

151 単身生活でひきこもりがち、リストカットのリスクが高いが、本人が入院拒否し、家族からの支援が少ないため、外来医が訪問看護を導入し地域生活を維持することができているケース

援助類型	定着支援
選択理由	リストカットなどの自傷行為の可能性がある。ひきこもり傾向にあったため、通所系のケアは困難であり、訪問看護が妥当であると考えた。

I. 本人情報

- 20 歳代の女性
- 統合失調症（リストカット、ひきこもり、意欲低下、不眠、解離）
- 未婚、独居（賃貸住宅）、生活保護
- ひきこもりのため受療中断の可能性がある。リストカットなど自傷行為の可能性がある。

II. 関与したプロセス

- A 精神科病院 初診（祖母が同行）
 - ・ P S W インテーク
 - ・ 主治医 診察
 ※以後、月 2 回の通院で薬物療法を受ける。
- A 病院受診
 - ・ リストカットなどの自傷行為あり、閉鎖病棟への入院を勧められる。
 - ・ 病棟まで行くが、本人と祖母が拒否し、在宅療養を続ける。
 ※以後、主治医の指示で週 1 回の定期通院。月 2 回毎に外来に薬を取りに来る。
- 主治医より訪問看護の利用の提案がある
 - ・ 本人、祖母、P S W、訪問看護師と訪問看護の利用について相談（15 分）
 - ・ 本人と祖母が利用に同意。（本人は、拒否でもなく、積極的に利用したような様子でもなく、「来てもらってもいい」という返事であった。契約書には、スムーズに自分の名前など記入していた。）自立支援の手続きが終了ししだい訪問看護開始予定。
- 契約書に記入
- 訪問看護より、本人に電話するも応答なし。（15 分）
- 祖母に自立支援の手続きの件を確認するが、本人が手続きをすることになっており、祖母がわからないため、再度連絡をもらうこととなる。祖母より、自立支援の手続き終了したこと連絡がある。（15 分）
- 祖母を通じて、本人が来週の水曜日から訪問看護を受けることが可能であるか、確認してもらう。

契 約

- 訪問看護ステーションが定期訪問を実施。
訪問開始から 10 回中 5 回は応答無し又はキャンセルがあったものの、事前連絡をした後に訪問することとして、以後は月 2 回以内の訪問を継続している。

152 近隣とのトラブルがあり、家族の介護相談から訪問看護導入につながったケース

援助類型	受療中断
選択理由	長女、次女が介護支援専門員（居宅介護支援事業所・社会福祉士）に電話で相談。精神状態の悪化、現在の地域での生活継続が難しくなる。本人は病識がなく、治療を拒否しているため、訪問看護が妥当であると考えた。

I. 本人情報

- 80歳代の女性
- 器質性妄想性障害・老年期精神病（隣人に対する妄想など）
- 家族四人暮らし（賃貸住宅）
- 精神科での薬物療法を受けていたが、本人は病識がなかったため家族が薬を取りに来て服用させていた。妄想による行動化に家族は対応困難になっていた。

II. 関与したプロセス

- 家族が、区役所に相談に行き、介護保険申請を勧められ申請する。
- 介護保険サービス利用のため、居宅介護支援事業所に電話相談をする。
- 介護支援専門員が訪問し面接をする。介護保険の結果がでるまで私費のホームヘルプサービスを利用することとなる。介護支援専門員が、私費のホームヘルプサービスを探し、相談。
- 困難事例かつ予防になる可能性があるため、包括支援センターに相談。
- 訪問介護サービス責任者、介護支援専門員と訪問。
- 訪問介護サービス責任者、包括支援センター、介護支援専門員が訪問。
- 訪問介護で、一緒に調理をしながら行動の見守り、隣人宅へ行かないようにすることとなる。
- 訪問介護サービス責任者から電話。夫が退院してきており、仲介をしてきたが、サービスを拒否。
- 介護支援専門員が、包括支援センターとも相談し、訪問介護での対応が難しいと考え訪問看護の利用を検討することとなる。
- 介護支援専門員、包括支援センター、訪問介護サービス事業所で担当者会議。
- 訪問介護だけでは対応が難しいため、精神の専門的な関わりと医療との連携をとるため訪問看護の導入を検討する。
- 訪問看護ステーションに介護支援専門員より訪問看護利用の相談。
- 居宅介護支援事業所で担当者会議を開催。
- 訪問看護ステーション所長が訪問し、契約に至る。

契 約

- 訪問看護ステーションが定期的に訪問看護を実施。
直近9カ月間に23回（1,170分）訪問、うち2回は本人拒否。関係機関と電話による調整（5回）。
- 介護支援専門員が定期的に訪問・モニタリングを実施。
直近9カ月間に4回訪問。関係機関と電話による調整（1回）。

161 措置入院後退院して受療中断。アパート大家から病院への苦情(本人の大声)により病院スタッフがコンタクトを取り、アパート退去・再入院。退院後週5回の訪問看護で支えているケース

援助類型	受療中断
選択理由	生活保護課ら、周辺の支援者は一切寄せ付けずにした。行政側の希望があり、訪問を開始。

I. 本人情報

- 50歳代の男性
- 統合失調症（幻覚・妄想状態がはなはだしい反面、意欲の減退が見受けられる）
- 母親・兄との三人暮らし（持ち家）、兄の就労収入・母親の年金収入・本人の障害年金収入
- 幻覚に左右されると思われる大声を出すことが頻繁に続いていて、そうした状態に家族が疲弊している。本人が通院・服薬を拒否していることからマスクメディケーションが行われている。

II. 関与したプロセス

- A病院の訪問看護の契約に至る2カ月半の経緯は以下の通り（関与した時間：計2,203分＝36.7時間）。
 - 母親がA病院に來所。【事前に母親が相談に行っていた福祉サービスからもA病院に連絡は入っていた模様・詳細は不明】医療福祉相談室と訪問部署の精神保健福祉士2名で60分対応。幻聴に左右され、閉居的な生活を送っている息子のことについて相談あり。母親自身によるマスクメディケーションや親亡き後についての心配が強い。
 - A病院の訪問部署の精神保健福祉士が福祉サービス側へ電話発信。情報収集10分。
 - 訪問部署の精神保健福祉士が母親へ電話発信。訪問開始日の設定など10分。
 - 最初に対応した医療福祉相談室と訪問部署の精神保健福祉士2名が自宅訪問。母親から生活状況の聞き取り120分。交通費200円（A病院からの移動距離1km×20円計算）。
 - 訪問部署の精神保健福祉士が母親へ電話発信。前回訪問時の振り返り10分。
 - 訪問部署の精神保健福祉士が母親へ電話発信。次回訪問のための調整10分。
 - 前回同様の精神保健福祉士2名が自宅訪問。母親との面談に息子（本人）も同席。本人の趣味ややりたいことについて話を聞くこと120分。交通費200円。
 - 訪問部署の精神保健福祉士と作業療法士が自宅訪問。関係作りを中心に120分。訪問部署の活動理念や母体となっている病院の説明も行う。交通費200円。
 - 訪問部署の精神保健福祉士が本人へ電話発信。次回訪問時に医師も同席することについて相談3分。本人はその旨了承。
 - 訪問部署の精神保健福祉士と作業療法士、それにA病院の医師が自宅訪問。本人の希望に合わせて近所のスーパーへ弁当を買いに出かけ、自宅でお弁当を食べながら、本人の好きな音楽の話などをすること120分。交通費200円。
 - 作業療法士が本人へ電話発信。前回訪問時の感想を尋ねることなど10分。
 - 精神保健福祉士と作業療法士が自宅訪問。本人の希望で家電量販店へ外出同行。その後、自宅にてA病院への通院を促してみたところ、まずは見学の希望あり。150分対応。交通費200円＋家電量販店への往復＋α。
 - 作業療法士が母親へ電話発信。見学の実施などについて情報交換10分。
 - 精神保健福祉士が本人へ電話発信。病院見学のスケジュール確認30分。
 - 精神保健福祉士と同じ部署の看護師が自宅訪問。A病院の見学実施90分。訪問看護についての説明も行う。交通費400円。
 - 精神保健福祉士が本人へ電話発信。前日の感想を伺うなど10分。
 - 精神保健福祉士と作業療法士が自宅訪問。本人の希望で古本屋などへ外出同行120分。「病気になる前は、こんな風に仲間と一緒に出かけたかった」とのこと。交通費200円＋α。

- A病院の訪問部署の精神保健福祉士とA病院の医師が自宅訪問。病気の構造や薬の効用などについて心理教育を実施1時間。本人も服薬再開の意思を表示。「おたくの病院は〇〇教に影響されていない病院ですね。信頼できます」と訪問看護の契約締結。状況を母親にも説明。以降、交通費も頂くように。同日中に、処方薬を上記の精神保健福祉士が自宅へ届け、服用の仕方について説明60分。

契 約

- 月1回の外来診療、平均5分

- 週2回の訪問看護

精神保健福祉士3名と看護師1名が対応（ニーズに合わせて単数ないし複数で訪問）

訪問1回の平均滞在時間41.4分平均67分（ほか移動時間往復32分）

支援内容⇒ 日常生活上の支援、社会生活に関する支援、精神症状・服薬管理に関する支援、家族支援、社会参加・対人関係に関する支援、通院支援などを行っている

162 本人からの通院・服薬拒否のため受療中断していたが、母親が家族会からの情報をもとに病院に相談し、訪問看護を導入することができたケース

援助類型	受療中断
選択理由	以前は通所をしていたこともある福祉サービス（相談支援事業所）のスタッフが自宅を訪問することもあったが、本人と会うことができずにいた。母親の強い希望もあり、A病院からの訪問による相談を検討。母親自身の身体疾患のために訪問看護を実施し、本人との接点を求めた。

I. 本人情報

- 女性（年齢不詳）
- 統合失調症（文章は滅裂で、幻聴と荒唐無稽で誇大な妄想が認められる）
- 独居（賃貸住宅）
- 重大ではないが、近隣とのトラブルを頻回に生じさせてしまっている状況。

II. 関与したプロセス

- 措置鑑定を経てA病院に措置入院となる。退院後も通院加療を継続するものの通院中断となる。アパートの貸主からの苦情がA病院に入り、本人への訪問看護の導入の提案を1カ月間続ける（関与した時間：計 3,520 分＝146.7 時間）。
 - ・ 自宅への訪問回数 17 回（1 回平均 138.3 分＋移動往復時間 60 分）
精神保健福祉士、看護師、作業療法士がニーズに合わせて訪問
支援内容⇒ 精神症状自己管理のための働きかけ、日常生活支援全般
 - ・ 関係機関のみへの訪問 1 回（60 分＋移動往復時間 60 分）
 - ・ 関係機関との電話連絡 7 回（1 回平均 4.2 分）

契 約

- 2 週間に 1 回の外来診療、平均 5 分
- 週 5 回の訪問看護
精神保健福祉士 3 名と看護師 1 名が対応（ニーズに合わせて単数ないし複数で訪問）
訪問 1 回の平均滞在時間 41.4 分（ほか移動時間往復 8 分）
支援内容⇒ 日常生活上の支援、社会生活に関する支援、精神症状・服薬管理に関する支援、家族支援、社会参加・対人関係に関する支援、通院支援などを行っている

171 支援センターによる頻回の訪問によって強い被害妄想がありながら地域生活を継続していたが、保健師の判断で身体ケアに訪問看護ステーションを導入したケース

援助類型	定着支援
選択理由	強い被害妄想のために外出が困難であり、支援センターが訪問できない夜間や休日等の自宅での対応が必要であった。

I. 本人情報

- 70歳代の女性
- 統合失調症（被害妄想、幻聴）
- 独居（賃貸住宅）、就労している
- 強い被害妄想のために外出が困難であり、支援センターが訪問できない夜間や休日等の自宅での対応が必要であった。

II. 関与したプロセス

- 退院後に保健師が定期的に訪問。相談センター職員も週1回訪問していたが、身体面及び救急時の対応が可能である訪問看護ステーションに依頼があった。
- 訪問看護ステーションとの契約が締結するまでの20日間での支援状況は以下の通り。
訪問7回（計375分）※うち4回は保健師と同行

契 約

- 契約後2カ月間の訪問状況は以下の通り。
 - ・訪問7回（計380分）
 - 支援内容⇒ 全身状態の観察、服薬の管理とセット、家計管理の支援

201 就労日の利用が父の死を契機に途絶え、2年後に近隣通報があって関与、医療保護入院を経て退院4日後に飛び降りて、現在入院中のケース

援助類型	受療中断
選択理由	近隣住民からの強い要請。相談支援専門員が状況から判断して、本人の生命の危機を察した。訪問のリスクを鑑みて、初回の危機介入は、複数名（2名）の相談員が対応した。

I. 本人情報

- 40歳代の女性
- 統合失調症（幻覚、思考伝播）
- 未婚、独居（賃貸住宅）、就労していない
- 本人の幻聴、妄想状態が悪化。本人の様子をみて、同じアパートの住民が心配になり、医療的支援を求めた。

II. 関与したプロセス

- 同じアパートの住人から要請があり、相談支援事業所の相談支援専門員2名が緊急的に訪問。本人を説得して、精神科救急に受診。即日入院（保護者がおらず、市長同意による医療保護入院）。薬物療法による治療で症状が緩和し退院許可が出たため、相談支援事業所が退院支援を実施。退院4日後に突然、自宅アパートの4階から飛び降り、救急搬送され入院。外傷が治り、ADLもほぼ自立まで回復。今後の生活について、本人を交えて、病院の精神保健福祉士、生活保護課のケースワーカー、相談支援事業所で検討中。

○ 相談支援専門員の6カ月間における支援状況（関与した時間：計4,735分≒78時間）

《近隣住民からの通報》

- ・ 本人宅への緊急訪問 : 2名×1回（計360分）
- ・ 精神科救急への受診同行 : 1名×1回（計360分）
- ・ 入院中の病棟訪問 : 1名×5回（計250分）※身の回りのものを届ける、金銭に関する相談
- ・ 入院中の関係機関との調整 : 1名×1回（計120分）※入院費用の調整
- ・ 入院中の一次外出支援 : 1名×3回（計300分）
- ・ 入院中の試験外泊手続 : 1名×4回（計270分）※送迎
- ・ 退院調整 : 1名×2回（計75分）
- ・ 退院後のサービス利用手続 : 1名×1回（計30分）
- ・ 退院時の同行 : 1名×1回（計60分）

《退院4日後に飛び降り》

- ・ 救急搬送時の同行 : 1名×1回（計690分）
- ・ 病院及び関係機関との調整 : 1名×2回（計270分）
- ・ 手術のための転院準備等 : 1名×3回（計450分）※急変時の対応協議を含む
- ・ 術前説明、術中の付き添い : 1名×2回（計780分）※下顎の手術
- ・ 転院／転棟準備、同行支援 : 1名×2回（計360分）
- ・ 術中の付き添い : 1名×1回（計120分）※人工骨頭置換術
- ・ 関係機関と協議 : 1名×1回（計240分）※今後の生活について協議

202 家族と知的障害者相談員よりひきこもり・被害感があって受診支援への依頼。クリニックの家族相談を経て本人受診後、救護施設に入所したケース

援助類型	未治療
選択理由	訪問支援は、知的障害者相談員との折り合いが悪いため、相談支援専門員と地区保健師とで行う。

I. 本人情報

- 50歳代の男性
- 統合失調症（幻覚妄想）
- 姉と二人暮らし（持ち家）、姉の障害基礎年金と預貯金の切り崩し
- 同居の姉が本人と全く話ができないことに困っており、本人は近所の中学生と喧嘩なども起こしていた。

II. 関与したプロセス

- 知的障害者相談員から相談支援事業所に相談（軽度知的障害の姉から本人がひきこもり生活をしており、地域にも迷惑をかけているので、未治療のままでよいのか悩んでいる）があり、相談支援事業所の相談支援専門員が実姉と面会（インテーク面接）。相談支援専門員と地区保健師、知的障害者相談員とで本人宅を訪問するも、本人は知的障害者相談員を拒否。家族が精神科クリニックの家族相談を受けた後、相談支援専門員が受診を促し、精神科クリニックの受診に至る。その後、救護施設に入所。
 - 相談支援専門員の6カ月間における支援状況（計1,110分=18.5時間）
 - ・家族とのインテーク面接：1名×1回（計120分）
 - ・本人宅への訪問：1名×1回（計360分）※年金の更新手続の説明
 - ・家族相談の受診同行支援：1名×1回（計60分）
 - ・通院先への受診同行支援：1名×3回（計300分）※入院費用の調整
 - ・家族からの電話相談対応：1名×3回（計120分）
 - ・知的障害者相談員と電話：1名×1回（計30分）
 - ・救護施設見学の同行支援：1名×1回（計60分）
 - ・本人宅への訪問：1名×1回（計60分）※救護施設への入所意向の確認

211 身体状態が悪化し、単身生活維持のためさらなるサービス導入が必要なケース

援助類型	定着支援
選択理由	生活状況の見守りを強化し緊急時の連絡体制（通院介助等を含む）の構築が不可欠となっていたため、生活訓練のほかに相談支援事業所でも訪問支援することとした。

I. 本人情報

- 60 歳代の男性
- 非定型精神病（精神症状は落ち着いているが、糖尿病症状の悪化がみられる）
- 未婚、独居（賃貸住宅）、生活保護・障害基礎年金 2 級
- 糖尿病の症状が悪化しているため、1 人暮らしの継続が困難になってきていた。

II. 関与したプロセス

- A 病院のデイケアスタッフより相談支援事業所に電話（本人が「体調が良くなく、1 人暮らしも不安になってきた」と訴え、通所しない日も増えてきている）。ケース会議（日中の見守りや緊急時の対応等の検討）が開催される。
- ケア会議への参加者：福祉事務所のワーカー、A 病院の看護師、精神保健福祉士 2 名（うち 1 名はデイケア担当）、相談支援事業所の相談支援専門員

契約

- 相談支援事業所の相談支援専門員及び生活支援員の 5 カ月間における支援状況（計 1,870 分≒31 時間）
 - ・銀行及び買い物同行支援：1 名×1 回（計 90 分）
 - 《高血糖のため入院》
 - ・受診同行支援及び入院手続：2 名×1 回（計 360 分）※関係機関との連絡調整を含む
 - ・入院中の病棟訪問：1 名×5 回（計 240 分）※金銭管理、衣類購入
 - ・退院調整：1 名×2 回（計 90 分）
 - ・退院後のサービス利用手続：1 名×1 回（計 20 分）※居宅介護の利用申請
 - ・退院時の支援：1 名×1 回（計 90 分）※買い物支援を含む
 - 《退院》
 - ・本人宅の訪問：1～2 名×5 回（計 450 分）※服薬確認
 - ・受診同行支援：1～2 名×5 回（計 600 分）
 - ・サービスの調整：1 名×1 回（計 20 分）※居宅介護の利用回数増の希望に対応

212 医療機関への受診継続しているが、妻も精神疾患を抱えており家族調整と他機関連携が必要となり地活が中心となって連携をとって地域生活を維持できているケース

援助類型	定着支援
選択理由	イライラして何も手に付かない等の訴えが頻回で、車の運転も不安で通院介助をしてほしいとの内容であった。

I. 本人情報

- 30 歳代の男性
- うつ病（病状悪化時は希死念慮が出る）
- 家族三人暮らし（賃貸住宅）、就労している
- 妻（統合失調症）の病状が不安定であり、子どもへの虐待が顕著となってきた。妻が自動車事故を起こしたことを契機に病状が悪化。

II. 関与したプロセス

- 妻から地域活動支援センターに電話（子育てストレスのため、食欲なくイライラして何も手につかない、苦しいとの訴え。受診したいが、雪道の運転に不安がある等）。その後、地域活動支援センターの精神保健福祉士が受診同行支援や訪問支援を行う。その過程で夫（本人）もうつ状態であることが判明する。妻の自動車事故を契機に本人の症状が悪化し、希死念慮が非常に強いことから入院となる（同時に妻は援護寮に入所、子どもは児童援護施設に緊急保護）。夫は一度退院するものの多量服薬し再入院。退院後は援護寮に入所し仕事にも復帰する。妻の退所に向けてカンファレンスが開催される。
 - 地域活動支援センターの精神保健福祉士の3カ月間における支援状況（計 980 分＝16.3 時間）
 - ・電話相談対応 : 1 名× 3 回（計 140 分）※子育てストレスの訴えをきく
 - ・本人や妻と面談 : 1 名× 2 回（計 120 分）※子育てストレスの訴えをきく
 - ・妻の受診同行支援 : 1 名× 1 回（計 360 分）
 - ・本人の受診同行支援 : 2 名× 1 回（計 360 分）
 - ケア会議への参加者：病院の主治医・ケースワーカー、保健所（児童担当、生活保護担当）、児童養護施設、市町村担当保健師、援護寮施設長、地域活動支援センター（施設長・ケースワーカー）

契 約

- 支援センターの相談支援専門員の6カ月間における支援状況（計 2,010 分＝33.5 時間）
 - 《妻が自動車事故のため入院》
 - ・妻の入院先の病院訪問 : 1 名× 1 回（計 180 分）※関係機関との連絡調整を含む
 - ・妻の入院先への送迎支援 : 1 名× 1 回（計 120 分）
 - ・ケア会議への参加 : 2 名× 2 回（計 360 分）※退院後の引越しについて検討
 - 《妻が退院》
 - ・賃貸不動産物件探し、契約 : 1 名× 2 回（計 450 分）
 - ・訪問看護に同行 : 1 名× 1 回（計 90 分）※引越しの準備
 - ・引越し支援 : 1 名× 1 回（計 180 分）
 - 《妻が膝の手術のため入院》
 - ・妻の入院支援 : 1 名× 1 回（計 60 分）
 - 《妻が退院》
 - ・妻の退院支援 : 2 名
 - ・電話相談に対応 : 1 名× 5 回（計 360 分）※夫婦喧嘩の仲裁
 - ・来所相談に対応 : 1 名× 1 回（計 60 分）※夫婦喧嘩の仲裁
 - ・訪問支援 : 1 名× 2 回（計 150 分）※夫婦喧嘩の仲裁（ルールづくり）

221 医療機関へ受診継続しているが、妻も精神疾患を抱えており家族調整と他機関連携が必要となり地活が中心となって連携をとって地域生活を維持できているケース

援助類型	定着支援
選択理由	ひきこもり（1年）から保健所に母親が相談し入院に至る。再入院を防ぐために看護師が退院前に相談支援事業所に連絡し支援を開始したケース

I. 本人情報

- 20歳代の男性
- 統合失調症
- 母親と妹2人と同居（持ち家）、本人の障害基礎年金2級及び日中活動事業所の工賃等
- 本人の退院にあたり、病棟看護師は地域定着支援が必要だと考えた。

II. 関与したプロセス

- 母親が保健所主催の「ひきこもり相談」に相談。医療機関の受診を勧められ、精神科病院を受診⇒入院となる。病院の看護師から相談支援事業所へ電話相談があり、再入院を防ぐために相談支援事業所が介入することになった。

○ 相談支援事業所の相談支援専門員の1カ月間における支援状況（計420分＝7時間）

- ・入院中の病院を訪問 : 1名×2回（計120分）※本人の意向確認等
- ・退院前のケア会議を開催 : 1名×1回（計90分）※退院後のサービスの検討
- ・病院と家庭を訪問 : 1名×1回（計180分）※認定調査
- ・退院支援 : 1名×1回（計30分）※退院後まもなく訪問看護、就労Bの利用開始

契 約

○ 相談支援事業所の相談支援専門員の4カ月間における支援状況（計375分＝6.3時間）

- ・本人宅を訪問 : 1名×2回（計100分）
- ・就労B事業所を訪問 : 1名×1回（計60分）
- ・訪問看護師と電話連絡 : 1名×1回（計20分）
- ・母親へ電話 : 1名×1回（計15分）
- ・短期入所事業所の見学同行 : 1名×1回（計60分）
- ・短期入所の利用契約に同行 : 1名×2回（計120分）

222 10年前に入退院後受療中断でひきこもり、父との関係悪化により相談支援事業所が通院を支援したケース

援助類型	定着支援
選択理由	相談支援事業所の相談支援専門員が、家族から電話相談を受け、通院を十数年していないこと・外出もほとんどなく、家族以外の他者と交流も皆無であることを考慮し、訪問支援を選択した。

I. 本人情報

- 40歳代の男性
- 統合失調症
- 70歳代の両親と同居（持ち家）、就労訓練中
- 十数年間何も変わらない本人の状況や医療との関わりも途切れていたことなどから家族が通院の必要性を感じていた。

II. 関与したプロセス

- 父親から相談支援事業所へ電話相談（最近感情の起伏が激しく、先日は口論となり警察が介入、一刻も早く医療に繋がってほしい）。相談支援専門員が同行し精神科に通院（通院予定日を2度キャンセル、3度目に通院）。通院拒否や副作用を嫌がる言動が見られたため、訪問し傾聴助言する。年金申請（厚生）をする。父親と関係が悪いため、訪問し父親には病状の説明、本人には地域活動支援センターの活動（当事者会活動）に参加するよう促す。個別面談を数カ月間実施し（訪問・来所）、地域活動支援センターの活動に参加し始める。

○ 相談支援事業所の相談支援専門員の1カ月間における支援状況（計360分＝6時間）

- ・父親からの電話相談対応 : 1名×1回（計60分）
- ・本人宅を訪問 : 1名×3回（計180分）※受診を勧める
- ・本人からの電話相談対応 : 1名×2回（計60分）
- ・受診同行支援 : 1名×1回（計60分）

契 約

○ 相談支援事業所の相談支援専門員の10カ月間における支援状況（計1,500分＝25時間）

※地域活動支援センターの活動への参加を促す。

- ・父親からの電話相談対応 : 1名×2回（計90分）
- ・本人からの電話相談対応 : 1名×2回（計120分）
- ・本人の来所相談対応 : 1名×17回（計1,110分）
- ・本人宅を訪問 : 1名×3回（計180分）

231 支援センターに相談後、入退院を経験し入院中から支援センターが生活と家族の不安への支援を行ったケース

援助類型	未治療・定着支援
選択理由	本人の生活の場で実際の様子を確認するために、本人同意のもと家族からの相談があったために行った。訪問支援は病院 PSW や保健師がすでに行っており、これに関わるリスクは低いと判断した。

I. 本人情報

- 30 歳代の男性
- 統合失調症（被害関係念慮はあるが、明らかな幻覚妄想は確認できない）
- 母親と同居（持ち家、父親はアルコール性認知症で入院中）、就労している
- 怠薬による被害妄想が出現しており、同居の母親が本人の様子に不安を感じていた。

II. 関与したプロセス

- 誰かに見られている感じがする、周囲の音が気になると窓に紙を張るなどしている様子が見られ、姉に連れられて A 病院を受診。副作用が気になると服薬せず、誰かに盗聴されている、監視されている等の訴えがあり、B 病院精神科に入院。通院が便利だからと A 病院に通院先変更。通所授産施設の利用開始。週 1～2 回程度利用し、作業に参加する。母親が膝関節の治療入院後、通院が中断してしまう。母親より通院が中断しているのでどうしたらいいかと市保健師に相談があり、A 病院の精神保健福祉士へ連絡。市保健師から紹介された姉が地域活動支援センターに来所相談する。
- 地域生活支援センターの精神保健福祉士の 11 カ月間における支援状況（計 650 分＝10.8 時間）
 - ・ 姉の来所相談対応 : 1 名×1 回（計 60 分）
 - 《医療保護入院》
 - ・ 本人の来所相談対応 : 1 名×2 回（計 150 分）※退院後の生活に関する相談
 - ・ 賃貸不動産物件探し : 1 名×1 回（計 30 分）
 - ・ 入院中の病棟訪問 : 1 名×1 回（計 80 分）※退院に向けた確認
 - 《退院》
 - ・ ケア会議への参加 : 1 名×1 回（計 60 分）※本人宅にて
 - ・ 本人の来所相談対応 : 1 名×2 回（計 120 分）※ストレスの訴えをきく
 - ・ 姉の来所相談対応 : 1 名×1 回（計 30 分）
 - ・ 本人宅を訪問 : 1 名×2 回（計 120 分）※ストレスの訴えをきく
- ※この他、保健師の訪問 2 回（計 60 分）、病院の精神保健福祉士の訪問 2 回（計 120 分）

232 兄の死去に伴い精神症状が悪化し、保健所・病院からの定期訪問が開始されたが、本人の要望からさらに地域活動支援センターからの訪問支援も加わったケース

援助類型	定着支援
選択理由	訪問による相談は、本人が不安が強く外出が困難であることにより、本人、家族の希望があったため行った。訪問によるリスクは低いと判断した。

I. 本人情報

- 70歳代の男性
- 統合失調症（被害妄想が主症状だが、それが理由で攻撃的になったり興奮したりすることはない）
- 未婚、独居（持ち家）、生活保護
- 被害妄想で誰かが自宅に侵入して自宅にある物を盗んでいく等の妄想が強く、信頼できる人が家で留守番していなければ外出しにくい状況だった。

II. 関与したプロセス

- 誰かが自分の悪口を言っている声が聞こえる等の訴えがあり、A 病院に初診。その後、通所授産施設の利用開始するものの、兄が死亡し孤独感を強く感じるようになり、誰かが家に入って日用品を使っていく等の訴えが増える。市保健師、通所授産施設、A病院精神保健福祉士で本人の不安軽減のために定期訪問を開始する。さらに、本人から電話相談を受けた地域生活支援センターの精神保健福祉士が訪問するに至る。

○ 地域活動支援センターの8年間における支援状況の概略。

- | | |
|----------------|--|
| X年3月7日 | 本人から電話 地域活動支援センター精神保健福祉士が対応 <u>30分</u>
悪い奴が自宅に侵入してきて困っているので時々様子を見に来てほしい、という内容 |
| X年3月25日 | 支援センター精神保健福祉士が自宅へ訪問 <u>1時間</u>
心の貧しい奴が家に勝手に入ってくるので、なるべく家に居るようにして絵をかいいたりしている、と話す。本人の希望で月1回程度、訪問支援を行うこととなる。
※この間、市保健師、通所授産施設精神保健福祉士、支援センターで月1回程度訪問支援（約1時間ずつ）を実施。居宅介護事業所から週1回60分の家事援助がある。 |
| X+7年10月 | 支援センター相談支援専門員が訪問 <u>1時間</u>
最近体が疲れやすくて昼寝をすることがあるが、体調はさほど悪くない、という内容 |
| X+7年11月 | 支援センター相談支援専門員が訪問 <u>1時間</u>
こないだの受診帰りに外食に行き、コップ1杯お酒も飲んだ。風邪もひかないし、体調はいい、という内容 |
| X+7年
12月3日 | 市社会福祉課より支援センターに電話 <u>10分</u>
現在障害福祉サービスで居宅介護を利用している方の中で、介護保険に移行できる方がいないか見直しをした結果、Bさんに介護保険に移行してもらうことになった。近日中に要介護認定を受けることになった、という内容。 |
| X+7年
12月24日 | 支援センター相談支援専門員が訪問 <u>1時間</u>
介護認定の結果、要支援1になった。色々な書類が届いたので一緒に見てほしい。また自分が自宅を留守にすると、ある人間が自宅に来て物をずらしたり、調味料に何かを混ぜていくので、ヘルパーさんが来ている間に用事を足すようにしている。しかし市からヘルパーさんが来ている時には出かかずに一緒に調理をするなどするよう言われて困っている、という内容。
支援センター相談支援専門員が訪問 <u>1時間</u> |
| X+8年
1月25日 | 最近よく眠れないので、眠剤を処方してもらった。飲むとよく眠れるが、起きた時にふらつき転ぶこともある。薬が合わないのだろうか、という内容。
この訪問中に用事を足してきてもいいですよ、と伝えるが今日は大丈夫とのこと。 |

5. 各職種におけるアウトリーチケア内容の実態

本研究において収集した 32 事例における各職種（医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、相談支援専門員）の主な支援内容をまとめると以下の通りであった。

■ 医師

- 措置鑑定
- 診察（医療判断）
- 家族との面談
- ケア会議（住民説明会）への参加、関係機関との協議 等

■ 看護師

- 訪問支援
 - ・健康状態の観察、バイタルチェック
 - ・服薬管理（服薬指導）
 - ・本人又は家族の相談対応
 - ・精神症状自己管理のための働きかけ
 - ・通院時の同行支援
 - ・日常生活支援
- ケア会議（住民説明会）への参加、関係機関との協議 等

■ 精神保健福祉士

- 訪問支援
 - ・本人又は家族の相談対応
 - ・服薬管理（薬のセット）
 - ・通院時の同行支援
 - ・買い物や食事等の外出の際の同行支援
 - ・日常生活支援（家事全般、庭木剪定や草取り等）
 - ・年金現況届や特別障害者手当の申請支援
 - ・本人の借金整理の支援（消費生活センターへ連絡、消費者金融からの手紙等を整理、自己破産手続のため弁護士事務所に同行支援）
 - ・ハローワーク障害者窓口への相談支援
 - ・家族の介護保険利用のため居宅介護支援事業所へ電話連絡
 - ・家族への情報提供
- ケア会議（住民説明会）への参加、関係機関との協議 等

■ 作業療法士

- 訪問支援
 - ・ 本人又は家族の相談対応
 - ・ 服薬管理（薬のセット）
 - ・ 通院時の同行支援
 - ・ 買い物や食事等の外出の際の同行支援
 - ・ キャッチボール等のレク活動
 - ・ 原付バイクの免許取得に向けた助言・サポート
 - ・ 日常生活支援（家事全般、庭木剪定や草取り等）
 - ・ 年金現況届や特別障害者手当の申請支援
 - ・ 家族への情報提供
- ケア会議（住民説明会）への参加、関係機関との協議 等

■ 相談支援専門員

- 訪問支援
 - ・ 本人又は家族の相談対応
 - ・ 通院時の同行支援、緊急搬送時の同行
 - ・ 診断書受取代行
 - ・ 入院時の手続の支援
 - ・ 入院中の病棟訪問（身の回りのものを届ける等）
 - ・ 入院中の一次外出や試験外泊の支援
 - ・ 退院調整、退院後のサービス利用手続
 - ・ 退院時の手続の支援
 - ・ 術前説明、術中の付き添い
 - ・ 転院／転棟準備の支援
 - ・ 救護施設等の見学の同行支援
 - ・ 賃貸不動産物件探し、契約支援
 - ・ 引越し支援
 - ・ 年金現況届や特別障害者手当の申請支援
- ケア会議への参加、関係機関との協議 等

6. アウトリーチ活動を依頼するまでのルート

本研究で収集した32事例について、アウトリーチ活動を依頼するまでのルートをとりまとめたものが以下の通りである。

ID	援助類型	相談ルート1	相談ルート2	アウトリーチ活動を依頼するまでのルート	備考
11	未治療	病院	精神保健福祉センター	病院(医師・看護師・精神保健福祉士)が、ACTが必要と判断し、病院と県が精神保健福祉センター(ACT)に依頼した	措置入院からの退院にあたって
83	未治療	家族	保健所・精神保健センター	家族(母親)がひきこもりの家族の会で知った病院の医師の助言を受けて保健所と精神保健福祉センターに相談。保健所が訪問を行うと同時に、精神保健福祉センターが母親に対してA病院にも相談するよう助言し、A病院からも訪問も行われた。	
112	未治療	家族	保健所	長くひきこもっているケースで、保健所が関わっていたが未受診のままであった。母親から希望があり、保健所が嘱託医に相談し、ACT開始。	
131	未治療			行政(市の障害福祉課の保健師)の関わり。(経緯不明)	
142	未治療		相談支援事業所	相談支援事業所に相談があった。	
202	未治療	家族	知的障害者相談員	家族が、自身の支援をしてきている知的障害者相談員に相談し、その相談員が相談支援事業所に相談。	
231	未治療	家族	市保健所	家族が市の保健師に相談。市の保健所からの紹介で家族が地域生活支援センターに相談。市の保健所が病院にも連絡をし、病院から精神保健福祉士も訪問を行った。	
12	受療中断	病院 (措置鑑定医)	県保健所	措置鑑定医が、県の保健所にACT導入を勧めた	措置鑑定において措置は不要となったが、アウトリーチが必要という判断
21	受療中断	家族	保健所	家族(母親)が福祉事務所に生保申請の相談をし、福祉事務所が保健所を紹介した。保健所嘱託医が訪問支援が必要と判断し、母親、保健所がクリニック(ACT)に依頼した	経済的に逼迫し母が生保申請の相談をした。

ID	援助類型	相談ルート1	相談ルート2	アウトリーチ活動を依頼するまでのルート	備考
51 (再掲)	受療中断	家族	市保健所	母親が市の保健所に相談し、保健所がクリニック受診を説得。	
81	受療中断	家族	病院	家族(母親)が病院に相談。主治医が訪問看護ステーションに指示を出した。	
92	受療中断	主治医	病院訪問	主治医が訪問看護を指示	一度は、本人の自宅近くの診療所に転院したが(股関節手術後の通院困難)、受療中断となっていた。病状が悪化したところに周囲の勧めがあり、再び当該診療所を受診した。
111	受療中断	家族	保健所	家族(母親)が保健所に相談した。保健所の精神保健相談員、精神科医師(保健所の嘱託医と同じ病院)、ACT(嘱託医はACTの医師でもある)の精神保健福祉士が訪問。	
121	受療中断	医療機関・行政	相談支援事業所	複数の医療機関、行政(障害福祉課)が相談支援事業所に相談。	
122	受療中断	相談支援員	行政・福祉事務所・病院・ステーション	相談支援専門員が家族の意向をもとに、行政、福祉事務所、病院、訪問看護ステーションと連携を取った。	
132	受療中断	本人	市の障害福祉課	本人から市の障害福祉課に相談があった。	
152	受療中断	家族	介護支援専門員	家族が介護支援専門員に相談。介護支援専門員が、訪問看護ステーションに相談した。	
161	受療中断	家族	病院・福祉サービス	家族(母親)が病院に相談。母親は福祉サービスにも相談しており、行政からも訪問の希望があった。	
162	受療中断	近隣・実家	病院・ステーション	アパートの貸主から病院に苦情。家族(母親)からの強い希望があり母親の身体疾患の訪問看護を導入し本人との接点を求めた。	措置退院後受療中断となっていた。
201	受療中断	近隣	相談支援事業所	同じアパートの住人が相談支援事業所に相談。	本人を説得し入院した。軽快し相談支援事業所が退院支援を行ったが退院4日後に飛び降り、現在入院中。相談支援事業所と病院の精神保健福祉士、生活保護のケアワーカーで今後の生活を検討中。

ID	援助類型	相談ルート1	相談ルート2	アウトリーチ活動を依頼するまでのルート	備考
22	定着支援	相談支援事業所・ステーション	クリニック	相談支援事業所とステーションが、このままでは、サービスの維持が難しいと判断し、アウトリーチを行うクリニックに変更した。	
51	定着支援	家族	市保健所	母親が市の保健所に相談し、保健所がクリニック受診を説得。	
52	定着支援	病院・地域生活支援センター	クリニック	退院にあたり、病院、地域生活支援センター、社会福祉協議会によるケア会議を行い、医師がクリニックに紹介した。	単身生活で、生活保護費を使いきり被害妄想と栄養失調になり、地域生活支援センターの仲介で入院となった背景がある。
82	定着支援	病院デイケア	病院訪問	デイケアの精神保健福祉士が訪問担当の精神保健福祉士に連絡した	デイケアを利用しなくなったため
91	定着支援	主治医	病院訪問	通院はしていたが、症状が悪化しており、主治医が訪問看護を指示	
141	定着支援	病院	ステーション	退院時に病院からステーションに依頼があった。	
151	定着支援	病院	ステーション	通院中の病院の主治医が訪問看護を提案	
171	定着支援	保健師・支援センター	ステーション	退院後、保健師や支援センターから訪問を行っていたが、夜間や休日にも対応が可能であるステーションに依頼があった。	
211	定着支援	デイケア	相談支援事業所	利用中のデイケアスタッフから、通所しない日が増えていることなどについて、相談支援事業所に相談があった。	
212	定着支援	家族	地域活動支援センター	家族(妻)が地域活動支援センターに電話	
221	定着支援	病院	相談支援事業所	退院を前に、病院の看護師から相談支援事業所に依頼があった。	入院前にひきこもりで母親が保健所に相談に行っていた背景がある。
222	定着支援	家族	相談支援事業所	家族が相談支援事業所に相談。	
231 (再掲)	定着支援	家族	市保健所	家族が市の保健師に相談。市の保健所からの紹介で家族が地域生活支援センターに相談。市の保健所が病院にも連絡をし、病院から精神保健福祉士も訪問を行った。	
232	定着支援	本人	地域生活支援センター	利用中の通所授産施設や、通院中の病院の精神保健福祉士、市の保健師が訪問を行っていたが、さらに本人より地域生活支援センターに電話相談があった。	

第3章 アウトリーチ支援体制に関する提言

1. アウトリーチ支援体制を支える制度の構築

1) アウトリーチ支援に対する行政のモニタリングシステムの検討

(1) ヒアリング調査

本アウトリーチ運用システムにおける会議体のあり方、自治体との連携体制について、全国保健師長会会長、全国保健所長会会長、研究班メンバーとの意見交換を行った。以下のような意見が出され、研究班としてとりまとめた。(文責はすべて研究班にある)

- アウトリーチの導入と成果評価、終結時には保健所が関与すべきである。
- 都道府県側の課題として、行政職員がとらえているアウトリーチは“受療勧奨の手段”という認識が強く、“生活支援”の部分についての認識が不足しているため、実施前には対職員の研修やスーパーバイズが必要である。
- 本人の希望によらない訪問ケースについて、都道府県の委託による一部権限移譲が必要である。その方法として、ケアプラン、ケアの経過等を書式にして提出し、導入、経過のモニタリング、支援継続の有無等を判断する会議体を都道府県に設置する等が理想的である。
- ケース全ての申請の認可や定期のカンファレンスは過重に負担となる可能性があり、その点について工夫が必要である。
- 実施体制として、現在、地域の精神医療福祉サービスを管轄している行政（市区町村の担当部署）が関与することが望ましい。市区町村が関与することで、保健所も動きやすくなる。しかし、現実問題として、モニタリング機能を市区町村が担うことは負担が大きすぎるのではないか。
- 自立支援協議会等が関わることも想定されるが、地域によっては協議会を設置していないところもある。また、保健所だけではアウトリーチ対象者の是非についての判定が困難になる場合も想定されるため、精神保健福祉センターの関与も必要ではないか。
- 自治体により体制にも差があるので、アウトリーチ対象者の選定機能やモニタリング機能を担う機関として「都道府県」とのみ明記してはどうか。
- アウトリーチチームへのニーズを把握するシステムを明確にする必要がある。事業開始前の関係機関への種まきをしておかないとケースがあがってこない可能性もある。未治療であれば余計に事務局（窓口）機能は重要である。そのため、窓口を一本化させることが望ましいのではないか。
- ケースの受入れのルートは多様になることが想定されるため、窓口をどこに設置するかについては検討が必要である。
- 最初の窓口については基本的にはアウトリーチチームが担い、スクリーニングは