

平成19年度障害者保健福祉推進事業

精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び
地域生活移行のシステム構築に向けた研究

報 告 書



社団法人 日本作業療法士協会

◆ 目 次 ◆

研究報告書	1
資料 1 アセスメント・プログラムマニュアル	19
資料 2 より良い回復のための包括的アセスメント	31
資料 3 よい調子を維持するためのドリル	45
資料 4 平成19年度障害者保健福祉推進事業 「精神科病院入院患者の早期退院促進 プログラム開発及び地域生活移行の システム構築に向けた研究」報告 P P 資料	57
資料 5 報告事例集	73

社団法人日本作業療法士協会
平成19年度障害者保健福祉推進事業研究報告書

研究名

精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び地域生活移行のシステム構築に向けた研究

研究目的

精神科病院入院患者の早期退院と円滑な地域生活移行及び再発予防を目的に、退院促進プログラムを開発し試行的に実施する。また、入院早期から病院職員、市町村保健師、地域生活支援センター職員等で構成されるケア会議の実施によって、入院中に退院後の支援計画まで立案し円滑な地域生活移行のためのケアマネジメント・システムを構築し、障害者自立支援法サービスとの効果的な連携の在り方を提示する。

研究方法

1. 研究協力者により組織された体制により、精神科病院に入院してきた患者の早期退院を促進するために、早期のアセスメントと標準的プログラムを開発する。

(1) 早期アセスメントの開発

病気の客観的認識度、認知障害のレベルなどを評価できるものを欧米諸国の先行研究を参考にし、我国に適用でき、臨床的に利用しやすい簡便なものを作成する。

(2) 早期退院促進プログラムの開発

従来、集団対応で行う形が想定されていたが、上記のアセスメントを実施し、標準的プログラムの要素の中から個別状況に応じたプログラムを抽出・実施する。標準的プログラムの中に組み込まれる要素としては下記のものであるが、個別対応を基本として提供する。

プログラムは欧米諸国の先行事例を参考に、わが国に適応できるものを開発する。

- ・ 早期作業療法（現実感を取り戻すための作業の提供）
- ・ 早期心理教育プログラム
- ・ 退院後の生活イメージに合わせた情報提供など
- ・ 家族支援（早期家族教室）

(3) キーワーカーの機能・役割の明確化

症状軽減や早期の退院を促進する上で、大きな役割を担うキーワーカーを対象者毎に設定していくことが重要とされているが、そのような機能・役割を担うのか、具体的な業務を明確にする

2. 研究協力病院（5箇所）において研究期間に新規に入院してきた患者に対して多職種チーム（医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士等）を組み、多職種チームの中からキーワーカー選定し、早期アセスメントと退院促進に向けたプログラムを実施する。退院までの期間を基本的には3ヶ月とする。事例は5箇所それぞれ5例程度を想定する。

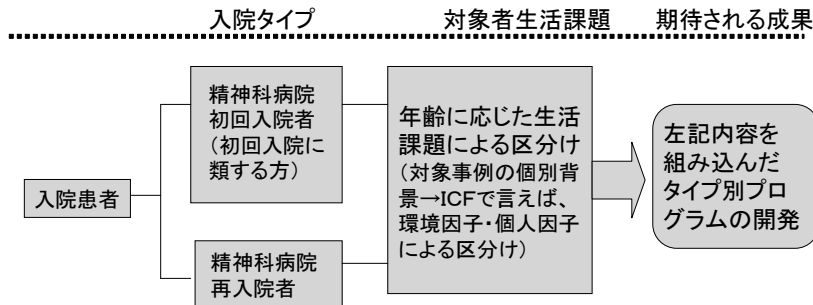
(1) 研究の対象者

- i 精神科病院に初回入院もしくは初回入院に相当する方
- ii 精神科病院に入退院を繰り返している方。

本研究では主に i を対象とするが、ii についても自立支援法の利用が再入院防止に重要な役割があることから取り扱うこととする。報告事例数は ii が i を上回らないこととする。

本研究における対象者のイメージ

対象となる事例の区分けの明確化



※医療機関と同時に退院促進事業等を実施している社会復帰施設側からの視点も入れ込む。

(2) キーワーカーの役割

キーワーカーは早期アセスメントを実施し、他職種と協力しながら各プログラムの開始時期や実施状況をまとめ、入院生活の調整をしていく。

(3) 実施するプログラム

・早期作業療法

安心感を提供し、現実感を取り戻していく目的に、本人が取り組みやすい作業活動を準備し、個別で対応していく。入院までの経過や入院生活での大変さなどもあわせて調整していく。実施時間は、対象者の回復状態や疲労度等を考慮し短時間でも良い。実施頻度も対象者の状態に合わせて設定する。

・早期心理教育

診断が確定しない場合も多いので、病気が回復するイメージが伝わることと、病気として体験したことを表現する機会作り、自己管理能力を高める基礎作りを行う。

・利用できる資源制度の紹介

医療継続のために利用できるもの、経済的な安定をめざすために利用できるもの、など対象者の状態に合わせて紹介する。

・家族支援

家族への心理教育、病気の理解、対応の仕方ばかりでなく心理的な負担感軽減を目的とする。

(4) ケア会議の実施

(3) でプログラムを実施することは、地域のスタッフ（市町村保健師、地域生活支援センター職員など）参加の定期的ケア会議（2週、4週、8週など）の開催により決まっていく。合わせて退院後の地域生活のためのケアマネジメントを実施する。

(5) 退院後のケアプラン作成

退院後、上記のケアマネジメントに基づいて作成されたケアプランに沿って障害者自立支援法等によるサービスを提供する。障害者自立支援法等のサービス提供は当該市町村の保健師、地域生活支援センターなどのケアマネージャーが中心となり提供される。この際、病院のキーワーカーとの密接な連携の

もと、支援の中心となるスタッフの移行も病院から地域スタッフへ徐々に進めていく。

特に医療機関では、再発を防止するために、入院中に実施した早期心理教育プログラムの継続版を実施することで再発防止に努める。

3. 上記の方法で実施した事例を集積し、医療で継続すべき支援と障害者自立支援法で支援すべきことを整理し、再発予防に向けた支援システムのあり方を検討する。

以下に、研究の流れを図に示す。

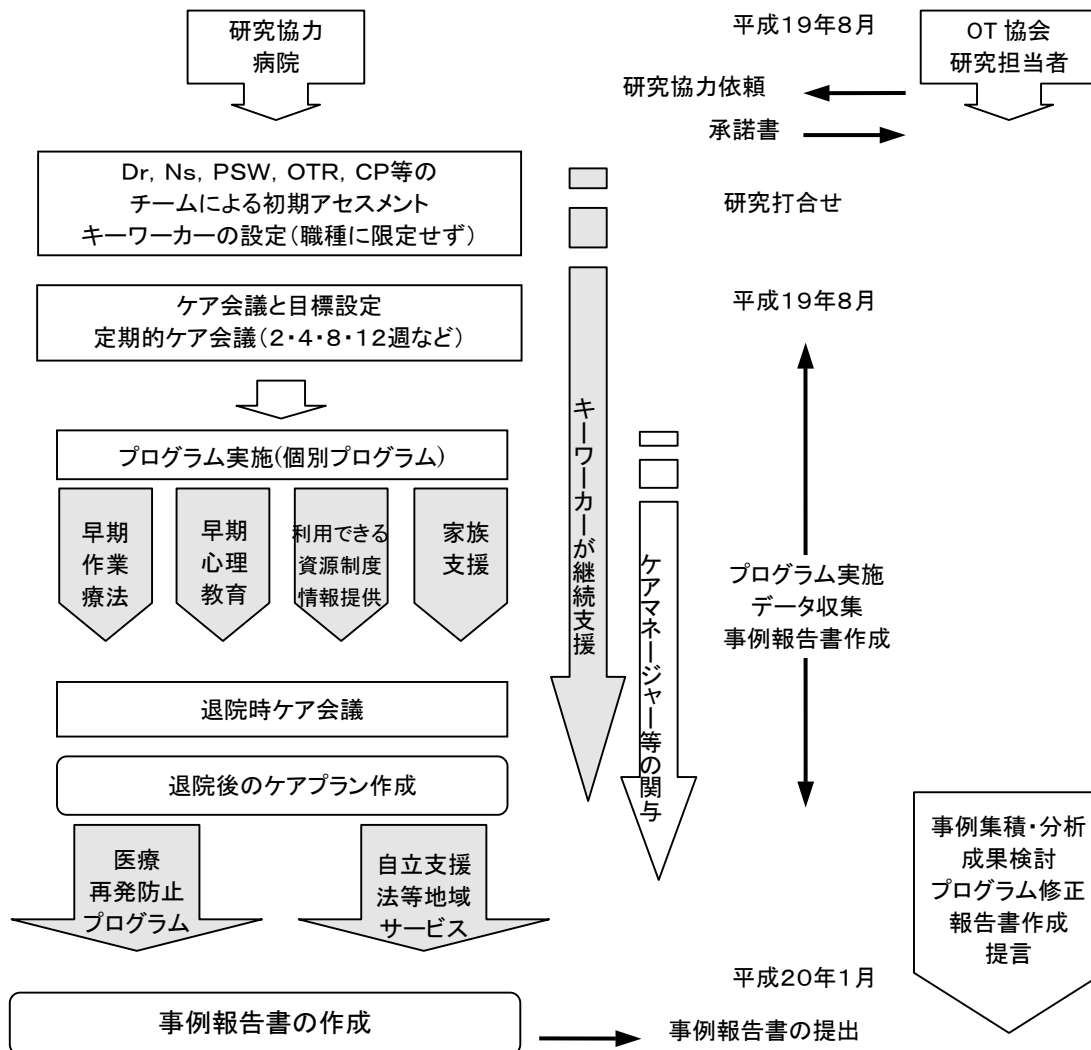


図 研究の流れ

研究結果

1. 早期退院促進プログラムの開発

- (1) 早期作業療法（現実感を取り戻すための作業の提供）
- (2) 早期心理教育プログラム
- (3) 退院後の生活イメージに合わせた情報提供など
- (4) 家族支援（早期家族教室）

上記のプログラムマニュアルを作成した（参考資料1）

2. 早期アセスメントと再発防止プログラムの開発

研究担当者が東北大学の松本紀和先生の協力を得て、イギリスの早期アセスメントを参考に日本版早期アセスメント表（第1版）と再発防止プログラムを作成した。（参考資料2）（参考資料3）

3. 研究協力病院での試行結果

（1）研究協力病院（5箇所）の選定

研究担当者が社団法人日本作業療法士協会のニュース等を通して、本研究を広く協会員へ周知し、研究協力病院を募った結果、以下の5病院が決定した。

安曇総合病院（長野県）

いぬお病院（佐賀県）

桜ヶ丘病院（熊本県）

竹田総合病院精神科（福島県）

宮城県立精神医療センター（宮城県）

研究協力病院へは、研究の概要・手引きを作成し、研究の統一性が保てる工夫を行った。また、研究協力への同意書と事例協力者への説明文と同意書も作成し同意を得た上で実施できるように配慮した。

（2）試行（研究協力）期間

施行期間は平成19年9月～平成20年1月であった。

（3）最終事例報告数

最終事例報告数は、研究協力病院5施設より合わせて17例であった。1施設3例から4例の報告であり、1施設平均3.4例であった。

事例のキーワーカーは17例中16例が作業療法士で、1例が臨床心理士であった。

（4）事例の内訳（全17例）

全事例の一覧表は資料－5に示す。

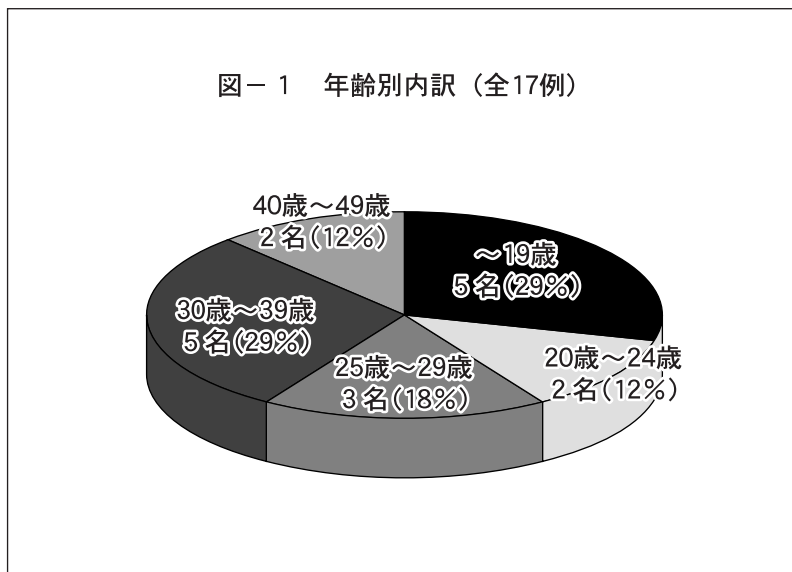
17例の報告事例の特徴を以下に示す。

1) 年齢別割合

17例の年齢は、15歳から46歳で平均年齢は30.9歳であった。内訳は19歳までが5名（29%）、20歳～24歳が2名（12%）、25歳～29歳が3名（18%）、30歳～39歳が5名（29%）

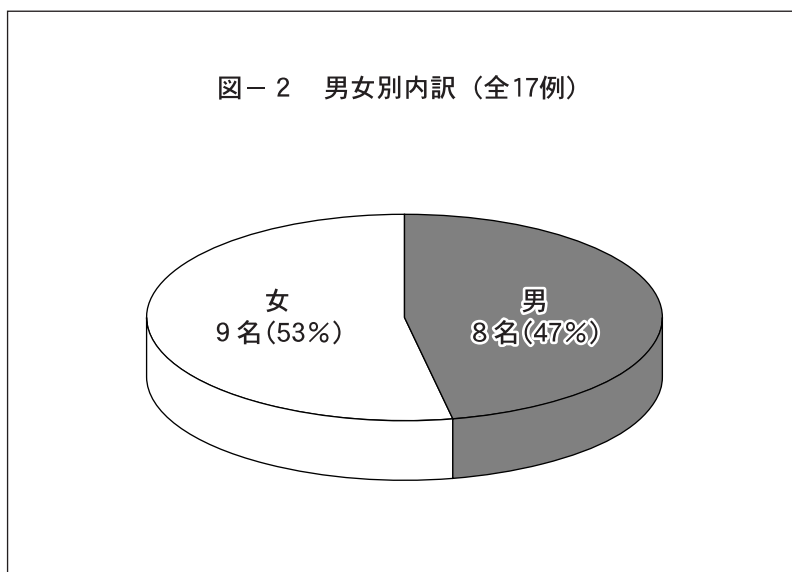
40歳～49歳が2名（12%）であった。（図-1）

初発の統合失調症（早期精神病状態も含む）8名では、19歳までが4名（50%）、20歳～24歳が1名（12.5%）、25歳～29歳が2名（25%）、30歳～39歳が1名（12.5%）と圧倒的に若年発症者が多いことが伺われた。



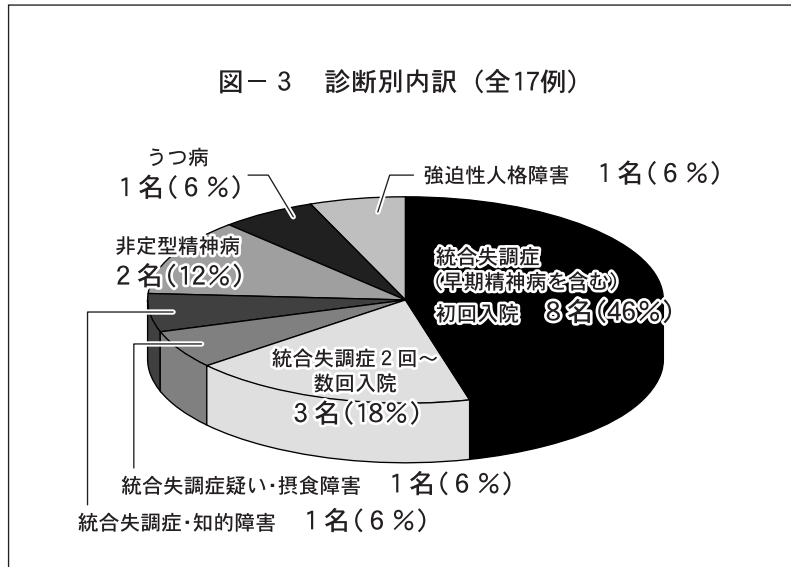
2) 性別内訳

17例中男性が8名（47%）、女性が9名（53%）であった。（図-2）



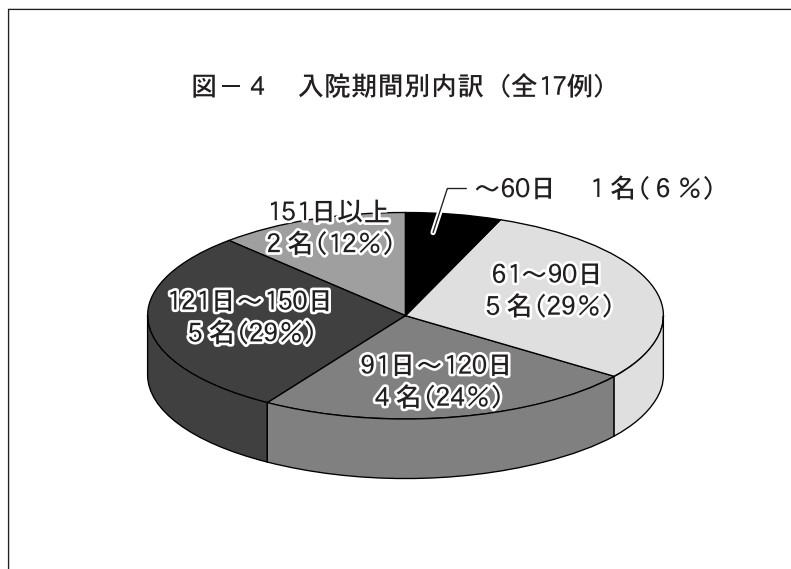
3) 診断別割合

統合失調症(含む早期精神病)で初回入院が8名(46%)、統合失調症で2回～数回入院が3名(18%)、統合失調症疑い・摂食障害が1名(6%)、統合失調症・知的障害が1名(6%)、非定型精神病が2名(12%)、うつ病が1名(6%)、強迫性人格障害が1名(6%)であった。統合失調症の総数では11名(64%)と高い割合であった。(図-3)



4) 入院期間別割合

17例の入院期間別割合は、60日までが1名(6%)、61日～90日が5名(29%)、91日～120日が4名(24%)、121日～150日が5名(29%)、151日以上が2名(12%)であった。120日までに退院している方が10名(59%)であった。(図-4)
17例の平均入院期間は112日であった。



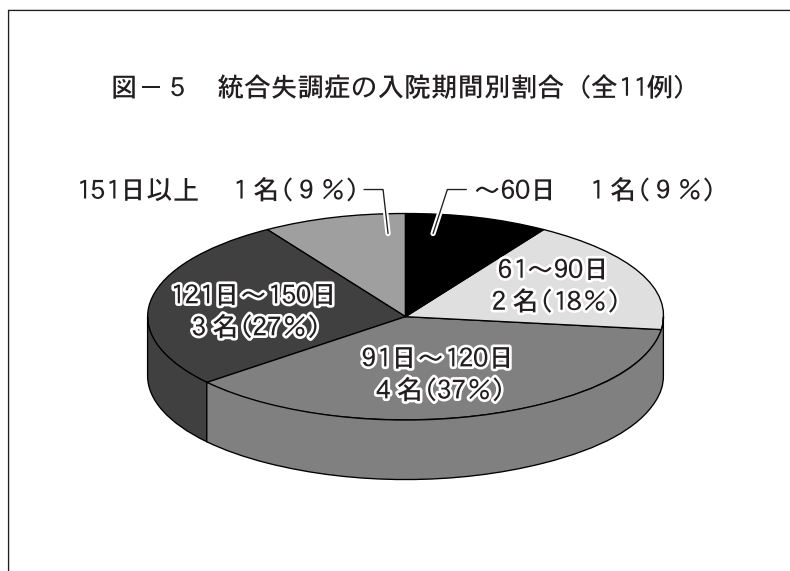
5) 統合失調者（全11例）の入院期間別割合

統合失調の方の入院期間は、60日までが1名（9%）、61日～90日が2名（18%）、91日～120日が4名（37%）、121日～150日が3名（27%）、151日以上が1名（9%）であった。（図－5）

統合失調症者の平均入院期間は97日であった。

151日を越える者は157日で退院しており、5ヶ月以内にほぼ全員が退院していることがわかる。

一方、入院回数が多くなるに従い入院期間が長くなる傾向も見られた。



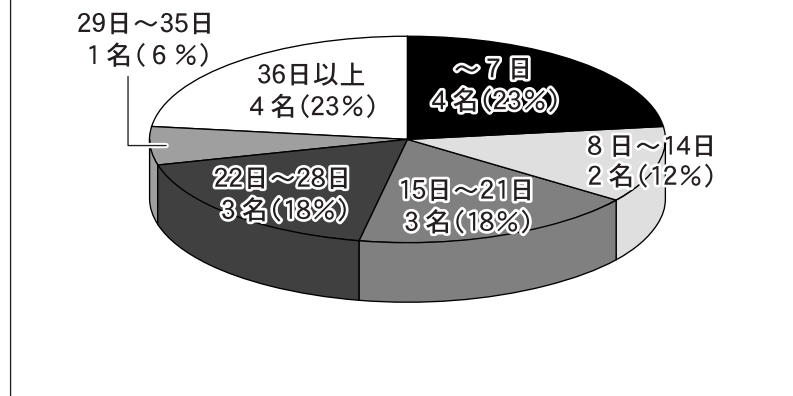
6) 早期退院促進プログラムの開始時期別割合

17例の早期退院促進プログラムの開始時期（入院日からの日数）をみると、入院から7日までに開始している者は4名（23%）、8日～14日が2名（12%）、15日～21日が3名（18%）、22日～28日が3名（18%）、29日～35日が1名（6%）、36日以上が4名で一番遅くて65日であった。（図－6）

全17例の開始時期は2日～65日で平均開始時期は24.6日であった。統合失調症初回入院者（全11例）の平均開始時期は15日であった。

28日までに開始しているのが12名（70%）で、65日までには全例が開始していた。平成9年の厚生科学研究「精神科医療に関わるコメディカルのあり方研究」の分担研究「精神科作業療法の今後の方向性に関する研究」における作業療法開始までの期間は60日未満が34.6%、5年以上6年未満が17.8%であった結果からすると、作業療法を含むプログラムの開始時期が早くなっていることがわかる。

図-6 プログラム開始時期別割合（全17例）



6) 実施したプログラムの内容

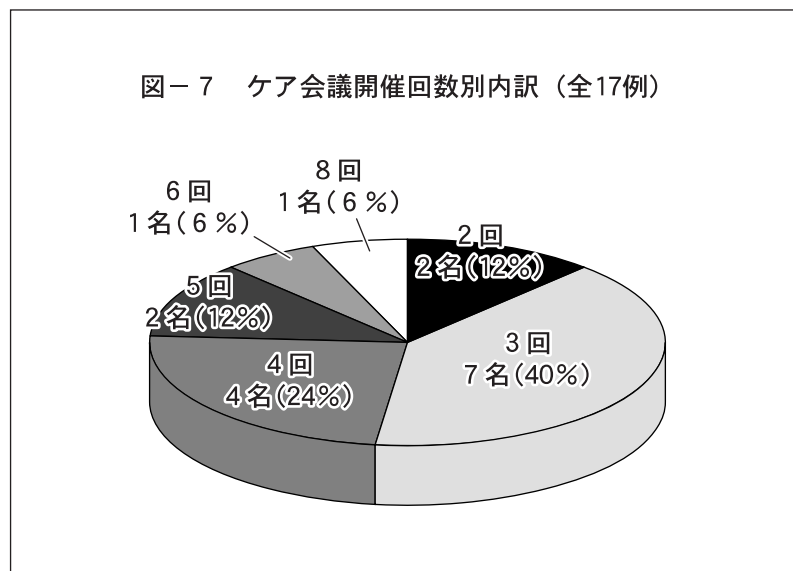
17例中全てに実施したプログラムは、早期作業療法、情報提供、家族支援であった。また、心理教育は16例に実施し、訪問看護を2例に実施した。

7) ケア会議開催回数

ケア会議は17例全ての事例で実施していた。開催回数は2回～8回で平均開催回数は3.7回であった。内訳は、2回が2名（12%）、3回が7名（40%）、4回が4名（24%）、5回が2名（12%）、6回が1名（6%）、8回が1名（6%）であった。（図-7）

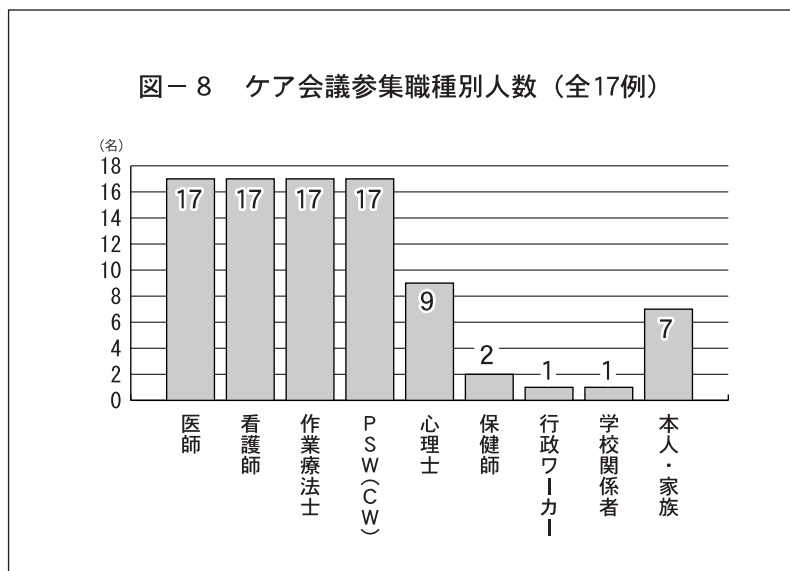
どの事例もケア会議を丁寧に実施していることがわかる結果である。

図-7 ケア会議開催回数別内訳（全17例）



8) ケア会議参集スタッフ

17例全例に参加しているスタッフは、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士（ソーシャルワーカーを含む）であった。心理士は9例に、保健師（保健所保健師、市町村保健師を含む）は2例、行政ワーカーは1例、学校関係者が1例であった。また、本人・家族がケア会議に出席した事例は7例（41%）であった。（図-8）



(5) 評価尺度による結果

1) BPRS(オックスフォード版), 2) GAF (全般的評価尺度), 3) SF-36v2, および4) 早期退院プログラムに対する本人と家族へのアンケートの4種類の評価を実施した。1) ~ 3) の評価は入院時（もしくはプログラム開始時）とプログラム終了時（もしくは退院時）に実施し、比較できるようにした。評価は、研究協力病院の状況に合わせて、無理のない状況で実施した。

1) BPRS (オックスフォード版) の変化

BPRSは10例に実施した。10例のうち、この評価の妥当性を考慮し統合失調者6例の結果を示す。入院時の得点は63~12で、平均40.8であった。退院時には20~5で、平均14であった。平均改善点は26.8であった。改善度の高い事例は55→11（改善点41）で低い事例は12→5（改善点7）であった。うつ病や強迫性人格障害の方を除く全ての事例で改善していた。得に初発で急性症状が激しい統合失調症の方の改善度が高かった。

2) GAFの変化

GAFは14例で実施した。14例の入院の評価は11~50で、平均31.4であった。退院時には31~71で、平均60.7であった。平均改善点は27.8であった。改善度の高い事例は21→71（50）が3例、低い事例では50→60, 40→50などが3例であり、14例全ての事例が改善した。

3) SF-36v2の変化

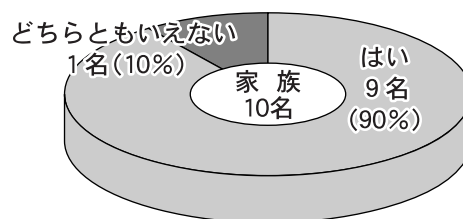
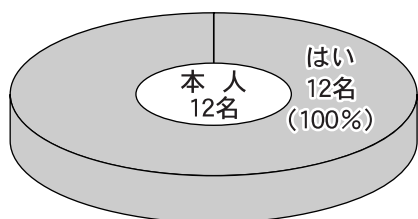
SF-36v2は7例に実施できた。プログラム開始時には77~118で平均101であった。プログラム終了時には80~120となり平均107.9（変化点5.4）であった。改善度が高い事例では93→114（改善点11）で、低い事例では101→103, 118→120（改善点2）など2例あった。この結果は、健康度という視点での変化が入院時と退院時とでは大きな変化が感じられず、むしろ、退院後しばらくしてからの方が変化が追いやすかったかもしれない。

4) 早期退院促進プログラムアンケート結果

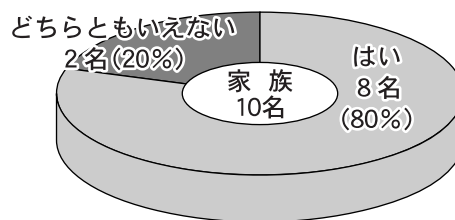
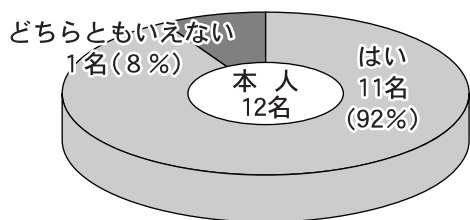
アンケートの内容は、プログラムの十分な説明を受けたか？プログラム全体に満足しているか？病気に対する理解が深まったか？これからの生活に希望が持てるかなど14項目とした。また、最後に自由記載の欄も設けた。

アンケートは本人と家族に実施した。本人は12例、家族は10例から協力が得られた。その結果を本人と家族と並べて示す。

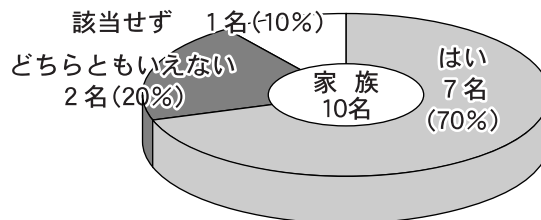
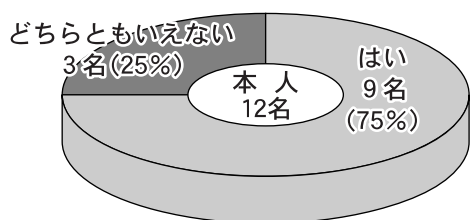
① この研究やプログラムについて(目的や内容など)十分な説明を受けましたか？



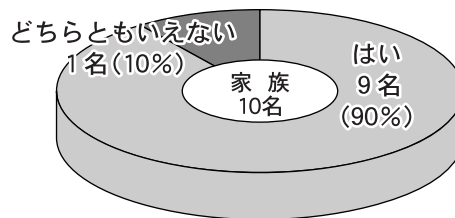
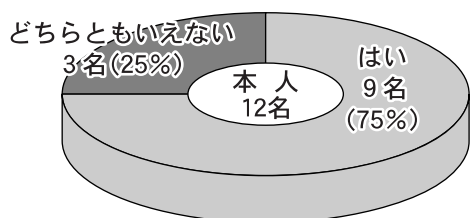
② プログラム全体に満足していますか？



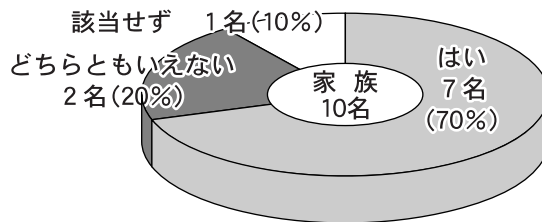
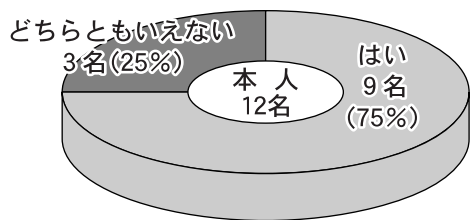
③ 早期作業療法プログラムは役に立つと思いませんか？



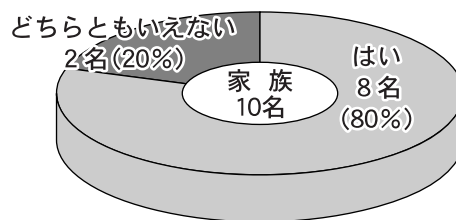
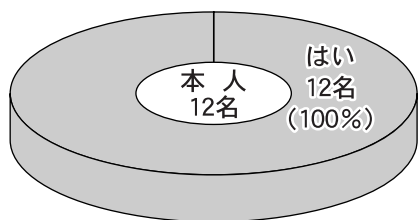
④ 早期心理教育は役に立つと思いませんか？



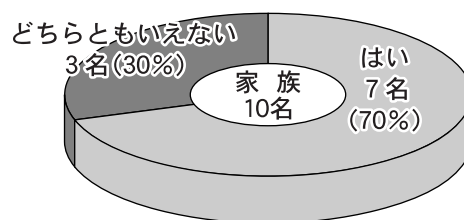
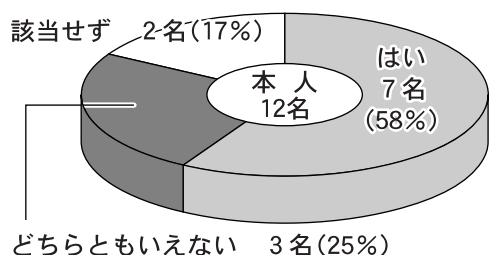
⑤ 家族支援(家族教室)は役に立つと思えましたか？



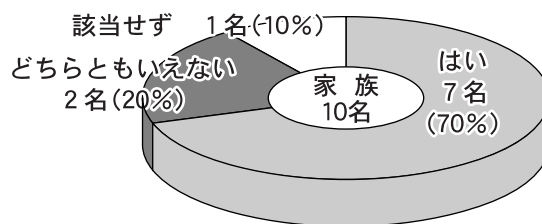
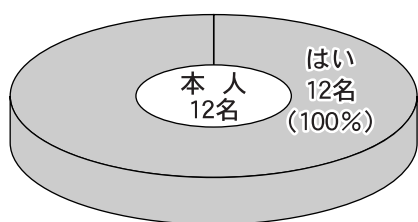
⑥ 情報提供は役に立つと思えましたか？



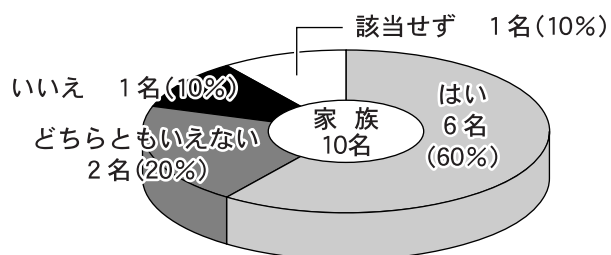
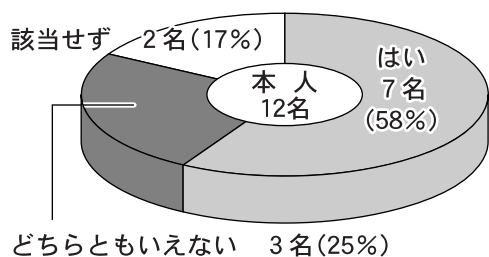
⑦ 「よい調子を維持するためのドリル」(再発防止プログラム)は役に立つと思えましたか？



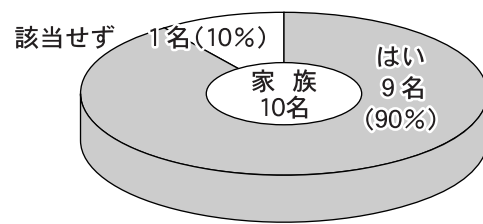
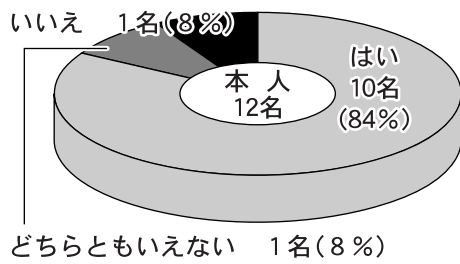
⑧ 今回のプログラムを受け、自分(子ども)の病気に対する理解が深まったと思えますか？



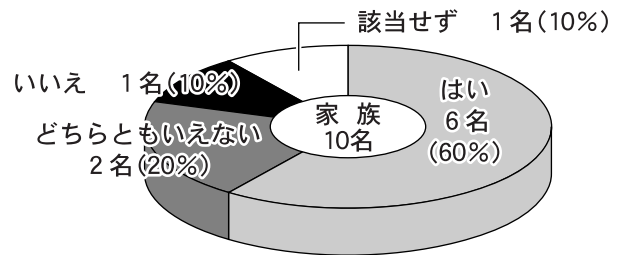
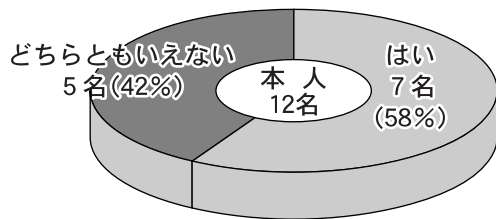
⑨ 今後、再発のサインが出たときの対処法を学ぶことができましたか？



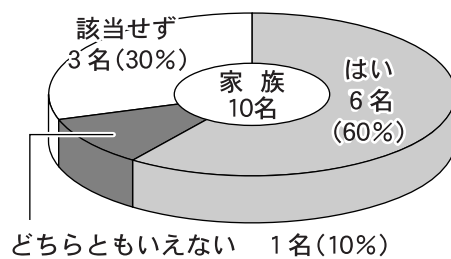
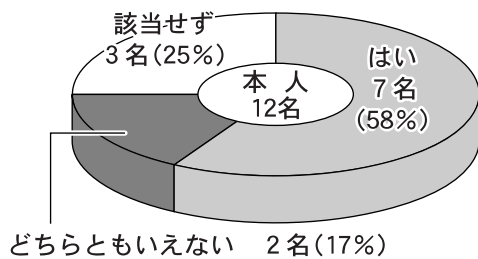
- ⑩ 家族はあなた(あなたは子ども)の問題について以前より理解してくれる(できる)ようになったと思いますか？



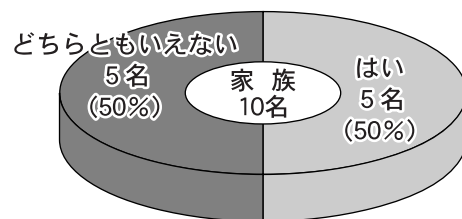
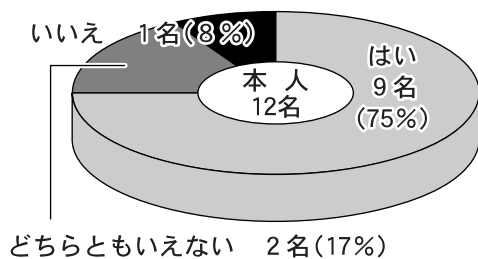
- ⑪ 今回のプログラムを受け、今後の生活(将来)に向けた新たな自分らしい生活を送るためのヒントを得ることができましたか？



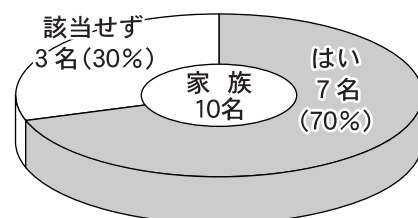
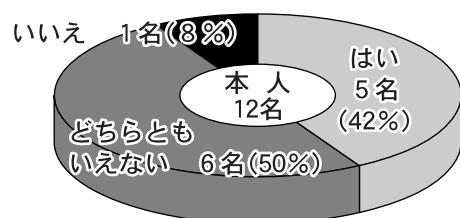
- ⑫ ケア会議に関して満足していますか？



- ⑬ 今後何か問題が起こったら相談できる人ができましたか？



- ⑭ これからの生活に希望が持てますか？



⑮自由記載欄には、家族から「子どもが病気になってどうして良いかわからないときに、今回のプログラムなどがあり助かりました。毎月1回のDrやナース又は医療スタッフなど交えての会議は有意義なものであり、これからの生活に希望が持てました。これからも早期退院促進プログラムというのは続けていって頂きたいと思います。入院患者の家族にとってキーワーカーさんは心の支えであり、病気の理解をする上でも大事な方です。(患者にとっても)退院しても心配事などあれば相談にのって頂きたいと思います。」という本研究の成果といえる感想が寄せられた。

以上、本人と家族へのアンケート結果を示した。

プログラム全体に満足しているとしては本人が92%、家族が80%とおおむね満足しているが、早期作業療法、早期心理教育、情報提供などは役にたつとしたのは70%前後であった。再発のサインや対処法への学びや相談相手の成果に関しては、60%前後に止まった。

また、これからの生活に対する希望では、希望が持てるとしたのは本人が42%、家族が70%と本人が必ずしも先に希望が持てているわけではない状況もわかった。

これらから、退院後も支援を継続しながら、再発を防止していく必要があることが示唆された。

(6) 事例報告

ここでは、本研究の特徴的な2事例を紹介する。

初発の早期精神病に対して早期退院促進プログラムを実施し、早期退院につながり、退院後に再発防止プログラムを実施している事例と、再入院を繰り返してきた事例にリハビリテーションチームを組み、本人ばかりでなく、多重な問題を抱える家族へも支援を行い退院につながった事例を紹介する。

事例1 早期精神病に対する早期プログラムの実践の有効性と再発防止の事例

16歳 女性 早期精神病

入院までの経過：X-8日修学旅行の前日に39度の熱を出したが、翌日は熱が下がったので、修学旅行に出かけた。旅行中に再び熱発し、X-6日旅行先で入院。両親が連れて帰り、地元の内科病院に入院、マイコプラズマ肺炎と診断され治療を受ける。その入院中に「この子はだめだ」、「私は死んでいる」など幻聴や混乱等の精神症状が出現。肺炎の治療が一段落し、解熱しても同様の症状が継続していたので、X日当院へ入院。救急病棟隔離室を使用し薬物療法開始。X+13日、症状が落ち着いてきたところで急性期病棟への転室、研究についての説明し同意を得て、プログラムを開始。

初期アセスメント

- ・ X+14日～15日で実施。
- ・ **【家族についてのサマリー】**：両親（不動産業、美容師、いとこ結婚）、祖父母（寝たきりの祖父を祖母が介護）、大学生の兄は離れて暮らしている。高校2年生まで、本人の吹奏楽（サクソ）一生懸命行ってきたことを応援。将来は進学したいと思っている本人の希望を叶えてやりたいと思っている。今回の発病に関しては、修学旅行に行かせてしまった親としての後悔が強く、毎日面会に来院し特に父親が過干渉的に関わっている。
- ・ **【社会面のサマリー】**部活（吹奏楽部副部長）を一生懸命行ってきた。2ヵ月後に開催されるアンサンブルコンテストに出場したい強い希望がある一方、勉強がついているかなど復学への不安も大きい。
- ・ **【心理面のサマリー】**自分自身に対する自信のなさ、病気になってしまった不安と精神科病院に入院してしまったことに対する不安と困惑が強い。

治療・援助の目標と方針（ケアプラン）

（１）入院に際しての混乱や不安の軽減を図る

できるだけ個室対応し無理に集団への促しはしない（Ns）

（２）作業療法では本人が取り組める作業を導入し、自信の回復を促す（OT）

（３）心理教育は本人の混乱が落ち着いてきたところで導入する（Dr, キーワーカー・OT）

（４）家族は修学旅行に出してしまった後悔の念が強いこと、娘が精神病になったことを信じられない思いが強いことから、面接を適宜実施していく。

（Dr, キーワーカー・OT）

治療・援助の経過

（１）早期作業療法

X+13日、両親、本人同席にて、早期介入研究の説明を行い、同意を得る。その後、面接と早期アセスメントを2日間で行い、X+28日まで（6回）面談、ビーズのプレスレット作り、塗り絵などを個室で行った。X+30日からは作業療法室に移動し、ストレッチと簡単な運動、サックスの練習を行った。これは退院するまで12回実施した。最初は、「サックスはじめた頃に戻ったようだ」、「前の自分ではない感じがする」など語っていたが、徐々に動きの良さとサックスでの息の吐き方が強くなって行く様子がみられた。合わせて看護では、毎日15分程度散歩を可能な限り実施した。

（２）早期心理教育（主治医, OT）

X+30日過ぎ、主治医より早期精神病としての説明。幻聴や身体的な違和感、薬を飲んだ感じを言葉にできた。面談を通した休息の重要性やこれからの見通しなどが伝えられた。

（３）資源制度の情報提供

入院時に入院に際して利用できる制度（限度額認定）についてのパンフレットを渡す。

（４）家族支援（主治医, OT）

家族の希望により面談を実施。不安や混乱を受け止める作業を行った。退院前には、過干渉であることの客観化と距離の取り方などが話された。

（５）ケア会議・地域連携・その他

入院カンファレンス、2週カンファレンス、6週カンファレンスを実施。

地域のスタッフの関与や学校との連携は家族が希望しなかった。

結 果

- ・ X+56日で退院となった。
- ・ 外来受診と外来OTでフォロー、1か月ぐらい家で休息をとり、様子をみながら復学の時期を決める
- ・ 外来OTで再発防止ドリルを実施中。X+86日（退院後21日）で復学した。
- ・ 各検査結果
- ・ BPRS 入院時55→退院時11
- ・ GAF 入院時21→退院時61
- ・ SF-36v2 入院20後101→退院時103
- ・ プログラム実施アンケート 本人 有効 家族 有効

全ての評価項目でプログラムの有効性が確認できた。

事例2 再入院を繰り返してきた重症事例ーリハチーム構築と多重な問題解決に向けてー

38歳 男性 統合失調症

入院までの経過: X-7年初発。今回で4回目の入院。発病前は、高校卒業後肉屋・清掃業・運転業などを転々。大半人間関係がうまくいかず退職。発病後も清掃業、長続きせず。人間関係で退職。近年は家にいることが多かった。

母とは32年前から同居しており発病前は反抗することなく過ごしてきたが、発病後は反抗が目立ち暴力的となっていた

X年8月入院日前1Wより独語・異常言動・母親への暴力が目立つ。入院日父親が病院に連れてくるが本人逃げ出し自宅に戻る。義母が110番通報し、警察・父親に連れられて再度受診。医療保護入院。入院時は支離滅裂状態。毎回断薬状態。今回も断薬状態で入院。X+65日本人に説明、父親に研究の説明(本人同席)同意を得る。実質、入院後2M3W後～本人家族・地域スタッフを交えた多職種リハチームとしてのアプローチ開始した。

初期アセスメント:

病識の無さ・状況判断の未熟さ・思考障害・記憶力低下・言葉の表現力低下などにより対人交流や気持ちのコントロールなど判断力や言動に関する生活能力障害が主。更に過去リハビリテーションが実施されておらず入院を繰り返している。今回4回目。断薬傾向も強い。家庭的にも義母との3人暮らしで親子関係は父親とは良好だが義母との関係は不安定。しかし、本人も就労意欲が高くリハビリに意欲的。就労については退職しないように援助してほしいと希望している。父親も今回はじっくり治療をし再発再入院の防止を希望している。本人家族とも自宅復帰を希望している。

治療・援助の目標と方針

- ・ **長期目標**: ①自宅に退院したい ②仕事にも就きたい
- ・ **具体的援助**: 主治医: 症状は重症と判断。薬物治療重視。本人家族に対して病状・治療の説明と服薬の必要性を促す。Ns: 入院生活の安定に向ける。行動面の観察・指導を外泊等も含め行っていく。服薬管理指導。

SW: 制度面や医療費等の情報提供。家族の相談窓口。

CP: 心理検査実施。病気理解のための教育(本人・家族)。カウンセリング実施。

OT: やりたいことの実現により心理的な安定に向ける。個別・小集団・大集団など場の変化により対人交流の機会を提供。就労に向けて集中の持続・正確な作業の習得。退院後の生活支援には外来OT検討。

キーマン: リハチームメンバーの調整と相談窓口・定期的カンファの開催と進行・本人家族への議事録・ケアプランの説明・本人家族の相談相手。再発再入院の防止及び就労支援の調整。

治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

入院1M3W後OT開始。質問票にて本人の希望や思いを得る。開始当初より屋外活動や調理に意欲的。自分の言動や気持ちのコントロールの未熟さ・記憶力の低下を言語化。当初は個別で発散的な活動(散歩・運動)から開始。注意力低下・言葉の表現力低下・病識の甘さが目立つ。徐々に調理や創作活動・小集団活動を導入し、本人と自身の強み弱みを見つけていく。結果、強み; 身体を動かすこと・料理・作業注意集中の持続力は1時間程度ならOK。弱み; 長時間の机上作業の注意集中持続力低下・他者との会話や交流がないこと。本人と強み弱みを共有し両面に取り組んでいく。週間スケジュールを作成し、自主的に行動。定期的に振り返りを行う。就労に向けて段階的に行っていくことを勧め、入院中にデイケア就労前活動などへの見学体験を予定。

(2) 早期心理教育

入院2ヶ月時～開始。WAIS・MMPI・ウイソコソシ検査を段階的に実施。IQ；言語性77動作性85トータル78ボーダーライン。

MMPI；言語理解が不完全。衝動的・思考の偏り・病的気質・抑うつなどの指摘あり。ウイソコソシ；言語記憶・複数課題に対応不可。検査中断となっている。会議の席で、本人への指示の仕方(単一課題・視覚的提示など)を提案した。本人は服薬管理SST・病気理解学習会へ参加している。家族へも病気理解に向けて学習会参加を促し、家族会に義母が参加している。本人に対してカウンセリング実施予定。

(3) 資源制度の情報提供

入院3ヶ月時、SWが父親とインテーク。父親の思いや家族環境、これまでの経過などを聴いている。同時に、制度面・医療費の説明も実施。就労については、就労前訓練としてデイクア・作業所の情報提供も行っている。自立支援の手続きも終了。

(4) 家族支援

入院1M3W後にOT開始。家族はリハビリをこれまで受けてこなかったことを訴えて、じっくりリハビリを行ってもらい再発しないようにしてほしいと希望。また、本人一人で職を探してきているので本人にあった仕事を一緒に考えてほしいとも希望。父親が義母と本人の間に入って負担が大きい印象。主治医・SW・CP・ケアワーカーで家族の心配や不安の除去や希望に沿うように援助を進めてきた。義母も会議に参加している。口論の場面もあったが、家族全員が一生懸命生きてきていることが明らかになり、家族全員が幸せな暮らしを取り戻すよう、リハビリチーム全員で力を合わせることを確認。今後も家族支援継続。特にSWが家族の相談窓口となることを確認。

(5) ケア会議・地域連携・その他

本人家族を交えての会議は2回目から実施。同時に地域スタッフとして行政ケアワーカーも毎回出席している。退院後の在宅生活支援と同時に就労支援としてハローワークとの連携に寄与するとの発言があり、入院中からチームとしても安心している。合同カンファレンスは毎月1回実施、その後議事録・ケアプランの説明を本人家族に行っている。ケアワーカーは2～3回/Wは本人と面談し、状況確認やリハビリの取り組み確認をしている。また、それぞれの専門職の動き確認を行い、助言調整を行なった。

結 果

- ・ 精神症状の鎮静等に時間を要し、入院後5ヶ月も入院中。薬物調整継続。外泊訓練・就労支援の調整中。合同カンファレンスの中で家族間の口論があり、その際チーム全体で家族の苦しみなど共有し、チーム全員で誰も悪くない・家族それぞれ一生懸命生きてきていることを認め尊重したことで家族関係が改善し外泊時も円満に過ごせている。母親も会議や家族会・面会に来院するようになった。今後、退院カンファレンスを予定、病状は次第に落ち着きつつあるが、対人交流はほとんど見られない。退院後の就労前訓練の検討、調整する予定。家庭生活支援も重要と考え、地域ケアワーカー及び当院ケアワーカーの積極的な連携協力を依頼する予定。
- ・ 退院後も就労を含めた地域生活が安定するまで定期的にかンファレンス開催する予定。参加者は状況に応じて追加するが、院内スタッフも引き続き参加していく。

考 察

1. 入院早期からのチーム介入の有効性

- ・ 早期から多職種チームを構成し、早期作業療法、心理教育、家族支援、情報提供などのプログラムを提供することは、症状改善、健康度改善、プログラム提供満足度などから有効であった。

- ・ 若年，初発の事例では，医療による再発防止プログラムの意義が大きい．固有の地域支援ネットワークを状況に応じて構築していく必要がある．
 - ・ 症状安定にて早期退院めざし，その後の外来での支援の重要性が示唆された．
 - ・ 入院中には，退院後の地域支援イメージを共有することが重要である．
2. 再発を繰り返している事例への支援ネットワーク構築の重要性
- ・ 再発を繰り返してきた事例は，服薬の重要性，家族間調整・支援，地域生活支援の必要性が検討・調整されておらず，地域での支援者も不在の場合が多かった．
 - ・ 支援ネットワークを入院中から構築することの重要性と本人・家族を含めたケアプラン作成の必要性がある．
 - ・ 本人・家族が入ったケア会議はエンパワメント体験としても重要であった．
3. キーワーカーの重要性
- ・ どの事例も本人・家族の身近な存在であり，全体調整役としてのキーワーカーが重要であった．
 - ・ キーワーカーが他の職種としての役割を兼務するとその業務が多忙．キーワーカー単独で機能する組織立てが必要である
4. 早期作業療法の有効性
- ・ 17例全例で早期作業療法を実施していた．
 - ・ 入院初期の心理的な安定につなげる目的で本人が取り組める単純な作業・活動（簡単運動など）を提供して作業療法を実施した．
 - ・ また，各時期の本人の能力が評価するためにも作業療法場面が有効に活用されていた．
 - ・ 作業療法士が多職種チームに加わる意味は，対象者の症状だけの変化ではなく，健康的な側面の評価という視点が加わり，多面的な評価と可能性を提供できる（ICFの視点の重要性）
 - ・ 早期の作業療法は活動量と刺激量のコントロールが重要であり，他職種との連携が必須となる．実施にあたっては短時間でも，できるだけ多頻度に行える工夫が必要である．
 - ・ 早期作業療法は，実施した作業活動を通して回復状態を実感できる良さがあり，対象者と確認する作業が重要となる．

まとめ

1. 精神科病院入院患者の退院促進に向けた，早期アセスメント表，早期退院促進プログラム（早期作業療法，早期心理教育プログラム，退院後の生活イメージに合わせた情報提供，家族支援）再発防止プログラムを開発した．
2. 1. で開発したプログラムを5施設において試行を行った．試行にあたっては，早期退院促進プログラムの実施と病院内多職種チームによる定期的なケア会議を実施し，ケア会議には入院中から地域の関係スタッフの参加を得た．また，コーディネーターとしてのキーワーカーを設定することを明確にした．
3. 協力病院による試行により17例が報告された．17例中16例で作業療法士がキーワーカーであった．全例で早期退院促進プログラム及びケア会議が実施され有効性が報告された．
4. 若年の初発患者の退院後の支援のあり方と再発を繰り返している患者の退院後の支援のあり方では違いがあった．
5. 若年発症した対象者は，地域の支援スタッフを必ずしも必要しない場合が多い．退院後の生活に合わせて，随時増やしていくことが重要であることがわかった．

6. 再発を繰り返してきた事例は、対象者ばかりでなく家族全体の支援を必要としている事例が多く、地域での支援スタッフが不在であったことが明確になった。再発を防止していく上で、地域生活を支えていく支援ネットワークの構築が重要であることがわかった。

最後に本研究において協力いただきました事例の方々、協力病院の多くの関係者の皆様に厚くお礼申し上げます。

資料 1

アセスメント・プログラムマニュアル

平成19年度障害者保健福祉推進事業

精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び
地域生活移行のシステム構築に向けた研究

アセスメント・プログラム マニュアル

2007年8月31日
社団法人 日本作業療法士協会

目 次

1. 「より良い回復のための包括的アセスメント」	21
2. 早期作業療法	
1) 作業療法の目的	22
2) 基本的なプログラム	22
(1) 病棟内フリー活動	
(2) 簡単な身体運動プログラム	
(3) パラレルな場を利用した個別作業療法	
3) 作業療法場面での心理教育的配慮	24
3. 早期心理教育	
1) 早期心理教育の目的	25
2) 早期心理教育プログラムの実際	25
4. 生活イメージに合わせた資源制度の情報提供	26
5. 家族支援（早期家族教室）	
1) 家族支援のポイント	26
(1) 疲弊混乱への対応	
(2) 疾病教育	
2) 家族教室の進め方	27
3) ケア会議は家族も入って実施する	27
4) 急性期における家族支援の留意点	28

注意：ここでは研究担当者が考える標準的な早期退院促進プログラムを掲載しました。臨床場面ではこれらのプログラムを参考に、施設の特徴や対象患者の実情に応じて柔軟なプログラム運営をしていただき、実際に行ったことを事例報告書にまとめてください。

1. 「より良い回復のための包括的アセスメント」

1) アセスメントの目的

このアセスメントでは、個人個人に合わせたテイラーメイド型の支援を提供するために必要な情報を、家族／家庭的側面、社会的側面、心理的側面から、個別性に注目しながら包括的に評価することを目的としています。

2) アセスメントの使い方

- ・このアセスメントは、対象者との面接や家族との面接を主な情報源としますが、治療によって得られた情報や診療録で得られた情報などを必要に応じて用いることもできます。
- ・アセスメントで得られた結果は、援助に必要な情報として主に用いますが、必要に応じて対象者との共有化を図ることも大切です。
- ・客観的に得られる情報に加えて、対象者や家族の視点からの評価を重要視します。

3) 実施方法

- ・アセスメントは、構造的に行われるものではなく（評価項目を羅列的に逐一質問していくのではなく）、半構造的に会話の流れに合わせてながら行います。
- ・最初からすべての項目について完全なアセスメントを行おうとするものではなく、かかわりの中で徐々に情報を補っていくことが大切です。
- ・アセスメントは、支持的で受容的な雰囲気で行われるように工夫してください。
- ・アセスメントに必要な面接は、1回おおよそ30～45分程度のセッションを、3回程度行うことを想定していますが、必要に応じて時間や回数を増減することもできます。
- ・アセスメントは、対象者の負担にならないように、必要であれば時間を短くして切り上げたり、本人が望まない話題には深入りしないように注意してください。
- ・このアセスメントを通して、対象者が自分の考え方や捉え方を、治療者側に理解してもらっている（全肯定とは区別）という感覚を持ってもらうことが大切です。ここで形成される関係性はその後の援助を行う基盤にもなります。
- ・ここで得られた情報は、心理教育、作業療法、生活支援、再発予防などの取り組みに用いられます。

2. 早期作業療法

1) 作業療法の目的

早期作業療法では、以下の目的を中心に、患者の何もしていないことによる不安感を解消し、病的状態からの早期離脱をはかるとともに、患者が自己の状態を理解し治療に参加することを助けます。

1. 安心・安全感の保障
2. 現実感と身体感覚の回復
3. 休息援助
4. 欲求充足と発散
5. 自己状態の把握と回復ペースの理解
6. 回復状態の評価とチームへの情報提供

2) 基本的なプログラム

以下の視点を基本に療養生活のなかに「自らが何かを行う」という実感のもてる体験・時間の使い方を取り入れ、過度の沈静や不安定状態の遷延化による二次的障害を防ぎます。

- ① リズムのある粗大な身体運動 → 内外の刺激の単純化・明確化。
- ② 作業活動に伴う、見る・聞く・触れる・動くなどの体験 → 身体感覚の賦活。
- ③ 作業（集中）-休む（弛緩）-作業（集中）の体験のメリハリ → 自己感，休息感，回復感
- ④ 漠然とした不安焦燥感，堂々巡りの思考 → 作業活動に向かうエネルギーとして適応的に発散。
- ⑤ 夜はベッドで休み，昼間は起きて活動するという基本的な生活リズムを取り戻す。

作業のもつ身体性を活かし、身体感覚とその回復感（よくなっている感じ）に意識を向けてもらう。自然な回復を妨げないよう、個人のペースにあわせて緩やかな行動拡大を図ります。以下に基本的なプログラムを例示します。

(1) 病棟内フリー活動

例-1：オープンスペースを利用したフリー活動

病棟内に自由に見学や参加のできるフリー活動の時間を設け、安全な活動再開の機会とします。

[活動の例]

新聞・雑誌・音楽 CD・環境 DVD などの鑑賞

ピアノ，エレクトーン，アコースティックギターなどの楽器

健康機器（エアロバイク，マッサージチェア，ぶら下がり健康器など）の使用

ピンポン，風船つきなど

例-2：出入り自由なオープングループ活動

病棟のホールやプレイルームなどで、曜日と時間を決めた自由参加の活動を行います。作業療法室で行う個別作業療法の開始時期を判断します。

[活動の例]

簡単な構成的手工芸：和紙のちぎり絵，モザイク制作，ジグソーパズルなど
自由な活動見学

(2) 簡単な身体運動プログラム

①身体感覚と現実感の回復，②心身のリラクゼーション，③衝動性の適応的発散，④安全な他者交流（時間と場・活動の共有）などを目標に行います。

例-3：個別または小集団を利用した身体運動

病棟のプレイルームや作業療法室などで行います。対人交流は急がず，活動による身体感覚に注意を向けさせます。

[活動の例]

ストレッチ体操，呼吸法（腹式呼吸によるリラクゼーション）の練習
手足のツボ押し，健康器具の使用など

例-4：1対1または数名で行う室内運動

手順が単純で対人状況がわかりやすいため，心理的な安全感が保障されます。ボール往復がリズムカルな運動になると刺激が単純化され心地よい身体感覚が促されます。1対1で行うボール運動から，2対2で行う風船バレーや卓球のダブルスへと，徐々に活動の幅を広げていきます。

[活動の例]

風船つき，キャッチボール，ビーチボールバレー，卓球
数名で行う風船バレー，卓球のダブルスなど

(3) パラレルな場を利用した個別作業療法

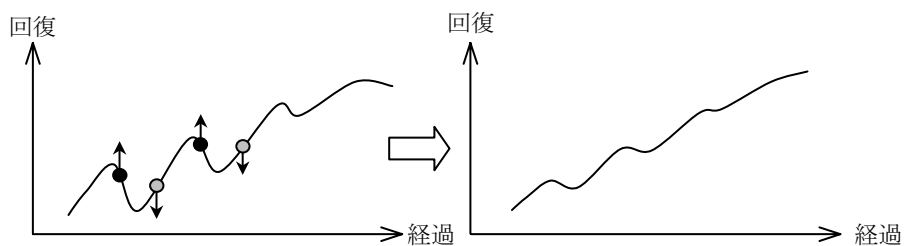
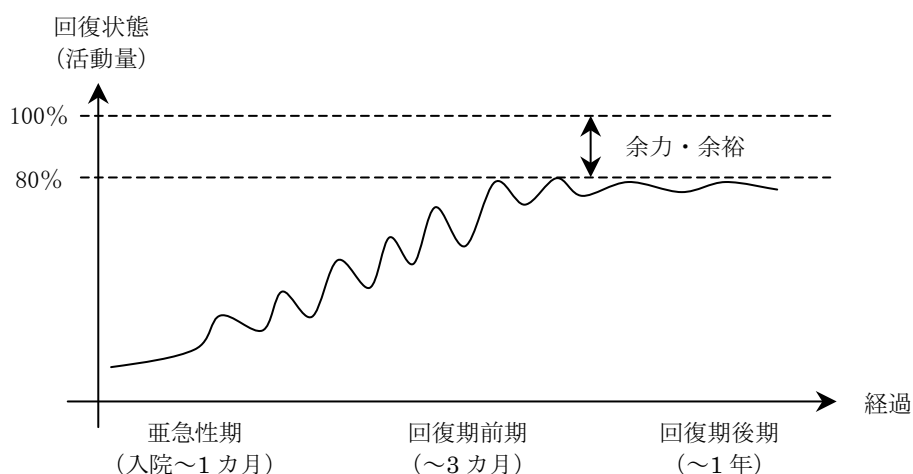
開かれた環境のなかで，次のプロセスを支援します。

- ① 他者と場を共有し安心して過ごせる時間を経験します
- ② 不安定な自己体験を，作業遂行を通して“なるほど”“ああそうか”“これでよし”といった明確な体験に変えていきます
- ③ 作業遂行と合間の息継ぎ・休息行動によって，体験と時間の使い方にメリハリを与えます
- ④ 回復過程に沿って緩やかな行動拡大を図っていきます

作業活動は上記の身体運動プログラム，手順が明らかで比較的短時間（短期間）で仕上がる構成的手工芸などを利用します。

3) 作業療法場面での心理教育的配慮

作業療法を病室から出かける場所として利用し、「身体慣らし」や「人慣らし」の視点を持ち、本人が回復のイメージをつかめるよう配慮します。作業への取り組み自体が集中困難、思考不全感、対人緊張、易疲労感などの自覚につながるため、あらかじめ回復のプロセスを説明しておくことが大切です。体調や気分の変動に一喜一憂せず、「時間をかけて回復していく」という視覚的な回復イメージをもってもらいます。上手に休息がとれるほど回復も順調に進みやすいことを説明し、活動と休息のバランスを大切にしてもらいます。以下に回復イメージの説明図を示しました。



大きな波（調子の変動）を小さな波に変えていく工夫
楽しいこともそれなりに疲れを伴うので注意

● 上向きのベクトル

1. 早めの休息
2. 無理に続けない
3. エネルギーを補給

○ 下向きのベクトル

1. 疲労に注意
2. ペースダウンを図る
3. 活動を広げすぎない

図2 回復イメージの説明図（2）

3. 早期心理教育

1) 早期心理教育の目的

急性期は激しい精神症状による混乱状態にあるので、安心安全を保障しながら、休息を提供し、症状を軽減していくことが大切です。薬物療法による十分な休息や、静かな環境での生活により、急性症状が落ち着いてくると、少しずつ自分の体験を言葉にできるようになります。

病名の告知やその説明に関わる部分については、主治医の指針にゆだね、早期の心理教育では、統合失調症に限定した説明ではなく、「精神病エピソードの経験者」または「精神的に調子を崩したことのある人」など一般に当てはまる内容で説明します。

- ① ストレスと不安や混乱など心理的な反応との関連について、
- ② 睡眠や休息の重要性について
- ③ 治療やリハビリテーション、休息により回復していくこと、
- ④ 入院生活の流れ

等を伝えることが重要となります。

入院に至るまでに経験した、本人の主観的な体験を語る場としても重要な意味があります。自分が体験した脅威や不安、違和感をともなう体験などを話し、これが他者に受け入れられ、周囲から大切に扱われる体験は安心感につながり、その後の治療の基盤を作っていくこととなります。自分の体験を語り、他者の体験を聴き、相互に体験を共有します。

また、一般的なストレスや、こころの健康に関する情報を提供することも、自分の経験を振り返る機会に役立ちます。たとえ病名などが明らかでなくても、自分のストレス耐性などを考える機会とし、その後の支援に活かしていきます。

2) 早期心理教育プログラムの実際

(1) 開始の時期

急性症状がほぼ消失し、病室でゆっくり過ごせるようになってきたころ。

(2) プログラムの進め方

- ・ 実施者：基本的にキーワーカーが行うとアセスメントからのつながりがもちやすく、状況も把握しやすいが、各施設の状況に合わせて、対象者のために組まれた多職種チームの中で役割分担して行います。
- ・ 実施時間：45分程度を基本とするが、対象者の疲労度などを考慮して実施します。
- ・ 開催頻度・回数：週1～2回程度、テーマにそって3回から4回程度実施します。

(3) プログラムの実際

「ストレスとこころの健康」、「休息のとり方」、「自分にとってのストレス」など、対象者の特徴に

合わせてテーマを決めて行います。1テーマを状況に応じて1回～2回に分けて実施します。

4. 生活イメージに合わせた資源制度の情報提供

初回入院者の場合、利用できる制度や資源を知らないことが多い。また、入院費がどれほどかかるのか、いつ支払えばよいのかなども心配の材料となります。これらに関する情報を知り、安心して入院生活を送れることが情報提供の第一の目的となります。その後、対象者の回復状態に合わせて、必要となりそうな制度や資源の情報提供をしていきます。そして、退院後の具体的な生活イメージが整ってきたら、資源制度利用の手続き方法などについて、具体的な情報提供を行います。

このプログラムは、主に精神保健福祉士（PSW）が担当します。

具体的な流れは、

- ①入院に際して、安心して入院生活を送れるために、利用できる制度資源の情報提供を行います。
- ②地域のスタッフとの連携を考慮し、相談できたり、利用できる人材の紹介をします。
- ③退院後の生活イメージに合わせて、精神障害者が利用できる資源・制度を紹介します。
- ④その他に、一般の方が利用しているサービスや情報についても紹介します。

5. 家族支援（早期家族教室）

家族支援は疾病教育ばかりでなく、それまでの生活で受けた家族の傷を癒す作業が最も重要になります。家族が精神科の病気や治療を受け入れていく過程には一定の時間を要します。家族が病気や障害を受け入れていく過程と、本人がそれらを受け入れていく過程とは密接な関連があり、家族支援は本人へのアプローチと同様に重要なリハビリテーション活動といえます。

1) 家族支援のポイント

早期の家族支援では、家族の疲弊や混乱への対応と、対象者の疾病を理解し、回復の希望をもてることが大切です。これらは初発の家族にとっては特に重要となります。

(1) 疲弊混乱への対応

入院初期には、急性症状に影響された本人の行動への対応で、家族が疲労困憊していることが多くみられます。本人には隔離室や個室でゆっくり休んでもらうために、家族との面会が制限されることもあります。治療的な配慮から面会ができない理由を説明し、家族のこれまでの苦労をねぎらうとともに、次の段階では家族の協力が重要となることを告げ、今は家族もゆっくりと休息をとってもらおうよう伝えます。家族の混乱が収まらない場合は、一時的な介入が必要となる場合もあるので、多職種の連携が重

要となります。臨床心理士が家族カウンセリングを行ったり、地域の保健師に依頼し、訪問を通して家族を支援する場合もあります。

(2) 疾病教育

入院初期には病気に関する知識がないことが多いので、精神科の病気について、治療やリハビリテーションについて、正しい知識を提供することが重要となります。また、精神障害にたいする偏見や誤解は本人や家族にもあり、この誤解を解いていく作業も重要になります。そのためには、①統合失調症も胃潰瘍や糖尿病と同じ病気であること、②病気の原因や誘因と考えられていること、③治療について、④経過についてなどを、家族の理解できるわかりやすい言葉で伝える必要があります。多くの場合、この作業は主治医が行いますが、他のチームスタッフが行う場合もあります。初期の丁寧な説明・対応がその後の治療への協力とつながります。

(3) 希望を見出す

多くの家族は、精神科の病気に罹ってしまったこと、精神科に入院してしまったこと、いつ治るのかははっきりとしないことなどに戸惑い、今後への希望が持てない状況にあります。病気であることを伝え、病気はやがて回復していくことを伝えることが重要です。多職種が連携しながら、絶望的な状況にある家族の思いを表出する場を提供し、家族が希望を見出す作業を支援します。

2) 家族教室の進め方

家族支援を集団で実施する方法として家族教室があります。家族教室を行う場合は、複数の職種でチームを組み運営します。症状に影響されている本人への対応で疲弊混乱していた家族が、本人の入院により少し余裕を取り戻してきたころに導入すると効果的です。病気の正しい理解、回復していく過程、薬物療法、リハビリテーション、他のサービスについて説明し、家族だけで抱え込まなくて良いことを伝えることが要です。入院が同じ時期の家族に参加していただき、自分の家族だけではなかったと思える体験が次の希望へとつながります。

*家族教室は入院の早い時期と、退院前の2回の実施が現実的と思われませんが、本研究事業では個別の対応を基本としていますので、集団で行う家族教室は必ずしも実施しなくて構いません。
*施設によっては、個別の家族支援を次のケア会議に合わせて行うとよいと思います。

3) ケア会議は家族も入って実施する

ケースカンファレンスやケア会議ではチームスタッフが一同に会し、目標設定や役割分担を行います。そこに本人と家族にも参加してもらい、そこで今までの本人への関わりを確認したり、家族の気持ちを

聞いたりすることは重要な支援となります。このような体験は、「これだけの方々に応援してもらえる」と知って安心した」という、家族や本人の安心体験となります。本人と家族の思いが食い違っていたり、感情的にうまくいっていない家族にとっては、家族と本人が同席しながら、チームの中でその事実を確認し、こじれた感情を修復していく作業にもつながり、家族療法的な役割を果たす場合もあります。

4) 急性期における家族支援の留意点

家族自身が混乱している状況が長く続く場合もあります。1回の家族支援で伝えられることは限られているので、次の回につなげていくことが重要です。また、疾病教育として病気の知識を正しく伝えることも大切ですが、家族自身の「大変さ」を表出する場を提供する視点も重要です。そして何よりも重要なことは、精神科の病気になってしまった絶望感を受け止め、必ず回復していくことを伝え、希望がもてる状況を提供していく視点が重要です。

<文献>

香山明美，小林正義，鶴見隆彦（編著）：生活を支援する精神障害作業療法-急性期から地域支援まで。医歯薬出版，東京，2007.

6. 「よい調子を維持するためのドリル」

1) 「よりよい調子を維持するためのドリル」の目的

このドリルは、対象者が精神病エピソードを再び起こさないように、あるいはよい調子を維持するために、治療者が共同で作業することを目的としています。

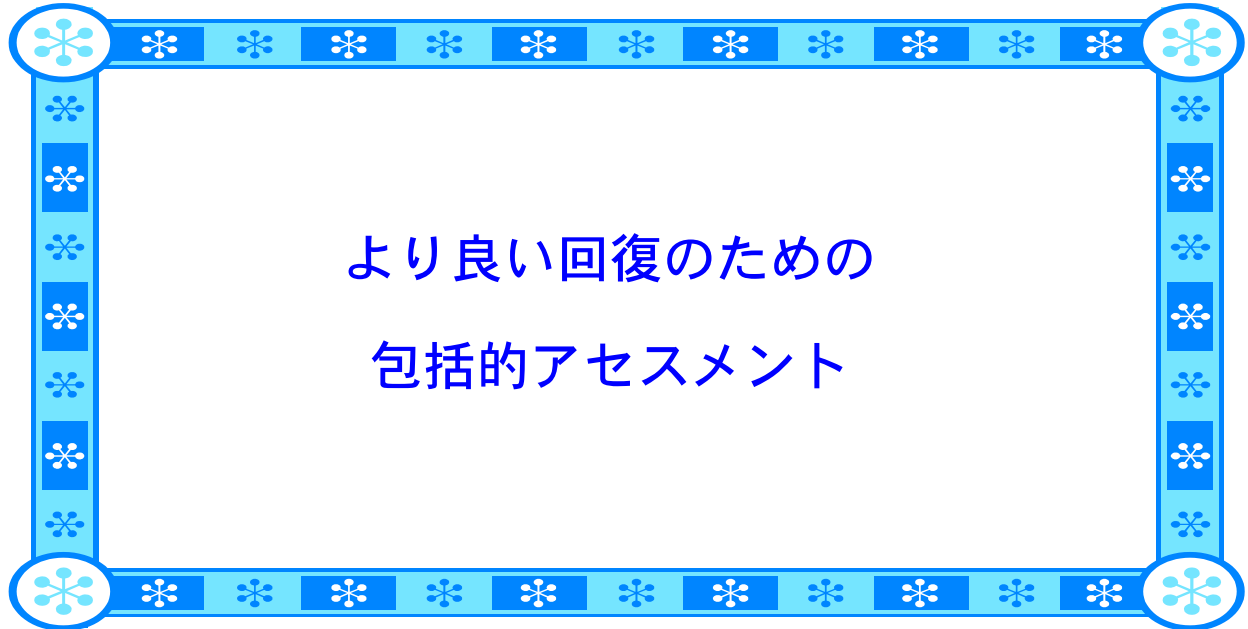
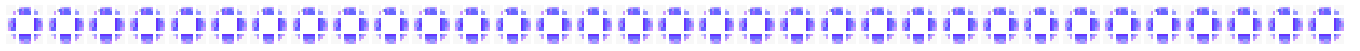
対象者独自の、個別的な再発サインをみつけ、実際に役に立つ対処法を見いだしていくことが大切です。

2) 「よりよい調子を維持するためのドリル」の実施方法

- ・再発ドリルを行うためには、精神病エピソードにかかわる対象者本人の見方を理解しておく必要があります、その見方に合わせた説明の工夫が必要になることがあります。
- ・ドリルに必要な面接は、1回おおよそ30～45分程度のセッションを、3回程度行うことを想定していますが、必要に応じて時間や回数を増減することもできます。
- ・ドリルを思考するための全体的な流れは、下記の通りです。
 1. 「“再発予防”、もしくは“良い調子を維持する”取り組みを行う意義を理解してもらう」
 2. 「個別的な再発サインを見つける」～下記の方法を必要に応じて、組み合わせて用いる
 - ①一般的サインの利用、②時間表を用いた作業、③ドリルカードを用いた方法
 3. 「個別的な再発サインを自分のものにする」
 4. 「再発サインを見つけたときの対処について考える」
 5. 「対処法を自分のものにする」

資料 2

より良い回復のための包括的アセスメント



お名前

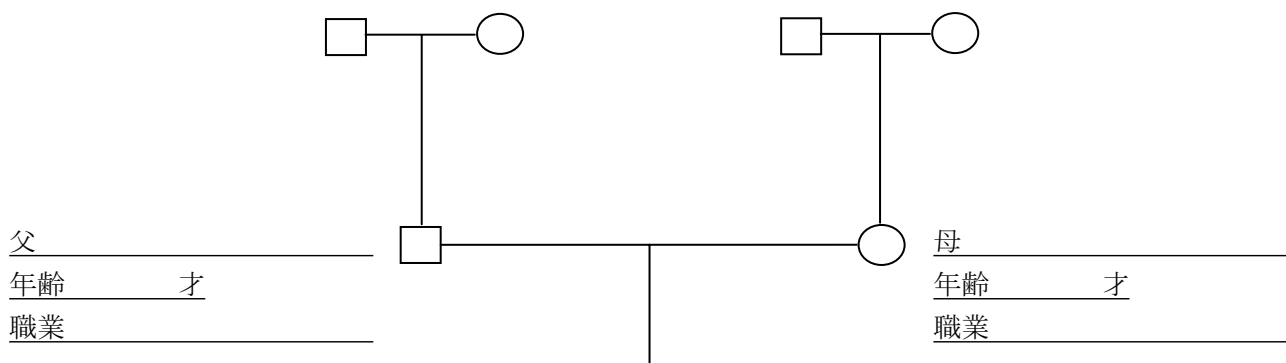
担当者



―― 家族についてのアセスメント ―――

◆家族についての全般的状況

家族構成



家族関係の特徴（役割・キーパーソン）

家族との接触頻度と内容、その変化

患者さんの家族内での位置づけ

家族との関係性（依存性、敵意、批判、過度の巻き込まれ、暖かみ、愛情、経済的負担、喪失感、罪悪感等）

家族関係における問題点やその他の情報

◆ 患者さんから見た家族の状況（可能であれば家族をコメントの前後で特定；例……（父））

□ 家族は自分のことをどのようにみていると考えているか？

□ 家族は精神疾患についてどのように考えていると思うか？

□ 家族は自分にどのように対処してきたか？

□ 家族はこの状況をどのように受け止めていると考えているか？

□ 家族は自分に何を期待していると考えているか？

□ その他

◆ 家族の知識と理解（可能であれば家族をコメントの前後で特定；例.....（母））

患者さんや患者さんの問題をどのようにみているか？

精神疾患についてどのように考えているか？（過去の経験、知識、受け止め方）

患者さんにどのように対処してきたか？

患者さんに何を期待しているか？

家族は医療・福祉サービスに何を期待しているか？

家族教室や家族会の利用と必要性

その他（家族の理解に影響を与える情報がもしあれば）

家族についてのサマリー

病状を悪化させる要素

現在の問題を持続させる要素

将来の回復を促す要素

☆ ストレンス :

☆ ニーズ :

☆ 患者さんの希望 :

家族介入の必要性

その他（更なるアセスメントの必要性など）

―― 社会面でのアセスメント ――

◆仕事／学業／訓練

経歴 学歴や職歴 能力的に最も高かった水準と時期

仕事・学業のスキル（長所／弱点／評価の必要性を確認：不安定時は評価の延期）

時間遵守：

集中力：

職場・学校での人間関係（上司・同僚・教師・同級生）：

技能訓練の必要性：

その他：

適切な資源や機会をどのくらい利用できるか

退院後および将来、何をしたいのか？

退院後の仕事／教育／訓練の機会は？

上記の領域についてアセスメントやガイダンスが更に必要か？

◆治療契約／治療関係

治療に対する態度（積極的、納得、渋々、消極的、受動的、拒否的）

治療者やスタッフに対する態度

患者さんは重要なことがらを話すことができるか？

退院後の治療についての考え方

◆社会機能&社会資源アセスメント

A 社会機能：長所・問題・アセスメントの必要性を検討

セルフケア（身だしなみ、外見、清潔さ、におい、体重、歯、健康、安全）

家事（料理、掃除、洗濯、電話）

自己への責任（自己の健康、所有物、お金に注意を払う）

公共技能（施設の利用&居住地域の知識、例えば、役所、銀行、交通機関の利用）

社会技能（会話の明確さ、関心を示す能力、友好性、愛嬌、とげとげしさ、ひきこもり、友人関係の維持、内気）

家族関係（過度な依存、家族から/への敵意、パートナー/子供への愛情、子供の面倒をみる能力）

異性関係（パートナーを望む、パートナーを見つける必要性、現在の関係を改善させるための手助け）

問題行動

その他

B 社会資源：長所・問題・アセスメントの必要性を検討

活動性

社会的接触（社会ネットワークは？これを広げるために援助が必要か？誰が重要か？）

－ 家族や友人等の社会ネットワーク

－ 危機的な場合に対応できる者

－ 人に会うための機会

－ 情緒面での支援や生活上の支援の必要性はあるか？

住居（適切な住居があるか、何らかの監督が必要か、設備・備品は十分か）

経済（収入や援助の状況と見込み・公的補助の手続き）

・ 自立支援（ ） ・ 障害者手帳（ ）

・ 障害者年金（ ） ・ 生活保護（ ）

地域サービスの利用・必要性（デイケア、作業所、訪問看護、生活支援センター等）

地域保健師やケアマネージャーの利用・必要性

その他

社会面のサマリー

病状を悪化させる要素

現在の問題を持続させる要素

将来の回復を促す要素

☆ ストレンス :

☆ ニーズ :

☆ 患者さんの希望 :

その他（更なるアセスメントの必要性など）

――― 心理的なアセスメント ―――

A) スティグマと疾病の理解

1) 自己観

自分自身をどのようにみているか（患者さんに今の自分自身について述べてもらう）

社会的な比較（他人と比べて自分をどう思うか？どうして他の人よりも良い／悪いと感じるのか）

どのような役割をもっているのか（家族、仕事や学校、家族以外の人間関係、趣味や関心）

2) 病前の自己観

初回エピソードの前の自分自身について述べてもらう

喪失感／現在の自分との比較

3) 説明モデル・病識（洞察）

自分に起きていることをどのように説明するのか（妄想的な説明かもしれない）

なぜそれが起きている／起こったのか、原因をどう考えているか

4) 薬剤に対する態度

服薬：（積極的・納得・渋々・受動的・消極的・拒否的・不安定等）

服薬理由：

服薬が必要な期間はどのくらいと考えているか？

服薬継続に満足しているか？もしそうでなければ、なぜ？

5) 疾病の理解

精神疾患、精神病、統合失調症、躁うつ病などの用語は、患者さんにどのような意味を持つのか

スティグマ

6) 精神疾患についての見方

精神的な健康に問題がある人をどのようにみているのか

7) 再発予防についての知識

早期警告サインや再発徴候の理解

再発、自分の疾病の制御可能性についての考えは、再発予防にとって適切か？

再発ドリルを終え、実践されているか？

B) 将来

1) 将来への期待（ネガティブ／絶望的、あるいはポジティブな見通しか？現実的な期待か？）

2) 目標（仕事&学業、人間関係（異性関係）、趣味&関心、来週、来月、来年、5年後の目標は何か？）

3) 自尊心

患者さんは、自分自身のことが好きか？

役割や目標との関係

C) ストレンス&問題領域

1) 患者さんのストレス（主観的&客観的）

例えば、うまく用いられている対処戦略、自信、問題解決技能の利用、適切な援助希求行動、コミュニケーション・スキル（患者さんは自分の感情を他者に表すことができる）

2) ストレス因子や不安

エピソードの引き金になったり、悪化を助長する可能性のある因子

あなたは、何か心配事がありますか？（以下の項目を利用）

- | | | |
|---------------|------------------|------------------|
| 1. 経済面 | 2. 仕事／学業／失業 | 3. パートナーや配偶者との関係 |
| 4. 他の家族との関係 | 5. 住居について | 6. 法的な問題 |
| 7. 社会的孤立 | 8. ドラッグやアルコールの使用 | 9. 精神的健康への心配 |
| 10. 身体的健康への心配 | 11. 性的な適応 | 12. 死別 |
| 13. その他 | | |

D) 介入

あなたは、心理学的介入や更なるアセスメントは必要だと思うか？

中心的な問題／ニーズの概要を記せ（例えば、うつ、社会不安、トラウマ、自殺念慮、乱用への対処、心理教育の必要性、再発予防の作業など）

患者さんは、心理士と共同作業をすることに前向きか？

心理面のサマリー

病状を悪化させる要素

現在の問題を持続させる要素

将来の回復を促す要素

☆ ストレンス :

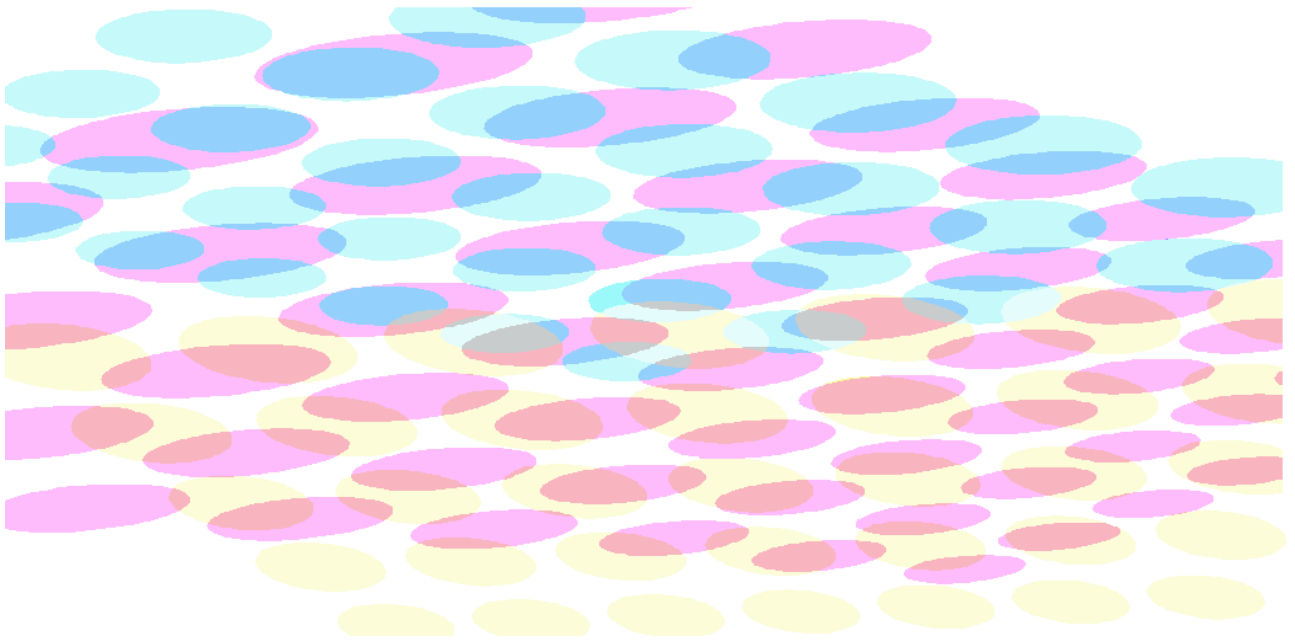
☆ ニーズ :

☆ 患者さんの希望 :

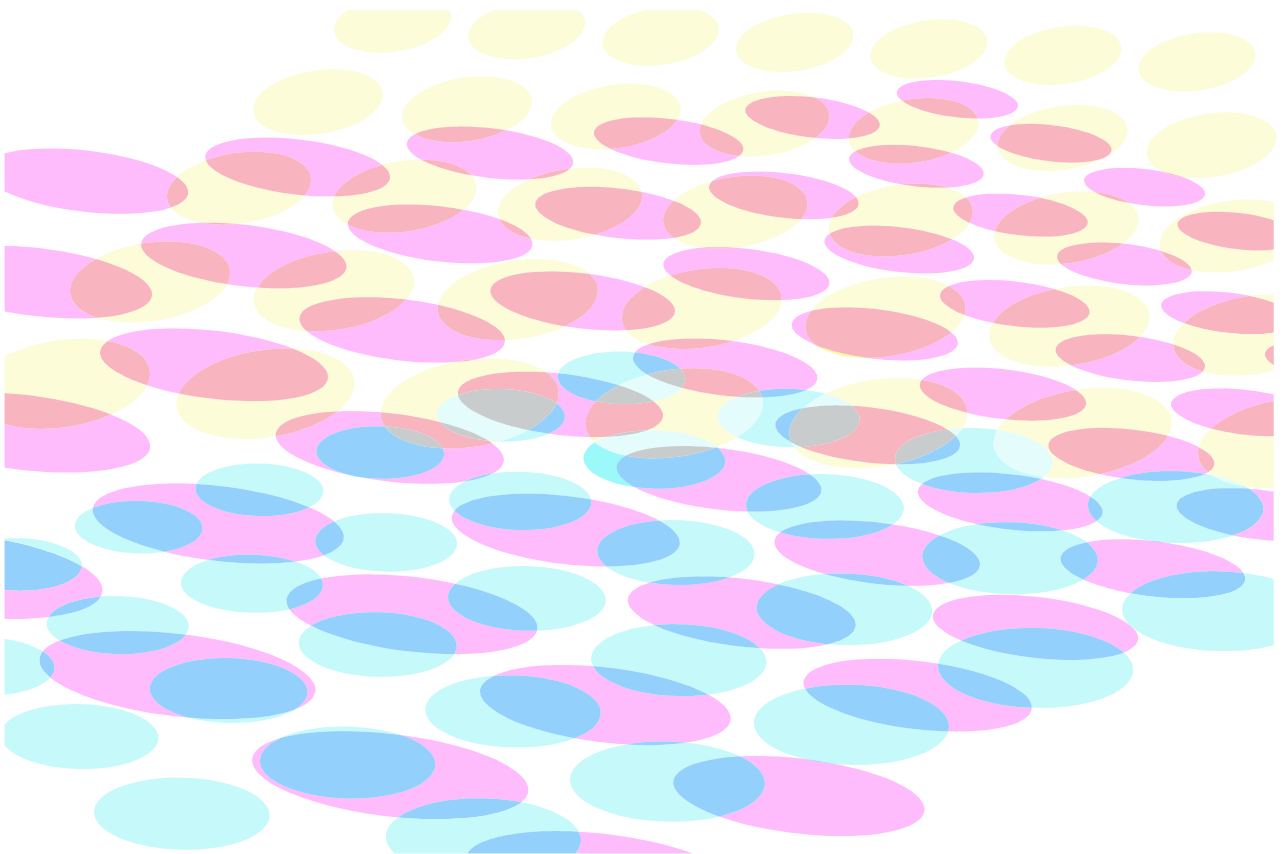
その他（更なるアセスメントの必要性など）

資料 3

よい調子を維持するためのドリル



よい調子を維持するための
ドリル



お名前

はじめに

精神病エピソードを経験した方の多くにとって、再発、つまり精神病症状が再び悪化することは、最も恐怖を感じることのひとつです。

この恐怖に対処するために、「精神病の体験を忘れようとする」ことや、「精神病の体験が起こったことを打ち消そうとする」ことが、唯一の方法だと考える人がいるのは、当然かもしれません。

しかし、別の方法としては、再発を避けたり、再発の可能性を小さくするために役立つスキル（技術）を身につけるといった考え方があります。

あなたは、どのような方法や考え方が、最も役に立つと思いますか？

あなたは、すでに再発を予防するために多くのことを試みているかもしれません。例えば

- 薬を継続的に飲む
- 症状への対処法を身につける
- 自分に自信をつける
- 社会的なネットワークや交流の機会を再び作る



いい状態を保つために、あなたが今行っていることは何かありますか？

この小冊子は、あなたができるだけいい状態を保つ、つまり、再発を予防するためのスキル（技能）が向上するように手助けをすることを目的としています。この病気についてのあなた自身の体験についてよく理解し、これをあなたがうまくコントロールできるようにするのは、つまり、もしまた精神病エピソードがまた起こったらどのように見つけるのか、そしてその場合には何をすべきなのかを学んでいきます。

どうして、「再発予防のためのスキル」なんですか？



なぜなら、こうすることで、

- 再発の可能性を減らし
 - 病気とうまくつき合えるようになり
 - 絶望感を減らし
 - 病気についての理解を深める
- ことができるかもしれないのです。

自分が調子が悪くなるのは、
どうしたらわかるの？



これまでの研究によって明らかになっているのは、多くの人たちは、調子を崩す前に思考、感情、行動の面で明らかな変化に気づくことです。これらは早期警告サインと呼ばれており、完全な精神病の再発の前の数日～数ヶ月前に気づかれると考えられています。

思考／知覚

集中困難
決断がうまくできない
忘れっぽくなる
感覚が敏感になる
考えが次々と出てくる

感情

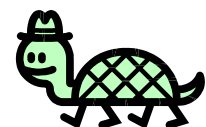
緊張／不安の増大
大人しくなる／引きこも
る
不思議な体験に困惑する
宗教心が強くなる
疑い深くなる

行動

不眠
身なりを構わない
人に会わない
食事をとらない
変な行動

あなたは、これらのうちどれかを経験しましたか？

あなたはこれらのいくつかを経験したかもしれませんし、あまり一般的ではないけれども、あなたに特有のサインをほかに経験したかもしれません。一般的なサインと特有なサイン、そしてその他に起こるサインは、あなたの再発サインと呼ばれます。



再発のサイン

一般的な警告サイン

あなた特有の警告サイン

その他のサイン

例えば：
ストレスでイライラする
長い間じっと座ってられない
思考がどんどん湧いてくる
幽霊が出てくる悪夢を見る
イジメのことで頭が一杯になる
みんなが自分に突っかかってくるように感じる
テレビや音楽からメッセージが聞こえる



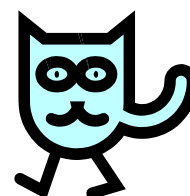
人によっては、調子を崩す前に、引き金となる特別な出来事や状況がある場合もあります。

あなたの病気の引き金となった特別な出来事を何か思い出せますか？

どうして再発のサインを覚えるの？

自分自身の再発のサインに取り組んで、これをよく知ることができれば、もしあなたが今後調子を崩しそうになった時、あなたがこれに気づく手助けになります。

もし私が警告サインを思い出
すことができなかつたら？



心配はいりません。多くの人は、調子を崩す前の時期について思い出すことを難しいと感じます。自分のキーワーカーと何度も話し合うことで、これを思い出すことが少し楽になるかもしれません。

以下のテクニックをいくつか試してみましょう。

最初に行う方法のひとつは、その当時、あなたの周りにいた人たちと話をしてみることです。その人たちと話すことで、あなたが忘れていたことが思い出されることがあります。

時間表の利用



出来事

思考、感情、行動

夏休みが終わり学校が始まる (X年9月)

母の誕生日 (X年9月下旬)

学校を休み始める (X年10月)

大きな台風が来た (X年10月)

市内で大きな事件 (X年10月下旬)

病院へ入院 (X年10月29日)

落ち着きのなさや不安を感じ、集中が困難

長い間座ることができない

悪夢が多く、不眠

集中がとても難しい

部屋にいたことが多くなった

テレビからメッセージが聞こえてきた

近所の人に、被害的になった

幻聴が聞こえてきた

時間表を利用し、重要な出来事を振り返ることで、当時のあなたの思考、感情、行動を思い出す手助けになるでしょう。

思い出す出来事は、以下のようなことの中にあるかもしれない

- a) あなたがしていたこと — 学校、仕事、バイト、休学、休職、失業
- b) 重要な行事 — 誕生日、集まり、旅行、訪問
- c) 時局やニュース関係 — 世界的な出来事、事件、スポーツイベント
- d) 天気 — 季節、悪天候



カード分類法の利用

別の方法として、あなたはカード分類法を試すこともできます。

- 1) 机にカードを置いて、それらを一通り読むための時間をとります。
- 2) カードに書いてある変化のどれかを体験したかどうか思い出してみてください。
- 3) 調子を崩す前にあなたが何を考え、何を感じ、何を行ったのが最もよく書かれているカードを8、9個選んでください。その頃に起こった生活上の他の出来事について考えることが役立つ場合もあります。これは、その頃身近にいた人と一緒に行うこともできます。
- 4) カードを最初から最後まで順番に並べてみてください。

例

カード1 — 落ち着かないと感じた（最初に気づいた変化）

カード2
～ — （最初と最後の変化の間に起こった変化）

カード8

カード9 — テレビからメッセージを聞いた（入院前の最後の変化）



カードはごく一般的なものだということを覚えておいてください。どうしたらこれをあなたに特有なものにできるでしょうか？自分の言葉にしてみましょう。

例

一般

あなたに特有

(1つか2つの考えで頭が一杯だった → 昔のイジメについてずっと考えていた)

再発サインと通常の変化

誰であっても、時には不安や落ち着きなさを感じたり、外に出たり人に会ったりする気がしなくなることは覚えておきましょう。したがって、通常でも起こる気分の変化とあなたの再発サインとをどのように区別するのか覚えておく必要があります。



どのようにしたら、通常の変化と再発サインとを区別できるの？



精神病がぶり返してくる場合には、あなたの思考や感情、行動が、だんだんと悪い方向へと変化していきます。

ここでは、あなたの再発サインの作成に役立つ便利なヒントをいくつか挙げます。

■ 自分のものにしよう

もしあなたの再発サインを、自分に特有なものにすれば、それをより確実に認識するでしょう。自分自身の言葉にしてみましょう。例、不安 → 「いっぱいいっぱいだ」

■ 慌てずに落ち着いて

あなたの再発サインとは違う思考や感情の変化起こり、心配になった場合は、それらを、あなたのキーワーカーや主治医と一緒に確認してみましょう。

■ あなたのサインについてよく知ろう

再発サインを「言葉にして繰り返すことができること」、そしてその再発サインを「実際に認識できること」が重要です。

自分の思考や感情について、もっと自覚できるようになる必要があるかもしれません。「私の感情はどうだろうか?」、「私の思考はどうだろうか?」と自問自答する習慣をつけましょう。

また、信頼できる友人や家族に、あなたの気分や行動について意見をもらうこともできます。

次には何を

あなたの再発サインについて覚えたなら、次は、万が一再発しそうな時に何をすべきか、わかりやすい計画を立てておくことが大切です。これは、再発ドリルと呼ばれます。あなたの再発ドリルには、あなた、キーワーカー、主治医、家族や友人、他の精神保健関連のスタッフが関わるかもしれません。計画に関わる人たちは、再発ドリルのコピーに目を通し、これについて知っていることが重要です。

再発ドリルは、どのようにできている？

再発サイン

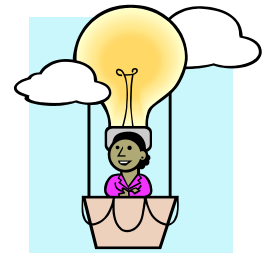
- 1) 必要なサポートへの連絡 2) 支援サービスからの支援 3) 自分で行う対処方法

1) 必要なサポートへの連絡

再発予防のために重要な要素のひとつは、あなたが必要とするサポートをあなたが必要とする時に確実に得られることです。

このためには、あなたが誰に、いつ、どのようにして連絡するのか知っておく必要があります。(この計画は、いつでも利用できるようにしておく必要があるので、対処してもらうためのバックアップ方法を準備しておくことはよい考えです)

以下のような、危機管理カードの利用について検討してみましょう



2) 支援サービスからの支援

再発ドリルの一部は、あなたの主治医、キーワーカー、保健師、あるいは一般サービスによって提供されるサポートを利用することに焦点が当てられます。

こうしたサービスからの支援は、あなた、あなたの主治医やスタッフと再発予防のための戦略として、事前に相談し、確認しておくといよいでしょう。

こうした支援には様々な形があり、どのようなものもっともうまくいきそうなのか、あなたと意見を交換する必要があるでしょう。以下はいくつかの例です。

キーワーカー／主治医 との連絡を多くする

専用の用紙を用いて早期警告サインのモニター（確認）を開始する

不安の管理 — 自分の不安の程度をどのようにコントロールするか身につける

ストレス管理 — ストレスに対処し予防するためのスキルを身につける

薬の増量を相談 — 医師と相談し、短期間薬を少し増やしてみる

短期入院 — 短期間、支援が充実した環境で過ごす

心理療法 — 症状管理と心理的適応についての相談をする

自宅での治療 — 自宅の環境でゆっくり静養する

3) 自分で行う対処方法

あなたの病気をより上手にコントロールするためのもう一つの方法は、早期警告サインが、完全な再発へと悪化するのを防ぐために、あなた自身のスキルを向上させることです。

これは、日常の困難な状況や問題に対処するためにあなたが普段用いているスキルと同様のものであることがよくあります。

あなたが既に用いている対処方法は何かありますか？

その他の方法は、あまり馴染みがないように思うかもしれません。あるいは、あなたのキーワーカーと検討することができるものかもしれません。こうした方法を身につけるためには、練習を繰り返す必要があるでしょう。

下記にいくつかの例があります：

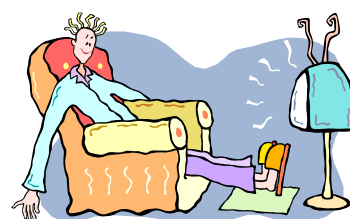
注意のコントロール—あなたの注意を、苦痛な思考、イメージ、感情から切り替えます。つまり、気をそらすのです。

自分に言い聞かせる—あなたの心に何かを話しかけます。例えば、自分をほめたり、安心させたりします。例「誰も私を傷つけたがってなんかいない」。

活動性を変化させる—あなたの気持ちや考えを変えるために、活動性のレベルを変化させます。例、気持ちを持ち上げるために運動をする。

感覚入力を変化させます — 例、あなたの感覚が処理しなければいけない刺激の量を変化させる、テレビのスイッチを切ったり、幻聴を避けるために音楽を聴く

リラクゼーション — リラックスや緊張をほぐすことを覚えます



すべてを組み合わせてみましょう

あなたの再発ドリルは、3つの領域すべての側面を含んでいることでしょう — つまり、必要なサポートへの連絡、支援サービスによる支援、自分で行う対処方法です。ここでは、あなたの再発ドリルを作成する手助けするのに役立つヒントを挙げましょう。

簡潔さを保ちましょう — あなたがよく理解している方法に専念することが効果的です。
(それをマスターしたら、次の方法を追加することはいつでもできます)

力を合わせましょう — あなたの持っている様々なサポート・システムを利用しましょう — (あなたのキーワーカーや主治医の知識も含めて)

ドリルを理解しましょう — あなたの再発ドリルに、日頃からよく目を通してしておきましょう。必要になった時にすぐに利用できることが大切です。

例えば：

再発標識	再発ドリル
ストレスでイライラを感じる 長く座ってられない 考えがどんどん湧いてくる	ステップ1 — キーワーカー、病院、 主治医に連絡
悪魔が出てくる悪夢をみる 罪の意識で頭がいっぱい	ステップ2 — 不安の管理、 注意のコントロール技法
テレビからのメッセージを聞いた り、幻聴が聞こえる	ステップ3 — 薬の増量を相談



資料 4

平成19年度障害者保健福祉推進事業 「精神科病院入院患者の早期退院促進 プログラム開発及び地域生活移行の システム構築に向けた研究」報告

PP資料

平成19年度障害者保健福祉推進事業

「精神科病院入院患者の
早期退院促進プログラム開発及び
地域生活移行のシステム構築に向けた
研究」報告

社団法人 日本作業療法士協会

研究の目的

精神科病院入院患者の早期退院と退院後の円滑な地域生活移行, および再発予防の方策を具体化することを目的とする.

- ①早期アセスメントと退院促進プログラムを開発する.
- ②入院早期より, 病院職員, 市町村保健師, 地域活動支援センター職員等で構成されるケア会議を行い, 退院後の支援計画を立案し, その円滑な地域生活移行を支援するためのケアマネジメント・システムを構築する.
- ③医療サービスと障害者自立支援法によるサービスとの効果的な連携の在り方を提示する.

研究の方法1

(1) 早期アセスメントの開発

海外の先行研究を参考に、病気の客観的認識度や認知障害のレベルなどを把握する、臨床で利用しやすい簡便なアセスメント表を作成する。

(2) 早期退院促進プログラムの開発

これまで集団で行うことが多かったリハビリテーション・プログラムのなかから、個別支援に適したプログラムを抽出し、海外の先行事例を参考に、わが国で適用しやすい早期退院促進プログラムを開発する。

1. 早期作業療法(現実感を取り戻すための作業の提供)
2. 早期心理教育プログラム
3. 退院後の生活イメージに合わせた情報提供など
4. 家族支援(早期家族教室)

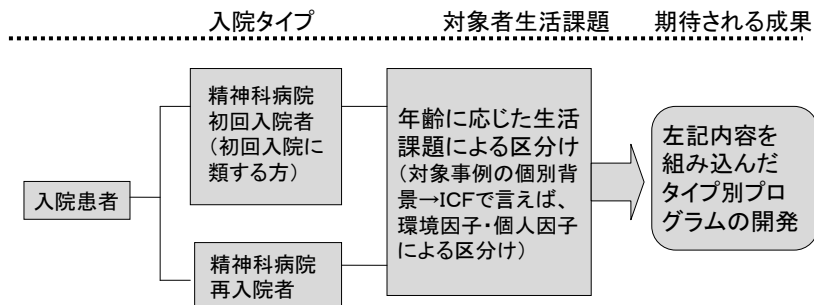
研究の方法2

(3) 研究協力病院でのモデル的試行

1. 研究協力病院(全国5箇所を予定)を選定
2. 多職種によるチーム(医師, 看護師, 作業療法士, 精神保健福祉士, 臨床心理士等)を組織する
3. 研究対象事例
 - i 精神科病院に初回入院した, もしくは初回入院に相当する患者.
 - ii 精神科病院に入退院を繰り返している患者.
4. 事例には担当キーワーカーを選定
5. チームで役割を分担し, 早期アセスメント表を用いたアセスメントを行い, マニュアルに示されたプログラムを基本に, 対象者の退院促進に向けた治療・援助・指導を実施.
6. 入院期間は3ヶ月以内を想定. 入院期間と退院後1-2ヶ月間の対象者の経過を「事例報告書」にて報告.
7. 事例報告は研究協力病院1施設につき5事例程度

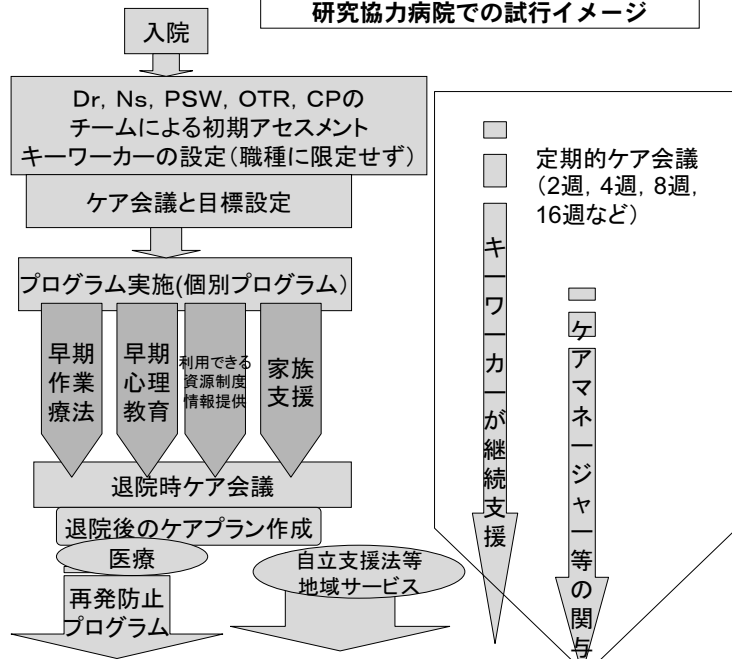
協力病院における試行イメージ

対象となる事例の区分けの明確化



※医療機関と同時に退院促進事業等を実施している社会復帰施設側からの視点も入れ込む。

研究協力病院での試行イメージ



研究成果1

1) 早期アセスメントの開発

研究担当者が東北大学の松本先生の協力を得て、イギリスの早期アセスメントを参考に日本版早期アセスメント表(第1版)を作成した。(参考資料1)

研究成果2

(2) 早期退院促進プログラムの開発

1. 早期作業療法(現実感を取り戻すための作業の提供)
2. 早期心理教育プログラム
3. 退院後の生活イメージに合わせた情報提供など
4. 家族支援(早期家族教室)

上記のプログラムマニュアルを作成した
(参考資料2)

研究成果3

(3) 研究協力病院での試行結果

1. 研究協力病院(5箇所)

安曇総合病院(長野県)
いぬお病院(佐賀県)
桜ヶ丘病院(熊本県)
竹田総合病院精神科(福島県)
宮城県立精神医療センター(宮城県)

*研究協力への同意書と事例協力者への説明文と同意書も作成した。

2. 試行(研究協力)期間:

平成19年9月~平成20年1月

3. 最終事例報告数:

17例 1施設平均3.4例
(3例~4例)

キーワーカー 17例中16例が作業療法士
1例が臨床心理士

事例報告結果(17例)

- 平均年齢 30.9歳(14歳～46歳)
- 性別 男 8名 女 9名
- 診断 統合失調症(含む早期精神病)初回入院 8名
統合失調症 2回～数回入院 3名
統合失調症疑い・摂食障害 1名
統合失調症・知的障害 1名
非定型精神病 2名
うつ病 1名
強迫性人格障害 1名
- 平均入院期間 112日(50日～249日)
- 統合失調症のみの平均入院期間 97日
- 初回入院の統合失調症(8名)の
平均入院期間 97.6日

- 入院回数 初回:10名 2回:3名 3回:1名
4回～数回:3名
- プログラムの開始時期(入院日からの日数)
平均開始時期 24.6日目(2日目～65日目)
初回入院統合失調症 15日目
- 早期プログラム実施内容
早期OT 17例 心理教育 16例
情報提供 17例 家族支援 17例
訪問看護 2例
- 平均ケア会議開催回数 3.7回(2回～8回)
- ケア会議参集スタッフ Dr, Ns, PSW, OT(17例)
CP, デイケアスタッフ, 学校関係者
保健師, 行政PSW,
- 本人・家族参加のケア会議事例数 7例

- 評価尺度による結果: 15例
(入院時とプログラム終了時との比較)
 1. BPRS(オックスフォード版)の改善(10例)
平均改善(16.3点)
統合失調症のみ(26.8点)
22→16(6)~55→14(41)
 2. GAFの改善(15例)
平均改善(20)
41→51(10)~41→71(30)
 3. SF-36v2の変化
 4. 早期プログラムアンケート結果
(本人12例、家族10例)
本人、家族ともプログラムに満足・役にたつ
と回答

事例1

早期精神病に対する早期プログラムの実践の有効性と再発防止

16歳 女性 早期精神病

- 入院までの経過: X-8日修学旅行の前日に39度の熱を出したが、翌日は熱が下がったので、修学旅行に出かけた。旅行中に再び熱発し、X-6日旅行先で入院。両親が連れて帰り、地元の内科病院に入院、マイコプラズマ肺炎と診断され治療を受ける。その入院中に「この子はだめだ」、「私は死んでいる」など幻聴や混乱等の精神症状が出現。肺炎の治療が一段落し、解熱しても同様の症状が継続していたので、X日当院へ入院。救急病棟隔離室を使用し薬物療法開始。X+13日、症状が落ち着いてきたところで急性期病棟への転室、研究についての説明し同意を得て、プログラムを開始。

2. 初期アセスメント

- X+14日~15日で実施。
- 【家族についてのサマリー】: 両親(不動産業, 美容師, いとこ結婚), 祖父母(寝たきりの祖父を祖母が介護), 大学生の兄は離れて暮らしている。高校2年生まで、本人の吹奏楽(サクソ)一生懸命行ってきたことを応援。将来は進学したいと思っている本人の希望を叶えてやりたいと思っている。今回の発病に関しては、修学旅行に行かせてしまった親としての後悔が強く、毎日面会に来院し特に父親が過干渉的に関わっている。
- 【社会面のサマリー】部活(吹奏楽部副部長)を一生懸命行ってきた。2カ月後に開催されるアンサンブルコンテストに出場したい強い希望がある一方、勉強がついているかなど復学への不安も大きい。
- 【心理面のサマリー】自分自身に対する自信のなさ、病気になってしまった不安と精神科病院に入院してしまったことに対する不安と困惑が強い。

3. 治療・援助の目標と方針(ケアプラン)

- 1) 入院に際しての混乱や不安の軽減を図る
できるだけ個室対応し無理に集団への促しはしない(Ns)
- 2) 作業療法では本人が取り組める作業を導入し、
自信の回復を促す(OT)
- 3) 心理教育は本人の混乱が落ち着いてきたところ
で導入する(Dr, キーワーカー・OT)
- 4) 家族は修学旅行に出してしまった後悔の念が強いこと、
娘が精神病になったことを信じられない
思いが強いことから、面接を適宜実施していく。
(Dr, キーワーカー・OT)

4. 治療・援助の経過

1) 早期作業療法

X+13日、両親、本人同席にて、早期介入研究の説明を行い、同意を得る。その後、面接と早期アセスメントを2日間で行い、X+28日まで(6回)面談、ピースのプレスレット作り、塗り絵などを個室で行った。X+30日からは作業療法室に移動し、ストレッチと簡単な運動、サックスの練習を行った。これは退院するまで12回実施した。最初は、「サックスはじめた頃に戻ったようだ」、「前の自分ではない感じがする」など語っていたが、徐々に動きの良さやサックスでの息の吐き方が強くなって行く様子が見られた。合わせて看護では、毎日15分程度散歩を可能な限り実施した。

2) 早期心理教育(主治医, OT)

X+30日過ぎ、主治医より早期精神病としての説明。幻聴や身体的な違和感、薬を飲んだ感じが言葉にできた。面談を通した休息の重要性やこれからの見通しなどが伝えられた。

3) 資源制度の情報提供

入院時に入院に際して利用できる制度(限度額認定)についてのパンフレットを渡す。

4) 家族支援(主治医, OT)

家族の希望により面談を実施。不安や混乱を受け止める作業を行った。退院前には、過干渉であることの客観化と距離の取り方などが話された。

5) ケア会議・地域連携・その他

入院カンファレンス、2週カンファレンス、6週カンファレンスを実施。地域のスタッフの関与や学校との連携は家族が希望しなかった。

5. 結果

- X+56日で退院となった.
- 外来受診と外来OTでフォロー, 1か月ぐらい家で休息をとり, 様子をみながら復学の時期を決める
- 外来OTで再発防止ドリルを実施中. X+86日(退院後21日)で復学した.
- 各検査結果
- BPRS 入院時55→退院時14
- GAF 入院時21→退院時61
- SF-36v2 入院20後101→退院時103
- プログラム実施アンケート
本人 有効 家族 有効

事例2

再入院を繰り返してきた重症事例
リハチーム構築と多重な問題解決に
向けて

38歳 男性 統合失調症

- 入院までの経過: X-7年初発。今回で4回目の入院。発病前は、高校卒業後肉屋・清掃業・運転業などを転々。大半人間関係がうまくいかず退職。発病後も清掃業、長続きせず。人間関係で退職。近年は家にいることが多かった。
- 義母とは32年前から同居しており発病前は反抗することなく過ごしてきたが、発病後は反抗が目立ち暴力的となっていた
- X年8月入院日前1Wより独語・異常言動・母親への暴力が目立つ。入院日父親が病院に連れてくるが本人逃げ出し自宅に戻る。義母が110番通報し、警察・父親に連れられて再度受診。医療保護入院。入院時は支離滅裂状態。毎回断薬状態。今回も断薬状態で入院。X+65日本人に説明、父親に研究の説明(本人同席)同意を得る。実質、入院後2M3W後～本人家族・地域スタッフを交えた多職種リハチームとしてのアプローチ開始した。

1. 初期アセスメント:

病識の無さ・状況判断の未熟さ・思考障害・記憶力低下・言葉の表現力低下などにより対人交流や気持ちのコントロールなど判断力や言動に関する生活能力障害が主。更に過去リハビリテーションが実施されておらず入退院を繰り返している。今回4回目。断薬傾向も強い。家庭的にも義母との3人暮らしで親子関係は父親とは良好だが義母との関係は不安定。しかし、本人も就労意欲が高くリハビリに意欲的。就労については退職しないように援助してほしいと希望している。父親も今回はじっくり治療をし再発再入院の防止を希望している。本人家族とも自宅復帰を希望している。

2. 治療・援助の目標と方針

- **長期目標:**①自宅に退院したい ②仕事にも就きたい
- **具体的援助:**主治医:症状は重症と判断。薬物治療重視。本人家族に対して病状・治療の説明と服薬の必要性を促す。
Ns:入院生活の安定に向ける。行動面の観察・指導を外泊等も含め行っていく。服薬管理指導。

SW:制度面や医療費等の情報提供。家族の相談窓口。

CP:心理検査実施。病気理解のための教育(本人・家族)。カウンセリング実施。

OT:やりたいことの実現により心理的な安定に向ける。個別・小集団・大集団など場の変化により対人交流の機会を提供。就労に向けて集中の持続・正確な作業の習得。退院後の生活支援には外来OT検討。キーワーカー:リハチームメンバーの調整と相談窓口・定期的カンファの開催と進行・本人家族への議事録・ケアプランの説明・本人家族の相談相手。再発再入院の防止及び就労支援の調整。

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

入院1M3W後OT開始。質問票にて本人の希望や思いを得る。開始当初より屋外活動や調理に意欲的。自分の言動や気持ちのコントロールの未熟さ・記憶力の低下を言語化。当初は個別で発散的な活動(散歩・運動)から開始。注意力低下・言葉の表現力低下・病識の甘さが目立つ。徐々に調理や創作活動・小集団活動を導入し、本人と自身の強み弱みを見つけていく。結果、強み:身体を動かすこと・料理・作業注意集中の持続力は1時間程度ならOK。弱み:長時間の机上作業の注意集中持続力低下・他者との会話や交流がないこと。本人と強み弱みを共有し両面に取り組んでいく。週間スケジュールを作成し、自主的に行動。定期的振り返りを行う。就労に向けて段階的に行っていくことを勧め、入院中にデイケア就労前活動などへの見学体験を予定。

(2) 早期心理教育

入院2ヶ月時～開始。WAIS・MMPI・ウイコンシン検査を段階的に実施。IQ; 言語性77動作性85トータル78ボーダーライン。

MMPI;言語理解が不完全。衝動的・思考の偏り・病的気質・抑うつ的ななどの指摘あり。ウイコンシン;言語記憶・複数課題に対応不可。検査中断となっている。会議の席で、本人への指示の仕方(単一課題・視覚的提示など)を提案した。本人は服薬管理SST・病気理解学習会へ参加している。家族へも病気理解に向けて学習会参加を促し、家族会に義母が参加している。本人に対してカウンセリング実施予定。

(3)資源制度の情報提供

入院3ヶ月時、SWが父親とインテーク。父親の思いや家族環境、これまでの経過などを聴いている。同時に、制度面・医療費の説明も実施。就労については、就労前訓練としてデイケア・作業所の情報提供も行っている。自立支援の手続きも終了。

(4)家族支援

入院1M3W後にOT開始。家族はリハビリをこれまで受けてこなかったことを訴えて、じっくりリハを行ってもらい再発しないようにしてほしいと希望。また、本人一人で職を探してきているので本人にあった仕事を一緒に考えてほしいとも希望。父親が義母と本人の間に入って負担が大きい印象。主治医・SW・CP・キーワーカーで家族の心配や不安の除去や希望に沿うように援助を進めてきた。義母も会議に参加している。口論の場面もあったが、家族全員が一生懸命生きてきていることが明らかになり、家族全員が幸せな暮らしを取り戻すよう、リハチーム全員で力を合わせることを確認。今後も家族支援継続。特にSWが家族の相談窓口となることを確認。

(5)ケア会議・地域連携・その他

本人家族を交えての会議は2回目から実施。同時に地域スタッフとして行政ケースワーカーも毎回出席している。退院後の在宅生活支援と同時に就労支援としてハローワークとの連携に寄与するとの発言があり、入院中からチームとしても安心している。合同カンファレンスは毎月1回実施、その後議事録・ケアプランの説明を本人家族に行っている。ケアワーカーは2～3回/Wは本人と面談し、状況確認やリハの取り組み確認をしている。また、それぞれの専門職の動き確認を行い、助言調整を行なった。

5. 結果

- 精神症状の鎮静等に時間を要し、入院後5ヶ月も入院中。薬物調整継続。外泊訓練・就労支援の調整中。合同カンファの中で家族間の口論があり、その際チーム全体で家族の苦しみなど共有し、チーム全員で誰も悪くない・家族それぞれ一生懸命生きてきていることを認め尊重したことで家族関係が改善し外泊時も円満に過ごせている。母親も会議や家族会・面会に来院するようになった。今後、退院カンファを予定、病状は次第に落ち着きつつあるが、対人交流はほとんど見られない。退院後の就労前訓練の検討、調整する予定。家庭生活支援も重要と考え、地域ケースワーカー及び当院ケースワーカーの積極的な連携協力を依頼する予定。
- 退院後も就労を含めた地域生活が安定するまで定期的にかンファ開催する予定。参加者は状況に応じて追加するが、院内スタッフも引き続き参加していく。

考察1

入院早期からのチーム介入の有効性

- 早期から多職種チームを構成し、早期作業療法、心理教育、家族支援、情報提供などのプログラムを提供することは、症状改善、健康度改善、プログラム提供満足度などから有効であった。
- 若年、初発の事例では、医療による再発防止プログラムの意義が大きい。固有の地域支援ネットワークを状況に応じて構築していく必要がある。
- 症状安定にて早期退院めざし、その後の外来での支援の重要性が示唆された。
- 入院中には、退院後の地域支援イメージを共有することが重要である。

考察2

再発を繰り返している事例への支援 ネットワーク構築の重要性

- 再発を繰り返してきた事例は、服薬の重要性、家族間調整・支援、地域生活支援の必要性が検討・調整されておらず、地域での支援者も不在の場合が多かった。
- 支援ネットワークを入院中から構築することの重要性と本人・家族を含めたケアプラン作成の必要性がある。
- 本人・家族が入ったケア会議はエンパワメント体験としても重要であった。

考察3

キーワーカーの重要性

- どの事例も本人・家族の身近な存在であり、全体調整役としてのキーワーカーが重要であった。
- キーワーカーが他の職種としての役割を兼務するとその業務が多忙。キーワーカー単独で機能する組織立てが必要である

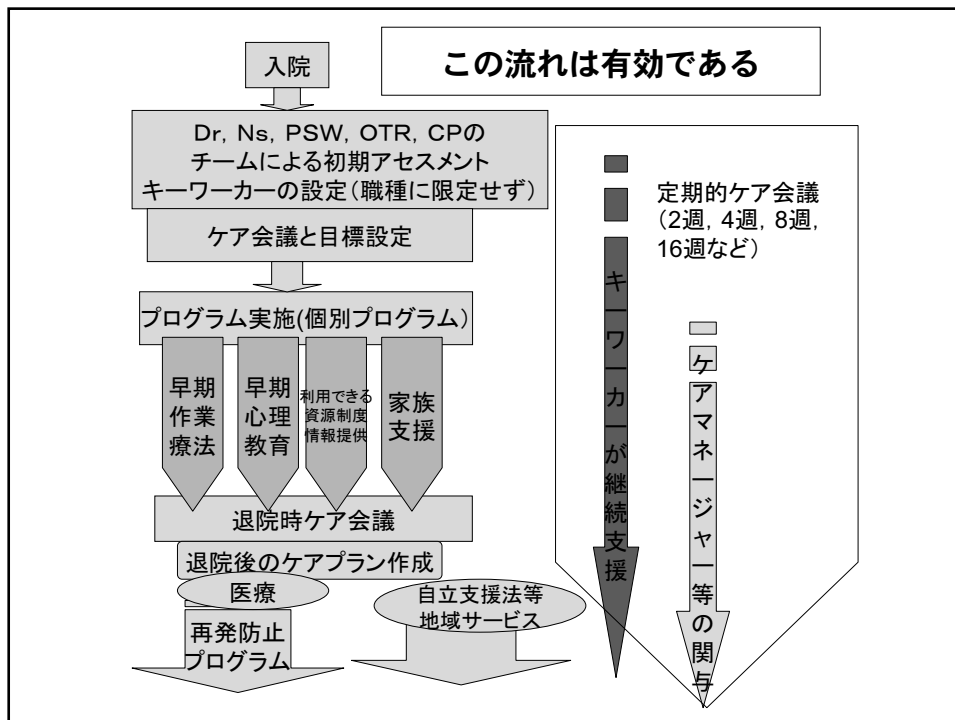
考察4

早期作業療法の有効性

- どの事例も早期作業療法を実施
- 入院初期の心理的な安定につながる作業療法を実施
- 本人が取り組める単純な作業・活動(簡単運動など)本人の能力が評価できるものを実施
- OTが関与することで症状だけの変化ではなく、健康的な側面の視点が加わり、多面的な評価と可能性を提供できる(ICFの視点の重要性)
- 活動量のコントロールが重要
- 短時間、多頻度
- 回復状態を作業活動を通して実感できる

研究協力者の感想

- キーパーカーの存在の重要性を確認した。
- 対象者にとってはチームで守られてる感じがあって支援満足度が高い。
- ケアプラン表を作成して、各職種の役割を確認しながら支援できた。
- 入院中に自立支援サービスについての情報提供することにより、退院後のスムーズな利用につながる流れをつくることのできた。



資料 5

報 告 事 例 集

事例整理票(まとめ・全17例)

番号記号	年齢	性別	診断	キーマン	入院期間	入院回数	早期プログラム開始時期 (入院からの日数)	早期プログラム実施内容	ケア会議開催回数	ケア会議スタッフ	退院後の支援・連携
1	A	16	F	早期精神病	OT	56日	初回	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	3回	Dr, Ns, PSW, OT	家族が望まず, 後に高校養護教諭と電話連絡キーマンによる支援
2	B	19	F	統合失調症	OT	103日	初回	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	3回	Dr, Ns, PSW, OT	地域作業所の見学キーマンによる支援
3	C	15	F	統合失調症	OT	71日	初回	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	4回	Dr, Ns, PSW, OT	キーマンによる継続支援
4	D	28	M	統合失調症	OT	95日	初回	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	3回	Dr, Ns, PSW, OT, CP(本人)	保健所の家族教室
5	E	21	M	統合失調症	OT	92日	初回	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	3回	Dr, Ns, PSW, OT, CP, (DCスタッフ, 本人)	病院デイケア
6	F	29	M	統合失調症	OT	130日	初回	OT, 情報提供, 家族支援	4回	Dr, Ns, PSW, OT (本人, 家族)	デイケア, 訪問看護, 援護寮
7	G	15	F	統合失調症	OT	144日	初回	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	5回	本人, 母親, 姉, Dr, Ns, PSW, OT, PT, CP, 学校関係者4名, 地域保健師	養護学校, 家族会
8	H	38	M	統合失調症	OT	111日	初回	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	入院中3回 退院後1回	本人・父親・Dr・Ns・SW・OT・CP	キーマンによる継続支援 就労支援
9	I	39	F	統合失調症	OT	150日	5回	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援, 訪問看護	8回	Dr, Ns, PSW, OT, CP	外来通院のみ
10	J	38	M	統合失調症	OT	157日	4回目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	3回	本人・両親・Dr・Ns, SW・OT・CP・行政PSW	訪問看護ステーションによる訪問, 作業所見学
11	K	19	M	統合失調症	OT	65日	2回目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	2回	本人・父親・Dr・Ns・SW・OT・CP 保健師2名・地域保健師2名	保健所保健師, 地域保健師訪問
12	L	24	F	統合失調症疑い・摂食障害	OT	87日	2回	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	3回	Dr, Ns, PSW, OT	外来通院, 心理面接
13	M	38	F	統合失症・知的障害	OT	124日	2回	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	6回	Dr, Ns, PSW, OT, CP	訪問看護, 作業所, 地域活動支援センター
14	N	46	F	うつ病	OT	82日	初回	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	3回	Dr, Ns, PSW, OT	通院, 外来OT
15	O	45	M	非定型精神病	OT	90日	数回	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	2回	Dr, Ns, PSW, OT	障害者相談支援センターグループホーム, 訪問看護
16	P	28	F	統合失調感情障害	OT	74日	3回	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援, 地域連携, 訪問看護	5回	Dr, Ns, PSW, OT, CP	訪問看護, 地域生活支援センター
17	Q	30	M	強迫性人格障害	CP	201日	初回	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	4回	Dr, Ns, PSW, OT	復帰する職場の環境調整

施設名：M

報告者（キーマン）：K

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名：A，年齢：16歳，性別：女性，診断：統合失調症（疑い）

【現病歴】入院までの経過：X-8日修学旅行の前日に39度の熱を出したが、翌日は熱が下がったので、修学旅行に出かけた。しかし、旅行中に再び熱発し、X-6日旅行先で入院となる。両親が迎えにいき、地元の内科病院に入院、マイコプラズマ肺炎と診断され治療を受ける。その入院中に「この子はだめだ」、「私は死んでいる」など幻聴や混乱等の精神症状が出現。肺炎の治療が一段落し、解熱しても同様の症状が継続していたので、X日当院へ入院となった。救急病棟隔離室を使用し薬物療法開始した。X+13日、症状が落ち着いてきたところで急性期病棟への転室、研究についての説明し同意を得て、プログラムが開始となった。

2. 初期アセスメント

X+14日～15日で実施。

【家族についてのサマリー】：両親（不動産業，美容師，いとこ結婚），祖父母（寝たきりの祖父を祖母が介護），大学生の兄は離れて暮らしている。高校2年生まで，本人の吹奏楽（サクソ）一生懸命行ってきたことを応援。将来は進学したいと思っている本人の希望を叶えてやりたいと思っている。今回の発病に関しては，修学旅行に行かせてしまった親としての後悔が強く，毎日面会に来院し特に父親が過干渉的に関わっている。

【社会面のサマリー】部活（吹奏楽部副部長）を一生懸命行ってきた。12月に開催されるアンサンブルコンテストに出場したい強い希望がある一方，勉強についていけるかなど復学への不安も大きい。

【心理面のサマリー】自分自身に対する自信のなさ，病気になってしまった不安と精神科病院に入院してしまったことに対する不安と困惑が強い。

3. 治療・援助の目標と方針

1. 入院に際しての混乱や不安の軽減を図る

- ・ できるだけ個室対応し無理に集団への促しはしない
- ・ 作業療法では本人が取り組める作業を導入し，自信の回復を促す

2. 心理教育は本人の混乱が落ち着いてきたところで導入する

3. 家族は修学旅行に出してしまった後悔の念が強いこと，娘が精神病になったことを信じられない思いが強いことから，面接を適宜実施していく。

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

X+13日，両親，本人同席にて，早期介入研究の説明を行い，同意を得る。その後，面接と早期アセスメントを2日間で行い，X+28日まで（6回）面談，ビーズのプレスレット作り，塗り絵などを個室で行った。X+30日からは作業療法室に移動し，ストレッチと簡単な運動，サクソの練習を行った。これはX+56日で退院するまで12回実施した。最初は，「サクソははじめた頃に戻ったようだ」，「前の自分ではない感じがする」など語っていたが，徐々に動きの良さとサクソでの息の吐き方が強くなって行く様子がみられた。合わせて看護では，毎日15分程度散歩を可能な限り実施した。

(2) 早期心理教育（主治医，OT）

X+30日を過ぎた頃より，主治医より早期精神病としての説明。幻聴や身体的な違和感，薬を飲んだ感じを言葉にできた。パンフレットを使った説明ということはせず，面談を通した休息の重要性やこれからの見通しなどが伝えられた。

(3) 資源制度の情報提供

入院時に入院に際して利用できる制度（限度額認定）についてのパンフレットを渡す。

(4) 家族支援（主治医，OT）

主治医とOTが家族の希望により面談を実施。不安や混乱を受け止める作業を行った。

退院前には，過干渉であることの客観化と距離の取り方などが話された。

(5) ケア会議・地域連携・その他

入院カンファレンス，2週カンファレンス，6週カンファレンスを実施。関わりの確認がされた地域のスタッフの関与や学校との連携は家族が希望しなかったため，そのままとした。

(5. 結果（成果と転帰，退院後のケアプランなど）

X+56日で退院となった。

外来受診と外来OTでフォロー，1か月ぐらいた家で休息をとり，様子をみながら復学の時期を決める

<p>外来OTで再発防止ドリルを実施中。X+86日（退院後21日）で復学した。</p> <ul style="list-style-type: none">・各検査結果・ BPRS 入院時55～退院時14・ GAF 入院時21～退院時61・ BCSS（自己と他者に対するスキーマ X+22日 19～ X+44日 14） <p>それぞれの得点で改善がみられた。</p>
<p>6. 考察</p> <ul style="list-style-type: none">・若年初発の対象者は、精神科病院に入院したことや、病気の体験による心理的なサポートがより重要となる。その支援としては、集団適応を促していくことではなく個別対応が重要であることが確認できた。・初発の対象者の場合、地域での支援ネットワーク構築に向けた動きが必ずしも必要でない場合もある。このことは、病気や障害を受け入れていく過程と関連していると思われ、長い経過のなかで、その時の状況に合わせた支援をしていくことが重要であると思われる。
<p>7. 課題（事例から得られた早期退院プログラム・地域生活移行システムに関する課題をお書きください）</p> <ul style="list-style-type: none">・初発の事例は特に、入院は最小限に止め、その後のフォローは外来ですしていく体制が必要と思われる。外来におけるフォロー体制と再発防止プログラムの体系化が重要な課題だと考えられる。

*紙面が足りない場合は改行してください。

事例報告 Summary Sheet [施設名：M 患者：A氏 16歳 (女性)・男性 キーワード：K 職種 OT (女性)・男性] [(女性)・男性]

		入院 1~2 週目	3~4 週目	2 カ月目	3 カ月目	4 カ月目	5 カ月~	
日常生活の様子	1 週目はほとんど個室で過ごす。 2 週目ころより面会にきた両親とデイルームで過ごす	急性期病棟への転室，女性他患者に話かけられることがあるが戸惑いをみせる。母親か看護師との散歩以外はほとんど個室で過ごす。	食事やデイルームでとれるようになる。病室の外の音が気になることも続く。入院生活の適応を促すことはせず，外泊を2回実施した時点で退院とされている。	無理に病院生活への適応は促さず，外泊して安定しているようであれば退院	退院後2週間は自宅療養。午前中は寝ている生活。午後は勉強とソックスの練習をしている。退院後3週目で復学開始。			
	ケア会議の概要と目標設定	陽性症状の軽減を第1優先，個室対応と薬物療法中心 2 週目後半よりプログラムの説明	本人の不安と自信回復に向けた支援を優先に進める		家での生活が安定したら復学を促す。			
薬物療法	入院時の陽性症状に対し，リスパダールを投与。	そそそわするなどの副作用がみられたためジプレキサに変え，その後			ジプレキサ (12.5) ユーパんで安定			
	早期作業療法	2 週目の後半でプログラムの説明を行う。	アセスメントの実施後，個室で，音楽のことや雑誌の読み取り，部活の話をしたたり，ビーズのプレステット作り，塗り絵を行う。	OT室に移り，ストレッチ軽い運動，ソックスの練習を開始。ほぼ毎日実施	退院後に外来作業療法にて再発防止プログラムを実施。	外来にて継続フォロー		
早期心理教育		主治医より病気と回復のめやすが説明される。	主治医より病気と回復のめやすが説明される。	幻聴やその対応，不安な時の薬の利用の仕方などを主治医の説明。対人的な距離の取り方や無理につきあわなくて良いことなどをあわせて OT が取り上げた				
	資源制度情報提供	入院時に入院に際して利用できる制度についてのパンフレットを渡す。利用できる支援の説明。						
家族支援	早期精神病状態であることの説明，入院が2から3ヶ月程度になることが話される	主治医，OTの面談両親の不安を受け止める	主治医，OTの面談両親の不安を受け止める	退院前には，主治医より患者との距離の取り方について話される				
	地域連携 その他			家族の希望で連携無し				

*例示の文章を削除し，記入スペースが足りない場合はそのまま改行して行ってください。患者氏名には記号を入れてください。

より良い回復のためのケアプラン表(Aさん)

あなたの担当者

将来の目標

医師 S

1 退院し復学する

看護師 K

2

ワーカー H

当面(この1ヶ月)の目標

作業療法士 K

1 ゆっくり自室で過ごす

地域のスタッフ

2 作業療法と散歩等, できることから開始する

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	<ul style="list-style-type: none"> 個人OTでできることを行う 看護師と散歩を行う 	作業療法士 看護師	1ヶ月以内	可能な限り
心理面 (心理教育, 薬の説明)	<ul style="list-style-type: none"> 病気の回復イメージを持つ 	医師	1ヶ月以内	
社会面 (社会資源の紹介など)	<ul style="list-style-type: none"> 「限度額認定」等利用できるサービスを知る 	精神保健 福祉士	1ヶ月以内	
家族支援	<ul style="list-style-type: none"> 家族の不安を表現する 病気の回復イメージを持つ 	医師 作業療法士	1ヶ月以内	
地域スタッフとの連携				
その他				

ケアプラン作成日 19年 10月 15日

見直し予定日 19年 11月 はじめ日

施設名：M

報告者（キーマン）：K

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名：B, 年齢：19歳, 性別：女性, 診断：統合失調症

【現病歴】入院までの経過：高校卒業後アルバイトをしながらやりたいことを捜していた。X-6ヶ月頃より環境問題が気になり出し抑うつ状態となった。X-4ヶ月Mクリニックを受診し、抑うつ状態として処方を受けるが、一度だけで通院せず。X-3ヶ月N県の自然療法的合宿に参加するが改善せず自宅に戻る。X-1日幻聴に左右され、近くの沼に裸で入水しているところを発見され保護される。その日は帰宅したが、X日母に暴言はくなど興奮し、救急車にて当院受診し入院となった。救急棟隔離室にて薬物療法を開始した。リスパダール投与にて症状は安定したが、背中のソワソワ感が続いていたこともありジブレキサに変更し改善傾向が見られた。X+8日目に救急棟から急性期病棟個室へ転棟となり、X+11日にプログラムが開始となった。

2. 初期アセスメント

X+11日～14日で実施。

【家族についてのサマリー】父は遠隔地で単身赴任にて仕事をしている。母は介護職にて忙しく仕事をしている。父と同居していた姉が戻り、本人にとって一番頼りになる存在となっている。

【社会面のサマリー】高校卒業後、自分の進むべき道を探しながら様々なアルバイトしている中で、対人関係で悩むことが多くなった。アイデンティティーの確立と今後の進むべき道を探す課題がある。

【心理面のサマリー】自分の進むべき道を模索している。発病時の大変な時期に母親に理解してもらえなかった恨みにも似た気持ちを持ち続けている。元来、悩みや困ったことは自分一人で溜め込み、抱える傾向がある。

3. 治療・援助の目標と方針

1. 症状の軽減を図る。

- ・ 落ち着かない状況へ、好きな作業に取り組むことで対応する。（土日も提供する）
- ・ 臨時薬の利用を促す。

2. 心理教育プログラムを実施する（病棟における集団プログラムへ参加導入）

3. 家族アセスメントと家族支援を実施する（家族教室への導入、利用できる資源制度の情報提供）

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

X+11日、音楽鑑賞から開始。その後、病棟 OTG で塗り絵、X+14日目で病棟外の OT 活動に参加、革細工やビーズ細工に取り組む。落ち着かない状況を作業に取り組むことで対応していく。休日にも取り組める作業を希望され、病棟スタッフとの協力によりビーズ細工を実施。その後、退院の X+103 日目までほぼ毎日参加、午前中は OT サロンにて革細工の小銭入れ、水曜日の午後の手芸クラブでは刺し子、木曜日の午後は音楽の広場、と自分のペースで積極的に作業療法場面を利用し、病気の回復状態を確認していった。退院後は、2週に1回のペースで再発防止プログラムを実施している。

(2) 早期心理教育

X+12日に早期の心理教育プログラムに参加。入院前の幻聴体験などを語り、「入院してゆっくり過ごせるようになった。食事はまだ、おいしいとは感じない」と語る。その後、オープンな心理教育プログラム（病気・薬・社会資源教室）に4回参加。病気の回復過程、退院後利用できるグループホームや作業所の情報、について積極的に聞いていた。服薬教室にも2回参加、薬の説明と自己管理方法の指導を受けた。

(3) 資源制度の情報提供

PSWの個別面談にて、退院後に利用できるサービスについての説明を受けた。特に、病気で一番大変だったときに母親に気づいてもらえなかった思いから、自立したいという気持ちもあり、グループホーム等の情報を提供した。

(4) 家族支援

主治医、キーマン（OT）、PSW、それぞれが家族の思いを聞きながら、病気や回復過程の説明を行った。本人と母親の感覚の違いなどが明確になっていったが、姉がキーマンになることで落ち着く。退院後も、姉と一緒に外来通院し、一緒にフォローしている。

(5) ケア会議・地域連携・その他

スタッフだけのケア会議を実施。家族と本人を交えた面接をキーマンが実施した。退院後作業所やデイケアを見学できるように地域のスタッフに連絡をとった。

5. 結果（成果と転帰、退院後のケアプランなど）

X+103日で退院となった。

外来受診と外来OTでフォロー、2カ月後、家の近くの作業所を見学したが自分には馴染まない感じがすると、通所には至らず。家で家事手伝いを姉と一緒にしている。落ち着いてきたらアルバイトを捜したい希望。

<p>外来OTで再発防止ドリルを実施中。</p> <ul style="list-style-type: none">・各検査結果・ BPRS 入院時63～退院時20・ GAF 入院時20～退院時60 <p>それぞれの得点で改善がみられた。</p>
<p>6. 考察</p> <ul style="list-style-type: none">・薬の調整期間中の、落ち着かない状況に対して、作業に取り組むことで不安や落ち着かなさを回避できた事例である。特に手芸的な活動が好きな方だったので、好きな活動へ取り組める保障は、急性期の症状安定と現実感を回復していく過程の両方に同時期にアプローチしていたと思われる。また、作業療法を通して回復の実感が得られたことにより、病気との付き合い方を考える機会となったと思われる。・早期心理教育やその後のオープンな心理教育プログラム、服薬教室を通して、病気の回復過程や薬の作用、利用できる資源制度を積極的に学んでいった。タイムリーな提供と活動の連続性が重要であることを感じた。・若年発症の対象者には、思春期の課題（親との葛藤、アイデンティティーの確立など）を一緒に考えていく支援が重要となることも実感した。・再発防止プログラムは退院後の生活が安定した後に開始することで、実感を持った支援になることもわかった。
<p>7. 課題（事例から得られた早期退院プログラム・地域生活移行システムに関する課題をお書きください）</p> <ul style="list-style-type: none">・早期若年のケースだと、本人、家族に参加型のケア会議が開催しにくい。本人・家族とも病気や障害を受け入れていくには時間がかかる作業なので、外来でのサポートを丁寧にしていく必要がある。・地域への橋渡しも同様に、急がずに、本人のニーズに沿った情報提供をしていくことが重要であると感じた。

*紙面が足りない場合は改行してください。

(別紙-3) 事例報告書-2

精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び地域生活移行のシステム構築に向けた研究

事例報告 Summary Sheet [施設名：M 患者：B氏 19歳 女性・男性 キーワード：K 職種 OT 3カ月目 4カ月目 5カ月目] [女性・男性]

	入院 1~2 週目	3~4 週目	2 カ月目	3 カ月目	4 カ月目	5 カ月目
日常生活の様子	1 週目はほとんど個室で過ごす。8 日目で救急棟から急性期病棟個室への転室。11 日目より作業療法開始	病棟で他患との交流も、多くなる。散歩が許可されてからは、毎日散歩を行う	仲のよい他患と散歩、ほぼ毎日作業療法へ参加。	↑	13 日目に退院。	自宅近くの作業所見学するも馴染まない感じ。自宅で家事手伝い、
ケア会議の概要と目標設定	陽性症状の軽減を第1優先、個室対応と薬物療法中心	本人の不安軽減のため本人が好きな作業を提供する	無理に病院生活への適応は促さず、外泊して安定しているようであれば退院	家での生活が安定したら復学をすすめる。		
薬物療法	入院時の陽性症状に対し、リスパダールを投与、ソフソフワ感継続したためジプレキサに変更、改善傾向	背中の痛みやソフワ感ジプレキサに増量	↑	エビリファイ (12) ジプレキサ (10) ユーパパンで安定	↑	↑
早期作業療法	11 日目にオリエンテーション、病棟では手工芸、音楽鑑賞などを行うアセスメントの実施。	午前中はOTサロンにて革細工、午後は音楽の広場や体育館クラブへ参加	午前の OT サロンにはほぼ毎日参加。午後は手芸クラブ、音楽の広場など週 3 回程度参加。スタッフや他患者との交流も楽しむ	↑	退院後は 2 週に 1 回、最発防止プログラムを実施	↑
早期心理教育	12 日目早期心理教育への参加	オープンな心理教育プログラムへ 4 回参加。回復過程や他患の意見が聞けてよかった。	服薬教室へ 2 回参加。その後、服薬自己管理開始			
資源制度情報提供			グループホームや作業所など利用できる資源について説明を受ける			
家族支援	早期精神病状態であることの説明、入院が 2 から 3 ヶ月程度になることが話される	主治医、OT、PSW が面会時面談、病気の回復状態や見通しの説明		↑	キーパーソンの姉の心理サポート	↑
地域連携その他					作業所への連絡	

*例示の文章を削除し、記入スペースが足りない場合はそのまま改行して行ってください。患者氏名には記号を入れてください。

より良い回復のためのケアプラン表(Bさん)

あなたの担当者

将来の目標

医師 Y

1 退院し、自立した生活を送る

看護師 S

2

ワーカー N

当面(この1ヶ月)の目標

作業療法士 K

1 ゆっくり休む、好きな手芸に取り組み時間を持つ

地域のスタッフ

2 病気を理解し、回復のイメージを持つ

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法、病棟生活など)	<ul style="list-style-type: none"> 好きな手芸に取り組み時間を作る 落ち着かない場合は、土日も提供 	作業療法士 看護師	1ヶ月以内	可能な限り
心理面 (心理教育、薬の説明)	<ul style="list-style-type: none"> 病棟の服薬教室、安心クラブに参加し、病気を知り、回復のイメージをつかむ 	医師 看護師 作業療法士	1ヶ月以内	
社会面 (社会資源の紹介など)	<ul style="list-style-type: none"> 「限度額認定」等利用できるサービスを知る 	精神保健福祉士	1ヶ月以内	
家族支援	<ul style="list-style-type: none"> 家族の不安を表現する 病気の回復イメージを持つ 	医師 作業療法士	1ヶ月以内	
地域スタッフとの連携				
その他				

ケアプラン作成日 19年 8月 10日

見直し予定日 19年 9月 はじめ日

施設名：M

報告者（キーマン）：K

<p>1. 事例紹介</p> <p>【基礎情報】氏名：C, 年齢：15歳, 性別：女性, 診断：急性一過性精神病状態</p> <p>【現病歴】入院までの経過：小学生から幻聴や幻覚があったよう。</p> <p>X-2年頃より漠然とした不安, イライラ, 優うつ感が出現し, 昼夜逆転が始まる不登校となる。X-2年不登校となり, クリニックを受診。X-1年夜間無断外出, リストカット, 男性との交際, 家に帰らないなどの行動がみられるようになる。X日, 交際相手との別れをきっかけに自宅2階から飛び降り, 当院受診し入院となった。</p> <p>救急棟隔離室にて薬物療法を開始した。リスパダール投与にて症状は安定し, X+8日目に救急棟から急性期病棟個室へ転棟となり, X+10日にプログラムが開始となった。</p>
<p>2. 初期アセスメント</p> <p>X+10日～14日で実施。</p> <p>【家族についてのサマリー】両親共稼ぎ。母も忙しく本人の話をゆっくり聞く時間が持てない状態。病気に対する理解は少なく, 学校へ行かないと怒る対応をしてきた。</p> <p>本人も両親には本音の話できる状況ではなく, 家族に拒否的な態度をとる場面もある。</p> <p>【社会面のサマリー】その先のことは考えられない状態。とりあえず, 高校には行った方が良いと考えている。通信制の高校を選択の中に入れていく。</p> <p>【心理面のサマリー】不安定。病的な体験, これまでの体験を整理して言語化できる状態ではない。心理的にも未熟な側面を持ち, 依存できる対象を求めている状態。(両親はその役割を果たしてきておらず) その役割を交際相手に求めてきたと思われる。</p>
<p>3. 治療・援助の目標と方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 現実感, 自信の回復を促す。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 落ち着かない状況へ, 好きな作業に取り組むことで対応する。(土日も提供する) ・ 臨時薬の利用を促す。 2. 心理教育プログラムを実施する(病棟における集団プログラムへ参加導入) 3. 家族アセスメントと家族支援を実施する(家族教室への導入, 利用できる資源制度の情報提供)
<p>4. 治療・援助の経過</p> <p>(1) 早期作業療法</p> <p>X+10日, 病棟でのOTGに音楽鑑賞から開始。その後, X+20日目で病棟外のOT活動に参加開始。スタッフと話をしたり, 習字やビーズ細工に取り組む。みんなに馴染めない状況や学校や家庭での不安を話していく。習字は段を持っていることが語られ, 堂々とした字を書き, スタッフや他患より賞賛を得ていった。母親と同年代のスタッフのそばに居ながら参加する形で作業療法場面に慣れていきながら参加していき, 病気の回復状態を確認していった。退院後は, 2週に1回のペースで再発防止プログラムを実施している。</p> <p>(2) 早期心理教育</p> <p>X+20日に早期の心理教育プログラムに参加。入院前の幻聴体験などを語り, 「入院してゆっくり眠れたことが良かった。緊張してよくわからないところもあった」と語る。その後, オープンな心理教育プログラム(病気・薬・社会資源教室)に2回参加。服薬教室にも2回参加, 薬の説明と自己管理方法の指導を受けた。</p> <p>(3) 資源制度の情報提供</p> <p>入院数日後, PSWより家族へ入院費, 「限度額認定」等の説明をした。</p> <p>(4) 家族支援</p> <p>主治医, PSW, それぞれが家族の思いを聞きながら, 病気や回復過程の説明を行った。</p> <p>(5) ケア会議・地域連携・その他</p> <p>家族の希望で連携はとらなかった。</p>
<p>5. 結果 (成果と転帰, 退院後のケアプランなど)</p> <p>X+72日で退院となった。</p> <p>外来受診と外来OTでフォロー, 外来OTで再発防止ドリルを実施中。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 各検査結果 ・ BPRS 入院時50～退院時12 ・ GAF 入院時21～退院時71 <p>それぞれの得点で改善がみられた。</p>

6. 考察

- ・抱えている漠然とした不安感は、依存できる対象を見つけることにより改善される傾向があった。医師や看護師、作業療法スタッフに依存しながら入院生活は早い時期から安定したものになっていった。病気による不安感と上手く依存体験が出来なかったことによる不安と同居する状態を一旦両方を受け入れる必要があった。整理する作業は外来フォローで長い視点で関与していく必要を感じる事例であった。
- ・特に中学生など若年の対象者への早期心理教育は、理解力等を考慮し、言葉や説明をわかりやすくしていく必要がある。集団での体験は必ずしも良い体験とはならないこともあった。
- ・不安や自信を喪失している対象者へは、本人が自信がもてる作業活動を提供しながら自信を回復していく支援の重要性を実感できる事例であった。
- ・再発防止プログラムは退院後の生活が安定した後に開始することで、実感を持った支援になることもわかった。

7. 課題 (事例から得られた早期退院プログラム・地域生活移行システムに関する課題をお書きください)

- ・若年の対象者の精神科病院への入院は、本人ばかりでなく家族も大きな戸惑いを感じていることが多い。家族の問題を感じながら、直ぐには対応できない場合も多く、長いスパンで支援していく実用性を感じる。
- ・外来でのフォローは対象者の病気を抱えながら生きていくことへの支援やアイデンティティーの確立に向けた支援、家族へのアプローチなど幅広く、これらをキーワーカー一人で実施してことが妥当かどうか、他の職種を巻き込むことの検討も必要と思われた。

*紙面が足りない場合は改行してください。

事例報告 Summary Sheet [施設名：M 患者：C氏 15歳 女性・男性] [女性・男性]

キーマン： K 職種 OT

	入院 1~2 週目	3~4 週目	2 カ月目	3 カ月目	4 カ月目	5 カ月~
日常生活の様子	1 週目はほとんど個室で過ごす。 8 日目で救急棟から急性期病棟個室への転室。 10 日目より作業療法開始	病棟では、年上の女性患者とともに行動。誘われるがままに動く傾向がある。臨時々不安の訴え、臨時薬で対応	仲のよい他患と散歩、ほぼ毎日作業療法へ参加。	71 日目で退院		通信制の高校を開始。自宅でゆっくり過ごす。
ケア会議の概要と目標設定	陽性症状の軽減を第 1 優先、個室対応と薬物療法中心。	自信の回復を促す				
薬物療法	入院時の陽性症状に対し、リスパダールを投与。症状は改善。	急性症状はなし				
早期作業療法	11 日目にオリエンテーション。病棟では音楽鑑賞、習字などを行うアセスメントの実施。	午前中は OT サロンに参加。スタッフと話、時々習字など行う。		↑	退院後は 2 週に 1 回、最発防止プログラムを実施。	
早期心理教育	12 日目早期心理教育への参加	オープンな心理教育プログラムへ 2 回参加。ほとんど発言はないが、難しかったと	服薬教室へ 2 回参加。その後、服薬自己管理開始			
資源制度情報提供	入院後、限度額認定についての情報提供					
家族支援	早期精神病状態であることの説明、入院が 2 から 3 ヶ月程度になることが話される	主治医、PSW が面会時面談。病気の回復状態や見通しの説明				
地域連携 その他						

*例示の文章を削除し、記入スペースが足りない場合はそのまま改行して行ってください。患者氏名には記号を入れてください。

より良い回復のためのケアプラン表(Cさん)

あなたの担当者

将来の目標

1 退院し、自宅で生活する

2

当面(この1ヶ月)の目標

1 ゆっくり休む。

2 病気を理解し、回復のイメージを持つ

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法、病棟生活など)	<ul style="list-style-type: none"> ・ゆっくりできる時間を作る ・取り組める活動を通し、自信を取り戻す 	作業療法士 看護師	1ヶ月以内	可能な限り
心理面 (心理教育、薬の説明)	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟の服薬教室、安心クラブに参加し、病気を知り、回復のイメージをつかむ 	医師 看護師 作業療法士	1ヶ月以内	
社会面 (社会資源の紹介など)	<ul style="list-style-type: none"> ・「限度額認定」等利用できるサービスを知る 	精神保健 福祉士	1ヶ月以内	
家族支援	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の不安を表現する ・病気の回復イメージを持つ 	医師 作業療法士	1ヶ月以内	
地域スタッフとの連携				
その他				

ケアプラン作成日 19年 12月 10日

見直し予定日 20年 1月 はじめ日

施設名：I病院

報告者（キワーカー）：S

1. 事例紹介

〔基礎情報〕氏名：D，年齢：28歳，性別：男性，診断：統合失調症

〔現病歴〕入院までの経過：妹と2人兄弟の第1子、父は転勤族の4人家族。厳しく暴力を振るう父、離婚しない母に不信感を持っていた。X-10年3月の高卒後、漫画家を目指して単身上京、新聞配達をしながら専門学校に行くが、1年で中退。新聞配達も2ヶ所も辞めてホームレスになる。他人の自転車に乗っていたところを警察に捕まり、両親が迎えに行き帰省X-8年。予備校に1年通い、X-6年K大学入学。大学1年の後半出席出来ず、まとまりのないことを言っていた。大学は1年で中退するが、その後、2年間大学の臨床心理士のカウンセリングを受ける。X-3年、1年間引越しセンターで働き、X-2年に再び漫画家を目指して上京。新聞配達をする。X年、不眠、盗聴されている、見張られている、尾行されているなどの幻覚妄想状態となり、アパートのスナックに怒鳴り込んだり、職場でも泣いたり、意味のわからないことを言ったりするので、母親が迎えに行き帰省し、X年8月28日当院受診し、医療保護入院となる。幻覚妄想状態、疎通性は良好、病感はあるが病職はない。入院はしませんと拒否するが、スムーズに保護室に入院となる。8月29日、本人と母親に研究の説明をし、同意を得る。

2. 初期アセスメント

幻覚、妄想状態で入院となるが、薬、注射により急速に幻覚妄想は、表面化しなくなった。日常生活は問題なく、病棟生活も無難に対応できている。東京にアパート、病院が佐賀、両親が熊本から宮崎へ転勤、妹が福岡であり、今後の生活の基点、退院先を決定することが必要である。また、就労を目標とするのか、就労は先送りするのか、援助しながら検討していく。早期退院の方向であれば、就労は先送りする。厳しい父親との関係が、同居に関して問題となる可能性がある。

3. 治療・援助の目標と方針

保護室という環境の中で、睡眠を保持し不安や緊張感が緩和するように援助する。

個人OTは週に5日、キワーカーが週に3日対応、状態安定してから心理教育導入する。

早く(1ヵ月)退院し、働きたいと本人の強い希望があるが、状態把握と症状安定、退院先の決定を当初に目標にし、様子観察しながら対応していく。

キワーカーを中心に、治療、援助のマネジメントを行う。

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

入院後X+2日目より、個人作業療法を週に5日1回30分実施。個人作業療法からパラレルな場での個人作業療法に移行する。構造的な皮細工を行い、また母親へのプレゼント作りとした。革細工をスムーズに行う。応対は穏やかであり、じっくりと話を聴く姿。革細工では1対1対応を継続。この頃より他患者がOT室に入りやすいような環境設定をし、緩やかな対人交流の拡がりを意図した。また革細工終了後にはホールに行き、他患者と卓球をする機会も作った。また第3週目には毎日のジョギング(ウォーキング：参加者約20名)を導入した。集団プログラムでは、病棟ホールでおこなうオープン参加のカラオケ大会にはエントリーし、父親の車の中でかけられていて自然に覚えたという歌を歌う。機材の片付けも自ら手伝い、札を述べるOTRには「いつもお世話になってますから」とおどけてみせた。革細工作品が完成したことを機に、1対1のOTを終了する。ジョギングにはほぼ毎日参加。OTRとの会話の中では、〇〇さん(OTR)は仕事でイライラした時どうしますか？自分はそういうのに弱いみたいですね」と自己の課題を述べた。また退院先が決まらないことに対する不安もきかれた。外泊では犬の散歩をし、「平凡な感じが幸せに思った」などと述べた。

また「福祉学習会」(月1回；自由参加)にも出席し、障害者手帳について学ぶ。参加者の発言を聴いて、「世間もそうだけど自分自身にも障害者への偏見がある。障害年金や手帳は障害者と思われるのが嫌」と話し、葛藤があることを打ち明けた。ジョギングの参加が減る。「すいません。最近引きこもりがちです」と部屋を訪問するOTRに述べる。これまでの努力をねぎらった上で、疲れが出ているかもしれないことを確認し、病気の回復段階を説明し、「今は休んでもいい時期」として保障した。退院に向けた話として、「しばらく家でゆっくり過ごします。仕事はぼちぼち考えていきます」と述べ、退院後当面は無理のない生活を送るように話し合った。

(2) 早期心理教育

入院後X+16日目より個別に心理教育6回1クールを実施。その後も、カウンセリングを継続する。

診察室にてテキストを見ながら対話形式で心理教育開始。自分の病名を「統合失調症」と話し、病気のイメージについて「幻覚・幻聴・妄想があったり、自分の場合は気分が不安定になって怒りやすくなったり」と客観的に捉えている。しかし、病名を聞いた時は「まあショックでしたね。」「(入院には)慣れない。人が多いのは苦手。」など自分の正直な気持ちを語る。4週目では病気の経過と症状について「(自分は今)休息期。入院してるから。」と自分の状態を振り返る。5週目では、薬の役割や効果について一緒に話す。自分の飲んでいる薬の効果は知らず「病気・幻覚をコントロールするため」と理解していたが、テキストや薬情報を見ながら睡眠の薬や緊張・興奮を和らげる効果もあること、再発予防の目的もあることなど一緒に確認する。6週目ではストレスについて、本人にとってのストレスは「社会的ストレス(働いたり大学を辞めたりしたこと)」「人間関係のストレス(上下関係や男女の関係)」「スピードに対するストレス(頭の良さとか人と比べて羨ましいこと)」など自分の言葉で挙げる事が出来た。ストレスへの対処法を考えるが「寝る」「食べる」しか思いつかず、二人で考え「相談出来るといいんですけどね。人と話す」と付け加える。7週目では、社会資源を確認し、退院後外来での通院費が心配とのことで、自立支援法に興味を示し、申請の方法などを質問する。8週目は最終回として振り返りを行う。感想としては「全体にわかりやすくよかった」「薬の情報と高額医療費の話が聞けてよかった」と話す。また、この際に「こうやって話が出来た時間があった方がよい」とカウンセリングを本人から希望。カウンセリングへつなぐ。日常のこと・心配なことなど話せる時間として週1回30分程度心理面接を開始。「自分としてはもう退院したいがどうしたらいいのか」と本人か

ら相談がある。やる気が出ないとのことであり、まずは安定した睡眠が取れるようになって、他患との交流や院内の活動への参加を通して意欲や興味が沸くのを待つことなどを説明する。その後は体調について、院内で仲良くなった人や苦手な人がいることなど話す。退院先を迷っているとのことで、両親とよく話し合い試験外泊をしてみながら考えることをCPから勧める。また、退院後のお金の心配や家族（特に父親と合わないこと）との関係、引きこもらないかなど気になっているとの事であり、退院後の自宅での過ごし方について一緒に考える。本人からの希望で退院後も外来受診時の心理面接継続。家での様子を問うと、散歩したり昼寝したりしているが「部屋の片付けをしたらすることがなくなった」と笑う。父親との関係については「まあまあ」と苦笑い。『また寝てるのか』など言われるが「寝るのも必要なんよ」と返したりなんとかやれると話す。

(3) 資源制度の情報提供

時期に応じて、情報を提供する。地域の社会資源は、本人、家族の障害受容、偏見の問題も含めて導入が難しい。情報は提供していく。

(4) 家族支援

住所が遠方なために面会時に対応。母親には、保健所の家族講座を案内し、5回中2度参加。

(5) ケア会議・地域連携・その他

13日目に会議。1ヵ月後に、本人も含めてカンファレンス。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

入院後、薬物療法により急速に陽性症状は減退する。早期の個別作業療法、キーワーカーの関わりにより安定した入院生活になり、退院も1ヵ月から3ヶ月に変更し、外泊を繰り返しながら、後半は、安心感のあるゆったりとした入院生活を送れた。症状の安定にあわせて、タイムリーに個別心理教育を行い、病気の理解を深め、今回のエピソードを理解し、安心感につながり、効果があった。退院先の決定が大きな課題であったが、本人、家族が決定できない所、キーワーカーの提案により、先々のことを考え両親宅に退院し、4時間の距離を外来通院し、治療を継続することとなった。

退院1週間後に外来受診、診察、デイケア、キーワーカー面接、カウンセリングを実施、母親から日常生活の手紙を持参すること。その後は、2週間に1度の外来でケアしていく。2回、キーワーカーがキーワーカー。春に福岡に転居し、就職活動予定。BPRS 入院時 17⇒退院時 6、GAF 入院時 41⇒退院時 71

6. 考察

急性期、薬物療法により急速に陽性症状が減退し、早期の作業療法が安心感につながり安定したところで心理教育を行い、病気の理解、今回のエピソードの安心感につながった。

OTの導入は「リハビリ」「早く退院出来るよう援助する」「体をほぐしたり・・・」「緊張を取るために・・・」など身体的な関わりを含めて、導入したほうがスムーズであり、体を触ることで距離がとりやすくなると感じた。早期に時期を失わずに、タイムリーに作業療法、心理教育、情報提供、家族支援を行うことが早期退院につながった。

7. 課題 (事例から得られた早期退院プログラム・地域生活移行システムに関する課題をお書きください)

包括アセスメントでは、家族の評価がかなりあり、また家族支援は重要な要素であるので、家族へのプログラムを具体的にされた方が、アセスメントも関わりも行きやすいと思われる。(退院前訪問看護も含めて)

キーワーカー(出来れば OTR, など他スタッフも)は、外来、入院時面接から関わった方が、導入も関係もとりやすい。キーワーカーの役割が大きいので、キーワーカーの力量、マネジメント力によって、プログラムが変わる。キーワーカーは、どういう関わりをするのか、戸惑った。キーワーカーと主治医の役割分担、連携が重要。今回は、初めての入院のケースであったために、地域の社会資源、手帳、年金等の対応は、難しく感じた。医療以外の社会資源を利用するためには、障害受容の問題も含めて時間が必要である。

外来から関わるケースにおいては、どこで入院するかにおいて、早期退院支援プログラムの内容が変わってくるように感じた。

*紙面が足りない場合は改行してください。

(別紙-3) 事例報告書-2

精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び地域生活移行のシステム構築に向けた研究

事例報告 Summary Sheet 【施設名：I病院 患者：D氏 28歳 男性 キーワーカー：S 職種：作業療法士 男性】

	入院1~2週目	3~4週目	2カ月目	3カ月目	4カ月目	
日常生活の様子	8日間保護室。入院計画書の統合失調症の病名を見て、知ってからの異常体験がなくなったという。統合失調症については少し知っているとの事。病名を知って安心した印象。10日目：呂律が回らなくなり、流涎。開放病棟に変わって、病棟生活が退屈し落ち着かない、過剰適応な感じ。ADLは問題ない。	他患との交流見られる。NPOをした。政治的発言がある。退院したいと現実的でない発言もある。入院生活には適応している。他患者さんとも、喫煙所を中心に交流している。初めて、妹宅に外泊し、早く退院したい気持ちと和らぐ。	妹宅に3回外泊。1カ月後退院すると決めたが、3ヶ月後に延ばす。家族面会後、外を走る自動車の音が自分に向けられている感じがするという病的体験を語るが、「症状」ということはわかっています」と発言する。	両親宅に外泊し、退院先を確定する。臥床がちな。抑うつ状態。退院が決まって、安心。ジョギング以外は自室で過ごすことが多い。	両親宅に外泊し、退院先を確定する。臥床がちな。抑うつ状態。退院が決まって、安心。ジョギング以外は自室で過ごすことが多い。	部屋の片付けを行う。自室を中心に療養する。外来時に入院者と性交渉。
ケア会議の概要と目標設定	状態把握と情報の共有、対人関係、精神症状の観察、安心した入院生活の提供、治療者との関係作り、同世代との対人経験。早期作業療法の実施：個別からパラレルへ。毎日、同じ時間。早期心理教育の実施。退院後の社会資源情報の提供。1週目は安静を保ち2週目のプログラム開始を確認。	本人も含めて会議を実施。入院生活は、管理されている感じ、薬を自分で飲みたいという希望で、薬を自己管理とする。集団生活、集団に入ることには出来るが、深い付き合いが出来ないという。その他、新聞配達の情報で、途中で覚醒してしまうなどを報告する。経過としては順調。	退院先を決定するために、妹宅、両親宅への外泊を実施し、退院先を決定し、その後のケアを具体的にしていこうと提示していく。	自宅へ退院決定。現在、抑うつ状態。自閉的な生活。自閉的な生活の保障と退院後の確認。	自宅へ退院決定。現在、抑うつ状態。自閉的な生活。自閉的な生活の保障と退院後の確認。	退院後、外来で個人OT、カウンセリング継続
薬物療法	陽性症状に対し、注射リソリン2A 2mg、1日1回、30分程度。草細工、たいくつ感やイライラの解消を目的として作業療法を利用していく。毎日夕刻30分1対1対応の枠組みを設定した。母親へのプレゼンとして通帳ケースを作成することとし、理解はよく、丁寧に作業をすすめた。刻印のデザインには思考の柔らかさを感じさせた。数回で道具の準備も自分でおこなうようになっていき「楽しみができた」と本人も好感触だった。	他患者との対人交流の疵がりを意図した。機会も作った。また第3週目には毎日ジョギングを導入し、歩きながらOTと面談をおこなった。他患者と場を共有するパラレルプログラムへの参加の感触について尋ねるが、「基本的には1匹狼なんです」と苦笑し、集団場面への構えを感じさせた。オープン参加のカラオケ大会に参加し、歌を歌う。機材の片付けも自ら手伝う。	1対1のOTを終了する。ジョギングには毎日参加。OTとでの会話の中では、「○○さんは仕事でイライラしたのどうしますか？自分はそういうのに弱みみたいですね」と自己の課題を述べた。また退院先が決まらなかったことに対する不安もかかれた。また「福祉学習会」(月1回；自由参加)にも出席し、障害者手帳を学ぶ。	ジョギングの参加が減る。「最近引きこもりがちです」と述べる。病気の回復段階を説明し、「今は休んでもいい時期」として保障した。退院に向けた話として、「しばらく家でゆつくり過ごし、仕事はしばらくおぼろげに考えていきます」と述べる。	ジョギングの参加が減る。「最近引きこもりがちです」と述べる。病気の回復段階を説明し、「今は休んでもいい時期」として保障した。退院に向けた話として、「しばらく家でゆつくり過ごし、仕事はしばらくおぼろげに考えていきます」と述べる。	退院後も作業療法継続
早期心理教育	1週目はスタップより統合失調症についてのリーフレットを渡しゆっくり体むことを勧め、2週目にCPをキーワーカーから紹介。心理教育についての説明と実施への同意確認を行う。	3週目より開始。自分の病名を「統合失調症」と話し、「幻覚・幻聴・妄想があったり、自分の場合は気分が不安定になって怒りやすくなったり」と客観的に捉えている。しかし、「慣れない。人が多いのは苦手。など自分の正直な気持ちも語る。4週目では病気の経過と症状について「休息期。入院しているから。」と自分の状態を振り返る。ハローワークに失業保険の手続きをする。高額医療制度の説明。	5週目では、自分の飲んでいる薬の効果は知らないがテキストを見ながら睡眠の薬や緊張・興奮を和らげる効果もあること、再発予防の目的もあることなど一緒に確認する。6週目では本人にとつてのストレスは「社会的ストレス」「人間関係のストレス」「スピードに対するストレス」などが確認出来た。7週目では、社会資源を確認。OTプログラム「福祉学習会」：障害者手帳について傷病手当をもらう。	週1回30分面接を開始。やる気が出ないという。まずは睡眠が取れるようになつて、他患との交流や意欲や興味を沸くのを待つことなどを説明する。その後は体調について、院内で仲良くなった人や苦手な人がいることなど話す。	週1回30分面接を開始。やる気が出ないという。まずは睡眠が取れるようになつて、他患との交流や意欲や興味を沸くのを待つことなどを説明する。その後は体調について、院内で仲良くなった人や苦手な人がいることなど話す。	散歩したりして寝ているが「部屋の片付けをしたが、やらすことがなくなつた」と笑う。父親との関係「まあまあ」
資源制度情報提供	入院日にPSWが家族に対して入院費(高額療養費)と退院後の自立支援医療に関する説明を行った。	ハローワークに失業保険の手続きをする。高額医療制度の説明。	OTプログラム「福祉学習会」：障害者手帳について傷病手当をもらう。	自立支援医療の説明、手続きを行うが、東京から住所変更していかないことが判明。	自立支援医療の説明、手続きを行うが、東京から住所変更していかないことが判明。	
家族支援	入院時に診断名と回復の可能性を告げる。症状を説明し、家族会の統合失調症のパンプレットを渡す。父の転勤があり自宅が溝方になる。	母、従兄弟、叔母、妹の面会、同伴外出。面会は、自由に行う。	両親に簡単にキーワーカーが心理教育を行っている。両親ともに今後の対応に不安を感じていた。	両親に簡単にキーワーカーが心理教育を行っている。両親ともに今後の対応に不安を感じていた。	退院後も、治療を継続することでも両親も安心する。	
地域連携その他	現在の退院先は、妹宅？東京？今後、就労援助も含めて、病院近くに住む事も含めて援助していく。	保健所の家族講座、病院デイケアの家族会を案内する。	母が家族講座に2回参加。アパートを引き払う。	母が家族講座に2回参加。アパートを引き払う。	訪問看護。	

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標	医師 I
1 単身生活し就労する	看護師 M
2 仕事が続けられるようになる	ワーカー Y
当面(この1ヶ月)の目標	作業療法士 S
1 現状、今後の見通しについて話がもてる	臨床心理士 S
2	キーマーカー S

現在の状況(問題点)

将来に対して不安がる

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	訴え時には受容的に関わる。不安、心配事に訴えがある時は傾聴する。内面の表現が出来た時は評価する。外泊後は、どんな過ごし方をしたか詳しく確認する。退院後の生活について、様々な形態があることを説明し、退院後の生活のイメージを作っていく。		
心理面 (心理教育, 薬の説明)	個別心理教育を行う		
家族支援	家族関係の把握(特に父親との関係)、外泊を促していく。退院先についてそれぞれの思いの確認。		
地域スタッフとの連携			

ケアプラン作成日 19 年 9 月 26 日

施設名：I病院

報告者（キーマン）：S（OTR）

1. 事例紹介

[基礎情報]氏名:E, 年齢:21歳, 性別:男性, 診断:統合失調症

[現病歴]入院までの経過:X-18年に両親が離婚するが、X-11年に再入籍する。その頃より人と話したり、同世代の人と過ごすことに困難感を覚えていた。中学までは登校できていたが、高校1年1学期より不登校となり退学する。その後は予備校に5年通い大検を取る(この頃、家出や万引きのエピソードがある)。X-2年、地元の大学3校受験するが失敗し、X-1年にはK大学経済学部合格するが薬学部志望にて浪人を選び、最終的にはX年4月にF大学人文学部へ入学した。大学には行くものの教室の授業は受けられず、休憩室で本を読むなどして夕方まで過ごし帰宅するという生活だった。X年6月、将来を悲観し、自宅で自殺企図(鎚首)。その5日後に父親の勧めで母親が通院している当院に外来受診し、投薬を受けたが、その後は服薬中断する。8月、大学に休学届けを出し、治療専念のため入院を決める。入院初日にキーマンが本人と会い、研究について説明をし、同意を得た上でプログラム開始となる。

[その他]母親が非定型精神病で当院通院中(入院歴有)

母方の祖母がX-16年に鎚首自殺。曾祖母も自殺している。

X年7月自動車免許取得。趣味はインターネット。

2. 初期アセスメント

【精神機能面】ポロシャツの第一ボタンまで留めており、外見は真面目な印象を与える。面接場面では表情乏しく淡々としており、感情表現がほとんどみられない。時折、空笑を思わせる笑みや、視線を上げたりする不自然さがある。質問に対してはスローテンポながら一問一答で丁寧に答えている。病的体験の有無は定かではなく経過観察必要だが、高校1年頃の発症と考えると、現在の状態は急性期症状は表面化せず、回復期前期の状態像が長く遷延しているような印象を与える。対人交流を最小限に限定するなど自閉的な生活をしてきたことによりなんとか安定を図っていたものと考えられる。

【生活背景から】両親の離婚、祖母の自殺、両親の再婚、母親の入院など、本人をとりまく家族状況は常に変化をはらんでおり、家族内でのストレス状態が幼い頃より続いていたことも考えられ。これが思春期の揺れ動く対象関係に対応しきないという不適応を表面化させた可能性がある。一方で、高校中退後も大検を取得したり、志望する大学に向けて二浪するなど、真面目で頑張り屋の一面もある。

【対人スキル】自ら交流を求めたりすることはまったくない。家族に対しても自ら話すことは少なく、返事をする程度。人とコミュニケーションをとることの大変さは自覚されている。役割関係の曖昧さがストレスになりやすい。精神症状と性格特徴とを分けづらい面がある。

【家族ニード】(父)社会適応・仕事ができるように10%でも20%でも良くなれば・・・、(母)人の中で話せないのは私の性格を受け継いでおり申し訳ない。

【SMSF+OT 面接】気分と疲労のチェックリスト(SMSF)では、体調を悪さを「朝目覚めるのが早い」として文章表現した。口頭言語よりも文章の方がスムーズに答えられる。気分状態は「緊張・不安」がもっとも高く、看護師に体調を尋ねられるなど声をかけられるとき緊張すると話す。「疲労感」については「人疲れ」が最も高いが、現時点では「言葉にならないしんどさ」として自覚されていると考えられた。

3. 治療・援助の目標と方針

- ・Ns.サイド;言語的な関わりだけでなく、検温や血圧測定など身体を介して関係を築いていく。
- ・自閉的なあり方を保障しながら、担当OTRとの1対1の関係を基本的安心感につなげていく。
- ・言語的な交流が多大な疲労感として体験されやすいため、ストレッチや軽スポーツなどの身体活動を介して、身体の緊張感や硬さをほぐしていく。
- ・新規の手工芸を導入し、「教え-教えられる」という関係性を明確で一定に保つ。
- ・心理教育については、言葉によるやりとりが大変なことから、導入を見送る。導入時期は今後検討。
- ・退院後は当院デイケアでの継続フォローを視野に入れ、退院の目途がつけばデイケアとの連携も図っていく。
- ・家族に対してはキーマンが会い、情報の提供や障害の理解につなげる。

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

X+4日目にキーマンより担当OTRが紹介され、この時OT室も見学する。X+5日SMSFを用いた個別面接、緊張感や人疲れの感じやすさが確認された。「身体を軽く動かしたり、ものづくりを通して、人との緊張をほぐしていこう」という目標を合意し、毎日同時刻30分、1対1のOTに導入した。OTRが自室に迎えに行くこととした。X+6日～X+18日、肩甲骨周囲のリラクゼーション・ストレッチと、卓球のラリーをおこなう。ストレッチでは肩の力の抜き方がわからないといった様子で、触れる筋が硬く緊張していた。卓球は過去に1度だけやったことがあるが、プレーのコツなどを一からOTRが教えながら、徐々に上達していった。卓球ではなるべく大きな動作を促し、「身体のリズム・感覚を取り戻していこう」とも伝えていた。X+19日～、卓球台に集まる他患者加えておこなうようにした。「サーブはそちらですよ」「7対6です」などの言語交流も自然におこなえ、他患者の試合中は点数係なども担当した。「疲れるけど楽しい」という言葉も聞かれた。X+29日～、卓球と並行して、革細工を導入。作品見本から小銭入れを選択し、方眼紙上に展開図を描くことが可能だった。また曲線を引く際には点で目盛りをつけてから描くなどの工夫もあり、構成的な作業の思考過程には大きな問題は感じられなかった。作品が完成すると嬉しそうではあるもののやや淡々とした感じ。革細工は継続して母親の誕生日プレゼントを作る。この頃より、以前に比べ会話がスムーズにおこなえるようになっており、視線も合うように

なってくる。本人も OTR との話は苦痛ではなくなったとのこと。また X+53 日には病院内の卓球大会に出てみたい気持ちがあることを話した。以後もほぼ毎日卓球をおこない、速いラリーを続けることができるようになり、他患者との試合にも勝つなど自信をつけていった。SMSF では全体的に緩やかなプロフィールに変化していった。OTR との卓球は退院してから週 1 回の時間を設けておこなっている。

(2) 早期心理教育

入院当初は言語的な関わりが多大なストレスとなるため、心理教育の導入は見送っており、キーワーカーが週 3 回ほどごく短時間会っていたが、自分のことはあまり話したくないという姿勢だった。X+55 日～、CP を中心としておこなわれている心理教育グループ(患者 6 名・スタッフ 3 名)に参加開始。自発的な発言は少ないが、スタッフや他患者からの問いかけには適切に答える。参加当初は緊張した面持ちで、うつむいていることが多かったが、回を重ねるにつれて自分から挙手してテキストを読んだり、他患者と会話できるようになっていった。退院後は CP と 1 対 1 にてセッションの復習をするが、「当てはまる症状はない」「もうこの病気にかかることはないと思う」などやや病識の薄い面もある。

(3) 資源制度の情報提供

退院決定時点で、当院デイケアの見学。退院前 1 週間、院内からデイケア体験導入。このときデイケアでの担当スタッフも決まる(女性 OTR)。退院後は週 3 回の利用を決める。

退院時に自立支援医療の説明・手続き。

(4) 家族支援

家族面会時にキーワーカーが面談する。3 ヶ月目には本人・両親同席で面接。退院後の生活について話し合う。デイケア導入・心理教育継続・訪問看護導入が決まる。

(5) ケア会議・地域連携・その他

入院 2 週目、1 回目の病棟カンファレンス開催。日常生活上は問題となることなく、病棟生活に馴染みすぎている印象。自閉的なあり方を保障していく。入院 1 ヶ月目、2 回目の病棟カンファレンスでは、Ns とのやりとりで若干の余裕が出てきたことが確認された。入院 3 ヶ月目、本人同席によるケア会議開催。10 人ほどのスタッフの中でしっかり自分の言葉で話す。その点をプラスにフィードバックする。退院 1 週間前、本人・キーワーカー病棟担当 OTR・デイケア担当 OTR の 4 名でケア会議を開催し、今後のデイケア利用の仕方・心理教育継続・病棟 OTR との卓球継続などが決まった。退院後は自宅訪問も実施。

5. 結果(成果と転帰、退院後のケアプランなど)

入院当初より急性期症状は呈しておらず、自閉などの陰性症状(疲弊病相)が主たる障害と考えられていた。薬物療法は睡眠に対して一定の効果を挙げたと考えられるが、OTR・Ns・CP などコメディカルによるチームアプローチが大きな役目を担った。目立った陽性症状もなく、病棟生活を淡々とこなしているかのような本症例に対し、早期より OTR が 1 対 1 にてきめ細かく関わることにより、一定の役割関係の中で安全保障感を促進させ、対人交流の場を提供することにつながった。その結果、活動の中に限定されているが他者との関わりが持てるようになり、自信にもつながっていったと考えられ、これが入院後半の心理教育グループ参加への橋渡しとなった。本人を含めたケア会議においても自らの意見をしっかりと言葉で伝えることができるなど、わずかではあるが対人場面での対処技能も身につけていったと考えられる。結果的には、デイケア導入と心理教育の継続利用、また訪問看護という支援 3 本柱を決めて、入院 3 ヶ月経過したところで退院となった。退院後は週 3 回のデイケアを真面目に通所し、構造化されたグループ内での同姓同世代との交流はもっているが、自ら対人交流を拡大していくまでには至らない。退院後一時期、睡眠が乱れ眠剤増量となり、デイケアでは就眠して過ごすこともあったが、最近では近所のスーパーのアルバイトを見つけ、復学までの 3 ヶ月間の予定でアルバイトを開始した。退院 2 ヶ月目にはデイケア担当 OTR と病棟担当 OTR が自宅訪問もおこなった。

BPRS 入院時 12 ⇒ 退院時 5、GAF 入院時 41 ⇒ 退院時 51

6. 考察

対人緊張が高く、言語的なコミュニケーションを苦手と感じる症例にとり、OTR との卓球は物理的にも心理的にも対人距離を一定に保ちながら対人交流を提供する機会になり、新規の作業である革細工は“教え-教えられる”という明確な関係性を保障しながら安全保障感を促進させた。病棟生活に一見問題がないように思われる症例のようなケースでは、医療スタッフとのコミュニケーションが希薄となり、知らず知らずに入院期間が長期化したり、慢性化するなどの二次的障害を起しかねない。今回、早期より各専門職が本人及び家族を含めた支援をおこなったことにより、3 ヶ月という早期の退院につながったと考えられる。本症例の場合、病識が曖昧で、過去の経緯から自殺のリスクも抱えている上に、アルバイトや復学といった新規の現実的な課題が差し迫っているため、退院後のきめ細やかなフォローが非常に重要である。

障害者福祉は自立支援法の時代に入っているが、今回のような初回入院・早期退院のケースの場合、支援の枠をすぐに地域に拡げるよりも、慣れ親しんだ病院スタッフによる医療的ケアが重要となる場合もあり、本人を取り巻く対人状況をむやみに拡大させない配慮が安全な回復に促進的に作用する場合もあることが示唆された。

7. 課題(事例から得られた早期退院プログラム・地域生活移行システムに関する課題をお書きください)

精神障害に対する地域生活移行はこれからの重要な課題であり、早期から地域で支援するシステム構築が望まれる。一方で、“地域生活支援”という名のもとにこれまでの対人状況を一変させるような支援が必ずしも回復にプラスに作用するとは限らない。本症例のように病院スタッフなどの慣れ親しんだ間柄を生かしながら退院後の生活を支援していく方法も模索していくことが必要である。どのような支援をどの程度どのような方法でおこなっていくかという判断についてキーワーカーの果たす役割は大きく、医療面・福祉面をフィールドとする作業療法士に期待される役割は大きいと考えられる。

*紙面が足りない場合は改行してください。

事例報告 Summary Sheet [施設名： I 病院 患者： E 氏 21歳 男性 キーワーカー： S 職種 OTR 男性]

	入院 1～2 週目	3～4 週目	2 カ月目	3 カ月目	退院後 1～2 カ月目
日常生活の様子	食事・洗濯・入浴・服薬など病棟スケジュールには問題なく適応する。睡眠が安定せず、日中身体がきつさを訴える。ダイニングで読書するが集中困難を訴える。自室では顔にタオルをかぶらせて臥床。	病棟生活は問題なく過ごしている。目立たない。午後1時間くらいは散歩を開始。外泊では疲労感を強く感じる。	落ち着いて病棟生活を送っている。散歩継続。自分からNs.との会話を求めてくることはない。しかし話しかけられるとスムーズに答え視線も合う。	落ち着いて過ごしている。入院3ヶ月目の退院が決定。	退院後は真面目に週3回デイケアに通う。漫画を読んだり、散歩をして過ごしたり、同姓同世代のクロスドググループにも参加。一時期眠気強く活動中も休むことがあった。 退院後2ヶ月目、近所のスーパーでのアルバイトを開始。
ケア会議の概要と目標設定	急性期と考えるよりも陰性症状が主たる障害像。自閉を保障しつつ、OTRとの1対1の関係から安心感を得られるように、身体的な関わりを重視していく。 2週目に病棟カンファレンス;病院生活に馴染みすぎている印象。	2 回目の病棟カンファレンス		本人同席のもとで病棟カンファレンス(ケア会議)。ここでは自分の意見をしっかりと述べることができ、その点をスタッフからプラスにフィードバックする。 退院前ケア会議：退院後のデイケア利用、心理教育継続、病棟OTRとの卓球継続などが決まる。 パキシル就寝前薬に変更	復学は難しいと予測されるが、本人は復学する気持ちが強く、フォローが必要。 自殺のリスクの注意。
薬物療法	1 週目：ルーラン(4)3T 3× 2 週目より睡眠改善目的で就寝前追加：ルーラン(8)IT タスモリン IT ロヒプロノール(1)IT	パキシル(20)IT 朝のみ追加	変更なし		睡眠改善の為、ロヒプロノール(1)ITに増量。
早期作業療法	X+4 日目にキーワーカーより担当OTRを紹介。毎日30分程度の個別OTを導入。ストレッチャ・卓球などにより身体をほぐす練習。	卓球に他患者も加わる。自然な言語交流がおこなえ、点検係などの役割も担った。	卓球と並行して革細工を導入。作業遂行は丁寧で、思考面の問題も感じられない。	卓球では毎回OTRと本気の試合。上達していくことが嬉しいといった様子。	週1回入院中と同様に入院担当OTRと卓球を楽しむ。
早期心理教育	言語的な関わりが負担となりやしいため、導入は見送る。 キーワーカーとの面接のみ。	心理教育についてキーワーカーより説明。CPと顔合わせ。参加同意確認および導入をおこなう。 週1回、患者6名・スタッフ3名のクロスドググループ。	オリエンテーションでは緊張した面持ちだがしつかりと発言できている。精神科の病気や症状についての説明する。	薬の効果・副作用、主治医とのコミュニケーションなど。「薬は自分やめたいときにやめれば良いと思っていた」などと語る。	外来日に心理教育継続。ストレスの話題では「寝る時間が足りないとストレス」と言い、対処法として「夜中に散歩する、歌いながらの散歩」と答える。
資源制度情報提供	入院時に、入院費等の説明を行う。	未実施	家族会の案内を行うが参加されず。	心理教育のなかで社会資源の説明をおこなう。 退院後のデイケアについてのオリエンテーション。訪問看護も紹介。 退院決定後、自立支援医療の説明をおこなう。	地域生活支援センターの紹介をおこなうが、地域の資源は利用しない方向でいく。
家族支援	入院時にキーワーカーより研究の説明をし、同意を得る。	面会時にキーワーカーが家族と面談。	面会時にキーワーカーが家族と面談。	本人・両親とキーワーカーで退院の相談。退院後は自閉的にならないよう継続フォローの同意を得る。	訪問看護にて、家族支援を含めておこなう。 未実施
地域連携その他	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

1 大学への復学	医師	I
2 人と交流できるようになる。自己表現出来るようになる。	看護師	O
当面(この1ヶ月)の目標	ワーカー	Y
1 少しずつでも内面を表出できる様、安心出来る環境を提供する	作業療法士	S
2 思いを少しでも話すことができる	臨床心理士	S
	キーマーカー	S
	デイケアスタッフ	N

現在の状況(問題点)

決まったことは、問題ないが、変化に対応できない。対応しようとしていない。緊張してしまう。

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	退院後のイメージを作っていく。デイケアの見学、デイケアメンバ、スタッフの紹介を行い、不安、緊張を和らげていく。退院前訪問を検討する。デイケアの若者男性グループへの参加を促す。		
心理面 (心理教育, 薬の説明)	心理教育グループが終了したら、振り返り、確認として、個別心理教育を継続する。		
家族支援	外泊時の状況把握、退院後の生活の確認、生活指導を行う		
地域スタッフとの連携	デイケアスタッフ(苦手な若い女性)に入院時から関わってもらう		

ケアプラン作成日 19 年10 月29 日

施設名：I病院

報告者（キーワー）： S

1. 事例紹介

〔基礎情報〕氏名：F，年齢：29歳，性別：男性，診断：統合失調症

〔現病歴〕入院までの経過：中学から高校にかけて、いじめられていた。高2の時に不登校となり、部屋に閉じこもり、独言、空笑が出現。被害妄想も出現し拒食状態が続き、クリニックを受診。通院治療と母との共生関係の中で経過。毎年、家業が忙しくなる9月から3月にかけて状態が悪化していた。今回も9月を前に強迫症状が悪化し、食事も取らなくなり初回入院となる。発病から約12年間、母親との共生関係の中で生活。強迫症状が強いときは、便の始末をしたり、半日がかりで風呂に入れたり、好きなだけゲームソフトを買ったり、母親が中心となって介護している。入院時、自宅ではADLは、殆ど出来ず、家族が介護していた。入浴に半日、トイレに1時間、買物に何度も行くなどの強迫行為、妄想、空笑が見られる。

2. 初期アセスメント

高校2年時(17歳)頃の発病と考えると、発病後12年経過している。クリニックによる投薬等を受けているが、母親との強い共生関係の中で、長期間、殆ど未治療(治療的関係が確立出来なかった)で経過しているケースである。中学時代まで友達もいたようであるが、おとなしく、長期間にわたるいじめ、発病後の12年間におよぶ母親との強い共生関係を考えると、いかに良好な対人関係を作るかが大きなポイントであると考えられる。ADL能力の把握。かなり退行した状態と症状のため、知的レベルが不明。

3. 治療・援助の目標と方針

29歳の一青年としての対応、過保護にならない。退行していても子供扱いしない。スタッフ、家族が一貫した関わり、態度、対応を明確にわかりやすく・・・良いときはほめる、悪い時は指導する。状態把握と情報の共有。本人、家族への統一した関わりを行う。早期作業療法の実施・・・身体的接触、活動の利用。毎日、同じ時間に実施する。

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

瞑想(オープン活動)に参加する。入院X+16日目より個人作業療法開始。身体をほぐす、緊張を和らげるように身体的アプローチ、遊びの要素を加えながら身体感覚にアプローチする。不安、確認行為があり、かなり援助が必要であるが、作品を完成させることが出来る。日常生活のトラブルがあると、作業療法の活動も日常生活の援助となった。オープン活動に、一緒に参加し、他患の中で過ごせるようにアプローチを行った。

(2) 早期心理教育

本人よりまずは母親に行う。母親に行う計画を行うが、家業が忙しいために定期的に出来ず、また、母親の思い、今までの苦勞を聞くだけで時間が過ぎてしまう。今までの苦勞、経過をまとめたりなく話し、止まらない。しかし、話を聞き、母親への指導を行うと、過保護で子供扱的な態度は軽減する。

(3) 資源制度の情報提供

デイケア、訪問看護を基本的な退院後のフォローとする。家族の対応が不安定な場合は、援護寮の利用も検討の1つとなる。

(4) 家族支援

母親の不安が強いために、面会時は話を聞いていく。母親への心理教育が必要である。母の話は、1時間以上になることも度々であった。

(5) ケア会議・地域連携・その他

両親、本人を含めて会議を行う。クリニックのデイケアにつなぐことが目標。家族との距離をとるために援護寮も検討の1つである。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

観察室から一般病室へ変わった直後の入院X+48日目に、無断離院。家業が忙しくなった時期、移室による寂しさが影響したと考えられる。依存欲求が強く、満たされないと尿失禁、便失禁、離院行動となり、保護室使用となる。保護室を使用しながら、日中は開放病棟に開放する生活になる。スタッフのケアが濃厚な保護室で安定するが、出たくない。出る試みをする、問題行動が出現する。入院X+108日目にキーワーと一緒に自宅外出をする。自宅での行動(トイレ、食事など)がスムーズに出来たために、正月に2泊3日の外泊を行う。その後も、外泊を行うが、思い通りにならないと尿失禁、便失禁、強迫行為が出現する。家業の繁忙期が終わる4月に退院し、地域のクリニックデイケアを利用することを確認する。

BPRS 入院時 48⇒X+130 日時 30、GAF 入院時 11⇒X+130 日時 31

6. 考察

発病後12年経過し、家族が付きりで介護してきたケースである。自宅が自営業のために、家族の介護度が高く、必要以上に家庭で支えてきたために、精神症状と共に日常生活も著しく障害されていた。12年間、家族との共生関係の中で生活してきたために、入院生活に適應し、対人関係をとることが困難であった。早期から個人作業療法を開始したが、日常生活の問題が大きく、作業療法も日常生活指導が中心となるが多かった。観察室から一般病棟に移室した日に、数回離院、保護室を使用することで安定した。濃厚なスタッフの関わりがないと不適應を起こすことを繰り返し、安定した関係、日常生活を確立できない状態が続いている。しかし、全体的にみれば確実に日常生活能力は上がり、徐々に関係も出来ている。3ヶ月での退院は出

来なかったが、7、8 ヶ月の入院期間で退院を考えられるようになった。

7. 課題 (事例から得られた早期退院プログラム・地域生活移行システムに関する課題をお書きください)

発病から 12 年後に入院に至ったケースである。外来精神医療の発達により、外来で支えられるケースが増えているが、一方で、長期間、無理に外来で支えてしまい、本格的な治療開始が遅れ、早期退院が出来なったケースであると思われた。発病から入院までの期間が、早期である方が入院も短いような印象である。地域で治療することが重要であるが、家族に必要以上に介護を行わせないことも重要のように感じた。退院して、地域で生活するためには、日本では家族との関係が重要である。しかし、家族と患者さんの歴史は長く、関係は大きく変わらない。家族支援プログラムの必要性を感じた。

*紙面が足りない場合は改行してください。

事例報告 Summary Sheet 【施設名： I 病院 患者： F 氏 29 歳 男性 キーワード： S 職種 作業療法士 男性】

	入院 1~2 週目	3~4 週目	2 カ月目	3 カ月目	4 カ月目	5 カ月目
日常生活の様子	観察室に入院。ADL は、出来ない。食事でも拒食であったが、スタッフの促しにより、入浴、食事、排泄などの ADL は、可能になった。母親面会時は、過保護な対応になるために、母親への心理教育が必要となった。	ADL がスムーズに出来る時と強迫行為で、時間帯を要したり、出来ない時もある。尿失禁、便秘が時々ある。面会後、自宅へ電話した後に調子悪い傾向。	食事に対する強迫行為で何度も離院し、保護室に移る。入院前も、買物も何度も行ったり、何時間か店に居ることがあったらしい。	女性スタッフの指示には甘えないが、男性スタッフの指示には従う傾向。布団に便をすることがあった。	キーワーカーと自宅外出を行う。(退院前訪問) その後、2泊3日の外泊を問題なく過ごす。	関わって欲しい、イライラした時は、便失禁をする。また、盗みをする。また、盗みをする。基本的 ADL は、少しずつスムーズに行えるようになってきている。
ケア会議の概要と目標設定	観察室で状態を把握する。入院前の情報より、ADL は自立できると考えられ、歳相応の対応を基本的にしていく。	ADL はある程度スムーズになっってきたために、一般病棟に移行していく。他患との交流を促す。	保護室から一般病棟へ移すために、時間開放し様子をみて行く。	基本は保護室。日中は開放病棟で安定する。	母親を含めて会議する。スタッフと家族の関わり方を統一する。外出を試みてみる。	親と本人も含めて、ケア会議を行い、4月に退院すること、開放病棟で様子をみることを確認する。
薬物療法	パキシル 20 mg 1錠、リスパダール 2 mg、レキピン 100 mg、タセリン、各 3錠、リスパダール 2 mg、レキピン 200 mg、ワイパックス 1 mg 各 1錠、ロピブノール 2 mg 2錠		リチウム 200 mg、レキピン 200 mg、セロン 5 mg 各 3錠、リスパダール 3 ml、ワイパックス 1 mg、タセリン 各 1錠、レキピン 200 mg、ロピブノール 2 mg、アルゼント、各 2錠			
早期作業療法	キーワーカー (OTR) が定期的に関わわる。状態把握、ADL 上の関わりを重視する	入院後 15 日目より個人 OT 開始。	オーブングループの瞑想に参加。対人緊張強く、周りの動きに敏感に反応する。	保護室内での個人 OT。瞑想も継続。他のレク活動にスタッフや母親と参加。	陶芸に参加し、家族の湯飲みを OTR と共に作る。活動時は、穏やかで強迫行為も短時間で済む。	
早期心理教育		本人よりも母親に対して、面会時に行っている必要がある。面会時は、時間をとって母親の話聞く。	面会時は、1 時間程度、母親の話聞く。		対応の仕方を説明する。子ども扱いしないことを確認。でも、かわいいと発言。	父親の話も、時間をかけて聞く。
資源制度情報提供	入院費の説明。デイケアにつなぐ方向性を確認する。		離院、事故の可能性が有ることの了解を得る。		退院前訪問看護を行い、退院後も訪問看護を利用することを確認。	援護寮の利用も検討する。
家族支援	研究同意書に、本人が署名し、家族は数年ぶりに字を書いたことに感動する。	面会時に、過保護な対応で、面会後、不安定になるために。面会を週 1 回に制限する。	良くなった。食事がスムーズに出来るようになったことを評価。	保護室と一緒に過ごしてもらったり、一緒に活動に参加してもらおう。	家族からの差し入れを禁止する。	状態悪化、危険性を覚悟で、開放で行うことを確認。
地域連携その他		自宅近くのクリニック デイケアにつなぐことを確認する。			自宅訪問し、家業の状態を把握する	

*例示の文章を削除し、記入スペースが足りない場合はそのまま改行していただく。患者氏名覧には記号を入れてください。

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

1 家庭で日常生活が出来ること	医師	I
2 クリニックケアへの自転車通院	看護師	T
当面(この1ヶ月)の目標	ワーカー	Y
1 一般病棟で安心して生活できる	作業療法士	S
2 3つの約束ごとを守る(人の物を盗まない、離院しない、尿・便を布団にしない)	キーワーカー	S
	臨床心理士	S

現在の状況(問題点)

強迫行為(ADL面)、離院の可能性、欲望のコントロール、イライラの表現として、便・尿を布団にする

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	何回ぐらい
活動面 (作業療法、病棟生活など)	少しずつ開放していき、一般病棟へ移室する。一般病棟で安心して過ごせるように、様子観察し、緊張感があるときはスタッフが関わる。スタッフへの表現を促す。ゆっくりと関わり、自発発言を促していく。		
心理面 (心理教育、薬の説明)	両親の話を時間をかけて、聞いていく。母親と父親ではズレがある		
社会面 (社会資源の紹介など)			
家族支援	家業の状況をみて、外泊を促していく。		
地域スタッフとの連携			

ケアプラン作成日 20年 1 月 11 日

施設名：T病院

報告者（キワーカー）：O

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名：G，年齢：15歳，性別：女性，診断：統合失調症

【現病歴】入院までの経過：生後11MでCPと保健師が気づきCPと診断を受ける。身障手帳1級。今回入院までは普通に小中学校通学。ADL的にもSLB装着し自立。長距離移動困難のため通学は母親が送迎していた。学力も普通。学校ではいじめ+。X年春頃より姉に対してはそのことを話していた。X年8月に入り不眠・独語などが目立つようになりコミュニケーションも困難な状況になった。近医受診し経過を見ていたが独語著明となりX年9月2日曜日、当院救急室受診。翌9月3日当科外来受診(姉が当院検査科職員)し、医療保護入院となる。同日精神科作業療法処方。本研究の説明を母親本人同席の元、9月25日に実施し、同意を得ている。

2. 初期アセスメント(研究開始の状況)

健康面：統合失調症疑い・CP・不眠 **身体機能**：両下肢痙攣性麻痺(SLB装着)・体幹両下肢とも筋力低下+，バランス反応低下+ **精神機能**：独語著明，妄想+，アイコンタクト困難，注意集中困難，状況判断困難 **活動**：突然歩き出し転倒+，状況判断困難なためADL全面介助，食事でも集中できず介助必要，夜間失禁+，車椅子対応，コミュニケーション困難 **参加**：病棟内のホールに日中は居る。時折会話している。毎日家族の面会を受け本人好みのMDなど希望したり家族交流は保たれている **環境面**：家族環境は良好。母親と姉(毎日面会)・祖父母と父親(日曜日のみ)。母親は面会時、不安からか涙ぐむことも多い。療養環境としては急性期病棟のため成人がほとんど、不穏患者多く落ち着いた環境ではない。入院のため就学は中断。

個人因子：15歳・思春期。CPのため肢体不自由持ちながら明るく通学し、がんばっていた。母親には一度も身体のことを話したことはない。姉には時々身体のことやいじめのことを漏らしていた。学業成績も普通。OT質問票では、勉強したい・K高校に行きたいと記入している。

まとめ：本人の思いは『勉強し高校に行きたい』である。本人の病状は幻覚妄想著明で精神症状不安定状態。家族も毎日面会しているが、特に母親は不安がっている。病棟での生活は、精神症状不安定なため状況判断できず転倒もあり、危険回避のため車椅子使用し全面介助状態。就学や運動ができる状況ではない。思春期という年齢を考えると療養環境的にも不利な状況である。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標：自宅復帰し、就学に向ける **短期目標**：①精神症状の安定②二次的障害・廃用障害防止③年齢を考慮した心のケアを行う【⇒1ヶ月ごとに目標を見直しています】

方針：本人家族とも在宅復帰を希望しており、まずは在宅復帰に向けて精神症状の安定のための集中した治療を行う。薬物治療の効果を見ながら、Ns・SW・心理・PT・OTの多職種による心のケア・廃用防止・家族支援・社会資源利用などを漸次進めていく。また、受験生でもあり、本人の思いも考慮すると地域スタッフ(保健師・中学校教師・当院養護学校分校教師)の早期からの参加が必要である。キワーカーは、主治医・家族とも連絡をとりながら当面の目標に向けてリハビリテーションチームの調整連携を進めていく。

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

入院当日より開始。以後、毎日顔を合わせることから開始。本人の思いを理解し、まず、自己実現に向けたアプローチを主に行う。勉強・スポーツ・散歩・歌・料理など具体的な活動を通して本人の満足を得ることを行った。OT治療中も幻覚妄想状況見られたが、30分～1時間の活動を行い現実場面に身を置いてもらうことに終始した。当初、身体機能面、特にストレッチや歩行などもOTで対応していたが本人の疲労も考慮し、本院のPTを依頼してもらい9月中旬からPTOTで午前午後に分けてのアプローチが可能となり、好きなことややりたいことへの取り組みがじっくりできるようになった。OT場面では笑顔も多くなり、生活の中で一番楽しみに待つようになった。10月に入り、学校登校の希望が増し、OT時間に養護学校T分校なども見学開始する。12月より正式に分校登校開始後は夕刻会話程度の関わりでフォロー。冬休み期間は歩行練習や屋外散歩など実施している。現在は週末、気分転換として喫茶店などへお出かけを実施している。

(2) 早期心理教育

入院当初から現在まで本人の精神症状が不安定のまま経過。心理検査やカウンセリングなどできる状況ではないと判断し、家族に対する教育から開始した。母親は1/Wの頻度で病気についての教育を受け、ここ1ヶ月はカウンセリングによる精神的支援も受けている。また、父親や姉、祖父母に対しては、文書やビデオにて教育指導を実施している。母親一人に精神的負担が集中しないように配慮した。また、母親の家族会参加を定期的実施する予定である。

現在、ようやく精神的に安定し本人の『病気について知りたい』という意見を受け、検査やカウンセリング・教育が開始される状況である。

(3) 資源制度の情報提供

SWには、特に家族の相談窓口をお願いしたが、CPで母親のサポートが為されていたので、現在のところ以下の点を支援した。母親からの相談で、装具の作り替えと車椅子支給の申請手続きを行い、すべて終了した。現在新しいSLB装着し、車椅子も発注済みである。退院後の相談窓口としてお願いをしてある。

(4) 家族支援

家族の中のキーパーソンが母親であり、心理を中心にSW・キワーカー・主治医等で母親支援を行ってきた。現在、養護学校T分校に転入し就学開始しているが、入院前の中学校・分校の連携協力で進路等の相談援助をお願いした。

(5) ケア会議・地域連携・その他

本研究の開始が入院 3W 後であったため、手続きが遅れた。本ケースの年齢と精神状態も考慮して本人の会議への参加は 3 回目からとした。1 回目カンファ(10/11)は母親の承諾をもらい、院内のリハチームスタッフのみで開催。研究の説明・入院の現状・治療の経過見通し・各スタッフの現状報告・長期短期目標の確認・役割分担・今後のカンファ開催予定など協議した。2 回目開催(11/1)。院内スタッフの他に、ご家族・地域保健師・養護学校分校教師が出席。治療状況・生活状況等の他、特に本人の思いである就学の方法と時期について協議し、長期短期目標の見直し・各スタッフの役割分担も再確認した。3 回目開催(11/29)。本人の状態も落ち着き参加の希望もあり始めて本人を交えたカンファ開催となる。その他に、在学中の中学校教師も出席し、具体的な就学開始について決定した。また、本人の思いを会議の席で発言してもらい、それに合わせたチームとしての長期短期目標確認と予定を立てた。大まかな退院までの治療の計画・本人の取り組む課題(就学・ADL 面・病気理解など)・各スタッフの役割分担を協議した。併せて、家族へは外泊外出の協力をお願いした。4 回目開催(12/20)。具体的な退院の日程と退院後の支援方法について協議したが、薬物調整が不良となり本人の病状再燃。理解力判断力低下のままカンファ出席し、チーム全体としては退院時期及び受験については慎重に検討することを申し合わせた。退院については、①分校に毎日登校できること②身の回りのことが自立できることを判断基準とした。5 回目開催(X+1 年 1/24)本人の病状落ち着き ADL もアップ。外泊での状況も改善したことを受け、本人の意向である卒業式を入院前の中学校で迎えるために、卒業式練習から参加し思い出づくりすることが大事と決定。2 月末に退院を予定。本人は受験を希望していたが、主治医よりストレス大きいため見合わせることを本人に告げ、本人も了解する。母親からは市外の養護学校受験の希望があり、本人も同意。学校関係者の連携協力で卒業式の準備・養護学校受験の手続きなど進めている。地域保健師からは退院後自宅訪問し、本人家族のフォローを行うとの発言あり。また、身体機能維持のため定期的に外来リハを行うこととした。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

- キーマンとしての存在で、カンファ開催の調整と目標設定および役割分担などリハチームとしての活動のまとまりと円滑な動きが得られた。
- 本人の思いを当初は OT が代弁することで明確になり、さらに会議に本人が出席し発言することで、より実現に向けてチームが一丸となった。
- 家族の不安に対しても、主治医や心理が早期から対応でき家族も何を支援しよう関わればよいのかわかりやすく、安心が得られた。
- キーマンが本人家族を含めたチーム全体の相談窓口となり、情報共有と連絡調整を行なったことでチームワークがとれ、円滑に目標に向けて動いた。
- 退院支援および退院後については、本人家族を中心に学校関係者・地域保健師を加えたリハチーム全員で検討し本人家族が納得できる方向性が決定できた。カンファの席上で役割分担できるためすぐに実行に移せている。

6. 考察

早期より各専門職種が関わり早期に本人家族および地域スタッフを交えたカンファを定期的に開催したことでリハチームとして情報共有や目標共有が得られた。キーマンはチーム全体のまとまりと方向性の調整役として重要な役割で、チーム全体の動きに大きく影響がある存在といえる。本人を中心としたリハチームとするには、本人家族をカンファに参加してもらうこと、もしくは本人の思いを代弁できるスタッフが居ることが重要である。このような仕組みは本人家族の安心と満足が得られ、前向きな姿勢を誘発できる。早期の OT 介入は、本人のやりたいことへの自己実現や非言語的な関わりが本人の気持ちの安定に有効である。教育面では、本人の精神症状安定が必要で早期の介入は状況を見てという状況となる。しかし、家族への教育・支援は早期より介入することで家族の精神的負担が軽減できる。早期から地域スタッフがカンファに参加することで入院中の本人家族の状況把握やリハチームの取り組みが理解でき、その取り組みが継承できる。また、本人家族が地域生活上で困ったときの相談窓口にもなり安心した生活の保障もできる。退院支援の終盤は、退院時期・退院後の受験など本人が直面する課題が多く議題として取り上げる時期を苦慮したが、チーム全員で本人の思いを実現するための意見交換ができ本人も家族も納得した方向性が得られた。地域スタッフも何を支援すればよいのかカンファの中で確認でき実行しやすい。定期的なカンファにより、チーム全体の取り組みが全員で共有できた。

7. 課題 (事例から得られた早期退院プログラム・地域生活移行システムに関する課題をお書きください)

- 本人の精神状態が落ち着くまでの期間は、本人の思いや困りごと、やりたいこと、等簡単なアセスメントが妥当ではないか。
- 本人への早期介入は、病状安定に期間を要し言語的な教育等は難しい。
- キーマンの役割は大きく、仕事量も多く OT 業務との兼務はかなり多忙。専任が必要。
- 就学年齢の入院は、急性期成人の中での生活を強いられ刺激が大きすぎ、療養環境が不適。就学年齢専門の病棟などが必要。
- 定期的カンファへの本人家族の参加・地域スタッフの参加など有効だが、キーマンの存在が現在はない。早急に必要。

事例報告 Summary Sheet [施設名：I病院 患者：G氏 15歳 女性 キーワード：O 職種作業療法士 女性]

	入院1~2週目	3~4週目	2カ月目	3カ月目	4カ月目	5カ月~	
日常生活の様子	<p>幻覚妄想著明。独語空突頻回。視線鋭く一点凝視。アイトラジしい。状況判断できず勝手に歩き転倒+拘束+。簡単な疎通はとれる。夜間不眠+。ADL全介助</p>	<p>独語空突著明。状態は著変なし。意思疎通に日内変動大。夜間拘束日中アト。頻脈傾向、食料+。食事一部介助</p>	<p>幻聴著明 勉強意欲↓ 活気↓ ADL 前介助 拘束+ 食欲旺盛 軽い風邪をひいた程度で健康状態良好</p>	<p>表情の硬さがとれ表情豊かになる。自発的な言動が増える。やってみようという姿勢がうかがえる</p>	<p>前半落ち着きあり 後半病状再燃 入院環境のストレス大きい 分科毎に通学 午前中の眠気強い</p>	<p>前半落ち着き+幻聴+ 後半落ち着く 着替えなど自立 分科午後のみになるが後半1日復活</p>	
ケア会議の概要と目標設定	<p>1回目合同ケア開催 院内ケアのみ参加(研究の説明も兼ねる) 長期：在宅復帰し本人の希望である進学に向けて 短期：①精神的安定②二次的障害を防止</p>	<p>2回目合同ケア開催 家族・学校教師・地域保健師参加(本人は主治医判断で出席せず) 長期：①外泊で自宅での生活状況確認②病棟でもできることを増やす</p>	<p>3回目合同ケア開催 本人・家族・学校教師・保健師参加 長期：同居 短期：①病状の安定のため入院治療継続②外泊の実施③毎日分科に登校</p>	<p>4回目合同ケア開催 参加者同じ 長期：同居 短期：①病状の安定のため入院治療継続②外泊の実施③毎日分科に登校</p>	<p>5回目合同ケア開催 参加者同じ 長期：2月に退院し卒業式まで元の学校に登校する 短期：①分科に登校②受験の準備をする③ADL自立に向けて</p>	<p>5回目合同ケア開催 参加者同じ 長期：2月に退院し卒業式まで元の学校に登校する 短期：①分科に登校②受験の準備をする③ADL自立に向けて</p>	<p>5回目合同ケア開催 参加者同じ 長期：2月に退院し卒業式まで元の学校に登校する 短期：①分科に登校②受験の準備をする③ADL自立に向けて</p>
薬物療法	<p>アモバン(1×1)・ルーン(2×1)・テバス(3×5)</p>	<p>アモバン(1×1)・ルーン(5×2)・アキネトン(1×1)</p>	<p>ヒレチア細粒 50mg リスパドール細粒 8mg アキネトン細粒 3mg テハカン細粒 400mg コガインDS45g 全て×3 知ホソ散 3mg×1</p>	<p>ヒレチア細粒 10mg リスパドール細粒 6mg アキネトン細粒 3mg テハカン細粒 400mg 全て×3</p>	<p>ヒレチア細粒 10mg リスパドール細粒 8mg アキネトン細粒 3mg テハカン細粒 500mg 全て×3</p>	<p>ヒレチア細粒 10mg リスパドール細粒 8mg アキネトン細粒 3mg テハカン細粒 500mg 全て×3</p>	<p>ヒレチア細粒 10mg リスパドール細粒 8mg アキネトン細粒 3mg テハカン細粒 500mg 全て×3</p>
早期作業療法	<p>入院当日に処方出る。顔合わせ声かけ・瘧性麻痺に対してストレッチやりたことの実現から開始。好きなこと興味のあることは自発的に反応できる(音楽・運動等)2週目；身体機能維持のPT依頼</p>	<p>質問票記入(直筆)本人の困りごと・やりたいこと・生活の目標・相談事等を確認し当面1ヶ月のOT計画立案。説明同意サイン+</p>	<p>得意なこと：パソコンで絵を描く 好きなこと：音楽・散歩 OT 場面では覚醒力熱中度高い 病棟に居ることがストレス。病棟で表情硬い</p>	<p>分科見学後、教育相談に繋がった。やりたいことの実現は今まで通り。歩行練習も開始</p>	<p>学校の合間に散歩・手芸など遊びを入れていく。会話し本人の思い発散病棟外での歩行練習</p>	<p>週末に気分転換の外出など実施</p>	<p>週末に気分転換の外出など実施</p>
早期心理教育	<p>状態不安定のため本人へのアプローチは様子を見る 2週目；母親に対して病室に対する学習会(本人家族教室)への出席を促す。頻度；1/w.</p>	<p>2回本人への心理検査不可 母親学習会参加</p>	<p>本人への心理検査不可 母親学習会参加</p>	<p>本人への検査未実施 母親以外の家族への教育(ビデオなどの貸し出し)</p>	<p>本人へのカンゼンが実施 家族会開催</p>	<p>IQ 検査心理テスト実施 病室についての個人教育開始 家族会継続</p>	<p>IQ 検査心理テスト実施 病室についての個人教育開始 家族会継続</p>
資源制度情報提供	<p>未実施</p>	<p>母親へのケア実施。 生活歴・家庭環境確認 SLB 作り替え希望 車椅子申請</p>	<p>車椅子申請</p>	<p>車椅子申請</p>	<p>車椅子申請</p>	<p>車椅子申請</p>	<p>車椅子申請</p>
家族支援	<p>家族に対して病状・治療についての説明 家族教室への誘い</p>	<p>キーワードが会議議事録・ケアプラン表説明 日々の様子など報告 面会時会話する</p>	<p>心理で母親へのカンゼンが1/wで実施</p>	<p>母親へのカンゼンが継続 父親・姉・祖父母への教育</p>	<p>母親、家族の会出席予定</p>	<p>退院後のフォロー体制説明 受験(養護学校)の手続き援助 退院に向けての援助</p>	<p>退院後のフォロー体制説明 受験(養護学校)の手続き援助 退院に向けての援助</p>
地域連携その他	<p>未実施</p>	<p>次回ケアには参加を依頼することを確認する</p>	<p>会議への参加と退院後のフォローに向けての発言 分科教諭より教育相談の提案(1時間・3/w)</p>	<p>分科教育相談(個別指導)3/w 在学中の担任教師本人の長所報告 進学の件は学校間で連携を確認</p>	<p>分科に転入。中3在学の学校で3者面談を受ける(進学の意志を示す)</p>	<p>3月に再度母校に転入 卒業式等学校生活の支援 受験の手続き支援 退院後保健師訪問予定</p>	

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

1. まず、お家に帰りたい
2. 高校に行きたい

当面(この1ヶ月)の目標

1. まず、心の安定に向けて治療しましょう
2. 筋力や体力、できることを維持しましょう

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	①病棟生活の中で自分ですることができることは自分で行うようにする ②PTでは歩くことや筋力・体力の維持向上に取り組み ③OTではやりたいことの実現や場所を変えたりして気分転換する	Ns(T) PT(K) OT(O)	1ヶ月間	毎日
心理面 (心理教育, 薬の説明)	①年齢を考慮して病棟生活の中でストレスにならないようサポートする ②ところと身体・健康面を配慮した治療・ケアをする ③無理のない範囲でカウンセリングや病気・薬などの説明をする	Ns(T) Dr(M) CP(I)	1ヶ月間	毎日 毎日 随時状態に 応じて
社会面 (社会資源の紹介など)	①社会資源について説明をする	SW(T)	1ヶ月間	随時状態に 応じて
家族支援	①病気や薬等についてご家族(ご両親・お姉さん)へ説明をする ②ご家族の心配事や相談事に対応する	Dr(M) CP(I) SW(T) キーパー	1ヶ月間	随時状態に 応じて
地域スタッフとの連携	①入院中および退院後の就学について検討する ②在宅生活のフォローについて検討する	地域保健師 中学校教諭 養護学校教諭 キーパー	次回カンファ時確認	カンファ時
その他	①目標に向けて全体の調整をする ②ケアプラン等必要事項についてご本人ご家族へ説明する	キーパー	入院中～退院後	1～2/週

ケアプラン作成日H19年10月11日

説明日H 年 月 日 ご本人署名()ご家族署名()

見直し予定日H19年11月1日

医師:M

看護師:T

SW:T CP(心理士):I

PT:K OT:O

地域のスタッフ:保健師()教師()

キーパー:O

研究報告事例・合同カンファレンス(第1回)

日時場所：H19. 10. 11 (木) 15:00～ 精神科第1会議室		
参加者；M医師・F・T・I・K・O		
職種	現状報告	役割分担
ご本人 ご家族	<p>ご本人の思い：障害者用の小児科に移り勉強したい・K商業高校に行きたい・事務の仕事をしたい</p> <p>ご家族の思い：ゆっくり治療して欲しい・就学はあせらず考えたい</p>	・精神的に安定する
主治医	<p>治療内容：統合失調症診断（未熟児脳性麻痺伴う）</p> <p>治療経過：精神症状安定に向けて薬物治療中</p> <p>投薬：リスパダールで効果+</p> <p>今後の見通し：精神症状コントロールに2～3週間必要</p>	・精神症状安定に向けて治療継続
看護師	<p>病棟生活状況：入院時は歩行可。現在は車椅子使用・要介助失禁+・オムツ使用。ベッド臥床傾向。意思疎通に日内変動大。転倒転落の危険防止のため夜間胴拘束・日中最近はフリー</p> <p>生活能力評価：これから実施</p> <p>健康管理面：頻脈傾向・食事摂取にムラ+、食介助必要時も+</p>	<p>・病棟での生活面の支援（生活能力評価表の利用）</p> <p>・健康管理</p> <p>・心のサポート(年齢・初発への配慮)</p>
ケースワーカー	<p>生活歴：母親とインテーク。CPだがADL自立。学校は送迎。学校ではいじめ+。K高校普通科目指したがストレス+。と。</p> <p>家庭環境：協力的・父:会社員・姉;当院検査科職員・祖母協力+ 母;現在は午前中アスパラ出荷・明るい</p> <p>社会資源情報：生後11M時保健師がCPと。身障手帳1級 母親;今後は焦らず考えて行きたい・ベトナムスクールも視野にと。</p>	<p>・社会資源の情報提供及び利用</p> <p>・特に家族のフォローをお願いする</p>
臨床心理士	<p>心理検査結果：2回、検査をトライしたが、状態不安定で不可</p> <p>本人の心理面：これから様子を見ながら関わる予定</p> <p>病気の理解：9/12～家族教室に4回参加。無欠席で参加。</p>	<p>・様子を見ながら検査をトライする</p> <p>・家族の病気理解のための教育 (両親・姉妹)</p>
理学療法士	<p>身体機能面：9月第3w～開始・10月～傾眠傾向+・下肢痙性強い・小児科担当していたが、歩行可能・ADL自立だった</p> <p>移動手段：耐久力低下・長距離は車椅子対応</p> <p>訓練状況：最近になり反応↑・テイルテーブル使用しキャッチボールなど行う・会話も可能で将来は事務職希望しK商業志望等話す・装具作り直しを本人希望15日に採型予定・痙性↓有</p>	<p>・身体機能維持に向けたアプローチ</p> <p>・廃用症候の防止</p>
作業療法士 (キワカー)	<p>総合実施計画書：本人の希望：高校に行きたい(15歳にしてショックな入院体験をしている点を配慮したい)</p> <p>興味・関心・残存能力：音楽・運動系等興味あることに関しては自発的に行動できる・意志があれば能力はある程度残存</p> <p>訓練状況：様々な場面設定し、心の安定とストレス発散を図る</p>	・できる事ややりたい事の実現に向けて体験や場の提供
地域スタッフ	<p>地域資源</p> <p>退院後の支援</p>	・次回から会議に参加(家族・中学校担任・ベトナムスクール教師・保健師等)
目標	<p>長期：在宅復帰し本人の希望である進学に向ける</p> <p>短期：①精神的安定 ②二次的障害を防ぐ</p>	
次回カンファ予定：H19. 11. 1. (木) 15:00～ (精神科第1会議室)		

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

1. まず、お家に帰りたい

2. 高校に行きたい

当面(この1ヶ月)の目標

1. まず、心の安定に向けて治療しましょう 2. 筋力・体力・できることを維持しましょう

3. 気分転換に外出・外泊・T分校見学など行ってみましょう

ケアプラン

医師:M
 看護師:T
 SW:T CP(心理士):I
 PT:K OT:O
 保健師(O)教師(H)
 キーワーカー:O

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	①病棟生活の中で自分でできることは自分で行うようにする ②PTでは歩くことや筋力・体力の維持向上に取り組み ③OTではやりたいことの実現や場所を変えたりして気分転換する ④T分校の見学を行う	Ns(T) PT(K) OT(O)	1ヶ月間	必要時 月～金(土) 月～金 適時
心理面 (心理教育, 薬の説明)	①年齢を考慮して病棟生活の中でストレスにならないようサポートする ②ところと身体の健康面を配慮した治療・ケアをする ③無理のない範囲でカウンセリングや病気・薬などの説明をする	Ns(T) Dr(M) CP(I)	1ヶ月間	毎日 毎日 随時状態に 応じて
社会面 (社会資源の紹介など)	①社会資源について説明をする	SW(T)	1ヶ月間	随時状態に 応じて
家族支援	①病気や薬等についてご家族(ご両親・お姉さん)へ説明をする ②ご家族の心配事や相談事に対応する ③お母様の心理的サポートのためカウンセリングを実施する	Dr(M) CP(I) SW(T) キーワーカー-O	1ヶ月間	随時状態に 応じて
地域スタッフとの連携	①入院中および退院後の就学について検討する ②在宅生活のフォローについて検討する	地域保健師 中学校教諭 養護学校教諭 キーワーカー-O	1ヶ月間	適時
その他	①目標に向けて全体の調整をする ②ケアプラン等必要事項についてご本人ご家族へ説明する	キーワーカー-O	入院中～退院後	適時

ケアプラン作成日H19年11月1日 見直し予定日H19年11月29日

説明日H 年 月 日 ご本人署名() ご家族署名()

研究報告事例・合同カンファレンス（第2回）

日時・場所：H19. 11. 1（木） 精神科第1会議室		
出席者：ご家族・主治医・看護師・臨床心理士・ソーシャルワーカー・PT・OT・S 地区保健師・T 分校教諭		
職種	内容（現状報告）	今後の取り組み
ご本人 ご家族	<p>ご本人の思い：病状考慮し主治医判断で欠席</p> <p>ご家族の思い：毎日面会に来ている。泣いている事もある。食事時間もかかる。独り言も依然とある。何時になったら元の状態になるのか・・・親としても辛い</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・精神的に安定し、就学に向けていく ・ご家族みんなで病気の理解をしご本人を支えていく
主治医	<p>治療経過：受験のストレスが引き金になり発病だろう。診断は統合失調症。IQ 的には OK の様子。薬物療法継続</p> <p>投薬：3 剤目で効果+薬物療法的には 5 種類あり、3 剤目を活用しながら薬物療法で様子をみていく</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・精神症状安定に向けて治療継続
看護師	<p>病棟生活状況：入院後 2M 経過。幻聴著明。最近活気↓。勉強も意欲↓</p> <p>生活能力評価：未実施。ADL 的には全面介助に近い</p> <p>健康管理面：風邪をひいたくらい。食欲旺盛。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今まで通り声かけを多くしていく ・時期を見て生活能力評価する
ソーシャルワーカー	<p>社会資源情報：特にかかわりナシ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・社会資源の情報提供 ・ご家族の相談窓口
臨床心理士	<p>心理検査結果：どちらも不可。もう少し様子をみる</p> <p>本人の心理面：多職種の関わりがあり、過刺激もマイナスもう少し様子をみていく</p> <p>病気理解(家族)：家族教室 1/w 参加。その後カウンセリング実施している。お母さんの支援を継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・状態に応じて検査の導入 ・ご家族への教育継続 ・お母様のカウンセリング継続
理学療法士	<p>身体機能面：身体の硬さ増大と体力低下を防ぐためのアプローチ継続</p> <p>移動手段：若干の体力低下はあるが精神的安定に伴い身体機能面も回復すると思われる。</p> <p>訓練状況：テイルテーブル立位・平行棒内歩行等。病棟に帰りたくない・・・と話すがしばしば。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・移動手段の獲得 ・廃用症候群の防止
作業療法士 (キーマン)	<p>興味・関心・残存能力：音楽・散歩・パソコンに関心多い。週間予定通りにできず・・・。興味あることには覚醒力 OK。パソコンで漫画絵描くのが非常に上手。熱中度も高い</p> <p>訓練状況：散歩では家に帰りたい・・・病棟に戻りたくない・・・の連発。病棟に近づくと表情は硬くなる</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・熱中できる時間をつくる ・得意なことに取り組む時間をつくる ・様子を見ながら竹田分校見学を時々実施
地域支援スタッフ	<p>地域保健師：ほとんど関わりがなかった。退院後に向けて会議に参加していきたい</p> <p>T 分校教諭：気軽に教育相談を利用しては・・・手続きは次のステップで。まず遊びに来るつもりで・・・。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・会議への参加
目標	<p>前回と同じ</p> <p>(長期)自宅に帰りたい。学校に行きたい。</p> <p>(短期)心の安定に向けましょう・体力アップや歩くことを続けましょう・気分転換に外出や分校見学など行いましょう</p>	<p>キーマン：目標に合わせて再度ケアプラン作成しご本人ご家族に説明する</p>
次回カンファ予定日：H19. 11. 29(木) 15:00～ 精神科第1会議室にて		

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

1. まず、お家に帰りたい

2. 学校に行きたい

当面(この1ヶ月)の目標

1. 外泊を行い自宅で活動してみよう

2. 入院生活では歩行など自分のできることを増やしましょう

ケアプラン

医師:M

看護師:T

SW:T CP(心理士):I

PT:K OT:O

保健師(O)教師(S・B)

キーワーカ-:O

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法、病棟生活など)	①病棟生活の中で自分のできることは自分で行うようにする ②PTでは歩くことや筋力・体力の維持向上に取り組み ③OTではやりたいことの実現や場所を変えたりして気分転換する ④T分校に登校する ⑤外泊をする	Ns(T) PT(K) OT(O) T分校 ご本人 ご本人	1ヶ月間	毎日 月～金(土) 月～金
心理面 (心理教育、薬の説明)	①年齢を考慮して病棟生活の中でストレスにならないようサポートする ②薬の効果・副作用を配慮した治療調整を行なう ③治療状況や病状について随時、ご本人ご家族に説明する ④ご本人に対してカウンセリングや病気・薬などの説明をする	Ns(T) Dr(M) CPI(I)	1ヶ月間	適時 毎日 毎日 随時状態に 応じて
社会面 (社会資源の紹介など)	①社会資源について説明をする	SW(T)	1ヶ月間	随時状態に 応じて
家族支援	①病気や薬等についてご家族(ご両親・お姉さん)へ説明をする ②ご家族の心配事や相談事に対応する ③お母様の心理的サポートのためカウンセリングを実施する	Dr(M) SW(T) CPI(I) キーワーカ-	1ヶ月間	随時状態に 応じて
地域スタッフとの連携	①入院中の就学支援を行う ②学校間の連絡連携を密に行う ③退院後の地域生活支援を入院中から検討する	T分校 S中学校 保健師 キーワーカ-	1ヶ月間	適時
その他	①目標に向けて全体の調整をする ②ケアプラン等必要事項についてご本人ご家族へ説明する	キーワーカ-O	入院中～退院後	適時

ケアプラン作成日H19年11月29日

見直し予定日H19年12月20日

説明日H 年 月 日 ご本人署名()ご家族署名()

研究報告事例・合同カンファレンス（第3回）

日時・場所：H19. 11. 29（木） 精神科第1会議室		
出席者：ご本人・ご家族・Dr・Ns・PT・S 地区保健師・S 中学校 S 教諭・T 分校 B 教諭・OT（キーマン）		
職種	内容（現状報告）	今後の取り組み
ご本人 ご家族	<p>ご本人の思い：12月 or 1月には家に退院したい・S 中に通いたい・S 中で卒業式を迎えたい・歩けなくなったことが心配・病気のことを知りたい</p> <p>ご家族の思い：以前より笑顔が増えた。本人の希望に合わせてあげたい。やはり歩行が心配</p>	<p>・T 分校に通う。生活面では身辺 ADL の自立に向けて活動する。病気について学ぶ。</p> <p>・外泊を多くし、自宅での活動の様子を見てもらう</p>
主治医	<p>治療経過：診断：統合失調症、その治療を継続している 幻聴残存。きちんと服薬してもらうことが重要。薬効が出ている反面副作用として眠気やふらつきが残存。</p> <p>服薬：今後1ヶ月は現状のまま。その後漸次減量予定</p>	<p>・精神症状安定に向けて治療継続</p> <p>・就学に向けて、活動の負荷量の判断をする</p>
看護師	<p>病棟生活状況：表情の硬さがとれ表情豊かになった。自発的な言動が増えている。やってみようという気持ちが出てきた。健康面も特に問題ない。</p> <p>生活能力評価：今後評価していく予定</p>	<p>・声かけの継続</p> <p>・生活能力評価する</p> <p>・歩行など生活リハに取り組む</p> <p>・療養環境の検討（新棟の検討）</p>
ソーシャルワーカー	<p>社会資源情報：SLB 療養費払い（Dr 証明書 12/15） 車椅子給付申請予定。ご本人とは今後面談予定</p>	<p>・社会資源の情報提供</p> <p>・ご家族の相談窓口</p>
臨床心理士	<p>心理検査結果：未実施（ご本人の状態安定を待ち開始）</p> <p>病気理解：(家族):1/w の頻度で本人教室参加と面談実施 今後も継続予定。1/16、「家族限定の交流会」開催予定</p>	<p>・検査の導入・本人への教育開始</p> <p>・ご家族への教育継続</p> <p>・お母様のカウンセリング継続</p>
理学療法士	<p>身体機能面：体力低下+、痙性+ストレッチ必要</p> <p>訓練状況：手放し歩行もトライしているが、見守り軽介助は必要。体力アップに伴い元の歩行状態に戻る可能性+歩行量が少ないので PT 以外の生活の場でも歩行を。</p>	<p>・安定歩行獲得に向けて</p>
作業療法士 (キーマン)	<p>訓練状況：やりたいことの実現に向けている。 T 分校の見学などもそのひとつ。今後も自己実現の機会を作っていく予定。OT 場面でも歩行練習を取り入れていきたい</p>	<p>・自己実現に向けて</p> <p>・歩行練習も行う</p>
地域支援スタッフ	<p>地域保健師：ご本人と初顔合わせ</p> <p>T 分校状況報告：3/w, 6 講時のみ参加。文字も書けパソコンも可能。1 時間～2 時間の学習の持続可能。今後の就学形態についても検討を。</p> <p>S 中学校報告：何事も一生懸命取り組んでいた明るい生徒さん。作文が得意。進路選択など今後何ができるか検討し T 分校とも連携したい</p>	<p>・会議への参加</p> <p>・就学形態の検討→転入へ</p> <p>・T 分校転入後の就学について検討・支援</p> <p>・T 分校と S 中学校間での連携</p>
目標	<p>長期：自宅に帰りたい。学校に行きたい。</p> <p>短期：①外泊を行い自宅で活動してみましょう ②入院生活では歩行など自分でできることを増やしましょう</p>	<p>キーマン：目標に合わせて再度ケアプランを作成しご本人ご家族に説明する</p>
次回カンファ予定日：H19. 12. 20(木) 15:00～ 精神科第1会議室にて		

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

1. まず、お家に帰りたい

2. 学校に行きたい

当面(この1ヶ月)の目標

1. 気持ちが悪くよう入院治療継続しましょう

2. 外泊を行い身辺自立に向けましょう 3. 1日分校に通いましょう

ケアプラン

	具体的に行うこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	①病棟生活の中で自分でできることは自分で行うようにする ②外泊時も身辺の事は自分で行うようにする ③1日T分校に通学する(病棟は送迎をする) ④PT・OTは様子をしながら状態確認や気分転換を図る	本人・病棟 本人家族 分校・本人 PT・OT	1ヶ月間	毎日 外泊時 月～金 適時
心理面 (心理教育, 薬の説明)	①年齢を考慮して病棟生活の中でストレスにならないようサポートする ②病状安定に向けて薬物調整をする ③治療状況や病状について随時、ご本人家族に説明する ③ご本人に対してカウンセリングや病気・薬などの説明をする	病棟 Dr Dr CP	1ヶ月間	毎日 毎日 随時状態に 応じて
社会面 (社会資源の紹介など)	①社会資源について説明をする	SW	1ヶ月間	随時状態に 応じて
家族支援	①病気や薬等についてご家族(ご両親・お姉さん)へ説明をする ②ご家族の心配事や相談事に対応する ③お母様の心理的サポートのためカウンセリングを実施する	Dr SW・キーワー カー CP	1ヶ月間	随時状態に 応じて
地域スタッフとの連携	①入院中の就学支援を行う ②学校間の連絡連携を蜜に行う ③退院後の地域生活支援を入院中から検討する	T分校 S中学校 保健師 キーワーカー	1ヶ月間	適時
その他	①目標に向けて全体の調整をする ②ケアプラン等必要事項についてご本人ご家族へ説明する	キーワーカー	入院中～退院後	適時

ケアプラン作成日H19年12月20日

見直し予定日H20年1月24日

説明日H 年 月 日 ご本人署名()ご家族署名()

研究報告事例・合同カンファレンス（第4回）

日時・場所：H19. 12. 20（木） 精神科第1会議室		
出席者：ご本人・ご家族・Dr・Ns・SW・CP・OT(キーマン兼務) 地域保健師・T分校教諭(2名)・S中学校教諭(2名)及び養護教諭		
職種	内容（現状報告）	今後の取り組み
ご本人 ご家族	<p>ご本人の思い：早く退院したい・T分校の授業は少し難しかった・S中と違い友達がいらない・生徒数も少数</p> <p>ご家族の思い：最近再度調子が悪い・入院前のように身の回りのことは自分で行き、T分校に1日充分通えるようになってから退院してほしい</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外泊を行い家での生活の自立に向ける ・病棟でも身の回りの動作の自立に向ける ・まず、1日T分校に通う
主治医	<p>治療経過：2w前に服薬量を2段階に分けて減量したが病状再燃。眠気は薬の主作用、慣れていくことも考慮しながら、病気の症状が出なくなるように漸次増量し適量を診つける。</p> <p>服薬：服薬時間を工夫し、夜間帯に集中してみて日中の覚醒力を診ていく。</p> <p>退院の見通し：T分校で1日就学できるまでは入院継続が必要。薬物治療も漸次調整するため期限は未定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・精神症状安定に向けて治療継続
看護師	<p>病棟生活状況：最近病状再燃。生活場面でも依存的+朝の覚醒力なく、登校もやっとな。妄想も学校内の事が主。新棟に居るようにしている。勉強に集中できない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・声かけ継続 ・身辺ADL自立に向ける ・就学への支援継続
ソーシャルワーカー	<p>社会資源情報：車椅子申請中</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・社会資源の情報提供 ・ご家族の相談窓口
臨床心理士	<p>心理検査結果：もう少し病状が落ち着いた時点で実施</p> <p>心理面・病気理解：12/11～カウンセリング開始・歩けなく病気と理解。60%歩けるようになったと。人の声は聞こえなくなったが外出したらまた聞こえるのではと不安+。学校は人が少なく、友達になれない。皆家から通っているのも羨ましい。ストレスからいろいろな症状が起きることを話し、ストレス解消も必要なことを伝えた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・状態に応じて検査の導入 ・ご本人へのカウンセリングを通じて病気についての教育も漸次進める ・お母様のカウンセリング継続
理学療法士	<p>T分校通学のため隔週土曜日に状態チェックのみ実施</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・状態確認継続
作業療法士	<p>訓練状況：分校通学のため、時間がとれず、夕刻に時々散歩など、好きなことを行い気分転換している。最近、再度妄想再燃。聞き分けが無いなど状況判断力低下+</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・やりたいことの実現などで気分転換
地域支援スタッフ	<p>T分校教諭：12/3転入、歩いてトレも可能。12/7餅つき大会も1日熱心に参加。12/12～1日就学。苦手な数学にも自主的に取り組み能力的にもOKであった。12/17～状態が変化した。勉強したくない・遊びたいなどの言動見られた。18日は午前中休み、午後登校するが不安定のため下校。*クラス内では他の生徒も協力的にやってくれている。</p> <p>冬休み期間は、学校の場所は自主学習に提供できる。</p> <p>S中学校教諭：いつでもS中に登校はできる。入院期間のプランはS中に来て同じ。自分でその受け入れができるかが気になる点。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・1日就学の支援継続 ・学校間での連絡調整
キーマン	<p>説明・調整：ご本人の希望と主治医との相談で就学を調整。カンファ内容やケアプランの説明同意も適宜実施。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・就学など全体の調整 ・カンファ内容及びケアプランの説明
目標	<p>長期：自宅に帰りたい。学校に行きたい。</p> <p>短期：①気持ちが落ち着くように入院治療継続しましょう ②外泊を行い身辺の自立に向けましょう ③1日分校に通い勉強しましょう</p>	
次回カンファ予定日：H20. 1. 24(木) 15:00～ 精神科第1会議室にて		

研究報告事例・合同カンファレンス（第5回）

日時・場所：H20. 1. 24（木）15：00～ 精神科第1会議室		
出席者：ご本人・ご家族・Dr・Ns・CP・OT(キーマン兼務) 地域保健師・T分校教諭(2名)・S中学校教諭(2名)及び養護教諭		
職種	内容（現状報告）	今後の取り組み
ご本人 ご家族	<p>ご本人の思い：S中にもどりたい(病院の中にあるから・生徒数が少ないから)。何でも自分でできるようになって、歩けるようになってから帰りたい。現状は70/100点。不足30点は自分でできないことがあるから・・・</p> <p>ご家族の思い：(母)精神的に安定した状態継続でき、ちゃんと歩けるようになるまでは入院し、しっかり治療してほしい。(姉)もう少し病気について理解してから退院してほしい。病気を自覚できてないと思う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病気について学習する ・外泊を行い家での生活の自立に向ける ・病棟でも身の回りの動作の自立に向ける ・まず、1日T分校に通う
主治医	<p>治療経過：現状は良好な状態に戻っている。悪くなると幻聴の自覚があるが今はない。依然一番良かった状態に戻っている。</p> <p>服薬：薬も元の状態に戻した。精神症状は抑えた状態だが眠気は残る。眠気は服薬を継続することで慣れ取れてくる。服薬内容はそのまま継続。</p> <p>退院の見通し：S中への復学は支援体制があれば可能。卒業式等を考慮すると2月まで入院3月～復学か。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・精神症状安定に向けて治療継続
看護師	<p>病棟生活状況：良好状態が続いている。静かでNsの手が届きにくい場所へ部屋移動したことも効果的で、自立に向かってきている。Ns 介助する点は、目覚まし・夜間のトイレ・配膳など。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・声かけ継続 ・身辺ADL自立に向ける ・就学への支援継続
ソーシャルワーカー	<p>社会資源情報：(伝言)車椅子は2月には届く予定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・社会資源の情報提供 ・ご家族の相談窓口
臨床心理士	<p>心理検査結果：心理検査未実施。近日中に実施する。病気理解のための教育やカウンセリングについても実施予定</p> <p>心理面・病気理解：ご家族(お母さん)の勉強会参加は毎回+。1/16 家族会開催。定例化していく予定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・状態に応じて検査の導入 ・ご本人へのカウンセリングを通じて病気についての教育も漸次進める ・お母様のカウンセリング継続
理学療法士	<p>訓練状況：冬休み中に病棟での歩行訓練など実施。PT室階段昇降も1度実施している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・状態確認継続
作業療法士	<p>訓練状況：夕刻Yクリニックにて歩行練習など実施。前回のカンファ内容はほとんど記憶ナシ。何時退院できるかの質問頻回。毎日1時間でも分校に登校できたら主治医が検討する事を伝え、その後は登校に努力している印象+</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・やりたいことの実現などで気分転換
地域支援スタッフ	<p>T分校教諭： S中学校教諭：いつでもS中に登校はできる。入院期間のプランはS中に来ても同じ。自分でその受け入れができるかが気になる点。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・1日就学の支援継続 ・学校間での連絡調整
キーマン	<p>説明・調整：ご本人の希望と主治医との相談で就学を調整。カンファ内容及びケアプランの説明同意も適宜実施。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・就学など全体の調整 ・カンファ内容及びケアプランの説明
目標	<p>長期：自宅に帰りたい。学校に行きたい。</p> <p>短期：①気持ちが落ち着くように入院治療継続しましょう ②外泊を行い身辺の自立に向きましょう ③1日分校に通い勉強しましょう</p>	
次回カンファ予定日：H20. 1. 24(木) 15：00～ 精神科第1会議室にて		

施設名：T総合病院

報告者（キーカー）：O

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名：H，年齢：38歳，性別：男性，診断：統合失調症

[現病歴] 入院までの経過：小3時いじめを受け内公的に。中学校でもいじめを受け不登校となる。近隣の高校合格するがやはり不登校。成績は良く高校卒業はできた。その後電車で外出などしながら過ごす。22歳時、就職試験受けるが不合格。その後家に閉じこもりがちとなる。10年前頃より、近所の人々の笑い声や話し声が自分のことを言っているなど被害妄想著明となり近所周囲に暴言+。金槌をもって脅したりなどもあった。今回が初回入院。これまで未治療。X日：被害妄想を訴え近位警察署に出向く。近所から盗聴・盗撮あると。低周波と音声で攻められるなど、訴え保護され当院救急外来受診。精神保健指定医診察後、医療保護入院となる。

2. 初期アセスメント

健康面：統合失調症として初回受診・初回入院。DMも発見される。引きこもり状態で運動不足。顔色も青白い。
身体機能構造：身長 179.5c 体重 70.8k。視力低下+。体力低下+(10段の階段で呼吸が荒くなる)。身のこなしが硬く回旋運動ほとんどなし。**活動**：ほとんど自室からでることはない。基本的な身の回り動作時のみ自室外に出る。他者との会話などない。職員の問いかけに小声で答え単語のみ。身辺 ADL は自立。身だしなみも普通。**参加**：自宅では家の手伝いをしていたとのこと。自室に閉じこもりがち。**環境因子**：山間部の豪雪地帯に暮らし、70過ぎの両親と3人暮らし。冬は本人が雪片づけを行っていた。母親は特に OA があるため、洗濯物干しなど手伝っていた。兄弟は男3人。2人の兄は関東方面に在住。父親が定期的に面会に来ている。両親とも近くの納豆工場にパートで働いている。もともと貧しく入浴もできずそのため体臭のことでいじめにあったとのこと。母親は電話で『とてもおとなしく手伝いもしてくれ優しい子なんです』と話していた。父親は、人間不信をなんとか治してほしいと話している。また、まず自宅復帰を考えているが、将来的には仕事に就けたら…とも話している。**個人因子**：小3頃のいじめをきっかけに、不登校傾向が高校まで続いた。その後は自宅での引きこもりとなる。10年前より幻聴など病的体験あるも、受診せず経過し現在に至る。父親の話では、頭もよく不登校でも自主学習し試験の成績は良かったとのこと。今回 IQ 言語性 106 動作性 97 トータル 102。また DM と初回診断を受け本人は非常に気にしている。主疾患については、幻聴を気にしているが事実と思い込んでおり、自宅から離れているから聞こえないだけ…と話し、病識は薄い。本人の思いは元の生活にもどり、両親の手伝いをしながら暮らしたい。将来的には簡単な仕事もしてみたいと考えている。**まとめ**：統合失調症を有し、DMも併発。初回受診かつ初回入院である。小学3年生からのいじめ・不登校後、10年来の閉じこもり生活が続き対人不信が強い。幻聴など病的体験は訴えるが病識は薄い。山間部に在住し、当院からはかなり遠隔地。70過ぎの老両親との3人暮らしであり、収入は両親のパートに頼る。本人・両親とも自宅復帰を希望している他、将来的には仕事に就きたいとも話している。対人不信が強く、父親も改善を希望している。また、DMについても心配しており本人も気にしている。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標：①自宅に退院し以前のような暮らしに戻り手伝いをしたい。通院などは自立したい。
 ②将来的には何か仕事もしてみたい

具体的援助：**主治医**心身の安定に向け、薬物及び精神療法。本人・両親に対して定期的な病状説明実施。DM治療。状況に応じて行動範囲の許可と病棟の検討実施。**Ns**入院生活の安定に向け、心身の管理。生活能力Aを主とし援助・精神的サポート。**SW**本人・家族に対して制度面や利用できる社会資源等の情報提供。特に、家族に対しての相談窓口。**CP**心理検査の実施。病気に対する教育を本人・家族に実施。本人へのカウンセリング。**OT**やりたいことの自己実現の場提供。対人交流の場提供。精神的サポート。就労についての情報提供など。**キーカー**本人・家族へのリチャーム目標や役割分担の説明。リチャーム全体の調整。

本人・家族の取り組み：治療の順守(特に服薬)。病気についての学習。リハビリ活動への参加。外泊練習。心配事・疑問等は気軽に相談する。

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

入院2W後にOT処方。処方の遅延理由：部屋に閉じこもり傾向+。易刺激性のため様子観察を要した。質問票にて本人の思いや希望を得る。開始当初は視線を合わすことも消極的、うつむきながら質問に対してかすかな声で返答する状況であった。まず、本人の取り組みたいことが散歩であったので、①時間・場所を決め準備して待ってもらうこと②出発時と帰院時はNsへ『散歩に行ってきます』『今もどりました』を聞こえるように伝えることこの2点を課題に個人SST的アプローチから開始した。活動空間を精神科建物内から開始。次に本院建物まで。次に道路を挟んで外来クリニックまで。最終的には屋外～駅・作業所見学など徒歩以外に、公共機関・乗り物利用までにグレードアップした。活動内容も、個別～3人の小グループ～10人以上の集団まで段階付けし、舌口唇の運動・発声練習・ストレッチ体操・スポーツ・創作活動・料理・買い物・作業所見学など実施した。コミュニケーションについてはOT場面での交流及び病棟場面での交流など職員との会話が主ではあったが徐々に声も大きくなり自ら質問したりなど積極性が増した。就労については、本人の負担にならないように見学目的とし、デイケア就労活動も含め3箇所見学。退院前に2回外泊実施。口頭での表現は負担があり、文字で感想など聴き振り返りを行いその都度、チームスタッフに情報提供した。入院3ヶ月20日で退院する。退院時、外来OTについて本人・父親に説明。通院自立後に導入とした。(冬季間・病気の学習会に本人父親参加・父親送迎中のため)

(2) 早期心理教育

入院2ヶ月時～開始。心理検査実施。病気学習会への参加開始。同時にカウンセリング実施。対人交流の練習も兼

ねてCPとの会話を行う。退院後も外来診察と合わせてカンパニグ及び学習会に参加している。本人の話や困りごとを聴き助言やサポートを行っている。

(3) 資源制度の情報提供

入院2ヶ月時、SW父親と介入実施。併せて制度面の情報提供実施。しかし、父親としては役場への手続きや相談を拒否。病院のみとのかかわりを希望された。本人へも同様の説明を行い、自立支援医療に関心を示し本人の意向により父親も自立支援受給については承諾され手続きを完了している。退院後は自立支援医療を利用している。父親は町の保健師についても相談を拒否の意向。理由は、町に知られたくない・近所に保健師と親戚の人がいる・・・など。チームへ情報提供し、父親の病気理解への必要性・地域支援困難を伝えた。退院後も家族の相談窓口としている。

(4) 家族支援

父親との面談は入院2W後から。本研究についても好意的。リハビリをしっかり行ってほしいと希望される。また、母親とは電話にて話し、優しい子なんです・洗濯物干しや雪片付けなど良く手伝ってくれるんです・と。膝が悪く面会にいけず家で心配していることを話される。両親とも親身に本人の回復を願っていることが理解できた。相談窓口をSWとしながらも、主治医は病状・治療の説明、CPは病気についての教育、キワーカーはチーム全体の取り組み説明と相談窓口・・・と多職種で支援した。退院後も継続し、家族の会へも参加された。

(5) ケア会議・地域連携・その他

開始が入院後2ヶ月に第1回カンパニグのみで開催。その後は本人・家族も出席して定期的に2回実施。入院後3ヶ月20日で退院。退院後2W後実施。退院後1ヶ月半後に再度カンパニグ予定している。父親の意向で地域スタッフ拒否のため、チームで相談ししばらくは病院で支援体制を組み、徐々に父親の理解を促していくことにする。退院後、就労については、父親と本人の意向で父親と同じ工場（納豆工場）で3Wの頻度で就労練習を行っている。外来診療の主治医診察・CPカンパニグと病気学習会・キワーカー面談で生活全般の様子や本人・家族の精神面の観察とフォローを行っている。DMについては、DMセンター診療に繋げ、治療継続とNsによる生活指導と栄養士による栄養指導を依頼し実施している。キワーカーとして、DMセンターNs及び栄養士に本人の病状とコミュニケーション能力を報告し本人の状態・能力に応じた説明の工夫をお願いした。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

チームとしての開始が遅かった(入院後2ヶ月)が、本人・家族を中心としたチーム編成で円滑に退院できた。適切な薬物調整・本人の回復への取り組み・家族の協力・多職種の特色を活かした役割分担・キワーカーによる適切な調整と本人家族への説明などが効果的であった。(前記内容参照)

退院後については、本人家族とも将来的には就労や自活を希望しており、その目標に向けて長期に支援していくことをチーム全員で確認した。父親の意向もあり、当面は当院外来診療スタッフでの支援となるが、本人の状態や父親の考えの状態に応じて調整をしていく。退院後間もない現段階は、まず、自宅の生活が安心安定することを目標に支援している。

キワーカーとしては、状況に応じてチームの報・連・相を行い調整していく。また、定期的にかンパニグを開催していくこともチームとして確認した。全体調整を継続することで、地域生活の継続につなげる予定。

6. 考察

- ・本ケースのように開始は状態を見て開始することが重要。
- ・それには、主治医の適切な判断とキワーカーとOTが同職種であり同時期に開始できたことが要因といえる。
- ・OT開始は入院後2Wであり、その時期に状態を見て研究の説明を行えたことが効果的であった。
- ・OTとキワーカーが同じということで、本人の状態や考えが理解できチーム全体の調整が適宜行えたことが効果的であった。
- ・本人家族を交えたカンパニグを定期的に開催し目標や役割分担を共有できたことが効果的であった。
- ・その後のキワーカーによる適切な会議の進行や会議後の議事録・ケアプラン報告と本人家族へのわかりやすい説明も要因といえる。
- ・『本人の自宅にもどり両親の手伝いをしたい』という思いと『家族の回復への希望とそのための協力支援』がベースに在り、チーム全体の進行を加速させたといえる。
- ・退院後の支援体制は、本人家族次第で地域スタッフへの協力依頼が困難な場合もあることがわかった。キワーカーはどのような状況においても、活用できる範囲の資源を利用し地域生活支援の調整を行なう必要がある。
- ・入院時のチーム支援よりも退院後の地域生活継続のための地域生活リ支援が更に重要である。
- ・地域生活継続のために地域においてもキワーカーの存在は不可欠で、病院内キワーカーとの連携が非常に重要といえる。(本ケースはこのまま当院外来診療で地域生活支援を継続するためキワーカーも継続して調整とした)

7. 課題 (事例から得られた早期退院プログラム・地域生活移行システムに関する課題をお書きください)

- ・早期介入の時期を一律にすることは疑問。チームとしての介入は主治医判断といえるが、主治医の力量や判断基準で大きく左右される恐れも大。概ね、入院後2週間以内などのラインが必要では。
- ・入院から地域生活支援への移行へのシステムはケースバイケース。そのため、調整役のキワーカー的な存在が地域にも必要!
- ・病院と地域の連携を円滑にするためには入院早期からの本人家族や地域スタッフのカンパニグへの参加が必要。
- ・キワーカーとOTが同じであることは非常に調整しやすい!反面、仕事量が膨大。担当ケースを少なくし、キワーカーに診療報酬の保障があれば兼務も可能。精神科患者の特性から慣れた人への相談や信頼が得やすいことを考えると兼務がベターともいえるが・・・。

(別紙-3) 事例報告書-2

精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び地域生活移行のシステム構築に向けた研究

事例報告 Summary Sheet [施設名：I病院 患者：H氏 38歳 男性 ケアワーカー：O 職種作業療法士 女性]

	入院1~2週目	3~4週目	2カ月目	3カ月目	4カ月目	5カ月~
日常生活の様子	部屋に閉じこもり傾向大 会話ナシ。質問には適切に返答するが、かなり小声で単語のみ 身辺ADLは自立。身だしなみもOK	OT 導入後、次第にホールへ自主的に出るようになる 他者との会話はほとんどナシ	日中はホールで新聞や雑誌を見ていたり自ら話しかけることは無いが声は少し大きくなる ①院内リハビリスタッフのみ(在宅復帰目標共有) ②本人家族交えてケア(長期・短期の目標と各々の役割分担共有)	開放病棟に移動。自らNsに質問したり外出したりなど自主的な活動が増す声も大きくなる 3回目合同ケア開催(前回ケア後の各々の取り組み状況報告)(長期・短期目標共有及び退院日確認)(次回ケア確認)	外泊練習2回実施 自主的活動は日常化 病気の学習会参加 服薬自己管理練習 退院	外来受診継続 DM センターで生活・食事指導を受ける 納豆工場へ3/W通勤 腰痛の訴え+
ケア会議の概要と目標設定	病棟Nsのみで5日目にケア開催。当面の看護計画確認	未実施	合同ケア2回開催 ①院内リハビリスタッフのみ(在宅復帰目標共有) ②本人家族交えてケア(長期・短期の目標と各々の役割分担共有)	3回目合同ケア開催(前回ケア後の各々の取り組み状況報告)(長期・短期目標共有及び退院日確認)(次回ケア確認)	退院後1回目ケア開催(病院リハビリスタッフ出席)(退院後の自宅生活の様子を本人家族が報告)(長期・短期目標確認)(次回ケア確認)	2/6に開催予定
薬物療法	点滴 リスパダール錠2mg 2錠 レンドルミン錠0.25mg 1錠	リスパダール錠2mg 3錠 レンドルミン錠0.25mg 1錠 フルセト 12mg 2錠	初ボソ 5mg 1錠 フルセト 12mg 2錠 エビリファイ6mg 1錠	初ボソ 5mg 1錠 フルセト 12mg 2錠 エビリファイ6mg 3錠	不変	不変
早期作業療法	2W目に処方出る 質問票にて①困りごと②やりたいことを記入 質問票を元に当面2週間のOT計画立案説明し同意をもらう 散歩から開始(個人SST挨拶等)	質問票2回目 散歩(精神科以外の建物や病院周辺屋外) 挨拶など個人SST継続	精神科リハ総合実施計画書作成 身体機能訓練(舌口唇運動・発声練習・ストレッチ) 個別・2~3人小集団の場提供	身体機能訓練継続 個別・小集団に加えて10人程度の大集団の場提供 バス利用などの外出練習	加えて リハ総合実施計画書作成 デパート就労前活動見学 作業所見学(2ヶ所) 外泊・作業所見学後振り返り 外来OTの説明	ケアワーカーとして面談とDMセンターへの連絡調整
早期心理教育	未実施	未実施	顔合わせ IQ 検査実施	病気理解の教育開始 ケアセッション開始	父親の病気理解教育開始 ケアセッション	すべて継続
資源制度情報提供(SW)	未実施	未実施	父親とインテーク 父親に制度面情報提供	本人に制度面情報提供 自立支援利用の手続きき援助	家族相談窓口 (相談ナシ)	継続
家族支援	主治医・Nsからの病状説明・治療の説明	ケアワーカーによるリハの説明 本研究の説明 家族の心配事や希望を聴く SWの利用を紹介する	ケアでの発言 ケアの議事録説明 ケアの説明 意向など確認 SW介入 ナシ	継続 ケアセッション開始	継続 加えて 外泊や退院後の心配事を聴き対応する 病気理解のCP介入	すべて継続
地域連携その他	ナシ	父親地域スタッフの介入を拒否	父親地域スタッフの介入を拒否	DMセンター受診	退院前栄養指導(栄養士) DMセンター受診(生活指導・栄養指導含む) 外来診療開始	精神科及びDMセンターでの定期的外来診療にてフォロー ケアワーカー継続活動

*例示の文章を削除し、記入スペースが足りない場合はそのまま改行して行ってください。患者氏名には記号を入れてください。

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

Dr(医師): U

1. 自宅に退院し以前のよう暮らしに戻り、手伝いをしたい。通院などは自立したい

Ns(看護師): K・I

2. 将来的には何か仕事もしてみたい

SW(医療ソーシャルワーカー): K

当面(この1ヶ月)の目標

CP(臨床心理士): I

1) 外出や外泊を行ってみよう

キーワーカー兼OT: O

2) 入院生活が自立できるよう薬やお金の管理・外出などの練習をしましょう

ケアプラン

活動面	具体的に行うこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
(作業療法, 病棟生活など)	①病棟生活は自立する(身の回りのこと・洗濯・薬・小遣い・外出等) ②通院の練習や他の人との交流など練習する ③得意なことや好きなことなどを見つけて熱中する時間を持つ ④主治医の許可が出たら外出や外泊も行う	・病棟Ns ・OT ・OT ・ご家族	1ヶ月間 (次回カンファで確認)	毎日
心理面 (心理教育, 薬の説明)	①安心安定した気持ちに向けた治療を継続しご本人へも説明する ②病気について正しく理解できるように学習する ③薬についても学習する ④カウンセリングを受け心の安定に向ける	・Dr ・CP ・病棟Ns ・CP	1ヶ月間 (次回カンファで確認)	毎日 随時 1/週 随時
社会面 (社会資源の紹介など)	①制度面の情報を提供する	・SW	1ヶ月間 (次回カンファで確認)	随時
家族支援	①病気について正しく理解して頂くために学習の機会を提供する ②ご家族の心配事や相談事に対応する ③治療の経過やリハビリの取り組み等について説明し、理解頂く	・CP ・SW ・Dr	1ヶ月間 (次回カンファで確認)	随時
地域スタッフとの連携	(現在は特になし) 今後カンファの中で検討する	・キーワーカー	1ヶ月間 (次回カンファで確認)	
その他	①目標に向けて全体の調整をする ②ケアプランなど必要事項についてご本人ご家族へ説明をする	・キーワーカー ・キーワーカー	1ヶ月間 (次回カンファで確認)	随時

ケアプラン作成日 19年10月24日

見直し予定日 19年11月16日

説明日 H19. 月 日

ご本人サイン()

ご家族サイン()

説明者名: ()

研究報告事例・合同カンファレンス（第1回）

日時・場所：H19. 10. 24（水）14：30～ 精神科第1会議室		
出席者：U医師・KNs・ICP・KSW・O（OT兼キーワーカー）		
職種	内容（現状報告）	今後の取り組み
ご本人 ご家族	<p>ご本人の思い：何か打ち込めるものを見つけたい 将来的には仕事もしてみたい</p> <p>ご家族の思い：まずは家で暮らしながら、自由に外に出たり、人と話したりできるようにしてほしい</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬モジュール参加する・お金を管理する・外出など様々な体験練習（ご本人・ご家族とも） ・病気を正しく理解する
主治医	<p>治療内容：長期未治療。統合失調症。幻覚妄想著明で入院。精神症状鎮静に向けた薬物治療</p> <p>治療経過：最近幻覚妄想消失。まだ悪口を言われるのではという不安感が残存。1-3Fへ転棟し退院支援へ</p> <p>投薬：現在、エビリファイ投薬し身体の硬さ軽減効果も期待</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今後1M安定期間薬物治療継続 ・病状安定後は生活支援を中心に ・入院形態・行動範囲制限の見直し ・随時ご本人ご家族への説明
看護師	<p>病棟生活状況：転棟後1W経過。口数少なく臥床多い 他者との交流ナシ。自ら話さず問いに回答するのみ</p> <p>生活能力評価：身辺ADL問題ナシ。IADL評価中</p> <p>健康管理面：DM+センターにて治療中。コントロールはOK</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・DM指導 ・IADL自立に向けて支援 ・精神的サポート ・服薬SSTへの参加援助
ケースワーカー	<p>生活歴：小3時いじめ受け中学でも言葉でのいじめ+中2から不登校。成績は良く中学・I高校とも卒業22歳時T就職試験落ち、閉じこもり継続</p> <p>家庭環境：両親健在70代。3人兄弟の末っ子。2人の兄は関東在住。現在3人暮らし。母膝悪く本人が手伝いをしていた。両親とも非常勤で仕事している。10年前から人に悪口を言われていると引きこもり著明に。</p> <p>社会資源情報：説明未実施。手帳は診断後6M後～年金は1Y6M後～自立支援はこれから・・・今後説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口(特にご家族) ・制度面の情報提供
臨床心理士	<p>心理検査結果：IQ・WAIS・MMPIのDr処方出次第開始</p> <p>本人の心理面：今後カウンセリング実施</p> <p>病気理解(本人・家族)：今後本人・家族同時に教育開始</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・検査実施 ・カウンセリング実施 ・ご本人ご家族への病気理解教育
作業療法士 (キーワーカー)	<p>リハ総合実施計画書：生活面評価病棟と共有。社会生活体験不足に対して体験の機会必要。通院練習必須</p> <p>興味・関心・残存能力：認知面はOK。自発的行動乏しい 体験不足による行動の希薄さ+。興味関心今後発掘する</p> <p>訓練状況：現在散歩・運動を中心にアプローチ。舌・口唇の動き↓発語は失行的。2～3人のグループで交流機会提供</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・IADL自立に向けた体験提供 ・残存能力・興味関心の発掘 ・残存能力の情報提供と活用
地域支援スタッフ	<p>地域資源：今後地域保健師も参加予定していたが、父親の拒否(近所の家と縁故関係+)のため当面は不参加</p> <p>退院後の支援：今後、本人・家族含めたチームで検討</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今後検討
キーワーカー	<p>研究説明：ご本人ご家族説明し同意を得ている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・全体の調整 ・カンファ開催・進行・ケアプラン作成
目標	<p>長期：①在宅復帰し、今まで通り家の手伝いをしながら外出など活動範囲を拡げる ②将来的には就労に向ける</p> <p>短期：①外出・外泊を行う ②薬やお金の管理など含めて入院生活が自立する</p>	
次回カンファ予定日：H19. . . () (時間) : ~ (場所)		

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

1. 自宅に退院し以前のような暮らしに戻り、手伝いをしたい。通院などは自立したい
2. 将来的には何か仕事もしてみたい

Dr(医師): U

Ns(看護師): K・I

SW(医療ソーシャルワーカー): K

CP(臨床心理士): I

キーワーカー兼OT: O

当面(この1ヶ月)の目標・・・*12月中旬の退院を旨ざす

- 1) 2～3回外泊を行いますよ
- 2) 退院に向けて薬やお金の管理・集団活動の練習を行いますよ

- 3) 将来に向けて作業所などの見学も行いましょう

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	①薬やお金の管理・他の人達との交流など練習する ②外泊を行い家の生活に慣れる ③得意なことや好きなことなどを見つけて熟中する時間を持つ ④作業所など見学に出かける	・病棟Ns ・OT ・OT ・ご家族	1ヶ月間	適時
心理面 (心理教育, 薬の説明)	①安心安定した気持ちに向けた治療を継続しご本人へも説明する ②病気について正しく理解できるよう本人教室に参加する ③薬の管理について病棟で練習する ④在宅生活の不安な事についてカウンセリングを受け心の安定に向ける	・Dr ・CP ・病棟Ns ・CP	1ヶ月間	毎日 1/週 適時
社会面 (社会資源の紹介など)	①制度面の情報を提供する	・SW	1ヶ月間	適時
家族支援	①病気について正しく理解して頂くために学習の機会を提供する ②ご家族の心配事や相談事に対応する ③治療の経過やチームの取り組み等について説明し、理解頂く	・CP ・SW ・Dr	1ヶ月間	適時
地域スタッフとの連携	(現在は特になし) 今後カンファの中で検討する	・キーワーカー	1ヶ月間 (次回カンファで確認)	
その他	①目標に向けて全体の調整をする ②ケアプランなど必要事項についてご本人ご家族へ説明をする	・キーワーカー	1ヶ月間 (次回カンファで確認)	適時

ケアプラン作成日19年11月16日
説明日H19. 月 日

ご本人サイン()ご家族サイン()

見直し予定日19年12月7日
説明者名: ()

研究報告事例・合同カンファレンス（第2回）

日時・場所：H19. 11. 16（金） 11：00～ 精神科作業療法室		
出席者：ご本人・お父様・U医師・KNs・KSW・O（OT 兼キーワーカー）		
職種	内容（現状報告）	今後の取り組み
ご本人 ご家族	<p>ご本人の思い：雪が積もる前には退院したい</p> <p>ご家族の思い：本人と同じく積雪前に退院できれば良いと思う・何か聞こえるなどの妄想が出ないようにしてほしい・外に自由に出れるようになってほしい</p>	<p>・薬について勉強する・お金を管理する・外出など様々な体験練習（ご本人・ご家族とも）</p> <p>・病気を正しく理解する</p>
主治医	<p>治療内容・経過：服薬をきちんと行い、不快な症状をなくしリハビリに専念。今後は外泊で家での状態確認予定</p> <p>投薬：朝の薬が一番大事(症状を鎮める)・夜は眠れるように安定剤服用・副作用を少なくするために朝の薬を3錠に増量予定</p>	<p>・今後、増量した薬の影響など薬物治療の確認し、治療継続</p> <p>・随時ご本人ご家族への説明</p>
看護師	<p>病棟生活状況：少しずつ会話や外出など増えている</p> <p>生活能力評価：交通機関の利用はOK。公共機関の利用経験が不足・電話の利用や趣味活動が未実施</p> <p>健康管理面：DM+継続治療中。食事・運動療法導入</p>	<p>・DM 指導 ・電話などの利用</p> <p>・病気について勉強</p> <p>・精神的サポート</p> <p>・服薬 SST への参加援助</p>
ケースワーカー	<p>社会資源情報：ご本人ご家族に社会資源についてこの後、話す予定（医療費などが安くなるため）</p>	<p>・相談窓口(特にご家族)</p> <p>・制度面の情報提供(本人・ご家族)</p>
臨床心理士	<p>心理検査結果：IQ 検査良好(緊張++だった)</p> <p>本人の心理面：今後カウンセリング実施</p> <p>病気理解(本人・家族)：本人教室開始 ご家族へも個別に学習を。</p>	<p>・カウンセリング実施</p> <p>・ご本人ご家族への病気理解教育</p>
作業療法士 (キーワーカー)	<p>興味・関心・残存能力：運動・散歩は好き。グループ活動場面では自ら話しかけることはないが、応答は小声ながら適切。指示理解や道順の記憶などはほぼ問題ない。</p> <p>訓練状況：舌運動・発声練習・散歩・グループ活動参加。今後、作業所見学など実施予定。前向きに取り組まれ会話なども増え声も少しながら大きくなっている</p>	<p>・銀行などの利用・簡単な料理など実体験提供</p> <p>・作業所見学</p> <p>・グループ活動での対人交流の練習</p> <p>・パソコンなどで文章を書く(話すことより書くことが得意)</p>
地域支援スタッフ	<p>地域資源：今後検討</p> <p>退院後の支援：今後、本人・家族含めたチームで検討</p>	<p>・次回検討</p>
キーワーカー	<p>説明：ご本人・ご家族へケアプランの説明済み。同意を頂いた。</p>	<p>・全体の調整</p> <p>・カンファ開催・進行・ケアプラン作成</p>
目標	<p>長期：①在宅復帰し、今まで通り家の手伝いをしながら外出など活動範囲を拡げる ②将来的には就労に向ける</p> <p>短期：①外出・外泊を行う ②薬やお金の管理など含めて入院生活が自立する ③退院後の生活設計を立てる</p>	
次回カンファ予定日：H19. 12. 7(金)（時間）10：30～（場所）精神科第1会議室		

研究報告事例・合同カンファレンス（第3回）

日時・場所：H19. 12. 7（金）10：30～ 精神科作業療法室		
出席者：ご本人・お父様・U医師・INs・KSW・O（OT 兼キーワーカー）		
職種	内容（現状報告）	今後の取り組み
ご本人 ご家族	<p>ご本人の思い：12月中には退院したい</p> <p>ご家族の思い：本人の気持ち通りにしてあげたい。外泊は問題なく過ごせた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬をきちんと飲む ・通院をする ・安心して在宅生活を送る ・病気について学ぶ
主治医	<p>治療内容・経過：活動意欲が増し、退院しても良い状態である。退院後は外来通院にて治療継続。また、在宅においても定期的に外出の機会を作ることが大事。</p> <p>投薬：朝の薬が大事。きちんと飲むことを続けること。薬の量や内容は現状継続予定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外来にて治療継続 ・退院後の状態に応じた指導
看護師	<p>病棟生活状況：自発的に行動。外泊も問題なかった</p> <p>生活能力評価：外出も自立。服薬自己管理開始。声も大きくなった。</p> <p>健康管理面：DM+継続治療中。血糖コントロールもOK。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・DM 指導(栄養指導) ・服薬管理指導 ・退院に向けた精神的サポート
ケースワーカー	<p>社会資源情報：自立支援法利用の手続き再度検討 障害手帳申請は初診後6ヶ月から。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後も相談窓口(ご本人家族) ・制度面の情報提供(ご本人家族)
臨床心理士	<p>本人の心理面：カウンセリング実施している</p> <p>病気理解(本人・家族)：ご本人家族とも本人教室に参加 退院後も継続予定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後もカウンセリング継続 ・退院後もご本人家族への病気理解教育継続
作業療法士 (キーワーカー)	<p>訓練状況：グループ活動などすべて主体的に参加（調理など実施）。2ヶ所の作業所と、イケアを見学。パソコンの電子模型制作に関心をしめされる。（職員が多い・Iに近い・就労移行支援サービスもある・環境的に整いきれいで静か・・・など利点+）</p> <p>まず家庭生活に慣れることから。漸次出かける機会を作りましょうと勧めた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外来作業療法の説明 ・退院に向けて本人の心配事への対応
地域支援スタッフ	<p>地域資源：今後検討(作業所の検討)</p> <p>退院後の支援：ご家族の意向もあり地域保健師等の利用は控える。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・作業所等の利用はご本人の状況を見て適宜勧める（ゆっくりと） ・外来診療で生活全般的なフォローを行う
キーワーカー	<p>説明：ご本人・ご家族へケアプランの説明済み。同意を頂いた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活状況確認と地域生活調整 ・カンファ開催・進行・ケアプラン作成
目標	<p>長期：①退院後、安定した暮らしを続ける ②出かける場所を漸次見つける</p> <p>短期：①退院の準備を行う ②外来受診の方法など学ぶ</p> <p>③退院後の生活設計を立てる</p>	
次回カンファ予定日：H19. 12. 26(水)（時間）11：00～（場所）精神科第1会議室		

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

Dr(医師):U

1. 在宅で安心して暮らし続けたい

Ns(看護師):K・I

2. 将来的には自立した生活にしたい(仕事にも就きたい)

SW(医療ソーシャルワーカー):K

当面(この1ヶ月)の目標

CP(臨床心理士):I

1) 薬の管理や食事量・運動量の管理に努めましょう 2) 定期的に外来受診をしましょう

キーワーカー兼OT:O

3) 2/Wの頻度で納豆工場に通ってみましょう

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	① 外来受診を継続する(精神科及び糖尿センター) ② 適度に運動をしたり, 食事の量などを加減する(糖尿センターでの指導を受ける) ③ 納豆工場に定期的に通勤する ④ 家の手伝いをしたり, 自由に出かけたりなど自主的に行動する	・病院 ・ご本人 ・栄養士 ・外来Ns	1ヶ月間	適時
心理面 (心理教育, 薬の説明)	① 在宅生活を見守りながら治療を継続しも再発防止する ② 病気について正しく理解できるように本人教室に参加する ③ 在宅生活の不安な事についてカンセリングを受け心の安定に向けて	・主治医 ・CP	1ヶ月間	毎日 1/週 適時
社会面 (社会資源の紹介など)	① 退院後もご本人ご家族の相談に応じる	・SW	1ヶ月間	適時
家族支援	① 病気について正しく理解して頂くために学習の機会を提供する ② ご家族の心配事や相談事に対応する ③ 在宅生活の継続や再発防止のために必要な支援内容の説明を行う	・CP ・SW ・Dr ・キーワーカー	1ヶ月間	適時
地域スタッフとの連携	① 納豆工場の勤務状況などご家族と情報交換する(負担にならない様に)	・キーワーカー	1ヶ月間 (次回カンファで確認)	
その他	① 退院後も再発を防止目標に向けて全体の調整をする ② ケアプランなど必要事項についてご本人ご家族へ説明をする	・キーワーカー	1ヶ月間 (次回カンファで確認)	適時

ケアプラン作成日19年12月26日
説明日H20. 月 日

見直し予定日20年2月6日
説明者名:()

ご本人サイン()ご家族サイン()

研究報告事例・合同カンファレンス（第4回）退院後第1回目

日時・場所：H19. 12. 26（金）15：00～ 精神科作業療法室		
出席者：ご本人・お父様・U医師・KNs・KSW・O（OT 兼キーワーカー）		
職種	内容（現状報告）	今後の取り組み
ご本人 ご家族	<p>ご本人の報告：糖尿病があるのでそれが気になり落ち着かない。退院後2週間は何も聞こえなくなった。</p> <p>ご家族の報告：退院後は両親の手伝いをし、身体を動かしている。不安なく過ごしている。2/w 父親の働く納豆工場に出かけている。作業は緩慢だが仕事・働くことを体感してほしい。8:30～15:00 まで務めている。その後は帰り道、本屋に立ち寄りたり 17:00 頃帰宅など自由に行動もしている。ただ、作業台が低く腰痛あり、作業所の検討も必要かとも思う。両親とも高齢、何時まで援助できるか心配。自活できるように徐々にしてほしい</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬をきちんと飲む ・通院をする ・安心して在宅生活を送る ・病気(心の病気と糖尿病)について学ぶ ・納豆工場に 2/w 通い練習する ・規則正しく生活を送り適度の運動やカロリーを考慮した食事を心がける。
主治医	<p>治療経過：1/w の頻度で外来フォロー中。落ち着いている。腰が痛い・自分のペースでできないなど話されている。将来的には自立を目指す方向が望ましいだろう。</p> <p>投薬：薬の量や内容は現状継続予定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外来にて治療継続 ・状態に応じた指導
看護師	報告 ：退院前に栄養指導実施した。	・相談があれば対応
ケースワーカー	社会資源情報 ：その後の関わりはなし	・退院後も相談窓口(ご本人家族)
臨床心理士	<p>本人の心理面：カウンセリング実施(外来診察時に合わせて) 対人関係の1場面として経験を重ねてもらおう。1日のスケジュールも自分に合う形で急がず取り組む様伝えた。</p> <p>病気理解(本人・家族)：ご本人家族とも本人教室に参加 12/5・12・26 の3回継続して参加あり。今後は外来受診に合わせて教室に参加予定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・カウンセリング継続 ・ご本人家族の病気理解教育継続
作業療法士 (キーワーカー)	訓練状況 ：退院前に1日のスケジュールなどを相談し、紙面にて渡した。外来 OT についても説明済み。今後様子を見ながら導入は検討したい。	・外来作業療法(時期をみて)
地域支援スタッフ	<p>地域資源：当面は父親と同じ納豆工場に定期的に通うことを本人が希望される</p> <p>退院後の支援：ご家族の意向もあり地域保健師等の利用は控える。行政窓口で自立支援制度の利用手続きは終了したとのこと。</p> <p>将来の自立した生活については、今後時期を見ながらゆっくりと進めていく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・就労に向けた練習は父親と外来診療で様子を見ていく ・自立した生活についても将来的な展望として考慮しながら経過観察とする
キーワーカー	説明 ：ご本人・ご家族への議事録及びケアプランの説明実施 外来受診等の連絡調整を行なっている	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活状況確認と地域生活調整 ・カンファ開催・進行・ケアプラン作成
目標	<p>長期：①安定した暮らしを続ける ②将来的には自立した生活を目指したい</p> <p>短期：①服薬管理や食事量・運動量の管理をする ②定期的に外来受診をする ③2/w の頻度で納豆工場に通ってみる</p>	
次回カンファ予定日：H20. 2. 6(水) (時間)15：00～ (場所)精神科第1会議室		

施設名：S病院 報告者（キーマン）：T

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名：I，年齢：39歳，性別：女性，診断：統合失調症

[現病歴] 入院までの経過：

◇X-2年1月頃：福岡のAクリニック通院（留学中発症。幻聴，独語，被害念慮あり）

→数回の通院後通院しなくなり，母親のみが薬をもらいに行き時折飲ませていた。

◇X-2年07月30日～X-1年03月26日：当院外来通院（抑うつ感が強いため）→中断。本人中国へ。

◇X-1年10月02日～X-1年11月02日：当院外来通院（幻聴，興奮，電波妄想のため）

①X-1年11月04日～X-1年11月30日：当院任意入院（幻聴，被害感，妄想のため）

→本人希望で早めの退院となった。

◇X-1年12月01日～X年03月31日：当院外来通院→中断。母親死亡の影響か？

◇X年06月07日～X年08月04日：当院外来通院（幻聴，電波妄想のため）

②X年08月06日～X年12月10日：当院医療保護入院（9月8日に任意入院へ変更）

（不眠，幻聴，独語，妄想顕著。父親が，リスパダール液を飲食物に入れてこっそり飲ませていたが改善みられなかった。見知らぬ人へ暴力をふるい，警察ざたになり，父親が縛って病院に連れてくる）

2. 初期アセスメント

健康面：統合失調症・うつ状態（軽度）

身体機能：特に問題なし

精神機能：精神安定性面において，抑うつ・躁状態と不安定さあり。思考機能面において，妄想・まとまりのなさあり。病感はあるが病識に乏しい。活力レベルは高い

活動と参加：ストレス対処低い。コミュニケーション能力，課題遂行も良好。

環境因子：X年04月の母親の死により，服薬の管理者がいなくなった。M氏は日本国籍を持つものの，母親は他国の出身。

BPRSより抜粋：【中等度】誇大性・疑惑・非協調性

3. 治療・援助の目標と方針

治療方針：精神療法，薬物療法，心理教育（定期的な服薬），作業療法（感情調整・不安軽減・日常生活習慣改善・就労準備）

長期目標：家業手伝い

短期目標：①精神症状の安定 ②病識の獲得 ③ストレス対処

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

まずは急性期治療プログラム（安心安全の保障された侵襲性の少ない個人作業療法）への導入を行った。活動インテーク面接時に，担当作業療法士と共に「落ち着く」「ストレス発散」という目標をたてた。導入当初，活力レベルも低く，落ち着きのない状況が続いていたため，まずは適度な休息を目的とし，音楽鑑賞などの受動的な活動を促した。その後，活力レベルも向上し，軽スポーツなどへと移行し，ストレス発散を目的に行った。2ヶ月目，精神症状も安定がみられ始めたため，大集団活動であるスポーツやカラオケなどで，衝動の発散・鎮静と賦活を目的とした治療へと移行していった。その後，小集団などに参加を促すも，他患者に気を使い，疲労感やストレスなどが見受けられたため，小集団での活動は中止する。このため，退院支援グループの小集団への活動へは導入することができなかった。しかし，料理活動だけは，本人が必要を感じて参加。3ヶ月目後半，精神状態不安定になり，活動最後まで参加することができなくなった。4ヶ月目，多弁傾向は落ち着くも，意欲減退気味であった。全体を通して，作業療法へは，ほぼ毎日参加し，その中で，個別に“現在困っていること・不安な気持ち”など傾聴・受容対応し関わった。

(2) 早期心理教育

本人の病識が乏しいこと，これまで薬を管理していた母親が死亡したことにより，退院後，断薬する可能性が高かった。そのため，本人に病気の特徴や治療（特に服薬の重要性）について理解してもらい，退院後も安定した生活ができるように支援することが課題となった。当初は，幻聴が聞こえること自体を否定していたが，回診や小集団心理教育プログラム，服薬プログラムなどを通して，徐々に「幻聴が聞こえる」「自分には薬が必要」など病識が出てきた。ただし「自分が病気だと思う時，思わない時と半々ある」「薬の大切さは分かるが，気持ちの問題だから」などの発言も折々でみられた。

(3) 資源制度の情報提供

小集団心理教育プログラム内で紹介された社会資源の中で，本人が障害年金に関心を持ち，相談あり。そのため，受給資格の確認を行う。同時に，入院中・退院後に利用できる制度（自立支援医療，障害者手帳）の説明を行った。結果，自立支援医療の申請のみ行い，他の地域生活支援に関わる援助は本人が固辞した。しかし，その後，本人が障害年金診断書を持参したため，現在，障害年金申請手続き中。また，就職支援を希望され，障害者職業センターなどを紹介した。

(4) 家族支援

家族面談では、家族の話傾聴しながら、治療方針を説明し、協力関係を作っていた。家族は、当初忙しいからと家族心理教育プログラムへの参加を固辞していたが『病気について』の回にのみ参加。継続した治療の必要性を感じている様子であったが、「ずいぶん良くなったから、もう安心」と、それ以降の家族心理教育へは参加がなかった。

(5) ケア会議・地域連携・その他

病識が乏しいため、断薬などの恐れあり。そのため、退院後の生活支援が必要と考えられたが、本人の拒否があり、ケア会議や地域連携は実施せず。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

入院当初は、入院自体に納得していない様子で、幻聴が聞こえることも認識していなかった。しかし、薬の効果がでて、症状が落ち着くにつれ「こんなにゆっくりできることはないから」と入院治療継続を望むようになった。また、「自分を馬鹿にする言葉が聞こえる。これは幻聴だと思う」と病感も出てきて、イライラ時は、頓服薬を自ら希望するようになった。この間、早期作業療法でのスポーツなどの粗大運動を中心としたストレス発散系の活動に熱心に参加するようになる。

入院2ヶ月目になると、作業療法へ毎日参加し意欲高い。小集団心理教育プログラムへも参加。薬の必要性を感じるような発言がみられたり、自らの症状を振り返ったりなど、曖昧さはあるが徐々に病識を持ち始めた。入院3ヶ月目は、幻聴がほとんど聞こえなくなり、外泊開始となる。主治医が退院を促すと「まだ早いと家族に言われているので、退院はもうしばらく様子を見させてください。完全に治してから退院したい」と話す。

しかし、3ヶ月目の後半より、徐々に声が大きくなり、活力がありすぎる状態となり、イライラ感が生じるようになる。突然廊下で大声を出すなど、幻聴・妄想なども出現し精神状態不安定となる。そのため予定されていた退院は延期となる。その後、服薬調整を行いながら、退院後の支援を考えた関わり(=訪問看護のすすめ、デイケアや生活支援センターの利用など)を持とうとするも、「私は大丈夫です」「一人でできます」と固辞。外泊を何度か繰り返し、退院前訪問看護の実施、家族にも家族心理教育に参加してもらい、本人の精神状態が少し安定したところで退院となった。

その後の外来では、本人より「幻聴が続いているが、幻聴だと思って対処しています。薬も飲んでます」と述べている。このように、本事例は、退院後、外来通院のみの支援となっている。

BPRSより抜粋：【中等度】誇大性・疑惑【ごく軽度】非協調性

6. 考察

本事例にとって、治療が中断しないこと、精神症状の安定が課題であった。そのため、病識の獲得、ストレス対処に焦点を当てることになった。病識の獲得に関しては、服薬の効果がでるにつれ、病感が出て薬による自己対処ができるようになった。例えば「イライラした時に、薬を飲むと夜良く眠れます」と、本人より発言があったりしている。小集団の心理教育プログラム内でも、曖昧さはあるものの「治るには薬も大事」と肯定的な発言がでるようになった。一方、ストレス対処に関しては、スタッフの丁寧な受容・傾聴を通し、本人の不安に思っていることを言語化できるよう取り組んだ。また、早期作業療法では、スポーツを用いたストレス発散の活動を好み、「体を動かすことは、心の健康にもいいですね」と精神症状の安定に付与したと思われるしかしながら、外泊を開始した3ヶ月目後半より、調子を崩し、不安定なままの退院となった。地域生活支援も、本人および家族が利用を希望しなかったため、現在、外来通院が、本人と病院関係者との唯一の接点である。

入院治療の流れを振り返ると、本人が外泊を勧められても外泊しなかったこと、退院を勧められても入院継続を希望したこと、などに対する要因分析が不足していたと考える。退院に対する不安、母親が亡くなったことに対する受け止め、ハーフであった本人が感じていた文化の壁、今後の方向性に対する本人のニーズに対する理解不足があったものとする。なお、本人は「完全に治りたい」という希望を強く持っていた。順調希求(=完全に良くなりた)は、健全な欲求だが、時として現在の自分の否定につながりやすく(=薬を飲んでいて自分は駄目だ)、かえって病気を長期化する一因になるのではなかろうか。本人が自分なりの生き方を援助できるよう、外来における支援に取り組んでいきたい。

7. 課題

- ①『良い調子を維持するためのドリル』の内容は、再発を防ぐという観点から書かれていた。しかし実際の生活では、病気(例えば幻聴)が少し残っていても、それとうまくつきあいつつ、やっぴくという視点を取り入れていくことも必要ではなかろうか。
- ②再発予防サインを見つける作業は、本人が安定しない状態では実施することが難しい。何故なら、調子が悪くなった時を思い返す作業は、辛かった状況を、同時に思い出してしまう。早期の心理教育では、病気に波があると予め知っていること(予測)、耐えられなくなったら回避する手段があること(回避)、に焦点を当て、自己をみつめすぎない取り組みが必要なケースもあると考える。
- ③地域生活移行にあたり、本人が支援を希望しない場合の対処。家族に対する支援も必要。

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

医師 F

1 職場復帰

看護師 T

2 結婚？

PSW A

当面(この1ヶ月)の目標

作業療法士 S

1 「健康のため」になることを身につける

臨床心理士 T

2 病気がどのように回復していくのか知る

地域のスタッフ

ケアプラン

	具体的に言うこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	急性期OT活動(フリータイム) 運動系の活動で発散	S	2007/10/2～	
心理面 (心理教育, 薬の説明)	病気がどのような経過で回復してくか, 自分がどの程度回復してきたか確認したり話し合いをする	T	2007/10/15～	
社会面 (社会資源の紹介など)	入院中または退院後に利用できる制度の説明を聞く	A	2007/10/2～	
家族支援	家族面談	F A		
地域スタッフとの連携				
その他	今年いっぱい治療に専念するように兄に言われている。			

ケアプラン作成日 19年 10月 2日

見直し予定日 19年 10月 18日

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

1 職場復帰

2 結婚？

当面(この1ヶ月)の目標

1 「健康のため」になることを身につける

2 病気がどのように回復していくのか知る

ケアプラン

医師 F
看護師 T
PSW A
作業療法士 S
臨床心理士 T
地域のスタッフ

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	急性期のT活動(フリータイム) 運動系の活動で発散	S	2007/10/18 ～11/1	
心理面 (心理教育, 薬の説明)	病気がどのような経過で回復してくか, 自分がどの程度回復してきたか確認したり話し合いをする	T	2007/10/18 ～11/1	
社会面 (社会資源の紹介など)	入院中または退院後に利用できる制度の説明を聞く 障害年金の相談/通院治療しながら仕事をするため。受給資格の確認中	A	2007/10/18 ～11/1	
家族支援	父: 「薬が中断するのが心配」 「本人はお金はためて いる: 約2000万？」	F A		
地域スタッフとの連携				
その他	藤野Dr. 「心理教育が重要となってくる」「生活臨床でいうと “色”、“金”に注目した関わりと観察が今後必要」			

ケアプラン作成日 19年 10月 18日

見直し予定日 19年 11月 1日

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

医師 F

1 職場復帰

看護師 T

2 結婚？

PSW A

当面(この1ヶ月)の目標

作業療法士 S

1 「健康のため」になることを身につける

臨床心理士 T

2 病気がどのように回復していくのか知る

地域のスタッフ

ケアプラン

	具体的に言うこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	青空フレンズ(自宅退院支援活動)に12月より導入するための準備 運動系の活動で発散	S	2007/11/1 ～11/21	
心理面 (心理教育, 薬の説明)	病気がどのような経過で回復してくか, 自分などの程度回復してきたか確認したり話し合いをする→12月より個人OR集団心理教育へ向けて導入準備	T	2007/11/1 ～11/21	
社会面 (社会資源の紹介など)	入院中または退院後に利用できる制度の説明を聞く 障害年金の相談/通院治療しながら仕事をするため。受給資格の確認中	A	2007/11/1 ～11/21	
家族支援	父:「薬が中断するのが心配」 兄:「幻聴がなくなつてから退院して欲しい」	F T A T T	2007/11/1 ～11/21	
地域スタッフとの連携		A	未定	
その他	藤野Dr.「心理教育が重要となつてくる」「退院後の日中の過ごし方を視野に入れた治療を」 11月5日よりプレDCスタート			

ケアプラン作成日 19年 11月 1日

見直し予定日 19年 11月 22日

施設名：T病院

報告者（キワカ）：O

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名：J，年齢：38歳，性別：男性，診断：統合失調症
 【現病歴】入院までの経過：X-7年初発。今回で4回目の入院。発病前は、高校卒業後肉屋・清掃業・運転業などの仕事を転々としている。大半人間関係がうまくいかず退職。発病後も清掃業に従事したが長続きせず。やはり人間関係で退職。近年は家にいることが多くなっていた。現在の義母とは32年前から同居しており発病前は反抗することなく過ごしてきたが、発病後は義母に対して反抗が目立ち暴力的となっていた。X年8月入院日前1Wより独語・異常言動・母親への暴力が目立ち、入院日父親が病院に連れてくるが本人逃げ出し自宅に帰ってしまった。義母が110番通報し、警察・父親に連れられて再度受診。医療保護入院となる。入院時は支離滅裂状態。今回、4回目の入院であるが、毎回断薬状態となっていた。今回も断薬状態で入院。本研究はX年10/26本人に説明、11/13父親に説明(本人同席)同意を頂いた。実質、入院後2M3W後～本人家族・地域スタッフを交えた多職種チームとしてのアプローチ開始した。

2. 初期アセスメント(OT 処方が入院2ヶ月後。その時期のアセスメント)

健康面：特に他の疾患ナシ。身長170.5cm 体重83kg。軽度肥満傾向。**心身機能構造**：病識(一)入院当初は攻撃性著明。言語表現が思うようにできない・気持ちのコントロールができない・考えがまとまらない・覚えていられないなど精神症状は重症。身体機能面はほとんど問題ナシ。精神面の不安定さ・思考障害などによる行動障害+。
活動：ホールに時々出ている。他患との交流はない。身辺ADLは自立。行動制限+(病院スタッフもしくは家族の引率がなければ病棟外への外出は禁止) **参加**：父親への反抗はなく、定期的に面会している。退院や就労を希望している。**環境因子**：両親離婚。実母は離婚後精神病院に入院。その後は不詳。32年前義母と同居。以来、父親と義母の3人暮らし。兄弟ナシ。市内街中に在住。道路拡張に当り現在の家は立ち退き、夏頃までは仮設住宅に住み、本人は両親と隣室に住み、食事は一緒に食べる予定。父親はバス運転手で退職後の現在も頼まれて2交代勤務中。週1回の休暇には本人の面会に来ている。(入院当時は引越しの忙しい時期であった)父親は大腸癌既往+継続診療中。義母はパースマー+。経済的には問題ナシ。本人父親は対人交流の未熟さや断薬・就労を一人で決めていたことなどを振り返り、今回はきちんと治療しリハビリをきっちり行ってほしいと希望。特に父親は時間かけてじっくり治療し再発しないようにしてほしいと望んでいる。**個人因子**：最終学歴(農業高校；家が農家のため勧められて)普通免許・大型免許取得。二種免許はトライしたが取得できず。発病前後数種の仕事に就いている。元々口数が少なく友達は少ない。対人関係がうまくいかず退職に至っている。発病前は義母にも反抗していない。発病後は断薬し病状悪化させ入院を繰り返している。今回が4回目の再入院。**まとめ**：病識の無さ・状況判断の未熟さ・思考障害・記憶力低下・言葉の表現力低下などにより対人交流や気持ちのコントロールなど判断力や言動に関する生活能力障害が主。更に過去リハビリテーションが実施されておらず入退院を繰り返している。今回4回目。断薬傾向も強い。家庭的にも義母との3人暮らしで親子関係は父親とは良好だが義母との関係は不安定。しかし、本人も就労意欲が高くリハビリに意欲的。就労については退職しないように援助してほしいと希望している。父親も今回はじっくり治療をし再発再入院の防止を希望している。本人家族とも自宅復帰を希望している。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標：①自宅に退院したい ②仕事にも就きたい
具体的援助：**主治医**症状は重症と判断。薬物治療重視。本人家族に対して病状・治療の説明と服薬の必要性を促していく。状態に応じて行動の範囲や病棟の検討を行っていく。**Ns**入院生活の安定に向ける。行動面の観察・指導を外泊等も含め行っていく。服薬管理指導は必須。**SW**制度面や医療費等の情報提供。家族の相談窓口となる。**CP**心理検査実施。病気理解のための教育(本人・家族)。カウンセリング実施 **OT**やりたいことの実現により心の安定に向ける。個別・小集団・大集団など場の変化により対人交流の機会を提供。就労に向けて集中の持続・正確な作業の習得などを目的に活動種目を提供していく。退院後の生活支援についても外来OTなど検討していく **キワカ**：目標に向けてリハビリメンバーの調整と相談窓口・定期的カンファの開催と進行・本人家族への議事録・ケアプランの説明・本人家族の相談にのる。再発再入院の防止及び就労支援の調整が重要と考え調整していく。

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

入院1M3W後OT処方。処方の遅延理由：病状安定を待っていた為。質問票にて本人の希望や思いを得る。開始当初より屋外活動や調理に意欲的。また、言葉上は自分の言動や気持ちのコントロールの未熟さ・記憶力を困りごとに挙げている。当初は個別で発散的な活動(散歩・運動)から開始。注意力低下・言葉の表現力低下・病識の甘さが目立つ。徐々に調理や創作活動・小集団活動を導入し、本人と自身の強み弱みを見つけていくこととした。結果、強み；身体を動かすこと・料理・作業注意集中の持続力は1時間程度ならOK。弱み；長時間の机上作業の注意集中持続力低下・他者との会話や交流がないこと。本人と強み弱みを共有し両面に取り組んでいくことを申し合わせた。週間スケジュールを作成し、自主的に行動。定期的に振り返りを行い意識付けしている。就労に向けて段階的に行っていくことを勧め、入院中にデイケア就労前活動などへの見学体験を予定した。

(2) 早期心理教育

入院2ヶ月時～開始。WAIS・MMPI・ウイソソシ検査を段階的に実施。IQ；言語性77 動作性85 トータル78 ボーダーライン。MMPI；言語理解が不完全。衝動的・思考の偏り・病的気質・抑うつなどの指摘あり。ウイソソシ；言語記憶・複数課題に対応不可。検査中断となっている。会議の席で、本人への指示の仕方(単一課題・視覚的提示など)を提案した。本人は服薬管理SST・病気理解学習会へ参加している。家族へも病気理解に向けて学習会参加を促している。家族会に義母が参加している。今後は本人に対してカウンセリング実施予定。

(3) 資源制度の情報提供

入院3ヶ月時、SWが父親とインテーク。父親の思いや家族環境、これまでの経過などを聴いている。同時に、制度面・医療費の説明も実施。就労については、就労前訓練としてデバッグ・作業所の情報提供も行っている。自立支援の手続きも終了した。

(4) 家族支援

入院1M3W後にOT開始。直後に本研究の説明同意を家族・本人に得ている。家族はリハビリをこれまで受けてこなかったことを訴えており、じっくりリハビリを行ってもらい再発しないようにしてほしいと希望。また、本人一人で職を探してきているので本人にあった仕事を一緒に考えてほしいとも希望。父親が義母と本人の間に入って負担が大きい印象を受ける。主に主治医・SW・CP・キワーカーで家族の心配や不安の除去や希望に沿うように援助を進めてきた。義母も会議に参加している。口論の場面もあったが、家族全員が一生懸命生きてきていることが明らかになり、家族全員が幸せな暮らしを取り戻すよう、リハビリチーム全員で力を合わせることを確認できた。今後も家族支援継続。特にSWが家族の相談窓口となることを確認した。

(5) ケア会議・地域連携・その他

本人家族を交えての会議は2回目から実施。同時に地域スタッフとして行政キワーカーも毎回出席している。退院後の在宅生活支援と同時に就労支援としてワークとの連携に寄与するとの発言があり、入院中からチームとしても安心している。合同カンファは毎月1回実施、その後議事録・ケアプランの説明を本人家族に行っている。キワーカーは2~3回/Wは本人と面談し、状況確認やリハビリの取り組み確認をしている。また、それぞれの専門職の動き確認を行い、助言調整を行なった。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

精神症状の鎮静及び研究開始が遅れたため(=リハビリチームとしての関わりが遅れたため)1月末現在(入院後5ヶ月)も入院中であり、薬物調整継続し外泊訓練・就労支援の調整を行なっている。合同カンファの中で家族間の口論があり、その際チーム全体で家族の苦しみなど共有し、チーム全員で誰も悪くない・家族それぞれ一生懸命生きてきていることを認め尊重したことで家族関係が改善し外泊時も円満に過ごせている。母親も会議や家族会・面会に来院するようになった。今後、2/5にカンファを予定し退院日・退院後の支援体制を具体的に決定予定。本人の病状は次第に落ち着きつつあるが、対人交流はほとんど見られない。退院後すぐに就労は解決能力的に不安が大きいため、就労前訓練をどのように進めていくかを重点的に検討し、調整する予定。また、本ケースは、家族関係にも不安があり、家庭生活支援も重要と考え、地域キワーカー及び当院キワーカーの積極的な連携協力を依頼する予定。

さらに、退院後も就労を含めた地域生活が安定するまで定期的にかンファ開催する予定。参加者は状況に応じて追加するが、病院職員の勉強のためにも院内スタッフも引き続き参加していく。

6. 考察

- ・本ケースの場合、病状重症のため精神症状鎮静に時間を要し、結果、リハビリアプローチ開始が遅れた。
- ・本ケースの様に、①数回の再発再入院を繰り返している重症例②家族関係に問題がある③初めてリハビリアプローチを受けている④本人家族とも再発再入院防止と就労支援のための十分なリハビリアプローチを望んでいる等を考慮するとケース・ケースではあるが入院期間は6ヶ月程度は必要である。
- ・リハビリチームの取り組みを実現できたのは、キワーカーによる調整があったためで、キワーカーの存在なしではチームとしての取り組みが遅延もしくは未完成となる。
- ・本人・家族を会議に交えることで、家族内の状況や解決すべき課題がチーム全体で共有でき本人及び家族への支援内容が明確となり、役割分担も行いやすい。
- ・地域スタッフを交えた多職種によるリハビリチームの支援により家族全体が安心しそれぞれ相談できる場所を持てる。
- ・本ケースは数回再発再入院しているが、以前の入院及び在宅での生活支援のための調整が未整備であり、地域での多職種によるリハビリアプローチは不可欠といえる。
- ・入院でのリハビリアプローチはリハビリテーションの入り口に過ぎず、本格的なリハビリテーションは退院後、地域生活開始からであり、その成果は再発再入院がいかにか防げるか(=地域生活の継続)で計れる。
- ・そういう意味では、本ケースは、まさにこれからがリハビリチームとしての取り組みが正念場といえる。

7. 課題 (事例から得られた早期退院プログラム・地域生活移行システムに関する課題をお書きください)

- ・早期にリハビリアプローチを展開するには病状安定が不可欠。急性期早期治療の技術のアップが望まれる。
- ・早期に地域スタッフを交えたリハビリチーム編成には、キワーカー的な存在が不可欠。しかし、専門業務の上にさらにキワーカーの業務となると非常に業務量増大。専門職としての存在が不可欠で診療報酬のバックアップが必要ではないか。
- ・特に、家族関係に問題のあるケースの場合、家族支援に相当な時間を要し、十分なコミュニケーションと信頼関係が重要で会議への参加のあり方もキワーカーの力量次第。精神領域では特に家族関係に問題があるケースは多いことを考えると、キワーカーの専属としての存在と調整能力育成は最重要課題。
- ・さらに、退院後地域生活開始が本格的なリハビリテーションの開始といえ、病院と地域とに調整役のキワーカーの存在が必要であり再発再入院防止に非常に関係する。地域の中にキワーカーを専属におくことも最重要課題。
- ・就労前訓練の場が地域により量的にも質的にも異なり、当地区ではデバッグもしくは簡単な作業所もしくは外来OT程度。非常に選択肢が少なく。就労前訓練の支援体制整備が急務。特に20代~40代・50代の地域生活支援においては就労に関する社会資源の有無により再発再入院防止にも繋がる。
- ・併せて、就労に向けての就職活動に於いては、就職先さらには地域の理解が必要。病気を隠しての就労も多く、そのこと自体がストレスとなり断薬につながり離職・再発と進んでしまう。就労環境の整備も急務。

事例報告 Summary Sheet [施設名：I 病院 患者：J 氏 38歳 男性 キーワード：O 職種作業療法士 女性]

	入院 1~2 週目	3~4 週目	2 カ月目	3 カ月目	4 カ月目	5 カ月目	
日常生活の様子	精神症状著明。不眠+独語+病識拒絶+離院傾向+暴言+壁蹴り叩き+攻撃性著明 隔離拘束+	精神症状不変 隔離拘束解除・再拘束を繰り返す	精神症状軽度鎮静。独語空笑+病識-幻覚妄想+拒絶-外泊要求大。ホールで過ごすが他患との交流ナシ。	開放病棟移動。幻聴+他患との交流-。拒絶-心理検査・OT 素直に参加。本研究にも同意	幻聴+自由行動でルール違反+注意指導で改善。服薬 SST 参加 外泊希望+	幻聴残存 外泊実施。問題ナシ。 義母との退院後の関係に不安の訴えナシ。友人への電話頻会。苦情ナシ。	
ケア会議の概要と目標設定	病棟Nsのみのチームケア開催 ①精神症状著明。経過観察 ②薬物療法優先	チームケア2 回目開催 ①方向性；自宅退院 ②精神興奮状態継続している経過観察 ③薬物療法優先	チームケア3 回目開催 ①方向性；自宅退院 ②病状改善訴え-異常体察 ③生活上の課題のケア実施・服薬 SST 参加	1・2 回目チームケア開催 ①長期；自宅復帰将来的には就労も検討 ②短期；外出外泊実施・生活上の課題のケア実施・服薬 SST 参加	3 回目チームケア開催 ①長期；不変 ②短期；外泊時の安定・他者との自主的交流・病氣理解の教育	4 回目 2/5 開催予定 ・具体的な退院の日程 ・退院後の支援体制検討し役割分担を決める予定。	
薬物療法	アキネトン錠 1mg 3×3 セルシン錠 2mg 2×2 ゾグアレキサ [®] イス錠 2×1 サイレース錠 2mg 1×1 リスパダール錠 2mg 2×2 ネルボン錠 5mg 1×1 レンドルミン錠 0.25mg 不眠時	ロドピ [®] 錠 50mg 5×2 5×1 リスパダール錠 2mg 4×2 アキネトン錠 1mg 2×2 サイレース錠 2mg 1×1 ネルボン錠 5mg 1×1	ロドピ [®] 錠 50mg 5×3 ほか不変	ロドピ [®] 錠 50mg 4×3 リスパダール錠 2mg 5×2 アキネトン錠 1mg 2×2 サイレース錠 2mg 1×1 ネルボン錠 5mg 1×1 アムロジピン錠 12mg 2×1	ロドピ [®] 錠 50mg 4×3 リスパダール錠 2mg 5×2 アキネトン錠 1mg 2×2 サイレース錠 2mg 1×1 ネルボン錠 5mg 1×1 アムロジピン錠 12mg 2×1	不変	不変
早期作業療法	処方ナシ	処方ナシ	1M3W目に処方出る 質問票にて初回面接 やりたいたいことの実現から開始(散歩運動等)	3回/w実施。 運動散歩机上活動導入 個別活動小集団活動導入 w総実施計画書作成 服薬 SST 参加	5回/w実施 調理活動追加 10人以上の集団活動追加(自主行動で) w総実施計画書作成 統合失調症本人教室参加	頻度不変(外泊増える) 内容不変 デイケア見学就労活動体験追加	
早期心理教育(CP)	処方ナシ	処方ナシ	1M1Wに心理検査依頼 1M2Wに検査実施	服薬 SST 参加	本人教室継続 家族会参加 カンパニカ [®] 実施	本人教室継続 家族会参加 カンパニカ [®] 実施	
資源制度情報提供(SW)	ナシ	ナシ	ナシ	父親とインテーク 入院費・自立支援医療の説明	本人とインテーク デイケア・作業所の紹介		
家族支援	主治医Nsからの病状と治療説明	病状治療説明	病状治療説明	本研究=リハビリテーションの取り組み説明と同意 家族の思い考え希望を拝聴・カンファへの参加 SW顔合わせ	父親義母との面談(キークーカ・SW・Ns) 両親のケア参加 議事録・カンファラン表父親同席で説明	義母家族会参加 議事録・カンファラン表を親子3人同席で説明	
地域連携その他	ナシ	ナシ	ナシ	本研究説明 本人と顔合わせ チームケアへの参加	両親と顔合わせ チームケア参加	合同カンファ参加 在宅支援へ向けて具体的な方法提案	

研究報告事例・合同カンファレンス（第1回）

日時・場所：H19. 11. 17（土）16：30～ 精神科第1-3階ナースステーション		
出席者：U医師・INs・ICP・SSW(K代行として)・HOT・O（キーマン）		
職種	内容（現状報告）	今後の取り組み
ご本人 ご家族	<p>ご本人の思い：(質問表記入から)落ち着いて暮らしたい 運動をしたい・退院したい</p> <p>ご家族の思い：断薬しないように。再入院しないように。仕事のことも相談にのってほしい</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・会議への出席 ・外出・外泊の検討
主治医	<p>治療経過：当科初診 H12.5～入退院繰り返している。 今回、4回目の入院。断薬+思考障害・病識-が主症状 母親との関係に被害妄想+暴力行為で入院</p> <p>治療内容：現在薬量固定。今後はハの可能性に期待 幻聴否定・思考障害残存。症状は重症と診て治療継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ご家族・ご本人への状態説明 ・外泊の勧め
看護師	<p>病棟生活状況：病棟生活上は特に問題はない。</p> <p>生活能力評価：対人交流が乏しい・公共機関の利用が 病棟生活場面では問題が見えない。自宅での様子を見る必要がある。</p> <p>健康管理面：頭がすっきりしない・の訴え+</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・SST 服薬モジュール参加 ・金銭管理・服薬管理自立継続に向ける ・外泊などで様子を見、必要な支援をおこなう
ケースワーカー	<p>生活暦：今後面接予定</p> <p>家庭環境：H12.12月～実父・義母・本人の3人暮らし</p> <p>社会資源情報：説明は未実施</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口(特にご家族) ・制度面の情報提供
臨床心理士	<p>心理検査結果：H19.10月 WAIS・MMPI 実施 IQ;言語性 77・動作性 85・トータル 78 今後ワイスコンソリ検査予定</p> <p>本人の心理面：未実施</p> <p>病気理解(本人・家族)：本人教室開始したところ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・検査実施 ・カウンセリング実施 ・ご本人ご家族への病気理解教育
作業療法士	<p>訓練状況：10/15～3/w の頻度で開始。散歩・運動等発散的活動実施。来週からグループ活動や机上活動実施。</p> <p>気になる点：表情の硬さ+身体の硬さも+。注意力不足+。コミュニケーション低下+、考えを言葉で表現することが苦手 病気に対する深刻さも少ない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・集団活動の導入 ・机上活動の導入 ・活動や集団の場での体験を通してフィードバックしていく
地域支援スタッフ	<p>地域資源：今後地域保健師も参加予定している</p> <p>退院後の支援：今後、本人・家族含めたチームで検討</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・会議への出席
キーマン	<p>研究説明：ご本人ご家族説明し同意を得ている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・全体の調整 ・カンファ開催・進行・ケアプラン作成
目標	<p>長期：自宅へ退院したい。できれば仕事にも就きたい。</p> <p>短期：①外出・外泊を行う ②様々な場面で社会生活上の評価を行い、支援の手がかりを見つける</p>	
次回カンファ予定日：H19. 11. 27(火) (時間)16：00～ (場所)精神科第1会議室		

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

Dr(医師): U

1. 自宅に退院したい。

Ns(看護師): I・T

2. 将来的には仕事に就きたい

SW(医療ソーシャルワーカー): K

当面(この1ヶ月)の目標

CP(臨床心理士): I

1) 自宅に外出・外泊を行い、落ち着いて過ごしてみよう。

OT: H

2) 病気や薬の学習や様々な活動に取り組み、自分の弱点を見つけよう

キーマーカー: O

ケアプラン

活動面	具体的に行うこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
(作業療法, 病棟生活など)	① 自宅で落ち着いて過ごせるか外出・外泊を行ってみる ② 病棟生活では薬の管理やルールを守るなど指導する ③ 様々な個人活動や協同作業に挑戦し強みなどを見つける	ご本人ご 家族 ・病棟Ns ・OT	1ヶ月間	適時
心理面 (心理教育, 薬の説明)	① 安心安定した気持ちに向けた治療を継続しご本人へも説明する ② 病気について正しく理解できるよう本人教室の場提供と指導 ③ 薬の管理・社会生活上必要な活動について練習する ④ 在宅生活の不安な事についてカウンセリングを受け心の安定に向ける	・Dr ・CP ・病棟Ns OT	1ヶ月間	毎日 1/週 適時
社会面 (社会資源の紹介など)	① 社会資源情報を提供する	・CP ・SW	1ヶ月間	適時
家族支援	① 病気について正しく理解して頂くために学習の機会を提供する ② ご家族の心配事や相談事に対応する ③ 治療の経過やリチャームの取り組み等について説明し、理解頂く	・CP ・SW ・Dr	1ヶ月間	適時
地域スタッフとの連携	① 合同カンファへ出席し地域連携を進めていく ② 制度面などの相談に対応する	保健師(地 域ケースワ ーカー)	1ヶ月間	適時
その他	① 目標に向けて全体の調整をする ② ケアプランなど必要事項についてご本人ご家族へ説明をする	・キーマー	退院後1～2ヶ月ま で	適時

ケアプラン作成日 19年11月27日
説明日 H19. 月 日

見直し予定日 19年12月18日
説明者名: ()

ご本人サイン() ご家族サイン()

研究報告事例・合同カンファレンス（第2回）

日時・場所：H19. 11. 27（火）16：00～ 精神科第2会議室		
出席者：ご本人・TNs・SSW・HOT・市社会福祉課ケースワーカー・O（キーマン）		
職種	内容（現状報告）	今後の取り組み
ご本人 ご家族	<p>ご本人の思い：自宅に退院したい。できれば仕事にも就きたい</p> <p>ご家族の思い：（SW 報告より）退院後も治療やリハビリを継続してほしい。就労も支援していただきたい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外泊・外出を行ってみる ・病気や薬について学習する ・色々な活動などに取り組む ・ご家族も病気について学習を
主治医	<p>治療経過：当科初診 H12.5～入退院繰り返している。今回、4回目の入院。断薬+思考障害・病識-が主症状 母親との関係に被害妄想+暴力行為で入院</p> <p>治療内容：現在薬量固定。今後はリハの可能性に期待 幻聴否定・思考障害残存。このまま治療継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ご家族・ご本人への治療状況の説明 ・活動範囲などの見直し
看護師	<p>病棟生活状況：病棟生活上は特に問題はない。ただ、行動範囲が守れず、ルール違反をしたことがある。</p> <p>生活能力評価：対人交流が乏しい。病棟生活場面では問題が見えない。自宅での様子を見る必要がある。</p> <p>健康管理面：</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・SST 服薬モジュール参加 ・服薬管理など生活面の自立に向ける ・外泊などで様子を見、必要な支援をおこなう
ケースワーカー	<p>生活歴：I 中・A 高校卒業後、肉屋・清掃会社等仕事を転々とする。自動車免許取得（普通及び大型）</p> <p>家庭環境：H12.12月～実父・義母・本人の3人暮らし</p> <p>社会資源情報：入院費・自立支援医療をご家族に説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口(特にご家族) ・制度面の情報提供
臨床心理士	<p>心理検査結果：H19.10月実施。弱み；知識や技術の定着・言葉による状況説明等難。複数課題遂行が難。</p> <p>対処方法：視覚的伝達の工夫・端的な指示や教示にする・新知識や技術は言語化と行動両面の実現へ向ける</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・カウンセリング実施 ・ご本人ご家族への病理解教育
作業療法士	<p>訓練状況：10/15～3/w の頻度で開始。散歩・運動等発散的活動からグループ活動や机上活動へと内容アップした様々な場や活動を通じて強み弱みをご本人と確認する</p> <p>気になる点：考えを言葉で表現することが苦手・病気に対する深刻さが少ない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・集団活動の導入 ・机上活動の導入 ・活動や集団の場での様々な体験を通してフィードバックしていく
地域支援スタッフ	<p>地域資源：本日は顔合わせ。特に退院後地域生活上の相談や支援をしていく。 今後地域保健師も参加予定している</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・会議への出席
キーマン	<p>説明・調整：カンファの目的や内容等について説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファ内容・ケアプラン表説明 ・全体の調整 ・カンファ開催・進行・ケアプラン作成
目標	<p>長期：自宅へ退院したい。できれば仕事にも就きたい。</p> <p>短期：①外出・外泊を行う ②様々な場面で社会生活上の評価を行い、支援の手がかりを見つける</p>	
次回カンファ予定日：H19. 12. 18(火)（時間）16：00～（場所）精神科第1会議室		

研究報告事例・合同カンファレンス（第3回）

日時・場所：H19. 12. 18（火）16：00～ 精神科第1会議室		
出席者：ご本人・ご両親・主治医・KNs・KSW・HOT・ISWW・ICP・O（キワカー）		
職種	内容（現状報告）	今後の取り組み
ご本人 ご家族	<p>ご本人の思い：自宅に退院したい。できれば仕事にも就きたい。（外泊をしたい）</p> <p>ご家族の思い：退院を望んでいるが、再発しないように、そしてすぐに働けるくらいになって退院してほしい。長くなってもじっくり治療してもらいたい</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外泊し、その後様子を報告する ・病気や薬について学習する ・色々な活動などに取り組む ・ご家族も病気について学習してもらう
主治医	<p>治療内容・経過：薬物治療調整中。（減量により行動のコントロールに支障が出た）服薬管理の勉強も開始した。薬をしっかり飲むことが大事。周囲とゆっくり話せることも取り組んでほしい。外泊で自宅の様子を見たい</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬の調整（副作用が少なくして行動調整ができるように）
看護師	<p>病棟生活状況：病棟ルールが理解できずルール違反していたが現在は、きちんと守れている。服薬管理もOK。周囲との接触は少ない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬管理など生活面の自立促進 ・外泊結果に応じた支援を行う ・対人交流場面を作ったり、職員からの話しかけを多くする
ケースワーカー	<p>社会資源情報：前回カンファ後、自立支援医療等の説明をご本人・お父様に実施した。その後は特にかかわりなし。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口（特にご家族） ・制度面の情報提供
臨床心理士	<p>教育面：服薬管理 SST 参加。修了証書渡された。今後は、病気についての勉強会『本人教室』への参加へとレベルアップする。カンセリングも実施予定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・カンセリング実施 ・ご本人ご家族への病気理解教育
作業療法士	<p>訓練状況：集団・個別訓練併用している。集団の場にも穏やかに参加できているが、他者との交流は少ない。</p> <p>強み：身体を動かすこと・料理は手馴れている 机上作業も1時間は集中して可能。</p> <p>弱み：周囲との会話や交流が苦手の様子。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・集団の場での会話の体験 ・机上活動での集中の持続強化 ・個別活動や集団の場での様々な体験を通してフィードバックしていく
地域支援スタッフ	<p>地域資源：今後、退院された後、通院は自立支援医療・就労にむけてはハローワークとの連携調整などの支援検討</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・会議への出席
キワカー	<p>説明・調整：・リハチーム全体の調整を行なっている</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カンファの目的や内容等について説明実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファ内容・ケアプラン表説明 ・全体の調整 ・カンファ開催・進行・ケアプラン作成
目標	<p>長期：自宅へ退院したい。できれば仕事にも就きたい。</p> <p>短期：①外泊を行い、自宅でも落ち着いて過ごす ②周囲の人との交流(会話など)を試みる ③自分の病気について理解するため本人教室に参加する</p>	
次回カンファ予定日：H20. 2. 5（火）（時間）16：00～（場所）精神科第1会議室		

施設名：T病院

報告者（キワカ）：O

1. 事例紹介

〔基礎情報〕氏名：K，年齢：19歳，性別：男性，診断：統合失調症

〔現病歴〕入院までの経過：小中学校時代は野球、高校入学後はサッカーと運動が得意で活発であった。高校は進学校に入学。引きこもり不登校はX-2年5月から。父親は地域保健所等に相談をしていた。現在高校は休学中。X-1年7月当院へ保健所移送入院したが外泊中に治療拒否。病院に帰院せず治療中断した経緯がある。その後も引きこもりは続き、X年11月保健所移送、医療保護入院となる。12/11本研究の説明を本人父親同席の元、実施し同意を得ている。

2. 初期アセスメント

健康面：視力低下程度。特に問題ナシ。身長169.8cm 体重70kg。軽度肥満傾向。**心身機能構造**：中学まではスポーツ少年。高校は当地域ではハイベルの進学校に入学しており、引きこもり前はある程度の学力はあった。入院後のIQ検査では、言語性98 動作性60 トータルIQ78＝ボーダーライン。アジリアかソワソワ感+。やや落ち着きにかける面がある。2年以上の引きこもりの影響で体力低下+**活動**：入院生活では自ら話しかけることは少ないが他患との交流もある。身辺ADLは自立、日課も守られている。話しかけへの返答は適切に可能。薬や作業療法など治療に対しても素直に応じている。**参加**：心理検査やOTへ参加。父親の面会も受けている。現在、高校休学中。**環境因子**：郡部に在住。母親(53歳)はX-9年前から精神科長期入院中(統合失調症)。現在、町役場勤務の父親(56歳)と86歳の祖母と3人暮らし。父親との意見不一致など、父親との関係がうまくいっていない。保健所職員の情報では、父親はなかなか話の理解ができず、自分の思いこみの話を毎回行っている。数回の保健所介入での引きこもり支援に対しても話の接点が得にくく、自分の考えを押し通す面があるとのこと。本人の友人は近所に住んでいる。**個人因子**：元来運動が得意で好き。高校入学の頃から急に会話が減り、引きこもるようになった。自身、理由はよくわからない・・・と話している。**まとめ**：統合失調症初発として治療開始しているケース。入院後は穏やかに生活できており入院生活のみで考えると問題は少ない。しかし、①休学中であること②父親との関係はやや不良③母親不在の家庭で育っていること④1年以上の引きこもり生活が続いていたことなど考慮すると、復学の問題・家庭生活の問題・地域社会への適応・病気の再発防止など年齢が若いだけにリチームとして取り組む課題は今後の本人の人生に大きく影響し、慎重に対応する必要がある。

3. 治療・援助の目標と方針

入院20日後、本人と父親同席で本研究の説明実施。積極的な同意を得る。

長期目標：普通の生活(家族と一緒に話したり食事をしたり・・・など)をとりもどしたい

具体的援助：主治医薬物治療進めつつ、精神療法を頻回に行っていく。外泊はX-1年のこともあり保健所等との連携で慎重に検討する。Ns病棟生活指導・対人交流の機会をつくる。服薬管理指導を行う。SW特に家族の相談窓口となり、家族支援していく。CP心理検査実施・病気理解のための教室参加・父親に対しては家族会への参加を促す・カウンセリング実施。OT運動等得意なことを通してストレス発散・対人交流の場面設定・戸外活動での地域生活準備など、心身両面のアプローチ。キワカ地域スタッフ交えたリチーム全体の調整と相談窓口。就学など将来を考慮した調整を行なう。本人・家族の考えを聴きつつ、なるべく本人の意思を尊重した調整を行っていく。地域生活支援に向けては地域スタッフと病院の連携協力を密にした調整を行なう。入院中～退院後も定期的にリチーム合同カンファを開催し支援の見直しを行う。

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

入院5日目に処方出る。質問票にて本人の思い・困りごと・やりたいことを聴きやりたいことの自己実現から開始した。行動面・認知面の問題は少ないが、対人交流に対して不安・自信のなさが主訴であった。やりたいことを実現できたことで、ストレス発散でき病棟でも前向きな言動が見られている。OT場面では、徐々にグループ活動や戸外活動の機会を提供し苦手な面の克服に取り組んでいるところである。

(2) 早期心理教育

入院後、2W目に心理検査実施している。検査結果よりも今後の回復に期待が持てる内容であると本人に報告。入院後1M目より病気理解のための教室に参加している。現在まで無欠席。今後も引き続き本人教室参加してもらいながらカウンセリングも必要に応じて導入していく。父親に対しても病気理解を進めていくが、父親の個性を考慮して家族会参加から開始していく。

(3) 資源制度の情報提供

特に家族の相談窓口として関わる。現在のところインテグ実施のみ。

(4) 家族支援

父親中心にフォロー。ただ、これまでの経緯を考慮すると父親次第で本人の再発が防げる可能性も否めない。本人家族を除いたチーム全員で父親に病気や本人に対する関わり方の理解を促していくことを話し合った。父親の意見等についてはキワカ・主治医・SWでじっくり傾聴とし、CPでは病気理解のために家族教室を定期的に開催していくこととした。また、地域生活においては保健所・市町村保健師で援助指導していくこととした。長期的に父親指導支援を展開することを確認した。本人よりも父親の支援が鍵であるというメンバーの意見である。

(5) ケア会議・地域連携・その他

保健所移送のケースであるため、地域との連携協力は保健所も交えている。定期的会議への参加はもちろん、第1回目の外泊に於いては慎重を期し保健所職員訪問と病院スタッフの訪問迎えを行っている。主治医判断しキワカ調整で実施した。定期的カンファでは本人家族を交えて実施した後、スタッフのみで地域生活支援の具体的良策を検

討している。利用できる地域資源など次回カンファで情報交換する予定になっている。カンファ議事録がアプ リ表の説明と同意の署名についてもキワカーが適宜実施してきた。

5. 結果 (成果と転帰, 退院後のケアプランなど)

- ・外泊を定期的実施し、家族との食事や会話、調理の手伝いなど前向きな行動が取れている。
- ・本人は病気についても自身で調べたりなど前向きに理解しようとしている。
- ・退院後については本人の意思もはっきりしており、今後退院に向けて調整を行なう段階となった。
- ・地域に対する不安が本人自身あり、漸次退院に向けて練習していくことにした。
- ・現在開放病棟に移動。今後、デバ見学体験参加など進めていく。
- ・就学については今後父親と本人の意見調整が必要だが、時期的にはもう少し期間をおいてから検討する方向
- ・退院後の支援体制について2月に入り検討予定。

6. 考察

- ・統合失調症初発・引きこもり1年7ヶ月経過のケースであるが、早期にCPやOTを導入し本人の能力評価や思い・やりたいことを表現してもらい実現できたことは本人自身の前向きな姿勢を引き出す機会となった。
- ・病状は軽症であり本人自身の潜在能力が高いケースこそ、本人を中心としたリハチーム編成を早期に組みアプ ロチ開始することが本人の主体性を引き出すことになる。
- ・本人の思い・考えがはっきりしている場合、いかに迅速に本人家族を交えたチーム全員で意見交換し本人の納得できるチームとしての取り組みを明示できるかが重要である。
- ・家族関係が原因している本ケースの場合、本人の考えを尊重しながらも家族(特に父親)の思いを傾聴しつつ本人の考えを理解し親子で納得した生活設計となるよう調整することが求められるが、非常に難しい調整であり、時間を必要とする。
- ・本ケースの場合も、入院が本人にとってのリハリテーションの始まりに過ぎず、退院後の地域生活支援こそがリハチームの取り組みの正念場といえる。
- ・当地域に地域生活支援のための選択肢が少ない事は、本ケースのように前向きに病気と向き合おうとしている方にとっては、非常に芽を摘まれる状態となり、リハリテーションの中断となってしまう。
- ・今後リハチームは現状で考えられるあらゆる選択肢を本人に具体的に提示(見学などを通して)し、本人自身が決定していくことを支援することが重要である。

7. 課題 (事例から得られた早期退院プログラム・地域生活移行システムに関する課題をお書きください)

- ・入院においても、早期に本人を中心としたリハチーム編成が必要であり、チームアプ ロチを実現していくために調整役=キワカーは不可欠である。・・・現在は存在していない。
- ・地域生活支援が本格的なリハリテーションの始まりである・・・が、地域にキワカーのような調整役が不在。リハチームとしての連携アプ レができない。そのためにリハリテーションの継続が困難。
- ・本人の生きる意欲をさらに進めていくために、あるいは意欲を引き出していくために、地域生活支援のための状況に応じた様々な社会資源が少ない。
- ・家族関係が原因の場合、家族と本人の思いの調整が必要となり長期化するが、入院期間の問題など考慮すると在宅に繋ぐ手前として中間的な施設も必要である。(ストレスがかかる環境にすぐにもどれないケースも多い)
- ・若者の場合、就学・就労の支援体制がほとんどなく、退学(退職)か復学(復職)の二者選択となってしまう。復学・復職の際の中間的なアプ ロチ体制が学校・職場に必要。

事例報告 Summary Sheet [施設名：I病院 患者：K氏 19歳 男性 キーワード：O 職種作業療法士 女性]

		入院 1~2 週目		3~4 週目		2 カ月目		3 カ月目		4 カ月目		5 カ月目	
日常生活の様子	穏やかに過ごす。 入院生活は素直にに応じている。 他者との交流はなく、自室にいる。	身辺ADL自立。 日課も守られている ホールで過ごす事が多い 他者との交流見られる 本研究に同意	自ら話しかけている。 定期的病気勉強会参加 外泊実施。買い物など行う。来客者への挨拶 OK だが人に会う不安	開放病棟へ移動 外泊定期的に実施 病気を知られる不安+ 外で人に会う怖さ+ 薬自己管理 2/5 合同カンファ開催予定	合同カンファ開催予定	合同カンファ開催予定	合同カンファ開催予定	合同カンファ開催予定	合同カンファ開催予定	合同カンファ開催予定	合同カンファ開催予定	合同カンファ開催予定	合同カンファ開催予定
	ケア会議の概要と目標設定	1 回目チームカンファ開催(病棟Nsのみ) ・入院生活問題ナシ ・不眠の訴え+ リリカ感+ ・父親との関係確認	1 回目合同カンファ開催 長期普通の生活に戻る 短期①日課通りの生活 ②ルールを決めて外泊を	2 回目合同カンファ開催 長期不変 短期①自由行動の確認 ②対人交流練習③外泊実施 ④服薬自己管理 チームスタッフは社会資源確認	2/5 合同カンファ開催予定	2/5 合同カンファ開催予定	2/5 合同カンファ開催予定	2/5 合同カンファ開催予定	2/5 合同カンファ開催予定	2/5 合同カンファ開催予定	2/5 合同カンファ開催予定	2/5 合同カンファ開催予定	2/5 合同カンファ開催予定
薬物療法	エビリファイ錠 6mg 1×1 マイスリー錠 5mg 不眠時	エビリファイ錠 6mg 1×1 レンドルミン錠 0.25mg 1×1 サイレース錠 1mg 1×1	サイレース錠 1mg 1×1 レンドルミン錠 0.25mg 1×1 セロケル錠 25mg 2×1 アネリン錠 1mg 3×3	サイレース錠 1mg 1×1 レンドルミン錠 0.25mg 1×1 セロケル錠 25mg 2×1 アネリン錠 1mg 3×3	サイレース錠 1mg 1×1 レンドルミン錠 0.25mg 1×1 セロケル錠 25mg 2×1 アネリン錠 1mg 3×3	サイレース錠 1mg 1×1 レンドルミン錠 0.25mg 1×1 セロケル錠 25mg 2×1 アネリン錠 1mg 3×3	サイレース錠 1mg 1×1 レンドルミン錠 0.25mg 1×1 セロケル錠 25mg 2×1 アネリン錠 1mg 3×3	サイレース錠 1mg 1×1 レンドルミン錠 0.25mg 1×1 セロケル錠 25mg 2×1 アネリン錠 1mg 3×3	サイレース錠 1mg 1×1 レンドルミン錠 0.25mg 1×1 セロケル錠 25mg 2×1 アネリン錠 1mg 3×3	サイレース錠 1mg 1×1 レンドルミン錠 0.25mg 1×1 セロケル錠 25mg 2×1 アネリン錠 1mg 3×3	サイレース錠 1mg 1×1 レンドルミン錠 0.25mg 1×1 セロケル錠 25mg 2×1 アネリン錠 1mg 3×3	サイレース錠 1mg 1×1 レンドルミン錠 0.25mg 1×1 セロケル錠 25mg 2×1 アネリン錠 1mg 3×3	サイレース錠 1mg 1×1 レンドルミン錠 0.25mg 1×1 セロケル錠 25mg 2×1 アネリン錠 1mg 3×3
	早期作業療法	入院 5 日目処方 7 日目顔合わせ 質問票記入・OT 計画説明同意 ハズル・ハ・ソコ等開始	ｽﾎｰﾝｸﾞ・屋外散歩開始 2~3 人の小集団活動開始	10 人以上の集団活動参加 病棟外患者との交流	自主的に集団活動参加 デリア見学・参加体験 外出訓練(ハズ利用等)	自主的に集団活動参加 デリア見学・参加体験 外出訓練(ハズ利用等)	自主的に集団活動参加 デリア見学・参加体験 外出訓練(ハズ利用等)	自主的に集団活動参加 デリア見学・参加体験 外出訓練(ハズ利用等)	自主的に集団活動参加 デリア見学・参加体験 外出訓練(ハズ利用等)	自主的に集団活動参加 デリア見学・参加体験 外出訓練(ハズ利用等)	自主的に集団活動参加 デリア見学・参加体験 外出訓練(ハズ利用等)	自主的に集団活動参加 デリア見学・参加体験 外出訓練(ハズ利用等)	自主的に集団活動参加 デリア見学・参加体験 外出訓練(ハズ利用等)
早期心理教育 (CP)	心理検査実施(MMPI・WAIS) 鬱尺度・社会的内向性尺度が高い トータル IQ78(ボンガートン) 言語性 98 動作性 60	検査結果説明(Dr より)	病気についての学習会参加 (本人教室) 父親家族会参加	病気についての学習会参加 (本人教室) 父親家族会参加	病気についての学習会参加 (本人教室) 父親家族会参加	病気についての学習会参加 (本人教室) 父親家族会参加	病気についての学習会参加 (本人教室) 父親家族会参加	病気についての学習会参加 (本人教室) 父親家族会参加	病気についての学習会参加 (本人教室) 父親家族会参加	病気についての学習会参加 (本人教室) 父親家族会参加	病気についての学習会参加 (本人教室) 父親家族会参加	病気についての学習会参加 (本人教室) 父親家族会参加	病気についての学習会参加 (本人教室) 父親家族会参加
	資源制度情報提供 (SW)	ナシ	カンファで顔合わせ	カンファで顔合わせ	カンファで顔合わせ	カンファで顔合わせ	カンファで顔合わせ	カンファで顔合わせ	カンファで顔合わせ	カンファで顔合わせ	カンファで顔合わせ	カンファで顔合わせ	カンファで顔合わせ
家族支援	主治医病状・治療の説明	キョウカ本研究説明 SWへ電話にて相談あり (外泊時の訪問の件) キョウカ意向を聞き対応する	主治医説明 カンファ議事録・カンファン表説明と同時 に話を聴く 町の保健師訪問について拒否の意向	主治医説明 カンファ議事録・カンファン表説明と同時 に話を聴く 町の保健師訪問について拒否の意向	主治医説明 カンファ議事録・カンファン表説明と同時 に話を聴く 町の保健師訪問について拒否の意向	主治医説明 カンファ議事録・カンファン表説明と同時 に話を聴く 町の保健師訪問について拒否の意向	主治医説明 カンファ議事録・カンファン表説明と同時 に話を聴く 町の保健師訪問について拒否の意向	主治医説明 カンファ議事録・カンファン表説明と同時 に話を聴く 町の保健師訪問について拒否の意向	主治医説明 カンファ議事録・カンファン表説明と同時 に話を聴く 町の保健師訪問について拒否の意向	主治医説明 カンファ議事録・カンファン表説明と同時 に話を聴く 町の保健師訪問について拒否の意向	主治医説明 カンファ議事録・カンファン表説明と同時 に話を聴く 町の保健師訪問について拒否の意向	主治医説明 カンファ議事録・カンファン表説明と同時 に話を聴く 町の保健師訪問について拒否の意向	主治医説明 カンファ議事録・カンファン表説明と同時 に話を聴く 町の保健師訪問について拒否の意向
	地域連携その他	保健所移送入院	カンファへの参加(保健所職員・地域保健師) 保健所職員自宅への訪問	カンファへの参加(保健所職員) 外泊中訪問(保健所職員)	カンファへの参加 スタッフへの地域の社会資源情報提供予定	カンファへの参加 スタッフへの地域の社会資源情報提供予定	カンファへの参加 スタッフへの地域の社会資源情報提供予定	カンファへの参加 スタッフへの地域の社会資源情報提供予定	カンファへの参加 スタッフへの地域の社会資源情報提供予定	カンファへの参加 スタッフへの地域の社会資源情報提供予定	カンファへの参加 スタッフへの地域の社会資源情報提供予定	カンファへの参加 スタッフへの地域の社会資源情報提供予定	カンファへの参加 スタッフへの地域の社会資源情報提供予定

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

医師:U 看護師:Y

1. 自宅に退院し普通の生活に戻りたい

SW:T CP:I OT:M

2. 家族と一緒に話をしたり食事をしたりたい

保健福祉事務所職員:O・O

当面(この1ヶ月)の目標

町保健師:N・G

1. 入院生活のタイムスケジュールに沿って行動してみよう

キーワーカー:O

2. ルールを決めて外泊を行い家族団らんの時間を過ごしてみよう

ケアプラン

活動面 (作業療法, 病棟生活など)	心理面 (心理教育, 薬の説明)	社会面 (社会資源の紹介など)	家族支援	地域スタッフとの連携	その他
①入院生活の中でスケジュールに沿って自主的に行動する ②外泊時も家族と会話など行い一緒に過ごす(ルールを守る) ③病棟やOTでは周囲の人たちと交流の機会をつくる ④集中の持続力や心身の体力向上を図る	①病気にについてより良く理解する ②病気にについての学習の場と機会を提供する ③治療状況や病状・薬について等随時、ご本人家族に説明する ③ご本人に対してカウンセリングを行う	①社会資源について説明をする	①病気や薬等についてご家族へ説明をする ②ご家族の心配事や相談事に対応する	①退院後の地域生活支援を入院中から検討する ②生活支援のために連携を密にする	①目標に向けて全体の調整をする ②ケアプラン等必要事項についてご本人ご家族へ説明する
担当	本人・家族 Ns・OT	本人・家族 CP Dr CP	Dr SW・キーワーカー CP	病院スタッフ 地域スタッフ キーワーカー	本人 本人家族 Ns・OT
いつまで	1ヶ月間	1ヶ月間	1ヶ月間	1ヶ月間	1ヶ月間
何回ぐらい	毎日 外泊時 月～金 適時	毎日 毎日 随時状態に 応じて	随時状態に 応じて	随時状態に 応じて	随時状態に 応じて

ケアプラン作成日H19年12月20日

見直し予定日H20年1月17日

説明日H 年 月 日 ご本人署名()ご家族署名()

研究報告事例・合同カンファレンス（第1回）

日時・場所：H19. 12. 20（木）11：00～ 精神科作業療法室		
出席者：ご本人・お父様・DrU・NsY・SWT・CPI・OTM A保険福祉事務所O・S支所O・地域保健師G、N・キワカーO		
職種	内容（現状報告）	今後の取り組み
ご本人 ご家族	<p>ご本人の思い：外出・外泊したい。家に帰って家族と会話をしたり、今後の事など相談したい。今は手の震えや呂律が回らないのも心配。</p> <p>ご家族の思い：色々心配はあるが、元に戻れるようにしてほしい。本人が少しでも光を見出せるようになれば・と望む。今後のためにも、コミュニケーションの仕方を学んでほしい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・じっくり治療する ・外泊し、自宅で家族とお話をしたりなど一緒に過ごす ・外泊時、会話など家族団らんの時間をもち、様子をみる ・外泊時の様子を報告する
主治医	<p>治療経過：長い間引きこもり+(家ででのストレスや親子の会話不足+本人自身も自分の行動パターンが変えられなかった)昨年入院したが治療から逃避してしまった。が、今回は違い治療にも応じ、他患との交流もみられている。</p> <p>治療内容：人・物等環境への過敏さ・活動意欲・コミュニケーション能力などの改善に向けて治療中</p> <p>服薬：薬への耐性弱い。時間をかけて薬を調整予定(1～2ヶ月)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病状改善に向けて治療継続する ・治療内容や状況を適宜説明する ・外出外泊の方法・約束事など指示する
看護師	<p>病棟生活状況：他患との交流+。一人で居ることは少ない。日課も守られている。</p> <p>生活能力評価：これからチェック予定。身辺ADLは問題ない。</p> <p>健康管理面：不眠傾向+(眠剤服用している)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・生活場面で身の回り動作以外の点を確認し、指導支援していく。 ・外泊時の様子を本人家族より報告を受け、必要な支援を行う。
ケースワーカー	<p>生活歴：中学まで野球、高校ではサッカーと運動が得意等、活発であった。現在、高校は休学中。</p> <p>家庭環境：お父さん・おばあさんとの3人暮らし(お母さん入院中)</p> <p>社会資源情報：進学については復学可能だが、お父さんとしては本人の考えを尊重したいと話されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・特にお父様の相談窓口になる ・必要時、社会資源情報提供や手続き等の援助を行う
臨床心理士	<p>心理検査結果：12/5実施。結果はDrより説明されている。言語面の反応は高く、その気になればコミュニケーション能力は充分有る。思考し動作として反応する事は低かったが、今後回復の期待有り。</p> <p>病気理解：本人教室への参加・個別のカウンセリングを予定している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・よりよく病気を理解するためにご本人ご家族への勉強の機会を提供する ・ご本人へのカウンセリングを開始する
作業療法士	<p>訓練状況：場所を変え毎日1時間程度散歩や運動を中心に実施。パソコンでのゲーム等も実施。他患1人も交え3人の場をつくり実施。今後は他者との交流や集中の持続力等要する活動へとステップアップしていく予定。</p> <p>興味関心：スポーツなど身体を動かすことが得意で関心も高い</p> <p>気になる点：卓球時、球が良く見えないなど視力低下が心配</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・興味ある活動などを通して対人交流や集中の持続力向上に向ける ・就学も考慮した活動内容も検討していく
地域支援スタッフ	<p>会津保健所：これまで関わりをもってきている。今後は坂下支所とも協力しながら地域支援を続ける予定</p> <p>坂下支所：先日おばあちゃんと面談してきた。『面会に控えているががんばるように伝えてほしい』と話されていた。</p> <p>新鶴保健師：今日顔合わせできてよかった。今後、訪問など通じて地域支援を継続していきたい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今後、会議への参加継続 ・退院後の地域生活支援に於いて連携をしていく
キワカー	<p>説明・調整：研究についての説明と同意を得ている。カンファの調整やご本人を中心としたリハチーム全体の調整連絡をしている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・リハチーム全体の調整やカンファの調整等実施 ・カンファの議事録、ケアプラン表の説明をし、同意を頂く
目標	<p>長期：普通の生活(家で暮らし家族で話をしたり一緒に食事をしたりなど)をしたい。</p> <p>短期：①入院生活のタイムスケジュールに沿って行動する ②ルールを決めて外泊をし、家族とも会話をしたりなど落ち着いて生活してみる</p>	
次回カンファ予定日：H20. 1. 17(木) (時間)10：30～11：30 (場所)精神科第1会議室		

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

医師: U 看護師: Y

1. 自宅に退院し普通の生活に戻りたい

SW: T CP: I OT: M

当面(この1ヶ月)の目標

保健福祉事務所職員: O・O

町保健師: N・G

1. 適切な判断をし、自由に行動してみよう 2. 集団活動などで対人交流の練習をしましょう

キーワーカー: O

3. 外泊・外出練習をしながら地域に慣れていきましよう 4. 薬の自己管理を行いましよう

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法、病棟生活など)	①開放病棟に移り適切な判断の元、自由に行動する ②外泊・外出し地域に慣れるようにする ③他者との交流を練習する(病棟生活・集団作業療法) ④薬の自己管理を行いましよう	本人 本人家族・ OT Ns・OT Ns	1ヶ月間	毎日 外泊時 月～金 適時
心理面 (心理教育、薬の説明)	①病気や治療について説明を受け、より良く理解する ②病気についての学習の場と機会を提供する ③ご本人に対してカウンセリングを行う	本人家族・Dr CP Dr・CP	1ヶ月間	毎日 毎日 随時状態に 応じて
社会面 (社会資源の紹介など)	①社会資源について説明をする	SW 地域スタッフ	1ヶ月間	随時状態に 応じて
家族支援	①治療状況をご家族へ説明をする ②ご家族の心配事や相談事に対応する	Dr SW・キーワ カー CP	1ヶ月間	随時状態に 応じて
地域スタッフとの連携	①退院後の地域生活支援を入院中から検討する ②生活支援のために連携を密にする	病棟スタッフ 地域スタッフ キーワーカー	1ヶ月間	適時
その他	①目標に向けて全体の調整をする ②ケアプラン等必要事項についてご本人ご家族へ説明する	キーワーカー	入院中～退院後	適時

ケアプラン作成日H20年1月17日

見直し予定日H20年2月21日

説明日H 年 月 日 ご本人署名()ご家族署名()

研究報告事例・合同カンファレンス（第2回）

日時・場所：H20. 1. 17（木）10：30～ 精神科第1会議室		
出席者：ご本人・ご家族・DrU・NsT・SWT・CPI・OTM・A保険福祉事務所O・S支所O 地域保健師G、N・キワカーO		
職種	内容（現状報告）	今後の取り組み
ご本人	ご本人の思い ：2回の外泊では身の回りの事・食事も大丈夫だった。家族と一緒に過ごし会話もできた。本人教室にも出ている。最初は病気を聞いてショックだったが、外泊中インターネットなどで調べて理解できた。不安な点は、同級生などに病気のことや引きこもりだったことなど知られるのが心配だし怖い。眠剤を飲まないで眠れない。薬に頼っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・開放病棟で自由に行動する（適切な判断をし行動する） ・外泊練習し、今まで通り家族との団欒をもつ他に、地域に慣れるようにする ・服薬自己管理に向ける ・グループ活動など他患と積極的に交流
ご家族	ご家族の思い ：2回外泊したが自分の部屋にこもることもなく家族と過ごせた。来客者にも挨拶ができていた。料理なども作ってくれた。良くなったと思う。ただ、何回か買い物に出かけた際、友達などに会うのが怖い・・・と話している。今後繰り返しながら慣れていくのではないかと・・・自分の気持ちのコントロールができるようになれば大丈夫ではないかと・・・。先日休学中の学校から訪問を受けた。	<ul style="list-style-type: none"> ・外泊時の協力・見守り・様子報告
主治医	治療経過 ：精神面 OK・2回の外泊も OK。2回目は迎えの通常の外泊。料理も行ってきたと聴いている。薬物治療とリハビリ・外泊訓練で治療の効果出ている。今後も継続。 治療内容 ：開放病棟に病棟移動も検討。病気についての不安は当然。今後面接を多くしてカウンセリングなどの指示も適時出す予定。 服薬 ：現在も薬の調整中。遅れて副作用が出やすいものにした所副作用も改善した。不眠は身体的疲労が現在は少ないこともある	<ul style="list-style-type: none"> ・薬物治療継続 ・ご本人との面談 ・ご家族への説明 ・開放病棟への移動検討 ・外泊の指示
看護師	病棟生活状況 ：自ら話しかけも見られ生活上は全く問題ない 生活能力評価 ：苦手なコミュニケーションも前向きに取り組んでいる。今後は薬の自己管理を進めていきたい。 健康管理面 ：特にナシ。	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟生活観察指導 ・服薬自己管理指導
ケースワーカー	社会資源情報 ：1回目外泊時、自宅訪問実施	<ul style="list-style-type: none"> ・ご家族の相談窓口
臨床心理士	カウンセリング ：未実施 病気理解 ：本人教室参加。現在まで無欠席。3回参加。今後も継続。お父様にも参加を促していきたい。（昨日親の会参加）病気を知ることは大切。上手に付き合う方法を見つけてほしい	<ul style="list-style-type: none"> ・本人教室継続 ・家族会の開催 ・カウンセリング
作業療法士	訓練状況 ：集団活動・個別活動併用し、2~3回/W実施。集団の中では交流は見られない。（病棟外の方のため顔馴染みでない為） 興味関心 ：スポーツ・パソコンなど行う。他患とのスポーツでは相手に合わせた行動が取れている。病棟生活も積極的に自分で行動している 気になる点 ：同世代の患者さんとの交流が少ない。今後場を変えたりなど工夫したい。	<ul style="list-style-type: none"> ・対人交流の場提供 ・対人交流指導 ・外出訓練（地域の人達への慣れ） ・体力及び集中の持続力強化
地域支援スタッフ	会津保健所 ：特にナシ 坂下支所 ：1回目外泊時訪問し、自宅での様子を見て良くなったことを実感しホッとして帰りました。進学についても本人なりに考えがあるようだ。 新鶴保健師 ：自己紹介のみ	<ul style="list-style-type: none"> ・会議への参加 ・地域資源等の情報提供
キワカー	説明・調整 ：前回カンファレンス議事録・ケアプラン表説明。本人教室についての不安などCPに繋げた。外泊時の訪問の調整。	<ul style="list-style-type: none"> ・全体の調整 ・ご本人ご家族への説明
目標	長期 ：自宅に退院し普通の生活に戻りたい 短期 ：①適切に判断し自由に行動する。②集団活動などで対人交流の練習をする ③外泊・外出練習をし、地域に慣れる。④薬の自己管理を行う	
次回カンファ予定日：H20. 2. 21（木）（時間）11：00～ （場所）精神科第2-4階		

施設名: A病院

報告者(キーワーカー): H (作業療法士)

1. 事例紹介

[基礎情報]氏名:L, 年齢:24歳, 性別:女性, 診断:摂食障害・統合失調症(疑い)

[現病歴]X-2年夏, 同一職場にて妻子ある男性との不倫が発覚。X-1年冬に一応和解となるも, 相手の妻よりメール, 電話が頻回にあった。密会していたが, 同年夏には関係を断った。

X-1年夏, 姉より「太っている」といわれ, ショックで過食した。この頃からリストカットを始め, 元来少食ではあったが, さらに少食になった。この頃に他院精神科を初診し, 1ヶ月仕事を休んだ。以前不倫していた男性との連絡が頻回となり, 秋には相手, 妻と子どもとの関係で悩むようになった。リストカット, 極度の少食が続き, うつ状態もあり, 1回目の入院となる。半年間入院し, 食事量も増加したところでX年4月, 退院となる。

その後, 職場は仮復帰を経て, X年6月から本復帰した。仕事は何とかやっていたが, リストカット, 拒食傾向が続いた。同年8月に知り合いの死を聞いて以来, 抑うつ感強くなり, 自分も死にたいとまで思うようになった。仕事を続けられる状態でなく, また, 自宅療養も家族が不安だとのことで, 9月休息目的で任意入院となった。

2. 初期アセスメント

●**家族面**:Ptにとって家族は心底支えられている存在であり, リストカットをしたり, 食事を取らないために, 心配をかけたたり悲しい思いをさせて申し訳ない, 自分のためにもしっかりと食べて病気を治したいという思いが強い。家族が心配してくれるという事に対してのプレッシャー・負担は感じない。家族はPtに対し, 今は仕事もやめてもいいから, 治療に専念してほしいという思いが強い。Ptのことが負担になっていることもなく, 「あなたは私が絶対治す(母親)」という気持ちがある。

●**社会面**:入院するまで高齢者施設で介護士として働いていた。専門学校を卒業してからすぐに現在の職場に就職し, 3年間しっかりと働く事ができていた。職場での異性関係をきっかけとして調子を崩したが, それ以外での人間関係は良好であったようで, 職場の人が心配してくれたり, 「ゆっくり治して出てきて」と言われる事があり, 嬉しかった反面, プレッシャーを強く感じていた。入院中も早く退院して社会に復帰しなければという思いが中心にあった。

●**心理面**:休息のための入院であったが, ゆっくりと休んでいけばよいという気持ちになれず, 落ち着かない状態であった。仕事のことがストレスとなっており, イライラしたり集中できなかつたりすると話す。「どうしても仕事をしていない自分は, 社会人として許せないと思ってしまう」と強迫的に考える側面も目立った。体重のことが気になって, 食事を摂る事が出来ないことに対して, 「体重は目標を達成しているからもうこれでいいのに, もっと思ってしまうのが, 家族に申し訳ない」と話すこともあった。

3. 治療・援助の目標と方針

退院後は仕事に復帰することが目的ではあるが, 抑うつ感やイライラ感, リストカットは続いていたため, まずはしっかりと休息をとることを, 本人との合意目標とした。安心して休息を取ることを保障できるよう, 各職種では受容的に話を聞いていく事と, 落ち着かない気持ちを発散させるために, OTの実施を方針とした。また, 職場との調整や介入は, 仕事に目を向けることを避けるため, あえて行わないこととした。

4. 治療・援助の経過

(1)早期作業療法

前回入院時にOT実施経験があり, 自らの希望で入院直後からOT開始となる。入院当初は, 作業選択は自ら行う事が可能であり, 集中も1時間半~2時間持続した。仕事をやめるかどうかを悩み始めてからは, 仕事のことが頭から離れず, 作業に集中する事ができなくなった。作業選択も「何をやっていいのかわからない」と混乱を示したり, 決定不安も見られた。この時期に事業開始となり, OTプログラムも足浴によるリラクゼーションと, 興味のある作業(パズル)に短時間から取り組むことに設定し直した。最初は落ち着かない事からOT室に来室できないこともしばしばあったが, 来室して話だけでもすればよいというのを保障するような関わりを続けると, 次第に毎日の来室が可能となり, 足浴だけは楽しみに実施できるようになった。パズルは, 最初ごく短時間の取り組みであったが, 仕事に対する悩みが軽減してからは, 集中力の向上が見られ, 1時間ほど取り組む事ができるようになった。退院前には「だいぶ集中できるようになってきた」「1度集中すると安心して取り組む事ができる」と, 自信の回復が著明であった。

退院後は受診の際に, OT室に来室していただき, その後の様子を教えていただいたり, 話を支持的に聞くことを継続することを確認し, 終了とした。

(2)早期心理教育

入院当初は気持ちが落ち着かず, 食事が摂れない状態であったため, 支持的に話を聞くことに徹した。支持的に話を聞くが, 一番大きな悩みは「職場に復帰してもやっていく自身がない, 続けたいのかわからない」ということであり, 仕事のことが話題になることが多かった。死にたい気持ちやイライラがあり, 食事が摂れない状態が続いたため, 『よい調子を維持するためのドリル』を用いての心理教育は延期することとした。仕事の悩みから離れられないため, しばらく仕事のことを忘れるか退職するかといったことを焦点として, 週に1回の面接を行った。

退職をほぼ決意してからは, 情緒的に安定したため, 週1回の面接の前半はカウンセリングを行い, 後半はを使用し, 発症の時の症状の振り返りと再発サイン, 自分でできる対処法についてまとめた。退院前には, 退院後の不安と対処法, 注意すべき点などを話し合い, 外来での面接を継続することを確認して終了とした。

(3)資源制度の情報提供

前回の入院時に自立支援の手続きは完了していたため, 今回の入院では特に資源の利用については介入することはなかった。障害手帳については, 本人の希望がなく, 金銭面では職場の傷病手当を申請するというのを, 本人が自分で行うこととした。

地域との関わりでは, 職場との調整や, 新たな職場や地域における就労制度の情報提供などは可能ではあった。

が、仕事に対してしばらく注意を向けないためにも、あえて仕事関連の支援は行わない事とした。

(4) 家族支援

家族は Pt に対してかなり支持的・受容的に接しており、本人からも家族に求めることは聞かれなかったため、特に家族指導や心理教育は必要ないと思われた。母親が本人に対して「言いたいことも言えず、一人で抱え込ませてしまっている。話せないようにさせてしまっているのか。プレッシャーを与えているのか」と、自分を責めていることに関しては、OTR の介入の下、本人に伝えられ、そうではないことも伝えることができた。家族では「言いたいことを言い合う家族になる必要がある」との話し合いがもたれ、「今後はみんなが思ったことを言っていこうと統一した」という決意が、退院時に聞かれた。

(5) ケア会議・地域連携・その他

- 第 1 回ケア会議(入院から 1 ヶ月半経過; スタッフのみ): 各職種が Pt への評価を持ち寄り、本人の状態を把握した状態で、休息に専念するという目標設定を行う事ができた。
- 第 2 回ケア会議(2 週間後; スタッフのみ): 休む事に専念するという初期プランが本人にとってよい意識付け・方向付けになったことが確認され、引き続き同様の目標・プランを継続する事とした。
- 第 3 回ケア会議(1 ヶ月後; 本人・母親含め): 退院前カンファレンスとなった。本人と母親より、今後の不安・疑問をスタッフに確認したり、今後の治療のペースを助言する機会となった。

5. 結果(成果と転帰、退院後のケアプランなど)

BPRS: 22→16 / GAF: 50→60 / SF 3 6 v 2: 107→114

入院当初は体重へのこだわりが強く、食事を摂取できないことが問題となった。入院を継続するにつれて、仕事のことを気になるようになり、職場への焦りや復帰することへの不安感が強くなった。落ち着いて休む事ができず、イライラ感や死にたいという気持ちもあり、歩き回ったり、リストカットをしたりということが続いた。

この頃に事業に介入し、ケアスタッフから“仕事のことよりも休息すること”という目標を呈示され、意識することで、仕事のことを余裕を持って考えることができるようになった。それにつれ、仕事への焦りや不安によるイライラ感が減少し、リストカットをしてしまいたくないという衝動も減少していった。また、入院前と比較すると、体重へのこだわりが減少し、食事摂取量の増加がみられた。退院直前に仕事をやめることに決めてからは、再び新しい職場につかなければいけないという気持ちから、不安定になることが予測されたため、退院前には仕事に戻るペースや時期について、ゆっくりと取り組んでいくことを本人と家族に指導する面談が設けられた。退院後は週 1 回の外来受診と心理面接を行うこと、また、キーワーカーとして退院後の様子を中心に面接を行うことなどによって、支持的に話を聞くことや職場のアドバイスを行っていくなど、フォローは継続することとし、入院から 3 ヶ月後、自宅に退院となった。

6. 考察

今回、休息目的で入院したにも関わらず、仕事に対する悩みからしっかりと休むことができず、落ち着かない状態が続いていた Pt に対し、事業の取り組みを行った。事業介入以降は、チーム内で統一した目標を提示した事で、しっかりと休む事が必要なのだという強い意識付けができた。それにより、仕事のことばかりに注意を向けるのではなく、冷静に見ることができ、気分不安定や、リストカット・拒食といった問題行動が減少したと思われる。結局入院中に職場から退職への決断を示唆され、退職することが決定されたが、入院生活を通して、気分安定を図る事ができたため、混乱したり不安感が全面に現れてしまうことなく落ち着いた生活を継続することができたのであろう。また、退院後に焦って仕事を探すということを防止できると予測される。

また、家族環境は良好であるケースではあったが、キーワーカーが家族に第三者として普段より厚く介入をすることによって、改めて患者・家族間の思いを確認し、家庭での過ごし方を考えるきっかけを作ることができた。

早期作業療法や早期心理教育など、プログラムの中心となっていた内容は、本院では通常から実施されているものであったため、これと比べて特別に変化のある介入ではなかったが、今回事業として症例に関わり、ケア会議を定期的に開催することで重視して関わったため、他職種が症例をどのように考えているか、どこを重視してケアをしているのか、普段では聞くことができない詳細まで把握することができ、症例への理解を深めることができた。そのため、各スタッフと症例との信頼関係がさらに強くなり、症例にとっても安心感を提供することができたと思われる。

仕事にこだわるのが原因で気分が不安定でリストカットや拒食となるといった、心因反応であったと思われるが、“仕事のことを考えないことがあなたの目標ですよ”と正式な目標として提示することが、早期に症状の減少となり、本症例に対しては良好なプログラムとなった。

7. 課題(事例から得られた早期退院プログラム・地域生活移行システムに関する課題をお書きください)

- ・包括的アセスメントの量が非常に多く、長時間を要するため、全てを終わらせていたら介入するまでに時間を空けてしまうことになる。よって、結局アセスメントは使用しないで評価することになると思われる。項目数の減少が必要ではないか。
- ・家族へのアセスメントの量が膨大であったにも関わらず、家族支援という面では具体的な介入方法が提示されておらず、支援の仕方があいまいになってしまった。どこを重視して関わるかが不明確であった。
- ・よい調子を維持するためのドリルは、構造がわかりにくく、どこに焦点を当てればよいのかが分かりにくい。また、あまりにも精神病患者に対する項目・記述であるため、他疾患の要素も含んでいる症例の場合は、使用しにくいのではないかとと思われる。
- ・ケア会議の開催によって、普段よりも深く考え、密接に関わることができたのは症例には有効な取り組みではあるが、全症例に実施するにはあまりにも多大な労力と時間を要することとなり、通常業務との兼務では困難であろうと思われる。

(別紙-3) 事例報告書-2

精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び地域生活移行のシステム構築に向けた研究

事例報告 Summary Sheet 【施設名： A 病院 患者： L 氏 24 歳 女性・男性 キ-ワカ- H 職種 O T 女性・男性】

	入院当初	事業介入前	介入後 1~3 週目	介入後 3~5 週目	退院前
日常生活の様子	OT 以外は、自室で一人で臥床している事が多かった。知人の死にショックを受けた様子で、リストカセットが時々行われた。(リストカセットがストレス解消だと)	仕事に対する不安、希死念慮を訴え、表情暗く、自室にもこもりがちであった。リストカセットも時々あった。不安時の点滴を実施することも増えた。	不調や不安を口にするが、表情が自然になり、具体的な考えを本人が話すようになる。食事量が増加する。	表情柔らかく、他患者との喫煙室での交流も見られるようになる。仕事に対する不安は、口にする事があった。	外出・外泊を母に付き添われ、行うようになった。外泊中にリストカセットを信がないでいることができ、自信がついたと話す。
ケア会議の概要と目標設定方向性		将来の目標は“退院し、職場に復帰”であり、それに向けて当面の目標は、“仕事にすることは横に置いておいて、休息に専念すること”とした。	前回同様、休息に専念するプランを継続。本人は頭では分かっているがどうしようも考えてしまいう状態。	プラン継続。仕事のことは考えてしまいが、徐々に柔軟に対応し、休息も自分のペースで取れてくる。	外泊中に退職届を出した。これにより不安感が増すが、どこにいても同じだと、退院を強く希望する。
薬物療法	ジェイゾプロフト 25mg 2T ランセドン 0.5 mg 2T ロヒピノール 1 mg 2T エビリファイ 3 mg 6T セレニカ R40% 200 mg セルベックス 50 mg 2Cap ラコール 200ML/包 1包	左記にアキリデン 1 mg 3T を追加。 臨時でアタラックス P25 mg 使用が頻回。	アキリデン 1 mg 3T を 2T に減量。 臨時のアタラックスの処方回数が減少。 食事量の増加があり、ラコール中止。	セレニカ R40% 200 mg が 100 mg に減量。 臨時のアタラックス P25mg の点滴はほとんど実施せず。	セレニカ R40% の中止
早期作業療法	OT は気分転換になると、進んで入室し、パズル、草細工など種々の作業に取り組み。集中力は 2 時間以上持続するが、作業決定に不安感あり、混乱した様子が見られたため援助をした。	OT 室に入室中でも、仕事のことが頭から離れず、集中できない様子。どの作業に対しても興味がおかず、一度集中力が切れると作業に戻れる事が困難である。	毎日 OT 室に入室し、リラクゼーション目的に足浴と、集中力向上のためにパズルを実施することとする。調子が悪いと 1 週間に 1~2 回は入室できないことがある。	パズルの実施が困難でも、毎日入室し。足浴の実施は可能になる。パズルの集中は 30 分ほどであり、長時間は続かない。その日の体調によって自ら時間は決められる。	入院中の他 Pt と一緒に入室することが増える。パズルに集中する時間が一気に増加し、1 時間半ほどの取り組むことが可能。パズルが完成していくにつれ、自信がついたと話す。
早期心理教育	気持ちが悪く着かず、食事が摂れない状態であったため、支持的に話を聞くことに徹した。	支持的に話を聞くが、一番大きな悩みは「職場に復帰してもやっていく自身がなれない、続けたいのかどうかということがある」ということである。	死にたい気持ちやイライラがあり、食事が摂れない状態が続いたため、心理教育は延期。仕事の悩みから離れられなかったため、しばらく仕事のことを忘れるか退職するかを考えたことを焦点として、週に 1 回の面接を行った。	退職をほぼ決意し、情緒的に安定したため、週 1 回の面接の前半はカウゼンセラリングを行い、後半は『よい調子を維持するためのドリル』を使って、発症の時の症状の振り返りと再発サイン、自分でできる対処法についてまとめた。	退院後の不安と対処法、注意すべき点などを話し合い、外来での面接を継続することを確認して終了とした。
資源制度情報提供	前回の入院時に自立支援の手続き済み。	障害手帳取得の希望はななく、介入しない。金銭面は傷病手当でまかなうと。			傷病手当の手続きは本人に任せることとする。
家族支援		退院事業の対象になってもらうことを話すと、「少しでも良くなるきっかけになればいい、有難い」と快諾。	母親：涙ぐみながら「昔から我慢する事が多い子で、娘に十分よくしてやれなかったのか」など話す。Pt も気持ちを言う事ができ、仲介役となった。	家族は皆、言いたいことを言わず、溜め込む事が多いが、なかなか話しかけが家族で言いたくないことは言っていないこと、家族で話し合おうと決めたこと。	

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

医師 N

1 退院し、職場に復帰する。

看護師 N

2

ワーカー T

当面(この1ヶ月)の目標

作業療法士 H

1 仕事のことは横に置いておいて、休む事に専念する。

地域のスタッフ

ケアプラン

	具体的に行うこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	<p><作業療法> 足浴を実施した後、パズルを行うことで、集中して作業に取り組む時間を作る。時間は調子に合わせて、自分で判断して取り組む。</p> <p><病棟生活> 仕事についての話を受容的に話を聞く。</p>	H	11月1日～ 11月29日	毎日
心理面 (心理教育, 薬の説明)	前回に比べ、仕事に関する悩みは減少している。食事・体重に関する悩みが増大したため、週1回の面接の中で、“よい調子を維持するためのドリル”を導入し、サポートする。	T	11月1日～ 11月29日	週1回
社会面 (社会資源の紹介など)	具体的に必要な情報提供があれば介入。仕事に関する情報の提供はあえて実施しない。	H	11月1日～ 11月29日	
家族支援	11月8日に、母親の思いや話を受容的に聞く。	H	11月1日～ 11月29日	
地域スタッフとの連携		N		
その他				

ケアプラン作成日 19年 11月 1日

見直し予定日 19年 11月 29日

施設名：S病院 報告者（キーマン）：T

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名：M, 年齢：38歳, 性別：女性, 診断：統合失調症, 知的障害

[現病歴] 入院までの経過：

- ◇X-14年05月10日～ 幻聴による行動異常（他家へ入り込む）のため当院初診。その後外来通院継続。
- ①X-12年05月31日～X-8年4月28日 当院任意入院（数回の行方不明, 倒れる, 拒薬のため）
- ②X-7年03月09日～X-7年03月18日 当院任意入院（母親の病気のため。本人の調子は悪くない）
- ③X-4年09月13日～X-4年11月29日 当院任意入院（両親離婚し転居後に調子を崩したため）
- ④X-1年06月06日～X-1年06月14日 当院任意入院（幻聴, 母親への暴力, 薬の調整のため）
- ◆X-1年06月14日～X-1年06月26日 悪性症候群にて, 他院へ転院
- ⑤X-1年06月26日～X-1年12月25日 当院任意入院（悪性症候群改善のため, 再転院）
- ⑥X年06月05日～X年10月03日 当院任意入院
（4月末に転居した後より, 少しずつ不安定になっていった。外来で薬の調整を行うも, 頭痛, イライラ, 幻聴, 独語が強くなり, 本人希望にて入院）

2. 初期アセスメント

健康面：統合失調症, 知的障害

身体機能：C P K高値。悪性症候群の既往あるため, 要注意。

精神機能：興奮・易怒性あり。子どもの声が聞こえるといった幻聴に悩まされている。不眠。

活動と参加：食事量が少ない, 拒薬傾向, 昼夜逆転

環境因子：X年4月に転居, 生活保護受給中, 保険料未納のため障害年金受給資格なし

B P R Sより抜粋：【高度】幻覚【やや高度】衝動的な行動や姿勢・思考内容の異常・高揚気分

3. 治療・援助の目標と方針

治療方針：精神療法・薬物療法・作業療法・心理教育

長期目標：自宅での安定した暮らし

短期目標：①確実な服薬 ②幻聴に左右されない生活 ③生活リズムの再構築

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

衝動の発散と休息援助を目的に, 週2回の病棟レク（音楽鑑賞・軽スポーツ）から始める。参加意欲は高いが, 多動・多弁で落ち着きが無かった。無理をさせ過ぎないように注意を払いつつ, 経過を観察しチームに報告した。時折, 幻覚妄想状態に陥ることもあったが, 安心できる場と時間を持つことで, 活動後はスッキリした様子が見られた。入院2週目より, 徐々にカラオケや創作活動に参加するようになり, 楽しむ体験を通して基礎体力が回復し, 基本的な生活リズムが整ってきた。2ヶ月目からは, 週4日活動参加し, 小グループ活動へ参加するようになった。3ヶ月目からは, ほぼ毎日主体的に参加し, 運動グループや, 退院後の訪問看護で行う予定のアロマの小グループへ参加できるようになった。なお, 退院するまで, 幻聴は残っていたが, 本人は「アロマや音楽鑑賞や体操している時はあまり幻聴は聞こえない」と言っており, 何か好きなことに熱中することで病気から離れ, 楽になれることを体験できたようだった。自宅退院支援グループに参加し, 各職種がチームで関わったことで, 本人も安心感を持って退院することができた。

(2) 早期心理教育

薬物療法について主治医より説明を随時行う。怠薬があるため, 服薬についての心理教育プログラムは, 特に必要であると考えられたが, 病状が不安定なため, 2ヶ月目より開始。計6回の小集団心理教育プログラムに参加した。本人より薬の重要性に気付いたという旨の発言あり。また, 心理教育の復習のためにドリルを使用した。退院後の訪問看護時に, 本人と家族とを交えて心理教育を実施。すると「調子が悪くなる時は, 環境の変化がある時だから」と, 退院後すぐに通いたいと述べていた作業所を「調子が良くなってから行く」と現実的な対応ができるようになった。

(3) 資源制度の情報提供

退院後に通える地域生活支援センターや授産施設の説明を行った。具体的な見学は, 退院後に症状が安定してから行う。外来部門の精神保健福祉士に申し送りを行った。

(4) 家族支援

家族面談にて, 母親より「環境の変化に弱い。引っ越したばかりなので心配」と相談が寄せられた。退院前後に訪問看護を行って状況把握し, 母親の不安低減に努めた。また, 経済状況が厳しいため, 生活保護課へ連絡・調整をし, 入院費の支払いなどで助言を行った。

(5) ケア会議・地域連携・その他

住まいが交通の便が悪い所にあるため、母と共に引きこもる可能性あり。週1回の訪問看護を使い、他者とふれあう機会、病状悪化時の早めの対応を取ることにする。なお、退院前訪問看護時に、退院後に利用する訪問看護ステーションのスタッフが同行し、入院治療と外来治療との連携を取った。

5. 結果

入院中は、心理教育プログラムへの参加により「薬は大切だね。皆も飲まないといかんよ」と他の患者にまで話すようになり、定期的に自己服薬するようになった。作業療法にも積極的に参加するようになり、運動やカラオケでストレス発散したりして、徐々に落ちつきがでてきた。

しかし、金銭面での関係で、退院は早目になった。そのため、入院初期の状態は軽減しているものの、幻聴は完全にとれないままの退院となった。ただし、外出や外泊を繰り返して、幻聴に左右されずに生活できる自信が本人についていた。また、担当看護師より「困ったときは病院に電話しておいで」と伝えた言葉も安心感につながった様子。

退院した後は、訪問看護ステーションに依頼し、看護師と共にキーワーカー（訪問看護ステーションに作業療法士として非常勤登録）とが週に1回訪問した。本人・母親も訪問看護が来ると、とても安心している様子だった。この時、入院治療の復習として『良い調子を維持するためのドリル』を用いた。退院直後の不安定になった時期の訪問看護では、“調子が悪くなるときの思考・感情・行動”を母子とキーワーカーとで一緒に考えながら話した。すると「環境の変化に弱いかから」と言って、退院後3ヶ月くらいはストレスの少ない状況でゆっくり過ごすということになり、作業所見学を見送った。その後、家事手伝いなどを行ないながらゆっくりと過ごし、安定した生活を送っている。

現在、本人の落ち着きも増し、パン作りの作業所の見学に行きたいと言っているため、年明けにも見学を行う予定。訪問看護の回数も、状況をみながら、回数減へ調整予定。

BPRSより：【やや高度】幻覚【中等度】思考内容の異常【ごく軽度】衝動的な行動や姿勢・高揚気分

6. 考察

本事例に対しては、入院中から退院後まで切れ目のない支援ができており、現在、陽性症状は若干残るものの、家族と安定した暮らしを送っている。

入院中に行った心理教育が有効だったようで、薬の大切さが理解できたようである。本人も「あのきつい思いをしたくない」「幻聴が気になるから」と言って自主的に薬を飲むようになった。また、家族にも心理教育を行うことで、家族支援がスムーズになり、高い効果があった。特に『よりよい回復のためのドリル』にある“調子が悪くなるときの思考・感情・行動”を用いて、再発防止に努めたことで、家族全員が納得いく生活を送れるようになったと考えられる。

また、入院中から退院後の生活まで、継続的にキーワーカーが関わったことが大きかった。これにより、本人・家族とスムーズにコミュニケーションがとれ、ニーズ把握が容易にできた。具体的にはキーワーカーが得た情報、例えば、家族全体が抱える不安なことや心配なこと（病状や経済面）を、チームで受容・検討・対策を取ることができた。実際に、主治医が病状を踏まえて家族面談や診察を行ったり、看護師と精神保健福祉士とが経済支援のアドバイスをしたりしている。

なお、入院中のケアプラン表を、退院後に関わる訪問看護ステーションの看護師に提出することで、入院治療の流れを分かりやすく伝えられた。入院治療の流れを踏まえた上で、訪問看護ステーションの看護師は支援を行うことができ、入院中と変わらず、切れ目のない支援ができたと思う。

以上の支援が行えたことにより、本事例は、退院直後には陽性症状が残存していたが、不安定な時期を乗り切ることができたと思われる。今後も、本事例が自律した生活が営めるよう、様々な支援を行っていきたい。

7. 課題

- ①『良い調子を維持するためのドリル』の内容は非常に良かったが、やや内容が固いこと、字が小さく、フリガナもないため、患者だけではあまり読まなかった。『ドリル』の中には、患者が安心して、指標にできることがたくさん入っていたので、更なる工夫（イラスト、字の拡大など）を望みたい。
- ②入院中から退院後まで、一貫したスタッフに関わることは、患者の安定につながりやすい。退院後すぐは、患者のストレスが一時的に増し、再発の危険性が高くなる時期である。そういった時期に気心の知れたスタッフ（職種は限定せず）が支援できるよう、診療報酬の面から支援があれば幸いである。

事例報告 Summary Sheet [施設名: S 病院 患者: M 氏 38 歳 女性 キーワーカー: T 職種 OTR 男性]

		入院 1~2 週目	3~4 週目	2 カ月目	3 カ月目	4 カ月目	5 カ月目
日常生活の様子		悪性症候群疑いのため内服中断。精神症状悪化す(幻聴・空笑・イライラ感・不眠・食欲低下)。2 週目内服再開より、疎通改善。デイルームに出でてくるが、疲労感強く、1つ1つの動作に時間がかかる。	笑顔や食欲が出てきたが、落ち着きや幻聴、中途覚醒は継続。幾度も語所に来て笑っているが、売店での買い物多い。	落ち着いてきたため、2泊3日初外泊。イライラせずには波がある。単独散歩開始。	落ち着いたが、同室他患とのトラブル後症状悪化。不眠、幻聴、空笑、他者の後をついてまわる。本人の退院願望が強くなる。	幻聴、独語、無気力な面は続くものの、経済状況が厳しく、この月の後半に退院となる。本人は、幻聴はあるが気にならないとの由。	家事手伝いを行っていないが、ゆつくりと過ごしている。良眠でききょうになり、生活リズムが整った。幻聴に影響されないようになる。
ケア会議の概要と目標設定		当面、身体管理に重点をおく。OT 活動は、本人の負担にならないものから早期導入する。また、病状改善後、自宅退院の方針を確認。	薬物療法を中心に、日常生活リズムの見直しを行う。日中起きていれること、OT 活動への参加を促す。	心理教育に参加しても、自分で服薬管理できることを目指す。金銭自己管理の練習を始める。	外泊を増やし、家での状態を定める。退院前訪問を通じて家族と退院に向けての話し合いを行う。	退院日を決める。服薬カレンダーを使用し、内服自己管理の徹底を目指す。	外来は2週に1回。その合間に訪問看護を入れ、状態の把握、服薬確認を行う。デイケアは外来時に誘導。
薬物療法		入院後すぐ CPK 高値で内服全面中止。DIV 開始。1 週間後 CPK 低下でジブレキサ 10mg より内服再開。不眠にベガタミン B, ベンザリン。	ジブレキサの効果が見られるため 15mg に増量。	落ち着いてきたためジブレキサ 10mg へ減すも、不安定になったため元の量に戻す。	状態悪化のため、ジブレキサを 20mg に増量。内服自己管理を始める。	状態好転しないため、ジブレキサ 20mg、リスパダール 3mg よりリスパダール 3mg より開始し、6mg で調整。	幻聴続き、ジブレキサ 20mg、リスパダール 3mg に変更。落ち着きジブレキサ 10mg へ。
早期作業療法		○衝動の発散 ○休息援助 入院 2 日目に面接を行い、病棟レクレーションへ誘導。そわそわ感あり、落ち着かない様子だったが最後まで参加する。週 2 回参加。	○楽しむ体験 ○基礎体力の回復 3 週目よりカラオケや創作活動に参加するようになる。	○生活リズムの回復 ○自信の回復 小グループに参加可能となり、週に 4 日参加するようになった。	○障害との折り合い ○受容 3 ヶ月目からは、運動中心の活動にも参加し、ほぼ毎日定期的に参加する。	○生活の自己管理 ○余暇の利用 本人希望で担当 OTR が隔週で訪問。心理教育、アロママ、運動など院内 OT で取り組んだものを継続的に行う。	○生活の自己管理 ○就労 訪問では、セラチューブを用いたの運動や呼吸法を家族と共に実施。楽しみながらのストレス解消を目指す。
早期心理教育		主治医より薬物療法について説明。まずはゆつくり休むこと、生活リズムを整えるため、体調を考えるながら OT へ参加することを伝える。	回診時に、主治医より現在の薬物療法について説明。看護師による服薬グループに参加。小集団の心理教育プログラムに参加開始。	回診時に、主治医より現在の薬物療法について説明。心理教育内で、本人より薬の必要性を理解できたことと発言。	回診時に、主治医より現在の薬物療法について説明。心理教育内で、本人より薬の必要性を理解できたことと発言。	ドリルを用いて、心理教育の復習を行う。	外来時に、主治医より現在の薬物療法について説明。訪問時、本人および家族にドリルを用い“調子が悪くなる”ときと一緒に考える。
資源制度情報提供							
家族支援		入院時に、診断(統合失調症)と、治療予定を告げる。病状が安定(幻覚・妄想が減退)してから退院になること、ストレスが強くかかっていた状態なので、落ち着くまで 3 ヶ月ほどかかる旨を説明する。	母親のニーズ「本人がイライラせず自宅に過ごすができる」を確認。今後、外泊を繰り返しながら様子を見ていくことを確認。	外泊時の様子を伝えてもらったり、病院の現状報告等の情報交換を行ったりしながら今後の方向性を一緒に考えていくことを確認。	退院前訪問時に「幻聴や独語が続いている現状での退院は不安」と母親から訴えあり。母親の不安に対応するため、主治医面談を設定。	当院デイケア、地域支援センターや作業所の紹介を行う。病状をみながら見学などを行うように説明する。	訪問時に、現状の確認と今後の希望などを聞く。さらに、親子で一緒にリラクゼーション、心理教育を行う。
地域連携その他		民生委員が関わっていることが確認された。	家の経済状態が良くなっていたため、自分の方からテレホンカードを上手に使用して電話代を減らすなど、お金の使い方の工夫をしていく。	退院後に利用する訪問看護のスタッフと共同に、退院前訪問を行う。	退院後は当面安静に過ごさせたいという家族の意向から、保健師を呼んでのケア会議は行わず。本人の病状が落ち着いてから、開催することを伝える。	本人が、パン作りの作業所の見学希望を伝えてきたため、年明けに見学を行う予定。	

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

医師 F

1:働いたことが一度もないので作業所に行ってみてみたい

看護師 K

当面(この1ヶ月)の目標

らいふ看護師 M

1:家事手伝いをしながら、しばらくは休養を十分にとる

ワーカー A

2:診察の日にDCへ行く

作業療法士 T

地域のスタッフ

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法、病棟生活など)	自分の部屋でゆっくり音楽を聴きたい。 母の手伝い(そうじ、洗濯、買い物)をしたい。 DCの友達に会いに行く。 家に閉じこもらないように、散歩に行く。そして癒せる。 リラックスしたい。			
心理面 (心理教育、薬の説明)	薬は心理教育を受け、飲むことが必要というのはいよく分かった。ただ、訪問に来た時に、これで大丈夫なのか確認して欲しい			
社会面 (社会資源の紹介など)	パンを作るところ(近所の作業所)を見学に行きたい。 家の近くのDCや支援センターを探してみたい			
家族支援	本人だけでは分からないし、決めることが難しいので、母親と一緒に話し、親子で納得いくように話し合う。引越して間もないので、母親の不安を傾聴する。			
地域スタッフとの連携				
その他	夕方から夜にかけて幻聴が強くなり調子が悪くなるので、しばらくは訪問はできるだけ午後に行う。			

ケアプラン作成日 2007年 10月 5日

見直し予定日 19年 11月 1日

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

医師 F

1:働いたことが一度もないので作業所に行ってみたい

看護師 K

らいふ看護師 M

当面(この1ヶ月)の目標

ワーカー A

1:家事手伝いをしながら、しばらくは休養を十分にとる

作業療法士 T

2:診察の日にDCへ行く

地域のスタッフ

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	自分の部屋でゆっくり音楽を聴きたい。 母の手伝い(そうじ, 洗濯, 買い物)をしたい。 DCの友達に会いに行く。 家に閉じこもらないように、散歩に行く。そして痩せる。 リラックスしたい。	宮本 田尻		
心理面 (心理教育, 薬の説明)	「良い調子を維持するためのドリル」を用いて、薬を飲むことの必要性についての確認と、調子が悪くなるときのサインについて家族と共に話し合う	田尻		
社会面 (社会資源の紹介など)	パンを作るところ(近所の作業所)を見学に行きたい。 家の近くのDCや支援センターを探してみたい 環境の変化が調子が悪くなるときの主な原因になるので様子をしながら行なう	芦刈 田尻		
家族支援	本人だけでは分からないし、決めることが難しいので、母親と一緒に話し、親子で納得いくように話し合う。母親の不安を傾聴する。親子で体操などの運動をする	宮本 田尻		
地域スタッフとの連携				
その他	訪問は継続的に午後に行う。			

ケアプラン作成日 2007年 11月 1日

見直し予定日

19年 12月 6日

施設名：A病院

報告者（キワカ）：T

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名：N，年齢：46歳，性別：女性，診断：うつ病

[現病歴] 入院までの経過：

X-2日早朝自宅を車で飛び出し、県外の湖にて自殺目的の大量服薬。服薬後自ら夫に電話し、夫が警察を要請。同日午後保護され、急性薬物中毒治療のためA病院に入院となった。内服は鎮痛剤、市販薬等計82T。中毒症状はアスピリンによると考えられ、呼吸性アルカローシスと強い嘔吐・嘔気、両耳の聴力障害、ふらつき、両手の痺れが認められた。X日当院に転院してきた際は夫に支えられながら歩行。話しぶりは流暢であった。身体症状のフォローとうつの治療目的で本人・家族の希望も有り入院となる。精神科は今回が初診。

2. 初期アセスメント

<家族についてのサマリー>

夫は単身赴任中。1ヵ月後転勤で自宅へ戻ってくることが決まっている。長男は高校生で寮生活。休日は自宅に戻る。次男が中学3年生で自宅にいる。夫、子供とも外泊時は家事を行うなど協力的。治療に専念ししっかり休むように言ってくれており、そのことで本人は安心している。車で30分程度の範囲に夫、本人の実家がある。病気、入院について夫の実家には秘密にしている。話をしても理解してもらえそうにないと考えている。

<社会面のサマリー>

夫が仕事の為転勤が多く自宅にいないことが多かった。子育てをしながら本人もスーパーでパートを続けてきた。子供が親離れする年代となり、やりがいのある現在の仕事を続けたいという気持ちも強い。今回の入院前に家族に黙って借金をしていたが既に解決している。スーパーの仕事をやめても経済的に困るということはない。

<心理面のサマリー>

夫が近くにいないという環境もあったが、以前から悩み事があっても人に相談できず溜め込んでしまうところがあった。今まではそれでも何とかやってきたが今回はパニックになってしまった。パニックの原因については「更年期障害のため」とうつについては認められないところもある。最近では子供の進学、仕事のことでストレスが溜まっていた。貧血と食欲低下が予兆だったと振り返る。仕事は別の部署に替えてもらいたい、夫が帰ってくれば話も出来るし大丈夫と話す。現在はしっかり療養をしようという気持ちで落ち着いている。

3. 治療・援助の目標と方針

急性薬物中毒後の身体的フォローとうつの治療を行っていく

- ・全職種で症状、服薬と急速の必要性など心理教育を行う
- ・無理のない範囲でOTも行っていく。
- ・気分障害のグループワークに参加する。

将来の目標：再発を抑えながら仕事を続けていく

困ったときに身近な人に相談できるようになる

当面の目標：退院し自宅療養していく

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

X+23日事業開始とともに介入。病棟での生活に退屈感を感じていたと積極的に参加。陶芸など色々な作業をやってみたと希望が聞かれた。休息の必要性を説明し適度な活動のペースが取れるように配慮しながら行うが、スタッフが声を掛けないと自ら休憩を取ることなく疲労を残してしまうことも見られた為、終了時一緒に振り返りを行った。徐々に自ら休憩を取ったりマッサージを希望したり調子にあわせ来室を控えたり出来るようになった。X+2ヶ月大部屋へと部屋移動になった頃からOT来室が減少し、病棟にて他患者と編み物等行ったり一緒に外出したりして過ごすことも出来るようになった。OTは気晴らしとして週1回程度利用する形となった。

(2) 早期心理教育

入院時から各職種より休息と服薬の継続の必要性を説明。X+1ヶ月、心理士から別に「良い調子を維持するためのドリル」を中心に面接が実施された。また同時期より気分障害のグループワーク（会は週1回1時間。前半資料を用いて説明を行い後半話し合いを行う）に参加。「#1気分障害とは」「#3気分障害の回復」に出席。「人前で話をするのはあまり得意ではない」と語り、会中の自発的な発言はほとんどなく司会者に話を振られると緊張しながら簡潔に答える様子が観察された。うつについて受け入れられない所も有り、再発の可能性についても認識にあいまいさがある。

(3) 資源制度の情報提供（X+2ヶ月）

P SWより退院にあわせ自立支援医療について説明し手続きを行った。

(4) 家族支援 (X+1 ヶ月～)

家族が来棟された際に看護師より外泊時の様子、困っていることなど話を聞いた。医師より病状、今後の回復過程について説明がされた。

(5) ケア会議

＜初回カンファ：X+1 ヶ月＞症状安定してきたが病室（個室）から出てくることは少なくスタッフに対して殆ど訴えが聞かれないことが問題としてあがる。キーワーカーが事前に聴取した本人の要望を元に目標を設定し、またスタッフからの提案で他者へ悩み事を相談できることを目標に加えた。本人同席していなかった為、後日目標の合意を得た。

＜中間カンファ：X+1 ヶ月半＞音や人ごみに対する不安が強く過呼吸、失神などの不安発作が見られることが問題点として挙げられた。また外泊を行うようになるが、家で独りになることへの不安を強く訴えられ週末のみの外泊へと切り替えるようになった。家事については家族の協力によりゆっくり休めている様子だが、一方で自分がやらなければといった焦燥感などは観察されなかった。B氏の家でのご過ごし方、役割について不明な点が多く情報を得ていくことを確認した。

＜退院前カンファ：X+2 ヶ月半＞本人より退院の希望が出るようになり、希望通り退院が決まる。大部屋へ移動後の同室者とのトラブルを発端に、不満や細かい訴えが増え、イライラしていることが多くなった。また気分変動の激しさも観察され双極Ⅱ型障害の可能性も挙げられた。今後は外来受診を中心に医療的介入を継続していくこととなった。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

入院から事業開始までは薬物療法を中心に治療が進み、急性薬物中毒による身体症状、また不眠、食欲低下といったうつの身体症状は早期に軽快したが、音や人の多いところに対する不安が強く一人で病室で過ごすことが多かった。

事業開始後はケア目標をB氏自身も意識し、積極的にOTに参加し、徐々に他患やスタッフとの交流が増し、今後の不安や悩みが語られる機会も増加した。早期作業療法では息抜きを図りながら休息と活動のペースを一緒に確認していくことで、無理のない活動が行えるようになり、家事や復職に対しても「ペースに注意してゆっくりやっていきたい」という発言が聞かれるようになった。また医師、心理士を中心に各職種から早期心理教育を行う事で服薬と休息の必要性の理解も進み、治療に専念したいという気持ちが生まれ、「焦らずじっくりやっていきたい」と本人から語られるようになった。

大部屋へ移動後は気分変動の激しさが観察されるようになり、また他患とのトラブルからイライラ感強まることもあった。B氏自身の刺激に対する弱さもあったが、他患の言動は客観的にもストレスとなり得る内容のものとして判断された為、スタッフは支持的に話を傾聴していく方針に関わり、徐々にイライラは鎮静していった。

音や人の多いところに対する不安感は依然残っており、気分変動も著明となってきたが本人の希望によりX+2 ヶ月半で退院し外来受診でフォローしていくこととなった。

B氏は退院前に自宅で日中一人になることへの不安を訴えていたが、現在のところ年末年始の休暇などで一人になることは少なく落ち着いて過ごしている様である。退院時には医師による診察以外プログラムの希望はなかったが、今後一人である時間が増えるようになり、不安感が増すようであれば、日中の生活リズム作りを目的とした外来OTの利用もB氏と検討している。

BPRS：6→7

SF：77→80

GAF：50→60

6. 考察

B氏の病状、目標をケアチームと本人で共有することができた点、退院時「担当の人がはっきりしていて安心した」とB氏より感想が聞かれており、ケアチームの存在がB氏の治療に対する安心感・信頼感に繋がった点、上記2点がプログラムを行う上で特に有効であったと考えられる。

また、B氏は入院後半より、イライラ、不安感、気分変動などの症状が観察され、退院に対する不安も訴えていたが、本人より、退院希望日の申し出があり、退院が決定した。これはチーム内各職種が一貫した心理教育を行ったことで、病気の理解が少しずつ進み、また支持的な関わりをしながら外泊を勧め、徐々に退院への不安が軽減されていったものと考えられる。

今回は地域生活移行支援についての介入は行えず退院となったが、B氏は現在のところ外来受診のたびにOT室や病棟に立ち寄り、現況を伝えてくれている。退院後も病院スタッフとの繋がりができたことで、今後、地域生活における相談、援助を行っていただければ良いと考える。

7. 課題 (事例から得られた早期退院プログラム・地域生活移行システムに関する課題をお書きください)

- ・包括的アセスメントの内容が多く、評価を終えケアプランを設定するとすると時間を要し効率性が落ちる可能性が考えられた。

- ・うつ病のケースを対象者とした点に問題もあると考えられるが、アセスメント、ドリルの項目にケースにとって当てはまらない部分があり、スタッフにとってツールの使いにくさがあった。

- ・よい調子を維持するドリルはスタッフと確認しながら記入していける点が良かったが、ケースが持ち帰って活用する場合には構成が分かりにくく、使いにくさが予想される。

- ・家族支援について十分な介入ができなかった。家族向けの資料・ツールがあったほうが介入しやすいのではないか。

事例報告 Summary Sheet [施設名: A病院 患者: N氏 46歳 女性・男性] 女性・男性

入院～事業開始前		1～2週目	3～5週目	6週目以降
日常生活の様子	表情冴えず、不眠、ふらつき、不定愁訴あり、ほとんど病室（個室）で過ごされている。	集中できないとの訴えあるが、病室（個室）でDVDをみたり読書したり活動性が向上してくる。病室以外でも見かけるようになり表情よく他患者との関わりもみられる。	外出泊へ行くようになる。表情良く活動性向上。元気に振舞っているように見える。家族の事、病棟での事を少しずつスタッフに相談できるようになる。	特定の他患者と外出したり踏み入った関わりが見られるようになる。大部屋へ転出後同室者とトラブルあり不調になるが喫煙所等で編み物など長時間行っている。細かな要求もNsに訴えてくるようになる。本人より退院希望あり不安と言いつながらにも予定通り退院。
ケア会議の概要と目標設定	Nsより事業介入してはどの提案有りDr, OTRより事業の説明を行う。	病状は落ち着いてきているが不安は強い様子。不安についてスタッフへの訴え少ない。自ら相談できるようになり話を聞いていくことを確認。	外泊を勧めていくことを確認。外泊時、音や人ごみに不安が強くなる不安発作も見られた。家族関係や家での役割がつかめていないため情報を得ていくことを確認する。	本人より退院希望有り希望通り退院することとなる。ちよつとした刺激に反応したりイライラ感強いときもある。自分の浮き沈みも観察され双極Ⅱ型も考えられる。通院にてフオロローしていること確認する。
薬物療法	ジェイゾフト50mg セニラン3mg	ジェイゾフト50mg セニラン3mg スロパハイドム7.5mg	ジェイゾフト75mg スロパハイドム7.5mg ユロパン0.5mg ロヒブノール1mg	ジェイゾフト75mg スロパハイドム7.5mg ユロパン0.5mg ロヒブノール2mg
早期作業療法		陶芸、草細工、折り紙行う。疲労度確認しながら進めるが「大丈夫です」と答えること多く休憩や終了促さないと言手を休めることなく疲れを残してしまふことも多い。	調子に合わせ早めに作業終了したり途中で休憩しマッサージを希望されたりペースの取り方を自ら調整できるようになる。	大部屋に移った頃より殆どOT室に入室はされなくなる。病棟にて他患に編みみの、手芸を教えたり自らも作っている。
早期心理教育	訴えの傾聴、休息を促す。十分な休息の必要性を説明	休息の説明と今後の病状経過を説明。今回の入院に至ったエピソードやそれ以前の状態についての振り返り。更年期障害からくる症状だけではなく、うつ病としての症状が見られることを伝え、病気への理解を促す。うつ病であることを認めきれない様子。気分障害のグループワークに参加。	外泊後振り返りを行い家での過ごし方を考え対処方について話をし、リハビリの必要性と再発予防の説明。ドリブルを用い、調子を崩し始めた頃にみられた症状を具体的にあげる。既に持っている対処法、今後活用できそうな対処法、改善可能な生活スタイルなどを整理。本人からは、夫に悩みを話す、薬をしっかりと飲むといった対処方法があげられている。	内服、通院を続けて欲しいと話す。不安になつたときの対処法を話し合う。再発予防、社会復帰とリハビリの説明。退院後、自宅療養をどのような形で行うかを検討。これまでに整理した前駆症状を含め、再発のサインとして考えられる症状の提示。 再発については実感が無い面もあるようだが、仕事をセーブする方向で自分なりに検討したり、焦らずに自宅療養をといった言葉が聞かれている。 自立支援医療希望され手続き行う。
資源制度情報提供			ソーシャルワーカーの紹介、主に生活上の相談を行うと伝える。	
家族支援	来院された際家族をねぎらう。	病状経過の説明	外泊で困っていることは無いかなど話を聞いて関わる。調子のよいつき悪いときの対処のしかたを説明。	

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

医師	S
看護師	H
ワーカー	M
作業療法士	T
臨床心理士	H
地域のスタッフ	

1 再発を抑えながら仕事を続けていく

2 困ったときに身近な人に相談できるようになる

当面(この1ヶ月)の目標

1 退院して自宅療養していく

2

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	陶芸・草細工・マッサージ 気分転換を図りながら休息をとる. 生活リズムを整える	T	11/7～11/27	毎日
心理面 (心理教育, 薬の説明)	再発時に早期に対応できるようにするため, 自分に起こりうる 病気の症状やサインを確認する. 再発したときにどのような対処方法をとることが出来るか話し 合い考えていく.	H	11/7～11/27	適宜
社会面 (社会資源の紹介など)	必要に応じて情報提供を行っていく.	M	11/7～11/27	適宜
家族支援	<活動面> 井うつ病の症状を知っていく井再発を防ぐ方法を 考える<家族支援> 井どんなサポートが必要か考えていく井 家族への支援を考えていく	H	11/7～11/27	適宜
地域スタッフとの連携				
その他				

ケアプラン作成日 19年 11月 7日

見直し予定日 19年 11月 27日

施設名：A病院

報告者（キーマン）：T

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名：O，年齢：45歳，性別：男性，診断：非定型精神病

[現病歴] 入院までの経過：

他県の高校，大学（芸術系の大学，写真を専攻）を卒業後コンピューター関係の会社に就職。5年前に精神科を初診。以降治療されているが，所々治療を自己中断し，病状増悪，措置入院や医療保護入院を繰り返している。病状増悪時は次々と考えが頭に浮かぶ，何でも出来るような気になり大量の買い物や新しい仕事を始めるといった行動の変化が見られる。現在は叔父の別荘にて生活している。食事以外部屋から出ることはなく，寝ていることがほとんどであった。掃除洗濯など身の回りのことは何度も言われてやっという状態であった。入院前D診療所にて統合失調症の診断でフォローアップされていた。今回はX-5ヶ月頃を最後に通院中断。次第に躁状態となった。会社を立ち上げようと家の中に看板を掲げ，父や叔父を自分の部下であるかのように扱いトラブルとなった。X-3ヶ月頃，ホワイトボード一面に叔父への不満を細かく書きつくし，叔父の別荘を飛び出し，2日後東京にてエレベーターにいたずらしていたところ注意を受けたが易怒性あり警察に保護された。父に連れられ別荘に帰る途中，高速道路のSAのトイレで籠城し近医精神科に医療保護入院となった。X日紹介により当院へ転院。

2. 初期アセスメント

<家族についてのサマリー>

父母弟と4人家族。母は約20年他県の精神科病院に入院，父，弟は他県に在住している。父，弟とも精神科の受診歴がある。各々病名など詳細は不明。父は化粧品，健康食品などの販売会社を自営。弟はコンピューター関係の会社に勤務している。今回の入院以前1年間ほどC氏は叔父（私大の名誉教授）の別荘にて暮らしていた。叔父は週末別荘にて生活するため，C氏と一緒にいるが，食事で顔を合わせるのみであった。食事は叔父が作っていた。同居以前，C氏と叔父とは，ほとんど交流はなく冠婚葬祭で何度か顔を合わせた程度。叔父は最近父の仕事に協力するようになり，父から依頼されC氏を別荘に引き取ったがどう接するべきか苦慮していた。

C氏の入院後，父は月に1～2回の頻度で来院し，スタッフと面談するが，C氏には会わず帰ることが多い。また話の内容が不明瞭であることが多い。叔父にも病院より情報提供などの協力を要請すると，了承し来院した。父，叔父もC氏と同居することに関しては難色を示している。

<社会面のサマリー>

C氏は病前，コンピューター関係の仕事を中心に何度か転職している。建設省の研究の委託も受けていたことがあった（本人談）。現在はC氏一人でネット販売の会社の設立準備をしていたが，「コンピューターの仕事をしていて調子が悪くなった，これからは体を使った仕事をしたい」と希望している。C氏には株式売買，買い物等による多額の借金があるが，C氏所有の都内マンションを処分するなどして，現在父が債務処理を行っている。

<心理面のサマリー>

過去の病状増悪について振り返りを行うと，C氏自身，「調子が悪くなると躁状態になる」という自覚があり，「今度はしっかりやって，再発しないようにしたい」との発言も聞かれた。しかし，具体的な症状，再発のサインについての振り返りや現在の調子について「大丈夫です」「そうですね」といった返答が多く会話は発展し難い。C氏が病氣，現状をどう考えているか把握困難なところがある。目つきもうつろなことが多く現実感も希薄である様子。今回はパソコンをやっているそれが原因で調子を崩したと語る。

3. 治療・援助の目標と方針

入院のきっかけとなった易刺激性，誇大性についてアセスメントとアプローチ

心理教育により過去の病状悪化の振り返り，治療・服薬の継続を図る

福祉の介入など環境の調整を行う

OTでは生活リズムの立て直しと体力づくりを行っていく

将来の目標：一人暮らしをする

就労する

当面の目標：生活リズムを整える

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法（X+5日～）

気分転換に身体を動かしたいとのC氏の希望でX+5日よりOT開始する。食事の時間以外病室で寝ていることが殆どで毎回スタッフ誘導によりOT入室していた。軽い負荷でエアロバイクを行うが10分ほどで発汗多量，疲労感の訴えが聞かれた。当初は「作業はやりたくない」と拒否されバイクのみ行い，すぐ退室されていた。バイクが使用中の場合，漫画を読んで順番を待つが，硬い表情で周囲を見渡し集中できず，落ち着かない様子が観察された。生活リズムを立て直すため，病室以外で過ごせる時間を増やしてみても，と何度か勧めるうちにC氏より陶芸，革細工の希望が出たため行った。耐性は低く10分ほどで疲れて手を止めポーズしたり，「飽きちゃったので帰ります」とOTの利用時間は30分ほどであった。事業介入し，就労すると

いう目標が出来てからは、C氏自身、体力低下と生活リズムを立て直すことを意識するようになり、徐々にOT室の滞在時間は長くなり、1時間以上過ごせるようになる。表情も柔らかくなり他P tとの関わりは無いものの、スタッフに声を掛けられ、笑顔で応じる場面も観察された。

(2) 早期心理教育 (X+1 週目～)

医師を中心に、C氏と過去の病状悪化時の振り返りを行うとともに、気分の波と精神症状の悪化時の関係について説明を繰り返した。また治療、服薬の継続の必要性も説明した。

事業介入後1週～CPよりドリルを実施した。

(3) 資源制度の情報提供

PSWより限度額認定の手続き、障害年金の手続きを行った。また一人暮らしに向けてアパート入居の前のステップとしてグループホームを検討し、情報提供、見学など行った。

(4) 家族支援

父が来棟し本人の病歴、生活史など聴取する。また現在の病状など説明をする。また叔父との面談を設定し、叔父から改めて病歴、生活史を聴取し、C氏の今後の処遇を検討した。叔父に本事業についての説明も行った。

(5) ケア会議・地域連携・その他

非定型精神病の可能性が高いと考え治療を行っていくことを初回カンファにて確認する。またPSWを通じ、障害者相談支援センターとも連携をとり、目標である一人暮らしへのステップとしてグループホームへの入所を準備していくこと、活動性の向上を図ることを中間カンファで確認した。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

事業終了時点で入院継続中である。

入院後のC氏に易刺激性や誇大性は見られなかったが、活動性の低さ、仮眠といった症状が目立つようになり、ケアチームではこれを問題点と考え、活動性の向上を図るためOTなどに参加し離床することをスタッフから促した。OTは、早期より気分転換をしたいというC氏の希望で開始されたが当初は動機付けが困難であった。ケア目標の設定後は、C氏も就労する、一人暮らしをするために体力をつけ、生活リズムを立て直すという意識が明確となり、スタッフと相談しバイクの時間、負荷を高めに設定し行うようになった。現在もスタッフの促しが必要ではあるが、毎日OTに参加することが出来、1時間以上OT室で過ごす事ができている。

心理教育については入院当初より各職種が繰り返し行っており、少しずつではあるが再発予防を意識出来るようになり、C氏から「退院後も通院、服薬は続けていく」との発言も聞かれた。また、入院前の経過から、通院が途絶える事が度々あった為、退院後、地域でのサービスの調整も行っていく事が望ましいとチーム内で検討された。

ケア会議にて今後はグループホームに入所し、当院へ通所する方針が決定し、C氏も同意している。グループホームは数箇所の見学を行い、C氏が希望する箇所があれば体験入所していく予定となっている。また退院に向け訪問看護、その他福祉サービスの導入も検討していく予定である。

BPRS : 7→5

SF : 118→120

GAF : 40→50

6. 考察

事業介入が入院から日数を要してしまっただが、各職種が各々に早期より介入を行い情報交換は行っていた。しかしケア会議での目標設定と、スタッフとC氏の間で、目標の合意がなされたことで、C氏にとって今後の展望が明確となり、事業開始後は「今度は体を使った仕事をしたい」という具体的な要望も聞かれるようになり、積極的に体力作りに取り組むなど、治療に対する意欲は、事業開始前より開始後で向上したと考えられる。そのため各職種の早期介入と併せ早期にケア会議を行い、ケアプランを立案する事が重要であるといえるであろう。

今回C氏にとってOT以外の活動の場、時間はそれほど広がらなかったが、ケアチームから病棟の他スタッフにもケアプランを提示していくことで、生活リズムを立て直すなど、より効率的な介入ができたのではないかと考える。

7. 課題 (事例から得られた早期退院プログラム・地域生活移行システムに関する課題をお書きください)

合意と介入に時間を要したためキーワーカーが一本化して会議などを進行する形とはならなかった。そのため情報の共有もスムーズでなかった部分があった。また各職種が事業開始以前に介入し各々の評価が終了してしまっていたため、アセスメント表の有効な利用が出来なかった。適切なタイミングでプログラムを開始できない場合、包括的アセスメントが使いにくいと考えられた。

事例報告 Summary Sheet [施設名: A 病院 患者: O 氏 45 歳 女性・異性 キーワード: T 職種 作業療法士 女性・異性]

		入院～1ヶ月	2ヶ月目	事業開始～2週	3週以降
日常生活の様子	保護室にはいる。自室にて臥床して過ごすことが多くほとんど出てくることはないが「部屋が暗くて嫌です」と転室を希望する。	時折TVを見にホールへ出てくるが他患との関わりはない。自室にいる時間が殆ど。	大部屋に移動するがライフスタイルに大きな変化はなく寝ている時間が多く、大部屋については「こっちのほうが開放的で良いです」と。	自閉がちに過ぎず、他患との関わりはないがスタッフには話してくれる。	
ケア会議の概要と目標設定	Dr, OTRより事業の説明する。本人の反応は良いが一応父に確認してかからにしたいと保留される。		本人より事業の介入希望され事業開始となる。	住居などの環境面の調整を進めていく方針を確認。	
薬物療法	リスパダール (6) 3× アキリデン (3) T 3× リーマス (200) 2T 2× ネルボン (5) 1×	リスパダール (2) 3× アキリデン (1) 3× リーマス (200) 4T 2× ネルボン (5) 1×	リスパダール (6) 3× アキリデン (1) 1× リーマス (200) 4T 2×	リスパダール (6) 3× アキリデン (3) 3× リーマス (200) 4T 2× ネルボン (5) 1× スローハイム (7.5) 1×	
早期作業療法	本人より気分転換したい、体を動かしたいと希望よりOT開始する。毎日声掛けにてエアロバイク行う。軽い負荷で10分ほど行うと発汗多量。「体力が落ちた」と自覚されているが「コンピュータ関係で座って出来る仕事だから大丈夫だと思います」と。作業勤めてみるが乗り気ではなく10～20分ほどで退室される。	陶芸をやってみたいと希望聞かれ実施する。毎日来室促すが、週3～4回の参加、30分ほどOT室で過ごせるようになる。	かぜ、胃腸炎などでOTへの入室はせず、軽快してから「大事をとって休みたい」と入室は少ないが「パソコンの仕事でこまかいことやめて調子悪くなったんで体を使った仕事に就きたいと思います」と具体的な希望が聞かれるようになる。	引き続き体力づくりを行う。またパズルや革細工などの活動も行うようになる。退院を意識するようになり本人も体力をつけ生活リズムを立て直すという目的意識が高まっている。	
早期心理教育	今までの病状増悪時の振り返りを行う。	気分の波と精神症状の悪化時の関係について説明を繰り返す。	これまでの状態の振り返り、現在の様子の確認も兼ねてBPRSを実施。本人からは、「そういうことはありません」「大丈夫です」といった発言がほとんどである。	左に同じ	
資源制度情報提供	限度額認定の手続き 障害年金の手続き	障害者自立支援区分申請を行う。	区分調査		
家族支援	病歴から考えられる今後の治療経過の説明。	父が来棟する。本人の病歴、生活史の聴取をする。 社会生活を送っていく上での社会的支援の手続きを進める。 本人より一人暮らししたいとの希望有り父もその方向で出来ることは協力すると。	叔父が来棟する。病歴、生活史の聴取を行う。今後の方向を検討する。 社会復帰後の生活態勢を模索する手助けと障害年金など金銭的バックアップをどう得るのか方法を提示。	GHを決めるにあたり紹介する。	
地域連携その他		地域センターの担当者とGH見学。	叔父との面談に同席。	地域センターの担当者とGH見学。	

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

医師	S
看護師	S
ワーカー	M
作業療法士	T
臨床心理士	H
地域のスタッフ	

1 一人暮らしをする

2 就労をする

当面(この1ヶ月)の目標

1 生活のリズムを整える

2

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	日中活動することで生活のリズムをつけながら体力をつけていく。 本人の希望によりエアロバイク, 陶芸他を行う。	T	12/7～12/25	毎日
心理面 (心理教育, 薬の説明)	BPRS, ドリルを用いて調子を崩す前兆としてみられた症状について、本人に自覚されていること, されていないこと含めて再度確認をする。それをもとに再発防止としてどのような方法があるのかを検討する。	H	12/7～12/25	3～4
社会面 (社会資源の紹介など)	通院できる範囲内で一人暮らしを行うための援助をする。 住まいについては地域の担当者とグループホームを見学する。収入については障害年金の手続きを進める。就労については徐々に進めて行く。	M	12/7～12/25	適宜
家族支援	入院前のライフスタイルを知るため何度か話を聞ける環境を作る。また家族が困っている子について話を聞く。	S	12/7～12/25	家族来棟時
地域スタッフとの連携	GHの見学など行っていく。	M	12/7～12/25	適宜
その他				

ケアプラン作成日 19年 12月 7日

見直し予定日

19年 12月 25日

施設名：S病院 報告者（キーマン）：T

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名：P，年齢：28歳，性別：女性，診断：統合失調感情障害（躁状態）

【現病歴】入院までの経過：

①X-7年01月17日～X-7年04月21日：A病院入院（幻覚妄想状態のため）

②X-6年06月22日～X-6年09月07日：A病院入院（服薬中断で症状悪化のため）

◇X-6年09月08日～X年04月09日：A病院外来通院。主治医転勤のため，転院。

◇X年04月10日～X年08月23日：Bクリニック外来通院。

③X年08月24日～X年11月12日：当院医療保護入院（10月9日に任意入院へ変更）

（職場の上司に嫌味を言われた事がきっかけで，不眠・不安・イライラ感出現。多動・落ち着きなく，Bクリニック医師の紹介より当院受診後，医療保護入院となる）

2. 初期アセスメント

健康面：診断名未確定（A病院での診断名は統合失調症。Bクリニックでの診断名は双極性障害疑い）

身体機能：特に問題なし

精神機能：亜混迷，幻覚妄想状態（誰もいないところに話しかけたり，突然大きな手拍子をしたりする）
病識欠如，落ち着きがなく，話もまとまりがない，脱衣，不眠

活動と参加：セルフケアの低下（生理のケア，整容ができない），食事不摂取，宗教

環境因子：家族の関わりが厚い

BPRSより抜粋：【高度】思考内容の異常【やや高度】不安・思考解体・衝動的な行動や姿勢

3. 治療・援助の目標と方針

治療方針：精神療法，薬物療法，作業療法，診断の確定，心理教育，対人関係の調整

長期目標：自宅退院し，1年後に知人のカフェに就労

短期目標：症状（幻覚・妄想，躁状態）の鎮静化，感情調整，生活リズムの改善，興味関心の拡大

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

陽性症状がやや落ち着き，疎通性が取れるようになってから，急性期対象の活動（＝安心・安全の保障された侵襲性の少ない個人作業療法）へ導入した。当初は落ち着きなく，多弁傾向にあり，集中の持続は困難であった。運動による発散系の活動を好むが，オーバーペースで焦りがみられた。また，他患に強い口調で話をするために口論になり，対人関係上の問題が目立った。しかし，音楽鑑賞や創作など行いながら，患者の話を傾聴・受容していくことで，活動内では落ち着いて過ごせるようになった。

退院前になるとかなり落ち着き，他者への配慮ができるようになった。そして，大集団活動へ参加が可能となり，皆と穏やかに過ごせるようになった。料理グループでは，手際よく調理し，工程の理解も良好で，自信につながった。なお，入院中から，退院後の訪問看護時に行う活動（アロマやリラクゼーション）を実施した。退院後は，訪問看護中に，同活動を家族と共に楽しみ，ストレス発散の場となっている。

(2) 早期心理教育

入院当初は，本人の思考障害のため理解が乏しかったが「ゆっくり休んで下さい」と繰り返し伝え，安心感を持てるよう配慮した。その後，薬物治療について主治医，薬剤師，担当看護師より随時説明を行った。退院前は，主治医が病気の特徴（急激に症状が悪化しやすいため，不眠が続く時はすぐに来院すること）を伝え，再発予防に向けて援助を行った。退院後に行っている訪問看護中も『よりよい回復のためのドリル』を使い，復習に努めている。

なお，小集団の心理教育プログラム参加中は，落ち着きがない時期であった。しかし，薬について疑問を持っていたようで，何度も薬剤師に質問した結果「薬をやめて悪くなったもん。薬は大切」と得心がいったようである。服薬の重要性は，本人に丁寧にフィードバックした。なお，プログラム参加は，自分を見つめる体験となったようで，両親への申し訳なさや焦りについても，言語化できるようになった。その心的葛藤を前向きなものへと変えていくよう心理士が関わりを持った。

(3) 資源制度の情報提供

精神保健福祉士が，家族来院時（面会時や家族心理教育時）に経済面の相談に応じ，障害厚生年金申請，自立支援医療制度更新，高額医療費限度額認定申請などの情報提供を行いながら，関係構築を図った。また，当院のデイケアや生活支援センターを紹介し，退院後に利用できるサービスの情報提供を行った。

(4) 家族支援

担当看護師が中心となり，日々の面会や外出，外泊の様子を伺いながら，退院の時期や対応について，本人および家族と話し合った。母親は，家族心理教育プログラムに参加し，家族としての接し方などを学び，安心した様子であった。退院前家族面談で，母親が「以前，A病院のデイケアで対人トラブルがあり心配している」と相談があった。そのため「今後のトラブルを未然に防ぐには，困った時すぐにスタッフ

に相談できるよう、事前に関係作りをしていく必要がある」と説明。母親に対し、地域支援センターの見学並びにケア会議への参加を勧め、面談の場を設定し、直接顔をあわせることによりサービス利用の不安の低減を図った。

(5) ケア会議・地域連携・その他

退院前訪問看護に、退院後に利用する外来訪問看護のスタッフが同行し、入院治療と外来治療との連携を取った。地域生活支援センター職員とのケア会議を実施し、本人のペースで利用していくことを確認。

5. 結果

当初は、亜混迷状態で、幻覚妄想の症状が激しく、意志疎通が困難であった。そのため、入院後1ヶ月間は、薬物療法と、ADL面での援助がメインの関わりであった。この時期は、家族の不安を解消するために、担当看護師が、病棟での本人の様子を伝えると共に、希望を持てるよう暖かく密に関わった。

入院2週目より、徐々に意思疎通可能時が出現。入院1ヶ月を過ぎた頃より、意思疎通に問題がなくなり、ADL面でも完全自立。作業療法開始となる。作業療法中に落ち着きはみられなかったが、急性期対象の活動（創作、発散系のもの）に取り組むことで、ストレスを解消し、活動を楽しめるようになっていったようである。また、小集団の心理教育プログラムにも参加可能となり、本人の薬へのこだわりが解消される。外出、外泊も開始となり、徐々に症状が安定していった。家族には、外出、外泊時の様子を伝えてもらいながら、スタッフ側との信頼関係を構築していった。

入院2ヶ月を過ぎた頃には、生活に積極性が出てきて、作業療法においても大集団活動参加可能となり、作業に対する集中力も向上してきた。しかしながら、対人関係において過干渉が目立ち始め、徐々に易怒性が出てきて、他患とのトラブルが生じるようになった。これは、薬の調整の一環としてテグレトールを除いたことに起因するものと考えられたため、テグレトールを再開。すると、気分高揚はあるものの、対人トラブルが減り、本人と家族から「家でやっていけそう」と確認が取れたため、退院となる。

退院前には、主治医から本人の病気の特徴を伝え、再発防止にむけての教育を行った。また、看護師が自宅に退院前訪問をし、退院後の生活を見据えた支援を行うことが大切と提案がなされた。そのため、作業療法のプログラムでは、退院してから本人が楽しめる活動（アロマ、リラクゼーション、ビーズ細工）を実施。精神保健福祉士からは、退院後に通える社会資源の情報提供が行われた。

退院後の自宅では、落ち着いて生活しているが、母親と時間を共にする事が多いため、そのことが本人にとってストレスにもなっている。そのため、訪問看護は良い息抜きになっている様子。また、生活支援センターなどの利用について前向きである。ただし、母親より「環境の変化・対人関係にストレスを感じやすい」とあるため、自宅の生活に慣れてから生活支援センターの利用を開始する予定である。

BPRSより：【ごく軽度】不安・思考解体・衝動的な行動や姿勢・思考内容の異常

6. 考察

入院時は幻覚・妄想などの陽性症状により、会話がほとんど続かない状態だった。そのため、初期カンファで現状を確認し、日々の状況を、毎日の申し送りや回診時に、主治医へ報告したことで、適切な薬物調整ができた。本事例は薬物の影響が大きく、回診時にチームで参加し情報交換できたことが、今回の大きな転機につながったと考えられる。

また、面談を重ね、本人のニーズと家族のニーズを明確化していったことで、関わった全員が納得いく支援ができたのではないかと考える。本事例は家族との外出を楽しみにしており、週に1回は出かけていた。この楽しみを活かし、「もっと楽しい生活を送るために」というキーワードで、病気がどのように回復していくのか知ることの必要性を、主治医が中心に話したことで、本人の治療意欲が向上したと考える。心理教育は、本人にも母親にも受けてもらったことで、病気に対する理解ができ、無理なく納得いく治療が受けられるようになった。退院後も、院内で関係のとれていた作業療法士が自宅を訪問し“よりよい回復のためのドリル”を用いて復習し、効果をあげている。

作業療法では、急性期の時から心的負荷の少ない活動（大集団でのパラレルな場面を利用した個人療法）に導入した。その後、回復段階に合わせ、本人のニーズに沿ってアロマやリラクゼーションなどの小グループに順次導入していった。そのことが、退院後、作業療法士による訪問リハビリにつながった。こうした取り組みが、入退院一貫した治療につながったと考える。

服薬については、主治医がこまやかに薬物調整の様子を見て、「自分のことを真剣に考えてくれている」と信頼して飲むことができている様子。治療チームとの信頼関係ができ、1年後に就労するという本人のニーズに沿った支援が行われている。

7. 課題

①家族に対する支援を行う際に、本人用と平行した家族用のテキストなどがあれば、更に効果的な支援ができるのではないかとと思われる。

②早期退院支援プログラム用のバス表があると良かったのではないかと考える。

③キーワーカーの役割が曖昧であった。コーディネーターなのか、治療のイニシアチブを取る役割なのか、難しさを感じた。

事例報告 Summary Sheet 【施設名： S_病院 患者： P_氏 28_歳 女性 キーワード： T_職種 OTR_男性】

	入院 1~2 週目	3~4 週目	2 カ月目	3 カ月目	4 カ月目
日常生活の様子	不眠、亜昏迷、落ちつきなし。手を叩く、大声、徘徊、脱衣、空笑、幻視、独語顕著。個室で1日を過ごす、トイレを壊し、隔離室入室することもある。箸に対する妄想で食事が摂れない。	意思疎通可能時が出てくるが、幻聴幻覚への巻き込まれ激しく隔離室入室必要時もある。日中デイルーム誘導するが、すぐ個室に戻る。	陽性症状は軽減し、セルフケア自立、意志疎通可。スタッフ同伴で散歩開始。外泊を繰り返す。今期の後半より興奮続き、他患とトラブル。	興奮・過干渉目立っていたが処方変更にて病状安定。「洗濯は自分でする」など生活に主体性がみられ始めた。本人、家族の希望で退院。	夜に眠りの浅い時があるも、イライラ感消失。焦りがなくなり、家事手伝いができなくなり徐々に落ち着きがみられてきている。
ケア会議の概要と目標設定	入院に至った経緯、現在の病状、今後の支援をチームで共有。薬物療法を中心に症状軽減を目指す。ADL面で援助が必要。前医での診断が未確定なため、診断確定のための情報収集を行う。	薬物調整し症状軽減を目指す。引き続き、ADL面で援助が必要。	症状が落ち着いてきたので、作業療法導入。自宅への退院に向けて本人、家族への心理教育や外泊開始などの目標設定を行う。	退院前訪問を行い、退院にむけての準備を整える。退院後に使える社会資源の確認をし、当院のデイケアにも入院中に見学設定。	当院の外來、デイケア、訪問看護利用し、安定した生活を目標とする。地域生活支援センターとの連携を取る。
薬物療法	陽性症状に対し、リスパダール 4mg→6mg、テグレトール 800mg→400mg、エバミール 1mg、メイラックス 1mg、コントミン 100mg を投与。服薬はスタッフの促しが必要。陽性症状が落ち着くまで、開始を見合わせる。	症状に応じ、リスパダール 8mg、テグレトール 200mg、レボトミン 25mg、エバミール 1mg、コントミン 50mg 投与。	薬物調整を行い、リスパダール 2mg、ジブレキサ 10mg、エバミール 1mg、クラジエ加味道遠散料 6g 投与。	易興奮目立ったため、再度テグレトール 400mg 再開後安定。食欲増で困るとの訴えでジブレキサ 5mg に減。	生理の乱れで薬剤変更。ルーラン 16mg、クラジエ加味道遠散料 6g、エバミール 1mg、テグレトール 400mg。
早期作業療法		同様左記。	急性期の活動へ導入。創作・発散系の活動を好む。オーバーペース。落ち着きなく多弁傾向にあり、集中困難。	気分高揚、過干渉あるもの大集団活動参加可能。料理グループで手際よく調理し、工程の理解も良好。自信につなげた様子。	訪問看護中、本人・母親に対し、入院中から導入したアロマ・ストレッチなどリラクゼーション実施。家族の気持ちも傾聴受容する。
早期心理教育	本人の思考障害のため理解が乏しいが、ゆっくり体むこつとを繰り返して伝える。	同様左記。	薬剤師による服薬指導開始。小集団の心理教育プログラム参加。薬について関心が高く、積極性みられる。	主治医より本人に病気の特徴を伝え、再発防止に向けての説明を行う。心理教育プログラムの中、自己をみつめる発言あり。	主治医より現在の薬物療法について説明。薬の飲み忘れがあり、まとめて飲むようにするため、事前にスタッフへ相談するよう促す。
早期プログラム	医療保護入院についての説明。		任意入院変更についての説明。	障害年金、デイケア、地域生活支援センターなどの情報提供を行う。	経済的制度（自立支援医療、障害年金、高額医療費限度額認定）、生活支援センター紹介。
家族支援	入院時に、医療保護入院が必要なこと、今後の治療予定を告げる。医療保護手続きの援助。随時、家族へ病状説明、労いの言葉かけを行う。	本人の症状が落ち着いたら日に、家族でドライブを楽しんでもらう。	外出・外泊時の様子を伝えてもらいながら、母親の不安の減少を図る。	年金申請の援助を行う。退院前訪問、家族向け心理教育を通じ、母親も安心感を持った様子。	家族心理教育に参加継続。経済的不安に対し制度の利用の説明。支援センターのケースカンファへ参加を促す。
地域連携その他				就労希望があるため、社会資源利用について意向を確認するも、以前デイケアの対人関係で揺れたことがあり今後検討したいとの由。	地域生活支援センターにてケースカンファを行う。本人より、同センター利用に関心があると発言あり。今後、利用予定。

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

医師 F

1

看護師 S

2 近所の地域支援センターに通う

PSW A

当面(この1ヶ月)の目標

作業療法士 S

1 外出を楽しむ

臨床心理士 T

2 病気がどのように回復していくのか知る

地域のスタッフ

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	らくらくスクールへの参加。 アロマへの参加	K	2007/10/2～	
心理面 (心理教育, 薬の説明)	らくらくスクールで病気がどのような経過で回復していか、自分 どの程度回復してきたか確認したり話し合いをする	T	2007/10/15～	
社会面 (社会資源の紹介など)	入院中または退院後に利用できる制度の説明を聞く	S	2007/10/2～	
家族支援	家族面談	F K A T T	10月4日	
地域スタッフとの連携				
その他				

ケアプラン作成日 19年 10月 2日

見直し予定日 19年 10月 18日

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

医師	F
看護師	S
PSW	A
作業療法士	S
臨床心理士	O
地域のスタッフ	T

- 1 対人関係の改善
 - 2 近所の地域支援センターに通う
- 当面(この1ヶ月)の目標
- 1 外出を楽しむ
 - 2 病気がどのように回復していくのか知る

ケアプラン

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法、病棟生活など)	退院後に訪問につなげる活動(アロマやリラクゼーションを行う) 対人関係評価を行い、地域支援センターやDCにつなぐ	K	2007/11/1	
心理面 (心理教育、薬の説明)	らくらくスクールでの確認をする。「薬の重要性が分かった」と言っているので、 このような箇所を伸ばす	T	2007/11/1	
社会面 (社会資源の紹介など)	障害厚生年金の取得。 DC利用	A	2007/11/1	
家族支援	家族面談(退院前面談)→Fa:「以前、菊地HPのDCで対人トラブルがあり心配 している」⇒次回面談時に確認(説明し同意を得れば)	F S A T T	2007/11/1	
地域スタッフとの連携	生活支援センター職員とのケア会議(PSWに調整依頼):継続	A	未定	
その他	Dr.:「人の話を聞くようになった」「あまり急がせない方がいい」 感情調整困難。躁状態。過干渉気味。過干渉気味。心理教育と病棟レクには参加している。 親への申し訳なさを語る。また、訪問リハや福祉就労に興味を示す。	O		

ケアプラン作成日 19年 11月 1日

見直し予定日 19年 11月 22日

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

医師	F
看護師	S
PSW	A
作業療法士	S
臨床心理士	O
地域のスタッフ	T

1 対人関係の改善

2 近所の地域支援センターに通う

当面(この1ヶ月)の目標

1 外出を楽しむ

2 病気がどのように回復していくのを知る

ケアプラン

	具体的に行うこと	担当者	いついつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	退院後に訪問につなげる活動(アロマやリラクゼーションを行う) 対人関係評価を行い、地域支援センターやDCにつなぐ	K	2007/11/1 ～11/21	
心理面 (心理教育, 薬の説明)	らくらくスクールでの確認をする。「薬の重要性が分かった」と言っているので、 このような箇所を伸ばす	T	2007/11/1 ～11/21	
社会面 (社会資源の紹介など)	障害厚生年金の取得。 DC利用	A	2007/11/1 ～11/21	
家族支援	家族面談(退院前面談)→Fa:「以前、菊地HPのDCで対人トラブルがあり心配 している」⇒次回面談時に確認(説明し同意を得れば、地域支援の足場作りを 行う)	F S A T T	2007/11/1 ～11/21	
地域スタッフとの連携	生活支援センター職員とのケア会議(PSWに調整依頼):継続	A	未定	
その他	Dr.:「人の話を聞くようになった」あまり急がせない方が良い」 母:「病前はおとなしかった。悪くなった時に、用事もないので電話をかけまくっ ていた」 Dr.:「退院を急がず、ゆっくり確実にして」 感情調整困難。躁状態。過干渉気味。心理教育と病棟レクには参加している。 親への申し訳なさを語る。また、訪問リハや福祉就労に興味を示す。	O		

ケアプラン作成日 19年 11月 1日

見直し予定日 19年 11月 22日

施設名：A病院

報告者（キーマン）： H （臨床心理士）

1. 事例紹介

[基礎情報]氏名:Q, 年齢:29歳, 性別:男性, 診断:強迫性パーソナリティ障害

[現病歴]入院までの経過:大学卒業後2年間の就職浪人を経て, X-4年に郵政公社に就職し東京にて勤務するが入社1ヵ月後, 接客中に手の震え・不眠や意欲の低下といった症状が出て, 心療内科を受診(“うつ病”と診断). 退職後, 国家公務員試験Ⅱ種に合格し, X-2年に〇県のJセンターに事務職として勤務. X-1年に不眠や意欲の低下が出現・悪化し, クリニックを受診. しかし抑うつ状態は改善されず, 休職し帰省して自宅療養を行う. 軽快してX年4月に復職したが, 1ヶ月ほどで再度調子を崩し, 休職. 主治医より入院治療を勧められ, S病院を受診後, X年6月当院を紹介され, 入院に至る.

2. 初期アセスメント

こだわりの強さや融通性の欠如など強迫的な傾向が当初から強く, 神経質かつ過剰に物事に対して心配する様子が見られた. 自尊心はやや肥大的で, 身分(職業や地位)へのこだわりが強い. 知的には言語性が高く, 動作性は平均以下である. 作業や活動能力は低いと思われる. 素直かつ実直で我慢強く, 自分のペースや考えを優先しやすい. 本人に対して父親は寛大であるが, 母親は接し方に不安を抱き戸惑いが見られる. 妹は静観している.

3. 治療・援助の目標と方針

国家公務員は辞めないで, 仕事を継続していくという本人・家族の希望を考慮し, 国家公務員という職業(身分)への復帰を目標とし, 職場復帰のタイミングについて話し合っていく. そのためには休息を促し, また自分のペースや時間を取れるように援助していくとともに, 家族に病気への理解を深めてもらい, 適切なタイミングで地域関係者とも情報を共有していく.

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

入院直後より OT 開始となった. 野球への思い入れが強く, 開始直後よりキャッチボールに積極的に取り組んできた. 「やらないとどんどんできなくなる」との思いも強く, 強迫的に取り組んでいた傾向もある. しい調子が悪いときにも無理して取り組んでしまうことはなくなり, 「左手でこれくらいできれば良いか」と捉えるなど, 柔軟に対処できるようになった. ずっと拒否的であった運動以外の作業に関しては, 箱作り法の実施をきっかけとし, 作業への自信と達成感から, 自ら作品製作を希望する事が増えた. 初めての作業段階では, コツをつかむのに時間を要し, 結果的に雑な仕上がりととなるが, 本人は満足感を得やすく, 作品への愛着心は強いようであった. 今までできないと思っていたことでもやってみればできるとの思いは, 自信につながった. ただし, 要領の悪さと, 高い自己評価が今後仕事を行う上でどう影響するかということに関しては, 本人にはフィードバックできていない状態である.

(2) 早期心理教育

今まで継続してきた心理面接にできるだけ自然な形で「ドリル」を取り入れて, 4回1クールで実施した. 再発のサインを確認し, その対処法について一緒に実行可能な案を出し合った. ポイント以外は宿題として, 読んだり考えてきてもらった. その他, 職場復帰に関連する内容を話したり, 本人の興味や趣味など肯定的な面について話し合った. 「マイペースを守りぬくこと」「調子が良いときほど慎重に行動して, 無理しないこと」「病気の経験から学んだ教訓を活かすこと」など, 本人が復帰(退院)後に必要な行動規範を組み立て, 意識して行動していくようになった.

(3) 資源制度の情報提供

医療費の負担を減らしたいとの希望があり, 限度額認定証の話をする. 福祉医療についてはB市では手帳を持っていても対象にならず, その説明を本人にした. 結果的に制度とは別に手帳を取得したいと本人が希望し, 本人が書類を取り寄せて手続きをした. 職場復帰に関しては, 本人に職場と交渉する能力が十分にあったため, 本人主導で, こちらからの介入は控えた.

(4) 家族支援

家族の関わりが少なく, 外出もまれな状況から, 徐々にではあるが家族への病状説明や職場復帰についての話をしていく中で, 家族との信頼関係ができあがってきた. そして家族の心配や苦勞・不安などを理解し受容的に接していく中で, 外出の機会も増え, 家族が希望や要望などを率直に話してくれるようになった.

(5) ケア会議・地域連携・その他

家族の仕事上, ケア会議に参加してもらうことが困難であったが, 会議で決めた方針や近況は, 後日入院してもらって伝達および確認し要望を出してもらうことで連携を図った. 地域との連携は遠隔地であること・公務員であることが・本人に能力があることから, 積極的な介入は控えて本人に任せ, 必要に応じて連絡を取った. その延長で, 職場の責任者に来院してもらい, 職場復帰の時期や工夫など詳細について直接話し合い今後も連絡を取りやすくなった.

5. 結果 (成果と転帰, 退院後のケアプランなど)

B P R S: 22⇒27 / G A F: 50⇒60 / S F 3 6 v 2: 107⇒114

[作業面] 作業に対して苦手意識を持っていたが, 作品の完成などを通して自信をもち, 充実感や満足感を得るようになっていった. また新しい課題にも挑戦するといった意欲の回復も見られた. [心理面] 再発ドリルによって, 本人がその内容をいかし, 困難な状況を乗り越える一助になった. 継続してきた心理面接にドリルを組み入れることで, 再発(危機)時の症状や対処法について双方で確認できた. [資源面] 必要に応じて的社会的資源や社会制度の情報提供の結果, 医療者に頼ることなく本人が主導で動いてもらうことになった. [家族面] 家族との連携がとれ, 病状などを説明し, 理解してもらうことができた. 外泊が増え家族は接し方に戸惑いが強まったが, 本人のペースを尊重するようになった. [地域面] 保健師等の関わりはなかったが, 適切なタイミングで職場環境の調整をはかれ, 退院までの道筋ができてきた. [全体] スタッフの意思統一がはかれ, チームとしての話し合いや促進され共通の目標を意識

しながらの介入がはかれた。生物・心理・社会的といった包括的介入を、一チームとしてまとまりながら取り組むことができた。[今後] 現在は退院後の職場復帰に向け、職場関係者とのカンファレンスの機会を設ける等、職場の環境を調整する方向で進められている。入院から7ヶ月経過している現在、入院は継続されている。

6. 考察

BPRSは施行時の本人の心理的状况に影響され、点数が上がっていた。項目を見ると、「心氣的訴え」「不安」「疑惑」がそれぞれ1点ずつ上がり、「緊張」は2点上昇している。評価時は職場復帰に向けて上司との面接が決まった時期であり、緊張や不安は高まったものと思われる。

作業面では、今まで強く苦手意識を持っていた作業に対して、拙くても時間をかけて一つ一つ作品を完成させていくことで、自己効力感を持ち、同時に達成感や充実感を持てるようになっていった。そうした積み重ねにより、苦手意識が軽減され、新しい課題に意欲的に取り組み、試してみようという気持ちが少しずつ高まっていった。

心理面では、今までの話し合いと並行しながら再発ドリルを実施したところ、対人関係での躓きにより孤立感を深めた時期に、再発ドリルで確認した内容を実施して、そうした状況を乗り越えることができた。視覚的に訴えたと理解しやすいと言う本人の特性が、再発サインと対処法を目に見える形式に残し確認するという行動へとつながりやすかったのだと思われる。

家族面では、入院当初関与の少なかった両親に対して、病状や経過を丁寧にICしていくことで、関わりの機会が増え、家族の置かれた状況や気持ちを理解し共感的に接していくことができるようになった。

資源面では、本人の力を尊重し、本人から希望のあったときに情報を提供した。あまり過干渉にならずに、本人が取り組める部分は任せるといった関わりは、その後本人自ら上司や人事院に問い合わせをして、職場復帰について考え決定するという態度につながった可能性がある。本人の自主性や意向を尊重し、本人の関与や能力を奪わない配慮もまた重要だと考えられた。

地域面では、遠隔地域のため連絡をとるのが困難であったが、治療が進み職場が近くなってきた時期に、職場の上司と連絡を取り合い、具体的な話ができ、復帰する職場環境の理解や調整に向けて取り組むことができた。

全体で見ると、共通した治療目標を意識して、各職種がそれぞれの側面から包括的に介入することができた。ケア会議を通して、チームとしての共通の認識がはかれたことが大きかったと思われる。様々な疑問や課題もケア会議を通して提示かつ解決されたことが多く、ケア会議の重要性を示唆するものであった。

7. 課題 (事例から得られた早期退院プログラム・地域生活移行システムに関する課題をお書きください)

本事例は、対象疾患が強迫性パーソナリティであり、職場が遠隔地ということも含めて、特殊なケースとも言える。薬物療法と同時に心理社会的介入が特に必要だと思われたケースだった。本プログラムの他疾患への適用という視点を含めて、課題や問題をまとめることにする。

[評価尺度について] 今回の事例は、本来の早期精神病介入と異なる“パーソナリティ障害”の対象者が選定されたため、BPRSによる評価は困難さがあり適切と言えないものであった。認知やパーソナリティを測定する簡便な評価尺度があれば適切な評価になった可能性が高い。また早期精神病という精神病症状を包括的に測定するのであれば、PANSSなども考慮できる。いずれにしても、早期介入の多様な疾患への適用という観点からみると、それぞれに対応した評価尺度を工夫していく必要性を改めて感じた。

[再発ドリルについて] 本人用の心理教育はツール(再発ドリル)もあり、比較的介入しやすいものであった。視覚に訴えやすく形に残るという点で、今回は特に効果的であった。一方で、再発ドリル(Back in the Saddle(BITS))は図が欠如していたり、構成やポイントが把握しにくく苦慮してしまうという意見も聞かれた。もともと、1. 関わりと教育的介入、2. 再発サインの同定、3. 再発ドリルの使用、4. リハーサルとモニタリング、5. 再発サインと再発ドリルの説明という5ステージにそっての構造的アプローチの説明がされているとわかりやすい。加えて心理教育用のリーフレット(EPPICのFactsheetなど)で、症状・早期サイン・治療法や経過などの説明があると、より深い病気の理解につながる。そうした自分の疾患を理解した次の段階として、再発防止に向けて取り組むと有意義になると思われる。同様に家族用のリーフレットなどあればより理解や協力が得られやすいものと思われる。しかし一方で、活動や作業・社会的資源や制度・家族支援はツールに頼らず、ケースや状況に応じて自由に介入できた利点もあり、状況に応じて使い分けていく必要性も感じた。

[アセスメントについて] 包括的アセスメントは量が多すぎて時間がかかりすぎてしまう。原版のように2ページくらいのほうが見やすく、使いやすい。Mental Status Examinationが付加されていれば、さらに精神機能や状態像を把握しやすい。ただし何もフォームがないよりは、幅広くアセスメントできるという点においては良いと思う。

[ケア会議について] 初めてプログラム導入ということもあり、実施にかなり時間がかかった。チーム全員が同じ時間に揃うということが難しいというもあった。ケア会議は、チームの連携という非常に重要な要素を担うものだと思うが、どう時間を短縮するかということは課題だと思われる。

[地域生活移行システムについて] 遠隔地のため地域生活移行システムの構築は困難であった。地域の前主治医にも入院中の様子や今後について説明していかなければならない。遠隔地域に対して、どう情報を提供し、サポートしていくかが今後の課題である。

事例報告 Summary Sheet [施設名：A病院 患者：Q氏 29歳 男性 ケアカー：H 職種：臨床心理士 男性]

	入院1～プログラム導入	導入～2週目	1カ月目	2カ月目	3カ月目
日常生活の様子	病棟グループワークに出席したり、OTでキヤッチボールをしたりして、休息や気分転換に努める。外泊を何度か重ね、診断名や職場復帰を過剰に心配して、気分が落ち込み臥床がちになる。	職場復帰の時期や扱いについて不安が高まり、気分が低下し、体の倦怠感を訴え、日中ほとんど目床で臥床して過ごした。	徐々に調子は向上きになるが、「あまり無理しないように」と自分のペースを心がけている。恋愛で調子が上下し、外出中に混乱し母親が泣いて心配した。	自ら調子の波を意識して、比較的穏やかに過ごす。恋愛で気分が高揚し、やや過活動気味になるが、失恋を契機に取り乱し、異常行動も見られるが収束した。	しばらく穏やかに過ごしていたが、職場上司との面接が決まってから不安が増し、活動量が減少。面接後、徐々に意欲を取り戻していき、
ケア会議の概要と目標設定	本時点までの入院の経過および導入の可否について検討する。	入院経過や診断および性格特徴を確認し、入院目標や治療の方向性を検討した。	ケアプランを作成し、本人とご家族とで確認。プランに沿って、早期プログラムを開始した。	未実施。	現在までの経過を確認し、今後の方向性を検討し、まとめとする。
薬物療法	パキシル(10)3T ロビゾール(2)1T ロンフルマン(0.25)1T ドラール(15)1T	本人の病状に合わせて、アナフラニール(10)3T、ロンフルマンを1T追加。	左記同。	左記同。	左記同。
早期作業療法	毎日OTに入室し、強制的にキヤッチボールを実施し、病棟ストレッチやエアロバイクを実施。上達が見られるも、本人に満足感を得られない様子であった。	ミサンガ作りを試行したが、気分が落ち込みと意欲の低下が見られ、OTへの入室が激減した。	徐々に調子を取り戻し、ミサンガ作りが完成したことでも自信を持ち、箱作りにも挑戦。体調を考慮して、慎重にOTに参加していた。	箱作り法を実施し、物作りへの自信がついたと、革細工初挑戦。集中力はあるが、仕上がりは雑。達成感や満足感が得やすく、作品への愛着を強く示した。	毎日入室はするが、キヤッチボールにこだわるとは減少し、マイペースに過ごす。新たな作品製作にも意欲的に取り組む。恋愛についての相談が増える。
早期心理教育	心理検査(WAIS-III, MMPI, Rorschach等)を実施し、フィードバック。本人から目標を3つ出してもらい(趣味・人との挨拶・自己分析)、その課題目標をもとに心理面接を行った。	心理的アセスメントを実施し、心理面のケアプランを本人と確認。同時に“課題”についての心理面接を継続する。	ドリルを4回実施。再発のサインを慎重に確認する。対処法については自ら積極的に考え取り組む。調子は向上きであった。	ドリル終了後、職場復帰や対人関係(恋愛)について話し合う。入院中に自己評価が高まったと、自信を持つ。職場復帰の不安は高いが、落ち着いて話し合うことができる。	職場復帰上の留意点やタイミングについて話し合う。入院中に自己評価が高まったと、自信を持つ。職場復帰の不安は高いが、落ち着いて話し合うことができる。
資源制度情報提供	「貯金が尽きてきて厳しいので、医療費の負担を減らしたい」との希望があり、医療費について相談に応じた。	精神保健福祉手帳の取得について、使える制度について相談を受け、それに応じた。	職場復帰についての相談に応じた。	職場復帰について話し合う。本人が「自分で職場と連絡したい」と希望し、その連絡の結果を聞いた。	本人と職場とのやりとりの結果を聞き、相談に応じる。
家族支援	両親は自営業のため、面会の機会が少なく、治療への理解が低いように思われた。	面談した結果、病気への理解は改善されたが、本人への関わり方についての母親から戸惑いの声が聞かれた。	試験外泊時に、対人関係に関連した出来事によって本人のライラが見られ母親はやや困惑したが、妹の介入によって落ち着きを取り戻した。	病状や近況の説明を通して、家族は理解を深め、外泊の機会なども増えていった。また心配や懸念・不安や要望を率直に話してもらい、受容的に接し助言などの介入を行った。	職場復帰に向けて、本人の病状を鑑みながら家族と話を進める。以前より本人に対して、家族は落ち着いて接している。
地域連携その他	未実施。	未実施。	本人主導。	医師から病状の説明や職場復帰の工夫やタイミングなどについてなどを電話で話した。	職場上司が来院し、面接。職場復帰について、具体的に話を進める。

より良い回復のためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

1. 国家公務員を辞めないで、職場に復帰して、できる範囲の仕事をこなしていくこと。
2. 国家公務員をやりながら、他の(職業)選択肢を探していくこと。

当面(この1ヶ月)の目標

1. 仕事のことを考えずに、心身ともに休養していくこと。

2

ケアプラン

医師 ADR
 看護師 SNS
 ワーカー HPSW
 作業療法士 H OTR
 臨床心理士 H CP
 地域スタッフ

	具体的にいうこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	休息を勧め、リラクゼーションや映画など無理のない範囲での活動を促していく。	OTR	～11月末	
心理面 (心理教育, 薬の説明)	安定した生活を送っていくために、症状の落ち着きを待つ。その後、テーマに基づいた話し合いを行っていく。	CP	～11月末	
社会面 (社会資源の紹介など)	職場復帰のタイミングなどについてご本人と話し合っていく。	PSW	～11月末	
家族支援	病气への理解を深めてもらい、ご本人への関わり方について考えてもらう。	DR NS	～11月末	
地域スタッフとの連携	地元の関係者と職場調整に基づいて情報の共有を行う。	DR PSW	～11月末	
その他				

ケアプラン作成日 2007年 11月 2日

見直し予定日 2007年 11月 30日

より良い回復のためのケアプラン表(2)

あなたの担当者

将来の目標

1. 国家公務員を辞めないで、職場に復帰して、できる範囲の仕事をこなしていくこと。
2. 国家公務員をやりながら、仕事第一ではなく、自分の時間を大事にできるようにする。

当面(この1ヶ月)の目標

1. 仕事のことを考えながら、心身ともに休養していくこと。

2

ケアプラン

	具体的に言うこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
活動面 (作業療法, 病棟生活など)	箱作り法を行い, 本人に自分の作業特徴を知ってもらい, 作業への取り組み方を考えていく. それに沿って, 集中力の向上や作業に慣れていくための作品製作を実施していく.	OTR		
心理面 (心理教育, 薬の説明)	ドリルを心理面接に取り入れて再発の前兆・サインや、対処法について考え、実践に向けて支持的に関わっていく。	CP		
社会面 (社会資源の紹介など)	職場復帰のタイミングなどについてご本人と話し合っていく。	PSW		
家族支援	病气への理解を深めてもらい、ご本人への関わり方について考えてもらう。	DR NS		
地域スタッフとの連携	地元の関係者と職場調整に基づいて情報の共有を行う。	DR PSW		
その他				

ケアプラン作成日 2007年 11月 30日

見直し予定日 2007年 12月 日

研究アドバイザー

松本 紀和（東北大学精神科助教授）

研究協力者（協力病院）

飯尾 和美（安曇総合病院・長野県）

杉村 直哉（いぬお病院・佐賀県）

田尻 威雅（桜ヶ丘病院・熊本県）

太田美津子（竹田総合病院精神科・福島県）

香山 明美（宮城県立精神医療センター・宮城県）

研究担当	精神障害問題担当副会長	山根 寛
	精神障害問題担当理事	香山 明美
		大丸 幸
		荻原 喜茂
		棚沢 直美
		小林 正義
		坂井 一也
		鶴見 隆彦

平成19年度障害者保健福祉推進事業

精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び
地域生活移行のシステム構築に向けた研究報告

社団法人 日本作業療法士協会

〒111-0042 東京都台東区寿1-5-9 盛光伸光ビル7階

電話 (03) 5826-7871

FAX (03) 5826-7872
