

訪問看護ステーションによる訪問看護と精神科診療所の精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を併用した取組みの事例及び状況

1. 本事例及び状況の内容

訪問看護ステーション（以下、「ステーション」）による訪問看護と精神科診療所の精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を併用した取組みについて、その状況を把握するため、公益社団法人日本精神保健福祉士協会の診療報酬・配置促進委員会の榎原紀子委員が、大阪府内で実際に取組みを行っている4か所の精神科診療所の精神保健福祉士から事例または併用実施の状況に関する情報を収集したものである（2016年2月13日とりまとめ）。

なお、取り上げている事例及び状況は、概ね2015年11月から2016年1月までの3か月間において実施したものである。

2. 事例及び状況

収集した事例及び状況については概ね次のような共通点がある。

- * 事例上の訪問看護ステーションには精神保健福祉士が配置されていない。
- * ステーションによる訪問看護のみでは地域生活の維持が難しい精神障害者を対象としている。
- * ステーションによる訪問看護と精神科診療所の精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を併用した取組みが必要となる対象層は以下のように収斂される。
 - ・ 複数の疾病や身体障害・知的障害等の重複障害を抱えている
 - ・ 医療的ケアを目的とした訪問のみでは、治療継続や生活維持が困難な事例であり、かつホームヘルプサービスなどの利用に拒否的で利用が困難である
 - ・ 同居する家族にも疾病や障害を抱えた者がいて、本人・家族ともに相互に影響しあうことによる病状悪化や生活困難が顕著であり、医療的ケアのみでは支援が困難である。
 - ・ 多領域多機関のマネジメントを必要としている。
 - ・ 医療的ケアの継続のためにも福祉制度やサービスにつなぐ支援を同時に行う者の支援介入を必要としている。

また、事例等から抽出したキーワードは以下の通りである。

- * 多問題
- * サービス拒否
- * 治療中断（服薬・受診）
- * ケアマネジメント
- * 他機関との連携
- * 子育て（虐待）
- * 家族にも生活しづらさ（障害）

- * 危機介入（入院回避・入院支援）
- * ニーズの発見
- * 重度疾患（重複障害・身体疾患）
- * 家族支援
- * 1人暮らし
- * 支援不足
- * 病状悪化
- * サービスへのつなぎ
- * 医療的（教育的）フォロー
- * 信頼関係の構築
- * 生活支援（手続き・家事など）
- * 医療観察法
- * 孤立を防ぐ
- * 生活の質の向上・幅を広げる
- * ひきこもり（支援）

【事例及び状況の一覧】

A クリニック	
【事例】	
1	外国籍で日本語によるコミュニケーションが困難、被害的になり易い社会不安障害の女性。保育園児と小学生の孫の育児中であるが要保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク、以下「要対協」）に上がっており、ステーションをはじめ多機関が支援しているものの、本人・孫とも度々危機的状況に陥る。ヘルパー・金銭管理サービスを拒否しており、精神保健福祉士による行政手続きや他科受診援助・サービス導入の機会づくり・他機関との役割分担調整など多岐に渡る支援を行っている。
2	しばしば幻聴の影響を受け、幻聴の指示通りに行動する統合失調症の女性。重度知的障害の兄と二人で暮らしている。疾病受容をされないため、服薬拒否・受診中断に繋がりやすい。ステーションによる医療的支援と、精神保健福祉士の訪問によるクリニックとの関係性維持により、かろうじて治療中断を防いでいる。また、家族支援として兄の見守りとサービスへのつなぎ支援も行っている。
3	1人暮らしの統合失調症の女性。生活面でしばしば混乱をきたすが、SOS発信することが難しく病状悪化に繋がりやすい。ステーションからの訪問看護でだけでは病状・生活が安定せず、精神保健福祉士による生活支援を行うことにより病状悪化を防いでいる。
4	高校生の長男と2人暮らしの統合失調症の女性。子育てや近所づきあい、金銭管理面のストレスでしばしば病状悪化、受診困難となり治療中断に陥るため、ステーションによる医療的支援に加え、ストレス軽減のために精神保健福祉士による

	子育て・生活面の支援を行っている。
5	アルコール依存症・統合失調症・軽度知的障害の女性。自己を守る力が脆弱で、しばしば反社会行為を行う集団に巻き込まれ、犯罪も含めた生活上のトラブルが絶えないため、精神保健福祉士による継続的な見守りとアセスメント、生活面の支援により家族の負担軽減を図り、ステーションはじめ他機関の関係調整などマネジメントを行っている。
6	家族との関係が悪く、本人・家族とも疲弊している統合失調症の男性。ステーションやヘルパーサービスを利用するも、家族関係・病状の悪化がしばしば見られるため、精神保健福祉士による家族関係調整や他機関の関係調整のほか、危機介入・入院支援といったタイムリーな治療へのつなぎ支援を行っている。
7	家族による支援がない一人暮らしの重度強迫性障害の女性。強迫症状が悪化し生活に支障をきたし身動きとれない状態が続くも、支援が難しくヘルパーでは対応できず、ステーションによる医療的支援だけでは生活維持できないため、精神保健福祉士が家事支援を含めた生活全般の支援を行い、病状悪化時には危機介入・入院支援を行っている。
8	乳児・保育園児の子育て中の全般性不安障害の女性。母子家庭で「要対協」ケース。子育て支援サービスが常時不足しているが、他者との信頼関係構築が難しくヘルパーサービスを拒否しており、ステーションの訪問看護サービスを利用しているもののしばしば治療中断するため、精神保健福祉士により子育て含め不足部分を補うかたちで支援しており、関係構築による治療継続を図り、サービスへのつなぎ支援を行っている。
9	躁うつと強迫症状のある統合失調症の女性。金銭面や子育てに関する不安が常にあり、ステーションの訪問看護サービスを利用しているものの、うつ状態または躁状態になるとしばしば不安が高まり容易にパニック状態に陥るため、不安軽減のために精神保健福祉士が主に子育て・金銭面の生活支援を行うことにより病状悪化を防いでいる。
10	介護保険サービス利用中（で高齢）←削除の母と2人暮らしの統合失調症の女性。本人・母の関係がしばしば悪化、本人・母とも病状悪化につながるため、ステーションにより医療的支援に加え、精神保健福祉士による家族関係調整、アセスメントと他機関との関係調整を行うことにより、入院を防ぎ家族生活の安定を維持している。
11	強迫的思考にとらわれて、しばしば混乱状態に陥る重度強迫性障害の男性。自身の取り組みが強迫的思考により容易に中断されるため（自身の）←削除努力が成果につながらず、自信喪失と病状悪化により危機的状況に陥りやすい。ステーションによる支援だけでは病状安定せず、精神保健福祉士による補完的な支援により病状・生活の安定を図り入院を防いでいる。

B クリニック	
【状況】	
1	ステーションからの訪問看護が必要であるところが感じており、利用を勧めても抵抗が強く利用に至らなかったため、関係の出来ているデイケアの精神保健福祉士がまずは精神科訪問看護・指導を実施し、アセスメントしたことで、ステーションによるサービスを受け入れるに至った。同時並行ではないが、繋げるために、一方がより強く関わりを持つ時期は必要であった。
2	ステーションからの訪問看護が必要であるところが感じており、利用を勧めても抵抗が強く利用に至らなかったため、関係の出来ているデイケアの精神保健福祉士がまずは訪問看護を実施し、アセスメントしたことで、訪問看護ステーションによるサービスを受け入れるに至った。同時並行ではないが、繋げるために、一方がより強く関わりを持つ時期は必要であった。
3	ステーションの訪問看護を定期的に受けており、生活面でのフォローはなされているが、ステーションのスタッフがアルコール依存症に関して精通していないこともあり、家族のフォローなども含めて 必要に応じてデイケアの精神保健福祉士が訪問を実施することがある。
4	デイケアにおけるメンバーを把握している精神保健福祉士だからこそ、自宅や在宅時の様子とデイケアで違いを感じるができる。またそのことをプログラムにおいても活かすことが出来ている。

C クリニック	
【状況】	
1	ステーションから定期的に訪問看護を受けているケースでも、通院している中で臨時的・即応的な訪問が必要となる事が頻繁にある。体調や精神症状の急な悪化、生活面の相談、診察日に来ないため薬が切れる、年金や生活保護など社会制度利用の相談のための訪問、など。そうした場合、ステーションによってはすぐに動いて頂けない場合が多く、診療所の看護師や精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導はなるべくその日のうちに動けるフットワークが必須となる。
2	特にデイケア通所をしている患者さんには重度・慢性期の方が多く、ステーションによる訪問看護で医学的管理を行ったとしても日常生活のリズムの崩れや怠業・通院中断からの再発を生じやすい。そうした病状変化を察知し、すぐに自宅まで迎えに行ったり治療へのアクセスを確保したりする役割は、診療所からの精神科訪問看護・指導でなければ難しい。
3	そもそもステーションの行う訪問看護と、精神科訪問看護・指導としての精神保健福祉士等の訪問では役割が異なる場合が多い。定期的に看護師の訪問看護を受けている方でも、就労支援・家族との調整・引きこもりへの介入・作業所など社会資源との連携・地域生活を定着させるための支援などが必要であり、ステーションの看護師・作業療法士による訪問看護だけでは、特に重度の精神障害を持つ

	患者さんの地域生活と治療を定着させるには不十分なことが多い。
4	ステーションによる訪問看護は、定期的な介入により服薬・生活管理・保清など患者の健康を維持し治療を安定化させるための重要な役割を果たしており、必須となる患者さんは多くおられる。それと並行して、診療所からのタイムリーな精神科訪問により生活支援や医療との繋がりを維持する役割である精神科訪問看護・指導を活用することは、精神障害者の方の地域生活を支える重要な手段となっている。
【事例】	
1	長期間自宅から一歩も出ない引きこもりの統合失調症の女性患者。ステーションの訪問看護に加えて主治医の往診、精神保健福祉士の訪問を行って治療中断を防いでいる。
2	いまだデイケアに定着できていない統合失調症の男性。ステーションの訪問看護に加えて、デイケアへ導入のため関係づくりを目的に精神保健福祉士が訪問している。
3	遠方に住んでいて定期通院が難しいうつ病の女性。ステーションによる訪問看護だけでは治療継続難しく、必要に応じて精神保健福祉士が訪問し治療中断を防いでいる。
4	病状の極めて不安定な双極性障害の女性。しばしばステーションの訪問看護を拒否して自宅で不穏状態となり通院中断となるため、しばしば精神保健福祉士やデイケアスタッフの訪問を要する。
5	歩行障害や褥瘡を有するうつ病圏の女性患者。ステーションからの訪問看護だけでなく精神保健福祉士による行政手続きの援助などが必要。
6	引きこもり状態のうつ病の若い女性。ステーションからの訪問看護を導入したが数回で拒否し、精神保健福祉士の訪問により掃除や身の回りの世話などの支援を行い、サービス導入の機会を図っている。
7	軽度知的障害・転換性症状傾向の強いパニック障害の女性。生活の全般に支援が必要で、ステーションからの訪問看護とヘルパーの利用だけでは買い物・金銭管理・外出など生活面の支援が行き届かず、またしばしばパニック発作にて救急車を呼んだりするため、たびたびデイケアスタッフが訪問する。
8	重度のうつ病にて引きこもっている男性。希死念慮も強くたびたび通院中断するためステーションからの訪問看護を導入する際、初対面のステーション職員への不安を軽減するため精神保健福祉士が訪問した。また病状悪化により訪問看護を拒否して引きこもりが悪化する際には、治療中断を防ぐために精神保健福祉士が訪問することによりさらなる病状悪化を防いでいる。
9	男性のアルコール依存症患者。再飲酒のため生活が崩壊し、ステーションによる訪問看護だけでは病状悪化を止められないため、精神保健福祉士が訪問、病状の改善を図り、必要に応じて危機介入・入院治療へとつないでいる。

Dクリニック	
【事例】	
1	ほとんど外出できない一人暮らしの統合失調症の女性。医師による往診ケースで、薬へのこだわりや糖尿病などの健康上の相談はステーションから訪問看護師が担い薬を届け、福祉制度の利用調整や金銭のやりくり、対処困難な郵便物の処理など、日常生活の手続きや交渉ごとなどは精神保健福祉士が担うことで、ヘルパー支援と合わせてなんとか一人暮らしの生活を送っている。
2	両親が相次いで自殺してしまい一人暮らしになってしまった統合失調症の女性。病状はいつも不安定で頻繁に突拍子もない行動を起こしており、後見人、ステーション・ヘルパーなどの支援の包括的マネジメントを精神保健福祉士が担っている。
3	軽度知的障害もある統合失調症の女性。社会福祉協議会の自立生活支援事業である金銭管理を本人の希望で解約しながらも、尚も金銭管理はおぼつかず、時々状態も不安定になることから、精神保健福祉士がステーション・ヘルパーの支援のマネジメントをしつつ、必要に応じて制度やサービスにつなぐ支援をしている。
4	身体の障害もありつつ精神的にも不安定で寝込んでしまうことが多い女性。自ら通院できないため医師による往診ケースで、一人暮らしだがヘルパー支援は拒否をしているため、ステーションによる医療的支援と、精神保健福祉士による生活支援とタイミングをみて必要な福祉制度につなげるための訪問をしている。
5	統合失調症の女性。人間関係が安定して保てず、介護保険のケアマネージャーやデイサービスやステーションなどを次々と変更していくため、精神保健福祉士がそれぞれの担当者と一緒に関わることで関係を調整し、それぞれの担当者にも関わり方のポイントなどを伝えている。
6	母が他界して一人暮らしになってしまった統合失調症の女性。生活保護申請、ヘルパー制度やステーションの導入、転居支援、そしてそれらのマネジメントを精神保健福祉士が行い、必要に応じてそれらの関係調整やマネジメントを行っている。
7	軽度知的障害もある統合失調症の女性。合併症もたくさん持っており、一人暮らしで寂しくなるとすぐ夜間に救急車を呼び入退院を繰り返すため、精神保健福祉士が社会福祉協議会・ヘルパー事業所・ステーションなど関わっている機関のマネジメントをしながら、安定して生活を送れることを手探りしている。
8	パニック障害のシングルマザー。小学生の娘と二人暮らしだが自分が不安なために娘を学校へ行かさずにいるため、精神保健福祉士が学校・家庭児童相談室・ヘルパー事業所・ステーションなどの関係機関と連携し、病気やつきあい方のアドバイスを関係機関にしつつ、親子の生活を支援している。
9	一人暮らしの統合失調症の女性、幻聴・妄想が絶えずあり不安定になりやすいため、ステーションによる支援と、精神保健福祉士による制度の更新やその他の手続きなどの同行支援を行っている。
10	統合失調症で一人暮らしの男性。強迫性障害もあり引きこもりがちに生活してお

	り不安定なため、精神保健福祉士がステーション・就労継続B型事業所・ヘルパー事業所などの利用のマネジメントや、デイケアへのつなぎなど、本人が希望をもって生活し活動していくための支援をしている。
11	統合失調症の一人暮らしの男性。病状不安定で、不眠へのこだわりで眠剤を多めに飲みすぎる傾向があったり、不安定な時にはヘルパーに怖がられたり、不審な風貌や行動から近隣苦情が市へ入ったりするため、相談支援事業所・ヘルパー事業所・生活訓練事業所・ステーションなどの機関と医師との調整で精神保健福祉士が入ったり、包括的なマネジメントをおこなったりしている。
12	家の事情で一人暮らしとなった統合失調症の男性。生活保護の申請やヘルパー利用の申請を手伝い、今は精神保健福祉士が全体のマネジメントを行いつつ、新しい生活が安定して継続できるよう見守っている。
13	医療観察法で退院してきた統合失調症の男性。保護観察所・相談支援事業所・生活訓練事業所・ステーションなどの支援機関と共に、地域生活が安定し定着していけるよう、精神保健福祉士の訪問も併せて支援をしている。
14	一人暮らしの統合失調症の女性。いくつかの日中活動の場に安定してつながらず、いろんな機関の支援者とも安定したつきあいが継続できにくく病状不安定になりやすく、その時々で受け入れられる支援者が必要なため、精神保健福祉士を含めた複数の支援者による訪問支援が必要。
15	遠方に住む統合失調症の単身生活の女性。家族は県外在住、近隣に知人・友人なく、対人関係は主治医・精神保健福祉士訪問のみで孤独な生活。外部からの支援に拒否的。持続症状あり、自宅にこもりがち。ステーション導入後、精神保健福祉士・ステーションの看護師でフォローしている。接触できる人間を増やし、外出支援や体調管理、服薬管理している。
16	虐待家庭から脱出した、発達障害の中年男性。知人友人無く、主治医・精神保健福祉士のみでの対人関係。生活パターン・食生活へのこだわりが強く、健康を害しやすい生活の為、ステーション導入し、体調管理、アドバイス継続。精神保健福祉士・ステーション双方で、対人関係を広げ、生活の質を上げるための関わりをしている。
17	グループホーム（GH）入居中の知的・統合失調症の女性。GH職員は、最低限の関わりしかないため、精神保健福祉士・ステーション訪問により、対人関係を広げ、生活の質を上げる関わり。服薬中断しやすく、再発すると暴力的になる為、予防的に専門職の見守りの目を増やしている。
18	単身生活の神経症女性。対人トラブル多く、そのストレスから自殺未遂しやすい。自殺防止の観点からも、精神保健福祉士・ステーションのフォロー必須。本人の精神的キャパシティが狭い為、役所手続きなど込み入ったことは同行必須。
19	離婚後、発達障害の娘を引き取り、実家に戻った統合失調症女性。同居家族とのストレスから再発しやすく、自宅にこもりがち。精神保健福祉士・ステーション双方の関わりで、家族相談、外出同行など、生活の質をあげる、再発を防ぐ関わり

	り。
20	遠方に住む、統合失調症の単身中年男性。持続症状強く障害重く、手続き関係は全て精神保健福祉士同行。食生活、生活パターンへのこだわりも強く、外部の支援者を入れたがらない。自宅にこもりがち。ステーション導入し、体調・服薬管理、外出支援。
21	遠方に住む、重度発達障害の単身女性。様々な関係機関が支援に入っているが、限られた人しか会えないことが多い。精神保健福祉士・ステーション双方で訪問し、外出や役所手続き同行、毎日の見守り、体調服薬管理、必須。
22	再発後入院歴ある統合失調症の女性。家族の理解薄く、服薬中断により再発のリスク高い。精神保健福祉士・ステーションによる体調・服薬管理、必須。
23	服薬中断しやすい躁うつ病女性。夫の病気理解薄く、施設に預け中の子どもがいる中立て続けに妊娠。妊娠により服薬中断しやすく、本人も病識薄い。Dr 往診、ステーション・精神保健福祉士双方の訪問により、孤立を防ぎ、外出支援、見守り、体調服薬管理必須。
24	30代後半女性、統合失調症。幻聴に苛まれ自宅から飛び降りしたため、精神疾患の病状管理に加え、四肢機能の回復と生活機能を増やすことが訪問の目的。ステーションは、精神症状が重症のため服薬を含む病状管理の仕方や支持的サポート、往診調整がメイン。精神保健福祉士は他機関との情報共有し、社会資源へのつながりのポイントの見極めをヘルパーらとしている。家族支援。
25	30代後半女性、統合失調症。ジストニアであることで、当院以外の社会資源につながらず、こもりがちな生活になっている。持続症状では消えない幻聴があり、時に関係被害妄想の症状の波がある。支援メインは、生活の幅を広げること。安心できる人との外出や、安心できる場（デイケア）の体験。ステーションは、服薬管理等受療援助、内科、婦人科、鍼など受診についての助言や受診援助。精神保健福祉士は、疾病教育や生活の幅を広げる為のデイケアへのつながり、社会資源へのつながりの見極めをしている。
26	50代女性、気分障害、軽度精神遅滞、糖尿病。ストレスが溜まると倒れてしまうが、障害を持つ子どもの養育や、近所に住む義父の介護を一人担っている。更に金銭管理がうまくいかず、自転車操業。内縁の夫の理解力やサポート力も低い。家族支援をすることで、本人の生活の負担を和らげることがメイン。ステーションは、服薬管理等受療援助、内科疾患含む身体機能の維持。生活管理の助言や同行。精神保健福祉士は、義父のケアマネや本人の他支援機関との情報共有や調整、家族支援、支持的サポート。
27	40代後半女性、統合失調症。母子家庭、子どもが3人いる。病状の波もあり「悲しくなる」「不安になる」「何をすればよいか分からない」等訴える機会が多い。ステーションは、服薬管理等受療援助、疾病教育と生活管理への助言等。精神保健福祉士は、「母親である」ことの支持的サポートと、金銭的管理の助言。オープン就労に向けて、関係機関との連携が密に必要である。

28	30代後半女性統合失調症。こもりがちな生活、家の中でも病状に振り回されることが多く、服薬も滞る事が多い。継続的かつ連続的サポートが必要。ステーションは、以前からの顔見知りの看護師の訪問にて疾病教育、服薬管理等。精神保健福祉士は、生活の幅を広げることがメイン。社会資源へのつなぎの見極め、生活の幅を広げるためデイケアへのつなぎ、家族支援。
29	50代女性、アルコール依存症、気分障害。スリップすることによる子供らとの確執、ヘルパーら支援機関らとの関わりが途切れがちになり、孤立化していくことを防ぐ。精神保健福祉士は、アルコール依存の疾病教育（関係機関、子どもらも含む）、家族支援、成長してきた子どもらと生活の維持。アルコール治療へのモチベーションの維持。
30	60代女性気分障害、疼痛からくる鬱がひどい。高次脳機能障害の夫との暮らしを支えることがメイン。ステーションは、身体的機能回復のための治療。精神保健福祉士は、ヘルパーや包括等情報共有と連絡調整、家族支援も必須。
31	34歳女性高次脳機能障害。ヘルパー利用しながら、単身。オープン就労しているが、高次脳からの頭の鈍痛や、身体のだるさにより生活の維持や就労継続が難しくなる。支援者への本人の特徴の疾病教育も丁寧にしていく必要がある。ステーションは、身体的機能回復のための治療。精神保健福祉士は、ヘルパーや就労支援者と情報共有と連絡調整、家族支援も必須。
32	30代女性統合失調症。精神症状（妄想、幻聴）が継続的に活発なため、生活リズムの乱れや食の過剰摂取あり、内科的なフォローも必要。ステーションは、服薬管理等受療援助、身体的健康と生活管理の助言等。精神保健福祉士は、疾病教育、他機関との情報共有連絡調整、家族支援をしながら、支持的サポートの継続が必要。
33	80代女性統合失調症。高齢の方の身体的機能の維持。内科、皮膚科等受診受療の情報共有。ケアマネとの連携が必須。ステーションは、身体機能の回復の見極め、生活の幅を広げること。精神保健福祉士は、服薬管理等受療援助、支持的サポート、関係機関との連携がメイン。
34	50代後半女性。双極性障害。生まれつき四肢の身体障害、糖尿病。高齢の母と2人暮らし。ステーションは、母ともに服薬管理、体調管理。生活支援の指導的サポート。精神保健福祉士は、時に内科Drとの連携、精神症状の波の管理。当院Drの往診調整。関係機関との連絡調整、社会資源の手続き援助。
35	50代女性統合失調症。身体機能の低下により、こもりがちな生活が続き、精神症状も悪化してきている。家族も高齢化している。ステーションの訪問は身体的機能回復が目的。精神保健福祉士は、心理支持的サポートがメイン。古くから作業所に通っていたものの、現在は社会資源とのつながりが途絶えがち。関係機関への情報共有とつなぎの見極めと連携、生活の幅を広げる支援、家族支援（社会資源の説明や家族会のつなぎ）を行っている。
36	レックリングハウゼン病・精神発達遅滞・変形性頸椎症を伴う症状精神病の40代

	男性。服薬管理、精神・身体症状のモニタリングをステーションが担当し、精神保健福祉士の訪問により、精神症状・生活状況とそれに伴う他のサービス利用ニーズのモニタリングを実施。(相談支援事業所との関わりが薄い)
37	4児の養育課題とアルコールの依存傾向にある反復性うつ病性障害の40代女性。アルコールの問題に対する助言・指導をステーションが担当し、精神保健福祉士が訪問により、家事負担軽減のためのヘルパー・相談支援事業所の利用・定着支援やその他のノーマティブニーズからフェルトニーズへの移行支援を実施。
38	狭心症、高血圧等の治療を受け、加齢による認知機能低下の見られる当行失調症の50代独居男性。服薬管理と孤独感軽減のための精神的サポート支援をステーションが担い、精神保健福祉士の訪問により、ヘルパー・相談支援事業所の利用定着支援や、金銭管理や将来必要とされる居宅支援サービスなどのノーマティブニーズからフェルトニーズへの移行支援を相談支援事業所と連携しながら実施。
39	発達障がいのあるうつ病の40代男性。精神症状の把握をステーションが担い、デイケア、金銭管理サービス、就労支援サービスへの不安定なニーズを、実際のサービスにつなぐタイミングを計るための寄り添う支援を精神保健福祉士の訪問により実施している。
40	50代、双極性感情障害の男性。生活維持の不安定さ、病状の不安定さが極めて高く、服薬中断の意思もあるため、定期的な服薬管理が必要。また、複数の支援者が関わりを持つことによって、多様な価値観や全てが良い、全てが悪いだけでは判断がつかないことを体験してもらうこと。そして、必要な福祉サービスの利用することで外出機会を持つこと。それらによる葛藤や悩みに対して整理を行うことで、継続的に地域生活を送れるようになることを目的としてステーションと診療所精神保健福祉士による訪問看護を併用している。
41	50代の統合失調症の男性。病状の重さと不安定さ、ひきこもりに近い生活をされており、ほぼ訪問者との関わりしか持っていない方。ステーションによる薬管理による病状安定の他に、人との関わりの幅を持たせ、社会参加に繋げることで生活の安定を図ることや、必要な医療、福祉サービスに繋げるにも一人で外出できない為、診療所精神保健福祉士による同行支援を行っている。
42	60代後半の統合失調症・アルコール依存症の男性。対人関係の脆弱性から孤立傾向が強く、そのうえアルコール依存があるため、容易に病状悪化が起こりうる。その為、複数の支援者が関わることで、楽しみともつことや支援のネットワークを広げること、そして、必要な社会資源につなぐことで豊かな生活を図るため、ステーションと診療所精神保健福祉士による訪問看護を併用している。
43	30代の統合失調症の男性。自発性が乏しいこともあり、対人関係が極めて希薄である反面、関わり欲求は高いうえに対人関係の悩みを多く持たれる方。一人で考えていると容易に不安感が増大することもあり、病状安定の面からも多面的な見方関わりが必要なため、ステーションと診療所精神保健福祉士による訪問看護を併用している。

44	60代後半の統合失調症の男性。障害特性もあり、場にそぐわない行動や言動をされることで、対人関係が乏しく、引きこもり傾向が強い方。複数の支援者が関わることで、本人が関わりを持ちやすい少人数のつながりをいくつか持つこと、必要な福祉サービスや社会資源の橋渡しをすることで、豊かな生活と病状安定を図るためステーションと診療所精神保健福祉士による訪問看護を併用している。
45	50代のアルコール依存症・妄想性障害の男性。障害特性もあり、場にそぐわない行動や言動をされることで、家族も含めた対人関係が希薄で、引きこもり傾向が強い方。また、アルコール依存や病状により、引きこもり傾向が極めて強く、自宅やその周辺と狭い世界での生活を強いられている方。容易に病状悪化も起こりやすく、複数の支援者が関わり、気持ちの安定を図ることや、必要な支援につなぐことで豊かな対人関係と病状安定を図るためステーションと診療所精神保健福祉士による訪問看護を併用している。
46	30代の統合失調症。障害特性もあり、場にそぐわない行動や言動をされることで、家族も含めた対人関係が希薄で、引きこもり傾向が強い方。また、病識も低く、飲酒の習慣もあり、容易に病状悪化が起こりやすい。ステーションと診療所精神保健福祉士による訪問を併用して、対人関係を持つことをきっかけに、社会との橋渡しを行い、引きこもり生活による社会経験の乏しさを持ち続けられないように必要な支援につなぐ支援している。また、同居家族の不満や対応の難しさの相談も受けることで、家族内での摩擦を軽減している。
47	社会資源につながりにくく自宅に引きこもっている50代女性。孤独から症状再燃→入院を繰り返している。往診・ステーション・精神保健福祉士による支援等日々の途切れない支援により受診中断・怠薬を何とか防いでいる。
48	病識薄く受診中断の50代女性。同じく当院の患者でもある高齢の母親が本人を説得して内服を何とかさせている状態。往診・ステーションにて病状悪化を防いでいる。精神保健福祉士は本人の日々の支援に疲弊している家人の心理的なサポートや実質的な負担軽減のため社会資源へのつなぎ・導入など家族サポートを担っている。
49	長年過料服薬／リストカット等問題行動を繰り返している30代女性。薬・金銭管理が出来ず手元にある分だけ使ってしまい自責→自暴自棄になり警察介入・救急要請を繰り返している。本人を取り巻く家族関係も複雑で時に親子関係の影響にて問題行動が繰り返される。長期的な見守り・心理的なサポートも必要なケースとして、ステーションと併せて精神保健福祉士の継続的な支援を行っている。
50	病状に強く左右され公共交通機関を単独で利用出来ずひきこもり状態にある30代の男性。家族との関係も悪く家庭内緊張状態にある。DCへの送迎支援を行うことで日中活動の場を保障、本人と離れる時間を持つことで家族の心理的な負担軽減にもつながっていると思われる。本人の支援のみならず家族からのニーズにも沿ったタイムリーな支援を継続するためには、ステーションのみならず精神保健福祉士はじめ多職種・複数スタッフの働きかけが必要なケース。

51	月数回しか外出ができなくなっているうつ病の女性。意欲低下から生活にも支障を来しており、通院もできない状態。ステーションと併せて精神保健福祉士による訪問で治療中断を防ぎ、生活状況改善に声掛けを継続している。
52	年数回しかマンション入り口くらいまでしか外出できない社会不安混合障害の女性。ステーション・精神保健福祉士による訪問で身体的、心理フォローを続け、他者とのつながり、外出促しを継続している。
53	慢性統合失調症の女性。家族が仕事で不在になるとほとんど一人で自宅で過ごしている。精神保健福祉士によるマネジメント、ステーションの定期訪問で病状管理、余暇の過ごし方を提供している。
54	発達障害、強迫症状のある男性。不登校歴などから自己肯定感が低く、こもりがちな生活。精神保健福祉士はじめ関係機関、ステーションによる訪問を定期的に続け、DCにようやくつながり始めている。
55	統合失調症の女性。病状悪化時は遠方に住む高齢の母が支援をしている。将来を考えて、ステーション・精神保健福祉士との関係を少しずつ築き、SOSを出す練習をしている。
56	統合失調症と片足義足の身体障害を持つ女性。不眠を元に過量服薬をしやすく、ステーションによるこまめな服薬管理の声掛けと、併せて精神保健福祉士による継続的な見守りが必要。
57	統合失調症・ADHDの男性。通院が不規則。金銭、対人トラブルを起こしやすく、関係危難との連携が必須。本人もキャッチしにくく、ステーション・精神保健福祉士の複数で関わることで情報を共有できている。
58	軽度知的障害、発達障害の20歳の女性。両親の虐待により、幼少期のほとんどを施設、病院で過ごす。成人し、初めての単身生活。ステーションをはじめ関係機関との役割分担、精神保健福祉士が生活支援を担っている。複数で関わることによりタイムリーにSOSをキャッチできるよう、見守りを継続する必要がある。
59	30代の統合失調症の女性。家とスーパーの往復のみ、陰性症状が強い。ステーションと精神保健福祉士による訪問で外出の促しや行政手続きを練習して、生活能力を少しずつ上げている。
60	30代のうつ、人格障害の女性。特定の支援者とししか関係が結ばず、時に攻撃的に転じる。ステーションによる身体・精神状態見守り継続と、精神保健福祉士による行政手続きなどサポートが必要。
61	50代のうつ病の女性。意欲低下が著しく、家事が一向に手につかない状態。ステーションによる医療的支援に加え、精神保健福祉士による定期的な訪問で声掛けを続け、動くきっかけづくりを行っている。

3. まとめ

* 診療所の精神保健福祉士による訪問は、訪問看護ステーションで担うことが難しい支援を補完する意味合いで実施されている。

- * 訪問看護ステーションと診療所の訪問を併用している場合、診療所からの訪問職種
の大半は精神保健福祉士が担っている。
- * 精神保健福祉士の役割は、主に生活状況や精神障害者のニーズ把握などのアセス
メントとケアマネジメント、必要なサービスへのつなぎ支援、他関係機関との連携で
ある。
- * 医療機関の精神保健福祉士がケアマネジメント役割を担うことにより、医療へのア
クセス機能・福祉サービスへのアクセス機能・他関係機関との連携機能など、精神
保健福祉士の専門性が有効に発揮されている。
- * 必要に応じた柔軟かつタイムリーな支援により、精神保健福祉士は地域で暮らす重
度精神障害者の生活を支える（病状悪化や入院の回避）役割を担っており、地域で
暮らす精神障害者の病状悪化、早期介入・早期治療、入院・治療中断の回避の役割
を果たしている。
- * 医療機関外来部門の精神保健福祉士による専門性を生かした柔軟な訪問による支援
は、精神障害者の地域移行・地域定着を促進するために、極めて有効かつ重要な機
能を果たしている。
- * 地域で暮らす精神障害者の病状や生活状況の変化に応じた柔軟かつタイムリーな支
援は、病状憎悪や退院直後などの、限定された期間の支援で対応できうるものでは
ない。

以上