踏まえて支援方法について調整を行った。その中で本人からも入浴の希望やお金の管理の話題が出るようになり、本人の希望に合わせて支援を組み立ててゆくことが可能になってきている。支援機関がチームを組んで全体で支援に当たることで、地域の支援機関の関わりがより効率的に行うことができるようになった。当センターチームが関与する意味は、定期的な訪問に行くことで当事者との関係づくりに役立ったこと、また地域に元々あった潜在的な支援力を発揮できるように支援機関をサポートしたことである。

#### 4. 未治療・治療中断者とその支援

未治療・治療中断者は医療機関で勤務している精神科医にとっては、あまり実態が見えてこない存在である。しかし、実際にはこのような事例は決して少ないものではない。Kessler<sup>3)</sup>によると、統合失調症者を含む精神病の当事者のうち、医療機関など専門支援機関による支援を受けていたのはおよそ 50% に過ぎなかったという報告がある。未治療・治療中断の統合失調症者は決して少数派というわけではない。

元々は保健所が地域精神保健の第一線機関として上のような精神障害者に対して訪問支援などを行ってきた。しかし保健所の統廃合と人員の削減、業務の多様化により、訪問活動を行う余裕がなくなってきている<sup>2,8)</sup>。そして措置通報への対応に振り回され、措置入院させたら終わり、という場当たり的な対応に陥っている面がある。ベテラン保健師からは燃え尽きへの不安すらしばしば聞かれる。

さらには市町村の対応能力もばらつきが大きい。平成 18 年度の自立支援法の制定により精神障害者の対応の窓口が市町村に指定された。しかし精神障害に対する十分なスキルを市町村の保健師などが有しているわけではない。もちろん中には対応困難な事例に対して熱心な対応をする職員も少なくない。しかし、それを十分にバックアップする体制がないため、それぞれが手探りで対応に苦慮しているのが現状のようである<sup>1)</sup>。

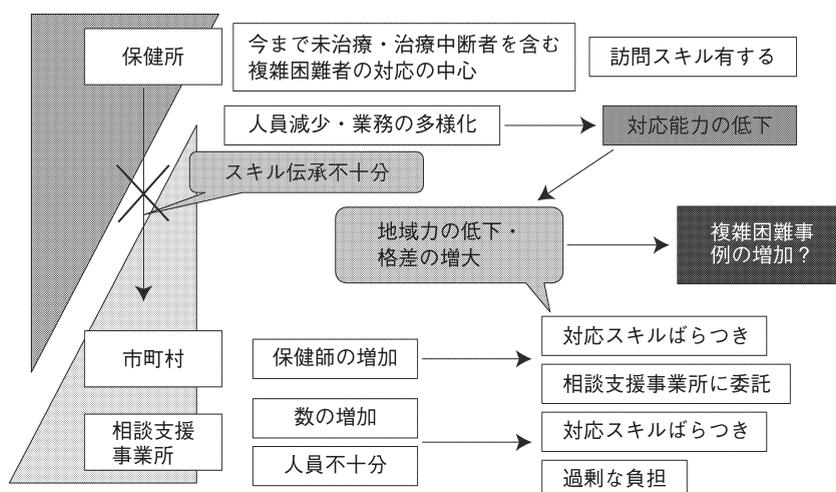


図1 複雑困難者への支援状況

状況をまとめると、元々保健所が有していたノウハウが十分に市町村の職員に伝達されることなく、マンパワーも不十分な中で保健所も市町村も疲弊している。つまり地域支援が十分にできないまま、支援の空白が広がっている<sup>7)</sup>のが現状ではないだろうか(図1)。このような状況の中で、未治療・治療中断者がこじれた状態になるまで気づかれず、複合的な課題を抱えて事例化したケースが措置通報などの強制的な形で医療に委ねられる事態になりかねない。これは精神障害の当事者や家族にとってももちろん、医療機関、保健機関などにとっても非常に負担の大きい不幸な事態である。そのような事態を想定しなくても DUP (duration of untreated periods) が長くなることが統合失調症の転帰に良くない影響を与えることはすでに周知のことであろう。

以上の事態に対しては、もとより唯一の正解となる対応法が期待できるものではない。われわれとしては、それぞれの現場でまずは試行的にさまざまな試みをする必要がある段階であろう。

## 5. アウトリーチシステムの種類とその特徴

以上のような状況認識を踏まえ、当センターで

はアウトリーチチームが保健所、市町村、相談支援事業所などの地域機関と一緒にゆるやかな拡大チームを作り、そこでのスケジュール調整、ケア会議による連絡調整を行うことによって情報の共有、意思統一、訪問支援を行うことにしている。これをネットワーク型アウトリーチチームと名づけている<sup>8)</sup>。

アウトリーチチームは構成機関から2つの理念型に区分することができる。1つが内部完結型アウトリーチチームである。これは1つないし、少数のお互いに関連する機関(例えば病院と訪問看護ステーションなど)から構成されており、基本的にアウトリーチスタッフは自前でそろえている機関である。民間医療機関によるACTなどアウトリーチチームはこれに相当する。

もう1つがネットワーク型アウトリーチチームである。これは複数の機関(当チームの場合、保健所、市町村、相談支援事業所、医療機関など)からアウトリーチスタッフを出す場合である。これらのチームの特徴を図2にまとめた。なお、これらのチーム特徴はあくまでもスペクトラムの両極を記したものであり、現実のアウトリーチチームはさまざまな程度により両者の特徴を持ってい

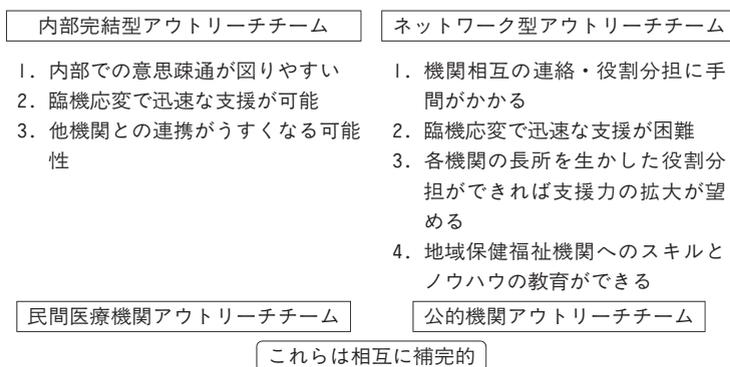


図2 アウトリーチチームの種類と特徴

る。またこの両類型は優劣を論じるための区別ではなく、それぞれの長所と課題を指摘することで、地域精神保健医療福祉全体の見取り図を考えるための類型に過ぎないことを改めて付言しておく。

当チームにおけるネットワーク型アウトリーチチームの持つ意義は以下のようなものになる。

- ①直接支援力の向上。未治療・治療中断者などの当事者は上にも述べたように、経済状態、家族関係、近隣住民との関係などで複数の深刻な課題を抱えているため、医療保健福祉などさまざまな領域の支援が必要となる。これに関わる支援者や支援機関も複数にまたがる。そのためこのような当事者に効果的な支援を行うためには、多機関がネットワークを組んで支援に当たる必要がある。
- ②地域サポート力の向上。地域精神保健体制について指摘したように、保健所の機能低下と市町村間のスキル格差の問題はさまざまな形で取り組むべき課題である。これは精神科医にとって喫緊の課題であるとはあまり認識されていない。しかし、精神障害者の地域での対処には地域保健機関の職員が当たっていることが多い。また、治療につながる前に精神障害が疑われるのも地域であり、地域保健機関が最初に情報を把握することも多い。ここで事例を見いだし、適切な支援につなげることができるか、できないかは、その後の当事者の全経過にも大きく影

響を与える。こうしたスタッフに対する技術支援としては、もちろん研修会や事例検討会なども有用であるが、一緒に訪問に行って、事例について考え、対応することが最も効果がある。これは地域の精神保健福祉機関のOJT (on the job training) も図ることでもある。

以上のようなことを目的として、当センターでは、ネットワーク型アウトリーチチームを組んでいる。具体的な動きは事例に示した通りであり、もちろん革新的なコンセプトというものではなく、連携の意義を再確認しているにすぎないと言える。ただ、そこではACTについても言われるように<sup>7)</sup>、必ずしも医療が前面に立つのではなく、当事者の生活支援を前面に立てながら、見立てや支援全体の組み立て、場合によって薬物療法など医療行為は医師が責任を持つ、医療はバックで支えるというスタンスを取る。また通常の連携よりも、一歩進めて1つのゆるやかな「チーム」を構成すると捉えることで、関係機関の有機的つながりを強調するという点の違いがあるかもしれない。

図2でもあげたように、ネットワーク型チームでは、協議に時間がかかり機動的な対応が難しかったり、役割分担がうまくゆかず、お互いに譲り合ってしまうと実質的な支援にならなかつたりする可能性がある。そうならないための工夫の1つとして、連携の中核的な機関が機動力と支援力を有していることが考えられる。この点では、当セ

ンターで多職種チームを有していることは、多機関ネットワークが円滑に機能するためにも重要である。いうならばネットワーク型アウトリーチチームに内部完結型アウトリーチチームをミックスした体制と言えるかもしれない。

今後、民間医療機関のアウトリーチチームが増えてくる必要があるが、その場合、どのような地域アウトリーチ体制が望ましいであろうか。民間医療機関は採算性が求められる。そのため、当事者への支援はなるべく自分たちのチームで提供することが、チームの経営上からも望ましいだろう。このため、民間医療機関アウトリーチチームは内部完結型アウトリーチチームが適している。インテンシブな支援を迅速に提供するためにもこのことは役立つ。その際、課題となるのは、1つには他機関との情報共有がうすくなり、支援の隙間ができることである。特に問題となるのが治療契約を拒否する精神障害者、あるいはさまざまな課題が重複し、単一の機関では対応が困難ないわゆる複雑困難例である。これらの場合には、診療報酬にも制約があるわけで、民間医療機関のボランティア的支援をあてにするのも限界がある。家族が治療を希望するが、本人はそれを拒否する事例ならば、民間医療機関によるアウトリーチは可能であろう。しかし訪問すら拒否する単身者や本人のみならず家族も訪問を拒否するなどの事例では、診療報酬的にも法的にも民間医療機関にアウトリーチの負担を強いるのは無理がある。このような事例では原則として公的機関アウトリーチの責任とした方がすっきりする。公的機関は診療報酬ベースに乗らない当事者を主に担当する。このような事例は複雑困難例が多いため、ネットワーク型アウトリーチチームを作って支援力の向上を図る(図3)。このような官民協働の体制は、支援の隙間をなくし、こぼれ落ちる複雑困難事例を減少させる1つの選択肢であるかもしれない。なおここでは触れられないが、「こころの健康政策構想(実現)会議」<sup>5)</sup>のような形で、キャッチメントエリアを決めた官民混合の精神保健アウトリーチチーム(「地域こころの健康推進チーム」)を

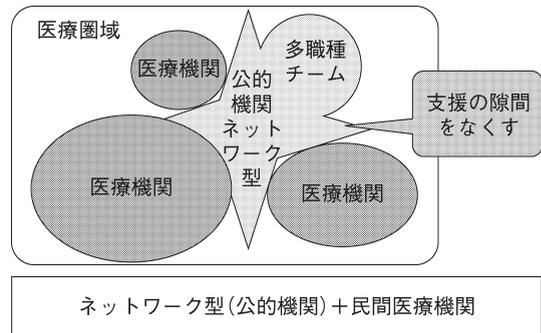


図3 公的機関による地域アウトリーチ体制

作ることは非常に有力な選択肢である。今後これらの方式についてより突っ込んだ検討が必要となるだろう。

## 6. ま と め

未治療・治療中断者を取り巻く状況として、精神保健の弱体化を指摘し、それが一層、未治療・治療中断の統合失調症事例の転帰を不良にしかねないのみならず、精神医療システムにとっても将来大きな負担となりかねない可能性を指摘した。こうした事例への対処法の1つとして公的機関によるネットワーク型アウトリーチチームを例にあげた。もちろんこれはあるべき地域精神保健医療福祉システムの1つのピースにすぎず、民間医療機関アウトリーチチームが増えることを抜きにしては成り立たない。その意味で平成23年度から始まった国の未治療・治療中断者に対する「アウトリーチ推進事業」がどのように展開させられるかは注目される。

現在の状況では、公的機関の財政難と「小さな政府」指向により、公的機関のスリム化が強く求められており、無差別的に公的機関の削減が進行する事態も十分ありうる。その場合、最初にあげた保健医療福祉崩壊の悪循環サイクルが一層加速することが憂慮される。それに対しては、公的機関としてもいろいろな工夫を通じて、その存在意義をしっかりと示すことが求められているだろう。

## 文 献

- 1) 荒田吉彦：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報告書，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，平成 22 年 3 月
- 2) 岡崎祐士：「こころの健康政策構想会議」の提言の現状認識．臨床精神医学，40：5-13, 2011
- 3) Kessler, R.C., Berglund, P.A., Martha, B.L., et al.： The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. Health Services Research, 36：987-1006, 2001
- 4) 厚生労働省：第 18 回医療経済実態調査の報告（平成 23 年 6 月実施）．<http://www.mhlw.go.jp/topics/2011/10/tp1019-1.html>
- 5) 西田淳志，福田正人，野中 猛：精神科医療の技術的側面，1. 必須となる多職種チームおよびアウトリーチ．臨床精神医学，40：47-54, 2011
- 6) 野口正行：ネットワーク型アウトリーチチームによる重症精神障害者の支援．精リハ，15：28-33, 2011
- 7) 高木俊介：ACT-K の挑戦：ACT がひらく精神医療・福祉の未来．批評社，東京，2008
- 8) 高木俊介：アウトリーチ，この両刃の剣をどう使うか．実践！アウトリーチ入門（高木俊介，藤田大輔編）．こころの科学，2-9, 2011

**Outreach Services to Clients with Severe Mental Illness  
in the Okayama Prefectural Mental Health and Welfare Center**

Masayuki NOGUCHI, Akira MORIYA, Kenzo FUJITA

*Okayama Prefectural Mental Health and Welfare Center*

The community mental health system in Japan is being adversely affected by diminishing public mental health services, including those provided by public healthcare centers and the mental health divisions of municipal governments. It seems reasonable to expect that this will lead to the inadequate detection, assessment, and treatment of the population with mental health problems, and thus to the flooding of psychiatric hospitals with excessive numbers of severely mentally ill patients. In this article, the author suggests the utility of a 'network-based outreach team' as a possible remedy for the current situation.

The Okayama Prefectural Mental Health & Welfare Center is running a network-based outreach team on a trial basis to work with individuals with serious mental illness who are disengaged from mental health services. The team is composed of members from the Mental Health & Welfare Center, public mental health services, and human service agencies. The main aims of this team are two-fold: to enhance support for clients with severe mental illness who are overwhelmed with multiple complex problems, through collaborative intervention within the framework of a network-based outreach team; and to develop the qualities and skills of public mental health service and human agency personnel in order that they better assist people with severe mental illness, by providing joint training with mental health specialists of the Mental Health & Welfare Center in community settings.

The author suggests that the team structure of the network-based outreach team will benefit public mental health services by reintegrating currently fragmented services into coordinated ones.

<Authors' abstract>

<**Key words**: outreach, severe mental illness, community, disengagement, network>

---