

②支援の詳細

支援経過	
支援開始 1～2 カ月	退院後の不安・緊張、不眠を訴える強迫的な確認行為の電話が昼夜問わず 1 日 10～20 回あった。訪問は看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理士、ピアスタッフなど多職種で毎日行い、電話は 24 時間対応とし、本人の話を聞き安心感を持てるような声かけを行った。訪問時には困った時の対処法と次回の訪問予定を壁に掲示し、本人がいつでも確認できるようにした。また、ゴミが散乱する部屋の片付けについて協力を拒否するため、ゴミ出しのカレンダーを作成して貼付した。
支援開始 3～4 カ月	不安感や緊張感・身体症状は徐々に落ち着き始めた一方で、高額な携帯電話料金などが原因で金銭的に困窮状態となった。残金でメニューと一緒に考えて買物の同行を行い、ノートにレシートを貼って 1 週間ごと金銭出納の見直しをしたり、障害年金を 2 カ月に分けたりするなど金銭管理の助言を行った。この困窮状態をスタッフとともに乗り越えたことで信頼関係が徐々に構築され、本人から「○○したい」という言葉が聞かれるようになり、自ら生活支援を希望し始めた。
支援開始 5～8 カ月	電話の回数が減り、不安・緊張の訴えは殆ど見られなくなり、通院治療も継続的にできていた。本人からは「もう入院したくない」という言葉が聞かれ、今後の希望が語られるようになった。液晶テレビを買う目標を立て、金銭管理や買物の工夫などをスタッフと一緒に考えて実行し達成した。
支援開始 9～10 カ月 《支援終了》	支援終了に向けて、生活訓練の訪問サポートへの移行に関する話題が出始めると腰や膝の痛みの訴えが頻回になり、電話の回数が再び増加し始めた。腰痛や膝の痛みの訴えに寄り添い、作業療法士や看護師が整形外科の受診に同行し、買物同行時には食料や生活用品の宅配サービスの情報提供を行った。自身で立てた目標を達成し成功体験を積み重ねた結果、生活の質の向上が見られるようになり、拒否していた福祉サービスの利用希望が出始めた。希望する生活訓練事業の情報提供などに 1 カ月かけ、少しずつ移行を行った。継続的な通院も行えており、精神的に安定した状態が継続できていた。また、本人とサポート事業による支援スタッフの関係性が築けたことで、今後本人が困った時に直接介入できる存在を作ることができたため、支援終了となった。
支援終了後 1～6 カ月	定期的な通院が行えており、自炊も続けながら安定した生活を送ることができていた。週 2 回、通院同行や金銭管理のため生活訓練の訪問型を利用し、週 2 回、腰痛、膝関節痛の治療のため整形外科受診をしていた。金銭管理への不安は、その都度訪問スタッフに相談できていた。台所の生ゴミや空き缶などをためて部屋が片付けられなくなったため、本人より希望があり週 1 回、ヘルパーステーションを利用して台所や部屋の片付けを一緒に行うこととなった。母親が他界し、精神的に落ち込むことがあったが、主治医や関係機関に電話で話すことで不安定になることもなく経過し、入院中の友人や異性友人との交流も続いていた。
支援終了後 7 カ月～	金銭管理のサポートのため生活訓練の訪問型を週 1 回、環境の整備、調理補助のためヘルパーステーションを週 2 回利用している。精神的には落ち着いており、2 週間に 1 回の通院行動も出来ている。腰痛、膝関節痛は持続しているが、整形外科に通いリハビリを受けるなど自分で対応できている。友人も電話をしたり往来したりするなど自分なりの地域生活やパターンが出来ている。

③支援開始からの月数と職種別関与回数

本事例においては、看護師を中心としながら、精神保健福祉士、ピアサポーター、作業療法士、臨床心理士、その他の職種が訪問支援、電話対応を行っていた。訪問支援は複数名での支援が多いことが特徴で、多職種のさまざまな組み合わせで実施されていた。また、夜間休日の支援も多くなされていた。

図表Ⅲ-2 支援開始からの月数と職種別関与回数

支援内容 職種	支援開始後 1~4 カ月		支援開始後 5~8 カ月		支援開始後 9~10 カ月		支援終了後 1~2 カ月
	電話	訪問	電話	訪問	電話	訪問	電話
精神科医	0	2(0)	0	0	0	0	0
看護師	71 (54)	44 (9)	32 (13)	34 (6)	66 (32)	16 (5)	17 (10)
精神保健福祉士	12 (4)	33 (7)	8 (6)	19 (3)	58 (29)	8 (0)	17 (19)
臨床心理士	0	6 (3)	17 (8)	7 (3)	41 (30)	1 (1)	6 (5)
作業療法士	2 (0)	8 (1)	5 (2)	7 (2)	50 (27)	6 (2)	18 (12)
ピアサポーター	6 (1)	25 (2)	4 (2)	19 (1)	17 (3)	5 (1)	6 (1)
その他	0	5 (1)	0	4 (4)	0	0	0
支援合計数	91 (59)	75 (20) ※49 (6)	66 (31)	67 (19) ※21 (3)	223 (121)	27 (8) ※7 (2)	64 (37)

括弧内は夜間休日支援 ※は複数名訪問数

④支援開始からの月数と同日複数回支援

本事例における支援の特徴として、同日複数回の電話による支援が多く行われていた。支援開始後 1~4 カ月では、同日の最多電話回数は 12 回であり、支援開始後 9~10 カ月では 8 回であった。支援終了後も本人からの電話があったものの回数は徐々に減少し、支援終了後 2 カ月では同日中 2 回が最多となっていた。

図表Ⅲ-3 支援開始からの月数と同日複数回支援

支援回数/日 内容	支援開始後 1~4 カ月		支援開始後 5~8 カ月		支援開始後 9~10 カ月		支援終了後 1~2 カ月	
	1 回	複数回	1 回	複数回	1 回	複数回	1 回	複数回
電話のみ	7	6	8	7	3	31	16	10
訪問支援のみ	48	0	38	1	2	0	0	0
電話+訪問支援		32		25		25		0
支援合計数	55	38	46	33	5	56	16	10

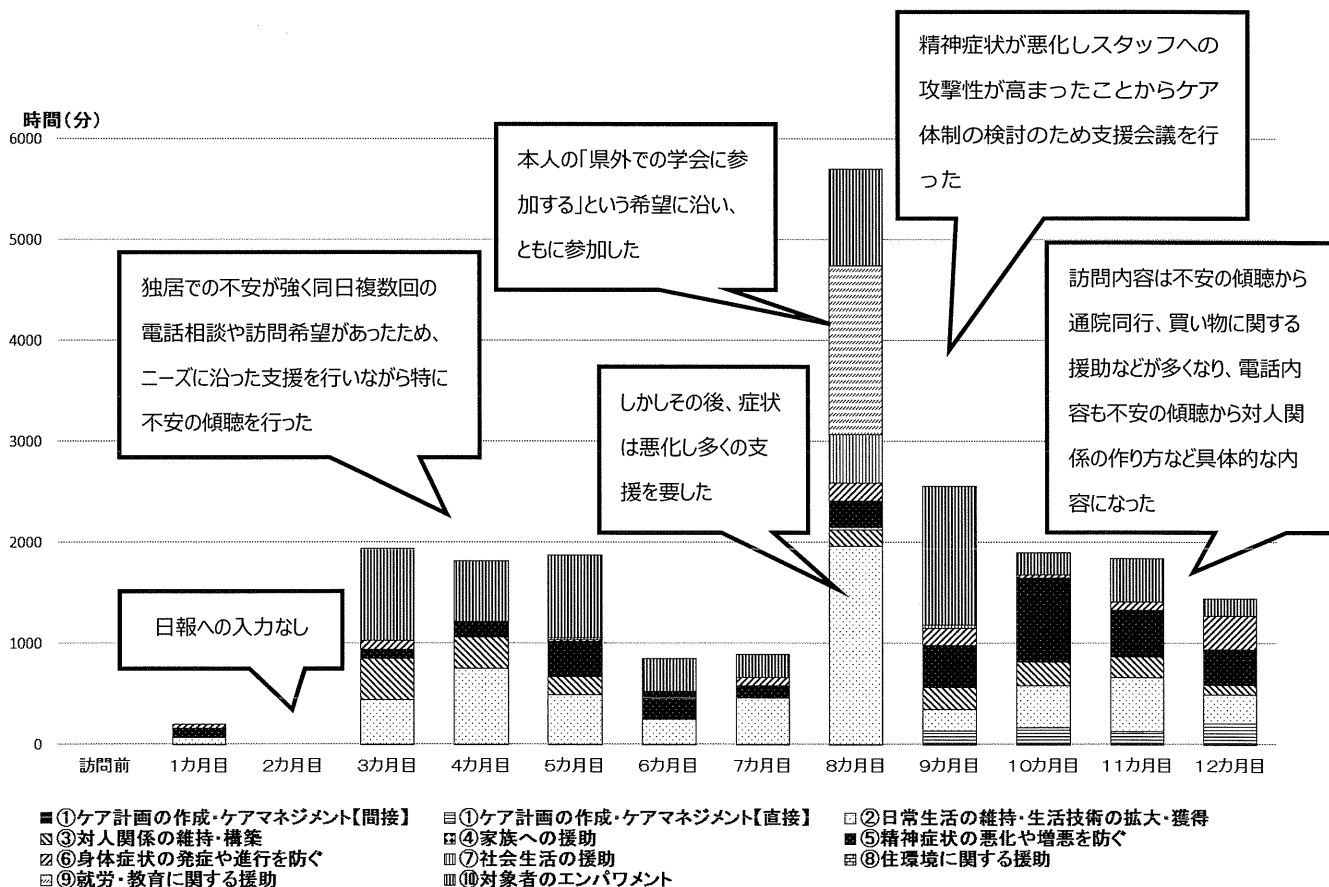
2) 夜間休日を含めた 24 時間体制で同日複数回訪問等の支援を行った事例

	支援開始時	X-1 年 12 月末現在
基本情報		
性別・年齢	女性・50 代	
世帯状況・居住形態	独居・賃貸（集合住宅）	
経済状況・就労状況	障害者年金・生活保護・無職	
支援期間	X-2 年 1 月～	
病態像		
類型	長期入院等の後退院した者や、入院を繰り返す者	
主診断名	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	
副診断名・身体合併症	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	
服薬	あり	あり
GAF	26	58
SBS	20	12
過去 18 カ月の入院期間	あり	なし
ケアの概要（支援開始後 12 ヶ月間）		
総ケア量	21,010 分	
直接／間接ケア量	20,997 分／13 分	
会議回数	2 回	
病歴	<p>X-25 年頃発症し、X-15 年頃精神科初診。精神科病院に入退院を繰り返し、家族は支援を拒否していた。グループホームに退院しても 1 週間で再入院しており、退院先は救護施設という方向であったが、本人が拒否したため、他の精神科病院に転院した。X-3 年、単身生活に向けての支援を開始し、同年 4 月に単身アパート生活を開始した。訪問看護と相談支援事業所で支援をしていたが、休日・夜間の対応ができず、本人の不安が増強し再入院を繰り返していた。</p>	
支援導入の経緯	<p>1 日何回もの電話相談や訪問による相談、休日夜間の相談が必要な状況であり、多機関による支援が必要と考えられた。X-2 年 2 月、精神科病院看護師からの相談が相談支援事業所にあり、支援会議を開催した。その中で、毎日型の訪問を計画実施し、不安の軽減を図る必要があると判断された。また、毎日型の訪問をすることにより、症状の悪化が減り再入院のリスクも減ることが予想されたため、アウトリーチ事業の対象者として認定された。支援の目標として、日常生活の維持、生活技術の獲得・拡大の支援、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、社会生活に関する支援などが挙げられた。</p>	

① 支援開始からの月数と内容別ケア量

本事例では、支援開始決定後、支援は行っていたものの1~2カ月目には日報の入力がなかった。日報への入力がされた3カ月目からのケア量全体をみると、訪問開始3~5カ月頃は多く、6~7カ月は低下し、8カ月目に増加し、それ以降は減少していた。直接ケア内容の推移をみると、3~5カ月目には「対象者のエンパワメント」「日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得」「対人関係の維持・構築」の支援が中心に実施されており、6~7カ月には全体的に支援が低下し、特に「対人関係の維持・構築」の支援は行われていなかった。8カ月目には、学会への参加を共に行ったことから「就労・教育に関する援助」「社会生活の援助」が増加した。その後に精神症状が悪化し支援体制を検討しなおしたことから「ケア計画の作成・ケママネジメント」「対象者のエンパワメント」「精神症状の悪化や増悪を防ぐ」支援が増加したが、全体のケア量は徐々に減少していた。

図表Ⅲ-4 ケース：支援開始からの月数と内容別ケア量



②支援の詳細

支援経過	
支援開始 1～3 カ月	3 カ月ごとに目標を本人とアウトリーチチームのスタッフで一緒に決めて支援した。日常的には毎日の電話相談、生活訓練への同行、訪問による生活支援や相談を実施した。精神的な安定感には波があり特に週末一人での生活になると不安が増強し、1日に5回以上訪問が必要なこともあった。支援内容として、本人が必要とする時のタイムリーな訪問のほか、話の傾聴を重点的に行った。3カ月目の目標は家でパーティをするなどといった本人の希望に寄り添う支援を行った。
支援開始 4～6 カ月	症状が再燃し入院の必要性を感じることもあったが、本人が支えられて生活しているという実感が持てたのか、具合が悪くても入院を拒否するようになっていった。時々自傷行為をほのめかしたり、大量服薬をほのめかし支援者の気を引こうとする行為が見られたりすることはあったが、何とか単身生活を継続していた。支援としては引き続き話の傾聴を行った。6カ月目の目標として東京に行って学会に参加するという本人の希望に寄り添う支援や、リアンでスタッフへのプレゼントをつくるなど余暇時間の活用方法について一緒に考えた。また、本人が必要とする時のタイムリーな訪問も継続して行った。
支援開始 7～9 カ月	東京に行くという目標を達成したが、その後に精神状態が悪化し、もっとも身近で支援していたアウトリーチチームの一部のスタッフに対して攻撃性が高まったため、チーム内で個別支援会議を行った。スタッフの支援体制を変えること、また本人の暮らしの支援と楽しみの支援を中心に行うこととなった。支援体制を変えたことにより、一機関で関わる負担感が軽減し、多職種チームにより、それぞれの得意なことを活用できるといった利点があった。枠組みを変えながらも支援を継続することで本人の精神的な安定が図れ、スタッフとの関係性も改善していった。
支援開始 10～12 カ月	平日の毎日型の訪問や電話相談は継続したが、少しずつ安定して過ごせる時間が増えていったため、日曜日の訪問は中止することとなった。本人は気になることがあるとすぐに対応してほしいという気持ちがあるため、平日は同日に複数回の電話と訪問を行うこともあったが、訪問支援が1日に1回の日数や、支援を受けずに過ごすことが出来る日数が増加した。
支援開始 13 カ月～	訪問の回数が減った当初は不安が強かったものの、電話の回数も減少し安定して過ごせている。また、連休をどのように過ごすかが課題であったが、少しずつ仲間との交流もできてきていること、拒否していた家族が少しずつではあるが関わるようになったこともあり、2、3日の連休は一人で過ごすことができるようになった。現在は居宅介護を受けながら生活しており、チームからの支援内容も本人の不安への対応から対人関係の作り方に変わってきている。

③支援開始からの月数と職種別関与回数

本事例においては、相談支援専門員、その他の職員、精神保健福祉士が中心的に電話対応や訪問支援をしていた。支援の特徴として、夜間休日対応が多く行われており、訪問支援は1名で実施されていた。支援回数と同様に、支援における夜間休日の割合も減少する傾向にあった。

図表Ⅲ-5 支援開始からの月数と職種別関与回数

支援内容 職種	1~6 カ月		7~12 カ月		13~18 カ月		19~23 か月	
	電話	訪問	電話	訪問	電話	訪問	電話	訪問
精神科医	0	0	0	0	0	3 (3)	0	4(4)
看護師	2 (2)	4 (4)	1 (1)	9 (9)	0	0	0	5 (5)
精神保健福祉士	0	3 (3)	62 (52)	14 (8)	0	6 (2)	0	9 (6)
作業療法士	0	0	0	0	0	1 (1)	0	0
相談支援専門員	31 (21)	54 (41)	102 (85)	50 (42)	4 (3)	78 (39)	38 (20)	30 (11)
その他	47 (29)	68 (27)	84 (46)	134 (32)	0	79 (27)	7 (3)	61 (14)
支援合計数	80 (52)	130 (75)	249 (184)	207 (91)	4 (3)	167 (72)	45 (23)	109 (25)
支援における	65.0%	57.7%	73.9%	44.0%	75.0%	43.1%	51.1%	22.9%
夜間休日割合	60.5%		60.3%		43.9%		31.2%	

括弧内は夜間休日支援の回数

④支援開始からの月数と同日複数回支援

本事例における支援の特徴として、同日複数回支援が多く行われていた。支援開始3カ月では、同日の最多支援回数は12回（電話9回、訪問3回）であり、同日の最多電話回数は9回、訪問回数は7回であった。支援開始20カ月では、最多支援回数は3回（電話2回、訪問1回）であり、同日の最多電話回数、訪問回数もいずれも2回と減少していた。

図表Ⅲ-6 支援開始からの月数と同日複数回支援

内容 支援回数/日	1~6 カ月		7~12 カ月		13~18 カ月		19~23 か月	
	1回	複数回	1回	複数回	1回	複数回	1回	複数回
電話のみ	5	2	8	14	3	0	9	2
訪問支援のみ	15	11	40	29	77	37	65	5
電話+訪問支援		32		65		1		24
訪問支援+ 対象者からの訪問		3		0		0		0
電話+訪問支援 +対象者からの訪問		3		0		0		0
支援合計数	20	51	48	108	80	38	74	31

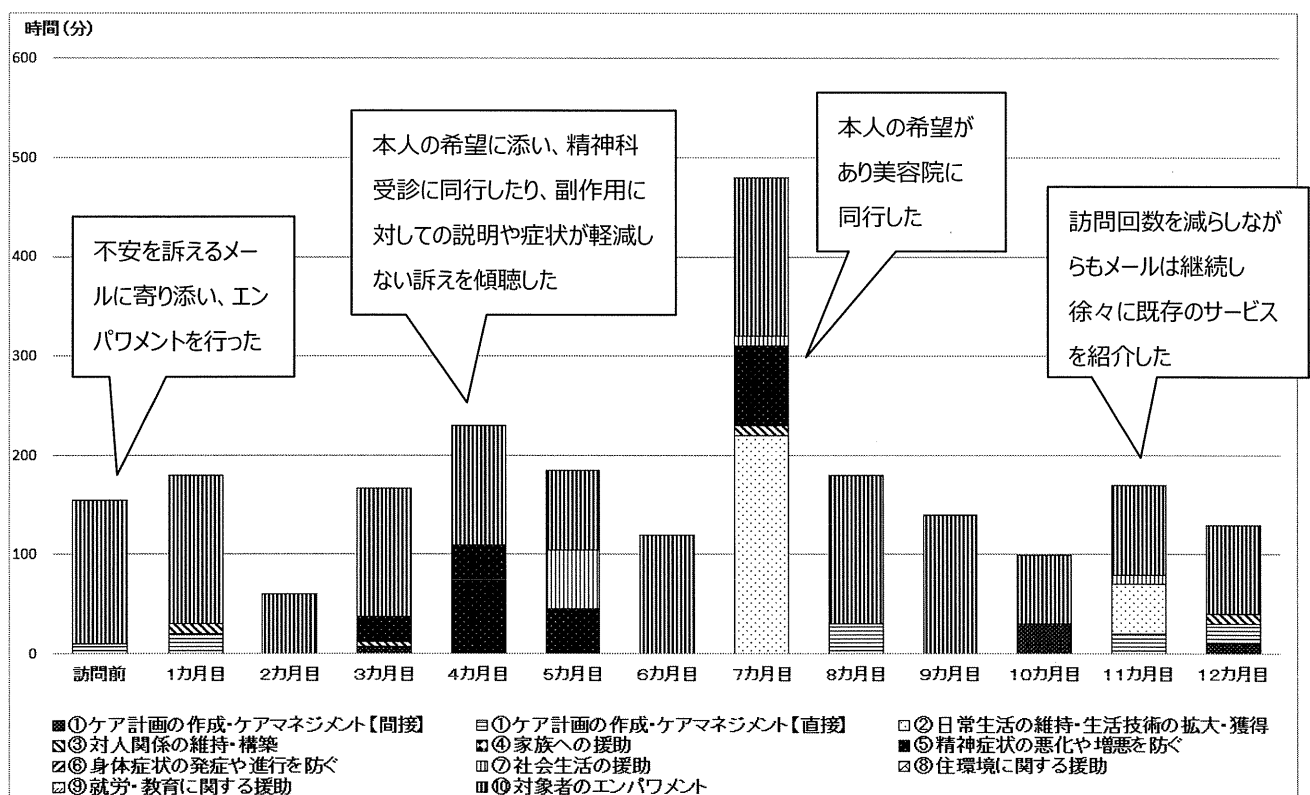
3) 頻回なメールのやり取りで不安や悩みを傾聴し力づける支援を実施した事例

	支援開始時	X-1年12月末現在
基本情報		
性別・年齢	女性・30代	
世帯状況・居住形態	独居・自宅	
経済状況・就労状況	無収入・無職	
支援期間	X-1年1月（メールでのやり取りはX-2年7月以前より）～	
類型	未受診者（支援後受診開始）	
主診断名	F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	
副診断名・身体合併症	なし	
服薬	なし	あり(X-1年4月～)
GAF	45	58
SBS	22	10
過去18カ月の入院期間	なし	なし
総ケア量	2,297分	
直接/間接ケア量	2,250分/47分	
会議回数	54回	
病歴	<p>キーパーソンである父と統合失調症の母親との3人暮らしであったが、父が癌で亡くなり、母は通院中断し病状が悪化し精神科に入院した。本人が入院手続き等も行っていたが、X-3年東日本大震災後、「外に出るのが怖い」と来院しなくなり、その後は「蜂の羽音がうるさくて眠れない」と幻聴ともとれる言葉を訴え、食材の買い物以外の外出が出来なくなった。人の目が怖いと話し、電話にも出ず、ネットで知り合った友人とチャットをしていた。長期間洗髪が出来ず、眩暈と頭痛が続いていた。自ら鬱ではないかと受診したこともあるが、母親の話になったことで不信感を抱き、その後は受診しなかった。</p>	
支援導入の経緯	<p>統合失調症の母親の受診援助に関わった地域包括支援センターより市役所障害課へ相談が入ったが、本人は生活を送れており、神経症に対しての治療の優先度も低く、本人・家族共に支援のニーズはない状態であった。そのため積極的な関わりではなくメールをやり取りしながら長い期間に関わり、何かあった時に手を差し伸べられるように関係を切らさないことが重要と考え、生活支援を目標として相談事業所へシフトするツールとしてアウトリーチで介入していくこととなった。</p>	

① 支援開始からの月数と内容別ケア量

本事例では、訪問前から継続してメールによる「対象者のエンパワメント」支援が行われ、徐々に信頼関係を築いたことで、4～5カ月目には拒否していた精神科受診につなげ同行訪問を行ったり、服薬についての相談にのったりしたことから、「精神症状の悪化や増悪を防ぐ」支援が増加した。対象者の希望が徐々に引き出され、7カ月目には、美容院に同行したことから「日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得」支援が増加し、8カ月以降は再度「ケア計画の作成・ケアマネジメント」が増加し、既存のサービスにつなげられるように検討しながら継続して「日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得」「対象者のエンパワメント」支援が実施され支援が終了していた。

図表Ⅲ-7 ケース：支援開始からの月数と内容別ケア量



②支援の詳細

支援経過	
訪問前	生活は送れており、本人が訪問に対して躊躇していたことや、診断も神経症圏の可能性から支援の優先度が高くなかったため、まずは担当者とメールのやり取りを始めた。本人は、人と会うのは嫌いだが、メールなら自分の時間で出来るからよいと話し、メールの中で、地震への不安や母親への思い、父親の死への思い等を話すようになり、訪問にも同意するようになった。
支援開始 1～2 カ月	頻回にメールのやり取りを実施した。初回訪問の際には、本人はすぐに玄関先へ出て、趣味や親戚の連絡先などを話した。感冒症状や頭痛を訴えるため受診を勧めるが拒絶し、市販薬を内服していた。受診に同行できることを継続的にメールで伝えながら、本人が相談出来るようになってから受診を考えていくこととした。母親の退院に対し不安を表出し会いたくないと言った際には、施設側に伝え、調整した。定期的な訪問についても本人から同意を得て、週 1 回行うこととなった。
支援開始 3 カ月	ほぼ週一回の訪問とメールの送受信を実施した。市販薬を取り揃えていたため、病院で処方してもらった方が安いことを説明するが、依然受診には消極的であった。再度受診同行できることを伝え、本人の変化を待った。母親の退院先について調整を行い、母が施設入所することで同意を得たが、母親と施設の職員が自宅に立ち寄ることがあり、スタッフに怒りや不信感を示したこともあったが、メールのやりとりの中で謝罪することがあった。
支援開始 4 カ月	本人より精神科受診の希望があり同行した。受診については母親の退院で不安定になったことでネット上の友人に勧められたようであり、自分の診断名を知りたいと言う目的であった。薬の副作用への不安等についてのメールに対し、メールで対応するとともに訪問し説明した。訪問時には「夜良く眠れた」と言い、「又受診したい」と話していた。
支援開始 5～6 カ月	当初処方された一部の薬のみ服用し、一部はかゆみなどの副作用から服用を拒否していたが、メール等で薬について説明を行い、服用するようになった。「最近死にたくなる。これは薬を飲んでも変わらない」とのメールもあったが、その思いを受け止める支援を継続した。免許の更新や、更新前に髪の毛を切りたいという希望を話すようになり、自宅で断髪してから次の外来受診の際に美容院に同行することになった。自らのブログを招待メールつきで教えてくれたりした。
支援開始 7～8 カ月	美容院に行く前にそれまで洗っていなかった髪をスタッフが切り、美容院では自分の希望も伝えることが出来ていた。単独受診も可能となり、以前はバスに乗ることを恐れていたが、自身でバスの時間も調べて免許更新も行えた。メールで本人が思いを表出し、それに返信していく中で、少しずつ行動範囲が広がっていたため、メールでのやり取りはすぐに止めるのではなく、状況に合わせながら、訪問看護などの既存の支援に繋げられるように検討していくこととなった。
支援開始 9 カ月～12 カ月以上	訪問は実施せず、2～3日に一度のメールのやり取りを継続した。内容は台風が近づいた不安や、庭の手入れや近所での掃除当番等についてであり、それに対し返信した。定期的な受診もできており、母親のようになりたくない話し、服薬も継続していた。生活面での支援など今後も継続して行える場所が必要だと考えられ、相談支援事業の紹介を行い、訪問の同意を得た。

③支援開始からの月数と職種別関与回数（訪問支援）

本事例においては、関係構築は主に精神保健福祉士とのメールのやり取りで行い、具体的な生活支援が必要な場合のみ自宅へ訪問した。メールでのやり取りは訪問前から頻回に実施し、12カ月以上経った現在でも担当者との週2～3通のやり取りを実施している。

図表Ⅲ-8 訪問・同行支援（回）

職種	月数											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
精神科医												
保健師												
看護師				1	1							
精神保健福祉士	1		2	2			3	1				
作業療法士			1				1					
臨床心理士												
薬剤師												
栄養士												
相談支援専門員												
事務職員												
ピアサポーター												
その他												

図表Ⅲ-9 各月のメール・訪問・同行支援回数（回）

	訪問前※	月数												12カ月以上
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
メール	15	13	6	7	8	8	12	11	14	14	7	8	8	9
訪問	-	1	0	3	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
同行	-	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0

2. 同日複数回訪問を実施した事例

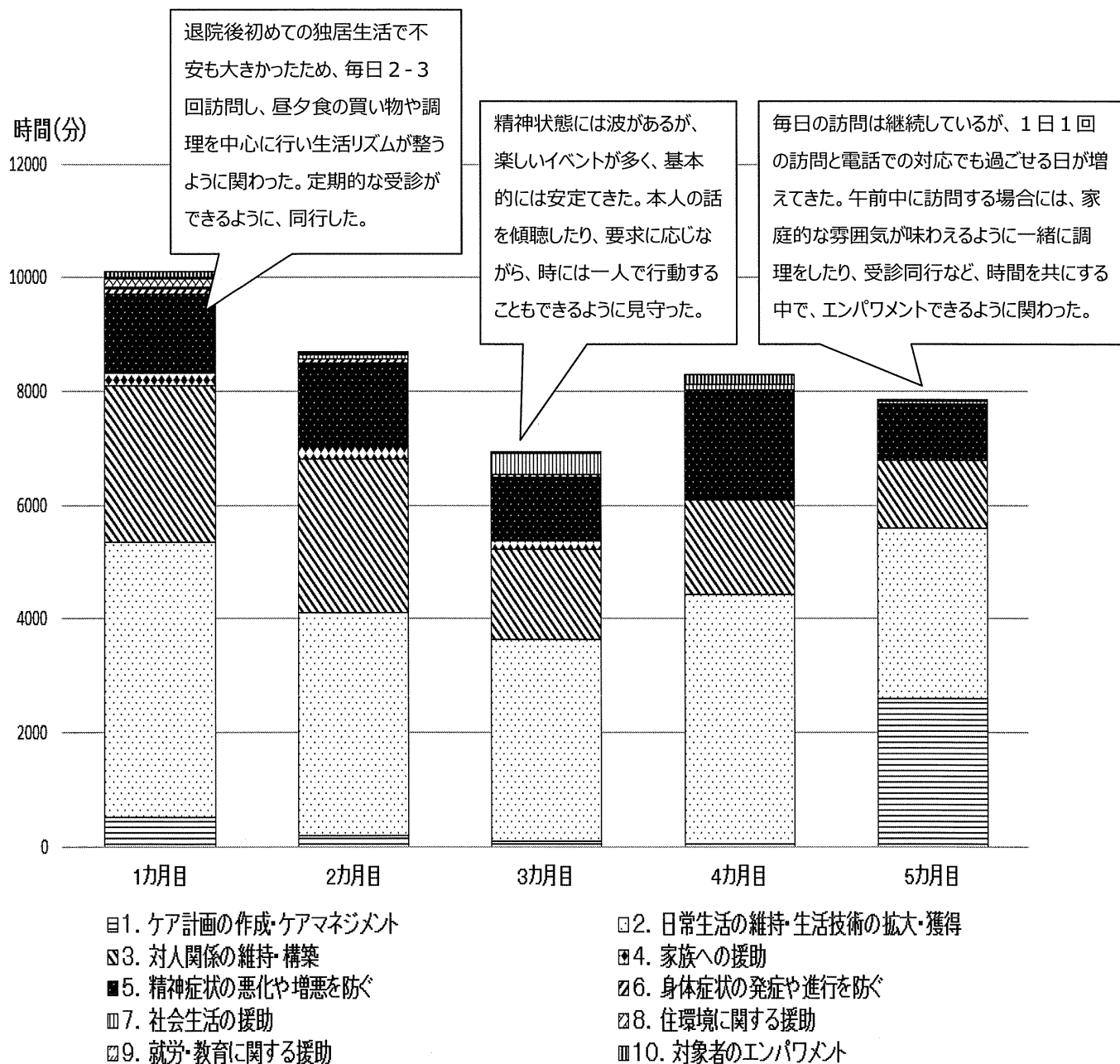
1) 同日複数回訪問を実施した事例

	支援開始時
基本情報	
性別・年齢	女性・50代
世帯状況・居住形態	独居・アパート（賃貸住宅）
経済状況・就労状況	生活保護・無職
支援開始時期	X-1年10月
病態像	
類型	長期入院等の後退院した者や、入院を繰り返す者
主診断名	統合失調症
副診断名・身体合併症	なし
服薬	あり
GAF	53
SBS	27
過去18カ月の入院期間	18カ月
ケアの概要	
総ケア量	83,686分
会議回数	26回
病歴	23歳で発症。 X-11年3月から長期入院しており、X-8年6月に自宅へ退院（入院期間：約3年3か月）するも、その数日後から約8年長期入院をしていた。
支援導入の経緯	退院要求はしばしば見られたが、実際に退院になると思うと不安感もある様子であった。キーパーソンは妹。両親は高齢である為、支援協力は難しい状況。 初めての一人暮らしということもあり、退院後の日常生活が安定するまでの間、通常の訪問看護やヘルパーの利用ではなく、柔軟な支援が必要であると思われる事から、夜間帯の対応も含めて、アウトリーチ事業の対象となった。

① 支援開始からの月数と内容別ケア量

本事例では、訪問開始 1~2 カ月頃は、「日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得」「対人関係の維持・構築」「精神症状の悪化や増悪を防ぐ」支援が多く実施され、3 カ月目には、いずれもやや低下し、「対象者のエンパワメント」がやや増えた。5 カ月目には、「ケア計画の作成・ケアマネジメント」の支援が増えた。

図表Ⅲ-10 ケース：支援開始からの月数と内容別ケア量



② ケース及び支援の詳細

支援経過	
支援開始 1 カ月	<p>退院後初めて独居となったため、生活用品の買い物同伴や部屋の片付け・ゴミ出しの指導などを行った。寂しさから家族への頻回の電話、隣人に助けを求める迷惑行為があったため、関わり方の指導、隣人や家族への対応や警察への挨拶など、地域の人との関係調整を行った。服薬拒否や夕方服薬せずに臥床していることも多かったので、服薬確認の必要があり、訪問は昼と夜の 2～3 回行った。服薬をしていない場合も、服薬を勧めるとスムーズに内服した。「具合が悪い」という訴えが頻繁にあるため、精神的なものかアセスメントした。支援内容は、訪問前の食材の買い物代行、食事メニューと一緒に考えて買い物同行、調理などで、スタッフと一緒にあるいは、本人だけで料理をすることもあった。所持金以上の買い物や金銭の要求が時々あるため、一日の使用金額を決めて実行できるようサポートした。整骨院へは本人が希望していたため単独で通院できていたが、心療内科へは、定期的に受診できるようにスタッフが同行した。</p>
支援開始 2 カ月	<p>心療内科への受診の際は、準備をしてスタッフを待つようになった。訪問は午前と夕方の 2 回に定着しつつあり、時々食材購入依頼の電話があった。支援内容は、引き続き買い物同伴、調理が中心で、調子がいい時は本人も一緒に調理を行った。夕方は寝ていることが多かったため、起こして内服を促した。</p> <p>機嫌に多少波があり、特に金銭・子供に関する妄想があり、それに関する話題になるとやや興奮することもあり、一度入院の申し出があったが、それ以外は比較的落ち着いて生活していた。時々、スタッフに甘える時があった。</p>
支援開始 3 カ月	<p>ニコニコして機嫌がいい時もあれば、泣いたり、スタッフに当たる・ハグを求められることがあるため、話を傾聴した。金銭に関する拘りがあり、年末に向けて金銭や物の要求がやや多くなったが、妹との外出、クリスマスパーティ、実家への外泊などの楽しいイベントも多く、基本的には落ち着いていた。スタッフと一緒に調理をするだけでなく、訪問前に自分で作っていることもあった。また、一人で外食・散歩をすることもあった。また、一人で電車に乗ることを勧め、先にスタッフが自宅を出迎えることもあった。心療内科の訪問がある日には服薬確認を依頼し、訪問時間・回数を減らしていった。</p>
支援開始 4 カ月	<p>スタッフに頼りすぎないで自分で調理をするように促すと、先月よりも訪問前に自分で調理を始めていることもあるが、訪問前に食材の購入依頼の電話をしたり、一人では外出しないなど、やや依存的な面もあった。しかし促すと一緒に買い物に行き、調理を行うことが多かった。調子が悪い時には大声を出したり、泣いてスタッフに抱き付くこともあり、外出が少ない時には、外食や散歩・ドライブに誘い気分転換を行った。</p>
支援開始 5 カ月	<p>薬を炬燵の下に隠したり、吐き出したりする行為があったが、促すとスムーズに内服した。アウトリーチが終了することに気づき不安があるのか、電話の回数が多くなり、独語が目立ち、急に泣いたり、ハグを求めたり、濃い化粧をしたり、落ち着きがない時があるが、話を傾聴し、一緒にいると落ち着く。胃部不快感が続くため、内科受診し、通院に同伴した。</p>

③支援開始からの月数と職種別関与回数（訪問支援）

本事例においては、看護師、精神保健福祉士が中心に訪問していた。訪問支援は、1カ月目は2～3回、2カ月目は1～3回と複数回訪問が多かった。しかし、3カ月目以降は、心療内科訪問との役割分担を行い、訪問回数は1～2回に落ち着いてきて、一日1回だけの訪問の日も増えてきている。

電話に関しては、1回の通話時間は短いものの、1カ月目が多い日で13回と、複数回かけることが多かった。2～3カ月目になると、多い日で7～8回と、4～5カ月目には1～3回と徐々に回数が減少した。

図表Ⅲ-11 職種別訪問支援（回）

職種	月数					合計
	1	2	3	4	5	
精神科医						
保健師						
看護師	75	62	41	43	29	250
精神保健福祉士	50	48	38	49	32	217
作業療法士	1	6	7	7	6	27
臨床心理士						
薬剤師						
栄養士						
相談支援専門員						
事務職員						
ピアサポーター						

図表Ⅲ-12 各月の訪問・電話支援回数（回）

回数	1		2		3		4		5		合計	
	訪問	電話	訪問	電話	訪問	電話	訪問	電話	訪問	電話	訪問	電話
1回/日	1	10	5	9	9	5	10	9	11	4	38	37
2回/日	22	8	22	3	15	6	19	7	8	5	85	29
3回/日	6	1	2	4	1	5	1	3	2	2	13	15
4回/日	1	2	1	5	1			1			1	8
5回/日		1		1		1				3	1	6
6回/日		1				1		1				3
7回/日		1		1								2
8回/日						1						1
11回/日		1										1
12回/日												
13回/日		1										1
合計	30	26	30	23	27	19	30	21	21	14	138	103
実際の回数	67	79	59	59	46	51	51	42	33	35	256	266

（電話：メールを含む）

※合計は、一日の訪問・電話支援回数に関係なく、訪問・電話支援を行った日数を示している。

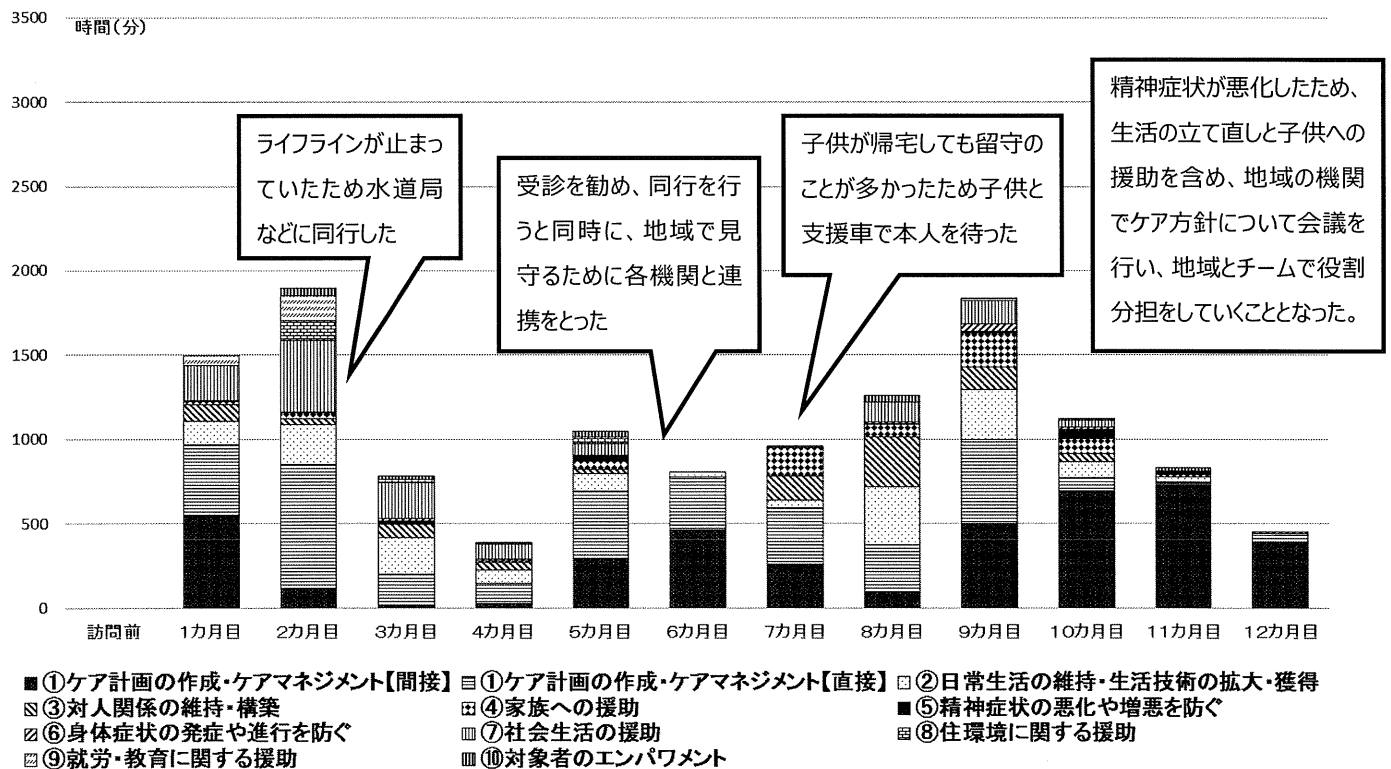
2) 同日複数回訪問を実施した事例

	支援開始時	支援終了時
基本情報		
性別・年齢	女性・40代	
世帯状況・居住形態	娘・賃貸（集合住宅）	
経済状況・就労状況	無収入・無職	生活保護・児童扶養手当・児童手当・無職
支援期間	X-2年9月—X-1年8月	
支援終了事由	治療につながっており、障害者自立支援法・介護保険法によるサービス等を活用するなどして、地域生活の継続が可能な状態	
病態像		
類型	受療中断者	
主診断名	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	
副診断名・身体合併症	なし	
服薬	あり	なし
GAF	25	15
SBS	37	35
過去 18 カ月の入院期間	あり	あり
ケアの概要		
総ケア量	12,867 分	
直接／間接ケア量	8,743 分／4,124 分	
会議回数	57 回	
病歴	X-5年7月～X-4年1月、幻覚・妄想状態のため医療保護入院。入院中に生活保護を受給しグループホームに退院した。X-4年4月に結婚のため生活保護が打ち切りとなった。X-3年10月～X-2年3月、医療保護入院し退院以降、受療中断となった。X-2年5月に離婚。前夫からの仕送りで小学生の娘と二人暮らしをしていた。母親は病気、姉もうつ病で、関係を断ったことがある。	
支援導入の経緯	X-2年7月、「子供を学校に出さない。転居する」と言っていると学校から児童相談所と保健センターに相談があった。同年8月、近隣住民より本人宅の電気が止まっていると生活保護課へ連絡あり、保健センターに相談。民生委員も把握し支援をした。同月に、保健所から前夫や実母へ連絡をするが、家賃、電気、ガスなど止められている状況であった。同年9月、病状悪化が考えられるため生活保護申請、受診の支援をしてほしいと保健所よりアウトリーチに相談があった。X-2年9月に保健師に同行訪問するも家の外で対応、訪問には拒否的であった。生活も破綻しており、子供の生活を考えると児童相談所だけではなく本人への支援も必要と考えられ、支援の対象となった。	

① 支援開始からの月数と内容別ケア量

本事例では、直接・間接ケア共に「ケア計画の作成・ケアマネジメント」の支援が訪問開始1～2ヵ月頃は多く、3～4ヵ月では減少したが5ヵ月以降、波はあるものの一貫して多く行われていたことが特徴であった。直接ケアの内容としては、2～3ヵ月では「社会生活の援助」が増加し、その後生活を再構築するために「日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得」支援が増加した。4ヵ月目には支援が減少したが、5ヵ月目以降は精神症状が悪化したことから「精神症状の悪化や増悪を防ぐ」支援が増加し、特に7ヵ月以降は子供の面倒も見られなくなったため「家族への援助」が増加した。8ヵ月目以降には地域でケア会議を多く行ったことから「ケア計画の作成・ケアマネジメント」支援が支援の大部分を占め、支援が終了していた。

図表Ⅲ-13 ケース：支援開始からの月数と内容別ケア量



②支援の詳細

支援経過	
支援開始 1~2 カ月	家賃を滞納しガス、電気、水道、電話も止められ生活は破綻していた。「困っていることはない」と訪問には拒否的であったが、食料品を持ってくる存在として受け入れられた。児童手当、児童扶養手当の説明を行い申請に同行したが、生活保護の申請は拒否。職業紹介所に同行し2社面接を受けるも不採用。シャンプーなどを提供したが、近隣住民宅に売ってしまった。子供の食事はほぼ給食のみで、関係機関と協力し生活保護申請を行い、水道局などへ使用許可願いに同行した。
支援開始 3~4 カ月	週2回の訪問を継続。生活保護を受給しすべての滞納金を支払い、生活に必要な家電も揃い生活は安定した。本人は支援は不要と感じていたが、独語や空笑、髪の毛を舐めるなどの奇異な動作があった。福祉課より病院受診を勧められたが拒否的であり、受診同行予定日に訪問したが不在であった。
支援開始 5~6 カ月	本人に病院を選択してもらい、受診日を設定し、受診同行日に訪問したが不在で、電話も着信拒否をされた。精神症状が目立つようになり福祉課の協力を得て精神科を受診したが、頭痛の訴えのみで精神薬の処方には至らず、デイケア通所のみ了解された。学校より「子供が遅刻し、欠席も多くなり食事もできていない」と連絡あり、訪問すると「困っていることはない」と訪問や電話の拒否は続いた。スタッフが近所に来たときに立ち寄ることの了解は得たが本人が不在であることが多く、学校、民生委員、児童委員、福祉館など地域での見守りを充実させた。
支援開始 7~8 カ月	自宅近くの徘徊、独語、空笑、指差し確認、髪を舐めるなど奇異行動が見られた。福祉課より受診勧奨して受診し、病院に協力を得て関わるが薬物療法は本人が拒否した。子供は依然欠席、遅刻が増加し、食事も取れていないようであった。子供の帰宅時間に留守が多く、子どもがスーパーなどで遅くまで待っており学校に通報されることも度々あったため、子供の下校時間に合わせて訪問し子供と訪問車の中で待つことが多くなった。
支援開始 9~10 カ月	公共料金を払っておらず電気、ガスが止められた。本人は夜にしか帰宅せず、鍵と携帯は玄関のドアノブに掛け安全管理が出来ない状態であった。チームへの拒否は変わらず、訪問すると部屋の中央にゴミ袋や子供の学用品を山のように積み上げており話しかけると声を荒げ、子どもに対しても興奮状態で返す様子であった。症状や子供部屋のガラス窓が割られていることもあり、訪問を再開した。精神症状が悪化し、育児をできる状況ではないと児童相談所に通報したが状況に変化はなく、行政機関を交えてケア会議を行い子供のネグレクトに関して行政が協議していくこととなった。
支援開始 11~12 カ月	「侵入者が居る」などと幻覚妄想状態は継続し、子供を登校させておらず、家電製品は全て売り払っていた。食料品は買えず、夕方児童委員宅を訪れて食事をしたりしていた。親子でホテル生活を始めたが、日中は子供は託児所に預け本人は不在で、夜間は子供を連れて徘徊することもあった。子どもの安全の確保が急がれる状態であるが、チームが関われないことが続いているため、地域や各行政機関が訪問を行い、学校も含めて今後の対応を会議した。病院、各行政機関や地域が連携を図りながら支援にあたっていることから、チームの支援は終了となった。

③支援開始からの月数と職種別関与回数（訪問支援）

本事例においては、看護師、精神保健福祉士が中心に訪問していた。6～7カ月目は、訪問・電話拒否が続き、地域での見守りを充実させたため、訪問回数が減少している。8～10カ月目は、子どもの下校時間に合わせた訪問や精神症状の悪化に伴う訪問再開のため、訪問回数が増加している。

図表Ⅲ-14 訪問支援（回）

職種	月数												合計	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
精神科医	1													1
保健師														
看護師	10	18	11	9	12	3	4	10	12	14	3	6	139	
精神保健福祉士	2	5	2	4	11	2	5	5	6	10			52	
作業療法士	1		2					1	3	3	2		12	
臨床心理士	1												1	
薬剤師														
栄養士														
相談支援専門員														
事務職員														
ピアサポーター	1												1	
その他														

3. 同行受診を実施した事例

1) 受診同行及び同日複数回訪問を実施した事例

	支援開始時	支援終了時
基本情報		
性別・年齢	女性・70代	
世帯状況・居住形態	兄弟姉妹 ・ 自宅	
経済状況・就労状況	老齢年金・無職	老齢年金・生活保護・無職
支援期間	2012年7月～2013年5月	
支援終了事由	治療につながっており、障害者自立支援法・介護保険法によるサービス等を活用するなどして、地域生活の継続が可能な状態	
病態像		
類型	未受診者	
主診断名	統合失調症	
副診断名・身体合併症	高血圧	
服薬	あり	あり
GAF	30	40
SBS	32	27
ケアの概要		
総ケア量	28,644分	
直接/間接ケア量	28,131分/515分	
会議回数	31回	
病歴	詳細不明	
支援導入の経緯	<p>X-2年本人が市役所に助けを求める電話をしたことをきっかけに民生委員や生活福祉課、すこやか支援課、地域包括支援センターとの関わりを持つようになり、市役所と地域包括支援センターからの訪問が開始。(2～3カ月に1回程度) X-1年11月から通院。</p> <p>「キツネにとり憑かれている」との訴えがあり、外出出来ない状況。精神科の受診を促すも拒否する状況が続く。経過観察が定期的に必要とのことで、アウトリーチ事業の対象となる。</p>	

① 支援開始からの月数と内容別ケア量

本事例では、訪問開始 1 カ月目は、直接ケアにおける「ケア計画の作成・ケアマネジメント」の支援が実施され、その他に 4 カ月目までは「日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得」「対人関係の維持・構築」が主に行われた。2 カ月目になり、関係が形成され始めると、「精神症状の悪化や増悪を防ぐ」支援が増えた。4 カ月目には、特に本人の念願であった「社会生活の援助」を行い、それをきっかけに、5 カ月目には心療内科への受診が始まった。その後、服薬がスムーズに行き、精神症状が改善し、6 カ月目にスタッフ同伴でヘルパーを導入し、慣れてきた頃にヘルパー単独とし、「日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得」「対人関係の維持・構築」を移行し、ケア量が減少した。

図表Ⅲ-15 ケース：支援開始からの月数と内容別ケア量

