

3. ケースの詳細

全 10 事例のうち、各圏域 2 事例についてケースの概要とケア提供内容について述べる。

ケース ID : A-001	
保健所保健師と病院臨床心理士（ボランティア）が訪問に行っていたが、アウトリーチチームとして訪問することで明確な枠をもって本人・家族への支援を行えるようになったケース	
事例類型	ひきこもり状態
支援開始経緯	<p>相談者: 家族 相談受付機関: 保健所</p> <p>X-4 年 3 月 保健所に両親と姉が相談。この際の担当が D 病院の医師であり、姉の受診と共に、本人の家族相談を D 病院で受けることを勧めた。</p> <p>同年 4 月 D 病院に家族が来院。臨床心理士による家族相談開始</p> <p>同年 8 月 保健所訪問開始</p> <p>X-3 年 4 月 保健所訪問に臨床心理士同行開始</p> <p>X-2 年 4 月 自宅訪問時に本人が部屋より出て、直接会えるようになる。以後自宅訪問時には本人が出迎え、本人自ら作ったゼリーや菓子類を振舞ってくれるようになり当たり障りのない話には快活に答えてくれるようになったが、今後の生活や家族との関係などの核心に触れようとすると、話を避け、表情も険しくなってしまう、話が続けられない。</p> <p>X-1 年 10 月 停滞した現状を打破するため、アウトリーチチームでカンファレンスを実施。支援開始に至った。</p>
<p>I. 本人情報</p> <p>年齢、性別：40 代男性 診断名：不明 症状：不明 婚姻状況：未婚 居住形態：自宅 世帯状況：父・母・兄弟姉妹と同居 経済状況：家族の収入と老齢年金 就労状況：無職 状態像についての概要：過去 18 カ月の入院はなし 精神障害者保健福祉手帳：なし 支援開始時 GAF 0 点（情報不十分）、SBS 12 点</p> <p>II. アウトリーチチームの事例へのアクセス状況</p> <p>《なぜ本事業の対象者となったか》</p> <p>保健所保健師と病院心理士が訪問していたが、心理士の訪問はボランティア（診療報酬外）であったこともあり、本事業で関わることとなった。今までは限られた人とはしか関わらず、大きな進展がないが、今後、チームとして多職種が関わることで進展がみられるのではないかと考えられたため。</p> <p>《支援目的》</p> <p>ひきこもり生活が長く、他者との関わりが少ない中での日常生活の維持、生活技術の獲得、拡大に関する支援と、本人への対応に困っている家族サポートをすること。</p>	

Ⅲ. ケアの流れ

10月						
月	火	水	木	金	土	日
					1	2
3	4	5 ケア会議 16:00～(30分)	6	7	8	9
10	11	12 ケア会議 16:00～(30分)	13	14	15	16
17	18	19 ケア会議 16:00～(20分)	20	21	22	23
24	25	26 ケア会議 16:00～(20分)	27 評価検討委員会 (18分)	28	29	30
31		総ケア時間 148 分				

*ケア会議は、所要時間を検討したケース数で割ったものとする。

*網掛けは日、祭日

【10月の支援概要】

	経過
ケア会議	週1回、4回開催。参加者はチームメンバーと、状況によっては保健所保健師も参加した。 1回目では対象者をリストアップし、その後からこのケースについての情報を丁寧に共有した。家族に精神的な疾患がある方が多く、本人は20年前後ひきこもり状態であり病名も不明であることから今後も情報を集めて訪問支援していくこととなった。
評価検討委員会	第一回目の委員会が開催され、行政職員や有識者などが参加した。 まずは本事業についての周知を行い、本ケースの導入経緯、ケア内容、チームの活動状況、カンファレンスの開催頻度や内容について報告した。

【11月の支援概要】総ケア時間 241 分（移動時間 60 分を含む）

	経過
ケア会議	週 1 回、5 回開催。参加者はチームメンバー、また状況により保健所保健師が参加した。 内容は、本人の妹に対する暴言があることが訪問時の報告からなされ、今後も見守りと状況の把握に努めるといった今後の方向性が話し合われた。また、妹が今後攻撃されて家から出ていくことになったという現在の状況が共有された。
訪問	臨床心理士 1 名が 90 分かけて 1 回訪問し、本人へケアの導入の働きかけといったケアマネジメントのほか、自己効力感、コントロール感を高める援助といった対象者のエンパワメントがなされた。

【12月の支援概要】総ケア時間 319 分（移動時間 60 分を含む）

	経過
ケア会議	週 1 回、3 回開催。参加者はチームメンバーであった。 内容は、本人の父が一人暮らしをするように勧めているものの進展がないことが共有された。また、訪問の中で本人が家をでたいと言い始めており、進展しているという情報提供がされた。
訪問	臨床心理士によって 60 分かけて 1 回行われた。本人へのケアの導入の働きかけ、ハローワークなど利用できるサービス内容や社会資源に関する基本的な情報の提供のほか、不安の傾聴・軽減や自己効力感、コントロール感を高める援助といった対象者のエンパワメントを行った。
家族からの訪問	臨床心理士が各 60 分、2 回対応した。本人とのつきあい方に対する家族への援助、家族自身の困難や将来・生活設計に関する援助、家族へのエンパワメントといった家族への援助を行った。

【1月の支援概要】総ケア時間 411 分（移動時間 60 分を含む）

	経過
ケア会議	週 1 回、チームメンバーにより 4 回開催された。 内容は、年末に妹への興奮によって警察通報に至った経緯が共有され、妹の話になるとまとまりが悪くなり進展がないため支援の再検討の必要性が話し合われた。家族は、警察介入になっても進展がなかったことで納得がいかなかったと表出している家族の状況について共有した。また、家族の主治医が今後本人と面談するといった今後の方向性が話し合われた。
評価検討委員会	第 2 回の委員会が開催された。ケースのケア内容、活動状況、カンファレンスの開催頻度や内容について報告した。なぜ支援が先に進まないのかという質問が出たが、2 年以上かけてようやく心理士との関係性も安定し現在に至るのだということを説明した。また、アウトリーチチームとして介入できるようになったことで今までより対象者に対する支援がしやすくなったことが報告された。
訪問	心理士による 60 分の訪問が 1 回行われた。ケアへの導入への本人への働きかけ、利用できるサービス内容や社会資源に関する基本的な情報の提供といったケアマネジメントのほか、不安の傾聴・軽減、自己効力感、コントロール感を高める援助といった対象者のエンパワメントが行われていた。
家族からの訪問	臨床心理士が各 60 分、3 回対応した。本人とのつきあい方や、家族自身の困難や将来・生活設計に関する援助、家族へのエンパワメントといった家族への援助がなされていた。

ケース ID : A-011	
未治療・未診断で妄想がある高齢者が、家庭内で家族とトラブルを起こし、家族からの相談でアウトリーチチームの支援につながったケース	
事例類型	未治療・未診断
支援開始経緯	<p>相談者：家族</p> <p>相談受付機関：地域包括支援センター</p> <p>X-2年8月 認知症の妻が易怒的で本人に暴力を振るう事があったりしトラブルが絶えない。妻が精神科病院に入院する。</p> <p>X-1年3月 妻が退院と同時に施設入所となる。</p> <p>X-1年12月 地域包括支援センターより情報提供あり。長男と口論となり暖房のダクトを振り回してガラスを割ってしまうということがあった。町職員が訪問すると妄想的な話が聞かれたこともあり、受診をすすめるが拒否する。今後、家人としても受診させたいが、すぐには出来そうにない可能性が高いためまずは訪問してもらいたいと家族からの希望があった。</p>
<p>I. 本人情報</p> <p>年齢、性別： 80代以上、男性</p> <p>診断名： 未受診者、不明</p> <p>症状： 30歳頃から 神の音が聞こえるようになるが、家族には話さずに経過した</p> <p>状態像についての概要： 過去18カ月の入院： なし 服薬：なし</p> <p>婚姻状況： 既婚 居住・世帯状況： 自宅で家族（息子、娘、その他）と同居</p> <p>経済状況： 家族の収入、老齢年金 就労状況：なし</p> <p>医療保険・障害者自立支援法、介護保険法等に係るサービス： 市町村保健師による訪問 あり 福祉事務所による訪問 あり</p> <p>支援開始時 GAF 30点 SBS 31点</p> <p>II. アウトリーチチームの事例へのアクセス状況</p> <p>《なぜ本事業の対象となったか》</p> <p>幻聴・妄想様の言動があり、家族は受診をさせたいが、本人は拒否していた。すぐには受診出来そうになく、家族からもアウトリーチチームの支援の希望があり、支援が開始となった。</p> <p>アウトリーチチームの広報活動により、地域包括支援センターはチームの存在を知っており、連絡が入るに至った。</p> <p>《支援目的》</p> <p>対人関係の構築・維持に関する支援、 家族への支援、精神症状の悪化や増悪防止に関する支援。</p>	

Ⅲ. ケアの流れ

12/1月						
月	火	水	木	金	土	日
19	20	21 電話（ケアマネジメント） 10：30～（30分） PSW1	22 家族からの訪問 15：00～（60分） PSW1	23	24	25
26	27 電話（ケアマネジメント） 8:30～（30分） PSW1	28 訪問 10:30～（135分） PSW1	29 電話相談 8:30～（30分） PSW1	30	31	1/1
2	3	4 ケア会議 16:00～（10分）	5	6	7	8
9	10	11 ケア会議 16:00～（9分）	12	13	14	15
16	17 訪問 9:15～（135分） PSW1	18 ケア会議 16:00～（9分）	19	20 評価検討委員会 （10分）	21	22
		総ケア時間 458 分（移動時間 150 分を含む）				

*12月21～1月20日の一か月間でケア時間を計算。

*ケア会議は、所要時間を検討したケース数で割ったものとする。

*網掛けは日、祭日

【12月の支援概要】総ケア時間 285分（移動時間 60分を含む）

	経過
ケアマネジメント	訪問開始前に、ケアマネジメント・連絡調整のための電話業務を 30分×2回実施し、対象について検討した。
ケア会議	毎週1回、チームメンバー6名と、必要時保健師1名が参加しケア会議を実施した。これまでの経緯と、支援の必要性について検討。家族とトラブルとなりガラスを割るなどし、家族は受診の必要性を感じているとのことで、地域包括支援センター職員とアウトリーチチームスタッフが訪問することが検討された。
訪問	週1回PSWが訪問した。家族への支援（本人との付き合い方、家族自身の困難への支援、家族へのエンパワメント）から始め、翌週は紹介元の地域包括支援センター職員と訪問し、訪問先支援計画を検討するとともに、本人の食生活、活動、家族の支援を実施した。
電話	家族と電話で本人との関係についての支援を行った。

【1月の支援概要】総ケア時間 271分（移動時間 150分を含む）

	経過
ケア会議	毎週1回、チームメンバー6名と、必要時保健師1名が参加しケア会議を実施した。訪問経過についてチームで共有し、これからの訪問体制について検討した。幻聴のとおり動いていることが多く、妄想、物忘れから家族と言い合いになることもあり、支援対象として訪問を継続していくこととなった。まずは関係性の構築から行うこととなった。
評価検討委員会	支援経過を報告した。
訪問	週1回PSWが訪問した。日常生活に関する援助（食生活、活動、生活環境、整容）に関する支援、家族への支援、スタッフとの関係構築を行った。

ケース ID : B-001

入退院を繰り返している発達障害の本人に対し、日常生活行動や金銭管理、対人コミュニケーションに関して多職種での支援を開始したケース

事例類型	長期入院等の後退院した者や入退院を繰り返す者、ひきこもり状態
支援開始経緯	相談者：都道府県（別事業実施主体） 相談受付機関：アウトリーチチーム X-10年 2月～X-1年 1月 約10年の間に20数回の入退院を繰り返す。入院中は毎回、他患とのトラブルが多発する状態。退院後は、頼れる支援者を見つけると1日に50回近く電話をかけたり、地域の各社会資源でもトラブルを起こすなどの迷惑行為から、受け入れ先がなくなっていった。 X-1年 1月 手厚い生活支援が必要であるとの判断から、都道府県事業による訪問支援が開始される。 X-1年 12月 都道府県事業からの引き継ぎでアウトリーチが開始される。

I. 本人情報

年齢、性別：20代男性

診断名：統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

（小児期および青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害）

症状：不明

婚姻状況：未婚 居住形態：賃貸（集合住宅） 世帯状況：独居

経済状況：生活保護、 就労状況：無職

状態像についての概要：過去18か月の入院あり、服薬あり

精神障害者保健福祉手帳：あり 自立支援医療費：なし

その他医療保険・障害者自立支援法に係るサービス：居宅介護利用、2回/週、受診1回/週
訪問看護2回/週利用

支援開始時 G A F 53点 S B S 22点

II. アウトリーチチームの事例へのアクセス状況

《なぜ本事業の対象者となったか》

生活スキルが低く発達障害もあることから地域で自立した生活を送ることが困難であるが、入院生活にも適応できず、手厚い支援により地域で生活していくことを支えることができる本事業の適応と判断された。

《支援目的》

最終目標は作業所につながることであり、まずは自分で調理ができることと金銭管理ができることを目標に県モデル事業による支援が開始され、本アウトリーチ事業に引き継がれた。

Ⅲ. ケアの流れ

12月						
月	火	水	木	金	土	日
			1	2	3	4
5	6	7	8	9 訪問 15:00～(100分) Ns1	10	11
12	13 訪問 11:15～(60分) Ns1	14 訪問 10:30～(60分) Ns1	15	16	17	18
19	20 訪問 11:00～(90分) Ns1	21 訪問 13:00～(150分) Ns1	22 訪問 13:15～(120分) Ns1	23	24	25
26	27 訪問 10:45～(90分) Ns1	28	29	30	31	
総ケア時間 670 分（移動時間 210 分を含む）						

*網掛けは日、祭日

【12月の支援概要】

	経過
訪問	看護師による7回の訪問が、週1～3回のペースで行われており、2名の看護師が交代で支援をした。食生活に関する援助が、ほぼ毎行われており、そのほか活動性・生活リズムに関する援助、生活環境の整備、金銭管理、趣味・余暇に関する援助、買い物に関する援助といった日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得に対する支援をした。そのほか、精神症状に関する援助、服薬行動援助といった精神症状の悪化や増悪を防ぐ支援や、身体症状の発症や進行を防ぐ支援が行われた。

【1月の支援概要】 総ケア時間 765 分（移動時間 230 分を含む）

	経過
ケア会議	1 回開催され、参加者は 5 名で、看護師 3 名、PSW2 名であった。 会議内容は、対象者の近況とアセスメント、対象者への支援内容の確認と共有、評価などであった。
訪問	看護師 1 名による 6 回の訪問が、週 1～2 回のペースで行われ、2 名の看護師が交代して支援した。 食生活に関する援助や金銭管理に関する援助、活動性、生活リズムに関する援助、買い物に関する援助といった日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得についての支援をしていた。また、対人関係の維持・構築に関する支援のほか、精神症状に関する援助、通院行動の援助、身体症状の発症や進行を防ぐといった精神症状の悪化や増悪を防ぐ支援が行われていた。

【2月の支援概要】 総ケア時間 815 分（移動時間 270 分を含む）

	経過
ケア会議	2 月には 1 回開催（参加者は精神科医 1 名、看護師 3 名、保健師 2 名、PSW3 名）で、事業全ケースについての話し合いの中で対象者についても話し合われた。 内容は、対象者の近況とアセスメント、今後の支援の方向性についての確認・共有などであった。
訪問	看護師 1 名による 8 回の訪問が行われており、2 名の看護師が交代して支援していた。支援内容は、食生活に関する援助が最も多く、そのほか金銭管理に関する援助、買い物に関する援助、活動性・生活リズムに関する援助といった日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得に関する支援が多くあった。その他、精神症状の悪化や増悪を防ぐ支援や身体症状の発症や進行を防ぐための支援も行われていた。

ケース ID : B-004	
病識がなく、妄想に左右された逸脱行動がある。一人暮らしで高齢の親戚しかいない本人に対し、退院後から支援を開始しているケース	
事例類型	長期入院等の後退院した者や入退院を繰り返す者
支援開始経緯	<p>相談者：病院</p> <p>相談受付機関：アウトリーチチーム</p> <p>発症～X-9年 医療機関を転々としながら入退院を繰り返す。</p> <p>X-8年1月 精神症状が悪化しE病院に医療保護入院となる。4カ月の入院治療の後、E病院に通院するが、治療中断しがちであった。</p> <p>X-1年9月 精神症状悪化の状態で他県で保護され、E病院に再入院となった。</p> <p>X年1月 E病院からの依頼で、妄想による逸脱行動が退院後に再燃される可能性が高く、退院後も頻回の関わりにより防止していく必要があるとのことから本事業導入となった。</p>
<p>I. 本人情報</p> <p>年齢、性別：40代男性</p> <p>診断名：統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害</p> <p>症状：不明</p> <p>婚姻状況：未婚 居住形態：自宅 世帯状況：独居</p> <p>経済状況：障害者年金、その他 就労状況：無職</p> <p>状態像についての概要：過去18か月の入院あり、服薬あり</p> <p>精神障害者保健福祉手帳：なし 自立支援医療費：あり 2500円</p> <p>その他医療保険・障害者自立支援法、介護保険法などに係るサービス：なし</p> <p>支援開始時 G A F 65点 S B S 11点</p> <p>II. アウトリーチチームの事例へのアクセス状況</p> <p>《なぜ本事業の対象となったか》</p> <p>妄想による逸脱行動が退院後も出現する可能性があり、また親戚も高齢で対応できない状況。本人に病識はなく、退院後も頻回の関わりが必要であるとの判断から、本事業導入となる</p> <p>《支援目的》</p> <p>支援導入時の目的は「生活リズムをつけるために作業所に通所する」「外来受診を継続する」であった。現在は作業所への通所は40%くらいできているので、通所の継続を促しながら就労につなげていくこと。</p>	

Ⅲ. ケアの流れ

1月						
月	火	水	木	金	土	日
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12 ケア会議 16:00～(60分) Ns2,PHN1,Dr1, PSW2,ケアマネ1	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27 ケア会議 15:00～(40分) Ns1,PSW1, 本人	28	29	30 訪問 9:30～(360分) Ns1	31	
総ケア時間 660分 (移動時間 200分を含む)						

*ケア会議は、所要時間を検討したケース数で割ったものとする。

*網掛けは日、祭日

【1月の支援概要】

	経過
ケア会議	2月には2回開催され、1回目の参加者はチーム員3名を含んだ計7名（精神科医1名、看護師2名、保健師1名、PSW2名、ケアマネージャー1名）により話し合われた。 会議内容は、支援目標およびチームの役割の確認、他社会資源の導入、役割分担の検討などであり、2回目は支援対象本人を含む話し合いがなされ、退院後の生活の仕方について話し合われた。
訪問	看護師1名による訪問が1回行われた。支援内容は、ケアマネジメントのほか、食生活に関する援助、生活環境の整備、整容に関する援助といった日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得や、生活習慣に関する援助といった精神症状の悪化や増悪を防ぐ支援、また、銀行・郵便局・役所、電話・インターネット等の利用の援助といった社会生活の援助が行われた。

【2月の支援概要】 総ケア時間 710分（移動時間 200分を含む）

	経過
ケア会議	2月には1回開催（参加者は精神科医1名、看護師3名、保健師2名、PSW3名）され、事業全ケースについての話し合いの中で対象についても話し合われた。 会議内容は、今後の支援の方向性についての確認・共有などであった。
訪問	看護師1名によって訪問支援を6回行った。 支援内容は、買い物に関する援助や生活環境の整備といった日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得のほか、通院行動の援助や、不安の傾聴・軽減等、対象者のエンパワメントであった。

ケース ID : C-001	
長期入院中にアウトリーチによる支援が検討され、退院後早期からの多職種による支援により地域生活が維持されているケース	
事例類型	長期入院等の後退院した者や入退院を繰り返す者
支援開始経緯	<p>相談者：その他（病院ソーシャルワーカー）</p> <p>相談受付機関：精神科病院</p> <p>X-15年4月 医療保護入院（のちに任意入院） 幻覚妄想状態は改善するが、意欲低下が継続していた。</p> <p>X-4年3月 保護者の長期入院が決まり、世帯分離、生活保護受給開始となった。</p> <p>X-1年6月 身体的な訴えや不安症状が残存していたが、退院パスを導入してアパートでの独居を目標に退院予定となった。（本人の希望もあり）</p> <p>X-1年9月 退院に対する不安が強くなり、本人が病院PSWに相談し支援を希望し、またアウトリーチ推進事業における対象者として病院PSWより相談があり、判定会議を行い、支援対象者となった。</p>
<p>I. 本人情報（X年9月時点）</p> <p>年齢、性別：50代 男性</p> <p>診断名：統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害</p> <p>症状：追跡妄想や被害妄想による異常言動（発症時期 40歳ごろ）</p> <p>状態像についての概要： 過去18カ月の入院はあり（入院中） 服薬：している</p> <p>支援開始時 GAF 40点 SBS 24点</p> <p>婚姻状況：離婚 居住形態：賃貸住宅（退院決まった後の入院中に確保） 世帯状況：独居</p> <p>経済状況：障害者年金 生活保護 就労状況：無職</p> <p>精神障害者保健福祉手帳：あり（2級）</p> <p>自立支援医療費：利用あり</p> <p>その他医療保険・障害者自立支援法、介護保険法等に係るサービス：なし</p> <p>II. アウトリーチチームの事例へのアクセス状況</p> <p>《なぜ本事業の対象者となったか》</p> <p>判定会議において、本人を支えるキーパーソンがないなかで退院後には初めての一人暮らしをすることや、独居が維持継続できる日常生活行動（買い物、調理、保清方法、交通機関の利用など）ができないことが確認された。また退院後の生活に強い不安があり、PSWに相談があったことや夜間に不安がより高まり睡眠障害を呈することもあった。これらのことから、生活が維持されるための相当の日常生活援助が必要であり、不安への対処も適宜行われなければ再入院となることも懸念され、本事業の対象となった。</p> <p>《支援目的》</p> <p>独居が可能となるための日常生活の維持、生活技術の拡大に関する支援、住環境に関する支援を行う。地域で相談できる社会資源や対人関係の構築、不安軽減や予防の対処や服薬の援助を行う。</p>	

Ⅲ. ケアの流れ

9月						
月	火	水	木	金	土	日
12	13	14 判定会議 (45分)	15 訪問 10:30～(120分) Dr1、Ns1	16 記録 10:00～(150分) 調整 13:30～(180分) Ns1	17 電話 7:30～(5分) 訪問 8:45～(45分) Ns1 記録 9:30～(30分) Ns1名	18 電話 18:00～(10分) Ns1
19	20 ケア会議 18:05～(30分)	21 ケアマネジメン ト 10:00～(150分)	22 電話 14:30～(10分) Ns1 電話 15:00～(15分) Ns1 訪問 15:15～(135分) Ns1	23 訪問 15:00～(90分) Ns1	24 訪問 15:00～(60分) Ns1 電話 16:00～(10分) Ns1	25
26	27 訪問 10:10～(70分) Ns1 電話 13:30～(10分) Ns1 ケア会議 18:00～(30分)	28 電話 3:10～(5分) Ns1 訪問 15:10～(60分) Ns1 電話 16:40～(10分) Ns1 電話 23:45～(5分) Ns1	29 電話 13:00～(10分) Ns1 訪問 15:40～(60分) Ns1	30 電話 20:55～(5分) PSW1	31	
総ケア時間 1,350 分 (移動時間 235 分を含む)						

*8:30~10:30、また16:30~17:30には、定例のケア会議が行われている。

*ケア会議は、所要時間を検討したケース数で割ったものとする。

*網掛けは日、祭日

【9月の支援概要】

	経過
ケア会議	9月中旬より支援開始となり、それに伴い週1回で2回のケア会議を開催した。 会議内容は、対象者の情報共有とアセスメント、訪問時の状況と対象者と立案した支援計画について、今後の支援方法についてなどであった。
訪問	11回の訪問が、医師、看護師によって提供されていた。支援導入時は、医師と看護師の2職種で訪問が行われた。 支援導入時は訪問支援によって、不安の傾聴・軽減や肯定的フィードバックなど対象者のエンパワメントが多く行われ、また、支援を開始することから、ケアへの導入への本人への働きかけや本人・家族との関係づくりといったケア計画の作成・ケアマネジメントも同時に多く提供された。
電話	8日間11回の電話による支援が行われた。うち夜間の対応は、3回であった。 主な電話による支援の内容は、不安の傾聴・軽減といった対象者のエンパワメントを行うと共に、サービスや社会資源の利用状況のモニタリングといったケア計画の作成・ケアマネジメントもされており、電話により地域での状況について情報収集やアセスメントがされていた。

【10月の支援概要】総ケア時間 3,633分（移動時間 730分を含む）

	経過
ケア会議	週1回程度で5回開催され、参加者は9月とほぼ同様であった。 会議内容は、対象者の近況とアセスメント、対象者の不安や頻回な電話への対応について、実施した支援の評価などであった。
訪問	26回の訪問が、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、ピアサポーターによって提供されていた。2職種による訪問も数回行われた。 頻度が高い支援は、精神症状の悪化や増悪を防ぐケア、あるいは不安の傾聴・軽減、肯定的フィードバックといった対象者のエンパワメントであった。
電話	18日間、57回の電話による支援が行われた。そのうち夜間の対応は、32回行われていた。支援は、看護師を中心に、精神保健福祉士、作業療法士、ピアサポーターが対応していた。 主な電話による支援の内容は、精神症状の悪化や増悪を防ぐケアや日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得の支援、不安の傾聴・軽減といった対象者のエンパワメントであった。日中は、日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得の援助、夜間は、睡眠の援助といった精神症状の悪化や増悪を防ぐ支援が中心に行われていた。

【11月の支援概要】総ケア時間 2,679分（移動時間 605分を含む）

	経過
ケア会議	週1回程度で6回開催され、参加者は9月とほぼ同様であった。 会議内容は、対象者の近況と変化について、リカバリープランや自己効力感を高める支援についての検討、今後の支援方針についてなどであった。
訪問	20回の訪問が、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士、ピアサポーター、その他の職種によって提供されていた。うち16回は、2職種による訪問であった。 日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得の支援や精神症状の悪化や増悪を防ぐ援助、不安の傾聴・軽減や肯定的フィードバックといった対象者のエンパワメント等の支援に加え、排泄（排泄状況の確認・排泄コントロール）の援助を中心とした身体症状の発症や進行を防ぐ援助が増加した。
電話	12日間、14回の電話による支援が行われた。そのうち夜間の対応は、2回行われていた。支援は、看護師と精神保健福祉士で対応されていた。電話による主な支援内容は、対象者のエンパワメントや活動性・生活リズムに関する援助や趣味・余暇活動に関する援助といった日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得の援助であった。

【12月の支援概要】総ケア時間 4,202分（移動時間 590分を含む）

	経過
ケア会議	週1回程度で4回開催され、参加者は9月とほぼ同様であった。 会議内容は、対象者の近況（特に金銭管理、保清状況、時節の過ごし方）、本人が変化したことや3カ月間のアセスメント、今後の支援方針についてなどであった。
訪問	20回の訪問が、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士、ピアサポーター、その他の職種によって提供されていた。うち11回は、2職種による訪問であった。1時間から2時間を要する傾向にあった。 提供された支援は、日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得の支援が最も多く、その中でも特に、食生活に関する援助や生活環境の整備に関する援助、金銭管理に関する援助が最も多かった。また、肯定的フィードバックを行うという対象者のエンパワメントも多くあり、継続して行われていた。 さらに、対人関係の維持構築や身体症状の発症や進行を防ぐ支援も増加していた。
電話	6日間、7回の電話による支援が行われた。そのうち夜間の対応は、2回行われていた。支援は、看護師と精神保健福祉士で対応していた。電話による主な支援内容は、活動性・生活リズムに関する援助を中心とした日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得の援助や対人関係の維持・構築といった支援であった。

【1月の支援概要】 総ケア時間 3,243分（移動時間 625分を含む）

	経過
ケア会議	週1回程度で4回開催された。参加者は9月とほぼ同様であった。 会議内容は、対象者の近況（特に金銭管理、保清状況、友人関係、睡眠状況）、今後の支援指針について、訪問日数の検討などであった。
訪問	20回の訪問が、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、ピアサポーター、その他の職種によって提供されていた。うち8回は、2職種による訪問であった。1時間程度を要する傾向にあった。 提供された支援は、日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得が最も多く、その中でも特に、食生活に関する援助や生活環境の整備に関する援助、金銭管理に関する援助が最も多かった。また、不安の傾聴・軽減、肯定的フィードバックといった対象者のエンパワメントも多くあり、継続して行われていた。さらに、睡眠の援助を中心とした精神症状の悪化や増悪を防ぐ援助も適時に行われていた。
電話	5日間、8回の電話による支援が行われた。そのうち夜間の対応は、1回行われていた。支援は、看護師が対応していた。電話による主な支援内容は、日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得の援助全般であった。

ケース ID : G-002	
受療中断しており、受療のために家族調整や介入を行ったケース	
事例類型	受療中断
支援開始経緯	<p>相談者：家族</p> <p>相談受付機関：その他（精神科クリニック）</p> <p>X-4年10月 家族の病気や仕事上のトラブルが原因で焦燥感が高まり、リストカットをする。救急搬送されて、精神科病院でうつ病の診断を受ける。</p> <p>X-3年10月 多量服薬し救急搬送されるが、入院は拒否したためしなかった。</p> <p>X-2年1月 昏迷状態、疎通不良な状態となり、精神科クリニック受診後、精神科病院へ医療保護入院となる。</p> <p>X-2年4月 軽快し、退院する。退院後はクリニックに通う。</p> <p>X-2年11月 受療中断となる。</p> <p>X-1年9月 妻より、状態悪化しているが本人を受診させることができないとの相談が精神科クリニック PSW にある。その PSW と妻よりアウトリーチチームへ相談があり、判定会議を行い支援対象となった。</p>
<p>I. 本人情報（X年9月時点）</p> <p>年齢、性別：40代 男性</p> <p>診断名：統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害</p> <p>症状：抑うつ状態 昏迷状態</p> <p>状態像についての概要：過去18カ月の入院あり（X-1年1月～4月） 医療保護入院 服薬：していない</p> <p>支援開始時 GAF 20点 SBS 32点</p> <p>婚姻状況：既婚 居住形態：自宅 世帯状況：配偶者</p> <p>経済状況：家族の収入 就労状況：その他</p> <p>精神障害者保健福祉手帳：なし 自立支援医療費：利用なし</p> <p>その他医療保険・障害者自立支援法、介護保険法等に係るサービス：なし</p> <p>II. アウトリーチチームの事例へのアクセス状況</p> <p>《なぜ本事業の対象者となったか》</p> <p>妻から精神科クリニックに相談があり、クリニックの PSW と妻がアウトリーチチームに相談があった。それに従い、判定会議が行われた。そこで、妻が就労しており単身での受診ができない本人に同行できないこと、経済的問題があり（医療費の未納がある）受療を拒否しているといったことが確認された。また、自殺リスクも高く、今後も自殺企図に進行する幻覚妄想があり、再入院を回避し、受診につながる支援を行う必要があるため、本事業の対象者となった。</p> <p>《支援目的》</p> <p>本人との信頼関係を構築し、服薬支援、生活支援を行い、かつ自立支援医療などの情報提供を行うことで、安定した通院治療ができるように働きかける。家族の抱える困難に寄り添い、相談を受け、経済的な面も含めた情報提供と支援を行う。</p>	

Ⅲ. ケアの流れ

9月						
月	火	水	木	金	土	日
12	13	14 判定会議 16:45～(45分)	15	16	17	18
19	20 訪問 12:30～(180分),Dr1 ケアマネジメント 15:30～(60分),Dr1 ケア会議 18:35(30分)	21	22 訪問 12:20～(90分) Dr1	23	24 訪問 13:30～(90分) Ns1	25
26	27 ケアマネジメント 9:50～(100分),Dr1 訪問 12:30～(120分),Dr1 ケア会議 18:30(33分)	28	29	30	31	
総ケア時間 748 分（移動時間 170 分を含む）						

*ケア会議は、所要時間を検討したケース数で割ったものとする。

*網掛けは日、祭日

【9月の支援概要】

	経過
ケア会議	<p>9月中旬より支援開始となり、それに伴い週1回で2回のケア会議が開催され、参加者はチームメンバーであった。</p> <p>会議内容は、初回訪問時を含めた対象者の情報共有とアセスメント、家族のニーズや不安について、今後の支援方法についてなどであった。</p>
訪問	<p>6回の訪問が精神科医、看護師によって行われていた。</p> <p>支援導入時であり、ケアへの導入への本人への働きかけや本人・家族との関係づくり、アセスメントの実施といったケア計画の作成・ケアマネジメントが中心に行われていた。また相談者である家族に対して、本人とのつきあい方に対する家族への援助や家族自身の困難（自身の経済・健康問題等）や将来・生活設計に関する援助、家族へのエンパワメントも多く行われていた。さらに対象者本人に対しては、服薬行動援助や薬物療法の副作用の観察と対処といった事を主とした精神症状の悪化や増悪を防ぐ援助が提供されていた。</p>

【10月の支援概要】 総ケア時間 1,305 分（移動時間 480 分を含む）

	経過
ケア会議	<p>週1回程度で5回開催。参加者はチームメンバーであった。</p> <p>会議内容は、対象者の近況と変化について、家族についての情報共有とアセスメントおよびアプローチ方法について、支援開始後の対象者の変化についてなどであった。</p>
訪問	<p>9日間に12回の訪問が行われている。医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、ピアサポーターによって訪問支援は提供されていた。2職種による訪問もあった。</p> <p>主な支援の内容は、本人・家族との関係づくり、アセスメントの実施、サービスや社会資源の利用状況のモニタリングといったケア計画の作成・ケアマネジメントであった。また、家族へのエンパワメントといった家族への援助や、家族との関係に対する本人への援助やスタッフとの関係性の構築、他者とのかわりに関する援助を含めた対人関係の維持・構築の支援も行われ、家族やその関係性に対する援助が行われていた。さらに、服薬行動援助といった精神症状の悪化や増悪を防ぐ援助も多く行われていた。</p>
電話	<p>ケア導入への本人への働きかけとして、あるいは本人・家族との関係づくりのために、電話が用いられることが4回あった。</p>

【11月の支援概要】 総ケア時間 1,223 分（移動時間 410 分を含む）

	経過
ケア会議	<p>週1回程度で6回開催され、参加者はチームメンバーであった。</p> <p>会議内容は、対象者の近況と変化について、通院に関する本人の希望の確認と支援方法について、本人の危機状況と暴力への対応について、家族の不安や希望、ニーズを含めた状況把握と家族との協力体制の作り方についてなどであった。</p>