

**仙台市における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築**

**「地域における支援体制のあり方」テーマ別報告書（1）**

**精神障害者を支えるアウトリーチ支援のあり方について**

**令和2年3月11日**

**仙台市精神保健福祉審議会作業部会**



## [目次]

### はじめに

#### 1 仙台市における精神障害者のアウトリーチ支援の現状

- (1) 個別給付等によるアウトリーチ支援の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- (2) アウトリーチ支援が特に必要とされる精神障害者に関する調査・・・・・・・・ 2
- (3) 仙台市における精神障害者のアウトリーチ支援を支える既存の取組み・・・・・・・・ 8

#### 2 精神障害者のアウトリーチ支援の課題と推進のあり方

- (1) 課題の所在と検討の視点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
- (2) 精神障害者へのアウトリーチ支援の推進のあり方について・・・・・・・・ 10
- (3) 今後検討が必要となる残された課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12

検討経過・・ 14

精神保健福祉審議会作業部会委員名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15

巻末資料 1 個別給付等によるアウトリーチ支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16

巻末資料 2 「精神障害者のアウトリーチ支援に関する調査」本文・・・・・・・・ 18

巻末資料 3 「精神障害者のアウトリーチ支援に関する調査」結果・・・・・・・・ 24

巻末資料 4 仙台市における精神障害者のアウトリーチ支援を支える既存の取組み・・・・・・・・ 34

## はじめに

本市では、平成 30 年度に仙台市精神保健福祉審議会を「保健・医療・福祉関係者による協議の場」として位置付け、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に向けた検討を開始した。

令和元年度～3 年度は、「地域における支援体制のあり方」として「アウトリーチ支援に係る事項」、「措置入院者等の退院後の医療等の継続支援に係る事項」、「ピアサポートの活用に係る事項」の 3 つのテーマを設定し、協議を行うこととした。

令和元年度は、このうち「アウトリーチ支援に係る事項」について審議会の下に作業部会を設置し、協議検討を行うこととした。アウトリーチは、支援者側から対象となる精神障害者の生活の場等に赴いて支援を提供する手法であり、精神疾患の特性等により自発的に相談支援や社会資源の利用が困難である精神障害者に対して、特に必要とされるアプローチである。

「アウトリーチ支援に係る事項」について協議検討を行うにあたり、審議会から作業部会への付託事項は以下の 2 点であった。

- 保健・医療・福祉の連携による多機関協働支援体制の構築（チームビルディング）のあり方
- 支援対象者の状態に応じた、効果的なアウトリーチ支援のあり方  
（対象者例：精神疾患が疑われる未治療者、精神科治療中断者、頻回入院者等）

## 1 仙台市における精神障害者のアウトリーチ支援の現状

### （1）個別給付等によるアウトリーチ支援の状況

個別給付等によるアウトリーチ支援として、「精神科訪問看護」、「指定特定相談支援事業者による計画相談支援」、「保健所による訪問指導」の 3 つを取り上げ、その現状について調査を行った（詳細は巻末資料 1 を参照）。

#### 1) 精神科訪問看護

精神科訪問看護は、精神科医療機関の医師の指示に基づき入院中の患者以外の精神障害者の居宅に看護師等が訪問し、患者又は家族等に対して看護又は社会復帰指導等療養上必要な指導を行う医療行為である。

精神科訪問看護を実施する本市所在の訪問看護ステーションは、平成 26 年度から平成 30 年度の 5 年間で 33 ヶ所から 40 ヶ所へと増加した。自立支援医療（精神通院）<sup>ii</sup>における精神科訪問看護受給者数の平成 26 年度比増加率は、平成 27 年度 17.2%、28 年度 42.3%、29 年度 60.4%、30 年度 85.2%であった。制度上、利用ができない状況での支給決定は行われなことから、増加率が右肩上がりに伸びていることは、需要を満たすだけの精神科訪問看護が提供されていることを示している。

#### 2) 指定特定相談支援事業者による計画相談支援

指定特定相談支援事業者による計画相談支援は、市町村が指定する相談支援事業者が、障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを利用する者について、ケアマネジメントのプロセスに沿って本

<sup>i</sup> 個別給付 個々の障害のある人々の障害程度や勘案すべき事項（社会活動や介護者、居住等）の状況を踏まえ、申請に基づき個別に支給決定が行われる障害者総合支援法に規定する障害福祉サービス

<sup>ii</sup> 自立支援医療（精神通院） 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 5 条に規定する精神障害者で、通院による精神医療を継続的に要する病状にある者に対する、通院医療費の自己負担を軽減するための公費負担制度

人の意思と同意のもとに計画を作成し、その計画に沿った支援を実施し、定期的なアウトリーチによるモニタリングの実施や計画の見直し等を行う支援である。

指定特定相談支援事業者数は、平成 26 年度から平成 30 年度の 5 年間で 48 ヲ所から 58 ヲ所へと増加した。計画相談支援受給者数（精神障害）は平成 27 年度で平成 26 年度比+41.5%と大きく増加しているが、以降の各年度の増加率は+7.3%～+15.7%とペースダウンしている。また、障害福祉サービス受給者に占めるセルフプラン<sup>iii</sup>の割合（精神障害）については、平成 27 年度で-11.5%となっているが、以降は 55.4%～57.4%で推移している。これらから現状では、指定特定相談支援事業者が新たな希望者を受け入れられる余地が殆どなく、止む無く、本人や家族などが自らサービス利用計画を作らざるを得ない状況が生じている。以上のことから、より多くの精神障害者が指定特定相談支援事業者による計画相談支援を受けることができるよう供給量の増加が必要である。

本市では、計画相談支援の拡充に向けて、指定特定相談支援事業者の新設、増設に係る説明会の開催、計画相談支援に係る事務効率化や平準化に資する「計画相談支援運営ガイドブック」の作成、介護・医療分野の法人に対する相談支援事業者の新規指定に向けた個別アプローチ、指定特定相談支援事業者向けの「計画相談支援運営ガイドブック」を活用した計画相談支援の効果的な運用に係る説明会の開催といった取組みを実施し、指定特定相談支援事業者の増加や支援力の向上に努めている。

### 3) 保健所による訪問指導

保健所による訪問指導は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「法」という）第 47 条の規定に基づき保健所が行う精神障害者の早期発見、早期治療及び社会適応を援助するための活動である。

保健所による訪問指導については、平成 26 年度から翌年度にかけて一旦減少したが、その後は堅調に増加（平成 27 年度～平成 30 年度の前年度比増加率は平均 7.5%）しており、平成 26 年度並みの実績に復している。現在の保健所における全体の業務量と人員体制を勘案すると概ね年間 4000 件前後が訪問指導の上限と考えられる。今後も一定の供給を維持継続していけるように注視していくことが必要である。

## (2) アウトリーチ支援が特に必要とされる精神障害者に関する調査

冒頭で触れたようにアウトリーチ支援は、支援対象者の生活の場等に赴いて援助を提供するという性格上、自発的に相談支援や社会資源の利用が困難である精神障害者に対して、特に必要なアプローチである。

そこで、アウトリーチ支援が特に必要とされる対象者への支援の状況を調べるために、精神疾患が疑われる未受診者（以下「未受診者」という）、精神科医療の受療中断者（以下「中断者」という）、長期入院の後退院した者や入院を繰り返す者（以下「頻回入院者等」という）に対する各区役所障害高齢課、各総合支所保健福祉課（以下「行政」という）、(旧精神)委託相談支援事業所（以下「委託」という）による支援の実施状況、支援の視点や技術習得等の方法、多機関協働体制による支援の実施状況等について調査を行った。

<sup>iii</sup> セルフプラン 障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを利用する際に相談支援事業所が作成する「サービス等利用計画案」に代えて、本人や家族、支援者等が作成する計画

## 1) 調査概要

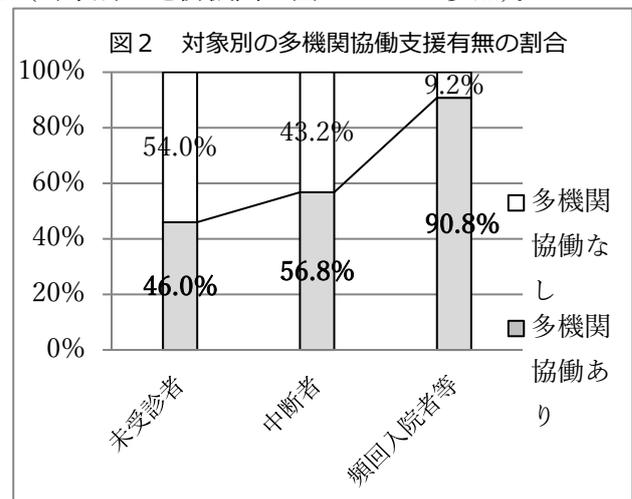
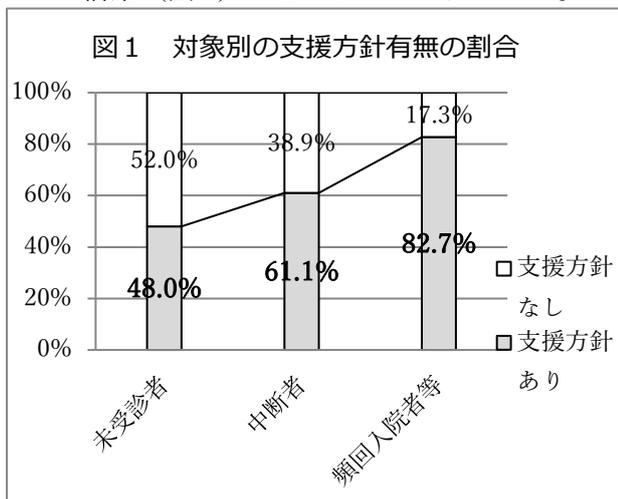
- ・調査名 精神障害者のアウトリーチ支援に関する調査
- ・調査対象 行政：7カ所、委託：6カ所、計13カ所を調査対象とした。
- ・調査期間 令和元年7月22日～7月24日
- ・調査方法 調査対象に対面・電話で調査の趣旨を説明の上、電子メールで調査票の配付を行った。
- ・回収率 回収数：13（回収率：100%）

[調査上の用語説明]（調査本文は巻末資料2参照）

- アウトリーチ支援：支援が必要であるにも関わらず、精神疾患の特性等により自ら支援にアクセスすることが困難な者に対して、その者の生活の場等に赴き必要な支援を提供すること
- 多機関協働支援体制：精神疾患および精神障害に伴う生活上の課題を解決するために、複数機関の連携、協働により保健・医療・福祉等の機能を総合的に提供する支援体制
- 未受診者：統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害、躁病エピソード、双極性感情障害がある者およびその疑いがある者で、精神科を未受診の者
- 中断者：統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害、躁病エピソード、双極性感情障害がある者およびその疑いがあるもので、本来受診すべき日から、受療をすることなく3か月以上経過している者
- 頻回入院者等：統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害、躁病エピソード、双極性感情障害がある者およびその疑いがあるもので、過去2年間で退院した者の内、入院期間が1年以上の者、または過去2年間で2回以上の入院をした者。現に入院中の者については、令和元年度中に退院の見込みがある者
- 「支援方針あり」：一定のアセスメント<sup>iv</sup>に基づく見立てがあり、目指すべき支援の方向性に沿った支援を計画的・戦略的に実践しているもの（「月1回訪問する」といった関わり頻度のみを定めたものや「本人の援助希求を待つ」といった支援対象者の行動変容を観察するだけのもの等は「支援方針あり」に含めない）
- 「支援方針なし」：「支援方針あり」以外のもの

## 2) 結果（詳細は巻末資料3参照）

- ① 医療機関との連携が行われている者の方が支援方針の確立（図1）および多機関協働支援体制の構築（図2）がなされているケースが多かった（対象別の連携機関は図3-1～3-3参照）。



<sup>iv</sup> アセスメント 相談者から聞き取った情報をもとに、当事者の状態、当事者を取り巻く環境、ニーズを評価すること

図3-1 未受診者の支援に係る連携機関

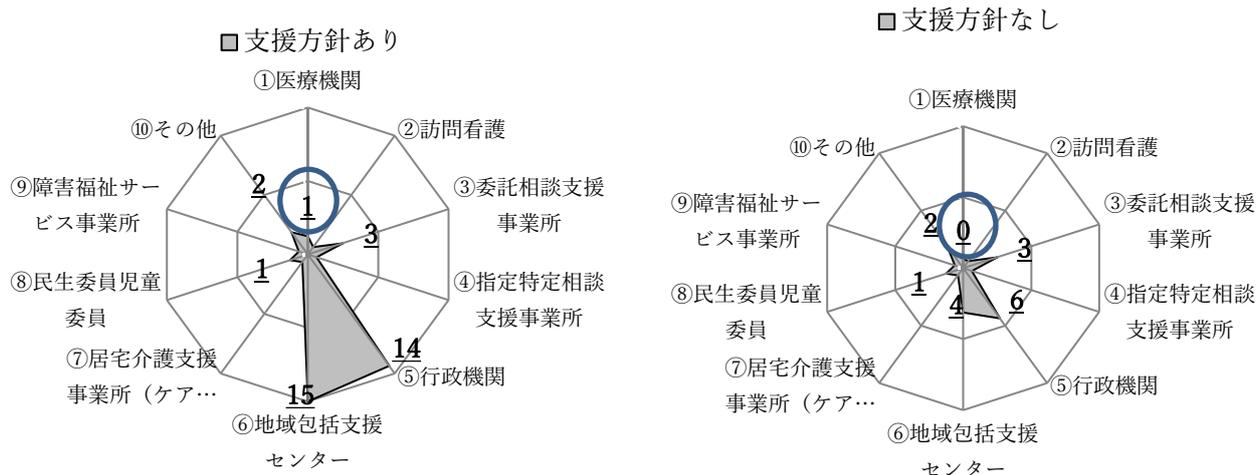


図3-2 中断者の支援に係る連携機関

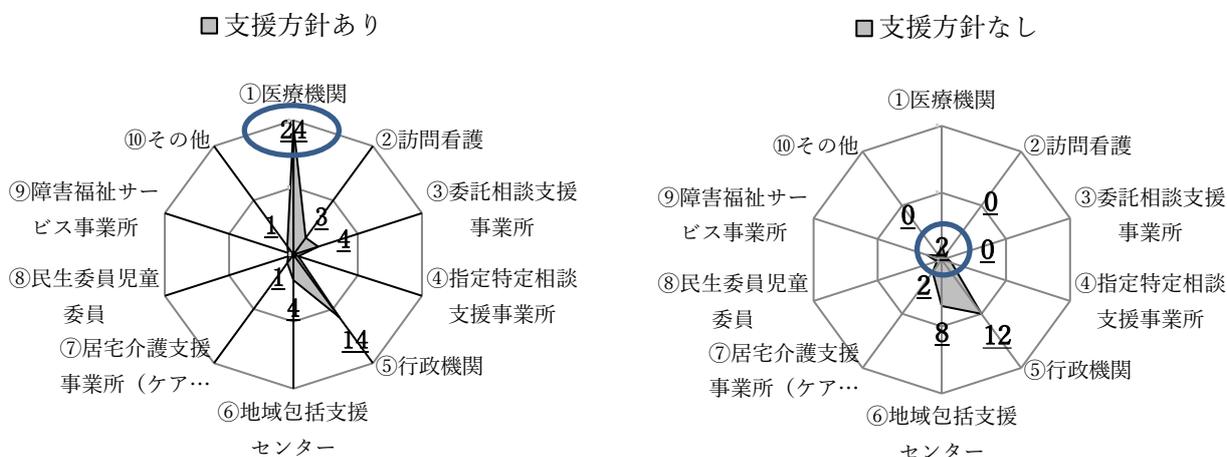
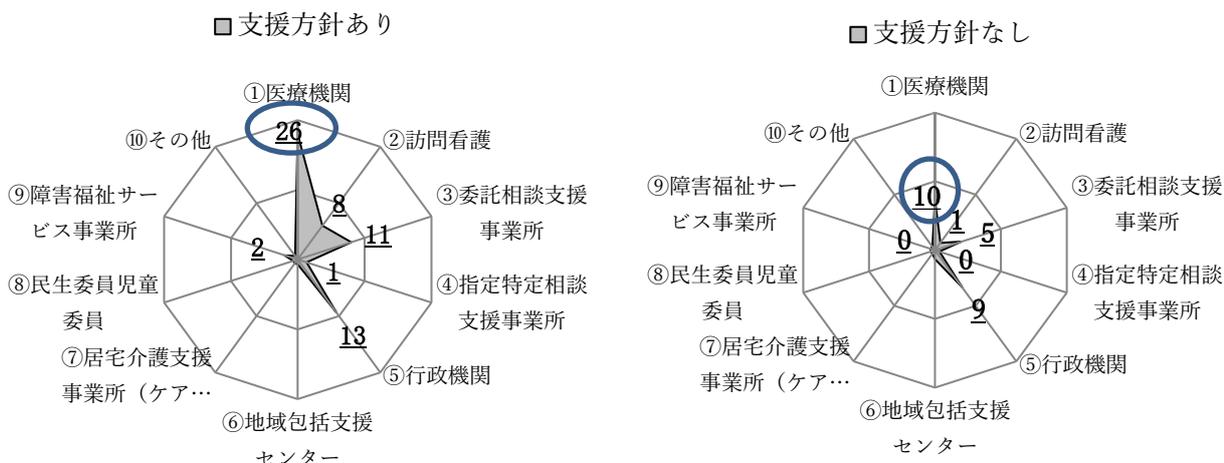


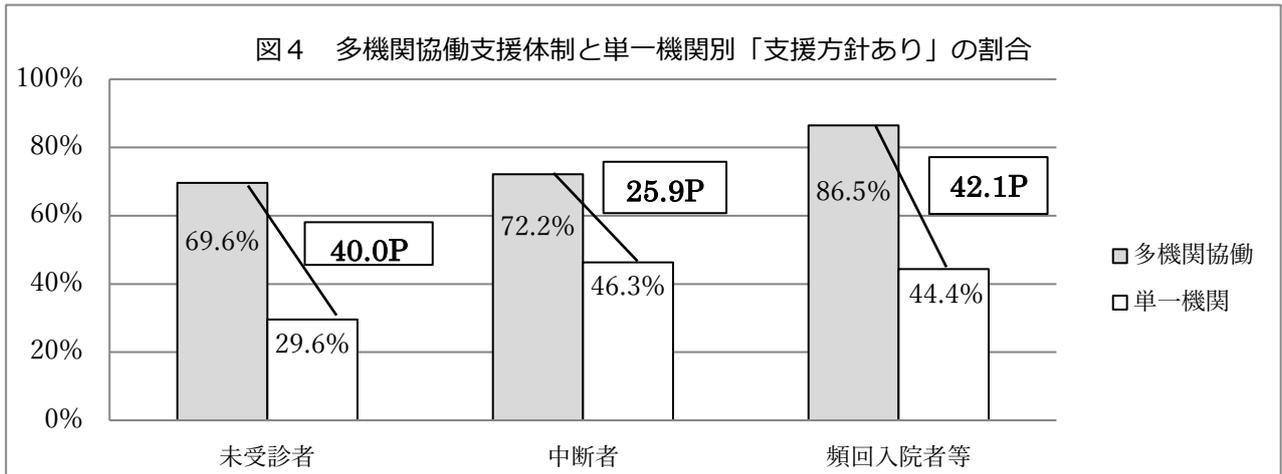
図 3-3 頻回入院者等の支援に係る連携機関



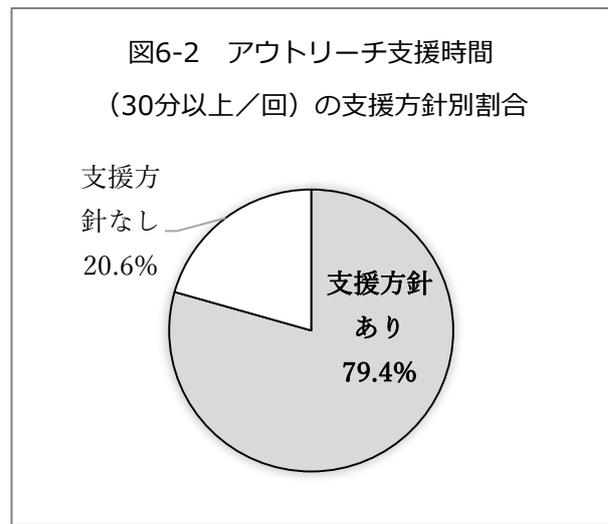
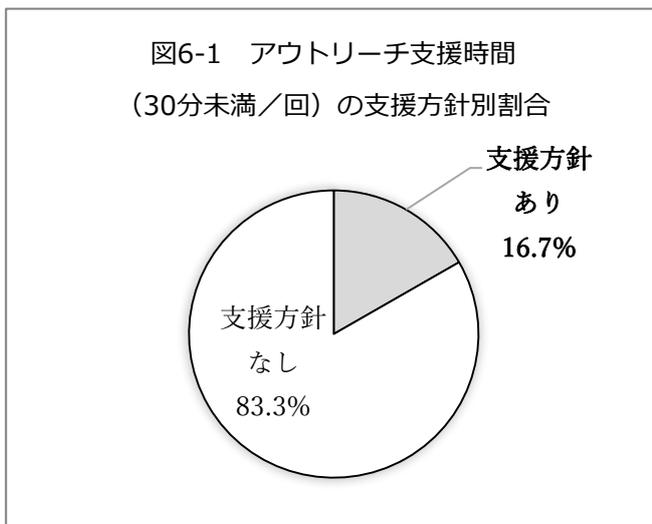
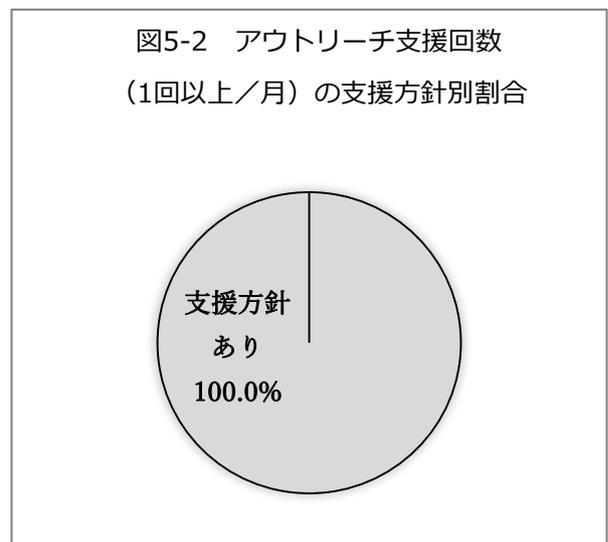
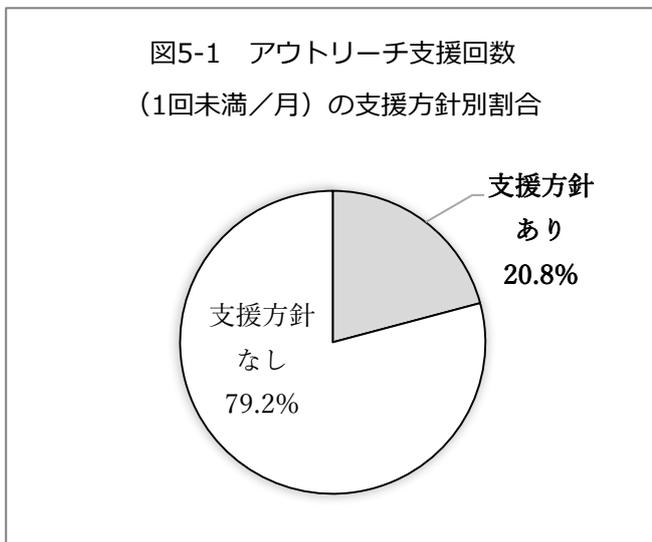
※図 3-1～3-3 については上位 3 位まで選択可能とし、1 位を 3 点、2 位を 2 点、3 位を 1 点とし算出

- ・ 図 3-1～3-3 より医療機関との連携は、頻回入院者等>中断者>未受診者の順で多い。
- ・ 図 1・図 2 より支援方針が確立されている者および多機関協働支援が実施されている者についても頻回入院者等>中断者>未受診者の順で高い割合となっている。

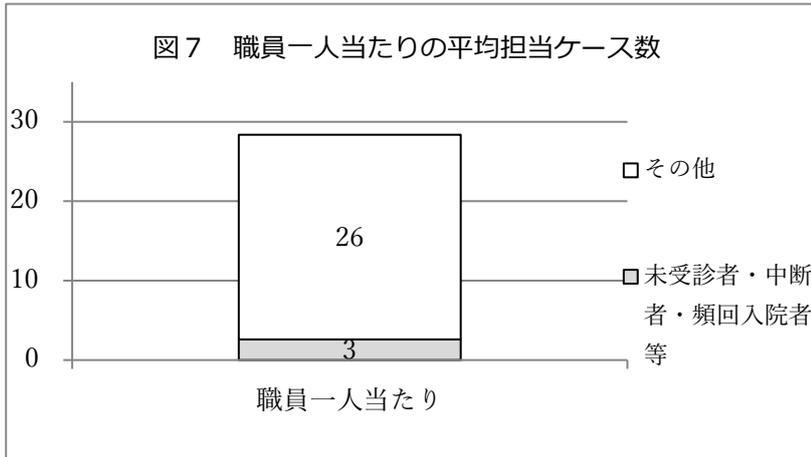
② 支援方針が確立されている者の方が多機関協働支援体制によるアウトリーチ支援が行われやすい（図4）。



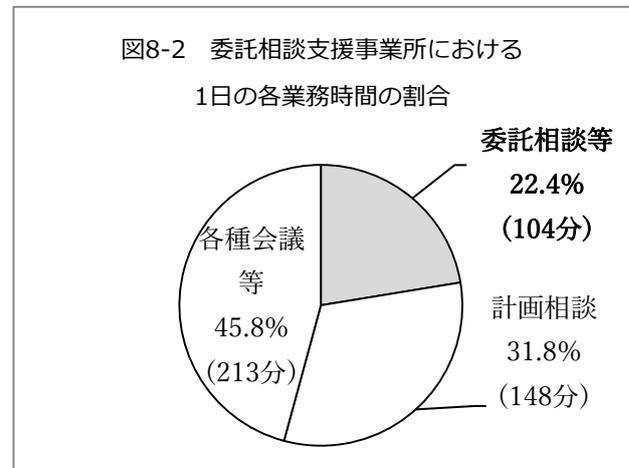
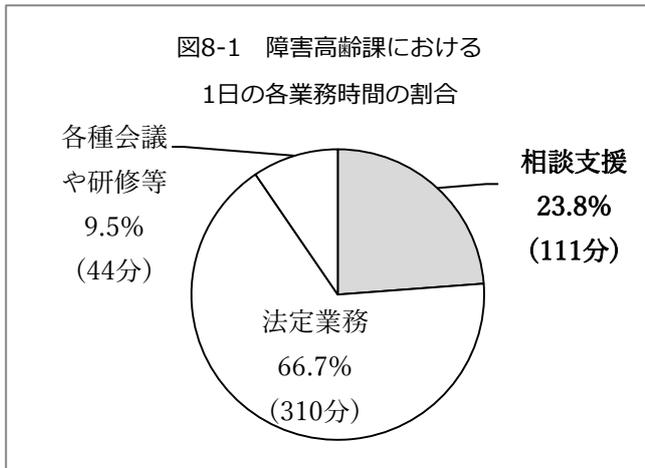
③ 支援方針が確立されている者の方が、より頻回で、より長時間のアウトリーチ支援が行われやすい（図5-1・5-2、図6-1・6-2）。



- ④ 行政・委託は業務において、未受診者、中断者、頻回入院者等のアウトリーチ支援に費やすことができる時間が極めて限られている（図7、図8-1・2）。



行政・委託の職員一人当たりの平均担当ケース数は29人であった。内訳は、「未受診者・中断者・頻回入院者等」が3人、「その他のケース」が26人であった。



（出典：仙台市障害者自立支援協議会障害者相談支援体制あり方検討会報告書 [平成30年3月]）

- ⑤ 行政・委託はアウトリーチ支援のさらなる効果的な実践に向けて、支援における重要な視点や支援技法を幅広く習得する機会を必要としている（表1）。

表1 アウトリーチ支援の効果的実践のため今後習得すべき視点や支援技法

| カテゴリー                   | 回答例   |
|-------------------------|---|
| 包括的アセスメントと見立ての技術        | ・本人の生活歴・生育歴・家族状況をまるごとアセスメントする力や視点<br>・ストレングスアセスメント、リスクアセスメントの習得               |
| 本人や家族との関係性の築き方          | ・本人との関係性の築き方。動機付け面接の技法。支援に拒否的なケースへの関わり方<br>・本人や家族との信頼関係を構築する技術                |
| 未治療者、中断者の支援の視点とアプローチ方法  | ・支援や関わりを完全に拒絶している方への視点や支援技法<br>・治療中断のリスク、緊急性の判断のためのアセスメント方法                   |
| チームアプローチの技法             | ・支援依頼や情報提供の仕方、他部署・他機関の役割や文化についての知識等<br>・多職種・多機関連携での支援を行うに当たって、チームアプローチの留意点や技法 |
| 精神保健福祉及び関連分野についての知識習得   | ・医学的な知識、疾病に関する知識の積み重ね<br>・精神保健福祉の関連分野（障害、高齢、母子等）に関する知識                        |
| 地域との連携、インフォーマルな資源の把握と活用 | ・地域の共助文化の有無、本人や家族の暮らし易さに影響するハード・ソフトの資源等<br>・福祉サービスはもちろん、地域での資源をより知っておきたい      |

- ⑥ 行政・委託は多機関協働により支援を行うことの必要性、有効性は認識しているが、体制の構築、維持、発展に関して解決困難な課題を抱えている（表2・3）。

表2 多機関協働支援体制によるメリット

| カテゴリー               | 回答例   |
|---------------------|---|
| 多角的アセスメントの実践        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・重層的なアセスメントの実施、見立ての共有、支援方法の相談により視点や支援の幅が広がる</li> <li>・それぞれの立場を活かしながら多角的なアセスメント、支援ができる</li> </ul> |
| 支援の継続性の確保           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援拒否のあるケースについて、関わりを切らすことなく関われる</li> <li>・担当者の交替による影響を緩和し、長期的な視点での支援の継続がしやすくなる</li> </ul>        |
| 支援の質の向上と量の確保        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援頻度が多くなる。本人に対しての見守りの目が多くなる</li> <li>・支援を複数機関で分業することで一定の回数、質の支援を持続的に提供しやすくなる</li> </ul>         |
| 緊急時の対応のしやすさ         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時に対応しやすくなる</li> <li>・緊急時に業務上の予定等で即時対応が難しい場合、初動対応を依頼できる</li> </ul>                             |
| 支援者の支え合いによる心身の負担の軽減 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・複数機関で関わることで、マンパワー不足の解消ができる</li> <li>・困難ケースを抱え込まず支援者同士が支え合うことで支援者のメンタルヘルス対策になる</li> </ul>        |

表3 多機関協働支援体制を構築・維持・発展させるにあたっての課題

|     | カテゴリー              | 回答例   |
|-----|--------------------|---|
| 共通  | 情報共有のあり方           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報共有に時間がかかったり、支援者によって持つ情報の差が出る場合がある。</li> <li>・定期的な情報共有の機会を逸してしまわないよう留意する</li> </ul>                                  |
|     | イニシアティブの所在と役割分担の設定 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・多機関協働で行う場合どの機関がイニシアティブをとり、マネジメントを行うのか。</li> <li>・各機関ができることや業務内容と周囲が求めていることのずれが生じることがあり、役割分担が上手くいかないケースがある。</li> </ul> |
|     | 支援方針の統一            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援期間が長くなる程、定期で方針を確認し手段の目的化が起こらないように要注意。</li> <li>・機関によって、課題の捉え方や優先順位にばらつきがある。</li> </ul>                              |
| 方針有 | 担当変更時の体制維持         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当者が異動や退職で代わると引継ぎが行われたとしても対応方針等に少しずつ変化が起こる。本人との関係性も薄くなり、関係構築にも一定の時間を要する。</li> </ul>                                   |
|     | マンパワーの不足           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談支援事業所のマンパワー不足。計画相談業務に占める割合が依然として多く、受療中断者等に支援を行う時間を確保することが難しい。</li> </ul>  |
| 方針無 | アセスメント・見立て         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・一定アセスメントをして、「ここをやってほしい」という所まで整理しないと協働に了承を得られないことがある。アセスメント部分から一緒に関わってもらえると良い。</li> </ul>                              |
|     | 関与可能な機関の制限         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者の把握が難しい。</li> <li>・本人や家族が拒否をしているためつながっている機関がほとんどない。</li> </ul>   |

### (3) 仙台市における精神障害者のアウトリーチ支援を支える既存の取組み（詳細は巻末資料4参照）

#### 1) 仙台市精神保健福祉相談指導事業

本市では、法第47条の規定に基づき各区障害高齢課および各総合支所保健福祉課において、精神保健福祉指導医が、市民の精神保健福祉相談・指導（こころの健康相談）にあたる他、精神保健福祉相談員や保健師等に対するカンファレンス等による技術的助言指導も行っている。

平成30年度の実績として、相談件数は計316件であった。内訳は、診察251件(79.4%)、訪問3件(0.9%)、カンファレンス57件(18.0%)、その他5件(1.6%)であった。また、相談後の処遇については「初回相談のみで終了」42.4%、「医療機関等への受診勧奨・情報提供」26.2%、「保健所職員による継続相談・訪問等」25.8%、「その他（相談時対応等）」5.6%であった。

実施内容について「診察」「訪問」の市民への直接対応が約8割を占めており、「カンファレンス」は18.0%となっている。また、相談後の処遇について「初回相談のみで終了」「医療機関等への受診勧奨・情報提供」が68.5%となっている。

このことから、本事業については、「市民のメンタルヘルスの向上に係る直接的な相談の場」として、一次的な精神状態の評価に基づき適切な方向付けを行う場として活用されている傾向が高く、精神保健福祉相談員や保健師等に対する技術的助言指導の機会としての活用は比較的低調に留まっていると考えられる。

#### 2) 仙台市精神保健福祉総合センター地域総合支援事業

本市では、法第6条第2項の規定に基づき精神保健福祉総合センターが保健所、精神科医療機関及び精神障害者に対する福祉サービスを提供する事業所等の関係機関（以下「関係機関」という）に対する技術援助を実施している。

従事職種は、精神科医（1名）、心理士（4名）、保健師（1名）、精神保健福祉士（1名）であり、計7名の構成となっている。精神科医は必要に応じて訪問への同行やケア会議、ケースレビューへの参加を行っており、平時の支援は主に心理士や保健師等が担っている。

平成30年度の支援対象者は実人数103名、延支援件数573件であった。支援対象者への支援方法別延件数は、「訪問」393件（68.6%）、「ケア会議」139件（24.5%）、「電話」41件（7.2%）であった。支援対象者の主診断は、「統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」が85.4%と最も高い割合を占めおり、うち23.9%に知的障害または発達障害が、5.7%にその他の精神疾患が合併していた。

このように、本事業では、精神保健福祉総合センターが関係機関による精神障害者に対する直接的な支援を共に行うことにより技術援助を実施している。また、主診断の内訳や支援方法に占める訪問件数から、自ら相談機関等へのアクセスが困難である精神病圏の者が主な支援対象者になっているものと考えられる。

## 2 精神障害者のアウトリーチ支援の課題と推進のあり方

### (1) 課題の所在と検討の視点

「精神障害者のアウトリーチ支援に関する調査」から、支援方針の有無は、アウトリーチ支援の実施や多機関協働支援体制の構築に大きな影響を及ぼしている可能性がある。

調査上、一定のアセスメントに基づく見立てがあり、目指すべき支援の方向性に沿った支援を計画的・戦略的に実践しているものを「支援方針あり」と定義した。こうした支援は、臨床実践の中で下記のような過程を経て行われている。

#### [臨床実践の過程]

- 相談の受理（事例の把握）：未受診者・中断者・頻回入院者等を把握した際には、生活破綻のリスクが極めて高い者であるとの認識に基づき対応を検討する
- 情報収集、関係構築：見立てに必要な情報（対象者の病状や人となり、経過、生活状況、周辺環境等）を収集するための試みと対象者の安全や尊厳、権利や文化を尊重する支援態度に基づく介入を通じた関係性の構築
- アセスメント、見立て：収集した情報をもとにアセスメントを行い、対象者の病状を含めた人物像や現在の状況に至る文脈に関して見立てを図る
- 支援方針の設定：見立てに基づき、対象者が安定的な生活を送るために必要なサポートや環境の改善等の支援のゴールを見通し、そこを見据えた介入の計画・戦略を練る
- 支援方針に基づくチームビルディング、継続的関与：支援方針に基づき必要なサポートや環境改善のための効果的な関わり、資源の調達、多機関協働支援体制の構築を図る
- 見立ての更新、支援方針の修正：継続的な関与を通じて、新たに収集した情報に基づき見立てを更新し、支援方針の修正を図ることを繰り返し、その精度を高めていく

確からしい支援方針を確立し、効果的な支援を実践していくためには、在宅ケアに係る精神医療、保健、福祉に関して、一定以上の知識や臨床経験が必要であると考えられる。

これらのことを踏まえ、作業部会における検討の視点は以下の4点とし、協議を行った。

#### [検討の視点]

- アウトリーチ支援における視点の共有や支援のノウハウ、スキルの平準化の方法
- アウトリーチ支援に関するスーパーバイズ体制のあり方
- アウトリーチ支援における精神医療的視点および継続的な関与の確保の方法
- 多機関協働支援体制を強化するための方策

## (2) 精神障害者へのアウトリーチ支援の推進のあり方について

### 1) アウトリーチ支援における視点の共有や支援のノウハウ、スキルの平準化の方法

「精神障害者のアウトリーチ支援に関する調査」から、支援方針が確立されているとアウトリーチによる支援や多機関協働による支援が行われやすいことが明らかとなった。この背景には、第一に支援方針の基となる正確なアセスメントや見立てによって、関わりの方角性が明確になることがあると考えられる。第二に支援方針が確立することで、他機関との連携に必要な支援の方角性を一致させることに好影響を与え、多機関協働支援が促進されるものと考えられる。

支援方針の確立にあたっては、情報を収集する取組みが積極的に行われることと併せて、得られた情報から対象者の人物像を描き出そうと意識することが重要となる。対象者がどのような人物で、どのような考え方をするのかを意識することによって、情報は互いに結びつき、一貫した仮説として組み立てられる。新たな情報が得られる都度、対象者の人物像に関する理解には補強や修正が施され、仮説はより実態に近づいていく。仮説の確からしさが増すことで、対象者が支援を受け入れやすい切り口や問題状況を共有しやすくなる関わり方、問題解決に最適な支援内容や提供手順などに具体的な見通しを持つことができる。

そしてこのような見通しを基に、必要な社会資源や機関を明らかにすれば、なぜ協力を求めたいのか、どういう協力を求めたいのかを当該機関等と十分に共有することができる。協力を求められた機関も協働の意義や根拠を理解しやすく、協力する意思も表明しやすくなるものと考えられる。

以上のように、支援方針の確立にあたっては、対象者をより深く理解することが極めて重要になるため、支援にあたる者の習熟度に応じて関連する臨床能力の向上を段階的に図っていくことが望ましい。具体的には、以下のような事柄について学ぶ機会を設ける必要がある。

- ① 支援に臨む姿勢：支援の必要性が高いにも関わらず、支援を拒否する、支援を自ら求めないといった特徴を持つ者（未受診者や中断者など）に対して、積極的に関わりを持つ姿勢や援助理念を持つことが必要である。
- ② 関係性の構築：支援継続の重要な要素となる支援関係を構築するためには、支援を受ける側の立場や生活スタイルに対する理解や尊重、安心感や安全感を保障する介入技術、アウトリーチという侵襲性の高いアプローチについての深い理解と慎重で丁寧な態度といったものを習得することが必要である。
- ③ ストレngths・アプローチ<sup>v</sup>とリスクアセスメントの両立：支援を拒否することや支援を自ら求めないことは、課題解決能力がないことと同じことではない。支援を受ける本人自身、家族や地域住民など本人を取り巻く環境が持つ課題解決に向かう力を発見し、支援に活用していくことが重要である。このようなStrengthsに着目したアプローチを志向しながら、冷静にリスク要因を把握し、対処するためのリスクアセスメントも同時に行えるようになることが重要である。
- ④ バーンアウト<sup>vi</sup>を予防するチーム支援の手法：支援を安定的、継続的に提供するためには、支援者が意欲を喪失せずに持続して支援に従事することが求められる。このため、特定の支援者だけに負担がかからないように、チームとして支援にあたることが重要である。支援が円滑に進み、支援者個々のバーンアウトも防止できるチームを作り上げるための手法を学ぶ必要がある。

<sup>v</sup> Strengths・アプローチ 障害者の希望の実現等のために、当事者が持つ強み（Strengths）に着目し、活用していく支援

<sup>vi</sup> バーンアウト 「燃え尽き症候群」。それまでひとつのことに没頭していた人が、あたかも燃え尽きてしまったように意欲を喪失し、社会的に適応できなくなる状態

## 2) アウトリーチ支援に関するスーパーバイズ体制のあり方

アウトリーチ支援の実践が行われるようになるにつれ、より高度な支援技術の習得が求められる。現状では、自己研鑽やOJT、研修、保健所指導医や専門相談支援機関（精神保健福祉総合センターなど）による技術指導などが技術習得の機会として活用されている。今後は支援の必要性が高いにも関わらず、支援を拒否する、支援を自ら求めないといった特徴を持つ者（未受診者や中断者など）について、実際の事例に即した、より実践的なアドバイスや示唆が得られる機会を拡充していくことが求められる。

現状では、各支援機関の人員体制などによって、支援経験豊富な指導者レベルの職員が確保できず、OJTなどはレベルが保てない、あるいは成立しないといった問題を抱えているところもある。

また、行政・委託のいずれにおいても障害者総合支援法に規定される法定事務事業に費やす時間のためにアウトリーチ支援などに活用できる時間的余裕は殆どない。この限られた時間の中で、如何に支援を工夫して実践するかが問われている。

これらのことを踏まえて、医療保健福祉の統合的、多角的な視点から具体的な事例についてスーパーバイズを受けることができる機会を確保、拡充することを検討する必要がある。これにより、支援の方向性を見定める精度の向上、支援の幅の拡大や支援の質の向上を期待できる。

## 3) アウトリーチ支援における精神医療的視点および継続的な関与の確保の方法

医療機関と連携をしている場合（例えば、治療中断後問もない、頻回な入退院を繰り返すなど）には、支援方針が確立されていることが多いことが示された。この背景には、行政や委託といった地域支援者が持つ対象者の地域生活に関する情報に医療機関の持つ情報が加わり、地域支援者と医療機関スタッフとの協働による統合された本人理解がなされていることがあると考えられる。

支援方針によって、各機関の役割分担が明確になり、各々が見通しを持って支援を行えるため、多機関協働支援体制がより容易に構築、維持しうるとともに、対象者の状態に応じた適切な医療と社会資源の活用により、幅と厚みのある包括的な生活支援が可能となる。

上記のような支援を医療機関の関与が乏しい、または全くない未受診者や中断者が利用できるようにするためには、治療契約上の問題（治療の意思のない者に治療を施すことができるのか）、診療報酬上の問題（受診の意思のない者に医療サービスを提供しても診療報酬点数として評価されない）、医療機関と地域支援者との間の日頃のネットワークの強化などといった課題の解決が必要となる。

未受診者や中断者が措置入院などの非自発的な医療の対象に陥らず、地域の中で本人の希望に沿ったその人らしい生活の実現がなされるよう、医療機関と地域支援者との連携によって提供される包括的な支援機能や構造を設ける必要がある。

## 4) 多機関協働支援体制を強化するための方策

支援の必要性が高いにも関わらず、支援を拒否する、支援を自ら求めないといった特徴を持つ者に対するアウトリーチ支援は、支援方針が確立されていたとしても年単位の長期にわたることが珍しくない。そのため、引継ぎや相談記録を綿密にしても担当職員の入れ替えによる支援方針のずれや変更などによって、一貫した支援方針が保ちづらくなるといったことは十分に起こりうる。ときには、対象者との信頼関係が損なわれ、支援自体が途切れてしまうこともある。

こうした事態を避け、対象者の多様なニーズに対応するためには、支援方針を共有する多機関が協働で支援する体制を築くことが、有効な対策のひとつとなる。多機関協働支援体制の利点は、複数機関による多角的・重層的なアセスメントによって、支援の視点が広がり、支援の幅や厚みが増すことが

期待できることにある。また、支援の担い手が増加するため、突発的な事態も含め支援を適時適切に提供しやすくなること、支援頻度を高められること、特定職員、特定機関での抱え込み防止になることもメリットとして挙げられる。

その一方で、支援の一貫性を維持するために重要な情報共有に時間がかかること、時間経過や状況の進展に従って支援の方向性が変化した際、適時適切に対応しづらいといったことが課題となりうる。

このようなデメリットを回避して、多機関協働支援体制のメリットを十分に活かすためには、支援の中心となる機関が「支援方針に沿って、協働する各機関に役割を分担依頼するとともに、それぞれの機関からもたらされる情報を集約して支援方針の適否を確認しながら、支援全体を統合する」役割（イニシアティブ）を果たす必要がある。

しかし、担当職員の異動などによる入れ替えにより、力量や経験の十分ではない者が担当せざるを得ない等の事情により、支援の中心となる機関がこうした役割を果たし続けることが難しい場合も少なくない。そこで、支援の中心となる機関を継続的にサポートし、イニシアティブが発揮できるようバックアップをする機能や機関を設けることが重要となる。

### （3）今後検討が必要となる残された課題

「精神障害者のアウトリーチ支援に関する調査」の支援対象者は「未受診者」、「中断者」、「頻回入院者等」であり、基本的には、現在地域において生活を送っている精神障害者である。こうした者へのアウトリーチ支援に関しては、ここまで述べた支援者の個の力量の向上や多機関による支援ネットワークの機能強化といった方策を何らかの新たな仕組みとして具現化することにより一定の推進が期待される。

一方で、こうした新たな仕組みの構築がなされても、なお地域の中での生活を支えていくことが困難な精神障害者は一定数存在するものと考えられる（例えば、現在精神科病院に長期入院している者など）。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の理念に基づけば、精神障害の有無や程度に関わらず誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域づくりを進めていくことが肝要であり、より重篤な精神障害・生活障害を抱える者が地域の中で生活をしていくことが可能となる支援体制（例えば単一機関・多職種によるアウトリーチ支援チームの整備など）の構築は、引き続き検討を要する課題であると考えられる。

## 仙台市における精神障害者のアウトリーチ支援の推進

この循環を蓄積することにより、見立てや支援方針の確からしさが高まっていく

アウトリーチ支援における  
視点の共有、ノウハウ、  
スキルの平準化

アウトリーチ支援に関する  
スーパーバイズ体制

支援方針に基づく  
チームビルディング  
継続的な関与

見立ての更新  
支援方針の修正

支援方針の設定

アセスメント  
見立て

情報収集  
関係構築

相談の受理  
(事例化)

アウトリーチ支援における  
精神医療的視点および  
継続的な関与

多機関協働支援体制を  
強化するための方策

## 検討経過

| 日程         | 検討内容   |
|------------|--|
| 令和元年9月13日  | 作業部会①<br>(1) アウトリーチ支援における視点の共有や支援のノウハウ、スキルの平準化の方法<br>(2) アウトリーチ支援に関するスーパーバイズ体制のあり方 |
| 令和元年10月18日 | 作業部会②<br>(1) アウトリーチ支援における精神医療的視点および継続的な関与の確保の方法<br>(2) 多機関協働支援体制を強化するための方策         |
| 令和2年1月7日   | 作業部会③<br>「仙台市における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」<br>「地域における支援体制のあり方」テーマ別報告書(1)案の検討        |

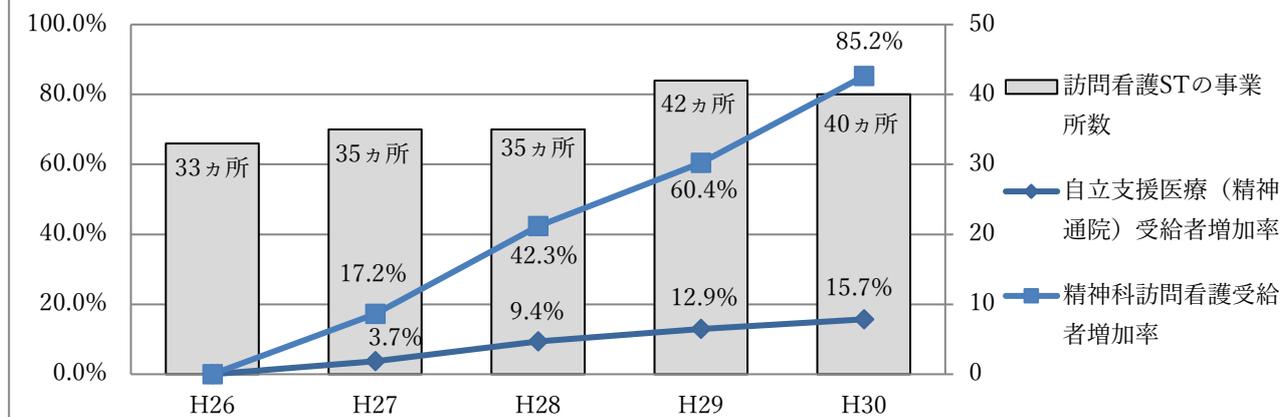
精神保健福祉審議会作業部会委員名簿

|     | 委員名    | 所属                 |
|-----|--------|--------------------|
| 座長  | 西尾 雅明  | 東北福祉大学総合福祉学部社会福祉学科 |
| 副座長 | 佐久間 篤  | 東北大学病院精神科          |
| 委員  | 小坂 馨   | 双葉ヶ丘地域包括支援センター     |
| 委員  | 小林 和恵  | 宮城野区役所障害高齢課        |
| 委員  | 小松 宗夫  | 一般財団法人みやぎ静心会国見台病院  |
| 委員  | 佐藤 喬二  | 精神保健福祉総合センター       |
| 委員  | 佐藤 文香  | 一般財団法人東北精神保健会青葉病院  |
| 委員  | 澁谷 庸起子 | 武者クリニック            |
| 委員  | 高梨 直樹  | 障害者相談支援事業所 ほっとすぺーす |
| 委員  | 真山 京子  | 訪問看護ステーション デューン仙台  |

座長、副座長以外は 50 音順／敬称略

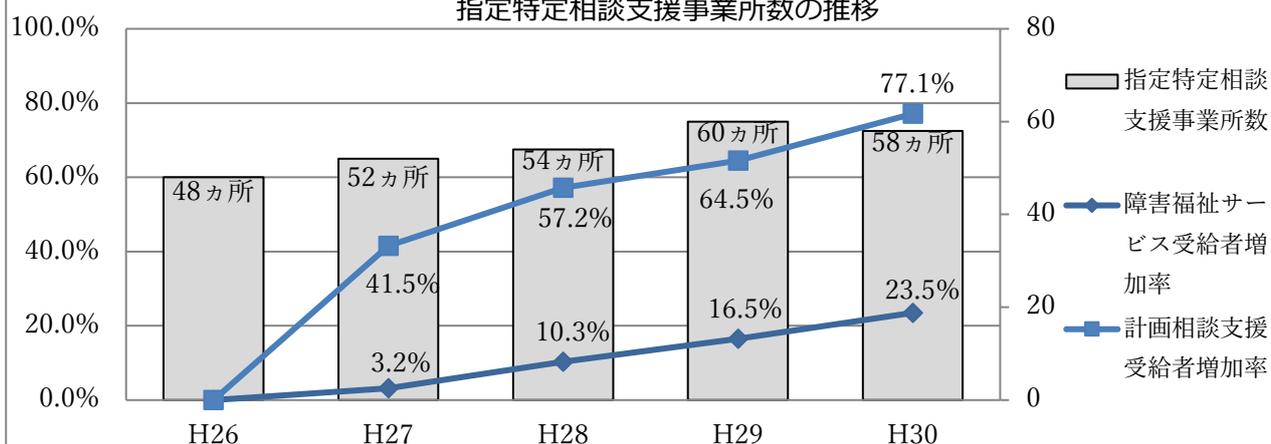
[巻末資料 1 個別給付等によるアウトリーチ支援]

自立支援医療（精神通院）、精神科訪問看護受給者数の増加率および  
訪問看護ステーションの事業所数の推移



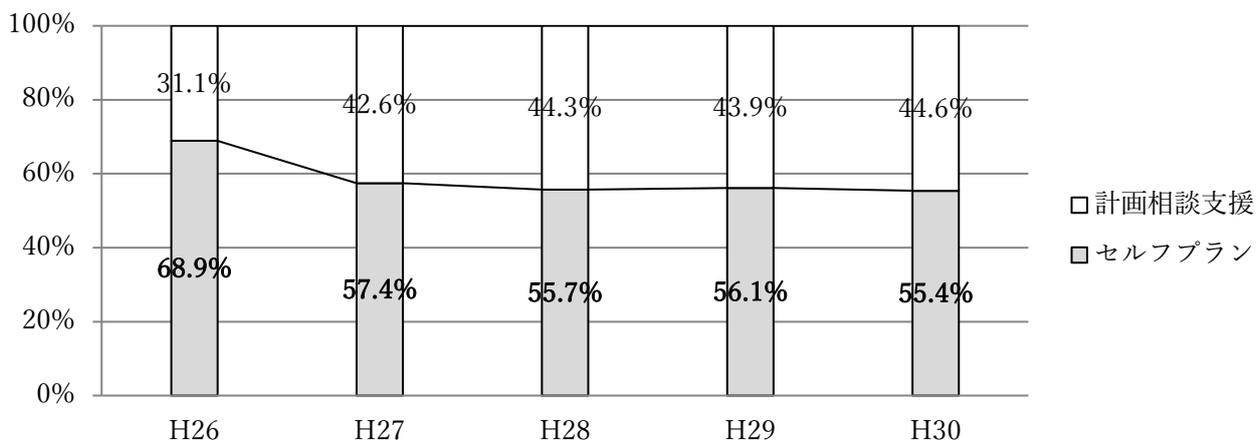
- ・ 自立支援医療（精神通院）の精神科訪問看護受給者数の平成 26 年度比増加率は、平成 27 年度 17.2%、28 年度 42.3%、29 年度 60.4%、30 年度 85.2%であった。
- ・ 自立支援医療（精神通院）の受給者数の平成 26 年度比増加率は、平成 27 年度 3.7%、28 年度 9.4%、29 年度 12.9%、30 年度 15.7%であった。
- ・ 精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションは、平成 26 年度～平成 30 年度の 5 年間で 33 カ所から 40 カ所へと増加した。

計画相談支援、障害福祉サービス受給者（精神障害）の増加率および  
指定特定相談支援事業所数の推移



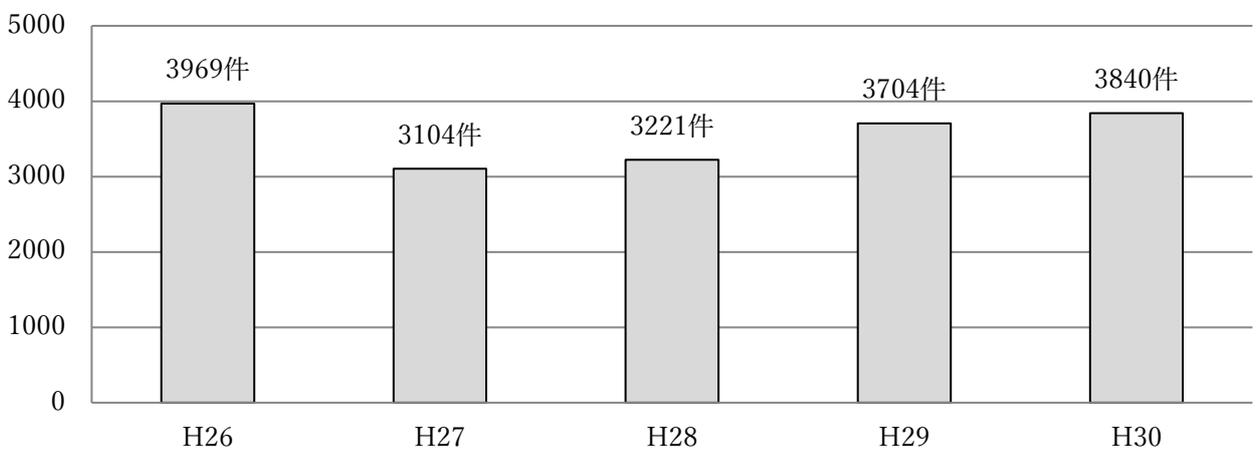
- ・ 指定特定相談支援事業者による計画相談支援受給者数の平成 26 年度比増加率は、平成 27 年度 41.5%、28 年度 57.2%、29 年度 64.5%、30 年度 77.1%であった。
- ・ 障害福祉サービス受給者数の平成 26 年度比増加率は、平成 27 年度 3.2%、28 年度 10.3%、29 年度 16.5%、30 年度 23.5%であった。
- ・ 指定特定相談支援事業者数の平成 26 年度から平成 30 年度の 5 年間で 48 カ所から 58 カ所へと増加した。

障害福祉サービス受給者（精神障害）に占めるセルフプランの割合の推移



・「セルフプラン」として、サービス利用者自身が計画を作成している者の障害福祉サービス受給者数に占める割合（精神障害）は、平成 26 年度 68.9%、27 年度 57.4%、28 年度 55.7%、29 年度 56.1%、30 年度 55.4%であった。

保健所による訪問指導延件数



・保健所による訪問支援の平成 27 年度は一時的に訪問指導件数が減少しているが、平成 28 年度～30 年度は増加傾向にある。  
 ・平成 27 年度～平成 30 年度の前年度比増加率は平均 7.5%であった。

## 「精神障害者のアウトリーチ支援」に関する調査

所属： \_\_\_\_\_

記入者名： \_\_\_\_\_

問1～問14につきまして、令和元年6月末時点の状況についてお答えください。

地域支援係・保健係における精神障害者のアウトリーチ支援の現状についてお尋ねします。

問1 以下の対象者について、地域支援係・保健係において、支援をしている又は現に支援は行われていないが把握はしている人数を記入してください。

- ◆統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害、躁病エピソード、双極性感情障害がある者及びその疑いがある者で、以下（ア）～（ウ）の状態に該当し、精神疾患の特性により自ら支援を求めることができず、地域支援係・保健係による積極的な関与を要する者。

|                                  | 支援方針あり<br>(※4) | 支援方針なし<br>(※5) |
|----------------------------------|----------------|----------------|
| （ア） 精神医療の受療中断者（※1）               | 人              | 人              |
| （イ） 精神疾患が疑われる未受診者                | 人              | 人              |
| （ウ） 長期入院の後退院した者（※2）や入院を繰り返す者（※3） | 人              | 人              |

※1 本来受診すべき日から、受療をすることなく3か月以上経過している者。

※2 過去2年間に退院した者の内、入院期間が1年以上の者（（ア）に該当する者は除く）。

※3 過去2年間で2回以上の入院をしたもの。現に入院中の者については、令和元年度中に退院の見込みがあるもの（（ア）に該当する者は除く）。

※4 一定のアセスメントに基づく見立てがあり、目指すべき支援の方向性に沿った支援を計画的・戦略的に実践しているもの（単に「月1回訪問する」「本人の援助希求を待つ」等は「支援方針あり」に含めない）。

※5 ※4に該当しないもの。

問2 上記対象者のうち、「支援方針なし」の者について、支援方針が定まらない主な理由をお答えください（自由記述）。

問3 地域支援係・保健係において精神障害者のアウトリーチ支援に従事している職員一人当たりの担当ケース数をお答えください。

◆上記対象者： \_\_\_\_\_ 人 / 上記対象者以外の者： \_\_\_\_\_ 人

問4 上記対象者について、地域支援係・保健係における対象者1人あたりの1ヶ月間での平均的なアウトリーチ支援の実施回数をお答えください（本人と接触できない場合も含む）。

- ① 1回未満    ② 1～2回    ③ 2～3回    ④ 3～4回    ⑤ 4～5回  
 ⑥ 5回以上    ⑦該当なし（※）

※問1において、回答が0人の項目は⑦を選択する。

|                           | 支援方針あり | 支援方針なし |
|---------------------------|--------|--------|
| (ア) 精神医療の受療中断者            |        |        |
| (イ) 精神疾患が疑われる未受診者         |        |        |
| (ウ) 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者 |        |        |

問5 上記対象者について、地域支援係・保健係における1回あたりの平均的な訪問時間数をお答えください（移動時間は除く）。

- ① 30分未満    ② 30～45分    ③ 45～60分    ④ 60～75分  
 ⑤ 75～90分    ⑥ 90分以上    ⑦ 該当なし（※）

※問1において、回答が0人の項目は⑦を選択する。

|                           | 支援方針あり | 支援方針なし |
|---------------------------|--------|--------|
| (ア) 精神医療の受療中断者            |        |        |
| (イ) 精神疾患が疑われる未受診者         |        |        |
| (ウ) 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者 |        |        |

**問6 上記対象者について、地域支援係・保健係におけるアウトリーチ支援で提供しているサービス内容をお答えください（頻度の多い順に3つまで回答）。**

- ① 薬の受け取り、デリバリー      ② 病気と服薬を利用者が自己管理するための支援（※1）  
 ③ 個別の指示的療法（※2）      ④ 危機介入（※3）      ⑤ 入院期間中の継続支援（※4）  
 ⑥ 住居サービスに関する支援（※5）      ⑦ 日常生活の支援（※6）  
 ⑧ 身体的健康に関する支援（※7）      ⑨ 経済的サービスに関する支援（※8）  
 ⑩ 就労支援      ⑪ 家族支援（※9）      ⑫ 社会ネットワークの回復と維持のための支援（※10）  
 ⑬ その他      ⑭ 該当なし（※11）

※1 心理教育、服薬管理、薬の仕分け等

※2 症状や薬の副作用に関する苦痛、日常生活や将来への不安、対人関係のストレス等について傾聴するとともに、苦痛に対処するために役立つ情報を提供する等

※3 精神医療の受療中断者・未治療者への受療支援、精神症状の再発やライフイベントに伴う心理的危機等への迅速な訪問等

※4 治療計画や退院計画への参画、入院中の権利擁護、退院に向けた在宅サービスの調整等

※5 住居検索、物件や保証人の確保、不動産会社や大家との交渉、引っ越しや生活物品の確保等

※6 買い物や料理、掃除や洗濯、公共交通機関の利用等

※7 身体面の相談・助言・スクリーニング、健康診断や身体科受診の調整、性教育等

※8 年金や生活保護等の利用相談、公的機関へ同行しての申請手続き援助、金銭管理についての相談・助言、後見制度や権利擁護事業の利用等

※9 家族への心理教育、家族自身の悩みについての相談・助言、関係修復の試み、育児支援等

※10 友人との交際やグループ活動参加への支援、スポーツや映画等の余暇活動への同行等

※11 問1において、回答が0人の項目は⑭を選択する。

|                           | 支援方針あり | 支援方針なし |
|---------------------------|--------|--------|
| (ア) 精神医療の受療中断者            |        |        |
| (イ) 精神疾患が疑われる未受診者         |        |        |
| (ウ) 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者 |        |        |

**問7 上記対象者の更なる状況の改善、事態の進展を図る上で、どのような関わりが必要と考えているか、【支援方針のあり・なし】のそれぞれについてお答えください（関与の頻度、支援内容等）。**

**【支援方針あり】**

**【支援方針なし】**

**精神障害者のアウトリーチ支援の技術習得等の方法についてお尋ねします。**

**問 8** 地域支援係・保健係において、精神障害者のアウトリーチ支援に従事している職員の支援の実施上、重要な視点の獲得や支援技法を習得する方法についてお答えください（自由記述）。

**問 9** 地域支援係・保健係において、精神障害者のアウトリーチ支援に従事している職員のうち、精神障害者のアウトリーチ支援に特化した研修の受講歴がある人数をお答えください。また、受講歴がある場合、研修の名称と主催者をお答えください。

◆ \_\_\_\_\_ 人（受講者数） / \_\_\_\_\_ 人（アウトリーチ従事者数）

| 研修の名称                | 主催者             |
|----------------------|-----------------|
| 例) 多職種による包括型アウトリーチ研修 | 国立精神・神経医療研究センター |
|                      |                 |
|                      |                 |
|                      |                 |
|                      |                 |

**問 10** 上記対象者のアウトリーチ支援をより効果的に実践していく上で、今後習得すべき視点や支援技法をお答えください（自由記述）。

**多機関協働体制による精神障害者のアウトリーチ支援の現状についてお尋ねします。**

**問 11** 上記対象者のうち、多機関での協働支援体制によるアウトリーチ支援で対応している者の人数をお答えください（問 1 でご回答いただいた人数の内数）。

|                           | 支援方針あり | 支援方針なし |
|---------------------------|--------|--------|
| (ア) 精神医療の受療中断者            | 人      | 人      |
| (イ) 精神疾患が疑われる未受診者         | 人      | 人      |
| (ウ) 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者 | 人      | 人      |

**問 12** 上記対象者に係る多機関協働での支援体制によるアウトリーチ支援について、どのような機関と連携をしているかお答えください（頻度の多い順に 3 つまで回答）。

- ① 医療機関    ② 訪問看護    ③ 委託相談支援事業所    ④ 指定特定相談支援事業所  
 ⑤ 行政機関    ⑥ 地域包括支援センター    ⑦ 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）  
 ⑧ 民生委員児童委員    ⑨ 障害福祉サービス事業所    ⑩ その他    ⑪ 該当なし（※）

※問 1 において、回答が 0 人の項目は⑪を選択する。

|                           | 支援方針あり | 支援方針なし |
|---------------------------|--------|--------|
| (ア) 精神医療の受療中断者            |        |        |
| (イ) 精神疾患が疑われる未受診者         |        |        |
| (ウ) 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者 |        |        |

**問 13** 上記対象者の支援に係る多機関での協働支援体制を構築・維持・発展させるにあたって、課題と感じていることを【支援方針のあり・なし】のそれぞれについてお答えください（自由記述）。

**【支援方針あり】**

**【支援方針なし】**

問 14 多機関での協働支援体制により、上記対象者を支援するメリットをお答えください(自由記述)。

調査は以上になります。

ご協力ありがとうございました。

〔巻末資料3 「精神障害者のアウトリーチ支援に関する調査」結果〕

問1 支援方針別対象者数

|                          | 支援方針あり | 支援方針なし |
|--------------------------|--------|--------|
| (ア) 精神医療の受療中断者           | 58人    | 37人    |
| (イ) 精神疾患が疑われる未受診者        | 24人    | 26人    |
| (ウ) 長期入院の後退院した者や入院を繰り返す者 | 81人    | 17人    |

問2 支援方針が定まらない理由

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| ①本人に関する情報不足（本人への接触が少ない、家族などからの情報しかない） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人との接触が断続的で本人自身の状態、生活上の問題等について情報不足</li> <li>・家族、近隣住民、支援者等からの周辺情報のみ把握しており、相談時対応となっているため</li> <li>・他者からの相談のみで本人への接触が図れない。周囲からの情報提供のみであり、本人に関する情報収集、接触等ができておらず、アセスメントに基づく見立てができていない。本人と接触できた回数が少なく、本人支援についてアセスメント途中のため</li> <li>・本人と接触が図れていないため</li> <li>・面識がない、または面識はあっても定期訪問ができるような関係性を築いている段階</li> <li>・関わりのある支援者が当事業所のみで経過が不明のため訪問等でのアセスメントの段階</li> </ul> |
| ②本人・家族の支援拒否                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人や周囲が介入を拒む等、本人と直接対面してニーズアセスメントが出来ておらず、明確な方針を定めるには至っていないものもあるため</li> <li>・以前は受診同行や生活保護の利用等の提案等の積極的なかわりがあったが、家族がそれを受け入れず、静観せざるを得ないケースもある</li> <li>・本人・家族が、精神科通院や区の関わり自体を拒否しており、訪問や電話連絡も受け入れてもらえず、関わりが持てないため</li> <li>・対象者もしくは家族が病院への不信感を抱いており、医療機関との連携が図りにくい</li> </ul>   |
| ③関係機関との連携不足もしくは関係機関が主体となっているもの        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関との情報共有、支援方針の摺合せができていない</li> <li>・関係機関が介入しており、区としてはその報告を受け把握するに留まっているもの。区としての方針としては、必要時に介入するのを待っている状況であるため</li> <li>・サービスの支給決定のみの把握に留まっており、病院やサービス事業所からの支援要請が特にならない</li> <li>・家族からの状況報告が定期的に入るが、精神症状らしきものはなく、保護課の関わりや相談支援事業所の介入歴もあり、当課としては相談時対応としているため</li> </ul>   |
| ④支援のきっかけがつかめないもの                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・時期的に他の家族の課題が主で本人自身への支援の見通しが立てにくい</li> <li>・本人と家族の関係が不良であり、家族を通して本人とのコンタクトを取ることが難しく、家族が別居したことで大きなトラブルもなくなったことで、訪問のきっかけが作れない</li> <li>・精神疾患が強く疑われるものの、本人は病識がない。加えて本人の衣食住は確保され、ある程度の生活が送れており、周囲への危害もない。支援のきっかけがつかめないでいる</li> <li>・本人が受け入れやすい接触理由がなく介入する機会をつくれない</li> </ul>  |

問3 職員一人当たりの担当ケース数

◆上記対象者： 3人 / 上記対象者以外の者： 26人

問4 上記対象者に係る1人あたりの1か月間での平均的なアウトリーチ支援の実施回数

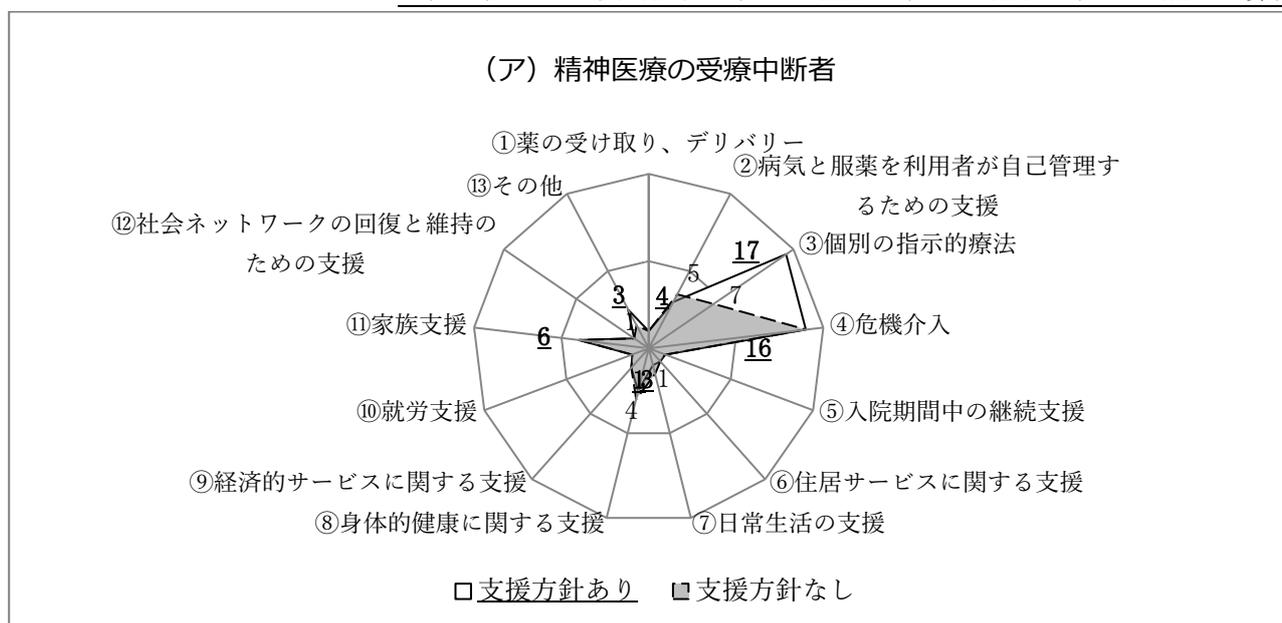
|        | (ア) 受療中断者 |    | (イ) 未受診者 |    | (ウ) 頻回入院者等 |    | 合計   |    |
|--------|-----------|----|----------|----|------------|----|------|----|
|        | 支援方針      |    | 支援方針     |    | 支援方針       |    | 支援方針 |    |
|        | あり        | なし | あり       | なし | あり         | なし | あり   | なし |
| ① 1回未満 | 1         | 8  | 2        | 5  | 2          | 6  | 5    | 19 |
| ② 1～2回 | 8         | 0  | 4        | 0  | 8          | 0  | 20   | 0  |
| ③ 2～3回 | 0         | 0  | 2        | 0  | 0          | 0  | 2    | 0  |
| ④ 3～4回 | 1         | 0  | 0        | 0  | 1          | 0  | 2    | 0  |
| ⑤ 4～5回 | 0         | 0  | 0        | 0  | 0          | 0  | 0    | 0  |
| ⑥ 5回以上 | 0         | 0  | 0        | 0  | 0          | 0  | 0    | 0  |

問5 上記対象者に係る1回あたりの平均的な訪問時間数

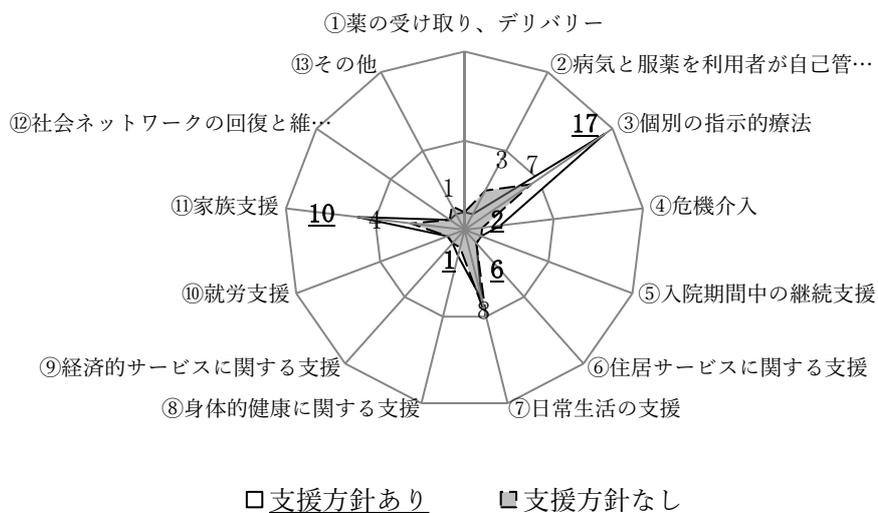
|          | (ア) 受療中断者 |    | (イ) 未受診者 |    | (ウ) 頻回入院者等 |    | 合計   |    |
|----------|-----------|----|----------|----|------------|----|------|----|
|          | 支援方針      |    | 支援方針     |    | 支援方針       |    | 支援方針 |    |
|          | あり        | なし | あり       | なし | あり         | なし | あり   | なし |
| ① 30分未満  | 1         | 5  | 1        | 2  | 0          | 3  | 2    | 10 |
| ② 30～45分 | 4         | 1  | 3        | 1  | 3          | 0  | 10   | 2  |
| ③ 45～60分 | 4         | 1  | 2        | 1  | 7          | 1  | 13   | 3  |
| ④ 60～75分 | 1         | 0  | 2        | 0  | 1          | 2  | 4    | 2  |
| ⑤ 75～90分 | 0         | 0  | 0        | 0  | 0          | 0  | 0    | 0  |
| ⑥ 90分以上  | 0         | 0  | 0        | 0  | 0          | 0  | 0    | 0  |

問6 上記対象者に係るアウトリーチ支援で提供しているサービス内容

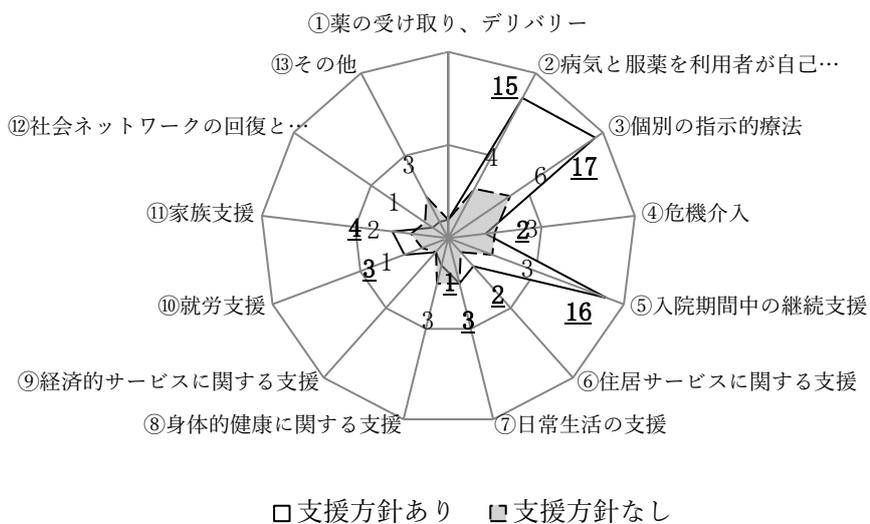
上位3位まで選択可能。1位を3点、2位を2点、3位を1点とし算出



(イ) 精神疾患が疑われる未受診者



(ウ) 長期入院の後退院した者や入院を繰り返すもの



問7 上記対象者のさらなる状況の改善、事態の進展を図る上で必要な関り（支援方針別）

|        |  |
|--------|--|
| 支援方針あり | <p>①関係機関との連携を通じた効果的な支援の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族、関係者との定期的な情報交換と支援方針・方法の確認</li> <li>・ 他機関にスムーズにつなぐための支援：長期入院からの退院した者等であれば相談支援事業所、障害福祉サービス、訪問看護等、精神医療の受療中断者であれば医療関係者との繋ぎ</li> <li>・ 地域との関わり、見守り体制。地域資源とのコーディネート</li> <li>・ 包括と情報共有し、本人だけでなく家族同席の面接を実施</li> <li>・ 他機関との支援方針の共有。定期的なケア会議への参加。本人の相談できる場を増やす</li> <li>・ 単体での関わりではなく、チームアプローチが重要と考える</li> <li>・ 医療機関による、適切な疾患説明</li> <li>・ 本人のペースにあわせた支援は意識するが、場合により関与の頻度を上げねばならない事態にもなるため支援者間で情報共有する</li> <li>・ 支援者間で支援方針等の検討を継続して実施していくこと</li> </ul> |
|        | <p>②本人や家族などからの情報収集や良好な関係性の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族、関係者との定期的な情報交換と支援方針・方法の確認</li> <li>・ 支援者間でのこまめな情報共有、見立ての統一、関係機関との連携・調整</li> <li>・ 地域から孤立しないように週1回以上の頻回な訪問により対象者とその家族との関係構築を図り、受診への動機づけを高めるため不調の訴えに寄り添いながら心理教育を図る。対象者の負担にならない頻度で長い目で関わり、関係性構築に努める</li> <li>・ 頻度は多くなくても長期間にわたり継続して関わっていくこと。家族の理解と受け入れの調整</li> <li>・ 本人支援だけでなく必要に応じて家族支援も踏まえ継続的な支援が必要と感じる</li> </ul>  |
|        | <p>③支援のアレンジ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人への接触頻度・方法の定期的な見直し</li> <li>・ 本人が目指す生活を具体的にイメージできるように、実際に体験することを織り交ぜながら柔軟な支援を行う。アプローチを状況に応じて使い分けて行く</li> <li>・ 本人のニーズや能力に合わせた生活の土台づくり。生活の中での困りごとや生活の目標を本人と共有、どこまでならできるか本人と共有しながら成功体験を重ねる</li> <li>・ 世帯全体をみること。本人の精神的な問題だけでなく、他の世帯構成員やその関係性についてもアセスメントを行った上で必要な支援を行うこと</li> </ul>   |
| 支援方針なし | <p>①関係機関との連携による情報収集</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 関係機関との情報共有を行い、その中で支援に入るきっかけを作る。家族と支援者の本人への対応の検討</li> <li>・ 他支援機関や家族等に定期的に状況の確認を行いながら介入の機会を窺う。当課としての支援の必要性があるのかをアセスメントする</li> <li>・ 退院後も、支援に対して拒否をしているため関わりを持っていない状態である。区障害高齢課が中心になって支援を行っており、区との連携を継続し、必要時介入できるタイミングを図る</li> </ul>  |
|        | <p>②本人や家族などからの情報収集や良好な関係性の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支援方針を立てるために必要な情報の収集</li> <li>・ 支援への抵抗感に配慮しながら、関係構築と共に徐々に関与頻度や内容を増やしていく</li> <li>・ 本人および周囲から本人の人となりや浮かび上がるような情報の収集と関係の構築</li> <li>・ 課題解決を目的としない、会うだけを目的にしたアウトリーチ支援の一般化。精神障害の有無を理由としない接触理由の一般化</li> </ul>  |
|        | <p>③支援のアレンジ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の生活上の困り感に合わせた支援の組み立て</li> </ul>   |

問8 精神障害者のアウトリーチ支援に従事している職員の支援の実施上、重要な視点の獲得や支援技法の習得方法

|   |   |
|---|---|
| ① | 自己研鑽  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自己学習（書籍）、研修への参加</li> <li>・書籍での勉強</li> </ul>   |
| ② | OJT（先輩職員との同行訪問、ケースレビュー、移送会議等における事例検討など）   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケースレビュー／事例検討、個別ケースの複数担当制、係内業務レク（総合相談、心の相談、通報対応等に関するもの）ケース検討</li> <li>・定例で行っているケースレビューにおいて、各担当者の支援の視点について確認の上、ケース検討の形式で支援方法について学ぶ機会としている</li> <li>・実際のケース支援を通してのOJT、係内ケースレビュー</li> <li>・先輩の面接への同席、先輩職員に相談。目標とすべき職員との事例の協働支援・事例分析。個別事例を通じた学び</li> <li>・先輩職員や他機関職員との同行訪問。ケースレビューやカンファレンスでの検討・振り返り。職種の異なる複数人でケースを担当し、それぞれの専門的な視点を共有していく。課内検討の有効活用。医療機関のデイケアに関する情報や、勉強会資料など、一担当が得た情報も全体のスキル向上につながるよう積極的に供覧している</li> <li>・原則、保健師と精神保健福祉相談員のペアで個別支援を行い、支援場面をOJTの場としている</li> <li>・複数職員で訪問し、支援方法や技法等について確認する。事業所内のケースレビューやケース検討</li> </ul> |
| ③ | 研修  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・それぞれの専門性に関連した各種研修に積極的に参加し支援技法の習得を目指す</li> <li>・相談支援に関する課内研修を実施する</li> <li>・外部研修への参加</li> <li>・行政機関（障害者支援課、精神保健福祉総合支援センター等）が主催する研修、精神障害者の為の地域移行連絡会（精神保健福祉総合センター所管）における事例検討や研修、宮城野区自立支援協議会における事例検討や研修への参加</li> <li>・（法定）研修</li> <li>・区障害者自立支援協議会での研修、事例検討への参加</li> </ul>  |
| ④ | 指導医や専門公所等によるスーパーバイズ   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・指導医の活用（指導医とのケースレビュー、事例検討）</li> <li>・こころの相談の場において、指導医によるSVを受け、支援技法について指導を受けている。必要時には、専門公所等にSVを受け、新たな視点への気づきを得ている</li> <li>・地域精神保健福祉活動連絡会議への参加</li> <li>・経験のある職員からのSVや外部SVなどを受けることでケースへの理解を深め、多角的な視点を取り入れていく</li> <li>・こころの健康相談の場を活用し、指導医からSVを受ける。はあとぼーととの協働支援による技術援助を受ける。地域精神保健福祉活動連絡会議等における事例検討に参加する。</li> <li>・関係機関との連携の積み重ね</li> <li>・他機関との情報共有や事例検討。他機関との共同支援</li> </ul>   |

問9 精神障害者のアウトリーチ支援に特化した研修受講歴がある者の人数



0人（受講者数）／

93人（アウトリーチ従事者数）

問 10 精神障害者のアウトリーチ支援をより効果的に実践していく上で、今後習得すべき視点や支援技法

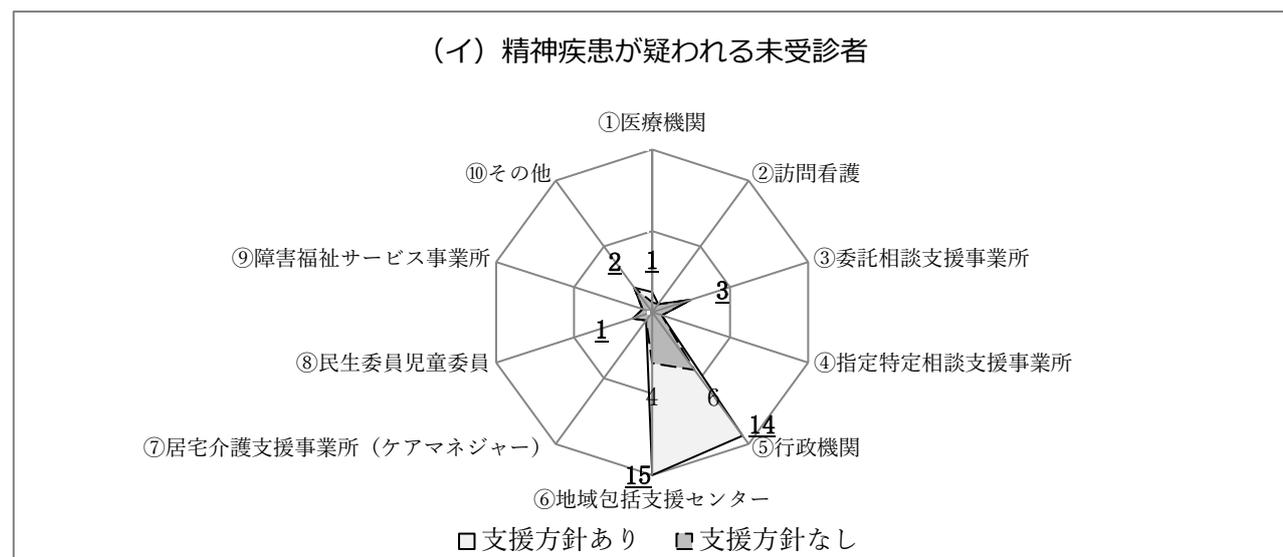
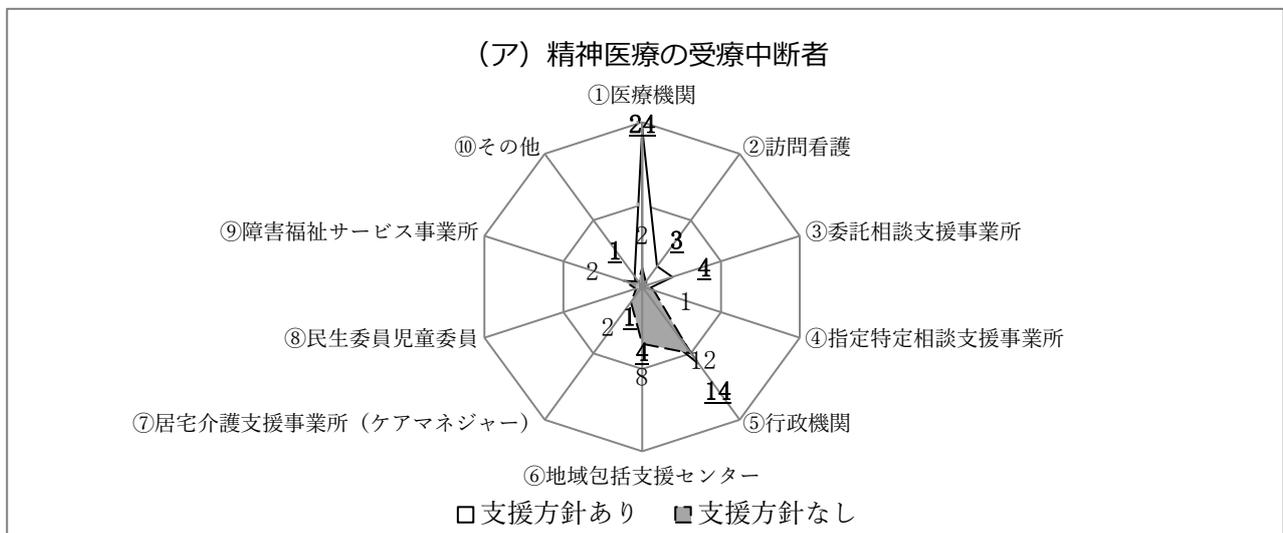
|  |   |
|--|---|
| 習得すべき視点・支援技法   | ①包括的アセスメントと見立ての技術   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントの技術</li> <li>・治療中断のリスク、緊急性の判断のためのアセスメント方法について（本人の病状、生活能力、家族への負担・・・etc.）</li> <li>・本人の反応によって自分の対応のバリエーションを増やすこと。本人の言動・背景から見立てる力。本人の生活歴・生育歴・家族状況をまるごとアセスメントする力や視点</li> <li>・先を見据えた視点を持って支援方針を考えていく</li> <li>・入院患者に対する生活能力のアセスメント</li> <li>・ストレングスアセスメント、リスクアセスメントの習得</li> </ul> |
|  | ②本人や家族との関係性の築き方   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人との関係性の築き方。動機づけ面接の技法。支援に拒否的なケースへのかかわり方</li> <li>・本人や家族との信頼関係を構築する技術</li> <li>・支援に対して拒否的な方に対するアプローチ。相談支援事業所としてどのように関われるか</li> </ul>   |
|  | ③未治療者、中断者の支援の視点とアプローチ方法   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援や関わりを完全に拒絶している方への視点や支援技法</li> <li>・危機介入、特に精神医療の受療中断者・未治療者への受療支援のアプローチの方法について</li> <li>・治療中断や入院の予防をするという視点</li> </ul>  |
| ④チームアプローチの技法   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジメントの技法を用いた多職種チームによる支援</li> <li>・他部署・他機関と協働する技術…支援依頼や情報提供の仕方、他部署・他機関の役割や文化についての知識、等</li> <li>・多職種・多機関連携での支援を行うにあたって、チームアプローチの留意点や技法を、係内の皆が同じように学べると良い。併せて、個別支援会議等も多いことから、単なる情報共有の場に留まらないよう会議の持ち方、進め方のノウハウについて学べると良い</li> <li>・多機関によるネットワークでのアウトリーチ支援のあり方</li> <li>・関係機関との連携・調整やケア会議の実施</li> <li>・委託相談支援事業所が担うべき役割の範囲について</li> <li>・各々がある程度ファシリテーションのノウハウを学ぶ機会もあっても良いと思われる</li> </ul> |   |
| ⑤精神保健福祉及び関連分野についての知識習得   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・係内にはいない専門職の持つたまかな知識や着眼点についても知ることで、連携時の参考と出来ると良いと思われる</li> <li>・医学的な知識・疾病に関する知識の積み重ね</li> <li>・高齢分野、障害分野に関わらず、他分野に精通したアセスメント視点</li> <li>・精神保健福祉の関連分野（障害、高齢、母子等）に関する知識</li> <li>・福祉サービスはもちろん、地域での資源をより知っておきたい</li> <li>・家族支援</li> </ul>  |   |
| ⑥地域との連携、インフォーマルな資源の把握と活用   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域性への理解：共助文化の有無、本人や家族の暮らしやすさに影響するハード、ソフトの資源等</li> <li>・地域づくり(地域包括支援センターや地域住民、民生児童委員との連携)</li> <li>・精神保健福祉に関する知識を啓発する予防的活動(特に思春期)</li> </ul>  |   |

問 11 上記対象者のうち、多機関協働支援体制によるアウトリーチ支援で対応している者の人数

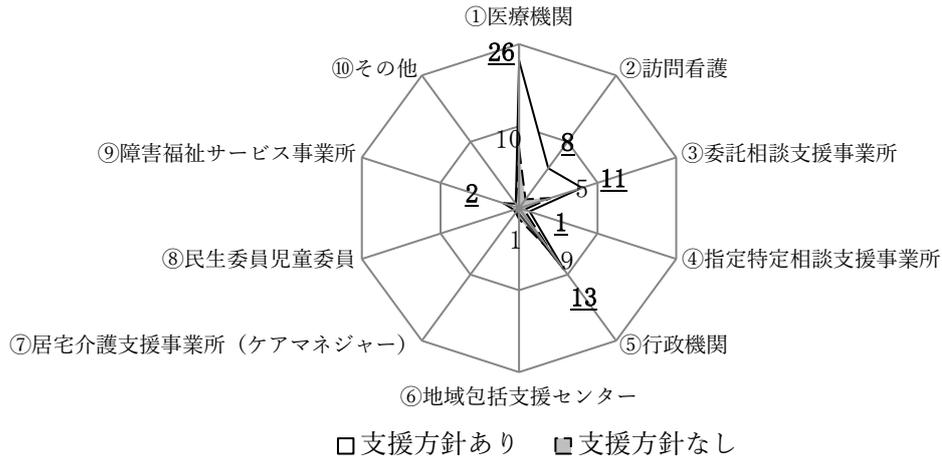
|                           | 支援方針あり    | 支援方針なし    |
|---------------------------|-----------|-----------|
| (ア) 精神医療の受療中断者            | 39 人／58 人 | 15 人／37 人 |
| (イ) 精神疾患が疑われる未受診者         | 16 人／24 人 | 7 人／26 人  |
| (ウ) 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者 | 77 人／81 人 | 12 人／17 人 |

問 12 多機関協働支援体制によるアウトリーチ支援の連携先

上位 3 位まで選択可能。1 位を 3 点、2 位を 2 点、3 位を 1 点とし算出



(ウ) 長期入院の後退院した者や入院を繰り返す者



問 13 多機関協働支援体制の構築・維持・発展に係る課題（支援方針別）

|        |                     |
|--------|---------------------|
| 支援方針あり | ①情報共有のあり方           |
|        | ②イニシアティブの所在と役割分担の設定 |
|        | ③支援方針の統一            |

- ・関わる機関が多くなるほど、個人情報共有の仕方に配慮が必要
- ・情報共有に時間がかかったり、支援者によって持つ情報の差が出る場合があること
- ・情報を定期的に共有する機会を逸しないように留意する

- ・各機関の役割分担が明確になっている分、ある種縦割りの関係になる場合もあること
- ・各機関でできることや業務内容と、周囲が求めていることのずれが生じることがあり、役割分担がうまくいかないケースがある
- ・“上記対象者”は、医療に限らず、どの支援機関にもつながりにくいことが多い。医療につながったとしても、その他の支援機関（特に福祉分野）とつながるまでにはさらに長い期間を要する。その間のすべてのコーディネートを担当だけで行うには限界があり、相談支援事業所（特に委託）との連携は必須であるように感じる
- ・利用者のアセスメント力。また、アセスメントしたことの共通理解と支援の方向性を一致させること。他機関協働で行う場合、どの機関がイニシアティブをとり、全体のマネジメントを行うのか。入院を繰り返している方等について、行政機関に支援を要請しても関わって頂けない場合がある。互いの機関でできること、できないことの相互理解

- ・支援期間が長くなるほど、定期的に支援方針を確認し手段の目的化が起こらないよう要注意
- ・支援方針、どこに重きを置いて支援するかのすり合わせ
- ・機関によって解決すべきと捉える課題の優先順位が違う、各機関で思いや考え方の違いがある時のまとめ方。他機関の方針の提示があまりない場合、区の支援方針で動く場合がある
- ・長く治療中断となると、医療機関でも新患扱いとなるため緊急時の受診が難しい。本人も前主治医や医療機関拒否が強いケースの場合、医療機関の調整がスムーズにいかない
- ・治療中断者については、中断後速やかに治療再開されることが望まれるが、実際には病状が増悪し家族や周囲の人が困り果てたところで、当課で把握することが多い。治療中断後の早期から、治療再開のための支援が提供される仕組みがあるとよい（治療が中断される前に、支援者と本人との間で中断時のことについて話し合っておくなど）
- ・医療（医師）と地域支援者の方針共有

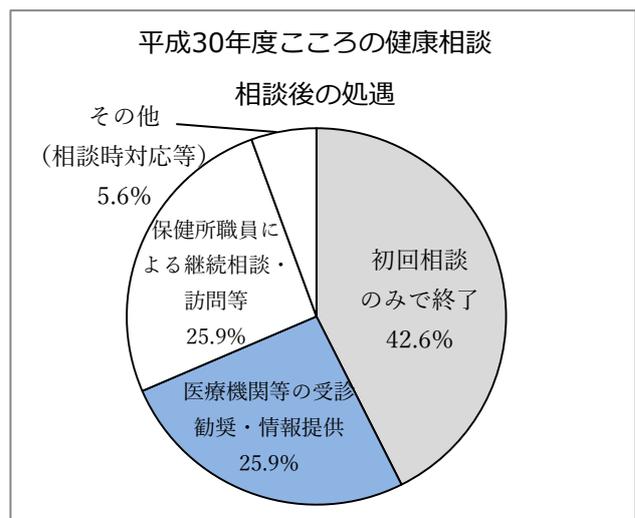
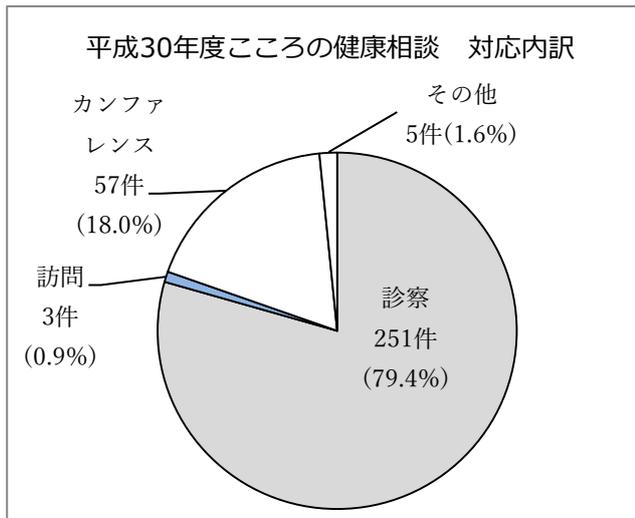
|             |                  |  |   |
|-------------|------------------|--|---|
|             | ④人事異動・担当交代の際の引継ぎ | <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当者の交代による認識の差の調整</li> <li>・人事異動の際の適切な引き継ぎ</li> <li>・担当者が異動や退職などで変わると、引継ぎが行われたとしても対応方針等に少しずつ変化が起こる。本人との関係性も薄くなってしまいうため、関係構築にも一定の時間を要する</li> </ul>   |   |
|             | ⑤マンパワー不足の解消      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談支援事業所のマンパワー不足。相談支援事業所としては、計画相談の業務に占める割合が依然として多く、受領中断者等に支援を行う時間を確保することが難しい</li> </ul>   |   |
|             | ⑥その他             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者がどの支援者を受け入れてくれるかにより、支援の幅が変わってくる</li> <li>・訪問診療体制の充実がないこと。地域的に、退院当初支援体制があっても、医療機関が遠く受診中断となり病状悪化、受療中断となる</li> <li>・医療機関のアウトリーチ支援があまり期待できない状況で、他の専門職の努力だけでは根本的な解決に結びつかない</li> </ul>  |   |
|             | 支援方針なし           | ①情報共有のあり方  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援者間での情報共有・本人不在でも支援者会議を開催する</li> <li>・精神科では治療中断者に対して受診勧奨を直接するケースは少ないと思うが、治療中断者について、本人・家族の生活や病状への支障が大きくなる方が予測される方については、HP→区への情報提供書があると良いのではないかと（母子の新生児訪問指導連絡票のイメージ）</li> </ul> |
|             |                  | ②イニシアティブの所在と役割分担の設定  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・協働支援体制の中心となる機関が未設定である</li> <li>・各機関でできることや業務内容と、周囲が求めていることのずれが生じることがあり、役割分担がうまくいかないケースがある</li> <li>・各支援機関の役割の整理、明確化</li> <li>・1つの機関に負担がかからない支援体制づくり</li> </ul>                |
|             |                  | ③支援方針の統一   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・機関によって、課題の捉え方や優先順位にばらつきがある</li> <li>・支援方針・どこに重きを置いて支援するかのすり合わせ</li> </ul>   |
| ④アセスメント・見立て |                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規に協働支援体制を築くにあたり、関係機関の多忙さも相まって新規案件の依頼に制限を感じる。支援方針を立てた上での協働を求められる場合も少なくないこと</li> <li>・まだアセスメント、支援方針が定まっていない段階で協働支援体制を発展させることが困難。一緒にアセスメントするところからやれるとよいと思う</li> <li>・ある程度アセスメントして「ここをやってほしい」という所まで整理しないと、協働に了承を得られないことがある。アセスメントの部分から一緒に関わってもらえるとありがたい</li> <li>・支援者へのスーパーバイズ</li> </ul> |   |
| ⑤関与可能な機関の制限 |                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者の把握が難しい</li> <li>・本人や家族が支援を拒否しているためつながっている関係機関がほとんどない</li> <li>・対象者が高齢者であれば、地域包括支援センターと協働支援が可能だが、高齢でない場合、協働支援する関係機関とつながることが難しい</li> </ul>   |   |

## 問 14 多機関協働支援体制により支援を実施することのメリット

|   |
|---|
| ①多角的アセスメントの実践   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>・状況が固定化しているケースについて多面的にアプローチでき、アセスメントの情報源が豊富になる</li><li>・生活全体を支援する上で、多面的なアセスメント、かかわりが可能となる</li><li>・それぞれの立場を生かしながら多角的なアセスメント・支援ができる</li><li>・重層的なアセスメントを行い、見立てを共有したり、支援方法を相談することで、視点や支援の幅が広がる。サポートの網を広く、目を細かくできる</li><li>・対象者に対して、様々な分野から多角的な視点で支援方針を見立て構築していけるので支援が画一的にならず本人の様々な可能性を考え支援していくことが可能となること</li></ul>  |
| ②支援継続性の確保   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>・担当の交替や一部機関への拒否があった際にも、何らかの形で支援を維持することができる</li><li>・担当者の交代による影響を緩和し、長期的な視点での支援の継続がしやすくなること</li><li>・担当者の異動による本人への影響を弱めることができる</li><li>・継続的に関わることができる</li><li>・支援拒否のあるケースについて、かかわりを切らすことなくかかわれる</li></ul>  |
| ③支援の質の向上と量の確保   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>・多様な立場で提供できるサービスを組み合わせることで、支援者が互いに補い合うことができる</li><li>・一機関では支援のムラが出やすい所を、分業することで一定の回数、質の支援を持続的に提供しやすくなること</li><li>・支援頻度が多くなる。本人に対する見守りの目が多くなる</li><li>・各々の役割を明確にしていくことで戦略的に本人・家族へのアプローチを行うことができることに加え、一つの機関のみでのケースの抱え込みを防ぐことができる。支援が円滑に進む。対象者に幅広い分野での情報が提供できる</li><li>・一機関のみで対応できるようなケースは減っており、解決すべき課題の複雑さが目立つ。多機関で支援することで、より専門的な視点での介入が図れることがメリット。専門性を活かしつつ、支援者同士で支援内容が重なる点もあるが切れ目のない支援を実施するうえで多少の重なりは必要</li><li>・本人を支援できている人を通じて本人の状況を確認できるとともに、支援のタイミングをはかることができる。それぞれの機関で断片的な情報を持っている場合、統合することで全体像が見えてくることがある。チームで支援することで、タイムリーに動くことができる</li></ul> |
| ④緊急時の対応のしやすさ  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>・緊急時等に対応しやすくなる</li><li>・緊急時に業務上の予定等で即時対応が難しい場合、初動対応を依頼出来る</li></ul>   |
| ⑤支援者の支え合いによる心身の負担の軽減  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>・困難ケースを一機関が抱え込まず、支援者間の支えあいにより、メンタルヘルス対策にもなる</li><li>・役割分担ができ、支援者自身の負担の軽減にもつながる</li><li>・各々の役割を明確にしていくことで戦略的に本人・家族へのアプローチを行うことができることに加え、一つの機関のみでのケースの抱え込みを防ぐことができる</li><li>・多機関でシフトを組んで訪問等を行うことで、訪問支援にかける労力を分散することができる</li></ul>   |
| ⑥その他  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>・本人が相談する相手を選ぶことができる</li><li>・利用者によっては安心感につながる</li><li>・障害特性上、医療関係者との連携は必要不可欠である。地域支援者は地域での包括的な支援の中に医療従事者とも密接に連携し病院以外の本人の生活を医療機関にも把握してもらうことで本人の地域生活が安定したものとなっていくとを感じる</li></ul>  |

[巻末資料4 仙台市における精神障害者のアウトリーチ支援を支える既存の取組み]

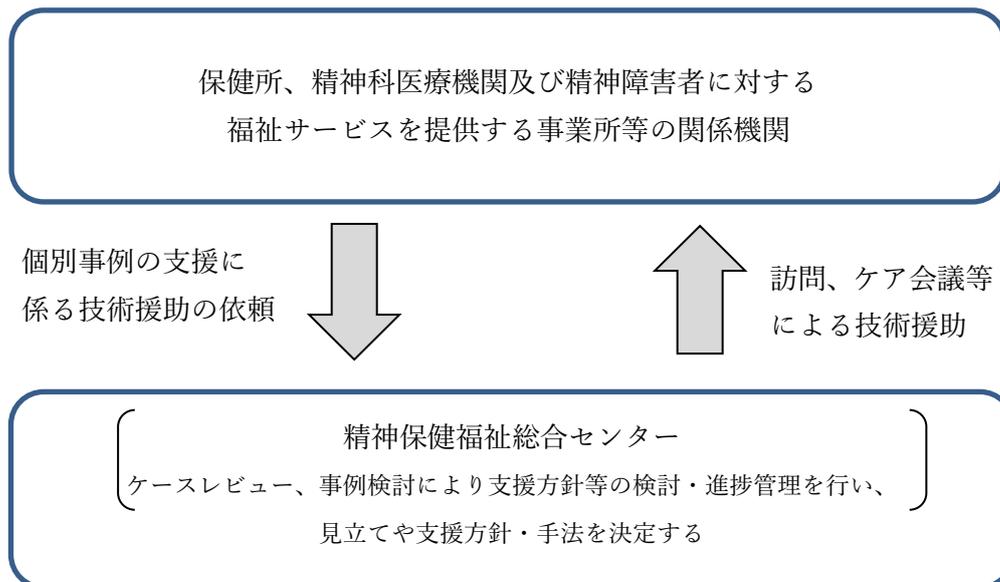
仙台市精神保健福祉相談指導事業



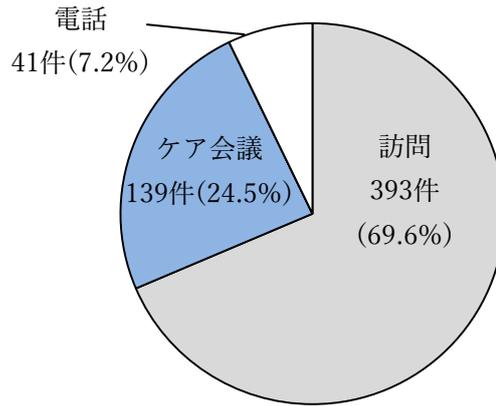
- ・平成30年度の相談件数は計316件であった。内訳は、診察251件(79.4%)、訪問3件(0.9%)、カンファレンス57件(18.0%)、その他5件(1.6%)であった。
- ・相談後の処遇については、「初回相談のみで終了」42.4%、「医療機関等への受診勧奨・情報提供」26.2%、「保健所職員による継続相談・訪問等」25.8%、「その他(相談時対応等)」5.6%であった。

仙台市精神保健福祉総合センター地域総合支援事業

[地域総合支援事業による技術援助までの流れ]

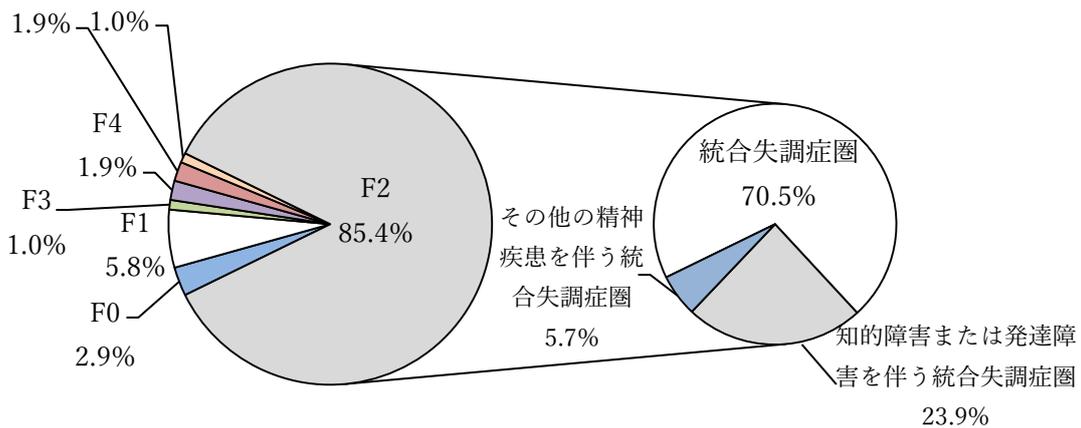


平成30年度地域総合支援事業 支援対象者への支援方法別延件数の割合



・平成30年度の支援対象者実人数103名、延支援件数573件であった。支援対象者への支援方法別延件数は、「訪問」393件（68.6%）、「ケア会議」139件（24.5%）、「電話」41件（7.2%）であった。

平成30年度地域総合支援事業 支援対象者の主診断の割合



・支援対象者の主診断は、ICD-10 コード<sup>vii</sup>でF2「統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」が85.4%と最も高い割合を占めていた。うち23.9%に知的障害または発達障害が、5.7%にその他の精神疾患が合併していた。

<sup>vii</sup> ICD-10 コード 「疾病及び関連保健問題の国際統計分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）」といい、疾病、傷害及び死因の統計を国際比較するため WHO（世界保健機関）から勧告された統計分類。ICD-10 コードはアルファベットと数字で構成され、疾病や傷害の部位、原因などを表し、F00～F99 が「精神および行動の障害」