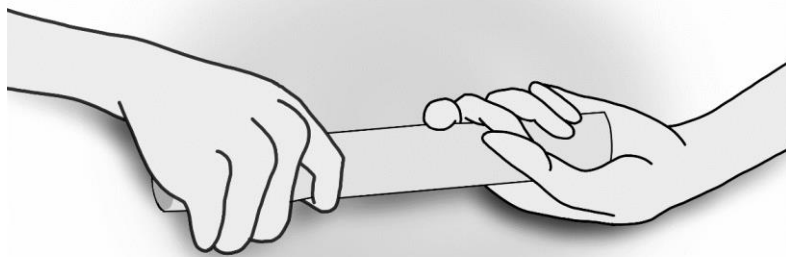


アウトリーチマニュアル
～地域支援の実際（第3版）～

一般公開版



令和2年4月
メンタルセンター岡山
(岡山県精神保健福祉センター)

はじめに

メンタルセンター岡山（岡山県精神保健福祉センター）

所長 野口正行

平成 17 年度に現在のアウトリーチ事業の前身である ACT 事業を開始して、令和 2 年度には 15 年目に入ります。平成 26 年度にマニュアル第 1 版を作成して以来、平成 27 年度の第 2 版に続いて第 3 版を出させていただくことになります。

この間のアウトリーチチームの歩みも平坦ではありませんでした。平成 23 年度から 25 年度まで国の精神障害者アウトリーチ推進事業が終了した後は、ほとんどのアウトリーチ活動が終了してしまいました。われわれのチームも例外ではなく、その後の存続の見通しがつかない状況に陥りました。しかし、関係者の粘り強い努力の甲斐あって、何とか活動が継続でき今に至っています。その間、平成 29 年度からは「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」にアウトリーチ支援が項目として含まれ、再びアウトリーチ活動が注目されるようになってきています。

そもそも多職種アウトリーチ支援がなぜ必要なのでしょう？精神障害を患いながらも精神科医療を受けようとしない、あるいは医療から零れ落ちてしまう人々は少なくありません。精神障害が重度であり、支援が必要な人がむしろ治療を受けられないという逆説も指摘されるところです。このことは世界的に大きな課題となっており、対応策として多職種アウトリーチチームが整備されてきました。そしてこのような人々は、精神障害があるのみならず、食事や買い物、清掃などの日常生活の基本的なことから経済状況などさまざまな課題を抱えています。また多くの人たちが近隣からも親戚からも孤立し、課題解決の手段を持たない状況に陥っています。これらの課題は複合化し、それが社会的孤立を深め、さらに精神障害もそれによって重篤化し、というように相互に悪循環を形成してしまっています。こうした人たちに対応するには、さまざまな機関が協力しあうしかありません。多職種アウトリーチチームはこのような課題に対して、他の機関の支援者と一緒にもつれた糸を少しずつほぐすようにアプローチしていきます。それによってすぐに解決に至るわけではありませんが、少しずつ悪循環が緩められ、何かのきっかけで事態が好転していくということをわれわれは何度も経験しています。

このマニュアルでは、アウトリーチのノウハウのみならずネットワークを作る点にも重点が置かれています。むしろ、アウトリーチはネットワークを作るために有効であるともいえるでしょう。本マニュアルを通して、他機関のみなさまとも一緒に地域支援ネットワークを構築していくことを希望します。よろしく願いいたします。

目次

1. 地域包括ケアシステムにおけるアウトリーチ	・・・	1
2. 本マニュアルの構成と使い方	・・・	6
3. 基本編		
1) 地域支援の理念	・・・	8
2) アウトリーチで大切にしたいこと	・・・	10
4. ケースごとのワンポイント集		
1) 地域支援における薬の考え方	・・・	13
2) 拒薬について	・・・	16
3) ひきこもりの方への支援について	・・・	18
4) 家族支援について	・・・	20
5) 生活支援を通じたかわりについて	・・・	22
6) 近隣からの苦情について	・・・	24
7) 金銭的な問題について・後見人について	・・・	26
8) ケア会議について	・・・	28
9) 支援の終結について	・・・	30
5. Q&A 編	・・・	33
6. 付録		
1) アウトリーチ事業の概要	・・・	36
2) アウトリーチチームと関わりがある代表的な機関	・・・	39
7. 参考図書	・・・	41

1. 地域包括ケアシステムにおけるアウトリーチ

1) アウトリーチ支援の重要性

「はじめに」の中でも、アウトリーチの意義については触れましたが、ここではさらにアウトリーチの意義や役割について詳しく説明したいと思います。アウトリーチ支援は着実に広がりを見せており、公的機関に限ってみても全国的に仙台市や福島県、東京都、静岡市、京都府などアウトリーチ支援を行う自治体は増えています。公的機関によるアウトリーチ支援が徐々に広まりを見せている背景の一つとして、国は精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すという基本理念を提示し、従来の契約型支援と結びつかない当事者に対しても、包括的な支援を届けるというアウトリーチ支援の担ってきた役割が、明確になってきていることが挙げられます。地域包括ケアシステムを構築するという目標は言い換えると、地域で暮らす全ての人々が、必要に応じ医療・福祉・介護などのサービスを受しつつ、社会とつながりながらその人らしい生活を行えるようにしていこうということです。地域包括ケアシステムの構成要素として、医療、障害福祉、介護、住まい、保健、社会参加、地域の助け合いなどがあるといわれています。こうした構成要素を地域で暮らす精神障害者一人一人に対して提供していくためには、アウトリーチ支援のような在宅で対応できる柔軟な支援体制が必須と考えています。図1のようにアウトリーチ支援のことを、訪問支援を行いながら様々な機関と連携し本人の生活を支援していくこととイメージしてみると、実はアウトリーチ支援は単なる訪問支援ではなく、訪問支援も含めた多職種多機関連携による包括的支援と定義することができるのではないのでしょうか。

当センターが行ってきたアウトリーチ支援の対象者は、地域で暮らす精神障害者で地域生活に困難をきたすおそれがありながら、契約型サービスのみでは対応困難な人及び家族であり、具体的には治療中断している人、頻りに精神科への入退院を繰り返している人、長期入院から退院したばかりの人、未治療で精神障害が疑われるが、支援の勧めに応じない人、引きこもり状態にある人などです。行政機関が行うアウトリーチ支援が担うべき対象者を図2で詳しく示しました。図2では縦軸に重症度、横軸に支援とつながっているかという基準で利用者の特徴を示しています。このように様々な困難な理由があって支援とつながることができない対象者が地域に多く存在しており、誰もが零れ落ちない地域包括ケアシステムを構築するためには、公的機関が行うアウトリーチ支援は必須と考えています。この「誰もが零れ落ちない」という考え方は社会的包摂(ソーシャルインクルージョン)といい、公的機関のアウトリーチにとっては重要な理念と考えています。

図 1 地域包括ケアシステムの中で精神障害者が地域で支援を受けながら生活を送っているイメージ図

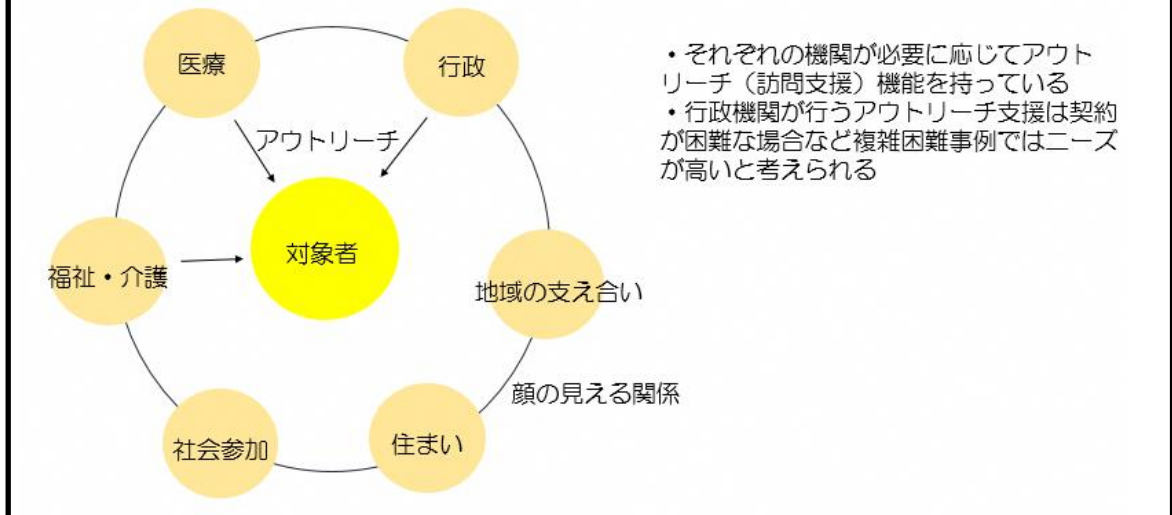
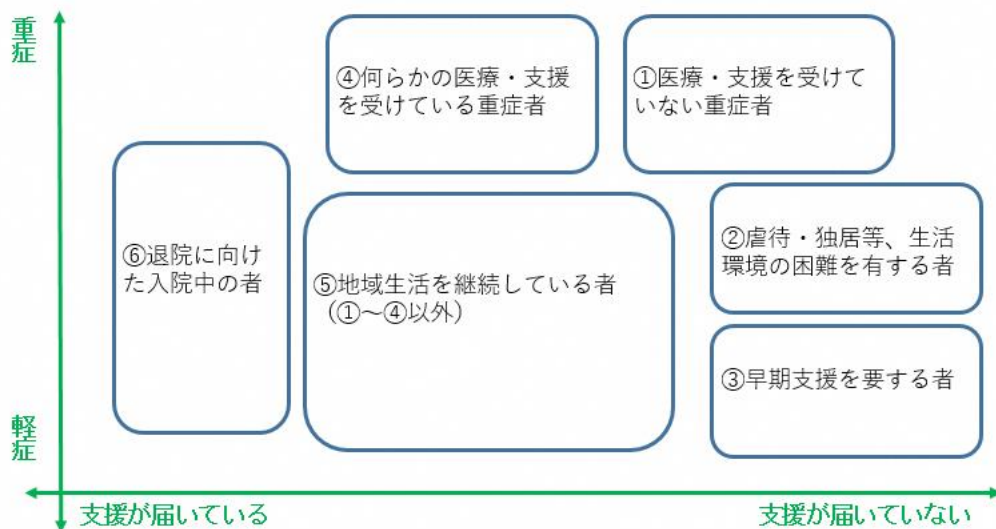


図 2 地域生活支援を要する様々な状態の精神障害者を、重症度と支援が届いているかの 2 軸で示した図（厚生労働省：第 3 回新たな地域精神保健医療体制検討チーム資料 2010 を一部改変）であるが、①、②、③の各一部が行政アウトリーチ支援の対象と考えられている。

地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像



厚生労働省：新たな地域精神保健医療のあり方検討チーム第 3 回資料 2010 を一部改変

2) アウトリーチ支援の波及効果について

アウトリーチ支援とは個別支援を指す言葉ですが、その個別支援の積み重ねによって多職種多機関連携による重層的なネットワークが構築されるということも、アウトリーチ支援の重要な効果であると考えています。アウトリーチ支援の対象者の中には、困難を複合的に抱えており、一つの機関では支援を行うことができず、多職種多機関による連携が必要となるケースが多くみられます。多職種多機関連携の支援を開始すると、最初は機関同士の治療文化の違いや立場の違いなどから様々な摩擦が生じることがあります。こうした摩擦は一見、多職種多機関連携の煩わしい一面ではありますが、実はこうした摩擦を乗り越えるために行われる話し合いなどのプロセスによって、相互理解や協力関係が構築されていくと考えています。こうした個々の支援を通じて生まれた「機関同士のつながりや信頼関係」「共通する理念」が地域生活中心の支援体制を支える土壌となっていくのです。

以上をまとめてアウトリーチ支援の意義を説明すると、支援を受けにくい対象者を支援する手段として必須の支援であるだけでなく、その活動自体にも地域中心の支援体制を促進する波及効果を持っており、地域包括ケアシステム構築のためにますますアウトリーチ支援の重要性が増していくと考えています。

3) アウトリーチの何が重要な要素なのか？

アウトリーチが地域包括ケアシステム構築にとって、なくてはならないものであるということを説明しました。ではアウトリーチには個別支援においてどのような効果があり、それはなぜなのでしょう？アウトリーチ支援の効果について、当センターのデータを図 3 に載せました。当センターでアウトリーチ支援を導入し、終了まで至った方の約 60%の方が何かしらの地域のサービスにつながった形で支援を終了しているという結果となっています。この結果については、従来の支援であれば複雑困難事例としてそもそも支援を受けていなかった方に対する結果であるため、複雑困難な対象者に対する支援としては非常に効果が高い支援であると考えられます

一方でこのような効果が他の機関においても同様に得られるかについては疑問を持たれる方もいるかもしれません。そこで、アウトリーチ支援が効果的である理由について少し違った側面からも説明したいと思います。本書でもこれから紹介する支援ノウハウや個別支援における技術など、支援者個人や所属する機関に依存する要素もあると思いますが、それ以外にも支援構造自体にも理由があるのではないかと考えています。ここでアウトリーチ支援が持つ支援構造というのは、

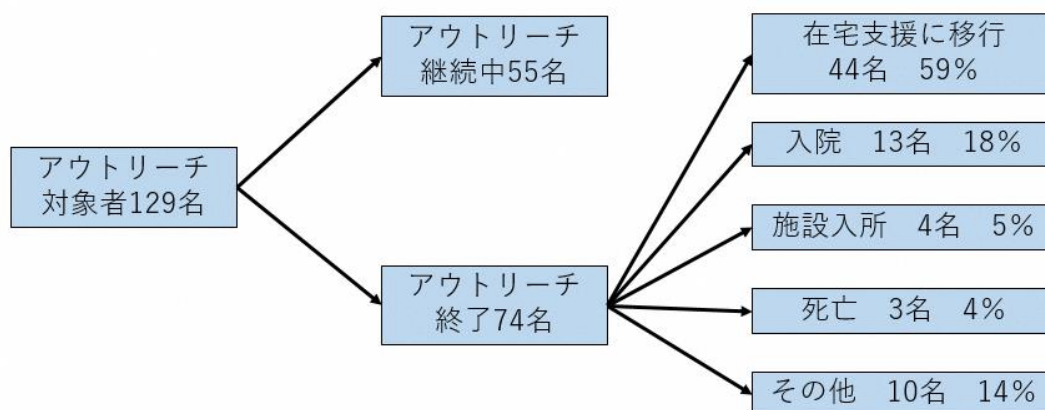
- ① 利用者と病院ではなく地域生活の中で関係性が始まること
- ② 地域で時間と場所を共有すること
- ③ 支援者自身も地域で生活することを前提としていること

④ 支援者同士もつながり支え合っていること

です。支援が利用者にとってのホームグラウンドである自宅で行われることで、支援者の視点が自然と病気を治すことよりも、生活をいかにによりよくするかに移りやすくなりますし、治療決定についてもより利用者が決定する割合が増えます。また、支援者同士は網目のような多職種多機関のネットワークでつながっており、重層的できめ細やかな支援を可能にします。支援者同士のネットワークは、「ゆるやかな拡大チーム」のように機能し、支援者のモチベーションの維持や、支援の継続性にも効果を発揮します。このように考えると、アウトリーチ支援に利用者の地域生活を支える力が備わっているのは支援構造自体にも理由があり、従来イメージされがちな支援者の個人の高い意識と技術ばかりに依存しているわけではないことも強調したいところです。

図 3 アウトリーチ支援開始後の転帰

岡山県精神保健福祉センターで行ったアウトリーチ支援対象者 129 事例（1999 年 5 月～2018 年 10 月）について、支援開始後の転帰をまとめた。



（補足）ソーシャルインクルージョンとアウトリーチ

公的機関のアウトリーチにとって重要な考え方に「社会的包摂」（ソーシャルインクルージョン（social inclusion））があります。精神障害者を含む障害者、外国人などマイノリティの立場にある人たちにはさまざまな社会参加の機会（教育、就労、趣味、医療、支援など）が十分に確保されていない状態を社会的排除（ソーシャル・エクスクルージョン social exclusion）と言います。社会的包摂は、精神障害などにより、必要な支援から奪れ落ちてしまい、社会参加ができなくなってしまう人たちにも必要な支援を届けることにより、社会に参入してもらい、一般市民としての生活を継続できるようにしようとするものです。われわれに関係が深い場面では、支援が必要な重度の精神障害の人が、病

識がない、キーパーソンが不在、経済的困窮などのために、かえって支援につながりにくい状態に陥ってしまっている状態があります。未治療・治療中断、ひきこもりをはじめとした、いわゆる複雑困難事例の方が該当します。自治体による公的サービスとしての精神保健活動、そしてその一部であるアウトリーチ支援は、治療契約に乗りにくいのために、必要な医療や支援を受けられていない人たちに支援を届け、その人たちが最終的に社会の一員として生活していけるようにする大切な役割があると考えます。アウトリーチ支援はその意味で社会的包摂の理念に基づく活動であると言えます。

2. 本マニュアルの構成と使い方

アウトリーチ支援の主な目的は、未治療・治療中断者など従来の支援体制では零れ落ちる可能性のある対象者に対して質の高い包括的な支援を行うことです。当センターではそのような目的を達成するためにアウトリーチ支援をこれまで実践し、試行錯誤の中からノウハウを蓄積していきました。また、これまでにアウトリーチ支援の基本的な内容や考え方を示した第1版マニュアルに続いて、具体的な事例から実践ノウハウを紹介した第2版マニュアルを作成しました。今回、第3版アウトリーチマニュアルではこれまでのマニュアルに含まれていなかったケア会議についてのノウハウや支援引き継ぎの問題など、新たな課題について整理を行い、内容を付け加えるとともに、以前の版と重複するような内容についてもより分かりやすい説明となるよう意識しました。

本マニュアルは、おおまかには前半の「基本編」と後半の「事例編」から構成されており、前半の「基本編」ではアウトリーチ支援を行う上で当センターが大切にしている「リカバリー」「ストレングス」などの考え方について説明しています。後半の「事例編」では、より具体的にアウトリーチ支援を行う上で、課題となりやすい事柄を実際の事例を用いながら解説しています。特に基本編であげる理念は重要と考えています。なぜならこの理念こそが、実際支援を行う中で課題にぶつかり、判断に迷った際の拠り所となるからです。先ほど支援体制を作る際に多職種多機関での話し合いが重要であると説明しました。これまでわれわれも支援の理念が機関同士で共有できていないことが原因で、支援方針が合わなくなり連携がうまくいかなくなるということを何度も経験しました。ぜひこのアウトリーチの理念を、様々な関係者で話し合い、共有していくことをおすすめします。

3. 基本編

3. 基本編

1) 地域支援の理念

精神障害を患うことで経験してきた人生の困難さや、回復をめぐる絶望感との戦いに触れ、行動の背景にある感情に寄り添いながら、自分自身を放棄せずに、その人らしいあり方を支えていくことを地域支援の理念と考えます。

支援を進めるためには、病気からの回復だけでなく、その方の人生の上での回復（リカバリー）を信じ、課題・問題点に着目するのではなく、その方の強みや長所（ストレングス）に着目し、それらをさらに伸ばしていくことが大切です。

その視点や姿勢を中心に置き、地域の支援者が繋がることで、精神障害者の皆さんが安心して治療や生活サポートが受けられるしくみをつくることができるのではないのでしょうか。

地域支援の基本は、リカバリーとストレングスに着目し、その人を理解し支援することです。

(1) リカバリー(Recovery)とは

リカバリーとは、単に医学的な症状がなくなるという意味での治療や回復を指し示す言葉ではありません。むしろ病を持つ人が、人として尊重され、希望を取り戻し、地域社会に生活し、自分の目標に向かって挑戦しながらかけがえのない人生を歩むことを言います。

もちろん、治療によって症状を和らげることは必要ですが、何より大切なのは、本人がこういう生活がしたいという夢や希望を持ち、それを周囲が支えることです。たとえ統合失調症などの症状が残っていても、症状とうまくつきあいながら学校に通ったり、働いたり、結婚・子育てをしている人もいます。

リカバリーはこれからの精神保健福祉サービスの中核となる考えで、支援の根本的な目標はリカバリーの過程（旅）を支援することだと言われています。そのため、支援者には、重度の精神障害を抱えている人々の可能性を信じ、そうした希望を伝達しうる能力が期待されます。

(2) ストレングス (Strength) とは

英語で「強さ・力」の意味です。健康な部分・長所という意味もあります。その人が元来持っている、強さ・健康な部分という意味で使われます。リカバリーの実現にはストレングスの視点でアセスメントと支援を行うことが重要です。

ストレングスには下記の4つの種類があるといわれています。支援者はこの4つを意識しつつアセスメントを行い、利用者を理解していくことが重要です。

- ① その人の「人となり」：利用者がどういう性格、人柄か（例：優しい人柄）。
- ② 才能・技能・自信：利用者が持っている才能や技能（例：音楽や絵が得意）。

- ③ 関心・願望：利用者が関心をもっているもの、こうなりたいと強く希望しているもの。ストレングス・モデルでは最も重要視されています。
- ④ 環境のストレングス：利用者の家族や人間関係・近隣の地域資源など活用できるもののこと。

このように、個人の属性だけでなく、環境にも目をむけることは大切です。また、支援者が考える望ましい生き方や暮らしは一旦脇に置いて、まずは、利用者の持つ「希望」や「思い」「人となり」「生き方」を優先する必要があります。

2) アウトリーチで大切にしたいこと

基本理念で述べましたが、アウトリーチ支援の利用者の中には、精神疾患を患うことで体験した苦しみや回復をめぐる絶望感と戦いながら生活している人が沢山おられます。そのような中で、利用者と支援者が信頼関係を結ぶには長い時間を要します。

病気や症状にとらわれることなく、本人の困っていることや訴えに耳を傾けることから支援は始まります。時間はかかりますが、利用者の生きてきたプロセスや体験を聞かせてもらいながら「リカバリー」と「ストレングス」に着目したアセスメントを行い、利用者の夢や希望に向かって支援していくことがアウトリーチ支援の醍醐味とも言えます。

(1) 利用者を理解する

利用者の精神症状や身体症状、現在の生活状況、経済状況、家族の状況、周囲の環境や周囲との関係性を聞くだけでなく、どのような人柄で、どのように育ち暮らしてきたのか等、利用者に関心を向け続けながら接することを大切にします。その中で、少しずつその人をより深く知ることになります。利用者が抱く感情や困難感にも触れ、日々の生活での具体的な困りごとや楽しみ、夢等がわかると、色々な支援のアプローチのヒントを発見することにもつながります。また、問題となっている行動や言動が、病気の悪化なのか本人の特性から来るものなのかを判断できます。

(2) 少しずつ安心してもらえるように関わる

利用者は初めて会う私たちをどのように感じているでしょうか。全く知らない人が近づいてくるわけですから、支援者を怖いと感じてしまうかもしれません。支援者が利用者を怖がらせないよう注意を払うことが大切です。支援者が何者であるか、何をしに来ているのか等を伝えながら、少しずつ安心してもらえるような関わりを心がけます。関係ができるまでは、利用者無理のない範囲で定期的に会いに行ってみます。もし支援者が経験不足で、どのように話しかければよいか不安だという場合は、先輩支援者と一緒に訪問し見学から始めてみるのも良いかもしれません。

関係づくりのための支援者の心構えとしては「利用者の気持ちになってみる」「相手への思いやりの気持ちを持ち、礼儀正しく接する」「安心感を保証する」といったことが大切です。

利用者の負担を減らすために、短時間の訪問で終えたり、訪問頻度を変えてみる等の工夫も良いでしょう。

(3) 利用者との時間、経験を共有する

関係づくりには「時間」と「質」が大きな要素になります。利用者が困っていることや相談したいことを聞くだけでなく、利用者とは何かを一緒にやってみるということも関係

づくりにつながります。例えば、家の片づけや買い物等を一緒にしてみる、ゲームや外出等興味のあることを一緒に楽しむ等です。

様々な形で本人と同じ時間や経験を共有することで、色々な側面から本人を知ることができ、より信頼関係を深めることにつながります。

(4) 家族やその他関係者からも情報を得る

利用者がどんな人かを知ることが、短期間の関わりでできるものではありません。また本人が色々なことを教えてくれるのは、支援者との信頼関係がある程度築けるまでは難しい場合が多いです。本人だけでなく、家族やその他関係者等からもできるだけ情報を得ながら把握し、理解を深めていくようにします。

(5) 支援者が焦らない

生活が破綻していたり近隣との関係が悪化すると支援者は、目の前の問題解決に着目しがちで支援者自身が焦ってしまうことがあります。そうした場合、本人に寄り添えないまま解決策を見出そうとして関わることで、かえって本人が拒否的になる等、支援がうまくいなくなってしまうこともあります。支援者が焦らないことが大切です。もし、「何か支援がうまくいっていない・・・」と感じる時は、いったん立ち止まって、「リカバリー」や「ストレングス」に着目した再アセスメントを支援者間で一緒にやってみると支援の見直しにつながります。

(6) 関係機関同士が支えあう

利用者の安定した地域生活を維持していくためには、さまざまな領域の支援が必要になります。利用者の望む姿を目指してニーズに沿って支援するには、職種や機関の垣根を超えた協力関係が必要で、複数の支援者がネットワークを作って支援をしていきます。その際には本人や家族との相性、それぞれの支援者のキャパシティを考えて、柔軟に、かつ一部の支援者に負担が集中しないように配慮しつつ支援を組み立てることが大切です。支援者間の話し合いにおいては、特定の機関や支援者の意見だけが反映されるような形ではなく、対等で支援者全員が意見を自由に出し合うことができ、お互いの意見を傾聴しあえる雰囲気や支援者間の関係が大切です。そのような協力関係ができると、支援対象者だけでなく支援者同士も支えられ、結果としてよりよい支援が提供できるようになります。

4. ケースごとのワンポイント集

4. ケースごとのワンポイント集

1) 地域支援における薬の考え方

ポイント

- 精神疾患治療の二つの柱。生物学的療法（薬物治療等）と“かかわり”（精神療法や心理社会的療法等）。どちらも大切だが、どちらも万能ではない。望ましいのは、二つの柱が補いあうこと。
- 生物学的療法（薬物治療等）と“かかわり”（精神療法や心理社会的療法等）について、それぞれの得意分野をおおまかに知っておくと対応に厚みが出る。

精神疾患治療には大きく分けてふたつの柱があります。薬物や医療機器を用いる生物学的療法、患者本人と他の人とのかかわりの中で行われる精神療法や心理社会的療法等（ここでは“かかわり”と表記します）。それぞれの治療法に、得意な分野と不得意な分野があり、それらをおおまかに知っておくと日常業務に役立ちます。ここでは生物学的療法のうち薬物治療について簡単に記し、その後で“かかわり”についてふれます。

精神疾患治療で使う薬物は、①抗精神病薬、②抗うつ薬、③感情調整薬、④抗不安薬、などがあります。全部ひっくるめて向精神薬と呼びますが、「向精神薬」と「抗精神病薬」を混同しないでください。薬のことをきちんと理解するのはとても難しいので、おおまかな理解をしておきましょう。

以下に簡単に薬の効果をまとめます。

① 抗精神病薬

【幻聴や妄想を少なくする】

統合失調症などの幻聴や妄想を少なくする。

薬の効きやすさは症状により異なり、幻聴は薬で比較のおさまりやすいが、妄想は薬で軽減しないこともある。

【鎮静】

統合失調症などの興奮状態や緊張状態を抑える。

※抗精神病薬ごとに、上述の作用のどれが強いかは異なる。

② 抗うつ薬

【落ち込んだ気分や不安な考えを軽減する】

うつ病で、ネガティブな思いや不安な考えばかりになるのを軽減する。

【やる気が出てくる】

うつ病で、やる気がなくなり何もできなくなることを改善する。

※抗うつ薬ごとに、上述の作用のどれが強いかは異なる。

※※抗うつ薬による治療中に躁状態になってしまうことがあるので、注意が必要。

③ 感情調整薬

【躁状態を抑える】

躁状態では、多弁・過活動・上機嫌から興奮しやすく怒りっぽくなったりするが、ここに分類される薬は、高ぶりやすい気分を抑えることで躁状態をおさめる。

④ 抗不安薬

【不安・緊張をゆるめる】

たとえば言うなら、「お酒でほろ酔いになり、肩の力が抜けて余計な心配をしなくなる」といった感じで、心配する気持ちがゆるむ。

※この分野の薬には「薬物依存」という問題がある。

次に、“かかわり”（精神療法・心理社会的療法等）についてふれています。

薬物治療では、幻聴を減らすことや意欲を増すことはできますが、服用すると病院受診したくなるような薬はありません。「病院は好きではないけど相談に行ってみようか」などは“かかわり”のなかでそう思えるようになる事柄です。

精神疾患に陥った方は、そうなる前に無理を重ねていることがしばしば認められます。気楽に過ごしていた頃にはしないような頑張りをして、その結果、元気な自分ではなくなってしまった。さらには、精神疾患の症状として周囲の世界や人々をととても恐ろしく感じてしまう。このような状態になれば、誰しも絶望的な気持ちになるのではないのでしょうか。こういった絶望・恐怖・不安・悲哀への配慮を忘れないことが“かかわり”の基本姿勢であり、信頼や安心を抱いてもらえる基盤を作ります。これは薬物では達成できない事柄でしょう。

以上、薬物治療と“かかわり”を非常にコンパクトにまとめてみました。このふたつの治療法それぞれの得意分野を感じていただければ幸いです。

2) 拒薬について

ポイント

• 拒薬は、以下のような事柄が関係している。

① 精神疾患の特徴によるもの

- 〔 病識がないので薬物の必要性を感じにくい。
 - 〔 自分の周囲の世界を不気味に感じ、安心して服薬できない。
- (被毒妄想などもここに含む)

② 服薬した時のいやな体験によるもの

副作用など、服用したために味わったつらい事柄。

• 単に服薬を説得するのではなく、上記の事柄をイメージしつつ、利用者本人の抱く警戒心に十分配慮し対応する。性急な結果を求めない。

日常の業務で、精神疾患の薬を飲みたがらない人にしばしば出会います。

精神疾患には「自分のどこかが不調だと認めにくい」性質があるので、薬を飲みたがらないのかもしれませんが。また、精神疾患の症状として、「自分の周囲の世界が不気味で恐ろしい雰囲気満ちている」ように感じてしまうことがあります。「飲むように言われた薬が本当は毒なのではないか」などと感じてしまうのです。

拒薬は、こういった病気の性質からくることのほかには、以前薬を服用したけど副作用がつかなくてももう飲みたくない、という場合もあるでしょう。

このように、①精神疾患の特徴によるもの(病識がない→服薬の必要性を感じない、周囲の世界に安心できない→薬ではなく毒かも)と、②服薬した時の嫌な体験によるもの、とが拒薬に関わっています。どちらの要素が強いかをイメージしつつ、本人の警戒心に十分配慮しながら関わりましょう。

3) ひきこもりの方への支援について

ポイント

- 本人と会うことや、就労につなげるなど課題解決にこだわらない姿勢が大事。
- 本人と会えない場合は家族支援を行う。
- 安心してひきこまれる環境を作ることも大切。
- 「待つ時期」と「動く時期」がある。

ひきこもりの原因は様々で、病気が原因である場合、統合失調症などの精神疾患が原因になっている場合、自閉症スペクトラム障害が背景にあって社会適応がうまくいかず引きこもっている場合などがあります。また大きな挫折体験などがきっかけ（例えば不登校や就職での失敗、就職後の人間関係での悩みなど）で引きこもる場合も多くあります。いずれの原因においても、ひきこもる期間が長くなると家族とも全く会話がなくなり、食事やトイレ以外は自室から出ないなど、全く周囲との関係がなくなり、本人と全く会えない状態になることも少なくありません。本人と会えたとしても、支援者がこの時ばかりと焦って前のめりになることがあり、それがかえって本人の警戒心を高めてしまいがちです。ひきこもり支援において、一番支援者が苦労することは、本人との関係性が築きにくく、そのために支援を継続させにくいということです。

まず、すぐに本人と会って話をする、といった目に見えて分かりやすい目標をあえて設定しないようにして、支援者自身が焦らないことが大事になります。家族がいて、もし家族と相談できる状況であれば、まず家族支援から始めましょう。家族は大変な心理的負担を感じていることから、家族の負担を緩和する意味も含めて、家族との面接を行うことが大切です。本人と会えず、状況が把握できない場合、命の危険が伴う場合は、強制的に部屋に入る、といったことも必要になりますが、切迫した状況でない場合、強制的に部屋に入るということは、本人がどのような反応を示すか予想できないため、不測の事態に対応できる準備をするなどし、拙速な対応は避けたほうがいいでしょう。ひきこもり状態の本人の気持ちとしては、以下のようなものがあると推察しながら訪問することが、ひきこもり支援で大事な視点と考えられます。

- ① 早く社会とつながりたいという気持ちばかりが先行している。
- ② 気持ちはあっても行動に移すことができず、それが焦りや罪悪感を増大させる。
- ③ ①②のような心理状態ではたとえ部屋でゆっくり過ごしていたとしても精神的には休まらない状態が続きエネルギーを消耗させている。

ひきこもりは、エネルギーが枯渇した状態と捉えられることもあります。このように本人は引きこもり状態から脱出したいと考えているが、どうすることもできず苦しんでいるという風に捉え、なるべく本人へのプレッシャーを減らしていくことが、引きこもりからの回復のきっかけになります。

このように、まずは支援者自身が本人にプレッシャーを与えないように焦らないことが大切です。しかし、何も見通しもないまま、ひたすら焦らず待ち続けるということも、支援者にとっては難しいことです。そこでひきこもり支援では「待つ時期」と「動く時期」があるという視点が、大事な見通しになり得ますので、このことについて説明したいと思います。ひきこもり支援が具体的に進展する場合はどんな場合か例をあげてみますと、親が病気になる、親が家から出て別の場所で生活するようになる、といった生活上での転機、身体疾患など病院に受診せざるを得ないような状況があります。こうした転機をきっかけに、本人の中に変化への動機が生まれ、外出支援など、具体的な支援が導入されるという事例を経験する支援者は多いのではないのでしょうか。本人に介入しようとしても本人にその気がなく乗ってこない「待つ時期」も、「動く時期」に向けた必要な時期と捉え、支援者同士の連携や家族との関係を切らさないようにし、いざ「動く時期」になればしっかりと関わりを持てるよう準備することが、ひきこもり支援においては大切です。

4) 家族支援について

ポイント

- 本人の安定を図るため、必要に応じて家族に対しても支援を検討する。
- 家族が大事にしている価値観や人生観などより深く知る。
- 家族支援を行う場合、家族、本人、それぞれの立場に立つために複数の支援者で対応するなどの工夫を行う。

家族は、利用者にとって一番身近な存在で、良くも悪くもお互い影響を受けあっているものです。家族にも何かの課題があり、利用者を支援していくうえで障害となっていると考えられる場合には、より家族支援が重要になります。

家族支援においては、以下のような家族全体の情報をできるだけ知り、家族関係、家族の課題や力量などをイメージすると支援がしやすくなります。

把握していく具体的な情報のひとつは、家族の健康状態、経済状況、それぞれの役割など、客観的な情報です。特に経済状況については、なかなか聞き取りがしにくいかもしれませんが、わかる範囲で具体的な収支を知っておくことで生活の見通しがつきやすくなります。もうひとつは、家族の人生観や価値観（家族がどのような人生を歩み、何を大切にしているか）、家族の中でだれの影響力が強いかなどのより深い情報です。こうした深い部分は支援の最初は知ることは難しいのですが、普段の会話の様子や支援者とのかかわりの中で、少しずつ知ることができます。また、これまでの家族の歴史を聞くことで、本人や家族の抱える問題の背景や、それぞれの経験に基づく物事のとらえ方がわかってきます。

このように利用者だけではなく家族の状況がわかることで、本当に必要な支援や、支援導入の進め方が具体的になり、本人や家族の望む支援を組み立てることができるようになります。

また、利用者と家族の目標が一致していて、それに向かって協力し合っていることが理想的ですが、実際にはそうはなっていないことが多かれ少なかれあります。利用者のニーズと家族の意見が一致しなかったり、利害が対立したりするような場合、利用者と家族、それぞれの立場を尊重した支援を行うことが必要になります。ただし、一人の支援者が双方を支援しようとするとう信頼関係が崩れたり、支援者の負担が大きくなるため、他の支援者と役割分担をすることが重要です。その場合、利用者と家族を離して対応するとそれぞれの気持ちや考えを自由に話せ、意見の食い違いが明確になり、妥協点を見つけるのが容易になります。また、家族だけでは冷静に話ができにくい場合など、支援者が入ることで家族間の緊張感を和らげることもあります。

家族の中の難しい問題はすぐに解決できるものばかりではありませんが、解決しようと粘り強く関わり続ける過程も、利用者と家族がともに安心して暮らせるよう家族をエンパワメントするという大切な支援の一つです。

5) 生活支援を通じたかかわりについて

ポイント

- ・生活支援はコミュニケーションをとる大切なきっかけとなる。
- ・生活支援を通じたコミュニケーションは信頼関係を形成するのに役立つ。
- ・症状の話などいわゆる病気の話ばかりをしない。

アウトリーチ支援で出会う利用者とのどのようにコミュニケーションをとっていかかという問題は支援者だれもが持つ課題です。ここではアウトリーチ支援の中でどのようにコミュニケーションをとっていか、われわれが普段行っている中での工夫を紹介します。

まず大事なことはあまり症状や服薬状況など、病気に関する話ばかりしないことです。まるでチェックリストを埋めていくかのように症状を聞き出している支援者がたまにいますが、これでは利用者は「自分を病気と決めつけて病気扱いしている」「自分のことではなく病気のことしか興味がない」と映ってしまいます。利用者が困りごとをどのように捉えていて、それはどのような文脈でそうになっているか、本人の意味付けを理解・共感していくことが信頼関係を構築する上で大事なことです。アウトリーチにおける関わりでは、病気の話より雑談のような会話の割合が多く、とても重要です。しかし雑談を自然に行うというのもなかなか難しいことです。従来のように利用者との会話を診察室の中の面接、面談のように捉えると少し堅苦しくなりがちで自然な会話や雑談というものは生まれにくいかもしれません。

そこで、アウトリーチは利用者の生活する場で支援を行うので、生活の場という地の利を生かすことを考えてみてはいかがでしょうか。例えば、利用者と買い物に行く場面がある場合はこれを利用者とコミュニケーションをとるチャンスと考えて、道中の車の中で買い物の話をする、他にも片付けなどちょっとしたお手伝いをする機会があれば、お手伝いをしながら合間に雑談をするなどです。このように生活支援を利用者との大切な接点と理解し、コミュニケーションに生かしていくことが大事です。なぜなら生活支援という日常生活の延長のような場面だからこそ、ふとした時に本人の過去や本当の気持ちが聞かれることもあるからです。生活支援を単なる家事援助のようなものと考えてのではなく、コミュニケーションをとる大事なきっかけとして捉え、生活支援を工夫してみると利用者によりよいコミュニケーションがとれるようになるかもしれません。もちろん支援時間の制約やコストの問題など、既存の支援方法を超えた支援については様々な問題があるかもしれませんが、きちんと頻度や目的を決めてこうした支援を行うことは、お互いの安心感や信頼感を高めるため非常に重要な方法と考えています。

6) 近隣からの苦情について

ポイント

- 近隣の苦情に誠実に対応する。(近隣の不安・不満を十分に聞く。)
- 本人への支援を工夫する。
- 利用者への支援と近隣への支援は両立しにくいので、保健所や市町村と連携し分担して行うことが望ましい。
- このような保健所・市町村の動きは、地域づくりに役立ち、地域移行につながる。

利用者が地域で暮らしていると、その病状や独特の行動パターンに対し近隣から苦情が出ることがあります。まずは、近隣からの不安・不満を十分に聞き、苦情に対して誠実に対応しましょう。同時に本人への支援にも工夫が必要です。近隣から苦情が出るほどであれば、多くの場合、本人に自覚はありません。ですから、利用者がなぜそのような行動をするのか、なぜそのような病状になっているのかを考えながら、支援する方法を探してみましょう。例えば、孤独な生活で日常の些細な不安を解消しにくい、ということが病状悪化に関係している場合は、本人の相談にのれる人が訪問するという支援が、病状悪化を防止するとともに近隣の不安や不満を和らげることができるかもしれません。

また、地域で苦情が出ているとき、利用者への支援と近隣への支援は両立しにくいものになりがちです。ですから、一つの機関で支援をするのは非常に無理が生じやすく、保健所や市町村と連携して役割分担して行うのが望ましいやり方だと考えます。このやり方は複数機関でその地域に丁寧に関わることになり、そうすることで本人に対する理解者を増やし、地域での暮らしを支える地域づくりを促進し地域移行につながる可能性を高めるやり方であると言えるでしょう。

7) 金銭問題について・後見人について

ポイント

- どのような金銭問題かを把握する。
- 後見人制度について限界も含めて知る。
- 地道な生活支援が効果的である。

利用者の中には金銭的な問題を抱えていることが多く見られます。一言に金銭問題と言っても、幅広くあります。例えば、普段の生活の中で計画的に買い物や支払いをすることができず家計管理がうまくいかない、ギャンブルにはまり借金をして生活が破綻する、など様々なパターンがあります。また金銭問題の原因に病気の特徴が強く影響している場合もあります。例を挙げると、躁状態の時に買い物が増えるといった感情障害が背景に見られる場合、こだわりが強く特定の買い物を繰り返すなど発達障害が背景にある場合、知的障害により金銭的な見通しをつけることができない場合などです。金銭問題を抱えることで生じるストレスは強く、そのストレスにより、さらに金銭問題が悪化するということがあるため、重要な問題と言えます。しかし、精神科ではこれまであまり重要視されてきませんでした。ここでは金銭問題の対処方法について説明しますが、本来精神障害者を取り巻く、こうした問題は社会的な議論が必要な分野になります。

まず、本人が経済的な問題を自身の問題として捉え、支援者と経済的な問題について話し合える状況になれるよう、信頼関係を作ることが大事です。経済的な問題は、本人にとって触れられたくない問題です。最初からすぐに取り上げると信頼関係を損なう恐れがあるため、十分に本人と信頼関係を築いてから慎重に取り上げましょう。普段の生活の中で見通しがつかず、家計管理がうまくいっていない場合は、支援者が見通しをつけて助言する必要があります。債務問題があり返済ができないようなもっと深刻な状況であれば、法律相談を勧め、必要に応じて一緒に同行するなどのサポートが必要です。このように、まず金銭問題について十分なアセスメントを行い、問題の程度によって対応策を考えていく必要があります。

次に後見人制度について簡単に説明します。成年後見制度とは、精神上の障害により判断能力が不十分な者について、契約の締結等を代わって行う代理人などで、本人の援助する者を選定し利用者を保護する制度です。成年後見制度には本人の判断能力の程度に応じて、後見、保佐、補助の3つのタイプがあり、タイプによって後見人の権限の内容が変わります。成年後見制度が開始された場合、代理人が本人の財産管理を行うこととなります。ここで注意が必要なことは権限がもっとも強い後見相当であっても、財産管理の範囲とは日常生活に関する行為は含まれていないなど、すべての経済的な行動を管理するのではなく限界があることです。逆に代理人がすべての買い物を管理するということもありませんから、成年後見制度を開始したからといってすべての金銭問題が解決するわけではありません。他に

も、本人が自由にお金を使えなくなることへの心理的な抵抗も注意すべき点です。成年後見制度を導入時・導入後において、こうした利用者の気持ちに対しては十分に配慮しなければなりません。

このように考えると、成年後見制度は重要な制度ですが、かといって制度を利用するだけで金銭問題は解決できないということがよく分かります。金銭問題に対処する一番大事な方法は、やはり地道な生活上の相談や生活支援です。経済的な問題を抱える利用者の多くは実生活における様々な不安や金銭的に見通しが立てられないといった問題が背景にあります。こうした実生活の困りごとや家計管理の工夫を一緒に考え支援していくことが重要です。

8) ケア会議について

ポイント

- 利用者のリカバリーを目指す目的で行う。
- 利用者の目線で必要なサービスや支援を考える。
- お互いの意見を尊重しあいながら進める。

ケア会議の目的は、利用者のリカバリーを目指した支援の充実と、それに向けた多職種の支援者間のネットワークの構築、さらには社会基盤の充実を目指すものと言われています。しかしながら、現状は、利用者の問題行動や支援者の疲弊感の共有、サービスの利用状況の確認に追われていることが多いのではないのでしょうか。

ここでは、利用者も支援者も元気になり、将来の夢に向かって生活が送れるよう支援するためのケア会議について考えたいと思います。

社会の中で自立して生きていくためには自己決定が必要ですが、精神障害を持つ人は、障害や周囲からの偏見のために生きがいを失い、自尊心が低下していることも少なくありません。このような状況の中では支援者が過保護になり、利用者が依存的になることもあります。また、個別性を無視した画一的なサービスではなく、一人一人に適した柔軟な支援が求められます。そのためには、サービス提供の内容について、情報を提供し、利用者本人が選択していくことが自信や主体性の回復につながります。

ケア会議は、関係者が相互に情報を共有しながら、利用者を支えることのできる、十分に機能するネットワークを作っていくことです。しかし、時に支援者間では立場の違いから、本人や家族の状態や必要なサービスについての理解が異なる場合もあります。このような場合、利用者の立場に立ち、利用者の自立や安心できる生活のためには何が大切か考えていくことが重要です。また、利用者が参加している場合、意見の表現を援助したり代弁することも必要です。

なお、こうしたことが可能になるためには、ケア会議が「鶴の一声」で決まってしまうのではなく、参加者が自由に自分の意見を言うことができる、また自分が言った意見が傾聴され尊重されているという安心感、お互いに支えられているという信頼感が基礎にあることが大切です。

利用する資源については、公的サービスとともに、民間サービス、ボランティア、近隣などのインフォーマルサービスも検討し、適切なサービスや資源がなく、ニーズが満たされない場合は、必要な資源を長期的に開発していくことが望まれます。

9) 支援の終結について

ポイント

- アウトリーチ支援の終結基準は一律でなく様々である。
- アウトリーチ支援の終結は、利用者本人や地域支援者との合意のもと緩やかに行う。
- 終結後も利用者本人や地域の支援者が困ったら、アフターケア体制を保証する。

「アウトリーチ支援の終結」をどう考えるかについては「いつまで」と一律に決めることは難しく、また、安易に考えない方がよいと思います。

一般的には、アウトリーチ終結は、アウトリーチチームとしての支援がなくなっても、本人が地域で安心して暮らせる、リカバリーできる、危機的状況が起きた時には本人がSOSが出せる支援者が存在する、という状況でしょうか。単に訪問介護が入ったから、訪問看護が入ったから、薬物治療が開始となったから、というものではありません。そういった支援が定着しきれず、暮らしが安定しない間は、しばらくアウトリーチ支援を継続して経過を確認していきます。

陸上競技のリレー競争のイメージしてみましょう。アウトリーチチームから地域の支援者に支援を引き継ぐ時も同じです。基本的には他の地域支援者との関係がどれくらいしっかりしてきたかを判断し、徐々にアウトリーチチームが関わりを少なくしていくことで、その都度判断していきます。

支援の主軸を「地域支援者」としながらもしばらく、地域の支援者に伴走したり、支援者が困れば時には一緒に関わったりしながら、徐々にアウトリーチチームの直接的関わりを薄める、フェイドアウトしていくように心がけています。そのほうが利用者にとっても地域の支援者にとっても自然で、スムーズに受け入れやすいと考えます。そもそもわれわれが関わる対象者は、様々な環境の中、人への信頼を失ったり、生きづらさを経験している人が少なくありません。いったん「支援者を受け入れてくれるようになった」と支援者が感じて、些細なことで、拒否的になるようなことは、度々経験するところです。だからこそ「終結」の判断に関しては、より慎重にする必要があると考えています。

また、アウトリーチ終了後も地域で安心して暮らせるよう、多くの関係機関と連携した支援体制を組んでいくことが多く、その場合、関係者間の支援の方向性に関する合意形成は欠かせません。複数機関だからこそ、ケア会議等による合意形成が重要です。支援の成果や残された課題や、今後の支援体制、支援の方向性等を確認し、地域の支援者自身も安心して支援できるようにケア会議等で話し合います。

当然、利用者本人の意向も確認し、可能な限り本人も話し合いに参加してもらい、本人が安心できるようにします。

「終結」になった場合も、地域の支援者が困った時には、随時相談に応じるアフターケア体制も重要と考えています。そういった「地域支援者に対するバックアップ体制を保証する」ということをアウトリーチチームが意識しておくことも大切です。

5. Q&A編

Q1. アウトリーチの対象者に会えないのですが・・・

“本人が嫌がることを無理強いするつもりはない”という支援者のスタンスが本人に伝わることで、いつか会えるかもしれません。本人が信用する人に仲介を頼む、手紙などでメッセージを伝える、外から軽く声を掛けるだけの訪問を繰り返す、などの工夫があります。また、“会えない訪問”でも繰り返すことで、近隣住民が安心し、結果的に本人の安心・安全につながるということもあります。とはいえ、これらのアプローチでも本人が強く嫌がるなら、いったん退いた方がいいでしょう。

“会えない訪問”を続けることは支援者にとっても大きな負担であり、負担感を仲間と共有することが大切です。状況によっては、頻度を減らす、いったんやめて見守る、といった決断も必要になります。

本人と会えなくても、家族との面談を重ねることで、家族の心的負担が減り、家族の本人への接し方が改善し、結果的に本人の調子が良くなるかもしれません。

Q2. アウトリーチで生活支援（生活上の困り事の具体的な支援）を行うのはなぜですか？

受診、服薬、入院、社会参加などはアウトリーチの対象者にとってハードルが高く、支援の初期の時点で支援者が促してもたいていうまくいきません。そこで、まず生活支援でアプローチを始めるということがあります。

対象者の多くは、精神障害の影響で、あるいはその他の理由で、生活に困難を抱えています。そして生活の困難が精神障害に悪影響を与えるという悪循環に陥っています。生活の困難とは例えば、家の中がゴミだらけ、家ネコが増えすぎた、レトルトの食事に飽きた、公的機関から送付された書類の意味がわからない、周囲が怖くて外出できないなどです。これらに対する生活支援とは例えば、家の中の掃除やゴミ出しを手伝う、ネコの不妊手術の段取りをつける、手料理を振る舞う、公的機関での手続きに立ち会う、外出に付き添うなどです。

生活支援により生活状況が改善することで、病状がいくらか安定することがあります。また、生活支援を契機に本人が支援者を信頼してくれることがあり、信頼が生まれると本人のより個人的な困り事が支援者に打ち明けられることがあります。この好循環が起こると生活状況はさらに改善し、信頼はさらに増していきます。他にも、信頼を得ている支援者の生活支援により、本人が新しいサービスを受けることに前向きになることもあります。例えば、支援者の手料理の味に動かされてヘルパーの導入を決意するなどです。

生活支援は本人のニーズに沿って行われるべきであり、押し付けは禁物です。

Q3. 生活支援は対象者を甘やかすことになりませんか？

アウトリーチの対象者には、生活に困難を抱えながらも他人に頼るのを頑なに拒む人が少なくありません。そんな人が、生活支援を通して、安心して他人に頼れるようになるとす

れば、それはとても有意義なことです。

とはいえ、生活支援によって本人の生活能力や活動意欲が削がれてしまうのは好ましくありません。本人の能力や意欲を見極め、どこまで支援すべきかをよく検討すべきです。最初は支援者のみで行うが次からは本人と一緒に取り組む、など工夫するのも良いでしょう。

支援者にとって、生活支援は大変な時間と労力を要する仕事であり、いつまで行うのか、誰に引き継ぐのかなどを常に頭に置いておく必要があります。

Q4. 支援と言いつつ対象者と雑談をしているだけのように見えますが・・・

治療の話や社会参加の話ばかりでは互いに窮屈です。楽しい話やとりとめのない話も良いでしょう。

アウトリーチの対象者の周りには安心して雑談をできる相手がないかもしれません。孤立は病状や生活状況など本人の多くの問題を悪化させます。そしてそれらがまた孤立を招く、という悪循環がしばしば起きています。支援者と交流するようになっただけで病状がいくらか安定した、ということも少なくありません。本人にとって安心して雑談をできる相手になることを目指しましょう。

また、対人関係が壊れがち、途切れがちな対象者にとって、支援者との関係が続くということ自体、とても意義深いことです。支援者という保護的な立場の人との関係が壊れず続くことで、本人は安心安全な人間関係もあるのだと知ることができます。

そして、定期的に支援者と会うことは本人にとって生活の節目となります。節目の存在は生活にいくらかの張りをもたらします。

Q5. 対象者を入院させるのはダメですか？

前提として、強制入院は支援者の想像以上に本人を傷つけます。強制入院がその後の治療中断を招き、また強制入院が検討されるという悪循環もありえます。また、強制入院という形の解決に安易に頼ることで、地域支援者の支援能力、支援意欲はいつの間にか低下します。

とはいえ入院治療は、精神状態や体調の改善、周囲との関係のクールダウン、新たな支援の導入などの良い機会になりえます。入院治療が必要であるなら、本人にわかりやすく説明し、誠実に説得することになります。

自傷や他害の行為、身体状態の危機などから、偶発的に緊急入院となってしまう人もいます。そのような入院を誘導してはいけませんが、もしそうなってしまった場合に入院が本人にとって少しでも良いものになるよう、関係者の間で備えておくのはありでしょう。

入院はあくまで一時的なものであり、入院時から退院後を見据えて動く必要があります。アウトリーチチームなど地域支援者が入院中の面会や外泊への同行などを通して本人と信頼関係を築くことは、退院後の本人の地域での安定した生活に大きく寄与します。

Q6. アウトリーチ支援はどうなったら終わりますか？

“対象者の地域での生活をサポートする体制が整い、対象者が安心して安全に過ごせるようになったとき”が終結のタイミングであると言えます。

精神科治療は安定して継続しているのが望ましいですが、“治療は受けていないが各種サービスが導入されており精神状態や生活状況も問題ない”という形での終結もありえます。

各種サービスをあてがって終わりとするのではなく、それぞれの支援者が本人らしさを尊重した形でサービスを提供できる、定期的なケア会議などで支援者集団が活発に意見交換できる、というところまでアウトリーチチームとしては見届けたいところです。

長期にわたってアウトリーチを続けても、本人が他者との交流に消極的または拒絶的で、十分なサポート体制を築けないまま、あるいは支援者がほとんど関われないまま、ということもあります。そんなとき、その時点で本人や周囲の問題が切迫していなければ、それ以上深追いしないでいったん終結とするということもあります。その後、問題が大きくなったときに、かつてのアウトリーチで築いた関係が役に立つということもあります。

Q7. 支援者間で支援の方向性が合わず困っているのですが・・・

原点に立ち返って、“対象者がどんな人なのか”をあらためて支援者一同で確認し合うような事例検討会を行うことで、うまくいくことがあります。現在の問題点への対応の仕方の議論に終始するのではなく、暮らしや人生、心情や強みなど、対象者のより深いところの理解を試みるような話し合いをすることが、支援の方向性の共有につながるかもしれません。また支援における新たなアイデアが浮かぶかもしれません。

それでも支援の方向性が合わないことはあります。どの支援者にもそれぞれの立場やキャリア、心情や強みなどがあり、それぞれから生み出される支援の方向性には相違があって当然です。そんなとき、自分の描く支援の方向性を押し付けることなく粘り強く対話を続けることで、支援者間で互いのより深いところの理解が深まり、新たな支援の方向性が生まれることにつながるかもしれません。もしかすると、“対象者がどんな人なのか”を支援者一同で確認し合う試みがうまくいくのは、それによって支援者同士が“相手がどんな人なのか”を無意識のうちに理解し合っているからなのかもしれません。

行き詰まったときの気分転換として、同じ支援者間で別の事例について検討してみるという手もあります。いつもの支援者の新たな一面が見られるかもしれません。

6. 付録

1) アウトリーチ事業の概要

岡山県では、「岡山県精神科在宅支援（アウトリーチ）事業」として、事業を行っています。アウトリーチ事業の個別支援の受理から終結までの流れは、以下のとおり。

(1) 支援の受付、支援対象候補選定（各管轄保健所）

対象事例に関して、市町村や相談支援事業所等地域支援者等から管轄保健所にアウトリーチ依頼の相談が入ります。保健所ではケースの状況や支援者の困っていること等を確認します。可能であれば相談元と保健所等で、アウトリーチ事業の依頼前に家族の相談に応じたり、訪問して本人の状態をより詳しく把握し、ある程度のアセスメントを行います。本事業利用の必要性も含め検討し（支援対象候補選定）、「アセスメント訪問」・「事例検討」・「その他の支援」について、アウトリーチチームに依頼、相談します。

(2) 受理会議（アウトリーチチームと保健所他関係機関）

保健所からの依頼を受け、アウトリーチチームは保健所や市町村等地域の支援機関と受理会議を行います。この中では、ケースのアセスメントを一緒に行うことで対象者の理解を深め、共有することを大切にしています。その上で、支援方針や具体的な支援方法について協議します。

保健所からの依頼内容は、「まずは事例検討で助言して欲しい」「アセスメント同伴訪問してほしい」「継続的な支援に入って欲しい」等様々ですが、この会議において具体的にどうするかについても検討し開始します。

必ずしもアウトリーチチームが継続支援を開始する、ということではなく、協議の結果、ひとまずは今までの関係者で協議内容も踏まえ支援し困ったら再度相談する、アセスメント訪問でアウトリーチチームが同伴する等、具体的な方策は様々です。

*コラム～保健所やアウトリーチチームの留意点～

未治療・治療中断でも受診拒否しているからといって、何でも「アウトリーチ事業の利用に」というわけではありませんが、地域支援者から「アウトリーチ事業が活用できないか？」という相談があった時“地域支援者が事例に対する理解を深め支援のありようを考えるチャンス”と捉え、地域支援者からのSOSも大切にするように心がけます。（事例を通じて地域の支援力向上へつなげる！）

ひとまず、事例検討を一緒に行なってみることも有効と考えています。対象者をどのように理解するか・・・、アセスメントを共有し、一緒に検討することで、支援者それぞれの視点が随分変わり、その結果、支援のアプローチが変わり良い変化が生まれることもあります。

(3) アセスメント訪問、事例検討他

受理会議において、まずはアセスメント訪問、事例検討を行なうことになった場合、その後に必要に応じアウトリーチチームと保健所等関係機関と再検討し、多職種チームアウトリーチ支援を開始するか否かを決定します。

(4) 多職種チームアウトリーチ支援開始後

まずは、対象者との関係づくりから始めます。対象者の拒否等問題がなければ、保健所や市町保健師等、地域の支援者とアウトリーチチームが同伴訪問することもあります。困難な場合、チームだけで訪問する等、介入の仕方はケースバイケースです。いずれにしても関係機関間で、随時の情報共有やケア会議等を適宜行い、共通理解をしながら支援を進めます。

多機関で支援する場合、相互の関係機関の共通理解や支援の方向性の統一が大切ですが、その点が不十分になりがちなことは少なくありません。アウトリーチチームからも地域関係機関からも相互に不消化なことは随時、相談、解消しながら支援を進める心がけが重要です。対象者をどう理解して支援するか、その繰り返しが地域支援者の人材育成にもつながります。

(5) ケア会議

アウトリーチ対象事例については、支援開始後、随時保健所、市町村等関係機関と随時、ケア会議を行い、関係機関と支援の方向性等共有しながら支援を行います。

(詳細はP. 28「4. 事例編8」ケア会議について」参照)

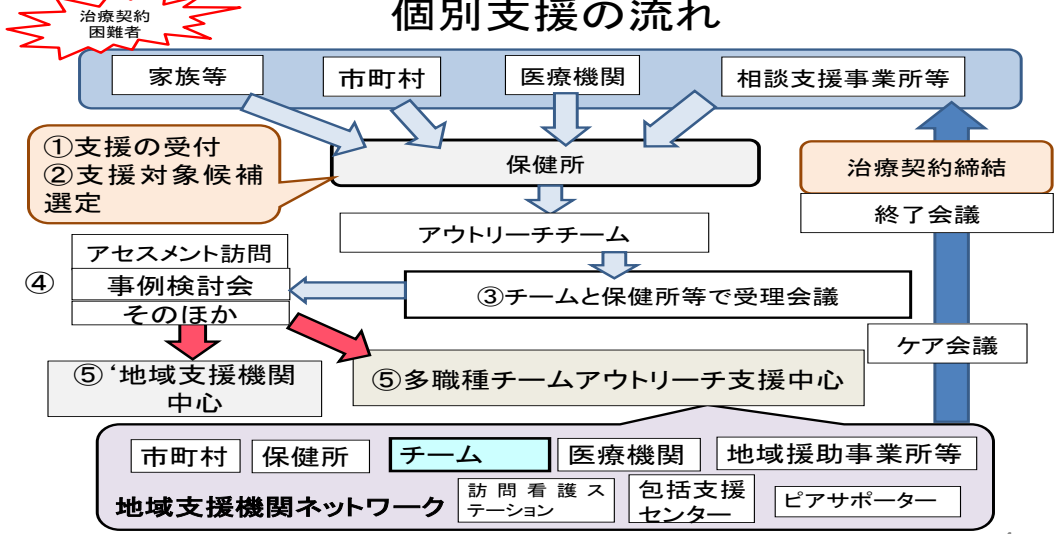
(6) 終了会議及び支援終了後の状況把握

当事業によるアウトリーチ支援の「終了」とは、訪問支援を通じ、対象者が必要な医療や障害福祉サービス等の利用を中断することなく受け入れたり、対象者やその家族が抱えていた生活課題がある程度解決することで、当事業によるアウトリーチ支援がなくても通常の保健医療・介護・障害福祉等による地域の支援で、安定した生活ができる見通しが明確になった場合等が考えられます。

終了にあたっては、保健所や市町村、医療機関、訪問看護、相談支援事業所その他今後支援継続していく関係者とともに評価(終了)会議を行い、関係機関と丁寧な引継ぎを行います。

また、終了後も保健所等との会議等を活かし、ケースのその後の状況把握をし、必要に応じ支援の再開を検討したり、地域の支援機関からの相談に応じる等、柔軟なアフターケアも適宜行います。(詳細はP. 30「4. 事例編9」支援の終結について」参照)

岡山県精神科在宅支援(アウトリーチ)事業 個別支援の流れ



2) アウトリーチチームと関わりがある代表的な機関

• 保健所

地域精神保健活動の中核を担う機関です。運営要領により、治療契約が難しい精神障害者などに対しても、必要なアプローチを行うことができます。保健師の訪問や精神保健福祉相談などで地域の精神障害者への支援を行います。地域の精神科医療機関、警察や消防などとのつながりが深く、困難な精神保健事例の対応を行います。アウトリーチが必要と考えられる事例の導入や圏域でのアウトリーチ事例の調整などに係る役割を有しています。

• 市町村（地域包括支援センター含む）

地域精神保健活動の第一線の機関で、障害福祉サービスの導入の決定、生活保護対応、住民組織との関係、母子保健、認知症対応など幅広い、生活支援に係る機能を持っています。地域包括ケアシステムの要の責任主体となる機関であり、市町村・地域包括支援センター・保健所・精神保健福祉センターの重層的支援体制がアウトリーチ支援の軸となります。

• 相談支援事業所

障害福祉サービスの導入・調整を行う重要な役割を担っています。本人との関係づくりを行いつつ、本人の受け入れを考慮しながら必要な障害福祉サービスを導入するのは高いスキルが必要です。複雑困難事例の支援でも中核的な役割を担う機関です。

• 障害福祉サービス機関

精神障害者の生活支援に係るほとんどのサービスメニューは障害福祉サービスに含まれています。そのため、アウトリーチ支援も含めた地域支援でも、障害福祉サービスの導入は非常に重要になります。このようなサービスが効果的に活用できることは、精神障害者の地域生活の安定にとって大変重要です。

• 医療機関

精神科医療を提供してくれます。特に精神科病院では、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、作業療法士などマンパワーが豊富なのが特徴です。薬物療法の処方を行ったり、入院が必要な人に入院治療を提供したり、外来通院を行ったりすることができます。その一方で、契約ができない人を診療するのが難しいこと、受診できない人への訪問アプローチが難しいなどの制約があります。いずれにしても、精神障害を持っている方への支援では最も支援力がある機関ですので、しっかりと協力関係を作っていくことが望まれます。

- **訪問看護ステーション**

訪問看護ステーションも在宅医療の中核的な機関として、精神障害者の地域支援では重要な役割を担います。精神障害の方は身体疾患を有する方も多く、看護の視点はとても重要です。医療的支援だけではなく、一緒に楽しみを共有したりなど、障害福祉サービスなどと近いサービスを行うステーションも少なくありません。こうした機関同士の重層的な支援の重なりは、隙間のないサービスを提供するためにはとても大切です。

- **訪問薬剤師**

精神障害者にとって規則正しい服薬はとても大切です。自己判断で薬を止めてしまったり、うっかり忘れて服薬できなかったり、あるいは眠れないからといって過量に服薬したりなど、服薬に関する課題は精神障害の方にはつきものです。定期的に訪問して内服薬をセットしたり、服薬状況を確認したり、医師や看護師とは違った視点から内服薬の意義や副作用について説明してくれる訪問薬剤師の役割はとても貴重です。

- **社会福祉協議会**

社会福祉協議会は各市町村に設置されており、金銭管理を行う日常生活自立支援事業や経済的に行き詰まっている人たちへの柔軟な支援提供を行う生活困窮者自立支援事業など、生活に困難を抱えた精神障害者にとって重要な役割を果たします。

- **警察**

警察も措置通報など緊急対応で精神障害者に係ることが多いですが、例えば保健所や医療機関には不信感を持っているが、警察には信頼して電話連絡をするという精神障害者も少なくありません。警察もまた必要な時には支援者として大切な役割を果たします。

このほかにも個々のケースに応じて、それぞれの地域で協力が可能な機関や支援者との協力関係を作っていくことが大切です。自分たちで支援を完結するよりも、外部の機関に開かれた態度で支援を行っていくことが大切です。

7. 参考図書

- グラハム・ソーニクロフト、ミケーレ・タンセラ、岡崎祐士・笠井清登・福田正人・近藤伸介監訳、精神保健サービス実践ガイド、日本評論社、2012
- 萱間 真美、リハビリ・退院支援・地域連携のためのストレングスモデル実践活用術、医学書院、2016
- チャールズ・A・ラップ、リチャード・J・ゴスチャ、田中秀樹監訳、ストレングスモデル精神障害者のためのケースマネジメント〔第2版〕、金剛出版、2009

マニュアル作成にかかわった人（敬称略）

*令和元年度メンタルセンター岡山アウトリーチチームスタッフ

野口正行 山内泰彦 原田 瞳 西村裕樹 岡崎 翼 佐藤俊介

橋本吉弘 大谷美佐恵 安留順子 岩原捺真 家入千栄 泉明日香

アウトリーチマニュアル

～地域支援の実際（第3版）～

発効日：令和2年4月

発行者：岡山県精神保健福祉センター所長 野口正行

発行所：岡山県精神保健福祉センター

〒700-0985

岡山県岡山市北区厚生町3丁目3番1号

TEL：086-201-0850

FAX：086-201-0851