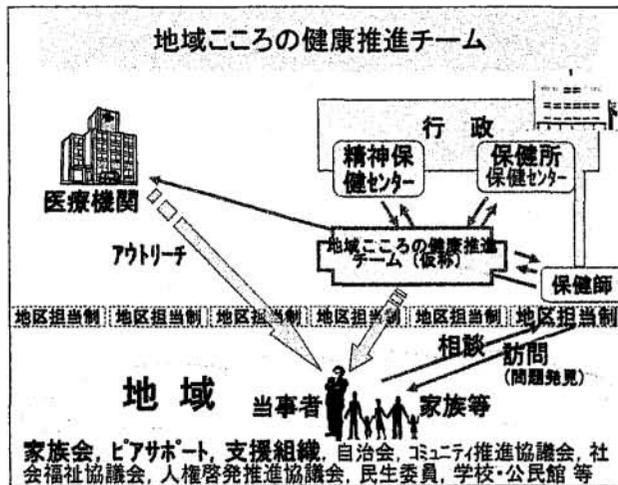


H. 改革を継続して完成するために必要となること

<つづく5年間>

1. 平成25～26年度は、最初の2年間の経験を踏まえて、事業の必要性が高いと考えられる市区町村などを中心に、本事業・前期として20%の人口を占める地域で取り組みを行い、引き続き、そのモニタリングと評価を行う。
2. 平成27～29年度は、それまでの4年間の経験を踏まえて、事業実施の必要性と効果の期待される地域を優先して、7年間の目標で達成可能な地域で順次事業に取りかかり、また実績をあげていく（最終的に事業が実施されている箇所を全人口の50%以上、着手を含めて70%以上、事業実施の検討を含めて90%以上とする）。



アウトリーチ医療 WG

【目標】当事者の生活を支える多職種チームによる

アウトリーチ医療の実現

要旨

保健・医療・福祉のいずれの分野についても、「サービスが必要であるほどサービスが届きにくい」という状況がある。そうした切実なニーズがあるところにサービスを届けるのがアウトリーチである。利用者にとって馴染みある環境のもとで、地域の力を活用しながらケアを提供できる多職種チームによるアウトリーチが普及すれば、地域における生活のなかで専門的サービスと生活支援を受けることができるようになると考えられる。「本人が来なければ何もできない」という現状を変えるために、アウトリーチサービスを提言し、ここでは特に、医療におけるアウトリーチについて提言する。

1. 精神保健・医療・福祉のいずれにおいても、多職種によるアウトリーチを中核的なサービスに位置づけて、広く普及させる
2. 最初に相談を受け付けて確実にサービスにたどりつけるための「こころの健康SOSダイヤル」を設ける
3. 外来と入院の隙間を埋める休息の場を地域に設ける
4. アウトリーチの充実によって外来診療の機能分化を推進する

提言起草委員：田尾有樹子，西田孝志，福田正人  
委員：伊藤順一郎，萱間真美，高木俊介，渡邊博幸

## A. 当事者・家族のニーズ

### 1. ユーザーのニーズ

出かけていかなければ、そもそもサービスにつながる事ができない。調子が悪いと病院にも行けない。

家まで来てもらえる、病気のことでなく、生活のことなどいろいろなことが相談できる。安心して相談しやすい。

住居がないような状況だと、サービスを求めに出向くことすらできない。

病院からの訪問看護を10年間利用してきた。いろいろなスタッフから、固定的でない様々な視点で様子を見てもらった。症状が変化したときに早期に対応してもらえた。主治医とのコミュニケーションの緩衝と促進となった。具合が悪くなった時に、代表電話ではなくてサービスに直接つながるホットラインが必要。

### 2. 家族や周囲のニーズ

「本人が来なければ」と言われ続けて何年もたってしまった。

引きこもりでどうして良いかわからないまま、様子を見ていた。本人の様子を知ってもらえる機会がない。

急激に症状が悪化した時に、どうやって医療機関に連れて行けば良いのか。

学校で問題を感じながら、いきなり受診を勧めるわけにもいかず、専門家に様子を見てもらえる機会がない。

遠方に住んでいると兄弟でも様子を見に行くことがなかなか出来ない。日常生活を見守ってくれる専門家がほしい。

いろいろな機関の連携が必要になった時に、結局は家族がそれぞれのところに出向かなければならない。連携を家族が担わなければならない。

必死の思いで当事者を介護している家族自身も、心理的なサポートや具体的な支援が自宅に届けられることを待ち望んでいる。

アウトリーチで家族の孤立感へ時を得たサポートや支援を可能にする家族相談員の訪問が必要。サービス利用者との関係性を育むためには高い対人能力が必要である。症状が悪化したときのアセスメントができなくてはならない。引きこもりなどの対象者では就労・就学支援のための専門的技術も必要。

生活の場に出向き、地域力を活用するには高い専門性と多様なチームの力が必須。

## B. 現状の分析と改革目標の設定

### 1. アウトリーチの必要性

保健・医療・福祉のいずれの分野においても「サービスを必要とするほどサービスが届かない」という状況がある。

その理由は、

- ① 精神疾患についての知識が不足しているために、起きている事態に気付かない、あるいは判断できないということが起こりやすい
- ② 精神的な問題であることに気付いても、対処法も相談先もわからない
- ③ 対処法や相談先がわかっても、心の問題については認めたくない、出向きたくないという気持ちになる場合がある
- ④ 精神疾患の症状のために、すでに診断や治療をすでに受けていながらも、病気でないと認めることができない、治療を受けたくない気持ちになるなどのことからである。

このように、当事者のニーズと専門家のサービスが離れている事態の解決として、サービスが当事者に近づく（アウトリーチ）という方法がある。アウトリーチは、利用者にとって馴染みある環境のもとで、地域の力をも活用しながらケアを提供する方法である。アウトリーチでは、地域における生活のなかで狭い意味での専門的サービスを受けることができるだけでなく、生活そのものについての支援を受けることができる。さらに、そうした当事者にとっての利点だけでなく、当事者を介護している家族を始めとする介護者を家庭で支援できるという家族（介護者）支援としての意義、障害者を地域の社会に受け入れることを通じて、こころを病んでも安心して生活することができる社会の実現に貢献できるという地域社会にとっての意義がある。

### 2. 現状

精神保健・医療・福祉のいずれにおいても、アウトリーチ活動が量的にまったく不足しており、また質を保証するための背景が極めて不十分である。そのために、当事者がサービスの場の近くで生活する（入院・入所）という状況がなかなか変わらない。アウトリーチの機能としては、

- ① 事態がまだ明らかではない段階で、ニーズ発見し、問題を同定し、解決法の指針を立てるためのアウトリーチ（サービスへの入口のためのアウトリーチ）
  - ② 明らかとなっている問題について具体的な解決を図るためのアウトリーチ（問題解決へのサービスを提供するアウトリーチ）
- の少なくとも2種類が必要となる。

アウトリーチ活動を実施しようとする場合、保健・医療・福祉が制度として異なることによる壁が障害になる。現在のアウトリーチは、住民であれば無料で受けることができる行政の保健サービスと、契約のもとに病院・診療所・訪問看護ステーションから行なう医療サービスの2種類がある。この両者はおおまかには上記の①と②に対応しているが、最初のアクセスとしては一元化すべきものであり、機能としては連続的で補いあうものであ

り、またサービスとしては一体化して提供すべきものである。このように機能と制度がうまくマッチしていないために両者の適切な利用が当事者・家族にはわかりづらいし、両サービス間での共同や連携の仕組みが欠落している。医療サービスの中では、病院と訪問看護ステーションではアウトリーチが可能な職種が異なっており、アウトリーチでチーム医療を提供することを困難にしている。

さらに、アウトリーチを実現するためには、当事者が地域で生活の場を持っていることが大前提である。長期入院やホームレス状況に追い込まれたために住居が確保できない当事者のためには、安価な住居を安定して確保できることが必須である。

### 3. 改革目標

- ① 多職種チームによるアウトリーチを広く普及させる。
- ② それを可能にするための経済的基盤を整備する。
- ③ アウトリーチにおいて保健・医療・福祉が一体となって提供できる制度を構築する。
- ④ 地域に安価な住居を安定的に確保する。

### C. 問題解決のための根拠やエビデンス

4000名を越える家族への調査によると、精神的な不調に初めて気づいたとき、訪問して支援を開始してくれたらと思った家族は72.2%、信頼できる専門家に相談できるようになるまで3年以上かかった人は31.4%、まだ出会っていない人が18.9%おり、「サービスへの入口のためのアウトリーチ」の必要性が示されている。また、具合が悪くなった本人がせつかく医療にかかっても、一ヶ月以上中断をしたことのあるひとは74.5%のほり、問題解決へのサービスを提供するアウトリーチの必要性が示されている（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による4,419名の家族への調査結果）。

訪問サービスを提供している病院は65.9%である（平成19年度630調査暫定値1,642病院の調査）が、訪問看護ステーションで精神科訪問看護を行っているのは49.4%である。訪問看護ステーションからは、医療保険の報酬を得てアウトリーチを提供できる職種は限定されている。精神科訪問看護を行っていない訪問看護ステーションが、電話相談（59.8%）や複数名での訪問ができれば（55.6%）精神科訪問看護を提供できていること（全国訪問看護事業協会による平成21年度 3,380箇所の訪問看護ステーション全数調査）から明らかのように、制度が整備されれば多職種チームによるアウトリーチが可能になると考えられる。

### D. 具体的な改革案

#### 1. 精神保健・医療・福祉においてアウトリーチを中核的なサービスに位置づける

精神保健・医療・福祉のすべてにおいて、アウトリーチを中核的なサービスに位置づける。医療においては、多職種がチーム医療を提供する「こころのアウトリーチセンター」

（仮称）を設置してチーム医療を拡大し、診療所との連携をより機動的にする。

全体の活動の指標として、医療においては活動の1/3を、保健と福祉においては活動の2/3をアウトリーチとして行うことを、10年間で実現する（予算指標で評価?）。そのために、全国のモデル地区において3年間のトライアルを行ない、その後2年間で制度を全国に普及し、残り5年間で数値目標を達成する。

さらに、保健・医療・福祉それぞれ固有の多職種チーム間の連絡調整会議を可能にする。

こうしたアウトリーチを実現する基盤として、自宅のない当事者への住居確保を自治体の責任で5年以内に行なう。グループホームや旧・病棟を利用する場合であっても、管理運営は自治体が行なう。

#### 2. 最初に相談を受け付けて確実にサービスにたどりつけるための

##### 「こころの健康 SOS ダイアル」を設ける

保健・医療・福祉によるアウトリーチを機能的には一体となって提供できるように、最初に相談を受け付けて責任をもって確実にいずれかのサービスに結び付けるために国がサポートする一本化した窓口「こころの健康 SOS ダイアル」を設置し、広く国民に周知する。この人材は保健、医療の双方が拠出し、安定して有効な運用を図ります。保健、医療のそれぞれのアウトリーチチームの連携を、国が開催をサポートする会議体で保証、強化する。例えば、人口10万に対して一箇所程度の「地域精神科医療センター」を設置してアウトリーチチームやショートステイ、の機能を整備する。

#### 3. 外来と入院の隙間を埋める休息の場を地域に（ショートステイハウスの創設）

自宅へのアウトリーチだけでは不十分な状況に対応できる、入院・入所以外のサービス提供の場を公的に設ける。人口10万人あたり1か所を5年以内に設置する。少しの間生活の場を離れて、距離をおいて休息すれば解決する問題が少なくないからである。そうしたちよとした休息と支援を当事者や家族が受けられるように、ケアの場を無料で提供し、当事者にアウトリーチサービスがケアを届けるとともに、家族には休息の場を提供し家族支援を受けられるようにする。必要であれば入院を勧めることもあるが、その場合もアウトリーチのサービスは継続する。

#### 4. アウトリーチの充実により外来診療の機能分化を推進する

医療のアウトリーチチームは、病院、診療所の外来、訪問看護ステーション、こころのアウトリーチセンター（新設）など多様な場に設ける。そのことによって、外来の機能も、専門医療を重視したタイプ、心理社会ケア（ケアマネジメント、心理教育、認知行動療法、デイケアなど多職種によるケア）を中心に行うタイプ、そして薬物療法の調整を専門的に行うタイプなどに分かれ、アウトリーチチームの相互の紹介によって、利用者は必要なサービスを選ぶことができる。

いずれの機能の外来であっても、地域の精神保健・医療・福祉ネットワークへの参加と協力を必須とする。

そのような段階で、外来診療を類型化し、基準を設け、表示を可能にし、診療報酬のうえでも評価を行なう制度を7年以内に確立させる。

## E. 改革を普及させるために必要となる経済的基盤や診療報酬改訂

### 1. 多職種チームによるアウトリーチが活動できる経済的基盤を

医療においては、多職種チームによるアウトリーチを可能とする診療報酬を設定する。具体的には、

#### ① 基準を満たす多職種によるアウトリーチ活動についての包括的評価

- 1か月の累積アウトリーチ時間で評価
- 1回のアウトリーチを最低30分に設定
- 人数や職種数による係数をつける
- 対象者全員についての累積アウトリーチ時間の提出を求める

#### ② 交通時間の評価(1か月の累積時間で評価)、から構成することで、過剰訪問を防止し、人口密度の少ない地域に配慮する。

チームのサービスには、24時間の電話対応、必要時の緊急訪問、家族など介護者へのケアを含むこととする。

### 2. 住居確保のための経済的基盤

自宅のない当事者への住居確保を自治体が行うために、グループホームの設置、民間のアパート・グループホーム・旧病棟の借り上げ制度を整備する。

## F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

### 1. 診療報酬における位置づけ

診療報酬において、精神科専門療法の一環としてアウトリーチを位置づけ、包括的に評価する。チームによるアウトリーチケアに携わる職種(現在は医師、看護師、保健師、作業療法士等)に臨床心理職、精神保健福祉士を明記する。医師による包括的指示を認めて、医師以外のスタッフがその範囲の独自の判断でサービスを提供できるようにする。

### 2. 権利擁護のための第3者機関の設置

アウトリーチサービスは生活の場に提供されるため、第三者の目が届きにくくなる。その点をカバーするために、利用者の権利擁護、サービスへの不服申し立て、トラブルの仲裁などを行う制度を制定する。具体的には、第3者機関を地域ごとに公営で設ける。

## G. 改革を政策として開始するために必要となること

<1年以内>

1. アウトリーチ制度の詳細なつめと、診療報酬における仕組みの改訂の準備
2. ショートステイハウスの詳細なつめと制度の準備
3. 住居確保の準備
4. 権利擁護第三者機関の詳細なつめ
5. 先行して改革を実施するモデル地区の選定

## H. 改革を継続して完成するために必要となること

### 1. アウトリーチの機能の評価システム

アウトリーチケア提供の要件と評価の基準を透明化する。アウトリーチサービスの利用および利用終了の要件を明確にし、効果を地域滞在期間(ショートステイハウスの利用は地域滞在時間とする)などのアウトカム指標を用いて評価する。評価を診療報酬の支払い要件の1つとする。効果は当事者や家族の満足度などの指標も含む。

### 2. 人材の育成

アウトリーチケアに関わる、チーム医療と地域ケアマインドをもった人材を育成し、質の高いケアを提供する(リカバリー概念、ストレングスモデル)。病院モデルに偏重した教育システムから脱却し、地域ケアモデルで育成する。

### 3. 病棟からアウトリーチへの移行のモデルの明示化

現在、社会的入院とされる利用者をアウトリーチに移行する場合の、実際の手順、当事者の住居の確保、スタッフの研修の進め方、スタッフの働き方の変化と現在の業務からの移行の仕方、それに伴う医療経済の変化、空床になる建物の活用法などについて、多くの当事者や病院スタッフや経営者が参考にでき、安心してアウトリーチ体制に移行できるような、地域の実情に合った様々なモデルを明示する。

