

平成20年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援研究プロジェクト）報告書

精神障害者の退院促進および 円滑な地域移行のための 地域支援体制構築に向けた研究



社団法人 日本作業療法士協会

目 次

研究報告書 1

資 料 49

事 例 集 71

研究名「精神障害者の退院促進および円滑な地域移行のための 地域支援体制構築に向けた研究」

研究の目的

精神科病院入院患者の退院を促進させ、地域生活を安定したものにするための移行時期の医療体制（訪問看護やデイケア・外来OT等）と市町村等地域の支援体制（自立支援法のサービス等）のあり方及び医療と地域の連携のあり方を示すことを目的とした。

研究の方法

1. 研究協力者による委員会を設置し、2回の委員会を開催し、退院促進のための支援体制及び医療と地域の連携のあり方について検討した。検討した内容は以下の通りであった。
 - ① 精神科病院入院患者の退院促進に向けた病院内支援体制のあり方
 - ② 退院促進に向けた病院内プログラムのあり方
 - ③ 入院中からの地域支援者の介入のあり方
 - ④ 退院後の地域生活の安定に向けた医療における訪問看護、デイケア、外来OT等の支援のあり方及び地域との連携のあり方

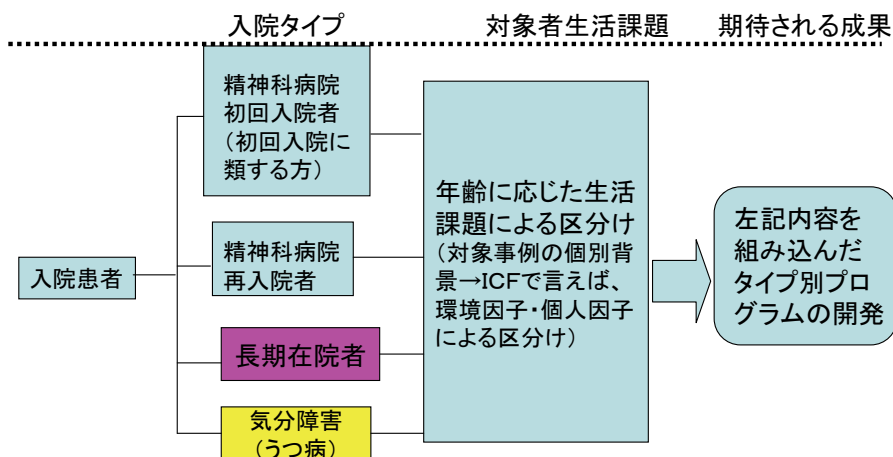
2. 1. で提案された退院促進のための支援体制及び医療及び地域の連携のあり方に沿って、協力病院によるモデル的試行を行った。

[試行の実施内容]

- ① 対象事例：i 初回入院患者、ii 再入院を繰り返している患者、iii 長期入院患者の3群を想定し、それぞれの支援体制を組み、退院促進と退院後の支援を実施した。
(疾患としては認知症を除く、統合失調症、感情障害、など)

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。

② 事例への支援体制

- i. 病院において医師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士，臨床心理士等の多職種チームによる支援体制を作り，退院後の生活を想定したプログラムを実施した。
- ii. 入院中から本人・家族，病院内多職種チーム及び地域支援者が入ったケア会議を実施し，退院後の支援体制を作るとともに，退院後定期的に患者の動向をモニタリングした。
- iii. 退院後は医療においては，入院中から馴染みのあるスタッフが訪問やデイケア，外来OT等により継続支援を行った。
- iv. iii, ivはキーワーカーによるアセスメントをもとにケア会議を定期的（1ヵ月後，2ヵ月後，3ヵ月後など）に実施し，支援内容を生活の安定度に合わせて変更していった。

③ 対象者の生活能力向上に向けた支援

対象事例には，定期的に生活能力等の評価を行い，入院中から退院後まで継続的な向上に向けたプログラムを実施した。

④ ①～③の流れを一貫した支援者（キーワーカー）がマネジメントしていった。

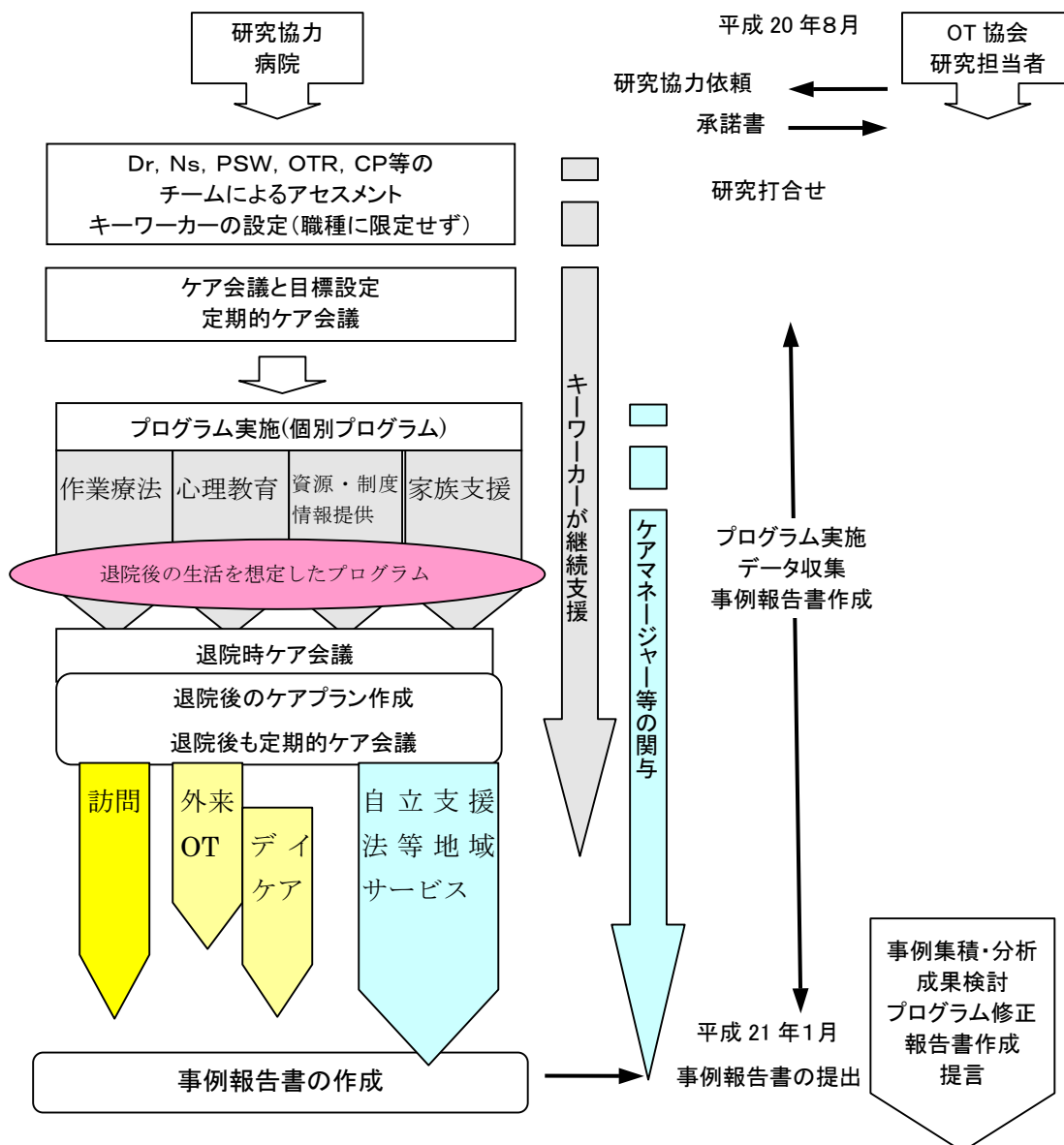


図 研究協力病院における研究の流れ

4. 研究協力病院における試行結果

(1) 研究協力病院の選定

平成 20 年 6 月に長崎で行われた第 42 回日本作業療法学会において平成 19 年度障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)「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」の取り組みについて報告を行った会場で、本研究の協力に関するアンケートを実施した。また、社団法人日本作業療法士協会のニュースに協力病院の募集記事を掲載した。その結果、平成 20 年 8 月までに協力可能となった施設が 20 施設であった。

研究協力施設一覧

1. 北見赤十字病院	北海道
2. 宮城県立精神医療センター	宮城県
3. 竹田総合病院（精神科）	福島県
4. 榛名病院	群馬県
5. 訪問看護ステーション ACT-J	千葉県
6. 北原リハビリテーション病院	東京都
7. 武田病院	神奈川県
8. 嶺南病院	福井県
9. 住吉病院	山梨県
10. 滝澤病院	長野県
11. 西川病院	島根県
12. 萩病院	山口県
13. 和ホスピタル	愛媛県
14. 福岡病院	福岡県
15. 福岡県立精神医療センター太宰府病院	福岡県
16. 八幡厚生病院	福岡県
17. いぬお病院	佐賀県
18. 桜ヶ丘病院	熊本県
19. 吉野病院	鹿児島県
20. 宮里病院	沖縄県

(2) 試行（研究協力）期間

平成 20 年 9 月から平成 21 年 1 月であった。

(3) 最終報告事例数

20 施設から最終的には 43 事例の報告があった。

あわせて協力病院より、本研究の対象者と同時期に入院し、年齢、性別、診断等の属性が似通った人を対照例として選定してもらい、GAF、BPRS、生活チェックリスト（ISDA 改訂版）の

実施を依頼した。その結果、8施設より計15名の対照例が得られた。なお、対照例にはそれぞれの施設で通常の精神科治療・リハビリテーションプログラムを実施してもらった。（表1を参照）

（4）研究協力病院の状況

研究協力病院には、施設の概況が分かる施設チェックリスト（別紙2）を提出いただいた。その結果を示す。

1）医療機関の種類

20施設の内訳は、精神科病院が16施設（80%）、一般病院が1施設（0.5%）、地域支援病院が1施設（0.5%）、特定機能病院+地域支援病院+その他が1施設（0.5%）、訪問看護ステーションが1施設（0.5%）であった。

2）病床数

20床から500床で、20施設の平均は210.8床であった。

3）平均在院日数

58日から1939日で、18施設の平均は488日であった。

4）精神科作業療法の従事者数

作業療法士の従事者数は1名から11名で20施設の平均は5.25名であった。病床数との関連では、作業療法士一人あたりの入院患者数は40.15人であった。

5）対象疾患

対象としている疾患は、統合失調症、気分（感情）障害がそれぞれ20施設、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害は18施設、人格及び行動の障害、器質性精神障害がそれぞれ17施設、精神遅滞が16施設、精神作用物質による精神及び行動の障害が14施設、その他（高次脳機能障害、医療観察法鑑定入院など）が5施設であった。

6）作業療法士が関与しているサービス

外来作業療法が16施設、デイケアが12施設、ショートケアが8施設、デイ・ナイトケアが5施設、ナイトケアが4施設、重度認知症デイケアが3施設であった。治療支援として作業療法士が関与しているものとして、心理教育プログラムが17施設、精神科退院前訪問指導、精神科訪問看護指導がそれぞれ15施設、SST、就労支援がそれぞれ14施設、地域支援が13施設であった。

7）施設内でのケース会議の開催頻度

週1回が7施設（35%）、ほぼ毎日が5施設（25%）、週2～3回が3施設（15%）、月1～2回が2施設（10%）、その他が3施設（15%）であった。

8）地域・他施設との連携の状況

保健所・保健センターが18施設、共同作業所17施設、社会復帰施設（援護寮、授産施設など）、地域生活支援センター、活動支援センター、福祉事務所がそれぞれ16施設、相談支援事業所・相談支援専門員、ハローワークがそれぞれ15施設、家族会、精神保健福祉センターがそれぞれ13施設、他病院・診療所、学校・企業・職場がそれぞれ12施設、自立支援協議会が11施設、地域障害者職業センターが9施設、ボランティアセンターが8施設、患者会が4施設であった。他施設・機関との連携がとれていない施設はなかった。

研究協力病院は、上記のように作業療法士も比較的多く配置されており、リハビリテーションサービスも多様に展開し、他施設・他機関との連携もとれている施設であった。

(5) 報告事例の概要

①. 対象者 43 例の属性

1) 年齢分類

43 例の年齢は 16 歳～79 歳, 平均年齢は 40.9 ± 15.8 歳であった. 内訳は 10 歳代が 1 名 (2%), 20 歳代 10 名 (23%), 30 歳代 14 名 (32%), 40 歳代 5 名 (12%), 50 歳代 6 名 (14%), 60 歳代 5 名 (12%), 70 歳代 2 名 (5%) であった (図 1).

2) 性別分類

43 名の内訳は男性が 24 名 (56%), 女性が 19 名 (44%) であった (図 2)

3) 診断分類

43 例の診断は統合失調症 (統合失調症圏) が 40 名 (93%), うつ病 (うつ病圏) が 3 名 (7%) であった (図 3).

4) 入院期間

対象者 43 名の入院期間は, 3 ヶ月未満が 16 名 (37%), 3 ヶ月～1 年未満が 11 名 (26%), 1 年～5 年未満が 5 名 (12%), 5 年～10 年未満が 7 名 (16%), 10 年以上が 4 名 (9%) であった (図 4). 対象者の平均入院期間は $1,231 \pm 2,211$ 日, 最短は 32 日, 最長は 9,156 日であり, 10 年以上のなかには, 20 年以上の長期入院者が 3 名含まれていた.

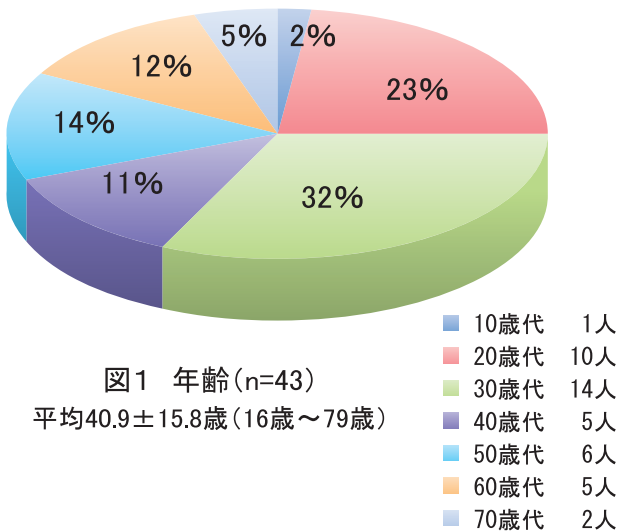


図1 年齢 (n=43)
平均 40.9 ± 15.8 歳 (16 歳～79 歳)

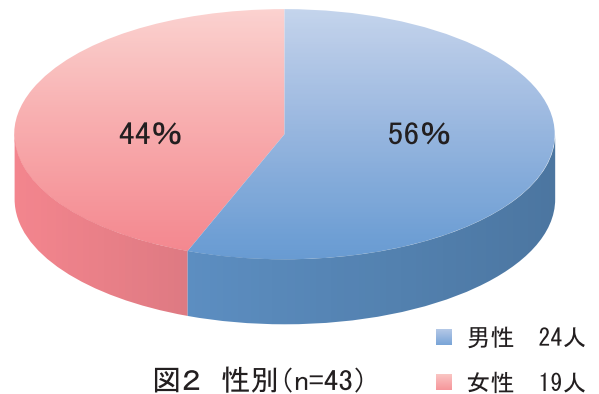


図2 性別 (n=43)

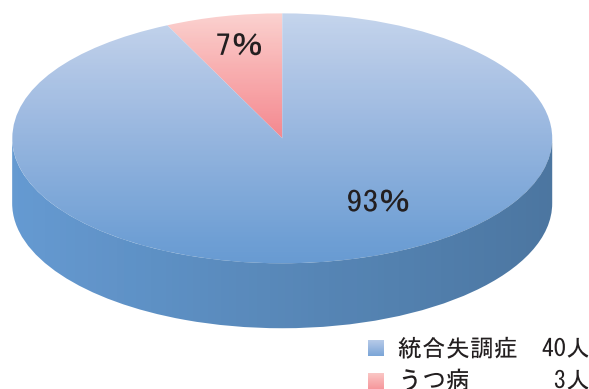


図3 診断分類 (n=43)

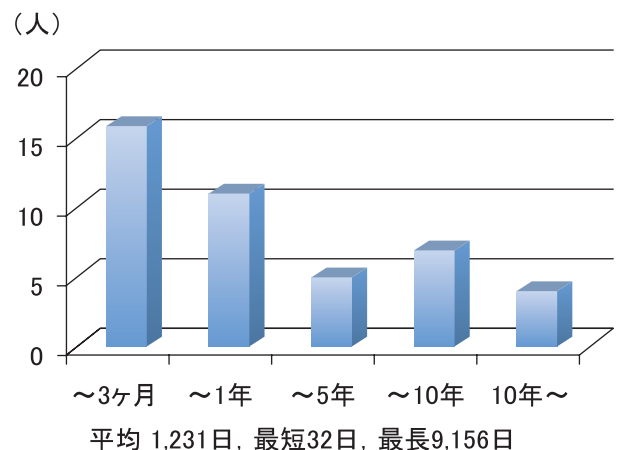


図4 入院期間 (n=43)
平均 1,231 日, 最短 32 日, 最長 9,156 日

5) 入院回数

対象者 43 名の入院回数は、1 回が 14 名 (33%)、2 回が 8 名 (19%)、3 回が 4 名 (9%)、4 回が 5 名 (12%)、5 回が 1 名 (2%)、6 回が 3 名 (7%)、8 回が 2 名 (5%)、9 回が 1 名 (2%)、10 回以上が 2 名 (5%)、不明が 1 名 (2%) であった (図 5)。入院最多は 12 回であり、平均すると対象者は 3.5 回の入院経験を有していた。

6) ケア会議の回数

実施したケア会議の回数は、1 回が 3 名 (8%)、2 回が 5 名 (12%)、3 回が 9 名 (21%)、4 回が 7 名 (16%)、5 回が 12 名 (28%)、6 回が 4 名 (9%)、7 回が 2 名 (5%) であり、平均 4 回のケア会議が実施されていた (図 6)。

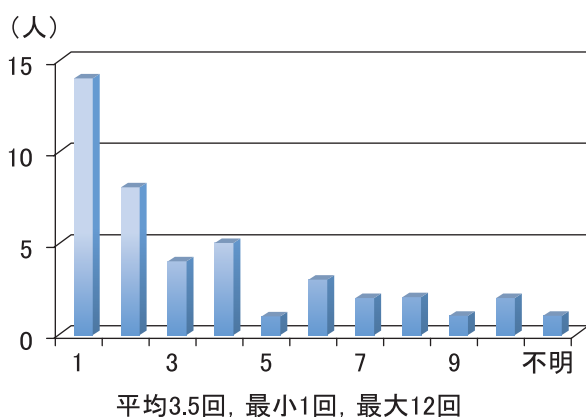


図5 入院回数 (n=43)

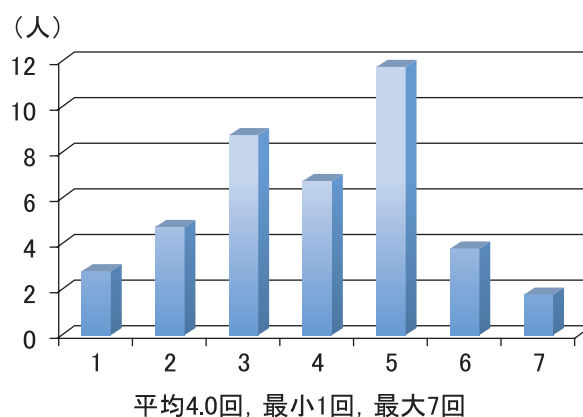


図6 ケア会議の入院回数 (n=42)

7) 対象者の群分類

対象者 43 名のうち、統合失調症の 40 名を入院回数と入院期間から 3 群に分類した。第 1 群は初発及び初回入院の人達であり「初発・初回入院群」とした (n=10)。第 2 群は入退院を繰り返し、今回の入院が 1 年未満の人達であり「入退院群」とした (n=14)。第 3 群は 1 年以上入院している人達であり「長期入院群」とした (n=16)。群分類の基準を表 1 に示した。

表 2 に各群の年齢、入院期間、入院回数、ケア会議数を示した。年齢は初発・初回入院群、入退院群、長期入院群の順に高く、3 群間に有意な差 ($p < 0.05$) が認められた。入院期間は長期入院群 (3103.8 日) が極端に長く、入院回数は入退院群の 4.9 回が最も多かった。ケア会議の開催数は入退院群で多い傾向を示したが、3 群間で有意な差は認められなかった。なお、気分障害群は年齢が高く、入院期間、入院回数、ケア会議数が少ない傾向を示した。

表1 群分類の基準

	分類基準	分類名	例数
1	初発及び初回入院	初発・初回入院群	10
2	入退院を繰り返し今回入院が 1 年未満	入退院群	14
3	1 年以上の入院者	長期入院群	16
4	気分障害	気分障害群	3

表2 年齢・入院期間・入院回数・ケア会議数の群間比較

	初発・初回入院群 (n=10)	入退院群 (n=14)	長期入院群 (n=16)	危険率 p	気分障害群 (n=3)
年齢 (歳)	31.5±8.5	37.2±14.1	45.6±14.3	*	64.7±23.9
入院期間 (日)	105.3±91.6	144.1±93.8	3103.8±2778.8	***	75.3±9.3
入院回数 (回)	1.1±0.3	4.9±2.8	4.2±3.1	**	1.3±0.6
ケア会議数 (回)	3.4±1.4	4.7±1.4	4.1±1.5	ns	2.0±1.7

mean±SD, Kruskal wallis test ; * p<0.05, ** p<0.001, *** p<0.0001

②. 評価尺度の比較

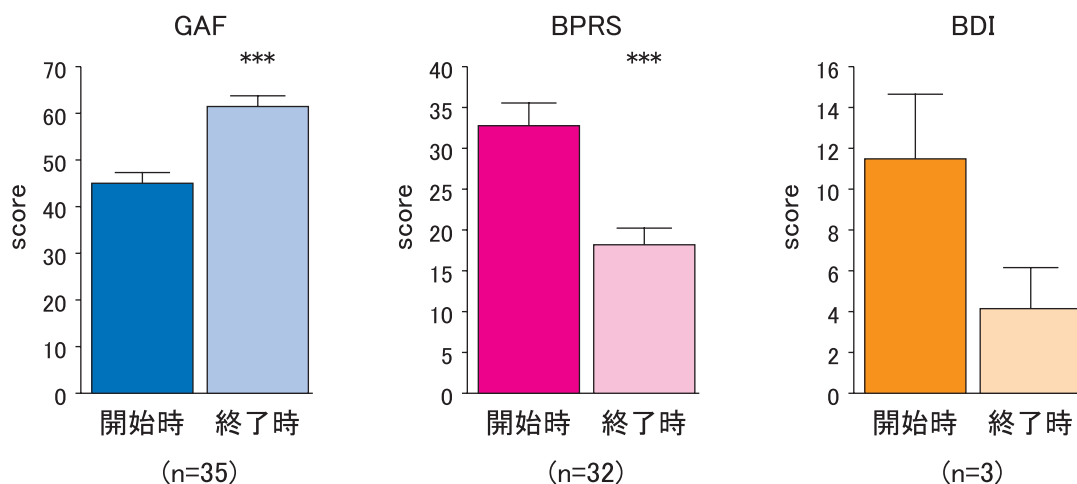
研究の開始時 (2008年9月) と終了時 (2009年1月) に以下の評価尺度を実施した。

- 精神機能評価 : 1) GAF 機能の全般的評定尺度
2) BPRS 精神症状評価尺度 (統合失調症のみ)
3) BDI ベックの抑うつ尺度 (気分障害のみ)
- 生活機能評価 : 4) 協会版ケアアセスメント
- 主観的体験 : 5) 生活チェックリスト (ISDA 改訂版)
- 満足度 : 6) 満足度アンケート (本人・家族・支援者)

研究期間の平均は 106.7±30.9 日であった。対応のある比較において、どちらか 1 回のみ実施したデータについては欠損値として扱い、以下の統計処理から除外した。

1) GAF・BPRS・BDI スコアの前後比較

開始時と終了時に GAF を実施した者は 35 名, BPRS を実施した者は 32 名, BDI を実施した者は 3 名であった。GAF スコアは開始時の 45.3±15.0 から, 終了時には 61.4±12.8 に有意に増加した (p<0.0001)。BPRS スコアは, 開始時は 32.4±16.3 であったが, 終了時には 17.9±12.1 に減少し有意差が認められた (p<0.0001)。BDI は気分障害 3 名を対象としており, 終了時にはスコアの減少傾向がみられた (図 7)。



Interval : 106.7±30.9 day mean±SE, Wilcoxon test : ***p<0.0001

図7 GAF・BPRS・BDIスコアの前後比較

2) GAF スコアの群別前後比較

統合失調症の対象者を、「初発・初回入院群」、「入退院群」、「長期入院群」に分け、研究開始時と終了時の GAF スコアを比較した。GAF スコアは「初発・初回入院群」は 41.1 ± 16.4 から 67.8 ± 16.0 へ、「入退院群」は 38.5 ± 13.8 から 59.2 ± 9.1 へ、「長期入院群」は 52.5 ± 13.8 から 57.5 ± 12.8 へといずれも終了時には有意な増加を示し、終了時のスコアは「初発・初回入院群」が最も高い傾向を示した (図 8)。

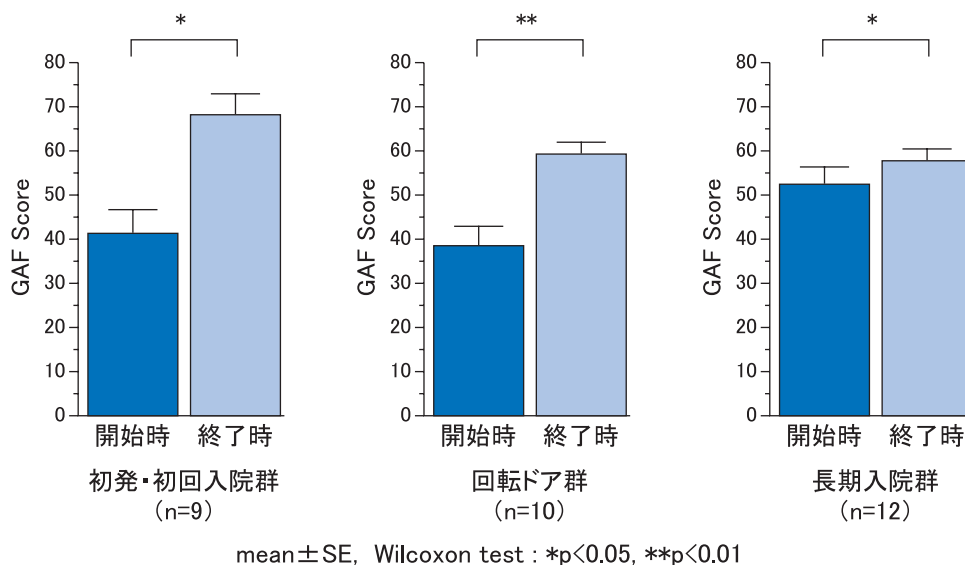


図8 GAFスコアの群別前後比較

3) BPRS スコアの群別前後比較

統合失調症の「初発・初回入院群」、「入退院群」、「長期入院群」別に研究開始時と終了時の BPRS スコアを比較した。BPRS スコアは、「初発・初回入院群」は 37.7 ± 17.6 から 11.7 ± 10.6 へ、「入退院群」は 35.8 ± 18.4 から 17.8 ± 11.4 へ、「長期入院群」は 26.2 ± 12.4 から 21.9 ± 12.3 へといずれも終了時には有意な減少 (改善) を示し、終了時の BPRS スコアは「初発・初回入院群」で最も低い傾向を示した。

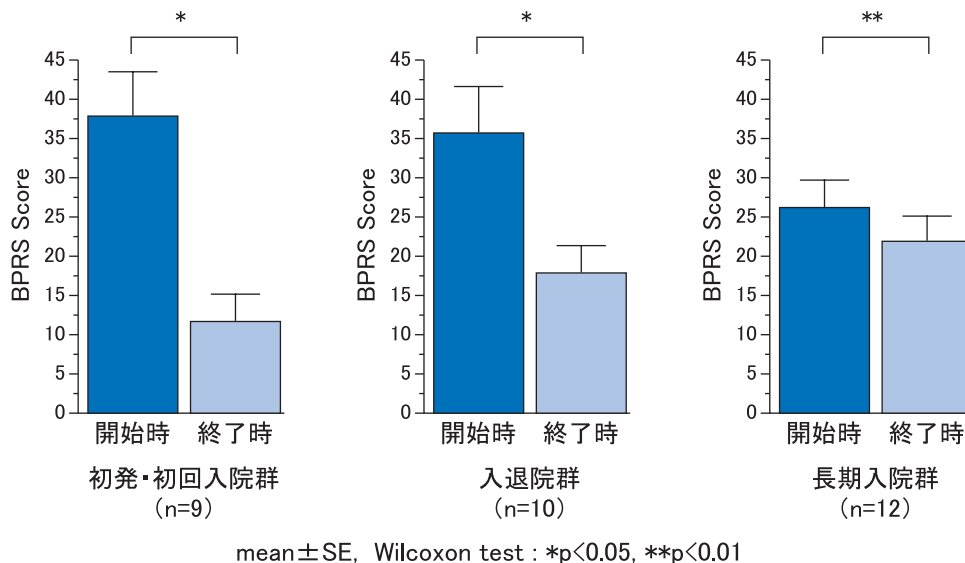
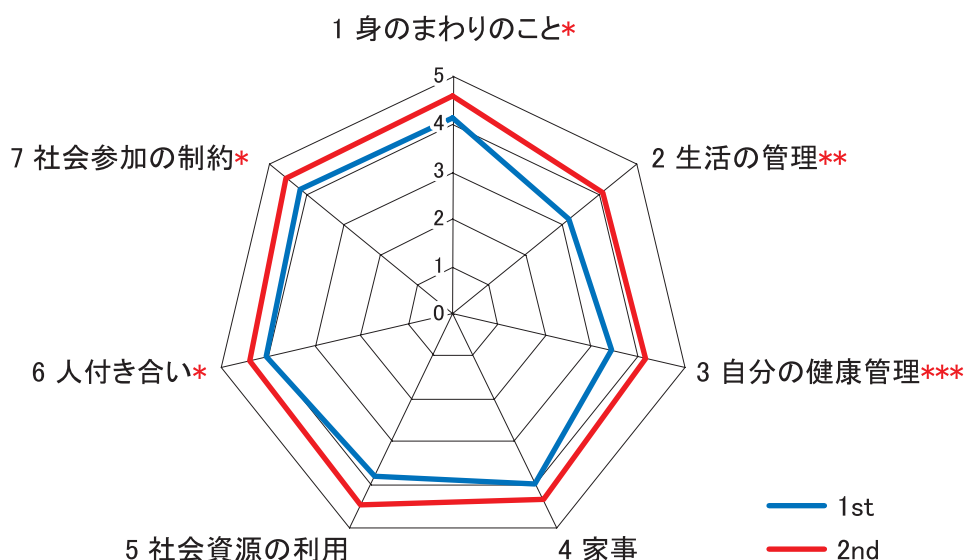


図9 BPRSスコアの群別前後比較

4) ケアアセスメントスコアの前後比較

開始時と終了時にケアアセスメントを行った対象者は23名であった。

23名の平均スコアを開始時と終了時で比較した。終了時のスコアは、開始時に比して「身のまわりのこと」(p<0.05)、「生活の管理」(p<0.01)、「自分の健康管理」(p<0.001)、「人付き合い」(p<0.05)、「社会参加の制約」(p<0.05)で有意に増加しており、終了時は「生活の管理」と「自分の結構管理」で増加が大きかった(図10)。



n = 23, Wilcoxon test : *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, Interval : 106.7±30.9day

図10 ケアアセスメント スコアの前後比較

5) ケアアセスメントスコアの群別前後比較

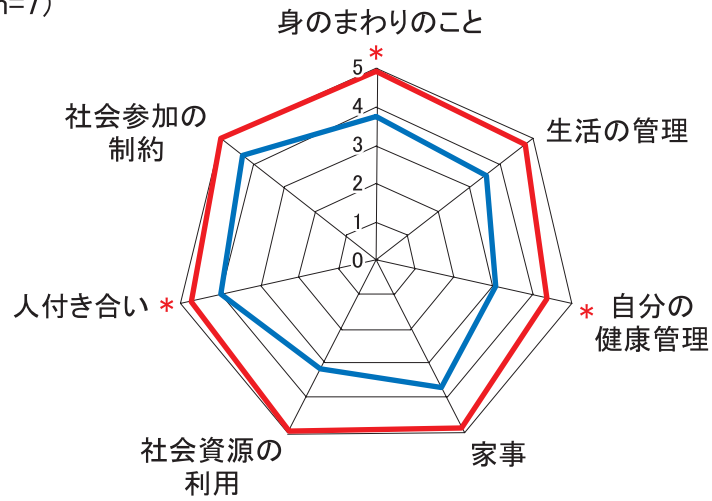
統合失調症の「初発・初回入院群」, 「入退院群」, 「長期入院群」別に, 研究開始時と終了時のケアアセスメントスコアを比較した(図11)。

「初発・初回入院群」はスコア変化が最も大きく, 「身の回りのこと」は3.75から4.93へ, 「生活の管理」は3.51から4.76へ, 「自分の生活管理」は3.08から4.31へ, 「家事」は3.70から4.86へ, 「社会資源の利用」は3.14から4.94へ, 「人付き合い」は3.96から4.75へ, 「社会参加の制約」は4.29から5.00へと増加し, 「身のまわりのこと」, 「自分の健康管理」, 「人付き合い」では有意差が認められた(図11-A)。

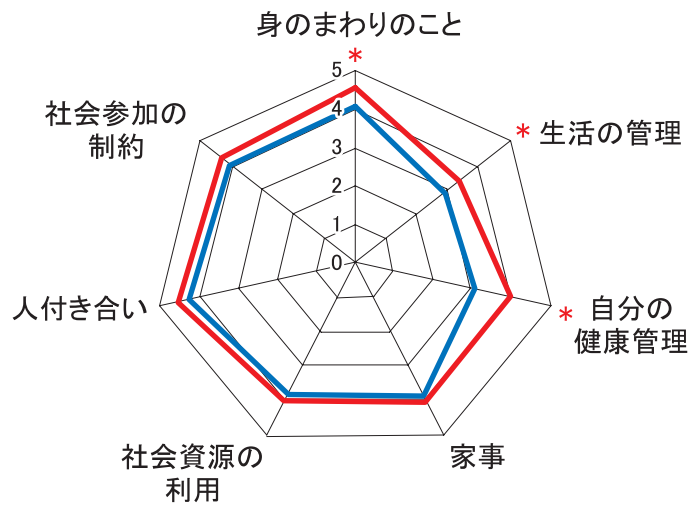
「入退院群」は, 開始時の「生活の管理」が2.88, 「自分の健康管理」が3.05と低い特徴を示したが, 終了時には「生活の管理」が3.39, 「自分の健康管理」が3.96へと増加し, 「身のまわりのこと」のスコア増加とともに有意差を認めた(図11-B)。

「長期入院群」は, 「初発・初回入院群」「入退院群」に比べて開始時のスコアが高かったが, 終了時のスコアはほとんど変化しなかった(図11-C)。

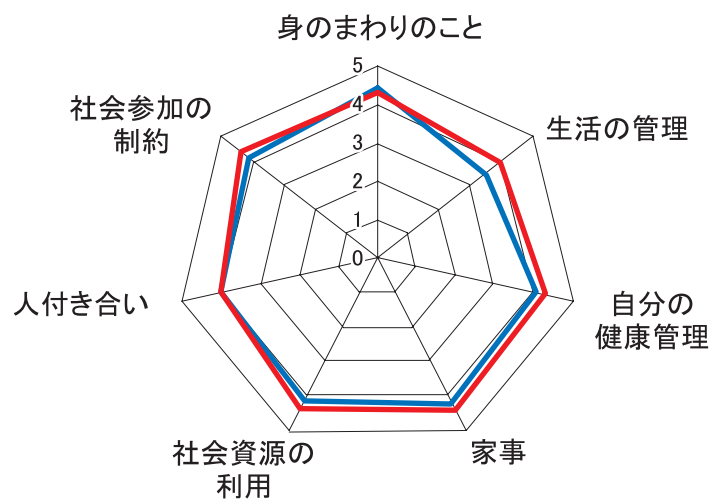
A 初発・初回入院群 (n=7)



B 入退院群 (n=7)



C 長期入院群 (n=8)



Wilcoxon test : *p<0.05

— 1st
— 2nd

図11 ケアアセスメント スコアの群別前後比較

6) 生活チェックリスト (ISDA 改訂版) スコアの前後比較

生活チェックリストは、19項目のVAS (Visual Analog Scale) より対象者の主観的体験の強さを測定する自記式の質問紙であり、スコアの高さが体験の強さを表す。開始時と終了時に、生活チェックリスト (以下、ISDA) を行った対象者は計34名であった。

34名の平均スコアを開始時と終了時で比較した。終了時には「身体の動き」を除く全ての項目でスコア増加が認められ、「寝つき」(p<0.001), 「朝の目覚め」(p<0.05), 「眠った感じ」(p<0.001), 「空腹感」(p<0.05), 「持続力」(p<0.05), 「思考」(p<0.01), 「効率性」(p<0.05), 「休息感」(p<0.05) では有意な増加を示した。

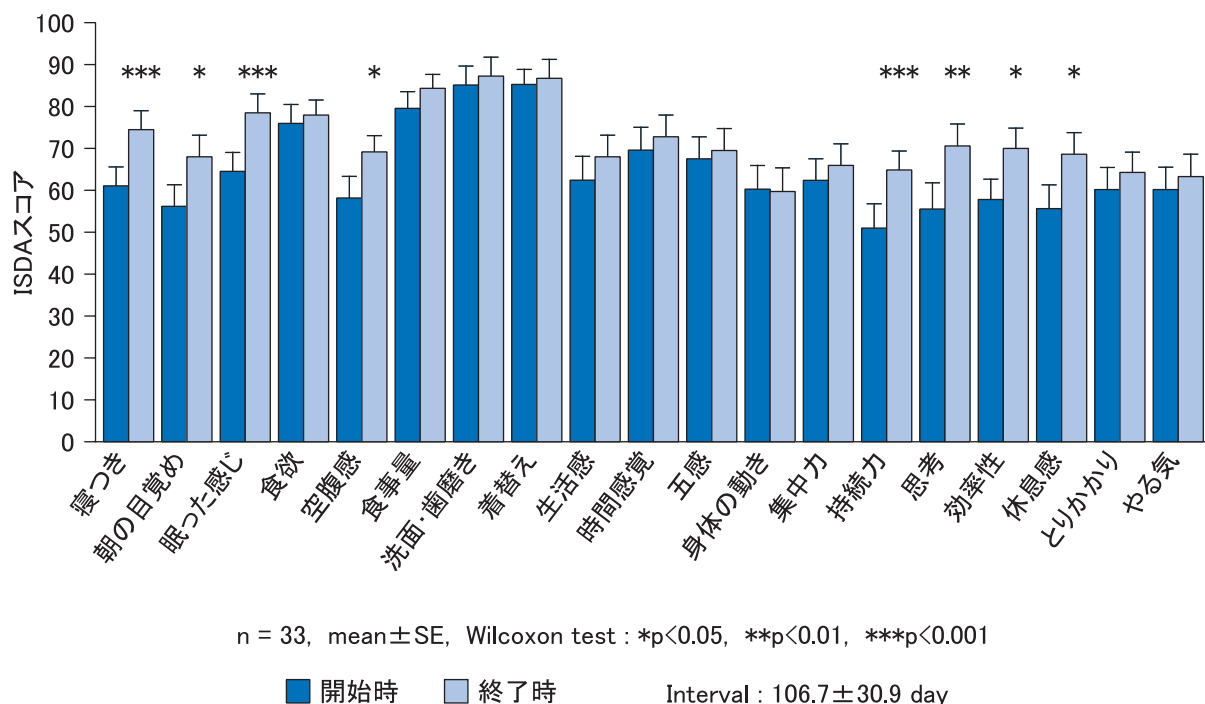


図12 ISDAスコアの前後比較

7) 生活チェックリスト (ISDA 改訂版) スコアの群別前後比較

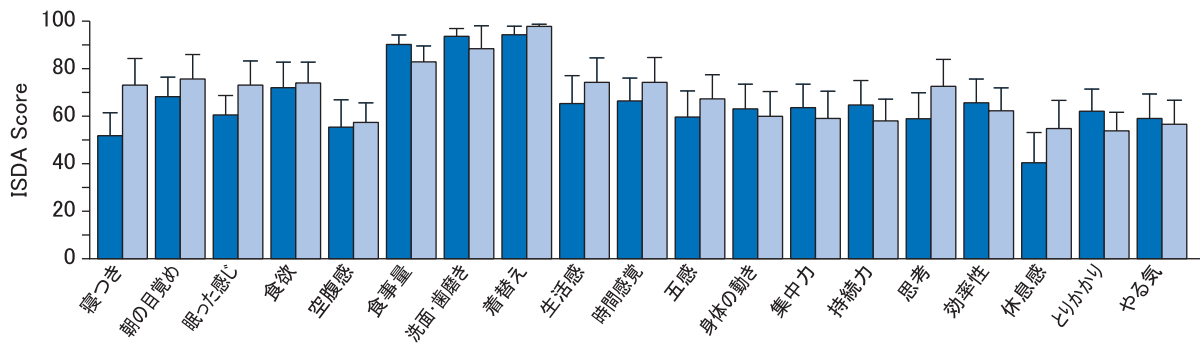
統合失調症の「初発・初回入院群」, 「入退院群」, 「長期入院群」別に、研究開始時と終了時のISDAスコアを比較した (図13)。

「初発・初回入院群」は、他に比較してスコア変化が小さい傾向にあった。睡眠に関する項目である「寝つき」, 「朝の目覚め」, 「眠った感じ」, 現実感に関する項目である「生活感」, 「時間感覚」, 「五感」については増加傾向がみられたが、作業遂行に関連する「身体の動き」, 「集中力」, 「持続力」, 「効率性」等ではわずかにスコアが低下した (図13-A)。

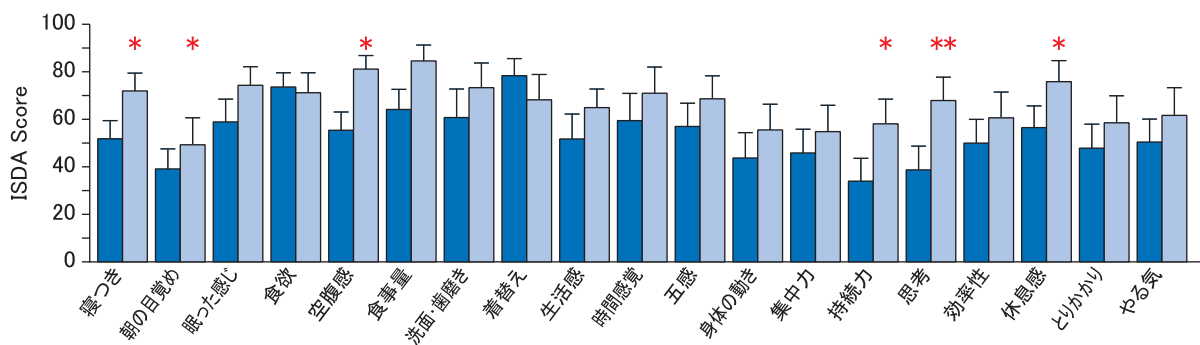
「入退院群」では、開始時のスコアが総じて低かったが、終了時には多くの項目でスコア増加を認め、「寝つき」(p<0.05), 「朝の目覚め」(p<0.05), 「空腹感」(p<0.05), 「持続力」(p<0.05), 「思考」(p<0.01), 「休息感」(p<0.05) では有意な増加を示した (図13-B)。

「長期入院群」においても終了時には睡眠と作業遂行に関する項目でスコア増加を認め、「朝の目覚め」(p<0.01), 「眠った感じ」(p<0.05), 「持続力」(p<0.05), 「思考」(p<0.05), 「効率性」(p<0.01) では有意なスコア増加が認められた (図13-C)。

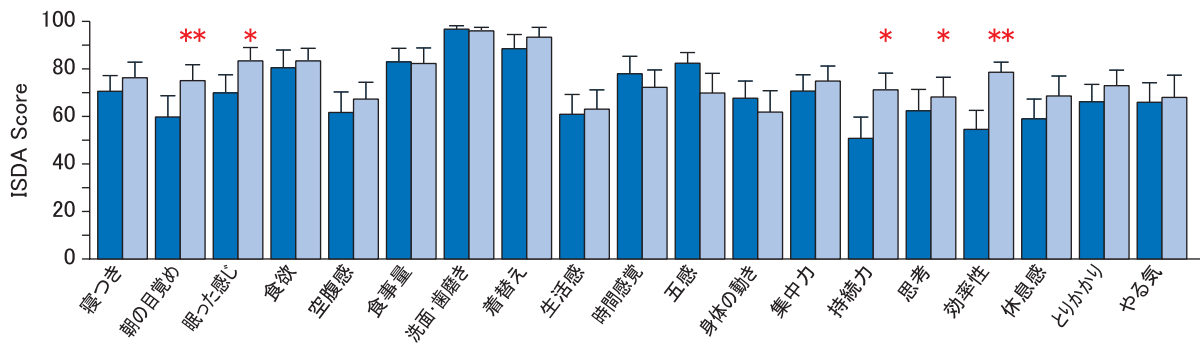
A 初発・初回入院群 (n=9)



B 入退院群 (n=10)



C 長期入院群 (n=15)



mean±SE, Wilcoxon test : *p<0.05, **p<0.01 ■ 開始時 □ 終了時

図13 統合失調症3群のISDA前後比較

8) 実施群と対照群の比較

協力病院より、本研究の対象者と同時期に入院し、年齢、性別、診断等の属性が似通った人を対照例として選定してもらい、GAF, BPRS, 生活チェックリスト (ISDA 改訂版) の実施を依頼した。その結果、8施設より計 15 名の対照例が得られた。なお、対照例にはそれぞれの施設で通常の精神科治療・リハビリテーションプログラムを行ってもらった。

退院促進プログラムを実施した群を「実施群」、通常のプログラムを実施した群を「対照群」とし、両群の基礎情報と、GAF, BPRS, 生活チェックリストのスコアを比較した。

(1) 実施群と対照群の属性比較

実施群の年齢は 45.5 ± 16.6 歳，対照群は 51.2 ± 45.5 歳であり，対照群で高い傾向を示したが統計的な有意差は認めなかった．また，男女比，入院期間，入院回数においても，両群で有意な差は認められなかった（表3）．

表3 実施群と対照群の属性比較

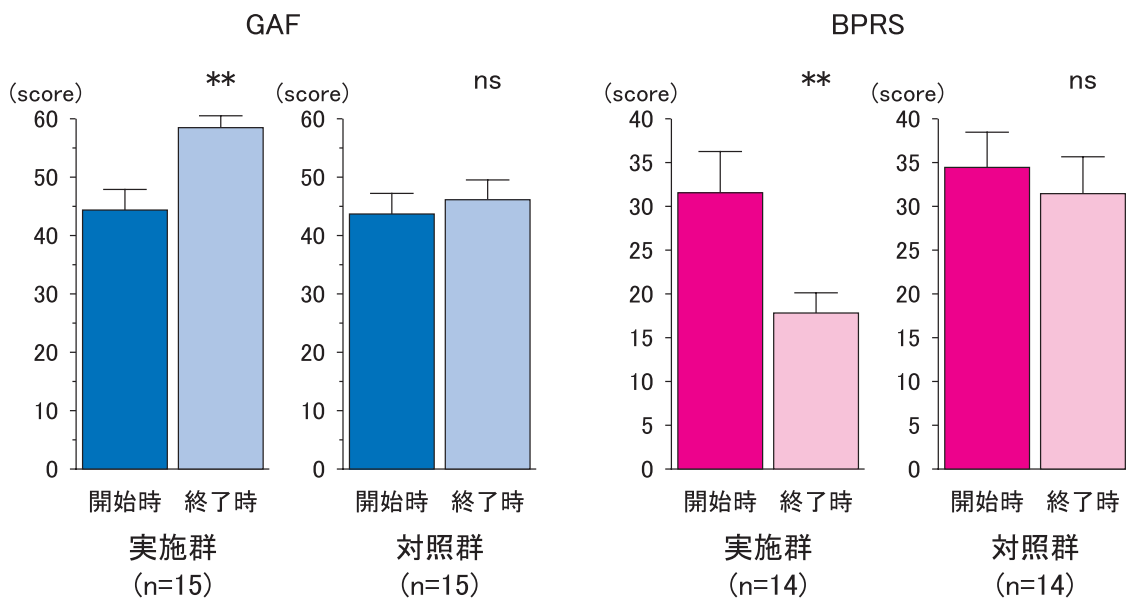
	実施群 (n=15)	対照群 (n=15)	有意差
年齢 (歳)	45.5 ± 16.6	51.2 ± 45.5	ns
男性/女性	10/5	11/4	ns
入院期間 (日)	1303.5 ± 1870.6	2347.0 ± 2818.1	ns
入院回数 (回)	3.7 ± 3.4	3.9 ± 2.9	ns

(2) 実施群と対照群の GAF・BPRS スコアの前後比較

実施群と対照群の GAF および BPRS スコアを，研究の開始時と終了時で比較した（図 14）．GAF および BPRS のスコアは，開始時には両群でほとんど差がなかった．

その後，退院促進プログラムを行った実施群では，GAF スコアは，開始時の 44.0 ± 15.0 から終了時には 58.0 ± 11.7 へと有意に増加し ($p < 0.01$)，BPRS スコアは，開始時の 31.5 ± 17.7 から終了時には 17.8 ± 8.4 へと顕著な減少 ($p < 0.01$) を示した．

一方，通常のプログラムを行った対照群では，前後比較において GAF および BPRS スコアには有意な変化は認められなかった．



Interval : 106.7 ± 30.9 day mean \pm SE, Wilcoxon test : ** $p < 0.01$

図14 実施群と対照群のGAF・BPRSスコアの前後比較

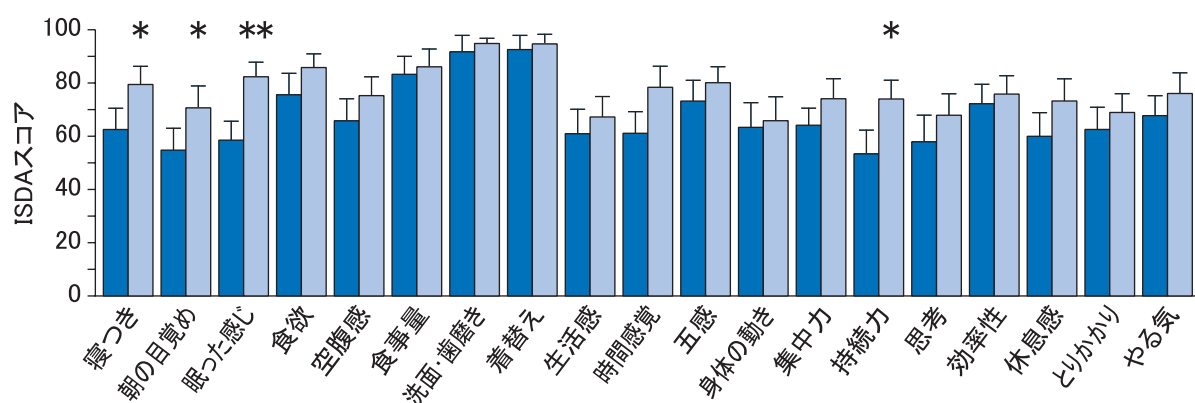
(3) 実施群と対照群の ISDA スコアの前後比較

実施群と対照群で開始時と終了時 ISDA スコアを比較した (図 15). 開始時には、「思考」のスコアが対照群で有意に大きかった ($p<0.05$) 以外は、両群間で ISDA スコアの有意差はなかった.

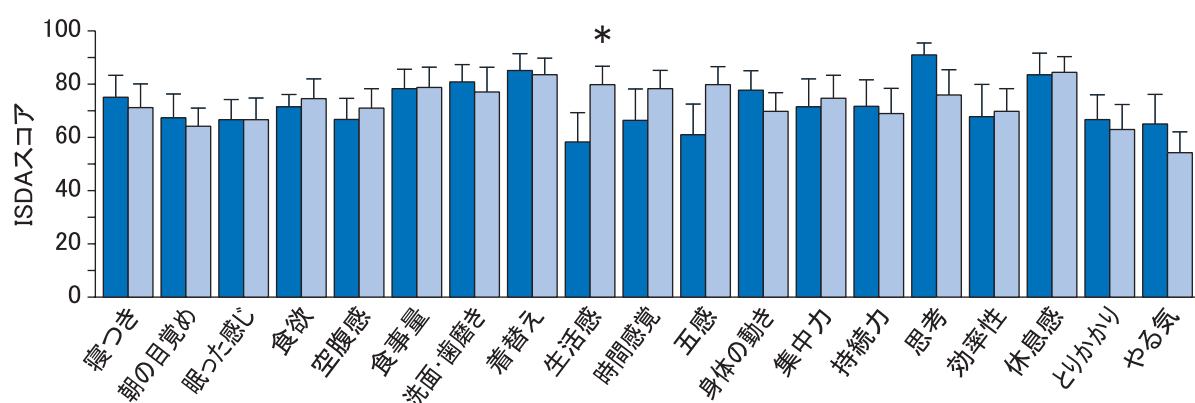
その後、退院促進プログラムを行った実施群では、ISDA スコアは全ての項目で増加し、「寝つき」($p<0.05$), 「朝の目覚め」($p<0.05$), 「眠った感じ」($p<0.01$), 「持続力」($p<0.05$) では有意差が認められた.

一方、通常のプログラムを行った対照群では、前後比較において有意な差を認めたのは「生活感」($p<0.05$) のスコアのみであり、「生活感」「時間感覚」「五感」の項目以外では、ほとんどスコアの増加 (改善感) は認められなかった.

A 実施群(n=14)



B 対照群(n=12)



mean±SE, Wilcoxon test : * $p<0.05$, ** $p<0.01$ ■ 開始時 ■ 終了時 Interval : 106.7±30.9 day

図15 実施群・対照群のISDAスコアの前後比較

9) 退院群と入院継続群の比較

対象者 43 名のうち、研究期間内に退院した者は 35 名 (81%) であり、退院に至らなかった者が 8 名 (19%) みられた。

(1) 退院群と入院継続群の属性比較

退院した者を退院群、しなかった者を入院継続群として両群の属性を比較した (表 4)。

入院継続群の年齢は 46.4±17.0 歳で、退院群 39.7±15.6 歳に比して高い傾向にあったが、統計的な有意差は認められなかった。バラツキが大きいものの、入院継続群は入院期間が 2238.1±2856.5 日と顕著に長く、退院群 1001.5±2016.7 日との間には有意差 (p<0.05) が認められた。入院回数は退院群が 5.6±3.7 回、入院継続群が 3.9±1.6 であり、入院継続群で有意 (p<0.05) に少なかった。なお、ケア会議の開催数には両群で差はなかった。

表 4 退院群と入院群の属性比較

	退院群 (n=35)	入院継続群 (n=8)	有意差
年齢 (歳)	39.7±15.6	46.4±17.0	ns
入院期間 (日)	1001.5±2016.7	2238.1±2856.5	*
入院回数 (回)	5.6±3.7	3.9±1.6	*
ケア会議数 (回)	3.9±1.6	4.4±1.6	ns

mean±SD, Mann-Whitney U test : *p<0.05

(2) 退院群と入院継続群の GAF・BPRS スコアの比較

退院群と入院継続群で、開始時と終了時の GAF および BPRS スコアを比較した (図 16)。

開始時の GAF スコアは、退院群が 42.5±13.8、入院継続群が 54.8±15.7 で、入院継続群が高い傾向 (p=0.062) を示した。終了時には退院群の GAF スコアは 61.9±12.3 に大きく増加したが、入院継続群は 59.7±15.2 と増加の幅は小さく、両群でスコアの差はほとんどなくなった。

BPRS スコアは、退院群では、開始時の 34.9±15.8 から終了時には 16.8±10.4 へと大きく減少した。しかし、入院継続群では開始時が 24.9±16.4、終了時が 21.3±16.9 であり、スコア変化の幅が小さかった。

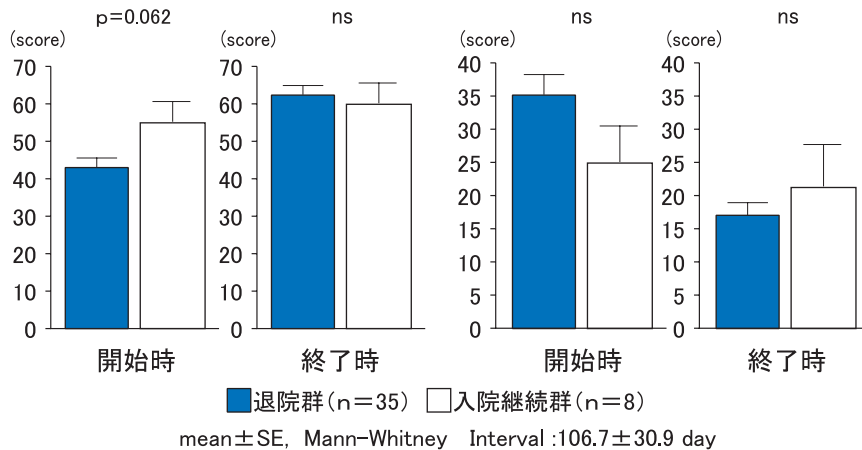


図16 退院群・入院継続群のGAF・BPRSの比較

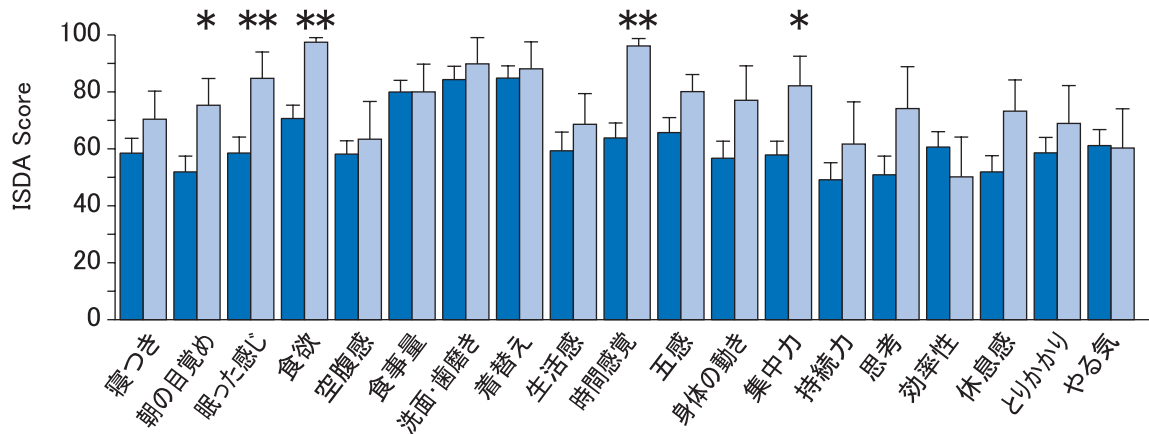
(3) 退院群と入院継続群の ISDA スコアの前後比較

退院群と入院継続群で開始時と終了時 ISDA スコアを比較した (図 17)。

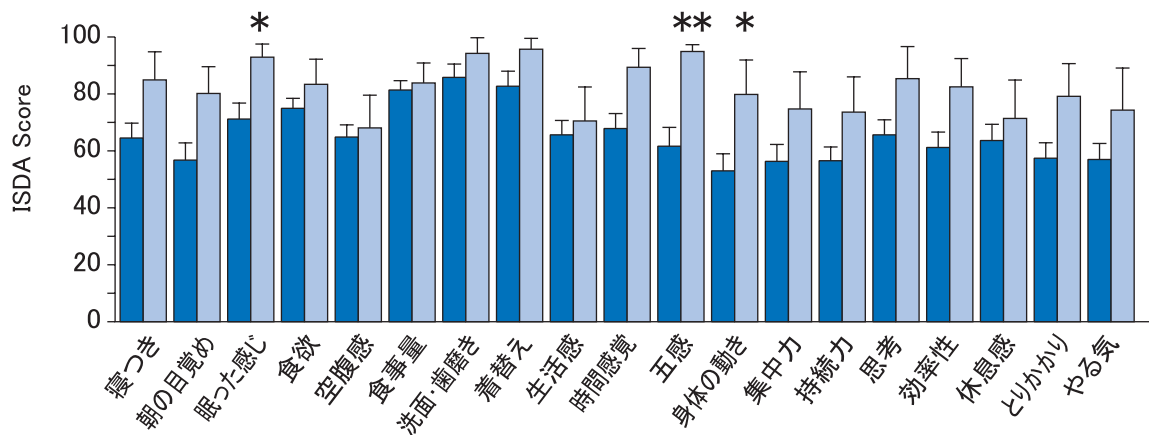
開始時には、「効率性」以外では退院群に比して入院継続群でスコアが高く、「朝の目覚め」(p<0.05), 「眠った感じ」(p<0.01), 「食欲」(p<0.01), 「時間感覚」(p<0.01), 「集中力」(p<0.05) では有意差が認められた。

終了時は, 全ての項目で入院継続群のスコアが高く, 「眠った感じ」(p<0.05), 「五感」(p<0.01), 「身体の動き」(p<0.05) では有意差が認められた。

開始時



終了時



■ 退院群 (n=35) ■ 入院継続群 (n=8) Interval : 106.7 ± 30.9 day
 mean ± SE, Mann-Whitney test : *p<0.05, **p<0.01

図17 退院群・入院継続群のISDAスコアの比較

③. 結果の要約

1) 初発・初回入院群, 入退院群, 長期入院群の比較

対象者全例でみると, 終了時には **GAF** スコアの有意な増加と, **BPRS** スコアの有意な減少が認められ, プログラムによる心身機能の改善が確認された (図7).

統合失調症の「初発・初回入院群」, 「入退院群」, 「長期入院群」に分けて **GAF** と **BPRS** の変化をみると, 「初発・初回入院群」でスコア変化が大きい傾向にあり (図8, 図9), 初発または初回の入院であるほど, 心身機能の回復や症状の変化が得られやすいことを示す結果と思われた.

ケアアセスメントによる評価においても, 終了時にはスコア増加を認め, プログラムによる生活機能の改善は「初発・初回入院群」で最も大きかった.

ISDA では, 終了時に対象者の睡眠障害が軽減され, 作業遂行機能が改善する傾向が示されたが, 主観的体験の変化は「入退院群」でより大きい傾向が示された.

2) 実施群と対照群の比較

退院促進プログラムを実施した群では, 対照群と比して, 終了時の **GAF** スコアが有意に増加し, **BPRS** スコアは有意に低下しており, 本プログラムの効果が検証された.

実施群では, **ISDA** スコアが対照群に比して大きく, 主観的な改善感もプログラム実施群で大きい傾向が示された.

3) 退院群と入院継続群の比較

入院継続群は, 退院群に比較して年齢が高く, 入院回数が少なく, 入院期間が長い傾向にあった.

入院継続群は退院群に比較して開始時には **GAF** スコアが高く, **BPRS** スコアが低く, **ISDA** スコアが高い傾向にあり, 比較的安定した状態にあるものと思われた.

終了時には退院群の **GAF**, **BPRS** スコアが顕著な改善を示したのに対し, 入院継続群はスコア変化が小さく, 状態変化が少ないことを示す結果と思われた.

これらの結果より, 入院継続群は比較的状态像の安定した長期入院患者であることが推測される.

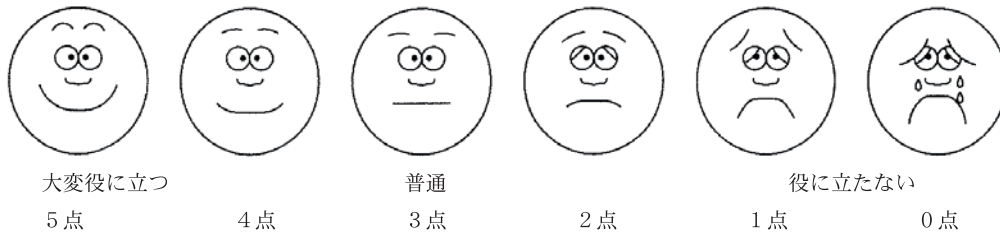
(6) アンケート結果

①研究対象者、②対象者の家族、③この研究にチームの一員として関与した支援スタッフにそれぞれ調査を行った。

アンケートの内容は、対象者と家族には、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、支援スタッフには加えて、今回の研究を通して地域移行システムの知識が深まったか？ ケア会議に満足しているか？ など、今回の研究が精神障害者の地域移行に役立ったか、支援スタッフの知識を向上させることに貢献できるものかを加えた。

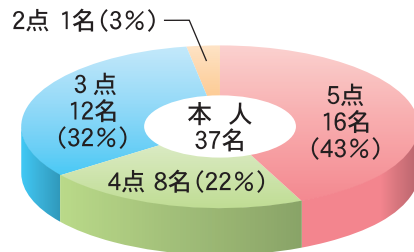
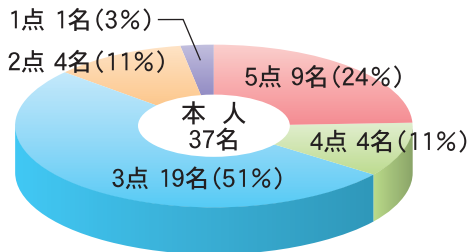
①対象者アンケート結果

1) 対象者アンケートには、研究による支援を受けた結果を感情的に解答できるようにフェイススケールによる採点（6分類）方式をとった。アンケートの43例中37例から解答が得られた。その結果を以下に示す。



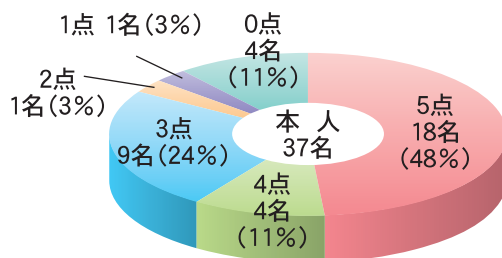
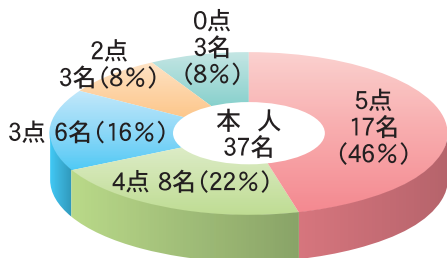
1) この研究やプログラムについて（目的や内容など）の説明が理解できましたか？

2) プログラム全体に満足していますか？

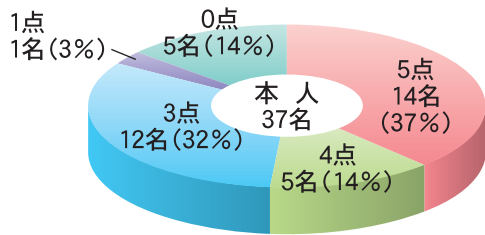


3) 早期作業療法プログラムは役に立つと思えましたか？

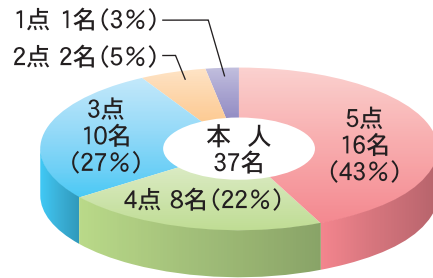
4) 早期心理教育は役に立つと思えましたか？



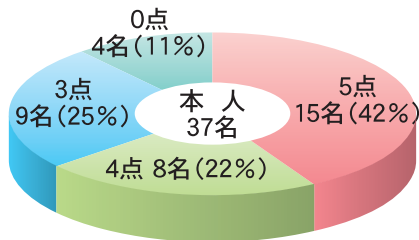
5) 家族支援（家族教室）は役に立つと思いましたが？



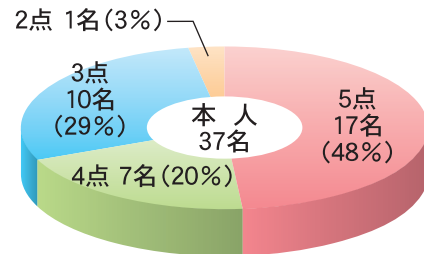
6) 情報提供は役に立つと思いましたが？



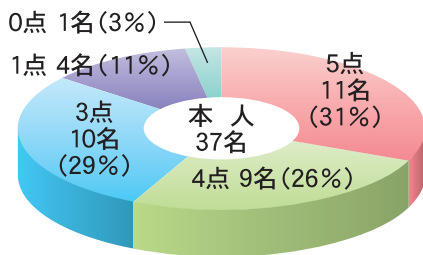
7) 再発防止プログラムは役に立つと思いましたが？



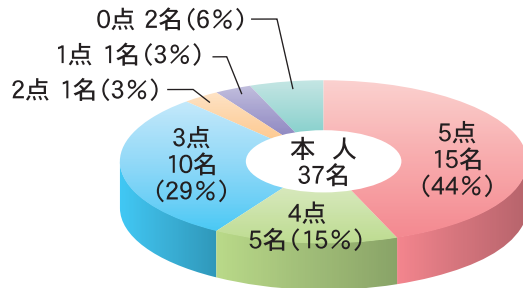
8) 今回のプログラムを受け、自分の病気に対する理解が深まったと思えますか？



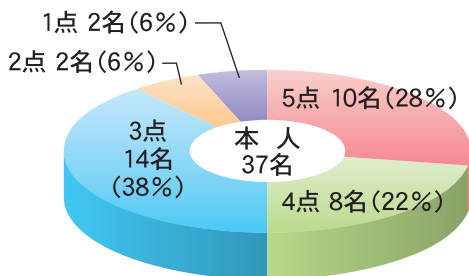
9) 今後、再発のサインが出たときの対処法を学ぶことができましたか？



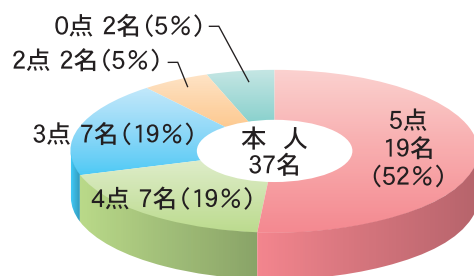
10) 家族はあなたの問題について以前より理解してくれるようになったと思えますか？



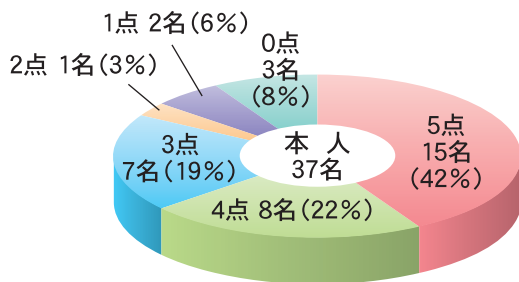
11) 今回のプログラムを受け、今後の生活（将来）に向けた新たな自分らしい生活を送るためのヒントを得ることができましたか？



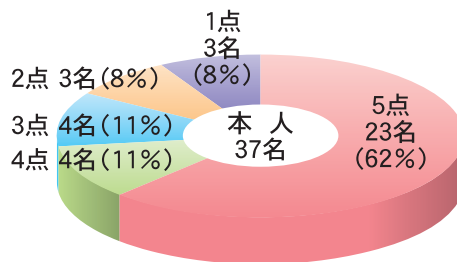
12) ケア会議に関して満足していますか？



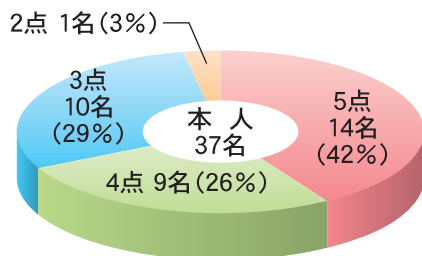
13) 退院後の支援体制について満足していますか？



14) 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？



15) これからの生活に希望が持てますか？



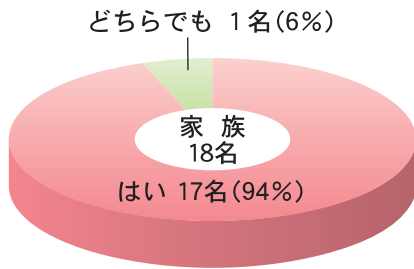
16) 今回の研究およびプログラムに関して何かご意見や感想があればお聞かせください。

- ・大変よい事だと思うので、いろいろな人にやってあげてほしい。
- ・各職種が集まり、自分のことについてそれぞれ意見を出し合える場を設けたことで退院に向けて前進したと感じた。
- ・自分で出来ると思っていたのに、看護師さんの知恵を使って病棟をかわっていくことがすばらしいとおもった。
- ・ケア会議はうれしいです。調子を維持するドリルはとてもためになる。退院後もこのような話し合いがあるとよいと思う。
- ・自宅にスタッフが来るので助かる。何かあったら相談できる
- ・入退院でケア会議を通して、ハローワーク、保健師さんに自分をよく知ってもらえてよかった
- ・自分の病気が分かるような気がした
- ・大変役に立つプログラムで他のうつ病で苦しんでいる方々にも適用してほしい、研究が実用化されることを願います。
- ・最初は不安だったが、とてもよかった。こんなにしてもらい、別れが辛い。

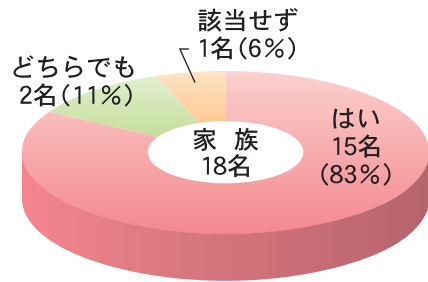
②家族向けアンケート結果

43例中18例の家族から解答があった。家族向けアンケートは（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）の4段階の回答方式をとった。それぞれの回答結果を以下に示す。

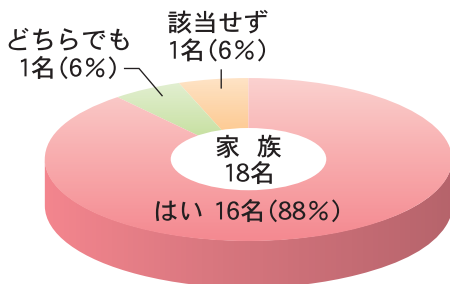
1) この研究やプログラムについて（目的や内容など）十分な説明を受けましたか？



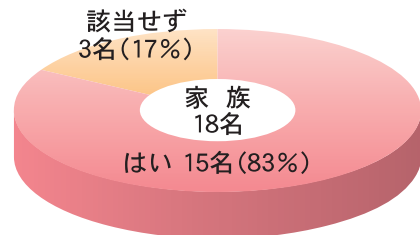
2) プログラム全体に満足していますか？



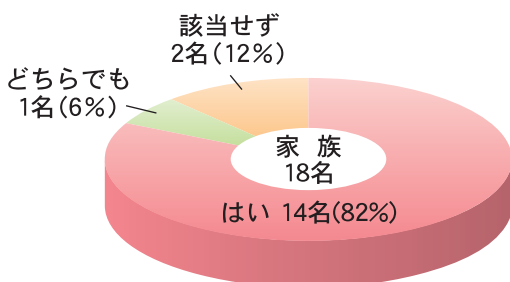
3) 早期作業療法プログラムは役に立つと思えましたか？



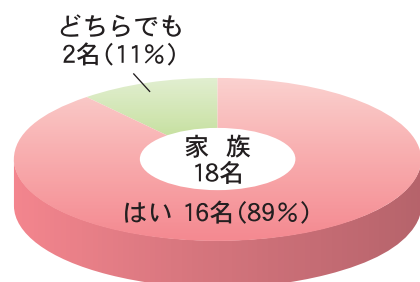
4) 早期心理教育は役に立つと思えましたか？



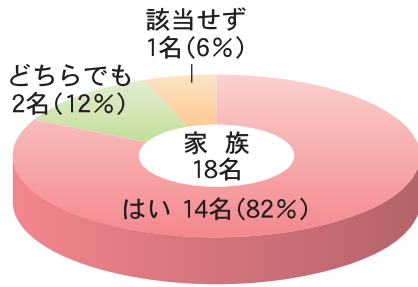
5) 家族支援（家族教室）は役に立つと思えましたか？



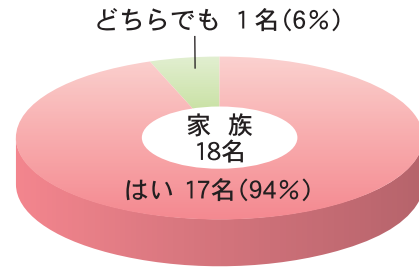
6) 情報提供は役に立つと思えましたか？



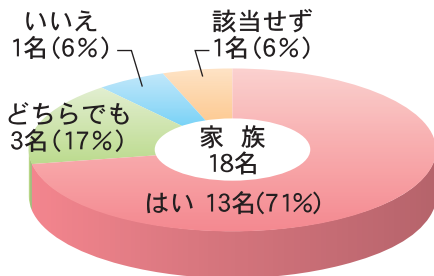
7) 再発防止プログラムは役に立つと思いませんか？



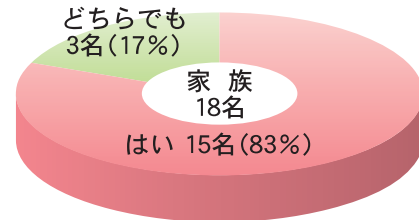
8) 今回のプログラムを受け、子どもの病気に対する理解が深まったと思いませんか？



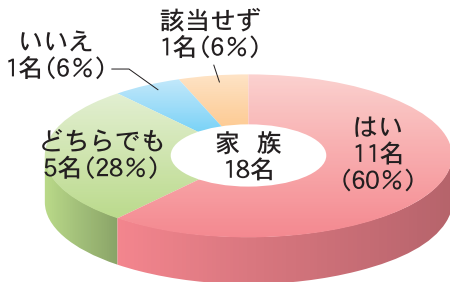
9) 今後、再発にサインが出たときの対処法を学ぶことができましたか？



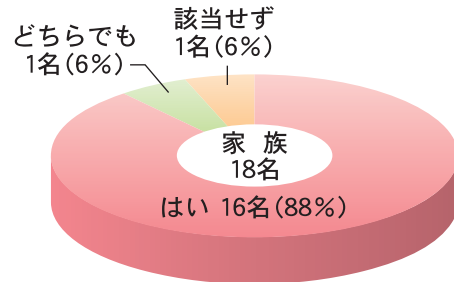
10) あなたは子どもの問題について以前より理解できるようになったと思いませんか？



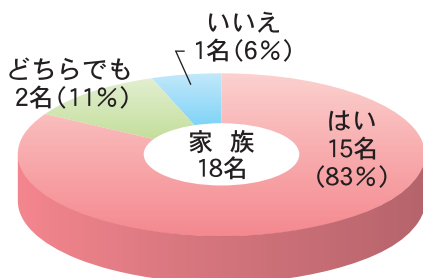
11) 今回のプログラムを受け、今後の生活（将来）に向けた新たな自分らしい生活を送るためのヒントを得ることができましたか？



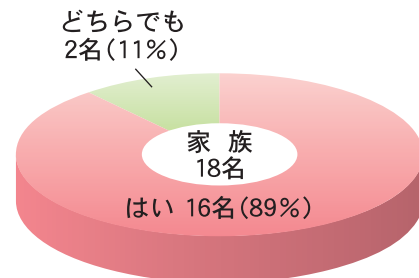
12) ケア会議に関して満足していますか？



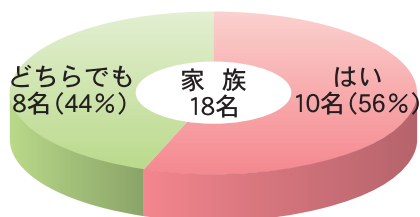
13) 退院後の支援体制について満足していますか？



14) 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？



15) これからの生活に希望が持てますか？



16) 今回の研究およびプログラムに関して何かご意見や感想があればお聞かせください。

- ・この研究の対象者に選ばれたことに感謝いたします。精神障害者の為に今後も継続していくことを願います。キーワーカーさんの存在が家族自身の対応に迷ったときの支えにもなり、ありがたく嬉しく思いました。精神障害者の退院支援が親の健在のうちに自立のタイミングにつながる生活支援になることを強く思います。
- ・家族の悩みをじっくり聞いていただきとても心が軽くなりました。家族のストレスも少しずつ消えていきました。本当にありがとうございました。
- ・病気について一人で悩むこともなく、周りの方の支援のおかげで子どもの将来に希望が持てました。この研究事業を継続して行ってほしいです。
- ・早期作業療法や心理教育を息子が受けたことを、一時帰宅のときに私たちに話してくれたりして、話の糸口が見つかったように感じます。病院でいろいろケアをしてくれることを知ってから安心して入院をお願いできました。特に私は、家族教室は私だけが大変なんだとは思わなくなり気が楽になりました。

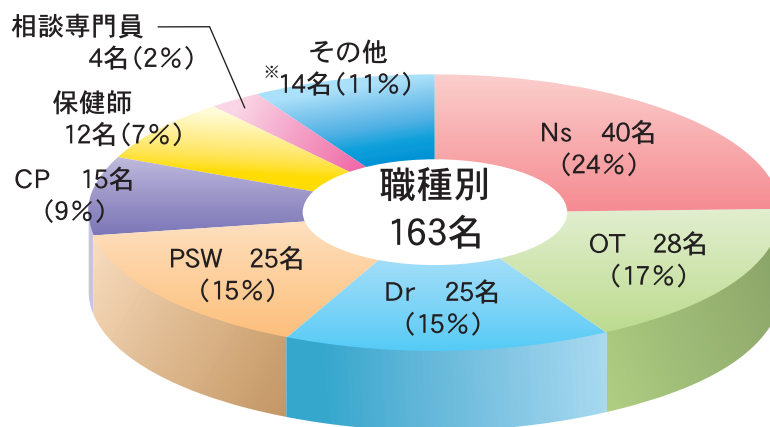
③支援者向けアンケート結果

今回の研究による支援内容が、退院促進や地域生活移行に向けた動きに役に立つものかどうかを調査するために、直接研究に携わった支援者に回答いただいた。

調査項目は、プログラム全体の満足度、早期作業療法、心理教育等プログラムが役に立つと思うか、ケア会議は役に立つか、今回の研究を通して早期退院支援に対する理解が深まったか、など15項目であった。

40例の事例を支援したスタッフ163名から回答があった。職種別では、作業療法士28名（17%）、看護師40名（25%）、医師25名（15%）、PSW25名（15%）、心理15名（9%）、保健師7名（7%）、薬剤師、相談支援専門員、理学療法士、世話人などその職種は多岐に渡った。

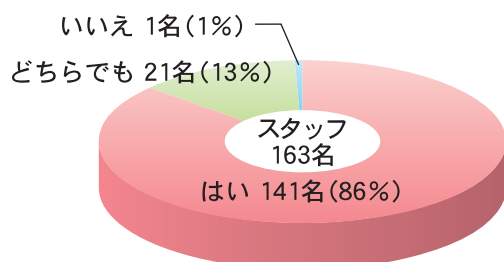
スタッフアンケート回答職種別割合



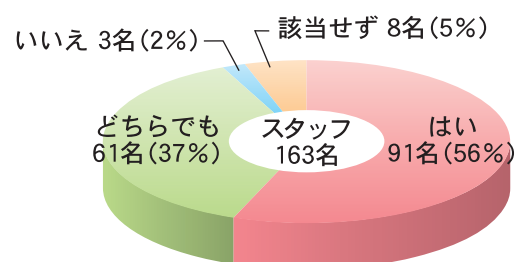
※その他の内訳

薬剤師 3名 ソーシャルワーカー 3名 施設長 2名
ヘルパー, 相談窓口, 理学療法士, 事務員, 相談調査員, 世話人 各1名

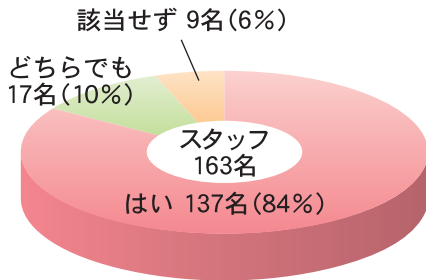
1) この研究やプログラムについて（目的や内容など）十分な説明を受けましたか？



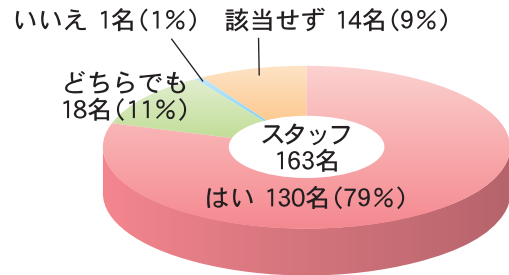
2) プログラム全体に満足していますか？



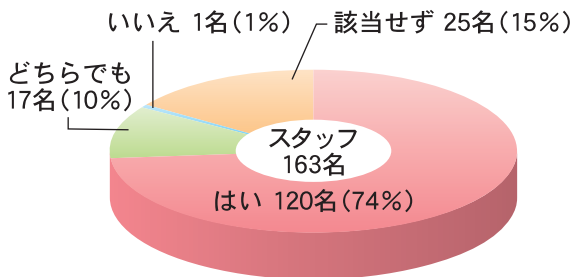
3) 早期作業療法プログラムは役に立つと思われましたか？



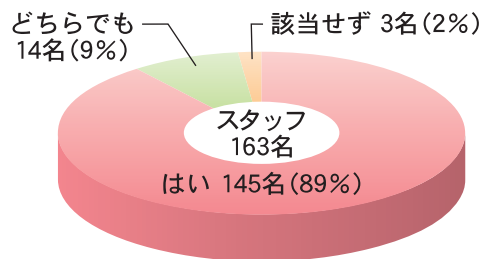
4) 早期心理教育は役に立つと思われましたか？



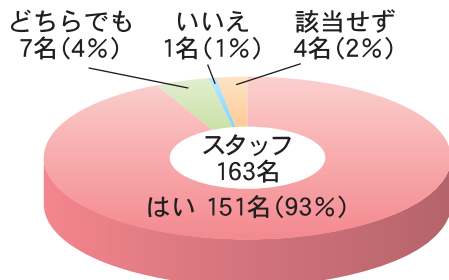
5) 家族支援（家族教室）は役に立つと思われましたか？



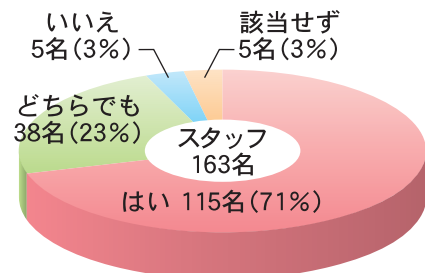
6) 情報提供は役に立つと思われましたか？



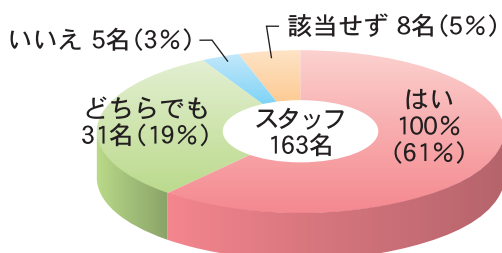
7) 早期からの多職種（地域スタッフ含む）によるケア会議は必要だと思われましたか？



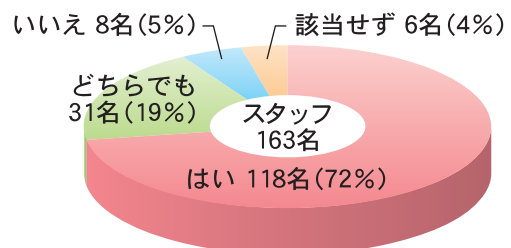
8) 今回のプログラムを受け、早期退院支援に対する理解が深まったと思いますか？



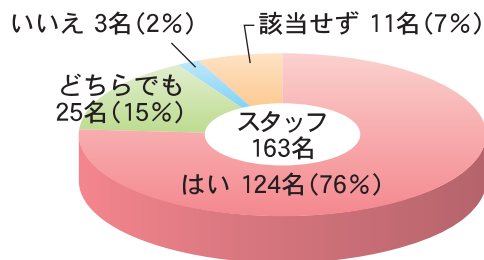
9) 地域生活継続のための地域移行システムに対する理解が深まりましたか？



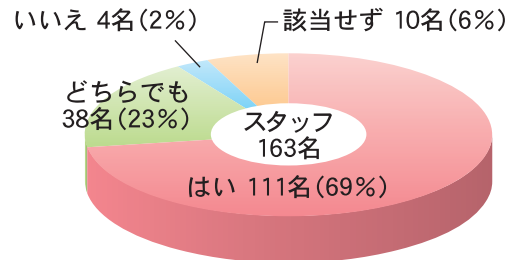
10) 今回の研究を通して精神科領域のリハビリテーションについて以前より理解できるようになりましたか？



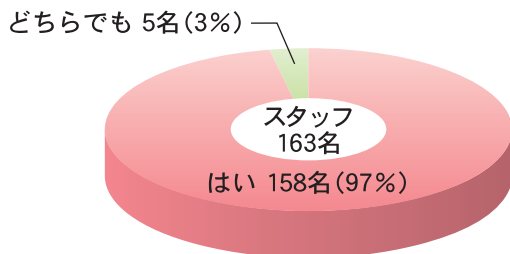
11) 今回のプログラムが地域生活支援に向けた新たな取り組みの参考になりましたか？



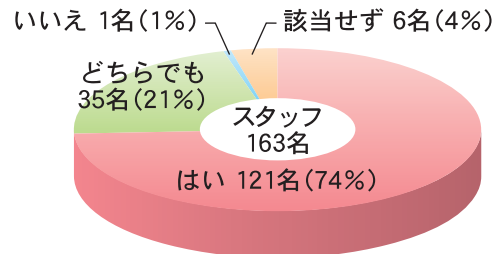
12) 実際に開催されたケア会議（カンファレンス）に関して満足していますか？



13) 今後も継続して多職種による支援チームの一員として連携・協力ができますか？



14) 今後の早期退院支援システムと地域生活支援システムに希望が持てますか？



15) 今回の研究およびプログラムに関して何かご意見や感想があればお聞かせください。

- ・ケアプランにそって多職種が情報交換、共有しながら取り組める事でより良い案や介入方法の実案が立てられたことが良かった。またケア会議では本人や家族も参加し患者自らも主体的に感じ、考え動いていけた部分がとても意義ある退院促進につながったと思う。
- ・プログラムに参加することにより患者本人の退院への意欲、また家族の理解が得られたことが良かったと思う。
- ・退院促進支援、地域生活支援システムに関して、希望は持っていますがシステムが根付いていくためには、時代（医療情勢）に合った知識を身に付けること、また、精神障害を持つ人に対して各関係スタッフが内なる偏見を改めていくことが不可欠であると考えます。
- ・すべてのケースを今回の事業にあてはめて行うことは現実的には難しいと思うが、多職種が退院促進や地域生活支援を考えていくことは、当院のように旧態依然とした病院にとっては画期的な取り組みとなった。
- ・目標を明確にすることで、具体的な取り組みや意義付けがなされることは良い点であったが、「早くその目標に近づかないと・・・」という焦りも生じやすくなると感じました。
- ・多職種で支援を行うことで、各職種の専門性が活かされ、支援による有用となる可能性が感じられました。
- ・今回の研究を当院で実施したことで、「早期退院」「多職種による連携」に向けた取り組みを行い、方向性を示せたことは良かったと思う。これが手がかりになったのか、支援会議を行うケースも増加し

心理教育も定期的の実施できるようになった。地域移行システムに関しては地域との連携や社会資源の利用については十分とはいえず、私自身も勉強中という段階であると思います。

- ・効果判定には研究機関が短すぎたのではないのでしょうか。
- ・キーワーカーの存在は支援の流れを円滑にするためにも必要だが、実際に普段の業務の中で行うには業務量が多すぎる。
- ・様々な家庭環境や性格を含めても、すべての患者に必要であるとは言い切れないところがあり、医療者側の勝手な満足にはならないようにしたいものです。本当に求められているものは何なのかを見極めて個々に応じた支援が選択していけるような環境になることを望みます。
- ・本来はP S Wがしなければならぬ様な仕事をしていただき大変ありがたく思っております。また、様々な関係者を巻き込むチーム医療の重要性を改めて感じた気がします。
- ・多職種によるケア会議を実施する際は、経過報告だけでなく職種としてプランニング、意見を各自が持って望むことが必要だと思います。ディスカッションは重要だが、医師の指示だけでなくコメディカルスタッフとしての方針はきちんと持っておくと会議がさらに充実すると思います。
- ・看護職だけではなかなか前に進まないことが、他からの関わりで一挙に進むことがわかった。また、本人自身がその気になって自分でやろうとする気持ちが出てきたのは、この研究の成果だと思います。
- ・医療点数化など取り組みやすい制度がないと業務としては実現が難しいと感じます。
- ・現実の医療現場では今回のプログラムに関わったマンパワーの様に関わるのは難しいと思った。
- ・多職種で関わることで、それぞれ違った視点で患者の評価ができ、患者についての情報が多く得ることが出来た。そしてそのことが患者にとって必要な支援の判断につながる。そのためにはそれぞれ職種が役割をしっかりとつことが大切だと感じた。
- ・このプログラムでは医療だけにとどまらず、地域移行支援後の支援までが具体化されているため、実際支援を受ける側、家族が院内でどのような治療や支援をうけて退院後の生活につなげていくかの見通しの立てやすさが実感できた。
- ・地域での生活をしていくために、キーワーカーを中心に保健師等の福祉領域のスタッフと連携は取ることができたが、就労支援については連携が取れなかった。就労先との連携をどのようにしていくかが課題であると感じた。
- ・長期入院の方が対象だったので、このプログラムによって早期介入が有効だったとは思わないが、日ごろからの臨床経験から重要だと考えます。
- ・今回は退院後からのケア会議でしたが、本人、主治医、支援者での会議は本人の意欲を高めたと感じている。このようなケア会議が定例で出来れば退院の準備から退院後の地域での生活定着まで一貫したよりよい支援が出来るのではないかと期待しています。また、地域から病院へ出向くケア会議と病院から地域へ出向くケア会議をうまく組み合わせることができたらよいと思います。
- ・精神障害者が地域で生活できるように支援のネットワークが組まれることはとても重要であり、このような体制ができていくことは心強いです。
- ・地域の社会資源整備の不備を問題とする前に、医療スタッフがまず自分たちのやるべきことをやらないといけないとダメなのではと思いました。そういう意味では早くこのような早期介入システムが確立することを願います。これからは10年も20年も入院というようなケースはなくなり、多少症状は残っていても2~3ヵ月で退院という時代になってくると思われれます。そのため、このようなケアマネジメント、地域との連携を担うコーディネーターの存在が包括支援センターのように各地域で必要なのではないかと思えます。

④アンケート結果総括

それぞれのアンケート結果から、このプログラム全体への満足度は8割から9割程度であり、満足度は高いものであった。

スタッフへのアンケートにより、このプログラム全体へのスタッフの満足度は9割程度と高いものであり、退院促進に向けた体制としては有効であると感じていることがわかった。

(7) 退院後の支援・連携について

- 1) 対象者43名のうち、研究期間内に退院した者は35名（81％）であり、退院に至らなかった者が8名（19％）みられた。8例はいずれも入退院を4回から8回繰り返している方、2年から10年と長期入院している方であった。また、入院継続群はケア会議には病院内支援スタッフのみの参加で、地域の支援スタッフは参加していなかった。
- 2) 初発・初回群では、本人・ケア会議参集スタッフは家族と病院スタッフであり、退院後に必要に応じて保健師等と連絡しケア会議を行っていた。
- 3) 再発を繰り返している群では、入院中の支援スタッフに加え、訪問スタッフ、デイケアスタッフ、保健師、相談事業所、地域活動支援センター、就労継続支援事業所、ハローワーク職員、宿泊施設世話人、グループホーム・ケアホーム世話人など、居住施設や退院後の活動場所等を含めた地域の支援者が参加していた。
- 4) 長期入院群では、家族と疎遠になっている事例が多く、対象者の生活そのものを支援していく体制が必要となった。医療としては訪問スタッフに加え、ヘルパーやグループホーム世話人等の支援を必要とした。（図1を参照）

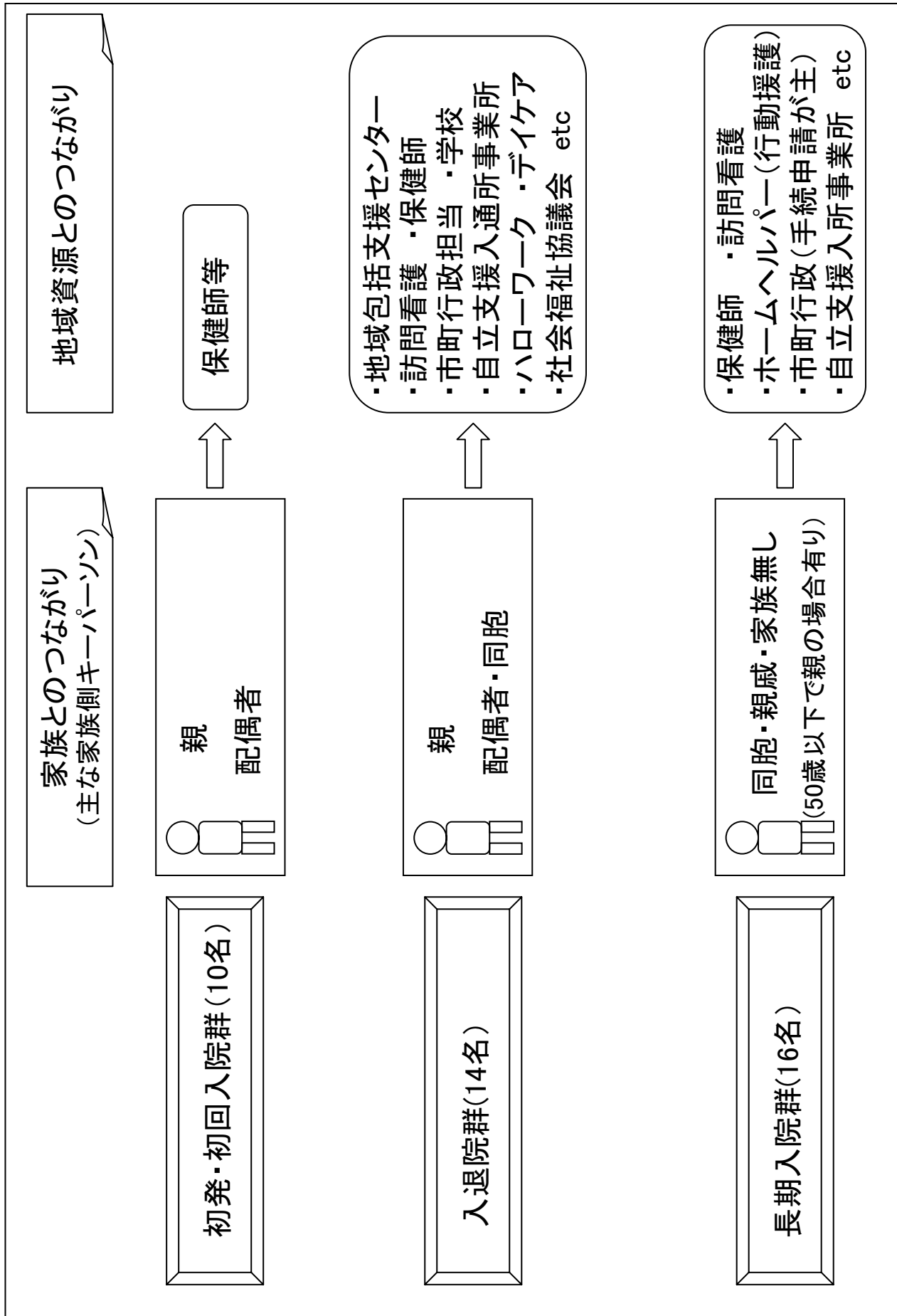


図1 本研究における群分類別の地域へのつながりの傾向

8) 典型事例

A：初発・初回入院群事例

事例分類1(入院期間58日)

施設名： Mセンター

報告者(キーワーカー)： K

1. 事例紹介

〔基礎情報〕氏名：H氏，年齢：29歳，性別：男性，診断：急性一過性精神障害

〔現病歴〕入院までの経過：X-3年に職場で揉め事となり部屋にひきこもる。X-2年11月に整体師の資格をとって自宅で整体を行っていたがこの頃から過呼吸発作が出現。12月に幻覚妄想状態となり弟や父と口論し、家を出た父は翌日車の中で自殺。X年9月に自宅で整体院を開業したが友人の事故死などを契機に精神症状が悪化。11月に母と叔母と整体の研修会のため東京に出かけた際奇妙な行動がみられ、最終的に警察に保護されたが仙台に戻る新幹線の中でずっと歩き続け逃走しようとした。地元の病院を受診し当院を紹介され翌日受診。受診の際には左手を黒く塗り耳栓をした姿であり、入院を拒否し周囲に暴力を振るった。救急棟隔離室にて薬物療法を開始したところ興奮状態は治まり、約2週間後に急性期病棟個室へ転棟。転棟と同時に本人と母親に本研究について説明を行い、参加の同意を得る。

2. 初期アセスメント

入院3~4週目に実施。

【家族のサマリー】母は元看護師であり整体院を自営、5歳下の弟は仙台でアルバイトをしている。母は明るく澆刺とした印象の人で、週1回の休業日に面会に来て本人にお弁当を差し入れする。父は元JR職員で早期退職したがアルコール依存の傾向があり母は受診をすすめていたとのこと。本人の入院について父の自殺が原因であると家族は断定している。本人は今回の入院は家族とゆっくり話す時間がなく理解しあえなかったことが原因と捉えており、父の話題になると涙を流す。

【社会面のサマリー】高校中退後飲食業・とび職など様々なアルバイトを転々とする。苦手なことを要求されると辞めていた、と。X-1年に携帯電話会社に1年半勤務しその後整体師の資格をとる。はやく退院して母の手伝いをしなければという発言が繰り返し聞かれ、面会の時も母に整体院の経営状況について聞いている。転棟前後は女性患者に対して付きまとうような行動が一時的にみられたが注意されるとなくなる。

【心理面のサマリー】当初は「強制的に入院させられた」「薬もできれば飲みたくない」などと治療には拒否的。自分の病的体験について正常ではないという認識はあるが、周りの理解が追いつかないのだという考え。入院前はイライラしていたこと、落ち着かなかったことの自覚はある。はやく退院したいという思いと退院後の漠然とした不安について語る。

3. 治療・援助の目標と方針

- 1 現実感の回復と楽しむ体験が必要
 - ・希望するOT活動に参加して徐々に感覚を取り戻す。活動後の疲れ具合をチェックする。
- 2 病気の回復過程について知識を得る(病棟における集団プログラムから始める)。
- 3 家族に対し本人の回復度合いや利用できるサービスについて説明をする。

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

13 日目に病棟内 OT に参加し習字やビーズ細工に取り組む。習字は何枚も書き上げ、他患との自然な交流もみられる。15 日で病棟外の OT にも参加し当初はほぼ全てのプログラムへ参加する。一方で落ち着かなさもありそれを解消する手段として OT を利用していた。しかし、徐々に活動の幅が縮小していき、集団での活動が苦手であることを担当 OTR に伝え、個別支援を希望する。

(2) 早期心理教育

3 週目に早期の心理教育プログラムに参加。話の途中で突然立ち上がるなどの行動がみられるが、話題を振られると入院前はイライラしていたが入院して落ち着いてきたことなどを語っている。主治医からは病名の告知や服薬の必要性について説明を受け、CP との個別面接の中では回復過程について確認を行う。その後、仲の良い患者に誘われてオープンな心理教育プログラムにも参加。「服薬していて車の運転はできるのか？」などと質問し「他の人の話が参考になった」との感想を述べている。

(3) 資源制度の情報提供

入院の翌日と約 1 ヶ月後に PSW より家族に対し医療費や自立支援医療について説明を行った。

(4) 家族支援

主治医、PSW、キーワーカー（CP）がそれぞれの立場で母親と面接し、病気の回復過程についてや困っていることについて相談する場を設けた。

(5) ケア会議・地域連携・その他

本人も含めたカンファレンスを入院後 4 週、6 週に実施した。地域のスタッフについては家族の希望により保健所の保健師に退院後の支援を依頼することとなった。

5. 結果（成果と転帰、退院後のケアプランなど）

- ・入院後 58 日で退院となった。今後は外来受診とキーワーカーによる再発予防ドリルの実施を予定している。退院後は自宅で整体院の手伝いをしたいといい、まずは電話対応など無理のないところからはじめていくとのこと。
- ・各検査結果 BPRS 入院時 52～退院時 3 GAF 入院時 35～退院時 70 それぞれの得点で顕著な改善がみられた。

6. 考察

- ・元来対人関係における脆弱さを抱えていたようだが、父親の自殺、友人の事故死、整体院の開業などといった出来事が重なり急激に陽性症状を呈したケース。服薬にて陽性症状が短期間で改善した後は入院処遇への不満や自分は病気ではないという訴えが聞かれたが、本研究のプログラムについては協力的であった。彼曰く「家族ともこんな風に自分の考えを話していればこういうことにはならなかったかもしれない」と、自分の様々な思いを表現する場、これまでの体験を伝える場を求めていたようである。また、家族の中で母がキーパーソンとなり一人で対処してきた経過があり、プログラムの中で今後は支援者も一緒に関わっていけることを新たに認識してもらえたと思われる。
- ・4 人部屋に移った頃はオープンな作業療法活動に積極的に参加していたが、徐々に集団が苦手ということから個別支援へとシフトしていった。個別から集団へという一方向的なリハビリではなく、

本人の状態に応じて柔軟に対応していくのが重要であると実感した。

- ・地域での支援体制については本人も家族からも希望はあまりなく、状況に応じて情報提供する程度にとどめるのが望ましいように思われた。

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）

- ・包括的アセスメントでは家族や心理社会面について有益な情報を得ることができたが、情報量が多いためより焦点をあてる部分を考えてアレンジしていくことが重要と思われる。
- ・本人には「研究に参加すれば早く退院できるのではないか」という動機付けがあったようで、退院に向けて不利になると思っている内容（病的体験など）は避ける傾向があり、共同作業ができるところと核心に触れられたくないところがはっきりしていた。若年での発症の場合、支援者を頼らず自分で何とか対処しようという人が多い印象があり、本人の抵抗をふまえた上でどんなアプローチが必要なのか、全体を見わたせるキーワーカーの役割は貴重と思われる。
- ・キーワーカーが CP というメリットとしては、本人の体験を安心して話す場を提供できること、心理教育へのレディネスができやすいことがあげられるが、退院後はマネジメント力がより要求されるため他職種との連携がますます重要と感じている。

B：入退院群事例

事例分類2(入院期間 42 日)

施設名:S 病院

報告者(キーワーカー):S

1. 事例紹介

[基礎情報]氏名:T氏 年齢:53 歳, 性別:女性, 診断:統合失調症

[現病歴]

X-30年12月、不眠、意欲低下により精神科を受診する。その後、入退院を繰り返し、X20年3月の退院後は、生活訓練施設へ入所、X-18年3月の退所後は生活訓練施設入所中より交際していた現夫と同居後に入籍する。X-10年3月10日、夫が通院していたK病院へ転院となる。

X-6年9月10日、息子(中1)が6月頃より不登校となり悩み、夫が家事を行っている状況。また、体重増加により腰痛悪化。減量したいとの希望もあり本人、夫も入院を希望。

X年9月18日、夫とケンカが耐えなくなり症状が悪化。それに伴い精神の安定を図る必要があるため、当院開放病棟入院となる。X年9月25日、気分高揚し症状悪化、医療保護1項入院で閉鎖病棟へ転棟となる。

閉鎖病棟転棟後、病状は安定している。本人自宅への退院希望。当院訪問看護ステーション、A町社協、包括支援センターの支援を調整し、自宅へ退院となる。退院後は通所授産施設の利用を本人希望され、包括支援センター調整により、退院後体験利用行い、週1回からの利用を予定。X年10月30日当院退院となる。

2. 初期アセスメント

健康面:診断名:統合失調症

身体機能:高脂血症、肥満(BMI:34.4)

精神機能:精神不安定、衝動制御困難、易怒性あり、躁状態、他良好

活動・参加:自己問題解決困難、ストレス対処困難、対人関係(他者への過干渉)、他良好

環境因子:【促進】精神手帳あり、障害基礎年金 2 級(13 万/2 か月)、包括支援センター・A 町社会福祉協議会介入、訪問看護、夫の協力、【阻害】夫との関係(状態悪化に伴い不良)

BPRS:【やや高い】不安、思考解体、誇大性、敵意、思考内容の異常【高い】高揚気分、精神運動興奮

GAF:35 点

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標:自宅退院後、通所授産施設へ通う

短期目標:精神の安定化、感情調整、服薬調整、ストレス対処、対人関係の改善、

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

入院 1 週間後、作業療法開始となる。閉鎖病棟転棟後、躁状態続き他者への過干渉などトラブルの危険性があった。そのため、初期時はベッドサイドにて個別作業療法として面接を中心とし本人訴えの傾聴・受容を行っていった。入院から2週間後より精神状態が安定してきたため大集団への導入に至った。大集団導入時は、他者への過干渉見られていたが、集団の治療因子を用いつつ行い、精神状態の安定も図れ、作業療法開始から 20 日後には、対人関係の改善がみられてきた。しかし、この時期より、疲労感やストレスに対する訴えが多く聞かれたため、作業活動を通して自分のペースを理解し鎮静と賦活のバランスを保ちつつ行うこと、ストレス対処について話を行い、焦点を当て行っていった。ストレス対処に関しては、本人より、リラクゼーションなどの運動がストレス発散に繋がったと発言あり、退院後ストレスが溜まった際は、リラクゼーションを中心に発散を行うよう促す。

退院後は、月に 2 回(Ns:1 回、OT1 回)の訪問看護を実施している。訪問看護では、主治医より生活支援と傾聴対応を中心に、運動による体力の増強と家事を行えるように支援するよう処方され、作業療法士の訪問時

は、運動を中心にリラクゼーションを行っていった。本人は運動には意欲的ではなかったが、作業療法士から体力増強とストレス発散になることを伝え納得して行う。

(2) 早期心理教育

担当臨床心理士にて、個別の心理教育を行う。本人は病識もあり病気や薬についての理解があり。しかし、薬の変更時など不安感が強かったため、その度薬の説明を行った。また、退院後の夫との関係での不安が強かったため、夫との上手な付き合い方についても話を行う。

(3) 資源制度の情報提供

担当 PSW が、転棟直後面談行い、医療保護入院へ形態変更についての説明を行う。その後、今後の生活の意向や不安の確認を行う。また以前から支援を行ってきた地域包括支援センターや社協地域権利擁護事業との連絡調整を行った。その後本人からの希望に基づき、通所授産施設についての紹介を行い、調整を地域包括支援センターに相談し、地域との連携を図った。退院後は家事支援のニーズあり、自立支援ヘルパー導入が検討されている。退院後も本人からの電話相談対応を行い、相談内容を本人同意の下、外来部門、包括支援センターへ報告し、地域社会資源との連携を行っている。

(4) 家族支援

夫(55 歳)、統合失調症。家族の心理教育などへは促すことができなかったものの、下記のケア会議にて、多職種からの情報を伝え、本人との関わり方などについて話をする。

(5) ケア会議・地域連携・その他

包括支援センター、町社会福祉協議会、当院訪問看護ステーション、入院中担当スタッフ(Ns、PSW、OT)、本人、家族(夫)を含めたケア会議を行い、退院後心配なこと、退院後関わるスタッフとの顔合わせ、情報交換・情報共有を行う。その後各関係スタッフの役割を決め、地域との連携を図る。

5. 結果(成果と転帰、退院後のケアプランなど)

当初は、気分高揚状態で落ち着きなく、他者への過干渉がみられていた。そのため、入院初期は薬物療法を中心とし、あとは個別の関わりを行っていった。プロジェクト開始時、主治医回診時にカンファレンスを設定し、週に1回カンファレンスを実施していった。本人の当初の目標として、「イライラをとって早く退院したい」「2週間で退院したい」というものであり、このことを各職種共有して関わっていった。

入院から2週間経過後より、他者への干渉は続いているものの、落ち着きがみられてくるようになってきた。

本人の目標だった2週間であったが、過干渉・易怒性・イライラ感があり、また家族の疲労感があったため、カンファレンス時に検討し、未だ治療が必要となり、入院治療継続となる。それに伴って、作業療法も個別から集団へ移行し、集団活動内で対人関係の改善を図っていった。また早期退院を目標とし、自宅(退院先)への外泊を繰り返していった。外泊の状況としては、家族より肯定的な面として「落ち着いてきている」「家事も手伝う」、否定的な面として「お節介な部分がある」「愚痴を言う」とのことであった。

入院1ヶ月経過後より、退院前となり、退院に対しての不安や疲労感、ストレスに対しての訴えが多く聞かれるようになった。院内では、本人の気持ちの受容・傾聴を中心に行い、PSW、Nsを中心に退院後支援するスタッフへの連絡を行い、ケア会議へと至った。ケア会議は、最初に家族(夫)、院内スタッフ(Ns、PSW、OT)、包括支援センター、A町社会福祉協議会、院内訪問看護ステーションにて、情報交換・共有を行い、その中で家族の不安なことに対しての検討を行った。その後、本人も含め先に話し合ったことを伝え、本人の気持ちも取り入れた後に、各専門スタッフの役割を明確にいった。また、退院後は通所授産施設を本人が希望し、包括支援センターの調整の基、週1回を予定し、退院後体験利用となった。退院前の外泊時の状況として、家族より「落ち着いている」とのことでも否定的な面がみられなかった。

退院時 BPRS:【中等度】高揚気分 【軽度】心氣的訴え、不安、精神運動興奮

退院時 GAF:65 点

退院後は、通所授産施設には行ったものの、「長時間勤務できつい」とのことで1回のみ通所で終わっている。その後は包括支援センターの自立支援ヘルパーを週1回、当院の訪問看護ステーションを週1回の利用があり、その中で自宅での生活支援を行っている状況である。本人より、家事とストレス対処をしたいと訪問看護時に要望があったため、Ns:家事、OT:リラクゼーション・運動とし隔週交互に関わりを持っている状況である。本人より「旦那と仲良くやっていく」「太ったから痩せる」と発言あり、このことを目標とし生活している。一つの「旦那と仲良くやっていく」は、「料理をする事で、とても喜んでくれる」と発言あり、出来るだけヘルパーが入る日以外は出来るだけ自分で料理をしている様子である。二つ目の「太ったから痩せる」は、「運動はきついからしたくない」などの発言もあったため、訪問看護時に体操や散歩などを訪問スタッフと共に継続して行っている状況である。精神状態は安定し、落ち着いて生活を送っている。

6. 考察

今回は入退院を繰り返す患者に対して、早期退院から安心した地域生活へつなげることができた。この要因として、以下の3点が考えられる。

1点目は、入院初期の段階から本人の意思を確認し、それに沿った関わりを行って来たことが考えられる。カンファレンスを通じて情報を共有し、本人の要求・現状(状態)の把握をし、各職種が連携し行ったことで、本人に安心して入院治療を受けてもらうことができた。

2点目は、地域との連携である。今回は、院内スタッフ、包括支援センター、A町社会福祉協議会、院内訪問看護ステーションなど、本人を地域で支援していくスタッフのケア会議を行った。そこで情報の共有、今後の目標設定、その目標に沿った具体的な各関連機関の支援内容を検討していったことにより、ネットワークの確立が出来、連携が出来たためだと考える。またこのケア会議に本人にも参加してもらい本人の意思を確認したのちに、支援者が何を支援するのかを明確にし、今回おこなった目標設定を伝え、自宅生活での役割を明確化した。このことで、自分の生活のイメージがつき安心した退院へと繋がっていった。

3点目は、家族支援である。家族にも上記ケア会議へ参加してもらい、利用者本人の情報を提供し、各関連職種が退院後どのように関わっていくかを伝えていったことで、心理的負担感の軽減へとなり、家族の安心感へと繋がっていった。

この3点により早期退院が可能となり、現在の安心した地域生活に繋がったのだと考える。

退院後の生活支援では、訪問看護、包括支援センター、A町社会福祉協議会にて関わりを持っており、この、各関連機関同士が連絡を取り合いながら情報を共有し行っていることにより、常に支援できるネットワークづくりを確立しこのことで、現在の安心した生活に繋がっていると考えられる。また訪問看護では、入院中より関わりをもっており、治療のプロセスを理解したスタッフが切れ目ない関わりを行うことで、訪問看護に対しての安心感へと繋がっていると考える。その中で、本人の生活の目標を本人と共に設定し、本人の家庭内での役割を明確にしながらいっている。このことにより、QOLの向上へとも繋がっている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)

①家族支援時、夫との関係について話を行っていく必要性があったと考える。

C：長期入院事例

事例分類 3(入院期間 1961 日)

施設名：W病院

報告者(キーワーカー)： N

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名：Y氏，年齢：26歳，性別：男性，診断：統合失調症 入院形態：任意入院

[現病歴] 入院までの経過：X-5年、中学時代より学校に馴染めず、高校進学後より次第に両親への暴力が頻回となる。16, 17歳時に計2回他病院への入院歴+。高校中退。X-1年9月よりF県にて一人暮らしを始める。X年3月、F駅前交番で「人を殺した」「盗撮される」などの訴えあり、E病院に応急入院となった。X年4月帰郷。当院受診し入院。

2. 初期アセスメント (X+5年：H20年9月現在)

健康面：他疾患なし。心身機能構造：当院より離れている（徒歩 20～30 分程要す）店にも歩いて買い物に行き、体力あり。身長 175cm、体重 70kg。栄養状態に関するリスクも問題なし（栄養管理計画書より）。幻覚妄想を普段表出することは少ないが、根底には継続して存在する。病識らしきものは伺える。些細なことにこだわり強く、強迫的で常同的な思考。時に睡眠が不規則になる。集団協調なし。活動と参加：生活リズムが整わずマイペース。身辺処理・生活管理はほぼ自立（掃除・片付けに関しては不得意で、助言必要）。自室にこもって運動、読書などをしてすごし自閉的。家族との交流が一番落ち着くとのこと。スタッフとの交流は困ったことなどの相談はできるが、それ以上の関心はない様子で必要最小限。他患とは「まともじゃないと思う。常識がない。」と交流なく、一人での行動が目立つ。環境因子：両親への暴力があったため、同じことが繰り返されるという不安あり、自宅退院は受け入れにくい様子。また、自宅は当院より離れた過疎地で、病院を変えることへの不安あり（退院後も慣れ親しんだスタッフが継続的に関わりを持ち地域支援していくことで、危機介入時もスムーズに対応できると判断）。個人因子：ストレスに弱い（特に対人面）。衝動的逸脱行為（暴力）に及ぶ恐れがある。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標：退院して、社会生活の安定を図る。

短期目標：安定した入院生活を図りながら、退院に向けての準備を進める。心理教育により、病気に対する理解を深め、再発予防のための手段を学習する。生活リズムを整える。

4. 治療・援助の経過

(1) 作業療法

本人より OT 希望あるが、既存のプログラムがほとんど集団プログラムである事と、以前に個人 OT を行っていたが断続的で中止になった経緯もあり。退院までの期間は安定した生活を保つために、主治医判断で OT 実施は見送る。

(2) 心理教育

主治医から薬に関すること、不安・葛藤に対する対処法など、継続的に心理教育実施。服薬について「薬は飲んだ方がいいと思っている。イライラするときも飲んだらスッと治る。」と、主治医との心理教育的関わりの中で、アドヒアランスを高めることはできていた。OTR は再発予防に関する内容を実施。悪化のサインについては「(発症時のこと) はっきり覚えてないんだよねー。」と言うも、一つ一つ経過（発症から現在まで）を辿っていくことで、思い出せたことを本人の言葉そのまま、OTR が作成した資料に悪化のサインをまとめていった。対処法については、本人なりに落ち着ける方法を考えていた。また、ちょっとした兆候でもスタッフに相談するように助言する。

(3) 資源制度の情報提供

障害年金受給希望あり、申請の手続きをする。近くのグループホームも紹介してみるが「グループホームは無理。」と拒否。退院後の生活に向けて自立支援医療について情報提供・申請手続きする。「料理ができない。10日ぐらいはできると思うけど…」と食に関する不安あり、ヘルパー利用できることを伝える。また、退院後は訪問看護も行い、症状の安定を図り単身生活を送れるように支援していく旨伝える。

(4) 家族支援

母親が「本人から電話で〇〇とって、変な発言があったのですが、今日の外出は大丈夫でしょうか?」「(手帳申請) 本人が傷つかないでしょうか?」など心配していたが、PSW が相談対応し不安の軽減を図る。両親は、当院家族教室に定期的参加される。

(5) ケア会議・地域連携・その他

ケア会議は月1回のペースで実施し、2回目からは家族も参加(計4回)。居住の確保はPSWが不動産屋リストを作成し、本人・両親で探すこととなる。病気を開示してのアパート探しをするが、本人も気に入った物件で入居が決定しかけた矢先、アパートの大家から断りの連絡があり。ケア会議でも居住の確保について話し合い、OTRが“緊急時対応”のマニュアル作成し、今後の交渉に役立てるようにした。本人から「料理ができない。料理を教えて欲しい。」「掃除が苦手。」などの積極的な意見もあり、退院後には、当院実施の訪問看護とヘルパー(行動援護)を利用する予定となる。4回目には、サービス事業所(行動援護)のスタッフにも同席してもらう。事業所担当スタッフにはあらかじめ事業開始からその時点までの経緯や、心理教育で実施した再発防止プログラムの資料を送付し事前に情報提供をしておいた。訪問看護スタッフ(外来Ns)との時間調整は難しいため、ケア会議とは別に顔合わせ程度の面接の場を設けた。また、ケア会議の議事録も作成しチームスタッフ(本人・家族も含む)への周知を図った。

5. 結果(成果と転帰、退院後のケアプランなど)

X+5年5ヶ月、研究事業の対象ケースとして本人了承。初めは「これ(研究事業)をしないと、退院できないんでしょ?」と同意説明の際には理解が難しいようであったが、自ら主治医やOTRに退院に向けての取り組みに関して質問してくるなど、退院に向けて意識も前向きとなる。

ケア会議では、本人も同席したことで自発性も向上し、両親も本人が退院に向けて意欲的に取り組んでいる様子を見て「私たちも頑張って(物件を)探してみます。」などと両親の意識も変わってきた。退院が現実味を帯びてきたことで、他患に対する被害妄想の表出、生活リズムの乱れもあり精神的に動揺が見え隠れした時期もあったが、大きな精神症状の悪化にはつながらなかった。

4ヶ月目に入り、試験外泊開始。4泊5日の外泊時には、キーワーカー・病棟Nsでの退院前訪問看護を実施。「ごみの出し方が分からない。」と自ら助言を求める。心配していた“食”に関することも「自分でできた。(料理の味付け)お母さんよりもおいしかった。」と自己評価高い。

退院後の支援方針については、なるべく地域生活の場に慣れ親しんだチームスタッフまたは病棟スタッフが介入し、症状の悪化を早期に発見して対応できるような体制をとることとした。外来受診:1回/W。訪問看護:1回/2W。ヘルパー(行動援護):2回/W。X+5年8ヶ月で退院となる。

GAF:開始時40→退院時(研究終了時)45

BPRS:【軽減】心氣的訴え1→0、不安3→1、緊張2→1 【悪化】誇大性2→3、敵意0→1

6. 考察

本事例は、研究開始の3年ほど前より主治医から退院を持ちかけていたが、本人も「退院しないといけないとは思っている」とは言うものの、退院後の生活で気持ちが揺れ不安を訴えることもあり、退

院に結びつかなかった事例であった。また、両親も退院に対して「生活リズムが整ったら…」と条件は出すものの、退院を受け入れにくかったようである。

本人・家族も含めたケア会議は、本人自身が主体的に発言・行動することを両親も目の当たりすることで、本人に対する理解も深まり両親自身も協力しようとする気持ちに変化した。その相互理解・家族間の関係が修復されたことで、退院支援が円滑に進んでいったと考えられる。

心理教育では、長期入院により悪化の兆候（サイン）が本人の中で理解することが難しく、明確な兆候を探し出すには至っていないが、今後の地域生活を維持するためには支援に関わるスタッフで、密な情報交換が求められると考える。

地域スタッフとの連携に関して、入院している時から一緒にケア会議にも参加していただくことで、情報交換もスムーズとなり、サービスを利用する側（本人・家族）にとっても、提供する側にとっても不可欠であると考え。対人技能に問題のある事例は、デイケアや作業所通所には結びつきにくく、対人状況を一変させないように、慣れ親しんだスタッフが継続して退院後の支援に携わることも大切である。

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）

- ・協会版ケアアセスメントは、ケア会議ごとの実施とのことであったが、本事例が長期入院者であり、ケア会議（1ヶ月に1度実施）ごとの評価では生活機能上の大きな変化はなく、評価項目も多かったため、本人の疲労度を考え初期と研究終了時（退院時期）に実施した。
- ・対人面で問題のある事例で、グループホーム入居は拒否、デイケアや作業所などの人が集まる場所の利用は困難であった。居住確保に関して時間がかかり、両親の計らいで居住を決定することができたが、今後は居住サポート事業や生活する場に出向いての支援（アウトリーチ）の充実を図って欲しい。
- ・今回は安定した入院生活を維持するため、あえて作業療法の実施を避け、作業療法士はキーワーカーとして関わった。退院支援から地域生活支援に携わったのはこの事例が初めてであり、院内作業療法プログラム以外での地域移行（退院促進）に向けての取り組みや地域にも作業療法士が活躍できる領域を広げていかなければいけないと感じた。
- ・キーワーカーは、事例に対しケアマネジャーの存在として動く形となった。普段のOT業務も維持しながらキーワーカーとしての役割もこなしていかなければならず、同課のスタッフの協力もあり役割を果たすことができた。今後は、介護保険のケアマネジャーのように、障害分野でもケアマネジメントを専門的な仕事として動けるようなシステムが必要であると思う。また、地域によっては利用できるサービスが少ない地域もあり、医療・保険・福祉という領域の壁が厚く地域支援体制の構築が進んでいない地域もある。生活レベルは高くても症状が重く長期入院を強いられている方、帰る場所がなく社会的入院になっている方が地域移行（社会復帰）していくためにも、各機関が地域移行を進めていけるように入院時から退院に向けて関わり、退院後も地域生活支援していくこと（ケアマネジメント）を主な業務とする、多職種スタッフで構成された部署の設置が必要だと思う。【診療報酬制度（精神科地域移行実施加算）の基準・点数の見直しや自立支援法の見直しを希望。】

D：気分障害群事例

事例分類4(入院期間 71 日)

施設名：S 病院

報告者(キーワーカー)：N

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名：P 氏 年齢：37 歳，性別：男性，診断：うつ病

[現病歴] 入院までの経過：

X-8 年 04 月頃：仕事の業務内容と対人ストレスにより、不眠・微熱・意欲低下の症状が出現する。ストレスの回避として暴食、買物による浪費が始まる。X-2 年 03 月頃：自己破産。症状が悪化。X-2 年 03 月 10 日：A 心療内科を受診し、その後休職となる。休職中は家族と同居していたが折り合いが悪く、イライラして口論となることが多くなった。X-1 年 11 月頃：昼夜逆転した生活が続く。単身生活での改善が難しくなり、東京の兄の所に行き、規則正しい生活を目指すは上手くいかず。東京の B 病院へかかる。X-1 年 12 月頃：熊本に戻る。A 心療内科へかかる。X 年 02 月頃：家族との折り合いが悪かったため、単身生活を開始する。X 年 05 月頃：復職について考えるようになり、障害者職業センターに相談。当院の復職デイケアを勧められる。

X 年 06 月 06 日：当院受診となる。浪費が続いている様子。ネット依存で、ネットで知り合った女性が家に来ている状況。X 年 06 月 09 日～：当院復職デイケア利用し、復職を目指していた。X 年 08 月 28 日：ストレスにて彼女への暴力があった。抑うつ症状の出現や生活リズムの乱れもあり、本人希望にて当院へ任意入院となる。

2. 初期アセスメント

健康面：うつ病 身体機能面：肥満 睡眠時無呼吸症候群

精神機能面：情動機能（不安・焦燥感）思考機能（注意・集中力の低下）睡眠機能（不眠：睡眠の維持困難）

活動と参加：ストレス対処の低下

環境因子：X 年 08 月に父親の癌の状態を家族から伝えられていなかったことにより、精神面の落ち込みあり。その後、彼女への暴力に繋がる。

BDI：開始時 16 点【軽いうつ状態】軽度ではあるものの、気分や身体反応など広く症状がみられる。

GAF：55 点

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標：復職（復職デイケアを利用しながら、リハビリ勤務からの復職を目指す）

短期目標：①生活リズムの再構築 ②復職までのイメージ作り

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

X+2W目に OT 処方。活動導入時、本事例と共に「生活リズムの再構築」「体力向上」「ストレス対処法の発見」を治療目標として立案した。入院前から昼夜逆転していた為、まずは生活リズムの立て直しを目的に、午前の活動から導入を図った。導入活動は、リラクゼーションを目的としたアロマを実施。

X+3W目からスポーツ活動への参加を開始。基礎体力の回復や楽しむ体験を目的に、身体負荷の軽い内容（チューブ体操など）から導入した。一日を通した活動参加が図れていた。

X+2M目頃、風邪を患う。生活リズムの乱れが生じ始め、活動参加にも支障をきたす状態となる。小集団活動（認知行動療法・アサーション）への参加。ストレス対処やコミュニケーションについて振り返りを行う。体調の改善に伴ない、生活リズムや作業遂行能力も徐々に改善していく。

X+2.5M目頃、安心して復職デイケアへ移行するために、入院中から復職デイケアに繋がる活動を実施。

X+3M目、地域支援に移行し、復職デイケアに通所。復職プログラムに取り組む。

(2) 早期心理教育

X+1M目から開始。疾患に対する知識を深め、再発への予防に向けて、小集団心理教育プログラムへの導入。生活リズムの安定を目的に、夜間のパソコン使用をタイマーで終了することやカーテンをレースに変えるなど、再発予防に向けた前向きな問題解決姿勢がうかがわれた。

(3) 資源制度の情報提供

入院時より、制度面の情報提供を随時実施。

(4) 家族支援

家族心理教育プログラムの参加に関しては、家族の体調不良や遠方での生活のため未実施である。しかし、キーパーソンとなる長男へ、本事例の状態を含めた治療方針の説明や復職時期などの連絡を密に行い、協力関係を築いた。

(5) ケア会議・地域連携・その他

復職に向けてのイメージ作りとして、PSW を中心に本人を交えてのカンファレンスを実施。また、PSW を通じて、入院治療と退院後の復職デイケアとの連携を図る。退院後、復職までの間は当院復職デイケアへ通所。復職デイケアへの利用開始が予定より数日遅れたものの、行動記録表を利用し、就寝時間の一定化を促すことで、継続通所が可能になった。ケア会議を実施し、職場との連携を図る。その後、復職へ向けての復帰スケジュールを作成。

行動記録表

外泊になると、オーバーワークからストレスを感じていた。また、パソコンの使用が深夜に及び、生活リズムの乱れにも繋がっていた。何度かの外泊を繰り返すが、生活リズムの乱れを自己修正することが困難であったため、主治医の指示により行動記録表への記入を開始した。回診時、主治医と共に振り返りを実施。

5. 結果（成果と転帰、退院後のケアプランなど）

急性期には、リラクゼーションと身体感覚の回復を目的にアロマを導入。「リラックス出来ました。」と表情穏やかな発言あり。また、OT 活動で身体を動かすことが出来たことにより、達成感と心地良さを感じていた。その後、散歩を自主的に開始するなど、本人の回復に対する前向きな取り組み姿勢があり、生活リズムや体力向上が比較的早期に確立した。

1M 後、小集団心理教育プログラムの参加を通して、再発予防に向けて退院後の生活リズムの安定を目的とした環境設定の見直しを図る。そこで、本事例を交えた復職に向けてのカンファレンスを実施した。各職種がチームとして関わり、復職に対するイメージ化が図られた。

2M 目頃、創作活動を通して、体調に応じた休息の調整を図り、自己のペースへの理解を示した。また、退院後のストレス対処として、アロマやスポーツ活動を考え始めるようになった。主治医回診にて、外泊時の行動記録表への振り返りを実施した。

退院前外泊では、外泊中の生活リズムが安定していた。「退院後も維持出来るようになれば問題ない。」と発言が聞かれた。外泊での行動が本人の自信の回復や達成感の獲得に繋がり、本人より退院希望の報告あり。退院後の復職デイケアの利用を確認した。

退院時には、「一人では出来なかった生活リズムを戻すことや運動も、作業療法に参加することによって、出来るようになった。」との発言がある。集団を用いた活動を通して普遍的体験や現実検討が図られ、今後の生活に向けた希望がみられた。本人から家族へ相談することもあり、家族との良好なコミ

コミュニケーションが図れている。

退院後、若干の生活リズムの乱れがあり、復職デイケア開始予定日より4日遅れの利用となる。父親に癌転移があり、その告知を家族から受けたものの自身で気持ちの整理をつけている様子であった。18日より、行動記録表を付け、就寝時間を一定にしている。その後、復職デイケアの継続利用が図れている。

BDI：終了時 0点 生活リズムの回復に伴い、気分の安定化が図れている。

6. 考察

本事例にとって、復職とそのため本人が主体的に散歩等を行い、退院後の生活リズムを維持していくことが治療目標であった。入院当初は、父の病気や彼女との関係について気持ちの整理が行えていない状態であり、生活リズムの乱れもみられていた。しかし、「彼女への対応の問題より、自分の調子が崩れていることが問題であり、それを戻すことを第一にやっていきたい。」と発言し、早期から治療に対する意欲がうかがわれていた。その要因として、入院前より復職デイケアで関わっていた PSW の継続した支援によって、明確な治療目標が本人・各スタッフ共に共有され、切れ目のない治療が提供されていたことが考えられる。その統一された認識が、早期からの OT 導入に繋がったと考えられる。岡崎によると、「生活のリズムや基礎体力、活動性は復職する際の土台であり、それらの復職準備性が整わない状態で復職をすることは難しい。あわせて再発予防を考えなくてはならない。」と述べている。本事例においても、状態に波があったものの、各職種が役割を明確にして関わったことによって、復職に向けての土台作りが早期に行えたと考える。また、チームで関わった小集団心理教育プログラムにおいて、再発予防への意識付けが図られ、退院後の生活に向けての見通しがみられるようになった。また、集団の治療因子を用いて作業療法を展開し、達成感やペース配分の見直しが図れ、本人からの気付きが多く得られた。それらの気付きから、普遍的体験や現実検討が図られ、今後の生活に向けた希望に繋がったと考えられる。

本事例の回復段階に応じて、変化を見落とさず、各職種がタイムリーな関わりを持てたことが、本事例の気付きを自信に転換させることに繋がったと考えられる。また、外泊時に使用した行動記録表は、外泊時の生活を客観的に振り返る機会となり、気付きや自発的行動へと繋がるものとなった。その気付きが本事例の自信となり、退院を前向きに考える後押しをしたと考える。復職デイケアへの利用は、予定より数日遅れたものの、行動記録表の再開と就寝時間の一定化を促すことによって、継続した通所が可能になった。入院時からの行動記録表の記入にて、自らが問題点の把握が行え、本人の外泊中の過ごし方が変化するきっかけとなった。退院後の単身生活に向けて現実的な方策を自身で立案し、好感触を得たことは本人の自信付けに繋がったと考えられる。また、行動記録表の利用にて、入院中から退院後の単身生活を見据えた主体的治療に取り組めるようなアプローチが有効に働いたと考えられる。

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）

- ① 主治医以外の主たる支援者の移行のタイミング（病院⇒復職デイケア⇒職場）
- ② 体調に応じたスケジュールの企画・立案とその遂行を含めたセルフマネジメントの確認
- ③ 状態や状況に合わせたストレス対処の実践とタイムリーな介入

5. 考 察

1) 治療プログラムの有効性

- ・ 多職種チームによるケア会議等の実施や早期作業療法、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、生活能力改善、プログラム提供満足度などから初発・初回入院群、入退院を繰り返している群、長期入院群、それぞれに有効であった。
- ・ BPRS, GAF, ケアアセスメントの研究開始時期と終了時での変化は、初発・初回入院群、入退院を繰り返している群、長期入院群若年、の順に変化が大きかった。初発・初回入院群は症状の改善に伴い、生活能力の改善がみられた。
- ・ 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) 入院中から退院後の生活を想定した地域支援者の関与の重要性

- ・ 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。
- ・ 入院中から退院後の生活を想定し、退院後に必要な支援者を巻き込むケア会議を開催することで退院をスムーズなものにし、退院後も継続した支援が可能となった。
- ・ 退院できない対象者は、ケア会議には地域の支援者が参加しておらず病院内のスタッフに止まっていた。
- ・ 退院促進事業と関連した事例は入退院を繰り返している群で1例、長期入院群で2例あり、いずれも入院中のケア会議に数回参加していた。
- ・ 入院中からの本人・家族が入ったケア会議は支援の満足度を高め、重要であることがわかった。

3) 退院後の継続した医療の必要性

- ・ 入退院を繰り返している群、長期入院群では、退院後に医療として関与しているものとして、キーワーカーの継続支援の他に、デイケア（外来OT）や訪問看護が圧倒的に多かった。
- ・ 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。
- ・ 初発・初回入院群は、退院後に地域の支援者のニーズが少なく、医療のスタッフが継続して支援していく体制が必要となる傾向が強かった。再発防止プログラムの重要性が示唆された。

4) 退院後に必要な地域支援サービス

- ・ ほとんどの事例で保健師の関与があった。
- ・ 初発・初回入院群では保健師等の関与に止まった。
- ・ 入退院を繰り返している群は、親・同胞などの家族がおり、家族全体の調整・支援が重要な事例が多かった。その場合、地域包括支援センター、自立支援入通所事業所のサービスとつながっていた。
- ・ 長期入院群は、家族がない場合が多く、生活そのものに多くの支援を必要とする事例が多かった。その場合、ヘルパーの関与、グループホーム等の入所施設職員の関与を必要とした。

6. まとめ

- 1) 精神科病院に入院している患者の退院促進のための支援体制及び医療と地域の連携のあり方について検討した。検討した内容は以下の通りであった。
 - ⑤ 精神科病院入院患者の退院促進に向けた病院内支援体制のあり方
 - ⑥ 退院促進に向けた病院内プログラムのあり方
 - ⑦ 入院中からの地域支援者の介入のあり方
 - ⑧ 退院後の地域生活の安定に向けた医療における訪問看護，デイケア，外来OT等の支援のあり方及び地域との連携のあり方
- 2) 1) で提案された退院促進のための支援体制及び医療及び地域の連携のあり方に沿って，協力病院20施設においてモデル的試行を行った。試行にあたっては，病院内多職種チームによる定期的なケア会議と退院促進プログラムの実施，ケア会議には入院中から地域の関係スタッフの参加にて実施し，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43例，対照群として16例が報告された。
- 4) 全例で退院促進プログラム（退院後の生活を想定した，作業療法，心理教育，家族支援，情報提供等）と入院中から地域の支援者が参加するケア会議が実施され，症状改善，生活能力改善，支援満足度において有効性が報告された。
- 5) 入院中から開催されるケア会議には，退院後の生活を想定した地域の支援スタッフが参加することで，退院後の支援をスムーズなものとした。
- 6) 退院後に継続して関与していくものとして，キーワーカーの再発防止プログラムと訪問看護，デイケア（外来OT）等があった。
- 7) 初発・初回入院事例は地域の支援者のニーズが少なく，保健師等の関与に止まった。
- 8) 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，医療としてはデイケアや訪問看護，地域の支援としては，保健師以外に地域包括支援センター，自立支援入通所事業所などのサービスが必要であった。
- 9) 長期入院事例には，家族と疎遠となり，対象者の生活そのものを支援していく体制が必要とされることが多かった。医療としては訪問看護，地域支援としては，ヘルパーやグループホーム職員等の支援を必要とした。

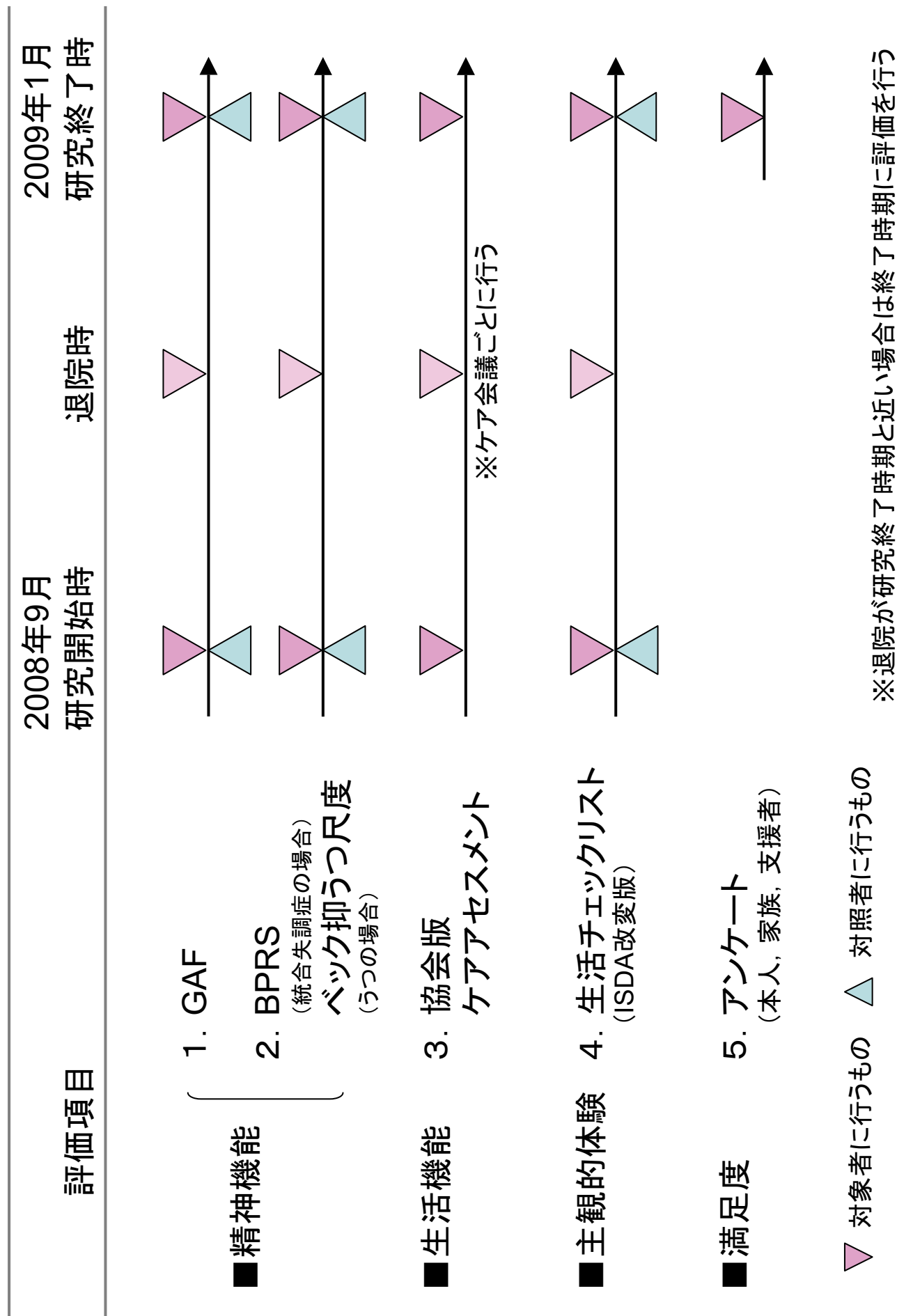
7. 今後の課題

平成 19 年度「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」、平成 20 年度「精神障害者の退院促進および円滑な地域移行のための地域支援体制構築に向けた研究」の 2 年間に渡る研究を通して以下のことが明確になった。

- 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）を開発した。
- 2) 研究協力施設の試行により、全例で退院促進プログラム（退院後の生活を想定した、作業療法、心理教育、家族支援、情報提供等）と入院中から地域の支援者が参加するケア会議が実施され、症状改善、生活能力改善、支援満足度において有効性が報告された。
- 3) 退院後に医療として、継続して関与していくものとして、キーワーカーの再発防止プログラムと訪問看護、デイケア（外来OT）等があった。
- 4) 初発・初回入院の事例、再発を繰り返している事例、長期入院事例では、地域生活での課題の違いにより、地域の支援サービスの利用の仕方に違いがあることが見えた。
- 5) 初発・初回入院患者は地域の支援者のニーズが少なく、保健師等の関与に止まった。
- 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。再発を防ぎ止していく上で、医療としてはデイケアや訪問看護、地域の支援としては、保健師以外に地域包括支援センター、自立支援入通所事業所などのサービスが必要であった。
- 7) 長期入院者には、家族と疎遠となり、対象者の生活そのものを支援していく体制が必要とされることが多かった。医療としては訪問看護、地域支援としては、ヘルパーやグループホーム職員等の支援を必要とした。

これらの結果を受け今後の課題は、デイケア、外来OT、訪問看護等医療で提供できる退院後の支援内容と、自立支援法等で利用できるサービスの内容等をより明確にしていく必要があると思われる。

表 1 平成20年度障害保険福祉推進事業 評価尺度実施スケジュール



資 料

プログラムマニュアル
良い回復のためのケアプラン
施設用アンケート
当事者用アンケート
家族用アンケート
支援スタッフ用アンケート

平成20年度障害者保健福祉推進事業
(障害者自立支援研究プロジェクト)

精神障害者の退院促進および円滑な地域移行のための
地域支援体制構築に向けた研究

プログラムマニュアル

2008年8月
社団法人 日本作業療法士協会

以下に、退院促進支援のプログラム概要を記しました。これらのプログラムを参考に、各施設の特徴、対象者の回復状態や生活背景に応じた支援・プログラムを実施し、実際に行った支援内容とその経過を事例報告書にまとめてください。

1. 退院促進に向けた施設内支援体制の整備

病院における医師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士，臨床心理士等の多職種チームによる支援体制を作る。そこで，チーム連携をはかりながら退院に向けた支援，退院後の生活を想定した支援プログラムを実施する（図1）。

- ① チームカンファレンス（ケア会議）にて本人・家族等を交えたケアアセスメントを行い，退院促進支援の計画を立てる。また，施設内の支援計画をマネジメントするキーワーカーを設定する。
- ② キーワーカーを中心にケア会議を定期的（例えば1ヶ月毎）に実施し，アセスメントをもとに目標・支援内容を調整する。
- ③ 作業療法，心理教育，資源・制度の情報提供，家族支援等，退院後の生活を想定したプログラムを実施する。
- ④ 退院時ケア会議にてアセスメントを行い，退院後のケアプランを作成する。また，退院後の支援体制を構築し，退院後も定期的に対象者の動向をモニタリングする。
- ⑤ 退院後の医療においては，できるだけ馴染みのスタッフが訪問看護，外来作業療法，ショートケア，デイケア等で支援を継続し地域生活の安定と再発予防に努める。
- ⑥ キーワーカーは以上の流れをマネジメントし，さらに地域のケアマネージャー，支援コーディネーター，支援員等との連携をはかり，対象者個々の地域生活を支援する体制を構築する。

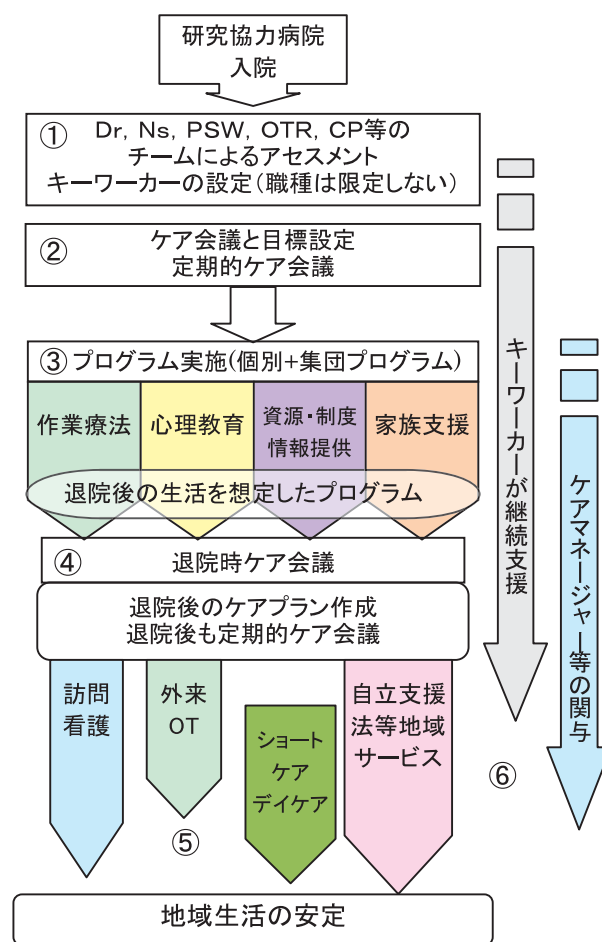


図1 退院促進・地域移行のための支援体制

2. 退院促進に向けた病院内プログラム

1) 早期作業療法

早期作業療法では、身体を動かすこと、短時間何かに取り組むことを通して、病的状態からの早期離脱をはかり、何もしていないことによる不安感を解消し、安心・安全感の保障、現実感と身体感覚の回復、休息の取り方の援助、欲求充足と発散、自己状態の把握と回復ペースの理解などを促進させ、患者の主体的な治療への参加を助ける。また、作業療法場面で得られた所見を、回復状態の評価とチームへの情報提供に活かす。

基本的なプログラム

以下の視点を基本に、実感もてる体験・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ぐ。

- 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・現実感の賦活
- ③ 取り組む-休む-取り組む、という体験のメリハリ→自己感、休息感、回復感
- ④ 漠然とした不安焦燥感、堂々巡りのマイナス思考→作業活動のなかで適応的に発散
- 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に、個人のペースにあわせて緩やかな行動拡大を図る。以下に基本的なプログラムを例示した。

(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する。例えば、新聞・雑誌・音楽 CD・環境 DVD などの鑑賞、ピアノ・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・各種健康機器）の使用、ピンポン・風船つきなどを行う。

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で、曜日と時間を決めて自由参加の活動を行う。例えば、和紙のちぎり絵、モザイク制作、ジグソーパズルなど、簡単な構成的手工芸とその自由な見学参加を通して、作業療法室で行う個別作業療法の開始時期を判断する。

(2) 簡単な身体運動プログラム

例-3：個別または小集団を利用した身体運動

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、健康器具の使用などを病棟のプレイルームや作業療法室などで行う。対人交流は急がせず、活動にともなう身体感覚の変化に注意を向ける。

例-4：1対1 または数名で行う室内運動

ボール運動などでは、手順が単純で状況が判りやすいため、心理的な安全感を保障しやすい。ボールの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る。1対1で行う風船つき、キャッチボール、卓球などから、2対2で行う風船バレー、卓球のダブルスへと段階づけ、徐々に活動の幅を広げていく。

(3) パラレルな場を利用した個別作業療法

開かれた作業療法環境のなかで、次のプロセスを支援する。

- ① 他者と場を共有し、安心して過ごせる時間を経験する
- 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”“これでよい”といった明確な体験に変えていく
- 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る
- ④ 回復過程に沿って緩やかな行動拡大をはかる

作業活動は上記の身体運動プログラム、簡単なゲーム、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、PCを使った文字入力の練習などが利用しやすい。

2) 心理教育

対象者個々への病名告知や症状説明、薬物療法の詳細などは主治医の方針に沿って扱い、早期の心理教育では、以下のような一般的な知識、ストレスの軽減、入院生活の説明などを行う。

- 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

本人が入院に至るまでに経験したこと、主観的な体験を語る場としても重要な意味がある。自分が経験した不安感や違和感などを話し、これが周囲に理解される体験が安心感につながり、その後の治療に活かされる。自分の体験を語り、他者の体験を聴き、相互に体験を共有する。

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し、対象者が自分の経験を振り返る機会、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く。

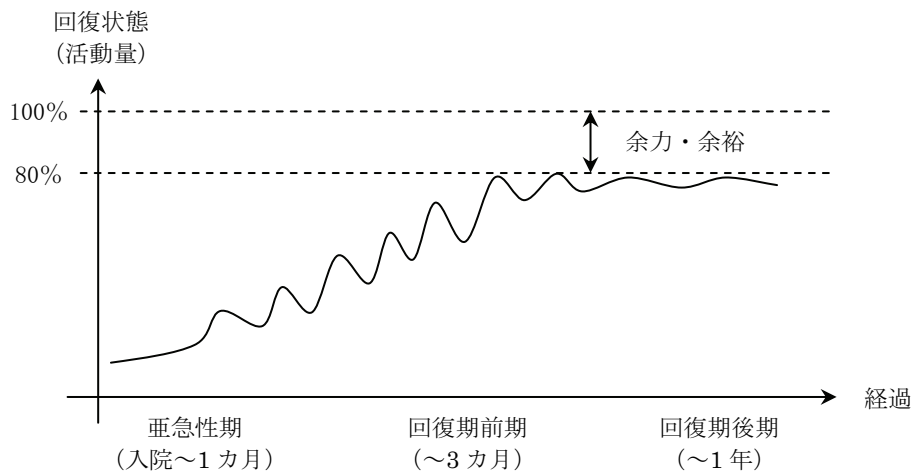
(1) 基本的なプログラム

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頃に開始する。

1. 実施者：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い。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う。
2. 実施時間：45分程度を基本とし、対象者の疲労度などを考慮して実施する。
3. 頻度/回数：週1～2回程度、テーマにそって3回～4回程度実施する。
4. テーマ：「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う。状況に応じて1つのテーマを1～2回に分けて実施する。

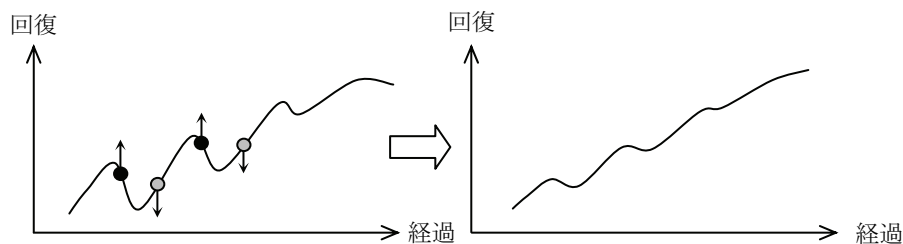
(2) 早期作業療法における心理教育的配慮

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する。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、あらかじめこれらの回復プロセスを説明しておく。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う。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う。回復イメージの説明図を図2、図3に示した。



1. アップダウンを繰り返しゆっくり回復していく
2. 動揺する大きな波をだれにでもある小さな波に変えていく
3. 無理をせず余力を残した70~80%の活動量を目指す
4. 時間を味方につける視点を持ち1~2年は「リハビリ期間」と考える
5. 緩やかな行動拡大をめざしチャレンジは2つのことを同時に始めない
6. 焦りに注意し対人交流を急がない
7. 必ず回復していくという前向きな気持ちをもつ

図2 回復イメージの説明図-①



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3 回復イメージの説明図-②

3) 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く、入院費の支払いなども心配の材料となりやすい。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であり、対象者の回復状態に合わせて、必要となる制度や資源の情報提供を行う。退院後の具体的な生活イメージが固まってきたら、制度利用の手続き方法などについての具体的な情報提供を行う。

このプログラムは、主に精神保健福祉士（PSW）が担当し、共通する知識の学習は心理教育プログラムに加えることもできる。

基本的なプログラム

1. 安心して入院生活を送れるよう、利用できる制度資源の情報提供を行う
2. 地域の支援スタッフとの連携を考慮し、相談できたり、利用できる人材を紹介する
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・制度を紹介する
4. その他、地域生活に役立つ、一般的なサービスや情報について紹介する

4) 家族支援・家族教室

家族支援は疾病教育のみでなく、家族の悩みやこころの傷を癒す作業が最も重要となる。家族が精神障害や病気の治療を受け入れるには一定の時間を要す。病気や障害を家族が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る。

○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、家族が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ある。これらは初発の場合には特に重要となる。

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への対応で家族が疲労困憊していることが多い。安静を保つため家族との面会が制限されることもあり、そのような場合には治療的な配慮から面会ができない理由を説明する。家族のこれまでの苦労をねぎらうとともに、治療・リハビリテーションには家族の協力が非可決であることを告げ、今は家族もゆっくり休息をとってもらおうよう伝える。家族の混乱が続く場合は一時的な介入が必要となる場合もあり、多職種との連携が重要となる。臨床心理士が家族カウンセリングを行ったり、地域の保健師に訪問を依頼し、家族を支援する場合もある。

2. 疾病教育

入院初期には病気や障害に関する知識がないこと多く、病気と治療・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である。また、精神障害に対する偏見や誤解は家族や本人自身にもあり、誤解を解いていく作業も必要になる。

そのためには、①統合失調症も胃潰瘍や糖尿病と同様に「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（仮説の紹介）、③治療とリハビリテーションについて、④経過（回復

過程)について、などを家族の理解できる言葉で伝える。多くの場合、この作業は主治医が行うが、チームのスタッフが行う場合もある。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る。

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る。このため、病気は時間をかけて徐々に回復していくことを伝えることが重要となる。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する。

4. 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る。家族教室を行う場合は、複数の職種でチームを組み運営する。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ある。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、家族だけで問題を抱え込まなくて良いことを伝える。複数の家族に参加してもらい、自分の家族だけではなかったと思える体験が次の希望につながる。

5) 再発防止プログラム

(1) 再発防止プログラムの目的

対象者が自分の病気や特徴などを理解し、自己管理できるようになることを目的とする。そのことは再発を防ぎ、対象者の望む生活実現のベースを作ることになる。対象者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重要となる。クライシスプランの作成とも連動する。

(2) 再発防止プログラムの実施方法

再発防止プログラムは、発病前の不調時について対象者本人の見方を理解しておく必要があり、その見方に合わせた説明の工夫が必要になる。

実施時期は、退院の時期が明らかになってきた段階、急性期から早期に退院した場合は、退院後に外来でフォローしながら実施していくことも可能である。

具体的な流れは

1. 「プログラムの意義について理解してもらう」
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」
6. 終了時には、クライシスプランを作成し、何かあった場合の具体的対処法を練習しておく。

実施する際は、対象者の理解度に応じた説明や対応が重要である。また、作成したケアプランは退院時のケア会議等を通して確認し関連スタッフが共有しておく必要がある。

6) うつ病の対象者への対応の基本

うつ病の治療は、薬物療法と休息、精神療法、認知療法、心理教育プログラムなどが実施されている。その中で作業療法は、具体的な作業活動を用いるという特徴をいかしながら、他の治療と相補的な役割をとる。

(1) 作業療法の導入

急性期においては、薬物療法を中心とした身体療法が主となるが、作業療法は薬物療法の相補的役割を意識しながら早期から関与していく。早期からの関与が回復期の支援へのモチベーションになり、病気の遷延化を防止する役割にもなる。ここでは、他の職種と連携し、今の状態が病気の一過程であることを伝え、休息が重要であること、病気はいずれ回復すること、回復を支援することなどを伝える。

早期の作業療法は、十分な休息が取れた後に開始する。身体状態や対人関係による影響を考慮し、ベツトサイドあるいは他の対象者が別の課題に取り組み、作業空間を部分的に共有する程度のパラレルな場から開始する。活動時間は疲労度を確認しながら短くし、連続性が持てるようにする。作業活動は、以前に馴染みがあるものよりは初めのもの、作業工程がはっきりしており簡単ですぐに完成できるもの、完成したものでその場で直接満足が得られるものなどを提供する。対象者が馴染みのものを希望した場合は、以前の能力と比較し、自責感、劣等感、自己卑下といった感情を引き起こす可能性があることも考慮し慎重に扱う必要がある。

また、抗うつ薬のモニタリングの視点も重要となる。対象者が処方されている抗うつ薬を知り、作業療法時の状況を随時主治医や病棟スタッフにフィードバックしていく役割も認識しておく必要がある。必要に応じて、早期からの病気の理解を深め、薬の必要性について学ぶ心理教育プログラムも展開していく。最終的には対象者が疾病自己管理能力を高め、地域生活ができるようになることを早期から視点にいれて支援していくのである。

(2) 回復期前期

ある程度まとまったことができるようになり、すこしずつ現実的な生活が考えられるようになると、そのぶん無理や焦りがおこりやすい。この時期には、できることを確認しながら、無理をしなくとも受け入れられる体験をもてるようにする。

活動と休息のバランスを考慮しながら、できることを無理することなく体験していく。その際に「疲労感」や「おっくう感」が重要な視点となる。「やってみようかな」と「なんとなくおっくう」の感覚を大切にしながら対象者と確認していく作業が重要である。また、十分な休息の後にうまれる「・・・したい」を大切にしていって関わりが重要となる。「外にでてみたい、散歩でもしてみようかな」と思う気持ちを支援し、実際にやってみたあとの「気持ちよかった、楽しかった。」という実感を確認することが、無理しなくとも受け入れられる体験で

あり、現実感を回復していく支援となる。

またこの時期は、現実感を味わいながら、ゆったりすることは悪くない実感をしてもらい、対象者にとって良い息抜きや気分転換の方法も一緒に考えていく。「今まで忙しく生きてきて花なんかじっくりみたことがなかったけれど、草花はいいね。花でも育ててみようかな・・・」などという話が、対象者から聞かれるようになればしめたものである。

（3）回復期後期

本来の状態の6割から7割くらい回復してきたら、気分はだいぶ楽になってきたが、意欲や根気が不十分な時期である。この時期は、生活のリズムを整え、洗濯や掃除といった具体的な生活課題をこなしてみることが重要である。そこから、これからの生活を具体的にイメージしていく作業が可能となる。

作業療法場面は集団を利用しながら、他者と場を共有したり、そこで体験したことでの感情を共有する体験を促していく。その中で、うまい力の抜き方や休息のとり方が学べるような場も考慮していく。その際、実感を伴うような体験を持てること、つまり、「そうか、このくらいの力の入れ方でも仕事はできるのね。」といった感じを確認することが重要となる。

復職を考えている対象者への支援は、まずは体力の回復めざし、次に仕事上での自分の能力の限界を確認しながら6割から7割で継続していくことを感じてもらう作業を繰り返す。多くの方は、病前より出来なくなっている状況に対する悲哀の仕事をしながら、現状の自分を受け入れていく作業をゆっくりしていく。この作業は、今までの価値観からの転換を迫られることでもあり、対象者にとって辛いものとなる場合が多い。作業療法士が常に同じスタンスで見守り続けることが重要な役割となる。

（4）作業療法全般を通じた対応のポイント

- ・初期は入院治療による保護的アプローチにより、責任からの解放を図って暖かく見守る。
- ・支えられることで少しずつ元気を回復して色々なことをやり出すが、本来持っている執着性格や几帳面さから責任感が強くなるので、「しばらく手をやすめましょうか」などの声かけをして、こだわり方を軽くしていけるような活動状況を援助する。また、これまでの生き方や性格が発病と結びつきやすかったことを洞察・把握するよう援助する。
- ・生き方や性格を克服する可能性には、話し合ったり決めたりする作業療法場面への参加を通して、間合いや決定の過程などを集団状況から体験学習できる機会を設定したり、仲間同士との交流などを通して人格の発展や人間としての成熟を期待する。
- ・性急に社会復帰を焦るのではなく、外界に関心が向いてきた時こそ気分転換ができない傾向を緩めるように指導する。
- ・新しい生き甲斐を見出せるよう援助する。
- ・再発防止のため次の点に留意するようにする。
 - i 状態が悪い時は、対象者の判断を待つより入院治療を指示し見守る。
 - ii 意欲が出てきたら、物事にこだわらず気持ちを転換できるよう援助する。

iii 責任や負担解除のために、いきなり辞表を出したりするのは適切ではない。

iv 失敗するとこだわりが強化されるので注意する

v 自殺企図は、抑うつ状態の時期より回復期に実行するので、うつ病の初期に「自殺念慮は病的気分から生じたものであり病気が治れば消える」ことを伝え、自殺しないことを約束するための関わりを持つ。

(5) うつ病の家族支援

家族支援は統合失調症の家族同様重要である。以下に家族支援のポイントを示す。

- ・病気が治りきるまでには十分な時間を要するという認識を持つよう援助する。
- ・対象者が休んでいても怠けているわけではないので、気力が足りないなどと叱咤激励するのではなく、対象者の焦りの気持ちを家族が共感できるように導いていく。ただし、この共感が対象者の依存傾向を許容しすぎて、意欲を失わせることがないように注意する。

また、個別の支援ばかりでなく、何人かの家族で行う家族教室や家族の心理教育プログラムも展開できる。心理教育的アプローチにより家族の負担感が軽減することが最大の目的となる。上原³⁾を参考に加筆修正した家族の変化の概略を図4に示す。

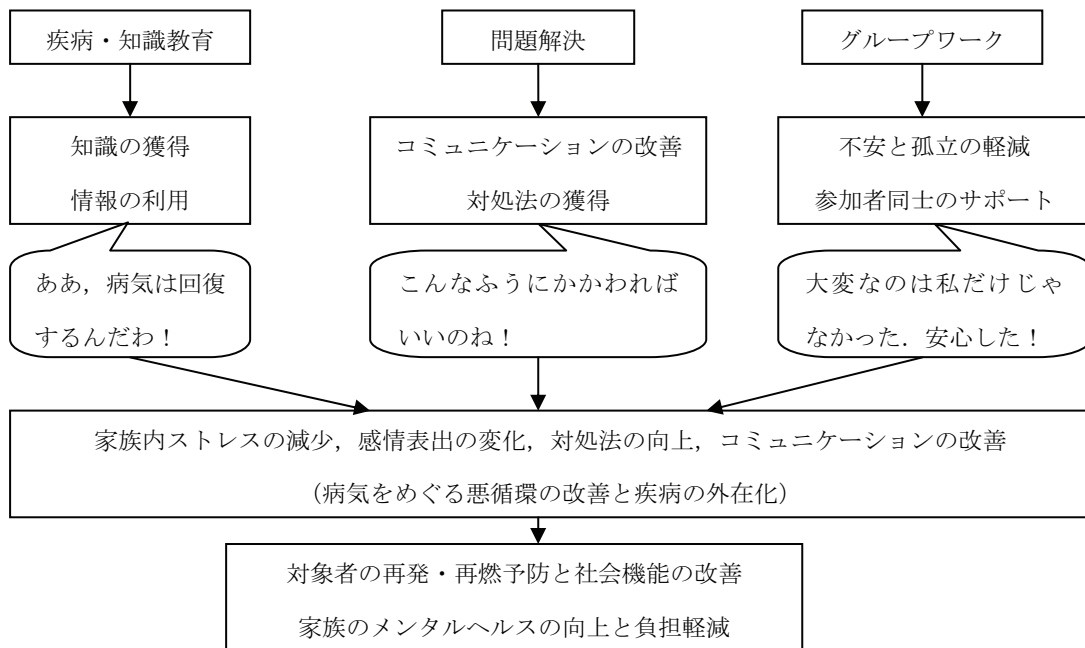


図4 心理教育的アプローチによる家族変化の概略（上原徹，2001 一部改変）

家族教室の一例を示す。

第1回「うつ病を知ろう」、第2回「うつ病の治療」、第3回「家族の役割と接し方」、第4回「コミュニケーションの重要性」、第5回「ストレス対処法・再発予防」

作業療法士は医師や看護師、精神保健福祉士などと連携を組み合わせながら家族支援も担う必要がある。

3. 入院中からの地域支援者の介入のあり方

対象者の入院前の生活状況によっては、市町村の保健師、学校の教師、職場の同僚や上司、友人など、また、これまで利用していた（あるいはこれから利用する）グループホームの管理人や世話人など、圏域を担当する障害者相談支援センターのワーカーや退院支援コーディネーターなど、精神障害をもつ人達が退院し地域生活を営むためには、複数の支援者が関わりをもつことになる。

初回入院の場合、複数回の入退院を繰り返している場合、いわゆる社会的入院の場合など、対象者の状況によっては利用する制度や資源も異なるが、スムーズに地域生活への移行をはかるためには、入院時より支援ネットワークを構築していくことが大切になる。入院時より地域の支援者と連携をはかり、ケアプランを作成・共有し、退院後も対象者の生活の安定に向けた切れ目のない支援を行えるよう留意する。

4. 退院後の地域生活の安定に向けた医療における訪問看護、デイケア、外来作業療法等の支援のあり方、および地域との連携のあり方

退院後の生活を計画する時点で、ケア会議を通じて病院のスタッフと地域のスタッフが連携をはかり、効果的な支援の在り方を検討する。回復の早期に退院したような場合には、訪問看護によって自宅での過ごし方を支援し、回復のペースに沿って外来作業療法を利用しながら、緩やかな行動拡大をはかるなどの配慮が必要になることもある。

どのような対象者に、どのような生活支援が必要となるのか、どのような連携のあり方が、対象者の生活支援に役立つのかについて、実践を通して検討を重ねていく必要がある。

<参考文献>

- 1) 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.
- 2) 山根 寛，小林正義，腰原菊恵，他：作業療法マニュアル 32 ニューロングステイをつくらない作業療法のコツ。社団法人日本作業療法士協会，東京，2006.
- 3) 上原 徹：サイコエデュケーションと家族への援助，こころの科学 97

より良い回復のためのケアプラン表(記入例)

あなたの担当者

将来の目標

医師 E

1 退院し、仕事に復帰する

看護師 F

2

ワーカー C

当面(この1ヶ月)の目標

作業療法士 A

1

臨床心理士 B

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 G

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)	・病棟OT活動の参加し, ゆっくりと音楽を聴いてみる	作業療法士 A	10月1日～ 10月12日	2回
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	臨床心理士 B	10月1日～ 10月12日	3回
社会面 (社会資源の紹介など)	・入院中に利用できる制度の説明を聞く	精神保健福祉士 C	10月1日～ 10月12日	1回
家族支援				
地域スタッフとの連携				
その他				

ケアプラン作成日 年 9月 28日

見直し予定日 年 10月 12日

障害者自立支援研究プロジェクト 地域移行研究 施設チェックリスト<日本作業療法士協会>
施設名< > 記入日<2008年 月 日> 記入者:

貴施設に該当する以下の質問事項にお答えください。(できるだけ空欄がないようご記入をお願いします。)

1. 医療機関の種類(下記から該当する番号を選択)		回答欄	
項目	1. 精神病院 , 2. 一般病院(精神病床を有する) , 3. 特定機能病院 4. 地域支援病院 , 5. 診療所 , 6. その他 ()		
2. 病床数(精神病床のみ. 2008年9月1日現在)		床	
3. 平均在院日数(2008年9月1日現在;精神病床のみ)		日	
4. 精神科作業療法の従事者数(病棟配置を含まない. 常勤換算ではなく実数で記入. 2008年9月1日現在)		人数	
	常勤作業療法士		
	非常勤作業療法士		
	その他		
5. 対象疾患(該当するものに○)			
統合失調症		人格及び行動の障害	
気分(感情)障害		器質性精神障害(痴呆疾患含)	
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害		精神遅滞	
精神作用物質による精神及び行動の障害		その他()	
6. 作業療法士が関与しているもの	該当に○	内容	該当に○
デイケア		心理教育的プログラム	
ナイトケア		SST	
デイ・ナイトケア		精神科退院前訪問指導	
ショートケア		精神科訪問看護指導	
重度痴呆患者デイケア		就労支援	
外来精神科作業療法		地域支援	
		その他()	
7. 施設内でのケース会議の頻度(該当に○)			
ほぼ毎日(月に15回以上)			
週2~3回(月10回以上)			
週1回(月に5回以上)			
月に1~2回			
その他			
8. 地域・他施設との連携(重複回答可、該当項目欄に○を付ける)			
地域・施設等	該当に○	地域・施設等	該当に○
相談支援事業所・相談支援専門員		自立支援協議会	
患者会		地域障害者職業センター	
家族会(開催協力・家族教室など)		社会復帰施設(援護寮, 授産施設など)	
精神保健福祉センター		精神障害者地域生活支援センター・活動支援センター	
保健所・保健センター		貴施設以外の病院・診療所	
福祉事務所		職場・企業・学校	
ハローワーク		ボランティアセンター	
共同作業所・作業所		その他(具体的に)	
備考(その他に地域の特色があれば書いてください)			

早期退院促進プログラムに関するアンケート（利用者用）

アンケート記入者名

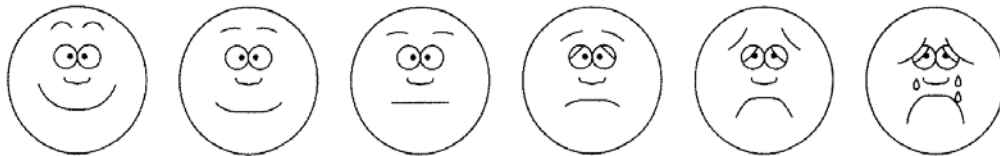
キーワーカー

アンケート実施日 年 月 日

このたびは、「精神障害の退院促進および円滑な地域移行のための地域支援体制構築に向けた研究」にご協力いただきましてありがとうございました。

このプログラムや今回入院して受けた治療・支援に関して率直な意見・感想をお聞かせください。

1) この研究やプログラムについて（目的や内容など）の説明が理解できましたか？

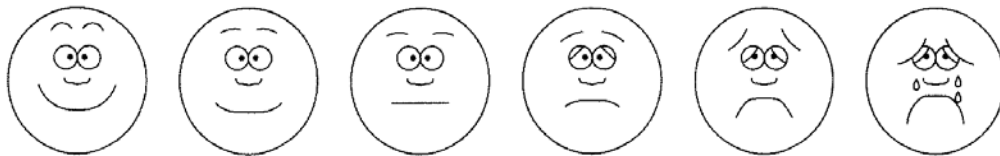


十分理解できた

理解できた

理解できなかった

2) プログラム全体に満足していますか？

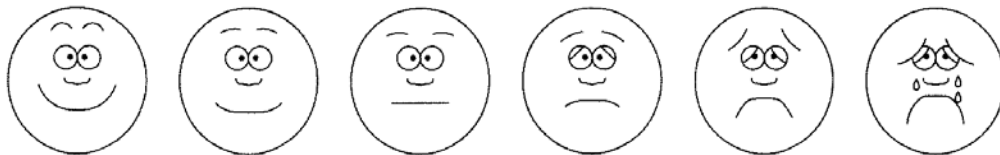


満足

普通

不満

3) 早期作業療法プログラムは役に立つと思えましたか？

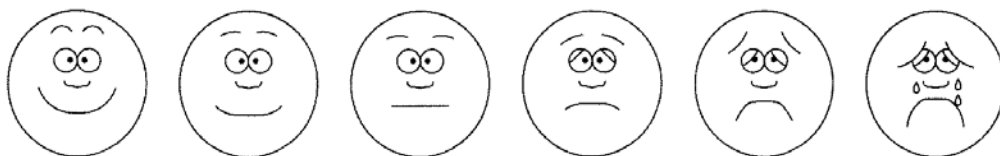


大変役に立つ

普通

役に立たない

4) 早期心理教育は役に立つと思えましたか？

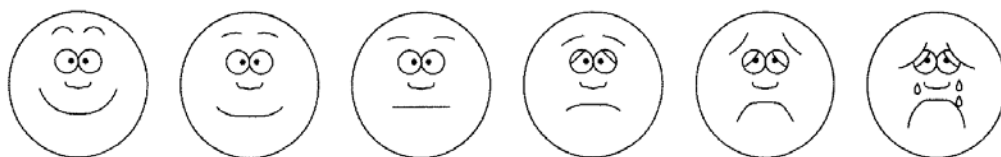


大変役に立つ

普通

役に立たない

5) 家族支援（家族教室）は役に立つと思えましたか？



大変役に立つ

普通

役に立たない

6) 情報提供は役に立つと思えましたか？



大変役に立つ



普通



役に立たない



7) 再発防止プログラムは役に立つと思えましたか？



大変役に立つ



普通



役に立たない



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



理解が深まった



普通



深まらない



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？



大変学べた



普通



学べない



10) 家族はあなたの問題について以前より理解してくれるようになったと思えますか？



大変理解してくれる



普通



理解してくれない



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？



ヒントが得られた



普通



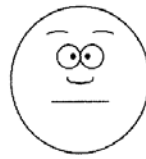
得られない



12) ケア会議に関して満足していますか？



大変満足



普通



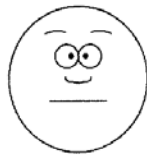
満足できない



13) 退院後の支援体制について満足していますか？



大変満足



普通



満足できない



14) 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？



できた



できない



15) これからの生活に希望が持てますか？



希望が持てる



普通



希望が持てない



16) 今回の研究およびプログラムに関して何かご意見や感想があればお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。

早期退院促進プログラムに関するアンケート（ご家族用）

アンケート記入者名

キーワーカー

アンケート実施日 年 月 日

このたびは、「精神障害者の退院促進および円滑な地域移行のための地域支援体制構築に向けた研究」にご協力いただきましてありがとうございます。

このプログラムや今回入院して受けた治療・プログラムや退院後の支援に関して率直な意見・感想をお聞かせください。

- 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？
（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

- 2) プログラム全体に満足していますか？
（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

- 3) 早期作業療法プログラムは役に立つと思われましたか？
（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

- 4) 早期心理教育は役に立つと思われましたか？
（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

- 5) 家族支援（家族教室）は役に立つと思われましたか？
（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

- 6) 情報提供は役に立つと思われましたか？
（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

- 7) 再発防止プログラムは役に立つと思われましたか？
（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

- 8) 今回のプログラムを受け、子どもの病気に対する理解が深まったと思えますか？
（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

- 9) 今後、再発にサインが出たときの対処法を学ぶことができましたか？
(3 : はい 2 : どちらともいえない 1 : いいえ 0 : 該当せず)
- 10) あなたは子どもの問題について以前より理解できるようになったと思いますか？
(3 : はい 2 : どちらともいえない 1 : いいえ 0 : 該当せず)
- 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？
(3 : はい 2 : どちらともいえない 1 : いいえ 0 : 該当せず)
- 12) ケア会議に関して満足していますか？
(3 : はい 2 : どちらともいえない 1 : いいえ 0 : 該当せず)
- 13) 退院後の支援体制について満足していますか？
(3 : はい 2 : どちらともいえない 1 : いいえ 0 : 該当せず)
- 14) 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？
(3 : はい 2 : どちらともいえない 1 : いいえ 0 : 該当せず)
- 15) これからの生活に希望が持てますか？
(3 : はい 2 : どちらともいえない 1 : いいえ 0 : 該当せず)
- 16) 今回の研究およびプログラムに関して何かご意見や感想があればお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。

早期退院促進プログラムに関するアンケート（支援スタッフ用）

アンケート記入者名 _____

アンケート記入者職種 _____

キーワーカー _____

アンケート実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

このたびは、「精神障害者の退院促進および円滑な地域移行のための地域支援体制構築に向けた研究」にご協力いただきましてありがとうございます。

今回の研究に協力・参加いただいた経験をもとに『本研究内容と医療および地域の支援体制と連携』に関して率直な意見・感想をお聞かせください。

ご多忙中とは存じますが、よろしくお願いいたします。

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？

（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

2) プログラム全体に満足していますか？

（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

3) 早期作業療法プログラムは役に立つと思われましたか？

（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

4) 早期心理教育は役に立つと思われましたか？

（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

5) 家族支援（家族教室）は役に立つと思われましたか？

（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

6) 情報提供は役に立つと思われましたか？

（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

7) 早期からの多職種（地域スタッフ含む）によるケア会議は必要だと思われましたか？

（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

8) 今回のプログラムを受け、早期退院支援に対する理解が深まったと思えますか？

（3：はい 2：どちらともいえない 1：いいえ 0：該当せず）

- 9) 地域生活継続のための地域移行システムに対する理解が深まりましたか？
(3 : はい 2 : どちらともいえない 1 : いいえ 0 : 該当せず)
- 10) 今回の研究を通して精神科領域のリハビリテーションについて以前より理解できるようになりましたか？
(3 : はい 2 : どちらともいえない 1 : いいえ 0 : 該当せず)
- 11) 今回のプログラムが地域生活支援に向けた新たな取り組みの参考になりましたか？
(3 : はい 2 : どちらともいえない 1 : いいえ 0 : 該当せず)
- 12) 実際開催されたケア会議（カンファレンス）に関して満足していますか？
(3 : はい 2 : どちらともいえない 1 : いいえ 0 : 該当せず)
- 13) 今後も継続して多職種による支援チームの一員として連携・協力ができますか？
(3 : はい 2 : どちらともいえない 1 : いいえ 0 : 該当せず)
- 14) 今後の早期退院支援システムと地域生活支援システムに希望が持てますか？
(3 : はい 2 : どちらともいえない 1 : いいえ 0 : 該当せず)
- 15) 今回の研究およびプログラムに関して何かご意見や感想があればお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。

事 例 集

事例整理表

事例 No	事例分類	年齢	性別	診断	キーワーカー	入院期間	入院回数	プログラム開始時期 (入院からの日数)	プログラム実施内容	ケア会議開催回数	ケア会議参加スタッフ	退院後の支援・連携
1	1	35	M	統合失調症	OT	32日	初回	14日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	4回	Dr, Ns, PSW, OT, 保健師, 職業訓練スタッフ	訪問看護, 外来OT, 家族との電話連絡
2	1	23	F	統合失調症	OT	55日	初回	1日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	2回	Dr, Ns, OT, PSW, CP	外来診察, 訪問看護, キーワーカー一面
3	1	49	F	統合失調症	OT	56日	初回	3日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	6回	Dr, Ns, PSW, OT, 訪問スタッフ	訪問スタッフ, 民生員との連携
4	1	29	M	急性一過性精神障害	CP	58日	初回	14日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	2回	本人, 家族, Dr, Ns, PSW, OT	外来で再発防止プログラム実施, 保健師相談
5	1	23	F	統合失調症	OT	60日	初回	8日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	3回	Dr, Ns, PSW, OT	通院, デイケア
6	1	27	M	統合失調症	PSW	66日	初回	21日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	2回	本人, 家族, Dr, Ns, PSW, OT	外来で再発防止プログラム実施
7	1	36	F	統合失調症	Ns	70日	初回	39日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	5回	本人, 家族, Dr, Ns, PSW, OT	外来で再発防止プログラム実施, 保健師育児支援
8	1	39	M	統合失調症	OT	111日	1回	25日目	ショートOT就労支援, 情報提供, 家族支援	退院後3回	Dr, 外来Ns, CP, PSW, ショートOT, キーワーカー	CP, ショートOT
9	1	22	F	統合失調症	OT	240日	2回	60日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	4回	Dr, Ns, PSW, OT	通院, デイケア
10	1	32	F	統合失調症	OT	305日	初回	171日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	3回	Dr, Ns, PSW, CP, OT, 様護寮	援護寮, DC

事例No	事例分類	年齢	性別	診断	キーワーカー	入院期間	入院回数	プログラム開始時期 (入院からの日数)	プログラム実施内容	ケア会議開催回数	ケア会議参加スタッフ	退院後の支援・連携
11	2	53	F	統合失調症	OT	42日	9回	1日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	5回	Dr, Ns, PSW, OT	訪問看護, 地域生活支援センター
12	2	36	M	統合失調症	OT	46日	6回	46日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	6回	Dr, PSW, OT	家族との電話や面談, 授産施設との情報交換
13	2	36	M	統合失調症	OT	退院後	4回	70日目	外来OT, ティーチングセッション, OT, 外来診療, 家庭訪問, 情報提供, 家族支援	退院直前1回 退院後2回	Dr, 外来Ns, PSW OT(外来, ショートケア, ティーチング, 保健師(保健所, 役場), キーワーカー(OT, 兼務))	外来OT, ショートケア, ティーチング, 保健師, 役場, 保健師, PSW
14	2	39	F	統合失調症	OT	80日	3回	6日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	5回	本人, 家族, Dr, Ns, PSW, OT, 保健師	保健師との連携
15	2	20	F	統合失調症	OT	83日	2回	50日目	OT, 心理教育, 情報提供	2回	Dr, Ns, PSW, OT	
16	2	16	F	統合失調症	OT	93日	2回	1日目	OT, PT, 地域資源見学, 情報提供, 家族支援, 外来診療, 社会資源利用	5回	Dr, Ns, OT, PSW, CP, 保健師, 行政, 兄, 同職員, 児童, デイ職員	地域コーディネーター, 養護学校
17	2	33	M	統合失調症	OT	109日	7回	18日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	5回	Dr, Ns, PSW, OT, 保健師, ハローワークスタッフ	訪問看護, 外来OT, 家族との電話連絡
18	2	24	F	統合失調症	OT	132日	2回	17日目	OT, 情報提供, 家族支援	6回	Dr, Ns, PSW, OT, PHN	デイホスピタル
19	2	35	M	統合失調症	OT	156日	3回	138日目	心理教育, 情報提供, 家族支援	3回	本人, 両親, 病院Dr, ACTSスタッフ(Dr, Ns, PSW, OT), 相談支援事業, 地域活動支援センター, PSW	訪問, 相談支援事業, 地域活動支援センター, 市役所, ヘルパー
20	2	39	M	統合失調症	OT	退院後	4回	昨年から継続	ショートケアOT, 就労支援, 家族支援, 情報提供	退院後4回 4Mは1/1M 以後は1/2M	Dr, 外来Ns, PSW, 行政SW, ショートケアOT, CP, キーワーカー, 就労継続支援事業所, 総合相談窓口職員	ショートケア, ハローワーク, 就労支援員, 就労継続支援事業所, 行政SW
21	2	37	F	統合失調症	OT	171日	11回	25日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	5回	Dr, Ns, PSW, CP, OT, DC, 支援センター	活動支援センター, 援護寮, DC
22	2	61	M	統合失調症	OT	8ヶ月	4回	4ヶ月目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	7回	Dr, Ns, PSW, OT	入院継続中
23	2	64	M	統合失調症	OT	276日	8回	176日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	4回	Dr, Ns, PSW, OT	入院継続中
24	2	28	M	統合失調症	OT	362日	4回	324日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	5回	Dr, Ns, PSW, OT, 外来Ns	キーワーカーとの週1回面談, ティーチング, 通所

事例No	事例分類	年齢	性別	診断	キーワー	入院期間	入院回数	プログラム開始時期 (入院からの日数)	プログラム実施内容	ケア会議開催回数	ケア会議参加スタッフ	退院後の支援・連携
25	3	29	M	統合失調症	OT	629日	4回	539日	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	4回	Dr, Ns, PSW, OT, 就労支援スタッフ, GHスタッフ	デイケア, 就労継続支援センター, 社会福祉協議会, GHスタッフ
26	3	59	M	統合失調症	OT	730日	11回	640日	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	2回	Dr, Ns, PSW, OT, 栄養士, 保健師, 退院支援事業相談員, 自立支援ボランティア	入院継続中, 保健師, 退院支援事業相談員, 自立支援ボランティア
28	3	36	M	統合失調症	OT	875日	初回	748日目	OT, 心理教育, 情報提供	4回	Dr, Ns, PSW, CP, OT	入院継続中
29	3	63	M	統合失調症	OT	1,134日	数回	1,041日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	3回	Dr, Ns, PSW, OT, グループホームスタッフ	デイケア, 外来OT, グループホームスタッフとの情報交換
30	3	45	F	統合失調症	OT	1,277日	3回	3年目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	3回	PSW, Ns, OT, 支援相談員	
31	3	40	M	統合失調症	OT	1,947日	2回	5年2ヶ月目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	5回	Dr, Ns, PSW, OT	訪問看護
32	3	26	M	統合失調症	OT	1,961日	初回	1,961日目	心理教育, 情報提供, 家族支援	4回	ヘルパースタッフ, Dr, Ns, PSW, OT	ホームヘルプサービス, 訪問看護, 外来通院
33	3	33	F	統合失調症	OT	2,005日	2回	1,989日目	OT, 心理教育, 情報提供	4回	Ns, PSW, CP, OT	入院継続中
34	3	47	F	統合失調症	OT	2,225日	初回	2,103日目	OT, 情報提供	5回	Dr, Ns, PSW, OT, PHN	デイホスピタル, 訪問看護
35	3	48	M	統合失調症	OT	2,243日	4回	2,151日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	3回	Dr, Ns, OT, PSW, CP, 保健師, 行政	行政, 保健所, 生活保護
36	3	57	M	統合失調症	OT	2,428日	6回	130日目	心理教育, 情報提供, 家族支援	5回	本人, 姉, 病院Dr, ACTスタッフ(Dr, Ns, OT), 宿泊施設世話人	訪問, 宅配弁当, 宿泊施設世話人, 生活保護, 市役所とヘルパー利用
37	3	56	F	統合失調症	OT	3,797日	7回	3,682日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	5回	Dr, Ns, PSW, OT, CP, 地域活動支援センター	入院継続中
38	3	61	M	統合失調症	OT	7,200日	3回	19年9ヶ月目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	7回	Dr, Ns, OT, PSW, 支援相談員, 市職員(生保担当), 福祉ホームスタッフ, デイケアスタッフ	ケア会議の開催(退院支援事業と平行して)
39	3	60	M	統合失調症	OT	8,700日	8回	23年6ヶ月目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	6回	Dr, Ns, PSW, OT	入院継続中
40	3	59	F	統合失調症	OT	9,156日	2回	110日目	心理教育, 情報提供, 家族支援	3回	本人, 姉, 病院スタッフ, ACTスタッフ(Ns, PSW, OT), グループホーム職員, 宿泊施設世話人	訪問生, 宿泊施設世話人, 市役所, GH職員
41	4	79	F	老年期うつ病	OT	69日	2回	8日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	1回	Dr, Ns, PSW, OT	外来通院
42	4	37	M	うつ病	OT	71日	初回	6日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	4回	Dr, Ns, PSW, OT	就労DC, 訪問看護
43	4	78	F	うつ病	OT	86日	初回	48日目	OT, 心理教育, 情報提供, 家族支援	1回	Dr, Ns, PSW, OT	有料老人ホームスタッフや本人との電話・手紙連絡

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名：A氏，年齢：35歳，性別：男性，診断：統合失調症

【現病歴】入院までの経過：X-3年3ヶ月に普段通り話をしている中で，突然険しい表情になり武士のような話し方をし始めたが，数日後には普段の様子に戻っていた。またそれとは別にうつ状態になることも何度かあったが，未治療のまま経過。母親からの情報で，その後，何度か全く別人格のようになったとのこと。X-23日に“自分は神だ”などと母親に言って感情の起伏が激しい状態になり，“B市に行って死ぬ”などの幻聴もあった。X-20日，“誰にも見えないが道路にはたくさん人が死んでいる”“死体は見えないが車には血がついているぞ”といった幻聴があり，このままではこの世から誰もいなくなってしまう，誰でもいいから女の人を助けるために山に連れていかなければといった考えにとり憑かれ，コンビニストア店員を車に無理やりに乗せて連れさり，警察官に保護された後当院入院となる（入院日：X日）。静養室にて症状改善を目的に薬物療法を開始し，X+4日後に作業療法（以下OT）処方・開始となった。X+14日後に研究プログラムの説明を行い，同意を得て研究開始。

2. 初期アセスメント

今回，初回入院で精神科の治療経験なし。数年にわたり再燃を繰り返してきたようであるが，何とか鉄鋼業を続けていた。職場では対人関係に乏しく同僚からのいやがらせも受けていた。復職を希望するも，焦りが強かった。また病気になったことや精神病院への入院に対する不安・混乱と職を失い“これから自分はどうになってしまうのだろう”と将来への不安も強かった。症状が改善した頃には，“果たして家に帰れるのか”“帰ったときには近所から白い目で見られるのではないか”等と語った。家族（母親・妹との3人家族，父親は15歳の時に他界）は県内にいるも別居し本人は独居生活をしていた。母親はAさんが自宅にいない時に掃除に行くなど，本人と会うことはほとんどなく家族間の関係性にズレが生じており，Aさんにとって母親との関係が大きなストレスとなっていた。Aさんは家族から理解されていないと感じており，理解してもらいたい気持ちが強かった。母親は息子が病気になったことは自分のせいであると後悔していたが，これからどう関わっていけばいいのかといった前向きな気持ちも持っていた。現病歴から再燃時の特徴として，ストレスに対処できず溜めこんでしまい突発的に急性再燃状態になりやすく，それがパターン化しやすいことが推測された。ストレス対処の不得手さがあると思われた。今後も病状再燃の危険性は高いと予測され，再発予防が重要であった。家族支援も必要と思われた。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標：病気と付き合いながら仕事をする。

短期目標：①退院して自宅で落ち着いて生活できるようになる。②苦手なストレスとその対処方法について学ぶ。③再発のサインを知る。④家族との折り合いをつける。

援助方針：①病気になり入院にしたことに対する不安・混乱の軽減を図り回復のイメージを持ってもらう。②心理教育は症状が落ち着いてきたところで導入する（ストレス対処に重点を置く）。③自立支援医療の利用手続きを行う。④本人を含めた家族面談を行う。⑤OTへ参加する。

4. 治療・援助の経過**(1)早期作業療法**

【入院中】介入当初は病棟にてOTRとマンツーマンでストレッチ体操を行った。OT室へ移行後は，書道や陶芸，運動を行った。書道は元々行っていた好きな活動で，ストレス発散にも繋がり表情もほぐれるようになった。運動では始めのうちは動きにぎこちなさが見られたが，徐々に動きのキレが良くなっていった。他患者とのコミュニケーションもみられるようになり，他患者も交えての卓球やキャッチボールを行った。

【退院後】外来OTに週1回参加し，入院中から馴染みのあった他患者を交えての陶芸・運動などの活動を行った。次第に“たいくつ疲れが強いです”“やる事がなくて，なままってしまいます”と話すようになり，表情も硬くなってきた。就労への意欲が強く，働いていない現状に焦りがついていた。就職活動開始後は，生活状況及び身体・精神状態を確認しながら，就職活動のことや希望する仕事のことで，仕事の中止サインについて細かく確認していった。その後，就職し外来OTへの参加頻度は2週に1回となった。

(2)早期心理教育

【入院中】症状が落ち着いてきた頃（X+19日）より個別に開始。内容は疾病，服薬，再発のサイン，ストレス対処，入院の利用法（退院後の休息入院含む）。精神科病院への入院と将来の不安・心配に対しては，入院治療の流れと回復のイメージを伝えた。再発のサイン，ストレスに関しては再燃時の状況を振り返りながら行い，サインを確認した。再発のサインについて再燃時自覚していたものの，どう対処してよいかわからなかったことを話し，特にストレス対処へのモチベーションが高かった。対処法を検討したが，まとまりに欠けており，入院中試せるものと退院後に行うものを整理して，本人に適した対処方法を確認していった。

【退院後】外来OT内で週1回（就労後は2週に1回）の頻度で，入院中に整理した対処法や再発のサインを確認した。また退院当初服薬が安定して行えてなかったため訪問看護で継続的に服薬指導を実施。就職後，再発サインが見られたら来院すること，夜間帯でも病院へ連絡すると取り決めを行い，定期的に確認した。

(3)資源制度の情報提供

【入院中】PSWから自立支援医療をすすめられるも始めのうちは拒否的であったが，心理教育のなかで紹介すると，利用希望がありPSWと相談し手続きを行った。

【退院後】就職を考え出した時期に，NPO法人が主催する民間活用委託訓練（職業訓練）のパンフレットを渡

し、検討した結果、参加を辞退した。

(4)家族支援

【入院中】本人から家族についての話を聞き、本人要望で本人、母親、OTRの三者面接を実施。母親の気持ちを聞きながら、本人の気持ちをOTRが補足しながら伝え、家族間でのズレを解消するよう心がけた。母親には本人の病気の特徴等を伝えた。また、退院後は母親と電話連絡がとれる体制を整えた。

【退院後】本人の様子について「元気がない」や「疲れているようだ」といった連絡が母親からあり、母親の関わり方の確認とOTRからは家族ががんばって疲れ過ぎないことが大切であること等を伝えた。

(5)ケア会議・地域連携・その他

【入院中】2回ケア会議を実施。1回目(本人不参加)は入院治療・退院後の方向性として、再発予防と定期的な外来通院に繋がる働きかけをしていくことを各職種で共有し、心理教育を重点的に実施していくこととなった。2回目(本人参加)は退院後のフォロー体制について通院頻度や訪問看護の利用等について確認した。また保健師が参加し、Aさんの病気について地域住民に理解してもらえるような働きかけを保健師が行った。

【退院後】2回ケア会議を実施。1回目は民間活用委託訓練(職業訓練)の利用について、職業訓練スタッフを含めて行った。一般就労への意欲が強く、ケア会議で本人の意向を汲み一般就労を目指すこととなった。短時間の仕事を探してみてもそこから始めることで合意した。退院後は継続して訪問看護を、退院当初はPSWが、途中からNsとOTRが行い、飲酒時に服薬していることもあり服薬指導と就労による疲労や睡眠・食事状況等の確認を重点的に行った。また訪問看護時に一緒にハローワークに行き仕事を探した。いくつかの候補の中から温泉の清掃業を希望し、2回目のケア会議を実施。就労の中断のサイン(再発のサイン)と中断してもそれは失敗ではなく次に活かすことができるから成功であるといったダメモト精神でやってみることで、今後他の仕事に就くための訓練としての意味合いも持たせていくことをAさんとスタッフ間で共有した。就職してからも2週に1回の外来受診、外来OT、訪問看護は継続することを合意して、就労することとなった。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

・入院32日後(X+32日)に自宅へ退院となった。2週に1回の外来受診と訪問看護、週1回(就職後は2週に1回)の外来OTを継続して利用している。

・退院当初は服薬や生活リズムが不規則になりがちであったが、訪問看護で指導を行い、正しく服薬できるようになり、睡眠を含めた生活リズムが安定している。

・退院してから3ヶ月程してから就職活動を開始した。その後、就職(温泉の清掃業・パート)して週5回1日4時間(9時半～13時半)勤務している。仕事中断のサイン(再発のサイン)が見られたときのプランも計画し取り決めを行った。始めのうちは疲れが出やすかったが、早めに休む等対処し現在のところ状態悪化することなく仕事を続けている。

・大きなストレスであった家族関係について、週に1回程母親と会うようになり、食事を作ってもらったり、掃除を手伝ったりしてもらっている。“いい関係になりました”“ストレスはなくなりました”と表情よく語り、家族の関係性は良好なものとなった。研究プログラムに対する母親の満足度も高かった。

・BPRS:開始時61→退院時28→終了時13/GAF:開始時31→退院時60→終了時70

6. 考察

・本事例は、元々の能力は高いもののストレスが溜まると突発的に状態悪化するという再燃パターンを持っており、何度か症状再燃を繰り返していたものの精神科での治療がないまま経過していた。

・急性再燃により入院となり、陽性症状が活発な時期に薬物療法を行い、症状が改善に向かう中で色々な不安や心配事が聞かれたが、心理教育を実施し病気の回復の仕方(良くなっていくこと)や入院の流れを知ることによって安心感に繋がった。これは初回入院患者の場合、特に必要であると思われる。少しでも安心感を持ってもらうことはその後の入院生活を安心して過ごし、それがスムーズな退院に繋がると考えられる。しかし、心理教育の実施時期は症状消失してからが適切かと思われたが、早すぎる心理教育的な介入は混乱や思考不全感を更に強めてしまう結果になり、その内容と量及びその介入時期については検討が必要であると感じた。

・入院当初の不安が強い状況において、早期から本人の好きな活動や運動を打ち込むことは、安全が保障された中でAさんの健康的な側面を發揮・維持することと同時に、不安を感じずにすむ時間を過ごす中で現実感を取り戻すことに繋がったと考えられる。

・家族支援は、Aさんの場合、ストレスを減らすことと同時に家族が本人をモニタリングすることにも繋がり、再発を予防するうえで重要な役割を果たした。

・本事例のように警察保護を受けていると“果たして家に帰れるのか”“帰ったときには近所から白い目で見られるのではないか”といった不安を強く感じており、スムーズな地域移行のためには地域住民への啓発活動が重要であると感じた。保健師の献身的な活動によるところが大きかった。

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)

・退院後の外来及び訪問でのフォロー体制と、病院と地域との連携が重要で、どのように機能分化していくのが良いか検討していく必要があると思われた。そのためには、キーワーカーを中心とした病院と社会資源の連携体制の構築が望ましいと思われた(就職先と病院との連携のとり方等)。ケア会議の実施とその中でキーワーカーの果たす役割は大きく、地域生活移行システムに不可欠な存在であり専任が望ましいと思われた。

・就労時には、就職先の理解も必要な場合がある。病院と地域にキーワーカーがいると病院と連携がとりやすいと思われる。特に就労を支援していく時は、職場との連携のとり方について検討していく必要があると思われた。その場合、地域のキーワーカーは誰が、いつからいつまで担うのか等を考える必要がある。

・地域で生活していくには家族との関係性が重要であった。家族心理教育のテキスト等があると便利。

事例報告 Summary Sheet[施設名:T 病院 患者:A 氏 35 歳 男性 キーワード:S 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~
日常生活の様子	主に静養室を使用。ADLは特に問題ないが、睡眠リズムが安定しない。食事はできていた。 X日：入院 X+4日：OT開始	病棟のダイニングで過ごす時間が増え、その中で他患者との交流みられるようになった。夜間の睡眠とれるようになってきたが、寝つきは悪かった。 X+14日：研究開始	仲の良い他患者と病棟で一緒にテレビを見た。着るして過ごしていた。夜間も眠れるようになった。その後、退院となった。 X+32日：退院	退院がうれしかったとこのことで、調子高く、来院予定日以外にも病室へ来て。朝早く起きるようになっていたが、夜は眠れていた。徐々に“たいくつ疲れ”を訴え表情豊かになった。	家では朝起きられないことが多いが、徐々に睡眠を含めた生活リズムが安定した。余暇時間も楽しめていた。就労への意欲・焦りが強かった。就職活動を開始した。	就職活動を継続。温泉の清掃業(パート)の仕事に就いた。就職後は状態悪化するのではなく仕事を続けていく。晩酌も楽しんで行っている。
ケア会議の概要と目標設定	病院スタッフのみでのケア会議。刺激の少ない環境による静養と薬物療法により陽性症状の軽減を図ること、退院後は外来通院を定着させるために症状が安定したら心理教育を行うことを確認した。	本人への資源制度の情報提供と個人OT、心理教育、家族支援を行っていた。 研究プログラム協力の同意が得られた。 左同。	本人、保健師を交えてのケア会議。退院後の方針は、外来受診、心理教育の継続、訪問看護、外来OTとなった。必要に応じて就労支援を実施。退院となった。	本人、保健師、職業訓練所スタッフを交えてのケア会議。職業訓練を経てから就労するよりも、はじめから一般就労したいという本人の気持ちを感じた。	本人、保健師、職業訓練所スタッフを交えてのケア会議。仕事の中断のサインとメモ精神で行うことを確認。2週に1回の外来受診、外来OT、訪問看護は継続。 左同。	本人、保健師、職業訓練所スタッフを交えてのケア会議。仕事の中断のサインとメモ精神で行うことを確認。2週に1回の外来受診、外来OT、訪問看護は継続。 左同。
薬物療法	1日1回 エビリファアイ 12mg 1錠 メイラックス 1mg 1錠 サイレース 2mg 1錠 不安時薬 (1日2回まで) エビリファアイ 12mg 1錠	1日1回寝る前服用 エビリファアイ 12mg 1錠 メイラックス 1mg 1錠 サイレース 2mg 1錠 1日朝夕食後 マグミット 250mg 1錠 ガスモチン 5mg 1錠	1日1回寝る前服用 エビリファアイ 12mg 1錠 メイラックス 1mg 1錠 サイレース 2mg 1錠	1日1回寝る前服用 エビリファアイ 12mg 1錠 メイラックス 1mg 1錠 サイレース 2mg 1錠	1日1回寝る前服用 エビリファアイ 12mg 1錠 メイラックス 1mg 1錠	1日1回寝る前服用 エビリファアイ 12mg 1錠 メイラックス 1mg 1錠
早期作業療法	入院4日後にOT処方され、病棟で個別でのストレッツチ体操を実施。2週目にはOT室に移行してバラレールな場での個人OTを開始した。	OT室では習字と、運動をはじめのうちはOTRとマンツーマンで行い、徐々に他患者も交えて行った。 入院19日後、個別での心理教育を開始。回復過程や入院生活の流れについて、“知れてよかった”と安心した様子。	運動が動きのキレが良くなった。活動時以外でも他患者との交流や会話も徐々に増えてきた。 個別での心理教育を継続。再発のサイン、ストレス対処に関しては再燃時の状況を振り返りながら行った。	外来OTで陶芸・書道等の活動を継続して行った。入院中から馴染みのあった他患者との交流を楽しんだ。 外来OT時に入院中に実施した内容を振り返りながら再発サインの再検討と対処法の確認を行った。	就職活動開始後は、生活状況を確認しながら、就職活動や希望する仕事のこと、中止のサインを確認した。 左同。継続して行った。	入院中から馴染みのあった他患者との会話と一緒に活動(書道、運動等)をして楽しむ。 外来OT時に再発サインを再度確認。それが見られたら来院すること、夜間帯でも病室へ連絡することを合意する。
早期心理教育	入院19日後、個別での心理教育を開始。回復過程や入院生活の流れについて、“知れてよかった”と安心した様子。	入院19日後、個別での心理教育を開始。回復過程や入院生活の流れについて、“知れてよかった”と安心した様子。	個別での心理教育を継続。再発のサイン、ストレス対処に関しては再燃時の状況を振り返りながら行った。	外来OT時に入院中に実施した内容を振り返りながら再発サインの再検討と対処法の確認を行った。	左同。継続して行った。	外来OT時に再発サインを再度確認。それが見られたら来院すること、夜間帯でも病室へ連絡することを合意する。
早期プログラム	PSWから入院費(高額療養費)と自立支援医療の説明を受け、利用の手続きを行った。 本人、母親、OTRでの三者面接と家族心理教育を実施した。 家族(母親)に対して研究プログラムの説明を行い、同意を得た。	PSWから入院費(高額療養費)と自立支援医療の説明を受け、利用の手続きを行った。 本人、母親、OTRでの三者面接と家族心理教育を実施した。 家族(母親)に対して研究プログラムの説明を行い、同意を得た。	母親と病院とで退院後の連絡体制を整えた。窓口はキョーワカー。退院前に保健師が地域住民への啓発活動を行った。	NPO法人主催の民間活用委託訓練(職業訓練)のパンプレットを渡し、説明を行った。 母親からの電話相談があった。	左同。継続して行った。	左同。継続して行った。
地域連携 その他	訪問看護を継続(Ns, OTR)。生活・服薬状況、仕事内容、疲れ等を確認している。	訪問看護(PSW)を開始。服薬指導や生活指導を実施した。	母親からの電話相談があった。	訪問看護(Ns, OTR)を継続。一緒にハローワークに行き仕事探しをする。服薬指導を継続。	訪問看護を継続(Ns, OTR)を継続。一緒にハローワークに行き仕事探しをする。服薬指導を継続。	訪問看護を継続(Ns, OTR)。生活・服薬状況、仕事内容、疲れ等を確認している。

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名: A氏, 年齢: 23 歳, 性別: 女性, 診断: 統合失調症
 [現病歴] 入院までの経過: 兄と2人兄弟の第2子, 両親, 祖母との5大家族. 小学生の頃から人からジロジロ見られているような感覚と肩こり (+). 中学, 高校と特に問題なく経過. 大学に進学し, B 県で一人暮らしをしていた. 大学時代には人が話していることが自分のことを言っているように感じるがあった. X-1 年9月, 音が気になり不眠, 意欲低下, 人に会いたくない等の症状でクリニック受診. その後友人の助けもあり大学を卒業. X 年3月, 心臓の音など全ての音が頭に響く, 立てられないほどの頭痛がして病院受診し, CT 検査を受けるが, 異常なし. 4月就職. 1ヵ月の研修中, 怠業をして息苦しさ等のパニック様発作が出現. 5月営業先でどもり, 顔面蒼白で帰社し職場のベッドで横になる状態が続いた. 6月3週間休職. 7月, 職場復帰するが, 成績が上がらずプレッシャーに感じ, 上司に「死にたい」と漏らしたため, 母親が駆けつける. その後は祖母が付き添っていた. 自分が存在することが嫌になり, 自宅マンション7階から飛び降りようとしたところを祖母に止められる. 7月下旬, 退職し実家に帰郷. 「100 人就職して私が一番最初に辞めた.」と悔やみ, 服薬も嫌がるようになり「自分は病気じゃない」「家にいたくない」「アルバイトをして一人暮らしをしたい」「死ぬ…死ぬ…」と大騒動. その後クリニック等を経由して当院受診. しめつけられるような頭痛, 肩こり, 嘔気, 不眠, 怖い夢を見る, まっすぐ歩けない, 元気が出ない等訴えるが, 自分は病気ではないと主張し, 精神科への入院は拒否. 一旦帰宅するが, 頭痛増強し外出中に座り込む等の気分不良が続き, 両親の勧めもあり入院に納得. 8月, 初回入院. 入院初日にキーワーカーが本人と母親に会い, 研究についての説明をし, 同意を得た上でプログラム開始となる.

2. 初期アセスメント

入院時には頭痛と肩こりを訴えていたが, 投薬により改善しつつある. 日常生活は問題なく, 病棟での生活にも適応. 自ら希望しての入院ではないため, 早期の退院を希望. 退院しても実家には戻りたくないと近県での一人暮らしを希望. アルバイトをしながら広告の勉強をしたいと話す. 身体面の訴えが主で, 病識に欠ける面がある. また日によって気分の変動が激しく, 関係の取りづらさを感じさせられる. 家族との折り合いの悪さを強調するが, 実際は外出や外泊の度に頼らざるを得ない状況. 両親ともに本人の思いに添って動き, 特に母親は神経質に対応している.

3. 治療・援助の目標と方針

- ・入院に対する抵抗や不安があり, また初回入院でもあるため安心して過ごせるよう援助していく.
- ・早期に退院し, アルバイトをしながらの一人暮らしを希望しているが, 様子を観察し対応していく.
- ・自分は病気ではないとの思いが強いため, 心理教育の導入は見送り, 時期を検討していく.
- ・キーワーカーは主治医, N s, C P, O T 等と情報交換しながら連携を取っていく.

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

入院 11 日目にキーワーカーより OTR が紹介される. 自室に出向き作業療法のオリエンテーションを実施. 自由参加の華道に参加. 同性同世代他患との交流はあるが, 体調の良くない時, スタッフには素っ気ない応対もみられた. 3~4 週目には薬調整がうまくいき, 「体調は万全」という自己理解. 「すぐにも退院したい, 困っていることはない」等, 大変さや苦しさが表現されにくく, 援助関係の取りにくさを感じさせた. そこで, パラレルな OT 場面を導入し, 革細工を通じた個別対応を開始する. 最初から難しい図案を選び, OTR の援助を必要とするが, “教え一教えられる関係”により援助関係が築きやすくなる. 退院が決まらないことによるイライラなどで一時 OT 参加が遠のくが, 最後まで作品を完成させることを再度目標設定し, 作品を完成させたところで一旦 OT 終了となる.

(2) 早期心理教育

「自分は病気ではない」との思いが強く, 病気に対する受容ができていないため, 院内の心理教育プログラムへの導入は見送る. キーワーカーとの面接時にストレスについてなど心理教育の要素を取り入れる. 入院 42 日, 本人, 両親同席の上で主治医・キーワーカーより統合失調症と病名告知する. しかし, 病名には納得がいけないと言い, 受け入れることが出来ないまま退院となった.

(3) 資源制度の情報提供

入院時, 退院前と必要に応じて情報を提供する. 地域の社会資源は, 本人の病気に対する受容が出来ていないこともあり, 導入が難しい. 退院先の地域で利用できる制度の紹介を行った.

(4) 家族支援

面会時に主治医・キーワーカーより病状説明. 退院後の生活について思いの確認を行う.

(5) ケア会議・地域連携・その他

入院 4 週目, スタッフだけのケア会議. 状態の把握と情報の共有を行う.
 退院前, 本人を交えてのケア会議. 本人の思い, 今後の確認を行う. 退院と同時に近県での一人暮らしを始め, 退院の翌日には仕事の面接の予定を入れている. 本人から不安が語られることはない. 訪問看護, 外来受診時にキーワーカーとの面接を行うことを確認する.

5. 結果 (成果と転帰, 退院後のケアプランなど)

入院 55 日で退院. 翌日より就職活動を始め, 数件の面接を受けた. 退院後 3 週間で採用が決まる (情報誌の編集, 採用形態はアルバイトだが, 週 5 日フルタイム勤務). キーワーカーと入院時の担当 N s で訪問を行

った。学生時代から一人暮らしをしていたため、部屋はきれいに片づけられており、ADLに問題は見られなかった。採用が決まり安心した反面、不安な気持ちもあると話す。入院中には不安が語られることはなかったため、不調時には1人で頑張りすぎず、実家から通うことや、入院なども選択肢に入れることを確認する。外来受診時にもキーワーカーと面接を行い、体調・生活・就労状況の確認やフォローを行った。就労から1ヵ月半、非開示就労のため失敗できないというプレッシャーから、通うことができなくなり、2週間休職。そのまま退職、入院なども検討されたが、本人の強い希望もあり、現在は実家から通勤し、就労継続している。家族に対しては、外来受診時、毎回A氏に付き添って来院しているため、同時に面談しA氏の自宅での様子を尋ね、対応の相談・アドバイスを行った。

BPRS：入院時 27→退院時 6→終了時 16

GAF：入院時 25→退院時 71→終了時 61

6. 考察

23歳の女性。大学を卒業し、就職とこれまで順調に送ってきた人生の中で、発病・退職・入院の出来事は初めての挫折体験であった。「私だけ仕事をしていないのは嫌。置いていかれるみたいな気がする。」と言い、現在もなんとか仕事を続けている状況である。彼女にとって病気と向き合い、受け入れるということよりも、周りから取り残されないように社会生活を送るということが重要な課題であった。そのため支援者側にも病気に関わるという視点ではなく、本人の思いに寄り添い、生活・就労に関わるという視点が必要となり、退院後の地域生活や就労に関する不安に対しての支援として訪問(看護)が重要な役割を果たした。また、病気・障害の受容をしていない本人には、社会資源を利用するという支援ではなく、入院から継続した関わりができるスタッフによる支援が重要で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)

初回入院・早期退院のケースの場合、地域での支援にすぐ移行するよりも、それまでの関係を生かした医療スタッフを中心とした支援の方が受け入れられやすかったと思われる。これは同じように地域生活や就労に関する不安を抱えている家族にとっても同様であった。また、社会資源や制度の導入、地域の連携をスムーズに行うことは、病気に対する受容とも連動しており、ある程度の期間が必要である。

今回は初回入院の初日から退院後までキーワーカーが継続して関わり、マネジメントを行った。精神障害者の退院促進および円滑な地域移行のためには、今回のような病院から地域及び就労に継続的に関わるのが重要であった。OTRもその役割を担える職種のひとつであることが確認された。その他に日本の精神医療の現状では、PSWやNsが考えられる。一方で医療スタッフが地域生活支援をどこまで行うのか迷いもあった。さらに訪問看護という名称に、スタッフも本人も戸惑い、訪問看護の役割、範囲も不明確であった。

事例報告 Summary Sheet[施設名: Ⅰ_病院 患者: A 氏 23 歳 女性 3~4 週目 2 カ月目 3 カ月目(退院 1 ヶ月目) 4 カ月目(退院 2 ヶ月目) 5 カ月目]

入院 1~2 週目		3~4 週目		2 カ月目		3 カ月目(退院 1 ヶ月目)		4 カ月目(退院 2 ヶ月目)		5 カ月目	
日常生活の様子	1 週間は他患者との交流はほとんどなく過ごす。1 週間を過ぎた頃より同年代の患者との交流が見られるようになる。ADL は問題なし。 入院時、すべての音が頭で響くと訴えており、入院後しばらくは音に反応する場面が見られる。	1 ヶ月で退院したいと主治医に詰め寄る。実家には帰りたくない、近県で一人暮らしをしたいと訴える。 入院時に訴えていた頭痛と肩こりが取れ、「良くなっている」と表現する。 ケア会議、状態の把握と情報共有。	外泊を利用し、B 県より近県に引越す。 入院 55 日で退院が決定。 退院と同時に一人暮らしを始め、仕事を探そうとする。退院後には納得がいかないと話す。	退院前のケア会議、本人の思い、今後の確認。 退院の翌日に仕事の面接の予定を入れてはいる。不安が語られることはない。	就職活動。数件の面接を受け、採用決定。実家にはしばらく戻っており、数日間過ごしてはマンスションに戻る生活。 不安を訴えていることもあり、自殺の危険性にも注意。	フルタイムのアパート(情報誌の編集)を始める。非開示就労。 半月ほどはマンスションから通勤し、週末は実家に戻っていたが、その後は実家から通勤するようになる。 仕事の継続は難しいと予測されるが、本人の気持ちに尊重。外来診察時、面接の機会を持ち、フォローしていく。	出勤途中、不安を訴え、母親と来院。非開示就労のため、きちんとしなくてはならない。2 週間休職し、現在は復職。	退職・入院も検討されるが、本人の強い希望もあり、就労継続の方向でフォローしていく。	日中薬)ルーラン 4 mg×3錠 就寝前薬)ルーラン 8 mg, ロヒプロノール 1 mg	外来診察時にキョーワーカーと面接。本人は仕事をしたいと置いていかれる。誰かに見られていると話す。仕事を続けていく上で心配なことは、非開示就労のため病気のことが知られることと話す。	外来診察時にキョーワーカーと面接。本人は仕事をしたいと置いていかれる。誰かに見られていると話す。仕事を続けていく上で心配なことは、非開示就労のため病気のことが知られることと話す。
ケア会議の概要と目標設定											
薬物療法	日中薬)ルーラン 4 mg, レキソタン 2 mg 各 3 錠 就寝前薬)ルーラン 8 mg, ロヒプロノール 2 mg (注射)リントン, タスモリン(1 週間目のみ)	就寝前薬にセロクエル 100 mg 追加	就寝前薬のセロクエルが 25 mg×2 錠, ロヒプロノールが 1mg に変更								
早期作業療法	入院 11 日にキョーワーカーより OTR が紹介される。作業療法の紹介・オリエンテーション。自由参加の華道に参加する。同性同世代他患との交流はあるが、体調の良くない時、スタツには素直な気ない応対もある。	華道には引き続き参加。個別面接にて「生活体験チェックリスト」実施。体調は良く、すぐにも退院したい、困っていることはない等、援助関係の取りにくさを確認。パラレルな OT 場面の導入へ。	毎朝のウォーキングに参加。退院が決まらないことへの不満。パラレル OT では革細工キーケースに取り組みが、最初から難しい。図案を選び、スタンプピングでは OT の援助を要する(肥大した自己評価)。作品を完成させ OT 終了。	訪問時、あまり調子は良くない。頭痛が時々あるようになった。睡眠のリズムも乱れがち。採用が決まり、安心した反面、不安な気持ちもあると話す。	訪問時、次週からの仕事のことを考え、不安を訴える。失敗できないという思い。誰かに見られていると感じることもあると話す。外来受診時にキョーワーカーと面接。上司から結果を出せとプレッシャーをかけられることと話す。						
早期心理教育	病気そのものを受容出来ていないことから、心理教育は見送る。	病気そのものを受容出来ていないことから、心理教育は見送る。	キョーワーカーと面接時、自分の体調との付き合い方について「今まで頑張り過ぎたかなと思う」と話す。								
資源制度情報提供	入院時、入院費について説明。	入院時、入院費について説明。	退院前に自立支援医療の説明、地域で利用できる制度の説明を行う。	訪問時、自立支援医療の手続きを済ませてもらっていないことが判明。							
家族支援	入院時にキョーワーカーより研究の説明をし、同意を得る。	本人、父親同席の上で主治医・キョーワーカーより病状説明。退院後は近県で一人暮らしをすることを確認。	本人、両親同席の上で主治医・キョーワーカーより統合失調症と病名告知する。退院時、キョーワーカーが母親と面談、思いの確認。								
地域連携その他											

事例分類1(入院期間 56 日)

施設名: M病院

報告者(キーワーカー): K

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名: A氏, 年齢: 49 歳, 性別: 女性, 診断: 統合失調症
[現病歴] 入院までの経過: X-25 年結婚し、夫と A 県で生活。X-15 年職場でいじめに遭い、被害妄想出現。近所の心療内科受診。その後 20 日間程地元 B 県で療養するが変化なし。母親が入信している新興宗教の先生に会うと状態が良くなったため症例も入信。しかし、大金を宗教につぎ込んだことが原因で夫と離婚。離婚後実家に戻り、X-14 年当院初診するもすぐに中断。その後宗教から脱会することを条件に夫と復縁するが、条件を守れず離婚し、再び実家に戻る。X-2 年より「宗教の先生が体の中に入ってくる」等の体感幻覚や徘徊、奇異行動出現。同年、宗教の先生が死亡したことを家族が伝えと強くショックを受け、更に状態悪化。C 病院に連れていくが強く拒否し、受診できず。そのため、家族が保健所に相談し、保健師の訪問開始。X-20 日には「先生が怖い」「先生が寝かしてくれない」と家族に助けを求めるようになり、保健師の協力の下 X 日に当院へ医療保護入院となる。

2. 初期アセスメント

PICU で 3 日間経過し、薬物療法で体感幻覚等は表面化しなくなった。日常生活には大きな問題はなく、病棟生活も特に支障なく生活。対人交流も良くみられ、対人緊張などは殆どみられなかった。退院後は入院前と同様母親との同居だが、母親は高齢であり、今後の自立した生活を見据えた支援が必要となる。又、離婚や宗教の先生の死など喪失体験が続いており、現実感が回復するに連れて悲観的になる可能性がある。更に発症して 15 年程経過し、その間殆ど未治療であること、更に薬は体に良くないとする宗教の教えに強く影響されていることから、内服の必要性の理解や今後の外来通院継続などが問題となる可能性もある。家族関係は良好だが、母親は自分が宗教を勧めたからこうなったという自己否定的な思いがある。症例、家族ともに自宅復帰を希望し、家族はいずれ自立して欲しいとの思いあり。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標 自宅への退院、生きがいをみつける→母親の手伝いや通院を活用し、いずれは就労、自立へ

主な援助について →ケア会議毎に見直し

- ・薬物療法: 症状の軽減、睡眠の安定
- ・作業療法: 症例が興味のある手工芸などを用いて何かに没頭できる時間をつくる→心理的安定を図ると同時に作業を再開するきっかけ作りを行う
- ・心理教育: 疾患に対する否定が強いため、まずは行動面から支援。経過を見ながら内服や通院治療継続の必要性などを教育。
- ・家族支援: 母親の不安などを把握し、負担軽減できるような支援(心理教育: 疾患や関わり方について、サポート体制の整備)を行っていく。利用できる社会資源の情報提供。

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

X+9 日、リハビリテーションに参加。他者からどう見られているのか気になる様子があったが、落ち着き(+)。X+16 日、手工芸導入。当初は「以前はやっていただけ、今は上手くできない」と拒否的だったが、作業見学を通して徐々に興味、関心を表出。その後、編み物やビーズ細工を自ら行うようになり、時間内集中持続できた。他者交流もよく見られたが、他者からの評価は変わらず気になる様子。外泊訓練が始まると作業療法の参加減少。外泊の振り返りや退院後の生活や支援についての関わりを行うが、不安(障害受容、内服等)をやや一方的に繰り返し話す傾向が強かった。

(2) 早期心理教育

入院当初は体感幻覚について Dr が確認しても話をそらす状態であったため、疾患についてよりも症例が行いたい事をサポートする方針で心理教育施行。今後への不安はあるが、その都度、方向性や支援を説明すると安心するようになる。入院 2 ヶ月目より内服、通院、疾患について心理教育施行。不眠や離婚、宗教の先生の死でショックを受けたこと等入院前の状態の振り返りが徐々にできるようになった事を評価し、現状との比較や内服効果を説明した。しかし、「ショックなことが続けば不眠になるのは当然。だから病気ではない」と否認や内服への不満は続いた。その一方で再入院者や他患者の話聞いて症例なりに「飲まないとまた入院になる」と内服の必要性に理解を示すようにもなった。退院間近になると障害受容に向けた気持ちの揺れが強くなった。症例の訴えを傾聴しつつ、同疾患を抱えた人の体験談等をスタッフが説明。退院後は疾患受容への不安や内服への不満を家族やスタッフに相談する事ができている。「薬をやめるとどうなるか試してみたい」との思いもあり、内服自己中断。その結果不安が増大したことをフィードバックする中で自覚できるが、頻尿=副作用との捉われも強い。否認が強いが障害受容に向けた過程でもあるため、今後は見守る姿勢で関わっていく。

(3) 資源制度の情報提供

入院 1 週目、高額医療制度、医療保護入院について家族・本人に説明。家族は障害年金を希望するが、本人は「障害者ではない」と拒否。入院 2 ヶ月目、障害年金は家族の説得により症例も同意。自立支援医療申請も渋々同意。退院後、社会適応訓練について家族に説明。本人が拒否し障害年金は未申請。民生員の勧めで生活保護申請を検討中だが、症例は世帯分離することに不安が強い。退院後 1 ヶ月目、訪問看護スタッフより仲間作りの場等を目的に精神ケアを紹介。

(4) 家族支援

入院 1 週目に症状、治療について、3 週目にケアプランを家族に説明。又、面会時や面談時に家族の不安などを

傾聴。入院 2 ヶ月目より心理教育施行。FB を利用して疾患や対応等について説明。母親は「自分の育て方が良くなかった」「自分が宗教を勧めたから」と自己否定感が非常に強かったが、心理教育後は軽減し、安心感が増大した様子。退院後は訪問看護 St を窓口とし、家族支援を継続する旨伝えた。退院後 1 ヶ月、症例の不安増大に伴い母親の負担も増大。本人が居る場では相談し辛いとのことで、電話相談を提案した。その一方で同疾患の息子を持つ親と知り合いになり、同じ苦しみや悩みを共有し、希望を持つことも徐々にできていく様子。スタッフはその関わりを支持すると共に、今後も心理教育や相談など家族支援を継続していく。

(5) ケア会議・地域連携・その他

入院 2 週目、第 1 回ケア会議開催。入院経緯、病状をチームで共有し、アセスメント、目標設定を行った。2 回目から訪問看護スタッフも参加。家族面談後に行動制限緩和し、徐々に行動範囲の拡大を図ることを確認。この頃、入院前に関わっていた保健師から面会希望あるが、症例は拒否。症例の意向を尊重し退院後の窓口を訪問看護とした。保健師には PSW より情報提供。6 週目に 3 回目開催し、退院後の支援や家族への支援など課題を抽出。退院後 2 週目に 4 回目、1 ヶ月後に 5 回目、2 ヶ月後に 6 回目開催。近況等の情報共有や早期の危機介入等について検討。又、当事者間の方が症例には疾患について理解しやすいと考えられるため、精神 DC の利用について検討。訪問看護スタッフが民生員との情報交換や家族支援を継続して行っていく。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

BPRS : 48→11 GAF : 30-21→65

精神症状は入院 1 週目には軽減し、生活リズムも安定。社会性の高さもあり、早期から他 Pt との交流がよく見られ、OT 導入もスムーズだった。しかし内服への拒否的な思いが非常に強く、入院 2 週目にアジャア出現すると「副作用ではないか」と内服変更の訴えが多くなった。症状について自ら話すことはなく、Dr より体感幻覚等について確認しても話をそらす事が続いた。そのため Dr 以外の St はあえて症状には触れず、症例が自覚しやすく現実的な事柄(作業遂行時の様子、病棟生活等)を中心に今出来ている事をフィードバックする関わりを行った。家族には、Ns や PSW 中心に面会時に不安等を伝えてもらいながら信頼関係を構築していった。

入院 2 ヶ月目、スタッフ同伴の散歩を開始すると退院要求は減り、その後 1~2/週の頻度で外泊訓練開始。退院後の生活について現実的な会話が増えていった。又、外泊中に宗教の先生の死が本当なのか自ら電話等で確認。抛り所だった先生の死と向き合うことで、「今後どうやって生きていけばいいのか。母が死んだら生活できない。死ぬしかない」と悲観的な発言や不安も出現。そのため内服調整したが、すぐに内服が強いとの訴えあり再度調整。現実感が回復していく中で出現した不安感に対し、Ns や OT を中心に現実と向き合っている事をフィードバックすると同時に、退院前訪問指導で実際の生活場面を通じたフィードバックを行った。それにより症例なりに回復を実感できるようになり、徐々に入院前の様子も自ら語るようになった。又、疾患について質問する等、徐々に自分の疾患を意識するようになった。その一方で、「普通に戻りたい」との思いも強く、障害受容に向けた気持ちの揺れも強かった。家族には心理教育施行し、疾患や対応を学ぶことで自己否定感が和らぎ、退院後の生活への安心感が増した様子であった。退院後は 1 回/2 週の外来通院と 1 回/2 週の訪問看護を行い、症例が望む家事や家業手伝いを通じた支援を行うこととし、X+56 日自宅に退院となった。

退院後しばらくは内服でき、友人との付き合いや家事手伝いも率先して行えた。しかし、退院後 1 ヶ月目に頻尿になったのを機に内服自己中断。それに伴い、頻尿=副作用という捉われや将来への悲観的な発言、不安が増大。病気に対する否認も強い。退院 49 日後本人希望で精神薬を全て中止、眠剤のみの処方に変更。日常生活は問題なく送れ、疎通等も良好だが、外来中断、再燃の可能性は非常に高い。そのため、家族支援と早期の危機介入目的で訪問看護にて継続してフォローしていく。

6. 考察

入院当初よりケア会議を開催し、日々の状況報告だけでなく、本人や家族の背景、ニーズをチームで共有できたことが、統一したアセスメントに繋がり、早期から退院後を見据えた支援を意識してサポートすることができた。更に初期アセスメントで、内服の必要性の理解や今後の外来通院継続等の課題を明確化したことで、当院ではそれまで不十分だった本人、家族への心理教育、家族支援を中心とした支援を早期から行うことができ、安心感に繋がったと思われる。本人は他者と自分を比較することが多く、スタッフに対して劣等感(スタッフ=成功者と捉えている)もあるため、当事者を交えたグループでの心理教育を行った方が受け入れやすかったと思われる。

早期作業療法や資源制度の情報提供は当院では通常から実施されているものであったため、特別に大きな変化のある支援ではなかったが、ケア会議等を通じて目標や支援内容、実施状況などをチームで共有しやすくなり、本人への理解を深めやすかった。本人に対して、Dr が疾患と向き合う必要性を正面から伝え、それにより揺れる本人へのフォローを Ns 中心に行うという役割分担ができたこと、現実感の回復に伴う不安感が増大した際にも不安を受け止め、且つ現実と向き合っていることを評価する関わりを統一して行えたことも、本人の“自分の不安を話しても良いのだ”という安心感や信頼関係の構築に繋がったと考える。

保健師、民生員など地域スタッフとの連携に不十分な点が残るが、入院中から訪問看護スタッフがケア会議に参加し、情報や目標、治療経過を共有できたことで、訪問看護導入がスムーズになり、切れ目ない支援を行いやすかった。

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)

- ・退院後の支援に関わる関係者(民生員や保健師等)も入院中から会議に参加できると移行支援や移行後のフォローが更にスムーズにいくと思われる。
- ・効果的なプログラムではあるが、実際に全てのケースについて同様の支援を行うとなると時間やマンパワー上、難しいと思われる。今後、このような支援の点数化(診療報酬上の裏付け)を期待したい。
- ・本人用のアンケートは、評価尺度は絵を用いてわかりやすいが、質問項目が難しく、「役に立つ・立たない」という選択がしづらかった様子。
- ・早期から地域スタッフも含めたチームを作っていくためには、キーマンの存在が必要。しかし、専門業務や各々の担当するケースが多く、兼務で行うには業務量が多すぎる。

		入院1～2週目	3～4週目	2カ月目	3ヶ月目	4ヶ月～
日常生活の様子	入院時～3日間PICU入室。その後2部屋に移動。当初は自室で過ごすことが多いが、徐々に他者交流も自発的に見られ、会話量も増える。自ら病棟内ウォーキングも実施。時折退院要求あり。	生活リズムは規則的で、自ら考えて病棟内の生活を送っている。他者交流も積極的になり、他者への興味、関心も表現できる。	退院後の生活を具体的に考えることが増える。外泊訓練開始するも服薬自己中断あり。内服継続することへの不安が強く、将来に対する悲観的発言もあり。内服調整や関わり等で落ちつく。	3ヶ月目に退院。店や家事の手伝いを行い、生活リズムは規則的で、頻尿も問題なかった。退院後1ヶ月で頻尿を機に内服自己中断。それに伴い副作用の心配や将来への悲観的な発言、不安が増大。疾患についての知りたい気持ちも増えている様子。	日常生活、生活リズムは安定しているが、頻尿への把握が難しい。又、将来への悲観的な思いも変わらずにある。外來も行きたくないとの発言あり。	
	ケア会議の概要と目標設定	入院経緯、病状、今後の支援をチームで共有。OT等を通じて何かに没頭する時間、それによる達成感などを体験し、将来の希望を見出すきっかけ作りを行う。入院予定期間は1～1カ月半。	訪問看護 St 参加。目標、支援の見直しを行う。家族面談後に行動制限緩和し、徐々に行動範囲の拡大を図る。	退院後の支援や家族への支援など不足している部分を抽出し、役割分担を行う。	退院後1,2回目のケア会議。退院後の生活の様子を報告。現在の支援の見直しを行う。民生委員や他の家族の協力等について検討する。	退院後3回目のケア会議。疾患への否認を受け止めつつも、症例が体験を通じて主体的に治療に取り組むよう見守る支援を行うこととする。
薬物療法	・レボシタロン 3mg 2錠→3錠 ・アクリドン 1mg 2錠 2X ・ワシ 25mg 1錠 →アクリドン出現: 2週目～変更 ・アクリドン 1mg 3錠→4錠→5錠	変更なし	*7週目～不安感↑ レボシタロン 5mg 1錠, シプロヘキサ 10mg 1錠, ヒロシジン 5mg 1錠, アクリドン 1mg 3錠 *8週目～内服が強いとの訴え レボシタロン 3mg 1錠→1.5mg 1錠, シプロヘキサ 2.5mg 1錠, ヒロシジン中止	変更なし	退院 45日後～本人希望のため変更 ヒロシジン 5mg 2錠のみ (眼剤は希望) それ以外は全て中止	
	早期作業療法	入院9日後～OT導入。交流がある他患と共にリハビリに参加。他者から自分が見えるのかか気になっっている様子。自分で休憩を取りながら参加できる。	手工芸導入。当初拒否的だったが、徐々に興味、関心の表出あり。集中持続も徐々に向上みられる。	手工芸継続。編み物やビーズ細工を自ら行うようになり、時間内集中持続可能。他者交流活発。外泊増加により病棟内活動参加回数減少。外泊の振り返りや退院に向けた支援施行。	疾患受容への不安や内服への不満を家族やスタッフに相談することではできている。「薬をやめるとどうなるか試してみたい」との思いもあり、内服自己中断。その結果不安が増大したことをスマートフォンを使って自覚できる。	疾患への否認、内服への拒否が強いが、訪問スタッフに相談することはできている。「SCって何?」と聞いてくることもある。
早期心理教育	病識が乏しく、入院前に症例が苦しいでいた体感幻覚について Dr が確認しても話をそらす状態。病気にについてよりも症例が行いたいことなどを林へ。	病識欠如、退院・外泊要求は続くが、体調を整える目的での入院継続は同意。今後への不安があるが、その程度方向性や支援を説明すると安心する。	障害年金について心理教育施行。入院前の状態の振り返りも徐々にできる。内服への不満や不安が強い。しかし再入院や他患者の話を聞いて症例なりに内服の必要性に理解を示すこともあり。障害受容に向けた気持ちの揺れが強い。	奨励の拒否から障害年金申請は未施行。民生委員の勧めで生活保護申請を検討中。仲間作りの場等を目的に精神ケアを紹介。	奨励の拒否から障害年金申請は未施行。民生委員の勧めで生活保護申請を検討中。仲間作りの場等を目的に精神ケアを紹介。	
	資源制度情報提供	高額医療制度、医療保護入院について家族・症例に説明。	障害年金を家族は希望。申請可能かどうか確認し、家族に説明。訪問看護への情報提供。	障害年金について家族には説明済み。	症例の不安増大に伴い母親の負担も増大。症例が居る場では相談し辛いとのことで、電話相談を提案。	家族への電話相談継続。
家族支援	家族に対して症状、治療について説明。	ケアプラン説明。面会時や面談時に家族の不安などを傾聴。	心理教育(疾患、対応等)施行。退院後は訪問 St を窓口とし、家族支援を継続する旨伝える。	母親の不安増大に伴い母親の負担も増大。症例が居る場では相談し辛いとのことで、電話相談を提案。	民生員の支援内容把握と情報共有を行っている。	
地域連携その他		保健師から面会希望があるが、症例が拒否。症例の意向を尊重しながら、退院後を見据えて窓口の一本化。	保健師との情報交換。症例と訪問 St との対面施行。	母親: SCの子供がメリットを伝える。民生員は週1回面会。連携を図ると共に対応等の指導も行う。		

事例分類 1(入院期間 58 日)

施設名: Mセンター

報告者(キーワーカー): K

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名: N氏, 年齢: 29 歳, 性別: 男性, 診断: 急性一過性精神障害
【現病歴】入院までの経過: X-3 年に職場で揉め事となり部屋にひきこもる。X-2 年 11 月に整体師の資格をとって自宅で整体を行っていたがこの頃から過呼吸発作が出現。12 月に幻覚妄想状態となり弟や父と口論し、家を出た父は翌日車の中で自殺。X 年 9 月に自宅で整体院を開業したが友人の事故死などを契機に精神症状が悪化。11 月に母と叔母と整体の研修会のため東京に出かけた際奇妙な行動がみられ、最終的に警察に保護されたが仙台に戻る新幹線の中でずっと歩き続け逃走しようとした。地元の病院を受診し当院を紹介され翌日受診。受診の際には左手を黒く塗り耳栓をした姿であり、入院を拒否し周囲に暴力を振るった。救急棟隔離室にて薬物療法を開始したところ興奮状態は治まり、約 2 週間後に急性期病棟個室へ転棟と同時に本人と母親に本研究について説明を行い、参加の同意を得る。

2. 初期アセスメント

入院 3~4 週目に実施。

【家族のサマリー】母は元看護師であり整体院を自営、5 歳下の弟は仙台でアルバイトをしている。母は明るく潑刺とした印象の人で、週 1 回の休業日に面会に来て本人にお弁当を差し入れる。父は元 JR 職員で早期退職したがアルコール依存の傾向があり母は受診をすすめていたとのこと。本人の入院について父の自殺が原因であると家族は断定している。本人は今回の入院は家族とゆっくり話す時間がなく理解しあえなかったことが原因と捉えており、父の話題になると涙を流す。

【社会面のサマリー】高校中退後飲食業・とび職など様々なアルバイトを転々とする。苦手なことを要求されると辞めていた、と。X-1 年に携帯電話会社に 1 年半勤務しその後整体師の資格をとる。はやく退院して母の手伝いをしなければという発言が繰り返し聞かれ、面会の時も母に整体院の経営状況について聞いている。転棟前後は女性患者に対して付きまとうような行動が一時的にみられたが注意されるとなくなる。

【心理面のサマリー】当初は「強制的に入院させられた」「薬もできれば飲みたくない」などと治療には拒否的。自分の病的体験について正常ではないという認識はあるが、周りの理解が追いつかないのだという考え。入院前はイライラしていたこと、落ち着かなかったことの自覚はある。はやく退院したいという思いと退院後の漠然とした不安について語る。

3. 治療・援助の目標と方針

- 1 現実感の回復と楽しむ体験が必要
・希望する OT 活動に参加して徐々に感覚を取り戻す。活動後の疲れ具合をチェックする。
- 2 病気の回復過程について知識を得る (病棟における集団プログラムから始める)。
- 3 家族に対し本人の回復度合いや利用できるサービスについて説明をする。

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

13 日目に病棟内 OT に参加し習字やビーズ細工に取り組む。習字は何枚も書き上げ、他患との自然な交流もみられる。15 日で病棟外の OT にも参加し当初はほぼ全てのプログラムへ参加する。一方で落ち着かなさもなりそれを解消する手段として OT を利用していた。しかし、徐々に活動の幅が縮小していき、集団での活動が苦手であることを担当 OTR に伝え、個別支援を希望する。

(2) 早期心理教育

3 週目に早期の心理教育プログラムに参加。話の途中で突然立ち上がるなどの行動がみられるが、話題を振られると入院前はイライラしていたが入院して落ち着いてきたことなどを語っている。主治医からは病名の告知や服薬の必要性について説明を受け、CP との個別面接の中では回復過程について確認を行う。その後、仲の良い患者に誘われてオープンな心理教育プログラムにも参加。「服薬していて車の運転はできるのか？」などと質問し「他の人の話が参考になった」との感想を述べている。

(3) 資源制度の情報提供

入院の翌日と約 1 ヶ月後に PSW より家族に対し医療費や自立支援医療について説明を行った。

(4) 家族支援

主治医、PSW、キーワーカー (CP) がそれぞれの立場で母親と面接し、病気の回復過程についてや困っていることについて相談する場を設けた。

(5) ケア会議・地域連携・その他

本人も含めたカンファレンスを入院後 4 週、6 週に実施した。地域のスタッフについては家族の希望により保健所の保健師に退院後の支援を依頼することとなった。

5. 結果 (成果と転帰, 退院後のケアプランなど)

- ・入院後 58 日で退院となった。今後は外来受診とキーワーカーによる再発予防ドリルの実施を予定している。退院後は自宅で整体院の手伝いをしたいといい、まずは電話応対など無理のないところからはじめていくとのこと。
- ・各検査結果 BPRS 入院時 52~退院時 3 GAF 入院時 35~退院時 70
それぞれの得点で顕著な改善がみられた。

6. 考察

- ・元来対人関係における脆弱さを抱えていたようだが、父親の自殺、友人の事故死、整体院の開業などとい

った出来事が重なり急激に陽性症状を呈したケース。服薬にて陽性症状が短期間で改善した後は入院処遇への不満や自分は病気ではないという訴えが聞かれたが、本研究のプログラムについては協力的であった。彼曰く「家族ともこんな風に自分の考えを話していればこういうことにはならなかったかもしれない」と、自分の様々な思いを表現する場、これまでの体験を伝える場を求めていたようである。また、家族の中で母がキーパーソンとなり一人で対処してきた経過があり、プログラムの中で今後は支援者も一緒に関わっていけることを新たに認識してもらえたと思われる。

- ・4人部屋に移った頃はオープンな作業療法活動に積極的に参加していたが、徐々に集団が苦手ということから個別支援へとシフトしていった。個別から集団へという一方的なりハビリではなく、本人の状態に応じて柔軟に対応していくのが重要であると実感した。
- ・地域での支援体制については本人も家族からも希望はあまりなく、状況に応じて情報提供する程度にとどめるのが望ましいように思われた。

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）

- ・包括的アセスメントでは家族や心理社会面について有益な情報を得ることができたが、情報量が多いためより焦点をあてる部分を考えてアレンジしていくことが重要と思われる。
- ・本人には「研究に参加すれば早く退院できるのではないか」という動機付けがあったようで、退院に向けて不利になると思っている内容（病的体験など）は避ける傾向があり、共同作業ができる場所と核心に触れられたくないところがはっきりしていた。若年での発症の場合、支援者を頼らず自分で何とか対処しようという人が多い印象があり、本人の抵抗をふまえた上でどんなアプローチが必要なのか、全体を見わたせるキーワーカーの役割は貴重と思われる。
- ・キーワーカーがCPというメリットとしては、本人の体験を安心して話す場を提供できること、心理教育へのレディネスができやすいことがあげられるが、退院後はマネジメント力がより要求されるため他職種との連携がますます重要と感じている。

事例報告 Summary Sheet [施設名:M センター 患者: N 氏 29 歳 男性 キーワーカー: I 職種 CP 女性]

		入院 1～2 週目	3～4 週目	2 ヵ月目	3 ヵ月目	4 ヵ月目	5 ヵ月～
日常生活の様子	2 週目までは救急棟個室で過ごす。13 日目より作業療法開始。14 日目に急性期病棟個室に転室。転室前後には主治医（女性）や女性患者への距離が保てない行動がみられた。	ソワソワ感の訴えあり。散歩を好み戻り看護師同伴で散歩したり病棟内を練り歩いていた。本人の希望により 4 人部屋に転室する。看護師と散歩しながらこれまでもを振り返って、何かトラブルがあればとすぐに逃げてしまっている「今後これに乗る越えなないだめかな…」など話す。	家族同伴での外出が許可され、自宅に外出するが緊張してしまったりと暗い表情で語る。年末としようこともあり直後に外泊を実施したが、その時は落ち着いて過ごせたとのこと。外泊から戻って服薬が自己管理となる。				
	陽性症状の軽減をメインとし個室でのケアを継続。	本人参加。アカジアの症状が疑われるため薬物調整しつつ、現実感を回復するための活動を促していく。また、病気の回復過程について個別に話す場を提供する。	母親・本人参加。退院の時期を決定。自宅での仕事は電話番号などの簡単なものから行う。また再発を予防していくために、困った時の対処のしかたなどを引き続き話し合っていく。				
ケア会議の概要と目標設定	リスパダール夜 6ml～8ml を投与。	リスパダール夜 4ml～6ml。	副作用のためエビリファイに変更（15 mg）。				
	13 日目にオリエンテーションを行う。病棟では習字やビーズ細工などをやる。他患との交流もみられる。OT サロンでは草細工などに取り組みが、立って作業する方が落ち着くといっって着席していることができない。	アセスメントを実施。自分の気持ちやストレスについてよく分からない、気軽に話ができる人がいないことなど語る。集団では気がつかうので個別での支援を希望している。	生活体験チェックリストを実施。生活感・集中力・思考力が低下している。今まで体験してきたことが抗精神病薬を服用することで変わってしまったことが困ると涙をみせる。病棟外の活動への参加は徐々に減っていったが、退院後の生活への不安や今の自分に何ができているのかと語っていた。				
早期心理教育	主治医より病名告知し説明を行う。入院時の自分の状態を振り返ってもらおうが病感に乏しい。	3 週目に早期心理教育へ参加。入院前に状態について「イライラして人や物に当たっていた」と語る。症状の改善を実感でき、服薬の継続の必要性についても少しずつ受け入れる。	オーブ的な心理教育プログラムに参加。話をふられると穏やかに応じている。				
	入院翌日母親に医療費について情報提供。		母と本人に対し自立支援医療についての説明				
資源制度情報提供		主治医より病気の回復過程や副作用について説明。家族アセスメントを実施するなかで入院に至るまでの経過や家族背景が語られる。	PSW より退院後の支援について説明。				
家族支援							
地域連携その他							

事例分類1(入院期間 60 日)

施設名: T 病院

報告者(キーワーカー): S

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名: N氏、年齢: 23 歳、性別: 女性、診断: 統合失調症
【現病歴】入院までの経過: 高校中退後、通信制高校に入学し卒業。その後、リハ専門職養成校入学。X-2 年に養成校教員に勧められクリニック受診。X-1 年に過量服薬。X-5 ヶ月から動けなくなり、休学。通院は続けていたが、入院した方がいいのではないかと考え当院初診。結局、入院はせず外来でのフォローとなった。X-1 ヶ月になると、自室にこもるようになる。被害妄想、企死年慮も出現。X-28 日に過量服薬。他院へ入院。X-5 日学校退学。病状は安定せず、臓器提供、安楽死のことしか考えなくなり、自殺年慮続いているため X 日に医療保護入院となった。X+8 日にプログラム開始。

2. 初期アセスメント

X+18 日に実施

【健康面】: 統合失調症
【身体・精神機能面】: 焦燥感(++)、集中力低下、身体感覚低下、思考のまとまらなさ
【活動】: ADL 自立。対人関係過敏。他患との交流少なく、自室で過ごすことが多い。行動制限(家族との同伴外出)

【参加】: OT 参加。リハ専門職養成校を退学したものの、本人は復学希望。
【環境因子】: 父・母・長男・長女・本人の 5 人家族。長女は家を出ており現在は 4 人暮らし。父含め、父方親族に遺債負因有。長男・長女は大学院卒。本人と母・長女とは特に関係が良好。父は教育に厳しかった様子で今回の本人発症について「自分のせいではないか」という思いも強い。経済的には問題なし。本人初めての精神科入院について、家族の不安・心配が非常に大きい。また、いくつかの他院に受診歴がありその度に診断名が変わっていることから、医療不信も若干抱いている。

【個人因子】: 状態悪化時にリハ専門職養成校退学を決定してしまい、そのことを非常に後悔している。また、兄弟の中で自分だけ学歴がないことについての劣等感も強い。いくつかのアルバイト経験(+)。病前は兄弟の中では一番能天気であった。元来、運動好きでソフトボールやバスケット、水泳を行っていた。友人もたくさんいた。自らの病気についての知りたいという希望が強い。退院要求も強く、自らのことを良く見せようとして医療者に対して自らの悪いことは言わないこともある。

まとめ: 初発の統合失調症。陽性症状は落ち着いてきている。病識もでてきている。入院生活においての問題点は少なくなってきたが、焦燥感が非常に強く退院要求も強い。現状で退院するのは、再発のリスクが高いと思われ①本人・家族への心理教育、②退院後の生活の過ごし方に具体的なイメージを持つ、③家族の不安を受け止める場が重要である。

3. 治療・援助の目標と方針

【長期目標】: ①リハ専門職への可能性を探る

【短期目標】: ①継続して落ち着いた病棟生活を過ごす、②病気との付き合い方について勉強をする

方針: Dr 精神療法・薬物療法、本人・家族への病状説明。Nrs 安心できる療養環境を作る、本人・家族の心配事に対応、心理教育参加、家族教室参加。PSW 本人・家族への情報提供、家族教室参加。OT 個人 OT と OT プログラムを併用しながら自己実現の場の提供、心理教育参加、個別の心理教育実施、家族教室参加。

キーワーカー ケアプランの説明。本人・家族の心配事や不安に対応。

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

X+16 日から実施。「身体を動かしたい」ということで運動を希望し、個別 OT では OTR との卓球やキャッチボールを行った。個人 OT と OT プログラムを並行しながら実施。手工芸のプログラムにも参加するが「集中力が続かない」ということで退室することも多い。理解力は良好。自らの疲労に気付けない様子も見られた。X+35 日頃より意欲低下傾向にて OT の参加が減少。2 回目ケア会議開催後に、退院方向となると意欲向上見られ OT に参加できるようになる。退院後のデイケアの利用について拒否的であったが、デイケア見学を実施、試験参加も実施したことで具体的なイメージが付き退院後はデイケア利用することとなった。

(2) 早期心理教育

主治医からの本人・家族への診断名も含めた病状説明を早期より実施。X+28 日より「病気の症状」「薬について」「再発予防について」について学ぶ内容の全 4 回の心理教育グループに参加。セッション中に積極的に質問する場面も見られた。各回にて OTR との振り返りを行っていった。病気の症状については「あれも病気の症状だったんですね。分かってよかったです」と話していた。病気の回復について確認すると「回復までは長いんですね」とコメント。心理教育グループ終了後は、再発防止に向けて本人の具体的な再発のサインや再発への対処法を本人と表にして確認し、本人・家族・関係スタッフと共有した。

(3) 資源制度の情報提供

PSW より早期に自立支援法と高額医療費制度について母親へ説明。本人より年金と手帳の説明希望があり PSW より説明実施。説明を受け、年金と手帳の申請は見送ることに。入院中に自立支援医療の申請は実施。

(4) 家族支援

研究開始時よりキーワーカーが母親面談を実施。「娘のためになることであったら何でもして下さい」と研究には好意的。母親の不安が非常に強いため、1,2 回/週の面談時間を作り、協力関係を作っていた。全 4 回

の家族教室に両親参加。各回にて両親そろって積極的に質問・発言していた。

(5) ケア会議・地域連携・その他

X+16日にスタッフのみでショートカンファ。今後の治療方針の大枠をスタッフで共有した。本人・母は1回目のケア会議より参加。【第1回ケア会議開催(X+22日)】母は「退院を焦らずゆっくりやってきて欲しい」と話すも、本人は「早く退院したい」「開放病棟へ行きたい」と今の思いを話す。主治医からの治療経過と今後の方針についての説明、各スタッフからの評価を本人へ伝えた。自らの病気や症状や症状について学んで欲しいこと、再発防止のため心理教育に参加して欲しいこと、現在の病棟に慣れてきたところなので今の段階で病棟移動するのは心配なことを本人へ伝え、本人も了解。単独外出や週末は外泊を繰り返しながら入院治療を継続し心理教育参加後、退院方向とすることを確認した。X+30日任意入院に変更。【第2回目ケア会議開催(X+50)】本人は「すぐにも退院したい」と希望を話す。母は「心配であるが病状的に退院してもいいのであれば家で受け入れは問題ない」とのこと。スタッフからは意欲低下傾向であり焦燥感も非常に強く感じることで、退院後の生活のイメージ作りができていないため入院継続を勧めるも、本人の退院要求強く退院方向となる。退院までの1週間で主治医・キーワーカーと退院後の生活のスケジュール作りを行っていくこととなった。地域連携については、現状では本人・家族は必要ないということ。X+60日で退院。【3回目ケア会議開催(X+77日)】本人は表情穏やかに退院後の生活をなんとか過ごせていることをスタッフの前で話す。各スタッフからは、焦燥感はまだあるものの退院後の生活を過ごせていることを高く評価した。今後は、主治医の外来受診とデイケアにてフォローしていくことを確認。

5. 結果 (成果と転帰, 退院後のケアプランなど)

- ・退院後は週1回の外来と週1回デイケア参加。デイケア参加時、キーワーカーと退院後の生活の振り返りや再発防止に向けた話し合いを実施していた。
- ・外来受診、デイケア以外の日は、母とほぼ一緒に過ごすことが多かった。家で落ち着いて過ごすことができず連日外出していた。また、薬の副作用から食欲増進し食欲のコントロールにもストレスを感じていた。
- ・3回目ケア会議後、退学したPTの学校の先生に会いに行き、企図念慮出現。自ら入院希望しX+78日任意入院となった。退院後の生活においては焦燥感が強かったことや将来への不安が強かったことを、自ら振り返ることができており現在の入院治療に専念することができている。

○研究開始時 GAF : 70 ○退院時 GAF : 75 ○研究終了時 GAF : 75
BPRS : 10 BPRS : 8 BPRS : 7

6. 考察

- ・入院してまもなく幻覚妄想状態は軽減したものの、強い焦燥感や現実検討力の低下が見られた事例。早期からケア会議に本人・家族に参加してもらい、目標を共有しながら実施。再発予防に向けた心理教育と家族の不安が強いことから家族支援を重点としたチームアプローチを行った。
- ・本人・家族がケア会議に参加しスタッフと目標を共有していくことで、初めての精神科入院という本人・家族の不安の軽減に役立った。また、家族の力動も把握することができた。
- ・自らの病気を知りたいという希望も強かったこともあり心理教育が有効に働いた。心理教育のセッションでは自らに起こった体験が病気の症状であったということを確認できグループで受容されたことで本人にも安心感が生じた。その後は、再発予防に向けた具体的な振り返りも実施、本人の満足度も高い。
- ・家族支援においては Dr、Ns、キーワーカーとの定期的な面談が家族の不安軽減に役立った。また、家族教室に参加したことで、本人への対応の仕方などイメージがつき安心感が生じた。
- ・チームの見解では退院はまだ時期尚早であったが、本人の希望を取り入れる形で退院とした。結果的に再入院となったが再発前の入院であり、自発的に入院希望ができたのはチームで関わり本人との関係性を作ってきた結果であると考える。
- ・学校を退学したことを強く後悔しており、将来への強い不安を抱えていた。心理教育に重点を置くあまり将来への不安を傾聴する場が少なくなってしまう。今後は、本人の長期的な目標に向けてじっくりと共に考えるスタッフが必要である。

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)

- ・初発事例の場合は病気になったことへの本人・家族の不安、戸惑いは特に大きく、早期から治療目標を共有しチームアプローチを実践していくことで本人・家族に安心感を与えることができる。
- ・本研究のような介入は入院治療としては理想的であるが、現実的に日々の臨床において全ての入院患者に実践していくのは難しい。現実的に実践していくにはクリティカルパスの導入など施設側での工夫と制度面での保障が必要。
- ・病棟移動などとなった場合は介入するスタッフも変わってしまうため、キーワーカーのように継続的に介入できるスタッフの存在は重要である。
- ・キーワーカーのアセスメント能力も重要。現実的に臨床で実践するにはキーワーカーのスーパーバイザーの存在やキーワーカーの視点や能力を養う研修会なども必要である。

事例報告 Summary Sheet [施設名: T 病院 患者: N 氏 23 歳 女性 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
日常生活の様子		X 日医療保護入院。幻覚妄想状態のため隔離室対応。徐々に落ち着きを見せ、X+1 4 日目に一般室対応となる。	幻覚妄想状態は軽減。自室にて音楽を聞きながら一人で過ごしていることが多い。1 時間同伴外出可能となる。X+30 日任意入院に変更。	週末は外泊を繰り返す。他患との交流も見られるように。退院前には表情の硬さもれ穏やかに過ごすことができていた。X+60 日目で退院。	週 1 回の通院とデイケアに週 1 回通所。焦燥感強く、家で落ち着いて過ごすことができず連日外出していた。PT の学校の先生に面会后、企死念慮出現。X+78 日任意入院となった。
ケア会議の概要と目標設定		隔離室対応にて薬物療法による精神状態の安定。	1 回目ケア会議開催。本人・母参加。本人・母の思いをスタッフで共有。本人は「早く退院したい」と強く退院を希望するが、単独外出や週末は外泊を繰り返しながら入院治療を継続し心理教育参加後、退院方向とすることを確認した。	2 回目ケア会議開催。本人・母参加。本人は「すぐにでも退院したい」と希望を話す。スタッフからは焦燥感を非常に強く感じること、退院後の生活のイメージ作りができていないため入院継続を勧めらる。本人の退院を要求強く本人の希望を尊重し退院方向となる。退院までの期間で退院後の生活のスケジューリングを行っていくこととした。	3 回目ケア会議開催。本人・母参加。本人は表情穏やかに退院後の生活をなんとか過ごしていることをスタッフの前で報告。各スタッフからは、焦燥感はあるものの退院後の生活を過ごしていることを高く評価した。今後は、主治医の外来受診とデイケアにてフォローしていくことを確認した。
薬物療法		(就寝前) リスパダール 2mg2T リスミー 2mg1T (毎食後) レボトミン 5 mg 3T	(就寝前) リスパダール 2mg「アマル」3T リスミー 2mg1T (毎食後) レボトミン 5 mg 3T	(就寝前) ロヒプノール 1 mg 1T リスミー 2mg1T ヒベルナ糖衣錠 5 mg 1T リスパダール錠 2 mg 2T (朝食・夕食後) レボトミン 5 mg 2T	(就寝前) ロヒプノール 2 mg 1T リスミー 2mg1T ヒベルナ糖衣錠 5 mg 1T 錠 2 mg 2T (朝食・夕食後) レボトミン 5 mg 1T
早期作業療法			個人 OT と OT プログラムを並行して実施。OT では手工芸のプログラムに参加。「集中力が続かない」と言うことが多かった。	個人 OT 継続。入院 5、6 週目は意欲低下傾向にて OT プログラムへの参加は減少。カンファ開催後に退院方向となると意欲向上。OT にも参加できるようになり、デイケアへの試験参加も実施。	
早期心理教育		主治医からの病状説明。	主治医からの病状説明 ・全 4 回の心理教育グループへの参加。「病気の症状」「薬について」に参加。各回にて OTR との振り返りを個別にて実施。	主治医からの病状説明と退院後の生活についての話し合い。 ・心理教育グループへ参加。「再発予防」について参加。 ・OTR と退院後の生活の過ごし方や再発防止に向けた面接を継続的に実施。	・デイケア参加時、生活の過ごし方の確認や再発防止に向けた面接をキーワーカーと継続的に実施。再発防止に向けて本人の具体的な再発のサインや再発への対処法を本人と表にして確認し、本人・家族・関係スタッフと共有した。
資源制度情報提供		自立支援医療、高額医療費制度について PSW が家族に説明。	・障害者年金・障害者手帳の PSW より説明。説明実施後、「年金と手帳は今はいらない」と本人。 ・OTR と DC 見学実施。 ・キーワーカーより社会資源のパンフレットを本人へ渡す。		
家族支援		主治医からの病状説明 ・家族教室を紹介	・家族教室に両親参加。 ・面会時にキーワーカーと面談	・家族教室に両親参加 ・キーワーカーとの面談と電話相談	・家族教室参加時に両親とキーワーカーと面談実施。
地域連携その他				・本人・母と確認し、地域との連携は現在には必要ないということ。	

1. 事例紹介

〔基礎情報〕氏名:M氏, 年齢:27歳, 性別:男性, 診断:統合失調症

〔現病歴〕入院までの経過:地元高校を卒業し就職、性格は、親に対して怒ることなく大人しく穏やかでブー青年であった。就職と同時に単身生活を開始し5年6ヶ月問題なく就労。H19. 4. 突然に東京のデザイン専門学校に行きたいと職場をやめて上京し、彼女と同棲生活しながら専門学校に通う。既にこの頃には電車に乗っていて幻聴があった。H20. 4. 何とか卒業し広告関係の仕事に就くも3ヶ月でクビになり、その後は職を転々と長く続かなかった。H20. 9. 彼女と別れ、H20. 11. には就職した会社もクビになった。心配した両親が上京したところ人相が変わり明るい性格が一変し暗くなっていた。その晩泊まった際に、寝ている母の寝息に合わせて生き物の鳴き声を上げたり、父は本人が息をするタイミングで、鼻をかいて自分を眠らせないようにするとか、両親が第三者を介して自分に嫌がらせをしていると確信し、一睡もせず姉の家に帰郷する。そのときは、姉の子供をあやしたりして笑っていたかと思うと姉に対して、「殺さないで」と泣き出したり、母には攻撃的となり首を絞めようとするなど行動がまとまらず、H20. 11. 6 に当院受診となる。通院を進めるも東京に戻ると通院を拒否したため医療保護入院。

2. 初期アセスメント

【家族についてのサマリー】父親は定年退職後同じ職場に再就職する。母は、職場結婚であったため結婚と同時に退職し、家庭に入りパートなどをして家庭を支えていた。最近娘の子供(孫)をみたりしていたが、今は自由になり2人の生活となる。本人は小・中・高とサッカー一筋であったため、練習や大会には両親で惜しまず協力した生活が中心であった。卒業とともに単身生活をするようになり、自立したと安心してたところ、急に専門学校に行きたいと言い出す。親としては、自分が望むことに反対し、そのことを将来引きずられることよりもやりたいことをやらせたいとの思いであった。今になれば、反対した方が良かったのかと後悔している。又、病気になってしまった息子とどのように接したら良いのか、将来の見通しはどうかなどの不安や悩みを抱きながら聞いている。

【社会面のサマリー】専門学校卒業後は、広告会社の仕事を探すも就けず、生活のために色々な職を転々とした。今は病気になったこともあり、アルバイトを週3回程度を目標にしながら体をならし、DTPの仕事を探したいと思っている。将来はDTPの仕事で独立し両親の面倒を見たいと考えているも、東京に行きたいとの気持ちは残っている。

【心理面のサマリー】病気になったのは、経済的な問題で彼女と別れたことと、親が東京の生活を見に上京したことが原因だと思っている。病気についても、一時的なもので、少し治療を続ければ完治できると思っていた。しかし、心理的教育プログラムに参加し、当事者の話を聞き再発しないことが大切であり、薬を継続する必要性を知り病気に対する理解が深まった。今はDTPの仕事を探すことより、体調に合わせて自信をつけて行きたいと考えられるようになっていく。

3. 治療・援助の目標と方針

- 1, 病気がどのように回復していくのか理解を深める。
 - ・病気について主治医より説明をする。
 - ・病気・薬についての勉強会に参加する。
 - ・個別面談をする。
- 2, 活動に参加し楽しい体験をする。
 - ・作業療法に参加する。
- 3, 家族とのコミュニケーションの時間を作る。
 - ・外出・外泊をして家族と楽しい時間を過ごす。

4. 治療・援助の経過**(1)早期作業療法**

3週目から集団OT利用。OTアセスメントを実施し、リハ計画を立案。体力以外は病識も含め自覚的な問題意識なく“体力の維持”“生活リズムの維持”を目標とする。心理教育プログラムへの参加を促すが消極的。作業能力、対人技能問題なく、新しい環境への適応力に優れている。ただスタッフに対しては表面的な印象。その後、日中活動は散歩を中心として過ごし、時々サロンや運動プログラムに参加し他者とのコミュニケーションを楽しんでいる。退院時の面接では、内服による倦怠感、就労にむけての心配を話しており、退院後もそのことを含め支援できることを伝えているが、病院の支援を受けることに対しては消極的。

(2)早期心理教育(主治医、PSW)

3週間過ぎた頃より、主治医より早期精神病としての説明があり、治療についても理解が出来、薬を飲んでの体の調子や、今までの自分を振り返ることが出来るようになる。心理的教育プログラムへの参加で、当事者の体験や回復過程について学ぶ機会となり、個別の面談を通して今後の見通しも伝えられる。

(3)資源制度の情報提供

入院数日後、PSWより家族へ保護者選任について、医療費「限度額適応認定」等について説明をする。3週間後には、本人・家族に「精神通院医療費制度」について説明する。又、利用できる福祉サービスや相談窓口についても説明し資料を渡す。

(4)家族支援

主治医・PSWがそれぞれの思いを聞きながら、病気や回復過程について説明をした。看護者より病棟家族教室に声をかけられ参加する。又、病院で開催している「どなたでも参加できる家族教室」や「外来家族教室」の説明し資料を渡す。

(5)ケア会議・地域連携・その他

本人・家族の参加のケア会議は2回開催。地域との連携は本人が必要ないとのことで図らなかった。家族には、必要時相談できるよう地域での相談窓口について情報提供する。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

66日で退院となった。

定期的な外来受診と外来での個別面談でフォローする。外来で再発防止ドリルを実施中。

6. 考察

専門学校に入学した時期には、電車にのっていた時に幻聴があったと話されている事から、既に発症していて専門学校を卒業したものの、広告店に就職するが3ヶ月で首になり、その後も就職はするも長く続かず職を転々とせざるを得なかった状況だったと推測される。本人は彼女と別れたことと、親が心配で上京したことがきっかけとして病気になったと思っている。入院時は、服薬拒否と肝機能が悪く数日間様子を見てから薬物療法が開始された。薬物療法の効果はすぐに表れ、精神症状は消退し、早目に処遇拡大され一般病棟に転室となった。自分は一時的な病気ですぐに完治するという思いが強く、就労もすぐに出来るように回復したかのように思い、薬も退院し1ヶ月位で飲まなくてもよいとの思いを抱くが、主治医より、病気の説明と回復過程について説明を受けたことで病気に対する理解が得られるようになった。又、病棟の勉強会に参加し、病気や薬について、当事者の話を聞き自分の病気と向き合う機会となり、治療の継続、つまり服薬の必要性和再発の予防が大切であることを学び理解が深まっていった。そこから、今の状況では、すぐに就労は難しいと認識は出来るものの、希望する仕事に就きたいとの思いは強く、そのためならどんなことも我慢し早く退院をしたいとの思いを募らせる。個別面談では自分の評価は高く、本音の部分も限定した支援者にしか話さなかった。退院時のケア会議では、手の痺れと眠気が強いと訴え、外来で調整していくことで納得するが、そのところが長く続くようであれば、自ら服薬を中断してしまう危険性があると思われる。退院後は、外来通院時に生活の様子を伺い就労についても一緒に考えることで合意できたが、地域の支援は希望せず、家族が相談できる窓口を情報提供するにとどまった。

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）

総合的なリハビリテーションの視点に立てば、多職種連携での支援は不可欠であり、キーワーカーは職種にとらわれないとあるものの、外来での継続支援を考えたとき、中心的になるのはOTが担う方がサポート体制が組みやすいと感じられる。

包括的アセスメントでは、情報としては十分な量で有益ではあるが、網羅しすぎて焦点が絞りにくい感があった。それが初期段階で必要な部分だとすれば、心理面・社会面と分けず一括された必要な情報が取り込めるような工夫が必要かと思う。

支援者のマネジメント能力や資質が問われるとすれば、基本的な知識の土壌づくりの研修や外来でのフォロー体制づくりが重要と感じている。

事例報告 Summary Sheet[施設名: M センター 患者: M 氏 27 歳 男性 キーワーカー: N 職種 PSW]

	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週目は隔離拘束状態で、薬も拒否していたが、主治医からの治療の説明や、処遇の拡大に伴い治療に協力的となり、ディールームで過ごす。	急性期病棟への転室。同年代の患者と談笑でき、OT サロンに参加を希望される。	OT サロンに参加と散歩などをして過ごす。外出から始まり外泊が出来るようになる。			
ケア会議の概要と目標設定	急性症状の鎮静化を優先し、薬物療法開始 処遇拡大を図り治療環境を整える 2週後半より支援プログラムの説明	本人の思いや希望を聞きながら、病气や薬についての理解を深める。 家族とのコミュニケーションを図り楽しい時間を作る。	将来の希望を確認する。 退院後の生活について具体的な目標を立てる。 当面はゆっくり過ごし体調を整えていく。			
薬物療法	リスパダール0D(1)4T ユーパン(0.5)4T 毎食後 vds	リスパダール0D(1)4T ユーパン(0.5)4T 4×1	リスパダール0D(2)2T ユーパン(1)1T 眠剤			
早期作業療法		3週目から集団OTに参加。作業能力、対人技能問題なし。OTアセスメント実施し、リハ計画立案。体力以外は問題意識なし。 “体力、生活リズムの維持”を目標とする。心理教育プログラムには消極的。	散歩を中心に過ごしており、時々集団OTを利用。活動内では笑顔あり、他者とのコミュニケーションを楽しむ。退院時間接では、今だ表面的な印象は変わらず、就労への不安を話す。	外来で再発防止プログラムを実施		
早期心理教育	入院時に主治医より薬物療法について説明 回復過程についても説明する	病棟活動あさがお会・安心クラブに参加し、病气・薬について理解を深める。	病气・薬・社会資源教室に参加する。 個別面談では早く就職したいこと、東京に行きたいと話す。			
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)と保護者選任について説明を行った	利用できる社会資源について説明し、ハンレットを渡す。	自立支援医療費制度の申請準備をする。			
家族支援	早期精神病であることの説明と、治療計画について説明	病棟家族会について参加をすすめる。	どなたでも参加できる家族教室・外来家族教室の案内をする。			
地域連携 その他		東京の住居は引き払い今後の生活は実家に戻り両親と3人で生活をすることを決める。	家族・本人の了解を得て、地域でのサポートが必要ときに受けられるように情報提供する。 外来家族教室・当事者教室に声をかける。			

事例分類1(入院期間 70 日)

施設名: Mセンター

報告者(キーワーカー): M

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名: A氏, 年齢: 36歳, 性別: 女性, 診断: 統合失調症
 【現病歴】入院までの経過: X-7ヶ月より近隣への被害妄想のため当院へ通院開始し内服治療を始めた。転居後症状は改善したが、被害妄想は残存しX-1日の夜に縄跳びの紐で自分の首を絞めようとする行為があり、X日受診する。受診時に「死ぬ」を繰り返す言い、また盗聴されるといった被害妄想があり、即日救急棟隔離室に入院となった。当初企死念慮があり、身体拘束を行う状態であったが、翌日には改善し拘束解除され薬物調整が行われた。X+11日、病状の改善に伴い急性期病棟4人部屋へ転室する。X+39日に研究についての説明をし、同意を得てプログラムを開始。

2. 初期アセスメント

【家族についてのサマリー】: 夫(会社員、販売業)、娘2人(6歳と2歳)の4人家族。近くに実の両親が住んでおり、体調が悪くなってからは時々家事などを手伝ってもらっていた。夫、両親とも今回の発病に対して心配をしているが、じっくり治療をして治して欲しいと協力的。

【社会面のサマリー】: 高校を卒業後、販売業を中心に仕事をした。結婚を機に専業主婦となる。仕事をしていたときも上司や同僚とのトラブルはなく、交友関係も良好である。子育てをしながらいずれは仕事に就きたいとも考えている。

【心理面のサマリー】: 病名を告知された時はショックだったが、現在は受け入れている。発症の原因については、マイペースながらも一人で頑張り過ぎてしまい、疲弊してしまったことと思っている。退院後は家事と子育てを上手くできるかが不安であると心配している。入院中、薬物療法については理解しているが、副作用(過食・体重増加)を気にしている。

3. 治療・援助の目標と方針

1. 薬物調整: 副作用の程度を確認しながら調整していく。
2. 作業療法への参加を促し、楽しみの時間を提供する。
3. 小グループ活動への参加を促し、疾患の理解や薬の必要性についての理解を図る。
4. 家族に対して疾患について説明し、本人へのかかわり方の指導をする。
5. 外出・外泊を繰り返し、本人の疲労度を確認する。

4. 治療・援助の経過**(1)早期作業療法**

20日目より病棟OTに参加。25日目からは棟外の作業療法にほぼ毎日参加。ビーズ、革細工、スキルアートなど子どもの使えるものを中心に作品作りを行う。穏やかに他患と交流しながら過ごすこともできていた。退院後の生活を踏まえ、調理プログラムにも参加し、退院後の生活イメージを作っていた。外泊を頻繁に繰り返すようになってからは、参加が減少していった。

(2)早期心理教育

入院後1~2ヶ月に病棟内の早期心理教育プログラムや体験談を話すお茶会に参加。お茶会では他ptの体験談を聞いて涙し、「これまで病気を認めたくなかったけど、皆さんの姿をみて負けたくないという気持ちになりました」と前向きな気持ちを語る。心理教育プログラムでは入院してご飯がおいしく感じるようになったこと、夫が病気のことを理解してくれていてありがたいことなどを話す。病棟の服薬教室にも2回し、服薬で熟睡できるようになったことや主治医との信頼関係ができてきたことが確認された。

(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)についての説明をPSWが実施。

(4)家族支援

希望時、主治医と家族が面談を実施。

退院前に夫と実父が家族教室に参加し、疾患について・将来について・薬の副作用について・不眠時の対応などについて説明を受けた。

(5)ケア会議・地域連携・その他

2W・4W・8W・退院時カンファレンスを実施。関わりについての確認や、支援内容についての確認がされた。8Wカンファレンス時には本人も参加し、ケアプラン表についての同意を得た。

5. 結果 (成果と転帰, 退院後のケアプランなど)

X+70日で退院となった。外来の定期的受診(2W毎)でフォローする。

6. 考察

被害関係妄想・希死念慮は、安全で安心できる空間の提供と薬物調整によって早期に改善された。病状の安定にともないX+18日より心理教育や作業療法を提供したところ、病気に対しての理解を深めたり、楽しむ時間を作ることの大切さを実感できたようである。専業主婦で家事や子育てに追われる日常において息抜きをする時間を持つことがなかったこと、全てを自分で抱え込み頑張りすぎたことが今回の発症の誘因となったと感じているため、家族に対して協力を依頼し、本人が楽しめる時間の確保が必要であると感じた。早期の作業療法の導入はこの事例にとって有効であり、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)

・キーワーカーを看護師が担った事例は、今回が初めてであった。入院生活において一番多くの時間を接しており、病状や日常生活行動の障害度を早期に把握・評価ができ、支援内容に反映させることに有効で

ある。

- ・反面、三交代しているため、家族来院時にタイムリーにアセスメントすることが難しい状況であった。アセスメントする際は、本人と家族を分けて役割分担をして実施するのも一方法であると思う。

		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	入院 2 日目まで身体拘束その後解除され個室にて静かに過ごす。デイルームに出でくると他の患者との交流は見られない。12 日目に 4 人部屋へ転室。	同室者との会話も見られ、日常生活行動にも問題なし。看護師同伴での散歩をほぼ毎日行い、入院前の事や入院生活について話す。	院内単独散歩が許可され、散歩を日課とする。家族同伴での外出・外泊が許可され、2 泊の外泊を 2 回実施。	疲労度を確認しながら外泊を 3 回実施。不調となる事もなく、家庭での生活にも自信が湧いてきたとのことにて 70 日目に退院となる。				
	ケア会議の概要と目標設定	陽性症状の軽減を図るため、個室の使用と薬物療法中心、症状改善すれば急性期病棟へ転室し、処遇を拡大していく。	処遇拡大としての病状の変化を観察	外出・外泊訓練 本人・家族へのプログラムの実施	外泊時の状況により退院			
薬物療法		ジプロキサ (10mg) ユーパロン (3mg) にて安定						
早期作業療法		病棟 OT、棟外での OT (OT サロン) と拡大。ビーズ、革細工など子どもものの作成、穏やかに他患と交流	OT サロン継続。調理プログラムの生活のイメージ作りを行う。 外泊後は疲れ具合を確認しながら、休息のとり方を確認。	OT サロン継続。調理プログラムの生活のイメージ作りを行う。 外泊後は疲れ具合を確認しながら、休息のとり方を確認。	外泊の頻度が増すと OT 参加は減少。外泊時の過ごし方を確認していく。			
早期心理教育		病棟でのお茶会に参加し、他 pt の体験談を聞いて話す。「これまで病気を認めたくなくなってきたがみんなの姿をみて負けたくない」という気持ちになつた」と前向きな気持ちで語る。	病棟での早期心理教育プログラムに参加。入院して元気になつたこと、夫が病気のことを理解してくれていると話す。服薬教室にも 2 回し、服薬で熟睡できると語る。	病棟での早期心理教育プログラムに参加。入院して元気になつたこと、夫が病気のことを理解してくれていると話す。服薬教室にも 2 回し、服薬で熟睡できると語る。				
資源制度 情報提供	入院時、医療費について、保護者選任について、他利用できる制度や支援について説明。							
家族支援					病棟での家族教室に参加			
地域連携 その他								

1. 事例紹介(昨年研究事例継続報告)

【基礎情報】氏名：C氏 年齢：39歳，性別：男性，診断：統合失調症

【現病歴】X-1年12月15日退院。当院からかなり遠隔地に在住。昨年度研究時より家族が在住地域スタッフの支援を拒否していたため、退院後もキーマン継続して面談・外来診察とカウンセリングのみの地域支援体制で継続。ケア会議も退院後は、退院後2週目・2ヶ月目・4ヶ月目の3回で終了した。退院直後より、70代の両親と同じ納豆工場に3/Wの頻度で通勤開始し、現在まで継続している。X年4月頃より、本人一人で電車・バスを乗り継いで自宅から当院外来受診できるようになった。X年5月より、キーマンの勧めでデイケア就労支援活動へ参加し、1/Wの頻度でショートケア利用開始。現在も継続して就労支援活動に参加している。

2. 在宅生活アセスメント

健康：糖尿病⁺。1/Wの頻度で当院糖尿センター外来通院継続し病状安定。食事療法・運動療法の指導を受け家族も協力的。**心身機能構造**：幻聴・妄想はほとんど解消。対人交流の過緊張は残存。発語困難ではないが、話始めが吃音状態で遅延。体力面問題なし。**活動**：生活上は自立。単独行動可能。しかし、他者との主体的な交流はなく、コミュニケーション面では、家族・納豆工場職員・病院職員に話しかけられて答えるのが精一杯。自宅では、テレビ鑑賞や読書が主。**参加**：自宅近くの納豆工場に3/Wの頻度で通勤。8:30～15:00まで通常勤務を継続している。1/W水曜日、ショートケア利用し就労支援活動に参加中。1/M水曜日、精神科および糖尿科外来受診と不定期にカウンセリング実施。その他、電車利用や書店利用などは自由に行っている。母親の洗濯物干しなど手伝いも行っている。**環境因子**：山間の豪雪地に在住。70代後半の両親と3人暮らし。2人の兄は関東方面に在住。交流はほとんどない。雪片付けなどの力仕事は本人が行っている。いじめが原因で、小学校3年の頃から不登校状態となり、家族・本人とも地域に対して不信感がある。公的機関利用について特に、父親は拒否的。ただ、両親は本人を、ずっと見守り続けてきており、良き理解者でもある。自分たちも高齢になり本人が自活できるような支援をして欲しいと昨年来希望。父親は、現在の納豆工場では低賃金のため、デイケアでの就労支援活動に期待し、車送迎など行い協力的。**個人因子**：小学校低学年の頃から身なりや体臭などを理由にいじめを受け内向的になる。中学校に入ってもいじめを原因に不登校となりその状況が高校まで継続。自主学習で受験し近隣高校卒業したが、その後は引きこもり状態。父親の話では進学校受験可能な程高成績であったとの事。X-11年頃より、幻聴妄想の病的体験出現したが受診せず経過。X-1年9月、被害妄想著明となり行動化し初回受診。初回入院後、昨年の当協会研究退院促進プログラムに協力し3ヶ月で退院となる。身長180cm以上あり体格はがっちりしているが、表情は無表情なため外見的には、やや近づき難い印象。

まとめ：長期に渡る引きこもり状態により成長過程での通常経験に乏しく、特に対人交流面では本人両親とも乏しい面がある。地域への不信も残存している。本人・両親の関係は良いがその他の家族間は疎遠の状態である。本人の病状や在宅生活は安定しているが、対人交流面や就労を含む社会生活については、これまでの体験の乏しさが大きく影響しており、自立した生活獲得には支援の量・質・期間が必要と思われる。在住地域の支援体制利用を家族が拒否しており、当病院での支援継続は重要である。今後の取り組みについては、地域的にも課題が残り、再検討が必要な時期ともいえる。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標：①楽しく家で暮らし続けたい

方針：在住地域の支援体制利用を父親が拒否しており、退院後の在宅支援が当病院のみに留まっている。X年4月でケア会議も終了し、キーマンのみ継続的に本人と関わり、何とかショートケア就労支援活動参加までは繋げた状況。居宅が遠隔地であること・両親が高齢であり家経済的にも余裕がないこと・本人の対人交流過緊張状態など考慮しケア会議は終了したが、高齢の両親の望む『本人が自立した生活を得ること』は現在も最終目標として掲げている。本人自身も高齢の両親を気にしている。今後は、デイケアでのケア会議を中心に、地域生活支援のための目標設定と具体的取り組みの検討をお願いしていく。キーマンについては、本人との馴染みの関係も重要であり全体調整役をしながら、実際のマネジメントリーダーをデイケア作業療法士に繋げていく。

4. 治療・援助の経過**(1)地域生活支援作業療法←主にデイケア OT(退院直後は病院 OT)**

①訪問については、遠隔地のため不可。外来OTについては、退院当初は、精神科・糖尿病の外来診察が1/Wであり父親の車送迎も負担が大きいため利用不可。結局、キーマン兼病院OT担当者として毎週の外来診療時に面談のみ実施し、在宅生活の様子や心配事など情報収集に努めた。機会を見て、外来OTかデイケアOT(入院中に見学など実施ス)につなげる予定で本人との関係を維持すべく、直接顔を合わせ話すことを継続した。本人の顔色・表情・身だしなみ・声の大きさ・話し方・態度などを直接観察することでOTとして評価もできたし本人との信頼関係も維持できた。

②①の経過があったことで、外来診療が2/Wに頻度が減り一人で電車利用してきていることがすぐわかり、外来OT・デイケアOTを勧めた。本人はデイケア就労支援活動に関心を示しショートケア利用を決めた。主治医・家族への情報提供はキーマンOTが行った。また、自立支援医療利用に向けて、再度SWに関わってもらい経済的援助も行った。

③デイケア利用については、デイケアOTとキーマン兼病院OTが情報交換し、本人の対人過緊張状態を考慮してショートケア利用についても紹介し、本人がショートケアを選択した。デイケアOTは、ショートケア実施計画書作成し、OT企画の就労支援活動中心で開始した。様々な地域資源(ネットワーク・就業支援員・Jobコーチ・各種就労継続支援事業所所長など)スタッフの講演や現地見学に参加。小グループでの就労に関する意見交換会参加。デイケアOTとの面談や作業活動など

実施し、コミュニケーション面では課題残るが、作業能力や地域生活能力の潜在能力はあることを確認し、そのエンパワメントにアプローチすることを挙げている。就労継続支援事業所の体験実習・実際の企業見学など実施し、様々な職業に接する機会提供し、そこから自身でどの方向に進むか決めていけるようアプローチ継続している。

④デイケア内ヶ会議を1回開催。現在、院内スタッフのみ参加で実施。次回は本人・家族を交えたヶ会議を予定している。今後、地域資源利用の検討など、徐々に父親の地域資源の理解も含め地域スタッフの参加を検討していく。

(2)心理教育←主に臨床心理士

退院直後、入院中に引き続き、カウンセリング実施。病的体験の確認と同時に病気についての学習・他者と話す機会の1つとしてカウンセリングを継続。外来診察と同様の頻度で実施継続。

(3)資源制度の情報提供←主に、キーワーカー OT・デイケア OT

①退院時、地域支援として地域保健師・保健所を紹介⇒父親が強く拒否。

②外来診察時の外来 OT を勧める。⇒父親送迎上、時間的制約あり利用困難。

③入院中に当院デイケア見学と当院近隣の就労継続支援事業所2ヶ所見学。

④電車利用自立と同時に、デイケア・外来 OT を再度説明し、本人ショートケア利用を選択。

⑤病院 SW より自立支援医療の再度説明(本人・父親へ)⇒申請手続き終了。現在、利用中。

⑥デイケア就労支援活動を通して、就労に対する地域の各種社会資源や支援体制を学び見学する。

(4)家族支援←主にキーワーカー OT

①退院後4ヶ月目までは、父親もヶ会議に参加し、相談を受ける。

②デイケア利用については電話連絡。就労支援活動内容については資料提供。

(5)ヶ会議・地域連携・その他←キーワーカー OT～デイケア OT に連携

地域連携：父親拒否のため非常に困難。当院周辺の地域連携を進めていく予定。

ヶ会議：退院後2週目・2ヵ月後・4ヶ月後で終了。在宅生活は安定しているため、その後開催せず。退院後5ヶ月目にショートケア利用開始。デイケア内ヶ会議のみ開催。主治医・デイケアスタッフ・院内 SW 参加。就労支援活動継続参加とし、本人の負担にならない程度の就労活動実習を進めて行くことを確認した。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

①在住地域の支援スタッフ利用を父親が拒否。地域生活支援が病院の支援のみとなってしまった。

②家族の理解と協力により、在宅生活および病状安定が継続できた。

③昨年度研究事業終了後も、病院 OT が面談など行いキーワーカーとして調整継続した結果、本人・家族の状況に合わせてショートケア利用とデイケア OT に繋げることができた。

④ショートケア利用決定については、デイケア就労支援活動に本人・家族とも関心を示したことが最大理由である。

⑤本人は、ショートケア利用により OT が企画した就労支援活動に参加し様々な就労に関する情報を得、実習見学などの機会や場を得ることができた。

⑥就労支援活動の継続により、本人のショートケア利用と就労意欲が維持しており、家族の安心につながっている。

6. 考察

①地域生活支援にあたり、地域資源利用の決定に家族の賛同は不可欠。本事例のように、家族の拒否が生じた場合は、病院での支援体制を整備調整し地域生活安定に向けた必要がある。

②在宅生活および病状安定には、まず、家族の理解と協力が基本であること。そこにプラスして、地域スタッフによる支援が適切に行われることで目標に向かって地域生活を送ることができる。

③OT は、入院中より本人・家族の状況や地域状況を把握し退院後の生活を想定し、具体的な能力確認・体験の機会提供・社会性の場提供し、本人が具体的に現実に合わせた選択決定ができるよう支援する職種である。

④病院 OT とデイケア OT の連携により、本人の目標に向けた取り組みが繋がり具体的な体験の継続ができ、本人の経験成長に繋ぐことができる。

⑤デイケア OT は、就労支援に積極的に取り組み、地域資源との連携により本人の能力に応じた体験学習や就職活動に向けた必要がある。

⑥OT の就労支援においては、具体的な作業能力や社会性能力をアセスメントし、ワーク・就業支援員・就労継続支援事業所・企業などに具体的に情報提供し、企業側の病状理解や本人に適した就業内容に向けたなど職場環境整備に寄与する必要がある。

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)

①家族の理解協力は本人自身に対してもだが、地域資源利用に於いても非常に重要。地域の家族に対する支援体制の整備と周知が必要。

②病院は地域資源の1つ。退院する患者様の状況に応じた支援体制の整備と在住地域との連携システムの整備は急務。

③病院と在住地域の適切な連携のためにも、其々にマネジメントリーダーを配置し、両者が入院中から連携した活動を行うことが必要。

④病院 OT とデイケア OT とともに本人の課題に応じた個別的なアプローチが必要。社会性能力と作業能力を具体的な体験を通してアセスメントし、本人と具体的な現実検討の機会を共有し、更には課題に向けての実体験の場や能力強化の実体験の場などを個々に応じて提供する必要がある。個別 OT の検討を早急に組み込んで欲しい。

⑤デイケア OT や外来 OT での就労支援活動は不可欠。最終目標は就労であり、自立のために不可欠なものである。就労支援活動システムの整備は急務。

事例報告 Summary Sheet[施設名: I 病院 患者: C 氏 39 歳 男性 キーワード: OTR 職種: OTR 女性 【昨年度の研究事例継続報告】

	退院後研究開始まで	研究開始時	1カ月目	2カ月目	3カ月目	4カ月目	
日常生活の様子	遠隔地山間部在住。70代後半の両親と3人暮らし。週3回納豆工場で働いている(父親が勤務・近隣に在る)退院当初は毎週水曜日外来診察とカンゼンが他、月1回糖尿科受診。キーワードと面談。で経過。5月より、ショートが就業活動参加。	納豆工場勤務継続。毎週水曜日ショートが就業活動参加 隔週水曜日外来診察 2ヶ月1回水曜日糖尿科診察 カンゼンが2ヶ月1回が会議開催中。 キーワード・OT・ショートがOTで活動体験連携。 主治医・臨床心理士で病状確認 不変	週間・月間カンゼン・メール不変 キーワード・ショートが利用時間 談実施 カンゼンが1/2ヶ月 家では茶碗洗い・洗濯物干し入れなど手伝っている 不変	不変 ショートが就業活動での就業継続支援事業所体験実習に参加。 会話はほとんどとなく話しかけに何とかか答えている。第1声が出にくい 不変	不変 別な事業所へも体験実習参加	不変 企業などの職場見学にも参加	
ケア会議の概要と目標設定	退院後2週後・2カ月後・4カ月後にが会議開催。長期目標を①安定した在宅生活の継続 ②将来的には自立した生活を目指したい 長期目標に向けてキーワード調整継続 初ボソ、フ、ル、ト、デ、ジ、ル、エ、リ、ア、イ	不変	不変	不変	不変	不変	
薬物療法	不変	不変	不変	不変	不変	不変	
地域生活プログラム	地域生活支援 作業療法	退院前: デイケアや就業継続支援事業所見学 退院後: キーワード OT としての関わりを継続しつつ、本人の興味関心のあるショートが就業活動の情報提供し利用を勧める。本人家族了解され5月よりショートがOTアプリ・モチ開始。 他者との会話の機会提供も含めてカンゼンが実施	就業支援活動の振り返りの時間に、集団ミーティングを行い意見交換の場提供。集団の中で発言する機会を提供する。(納豆工場の勤務内容など発表) 就業支援活動の振り返りの時間に、集団ミーティングを行い意見交換の場提供。集団の中で発言する機会を提供する。(納豆工場の勤務内容など発表)	就業支援活動については本人判断とした。自己決定自己報告の体験提供異なった環境下での作業活動体験実習する作業活動状況の評価とフィードバック 関わり不変	同じく自己決定で別な場所への体験実習参加就労への関心は高い。就業活動能力評価用紙検討・作成	就業活動能力評価実施予定	
	地域生活 心理教育	2ヶ月に1回に頻度を減らす 身だしなみ指導も行う(髭が伸びていたので)	関わり不変	納豆工場のこと・家の暮らしぶりを質問に答えている	関わり不変	関わり不変	
	資源制度 情報提供	地域生活支援資源の紹介・見学(本人へ) ご家族への説明・資料配布・電話での関わり	本事業開始の説明と承諾(本人へ、就業場所開拓と自立への第1歩とするためと説明)地域資源の不足を本人も自覚 電話確認のみ	就業支援活動での情報のみ 就業支援活動での情報のみ	不変	不変	一般企業の見学・講演会参加予定
	家族支援	退院後4ヶ月まではが会議参加。自分たちの年齢を考えると自立した生活獲得に向けて欲しいことを要望される。 紙面で情報提供	電話確認のみ	不変	不変	不変	不変
	地域連携 その他	退院時地域生活支援スタッフ: 主治医 病棟看護師・外来看護師・臨床心理士・キーワード兼入院OT 5月よりショートがOT加わる	不変	不変	不変	不変	不変

事例分類1(入院期間 240 日)

施設名: T 病院

報告者(キーワーカー): S

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名: O 氏、年齢: 22 歳、性別: 女性、診断: 統合失調症
【現病歴】入院までの経過: X-6 年高校 2 年時いじめがきっかけで発症。T 病院に医療保護入院。5 ヶ月間入院。この時に高校中退。X-5 年 4 月退院後に当院通院希望し、外来受診とデイケアにてフォロー。通信制高校に入学し X-4 年卒業。X-2 年ドラックストアでのアルバイトを 6 ヶ月行った。要領悪くなかなか仕事を覚えることができなかった。X-1 年介護福祉士の仕事を目指すため通信制学校入学。X-10 ヶ月介護施設にてアルバイトも開始。X-1 ヶ月頃に急にテニススクールに通うことを決めてきた。X-2 日アルバイト要領悪く上司に怒られることが続いており、アルバイトを辞める。退職後不眠、食欲低下出現。X-1 日独語、多弁、放歌、躁状態となる。X 日母同伴で臨時受診し任意入院するも、落ち着かないため医療保護入院に変更。隔離室対応となる。X+60 日研究開始。

2. 初期アセスメント

X+72 日に実施

【健康面】統合失調症、知的障害疑い
【身体・精神機能面】易刺激性(++)、退行状態、多弁、多訴、不眠、身体化症状、誇大的言動。
【活動】調子悪化時は便失禁、食事動作緩慢。対人関係過敏で他患の影響を受けやすい、他患とのトラブルも多い、自室にて一人で過ごすことができない、スタッフへの訴えが頻回。
【参加】OT 参加。介護福祉士養成校は現在休学中。
【環境因子】父・母・本人の 3 大家族。子供のいなかった現夫婦が、本人 2 歳の時に乳児院より引き取る。この事実を本人は知らない。母がキーパーソン。母は本人が刺激に過敏な様子が心配である。
【個人因子】幼少時は多くの習い事(水泳、ピアノ、テニス、絵画)を行っていた。通信制高校卒業、DC に約 5 年通所。アルバイト経験あり。介護のアルバイトがうまくいかなかったことは、本人にとっては大きな失敗体験となっている。
まとめ: 就労の負担と仕事を辞めたことにより再発。X+13 日隔離解除となるも、X+40 日再度隔離。X+54 日隔離解除。刺激に過敏で、すぐに躁状態となってしまう。慎重に行動拡大しながら介入していく。また心理教育も実施し今後の再発防止に向けた介入も入院中に行っていく。

3. 治療・援助の目標と方針

【長期目標】①退院して安定した生活を送る
【短期目標】①落ち着いて病棟生活を過ごすことができる、睡眠をしっかりととれるようになる
②OT に定期的に参加する。

方針: **Dr** 精神療法・薬物療法、刺激への対処法を本人と話し合っていく、本人・家族への病状説明。**Ns** 安心できる療養環境を作る、本人の話しを受容的に傾聴、心理教育参加、家族教室参加。**PSW** 本人・家族への情報提供、家族教室参加。**OT** 本人の調子に合わせてながら OT プログラムの設定を行っていく、心理教育参加、個別の心理教育実施、家族教室参加。**CP** 心理テスト実施予定。WAIS-R、ロールシャッハ。**キーワーカー** ケアプランの説明。本人・家族の心配事や不安に対応。

4. 治療・援助の経過

(1) 作業療法

X+19 日から実施。疲れやすく途中で退室することが多い。X+40 日再度隔離室対応となり OT は中止。X+54 日に隔離解除。隔離解除後、OT 開始。コーラスや手工芸、ストレッチのプログラムに参加。疲労感を訴え途中で退室することも多い。X+80 日再度隔離室対応となり、OT 中止。X+106 日隔離解除。OT プログラムは他患からの刺激が強いと考えられ、X+110 日個人 OT 開始。ぬり絵やガラス絵の具等を 30 分程度連日実施した。個人 OT のみを実施していたが X+130 日再度隔離対応となる。OT は一旦中止。X+148 日個人 OT 開始。X+152 日隔離解除。個人 OT も落ち着いて実施できるようになり X+154 日病院のクリスマス会に参加。落ち着いて参加し、終了後もテンション高くなることなく過ごすことができた。X+156 日ストレッチのプログラムに参加。問題なく参加することができた。X+165 日より集団プログラムに参加。各プログラムに落ち着いて参加することができていた。X+167 日に OT プログラムは中止。個人 OT へ戻すことを本人と確認した。X+169 日再度隔離室対応となり OT は中止。

(2) 早期心理教育

症状や服薬について、再発予防など全 4 回の心理教育導入。X+76 日 1 回目の症状・特徴について学ぶ回ではメモをとりながら参加し、不眠や薬の質問を自発的にしていた。X+80 日再度隔離室対応となったためその後の回の心理教育不参加。次クールの心理教育の第 1 回目 X+118 日に再度参加。その後も状態悪化となり、2 回目以降の心理教育は実施できず。X+110 日より実施した個人 OT では疲労感に注意が向くようにしながら実施した。本人の状態が安定せず、再発予防に向けた具体的な取り組みは本人とは実施できず。母とは再発前の状況を聴取し、再発前のサインの確認と当面の就労は困難で、今後も就労をする際は一人で決めさせないことを確認。X+149 日より心理テスト実施。

(3) 資源制度の情報提供

家族教室参加時、PSW より障害者年金と障害者手帳の説明実施。その後、家族自ら保健所に行き詳細な障害者年金と障害者手帳の説明を聞き、今後は年金と手帳を申請する方向となった。

(4)家族支援

統合失調症家族教室に参加。「統合失調症の症状について」「治療について」「家族の対応について」「社会復帰について」の全4回に母が参加。参加時には受身的に説明を聞いている様子であったが「他の家族の方の話が非常に参考になりました」と感想を話していた。また、本人の状態が安定しないことから、家族の不安も強く定期的に面談の機会を作り不安を傾聴する場を作っていた。

(5)ケア会議・地域連携・その他

本人状態が安定せず本人はケア会議に参加できず。母は2回目より参加。【第1回ケア会議開催(X+72日)】本人と家族の思いをスタッフで共有。今後の治療方針をスタッフ間で共有。【第2回ケア会議開催(X+112日)】母は「他患から受ける影響が心配なこと」「来月上旬くらいに退院してほしい」と思いを話す。再度隔離室対応となった要因について振り返り、今後の方針について確認。【第3回ケア会議開催(X+140日)】状態が落ち着き、『退院』が現実的に考えるようになると状態が悪化となる傾向があることを母含めたチームで確認。慎重に行動拡大をしながら今後の退院を目指していくことを確認。【第4回ケア会議(X+174日)】慎重な行動拡大を実施しても隔離室対応という状況を繰り返していること、隔離室にいて本人の退行を促進していることも考えられること、家族が本人の入院が長くなっていることに大きな不安を抱えていることから長期の外泊を実施し本人の様子を見ることに。外泊中に体調悪化した際は、いつでも受け入れる体制を保障。1週間外泊がうまくいったら退院とする方向とした。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

・2回隔離室対応となり一般室対応となった後、研究開始(X+60日)。研究開始後も、継続して精神症状は安定せず現在(X+175日)も入院中。現在まで隔離室を計5回利用。外泊中に不穏となったことが2回目の隔離室対応(X+40日~X+54日)となった主な要因であった。3回目の隔離室対応(X+80日~X+106日)となった主な要因は他患からの刺激・心理教育への参加、今回の研究の協力説明を受けたことであった。4回目の隔離室対応(X+130日~X+152日)となった主な要因は家族からX+124日「長期外泊をしてうまくいったら退院」と言われ、退院を現実的に考えるようになったことであった。4回目隔離後は良眠もでき他患とも距離をとれ状態も随分と安定していたが、再度5回目隔離室対応(X+169日~X+176日)。主な要因は1泊外泊が成功し退院を現実的に考えるようになったこと、外泊後にOT、心理テストが重なったことであった。

・作業療法では、3回目隔離解除後は個別OT中心で関わっていった。途中の中断も何度かあったが行動制限の多い入院環境の中で、自己実現の場や気分転換の場となり本人にとっての楽しみの場となっていた。また、作業を通して関わる中で本人の依存欲求を適度に受容する場となっていた。

・心理教育は状態悪化を繰り返していたため、継続的な実施はできなかった。

○研究開始時	GAF	55	○研究終了時	GAF	50
	BPRS	34		BPRS	38

6. 考察

・ケア会議の中で各職種の役割を明確化し、状態に合わせて各職種も慎重な関わりを行ってきたが、様々な要因が刺激となり繰り返し隔離室対応となった事例。本人も「退院したい」と語るが、状態が安定し退院が現実的になると躁状態、退行状態を繰り返した。様々な要因を検討した結果、本人にとっての一番の刺激は本人の希望している「退院すること」であり、アンビバレンツな状態が続いた。本人がここまで退院について過敏になる理由には、家庭内での問題も示唆された。

・本人が養女であるということを知らないことによる親子間の葛藤、家族は本人の統合失調症という診断にはまだ懐疑的であること、ベースにあったと思われる知的障害については今回の入院で始めて知り受容できていない状態であること等から、本人が現在まで能力以上のことを無意識的にも家族から求められ生活してきた状況も予想された。家族の障害受容も時間がかかるものであり、今後の長期的な家族への介入も必要である。

・現状では本人・家族も早く退院を強く希望していること、このまま長期入院となり病院依存や退行を促進してしまうリスクも高いと予想され、「長期外泊」という現在の病状で現実的に自宅退院できる支援を実施した。外泊直後は家でも不穏であった様子だが、徐々に落ち着きを取り戻しているとのことである。今後とも退院後の安定した地域生活を送れるようなサポートが必要である。

・刺激に過敏な状態となり、行動拡大に慎重になった事例であるが、個別OTを実施することで事例の現在の能力評価や事例にとっての自己実現の場・自己効力感の向上につながり、個別OTは有効であった。

・就労の失敗をきっかけに再発した事例であり、自らの病気の特徴や再発サインとその対応の仕方なども学ぶ丁寧な心理教育が実施されるべきであったが、本人の状態が安定せず実施できなかった。

・ケア会議は、家族の思いや不安を傾聴する場となり家族を支える重要な位置づけであった。

・繰り返し状態悪化となったため、家族の不安・心配も強くなった。その都度、面談を実施し支持的に接することで家族の不安も軽減した。

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)

・早期退院プログラムを実施しても、本人の精神症状が安定せず退院に向けてのアプローチがなかなか進まなかった。このようなケースの場合はスタッフの燃え尽きも生じやすいが、家族も含めたチームで介入することで各スタッフが治療に前向きに取り組んでいくことができるため、ケア会議の開催は重要である。またチームのまとまりも重要であり、調整役となるキーワーカーの存在は重要である。

・キーワーカーの業務量が非常に多く、日々の臨床の中で兼務を行っていくのは現実的に困難。施設の中で専任のキーワーカーがいることが望ましい。また、制度面での保障も必要。

	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	X日医療保護入院。不眠、多弁などの躁状態のため隔離室対応。母への攻撃的言動が見られた。X日+12日隔離解除。	吐き気や便のこたわり等の身体症状、他患と距離がとれない様子が見られた。その他は落ちついて経過。	X+36日1泊の外泊中に不穏となり隔離室対応。「私が皆を幸せにする」「父がT病院を建てた」等の誇大的な言動も見られ多弁な状態。X+54日隔離解除。「私が選ばれる日研究説明実施。「私が選ばれるなんてすごい！」と笑顔で話す。	他患と距離がとれなくなりトラブル。興奮、不眠、誇大的な言動聞かれX+80日隔離室対応。	X+106日隔離解除。本人なりに努力し病棟生活を過ごす。X+124日目より本人へ長期外泊を勧められる。「もうすぐ退院する！」などの言動見られるようになりX+不眠、アピールの言動、尿失禁などが出現。X+130日隔離室対応。	X+155日隔離解除。病棟では穏やかに経過。母との自宅外出も成功。X+162日には1泊外泊実施。外泊後、尿失禁、身体症状、不眠が見られるようになりX+169日隔離室対応。X+175日目自宅外泊へ。
ケア会議の概要と目標設定			第1回ケア会議。関係スタッフのみ。本人と家族の思いをスタッフ間で共有。今後の治療方針をスタッフ間で共有した。	第2回目ケア会議。母参加。「早く退院して欲しい」と母。再度隔離室対応となつた要因について、今後の方針について確認。	第3回ケア会議。状態が落ち着き、『退院』を現実的に考えるようになり、なると状態が悪化する傾向があることを母含めたチームで確認。慎重に行動拡大をしながら今後の退院を目指していくことを確認した。	第4回ケア会議。隔離室が退行を促進している可能性があること、家族が退院を希望していることから長期外泊を実施し本人の様子を見ることに。外泊中に悪化した際は、いつでも受け入れる体制を保障。外泊がうまくいったら退院とすすめる方向とした。
薬物療法	〈毎食後〉マギミット錠 330mg 3T 〈朝・夕食後・就寝前〉炭酸リチウム錠 100mg 3T 〈朝食後〉セロキエル錠 100mg 6T 〈就寝前〉ネクロレン錠「10」1T センソント錠 12mg 2T	〈毎食後〉マギミット錠 330mg 6T レボトシシ 5mg 3T 〈朝・夕食後・就寝前〉炭酸リチウム錠 200mg 3T セロキエル錠 100mg 6T 〈就寝前〉ネクロレン錠「10」1T センソント錠 12mg 2T	〈毎食後〉重質酸化マグネシウム 1.5g 〈朝・夕食後・就寝前〉炭酸リチウム錠 200mg 3T セロキエル錠 100mg 6T 〈就寝前〉ネクロレン錠「10」1T センソント錠 12mg 2T	〈毎食後〉重質酸化マグネシウム 1.5g 〈朝食後・就寝前〉炭酸リチウム錠 200mg 4T 〈朝食後・就寝前〉リスパドール錠 2mg 「アム」J3T 〈就寝前〉ネクロレン錠「10」1T センソント錠 12mg 2T	〈毎食後〉重質酸化マグネシウム 1.5g 〈就寝前〉セソント錠 12mg 2T リスパドール錠 1mg 「アム」1T	
作業療法	18日目より開始。ハフレロOT、コアス、カワカに参加。各プログラムには落ち着いて参加。		隔離解除後は、OTRと1週間のスケジュールを確認しながら定期的にOT参加を促す。	個別OT実施。短時間間の介入を連日実施。短時間で完成する手工芸に取り組み。		状態も落ち着きOTプログラムにも段階的に参加。X+167日状態悪化の恐れあり個別OTに戻す。
心理教育			心理教育グループへ参加。1回目の「病気の症状について」では質問を自発的に行う。状態悪化のため、その後の心理教育は不参加。	再度心理教育プログラムへ導入。2回目以降は降は、状態悪化で参加できず。	母から再発前の状況を聴取し、再発前のサインの確認と今後就労希望した際の留意点について確認した。個別OTでは疲労感に注意が向くよう対応。	
資源制度情報提供			家族教室参加時、PSWより障害者年金と障害者手帳の説明実施。	年金と手帳を申請する方向となる。		
家族支援	PSWがインテーク聴取。		・キーワーカーとの定期的な面談。 ・家族教室への参加（母のみ）。	・母からの電話相談		・外泊中の様子を電話にて確認。
地域連携その他			・家族は現状においての地域連携は望まず。			心理テスト実施。

早期プログラム

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名: M氏, 年齢: 32 歳, 性別: 女性, 診断: 統合失調症
 【現病歴】入院までの経過: 幼稚園の頃から友人ができず、自分からほとんど話さない。高校進学は、母の希望で単願推薦であれば入れる私立高校に進学し卒業。卒業後、手をごしごし長く洗い、入浴時間も 2 時間を越える。就労では、仕事のスピードについていけず、休みがちであり、上司に怒鳴ったり同僚と喧嘩をして辞めたりすることもあった。仕事を転々とし、作業所に通所するが続かない。月給はもらったその日に使ってしまう。X-5 年前から興奮、空笑あり。父の車をガス欠になるまで乗り回し、遠方で保護され家族が迎えに行った。X-4 年万引きで 3 回逮捕される。X-4 年 9 月、急に派手な服装をして行動まもらず、手洗い強迫、独語あり他院精神科受診。うつむいているばかりで、返答しない。X 年 2 月当院外来受診。X 年 3 月他人の車を乗り逮捕される。X 年 3 月 19 日当院措置入院となる。言動遅く他害行為なく、5 月 31 日措置解除となる。あまりの言動の遅さと無反応から脳外科受診し脳 CT 検査行うが、器質的病変は無い。入院後心理検査結果は WAIS-R: IQ=46、VIQ=57、PIQ 算出できず、中等度精神遅滞のレベル。

2. 初期アセスメント

【家族面】兄と弟の 3 人兄弟の第 2 子。兄は統合失調症で、22 年入院中、弟も統合失調症で他院通院中。父はアルコール依存症とうつ病で精神科通院中、元塗装業であったが現在無職。母は自律神経失調症であるが、旅館の仲居で 14 時から 22 時まで働く。母の仕事中は父、弟、本人の 3 人が家において、食事は各自別にとる。両親の国民年金、母のパート代、兄の障害年金で生活をしており、経済的に不安を抱えている。

【社会面】母が探してきた仕事に就職するが、部品の流れ作業、縫製など作業スピードについていけない。仕事が出来ず、休みが多いため解雇され、仕事を転々とする。作業所通所では、出かける準備が間に合わず遅刻や休みがちで辞めてしまうことを繰り返した。食料品や衣類の万引き (3 回) あり、また他者の車を窃盗し乗り回して逮捕されるが、「この車に乗りたかったから乗った」と、罪の意識は低い。

【心理面】小さい頃から会話が少なく、家族とは「時々母と。父と弟とは話さない」と言い、母が一方的に話すのを聞いていることが多い。入院中の兄は「家族」の話に出てこない。父が飲酒し暴れたり、弟が怒って威張り散らしたりするため、家は安心できる場所ではなかった様子。車をガス欠になるまで乗り回し、車の運転を止められると目的なく歩いて行ってしまい、遠方まで母が迎えに行くことも多かった。話しかけの返答に時間かかり、返答が無い時もあるため、何を考えているのかわからない。

3. 治療・援助の目標と方針

【長期目標】 援護寮で生活能力を高める。昼の居場所として DC を利用する。

【短期目標】

- ・ 時間のルーズさや言動の遅さを改善する。
- ・ 昼の離床を促し、他者と交流の機会を増やす。
- ・ 生活能力を高め、自立した生活ができるようにする。

4. 治療・援助の経過**(1) 作業療法**

X+6 日より、他患者に誘われて自由参加の病棟内 OT に参加する。表情は硬くて目を合わせず、他者と一緒にいることが精一杯という様子。言動があまりに遅く、話かけに返答がないこともある。4 ヶ月目より母の促しで病棟外 OT の絵画に参加。絵は好きと話し、「絵が上手になりたい」と七夕で短冊に書く。りんごの輪郭を描いては消すのを繰り返し、画用紙が擦れてしまうほど描き直して完成に時間がかかる。病棟外 OT の参加をきっかけに、病棟内 OT も声かけで参加安定する。料理では自発的に行動できず、止まっていることが多いものの、行うことを提示するとゆっくりだが危険なく行える。8 ヶ月目より病棟外 OT (貼り絵) を増やすように試みるが、見学しただけでその後は中断する。9 ヶ月目になり再度促すと、病棟外 OT (貼り絵) を始める。絵画では表現方法が豊かになり重ね塗りや工夫がみられ、速く描けるなど変化がある。10 ヶ月目では買物時に店員に場所を尋ね、レジで清算を行うなど違和感なく言動がスムーズになる。料理でホットケーキを裏返すように促されるが、「作ったことがあります。もう少し焼きます。」と自分で判断し言葉で伝え、ふっくらと焼き加減よく行える。

(2) 心理教育

生活歴や心理検査の結果から、理解力の程度やグループ内での発言ができるか疑問視された。心理教育グループで、自発的発言はないが、尋ねられると時間はかかるものの感想や考えを返答できる。また、文章の書き出しに時間はかかるが、待つとき綺麗な字で最後まで一気に書ける。内容も「みな意見はそれぞれ違うけどすごいと思いました」「もっと話をきいてみたいと思いました」「自分の事でわからない事を教えてもらったり、はげましてもらった事を感じました」など、他者の話を理解し、自分が受容された実感を素直に表現した。受容された経験からか、回が進むごとに発言開始時間が早くなった。落ち着かない他者の状況を理解し、間を空けず自己紹介するなど、話の内容や状況の理解は良い。病気や薬への抵抗は少ない印象。Dr から手洗い行為について「精神状態つらい時でしょう」と聞かれ頷く。社会資源を知らず、「もっと知りたい」と興味を持つ。

(3) 資源制度の情報提供

社会資源を知りたいと興味を持つ。援護寮利用を検討すると、最初は家に退院したいと拒否感あるが、「退院後の生活を練習するところ」との説明で援護寮見学、体験を承諾する。以前通所していた作業所の移転後を見学し、他患者と一緒に行動できる。作業所見学の感想も答えられる。援護寮と DC を見学し、納得した上

で体験実施。「家庭的なところで良かった」と感想を話す。次回も援護寮体験したいと希望し、実施する。

(4)家族支援

家族の精神科入院や通院により、キーパーソンである母は経済的な不安を抱えて生活に疲れている様子である。外来初診時より金銭面で相談があり、PSWと相談し、自立支援医療と障害者手帳の申請を行った。入院後、年金申請を行い障害年金1級、福祉医療が受給される。本研究に了承するが、母は退院への不安が増強し、急で無理な退院はないことをキーワーカー、Dr、PSWより説明して、やっと納得する。面会や外出（月1回）が定着し、無断離院するのではないかと心配していた母も、本人の改善を見て安心した様子。支援会議に母が出席し、「もっと良くなると思えるようになった。行動も早くなり今までで一番良い状態、これならパートの仕事もできるかも」と今後の期待を話す。家族の経済的困窮について市担当者へ福祉制度利用の相談に行くことを支援した。

(5)ケア会議・地域連携・その他

本研究開始後の入院7ヶ月目からケア会議開催（3回実施）。ケア会議前にはキーワーカーと本人が面接を行い、状態に合わせてケアアセスメント、生活体験チェックリストを実施して、回復状態を確認した。2回目より援護寮入所が目標となり、活動支援センタースタッフが参加。本人も自ら希望し参加、ケアチームの中で発言ができた。3回目より母も参加。本人の回復状態と今後の目標が共有でき、本人と母の安心に繋がった。

5. 結果（成果と転帰、退院後のケアプランなど）

BPRS 開始時 14 →終了時 9、GAF 開始時 28 →終了時 39

入院当初は部屋で臥床していることが多く、視線を合わせず返答しないことや、言動の遅さから、本人が何を考えているのか、話を理解しているのかさえも周囲がわからない状態であった。母の一言で病棟外OTに参加し始め、病棟内OTも定着するなど、少しずつ行動が拡大していった。心理教育では、回が進むごとに発言開始時間が早くなり、文章や感想から考えや理解力が示され、本人の力が周囲にも理解できるようになった。本人のペースを保障しつつ関わってきたことで、本人が「やる」と意識したことは行うようになり、生活リズムや身だしなみの改善、OT活動の増加で生活の幅が広がってきた。行動の開始時間が早くなり、会話も視線を合わせて自分の考えを表現できるようになった。目標決定時には不安そうにしていたが、本人が自ら希望して支援会議に参加し、納得して援護寮の見学と体験を行い、今後の援護寮入所にも前向きになっている。

6. 考察

当初、言動のあまりの遅さと本人の気持ちや考えが表現されず、心理検査の拒否的態度と中等度精神遅滞レベルとの判断から、周囲も本人を理解できない状態であった。本研究の説明時に、退院したい気持ちが意思表示されて、拒否せず関わることが増えていった。心理教育で他者に受容された経験から変化が見え始め、生活の幅が拡大し、言動や活動性も改善した。ケア会議での情報の共有と心理教育で本人の力を実感したことから、ケアチームの理解が統一され、目標を明確にして関わることができた。家庭の経済的困窮と不安定さから援護寮が検討され、家に帰りたい希望を持っていた本人は、不安そうにすることもあった。ケア会議に自ら参加し、ケアチームの勧めを受け入れ、納得して援護寮入所に前向きになることができた。また、母の支援会議参加で、本人の回復を素直に喜び期待する言葉の後押しにより、本人も「自分から話しかけられるようになりたい」「パートの仕事をしてみたい」など、今後の希望が新たに語られた。本人家族を含めたケア会議で、本人の回復状態と今後の目標が共有でき、本人と母の安心感に繋がったと考えられる。

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）

研究期間が短く、本ケースにおいては退院に至らなかった。早期における退院への働きかけは重要であるが、ケースの状態に合わせ、本人や家族を脅かさずに進めていく期間が必要である。家庭環境に不安があり、家族を含めた支援をしていくには、地域との連携、それを整える期間がより必要になる。地域との連携も、地域性による社会資源の数、県や市の対策・姿勢により大きな違いがある。地道な地域への働きかけが必要であると思われるが、診療報酬に反映されないキーワーカー、心理教育、支援会議などは、民間病院で進めていくにあたっては障壁となるため、改善を期待する。

事例報告 Summary Sheet [施設名: H 病院 患者: M 氏 32 歳 女性 キーワード: S 職種 OTR 女性]

	入院(3/19)~3ヶ月	4~5ヶ月	6~7ヶ月	8カ月目(11月)	9カ月目(12月)	10カ月~
日常生活の様子	言動あまりに遅い。視線を合わせず、返答のないこともある。自室で昼も寝ていることが多い。手洗いが頻繁のため両手が真っ赤に荒れて処置開始となる。	ADLの取り掛かりに時間がかかると。病棟外OT(絵画)は自分で時間前に準備をする。	快話し本研究スタート。食事時間に遅れること続く。体重増加により肥満食に変更。口数が少しくなる。	洗顔・髪などの整容面でも声を要す。日課に沿った動きができる。体重減少してくる。体重減少してくる。	昼間寝ていることが少なく、髪を束ね、整容も改善される。視線を合わせ会話を。病棟で服薬自己管理実施。	「自分から話しかけた」と言うが、難しい。話しかけられれば、視線合わせスムーズになる。
ケア会議の概要と目標設定	病棟内カンファレンス 母の情報では、言動の遅さは生来のもので、他意行為なく、5/31に措置解除となる。脳外科受診し脳CT検査を行うが器質性病変はない。	病棟内カンファレンス 本人希望の病棟外OTに参加し、寝ている生活から改善を図る。	支援会議1 家庭・経済状況等の情報共有。目標に援護利用を検討し、方向性を確認。	支援会議2 本人出席 福祉制度利用し家族の経済面での安定を図る。家族と分離し援護費での生活を支援。本人も援護寮見学を希望。	支援会議3 本人出席 援護寮体験し再度体験希望。病棟で服薬自己管理する。母に市福祉担当者へ相談することを目指す。	
薬物療法	ルーラン8 3T ホリゾン2mg 3T マグミット330mg 3T ユロージン2mg 2T 3ヶ月目より、ルーラン減量しエビリファイ開始、徐々に増量	エビリファイ6mg 4T ホリゾン2mg 3T マグミット330mg 3T ユロージン2mg 2T ホリゾン3Tを2Tに減量	エビリファイ6mg 5T ホリゾン2mg 2T マグミット330mg 3T ユロージン2mg 2T パキシル20mg 1T 2Tと段階的に増量	ホリゾン2mg 2T 1T→0、マグミット330mg 3T→2T減量 パキシル10mg 1Tを増量	エビリファイ6mg 5T パキシル20mg 2T マグミット330mg 2T ユロージン2mg 2T	処方変更なし
作業療法	X+6日、自由参加の病棟内OTに他患の誘いや声かけで参加する。目を合わせず、話しかけに硬くなり返答がないことも。動作はスロウでまごちない。参加は安定しない。	病棟外OT(絵画)に母の促しで参加始める。りんごの輪郭を描いては消すのを繰り返す。病棟内OTの参加は定着する。	料理に初参加。自発的行動は難しいが、提示する。一つの行動に時間がかかると。	他者と関わる機会を増やすため、病棟外OT(貼り絵)を促すが、一度の見学参加で中断。他のOTは継続。	再度の声かけで貼り絵に参加し始める。(病棟外OT週3回+病棟内も豊か)絵画は表現方法も豊かになりスムーズに描けるようになる。	買物では店員に場所を尋ね、レジで精算できる。料理は焼き加減を自分で判断する。気が乗らないと休むことあり。
心理教育	主治医より病状、病名の説明を受ける。心理検査：バウムテスト、MMSE 26点、WAIS-R IQ=46、VIQ=57、PIQは算出できず。コース立方体、ロールシャッハは途中で拒否。	心理検査：風景構成法、S-HTP テストなど描画テスト実施。3回目で絵は下手で自信がないと拒否的。	心理教育グループ中、時間はかかるが、意見を発言できる。病気が服薬への抵抗は少ない。他者に配慮できる。	退院後の生活を練習するところとの説明で援護寮見学・体験を承諾。作業所に他患者と見学に行く。	乗を一回毎に看護室へ取りに行き服用する自己管理を実施。忘れず行える。	
資源制度情報提供			社会資源の知識が無く、心理教育時の説明に興味を持つ。資源を「もっと知りたい」と感想。	退院後の生活を練習するところとの説明で援護寮見学・体験を承諾。作業所に他患者と見学に行く。	援護寮とDC見学し、利用を希望。援護寮体験実施(1泊2日)。次回体験日数を増やし、服薬・金銭自己管理する。	援護寮体験実施(2泊3日)。
家族支援	当院外来初診時から金銭面で相談あり、生活保護を検討するが無理との判断で、自立支援医療と障害者手帳の申請支援を行う。入院後、年金申請支援を行う。母面会(月2回)	母面会(月1回)	母と外出(月1回) 母は援護寮入所を了承。家庭の経済的安定のため母に市福祉担当者へ相談し支援求めるよう促す。	母と外出(月1回) 母は援護寮入所を了承。家庭の経済的安定のため母に市福祉担当者へ相談し支援求めるよう促す。	母援護寮見学。支援会議に母が出席し、「もつと良くなる」と思える。パートの仕事も出来るかも」と期待を話す。援護寮入所に母が積極的。	母と一緒に弟が初めて面会に来る。
地域連携その他			援護寮スターツも支援会議参加。本人・情報確認と、援護寮体験へと繋げる。	援護寮スターツも支援会議参加。本人・情報確認と、援護寮体験へと繋げる。	母が市福祉担当者へ相談に行き、市担当者と連携して支援を行う。	

早期プログラム

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名：B氏 年齢：53歳，性別：女性，診断：統合失調症

[現病歴]

X-30年12月、不眠、意欲低下により精神科を受診する。その後、入退院を繰り返し、X20年3月の退院後は、生活訓練施設へ入所、X-18年3月の退所後は生活訓練施設入所中より交際していた現夫と同居後に入籍する。X-10年3月10日、夫が通院していたK病院へ転院となる。

X-6年9月10日、息子(中1)が6月頃より不登校となり悩み、夫が家事を行っている状況。また、体重増加により腰痛悪化。減量したいとの希望もあり 本人、夫も入院を希望。

X年9月18日、夫とケンカが耐えなくなり症状が悪化。それに伴い精神の安定を図る必要があるため、当院開放病棟入院となる。X年9月25日、気分高揚し症状悪化、医療保護1項入院で閉鎖病棟へ転棟となる。

閉鎖病棟転棟後、病状は安定している。本人自宅への退院希望。当院訪問看護ステーション、A町社協、包括支援センターの支援を調整し、自宅へ退院となる。退院後は通所授産施設の利用を本人希望され、包括支援センター調整により、退院後体験利用行い、週1回からの利用を予定。X年10月30日当院退院となる。

2. 初期アセスメント

健康面：診断名：統合失調症

身体機能：高脂血症、肥満 (BMI：34.4)

精神機能：精神不安定、衝動制御困難、易怒性あり、躁状態、他良好

活動・参加：自己問題解決困難、ストレス対処困難、対人関係(他者への過干渉)、他良好

環境因子：【促進】精神手帳あり、障害基礎年金2級(13万/2か月)、包括支援センター・A町社会福祉協議会介入、訪問看護、夫の協力、【阻害】夫との関係(状態悪化に伴い不良)

BPRS：【やや高い】不安、思考解体、誇大性、敵意、思考内容の異常【高い】高揚気分、精神運動興奮

GAF：35点

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標：自宅退院後、通所授産施設へ通う

短期目標：精神の安定化、感情調整、服薬調整、ストレス対処、対人関係の改善、

4. 治療・援助の経過**(1)早期作業療法**

入院1週間後、作業療法開始となる。閉鎖病棟転棟後、躁状態続き他者への過干渉などトラブルの危険性があった。そのため、初期時はベッドサイドにて個別作業療法として面接を中心とし本人訴えの傾聴・受容を行っていった。入院から2週間後より精神状態が安定してきたため大集団への導入に至った。大集団導入時は、他者への過干渉見られていたが、集団の治療因子を用いつつ行い、精神状態の安定も図れ、作業療法開始から20日後には、対人関係の改善がみられてきた。しかし、この時期より、疲労感やストレスに対しての訴えが多く聞かれたため、作業活動を通して自分のペースを理解し鎮静と賦活のバランスを保ちつつ行うこと、ストレス対処について話をし、焦点を当て行っていった。ストレス対処に関しては、本人より、リラクゼーションなどの運動がストレス発散に繋がったと発言あり、退院後ストレスが溜まった際は、リラクゼーションを中心に発散を行うよう促す。

退院後は、月に2回(Ns：1回、OT1回)の訪問看護を実施している。訪問看護では、主治医より生活支援と傾聴対応を中心に、運動による体力の増強と家事を行えるように支援するよう処方され、作業療法士の訪問時は、運動を中心にリラクゼーションを行っていった。本人は運動には意欲的ではなかったが、作業療法士から体力増強とストレス発散になることを伝え納得して行う。

(2)早期心理教育

担当臨床心理士にて、個別の心理教育を行う。本人は病識もあり病気や薬についての理解があり。しかし、薬の変更時など不安感が強かったため、その度薬の説明を行った。また、退院後の夫との関係での不安が強かったため、夫との上手な付き合い方についても話を行う。

(3)資源制度の情報提供

担当PSWが、転棟直後面談行い、医療保護入院へ形態変更についての説明を行う。その後、今後の生活の意向や不安の確認を行う。また以前から支援を行ってきた地域包括支援センターや社協地域権利擁護事業との連絡調整を行った。その後本人からの希望に基づき、通所授産施設についての紹介を行い、調整を地域包括支援センターに相談し、地域との連携を図った。退院後は家事支援のニーズあり、自立支援ヘルパー導入が検討されている。退院後も本人からの電話相談対応を行い、相談内容を本人同意の下、外来部門、包括支援センターへ報告し、地域社会資源との連携を行っている。

(4)家族支援

夫(55歳)、統合失調症。家族の心理教育などへは促すことができなかったものの、下記のケア会議にて、多職種からの情報を伝え、本人との関わり方などについて話をする。

(5)ケア会議・地域連携・その他

包括支援センター、町社会福祉協議会、当院訪問看護ステーション、入院中担当スタッフ(Ns、PSW、OT)、本人、家族(夫)を含めたケア会議を行い、退院後心配なこと、退院後関わるスタッフとの顔合わせ、情報交換・情報共有を行う。その後各関係スタッフの役割を決め、地域との連携を図る。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

当初は、気分高揚状態で落ち着きなく、他者への過干渉がみられていた。そのため、入院初期は薬物療法を中心とし、あとは個別の関わりを行っていった。プロジェクト開始時、主治医回診時にカンファレンスを設定し、週に1回カンファレンスを実施していった。本人の当初の目標として、「イライラをとって早く退院したい」「2週間で退院したい」というものであり、このことを各職種共有して関わっていった。

入院から2週間経過後より、他者への干渉は続いているものの、落ち着きがみられてくるようになってきた。本人の目標だった2週間であったが、過干渉・易怒性・イライラ感があり、また家族の疲労感があったため、カンファレンス時に検討し、未だ治療が必要となり、入院治療継続となる。それに伴って、作業療法も個別から集団へ移行し、集団活動内で対人関係の改善を図っていった。また早期退院を目標とし、自宅(退院先)への外泊を繰り返していった。外泊の状況としては、家族より肯定的な面として「落ち着いてきている」「家事も手伝う」、否定的な面として「お節な部分がある」「愚痴を言う」とのことであった。

入院1ヶ月経過後より、退院前となり、退院に対しての不安や疲労感、ストレスに対しての訴えが多く聞かれるようになった。院内では、本人の気持ちの受容・傾聴を中心に行い、PSW、Nsを中心にして退院後支援するスタッフへの連絡を行い、ケア会議へと至った。ケア会議は、最初に家族(夫)、院内スタッフ(Ns、PSW、OT)、包括支援センター、A町社会福祉協議会、院内訪問看護ステーションにて、情報交換・共有を行い、その中で家族の不安なことに対する検討を行った。その後、本人も含め先に話し合ったことを伝え、本人の気持ちも取り入れた後に、各専門スタッフの役割を明確にいった。また、退院後は通所授産施設を本人が希望し、包括支援センターの調整の基、週1回を予定し、退院後体験利用となった。退院前の外泊時の状況として、家族より「落ち着いている」とのことによって否定的な面がみられなかった。

退院時 BPRS : 【中等度】高揚気分 【軽度】心氣的訴え、不安、精神運動興奮

退院時 GAF : 65点

退院後は、通所授産施設には行ったものの、「長時間勤務できつい」とのことによって1回のみ通所で終わっている。その後は包括支援センターの自立支援ヘルパーを週1回、当院の訪問看護ステーションを週1回の利用があり、その中で自宅での生活支援を行っている状況である。本人より、家事とストレス対処をしたいと訪問看護時に要望があったため、Ns:家事、OT:リラクゼーション・運動とし隔週交互に関わりを持っている状況である。本人より「旦那と仲良くやっていく」「太ったから痩せる」と発言あり、このことを目標とし生活している。一つの「旦那と仲良くやっていく」は、「料理をする事で、とても喜んでくれる」と発言あり、出来るだけヘルパーが入る日以外は出来るだけ自分で料理をしている様子である。二つ目の「太ったから痩せる」は、「運動はきついからしたくない」などの発言もあったため、訪問看護時に体操や散歩などを訪問スタッフと共に継続して行っている状況である。精神状態は安定し、落ち着いて生活を送っている。

6. 考察

今回は入退院を繰り返す患者に対して、早期退院から安心した地域生活へつなげることができた。この要因として、以下の3点が考えられる。

1点目は、入院初期の段階から本人の意思を確認し、それに沿った関わりを行って来たことが考えられる。カンファレンスを通じて情報を共有し、本人の要求・現状(状態)の把握をし、各職種が連携し行ったことで、本人に安心して入院治療を受けてもらうことができた。

2点目は、地域との連携である。今回は、院内スタッフ、包括支援センター、A町社会福祉協議会、院内訪問看護ステーションなど、本人を地域で支援していくスタッフのケア会議を行った。そこで情報の共有、今後の目標設定、その目標に沿った具体的な各関連機関の支援内容を検討していったことにより、ネットワークの確立が出来、連携が出来たためだと考える。またこのケア会議に本人にも参加してもらい本人の意思を確認したのちに、支援者が何を支援するのかを明確にし、今回おこなった目標設定を伝え、自宅生活での役割を明確化した。このことで、自分の生活のイメージが付き安心した退院へと繋がっていった。

3点目は、家族支援である。家族にも上記ケア会議へ参加してもらい、利用者本人の情報を提供し、各関連職種が退院後どのように関わっていくかを伝えていったことで、心理的負担感の軽減へととなり、家族の安心感へと繋がっていった。

この3点により早期退院が可能となり、現在の安心した地域生活に繋がったのだと考える。

退院後の生活支援では、訪問看護、包括支援センター、A町社会福祉協議会にて関わりを持っており、この、各関連機関同士が連絡を取り合いながら情報を共有し行っていることにより、常に支援できるネットワークづくりを確立しこのことで、現在の安心した生活に繋がっていると考えられる。また訪問看護では、入院中より関わりをもっており、治療のプロセスを理解したスタッフが切れ目ない関わりを行うことで、訪問看護に対しての安心感へと繋がっていると考える。その中で、本人の生活の目標を本人と共に設定し、本人の家庭内での役割を明確にしながら行っている。このことにより、QOLの向上へと繋がっている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)

①家族支援時、夫との関係について話を行っていく必要性があったと考える。

事例報告 Summary Sheet[施設名:S病院 患者: B 氏 53歳 女性 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	4カ月目
日常生活の様子	気分高揚状態で、落ち着きなく他者への過干渉があり、他者とのトラブルもみられていた。そのため、入院形態を任意から医療保護1項へ変更し、閉鎖病棟での治療が開始される。	他者への干渉は続いているものの、落ち着きがみられるようになってきた。自宅への外泊などを繰り返すようになる。	退院前になり不安の訴えあり。精神状態は安定していき、地域支援スタッフとの連携を確立したのちに退院となる。	退院後通所授産施設へ通うも、長時間勤務で辛いとのことで、1回いったのみであった。診察時には「だいぶ落ち着いた」と発言あり。	他院の地域支援活動セッションへ週1回参加しているとのことであった。地域のイベントにも参加している。
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する。気分高揚状態が続いているため、薬物療法にて、症状の安定を図る。	症状安定を共有する。作業療法を開始。集団内で対人関係の改善を目標とする。また、早期退院に向けて外泊などを計画する。	退院前になり不安があることを共有する。退院後生活支援スタッフとの連携が必要であると話し合われ、ケア会議などを行う。	退院後の生活状況を各関連職種で共有する。訪問時の関わりなどの検討を行う。	訪問時の状況を共有する。
薬物療法	ロドピン(50)3T、マグミット(330)6T、ロヒプノール(1)1T、	薬物調整のため ロドピン(50)3T、デバケン R(100)2T、 リスパダール(2)2T、 マグミット(330)4T、ロヒプノール(2)1T	薬物調整のため ロヒプノール(2)1T→ロヒプノール(2)2T リスパダール(2)2T→リスパダール(2)1T	薬物調整のため リスパダール中止 マグミット(330)4T→ マグミット(330)6T PL顆粒(3)追加	頓服追加 ソラナックス(0.4)1T(イライラ時) カロナール細粒50%(1.0)(頭痛時) 同様左記
早期作業療法	入院初期は、気分高揚状態で、他者への干渉もありトラブルの危険性が考えられたため、ベッドサイドにて個別に本人の話を受容・傾聴していった。	大集団活動へ導入を行う。他者への干渉見られたりもの集団の治療因子を用いて、対人関係の改善を目指していった。	継続して大集団活動へ参加。疲労感やストレスに対しての訴えが聞かれ始めたため、鎮静と賦活、自己ペース理解、ストレス対処のため棒体操やストレッチを行う	訪問看護を行う。棒体操やセラチューブなど入院時より継続してストレス対処や体力づくりを目的に行う。	訪問看護を行う。棒体操やセラチューブなど入院時より継続してストレス対処や体力づくりを目的に行う。
早期心理教育	病気や薬についての説明を個別と主治医回診時に行う	再発サインについては、スタッフの評価し、どのような状態の時に再発しやすいかを伝える	同様左記	同様左記	
資源制度情報提供	・金銭面での不安あり。A社協相談員との連携にて金銭管理面の相談支援を行った。 ・入院形態変更あり。相談対応を行う。	・地域包括支援センター担当SWと連絡調整。詳細は下記「地域連携」欄参照。 ・自立支援医療申請状況の確認、情報提供。	ケア会議を調整 外来PSWに対応を移行	本人からの電話相談があった際包括支援センターに報告し、対応についての調整相談を行う。	
家族支援	今後の生活の方針を面接にて確認していった。		家族も含めたケア会議にて、現在の本人の状況と関わり方についてなどを話す。		
地域連携その他	A社協地域権利擁護事業担当相談員と連絡を取り、金銭管理についての相談支援を調整。	地域包括支援センター担当SWと調整 入院中の状況(治療状況など)を伝える。 本人の意向と退院後の支援について、本人との信頼関係が最も取れている同センターにマネジメントを相談する。	包括支援センター、A町社会福祉協議会、院内訪問看護ステーション、家族を含めケア会議を行い、退院後の支援の検討を本人も含め行う。 通所授産施設への情報提供と調整を行う。	院内訪問看護ステーションによる訪問看護を行い、情報の共有を行う。	同様左記

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名: A氏 年齢: 36歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症
 [現病歴] 入院までの経過: 数回の入退院を繰り返しながら自宅(実家)で生活していたが、自宅では病状のコントロールが難しく、家族に対する暴力などもあり、このままの家庭生活・単身生活も視野にいたした上で援護寮での生活を送っていた。妄想や幻聴が活発なため、薬剤も調整ぎりぎりのラインで行っていたが、薬の副作用が出現し薬剤調整を目的に入院。X+47日で症状も落ち着き退院となる。退院後は寮へ戻らず、自宅の農家の仕事をして生活したいとの希望があるが、まずは寮に戻って今後に向けて取り組んでいくことが確認された。

2. 初期アセスメント

薬剤大量投与による副作用は消失したものの体調不良の訴えが継続。援護寮へ戻っての生活ではなく自宅へ帰りたいとの希望があるが、病院側ですぐ対応できるように寮への退院となる。寮の配慮で個室が提供されひとまず落ち着くが、まだ活動性は低く体調が整わないことによる意欲低下や不安など見られる。将来的な目標よりまずは生活のリズムを取り戻すところから目標を設定。家族とはこの機会に本人の希望を伝え、家族からも家族の思いを聞く機会を持った。認知症の祖母やA氏と折り合いの悪い父親との同居はまだ考えられないとの意向が聞かれ、A氏に対してはその事は伝えなくて欲しいとの希望がある。ケースの思いも分かった上で家族も懸命に今後の事を考えている事が見えてきた。GAF→22点、BPRS→51点

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標: 自宅の農業の仕事を手伝いながら生活を送る。
 短期目標: ①寮生活に慣れる。②今後の見通しについて話せるようになる。
 方針: まずは生活に慣れることを主とし、OTなどの活動には出られる時に出ることで調子を取り戻していく。大きな負荷をかけずに出来る事からスタッフが援助していく。家族面接や、今後の仕事や生活に向けて精神機能評価などケースの調子に合わせての評価を同時に行っていく。回復を見ながら短期目標の見直しを行う(1ヶ月をめどに見直し)。キーワーカーは主治医やPSW・CPと連携を取りながら調整を図っていく。

4. 治療・援助の経過**(1)作業療法**

OTは休息の場や生活リズムの回復を目的に行った。PSWと連携し体調の変化を情報交換し出られそうな時は声かけを行っていく。A氏が動くのを待つ姿勢で関わる。薬剤減量に伴い体調が改善されてきたところで、OTでも身体を動かす活動(軽スポーツ)を取り入れ、体力の回復を実感できる機会をもった。外泊時に自宅の農業を手伝えるまで回復し、自信にもつながっている発言もあったため、病院に併設されている授産施設の体験通所を始める。通所に伴い、OTでは休息の場、困っていることなどの相談を主として行い支持的な関わりを行う。同時に再発防止ドリルを導入してみるが、過去の事を振り返る事が難しく継続は断念する。授産施設での体験がケースの中で大きな意味合いになってきている感じがみえた。経験を積むうちにケースから1日のスケジュールの重複が混乱をきたすとの訴えがありOTやSST、授産施設体験が重ならないようなスケジュール調整を一緒に考えていく。

(2)心理教育

A氏は自己の状態を振り返る事は難しいが、「今どうなのか」には答えられる。病気について語れるまでは難しく、SSTでも不調の際にスタッフに伝える練習などを課題に行ってきた。SST参加頻度は少ないものの所属感はある様子。面接場面でも主治医に自分の意志をはっきり伝えられるようになったり、病状の説明も理解して薬剤減量に対して自分の意見が言えるように変化してきた。WAIS施行。中度精神遅滞の結果が出るが、今回の検査の所見で視覚的なモデルがあると行動を遂行しやすい傾向があることが分かり、この結果を基に授産施設の指導に役立つように情報提供を行う。

(3)資源制度の情報提供

自宅への生活はまだ現実的に動ける段階ではなく、仕事や生活の面で提供できる情報を主に行う。授産施設体験の話が持ち上がったため、授産への紹介や同行をPSWが行った。

(4)家族支援

A氏へのプログラムの同意を得たあと、家族にもプログラムの説明と同意を得た。自宅が援護寮と離れたところにありすぐに会える環境にないため、電話連絡や家族会・外泊の際にキーワーカー、PSWと合い現状の説明や家族の思いを聞く機会を持った。病院家族会にも参加していたが、ちょうどプログラム期間中にデイケアでも家族会を立ち上げることとなり、その家族会への誘いも行い参加へ至る。家族との会話の機会がプログラム前よりも増し、母親もA氏の目標には理解は示した上で家族の実情も話し折り合いがつけられないか悩んでいる様子が見られた。家族へは今すぐ退院を考えるという事よりも外泊などのサポートを引き続きお願いしていく。

(5)ケア会議・地域連携・その他

ケア会議は薬剤調整が短期間に頻回にあった事から、診察に関係スタッフが同席する形で数回を持った。生活の様子をその場で話し確認し薬剤調整が行われた。目標が退院後から現在まで回復と共に変化させることが出来、A氏の長期目標をその都度確認しながら今何をしているのか何をするのかをその都度確認することが行われた。

5. 結果 (成果と転帰, 退院後のケアプランなど)

GAF/22 →60 BPRS/51→21 WAIS-R/言語性 57・動作性 53・全検査知能 50 BACS/言語性記憶と学習 (重度)・ワーキングメモリー (重度)・運動機能 (中等度)・言語流暢性 (軽度)・注意と情報処理速度 (重度)・遂行機能 (重度)。

プログラム開始直後は不安を抱えての退院であり今現在の事を考えるだけで精一杯な感じを受けた。まずは生活を第一に考えていく取り組みがなされた。薬剤調整の効果もあり体調も回復。先の事を考えられるようになってくる。A氏の感覚をチームで共有し、仕事の要素を生活の中に組み込む取り組みもなされた。各検査の結果も、地域サービスへの情報提供、薬剤調整の参考資料にも活用され、各職種の取り組みが相互に影響しあう形がとられた。A氏の変化もめまぐるしいものがあり、ぼんやり霧の中に居たような感じから、自分はこうしたいという希望が言語的に表現されるまでに至った。長期目標である自宅での生活にはA氏・スタッフの力の及ばない現実があるためすぐには難しいが、母親も少しは自分の事は自分でできるようになってくれれば自宅での生活も不可能ではないと考えている事もあり、可能性は残っている。今後は薬剤の減量と共に生活技能の獲得が行われていく事が求められてくると思われる。

6. 考察

A氏の場合、過去を振りかえって今後の目標を決めていく方法が難しいため、今どうしたいのかを確認し、そのためにどうしたらいいのかを考えていく方法をとった。目標の達成可能・不可能はおいておき、大きな目標に至るために、もう少し身体が動くようにならないとしんどいから薬を減らそうなど分かりやすい説明がなされた。作業療法も今こういう状態だからこう過ごそうなど説明を加えていった。A氏にとって分かりやすい理解の仕方を提示することに努力した。薬剤減量に伴い体調の回復、思考のまとまりが出てきた。スタッフ側からの一方的な支援になりがちなA氏であったが、少しずつ、自分の生活を振り返ってまだ薬剤を減らすのは待ったほうがいい、スケジュールが重複すると混乱するなどの細かい訴えがされるようになり、それにあわせて支援方法が検討された。一緒に考えられるようになってきた事が大きな進歩であったと思われる。チーム内でもキーワーカーが各職種との連携を図り、情報の共有を図った。ケア会議に出られない職種や施設に対してはPSW・キーワーカーを通じての情報提供や収集がされ、情報を基にケア会議では総合して検討がなされたため、目標が立てやすかった。家族に対しては今まで寮のPSWが主に窓口となり家族の気持ちを聞いてきたが、家族の思いをキーワーカーも聞く機会を得て、家族のニーズもはっきり認識することが出来た。A氏を交えて家族の思いを共有できるとA氏も自宅生活に必要な技能の獲得に乗り出せることと思われるが、家族がケースへ思いを伝えたくない現状は家族内の葛藤でもありスタッフが介入するには今後も時間が必要であると思われる。

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)

①ケースを中心にプランを立て遂行していく事で支援者側も目標を立てやすく、今何をしているのかしつかり認識することが出来た。ケースと常に目標を確認しているため、一方的な思い込みで支援をする事がなく済む。しかし本症例のように薬剤調整などが頻回に行われたり、回復がめまぐるしい場合、情報交換の頻度が増すことが分かった。変化が多い時期なのでスタッフ側も頻繁に情報交換が必要であることを認識しておく事が必要である。このプログラムのようなシステムで病院が動いていないため、業務の中でこれをこなすには周囲の理解や認識が必要であり、全ケースに実施するためには、従来業務の抜本的な見直しが必要。

②良い調子を維持するドリルは誰に対しても使い勝手の良いものではなく、本症例のように振り返りの難しいタイプ (特に認知機能障害が著名なケース) には適さないのではないかとと思う。今どうなのか、今起っていることはこういうことだというような感じで振り返られるようなドリルがあると良いのではないかとと思われる。

③本症例のように入退院を繰り返しているようなタイプには今まで試行錯誤してきた経緯があるため、このようなプログラムに乗せて目標・情報をスタッフが共有するだけでも方向性が見えてくると思われる。一人だけが抱えている構造がなくチームで取り組むことでスタッフ側の不安感の解消にもつながるとと思われる。また、今回は退院後に利用するサービスにOTが含まれており、キーワーカーもOTが担ったため、入院中の様子と退院後の様子を継続して評価でき、支援にあたる事が出来た。一連の流れを共有することで目標の設定やマネジメントがスムーズにいくのではないかとと思われる。

		1~3 週目	2ヶ月目	3ヶ月目
日常生活の様子	退院	約1ヶ月の入院(薬剤調整目的)を経て以前の生活の場であった援護寮へ退院となる。退院時に援護寮に戻りたくないとの発言あり。	個室での生活になり、薬剤減量も進み、退院当時の不安の訴えは聞かれず。生活リズムも臥床傾向改善され日中はOTへ参加できる	生活面では安定感見られる。授産施設の体験も休まず参加出来ている。家への外泊や外出などもあり、安定感ある生活が送れている。周囲の促しがないと行動がとれないところは見られる。
	ケア会議の概要と目標設定	退院時に寮生活を拒否していた事もあり、1ヶ月は生活に慣れる事を目標とする。その間に家族面接など可能な部分での関わりを行う。	薬剤調整により状態が大きく改善され、また、寮生活も大きな問題なく過ごしている。外泊時に家の農業の手伝いも出来たこともあり、将来の目標である仕事に向けて授産施設を見学していく事が確認された。	元気がないが現在の目標で継続していきたいとの希望あり。作業でお金ももらえくらくらいにはなりたいと具体的な希望も言葉に出来る。働きやすいようにスケジュールを変更すること、PSWが授産へ通えるようにサポートすることを確認された。
薬物療法	入院中から継続。	ヒルナミン 75 mg、ヒベルナ 25 mg、ランドミン 0.75 mg、ロドピン 50 mg、タスモリン 2 mg、メトリジン 2 mg、テグレート 100 mg、フルデカシン 25 mg (筋注 2W1回)	1W 後→ロドピン 25 mg、テグレート 200 mg に減量。 3W 後→ロドピン、テグレートをカット、ランドミン 0.5 mg に減量、レキシン 200 mg 追加。	ヒルナミン 50 mg、ヒベルナ 25 mg、ランドミン 0.5 mg、タスモリン 2 mg、メトリジン 2 mg、レキシン 200 mg、ランドミン 25 mg。BACSの結果から、薬剤を減らしていくと活動性が上がっていくのではなにかと主治医の見解があるが、本人はまだ減量に対して消極的。
	作業療法	不安や酒乱が見られたため、生活が落ち着いたところで少しずつ OT へ参加するように促しておく。まずは来ることで生活リズムを作ることを目標にする。 「OT はキーワーカー (OT) が実施。」	身体を動かさず事が増えてきている。家での農作業の手伝いの話を嬉しそうにしていく。1時間くらいは作業なら可能であると本人も手ごたえを感じているような発言あり。	毎日通う習慣を大切にすることで安定感を計ると共に、休息・リズムの維持を目的に通ってくる。仕事の事が会話の中に自然に入ってくる。BACS 施行。認知機能障害重篤。WAIS の結果にも見られたように、視覚的な情報があるにも発揮される特徴が見られる。側にルールの確認が視覚的に確認できる工夫が必要であることを PSW を通じて授産へ伝える。
心理教育	OT へ通ってこれるようになったら SST にも参加するように促す。様子を見ながら WAIS の施行を試みていく。SST では病気にについて語れる機会を設けられるように本人の様子を診ながら設定していく予定。 「SST・検査→CP」	病気にについて語ることは能力的にも難しいため、SST では真実が悪いときにスタッフに伝える練習を行う。WAIS 施行し、中度精神遅滞との所見。全体的な能力は低いが、視覚が優位なため目の前にモデルがあると行動を遂行しやすい。また、同じことの繰り返し作業なら続けられるとの所見。	面接の場面でも自分の意志がはつきり伝えられるようになつてきている。再発防止ドリルを行うが、過去の自分の状態を振り返る事が難しく困難。	時間をみて行動をとることが苦手なため、寮の PSW が声をかけたり、授産施設一緒に行けるときは行くこととなる。
	情報提供	今までも家族会や担当 PSW との面談も多く持っている家族であり、制度的なものについては知りえている。生活の変化に応じてその都度相談に乗っていく。	授産施設の見学と体験通所の手続きを行う。授産施設体験通所に伴い、寮 PSW が情報提供や通所の連携を行う。授産施設も来たい時に来る程度でよいとの事。	母親より電話で近況報告あり。週3日ほど近くの会社の清掃に半日働きに行っているとの事。祖母は寝たきりなので半日くらいならば一人きりでも置いておけるとの事。祖母の施設入所に親類が反対しており、在宅で面倒を見ることになりそうとの事。
家族支援	家族面接を行う。家族の思いや今後の方向性について家族より発言がある。家族の思い (方向性) はまだ本人には伝えていない事が確認された。「キーワーカー・PSW で随時実施」	祖母の認知症が一気に進み、在宅で面倒を見るのに限界がきているとの事。祖母が施設に入所となればケースに対しての時間が多く持てると母より。	祖母が入所とならず、在宅でショートステイを利用しながら生活を送ることとなる。母は午前にかの事や祖母の面倒を見て、午後シルバーの仕事へ週3回通っている。祖母とケース両方の面倒を見ながら生活を送ることには抵抗がある様子。	
	地域連携その他	祖母の関係で地域のスタッフに関わっていることが確認されたが、本人との関わりはない。		

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名：D氏，年齢：36歳，性別：男性，診断：統合失調症
 【現病歴】X-14年初回入院。以来、X-12年・9年と入退院を繰り返し、X年2月～2ヶ月間4回目入院。いずれも断薬が原因。過去、料理店・税理士事務所・土建業などに就職の経験(+)。X-1年、血糖・コレステロール値の上昇悪化を認め一般病院通院し、指導訓練を受けそれがプレッシャーとなり精神薬を自己調整し病状再燃4回目任意入院。入院中はOT処方ナシ。退院前々会議にOT初回参加。退院後の在宅生活支援に向けて、外来OT検討を依頼された。会議で本人が就労を希望したので就労支援を目的に外来OT導入を決定し退院直後より開始した。在宅生活状況を現場で確認するために地域保健師との連携は不可欠をOTが提言し導入決定。本研究開始は9月に説明同意を頂き開始となる。

2. 在宅生活初期アセスメント

健康：肥満(身長170cm・体重107kg)。血糖・コレステロール値高め。**心身機能構造**：幻聴著明。そのため集中力低下。肥満のため、長距離歩行や階段昇降苦手で、すぐに息が切れ頻脈著明。体力・持久力に欠ける。**活動**：退院後は、1/Wの頻度で外来診察・外来OT実施。休まず参加。それ以外は、自宅で読書中心の活動。母親は仕事で不在。その間自宅に一人で留守番。インスタグラムなど作っている。車の運転も可能だが、母親同乗時のみ。**参加**：自宅ではほとんど室内に居る。時に、近くの自販機にジュース買いに行く。母親を乗せて近隣のスーパーまで運転。母親以外は人との交流なし。週1回外来診察・OTへの参加は継続。**環境因子**：母親と2人暮らし。3人兄弟の末っ子。2人の兄は県内・関東方面に其々在住。1/月程度県内の兄が訪問している。当院からかなり遠隔地の山間部に在住。バス・電車を乗り継いで外来に来ている。母親はほぼ毎日旅館(皿洗い)勤め。朝はおにぎりなどつくり置きして出かけている。家計的には母の年金と稼働収入での暮らし。**個人因子**：学歴；中学校卒業後上京し中華料理店などで働く。その後、定時制高校1年中退。30歳頃、通信制高校入学し、2年間で卒業。その後もスーパー品だし・職業訓練校などトライするが、どれも中断。就労意欲もあり母のことを案じており、『仕事に就いて母を楽にしたい。母に心配をかけない』など目標に挙げているが、自宅で読書か寝ているだけで、友人もいない。**まとめ**：10数年前初発以来、入退院を繰り返している。いずれも職場や学校でのストレスが引き金となり断薬傾向となり再入院という経過。本人も就労し母親に楽をさせたいと考え、様々なことに取り組んできているが、自己判断の未熟さと病気の管理ができず今回4回目の入院となっている。身体的にも肥満・成人病罹患の恐れがある。母親と2人暮らしであり、家計的にも母親の年金と稼働収入に頼るのみで苦しい状況である。地域的には、利用できる社会資源に乏しく当面の在宅支援を医療に頼らざるを得ない。まずは、再発再入院を防ぎ、本人・母親の生活安定を確保することが最優先の状況といえる。

3. 治療・援助の目標と方針

今回入院(4回目・2ヶ月間)中はOT関与なく、退院直前の会議に初回参加。環境面の不備(遠隔地・経済面も苦しい・在住地域の支援体制の不備など)と本人自身の経歴・病状などを考慮すると、在宅支援を当院が中心に行うことを確認。地域との連携を保健師に委ね訪問支援を退院直後から依頼。退院後の会議は開催されず、外来診察・外来OT・保健師訪問が個々に実施されていた状態であった。本研究の取り組みが遠隔地域スタッフとの連携に繋がると考え、導入を決定した。本事例の支援チーム結成は、本研究導入により可能となり、キーワーカーをOTが担い、目標や課題の共有・解決に向けてというチームとしての活動を開始できた。

長期目標：①体調をよくしたい ②将来的には仕事に就きたい**短期目標**：会議が遠隔地のため短期間に開催困難であったが、①病状安定のために、外来診察を休まず受ける・規則正しい生活を送る ②保健師訪問を受け、地域にあるデパートなどの見学を行うなどを挙げ、在宅生活安定のための目標から開始した。経過とともに、生活安定のために引きこもり状態を防止することが必要であることをチームで確認し、出かける場所の開拓を保健師中心に・経済的支援の検討と手続き援助などを病院SWに・就労前訓練をOTに・と役割分担し、本人・家族も同意し協力できた。**方針**：遠隔地かつ経済的に苦しい状況下、病状安定と在宅生活安定のために医療側と地域保健師との連携は不可欠。連携と支援を適切なものにするために会議開催は必要。また、母親との2人暮らしを考慮すると日中の過ごし方が病状や生活安定に非常に大きく影響するため、生活設計の支援も必要。様々な支援利用にあたり経済的負担も強くなることになるため、制度面の利用により経済的支援も必要。本人・家族は利用できる資源をほとんど知らない。多種多様の支援資源を説明・見学など行い、本人・家族が選択できるように支援スタッフ其々が情報提供することが必要。

4. 治療・援助の経過**(1)在宅支援早期作業療法**

本人にとって退院後の地域生活は、入院直後と同様地域における急性期といえる。地域生活急性期の作業療方は非常に重要であったといえる。①退院直前にOTが会議に参加したことで、退院後在宅生活の確認を現場で行ってくれるスタッフの必要性を提言できたこと ②外来OT導入を単なるお出掛けの場所とせず、本人の目的に向けた活動の機会や場として提供できたこと ③本人の言動を通して様子観察し心身両面の評価をし、予防的に主治医・外来Ns・SW・地域保健師などに繋げることができたこと ④退院後、本人・家族と関わる頻度が多く、在宅生活上の困りごとや相談事の窓口になりやすいこと ⑤本人のみでなく家族の相談に応じ、内容により適切な専門職に繋げることができたこと ⑥具体的な活動を通して、本人自身が自分の体力や器用さ・注意集中力・持久力などを体感でき、必要な活動導入に協力的となり意欲的に外来OTを利用できたことなど、退院後地域生活急性期の時期に、外来OTとして心身両面の観察評価・本人家族の相談窓口・他職種との連携を行いつつ、作業活動を通して本人の目標に向けた取り組みを行うことができた。本人のレベルに応じ

た具体的かつ段階的に実体験する機会や場の提供ができたことは、退院後の本人および家族の生活の安定と意欲づけにかなり効果的であった。理想は、訪問 OT により、在宅での活動能力を観察評価し具体的作業活動体験を通して、在宅生活に必要な能力改善も段階的に行い、外来 OT と訪問 OT を並行して利用することが望ましい。本事例は、遠隔地であり保健師訪問は 1/月の頻度のみであり、在宅現場での実際的な活動までの支援には至らなかった。外来 OT のみでなく、早期からより社会性の場であるデｲｸﾞ見学を行い、デｲｸﾞ OT との顔合わせなどを行い、次のステップへの準備もできた。退院後 3 ヶ月からデｲｸﾞ利用体験を外来 OT 中に行い、集団や就労前訓練に慣れ、4 ヶ月目にショートｸﾞへスムーズに移行できた。外来 OT とデｲｸﾞ OT の連携により就労に向ける本人の思い・目標と取り組みを繋ぐことができた。

(2)在宅生活早期心理教育

入院中より心理士の関与はなく、心理教育的な面は主治医を中心に、場面に応じてわかりやすく説明・フィードバックしている。今後、更に就労を進めて行く上では、生活に即した心理教育が必要と思われる。

(3)資源制度の情報提供

本人・母親とも生活上の困りごとや相談する場所もわからない状態であり、解決すべき内容に気づいてもらうことから始まった。理解力にも乏しく、紙面でわかりやすく繰り返しの説明が必要であった。誤った理解のときもあり、支援スタッフ全員が説明する状況であった。利用できる制度面の支援・活動の場所を探すなど本人と同時に母親への情報提供が必要であった。地域で利用できるサービスを情報提供するには在住地域の保健所保健師や市町村保健師・福祉担当者などの協力だけでは具体的な情報提供ができなかったと思われる。

(4)家族支援

母親が本人の病状管理と生計を担っているため、その負担は大きく母親の困りごとに対応することが非常に重要であった。母親の心身の安定が事例本人の心身の安定に繋がり、良好な家族関係の維持にも繋がった。必死に働き生計を立てている母親にとって、利用できる制度面の支援をわかりやすい説明や手続きの援助など、病院 SW と保健師の連携により母親の精神的負担の軽減になった。

(5)ケア会議・地域連携・その他

在宅生活現場を確認できるスタッフが保健師のみであり、ケア会議では欠かせない存在であった。結果、ケア会議は保健師と主治医の都合に大きく影響を受け、予定通り開催できず延期となる事態が多かった。結局、9/1・10/26・H21.1/26 開催となっている。遠隔地であり、家計的にも交通費削減のために、在住地域の社会資源利用が望まれ、その開拓には保健師に頼らざるを得ない。今後、チーム連携の継続は重要であり、このまま OT がマネジメントリーダーとしての役割を続けながら適切な支援調整を行ない、本人の望む就労に向けていきたい。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

- ①退院前後の作業療法士の参加で、退院準備と退院後の在宅生活急性期の支援体制が形成できた。
- ②デｲｸﾞ OT と病院 OT の早期からの連携により、スムーズに外来 OT からショートｸﾞ利用に移行することができた。
- ③OT 間の連携により、本人の思いや目標・取り組んでいることなどを継続展開できた。
- ④乏しい地域資源の場合、直接在宅生活現場を確認する上で地域保健師の役割は大きかった。
- ⑤在住地域の状況で病院が中心となり在宅支援を継続せざるを得ない場合、在宅現場が見えないという不利が生じ、マネジメントする上でも不安が残る。
- ⑥地域資源が乏しい場合、在宅生活急性期の支援体制を OT がマネジメントリーダーとしてできる範囲のチーム編成し、継続支援したことは本人・母親の在宅生活の安定に繋がった。

6. 考察

- ①入院 OT⇒外来 OT⇒訪問 OT およびデｲｸﾞ OT (地域 OT) と OT 間の連携は非常に重要であり、本人の思いや望む暮らしに向けたリハビリテーションの展開に効果的である。
- ②OT に限らず、医師間・看護師間・ソーシャルワーカー間など其々の専門職間の連携がチーム全体の医療から保健・福祉への連携・ネットワーク構築に繋がる。
- ③地域資源の中の 1 つが病院 (医療) であるが、そこが在宅生活支援の中心では在宅現場が直接確認できない上、必要時すぐに訪問できない現状。医療の中に、多職種編成の地域生活支援部門があれば地域生活急性期の退院後間もない方々の支援が適切に展開でき、尚且つ地域資源に無理なく繋げることができる。と考える。
- ④地域により相談窓口も整備されていない地域もある。その中で保健師の役割は大きい。業務上訪問回数が少なくタイムリーな支援には難しい現状がある。マネジメントリーダーが病院と地域に存在することは、リハビリテーションの連携や地域生活安定には不可欠である。
- ⑤当事者本人が、自ら為すべきことを自覚できるためには、言葉による方法だけでは理解し難く、様々な場面や実体験の機会をいかに応じて提供し、その反応で更に次のバールの場面や実体験へと経験を重ねることが必要である。そのことを通して自分自身で自己の能力や適性・やりたい事の確認を行い、自身の人生設計までも考える機会となり得る。

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)

- ①入院 OT・外来 OT・訪問 OT・デｲｸﾞ OT・地域就労支援事業所 OT などなど、OT の専門性を活かした支援が展開しやすいような制度整備が必要。現状は、専門性が活かせない・診療報酬的にも活動し難い体制である。
- ②病院から地域への各専門職間の連携が必要。
- ③病院の中に、多職種による地域生活支援部門を設置し、地域生活急性期 (退院後間もない方・生活不安定の方) の手厚い支援体制を整備し、地域移行をスムーズにすべき。
- ④病院や地域により、マネジメント機能を有さない場合があり、退院支援・地域生活支援に病院・地域格差が生じている。マネジメントシステムの制度化が必要。

事例報告 Summary Sheet[施設名:T病院 患者:D氏 36歳 男性 キーワーカー:O 職種:OTR 女性]

	退院後	研究開始時	1カ月目	2カ月目	3カ月目	4カ月～
日常生活の様子	退院前：退院後、どうしたらよいかかわからず病院スタッフを頼っている。病院なら通っても良いと話す。病棟は残存するが、行動のまともさはあり、コミュニケーションも問題ない。退院後：外来OTと外来診察を毎週行い保健所保健師の訪問を受けている。休まず通院できている。	一人で通院可能。電車とバス利用。外来OTでは運動を希望。個別での散歩や集団でのゲームを楽しみに参加。外来OTが学習定期的に行い、就労前作業に参加	ショートケア利用開始。幻聴は残存するが、遠隔地域在住のため、駅までの運転が許可となる。母親同乗では、近隣スーパーへの買い物に運転代行程度。保健師と近隣の地域資源見学実施	週間スケジュール不変。他は、自宅に閉じこもり状態。読書など行っている。他は、近くの自販機にジュースを買いに行き度。運動不足に肥満傾向不変。保健師との地域資源見学実施	ショートケア利用に変更。就労前活動に参加。他者との交流は見られない。自宅での活動は不変。保健師と近隣の作業所など見学に参加。	状態は不変。体重増加傾向。休まずデイト利用。母親の受診など運転で送迎している。
ケア会議の概要と目標設定	退院直前会議：病院OT初回参加。在宅支援の検討。外来診察と外来OT決定。地域保健師連絡を決める。退院後、会議開催中。	ケア会議開催。長期目標を①体調管理②将来は就労したいで確認。経済状況や地域資源の情報交換を行い、在住地域の資源利用の検討を開始する。	ケア会議開催。地域資源見学結果報告。このまま病院通院で継続。自宅閉じこもり改善のため、再度地域資源見学推進。経済面支援の工夫も検討。	ケア会議開催。支援継続。障害年金の検討継続。	ケア会議開催。支援継続。障害年金の検討継続。	保健師不都合でケア会議延期。保健師中心に在宅生活の確認と地域資源の利用に向けての支援を依頼する。
薬物療法	リント細粒・アキネト細粒・リスパダール液 レンドルミン錠・レボドミン散 アロピドン錠 アレロック錠	ほとんど同じ (レンドルミン中止)	ほとんど同じ (アレロックなし)	不変 不安時ワイガックス錠	追加 ワイガックス錠・ロセン	不変
地域生活急性期作業療法	退院直前の調整。外来OTの説明導入。地域生活確認スタッフの確保。退院後：外来OTでの個別アプローチ。通うことへの習慣づけと本人の希望実現。運動・体力面の評価確認。自宅での活動提供(体操・脳トレ等)	本人・母親の就労への希望を受けてデイト利用見学実習を実施。外来OTとデイトOT連絡連携。毎回、外来OT同伴で就労前活動状況評価確認	ショートケア利用開始と同時にショートケアOTに繋ぐ。就労前活動継続。集中力作業遂行力問題が。	ショートケア利用継続。病状確認継続。	デイト利用に変更。集団の中での活動開始。	デイト利用継続。肥満対策検討。
地域生活急性期心理教育	外来診察のみ。OT 場面で状態や不安な点を聞き、対応を提案する。	不変 アラスして 在宅では、保健師が本人と面談し不安な点の対応を指導	不変 アラスして デイトOTによる面談と対応策の提案	不変	不変	不変
資源制度情報提供	在宅支援について提案 保健師利用を提案	研究導入の目的とメリット説明 ケア会議にて支援チームの紹介 病院SW が制度面説明	自立支援医療手続き 病院SW と保健師連携 保健師地域資源見学付き添い(月1回の頻度で複数定期的見学)	ケア会議にて障害年金の 情報提供と病院SW 詳細説明 医療費説明(母親から小遣い持参額の質問)	保健師による地域資源見学継続	不変
家族支援	在宅生活支援の内容を説明し安心材料にする	ケア会議にて心配事傾聴 チーム全員で支援	制度面の説明と手続き支援	ケア会議での相談事傾聴 チーム全員で支援 経済的負担の訴えに対応	障害年金手続き 検討	障害年金手続き 検討
地域連携その他	保健所保健師へ連絡 在宅生活確認を依頼	地域生活支援チームメンバー 主治医・外来看護師・ 病院SW・病院OT 兼キー ーカー・保健所保健師	追加 ショートケア職員・市町村保健師	不変	不変	不変

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名: B氏, 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-23年A県で仕事をしていましたが、3ヵ月後に頭痛や仕事が手につかない等の訴えあり、地元B県C島に帰郷。その後、同県D市の叔母宅の近くのアパートで単身生活を送る。その間スーパー店員等として働いていたが、X-20年頭痛や人が話していることが聞こえないなど訴えるようになる。精神科受診はなし。X-18年頃地元C島に戻り、自宅で生活するようになるが、精神症状は悪化しており、「死にたい」「殺して」と泣いたり、意味不明な発言が目立つようになった。その時も受診はせずに、B県独自の風習に通っていた。X-14年当院初診、X-8年初回入院(2ヶ月)。X-7年環境調整のためE病院入院するが、X-2年心不全の疑いで他病院に転院。ICUで治療し、気管支喘息や心不全疑い等で3回挿管。同年当院外来再開し、バイクに乗って島を回ってマパースに過ぎたり、時折家業の菊栽培の手伝いも行ってた。X-6ヶ月、DMのため薬物調整開始。それに伴い幻聴増悪。X-1ヶ月頃からは苛々、幻聴、独語、大声等が著明となり、薬物調整目的でX日に当院へ任意入院となる。

2. 初期アセスメント

入院1~2週目、幻聴、独語、空笑が活発で、頻回に苛々による大声や壁叩きがあった。外出、退院、喫煙要求が多く、スタッフや家族の説明に対する理解も乏しかった。気管支喘息や心不全の既往があることから母親から喫煙制限の希望があり、X+3日より1日1箱の喫煙制限を開始する。X+9日には外出要求がエスカレートし、興奮みられPICUへ一時的に入室。他者交流は殆ど見られず、喫煙所と自室の行き来が目立った。

家族や生活環境面では、住居がC島と離島であることや父親が癌のため入院していること、家業の菊栽培を母親が主で行っていること等から、母親の負担が非常に大きいと思われた。

X-6ヶ月時の薬物調整を行う前は服薬状況に問題はなく、本人のペースで生活することができていたため、今回の入院で本人に合った薬物調整を行うことで、入院前のように自宅で生活することは可能だと考えた。そのため、薬物調整を行いながら、本人が安心して入院生活を送れるようになることや、徐々に行動範囲を拡大することをしていくことを当面の目標とした。同時に、負担が強いと予測される母親に対して、家族支援(退院後の相談窓口等)を整えていくこと、症例の興味があることを利用して、退院後に過ごす場を増やしていくことが必要だと思われた。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標 入院前のように自宅で生活できる

主な援助について ⇒ ケア会議毎に見直し

- ・薬物療法: リバゲールの量などを調整し、症状安定を図る
- ・作業療法: 現実感の回復や安心して過ごせる体験を主目標に、個別的な関わりから始め、症例が興味のあることを利用して、欲求の適応的発散や他者と過ごす体験へと続けていく。
- ・心理教育: 喫煙制限に対する苛々への対応、苛々時の頓服の効果についての指導
- ・家族支援: 母親の不安などを把握し、負担軽減できるような支援(心理教育: 内服や対応について、サポート体制の整備)を行っていく。利用できる社会資源の情報提供。

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

X+6日、面接でチェックリスト施行するが、理解力の低さが伺えた。自分のペースで行動したい性格もあり、集団の枠には入り辛いと思われ、本人ペースで等に参加促した。その際、出入りの自由を保障したことで、風船バレーなどに参加できるようになった。3週目よりスタッフ同伴の散歩開始(個別OTとしても実施)するようになると、落ち着きも徐々に増してきた。その中で調理活動(主に食べることに)に興味があることが分かり、X+31日より週2回病棟外での調理活動にスタッフ同伴で参加。始めは見学や喫煙が多かったが、徐々に卵割りなどを手伝うようになってきたり、他者交流もみられるようになった。又、「趣味は料理」と言うようになるなど、楽しみながら取り組めるようになってきた。3ヶ月目になると週3回ペースで調理や歌の会、リラクゼーションといった集団活動に自ら参加。活動中、幻聴による苛々が出現することもあるが、「ここに居た方が落ちつく」とOTに参加することが苛々時の対処法の一つとして認識できる場面もみられた。

(2) 早期心理教育

2ヶ月目より心理教育開始。症例に内服の効果や増量について説明した。本人に対して内服の必要性について説明し、自己管理についても提案するが、「本当は飲みたくない」と拒否。本人に内服管理について指導と確認を行う。

(3) 資源制度の情報提供

2ヶ月目にC島内ケア(1回/月)について家族、本人に説明。本人は拒否的だが、母親はケア利用と菊栽培の手伝いを希望。保健師の支援内容について退院前訪問指導時に母親へ説明。3ヶ月目にC島内ケアや作業所の紹介、保健師との面談施行し、退院後の支援(訪問や電話相談、作業所見学など)を検討した。

(4) 家族支援

2ヶ月目に退院できる状態を母親と話し合うと、癌で入院していた父親は退院したが、母親の負担が強く、3ヶ月以上の入院を希望。3ヶ月目に母親への心理教育(対応や内服についてなど)施行。母親は当初C島ケアや菊栽培の手伝いなどを希望していたが、母親の思いを聞く中で、本当は従来通り本人ペースで生活していくことが一番の望みであることがわかった。周囲の人に「(本人を)働かせもしないで、何をやってる」と非

難されたことで、体裁を気にした様子であった。又、困ったときに誰に相談したらいいかわからないといった発言も聞かれた。そのため、退院後母親が相談できる窓口として保健師を活用できるよう提案した。又、母親が安心できるよう外泊訓練を繰り返した。3ヶ月目の退院前訪問指導時に保健師による電話相談や訪問、当院 PSW の相談など退院後の支援について保健師、家族と共に具体的に検討した。

(5) ケア会議・地域連携・その他

入院3週目、第1回ケア会議開催。入院経緯、病状、今後の支援をチームで共有し、目標設定を行った。5、7週目に2、3回目開催。院内単独散歩や病棟外 OT 参加、外泊訓練について検討。又、退院前訪問指導の中で保健師との連携についても計画した。10週目に4回目開催。長期外泊訓練の計画、保健師との役割分担などについて検討した。12週目に5回目開催。保健師、家族、本人も参加し、退院後の具体的な支援（保健師の訪問、電話相談、C 島内デイケア・作業所見学の日程や方法）について調整。

5. 結果（成果と転帰、退院後のケアプランなど）

BPRS：13→10 GAF：25→40

入院2週目頃まで喫煙制限や行動制限による苛々あり、訴えも頻回。要求が通らないと大声もあり。幻聴、独語、空笑も著明であった。そのため薬物調整を行いながら、3週目よりスタッフ同伴の院内散歩を開始し、散歩時や日中の様子の評価を行った。散歩を行い始めてから、徐々に苛々することが減ってきた。散歩中も落ちついており、表情も穏やかであった。OT で調理に興味があることがわかり、病棟外の調理活動にスタッフ同伴で参加。始めは見学や喫煙が多かったが、徐々に卵割りなどを手伝うようになり、他者交流もみられるようになった。4週目のケア会議で喫煙制限によるストレスを考慮し、母親と相談。それでも時折幻聴や壁叩きはみられた。

2ヶ月目より現状と本人の希望（院内散歩や喫煙等）が合わないことで退院要求が強くなり、落ち着かない場面がみられるようになった。本人の性格（自分のペースで行動する）も考慮し、家族と相談の上、8週目より院内単独散歩、9週目より外泊訓練開始した。しかし、X+59日（単独散歩開始8日目）に無断離院。院内散歩に出てそのままタクシーとフェリーを乗り継ぎ C 島に戻っているところを家族に発見される。無断で院外に出ないよう再三スタッフより説明されたが、X+62日にはタクシーで D 市の叔母宅へ無断離院。病院規則について理解乏しいため、単独散歩は中止となった。X+63日に退院前訪問指導実施し、家族が本人のペースで生活できることが一番の希望であることや身体面についての心配が強いこと、母親が相談できる場所がないことなど具体的な思いを把握することができた。又、保健師ができる具体的な支援を確認することができた。

9週目よりスタッフ付の院内散歩再開。OT では週3回ペースで調理や歌の会、リラクゼーションといった集団活動に自ら参加できるようになってきた。日常生活や OT 中に幻聴に聞き入る様子や大声は時折あるものの、自制内で済んでいた。12週目には長期外泊実施。外泊中に2回目の退院前訪問指導施行し、家族、本人、保健師を交えたケア会議開催。その中で退院後は保健師による訪問及び電話相談を1~2回/月（身体管理、内服確認、母親の相談、）、C 島内デイケア・作業所の見学を症例・家族・保健師で行っていくことなどの計画を立て、X+80日に自宅へ退院となる。

6. 考察

ケア会議を定期的に行うことで、その時の状態や家族の思いをチームで共有することができ、それがきめ細かい薬物調整と評価、家族支援の必要性の認識、支援の統一へと繋がったと思われる。

離島であることや社会資源の少なさから、退院後の支援を整えることに難しさがあったが、実際に退院前訪問指導でスタッフが C 島を訪れることで、島の住人との関わりや本人が生き生きと生活をしている姿を見ることができた。それによりフォーマルな資源に目が行き過ぎていたことに気付く事ができ、本人らしく生活することの重要性を実感することができた。結果、本人の生活スタイルを奪わずに退院へと継ぐことができたと思われる。

早期作業療法やNsの関わりを通じて、症例が興味のあることを利用して他者と過ごす体験へと続けていく支援を行ったが、ケア会議で支援状況を共有することで、より OT→病棟生活→退院後の生活へと継続的な関わり、支援へと結び付けやすかったと思われる。OT だけでなく、関わるスタッフが統一、継続した支援を行うことで、症例にとっても他者と過ごす体験が苛々時の対処法の一つであると認識しやすかったと考える。

保健師とも電話やケア会議を通じて、情報交換などを積極的に行うことができた。実際に家族と顔合わせをすることができ、家族、スタッフにとっては安心感へと繋がったと思われる。

今回、母親以外の家族への協力依頼や心理教育などは殆ど行うことができなかった。そのため、母親の負担軽減には課題を残した。しかし、母親が困ったときの相談窓口（保健師）が明確になったことは大きな意味があると思われる。

インフォーマルな資源の開拓や連携など課題はもちろんあるが、本人の生活スタイルや家族のニーズを尊重しながら、他者と過ごす体験や保健師の支援等を通じた新たな生活スタイルの提案を行うことができたのではないかと考える。

当病棟が急性期治療病棟であること、資源の少なさ等からできる支援には限界がある。しかし、その中でも本人自身や周囲（家族、島の住人等）の力などを活かせる場の設定や提供は十分にできると思われる。急性期治療病棟は支援の輪を広げるきっかけを作る場であると実感できたケースであった。

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）

- ・「地域生活移行」の捉え方が個々によって異なり、ややもすれば存在するフォーマルな資源に患者を当てはめてしまいやすい。
- ・早期から地域スタッフも含めたチームを作っていくためには、キーマンの存在が必要だが、専門業務や各々の担当するケースが多く、兼務で行うには業務量が多すぎる。と同時に、キーマン個人の力量によって支援に差が生じやすい。

事例報告 Summary Sheet [施設名: M病院 患者: B氏 39歳 女性・男性 キーパー: K 職種 OTR 女性・男性]

		入院 1~2 週目	3~4 週目	2 カ月目	3 カ月目
日常生活の様子	煙草制限や行動制限による苛々あり、訴えも頻回。要求が通らないと大声もあり。幻聴、独語、空笑も著明。	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。	現在、今後の病状、今後の支援をチームで検討、共有。	退院要求が強くなり、現状と症例の希望(院内散歩や喫煙等)が合わないことと落ち着きがない事がある。8 週目より院内単独散歩、9 週目より外泊訓練開始。しかし、C 島や D 市の叔母宅へエスケープあり。	10 週目よりスタッフ付の院内散歩再開。幻聴に聞き入る様子はあるものの、自室内で済んでいる。12 週目には長期外泊施行。表情は穏やか。13 週目に自宅へ退院となる。
	ケア会議の概要と目標設定				家族、症例、保健師も交えて退院後の支援について具体的に検討。
薬物療法		ベグダシ A 1 錠, チスボン 5mg 1 錠, リスパ [®] 2mg 3 錠 2 週目より苛々感↑のためチスボン→エーパ [®] 1mg 3 錠に変更, リスパ [®] 2mg 1 錠追加	3 週目よりリスパ [®] 2mg 4 錠に↑ 4 週目よりベグダシ A→B 1 錠に変更、エーパ [®] 1mg 計 4 錠に↑	・エーパ [®] 0.5mg 3 錠, 同リスパ [®] 1 錠に↓ ・大声, 苛々のためリスパ [®] 2mg 5 錠に↑	リスパ [®] 2mg 4 錠に↓
	早期作業療法		リアクションに参加するが出入りが激しい。マハ [®] に行動したい性格もあり、集団導入し辛さあり。個別 OT の中で症例が興味があることを確認。	病棟外活動の調理に興味を示し、2 回/週参加。集中力は低い。他者交流等もみられるようになる。院内散歩開始後より活動への参加は若干減少。	週 3 回ペースで調理や歌の会などに自ら参加するようになる。幻聴による苛々時に自ら集団の中に入ってくることもあり。症例曰く「落ちつく」とのこと。
早期心理教育				症例に内服の効果や増量について説明。内服の必要性について説明し、自己管理についても提案するが、「本当は飲みたくない」と拒否。	症例に内服管理について指導と確認を行う。
資源制度情報提供				C 島内デイケア(1 回/月)について家族、症例に説明。症例は拒否的。母親はデイケア利用と菊栽培の手伝いを希望。保健師の支援内容について母親に説明。	C 島内デイケアや作業所の紹介、保健師交えたケア会議を行い、退院後の支援(訪問や電話相談、作業所見学など)を検討。
家族支援	父親が癌で入院中のため、母親の負担が大き。又、離島在住という距離的な負担もある。母親の辛さや負担の軽減を図れるよう支援する。	父親が癌で入院中のため、母親の負担が大き。又、離島在住という距離的な負担もある。母親の辛さや負担の軽減を図れるよう支援する。	家族へ入院中のケアの取り扱いについて再確認(ケア持込あったため)母親に入院前の状態を確認し、退院でさる状態を母親と相談、検討していく。	母親は年内中の入院希望あり。父親は退院したが、家で看病していることもあり負担が大きいため 3 ヶ月以上の入院も希望している。母親の悩みを共有。又、退院後母親が相談できる窓口として保健師を活用できるように提案。家族への心理教育(対応など)施行。	保健師による電話相談や訪問、当院 PSW の相談など退院後の支援について家族と共に具体的に検討。家族への心理教育(家族が疲れないことの重要性についてなど)施行。
地域連携その他			保健師に入院前の関わりについて確認。島内のケアの内容等について確認。	保健師に現在のケアと今後の方向性を説明。又、保健師の支援内容を確認。次回の退院前訪問指導時に家族と顔合わせを行う。	保健師とのケア会議を実施し、退院後の支援について具体的に検討。保健師へのフォローも提案する。

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名:A 氏, 年齢:20 歳, 性別:女性, 診断:統合失調症
 [現病歴] 入院までの経過:X-1 年 Y 月;精神運動興奮にて当院初回入院(8 ヶ月)(医療保護入院)
 退院後、両親の新聞配達の手伝いをしながら定期受診。X 年 Z 月早朝、自宅から出火。両親は新聞配達中。本人は、1 時間 45 分後に、自宅近くの歩道上で倒れているのを発見される。火傷なし。A 病院に救急搬送されるが、不穏・昏迷で当院転送。任意入院となる。入院 3 ヶ月前より、不眠、幻聴、イライラや父親とのケンカなどあったとのこと。また、この頃より怠業していたことも後日判明。

2. 初期アセスメント

心身機能身体構造: 睡眠が不十分と感じている。特に、不安や焦燥感が強いと睡眠が短い。周囲の物音などに敏感で眠れないときもある。警戒心が強く、新たな物事や先々への強い不安・焦燥感。

活動と参加: 入院前は引きこもり中心の生活。OT 中疲労の訴えあり。不安が強いとき、物音や視線に敏感に反応。新たな物事や今後についてなどこの先のことに強い不安・焦燥感を示す。思考の幅が単一的。自らが不快だと判断した物事に対しての表情・行動での嫌悪感の表出がはっきりしている。既知への課題に対しては問題なし。新たな課題に対しては拒否を示す。複数課題の遂行は拒否を示す。ストレスへの対処では信頼を置ける他者への表出はするものの、行動的には避ける傾向。よく知る人物とは交流みられる。他者を通しての対人交流は可能。自分の気持ちを我慢してしまい。気を使って疲れてしまう。交通機関や手段の利用は人ごみが苦手。JR 利用は可能だが、バスや役所・銀行などの利用経験がない。

定期的な通院は可能。症状悪化時の対処に問題あり。服薬の必要性は感じているが、多く飲みすぎることや入院前は怠業もあり。特定の他患者との談話以外は自室で臥床や手紙を書く。買い物は自分が必要だと感じた時だけ行動。掃除や整理整頓が苦手。洗濯は可能。調理もレトルトなどのみ可。間食が多い。金銭管理はお金を持っていると気持ちに余裕ができ買い過ぎてしまう。電気やガスの消し忘れもある。

環境因子 母親は未治療の統合失調症疑い。父親は職業を転々としており、ギャンブルに依存。生活保護世帯。ライフラインが止められたこともしばしばある。障害年金について説明を PSW より受けている。

個人因子 幼少期から父親の都合で転居を繰り返し、高校まで問題なく生育。高校 3 年の夏休み前から父親が自宅にいると怒鳴る、暴れるなどの行動があり、警察も時々出勤。その頃から欠席が目立つ。卒業後自宅に引き籠もり、精神運動興奮状態で初回入院。

初回入院時から一人暮らしの話はあったが「両親の仕事の手伝いをしなければ」と自宅退院。退院後、手紙や受診後に、PSW に「父親がギャンブルで生活費を 1 日で使い果たしてしまう。おまけに足りなくなると、私が貯金していたお金までも生活費に回され、イライラしているが扶養されている身なので何も言えない」と話す。→本音を家族に我慢してしまう傾向が強い。そのイライラを表現や対処することができない。また家族機能が破綻しており、抑圧された生活を強いられ、生活に対する快のイメージが経験されていない。また、親元から離れ、自立した生活を送った経験がなく、勧められている GH も住み慣れた土地から離れた場所であり、生活のイメージが見いだせない。

3. 治療・援助の目標と方針**将来の目標**

- 1、GH での一人暮らし。
- 2、退院後の生活の安定。

当面の目標

- 1、引越しのための荷物を整理して、引越しを何回かに分けてしていく。
- 2、新しく行っていくこと、今後一人で行うことになる部分の不安解消。

4. 治療・援助の経過**(1) 作業療法**

研究導入前;入院 13 日目より病棟内 OT 開始(安全安心の保障・気分転換・自然なコミュニケーションの場・生活リズムを整える)。当初は、自らロビーに出て、トランプや花札に表情良く穏やかに参加。談話して過ごすこともあった。開始 1 週間後、ロビーの一角に集まっている他患者らの視線を気にして「ああいう感じに集まっているのは怖い。見られている感じがして嫌になってなかなかロビーに出られない」と話す。その後 1 週間、集団 OT には参加せず。その間も OTR が個別に関わり安全を保障し、トランプなどに誘う。この際も他患者の視線を気にする発言続く。(平均 1 時間)その後、徐々に集団にも慣れていき、再び参加。その際、GH に関して、「本当は不安で。一人で生活して自分が悪くならないかどうか。でも妥協しないとイケないんですよね。」と OTR に心境を話す。この時、スタッフの方でも連携して支援していただけることを話すと、眉間にしわを寄せ、拒否感を示す。その後、同性同年代の他患者が入院し、行動を共にする。トランプや世間話には表情よく熱中して参加。OT に参加する時間も長くなり、他者とのコミュニケーションのとり方も慣れてきていた。また、活動にも集中しており、他患者同士のトラブルを仲裁したり、場に不適切な発言をする他患者を注意したりできる。事情聴取後の OT 場面で、OTR に警察の事情聴取期間が長引いていること、GH と退院のことばかり聞かれ、「警察のことでも不安なのに・」と表情冴えなく不満を吐露。傾聴し、表情がやわらいだところで、気分転換にトランプ参加を促す。笑顔の半面、時折、浮かぬ不安そうな表情を浮かべる。また、GH の話題でも不安そうな表情をする。話題や状況により敏感に感情が揺れやすい。(平均 1 時間半)

研究導入後;同時に病棟外 OT 開始。ケア会議の結果を踏まえ、警察の事情聴取も続くことから、第 1 に気分

転換、安心安全の保障、生活リズムを整えること。引越しがひと段落した時点から、第2に一人暮らし必要な生活の支援を行うことを目的とした。病棟内 OT 活動は継続して参加。病棟外 OT も開始され、行動が拡大し、調理やスポーツ、カラオケに同年代の同性他患者とともに参加。自ら計画性を持って参加する場面や周囲に考えを押しつけようとする他患者に意見する場面、他者に新しい物事を勧められても強い抵抗なく、失敗しても笑顔で続けられる場面などがみられる。(平均2時間)

(2)心理教育

研究導入前；入院当初より、適宜、OTR や PSW、Ns の間で不安について傾聴し、対処について一緒に考え、協力する姿勢で関わっていた。

研究導入後；薬剤師による服薬指導開始。本人、「これ以上時間の拘束を受けるのは嫌だ」と拒否感を示す。担当医からも説明され、開始されたが、「自分の考えを押しつけられているみたいで嫌だ。薬は万能で副作用は心配ないと言う。あと世間話が多いのも嫌でした。」と不満を担当医に話す場面あり。薬剤師は必要な情報を与えてくれること、世間話は気遣いではないかと話す。

また、アセスメントより、症状悪化時の兆候やストレスへの対応で、「病院に行ったほうが良いというのはわからなかった。」ストレスへの対応でも「相手の真意がわからない時にイライラして我慢する。」と話すなど統合失調症の心理教育やストレス対処の心理教育の必要性が考えられ、引越しが終わり、ひと段落してから開始することとした。

(3)資源制度の情報提供

・入院前から PSW より、年金と生活保護については説明を受けている。火災で書類を紛失していることから、再度年金の申請と住居が決まり次第、世帯分離と生活保護の手続きを共に行う。

・研究開始前より、GH の見学を1回行っているが、具体的なイメージ作りのために再度見学を計画。見学时に周囲のスーパーや商店など社会資源についても見学する。

・GH への入居も決まったことから、年金・生活保護申請を行い、引越しが整い次第、社会資源（バスの利用、銀行・郵便局の利用、市役所の利用など）について、OTR とともに練習していく予定である。

(4)家族支援

家族機能が破綻しており、今後両親と関わりを持つことになると、影響が大きいことから、家族とは切り離して進めていくこととなる。

(5)ケア会議・地域連携・その他

1 回目ケア会議では、これまでの各職種での動きをまとめ、今後の方針と役割を確認し合うことを中心に行う。最後に本人にも参加してもらい、定期開催すること、これからスタッフと共に目標と具体的なことを決めてより安心して退院できるように共に進めていくことを再確認する。本人からは、「今は事情聴取や GH 見学で頭がいっぱいなので、終わってから細かいことを決めたい」と希望あり。ケアプラン作成は次回ケア会議時とする。

2 回目ケア会議では、ケアプラン作成を実施。引越し準備と年金申請を優先し、新しく行っていくこと、今後一人で行うことの具体的な練習や支援については、本人の動揺が大きくならないように状況を見ながら引越しの準備が整い次第、次回のケア会議の中でケアプランを見直し、決めていく。また、今後は、生活支援センターの職員も参加できる日程を調整。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

先々への不安が大きく、生活リズムや精神状態、対人交流が不安定で、退院後の生活についても課題があり、前進できずにいた患者が、研究が開始され、警察の事情聴取も終了し、今後の見通しが明確になった後、精神状態が安定し、生活リズムや対人交流も回復し安定した。不安や気になっていることを語り、解決しようと前向きな姿勢になった。また、GH への入居を決め、引越しの準備をするまでに至った。

BPRS ; 24→7 GAF ; 50—41→70—61

6. 考察

・本事例は、思考の幅が狭く、複数課題を同時に取り組むことに強い不安・焦燥感を抱きやすい。特に新たな課題への受け入れに時間がかかることから、慎重に進めていくことが必要と考え、研究導入前からタイミングを見計らいながら進めてきた。そのため、入院時から研究事業へ導入することができなく退院に至らなかったが、本人のペースや準備性、取り巻く状況を考慮しての導入としたことで、開始後の抵抗感無く進めることができたのではないかと考える。

・まだ具体的なケアプランは始まったばかりであるが、今後も本人のペースに寄り添い、背中を支えつつも押すつもりで支援者と本人が歯車を合わせ、進めていくことが望ましいと考える。

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)

・必ずしも入院直後から導入にこだわる必要性は無いことが本事例を通して得られた。大切なのは、必ずしも早期の退院支援では無く、本人と家族が安心して社会生活を送れるための本人のペースに合わせた退院支援である。そのためには、時間もマンパワーも必要であるし、社会資源（特に住居や24時間の支援体制）の地域格差の是正も課題である。また、精神科作業療法の診療報酬体系の見直し（集団重視→個別・短時間にも配慮）によっても、より安心した社会生活への具体的支援が多くの人に提供できると考える。

事例報告 Summary Sheet[施設名:K 患者:A氏 20歳 女性 キーワード:M 職種:OTR 男性]

	入院1~2週目	3~4週目	2カ月目	3カ月目
日常生活の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・独語、空笑著明。思考過程の混乱あり。2日目より会話成立。しかし、感情失禁、イライラあり。 ・同室他患者の物音や言動にイライラする場面あり。その後複数回転室するも落ち着かず。不眠時、不穏時薬服用すること多い。 ・自宅でカーテン閉めきり、自室に居る事多い。5日目よりDRRに出てくるようになる。 ・両親の面会後、不穏さみられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・初めての一人暮らしを主治医より勧められ、不安で落ち着かずイライラしている。 ・夜間、周囲の物音などに敏感に反応している。不眠時薬服用。 ・前回入院時仲の良かった他患者に再会し、行動を共にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・時折不眠、不穏の訴えがあるが、以前にくらば少なくなっている。 ・同室者が退院し、一人になる。→訴え少なくなっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・同年代、同性の患者が入院し、行動を共にする。→穏やか。 ・事情聴取が終了→GHのことを意識して考えられるようになってくる。前向き。 ・不眠時薬服用なし。→眠気残るようだが、日常生活に支障はない。日中もOT参加、他患者と談話などして過ごしている。
ケア会議の概要と目標設定	<ul style="list-style-type: none"> 13日目、合同カンファレンス内で回復期チームへの移動と、14日目、退院先がGHの方向と示される。(Dr、Ns、OT、PSW) 	<ul style="list-style-type: none"> 50日目第1回ケア会議開催。→定期開催すること。これから目標を決めて進めていくことを確認。→今は、事情聴取やGH見学で頭がいつぱいなので終わってから細かいことを決めたいと希望あり。 	<ul style="list-style-type: none"> ・第2回ケア会議→目標設定。ケアプラン作成。ゆっくり一つ一つ進めていくことで合意。まずは、引越しの準備と年金の申請から開始することとする。終わり次第、次回のケア会議。 	<ul style="list-style-type: none"> ・第2回ケア会議→目標設定。ケアプラン作成。ゆっくり一つ一つ進めていくことで合意。まずは、引越しの準備と年金の申請から開始することとする。終わり次第、次回のケア会議。
薬物療法	<ul style="list-style-type: none"> ・リスパダール ・ピリファアイ ・点滴；トロパロン、セレネース ・不眠時；レボトミン・ヒベルナ ・不穏・興奮時；リスパダール 	<ul style="list-style-type: none"> ・リスパダール ・ヒベルナ ・エビリファアイ ・不眠時；レボトミン、ヒベルナ 	<ul style="list-style-type: none"> ・リスパダール ・ヒベルナ ・エビリファアイ ・不眠時；レボトミン、ヒベルナ 	<ul style="list-style-type: none"> ・リスパダール ・ヒベルナ ・エビリファアイ ・不眠時；レボトミン、ヒベルナ
作業療法	<ul style="list-style-type: none"> ・5日目より見学 ・11日目処方(病棟内OT) ・13日目より開始。 ・病棟内パラレルOT(トランプ、音楽鑑賞参加) ・安心・安全の保障、気分転換、自然なコミュニケーションの場、生活リズムを整えることを目的に。 	<ul style="list-style-type: none"> ・パラレルOT継続。病棟外OT開始。 ・49日目病棟外OT処方→50日目開始。「退院後の不安を語る」スタッフの方で連携して支援していく体制(研究プログラム)の説明。 ・調理やスポーツ、カラオケにも参加する。→行動・コミュニケーションの範囲拡大。また、意見を表出したり、周りの状況を冷静に判断できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・パラレルOT継続。病棟外OT開始。 ・49日目病棟外OT処方→50日目開始。「退院後の不安を語る」スタッフの方で連携して支援していく体制(研究プログラム)の説明。 ・調理やスポーツ、カラオケにも参加する。→行動・コミュニケーションの範囲拡大。また、意見を表出したり、周りの状況を冷静に判断できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・OT継続。→他患者に新しい物事を勧められるが、強い抵抗無く、失敗しても笑顔で続けられることできる。また、ついて行けない他患者にアローとして気配りできている。自分の引越しの予定と照らし合わせて参加を自ら計画立てられる。
心理教育	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅が燃えてしまったことで、今後の生活に対する不安。「どうやって生活して行くのだろうか・・・」。 ・不安を傾聴し、ゆっくり、焦らず。(OTR、本人) 	<ul style="list-style-type: none"> ・一人暮らしへの不安の共感と必要な協力はそのことの確認をする。(PSW、OTR、本人) 	<ul style="list-style-type: none"> ・GH入居に関して相談ある。内装が気になる様子。「どう思われるか」→気になるところを尋ねても問題ないこと保障。(OTR、本人) ・服薬管理指導開始(薬剤師)→答えがはつきりしないことに不満。 	<ul style="list-style-type: none"> ・GH入居に関して相談ある。内装が気になる様子。「どう思われるか」→気になるところを尋ねても問題ないこと保障。(OTR、本人) ・服薬管理指導開始(薬剤師)→答えがはつきりしないことに不満。
早期プログラム	<ul style="list-style-type: none"> 20日目、本人希望でGHの位置を示した地図を渡す(PSW、本人) 	<ul style="list-style-type: none"> 20日目、本人希望でGHの位置を示した地図を渡す(PSW、本人) 	<ul style="list-style-type: none"> GHを見学する。(PSW・生活支援センター職員) 	<ul style="list-style-type: none"> GH2回目の見学。(PSW、生活支援センター職員、本人)→前向き。居室の写真を撮る、具体的に部屋の状況を探る。生活のイメージを描きながら見学。近隣の衣料品店で買い物。
家族支援	<ul style="list-style-type: none"> 両親に、今後一緒に住めなくなることが話される。(主治医、家族) 	<ul style="list-style-type: none"> 49日目面談(主治医・父親・本人) 父親から退院は3月にして欲しいと話がある。本人父の言葉に「私が決められないの？」と訴える場面あり。世帯分離することが再度話され、本人の住居は本人と病院で整えることを確認。 	<ul style="list-style-type: none"> 49日目面談(主治医・父親・本人) 父親から退院は3月にして欲しいと話がある。本人父の言葉に「私が決められないの？」と訴える場面あり。世帯分離することが再度話され、本人の住居は本人と病院で整えることを確認。 	<ul style="list-style-type: none"> 49日目面談(主治医・父親・本人) 父親から退院は3月にして欲しいと話がある。本人父の言葉に「私が決められないの？」と訴える場面あり。世帯分離することが再度話され、本人の住居は本人と病院で整えることを確認。
地域連携その他	<ul style="list-style-type: none"> ・警察、行政保護課と連携(PSW)情報交換と今後の確認。 ・警察からは「検察との検証次第。もし逮捕でも即日はない」と。「自宅へは戻れないので住居を確保してほしい」と。 ・保護課から「保護課から住居を確保してほしい」と。 ・生活基盤を整えるため、GHを検討することになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・警察より状況の確認。(PSW) GHの進行状況を伝えると、「なるべく(退院)遅い方がいいです」とその後51日目に事情聴取終了 ・GH見学(PSW、地域生活支援センター職員、本人) ・プログラムの説明と同意。(OTR、本人) ・回診時、実家への外泊希望あり。その後の面談で外出と1泊なら可となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・GH見学(PSW・生活支援センター職員、本人)→古くて狭いけど、そこしか無く仕方ないと決々入居を決める。 ・1/7入居準備開始。(PSW、生活支援センター職員、本人) ・1/20年金書額申請(PSW・本人) 	<ul style="list-style-type: none"> ・GH見学(PSW・生活支援センター職員、本人)→古くて狭いけど、そこしか無く仕方ないと決々入居を決める。 ・1/7入居準備開始。(PSW、生活支援センター職員、本人) ・1/20年金書額申請(PSW・本人)

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名: A氏, 年齢: 16 歳, 性別: 女性, 診断: 統合失調症
 【現病歴】X-1 年研究事例として関わった事例。研究終了後は、退院後 2 回目までのケア会議はキーワーカーが調整。その後、在住地域にマネジメント機能の場が存在しないため院内 SW が調整役継続を予定していた。退院後、卒業式は母校で終わることができたが、高校受験は断念し自宅学習となる。1 週間のスケジュールをケア会議で確認し、月: 外来診察と外来 OT・PT, 火木: 個別学習塾, 水: 心理教育(病気について)とカンセー, を予定し、在宅生活継続。しかし、眠気があり臥床傾向強く母親の不安苛立ちも増していた。本人は友人との交流などなくなり、外来通院と塾が唯一の家族外との交流の場となっていた。母親としても在宅生活状況に不安を感じ、病院以外の外出場所がないかと OT へ相談があった。院内 SW と相談し児童デイサービス 2 ヶ所を外来 OT 場面で見学し利用の検討を開始していた矢先、夜間不眠と幻聴憎悪し X 年 8.28 再入院となる。同日 OT 処方出る。

2. 初期アセスメント

健康面: 眠気が強いが、寝つき不良。運動不足。時々食後吐き気+。脳性小児麻痺(痙直型) **心身機能構造**: 廃用性も加わり上下肢筋力低下。上肢巧緻性低下+。下肢痙性強い(左側>右側)。短下肢装具両下肢着用歩行。跛行歩行著明。幻聴・妄想著明。奇声・高笑い・独語・逸脱行動+。注意集中困難のため言語理解不十分。**活動**: X-2 年 9 月入院以来、病院と自宅の行き来が主。活動量・運動量減少。再入院時は、精神症状著明時 ADL 介助・危険行為・逸脱行為 (+) で見守り誘導必要、症状安定時は ADL 自立、と活動状況に幅がある。**参加**: X 年 2 月末退院以来、在宅生活継続。病院・塾へ母親が車送迎し通う。時々買い物外食など出かけていた。自宅には祖父母・姉・両親がおり可愛がられているが、同世代との交流は中学校卒業後、全く途絶えている。再入院後は、3 回の食事時にホールに居る以外はベッド臥床多い。OT のみ入院翌日から介入し、院内散歩・音楽鑑賞など病棟外での活動に参加。**環境因子**: 家族は協力的。主介護者の母親は本人の臥床傾向が強く活動不足を心配し、現状が変わらないことにややストレスを感じていた。寝ていることが多いとの母親の相談を受け、解決策として主治医が薬物治療の変更調整を開始。一方、在宅地域には相談支援事業所がなく、保健師の 1/月の訪問のみ。タイムリーに相談調整する場がない。同世代との交流の場もない。**個人因子**: 高校受験の目標がなくなり、活動意欲減退。今後の目標が定まっていない。更に、友達との交流も途絶えた。生来の脳性小児麻痺のため、身体機能的に一人で行動できない。小中学校へは母親の車送迎で通っていたが、その他の経験(一人あるいは友達と買い物・バス電車の利用・遊びなど)はほとんど未経験。小遣いの自己管理・服を自分で買うなど未経験で全て母親と共同体であり、自己表現や自己決断の経験が少ない。

まとめ: 今回の再入院については、環境的影響が大きい。本人は、これまでの生活上、生きていく力をつけていくための経験が非常に乏しく、本人自身で新たな目標や生活設計が立てられない状況であった。その状況に対して、病院スタッフ中心の支援体制を継続せざるを得ない地域支援体制の未整備があった。主介護者の母親の負担も大きく主治医の薬物治療に頼らざるを得ない状況となってしまった。薬物治療の変更・母親の不安苛立ち・地域の相談支援体制の未整備・本人の自己表現判断力の未熟さ・病院スタッフ中心の在宅支援の限界などが影響し、病状の再燃を招いたと考える。在宅支援体制の見直しを本人家族および地域スタッフを交えたりバリエーションチームで検討調整する必要がある。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標: ①将来的には事務員になりたい。そのためにも高校にいきたい。②入院中に外出場所を検討し試験利用。③今後の生活設計が決まったら自宅に退院。**短期目標**: 入院中は毎月ケア会議開催。毎回、短期目標を立てチームで達成に向ける。入院当初は病状安定・病棟生活の安定を短期的に挙げ、その後、病棟生活の自立・障がい者福祉サービス事業所の試験利用・外泊などを短期目標として決め、ケア会議ごとにチーム全体で達成状況確認と次の短期目標を検討。**方針**: 地域生活支援体制の見直し検討を最優先し、早期より地域スタッフと情報交換し、市町村を超えたサービス利用の検討。本人・家族が納得した生活設計を立てて退院とすることとした。地域資源が乏しい環境下、年齢的にも人生の分岐点に居る本人にとって、今回のチームの取り組みは本人の今後の人生に大きく影響する事・本人とともに最良の方向性を見出すことが求められている事をケア会議で確認。『普通の 16 歳としての経験を通して成長し、自分自身で目標実現していく』事をチーム方針とし、そのための機会や場の情報提供によって本人家族が選択するよう支援する。また、地域でタイムリーに訪問したり相談調整できる地域体制整備コーディネーター(当病院で自立支援プロジェクト研究実施中。その中で地域調整機能職種を設定していた)とキーワーカーが早期から連携し入院から地域生活支援へ繋ぐこととした。

4. 治療・援助の経過

(1)早期作業療法①入院初期: 精神面の安定と生活のリズム作りのためのアプローチ(本人のやりたいことの実現のための活動: 散歩・音楽鑑賞・イストなどを定時に実施)②精神症状安定後: 本人の思い・希望・悩みなどを種々の活動時リラックスした場面で会話し本音の部分聞き出し、チームへ情報提供する。身体機能訓練(PT: 運動面 OT: 応用動作として屋外歩行・階段昇降・車椅子自操での買い物など)と生活上本人にとって必要な実体験の機会提供(バス利用・乗車券購入・小遣い帳の利用・携帯電話の利用・洋服店での買い物など)を通して、本人のできること・できないこと・取り組むべきことなどを本人自身が確認し考える機会とした。更に、会議で生活上必要な能力・できること・できないこと・課題や可能性などを情報提供し、今後のチーム目標の指標として提案。③在宅生活準備として: 本人自身が ADL 状況確認し練習・友達との交流(手紙・メール送信の経験)・在宅での生活設計を本人と確認(図示してみる)

(2)早期心理教育: 臨床心理士担当。入院中は特に実施せず。退院後、再開となる。

(3)資源制度の情報提供

キワーカー・地域体制整備コーディネーター・院内 SW・行政保健師と福祉担当者・児童相談所職員・養護学校高等科教諭などで連携し、入院中はキワーカーが中心に連絡調整し、退院後は地域体制整備コーディネーターが連絡調整した。

①在宅生活での相談支援調整の役割として地域体制整備コーディネーターを紹介本人家族およびチームに紹介。地域でのタイムリーな相談支援ができることを説明。早期にケア会議へも参加してもらう。②高校進学の見学③自宅からのお出かけ場所として児童デイサービス2ヶ所見学④児童デイサービス試験利用時の自立支援員(当院自立支援プロジェクト研究での存在職種)利用⑤社会資源利用上の手続きについての説明援助

(4)家族支援

主介護者である母親と多く会話し、本人の思いや本人に必要なことなど再確認した。進路等の決定に当たり、在住地域以外広域の利用できる社会資源を情報提供し、同時に本人家族と見学を行い選択の一助とした。

(5)ケア会議・地域連携・その他

ケア会議：入院5日目に1回、その後2週後、その後は1ヶ月ごとに実施。入院後3ヶ月で退院。退院後1回目は2週後実施。その後は地域体制整備コーディネーターの調整で開催。本人・家族の参加は当然だが、児童デイサービスの利用に向けて、在住市町村の行政職や児童相談所職員も加わった。更に、試験利用した児童デイサービス職員も加わり、本人にとっての最良の方向づけは何かを本人両親を交えてケア会議で検討。結果、やはり学校に行くことが一番の選択肢ではないか、との結論に達し、養護学校選択に向けて養護学校高等科教諭の意見などもケア会議で伝え、当面養護学校決定までの支援についてチームで検討。養護学校選択については、本人・両親が選択できるような情報提供と見学を実施し、当事者の選択に委ねた。結果、市外の寄宿舎つきの肢体不自由養護学校高等科受験を本人決断。今後は学校との連携および就学後の支援体制について地域体制整備コーディネーターが中心となり会議等で検討し、継続した地域生活(学校生活)に向ける予定。

地域連携：地域資源利用が広域となり多職種に協力連携を依頼。チーム職種紹介：地域体制整備コーディネーターと自立支援員(当院自立支援プロジェクト研究上の職種)・在住地域の保健師と福祉担当者・児童相談所の相談調査員と臨床心理士・障がい福祉サービス事業所児童デイサービス職員・市内知的障害養護学校高等科教諭および主任教諭の情報提供・病院スタッフ(看護師は入院看護師～外来看護師に連携)。病院も地域資源の1資源として考え、退院後の地域生活は多くの地域スタッフの連携なくしては今回の本人の決断までには至らなかったと考える。地域に於いても、病院内と同様多職種をまとめ調整するコーディネート役が存在しないとチームとして取り組みはできなかったと考える。連携を有効かつ効率的に進めたキワーカーと地域体制整備コーディネーターの存在意味は大きかった。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

結果①OT が OT 場面での本人の思いや悩み・生活能力レベルや課題および可能性などを地域スタッフを含むチーム全体に情報提供し、その結果、友達との交流を含め学校に行くことの重要性を本人・家族を含むチーム全体で共有した。②本人・家族を主体にチーム全体で「就学」の目標を決定した。③キワーカーと地域体制整備コーディネーターの連携で、就学場所決定のための調整支援・就学までの在宅生活支援体制調整・就学後の地域生活支援体制調整を行なうことができた。④ケア会議に本人・家族および地域スタッフ病院スタッフが毎回参加しているため、目標設定までの経過や目標の意味づけがチーム全員で理解でき、支援の役割も其々自主的に分担できた。

退院後の支援体制 3月まで：本人・家族⇒受験に備え生活リズムを整え、受験勉強 病院スタッフ⇒主治医・OTPT・臨床心理士が毎週月・水で外来フォロー 児童デイサービス⇒毎週金曜日利用 受験上の手続き・地域資源利用などについて⇒地域保健師・福祉担当者が相談窓口 キワーカーと地域体制整備コーディネーター⇒退院後は地域体制整備コーディネーターが主調整役として、全体の調整を行なう。キワーカーは調整上の相談に応じる。4月以降：全体調整は地域体制整備コーディネーター。養護学校への申し込み⇒病院スタッフが主 心身両面の機能確認と養護学校との情報交換⇒隔週土曜日主治医 OTPT 実施 夏休み冬休みの対応⇒児童デイサービス利用・主治医 OTPT・臨床心理士

6. 考察

X-1年度研究事例であり、研究終了後もOTから病院SWに調整役を繋ぎ支援継続を試みていたが、病院資源のみの支援体制では限界。自宅と病院の行き来のみでの交流・活動範囲に留まり、本人・家族のストレスを増大し、再発再入院となったことは否定できない。年齢的に若く脳性麻痺の重複障害を有し、普通高校ではハード面でもストレスを招く恐れがある受験生にとって、親元を離れた生活を余儀なくされてしまう現状がある。今回、『地域生活支援を病院から地域へ繋ぐ』事の必要性和地域の中の1資源である病院が地域生活支援の中心では生活の中にタイムリーに入れず必要時必要量の支援体制が組めないことがわかった。そのためにも、入院中のコーディネーターの存在と退院後のコーディネーターの存在は大きく、早期から両者が情報交換し連携することで地域生活支援がスムーズに移行できることが実践できた。キワーカーと地域体制整備コーディネーターが目標を共有し、入院から退院後の生活に繋がったことは本人の人生に大きく貢献できたと考える。

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)

①入院早期に本人・家族を中心としたリハビリテーションチームを結成し、調整役の院内コーディネーターが存在し、目標設定やチーム連携を適切に行う必要があり、そのシステムを早期に制度化すべき。(全ての精神科入院患者様が平等に必要時必要量のリハビリテーションサービスを受けることができるために) ②地域生活支援のためには、多くの地域資源が必要。特に自立支援においては、3障害の別なく年齢の別なく、個々の生活に応じた支援体制が必要。地域資源の創設と整備が不可欠。③入院と同様、地域生活支援においても地域リハビリテーションチームの結成は退院前から必要。そのためにも、介護保険のケアマネジャーと同様、地域生活支援のためのコーディネーターが必要。地域資源スタッフの連絡調整や連携、本人・家族の相談窓口、チーム目標の設定検討など調整機能は早急に制度化すべき。④病院のコーディネーターの存在と地域のコーディネーターの存在があれば、病院から地域への支援の手をスムーズに繋ぐことができる。早急にコーディネーターの存在を制度化すべき。

事例報告 Summary Sheet[施設名: I 病院 患者: A氏 16歳 女性【昨年度関わった研究事例が再入院】 キーワーカー: O 職種 OTR 女性

	退院後6ヶ月目	入院1-2週目	3-4週目	2カ月目	3カ月目	退院後2週目〜	
日常生活の様子	毎週月曜日外来診察後、PTOT 交互に外来リハ実施を継続 毎週水曜日カギンクで疾病教育 自宅では臥床傾向強く、週2回塾に通うが眠気のため会話で終わっていたとの事	8月末病状再燃し入院。 入院の2日前に打会議開催していたため、同日にOT処方あり。幻聴・独語妄想など陽性症状著明。行動外は介助要 食事摂取以外は介助要	幻聴残存。眠気強い。 身辺 ADL は声かけで可能。食事以外は臥床傾向あり。寝付けないうとを訴えている。	起床時間が守れず、時間遅れて朝食を摂っている。更衣も覚醒の状況では介助必要なりある。障害福祉サービス事業所試験利用に備え生活リズム調整強化開始	障害福祉サービス事業所の試験利用(2/w)実施。外泊訓練中も事業所通所の練習を行う。目標ができて、生活は自立。自主的な余暇活動もみられる。	11月末退院。週間カギンク作成。月；受診とPTOT 水；心理教育勉強会 金；障害福祉サービス事業所児童デイサービス火木は自宅学習。依然と朝の眠気は残存。	
ケア会議の概要と目標設定	前回2月退院後、1ヶ月目に1回。その後は2ヶ月に1回の頻度で打会議開催。長期目標：将来は事務員になりたい。高校にも進学したい短期：生活のリズムをつくる	研究事例継続フォロー中であったためキーワーカー主導で会議開催。入院5日目に打会議開催。本人不参加。病状安定の治療と在宅生活設計の再検討を目標にした	再入院後2回目の打会議。本人参加し幻聴の事・事務員になりたい事を発言。チームの長期目標は不変。今回は在宅生活設計を決めて退院とすることを確認した	3回目打会議。病状安定し退院後の生活設計を検討。自宅から出かける機会や同世代との交流の機会を創るための利用のできる社会資源の検討を行う。	本人・家族としてもチームとしても同世代との交流の中で成長していく年齢であり、そのためにはやはり学校が最良の場。環境的にゾクな養護学校を再入院を決定。	退院後1回目。今回もでキーワーカーが調整司会する。カギンクは地域体制整備コーデ・イネーターが作成し次回から調整司会も行う。初めて父親参加。養護学校進学を決める	
薬物療法	精神安定のため⇒リスパダール(入院前ロサゼンに置換を試みていた)感情調整⇒デパケン 副作用防止⇒ヒレチア、イボト	精神安定⇒リスパダールのみ 他は同じ	不変	不変(全体的に微量減量)	不変	不変	
早期作業療法	外来作業療法：歩行訓練のため移動は歩行。階段昇降も可能。手芸やイトトなど実施し、自宅にも持ち帰り作業活動継続。	PTは病状不安定のため中断。OTは4日目から介入。本人のやりたいことから開始。奇声等あげ不安定状態。	PT再開。歩行訓練が主。OTでは散歩などを通して本人の本心を通き出す。友達がいらない事・CPという病気の事を話す	本人の成長過程での経験不足(公共の乗り物・機関の利用・小遣いやりくり・手紙やメール交換等)を補う活動体験	養護学校見学同行。中学時代の友達との交流に手紙作成・長距離歩行・屋外歩行・車椅子自操など応用動作強化	退院後は隔週で外来OT実施。院内車椅子自操若しくは歩行で対応。家庭での生活の様子確認と手芸活動持ち帰る	退院後は隔週で外来OT実施。院内車椅子自操若しくは歩行で対応。家庭での生活の様子確認と手芸活動持ち帰る
早期心理教育	病気の勉強会(小グループ)に参加。その後カギンクにて幻聴についてなど、心理教育継続	顔合わせ程度。アプロチ無し。打会議参加。	アプロチ無し	アプロチ無し。打会議参加。	アプロチ無し。退院後心理教育再開。必要時カギンク実施を予定。	毎週水曜日病気についての勉強会参加(家族も参加)	
資源制度情報提供	母親から家での生活が臥床傾向のため、デイサービスなど地域資源の利用を希望あり。 外来作業療法の時間に1ヶ所障害福祉サービス事業所見学実施。	地域資源利用の際の手続き等病院SWが説明。地域生活支援の強化のために地域体制整備コーデ・イネーターの参加を予定	地域体制整備コーデ・イネーターを紹介し、退院後の地域資源利用に向けた支援と特に地域生活支援調整をお願いした	障害福祉サービス事業所の利用の検討と利用手続き確認 学校通学の検討	市内には知的障害養護学校しかなく見学。学校説明会参加。市外にある肢体不自由養護学校教育相談申込み日程調整する	地域体制整備コーデ・イネーターが調整。知的障害養護学校説明会でも肢体不自由養護学校教育相談申込み日程調整する	
家族支援	月に1回、町の保健師が自宅訪問を継続。本人の状態観察と家族の相談を受けてもらった。	2回目の入院であることと打会議など退院後も支援体制ができていたため大きな不安無し。地域資源の利用を強く希望される。	自宅からの外出の機会と同世代との交流の場を提供するための支援に同意。キーワーカーと1ヶ所の児童デイサービスを見学する	本人の進路についてチーム全体で検討をと依頼。家族としても本人の将来を考えた今後の生活をおよび進路の支援を希望	学校通学までの社会資源利用の手続き等支援(保健師・行政職・SW)養護学校見学などキーワーカーと地域体制整備コーデ・イネーターで支援	本人の進路決定に向けて、行政職・本人家族・地域体制整備コーデ・イネーターと面談。住居地近くの作業所見学・養護学校相談会にスタッフ同行決定	本人の進路決定に向けて、行政職・本人家族・地域体制整備コーデ・イネーターと面談。住居地近くの作業所見学・養護学校相談会にスタッフ同行決定
地域連携その他	3月の打会議まで在学していた中学校担任教師および養護教諭・町の保健師が会議に参加。その後は、町の保健師・外来看護師は継続参加とした。	入院の知らせをキーワーカーより保健師に報告。在宅生活の設計再検討に協力を依頼する。	退院後の地域生活調整のために地域体制整備コーデ・イネーターにも参加をお願いした	地域体制整備コーデ・イネーター・保健師・児童相談所職員・障害福祉サービス事業所職員が打会議参加し、今後について検討	当面の在宅生活での社会資源利用の決定のため町役場福祉担当者も打会議に追加参加。手続き等も含め検討	障害福祉サービス事業所児童デイサービス利用開始(1/w)保健師・地域体制整備コーデ・イネーター家庭訪問・行政職員会議参加	

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名：B 氏，年齢：33 歳，性別：男性，診断：統合失調症，精神発達遅滞
 【現病歴】入院までの経過：小・中学校は特別支援学級に，高校は定時制に進学したが，いじめにあっていた。21 歳時，虫垂炎で地元の病院に入院し入院中に多弁，多動，精神運動興奮状態となり，幻聴や被害妄想等の精神症状が出現。その後地元の精神病院に 4 ヶ月間入院し，退院後 3 ヶ月ほどで通院が途絶えた。24 歳時，自宅で興奮状態となり両親への暴力があり再入院。その後もさまざまな精神病院で入退院を繰り返した(4 回)。当院への入院歴もあった。X-30 日から“隣の家の人に「人殺し」と言われた”“隣の人が僕の悪口を言い白い目で見てくる”“高校生の保護者に「あの人は迷惑も考えずに病院を利用する人だ」と言われた”等の幻聴や被害妄想が出現した。「人殺し」という声は家に一人にいる時にも聞こえていたとのことだった。“暴力振るってしまいそうだ”と言い，父親への暴力があった。X-1 日に隣人宅へ“変なこと言わないで欲しい”と怒鳴り込んで行き，隣人宅から苦情を受けた。翌日に母親と来院し，当院入院(入院日：X 日)となった。X+18 日に研究プログラムの説明を行い，同意を得て研究が開始となった。

2. 初期アセスメント

家族面：父親(大学講師)，母親(定時制高校講師)，弟(介護士)，妹(県外大学に在籍)。両親は厳格な性格で本人に指導的。本人は両親に認められたい気持ちが強く，特に母親に依存的。家庭での役割はなかった。社会面：29 歳時産業廃棄物処理の仕事(障害者雇用)をしていたが，いじめにあい退職。社会生活の場は限られていたが自宅近くの教会に通うようになり憩いの場となった。また見て見ぬ振りができず，駅での高校生の態度や他者の視線が気になった時等，自ら行動(文句を言う等)し対人的トラブルになりやすかった。心理面：再燃時は幻聴増悪，強迫思考が増強し衝動性のコントロールがうまくいかなかった。自信のなさがあり，再入院になり“期待を裏切ってますいません”と深々と謝り更に自信をなくしていた。過度に真面目な性格。思考障害はあるも学習は可能。SOS サインは出せるが早めに対処できずに状態悪化に繋がりがやすかった。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標：自宅で家事を手伝いながら安心した生活を送る。家での生活を続けていく。
 将来(両親定年退職した後等)，働きたい気持ちはあるが，仕事については焦らずに考えていく。
 短期目標：①自宅へ退院する。②どのようなときに病気が再発しやすいかを知り早めの対処(疲れを溜めない工夫)を身につける。③他者に何か言われたとき，言われたと感じたときには聞き流したり，病院職員に相談できるようになる。④家族が本人とその病気・再発のサインについて理解する。
 援助方針：①心理教育を行う(集団プログラムへの参加は促さず個別に対応)。②自宅へ訪問し家族心理教育を行う。また近隣住民にも本人と病気についての啓発活動を行う。③OT へ参加する。

4. 治療・援助の経過**(1)早期作業療法**

【入院中】母親に教えてもらった広告紙を使ったゴミ捨て容器を作成。他の活動は頑として拒否。強迫的な確認行為が多く，過度に人に気を使い必要以上に周囲の人に謝罪してまわること。その一方で，他患者の悪気はないであろう行動(背後を通るとき少しぶつかる等)に，表情を一変させて OTR に訴え謝らせることを要求するが，まず OTR に伝えるよう対処法を徹底した。次第に OTR にそっと報告し対人的なトラブルはなくなってきた。しかし外出時の道中で近所の人や高校生に悪口を言われた等で学校や教育委員会に電話して対処し切れないことがあった。OT 室では徐々に他患者との交流が見られるようになり，自分から革細工での財布作り(交流のあった他患者がやっていた活動)を希望した。作品作りは必死になって取り組み，休むことなく続けてしまうため，息の抜き方を体験的に学習していけるようにするため，時間を区切り活動と休息により体験にメリハリを持たせた。病棟内ではあまり病室から出なかったが，徐々に病室から出て集団プログラムにも参加するようになる。退院前には生活計画表を作成し家での過ごし方を計画した。

【退院後】週 2 回の外来 OT を実施。自宅の廊下や部屋の掃除をしてもらうため，生活状況と疲労の程度を確認し，活動と休息のバランスを考えながら，疲労を溜めすぎないことが必要であることを繰り返し共有しながら実施した。外来 OT では革細工を継続して行った。家族だけでなく母親の学校生徒や教会の人達にも革細工でプレゼントを作った。また，主治医とのコミュニケーションツールとして，要望・伝達事項を整理して気持ちを伝えやすくするための記入用紙を作成・使用し，“きちんと伝えられてよかったです”と話す。

(2)早期心理教育

【入院中】個別で実施。再発時の状況を確認しながら，再発のサイン，服薬，ストレスの対処法について検討した。また入院=失敗ではないことを伝え，(休息)入院の利用の仕方についても指導した。疲れが溜まったときや夜眠れないことが続いて生活リズムが乱れたときに，イライラ感やソワソワした感じが強くなり，幻聴等の精神症状が出現し，周囲の言動が気になってしまい，さらに状態悪化や対人的なトラブルに発展しやすいことが確認された。家での生活を想定しながら，疲れを溜めない工夫や何か言われたと感じたときの対処法を検討した。また他者に何か言われた時やそのような気がしたときは PSW または OTR に連絡相談することとした。次第にその方法について(強迫的ではあるが)確認するようになり，肯定的にフィードバックした。外出や外泊時に，悪口を言われたような気がしたと，相談の電話連絡をしていくことがあった。

【退院後】再発のサインと対処法(疲れを溜めない工夫・休息方法)について入院中に行った内容を復習した。また，“家の生活は楽しいです”と表情良く語ることが多く，家で生活しながら緩やかに回復していつていることを共有していった。本人の言う“楽しい”生活を続けていくためにはどうしていけばいいかという

視点を本人が持ち、疲労をためない方法やストレス対処が身につく、それが有効に出来ていることを定期的に確認し正のフィードバックを行っていった。

(3)資源制度の情報提供

【入院中】退院後に利用できる資源についての説明を行った。外来OTと訪問看護を希望した。

(4)家族支援

【入院中】PSWが両親と連絡を取り合い自宅に訪問し、家族心理教育を行った。

【退院後】訪問看護時に家族を含めた面接を行った。本人の状況と生活状況などを確認し、緩やかに回復していること、当面は安定した自宅での生活を続けていくことを家族とも共有した。また本人の状態悪化のパターンと再発のサイン等も伝えてそれらが見られたときは病院へ連絡してもらうよう協力を依頼した。

(5)ケア会議・地域連携・その他

【入院中】2回のケア会議を実施。病院にて本人、地区保健師、両親とで面談を行った。隣の住民には両親から本人のことで病気について説明し理解が得られた。保健師は住宅周辺の住民に本人の病気についての説明を行った。1回目ケア会議(本人含む)で自宅退院の方向性を決定した。そこで、再発防止と家族支援の必要性について確認した。家族へはPSWが訪問し家族支援を行った。また退院前に保健師を含めた2回目のケア会議を行い、退院して安定した自宅生活を送ることを目標とし、家事等は無理して行わずまずは入院疲れを取り、家での生活に慣れることを合意した。また退院後は担当保健師とも電話連絡がとれる体制を整えた。

【退院後】3回のケア会議を実施。退院後、PSW(途中からNsとOTRへ変更)が継続して訪問看護を行った。3回目のケア会議では退院後の状況と各職種のケアについて確認し、再発を防ぎながら本人の言う家庭での“楽しい”生活が継続して送れることを目標に支援していくことを再度確認した。本人の希望でハローワークの職員にも参加してもらった。4回目と5回目のケア会議では目標が達成できており、家での役割が増えてきていること、それによって家族が感謝してくれていること、家族との関係性も良好になっていること等を確認し、また家族の再発予防における役割についても各職種間で共有した。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

・入院から109日(プログラム開始後91日)で退院となった。自宅に退院し、2週間に1回の外来受診と訪問看護、週2回の外来OTでフォロー。また、保健師との連絡体制が整った。

・退院当初は自宅と病院の往復、教会へ通うといった限られた行動範囲であったが、冷蔵庫の中をチェックして足りないものがあるとスーパーへ買いに行く等、家庭での役割や行動範囲の広がりをみせている。

・自宅生活について“楽しいです”とにこやかに話し、自宅では家事(回覧板を回す、ゴミ出し、廊下掃除、炊飯、灯油の汲み入れ等)を手伝い家庭での役割を担っている。家庭菜園での母親と一緒に楽しみながら野菜を作ったり、父親と外食に行く等、家族関係は良好になり、家族からも感謝の言葉が聞かれるようになった。週末には母親との買物や教会に通うことを楽しみにしている。

・週末には自宅近くの教会に通い、教会主催のキャンプやクリスマス会等のイベントにも参加し“楽しかった”“でも疲れが溜まったので次の日とその次の日はゆっくり休みました”と早めに休んで生活ペースを保ち、自分で生活を管理できるようになった。また近隣住民や教会の友人から柿や料理をもらったり雪かきを手伝う等、交流が増えてきている。

・BPRS：開始時 67→退院時 22→終了時 20 / GAF：開始時 40→退院時 55→終了時 60

6. 考察

・入院中、徐々に他患者との交流が見られるようになり、革細工を自ら希望し、集団プログラムにも参加するようになった。安全が保障された中で徐々に興味と行動範囲が広がっていった。また息の抜き方・休み方が、具体的な活動体験とその後の休息による、メリハリのある体験を通じて身につけていったと考えられる。

・今まで対人的なトラブルに発展する前に相談できず、介入当初の入院中の外出・外泊時にはあまりうまくいかないことがあったため、まずは病院内といった保護的な空間で好ましい対処法を身につけることを目指した。それによって相談できるようになり、対人的なトラブルは見られなくなった。また心理教育によって再発の原因とサインを学習し、疲労を溜めないように自律的に休息も取れるようになったと考えられる。

・自宅生活を続けていくために、家族支援が重要であった。また近隣住民とトラブルがあった本人にとっては、地域住民に理解してもらえるような啓発活動が大切であった。物理的にも心理的にも安心できる居住環境を整えることがスムーズな退院とその後の地域生活の継続に繋がると考えられる。

・入院中から地域スタッフとして保健師にケア会議に参加してもらい連絡体制を整えることと本人のケアチームを知ってもらうことは、退院後の連携がスムーズに取れることや本人が生活で困ったときの相談相手が増える等で安心感を増すことにも繋がった。またケア会議は、治療チーム間のコミュニケーションを深め、それぞれの職種が果たす役割を確認していくことができたため、重要な機会であった。

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)

・再発を繰り返している事例に対しては、本人への支援だけでなく、家族や地域住民を含めた環境調整・支援が重要。病院スタッフだけでは地域への支援は難しいことが多く、地域スタッフが入院時からケア会議に参加し、各職種が役割分担を行うことでスムーズに地域生活へ移行しやすいと思われた。そのための病院-地域ネットワークの構築が大切で、キーワーカーの果たす役割が大きいと思われる。地域にもキーワーカーを配置した方が連携はとりやすく、そのあり方・有効な連携体制についての検討が必要だと思われた。

・本人を含めたケア会議の実施は、多職種のケアの足並みを揃えることと本人の安心感にも繋がりがやすいため有用であった。しかし、ケア会議の実施には多くの時間と労力を要するため、効率よくしかし有効にケア会議を実施していくための工夫が必要であると思われた。

事例報告 Summary Sheet[施設名:T病院 患者:B氏 33歳 男性 キーワード:S 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~	
日常生活の様子	ほぼ毎日OTに参加。病棟では病室で過ごすことが多い。他患者との交流はほとんどなかった。 ADLは自立。しかし、睡眠状況について、熟睡感はなく、中途覚醒も多かった。 X日：入院・OT開始	OTでは他患者との交流が見られるようになってきた。昼食後、1時間程の散歩を開始。また自宅外泊を行った。入院18日後に研究プログラムでの説明を行い、同意を得る。 X+18日：研究開始	落ち着いた入院生活を送っていた。 週末には自宅外泊を継続して行った。	自宅へ退院し、退院後は主に自宅で生活していた。生活の行動範囲は自宅と病院の往復と限られていた。 母親と買物外出や父親と外食もあった。教会にも通い始めた。 X+109日：退院 X+111日：外来OT開始	週末は母親との買物や教会の活動やイベントへの参加が生活パターンの中に加わった。家事も手伝うようになり、家での役割は徐々に増えつつある。教会の活動も増えつつあり、外出も一緒に行動する機会も増えている。また、家族から感謝されたり、外からも感謝されたり、家族関係も良好になってきている。	雪かきを手伝う等、近所の住民との交流が増えている。 また、家族から感謝されたり、外からも感謝されたり、家族関係も良好になってきている。	
ケア会議の概要と目標設定	本人を交えたケア会議で自宅退院の方向性を決定。退院に向けての目標と各職種の役割を確認・共有した。再発防止と家族支援の必要性があった。	退院前のケア会議。退院して安定した自宅生活を送ることを当面の目標として確認した。	退院前のケア会議。退院して安定した自宅生活を送ることを当面の目標として確認した。	退院後のケア会議。再発防止が家族での生活を送る上で重要な目標として各職種の関わりを確認した。	4回目のケア会議では家族での生活の目標の達成と継続して支援していくことを確認した。	5回目のケア会議では家族での役割の増加、家族の再発予防における役割と方法を他の職種間で共有した。	
薬物療法	1日3回朝夕食後服用 セロクエル100mg 6錠 セデイル20mg 3錠 1日1回寝る前服用 セロクエル100mg 6錠 ベンザリン錠10 1錠	1日3回食後服用 セロクエル100mg 5錠 セデイル20mg 3錠 1日1回寝る前服用 ベンザリン錠10 1錠	1日3回食後服用 セロクエル100mg 5錠 セデイル20mg 3錠 1日1回寝る前服用 ベンザリン錠10 1錠	1日3回食後服用 セロクエル100mg 6錠 セデイル20mg 3錠 1日1回寝る前服用 セロクエル100mg 6錠 ベンザリン錠10 1錠	1日3回食後服用 セロクエル100mg 6錠 セデイル20mg 3錠 1日1回寝る前服用 セロクエル100mg 6錠 ベンザリン錠10 1錠		
早期作業療法	母親に教えてもらったという広告の紙を使ったゴミ捨て容器を作成。はじめのうちは頑として他の活動は断っていた。しかし自ら革細工を希望し、実施し始めた。	革細工の財布作りを実施。表情もほぐれてきていた。集団でのレクリエーションや身体性プログラムにも参加するようになった。	革細工の財布作りを実施。表情もほぐれてきていた。集団でのレクリエーションや身体性プログラムにも参加するようになった。	革細工の財布作りを実施。表情もほぐれてきていた。集団でのレクリエーションや身体性プログラムにも参加するようになった。	革細工に加えて、主治医とのコミュニケーションとして、主治医への要望・伝達事項を整理して書く記入用紙を作成し使用。	革細工に加えて、主治医とのコミュニケーションとして、主治医への要望・伝達事項を整理して書く記入用紙を作成し使用。	左同。
早期心理教育	集団への適応は難しかったため、個別に実施。心理教育の説明を行った。	再発のサイン、服薬、ストレス対処について検討。また入院=失敗ではないことを伝え、(休息)入院の利用方法についても指導。	再発のサイン、服薬、ストレス対処について検討。また入院=失敗ではないことを伝え、(休息)入院の利用方法についても指導。	入院中に行っていた内容の復習と、生活状況を踏まえながら、再発のサインと対処法、休息方法について再度確認した。	緩やかではあるが、着実に回復していついていくことを、イメージ図を用いて確認・共有した。母親とも一緒に確認した。	ストレスへの対処、疲労を溜めない工夫が身についていることを定期的に確認し継続して正のフィードバックする。	
早期プログラム		PSWが自宅訪問し研究参加への同意を得た。家族心理教育を実施。保健師は住宅周辺の住民に本人の病気についての説明を行った。	外来OT、訪問看護の説明を行い、利用の仕方(頻度等)を決めた。継続して実施。				
地域連携その他	病院にて本人、地区保健師、両親と面談を行った。隣住民には両親から、本人のことで病気について説明した。	保健師は住宅周辺の住民に本人の病気についての説明を行った。	地域スタッフとして保健師がケア会議に参加。退院後は担当保健師とも電話連絡がとれる体制が整った。	ケア会議には保健師と、本人の希望でハローワークスタッフにも参加してもらった。訪問看護(PSW)を開始。	訪問看護時に家族を含めた面接を実施。再発予防への協力を依頼。保健師、ハローワークスタッフにケア会議に参加してもらった。訪問看護(Ns, OTR)を継続。	訪問看護(Ns, OTR)を継続。	

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名: O氏, 年齢: 24 歳, 性別: 女性, 診断: 統合失調症
 [現病歴] 入院までの経過: 同胞 3 人の第 1 子。中学卒業後はアルバイトを転々。X-5 年両親離婚し、母に引き取られるが X-3 年に母は乳癌で他界。その後は風俗業で生計をたて、祖母の介護や妹達の面倒をみていた。X 年 1 月頃から全身倦怠感を主訴に、内科受診。精神科クリニックを勧められる。この頃から「家に盗聴器が仕掛けられている」と妄想。クリニックには定期受診していたが、暴言などの攻撃性と思考障害が増悪し警察に保護され X 年 6 月 7 日に当院へ医療保護入院。入院中は薬物療法、心理教育、OT、デジタル(DH)試験通所などを行い安定。外泊を繰り返し X 年 8 月 22 日に自宅退院。退院後しばらく家事に専念していたが、困難となり不安定となる。外出も困難で自宅に籠もるようになり、携帯電話を使う機会が増え、通信販売でプリント物を購入したりエフを契約したりとローンを組んでしまう。その返済から「働かなくては」という焦燥感と「何も出来ない」葛藤から情緒不安定となり、希死念慮、思考障害が増悪する。X 年 9 月 8 日に本人・家族が入院を希望したため任意入院となる。

2. 初期アセスメント

健康面: 統合失調症、不眠。**身体機能**: 振戦、ふらつき、食欲不振。**精神機能**: 不安を具体的に言語化できず、自己解決も困難で短絡的・衝動的に希死念慮・自殺企図へ発展する。月経前は特に情緒不安で興奮、パニック、怒声が著明。思考障害 (+) 幻聴 (+)。**活動**: 朝は起床困難で午後から活動することが多い。日中はじっとしていれず、同世代の他患との交流や院内散歩、喫煙をして過ごす。ADL は自立。不安から外出困難。

参加: 前回入院時は 26 日目より OT 開始。心理教育も 33 日目に実施し、1 ケル(4 回)を終了した経緯もあり今回は自ら OT 室へ見学に来る。しかし集中力はなく、短時間で終え興味関心が低い。DH にも消極的で、前回の退院時に DH へ通所予定だったが、経済的な理由と精神症状から通所できず。毎週日曜日に妹(次女)が面会に来る。**環境因子**: 両親は離婚。母、祖母が他界後は 3 姉妹で生活。父からの援助は無い。経済面は主に次女のアルバイト収入(夜間週 5 日コピ)で生計をたてている。遺族年金延長の手続きをしている。生活保護の申請も試みたが、次女が車を所持し母親の貯金もあるとのことで相談の段階で断られた。妹(三女)は知的障害で施設に通所している。入院時に付き添ってくれる家族と同等な友人がいる。**個人因子**: 元来、温厚で周囲に気を配り面倒見は非常に良く対人交流も良好だった。病前はアルバイト(調理補助や風俗)で生計をたて、家事も中心的に行っていた。しかしながら退院後の浪費を機に情緒不安定となり、退院後に通信販売やエフの契約などで焦りと不穏に移行している。「仕事がしたい。お金が欲しい」と希望するが、仕事については短絡的で「楽に稼ぎたい。チャットレディがいい」と現実感がない。

まとめ: 精神状態は不安定で、衝動的な自傷の危険性は高い。言語化困難な為、現状や将来の話が具体化せず、不安が助長される。活動には興味関心が低く、無為的。仕事は、家族を養う責任感と借金の不安から「しなければならぬ」と焦っている。実際に経済面は厳しく、何らかの支援が必要な状況である。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標: ①自宅退院し、DH へ通所する ②将来は仕事をしたい

短期目標: ①精神症状の安定 ②不安要素の軽減 ③活動習慣の構築 ④活動性の向上
 ⑤集中力・持続力の向上

方針: 入院 1 週間ほどは休養を目的に、2 週目頃から活動性を促していく。退院先は自宅から DH 通所を目標に入院中から試験通所を行い習慣化する。希死念慮により衝動的に行動化する可能性はあるが、行動化しても OT・DH は継続する。経済面の調整として、自己破産、生活保護受給、成年後見制度を家族を含め検討する。

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

本研究前の初回入院時 26 日目より OT を実施した経緯がある。毎回参加するが集中力散漫で飽きっぽく乱雑で作品の完成度も低い状態だった。「仕事」を目標とするが確たる動機付けにはならず、余暇的な活動が中心となった。結果、OT スタッフと接する機会が多く、良好な関係を築くに至った。

今回入院では、以前の経験もありスムーズに導入。しかし OT に対し余暇的なイメージが強く集中力なく興味も広がることなくスキルアップに繋がる意欲は低かった。楽しめない苛立ちや就労の焦り、借金の不安を助長させてしまうことも多かったが、前回より引き継ぐ治療関係の中で個別対応の機会を増やし、プログラムの目的を明確にしたことにより継続的な参加が可能となる。その間、自傷行為があった翌日でも主治医の方針と本人の意向により OT を継続した。その他、精神症状が増悪し自傷リスクの危険性から止むを得ず保護室へ隔離された 3 週間後もすぐに OT を再開。その後は時に遅刻はするが、きちんと参加している。

援助内容は、午前は臥床し午後からの活動していた習慣から 9:30 に OT 室で創作を行うことを約束し、生活習慣の改善を試みた。作業種目は本人の意向を中心に塗り絵、ミサガ、ビーズ細工と短時間で完成するものから開始。作品に対する愛着もなく乱雑で諦めも早く、5~15 分程度の作業時間。OT 開始 11 週目に集中力、持続力の欠如を伝えるとともに、明確な作業時間(20 分作業・休憩・20 分作業)と継続的な作業(タイムスケジュール)を開始。精神状態の安定に伴い集中力・持続力が向上し、完成が近づくにつれ達成感を口にようになる。また、調理活動には積極的で、家事を行っていただけに手際もよく、周囲への気配りもしながら取り組み、健康的な一面が垣間見えた。

(2) 早期心理教育

前回の入院中(33 日目)に 4 回 1 ケルの心理教育を実施。4 回すべて参加するが、十分な理解には至らず、

具体的な振り返りは困難な状況だった。今回も心理教育プログラムを検討するが、IQ57±5 (WAIS-R) であったことから主治医の個別対応で疾患教育やクライシス介入を試みる。不安や希死念慮が言語化できず行動化した場合は、その都度フィードバックを繰り返すことで自己フィードバックが言語化可能となってきた。退院と就労の焦りも減り、治療に専念する考えと変化した。

(3)資源制度の情報提供

PSW と保健所 PHN が中心に行う。

- ①借金：不安が強く返済能力も無いため、本人は自己破産を強く希望。弁護士への相談を勧め、本人と友人とで役場の弁護士の相談したところ、返済義務なしと判断され解決。
- ②生活保護：経済苦が不安の一因であり、生活保護申請を次女に提案。車の所持や貯金があり、過去に断られた経験から拒否的。症例自身も仕事を希望し、難色を示す。
- ③成年後見制度：今後も借金の可能性があるため、次女に説明し手続きを勧める。
- ④ヘルパー：「発症前は家事全般を行っていたので役割を取られたくない。」と本人拒否的。妹（次女）も同様。
- ⑤遺族年金：延長手続き済み。12月中旬に支給あり。
- ⑥障害年金：WAIS-Rの結果から障害年金申請を検討。IQ57±5（軽度の精神遅滞）

(4)家族支援

キーパーソンは妹（次女）。面会が主に日曜日のため、情報提供は主治医や PSW から随時電話で伝達。外泊から帰院した際に妹（次女）と面談する機会があり、本研究の説明を行い、チームとして支援することを確認できた。

(5)ケア会議・地域連携・その他

ケア会議：6回実施。本人は状態不安定な時期があり、3回のみ参加。妹は仕事の都合で参加できず。

3回目から保健所 PHN と市役所 PHN が会議に出席。

保健所 PHN：地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、自宅周辺の調査、生活保護の検討、妹（次女・三女）との面談、妹（三女）通所施設スタッフとの面談など院外の情報を収集し会議内で共有。精神障害者地域支援事業と共同し検討を行う。

市役所 PHN：妹（三女）の自立支援事業の観点から、ヘルパーなどの生活支援を提案。

退院前訪問指導：外泊時にキーマンが自宅を訪問。帰院時に公共交通機関を利用。

5. 結果（成果と転帰、退院後のケアプランなど）

入院 5 ヶ月が経過した現在も入院中だが、前回入院と今回の入院は一連の流れで治療が進んできた。今回入院に至った希死念慮をはじめとする精神状態の鎮静に時間を要したが、1度退院したことで初回入院時に見出せなかった問題点が明確化できた。この間において精神状態の安定と生活習慣の構築が達成し、これから家事や自己管理といった退院後の生活スキルの向上を目指し、調理活動や外泊訓練、DH 試験通所を実施しながら調整していく。ケア会議を早期から実施してきた結果、ケースの把握や情報の共有が早い段階から行え、いかなる状況でもプラン継続が実施できた。また、病識が乏しく入院が長期化しているが、外堀を埋め退院しやすい環境調整が行えた。

6. 考察

・OT 開始当初は前回入院で経験した余暇的なイメージが強く、動機付けが困難だったが、ケア会議により「退院して安定した生活を送りたい」「就労したい」という意向に沿った目的が擁立され、治療方針が明確化されたことにより OT の動機付けが可能となった。現実の回復過程で不安回避性の希死念慮が自殺企図へ行動化し、その鎮静に時間を要したが、どのような状況下でも各職種が統一した方針の中で対応したことと、安定時にきちんと動機付けが行えていたことで OT を継続でき、症状安定と現実感の回復と同時にアプローチできたと思われる。

・初回入院では早期介入を試みたが、具体的な問題点抽出には至らないまま終わっていた。しかし、今回は短期間ではあるが 1度退院して社会生活を実施したことで本人自身にも治療者にも問題が明確化され、また周辺スタッフを交えケア会議を定期的に開催することで、医療外の情報も把握でき、症例への理解を深めることができた。また、スタッフ間においてもこれまで漠然としていた他職種の役割が明確となり、また各々がその役割を確実に遂行するので本人・家族にとっても信頼関係が築け、安心を感じられたのではないと思われる。

・キーマンは OT 業務と兼務せず、プログラムチームの調整に徹したことで地域スタッフとの連携が良好に行ったのではないと思われる。また、精神障害者地域支援事業と共同できたことも地域スタッフとの協力を得られた要因のひとつと考える。

・これまでも退院に向けた会議に保健所や市役所の PHN が入ることがあったが、いずれも退院直前に行くことが多かった。今回のように早期から会議に召集することで、医療の観点外の意見を早い時点で提案してもらえたので、チーム内で十分に検討ができ、また症例・家族にも余裕を持って検討・選択できる時間を提供できたものと思われる。PHN にとっても入院中から情報を得て関係を構築することで、退院後の関わり方を良好にし、このことがケースの地域での生活の質の向上に繋がるものと考えられる。

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）

- ・病院と地域との連携を円滑に進めていくには、入院早期から地域スタッフのカンファレンス参加が望ましい。
- ・本症例はまだ退院していないが、地域へ移行した際も現在のキーマンが調整を行うべきか検討中である。今回は DH の作業療法士がキーマンを務めたので退院後も継続しても問題はないが、院内のスタッフであれば調整は難しいことが予想される。地域に移行した際のキーマンの設置が必要。

事例報告 Summary Sheet【施設名： D 病院 患者： 0 氏 24 歳 女性・男性 キーワーカー： W 職種 OTR 女性・男性】

	入院 1～2 週目	3～4 週目	2 カ月目	3 カ月目	4 カ月目前半	4 カ月目後半	5 カ月～
日常生活の様子	入院時は借金と陽性の不安と陽性症状で希死念慮があるが、薬物増量で安定する。外出後より症状再燃するも安静に落ち着く。2 週目は活動性向上し、「電車に乗る練習がしたい」「近所に買い物に行きたい」と希望する。	他患者との交流が増えるが、その対応に疲労感。現実感も出て治療の必要性も自覚する。漫画は読めないが、雑誌は眺めることができるようになった。研究の説明と同意を得る。第 1 回ケア会議評価と自宅退院の確認。① 生活リズムの改善 ② OT 参加 (9:30～)	借金問題が解決し、活動性が向上する。さらには月経前で症状再燃し、希死念慮、自殺企図があり 12 時間の隔離を行う。翌日には落ち着くが希死念慮は続く。第 2 回ケア会議弁護士に相談し、自己破産の必要性なしと判断。成年後見制度の検討、薬の自己管理 (1 日分)、OT・DH の継続。	第 3 回ケア会議地域支援者と情報交換。生活保護、ヘルパー導入、成年後見制度の検討。第 4 回ケア会議三女の情報生活保護の情報	外泊中に自殺企図。個室で施設対応するも再度自殺企図。陽性症状も顕著なため保護室へ転棟。	刺激遮断と薬物変更にて希死念慮は消失。隔離病棟へ戻りに、他患者と交流する姿もある。	30 分の単独外出と行動範囲の拡大 (院周辺の許可。外泊訓練も実施。
ケア会議の概要と目標設定	入院時ケアプラン実施。不安がひどい。陽性症状増悪すれば閉鎖病棟も検討する。① 退院後ケア（ホスピタル(DH)に参加。入院中に試験通所。② 1 週間は休養	研究の説明と同意を得る。第 1 回ケア会議評価と自宅退院の確認。① 生活リズムの改善 ② OT 参加 (9:30～)	第 2 回ケア会議弁護士に相談し、自己破産の必要性なしと判断。成年後見制度の検討、薬の自己管理 (1 日分)、OT・DH の継続。	第 3 回ケア会議地域支援者と情報交換。生活保護、ヘルパー導入、成年後見制度の検討。第 4 回ケア会議三女の情報生活保護の情報	第 5 回ケア会議状態が安定したので本人も参加。ケアプランの再確認と本人の意向を確認。	第 6 回ケア会議経過報告。外泊訓練時に退院前訪問指導と公共交通機関を利用し通院練習を計画。	
薬物療法	入院時 AR16 mg、OLZ10 mg→OLZ20mgへ変更。不安薬もレキソリ 6mg、メイワックス 1mg→レキソリ 1mg、メイワックス 2mg へ変更。頓服 RIS 内用液 1mg/ml。	ベソリン 5mg 追加。ライオックス中止とセパリン 2mg→1mg へ変更。	レスリン 25mg 追加。頓服にレキソリ 2mg 追加。	083. ツムラ抑肝散加陳皮半夏 5g を追加。	レスリン 25mg 追加。	068. ツムラ芍薬甘草湯 5g を追加。	
早期作業療法	入院翌日より OT 及び DH 試験通所の依頼が Dr よりり処方。前回の入院時に OT 参加していたこともあり自ら OT 見学へ来る。面接後、メイワックスを開始するも集中力なく 15 分程度の短時間。	朝起きられず、担当 OTR が病室まで迎えに行く。OT 室では集中力なく過ごす。借金のことが気になる集中できないのとこのこと。	午前は OT 室、午後は DH とする。12 時間の隔離となるが、翌日から OT 再開。集中力をつけたいとヒアーズ・細工を希望。20 分程度。	OT 拒否的だったが Dr より再度目的を説明。毎日 OT 参加するようになる。20 分作業、休憩、20 分作業を目標。タイムアウトを行う。	隔離解除し、閉鎖病棟に戻ってからはおアソビグループ(物)に参加。OT も再開する。振戦著明。	タイムアウト継続。振戦があるが訓練と意欲的。完成が近づき、更に集中力が向上。	
早期心理教育	入院時に入院計画を主治医より説明。入院期間 1～2 ケ月の予定だが、退院を急がず療養することを伝える。	前回の入院中に心理教育を受けたことと事で拒否的。	Dr より再発予防策を実施。短絡的な考え方で具体的な解決法を言語化できない。	DH、OT の目的を確認。就労実現のための訓練として説明。WALS-R: IQ57±5	状態について言葉に直視し不安や逃避的な気持ちがある。	主治医より副作用について説明。	
資源制度情報提供	借金が不安材料のひとつであるため、対策の手段として自己破産について説明する。	電車に乗る練習を計画。生活保護の検討。	自己破産を弁護士に相談するよう PSW より勧めめる。結果、自己破産の必要性なしと判断。	成年後見制度について PSW より本人と妹に説明。生活保護について再度説明。	障害年金、自立支援医療、DH 利用料の説明。	障害年金、自立支援医療、DH 利用料の説明。	
家族支援	Dr より病状と治療説明。	仕事の都合で日曜日、祝日のみの面会のため面談できず。	ナシ	成年後見制度について PSW より妹に説明。生活保護について再度説明。	ナシ	退院前訪問指導を実施し、退院後の支援を説明	
地域連携その他	ナシ	ナシ	地区担当の保健師、市の保健師に協力依頼。	保健師と本人が顔合わせ。三女の通う施設へ調査及び面会。	ナシ	退院前訪問指導機関を連携し通院の練習。	

*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。患者氏名には記号を入れてください。

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名: B 氏, 年齢: 35 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症
 【現病歴】入院までの経過: 証券会社に就職後、X-13 年より同僚に対しての被害関係妄想(同僚が自分のロッカーをのぞいている感じがする)が出現。X-12 年 2 月 M クリニック受診。同月 A 大受診し統合失調症と診断され休職。同年 9 月一旦復職するも出勤できなくなり再び休職。同月主治医の関係で B 病院へ転院するも、服薬が続かず症状も改善せず X-10 年に退職。その後自閉的な生活が続く。X-7 年アカシミア様症状のため C 病院を受診したことを契機に入院。X-6 年 7 月の退院後も服薬不徹底で独語、空笑、自閉、拒絶などの症状で自宅での生活が破たん。相談支援事業・地域活動支援センター(以下、D センター)の援助を受け、単身生活を開始したが病状は安定せず。X-4 年に短期間入院。服薬中断による幻覚妄想状態の再燃のため X 年 12 月に入院。

2. 初期アセスメント ◆ACT 利用は退院の条件として提示され承諾した様子。

【精神症状等】陽性症状は見られず、意欲低下、自閉等の陰性症状のみ。服薬中断で昏迷状態に陥ることが多い。疾患に対する理解は乏しく、関心もあまりなさそう。支援者以外との対人交流はなし。

【家族状況】両親(とくに父親)は過干渉。両親との関係はこじれており、両親との同居や関わりに拒否的。

【経済状況】障害年金 2 級と親からの経済援助。本人は両親の関わりに拒絶的で、両親と疎遠となる手段として生活保護を希望。経済状況から生活保護は該当せず。

3. 治療・援助の目標と方針

入院中、ACT には生活保護の実現を希望するのみで、「生活に不安はない」と、退院後の支援内容の希望は出ず。服薬中断から入院に至った経過を振り返り、唯一、週 3 の訪問時に服薬確認を行う了解を得る。退院直後、実家に SOS を出し救急外来受診や、D センターに駆け込み入院の希望。その際には、ACT の受診同行と送迎支援の提案には歓迎的であったが、退院後 1 ヶ月の訪問の大半は迷惑がる素振りを見せ、玄関先での口頭の服薬確認や、生活状況の確認に YES・NO で返答する程度のやりとりに留まる。一方、身体不調には早急な解決を求め、訪問や外来で薬の増量による症状改善を強く希望。独居の不安がベースにあると思われ、不安を聞くとともに日中の過ごし方の工夫などを提案。特定スタッフへの拒否あり担当調整を図る。体の動きの緩慢さが目立ち、困り事がありそうだが、関わられる不安が強いのか生活支援を断る。

◆目標: 支援者に警戒心をもっている本人が信頼できる相手になる。隠れたニーズを丁寧に見つけ実現へ。

◆方針: 受入れやすい支援内容や方法を模索。本人からの SOS に迅速に対応。関係性の深まりに伴い、一緒に取り組めることは増えるはずなので、支援者側が関係作りや支援内容を広げようと提案を焦らないこと。

4. 治療・援助の経過**(1)作業療法**

該当せず

(2)心理教育

薬の必要性、不安時の頓服利用方法、動作緩慢と薬量の関係、不安対処力の改善: 個別の話し合いを継続。

(3)資源制度の情報提供

・自立支援医療更新、自立支援(居宅介護)の申請手続き、権利擁護事業

(4)家族支援 当初、両親の ACT への期待は強く、状況確認の電話や FAX が度々入る。本人の生活改善点を事細かく指摘。

・主にケア会議で、家族の不安や干渉したい気持ちを受け止めつつ、本人ペースでの変化を待つことを促す。

・本人の変化を伝え、適度な距離感を保ち見守ることの重要性を繰り返し説明。

・家族からの電話相談: 家族の不安や本人への対応方法の相談に応じる。

(5)ケア会議・地域連携・その他 本人、両親、病院 (Dr/Ns/PSW)、D センター PSW、市役所障害者支援課、ヘルパー事業所

・時期に合わせて、必要なメンバー(上記)を参集し、ケア会議実施。 ・不動産に家屋修理依頼

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

侵襲性の少ない関わりを粘り強く行なうなかで、SOS の解決希望だけではなく、困り事の相談が増え始める。清拭とヒゲ剃りの支援、衣類や布団の購入同行、ヘルパー(入浴/掃除)利用、ゲーム機購入の電車同行など、生活充実や拡大にむけた希望が増える。現在では、自身の苦手なこと、自分一人ではできないことを少しずつ開示している。必要な支援を自ら求め、生活をしやすいサービスを手順通りに活用し始めている。

6. 考察

支援者との十分な関係構築ができないまま、服薬中断による症状悪化と入退院を繰り返してきた頻回入院ケース。頻回入院ケースでは、その経過ゆえ支援の重要性を説得され、支援が開始されることも多い。退院前は退院許可を得るために服薬/通院や支援を了解するが、退院直後から支援者に距離を置き、関係性が深まらないままトッピングアウトする場合も多い。治療動機が低ければ外来も途絶え、来所型サービスにも当然繋がらない。訪問型サービスでは、侵襲性への十分な配慮が求められるが、『リハビリの応援-当事者ニーズ』を支援の軸におくことで、本人との協同関係が生まれやすく、頻回入院ケースに対する有効な支援方法である。家族との関係調整も重要。

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)

措置/医療保護入院を繰り返す、頻回入院ケースの地域支援に関しては、まだ支援報告例が少なく、今後、事例を積み上げ効果的な支援方法を探っていく必要がある。困難事例として支援者が頭を悩ます人たちのケアマネに関して、医療/福祉/行政関係者が日常的に事例検討を重ねる機会が必要。地域に必要とされる支援システムがどのようなものか、より具体的になってくるはずである。また、市町村に設置が求められている自立支援協議会が、困難事例への対応のあり方を検討する場として、有効に機能する工夫も今後の地域の課題である。

	退院前1ヶ月～退院時	退院後1-2週目	退院後3-4週目	退院後2-3カ月目	退院後4-5カ月目	退院後6-7カ月目	退院後8-9カ月目	
日常生活の様子	生活保護の受給を開始し、両親との関わりを持ちたくなかった。退院後、それ以外に、退院後の不安や生活への希望は出てこず。	無愛想で必要最低限の返答。支援者への警戒心。退院3日後、入院希望しDセンターに駆け込む。同居再開の不安が身体不調に繋がり、薬での解決を求め、約1ヶ月間、身体不調改善への対応を支援者に求め続ける。ケルシンでの服薬自己チェック。服薬への意識高い。	日中の過ごし方の提案を拒否し、スタッフ交代を希望。支援中断のリスク高く、スタッフ構成を変更。ケルシンが1人だが「入浴している」と断言。身体が動き緩慢で、生活が大変そうだが「生活支援の必要ない」と。ケア会議の参加辞退。会議の結末報告時、生活状況と支援ニーズ把握がやや可能。	退院直後のSOS以降初めて本人から生活上の困り事相談。ケルシンに表情和らぐ。床はコシが弱く、やっていたことができなくなり、パニック発作(入浴/掃除)利用の再提案に乗り気。ケア会議は辞退するが、小遣い支給の検討を希望。自分の希望が通る体験。	セルフ対応の相談。対策を練り、皮膚の衛生保てず。ケア指示を機に訪問時、清拭とヒゲ剃り開始。薬副作用で体の動き緩慢で洗顔等に支障ありと判明。「動きづらく、やりたいことができない」と。ケア会議は辞退するが、小遣い支給の検討を希望。自分の希望が通る体験。	ヘルパースタッフ開始。ヘルパースタッフは順調に受入。衣類や布団の購入同行を希望。「一人暮らしで困ることも不安なし」と。ヘルパースタッフの病状も不安なし。ヘルパースタッフの頓服薬の利用。日中の過ごし方の工夫が話題に。	ヘルパースタッフ開始。ヘルパースタッフは順調に受入。衣類や布団の購入同行を希望。「一人暮らしで困ることも不安なし」と。ヘルパースタッフの病状も不安なし。ヘルパースタッフの頓服薬の利用。日中の過ごし方の工夫が話題に。	表情柔和。会話を楽しむ場面あり。ヘルパースタッフ機購入希望。本人が会議に初参加し「入浴清潔に」「入浴した」と報告。不安が減り頓服薬の利用。日中の過ごし方の工夫が話題に。
ケア会議の概要と目標設定	① 父母/Dr/ACT (Ns) 退院後サポート体制、役割分担、経済状況の確認。 ② 病院PSW/DセンターPSW/ACT (Ns) 退院後の金銭管理方法を確認。 ③ Dr/Ns/ACT (Ns)/Dセンターが金銭管理、ACTが生活全般の支援の役割。	退院3日後 本人/DセンターPSW/ACT (OT/Dr) 同居不安からの入院希望あり、ACT外来同行。頓服薬とSOS 電話の利用方法を確認。 退院4日後DセンターPSW/ACT (Ns/OT) 退院後の状況アセスメントを共有。	退院後1カ月 父母/DセンターPSW/ACT (Ns/OT/Dr) 現状確認。困り事の相談。ACTは本人からの相談をきっかけに一緒に組めることを拡大し、関係性構築。月1本人とDセンターを訪れる際、近況報告と情報共有。	父母/DセンターPSW/ACT (Ns/OT/Dr) 現状確認。困り事の相談。ACTは本人からの相談をきっかけに一緒に組めることを拡大し、関係性構築。月1本人とDセンターを訪れる際、近況報告と情報共有。	父母/DセンターPSW/ACT (Ns/OT/Dr) 現状確認。困り事の相談。ACTは本人からの相談をきっかけに一緒に組めることを拡大し、関係性構築。月1本人とDセンターを訪れる際、近況報告と情報共有。	本人/ヘルパースタッフ-事業所/ACT (Ns/OT) ヘルパースタッフ開始にあたりヘルパースタッフ支援内容、頻度の打合せ。週1、1.5時間、入浴介助、清掃を実施。	本人/父母/DセンターPSW/ヘルパースタッフ-事業所/ACT (Ns/OT/Dr) 相談や希望の表現在。ヘルパースタッフ利用順調。日中の過ごし方の意識向上。プラスの変化向上を共有。	
薬物療法	コントミン 325mg リボトリール 4mg ベンザリン 5mg 【頓服】5/19〜リリカール液 1mg 不安時 ゾロックス 0.4mg 不安時 セロソ 5mg 不安時 5/20〜ボソソナル 250mg 頭痛時	服薬確認 不安耐性低く、即解決が困難だと不満↑とアセスメント。退院直後の不安な時期に丁寧に対応。	服薬確認 不安耐性低く、即解決が困難だと不満↑とアセスメント。退院直後の不安な時期に丁寧に対応。	服薬確認 不安耐性低く、即解決が困難だと不満↑とアセスメント。退院直後の不安な時期に丁寧に対応。	服薬確認 不安耐性低く、即解決が困難だと不満↑とアセスメント。退院直後の不安な時期に丁寧に対応。	服薬確認 不安耐性低く、即解決が困難だと不満↑とアセスメント。退院直後の不安な時期に丁寧に対応。	服薬確認 不安耐性低く、即解決が困難だと不満↑とアセスメント。退院直後の不安な時期に丁寧に対応。	服薬確認 不安耐性低く、即解決が困難だと不満↑とアセスメント。退院直後の不安な時期に丁寧に対応。
ACT活動(ケアマネジメントと直接支援)	ゾロックス	服薬確認 不安耐性低く、即解決が困難だと不満↑とアセスメント。退院直後の不安な時期に丁寧に対応。	服薬確認 不安耐性低く、即解決が困難だと不満↑とアセスメント。退院直後の不安な時期に丁寧に対応。	服薬確認 不安耐性低く、即解決が困難だと不満↑とアセスメント。退院直後の不安な時期に丁寧に対応。	服薬確認 不安耐性低く、即解決が困難だと不満↑とアセスメント。退院直後の不安な時期に丁寧に対応。	服薬確認 不安耐性低く、即解決が困難だと不満↑とアセスメント。退院直後の不安な時期に丁寧に対応。	服薬確認 不安耐性低く、即解決が困難だと不満↑とアセスメント。退院直後の不安な時期に丁寧に対応。	
作業療法	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	
心理教育	薬の必要性	不安時の頓服利用方法	動作緩慢と薬量の関係	本人:自立支援/居宅介護	本人:自立支援/居宅介護	本人:自立支援/居宅介護	本人:自立支援/居宅介護	
資源制度情報提供				本人:自立支援/居宅介護	本人:自立支援/居宅介護	本人:自立支援/居宅介護	本人:自立支援/居宅介護	
家族支援(ACTから)	生活能力が心配で、頻回訪問し本人に拒否される過干渉な両親。本人との距離感を確認。	ACTに状況確認の電話やFAXが度々入る→	ケア会議での情報共有と、今後の進め方の確認。過剰に心配する両親が安心感を持つよう、プラス変化に目を向けられるよう、伝え方を工夫。	ケア会議での情報共有と、今後の進め方の確認。過剰に心配する両親が安心感を持つよう、プラス変化に目を向けられるよう、伝え方を工夫。	ケア会議での情報共有と、今後の進め方の確認。過剰に心配する両親が安心感を持つよう、プラス変化に目を向けられるよう、伝え方を工夫。	ケア会議での情報共有と、今後の進め方の確認。過剰に心配する両親が安心感を持つよう、プラス変化に目を向けられるよう、伝え方を工夫。	ケア会議での情報共有と、今後の進め方の確認。過剰に心配する両親が安心感を持つよう、プラス変化に目を向けられるよう、伝え方を工夫。	
地域連携その他	病院(Dr/Ns/PSW)、DセンターPSWとの情報共有。	DセンターPSWとの情報共有。	月1本人とDセンターを訪れる際、近況報告。	月1本人とDセンターを訪れる際、近況報告。	市役所障害者支援課とヘルパースタッフ事業所との調整。	市役所障害者支援課とヘルパースタッフ事業所との調整。	市役所障害者支援課とヘルパースタッフ事業所との調整。	

*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。患者氏名には記号を入れてください。

1. 事例紹介

〔基礎情報〕氏名: B 氏 年齢: 39 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

〔現病歴〕昨年度研究事例として関わった事例。昨年の入院で 4 回目の事例。昨年 5 月退院後も OT がコーディネーター役として継続し、退院直後 2 回は 1 ヶ月ごとにケア会議開催。その後は 2 ヶ月ごとにケア会議開催し、チームで継続支援している。本人・家族とも再発再入院を繰り返さないために、じっくりリハビリテーションしてほしいと希望。昨年の事例報告では、義母との関係修復にも貢献でき家族仲良く本人のリハビリテーションに取り組めた事を報告したが、その状況は不変。退院前に就労の希望に合わせて、OT アプローチの中で、デイケアや就労継続支援事業所の見学実習などを行い退院と同時に地域資源利用も開始している。病状は安定し、自宅においては母親と買い物に出かけたり、父親と散歩や作業をしたりなど在宅生活も安定している。今年度研究を 8/27 に同意。

2. 在宅生活アセスメント

健康: 大きな問題なし。時に頭痛と眼がチカチカするとの訴えあり、外来診察にて主治医対応。体力もついてきていると本人・家族とも話す。**心身機能構造**: 幻聴はわずかに残存するが、気にならなくなった。**活動**

参加: 自宅では母親と料理の買い物に行ったり、作ったりしている。最近では体力もつき散歩はしていないが、自宅の力仕事を父親と行っている。また、車の運転も遠乗りができるようになり、親戚の送り迎えなどもできるようになった。自宅外の活動として、1 週間の予定は、火木金は就労継続支援事業所で 6 時間勤務している。水は午前ショートケア利用と 1/2W の頻度で外来診察を受けている。**環境因子**: 家族関係は円満。義母との関係も良い。昨年 9 月頃自宅の引越などあり、互いに疲れて言葉が苛立ったときがあった様子。現在、地域資源利用により、本人の状態について情報交換し精神的フォローができています。両親とも 70 代。母親は心疾患。父親は大腸癌後だが、現在も乗り合いバスの運転手として働いている。**個人因子**: 農業高校卒業後、普通免許・大型免許取得。二種免許はトライしたが未取得。精肉業・清掃業など 4 回ほど就職し、いずれも対人関係がうまくいかず退職している。元来、口数は少ない方であり友達は少ない。前回の入院が 4 回目で、毎回断薬が原因となっている。現在は服薬も自己管理でき落ち着いているが、口数少なく他者との交流は消極的。本人自身は、就労し自立することで両親を楽にしたいと話している。

まとめ: 退院後の地域生活は、病状も含め安定している。本人の就労意欲もあり自立に向けて支援していく必要がある。自立のために、家族全員の安定した在宅生活の確保・就労前訓練の場の提供・就職活動の支援(適切な職業を探す、適切な職場環境の確保、就職前後の就職先との連携など)・病状安定のための継続治療などが挙げられる。リハビリテーションチームのフィールドが病院から地域資源へと完全に移行しており、地域でのコーディネーターが非常に重要な時期である。その中で、病院は病状安定とデイケアによる就労前評価および訓練・地域資源としては就労継続支援事業所でのより具体的かつ模擬就職的な就労前訓練と行政 SW の継続的な自宅訪問での本人・家族の支援が求められる。キーワーカーは、当市総合相談窓口で今後の地域生活継続のためのコーディネーターを依頼し、長期に渡る地域スタッフチームによる継続支援に繋げていく必要がある。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標: ①再発再入院しないように生活を続けたい

②一般企業に就労したい

短期目標: 昨年 5 月退院後は、退院直後 2 回は 1 ヶ月ごとにケア会議開催し、毎回短期目標検討し設定した。退院当初は、規則正しい生活・服薬管理・困ったときに自ら相談する・などを目標とし、生活がなれてきた段階で、ケア会議も 2 ヶ月ごとに開催とし、短期目標も、自分で健康管理しながらショートケアや作業所に休まず通う・困ったとき誰かに相談する・自主的に周囲の人と挨拶や会話をしてみる・と変更している。

方針: ケア会議の中で地域での生活支援コーディネーターの必要性を説明し、総合相談窓口生活支援ワーカーにコーディネーターを依頼し、就労および長期に渡る在宅生活支援を繋ぐことを本人・家族を含むチーム全員に承諾を得る。その後、数回はキーワーカーが調整継続しケア会議も開催するが、徐々に総合相談窓口で調整機能を移行する。総合相談窓口には、ケア会議への参加と自宅訪問・ケア会議後のケアプラン作成をお願いする。長期目標①②に向けて、地域リハビリテーションチームの継続的な連携協力を確認する。

4. 治療・援助の経過**(1)地域生活支援作業療法**

①退院前の地域生活支援: 就労の目標を繋ぐために、退院前よりデイケア見学と試験利用・就労継続支援事業所見学と試験利用を作業療法の中で実施。試験利用という実体験を通して本人の能力や課題・可能性を本人とともに共有できた。また、ケア会議の中で試験利用時の報告と評価結果を情報提供し、今後取り組むことや必要な支援について提案した。

②退院後の地域生活支援: 入院作業療法からデイケア作業療法に繋ぎ、就労支援の強化に向けた。特に、デイケア就労支援活動に参加し、様々な地域資源の学習やワークおよび就業支援員・Job コーチとの面談を体験し、就労継続支援事業所利用の必要性を理解した。また、ワークでの適性検査なども OT 付き添いで実施し、より具体的な就労活動を開始した。就労支援員・ワーク・デイケア OT との連携で、実際に就職試験を経験することもできた。病状の安定を確認しながら、周囲の就労支援地域スタッフとの情報を密に取りながら、本人の心身の安定と適時に本人の能力にあった就職活動を進めている。

③就職活動の支援: 本人の能力など連絡表を通して、地域スタッフと連携している。就職試験に際しても、ワーク・就業支援員と連携し企業側への連絡表作成や面接試験同席などの支援を行った。今回は、非採用となったが、デイケア OT と再度自己評価を行い、精神面の支持をしつつ現実検討の機会を持つ事ができた。

(2)心理教育

本事例においては、現在までは特に実施していない。しかし、今後就職活動時や就職後、状況によっては必要になるかもしれない。担当は臨床心理士だが、現在のところ、ケア会議参加のみ。

(3)資源制度の情報提供

ケアにおける就労支援活動を通して、地域の事業所および就労に向けて支援をする職種を情報提供した。更に事業所見学や就労支援の専門職との顔合わせや面談も実施した。特に、ケア・ワーク・就業支援員・就労継続支援事業所の連携についても情報開示している。本人・家族とも安心して支援を受けている。

(4)家族支援

昨年来、自宅訪問は市SWが1月の頻度で自宅訪問し家族の相談に応じている。また、自宅での本人の様子や家族関係など確認し情報提供している。現在まで、大きな相談はないが、訪問されることで安心材料になっている。今後は、総合相談窓口も訪問することになり、更に支援体制は整ってきた。

(5)ケア会議・地域連携・その他

ケア会議メンバー：本人・両親・キーマン・総合相談窓口生活支援ワーカー・主治医・外来看護師・ケアOT・院内SW・臨床心理士・就労継続支援事業所所長

ケア会議頻度と内容：現在は1/2Mの頻度。就労支援の状況および今後の取り組みの検討が主内容。今後、必要に応じ就業支援員・ワークの参加も予定している。病状安定が続いており、この状況を継続支援しつつ無理ない範囲で適時就職活動を進めることで本人も納得している。当面、本人は働くための基礎力(特に毎日勤務する・正確な仕事を継続できる・周囲の人と協調的に行動できる・困ったとき一人で悩まず誰かに相談するなど)を強化することで本人およびチームで確認した。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

- ①病院OTにより、退院前から地域資源の利用に向け本人と見学体験実施し、就労に向かっていることを本人も実感し、退院後も地域資源利用が安心して継続できた。
- ②就労支援に向けたためにも、病状の安定と家庭生活安定は不可欠。安定した在宅生活継続のためにも定期的な外来診療・家庭訪問・各事業所間の連絡連携とケア会議開催は有効であった。
- ③退院後のケアOTによる就労支援活動は、本人への利用できる地域資源の情報提供と支援が繋がっているという安心材料になった。また、そのことで就労意欲を持続でき、自ら就労前訓練に積極的に取り組めた。
- ④ケア・ワーク・就業支援員の連携で、実際の就職活動を実体験できた。
- ⑤非採用の結果となったが、地域スタッフの協力連携で本人を支持し、本人の振り返りの良い機会材料とした。結果、精神的に不安定になることなく、主体的に否定的な結果を前向きに捉え、次の就職活動に向けたことができた。

6. 考察

- ①入院から退院に向けての生活支援は、本人の不安を取り除くためにも退院前に地域支援体制を実際に本人が知る必要がある。
- ②病院OTは、本人の思いを理解し、それに向けて実体験する機会を提供し、本人自身の気づきと取り組む課題を共有できる。また、地域資源の見学試験利用を同行することで、地域での本人の能力評価ができ本人にフィードバックできる。今後取り組む課題や可能性を本人と確認し、地域資源スタッフに情報提供し継続支援へ繋ぐことができる。
- ③病院OTとケアOTの連携により、より具体的な地域生活支援・就労支援が継続できる。能力評価や本人の可能性についても情報が繋がり、適切な支援継続となる。ケア会議や地域資源スタッフへ本人の能力や可能性を伝達することでチームとしての目標が適切なものとなる。
- ④ケアOTによる就労支援活動は、本人自身の地域資源の確認となり安心材料になった。また、ケアから積極的に就労支援に関わる地域スタッフと交わる機会をつくることで、本人の就職活動が円滑に進められる。
- ⑤就労に向けたためにも、病状安定と家庭生活安定は重要である。病院診療と地域生活支援者の家庭訪問などにより、本人の心身の安定と積極的な就労活動に繋がったと考える。
- ⑥入院中のキーマンと地域総合相談窓口の生活支援ワーカーの連携で本人・家族を中心とした地域リハビリテーションチームの適切な目標設定と協力連携が得られる。

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)

- ①入院中のマネジメントと退院後の地域のマネジメントが存在し、ケア会議を定期的開催し早期から両方のマネジメントが情報共有し連携することが必要。その仕組みの創設を早急に行うべき。
- ②病院OT・ケアOTにおける生活支援・就労支援は個別に実施することが必要。個別精神科作業療法は病院地域問わず必要。制度化を早急に。
- ③ケアOTにおいては、地域生活上の基礎的な能力評価と就労のための能力評価を行い、本人の自己評価に繋げ、適切かつ本人の主体的な就労活動に向けたことが必要。
- ④ケアOTは、周辺の就労支援スタッフとの交流の場や実際に出向く機会を作り、利用者・就労支援スタッフとの円滑な連携連絡ができるようにシステムづくりをすべきである。
- ⑤就労に向けては、就労前訓練の場が少なく、精神障害利用者の選択肢は特にない。自分に合った仕事を・と夢を持って就労活動に期待する利用者が、まず、就労前訓練の場および仕事内容の選択の幅の少なさにストレスを感じ、就労活動が消極的になってしまう。一般企業への就職の前段階としての就労前訓練の場が多種多様必要。就労支援のための地域資源の創設と整備が求められる。

事例報告 Summary Sheet【施設名：I 病院 患者：B 氏 39 歳 男性 キーワーカー：O 職種：OTR 女性 【昨年度研究事例継続報告】

	退院後研究開始まで	研究開始時	1 カ月目	2 カ月目	3 カ月目	4 カ月目
日常生活の様子	退院前にデイケア・就労継続支援事業所見学し、退院後両方とも利用開始した。自宅では、料理や買い物・片付けなど手伝っている。家族関係・精神面も安定継続。	月；市 SW 訪問(1/月) 火木金；就労継続支援事業所利用(金のみ) 日他は半日水；ジョブカフェ就労活動参加と外来診察。心身とも安定継続。	就労継続支援事業所火木金全て 1 日利用。自宅引越しの際は家族の大きな役目を果たした。生活のリズムも大丈夫と本人家族とも断言。	ジョブカフェ就労活動で就職試験の機会あり受けることを決断し申し込む。受検先の企業見学・履歴書記入・面接練習等ジョブカフェ利用中に実施。	就労支援員の介助とジョブカフェ OT の引率のもと面接試験を受けて面接試験を受ける。就職活動と引越しのため疲れを受診時に訴えている。	就職試験結果不採用。結果は残念に思うが経験になったと前向きに振り返っている。家族にも喜んで話す。就労に向け体力向上と話す。
ケア会議の概要と目標設定	4 月退院後も 1/月の頻度でケア会議継続。OT キーワーカーが再発再入院しない②将来は就労したいに向け地域スタッフチームで支援継続	長期目標は不変。短期的に本人自身による健康管理・生活のリズムづくり・相談するを挙げ、それをチームで支援	支援チームに総合相談窓口職員参加開始。長期的生活支援に向けての引継ぎ開始。会議頻度 1.5M 間隔・目標不変。	総合相談窓口職員家庭訪問。本人の思いのマップ作成。キーワーカーは本人の状態観察と面談をジョブカフェ利用中に実施。	ケア会議開催。会議調整と司会・議事録作成は次回会議までキーワーカーがアポイント作成は相談窓口職員担当。目標不変。	キーワーカー最終調整。司会のみ担当。次回から相談窓口職員が全て調整とすることを会議にて承認。会議 2M 間隔に。
薬物療法	リスパダール・アキネトン・サルース・アムピシリン エビリファイ	不変	種類不変・微量調整	アキネトン中止他はサルース・エビリファイ微量調整	不変	種類不変・微量調整
地域生活支援作業療法(デイケア OT)	退院前；地域資源を見学実習の機会提供。デイケアスタッフ・就労継続支援事業所職員との顔合わせと説明退院後；ジョブカフェ OT による就労活動開始・作業能力確認	ジョブカフェ就労活動継続。地域就労支援関係者の講義・複数事業所見学・履歴書面接の模擬練習・振り返り活動での集団中での意見発表	ジョブカフェ・就労支援員との連携。就労支援員の面談も並行して実施。主体的な対人交流や作業活動への取り組みを促すための場を提供。	就職試験へのトライを促しつつ、精神的支援。就職試験の不安解消のため、現場見学・履歴書記入や面接試験の事前練習機会提供	面接試験引率、面接時態度の賞賛や慰労し精神的支援実施。地域スタッフ・ご家族への連絡報告。就労活動継続し、ジョブカフェ適正検査利用	不採用結果を受け本人と面談し精神的支援。地域スタッフへの報告。次の就職活動に向けての課題確認。就労活動の職場見学参加。
地域生活支援心理教育	いつでもカウゼリングが可能な本人に伝えてあるが、利用ナシ。	不変	不変	不変	就労継続支援事業所にて面接。精神的負担の状況を本人と確認。	不変
資源制度情報提供	退院前に地域資源利用に向けての説明をキーワーカーが本人家族に行う。制度利用に向けての説明や手続きを病院 SW と行政 SW で連携協力し本人が手続きに参加する。	就労支援に関する地域資源をジョブカフェ就労活動にて情報提供。資料を配布し家族へも情報提供	長期的地域生活支援の調整役としての総合相談窓口生活支援ワーカーを本人家族に紹介。目的や利点を説明する。	就労に関する情報(ジョブカフェ・ハローワーク職員・就労支援員)	就労に関する情報	就労に関する情報
家族支援	退院前；退院後の支援体制を明確にし、説明したことで安心される退院後；ケア会議参加のみ。特に相談なし。逆に病状安定したことを両親とも喜んで話している。	ケア会議継続を希望。期就労活動資料を見、期待される。	長期的支援継続のため取組みとして、研究実施と総合相談窓口への連携を説明。了解される。	就職試験を受けることが、両親を本人決断したが、両親へ報告し承諾を得る	本人の疲労状況を確認のためキーワーカー電話で確認。行政 SW へは訪問を依頼し、両親と面談を実施。	不採用結果を受けて、キーワーカー電話確認。本人の精神的支援を依頼する。両親の落ち着いた対応を確認。
地域連携その他	退院前；デイケア及び就労継続支援事業所との見学実習による連携退院後；地域生活支援チームメンバーは、主治医；外来 NS・病院 SW・CP・ジョブカフェ OT・就労継続支援事業所職員・行政 SW・キーワーカー OT に加えて両親	支援体制不変。	支援体制追加 総合相談窓口生活支援ワーカー・就労支援員	不変	不変	キーワーカー OT 終了

事例分類2(入院期間 171 日)

施設名: H病院

報告者(キーワーカー): H

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名: H氏, 年齢: 37歳, 性別: 女性, 診断: 統合失調症
【現病歴】入院までの経過: 准看護師資格取得後、X-17年、高等看護学校在学中に妄想状態にて発症。T病院へ数日の初回入院。その後、外来中断し看護学校は退学。X-14年結婚。X-11年長女出産。その後、T病院へ入院繰り返す。入院は、1ヶ月間位。定期通院せず。X-7年、T病院5回目の入院中、無断離院の可能性にて当院へ初回入院し2ヶ月で退院。X-4年、服薬不規則となり、協議離婚し、直後に入院。数日で両親が希望し退院。その後、作業所通所やアルバイトを行うも、異性関係のトラブルや服薬中断し、妄想、幻聴が活発となり入退院を繰り返す。入院期間は、数日~3ヶ月で、本人・家族の強い希望で退院。今回は、3ヶ月前より服薬中断。関係妄想、幻聴に左右され放浪し、警察に保護され、X年8月10日、当院6回目の入院。強い入院拒否みられ、幻覚妄想状態にて保護室入室。6日目より妊娠疑いを理由に拒薬し3週目より服薬開始。9月4日、研究の同意得られた。

2. 初期アセスメント

【家族アセスメント】父(運送業)・母(看護師)と弟(薬剤師)夫婦・子ども2人が2世帯住居で同居。X年1月より元夫(再婚)の義父母に引き取られていた長女が同居開始。現在、母が養育。今回入院に至る騒動で、父・弟はこれまでのHさんの要望充足中心の関わりを批判。退院直後の同居を拒み、自立のための援護寮入所を希望。母は、“嫌といえない性格”にした子育てに罪悪感を感じており、本人に巻き込まれやすい。しかし今回は、焦らず治療をし、服薬中断による再発パターンを解決したいと思っている。

【社会面でのアセスメント】結婚前、准看護師として3年間病院勤務。その後は、パート等を数ヶ月行う。作業所に1年位通所。活動支援センターへの電話、援護寮の数日入所など自発的に社会資源を利用するが、その場限りの利用に留まる。

【心理面でのアセスメント】病院関係者への信頼感が乏しく、これまで安心出来る入院環境を持っていない。准看護師であることも医療者への反発心を生みやすい。「病気は回復した」と、薬による眠気や思考の遅さを嫌い服薬中断が繰り返される。ひとつきあいでは良い印象を与えようとして緊張しやすく、多弁となる。依頼を断ったり、上手く相談できずに強く主張する傾向がある。反面、異性関係では依存的関係となる。

3. 治療・援助の目標と方針

- 長期目標 ・ 援護寮で安定した生活の練習をする。→ 実家で、仕事をしつつ子育てをする。
短期目標 ・ 援助者との信頼関係のもと、安心して治療・援助を受けることが出来るようにする。
・ 回復状態に合わせた生活リズムの回復
・ 病気や服薬についての理解を高める。
・ 再発予防プログラムを作成。(本人対処と支援体制)

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

入院4週目でOT指示。保護室時間開放時に自由参加の病棟内OT(心身のリラクゼーション)より開始。空笑も多く、まともならず。病棟内OTで部分参加を保障。4週目末で隔離終了。2ヶ月目より希望で病棟外OTに参加開始。料理や運動会に参加するが、多弁気味。日中の刺激により不眠となり、退院要求や興奮状態も見られる。膀胱炎を気にし、トイレ頻回。本人は病棟外OT回数を増やすことを希望。回復状態を説明し、睡眠・活動のリズムを整える目的で、抑え気味のプログラム量から徐々に増やす方針を説明。絵画クラブとOTクラブの組み合わせで、週3回となる。3ヶ月目となり、億劫感を訴え日中寝ていることが増え、OTでも、眠気や時間を気にしたりし、休み気味となる。退院への焦りと今後の不安を述べる。この時期、第2回目のケア会議に参加。援護寮入所希望を述べ、支援の実感を得る。援護寮体験宿泊を目指し「運動不足解消」とOT参加を仕切り直す。活動の中で、集中力の低下や思考のまとまりのなさを自覚。OTRは、努力する姿勢を支える。4ヶ月目、援護寮体験宿泊を終え、第3回ケア会議参加。午前中の活動が出来ず、生活リズムを整える必要を自覚。頻尿は、神経因性膀胱かもと感じ出し、トイレの回数が減る。開放病棟転棟で、OT参加を上手く利用できるようになる。病棟では余暇時間を持て余すも、OTでは編物に集中できるようになり、回復を実感する。余暇時間を漢字練習することを決める。5ヶ月目、再び援護寮体験を行い、日中DCを体験。第4回ケア会議参加。退院後の利用において、やる事が明確で集中出来るOTと比較しDCは自由時間の過ごし方が不安と相談する。8泊の正月外泊を終え、娘との交流を楽しんできたと報告。3度目の援護寮体験を終え、第5回ケア会議にて退院決定。援護寮から外来OTに通い、DC移行への橋渡しをする。

(2) 早期心理教育

病気を否定し、入院と薬への抵抗感が強いが「病気の勉強はしたい」と1クール目心理教育プログラム4回セッションのグループに参加。幻聴の具体的な内容や、薬を減量してくれない不満や副作用への不安を話す。時につじつまが合わなくなるが、話が出来ること満足している様子。安心して発言できる場となるように援助。毎回の個別の振り返りでは、多弁でまとまりがなくなるが、スタッフへ肯定的な印象を伝える。3ヶ月目に入り、Drより個別に薬の説明。2クール目グループ参加。幻聴への対処法(他の事へ集中する)や再発時の様子を笑いも込めて発言。他メンバーへの共感や思いやる言動(+)。前回より内容が頭に入ると言い、「薬の事をもっと知りたい。納得出来るなら薬を飲んでもいい。」へ変化。ストレスへの対処が下手、再発しないためにはどうすればよいかと前向となる。キーワーカーと“良い調子を維持するためのドリル”を用いて、個別の心理教育を開始。病歴をたどり、気づきを中心にストレスと再発サインを検討。症状の生活へ

の影響を具体的にあげた。薬を飲まなかった時の自分を振り返り、薬の効果と服薬で嫌だった事を比較し「良い悪いを知り、服薬継続は自分で決めなきゃ」と自らに言い聞かせるように言う。横になっても精神的疲れがとれない状況や色に敏感になる再発サインに気づく。再発予防プラン作成。家族の手助けも大切との自覚あり、再発サインに家族が気づいたら、教えてもらえるように依頼することも決める。

(3)資源制度の情報提供

心理教育時に社会資源を紹介。初回援護寮体験前に PSW・母・本人と共に援護寮に見学。援護寮スタッフより、援護寮の説明を受ける。利用目的の確認を行い、体験時の生活の仕方のアドバイスを受ける。援護寮宿泊時に DC への通所を経験し、今後の利用の検討を行う。退院に向けて、自立支援医療の説明を行う。

(4)家族支援

入院初期の母（キーパーソン）は、再発への落胆・巻き込まれ・子育てへの罪悪感を感じ、夫や長男（弟）から非難を浴び、混乱した状態であった。キーワーカーは、面接にて母の気持ちを受け止め、家族が焦らずに本人の自立を見守れるように退院後まで支援することを伝える。家族の希望は、一貫して、病気を理解し服薬を中断せず再発しない事であった。2 回目までのケア会議では、会議前後で面接し、回復の状態と治療の進行状態、ケアプランの説明をし、H さんの退院要求等に振り回されず冷静な対処を努力する姿勢を支える関わりを心がけた。3 回目からはケア会議の参加が得られた。3 回目は本人への服薬中断の恐れへの警告という発言から、4~5 回目では、回復を実感する感想や、本人への励ましの言葉が聞かれるようになる。共存の親子関係から、自立をさせられる親への課題を感じつつある。退院後の再発予防に向けての支援についてキーワーカーと本人と相談する予定である。

(5)ケア会議・地域連携・その他

入院 2 ヶ月目から 1 ヶ月後にケア会議開催（5 回実施）。ケア会議前には、キーワーカーと本人でケアアセスメントと生活体験チェックリストを実施し回復状態を確認し共有する。初期より援護寮入所希望があり、活動支援センタースタッフも参加。2 回目より本人参加。3 回目より母と DC スタッフも参加。本人は、ケア会議を良い区切りとして自分の目標を確認し、家族は希望を表示し支援内容を理解した。

5. 結果（成果と転帰、退院後のケアプランなど）

入院 5 ヶ月 18 日で退院予定。援護寮入所。娘との交流も見られてきた。（今までで一番長い入院）

BPRS 開始時 44 → 終了時 9 GAF 開始時 25 → 終了時 65

ケアチームが整い、本人のケア会議参加を得られたことで、支援スタッフへの信頼関係が生まれ、目的を理解した入院治療となった。心理教育プログラムで、病気を語れる場を得、症状の生活への影響を感じ、薬の効果に関心を持ち、服薬も必要だと思えるようになった。再発予防という視点を持てるようになり、再発予防プログラム作成を開始した。回復状態にあわせた作業療法は、時期に応じた回復状態の自覚・実感となり、目標に応じた実施となった。援護寮入所からの外来 OT 通所を行い、再発しない生活を継続するという目標を持ち、心理教育も継続予定。

6. 考察

今までの入院では、医療者への反発と病気への抵抗のため支援者からの援助を拒絶し信頼関係が取れにくいケースであった。今回、初めて安心した環境での治療となった。これは、説明と同意に基づく治療が実施され、退院後の共通する目標を支えるケアチームの存在を本人と家族が実感できたことによるものだと考える。ケア会議の本人参加は、目標を見失いがちな入院生活の中で、具体的な目標を確認し、気持ちの切り替えの場となった。

心理教育で病気の理解をすることにより、作業療法を含めた生活への関わりが、「病気と生活の関係」という視点から話しあうことが出来、有機的に結びつくようになった。体験的プログラムである作業療法は、その場で体験を共にすることにより、自分の状態への気づきや回復の実感を支え、自信の回復となった。

入院中からの地域の支援スタッフの関わりによって、援護寮体験や入所が円滑に運んだ。本人・家族も焦らず納得した援護寮入所となり、次の娘との生活に向けて安定した関係を持てるためには、再発しない生活を継続するという目標へと繋がっている。

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）

このケースは支える家族の疲労や家族状況の変化によっては、長期在院ともなりうるケースである。今回、支援プログラム対象者でなかったら、入院は延長された可能性もあり、ケースは医療とスタッフ・家族への不満を増強させていたと予測できる。このことから入院を繰り返すケースに向けて、入院初期から退院後の生活を予測した地域連携の重要性と再発予防に対して、入院中から取り組む必要性を感じた。

このケースは、調整機能を果たせるようにキーワーカーを別に置いた。キーワーカーが本人・家族面接を中心に実施し、専門チームへの橋渡しを担い、役割分担や進行が確認しあえたことは効果的であった。しかし、民間精神病院の入院治療における担当患者数の多さから来る時間上の制約、診療報酬上の非効率性の問題がある。マネージメント機能が果たせるシステムや、常にタイムリーに支援できる体制を創ることの困難さも感じる。

事例報告 Summary Sheet [施設名: H 病院 患者: H 氏 37 歳 女性 キーワーカー: N 職種 OTR 女性]

	入院 1~2 週間	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	強い入院拒否にてストイレ入院。保護室にて入院。保室入退室なく多弁。入浴介助。肌露出の着用。6 日目より妊娠疑いを理由に拒薬。尿検査で陰性出るも納得せず、妊娠キョット検査でも陰性。20 人位の幻聴あり。	3 週目に入り、服薬開始。入院時の状況を語りだし「退院したい」と言う。4 週目から保護室からの時間開放。OT 指示がでる。短時間 TV をみたり、男性患者と密着して過ごす。研究の同意が得られる。4 週末で隔離終了。	トイレの回数増。他患と手をつなぎ病棟をフラフラする。徐々に生活のリズムが不規則となり、深夜に起きて、空腹を訴えるなど中途覚醒が続く。間食等の要求を強く主張。一過的な看護への攻撃あり。幻聴は、3 人の声の空笑目立つ。	幻聴が減り、TV 音楽を聴くことも、億劫な感じと寝ていることが多い。退院への焦りと今後への不安を述べるようになる。治療への反応が減り、入院生活への安心感が出てくる。後半で援護寮体験宿泊。午前中 DC 不参加。	OT 等を利用して、昼間の生活を改善する努力を始める。母との外出、支援センター行事参加を行う。開放病棟へ転棟。追加薬剤に頼ること無く、夜間の睡眠がとれるようになる。幻聴も 1 人となる。	OT 等を利用して、昼間の生活を改善する努力を始める。母との外出、支援センター行事参加を行う。開放病棟へ転棟。追加薬剤に頼ること無く、夜間の睡眠がとれるようになる。幻聴も 1 人となる。	日課を意識し、生活リズムが整ってくる。幻聴の声はかすか、生活に影響する考えや、対して妄想かなど感じると発言。前半・後半で 2 回の援護寮体験宿泊し、日中、DC や援護寮プログラム参加が出来る。
ケア会議の概要と目標設定	病棟カンファレンス服薬が出来るように援助していく。	病棟カンファレンス病棟で安心して過ごせるようにする。	第 1 回ケア会議。病院と地域スタッフ間で情報を共有し、家族と本人の希望を踏まえ、援護寮への退院を目標。生活リズムを回復しつつ、病気と服薬への理解を高める。	第 2 回ケア会議。本人も参加し、「援護寮へ外泊したい」と希望を話す。2 泊 3 日の援護寮体験宿泊が決まる。	第 3 回ケア会議。母参加し、服薬中断の不安を主張。母に「まだ本音を話していない」と言われ、シヨックをうける。開放病棟転棟を希望。頻尿は、神経性かも？	第 4 回ケア会議。本人は率直に今の自分を語り、チームで回復が確認。8 泊の外泊決定。退院第 5 回ケア会議。退院決定。外来 OT から DC への方針。	
薬物療法	ルーラン 8mg6T・コントミン 25mg 1T×3、レントミン 0.25mg1T・コントミン 25mg 1T×1。不眠時レントルミン	ルーラン 8mg6T・コントミン 25mg 1T×3 へ定時処方変更。膀胱炎のため、セフゾン追加。	定時処方方は変化なし。臨時の不眠時薬を、ほぼ毎日服用。	レントルミン 0.25mg 1T×1 が定時薬へ追加。不眠時薬の服用が徐々に減ってくる。	本人よりルーラン減量要求。話し合いにて減量なし。(Dr と母は、早急な減量要請は、服薬中断の恐れありと判断)	「薬は合ってきた感じ。当分は、このままの量で良い」と納得。	
早期作業療法		4 週目より時間開放時に病棟内 OT に参加開始。注意が逸れやすく落ち着かない。部分参加を保障する。	病棟外のグループに参加開始。料理では、他メンバーと協力して実施。絵画プログラムも自発的参加。病棟外プログラムを多種目希望するも、週 3 回でコントロール。	「OT は、眠いのさぼりがち」から、援護寮体験を目指す目標のため参加へ。運動不足との自覚も出てくる。	目的を持つと、参加が出来るようになる。回復の実感持ててくる。開放病棟転棟後は、自発的に参加が可能となる。	メンバーと作業を楽しめる。クリスマス飾り作成では、「来年は、娘と作りたい」と。体力回復目指し OT を上手く利用。	
	早期心理教育	薬は退院したら飲まない。困ったことは、人に助けを言わない。しかして、病気については、学びたいと 1 クール目の心理教育プログラム参加を承諾。	週 1 回の心理教育グループに参加。時に空笑もあるも、自発的な発言あり。終了時に個別の振り返りでは、多弁でまよりにくくなる。薬のセッションでは、副作用の不安を述べる。	第 2 クールの心理教育グループに継続参加。「納得できるなら、薬飲んでもいい。」へ変化。1 クールより、話が頭に入ってくるとの感想。	グループでは、幻聴や再発時の家出について具体的に話す。集中すると神の声が聞こえないと言う。ストレスに対処して、再発したくないと言っている。	グループでは、幻聴や再発時の家出について具体的に話す。集中すると神の声が聞こえないと言う。ストレスに対処して、再発したくないと言っている。	良い調子を維持する下リルを参考に個別の心理教育開始。再発予防の意識が出、服薬中断の影響（まよらぬ行動と妄想）の自覚が出てくる。
早期プログラム		心理教育時に、社会資源の紹介をする。	キーワーカー面談。母の再発への落胆や、夫や長男からの責めを受け止めていく。	PSW と共に援護寮を見学。利用目的を確認し体験宿泊時のアドバイスする。	社会資源として DC 利用を検討。	退院に向けて自立支援医療の説明。	
資源制度情報提供							
家族支援							
地域連携その他		過去利用の援護寮、活動支援センター職員と情報交換。	活動支援センター職員が担当として支援会議参加。	援護寮体験時の評価。援護寮の説明を行う。		援護寮体験時の評価。体験時に DC 等の経験を行う。	

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名: D氏, 年齢: 61歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

[現病歴] 入院までの経過: X-35年4月頃から独語、不眠、無断外出、無銭飲食(X-34年12月頃Y市)があり、X-33年1月に無免許で交通事故を起こし警察に保護され、A病院入院。その後X-33年8月中旬より仕事をしなくなり、9月路上で自動車を止めたりなどの不穏な言動があり警察に保護され当院措置入院。入院時は被害妄想、幻聴、精神運動興奮などが顕著であったが、その後治療により急性症状は消退し、X-17年3月措置解除。X-4年9月当院施設の一軒家型グループホームaへ入所。X-1年06月、脳梗塞のためB総合病院へ転院となり、X-1年6月中旬症状改善したため脳梗塞後のフォローも含め当院へ任意入院となる。脳梗塞による嚥下障害も緩和し問題はないため退院。グループホームの部屋を2階から1階へと移す。X-1年12月下旬頃より、言語不明瞭が見られ脳梗塞再発作の疑いにてB病院を勧めるが本人拒否。外来訪問等で様子観察にて経過していた。X年4月幻聴、独語も著明になり入院となる。言語不明慮は継続しており、入院中に再度、B総合病院の受診を検討していく。

2. 初期アセスメント

健康面: 統合失調症、脳梗塞後遺症

身体機能面: 脳梗塞後遺症による発話・嚥下機能の低下、身体バランスの低下

精神機能: IQ37.5、思考の統制に課題があり本人の意向が変わりやすい

活動と参加: セルフケアの低下(保清面、片付けなど)

環境因子: 退院の意思はあるが、グループホームa世話人に対して被害的な感情を有している

BPRSより抜粋: 【やや高度】敵意 【中等度】不安、思考解体、思考内容の異常

GAF: 32点

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標: グループホームへの退院

短期目標: 退院に対する不安軽減、役割の獲得によるストレス軽減(世話人との関係において)、セルフケアアップによる自信向上

4. 治療・援助の経過**(1) 作業療法**

チームで退院に向けて本人との意思確認後、まずは退院への不安軽減を目的にオープン活動にて傾聴受容を中心とした関わりを持った。1週間後、本人より食後の片付けに対しての不安が表出された。そこでセルフケアアップによる自信向上・役割の獲得を目的に『MY雑巾』を創作活動で作成した。作成した雑巾を病棟での食後に使用し、他者から賞賛を受けることにより、徐々に自信の回復が見られた。2週間後より、外泊時にもMY雑巾を持参し、食後の片付けを積極的に行う様子が見られた。3週間後から2か月の間は、外泊時に出た課題を随時多職種(Ns・PSW)とともにSSTにて取り上げ、練習を重ねた。その後、病棟の担当看護師に引継ぎ、病棟生活内で確認を行うと共に、毎外泊時にはスタッフが同行し、実際の場面での練習を重ねていった。これによりグループホームAへの入居の動機づけを図ることにより自信の向上を図っていった

(2) 心理教育

1週間後の診察時に医師より服薬の必要性や効果などの説明・精神症状(感情の波など)についての病気の説明を行った。また、知能検査の結果から理解力が乏しいため、具体的な課題に絞って行った。

(3) 資源制度の情報提供

1週間後グループホームの再説明、2か月後に退院後生活を見据えてのDC利用を説明・DCスタッフとの顔合わせを行った。また、退院後の金銭管理方法の確認をし、退院後はまずサービス管理責任者と共に管理を練習していくことを確認した。

(4) 家族支援

2か月後、家族に対して、本研究の説明と、グループホームaへの入居に対して不安を持っており、入院が長期化し、退去期限が迫っている現状の報告を行った。家族の意向としては、自宅での受け入れは悪く、グループホームaへの入居を希望され、困難な場合は病院で面倒を見てほしいとのことであった。家族の意向を傾聴し、グループホームaへの入居を目指すと共に、他施設も視野に退院支援を行っていくことを説明した。

(5) ケア会議・地域連携・その他

2週間に1回スタッフによる会議を実施。2週間後からは、グループホームaへの入居に対しての不安軽減方法の確認。1か月後より、世話人との対人関係の調整を行う。世話人を含めた病院内でのケア会議を2度実施し、毎外泊時にはスタッフが同行し、ケア会議を重ねていった。2か月後、本人の思考機能・対人関係での評価において、他者から指示的な関わりや過介入されることを極端に嫌がり、被害的な思考に転換されることが見られた。そのため、一軒家型のグループホームaでは、他者との距離が近く、本人にストレスが強いと判断。世話人との対人関係の修復も困難と判断し、当院のもう一つのアパート型のグループホームbの方が適応と考えた。3か月後、グループホームbの見学を行い、本人も意欲的なため退院支援の方向転換を行い、今後はグループホームbへの試験外泊を予定している。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

プロジェクト開始した頃には、外泊を行うこと自体に拒否が見られていたが、MY雑巾の作成や、それを日々の病棟生活内で活用し、他者から賞賛を受けることにより徐々に自信の向上が図られた。その自信からグルー

プホームへの外泊も前向きな姿勢が見られ、毎週 1 回の試験外泊を実施した。その際、外泊時にはスタッフが同行し、世話人との面談にて外泊の目標説明、状況の確認を行っていった。外泊時の課題として、世話人から X 開始前の外泊では、①セルフケア、2 週間後から 1 か月の外泊では、②夜間(余暇)の過ごし方、③頻尿などが挙げられた。本人も、世話人から注意を受けたと外泊に対して再度拒否的な様子が見られてきた。そこで、各ケア会議で解決策を検討し、①に対しては、1 週間後より SST にて食後の片づけ(台拭き)を練習し、病棟生活の中で反復していくとともに、担当看護師が作成した日課遂行表をもとにチェックを行った。その結果、セルフケアへの意識向上を図ることができ、外泊時にも食後の片付けが可能となり、歯磨きも自ら行う様子も見られてきた。②に対しては外泊時、夕食後にすぐ自室へ戻り電気を消して過ごすなど余暇の過ごし方に課題があると挙げられたため、1 か月後の SST にて本人と夜間の過ごし方について話し合い、TV を見るとの目標を定め、実際に外泊時に同行し、食事までの時間をともに TV を見て過ごすなど行った。しかし、本人からは『世話人から電気を消される』などの妄想的発言が聞かれ、実際の過ごし方には、改善は見られなかった。③に対しては、1 ヶ月後頃の試験外泊から世話人からトイレに行く回数が多く、失禁もみられたとの情報があつた。そこで、処方箋の確認を行うと、服薬調整中に頻尿止めの薬剤が中止になっていたことがわかり、再度処方することで改善が見られた。

これらより支援開始から 2 ヶ月後頃の退院を目指していたが、世話人に対する被害的な感情は根強く残っており、退院が近付いてくるにつれて不穏・不定愁訴が目立ってきた。更に、外泊時にもその様子から易怒性が増し、世話人との口論が目立つようになった。本人から『a には行きたくない、他の施設にいきたい』との発言があり、世話人からも今の状況での退院は困難ではとの意見があり、退院は延期となった。2 か月後のケア会議からは、これらの意見も踏まえ、当院の 2 施設あるグループホームの違いについて焦点化し、話し合いを行った。本人の思考特徴として、指示されると被害的な捉え方になる点、過介入を嫌う点から、一軒家型のグループホーム a は、対人距離が近くストレスをためやすい環境との結論を出した。そのため、一度グループホーム a への入居を白紙に戻し、もう 1 施設のグループホーム b を検討した。本人にその旨を説明し、本人と見学を行った。この施設は、アパート型のグループホームで、比較的対人距離が保たれているため、本人からもグループホーム b への入居を望んだため、グループホーム b への入居を中心に、試験外泊を予定するとともに、その他施設の検討も視野に入れて現在退院支援を行っている。

終了時 BPRS より抜粋：【高度】疑惑【やや高度】思考解体・思考内容の異常 ※ほぼ変化なし GAF：52 点

6. 考察

プロジェクト開始時には、グループホーム a への入居に対して、強い不安が見られていた。この不安の要因として、まずは世話人との対人関係が挙げられる。その背景には、脳梗塞後遺症の影響が考えられ、以前できていたセルフケアなどの ADL ができなくなってしまうことによる自信の喪失が挙げられる。また、世話人からのアドバイスを注意されたと受け取り、被害的な考えに繋がっていると考える。そこで、初期は、自信の回復に着目し各職種でアプローチを行っていった。まず、作業療法において、自分専用の雑巾を作成した。それを日常生活の中で活用し、スタッフや他患者から賞賛されるなど認められる体験を促していった。このことにより、愛他的な体験を通して自信の回復に繋がって行ったのではないかと考える。この頃より毎週の外泊を行っていったが、スタッフがその都度同行し、世話人とのケア会議を重ねていった。それにより、外泊時での課題、意向の確認を随時行っていくことができた。また、その結果を病棟生活の中で対策をとり、次回の外泊時に練習するといった、実生活の中で支援を行っていくことにより、より退院後の生活を見据えた関わりが持てたのではないかと考える。

しかし、今回のプロジェクトでは、退院にまでは至らなかった。外泊時に出了課題などは改善が見られ、プロジェクト開始時と比較して ADL 面などは向上が見られているが、世話人との関係性に関しては改善が見られなかった。要因として、馴染みの関係・場所をポイントに馴染んだグループホーム入居への退院支援を行っていったが、逆に、馴染みの関係・場所ゆえに以前との自己の能力の比較ができやすく、ストレスを感じてしまったのではないかと考える。また、本人の思考形式の特徴も要因として挙げられる。被害的に物事を捉え、アドバイスも注意されたと捉えてしまう。その中で、世話人も本人を心配し、声かけを行っていたが、本人は注意されたとの感情が強まり、ストレスを強く生み出していったのではないかと考える。

本事例を通し、退院支援を行う中で地域と密に関係を持ち、本人の意向を基にしたアウトリーチ型の支援が可能であった。その中で、ケア会議でチームの目標を確認し担当 Ns、PSW と連携を取りながら各職種の専門性をいかし、どのスタッフも統一した関わりを持つことが本人の安心にも繋がったと考える。また、各グループホームの違いを検討していくことができた。それぞれの特性に気付き、本人に適切な環境を本人・地域と共に検討していくことが重要とこの研究を通して改めて感じ、そこから方向転換を早期に行えた点では十分に退院支援において成果が見られたと考える。

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)

地域との情報交換を定期的に行ったが、グループホーム世話人の症例に対する理解を得られなかった。情報提供の際に、世話人に対する配慮(不安軽減など)に課題があつた。

		1~2 週目	3~4 週目	5~6 週目	7~8 週目	3カ月目	
日常生活の様子		病棟生活、外泊時において食後の片づけ、保清面などのセルフケアに課題あり。入院前に入所していた GH(a) への入居を希望しているが、世話人・同居人との対人関係に不安が強い。	病棟生活において、OT で作成した雑巾を用いて台拭きを行う姿や、歯磨きなどのセルフケアに向上がみられる。	外泊時に頻回にトイレに行く行為があり、一度外泊時に失禁が見られた。そのことを世話人から注意されたことと精神症状が不安定となる。	服薬調整にて瀦尿は軽減したが、世話人への被害的念慮は以前よりも強くなり、外泊時に世話人と口論する様子が多くなる。その結果、外泊自体に拒否的となる。	GH(b) の見学を行い、本人 GH(b) への退院を希望する。それに伴い精神症状の安定が見られる。	
ケア会議の概要と目標設定		GH(a) への入居に向け、世話人との対人関係良化に重点を置いた。そのため短期目標としてまずセルフケアアップによる自信向上が目標に挙がる	外泊時の夜間の過ごし方に課題が見られたため、本人と余暇の過ごし方の確認を行う	瀦尿の原因を検討し、薬剤調整を行う。また、夜間の過ごし方を含めた・日課表の検討・作成を行う	精神症状不安定にて退院を延期することを確認。同時に GH(a) 以外の施設 GH(b) の検討も行う。	各 GH の特性を考慮し、GH(a) への退院を白紙に戻し、他 GH(b) へと入居の方向性を切り替える	
薬物療法		リスパダール(2)2T、ロヒプノール(2)1T、ファモチジン(20)1T、センノサイド(12)1T、ロドピン(25)1T、タスモリン(1)1T、バイアススピリン(100)1T、ノルバスク(5)1T、パップブオー(10)1T、デパケンR(200)2T	薬剤調整のため デパケンR(200)⇒(100) パップブオー中止	薬剤調整のため パップブオー(10)1T 再開	左記同様	左記同様	
作業療法 心理教育 資源制度 情報提供 家族支援	プログラム	創作や園芸などの OT 活動を通して、本人の不安を傾聴することを中心に、関わる。また、食事の片づけなどに強い不安が見られたため、役割の獲得から自信の向上を図るために専用雑巾(MY 雑巾)を作成する	OT に定期的に参加し、徐々に自信の回復が見られる。外泊時の状況を毎回本人・世話人から確認し、出た課題を SST に取り入れる。	状態悪化(不穏・不定愁訴)のため、オープン活動を不安を傾聴し、病状の安定を図る。また、SST でできているセルフケアへの正しいアプローチを行う。	状態悪化変わらず、創作・SST などの活動時も不穏・不定愁訴が目立つ。しかし、園芸には安心して参加し落ち着きが見られる。	GH(a) への退院が白紙になったことが、次の退院先が見つかるまで継続的に SST を行う。活動を通して、本人の退院意欲の向上を図るとともに、退院先の確認を行う	
		診察時に服薬の必要性や効果などの説明・精神症状(感情の波など)についての病気の説明を行う	心理検査の結果、具体的な課題を挙げて関わりを持つことが必要と判断。	左記同様	左記同様	左記同様	
		外出時等のさくらカード(熊本市優待証交付事業)使用方法を確認	外泊の日程調整や金銭管理、過ごし方などを本人と検討・確認		退院後利用を予定している DC の説明と、DC スタッフとの顔合わせを行う。また、入院中からのブレ DC の利用を提案	他 GH の説明(現 GH との違いや GH の規則など)とともに見学を行う。	
				入院が長期化し GH(A) の退去期限が迫っていることを其家族に説明。家族からは其に生活をj送るjのは困難との訴えあり傾聴する	GH(b) へ定期的に外泊している様子jを家族に説明	本人の状態を説明。GH(a) の退去に際し家族の不安も強く、本人に退院の意思がある旨と GH(b) への退院支援を行うべくいくことを確認	本人の状態を説明。GH(a) の退去に際し家族の不安も強く、本人に退院の意思がある旨と GH(b) への退院支援を行うべくいくことを確認
地域連携 その他		外泊時にスタッフ同伴し、世話人との面談を行う	左記同様	当院にて Dr、世話人、Ns、PSW、CP、OT にてケア会議実施	外泊時にスタッフ同伴し、世話人との面談を行う	当院施設の GH(b) を本人と見学	

事例分類2(入院期間 276 日)

施設名: Y 病院

報告者(キーワーカー): M

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名: N 氏, 年齢: 64 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症
【現病歴】入院までの経過: X-44 年に食品関係の会社勤務時に発症、躁状態にて入院。退院後、職場を転々としながら、怠業しては興奮・不眠・粗暴行為が出現し、入退院を繰り返していた(7 回の入院歴)。X 年 4 月より眠気を理由に断業する。夜間の不眠や攻撃的言動みられるようになり、母親の年金の使い込みが発覚、家族との口論が耐えなくなった。車の運転が荒くなり、人身事故を心配した家族が本人を連れて受診し、4 月 22 日任意入院となった。入院当初から多動・多訴状態続き、他患への干渉やトラブル度々あったものの、7 月中に症状消失。8 月 9 日担当 Dr より、家族に退院を勧めるものの、高齢の母親の危篤状態であることや再発への不安を理由に先延ばしになる。入院中は外出・外泊等一切なし。X 年 10 月 15 日、本人・家族に対して研究事業内容を説明し、同意を得て後、支援を開始した。

2. 初期アセスメント

【家族についてのサマリー】X 年 10 月 14 日に研究の説明とともに実施。
母親と二人暮らし。同じ敷地内に実兄宅がある。実兄は造園業を営み、以前は N 氏も手伝っていたとのこと。N 氏が入院中、母親が脳梗塞になり危篤状態となり、実兄が奔走している。N 氏の病状が落ち着いても、母親の介護があるため、二人を同時に看ることができない。また、今までも怠業が繰り返されており信用できない、感情的なことで車を運転されては困るとのこと、Key Parson である実兄は、N 氏の退院に対して拒否的。本人・実兄との面会時に、以前母親の年金を使い込んでいたことに対して強く非難されている。また、実兄は“車の運転をしてほしくない”“自炊できるようになってほしい”と条件を示す。

【社会面のサマリー】

中学卒業後、食品会社 7 年、建設会社 2 年。その後は実兄の造園業を時々手伝う程度で就労経験が少ない。退院後は単身生活になることが予測されるため、生活自己管理が必要となる。

【心理面のサマリー】

症状は落ち着き、入院生活にゆとりを感じられている様子。しかしその一方で、退院はしたいが、一人で生活するためのお金の目途がたたないことと、実兄に迷惑をかけ退院に非協力的ではないかと不安を感じている様子。BPRS・・・9→6 GAF・・・65→67

3. 治療・援助の目標と方針

- 1, 病気や内服の知識をつける。
- 2, 単身生活に必要な生活技能を修得する。
 - ・病棟生活で内服を自己管理する・OT 料理グループの参加・交通機関利用の練習
- 3, 資源制度の情報提供および申請
 - ・生活費捻出のための障害年金の申請・交通機関利用のための障害手帳とバス無料パスの申請
- 4, 家族支援
 - ・資源制度の情報提供・家族の精神的ケア

4. 治療・援助の経過

(1) 早期作業療法

X+14 日 OT 活動導入。他者への干渉が強く過活動的になる可能性が示唆されたため、静的個別作業である手工芸 G から開始。作業中些細な工程の確認や参加メンバーへの干渉あるも、トラブルなく過ごしていた。4 ヶ月が経過する頃より、病状安定し作業遂行もスムーズになるも、病棟では臥床傾向強くなったため、入院当初から強く希望のあったクローズド園芸 G を導入。野菜や花の知識多く、メンバーともすぐに馴染むことができ、臥床も減少し、活気が見られるようになった。6 ヶ月目に今回の支援事業について説明。退院後の生活スケジュールを見直し、単身生活を見据え、男性の料理 G や生活管理技能を練習するための個別活動を設定した。料理の活動では、「(久しぶり) やってみて安心した。」「(自分で) 作ったものが一番おいしい。」とのことで自信を感じられた様子であった。また、家族の要望であった車の運転について「(自家用車を) 手放してもいい。」とのことだったため、病院～自宅間の重要な足となるバス利用を練習した。

(2) 早期心理教育

OT 活動終了後、病棟生活場面を振り返ってもらい、キーワーカーが療養のコツや他者との距離の置き方を説明。病棟生活において、他患・スタッフに干渉や口論が絶えることなかったものの、OT 室に来て不平や不満を訴えにくくなるようになる。3 ヶ月が経過する頃より、躁状態は改善。6 ヶ月目に支援を説明。翌月より改めて心理教育の時間を設けた。病気の特徴・回復経過のセッションでは、「怒りっぽくなる。」「周りが言っていることがわからなくなっていた。」と自らの病状とテキストに記載されている症状と照らし合わせていた。また、薬の効果・副作用の説明では、「車で母親を病院に送り迎えをしていて、眠気が出るからやめてしまった。今は後悔している。」と話されており、服薬の大切さを実感できた様子であった。病棟生活でも Ns 主体で服薬管理を実施してもらった。

(3) 資源制度の情報提供

支援事業の同意を得た後、PSW 主体となって情報収集を開始。生活費を調べてみると、厚生年金を受給していたものの、受給額が極めて少なかったため、障害年金の情報提供を行った。退院するには「お金が心配。」と話されており、本人の希望あり、すぐに PSW と同伴にて社会保険事務所に外出し申請する。また、退院後の移動手段が路線バスになる可能性があるため、精神障害者保健福祉手帳を取得後に、バスの無料パスが申

請できることを説明、併せて申請した。それ以外にも、手帳取得後の制度、所得税・住民税控除や NHK 受信料減免、市民福祉手当、公共施設利用料の減額等の制度と、退院後に利用できる精神科訪問看護や外来作業療法の情報提供を行った。

(4)家族支援

キーワーカーより、定期的に実兄に電話連絡し、病棟・活動時の様子や支援内容と結果を報告。また、必要に応じて、衣類の入れ替えや本人の年金手帳・通帳がいることを要求すると、すぐに日取りを決めて来院するようになった。実兄が来院したときは、キーワーカー・本人を交えた短時間の面接を設けている。正月過ぎに外出に応じる。

(5)ケア会議・地域連携・その他

初回会議では服薬の必要性を学んでもらうことと、生活費捻出のための環境調整、本人との家族調整をはかることをチーム間で確認した。2回目より本人を交えて、提供可能な資源制度を確認し、単身生活に必要な生活技術の練習課題を設定。4回目で、市保健所スタッフも加わり、地域資源利用のアドバイスをもらう。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

研究終了時点で入院継続中である。事業開始時、症状はすでに消失しているにもかかわらず、家族が退院に難色を示している状態であった。そのため、実兄が“自炊できるようになってほしい”という要望に対して、本人が単身生活できるようになって退院することを目標としてチームで取り組んだ。過去の再入院の様子を見ても、怠薬・断薬を繰り返していたということであったため、心理教育の時間に薬の作用と再発のリスクについては重点的に説明。Ns サイドで行った服薬管理もあって、終了時には「薬は飲まんといかん・・・」と言われ、服薬コンプライアンス向上が図られた。(ケアアセスメント(3)自分の健康状態：初回4点→4回5点) また、金銭面においても、障害年金を申請し、裁定結果を待っている状態ながらも、不安の軽減につながった。(ケアアセスメント(2)生活管理について：初回4.3点→4回4.6点) 作業療法では、病棟での生活と退院を想定したスケジュール作成。既存の料理 G と個別の時間を使って料理の機会を設けることで、楽しみながら生活技術の確認できた様子であった。家族とも、若干ではあるが本人との関係が縮まり、正月過ぎに実兄が本人との外出を許可し、母親の病院先に出かけ、面会を果たす。「母親の顔を見て安心した。」「ゆっくり時間をかけて退院せんと・・・」と前向きな発言聞かれた。

6. 考察

断薬・怠薬によって入退院を繰り返しているケースにとって心理教育は、“自分の一人だけがかかる病気ではない”“薬さえ飲めば再発せずすむ”という安心感につながり、極めて有効であることが実感させられた。また、作業療法が入院生活で埋もれそうになる生活技術を磨く機会となり、本人にとって重要な意味合いを持つことが確認された。加えて、本人が気にしていた生活費に対して迅速に情報提供し障害年金申請できたことと、退院に難色を示す家族に少しずつ働きかけ本人との距離が縮まったことが、退院が具体的にない中でも、本人がモチベーションを維持できた要因だと考えた。今後は、退院をより具体的に見据えて外泊訓練を検討していくことと、市保健所スタッフも加わったことで、幅の広がったアフターフォローを検討することが必要と考える。

頻繁に入退院を繰り返す目の当たりにしている家族にとって、本人が退院することに対し、強い拒否感を示すことは予想されていた。ただそのことを受けて、周囲のスタッフがどこかで“家族に反対される。仕方がない”“また繰り返すのでは?”といったスティグマを抱えていたことが考えられる。しかし、チーム全体でもう一度アセスメントし、本人を交え共に目標を模索していったことで、チームスタッフ一人一人の意識の変わり、本人が望む生活へ近づけられるというスタッフ間の自信につながったと感じる。

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)

今回の事例では、マニュアルによって形式化された支援方法によって一貫性のある関わりを提供できたと考えられる。また本人を支える具体的な方法を提示し、生活していく方法を模索することが、本人の安心ともなり、スタッフの意識を変えるきっかけとなったと思われ、長期入院・入退院を繰り返している事例を減らしていくためには、支援を行っている病院が単独で実施するのではなく、これを全体で取り組んでいくことが必要であることが考えられる。

事例報告 Summary Sheet 施設名: Y 病院 患者: N 氏 64歳 女性(男性) キーワーカー: M 職種 OTR 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	多弁・多動状態。他患・スタッフに対して干渉強く、たびたび暴言聞かれていた。睡眠は当初3~4h程度であったが、2週目で安定。	入院時の症状持続し、他患とのトラブルが増えている。	風邪症状により自室で過ごすが多動的であるために安静保てず、声かけを要する。回復後、他患との干渉や些細な訴えは続いている。	徐々に些細な訴えが減り、他患への干渉なく穏やかな様子が増えている。反面、臥床している時間も増えている。	内服やOT活動調整後、臥床する時間が減り、デイルームやOT室にほとんどもを過ごしている。「体が軽くなったようだ」と笑顔。	病棟内のプログラムであるラジオ体操をしたり、他患とトランプをしたりして過ごしている。自室で過ごすことも多いが、臥床はせず、ベッドに座っている。
ケア会議の概要と目標設定	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施
薬物療法	①レボトミン(25)朝昼夕 ②フルニトラゼパム(2)1T グッドミン 1T ベゲタミンA 1T	変更なし	臨時: PL クラビッド ニフラン	変更なし	レボトミン(25)朝・夕へ減量	変更なし
早期作業療法	入院当日から作業療法への活動を希望したが、多弁・多動状態が強かったため、作業療法開始を見送る。作業療法の説明などは実施。園芸グループ参加希望強い。	入院3週目より開始。個別活動にて手工芸を行う。作業中は些細な工程確認のためたびたびスタッフを呼び、また他患への干渉見受けられる。	風邪症状続き、活動を中止。発熱中もOT室で過ごそうとしていたため、安静を促す。	活動を再開。些細な確認や干渉見られなくなっており、穏やかに時間を過ごしている様子。作業遂行がスムーズとなるも、やや言葉の出にくさ見受けられる。	病棟内での臥床傾向見受けられるため、以前より希望のあった園芸グループを導入。	週1回の手工芸、月2回の園芸に継続して参加。メンバーとの適度な交流みられ、グループにも早期になじんだ様子。
早期心理教育	作業療法の説明に合わせて、症状のことや現在の状態を本人に伝える。本人が訴えるその都度、対応を行う。	活動やかかわりの中で説明。	継続。	継続。	継続。	継続。
資源制度情報提供	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施
家族支援	担当医・PSWから入院時の説明をおこなう。	兄の面会もあるも本人は「口げらんかしてきた」と興奮ぎみに答える。	未実施	入院費支払いのため兄が来院するが、面会せず。	担当医からご家族に退院について電話。「母親の介護(脳梗塞にて四肢麻痺)や金銭的な問題で退院は無理」との回答。	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	保健所や県の障害福祉課などに連絡を取り、支援の概要を説明。資料を渡す。

		6カ月目	7カ月目	8カ月目	9カ月目	10カ月目	11カ月目～	
日常生活の様子	病棟でのラジオ体操は日課となっており、他患との交流も継続してみられている。	午前中では臥床が少しづつみられ、この頃より、変化はなく、この頃より、ジェス代を自己管理とすも、あまり計画性はなない。服薬管理開始。	兄の面会あり入院費のことで注意されたこと。午前中臥床傾向だが、院内散歩中足を捻挫し自床で過ごす時間が活気のないことが増えている。	母親の面会後、「もう一緒に暮らせない。」とシヨックを受けた様子だったが、「ゆつくり時間をかけて退院しないと。」と前向きな発言聞かれる。				
ケア会議の概要と目標設定	ご本人にケアの説明を行い、同意を得る。金銭面での心配などを話される。	第1回ケア会議。本人と家族の調整、金銭面の環境調整、服薬の必要性について支援を計画。	第2回ケア会議。支援の方向性を生活技能(金銭や内服、APDL)について向けることを設定。	第3回ケア会議。引き続き生活技能の練習。第4回より、保健所スタッフも参加となる。				
薬物療法	変更なし	変更なし	変更なし	変更なし				
早期プログラム	早期作業療法	個別作業の手工芸、協力作業の園芸に継続して参加。	これまでの活動に加え、料理活動への参加を計画する。	臥床傾向であり、活動開始時にスタッフの声かけが必要。活動中の変化はみられない。料理活動に参加。個別の料理も実施。	退院後の生活を想定したスケジュール作りを行った。また、自宅へ病院間でのバスの利用を体験してもらった。			
	早期心理教育	継続	個別での心理教育開始。症状や内服については本人も自覚している。(1/週)	心理教育継続。現在の入院生活を見直すことと、退院後の生活を想定しての内容。(1/週)	活動終了時、症状等たずねながら、必要に応じて実施。			
	資源制度情報提供	年金加入の状況について調査するとともに、年金内服や金銭面において自分で生活できるかを心配している様子。事故が心配だから車を運転してほしくないとのこと。会議には忙しく参加できないとのこと。	車についてのほしくない家族の希望に対し友愛パス(市電・バスの無料パス)を本人・兄に提案。	障害年金・障害者手帳についてご本人・兄に説明。申請の計画を立てる。	退院後必要となる精神科訪問看護と、バス無料パス(ゆうあいパス)の使用方法を説明。			
	家族支援	兄に電話、支援を説明。内服や金銭面において自分で生活できるかを心配している様子。事故が心配だから車を運転してほしくないとのこと。会議には忙しく参加できないとのこと。	数日後、兄が来院。再度支援について説明行い不安に感じていることなど話す。その後面会するも兄が一方的に「薬を飲まなかつたからいけない」と話し、本人は押し黙っている。	兄の面会あり。やはり退院に対する不安はあも促すが、仕事や母親の世話(他病院入院中)で多忙のため、参加は難しいとのこと。	第3・4回とも多忙との理由で不参加。キーワードの提案にて外泊をすすめ、「母親の病状を見せおきたい」とのこと。実兄同伴で母親の入院先へ外出する。			
地域連携その他	未実施	保健所に連絡。ケースが決定したとことと、援助の方向性などを伝える。	保健所に連絡し、経過を伝える。次回のケア会議で情報がほしいことを依頼。	保健所スタッフがケア会議に参加。支援センターや民生委員への働きかけを行っていくとのこと。				

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名 : A 氏、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 :

高校在学中より幻聴・作為体験出現。X-11 年 1 月より S 病院に 5 ヶ月程通院し症状軽減。大学の合格発表後、幻聴に左右された言動見られ警察に保護され、①X-9 年 2 月 7 日～3 月 4 日まで I 病院に入院。退院後 2 ヶ月で症状再燃し、当院紹介。②X-9 年 5 月 11 日～11 月 11 日まで当院初回入院となる。退院後はデイケア通所し適応も良かったが、X-8 年 8 月に友人と遊ぶ機会が増え、服薬が不規則になっていった。母親が内服させるも食事が入っておらず、悪性症候群の診断で③X-8 年 8 月 28 日～11 月 27 日まで入院。以後数回の入退院を繰り返す。X-1 年には、アルバイトを短期間行ったが、家庭内で居場所がなく単身生活を考えるようになった。X-1 年 9 月 19 日の受診を最後に一人 H 県に向かう。知人の紹介もあり清掃作業の仕事に就き社宅での生活を送っていた。薬が切れるため、本人に受診を促し家族にも状況伝えたが対応する家族はおらず、11 月 11 日痙攣発作にて救急搬送される。ようやく本人を母親が迎えに行き当院受診。精神症状も悪化傾向にあるため X-1 年 11 月 12 日、任意入院となった。

2. 初期アセスメント

幻聴・思考奪取・注察感などがあり、頻回にスタッフへ関わりを求めたり頓服使用したりと不安定な状況が続く。また、夜間睡眠がとれない事も重なり、日中も落ち着きのなさが目立つ。ADL では入浴に促しが必要で、整理整頓や洗濯などもスタッフ介入する事で何とか行える状況であった。母親は定期的に面会に来ており、差し入れを持ってきて本人と 30 分程度会って帰宅される。本人は服薬について「もう絶対に飲まないといけない」と語っていた。

3. 治療・援助の目標と方針

当面は、痙攣と悪性症候群予防のため身体管理を中心に行いつつ、薬物調整を行っていく事を目標とする。早期から退院後の治療・生活を考え、必要に応じて家族との関係について援助を行っていく。本人の能力としては金銭管理が上手くできないため、決められた金額で入院生活が送れるよう支援していく。また、症状について表現はできるが、現実感に乏しく病気の理解が低いと、心理教育などへの導入も検討する。

4. 治療・援助の経過**(1)早期作業療法**

ストレス発散・生活リズム改善を目標に入院 2 日目より病棟内活動参加の指示が出される。しかし、病棟内ではきつそうな表情や多弁さが目立ち症状不安定な様子が伺えていたため、病棟担当 OTR は無理に声かけをせず、本人のペースに合わせて参加を促した。全体的にペース配分が上手くできず活動で疲れる事も時折あったが、徐々に活動に対する関心は拡がり、院内散歩を希望するようになる。1 ヶ月が経過した頃より、デイケア通所訓練開始。導入面接では「外に出ないときつい。毎日参加したい。」と話したが、病棟担当 OTR は〈焦らなくていい事〉を返し、午後の活動より参加する事とした。しかし、2 週間が経過した頃よりデイケア内でも幻聴・思考奪取など症状の訴えが増え、通所訓練が一時中止となる。その後の病棟内活動においても、表情冴えずぼんやりと見学する姿が見られ、やや混乱している状況が続いていた。

入院 4 ヶ月目に開放病棟転棟。転棟後しばらくは一点凝視や集中できない様子が伺えていたが、徐々に自発的に活動参加する機会が増え、カラオケを歌ったりレクリエーションでも他患と交流持てたりと楽しめる様子も見られるようになった。入院 8 ヶ月目より、週 3 日(月・水・金)、午前のみからデイケア通所訓練再開。11 ヶ月目になる頃には週 5 日のペースで通所訓練を行い、表情良く参加。しかし、退院への焦りからオーバーペースとなり症状悪化が見られたため、病棟担当 OTR・デイケアスタッフ・病棟 Ns で話し合い、通所訓練を週 3 日に変更し休息を促した。入院 X+361 日目で退院し、母親・義父との生活がスタート。退院後は本人のデイケア通所日に合わせて、週 1 回のペースでキーワーカーが面接を実施した。家族との生活に不満やストレスを訴える事もあるが、本人なりに対処しながら生活を送っている。

(2)早期心理教育

薬物療法や症状の説明は主治医が適宜行う。デイケア入所後 1 ヶ月よりクロズドの心理教育に参加。セッションの中では「入院前は薬を飲んでいなかった。1 か月ぐらいいかな」と服薬中断により今回の入院に至った事を自ら話したり、頓服の使い方について「きつい時に飲むようにしている。なんか体の変だなと感じた時」と他患にアドバイスしたり、と意欲的に参加。

(3)資源制度の情報提供

入院中にデイケアや自立支援医療について説明を行った。退院後は自立支援医療が上限額 2,500 円と認定される。自立支援医療認定までの医療費の返金については、滞納となっている入院費に充てる事とした。

(4)家族支援

主治医との家族面接に OTR・Ns・PSW も参加し、本人の病状や今後方針についての説明を行いつつ、家族の抱える不安を聞きとる。家族は主治医からの病状説明に対して「本人の頑張り次第ですね。」と話しており、病気の理解は乏しい様子が伺えていた。退院時には滞納していた入院費の支払い方法について確認を行ったが、その後の入金はなく、電話などで連絡をとろうとするが、家族とは連絡が取れない状況が続いている。主治医の方針により、当面は家族への介入は行わないとスタッフへ指示が出される。

(5)ケア会議・地域連携・その他

研究開始に際し、スタッフのみでケア会議を実施しケアプラン作成。退院後の訪問看護については家族が拒否したため導入しなかったが、ケア会議には外来（訪問）Nsも参加。

5. 結果（成果と転帰、退院後のケアプランなど）

入院中は症状安定に時間を要したが、薬物療法により入院7ヶ月頃より安定。入院11カ月目でケア会議を実施し、今後の目標として服薬の自己管理・デｲｸﾞ適応へのサポートを設定。服薬の自己管理に向けては、服薬を1日管理から徐々に管理する日を増やし、合わせて病棟Nsと振り返りを実施していく事で、退院時には服薬が自己管理可能となった。デｲｸﾞ適応へ向けては、研究開始前より、すでにOT活動の一環としてデｲｸﾞ通所訓練を実施していた。週3日午後のみ参加からスタートし、徐々にデｲｸﾞ通所訓練の時間を増やし、週5日まで参加する事ができた。オーバーペースから一時的に疲れが見られた事もあったが、通所訓練の実施日を減らす事で体調は安定し、X+361日目で退院となった。

退院後は主治医よりデｲｸﾞ週5日の通所を勧められていたが、経済的な理由から3週目には通所が滞った。本人からは家族との生活に対する不満やストレスなどの訴えが増える状況となったため、主治医よりショートケアをすすめられ、不定期ながら何とかデｲｸﾞ通所が再開。入所後1カ月より病気の理解を目的に心理教育導入となったが、セッションの中で、服薬中断により今回の入院に至った事を自ら話したり、頓服の使い方について他患にアドバイしたりと意欲的に参加できている。また、退院後2か月が経過した頃には、週1回実施しているキワカーとの面接場面で「体力が戻ってきた感じがする」と話し、体調は安定している様子であった。

現在もデｲｸﾞ通所は不定期であり、今後も経済的な理由からデｲｸﾞ通所が滞る可能性はあるが、参加した際は活動や友人との会話を楽しめている。今後も再発防止を目指しデｲｸﾞ通所状況及びストレスの程度を評価しながら、可能な範囲での通所を促していく。

【各検査結果】

- ・BPRS 研究開始時 35→退院時 18→研究終了時 17
- ・GAF 研究開始時 55→退院時 60→研究終了時 68

6. 考察

- ・OT活動の一環としてデｲｸﾞ通所訓練を早期から導入した事により、デｲｸﾞ内での友人作りや退院後の生活をイメージし活動のペースに慣れる事ができ、スムーズなデｲｸﾞ導入へとつながった。また、病棟担当 OTR や病棟Nsとデｲｸﾞスタッフが適宜デｲｸﾞ内での本人の様子などについて情報交換を行った事で、不調が見られた際に素早く対応でき、ケア会議を含めて職種間の情報共有が必要不可欠であると感じた。
- ・服薬自己管理に向けては1日管理から訓練を始め、段階づけて管理日数を増やしていった。それに加え、病棟Nsと定期的に振り返りを行った事で、飲み忘れなどの問題点を意識するようになり、結果として自己管理可能へとつながった。
- ・主治医と症状や悪化時の対応などについて話し合いを持つ事で、幻聴・被注察感・思考奪取など表現でき、徐々に症状に対する認識を高める事ができた。また、退院後1か月より導入した心理教育では、「症状」「副作用」「回復段階」などのテーマについて学ぶ事で、自己の症状悪化のパターンに気付き、病気の理解につながったと考えられる。
- ・本ケースのように、経済面で問題がある場合には、退院後の治療及び生活を安定したものとするため、自立支援医療を利用する事が重要であったと考える。また、自立支援医療などの退院後使える社会資源について、早い段階で情報提供を家族に対して行う事は、家族の安心感や協力を得る手段の一つになると考えられる。
- ・ケア会議を実施する事により、活動面、心理面、社会面など様々な視点で評価する事ができ、職種間の役割分担も明確に行う事ができた。また、本ケースの場合、入院費の未払いという問題点に対し、治療スタッフ以外のスタッフ(医事課)と連携も必要だった。

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）

- ・入院費の滞納などの問題が生じた場合、家族支援を円滑に継続するためには、ケア会議に早期から地域スタッフの参加が必要であった。
- ・退院後もキワカーが継続した支援を行う場合、キワカーの役割をどの時期まで継続するかまたは交代するかという事について、検討が必要であると思われる。

事例報告 Summary Sheet[施設名: F病院 患者: A氏 28歳 男性 キーワーカー: N 職種 OTR 男性]

	入院～4か月目	5～10か月目	研究開始	2か月目	3か月目	4か月～
日常生活の様子	入院当初は幻聴・注察感・心気的訴えが目立つ。また夜間中途覚醒や療養生活への不満もあり不安定さが続く。デイケア通所訓練により不満の訴えは減るも対人関係上手くかず症状悪化。薬物調整し少しずつ疎通となるようになる。	療養病棟へ転棟。転棟後も精神症状持続しているが、訴えの頻度は少なくなる。夜間中途覚醒は徐々に減る。入院後6ヶ月より外泊を開始。	精神症状安定し、心気的な訴えなどはほとんど消失。生活リズムも安定し睡眠も十分取れるようになる。外泊では退院について家族と話し合うようになる。	本人・家族の希望もあり退院。デイケア以外の日は犬の散歩・TVを観る・などして過ごしている。家族内でのいづらさを感じていない様子。睡眠・服薬OK。	経済的な理由から引きこもりがちとなり、日中も臥床傾向にある。両親に対し「細かい事と不注意されてきつ」と不満を訴え、ストレス増加している様子。	年末年始は自宅を過ごす事が多いが、生活リズムは安定している。家族に対する不満はあまり聞かれず、犬の散歩や買い物など利用し上手に距離がとれている。
ケア会議の概要と目標設定	当面は、癔癢と悪性症候群予防のため身体管理を中心に行う。退院後の治療・生活を検討していく。	OT活動やデイケア通所訓練を利用して生活リズムの安定を図る事を目標とする。加えて病棟内で服薬・金銭の自己管理の自立などを目指す。	退院に向けての目標を服薬の自己管理・デイケア適応のサポートと設定。今後の支援について、金銭状況の把握・症状管理など各職種役割を分担。	服薬管理は自己管理可能となる。退院後はデイケアへ週5日通所し、家族と折り返いをつける。生活を送る事を目標とする。またキーカーは週1回本人との面接を予定。	金銭的な問題からデイケア通所できないため、成年後見人制度を利用し医療費の確保を検討。デイケアへの通所を促す事を確認。定期的なデイケア通所を目指す。	年明けのデイケア通所は少なくセッションが低い様子が伺えるため、再度本人に動機づけを行いデイケアへの通所を促す事を確認。定期的なデイケア通所を目指す。
薬物療法	陽性症状に対し入院時はエビリファイを使用。頓服でリスパダール液を頻回に服用。また夜間不眠が続き週2～3回眠剤を使用。コトシン125mgリスパダール6mgで徐々に症状安定。	リスパダール6mgは維持しコトシンが200mgに増量。頓服のリスパダール液や眠剤の使用はほとんどなくなる。	リスパダール6mg コトシン200mg で体調キープ。しかし症状悪化見られたため、リスパダール液 2mlが不調時として処方。	退院時処方方はリスパダール6mg コトシン200mg、不調時リスパダール液 2mlが出され薬物量は維持。	退院時処方と同じ。	退院時処方と同じ。
早期作業療法	スリッパ発散、生活リズム改善を目標に入院2日目より病棟内活動に導入。活動はスタッフの声かけで参加するも多弁であり、スタッフに関わりを求め通所訓練導入するも、注察感出現し集団内に入れず一時中断。その後病棟内の活動では表情ゆえず、一点凝視など見られる。	転棟後、OT活動へは欠席が目立ち参加には声かけを要したが、徐々に意欲向上が見られ自主的な活動参加が増えた。また、特定他患との交流も見られるようになる。入院8ヶ月よりデイケア通所訓練再開。	週5日のペースでデイケア通所訓練を行い、表情よく参加できる。しかし退院への焦りからパーソナスとなり症状悪化が見られたため、通所訓練を週3日に変更し休息を促す。	退院後1週目は週5日デイケアへ通所。2週目より「家の用事」を理由に欠席がちとなり、3週目には通所に滞る。本人受診時にデイケア通所の必要性を伝えただけで、経済的な理由から通所できず。	デイケアの指示が出され、何とか週1回の通所を継続。面接を通して本人の困っている事や家族との生活について話を聞くと同時に、心理教育に本人と共に参加。	デイケアへの通所は不定期だが、参加した際は活動や友人との会話を楽しめている。「最近比以前より長く歩けるようになり、体力が戻ってきた感じ」と話す。
早期心理教育	薬物調整を行うこと、また休息をとる事の必要性を説明。回復段階に応じて活動範囲を拡げていくことを伝える。	本人からは退院への焦りが伺えたため、体調を振り返り、頑張り過ぎない事を目標にする。	頓服として処方されたリスパダールの服用の仕方について個別的に指導。	退院時面接では、病状説明・経過の振り返り及び今後服薬と生活リズム安定を目標にする事を話し合う。	心理教育に導入。セッションの中で、服薬中断により今回の入院に至った事を自ら話す事ができていた。	セッションの中で、話題がそられる事はないが、やや多弁な様子で落ち着きのなさが見られる。
資源制度情報提供	PSW介入し、現住所での国保申請手続きを母親に依頼する。	退院後利用するデイケアについて説明。	自立支援医療について説明。	自立支援医療申請。	自立支援医療が上限額2,500円と認定。	
家族支援	主治医より入院予定期間の3ヶ月間に薬物調整を行う事を母親に説明。	退院後の本人の生活は母親が中心となって支援する事を確認。母は「退院は外泊を繰り返してから」と希望。	本人を交えた面接の中で、今後の方針及び現在の病状について説明。頓服の使い方にしても説明。	退院前訪問は家族が拒否したため実施できず。退院時には本人の病状の説明を行いつつ家族の不安も聞く。	家族にデイケア通所を勧めようとするも連絡つかず。入院費も滞納が続いている状況。	主治医の方針により、当面は家族支援を行わないなどの指示が出される。
地域連携その他		デイケア通所訓練参加にあたり、デイケアスタッフと導入面接を実施。	ケア会議にデイケアスタッフ参加。入院費滞納という事実をスタッフ間で確認。	訪問看護の利用は家族が拒否。	ケア会議に外来(訪問)Nsが参加。	ケア会議を継続して実施。

1. 事例紹介

〔基礎情報〕氏名:F 氏, 年齢:29 歳, 性別:男性, 診断:統合失調症, 保護者:市長
 〔現病歴〕X-4 年母親の入院(統合失調症), 同年父親他界後, 意欲減退, 不眠, 不安感, 閉居により X-3 年 7 月初入院. X-2 年 7 月退院し(独居), 外来治療継続中であつたが, 体調不良, 日常生活の不安, 抑うつ気分を訴え 3 回入退院を繰り返す. X-1 年 8 月の退院後, ホームヘルパー 2 級を取得するも職がなく, 意欲減退し引きこもり状態となる. X 年 1 月 H 病院に 1 人で受診. 毎日の生活に息詰まり, 食事あまり取らず, 不眠・意欲低下・希死念慮(+) のため医療保護入院となる.

2. 初期アセスメント

〔入院時からの経過〕精神症状については, 薬物療法・精神療法・作業療法などを通して落ち着く. その後退院を具体的に意識し始めた頃より, 不安・焦燥感強くなり「何をがんばったらいのか」「何をしたらいいのか」と混乱していた. 作業療法のプログラムを見直し, 人間作業モデルにおける介入により個人的原因帰属感増大し, 病棟での生活も安定していた.

X 年 4 月の OSA II (作業に関する自己評価) 結果

<自分について>技能及び作業遂行:-2 点, 習慣化:-2 点, 意志:-1 点

<環境について>物理的環境:0 点, 社会的環境:-2 点

〔精神機能〕入院時の精神症状はほぼ消退しているが, 軽度知的障害(WAIS-R:IQ69).

〔JAOT 版精神障害者ケアアセスメント〕病棟生活においては概ね問題なく行うが, 家事や生活管理, 不安時・不調時の対処の仕方などについて不安やリスクを抱えている状況. 調理・買物・金銭管理について特に不安を抱えている状況.

〔ADL 課題遂行〕実施 X 年 7 月 1 日に実施した AMPS (運動技能及び処理技能評価) では運動技能 2.55Logits, 処理技能 1.06Logit (順序立てや手順, 物の配置などの非効率性が認められた). 病棟では経験の少なから洗濯などにおいてチグハグな方法が見られた.

〔日中の過ごし方 ISDA〕ISDA:作業遂行について「やる気」「身体の動き」以外は普通から半分程度の状態であり, 特に効率性については 35 点であつた. 散歩や買物などには出かけており, 日中は読書や音楽鑑賞, ラジオ, TV, 会話などしている. 金銭的なこと, 保険のことを心配している.

〔家族について〕父:X-4 年死去, 母:同病院に統合失調症にて入院加療中. Key Person は叔母で, 自宅の父親の仏壇管理など行っているが, 本人に対しては指示的.

〔社会面〕高校中退後, 通信制高校卒業. 仕事に就くが短期間で退職し, アルバイトなど転々とする. 就労継続支援施設に通いながらホームヘルパー 2 級取得. その後職を探すがなく, 今回入院. 仕事をすることに非常に高い価値を置いている.

〔心理面について〕スケジュールや生活課題に対して, 自分のストレス状況に関係なく「しなければいけない」「いつまでに何を終わらせる」など強迫的な傾向が強く, ストレスに対するやりくりが上手く出来ない. また, 依存してはいけないという思いから, 必要な相談と自己判断で解決できるものの区別がつきにくい.

3. 治療・援助の目標と方針

- ・ グループホーム入所に向けての生活の組み立てを本人との話し合いにより行う(食事・入浴・洗濯や掃除, 日中の過ごし方・休日の過ごし方・施設利用費や光熱費・1 日に使える金額など).
- ・ 個人作業療法プログラムにて最低限必要な家事動作について経験を重ね作業有能性の向上を図る.
- ・ GH 入所も含めた社会資源の紹介を行う.
- ・ 本人がくつろぎ楽しめる作業の提供により, グループホームに向けての取り組みばかりではなく, 少しのゆとりやホッとできる時間や場を提供する.
- ・ 退院・GH 入所に必要な諸手続を行い, 生活に必要な生活雑貨の確認と購入.
- ・ Key Person の叔母へ退院・GH 入所の連絡と承諾

4. 治療・援助の経過**(1) 作業療法(デイケア)**

退院準備として調理や洗濯などの家事動作を中心の退院前個人作業療法プログラムを実施. 作業療法室を始め, 実際の買物や生活の場となるグループホームにて実施し, 作業有能性の向上に努めた. また, 本人がくつろげて楽しめる作業として音楽・映画鑑賞や趣味的生産的作業を提供. 退院後のデイケアでは, 音楽鑑賞やスポーツ活動, 家事活動などを提供. 食事の問題が大きくなり生活に余裕がなくなってきた際には, 人間作業モデルにおける OSA II を実施し, 取り組む作業を再検討し, キーワーカーとゆっくり話しながら食事をとる場面も設定. その中で, 生活ストレスが少ない時にはリラックスして食べることができるとも発見できた. 生活課題が増えたり, 些細な問題をどのように解決したらいいのか不安な時はそれがストレスとなり, そこから食事や生活の乱れなど悪循環に陥っていくことが確認できた.

(2) 心理教育

再発防止プログラムの一つとして, 病気の回復のイメージや調子を崩している時の状況やその時の生活ストレスを面接にて確認していった. また, 認知の歪みや強迫的な傾向について心理カウンセリング及び面接を通して振り返り, 少しでも「生きやすい」物事の捉え方について考えていった. 生活ストレスからの解放としてリラクゼーションも取り入れた. 身体倦怠感・抑うつ気分など具体的な再発サインが明確になってきた.

(3) 資源制度の情報提供

グループホーム利用申請・利用、自立支援医療費・精神保健福祉手帳の紹介・申請を行った。就労継続支援施設の紹介・利用申請、地域生活支援センターを紹介し、単身生活移行後も利用できる訪問介護・精神科訪問看護・地域福祉権利擁護事業・地域生活支援センターの利用方法などについて紹介。

(4)家族支援

父他界、母は同病院入院加療中。Key person である叔母は脳出血にて自宅療養中。叔父や叔母との積極的な関わりはなかったが、年始の挨拶や自宅へ所用にて帰宅した時の挨拶や対応などについては本人と面接の中で考えていった。就労継続支援施設申請時には利用の目的や状況などについて病院 PSW、施設スタッフから説明を行い了承を得る。

(5)ケア会議・地域連携・その他

退院時から概ね 1 ヶ月毎にケア会議実施（全 4 回）してきた。また、年末年始のデイケア・病院外来の休診時には本人も含め、過ごし方や緊急時の対応窓口などの確認の為、非公式にケア会議を実施した。地域生活支援センター、就労継続支援施設の地域スタッフとの連携も図った。

5. 結果（成果と転帰、退院後のケアプランなど）

グループホームでの生活も定着し、就労継続支援施設の利用（週 2 日、フルタイム）を開始したが、単身生活移行後の不安、年末年始・休日に予定・報告していた行動を直前で変えたことに対する罪業感、身体倦怠感を訴える。スタッフとの面接や必要に応じて休みをとることで継続できている。

【生活面】食事は 15～20 分程度で済ませることが出来るようになってきており、抵抗のあった人前での食事でも就労継続支援施設でもメンバーと一緒に摂ることができている。調理は毎日の朝食及び、土日祝日の 3 食は自分でやりくりして取り組んでいる。その他家事については大筋問題なく行っている。

【社会資源】前回退院時は病院スタッフ及び就労継続支援スタッフのみの支援体制だったが、地域生活支援センターや社会福祉協議会も含め、10 名程度の支援スタッフを構築することができた。なかなか先に進めずいた保険の更新や解約も病院 PSW や地域生活支援センター、社会福祉協議会のスタッフも支援し、解決に向けて動き出している。

【その他】ケア会議では単身生活へ移行後に支援してほしい内容として、食事の準備や買物などのやりくり、金銭管理など自らスタッフに伝えることができ、支援可能であることが確認され安心して現在の生活課題にとりくむことが出来ている。

【BPRS】34 点→40 点，【GAF】70 点→65 点。

6. 考察

今回、入院と単身生活を繰り返していた統合失調症の男性に対し、本事業のシステムに沿った退院支援及び地域生活支援を行い、GH 入所と生活の定着、就労継続支援施設の利用までつなげることができた。

今回のシステムにより定期的なアセスメントを実施し、生活状況を確認することができ、生活が破綻に向かう悪循環に陥るサインや生活ストレスを明確にすることができたのではないかと考える。そのため、生活の中の些細な問題を解決する為の方策をチームとしてタイムリーに作ることはできなかったのではないかと考える。

また、ケア会議を実施することで、見直し時期までの間にどのような生活課題に取り組むべきか本人もスタッフも明確になった。前回の退院までは「ボーンと出される感じで、何をどうすればいいのかもわからない状態だった」「もっと早くしてほしい」と話しており、生活を組み立てる所から本人とチームで協業できたことは大きな安心感につながったように思う。また、本人が心配していることや上手くできていない事、生活の中で「これでいいのだろうか？」と考えている事などもケア会議や面接の中で確認することができた。単身生活の経験が乏しく毎日の生活の中で起こってくる些細な生活上の問題解決の方法に自信のない事例にとって、チームで確認し、方法を一緒に話し合い、解決に当たることは、自己の生活をコントロールする力を身につけていく意味のある体験であるように思う。また、そのような経過にスタッフも共にできたことで再発のサインや調子を崩しやすい生活ストレスについて明確にすることができたのではないかと考える。生活上の些細な問題の解決に共に取り組めたことが地域生活を維持することができている支援になっているのではないだろうか。その繰り返しは作業有能性を向上させ、「就労継続支援施設の利用もしたい」という「挑戦」に向かわせたのではないかと考える。

生活が進み、展開して行く中で地域連携として地域スタッフも支援チームに参入して頂くことができた。地域でサポートを受けられる様々なサービスを知ることができ、単身生活に向けての安心感も持つことができたように思う。また、GH での生活の経験から、支援して欲しいことは「食事や買物などのやりくり」といった事も本人の口から聞かれ、地域スタッフとも支援可能であることが確認され、単身生活の実現に向けて一步一步近づいているのではないかと感じる。今回の取り組みの中で、地域支援においては、生活が破綻する悪循環の元になるストレスを把握し、生活上の些細な問題の解決に付き合っていくことが重要なのではないかと考える。

事業終了時には、就労継続支援通所と通所時の昼食（弁当の準備）、土日の夕食の準備といった生活が増えたこと、デイケアにおける通所者との会話から生じた不安から身体倦怠感訴え、休むことがあったが、これまでの経過の中で調子を崩しやすい生活ストレスが明らかになっていたことで、タイムリーに危機介入できたのではないだろうか。

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）

- ・キーワーカーと業務の兼務は難しく、職種に関係なくキーワーカー育成と組織の中での明確な位置付けの必要性を感じる。
- ・アセスメント、ケア会議と時間的にも労力的にも負担が大きく、システムによって介入する事例の選定やタイミングをタイムリーに見極めることが大切だと思う。

	退院時 (第1回目)	退院1ヶ月後 (第2回目)	退院2ヶ月後 (第3回目)	退院後3ヶ月後 (年末年始対策)	退院後3ヶ月後半 (第4回)
日常生活の様子	外泊などに挑戦しながら病棟での生活は安定している。他者とも協動的に過ごしている。また、Ns や PSW と雑然とした自宅の清掃や不要な日用品の処分などを行う。食べ方がぎこちなくなり、上手く食べられることを訴え始める。	ケアに定期的に通所。家事や好きな音楽鑑賞・DVD など過ごしている。フル回転で生活していて、何かしなげやと気がついたことを申し出る。食器類をビニール袋に入れ押し入れに直している。食事に時間がかかっている。	日常生活課題は継続して取り組んでいる。食事に40～50分かかる。食事の時間になる。「戦闘モード」になり、余暇時間は朝食のみ行っている。眠気と倦怠感が強い時があったが、相談できず、やり過ごす。	日常生活は定着し、食事について20分程度で摂れるようになつたが上手く行かないこともある。友人との外出にも挑戦。就寝時寒くて厚着して眠れない。就労継続支援利用を希望する。	年末年始は外出など本人なりにやりくりし乗り切る。Key Person は叔母への年始の挨拶も行う。夕食も簡単なものに挑戦し成功する。食事もリラクセスしてとれるようになってくる。
ケア会議の概要と目標設定	退院が2週間後と決定しケアプランを作成。GH 入所へ向けた具体的な取組みが話し合われ、各部門での支援内容・方法、本人の行動・努力目標を確認した。また、グループホームでの生活の緩やかな構造化をおこなった。	ケア会議では食事・余暇時間の過ごし方・日常雑貨の整理の仕方について主に話し合われた。食事については心理士と一緒に話し合ってみる。レンタルショップの利用について了承。日常雑貨については、GH 世話人と話し合い、保管場所など確認をして整理する。	本人も最も解決したい食事について主に話し合われる。生活スケジュールを確認し、時間がかかってもゆとりと食事が出来る時間を確保した。不調時の相談や対処の仕方を確認。「作業に関する自己評価 (OSA II)」を実施。	年末年始の過ごし方を確認する。友人との外出予定・余暇時間の過ごし方・緊急時の連絡方法など確認。自宅から布団を搬入。就労継続支援利用時期の確認。	就労継続支援サービス利用について話し合う。施設・生活支援センターや内容を追加する。利用方法や内容を確実確認。また、加入している保険の契約について話し合わせる。土日の夕食の準備への挑戦を確認。
薬物療法	①ルンバ3T、レギタカ3T、トブテール2T(1-0-1)、マガク 3×N、②レドット1T、レボトシ1T、レボトシ1T。				
	GH で必要な日常生活課題の確認と練習。食事の準備など簡単な調理の経験。掃除や洗濯など器具の確認並びに実際の場での経換と休息。	ケアでの趣味的な活動で、ゆとり入れながら日常生活の様子などについて確認しながら助言などを行う。レンタルショップの利用方法については確認し、経験がなければ同行してみる。	ケアでは趣味的な活動で、ゆとり入れながら日常生活の様子などへの環境も調整した。カーと週に1度の会食の時間設定。	就労継続支援は週2日から開始し、デイケアにも参加。デイケアで週末の食事の準備の計画を行う。プログラムにはこれまで同様。	心理カウンセリング継続し、その中で再発防止プログラムを導入。
心理教育	自己の社会生活における現実検討として、Ns とのノート作りを継続して取り組む。不調時の兆候を確認し、デイケア通所時・夜間・休日の相談の窓口を確認。	食事について心理士とのカウンセリングを導入。	病気の回復のイメージについて説明。不調時の対応について話し合い、対処方法の確認。心理カウンセリング継続。		
	自立支援医療費、福祉サービス利用費の月額上限額について情報提供。PSW と申請を確認した。Key Person は叔母に退院後の生活の確認と了承を PSW より得る。	GH 世話人と食器類などの日常雑貨を整理。デイケアのプログラムで就労継続支援施設見学。			
地域連携 その他	グループホームにて必要な生活雑貨などを買いそろえる。デイケアでの過ごし方などについて確認。貴重品の管理や金銭管理の方法を確認。		食事前後に十分な時間を作業するよう生活スケジュールの見直し。食事がゆとり出るような環境調整を行う。		就労継続支援に週2日利用から開始。保険については生活支援センター・社会福祉協議会スタッフを中心に対処。

事例分類3(入院期間 730 日)

施設名: N 病院

報告者(キーワーカー): K

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名: O 氏, 年齢: 59 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症
[現病歴] 入院までの経過: 高校 1 年時より嫌人的となり、2 年時から不登校。2 学期末に当院初回入院 (約 4 ヶ月間)。以後入退院を 10 回繰り返している。心氣的訴え、拒食、暴力、攻撃的言動などによる収容入院後、妄想が続き長期入院となった。X-8 年通院途絶え、家で無為自閉となり入院。入院後、精神状態はすぐに安定し退院するが、妄想は不変。時に易怒性強くなることもあり、拒薬し調子が高くなることもある。認知症の母親と同居していたが母親が施設入所後に亡くなり、その後独居となる。X-2 年、黒色便あり当院内科病棟に入院。その後消化器症状は治まるが、経過観察のため精神科病棟に転棟。入院が長期化したことにより、本人の退院に対する不安が強まり、現在に至る。

2. 初期アセスメント

健康面: 統合失調症。DM。
身体機能: 身体機能の障害は見られないが、薬の副作用による言語の不明瞭・かつ舌の悪さがある。
精神機能: 陽性症状は殆ど消失している。陰性症状が主で自閉的、興味関心が低い。
活動: 自室で過ごしていることが多く、他者との関わりは少ない。集団行動は好まず所属することはみられず単独行動が目立つ。ADL に関しては、ほぼ自立している。
参加: 特に役割活動やコミュニティでの活動などはない。自室及び院内が生活の場となっている。
環境因子: 両親死去しているため、退院後は自宅で独居となる。兄が一人いるが遠方であるため、本人への接触は少ない。病院の周辺にある共同住居やグループホームに手続きを行えば、本人そこの生活ができる能力は十分にある。しかし、本人・兄ともに入所に対しては拒否。現在は、病院の中が本人の社会になっており、何もしなくても生活ができる空間に慣れすぎてしまった。
個人因子: いつも笑顔で人当たりもいいが、自ら他者と関わることが少ない。社会生活の経験から、金銭管理は自分で行なっているが、神教に凝っており少しでもお金が貯まってくれば神社などに寄付をしてしまう。
本人の希望: 自宅で穏やかに生活がしたい。おいしいものが食べられたらいい。
まとめ: 社会生活の経験から退院して生活する能力はあるが、生活するために必要な食事のサービスが最低限必要である。また、入院が長期化したこともあり、本人が退院に対して不安を示していることもあり、外出・外泊を繰り返し自信をつけていく必要があると考えられる。

3. 治療・援助の目標と方針

・相談支援事業所の退院支援事業と協力しながら本人の退院に向けて支援していく。
以前ヘルパーを利用しながらの生活設計をしたが、ヘルパーとの関係作りの段階で本人が拒否。そのため今回は、本人のペースに合わせてゆったりと自立支援ボランティア(退院支援事業)を活用して、入院中からの調理実習や外泊時の食事提供などの訪問等を繰り返していく。それにより、自宅生活でヘルパーを活用することに対する利点を感じてもらおう。
また、自宅での生活に対して自信及び安心感が得られるように関わっていくことが重要となるため、外泊中の訪問において自宅での生活の評価を行ない支援内容や行動目標などを立案していく。
DM コントロールに関しては、管理栄養士を含めて本人・OTR・自立支援ボランティアと調理実習を行い、糖尿食について学んでいく。
その他、心理教育における本人のストレングスの向上と地域援助機関との連携におけるサービスの充実を図っていく。

4. 治療・援助の経過

(1) 作業療法

退院支援として関わるにつれて、活動に興味を持っていなかった本人自身が集団活動にも参加し、発言しながら積極的に取り組むことが増加してきた。
個別的な支援としては、自立支援ボランティア・管理栄養士と調理活動を行い糖尿食を本人好みに調理することでヘルパー利用への可能性も見えてきた。また、外泊中の訪問により自宅での生活状況の把握・支援などを行なった。その結果、自宅での生活は調理活動を除いて自分なりのペースで過ごすことができていた。しかし、日中に活動することがなく余暇時間をもてあまし、自らの嗜好品(ジュース・タバコ)にお金を使いすぎてしまっていた。そのため、今後本人の趣味である“将棋”を日中活動に結び付けて地域(公民館など)での活動につなげていく。

(2) 心理教育

「病気・薬・社会資源・再発防止について」4 回 1 クールで心理教育を実施。今までこれらについて学ぶ機会がなかったこともあり、本人自身が興味を持って積極的に参加して前向きに取り組むことができていた。また、社会生活の経験より本人自身に「社会資源について」の様々な知識があり社会的な能力の高さが伺えた。

(3) 資源制度の情報提供

退院後ヘルパーを利用することで得られる利点(日常生活支援により生活にゆとりができることなど)と、そのために自立支援ボランティアを活用していくことについて本人と話し合い支援を実施する。その他、本人に有効な社会資源や制度などは、本人すでに手続きを行っており活用ができています。

(4)家族支援

兄にケア会議に参加してもらい、外泊時の生活費の援助など協力を求める。また、入院中や外泊での様子を伝えたり入院前までの本人の生活状況を聞くなど、お互いの情報交換を行ないながら退院に向けて協力しながら取り組んでいくことを確認した。支援していく過程の中で、サービスを利用しながら自宅での生活が可能であることを伝え、その状況を見ることによって兄も前向きに検討ができるようになった。

(5)ケア会議・地域連携・その他

相談支援事業所の相談支援専門員と連携しながら、同事業所の「退院支援事業」と絡ませて支援を実施した。その他、地域保健師や自立支援ボランティア、病棟看護師、管理栄養士など多数のスタッフと連携を図りながら本人への支援を行なった。ケア会議も、同メンバーが集まり情報共有や意見交換を確実にこなすことによって、幅広く本人に対するアプローチを行なうことができた。

5. 結果（成果と転帰、退院後のケアプランなど）

長期外泊での訪問や支援などを繰り返すことによって、本人が徐々に自信と自宅での生活に安心感を持つことができた。そのことにより退院が具体的なものになったのだが、これから冬の寒い時期に通院することを本人が嫌がり（以前バスの中で寒さによって尿失禁した経験があるため）、現時点で退院することへの不安を示した。そのため、本人との話し合いの結果、退院は延期とした。

しかし、今後も関わった多くのスタッフでの支援を継続していき、本人の望む「3月か5月に退院」を実現するように関わっていくことを確認した。

今回、病院と地域が連携して、当事業と相談支援事業所の退院支援事業を組み合わせで行なった。それにより、それぞれの持ち味が上手く発揮できるように調整しながら、様々な支援スタッフが連携して支援を実施することができた。

その結果、一人の長期入院患者を退院へと向けることができた。

【GAF】 3 5 → 変化なし 【BPRS】 2 2 → 変化なし

6. 考察

本事例は、現時点で退院には至らなかったが、退院へ向けることができた。それには、多くの支援スタッフがそれぞれの役割を認識して関わることによって、本人の社会生活の経験で得られていた能力を再び引き出したことによるものが大きいと考えられる。

また、自宅で生活をしていくためには食事のサービス提供が必須であった。入院中から自立支援ボランティアを導入して本人のペースに上手く合わせながらゆるやかに支援をしたことによって、本人の退院後の生活に向けての安心感につながり、ヘルパー利用をすることに対して前向きになれたのではないかと考える。当事業には、退院促進に向けての一連の流れやマニュアルがあり、他部署や地域機関との連携を図ることが容易であった。実際に当事業に参加して取り組むことで、その流れの重要性も認識することができた。その結果として、長期入院患者を退院へ向けることができた。

「7万2千人の長期入院患者を地域へ」という精神保健福祉施策のなかで、当事業の一連の流れやマニュアルを活用することによって“早期”だけでなく、“長期入院患者”の社会参加促進につながるものと考えられる。すなわち“長期”にも重要な役割が得られるものではないかと思われる。

医療だけの支援では限界があるように感じたが、地域社会とのつながりが強い相談支援事業所と連携しながらプログラムに取り組んだことで、その部分を上手くカバーすることができた。そのため、退院支援事業所など地域と上手く連携していくことが重要であると考えられた。

その他、関わったケースが退院できたから良かったというだけでなく、退院後いかに継続して安定した地域生活を過ごして行くのがとても重要である。そのためヘルパーやデイケアなどの既存の社会資源の活用が困難な重度の精神障害者に関しては、ACTのような包括的な地域生活支援も介入していくことが必要であると感じた。

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）

- ・長期在院患者への本プログラムの実施。
- ・社会的な領域に対して他事業との協力体制。
- ・退院後、安定した地域生活継続のために包括的な生活支援との協力体制。
- ・完全なマニュアル化。

事例報告 Summary Sheet【施設名:N 病院 患者:O氏 59歳 男性 キーワード:K 職種:OTR 男性】

	介入前	介入決定	介入～2週目	3週～4週目	2カ月目	3カ月～
日常生活の様子	自室や喫煙室にて過ごしていることが多い。また、他者との交流も少なく、自分のペースで日々過ごしている。	「退院したいことは本心だが、そのためには食事を自分でつくることのできない」と不安を語る。	前回ケア会議より数ヶ月が経過して、担当者が変わったこともあり仕切り直しのため、再度地域を含めたケア会議を行う。本人の一番の問題である食生活について重点的に支援しながら退院に向けて行なっていくことを確認する。	2泊3日、6泊7日の外泊を行なう。病棟での生活には、変化は見られない。	外泊の時の「食事の良い生活について自らの話しが頻回に出るようになってきた。	生活に著変なく穏やかに病棟生活を送る。退院に対しては、冬は寒いので3月か5月を希望。
ケア会議の概要と目標設定	退院に向けて支援していくことを目標に、ケア会議を行なうが、訪問看護スタッフなどが多く、話しが消費することを嫌がり、話しが消費された。またこの時期、金銭管理について本人の思いと食い違いにより、不安定になっていた。	前回ケア会議より数ヶ月が経過して、担当者が変わったこともあり仕切り直しのため、再度地域を含めたケア会議を行う。本人の一番の問題である食生活について重点的に支援しながら退院に向けて行なっていくことを確認する。	現在の進行状況と、目標を確認する。自立支援ボランティアを活用する理由として、退院後にヘルパーを利用すると「生活が楽になる。」ということを確認する。	外泊中の訪問による支援の内容などを確認する。	長期外泊での経過報告と、現状報告を行なう。日常生活には支障はないが、金銭管理面での課題が見えてきた。それに対して、日中の過ごし方などを検討。	冬場の一人暮らしは、本人の負担でもあるので、希望通り春の退院に向けて、関わりを継続していく。
薬物療法	リスパドロン 7mg、セトリーナ 6mg ベンザドリン 10mg、レボドパミン (1日量) 炭酸リチウム 400mg	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
作業療法	OT活動には興味を示すことが少なく、参加は消極的であった。 しかし、体操だけには「体が楽になりますわー。」と喜んで参加している。	自立支援のボランティア、退院支援事業所相談支援専門員、管理栄養士とともに、糖尿病についての調理実習を一緒に行なう。	料理活動に対して、一緒にスパーで買い物したり、実際に栄養士やボランティアと調理する。	外泊時には、訪問し、生活状況(服薬、金銭管理、AD)を確認し、食事、日中の過ごし方などを確認する。	外泊における本人の能力のバックレングスを引き出し伸ばすように関わっている。	病棟でのOT活動では、積極性が見えてきており、活動への参加や幅が広がった。
心理教育	実施なし	今後、心理教育も行なっていくことを本人に説明し、同意を得る。	本人が、通院途中にバスの中で、尿失禁したことがあり、通院が不安だと話し、それに対して一緒に公共機関の利用をすることを話す。	「病気にについて」「薬について」の心理教育に参加。積極的に取り組み、自ら質問などをとする。	「社会資源」「再発防止」を行なう。自ら意見を述べるなど積極的に参加し、「頭がほぐれます。」と前向きに取り組む。	実施なし
資源制度情報提供	退院後の利用を考えて、訪問看護ステーションスタッフと顔を合わせ関係作りを行なうが、本人が拒否を示す。	訪問看護ステーションの介入を本人が拒んだことにより、今回は自立支援ボランティアを導入して、本人のペースに合わせて食事の支援をすることを本人に説明する。	退院後は、ヘルパーを導き入して食事の支援をしようと考えていることを本人に話し、同意をもらう。	外泊時に、自立支援ボランティアを導入し、自宅にて調理活動を行う。	NHK 料金の免除や福祉パス・タクシー券、手帳、自立支援医療などの利用を確認。	特になし
家族支援	実施なし	遠方の兄に連絡し、ケア会議に参加してもらう。 本人も同居になるため、不安はあるが支援体制が整っていることを説明すると、「協力します。」と同意を得る。	現在の進行状況の報告と、外泊中の生活費を援助してもらえないか相談する。	外泊の状況などを兄に連絡する。	兄にケア会議に同席してもらい、現状の経過報告と今後の方向性などについて、情報を共有する。	外泊時の様子などを報告しながら、外泊中の生活費支援をお願いする。
地域連携 その他	本人の退院支援に関して、退院支援事業所と協力して行なうために連携を図る。	ケア会議には、地域保健師、病棟職員、退院支援事業所、兄が参加し、自宅へ退院することを確認する。	引き続き、退院支援事業所支援相談員、自立支援ボランティア、栄養士と連携して支援する。	左記に同じ。	第2回ケア会議を、同メンバーで行い、情報共有と連携の確認。	同メンバーで、引き続き外泊時の支援などの継続を確認。

1. 事例紹介

〔基礎情報〕氏名: I 氏, 年齢: 36 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症
 〔現病歴〕入院までの経過: 長男として出生. 2 歳半頃股関節脱臼の診断受け, 両下肢ギプス固定. 養護学校に 5 歳まで入所. 2 歳半頃両親離婚し, 父親が親権を持ち, 母親とは音信不通となる. 高校は父親の転勤もあり祖父母宅より通学. 卒業後, 他県のパソコン会社就職するも 1 年半で退職. その後一度帰省し他県の郵便局にてアルバイトするが長続きせず. 30 歳頃, 自転車でタクシーとの接触事故を起こし, 右下肢骨折にて 2 ヶ月入院治療. 退院後から自宅に閉じこもるようになり, 昼夜逆転・頻回の喫煙・飲水を繰り返す. 線香を何回もあげ注意しても聞き入れなくなり, 勝手に電話線を引き抜き頻回に手を洗うようになる. 口をきかなくなりバルサン使用中に小窓を壊し自宅に入り部屋に引きこもるなどの奇異な行動(+). コンビニで窃盗, 家宅侵入にて警察に保護される. 保護観察中に強制猥褻事件を起こす. X-2 年スーパーでの窃盗で警察に拘留される. A 病院で一時診察後, 当院での二次診察後, 措置入院.

2. 初期アセスメント

〔入院時からの経過〕措置入院後、無為・自閉・抑うつ状態で臥床傾向。自室から出ることもほとんどなく、入院について「二種免許を更新にきている」など非現実的な発言も見られる。作業療法が処方されてからは、参加はするものの、他患者との交流も少なく、受身的で声かけや促しを要した。好きな活動を選択できる小グループに参加するようになってからは少しずつ自発性も出てきて開放病棟転棟後からは社会復帰プログラムにも参加し始める。

〔JAOT 版ケアアセスメント〕身だしなみについて自信がなく、服装や整容に無頓着な面があることを認める。生活の管理については大部分が病棟または父が管理しており、「自由に使えるお金がなく困っている」と話している。健康状態は、服薬自己管理ではあるが、どのような薬で何故飲んでいるのかわからない。また、調子の良し悪しについては、身体の怠さや頭痛がすることもあったが、よくわからないし、気分の変動もないと話す。統合失調症のことも病名は聞いているがよくわからないとのこと。家事は、調理は経験がないわけではないが自信がなく、得意ではない。人付き合いは、他者と用事がない時にしか話さないし、自分から挨拶することもない。自分の気持ちもハッキリと言えない。

〔精神機能〕著明な症状なく、落ち着いている。

〔日中の過ごし方 ISDA〕ISDA: 空腹感 7 点・生活感 82 点・やる気 80 点であった。外出は父同伴で散髪や喫茶店、買物に行く程度。外泊も 2 ヶ月に 1 回程度実施。日中は部屋の散歩や TV, ラジオ, ナンバープレイスを行っている。現在気になること、心配なことは「自由にお金がかかえないこと」「医療保護から任意入院に切り替わらないこと、何故退院できないのかわからない」。

〔家族面〕両親離婚し、入院前は父親と二人暮らし。経済的基盤は生活保護を受給し賄っている。本人は「父親から離れて独立したい。」父親は「これまでの犯罪歴から、再犯の不安が大きい。また、生活保護世帯でもあり、GH 入所になると経済的な不安も大きい。」本人は、指示的・威圧的態度をとりがちな父親に自分の本音や思いを伝えることができないでいる。

〔社会面〕高校卒業後は、パソコン会社や郵便局をはじめ転職を繰り返す。将来的には、システムエンジニア、事務関係、土木関係などの仕事がしたい。独立したいという思いもあり、生活できるだけの仕事に就きたい。

〔心理面〕数回の犯罪歴（窃盗、強制猥褻など）があり、留置所拘留や 4 年の服役経験もある。本人の発言からは「罪の意識」「反省」は何えず、「魔が差した」「お金がなかったから」と社会的道徳感の低さも感じられた。交流も表面的で、核心を突くような内容になると、逃げるように曖昧な返答や表現となりやすい。

3. 治療・援助の目標と方針

- ・ 父に「自分が独立するために GH に入所したい」思いをどのように伝えたらいいのか一緒に考え、伝える（必要であればスタッフが同席する）。
- ・ ADL 課題について AMPS を実施し、家事動作、特に調理について経験を重ねる。
- ・ 日常的な挨拶や整容などすぐにでも始められることから始める。
- ・ 趣味であるパソコンを作業療法の活動に導入し、余暇の過ごし方について考えてみる。
- ・ 統合失調症に対する理解を深め、再発防止プログラムに取り組む。
- ・ これまでの犯罪について、その理由やどのように捉えているか確認する。

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

AMPS 実施。調理・買物課題を選択する。運動技能: 1.98Logits, 処理技能: 1.07Logits. 時間的 management や遂行への適応など非効率な面が見られる。結果を本人にフィードバックし、今後少しずつ経験を重ねることを確認した。「思ったよりも上手くできなかった」と結果も含めて確認でき、今後の調理への導入はスムーズであった。個別での買物・調理活動を実施。全 9 回実施し、「だいたい出来るようになった」と自信をつけることができた。また、パラレルな場で本人の好きなパソコンでのタイピングの練習など並行して実施。来室時には挨拶ができるようになった。外泊時などパソコンに向かってる事も多く、父もそこが心配と話している。作業療法時もパソコン以外の活動には目が向かず、経験としてパソコン以外の趣味的活動も経験として取り組んでみることを確認した。GH の見学については実施することができなかった。

(2)心理教育

父親に対しては、これまで自分の気持ちを伝えることが出来ずにいたが、「退院してGHに入所したい」という気持ちをどのように伝えるのかNsと話し合い、実際に伝えることができた。その後も、父親だけでなく自分の気持ちを伝えることが出来るようになってきた。病棟でのTVのチャンネル係も引き受けたが、一人では大変だから増やして欲しいという事もNsに伝えることができた。心理士を中心に実施。作業療法場面やアセスメント面接場面でも、罪を犯した当時の事や入院時のことなど話し合ってみるが、「普段と変わりなかった」「魔が差しただけ」「何となく・・・」など曖昧な返答。今回入院も「警察に迎えに来て、入院した方が楽かなとおもったから・・・」など発言。統合失調症の事も知りたいが怖い部分もあると、なかなか先に進めなかったが、最後のアセスメント面接では、窃盗については「職業受給制度があり、スーパーの物は食べてもいいと思っていた」と明確に答え、その考えが現実的ではなかったなどと認めることが出来た。犯してしまったことに対して、初めて「悪いこと」という発言(+)。再発防止プログラムを通して統合失調症に対する理解を深めていきたい。

(3)資源制度の情報提供

グループホームを紹介。見学に行くことは出来なかった。資源利用の動機について、本人は「やや威圧的な父からとにかく離れたい」気持ちと「独立してがんばりたい」とう気持ちが入り交じっていた。何の為にグループホームを利用するのか改めて話し合う。父含めた周囲が抱く再犯の不安に対して、みんなが安心して応援してくれる為の「実績作り」という目的で利用することを提案した。

(4)家族支援

プログラムとして実施は出来なかったが、本人が気持ちを伝えた事もあり、「こんな事を思っていたのか」と本人の気持ちを受け止めた。しかし、再犯や奇異な行動への不安が非常に強い。統合失調症への理解も不十分で今後は、家族に対する心理教育も実施したい。

(5)ケア会議・地域連携・その他

今回は地域のスタッフを交えてケア会議を実施することはできなかった。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

- ・ 日常的な挨拶・整容に関しては「大筋で問題なく」取り組めるようになった。
- ・ 買物や調理については、簡単な調理であれば「問題なくできる」と自信をつけることができたように思う。
- ・ 父やNsなど、自分の思っていることや気持ちを伝えることができるようになり、問題解決を図ることができるようになりつつある。
- ・ 「犯罪の振り返り」については、非現実的な考えから行ったことを一部認める事が出来、心理カウンセリング継続し、再発防止プログラム実施中。
- ・ BPRS : 42点→31点, GAF : 71点→75点。

6. 考察

過去に数回の犯罪歴を持つ事例に対し、本事業のシステムに沿った介入を実施した。GH入所までに至らなかったが、身のまわりのことや家事活動を含め、社会生活を送る上で必要な技能はある程度身につけ、本人も自信を深めることは出来たのではないかと考える。しかし、父やスタッフの中で、再犯のリスクへの不安をぬぐい去ることは出来なかったことが退院・GH入所に至らなかった最大の要因であるように考える。病気のこと、罪に対しての振り返りを心理士・キーワーカーを中心に実施してきたが、本人からは曖昧な返答で表面的であり、反省している様子もなかった。社会的道德感の問題なのか、統合失調症という病気の症状がそうさせたのか、スタッフの中でも混乱し、明確にアセスメントすることが出来なかった。最後のケア会議時には、非現実的な考えから窃盗をしてしまったことは認めることができ、少し進展しての終了となった。ケア会議や心理カウンセリング、入院時の状況などを本人に提示し、罪を責めているのではないことを伝えてきた。そうすることで、必要以上に構えたり、抵抗を示したりせずに罪を犯した時のことを振り返り、認めても大丈夫かもしれないという安心感には繋がっていったのではないかと。また、心理カウンセリングでも、病気や罪の事ばかりではなく、本人との信頼関係の構築を大切にし、必要以上に追求せず、その話題に固執しなかった心理士の関わり方も大きかったと思う。ケア会議では、罪を犯した背景にある非現実的な考えを認めたことでケアスタッフも不安が小さくなり、外泊や外出時・様々な場面での生活課題を繰り返し、父を始め関わるスタッフが安心して応援できる実績を積み重ねる方向に進展することができた。

今回事例では、再犯の可能性がない状態まで医療で支援すべきか、それとも地域生活に移行し再び罪を犯さないサポート体制を作るのがいいのか最後まで考えさせられた。しっかりとした病識がなく、犯罪など反社会的行動のリスクがある場合でも、本人や地域の安全が維持出来るようなサポート体制を構築し、退院や地域生活に移行すべきなのかどうか、最後まで判断出来ず、他職種スタッフとの認識を統一することは難しかった。

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)

今回のように過去に犯罪歴があるような場合、より早期での犯罪背景のアセスメントを行い、より早期に心理教育・疾病教育を実施していないと、それが入院から地域移行していくまでの妨げとなる部分もあると感じた。また、ケア会議を実施していく中で、他職種で認識を統一出来るケースも多いとは思いますが、統一が難しいケースも現実的には少なからずあると思う。

事例報告 Summary Sheet [施設名: H 病院 患者: I 氏 36歳 女性・男性 キーワード: A 職種 OTR 女性・男性]

		第1回目	第2回目	第3回目	第4回目
日常生活の様子	入院から748日。服装や身だしなみに無頓着な面もあるも概ね病棟生活は安定。病棟内では用事がないと他者との交流なく、病室を歩いたり、ナガアプレイズ'などして過ごしている。作業療法に参加しパソコンに取り組んでいる。	日常的な挨拶や整容など意識して努力することができている。病棟での生活も安定している。余暇時間もナガアプレイズ'などして過ごしている。	病棟でのTVのチャネルの管理をする役割を任される。好きな番組レイズ'や読書はチャネルの仕事が気になり取り組む時間や休息感がないと話していたが、自らNsに申し出て、係を増員してもらい、すこし余裕が出てきている。	病棟でのTVのチャネルの管理をする役割を任される。好きな番組レイズ'や読書はチャネルの仕事が気になり取り組む時間や休息感がないと話していたが、自らNsに申し出て、係を増員してもらい、すこし余裕が出てきている。	年末年始に2泊3日の外泊を行う。外出はしたが、パソコンに向かうことが多かった。外泊時は父がスケジュールや食事などほとんど決めていて、レンタルショップに行く程度だった。病棟では病室を歩いたり、読書したりしていた。
	ケア会議の概要と目標設定	GH入所に向けて、今後の課題について本人を交え確認。生活における努力目標を設定。	GH入所にあたって、再犯のリスクについて話し合われる。服薬や入院時の振り返りが十分に来ることが退院の条件ではないかと言ったことが話される。生活の努力目標については継続して実施する。心理士とのカウンセリングや心理検査も導入して確認された。	GH入所に向けて、生活の努力目標は継続してよく取り組んでいる。しかし、入院時の振り返りについては進捗していない状況であることを確認。本人に対して、罪や本人を責めているのではないことも伝える。心理検査の結果を本人にフィードバックする。	退院・GH入所にあたって、家事などは大筋問題なく出来てきている。やはり、窃盗などの背景にあったものが精神症状に左右されたものかどうか、本人自身が整理できることが一番の課題ではないかという意見が主治医から出された。今後は、心理教育・カウンセリングと並行して、外泊や外出などの生活課題の経験を重ね実績を作っていくことが課題ではないかということが話し合われた。
薬物療法	① エピリファアイ2T, ソリックス2T ② モビノール(2)1T, フキバロン1T				
	作業療法	パラレルな場でのパソコン。AMPS実施。社会復帰グループにも参加。	前回のプログラムに、個別での買物・調理の経験を導入。週に1回夕食を作ってみる。「思ったより出来なかった」と今後も継続して実施することを確認し継続。	調理に関しては炒飯やインスタントラーメンなどを総論。段取りや並行作業が苦手な、時に混乱することもあるが、徐々に慣れてきている部分もあり、少しずつ上達している。もう少し練習はしたいとのこと。	調理は継続して実施し、買物から調理まで大筋問題なく遂行できる。本人も自信を持ってた様子。また、パソコン以外の趣味的作業も体験し
プログラム	心理教育	父親にGHに入所したい気持ち伝える方法を話し合い面会時に話してみる。 入院時の本人の状態に対する認識とスタッフ・父の認識のギャップをなくす為に振り返り作業を行う。	心理カウンセリングを導入し、入院時の振り返りと病気の回復の仕方や服薬・対処方法について話合ってみる。本人は何で入院しているのかわからないし、薬もきいているのかわからないと言った発言も見られる。「父は『どこかおかしかった』と言っているが、自分ではいいところかわりなかつた」と話し、認識のズレに疑問を感じている。入院についても「ゆっくりしたいと思つた」などと発言。	継続して実施。窃盗の犯罪については、「職業需給制度があつて、スーパーのものには食べても良いと思つていた」「実際にはない法律」など窃盗した時の背景を口にするようになった。また、「再発防止プログラムはまだですか」など心理教育プログラムにも取り組む姿勢が見え始める。	継続して実施。窃盗の犯罪については、「職業需給制度があつて、スーパーのものには食べても良いと思つていた」「実際にはない法律」など窃盗した時の背景を口にするようになった。また、「再発防止プログラムはまだですか」など心理教育プログラムにも取り組む姿勢が見え始める。
	資源制度情報提供				*GH見学は実施できず
家族支援	父親にGH入所の方向で進めることを本人から伝え、不安や心配なことを確認する。	父親に、作業療法や病棟での取り組みについて話を面会時に話してみる。			外泊時には生活課題など努力目標を決めて取り組み、GHに入所する為の実績を作ることや今後伝えていく、また病気の理解や服薬の必要性なども伝えていく。
地域連携その他					

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名:C氏, 年齢:63歳, 性別:男性, 診断:統合失調症

【現病歴】入院までの経過:中学卒業後, 他県で大工の修行をして(5~6年), その後地元に戻り, 住み込み就職。7年間程働いていたが, 不眠, 妄想状態となり地元の精神病院に入院(20歳代後半)。退院すると服薬が滞ったり, すぐに仕事に就こうとして状態悪化してしまい, 入退院を繰り返す。58歳時, 「隣人が自分の悪口を言っている」「火をつけろ」等の幻聴があり隣人宅の物置に放火し逮捕された(隣人とのトラブルはなかった)。取調べ中も言動にまとまりなく措置入院。入院後, 服薬により精神症状は落ち着いたが, 病棟内の行動制限があり要求が通らないと器物破損や放火行為(喫煙時)。59歳時, 環境変化を目的に当院入院(入院日:X日)。ときに被害妄想増悪, 易怒的などころがあった。発症以降, 社会生活の経験はほとんどない(通算入院期間約37年)。X+1041日(入院1041日後)に研究プログラムの説明を行い, 同意を得て研究開始となった。

2. 初期アセスメント

20歳代で発症。その後ほとんど社会生活の経験がないまま長期入院生活。入院生活では比較的安定した生活を送っていたが, 他患者が規律を乱す行為をしたときや自分の要求が通らないときにイライラしやすく, 他患者に強く当たるなど感情のコントロールの不得手さが目立った。秩序に縛られているところがあり, 長期入院故か思考の硬さがあった。現在も働く意欲を持っており, OTでも新しいことを色々を始めようとするなど早すぎる行動拡大に繋がりがやすい。行動に枠組みをつければ, それを目安に行動可能。性格面では他者への思いやりがあり優しい性格。しかし時々押しつけ的になりやすく, 断られるとストレスが増し不安感やイライラ感が強くなりやすかった。両親は他界, 弟が県内に在住しているが疎遠状態。退院先はグループホーム(以下GH)。障害者手帳1級, 老齢年金を利用している。

【研究プログラム開始までのOT経過】腰痛体操, キャッチボール, 散歩等の身体志向的なプログラムを継続的に実施。陶芸では, “OTで使って欲しい”と灰皿を作り, 一句入れた灰皿を作るなど「遊び」もあった。また, レクリエーション等の告知ポスターやカレンダー作製も自分の役割として取り組んできた。初めは他患者が本人の考えと違ったことをやろうとすると, 強めの口調で止めることが多く指導的であった。感情のコントロールの不得手さは変わらず, イライラすると他者に手を上げることもあったが, 本人自身も対処法を身につけたいと思っていた。認知行動療法的な関わりとして, 実際イライラしときの状況を振り返りながら, どのように行動していけばいいのかを考えていくために『イライラ帖』を作製し利用し始めた。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標:①外来OTとデイケアを利用しながら, GHで安定した生活を送る。②できたら短時間アルバイト(弁当屋)をやってみたい。

短期目標:①退院しGHへ入所する。②イライラしたときの対処法を身につける。③再発のサインを知る。④GH入所にむけて他者との折り合いをつけることができる。⑤服薬についての知識を身につける。

援助方針:①小集団で行う心理教育プログラムに参加する。②入院中からデイケアへ試し参加をする。③OTでイライラ帖を個別につける。④GHへの入所後, 初めは病院生活と同じ生活構造とする(食事時間・就寝時間等の生活時間を統一, 服薬・金銭管理はGHスタッフが行う)。

4. 治療・援助の経過**(1)早期作業療法**

【入院中】OT経過で記述した活動に加えて, 他のGH入所予定者とOTRを交えての運動プログラムやカレンダー作製を実施。今まで交流はなかった他患者との交流が増えた。GH入所後の生活を想定して, 金銭管理の練習と調理練習を開始し, 安価で簡単な調理を行った。調理では材料をGH近くのスーパーマーケットに買物に行ったり, レトルト食品の利用も実施。入院中からのデイケア参加に慣れた頃より, デイケアや病棟での生活場面で困ったことやGHの生活で困りそうなことを取り上げて小集団でのSSTを開始した。また実際にGHへ行っての調理練習や生活機器(暖房機器, 洗濯機, 電子レンジ, 入浴機器)の使用法の練習も行った。

【退院後】デイケアと外来OTに継続的に通っている。外来OTでは入院時に行っていた活動を実施。また, 金銭管理・やりくりの練習を行う。デイケアメンバーとの交流も見られ, 対人関係の幅が広がってきている。

(2)早期心理教育

【入院中】小グループで行う心理教育プログラムに参加(病気, 薬, 副作用, ストレス, 社会資源)。病気の症状について“こうゆうことあったなあ”と, ストレスについて“自分はイライラして問題起こしちゃうからな”と語った。“やっぱ薬は大切だなあ”と服薬の必要性和重要性についても語った。プログラム終了後には, 内容を個別に振り返り, まとめる作業を行った。また, 個別心理教育として, イライラ帖をつけるも, はじめのうちはその場しのぎで, はぐらかそうとすることが多かった。自分の嫌な面・弱点に目を向ける必要があるため, 辛い作業であると考えられ, その気持ち・大変さを十分に汲む作業からはじめて, GH等の集団生活できっと役立つはずであることを伝え心理的サポートを行った。イライラするときの状況分析とそのときの具体的な対処行動を挙げて整理し, 実際やってみることで自分適している, やっていけそうだと思うものに絞り込んでいった。退院前には, 病状悪化時のサイン(幻聴が出てくる・人の声が聞こえてくる・妙にイライラする)とその対処法, ストレスの発散方法に重点を置いてイライラ帖のまとめを行った。

【退院後】GHでの睡眠, 排泄や食事等の生活状況を確認しながら, 外来OT時に再発サインの確認と入院時に行ったイライラ帖を継続的につけている。

(3)資源制度の情報提供

【入院中】現在使っている制度と退院後使える資源を説明した。また GH スタッフに依頼して、心理教育プログラム内で GH についての具体的な説明と現地見学を行ってもらった。本人は食事や金銭管理などについて具体的に質問していた。福祉医療の相談を PSW と行った。また、OTR と近隣の他科やスーパーマーケットなどの場所を確認した。

(4)家族支援

【入院中】本人とは疎遠であるが、弟に退院し GH へ入所する旨を GH スタッフから伝え、協力を依頼した。また、GH 入所にあたり GH スタッフ、PSW、OTR が弟と面接を行い、GH 入所に必要な手続き等を説明した。

(5)ケア会議・地域連携・その他

【入院中】ケア会議を 3 回実施した。1 回目のケア会議では、本人を含めて GH 入所と、それに向けての各職種の援助内容を確認した。地域スタッフとして GH スタッフが出席、本人とコンタクトをとった。GH スタッフは心理教育プログラムも参加した。医師、Ns、PSW、OTR からデイケアスタッフと GH スタッフに入所予定者の情報提供を行い、本人の病気の特徴や『イライラ帖』の内容を伝えた。本人は入院中から定期的にデイケアに通うこととなった(週 2 回から開始)。なお、GH 入所にあたり障害程度区分の認定調査が行われ、区分 1 に認定された。2 回目は各職種の援助内容とその達成度を確認し、デイケア参加を週 2 回から週 3 回へ増やすこととなった。3 回目は GH への入所前に行った。退院後は、GH 職員が 24 時間体制で GH に居るようにし、まずは GH の生活に慣れることが大切であり、徐々に生活スキルを向上させていくことを目標として共有した。GH での役割として食事時の配膳の手伝いが提案され、本人も了承した。また、状態悪化時には GH から病院へすぐに連絡し、状況に応じて病院職員が訪問できるように計画した。

【退院後】GH スタッフと定期的に連絡を取りデイケアや外来 OT 時の様子を伝えるなど情報交換を行っている。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

- ・当院入院から 1134 日(研究プログラム開始後 93 日:X+1134 日)で退院し、GH へ入所となった。2 週間に 1 回の外来受診、週 4~5 回のデイケアと外来 OT でフォロー。また、緊急時には、病院と GH スタッフとの間で連絡体制が整った。現在まで退院後 45 日が経過しているが、落ち着いて生活している。
- ・障害程度区分の認定調査を受け、区分 1 に認定された。
- ・GH の生活については、“楽しくやっているよ”と笑顔で語る。GH では食事時の配膳の手伝いといった役割を担っている。また他の利用者とも一緒に散歩をしたり、料理を手伝ったりするなど関係性は良好である。
- ・他の GH の入所者に対してイライラすることはあるが、以前のように自分の考えを一方向的に強い口調で言うのではなく、落ち着いた口調で考えを伝え、イライラ時も一旦間を置いて他者と話し合えるようになった。
- ・入院中から出納帳を利用して金銭管理の練習を行っていたが、精神障害者ケアアセスメントで研究終了時に、退院時にはなかった金銭のやりくりで困ることが課題として挙げられた。現在、GH 生活の中で金銭の管理・やりくりの練習を行っている。
- ・BPRS：開始時 26→退院時 22→終了時 14/GAF：開始時 41→退院時 55→終了時 60

6. 考察

- ・長期入院患者の場合、退院といった環境変化による負担感が大きいと予測されたため、GH スタッフと協力し、退院当初はできるだけ病院生活と同じ生活パターンにすることで、その負担感を減らすようにしたことは、安定した生活に繋がりがやすく退院当初には有効であったと考えられる。
- ・GH 入所予定者を主な対象として、院内の心理教育プログラムの中に、GH の生活を実際に把握しているスタッフに来てもらい、「退院後の生活はどんな具合か」「どういう点が良いか」等の情報を伝え、入院中の対象者と自由に意見交換することは、病院職員が行うよりも情報の浸透性が良く、さらに実際に GH の現場を見に行くことで、GH での生活がよりイメージしやすくなり退院に繋がりがやすくなったと考えられる。
- ・入院中から GH スタッフに関わってもらうことで、GH での生活で困ったことなどあったら相談できるため、安心感を持てたこと、また GH スタッフに対しても対象者の情報提供・病気の特徴等を提供することで、どのように対処していいかがわかり、GH スタッフの安心感にも繋がったと思われる。
- ・入院中からデイケアに参加することは、デイケアでの交流や所属感を高めることに繋がりが、退院後のデイケア通所を円滑に行うために有用であった。
- ・長期入院患者の場合、生活スキルの低下が大きく、入院中にスキルアップを目指すのではなく、退院して実生活の中でそれを目指すほうが有用であると改めて感じた。しかし、そのためには、練習しながらも対象者が生活していけるだけの手厚いケアを提供することが必要であると思われた。
- ・キーワーカーを設定することは、本人の情報がキーワーカーを中心として病院・地域のスタッフ間で共有しやすく、支援をタイムリーに行うために有用であった。

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)

- ・長期入院患者の中でも、いわゆる社会的入院患者の退院では、住居の確保が重要であった。病状が重度のために長期入院を余儀なくされている患者にはまた別の支援・工夫が必要であると思われた。
- ・長期入院患者では、家族や地域住民を含めた環境調整・支援が特に重要。退院後、GH での生活になる場合、GH スタッフに患者の再発のサインを知ってもらったり、病気の理解を深めてもらう等のスタッフ教育の必要性を感じた。GH スタッフ用の教育テキストのようなものがあると便利。
- ・退院後のフォロー体制のために、退院先の支援体制のあり方と病院-地域ネットワークの構築が大切で、そのあり方・有効な連携体制についての検討が必要。キーワーカーは多職種の連携を取っていく上で重要な役割を果たすため、必要な職種であると思われた。

事例報告 Summary Sheet[施設名:T病院 患者:C氏 63歳 男性 キーワード:-K 職種:OTR 女性] 5カ月～

日常生活の様子	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～
日常生活では目立った症状等はな く、比較的安定した生活を送って いたが、他患者が規律を乱す行為 にでたとときや、自分の要求が通ら ないときにイライラしやすく、他 患者に強くあたったり、けんかにな りやすかった。	ほぼ毎日OTへ参加。 週2回デイケアに参加。 緊張し疲れが見られ ることが多かった。	他患者のとのトラブル がなくなってきた。 GH入所予定の患者同士 での交流が見られるよ うになった。デイケア参 加時に困りごと(物を 売れ込められる等)が聞 かれるようになった。	本人を交えてのケアア ドバイス。現在の援助 内容とその達成度を確 認。デイケア参加日 増えた。	OTには継続的に参加。 デイケア参加時には、 自分から積極的にあい さつをしたり、掃除を 行なった。また、グルー プホームに実際に き、生活機器の操作練 習を行った。	GHへ退院し、45日が経 過した。日中はデイケ ア、外来OTへ参加して いる。GHでは落ち着い て過ごしており、食事 時の配膳を手伝ってい る。	
ケア会議の概要 と目標設定	本人を交えてのケア会議を実施。 退院先はGH。退院に向けての各職 種の役割を確認。入院中からデイ ケアに参加。心理教育の実施。 X+1041日:研究開始(当院入院1041 日後)	本人を交えてのケアア ドバイス。現在の援助 内容とその達成度を確 認。デイケア参加日 増えた。	本人を交えてのケアア ドバイス。現在の援助 内容とその達成度を確 認。デイケア参加日 増えた。	退院前のケア会議。 GH入居後の目標と計画 を確認・共有した。ま た、状態悪化時の連絡 体制が整った。 X+1134日:退院(プラ グラム開始後93日)	方針として、退院して しばらくの間は、GHで 安定した生活が送れる ように集中的に支援し ていく。	
薬物療法	1日2回朝・夕食後服用 ジブレンキサリ細粒 1g リスパダール細粒 1% 0.4g バルブプラムR顆粒 40% 1.6g セルシン 100倍散 1% 0.6g	左同。	左同。	左同。	左同。	
早期 作業療法	腰痛体操、キヤッチボール、散歩 等の身体志向的なプログラムを継 続的に実施。集団で行うオーブ ンプログラムにも進んで参加して いた。	他のGH入所予定者と OTRを交えての運動や カレンダ制作製を 実施。	今までの活動に加え て、GHで使う作品を作 成。また、調理練習(買 物含む)を開始した。	左記に加えて、GHへ行 って調理練習や生活機 器(エアコン、洗濯機、 電子レンジ、入浴機器) の使用法の練習をし た。	入院時行っていた活動 を実施。入院中に仲の 良かった他患者とも楽 しそうに話をす。 金銭管理の練習を行 う。	
早期 心理教育	イライラ帖の記入(イライラ感に 対する認知行動療法的関わり)に 加えて、小グループで行う心理教 育プログラムに参加。内容は病 薬、副作用、ストレス、社会資源 について行った。	イライラ帖の記入と心 理教育プログラムへの 参加を継続。	イライラ帖の記入と心 理教育プログラムへの 参加を継続。	心理教育プログラムの 内容を個別に振り返 り、まとめる作業を行 った。	イライラ帖について は、再発のサインと、 その時の対処方法、ス トレスの発散方法に重 点を置いてまとめた。	
資源制度 情報提供	GHの説明を行った。 また、退院後の資源としてデイケ アと外来OTを紹介した。	GHスタッフがGHの具 体的な説明と現地見学 を行った。食事や金銭 管理などについて具体 的に聞いていた。	GHスタッフがGHの具 体的な説明と現地見学 を行った。食事や金銭 管理などについて具体 的に聞いていた。	PSWと現在使っている資 源と退院後使える資 源について情報(福祉 医療)について整理し た。	OTと一緒に近隣の他 科やスーパーマーケッ トなどの位置を確認し た。	
家族支援	GH入所の旨を弟に連絡 し、協力を依頼した。	GH入所の旨を弟に連絡 し、協力を依頼した。	GH入所の旨を弟に連絡 し、協力を依頼した。	GHスタッフがPSW、OTR が本人を交えて弟と面 接を行った。	GHスタッフがPSW、OTR が本人を交えて弟と面 接を行った。	
地域連携 その他	ケア会議には病院スタッフと地域 スタッフとしてGH関係者が参加し た。	GHスタッフが心理教育 に参加。病院スタッフに入 所予定者の情報提供。	障害程度区分の認定調 査が実施された。	障害程度区分1に認定 された。また、地域住 民を対象にGHの説明 会を実施した。	退院前のケア会議には 弟とGHスタッフが 参加した。	GHスタッフと病院スタ ッフとで定期的に情報 交換を行っている。

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名: K氏, 年齢: 45 歳, 性別: 女性, 診断: 統合失調症
 [現病歴] 入院までの経過: 夫の仕事で転勤を繰り返す。X-12 年気分の落ち込み主訴にて精神科初診。X-8 年より盗聴されている、夫が浮気している等妄想、幻聴主訴で大坂の病院に初回入院。治療の中断あり、その後転勤する。X-5 年以降、徐々に人格低下傾向。X-4 年に夫から離婚を言われ、依存症、窃盗、夫の同僚の家族、子供の友人の家族へお金の無心等問題行動著明となる。離婚調停出席後、不安焦燥、多飲水、窃盗、自傷行為出現し、X-3 年 3 回目の入院になる。その後、夫の実家で療養することになり当院転院となる。夫は離婚を希望し離婚届は本人に預けている。X 年、離婚に応じ、離婚となる。

2. 初期アセスメント

健康面: 特に他の疾患なし。156cm、66kg 軽度肥満傾向
 身体機能: 問題なし
 精神機能: 顕著な陽性症状は見られない。BPRS より抜粋:【軽度】疑惑・運動減退・感情鈍麻。不眠
 活動と参加: ADL 自立。IADL はほぼ自立だが服薬と金銭管理は半自管理。服薬は看護師見守りのもと決められた時間に服薬し、金銭管理は週単位 (3100 円) で小遣いをもらう。
 OT 活動への参加や外出し日中は自室で過ごすことは少ない。他者との交流もありコミュニケーション能力良好。課題遂行能力も高い。ストレス対処低い。時間やマナーにルーズな面あり。
 環境因子: 両親は死去、義姉は市内、妹は県外にいるがそれぞれ家庭が忙しい。連絡先は知らされてなく、妹から連絡がある。夫は離婚を希望しており離婚に応じなければ経済面の援助もしないと言うが、理解難しく受容できない。息子は 3 人いるが、面会は本人達の意思に任せている。長男は成人しており時々面会がある。次男、三男とは 3 年会っていない。障害基礎年金 2 級受給。
 個人因子: 最終学歴 (商業高校) 普通自動車運転免許取得。元来、人と接することが好きで、ヘルパー 2 級を取得しパートで働いた経験やウエイトレス等、社会経験が豊富。
 本人の希望: 病院周辺の共同住居に入り、一人暮らしの練習をしながら自信がついたらヘルパーとして働きたい。出来るだけお金を貯めて出来れば子供達に仕送りをしたい。
 まとめ: 能力的には高く、入院生活のみで考えると問題は少ない。しかし、長期入院生活に慣れてしまい退院に対し不安を持っている。また言動が伴わない面もあり、傾聴しながらの現実検討を促し目標に近づけていく必要があると考えられる。

3. 治療・援助の目標と方針

福祉ホームへの入所を目標とし、長期入院による依存的な生活から自主的な生活への転換を図る。退院後の生活をイメージできるようシミュレーションや施設見学など体験し、自ら検討が出来るよう情報提供、環境調整を行う。それらの援助によって不安などがあるがその都度、各担当と検討し対処を行う。

4. 治療・援助の経過**(1) 作業療法**

午前 OT 棟で手工芸やカラオケに参加し、午後は病棟の OT 活動等興味のある活動への参加が出来ていた。大集団の中でも自分の意見を発言し、前向きな言動がみられた。喫茶活動を通じ就労へのきっかけ作り、社会性の獲得を目指した。自己主張の強い面があるが、段々と周囲への配慮が見られるようになった。遅刻は多く、罪悪感はないようである。ウエイトレスという役割を持つことで、対人スキルが向上し自信につながっているようである。

小集団での調理活動や、買い物を通して能力の把握や支援を行った。主婦だったこともあり能力的には高く、一人暮らしに困らない程度の調理はできる。買い物はやや計画性に欠ける面がある。

(2) 心理教育

「病気・薬・社会資源・再発防止について」の 4 回 1 クールを実施。オープンな公開講座 (社会資源: 住居) にも参加。以前も心理教育に 2 クール参加しており重複した内容が多く慣れた様子。遅刻や集中力が持続しない場面もあったが、質問や発言も多く前向きに取り組んでいた。「社会資源について」は関心が強く、今までの中で一番積極性が感じられた。新たに気付けたことも多かったようである。

(3) 資源制度の情報提供

上記、心理教育にて情報提供を行う。退院後の金銭面への不安が強く PSW より障害年金を元に各種社会資源・制度を利用した 1 ヶ月の金銭シミュレーションを作成し説明を行う。

(4) 家族支援

夫から心配な点として、今までの経過から退院後本人から依存的な要求など、夫が本人を支援するにあたり不安が強い。ケア会議にて心理的サポートと共に今までの経過の情報交換や今後の支援体制の十分な説明、夫からの支援負担の軽減のため検討を行う。

当事業への取り組み以前より離婚の話は出ていた。夫より今回退院へ向けた取り組みを行う前にきちんと解決した上で退院への取り組みを進めていきたいとの希望あり。

(5) ケア会議・地域連携・その他

離婚の解決については直接介入せず夫と本人との話の場の提供と本人への心理的サポートを中心に行った。その間、本人を見守り、スタッフ同士の情報交換を密にした。本人は、離婚問題解決までの間、精

精神的に不安定となる。退院に向けた具体的アプローチも一時保留とし継続して見守りを行った。
当事業の再開は、約1ヵ月後再び本人より退院に向けての意欲的な発言が見られたことで、さらに相談支援事業所と連携し退院支援事業と共にアプローチを行う。

5. 結果 (成果と転帰, 退院後のケアプランなど)

BPRS:9→3 GAF:75→79

この度の事業を開始する以前に、本人は心理教育を2クール行うことで退院へ向けた目標意識を高めることができ、退院後の生活について検討をすることができた。さらに、事業開始後心理教育への参加を継続することで現実検討を行い、自立した金銭・服薬管理に向けた取り組みを積極的に行うことが出来た。

当事業介入と同時に離婚問題があり、今まで行ってきたアプローチは継続したまま、離婚解決までの精神的フォローのため退院促進を一時中断。その間、漠然とした退院への不安など聞き入れ対処を行った。

金銭面での不安に対して経済的ソリューションを行い、退院後のイメージを分かりやすく安心できるよう伝え、その他の不安への対処も適宜行った。関係担当スタッフが協力し本人の見守りを行い、退院促進再開の機会を検討。

約1ヵ月後、本人より退院に対して前向きに考えているとのことで、相談支援事業所と連携しケアプランを作成する。

6. 考察

事業開始前に心理教育を行っていたことで退院への意欲は高く、退院後の生活について検討することが出来ていた。ある程度退院後の生活に対して現実的になってくると不安を訴える場面も見られた。

しかし、不安があるということは、本人自身、今後取り組むべきことが自覚できるようである。そのことが金銭・服薬管理など退院促進への積極的な取り組みにつながったと考える。さらにその後の不安や問題を乗り越える上で有効であったと考える。

離婚解決の期間は、精神的に不安定な状態が予想されるため、今まで行ってきた心理教育や他のOT活動、病棟での自己管理などのアプローチは本人の意思を尊重しながら継続。今後の新たな取り組みについては保留とし、各担当職員との連絡を密にし見守った。離婚については個人のプライバシーに関わることで介入は難しいが、今回各担当と情報交換を行いながら関わることで本人の精神的支援を行い不安を軽減することが出来た。それによって、退院への希望を留めながらその後の退院促進をスムーズに再開し新たな目標へ自主的に取り組むことへとつながった。

今回これらの事情によって、研究期間内で退院に結びつけることが出来なかった。今までのアプローチでは他部署同士重複した部分も多かったが、今回役割分担することで、それぞれの資格の特性を生かしたアプローチできた。そのことで、本人への十分な配慮とスムーズで効果的な介入が行えたと考える。

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)

事業の関わりの中で、ケア会議や他部署との連携の必要性・重要性を再確認できた。しかし、書式の作成、他部署との調整に時間を要し特に長期入院患者へのアプローチを行う上で継続したアプローチを行うことが難しいと思われる。患者及びスタッフのモチベーションを継続して維持するためにも書式作成など効率的に出来る様、検討が必要。他施設での工夫など情報交換の場があればいいと思う。

事例報告 Summary Sheet [施設名: N 病院 患者: K 氏 45歳 女性 キーワーカー: I 職種 OTR 男性]

		介入前	介入決定	介入～10月	11月	12月	1月～
日常生活の様子	介入前	自分でその日の活動を選択し、自室で過ごすことは少ない。他者との交流もみられる。ADL自立。IADLは服薬、金銭管理半自主管理	プライベートな問題で情緒不安定。	イライラしており、余裕がない。しばらく様子を見る。1週間程度すると、落ち着いてきた様子。本人も退院したいと希望し再始動。	金銭面の心配が強い。退院したい気持ちには漠然と持っている。病棟生活に変化なし。	時々、買い物に出掛け、マイペースに過ごす。	
	ケア会議の概要と目標設定		本人の希望と各部署の情報交換を行う。今後の退院に向けての確認。	今後について、夫同席し話し合う。経緯の説明、進行状況の確認をする。本人理解難しく、話を傾聴し説明する。後日、本人と最終決定確認。退院支援事業も含めヴァレージも参加し、今後に向けた情報交換	実施なし	退院に向けて支援する方向で、進行状況・目標の確認をする。日常生活は特に問題ない。金銭管理と服薬管理の自立を目指す	1月後半に、本人も同席しケア会議実施予定
薬物療法	薬物療法	リスパリドン4mg 6/14 リスパリドン3mg 8/30 リスパリドン2mg (他剤同じ)	変更なし	変更なし	変更なし	リスパリドン2mg、ベンゾリン15mg、レボドパミン15mg、アモバン10mg/DAY	変更なし
	作業療法	午前は朝の会やOT棟で手工芸やカガクに参加。喫茶活動にもエイトリスとして意欲的に取り組む。午後は時々病棟OTTに参加。病棟のSSTも意欲的。			卓球大会やフロアボール大会の病棟行事に積極的に参加する。小集団活動：調理活動、買い物	手工芸でクリスマスポスターに応募するため意欲的、また病院行事のクリスマス会の出し物のため積極的活動に参加	
早期プログラム	心理教育	1クール目 服薬について感が高まる。今後の希望が出てくる。 2クール目 現実的な検討をすることで、今後への不安が生じる。	3クール目の心理教育を、4回1クールで説明し、同意を得る。	2クール目、継続中。誘いに対して拒否はないが、モチベーションは低く気が乗らない様子。	「①病気について」「②薬について」受容的。遅れてきた他患を注意する。講義はきちんと聴いているが、途中集力が途切れ「帰りたい」と机に伏せている。	「③社会資源」「④再発防止」時間を知らせていたが遅刻する。社会資源については関心が強い。真剣に取り組み、助言により気付くことが出来る。	実施なし
	資源制度情報提供	心理教育のプログラムとして福祉ホームを見学する。	港夢について説明	退院後の経済シミュレーションを行う。	心理教育公開講座(住居について)遅れて参加するが、気にしていない。質問をして、積極的。		
家族支援	家族支援	実施なし	推進事業の説明。今後の支援に向けた方向性の確認と家族からの希望等確認。		長男より電話がある。		正月に長男が面会、元夫が次男、三男を連れ3年振りの面会。
	地域連携その他			会議には、夫、病棟職員、が参加。相談支援専門員と情報交換		相談支援専門員と情報交換	

事例分類3(入院期間 1947 日)

施設名: R 病院

報告者(キーワーカー): M

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名: O 氏, 年齢: 40 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

[現病歴]・X-6 年 1 月~3 月 (2 ヶ月) / 初回入院 ・X-6 年 3 月~ X-5 年 9 月 / 独居生活
・X-5 年 9 月~現在 (X 年)

高校中退し、調理師学校を卒業。ホテルのコックとして6年間勤務。イジメや過酷な労働があり、その後、奇異な言動や行動が目立つ様になったため初回入院。退院後は通院、服薬を自己中断し、家に籠っていたが、通りすがりや近隣の車を棒で叩くなどの問題行動が出現し、X-5 年、当院医療保護入院となった。

入院当初より陰性症状が顕著で日中は臥床がち、整容にも促しが必要。廊下で寝転ぶ、女性患者を無言で追いかけるなどの逸脱行為が見られ、スタッフの注意には無反応。他患者とも言語的交流は少なく、ジュエチャーで欲しい物を要求したり頭をポンポン叩く等、感覚遊びのような交流をもっていた。作業療法では入院6ヶ月目より退院準備グループで調理や対人交流を目的とした活動を行い、本人にも社会生活を営む準備を試みた。本人が調理師時代に身に付けた包丁さばきは、他メンバーを驚かせるスピードであったが、巧緻性は幾分低下していた。そのうちに、本人の手助けをよくしていたグループメンバーの一人を頼りにし始め、分からないことを質問したり一緒に作って欲しいなどの対人交流や、自分の作りたいメニューを出すなどの自発性もみられるようになった。しかし、退院後の住居など本人の環境調整には時間が掛かり、その間に他メンバーが皆退院してしまった。新しいメンバーとの継続参加を OTR は促したが、本人はそれを拒否し情緒的には引きこもった病棟生活が続くようになった。

X-2 年、地域移行支援事業をきっかけに再び本人に退院を促すことになった。キーワーカーは本人と同性の M-OTR が担当。この時も本人は退院意欲が低く、「退院するなら独居、復職は調理師」と退院後の暮らし方への拘りがあった。症状理解のアンケートより、自殺願望や将来に対する強い不安があることがわかったので、キーワーカーと一緒に話し合いながら考えていく事を保障した。最初は「別にしたいことは何もない」という意欲の低い状態であったが、本人が昔よく行った店で一緒に食事をした事をきっかけに、本人は次第にしてみたい事を話すようになった。そして、温泉や外食、海に行くなどの活動を通して、本人は「楽しい、嬉しい、美味しい」といった感情を多く表すようになった。

その後、外出と併せて退院後利用可能な施設の見学を行うと地域生活に対する関心が生まれ始め、同時に不安や緊張などを言語化して伝える様になった。障害福祉サービスセンター（以下福祉センター）での軽作業体験では、疲れやすく集中困難であることに気づいたが、調理師復職を希望し続けた。そこでキーワーカーは、現実検討を促すために慌しく働くコックの大変そうな姿を見せた後、ハローワーク職員との面接を設定した。本人は、「今の生活では調理師としての一般就労は程遠い」との評価を受け、福祉センター継続通所をする気になった。本人が一人で通うことを不安に思ったため、はじめのうちキーワーカーと一緒に通所することにし、福祉センター職員との関係構築を図るため、通所時には三人一緒に店で食事をするよう設定した。本人は次第に担当職員に安心するようになり、少し不安になりつつも単独通所が可能になった。しかし、担当職員が産休になると本人は通所を嫌がり、当院近隣のグループホームの内職活動で作業訓練を継続することになった。

退院先は見つからないままに、本人は作業を継続し、次第に今の自分に合っているのは内職で、体力や集中力などの低下で調理師になるのは難しいと考えるようになった。途中、内職活動がない時期などがあり、退院支援が中だるみ状態であったが、X 年、当研究への参加を承諾し、2ヶ月でグループホームへの退院となった。

2. 初期アセスメント(当研究に該当時)

日中は無為で臥床している事が多い。退院に対して、意欲は見せるものの服薬はしなくて良いと思っている。病棟内では服薬の自己管理を行っていない。

BPRS より抜粋/ 高度 (感情的引きこもり、運動減退、感情鈍磨) GAF : 45
やや高度 (非協調性)
中等度 (衝動的)
軽度 (不安、思考解体、罪悪感、思考内容の以上)
ごく軽度 (心氣的、緊張、誇大性、抑うつ、敵意、疑惑、幻覚、精神運動興奮)
なし (高揚気分)

3. 治療・援助の目標と方針(当研究に該当時)

活動性の向上、服薬の重要性を認識する。自己管理能力の向上
服薬・金銭の自己管理が出来るようになる。グループホームへの退院を目標とする

4. 治療・援助の経過

(1) 作業療法

心理教育、服薬・金銭自己管理の援助、
IADL の習得 (自転車、ATM の操作)、活動性の向上

(2) 心理教育

*これまでの生活確認ができた

本人は怠業による再燃を繰り返している為、主に服薬に関する心理教育を重点的に行った。退院後一ヶ

月で服薬・通院を止め、その時からの生活状態は、本人曰く「くらやみ」の生活であったと引き篋り始めた時の事を初めて話した。経過と服薬状況などを表に書いて対比させると服薬の必要性を認識し、「もうあの時の生活には戻りたくない」と話していた。

(3)資源制度の情報提供

退院先であるグループホームの見学、日中活動の場となる障害福祉サービスセンターへの見学、両施設担当者との面接、周辺施設の紹介など

(4)家族支援

母親が脳卒中発症後、キーパーソンは叔父に移行している。叔父とはあまり交流はないが保証人になるなどの協力を得る事は可能。今回の研究にも賛同している。

(5)ケア会議・地域連携・その他

地域移行支援事業では、行動開始には促しが必要で、作業所通所や内職には継続して取り組むことが出来ていた。今回は退院先の確保を行ってから本人に退院を促した。退院先の職員（グループホームや就労支援施設）と情報提供を含めたケースカンファレンス、入所時のケースカンファレンスを実施した。

5. 結果（成果と転帰、退院後のケアプランなど）

本人が当研究への参加を承諾してから2ヶ月で退院となった。これまで5年に渡る種々の活動への取り組みによって学んだことは本人の中に残っており、それらが出来るという確認をキーワーカーが一緒に行うことで、スムーズに現実の地域生活に移行することが可能となった。

退院後のケアプランでは、就労の準備として施設で勤務（就労継続支援B型）し、作業技術や集中力の向上を図る。地域生活はグループホーム（共同生活援助事業）で行い、キーワーカーが訪問看護を実施し、施設関係者に本人が伝えられていない情報を提供しながら、関係構築を促していくこととした。

BPRS より抜粋/ 高度（感情鈍磨）

GAF : 58

やや高度（感情的引きこもり）

中等度（運動減退、衝動的、非協調性）

軽度（思考解体、罪悪感、思考内容の以上）

ごく軽度（心氣的、不安、緊張、誇大性、抑うつ、敵意、疑惑、幻覚、）

なし（精神運動興奮、高揚気分）

6. 考察

本人はあまり表情を変化させる事なく単語レベルの返答が多いため、他者に関わりにくい印象を与えてしまう。しかし経過から、本人はグループメンバーや福祉センター担当職員など、しっかり関わってくれた人は頼りにし、その人が居なくなると活動を中断するというパターンがみられた。おそらく本人は自信がないため頼りにしている人がいなくなると不安で活動を続けられなくなるのであろう。

このことから、今回の退院に向けた一連の取り組みにおいて、本人が頼りにできたキーワーカーの継続支援があったことは、本人にとって重要であったと考える。今後は地域の施設職員との関係をどのように作っていくかが課題であるが、今回の関わりのように、不安な気持ちに寄り添うことや、本人のペースに合わせて一緒に行うことがポイントだと考えており、今後訪問看護の中で徐々にその役割を移行していけば、と考えている。

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）

当研究への承諾が得られてからの経過を中心にとすると、本人の特徴がわかりにくかったため、事例紹介に研究が始まる前の詳細を記し、考察は入院当初からの全体的な経過をふまえたものにしてある。今後は長期入院患者に対するまとめ方を考えていく必要性を感じた。

事例報告 Summary Sheet [施設名: R 病院 患者: O 氏 開始 1~2 週目 3~4 週目 5~7 週 2ヵ月(退院後)] 職種 OTR 女性(男性)

		開始 1~2 週目	3~4 週目	5~7 週	2ヵ月(退院後)
日常生活の様子		臥床時間が長く、日中はベッド上か喫煙室で過ごす 服薬・金銭管理は病棟スタッフが行う。	服薬・金銭の自己管理を行う。臥床時間は減少し、売店やOTに参加することが多くなる。	臥床時間は減少し、日中に散歩を行い、運動を行うようになった。 自発性の向上。	
	ケア会議の概要と目標設定	作業療法への定期的参加 (生活リズムの安定) 自分で出来ることは自分です	前回の目標に追加し、 服薬の重要性を認識出来る様になる	退院後の生活を想定した取り組みを行い、退院先と連携し、援助体制を整える	
薬物療法		リスパダール 3mg、コントシ 25mg、ピロリド 25mg、エペラN3錠、カプロチン 5mg、カマグ 2mg、大建中湯 9包、ネボトン 5mg	継続	継続	月1回、外来受診でフォロー
	作業療法	担当 OTR に挨拶をしに入室する。施設見学などに對する不安を訴える事が多い。 (これまでの経過で作業所への作業体験、調理活動などは経験済み)	面接で退院後の生活を確認する。 作業療法の参加状況には余り変化はないが、他患者と一緒にボードゲームなどをすするため参加する事がある。	退院後の生活を想定し、IADL (自転車操作、ATM 使用) の向上を図る 障害福祉センターへの事前通所援助、退院先付近の散策など	週1回、訪問看護でフォロー
早期プログラム	心理教育	服薬に関しての心理教育を行う。 幻聴が聞こえてこなくなった事によって服薬はしないで良いと考えていた。	怠業と再燃の時期を確認する事で、怠業と再燃が関係している事を理解でき、服薬の必要性を認識出来る様になった。	これまでの生活史を確認し、状態が悪く感じていた時期と服薬・通院を対比させる事で服薬の重要性が深まる	
	資源制度情報提供	退院先となる施設への見学 施設で受けられるサービスや概要の説明	担当施設職員との面接 退院後の金銭面 (生活保護受給者) を詳細に提示	訪問看護の紹介 利用可能な周辺施設の紹介	
地域連携その他	家族支援	退院についての確認 保証人のみ担当ことを希望 本人も納得			
			施設職員への情報提供 (カフアリス)		本人・施設職員を含めたカフアリスの実施。訪問看護の頻度や危機介入、今後の生活の仕方を検討する

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名: I 氏, 年齢: 26 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症 入院形態: 任意入院
 [現病歴] 入院までの経過: X-5 年、中学時代より学校に馴染めず、高校進学後より次第に両親への暴力が頻回となる。16, 17 歳時に計 2 回他病院への入院歴+。高校中退。X-1 年 9 月より F 県にて一人暮らしを始める。X 年 3 月、F 駅前交番で「人を殺した」「盗撮される」などの訴えあり、E 病院に応急入院となった。X 年 4 月帰郷。当院受診し入院。

2. 初期アセスメント(X+5 年:H20年 9 月現在)

健康面: 他疾患なし。**心身機能構造:** 当院より離れている(徒歩 20~30 分程要す) 店にも歩いて買い物に行き、体力あり。身長 175cm、体重 70kg。栄養状態に関するリスクも問題なし(栄養管理計画書より)。幻覚妄想を普段表出することは少ないが、根底には継続して存在する。病識らしきものは伺える。些細なことにこだわり強く、強迫的で常同的な思考。時に睡眠が不規則になる。集団協調なし。**活動と参加:** 生活リズムが整わずマイペース。身辺処理・生活管理はほぼ自立(掃除・片付けに関しては不得意で、助言必要)。自室にこもって運動、読書などをしてすごし自閉的。家族との交流が一番落ち着くとのこと。スタッフとの交流は困ったことなどの相談はできるが、それ以上の関心はない様子で必要最小限。他患とは「まともじゃないと思う。常識がない。」と交流なく、一人での行動が目立つ。**環境因子:** 両親への暴力があったため、同じことが繰り返されるという不安あり、自宅退院は受け入れにくい様子。また、自宅は当院より離れた過疎地で、病院を変えることへの不安あり(退院後も慣れ親しんだスタッフが継続的に関わりを持ち地域支援していくことで、危機介入時もスムーズに対応できると判断)。**個人因子:** ストレスに弱い(特に対人面)。衝動的逸脱行為(暴力)に及ぶ恐れがある。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標: 退院して、社会生活の安定を図る。

短期目標: 安定した入院生活を図りながら、退院に向けての準備を進める。心理教育により、病気に対する理解を深め、再発予防のための手段を学習する。生活リズムを整える。

4. 治療・援助の経過**(1) 作業療法**

本人より OT 希望あるが、既存のプログラムがほとんど集団プログラムである事と、以前に個人 OT を行っていたが断続的で中止になった経緯もあり。退院までの期間は安定した生活を保つために、主治医判断で OT 実施は見送る。

(2) 心理教育

主治医から薬に関すること、不安・葛藤に対する対処法など、継続的に心理教育実施。服薬について「薬は飲んだ方がいいと思っている。イライラするときも飲んだらスッと治る。」と、主治医との心理教育的関わりの中で、アドヒアランスを高めることはできていた。OTR は再発予防に関する内容を実施。悪化のサインについては「(発症時のこと) はっきり覚えてないんだよねー。」と言うも、一つ一つ経過(発症から現在まで)を辿っていくことで、思い出せたことを本人の言葉そのまま、OTR が作成した資料に悪化のサインをまとめていった。対処法については、本人なりに落ち着ける方法を考えていた。また、ちょっとした兆候でもスタッフに相談するように助言する。

(3) 資源制度の情報提供

障害年金受給希望あり、申請の手続きをする。近くのグループホームも紹介してみるが「グループホームは無理。」と拒否。退院後の生活に向けて自立支援医療について情報提供・申請手続きする。「料理ができない。10 日ぐらいはできると思うけど…」と食に関する不安あり、ヘルパー利用できることを伝える。また、退院後は訪問看護も行い、症状の安定を図り単身生活を送れるように支援していく旨伝える。

(4) 家族支援

母親が「本人から電話で〇〇とって、変な発言があったのですが、今日の外出は大丈夫でしょうか?」「(手帳申請) 本人が傷つかないでしょうか?」など心配していたが、PSW が相談対応し不安の軽減を図る。両親は、当院家族教室に定期的参加される。

(5) ケア会議・地域連携・その他

ケア会議は月 1 回のペースで実施し、2 回目からは家族も参加(計 4 回)。居住の確保は PSW が不動産屋リストを作成し、本人・両親で探すこととなる。病気を開示してのアパート探しをするが、本人も気に入った物件で入居が決定しかけた矢先、アパートの大家から断りの連絡があり。ケア会議でも居住の確保について話し合い、OTR が「緊急時対応」のマニュアル作成し、今後の交渉に役立てるようにした。本人から「料理ができない。料理を教えて欲しい。」「掃除が苦手。」などの積極的な意見もあり、退院後には、当院実施の訪問看護とヘルパー(行動援護)を利用する予定となる。4 回目には、サービス事業所(行動援護)のスタッフにも同席してもらう。事業所担当スタッフにはあらかじめ事業開始からその時点までの経緯や、心理教育で実施した再発防止プログラムの資料を送付し事前に情報提供をしておいた。訪問看護スタッフ(外来 Ns)との時間調整は難しいため、ケア会議とは別に顔合わせ程度の面接の場を設けた。また、ケア会議の議事録も作成しチームスタッフ(本人・家族も含む)への周知を図った。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

X+5 年 5 ヶ月、研究事業の対象ケースとして本人了承。初めは「これ(研究事業)をしないと、退院で

きないんでしょ？」と同意説明の際には理解が難しいようであったが、自ら主治医や OTR に退院に向けての取り組みに関して質問してくるなど、退院に向けて意識も前向きとなる。

ケア会議では、本人も同席したことで自発性も向上し、両親も本人が退院に向けて意欲的に取り組んでいる様子を見て「私たちも頑張って（物件を）探してみます。」などと両親の意識も変わってきた。退院が現実味を帯びてきたことで、他患に対する被害妄想の表出、生活リズムの乱れもあり精神的に動揺が見え隠れした時期もあったが、大きな精神症状の悪化にはつながらなかった。

4ヶ月目に入り、試験外泊開始。4泊5日の外泊時には、キーワーカー・病棟Nsでの退院前訪問看護を実施。「ごみの出し方が分からない。」と自ら助言を求める。心配していた“食”に関することも「自分でできた。（料理の味付け）お母さんよりもおいしかった。」と自己評価高い。

退院後の支援方針については、なるべく地域生活の場に慣れ親しんだチームスタッフまたは病棟スタッフが介入し、症状の悪化を早期に発見して対応できるような体制をとることとした。外来受診：1回/W。訪問看護：1回/2W。ヘルパー（行動援護）：2回/W。X+5年8ヶ月で退院となる。

GAF：開始時40→退院時（研究終了時）45

BPRS：【軽減】心氣的訴え1→0、不安3→1、緊張2→1 【悪化】誇大性2→3、敵意0→1

6. 考察

本事例は、研究開始の3年ほど前より主治医から退院を持ちかけていたが、本人も「退院しないといけないとは思っている」とは言うものの、退院後の生活で気持ちが揺れ不安を訴えることもあり、退院に結びつかなかった事例であった。また、両親も退院に対して「生活リズムが整ったら…」と条件は出すものの、退院を受け入れにくかったようである。

本人・家族も含めたケア会議は、本人自身が主体的に発言・行動することを両親も目の当たりにすることで、本人に対する理解も深まり両親自身も協力しようとする気持ちに変化した。その相互理解・家族間の関係が修復されたことで、退院支援が円滑に進んでいったと考えられる。

心理教育では、長期入院により悪化の兆候（サイン）が本人の中で理解することが難しく、明確な兆候を探し出すには至っていないが、今後の地域生活を維持するためには支援に関わるスタッフで、密な情報交換が求められると考える。

地域スタッフとの連携に関して、入院している時から一緒にケア会議にも参加していただくことで、情報交換もスムーズとなり、サービスを利用する側（本人・家族）にとっても、提供する側にとっても不可欠であると考えられる。対人技能に問題のある事例は、デイケアや作業所通所には結びつきにくく、対人状況を一変させないように、慣れ親しんだスタッフが継続して退院後の支援に携わることも大切である。

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）

- 協会版ケアアセスメントは、ケア会議ごとの実施とのことであったが、本事例が長期入院者であり、ケア会議（1ヶ月に1度実施）ごとの評価では生活機能上の大きな変化はなく、評価項目も多かったため、本人の疲労度を考え初期と研究終了時（退院時期）に実施した。
- 対人面で問題のある事例で、グループホーム入居は拒否、デイケアや作業所などの人が集まる場所の利用は困難であった。居住確保に関して時間がかかり、両親の計らいで居住を決定することができたが、今後は居住サポート事業や生活する場に向いての支援（アウトリーチ）の充実を図って欲しい。
- 今回は安定した入院生活を維持するため、あえて作業療法の実施を避け、作業療法士はキーワーカーとして関わった。退院支援から地域生活支援に携わったのはこの事例が初めてであり、院内作業療法プログラム以外での地域移行（退院促進）に向けての取り組みや地域にも作業療法士が活躍できる領域を広げていかなければいけないと感じた。
- キーワーカーは、事例に対しケアマネジャーの存在として動く形となった。普段のOT業務も維持しながらキーワーカーとしての役割もこなしていかなければならず、同課のスタッフの協力もあり役割を果たすことができた。今後は、介護保険のケアマネジャーのように、障害分野でもケアマネジメントを専門的な仕事として動けるようなシステムが必要であると思う。また、地域によっては利用できるサービスが少ない地域もあり、医療・保険・福祉という領域の壁が厚く地域支援体制の構築が進んでいない地域もある。生活レベルは高くても症状が重く長期入院を強いられている方、帰る場所がなく社会的入院になっている方が地域移行（社会復帰）していくためにも、各機関が地域移行を進めていけるように入院時から退院に向けて関わり、退院後も地域生活支援していくこと（ケアマネジメント）を主な業務とする、多職種スタッフで構成された部署の設置が必要だと思う。【診療報酬制度（精神科地域移行実施加算）の基準・点数の見直しや自立支援法の見直しを希望。】

	研究開始 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	やや朝起きるのが遅いときはあるが、生活リズムは整っている。ADL も自立。余暇活動は、買い物外や自分の部屋で過ごし、他患との交流はなし。退院に向けて、本人も意欲みせる。	アパート探しが難航し、やや動揺見られる。活動面では、変化なし。	時折周囲の状況や自身の持ち物等に関する被害的捉え、長期化する生活なく、ほぼ安定した生活を送ることはできる。	他患に対して被害妄想抱くなど、訴えも増える。退院準備が進むにつれて不安が増える。活動面には特に影響なし。住居決定。	被害妄想、不安も目立たず。安定傾向。試験外泊も開始。2 回目の試験外泊 (4 泊 5 日) 実施。退院前訪問看護実施。	生活リズムや不安定であるが、生活上の支障はなし。正月外泊も家の手伝いなど行つたことと充実。
ケア会議の概要と目標設定	退院先を決める (アパート探し) 安定した院内生活を送る。		ケア会議にて、生活リズムの乱れを Dr から指摘あり。	住居決定。 “二度寝をしない” が目標として本人から挙がる。	生活リズムを整える。福祉サービス事業所代表スタッフとの情報・意見交換。	退院前ミーティング実施。退院後の支援体制について最終確認。
薬物療法	ジプレキサザダイイス (10) 1 T 1 × / 夕 (屯) アモバンテス (7.5) 1 T 自己管理している。					↑
作業療法	本人から「OT も出た方がいいかと思って」と発言があるが、以前に OT (個別) を行っていたが、断続的で中止となつた経緯あり。Dr にて退院までの期間を安定した状態を保つために、無理をしないよう助言あり。					
心理教育	薬のことや不安・葛藤に関する心理教育実施 (Dr)			再発防止に関する心理教育実施。悪化のサインや対処法について学習する。(OTR)		↑
資源制度 情報提供	障害年金申請に向けて、面接実施。書類作成。 住居決定後、障害者手帳の諸手続きを行う。(本人・家族・PSW) 自立支援医療に関して情報提供、申請書作成。		退院後の支援体制として、訪問看護 (当院) の利用を提案する。	ヘルパー利用に関して事業所決定。事業所スタッフ・本人・家族との面談を実施。他、諸手続きはほぼ完了。	障害年金 2 級受給。自立支援医療に関しては、受給者証の発行待ち。	
家族支援	アパート探しや書類作成に関してのフォローをしていく。相談役は主に PSW で。	アパート探し・諸手続きに関して、母親から電話相談あり。対応する。	本人が発言した内容に感ずる不安があり、電話相談あり、母親の不安の軽減を図つた。			↑
地域連携 その他			ヘルパー利用と事業所代表スタッフとの連絡調整。次回からのケア会議に出席を依頼する。	訪問看護担当 Ns との面接を実施。(業務上、ケア会議に出席できないため。) 福祉サービス事業所代表スタッフにケア会議出席してもらう。	ヘルパー利用 1 回/W 外来診察 1 回/W 訪問看護 1 回/2W 退院後も情報総括・連絡調整・相談の窓口は、キーワーカーが担う。	

1. 事例紹介

〔基礎情報〕氏名: K 氏, 年齢: 33 歳, 性別: 女性, 診断: 統合失調症.

〔現病歴〕入院までの経過: 中学卒業後地元のパチンコ店等の職を転々とし、一定の職に就くことはなかった。X-11 頃年より無為・自閉の状態となり、自室に閉居し、終日臥床して過ごしていた。X-9 年 K 病院受診し、同日より X-5 年 2 月まで入院。退院後も全く受診せず、少し痩せてから仕事を探そうと思っているうちに、無為・自閉の状態になり再度閉居し終日臥床して過ごすようになった。自室の布団から動かない状態となり X-5 年 7 月往診により再入院となった。

2. 初期アセスメント

〔入院時からの経過〕自室の布団から動かない状況で PICU に入院。精神療法・服薬にて次第に活動性も出てくる。閉鎖病棟転棟後から作業療法開始される。他患者との問題も少なからずあり、それに応じて気分の変動(+)。作業療法にも参加するが、受身的で関わり方も表面的。興味を示す作業もあるが、長続きせず、小さな躓きがあると途中で投げ出してしまふ。自己及び他者に対してどこか否定的な所があり、上手くいかない投げやりになりがち。開放病棟転棟後は、作業療法参加も安定し、年齢的な部分もあり、社会復帰に向けての活動にも参加するようになるが、気分によっては投げやりで否定的な発言も見られる。GH への退院を希望するが、作業療法時には退院に向けて「どうしたらいいんかね」などの発言も時々聞かれる。今後の GH に向けての取り組みを再度確認する意味でも本事業システムを提案し、協力依頼すると快く同意し了承した。

〔精神機能面〕男性 Ns に対して恋愛妄想が時に見られ、心気的な訴えみられる。興味・関心の低さ

〔JAOT 版精神障害者ケアアセスメント〕身のまわりのことはほぼ問題なくでき、服薬自己管理。生活リズムも概ね安定。対人関係のストレスで調子を崩しやすいことはわかるが、ぼんやりしていてよくわからない。人付き合いについても気楽に話しが出来る人が少なく「友達が欲しい」と発言。しかし、日常的な挨拶や会話なども特定の人にしかしない。自分の気持ちも相手に伝える事は上手くできない。対人的なトラブルも少なからずあり、Ns には「人の悪口は言わないように」と注意を受けることもある。

〔日中の過ごし方 ISDA〕余暇時間は自床で過ごすことが多く、本を読むか TV を見る程度。休息感がなく、やる気も出ない。現在気になっている事は、「働けるか、将来どうなるんやろ?」と漠然としている。

〔家族について〕両親死去。保護者は実姉であるが、県外在住で電話でのやりとりが多く、面会などは少ない。

〔社会面〕仕事は、将来的には時間の短いものが何かしたいとは考えている。

3. 治療・援助の目標と方針

- ・ 退院に向けての具体的な取り組みよりも、退院後の生活をイメージ出来るように GH を始め、外出や社会資源の紹介や見学を行う。
- ・ 本人にとって意味のある作業を模索し、作業同一性及び作業有能性の向上を目指し(人間作業モデルによる介入)、GH に向けて具体的に取り組む為の基盤作りを行う。
- ・ 心理教育プログラムを行う(不調時の状態や再発のサインの発見と対応の仕方)。
- ・ 病棟での余暇の過ごし方を見つける。
- ・ 作業療法などを通じた仲間づくり

4. 治療・援助の経過**(1) 作業療法**

OSA II (作業に関する自己評価) を用いて、本人が取り組むべき事項について確認し、作業療法プログラムを見直した。「自分について」は遂行技能:-4 点, 習慣化:-6 点, 意志:-3 点, 「環境について」は物理的環境: 1 点, 社会的環境:-2 点であった。本人が変えたい項目として「満足出来る日課」「金銭の管理」「自分の能力をうまく発揮する」「くつろいだり楽しんだり」する 4 項目を挙げ、作業療法の目標として「単独外出が出来るようになりウォーキングができること」「自己有能感・効力感の向上」を目標にした。また、興味チェックリストを実施し、その結果から「レシピ作り」を計画し実施。家事動作や外出を中心にした生活体験の積み重ねを目的に社会復帰プログラムにも継続して取り組む。開始後 2 ヶ月は順調に取り組み、社会復帰プログラムにもこれまで以上に積極性が見えはじめた。同室で同年代の女性との余暇時間の会話を楽しみにしていたが、退院することになり、新しく同室になった方との折り合いが不良で、ベッドのカーテンを閉めて自床で過ごすことが多くなる。この頃から「いつ GH に入る」と決まっていなくてがんばっても意味がない」と投げやりになり、レシピ作りも自ら投げ出してしまふ。ケア会議で取り決めた生活目標も逆にプレッシャーだったと漏らすこともあった。

外出プログラムも 12 月~1 月にかけて病棟の感染症の影響で実施できない状況で滞っている状況で終了した。今後は、外出プログラムを再開することと、社会復帰プログラムには継続して参加する意志があることは確認された。

(2) 心理教育

面接時に、ケアアセスメント実施時に、再発のサインやストレスへの対処法について話し合った。また、ストレスに上手く対処する為にはどのような事に取り組んでいけば良いのか知るために、心理カウンセリングや心理検査を実施し、本人にフィードバックした。WAIS-R: 全 IQ70, 言語性 IQ64, 動作性 IQ70. ロールシャッハ:-8 Level III 欠陥レベル。バウムテスト: 不安定な自己像・感情が表に出やすい・人間関係を持ちたいが、自己を分析されることへの不安の強さが現れていた。対人緊張や自信のなさ(自己否定感)などが本人には伝えられた。IQ の低さや常識的な理解力や知識については、現在の状況を考え、伝えられなかった。自ら希望し、職業適

性検査も実施した。統合失調症に対する学習も提案するが、「知らぬが仏」と最後まで抵抗を示した。

(3)資源制度の情報提供

GHを紹介・見学。世話人との面接も設定し、実際の生活の様子について話し合った。また、担当PSWより、実際のGHでの生活にかかりそうな経済的負担について現実的な提示を行った。医療費などについても自立支援医療費と月額自己負担上限額の事についても説明。GHは現在満室であり、今後入所についてまだ数人希望者もあり、入所日の見通しはまだ現実的に立てられないことも説明。

(4)家族支援

保護者である実姉は他県在住の為、会う機会は持てず、これといった支援は出来なかった。PSWや本人を通して、今後GHに向けて取り組んでいくことは説明し、了承を得ることはできた。

(5)ケア会議・地域連携・その他

概ね1ヶ月に1回実施。GHの世話人とも連携できた。現在GHは満室であり、確実に入所できる見通しは難しい状況であった。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

現在も入院中である。介入直前の状態に後退し、やや投げやりな状況。余暇時間にはこれまで通り自床にて過ごす生活に戻ってしまった。

ケア会議ではいつでもGHに向けて具体的な準備ができる状況を作っておくために、今取り組むべき課題を再度検討することも伝えられたが、今回の取り組みは一旦取りやめて欲しい旨も本人から示され、一時中断する事にした。当面は外出プログラムに取り組み、単独での外出支援を行うことを本人との間で確認。

BPRS : 49点⇒39点, GAF : 52点⇒52点。

6. 考察

GH入所を目標に地域移行支援を行ってきたが達成する事が出来ず、介入前の状況から抜け出すことは出来なかった。本人・スタッフ共にGH入所という目標は明確であったが、GHの現状に対するスタッフ側の認識が甘く、見通しが不透明なまま開始したことが、本人が投げやりになってしまった第1の要因ではないかと考える。退院後の方向性もGHに限定してしまい、他の可能性を見いだせなかったことで、現実的な目標を見いだすことが出来ず本人の投げやりな感情につながってしまったのではないかと考える。また、見通しが不透明ながらも、今取り組むべき課題について話し合ってきたが、十分な動機づけにはつながらなかった。事例自身、処理できる情報量も小さく、退院までの道筋を描けるように支援したつもりだったが十分ではなかった。また、事例自身が描いていたGHでの生活と現実的な生活に大きなギャップがあり、それに直面するに従い意欲も低下していった。これは、生活体験が少ないまま、青年期からの長い療養生活を余儀なくされ、実際の生活に対するイメージが出来ていない事も大きな要因ではないかと感じた。また、長い入院生活により具体的な退院後の生活のイメージがつきづらかったのも大きな要因であり、関わりの中でそういった側面への配慮やアプローチが不十分であったことを反省している。会話を楽しみにしていた女性が退院し、新同室者との折り合いが不良で、対人的なストレスが重なったことも要因の一つであり、ストレスに対する脆さや解決能力の乏しさも影響していたのではないだろうか。

退院に向けて具体的に取り組めるようになるための基盤として、自己有能感や生活体験の積み重ねを中心に行ってきたつもりであったが、イメージが持てないまま「退院」をあまりにも早期に意識させすぎたことも大きな要因であると考えられる。

また、ケア会議の内容についても、本人の情報処理能力にももう少し配慮するべきではなかったかと考える。1度のケア会議で話し合う内容や情報量、本人が努力する生活目標の量にも十分な配慮が必要であった。キーワーカーの焦りが本人やチームへの焦燥感と混乱を招いていたのではないかということ強く感じている。

今回のような、長期在院者に対する地域生活移行支援においては、あまりにも早期に「退院」を意識させすぎずに、退院後の生活をより具体的にイメージできるようなプログラムとして自己有能感や社会も含めた生活体験の積み重ねを優先すべきことではないかと考える。

疾病教育についても、「診断名」は知っていながらも、それがどんな病気なのか？という事に目を閉ざしている状況であった。より早期からの疾病教育や障害受容に配慮した心理教育プログラムや精神療法の重要性を強く感じた事例であった。

地域連携という視点から考えると、介入時からでも地域スタッフにケア会議に参加して頂き、現状でも地域移行が可能な支援体制構築の可能性についても確認しておくべきであったと考える。入院ではなく、実際の生活の中で様々な課題に取り組むことがより近道であり、「今」の状況で、どのような支援があれば地域での生活が可能なのかという視点でも取り組んでいく必要性を感じた。

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)

- ・ システムだけではなく、本人ニーズを引き出し、チームを運営していただくキーワーカー育成の必要性を強く感じた。本人の処理容量や生活ストレスに配慮した展開が必要だったと思った。
- ・ 長期在院者については、本システムを導入して行くまでの基盤を作る為のアプローチが重要なのではないかと感じた。
- ・ 退院後の生活の場やスタイルがイメージ出来てからの連携では遅く、地域スタッフ(保健師や相談員など)との連携、話し合い・ケア会議の場を入院時からシステムとして作り上げる必要性を強く感じた。

	1 回目	2 回目	3 回目	4 回目
日常生活の様子	入院 1989 年。病棟内の生活に必要な ADL 課題などは問題なく取り組んでいるが、対人関係上の小さなトラブルから気分の変動につながりやすい。作業療法にも参加しているが、余暇時間にもベッド上で過ごすことが多い。「何を上で過ごしたらいいのか」と話している。	日常的な挨拶や余暇時間の過ごし方についての努力目標については意識して取り組んでいる。同室の同世代の女性との会話を楽しむことができている。表情も穏やかで気分も安定している。	余暇時間を楽しく過ごした。同世代の女性が退院する。その後入室した女性との折り合いが不良で、対人関係上のストレスが大きくなり、嫌な時はカーテンを閉めて無視している。話ししても面白くないので、眠れなくなり、早い時間から寝るしかない」と不満も漏らす。	GH 入所の見通しがかかる立たないことからレオパレスにかかる費用など Ns に尋ねたりしているが、姉に相談したところ良い返事がもらえなかった。余暇時間には臥床して過ごすことが多い。「毒が入っている」と食事拒否することが少なくない。夜間も早い時間からベッドに入っている。
ケア会議の概要と目標設定	GH 入所に向けて、どういったことに取り組んでいくのかを確認した。当面は GH 入所に向けて具体的な取り組みのための基盤作りとして、自己有能感の向上やすぐにも取り組める努力目標を確認した。	継続して生活の中での努力目標に取り組むことと、GH を実際に見学して入所者がどのような生活を送っているのか話を聞いてみることを確認した。就寝時間を整えることを努力目標に追加した。対人関係やストレスへの対処の特徴を知るために心理検査などに取り組んでみることを確認した。	GH 入所にあたって、経験を積み重ねる ADL 課題の整理。継続している努力目標の確認を行う。就寝時間については、努力してみたいがどうしても早く寝すぎしてしまうことがあり、目標がブレッシヤーになつてしまっている。また、GH の空室の見通しが立たないのに頑張っても意味がなないのでとはという不安も漏らしている。	GH への入所について、入室できる期限がはつきりしていないと頑張れないと不満を漏らす。しかし、GH は候補者も数名いて、病棟などの生活の様子を見て判断させていた。ただ、なかなか本人に伝える。また、GH 生活の現実的な経済的な厳しさなども伝え、いつでも具体的な準備ができるように日々の病院での生活について考えていくことを確認した。本人から、やはり負担にもなり、しばらく休みたいという希望もあり、一旦中止することにした。
薬物療法	リスパダール(1)IT リスパダール(2)IT アキネン IT			
作業療法	作業に関する自己評価 (OSA II) 実施し、意味のある作業としてパズル「レシビ作り」に取り組む。また社会復帰プログラムにも継続して参加する。また、「ウイローキングがしたい」と外出プログラムにも取り組む。	継続して「レシビ作り」「社会復帰プログラム」「外出プログラム」に取り組んでいる。一つの作業に継続して取り組むことが難しく、モチベーションも維持できず、継続して取り組むことができない。	外田プログラムの進み、2 人組みでの院外の散歩まで行うようになる。「レシビ作り」は一通り作り終える。他の作業を提案するも、「何をしたらいいのかわからないので、もういいです」とパズル場でのプログラムは取りやめたいことを申し出る。負担を一時軽減する目的でしばらく休むこととした。	外田プログラムは感染症対策で一時中止になっていたが、再開され継続して取り組む。社会復帰プログラムについては、退院に向けてというよりも、一つの経験や楽しみという目的で取り組んでいくことを本人と確認した。
	対人関係上のストレスや困った時にどのような対処していいのかが話し合う。	心理検査として WAIS-R・ロージャック・バウハート実施。軽度知的障害。自己像が不安手で人間関係を持ちたい願望もあるが、社会的常識や知識が低く、自信のなさや自己を分析されることへの不安の強さが見られた。GH の見学を行う。	ストレスへの対処、特に対人上の小さなトラブルへの対処については、「私は悪いことはしていない」「逆にいいめられている気がする」「無視しとけばいい」と訴え、対処法を考える段階まで進展しない。	ストレスへの対処については変化なく進展しない。また統合失調症という病気については、「知らぬが仏」話し、心理教育には抵抗を示す。
心理教育				
資源制度情報提供				GH が現在満室で、空き部屋が出る見通しがなかなか立たないことを伝える。
家族支援	他県在住の姉(保護者)に GH 入所に向けての取り組みを開始したことを報告し、了承を得た。			
地域連携 その他		GH 世話人と実際の生活について話し、GH で必要になる生活課題を確認する。		

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名: K氏, 年齢: 47 歳, 性別: 女性, 診断: 統合失調症
 [現病歴] 父親の仕事の都合により中学 2 年まで、転居が多かった。短大へと進学するが卒業 3 ヶ月前に「中途半端だった」と言い自主退学。その後 X-16 年から 2 年間事務職につくが X-18 年、突然会社を辞め、この日以来人が変わったように自閉的な生活を送るようになる。その後両親と生活するが X-4 年、親に対しての暴言や暴力がひどく度々警察に保護される。父親は単身で他県に移り、X-2 年、母親は逃避的に A 病院に入院、父親からの仕送りで単身生活となる。この頃から昼夜逆転の生活となり、物を投げるなど近所より苦情があるようになる。さらに注察妄想を認め、X 年 11 月父親に連れられ受診、当院の急性期閉鎖病棟へ医療保護入院、半年後に開放病棟へ移り任意入院となる。現在入院 6 年目である。

2. 初期アセスメント

(精神機能) 疎通性は一見保たれているが、思考障害により正しく状況を把握できない面もある。陰性症状による意欲、活動性の低下、感情の引きこもりがあったが、退院を条件として活動に参加し始めるなど活動性が向上している。自分の疾患についての話題には拒否的。
 (環境因子) 障害基礎年金 2 級。父は癌の末期のため他県の一般病院に入院中で、入院時以来本人とは会っておらず、また障害年金を受給するまでは行っていた金銭的な援助も、現在は行っていない。母は統合失調症で精神科病院に入院中であり、実家を管理していた姉とは 1 年前から音信不通の状態である。弟も他県におり連絡はとっていない。
 (個人因子) 職歴は 20 数年前に 2 年間働いた経験があるのみで、現在も就労意欲はない。金銭管理は、以前は浪費、間食がひどく、貴重品の管理もできていなかった。現在はスタッフに依存的で、毎月 2 万の小遣いのみ管理、日用品を購入している。年金の余りで毎月貯金はできており、口座に 50 万円ある。公共交通機関の積極的な利用はない。
 (活動と参加) OT 活動では、スタッフや他患が近づいてくるのは好きではないと話すなど、対人関係において拒否的で、参加しても単独行動が多い。友人も必要ないと言う。臨床実習の OT 学生が担当するまでは、継続参加はほとんど出来ていなかった。また、新たにデイケア試験通所に参加することはかなり緊張すると言い、活動の途中で突然戻ってしまうこともあり、慣れない環境に身を置くことを極力避けている状態である。病院スタッフは退院について何もしてくれないと感じており、信頼できないとの発言がみられる。グループホームも拒否。
 (心理面) 自分自身について、転校が多かったことで「自分がない感覚」を味わった、「自分の悪いところは芯が無いこと、自分自身を都合のよい人間」と言う。理解できないことを「知らない」「よく分からない」と言い、何かと理由を述べて課題から逃げる傾向が強い。
まとめ: 家族による支援がなく、環境面での情報も曖昧で、利用できる社会資源が少ないように思われた。精神症状は中等度から軽度残存。スタッフとの信頼関係が出来ておらず、過去の心理教育においても正しい病識は得られていない。また、症状に加え長期入院と長期にわたる引きこもり生活のため、金銭管理、家事、対人関係などの経験が不足し、実際の地域での社会生活能力が不明である。さらに、思考障害の影響や自信のなさからか、課題から逃避する傾向がみられた。

3. 治療・援助の目標と方針

- 本人の希望に沿い、アパート退院を目指し、生活能力の維持向上を図る。
- ・ 退院後通院ができるように活動性を維持する。(デイケア試験通所・OT へ通う)
 - ・ 現実的な作業を通しての社会生活能力の評価と訓練を行う。(服薬管理、金銭管理、料理 G への参加)
 - ・ 家族と連絡をとり、家族状況の情報整理を行い、退院へ向けての協力を仰ぐ。
 - ・ 地域の保健師の介入により、地域で利用できる社会資源の検討を行う。

4. 治療・援助の経過**(1) 作業療法**

当初は退院を条件にデイケア試験通所や OT へも参加できていた症例であったが、信頼していた OT 学生が居なくなり、活動が面白くない、スタッフが気に食わないと拒否的な発言がみられるようになる。参加継続ができず、色々と理由をつけて OT 活動から逃避する傾向が見られた。そこで OTR は活動を介してのみではなく、本人が一番望むアパート退院へ向けての現実的な支援を通じて関わっていくことに焦点を移し、単身向けの調理 G への導入や、アパートの物件探しの窓口となることにした。物件については共に計画を立て不動産へ探しに行くことにしたが、拒否的で攻撃的な手紙を渡すなど信頼関係が築けない状態であった。しかし、その後も継続的に症例と文面のやりとりも含めコミュニケーションを図ることを継続した。また、物件探しに付き添ったり、ケア会議の開催などを通して根気強く関わっていく中で、一人暮らしについての具体的な発言が聞かれるようになり、自ら物件探しを OTR へ促したり、退院して困ったら Dr か OTR に相談すると述べるようになる。さらに促しにより徐々に OT 活動への参加も再開するようになり、活動性の向上がみられた。

(2) 心理教育

心理教育 G には過去 2 度参加しているが、「退院したら飲まない」と Dr にも宣言する。服薬自己管理開始のため、薬剤師による個別の服薬指導を実施するが、スタッフに対する陰性感情を示し、薬への拒否的言動が目立つ。その後、攻撃的な手紙を大量に出す、空笑、独言など症状悪化するが、しばらくして Dr に自己断薬していたことを告げる。断薬後の振り返りでは、特に変わらないと述べるが、自己管理は再開できている。

(3)資源制度の情報提供

アパート物件探しに際し、生活保護の紹介を行った。また、PSW と看護師の支援で銀行の利用、通帳の管理を開始した。一人暮らし体験の資源としてウィークリーマンションの紹介を行った。

(4)家族支援

家族と連絡がとれない、キーパーソンが判らないなど家族関係が悪化しており、住居や生存状況の把握さえ難しい状況であった。両親は長期入院中で、姉とは連絡がつかないため、P S Wが弟にアプローチした。アパート退院へ向けての同意と協力を仰ぎ、家族状況の情報は整理された。遠方のため直接的な関与は難しいが退院への同意は得られた。

(5)ケア会議・地域連携・その他

ケア会議を5回実施、うち2回目より地域の保健師、県の精神保健センター職員などのスタッフを交えて行い、症例に使える地域の社会資源の検討を行った。3回目より本人も参加し、居住地域やアパートの条件、生活のイメージを本人から具体的に聞き出し、実際に不動産へ出向くことやウィークリーマンションを使った外泊の提案などがあった。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

- ・ 本人が会議に参加し思いを語ることで、アパート退院について現実感が生まれると共に、継続的なケア会議の実施と関与により、スタッフに対し「退院させてくれない」という不信感が、「協力してくれる存在」として信頼に変わりつつある。
- ・ 服薬自己管理開始により、一時症状悪化したが、その後は服薬管理が出来ている。
- ・ 具体的な作業を通して調理や金銭管理などの生活能力の技術が向上し自信がついた。
- ・ 問題点の整理ができ、今まで関わりが少なかった多くのスタッフとチームの役割が明確になった。
- ・ 地域スタッフから有効な情報を得ることができ、長期入院で単身退院となるケースの外來フォローに今後必要な資源や課題が明確になった。
- ・ GAF : 55⇒61、BPRS : 29⇒20 へ改善。

6. 考察

入院が長期化すると、退院後の生活を想定した生活能力も把握しにくく、課題が増え、その障害像は漠然となりやすい。また、関わるスタッフも誰がキーとなり動くか、どの課題からとりくんでいくか決定が難しくなる。6年という入院期間で、研究当初本人にはキーワーカーがおらず、過去の家族への迷惑行為から家族とも絶縁状態であり、周囲の対人関係の中で信頼関係を築くことができていなかった。これは、担当スタッフが短期で交代し信頼関係を築きにくいこと、不安が起きると身近な相手へ拒否的反応を示しやすいことなどが要因と思われる。本人は時にこうした拒否的言動を示すが、それが今回特に強くみられたのは初めての物件探しや、慣れないケア会議などの課題の直前であった。これは緊張しやすい本人にとっての不安表出でもあったと思われる。服薬場面でも、薬への不信感というよりも、相手スタッフの対応を試しているような面も窺えた。行動の背景には、現在に至るまでの長期の引きこもり生活と入院生活により社会経験が限られ、こうした経験の不足から来る自信のなさや、家族からの孤立感、「どうせ退院させてくれない」といった病院への不信感などといった心理的背景があったのではないかとと思われる。心を閉ざし、課題から逃げることで心理的ストレスに対処してきたのではないだろうか。こうした内面があることを考慮し、現実的な作業の中で症例に生じる戸惑いや不安に寄り添い、継続して思いを受け止め、本当に本人の支えになるつもりであることを示していくことで、今後の治療関係はできていくのではないか。精神症状が悪化したから治療を中止するのではなく、そうした反応を見守り、そこから何をすることができたのかを、本人と振り返りを行っていくことも重要である。今までは、こうした関係もないまま、治療プログラムだけが先行しており、症例の不信感だけをさらに強くしていたと思われる。信頼関係ができてこそ、治療プログラムが生きてくると改めて考えさせられた。今回はケア会議で本人の思いを聞きつつ、拒否があってもそれをひとつの反応として捉え、アパートへ退院したいという思いに寄り添い、関わりを継続したことが信頼関係構築にもつながったと思われる。ケア会議では、地域のスタッフの介入が早期より行えたことで、多くの社会資源についての情報を得ることもでき、活用の枠がより広がった。継続したケア会議の実施により、たくさんある課題や関わるスタッフの役割も整理され、障害像が改めてみえてきたと思われる。

本事例は、長期入院により家族関係が変化し、さらに症例の病識のなさや対人関係技術の未熟さといった面から家族支援が得られなかったこと、スタッフとの関係を作りにくかったことが入院をさらに長期化させ、退院を不透明にしていたと思われる。ささいな不安で逃避的、攻撃的となりやすい症例の傾向を踏まえた上で、今後も物件探しや調理などの現実的な関わりの中から、より本人の意思を引き出しつつ継続して退院へ向けアプローチを継続していきたい。また、今回の取り組みを通し、既存のプログラムの枠を超えて介入することで得ることも多く、社会資源を使い、様々な角度から個別に関われることが、OT の大きな利点であると学んだ。

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)

- ・ 病識が得られず通院が困難と思われる場合、どのように外來医療と接点を作っていくか。
- ・ 短期体験入所ができる制度が身近にあると、単身生活の実体験ができ、退院促進へつながるのではないか。

事例報告 Summary Sheet [施設名: D 病院 患者: K 氏 47 歳 女性] 女性・男性 キーワーカー: H 職種 OTR 女性・男性

	入院 1~2 週目 ~9/26	3~4 週目 ~10/21	2 カ月目 ~11/19	3 カ月目 ~12/17	4 カ月目 ~1/17
日常生活の様子	活動へはふらりと気が向いたから来れる。Dr に退院のためと勧められデイケア試験通所へ週 2 回、OT へ通い始める。服薬は病棟管理、金銭は小遣いのみ自己管理。	学生が居なくなり、活動への参加が途絶え始める。家族と連絡調整中であることと、退院促進プログラムを説明する。	活動拒否。嫌な理由を Dr に伝えず、Dr 以外との関係はとれず、他問わるスタッフへは拒否的。服薬自己管理の開始、身体的な訴えが増える。	服薬自己管理開始後、空笑、独言、攻撃的な手紙など異常行動が活発となり、活動へ参加せず単独的に過ぐす。スタッフへの拒否強い。身体的訴えも続く。内科を受診。	異常行動目立たなくなると実際に物件見学へ。不安になると手紙を書くが物件探しに意欲的。Dr 以外にも OT、PSW、Ns へと相談することが増える。買い物、間食の量が増え浪費傾向に。活動へ参加再開する。
ケア会議の概要と目標設定	・活動の維持 デイケア試験通所参加継続 ・管理能力、日常生活能力の再評価 BPRS、GAF	家族と病状説明を含め連絡を取るよう。活動性の維持、デイケア、OT への促し継続。生活能力把握、練習のため料理 G に導入する。	本人は一部参加。心理教育 G は拒否強いため見送り。退院へ向け服薬自己管理を開始することと同意。弟と連絡がとれ、家族の情報の整理ができる。地域スタッフより物件の見学を提案。	本人一部参加。服薬自己管理後の経過、病状の報告。Dr より心理教育的アプローチを行い、自己管理は継続していく。金銭管理、銀行の利用を開始。物件見学の予定と、住む地域について地域スタッフと交え相談。	本人一部参加。服薬自己管理継続、金銭管理では通帳を一部管理することに。物件探しの経過報告後、地域スタッフより外泊の提案も出る。家族への今後の関わりも含め本人と今後の予定を検討。再度料理 G へ。心理面のフォローをNsに。
薬物療法	・ゾプレンピリン錠 10mg×1 ・ゾプレンピリン錠 2.5mg×1 ・レドム錠 12mg×1 ・アルド錠 12mg×1 ・フロキシ錠 50mg×1 (1 回/1 日)	・レドム錠 12mg×1 →0.25mg×1 他は左同	・ゾプレンピリン錠 10mg×1 ・ゾプレンピリン錠 2.5mg×1 ・レドム錠 0.25mg×1 ・アルド錠 12mg×1 (1 日/1 回) ・ドレム錠 15mg×1 (1W)	自己管理開始に伴い一包化 ・ゾプレンピリン錠 10mg×1 ・ゾプレンピリン錠 2.5mg×1 ・レドム錠 0.25mg×1 ・アルド錠 0.25mg×1	同左
早期作業療法	・デイケア試験通所に参加。学生の影響もあり、病棟 OT へもデイホスのない日は参加するようになる。学生とともにほぼ毎日活動へ参加。	・デイケア、OT 参加はするも、担当学生が居なくなるのと短時間で帰るようになる。 ・料理 G では単身向け調理の紹介、練習を行う。調理手際は良い。	・内容が難しいから料理もアにいくのは止めた。料理も飽きた。OT スタッフにも拒否的、OT にも来なくなる。 ・料理の代わりにスポーツへ参加	・活動での関与はほとんどないが、OTR、PSW でアパートの物件についての相談窓口となり、一緒に情報誌を取りに行き、物件見学へ行く予定を立てる。	・1、2 回目の物件探しに同行。見学以降は雑談もあり、OT への参加再開。アパート、退院後の生活について具体的に話すようになる。 ・OT キヤッチボールに継続参加。料理 G にも再参加。
早期心理教育	・薬について「神のお告げが・・・」と妄想行動あり。Dr へ「退院後精神薬は飲まない」←心理教育を検討。	・薬について「神のお告げが・・・」と妄想行動あり。Dr へ「退院後精神薬は飲まない」←心理教育を検討。	・自己管理開始につき薬剤師より個別の服薬指導実施。「効果ない」「退院後は飲まない」とやはり拒否的感強。薬剤師へ陰性感情示す。服薬を病棟で確認。	・服薬自己中断していたと本人から告白 (Dr へ) 服薬継続を促す。薬への拒否というよりは相手の反応を見ているのか深刻さに欠ける。その後は服薬。	・服薬中断前後、調子に変化はないと話 (Dr、OTR へ) 深刻さは見られないが、服薬継続している。
資源制度情報提供				・物件探しの流れ、生活保護の概要を説明。 ・PSW と銀行の利用を開始	・通帳管理、銀行を単独で利用 ・不動産で物件をみる (電車利用) ・ウイークリーマナーの紹介
家族支援	・財産分与、今後のアパート退院への保証人の件などを通して、電話、手紙で音信普通である姉と連絡をとる。(PSW)	・姉とは連絡がとれず、他家族も詳細が不明。家族関係の基本的情報を整理。(PSW) ・主治医交代	・弟と電話連絡。家族状況の把握、今後のアパート退院について同意を得る (PSW) ・物件探しの提案	・姉に再度アプローチするも反応見られず。 ・弟と電話連絡、状況説明 (PSW)	・継続して姉へアプローチ
地域連携その他	生活保護の検討、退院周辺で?				・地域スタッフより、一人暮らしの体験を行うことの提案。GH の利用が出来ないか? 代わる制度がないか検討。

1. 事例紹介

[基礎情報]氏名: B 氏, 年齢: 48 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

[現病歴]祖父・祖母・父・母・妹の 6 人世帯で、一家の生活は貧しかった。勉強やスポーツなど苦手で、描く絵がおかしいと言われたりし、幼少期に良いイメージはない。大学(経済学部)に進学するが、人から馬鹿にされている感じがし、友人の下宿先に引きこもりがちだった。卒業後はアルバイトや工場勤務などの仕事につくが長続きしなかった。25 歳時、周囲に何か言われている感じがする等の被害関係妄想、誰かが自分の悪口を言う等の幻聴が出現し、独語・空笑がみられるようになる。父親が以前うつ病で入院経験がある C 病院に初回入院する。しかし経済的困難を理由に 1 年 2 か月で退院し、デイケア通所定着せず。32 歳時、母親が他界。以後、父親が世話をしてなんとか自宅生活を続けていたが、父親が心筋梗塞や脳梗塞により徐々に世話ができなくなったことで、C 病院 2 回目入院。父・B 氏ともに開放病棟を希望し、10 か月で当院に紹介となる。当院入院後は喘息発作などで一時的に転院加療はあったが、退院への動きはなく、それまでキーパーソンだった父親が死亡(B 氏 41 歳時)してからは、妹の受け入れも良くなく、自宅退院の目途が立たない状況。現在は世帯分離した形で生活保護を受給している。現在のキーパーソンは義弟。同室で仲の良かった患者の退院により、自らも退院したい気持ちをもつようになり、10 月末、キーワーカーより当研究を紹介し、同意を得た上でプログラム開始となる。

2. 初期アセスメント

【ニード】病院管理の共同住居への退院を目標に考えている。

【精神機能面】人の目が気になる等の精神症状は残存しているが、一応は安定している。ストレス状況や疲れなどで眼球上転がみられる。知的・思考面には大きな問題はなく、言語的交流も良好に保たれている。

【対人機能面】仲の良い患者が数名いる。特に以前同室だった外来患者を慕っている。しかし集団行動は苦手と感じている。人に対する好き嫌いも多く、苦手な患者の接近で不調になることもあった。

【日常生活面】金銭感覚に乏しく、1 か月分の小遣いをすぐにジュース代に使ってしまい、後になり困ることが多い。また流涎により衣類が汚れていたり、身だしなみが整っていないこともある。口を半開きにしてボーとしている感じで、一見すると印象は良くない。日中は自室でテレビを観て過ごし、動きは非常に少ない。服薬は 1 日分を自己管理している。喘息の既往があるが、最近 2 年は大きな発作はない。家事能力・単身生活の能力については未評価。

【家族関係】妹は B 氏を良く思っておらず、外泊は盆と正月のみで、面会もなく、日頃連絡はほとんどしていない。退院にあたっては家族の同意が必要になる。

3. 治療・援助の目標と方針

- ・最初からケア会議に B 氏を交え、退院について主体的に捉えられるようにする
- ・担当看護師・キーワーカーが、金銭管理の面で自覚を促していく
- ・病棟看護師により、身だしなみの声かけをしていく
- ・毎日ウォーキングに参加し、体力・活動性の向上を図っていく
- ・病気への認識を深めるため、個別の心理教育を導入する
- ・キーワーカーを通して家族との連携をとっていき、退院に対する理解を得ていく
- ・地域スタッフとの連携を図り、ケア会議に出席してもらう

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

元々、将棋やお茶会などに参加していたが、身体を動かす活動には「喘息があるから」と拒否的で、OT 参加は不定期だった。しかし、夕刻に OT 室にきて話しをするなど OTR とは良好な関係が築かれていた。プログラム開始後、OTR との面接では、退院に向けて必要なこととして体力作りを挙げ、毎日のウォーキングに参加していくことを確認した。ウォーキングでは遅れ気味のペースで息も上がっていたが、毎日参加することで徐々に速いペースで歩けるようになり、自らもストップウォッチでタイムを計るなどモチベーションも向上していった。「OT の意味は人と接すること」と話し、ウォーキング以外にも参加が増え、対人交流の機会も増加した。プログラム開始後 2 か月目には、OT 以外の時間もすすんでウォーキングをおこなうようになり、毎日 3 時間ほど歩くまでに体力向上し、「今日は〇〇まで行ってきた」と嬉しそうに報告するようになった。また、これまで参加したことのない卓球大会へのエントリー、カラオケ大会の司会者に立候補するなど、意欲的な面が多々見られるようになっている。

(2) 早期心理教育

プログラム開始後 4 週目、CP をキーワーカーから紹介し、心理教育についての説明と実施の同意を得る。診察室にてテキストを見ながら週一回対話形式でおこなう。【1 回目】自分の病名は知らないとし、病気の原因としていじめや育った環境・わがままな性格と答えた。精神科の病気は原因がはっきりしておらず、様々な要素が重なって起きることが多いことを説明。症状カードを用いて自分の症状について振り返りをおこなう。【2 回目】前回用いた症状カードを元に「被害妄想」「注意・集中」「人間関係」の 3 つに関わる症状があること確認。回復過程について説明し、自分の状態は被害妄想を自覚しているから休息期と回復期の間と振り返った。【3 回目】薬の効果は知らないと言っていたが、服薬中の薬の絵を描き、薬剤情報を元に名前と効果をテキストに書き込んだ。「寝ること。緊張を和らげる。興奮を抑える」と効果を理解する。服薬継続の重要性や副作用との付き合い方などを確認する。【4 回目】自分の症状や状態で困っていることについて Dr やスタッフにどのようにして伝えるかについて話し合う。退院後はデイケア通所スタッフ・他メンバーとの交流や日記による記録などを通して、気づきやすい工夫をしようと話す。【5 回目】「人間関係」が本人にとってのストレスとのことで、他者の態度に考え込んだり、上手く話せないことで周囲の人や妹との交流が円滑にいかないと悩みを述べる。自分の思いをどのようにして振り返り伝えるか話し合う。【6 回目】社会資源をについて説明。資源やサポ

ート利用しながら、無理なく退院後の生活が出来るように話し合う。心理教育全体の感想として「自分の病識を知ると障害の展望について考えたり、そういうことについて学んだ。」「自分が思ってることと思ってるということがあったんだとわかった。被害妄想とか身の回りのこととか、意識してなかったから」と語った。

(3)資源制度の情報提供

福祉学習会(1回/月)では、障害者手帳や自立支援法について情報提供をおこなった。またキーワーカーとの面接のなかで、生活保護で生活していくにあたっての生活費のことなどを話し合った。また退院後の生活プランとして、毎日デイケア・ナイトケアを利用すること、総菜や弁当を利用すればあまり凝った料理はしなくてもやっていけること、人恋しくなった場合の対処法などを確認した。

(4)家族支援

プログラム開始後4週間目、疎遠になりがちな妹夫婦に対し、B氏から電話をし、退院したい意思を伝える(電話でどのように話したらいいのかをキーワーカーと打ち合わせをした)。その際に、義弟からキーワーカーに対し、退院には反対しないが、今すぐには無理だと思う、何かあったら困る、病院に預けていたほうが安心というのが本音であると語られた。しかし退院に向けてサポートしていくことには同意され、来院要請に対しては、年末年始の外泊前に家族面接を受けることを了承された。プログラム開始後7週目に義弟が来院し、主治医から改めて退院支援の意向を伝えた。この時キーワーカーがデイケアや共同住居の案内をおこない、退院後のデイケア利用や訪問看護の利点などを説明した。今すぐというわけではないが、いずれは退院できるように考えていくとの返事だった。

(5)ケア会議・地域連携・その他

【第1回ケア会議】プログラム開始後3週目に実施。B氏・キーワーカー(OTR)・病棟看護師・CP。共同住居への退院に向けた長期目標を共有し、現状の課題として、計画的に小遣いを使うこと、1週間の服薬自己管理すること、身だしなみに気をつける、体力作りのためOTに参加する、などの目標を立てた。

【第2回ケア会議】プログラム開始後6週目に実施。B氏・キーワーカー(OTR)・病棟看護師・CP。金銭管理がうまくできていること、1週間の服薬自己管理ができていることなどにプラスのフィードバックをおこなう。退院という目標ができたことでB氏に良い変化が多くみられることを確認した。今後は暮らしのイメージを作っていくことが大切と話し合った。

【第3回ケア会議】12週目に実施。B氏・保健師・行政担当者・キーワーカー(OTR)・病棟看護師・CP。5月頃の退院を目標にしたいと本人の希望。再度家族との連携の必要性や、単身生活を見据えた生活のイメージ構築(家賃・生活費など)の必要性を話し合った。また今後、生活保護担当のケースワーカーとの連携も図っていく方針とした。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

プログラム開始から3か月の早期退院とはなっていないが、様々な変化がみられている。

・金銭管理については、1日に使える金額を日割り計算したり、あらかじめいくらを財布とは別に管理するといった工夫をするようになった。それに伴いジュース飲用も以前の半分以下となっている。しかし、退院後の生活費のイメージなどはまだもっていない。

・OTでのウォーキングが習慣化し、自らも散歩を取り入れるようになるなど、日中の行動範囲が拡大し、活動性や体力が向上。身体の動きが機敏になってきている。中性脂肪値400mg/dl→200mg/dl。

・主治医に薬調整を相談し、流涎が改善した。結果的に衣類の汚れも目立たなくなり、小奇麗な印象になっている。ある時期よりジーパンを穿くようにもなった。体臭予防のため香水なども使用する。

・心理教育を通して、病気の特徴や服薬の意味などを学び、困ったときの対処法などを考えることができた。

・家族に退院の意向を伝え、義弟を含めて家族面接の機会を作ることができた。義弟には共同住居やデイケアの紹介をおこない、退院に向けた取り組みへの理解を得ることができた。しかし、すぐに退院ということに関しては抵抗があるようだった。

・地域スタッフとのケア会議を開催することができた。・BPRS:15→10/GAF:61→65

6. 考察

本事例は長い病歴をもつ統合失調症患者であり、現在の在院期間は7年目。キーパーソンだった父親の死後、次第に家族(妹夫婦)との関係が希薄になっていき、退院の目途もないまま入院生活を余儀なくされてきたと考えられる。これまでも金銭管理の面や活動性向上のために様々な試みがおこなわれてきたが、あまり大きな変化は望まず、退院について本人もスタッフも半ば諦めの気持ちだったのが現状である。しかし今回、当研究を通して、「退院」に向けて本人を取り巻く状況が本格始動したことにより、「退院できるかもしれない」という前向きな気持ちとともに、目標が明確になったことによる本人の努力が良い変化として表れてきている。このことは、たとえ入院が長期化している患者に対しても、現実的な目標を共有し、その目標に向けて、本人を取り巻く人的環境の足並みを揃えていくことの重要性を示唆している。その意味で、キーワーカーという存在や、病院スタッフだけでなく地域スタッフを交えたケア会議の場が、退院支援に対するスタッフ側の真剣味として伝わったものと思われる。一応は5月頃の退院を目標にしているが、さらなる家族関係の調整が必要であるため、家族との連携をより密にしていく必要があると思われる。

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)

・本事例のように、入院が長期化しており、なおかつ家族との関係が希薄で協力が得られにくい場合、家族関係の調整を丁寧にすすめていく必要がある。3か月の早期退院と一律に考えないほうが良い場合もある。

・行政や保健所のスタッフが協力的にケア会議に参加してくれた。事前に前年度の研究報告書を携えて地域スタッフに説明をおこなっていたこと、また行政でも地域生活移行支援特別事業など地域コーディネーターなどの役割ができていたため、その必要性が理解されやすかったことなどが考えられる。

・入院ケースの地域連携を図っていく場合は、院内スタッフがキーワーカーの役割を担い、院内から行政に働きかけていくことが、地域との連携を円滑にしていくことになると考えられた。

事例報告 Summary Sheet [施設名: I 病院 患者: B 氏 48 歳 男性 キーワーカー: S 職種 OTR 男性]

		3～4 週目	2 カ月目	3 カ月目
日常生活の様子	プログラム開始 1～2 週目 ジュース飲用が多く、活動性が低下している状態。行動範囲は院内がほとんど。	金銭管理に意識が向くようになってきている。身だしなみへの関心がでてきている。	日中活動としてウォーキングをおこなうようになってきている。全体的に表情が明るくなり、動きも機敏になってきている印象。	年末年始の外泊、線香代として 1 万円を家に入れる。好意を抱いていた女性患者に想いを告げるが、受け入れられず、精神的に揺れることはない。
ケア会議の概要と目標設定	実施せず	第 1 回: 3 週目に実施。B 氏・キーワーカー (OTR)・病棟看護師・CP、共同住居への退院に向けた長期目標を共有。計画的な金銭管理・1 週間の服薬自己管理、体力作りのための OT 参加、などを目標に決める。	第 2 回: 6 週目に実施。B 氏・キーワーカー (OTR)・病棟看護師・CP、金銭管理がうまくできていること、1 週間の服薬自己管理ができていることなどにプラスのフィードバックをおこなう。	第 3 回: 12 週目に実施。B 氏・保健師・行政担当者・キーワーカー (OTR)・病棟看護師・CP、5 月頃の退院を目標にしたいと本人の希望、再度家族との連携、単身生活を見据えた生活のイメージ構築の必要性、生活保護担当の KW との連携も図っていく方針とした。
薬物療法	【朝昼夕】リスペリドン M2mg・タスモリン 1mg、 【就寝前】ロヒピノール 4mg・トロンペロン 1mg・ジブレキサ 10mg・プルゼニド 24mg 元々、OT には不定期の参加だったが、プログラム開始後、OTR との面接では、退院に向けて必要なこととして体力作りを挙げ、毎日のウォーキングに参加していくことを確認した。毎日のウォーキングに参加。実施せず	流涎の件を主治医に相談し、リスペリドン M1mg に減量、トロンペロン除去となる。流涎・眼球上転が改善。 ウォーキング継続。遅れ気味のペースでも息も上がっていたが、徐々に体力向上。モチベーションも向上していった。	ウォーキング継続。「OT の意味は人と接すること」と話し、ウォーキング以外にも参加が増え、対人交流の機会が増加した。	これまで参加したことのない卓球大会にエンターしたり、カラオケ大会の司会者に立候補するなど、意欲的な面が多々見られるようになっていく。
早期作業療法				
早期心理教育	実施せず	心理教育導入 (週 1 回対話形式)。精神科の病気について説明。症状カードを用いて自分の症状について振り返りをおこなう。「被害妄想」「注意・集中」「人間関係」の 3 つに関わる症状があることを確認。回復過程についても説明する。 生活保護で生活していくにあたっての生活費のことなどを話し合った。	薬の効果について、「寝ること。緊張を和らげる。興奮を抑える」と理解する。服薬継続の重要性や副作用との付き合い方などを確認。病気のことで困っていることの相談方法を話し合う。	人間関係が本人にとつてのストレスのこと、自分の思いをどのようにして振り返り伝えるか話し合う。また社会資源について説明。資源やサポート利用しながら、無理なく退院後の生活が出来るように話し合う。
資源制度情報提供	福祉学習会 (1 回/月) では、障害者手帳や自立支援法について情報提供をおこなった。		退院後の生活プランとして、毎日アイケア・ナイトケアを利用すること、総菜や弁当を利用するもやめていくこと、人恋しくなった場合の対処法などを確認した。	行政担当者・担当保健師を紹介する。
家族支援	実施せず	疎遠になりがちな妹夫婦に対し、B 氏から電話をし、退院したい意思を伝える。その際に、義弟からは、退院には反対しないが、今すぐには無理だと思ふ、何かあったら困ると病院に預けていたほうが安心というのが本音であると語られた。しかし退院に向けてサポートしていくことには同意された。	義弟が来院し、主治医から改めて退院支援の意向を伝えた。この時キーワーカーがアイケアや共同住居の案内をおこなない、退院後のアイケア利用や訪問看護の利点などを説明した。今すぐというわけではないが、いずれは退院できるように考えていくとの返事だった。	キーワーカーが連絡をとり、ケア会議で話し合われた内容を報告した。今後ともこまめに報告していく方針。
地域連携その他	行政 (自立支援)、保健所、保健センター、生活支援センターなどに出向き、本研究についての説明と協力を求めた。			ケア会議の参画を要請。

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名:C氏, 年齢:57歳, 性別:男性, 診断:統合失調症
【現病歴】入院までの経過:X-35年から13年間、姉と会社の勧めでA病院入院。X-22年から半年、再入院。その後、時期不明だが、B病院(期間不明)、C病院に4年間入院する。X-12年から2年間、D病院入院。X-10年から6年間、姉宅で同居しながらEクリニックに通院する。X-4年、F病院に入院し現在にいたる。兄のリストカットの状況を見て反応し、突然姉宅で窓ガラスを割り始める。被害関係妄想が活発、暴力をふるってしまう。ECT使っていた時期もある。被害妄想は続いているが、自分なりの工夫は考えている。

2. 初期アセスメント

- 【本人のストレングス】環境を調整すれば生活能力は高い
- 【精神症状】被害関係妄想、幻覚妄想状態、
- 【治療への理解】「病気だから被害的になりやすい」と受け止めている。また、衝動性の高さが目立つ。
- 【生活経験】姉との同居生活が長く、短期間ではあるが単身生活経験もある。
- 【家族状況】姉妹がおり、基本的には理解があり必要なことがあれば協力的。一方で退院への不安や恐怖も根強くあり、具体的な支援体制や心理的サポートも必要。

3. 治療・援助の目標と方針

ACTのサービス開始前より、病院PSWが関わっている。入院時より、PSWが継続的に地域生活体験ホーム(以下、ホーム)への外泊を実施。病棟では他患への暴力行為や、器物破損などが目立つ方で、ホーム利用時は比較的穏やかに過ごせていた。この状況から病棟内の人や音などの刺激により衝動性が高まっているとアセスメントされ、環境調整が整えば退院は可能であると主治医やPSWと認識。そのため、症状安定を目標にせず、早期のホームへの退院を進めた。

ホームへの退院、そこからアパートへの転居を進めるにあたり、錐体外路症状や歩行障害が顕著に出現。副作用による生活のしづらさが目立ち、その大変さをサポートした。薬の調整が進み副作用が軽減すると、行きたいと話していた場所にも徐々に外出ができるようになる。退院後、現在に至るまで平日5日の訪問を継続中。

4. 治療・援助の経過

(1)早期作業療法:該当せず

(2)心理教育

環境と症状との関係についてや、症状と薬の関係について、一緒に検討。

(3)資源制度の情報提供

- ・ホーム(①一時的な宿泊場所として、②地域での単身生活を短期間体験する場所として活用)の情報提供。
- ・生活保護制度、自立支援医療受給者証、障害程度区分調査などの申請手続きの情報提供。
- ・研究事業による訪問サービス、福祉サービス(居宅介護)のサービス内容の情報提供。
- ・グループホームや不動産の空室有無の情報提供。

(4)家族支援

- ・退院への不安や恐怖も根強くあり、具体的な支援体制や心理的サポートも必要。
- ・ホームや一般アパートを紹介し、見学に同行している。
- ・ケア会議を継続的に実施し、現状の確認と今後の支援内容を説明し、不安軽減に努めた。

(5)ケア会議・地域連携・その他

- ・ACT担当者が、必要な時期に必要なメンバーを参集し、ケア会議実施。

5. 結果(成果と転帰、退院後のケアプランなど)

これまで短い期間での入退院を繰り返し、姉との同居生活をしてきた。今回の入院で姉としても同居は難しいと理解しており、単身生活の方向が検討された。その後、住居の環境調整をおこない退院に至っている。退院後、精神症状が著しく落ち着き、過鎮静な状態かつ副作用が顕著となる。そのため、薬物調整が進められた。現在は衝動性と折り合いをつけながら、近隣への単独外出も徐々に増えてきている。

6. 考察

入院病棟では他の入院患者の言動に影響を受け、症状を悪化させるという悪循環がみられた。ここでは、症状改善に焦点をあてずに、アパートでの一人暮らしで静かな環境を確保することを目的に支援をおこなった。これが入院の長期化を防ぐのに有効であった。退院後は落ち着いた環境のなかで、逆に過鎮静と副作用が顕著となり歩行障害で外出が困難となった。この際、地域生活を維持するために、ACTチーム精神科医=主治医の往診や薬のデリバリーがという支援の提供が重要と思われた。自宅という安全が保障された空間のなかで、薬物調整を進めたことも衝動性に翻弄されずに本人のペースを保障したように思う。

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)

生活を支えるための支援を具体的に実践するためには、原因追及志向ではなく Strength や Recovery の視点をもった支援をできることが、医療スタッフであっても必要となる。“入院=病棟”という場はきわめて特殊なものであって、生活をしている人々を支える治療や支援としては、決して第一選択肢ではない。地域生活を維持していくためにも、本人が必要とする地域サービスを模索し創出していくことが求められる。

事例報告 Summary Sheet [施設名: 訪問看護ステーションA 患者: C 氏 57 歳 男性 キーワーカー: K 職種 OTR 男性]

	退院前 45 日	退院前 30 日	退院	退院後 2 か月	退院後 5 か月	退院後 6 か月
日常生活の様子	退院約 1 カ月前。ACT の支援開始。病棟では、他患の言動に対し、妨害されていると感じ、暴力行為に及んだり、物を壊すことが続き、行動制限を受けている。外泊も、妨害されるのを避け、引きこもっている。	退院 1 カ月前。病棟での暴力や器物破壊などの行為は継続。一方で、地域生活体験ホームへの外泊時は穏やかか経過し、穏やか。退院に向けて必要な諸手続きについては消極的。	ホームに退院。他利用者とのトラブルはななく、過ごす。幻聴と薬剤の副作用の影響も大きいようであり、日中は殆ど外出せず、自室にて横になっていす。離体外路症状が顕在化し、歩行障害も顕著。	一般のアパートに転居。アパートへの転居に不安をみせ、一時的に消極的になることも多い。離体外路症状や、歩行障害は残存。	薬の調整を進める。頻尿もあるため、服薬を調整。	薬の調整が進み、徐々に徐々にはあるが、買い物などの外出をする機会が増える。
ケア会議の概要と目標設定	出席：本人/姉/PSW/ACT これまでの支援経過の共有、本人の可能性を確認、退院先の住居の具体案を提案している。	出席：本人/姉/役所/ホームケア/DR/PSW/ACT 退院先として、アパートでは必要な行政手続きの確認。	出席：本人/姉/ホームケア/市役所/ACT ホームの支援内容を共有、ホーム利用時と、転居後の支援体制を確認。家族の単身生活へ対する不安を聞く。	出席：本人/姉/ホームケア/市役所/ACT ホームの支援内容を共有、ホーム利用時と、転居後の支援体制を確認。家族の単身生活へ対する不安を聞く。		出席：本人/ホームケア/市役所/ACT 本人の体調に応じて、できることのないことのパランスを確認。
薬物療法	リント 36mg、炭酸リチウム 800mg、レボドパミン 60mg、アムレニド 4錠、エプソム塩 60mg	リント 350mg、レボドパミン 10mg		リント 36mg、炭酸リチウム 800mg、レボドパミン 10mg、アムレニド 4錠 エプソム塩 60mg	リント 30mg、炭酸リチウム 800mg、レボドパミン 125mg、ベンザピリン 10mg、アムレニド 4錠、ワレチド 2T	リント 30mg、炭酸リチウム 800mg、レボドパミン 125mg、ベンザピリン 10mg、アムレニド 4錠、エプソム塩 60mg
ACT 活動 (ケアマネジメントと直接支援)	ACT サービス開始。地域生活体験ホームを 1 泊或いは、2 泊で継続利用。 当初は、ACT に支援されるのを待つという姿勢をみせる。病棟に服薬自己管理を提案。	生活保護制度の申請、自立支援医療受給者証の申請、障害程度区分調査の申請、研究事業による訪問サービス(居宅介護)の利用調整など。	ホームでの金銭管理を開始。転居するまで探索し、アパートの転出に向け、契約の必要書類の準備、家具家電の購入をしている。外来同行。	アパート契約。ガス・電気・水道や、家具家電などの住居環境整備。食事の買出しや調理支援、外来同行、服薬支援、関係機関調整。	携帯電話の契約、弁当配達の利用、公共料金の支払い同行、銀行利用の同行、外来同行	食事の準備、外来同行、眼科受診に同行、関係機関調整
早期作業療法	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施
早期心理教育	環境と妨害される感じ(症状)の関係について一緒に検討する。	静かな環境では、妨害されることが少ないことを確認する。	妨害される感じと、薬の関係について一緒に検討する。元気でいる工夫を検討			
資源制度情報提供	本人/姉に対し退院先として、最初からアパートに不安があれば、地域生活体験ホーム(以下、ホーム)の利用が可能と伝える。	本人/姉に対し利用可能な制度や、支援体制を具体的に説明。	本人/姉妹に対し経済面について、生活保護費の内容を説明。		本人に対しスーパーや飲食店、洋服屋などの場所を伝える	
家族支援	退院についての不安と、病気が治っていないのではという気持ちや聞き、支援体制を説明。	ホームの外泊状況を確認し、環境を調整すれば退院可能であることを共有する。	本人の銀行口座開設と、アパート契約に必要な書類を説明。ホームに同行し入居手続きの支援。	単身生活への強い不安を聞き、支援体制を具体的に説明。	必要に応じて、経過報告を行う。	
地域連携その他	ACT の利用開始につき、病院 PSW より、これまでの支援経過と本人の基本情報を聴取している。	ホームでの日常生活状況を共有し、アパート転居に向け必要な調整を分担する。	ホームと情報共有し必要な家電などを購入。福祉事務所に新規家具購入費を調整依頼。	ホームと情報共有し必要な家電などを購入。福祉事務所に新規家具購入費を調整依頼。		福祉事務所に他科受診に伴う保護費を依頼。

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名: A氏、年齢: 56歳、性別: 女性、診断: 統合失調症

[現病歴] 入院までの経過:

夫は競艇レースに凝り、借金(+)。X-31年、第3子出産後よりまとまりのない言動や幻聴が出現。①X-31年9月30日～X-30年4月18日までK病院に入院。退院後は症状安定し印刷会社で働いていたが、再度幻聴出現し泣いたり笑ったりと気分変動が見られ、②X-29年7月23日～11月27日まで入院。③X-22年1月7日より当院転院。症状は安定と不安定を繰り返し、池に飛び込んだり膝を自分でぶつけて膝蓋骨を骨折させたりなど自傷行為が目立った。X-14年にはヘビンを飲み込み、S病院にて排出。その後も手足の爪をはいだり、プラスチックのスプーンや綿棒を飲んだりアルコールや湿布を食べる行為が続く。その理由を本人に尋ねても「罪の償い」という表現のみで具体的には不詳。X-10年、急性虫垂炎穿孔のためS病院でOPEを行い、X-10年9月2日当院に再入院。現在まで閉鎖病棟で入院を継続している。

2. 初期アセスメント

今回入院期間が10年29日と、入院が長期化している。過去には石鹼を食べる・爪をはぐなどの自傷行為が多々見られていたが、現在自傷行為は見られず、薬物療法もほとんど変更なく安定が図れている。ADLは自立しており、糖尿病の既往もあるが、経過は良好で自己管理できており、服薬も詰所管理で拒否なく服用できている。対人交流では、時に他患に対し一方的に距離を取る行動みられるが、時間をおく事で本人なりに解決している。また、スタッフに対し退行した様子を見せる事もあるが、それにより自己表現できている。

3. 治療・援助の目標と方針

研究開始時、今後の方向性についてスタッフ間で検討を行う。閉鎖病棟に入院中であるため、環境の変化による症状悪化を懸念し、まずは開放病棟への転棟を目指し、段階を踏んで退院を目指す事を確認する。当面の目標としては、服薬の自己管理と料理や買い物を通して家事動作の評価及び自信づけなど行っていく事を設定。

4. 治療・援助の経過**(1) 作業療法**

病棟内集団活動には、ほぼ毎日参加。研究開始1か月目は、家事動作の評価と自信づけを目的に、料理と買い物をあわせた個別活動を2回実施。1回目は、何十年ぶりに利用したスーパーで「レジが機械になっていた。」と驚きを見せる。料理では、スタッフに対し「できないからしてよ。」と依存的な一面を見せる事もあるが、「練習だから失敗しても大丈夫」と返す事で、野菜切りや炒める作業に一人で取り組める。感想では「入院して初めて料理をした。楽しかった。」と笑顔を見せ、次回への課題として、積極的に料理の作業に取り組むことを挙げる。2回目の料理では、前回設定した課題を意識して作業に取り組んでいる。感想では「給食に出てくるメニューを自分で作れて嬉しかった。」と満足そうに語る。

研究開始2か月からは、開放病棟への転棟に向けて、週1回個別的に服薬学習プログラムをキーワーカーと実施。開始当初は話を聞いているだけの事が多く、集中が途切れる場面も見られたが、2回目・3回目と回を増すごとに集中して取り組めるようになり、質問も聞かれるようになる。また、副作用のテーマでは、自分が感じている副作用(振戦・アジア・口渇など)についても表現できる。研究開始3か月目には、「自分の病名は何だろう?」と病名に関心を持ち、診察場面で自ら主治医に質問する。病名の説明を受け、「今までノロゼだと思っていた。病気が子供に遺伝しないと聞いて安心した。」と語る。4か月目が経過する頃には、「今度は何をやるの?」と事前に質問したり今後の目標について「開放病棟に転棟して、退院したい。」と話したりと現実的な話題も出るようになった。そのため、キーワーカー同伴でデイケア半日体験を実施し、退院後のイメージを持ってもらうよう(デイケアなど利用して毎日決まった生活を送る事も再発防止の一つである事)を伝えた。

(2) 心理教育

研究開始時は、病気の事について具体的な説明は行わなかった。研究開始3か月目より、本人に病気に対する関心が見られるようになったため、全家連の資料を用いて週1回個別的にキーワーカーが実施。服薬学習プログラムと並行して実施する事により導入はスムーズで、症状のテーマでは過去の症状について「幻聴があった」「人の目が怖くて外に出られなかった」など幻聴・被注察感を体験した事を表現する。また、自傷行為の反復についても、「子供が生まれて叩いたりしていた。石鹼を食べたり池に飛び込んだりしたのは罪を償うため」と語る事が出来る。現在の精神症状については否定しており、回復段階のテーマでは「自分は回復期だと思う」と話す。

(3) 資源制度の情報提供

現在、生活保護を受給中。退院後の単身生活に向けて、生活保護の加算を受けるため、本人・家族の同意を得て精神障害者保健福祉手帳の申請を行う。

研究開始3か月目に、社会資源の一つであるデイケアを説明。過去に通っていた事について、「毎日同じ事の繰り返しで面白くない。」と話す。

研究開始4か月目に精神障害者保健福祉手帳2級が交付され、市役所へ家族同伴で受け取りに行く。

(4) 家族支援

研究の趣旨をキーパーソンである長女に説明し、同意を得る。長女は1～2か月に1回程度面会に来ており、その際本人の様子について病棟Nsより報告を行う。研究開始4か月目には、本人から「開放病棟へ転棟して、退院したい」との希望があった事を伝え、開放病棟への転棟をすすめる事について了解を得る。

(5)ケア会議・地域連携・その他

F市の長期在院者退院促進事業のケースでもあったため、キーマンの声かけで地域活動支援センターのスタッフもケア会議に参加。地域活動支援センターのスタッフは、退院の目処が経っていないため、ケースへの直接的な介入は行わなかったが、ケア会議には毎回参加。研究開始2ヶ月目に臨床心理士による心理検査を実施。IQ70で軽度発達遅滞と判定。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

研究開始時に行った料理・買い物では、スタッフに対し依存的になる面も見られたが、〈失敗しても大丈夫〉と保障する事で、一人で作業に取り組む事ができた。野菜を切る・材料を炒めるなどの技術的な面は、10年以上のプラクがあったものの、過去に主婦として家事を行っていたスキルが残っている事が確認できた。2回目のケア会議の中では、開放病棟への転棟に向けて服薬の自己管理が必要である事を再確認し、キーマンと個別的なプログラムを実施した。まず、服薬学習プログラムでは、回を増すごとに集中して取り組めるようになり、自分が感じている副作用を表現できたり、自分の病名に関心を持ったりと変化が見られた。また、自ら病名を主治医に尋ね、「今まではノロゼだと思っていた。病気が子供に遺伝しないと聞いて安心した。」と語り、病気に対する認識を得た事が伺えた。研究開始3か月目からは服薬学習プログラムと並行して心理教育を実施し、その中で過去にあった幻聴・被注察感を語る事ができ、心理教育に対し事前に「今度は何するの？」などと質問し積極的に病気と向き合う姿勢が伺えるようになった。

結果として退院までは至らなかったが、「開放病棟へ転棟して退院したい」と話すなど現実的な話題も多くなるようになり、現在開放病棟への転棟訓練を導入し、1月中には転棟予定である。

【各検査結果】

- ・BPRS 研究開始時 5→研究開始2か月目 19→研究終了時 5
- ・GAF 研究開始時 58→研究開始2か月目 58→研究終了時 58

6. 考察

今回の事例は、精神症状は安定しているが、閉鎖病棟で10年以上と入院が長期化しているケースである。社会的入院となった事例に対し、退院後地域生活を送る支援ができないかと考え研究対象事例とした。結果的に退院に至らなかったため、地域支援体制構築の検討は行えなかった。しかし、退院促進という視点では、①服薬プログラムや心理教育の実施が、病気への認識が高め退院への具体的なイメージを持つきっかけとなった。具体的には、本ケースの病棟を担当しているOTR(キーマン)が服薬学習プログラム・心理教育を実施した事で、普段の関係性から信頼感を得やすく、各プログラムへスムーズに導入する事ができた。また、服薬学習プログラムでは、紙芝居で構成されている[知って欲しい伝わる服薬コミュニケーション:統合失調症]を用いたが、紙芝居は視覚的に興味を持ちやすく内容も理解しやすいものであったため、継続して取り組む事が可能であった。薬の種類や副作用など各テーマを繰り返し実施した事で、副作用を表現する事や病気に対して関心を向ける事につながったと考える。さらに、心理教育を並行して実施した事は、病名に関心を持った事例に対しタイムリーなテーマであり、症状の理解や病気への認識を高める事に効果的であったと考えられる。これらの事により、研究開始4か月目には「開放病棟に転棟して退院したい」と自らの希望として述べる事ができ、退院へのイメージを持つきっかけになったと考える。

②多職種が同じ目標や情報を共有して関わりを持った事が、本人の安心感へとつながったと考える。本ケースの症状は安定しているが、対人関係上で被害感を持ちやすい傾向にあり、時に他患との関わりにおいて一方的に距離を取る傾向がある。被害感を持ちやすいケースに対しては、多職種でチームを組み、同じ目標や情報を共有して本人へ関わりを持った事が「皆が支えてくれている」という安心感につながり、スムーズなプログラム導入へとつながったと考えられる。また、地域活動支援センターや臨床心理士など、普段関わりを持つ事の少ないスタッフも自分の事を考えてくれているという体験も、安定につながる要因の一つであったと考えられる。

以上の事により、本ケースを長期入院から退院に向けて一歩すすめる後押しとなったように思う。

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)

- ・症状が安定しているケースでも、長期入院などの要因により達成課題が多いため、退院の時期を設定する事は段階を踏む必要があると共に、難しさも感じた。
- ・今回のケースは、退院に向けて大きく体調を崩すことなく安定した経過であったが、事例によっては地域移行支援の導入により症状悪化へとつながる可能性があるため、地域スタッフの介入時期などについては慎重に検討を行う事が重要であると考えられる。

事例報告 Summary Sheet【施設名： F 病院 患者： A氏 56歳 女性 キーワード： N 職種 OTR 女性】

	入院～10年2か月	研究開始(X年)	2か月目	3か月目	4か月～	
日常生活の様子	過去には石鹸を食べる・爪をはぐなどの自傷行為が多々見られたが、現在は自傷行為見られず安定。時に対人交流のまずさから他患に対し一方的に距離を取る行動見られるが、時間をおくことで本人なりに解決できている。糖尿病の経過は良好で、自己管理できている。服薬は詰所管理で拒否なく服用。時にスケアに対し退行した様子見られる。 未実施	精神症状は安定しており訴えもほとんどない。対人交流においてはトラブルなく、ADLも自立。夜間はしっかりと睡眠が取れている。安定した生活が送れている。 今後の方向性についてスケア間で検討。まず開放病棟への転棟を目指し、段階を踏んで退院を目標として、服薬の自己管理と料理や買い物を通して自信づけを行う事を確認。	眠剤が中止となった1週間が経過した頃より不眠が出現。不眠からのさき否定するが、日中は気分高揚見られ、不安感から施注を希望する事もある。 開放病棟への転棟を目指し、服薬の自己管理を中心とした学習プログラムを進めることを確認。自己管理のリスクを考え、本人は開放病棟への転棟を意識し始める。	眠剤が追加となり夜間はまとまらずに寝るようになる。日中も落ち着きを取り戻し、穏やかに過ごせるようになり、診察場面では薬や病気に関する質問も見られる。 今後の方向性について直接退院か開放病棟への転棟か再度検討。開放病棟への転棟を目標とし服薬学習プログラムを継続して行う事を確認。心理教育も並行して行い病識を高める事も目標に加える。	睡眠は安定しており、精神症状も落ち着いていく。他患ともトラブルなく過ごせており、大きな問題は見られず。 本人の今後の目標を確認し、開放病棟への転棟を具体的にすすめる。服薬学習プログラム・心理教育を継続して行いつつ、日中に転棟訓練をあわせて実施。	
ケア会議の概要と目標設定	未実施	今後の方向性についてスケア間で検討。まず開放病棟への転棟を目指し、段階を踏んで退院を目標として、服薬の自己管理と料理や買い物を通して自信づけを行う事を確認。	開放病棟への転棟を目指し、服薬の自己管理を中心とした学習プログラムを進めることを確認。自己管理のリスクを考え、本人は開放病棟への転棟を意識し始める。	今後の方向性について直接退院か開放病棟への転棟か再度検討。開放病棟への転棟を目標とし服薬学習プログラムを継続して行う事を確認。心理教育も並行して行い病識を高める事も目標に加える。	本人の今後の目標を確認し、開放病棟への転棟を具体的にすすめる。服薬学習プログラム・心理教育を継続して行いつつ、日中に転棟訓練をあわせて実施。	
薬物療法	コトソン糖衣錠 100mg、レネース 36mg、炭酸リチウム 600mg、カルバマゼピン 200mg で長期安定。 X-2年5月にコトソン糖衣錠が中止となりレネースも、27mgに減量。炭酸リチウム・カルバマゼピンは維持し、その後には変化なく経過。	レネース 27mg、炭酸リチウム 600mg、カルバマゼピン 200mg で維持。今後服薬減量を検討。	眠剤として処方されていたベンゾジアゼピンが処方中止。その他は処変なし。	夜間に不眠が見られるようになったため、眠剤としてベンゾジアゼピンが処方。その他は処変なし。	眠剤のグゼパム減量。その他は処変なし。	眠剤のグゼパム減量。その他は処変なし。
作業療法	過去には個別OTやSSTに参加した経験もあるが、現在は特に行っておらず、病棟内活動のみに参加。活動参加はほぼ毎日、活動内でも対人交流を持って、時にスケアの手伝いなど率先して取り組む事もある。	本人のADL評価と自信づけを目的に料理、買い物、2回実施。スケアに依存性になる面もあるが、一緒に取り組む事で問題なく行える。「入院して初めて料理をした。楽しかった」と嬉しそうに語る。	開放病棟への転棟に向け、週1回個別的に服薬について学習する場を設ける。受身的な姿勢が多いため、集中して取り組める。副作用のテーマでは自分が感じている副作用について表現できる。	服薬学習を継続する事で病名に関心を持つ。診察場面で自ら主治医に質問し「今までワロゼだと思っていた。病気が子供に遺伝しないかと聞いて安心した。」と語る。	服薬学習プログラムの際、今後の目標を確認すると「開放病棟に転棟して退院したい」と語る。ワーク仲間と一緒に、デイケア半日体験を実施。OT活動時間を活用し転棟訓練を実施。	服薬学習プログラムの際、今後の目標を確認すると「開放病棟に転棟して退院したい」と語る。ワーク仲間と一緒に、デイケア半日体験を実施。OT活動時間を活用し転棟訓練を実施。
心理教育	未実施	未実施	未実施	全家連の資料を用いて週1回心理教育を実施。症状のテーマママでは過去に幻聴・被注察感を体験した事など表現する。	心理教育は継続。「次はいつ何をするの？」と関心を持っていく様子。自己回復段階について、「今は回復期」と語る。	
資源制度情報提供	未実施	生活保護の加算を受けたいため、家族の同意を得て福祉手帳申請。 ワーカーよりキーパーソンである長女に研究の趣旨を説明し同意を得る。	未実施	未実施	福祉手帳2級が交付され、家族同伴で市役所へ受け取りに行く。 本人のニーズを長女に伝え、家族の意向も再度確認する。	
家族支援	未実施	本ケースはF市の長期在院者退院促進事業のケースでもあるため、ワーカーの声をかけて地域活動支援センターのスタッフもケア会議に参加。	家族が病棟に面会に来た際、本人の最近の様子について報告。 心理検査を実施。IQ70で軽度発達遅滞と判定。	未実施	本人のニーズを長女に伝え、家族の意向も再度確認する。 継続してケア会議を実施。	
地域連携その他	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名:M氏, 年齢:61歳, 性別:男性, 診断:統合失調症
 [現病歴] 高校卒業後就職するがすぐにやめ, 大学進学. 車を電柱にぶつけ, 以後, 家に閉じこもりがちとなり, X-38 当院初回入院. 10 ヶ月目に退院するが, 1 ヶ月後 2 度目の当院入院. X-22 年アルバイトを探して退院するが, その後通院・服薬が不規則になる. X-20 年包丁を持って近所の家に行き, 通報されて警察に保護される. 警察同伴にて当院救急入院. 思考障害・人格変化(拒絶・浅薄)著しく, 疎通は不良. 突然離院して知人を訪ねたりすることも. 病識は完全欠如していた. 粗暴な態度も見られるが次第に落ち着き, OT 活動への参加が習慣化. 知的活動・スポーツともに得意とし, 自発的に参加, 穏やかに過ごす. X-1 年, 「働きたい」「OT で手伝うことはないか」という強い思いから, 仕事の役割活動(以下 OT ヘルパー)として活動の準備, 片付け等 OT の補助的役割として取り組み始める. 以後, 心理教育グループや行事活動へ積極的に参加. X 年 9 月当事業の説明, 積極的な同意を得る. また当事業の実施数ヶ月前から, 福祉ホームへの退院を目指し, ケア会議が開催されている.

2. 初期アセスメント

健康面: 統合失調症, 白内障, 腰部・足部の痛み. **心身機能構造**: 頻尿, 残尿感があり長時間トイレにこもっていることがあるものの, 器質的問題(-). 緊張により助長される傾向あり. **活動と参加**: ADL は自立. IADL もほぼ自立だが, 買い物, 調理活動は, 退院にむけてスキルアップの必要あり. 服薬は見守りにて. 院外への外出は, 足部の痛みにより消極的. タクシーを利用し, 1・2 ヶ月に 1 回散髪に出かける程度. 自宅への外泊は, 年に 1, 2 回程度. **環境因子**: 現在自宅には母親・弟が暮らしている. 母親は高齢であり, 心身ともに不調であること, 弟と本人が不仲であることから, 自宅への退院・外泊に拒否的. 現在本人は生活保護・障害年金特別給付金 1 級受給. 本人の年金や通帳, 障害手帳は母親が管理している. 本人退院に向けて, 最低限必要となる生活能力はあるかという疑問や, 過去精神症状悪化していた時期との比較, 長期入院者であることから, スタッフ・家族ともに不安の声あり, 福祉ホームへの入所に対して慎重. **個人因子**: 大学中退. 中退するまでの間一人暮らしを経験. “人に何かしてあげたい” “役に立ちたい” という気持ちが強い.

主観的体験: 「自宅退院して働きたい」「一日も早く退院して自活した生活をしたい」

まとめ: 本人は自宅への退院を望んでいるが, 母親は自身の体調不良や弟との不仲を理由に拒否的. そのため本人は自宅へ退院するためのステップとして, 福祉ホームへの退院を目指し始める. 福祉ホーム入所に関し, ADL には概ね問題はないが, 食事の準備や買い物に関しては課題あり. 長期入院者ということもあり, 関係スタッフ・家族は, 本人の入所について不安を感じている. 本人の生活技能向上と, 地域生活のイメージを明確にすることで, 関係者の不安解消を図っていく必要あり.

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標①自宅での暮らし(本人は就職に強い思い) **本人の当面の目標**健康で自活した生活をおくる(福祉ホームにて) **具体的援助**退院支援事業と連携して福祉ホームへの入所を目指す. 福祉ホームへの体験滞在を経て, 体験外泊を行う. 福祉ホーム入所後必要となる生活スキル(食事の準備, 買い物, 服薬など)の獲得のため OT にて個別対応, または病棟での生活指導を行う. 退院後の日中活動については福祉ホームでの生活イメージが出来てから徐々に進めていく. また, 母親の不安への対応を随時行う.

4. 治療・援助の経過**(1)作業療法**

仕事への強い思いを酌み, OT ヘルパーとして OT の補助的役割を提供する. OT ヘルパー実施以前と比べ, 活動への積極性や責任感が高まる. また活動を通して対人交流や作業遂行面におけるスキルの再獲得がなされ, 地域生活を送るためのスキルは高まっていった. 本人も退院に対する意識が強くなり, Dr のすすめや, OT で行った心理教育を通して福祉ホームでの生活を具体的に考えられるようになったため, 退院に向けた活動として, 福祉ホーム入所後必要となってくる買い物・調理スキルの向上を目標に個別的なアプローチを行った. 過去の一人暮らしの経験からスムーズに技術の再獲得がなされた. その後も調理練習の場を実際の生活場面となる福祉ホームに変更するなど, 退院への意識付けと意欲の維持を図りながら取り組んだ.

(2)心理教育

推進事業参加以前から心理教育プログラムに参加している. 知的活動が好きなこともあり, 熱心に取り組んでいた. 研究開始から 2 ヶ月目に, 推進事業対象者に向けて改めて心理教育を実施. 「病気について」「薬について」「社会資源について」「再発防止プログラム」の 4 つに分け行った. 「病気について」の回では, 入院前の病的体験について自分の言葉で振り返ったが, 霊体験と捉え病識にはつながらず. しかし, 薬の必要性や合わないときには Dr. に相談することが大切と理解している. 心理教育グループへの参加は 3 回目ということもあり, 知識の獲得というよりも, 同じ体験をしたもの同士語り合ったり, 不安や疑問を解決できる場所としての役割が大きかった.

(3)資源制度の情報提供

年金・手帳・自立支援医療などの資源については, 本事業介入前から心理教育グループで取り扱っていたが, 改めて心理教育の形で情報提供. また, 退院支援事業所相談支援専門員や担当 PSW より, 福祉ホームや, 退院支援事業などの資源制度について, その都度情報提供を行った. 全ての情報提供に, キーマン, 病棟スタッフが適宜同席し, 本人の理解をフォローした.

(4)家族支援

キーパーソンは母親。退院については了解されるが、本人の生活能力・金銭面について非常に心配と話す。病棟での生活状況、退院後必要になる生活費のシミュレーションをもとに心配ないことを母親に説明。退院に向けた母親の不安にはその都度病棟スタッフが対応した。また、ケア会議毎にOTでの活動状況や病棟・福祉ホームでの生活状況の報告を行い、本人の“出来る”ことにポイントを置き説明。本人の能力に関して肯定的に見てもらえることもあったが、過去の様子を思うと不安はぬぐえないよう。退院の方向で進めることに同意は得られるが、どこか納得しきれぬ様子もみられる。退院1ヵ月後、当事業に関するアンケートを母親に行う。「ケア会議に呼ばれても、スタッフが沢山いて誰が何をする人なのか分からない。質問がないとか、これでいいかといわれても、どう答えたらいいいのか分からない。」「退院の方向性で進んでいる話を、嫌とは言えない」など、いままでの不満や不安だったことを告白する。結果的に退院にはつながったが、これまでの、高齢の母に対する説明不足、支援不足を実感。今後のフォローも重要な課題になると思われた。

(5)ケア会議・地域連携・その他

院内に、ケア会議開催に関するマニュアルはなく、各部署で手順・内容に関する見解が異なり、各部署が独自にマネジメントしようとした。また、関わるスタッフが多く必要な検討が滞るなど各職種のやるべきことを明確化することが出来ず、各部署が取り組む課題の重複・連携ミスもあった。(ケアプラン等利用不足)それらのことに加え臨床2年目で経験の浅いOTRがキーワーカーを担ったということもあり、全体をコーディネートできるようになるまでに時間を要したが、ケア会議を通して、活動状況の把握、今後の取り組みについて密に連絡を取り合った。

推進事業スタート前、市の生活保護担当、相談支援事業所、精神科デイケア、院内スタッフで、第1回ケア会議を開催、退院の方向性を検討。退院するにあたり、最低限の生活能力はあるか、介助の程度はどの程度かなど、長期入院者であることへの不安の声あり。福祉ホーム入所を目標に必要な技能習得や確認を行っていくこととし、福祉ホームの試験滞在・外泊の予定を立てる。さらに、外泊を体験した本人は、入所者のほとんどが利用しているデイケアに行ってみたく希望する。退院後デイケア利用することが決定し、デイケアの試験通所も調整・実施する。また、キーワーカーは、退院支援事業との連携のため密に連絡を取り合い、個別支援計画書作成に当たってアセスメントを相談支援専門員と共に行うなどした。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

OT 場面や退院に向けた取り組みを通して本人は、対人交流や調理など社会生活に必要な技能の学習や再獲得ができた。また、福祉ホームでの生活体験を通し、本人・スタッフ共に、より明確な退院後の生活をイメージができるようになった。このことで本人は退院生活により自信が付き、またスタッフも安心して退院をすすめられる状態となった。12月、障害程度区分は区分3と判定。20年ぶりの退院となる。

事前の外泊や通所体験から、すぐに退院生活に慣れ、福祉ホームやデイケアに親しい友人ができた。「感じが良く、話しの内容もよく合う」と述べるなど、充実した生活を送っている。退院1ヵ月後、生活状況等報告のため、ケア会議開催。経過良好にて、次回ケア会議は半年後に開催を予定している。

【BPRS】開始時：34，退院時：30，終了時：29

【GAF】開始時：32，退院時：35，終了時：38

6. 考察

今回、20年という長期にわたり入院生活を送っていたM氏が退院することが出来た。M氏は長年の院内生活に慣れすぎ、また唯一のキーパーソンである母親も高齢のため受け入れ困難で、我々も退院が現実的なものになるとは当初考えていなかった。しかしOTの関わりの中で、「退院して仕事につきたい」という本人の思いに触れ、仕事の役割を重視した個別的なOTアプローチを行ってきた。個人因子やその人の希望を重視した活動を行うことによって、対人交流や生活技能などのスキルの再獲得を図ることができ、本人の希望である「退院」をより具体的なものとしてM氏自身、そして私たちも捉えられるようになった。このことから、OTヘルパーはM氏にとって非常に意味のある活動であったと考える。

M氏のような長期入院者が退院する場合、失われた技術の再獲得や新たな学習が必要になる。地域でのフォロー体制も不可欠であり、院内外における広い範囲での密な連携・フォローアップ体制が必要となる。当院では、作業療法はもちろんのことながら、心理教育や退院支援、ケア会議も実施していたが、それらは個々のプログラムや支援として存在し、ひとつの流れとしてつなげることが不十分であった。しかし、当事業の導入によって、それらをひとつのつながりとして捉えることができるようになり、それぞれの現場で行っていることがケア会議を通し統合され、チームでM氏の全体像を把握することができるようになったと考える。また、技術の再獲得や新たな学習のため、ケア会議を通してそれぞれのスタッフがどうかわっていくかを確認し、取りこぼさず目標へ向けて一步一步進めていくという流れを明確化することができた。

さらに、地域連携として退院後の生活の場となる福祉ホームでの試験的な生活を通し、本人・スタッフともに退院後の生活についてのイメージをもつことで、安心感が生まれたのではないかと考える。

以上のことから、院内、地域、行政という大きく、多人数で構成されるチーム全体をマネジメントするキーワーカーの役割は非常に重要であると考えられる。しかしマネジメントには技術や経験が必要であり、また業務としても非常に多忙なため、専任のキーワーカーを置くための組織作りが必要になると感じた。また、本人との身近な存在となり症例を多面的に評価していく必要があることから、作業療法士がキーワーカーになることは意義のあることだと感じている。

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)

- ・ 家族支援の充実
- ・ 退院支援のための部署新設などの組織づくり
- ・ キーワーカーの育成・研修

事例報告 Summary Sheet[施設名:N 病院

患者:M 氏 61 歳 男性

キョウカ:U

職種:OTR 女性

	8 月後半(介入前)	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	
日常生活の様子	AM は OT 棟の活動に参加, PM は自由に余暇を過ごす。	福祉ホーム試験滞在中心で回数増えるなど緊張(+), 普段と違うスケジュールにやや混乱(+), 服薬カレンダーの使用開始。	OT 活動や福祉ホーム試験滞在など, 忙しく過ごす。本人は「楽しいから, 大変なことではない, 早く退院したい」と意欲的。	少し疲れが見えるものの, 「不安はない, むしろ早く退院して自立したい, 楽しみです」と話す。	デイケア試験通所, 他メンバーを介して, 早くも役割分担を見つけて, 積極的に行動している。中旬退院し, 生活の場が福祉ホームへ移る。	福祉ホームでの生活になれ, 穏やかに過ごす。デイケアでも積極的に活動する。	
ケア会議の概要と目標設定	退院の方向性を検討。退院す力があるか, 最低限の生活能力の確保, 多方面から不安の声あり。福祉ホーム入所を目標に, 必要な技能習得や確認を行っていくこととする。	福祉ホーム試験滞在中の様子も安定報告。本人からは外泊を行っていくことに。	体験滞在中の様子も安定報告。退院後日中活動の検討。本人希望から今後デイケアへ。	福祉ホーム体験外泊の経過報告。退院後日中活動の検討。本人希望から今後デイケアへ。	福祉ホーム通所の様子の報告。退院日決定	退院 1 ヶ月後の状況報告。経過良好にて, 次回半年後と予定する。	
薬物療法	スピリド 400 mg, セドリーナ 4 mg, ベンザリン 10 mg, ニューレブチル 50 mg, エピリアイ 6 mg (1 日)	変更なし	変更なし	変更なし	変更なし	変更なし	
作業療法	◆ 仕事の役割活動(以下 OT ヘルパー)として活動の準備, 片付け等を日常的に行う。◆ 買い物・料理練習を隔週・個別で開始。	◆ 冷凍食品, インスタ食品の調理。	◆ 買い物, 料理練習の場を福祉ホームに変更。見守りにて可能となる。	◆ 腰痛等訴えあり, 遠方への外出に消極的。行動範囲拡大のため, 移動手段を検討。自転車に挑戦するがぶらつき多い	退院, デイケア通所開始に伴い OT 終了となる。		
心理教育	心理教育グループ(2 ケル目参加)『ストレス対処』スリムになること, その対処法を数多く挙げる。『再発予防』精神面での不調は挙げず腰痛など身体面の不調について主に取り上げる。	『希望に向かって』一日も早い退院, 就職, 家族の支援が希望と話す。『振り返り・まとめ』“精神病や法律のことが勉強になった”と話す。	本事業対象者に改めて心理教育を実施する事を説明。快諾される。心理教育参加は 3 ケル目となる。『病気について』(主治医より)過去の病的体験を自分の言葉で振り返る。	『薬にまついて』(薬剤師)薬の必要性や, 相おさないことには Dr. に相談することなどが大切と理解している。	『再発防止プログラム』(主治医より)ドリルを使って再発サイン, 対処を挙げていく。誰に何をしたいか, 自分はどうするか, スコアと答える。		
資源制度情報提供	退院支援事業所相談支援専門員より福祉ホーム, 体験滞在の説明。退院支援事業の説明。	退院支援事業所相談支援専門員より福祉ホーム, 体験滞在の説明。退院支援事業の説明。		福祉ホーム体験外泊, デイケア試験通所に関する説明を行う(相談支援専門員)	『社会資源について』(相談室 PSW より)心理教育の形で情報提供。年金, 手帳, 自立支援医療等説明する。		
家族支援	キハーツは母親。退院については了解される。本人退院後の始末, 費用を心配する。生活状況, 退院後の費用試算をもとに心配ない事を説明。	退院に向けた母親の不安には, その都度病棟スタッフが対応する。	支援状況, 今後の方向性についての説明・相談。金銭面に不安あり。退院後は, 福祉ホームでの金銭管理サポーターを利用することに。	退院に向けた経過, OT 活動状況の説明。依然, 金銭面の不安あり。傾聴することと対応。	福祉ホーム入所, 退院の手続きをお願いする。		
地域連携その他	ケア会議開催の連絡調整。(Dr., Ms., OT, PSW, 相談支援専門員, 福祉ホーム世話人, DC スタッフ生活保護担当者)がケア会議に参加。福祉ホーム入居の申し込み手続き。	退院支援事業を申請。		個別支援計画書作成に当たってアセスメントを相談支援専門員・OTR 連携して行う。障害程度区分判定手続き (PSW, 病棟スタッフ)	障害程度区分 3 と判定。		

*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。患者氏名には記号を入れてください。

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名: C氏, 年齢: 60 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

[現病歴]

X-34 年 5 月 19 日頃より不眠となり「テレビが悪い」「私の心がわからないなら(両親に)でていけ」「天の声が聞こえる」等の訴え、「家に火をつけてやる」「殺してやる」等脅したりした。また、家族へ対して暴れるため、家族が警察に保護を依頼し、X-34 年 5 月 26 日当院措置入院となる。

X-34 年 12 月 10 日退院後間もなくから、家業を手伝っていた。仕事は多忙で、父と口論することもあった。X-33 年 11 月 27 日再入院となりその後も、6 度の入退院を繰り返す。

X-23 年 1 月 24 日退院後は、2 月 1 日より兄と一緒に岡山に行き、果物を売っていたが、幻覚、妄想、不眠、徘徊、無断外泊等あったため、X-23 年 3 月 19 日当院同意入院となる。その後長期間の入院となり、X-1 年 9 月 21 日、興奮やや強く、回診時退院要求強く訴えられる。指定医診察にて同日より医療保護入院となる。以前保護者であった父は既に他界しており、兄弟は音信不通であるため市の障害保健福祉課に相談。市長同意依頼行うこととする。

2. 初期アセスメント

身体機能: 上気道炎、アトピー性皮膚炎、パーキンソンニズムなど

精神機能: 精神の安定性(落ち着きがない)、情動機能(状態悪化時軽躁状態)、思考機能(妄想、幻覚、思考のまとまりのなさ)、病識欠如、言語機能(言語不明瞭)、他良好

活動と参加: セルフケア(洗濯、身の回りの整頓)、ストレス対処、対人関係(他者への過干渉)、他良好

環境因子: 家族の関わりなし(音信不通状態)、生活保護受給中(23410 円/月)、精神 1 級

BPRS: 【やや高度】思考解体、疑惑 【高度】幻覚、思考内容以の異常

GAF: 50 点(若干の自殺念慮、妄想・幻覚状態、社会性の乏しさ)

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標: グループホームへ退院し、デイケアへ通う

短期目標: セルフケアの向上(服薬管理、金銭管理、洗濯)、退院後のイメージ化、精神状態の安定化
グループホームへの外泊、プレデイケア、病識の獲得

4. 治療・援助の経過**(1)作業療法**

X 年 9 月までは、オープングループによる作業療法を中心に、集団適応能力・対人関係・ストレス対処などを目的に治療を行ってきた。X 年 10 月より症例の「退院したい」という気持ちを大切に、オープングループと併用して退院支援グループへの導入していった。退院支援グループのテーマを、「様々な体験を通しての安心感」とし、「退院後生活のイメージ化、不安の軽減、自信付け、社会性の向上、仲間作り」を目的に行ってきた。

退院支援グループ導入時、症例と OTR で面接を行い、この活動での参加目的を決め「病院外の生活に慣れていくこと」「体験を通して自信をつけていくこと」とし本人の行動目標を明らかにしていった。

今回の活動内容としては、散歩や買い物などを行っていった。導入初期は、戸惑いや不安がありスタッフへ確認しながら行動する様子が見られていたが、出来たことへのフィードバックを中心にスタッフが関わり、体験を積み重ねたことで、自信へと繋がり自分で考え行動する様子が見られていた。また、普段の病棟生活内でも散歩などへ積極的に行くようになり、病院外への生活に興味関心が向上し、退院後生活への動機づけともなってきた。しかし、X 年 11 月下旬より状態悪化が悪化し、他者への過干渉やトラブルなど見られてきたため、他者の治療への影響なども踏まえ集団を用いた作業療法を一時中断し、ベッドサイドでの個別作業療法へと切り替えていった。

(2)心理教育

主治医の回診時に、病気や薬についての説明を毎回行う。また、各職種が回診に入り社会資源やより良い生活について説明を行う。

(3)資源制度の情報提供

精神手帳の更新、さくらカード(熊本市優待証交付事業)の説明、グループホームの説明、入院形態の説明、などを行う。また、グループホームサービス管理責任者との連絡調整や病棟スタッフによるアセスメントを外来部門と共有を開始する。グループホームへの入所の検討に伴い、自立支援法についての説明予定であったが、状態悪化のため現在面談行っていない状況である。精神症状等状況確認し、面談を行う予定である。

(4)家族支援

保護者であった父も他界しており、兄弟も音信不通状態であるため、家族支援を出来る状態ではない。

(5)ケア会議・地域連携・その他

外来訪問・グループホームサービス管理責任者・デイケアを含めたケア会議を予定していたものの、精神症状の悪化に伴い、ケア会議を延長する。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

プロジェクト開始時、精神状態は安定しており、若干の妄想的発言など聞かれていたもののグループホームでは対応可能ではないかとチームで話し合われた。そのため、Dr. を含めチームアプローチしてみようという

ことになりプロジェクト開始となる。主治医回診時にカンファレンスを設定し、週一回カンファレンスを重ねていった。

一回目カンファレンス時、本人の「退院したい」という要望をもとに話し合い、当院のグループホームが検討され、各職種の役割を明確にした。また、そのことを症例にも伝え、症例の同意のもと治療を行っていた。

二週目経過後より、Ns の関わりより、金銭の一週間自己管理、服薬の一日自己管理が可能となってきた。また、OT での退院支援プログラムでは、退院後の生活する地域での支援を行ってきたことにより、退院後の生活のイメージ化が出来た様子で、自発的に散歩・外出などに行くようになってきた。

四週目経過後より、退院先のグループホームの調整を、PSW を中心に行っていた。当院の住居支援委員会を通じて、グループホームサービス管理責任者へ本人の意向を伝えていき、グループホームへの外出・外泊の検討を行っていた。

しかし、六週目経過後より、精神症状が悪化し、幻覚妄想状態・奇異行動・対人トラブル等がみられてきて、隔離室入室することもあった。そのため、一時積極的な関わりを中止し、安静状態を保っている。現在も、精神症状が安定せず、見通しがつかない状態である。そのため、カンファレンスにて精神状態が安定したのちに、すぐにでも退院できるように、各職種が行動している状況である。

6. 考察

長期入院患者の退院促進のポイントとして、“本人の将来に対する希望を聞き、スタッフおよび本人の行動目標を明らかにし、社会復帰プログラムを他職種と連携を組みながら実施する。また、家族の支援が必要になる”といわれている。このことより、今回症例の「退院したい」という気持ちを大切に、まずケア会議にて、本人と共に今後の目標を決め明確にしていった。そうすることにより、症例自身希望を持って、退院に向けて行動することが出来たのではないかと考える。症例は長期入院だったため、不安感が強く、社会経験も少ないため、非常時に早急な支援が必要であると考えた。そのためには、病院付近のグループホームが非常時の支援・対応が行いやすく、症例にとっても安心した生活に繋がるのではないかと考え、「安心した病院付近のグループホームでの生活」と挙げ、このことを共通目標とし、各職種が関わっていった。

プロジェクト開始時に、Dr. より今後の目標・治療方針、各職種の関わりを症例に説明し、専門職の関わりが開始した。

関わりとしては、正のフィードバック（できたことを認める）を中心とし、不安なことなどの相談がある場合は、早急に専門職が対応していった事で自信付けになり、結果、金銭管理、服薬管理、自発的な外出・散歩へと繋がっていった。これは①ケアプラン表を用いて各職種の役割を明確にして関わったこと。②ケアカンファを通して、進行状況・現状の把握をし、これを共有して関わったこと。③症例自身、退院を現実のものとして捉えたこと。この3点により良い結果に繋がっていったのではないかと考える。

しかし、プロジェクト開始から六週後より精神症状の悪化がみられた。この要因としては、周期的な問題で、秋になると精神症状が悪化するという状態を年々繰り返していたため、今回もこのことが一番の要因なのではないかと考える。

このような長期入院患者へは、家族からの援助・家族への支援というものが大切になってくると言われている。しかし、今回の症例には、援助を求める事が出来る家族が疎遠状態で連絡すらつかない状況であった。このことから、今後病院スタッフや地域支援者と協力が最も大切になってくると考えられる。そのためにも、退院前のケア会議にて方向性や対応など密に検討し行っていく必要があると考える。

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）

- ①周期的に精神状態が悪化する患者に対しての、退院後の支援体制を退院後支援スタッフを交えてカンファレンスする必要があると考えられる。
- ②家族と疎遠状態で連絡も取れず協力が得られない患者に対しての支援の方法。
- ③退院の方向性が決まり、チームで動き出した後状態が悪化した症例に対して、状態安定時最初からスタートするのではなく、状態悪化直前までのアプローチを継続して行えるような資料などがあると良いのではないかと考える。
- ④長期入院患者の短期間での退院が困難であった。

事例報告 Summary Sheet[施設名: S 病院 患者:C氏 60 歳 男性 キーワード:S 職種:OTR 男性]

	プロジェクト開始 1~2 週目	3~4 週目	5~6 週目	7~8 週目	9~10 週目	11 週目
日常生活の様子	妄想的発言もあるも、退院に対しては前向きな発言が多く聞かれる。その為の治療についても納得して取り進む様子が見られる。	金銭管理 1 週間、服薬管理 1 日が可能となつてくる。しかし、洗濯だけは拒否。	他者を大声で呼ぶなど、若干の気分の高揚がみられてくる。しかし、治療に関しては積極的。	他者とのトラブル(暴言)が頻回にみられるようになり、隔離室へ入室する。(本人同意のうえ)	精神症状は落ち着かず、他者とのトラブルは引き続きみられる。	若干の精神症状の安定がみられましたが、訴えは頻回である。
ケア会議の概要と目標設定	本人も含めたケア会議の中で、本人の意向を確認・共有し、各職種間の役割をケアプラン表にて明確化する。本人の意向としては、グループホームへの入所であり、それを目標とする。	セルフケア(金銭、服薬、洗濯)の向上、退院後の生活のイメージ化を目標とする。	セルフケアが向上したことと共有し、更なる向上を目標とする。散歩の回数も増え、退院への意識が向上してきた事を共有する。	精神症状が悪化したことにより、一時積極的な介入を中断する事を検討する。精神症状安定後、また再開する事を確認する。	精神症状の確認・共有を行う。まだ安定しない事を確認する。	
薬物療法	リスパダール(3)4T、ジブレキシ(10)2T、レボトミン(50)1T、センノサイド3T、ロヒプノール(2)1T、マダミット(330)3T、バルネチール(100)2T、セレネース(1.5)2T、タスモリン(1)4 T、	薬物調整の為にセレネース(1.5)2T→セレネース(3)2Tパルネチール(100)2T 中止	薬物調整の為にセレネース(3)2T→セレネース(3)3T	薬物調整の為にロドピン(25)3T追加	薬物調整の為にロドピン(25)3T→ロドピン(50)2T	
作業療法	オープングループ中心の作業療法を行っていたが、それに加え、長期入院患者の退院支援グループに導入する。積極的に活動へ取り組む。	退院支援グループにて地域でのリハを行う。外への興味関心が拡大し、退院後のイメージ化に繋がる。	活動中他者への干渉が見られ始める。落ち着きなく過ごす場面がみられる。	精神症状悪化に伴い、他者への影響を考慮し、集団への参加を一時中断し、個別作業療法へ切り替えていく。	個別作業療法中、妄想的発言が頻回に聞かれる。	スポーツなどの発散系の活動へ導入、集団内での落ち着きがみられるようになってきた。
早期心理教育	Dr. 回診時、薬や病気について説明を行う。	同様に左記	同様に左記	同様に左記	同様に左記	同様に左記
資源制度情報提供	グループホームについての説明、さくらカード(熊本市優待証交付事業)、手帳の説明を行う。	入院形態についての不満、相談、質問に対して面談にて随時相談対応した。	グループホームサマービスマ管理責任者との連絡調整。			
家族支援	保護者であった父も他界しており、兄弟も声信不通状態であるため、家族支援を出来る状態ではなかった。	同様に左記	同様に左記	同様に左記	同様に左記	同様に左記
地域連携その他	当院住居支援委員会へ本人が、グループホームへ利用する事を、伝える。	グループホームサマービスマ管理責任者への相談。(今後グループホームへ外出・外泊を進めていく旨を伝える)	精神症状が悪化した事を住居支援委員会へ伝え、精神安定後に、もう一度委員会を通す事を確認する。			

事例分類:3(入院期間 9156 日)

施設名: 訪問看護ステーション A

報告者(キーワーカー): A

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名:A 氏, 年齢:59 歳, 性別:女性, 診断:統合失調症

【現病歴】入院までの経過:X-30 年に交通事故で脚などを骨折。それが遠因になっての発症?の後、H 病院に通院。X-26 年に入院し、19 年間の入院後(X-5 年)退院。しかし、母親とのトラブルなどを背景に 3 週間で再入院し X 年に至る。Ns によると、本人の暴力もあり再入院はやむを得ない状況だったと。現在、不穏時には独語・大声・不眠など。物盗られ妄想や幻聴(+)

2. 初期アセスメント

【本人のストレス】お茶目で人懐っこさがあり、初対面の相手とも会話を楽しめる。

【精神症状等】物盗られ妄想や幻聴が顕著で、症状により行動が左右されることが多い。妄想対象者への暴力は見られないが大声は度々。物を盗まれる不安から、私物をデイルームに持ち運ぶ姿あり。

【治療に対する理解】「薬は大事なもの」という理解がある程度。【生活能力】25 年近い入院生活を送っており未知数。【家族状況】姉が経済的支援を全面的に担う。入院中は月一度必要な物を届け、早々に引きあげる関わり。本人の退院は一貫して拒否。

◆退院後の生活拠点は姉宅ではなく、グループホーム(以下、GH)もしくは独居が妥当と考えられた。

3. 治療・援助の目標と方針

『妄想の根強さ、大声での独語、ストレス脆弱性などが目立ち、退院させることに迷いがある。しかし、退院に向けた挑戦の機会を一度提供したい』という主治医見解が出された段階での ACT 介入。本人にとって、外出や外泊等の経験から、退院後のイメージを具体的に作るプロセスが重要。また、主治医の退院の決断には、地域で発揮される本人のスキルや外出・外泊時の様子やその後の睡眠や精神症状のアセスメントが必要。ACT は行動をとる中から、一般的な生活能力、症状の生活への支障程度を把握。支援が必要な部分や必要量のアセスメントにつとめ、力を発揮しやすい工夫や環境整備(人的・物理的)に取り組む。外出:院内散歩→喫茶店やバス利用での書店への外出。宿泊体験:入院中から自立生活体験ホームへの宿泊を繰り返す。ACT との同泊から始め、「一人で寝る・過ごす」という体験に慣れる。食事プランの検討、食材購入、電子レンジ使用、清掃の実践。服薬への責任↑。

4. 治療・援助の経過

(1)作業療法

約 25 年の入院中、手工芸 OT や病棟内 OT の利用もあったが、退院の話題が出た時期に、OT 利用はなし。

(2)心理教育

入院中から服薬の必要性を中心に、病気との付き合い方を話題に。退院直後に怠薬での不調あり、服薬の必要性を再確認。その後も薬セットの時などに、服薬の大切さに関して話題とする。

(3)資源制度の情報提供

- ・自立生活体験ホーム(以下、ホーム)①一時的な宿泊場所、②地域単身生活を短期間体験する場所)の情報提供。
- ・自立支援医療申請手続き、GH や不動産の情報提供。独居でのヘルパー利用を念頭に、自立支援認定調査の調整。

(4)家族支援

- ・退院に反対する姉には、退院決定の通知を主治医から、退院後の支援体制を ACT から説明し役割分担。
- ・退院後は、一貫した関わりを提供し、方向性の軸がぶれないよう家族担当を配置。
- ・本人の生活能力を信じられない姉の思いを傾聴しつつ、プラスの変化を伝え続け、妥協点を見出す作業。

(5)ケア会議・地域連携・その他

本人、姉、病院(Dr/Ns)、ホーム世話人、市役所障害者支援課、不動産業者、GH 職員

- ・時期に合わせ、必要なメンバー(上記)を参集し、ケア会議を実施。

5. 結果(成果と転帰、退院後のケアプランなど)

- ・退院に向けた関わりを開始し 8 ヶ月後、25 年近い入院生活からの退院を実現。ホーム利用と ACT 支援を並行する手厚い支援体制により、地域生活を開始。次の住まいを探す途中。

6. 考察

特に長期入院者に対しては、院内プログラムで得られる効果や生活能力のアセスメントには限界があり、実際に地域で体験する様々な場面を通して、本人や周囲の支援者が本人の発揮する力を知り、退院後の生活イメージや支援プランを組み立てられる側面が大きい。この支援プロセスには多くの労力と時間が必要とされる。応用が苦手な精神障害の特性からも、生活の場で環境整備の工夫をする意義は大きく、訪問支援が果たす役割は大きい。とくに、重症ゆえ支援の幅が多岐にわたる事例の場合、入院中から地域生活への支援が途切れることなく、キーパーソン(キーとなる支援機関)の連続性のあるケアが実施されることが、治療からトロップアウトしない必須条件となる。

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)

退院に向け、入院者のケアが迅速に開始される病院システムと、病院と地域支援者が連携しやすいシステムが必要。病院スタッフは地域生活を知る機会が少なく退院イメージを持ちづらい。退院後の様子を共有する機会が増えると、病院と地域のハードルが低くなるのではないかと。退院の実現には個別性が重視され、支援に必要な時間が業務として保障されることが重要。個別支援重視の OT プログラムへの診療報酬上の評価の検討も必要ではないか。入院中から病院と地域支援者の協同作業が必須だが、訪問看護ステーションの例では入院中の訪問に一切の診療報酬はつかず、無償でのサービス提供となる。必要な支援に見合う何らかの財源投入が期待される。また、家族の退院への不安は、支援者の予測を遥かに超えることがあり、家族支援の視点の確かさや支援技術が問われる。

	退院前 8カ月～6カ月	退院前 5カ月～3カ月	退院前 2カ月～退院	退院後1-2週目	退院後3-4週目	退院後1カ月目	退院後2カ月～	
日常生活の様子	退院8カ月前、ACTの支援開始。退院のモチベーション維持。会話には妄想が入り混じる。物盗られ妄想が顕著で、病棟内では怒声十。	退院5カ月前に院外外出を、3カ月前に宿泊体験を開始。外出時、物盗られ妄想から不安が高まる。人前でのセクシャルな発言十。	外出時の物盗られ妄想は軽減。病棟外で怒声一。ホームでの食事準備に関して不安をもちます。別室宿泊を順調に継続し、自信をつける。Dr. から退院を告げられ、一瞬不安十。	退院直後、“薬を飲むな”との幻聴により怠業し、不調を体験。新しい環境や姉の頻回訪問への気疲れや負担感表現。金銭管理難しく1日毎管理へ。	徐々に生活に慣れ、本人からの提案や意思表示が増加。ホーム利用期間を意識し、アパート探居・GH どちらもOKと。	服薬意識が高まり、服薬確認は電話からLINEでの自己チェックに切り替。調理回数↑。安心できる支援あれば、独居・GH どちらもOKと。	GH 見学で、新たな生活拠点が決まることに前向き。初めて姉に自己主張。	
ケア会議の概要と目標設定	退院7カ月前 本人/姉/Dr/Ns/ACT (Ns/PSW) 退院後の生活の相談。施設での宿泊体験の状況を見て、方針を再検討。 → ACT 担当	退院5カ月前 姉/Dr/ACT (Ns/PSW) 社会適応を進めるため、院外外出を行う。姉に、外出目的に応じた経済的支援の了承得る。	退院半月前 姉/Dr/Ns/ACT (Ns/PSW/ホーム) ホーム利用の手ごたえあり、退院可と Dr 判断。退院先はホーム。ACT 支援継続。利用期間3カ月内に住居探し。姉は退院に強く反対。Dr 譲らず、姉に退院勧告。	退院日以降、毎回の訪問時に、ホーム世話人情報交換。	本人/ホーム世話人/ACT (Ns/PSW/OT) ホームとACTの役割分担調整。週間スケジュール作成。ホーム利用終了後の方向性確認。		本人/姉/GH 世話人/ACT (Ns/OT) GH 職員との情報共有。宿泊体験・利用手続きに関する打合わせ等。	
薬物療法	①リカガデー(2)6T (2-4)、カスレル(1)2T、マグシト(3)304T、パソジン(200)3T (1-2)、チコパール3T(1-2)、デバケンR(200)5T(2-3) 朝・眠前 ②ケツミン(0.25)2T、アゼルニド 5T 眠前							
ACT 活動 (ケアマネジメントと直接支援)	ACT サービス開始。今後の生活への希望の把握。インチャージン作成。院内散歩。	退院3カ月前から、ホームへの宿泊同行(月 2-3 回宿泊)。段階を経て、一人で過ごす時間や別室宿泊の提案。	退院後ケアプランの作成 “生活への夢と希望”、日中の過ごし方、生活リズム、服薬等の話し合い。	平日週5訪問。服薬確認電話、薬セット、睡眠支援、買物支援、家族支援、関係機関調整等。	平日週4訪問。今後の住まいの希望把握。独立までのホーム利用も念頭に、自立支援認定調査依頼と同席。			
作業療法	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	
心理教育		ホームでの服薬を話題に。	服薬の必要性について、Dr から説明。	怠業し不調を体験 → 服薬の重要性を話合う。	外来後、薬セットを一緒に行い、服薬の話題へ。			
資源制度 情報提供 (ACT から)	本人/姉/Dr/Ns へ、宿泊体験可能な『自立生活体験ホーム』(ホーム)の情報提供。		姉へ: 退院後の自立支援医療に関する説明。手続きを進めて頂く。退院後の ACT 支援体制の説明。			本人と姉へ、GH 満室と不動産の空き情報提供。同居でのホーム利用も念頭に、自立支援認定調査の調整。	本人と姉へGH 空室の情報提供。本人/姉/ACT で見学し、GH 職員の説明を聞くことを提案。	
家族支援 (ACT から)	独居は不可能と、退院に反対する気持ちに聞く。支援体制の説明。経済面相談。	退院4カ月前から、ホームへの宿泊 (ACT 同行) 開始、施設利用料発生の上承認を得る。	施設での宿泊状況や利用料等を説明。退院日、ホームに同行し入所手続きの支援。	頻回にホームを訪れ、食料差入れを行う姉に、現状共有と適度な距離をおく提案。	外泊を勧める姉に、現状共有と適度な距離をおく提案。	ホームの期限を控え、今後の相談。同居を懸念し施設探しに奔走する姉の気持ちを確認。	GH 見学同行。GH との調整役。姉の不安を聞き、現状の捉え方の確認。	
地域連携 その他	ACT/Dr/Ns での、ケア会議の話し合い。 ・ Dr に院外外出の許可をとる。	妄想の根強さ、大声での独語等から退院に迷う Dr ベンチャリンの促し。ホーム宿泊体験について Dr/ Ns の同意を得る。ホーム世話人と利用前の打合せ。	ホーム利用状況から、Dr/ACT で『退院可能』と最終確認。姉を加えたケア会議の実施決定。ケア会議での役割分担の相談。Dr は退院勧告、ACT は支援体制の説明。	退院日以降、毎回の訪問時に、ホーム世話人情報交換。		市役所障害者支援課の自立支援認定調査依頼と同席。 ・ 不動産の物件探し。 ・ 不動態の物件探し。	GH 職員との情報共有。 ・ 宿泊体験や利用手続きに関する打ち合わせ等。	

事例分類4(入院期間 69 日)

施設名: K 病院

報告者(キーワーカー):T

1. 事例紹介

[基礎情報] 氏名: S 氏, 年齢: 79 歳, 性別: 女性, 診断: 老年期うつ病
 [現病歴] 入院までの経過: 夫の看病の後、頭痛・しびれなどの不定愁訴出現。X 年 1 月、A 病院脳神経外科受診。抗不安薬、抗うつ薬 (パキシル) が処方された。しかし症状改善されず、悲観言動が憎悪し、X 年 7 月からは拒飲食状態となり、体重が 1 ヶ月で 15kg 減少 (45→30kg)。A 病院 MSW 介入にて近隣内科、精神科合計 16 箇所に入院を断られ 7 月 31 日当院精神科初診となった。脱水や低栄養に対して内科管理が優先と考えられたが、一方で「自分はもう死んでいる」などコタール妄想を帯びた老年期うつ病を背景に拒飲食に至っていると判断されたため、X 年 8 月 4 日当院 1 回目の入院 (医療保護入院) となった。入院後、点滴、経管栄養、薬物療法 (経管) を開始。脱水やバイタルなどは、改善されたものの拒絶症は改善せず低栄養で十分な薬物療法が困難な状態が続く。全身状態が改善するにつれ、微小妄想、コタール妄想などの精神症状が明確となり、入院日の想起や家族からの情報によりアルツハイマー型認知症の存在は否定的であったため、8 月 18 日 B 病院に m-ECT 目的で転院となった。m-ECT10 回施行後、寛解導入され食事自立摂取可能となり、X 年 9 月 18 日当院 2 回目の入院 (任意入院) となった。

2. 初期アセスメント

微小妄想～コタール妄想の色彩を帯びた重症うつ病。初回入院時、徹底した拒飲食のために生命的危機が迫っていた。その為、当院で一定の身体的回復をはかった後、B 病院へ転院、m-ECT10 回施行後、寛解導入され、リハビリ目的で当院 2 回目入院。入院時は寛解、あるいはやや高揚した状態で、多弁、断眠等の軽躁症状が見られた。また身体的に低栄養が持続し、廃用性に筋力低下、耐久性低下、転倒に要注意状態であった。家族は本人の治療に協力的で家族関係は良好。治療に関しては、本人家族ともに前向きで、良く理解されている。

3. 治療・援助の目標と方針

将来の目標: 退院生活、家庭復帰

当面の目標: 身体的廃用、低栄養の改善とうつ病の再燃防止

- ・薬剤の変更は行わず、調子の変化を見てゆく。(Dr)
- ・OT 場面を含めた病棟生活の様子を評価し、徐々に行動範囲、活動量の改善を図る。(OT, Ns)
- ・本人の回復度合いを見ながら、社会資源、サービスの情報提供を行う。(PSW)
- ・病前の本人の様子を家族から情報収集する。(Ns)

4. 治療・援助の経過**(1)早期作業療法**

入院翌日より活動性の向上を目的に、棒体操、歩行訓練、貼り絵など負荷の軽い活動を導入した。疲労を訴えることはなく、環境刺激により容易に注意が転動する状態であった。徐々に身体機能が回復し、ストレッチや卓球などへの参加が見られ始めると、疲労感を訴え適宜休憩を取ることにも出来るようになった。その後、活動範囲を屋外まで拡大し、園芸やスポーツなどにも参加するようになり、プログラムへはほぼフル参加が続いた。この頃には主観的にも身体機能の回復を実感した言葉が聞かれた。調理へも手伝いから参加し、単独でもお好み焼きを調理された。作業療法では、本人の状態に合わせ軽負荷から高負荷の活動へ、退院の時期を考慮しながら徐々に日常生活活動 (調理) を組み込み、退院生活のイメージづくりが出来るようにアプローチを行った。

(2)早期心理教育

入院時に本人と家族に対し、リハビリの必要性と再燃の可能性について主治医より説明。活動性も保たれ、調子も安定した時期に、退院準備としての外泊の重要性を伝えた。退院時、主治医より今後の過ごし方を説明し、Ns より服薬指導を行った。

(3)資源制度の情報提供

入院 2 ヶ月経過し、現実的に退院を検討する時期に自宅への手すり設置の希望あり。しかし、介護認定の要支援 2 であることから、介護保険での設置は不可能で自費となることを伝える。結局、手すり設置は見送り。

(4)家族支援

入院時主治医より、栄養補給、筋力、耐久性回復の必要性や、m-ECT で改善したうつ病は再燃の可能性があり、心身共にある一定期間のリハビリが必要であることを伝える。その後月に 1 回程度、家族面会時に現状確認や治療方針について、キーワーカーが情報提供を行う。

(5)ケア会議・地域連携・その他

プログラム開始時に、Dr、Ns、PSW、OT にてケア会議開催。更なる身体的廃用とうつ転の防止を目的とした。その後、特に治療障害因子もなく、順調に回復が進んだため適宜情報交換を行わない治療を進めた。その為、ケア会議はその後行っていない。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

入院後 69 日で退院。

GAF: 入院時 40～退院時 62～研究終了時 70

BDI: 入院時 5～退院時 7 (正常範囲の落ち込み)

非常に順調な治療、回復過程であった。今回のエピソードでは、拒飲食状態からくる生命的危機に対し、

当院である程度の身体的回復をはかり、次いで B 病院にて m-ECT 施行、寛解導入され、再度当院にて身体的廃用や低栄養、動揺しやすい精神症状に対し心身のリハビリを行った。対象者の状態の変化に対し、タイムリーかつ包括的に治療、援助を行うことが出来ていた。

また、家族が治療に前向きで、対象者の受け入れ態勢が整っていたことも順調な回復過程を辿った要因でもあった。

6. 考察

今回の入院治療自体は、非常にスムーズで確かなアプローチがそれぞれの職種で行われていた。気分障害圏の疾患では、適切な期間しっかり入院し多職種による包括的な治療を受けることは、精神科入院治療の意義であると考ええる。

当院では、初めてキーワーカーを設定して治療が行われた。結果キーワーカーの役割は、本症例に関してはチームの牽引役としてではなく、治療者間、治療者家族間、治療者本人間での情報交換、調整を行うことであった。これは、治療に対する本人や家族の不安を軽減させ、治療者には、よりの確かな治療的アプローチを可能にするものであり、キーワーカーの必要性、重要性を表していると考ええる。

以上のように、今回の入院に限れば非常に有効なチームアプローチが行われていたと考える。しかし、発症からのエピソードを振り返ると、生命的に危機的な状況にありながらも 16 箇所の内科、精神科に入院を断られるという異常な事態も発生していた。高齢者の場合、精神疾患と身体疾患や問題は混在することのほうが多く、対象者のような状態になりえる高齢者は今後も増えると考えられる。このような方々を受け入れ、治療を行う医療体制の整備も必要と考える。

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）

統合失調症の早期退院、地域移行の流れとは別に、うつ病などの気分障害や高齢精神障害者などに対する包括的支援体制の構築が必要である。また、長期入院などの歴史的背景を反省しながらも、現代のニーズにあった、精神科入院治療の効果や意義も大いに示してゆく必要があると考える。

事例報告 Summary Sheet[施設名: K 入院 患者:S氏 79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	退院1カ月目	2カ月～
日常生活の様子	他院にてm-ECT施行、寛解導入の後、当院2回目入院。やや高揚した状態で、多弁、断眠等の軽躁状態が続く。身体的には、筋力、耐久性の低下からふらつきあり。	歩行状態は徐々に安定。軽躁状態よりやや落ち着きを見せるがうつ転の兆しもなし。落ち着いて読書も可。外泊を勧められるがやや消極的。	病棟生活を満喫。他患やスタッフと冗談交じりの会話を楽しむ。状態の悪い他患に引かざられることもない。外泊を行い、退院日も決定する。現実の家庭生活を控えて、少々表情が曇ることあり。	退院直前に感染性胃腸炎に罹るも、精神症状は安定。予定通りの退院	調子は良く、食事問題無し。友人とカラオケに行くなど寛解維持。	外出も継続されている。表情も明るく、落ち着いている。
ケア会議の概要と目標設定		Dr、NS、PSW、OT、キーワーカーにて、今後の方向性の確認。身体的廃用、低栄養の改善とうつ病の再燃防止				
薬物療法	夜間ふらつきが著明なため、アトラミド中止。精神症状に対し、ジエゾプロフロト錠 25mg×4、エビリフアイ錠 6 mg×0.5、リパックス錠 0.5 mg×1錠で安定。					
早期作業療法	入院翌日より活動性の向上を目的に低負荷から開始。棒体操、歩行訓練、貼り絵、MTを導入。疲労を訴えること無く、環境刺激により容易に注意の転動性が亢進。体力回復の必要性を伝える。	歩行機能は改善。ストレッチ、スポーツなどへの参加も見られ、高負荷な活動への参加も見られる。適度に疲労感を表出するほど落ち着き、適宜休憩も取れ始めている。家庭生活へ向け、調理の計画開始。	散歩、園芸、筋トレ、スポーツ、OT種目へはフル参加。身体的な機能回復を主観的にも実感している様子。調理へもまずは手伝いから参加。徐々に調理師、他患にお好み焼きを振舞う。作業中、今後の話題を中心に振る。生活のイメージをつくりを共に行う。調子は安定。	継続してフル参加。お世話になつた友人などにプレゼントを作る。入院生活の締めくくり。		
	早期心理教育	入院時主治医より、栄養補給、筋力、耐久性の回復が必要であること、m-ECTで改善したうつ病は再燃の恐れがあること、一定期間のリハビリが必要であることを伝える。飛ばし過ぎもいけない。体力をゆっくりにつけてゆくこと。	主治医より、好調が持続しているのので、外泊を勧め、退院方向で進めてゆきましようとする。	主治医、担当OT、本人、家族にて現状確認と今後の方向性確認。家事の分担など具体的な話し合い。 主治医より、退院準備としての外泊の重要性を伝える。本人より外泊の同意を得る。	退院時、主治医より今後の過ごし方、Nsより服薬指導あり。	
資源制度情報提供			自宅へ手すり設置の希望あり。 PSWより、介護認定の要支援2であり、介護保険での設置が不可能であり目費となると伝える。結局、手すり設置は見送り。			
家族支援	入院時主治医より、早期心理教育と同様の内容を伝える。	家族面会時に、キーワーカーより現状報告、退院準備について情報を提供する。	家族面会時に、キーワーカーより現状報告、退院準備へ入ることを伝える。			
地域連携その他						

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名: A氏 年齢: 37 歳, 性別: 男性, 診断: うつ病

【現病歴】入院までの経過:

X-8 年 04 月頃: 仕事の業務内容と対人ストレスにより、不眠・微熱・意欲低下の症状が出現する。ストレスの回避として暴食、買物による浪費が始まる。X-2 年 03 月頃: 自己破産。症状が悪化。X-2 年 03 月 10 日: A 心療内科を受診し、その後休職となる。休職中は家族と同居していたが折り合いが悪く、イライラして口論となることが多くなった。X-1 年 11 月頃: 昼夜逆転した生活が続く。単身生活での改善が難しくなり、東京の兄の所に行き、規則正しい生活を目指すのが上手いかず。東京の B 病院へかかる。X-1 年 12 月頃: 熊本に戻る。A 心療内科へかかる。X 年 02 月頃: 家族との折り合いが悪かったため、単身生活を開始する。X 年 05 月頃: 復職について考えるようになり、障害者職業センターに相談。当院の復職デイケアを勧められる。X 年 06 月 06 日: 当院受診となる。浪費が続いている様子。ネット依存で、ネットで知り合った女性が家に来ている状況。X 年 06 月 09 日～: 当院復職デイケア利用し、復職を目指していた。X 年 08 月 28 日: ストレスにて彼女への暴力があった。抑うつ症状の出現や生活リズムの乱れもあり、本人希望にて当院へ任意入院となる。

2. 初期アセスメント

健康面: うつ病 身体機能面: 肥満 睡眠時無呼吸症候群

精神機能面: 情動機能 (不安・焦燥感) 思考機能 (注意・集中力の低下) 睡眠機能 (不眠: 睡眠の維持困難)

活動と参加: ストレス対処の低下

環境因子: X 年 08 月に父親の癌の状態を家族から伝えられていなかったことにより、精神面の落ち込みあり。その後、彼女への暴力に繋がる。

BDI: 開始時 16 点【軽いうつ状態】軽度ではあるものの、気分や身体反応など広く症状がみられる。

GAF: 55 点

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標: 復職 (復職デイケアを利用しながら、リハビリ勤務からの復職を目指す)

短期目標: ①生活リズムの再構築 ②復職までのイメージ作り

4. 治療・援助の経過**(1) 早期作業療法**

X+2W 目に OT 処方。活動導入時、本事例と共に「生活リズムの再構築」「体力向上」「ストレス対処法の発見」を治療目標として立案した。入院前から昼夜逆転していた為、まずは生活リズムの立て直しを目的に、午前の活動から導入を図った。導入活動は、リラクゼーションを目的としたアロマを実施。

X+3W 目からスポーツ活動への参加を開始。基礎体力の回復や楽しむ体験を目的に、身体負荷の軽い内容 (チューブ体操など) から導入した。一日を通した活動参加が図れていた。

X+2M 目頃、風邪を患う。生活リズムの乱れが生じ始め、活動参加にも支障をきたす状態となる。小集団活動 (認知行動療法・アサーション) への参加。ストレス対処やコミュニケーションについて振り返りを行う。体調の改善に伴ない、生活リズムや作業遂行能力も徐々に改善していく。

X+2.5M 目頃、安心して復職デイケアへ移行するために、入院中から復職デイケアに繋がる活動を実施。

X+3M 目、地域支援に移行し、復職デイケアに通所。復職プログラムに取り組む。

(2) 早期心理教育

X+1M 目から開始。疾患に対する知識を深め、再発への予防に向けて、小集団心理教育プログラムへの導入。生活リズムの安定を目的に、夜間のパソコン使用をタイマーで終了することやカーテンをレースに変えるなど、再発予防に向けた前向きな問題解決姿勢がうかがわれた。

(3) 資源制度の情報提供

入院時より、制度面の情報提供を随時実施。

(4) 家族支援

家族心理教育プログラムの参加に関しては、家族の体調不良や遠方での生活のため未実施である。しかし、キーパーソンとなる長男へ、本事例の状態を含めた治療方針の説明や復職時期などの連絡を密に行い、協力関係を築いた。

(5) ケア会議・地域連携・その他

復職に向けてのイメージ作りとして、PSW を中心に本人を交えてのカンファレンスを実施。また、PSW を通じて、入院治療と退院後の復職デイケアとの連携を図る。退院後、復職までの間は当院復職デイケアへ通所。復職デイケアへの利用開始が予定より数日遅れたものの、行動記録表を利用し、就寝時間の一定化を促すことで、継続通所が可能になった。ケア会議を実施し、職場との連携を図る。その後、復職に向けての復帰スケジュールを作成。

行動記録表

外泊になると、オーバーワークからストレスを感じていた。また、パソコンの使用が深夜に及び、生活リズムの乱れにも繋がっていた。何度かの外泊を繰り返すが、生活リズムの乱れを自己修正することが困難であったため、主治医の指示により行動記録表への記入を開始した。回診時、主治医と共に振り返りを実施。

5. 結果 (成果と転帰, 退院後のケアプランなど)

急性期には、リラクゼーションと身体感覚の回復を目的にアロマを導入。「リラックス出来ました。」と表情穏やかな発言あり。また、OT活動で身体を動かすことが出来たことにより、達成感と心地良さを感じていた。その後、散歩を自主的に開始するなど、本人の回復に対する前向きな取り組み姿勢があり、生活リズムや体力向上が比較的早期に確立した。

1M 後、小集団心理教育プログラムの参加を通して、再発予防に向けて退院後の生活リズムの安定を目的とした環境設定の見直しを図る。そこで、本事例を交えた復職に向けてのカンファレンスを実施した。各職種がチームとして関わり、復職に対するイメージ化が図られた。

2M 目頃、創作活動を通して、体調に応じた休息の調整を図り、自己のペースへの理解を示した。また、退院後のストレス対処として、アロマやスポーツ活動を考え始めるようになった。主治医回診にて、外泊時の行動記録表への振り返りを実施した。

退院前外泊では、外泊中の生活リズムが安定していた。「退院後も維持出来るようになれば問題ない。」と発言が聞かれた。外泊での行動が本人の自信の回復や達成感の獲得に繋がり、本人より退院希望の報告あり。退院後の復職デイケアの利用を確認した。

退院時には、「一人では出来なかった生活リズムを戻すことや運動も、作業療法に参加することによって、出来るようになった。」との発言がある。集団を用いた活動を通して普遍的体験や現実検討が図られ、今後の生活に向けた希望がみられた。本人から家族へ相談することもあり、家族との良好なコミュニケーションが図れている。

退院後、若干の生活リズムの乱れがあり、復職デイケア開始予定日より4日遅れの利用となる。父親に癌転移があり、その告知を家族から受けたものの自身で気持ちの整理をつけている様子であった。18日より、行動記録表を付け、就寝時間を一定にしている。その後、復職デイケアの継続利用が図れている。

BDI：終了時 0点 生活リズムの回復に伴い、気分の安定化が図れている。

6. 考察

本事例にとって、復職とそのため本人が主体的に散歩等を行い、退院後の生活リズムを維持していくことが治療目標であった。入院当初は、父の病気や彼女との関係について気持ちの整理が行えていない状態であり、生活リズムの乱れもみられていた。しかし、「彼女への対応の問題より、自分の調子が崩れていることが問題であり、それを戻すことを第一にやっていきたい。」と発言し、早期から治療に対する意欲がうかがわれていた。その要因として、入院前より復職デイケアで関わっていた PSW の継続した支援によって、明確な治療目標が本人・各スタッフ共に共有され、切れ目のない治療が提供されていたことが考えられる。その統一された認識が、早期からの OT 導入に繋がったと考えられる。岡崎によると、「生活のリズムや基礎体力、活動性は復職する際の土台であり、それらの復職準備性が整わない状態で復職をすることは難しい。あわせて再発予防を考えなくてはならない。」と述べている。本事例においても、状態に波があったものの、各職種が役割を明確にして関わったことによって、復職に向けての土台作りが早期に行えたと考える。また、チームで関わった小集団心理教育プログラムにおいて、再発予防への意識付けが図られ、退院後の生活に向けての見通しがみられるようになった。また、集団の治療因子を用いて作業療法を展開し、達成感やペース配分の見直しが図れ、本人からの気付きが多く得られた。それらの気付きから、普遍的体験や現実検討が図られ、今後の生活に向けた希望に繋がったと考えられる。

本事例の回復段階に応じて、変化を見落とさず、各職種がタイムリーな関わりを持てたことが、本事例の気付きを自信に転換させることに繋がったと考えられる。また、外泊時に使用した行動記録表は、外泊時の生活を客観的に振り返る機会となり、気付きや自発的行動へと繋がるものとなった。その気付きが本事例の自信となり、退院を前向きに考える後押しをしたと考える。復職デイケアへの利用は、予定より数日遅れたものの、行動記録表の再開と就寝時間の一定化を促すことによって、継続した通所が可能になった。入院からの行動記録表の記入にて、自らが問題点の把握が行え、本人の外泊中の過ごし方が変化するきっかけとなった。退院後の単身生活に向けて現実的な方策を自身で立案し、好感触を得たことは本人の自信付けに繋がったと考えられる。また、行動記録表の利用にて、入院中から退院後の単身生活を見据えた主体的治療に取り組めるようなアプローチが有効に働いたと考えられる。

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)

- ① 主治医以外の主たる支援者の移行のタイミング (病院⇒復職デイケア⇒職場)
- ② 体調に応じたスケジュールの企画・立案とその遂行を含めたセルフマネジメントの確認
- ③ 状態や状況に合わせたストレス対処の実践とタイムリーな介入

事例報告 Summary Sheet[施設名：S病院_病院_患者：A氏 37歳 男性 キーワーカー：N 職種 OTR 女性]

		入院1~2週目	3~4週目	2カ月目	2.5カ月目	3カ月目~
日常生活の様子	1週目は昼夜逆転しており、生活リズムが乱れた状態。表情が硬く、不安の訴えあり。	生活リズムの再構築に向けて、散歩を開始した。帰院後、外泊の疲労を訴えた。	風邪により、生活リズムの乱れが生じる。外泊中の過ごし方を自発的に検討した。	院内・外泊時共に生活リズムの再構築が図れる。本人より退院の希望報告あり。	退院後、一時生活リズムが乱れる。行動記録表の再利用にて、就寝時間を21時に一定化し、生活リズムの安定が図れている。	
	ケア会議の概要と目標設定	未実施。	将来の目標復職（就労デイクケアを利用し、リハビリ勤務からの復職を目指す） ①生活リズムの再構築 ②復職までのイメージ作り	外泊時の生活リズム安定に向けて、『行動記録表』への記入を開始する。各職種が現状の問題点を把握し、復職に向けてのアプローチを実施した。	退院後の復職デイクケアの利用を確認。再発予防に向けて本人へ関わりをスタッフ間で検討。就寝時間の一定化を図り、生活リズムの維持を促進。	
薬物療法	ルボックス 50mg 3錠 バンコミン 250mg 3錠 デパケンR 200 mg 2錠 ミンザイン 0.25 mg 1錠 ベンザリン 5 mg 1錠	左記に同じ。	左記に同じ。	左記に同じ。	ルボックス 50mg 3錠 バンコミン 250mg 3錠 デパケンR 200 mg 2錠 ミンザイン 0.25 mg 1錠 ベンザリン 5 mg 1錠 ノルバスク 5 mg 1錠 デイオパン 40 mg 1錠	
	早期作業療法	2週間目にOT処方箋。リラクゼーションと身体感覚の回復を目的に、アロマから開始した。「リラックス出来ました。」と発言あり。	3週目にスポーツ参加。ストレッチを中心に身体を動的なレス。一日を通して定期的なOT参加が継続する。生活リズムの動きを通して、生活リズムの再構築や体力の向上が図られる。	集団活動（創作）を通して、普遍的体験や現実検討が図られた。CBTやASTの小集団活動へ参加。振り返りを行い、今後に向けてのストレス対処法を考える。	「一人では出来なかった生活リズムの立て直しや運動も、作業療法に参加することによって可能になった。」と、集団を通しての気持ちを発言。	復職デイクケアにて職業リハビリテーションへ移行。
早期心理教育	未実施。	疾患に対する知識を深め、再発予防に向けての小集団心理教育プログラムを開始する。	再発予防に向けた、環境調整の気付きあり。	終了。	復職デイクケアにて再度実施予定。	
	資源制度情報提供	制度面の情報提供を実施。	職場上司の面談実施。		職場面談の日程を検討。	
家族支援	PSWを中心に連絡を密にとり、情報提供を行った。	家族心理教育プログラムにより関しては、家族の事情により未実施。	治療や復職の進行状況を随時連絡した。		父親の癌転移あり。本人にも告知したと、家族から連絡あり。家族調整実施。	
	地域連携その他	PSWから復職デイクケアスタッフに情報提供を随時実施した。	左記に同じ。	左記に同じ。	復職デイクケアの利用を開始。	利用開始の遅れあり。生活リズムの安定に伴ない継続利用可能。復職への復帰スケジュール作成。ケア会議実施。

事例分類4(入院期間 86 日)

施設名: Y 病院

報告者(キーワーカー):M

1. 事例紹介

【基礎情報】氏名: T, 年齢: 78 歳, 性別: 女性, 診断: うつ病
【現病歴】入院までの経過: X-4 年抑うつ症状にて抗うつ剤を処方→尿閉になり 1 年間尿道カテーテル留置。以降地元である A 県にて一人暮らしをしていたが、X 年-3 ヶ月より不眠状態が続き、抑うつ感・意欲低下・寂しさが強くなり、B 県の次男宅にて同居することとなる。X-2 ヶ月より当院へ通院開始し、家族の勧めで他機関のデイケアを利用開始するが拒否しがちであった。この頃より腰痛や下肢のしびれを訴え、脊柱管狭窄症との診断を受ける。X-1 ヶ月より身体的不定愁訴が強くなり「膀胱が飛び出しそうだ」と訴えるため、泌尿器科を受診したが異常なし。以降、特に夜間に精神状態不安定となり、家族との同居が困難であるため X 入院となる。入院後、全身の痛みや下肢のしびれを訴えたが、本人の様子から、精神状態不安定により痛みを過度に感じている状態と考えられた。薬物療法開始後、少しずつ症状の改善みられ X+2 週後 OT 開始 (MMSE:23 点)。家族・本人へ研究の説明を X+1 ヶ月半後実施し、X+2 ヶ月後同意を得る。

2. 初期アセスメント

【家族についてのサマリー】

同居する次男夫婦は共働き。本人に対してなんとかしてあげたいとの気持ちが強く、同居中は「認知症だから刺激を入れない」「今頑張らないといけないんだ」と本人に頑張らせてしまうことがあるなど症状についての理解に乏しい印象。今後の方向性については症例の家の向かいに新設される有料老人ホームへの入居を考えているが、夫婦で意見が分かれ、本人の対応(うつ、身体のこと)を含めどうしたらよいのか不安がある様子。同居中から口論となることがあり、早く解決してしまいたい、と焦りがみられる。

【社会面のサマリー】

同居中は介護保険にて DC 利用しており、担当ケアマネージャーが定期的に自宅に来られ相談を受けていた。入院後の再申請では要介護度 1 という結果。特に経済面での問題はない。

【心理面のサマリー】

元来几帳面で頑張り屋である。ご主人を早くに亡くされ女手一人で全てを行ってきた。今回の入院に関して、自分のせいで次男夫婦に迷惑をかけてしまい申し訳ないとの気持ちを強くもっており、“他人のための自分”と存在をとらえている印象。今後の希望も「次男夫婦に任せる。みんなの迷惑にならない方法がいい」と話す。本人にとって「調子」というと体のことととらえがちであり、心理状態での不安定さ・変化とはとらえにくい。入院後、症状改善し症例の中にも「よくなってきている」との感覚がみられはじめているが、病気や今後についての不安を言語化できず、対処方法として「がんばらなければ」と考える傾向にある。

3. 治療・援助の目標と方針

「よくなってきた」との感覚が出始めた段階であり、まずはこの調子を維持することを当面の目標とする。そのために、病気や今後のことなど内面にある不安について言語化すること、ストレスの対処方法や適切な運動について学ぶことを本人に実施する。また家族に対しては本人の状況を知ってもらうことと、病気(うつ・脊柱管狭窄症)に対しての理解を得ることで環境調整を行う。今後のサービスとして介護保険の利用も考えられるが、方向性が明確になった段階で担当ケアマネに協力を要請することとする。

4. 治療・援助の経過

(1)早期作業療法

ベッドサイドでの声かけによる関わりからはじめるが身体的な苦痛や悲観的な訴えが多い。本人が不安を感じやすい身体面に目が行き過ぎないようにすると同時に、身体への適度なアプローチを通して「よくなってきた」との回復感を促すこととし、症状の安定がみられはじめた段階で負担にならないよう活動の量を本人と検討。まず自分の調子で調整のしやすい集団活動を選択したが、もともと活動的な本人にとって、作業療法は楽しみや交流の場となり、参加することで気分転換を図ることができていた。また料理や園芸などの ADL 活動を通して「もうできなくなったと思っていたけど自分にもまだできたんだ」と自信の回復につながり、家族の意向に任せるとしていた今後の方向性を、「自分で生活できればしてみたい」と希望を持ち始めるが、急遽退院が決定。別れるさびしさや今後の不安もあったが、活動では他者との交流にて気持ちの整理ができていた様子。作業療法の活動場面で、本人の内面を語られることはない。

(2)早期心理教育

本人の心理負担を考え、ベッドサイドや個別での気分転換の場での関わりを実施。過去の喪失体験や、次男夫婦との同居中「体のためになるから」と勧められるデイケアや運動が苦痛であったが、家族が自分のことと言い合ったりすることに申し訳ないという気持ちがあり、何とか応じようと我慢していたことなど話す。身体のことと目が向きがちであるため、自分の心の状態に気付くようにすることや、調子を伝えられるようにすることを確認しながら実施したが、高齢ということもあり病気や再発防止のための理解そのものを得ることは難しく、自分の状況に気づけること、誰かに伝えられることを説明した。また回想することや問題に直面することで不安が起りやすい傾向もみられたため、病棟に戻ってからは病棟スタッフが声かけなどで適度にフォローを行い、本人も伝えることができていた。

(3)資源制度の情報提供

PSW から減額認定の情報提供行方が課税世帯であるため不可であり、また脊柱管狭窄症に対して身障手帳取得が可能か検討するも自立支援法より介護保険法が優先されるとのことで、取得は困難であった。また介護保険のサービスを利用する可能性があることを想定し、事前に連絡を取り合っていた担当ケアマネに会議の

情報などを提供。

(4)家族支援

面会の際や電話での対応にて症状についての説明や本人の気持ちを伝えることをキーワーカー・OT スタッフが行う。本人の調子より今後の方向性に目が向きがちであるため「本人のペースに合わせてゆっくり決めていきましょう」と説明するが「そうですね。本人のためを考えたい」としながらも「施設がもうすぐ完成し、先着順だから」と家族には焦りが感じられ、キーワーカーやOT、医師が対応。

(5)ケア会議・地域連携・その他

X+2ヶ月第1回ケア会議実施。本人の負担を考え、家族のみ参加。本人の調子よりも今後の方向性に目が行きがちであるため、まずは病気に対する知識を得ることとし、今後、本人のペースに合わせて方向性を考えていくことを提案。家族も「ゆっくり決めていきたい」と応じる。介護保険サービスや当院で提供できる訪問看護など様々な選択肢を検討し、どんなサービスが可能となるのか担当ケアマネージャーと情報交換を行うなどしながら第2回の会議を計画していたが、家族の希望により急遽退院が決定し、調整がつかず、1度の実施となった。選択肢にあがっていたA県の老人ホームには、退院前から情報提供を行い、退院後は2～3週に1回の割合で電話にて情報交換を行った。

5. 結果 (成果と転帰、退院後のケアプランなど)

支援開始時、症状は改善に向かっている段階であり、表面的には安定しているように見えたが、本人が内面で抱えている不安については言語化できておらず、また頑張っただけに答えなければとするストレスの対処方法なども含めて、アプローチの必要性が感じられた。直面することで不安になりやすい本人にとって作業療法は本人の楽しみ場として、個別対応(心理教育)は不安を解消する場として成り立ち、スタッフの適度な関わりにより生活を支えるなどの他側面からのチームアプローチが有効であったと考えられる。家族の希望である有料老人ホームへの退院が決まり、「自分の家で生活すること」との本人の希望が検討されるには至らなかった。急な決定に心の準備ができず寂しさが一時強くなったものの、自宅の向かいにあるという点や慣れ親しんだ地域での生活という点で、安心できたようである。

今後の生活の場が他県であるということもあり、今後本人やスタッフと直接関わる形でのフォローは困難と考えられ、退院後は本人や職員に対して、電話や手紙での情報交換を定期的に行った。退院から2ヵ月経過後、支援スタッフで本人の元へ訪問。電話では「変わりはない。元気にやっている」とする両者であったが、本人のこだわりをみせていることや、職員の対応に不満を訴えるなど、入院中の状況とは違いがみられた(元来の気質なのか?)。本人は「ここでの生活にはまあまあ満足している。頭にくることがあったら、直接本人に伝えることもあるが、家に外出するなどして気分転換をし、対処している」と話す。また朝起きたら自分の家を眺めて手を合わせ、運動をする…ということを目録にしておき、施設内の催し物などにも積極的に参加しているとのこと。他、利用者の世話や、自室前の小さな花壇を自分で手入れし園芸をするなど、活動的にこなしている印象であるため、頑張りすぎているかたずねると、「ときどきはやっぱりやりすぎることがある。でも、『これじゃいかん、(OTRとの)約束があった』と立ち止まるようにしている」と話された。スタッフには病気(気分障害・脊柱管狭窄症)に対する知識や、本人がどうしても「体の痛み」などに敏感になりやすく、その不安から精神状態も不安定になりやすいことを伝え、本人がやりすぎないように見守ってほしいとお願いした。

6. 考察

キーワーカー側としては、ゆっくり治療を進めていくことを提案したが、結局は家族の希望が優先され、支援の途中で退院となった。確かに本人が高齢ということもあり病気への知識や対応、様々な情報提供などをすべて理解するのは容易ではなかったと思うが、今回のケースでは本人のペースよりそれを介護する家族側の意向が優先された状況であり、スタッフ側からも家族支援を積極的に行い、本人の状態や対応を密に伝えることが必要であったと考えられる。また本人が今後利用できる資源として介護保険サービスが考えられたが、入院から地域へと生活の場が変わることで、提供できるサービスの違いもあり調整がとぎれやすく、つなぎ役としてのキーワーカーの存在は重要な役割であったと思われる。ただ他県で生活する本人への直接的な関わりは難しく、情報交換や電話・手紙といった関わりでは対応の限界も感じられ、実際に本人を訪問したことで得られたスタッフや本人の状況の違いからも、キーワーカーが直接関わっていくことの重要性が感じられた。スタッフにとっては不十分に感じた関わりであったが、本人にとっては電話や手紙が退院後の楽しみのひとつともなっており、病気になってから回復し、地域で生活していく過程を見守り、フォローする存在がいることは精神的な支えになっている様子であった。高齢者が住み慣れた環境で、いかに安心した生活が送れるかを支えるひとつとして、なじみの間柄の存在が有効であり、また、家族の理解をどのように得ていくのか、“自らの生活のありようを、自ら選択し決定できること”をキーワーカーがどのようにコーディネートしながら提供していくのかなどが必要になると思われる。

当院にとっては病院全体の意識改革など含めやらなくてはならないことが山積みであったが、この支援を実施することで必然的に病院内・外のシステムを再構築することとなり、それが長期入院を作ることを防ぐ一歩ともなったと考えられる。

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)

提供できるサービスの違いもあるため、高齢者が住み慣れた地域で生活していくためには、生活の場の変化に合わせ、継続して行動できるキーワーカーの存在が必要である。また高齢者の尊厳を支えるためには「こうありたい」と願う本人の希望や、家族の意見をいかにコーディネートするかが課題となると考えられる。

事例報告 Summary Sheet [施設名: Y病院 患者: T氏 78歳 女性] 男性 キーワーカー: M 職種 OTR 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	全身の痛みや気分の沈みを訴えほとんどの時間、自室にて臥床して過ごす。入院後発熱し、訴えや強くなり、希死念慮みられる。脊髄管狭窄症による痛みの訴えは、精神状態の不安定さも重なり過度である。	頭痛や下肢の痛みは持続しているが、気分の安定が見られ始め、デイルームでの食事が可能となる。NSの声かけにてADLや病棟活動に参加できはじめ。	「よくなってきて」との体感あり。ADL自立しプログラムを自分で確認し参加できている。他患が増えている。しかし病気が増え、不安を感じている。本人から言語化されることは少ない。	安定した生活だが日課理している運動が血圧が高いことがある。スタッフの声かけが必要。本人も「がんばりすぎているかも」と自覚あり。	老人ホームが完成したとの連絡があり、ご家族の希望にて急に退院の準備ができて不安や不眠の訴えが増え、スタッフのフォローを密に行う。	退院後A県での生活となるが自宅のすぐそばに自宅がある。本人になじみのある環境の中での生活を送っている。入院中と違い、不満を訴えるなど自分とがたわりとあること。未実施
ケア会議の概要と目標設定	未実施	未実施	ご本人・ご家族に支援の説明を行い、同意を得る。	ケア会議実施。不安の対処方法と現在の調子を維持する事、脊髄管狭窄症の対応について実施。	未実施	未実施
薬物療法	アリセプト(5)IT デパス(0.5)2T ピタメゾン ドラール(20)IT 不眠時:アモバン(10)IT 疼痛時:フアルケン追加:パファリン 81IT ネオユモール 3.0 ノルバスタク(5)IT ワブレチド2T パキシシル(10)IT	ドラール→アモバンに変更	アモバン中止	ノルバスタク→アムロジピンに変更	変更なし	ピタメゾン→中止 パファリン81→バイアスピリンに、ネオユモール→セルベック細粒に変更 追加:ベネト錠 未実施
早期作業療法	入院当日、本人に挨拶を行うも「体の痛みを早くとってほしい」と悲観的に訴える。定期的に声かけを行う。	身体評価をし、身体的にも心理的にも過度な量とならないよう活動量の調整を図る。集団活動への参加を開始。	活動の幅を広げ、園芸や外出(体換)などを実施。間作りの楽しみ・仲間作りなどの場となっている様子。	買い物や調理などの機会を設けることがなく、もうできなくなってきたと思っていた」と話す。	退院が決まり、本人にとっては「思い出作り」と気分転換にととらえながら活動に参加し、交流を楽しんでいる。	未実施
早期心理教育	未実施	周りの希望に答えようという思いが強い傾向にあり、「同居は我慢をしていた」と話す。ベッドサイドでの関わりを実施。	本人の心理負担を考慮し、個別でのマッサージュや散歩など気分転換の場を作り、その中で本人の思いや感じていることを話してもらおう。	調子＝身体的なことととらえがち。同時に心の状態にも配慮する事や頑張りすぎない事、調子を伝えられるようにする事を確認する。	不安に対しての傾聴、対処方法について確認。問題に直面することや不安が起こりやすい傾向があり病棟スタッフのフォロー実施。	未実施
資源制度情報提供	家族に主治医から症状の説明。家族は「症状が改善したら症例の地元であるA県の有料老人ホームへの入居が次男宅での同居を考えている」とのこと。	未実施	ご本人に今後の希望をうかがう。次男夫婦の意見に任せるとしなごらも「みんなの迷惑にならない方がいい方がいい」と希望。	脊髄管狭窄症に対して身障手帳取得が可能かPSWが検討。自立支援法により介護保険法が優先される為、取得困難。	未実施	未実施
家族支援	入院当日、作業療法の説明を行う。まだ症状が強いため、積極的な関わりは症状が安定しはじめてから行うっていくことを伝える。	面会時に現在の状態や活動を開始したことを説明。お嫁さんは定期的に面会があるが、息子さんには本人に会わずに介護1	家族へ支援の説明を行う。夫婦で意見が分かれ、どうしたらいいのか困っているとのこと。病棟行事にて次男さん初めて面会あり。	今後の方向性に目が向きがちで本人の調子には気がつきにくい。不調を訴えた際、頑張りすぎてしまう対応をとりがちである為アドバイスを行う。	ENT 決定後、準備で忙しいという家族と、電話連絡を中心に調整を行う。	TELにて連絡を行う。退院後、次男夫婦が定期的に会いに行くなどし関係は保たれている様子。「ゆっくくり過ごせている」とのこと。
地域連携その他	未実施	介護認定再判定→要介護1	担当ケアマネージャーへ連絡し、支援の概要を説明。今後の方向性について情報提供を依頼する。	ケア会議の資料をケアマネへ送付。電話にて会議内容から推測されるサービスを検討。	退院先へ情報提供・支援の説明し協力を依頼する。またケアマネに状況を伝える。	本人と元へ訪問。これまでと現在の状況の違いについて施設職員と情報交換・検討を行う。

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。

研究アドバイザー

野中 猛（日本福祉大学 教授）

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

研究協力者

武藤 健大	北見赤十字病院	北海道
香山 明美	宮城県立精神医療センター	宮城県
太田 美津子	竹田総合病院（精神科）	福島県
広津 成美	榛名病院	群馬県
足立 千啓	訪問看護ステーション ACT-J	千葉県
高橋 章郎	北原リハビリテーション病院	東京都
佐藤 拓也	武田病院	神奈川県
岡本 利子	嶺南病院	福井県
本庄 美香	住吉病院	山梨県
島田 岳	滝澤病院	長野県
黒瀬 亜由美	西川病院	島根県
青山 克実	萩病院（麻生リハビリテーション専門学校）	山口県
成松 美和	和ホスピタル	愛媛県
中村 篤	福岡病院	福岡県
若松 伸宏	福岡県立精神医療センター太宰府病院	福岡県
小樋 信貴	八幡厚生病院	福岡県
山下 佐織	いぬお病院	佐賀県
田尻 威雅	桜ヶ丘病院	熊本県
宮原 卓	吉野病院	鹿児島県
古賀 雅子	宮里病院	沖縄県