

平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業

障害者自立支援調査研究プロジェクト

**包括的支援を提供する小規模多職種在宅支援チームと自立支援法関連事業との効果的な連携に関する調査研究**

平成20年度 研究報告書

学校法人 柊檀学園

(東北福祉大学)

平成21年4月

# 目次

## 平成20年度 研究報告書

I. はじめに	_____	1
II. 研究目的	_____	2
III. 研究方法	_____	3
IV. 結果	_____	6
V. 考察	_____	12
VI. 結語	_____	18
VII. 図表	_____	19

## I はじめに

精神障害者の退院促進と地域定着を推進するためには、通院・服薬中断への十分な対応を備えた在宅支援プログラムの充実が必要である。そこでは、ただ単に病状や障害を見るのではなく、多職種による生活・就労支援を含めた包括的なアプローチが求められ、これによって関係作りや通院・服薬への動機付けが容易になる。諸外国ではそのためにACTが普及し、我が国でも試行的な取り組みが各地で行われている。

ACTの構造上の基準(フィデリティ尺度)では、様々な職種をスタッフに入れてプログラムのサイズを大きくし、スタッフ一人あたりの利用者数を10名以下に制限することが求められ、そのような濃密な体制によって包括性と休日・夜間の機動性が担保され、これが入院日数短縮化効果につながっている。

しかしながら、一般の精神科医療機関としても、現行の診療報酬制度のもとでそのような濃密な支援体制を整えることは困難であり、とりわけ農村部では圏域の広さに反して障害者数が少ないことから、大規模な多職種チームによる包括的支援はいつそう非現実的なものとなる。一方で先行する実践・研究からは、往診や訪問看護などの体制を独立して整備するのではなく、地域生活支援の視点も含めて個々の利用者に包括的な支援を提供する価値があることが知られていることも事実である。

以上の観点から、我が国の実情にあった、包括的支援を提供する多職種の在宅支援チームのモデル実践が求められており、普及を考えた時に、小規模でも効果性の高いプログラムを開発することが課題となっている。加えて、地域にある多様な自立支援法関連事業と効果的な連携を図ることにより、一つの圏域での地域精神保健システムの機能は一段と深まるものと考えられる。

## II 研究目的

今回の調査研究事業では、精神科病院に設置された小規模多職種チームによる日常的な在宅支援の実践を通じて、①精神症状や入院日数・回数など臨床的アウトカム、②利用者への支援内容の履歴、③地域内の自立支援法関連事業所へのヒヤリング、④プログラムのコスト、を量的・質的に検証し、過疎地でも実施可能な現実性をもちつつ、一定の包括性を担保できるプログラムと地域連携のモデルを提示することを目的としている。今回の事業の効果、並びに活用方法として、以下のことが期待できる。

1) 日常的な実践においても現実的な、小規模多職種在宅支援チームによる包括的支援の援助効果を明らかにできる。

2) 1)の実践プロセスとグループインタビューにより、小規模多職種在宅支援チームと自立支援法関連事業との連携や役割分担の在り方を提示できる。

3) 上記を踏まえ、農村部も含めた全国の医療機関で取り組み可能であり、かつ地域移行や地域生活支援の視点から求められる包括的な支援を兼ね備えた在宅支援のモデルを検討することに資する。

4) 加えて、精神障害者の地域移行推進の観点からは、長期在院患者の問題だけでなく新たな長期在院患者（いわゆる、ニューロングステイ）を生み出さない視点も必要になるが、そのための資料の一つになりうる。

5) 臨床事例や援助効果、提供された支援内容などから、診療報酬上の在宅支援関連事項の改訂の意義と課題を明らかにしうる。



### Ⅲ 研究方法

#### 1. 事業の基本的枠組み

宮城県仙台市内で平成 20 年 6 月に開業した「東北福祉大学せんだんホスピタル」に設置される小規模多職種在宅支援チームにおいて、包括的な地域支援活動を展開する。チームは、平日は週 5 日勤務を原則とする病院の常勤スタッフ 4 名（看護師 1、OT 1、PSW 2）と急性期病棟兼任の医師 1、非常勤看護師 1 で構成される。

調査研究事業としては、地域訪問活動のエキスパートに対するヒヤリングやチーム内協議をもとに、「日常性・現実性」と「包括性・機動性」のバランスのとれた臨床モデルを検討する。具体的には、スタッフのシフトや情報共有の在り方、地域の他機関・団体との連携の在り方を検討の主な対象とする。

「東北福祉大学せんだんホスピタル」の主に急性期病棟に入院となった者のうち、過去の入院利用や医療中断歴などの精神科サービス利用状況と、過去1年間の日常生活機能、診断、年齢、居住地などを参考にして、小規模多職種在宅支援チームの対象者を決定する。自発的な同意により利用者となった者に対して入院中から退院支援を行い、入院期間の短縮につなげる。退院後は、医療・生活支援・家族支援などを必要に応じて他機関やインフォーマル・サービスとの連携を通じて行い、再発・再入院を防ぐとともに、利用者の自己実現を図るための援助を行う。一定期間、病状が安定している者に対しては、自立支援法関連事業所に紹介する形で終了を検討する。

なお、主なフィールドとなる「東北福祉大学せんだんホスピタル」が平成20年6月の開設のため、実際の外来患者や入院患者の層によって、在宅支援チーム対象者の加入基準やアウトカム変数などを適宜見直しながら調査研究を実施する。

#### 2. 効果的な小規模多職種チームを立ち上げる際のモデル検討

チームの母体となる精神科病院の開業は平成 20 年の 6 月であるが、スタッフは同年の 4 月より立ち上げのために勤務開始となったため、開業前、さらに開業後も適宜、院内外の状況を踏まえながら、効果的なモデルと運営方法についてチーム内で検討を行った。その成果は、「Ⅲ 結果」の「チームの活動状況」で明らかにした。また、参考までに、平成 21 年 3 月の時点でのチーム内の議論を踏まえ、その活動の軌跡を明らかにし、チームの立ち上げにあたって重要と思われる事項は「Ⅳ 考察」に記載するようにした。

#### 3. 小規模多職種チームによる臨床的アウトカム

年齢、診断、GAFなどの予備調査（入院時に病棟主治医が記入するチェックシートによる）をふまえて対象となった利用者につき、カルテ調査などから基礎属性（年齢、診断、居住地など）、精神症状、精神科入院日数・回数、処方内容、就労状況、サービスに対する満足度を把握し、単年度事業で追跡期間が短いため、支援を受ける前後半年間の比較、退院直後と退院半年後の比較から臨床的アウトカムを導き出すデザインと

した。しかし、6月開業ということもあり、当初外来患者数・入院患者数とも伸びず、訪問支援が必要な対象者も増えなかった。これには、病院へのアクセスが悪く、一定の重症度をもつ精神障害者が受診しづらいこと、措置入院の受け入れが平成20年10月以降になったことも影響していると考えられる。結果でも示したように、サンプル数が小さく、また年度後半からサービスを提供した事例がほとんどで、量的なデータよりも質的な全事例の解析の方が意味をもつと思われたため、「結果」では、利用者の匿名性を保ったうえで、加入時年齢、加入時点（外来からか、入院以後のかかわりか）、居住エリア、初回入院時よりかかわった利用者に対しては入院時のチェックシートの基準を満たしているか、入院形態、入院日数、加入時のコースと平成21年3月時点でのコース、終了に関する転帰、かかわりの経緯、平成21年3月時点での現状などについて整理を行った。なお、病院や地域の要請により、入院からのかかわりだけでなく、在宅でひきこもっている精神障害者の訪問支援（家族支援も含む）に外来からかかわる利用者も少なくなかったが、これらは「加入時点」が「外来」となっている者のなかに含まれている。

#### 4. 利用者への具体的な支援内容の履歴

利用者への支援内容の分析にあたっては、スタッフが記録用として用いるデータベースを開発し、記録時に支援時間とともに支援内容をコードを用いて記録することで明らかにした。なお、訪問したスタッフ名も記録されており、それによりどの職種がどのような質・量の支援を提供したかを明らかにすることはできるが、ケース数・スタッフ数とも少ないこと、訪問支援歴や精神科臨床歴がないスタッフもいるため研修(CROSS TRAINING)も兼ねて複数訪問を多くしていることから、今回は職種についての分析は省いた。

サービス・コードは、まずコンタクトが電話によるものであったか（電話件数・時間）、それ以外のコンタクトか（訪問件数・訪問時間）で分けられる。集計上、電話以外のあらゆるコンタクトは、「訪問」に分類されているが、実際は、これに病棟訪問やオフィスでの対面コンタクト、他の事業所職員との打ち合わせなど間接サービスも含まれていることに留意されたい。

サービス・コードの分類は、〔精神症状・服薬管理〕、〔危機介入〕、〔身体健康の管理〕、〔日常生活支援〕、〔対人関係・社会関係に関する支援〕、〔社会生活に関する支援〕、〔日中の活動の場、社会参加・余暇活動に関する支援〕、〔家族支援〕、〔その他〕の9つの分類を用いている。なお、就労に関する支援は、〔社会生活に関する支援〕に含まれている。サービス・コードの分類集計と訪問件数と電話件数を足した訪問件数の数字が異なっているのは、1つの「訪問」で複数のサービス・コードがカウントされることがあるからである。

以上のデータを用いて、「訪問」と電話別の月ごとの推移、サービス・コードごとの月ごとの推移、利用者ごとのサービス・コード分布パターン（全体と月ごとの推移）などを明らかにする。

## 5. 圏域での自立支援法関連事業所へのヒヤリング

平成21年3月27日に仙台市内で今回の調査研究の検討委員会を開催し、その中で実際に利用者を通じて連携のあった事業所も含めて、圏域内の自立支援法関連事業所へのヒヤリングを行った。

具体的な対象者は、当該領域に関する学識者2名（大学教授、准教授）、地域包括支援センター職員1名、区市町村保健師1名、精神障害者地域生活支援センター職員1名、精神障害に関する関係団体の理事長2名である。インタビュー時間は2時間とし、小規模多職種チームの活動概況を説明したのちに、参加者からの質問、意見を受けつけ、議論を行った。インタビューの際の資料として活動概況に関する資料を準備した。匿名化した事例のまとめを資料としたが、インタビュー終了後に回収した。

## 6. プログラムの費用に関する検討

平成20年度に改訂となった在宅精神医療関連の診療報酬制度を活用し、6月1日のチームの活動開始時点から平成21年3月末日までの診療報酬を、種別ごとに、また月ごとに明らかにする。本来プログラムの医療経済性を論じる際には、オフィスの備品、車両代、携帯電話通話料、スタッフの保険料、人件費などプログラムの運営費用コストを算出して収入と比較するべきであるが、先行研究から運営費用のほとんどの部分が人件費で占められることが明らかにされており、また対象者数が少なく備品購入のための予算を伴う初年度においては、人件費以外の運営費用との比較はいたずらに不採算が強調されることになりかねない。そのため、今回はチームの活動が診療報酬上どのように反映されたかの数字を示すのみにとどめる。

一方で、平成20年10月から改訂された業務日誌の集計項目の数字を示し、チームの活動全体の中で診療報酬以外の活動が占める割合や、そうした点をどのように診療報酬制度に反映させるとよいか検討する。

## IV 結果

### 1. チームの活動状況

チームのスタッフは、医師1名（急性期病棟を兼務）、作業療法士1名、精神保健福祉士2名、看護師1名に加えて非常勤の看護職員と週1.5日勤務するプログラムアシスタントによって構成された。多職種在宅支援チームの代表例としての一般的なACTチームと比較するとかなり小規模なチームだが、コンパクトでも機動力の高いチームを目指した。

小規模チームでもより効果的な援助を行うためには、①スタッフ数は少なくても、常勤を基本とすることでチーム内の情報共有をスムーズにすること、②病棟看護師、薬剤師、管理栄養士など院内の多職種スタッフと積極的な連携を図る。具体的には、ACTにおいて利用者単位で構成される個別援助チームを、チーム内のスタッフと院内他部署のスタッフで構成することを検討する、③本来のACTは病状の不安定な対象者に臨機応変に機動力をもってかかわるために、チームで包括的なサービスを直接提供するが、今回の事業の小規模多職種チームでは、仲介型のケアマネジメントへの移行が可能と判断された者については、関連機関との連携を図りながら、利用者の安定とともに関連機関に繋いでいく（ステップダウン）ことを検討する、④主治医との連携を容易にするために、可能な限りチーム精神科医が利用者の担当となるように努める、⑤日中の活動の質を高め、利用者の依存的な電話利用を抑えることで、限定された経験のあるスタッフ（チームリーダーなど）が一元的に時間外の対応を行えるようにすることで、チームが抱える利用者の緊急時の動きに関する情報の固定点になる、などの工夫が求められる。

チームがかかわる訪問活動としては、表1で示すようなコースを設定した。コース名の由来は、東京から仙台まで移動する際の特急列車の名前であり、早く・浅くかかわるか、長く・濃くかかわるか、コースの趣旨に沿った列車名を割り振った。従来のACTの対象者は「カシオペア」コースであるが、これのみの活動では現在の診療報酬体制では立ち上げ時期に極端な不採算部署となる可能性が高く、生活の場でのアセスメントが主目的である「はやて」、「こまち」コースや、退院支援と一定期間をかけて既存の社会資源に繋いでいくことを主目的とする「やまびこ」、「MAXやまびこ」コースを設定し、漸次主たる対象者を「カシオペア」コースの者としていく戦略をとった（図1）。ちなみに、「カシオペア」コースの加入基準は、簡潔に言えば、年齢が20から65歳の間で対象エリアに住み、主診断が除外診断に当てはまらないもので、過去1年間の日常生活機能と精神科医療サービスの利用状況の2つの重症度基準をいずれも満たすものに限られる（表2、表3、表4、表5）。

### 2. 小規模多職種チーム立ち上げにあたってのドキュメント

平成20年4月から21年3月までのチームに関する動きを、「組織」、「連携」、「研修」、「支援内容」でカテゴリ化したものを表6にまとめた。

「組織」に関しては、「ツール」、「理念・スタンダード」、「チーム・ビルディング」を、「連携」に関しては、「チーム内」、「病院内」、「病院外・地域」を下位の категорияとして



いる。また、表6の第一列の月数（4、5、6…）の下にある下線のついたイタリックの数字は各月の登録者数を、その下の括弧内のイタリックの数字は登録者のうちのカシオペアコースの在籍者数を示している。

### 3. 小規模多職種チームによる臨床的アウトカム

表7に、利用者の属性と平成21年3月時点での現状（或いは転帰）について整理している。訪問サービス利用者の年齢は、10代後半から80代後半まで広い分布していることがわかる。実際の臨床では狭義の精神病圏の患者以外に、若年者の解離性障害や高齢者の老年期妄想状態の診断をもつ者が、地域で様々なトラブルを起こし、濃密な支援が求められることが少なくない。今回の小規模多職種チームの活動では、表4の非適合診断に該当しない限り、これらの者を期間限定で「はやて」、「こまち」、「やまびこ」、「MAXやまびこ」のいずれかのコースで支援するようにした。一方で、平成20年度中の入院患者で「カシオペア」コースの基準に該当した者は3名いたが、年度内に支援に関する同意が得られた者は1名に留まった。

もともと新設の精神科病院のため、長期在院患者がいない。そのため、我々の活動は急性期患者を入院という方法をとらずに地域で支え、その後の地域生活と利用者の自己実現を支援することにある。或いは、入院が必要となった患者でも、できる限り早期の退院につなげ、その後の地域生活と利用者の自己実現を支援することにある。前者のタイプの支援を行った典型例が2、9、18の事例であり、後者のタイプの支援を行った典型例は、3、12、14、15、22などである。1、11などの事例では、両者の支援が経過中に求められた。

また、医療に拒否的で自宅に引きこもっている事例の場合は、家族支援から関わらざるを得ないことが多い。そこで、苦境の中で疲弊している家族自身の外来カルテを作りながら相談支援を行い、本人との出会いの時期や方法を検討する形で、本人支援にかかわるスタイルを模索している。10（家族）-18（本人）、16（家族）-26（本人）、25（家族）はそういった事例である。

上述の27名のうち、平成21年3月末日の時点でチームが継続的にかかわっている利用者は22名であった。そのうち男性は5名であり、平均年齢は43歳（年齢不詳1名除く）、単身生活者は4名で、経過中に入院となった者も全員が在宅で支援されていた。

### 4. 利用者への具体的な支援内容の履歴

表8では、各月ごとの業務量について、電話で対応したものとそれ以外のものに分けて示した。それ以外のものとは、自宅などへの訪問にくわえて病棟訪問、オフィスでの対面コンタクト、関係機関への訪問などを含めるが、ここでは便宜的に「訪問」とのみ表示されている。病院もチームも立ち上げのためゼロからのスタートであるから、数字は右肩上がりになるのは当然であるが、合計時間の伸びに比して合計件数の伸びが目立っている。平成21年3月には電話以外の業務は164件に増えている一方、電話での業務は131件であり、1日当たりの電話件数は5件以下にすぎない。電話時間の合計を電話件数の合計で割ると、1件平均8分、訪問時間の合計を訪問件数で割ると、

1 件平均 55.3 分となっていた。

表 9 では、サービス・コード内容別の件数を示している。平成 20 年 6 月 1 日から 21 年 3 月 31 日までのデータでは、コード数が多かったカテゴリー順に並べると、「精神症状・服薬管理」、「その他」、「家族支援」、「社会生活に関する支援」、「日常生活の支援」となっていた。「危機介入」、「身体健康の管理」についてのコーディングは少なかったと言える。月ごとの推移をみると、「精神症状・服薬管理」、「家族支援」、「社会生活に関する支援」が比較的一定の値で推移しているのに比べて、値は少ないながらも「危機介入」、「日常生活の支援」、「日中の活動の場、社会参加・余暇活動に関する支援」などの後半での数字の増加が目立っていた。

表 10 では、利用者ごとのサービス・コード集計である。訪問件数・時間が多かった 3 名のうち 1 名は器質性幻覚症の高齢者であり、幻覚に左右された行動によって入院を防ぐためのかわりや早期退院に向けての支援、また介護保険サービスへの繋ぎなどのために訪問が多くなったと考えられる。他の 2 名は、住所不定・氏名年齢不詳の措置入院患者への退院支援の例、頻回に自傷行為を繰り返す解離性障害の例と、バラエティに富んでいる。電話件数・時間が多かった 3 名は、上記の器質性幻覚症の高齢者、解離性障害の 2 名にくわえ、援助付き教育とでも言うべきかわりをもった 10 代解離性障害の利用者であった。

表 11 では、利用者ごとの月間サービス内容・回数・時間を示しているが、備考に支援の方針・概略がどうサービス・コードに反映されたのかコメントを記載した。まず、小規模多職種チームでは個別支援を原則としているため、また診断の多様性、さらには入院中から退院支援を経て地域生活支援を行ったケースから在宅で引きこもっていたケースまで対象者層が多岐にわたるため、時系列にそったサービス内容・回数・時間に一定の傾向がみられたとは言い難い。特に、「精神症状・服薬管理」のコードに関しては、病状が不安定でかわった者から、社会とのつながりを軸にかかわった者まで、利用者ごとの差が著しい。敢えて傾向を捉えるならば、「精神症状・服薬管理」や「家族支援」は一定の頻度で推移するが、関係機関との調整が必要になるにつれて、間接サービスが分類されるところの「その他」のコーディングが多くなっていくようだ。退院支援で病棟スタッフとの連絡・調整が必要なケースでは、支援の比較的初期に「その他」のコーディングが多くなされるようである。

## 5. 圏域での自立支援法関連事業所へのヒヤリング

### 1) 小規模多職種チームの対象者に関する意見

対象者を 3 つのコースに分けている意図に関する質問があり、小規模多職種チームの本来の対象者（ACT として発展し、対象を重症精神障害者に特化することも視野に入れている）以外も対象とするコース設定に関する質問と意見があった。

- ◆「重症精神障害者以外も対象とすることにしたのはなぜか？」
- ◆「地域では患者を選べないと思うので、むしろ加入基準があることがすごく気になっ

ている。重い方に対するケアの必要性は理解できるのだが、重い方に限定するという  
ことに関してと、病院に結びついた事例だけに関わることについての考えを整理したい」

◆「精神科病院の小規模多職種チームの立ち上げ時には、本来的な ACT の対象者だけを  
診ていればよいという状況にはならない（採算の問題）」

◆「包括的な診療報酬が得られるといいと思う」

また、重症精神障害者に関する定義の整理も行われ、定義の違いを感じるという意見  
もあった。

◆「そもそも、重度の人に対して行うとか、スタッフ 1 人当たり 10 名のケースロード  
という ACT チーム独特のルールは、そのサービスがないと入院せざるを得ない人に対し  
て行うためのルールのはず。そのルールを現状の小規模多職種チームに適用するのがい  
いかどうかは、違和感をもつ人も多く出る。そのあたりは、今後の推移によるかと感じ  
ている」

◆「(実際に小規模多職種チームとの連携を通じて) 私たちから見ると、身体的とか精  
神的に重度という感じではないし、精神科という感じでもないが、生活障害という意味  
で重度の印象がある方だった。今回のようなケースだと、精神疾患をもっているなか  
なか受診につながらないし、自分たちとしたら (今回チームの支援がなかったならば)  
他に手段がなかった」

◆「地域で暮らすうえでの生活の困難さにアプローチしている。その重度という考え方  
と小規模多職種チームでの重度の考え方は定義の違いがありそうだとおもった。支援  
センターではなかなか事例を選択することができない。行政もそうだと思う。限定して  
キチンとかかわる資源ができたというのは、意味があることだと思う」

## 2) 小規模多職種チームと他機関との連携や機能分化に関する意見

他機関との連携や機能分化に関する意見では、小規模多職種チームの対象者をもっと  
明確にして他の機関から紹介できるようにするべきと言う意見と、医療的背景をもつ  
チームとして既存の地域福祉資源に対する支援を期待しているという意見があった。

◆「連携を考えるなら、いま話題になっていたことと関係がある。地域支援センターと  
何が違うのかとか、アルコール・薬物依存に対するグループはやらないのかとか。いま、  
既存のサービスで十分にカバーできていることをやると、単なるパイの取り合いになる  
と思う」

◆「何をやるのかを打ち出したほうが、むしろ連携はしやすいのではないかと。医療的支  
援がないと支えられなかった重度の人たちが小規模多職種チームで支えられたとか、  
それが小規模多職種チームの在り方ではないかと思う。そうでないと、自分たちと一緒  
の活動のところと連携しようとは思にくいのではないだろうか」

◆「私個人としては、医療中断のケースが重要だと思っている。また、診療の重複とい  
う意味でのヘビーユーザーも重要だと思う」

◆「医療中断のケースが難しい。何十年も前に精神科に行ったことがあるものの、それっ

きりというケースがある。プライバシーの問題や自己決定に関する原則があるので強制的な入院はなかなかできない。小規模多職種チームのようなプログラムがある病院だと、連携して支援を進めていけるのではないかと期待している」

◆「365日24時間対応を始めた時、対象を選ばないということで運営した。しかし、そのうちにリピーターが増えて依存性が増してしまったと思う事例があった。その経験は、重度の方に丁寧に関わることができなくなってしまった、失敗経験だったかもしれないと思っている。相談支援事業所で今回のようなチームのことを説明したが、大きな期待をもっている人が多い。医療にすることがわからないので、支援をお願いしたいという人もいる。ぜひ精神のケースへの取り組み方も教えてほしい」

◆「医療と地域の深い溝を埋めるための方法として、一つの考えが今回のような小規模多職種チームなのだとおもう。医療にしても福祉にしても、溝と言うのは基本的には囲い込みの溝だと思う。そこが埋まっていくための方法を模索する段階なのではないかと思う」

◆「地域に投げかけてくる事例が増えてくるといいなと思う。クリニックの医師も、地域の福祉資源に対して同意や協調、支援に関する福祉的な観点での意見を求めてくる場合が増えてきた。つまり、医療が歩み寄ってきているという印象がある」

◆「相談支援事業所では、どうやってケースを見るのかが未熟だなと感じている。ケアや支援の体制としてどんなことを考えたらいいのかを考える必要がある。関わっている利用者の人をどんな風に支援するかを、医療とも接近した形で考えられるようになるといいと思う」

◆「(今回の小規模多職種チームで言う所の)カシオペアコースの対象者を適切に増やしていく必要があると思う。母体となる精神科病院の入院患者からというだけではなくて、地域支援センターとか保健所から紹介されるケースを積み重ねていくといいのではないか」

◆「(小規模多職種チームのスタッフができる)自分たちのスキルを明示したほうが、連携がしやすいと思う」

### 3) 小規模多職種チームの役割に関する意見

密なケアマネジメントの主体としての役割、既存の福祉資源に対する支援としての役割の期待などがあった。

◆「ケアのマネジメントだけをするライトなケアマネジメントが日本で既にある一方で、ACTの意図するところは、ケアマネジメントをする人がケアの提供者でもあるという、かなり強固なケアマネジメント。そのあいだの中間層でやっている、小規模多職種チームが何をやっているか分かりづらく見える。やはりカシオペアコースの対象者を適切に増やしていくことだと思う」

◆「入院期間を減少させるという効果はありそうだ」

◆「既存の精神科病院での退院促進ツールとして小規模多職種チームがあるなら機能す



るが、新しい病院では退院促進としての機能が果たせないだろうと思う」

◆「訪問看護でも独立型が増えてきているし、活躍しているとも思う。小規模多職種チームがモデルになってくれればよいのではないか。これからはぜひ連携の在り方を教えてもらえるといいと思う」

## 7. プログラムの費用に関する検討

### 1) 診療報酬に該当する活動

全体として往診も含めた訪問活動による診療報酬件数は増加しており、平成 21 年 3 月には 61 件を超えた。コメディカルスタッフがかわる精神科訪問看護指導料と退院前訪問指導料に限定すると 59 件であり、単純に常勤のコメディカルスタッフ数の 4 で割ると、1 人あたりの平日の訪問件数は 1 件まで至っていない。平成 20 年度の診療報酬上の総収入は、2,535,350 円であり、これは N P O で運営している自立支援事業所に勤務する精神保健福祉士の資格をもつ新卒のスタッフの税込みの年収と同程度である。ただし、この数字は、経営最優先ではなくきちんとした加入基準を設けてプログラム運営をしていること、病院自体が平成 20 年 6 月の開業なので実際には 12 ヶ月でなく 10 ヶ月の実績であること、病院自体が新規かつアクセスが悪いなどの諸事情により十分な病床稼働率を得られなかったこと(病床数 144、平成 20 年 11 月の病床稼働率 39.6%、外来 1 日平均患者数 40.2 人、平成 21 年 2 月の病床稼働率 46.7%、外来 1 日平均患者数 43.6 人)などの要因が絡んでいると考えられる。

### 2) 診療報酬以外の活動

平成 20 年 10 月以降のみの集計であるが、新規入院にかかわるケースが多い反面、平均在院日数が短く(平成 21 年 2 月は病院全体で 76 日)、ジョイニングや退院に向けての打ち合わせのための病棟訪問が一定の割合を占めている。訪問活動に関する診療費の支払いの同意を取得する以前の関係作りのための自宅訪問(「訪問料を取れない訪問」の代表例)や、積極的な退院支援を行う際の、訪問活動に関する診療費の支払いの同意を取得する以前の関係作りのための外出同行と自宅訪問入院 3 ヶ月以内で 4 回を超える退院前指導(「入院患者との外出(退院前以外)」の代表例)が一定数を占めている。来所面談や関係者への訪問やケア会議への出席、電話相談なども一定の件数を占めており、単純に件数で比較すると、全体の活動件数の過半数を診療報酬で請求できない活動の件数が占めていることが伺える。

## V 考察

### 1. チームの活動と直面した課題について

#### 1) 加入基準設定の難しさと重要性

従来なら入院となっている精神障害者を在宅で支援する ACT など多職種チームの臨床においては、対費用効果の点から加入基準の設定と遵守が求められる。今回の小規模多職種チームでは、既存の訪問看護との差別化を図るための対象者設定として、表5などの加入基準を設定した。平成20年度の活動を振り返ってみると、「過去1年間で2回以上の強制入院」や、「6ヶ月以上の医療中断」などの基準は結果として重すぎた感があり、そのためアサーティブにかかわっていくカシオペア・コースの在籍者数は1名にとどまった。新設の病院に置かれたチームであり、外来・入院患者の紹介数や属性（年代、診断、居住地など）が事前によみきれない難しさがあつた。当然、平成21年度以降はカシオペア・コースの基準見直しが求められるが、一方で、新設病院にありがちな他の診療所・病院から丸投げされた「困難」ケース（初期対応の拙さによってその機関で「困難」ケースとされるにいたつたが、障害として重度ではない者など）が早期に登録されて、その後のチームの活動に支障をきたすことを防止できたとする見方もできるだろう。

#### 2) スタンダードがないと臨床がぶれること

今回の小規模多職種チームには研究プロジェクトであつた千葉縣市川での ACT-J 経験者が2名おり、ACTのような多職種在宅支援チームとしてもつべき援助理念やチーム・アプローチについては既に熟知していると考えていた。しかし、目標とするスタッフ数や職種ごとの役割、利用者が加入基準を満たしてからのスタッフの動き（エントリー後初コンタクトまでの期間設定、退院後に包括的プランを作成するまえの期間設定など）などを明確にして文章化したスタンダードを作成していなかつたため、初めてこの種の臨床に取り組むスタッフに具体的な支援のルールが十分共有されなかつたという反省をすることができるだろう。

#### 3) 複数のコースを設定せざるをえないがスタッフが混乱

現在の診療報酬体制では、医療機関が、本来の重度な ACT 対象者への訪問支援に特化した臨床を立ち上げ期に実施するのは経営上の観点から難しい。苦肉の策として生まれたのが、本来の ACT 対象者への支援をカシオペア・コースとし、訪問支援は必要であるがカシオペア・コースの加入基準を満たさない者に対しては他のコースを設定、漸次カシオペア・コースの対象者を増やしていつて将来的にはこれに特化した訪問支援を行うという小規模多職種チームの戦略であつた。しかし、アサーティブに利用者に関わり続けるカシオペア・コースの臨床と、基本的には他の関連機関につなげていくことを主目的とする他コースの臨床が混在する中で、多職種による包括的な地域生活支援に初めて取り組むスタッフの混乱が生じたということは見逃せない事実である。

#### 4) スタッフが支援計画作成に慣れていない

多職種による包括的な地域生活支援は、個別支援計画の作成によって具体的に動いていくものである。ケアマネジメントの手法に沿ったアセスメントや計画作成、モニタリングなど一連の技術を、これまで医療機関や施設の中で働いていたスタッフが短期間で取得することは難しい。結果として、支援計画が作成されていない利用者が多くみられ、継続的に訪問支援をしているにもかかわらず、未だアセスメント的な関わりにとどまっているケース（初コンタクトから数ヶ月たっても「こまち」、「はやて」のままのケース）が散見された。

#### 5) 医局、病棟など他の部署との「文化」の違い

いわゆるリカバリー・モデルやプレイス・アンド・トレイン・モデルの臨床に馴染みがない医療者は、「患者が不調で入院を希望した時に入院させないのは厳しい対応」、「病棟や院内のリハビリテーションプログラムで良くなってから退院するのが無難（外来で対応可能であればすぐ退院ということではなく）」、「採算がとれないものは現実的ではない（必要なものを制度化させるという理念に基づいて動くのではなく）」といった考え方で動いている場合が多いように思う。そこで、「あんな状態で外出（退院）させられるのか？」といった疑問に結果を出して応え、徐々に多職種による包括的な地域生活支援の文化を病棟や病院全体に根付かせていく働きかけが求められると言える。

#### 6) 「大変だから小規模多職種チームへ」の紹介への押し戻し

今回の小規模多職種チームについてのイメージが十分共有されないところでは、加入基準とその遵守の重要性についても理解されていないことが多いであろう。初期対応の拙さなどによってその機関で「困難」ケースとされるにいたったが、障害として重度ではない者が他の診療所・病院から丸投げされることに加えて、病院内でも「電話が多かったり長くなる人」、「多額の借金を抱えていて経済的に困窮しているが住居を定めなければいけない人」など、それ自体では重症精神障害とは言えないものの、「手がかかりそう」、「大変そう」ということで他の部署から照会があることも少なくない。そういったことが起きないように事前の策、起きてからの対応策が問われるところである。

#### 7) 「経営方針」との葛藤

どのような組織でも、存続のためにはそれなりの経営手腕が必要である。新設の病院であれば病床稼働率を上げることが求められ、本来入院患者のQOLを高めることにつながるはずの在院日数の短縮への取り組みは後回しにされがちである。スタッフの雇用を継続する観点から病床稼働率の目標値が設定され、「どうすれば入院という方法をとらずにこの人を支えられるか」ではなく、「この人にどのように入院をすすめるか」といった方向性のかかわりになってしまう。

中・長期的に当初は持ち出しとなってもその後に地域住民や他の関連機関の信頼を受け、また教育機関としての研修の質や対外的なアピールなど、広い視野をもって将来性のある「経営方針」を打ち出していかないと、組織内での多職種による包括的な地域生活支援の存続は危ういものになってしまう。

## 8) 時間外対応（特に 24 時間電話）への報酬

立ち上げ期で利用者数が少ない時期に、24 時間の電話対応や時間外対応がどれだけ必要かという問題がある。フィデリティの高い多職種による包括的地域生活支援チームであれば、利用者が在籍している限りは 24 時間対応が求められることになる。しかし、小規模なチームの場合、時間外の電話対応を少ないスタッフでこなしていくことは容易でない。日中のかかわりの質の向上で時間外対応の必要性を減じさせることが原則ではあるが、立ち上げ期に誰が、どのような形で時間外対応をし、それに対する報酬をどのように保障するかは、立ち上げ当初からかなり戦略的になされるべきであると考えられた。

## 9) 精神科医がどのように時間を確保できるか

多職種在宅支援チームが病院から独立している場合に、スタッフの確保で最も頭を悩ませることの一つは、限られた予算で精神科医をどのように確保するか、といったことであろう。精神科病院という母体の中での取り組みであれば、既に医師は確保されているが、多職種在宅支援チームの精神科医は病棟との兼務とするのが、立ち上げ時の段階では妥当な人員配置であろう。しかし、病棟と在宅支援チームで申し送りの時間が重なっていたり、病棟業務が増えて申し送り後の速やかな指示出しが必要になってくると、曜日や時間帯によってどちらの申し送りに出るかを明確にしておくなどの工夫が求められる。在宅支援チームとしては、限られたミーティング時間でどのようにチーム精神科医と情報を共有するか、また、情報共有しやすいように、他の精神科医が担当している利用者の主治医をチーム精神科医に収斂させるなどの対応も状況によっては検討しなければならないだろう。

## 10) 非常勤スタッフの問題

変化の激しい利用者の日々の状況をチームのスタッフ全員で共有することが多職種による包括的な地域生活支援臨床の基本である。そのために、朝や夕のミーティングやケースカンファレンス、データベースなどの記録類、携帯電話の活用など工夫する必要がある。どのように情報の共有を行うかは、常勤スタッフ間でも大きな課題である。チームの非常勤スタッフは、情報をタイムリーに入手して的確な対応をすることに関しては常勤スタッフに比して大きなハンディキャップをもっている。情報共有するための取り組みが常勤スタッフの負担となったり、他のスタッフと同様の取り組みを行えないことが非常勤スタッフの自己効力感低下につながってしまうことも多い。立ち上げ期に限定された課題ではないが、今回の小規模多職種チームでもこの問題に直面している。利用者が少ない時期なので後手に回ってもなんとか対応可能という見方もあるが、チームにあった情報共有の在り方が十分に軌道に乗る前の模索の段階であるからこそ、常勤スタッフと非常勤スタッフの負担や困惑も大きいのかもしれない。

## 2. 臨床的アウトカムについて

10 代後半の解離性障害の事例から、80 代後半の器質性幻覚症の事例まで、結果とし



ては広汎な年齢層と診断群に対して、本人の受診勧奨から早期退院に向けての支援、就労支援や援助付き教育といった包括的な領域のサービスを提供してきた。

利用者の重症度は、カシオペア・コースの加入基準を満たすかどうかで判断できる。平成20年6月1日から21年3月31日までの期間の、東北福祉大学せんだんホスピタルへの入院総数は、対象となる2階病棟と3階病棟（4階病棟は原則として16歳以下の児童・思春期患者を対象にしているため）で合わせて191件であった。入院後に病棟主治医が記入するチェックシートの回収は、そのうちの171件であり、回収率としては89.5%となる。27名の利用者のうち、家族相談から入る形での利用が4名あり、残りの23名のうち今回の調査研究期間中に初回入院となった者は18名であった。入院後にチェックシートを回収したのは4階病棟に入院していた1名と他の1名除く16名である。このうち、チェックシートの重症度の項目である「日常生活機能」に合致した者は5名、「精神科利用」に合致した者は2名、両者とも合致した者は僅かに1名であった。既にチーム定着にあたっての課題で触れたように、重症度の基準を明確にすることは他機関との差異化を図るうえで重要であるが、結果としては、今回の基準は、「過去1年間に精神障害を認め、日常に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする期間が6ヶ月以上続いている」と「過去1年間の精神科医療サービスの利用状況が、①入院日数90日以上、②医療保護入院ないし措置入院回数2回以上、③医療中断6ヶ月以上、のいずれか」と、厳しすぎた感は否めない。16名のうち、どちらかの基準に合致していた者は6名と4割弱であったから、一定以上の重症者を対象にチームが活動しているとも言えるだろう。

今回提示した27例のうち、「外来から加入し、その後入院を経て退院し、地域での支援を継続している者」が1名、「外来から加入し、その後も地域での支援を継続している者」が5名、「入院を契機に加入し、現在は地域での支援を継続している者」が13名、「本人が受診できない状況で相談支援を行っている家族自身」が3名、「終了（修了、他のサービスへの移行、死去、家族の支援から本人の支援につながった者など）」が5名となっている。従来であれば入院処遇となっていた者の入院を回避し、また入院となった者でもかなり短期間の入院で外来支援につなげていくことが可能であった。

小規模多職種チームのメリットは、家族からの支援を外来で受け、家族に訪問する形で状況をアセスメントし、本人との良好な出会い方を演出できる点にあると考えている。本人が受診できなければ支援ができないというスタンスではなく、アサーティブにかかわっていくACTの精神は遵守している。また、病棟において急性期の状態にあっても外出や外泊時の同行支援をするなかで関係作りをし、また病状は残っていても本人の健康な面を引き出すことで、入院期間の短縮を図った。かかわった27名のうち、18名が延べ21回の入院をしているが、1回あたりの平均入院日数は67.6日となっていた。

### 3. サービス・コードに基づく具体的な支援内容について

#### 1) 電話対応について

電話対応は少ない利用者数という前提はあるが、1日当たりの電話件数は5件以下であり、1件平均は8分程度であった。スタッフ数が少ないなか、夜間・休日の電話対応に追われるとスタッフの負担も大きくなるが、次の訪問につなげるための対応と割り切って対応することで、これまでの所は依存を助長することなくやれている。小規模多職種チームの実践においては、いかにして電話対応を必要最低限に抑えられるかが一つの鍵になると言えるだろう。

## 2) 家族支援の重要性

サービス・コード内容別の件数では、「家族支援」が「精神症状・服薬管理」と「その他」の次に多くなっていた。医療機関に設置されたチームなので、医療的支援の比重が高くなることは十分に予想されることであり、また利用者とのスケジュール調整や関係機関への間接サービスが分類されることになる「その他」の件数が増えることも当然のことである。「家族支援」がそれに次いで多い件数であり、月ごとの推移をみても比較的一定の値で推移していることを考えると、我が国の精神障害者地域生活支援の中で家族支援の重要性をあらためて認識できる。今回の小規模多職種チームにおいても家族支援に力を入れ、それを利用者に対する援助効果に結びつけてきたとあって良いだろう。

## 3) 個別支援の原則

前述したように、現状では利用者のケア計画作成が必ずしもうまくいっているとは言えない。しかし、リカバリー・モデルとストレンクス・モデルを重視したチーム内研修を行ってきたため、関係作りに時間を割き、利用者が希望する暮らしが実現するように包括的な領域のサービスを、本人のペースや属性に合わせて展開してきた。そのため、ある程度の重症度をもつ精神障害者に対し、サービス・コードの分布や時系列ごとの推移から、一定のパターンを抽出するには至らなかった。これはサンプル数が限られているということもあるが、この種のサービスの特徴と言えるのかもしれない。

## 4. 関連機関との連携に関するヒヤリングについて

グループインタビューでの意見の多くは、東北福祉大学せんだんホスピタルで立ち上げられた、小規模多職種チームのシステムに関するものであった。

### 1) 対象者について

特に立ち上げ時には、採算の問題から対象者を選択できず、ACTの対象となる重度精神障害者とは別の層に対するサービスも、幾つかのコースを設定して提供するのが現実的という意見と、既存の地域生活支援サービスとの差異を明確にするために対象をしばるべきではないかとの意見に分かれた。どちらにしても、明確な加入基準が必要であり、後者を実現するためには、後述するような診療報酬上の課題、すなわち利用者を登録制にして出来高払いでなく包括払いで運営することが可能になるかが問われていると言える。また、どのような経路から対象者がエントリーしてくるかについては、母体となる精神科病院の病棟でのゲートキープだけでなく、地域の自立支援法関連事業所や保健

所から紹介される困難例を積み重ねていくことの必要性が指摘されたが、取り組むべき課題であると考えている。

## 2) 地域他機関との連携と機能分化について

他機関との連携や機能分化に関しては、小規模多職種チームが対象者を明確にして、他の機関から利用者を紹介するという方向性と、医療を含めた包括的な支援を提供できるチームとして、福祉サービスを中心に提供する既存の資源への支援（研修も含めて）を期待するという方向性の意見に分かれた。既存の資源との差別化として考えやすいのでは、小規模多職種チームが医療機能を包含しているということであり、それを含めて何をやるのか、何ができるのか、そのスキルを積極的に打ち出した方が圏域内での連携と機能分化が深まるのではないかと推察される。小規模多職種チームの経営母体としては、退院促進のツールとして活用していくのであれば精神科病院という選択肢もあるが、独立型訪問看護ステーションで小規模多職種チームのモデルができるのではないかと、この選択肢も議論された。これについても、訪問看護ステーションでチームを組む際のスタッフとして、精神保健福祉士が診療報酬をとれるような改定がなされることが必要であろう。

## 5. プログラムの費用について

診療報酬に該当する活動は全活動の半数以下であり、収益としては微々たるもので、現実的には不採算部門であることは否めない。ただし、これは結論でも触れたように、加入基準の遵守の結果や、病院自体の外来・入院患者数などの要因も絡んでいる。今回の調査研究では、チームの活動を充実させる以前の問題として、病院自体の圏域での定着が課題となっており、小規模多職種チームの援助効果を統計的にも頑健に保証するレベルには至っていない。しかし、今後の追跡調査などで、優れた臨床アウトカムが得られた時には、退院前訪問指導の要件緩和や、緊急時に1日複数回訪問を認めること、コメディカルスタッフが提供する間接サービスや電話対応での活動量を加味した包括払い制度の導入が、医療機関でこの種のサービスを普及するうえでは求められざるをえないのだと考える。

## VI 結語

### 1. 事業目的

精神科病院に設置された小規模多職種チームによる日常的な在宅支援の実践を通じて、①精神症状や入院日数・回数など臨床的アウトカム、②利用者への支援内容の履歴、③地域内の自立支援法関連事業所へのヒヤリング、④プログラムのコスト、を検証し、過疎地でも実施可能な現実性を持ちつつ、一定の包括性を担保できるプログラムと地域連携のモデルを提示することを目的とした。

### 2. 事業概要

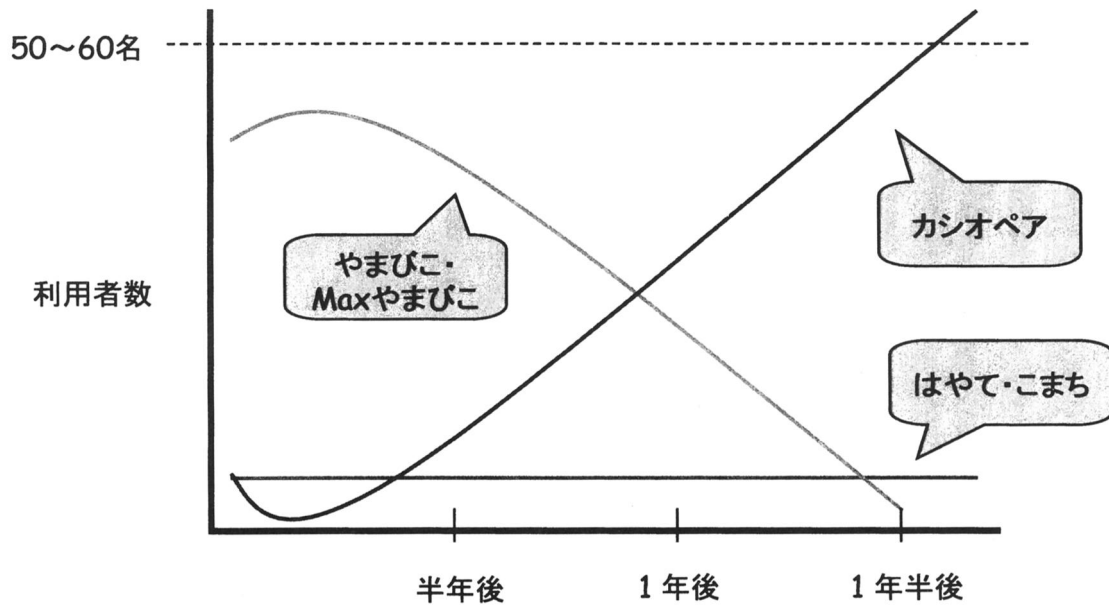
仙台市内で平成20年6月に開業した東北福祉大学せんだんホスピタルに設置された小規模多職種在宅支援チーム(常勤スタッフ4名と医師1名、非常勤看護師1名で構成)において、小規模でも効果的な支援が行われるモデルを検討し、加入基準を満たした入院患者や外来・地域からの要請を受けた外来患者に対して包括的な退院支援・地域支援活動を展開した。カルテ調査やデータベースに入力したサービス・コードから臨床的アウトカム、支援内容の履歴、診療報酬該当・非該当活動を明らかにし、学識者・地域関係者へのヒヤリングを実施した。

### 3. 事業実施結果及び効果

利用者のニーズにより複数のコースを設定し(重症者は加入基準をもとに選別)、病棟や地域に支援モデルが共有されるよう働きかけ、一定の重症度をもつ幅広い年齢・診断層の利用者27名に対し受診勧奨・早期退院に向けた支援・援助付き教育など包括的サービスを提供し、入院回避や早期退院を実現した(平均入院日数67.6日)。サービス・コード分類では個別支援・家族支援・電話対応工夫の重要性、地域ヒヤリングでは対象者や圏域内役割を明確にする必要性、運営にあたっては包括払い導入や退院前訪問要件緩和の重要性を明らかにした。



# 図1 チームの将来像



## 表1 対象者のイメージ

コース	対象者	年齢	地域	診断	重症度	ニーズ
はやくて	外来患者	△	◎	◎	×	短期訪問
こまち	入院患者	△	◎	◎	×	短期訪問
やまびこ	入院患者 成人	△	◎	◎	×	社会資源への 繋ぎ
Max やまびこ	入院患者 高齢者	△	◎	◎	×	介護保険への 繋ぎ
カシオペア	加入基準 適合者	◎	◎	◎	◎	包括的・直接的・継続 的訪問

## 表2 カシオペアコース 対象年齢

- ・ 加入対象年齢は、スタートの段階では20歳を下限としている
- ・ 上限は65歳
  - 今後検討の余地は充分にある
  - あくまでも本人の主体性を尊重
    - ・ 家族の意向との相違があっても本人の意向を尊重
  - 終了基準については、今後引き続き検討

## 表3 カシオペアコース 対象地域

- ・ 対象地域は、スタートの段階では、せんだんホスピタルを出発点として移動片道距離が8km以内、かつ移動片道時間が30分以内
  - しばらく訪問活動を継続してみた後、再検討の可能性は充分にある
  - 対象と思われる人が境界近くに住んでいる場合には要検討
    - ・ 例：移動距離は9kmだけど、移動時間が20分の家庭など

## 表4 カシオペアコース 非適応診断

- 非適応診断として、当面は主診断が①知的障害、②認知症、③人格障害、④アルコール・薬物乱用による精神障害などをあげている
  - 上記の専門家がチームに不在であり、東北でも初めての試行的なACTチームであることが上記の主診断をもつものを当面は対象にしない理由である

## 表5 カシオペアコース 重症度

- 過去1年間の日常生活機能
  - 精神障害を認め、日常に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする期間が6ヶ月以上続いている
    - 例:適切な食事摂取、身の清潔保持、金銭管理と買物、通院と服薬、他人との意思伝達・対人関係、身の安全保持・危機対応、社会的手続きや公共施設の利用、趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加
- 過去1年間の精神科医療サービスの利用状況
  - 入院日数90日以上 or 医療保護入院ないし措置入院回数2回以上 or 医療中断6ヶ月以上のいずれか

表6 小規模多職種チームの振り返り

月	組織	連携	研修	支援内容
4 0	<p>【ツール】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・オフィスの環境整備 (スタッフの机の配置など)</li> <li>・車両の整備</li> <li>・パソコンと携帯電話の導入</li> <li>・電話転送システムの確立・周知</li> <li>・データベースの準備開始 (→視察)</li> </ul>	<p>【病院内】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・開院時の物品請求 (事務職員とのジョイニング)</li> <li>・病院各部署との連携 (DVD鑑賞会の実施)</li> <li>・事務方との折衝 <ul style="list-style-type: none"> <li>・交通費や車両経費 (ガソリン代など) の確認</li> <li>・夜間休日体制について交渉 (出勤した場合のみ時間外勤務手当つくことに)</li> <li>・会計伝票や運行記録作り</li> </ul> </li> <li>・医局や病棟とチェックシートの確認 (回収ボックスの確保など)</li> <li>・リハビリテーション部との連携 (朝のミーティングや誕生会、病院内覧会共同企画など)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・4月1日から病院職員勤務開始</li> <li>・病院全体のスタッフ研修会に参加</li> <li>・チーム内研修を実施 <ul style="list-style-type: none"> <li>・チームリーダーが「包括的な地域生活支援の概要」を説明</li> <li>・対象者明確化の必要性について強調</li> <li>・地域の社会資源内での研修実施</li> </ul> </li> <li>・接遇研修 (院内研修に加えて訪問時のお作法)</li> <li>・3つのコースを設定したことに伴い、支援の流れを確認する作業</li> <li>・ペーパードライバーだったスタッフへの自動車運転研修</li> <li>・ロールプレイの実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・オフィス設計により利用者が立ち寄りやすいように工夫 (利用者を迎え入れる文化)</li> <li>・夜間電話対応は当面チームリーダーが行う事に</li> </ul>
5 0	<p>【理念・スタンダードなど】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・チームの理念作り検討開始</li> <li>・加入基準の検討</li> <li>・小規模多職種チームの戦略を検討 <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院の訪問チームとして3コース設定</li> <li>・「院内他部署 ITT」(薬剤師、栄養士…)</li> </ul> </li> </ul>	<p>【病院外・地域】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の社会資源への挨拶周り</li> <li>・仙台市内の就労支援ネットワークや WRAP 研究会への参加</li> </ul>		
6 2 (0)	<p>【チームビルディング】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種スタッフというよりはスタッフ個々の情報交換 (自己開示)</li> <li>・当面の課題をリストアップし、担当を決める</li> <li>・シフトマネジャー役割の明確化</li> </ul>			
7 3 (0)	<p>【ツール】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・データベースの作成交渉</li> <li>・業務日誌の工夫 (9月から診療報酬でカウントされるものとカウントされないものを記載してバージョンアップ)</li> </ul> <p>【理念・スタンダードなど】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・理念作り滞る (コースの違いに戸惑う)</li> <li>・加入基準【精神科医療の利用状況】の記載内容の変更 (明確化)</li> </ul> <p>【チームビルディング】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎週裏技自慢大会</li> </ul>	<p>【チーム内】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・非常勤スタッフとの情報共有の方法が課題→申送りの仕方を検討</li> <li>・新規対象者の紹介はその都度朝に行う</li> </ul> <p>【病院内】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各部署の訪問チームの使い方が不適切? (「大変な人」が何でも紹介されがち)</li> <li>・夜間電話対応について (訪問チーム利用者からの電話は病棟でなくチームが受けることに)</li> <li>・チーム精神科医以外の Dr への宣伝</li> <li>・記入しやすいようにチェックシートを改訂</li> <li>・朝の申送り参加を「リハビリテーション部のみ」から「2階病棟」「3階病棟」「リハビリテーション部」に分け、機能的に。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎朝のミーティングが研修・スーパーヴィジョンに <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科未経験スタッフの存在</li> <li>・ケースが少ないからこそ毎回のミーティングがケースカンファレンスに</li> </ul> </li> <li>・チーム内での定例的な勉強会 (11月まで)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加入基準を満たす患者がいないので、枠組みを広げて対象者を獲得 (=スタッフ研修の意味もあり)</li> <li>・コースの規定に当てはまらない例外にとまどいつつ、柔軟に対応</li> <li>・「はやて」から「やまびこ」への切替えの難しさ <ul style="list-style-type: none"> <li>・コースの定義があいまい</li> <li>・プラン作成力不足</li> </ul> </li> <li>・解離性障害に対する懸念 (抵抗感) →解消の方向へ</li> </ul>
8 7 (0)				
9 8 (0)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ランチミーティング (スタッフの誕生祝い、ランチを出している作業所等の資源開拓のため)</li> <li>・開院とともにチーム精神科医の病棟業務増加</li> <li>・病院全体の活動量が増える中で訪問チームの活動は微量 (チームリーダーの苦悩)</li> </ul>			

10 <u>8</u> (0)	<p>【ツール】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>データベース導入（12月）</li> </ul> <p>【理念・スタンダードなど】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「終了基準」「再加入基準」の必要性が議論される</li> </ul> <p>【チームビルディング】</p>	<p>【チーム内】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>非常勤スタッフの苦悩（「自分の役割などできることをしていこう」）</li> </ul> <p>【病院内】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>駐車場代金を利用者から徴収することに（医事課の意向）</li> <li>措置&amp;医療保護入院患者に対する外出時の制限（スタッフ3人の同行が義務づけられるなど）</li> <li>毎月第3水曜日に院内勉強会を実施 <ul style="list-style-type: none"> <li>スタッフが勉強会の企画者に</li> <li>訪問チーム事例の報告</li> </ul> </li> <li>管理運営会議でプレゼンテーション開始（毎月の訪問件数やトピックなど）</li> <li>職員職を注文していなくても自分の弁当を持って行って職員食堂で昼食を摂る</li> </ul> <p>【病院外・地域】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>措置患者受入開始（10月）</li> <li>地元民放や医療系雑誌でチームが紹介される</li> <li>仙台市議会で包括的な多職種在宅支援チームに関する質問 <ul style="list-style-type: none"> <li>行政に対応をアドバイス</li> <li>質問した議員とのやりとり</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>東京でのACT全国研修にほとんどのスタッフが参加</li> <li>客観的に自分たちのチームのことを振り返ることができた</li> <li>常勤かつ専任ケースマネージャースタッフが4名いることが他と比べて恵まれていることの気づき</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>重症精神障害の対象者（カシオペアコース）1号（措置入院患者）</li> <li>家族から入る支援を開始 <ul style="list-style-type: none"> <li>家族自身のカルテを作り相談にのる</li> <li>家族への「訪問看護」を続けながら、本人との出会いを待つ</li> </ul> </li> <li>病棟の制限を逆手に活用してのジョイニング（「外出したい」が禁止されていた入院患者と積極的に同伴外出を行う）</li> <li>就労支援開始</li> <li>菓のデリバリー訪問増え始める</li> <li>グループホームに入居したばかりの利用者の事故（環境変化時の対応の重要性を学びながら、過剰反応の傾向も）</li> <li>11月以降の訪問件数の伸び</li> </ul>
11 <u>13</u> (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>12月PSW休職⇔プログラムアシスタント導入（3×AM/週）</li> <li>チーム精神科医の外来患者増（水・木は1日中外来）</li> <li>チームリーダーが外の出張などに出向くようになる（リーダー不在でもやっつけていける自信）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎月第3水曜日に院内勉強会を実施 <ul style="list-style-type: none"> <li>スタッフが勉強会の企画者に</li> <li>訪問チーム事例の報告</li> </ul> </li> <li>管理運営会議でプレゼンテーション開始（毎月の訪問件数やトピックなど）</li> <li>職員職を注文していなくても自分の弁当を持って行って職員食堂で昼食を摂る</li> </ul>		
12 <u>18</u> (1)				
1 <u>18</u> (1)	<p>【ツール】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>データベース稼働</li> </ul> <p>【理念・スタンダードなど】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>終了基準を含めたスタンダードが定まっていないうことでのスタッフの動きのぶれ <ul style="list-style-type: none"> <li>チェックリストを十分活用しきれていない</li> <li>ファーストコンタクトまでの期日設定がないことでの動きの遅れ</li> <li>加入基準を満たした人への継続的フォローの認識の希薄さ</li> </ul> </li> <li>加入基準を緩和することを求める指摘 <ul style="list-style-type: none"> <li>「1年で2回以上の強制入院」、「6ヶ月以上の医療中断」が厳しすぎる</li> </ul> </li> <li>フィデリティでも重要とされているピアサポート導入への動き</li> </ul> <p>【チームビルディング】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>来年度、訪問型早期介入の実践のため、2名のスタッフを雇用することを大学が承認</li> </ul>	<p>【チーム内】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>データベース活用による毎朝のミーティングの効率化→時間確保されることにより毎朝のミーティングでその都度ケースカンファレンス（金曜日に定例化せず）</li> </ul> <p>【病院内】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>病床稼働率向上の指針と訪問チームの理念とのギャップ</li> <li>院内各部署からオフィスに悩み相談↑</li> </ul> <p>【病院外・地域】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>他県議会議員が来所（将来県立病院で多職種による包括的地域生活支援をするための視察）</li> <li>仙台市内関係者からの聞き取り <ul style="list-style-type: none"> <li>「牌の奪い合いではなく、他の事業所などで手に負えない人をきっちり見て欲しい」</li> <li>「自分たちは金のことを考えて動かざるを得ないが、本来やりたいことができるような制度が作られるように頑張してほしい」</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>スタッフのほとんどが市川から招いたWRAPファシリテーターのイベントに参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケースワークが増えるにつれて、記録や事務仕事が増え、効率化が求められるようになる</li> <li>「オフィスに利用者があると仕事がしづらい」→必ずしもオフィスにいるスタッフ全員が対応する必要はないことを確認して、「迎え入れる文化」継続の方針</li> <li>カシオペアの基準を満たす二人目の入院患者（措置入院）</li> <li>3月31日からチームリーダーが休暇をとっている時は、他のスタッフが夜間電話対応する方向へ <ul style="list-style-type: none"> <li>スタッフが業務に慣れてきたこと</li> <li>休日や夜間の電話がそれほど多くないこと</li> </ul> </li> </ul>
2 <u>21</u> (1)				
3 <u>22</u> (1)				

表7 利用者属性など

No.	加入時 年齢	加入時点	診断名など	エリア	入院1(1回目の入院)				入院2(2回目の入院)		加入時 コース	現時点 コース	終了	関わりの経緯	現状	
					チェックシート	日常生活機能	精神科利用	入院形態	入院期間	入院形態						入院期間
1	80代後半	外来	器質性幻覚症	○	あり	×	×	任意	46日間		はやく	Maxや まびこ			介護保険には繋がったが、家 族間の関係を調整している	
2	30代後半	外来	反応性精神病	○							はやく		施設入 所	A生活支援セン ター経由		
3	10代後半	入院	解離性障害	○	あり	×	×	医療保護	25日間		こまち	やまびこ			復学支援を行い、進学へ向け た就学支援のため学校との連 携を図っている	
4	50代後半	入院	うつ病	○	あり	×	×	任意	52日間		こまち		修了	チーム外主治医 からの相談	入院中から住居支援を行い、 退院後の生活の安定を図る	
5	60代前半	入院	統合失調症	○	あり	○	×	医療保護	55日間		こまち		死亡	チーム外主治医 からの相談	退院に反対する家族に介入 し、入院中からグループホーム と連携。入所後死亡	
6	50代前半	外来	統合失調症	○							はやく	やまびこ			社会関係が希薄。年金の申請 手続きをきっかけに関わり、社会 資源の情報を提供している	
7	20代後半	入院	解離性障害	○	あり	×	×	任意	1日間		こまち	こまち			子育てに専念できる環境作り (家族支援含む)を目的に関わり る	
8	20代後半	入院	強迫性障害	○	あり	○	×	医療保護	72日間		こまち	やまびこ			症状自己管理のための働きか け。家族支援。恋愛など生活 の広がりに関する支援継続	
9	70代前半	外来	老年期幻覚妄想 状態	○							はやく	はやく			単身生活維持のための支援を 行っている	
10	80代前半	外来	家族	○							はやく	はやく		地域連携室経 由、息子の相談	訪問と往診によって、息子への 支援が開始された	
11	20代前半	入院	解離性障害	○	あり	×	×	医療保護	112日間	医療保護	14日間	こまち	やまびこ			症状自己管理のための働きか け。就労など今後の生活へ向 けた支援。家族支援
12	10代後半	入院	統合失調症	○	あり	×	×	医療保護	16日間		こまち	こまち			早期退院のための支援と退院 後の生活安定のための支援。 家族支援	
13	20代前半	入院	統合失調症	○	あり	×	×	任意	70日間	任意	48日間	こまち	やまびこ			就労支援を主軸に入院中から 関わっている
14	不詳	入院	統合失調症	○	あり	○	○	措置	106日間		カシオペア	カシオペア			ホームレスの方だったが、入院 中から住居支援を行い、現在 は単身生活維持を支援中	
15	80代後半	入院	せん妄状態	○	あり	×	×	医療保護	117日間		こまち		介護保 険		地域の支え手である介護保険 サービスへ移行	
16	50代後半	外来	家族	×							はやく		息子支 援へ 移行	息子への相談	息子への支援が開始され、今 後は息子の家族支援という形 態へ	
17	20代後半	外来	家族	○							はやく	はやく		往診していた家 族	家族の介護負担が大きい。本 人自身の症状自己管理のため の働きかけを行っている	
18	50代前半	外来	統合失調症	○							はやく	やまびこ		家族からの相談 →往診	医療中断中だったが、ジョイ ニングを行い、当院の患者に。自 ら服薬も開始	
19	60代前半	外来	脳梗塞・脳 性嚔後遺症	○	なし			医療保護	22日間	医療保護	24日間	?	?	チーム外主治医 から相談→往診 同行	必要な内科往診が地域で得ら れず、当院Drが往診。同行依 頼を受け継続中	
20	10代後半	入院	統合失調症	○	なし	?	?	医療保護	191日間		こまち	こまち		チーム外主治医 からの相談	退院後の生活(引きこもり)を 心配するDrと家族からの相談 を受けて退院支援	
21	40代後半	入院	神経症	○	あり	×	○	措置	72日間		こまち	こまち			本人は関わりを望んでいない が、家族の相談窓口になって いる	
22	30代後半	入院	統合失調症	×	あり	×	×	医療保護	93日間		こまち	こまち			日県在住だが仙台市内の実家 へ退院。今後の生活に向けて 検討中	
23	50代前半	入院	不安障害	○	あり	○	×	任意	122日間		こまち	こまち			退院後の単身生活安定のため の支援	
24	30代後半	入院	統合失調症	×	あり	○	×	医療保護	88日間		こまち	こまち			退院後の生活に向けて入院中 からジョイニング。家族支援も 含む	
25	70代後半	外来	家族	○							はやく	はやく		保健師からの相 談	当事者である息子二人との生 活改善のため	
26	30代前半	入院	統合失調症	×	あり	×	×	医療保護	74日間		こまち	こまち			入院中から住居支援を行い、 退院後は就労支援を行う予定	
27	10代後半	外来	統合失調症	×							はやく	はやく			将来へ向けた関わりを始めた ところ	



表8 サービス・コード集計(電話以外の形でのコンタクト・電話によるコンタクト別)

件数・時間	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
合計件数	10	84	178	148	133	179	192	236	276	295	1731
合計時間	309	2892	7939	4825	4363	7349	8624	8778	7265	8396	60740
訪問件数	5	51	115	74	84	120	114	125	140	164	992
訪問時間	270	2635	7260	4200	3952	6605	7960	7975	6385	7650	54892
電話件数	5	33	63	74	49	59	78	111	136	131	739
電話時間	39	257	679	625	411	744	664	803	880	746	5848

注1: 期間は2008年6月1日～2009年3月31日

注2: 時間は分単位

注3: ここでいう「訪問」とは、電話によるコンタクト以外のあらゆるコンタクトを含めている

表9 サービス・コード集計(コード内容別)

サービスコード別	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
精神症状・服薬管理	4	26	40	34	28	52	65	91	90	77	507
危機介入	0	0	2	0	0	0	1	5	7	1	16
身体健康の管理	0	2	5	7	4	5	14	7	9	17	70
日常生活の支援	0	1	22	17	11	27	35	28	31	60	232
対人関係・社会関係に関する支援	0	0	7	7	4	4	10	17	45	32	126
社会生活に関する支援	0	12	50	32	27	12	17	25	41	49	265
日中の活動の場、社会参加・余暇活動に関する支援	0	2	2	7	8	10	10	30	29	35	133
家族支援	5	26	30	33	28	53	30	39	44	38	326
その他	5	26	43	40	45	49	57	68	107	146	586

注1: 期間は2008年6月1日～2009年3月31日

表10 サービス・コード集計(利用者別)

利用者 No.別	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間
1	57	1	21	42	2	11	12	69	17	199	8424	113	7640	86	784
2	18	0	2	2	0	3	3	0	26	39	958	23	875	16	83
3	25	2	1	0	2	26	2	50	48	142	4225	54	3565	88	660
4	5	0	2	5	6	35	2	0	30	73	3262	48	3025	25	237
5	15	0	0	5	10	26	1	27	42	99	3654	60	3345	39	309
6	2	0	1	1	0	30	3	7	4	41	1123	15	825	26	298
7	15	0	0	0	2	0	0	7	14	29	661	10	380	19	281
8	31	0	6	8	11	5	17	9	12	71	2769	41	2520	30	249
9	7	0	3	3	3	1	2	1	13	21	817	14	670	7	147
10	11	0	0	0	0	0	0	11	14	29	997	15	890	14	107
11	117	11	2	33	20	22	19	33	49	248	4308	99	3592	149	716
12	23	0	5	1	5	3	2	41	16	81	2911	34	2410	47	501
13	28	0	3	0	5	18	12	10	25	70	1527	39	1247	31	280
14	18	0	5	34	2	36	3	0	27	95	6287	79	6172	16	115
15	11	0	3	14	1	4	0	0	17	39	2245	34	2220	5	25
16	7	1	0	0	2	0	0	0	6	15	517	9	470	6	47
17	13	0	0	3	14	3	3	3	43	57	1104	26	946	31	158
18	35	0	5	8	3	3	11	5	25	56	2839	27	2520	29	319
19	2	0	0	0	0	0	0	1	20	21	1215	21	1215	0	0
20	6	0	0	15	4	4	10	3	21	43	1409	39	1390	4	19
21	4	0	5	14	3	2	3	18	24	51	1273	29	1172	22	101
22	14	0	0	1	3	1	8	6	18	36	1619	25	1580	11	39
23	17	1	4	13	20	11	7	0	38	71	3601	51	3318	20	283
24	14	0	2	16	4	1	8	13	5	32	943	30	933	2	10
25	3	0	0	2	2	3	1	0	8	13	486	8	470	5	16
26	7	0	0	11	1	16	3	11	19	52	1359	46	1312	6	47
27	2	0	0	1	1	1	1	1	5	8	207	3	190	5	17
合計	507	16	70	232	126	265	133	326	586	1731	60740	992	54892	739	5848

注1:期間は2008年6月1日～2009年3月31日

注2:時間は分単位

注3:ここでいう「訪問」とは、電話によるコンタクト以外のあらゆるコンタクトを含めている

表11 利用者別 月間サービス内容・回数・時間

No.1

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	3	0	0	0	0	0	0	5	2	7	231	3	195	4	36	6月から家族と同居。その「家族」支援が全体的に多い。後半は介護保険に繋がリサービス頻度は下がっても「家族」の割合は大きい。前半は精神症状の把握に時間がかかったことと服薬指導が必要だったため「精神」が多い。
7月	16	0	0	0	0	0	0	17	0	32	1097	15	915	17	182	
8月	15	1	3	19	0	0	2	9	3	50	2730	42	2645	8	85	
9月	9	0	6	10	0	0	3	10	2	38	1593	22	1475	16	118	
10月	3	0	4	1	0	9	1	8	0	26	1095	12	960	14	135	
11月	1	0	1	2	0	1	0	2	0	6	345	4	330	2	15	
12月	2	0	1	1	0	1	1	2	0	7	305	4	265	3	40	
1月	4	0	3	5	1	0	2	3	4	11	390	4	335	7	55	
2月	2	0	1	3	1	0	1	5	4	11	214	3	155	8	59	
3月	2	0	2	1	0	0	2	8	2	11	424	4	365	7	59	
合計	57	1	21	42	2	11	12	69	17	199	8424	113	7640	86	784	

No.2

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3	78	2	75	1	3	A生活支援センターからの紹介で関わりを始める。前半は「精神」症状の把握に時間を割いている。「その他」が全体的に多いのは、住居施設への入所を目指して、A生活支援センターはじめ各関係機関との連携・調整が必要だったため。
7月	5	0	2	1	0	1	0	0	11	14	253	9	230	5	23	
8月	4	0	0	1	0	1	0	0	3	7	235	4	215	3	20	
9月	4	0	0	0	0	1	2	0	2	6	175	4	165	2	10	
10月	3	0	0	0	0	0	1	0	4	6	82	3	70	3	12	
11月	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3	135	1	120	2	15	
12月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
合計	18	0	2	2	0	3	3	0	26	39	958	23	875	16	83	

No.3

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	復学へ向けた関わりを入院中から行ったケース。復学後も不安定な時期があったため「精神」症状のアセスメントや精神症状自己管理のための働きかけが多い。その他、大学進学へ向けた支援のため「社会」が多く、復学や進学に絡んで学校側との連携・調整のための「その他」や「家族」支援が目立っている。
7月	4	0	0	0	0	11	2	6	11	31	1232	21	1195	10	37	
8月	7	1	0	0	0	6	0	11	7	27	739	7	500	20	239	
9月	2	0	0	0	0	2	0	10	4	17	518	6	425	11	93	
10月	2	0	0	0	0	0	0	4	0	6	128	3	120	3	8	
11月	2	0	0	0	0	0	0	3	0	5	155	3	130	2	25	
12月	5	1	0	0	1	2	0	6	7	21	709	6	605	15	104	
1月	2	0	0	0	0	1	0	5	6	14	310	5	245	9	65	
2月	1	0	1	0	1	4	0	4	9	16	421	3	345	13	76	
3月	0	0	0	0	0	0	0	1	4	5	13	0	0	5	13	
合計	25	2	1	0	2	26	2	50	48	142	4225	54	3565	88	660	

## 利用者別 月間サービス内容・回数・時間

### No.4

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	住居支援を入院中から行ったケース。住居支援のための「社会」が目立っている
7月	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	125	4	125	0	0	が、この中には借金返済のための法的関係機関との連携も含まれている。「対人」関係は、その貸主との調停。不動産屋や大家との連携・調整のための「その他」が多い。9月から単身生活が始まったため、「精神」(服薬管理)や「日常」生活支援、「日中」の過ごし方が増えた。
8月	2	0	1	1	4	29	0	0	14	48	2470	32	2280	16	190	
9月	3	0	1	3	1	3	2	0	6	11	492	8	480	3	12	
10月	0	0	0	0	1	2	0	0	4	6	150	3	135	3	15	
11月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3月	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	10	1	5	1	5	
合計	5	0	2	4	6	34	2	0	30	71	3247	48	3025	23	222	

### No.5

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	住居支援を入院中から行ったケース。住居支援のための「社会」が目立っている
7月	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	85	1	85	0	0	が、最終的にはグループホームへの入居を希望。グループホーム入居へ向けた「対人」関係に関する支援も多い。主にグループホームの世話人との連携・調整のための「その他」が多い。退院に反対する「家族」への支援にも時間を割いた。
8月	7	0	0	1	3	6	0	4	9	26	1290	24	1275	2	15	
9月	4	0	0	2	4	16	0	10	18	44	1116	19	905	25	211	
10月	3	0	0	2	3	4	1	12	15	28	1163	16	1080	12	83	
11月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
合計	15	0	0	5	10	26	1	27	42	99	3654	60	3345	39	309	

### No.6

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	家族以外との社会関係が希薄だったケース。主に障害年金の申請手続きのための「社会」関係に関する支援を行う。この中では、初診日当時の診断書がなかなか得られなかったため、各関係機関との連携・調整にも時間を割いている。
7月	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	100	1	85	1	15	
8月	1	0	1	0	0	8	0	2	3	12	292	3	210	9	82	
9月	0	0	0	0	0	10	0	0	1	11	324	4	285	7	39	
10月	0	0	0	0	0	9	0	0	0	9	177	2	120	7	57	
11月	0	0	0	0	0	2	0	3	0	3	165	1	60	2	105	
12月	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	30	2	30	0	0	
1月	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	15	1	15	0	0	
2月	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	20	1	20	0	0	
3月	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計	2	0	1	1	0	30	3	7	4	41	1123	15	825	26	298	

## 利用者別 月間サービス内容・回数・時間

No.7

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	入院をきっかけに『入院しないで自宅で子供を育てたい』ことを希望され、訪問に繋がったケース。実際には日常生活機能レベルが高いケースだったため、「精神」症状自己管理のための働きかけと「家族」支援を中心に行う。「その他」が多いのは、確認のための電話が多かったため。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	4	0	0	0	0	0	0	4	4	8	183	3	135	5	48	
9月	7	0	0	0	2	0	0	2	6	13	352	3	210	10	142	
10月	3	0	0	0	0	0	0	1	3	7	121	3	30	4	91	
11月	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	1	5	0	0	
12月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
合計	15	0	0	0	2	0	0	7	14	29	661	10	380	19	281	

No.8

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	強迫性障害に入院中から関わったケース。全体を通じて「精神」症状自己管理のための働きかけが目立っている。10月に退院してからは、「日中」の過ごし方や「家族」支援が増えてきている。「日常」生活支援では、車の運転練習なども一緒に行った。1月以降は、恋愛交際支援として「対人」や「身体」が増えてきている。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	5	0	0	0	0	0	0	1	1	6	220	6	220	0	0	
10月	2	0	0	2	0	0	1	2	2	9	360	8	355	1	5	
11月	7	0	0	0	0	0	5	0	1	12	577	8	555	4	22	
12月	5	0	0	2	0	2	2	1	2	12	647	7	585	5	62	
1月	4	0	0	1	2	2	4	3	2	14	495	5	395	9	100	
2月	2	0	3	0	4	1	3	0	1	7	160	2	125	5	35	
3月	6	0	3	3	5	0	2	2	3	11	310	5	285	6	25	
合計	31	0	6	8	11	5	17	9	12	71	2769	41	2520	30	249	

No.9

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	高齢だが、本人の単身生活を維持するための生活支援を継続中。関わりの頻度は低い。主に「精神」症状・服薬状況のアセスメントのための支援を行っている。「その他」が目立っているのは、本人とのスケジュール調整のための電話連絡が多いため。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	2	0	0	0	0	0	0	0	4	4	140	4	140	0	0	
11月	1	0	0	0	0	0	0	0	3	4	130	1	60	3	70	
12月	2	0	0	1	2	0	0	1	0	4	175	3	135	1	40	
1月	1	0	1	2	1	1	1	0	3	6	267	3	230	3	37	
2月	0	0	2	0	0	0	0	0	2	2	80	2	80	0	0	
3月	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	25	1	25	0	0	
合計	7	0	3	3	3	1	2	1	13	21	817	14	670	7	147	



## 利用者別 月間サービス内容・回数・時間

No.10

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	息子の相談で来院されたケース。疲労困憊した本人への関わりの過程で、「家族」である息子とのジョインティングを行う。「その他」が多いのは、これまでに関わっていた各関係機関との連携・調整のため。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	2	0	0	0	0	0	0	1	3	5	195	3	190	2	5	
11月	2	0	0	0	0	0	0	3	6	8	267	5	245	3	22	
12月	5	0	0	0	0	0	0	3	1	7	435	5	405	2	30	
1月	1	0	0	0	0	0	0	3	0	4	70	2	50	2	20	
2月	1	0	0	0	0	0	0	1	4	5	30	0	0	5	30	
3月	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計	11	0	0	0	0	0	0	11	14	29	997	15	890	14	107	

No.11

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	解雇性障害に入院中から関わったケース。「精神」症状自己管理のための働きかけが圧倒的に目立っている。電話件数が多いのも、そのための電話相談。訪問件数が多いのは、12月の退院以降、服薬(「精神」)管理の一環として定期的に薬のデリバリーを行ったため。同様に「家族」支援も増えている。自傷行為への「危機」介入もあった。当初から「日中」の過ごし方は課題だったが、後半に「日常」生活支援や「対人」「社会」関係のための支援が増えてきているのは、趣味の楽器のレッスンへ行き始めたことと就労支援が影響している。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	35	2	35	0	0	
10月	4	0	0	4	0	0	4	0	2	13	222	13	222	0	0	
11月	3	0	0	10	0	1	1	0	0	15	570	15	570	0	0	
12月	18	0	1	3	0	1	0	7	4	31	491	12	395	19	96	
1月	28	4	0	1	0	0	2	10	9	49	479	12	310	37	169	
2月	40	7	0	3	13	5	6	14	14	80	1106	24	790	56	316	
3月	24	0	1	10	7	15	6	2	20	58	1405	21	1270	37	135	
合計	117	11	2	33	20	22	19	33	49	248	4308	99	3592	149	716	

No.12

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	入院中の拘束症状に関わったケース。症状が安定しない状態での退院促進支援を行い、地域での生活支援を行った。「精神」が目立つのは、精神症状のアセスメントや服薬支援、精神症状自己管理のための働きかけが多かったため。前半に「その他」が多いのは、療棟との連携・調整。そうした状態で地域生活を維持する上で、「家族」心理教育も積極的に行った。現在は休息期状態にあり、自閉的な生活を送っている。チームとしては支援の再開を検討している状況。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11月	19	0	3	1	4	3	1	37	12	69	2561	31	2100	38	461	
12月	3	0	2	0	1	0	1	4	4	11	345	3	310	8	35	
1月	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	1	5	
2月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
合計	23	0	5	1	5	3	2	41	16	81	2911	34	2410	47	501	

## 利用者別 月間サービス内容・回数・時間

No.13

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	入院中から就労支援で関わったケース。「社会」関係に関する支援が目立つのは、就労に関する支援が多いため。「精神」症状自己管理のための働きかけも多い。就労に繋がるまでの間の「日中」の過ごし方についても一緒に検討し、「家族」や関係機関とも必要に応じて連携・調整を行ったため「その他」も増えている。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	1	0	0	0	0	2	0	0	1	2	60	2	60	0	0	
11月	2	0	0	0	0	4	2	3	5	8	296	6	290	2	6	
12月	5	0	2	0	1	5	3	2	6	19	378	5	210	14	168	
1月	9	0	1	0	3	0	5	1	2	18	286	5	190	13	96	
2月	6	0	0	0	0	1	1	0	1	7	85	7	85	0	0	
3月	5	0	0	0	1	6	1	4	10	16	422	14	412	2	10	
合計	28	0	3	0	5	18	12	10	25	70	1527	39	1247	31	280	

No.14

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	措置入院患者第1号にして、本来のACT対象者第1号でもある。入院中から積極的にジョインイングを行い、住居支援＝退院促進支援を行ったケース。住居支援を通じて「社会」関係に関する支援が目立つ。「その他」が多いのは、不動産屋や行政側との連携・調整が必要だったため。関係作りの観点から、入院中から買物同行などをやる機会が多かったため、「日常」生活支援も目立って要る。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	3	0	0	2	0	1	0	0	2	7	320	7	320	0	0	
11月	4	0	0	11	0	1	1	0	5	20	1010	20	1010	0	0	
12月	1	0	2	4	0	6	1	0	5	17	1345	16	1335	1	10	
1月	7	0	0	7	2	13	0	0	5	24	2450	19	2400	5	50	
2月	2	0	1	4	0	11	1	0	5	14	553	8	510	6	43	
3月	1	0	2	6	0	4	0	0	5	13	609	9	597	4	12	
合計	18	0	5	34	2	36	3	0	27	95	6287	79	6172	16	115	

No.15

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	退院促進に難渋していた病棟からの依頼で関わったケース。入院中から自宅の清掃など、外出同行を通じて関係作りを行ったため、「日常」生活支援が多い。本来の地域での支え手である介護保険サービス事業者との連携・調整のため「その他」が目立っている。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	90	4	90	0	0	
11月	5	0	1	2	0	0	0	0	6	13	640	13	640	0	0	
12月	5	0	1	11	1	0	0	0	4	14	1210	13	1205	1	5	
1月	1	0	0	0	0	2	0	0	3	6	290	3	270	3	20	
2月	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3月	0	0	1	1	0	2	0	0	0	2	15	1	15	1	0	
合計	11	0	3	14	1	4	0	0	17	39	2245	34	2220	5	25	

## 利用者別 月間サービス内容・回数・時間

No.16

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	息子の相談で来院されたケース。家族心理教育を中心に関わったが、本人への関わりとなるため「精神」症状自己管理のための働きかけとして表示されている。1月に息子との繋がりができ支援の頻度が下がった。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11月	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	
12月	2	0	0	0	2	0	0	0	4	7	297	4	290	3	7	
1月	4	1	0	0	0	0	0	0	1	6	160	3	120	3	40	
2月	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3月	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	10	1	10	0	0	
合計	7	1	0	0	2	0	0	0	6	15	517	9	470	6	47	

No.17

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	チーム以外の医師が往診を行っていた介護が必要なケース(No.19:父親)の家族。本人自身も当事者であったため、「精神」症状自己管理のための働きかけや「対人」関係に関する支援が多い。「日常」生活支援や「日中」の過ごし方については、介護負担を軽減するための関わり。3月に「その他」が多いのは、父親の支援チームである関係機関との連携・調整のため。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12月	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	120	2	120	0	0	
1月	4	0	0	1	1	1	1	3	6	8	210	5	200	3	10	
2月	4	0	0	0	6	1	0	0	9	14	228	5	180	9	48	
3月	3	0	0	2	7	1	2	0	28	33	546	14	446	19	100	
合計	13	0	0	3	14	3	3	3	43	57	1104	26	946	31	158	

No.18

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	No.10の息子。母親への訪問を通じてジョインングを行ったケース。長期間に渡って医療・服薬中断していたケースだが、12月から自己服薬を開始。そのためその後の「精神」症状のアセスメントや服薬管理、幻聴対策のための働きかけが多くなっている。その他、「日中」の過ごし方や「日常」生活に関する支援を行った。「その他」が多いのは、スケジュール確認等の電話が多かったため。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11月	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0	0	1	3	
12月	5	0	0	1	0	0	0	0	4	9	512	4	450	5	62	
1月	15	0	2	2	1	2	3	2	5	20	939	8	830	12	109	
2月	9	0	1	1	1	0	5	2	7	11	615	7	560	4	55	
3月	6	0	2	4	1	1	3	1	8	15	770	8	680	7	90	
合計	35	0	5	8	3	3	11	5	25	56	2839	27	2520	29	319	

## 利用者別 月間サービス内容・回数・時間

### No.19

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	No.17の父親。介護・往診が必要なケースだが、地域の医療機関の支援が得られない状況にあったため、チーム外の医師が往診を行っていた。その医師からの要請で往診に同行していたため、往診時に対応した内容については「その他」として表示している。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	60	1	60	0	0	
11月	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	240	4	240	0	0	
12月	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	270	4	270	0	0	
1月	1	0	0	0	0	0	0	0	4	4	225	4	225	0	0	
2月	1	0	0	0	0	0	0	1	5	6	320	6	320	0	0	
3月	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	100	2	100	0	0	
合計	2	0	0	0	0	0	0	1	20	21	1215	21	1215	0	0	

### No.20

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	退院支援に難渋していたチーム外の主治医からの要請で関わったケース。入院中から関係作りを行い、「精神」症状自己管理のための働きかけの他、「日常」生活に関する支援や「日中」の過ごし方に関する支援を中心に関わった。3月に「その他」が多いのは、退院のために主治医や病棟との連携・調整を積極的に行ったため。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11月	3	0	0	1	0	0	0	2	2	6	200	6	200	0	0	
12月	0	0	0	2	0	0	0	0	2	4	70	4	70	0	0	
1月	1	0	0	3	0	0	3	0	1	6	125	6	125	0	0	
2月	0	0	0	3	2	0	3	1	5	9	405	9	405	0	0	
3月	2	0	0	6	2	4	4	0	11	18	609	14	590	4	19	
合計	6	0	0	15	4	4	10	3	21	43	1409	39	1390	4	19	

### No.21

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	措置入院ケース。入院中から関係作りのために、本人が希望する歯科受診（「身体」）や買物（「日常」）に同行したりした。1月下旬に退院して以降、本人との関わりは少ないが、総じて「家族」への支援は継続している。「その他」が多いのは、前半は病棟との連携・調整のためで、退院後の後半は本人とのスケジュール調整のため。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12月	2	0	5	9	2	0	0	4	9	16	970	15	965	1	5	
1月	1	0	0	4	0	1	1	5	5	13	182	10	160	3	22	
2月	1	0	0	0	0	0	1	3	1	4	32	1	20	3	12	
3月	0	0	0	1	1	1	1	6	9	18	89	3	27	15	62	
合計	4	0	5	14	3	2	3	18	24	51	1273	29	1172	22	101	



## 利用者別 月間サービス内容・回数・時間

### No.22

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	関係作りのために入院中から関わったケース。「精神」症状自己管理のための働きかけが目立っている。他県在住だが仙台市内の実家へ退院したこともあり、「日中」の過ごし方についての支援や「家族」支援も多い。後半、自宅(他県)での生活に見通しが持てきたこともあり、支援の頻度は下がっている。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12月	3	0	0	1	0	0	0	0	1	5	315	5	315	0	0	
1月	5	0	0	0	1	0	6	3	7	16	805	15	800	1	5	
2月	6	0	0	0	2	1	2	3	9	14	494	4	460	10	34	
3月	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	1	5	0	0	
合計	14	0	0	1	3	1	8	6	18	36	1619	25	1580	11	39	

### No.23

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	地域連携室からの依頼で入院中から関わったケース。入院中から住居支援を行っていたため「社会」関係に関する支援が多い、借金の整理などもあり「対人」関係に関する支援が目立っている。2月末に退院して以降、不安に対処するための支援として「精神」が多い。総じて「その他」が多いのは、退院のための病棟との連携や退院後の行政側との連携のため。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1月	2	0	0	2	5	2	1	0	4	13	995	13	995	0	0	
2月	2	0	0	2	12	8	0	0	18	33	1300	23	1160	10	140	
3月	13	1	4	9	3	1	6	0	16	25	1306	15	1163	10	143	
合計	17	1	4	13	20	11	7	0	38	71	3601	51	3318	20	283	

### No.24

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	入院中から関係作りを行ったケース。「精神」症状自己管理のための働きかけの他、自宅での過ごし方として「日常」生活支援が多い。退院に不安を抱えていた「家族」への支援が目立っている。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1月	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	20	1	20	0	0	
2月	7	0	0	8	3	0	5	6	1	12	330	12	330	0	0	
3月	7	0	2	8	1	1	3	7	3	19	593	17	583	2	10	
合計	14	0	2	16	4	1	8	13	5	32	943	30	933	2	10	

## 利用者別 月間サービス内容・回数・時間

### No.25

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	保健師からの依頼で関わりを始めたケース。息子の相談で来院。家族心理教育を本人宅で行いながら、息子と関われるチャンスを伺っている状況。No16同様、本人への関わりとなるため「精神」症状自己管理のための働きかけとして表示されている。「その他」が多いのは、関係機関との連携・調整のため。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2月	1	0	0	0	0	0	0	0	3	4	180	3	175	1	5	
3月	2	0	0	2	2	3	1	0	5	9	306	5	295	4	11	
合計	3	0	0	2	2	3	1	0	8	13	486	8	470	5	16	

### No.26

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	No.16の息子。警察保護→入院をきっかけにジョイニングを行ったケース。入院中から住居支援を行ったため、「日常」生活に関する支援や「社会」関係に関する支援が多い。そのための連携・調整や退院支援のため「その他」が目立っている。心理教育など「家族」支援も多い。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2月	3	0	0	5	0	7	1	4	9	23	637	19	625	4	12	
3月	4	0	0	6	1	9	2	7	10	29	722	27	687	2	35	
合計	7	0	0	11	1	16	3	11	19	52	1359	46	1312	6	47	

### No.27

	精神	危機	身体	日常	対人	社会	日中	家族	その他	合計件数	合計時間	訪問件数	訪問時間	電話件数	電話時間	備考
6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	高校卒業を間近にしたケース。卒業後社会復帰施設を勧める両親に対し、本人のリハビリを尊重し、就労支援や就学支援を検討中。アセスメントと関係作りのための訪問を開始したばかり。
7月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1月	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	60	1	60	0	0	
2月	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	40	1	40	0	0	
3月	1	0	0	1	1	1	1	0	5	6	107	1	90	5	17	
合計	2	0	0	1	1	1	1	1	5	8	207	3	190	5	17	



表12 診療報酬に該当する活動

S-ACT		6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	単価	報酬
訪問	単数	0	6	7	9	5	8	23	23	17	34	132	¥5,750	¥759,000
	複数	2	8	3	9	15	22	12	14	13	21	119	¥10,250	¥1,219,750
退院前	単数	0	0	2	1	0	1	0	2	1	1	8	¥3,800	¥30,400
	複数	0	0	8	4	0	5	4	3	3	3	30	¥7,000	¥210,000
チーム精神 科医往診	件数	0	1	1	2	0	0	2	1	0	0	7		
	往診	0	1	1	1	0	0	2	1	0	0	6	¥6,500	¥39,000
	再診	0	1	1	2	0	0	2	1	0	0	7	¥600	¥4,200
	在宅精神療法(30分以上)	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	5	¥3,600	¥18,000
	在宅患者訪問診療	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	¥8,300	¥8,300
	20歳未満加算	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	¥2,000	¥2,000
	合計	0	4	4	6	0	0	6	2	21				
チーム精神 科医以外の 往診	件数	0	0	0	0	1	4	4	4	6	2	21		
	往診	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	4	¥6,500	¥26,000
	再診	0	0	0	0	0	3	0	0	1	2	6	¥600	¥3,600
	在宅精神療法(30分以上)	0	0	0	0	0	4	3	3	0	0	10	¥3,600	¥36,000
	在宅精神療法(30分未満)	0	0	0	0	0	0	1	1	5	2	9	¥3,300	¥29,700
	在宅患者訪問診療	0	0	0	0	0	3	4	4	5	2	18	¥8,300	¥149,400
	20歳未満加算	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	¥2,000	¥0
合計	2	15	21	25	21	40	45	47	40	61	317		¥2,535,350	

S-ACT以外		6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	単価	報酬
訪問	単数	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3	¥5,750	¥17,250
	複数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	¥10,250	¥0
退院前	単数	0	0	0	2	1	0	1	0	5	1	10	¥3,800	¥38,000
	複数	0	2	4	1	0	2	0	0	0	0	9	¥7,000	¥63,000
往診	件数	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3		
	往診	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	¥6,500	¥6,500
	再診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	¥600	¥0
	在宅精神療法(30分以上)	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	¥3,600	¥10,800
	在宅精神療法(30分未満)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	¥3,300	¥0
	在宅患者訪問診療	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	¥8,300	¥16,600
	20歳未満加算	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	¥2,000	¥0
合計	0	2	4	4	1	2	1	2	6	3	25		¥152,150	

表13 診療報酬以外の活動

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
病棟訪問	-	-	-	-	31	52	58	38	51	45
訪問料を取れない訪問	-	-	-	-	0	2	2	1	9	1
入院患者との外出(退院前以外)	-	-	-	-	2	5	16	7	4	5
空振り訪問・キャンセル	-	-	-	-	0	2	6	1	6	5
来所面談	-	-	-	-	14	18	23	16	18	37
予定以外の緊急対応(120分以上)	-	-	-	-	3	11	2	2	1	2
関係者への対応(訪問)	-	-	-	-	5	4	5	10	4	1
関係者とのカンファレンス	-	-	-	-	3	8	8	3	8	7
電話相談(1日平均)	-	-	-	-	4	5	5	6	6	6

### <研究体制>

研究責任者	西尾雅明（東北福祉大学 総合福祉学部）
研究協力者	梁田英磨*1
	安保寛明*2
	佐藤美穂*1
	帆苺知帆*1
	吉崎伸一*1

\*1 東北福祉大学せんだんホスピタル

\*2 東北福祉大学健康科学部

### <連絡先>

〒981-8522

宮城県仙台市青葉区国見1-8-1

学校法人梅檀学園東北福祉大学 西尾研究室

TEL：022-301-1120