

## 精神障がい者アウトリーチ推進事業の報告



平成25年12月19日  
精神障害者地域移行推進部会

医療法人 明柳会  
恩田第2病院

太田克也

## ACT (Assertive Community Treatment) 包括型地域生活支援プログラム

Assertive

(日本語WordNet)

押しが強く自信満々の  
(aggressively self-assured)

(Weblio)

積極的, 威勢がいい

1960年代後半に米国ウイスコンシン州マディソンにおいて、Steinらは服薬や通院の困難さを支援することを重い精神障害をもつ人たちのニーズととらえて、24時間体制で積極的な訪問活動を行うなど、新たな精神科地域ケアの在り方を提唱し実戦を重ねていった。院内でのリハビリテーションの限界が主張され、急性期であっても入院という処遇をとらないで在宅で支援することが最善のリハビリテーションであるという理念が息づいていた。

## ACT (Assertive Community Treatment) 包括型地域生活支援プログラム

**重い**精神障害によって長期在院を余儀なくされている人たちの退院支援とその後の地域生活支援を担う役割と、地域にいながら**重い**精神障害を抱えて頻回に入退院を繰り返す人たちへの地域生活支援を担う役割をもち、精神科病床が減じた状況に対応するために必要なプログラムである。

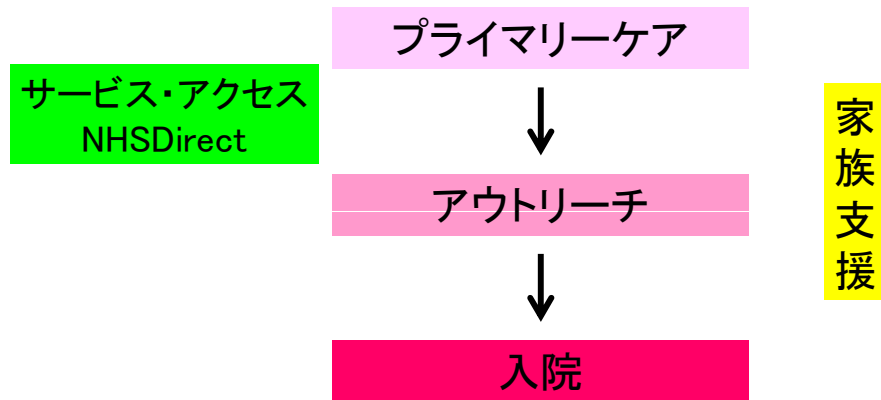
## アウトリーチ (Outreach)

### イギリスの自殺の現状と対策

イギリスでは年間4500人が自殺で死亡している。自殺は公衆衛生上の問題だとする認識が高まり、1999年に発表された白書「Our Healthier Nation: OHN」で、2010年までに自殺率を20%削減することが、国家の目標として定められた。

- ★プライマリー精神保健ケアの充実
- ★サービス・アクセスの改善
- ★専門家による訪問型治療の開発(アウトリーチ)
- ★病院と危機対応住居の改革
- ★家族支援

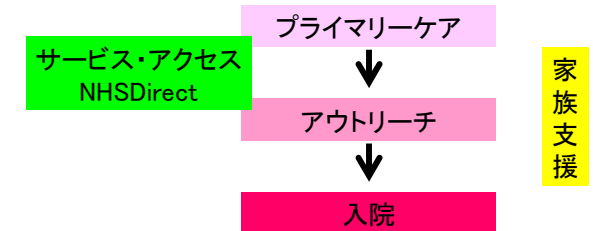
## イギリスにおける精神科医療



- ★プライマリー精神保健ケアの充実
- ★サービス・アクセスの改善
- ★専門家による訪問型治療の開発(アウトリーチ)
- ★病院と危機対応住居の改革
- ★家族支援

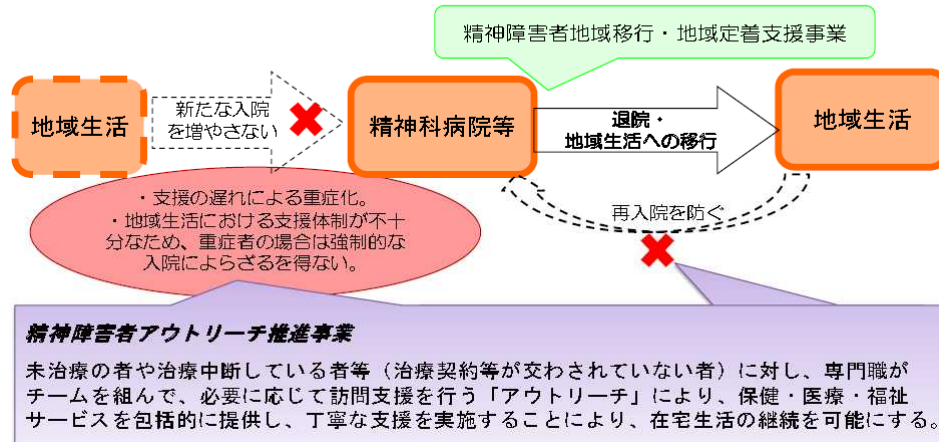
人口10万人あたりの平均自殺率は  
1998～2000年の9.7人から  
2008～2010年の7.9人へと  
約18%減少した。

結核患者でもアウトリーチの有効性が示された。



## 課題の解決を入院という形に頼らない

これまで、退院促進事業を行ってきたが、退院後いかに再入院を防ぎ、地域に定着するか、また、入院していない者であっても、いかに入院につながらないようにするかが課題となっている。



## おんだアウトリーチ支援の特徴

【主な対象者】①受療中断者②未受診者③ひきこもり状態の者④長期入院の後退院し、病状が不安定な者  
※主診断名が統合失調症圏、重度の気分障害圏、認知症による周辺症状がある者（疑含み）を主たる対象とする  
※精神科病院、精神科診療所の実施の場合は、自院以外の患者も対応する  
【具体的な支援内容】・時間（休日、夜間含）、対象者及び家族へ迅速な訪問、相談対応・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・関係機関との連絡、調整及びケア会議の開催

【特徴】・医療や福祉サービスにつながらない段階からのアウトリーチ（訪問）による支援を行う・医療と日常生活の支援の両側面からの支援（協力医の確保）・時間相談対応可能（対象者及びその家族、関係機関に限る）・状況に応じ、地域の関係職員もチームに加え対応・家族への支援等についても対応可能・病状悪化者の場合でも、できるだけ入院させず在宅支援を前提



## ACT(assertive community treatment)

入院→地域  
長期で重い症状  
継続的な支援

## AOT(assertive outreach treatment)

地域→地域  
(問題の解決を入院という形に頼らない)  
比較的短期で軽い症状  
半年が目標  
(通常の診療報酬や福祉サービスで支援できるようになれば終了)

AO(assertive outreach)

AOT(assertive outreach team)

おんだアウトリーチ(AOT)のDACTS(Dartmouth ACT Scale)によるフィデリティ尺度  
—ACTとの違い—

H:1~11 O:1~7 S:1~10

H9 物質依存専門家がスタッフにいること

O5 入院に対する責任

O7 無期限のサービス提供

S7 個別の物質乱用治療

## AOTの対象

F0 認知症(周辺症状(BPSD)を伴う者)

F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害

F3 気分(感情)障害

①未受診 →保健所の仕事である。対象にするとケースレポート

②受療中断

③長期入院の後、退院し病状が不安定なもの

④ひきこもり

## 受け入れ対象者の区分(平成25年11月末日)

項目 \ 性	男性	女性	合計
相談件数	44	29	73
受入対象者	21	17	38
終了・中止者	12	11	23
現在の対象者	9	6	15

## 対象者分類別一覧①

性別		男性 9名	女性 6名	合計 15名
年齢	20歳以下	0	0	0
	21歳～40歳	4	2	6
	41歳～60歳	4	1	5
	61歳以上	1	3	4
病名	F0	0	1	1
	F2	9	5	14
	F3	0	0	0
	その他	0	0	0

## 対象者分類別一覧②

性別		男性 9名	女性 6名	合計 15名
状態像	未受診	0	0	0
	受療中断	3	4	7
	入退院繰り返し	4	2	6
	ひきこもり	2	0	2

## 活動実績表(平成25年9月～11月)

	9月	10月	11月	合計
電話	64	72	59	195
面接	0	0	1	1
訪問	50	58	55	163
合計	114	130	115	359

## 自宅訪問回数・時間と職種(平成25年9月～11月)

		Dr	Ns	PSW	OT	CP	保健所	その他	合計
9月	回	3	19	19	41	20	3	0	105
	時間	16	12.3	4.2	46	21	4.4	0	103.9
10月	回	3	28	2	54	20	1	4	112
	時間	1.4	22.5	2.2	67.3	20.7	0.7	2.8	117.6
11月	回	4	37	2	40	13	0	1	97
	時間	1.5	24.8	1.8	39.7	14.3	0	2.5	84.6
合計	回	10	84	23	135	53	4	5	314
	時間	18.9	59.6	8.2	153	70.3	5.1	5.3	320.4

※病棟訪問, 受診同行を除く

3ヵ月合計訪問回数:	163	回
1日平均訪問回数:	2.7	回
1回訪問平均時間:	1	時間
1回平均職員数:	1.9	人

活動内容番号 回数(平成25年9月～11月)

活動内容番号		Dr	Ns	PSW	OT	CP	合計
1:ケア計画の作成・ケアマネジメント	数	3	93	5	101	34	236
	時間	1.1	6.9	1.2	17.6	3.5	30.2
2:日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得	数	11	36	10	55	47	159.0
	時間	1.3	8.5	2.0	44.3	10.6	66.8
3:対人関係の維持・構築	数	0	1	4	40	11	56
	時間	0.0	0.5	1.8	19.0	4.3	25.7
4:家族への援助	数	0	22	0	40	12	74.0
	時間	0.0	6.7	0.0	12.0	5.0	23.7
5:精神症状の悪化や憎悪を防ぐ	数	19	45	3	111	81	259
	時間	1.9	8.6	2.1	38.3	22.3	73.1
6:身体症状の発症や進行を防ぐ	数	7	6	0	22	14	49
	時間	0.8	0.8	0.0	5.0	1.9	8.4
7:社会生活の援助	数	0	6	2	8	11	27
	時間	0.0	6.1	1.0	7.3	5.8	20.2
8:住環境に関する援助	数	0	4	4	6	6	20
	時間	0.0	0.4	0.4	0.8	0.7	2.4
9:就労教育に関する援助	数	0	0	5	5	7	17
	時間	0.0	0.0	1.9	1.0	2.9	5.8
10:対象者のエンパワメント	数	2	59	1	115	21	198
	時間	0.3	10.7	0.7	34.1	3.1	48.9
合計	数	42	278	29	503	244	1095.0
	時間	5.4	40.6	7.3	179.4	60.2	238.4

ケースカンファレンス 回数・時間(平成25年9月～11月)

		Dr	Ns	PSW	OT	CP	保健所	その他	合計	回数	検討人数
9月	回	1	6	1	9	3	4	13	37	5	5
	時間	0.5	7.3	0.5	8.3	3.8	6.3	26.8	53.5		
10月	回	1	1	1	3	3	3	8	20	4	4
	時間	1.1	0.7	1.5	2.8	3.3	3.6	8.4	21.4		
11月	回	1	3	0	2	0	3	5	14	2	2
	時間	1.0	3.0	0.0	2.0	0.0	3.0	5.0	14.0		
合計	回	3	10	2	14	6	10	26	71	11	11
	時間	2.6	11.0	2.0	13.1	7.1	12.9	40.2	88.9		

保健所との情報交換会 参加人数

	Dr	Ns	PSW	OT	CP	保健所	その他	合計	時間	検討人数
10月4日	1	2	1	3	2	1	1	11	3.0	12
11月15日	2	3	1	3	2	1	1	13	0.5	8
合計	3	5	2	6	4	2	2	24	5.8	20

【症例】19歳男性

【症状】幻聴・被害関係妄想・知覚過敏

【経路】サポートネットより紹介

【紹介までの経緯】

中学3年時、誕生日プレゼントに買ってもらったギターに夢中になり、夜眠るのが遅くなり、朝起きることができなくなった。そのため欠席や遅刻が増えた。Aクリニックを受診し、不安障害と診断され薬を処方されたが、2回受診したのみ。高校に入学した頃よりひきこもりが始まった。その後幻聴が出現しX年Y月から、物にあたるようになった。同月、中核地域生活支援センターサからおんだアウトリーチへ紹介となった。母の話では「楽になるのなら薬を飲みたい」と本人が話しているという。



### 【X年Y月～Y+3月】

訪問開始。母が説得するも階下に降りてこず、本人の部屋を訪問。声をかけるが応答なかった。**布団を被ったままの診察ではあったが、統合失調症と診断し抗精神病薬を処方した。**

服薬状況の確認をしながら2週に1度の訪問を続けた。服薬に伴い、三食摂れるようになり、物にあたることが少なくなった。問い掛けに対して反応を示し始めた。

**Y+2**月頃より会話ができるようになってきた。また、新しいスタッフが挨拶すると「よろしくお願いします」と返した。

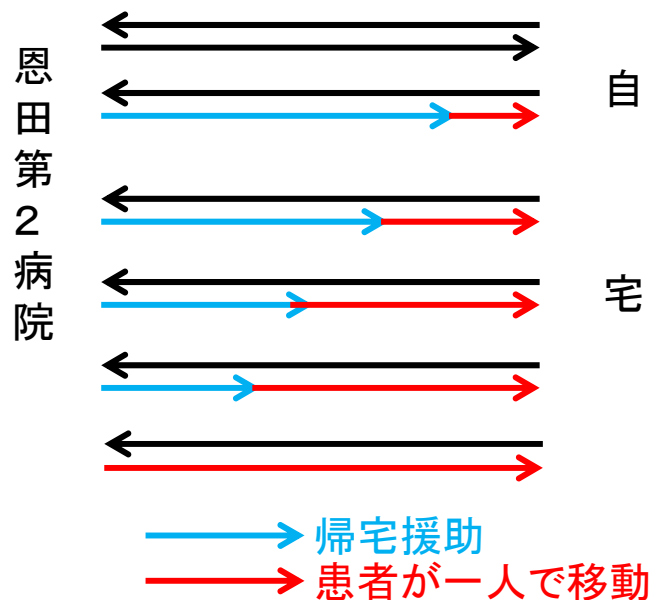
**Y+3**月に入り、初めて階下で話をすることができた。一緒にゲームをやることを提案すると頷いた。

### 【X年Y+4月～Y+7月】

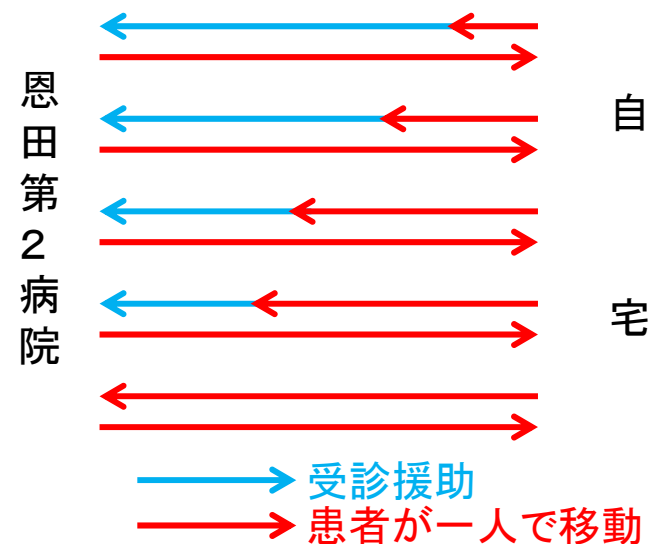
ゲームを行った際、表情が明るくなり笑顔が見られるようになった。また、小さい声ではあるが自発的発言もみられた。スタッフと話す際も、目を合わせてくれるようになった。

**Y+7**月、採血をきっかけに外来受診を開始したが、訪問も継続した。幻聴・知覚過敏が段々と治まってきたことを受け、心理検査(バウム・テスト)実施した。自分を守る力が弱くなっているが、前に進んでいきたいという意欲を感じさせる絵であった。Y+7月から、少しずつ体を動かす提案をし、ストレッチを始めた。

### 【帰宅援助】



### 【受診援助】



### AOTが入院治療に比べ優れている点

- (1) 行動制限などのように患者の自由度が制限されることはない。
- (2) 「退院させる」というプロセスから免れる。  
近年、入院した時点から精神保健福祉士の担当を決め退院に向け調整を始めなければならない程、患者を退院させるために労力が必要である。しかし、AOTでは問題が解決した時点で患者は既に地域にいる。
- (3) 医療費は少なくてすむ。

### AOTが入院治療に比べ劣っている点、苦手な点

- (1) 自傷他害の可能性がある場合  
緊急性があるため、関係の構築に時間がかかるAOTには不向きである。しかし、頻回に母親が警察に連絡してきたために、頻回に24条通報がなされてきた患者を措置入院させないでAOTが支援している事例もある。
- (2) 疾病教育や服薬管理・指導は、入院中なら比較的短時間でできるが、AOTでは関係性を構築しながら行わなければならないので、時間を要する。(約半数で持効性注射剤を導入している)

### AOTが入院治療に比べ劣っている点、苦手な点

- (3) 統合失調症では睡眠および概日リズムの障害(SCRD; sleep and circadian rhythm disruption)が合併することがよく知られている。SCRDは統合失調症の約30~80%に認められ、<sup>18)</sup>。閉じこもり患者ではよりSCRDがみられる。インターホンを押しても出てこない理由としては、実は「拒否」よりも「熟睡」のほうが圧倒的に多い。より広範囲な健康問題やQOLを改善させるために統合失調症のSCRDに着目する必要がある。こういった症例では、「眠前薬」ではなく、「21時に服用する薬」として処方しなければならない。

### 非自発的な入院治療とAOTとの違い

- (1) 非自発的な入院では、インフォームドコンセントが得られない場合でも、治療導入は不可能ではないが、医師から患者への一方向性である。
- (2) AOTでは、同意が得られないとその後の治療は不可能である。最終的に治療方針を決めるのは患者である。

(3) AOTの現場で重要なことは、積極的に患者から医師にベクトルの向きを持てるようになり、十分な情報が交わされるような関係を構築することである。

### Shared Decision Making (SDM)

双方向的な治療方針決定の重要性

治療方針の決定の際、医師が選択肢をあげてあくまで患者に治療を選ばせる手法で、インフォームド・コンセントより患者の自己決定権が強くなった概念である。特に慢性疾患などでは治療方針が患者の価値観によって大きく変わるので使用が望ましいとされている。

### AOTでわかってきたこと

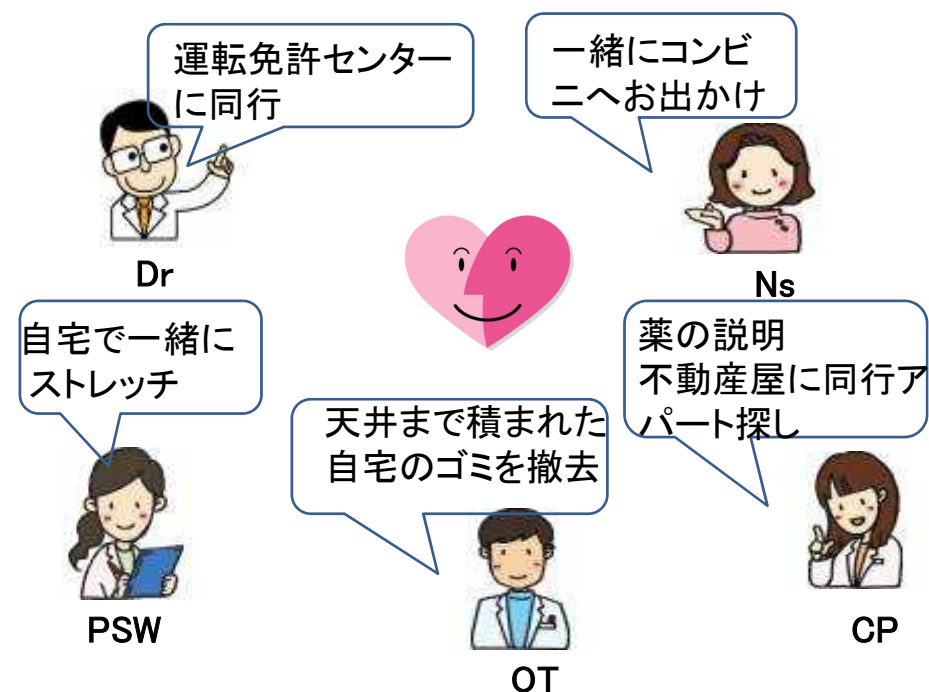
未受診や治療中断患者でも、治療意欲がある患者が少なくない。  
通常受診ではハードルが高いがアウトリーチなら可能という患者が少なくない。

### おんだアウトリーチの特徴

本来アウトリーチの特徴はこれらの援助理念の基  
づいて他職種で構成された構造に特徴がある。

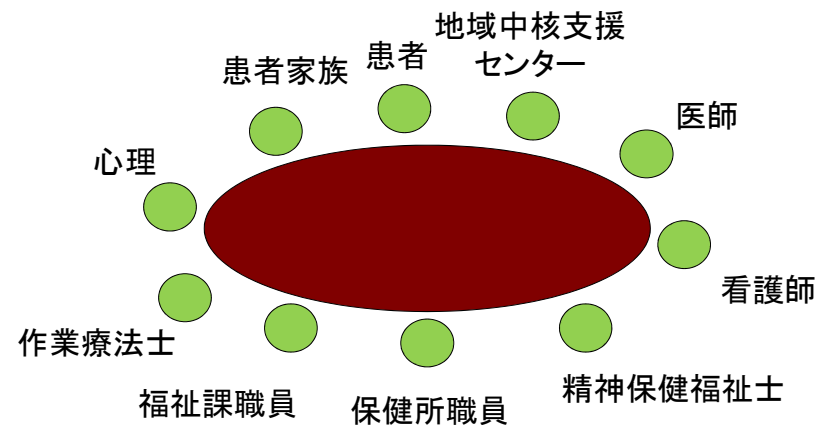


研修を受け、モチベーションも上がってくると  
チームがまとまらなくなってくる。  
また、職種の範囲を超えることもしばしばあ  
る。



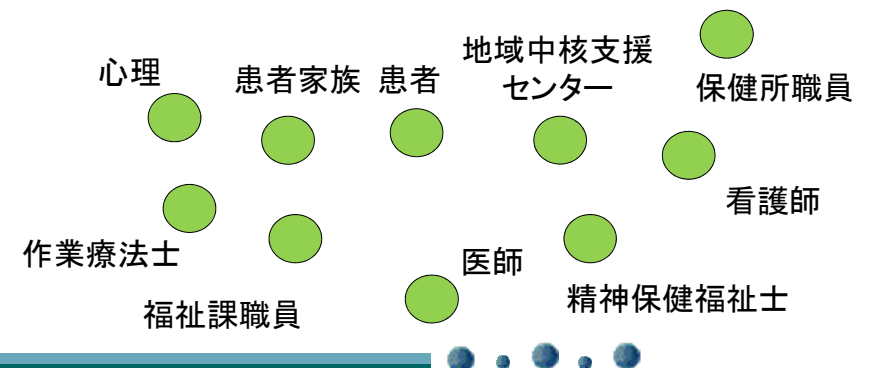


## アウトリーチカンファレンス



## おんだアウトリーチの特徴

チームがまとまらない、そして職種の範囲を超えて活動したほうが患者はよくなる？



## AOTの今後の課題

(1) 契約、同意に基づかないことに関する、人権・権利擁護の問題—民間事業所が無理矢理医療を提供してよいのか？

→ 多職種チーム(含保健所・地域)によるカンファレンス

(2) ゴールをどこに設定するのか？

→ 通常の診療報酬で可能な医療レベル

→ さまざま福祉サービスや社会資源のコーディネートを行って地域で生活し、かつニーズを満たす方向に向けて活動できるレベル

(3) FOとF3をどのように対象にしていくか？

## AOT(assertive outreach treatment)

ご静聴  
ありがとうございました。

