

## 相模原市精神保健福祉センターにおける 「メンタルヘルス・ファーストエイド」を用いた普及啓発事業について

相模原市精神保健福祉センター

○鈴木志麻子、奥亜希子、小林香里  
金澤 智里、西村 誠、倉川大介

### 1. はじめに

普及啓発事業は精神保健福祉センターの主要事業であるが、当センターでは普及啓発事業の理念や方向性の吟味が十分に行えておらず、「正しい知識を普及すること」を目的とした講演会・出前講座においては、知識部分やアンチスティグマのメッセージが一貫しないことが課題であった。特に、内部講師で実施する出前講座等の場合、経験年数や職種により講義スキルの差があり、一部の職員に講師役が偏らざるを得ないという課題があった。加えて、こうした講演会・出前講座が公衆衛生活動としてどの程度貢献しているのか評価することが難しいとも感じていた。

こうした課題を解決するために、「メンタルヘルス・ファーストエイド（以下、MHFA）」プログラムを平成24年度より本市の普及啓発事業に取り入れてみた。今回はその実践を報告する。

### 2. メンタルヘルス・ファーストエイドの概要と日本への導入

MHFA とは、メンタルヘルスの危機にある人に対し一般市民等が行える初期対応として、2001年にオーストラリアのうつ病当事者とその協力者が開発した研修プログラムであり<sup>1)</sup>、現在、世界22か国で翻訳、実践されている。このプログラムでは、適切に専門家の支援につなげるという目的のために、精神疾患の知識と疾患毎に5つのステップ「ALGEE(日本語版：“りはあさる”)」による行動計画を、DVD視聴やロールプレイ、グループワークなど体験型手法を通じて学ぶものである。

MHFAの受講により「疾患の識別が向上」し、「治療に対する信念が専門家のものに近くなる」、「当事者との社会的な距離が近づく」、「援助を与えることへの自信が深まる」、「実際に援助した際にはより多くの援助を与えられるようになる」、さらに「受講者自身の精神的健康度が改善する」等、受講者の意識と行動変容の効果が報告されている<sup>1)</sup>。国家プロジェクトの一環として全国的にMHFAが展開された経緯もあり、現在オーストラリア成人の100人に1人は受講経験があるという。

本邦では、大塚らにより日本語版の開発が行われ<sup>2)</sup>、日本版研修プログラムでは「うつ病」の章に自殺のトピックが大幅に加筆された。「うつ・自殺」のMHFAは実証研究が行われ、研修医の教育、内閣府ゲートキーパー養成研修、内閣府自殺対策特設サイト<sup>3)</sup>および被災地のメンタルヘルス支援等に活用されている。なお、日本語版テキストが2012年秋に書籍化されている<sup>4)</sup>。

参考) メンタルヘルス・ファーストエイドのアクションプラン「りはあさる」<sup>4)</sup>：

「り」自傷他害のリスクをチェック、「は」はんだん(判断)・批判せず話を聞く、「あ」あんしん(安心)と情報を提供する、「さ」適切な専門家のサポートを求めるよう伝える、「る」セルフヘルプを勧める、という5つのステップで支援する。(りはあさるの順は問わずに実施する)

### 3. 講師養成研修(教育研修事業)の実施

MHFAを用いた普及啓発事業を行うには、本市職員が講師の資格を得る必要がある。そこで、平成23年度は大塚班の協力を得て、4時間×4日間で実施し、12名の職員が講師の資格を得た。平成25年度はセンター医師が養成研修の講師を担当して6時間×2日間の講師養成研修を実施し、6名が講師の資格を得た。なお、本市の講師養成研修では「疾患毎の知識の解説」、「疾患毎の初期対応法」、「グループワーク」に加え、「MHFAの成り立ちや意義の解説」、「成人学習理論と講義のコツ」を盛

り込み、随所で質疑を行う双方向性のスタイルをとっている。

#### 4. 市民向け MHFA 講座（普及啓発事業）の実施

平成 24 年度は、講師資格を得たセンター職員 4 名で実施した。講座に用いる研修資料のツールキット化にも努めた。講義スライドは、大塚班の監修のもとで講師養成研修の資料スライドを一般向けにアレンジし、動画は大塚班の成果物及び内閣府自殺対策の配布 DVD<sup>3)</sup>を用いた。

平成 24 年度「こころの健康セミナー」全 4 回 11 月毎週土曜日 14 時～16 時（各回定員 30 名）

	担当	講義内容	グループワーク	受講者数
第 1 回	精神科医	うつ病・不安	動画、シナリオロールプレイ (RP)、呼吸法	27 名
第 2 回	精神保健福祉士	統合失調症	動画、幻聴体験、RP、リラクゼーション	29 名
第 3 回	精神保健福祉士	依存症	動画、RP、AUDIT の記入、呼吸法	26 名
第 4 回	保健師	自殺・自傷	動画、RP、ストレッチ	28 名

事業のちらしには MHFA の目的と「りはあさる」を引用した。単回参加を可能とし、1 回を除いて定員を超えた申し込みがあった。当日のキャンセル率は 1～2 割程度で、述べ 110 人が参加した。受講後アンケートによる満足度は非常に高く、MHFA のコンセプトは無理なく市民に受け入れられたようである。参加者の感想：「大変わかりやすい」、「動画が良かった」、「“聴く”って案外難しい」、「(ロールプレイで) こう聴かれると話しやすいと実感」「幻聴はつらい体験なのが良くわかった」etc. なお、当日は 25 年度の市民向け MHFA 研修 (9 月) の実施結果と合わせて報告する。

#### 5. 考察

受講した市民の満足度は非常に高く、MHFA プログラムの持つ明確な目的とシンプルなアクションプランは相模原市民にも受け入れられた。受講者の中には当事者、家族も含まれていたが、クレームや注意を要する点は特に見いだせなかった。

教育効果の実証されている MHFA は、行政が行う普及啓発のツールとして有用であると考えられる。そして、構造化された MHFA プログラムを用いることで、職員に知識や経験、技術の差があっても講師を担当し標準的な研修内容を提供することが出来ること、職員同士で教え合う中で理解が深まっていくことが期待できる。また、研修資料をツールキット化したことで、今後新たに講師を担当する職員には心理的及び実務的な負担が軽減されることが期待できる。

加えて、精神保健福祉分野が未経験、あるいは経験の浅い職員には、講師養成研修そのものがスキルアップに有用であった。MHFA は疾患毎に活用が可能であるため、受講した職員はその後、家族教室や出前講座、助言といった日常業務に応用しているなど汎用性もあり、今後は講師養成研修を本市の専門職の人材育成計画の必須科目の一つに位置付けることを検討中である。

以上より、今後も継続して MHFA を用いた普及啓発事業を展開していきたいと考えている。

#### 参考文献)

- 1) Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. BMC Psychiatry. 2002 Oct; 2:10
- 2) 平成 19 年度 科学研究費補助金基盤研究 C 「精神科的早期介入と偏見除去のための臨床研修医への短期教育法の効果に関する介入研究」研究成果報告書
- 3) 内閣府自殺対策サイト「ゲートキーパー養成研修用 DVD (第二弾) : 動画」  
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyoukagekkan/gatekeeper-yousei2.html>
- 4) 「専門家に相談する前のメンタルヘルス・ファーストエイド」(創元社) MHFA-JAPAN 編訳

## 都立精神保健福祉センターにおけるアウトリーチ支援事業の実績報告と考察 ～特に未治療者への支援について～

東京都立精神保健福祉センター

○飯嶋 祐, 鈴木信人, 大杉章友, 佐藤りか,  
佐藤陽子, 五十嵐雅美, 菊地章人, 小川一夫

### 1 はじめに

東京都立精神保健福祉センターは、特別区 23 区のうち東部・東北部 13 区及び島しょを所管する。平成 23 年度より、精神障害者又はその疑いのある者のうち、未治療・医療中断等のため、地域での生活に困難を来し、通常を受診勧奨や福祉サービス等の利用の勧めに応じない者を対象として、アウトリーチ支援事業を実施してきた。本事業の支援内容として、当センターの多職種からなるアウトリーチチームが地域の関係機関と連携し、訪問支援による対象者本人や家族に対する心理的・社会的サポートや、事例検討等による関係機関に対する支援を通して、対象者の地域生活の安定を図っている。

本研究では、平成 23 年度及び平成 24 年度の二年間について、当センターにおけるアウトリーチ支援事業の活動実績、特に未治療者への支援について報告する。

### 2 対象・方法

平成 23 年 4 月から平成 25 年 3 月末までの間に、当センターにおけるアウトリーチ支援事業の対象となった全 161 事例のうち、支援開始時点における未治療者 47 事例について属性と当初の問題行動を示し、次に、そのなかで支援終了に至った事例について支援開始時と終了時における生活環境や受診状況等の変化を示し、検討を行った。

### 3 結果

未治療者 47 事例の性別は、男性 22 人、女性 25 人であった。全体の平均年齢は 54.8 歳、男性 48.5 歳、女性 60.3 歳と女性で高く、年齢比較で性別に有意差が認められた ( $P < 0.05$ )。

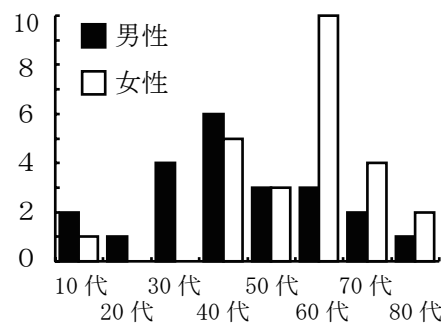


図 1. 47 事例の性別・年齢構成

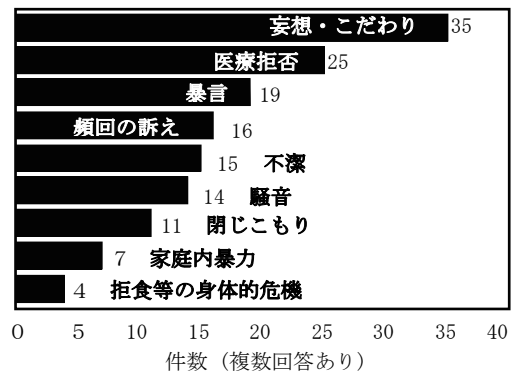


図 2. 47 事例の支援開始時の問題行動

男性では 30～40 代、

女性は 60 代、次いで 40 代が多かった (図 1)。支援開始時の問題行動は、「妄想・こだわりによる奇行」が最も多く、47 事例中 35 事例と約 7 割に認められた (図 2)。

次に、未治療者 47 事例のうち、アウトリーチ支援終了に至った 31 事例について開始時と終了時の経済状況、居住状況、受診状況等を示した。なお、支援期間は平均 6.5 カ月 (最長 13 カ月) であった。経済状況に関し、2/3 以上が支援開始前から年金や生活保護等を受給し、支援終了時も総数に大きな変化は認められなかった (図 3)。

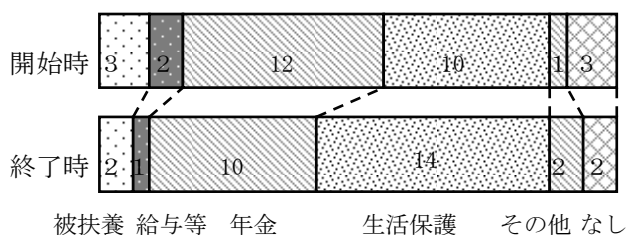


図 3. 事例の経済状況

居住状況に関しては、持ち家及び賃貸、公営住宅が約1/3ずつを占め、終了時も総数に大きな変化は認められなかった(図4)。そのなかでは2事例が生活の自立に向け、グループホーム等施設利用に至った。また、居住状況によらず、未治療者の7割以上は家族と同居し、そのうち13組の家族では同居者も支援対象であった。

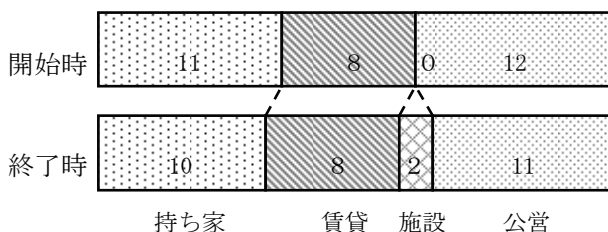


図4. 事例の居住状況

受診状況に関しては、支援を終了するまでに未治療者31事例のうち17事例が受診につながった(図5)。受診した医療機関の診断は、国際疾病分類(ICD-10)に基づく診断カテゴリーで、F2(統合失調症及び妄想性障害)15事例とそのほとんどを占め、その他は、F0(認知症)及びF7(精神遅滞[知的障害])が各1事例であった。

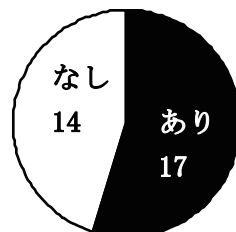


図5. 支援終了時の受診状況

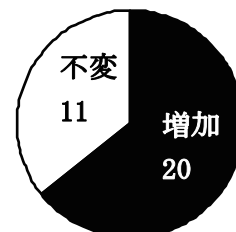


図6. 支援終了時の関係機関数

アウトリーチ支援期間中、未治療者の支援に携わっていた地域関係機関の数をみると、事例の約2/3の事例で増加していた(図6)。

支援開始時と終了時の問題行動の変化に関しては、開始時と比較し、支援終了時にいずれの問題行動においても改善を認め、特に「拒食等の身体的危機」、「不潔」等では明らかな改善傾向が認められた。(図7)。

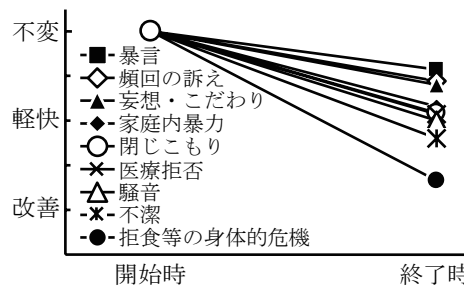


図7. 支援による問題行動の変化

#### 4 考察とまとめ

今回検討した未治療者について、性別や年齢、診断、居住状況等を考慮すると、ほとんどが統合失調症を罹患しており多くは家族と同居していたが、男性は女性に比べて若年時から事例化しやすい傾向が認められた。年金及び生活保護、公営住宅等は地域の社会保障制度であり、未治療ながらも支援開始前から最低限のサービス等の利用につながっていたと考えられた。支援終了事例で経済状況や居住状況に変化が認めにくい理由も、すでにセーフティネットにつながっていたためと考えられる。支援開始前の問題行動は全般的に改善傾向を示していたが、それはアウトリーチによる本人支援とともに、地域で未治療者を支える関係機関を有機的に結びつけ、ネットワークを構築することで、生活の具体的な場面に対応した柔軟な支援が充実したためと考えられる。

国のアウトリーチ推進事業では、未受診者は対象となりにくい面があり、自治体や保健所等公的サービスに期待がかかるものの現状では課題が少なくない。そうしたなか、本研究は精神保健福祉センターが未治療者に対する支援体制、即ち、公的機関を含む多数の地域関係機関からなるネットワーク構築に果たす役割の重要性を示唆していると言える。今後の課題として、未だ地域で関わりの糸口を探りつつ、見守りを続けている未治療者へのより効果的な支援技術や、未治療者の生活破綻を未然に防ぐためには早期から関われるような方策についても検討し、そのためのネットワークの構築を積極的に推し進める必要があると考える。

平成23年度及び平成24年度のアウトリーチ支援事業について、特に未治療者への支援に焦点を当て、生活環境の変化や支援に携わる地域関係機関数の増加という視点から活動実績を報告し、地域におけるネットワーク構築の必要性とともに精神保健福祉センターの果たす役割について考察した。

## 多摩総合精神保健福祉センターのアウトリーチ支援事業、短期宿泊事業 ～3年間の取り組みにおける成果と課題～

東京都立多摩総合精神保健福祉センター 地域支援科

○ 遠藤伊豆美 鈴木恵美 飯島 誠 内山美根子 中村敦子  
赤平 武 小澤壽江 高倉信一 野崎伸次 源田圭子

### 1 はじめに

東京都立多摩総合精神保健福祉センター（以下「当センター」と記す。）の地域支援科では、平成 23 年度から開始したアウトリーチ支援事業と短期宿泊事業が 3 年目を迎えた。

平成 22 年度モデル事業において困難事例への訪問支援の有効性や支援方法を検討し、平成 23 年度から短期宿泊機能と連携したアウトリーチ支援を開始して、未治療・医療中断等のため地域社会での生活に困難をきたしている対象者及びその周囲への医療・生活支援・環境調整等を行ってきた。

本事業は、保健所からの支援依頼を受け、当センターの精神科医と多職種のコメディカルチームが、市町村、保健所、医療機関、福祉サービス事業所等の関係機関（以下「関係機関」と記す。）と連携して訪問支援を行う。原則 6 ヶ月間の機関支援と位置づけ、終了時に関係機関に支援を引き継いでいる。必要により支援の延長や再開も行っている。アウトリーチ支援対象者のうち、病状悪化や生活の危機的状況を回避し、生活の立て直しを図ることなどを目的に、宿泊施設を短期で利用する（短期宿泊事業、原則 6 週間まで）ことも可能である。

今回は約 3 年間の経験から得た成果と課題を提示し、行政の担うアウトリーチ支援事業の意義について検討する。

### 2 方法

平成 23 年 4 月から平成 25 年 7 月までにアウトリーチ支援事業による支援を終了した 92 名（モデル事業から継続して支援した事例を含む）及び短期宿泊事業利用者 53 名を対象にして、支援記録の内容を基に検討した。

### 3 支援内容と事業実績

アウトリーチ支援開始時の対象者の年齢・性別を図 1 に示す。また、支援終了時までに把握できた診断（ICD-10）を図 2 に示す。居住状況は、開始時「家族と同居」57 名、「単身」35 名であり、終了時に状況が変わったものは 11 名ですべて「家族との同居」から「単身」へ移行した。

図1 年齢・性別 (人)

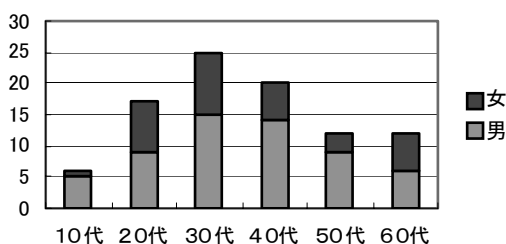
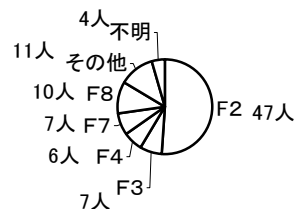


図2 終了時の診断(ICD-10)



保健所からの支援依頼理由は、病状の診立て、生活機能や地域社会資源の利用可能性の評価、受診勧奨、短期宿泊を利用した危機介入等である。

支援形態では、訪問支援中心 35 人、訪問支援と短期宿泊を併用した支援 23 人、短期宿泊利用中心 30 人、その他 4 人で、支援対象者の状況に応じて支援形態を組み合わせている。訪問支援は、家庭訪問

で本人や家族と面接し、日常生活上の助言や指導、公共機関等の手続きの援助、生活環境を整える支援、通院や日中活動施設への同行など多岐に渡る。訪問を含む支援の期間は、最短 42 日、最長 365 日、平均 190 日となっている。

支援開始に当たっては、関係機関と情報共有会議を行って支援方針を確認する。支援開始後は、1 ヶ月・3 ヶ月・5 ヶ月を目途に支援内容や方針の再確認や見直しを図っている。支援は地域生活の安定化を目的としており、終了時に円滑に引き継いでいくための地域関係機関職員との連携は重要である。このため緊密に連絡を取り、同行訪問やケア会議等の検討の場を繰り返し持つようにしている。このほか、多重債務、経済的虐待など問題が複雑化し、精神保健福祉からのアプローチのみでは解決に至らない事例では、弁護士を招いて学習会・事例検討を行っている。

非自発的入院を繰り返し医療中断の恐れが高い事例の場合、入院中からの支援要請も多い。これまで 22 人に対して病院訪問、面会をとおして相談支援関係を作り、自宅外出への同行など退院準備から関わり、退院と同時に速やかにアウトリーチ支援を開始した。

短期宿泊利用者 53 名の利用理由を表 1 に示す。職員の 24 時間の見守りにより安定した服薬状況を保

**表1 短期宿泊利用理由 (人)**

精神症状・生活機能の評価	人数
家族等からの分離	11
本人の休養	7
本人の生活の立て直し	5
住居喪失	7
総計	53

つことでの病状悪化の防止や、生活面では食生活や金銭管理などの生活機能を評価することにより、現状に見合った処遇や支援方法を提案することなどが可能である。短期宿泊は、本人から直接申し込みを受けるショートステイとは異なり、保健所等関係機関からの依頼で宿泊機能を活用し、アウトリーチ支援と連携して支援を行うという特徴がある。

表 2 は、アウトリーチ支援開始時と終了時の医療状況を比較したものである。「未治療」「医療中断」は開始時の 29 人から終了時 14 人に減少し、終了時に「入院中」・「通院中」で医療に結びついた人が増加している。

訪問看護、家事援助、日中活動などの障害福祉サービスを利用しているかについて支援開始時と終了時で比較すると、開始時に障害福祉サービスを利用していない 60 人のうち、27 人が終了時には何らかの障害福祉サービスに結びついている。医療・福祉サービスの利用支援の成果がみられた。

**表2 (人)**

医療状況	開始時	終了時
未治療	15	8
医療中断	14	6
不安定受診	20	4
入院	—	16
通院中	43	55
その他	—	3
総計	92	92

#### 4 考察：事業実施の成果と課題

訪問支援を行った対象者は、医療の導入、支援体制の構築に結びついた。短期宿泊を利用した対象者は、概ね入院を回避し地域生活に復帰した。医療・生活状況が開始時と変わらないものでも、訪問により把握した病状・生活状況等の評価を関係機関に返し、当初の依頼に応えた。未治療・医療中断者の約半数が医療に結びつき、全体の約 3 割に障害福祉サービスを導入することができた。

一例として、多問題家族で多くの支援機関が関わっているが上手く機能していない事例では、短期宿泊とアウトリーチ支援を同時進行させることで、家族のレスパイトを図りつつ、本人の生活機能の評価を行い、在宅での生活の枠組みを提案した。アウトリーチチームと関係機関が家庭訪問して家族を支え、ケア会議で支援方針を検討・共有しながら地域生活の安定化を支援することができた。

当センターのアウトリーチ支援は、アウトリーチの手法を用い関係機関と協働で個別事例への直接支援を行いながら、同時に機関支援としての役割を担っている。今後、行政の担うアウトリーチ支援の役割を考えた場合、いわゆる困難事例に対する関係機関との同行訪問やケア会議等の機会をとおした技術支援・技術移転、関係機関職員の人材育成につながる側面が重要と考えられる。

本事業により、医療や福祉サービスの導入が図られたが、地域生活の安定化まで至らなかった事例もあり、そのような事例の評価・検証をとおして、より効果的な事業運営をしていくことが課題である。

## 岡山県精神保健福祉センターにおける多職種アウトリーチ支援について

～アウトリーチ支援の有効性の考察～

岡山県精神保健福祉センター

○橋本吉弘 二井内裕子 松浦 昂 立花圭世 水澤俊恵 武田未央  
登尾亜子 河野陽子 森 香 守屋 昭 近藤 卓 野口正行

### 1 はじめに

岡山県精神保健福祉センターでは、平成 17 年より ACT (Assertive Community Treatment) チーム (「ACT おかやま」) を設置している。ACT は、重度の精神障害者の地域生活を支援するための一つの方法であり、24 時間体制であること、医療・保健・福祉・就労支援を含めた包括的なサービスを提供すること、多職種スタッフによるチームアプローチであること、訪問 (アウトリーチ) という形態によるサービス提供であることが大きな特徴である。

「ACT おかやま」公的機関であり、保健所を中心とした地域と連携して支援を行っており、病識がなく治療への拒絶等がある複雑、困難事例を主な対象に、主に長期入院の回避及び孤立を防ぐことを目的として事業を実施している。アウトリーチ支援を中心に活動を行う一方で、県全域 (岡山市を除く) が対象圏域であり、キャッチメントエリアを決めて集中的な支援を行うことが困難な場合もあることが一つの課題である。そのため「ACT おかやま」では、チーム内での連携・支援に留まらず地域の多機関でネットワークを構築し、ネットワーク型のアウトリーチチームとしてケースを支援することを目指している。

ACT については、入院日数、入院回数の減少、利用者の支援からの脱落率の低下、満足度の増加などのほか、精神症状や社会機能の改善などの効果が文献に報告されている。ここでは、「ACT おかやま」に登録された事例を用いて支援開始前後 2 年間における入院回数、入院期間の比較をすることによって、「ACT おかやま」によるアウトリーチ支援の効果を検討したので今後の課題も含めてここに報告する。

### 2 方法

平成 17 年度より平成 22 年度に本センターに「ACT おかやま」に登録された 89 事例を対象とした。うち、42 事例は、未治療・治療中断の対象者であった。対象者の属性は、支援導入時の平均年齢 49 歳 (±14.2 歳)、性別は男性が 40 名、女性 49 名であった。診断名は、統合失調症が対象者全体の 87% を占めており、その他気分障害や発達障害も含まれていた。平均支援期間は、753.9 日 (±426.6 日) であった。

「ACT おかやま」によるアウトリーチ支援の効果を明らかにするために、支援開始前後の入院回数、入院日数において比較検討を行い、ウィルコクソン符号順位検定を行った。

### 3 結果

全対象者における支援開始前後の 2 年間の入院回数に、有意差はみられなかった (図 1)。また、入院期間も同様に、支援開始前後の 2 年間では、有意差はみられなかった (図 2)。しかし、未治療・治療中断者を除いた 47 事例について同様の分析を行ったところ、支援開始前後 2 年間における入院回数は、支援開始後に有意に減少 ( $p<0.05$ ) している (図 3)。また、入院期間においても支援開始後に、有意に入院期間の短縮 ( $p<0.01$ ) がみられたことが明らかとなった (図 4)。

図1 支援開始前後2年間における入院回数

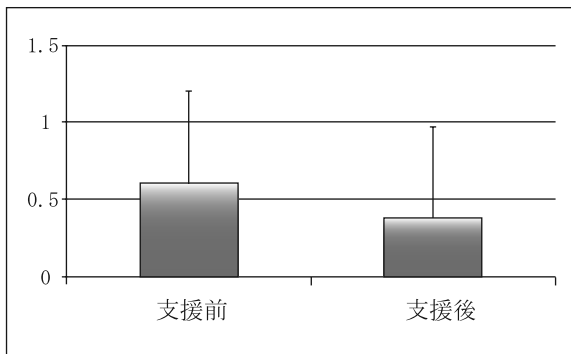


図2 支援開始前後2年間における入院期間

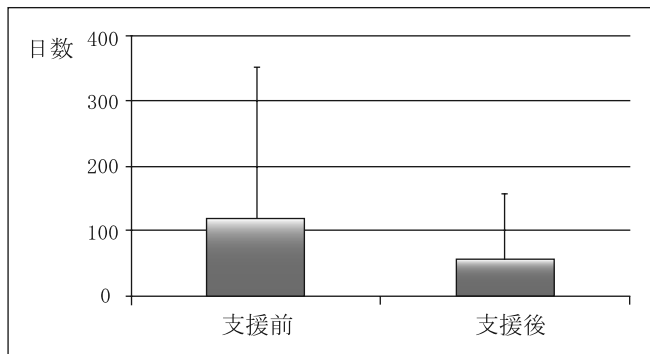
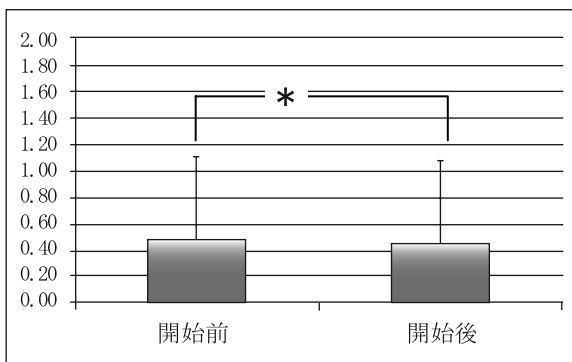
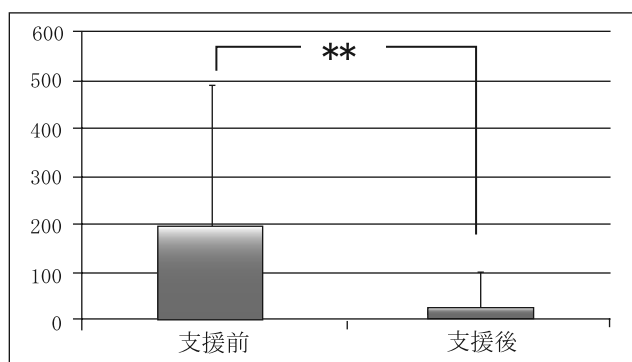


図3 支援開始前後2年間における入院回数 (未治療・治療中断者を除く)



\*:  $p < 0.05$

図4 支援開始前後2年間における入院期間 (未治療・治療中断者を除く)



\*\*: $p < 0.01$

#### 4 考察と今後の課題

入院回数については、支援前後2年間で有意な変化はみられなかった。これは支援開始前2年間の入院回数の平均が0.47回と、もともと少なかったことが理由として考えられる。また当センターの事例の特徴が、医療機関で治療中の事例よりも医療機関につながっていないか治療が長期に渡り中断している、いわゆる未治療・治療中断の事例が全対象の45%を占めるという状況も関係していると考えられる。これらの理由から、次に未治療・治療中断者を除外した47例を対象に分析を行ったところ、支援後2年間の入院回数が支援前2年間に比べて有意に少ないという結果が得られた。

入院期間についても、全体事例においては支援前後で有意差は見られなかった。入院回数と同様に、47事例について分析を行ったところ、支援後2年間において支援前2年間に比べて入院期間が有意に短縮しているという結果が得られた。このことから、未治療・治療中断者においては、そもそも支援に繋がっていなかった精神障害者が支援に繋がることで入院を余儀なくされる事例も存在するが、このような事例をのぞくと、アウトリーチ支援は入院回数の減少や入院期間の短縮に効果があると言える。

ACTの介入について、Bond, Drcke&Mueserらによると、介入の効果として生活が安定すること、医療中断に至るケースが減少することなどが明らかにされており、支援者が関わり医療・生活支援を提供することで地域生活の継続が可能となる。その結果として本調査でも明らかになったように、ACT介入によって、対象者にアウトリーチ支援を行うことで、入院回数や入院期間などの減少、延いては入院の回避につながったものとする。

「ACT おかやま」は、多職種アウトリーチおよび保健所を中心としたネットワーク支援を行っており、地域との連携があったことも入院回数、入院日数の減少につながったのではないかと考えている。そして、今後さらにこのようなアウトリーチ支援に関する知識や、支援技術などが地域に普及され、ますますACTの活動が地域に広がっていくことが今後の課題であると考えている。



## 精神障がい者への地域定着支援の有効なあり方について

大阪市こころの健康センター

○山田 和子 松本 直美  
根来 千穂 以倉 康充

### 1 はじめに

大阪市こころの健康センターでは、平成14年度から地域活動支援センター（生活支援型）（以下地活センターとする）と共に精神障害者地域移行・地域定着支援事業（以下事業とする）に取り組んできて10年を経過した。

平成24年度より、地域移行支援・地域定着支援は個別給付化され、特に定着支援については、その支援内容も大きく変わった。この間、特に不安が高いと思われる退院後1か月までの時期を地域移行推進員がどのように支えてきたのかを振り返ることで、今後の地域定着支援の有効なあり方について検証したので報告する。

### 2 内容

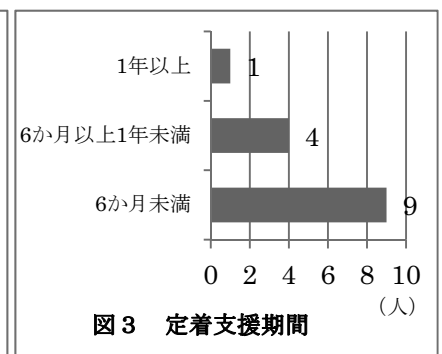
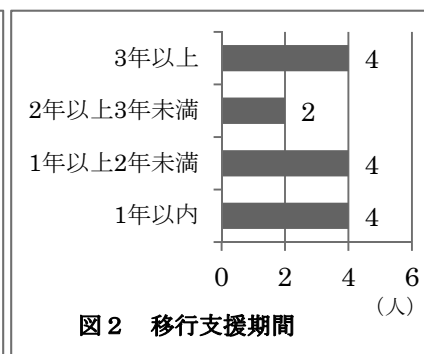
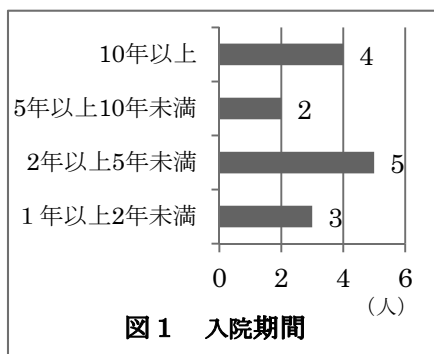
- (1) 目的 これまでの事業で行ってきた地域定着支援の内容をまとめ、今後の有効な支援のあり方を検証する。
- (2) 方法・対象 大阪市内9か所の地活センターに「支援振り返りシート」を送付、回収し、事業利用者の背景や現状、退院直後1か月間の主な支援内容等を分析した。対象は、平成20年度から平成23年度までに事業を利用し退院した者の中で事例提供のあった14事例とした。

### 3 結果

- (1) 背景要因 性別は男性6人、女性が8人で、年齢は40歳代・50歳代・60歳代が各4人、30歳代・70歳代が各1人であった。病名は表のとおり統合失調症12人（発達障害との重複が1人）、アルツハイマー病・双極性感情障害が各1人であった。入院期間は1年以上2年未満が3人、2年以上5年未満が5人、5年以上10年未満が2人、10年以上が4人（図1）。移行支援期間は1年以内・1年以上2年未満が各4人、2年以上3年未満が2人、3年以上が4人（図2）。定着支援期間は6か月未満が9人（内2人は支援中）、6か月以上1年未満が4人、1年以上が1人（図3）であった。退院先は、賃貸住宅（独居）が10名、ケアホーム・グループホームが各2名であった。

表 病名

病名	人数
アルツハイマー病	1
統合失調症	12 (発達障害重複1)
双極性感情障害	1



- (2) 退院後各種サービス利用状況 訪問介護利用が10人（延106回）、訪問看護利用が4人（延19回）、その他の内訳は就労支援等通所施設利用が4人（延25回）、あんしんさぽーと利用が2人

(延4回)、移動支援利用が1人(延9回)等合計6人(延42回)であった(図4)。

- (3) 地域定着支援の内容 日常生活支援：状況把握・確認が7人(延14回)、定期通院同伴が9人(延24回)、買い物同行が8人(延14回)(図5)。社会生活支援：役所関係手続きが9人(延20回)、日中活動見学同行が6人(延13回)、サービス利用の連絡調整が12人(延35回)(図6)。緊急時支援：状態悪化時対応が2人(延7回)とその他として緊急時サービス調整が1人(1回)(図7)であった。

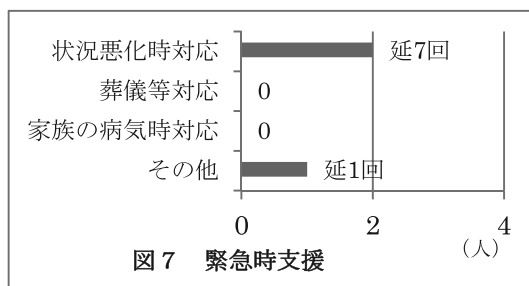
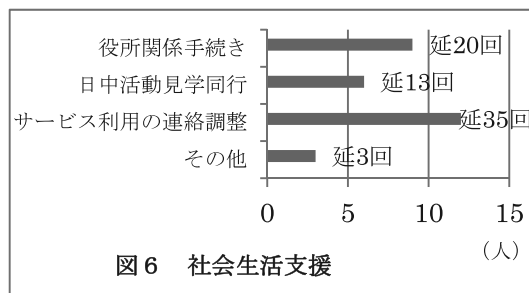
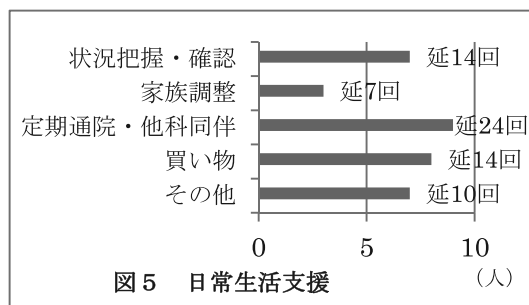
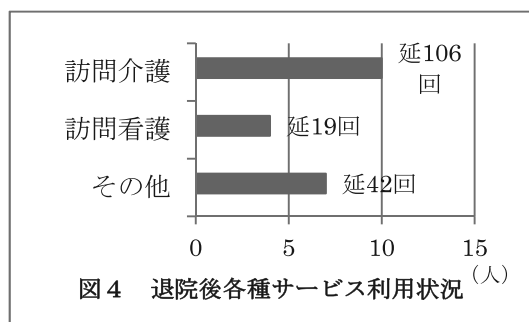
#### 4 考察

今回対象とした14人の退院者で独居生活を送る10人中9人が訪問介護サービスを利用していた。家事能力は低下しているものの支援があれば独居で生活することが出来る人が多いことを示唆している。ところが、サービス導入されているにもかかわらず、日常生活全般に関わる支援を地域移行推進員が行った回数は延140回に及んでいる。退院後新たな生活の中で生まれる心配や不安は、既に信頼関係が構築できていた地域移行推進員の働きかけで軽減できたと思われる。精神障がい者の特徴として、関係性を構築するのに時間を要することが多い。退院という大きな環境変化と同時に身近な相談者が替わるということは、本人にとって大変なストレスになる。地域移行推進員と各種サービス提供者が連携を取りながら、退院後の支援を行うことが有効であり、そのための一定の引き継ぎ期間が必要と考える。

一方で、緊急時支援は3名(延7回)に留まっている。これは、地域移行推進員が日常生活や社会生活に関する支援と共に、本人の病状悪化につながる状況はないか等をチェックし、緊急対応に至らない様な関わりを意識的に行ってきた結果と思われる。制度見直し後の地域定着支援の主たる内容は、緊急対応のための常時の相談支援体制確保とされているが、それ以前に再入院のリスクを低下させ、緊急事態に至らないための相談や訪問支援の方がより重要だと考える。

#### 5 おわりに

精神障害者地域移行・地域定着支援事業において、地域移行推進員がいつも心掛けてきたのは「退院がゴールではなく、安定した地域生活を送ること(地域定着)が目標」ということである。入院患者が支援者と共に不安を乗り越えて地域生活に定着することは、本人の大きな自信回復になり、それが確実な地域定着に繋がるエンパワメントであると考え。地域移行推進員は、退院後も継続して相談し合える関係性の構築を念頭に入院中から支援を行ってきた。そして、退院後に各種サービス提供者との関係を新たに構築し、良好な繋がりを持たたことを確認した上で自らの支援を終えることを目指してきた。しかし、現行の制度上は、退院後の緊急対応以外の各種相談、諸手続き・受診や日中活動の場への同行、見守り支援などは加算の対象となっていない。本当の「地域生活への定着」を促すため、退院直後の一定期間、地域移行推進員によるこれらの支援が報酬算定されるよう強く望むものである。



## 医療観察法下の地域処遇への関わりについて

～関わり視点の整理を中心に～

埼玉県立精神保健福祉センター

○加藤 洋子 神前 まい子 堀切 明

### 1 はじめに

精神保健福祉センター（以下、センター）は、医療観察法下の「地域社会における処遇のガイドライン」に記載された関係機関の一つであるが、関わり方は自治体毎に異なっている<sup>1)</sup>。

埼玉県は医療観察法の入通院者数が多かった（平成 18 年 5 月末時点、全都道府県 4 位）ため、当センターでは精神保健福祉部職員全員（15 名）で、一貫して個別処遇に携わる体制をとった。市町村や保健所等の地元機関が円滑に処遇に関与できるよう間接支援の立場を担う一方、事業担当を決め、地域処遇という新たな業務における当センターの役割検討を行ってきた。

当センターが関与した処遇事例の傾向把握から、当センター職員（社会復帰部門を除く）の関わり方の視点をまとめ、整理票を作成したのでここに発表し、センター機能について考察する。

### 2 処遇事例の傾向把握から関わり方の検討へ

当センターでは、平成 18 年度から精神保健福祉部職員を中心とする担当者会議を持ち、制度理解や個々の処遇に関する検討を行いながら、ケア会議運営への協力を試行錯誤していた。精神障害者支援に不慣れな市町村には、ケア会議への参加を促すため、関係者会議や研修機能を通じた働きかけなども行っている。

処遇件数の増加に伴い、個々の処遇を担当者会議で協議することに限界が生じ、直接事業担当に質疑が寄せられることが増えた。一対一対応の非効率なやりとりの解消と、内部で必要に応じて応援体制を図れるようにするため、平成 20 年度から、個別処遇を検討するチーム会議（5 名ずつの 3 チーム）と共通テーマを協議する全体会議の 2 部構成とした。事業担当課のメンバーが各チームに所属することで、協議内容を相互に繋ぐ役割を果たした。この過程で、処遇事例の傾向把握と当センター職員の役割の整理が求められた。

平成 23 年度末時点の処遇事例 65 件の情報集計から、対象者のみならず、家族や支援体制という項目について、下記のような傾向を把握した。なお間接支援にあたる当センターでは、個人情報の詳細を確認することには限界がある。データは保護観察所からの提供資料を元に、処遇で知り得た範囲に限定されている。

#### （1）対象者に関する状況

行為時に継続受診している対象者は 35%で、平成 22 年度の実態調査結果<sup>2)</sup>と同程度だが、行為前に、援助機関に相談歴を有する者の割合は 19%だった。また自殺企図歴があるのは 20%で、希死念慮がある者は 6%、自傷行為を行っている者は 5%だった。そのほか法定時時には想定されていなかった統合失調症以外の診断（副診断含む）を持つ対象者の割合も高い（45%）傾向が注目された。

#### （2）家族に関する状況

家族についての情報では、行為後の対象者との同居率が 52%だった。殺人・殺人未遂、傷害致死、放火・放火未遂では、家族が被害者となる割合が高い傾向<sup>2)</sup>も確認されたが、その割合に比して行為前に相談歴を持つ家族は少ない（32%）、傾向も確認された。

#### （3）援助体制に関すること

援助体制では、保健部門と福祉部門の協働(37%)の困難や、福祉サービス提供者の会議への参加(34%)の困難が伺えた。その他チーム会議における報告から、対象者や家族との関係づくりで援助者が困る

たり、援助者間にも制度理解にずれがあったりするなど、連携の妨げとなる要素が混在する中でケア会議が開催されている実態も確認された。

### 3 当センターにおける『関わり視点』の整理

上記の傾向把握と全体会議での検討から、当センター職員が各事例の共通テーマとして注目すべき視点についてまとめ、整理した表が（表1）である。

表1

対象者支援の視点		家族支援についての視点		支援体制への視点	
課題	方針	課題	方針	課題	方針
援助希求が乏しい	支援の求めを引き出す働きかけ	被害者かつ加害者家族としての負担が大きい	家族のニーズを引き出し支援する	サービス提供者に負担がかかりがち	負担を減じ、現場の課題をチームに返すような働きかけ
認識の乏しさ	本人の言葉で内省できるような働きかけ	自殺の危険性	リスク評価と対策	部署により援助姿勢にばらつきがある	チームで課題解決できるようなはたらきかけ
診断以外の課題を抱えている	発達課題やパーソナリティの偏りなどを確認し、援助に活かす	本件とは別の支援の必要がある	必要な支援につなぐ働きかけ	地域援助が受け身的になりがち	地域援助者が主体的に処遇に関わるようなはたらきかけ
自殺の危険性	リスク評価と対策	行為後、本人と向き合えていない	家族が抱える困難を支援の対象とする	援助側にコーディネーターが不在となりがち	

平成24年度には、上記の視点をまとめた個票を作成し（「整理票」として当日配布予定）、処遇の状況やセンター職員の役割を振り返る手立てとして活用を始めた。

### 4 考察～整理票の活用を通じて～

地域処遇では支援に拒否を示す対象者もいる。保護観察所の呼びかけで、一気に複数機関の援助者が会議に招集されることもあるが、この形は一般の援助関係では珍しく、当事者、家族および援助者に種々の戸惑いをもたらす結果となった。制度上、受診継続の前提には承知しても、他の援助については、合意された型は無い。多くの場合限られた時間で個別に意向を確認し、多機関による支援チームを構成することになり、これは、実は至難の業となる。

整理票の活用により、複数の課題を持つケア会議の難しさが視覚化され、当センターが担う間接支援の切り口が整理されてきたように思われる。その上でセンターに期待される役割<sup>3)</sup>を考えると、以下のような機能があげられると思われる。

- (1) 対象者と援助者との架け橋：対象者支援についての視点を投げかけることで、援助者による対象者理解を支援し、対象者からのニーズを引き出せるように支援し、援助関係に繋ぐ。
- (2) 家族と援助者との架け橋：家族支援のニーズを引き出すように支援し、援助者と繋ぐ。
- (3) 医療チームと援助チームとの架け橋：医療機関における認識（共通評価項目を中心に）と援助場面の認識のずれを問い、必要に応じて相互理解を支援し、協働の機会を提案する。
- (4) 処遇終了を射程に入れた一般処遇への架け橋：一般処遇に移行しても継続可能なチームづくりを念頭に、援助側のコーディネーター発掘を心がける。

時には会議において、直接の援助者が尋ね難い辛口の疑問を投げかける役割も必要となる。これには社会復帰調整官を始め、関係者に上記役割を理解していただくことが重要で、処遇実践や研修等を通じた努力の継続が大切である。また、県立の精神医療センターには全体会議への参加を得ているが、医療チームとの協働は端緒についたところであり、今後の課題と考えている。

参考文献1) 医療観察法による医療提供のあり方に関する研究 「こころの健康科学研究事業2007. 3 (V)」

2) 平成22年度 指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究(1)ー全国の通院対象者の実態ー

3) 第6回日本精神保健福祉士学会「医療観察法における精神保健福祉センターの関与の実態と課題」

4) 他害行為を行った精神障害者に対する通院治療に関する研究「こころの健康科学研究事業2008. 3」

## 川崎市精神保健福祉センターにおける心神喪失者等医療観察法対象者への支援

川崎市精神保健福祉センター

○森江信子 三井真由美

小林知子 伊藤真人 柴崎聡子

### 1 はじめに

心神喪失者等医療観察法（以下、医療観察法とする）が施行され今年で8年が経過する。川崎市では平成25年3月末までに26名が対象となり、うち14名が処遇終了した。

当センターでは現在、処遇対象中の12名（入院処遇8、通院処遇4）と、処遇終了後も支援継続中の10名（処遇終了者14名中4名は、市外転居3、死亡1にて支援終了となっている）への地域生活支援を行っている。

医療観察法対象者への支援は、処遇期間中は保護観察所社会復帰調整官が制度全体の中核的役割を担い、処遇のコーディネートを行うが、医療面での支援に加え、地域生活への移行や定着、危機状況への積極的な介入などの地域生活支援も重要であることから、当センターでは、即応性、機動性、専門性を備えたアウトリーチ活動や、処遇終了後も「地域で支える」ための支援体制作りのコーディネーターとしての役割を備え、申立てが行われた処遇初期段階から関わりを開始し、処遇中はもとより、処遇終了後も必要に応じて処遇中と同等の支援体制を確保し、あるいは対象者の状況やニーズに合わせて柔軟に対応する、といった連続した支援を行っている。

本発表では、これまで8年間の全対象者26例、処遇終了者14例及び処遇終了後の支援継続者10例についてまとめ、現行の支援状況等を報告する。

### 2 対象者概況

（1）全対象者26例及び処遇終了者14例（単位：人）

①性別は、男性18人、女性8人で約7：3の割合。

②処遇開始時年齢は、平均40.0歳（24～65歳）。20代23%（6）、30代35%（9）、40代23%（6）、50代15%（4）、60代4%（1）。

③主診断は、統合失調症圏77%（20）、精神作用物質使用による障害11%（3）、器質性精神障害8%（2）、気分障害4%（1）。（図1）

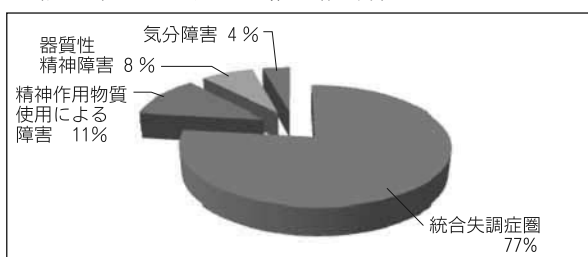
④対象行為は、傷害42%（11）、殺人31%（8）、放火11%（3）、強盗と強姦・強制わいせつが各8%（各2）。未遂を含む殺人（8）及び傷害致死（1）の被害者は、同居の家族・親族（8）と、近隣住民（1）だった。（図2）

⑤処遇開始時の世帯状況は、家族同居58%（15）、単身38%（10）、ケアホーム4%（1）。終了時と比較すると、同居率29%（4）、単身率57%（8）他14%（2）であり、重大な他害行為の結果、自宅に戻る事の困難さが伺われる。

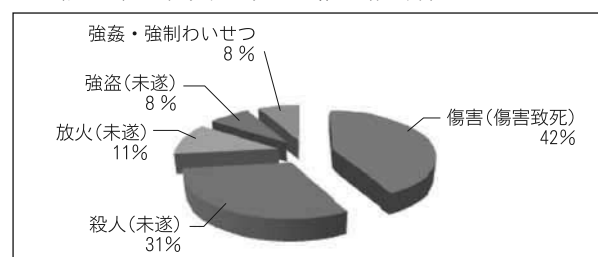
⑥処遇形態は、入院処遇38%（10）、通院処遇〔通院決定31%（8）、退院許可決定31%（8）〕。

⑦平均処遇期間（処遇終了者）は、入院処遇1年3ヶ月。通院処遇は、入院のみで処遇終了（2）と市外転居に伴い通院期間のカウントなし（1）を除くと、2年4ヶ月だった。処遇ガイドラインに設定された期間をいずれも下回っている。

（図1）主診断別内訳（割合）



（図2）対象行為別内訳（割合）



## (2) 支援継続対象者10例(表1参照)

①安定した地域生活が継続している群(4例)。処遇中よりアルバイト、パート等就労活動を徐々にステップアップさせ、現在は専門資格を取得し一般就労中(A)。生活訓練施設、デイケア、生活支援センター等を同時並行で活用し、現在は就労に向けた支援サービスを利用中(B)。処遇中はデイケア、生活支援センター等を利用。現在具体的なサービス利用や日中活動はないが、日常生活、精神状態共に安定が保たれている(C、G)。当初は処遇中と同等の支援体制(ケア会議、定期訪問、受診同行、サービス調整等)を確保したが、社会参加や生活の状況に応じて支援体制を変更し、現在は必要時の電話連絡や訪問、ケア会議等を行っている。

②処遇中とほぼ同等の支援体制により地域生活の継続が得られている群(2例)。ケアホームに入居し、生活支援センターを週5利用。自己否定的な幻聴に影響され易いが、自発的な表現が少ないため細やかな状況把握が必要(E)。身体疾患による健康不安、希望や生きがいの喪失、単身生活の孤独感等から、飲酒量が増加し問題行動に繋がり易い(I)。対象者と支援者間の関係性は構築されている。対象者の生活スタイルを尊重しつつ、現実的な対処行動への支援を継続中。

③入退院の繰り返し等地域生活不安定群(3例)。処遇終了後、6回・延べ14ヶ月の入院(現在入院中)。拒薬傾向が強く、断続的な服薬中断を繰り返す(F)。同、3回・延べ4ヶ月の入院。病状は認めるも病気そのものは否定。就労への焦りが強く、妨げになるとの思いから薬を選別して服用する(H)。同、1回・約1ヶ月の入院(現在入院中)。支援者への信頼感が持てず、安定した関係性が出来ていない(J)。

④長期入院例(1例)。治療反応性なし、との評価により処遇終了となる。終了と同時に精神保健福祉法の医療保護入院にて長期入院治療中(D)。

(表1) 支援継続対象者内訳

		診断名	対象行為	入院期間	通院期間	終了後期間	世帯状況	経済状況	現状
A	30代・男	統合失調症	傷害	0	2Y4M	5Y	同居	年金	一般就労
B	40代・男	統合失調症	殺人	1Y7M	3Y	2Y9M	単身	年金	就労支援
C	50代・男	統合失調症	強制わいせつ	0	10M	5Y5M	単身	生活保護	在宅安定
D	40代・男	統合失調症	殺人	5Y2M	0	2Y	P法入院	家族扶養	長期入院
E	30代・女	統合失調症	傷害致死	1Y7M	3Y	1Y2M	ケアホーム	年金	生活支援センター
F	30代・男	統合失調症	強制わいせつ	1Y	3Y	2Y8M	同居	家族扶養	在宅不安定
G	50代・男	てんかん性精神病	放火	1Y9M	3Y	9M	同居	年金	在宅安定
H	20代・男	統合失調症	傷害	0	2Y4M	2Y11M	同居	年金	在宅不安定
I	50代・男	物質関連障害	傷害	1Y4M	3Y	5M	単身	生活保護	身体疾患
J	50代・女	統合失調症	強盗未遂	0	8M	3Y	単身	生活保護	在宅不安定

## 3 考察

医療観察法対象者への支援は、制度の枠組みとしての強制力により、対象者との支援契約や医療等関係機関との協働体制が確保されていると言える。処遇が終了するとこの枠組みはなくなり、対象者との任意の相談関係がその後の支援の柱になるが、終了後もこの支援関係の継続・成熟を図り、対象者が主体的に精神保健医療福祉サービスを利用できるように調整し、支援ネットワークをコーディネートしていく地域リハビリテーションの継続や展開が重要と考える。

これは当センターが日常的に対応している地域支援事例(平成25年3月末現在129名)への関わりも同様であり、複雑な生活課題(未治療・治療中断・依存症・ひきこもりなど)を持つことで、地域生活の維持に困難を呈し、幻覚妄想状況等から近隣への迷惑行動などに繋がってしまうなどの事例に対し、アウトリーチ活動をベースに地域リハビリテーションの継続を図っている。

今後は、医療観察法対象者への長期支援状況と、地域支援事例への同様支援による予後の比較や、各対象層の一定時期での生活の質や病状の安定などについて、効果指標を用いての適正な支援内容等の検討が必要と考える。