

## 精神障害者の地域移行支援の今日的課題

Today issues of regional migration support of persons with mental disabilities.

—青森県精神障害者アウトリーチ事業評価検討委員会を通して—

葛 西 久 志  
KASAI Hisashi

### はじめに

精神障害者の治療の歴史は、入院医療中心から地域生活中心へという流れから、精神障害者の退院促進支援を目指した。しかし、ここ数十年経った今でも、相変わらず30万人の入院者であり、漸減傾向とは言っても、病院には社会的入院者である患者の抱え込みは改善されていない。

1999（平成11）年の旧厚生省の患者調査をもとに約7万2千人の社会的入院者を推計し公表した。2004（平成16）年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を策定し、精神病床の機能分化を進め、精神障害者の地域生活支援策を強化することから、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者の10年後の解消を掲げた。また、2006（平成18）年の障害者自立支援法に基づいて、都道府県および市町村に障害福祉計画策定を義務付け、2011（平成23）年度までの「受け入れ条件が整えば退院可能な患者数」の削減目標設定が課された。全国の入院患者数32万9000人のうち6万9000人（21.5%）が「受け入れ条件が整えば退院可能な患者数」（推計値）とされた。

これらの状況に対して国は、2006（平成18）年には、早期退院を支援するための基準病床数の算定式の見直しを行うなど、精神科医療の見直しを進めている。2008（平成20）年度の診療報酬改定においても、急性期短期入院の評価への重点化、病院の地域生活移行への取り組みの評価を行うなど、経済的誘導による退院促進を図っている。

2009（平成21）年には、今後の精神保健医療のあり方等に関する検討会の最終報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」が公表された。この中で「現在の長期入院患者の問題は、入院医療中心であった我が国の精神障害者施策の結果であり、行政、精神保健医療福祉の専門職等の関係者は、その反省に立つべき」とし「長期入院患者等の地域移行の取り組みを更に協力を推し進めるとともに、今後新たな長期入院を生み出さないという基本的な姿勢に立って、施策を推進すべき」と今後の改革に関する基本的な考え方を謳っている。

そこで、このような状況を改善するための手立てとして、国では、2003（平成15）年度から退院支援に向けた事業を行ってきた。

また、最近では、地域に定着するための手立てや、入院を回避するための施策として2011（平成23）年度より「精神障害者アウトリーチ推進事業」がモデル事業として開始された。

果たして、この事業が地域移行支援の切り札となるのか疑問を持つ。モデル事業を実施したところでは、特に対象者が未受診・未治療者もその対象者としているため、人権上の問題から介入が困難であったことや、契約ができなかったことなどが課題としてあげられていた。

この事業の主旨には「入院を回避するための施策」と掲げているが、その対象者である未受診・未治療者への人権侵害など、そのかわり方によっては、過去のY問題<sup>1)</sup>や人権侵害にまつわるようなことが懸念されるのである。

<sup>1)</sup>1973年、不当な扱いによって精神科病院に強制入院させられたこと、入院後受けた不当な医療行為と処遇に対して、重大なる人権侵害であると本人と母親がソーシャルワーカーを告発した事件である。

そこで、本稿では、退院促進支援事業、地域移行・地域定着支援事業の変遷からアウトリーチ推進事業の概要と三品氏<sup>2)</sup>、大島氏<sup>3)</sup>の論考を中心に検証する。また「精神障害者アウトリーチ推進事業」のモデル事業を実施したA病院の状況なども含め、地域移行支援の今日的課題について考察したい。

## 1. 精神障害者退院支援事業の変遷

退院支援事業は、大阪の1993(平成5)年の大和川病院での入院患者暴行死事件を契機に、精神科病院における人権擁護について審議がなされてきた。そして、「精神科病院への社会的入院は人権侵害にあたる」という認識の下、2000(平成12)年から大阪府で事業が開始された。2003(平成15)年度には、精神障害者退院促進支援事業をモデル事業としてスタートさせた。厚生労働省は、2004(平成16)年に「入院医療中心から地域生活中心へ」に向けた精神保健医療福祉の改革ビジョンを示し、向後10年間で退院可能な精神障害者の解消を目指すことにした。また、これを契機に2006(平成18)年には障害者自立支援法の施行のもと、退院促進支援事業が全都道府県が行う地域生活支援事業に位置づけられた。

対象者は、精神科病院に入院している精神障害者で、状態が安定しており、退院可能な人とした。また、実施主体は都道府県、指定都市とし知事が運営委員会を年2回以上開催することや、委託を受けた支援センターは自立促進支援協議会を月1回以上開催するとした。退院に向けての訓練期間は原則6か月以内(必要に応じて更新可)退院後は1か月に限り支援継続可能とした。実務者は、自立支援員が対象者を病院に訪ね外出先への同行支援その他の退院訓練を実施した。

事業の大きな特徴は、外部から支援員が病院内に入ってきてクライアントとかわること、地域で暮らし始めた後も必要な支援を継続する体制をつくることである。個々の精神科病院の裁量努力だけでは地域移行は進まないことが共通認識となり、自治体の責任として取組みようになったことは大きな転機であった。しかし、裁量的経費のため事業が拡大しなかった。

2008(平成20)年には、退院促進支援事業を見直し、障害保健福祉施策の一環として格上げして精神障害者地域移行支援特別対策事業をスタートさせた。

主な変更内容は、①2012(平成24)年度まで集中的取り組み期間とした。②「自立支援員」を「地域移行推進員」に名称変更、③「地域体制整備コーディネーター」を配置し④全都道府県・全圏域で実施した。

実施主体は、全国の都道府県とし、その実施内容は、対象者の決定、体制整備のための調整、困難事例の解決に向けた調整、事業の評価等を行う協議会の設置とした。

また、実務者である地域移行推進員の主な支援業務は、①利用対象者に対する退院・退所に向けた相談・助言、②主治医との調整と地域体制整備コーディネーターの助言に基づいた医療・福祉にまたがる個別支援計画の作成、③支援計画に基づく院外活動(福祉サービス利用体験、保健所グループワークへの参加等)への同行支援、④対象者・家族に対する情報提供と相談・助言、⑤地域体制整備コーディネーターと連携して、退院後の生活にかかわる関係機関との連絡・調整である。さらに、各圏域に1名以上の精神保健福祉士の地域体制整備コーディネーター配置した。その業務内容は、市町村、病院、福祉サービス事業者等との調整、地域移行支援の協力要請、資源の情報提供、資源開発の対応などを行わせることとした。

2010(平成22)年より、精神障害者地域移行支援特別対策事業が、精神障害者地域移行・地域定着支援事業に再編した。実施主体は都道府県・指定都市とした。(市町村等への委託は可能)従来の地域体制整備コーディネーターと地域移行推進員の配置に加え、未受診・治療中断者等に対する支援体制の構築と精神疾患への早期対応や、同行支援の事業内容が加わった。さらに、ピアサポーターの配置とその活動経費を計上するとともに、精神障害者と地域の交流促進事業も行えるよう見直しが図られた。

2012(平成24)年より、精神障害者地域移行・地域定着支援事業は、地域移行支援と地域定着支援に

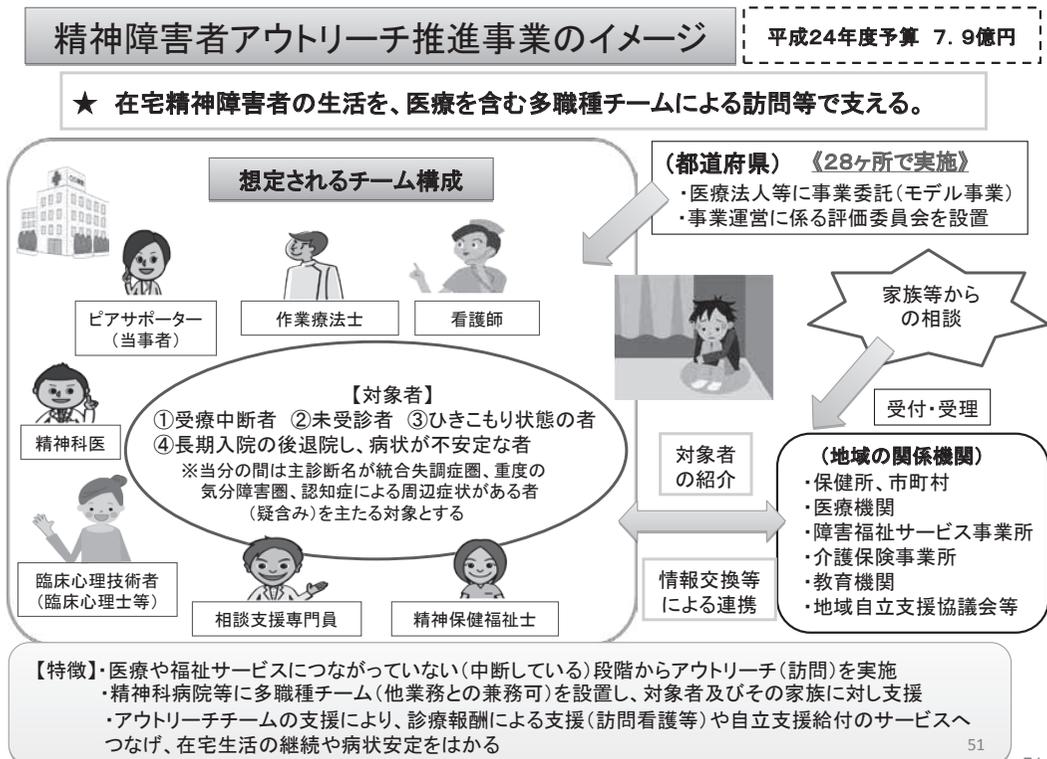
分化し、地域定着支援は精神障害者アウトリーチ推進事業に引き継がれる。また、地域移行支援事業は、障害福祉サービスにかかわる自立支援給付の対象とされた。地域生活の準備や福祉サービスの見学・体験のための外出同行支援・入居支援等は、地域相談支援（都道府県：指定一般相談支援事業者）として個別給付事業とされた。

## 2. アウトリーチの起源と理念

次に、地域定着支援は精神障害者アウトリーチ推進事業に引き継がれたわけだが、厚生労働省が2010（平成22）年5月に「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を立ち上げたことに注目する。その中で、現在の精神医療はもっぱら医療機関に受診可能な人を対象として提供されるが、医療などの支援につながりにくい人に対しては、住まいに支援を届け、本人とともに家族も含めて支えることが重要であるとの認識から、アウトリーチの充実を目指すこととされた。また、その際に課題の解決を入院に頼らないことを前提とすることも示された。将来的にはアウトリーチの一般制度化を目指しつつ、当面は2011（平成23）年度予算で創設した「精神障害者アウトリーチ推進事業」を通じた取り組みを行うこととし、同年度は15府県24機関が事業を実施し、2012（平成24）年度「精神障害者アウトリーチ推進事業」（図1）では、28機関分の予算が組まれた。

その実施要綱によると、「受療中断者、自らの意志では受診が困難な精神障害者、長期入院等の後に退院した者、入退院を繰り返す精神障害者に対して、アウトリーチによる保健、医療および福祉・生活の包括的な支援を行うことによって、地域生活が維持できるような体制を構築する」旨、明記されている。

図1 精神障害者アウトリーチ推進事業（概要）



資料：厚生労働省（2012年4月27日）「社会・援護局障害保健福祉部2012年度医療計画（精神疾患）について」

そこで、先ず、アウトリーチの起源と理念について調べ、次にアウトリーチ支援に期待される機能・役割について調べてみた。

アウトリーチの起源と理念について、三品（2011）は「アウトリーチの起源は地域に密着して働くソーシャルワーカーの活動にあり、サービスを必要とする人々の家庭や日常生活の場に出向き、サービスを届けたり、活用可能なサービスの情報を届けたりすることであり、この活動はケースの発見と強く結びついている。すなわち、アウトリーチはサービスや援助が必要であるにもかかわらず、自発的にサービスを求めようとしない人々を発見し、その人々にサービスの必要性を伝え、サービス提供を行うことであった」<sup>4)</sup>と述べている。

2010（平成22）年5月に発足した厚生労働省における「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」では、アウトリーチ支援実現に向けた基本的な考え方として以下の3点をあげた。①「地域で生活する」ことを前提とした支援体系とすること。②アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を「入院」という形に頼らないこと。③当事者や家族の信頼を築くためには、最初の医療とのかかわりが極めて重要である。医療面でだけでなく、生活面も含め、自尊心を大切にかかわることとした。

また、具体的方向性について5つ示している。①当事者の状態に応じた医療面の支援に加え早期支援や家族全体の支援などの生活面の支援が可能となる多職種チームであること（医師、看護師に加え、生活面の支援を行うスタッフを含めた体制づくり）②財政面、地域における人材面の制約も考えると、出来る限り現存する人的資源を活用するとともに、地域支援を行う人材として養成することが必要であること。③入院医療から地域精神保健医療へ職員体制等を転換する観点から、アウトリーチ支援の実施に伴い、医療機関が病床削減に取り組む際に何らかの特典（インセンティブ）を導入することが望ましいこと。④地域移行、地域定着を進める観点から、「住まい」の整備を併せて行うことが必要であること。⑤各障害に共通した相談支援体制との関係を明確に整理し、障害福祉サービスや就労支援に向けた取り組みも円滑に利用できるようにすることが必要であること。などのとおりである。

なお、三品（2011）は、日本の現状に照らした場合のアウトリーチを次のように述べている。①スタッフはクライアントが住んでいる近隣の人間関係や問題解決の仕方に熟知し、クライアント以外の相談を持ちかけられるような人間関係を地域住民と形成すること。②たとえスタッフはソーシャルワークを学問基盤としていなくても、クライアントのニーズに沿い、その人らしさを大切にした支援を基本とし、クライアントの権利を擁護し、支援はエコロジカルモデルに基づくこと。③未受診や治療中断者、通院していても日常生活上に困難をもち、心理社会的リハビリテーションが必要な人々を発見し、リカバリー志向の支援を提供すること<sup>5)</sup>と述べている。

### 3. アウトリーチ支援に期待される機能・役割

さらに、アウトリーチ支援に期待される機能・役割について調べると、大島（2011）は「いま、アウトリーチ支援で求められ整備が期待されているものは、①エンゲージメント・関係づくりに優れていること、②頻繁で高密度、日常的で身近なサービスの提供、③医療を含む包括的な支援の提供、④領域を超えた支援の提供であること」また「これら1つの実施主体で実現できるのではなく、総合的に取り組むことが必要であること」<sup>6)</sup>と述べている。

現在、求められているアウトリーチサービスとは、重い障害をもつ人たちの包括的アウトリーチ支援であり、そのニーズに対応して、日常的で多様な生活支援が含まれる。従来の保健所の訪問指導、医療機関の訪問看護では、生活支援目的の訪問は限定され訪問頻度も少ない。しかし、新しいアウトリーチ支援には、より頻繁で高密度、日常的で身近にかかわること、福祉的ケアを含む生活援助が求められる。しかも重い精神障害を持つ人たちが対象であるため精神症状への対応も不可欠であり、保健・医療的ケ

アを同時に提供することが求められる。また、従来型サービスよりも支援の構成要素として明確に位置づける必要があるのは、関係づくり支援など支援開始当初の関わりである。特に地域で引きこもる精神障害をもつ人たちが、発病前後に適切な支援を受けられずにいる人たちに対して、丁寧に時間をかけてサービスへの不安や不信を取り除き、よりよい援助関係を結ぶ支援を提供する必要がある。また家族と同居することの多い日本では、関係づくり支援の一環として家族支援を位置づける必要がある。さらに、関係づくり支援と並行して、長期入院を続ける人たちが引きこもる人たちに対して、彼らが諦めていた「希望」(退院したい、働きたいなど)を引き出し、希望に向けた動機づけの働きかけも重要であることや、長期入院を続ける人たちに対して、入院医療と地域ケアの境界を越えたアプローチが求められる。そして、就労・就学に困難をもつ人たちには、労働・教育領域と保健・医療・福祉領域を横断するアプローチが必要である。

地域で引きこもる人たちが、発病前後に適切な支援を受けられずにいる人たちには、これまで明確に対応する責任領域が設定されていないなど、長期入院者を含めて多職種チームによる領域横断的な包括的支援が必要である。

すなわち、①アウトリーチでは常に精神障害者が主役である。(当事者が主役の生活の場にこちらが入って行く、関係性の逆転を体現) ②アウトリーチにより地域が変わる。(障害の重い人たちが何とか地域で暮らす、訪問で地域の人とも安心し偏見も和らぐ) ③地域の空気を病院(棟)に送る。(地域で暮らすメンバーが病棟にもたらす影響は大きく、間接的にスタッフの教育になる) ④医者以外の職種が中心的援助者になる。(医師中心の医療構造に対して、チームアプローチでさまざまなスタッフや当事者などが支援を担う) などである。

以上から、アウトリーチ支援の中では、「関係づくり」の占める位置は大きく、日本で初めてACT<sup>7)</sup>(Assertive Community Treatment)を導入した研究プロジェクトでも直接サービスを含む「関係づくり」の支援に時間が充てられていたのである。

#### 4. 青森県における精神障害者アウトリーチ事業(A病院のモデル事業計画を紹介)

青森県では、2011(平成23)年度より、事業に着手した。事業概要は精神障害者で受療中断者、受診困難者等に対し、アウトリーチにより医療・保健・福祉サービスを包括的に提供するためのアウトリーチチームを設置することにより、在宅障害者の地域生活支援を促進するとした。またアウトリーチ事業評価検討委員会の設置(委員10名、学識経験者、医師、看護師、精神保健福祉士など)、アウトリーチチームの設置(県内4機関に委託)、相談支援事業所、市町村等関係職員への研修会実施(年一回)を行い。さらに、支援チームの資質向上を図るための研修を実施計画(年一回)にあげた。

青森県のアウトリーチ支援の基本的な考え方は、先に述べたアウトリーチの起源と理念に示した国の考えと同じく①当事者の状態に応じた医療面の支援に加え、早期支援や家族全体の支援などの生活面の支援が可能となる多職種チームであることが必要とされた。(医師、看護師に加え、生活面の支援を行うスタッフを含めた体制作り) ②財政面、地域における人材面の制約も考えると、できる限り現存する人的資源を活用すると共に、地域支援を行う人材として養成することが必要なこと。③入院医療から地域精神保健医療へ職員体制等を転換する観点からアウトリーチ支援の実施を医療機関が併せて病床削減に取り組むこと。④地域移行、地域定着を進める観点から、「住まい」の整備を併せて行うことが必要であること。⑤各障害に共通した相談支援体制との関係を明確に整理し、障害福祉サービスや就労支援に向けた取り組みも円滑に利用できるようにすることが必要だと掲げた。

<sup>7)</sup> ACT (Assertive Community Treatment) とは、精神障害を抱えることで頻回入院や長期入院を余儀なくされていた人たちが病院の外で暮らし続けていけるような様々な職種からなる専門家で構成されたチームで援助するプログラムである。

具体的な方向性も国と同じく①地域で生活することを前提とした支援体系とする。②アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を「入院」という形に頼らない。(但し、入院もケアのひとつとする。)③当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療とのかかわりが極めて重要であり、医療面だけでなく、生活面も含め、自尊心を大切にすのかかわり方を基本とする。以上の考え方にに基づき、関係機関と連携しながら、地域でアウトリーチ支援を進めていく必要があるとした。

次に、精神障害者アウトリーチ事業のモデル事業に取り組んだA病院を紹介する。

#### 【A病院の概要】

病床数 328床、急性期治療病棟 (60床)、認知症病棟 (43床)、精神療養病棟 (3棟165床)、一般病棟 (60床) であり、平均在院日数は約280日である。

6年前より「入院から地域へ」という精神科医療の方向性を踏まえ、医療福祉相談、デイケア、訪問看護の3部門からなる院内組織として在宅生活支援センターを設置した。これにより、地域での生活を支援する機能を集約したという。また、外来患者数は1日約100名であり、デイケア、訪問看護も実施している。

#### 【A病院の精神障害者アウトリーチ事業のモデル事業計画】

A病院は2011(平成23)年度よりモデル事業を開始した。モデル事業では、支援対象地域を広域とし、4市3町2村のおおよそ32万6千人の地域を対象とした。

また主な対象者は、各種関係機関等から情報提供のあった未受診者、受療中断者、ひきこもり状態の者(精神疾患を伴わない社会的ひきこもりは対象外とした)、認知症、長期入院後の退院者で精神疾患が疑われる者とした。

人員配置(図2)は、チーム10名とし専従1名、兼務9名とした。(内訳は精神保健福祉士2名、看護師3名、栄養士1名、作業療法士1名、臨床心理士1名、薬剤師1名、医師1名)

なお、医師は当該病院精神科医が担当し、ケア会議に出席するほか、必要に応じて訪問支援にも同行することにした。

さらに、休日・夜間の相談体制には、「休日・夜間対応マニュアル」を作成した。その内容は当番制により1名が相談支援専用の携帯電話を持ち、常時相談支援体制をとる。対象者・家族には連絡先電話番号を知らせ、24時間対応であることを周知する。緊急時はチーム横断連携により稼働及び病院からの支援体制の活用を図ることにした。

ケア会議(図3)は、開催回数を12回と設定し、構成員は8名とした。(保健所健康増進課長、市福祉総務課主査、市生活福祉課主査、社会福祉協議会地域福祉課長、地域生活支援事業所長、大学准教授、精神障害者家族会長、当該病院長)

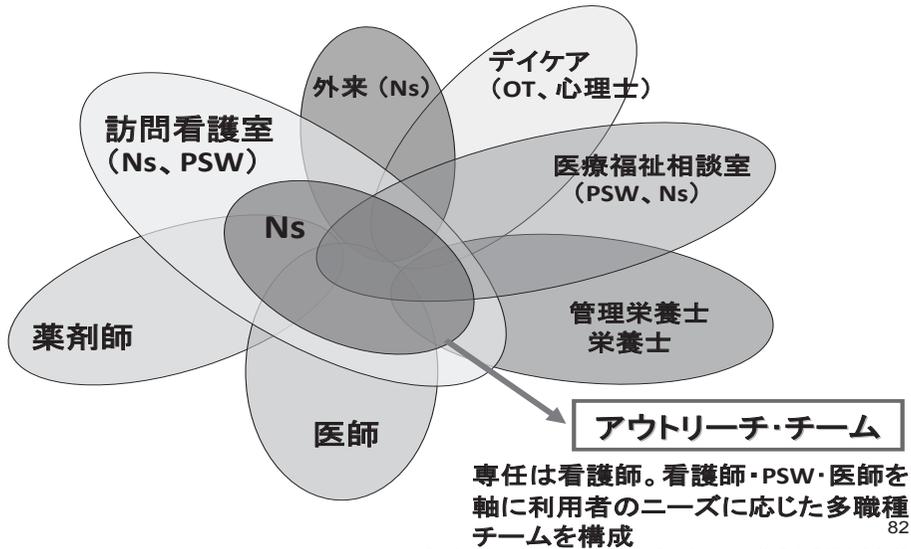
支援対象者の把握方法及び対象者数については、未治療となっている精神障害者及び受診等を中断しており、過去に繰り返しの入院歴及び状態悪化が懸念される患者等について、管轄機関の助言及びケア会議やチームカンファレンスなどにより支援対象を把握し、支援を行うこととした。

2011(平成23)年度の実績は3名であり、うち1名は経過観察状態にある。この年度の取り組みは、ケア対象者が地域の保健所保健師から情報が入り、ケア会議で検討し、その後保健師と同行訪問し契約する。この他に、一般住民からのケア対象者の情報があつた。

取り組んだ結果、このモデル事業の課題は、他病院との連携が困難であったことや、情報収集が困難であり、特に医師の許可が出ず、情報収集が困難であったということに集約される。この他、未受診・未治療者に関して、人権上の問題から介入が困難であり、契約ができないといった課題があげられていた。

図2 A病院のアウトリーチ・チーム構成のイメージ

## アウトリーチ・チーム構成のイメージ

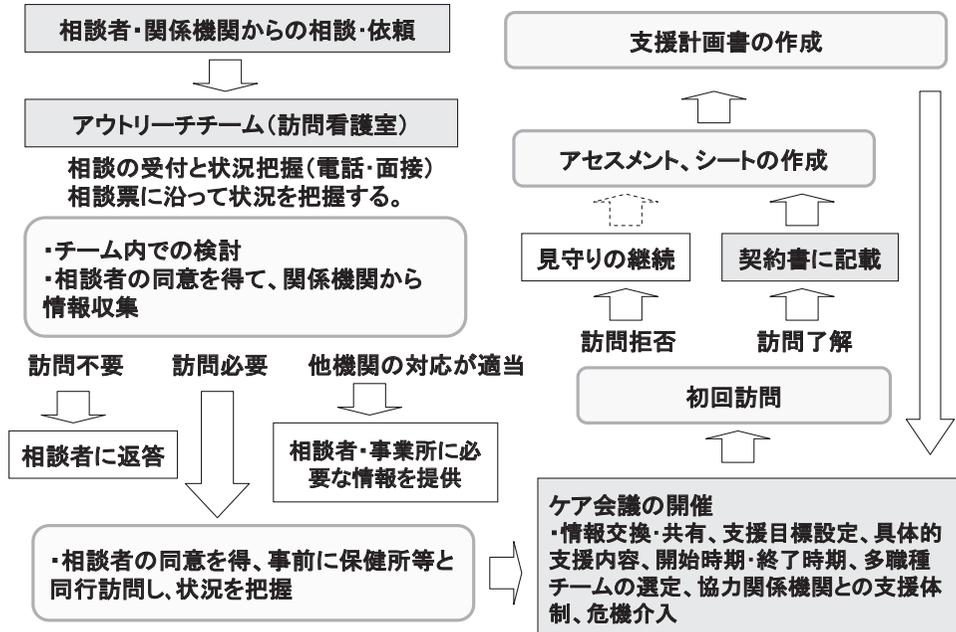


平成24年1月31日 第3回精神障害者アウトリーチ推進事業担当者情報交換会

資料：厚生労働省（2012年4月27日）「社会・援護局障害保健福祉部2012年度医療計画（精神疾患）について」

図3 A病院のアウトリーチ支援の流れ

### A病院のアウトリーチ支援の流れ



平成24年1月31日 第3回精神障害者アウトリーチ推進事業担当者情報交換会

資料：厚生労働省（2012年4月27日）「社会・援護局障害保健福祉部2012年度医療計画（精神疾患）について」

## 5. 考察

アウトリーチ支援について三品、大島両氏の共通する考えは、総論的には、サービスを必要とする人々の家庭や日常生活の場に出向き、サービスを届けたり、活用可能なサービスの情報を届けたりすることであり、この活動がケースの発見と強く結びついていると指摘している。特に地域で引きこもる精神障害をもつ人々や、発病前後に適切な支援を受けられずいる人々に対して、丁寧に時間をかけてサービスへの不安や不信を取り除き、よりよい援助関係を結ぶ支援を提供する必要がある。すなわち、アウトリーチはサービスや援助が必要であるにもかかわらず、自発的にサービスを求めようとしない人々を発見し、その人々にサービスの必要性を伝え、サービス提供を行うことであるとしている。

また両氏が、アウトリーチ支援に必要だと考え強調していることは①入院に頼らない医療的ケアと共に福祉的ケアの重要であること。次に②医療・保健に加え、福祉などといった生活支援を含んだ多職種チームの体制づくり。さらには③支援する人材については、医師中心ではない領域を越えた横断的で患者の尊厳・権利擁護に基づいた支援ができる人材養成とリカバリー思考が必要であることなどが強調されている。

冒頭でも触れたが、この事業は、特に対象者である未受診・未治療者への介入の困難さ、人権上の問題などが大きな課題であると述べた。両氏が述べているように「丁寧に時間をかけてサービスへの不安や不信を取り除き、よりよい援助関係を結ぶ支援の提供を行うこと」や、「自尊心を大切にかかわること」などといった利用者主導的思考でかかわることによって未受診・未治療者への介入の困難さ、人権上の問題が回避されるものと考えられる。しかし、そうした関係づくりを構築するには、かなりの時間を要することは言うまでもなく、モデル事業の報告を聞くと、関係づくりのための障壁はまだまだ大きいのが現実であると考えられる。

また、両氏が述べている他の共通点としては「家族も含めた生活全体の支援の重要性」があげられる。アウトリーチが精神障害者本人を支えることはもちろんだが、アウトリーチの普及を最も望んでいるのは家族であると指摘できる。その証左として2009（平成21）年特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会が実施した「家族支援の在り方」の調査<sup>8)</sup>によると、調査項目のひとつである「治療中断や病状が悪化したときに必要なことは何か」という質問に対して①精神保健・医療・福祉の専門職が訪問して本人に働きかけてくれること（66.1%）、②24時間相談できること（57.0%）、③搬送してくれること（49.5%）という結果が示された。すなわち、家族は日常的な気苦労がたえない中、状態が悪くなった時のその家族の極限状態は、想像を絶するものであることがここからわかる。また、治療中断や病状が悪化した時に対して具体的支援を望んでいるということもこの調査から明らかにされたともいえる。

そこで、アウトリーチを行うスタッフは、精神障害者本人と共に家族支援も視野に入れ実践することを忘れてはならない。また、家族関係への介入や働きかけは、再発予防・在宅生活を円滑にするのに有効なものであると考える。

以上に加えて、三品、大島両氏が、アウトリーチ支援に必要だと強調していることに①福祉的ケアの重要、②福祉などの生活支援を含んだ多職種チームの体制づくり、そして、③患者の尊厳・権利擁護に基づいた支援ができる人材養成が必要と強調していることにも注目しなければならない。

## おわりに

アウトリーチの今日的課題を検証してみると、アウトリーチは単なる訪問活動ではなく、ケースの発見から社会資源やサービスに連結させていく過程であることと、様々な職種の人々がチームを組み、常に対等・平等な関係を意識しながらかかわっていくことが重要な課題であることが明らかになった。

またアウトリーチは、どんなに症状が重い人でも地域生活中心のありようを工夫していくことが大切

であり、安易な精神科病院への入院を模索するのではない。もし入院が必要だとしても、短期間の入院で、早く地域に戻れる場所を確保していく基本姿勢をわすれてはならない。

アウトリーチは医療のみに固執すれば、精神科病院への移送を中心とした地域管理の発想につながっていくことを意識しなければならない。特に、「家族支援の在り方」の調査にもあったように家族が求めている精神保健・医療・福祉の専門職が訪問して本人に働きかけてくれることや搬送してくれることは、ややもすると家族がアウトリーチに対して安易に精神科病院への搬送や入院を求めてくることつながりかねないので注意が必要であると考ええる。

さらに、アウトリーチの普及は、容易いものではないと考える。普及するためには、モデル事業から制度的な位置づけへと移行することが必要である。また診療報酬上にアウトリーチの位置づけを明確にし、携わる職種も医師、看護師、精神保健福祉士等の配置を明記する。また、アウトリーチ普及のためには、精神障害者の権利保護のために第三者機関を設置し、権利擁護、サービスへの不服申し立て、トラブル仲裁などを行う制度を位置づけ、その効果的運用を確立していかなければならないと考える。

いずれにしても、アウトリーチは精神障害者にとって如何に希望が持て、当事者の生活をより豊かなものにしていくために用いられるようにすることが、かかわるスタッフの使命でもあり、アウトリーチそのものの使命でもあると考える。

## 引用・参考文献

- 1) Y問題のY氏が19歳時に、大学入試への焦りと不安に加え、肩と腰を痛めてもいて、浪人生活の不規則な生活などから、母親に攻撃的となるなど不安定な精神状態にあった。特に、父親とは勉強部屋の新築などをめぐって対立が頂点に達していたため、心配した両親が知り合いの医師に相談、1969（昭和44）年10月4日に父親が紹介された精神衛生相談センター（現：精神保健福祉センター）へ出向き、ソーシャルワーカーに相談する。ソーシャルワーカーはY氏を独自の判断で精神障害者と断定し、Y氏本人の意向を聞くことなく入院を先行した。また、診察時も医師の診察が行われずソーシャルワーカーの記録が緊急入院・正当防衛の根拠として扱われたのである。  
以上のような不当な扱いによって精神科病院に強制入院させられたこと、入院後受けた不当な医療行為と処遇に対して、重大なる人権侵害だとY氏本人と母親がソーシャルワーカーを告発したのである。
- 2) 三品桂子（2011）「アウトリーチ支援の国際標準と新しい動向」『精神科臨床サービス』第11巻1号、11-15.
- 3) 大島巖（2011）「いま、なぜアウトリーチか—対応すべきニーズと対象層、期待される役割、発展可能性」『精神科臨床サービス』第11巻1号、6-10.
- 4) 前掲2)
- 5) 前掲2)
- 6) 前掲3)
- 7) ACT（Assertive Community Treatment）とは、精神障害を抱えることで頻回入院や長期入院を余儀なくされていた人たちが病院の外で暮らし続けられるような様々な職種からなる専門家で構成されたチームで援助するプログラムである。アメリカではアクト、またはパクト（PACT = “P”）と呼ばれことが多い。日本語の定訳はないが、直訳的な「積極的地域療法」や「積極的地域内治療」が用いられる一方、ACTの中心的機能を意識した「包括型ケースマネジメント」「包括型地域生活支援プログラム」なども使われている。厚生労働省精神保健福祉対策本部の中間報告では、「ACT事業」として「包括的地域生活支援プログラム」の名称が用いられている。  
ACTの起源は、ウィスコンシン州マディソン市のメンドーナ州立精神科病院で、1972年から行われたTCL（Training in Community Living）という地域生活でのトレーニングというプロジェクトにある。このプロジェクトでは、州立精神科病院の病棟閉鎖を行い、退院する精神障害者を地域の多職種チームで集中的にケアし、その援助効果を評価した。  
ACTの対象者は、重い精神障害者であり、長期間にわたって継続的に治療が必要な人たちである。また、保健・医療・福祉などの多面的な複数の援助ニーズが必要であり、適切な援助が提供されなければ、入退院を繰り返してしまう危険性もある。すなわち、ACTの対象者は、援助ニーズが高い人たちということになる。
- 8) 特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会平成21年度家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会（2010）「平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業障害者自立支援調査研究プロジェクト『精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等のあり方に関する調査研究』報告書」特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会
- 9) 大島巖（2004）「ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス」精神看護出版
- 10) 西尾雅明（2004）「ACT入門」金剛出版

- 11) 池末亨 (2004) 「精神障害者の社会的入院解消のための課題」 障害者問題研究編集委員会編 『障害者問題研究』 全国障害者問題研究会, 47-54.
- 12) 柏木昭編 (2009) 「域移行支援を考える、精神保健福祉士の存在意義」 『精神保健福祉』 社団法人日本精神保健福祉士協会, 40 (2), 87-184.
- 13) 柏木昭編 (2012) 「今、まさに問う、アウトリーチの真価と醍醐味とは」 『精神保健福祉』 社団法人日本精神保健福祉士協会, 43 (2), 79-156.