

平成 23 年度障害者総合福祉推進事業

精神障害者を対象とした相談支援事業所等における アウトリーチ支援に関する実態調査と分析

事例集

主任研究員 末安 民生

特例社団法人日本精神科看護技術協会

はじめに

平成 21 年 9 月、厚生労働省に設置された「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」はその報告書(以下、報告書)において、精神障害者の増加や高齢の入院患者など我が国の精神保健医療福祉行政施策とサービスのあり方に新たな方向性が示された。この報告を受けて、新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(以下、検討チーム)は、平成 22 年 5 月からその具体化の検討を行った。

検討チームの第 1 回会議において、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書への対応状況が報告された。報告書の中では、「精神保健福祉相談、地域移行・地域定着のための支援、未治療・治療中断者等への訪問による支援等の質を向上し、地域精神保健の機能の底上げを図る観点から、地域精神保健を担う行政機関である市町村、保健所、精神保健福祉センターのそれぞれの機能のあり方と強化等について検討すべきである」との指摘があった。さらに報告書では、地域生活支援体制の強化の項目で、未治療・治療中断者等に対する支援体制の強化について、下記の提案がなされた。

- 未受診者や治療中断者等が強制入院を要する状態に至らないよう、在宅の患者への訪問診療、家族への支援等を行う支援体制を強化すべきである。
- このため、保健所、精神保健福祉センター等の行政機関が機能を一層発揮するほか、重点的・包括的な訪問診療・支援を行う医療機関・訪問看護ステーションとの連携を図り、多職種チームによる危機介入等の支援体制について、モデル的な事業の実施・検証を経て、整備を進めるべきである。

その対応策の 1 つとして、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」において、未受診・受療中断等の精神障害者に対し、多職種チームの訪問による支援体制の構築を行うことの必要性を確認するとともに、実施のための要綱の策定と予算が計上された。

検討チームでは、平成 22 年 5 月から 6 月に第 1 ラウンドとして、アウトリーチ(訪問支援)について議論を行い、『入院医療中心から地域生活中心へ』の基本理念を実現するための新たな取組と今後の検討課題をまとめた「精神障害者の地域生活の実現に向けて」を平成 23 年 10 月に示した。

その中で、地域移行・地域生活を可能とする地域の受け皿整備の新たな取組として、「できる限り入院を防止しつつ、適切な支援を行う」アウトリーチ(訪問支援)の充実があげられた。この取組は、医療等の支援につながりにくい人に対して、住まいに支援を届け、本人とともに家族も含めて支え、課題の解決を入院に頼らないことを前提とするものとして示され、平成 23 年度には「精神障害者アウトリーチ推進事業」として予算化され、アウトリーチ(訪問支援)の一般制度化をめざす事業としてスタートした。この事業は、多様かつ試行的なサービスを医療提供体制の中に組み込み、適切な「医療面での支え」として医療機関によって取り込まれることとなった。しかし、すでに現状に制度の中においても、地域の暮らしを維持するための社会資源である相談支援事業所や地域活動支援センター等の障害福祉サービス事業所や、精神に特化した訪問看護ステーションにおいても、未治療・治療中断者に対するアウトリーチ(訪問支援)が行われていることは、いくつかの学会報告や自立支援協議会を中心とする積極的な地域サポートの実践報告で知られている。

そこで、各地の多様な実践報告の中から、精神障害者の身近な地域にある事業所によって展開されているアウトリーチ(訪問支援)の実態を調査し、医療の利用と生活支援の関係や具体的な支援方法、その評価をめぐっての支援の実際を事例集としてまとめた。この事例集から、まだ実践が行われていない地域にも、新たな実践の課題として位置づけられることが本事業の検討委員の望みである。

精神障害の疑いのある人の生活に支障を及ぼす要因やその背景と、活用できる社会資源の現状を的確に把握することには、まだまだたくさんの困難を伴う。さらに、医療提供の同意がなかなか得られないこともある。本事例集では、対象者や家族を脅かすことなくサービス提供できるような信頼関係の構築や柔軟な支援について、その全体像を明らかにすることができたので、これから新たな課題として取り組まれる方々に幅広く活用されることを期待したい。

平成 24 年 3 月 31 日
主任研究員 末安 民生

特例社団法人日本精神科看護技術協会

平成 23 年度 障害者総合福祉推進事業

精神障害者を対象とした相談支援事業所等におけるアウトリーチ支援に関する実態調査と分析

委員一覧

氏 名	所 属
末安 民生	天理医療大学 医療学部看護学科
遠藤 真史	地域生活支援センターゆずり葉
小澤 壽江	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
吉川 隆博	山陽学園大学 看護学部看護学科
児島 一行	財団法人竹田総合病院
佐原 和紀	特定非営利活動法人やすらぎの会 地域生活支援センター翔
千葉 信子	多摩たんぼぼ介護サービスセンター
西尾 雅明	東北福祉大学 総合福祉学部社会福祉学科
原子 英樹	訪問看護ステーション元
山木 一英	宮古圏域障がい者福祉推進ネット 相談支援事業所れいんぼー

事務局: 仲野 栄 (日本精神科看護技術協会)

目次

事業の概要	6
総括(まとめ)	9
岩手県宮古市「指定相談支援事業所」の取り組み	13
事例 A_ 相談支援事業所の訪問支援により、服薬中断による急性期症状への迅速な対応ができたケース	16
事例 B_ 治療中断による体調悪化した対象者への対応	19
事例 C_ 約 2 年間、排便以外は自室に引きこもっている、精神疾患があると思われる対象者へのアプローチについて	23
山形県鶴岡市「多機能型事業所」の取り組み	29
事例 D_ ひきこもりの女性との絆を築きながら、「訪問型生活訓練」を活用し、事例の希望を叶えるための支援を行ったケース	34
栃木県那須塩原の「地域活動支援センター」の取り組み	43
事例 E_ 金銭管理に課題があり、受診が中断になった事例の「定期的にアニメのDVDを観たい」を達成するためのアウトリーチ支援	47
事例 F_ 相談支援専門員が精神科病院への定期的なアウトリーチ支援を行い地域生活へ移行した事例	52
東京都立川市の訪問看護ステーションの取り組み	57
事例 G_ 受診・服薬が不規則で暴言・暴力のある利用者とその家族に対する訪問支援の実際	59
東京都三鷹市の訪問看護ステーションの取り組み	63
事例 H_ 近隣苦情の母親を看取ったひきこもり家族を支えたケース	66
福岡県大牟田市「地域活動支援センター」の取り組み	70
事例 I_ 現実検討能力の低下による、生活環境や療育環境など複雑な課題への訪問支援を必要としたケース	74
事例 J_ うつ状態で医療中断し引きこもり状態の相談を受けて、訪問(同行)により受療支援と経済的支援を行ったケース	78
事例 K_ クレジット支払いで生活困窮な状況の解決に向けて、相談支援専門員が付き添いながら生活目線で支援を行ったケース	83

事業の概要

精神保健医療福祉の改革に向けて、平成 22 年 5 月より新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームが発足し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉の理念の実現に向けた検討が行われている。

このような状況の中、障害者自立支援法廃止後の新たな仕組みである総合的な福祉制度の制定・実施に向けた課題について、実態調査や試行的取組等を通じた提言を得ることを目的として平成 23 年度障害者総合福祉推進事業が実施された。

今年度の指定課題は、表 1 の通りであった。

表 1

①	障害者の定義・手帳制度などに係る海外の実態に関する調査
②	障害者の社会参加活動の支援に関する調査
③	障害福祉サービスにおける日中活動プログラムに関する調査
④	グループホーム・ケアホーム入居者の栄養管理を行うための障害者支援施設を核とした支援システムの構築のための調査
⑤	就労移行支援の充実強化に向けた事例収集とガイドライン作成
⑥	介護職員等によるたんの吸引等の実施のための状態別・疾患別に配慮したテキスト・DVD の検討・作成
⑦	既存の戸建て住宅を活用した小規模グループホーム・ケアホームの防火安全対策の検討
⑧	障害者自立支援法の改正による相談支援体系の変更に対応する業務評価指標の策定とソフトウェアの開発に関する調査
⑨	障害者自立支援法に基づくサービス利用計画の実態に関する調査とモデル事例集の作成
⑩	障害者の成年後見制度の利用促進のための事例集とガイドラインの作成
⑪	老年期発達障害者(60 代以上)への障害福祉サービス提供の現状とニーズ把握に関する調査
⑫	発達障害者の障害者自立支援法のサービス利用実態の把握
⑬	障害児入所施設の一元化に伴う支援の標準化に関する調査
⑭	障害児入所施設における小規模ケア化、地域分散化を推進する上での課題に関する調査
⑮	重症心身障害児者の地域生活の実態に関する調査
⑯	未来と地域を結ぶ、いわゆる‘サポートブック’の実態と活用に関する調査
⑰	地域移行・地域定着支援の充実強化に向けた事例収集とガイドラインの作成
⑱	精神障害者を対象とした相談支援事業所等におけるアウトリーチ(訪問支援)に係る実態調査
⑲	精神症状等を有する認知症患者に係る退院支援パス等の地域連携の推進に関する調査
⑳	精神保健福祉活動における保健所の機能強化に向けたガイドラインの作成

当協会では、平成 14 年度から 16 年度に地域生活支援センターの訪問活動に関する調査を行っており、その成果を踏まえて指定課題 18「精神障害者を対象とした相談支援事業所等におけるアウトリーチ(訪問支援)に係る実態調査」に応募し、「精神障害者を対象とした相談支援事業所等におけるアウトリーチ支援に関する実態調査と分析」を実施することとなった。

事業の概要は、表 2 の通りである。

表 2

事業名	精神障害者を対象とした相談支援事業所等におけるアウトリーチ支援に関する実態調査と分析
事業の具体的内容	<p>平成 22 年 5 月に設置された「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の第1ラウンドで、「アウトリーチ支援実現に向けた考え方」が示された。そして、未治療者や治療中断者といった治療契約等が交わされていない者に対して、専門職による多職種チームが訪問による支援（アウトリーチ支援）を提供する「精神障害者アウトリーチ推進事業」が今年度より開始されることになった。未治療・治療中断者を対象としたアウトリーチ支援については、相談支援事業の延長で行なっている相談支援事業所や、行政からの依頼に応じて実施している訪問看護ステーション等が数年前から活動を継続している。そこで、既存の医療・福祉サービスでは支援が行き届かない精神障害者に対するアウトリーチ支援を実践している相談支援事業所や訪問看護ステーション等を対象に実地調査を実施し、対象者像やその選定方法、具体的な支援内容や地域連携について明らかにすることによって、精神障害者の地域生活支援に携わる専門職のアウトリーチ支援の実際や効果に対する理解を促進する。</p> <p>事業内容</p> <p>1) アウトリーチ支援に係る実態調査</p> <p>先進的に未治療・治療中断者を対象としたアウトリーチ支援を実践している相談支援事業所等、6ヶ所に聞き取り調査を実施し、タイプの異なる事例を抽出する。調査時には可能な限り同行訪問を行う。</p> <p>調査対象</p> <ul style="list-style-type: none"> 宮古圏域障がい者福祉推進ネット相談支援事業所れいんぼー(岩手県) 地域生活支援センター翔(山形県) 地域生活支援センターゆずり葉(栃木県) 訪問看護ステーション元(東京都) 多摩たんぼぼ訪問看護ステーション(東京都) 潮・地域活動支援センター(福岡県) <p>2) 先行事例の分析と今後の支援のあり方に関する検討</p> <p>有識者による検討委員会を設置し、聞き取り調査によって抽出した事例について対象者の状態像や紹介ルートから特性ごとに分類し、具体的な支援内容を分析し、今後の支援のあり方について検討を行う。</p> <p>分析項目</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者像 対象者の選定方法(紹介ルート等) アウトリーチ支援導入の契機 具体的な支援内容 多職種連携や、地域や行政との連携に関する具体的内容 アウトリーチ支援の効果や課題 等 <p>3) アウトリーチ支援に係る事例集の作成</p> <p>調査・分析を行った事例について、対象者像やそれに合わせた効果的な支援内容がイメージできるように事例集を作成し、全国の相談支援事業所や地域活動支援センター、精神科医療機関等に配布する。</p>

事業の効果及び活用方法	<p>調査対象である施設におけるアウトリーチ支援の事例を抽出分析することで、対象者像、対象者の選定方法、事業所の役割、多職種による支援、支援内容、運営方法及び地域自立支援協議会との連携等を明確にすることができる。実際の支援内容を盛り込んだモデル事例を紹介することによって、これまで実施することが難しかった支援について具体的な支援をイメージすることが可能になり、現場でのアウトリーチ支援に対する理解が深まる。それによって、これまでアウトリーチ支援を行なっていない施設においても取り組みを始める等、アウトリーチ支援の普及が期待される。</p> <p>また、モデル事業の中で、対象者の選定や効果的な支援体制の構築方法を示すことで行政や地域自立支援協議会との連携が促進され、有機的な地域医療ネットワーク構築の一助となる。そして、次年度以降の精神障害者アウトリーチ推進事業で活用することも可能になると考えられる。アウトリーチ支援に取り組む事業所が増えることになれば、既存の医療福祉サービス制度では対応が難しかった未治療・治療中断の当事者に必要な支援を提供できるようになり、地域生活を継続しながら適切な医療を受けることが可能になる。</p>
-------------	--

本事例集における「アウトリーチ支援の対象者」とは、以下のアウトリーチ推進事業実施要項を参考とした。

○精神医療の受療中断者

1ヶ月以上の受診中断、または服薬中断等により、日常生活上の危機が生じている者。

○精神疾患が疑われる未受診者

家族・近隣との間でトラブルが生じる等の日常生活上の「危機」が発生しており、精神疾患が疑われ、入院以外の手法による医療導入が望ましいと判断される者。

○ひきこもり状態の者

特に身体疾患等の問題がないにもかかわらず、6ヶ月以上、社会参加活動を行わない状態や自室に閉じこもり、家族等との交流がない状態が続いている者で、精神疾患による入院歴または定期的通院歴のある者、または、症状等から精神疾患が疑われる者

○長期入院等の後、退院した者

精神疾患による長期(概ね1年以上)の入院または複数回繰り返しての入院から退院し、病状が不安定な者。

なお、主診断名が統合失調症、統合失調型障害外及び妄想性障害(F2)、気分(感情)障害(F3)の者、認知症による周辺症状(BPSD)がある者(いずれも疑い含む)を対象とする。

総括(まとめ)

1. 対象者(事例)の紹介ルートについて

本事業の対象者(事例)は、平成23年度厚生労働省「精神障害者アウトリーチ推進事業」の対象者と同様に、①「精神医療の受療中断者」、②「精神疾患が疑われる未受診者」、③「ひきこもり状態の者」、④「長期入院等の後、退院した者」とした。今回、相談支援事業所等による事例の抽出では、その内①から③が事例対象となった。

各事業所のヒアリングを実施した結果、①から③のような対象者は、各地域における『潜在的なニーズ』という要素が強く、支援を要する人(対象者)が顕在化していないという声が多く聞かれた。そこには、対象者の特性として、医療機関を含めた地域の支援機関や社会資源の利用につながっていないことや、支援が中断したままその後の状態が把握されていないことが大きく影響している。

そのため、このような事例が相談支援事業所等につながる紹介ルートは、図1の相談経路にある『本人・家族からの相談』は少なく、関係機関からの紹介や情報提供によるものが多いのが特徴である。紹介ルートを事例の種類別にみると、以下のような状況であった。

①「精神医療の受療中断者」

対象者の家族が保健所に相談し、保健所から相談支援事業所等に紹介されたケースが1事例あったが、他の事例では対象者と面識のある友人や、以前利用していた施設職員からの情報提供により支援につながったケースが多かった。

②「精神疾患が疑われる未受診者」

近隣住民から市へ情報提供があり、地域包括支援センターを経由して相談支援事業所等につながったケースであった。

③「ひきこもり状態の者」

障害程度区分認定調査を実施した際に引きこもりの家族がいることが判明するなど、他の在宅サービス提供者等を通じて情報が入る場合があった。今回の事例で多かったのは、市の福祉課や生活保護の担当者など、行政機関の担当者から相談支援事業所等に支援の依頼があったケースであった。行政機関の担当者が気がかりになり紹介したケースもあれば、近隣住民からの苦情を受けて担当者が紹介をしたケースも認められた。その他は、対象者が入院していた病院から紹介のあった事例もあった。

2. 対象者像の特徴について

本事業の事例は、精神疾患の既往歴(受診歴)が認められたり、引きこもりの背景に精神疾患(発達障害を含む)が疑われたりするなど、支援の過程で医療につなげる必要があると判断されるケースが多かった。ただし、事例の特徴として、精神疾患や病状に関する課題のみならず、家庭内における家族との関係や、日常生活、経済状況、社会生活などを含め、『複合的な課題の解決に向けた支援』を要することが多いのが特徴であった。

引きこもりの事例では、その要因として精神疾患が背景にあることが多かった。また、医療サービスや障害福祉サービスなどが途切れたり、支援者のかかわりが途絶えたりした結果、自宅に引きこもるケースも少なくなかった。そのような状態が長引くことで、対象者とその家族が地域の中で孤立した生活を送っていたことも特徴であった。

また、今回の長期引きこもりの事例では、精神疾患に関する課題だけでなく、同時に『身体疾患に関する課題』が潜んでいたケースも複数認められた。引きこもりのケースは家族との関係も希薄になり、本人が身体的不調を訴えることも少なく、同居する家族も不調に気づく機会がなくなってしまう。その結果、支援が開始され、本人が不調を訴えるようになったときには、既に重篤な状態に陥っていたというケースであった。

そして、引きこもりの事例を含め多くの事例に共通しているのは、対象者自らが他者に支援を求めることができないという点である。これは同時に、対象者のニーズや支援を提供する糸口が見えにくいという特徴にもつながっていた。

3. 事業所の役割について

本事業の協力施設の多くが、所在地の市から指定相談支援事業や生活支援事業の委託を受けた事業所であった。平成18年以

前(障害者自立支援法が施行前)に開設されている事業所は、従来より精神障害者を対象とした相談支援や障害福祉サービスの提供を行っている事業所である。

相談支援事業所の障害者支援体制の圏域は、人口規模で9万人～22万人であり、対象となる精神障害者数(推定)は1.4千人～3千人という規模であった。つまり、各圏域の中で主として精神障害者を対象とする事業所は、本事業の協力事業所1箇所のみというところが多く、地域での存在感と果たす役割が重要であることが明らかになった。

自立支援協議会や障害者福祉のネットワークがある地域においては、地域全体の相談支援体制の中で、関係機関との連携や情報交換を行いながら、それぞれの事業所が役割を果たしている。地域における連携機関は、障害福祉サービスを提供する事業所に限らず、介護サービスを提供する事業所や、市町村、保健所といった行政機関など、地域や在宅での支援を行うさまざまな機関と多岐にわたっている。

指定相談支援事業の委託を受けている事業所(地域活動支援センター I 型を含む)は、主として地域の精神障害者とその家族への相談支援を行っているが、病気や障害の有無にかかわらず、地域生活の困り事など、地域の相談を幅広く受理して対応しているのが特徴である。

4. 支援内容について(連携も含め)

①「精神医療の受療中断者」

受療中断者への支援は、保健所や近隣住民から紹介されるケースが多いことから、まずは対象者の状態や、生活状況を含めた『状況把握』を行うために自宅へ訪問することが多い。ケースによっては、保健所の保健師と一緒に訪問を行っていた。

状況把握は自宅を訪問して直接本人に会う場合もあれば、事業所の職員が出・退勤途中に周囲から観察をする場合などがあった。相談を受けて強引に介入するのではなく、地域の中で対象者がどのような生活をしているのかを『見守り』つつ、段階を経てかかわっていくのが特徴であった。

また、受療中断者の場合には、近隣住民との間にトラブルのあるケースも少なくないことから、対象者とその家族への支援だけでなく、『近隣住民へのフォロー』にも力を注いでいた。

対象者との関係づくりが進む過程で、服薬状況の確認を行ったり、病院への受診を勧めたりする支援が行われていた。また、必要に応じて『受診同行』の支援も行っていた。受療中断により、日常生活や金銭管理などに支障をきたしているケースも多いため、それぞれの問題を解決するために必要なサービスにつなげる支援も行われていた。

②「精神疾患が疑われる未受診者」

精神疾患が疑われる未受診者には、受療中断と同様に医療につなげるための支援も必要になるが、日常生活や地域生活が破綻を来している場合も少なくないことから、『生活の立て直し』に向けた支援が重要になっていた。経済面での支援として、年金や生活保護の申請について検討し、手続きに同行訪問を行う支援を行っていた。また、自宅での家事サポートとして、ホームヘルプにつなげる支援など、『複合的な課題の解決』に向けた支援が欠かせない。

そして、未受診者の場合にも近隣住民との間にトラブルを抱えているケースもあるため、地域住民へのフォローが行われていたのが特徴であった。

③「ひきこもり状態の者」

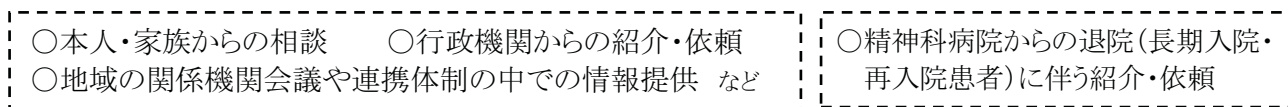
引きこもり状態の事例の支援では、対象者との『関係づくり』に最も多くの時間と労力が注がれているのが特徴であった。自宅へ何度も訪問し、自室のドアの前で声をかけることから支援が始まる。実際には、本人と会話ができるようになるまでに長い時間を要することが多い。それまでは、同居する家族から定期的に状態を確認するなどして、かかわりの糸口を探すことを続けている。また、対象者だけでなく家族からの相談を受けたり、精神的な支援を行うなど、家族を含めた支援を行っていた。

そして、各事業所の支援で共通していたのは、支援計画において『本人の希望』を重視しているところである。本人の趣味や関心のあること、将来の思いなどを把握し、その希望を叶えるための手助けが支援を始める上での糸口となっていた。また、本人がどのような生活を送りたいのかを含めて、本人の気持ちや思いを理解することが支援者の姿勢として共通していた。支援者は、対象者にとっての『理解者』となることが重要であった。

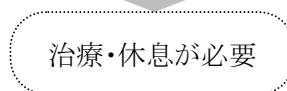
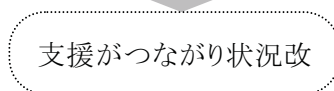
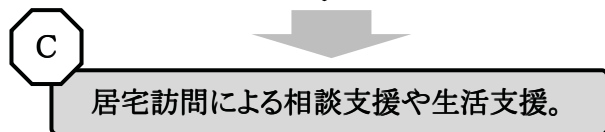
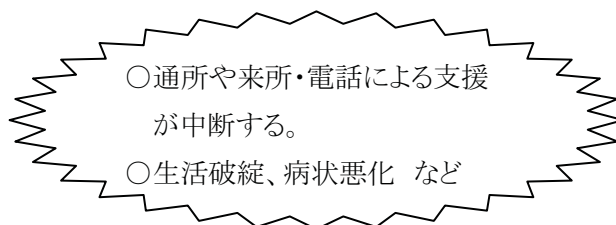
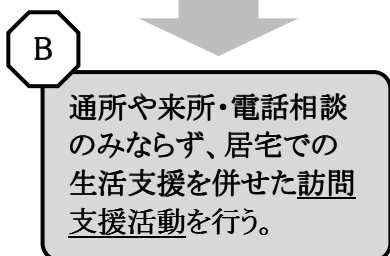
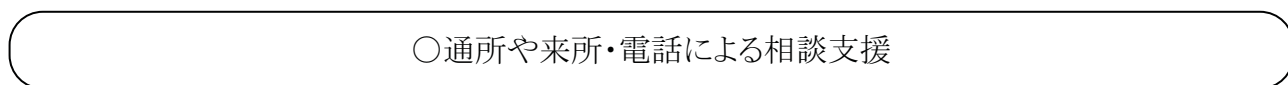
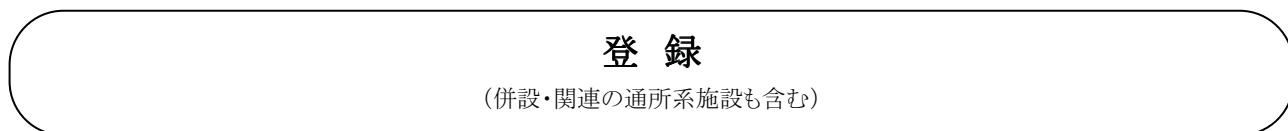
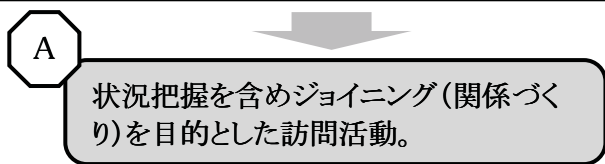
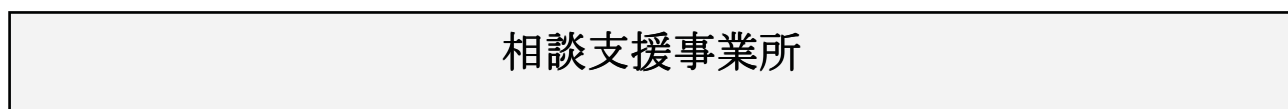
以上が事例の種類に応じた支援の特徴であるが、①から③のような事例に対する支援は、概ね図1のような流で行われていることが多かった。相談支援所等が事例の紹介を受けてから、初期段階はAの対象者の状況把握や関係づくりを目的として訪問を行っていた。そして、対象者と関係ができた段階で、BやCの受療支援や生活支援を含めたアウトリーチ（訪問）支援を行っていた。

図1 相談支援事業所関係の事例対象

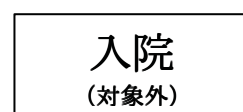
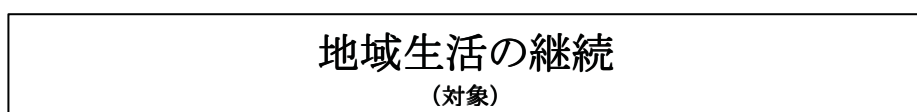
(相談経路の例)



(相談支援)



(現在の状況)



5. アウトリーチ支援の意義と効果について（事例より）

- 自宅へ訪問することにより、生活状況を含め、再発・受療中断の要因やきっかけについて把握できるのは、その後の継続的な支援を行う上で効果的である。
- 対象者の地域での生活環境を整えることが重要であり、訪問によって近隣住民のフォローを行うことは、対象者が住み慣れた地域で生活を継続するために大きく役立つ。
- 対象者の体調が悪化した場合も、訪問によってその原因や悪化に至る状況を確認し、環境調整やそれに必要な医療・福祉サービスなどにつなげることは、入院に頼らず体調の安定を図ることにつながっている。
- 現在つながっている機関による受診状況の確認や経済的な問題、家族間の関係性を、訪問支援を通じて定期的にモニタリングしていくことにより、地域で安定した生活を送ることができている。
- 生活の場に訪問することで、対象者の特性や生活状況を知ることが可能であり、長期的にみるとその場しのぎではない意味のある支援につながっていると考えられる。
- 同居する家族等がない対象者について、情報収集の段階から自宅訪問を行うことは、本人の病状の悪化や利益の損出を最低限に抑える効果があると考えられる。
- 訪問による支援は関係づくりが大切であり、関係性が構築されると服薬や受診に関することも踏み込んだ話し合いができるようになる。
- 対象者の小さな変化や行動を良い側面からとらえ、見方を変える。それを常にフィードバックしていくことが、対象者の自信につながり、家族の変化につながったと考える。
- 訪問による支援によって入院を回避して、対象者が自助能力を高める経験を得ることが、今後のリハビリにつながっていくと考える。
- 関係機関の連携と訪問による支援がなければ、生活が破綻し、家族関係も崩壊し、病状の悪化につながる事例が多い。受療中断になる前に、関係機関と共に支援ができたことは非常に有効である。
- 自宅への訪問を繰り返し、本人の意向を踏まえてプランを作成したことで、本人と家族の理解と協力を得ることができた。
- 銀行や契約先に出向いての交渉や、現金引き出しや支払いの場面などに立ち会い、日用品や食品の購入など生活コストを軽減するための生活目線での支援により、本人のモチベーションが継続されている。

岩手県宮古市「指定相談支援事業所」の取り組み

事業所名……指定相談支援事業所 れいんぼー

所在地……岩手県宮古市緑ヶ丘2番3号

事業類型……相談支援事業所

(A) 地域の基本情報(当該事業所が所在する地域の障害者支援体制の概要)

1. 障害者支援体制の圏域について

■対象市町村および人口

宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村……合計 91,347 人

■精神障害者数(推定)

自立支援医療の利用者数……1,386 人

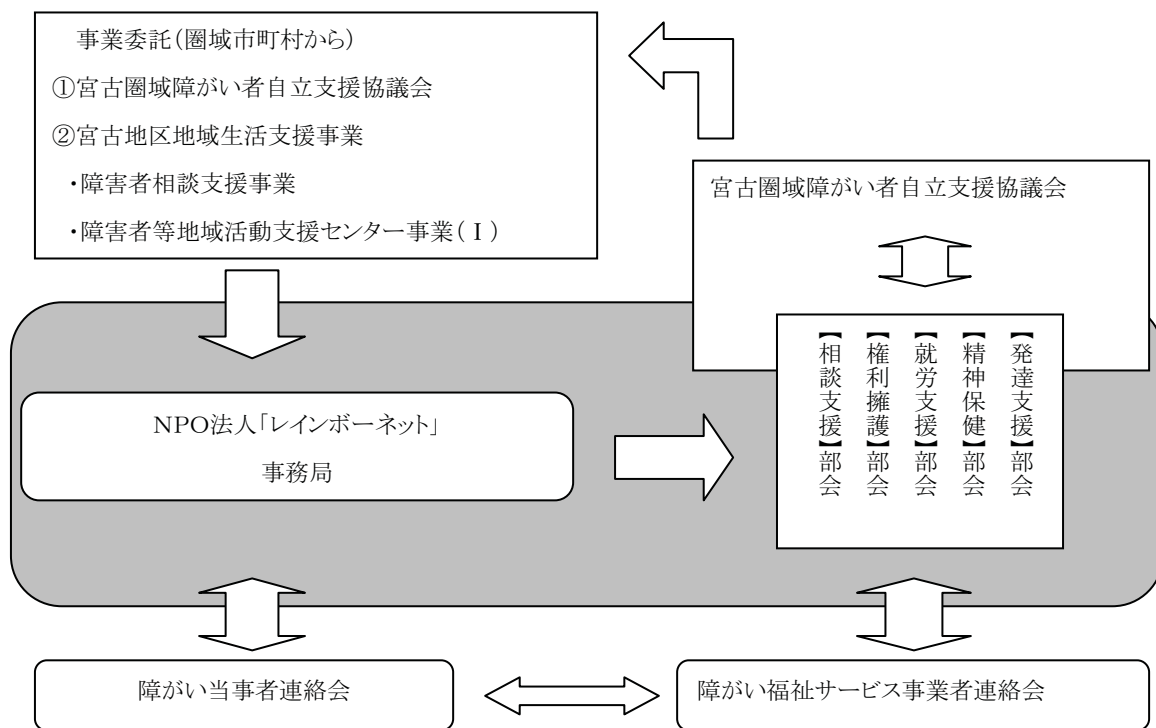


2. 圏域内の社会資源について

(1) 地域の全体状況

	障害者自立支援法	介護保険	医療(精神)	その他
通所系	重度障害者等包括支援(0)	地域包括支援センター(4)	精神科(心療内科)クリニック(1)	
	児童デイ(0)	地域密着型事業所(2)		
	地域活動支援センター(2)	通所介護(29)		
	就労移行支援(1)	通所リハ(3)		
	就労継続支援(11)	小規模多機能(8)		
相談支援事業所(2)				
訪問系	居宅介護(3)	訪問看護(24)	訪問看護ステーション(1)	
	重度訪問介護(0)	訪問介護(21)		
	行動援護(2)	訪問リハ(12)		
	生活介護(0)	訪問入浴(6)		
	生活訓練(0)	居宅介護支援事業所(30)		
入所系	短期入所(4)	短期入所(10)	精神科病院(2)	知的障害児施設(1) 救護施設(1)
	障害者支援施設(2) 宿泊型自立訓練(1)			
その他	障害者福祉センター(1)			保健所・保健センター(5)
	就業・生活支援センター(1)			
	子育て支援センター(1)			特別支援学校(1)
	発達障害者支援センター(0)			
	総合教育支援センター(0) (特別支援教育センター)			

(2) 地域の中での当該事業所の位置づけ(関係性)



(B) 当該事業所の基本情報

1. 事業所の設置状況

(1) 設置主体および開設年月日

■設置主体……NPO法人 宮古圏域障がい者福祉推進ネット ■開設年月日……平成 19 年

(2) 併設施設(関連施設)の有無と内容

地域活動支援センター I 型

2. 事業所の相談支援体制

(1) 相談支援に携わる職員(職種・人数、常勤・非常勤の状況)

職種(職位)	所有資格等	勤務形態
1. 事務局長(1名)		常勤
2. 事務局次長(1名)	社会福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員	常勤
3. 相談支援専門員(1名)	社会福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員	常勤
4. 相談支援専門員(1名)	社会福祉士・精神保健福祉士	常勤
5. 相談支援専門員(1名)	社会福祉士	常勤
6. 相談支援専門員(2名)	社会福祉主事	常勤
7. 相談支援員(2名)		常勤
8. 事務職員(1名)		常勤
職員数 常勤 10名 非常勤 0人 合計 10人		

(2)年間の相談件数

平成 23 年1月～12 月の相談延件数 (3,103)件		
相談者数 (268)名 うち新規(65)名		
内訳	来所	(376)件
	電話	(1,464)件
	訪問	(321)件

※相談件数の内訳にズレがあるのはメール相談等があるため

(3)相談受付・対応時間等

事業所の活動日時	曜日(毎日、但し12月29日～1月3日休み) 時間(9:00～18:00)
夜間・休日の対応	あり(必要時に携帯電話で対応)
連携している医療機関	なし

(4)市町村委託費及びそれ以外で相談支援活動を支える経費の概要

宮古地区地域生活支援事業(4市町村から合計 4,000 万円)

・障害者相談支援事業、障害者等地域活動支援センター事業(I)

(5)その他、相談支援体制に関する特記事項(特徴など)

官民協働体制での相談支援体制

(C)訪問を実施した相談支援の実績

平成 23 年 11 月の1ヶ月間に訪問を実施した相談支援の件数 (47)件				
相談者実人数(32)名 うち新規(1)名				
上記のうち、アウトリーチ支援の対象者への相談支援件数(3)件				
内訳	対象者	自宅への訪問	外出の同行	受診同行
	未治療	(2)件	(0)件	(0)件
	受療中断	(0)件	(0)件	(0)件
	ひきこもり	(3 ※2件重複)件	(0)件	(0)件
	長期入院後の退院	(0)件	(0)件	(0)件

事例 A

相談支援事業所の訪問支援により、 服薬中断による急性期症状への迅速な対応ができたケース

(1) 事例の基本情報

ケースの類型	1. 受療中断者 2. 未治療者 3. ひきこもり状態 4. 長期入院後の病状不安定		
年代	30 歳代	性別	男性
主病名	統合失調症 薬物依存		
診断時期	1. 特定 2. 推定 3. 不明 時期:平成 6 年		
家族構成	父(音信不通)、姉(長女、音信不通)、姉(次女、音信不通) 離婚、母(知的障害、アルコール依存症)		
婚姻状況	あり	世帯状況	同居世帯(夫婦)
居住形態	借家(アパート)	経済状況	生活保護
就学・就労の状況	中学校卒業 大工、土木作業員		
障害者手帳の有無	あり	身体疾患の有無	なし
生育歴・現病歴	<p>昭和 47 年に岩手県A市生まれる。</p> <p>両親離婚(時期不明)後に児童養護施設に入所したが、非行により児童自立支援施設へ入所となる。</p> <p>卒業後に関東のB県C市で大工の仕事に就く。</p> <p>16歳の時に、シンナーを吸引したことで警察に保護される。その後、19歳と21歳の時にシンナー吸引にて医療刑務所で服役する。</p> <p>平成4年、母が入院している岩手県A市の精神科病院に突然現れ、母を退院させたいと要請し、退院となった。その数日後に、同市の駅前にて事件を起こし、服役する。</p> <p>平成6年9月、市役所に現われ住所変更等を行うが、挙動不審にて警察に通報されることがあった。その数日後に、同市知人宅にて金属バットで家具等を壊し、逮捕される。取り調べ中に突然興奮する、独語を話すことから措置入院となる。同年11月、退院後にB県在住の姉を頼り、そこで仕事に就く。</p> <p>同年12月末に岩手県A市にいる友人に会いに訪れるも、1月初めに問題を起こし、同市の病院へ入院となる。</p> <p>3日間入院した後にB県に戻るも、姉宅でシンナー吸引や包丁を振り回したり、突然泣いたりしたことでC市の病院に入院となっている。その後、B県や岩手県で同様の内容で入退院を8回ほど繰り返す。</p> <p>平成18年、岩手県A市の精神科病院を退院し、アパートで単身生活を開始する。</p> <p>お金がなくなると入院中の母親にお金の無心に行き、生活保護担当に注意を受けることが何度かあったが、デイケアを利用しながら、地域生活を継続していた。</p> <p>その後、主治医がクリニックを開業し、デイケアや日中活動は特に参加せずに生活をしてきた。</p> <p>平成21年1月に結婚する。(妻:昭和50年代後半生まれ、精神障害)</p>		

(2) 支援の経過

初回相談日	(今回のかかわりについての初回)平成 21 年 4 月 14 日
相談経路	妻から保健所の保健師へ相談があり、保健師より相談支援事業所へ連絡が入る。
相談内容 (目的など)	本人が自宅に鍵をかけて入れない、本人の様子が心配との内容であった。
対象者宅までの距離・時間	距離:約2km 時間:約5分 (交通手段:車)
支援時期と事例の状況	具体的な支援内容および連携機関
<p>平成 21 年 3 月</p> <p>●保健師より相談を受ける。</p> <p>4 月</p> <p>●本人より電話連絡がある。</p> <p>「引っ越しは無理になった。今まで迷惑かけた」と興奮気味に話す。</p> <p>●初回相談(妻より) 保健所の保健師より電話が入る(妻から保健所への電話の内容について)</p> <p>自宅に鍵をかけて閉じこもり、自宅に入れなかったことと本人が心配だとの連絡が入る。</p> <p>【自宅への訪問】19 時頃</p> <p>●保健所保健師、市生活福祉課職員 2 名、相談支援専門員で自宅訪問を行う。(初回)</p> <p>目的:本人の状況の確認および家族(妻)に対応するため</p> <p>何度も呼びかけるも返答なし。電気がついたり活動している状況から、あまり刺激しないほうがよいと判断し、翌日の対応とした。(妻は実家に帰る)</p> <p>【自宅への訪問】翌朝 9 時</p> <p>●保健所保健師、市生活福祉課職員、相談支援専門員で自宅訪問を行う。(2 回目)</p>	<p>○相談内容</p> <p>アパートの隣人が過干渉なため引っ越しをしたいとの相談。市の生活保護担当者、不動産屋等と検討するが、市の生活福祉課から、この内容での転居は認められないとの返答があった。</p> <p>○話を聞き落ち着かせる。</p> <p>○18 時頃 相談支援事業所より携帯電話に電話したが、出なかった。何度か電話するが、留守電話となる。</p> <p>○玄関を開け、面談及び服薬状況の確認をする。イライラ感が強いことや、薬を 6 日間服用していなかったことから受診を促す。</p>

<p>● 次回の受診予定日(5 日後)まで見守りを行い、受診の際にはその後の状況等を報告した。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>初めは嫌がっていたが、相談支援専門員が同行支援することで本人が了承し、受診となる。 受診にて注射を施行、安定剤の追加処方を受ける。</p> </div>	<p>○その後、再度、本人、市生活福祉課担当、不動産屋、相談支援専門員と引っ越しについて検討し、5 月に引っ越しを行った。あわせて、以前は訪問について「いらない大丈夫」と話していたが、最低でも月 1 回の訪問を提案し、本人も承諾した。</p>
--	---

■ 支援終了時または現在の生活状況・利用したサービス

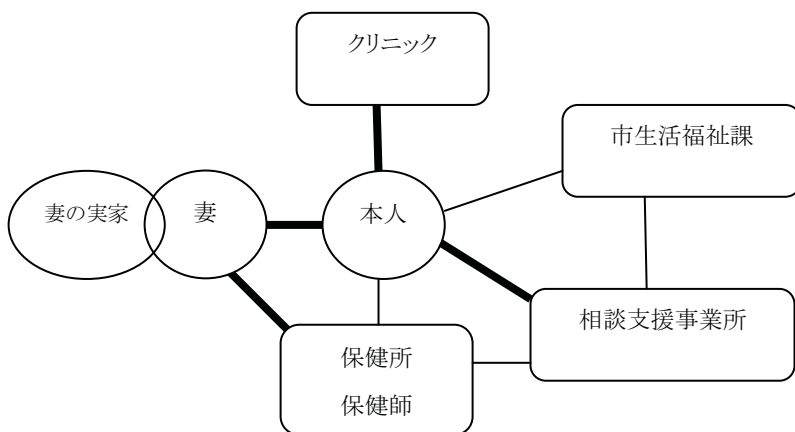
支援終了時は、妻との生活を継続し、市生活福祉課担当と相談支援事業所で連携して訪問を行うことで、病状や生活状況の把握と支援を実施した。

現在は、本人、妻、子供と生活を続けている。(本人の意向もあり、市生活福祉課等が中心に支援を行っている)

■ 対象者の声

自分の話を聞いてくれたり、受診についても調子が悪い時は行くことさえも大変なので、同行してもらうことで助かった。住居を探す手伝いについても、お世話になった。

■ 事例に関与していた機関



(3) 事例のまとめ

■ アウトリーチ支援の効果と意義

本人は不調になると暴力的となることから、事故等の心配があった。普段から保健所の保健師と妻がかかわりをもっていたことから、病状の変化があつてすぐに連絡を受けて対応することができた。

また、本人が平成 18 年に退院した際に、現在の相談支援事業所の前身である地域生活支援センターがかかわっていたことで、ジョイニング(関係性作り)もある程度できていたことから、訪問によるかかわりによって受診につなげることができた。そして、地域生活を継続することができた。

つまり、対象者等にかかわる関係機関が、地域においてその人との信頼関係を構築しておくことで、スムーズに支援することが可能となった。

また、チームを組んで支援することで本人が支援者を選択することができ、安心して受診等に行くことができたと思われた。

この事例のように、本人や家族との関係性ができていると、生活状況の変化にともなう支援についても抵抗なく受け入れられると考えることができる。

事例 B

治療中断による体調悪化した対象者への対応

(1) 事例の基本情報

ケースの種類	1. 受療中断者 2. 未治療者 3. ひきこもり状態 4. 長期入院後の病状不安定		
年代	60代	性別	男性
主病名	躁鬱病 アルコール依存症		
診断時期	1. 特定 2. 推定 3. 不明 時期:平成5年		
家族構成	本人 息子(所在不明)		
婚姻状況	あり	世帯状況	
居住形態	持家	経済状況	老齢年金
就学・就労の状況	中学校卒業 青果店		
障害者手帳の有無	なし	身体疾患の有無	なし
生育歴・現病歴	<p>昭和14年、A県B市に生まれる。</p> <p>中学校卒業後、自営していた青果店の仕事を手伝う。その後、B市の青果店に就職する。(約28年間勤務)</p> <p>結婚した時期は不明であるが、子供(男子)2人をもうけている。</p> <p>昭和53年頃(本人39歳)に妻が病気を苦にして入水自殺を図り、妻と二男が亡くなっている。</p> <p>この後、昭和60年頃からうつ傾向が見られ、食事も摂らずに部屋にこもることがあった。</p> <p>詳細な時期は不明であるが、急に店を再開し、店頭だけでなく道路にも商品を並べ、ペンキで道路に字を書く行為や、市場で全裸になって肉体を誇示する行動が見られようになった。</p> <p>平成4年の夏頃から食事を摂らない、風呂に入らない、便も垂れ流すようになり、平成5年11月に精神科病院へ入院となる。平成9年に退院して青果店で働き始めるも、当時B市にいた姉が自宅へ行くと部屋も散らかり、大きな音でラジオをかけている状況であった。このような状況で近所から苦情もあり、再度入院となる。</p> <p>その後も入退院を3回繰り返し、平成13年に生活訓練施設(援護寮)に入所となる。入所中も躁状態となり、2回の入院をしている。</p> <p>平成16年に生活訓練施設(援護寮)を退所し、自宅で単身生活を始めている。このとき64歳であったが、生活スキルに問題はなく、介護保険によるサービスの利用等は行わなかった。その他の支援については、地域生活支援センターが訪問を行い支援していた。</p> <p>しかし、平成19年4月に障害者自立支援法移行にてNPO法人へ引き継ぐ形で、地域生活支援センターは廃止となった。その結果、職員の異動やサービスの変化より、障害福祉サービスと疎遠になっていた。</p>		

(2) 支援の経過

初回相談日	(今回のかかわりについての初回)平成 19 年 12 月中旬
相談経路	生活訓練施設(援護寮)の職員(以前利用していた施設)
相談内容 (目的など)	自宅店舗で野菜を売り始めている。本人の今までの生活を考えると体調の変化があるのではないかと、病状の確認と、必要なら受診を行う。
対象者宅までの距離・時間	距離:約 1km 時間:約 10 分 (交通手段:徒歩)
支援時期と事例の状況	具体的な支援内容および連携機関
<p>平成 19 年 12 月</p> <p>●初回相談 (対象者が以前利用していた施設職員より)</p> <p>●関係者間で話し合いを実施</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●職員が通勤途中に対象者の様子観察を行った。</p> <p>その後、野菜だけでなく骨董品等も置くようになり、道路や向いの他人の駐車場へも物を置くようになる。(ゴミも多くなる)</p>	<p>○「自宅店舗で野菜を売り始めているようだ。本人の今までの生活を考えると、体調の変化があるのではないかと」の連絡が入る。相談支援専門員が連絡を受けて状況を確認すると、野菜等の販売を始めていた。</p> <p>○親族等が近郊にいないために、相談支援事業所と地域生活支援センター元職員や援護寮元職員等の関係者と、今後支援について検討した。</p> <p>この話し合いによって、業務の早番、遅番の勤務者が通勤時間を利用して、早朝と夜間を含めた対象者の行動の把握に努めた。あわせて、訪問を実施している。(店舗で本人と話をする)</p> <p>○道路にあまりにもはみ出しているものについては、相談支援専門員や元職員等が片づけることを促し、不要な物は廃棄する手伝いをした。</p> <p>○住民より苦情がでてきたことから、市の保健師へも協力をお願いし、対応を始めた。</p> <p>○通院していた精神科病院へ受診状況を確認した。</p> <p>平成 17 年 12 月より、治療中断していることが判明した。併せて本人の状態を報告し、受診の際の協力を要請した。</p>
<p>平成 20 年 1 月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●週に 3 回程度の訪問を実施する。</p> <p>お店の他に、ゴミの問題や夜間もステレオを店舗で流す行動が見られるようになる。また、国道の車道をリアカーに野菜を乗せて配達に行く行為が見られた。</p>	

<p>●親族に状況報告</p>	<p>行動が激しくなっているため、受診を促すも、拒否的であった。</p> <p>○その後もエアガンを撃つ行為、特に魚を販売するようになり、この魚が腐敗することでの悪臭等も問題となってきた。</p> <p>○県内外にいる兄弟に連絡がとれたが、高齢で来られない状況であった。</p>
<p>2月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員、関係職員と訪問を継続する。</p> <p>●生活訓練施設(現宿泊型自立訓練事業所)へ連絡が入る。 →市場で胸が急に痛くなり、県立病院へ救急搬送され検査入院となった。</p> <p>病院で一晩中一睡もせずに病棟内を歩き回る行為があり、退院となる。</p> <p>●精神科病院への受診支援</p>	<p>○通院の促しやゴミ処理の継続支援を行った。</p> <p>○検査入院の際には、知人夫婦が保証人になってくれた。</p> <p>○短期入所の手配・対応を行った</p> <p>しかし、自宅には帰せないと判断し、宿泊型自立訓練事業所の短期入所の部屋を開けてもらい、本人を受け入れてもらった。</p> <p>○その夜も落ち着きなく歩きまわることから、元職員が受診の説得を続け、精神科病院を受診する。</p> <p>○診察を受け、入院となった。</p>

■支援終了時または現在の生活状況・利用したサービス

入院後、本人の了承を得て、店舗兼自宅を清掃し、野菜等の処分を行った。退院する前に、民生委員、市の保健師、病院、関係事業所で退院後の支援を検討した。

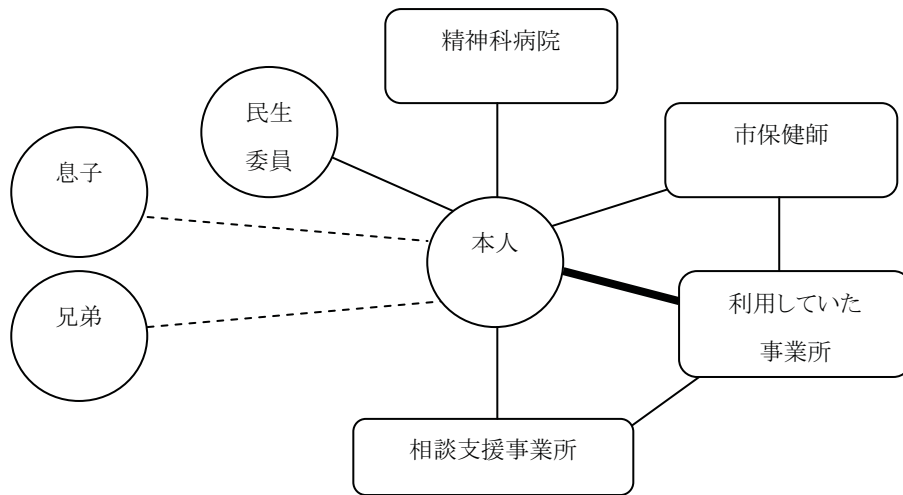
退院後は、毎週月曜日に訪問看護、火曜日から金曜日は生活介護事業所へ通所することになった。その他、相談支援事業所も訪問し、生活状況の把握を行っている。民生委員には、生活状況等の変化があった場合の連絡先を確認してもらった。

現在は同様のサービスを利用しながら地域で生活している。

■対象者の声

具合が悪い時など助かった。その他に分からない手続きをしてくれるので助かる。

■事例に関与していた機関



(3) 事例のまとめ

■アウトリーチ支援の効果と意義

生活訓練施設(援護寮)退所時に、年齢が若いことや本人の生活スキルがある程度高かったために、障害福祉サービスや介護保険制度を利用せずに地域生活を開始したこと、加えて、事業所の廃止等で支援の対象から漏れてしまった事例である。

しかし、住んでいる地域が市街地であり、支援者の目に触れることが多かったことで早期に介入できたと考えられる。

連携については、この圏域に障害福祉サービス等のネットワークがあったことで、相談支援の対象者が以前利用した事業所からの協力も得やすかった。このことで、近隣に親族がおらず、行政や事業所が直接支援を実施する際もスムーズに連携ができた。

同居家族等がない対象者に対し、情報収集の段階からアウトリーチを行うことは、本人の病状の悪化や利益の損失を最低限に抑える効果があると考えられる。

事例 C

約 2 年間、排便以外は自室に引きこもっている、 精神疾患があると思われる対象者へのアプローチについて

(1) 事例の基本情報

ケースの種類	1. 受療中断者 2. 未治療者 3. ひきこもり状態 4. 長期入院後の病状不安定		
年代	40 歳代	性別	男性
主病名	不明		
診断時期	1. 特定 2. 推定 3. 不明 時期:		
家族構成	母(86 歳) 長男(66 歳別居:市内) 次男(62 歳別居:県外) 三男(59 歳別居:市内) 四男(56 歳:同居、精神障害) 五男(54 歳:同居、精神障害) 本人(40 歳)		
婚姻状況	なし	世帯状況	家族同居
居住形態	持家(一戸建)	経済状況	母の老齢年金 兄の障がい年金
就学・就労の状況	中学校卒業		
障害者手帳の有無	なし	身体疾患の有無	不明
生育歴・現病歴	<p>昭和 45 年に、岩手県 A 市に生まれる。</p> <p>市内の小学校を卒業し、元気な子どもであった。</p> <p>市内の中学校に進学し、中学校 2 年生の時に、グループ内でいじめに合った友人をかばい、本人がいじめの対象となった。このときから不登校となった。</p> <p>平成 7 年に、関東 B 県在住の叔母が引きこもりの状態を見かねて、自宅に呼びよせて自営している建築業の仕事を手伝わせている。仕事は休んだりしながら続け、平成 19 年に本人の様子がおかしいことと、自営していた建設業を叔父(叔母)が高齢となり辞めることから、本人を A 市に戻している。</p> <p>A 市に戻り、1 年ぐらいはアパート生活をしていて、仕事に就けないことから実家で生活を始めている。この頃は、母を車で通院に乗せて行くこと等できていた。</p> <p>実家で生活をする中で徐々に自室に引きこもるようになり、トイレ(排便)以外は部屋から出なくなった。</p> <p>食事は、母が自室のドアの前まで運んでいる。その他に、焼酎と水、身体をふけるようにウェットティッシュもドアの前に置いている。</p> <p>精神疾患と思われる行為として、壁にマジックで「死ね」等の文字を大きく書く行為と、時折、壁を殴ったような音がすることがあった。</p> <p>平成 22 年の夏頃、本人から「人の声が聞こえるので病院へ連れて行ってほしい」との訴えがあったが、家族は精神科病院を受診させずに、母親が通院していた脳神経外科を受診し、薬の処方を受けるが、その後の受診は行っていない。</p>		

(2) 支援の経過

初回相談日	平成 23 年 1 月 28 日 (今回のかかわりについての初回)
相談経路	当相談支援事業所の相談支援専門員
相談内容 (目的など)	対象者の兄の障害程度区分認定調査を実施した際に、約 2 年間引きこもりの弟がいることが判明した。排便以外は、部屋から出ない状況であり、食事は母親が自室のドアの前に置いている。会話や本人からの意志の伝達はほとんどない。精神疾患と思われる行動も見られていることから、今後、医療と福祉の支援が必要と判断した。
対象者宅までの距離・時間 距離:約5km 時間:約 10 分 (交通手段:車)	
支援時期と事例の状況	具体的な支援内容および連携機関
<p>平成 23 年 2 月</p> <p>●初回相談</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●市の保健師と相談支援専門員と家庭訪問(1 回)</p> <p>目的:母親から今までの生活状況等を確認する。</p>	<p>○母親(86 歳)の希望</p> <p>可能なら受診して、一緒に食事を食べたいという内容であった。母親は 46 歳のときに産んだ子供でとてもかわいいと話していた。(6 人兄弟の末っ子)</p>
<p>3 月</p> <p>●個別支援会議を実施</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●市保健師と相談支援専門員と家庭訪問する。(1 回)</p> <p>目的:生活状況の確認と、個別支援会議の報告を行った。</p> <p>●11 日 東日本大震災が発生</p>	<p>○高齢の母親と精神科へ通院している兄 2 名と本人の 3 人での生活であったことから、年金と生活保護の申請について検討した。受診については、生活保護の認定が決まったときに検診命令により受診を促すことになった。</p> <p>○生活保護については、兄(4 男、5 男)が障害基礎年金を受けることができるようになったことで、対象にならなかった。</p> <p>受診については、精神科病院へ事前に相談を行うことを提案し、その際には長男にも協力してもらうように依頼した。</p> <p>○支援が停止する。(自宅への津波の影響はない)</p>
<p>5 月</p> <p>【自宅への訪問の再開】</p> <p>●相談支援専門員が訪問。(1 回)</p> <p>目的:震災後からの本人と家族の生活状況の確認を行った。</p> <p>震災後も生活に変化なく自室での引きこもりが続く。</p>	<p>震災後の本人の生活の変化や、家族のライフラインが復旧するまでの状況、現在必要な支援を確認した。</p>

<p>7月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員が訪問。(1回)</p> <p>目的:本人の生活状況の確認と、現在の担当以外の相談支援専門員の紹介。そして、今後の支援方法の提案を行った。</p> <p>母親より 最近、壁などを叩くこともなく、食事も3食摂取している。先日、ドアが開いており、久しぶりに顔を見ることができた。表情も穏やかで狂っている(母親の表現)時とは違っていたとの話があった。</p> <p>●市役所へ母親と年金等の手続き実施</p>	<p>○母親と相談支援専門員の同行で、障害年金の受給資格の確認と年金の免除申請を実施する。</p> <p>○母親と相談し、</p> <p>相談支援専門員による月2回の訪問と手紙を書いて、自室のドアの前で声をかけてから置くこと始める。</p> <p>○本人は、前回訪問後何日間か食事を摂っていない。</p>
<p>8月</p> <p>●電話での確認(相談支援専門員)</p> <p>目的:本人の食事状況の確認。</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員が訪問する。(1回目?)</p> <p>目的:本人の生活状況の確認および家族へのサポートと、母親以外のキーパーソンを確認する(家族との関係づくりを意識した活動)</p> <p>この話の後に本人の自室前に行くと、ドアから光が見えた。ドア越しであるが、次回の訪問日等の声かけをして手紙も置いてきた。(返答はなし)</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員が訪問。(2回目)</p> <p>目的:本人の生活状況の確認および家族へのサポート(家族との関係づくりを意識した活動)</p>	<p>○食事を摂るようになった。手紙についてはそのままになっているとのことであった。</p> <p>○食事は、その後も摂っており、ゴミもごみ袋に入れて部屋から出しているとのことであった。</p> <p>○このとき、母親と今後について確認する。</p> <p>①兄弟で部屋を開けて話をできる人がいるか。</p> <p>②信仰している宗教関係者で話をできる方がいるか。</p> <p>③保護者の同意にて、保健師と受診に向けた活動を考えてよいか。</p> <p>母の返答は、①について中学時代に引きこもったときも開けて話をする兄弟はいなかった。②について相談してみたが、神様もこのままでしょうと言っている。③については返答を濁し、「私が死ななければ、自分から食べにこないだろう」であった。</p> <p>○訪問すると2階の自室から玄関に本人が現れる。</p> <p>挨拶をするも返答なくトイレに入る。トイレから出てくるのを待ち、再度、挨拶するも自室に戻ってしまう。</p> <p>(声かけと手紙を実施)</p>

<p>9月</p> <p>●自立支援協議会精神保健部会で事例検討</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員が訪問。(1回目)</p> <p>目的:本人の生活状況の確認および家族へのサポート(家族との関係づくりを意識した活動)。今後の支援内容の提案を行うため。</p> <p>【母親と精神科病院へ同行訪問】</p> <p>●相談支援専門員が同行し、診察の相談に行く。</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員が訪問。(2回目)</p> <p>目的:本人の生活状況の確認および家族へのサポート(家族との関係づくりを意識した活動)</p>	<p>○自立支援協議会精神保健部会にて、事例を検討する。(本人からの了承を得られないことから匿名で実施)</p> <p>○検討により兄(4男、5男)が受診している、どちらかの精神科病院へ保護者が事前に相談し、医師からもアドバイスを受けることにした。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>母親へ今までの状況より精神疾患がある可能性が高いことを再度説明し、精神科病院への相談することを提案する。</p> </div> <p>○母親も「ピッとなった息子を生きているうちに見たい」と話し了承する。後日、相談支援専門員も同行することになった。(声かけと手紙の実施)</p> <p>○医療相談室にて今までの状況を報告し、医師の診察日を決めることになった。</p> <p>○食事を10日間摂っていないと母から報告があった。(声かけと手紙の実施)</p>
<p>10月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員が訪問。(1回目)</p> <p>目的:本人の生活状況の確認および家族へのサポート(家族との関係づくりを意識した活動)</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員が訪問。(2回目)</p> <p>目的:本人の生活状況の確認および家族へのサポート(家族との関係づくりを意識した活動)</p> <p>●相談支援専門員(2名男女)で訪問。(3回目)</p> <p>目的:精神科病院への受診同行のため。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>1時間程、声かけをして待つも受診できなかった。</p> </div>	<p>○母親が、本人のことより自分自身の体調や今までのことを一方的に話す。ひと通り話した後に「話を聞いてくれてありがとう」と発言があった。(声かけと手紙の実施)</p> <p>○精神科病院への受診予約について、ドア越しに受診の必要性と予約日を報告する。(声かけと手紙の実施)</p> <p>○母親より今朝は、ドンドンと足音を立ててトイレに降りてきている。また、ここ2日間お酒が増えているとの報告があった。</p> <p>○精神科病院にも報告し、次回のタイミングで受診することになる。</p> <p>○相談支援専門員と医療相談室精神保健福祉士と調整を行う。受診</p>

<p>●精神科病院の医療相談室と調整を行う。</p>	<p>については、継続して促しを行うことにした。医師からは、可能であるなら往診をしてもよいと話ができた、理由として少しでも早く治療することで予後が良いという考えからであった。</p> <p>○今後、母親とも相談し、現状を医師へ報告して判断してもらうことにした。その他、往診の際には保健所の協力も必要になる可能性があることの説明を受けた。</p>
<p>11月</p> <p>●電話確認(相談支援専門員)</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員が訪問。(1回目)</p> <p>目的:本人に対する往診等について母親へ説明と意志確認、サポート(家族との関係づくりを意識した活動)</p>	<p>○母親より4日間食事を摂取しない状況があったが、現在は、摂取していると報告があった。</p> <p>○状況に変化なし(声かけと手紙の実施)</p>
<p>12月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員が訪問。</p> <p>目的:本人の生活状況の確認および家族へのサポート(家族との関係づくりを意識した活動)</p> <p>食事、食べたり食べなかったりではあるが状況に大きな変化なし。(声かけと手紙実施)</p>	<p>○現状は変化しておらず、排便以外は部屋から出てこない状況が続いている。食事も食べたり食べなかったりしているとのことであった。今後も訪問を続けて支援することを母親に伝えた(声かけと手紙の実施)</p>
<p>平成24年1月</p> <p>●保護者より連絡が入る。</p> <p>相談支援事業所が自宅に迎えに行くと自室のドアが開いており、受診の意思確認もでき、自分から準備を始めた。本人の訴えは吐き気と嘔吐物に血が混じっているとのことであった。2階の自室より降りる際も支えないと歩行できない状況であった。</p> <p>●翌日、母より電話連絡がある。</p>	<p>17:00</p> <p>○母親より、本人が「体調が悪く病院へ行きたい」と話していると相談支援事業所へ連絡が入った。(病院は精神科病院でもよい)</p> <p>○相談してあった精神科病院へ連絡し、受診できることになった。</p> <p>○長男も駆けつけてきた。相談支援事業所が本人を搬送し、長男は母親と病院へ移動した。</p> <p>○精神科病院を受診。問診に対しても自分で答えている。内容は、人の声が聞こえる等を話していた。</p> <p>医師から、本人と保護者へ診断について説明があり、現状では精神科の治療より身体の治療が最優先と判断しているとのことで県立病院への転院となった。</p> <p>○相談支援事業所は、県立病院へ本人を搬送し、受付の支援を行った。</p> <p>○県立病院診察後に点滴、心電図、胃カメラの処置を受けた。昨夜2時頃に2回目の胃カメラの途中で下血があり、輸血を受けたが心肺停止となり死亡したとの連絡であった。</p>

■支援終結時または現在の生活状況・利用したサービス

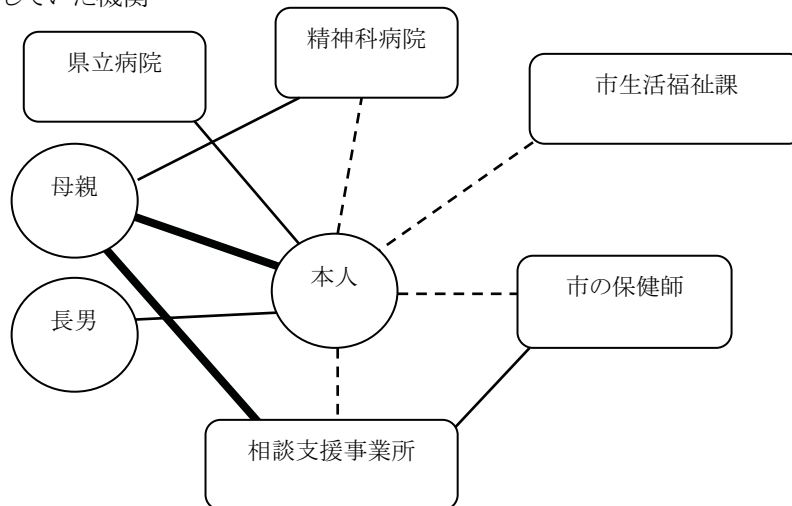
精神疾患ではなく、身体の疾患にて死去

■対象者の声

(母親より)

本人への支援もありがたいが、自分の話を聞いてくれてありがたかった。何度も何度も息子のために来てくれてありがたかった。

■事例に関与していた機関



(3) 事例のまとめ

■アウトリーチ支援の効果と意義

この事例については、引きこもりという状況と精神疾患があると考えられることで、支援者の考えが、精神科病院を受診することに向けられてしまった。本人の状況をしっかりと見ると、食事を何日も摂らないことや飲酒も見られること等から精神疾患以外の身体疾患を考え、少しでも早く介入する必要があったと考えられる。また、本人が体調不良を訴えた際に嘔吐物に血液が混じていたことから、精神科より救急病院へ搬送するべきであったと思われる。

引きこもりとなっている対象者の人権を考えすぎて、対応が遅れた事例だと感じる。

支援者と家族の話しやすい関係を構築することにより、本人の状態に変化があった時に速やかに家族等から連絡を受け、対応することが可能であった。

山形県鶴岡市「多機能型事業所」の取り組み

(※訪問型生活訓練事業の活用)

事業所名……NPO やすらぎの会 障害者地域生活支援センター翔

所在地……鶴岡市西新斎町 2-2

事業類型……相談支援事業、生活訓練事業 他

(A) 地域の基本情報(当該事業所が所在する地域の障害者支援体制の概要)

1. 障害者支援体制の圏域について

■対象市町村および人口

鶴岡市……135,030 人(平成 24 年 2 月)

■精神障害者数(推定)

自立支援医療の利用者数……1,011 人(平成 23 年 4 月)



2. 圏域内の社会資源について

(1) 地域の全体状況

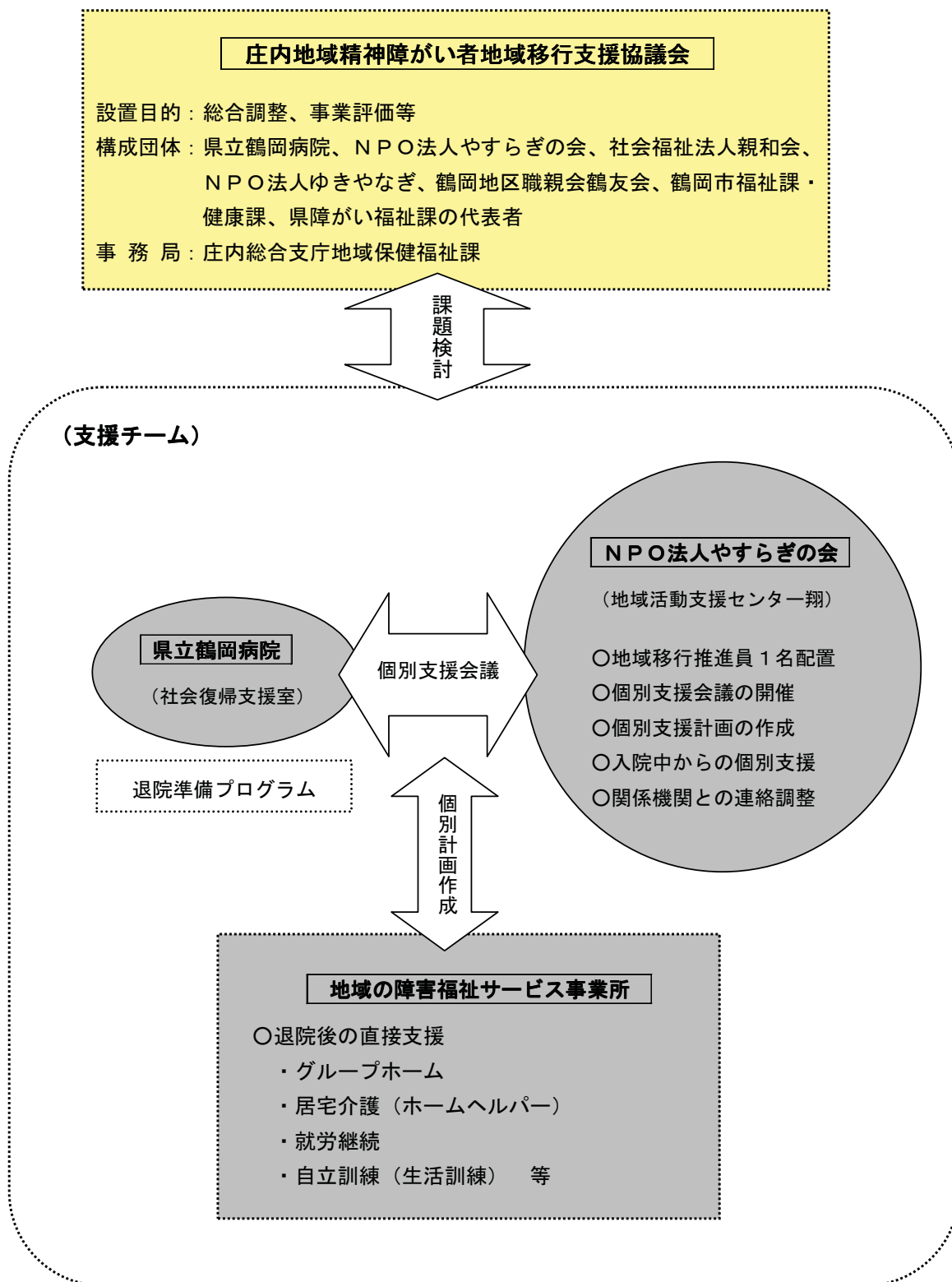
	障害者自立支援法	介護保険	医療(精神)	その他
通所系	重度障害者等包括支援(0)	地域包括支援センター(1)	精神科(心療内科)クリニック(4)	
	児童デイ(3)	地域密着型事業所(16)		
	地域活動支援センター(Ⅱ型:1)	通所介護(50)		
	就労移行支援(1)	通所リハ(38)		
	就労継続支援 A(3)B(16)	小規模多機能(7)		
	相談支援事業所(2)			
訪問系	居宅介護(17)	訪問看護(38)	訪問看護ステーション(3)	
	重度訪問介護(18)	訪問介護(37)	(内精神科特化型:1)	
	行動援護(0)	訪問リハ(19)		
	生活介護(12)	訪問入浴(6)		
	生活訓練(11)	居宅介護支援事業所(35)		
入所系	短期入所(6)	短期入所(20)	精神科病院(1)	
	共同生活介護(18)			
	共同生活援助(17)			
その他	障害者福祉センター(1)			保健所・保健センター(1)
	就業・生活支援センター(0)			
	子育て支援センター(1)			特別支援学校(2)
	発達障害者支援センター(1)			児童相談所(1)
	総合教育支援センター(0) (特別支援教育センター)			

(2) 地域の中での当該事業所の位置づけ(関係性)

① 障害者支援体制の組織と当該事業所の役割および機能について

- 自立支援協議会 未設置 ※平成 24 年 4 月設置予定
- 鶴岡市障害者相談支援センター(3 障害に対応)

② 相談支援事業の特徴について(※精神障がい者地域移行・定着支援)



(B) 当該事業所の基本情報

1. 事業所の設置状況

(1) 設置主体および開設年月日

■設置主体……NPO 法人やすらぎの会

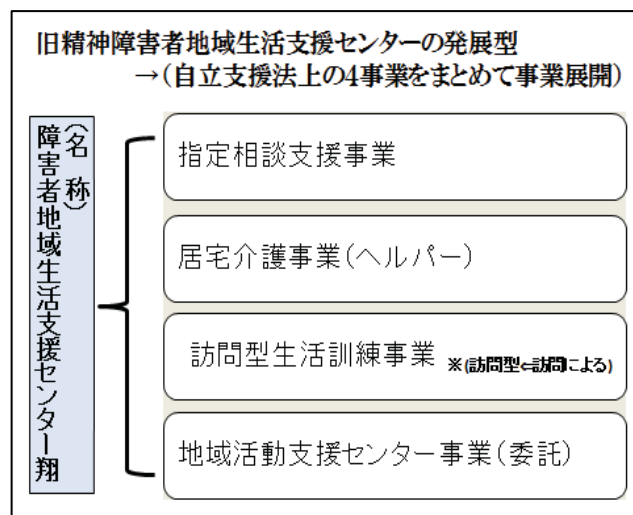
■開設年月日……平成 4 年

(2) 併設施設(関連施設)の有無と内容

「精神障害者地域生活支援センター翔」は以下の4事業により構成されている

- ①指定相談支援事業「翔」
- ②居宅介護事業「翔」
- ③生活訓練事業「訪問型生活訓練事業所つばさクラブ」
- ④地域活動支援センター事業(鶴岡市委託)

※①+②+③を組み合わせることで、アウトリーチ支援を行っている。



2. 事業所の相談支援体制

(1) 相談支援に携わる職員(職種・人数、常勤・非常勤の状況) ※下記は、指定相談支援事業としての人員配置

職種(職位)	所有格等	勤務形態
1. 所長(1名)	保健師	常勤
2. 相談支援専門員(2名)	精神保健福祉士	常勤
3. 相談支援専門員(1名)	相談支援専門員	常勤
職員数		常勤 4名 非常勤 0人 合計 4人

(2) 年間の相談件数

平成 23 年1月～12 月の相談延件数 (536)件		
相談者数 (220)名 うち新規(21)名		
内訳	来所	(84)件
	電話	(211)件
	訪問	(241)件

(3) 相談受付・対応時間等

事業所の活動日時	曜日(月～金)と(第1・2土) 時間(8:30～17:00)
夜間・休日の対応	なし
連携している医療機関	あり 精神科クリニック、精神科病院

(4) 市町村委託費及びそれ以外で相談支援活動を支える経費の概要

- ①地域生活支援事業委託費(地域活動支援センター事業 III型)
- ②山形県からの委託費収入
 - ・山形県精神障がい者地域移行・定着支援事業(リカバリーハウス、クラブハウスの運営費を含む)

・山形版 ACT モデル事業（平成 23 年度終了）

③相談支援事業の収入(サービス計画作成費等)

④併設事業の収入(生活訓練事業、居宅介護事業)

⑤法人内の管理職等との兼務により間接的に人件費を補てん（例:相談支援専門員とグループホーム管理者等の兼務）

(5)その他、相談支援体制に関する特記事項(特徴など)

■相談支援体制の特徴

○相談支援専門員単独での支援はほとんどない。部内の生活訓事業所、居宅介護事業所と連動して行っている。

（地域生活支援センター翔＝相談支援事業＋訪問型生活訓練事業＋居宅介護事業＋地域活動支援センター）

○訪問対応職員(基本はチーム制)

・マネジメント担当:相談支援専門員 1名

・直接支援担当:訪問型生活訓練事業所の生活支援員 1名又は居宅介護ヘルパー2名

○アウトリーチ支援の中心にあるのは相談支援事業である。相談支援専門員は、ケアマネジメントを担当。初回相談、訪問による接触等の初期段階。アウトリーチによるアセスメント&モニタリング&プランニングを単独もしくは訪問支援員と共同で行なう。利用者と訪問支援員との信頼関係構築後は、訪問支援員がケアプランの原案を作成する。主に訪問による直接支援は、訪問型生活訓練事業所「つばさクラブ」支援員及び居宅介護事業「翔」ヘルパーで行っている。(訓練等給付費、居宅介護費収入)

■アウトリーチ支援の特徴

○当事業所は、アウトリーチ支援に特化した3つの事業を統合運用することで、経営の安定を図っているのが特徴。

（相談支援事業＋訪問型生活訓練事業＋居宅介護事業がチームを組む）

○訪問型生活訓練事業、居宅介護事業と相談支援事業が組むことで互いのメリットを活かした事業展開を行っている。(単独の相談支援事業だけでは、相談支援専門員が直接支援に忙殺されコストパフォーマンスが悪い)

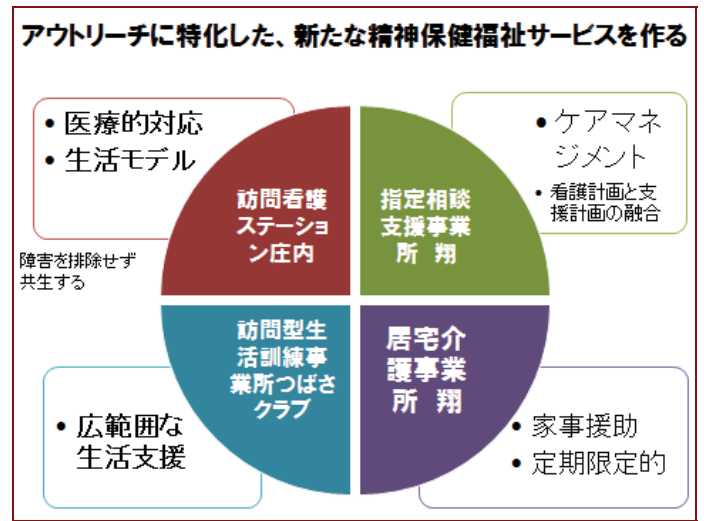
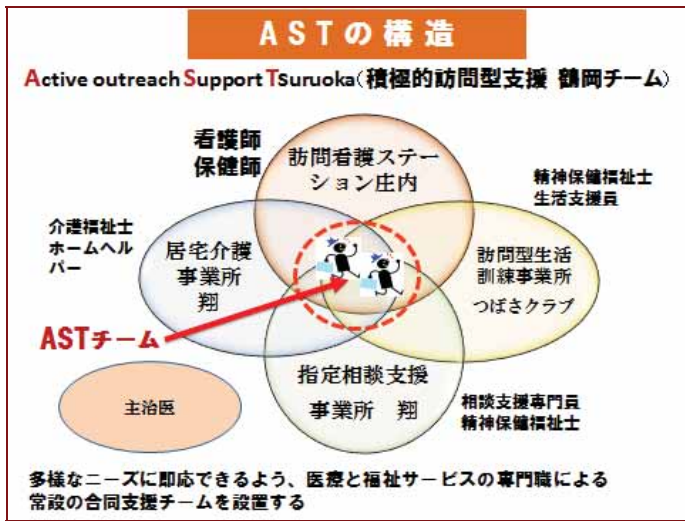
○特に、「精神障がい者地域移行・定着支援事業」の実践経験(アウトリーチによる包括的生活支援の有効性に気づく)から訪問を主体にした生活訓練事業(訪問型生活訓練という)を起業することで経営を安定させることに成功している。

○支援にあたっては、リカバリー概念やストレングスモデルを取り入れた。これは、アウトリーチ支援の手法にマッチしていて、困難事例にスムーズに対応できることが経験的に実感できたからである。

■精神科特化型の訪問看護ステーションの創設とASTチームの編成。

平成 23 年 9 月。前述の事業体に加え、多様なニーズに即応できるよう、訪問看護ステーションを共同設立した。次図のような医療と福祉の専門職による常設の「積極的訪問型支援鶴岡チーム」をモデル的に設置し、試行している。

(※平成 23 年度厚労省アウトリーチ推進モデル事業の対象事業所)



(C) 訪問を実施した相談支援の実績

平成 23 年 11 月の 1 ヶ月間に訪問を実施した相談支援の件数 (15) 件				
相談者実人数 (15) 名 うち新規 (7) 名 ※退院支援、定着支援				
上記のうち、アウトリーチ支援の対象者への相談支援件数 (56) 件				
内訳	対象者	自宅への訪問	外出の同行	受診同行
	未治療	(0) 件	(0) 件	(0) 件
	受療中断	(0) 件	(0) 件	(0) 件
	ひきこもり	(0) 件	(0) 件	(0) 件
	長期入院後の退院	(14) 件	(28) 件	(14) 件

事例 D

ひきこもりの女性との絆を築きながら、「訪問型生活訓練」を活用し、事例の希望を叶えるための支援を行ったケース

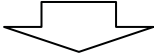
(1) 事例の基本情報

ケースの類型	1. 受療中断者 2. 未治療者 3. ひきこもり状態 4. 長期入院後の病状不安定		
年代	20代	性別	女性
主病名	統合失調症・発達障害疑		
診断時期	1. 特定 2. 推定 3. 不明 時期:20歳頃		
家族構成	母、本人(長女)、次女(祖母宅で生活)		
婚姻状況	未婚	世帯状況	母と二人暮らし
居住形態	公営住宅	経済状況	生活保護
就学・就労の状況	中学生頃から不登校、高校中退。18歳頃に短期アルバイト経験あり(ファーストフード店)。		
障害者手帳の有無	なし	身体疾患の有無	なし
生育歴・現病歴	<p>家族とともに関東 B 県で暮らしていたが、5歳ころに父母離婚(1回目)し、実家のある山形県 C 市に戻る。半年後、母親が元夫と復縁するために、再び B 県に戻る。</p> <p>中学生頃に、両親が再び離婚。母親は不安定となり、うつ病を患い、離婚後に実家のある C 市に戻っている。</p> <p>中学生頃らいじめによって不登校となり、高校も中退し、ひきこもりとなる。</p> <p>祖父が厳しい人で、うつ状態の母親とひきこもりの本人を「怠けている」と叱責し、いたたまれなくなった母親と共に公営住宅に引っ越している。</p> <p>母親は、ひきこもりの娘を心配し、うつ病の治療で通院していた精神科クリニックを受診させ、そこで統合失調症と診断されている。以後、断続的に通院している(不安定になると受診し、安定すると中断するというパターン)</p>		

(2) 支援の経過

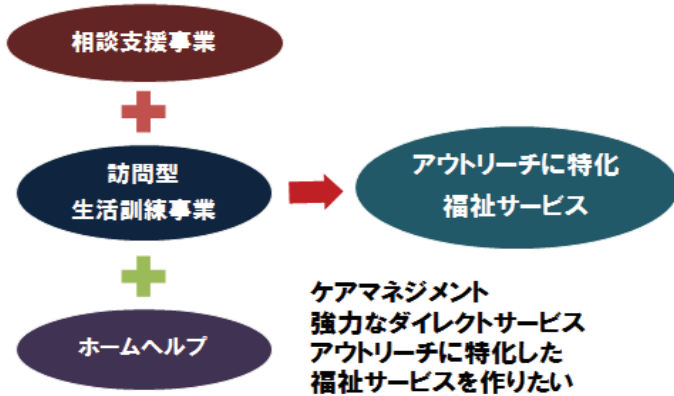
初回相談日	平成 21 年 4 月
相談経路	C 市役所福祉課 生活保護係
相談内容 (目的など)	<p>B 県から C 市に戻ってきた母子家庭が引きこもっている。家事を一切しない。ごみが散乱。外出もしない(買い物と実家以外)。食事もすべて弁当で洗濯や入浴もしない(実家で週一回)などから、ヘルパー派遣できないかと相談あり。母親はうつ病で精神科クリニックを受診。長女(本人)も同じクリニックに不定期受診している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長女は昼夜逆転、入浴しない、医療中断。 ・母親はうつ病で、不定愁訴を繰り返している。 ・母親は不安で腕の皮膚をむしる等の自傷行為がある。 ・長女の妄想が激しくなると母親に自殺をほのめかす。→母親が福祉課に SOS を繰り返す。 ・母親への対応と長女を治療ルートにのせることを目的に「指定相談支援事業所」に紹介となった。
対象者宅までの距離・時間	距離:約 10km 時間:約 7 分 (交通手段:車)
支援時期と事例の状況	具体的な支援内容および連携機関
<p>平成 21 年 4 月</p> <p>【自宅への訪問】(初回訪問)</p> <p>●相談支援専門員が生活保護ケースワーカーと共に訪問する。</p> <p>目的:定期的な受診とひきこもりの解消。ホームヘルプによる家事援助と同時に心のケア、社会性の広がり。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>家事一切をしていないため、部屋はごみの山。 本人は、布団から出てこない。昼夜逆転。受診は不定期</p> </div>	<p>〈支援計画〉</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>○<u>相談支援(総合計画)</u></p> <p>総合マネジメント、関係機関連携、母親への対応と長女(本人)の治療の継続、ひきこもり解消、社会生活の広がり。</p> <p>○<u>ホームヘルプ(直接支援)</u></p> <p>家事援助を理由にして頻繁に家庭内に入り、長女(本人)との関係性を築く。</p> <p>長期:ひきこもりの解消。</p> </div> <p>①ホームヘルパーによる家事援助(週 3 回)</p> <p>※そのうち、1 回は本人が起きてくる時間に合わせて 17 時頃に訪問して声かけを頻繁に行い、信頼関係を構築ことを目的とする。</p> <p>②相談支援専門員による機関連携(月 1 回)</p> <p>〈初期計画〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○問題点よりも本人の希望を優先する。(ヘルパー基本方針) ○週 3 回のヘルパーは、母への援助(調理、掃除)を理由に開始する。 ○本来の支援対象は長女(本人)であったので、そのうち一回は、夕方 5 時頃に訪問することで、ドア越しでも本人と会話するようにする。 ○長女(本人)とはほとんど会話ができず、なかなか関係性を持つきっかけがつかめない。興味のあること以外話さないため、自然な流れで音楽やゲームの話などから、関係性を構築することを初期の目標とする。

<p>平成 21 年 4 月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●同一ヘルパーによる家事援助を通じたかかわり。(週 3 回)</p> <p>1 年間声かけを続けていくうちに、次第にヘルパーに対して「母の苦しさを聞いてくれる人」という認識を持ち始める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・母親は、祖父のことで不安定になると、泣きながら腕の皮膚をむしるということがあります、自分の情けなさを悔やんでいた。 ・その対応(職員の傾聴)を、本人が隣で聞いていた。 <p>(母より)</p> <p>「娘(本人)との会話の中で、ヘルパーさんのことが度々出てくるようになりました」</p>	<p>○訪問時に、布団の中で目を覚ましているときに、簡単な声かけを繰り返して行った。「ごはん食べた?」「眠れねか?」など、一言の声かけを半年繰り返して、気にかけているということを伝えるようにした。</p>
<p>平成 21 年 12 月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●同一ヘルパーによる家事援助を通じたかかわり。(週 3 回)</p> <p>そのうちに、母の調子が悪い時にメールが来るようになった。</p> <p>例:「母が吐いているんだけど、どうしたらいいんでしょうか?」</p> <p>この頃より、次第にメールのやり取りが頻繁になった。</p>	<p>○本人は常時、携帯メールをいじっていると母親から聞いたので、「私にも教えて」「何かの時に、私にもメール頂戴」とヘルパーのアドレスを本人に伝えた。</p> <p>すると、A 氏からメールが来るようになり、ゲームやアニメの話題でメールのやり取りが少しずつ頻繁になった。</p>
<p>平成 22 年 1 月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●同一ヘルパーによる家事援助を通じたかかわり。(週 3 回)</p>	<p>○メールをきっかけにして、簡単な会話ができるようになった。(アニメ、ゲームの話)</p> <p>○しかし、ヘルパーに対して「私は関係ないわ。」と言い、ヘルパーは母親の担当という認識がある様子で、会えない時が多かった。</p> <p>○相変わらず昼夜逆転の生活が続いていて、生活リズムと訪問支援のリズムが合わなかった。</p>
<p>平成 22 年 2 月下旬</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●同一ヘルパーによる家事援助を通じたかかわり。(週 3 回)</p> <p>あるとき「レンタルビデオショップに行きたい。」とA氏本人から希望が出た。母親からも「Aちゃんが CD 売りたいといっている。」と相談があった。</p>	<p>〈ヘルパーの思いとかかわり〉</p> <p>○これまでも、お金がなくなると CD やゲームを中古ショップへ売ることがあったということであった。</p> <p>○本人との関係づくりの面からも、本人の希望を叶えるかかわりが大切であると考えた。しかし、事業所の規定で利用者を公用車には乗せられない状況があった。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>〈ヘルパーの言葉〉</p> <p>「あなたの夢をかなえる車」で来ると約束した。</p>

<p>平成 22 年 2 月上旬</p> <p>【レンタルビデオショップへの同行訪問】</p> <p>●ヘルパーの自家用車でA氏に同行する。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>これをきっかけにして、何度か「この次は、夢をかなえる車で来てください」と、本人からの希望が聞けるようになった。</p> </div>	<p>○関係づくりのために車に同乗させることは必要と考え、公用車ではなく自分の車で訪問することにした。</p> <p>○この次も「夢をかなえる車で来る」と約束した。</p> <p style="text-align: center;">〈ヘルパーの思い〉</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>本人の状態が変わるとか変わらないではなく、希望を叶えてあげたいという思いでかかわった。車に乗ることで、布団から出て外に出られるなら、必要なことだと考えた。</p> <p>外出するエネルギーがない状態でも、ちょっとした支援があれば立ち上がれるように、布団からでるきっかけとして車に乗せた。</p> </div>
<p>平成 22 年 3 月</p> <p>【モニタリング会議】</p> <p>「初期評価」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分(本人)を認めてくれる関係性が芽生えつつある。 ・ここで重要だったことは、家事援助を行うヘルパーという自然な存在が、継続的に接触を続けたこと。その中で「あなたはここにいても良いんだよ」というメッセージを常にで伝えられたこと。 ・ヘルパーが事業所の規格外のことでも勇敢にかかわり、関係性の構築に努めたこと。 <p>「今後の方針」</p> <p>きっかけを逃さず、本人の希望や夢があったら叶えよう。</p>	<p>「課題」</p> <p>①本人のニーズと課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅以外での支援をしてもらいたい。 ・主治医を変えたい(パターンリズム)が、近くに精神科がない。 ・ひきこもり解消のきっかけがつかめない <p>②支援者側の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームヘルプ活動の限界 <ul style="list-style-type: none"> →金銭管理、公用車の同乗禁止、決められた訪問時間 自宅外での活動ができない。いつまでもスタッフの熱意に甘えてはられない ・相談支援専門員の活動負担 <ul style="list-style-type: none"> →時間外対応、家事援助以外の対応 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>既存の体制で訪問支援を実施することは不可能ではないが、実際にはスタッフの熱意で行われているのが現状。そのため時間外で対応や、持出しのサービスなど、経営上および継続性にも課題がある。</p> </div>

平成 22 年 5 月

○施設外の支援を専門的に行う「生活訓練事業所」を設立し、既存サービスと訪問型生活訓練の組合せにより、訪問による支援体制を強化する。



この時期に当法人では、「訪問を主体とした生活訓練事業所」を創設した。これは、山形県精神障がい者地域移行支援特別対策事業の事業評価から、アウトリーチによる包括的な生活支援が退院促進と地域生活の定着に効果があるとされたことによるものであった。

そこで、本事例にも「訪問を主体とした生活訓練事業所」を組込み、自宅以外での活動を支援することとした。

支援関係図



目的: 母親への対応と長女の治療ルート開拓 特に娘(医療中断)「母がクリニックから薬貰う」

平成 22 年 6 月

【自宅への訪問】

●訪問型生活訓練により支援を行う。

昼夜逆転の生活は続いており、日中起きられないため生活訓練事業所に通所できない状態であったが、訪問時に「ケーキを作りたい」という希望がでてきた。

会話の中で、「**県外**のメル友に誕生日ケーキを自分で作っておくりたい」という言葉が聞かれた。それなら、「つばさクラブ」に通所して一緒に作ろうと提案した。

★生活訓練の通所ができるようになった。

1ヶ月間に5回ほど通所し、ケーキづくりを2回行った。

それぞれの支援計画

事業所	役割	支援目的、目標
相談支援	総合計画	関係機関の調整、総合マネジメント、母親への対応と長女の治療再開 将来的な支援計画
ホームヘルプ	直接支援 4回/月	苦手な部分の家事援助に限定できることはしてもらう 現有能力を削がない
生活訓練事業所	直接支援 22回/月	ヘルパーで対応不可能なこと 例) 金銭管理、親戚の対応、自宅外活動等 リカバリー(希望実現)することへの支援を通じ、利用者の生活力が高まることを目的とする

○生活訓練における支援計画

「目標」: ケーキを作ってメル友に送ろう

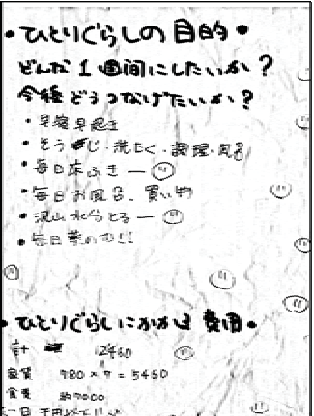
「本人の役割」: 色々教えてもらいます

「支援内容」: 材料買い物、作り方、発送、一連の流れをお手伝いします。

買い物に同行する際に、いろいろな話を自然にするようになり、関係性が深まった。

これをきっかけにして、通所するようになった。

その流れで、「つばさクラブ」による受診同行もするようになった。

<p>平成 22 年 9 月</p> <p>★生活訓練事業所の訪問支援、通所利用していくうちに変化が始まった。</p> <p>★仲間との出会いをきっかけに、一人暮らしを考え始める。</p>	<p>もともと一人暮らしの希望をもっており、それを担当支援員に相談した。利用者の中に、母親との関係が上手くいかず、そこから脱するために、一人暮らしをしたという経験をもつ 30 代女性がいたので、「先輩の経験を聞いてみたら」と 30 代女性利用者と担当支援員の 3 人で昼食をしながら話をした。</p> <p>この出会いがきっかけとなり、一人暮らしの希望が本格化し始めた。</p>
<p>平成 23 年 3 月</p> <p>「母と一緒にいたくない。母の世界にいたくない。危ないことしちゃだめと、押さえつけられるのが嫌。死んでやる。」とリストカットしてしまう。</p> <p>「わがままで」と言う母親に対して、「母から離れたい。一人で暮らしたい。」と希望する。</p> <p>【受診同行】上記から 1 週間後</p> <p>●精神科病院の診察に同行する。</p>	<p>○診察時の相談の状況</p> <p>母:一人暮らしなんて大変。できるわけがない。</p> <p>本人:できる。</p> <p>医師:どこか体験してみて実力を証明してみれば。</p> <p>相談員:体験型のアパートありますよ。</p> <p>母:一人で家事も炊事もできるの？</p> <p>生活訓練サービス管理者:私たちが体験アパートに訪問支援します。</p> <p>一同:やってみるか。</p>
<p>平成 23 年 3 月</p> <p>●アパート生活の体験を始める。</p> <p>→モデル事業の「リカバリーハウス」を活用する</p> <p>【アパートへの訪問】</p> <p>●訪問型生活訓練による支援を受ける。</p> <p>14日間の利用について、目的や日課を自分で考えて実行した。</p> 	<p>実際に、一人暮らしを始める前に、体験的にアパート生活をしてみることとなった。</p> <p>○訪問型生活訓練により支援を行う。</p> <p>体験入所中のアパートに訪問し、移動、家事など一人暮らしに必要なスキルを現場でサポートすることになった。</p>

●アパート体験の状況

「自分ができていることを立証するためにがんばる」と言い、一日のスケジュールや食事、お金の収支などを記録していた。

当初、毎日訪問していたが、「もう来なくていい。SOS の時だけ連絡したい」とのことで2週間目以降の訪問は実施しなかった。

平成 23 年 7 月

●【母親に内緒で県外へ行きたい】

アパート体験中に、中学校卒業まで暮らしていた関東B県に行きたいと相談があった。区役所に相談に行き、不動産屋でアパートを探すために夜行バスの予約もしており、翌日には帰るので母親には内緒にしてほしいと希望する。

【病院への同行支援】

●精神科病院への同行支援

アパート探しに出かけることについて、主治医にも相談するために受診同行する。

主治医は、「ひきこもっているよりは良いでしょう。駄目だとしてもあなたは行くでしょう。ならば私は応援する」

「母には、帰るまで秘密にしてほしい。約束してほしい」という希望が強かった。母親が心配して警察に連絡したりして騒ぎになるからメールで連絡するよう促したが、連絡はなかった。

●翌日の夜に帰宅

行って見たが、相手にしてもらえなかった。以前のアパートにも行って見た。現実には厳しいとわかって帰ってきた。作業所の見学をしたい。働いて資金をためたい。作業所には、働くリズムをつけるために行きたい。

○地域生活の中でのアセスメント

アパート体験する前は、自宅での料理、掃除、洗濯などほとんどしていなかった。しかし、体験中は家事のすべてを自分一人で行い、主治医も支援者も母親も驚いた。「A氏は本当に一人暮らしができる」

○支援者では意見が対立する

- ・事故があった際に誰が責任をとるのか。
- ・本人の気持ちに共感できる。
- ・本人のリカバリーを支援するのがこの目的。 など

(相談支援員の思い)

本人の行動を支持することで、信頼関係の構築のチャンスにしたいと考えた。本人の約束を信じた。

○受診後、担当支援員が高速バス停まで送迎する。何かあったら連絡するように約束したが、その夜は何の連絡もなかった。

○母親の状況と支援内容

夜に、母親から担当者と施設に苦情の電話とメールが頻回にあった。「私の母としての気持ちがわからないの」、「事故の責任を取ってくれるのか」「支援者として失格。出発したんだから、教えてくれてもいいでしょう」「あなたを信頼していたのに。裏切られた」

(担当支援員のケース記録)

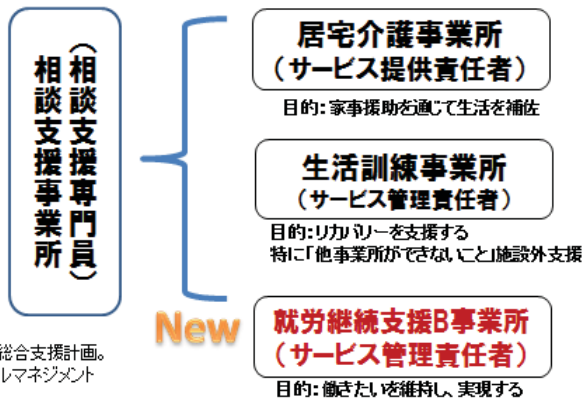
「自分のやりたいことをやるには、自分でやるしかない」ということを話した。本人に対してこのような厳しい言葉は、信頼関係が構築されていたから言うことができた。

本人から出された作業所見学の希望について、これからの目標にむけての話し合いを行う予定。

平成 23 年 8 月

●就労継続支援 B 型事業所に繋がる

支援関係図



それぞれの支援計画

事業所	役割	支援目的、目標
相談支援	総合計画	総合マネジメント。
ホームヘルプ	直接支援	家事援助を通じて生活を補佐
生活訓練事業所	直接支援 4回/月 通所扱い	B就労の安定通所を支援する(達成目標として設定) その為に、他事業所が対応不可、苦手とする生活支援を担当する。
就労継続支援事業所	就労支援 18回/月	朝が苦手。午後から通所 「働きたい」気持ちを優先 目標は、喫茶部さくらで就労

■支援終了時または現在の生活状況・利用したサービス

生活訓練事業所の支援員は、本人の「働きたい」という希望を相談支援専門員に伝えた。

自分の希望を実現するにはどんな福祉サービスがあるのかを本人は知らない。そこで、支援者は希望を実現するに適切なサービスに関する相談を相談支援員に行ない、ケア会議を開催した。

そして、施設外就労に力を入れ、通所による軽作業の他に施設外の福祉就労として喫茶店を運営している事業所の見学を提案した。

(現在利用中の福祉サービス)

- 指定相談支援事業所(当事業所)
- 訪問型生活訓練(当事業所)
- 就労継続 B 型事業所への通所。
- 施設外就労として、老人ホームの清掃作業もこなしている。
- 今後、念願の喫茶店(同事業所の施設外就労の場:サテライト)で外勤に出る予定。

*備考:生活訓練は、利用期限の 2 年で卒業予定である。

(現在利用中の医療サービス)

- 精神科病院 外来通院

■対象者の声(支援経過を振り返りながら)

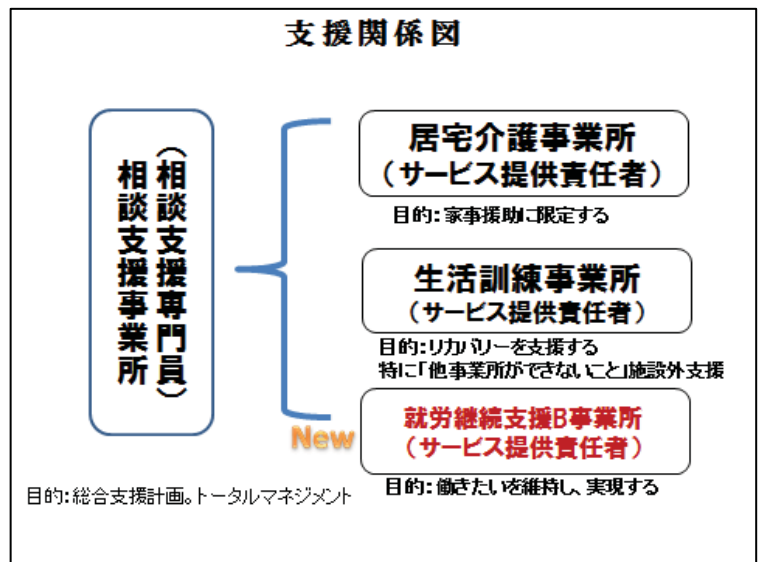
- お母さんのところに来ていたときに、私にもずっと声をかけてくれた。
- 自分のことを理解してくれているという安心感があった。
- 自分のしたいこと(CDを売る)手伝ってくれた。
- 少しずつ話を聞いてくれたのがよかった。

(自分のような状態への支援について)

○人それぞれの「個性」に合わせ、まず話を聞き、その人のいいところ、得意なところ、興味があるところを見つけて、一緒に考えてくれると嬉しい。自分も嬉しかった。そうして利用できるサービスを広げていって欲しい。

■事例に関与していた機関

- C市福祉課(生活保護係)ケースワーカー
- 精神科クリニック
- 精神科病院(クリニックから転院)
- 相談支援事業所
- 居宅介護事業所(ヘルパー)
- 生活訓練事業所
- 就労継続支援 B 型事業所



(3) 事例のまとめ

■アウトリーチ支援の効果と意義

(意義)

アウトリーチによる相談と直接支援の意義とは、自ら動けない人に支援者から接近することによって、最終的には自分で動けるようにすることだと考えている。赤ちゃんも欲しいものがあるからハイハイする。立ち上がるためには、つかまり立ちすることから始める。アウトリーチ支援は、そのきっかけを与え、そして引き出し、それを育てるということである。植物で言えば、環境が整わなければ芽は出ない。太陽、水、栄養。どれが強すぎても芽が出ない。強制的に、こちらから行ってはいけない。タイミングをうかがうことが必要になる。強すぎる光を当ててはいけない。ちょうどいい、タイミング、きっかけを逃さない。環境がうまく整えば、自分で芽を出す。その環境を作るもっとも大切な要因は、関係性である。

このケースでも、本人は「芽を出しているのか」、周囲をうかがっていた。栄養素は十分あった。アウトリーチによってきっかけをつかみ、関係性を作り、環境を整え、そして本人は自ら芽を出すことができる。こうしたことができるのが、アウトリーチによる相談と直接支援の特徴であろう。

(効果)

アウトリーチ支援は、オンリーワンの支援からスタートする。そして、個別化しながら、最終的に集団に入ることが目標でもある。アウトリーチ支援は、その人にあった支援ができる。その人にあった球を投げることができる。相手も投げやすいボールを返球できるようにする。お互いにキャッチボールをしながら、ルールもわかってきて、関係性ができて、楽しさも加わり、徐々に社会性が広がる。

社会性の効果で言えば、例えば、最初は友達 2 人とのキャッチボール遊びから始まる。友達が集まって草野球ができるようになる。野球部に入って甲子園に出られるようになる。このケースもそうだ。今、彼女は就労継続支援事業所にも行くことができる。これからは、アパートで暮らすことが目標になっている。そして将来、結婚して家庭ができるかもしれない。その間、様々な波が現れるだろうけれども、アウトリーチ支援は、その時のライフステージに柔軟に対応でき、効果を発揮するだろうと考えている。

栃木県那須塩原の「地域活動支援センター」の取り組み

事業所名……NPO 法人那須フロンティア 地域生活支援センターゆずり葉

所在地……栃木県那須塩原市宮町 2-14

事業類型……相談支援事業／地域活動支援センター I 型事業

(A) 地域の基本情報(当該事業所が所在する地域の障害者支援体制の概要)

1. 障害者支援体制の圏域について

■対象市町村および人口

大田原市、那須塩原市、那須町……合計 220,000 人

■精神障害者数(推定)

自立支援医療の利用者数……約 3,088 人

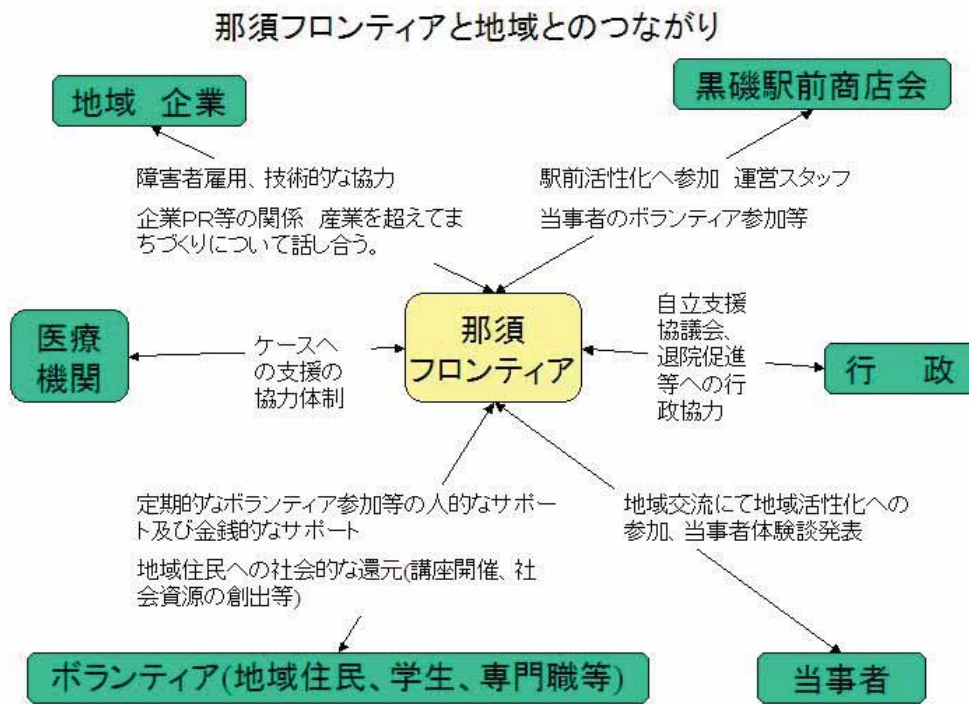


2. 圏域内の社会資源について

(1) 地域の全体状況

	障害者自立支援法	介護保険	医療(精神)	その他
通所系	重度障害者等包括支援(0)	地域包括支援センター(12)	精神科(心療内科)クリニック(4)	
	児童デイ(7)	地域密着型事業所(4)		
	地域活動支援センター(8)	通所介護(70)		
	就労移行支援(7)	通所リハ(8)		
	就労継続支援(7)	小規模多機能(16)		
	相談支援事業所(3)			
訪問系	居宅介護(13)	訪問看護(7)	訪問看護ステーション(0)	
	重度訪問介護(0)	訪問介護(35)		
	行動援護(0)	訪問リハ(5)		
	生活介護(9)	訪問入浴(8)		
	生活訓練(8)	居宅介護支援事業所(58)		
入所系	短期入所(8)	短期入所(24)	精神科病院(2)	
その他	障害者福祉センター(0)			保健所・保健センター(4)
	就業・生活支援センター(1)			特別支援学校(1)
	子育て支援センター(3)			
	発達障害者支援センター(0)			
	総合教育支援センター(0) (特別支援教育センター)			

(2) 地域の中での当該事業所の位置づけ(関係性)



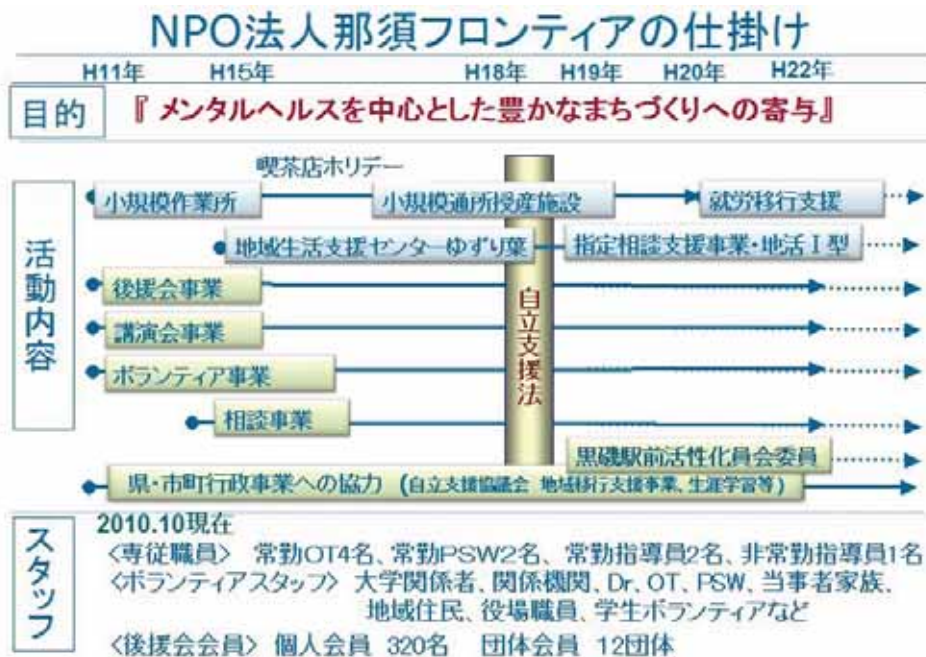
(B) 当該事業所の基本情報

1. 事業所の設置状況

(1) 設置主体および開設年月日

■設置主体……NPO 法人那須フロンティア(法人設立は平成 11 年) ■開設年月日……平成 15 年 4 月～

(2) 併設施設(関連施設)の有無と内容



- * 就労支援事業所喫茶店ホリデー(就労移行支援)が併設
- * 講演会事業:年に1度の地域住民を対象にしたシンポジウムを開催。
- * 後援会事業:賛同者、協力者を募る。会報、ニュースレターの発行。ホームページ運営等
- * ボランティア事業:地域ボランティア、学生ボランティアの育成や運営。講座等を実施。
- * 相談事業(こころのインキュベーション):セカンドオピニオンとしての相談窓口
- * 行政協力:地域自立支援協議会、生涯学習課、商工観光課等

2. 事業所の相談支援体制

(1) 相談支援に携わる職員(職種・人数、常勤・非常勤の状況)

職種(職位)	所有資格等	勤務形態
1. 管理者(1名)	作業療法士	相談支援専門員と兼務
2. 相談支援専門員(1名)	作業療法士	常勤
3. 相談支援専門員(3名)	精神保健福祉士	常勤
4. 生活支援員(1名)		非常勤
職員数 常勤 4名 非常勤 1人 合計 5人		

(2) 年間の相談件数

平成23年1月～12月の相談延件数 (3583)件		
相談者数 (345)名 うち新規(95)名		
内訳	来所	(611)件
	電話	(2,579)件
	訪問	(393)件

(3) 相談受付・対応時間等

事業所の活動日時	曜日(火曜日～土曜日) 時間(9:00～18:00)
夜間・休日の対応	あり(火～土18:00～24:00、日10:00～24:00電話対応)
連携している医療機関	あり(精神科病院、精神科クリニック、総合病院等)

(4) 市町村委託費及びそれ以外で相談支援活動を支える経費の概要

補助金・交付金	24,000,000円	ゆずり葉 地活I型・相談支援 3市町村委託
	810,000円	精神障害者地域移行支援特別対策事業、 栃木県地域生活支援事業委託金 栃木県委託

(5) その他、相談支援体制に関する特記事項(特徴など)

- ・病気や障害の有無にかかわらず困っていることがあれば誰でも利用が可能とし、地域の相談を広く受理。
- ・運営会議として、地域の精神科病院等で勤務するOT、PSW等にボランティアとして参加してもらっている。
- ・地域住民と商店街の活性化にも取り組み、障害をもつ当事者自身もまちのイベントの補助等に参加をするなど、自然な形で地域交流を実施している。(例:黒磯駅前活性化委員会の参加)

(C)訪問を実施した相談支援の実績

平成 23 年 11 月の 1 ヶ月間に訪問を実施した相談支援の件数 (25) 件				
相談者実人数(45)名 うち新規(7)名				
上記のうち、アウトリーチ支援の対象者への相談支援件数(11)件				
内訳	対象者	自宅への訪問	外出の同行	受診同行
	未治療	(2)件	(1)件	(1)件
	受療中断	(1)件	(1)件	(0)件
	ひきこもり	(1)件	(2)件	(0)件
	長期入院後の退院	(1)件	(1)件	(0)件

事例 E

金銭管理に課題があり、受診が中断になった事例の

「定期的にアニメのDVDを観たい」を達成するためのアウトリーチ支援

(1) 事例の基本情報

ケースの種類	1. 受療中断者 2. 未治療者 3. ひきこもり状態 4. 長期入院後の病状不安定		
年代	30代	性別	男性
主病名	統合失調症		
診断時期	1. 特定 2. 推定 3. 不明 時期:平成19年5月		
家族構成	<p>父親:平成14年頃から蒸発し、自宅にはいなかった。平成19年に自宅に戻る。</p> <p>母親:平成15年に死亡。</p> <p>長姉:40代。県外に在住。</p> <p>長兄:30代後半。18歳時に首都圏に出る。6年前に自宅に戻るが、傷害事件や道路交通法違反を起こして服役。2年前に出所。1年前にも再犯にて服役していた。</p>		
婚姻状況	未婚	世帯状況	兄、父親との三人暮らしだが、父親は愛人宅で過ごすことが主で、接触をとりにくい。
居住形態	持ち家。ローンはない。	経済状況	障害基礎年金2級だが、兄にとられてしまったり、浪費癖あり、支給しても3日程で使い切ってしまう。
就学・就労の状況	高卒後就労するも長続きせず転々としていた。車の運転は可能。		
障害者手帳の有無	精神障害者保健福祉手帳(2級)	身体疾患の有無	特になし。
生育歴・現病歴	<p>同胞3名、第3子、次男。出生時は特記なし。経管にて母乳摂取。幼少時は活動的で、友人も多かった。中学時から友人に馬鹿にされることが多くなり、成績下位であったが休まずに通っていた。工業高校に進学し、卒業後は近くの製紙工場に就職するも、職場内の対人関係がうまくいかないことや作業に集中できずに長続きせず、職場を転々としていた。母親が25歳時に死去し、自宅で一人暮らしになる。</p> <p>その頃から、不眠、幻聴が出現し、精神症状が悪化した。28歳時に首都圏で暮らしていた兄が自宅に戻ると、自治会費のトラブルで近隣住民と不仲になり、自治会長への傷害事件を起こして服役。29歳時に蒸発していた父親が自宅に戻り、二人暮らしとなった。本人の精神症状について、近隣住民や警察の勧めもあり、A病院への受診を勧めたところ受診し、統合失調症と診断された。しかし、受診は継続せず、体調も安定しなかった。31歳時にランドセルを背負って町中を歩くなどの奇異行為が続き、警察介入。その後は家族の協力を得てA病院再受診となり、訪問看護とB作業所を利用することになった。</p> <p>症状は安定していたが、2年前から再度父親が自宅を留守にすることが頻回になり、受診が中断となった。その頃から、庭先でバットを振り回しているとの地域住民からの市への相談あった。保健所の保健師、市の行政担当者、地域生活支援センターゆずり葉(以下、ゆずり葉)が生活状況の把握のため訪問相談し、支援につながった。</p>		

(2) 支援の経過

初回相談日	平成 23 年 6 月
相談経路	地域住民→保健所→ゆずり葉
相談内容 (目的など)	<p><相談時の状況></p> <p>本人はぼーっとした様子で、肌寒い日であったにもかかわらず半袖シャツと破れたズボンをはき、不潔傾向。幻聴があり、独語もみられた。</p> <p><相談受付から訪問支援に至る経緯(判断理由など)></p> <p>服薬中断の影響で陽性症状を認め、病状は悪化している。自傷他害等の行為は見られないが、意味不明な言動があった。以前かかっていた相談者からの情報で、服薬によって病状安定することが予想されたために、受診勧奨と、生活状況、家族状況の確認のために訪問を行うことになった。</p>
対象者宅までの距離・時間 距離:約 20km 時間:約 40 分 (交通手段: 車)	
支援時期と事例の状況	具体的な支援内容および連携機関
<p>平成 23 年 4 月～平成 23 年 8 月</p> <p>4 月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員(作業療法士)による訪問(初回訪問)</p> <p>目的:受診勧奨</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 本人と話をすると「辛いから、病院を受診したい」との希望があったが、お金がないために受診ができないとの訴えがあった。 </div> <p>【地域住民への訪問】</p> <p>●相談支援専門員による訪問</p> <p>目的:日中の奇異行動が目立つために、地域住民からの話により定期的に生活の様子を見に行った。</p> <p>●4 月頃からお金がないとの理由から受診が滞りがちになり、間もなくゆずり葉にも通所しなくなった。経済的に苦しいとの訴えがあり、刑務所に入所していた兄が自宅に戻ったことを機に、年金を搾取されているとのこと。受診、訪問看護も中断となっていた。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 表情はぼーっとしており、幻聴や妄想、空笑あり。 対人関係:過去の話題を一方的に話をする。「兄から年金をとられてしまって、手元にお金がない」「できれば受診をしたいが」との訴えあり。 </div>	<p>○本人の安否確認と生活状況の確認を行った。</p> <p><介入時:本人および家族のニーズ></p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 本人:受診をしてまた作業所に通いたい。お金が入るとすぐ使ってしまうので病院に行けない。 家族(父):精神科の治療につなげたい。薬を飲んで以前のように安定してほしい。 </div> <p>○地域住民へのフォロー</p> <p>○連携機関:警察、市社会福祉課、市保健師、県保健師、精神科病院、ゆずり葉</p> <p>○保健所の保健師との自宅訪問を重ね、権利擁護サービスの利用を勧めたところ、本人の希望があったために、父親同伴にて権利擁護担当者との面談に同行をする。</p>

<p>平成 23 年 8 月～平成 23 年 12 月</p> <p>8 月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員による訪問</p> <p>目的:①生活状況の確認、家族環境の調整</p> <p>②医療機関への受診勧奨</p> <p>年金が入金されるも「兄につかわれてしまうくらいなら自分でつかってしまいたい」と思い、2 週ほどで全額なくなり、治療中断。</p> <p>兄が再度道路交通法違反で逮捕となり、自宅で父と二人暮らしになる。お金がないために、近所の産直所で煙草の吸殻を拾って吸ったり、ゴミ箱をあさるなどの行動があった。また、近所の自動車内を金品がないか荒らすなどの行動が目立つようになった。</p> <p>10 月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員と保健師による訪問</p> <p>父親の協力を得て権利擁護サービスを契約する。その後、通院前に権利擁護担当者からお金をもらい受診をすることになった。</p> <p>11～12 月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員による訪問</p> <p>本人より、好きなDVDを週一回定期的に見たい、作業所にまた通って働きたいと希望がある。</p>	<p>○連携機関:市社会福祉課、県保健師、警察、ゆずり葉、権利擁護サービス</p> <p>○家族(父親)より →金銭管理ができないので、管理してほしい。</p> <p>○通帳、年金証書、障害手帳等の重要書類を紛失したために再発行。</p> <p>○10 月に兄が刑務所から出所し、再度、兄にお金を搾取されてしまうのではないかと不安が強くなっているため、保健師との同行訪問を行い、家族状況、金銭、体調等の確認をした。</p> <p>○現在も、保健師との訪問支援を継続している。</p>
<p>平成 24 年</p> <p>1 月～継続支援中</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員と保健師の訪問により本人の生活状況、病状の確認</p> <p>【受診への同行】</p> <p>●相談支援専門員が同行する。</p> <p>権利擁護サービスを利用後は、兄から詐取されることはなくなり、定期的に受診をすることが可能となっている。</p> <p>お金が手渡される日は覚えており、一週間程度ですべて使ってしまうが、病状は徐々に安定してきている。</p>	<p>○連携機関:市社会福祉課、県保健師、警察、ゆずり葉 権利擁護サービス</p> <p>○受診の同行 →服薬は不定期であるが、デボ剤にて対応している。</p>

■支援終結時または現在の生活状況・利用したサービス

<生活状況>

幻聴や妄想は減退して表情が穏やかになり、笑顔もみられるようになった。また好きなアニメやテレビ番組の内容も話すようになり、明るい印象がある。地域住民への迷惑行為や奇異な行動もなくなり、春になって暖かくなったら作業所に通いたいとの話も聞かれた。金銭管理については、本人のお小遣い以外は金銭管理サービスを活用することで、医療費の滞納もなくなっている。本人の希望は、また作業所に通所して、将来的には仕事をしたいと考えているため、近々作業所の面接に再度同行することになった。

■対象者の声

「兄貴に自分の年金をとられてしまうくらいなら、もっているうちに使いたい。でも、次の年金が入るまでは病院にも行けないし、苦しい生活が続いてしまう。」

「年金の使い道は好きなアニメのDVDを観ることで、定期的に観たいんだよな。」

「自分がお金を預けることは不安だけど、いつもいつの間になくなっちゃうんだよな。」

「お金をとりに行く日は忘れないで行くようになった。」

「体調が安定してきたから、春になったら作業所に行こうと思っている。」

■事例に関与していた機関



(3) 事例のまとめ

■アウトリーチ支援の効果と意義

治療が中断してしまった事例について、その再発の原因やきっかけについて、生活状況を知る必要がある。本事例については金銭管理がうまくいかず、本人の好きなアニメのDVDレンタルやお菓子などでの浪費がほとんどで、通院費にあてるお金がなくなっていたことが再発のきっかけとなっていた。

不眠や陽性症状が顕著で近隣への迷惑行為や奇異な行動があったが、保健師と訪問を繰り返す中で、父親との接点を根気よくもち、金銭管理サービスの利用につなげたことによって、定期的な受診に至り、徐々に体調の安定が図れてきている。以上のように、本人の体調が悪くなったとしても、その原因や悪化までの状況を確認し、環境調整やそれに必要な福祉サービスを利用することにより、入院に頼らずとも体調の安定図れたのではないだろうか。

また、これまでも体調の安定が図れたものの、それを点検する役割の人がいなかったために、再発や体調悪化に至っていることから、現在つながっている機関による受診状況の確認や経済的な問題、家族間の関係性を、アウトリーチ支援を通じて定期的に点検(モニタリング)をしていくことにより、安定した生活を送ることができるようになり、「定期的にアニメのDVDが観たい」という本人の希望が達成できるのではないかと。

本人との関係性を作るための訪問時の配慮としては、本人の希望することを聞きだし、その話題を共有することが大切である。特に、本人のやりたいことを達成するために、受診することや福祉サービスを活用する経験を積み重ねていくことにより、対象者自身もやりたいことの達成感や成功体験から、地域生活の安定を図ることや楽しむことを中心に考えることが必要なのである。したいことを中心に通院への動機づけを根気よく行うことにより、本人が希望して受診をすることができるようになると考えられている。

事例 F

相談支援専門員が精神科病院への定期的なアウトリーチ支援を行い 地域生活へ移行した事例

(1) 事例の基本情報

ケースの類型	1. 受療中断者 2. 未治療者 3. ひきこもり状態 4. 長期入院後の病状不安定		
年代	20代	性別	男性
主病名	統合失調症		
診断時期	1. 特定 2. 推定 3. 不明 時期:平成 21 年 5 月		
家族構成	<p>父親:平成 10 年 1 月自殺、アルコール依存、うつ病。精神科入院歴あり。</p> <p>母親:平成 9 年 12 月癌にて死亡。</p> <p>長姉:現在 39 歳。都内在住。夫、子 3 人(3 女)と 5 人暮らし。福祉職。</p> <p>次姉:現在 36 歳。夫、長男との 3 人暮らし。専業主婦。</p> <p>祖母:現在 86 歳。平成 20 年 12 月から福岡県の叔母宅にて暮らす。</p>		
婚姻状況	未婚	世帯状況	単身
居住形態	賃貸アパート 2DK	経済状況	障害基礎年金 2 級 預貯金
就学・就労の状況	家業の農業補助程度の経験あり。現在は無職。		
障害者手帳の有無	精神障害者保健福祉手帳(2 級)	身体疾患の有無	<p>出生時に軽度脳性麻痺の診断あり。</p> <p>現在は特に影響はない。</p>
生育歴・現病歴	<p>同胞 3 名、第 3 子、長男。出生時、仮死状態。経管にて母乳摂取。出生時から、発育の遅れは指摘されていた様子。独歩が遅く、1 歳 8 カ月で内反歩行があり、軽度脳性麻痺の診断経過あり。幼少時からおとなしい子で、他児との交流は少なく、家族との交流が主。軽度の知的な遅れがあったが、境界例のレベルであった。中学時は成績下位であったが、休まずに通っていた。</p> <p>15 歳時に長姉が結婚するが、間もなく母親が癌のために死去。父親は妻が入院し死亡したことにより、うつ状態、不眠、幻聴が出現し、2 週間後に自死。それ以降、祖母との 2 人暮らしとなる。</p> <p>農業高校に入学するも勉強についていけず、友人もいなかったため 1 人で過ごすことがほとんどであった。</p> <p>高卒後、農業大学校に進学。寮生活をするが、勉強についていけず、集団生活にもなじめず、精神的に不穏な状態が目立った。</p> <p>そのため、周囲から専門的な支援を勧められた。その後、自宅で要介護 1 の祖母と 2 人暮らしをし、農業の手伝いをして過ごしていたが、昼夜逆転になって、近隣住民等の周囲とのトラブルは絶えず、仕事も手につかなかった。</p>		

(2) 支援の経過

初回相談日	平成 20 年 10 月
相談経路	地域包括支援センターからの紹介
相談内容 (目的など)	<p><相談時の状況></p> <p>両親の死後(15歳)から未成年後見を受けて、叔父が資産管理をしていたが、25歳になって本人管理となった。その頃から、アクセサリー、洋服代等に数百万単位での浪費が目立つようになった。アーティストや歌手を夢見ており、洋服を買うのも「衣装」といい、大量の洋服が自宅にある。</p> <p>その後間もなく26歳頃から、お金がなくなると祖母に対しての暴力行為が目立つようになり、近隣住民から市への情報提供があり、A市東部地域包括支援センターからゆずり葉への相談に至る。</p> <p><相談受付から訪問支援に至る経緯(判断理由など)></p> <p>最初は地域包括支援センターのスタッフと同行訪問し、その後地域包括支援センターのスタッフがゆずり葉へ一緒に来所した。ゆずり葉の音楽サークルに誘ったところ、本人は乗り気になり、そのモチベーションで来所していた。ゆずり葉での活動を通して関係を続ける中で「おうちに行ってもいいの?」と尋ねたところ「いいよ」と了解を得られた。その後は継続的に来所をしていたが、12月に祖母が県の親せき宅に引き取られることとなり、その頃から来所が途切れてしまった。地域包括支援センターとの情報交換を行い、一緒に自宅へ訪問することになった。</p>
対象者宅までの距離・時間	距離:約25km 時間:約40分 (交通手段:車)
支援時期と事例の状況	具体的な支援内容および連携機関
<p>平成 20 年 11 月～平成 21 年 5 月</p> <p>11 月(介入時)</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員と地域包括支援センタースタッフと同行訪問(初回訪問)</p> <p>目的:生活状況の把握、受診勧奨</p> <p>被害妄想や幻聴の陽性症状や睡眠がとれない等から統合失調症の疑いがあり、「待ち合わせして病院に行こうよ」と受診を促すが、本人は強く拒否。</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員による訪問</p> <p>目的:祖母の安否確認と本人の生活状況の確認</p> <p>表情も硬く、視線も鋭い。攻撃的な印象。 対人関係:訴えや話題が一方的。友人はいない。「将来アーティストを目指している」「金持ちだから何でもできる」外出時に視線のあった他人に対して、一方的に文句を言い、喧嘩をしかける。女性に抱擁等を求めることもあった。</p>	<p>(本人および家族のニーズ)</p> <p>本人:アーティスト、歌手になりたい。 家族(長姉):精神科の治療につなげたい。以前のように穏やかになってほしい。</p> <p>○話をするならよいと言うため、訪問を続けて本人の生活状況の把握。一晩中騒いで困るとの地域住民からの話により、定期的に生活の様子を見に行った。</p> <p>○地域住民へのフォロー</p> <p>○連携機関:警察、地域包括支援センター、市総務課、市保健師</p>

<p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員による訪問</p> <p>目的:①生活状況の確認、家族環境の調整</p> <p>②医療機関への受診勧奨</p> <p>1 人暮らしになった後から、一層、精神的な不安が強くなり、近隣住民や地域商店街等への攻撃的な訴えが強くなる。ゆずり葉への来所や自宅訪問を続けていたが、3月頃から自宅に引きこもるようになった。相談支援専門員が訪問すると警察に通報し、「GPSがついていて誰かに監視されている」等の被害妄想あり。</p>	<p>○自宅での家事サポート、居場所の提供 等</p> <p>○連携機関:市、地域活動支援センター、相談支援センター</p>
<p>平成21年7月～平成23年8月</p> <p>7月</p> <p>本人の状況が悪化し、支離滅裂状態で疎通性が乏しくなる。</p> <p>●姉とゆずり葉スタッフと一緒にB病院を受診。</p> <p>●診察の結果、医療保護入院となった。</p> <p>8月</p> <p>【入院病院への訪問】</p> <p>●相談支援専門員により訪問</p> <p>目的:①家族との連絡調整、病院への面会</p> <p>②外出支援、地域移行支援</p> <p>●精神科病院より退院する。</p> <p>入院期間が2年と長引いたのは、経済基盤を立て直すため。土地と家があり、生保にはならなかった。そのため年金の受給が決定するまで入院を継続しなければならなかった。</p>	<p>○姉を交えた会議を実施し、受診を勧める。</p> <p>→本人は応じず。</p> <p>○入院時から地域移行生活のために、家族及び病院との関係を継続し、病棟への訪問や外出支援を実施</p> <p>○アパート探しや引っ越しの手伝い</p> <p>○各種手続きの同行支援</p> <p>○連携機関:病院(PSW、訪問看護、OTなど)</p> <p>〈本人および家族のニーズ〉</p> <p>本人:退院して就職したい。</p> <p>家族(長姉):一人暮らしが安定し、いろいろな経験を積んでほしい。</p>

平成 23 年 9 月～継続中

【自宅への訪問】

●相談支援専門員による訪問

目的:地域生活定着支援のためのサービス調整等

- ・本人は「働きたい」というニーズだが、本人は「何を困っているか？」それ以前の問題で困っていても、なかなかできない。
- ・夕飯の支度でスーパーに入っても、お惣菜を自分で選べない。洗濯もできない。包丁も使えない。
- ・暖房器具を買うことに抵抗があった。「お金が…」と慎重になっている。それくらい選べない。
- ・病院の訪問看護を本人は頼りにしている。45～50 代の女性に寄りかかりたいという気持ちがある。

○地域生活定着支援

○定着支援のためのサービス利用調整 等

■支援終了時または現在の生活状況・利用したサービス

<生活状況>平成 23 年 12 月現在

○表情穏やか。おとなしく物静かな印象。

○一人暮らしにも徐々に慣れてきてはいるが、以前よりも過度に心配性で、お金を節約して生活をしている。調理はお米を炊く程度で、惣菜を購入している。洗濯や掃除は定期的に行うが、入浴は週に 1 回程度である。

○対人関係:自分から話しかけることは少ないが、日中は外来 OT や地域活動支援センターを利用し、他患者との交流も増えてきている。今後、就労を希望しており、どのような仕事があるのかを、ハローワークに通ったりして、本人なりに情報収集をしている。

■対象者の声

「なんか、前よりも自分でやるが増えているから、大変なことが多いね。」

「今の生活が続いて、前の自宅には戻らない方がいいかなと思っている。」

「あまり夜も寝れなかったし、人に会うこともなかったしね。」

「今は色々な人に定期的に会うことができるから、これを糧に、夢であるアーティストになれるかな。」

地域支援マップ



(3) 事例のまとめ

■アウトリーチ支援の効果と意義

祖母が親戚に引き取られて一人暮らしになった時から、生活管理がうまくいかず、体調も悪化していった。訪問支援での関係作りを行い、本人が希望して医療機関での治療につなげ、極力入院に頼らない訪問支援等を提供したいと考えていたが、結果的には、長姉が付き添って受診し、病状や生活状況から治療入院に至った。その後、近くにキーパーソンがいない本事例では、退院までに2年間を費やしてしまったが、ゆずり葉が入院時から病院へ定期的に訪問をすることにより、福祉サービスの情報提供や外出支援等を行うことを通じて、地域生活へ移行できたと考えている。

治療前から地域の関係機関との訪問支援を通じて、本人の特徴や生活状況を知ることが、長期的にみるとその場しのぎではない、意味のある訪問支援になったと考えている。特に本事例のように、一人暮らしで近くにキーパーソンがいない場合には生活状況等の確認できる情報が少ないため、治療前の訪問支援のかかわりが、病院内の作業療法等地域生活の準備に対して具体的にアプローチすることを可能にした。また、入院中の訪問支援は、地域生活との接点が途絶えないようにする工夫となると思われる。本人が退院の意思を伝えられるように、その支援のバリエーションを病院スタッフと考えていくことができたと考えられている。

■ヒアリング調査を実施して

本事例は入院治療に至ってはいるものの、地域の相談支援センター等が入院中の対象者への訪問をすることは、地域生活との接点を病院スタッフや、対象者に意識づけすることにもなり、「一人ひとりの希望する地域生活」を支援する体制整備につながると考えられる。

東京都立川市の訪問看護ステーションの取り組み

事業所名……NPO 法人多摩在宅支援センター円 訪問看護ステーション元

所在地……東京都立川市高松町 2-9-21

事業類型……訪問看護ステーション

(A) 地域の基本情報(当該事業所が所在する地域の障害者支援体制の概要)

1. 障害者支援体制の圏域について

■対象市町村および人口

立川市……178,486 人

■精神障害者数(推定)

自立支援医療の利用者数……2,377 人(平成 22 年度)



2. 圏域内の社会資源について

(1) 地域の全体状況

	障害者自立支援法	介護保険	医療(精神)	その他
通所系	重度障害者等包括支援(1)	地域包括支援センター(6)	精神科(心療内科)クリニック(9)	
	児童デイ(1)	地域密着型事業所(1)		
	地域活動支援センター(0)	通所介護(35)		
	就労移行支援(0)	通所リハ(157)		
	就労継続支援(0)	小規模多機能(1)		
	相談支援事業所(0)			
訪問系	居宅介護(0)	訪問看護(59)	訪問看護ステーション(1)	
	重度訪問介護(0)	訪問介護(41)		
	行動援護(0)	訪問リハ(49)		
	生活介護(0)	訪問入浴(2)		
	生活訓練(0)	居宅介護支援事業所(37)		
入所系	短期入所(0)	短期入所(0)	精神科病院(3) 外来のみ、開放病棟のみ	
その他	障害者福祉センター(0)			保健所・保健センター(1)
	就業・生活支援センター(0)			特別支援学校(1)
	子育て支援センター(0)			
	発達障害者支援センター(0)			
	総合教育支援センター(0) (特別支援教育センター)			

(B) 当該事業所の基本情報

1. 事業所の設置状況

(1) 設置主体および開設年月日

■設置主体……NPO 法人 ■開設年月日……平成17年6月3日

(2) 併設施設(関連施設)の有無と内容

■八王子市 訪問看護ステーション「円」、グループホーム「くぬぎの杜」

■立川市 生活訓練事業「転」、居宅介護支援事業所「杏」
地域活動支援センター「連」、相談支援事業所「暖」

■国立市 グループホーム「櫻の杜ハウス」

2. 事業所の相談支援体制

(1) 相談支援に携わる職員(職種・人数、常勤・非常勤の状況)

職種(職位)	人数	勤務形態
1. 管理者	1名(兼務)	常勤
2. 看護師	5名	常勤
3. 作業療法士	1名	他部署
職員数		常勤6名 他部署1名 合計7名

事例 G

受診・服薬が不規則で暴言・暴力のある利用者と

その家族に対する訪問支援の実際

(1) 事例の基本情報

ケースの種類	1. 受療中断者 2. 未治療者 3. ひきこもり状態 4. 長期入院後の病状不安定		
年代	20代	性別	男性
主病名	統合失調症		
診断時期	1. 特定 2. 推定 3. 不明 時期:10代後半		
家族構成	祖父(施設入居中)、祖母、母、本人、長女、次女、三女		
婚姻状況	なし	世帯状況	本人含め6人が同居
居住形態	持ち家	経済状況	祖母の年金、母親の収入、本人の年金
就学・就労の状況	高校卒 就労経験なし		
障害者手帳の有無	あり	身体疾患の有無	なし
生育歴・現病歴	<p>小学生の時はクラブ活動やゲームで友達と遊ぶなど明るい性格だったが、中学に入って成績が下がり始める。中学生になって引きこもりがちになるが、高校に推薦入学する。1年生の時から思考がまとまらず、興奮状態になって精神科クリニックを初診。</p> <p>服薬で一時安定したときもあるが、怠薬により症状が不安定になっては医療機関を転々と通院している。薬に関しては、「量が多い」、「飲むと息苦しい」、「体が重い」、「薬の説明がなく不安」などの理由から、服薬しなくなる。</p> <p>平成16年頃より、周期のはっきりしない気分の波、独語、空笑が見られるようになる。</p> <p>平成19年には聴覚過敏、被害関係妄想が出現。家族に対する暴言・暴力などがあり、1回目の入院となっている。入院中に祖母が面会に行くと、顔がむくんで、呂律がまわらず、歩行のふらつきやずっとうつむいたままの本人を見て気の毒に思い、退院をさせている。</p> <p>その後、自宅近くの精神科クリニックに通院しながらデイケアにも通うが、受診・通所ともに不規則なまま経過している。</p> <p>平成21年に父親が他界。</p> <p>平成22年になって、カードゲームにのめり込み、カードの購入やゲームで使うお金が増え続け、お金の要求やゲームに負けて調子を崩すことが目立ち、家族に対する暴力、引きこもり、自分の部屋に放火をして警察介入の結果、2回目の入院になっている。入浴は声かけと祖母による介助で行っている。ひげそり、爪切りも声かけが必要。食事の準備、買い物、洗濯なども家族が行っている。</p> <p>受診はほとんど祖母が本人の代わりに行き、薬を受け取ってくる。まれに本人が診察を受けても薬を受け取る行動がとれず、後から祖母が受け取ってくる状態。</p>		

(2) 支援の経過

初回相談日	(今回のかかわりについての初回)平成23年2月16日
相談経路	入院先の病院より訪問看護の依頼を受ける
相談内容 (目的など)	<p>○家族にお金を要求し、ゲームにのめり込んでしまうのではないかという不安。</p> <p>○本人の暴言・暴力に対する家族の不安。</p> <p>○本人と家族の距離感や関係性の問題。</p> <p>○怠業や受診拒否の心配。</p> <p>以上などから、本人の支援と家族支援を含めたサポートとして訪問看護の依頼を受ける。</p> <p>常に自分の身体に対する違和感・不快感があり、思考障害も強い。自分の気持ちや考えを言語化して伝えられない。行動の振り返りや内省が難しく、病識もない。周期のはっきりしない気分の波もある。</p>
対象者宅までの距離・時間	距離:約5km 時間:約15分 (交通手段:車)
支援時期と事例の状況	具体的な支援内容および連携機関
<p>平成23年</p> <p>4月</p> <p>●退院前カンファレンス</p> <p>●【初回訪問と契約】週3回</p> <p>目的:関係性を作ることを目標にした訪問</p> <p>5月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●週3回→5回(増加)のペースで訪問を行う。</p> <p>担当を看護師3名+精神保健福祉士1名の4名体制にする</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・昼夜逆転、時間を問わず散歩にでたり、ゲームをしに行くなど行動に変化が出現し、胃痛・頭痛などの身体的訴えが増える。</p> <p>・家族への暴言、興奮し物にあたるなどの行為が出現する。</p> </div>	<p>○病院側より、退院に向けての準備と退院後の指導があり、訪問看護を退院後に受けてもらうことの提案で、本人・家族と訪問看護師の顔合わせを行い、退院後の訪問の調整も行った。</p> <p>○週1回の訪問を基本にし、訪問看護の説明を行った。</p> <p>本人の好きなサッカー、三女を含め公園散歩に行った。</p> <p>家族、特に主要な関わりを持つ祖母と時間をとり情報収集を行い、祖母の不安も聞きながら家族との関係性も作っていった。</p> <p>○眠気が強いと言うことで、薬の減量を祖母が希望した。</p> <p>○本人が自宅にいる時間を電話で確認しながら訪問時間を調整し訪問することと、訪問回数を週3回に変更し、担当スタッフを3名にした。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>家族から24時間電話対応を活用することを確認。電話があれば、臨時で訪問を行ったり、家族から本人と距離をとることを提案した。</p> </div> <p>○臨時訪問を行う→訪問を週5回に増やした。</p>

<p>6～7月</p> <p>【自宅への訪問】週4回</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ・徐々に落ち着きを取り戻す。 ・何が起こったのか、家族とどんな話をし、自分がどうしたのか、食事や睡眠がどうなのかなどは「思い出せない」という言葉で終わってしまうため、振り返りのきっかけがつかめない。 </div> <p>8～12月</p> <p>【自宅への訪問】週4回</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>服薬の時間がバラバラながら、必ず飲んでくれるようになり、つらいときは頓服も自ら服用できるようになった。</p> </div>	<p>○不調時には自分に何が起きているのかを毎回の訪問で確認した。</p> <p>○服薬の状況、食事、睡眠などの情報は、本人から聞いても覚えていないと言うため、祖母や母親から確認した。</p> <p>○訪問では必ず祖母、母親との会話も行い、この数ヶ月間の本人のよいところ、できていることを共有するような話をした。</p> <p>○イライラ感を前面に出し、不機嫌になって、食器棚や壁をたたいて破損させることもあったが、以下のことを評価した。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ・直接家族に暴言を言ったり、暴力を振るわなくなったこと。 イライラした時には散歩に出かける工夫ができていること。 ・定期的に服薬ができていること(時間がバラバラでも飲み忘れがないところを評価する視点)。 ・時々、ゴミ捨てや買い物の荷物持ちを手伝うこと ・決められた小遣いの範囲内でゲームを楽しむ。 </div>
<p>平成24年</p> <p>1月</p> <p>【自宅への訪問】週4回</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>時々出現するうつ的な状態ではあるが、自分の言葉で表現できるようになる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・頭がぐるぐるする。 ・家のドアの開閉時に発生する音にイライラすることがある。 ・今日は調子が良い、ちょっと悪い。 など </div> <p>2～3月</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>今までは、本人が寝ていたり気分が乗らず、一緒に外出もできないことが多かったが、この2ヶ月くらいは一緒に外食や外出などができるようになった。また、今回は1週間程度の旅行も楽しんでくるようになった。</p> </div>	<p>○家族の心配事</p> <p>→6月から7月と11月、そして12月から翌年1月にかけて、1日のうち大半の時間を寝て過ごすことがあるが、薬が多いのではないだろうか。</p>

■支援終結時または現在の生活状況・利用したサービス(平成 24 年 3 月現在)

この 2 ヶ月の間に、家族と一緒に外食や外出を行うようになった。また、3 月には 1 週間程度の旅行と一緒に行き楽しむこともできた。家族は時々表情が硬くなることに過敏になるが、本人は自ら家族と距離をとることや頓服を飲む行動もとれるようになってきている。

■対象者の声

- 本人:訪問看護の時間を楽しみにしている。一緒に好きなスポーツの話をしたり、お菓子を食べながら話ができ嬉しい。
- 家族:薬のこと、心配事を相談できてありがたい。何かあったら、いつでも連絡ができる場所があって安心できる。

■事例に関与していた機関

- 精神科クリニック(受診は不規則だが本人は必要と感じている)
- 精神科デイケア(短時間の利用、休むこともあり)

(3) 事例のまとめ

■アウトリーチ支援の効果と意義

訪問による支援は関係作りが大切で、関係性ができることと服薬や受診に関することも踏み込んだ話し合いができるようになる。関係性がないまま、薬や受診について話をするのは、特にこの事例の場合には訪問の継続を難しくさせることになることが予測される。それは、医療や薬に対してつらい思いをした経験があるからである。このことは多くの利用者が経験している。

関係性ができるということで、訪問の頻度を増やすことにも受け入れがよく、また家族もそれを受け入れてくれる。訪問をすることが、日常的な日課になり、本人にとって楽しい時間になればもっとたくさん話ができるようになる。

はじめは、自分の身に起こっていることもつらさも表現ができなかったが、たくさんの会話を重ねているうちに、自分のつらさや症状を表現できるようになった。表現できることで、対策も一緒に考えられるようになった。

この事例に関しては、一見ゲームセンターに行くことが、今までは家族や周囲にとっては、心配事でありマイナスの印象をもたられる行為であった。しかし、毎日ゲームセンターに通うことが家族との距離をとる時間になり、昼夜関係なく散歩に出かけることが、イライラを沈めるために効果的な行動になるということ、本人・家族・支援者が共有できることになった。

本人の小さな変化や行動をよい側面として見方を変える、それを常にフィードバックしていくことが本人の自信につながり、家族の変化につながったと考える。これが、ストレングスアセスメントを使った支援といえるのではないだろうか。

訪問による支援が、入院を回避して本人の自助能力を高め、その先には「家族による楽しい旅行」という時間を経験できたことは、今後のリカバリーにつながる体験になったと思う。

東京都三鷹市の訪問看護ステーションの取り組み (相談支援事業委託による取り組み)

事業所名……多摩たんぼぼ訪問看護ステーション

所在地……三鷹市大沢1-18-10

事業類型……訪問看護ステーション

(A) 地域の基本情報(当該事業所が所在する地域の障害者支援体制の概要)

1. 障害者支援体制の圏域について

■対象市町村および人口

三鷹市……176,522人(平成24年3月)

■精神障害者数(推定)

自立支援医療の利用者数……2,246人(平成22年度)



2. 圏域内の社会資源について

(1) 地域の全体状況

	障害者自立支援法	介護保険	医療(精神)	その他
通所系	重度障害者等包括支援(2)	地域包括支援センター(6)	精神科(心療内科)クリニック(5)	
	児童デイ(2)	地域密着型事業所(3)		
	地域活動支援センター(4)	通所介護(45)		
	就労移行支援(1)	通所リハ(5)		
	就労継続支援(20)	小規模多機能(3)		
	相談支援事業所(2)			
訪問系	居宅介護(5)	訪問看護(8)	訪問看護ステーション(8)	
	重度訪問介護(5)	訪問介護(30)		
	行動援護(3)	訪問リハ(3)		
	生活介護(3)	訪問入浴(10)		
	生活訓練(2)	居宅介護支援事業所(35)		
入所系	短期入所(2)	短期入所(2)	精神科病院(2) 外来のみ、開放病棟のみ	
その他	障害者福祉センター(1)			保健所・保健センター(1)
	就業・生活支援センター(2)			特別支援学校(3)
	子育て支援センター(1)			
	発達障害者支援センター(1)			
	総合教育支援センター(1) (特別支援教育センター)			

(B) 当該事業所の基本情報

1. 事業所の設置状況

(1) 設置主体および開設年月日

- 設置主体……有限会社多摩たんぼぼ介護サービスセンター
- 開設年月日……平成11年7月16日
- 相談支援事業……平成21年6月1日、三鷹市より相談支援事業の委託を受ける。

(2) 併設施設(関連施設)の有無と内容

- 訪問看護ステーション(ステーション3か所とサテライト1か所)
- 訪問介護
- 居宅介護支援
- デイサービス(通常型1か所、小規模型1か所)
- 有料老人ホーム(住宅型)

2. 事業所の体制

(1) 相談支援に携わる職員(職種・人数、常勤・非常勤の状況)

職種(職位)	人数	勤務形態
1.管理者	1名(兼務・看護師)	常勤
2.社会福祉士	1名	非常勤
3.保健師(訪問看護担当)	1名	常勤
職員数		常勤2名 非常勤1名 合計3名

(2) 年間の相談件数

平成23年1月～12月の相談延件数 (850)件		
相談者数(12名) うち新規 (2名)名		
内訳	来所	(0)件
	電話	(660)件
	訪問	(250)件

(3) 対応時間等

事業所の活動日時	曜日(月 ～ 金) 時間(9:00 ～ 17:00)
夜間・休日の対応	あり(携帯電話による対応)
連携している医療機関	あり(通院同行等により連携している機関。)

(4) 市町村委託費及びそれ以外で相談支援活動を支える経費の概要

市町村委託費(年間520万円)

(5) その他、相談支援体制に関する特記事項(特徴など)

市民の相談窓口は三鷹市地域福祉課で、地域福祉課から委託業務が開始。

(C) 訪問を実施した相談支援の実績

平成 23 年 11 月の 1 ヶ月間に訪問を実施した相談支援の件数 (64) 件				
相談者実人数 (10) 名 うち新規 (0) 名				
上記のうち、アウトリーチ支援の対象者への相談支援件数 (30) 件				
内訳	対象者	自宅への訪問	外出の同行	受診同行
	未治療	(0) 件	(0) 件	(0) 件
	受療中断	(15) 件	(0) 件	(10) 件
	ひきこもり	(2) 件	(0) 件	(0) 件
	長期入院後の退院	(1) 件	(2) 件	(0) 件

事例 H

近隣苦情の母親を看取ったひきこもり家族を支えたケース

(1) 事例の基本情報

ケースの類型	1. 受療中断者 2. 未治療者 3. ひきこもり状態 4. 長期入院後の病状不安定		
年代	60代後半(A氏)	性別	女性
主病名	統合失調症		
診断時期	1. 特定 2. 推定 3. 不明 時期:約20年前に保健所医師により統合失調症であろうと診断		
家族構成	夫、統合失調所の息子と娘との4人家族		
婚姻状況	既婚	世帯状況	家族同居
居住形態	持ち家	経済状況	夫の収入と家賃収入
就学・就労の状況	20年以上前にパート勤務の経験がある。		
障害者手帳の有無	なし	身体疾患の有無	C型肝硬変(難病申請)
生育歴・現病歴	<p>幼少時に養子に出され、養子縁組で結婚した夫との間に30代後半の長男と長女がいる。長男と長女は独語や空笑、怒鳴るなどの症状があり、A氏は早くから精神科病院に受診させていた。</p> <p>子供は2人共に発達障害があり、20歳過ぎに療育手帳を申請している。子供たちは、精神科への入院歴があるものの、精神科病院に継続して通院させることはせず、怒鳴るなどの行動が激しくなった時に「病院へいけ！」という程度で、子供2人共に医療中断のまま長年経過している。</p> <p>A氏は、ひきこもり状態の子供2人と共に家に閉じこもり、自宅の1室に親子で川の字に寝て、昼夜逆転の暮らしをしていた。A氏が45歳の頃、近隣住民とのトラブルが頻回に起こり、保健所に苦情が寄せられ始めた。その内容は、特に夜間に両下肢と腹部にひどい痛みがあり、特定の隣人が「電波をかける！映写を流されるからこの痛みがある！」という内容のもので、その時は隣人の家の前に立ちはだかり、大声で「出てこい！私に映写を流すから、私は困っているんだ。お前がやっていることは分かっている！」等と怒鳴っていた様子。</p> <p>時には、隣人の玄関に生ごみや排泄物をおいたり、油をまく等の行為もあった。近隣からの苦情は警察や保健所に寄せられたが、その場の対応のみで、生活が脅かされている近隣の困り事やA氏の病気に対する支援は不十分であり、その状態は20年間続いた。</p> <p>数年前には保健所や精神保健福祉センターが介入するも、医療やサービスにつなぐことができないまま中断している。今回、市の地域福祉課が担当することになり、相談事業に委託されることになった。</p>		

(2) 支援の経過

初回相談日	(今回のかかわりについての初回)平成22年3月10日
相談経路	三鷹市地域福祉課担当の保健師
相談内容 (目的など)	肝硬変を患う精神障害と思われる未治療のA氏と、医療中断している子供2人に対する介入をしてほしいという依頼であった。依頼の際に、近隣から苦情が多く、20年前から保健所に相談が寄せられているケースであり、20年前にA氏に対して保健所での医師の見立てで“統合失調症であろう”と診断されていたことの説明を受けた。
対象者宅までの距離・時間	距離:約5km 時間:約15分 (交通手段:車)
支援時期と事例の状況	具体的な支援内容および連携機関
<p>平成22年 3月10日</p> <p>【自宅への訪問】初回相談</p> <p>依頼のあった市の保健師と2人で自宅に訪問。 保健師はA氏と何度か面識があり、相談支援担当者を「これから色々な相談にのってくれる人」と紹介した。夫と子供も自宅にいたが、A氏は拒否的で、娘は担当者に無関心な態度であった。</p> <p>3月12日</p> <p>【自宅への訪問】2回目</p> <p>訪問時、A氏と子供3人が並んで寝ていたが、頭が4つ見えたため起こすと、何年もカットしていない娘の頭髪であった。室内も乱雑であり、娘も何年も入浴していない状況にあり、清潔面で非常に問題があった。</p> <p>●当面の目標は、「なじみの関係を構築すること」とし、担当者が状況を見ながら、週2回程度の訪問を実施することにした。</p> <p>●初回訪問から約6ヵ月間、週2回程度の訪問を実施</p> <p>A氏は、肝硬変の症状があり、内科への通院同行は受け入れ、定期的な働きかけができた。 しかし、自宅での生活状況は変わらず、2人の子供もひきこもり状態が続いた。特に、娘の不潔傾向は改善せず、入浴も全くできず、月経の処理もできない状態が続いた。</p>	<p>○担当者の役割について、「A氏の身体的な不安への対処や、子供たちを医療につなぐための相談にのってくれる人」と保健師から紹介してもらい、自己紹介をして、今後は定期的に訪問して困りごとの解決のお手伝いをする事を伝えた。</p> <p>○夫は働いているものの、A氏の浪費が激しく、給料日からすぐに生活費が困窮する状況が続いていた。そのため、A氏自身も、子供たちも医療費の支払いが困難であった。A氏は肝硬変による症状や精神症状による疼痛を訴えて、救急車で内科受診をすることがあったが、子供たちは通院を中断している状況であった。そのため、相談支援事業の訪問に対しても拒否的であったが、自己負担がないことを説明した。</p> <p>○A氏や子供たちの話を聞く。すると、娘が自分の髪の毛のことを気にしており、以前に美容院に行ったが、「お金だけ取られてキレイにしてくれなかった」とのこと。そこで、担当者がカットすることを提案すると、承諾した。数年ぶりに髪をカットしてすっきりしたとうれしそうに話した。</p> <p>○A氏に対しては、内科クリニックへの通院を継続するために同行することを提案した。</p> <p>○訪問時にA氏の全身管理、栄養面の把握</p> <p>○訪問の際に、近隣住民を訪ねて話を聞き、迷惑行為の把握を行った。20年前より、A氏から嫌がらせや暴言を受けていたが、A氏が子供に危害を加える危険性等を考えて、A氏や家族に直接抗議することはしなかった。担当者が訪問を開始した際に、緊急の連絡先を書いた名刺を渡して挨拶すると、とても喜ばれた。実際には、近隣住民から緊急の連絡はなかった。</p> <p>○A氏の肝硬変の治療のために通院同行を継続して行った。あるとき、通院しているクリニックの内科医に精神科受診を勧められ、立腹し</p>

●初回訪問から、約6ヶ月後に自立支援医療、年金等を申請

●初回訪問から、約8カ月目

訪問看護の担当者が交代したことで、娘に変化が現れた。訪問時に促して介助すると入浴できるようになった。その後、徐々に、訪問日には担当者や訪問看護師が行く前に1人で入浴できるようになった。また、衣類の買い物も同行すれば行けるようになった。

●初回訪問から、約9ヶ月

夜間に、A氏が激しい痛みで総合病院に救急搬送された。検査の結果、肝臓癌が見つかった。そのとき既に末期の状態となっていたが、総合病院に入院中に同室者への迷惑行為等ですぐに退院させられた経緯もあり、またA氏の「できるだけ自宅で過ごしたい」という強い希望で、自宅で看取ることになった。

●初回訪問から約1年後、A氏死亡

A氏の死亡により、父親と子供2人の生活になったが、父親と子供たちの関係が悪く、会話もない状態。

たことがあった。

○自立支援医療が使えるようになり、中断していた息子と娘の精神科の受診を再開するように勧め、通院同行を行った。息子は比較的早くに通院同行に応じたが、娘の通院を再開するには時間がかかった。

○A氏の主治医(内科医)に相談し、訪問看護の指示を出してもらい、相談支援事業と訪問看護を並行して実施することにした。A氏への訪問看護であるが、家族支援として2人の子供に対しても、洗面や入浴といった清潔保持に関する介入を行ったが、訪問看護師との相性が悪く拒否が強かった。体温や血圧測定さえも受け付けられない状態が続いた。

○相談支援事業による訪問は継続し、清潔や食生活などへの支援を実施。A氏、息子の通院同行も継続。

○相談支援事業による訪問を週1回、訪問看護週1回実施、保清や食生活などの支援を継続した。

○A氏の内科受診、子供2人の精神科受診に同行支援を継続した。

○クリニックの内科医と連携を取りながら、定期的な訪問看護(週1回)で疼痛コントロールを実施。

○家族支援

- ・夫に対する介護負担軽減のためにヘルパーを導入する
- ・ターミナルを迎える2人の子供への心理的支援

○A氏の死亡を機に、住環境を改善したいという希望があり、畳や障子などの交換を手伝い、それまでは使われていなかった子供用の部屋も使えるように整えた。

○相談支援事業の訪問と訪問看護を継続し、A氏が死亡した後の不安に対する支援を行った。

○相談支援事業の担当者が交代するため、子供2人と担当者で外出に出かけた。

■支援終結時または現在の生活状況・利用したサービス

精神障害に関する支援は、内科医に情報を伝えたが、本人の精神科受診への激しい拒否があり、受診はできなかった。精神科の治療については未治療ではあったが、かかわりの中で近隣への迷惑行為は激減、痛みが内科疾患によるものかもしれないと思うようになった。平成22年1月に、大量吐血にて死亡。その後は、子供2人の支援を継続している。

■対象者の声

私のために来てくれたの。甘えていいの？ 病院や温泉旅行に一緒に行ってほしい。
ありがとう。私が死んだら何にもできない子供たちだからお願いね。

■事例に関与していた機関

- 行政(導入当初と自立支援医療等の申請時)
- クリニック内科医
- 大学病院精神科(子供たちのかかりつけ医)
- 訪問看護ステーション
- ヘルパーステーション

(3) 事例のまとめ

■アウトリーチ支援の効果と意義

A氏は養子で、幼少時にいじめを受け、家出をしてお寺で暮らしていた。他人に甘えたり、信頼して生きることを体験できずに生きてきて、精神疾患を発症してその傾向が強くなったと思われた。

長くひきこもり状態にあった子供たちは、非常に不憫な存在であった。A氏の夫は、家族関係を壊してしまった病気の妻に対して、怒りのために若いときは暴力がみられた。A氏は、そんな夫に不信感をもち、家庭の中でそれぞれが孤立していった経緯があると思われた。

A氏は、精神疾患としては未治療のままではあったが、訪問支援の導入によって支えられているという安心感を得ることができた、また、訪問看護の導入で身体的苦痛は軽減されて、結果として近隣トラブルがなくなった。

A氏がいつも心配していた、家族の今後の暮らしを共に考えること、経済的状況を改善するための制度活用等を行いながら、A氏を支えることができた。A氏のターミナル期を、医師と連携して最後まで自宅で過ごせたことは大きな成果であったと言える。

また、A氏にアウトリーチ支援が導入されたことで、近隣住民は「この20年間安らぎがなかったが、これで安心して寝れるようになった」と話している。アウトリーチ支援の効果と意義は重要であり、生きることを丸ごと支えての結果として、かかわれたことでの満足感は看護師としての醍醐味と感じる。

福岡県大牟田市「地域活動支援センター」の取り組み

事業所名……潮(うしお)・地域活動支援センター

所在地……福岡県大牟田市手鎌955-2

事業類型……地域活動支援センター I 型 障害者相談支援事業所

(A) 地域の基本情報(当該事業所が所在する地域の障害者支援体制の概要)

1. 障害者支援体制の圏域について

■対象市町村および人口

大牟田市……125,000 人(平成 24 年 1 月)

■精神障害者数(推定)

自立支援医療の利用者数……2,320 人(平成 23 年 3 月)

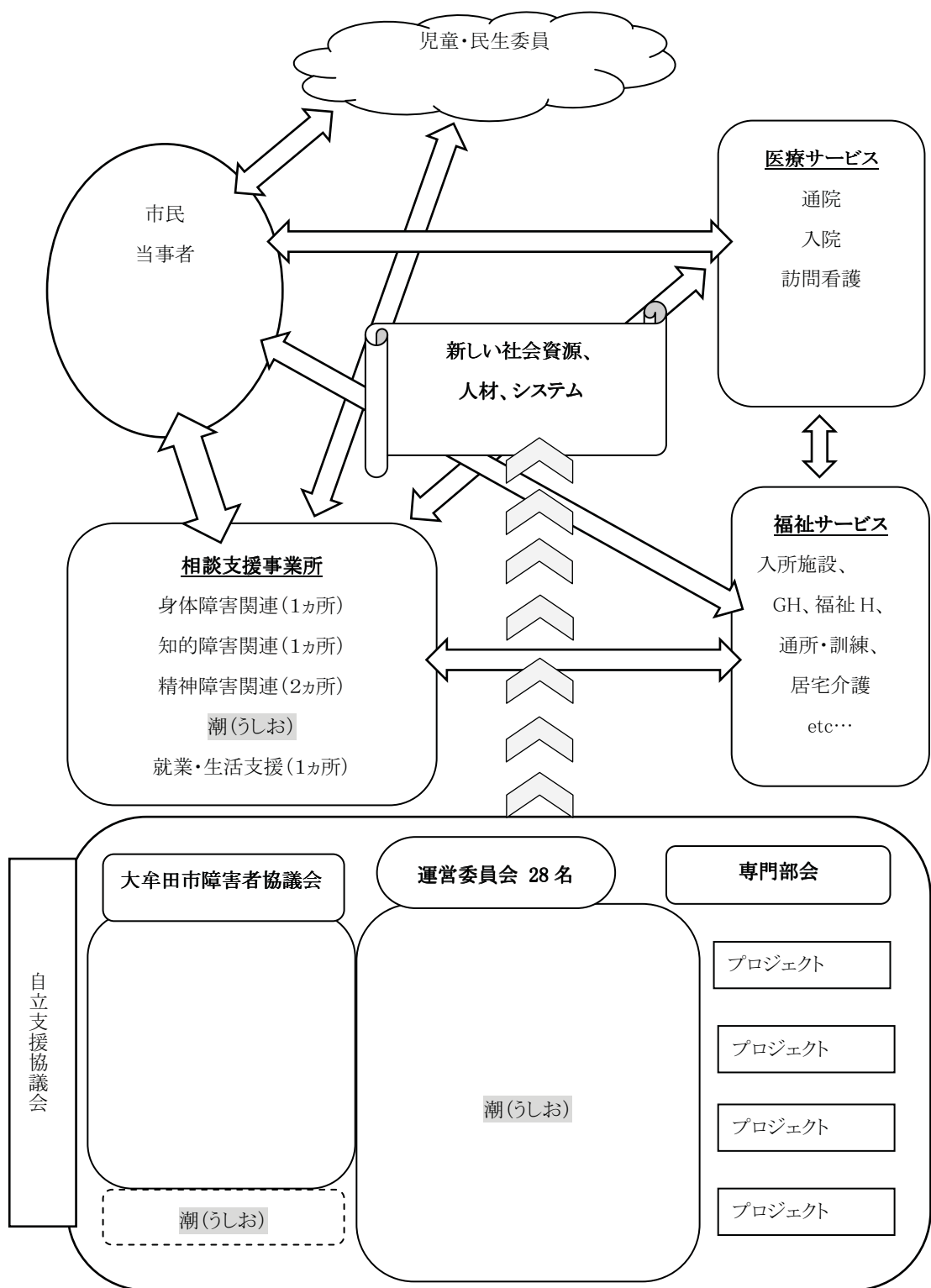


2. 圏域内の社会資源について

(1) 地域の全体状況

	障害者自立支援法	介護保険	医療(精神)	その他
通所系	重度障害者等包括支援(0)	地域包括支援センター(4)	精神科(心療内科)クリニック(10)	
	児童デイ(3)	地域密着型事業所(3)		
	地域活動支援センター(I型:2 III型:3)	通所介護(34)		
	就労移行支援(1)	通所リハ(20)		
	就労継続支援(6) A・B	小規模多機能(21)		
	相談支援事業所(4)			
訪問系	居宅介護(31)	訪問看護(40)	訪問看護ステーション(5)	
	重度訪問介護(29)	訪問介護(51)	※精神科病院	
	行動援護(2)	訪問リハ(9)		
	生活介護(8)	訪問入浴(3)		
	生活訓練(0)	居宅介護支援事業所(49)		
入所系	短期入所(5)	短期入所(24)	精神科病院(5)	
その他	障害者福祉センター(0)			保健所・保健センター(1)
	就業・生活支援センター(1)			特別支援学校 (1)
	子育て支援センター(1)			
	発達障害者支援センター(0)			
	総合教育支援センター(0) (特別支援教育センター)			

(2) 地域の中での当該事業所の位置づけ(関係性)



運営委員会……各方面の実務担当者で構成。課題別に設置するプロジェクトに参加する。

専門部会/プロジェクト……業務や相談の中で気づく地域課題を抽出し、地域資源・システムの開発や人材を育成し課題解決を行う。プロジェクトは目的を定めており、発足と解散を繰り返す。

NPO 大牟田市障害者協議会……当事者団体、支援団体、福祉施設、社協、ボランティア連絡会等の24団体で構成される。潮は事務局員として参加。

(B) 当該事業所の基本情報

1. 事業所の設置状況

(1) 設置主体および開設年月日

■設置主体……医療法人 ■開設年月日……精神保健福祉法／平成12年10月
 障害者自立支援法 移行／平成18年10月

(2) 併設施設(関連施設)の有無と内容

法人事業として

医療事業:精神科病院:1 他市に精神科クリニック:1

福祉事業(障害者自立支援法:市より委託):地域活動支援センターI型&障害者相談支援事業

2. 事業所の相談支援体制

(1) 相談支援に携わる職員(職種・人数、常勤・非常勤の状況)

職種(職位)	所有格等	勤務形態
1. 管理者(1名)	精神保健福祉士・相談支援専門員(看護師)	常勤
2. 相談支援専門員(1名)	精神保健福祉士・社会福祉士	常勤
3. 事務職員(1名)	事務員	常勤
職員数		常勤 3名 非常勤 0人 合計 3人

(2) 年間の相談件数

平成22年4月～平成23年3月の相談延件数 (5,403)件		
相談者数 (130)名 うち新規(43)名		
内訳	来所	(348)件
	電話	(4,496)件
	訪問	(559)件

※相談延件数には非登録者の件数(673件)を含む。

(3) 相談受付・対応時間等

事業所の活動日時	曜日(月～土) 時間(8:30～17:00)
夜間・休日の対応	なし
連携している医療機関	特定の機関連携はなし。 ケース、事案によって必要な医療機関と連携しており、直近一年間に市内、近隣の精神科医療機関のほぼ全てと連携実績あり。

(4) 市町村委託費及びそれ以外で相談支援活動を支える経費の概要

大牟田市の障害者相談支援事業委託費のみ

(5)その他、相談支援体制に関する特記事項(特徴など)

○当相談支援事業所は精神障害領域を主な対象としている。

○大牟田市では自立支援法施行以前から3障害それぞれの法律に基づき、3障害4相談支援事業所(身体障害領域:1、知的障害領域:1、精神障害領域:2)で行われており、施行後もそれぞれの専門性を発揮できるよう4事業所へ委託されている。

(C)訪問を実施した相談支援の実績

平成 23 年 11 月の 1 ヶ月間に訪問を実施した相談支援の件数 (70) 件				
相談者実人数(28)名 うち新規(5)名				
上記のうち、アウトリーチ支援の対象者への相談支援件数(7)件				
内訳	対象者	自宅への訪問	外出の同行	受診同行
	未治療	(2)件	(0)件	(0)件
	受療中断	(3)件	(0)件	(0)件
	ひきこもり	(中断との重複 1)件	(0)件	(0)件
	長期入院後の退院	(2)件	(0)件	(0)件

事例Ⅰ

現実検討能力の低下による、生活環境や療育環境など

複雑な課題への訪問支援を必要としたケース

(1) 事例の基本情報

ケースの類型	1. 受療中断者 2. 未治療者 3. ひきこもり状態 4. 長期入院後の病状不安定		
年代	40代	性別	女性
主病名	統合失調症・発達障害疑い(ADHD)		
診断時期	1. 特定 2. 推定 3. 不明 時期:平成21年8月		
家族構成	実母・長男		
婚姻状況	離婚	世帯状況	実母・長男との3人世帯
居住形態	1戸建て	経済状況	母老齢年金・本人障害年金・児童扶養手当等
就学・就労の状況	高校卒業後、数年間アルバイト経験あり。		
障害者手帳の有無	無し	身体疾患の有無	無し
生育歴・現病歴	<p>小学校に入ってからすぐの頃より学習にはついていけず、全般的に成績は悪かった。しかし、高校まで進学し、卒業している。卒業後はアルバイトを転々とする生活を送っていたが、30代で結婚。その後は専業主婦となる。結婚当初より金銭管理や家事もほとんどできず、金銭管理はすぐに夫がするようになる。</p> <p>長男を出産後、育児に行き詰りパニックとなることが多くなり、パニックになると身体的虐待をするという悪循環の中、児童相談所が介入することとなる。</p> <p>その後夫とは離婚することとなり、長男を連れて実母を頼って帰省する。</p> <p>長男が2～3歳の頃より、不眠・不安が出現し、精神科受診を数回行っていた。帰省後は精神科病院を定期的に受診し、薬物療法を受けている。</p>		

(2) 支援の経過

初回相談日	(今回のかかわりについての初回) 平成22年3月15日
相談経路	市役所福祉課からの紹介
相談内容 (目的など)	劣悪な生活環境(ごみ屋敷状態と家族の栄養状態も劣悪)と緊迫した経済状況で養育困難。本人は、現実検討能力が低下しているため危機感はないが、同居の母が困り果てている状態。
対象者宅までの距離・時間 距離:約 3 km 時間:約10分 (交通手段: 車)	
支援時期と事例の状況	具体的な支援内容および連携機関
<p>平成22年3月中旬</p> <p>●初回連携(関係機関)</p> <p>3人での生活が全く成り立たず、生活が破綻しているため今後の支援方針の確認を行う。</p> <p>後日、福祉課と相談支援事業所で自宅訪問し、現状を確認することとする。</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●市役所福祉課と同行で自宅へ訪問する。(初回)</p> <p>目的:現状把握</p> <p>家の中は、玄関を開けてすぐの所から衣類や荷物が散乱し、足の踏み場もない。何とか廊下に人が1人通れるくらいのスペースがあるのと、リビングに2~3人座れる程度のスペースがある程度。</p> <p>長男は発育不良で骨に皮がついたような状態。金銭管理も全くできず、ほとんどの支払いが滞納状態。</p>	<p>○連携機関</p> <p>児童相談所、市役所児童家庭課、市役所福祉課、精神科医療機関、長男の小学校校長、相談支援事業所。</p> <p>○事例の状態または事例との関わりの状況</p> <p>訪問の受け入れは良好。本人、長男、母親ともに在宅中であった。母は別居希望であるが、孫の成長のため同居を継続できないかを確認する。母は「孫のことは心配なので、状況が改善されるなら」と前向きな発言あり。</p> <p>今後の経済面での安定、生活環境の改善の方法を考えていくこととする。</p>
<p>3月下旬~平成24年2月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <p>●相談支援専門員による訪問(2回目以降)</p> <p>(状況に応じて訪問、計55回)</p> <p>目的:その都度状況に応じた目的により実施</p>	<p>○この間の支援の内容</p> <p>①障害程度区分の申請→ホームヘルプサービスの導入</p> <p>②自己破産手続き→弁護士に依頼。連携しながら進める。</p> <p>③金銭管理→日常生活自立支援事業の利用</p> <p>④障害年金の申請</p> <p>⑤各種手続き同行</p> <p>⑥育児支援→その都度実施</p> <p>⑦家族調整→その都度実施</p>

■ 支援終了時または現在の生活状況・利用したサービス

ホームヘルプが導入され、栄養面ではバランスのよい食事を摂ることができるようになってきている。しかし、清掃は全くできず、物を捨てられない状況にある。

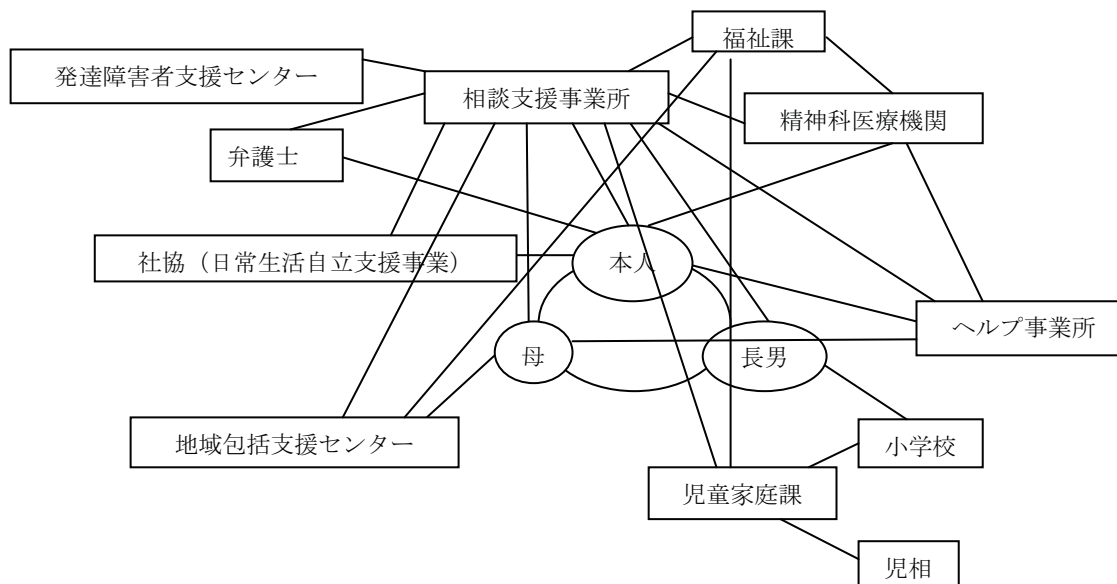
実母は身体疾患で入院中。長男も持病のためしばらく学校を休んでいた影響もあり、登校を渋る時がある。訪問時に登校するしないで親子で叩き合いになる場面もあり、暴力がエスカレートしないか見守る必要がある。母は別居を希望。身体疾患の状態から今後は別居も視野に入れ、関係機関と調整予定である。

■ 対象者の声

ホームヘルプを受けるようになって、ヘルパーさんと一緒に調理ができるので助かっている。借金も清算できたので、ずいぶん気持ちが楽になった。

息子をしっかり育てることが一番の目標。叱る時と甘えさせる時のメリハリがつけられなくて、子供のわがママが過ぎることがあるので、将来が不安。支援を受けながら、今の生活を維持していきたい。

■ 事例に関与していた機関



(3) 事例のまとめ

■アウトリーチ支援の効果と意義

本事例は発達障害(ADHD)が疑われる事例で、二次障害として統合失調症を発症したと思われる。少し複雑な内容になるとパニックになり、1人で物事を進めることができなくなる。元々、借金や養育困難等の複雑な課題を抱えており、助言だけでは全く行動ができないため、訪問して直接支援をすることでしか、支援が成り立たなかった。また、本人の障害を理解できない母は、本人に振り回される現状にストレスを溜め、本人との間に不和が生じており、家族調整も頻回に必要であった。長男の成長を考えると、母との同居が現状として最善の方法であることから、訪問して現状を把握し、母のストレスを軽減することで、何とか現在の生活が維持できている。しかし、母の体の限界がきていることから、今後は別居の方向も視野に入れ、関係機関も含めて検討が必要である。別居となれば、今までよりもさらに密な支援が必要になると思われる。

自己破産や日常生活自立支援事業の利用、またホームヘルプサービスの導入等、ひとつひとつ調整に入り整理をしていくことで、全体として何とか生活は改善方向に進んでいるものの、未だ生活の安定にはつながっておらず、当面はアウトリーチ支援を要する状態は続くものと思われる。アウトリーチ支援を行うことと、複数の関係機関と連携をしてチームアプローチを行うことで何とか生活が維持できている事例と言える。

本事例は元々、1. 受療中断者 2. 未治療者 3. ひきこもり状態 4. 長期入院後の病状不安定のいずれにも該当せず、アウトリーチ支援が導入される前から精神科医療機関への通院と服薬はできていた。病状は、現実検討能力が低下した状態で固定されている。しかし、支援開始当初の状況を考えると、関係機関の連携とアウトリーチによる支援がなければ、生活は破綻し、家族も崩壊し、当然病状の悪化にもつながる事例であったと思われる。治療中断になる前に、関係機関と共に支援ができたことは非常に有効であったと思われる。

事例 J

うつ状態で医療中断し引きこもり状態の相談を受けて、
訪問(同行)により受療支援と経済的支援を行ったケース

(1) 事例の基本情報

ケースの類型	1. 受療中断者 2. 未治療者 3. ひきこもり状態 4. 長期入院後の病状不安定		
年代	30代	性別	男性
主病名	うつ病		
診断時期	1. 特定 時期:平成 21 年 8 月 数回受診し中断		
家族構成	母 本人 兄(他県) 姉(隣市)		
婚姻状況	未婚	世帯状況	母 本人
居住形態	祖父の代からの戸建て借家	経済状況	母の遺族年金 月4、4000 円
就学・就労の状況	無職		
障害者手帳の有無	無	身体疾患の有無	無
生育歴・現病歴	高卒後、設計関係へ就業するが、雇用条件の問題で2ヵ月後に退職。別の設計会社へ就職。数ヵ月後にうつ状態(受診なし)で退職。数ヵ月間休養している。営業職に就き、責任者で10数年勤務するが、人間関係の不和で退職。すぐに設計関係へ就職したが、1年後にうつ状態となった。上司の勧めで精神科を受診し、うつ病と診断された。その後、数回受診するが、外出困難となって受診に行くこともできずに中断。以降、退職して自室で生活している。月に数回買物に出るが、知人や近隣住民に会うのを避けるため、24 時間営業の店を深夜に利用している。この状態で1年半が経過している。		

(2) 支援の経過

初回相談日	(今回のかかわりについての初回) 平成23年1月 20 日
相談経路	母の友人から相談→友人が母親に相談の勧め→相談事業者が母親へ訪問し、本人自室に声かけ
相談内容 (目的など)	意欲が低下して受診もできず、自室での臥床生活が続いている。本人の預金で賄っていたが、就業困難で生活費が底を尽きかけている。
対象者宅までの距離・時間	距離:約3km 時間:約5分 (交通手段:車)
支援時期と事例の状況	具体的な支援内容および連携機関
平成 23 年1月 26 日 【自宅への訪問】 ●相談を受けた相談支援専門員による訪問(初回) 目的:本人、母親の相談 ●事例の状況(母親から経過および現状を聴取) 母親は、本人にどう声をかけてよいか分からず、見守っているだけという。母親は本人の部屋に毎回食事を運び、本人が台所に下膳している。母は治療が必要なら受けさせたいと言うが、自分では行けないだろうとのこと。	○本人の自室前から声をかけ、談話の了解あり。自室にて本人より状況を聴取し、うつ状態と推察する。 ○本人に治療の有用性を説明し、受診を勧める。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 受診の意向は示されたが出かける自信もないし、状況を伝えきれない自信もないとのことにて、受診同行支援を提示した。 </div> ○通院の利便性と医師とのマッチングを検討し、次回の訪問で候補病院を持ち込むこととする。
2月2日 【自宅への訪問】 ●同相談支援専門員による訪問 ●事例の状況:自室での臥床生活、特に変わりなし。	○受診の意向を再確認し、受診候補の医療機関を提示。 ○家計経済のひっ迫があり、通院治療を希望する。選定あり。 ○受診予約と概況の事前通知の承諾について確認する。了解あり。 ○精神科医療機関へ受診予約 →概況を伝え、電話で受診予約。
2月7日 【自宅への訪問と受診同行】 ●同相談支援専門員が自宅から病院まで同行訪問 ●事例の状況:自宅では自室での臥床生活で変わりなし。 受診については疲労感、緊張あり。	○自宅に迎えに行き、車で受診先へ移送同行する ○診察に同席・経過説明する、他 補足する
2月14日 【自宅への訪問と受診同行】 ●同相談支援専門員が自宅から病院まで同行訪問 ●事例の状況:自宅では自室での臥床生活で変わりなし。 受診については疲労感、緊張あり。	○自宅に迎えに行き、車で受診先へ移送同行する

<p>平成 23 年 2 月 21 日</p> <p>【自宅への訪問と受診同行】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●同相談支援専門員が自宅から病院まで同行訪問 ●事例の状況: 自宅では自室での臥床生活で変わりなし。 受診時の疲労感、緊張はやや軽減。 ●相談支援(同日 自宅にて) 母親より生活費のひっ迫について相談があった。 →これまでは、母親が受けている遺族年金と本人の預金で賄っていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ○自宅に迎えに行き、車で受診先へ移送同行 →以後、医療機関の巡回送迎車を利用 ○親族からの援助が困難であることを確認。生活保護の申請を提示し、本人と母親から申請の意向を確認した。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・生活保護基準に準じ、扶助額、預貯金、資産要件を確認。 ・預貯金残額、保険還付金、車の所有の問題はあるが、近い将来に該当することを確認し、保護課への事前相談を提示。 ・本人の病態、母親の理解力の問題があるため、相談支援専門員単独での事前相談の依頼があった。 </div>
<p>2 月 25 日</p> <ul style="list-style-type: none"> ●生活保護課へ生活保護申請の相談 (相談支援専門員単独での相談) 	<ul style="list-style-type: none"> ○保護課CWへ説明する ○申請書、その他を受領する
<p>3～4 月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●同相談支援専門員による訪問(計 4 回) <ul style="list-style-type: none"> ・生活保護申請の準備 ・体調の確認 ●事例の状況: 自宅内での生活の支障は改善傾向にある 	<ul style="list-style-type: none"> ○申請書、調査書他について、本人および母親より聴取し、書類の作を支援した。 ○車の処分、保険還付金の整理について助言した。
<p>5 月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●同相談支援専門員が訪問し、体調確認など行う。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>外出ができるようになる。</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○自宅内の膨大な不要物品の整理処分、家屋修理等をリハビリとして実施した。
<p>6 月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●同相談支援専門員による訪問 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・体調は良好で、本人より就職希望あり。 ・ハローワークで求人検索の希望。 </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○求職活動については医師と相談するように助言した。
<p>7 月</p> <p>【自宅への訪問】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●同相談支援専門員が訪問し、体調確認などを行う。 ●事例の状況: 疲労、抑うつ感あり。 	<ul style="list-style-type: none"> ○体調の変化については、医師も承知していた。

8月 【自宅への訪問】 ●同相談支援専門員が訪問し、体調確認などを行う。 ●事例の状況: 自室内にて臥床傾向。 【生活保護課への同行】 ●生活保護の申請・受理を行う。	○母親に同行し、生活保護課へ出向く。
9月	○生活保護課より保護決定の報告あり。
10月 【自宅への訪問】 ●同相談支援専門員が訪問し、体調確認などを行う。 ●事例の状況: 抑うつ傾向が持続している。	

■支援終了時または現在の生活状況・利用したサービス

- 精神科病院の受診(継続中)
- 生活保護(継続中)

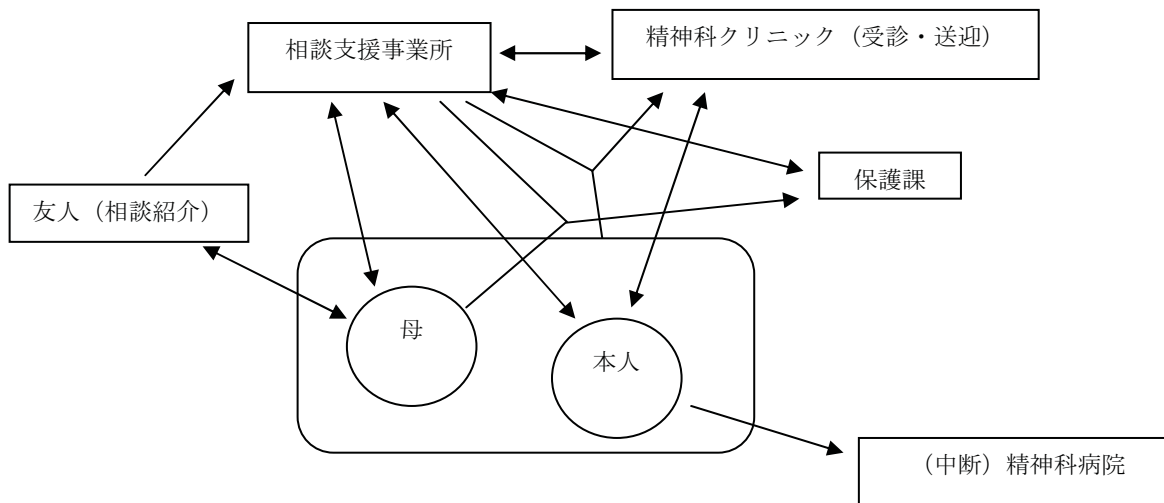
■対象者の声

お金が少なくなって心配だった。

「仕事をしなくては」という気持ちはあったが、体が重くて起き上がるのもおっくうで、将来のことも考えきれなかった。あらためて通院し始めて回復するということが分かった。

動きすぎてまた落ち込んだが、これからはゆっくりペースで治したい。

■事例に関与していた機関



(3) 事例のまとめ

■アウトリーチ支援の効果と意義

就業中にうつ病を発症して受診したが、数回で中断した。一旦中断すると、医療機関は本人の承諾を必要とする訪問看護のオーダーが出しにくくなる。

同居の母親は病的なレベルではないが、場当たりの話し方で物忘れや記憶も曖昧なところが多く、本人の治療に対して現実的・具体的な支援が困難だった。別居している同胞からも病気に対する理解が得られず、自室での生活を怠慢だと見られていた。

この事例では、病気に理解のある知人からの紹介で支援事業所とつながり、治療再開のきっかけとなったが、近親者の理解や支援を得にくい事例では、意欲や行動力の低下によって、未治療や治療中断のまま引きこもり化している事例が潜在していると思える。

1. 状況の説明と対策の提示・・・診断ではなく状況の映し出し。対策の提示は本人のモチベーションの喚起。
2. 対策に有効な社会資源の把握・・・医療機関の環境、サービス、医師のキャラクター、費用など、ニーズに応じきれぬ情報力。
3. 対策に必要な支援の提示・・・必要なことを必要な時に。いいタイミングでできる判断。
4. 家族問題を含めた包括的な支援・・・その現状における経済対策や家族調整への介入。

この事例の主軸は、医療アウトリーチの範疇であろう。稼得収入が途切れ預金が底を尽き、生活保護を受けることになったが、当初の治療が医療アウトリーチで実施できれば中断することなく、早期復職の可能性も考えられた。

事例 K

クレジット支払いで生活困窮な状況の解決に向けて、
相談支援専門員が付き添いながら生活目線で支援を行ったケース

(1) 事例の基本情報

ケースの類型	1. 受療中断者 2. 未治療者 3. ひきこもり状態 4. 長期入院後の病状不安定		
年代	70代	性別	男性
主病名	アルコール依存症 統合失調症		
診断時期	1. 特定 2. 推定 3. 不明 時期:		
家族構成	妻:精神科入院中(40年以上継続) 娘:生後間もなく先天性障害で入院～障害者施設に入所中		
婚姻状況	既婚	世帯状況	単身
居住形態	公営アパート	経済状況	本人:厚生年金 月額約11万円 妻:国民年 月額約3万円 娘:障害年金 第三者後見人あり
就学・就労の状況	50歳頃まで就業		
障害者手帳の有無	無	身体疾患の有無	なし
生育歴・現病歴	<p>詳細不明</p> <p>中学を卒後、就業し数回転職している。</p> <p>30歳で結婚。</p> <p>20年以上前から精神科に通院、10数年前からデイケアに通所している。</p> <p>平成20年、失火にて今のアパートへ転居したが、家財や書類等は焼失してしまった。</p> <p>転居と同時に、精神科通院とデイケア通所を中断している。(通院費用がない)</p>		

(2) 支援の経過

初回相談日	平成21年9月
相談経路	近くに住む障害者の友人が紹介。
相談内容 (目的など)	とにかくお金がない。年金振り込みは1ヵ月先なのに数百円しかない。食糧のストックもなし。知人や友人からの寸借、食料のもらい受け、飲食店のつけ払いがずっと続いている。 詳細不明の口座引き落としがいくつもある。
対象者宅までの距離・時間	距離:約7km 時間:約15分 (交通手段:車)
支援時期と事例の状況	具体的な支援内容および連携機関
<p>平成21年9月</p> <p>●初回相談(相談支援専門員)</p> <p>近所に住む障害者の友人が見かねて紹介。</p> <p>数年前から酔った勢いで訪問販売や飲食店で知り合った業者から羽毛布団、健康器具等を購入。支払いは何とかやり繰りしていたが、一年前の失火処理と転居費用が重なり、家計サイクルに支障が生じて支払いが滞り、困窮が始まった。これまで購入した物品や生活用品は焼失し、信販会社や加入互助会等の引き落とし書類も焼失した。</p> <p>妻の入院費、飲食店のツケ払い、わずかな生活費だけは先に引出して確保してあるが、光熱費、家賃、ローン関係は残額不足での督促を受けている。しかし、転居したため督促状が届かず、たまたま口座残金がある時に引き落とされている物もある。</p> <p>自室は新聞、督促状、郵便物、書類等が積み重なって散乱している。</p>	<p>○この時点における支援内容</p> <p>①緊急の食糧支援(非常食)</p> <p>②近隣友人へ食糧援助の協力を依頼</p> <p>③家計や負債を調査し、解決方法の検討する支援を提示</p>
<p>9～11月</p> <p>【訪問先】(相談支援専門員)</p> <p>■自宅への訪問×8回</p> <p>■銀行への同行訪問×2回</p> <p>■互助会への同行訪問×2回</p> <p>■公営住宅課への同行訪問×3回</p> <p>●事例の状況</p> <p>・本人はどうにもならない経済状況に困惑している。</p> <p>・兄弟親族とは絶縁状態。</p> <p>・契約、支払いの記憶が曖昧で、未払い、滞納、寸借が多数あるが、支払いは自分で行っていきたいとの意向。</p>	<p>○訪問(同行訪問)による具体的な支援内容</p> <p>①自宅ゴミの郵送物から支払先、内容、金額等の調査。</p> <p>②引落し信販会社等の確認のため銀行へ協力依頼。</p> <p>③信販会社等へ支払い金額・期間の確認。</p> <p>④信販会社、光熱費、家賃、ツケ払い等の一覧を作成。</p> <p>⑤加入互助会の約款を入手し、解約と継続の選定を検討。</p> <p>⑥自己破産と自己払いの検討(自己払いの選択)</p> <p>負債(支払残)総額 55万円 解約等還付金 30万円</p> <p>⑦還付金付き互助会を解約し、還付金を原資に生活費を確保しながらの一年間の返済計画を作成。</p> <p>⑧公営住宅課へ家賃の振込み延滞承諾の依頼。</p> <p>⑨銀行に同行し、生活費、返済のコンビニ振り込み、病院への支払い等の現金を引出し、振り分けを行い支払いに同行。</p>

<p>平成 21 年 12 月～平成 22 年 8 月</p> <p>【訪問先】(相談支援専門員)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 自宅への訪問×28 回 ■ 銀行、住宅課、病院、コンビニ等への同行訪問×50 件以上 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 生活は安定し、返済は概ね順調。 ● 趣味でライフワークのウォーキングが過剰傾向。 ● 不規則な食事偏食と夏季の猛暑が重なり、体調不良。 </div>	<p>○訪問(同行訪問)による具体的な支援内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ①督促状、郵送書類、生活状況の確認。 ②銀行に同行し、生活費、返済のコンビニ振り込み、病院への支払い等の現金を引出し、振り分けを行い支払いに同行。 ③近くの公民館のオープンスペースの利用紹介。 配食弁当の利用を提示し、安否確認サービスが含まれる配食弁当を手配。
<p>平成 22 年9～10 月</p> <p>【訪問先への訪問】(相談支援専門員)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 自宅への訪問×8 回 ■ 銀行、スーパー、コンビニ振込み、福祉課等への同行訪問 ×10 件 ■ 生活面の支援を行う。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・少量であるが飲酒と生活費の浪費傾向。 ・預金を単独で引出すことがあり、食費、家賃・光熱費の支払いに支障。 ・数回の物忘れにて、書類、物品の紛失や不明がある。 </div>	<p>○訪問による具体的な支援内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ①短期スパンでの金銭管理を指導。 ②配食弁当、家賃支払いの猶予を調整。
<p>平成 22 年 11～12 月</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・飲増量が増えた。 ・夜間に長距離散歩することがある(体力増強のための散歩と称す) ・信販返済、配食弁当、家賃等の滞納はほぼ終了。 ・無銭飲食、タクシーの無賃乗車があり、警察官より数回注意を受ける。 </div>	<p>○警察から福祉課への問い合わせを經由し、相談支援事業所が状況を把握した。酔って飲食して、明け方まで意味もなく歩き回っており、当時の記憶は不明。酒気が抜けると平静になる。</p>
<p>平成22年12月</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 前回と同様の行為にて警察に保護される。 ・警察より相談支援事業所へ連絡あり。 ・警察官への暴言や酒気が抜けても意味不明の言動と感情変動があるため、精神科へ搬送される。 →医療保護入院となる。 	<p>○絶縁していた兄弟へ連絡。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療保護入院の保護者の承諾は受けてもらったが、経済的な管理は断られる。 ・翌日、預金通帳・印鑑の保管のみ依頼。

<p>平成 23 年 1～8 月</p> <p>●入院継続</p> <p>短期退院を想定し、退院に向けた支援として継続。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>面会での疎通性はやや改善したが、病棟では物忘れと他患者へ不合理な物言いがあり感情変動が続く。</p> </div>	<p>○継続支援の内容</p> <p>①面会時に親戚と待ち合わせし、預金通帳を受け取る。</p> <p>②本人に預金引き出しの用紙記入をしてもらい、銀行で代理での引出を行う。</p> <p>③本人の入院費等の支払い、妻の病院への入院費の支払いを行う。</p> <p>④親戚に預金通帳を返却。</p> <p>⑤以降、親戚に毎月の定額引出を行ってもらい、支払い等は支援者で行う。</p>
<p>8 月</p> <p>●支援の終了</p> <p>短期入院を想定して支援を続けたが、退院時期が不明のため地域支援を終了する。</p>	<p>○本人と親戚に退院時の支援再開を約束し、入院中の支援終了を説明。本人、親戚とも了解あり。</p>

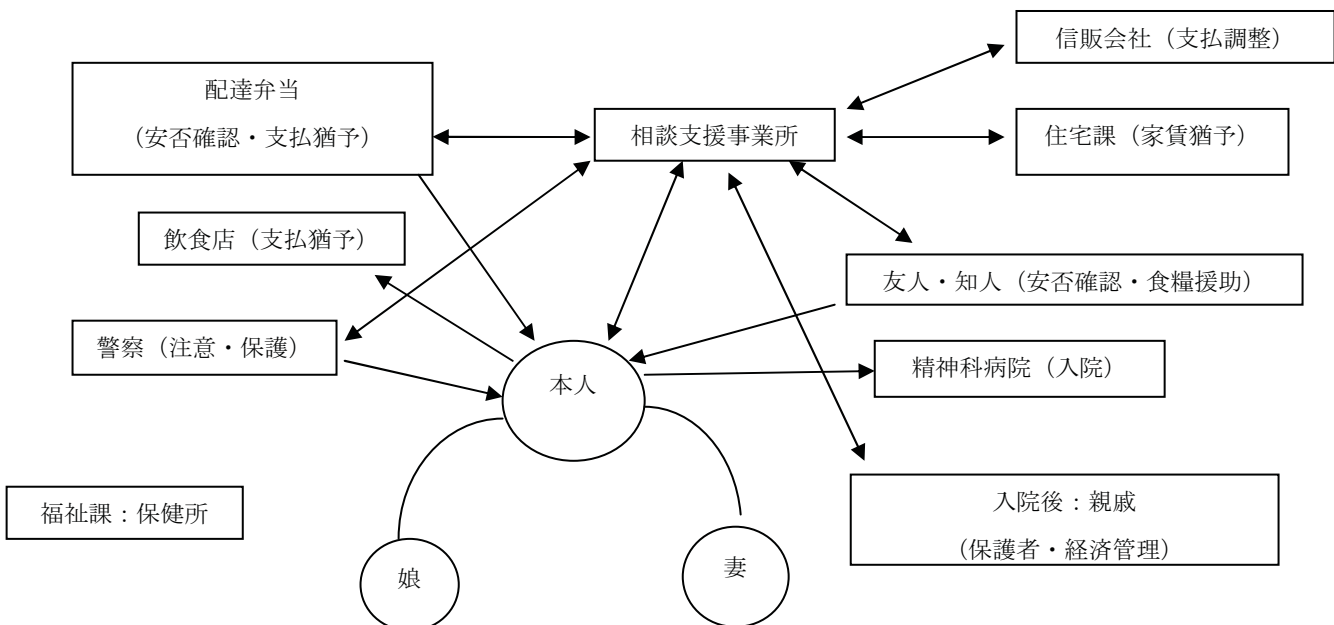
■支援終結時または現在の生活状況・利用したサービス

精神科病院 入院

■対象者の声

借金がなくなってよかった。早く退院したい。

■事例に関与していた機関



(3) 事例のまとめ

■アウトリーチ支援の効果と意義

精神障害、アルコール依存症で時折の飲酒はあるものの、厚生年金だけでつつましく暮らし、妻への面会と入院費の支払い、障害のある娘への送金をしていたが、酩酊時に訪問販売での高額品の購入や失火により一気に生活が困窮した。

元来、支払内容がどういうものであっても、収支帳尻さえ合えば気にされないような人であったが、収支バランスが崩れたことで支出が多くなり、赤字が膨らんだ。巨額な負債は自己破産などのフォーマルな手法がふさわしいが、20～30万円の負債は処理費用を考える必要がある。また、数的にはこのような金額での問題を抱える方の方が多いと思える。

負債の問題は福祉では取り扱いにくい領域ではあるが、知的障害者や精神障害者の中には、このような状況に陥りやすく、解決を苦手とする人も多い。今回の事例では十分な調査を行い、本人の意向を踏まえてプランを作成したことで理解と協力を得ることができた。支援の実施についても、銀行や契約先に出向いての交渉や、現金引き出しや支払いの場面などへの立ち会い、日用品や食糧の購入など生活費を軽減するための生活目線での支援により、モチベーションが継続されたのであろう。負債問題に目途がついたところで、飲酒傾向や行動障害が再燃したことは残念だが、負債が解消されていたことで親族に支援をつなぐことができたのかもしれない。

平成 23 年度障害者総合福祉推進事業

精神障害者を対象とした相談支援事業所等におけるアウトリーチ支援に関する実態調査と分析
事例集

発行日 2012 年 3 月

発行者 主任研究員 末安 民生

発行所 特例社団法人日本精神科看護技術協会

〒108-0075 東京都港区港南 2 丁目 12 番 33 号 品川キャナルビル 7F

TEL03(5796)7033 FAX03(5796)7034 <http://www.jpna.jp/>

制 作 株式会社アマナインタラクティブ

〒140-0002 品川区東品川 2-2-43

TEL03(3740)1015 FAX03(3740)4215

