

1. 研究の目的

この研究では、精神科病院を退院した人、または通院を継続している人に対して提供される、デイケア、外来作業療法、訪問看護などが生活能力の向上に及ぼす影響、およびリハビリテーションサービスとしてそれぞれが提供すべき支援内容を明確にすることを目的としています。

2. 研究の方法

あなたが通院している病院に協力してもらい、あなたの生活を支援するスタッフが集まり「ケア会議」を行います。ケア会議では、あなたがデイケア（ショートケア）、外来作業療法、訪問看護、その他のサービスのうち、どれを利用するのかを決めます。複数のサービスを利用することもできます。

あなたにお願いしたいことは、次の3つです。

- ① できるだけ「ケア会議」に出席してください。
- ② 研究期間（平成21年9月～平成22年1月）の最初と最後にいくつかの評価（検査・調査）を行いたいのので協力してください（※ 調査・アンケートにはご家族に記入していただくものもあります）。
- ③ 支援を担当する人（キーワーカーと呼びます）が、②の評価結果とあなたの通院の経過をまとめた「事例報告書」を作成し、日本作業療法士協会に提出することに同意してください。

事例報告書には、平成21年9月～平成22年1月の間に、①ケア会議で決まったこと（方針や計画）、②実際に行った支援・活動、③あなたの生活に役立ったこと・役立たなかったこと、などをまとめます。氏名や生年月日、住所などは書きません。

提出された評価結果と事例報告書は、日本作業療法士協会が内容を整理し、デイケア、外来作業療法、訪問看護などが生活能力の向上に及ぼす影響と、それぞれのサービスが提供すべき支援内容を検討します。

3. データの利用範囲

提出された評価データと事例報告書は、日本作業療法士協会が「質の高い外来医療・リハビリテーションの在り方」を提言していくための基礎資料として利用し、その他の目的では使用しません。

4. 取りやめの自由について

研究への参加・協力を同意するかどうかは、あなたの判断で決めてください。同意しないことであなたが不利益を受けることは何もありません。また、一旦同意した後も、これを取りやめることができます。その場合には担当のキーワーカーに申し出てください。

5. 人権擁護と個人情報の保護について

日本作業療法士協会では、あなたの人権を尊重し、個人情報の保護について最善の注意を払います。事例報告書には、個人が特定されるような氏名や住所などの記載はしません。

また、提出された評価結果、事例報告書、同意書は、(社)日本作業療法士協会個人情報保護規程(第8条)の定める統括個人情報管理者が責任をもって管理し、情報の改ざん、漏洩、紛失等の防止を徹底いたします。

社団法人日本作業療法士協会 統括個人情報管理者
荻原 喜茂
(社団法人日本作業療法士協会事務局長)
事務局：〒111-0042 東京都台東区寿 1-5-9 盛光伸光ビル 7 階
社団法人日本作業療法士協会 事務局
TEL：03-5826-7871 FAX：03-5826-7872

なお、事例報告書の扱いと研究の実施にあたっては、次の法律、ガイドライン、倫理指針等に準拠し、あなたの人権擁護と個人情報の保護を保障します。

- 1) 個人情報保護法(平成17年4月)
- 2) 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(平成16年12月24日厚生労働省)
- 3) 作業療法ガイドライン・作業療法士業務指針・倫理綱領(平成15年8月31日(社)日本作業療法士協会)
- 4) 臨床研究に関する倫理指針(平成15年7月30日厚生労働省告示第225号、平成16年12月28日全部改正、平成20年7月31日全部改正)
- 5) 疫学研究に関する倫理指針(平成14年6月17日文科科学省・厚生労働省告示第2号)
- 6) 遺伝子治療臨床研究に関する指針(平成14年3月27日文科科学省・厚生労働省告示第1号)
- 7) ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針(平成13年3月29日文科科学省・厚生労働省・経済産業省告示第1号)
- 8) 遺伝医学と遺伝サービスにおける倫理的諸問題に関して提案された国際的ガイドライン
(Report of a WHO Meeting on Ethical Issues in Medical Genetics. Geneva, 15-16 December 1997)

6. キーワーカーの氏名と連絡先

(*このページはご本人または代諾者にお渡してください)

事例報告に関する問い合わせや、研究への参加を取りやめたい場合は、以下のキーワーカーにご連絡下さい。

事例報告者（キーワーカー）

氏 名： _____

連絡先： _____

TEL _____

FAX _____

施設長 殿

(社)日本作業療法士協会
会長 中村 春基

研究協力をお願い

拝啓 貴施設におかれましては益々ご盛栄のこととお慶び申し上げます。

また、平素より当協会の活動につきましては、格段のご配慮を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度(社)日本作業療法士協会では、平成21年度厚生労働省・援護局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)の国庫補助を受け、「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」を実施することとなりました。

本研究では、精神科病院から退院した患者、もしくは入院経験がなく通院医療を受けている患者に対して提供されるデイケア、外来作業療法、訪問看護等が患者の生活能力向上に及ぼす影響、および質の高い通院リハビリテーションサービスとして、それぞれが提供すべき支援内容を明確に示すことを目的とします。具体的には以下の手順で研究を進めます。

- ① 研究協力者による委員会を設置し、通院医療における質の高いリハビリテーションサービスのあり方を検討する。
- ② ①で検討された内容に沿って協力施設においてモデル的な実践を行う。
- ③ 実践例よりデータを収集し、3群(急性期病棟から退院した群、長期入院後退院した群、入院経験がない通院群)に適した、より効率的で質の高い通院医療におけるリハビリテーションのあり方を検討し明確にする。

そこで、会員の所属する病院の協力を得てモデル的な実践を行い、その結果を、事例報告書をもとに調査したいと存じます。研究期間は年度内(平成22年3月末まで)であり、プログラム実施期間は退院後から約4ヶ月間、調査期間は平成21年9月～平成22年1月を予定しています。

つきましては、貴施設に本研究への協力をお願いしたいと存じます。急なお願いで誠に恐縮ではありますが、研究の趣旨をご理解いただき、協力のご承諾を賜りますようお願い申し上げます。なお、研究計画の詳細につきましては、別紙「概要説明・研究の手引き」をご参照いただければ幸いに存じます。

ご承諾いただける場合は、お手数ですが「承諾書」にご署名をお願いいたします。ご面倒をお掛けしますが、何卒宜しくお願い申し上げます。

敬 具

[問い合わせ・連絡先]

〒111-0042 東京都台東区寿 1-5-9 盛光伸光ビル7階
(社)日本作業療法士協会事務局
平成21年度障害者保健福祉推進事業
担当：杉田
TEL：03-5826-7871 FAX：03-5826-7872
E-mail：j-sugita@jaot.or.jp

2009年8月21日

殿

社団法人 日本作業療法士協会
会 長 中 村 春 基

「平成21年度障害者保健福祉推進事業」
研究事業へのご協力のお願い（依頼）

謹啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

また、平素より（社）日本作業療法士協会の活動につきましては、格段のご配慮を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度当協会では、平成21年度厚生労働省・援護局障害者保健福祉推進事業（障害者保健福祉推進事業）の国庫補助を受け、「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」を実施することとなりました。

つきましては、下記の通り研究を行なうこととなりましたので、誠に恐縮ではありますが、本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

今後とも、当協会の活動に対するご理解とご支援をお願い申し上げます。

敬白

記

①事業研究名：「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療における

リハビリテーションのあり方に関する研究」

②主要目的：精神科病院から退院した患者、もしくは入院経験がなく通院医療を受けている患者に対して提供されるデイケア、外来作業療法、訪問看護等が患者の生活能力に及ぼす影響、および質の高い通院リハビリテーションサービスとして、それぞれが提供すべき支援内容を明確に示すことを目的とする。

③協力内容：この研究事業の大きな柱となります「ケア会議」等、対象者を支援する会議等への出席や情報提供をお願い致します。実施期間は退院後の約4ヶ月間を予定しております。

④期 間：平成21年9月1日 ～ 平成22年3月31日

⑤そ の 他：詳細については、各研究協力病院の担当者よりご連絡をさせていただきます。

以上

[問い合わせ・連絡先]

社団法人 日本作業療法士協会事務局

平成21年度障害者保健福祉推進事業

事務担当：杉田

〒111-0042 東京都台東区寿 1-5-9 盛光伸光ビル 7F

TEL：03-5826-7871 FAX：03-5826-7872

(別紙-4)

(社)日本作業療法士協会
会 長 中 村 春 基 様

承 諾 書

貴協会より依頼のありました、「精神科デイケア，外来作業療法，訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」への協力を承諾致します。

なお，事例報告と同意書については，臨床研究の倫理指針，個人情報保護規程等に基づき厳正に取り扱いいただきますようお願い致します。

年 月 日

施 設 名 : _____

施設長名 : _____ 印

(別紙-2)

(社) 日本作業療法士協会
会長 中 村 春 基 様

私は、(社) 日本作業療法士協会が行う「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」について、対象者または代諾者に同意説明文書に基づく説明を行い、事例報告を提供することの是非を判断するための十分な時間を設けました。

【説明した項目】

1. 研究の目的
2. 事例報告の方法
3. 登録された事例報告の利用範囲
4. 取りやめの自由について
5. 人権擁護と個人情報の保護について
6. 担当者の氏名と連絡先

担当者 : _____

同 意 書

私は、(社) 日本作業療法士協会が行う「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」について、担当者より同意説明文書に基づく説明を受け、その内容を十分理解しました。

上記の担当者が事例報告を提供することに同意します。

同意日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

署 名 : _____

代諾者 : _____ 続柄 (_____)

(※本書は1部を(社)日本作業療法士協会事務局に送付し、1部を担当者が保管してください。)

(別紙-1 対照用)

同意説明文書

この同意説明文書は、(社)日本作業療法士協会（以下、協会とします）が行う「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」に関連し、検査・調査にご協力いただける方より、同意を得ることを目的に作成されました。

キーワーカーは、次の 1～6 について十分な説明を行い、検査・調査データの提供について同意を得てください。

1. 研究の目的（お願いする理由）
2. 検査・調査の内容
3. 検査・調査の利用範囲
4. 取りやめの自由について
5. 人権擁護と個人情報の保護について
6. 担当者の氏名と連絡先

検査・調査データの提供に同意するかしないかは本人または代諾者^{注-1}の判断によって決めていただきます。本人が未成年者の場合^{注-2}、インフォームド・コンセントを受けることが困難な場合には、施設長の許可を得たうえで代諾者より同意を得てください。

（＊なお、研究協力病院が有する様式を、本同意書に代えることができますこととします）

注-1：代諾者になっていただく方々は以下の通りです。

- 1) 本人が未成年の場合
親権者（複数の場合はそのどちらか）または未成年者後見人（対象者に親権者がいない場合）。
- 2) 本人が成年であって、認知症や意識障害等によって有効なインフォームド・コンセントを得ることができないと客観的に判断される場合には、以下の順序で代諾者になっていただく。
任意後見人（但し任意後見監督人選任後であること）、後見人、保佐人等が定まっている場合はその順序。これらが定まっていない場合は、本人の配偶者、成人の子、または父母、およびそれらに準ずると考えられる人の中から自薦にて就任していただく。

注-2：本人が 15 歳以上の場合には、代諾者とともに本人からの同意も必要になります。

1. 研究の目的（お願いする理由）

この研究では、外来通院している人達に、精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護がどのように役立つのかを調査します。そのために、通院している人達に検査・調査を行うのですが、その結果を、入院をしている人達と比較したいのです。

ついては、あなたにもその検査・調査をおこなって頂きたいのです。あなたにお願いする理由は、今回、対象となった人（通院している人）と、年齢、性別、診断名などの特徴が共通しているからです。

2. 検査・調査の内容

検査・調査は次のものを行います。

- ① 機能の全般的評定尺度（GAF：精神的な健康状態を調べます）
- ② 簡易精神症状評価尺度（BPRS：精神症状の強さを調べます）
- ③ 日本版統合失調症認知機能簡易評価尺度（BACS-J：記憶力や考える早さなどを調べます）
- ④ 生活体験チェックリスト（ISDA：生活の状態を調べます）

①と②はスタッフが記入します。結果を知りたい場合はキーワーカーにご相談ください。③はいくつかの問題に答えていただきます。④はあなたに直接記入していただくものです。

3. 検査・調査の利用範囲

検査・調査の結果は、この研究のなかで「通院群」との比較データとして扱われます。それ以外の目的では使用されません。

4. 取りやめの自由について

検査・調査結果の提供に同意するかどうかは、あなたの判断で決めていただきます。たとえ同意しない場合も、あなたが不利益を受けることは何也不会あります。また、一旦同意した後も、これを取りやめることができます。その場合はキーワーカーに申し出てください。

5. 人権擁護と個人情報の保護について

協会では、あなたの意思を尊重し、個人情報の保護について最善の注意を払います。提出いただく検査・調査の結果は「入院群」の平均値として扱われますので、あなたの氏名などは記入しなくて構いません。

6. キーワーカーの氏名と連絡先（わからないことはいつでも確認してください）

氏 名：_____ 連絡先：_____

(社) 日本作業療法士協会会長 中 村 春 基 様
様 (施設長・キーワーカー等)

私は、(社)日本作業療法士協会が行う「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」に関連し、必要となる検査・調査結果の提供について、担当者より次の項目について説明を受け、内容を十分理解しました。

(説明を受けた内容)

1. 研究の目的・お願いする理由
2. 検査・調査の内容
3. 検査・調査の利用範囲
4. 取りやめの自由について
5. 人権擁護と個人情報の保護について
6. 担当者の氏名と連絡先

署 名 : _____

代諾者： 続柄（ ）

— 48 —

障害者自立支援調査研究プロジェクト 施設チェックリスト （日本作業療法士協会）

施設名

記入日 2009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. 2009年9月1日現在)			床
3. 平均在院日数(2009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)			

GAF：機能の全体的評定尺度（Global Assessment of Functioning）

氏 名：_____（_____歳） 男 ・ 女 入院 ・ 外来

実施日：_____年 _____月 _____日 記載者：_____

精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮せよ。身体的（または環境的）制約による機能の障害を含めないこと。

コード（注：例えば、45、68、72のように、それが適切ならば中間の値のコードを用いること）

コード	説 明	得点
100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。	
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ（例：試験前の軽い不安）、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社交的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまに、家族と口論する）。	
80-71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない。（例：学業で一時遅れをとる）。	
70-61	いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）、または、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある（例：時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする）が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。	
60-51	中等度の症状（例：感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある）、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害（例：友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤）。	
50-41	重大な症状（例：自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引する）、または、社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害（友達がいない、仕事が続かない）。	
40-31	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥（例：会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる）、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥（例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない）。	
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意思伝達か判断に粗大な欠陥がある（例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）、または、ほとんどすべての面で機能することができない（例：一日中床についている、仕事も家庭も友達もない）。	
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか（例：死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮）、または、時には最低限の身の清潔維持ができない（例：大便を塗りたい）、または、意思伝達に粗大な欠陥（例：ひどい滅裂か無言症）。	
10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている（例：何度も暴力を振るう）、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為。	
0	情報不十分	

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)/Oxford 版

患者名		施行日			年			月			日			施行者		
重症度を表す数字の中で患者の現在の状況を最もよく示す番号に ○をつけて下さい		無 し	ごく 軽 度	軽 度	中 等 度	やや 高 度	高 度	非 常 に 高 度								
1. 心気的訴え	身体・健康状態についての関心の程度・身体・健康状態に関する訴えに相当する臨床所見に有無にかかわらず評価する。身体的原因があれば欄外に記入する	0	1	2	3	4	5	6								
2. 不安	心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。言語的な訴えのみにもとづいて評価し、身体的兆候からは推論しない(後者は緊張の項で評価する)	0	1	2	3	4	5	6								
3. 感情的引きこもり	面接状況に対する関与の欠如。感情的接触を評価する。観察にもとづいてのみ評価する(ここでは抑うつ、不安、その他の感情表出に由来する接触障害は評価しない)	0	1	2	3	4	5	6								
4. 思考解体	思考形式の障害、主に観察にもとづく評価	0	1	2	3	4	5	6								
5. 罪業感	過去の行為についての叱責、自責、自己批判、罪を受けて当然だと思う	0	1	2	3	4	5	6								
6. 緊張	不安(激越にまでおよぶ)、緊張、過敏焦燥の身体的および運動機能における兆候。観察にもとづく評価	0	1	2	3	4	5	6								
7. 衝動的な行動や姿勢	風変わり、常同的、不適切、奇妙な行動および態度。観察にもとづく評価	0	1	2	3	4	5	6								
8. 誇大性	過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命	0	1	2	3	4	5	6								
9. 抑うつ気分	悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には患者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし、罪業感、運動減退、心気的訴えは考慮に入れない	0	1	2	3	4	5	6								
10. 敵意	他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表現。面接場面外のイライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身より報告され、最近の病歴から知られているもの。面接者に対する敵意は非協調性で評価する	0	1	2	3	4	5	6								
11. 疑惑	患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係念慮や迫害妄想まで含める。ここには申そう気分も含める	0	1	2	3	4	5	6								
12. 幻覚	外界から刺激のない知覚、錯覚や明瞭な精神的表象からは区別する	0	1	2	3	4	5	6								
13. 運動減退	運動および会話の速度の量的低下、患者の行動観察のみから評価	0	1	2	3	4	5	6								
14. 非協調性	面接者および面接状況に対する敵意や抵抗。観察にもとづく評価	0	1	2	3	4	5	6								
15. 思考内容の異常	通常では見られない、奇妙、奇怪な思考内容。すなわち強迫観念、優格観念、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度を評価しない	0	1	2	3	4	5	6								
16. 感情鈍磨もしくは不適切な情動	感情緊張の低下もしくは不適切、並びに正常な感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や試行内容に対して不適切。観察にもとづく評価	0	1	2	3	4	5	6								
17. 高揚気分	健康感の増大から、多幸症と軽躁、さらには躁状態と恍惚状態まで	0	1	2	3	4	5	6								
18. 精神運動興奮	会話と行動の量と出現率の増大。観察にもとづく評価	0	1	2	3	4	5	6								

生活体験チェックリスト

(現在の生活の様子を教えてください)

記 載 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏 名 : _____

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 年 齢 : _____ 歳

(男性 ・ 女性) (入院 ・ 外来)

主 治 医 : _____ キーワーカー : _____

1. 現在の生活について、あてはまるところに線で印をつけて下さい

※ (記入例) 0 | 100
/

〔睡眠について〕
 寝つき (大変悪い) 0 | 100 (大変良い)

朝の目覚め (大変悪い) 0 | 100 (大変良い)

眠った感じ (大変悪い) 0 | 100 (大変良い)

〔食事について〕
 食欲 (全くない) 0 | 100 (非常にある)

空腹感 (全くない) 0 | 100 (非常にある)

食事量 (食べない) 0 | 100 (全て食べる)

〔整容について〕
 洗面・歯磨き (言われてする) 0 | 100 (自分からする)

着替え (言われてする) 0 | 100 (自分からする)

〔現実感について〕 健康な時を「普通」として答えて下さい

生活感 (あいまい) 0 | 100 (普通)

時間感覚 (あいまい) 0 | 100 (普通)

五感 (鈍感/敏感) 0 | 100 (普通)

〔作業遂行について〕健康な時を「普通」として答えて下さい

身体の動き	(重い/鈍い/変な感じ)	0	_____	100 (普通)
集中力	(落ちている)	0	_____	100 (普通)
持続力	(短い)	0	_____	100 (普通)
思考	(まとまらない)	0	_____	100 (普通)
効率性	(遅い/手際が悪い)	0	_____	100 (普通)
休息感	(ほっとできない)	0	_____	100 (普通)
とりかかり	(おっくう)	0	_____	100 (普通)
やる気	(出ない)	0	_____	100 (普通)

2. 現在の行動範囲（出かける場所）について教えてください

(例：作業療法室、デイケア、本屋など)

3. 生活のなかで関わりをもつ人はだれですか

(例：両親、医師、保健師、友人など)

4. あき時間をどのように過ごしていますか

(例：寝ている、散歩をする)

5. 現在気になっていること、心配なことなどをお書きください

精神科リハビリテーション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

ケアマネージャー

アンケート実施日 年 月 日

このたびは、「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」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外来及び在宅で受けた治療・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) 精神科リハビリテーションプログラム全体に満足していますか？



満足



普通



不満



3) 外来作業療法は役に立つと思いましたか？



大変役に立つ



普通



役に立たない



4) デイケアは役に立つと思いましたか？



大変役に立つ



普通



役に立たない



5) 訪問看護は役に立つと思いましたか？



6) 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) 生活技能向上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



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



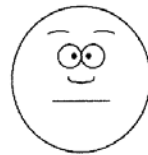
満足できない



13) 精神科リハビリテーションで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。

精神科リハビリテーション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

ケアマネージャー

アンケート実施日 年 月 日

このたびは、「精神科デイケア，外来作業療法，訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」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・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) 精神科リハビリテーション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) 外来作業療法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) デイケア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) 訪問看護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) 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）

7) 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）

8) 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）

9) 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）

- 10) 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)
- 12) 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)
- 13) 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)
- 14) 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)
- 15) 精神科リハビリテーションで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)
- 16) 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)
- 17) 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)
- 18) 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。

精神科リハビリテーション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

ケアマネージャー

アンケート実施日 年 月 日

このたびは、「精神科デイケア，外来作業療法，訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」にご協力いただきましてありがとうございました。

今回の研究に協力・参加いただいた経験をもとに『本研究内容と効率的で質の高い通院ん医療におけるリハビリテーション』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) 精神科リハビリテーション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) 外来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) デイケア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) 訪問看護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) 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）

7) 退院時に多職種（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) 今回の研究を通して疾病管理や生活技能等の向上に向けた支援技術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）

9) 今回の研究を通して精神科リハビリテーションサービスについて以前より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) 今回のプログラムが医療と自立支援法等の地域サービスとの連携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)

11) 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？

(3 : はい 2 : どちらともいえない 1 : いいえ 0 : 該当せず)

12) 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)

13) 今後の通院医療における精神科リハビリテーションサービス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。

より良い地域生活を送るためのケアプラン表

あなたの担当者

将来の目標

医師: -Ns(外来: 訪問:)

SW: CP: OT(外来: 訪問:)

デイケア・ショートケア:

保健師:

作業所: グループホーム:

地域生活コーディネーター:

当面(この1ヶ月)の目標

ケアプラン

	具体的に言うこと	担当者	いつ～いつまでに	何回ぐらい
生活面				
心理面				
健康面				
家族支援				
地域資源利用				
その他				

ケアプラン作成日H 年 月 日 見直し予定日H 年 月 日

説明日H 年 月 日 ご本人署名()ご家族署名()

事例集

事例整理票＜事例＞

事例 No	利用した外来 リハ分類	分類	氏名	年齢	性別	診断	キーワー カー	研究期間 (日数)	入院期間	入院回数	プログラム開始 時期(入院・も しくは初診日か らの日数)	入院中のプロ グラム	外来での医療にお けるプログラム	ケア会議 開催回 数	ケア会議参加者	退院後の支援・連携(医 療側)	退院後の支援・連携(地 域側)
1	外来OT	1	S氏	20	M	統合失調症	OT	150	0	0	22	無し	OT(運動)、心理教育、家族支援、再発防止プログラム	3	本人・母・相父母・叔父・主治医・作業療法士	外来OT	無し
2	外来OT	1	M氏	36	F	統合失調症	OT	67	0	0	57	無し	外来OT(陶芸・草細工)	1	本人・夫・主治医・訪問Ns・作業療法士・PSW・地域生活支援センタースタッフ(PSW)	受診・訪問看護、外来OT、家族教室(2月参加予定)	地域生活支援センター訪問と活動参加。活動への移動(バス)の付き添い
3	外来OT	1	Y氏	29	F	統合失調症	OT	136日	0	0	945	無し	ルグループ・調理・手芸、心理教育、家族支援	2	長・障害者就労生活支援センター職員・保健師・精神保健福祉士・本人・主治医・PSW・デイケアスタッフ・訪問看護スタッフ・OTR	外来OT	養護老人ホームでの就労訓練、健康福祉センター、障害者就労・生活
4	外来OT	2	O氏	39	M	統合失調症	OT	90	30	6	5475	心理教育、作業療法、情報提供	作業療法	2	本人・主治医・PSW・看護スタッフ・OTR	外来OT	地域生活支援センター
5	外来OT	2	A氏	22	M	統合失調症	OT	77	41	3	4	無し	OT(スポーツ、創作活動)	5	援事業所サービス管理者・グループホーム世話人・訪問看護師・作話人・訪問看護	外来OT・訪問看護	就労継続支援事業所、グループホーム
6	DC・SC	2	F氏	27	M	統合失調症	OT	92	47	2	36	院内OT、精神療法	SC・DC利用、就労継続支援事業見学	4	Dr・Ns・PSW・CP・OTR・DC・外来Ns・外来PSW	DC、SC、外来受診	就労継続支援事業所見学
7	DC・SC、外来OT	2	M氏	57	M	統合失調症	OT	130	62	4	365	OT	OT(脳トレ、麻酔)、心理教育、家族支援、再発防止プログラム、生活防止プログラム	2	本人・主治医・キャリアカウンセラー・精神保健福祉士・作業療法士	外来OT、SC	無し
8	外来OT、訪問	2	A氏	40	M	統合失調症	OT	148	95	3	37	OT(絵画)、心理教育	OT(絵画)、心理教育	3	本人・主治医・作業療法士・精神保健福祉士	外来OT・訪問看護	就労継続支援A、B型事業所・障害者職業センター
9	DC・SC、訪問	2	H氏	59	M	統合失調症	OT	136	122	10	1825	心理教育、作業療法、情報提供、集団療法	心理教育、作業療法、情報提供、集団療法	2	本人・主治医・PSW・R(院内訪問看護、デイケア)・看護師(訪問看護)	デイケア、ショートケア、訪問看護	役所
10	外来OT、訪問	2	Y氏	37	M	統合失調症	PSW	106	129	2	239	OT、心理教育、訪問看護、就労支援	OT、心理教育、訪問看護、就労支援	3	本人・母親・就労支援ワーカー・公共職業安定所職員・PSW・作業療法士	薬物療法、外来作業療法、訪問看護、就労支援	就労支援
11	DC・SC	2	I氏	31	M	統合失調症	OT	108	134	1	30	心理教育、フレンドリーケア、家族心理教育	心理教育、フレンドリーケア、家族心理教育	3	本人・父・兄・主治医・OTR・Ns・CP・PSW、保健所	デイケア	保健所
12	DC・SC、訪問	2	K氏	33	M	統合失調症	OT	99	137	1	250	リラクゼーション、手工芸	再発防止プログラム、心理教育	3	(OT)、デイケア(OT、助手)、地域生活支援センター(OT)	デイケア、訪問看護	地域生活支援センター
13	DC・SC、訪問	2	U氏	64	F	統合失調症	OT	125	155	10	39	院内OT、体験デイケア	院内OT、体験デイケア	6	Dr・Ns・PSW・CP・OTR・DC・外来Ns・外来PSW	DC、外来受診、訪問看護	無し
14	DC・SC	2	O氏	21	M	統合失調症	OT	51	162	1	65	OT、心理教育、SST、DH試験通所	OT、心理教育、SST、DH試験通所	3	本人・母・主治医・作業療法士・保健師・医事	DH	保健所
15	DC・SC	2	T氏	19	M	統合失調症	OT	114	179	1	180	作業療法、お茶、足湯、ソフトラボール、ダンス、運動	(テニス、ソフトボール、調理、園芸、読書音楽聴取、行事、茶道散歩)	1	本人・母・主治医・作業療法士・PSW、心理士・デイケア担当医	デイケア、外来	無し
16	DC・SC、訪問	2	H氏	21	M	統合失調症	OT	104	245	1	245	OT	デイケア、訪問、家族支援、就労支援	4	本人・母・父・看護師・キョウワーカー・作業療法士	デイケア、訪問	無し
17	DC・SC、訪問	2	Y氏	29	M	統合失調症、統合失調症、精神発達遅滞	OT	120	250	1	0	無し	OT、心理教育、情報提供、家族支援	4	本人・母・作業療法士・精神保健福祉士・作業療法士・地域支援センター	DC・SST・訪問看護・家族支援、心理教育	地域支援センター(相談業務・就労支援)
18	外来OT、訪問	2	O氏	34	M	統合失調症	OT	118	403	5	396	作業療法、行	OT、心理教育、訪問看護、家族支援	3	本人・父親・母親・保健師・医師・看護師・PSW・作業療法士	薬物療法、外来作業療法、訪問看護、電話相談(精神保健福祉士)	電話相談(保健師)
19	DC・訪問	3	Y氏	61	M	統合失調症	PSW	60	90	2	30	作業療法、行事、音楽、体力維持	重度認知症デイケア、訪問看護	2	PSW・OT・保護課(CW、GA)、居住サポートセンター・ヘルパー・訪問N	重度認知症デイケア、訪問看護	保護課・ヘルパー

20	外来OT	3	K氏	43	M	統合失調症	OT		138	191	1	5	OT	OT(運動・ハソコ)・ 再発防止・生活技 能向上	1	本人・主治医・担当作 業療法士・人事課課 長・係長	外来OT・診察	職場、人事課
21	DC・SC・訪問	3	K氏	57	M	統合失調症	PSW		123	432	6	433	無し	DCのプログラムに 心理教育、SST・ 就労支援	3	本人・妹・Dr・PSW・訪 問Ns・DC及び入院 OT・就労支援員・シヨ 用主	訪問Ns	就労支援員・シヨ ブ・行政職員・雇 用主
22	DC・SC	3	M氏	20	M	統合失調症	OT		145	452	1	452	作業療法	家族心理教育・運 動プログラム・認知 リハなど	4	本人・母・父・PSW・主 治医・作業療法士 相談支援専門員・ケア ホームスタッフ・PSW・ OTR	デイケア・医療福祉相談 室	4月以降は地域支援セン ター・使用予定(現在順番 待ち)
23	DC・SC	3	K氏	46	F	統合失調症	OT		131	1251	3	491	OT、心理教 育、家族支援	DC、家族支援 プログラム、生活技能 向上、訪問、生活技能 訓練、情報提供、心 理教育	1	本人・主治医・デイク ケア担当CP、OT、PSW	DC、作業療法	退院支援事業、地域生 活支援センター、ケア ホーム、作業所
24	DC・SC	3	O氏	39	M	統合失調症	OT		105	2095	2	95	個別、集団作業 療法、心理教育、 外出、外泊訓練	OT、訪問、生活技 能訓練、情報提供、 心理教育	3	本人、主治医、デイク ケア担当CP、OT、PSW	デイケア、診察、訪問支 援	無し
25	外来OT	3	T氏	43	M	統合失調症	OT		139	2319	13	24	個別、集団作業 療法、心理教育、 外出、外泊訓練	OT、訪問、生活技 能訓練、情報提供、 心理教育	3	本人、主治医、OT、 PSW	外来OT、診察、訪問支 援	無し
26	DC・SC	3	S氏	44	F	統合失調症	OT		120	3010	3	0	無し	無し	2	理士・精神保健福祉 士・作業所・地域支援 センター	DC心理教育	作業所・家族支援
27	DC・SC	3	M氏	62	M	統合失調症	OT		147	7531	3	504	OT、心理教 育、家族支援	発防止プログラム 就労支援、家族支 援(家族会)	2	ケアホームスタッフ・相 談支援専門員・心理 士・作業療法士	DC、作業療法	退院支援事業、地域生 活支援センター、ケア ホーム、市職員
28	外来OT	4	Y氏	40	M	うつ病、アス ペルガー一障 害(疑い)	OT		135	82	2	5	OT	OT(運動・ハソコ)・ 生活技能訓練	1	本人・主治医・担当作 業療法士	外来OT・診察	職場産業医
29	外来OT	4	K氏	29	M	うつ状態	OT		138	137	1	1	OT	OT(運動・ハソコ)・ 再発防止・生活技 能向上・検定受験	1	本人・主治医・担当作 業療法士	外来OT・診察	ハローワーク等

※分類

1 入院経験のない群

2 比較的早期に退院した群

3 長期入院後に退院した群

4 気分障害群

施設名： A センター 報告者 (キーワーカー)： K

プログラム： ☐DC・SC ☒外来 OT ☐訪問看護 ☐その他 () どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介： ☐比較的に早期に退院した人， ☐長期入院後に退院した者人， ☒入院経験のない人 (どれかに■)

[基礎情報] 氏名： S， 年齢： 20 歳， 性別： 男性， 診断： 統合失調症

[現病歴] これまで経過： 高校 2 年時， 部活 (野球部) で先輩との関係が悪くなり， 部活やクラスの中で嫌われていると感じるようになり， 部活を辞めた。 高校 3 年になると人と全く話さなくなり， 大学に入ってから人を避けるようになった。 大学 2 年の X 年 4 月頃「人の目が気になる」， 「人の声が聞こえる」， 「人につけられている気がする」などの症状が出現したので， 大学を中退し実家へ戻った。 母親が心配し， 当院を受診し外来通院と外来作業療法が開始した。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力， 生活技能， 家族の支援力等を記入してください)

(1) 「人の目が気になる」 「人の声が聞こえる」 など体験を病的な体験として言語化でき， 治療に対するモチベーションが高い。 一方で， 疲労や回復の状態， 感情を自覚したり表現することが苦手で， 援助が必要と思われる。

(2) 一年後には大学もしくは専門学校に入学したいという希望はあるが， 将来に対するイメージは漠然としており， 現実感に乏しい。

(3) 食事等必要なこと以外は自室にこもり， 寝ていることが多い。

(4) 本人が中学 2 年時に父ががんて死亡し， 祖父母とともに母ががんばって 3 人の息子を育ててきた。 家族は病気の理解に乏しく， 一年後には大学もしくは専門学校に入学してほしいと思っている。

3. 治療・援助の目標と方針

(1) 抗精神病薬の投与による陽性症状の軽減を図る

(2) 大学や専門学校入学を目指し， 予備校通いをすすめたりする母親や家族への疾病理解や対応の理解を深める。

(3) 体力をつけるために作業療法の運動プログラムを利用する。

4. 治療・援助の経過 (再発防止， 生活技能向上， 家族支援等を考慮した実践を記述してください)

(1) 疾病教育・心理教育・再発防止

定期的に作業療法士が面接を行い， これまでの生活史の確認しながら， 本人の元気度のチェックしていった。 その中で， 受診後に徐々に回復している状態を確認しながら， 先の目標を明確にしていく作業を行った。 病気についての理解を深めるためには， 回復過程のパンフレット等をもとに病気についての説明を行い， その時状態を確認していく作業を行った。

(2) 生活技能プログラム

受診 2 ヶ月後より， 生活のリズムをつけること， 体力向上， 楽しいコミュニケーション体験の場として作業療法の運動プログラムを提供した。 週 1 回のペースで参加し， 他の参加者と自然なコミュニケーションがとれるようになり， 笑顔もみられるようになる。

(3) 家族支援

当初， 作業療法士が母親と面談した際は， これまで母親は一人で抱えてきた不安を語り， 何度か涙をみせることもあった。 母親へは病気の説明し， 病気はゆっくり回復してくること， 休むことが重要なこと， などを伝えた。 母親だけでなく， 家族全体への理解を深めることが本人の支援には重要なことだと判断し， 受診 3 ヶ月目に祖父母や叔父にも来院してもらい， ケア会議を開催。 そこで主治医より病気の説明と回復に必要なことなどを説明し， 将来の大学進学等はゆっくり考え， 病気の回復を目標にしていくことを確認した。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

抗精神病薬の投与で徐々に陽性症状が軽減してくるとともに， 疲れやすさや集中力の低下が目立つようになっていった。 その中で， 家族への病気の理解を深めながら， 本人が取り組める運動を中心としたプログラムを提供した。 合わせて家庭生活の中で， 生活のリズムを回復していくことを目的に， 母親の手伝い (ガスのメーター測定) をすることを提案し， 母親との交流を基盤に実践することができた。 そのことをベースに 4 月からの専門学校入学の希望が語られるようになり， 電車に乗ってみることを， トライアルとして実施することになった。

BPRS 32 → 10

GAF 42 → 65

日常生活アセスメント： 身の回りのこと， 自分の健康管理等で得点アップ

6. 考察

S 氏の抱える課題は， S 氏自身が病気を理解し上手く付き合っていくことばかりでなく， 大学進学等これからの進路の選択， 母親の心理的負担感の軽減， 祖父母， 叔父を含めた家族全員の理解などがあつた。 どれも

重要であり，継続的に支援していく必要なものである。本人，家族，の納得いく道を見出す作業を根気よく応援し続けることの重要性を感じた。

7 . 課題

初発，外来での支援という事例の場合，本人・家族の治療へのモチベーションと通院の意志が最も重要となる。この支援を今回は，医師と作業療法士とが中心で行った。地域のサービスにつなげるまでには，もう少し時間を要する印象がある。

今後は，徐々に地域のスタッフも含めて支援者を増やしていくこと，復学した後の医療としての継続的なフォローが課題となると思われる。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

(別紙) 事例報告書-2

精神科デイケア，外来作業療法，訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究

事例報告 Summary Sheet [施設名：A センター 患者：S 氏 20 歳 女性・(男性) キーワード：K 職種 (女性・男性)]

□比較的早期に退院した人 □長期入院後に退院した者人 ■入院経験のない人

	開始～1カ月	～2カ月	～3カ月	～6カ月	備考
日常生活の様子	人の目が気になる，人の声がするなどの症状があり自宅で引きこもる生活。オランザピンの内服でぐっすり眠れるようになる自室での緊張感も軽減	予備校に申し込み，数日間通うが行けなくなる，原付バイクでドライブをする。自室で寝ていることが多い。疲れやすさも訴える	眠気はあるが，昼間テレビをみれるようになる。散歩にも行けるようになる。幻聴は少しあるがききならなくなる。昼夜逆転の傾向もみられる。	生活のリズムをつけるために，母親の仕事の手伝いを週3回，2時間程度開始。母親と一緒にいることもあり，継続できる。陽性症状はほぼ消失。専門学校への進学を希望。試験的電車での通学の練習を始める。	
ケア会議の概要 目標設定			家族の病気の理解をしてもらうことを主な目的としてケア会議を実施（本人，母親，祖父母，叔父，主治医，作業療法士）		
薬物療法	ジブレキサ 5 mg	ジブレキサ 10 mg に増量		ジブレキサ 7.5 mg 体重増が気になる。	
実施したプログラム □DC・SC □外来 OT □訪問看護		外来 OT 日常生活の様子を確認，病気の回復過程についての説明	外来 OT 体力をつけることを目的に，運動プログラムに参加。	外来 OT 運動プログラム内で他者とのコミュニケーションが楽しめるようになる。動きも良く楽しく参加	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他		家族支援 父親を亡くしてから，母が一人でがんばって3人の子どもを育ててきたこと，精神科の病気になるってしまったことへの不安を傾聴，心理的なサポートを行う	家族支援 病気はゆっくり回復していくことを確認。時に「あせってはいけないですよね」という母の話もきけるようになる。	家族支援 母の思いを時々傾聴。日常生活での接し方についてアドバイスを行う	
○ その他					
備考					

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し，1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: A病院 報告者(キーワーカー): N

プログラム: ☒DC・SC ☐外来 OT ☒訪問看護 ☐その他()どれかを■にし()に記入

1. 事例紹介: ☒比較的に早期に退院した人, ☐長期入院後に退院した人, ☐入院経験のない人 (どれかに■)

〔基礎情報〕氏名: A氏, 年齢: 21歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

〔現病歴〕これまで経過: 中学頃から喜怒哀楽、意思表示が少なく、手洗い、歯磨き、入浴に長時間を要し、全体的に動きが遅くなった。中学1年時のWISCではボーダーライン。中学2年から特殊クラスで授業を受け、私立高校に推薦入学。高校入学後、指が突っ張って動かなくなり、ボタン詰めなどができなくなったが、2〜3週間で落ち着き、以後は特に問題なかった。高卒(X・2年)後、他県へ就職し単身生活を始めたが、遅刻や欠勤、また仕事も失敗が多いなど、適応できなかった。職場の同僚には足を引きずっているような人が居て「自分もその内、動けなくなる…」と不安を訴え、就職から半年後、両親が連れ帰る形で帰省。X-1年、工場で2ヶ月間バイトをするが遅刻や無断欠勤が多く辞職した。

X年成人式で中学時代の同級生がバイクで事故死したことを知り、事故が多いと噂のある信号を通った後から、「霊が付いて来た」と恐れ、両親の部屋で過ごすのが不眠が続いた。「(事故死した友人) 迎えに来ている、姿が見える」「お母さん、もう死のうか…」と言ったり、突然「キタ、キタ、キタ〜ッ」と奇声をあげて叫んだりした。また、両親と一緒に寝ていたが、母親に抱きつき触るなど、寝ようとせず、「お母さん、好き、子供作ろう」と言ったり、弟を起こして「俺が亀と猫を殺したけん、お前がお父さんとお母さんを殺せ」と叫んだりした。両親が受診を勧め、A氏も「きつい」と言って同意。来院時は会話も円滑にできず、落ち着きのない眼差しで、ドアのノック音などに怯え周囲を気にしていた。状況理解は定かでない様子であったが、促されることには黙って応じ、憑依妄想などの幻覚妄想状態で医療保護入院となった。

保護室を使用。幻覚妄想活発で帰宅要求強く、大声で奇声をあげ、ドアを叩く、蹴る、床頭台を破損するなど激しい状態だった。エビリファイ増量で陽性症状は徐々に落ち着き、傾眠傾向となり病棟へ移室。女性患者、女性スタッフに対する性的発言、他患者へのタバコの要求などの問題行動はあったが、その他は落ち着いて過ごせるようになり、入院から8ヶ月後に退院した。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力, 生活技能, 家族の支援力等を記入してください)

・心身機能構造: 身長 160cm。体重 65kg。中学1年時 WISC ボーダーライン。入院時のような陽性症状はほとんどない。
疾病管理能力: 発症時に体験した病的体験は、A氏の中では恐怖体験としてしっかり残っている。しかし、体験したことが病気の症状とは結びついていない。病識はなく、精神科デイケアに来ているということは、自分は患者なのかという確認をする状況。素直で言われたことは真面目に行い、薬は母親が書いた日付通りにきちんと服薬できている。退院して自宅生活を始めていない状況でも「今すぐ働ける」と言い、現実的に検討できない状況。

・生活技能: 入院中より、歯磨き、洗体を面倒だという理由で行おうとせず、促しや手伝いが必要な状況である。デイケアにも歯磨きをせずに来所することがある。その他、更衣などは自発的に行えている。昼食後は、午睡して経過。タバコ、菓子、ジュースなどを他メンバーに貰おうとする問題行動がみられる。会話は単語での訴えが多く、考えを言語化して表現することが苦手で、会話の内容も次々と変わり、気になることを話してしまう。金銭管理ができず、持っている金で全て使ってしまうため、デイケア費として毎日 1,000 円渡されている。しかし、菓子、ジュースなど自分の欲しい物を先に購入し、デイケア費を支払うお金がなくなってしまう状況。お金はほとんど食べ物購入のために使い間食が多い。

・家族の支援力: 母親は看護師で3交代勤務。息子が統合失調症を発病し、病気についてはかなり勉強しており、友人の看護師にも相談して情報を集めている。積極的に来院し、スタッフと話をし、父親は2交代勤務の工場で働き、バイクが好きで、A氏を連れてツーリングに行ったりしている。発症時に父親から働けと言われてきついとA氏が友人に相談していたことを気にしているのか、病気になって3年は休まないといけなく、ゆっくり焦らなくていいと考えていると話す。両親ともに協力的な印象。

・個人因子: 普通車免許、中型二輪車免許、クレーン免許取得。中型バイクで1時間かけてデイケア通所。レンズ組立てのライン作業に就いていた経験あり。

3. 治療・援助の目標と方針

・将来の目標: アルバイトをする。

発症前、父親の友人が経営するガソリンスタンドで働くことが決まっていたとのこと。仕事始めの前日に発症。A氏は仕事に行きたかったと話し、初めはガソリンスタンドでのアルバイトを希望していた。しかし徐々にガソリンスタンドはきつそう、自分は物を作ることが好きであるという理由から、障害をオープンにして製造業の短時間アルバイトを希望するようになった。

・短期目標: 開始時はデイケアに毎日通所し、生活リズムの獲得・維持。ケア会議によりハローワークへ障害者登録を行う。就労に向けて体力をつけ、身だしなみを整えることを追加することになった。

・治療方針: 安定した自宅生活を送りながら、デイケア・訪問看護を利用し、症状再燃防止を図る。A氏は就労意欲が高いため、就労に向けて準備をしていく。

4. 治療・援助の経過 (再発防止, 生活技能向上, 家族支援等を考慮した実践を記述してください)

デイケア: 退院日に初回のケア会議を実施。A氏はコンビニ弁当を買うために、今すぐにもガソリンスタンドでアルバイトをしたいと話す。将来の目標はガソリンスタンドのアルバイト。短期目標は、再発防止を目的に雨天時以外は毎日デイケアに通所し、退院後の生活リズムを獲得・維持していくこととなった。また、担当 OT との関係作りとして、毎回面接を儲け、何でもいので話をすることにした。発症時の病的体験がしっかり残っており、自ら話をするため、病気について少しでも認識を深め、調子を崩しかけたときに早めに対処できるように、不調時のサインを見つけていけるような関わりを行った。生活面に関しては、入院中より整容面の不十分さがあるため、デイケア来所時の歯磨き、入浴状況の確

認を行い、入院時から他患者に物をねだるという問題行動に対しては、その場で注意し振り返りを繰り返した。体重の増加が目立つようになったため、毎日体重測定を行い、バレーボール、フットサルとスポーツ活動の参加を促し、体を動かす機会を増やすなど身体面へのアプローチも行うことにした。真面目な性格で、決められたことはきちんと守り、毎日デイケアへ通所している。しかしデイケア内で過ごすことができず、病棟へ行き入院患者との交流が多く、一所で長時間過ごすことが困難である。病棟、売店、喫煙所、中庭、デイケアなどをウロウロし、色々な人にタバコ、ジュース、菓子をねだっていた。デイケア費として毎日 1,000 円もらってきているが、菓子を買うために、支払いができない状況であった。徐々にデイケアで交流するメンバーが増えてくるが、落ち着きなくウロウロして菓子を食べて過ごし、1 ヶ月で 5kg 程度の体重増加があった。少しずつ間食をせずに過ごせる日が増えていった。

年上のメンバーにかわいがられ、メンバーの名前を覚えようとするようになり、ほとんどデイケアで過ごすようになった。デイケアに慣れ、デイケアで親しくなったメンバーにジュースをねだり、その行動をごまかし、嘘をつくなどルーズさも見られるようになった。その後、2 回目のケア会議で活動の参加、売店に月曜日以外は行かないという約束が加わり、できなかった場合はウォーキングのペナルティと細かい設定をした。A 氏はケア会議で決まった内容をしっかり覚え、枠が具体的に設定され、A 氏の中でデイケアでの過ごし方が明確になったようで、以前に比べデイケアでの過ごし方にメリハリがついてきた。他者に物をねだる問題行動も見られなくなり、月曜日以外には売店にも行かず、デイケア滞在時は間食をせずに過ごせる日が多くなった。

A 氏の仕事に対してのモチベーションは高く、バイクの部品が欲しいために働きたいと話し、仕事を始めるためにデイケアを仕事だと思い、雪の日でもバイクでデイケアへ通所した。そして、今の状態では仕事はまだできない。ガソリンスタンドの仕事はきつそう。製造業で何か物を作る仕事がしたいと現実的な話をするようになった。

3 回目のケア会議で 2 月にハローワークへ行くことが決まり、楽しみにしている。

訪問看護：キーワーカー、Ns. で実施。研究期間内には 1 度しか実施できなかった。

家族支援：母親が毎月 1 回は必ず来院し、主治医と面接を行う。その後、デイケア来所のため、キーワーカー、Ns、OT と面接を行い、母親の話をしっかり聞くようにした。また、家族会では病気についてのグループ討議に参加してもらい、病気について少しでも理解を深められる機会とした。訪問看護も実施し、具体的に生活の場面で実際の生活について話できた。

5. 結果（研究期間内に得られた成果など）

- ・活動性が向上した。GAF：70→80 BPRS：7→3 BACS-J（総合得点 z-score）：-2.28→-2.11
- ・毎日デイケアを利用し、生活リズムは維持できている。
- ・母親の手伝いを要すが、歯磨き、洗体を毎日行うようになった。
- ・デイケアメンバーとの交流が中心となり（病棟の出入りが減り）、落ち着かず一所で過ごせずウロウロすることが減り、デイケア内で過ごす時間が多くなった。また、間食の量も減少した。
- ・デイケア活動に寝ずに参加することができ、集中、持続できるようになっている。
- ・退院時はすぐにもでもガソリンスタンドで働くと言っていたが、現在は、ガソリンスタンドはきついみたい、働きたいが、まだ働けない、創作が好きだから製造業に就きたいなどの現実的な発言が聞かれるようになった。
- ・初期評価時、生活体験チェックリストで 0 か 100 と回答することが多く、間に印を付けるということがなかった。また、ほとんど健康時と変わらず 100 に付けており、回答の選択の幅が狭く、病気という感覚がない状態であった。しかし、最終評価時では、0～100 の間に印を付け、回答に選択の幅が増え、0 に近い回答が多くなった。

6. 考察

- ・ケア会議を実施したことで、A 氏、家族、支援スタッフが目標を共有し、それぞれの役割が明確になった。
- ・デイケアを初めから 1 日参加することができたのは、入院中からデイケアを体験利用したこと、病棟とデイケアを行き来し、顔なじみの患者やスタッフと交流をもてたことが大きい。また、入院中から大きな環境の変化もなく、入院からデイケアへの移行がスムーズにできたため、デイケアに溶け込みやすく、徐々にデイケアで過ごすことに対して安心感が得られ、デイケアでの過ごし方に変化がみられたのではないかと考える。
- ・外来 OT は、入院患者との交流が多く、デイケアよりも導入しやすいと思われるが、デイケアは、働いている人、働いた経験がある人など地域社会生活者との交流が多く、仕事を目標にしている A 氏にとって大きな意味を成している。
- ・細かい枠を設定したことで、デイケアでの過ごし方が明確となり、過ごしやすくなった印象を受ける。A 氏にとっては自由時間をどのように過ごしていいか不明確で、時間を持て余し、きつかったようである。
- ・退院時は、病気という感覚も無く、すぐに働くと言い、働かなければならないという思いが強かったのかかもしれない。しかし、働いている人、働いた経験のある人など、多くのデイケアメンバーとの交流から、病気を徐々に認め、現実的な発言が増えてきたのではないかと考える。
- ・生活体験チェックリストは、自分のことを表現できない A 氏にとっては難しい評価だった。
- ・訪問看護を実施した。自室には作業台、プラモデル、ニッパー、はんだごて等があり、創作活動を本格的にしていたことなど、得られる情報が多く、環境評価、家屋評価は重要であった。

7. 課題

訪問看護を実施、生活場面を見て具体的な話ができ、初めて得られた情報が沢山あった。両親ともに不規則な勤務で日程調整が難しく、導入が遅れてしまったが、もっと早い時期に訪問看護を実施する必要があった。今後も訪問看護の定期的な実施継続が必要である。デイケアで支援していく中で、対象者の生活場面を知ることが重要であり、退院前訪問、訪問看護を実施する必要がある。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet【施設名: A 病院 患者: A 氏 21 歳 男性 キーワーカー: N 職種 作業療法士 女性】

■比較的前期に退院した人 口長期入院後に退院した者人 口入院経験のない人

	開始～1カ月	～2カ月	～3カ月	～4カ月	備考
日常生活の様子	5日/W 来所。一所で長時間過ごすことが出来ず、病棟、喫煙所、中庭、DC等をウロウロし、色々な人にタバコ、ジュース、お菓子をねだる。DC費として毎日1000円貰って来ているが、お菓子を買い、支払いができない状況。間食が多く、夕食は殆ど手を付けず、野菜を特に嫌がる。1週間は昼食後、帰宅時間まで午睡していたが、2週間目からは一日起きて過ごせるようになっている。そして、発病時の病的体験を担当Ns,OTに自ら話すようになる。また、ダメと言われるようなことをわざと訴え、スタッフとの関わりを持とうとする。体重が増加しているため、3週間目より毎日の体重測定を始める。	5日/W 来所は継続。DCで交流するメンバーが増えてくるが、落ち着かず一所にいることはできず、ウロウロし病棟で過ごすことが多い。間食も多く、1ヶ月で5kg程度の体重増加があるが、間食をせずに過ごせる日が増えてきている。	5日/W 来所は継続。DCの年上の男性メンバーとの交流が多くなり、かわいがられ、殆どDCで過ごすようになる。DCに慣れ、親しくなったメンバーにジュースをねだり、その行動をごまかし、嘘をつくことがあった。インフルエンザにかかり、一週間休み、復帰後は開始時のように午睡や、DC費未払いで、コンビニで買い物をし食べる行動あり。本人は仕事に対してのモチベーションは高く、バイクの部品が欲しいために働きたいと言う。雪の日でもバイクでDCへ通を仕事だと思い、今の状態では仕事はまだできないという現実的な発言も聞かれるようになってくる。2回目のケア会議後は具体的な設定され、本人の中で、DCでの過ごし方が明確になったよう、短時間だが活動に参加している。自宅近くで、バイク運転中に事故を起こす。事故の対処ができず、母親は不安を抱いている。	5日/W 来所は継続。2回目のケア会議で決めた内容に関しては、しっかりと理解できたり、苦手なものでも活動には参加し、最初から最後まで参加できるようになり、持続力がついてきている。他者に物をねだる問題行動も見られなくなり、約束どおり、月曜日以外には、売店にも行かず、DC滞在時の間食はほとんどなくなっている。ガソリンスタンドの仕事については、きつそう。製造業で何か物を作る仕事はしたいと話をするようになる。スタッフや母親に言われていることもあってか、自分が太りすぎて、やせなければいけないと思い始めている。今年の目標に20kgやせると発表し、やせなければならぬとは思っているようだが、発言が堅く、現実的ではない。3回目のケア会議で2月にハローワークへ行くことが決まり、楽しみにしている。	
ケア会議の概要 目標設定	退院時に実施。 本人はコンビニ弁当を買うために、今すぐでもガソリンスタンドでアルバイトをしたいと言う。 将来の目標はガソリンスタンドのアルバイト。短期目標は毎日DCに通所し、退院後の生活リズムを獲得、維持していく。		本人の仕事に対する意欲は高く、バイクの部品を買うために仕事をしたいという。母は、知合いのガソリンスタンドに病気の事を話し、短時間労働できないかと考えている。また、職業評価を受けたいとのこと。2月に出来高払いで知り合いのガソリンスタンド就労開始を長期目標に。短期目標はDCに毎日通所し、生活リズムを維持していく、歯磨き洗体を毎日行う。	本人の就労意欲は変わらず高いが、製造業で障害開示して短時間アルバイトを希望。母は職業評価、訓練を希望。更年期もあり、精神的に疲れている。母自身のことも含めて話をゆっくり聞く。短時間のアルバイトを目標として、短期目標は2月にハローワークへ行き障害者登録をする、就労に向けて体力をつけ、身だしなみを整える。 処変なし。	
薬物療法	①エビリファイ(12)2T ②ロピナル(2)1T エビリファイ(6) 1T パチール(200) 1T パチール(200) 3T ファゾロニン錠 1T タズリン 2T	処変なし。	処変なし。	処変なし。	
実施したプログラム ■DC・SC □外来OT ■訪問看護	DC・DC 毎日利用・整容状態の確認 ・短時間の活動に参加 ・問題行動への振り返り ・担当OTとの面接 ・不調時のサインを探す ・体重測定 ・バレーボール、フットサル	DC 変更なし	DC・DC 毎日利用 ・整容状態チェックノート ・活動に参加→不参加時ウォーキング ・担当OTとの面接 ・体重測定 ・ウォーキング ・売店に月曜日は行かない →行った場合ウォーキング	DC・DC 毎日利用 ・整容状態の確認 ・活動に参加 ・担当OTとの面接 ・体重測定 ・ウォーキング ・売店に月曜日以外行かない →行った場合ウォーキング ・バレーボール、フットサル 訪問看護 (OTR, Ns)	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	③家族支援 母親がDC来所し、不安や悩みなどを話す。 父親が家族会に参加。『病気になる』のグループ討議に参加する。	③家族支援 母親がDC来所し、父親とけんかをしたところなど愚痴を話す。	③家族支援 母親がDC来所し、本人、母、キョーワーカー、OTで、仕事について、母親の不安などを話す。本人は黙っている。	③家族支援 本人、母親、担当Ns、担当OTで話をし、自宅での過ごし方、服薬管理、食生活、将来、仕事について、本人に対すること、母親自身の悩みなどを話す。	
○その他 備考					

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: B 病院 報告者(キーワーカー): S

プログラム: ■DC・SC □外来 OT □訪問看護 □その他() どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介: ■比較的に早期に退院した人, □長期入院後に退院した人, □入院経験のない人 (どれかに■)

【基礎情報】氏名: F 氏, 年齢: 26 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

【現病歴】X-1 年 12 月不眠が出現。被害妄想強く、コミュニケーションが全く取れず興奮状態であったため、同日 A 病院受診。頭痛、吐気など強く頭部精密検査も含めて救急車にて B 総合病院受診、入院となる。頭部 CT、MRI 検査にて異常なく精神科病棟に転棟。WAIS-R での下位検査項目で平均的な知能であるが、得意不得意がはっきりしており社会適応を図っていく上で大きな困難があったとのこと。B 総合病院からの紹介で X 年 1 月当院入院。同年 2 月症状安定し自宅へ退院。その後、当院外来通院していたが、平成 X 年 6 月より身障者枠にて保険会社へ就職、9 時から 16 時までの勤務であった。6 月中旬より 4 時間ほど仕事の講習を受け、90 点以上の合格点をとらなくてはならなかったことがプレッシャーとなり、X 年 7 月初め、突然仕事を退職。その日の夜より思考がまとまらず、体の緊張も強く閉眼状態にて当院受診、開放病棟へ任意入院となる。同月、家に帰りたくと離院。精神状態も落ち着かず興奮がみられたため、医療保護入院に切り替え閉鎖病棟へ転棟。その後、精神症状が落ち着き、医療保護から任意入院に替わり、開放病棟へ転棟、X+3 ヶ月退院となる。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力、生活技能、家族の支援力等を記入してください)

健康面: 統合失調症、脳性麻痺

身体機能面: 脳性麻痺による左下肢麻痺(軽度で歩行に問題なし)。

精神機能: 外向性の低下、思考内容・統制の低下(症状悪化時)。

活動と参加: ストレス対処技能低下、生活リズムの低下、対人緊張、不安に対して強迫的。

環境因子: 家族関係良好(母が家族心理教育に参加)。

BPRS より抜粋: 【中等度】不安、緊張 【ごく軽度】抑うつ気分、疑惑、

GAF: 50 点

BACS: Z-score-1、13 中等度障害(符号-2、61 重度障害 ロンドン塔-0、74 軽度障害)

3. 治療・援助の目標と方針

治療方針: 精神療法、薬物療法、作業療法・デイケア通所

長期目標: 就労継続支援事業所利用

短期目標: デイケア通所による生活リズムの安定、ストレス対処能力の向上、対人交流技能向上

4. 治療・援助の経過 (再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を記述してください)

第 1 期(X~2 ヶ月)

院内の作業療法(創作・アロマなど)に定期的に参加し退院が具体的に決定する。しかし、退院後の生活について不安が出現。就労希望はあるが、仕事でのストレスで入院した経緯があり、『退院後は DC を利用したほうがよいか』との悩みが出てきた。そこで、まず介入初期は F 氏と共に症状の安定を第一目標に上げ、利用希望のあった DC 見学を行った。見学後、F 氏と同年代の利用者が多い若年性 SC(1/W)を主に、通常 DC(1/W)の週 2 回の利用希望が F 氏から挙がったため、退院後は就労ではなく DC 利用となる。F 氏が退院前に DC、外来 Ns を含めてカンファレンスを実施。就労への焦燥感、対人緊張などの確認を行った。また、F 氏に対しても就労のステップとして、一般就労の他に就労継続支援事業(A 型・B 型)の説明を行い、DC 利用が定期的になった後に検討していくことを確認した。

第 2 期(~3 ヶ月)

退院後、DC 利用開始となる。まず F 氏・DC スタッフ・キーワーカーの間で DC での目標設定を行った。目標として、①生活リズムの安定、②ストレス発散方法の習得が挙げた。そのため、1/W の若年性 SC において呼吸法やストレッチ、軽運動などのリラクゼーションを実施するとともに、同年代との交流から仲間作りを図っていった。DC 利用中、F 氏より『完全に病気を治して仕事をしたい』『早く薬を飲まずしっかり眠れるようになりたい』など、就労や症状改善に対する焦燥感が感じられる発言が多く聞かれた。そこで、目標の達成とともに病気の理解を図るため、心理教育を実施した。統合失調症の特徴、自己の再発サインの確認を行い、F 氏より再発サインとして「不眠」が挙げられ、不眠が続くことで幻聴に繋がってくるとの確認・再認識を図った。

第 3 期(~4 ヶ月)

退院から 2 ヶ月が経過、定期的に DC へ通所する。そこで、次のステップとして、就労方法の検討を F 氏と行った。F 氏の意向としては、一般就労の希望があるが、再発の不安・体力低下から、就労継続支援事業の要望があった。その中でまずは就労に向けた体力づくりと生活リズムの確立のために、就労継続支援 B 型を利用予定として、若年層 SC メンバーとともに、B 型事業所見学を実施。実際の事業所を見学することでイメージ化を図った。見学後、F 氏の就労に対する変化が見られ始めた。これまでは一般就労をして、経済面が安定することが重要であるという考えが多く聞かれていたが、客観的に自己を振り返り、『焦らず 2~3 年後の就労を目指します』との発言が聞かれた。ただ、B 型事業所利用は経済面の不安が見られたため、DC 担当・主治医と相談して、障害年金の申請を行った。

第 4 期(~5 ヶ月)

B 型事業所を見学後、他施設も見学したいとの要望があり、F 氏宅周辺の事業所を数施設紹介する。またプロジェクトの最終月に F 氏と今後のステップの確認を行う。『できるだけゆっくりとステップを踏んでいきたい』との希望があり、半年間は DC 利用を続け今の生活リズムを保つとともに DC 以外の日中の過ごし方(余暇の過ごし方)を見つけていくことを目標に挙げた。更に就労を目指し体力作りを図るために散歩を日課として取り入れていくことを確認した。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

F 氏の就労への焦燥感や不安を軽減することができた。まず就労に向けての段階付けを行い、その過程としてデイケアを利用し、F 氏とともに達成目標を定めた。また症状の確認、再発サインを確認したことで、客観的に自己を振り返ることが可能となり焦燥感が軽減できた。更に就労に必要な基礎体力・生活リズムの安定についての気づきを促すことが可能となった。

BPRS より抜粋：【軽度】不安、緊張 【ごく軽度】抑うつ気分、疑惑、⇒なしに変化

GAF：60 点

BACS：Z-score＝0、82 軽度障害(符号＝1、97 重度障害 ロンドン塔 1、00)

6. 考察

今回のプロジェクトを通して、F 氏の就労に対する不安・焦燥感を軽減することによって、地域での安定した生活が可能となった。その要因として、①切れ目のない継続した支援、②地域資源の有効活用、③就労支援が挙げられる。

①については、ケア会議を重ね、本人の目標確認と振り返りを繰り返し実施したことにより、入院中から退院後まで切れ目なく継続した支援が可能となった。また、ケア会議において確認した目標に向けて、各スタッフが役割を明確にして支援したことで抜け目のない統一した支援が可能となったと考えられる。

②については、就労に向けた短期目標として、DC・SC を利用した。SC では、F 氏と同年代でグループが構成され、スタッフがファシリテーターの役割をとるサポートグループ形態をとった。サポートグループでは、共通のニーズを満たし、共通のハンディキャップや生活を混乱させる問題を克服し、望ましい社会的・個人的変化を生じさせることが可能とされている。今回 F 氏も同じ境遇をもつ仲間との関わりから、自己の生き方についての振り返りが可能となった。更にともに就労を目指す仲間の存在によってモチベーションを維持するとともに就労に対する不安の軽減が図れたと考えられる。

③については、精神障害者の就労支援では、長期目標・短期目標を明確化し、順序立ててともに考えていく過程を通して、『今、やるべきことの確認や振り返り』を実施していくことが重要となる。今回、就労に向けた段階付けを F 氏とともに考え、達成可能で具体的な目標を設定していくことによって、本人の気づき(就労への焦燥感や就労に必用な基礎体力やストレス発散など)を促すことができたと考える。

これらの3点が上手く機能することにより、現在も地域での安定した生活が可能となっている。今後は、就労に向けた体力づくり・家庭での過ごし方(ストレス発散)に焦点を当てて、F 氏の自己実現欲求をかなえることができるように支援していきたい。

7. 課題

- ・家族へ向けた支援：支援の経過、家庭での様子など家族との情報共有を更に図ることで、家族の安心感の獲得に繋がったのではないかと考える。
- ・訪問看護の丁寧な説明：今回は訪問看護の導入には至らなかった。訪問看護に対する説明をより丁寧に行うことで退院後の不安定な時期の支援や家族を含めた支援がより充実できたのではないかと考える。今後は精神科の訪問看護の有効性を示せるような分かりやすい資料やデータを作成し、対象者や家族に提示し説明していくことができるよう努めていきたい。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet【施設名： B 氏 26 歳 男性 キーワーカー： F 氏 職種 作業療法士 ・男性】
 ■比較的早期に退院した人 □長期入院後に退院した人 □入院経験のない人

	開始～1カ月	～2カ月	～3カ月	～4カ月	備考
日常生活の様子	精神症状安定し、定期的に作業療法参加。就労の希望があるが、退院後の早期就労に不安あり。(症状悪化の要因として仕事上のストレスが挙げられるため)診察時にデイケア利用を希望。 デイケア見学後退院。	退院後初期よりデイケア利用予定であったが、来所せず。キーワーカーより本人宅へ連絡しもう1度丁寧説明し翌週より定期的デイケア参加。	キーワーカー・DC スタッフ・本人とともに作業所見学。少しずつ現在の自己の能力と就労に対する考えが一致していく。 就労に向けた体力向上が必要と本人の気づきが表れる。	見学後就労に関しては段階的に考えていく⇒焦燥感から早期の就労したことにより症状悪化が前回見られたため。 6ヶ月間はデイケア利用しその後次のステップへ移行。	
ケア会議の概要 目標設定	退院後の支援体制検討。 ⇒週2回のデイケア利用(半日)、退院前カンファレンスの報告。	デイケアでの過ごし方、目標決め。 就労継続支援(A型 or B型)の検討。	日中の過ごし方(家庭)を考える。 ストレス対処方法獲得。 就労継続支援(B型)見学。	ステップアップ時期の検討。 デイケア⇒B型⇒A型など。	
薬物療法	ジブプレキサザイデイス 2、 5mg(1T)眠前 エバミール 1mg(1T)眠前 タスモリン 1mg(2T)朝夕	ジブプレキサザイデイス 2、 5mg(1T)眠前 エバミール 1mg(1T)眠前 タスモリン 1mg(1T)眠前	ジブプレキサザイデイス 2、 5mg(1T)眠前 エバミール 1mg(1T)眠前 タスモリン 1mg(1T)眠前	ジブプレキサザイデイス 2、 5mg(1T)眠前 エバミール 1mg(1T)眠前 タスモリン 1mg(1T)眠前	
実施したプログラム ■DC・SC □外来OT □訪問看護	院内作業療法 ⇒アロマなどのリラクゼーションとともに、ストレッチや軽運動等ストレス発散方法の獲得を目的としたプログラムを実施。 また、創作活動を通して集中力の向上・ペース配分の理解を促す。 退院前にデイケア体験。 ⇒若年層ショートケア参加。	若年層ショートケア(火/週)に若て対人交流⇒対人緊張軽減、仲間作り、ストレス対処。 木曜(大集団デイケア参加)。 目標決め⇒生活リズム・体力づくり(就労を視野に入れた)。 これに伴い就労継続支援(B型)利用を視野に支援を進めていく。	ショートケアにも慣れ特定のメンバーとの交流多くなる。 また、SC メンバーとともに就労継続支援B型事業所見学。	継続的なショートケアへの参加。 自宅近くの他就労継続支援(B型)の見学希望あり現在資料提供見学日程調整中。	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	本人入院中、母に対して家族心理教育の実施。病気の理解とともに他家族との意見交換を行う。	再発予防のため、心理教育をデイケアにて実施。病気に對しての理解、再発サインへの気づきが見られた⇒不眠⇒生活リズム悪化⇒幻聴・関連妄想と。	就労に向けた目標設定を本人とともに考える⇒(一般就労 or 福祉的就労)イメージ化を図るため就労継続支援(B型)見学実施。	本人との面接を通して、病気を完治させる⇒病気と折り合いをつけるとの思考の変化が出現。	
○ その他		一般就労＝病気が完治との考え。葉は出来るだけ早く飲みたいようになりたいとの希望。	経済面での不安あり。 ⇒B型(収入少ない)障害年金を受けたい方がよい。か。 検討後障害年金申請。		
備考					

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1頁に収まるよう記載入してぐださい。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: C 病院 報告者(キーワーカー): S

プログラム: ■ DC・SC □ 外来 OT ■ 訪問看護 □ その他()

1. 事例紹介: ■ 比較的早期に退院した人, □ 長期入院後に退院した人, □ 入院経験のない人

【基礎情報】氏名: A 氏, 年齢: 60 歳代, 性別: 女性, 診断: 統合失調症
【現病歴】両親は幼い頃に死別し、祖母に育てられた。高校卒業後は自宅にいて就労経験なし。X-44 年(20 歳)で結婚、結婚後はパートで繊維工場に勤めていた。X-41 年、不眠、妄想、幻覚などの異常体験が出現し、B 病院へ 2 ヶ月間入院。統合失調症の診断を受けた。X-26 年に夫と離婚。X-24 年、生活訓練施設に入所して、C 病院に通院していた。しかし、生活訓練施設は長くは続かず、退所後は独り暮らしをしていた。その後は入退院を繰り返している。X-1 年肺炎のため D 病院に入院。加療終了後、ADL の低下や幻覚妄想が出現したため、X 年 1 月当院入院。入院中は時折幻聴によりスタッフへの妄想があった。入院初期より A 氏の意向を踏まえ、グループホーム(GH)への退院が検討され支援を行っていた。同年 7 月精神症状が安定、GH に退院となる。退院後は当院外来通院を週 2 回、訪問看護週 5 回、デイケア利用を行っていた。また A 氏は金融機関の利用への不安が強く訓練を実施していたが、同年 8 月 GH 同居者に対しての妄想や「幽霊が見えるような気がする」などの発言が聞かれ、A 氏の希望で任意入院となる。

2. 初期アセスメント

健康面 診断名: 統合失調症
身体機能面 高血圧症、肩関節痛、上気道炎
精神機能面 肯定的側面: 活力レベル、協調性
否定的側面: 精神安定性(不安感が強い)、思考機能(妄想、幻覚)、理解力の低下
活動・参加 肯定的側面: 日課の遂行、問題解決(他者へ相談などで可)、セルフケア、基本的対人関係
否定的側面: ストレス対処困難、複雑対人関係(形成、距離)、依存性
環境因子 促進因子: 家族の協力、精神手帳 2 級、さくらカード 阻害因子: 家族が遠方に居住
BPRS: 【高度】不安 【やや高度】心氣的訴え、罪業感、緊張 【中等度】感情的引きこもり
GAF: 55 点 不安感など強く、妄想・幻覚のため社会生活が中等度困難。

3. 治療・援助の目標と方針(入院初期時)

最終目標: 共同住居で訪問看護・デイケアを利用しながらの独居。
長期目標: 体験デイケアの利用、共同住居への外出・外泊。
退院に対する不安感の軽減。
短期目標: 外出(買い物、友人宅)などを行う。
バスを利用して、銀行へ預金を引き出せるようになる。

4. 治療・援助の経過(再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を記述してください)

【第一期: 入院日～9 月 31 日】

入院時、「GH での人間関係が嫌になった」「笑われているような気がする」「もう戻りたくない」などの発言あり。今後の方向性を確認するために、9 月中旬、A 氏・家族・病院スタッフ(Ns、PSW、OTR)により面談実施。同日、本人の強い意向もあり GH 退去となる。今後の方向性として、A 氏の Needs は「独り暮らし(安心した)」。家族 Needs は「長期的に安心・安定して生活を送ってほしい」であった。ケア会議実施。A 氏・家族の Needs を踏まえ「共同住居で訪問看護・デイケアを利用し安心した一人暮らしを行う」と目標設定する。各職種で目標を共有し、連携して支援を行った。OT では、買い物や金融機関の利用など、地域での支援を中心に行った。この時の A 氏の様子は、不安が強く依存的であったが、実際の体験を通してフィードバックを中心に関わっていくことで、不安が軽減していった。実際の遂行能力にも特に問題は見られなかった。9 月より心理教育を実施。病気については、「幽霊は、体調が悪くなると見える」などの幻視についての気付きはあったが、「人から悪口を言われている」などの幻聴に対しての気付きはない。服薬意識は高く「忘れずに飲みます」などの発言あり。

【第二期: 10 月 1 日～11 月 30 日】

各職種の支援により、不安が軽減され、精神症状も落ち着いてきた。A 氏から「退院をしたい」「外出・外泊の練習がしたい」「デイケアにも通いたい」などの意欲的な発言が聞かれた。そのためケア会議において、新たに体験デイケアと友人宅への外出を目標に立てて支援を行った。11 月中旬、体験デイケアカンファレンスを実施。①本人の不安の軽減②デイケアでの対人関係の拡大③場の保障を共有認識とした。A 氏もデイケアに意欲的であり、体験デイケア開始となる。家族支援として、「体験デイケアを開始したこと」「退院先の共同住居に外出・外泊訓練を 12 月より開始すること」などの進行状況を PSW より報告する、家族より「自分で契約などできるよう支援してください」との要望があった。心理教育も復習を兼ね 2 回目を実施。病気について、前回気付きがなかった幻聴に関して、「誰もいないのに悪口が聞こえたりするときがある」などの若干の気付きがあった。再発防止に関しては、「デイケアなどを利用して規則正しい生活を送る」「困った時や状態が悪くなったら病院の人に相談する」などの発言があった。

【第三期: 12 月 1 日～12 月 31 日】

12 月中旬、A 氏と退院までのスケジュールについて話し合いを行う。ケア会議にて、1 月中旬を退院日と定め、不安の軽減を目標に試験外泊、外出、デイケア、金融機関の利用について話を行った。初回の共同住居への外出、「しっかり過ごせました」との発言あり。その後、2 回外泊訓練を行う。この時、退院前訪問看護を Ns、OT で実施する。実施内容はセルフケア(洗濯、料理、風呂、掃除など)の実施、生活必需品の買い物などである。また外泊中はデイケアに参加する。

初回外泊時は不安の訴えが聞かれたが、2回目の外泊後は不安の訴えは軽減し、退院後についての具体的な質問が聞かれるようになってきた。A氏の状況はPSWが随時家族に伝えた。体験デイケアには継続的に参加。対人交流は少ないものの意欲的に参加した。

【第四期：1月1日～現在】

退院に向けて、3泊4日の最終外泊訓練を実施する。この時も退院前訪問看護をNs、OTで実施。セルフケアの実施、金融機関(銀行)の利用、心理教育(不安時の対処法、服薬指導)などを行った。退院前となり、A氏と共にクライシスプラン・退院後の生活プランの作成を行った。クライシスプランは、再発サイン・緊急時の対処法などを作成。生活プランでは、週2回の訪問看護と週4回のデイケア参加を確認した。退院前カンファレンスを外来担当Ns・PSW、デイケアスタッフ、院内スタッフで行う。この時、不安を軽減し安定した生活を送ってもらうことを共通認識とし、退院後の各職種の役割を明確にした。1月中旬退院。退院後は生活プランに沿って、訪問看護とデイケアの利用を行う。訪問看護では、生活状況の確認・服薬確認・セルフケアの実施・傾聴を中心に行い、不安の軽減に努めた。デイケアでは、生活リズムの維持・対人関係の拡大・楽しみの発見を目標に実施した。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

1. 退院支援における地域での支援・退院前訪問看護を実際の生活の場で行ったことにより、生活のイメージ化が可能となり安心感に繋がった。
2. ケア会議にて、具体的な方策を検討し、各々の職種が役割を明確にして関わりをもち、切れ目のない継続的な支援ができた。
3. BPRS：【中等度】心氣的訴え、不安 他軽度以下 31→26
4. GAF：55→65
5. BACS：z-scoreの平均 -4.15 →-3.54

6. 考察

A氏の目標達成のためのポイントとして、「独りで安定した生活を望んでいる」「退院後の環境変化に対する不安」「退院生活(生活スキル)の自信のなさ」が挙げられた。そのためケア会議を開き、チームで具体的な方策を検討し支援を行ってきた。その結果、A氏が望む安心した生活に繋がった。

その要因として以下の3点が考えられる。

・A氏は退院後の生活のイメージが具体的にできず、不安に繋がっているのではないかと考えられた。そのため実際に具体的な体験を通して支援していくことにより生活のイメージができて、安心した生活が送れるのではないかと考えた。また、A氏の理解力の低下・生活スキルに関しての自信のなさを考慮して、行動をパターン化し繰り返し実施することによって、生活スキルは向上し自信へ繋がるのではないかと考えた。そこで、院内作業療法と並行して退院前訪問看護(Ns、OTR)を実施、退院後の生活を想定して、退院先にて実際の体験を通じた支援を行った。このことにより、生活のイメージ化が可能となり、生活スキルが向上したことによる自信にも繋がり、退院に対する安心感が獲得できたと考えられる。

・退院後の訪問看護でA氏のNeedsに応じた支援が行えた。退院後、不安から依存的になる可能性が示唆されていた。そこで自立とエンパワメントを目的とした支援を実施した。風呂の入れ方・料理の作り方など、A氏が望んでいる支援を実際の生活の場で“here and now”で実施し、フィードバックを中心とした関わりを行った。その結果、若干の依存性はあったものの自立した安心した生活に繋がったと考える。この支援に対するA氏の満足度は非常に高い。

・ケア会議を月に1・2回実施。状況・本人Needs・支援の方向性を確認しながら、チームで共有して支援した。多職種(Dr、Ns、PSW、CP、OTR)により構成される、インターディシプリナリーチーム(目標指向型)により、A氏が目標を達成できるように、今できていることを認め探索的に支援を行ってきた。そのことにより、スタッフも役割が明確となり、より連携し統一した支援が実施できたと考えられる。また、地域支援スタッフも初回のケア会議より参加し、入院中から密にA氏と関わりをもったことで、切れ目のないシームレスな支援が実施できたと考える。更にA氏自身も、自分を取り巻くスタッフに対しての安心感に繋がった。

現在、A氏はデイケア・訪問看護を利用しながら、自分なりの生活を送っており、「今の生活が楽しい」「自分でできることも増えた」という発言も聞かれている。入院中から地域生活まで切れ目なく支援できたことにより、安定した日々を過ごせているのではないかと考える。

7. 課題

- ・キーワーカーのファシリテーション技術の重要性を感じた。今後、A氏が安心した地域生活を送るために、多職種がより具体的に適切な支援を行えるよう、ケア会議を継続していきたい。
- ・BACSでの有意差は見られなかった。今後は主観的満足度の評価が行える評価表の必要性を感じた。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

(別紙)事例報告書-2

精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究

事例報告 Summary Sheet[施設名: C 病院 患者: A 氏 64 歳 女性 キーワーカー: S 職種 OTR 男性]

■比較的早期に退院した人 口長期入院後に退院した者人 口入院経験のない人

	入院～2ヶ月	3ヶ月～4ヶ月	5ヵ月	退院～現在	備考
日常生活の様子	不安感が強く、スタッフへの訴えが多く依存性的。退院に対しては前向きではあるが、退院後のイメージができていない様子である。他患者との交流はほとんど見られていない。	不安感は若干軽減し、スタッフへの訴えは減少。退院に向けて本人より「銀行でお金を下ろす練習をしたい」などの発言あり。服薬は1日自己管理。また、心理教育へ参加し、自分の病気にについて積極的に勉強する。	退院前になり、外出・外泊訓練を行う。また、体験デイケアへ継続的参加。しかし、退院前になり不安の訴えが出現してきたが、退院支援プログラムには、意欲的に取り組まれている。	退院時はスタッフに若干の不安の訴えあり。しかし、デイケア・訪問看護を利用することで、安心した生活を送る。	
ケア会議の概要 目標設定	本人・家族・病院スタッフが参加したケア会議で、家族と本人の意向を確認。意向としては、「共同住居で一人暮らしをしたい。このことをチームで共有し、目標を“共同住居で訪問看護・デイケアを利用しながらの独居”とする。	本人の意向より、「バスを利用して、銀行でお金を下ろせるようになる」「友人宅、買い物などの外出を行う」と当面の目標とする。 また、各職種目標を立案し、Nsは服薬・金銭管理。OTは調理、銀行の利用などとする。	“外出・外泊”“体験デイケアへの定期的参加”を短期目標として支援を行う。支援時の共通認識として、自立を支援するものの、不安が強くなっていく可能性が高いため、見守り・支持の体制でフイーロードバックを中心とした支援を行っていくことを共有する。	訪問看護は、生活支援(セルフケア、服薬、交通機関利用、金融機関の利用)。不安の軽減。心理教育を目標に支援していくことを確認。 デイケアでは、定期的参加による生活リズムの維持、対人関係の拡大、場の保障(居場所の確保)、不安の軽減を目標に支援していくことを確認する。	
薬物療法	ジブレキサ(10)1T ロビゾノール(2)1T レンドルミン(0.25)1T セデコパン(1)1T デイオバン(40)0.5T デパケンR(200)2T	ジブレキサ(10)1T フルニトララゼパム(2)1T レンドルミン(0.25)1T セデコパン(1)1T デイオバン(40)0.5T デパケンR(200)2T	ジブレキサ(10)1T フルニトララゼパム(2)1T レンドルミン(0.25)1T セデコパン(1)1T デイオバン(40)0.5T デパケンR(200)2T	ジブレキサ(10)1T フルニトララゼパム(2)1T レンドルミン(0.25)1T セデコパン(1)1T デイオバン(40)0.5T デパケンR(200)2T	
実施したプログラム □DC・SC □外来OT □訪問看護	【院内作業療法】 ・大集団(創作、音楽鑑賞など) ・心理教育 ・退院支援 ・個別支援	【院内作業療法】 ・大集団 ・心理教育 ・退院支援(買い物、バス利用、生活スケジュール、料理) ・個別支援(金融機関の利用) 【体験デイケア】	【院内作業療法】 ・大集団 ・退院支援(買い物、バス利用、生活スケジュール、料理) ・個別支援(金融機関の利用) 【体験デイケア】 【退院前訪問】:Ns、PSW、OTR、外来Ns	【デイケア】 週に3回程度の利用 【訪問看護】 週2回 月曜日:Ns、PSW 水曜日:Ns、OTR	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	①心理教育を実施(病気・薬・再発予防・福祉サービス・リハビリ) ②退院支援にて、買い物、公共交通機関の利用など実施。 個別支援にて、金融機関の利用を行う。 ③進行状況などを家族へ報告。	①心理教育の復習を行う。 ②退院支援に生活スケジュールの立案、料理を加え実施する。個別支援は継続。 ③進行状況を家族へ報告。	①クライシスズラン・生活プランの作成。 ②外泊中の退院前訪問看護にて、スケジュールの立案とセルフケアの実施を行う。 ③進行状況を家族へ報告。 実際の退院先を家族が見学し、今後について、本人・家族・スタッフで面談を行う。	①定例の不安や症状に応じた心理教育を行う。 ②セルフケアの実施、服薬の確認・指導などを行う。	
○その他 備考		体験デイケア開始日(11月19日)	共同住居の契約(12月16日)	退院日(1/12) デイケア開始日(1/14) 初回訪問看護(1/13) 初回受診日(1/19)	

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア, 外来作業療法, 訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: D病院 報告者(キーワーカー): I

プログラム: ☒DC・SC ☐外来 OT ☐訪問看護 ☐その他()どこかを■にし()に記入

1. 事例紹介: ☒比較的早期に退院した人, ☐長期入院後に退院した人, ☐入院経験のない人 (どれかに■)

【基礎情報】氏名: A氏, 年齢: 31歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

【現病歴】これまでの経過: 高校を中退(学業不振、カンニングが見つかった)した後、家族に暴力が出現。そのため他県の高校に再入学する。卒業後はフリーターをしながらボクシングジムへ通うなどし、そのまま他県で過ごす。地元のコンピューター関係の専門学校に入学するために帰郷。卒業後、父の仕事を通じた知り合いのIT関係の会社(他県)に就職する。1年2ヶ月勤務し、X-10ヶ月に実家に戻ってくる。会社のことは皆が自分をいじめる等の被害感を口にする一方で、会社は自分のことを考えてくれているといった肯定的な感想を口にするこもあつたとのこと。また、他県に在る間の約8年間ボクシングのジムに通っていたらしい。実家に戻ってからは父の家業(ライセンスビジネス)を手伝っていた。X-6日、午前中は父と会計士の接待をしていたが、午後から自室に閉じこもり独語が聞かれた。「俺は太陽系の救世主だから、あいつらは俺をつぶしに来たのか!」などの意味不明の発言があつた。X日午前1時頃、父と兄を相手に大暴れし、父は眼窩底骨折。兄は近所に助けを求め110番通報される。警察が駆けつけるとA氏は屋根の上に全裸でおり、父や兄の返り血を全身に塗り広げた姿で「儀式は終わった」などと意味不明の発言をしていた。24条通報が出され当院に緊急措置入院となる。

入院当初は粗暴な行動はなかったが、病的体験活発で独語やまとまりのない言動が見られた。4日目より保護室から病棟内時間開放となる。20日目より総室となる。入院4週後に心理教育をOT、CP、Nsにて実施する。内容に対する理解は良好であるが、優等生的な発言が多く聞かれた。11週後に措置解除→医療保護入院となる。翌週からプレデイケアを開始する。プレデイケアの内容はストレッチ、パソコン、ボクシング、農園プログラムのみの参加で、段階的に参加プログラムを増加した。

措置通報時の暴力により、父は何度か顔面の整復手術が必要であつた。そのような状況から家族はA氏に対しての恐怖感が強く、面会もかなり拒否的な状態であつた。入院9週目にようやく父、兄、主治医との間で面談が行えた。当初、同居には拒否的であつたが、16週目に父とホテルへ外泊し、その時の様子から父は同居を考えられると判断し、自宅への外泊を2度行った。兄は恐怖感が強く、受け入れづらい様子を話している。X+19週、本人に研究の説明を行い同意を得た。

2. 初期アセスメント(対象者の疾病管理能力、生活技能、家族の支援力等を記入してください)

※ X+18週での評価

【対象者の疾病管理能力】

病棟で実施した心理教育の内容(病気・症状について、病気の経過・治療法について、薬について、再発予防について)に対しての理解は良好で、自身が体験したことに対する客観化ができている。また今後の治療やリハビリテーションに対して、「ゆっくり焦らずにデイケアに通いながらリハビリしたい」と話している。初発であるために通院治療というもののイメージが持ちづらいが、ボチボチとやっていきたいと話している。

【対象者の生活技能】

病棟内ADLは自立している。自宅では母が入院中のため家事を父と兄弟で分担し、掃除や庭の手入れがA氏の役割である。食事については父や兄が作ることもあるが、店屋物や外食も多いとのこと。公共交通機関の利用に関しては入院前まで活用していた。自動車免許は取得しているがペーパードライバーである。現在、すぐに入院前の全ての作業に耐えうる状態ではないが、capacityとしては可能である。ぼんやりとしてテレビなどに集中しづらいと話す。

【家族の支援力】

母は2年前に脳内出血で左麻痺となり入院中。父、兄と3人暮らし、父と兄は統合失調症の勉強をしている。これまでのエピソードの中でのA氏への違和感が病気の症状であつたとの理解をしている。しかし、措置通報時の大暴れについては実際の傷害程度が重傷であり、恐怖感が依然消えにくい。直近までは今後の同居は難しいという気持ちがあつた。BPRS: 感情的引きこもり・ごく軽度の項目として、思考解体・衝動的な行動や姿勢、軽度の項目として、運動減退・感情鈍磨が認められる。GAF: 55。BACS: 言語性記憶=-1.08、作動記憶=-0.25、運動機能=-2.60、言語流暢性=-0.20、注意機能=-1.23、遂行機能=-0.05。

3. 治療・援助の目標と方針

※ケアプラン参照

<将来の目標>

- ・お父さんのビジネスを受け継いで、できれば拡大したい。
- ・結婚して子供をつくりたい。

<この1ヶ月の目標>

- ・退院する。
- ・生活リズムを確保して、通院とリハビリにあたる。

<援助方針>

- ・デイケアプログラムへの参加を継続し、体を慣らしていく。
- ・A氏が取り組んだ心理教育と同じ内容の家族心理教育を行い、家族の恐怖感を軽減する。

4. 治療・援助の経過(再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を記述してください)

X+18週、第一回ケア会議(参加者: A氏、父、兄、Dr、Ns、OTR、PSW、CP、保健所相談員)

A氏：入院する前は自分の中に数人が入ってきている感じだった。外泊中は眠りにくいことがあった。
父：以前と比較すると、外泊時の様子から、それつも良くなってよく話すようになった。暴力的なこともなかった。ゆったりとしてはいるが正常な感じを受ける。少し安心感がもてるようになった。同居の方向で進めていきたい。
兄：少し不安な感じはある。家族で仲良く暮らしたい、ただそれだけ。
病院スタッフ：不眠や口調の荒さは再発と考える。その状態に注意してもらいたい。薬剤調整後、退院の方向で進める。
ケアプラン X+18 週（別紙）の退院後の支援内容について説明する。
＜診察(金)・デイケア(火)・ショートケア AM(金)・訪問看護月一回・家族交流会月一回＞

第Ⅰ期（X+19 週～23 週）X+19 週退院

・**デイケア**：アセスメントシートより生活技能に対しての不安はなく、家族内での役割分担もあり、主たるアプローチからは除外した。デイケアプログラムとして、火=ボクササイズ、農園、金=PC 入門。BACS での運動機能の低値より、自身の意図する動作のしやすさに焦点をあててプログラム参加していくことを共有する。共有目標として『2/W 来所する』『体を慣らしていく』『できる範囲で集中してプログラムに取り組む』とした。退院前の減薬もあり、入院時と比較して軽快な動作をみせている。A氏の実感としても「だいぶ動きやすくなった」とのこと。パソコンでは入力速度が向上し、入力ミスなども減っている。8年のボクシング経験があるが、そのフォームは適切なものが獲得されておらず、インストラクターより何度もフォーム修正が入る。概ね落ち着いた参加態度であり、苛々感などもなく動揺性は低い。
・**訪問看護**：A氏・父・兄が在宅。家内は無頓着な男三人暮らしといった様相でホコリや不要品でやや散らかっている。3人の関係は穏やかで、父兄ともに「ゆっくりやったらいい」というメッセージを繰り返し伝えている。一方で、A氏に対してやや気遣った対応が見られ、「これは皮肉ではないで」などと父兄が自身の発言をA氏に変に伝わらないよう何度か確認をしている。入院前の前駆的症状や警察介入時のことについては、A氏と話す機会は今もけていなかった（話題にしばらくした）様子で、「今日は病院のスタッフがいて話しやすいから」と、父が当時の状況についてA氏にどのような状態であったかを確認している。A氏が話す状態に付け加え、病状説明や回復段階について説明する。服薬は飲み忘れも一度もない。デイケアも家族から何も言わなくても行く。入院前よりとても穏やか。しいて言えばどもりが気になる程度。
・**家族交流会**：「リハビリテーションについて」を実施。兄が参加。テーマへの関心は高く、積極的な質問がある。デイケアで行っているボクシングが、病状悪化時のA氏の暴れにつながるのか心配であるなど話している。家族交流の時間では、人に相談できないし、親戚にも言っていない。薬は自分で飲んで24時以降は寝ている。このままおとなしくしてくれるか…。病状悪化には兆候があるはずなので、それを見逃さないようインターネットで情報収集している。A氏が錯乱している時は悪魔に見えた。服薬中断が恐ろしいと不安な様子を話している。

第Ⅱ期（X+23 週～27 週）

・**デイケア**：プログラム変更なし。デイケアのプログラムには遅刻、欠席なく参加できている。口調も早口で話すことができ、主観的な動作速度も改善しつつある。パソコンでの入力ミスはほとんどなくなっている。A氏の口調としても「だいぶ動きやすくなりました。すごく調子良いです」と表現している。空き時間などではゲーム(PSP)をしている姿がよくみられる。慣れが生じつつある分、ミーティング場面でPSPをするなど、やや逸脱した行動もみられたが、注意に対して苦笑いを浮かべている。デイケア内での他者交流として、同年代間での交流は広がり、特に特定女性とは映画に行く約束をするなどやや親密な交際が始まりつつある。
入院中に実施した心理教育テキストを使用した振り返りでは、回復過程で自身の回復段階を、消耗期を脱し回復期を歩んでいる辺りと表現している。90%くらい回復している感じがすると話している。寝づらさが中学生の頃からあったが、ぐっすり眠れているという感覚が今はある。しっかり薬を飲みつづけた。気になることは少し体重が増えたことくらいと話す。家業についてはメール打ち、年賀はがきの作成などを行っている。家での仕事としては庭木の剪定などを行っている。原付を購入し、周辺の移動や散歩に使用しているとのこと。
・**訪問看護**：家族から見ると前より良くなっている感じがする、嫌なストレスがない状態であると思う。精神状態も安定していると思う。せかしたりしなくても薬やデイケアなど、自分がしないといけないことは自分で管理できている。苛々している様子も全然ない。今のA氏にできる仕事を少しずつやってもらっている。救急病棟で知り合った友人らと家の行き来をしてゲームなどで遊んでいると報告がある。
A氏に実施した心理教育テキストを用いて、A氏の病気や回復過程、薬の作用、リハビリテーション、今後重要になる再発予防などについて家族心理教育を行う。A氏の入院前の状態を確認しあい、再発サインなどと重ねて「イライラ感」や「荒い口調」、「不眠」などを再発サインと確認する。
・**家族交流会**：「家族の生活も大切に」を実施。兄が参加。
兄の発言：病気の性質上、親戚にも言っていない。母親は脳出血で入院中。姉はストレスに弱く、弟の病気のことを言っていない。相談相手は父親だけなので、話し合うことができる場は大変ありがたい。この先、弟と1対1の関係になることを考えるとしんどい。弟は結婚して家庭を築きたいと言っている。医師を信頼し、病気を治したいと服薬もきっちりしている。デイケアはボクササイズを楽しみに通っている。同じ病気をもつ友達もできたよう。その反面、自分の生活は壊れてしまった。好き勝手なことができなくなった。後のことはあまり考えたくない。発症時に独り言があったので、過敏に反応してしまう。腫れ物のように扱っているとA氏も傷ついてしまう。A氏が、自主的に庭をきれいにしてくれたことに対し、感謝の言葉を伝えた。夕食の準備も手伝ってもらおうかと思う。必要とされていることを感じてもらいたい。薬に色々な種類があることを知った。父親から病気についての本を読むよう言われるが、やはり、このような場で会話を通して聞いたことのほうが入ってくる。弟が病気をしてから、「統合失調症」という文字がすごく気になるようになった。

・ケア会議：

A氏：体調は戻ってきた気がする、頭の回転や筋肉は鈍っている気がする。しゃべりにくい気はする。トゲトゲしないよう心がけている。少しずつできる仕事を増やしている。

家族：スピーディーではないかもしれない。家の中では筋トレ、小説や漫画をみるなどして健康的に過ごしている。一番うれしいのは友人ができたこと。病気のことも隠さずにいれて本人は楽そう。

病院スタッフ：病気が安定して生活が広がってくると、やることが増えストレスも増える。そのような時にぐっすり寝れるか、逆に頭がハッキリしてしまうか、ぐっすり眠れる程度のストレスであれば許容範囲と考えても良い。現在の回復が維持できるよう、今後もストレス管理をしながらできることをやっていって欲しい。

第Ⅲ期（X+27週～33週）

・デイケア：プログラムは継続。遅刻や欠席はない。電車の都合もあるが、開始 30 分前には到着し、喫煙するなどして過ごしている。喫煙コーナーでのやりとりから「友達の輪」は広がっている。親密になった女性とは少し距離をおくようになった。動作速度プログラム中など、不適切なタイミングで他者より話しかけられたりすると「今はダメ」と注意を促したり、断ることができている。プログラムでの動作速度も改善し、「体の動かしにくさはもう全然問題ないです。鈍っている感じはしますけど」と話している。パソコンでの巧緻動作やボクシングでの粗大動作もスムーズである。デイケア内ではPSPをしている姿は目立たなくなり、聞くと「あきてきたものもあるけど、少しあらためようと思って」と話している。今後の医療については診察を隔週に、デイケアを週 1 度に行きたいと話す。幻覚妄想などの症状が出現することやイライラや不安などの非精神病性の症状や動揺性もなく安定している。

・訪問看護：変わらずに 23 時頃に寝て 9 時頃に起きている。安定したリズムで過ごしている。友人関係でも特に問題はなく、互いの家を行き来して遊んでいる。この前はキャバクラに 1 回行ったと聞いた。仕事はパソコンを使って名簿作りや会社のホームページの管理をしたりしている。以前までの訪問時間中は、父が 80% くらい一人で話していたが、今回は A 氏もよく話した。デイケア時と同様に今後の生活の希望を話している。家族とともに再発サインを確認し、現在の行動で家族が不思議に思っていることを確認した。（夜に部屋がギシギシいっているが？→筋トレをしている）

家族交流会：「家族のストレスマネジメント」。兄が参加。グループに初参加の人が多いために、その人の発言を受容的に聞いていることが多い。なごやかな雰囲気家族通しのやり取りが行われていた。他参加者に、この場を「相談ができる貴重な場」と伝えている。また、自身で本を読んで学ぶよりも、交流を通して知ったことの方がよりよく理解できるとも話している。

・ケア会議

A 氏：少しずつ仕事を増やしていきたい。デイケアや診察の頻度を減らしていきたい。

家族：料理も自分の食べたいものを作っている。おだやかになっている。デイケアも薬も問題なく自己管理して行えている。心配なことは全くない。今の状態がベストだと思う。「家族会に参加して、こういう言い方はどうかと思うが、うちの弟はまだマシやなと思った」と話す。

病院スタッフ：経過は動揺性もみられず順調。唯一心配なのは再発。これまで心理教育などで何度も確認したことを、家族の中でもう一度共有してほしい。苛々している時は A 氏が分かっている、家族から言われると反発したりすることもある。そのような時にはチームスタッフにすぐに伝えて欲しい。BACS の検査結果についてフィードバックし、この 3 ヶ月での回復を伝える。

次週以降、デイケア火曜（1/W）、診察（1/2W）で実施していく。

5. 結果（研究期間内に得られた成果など）

- ・GAF：55→57
- ・BPRS：7→7
- ・BACS：言語性記憶＝-1.08→-0.84、作動記憶＝-0.25→0.03、運動機能＝-2.60→-1.36、言語流暢性＝-0.20→0.62、注意機能＝-1.23→-0.59、遂行機能＝-0.05→1.32
- ・生活体験チェックリスト：全項目での数値の向上。行動範囲、関わりをもつ人、あき時間の過ごし方の回答数増加。
- ・ケア必要度得点：33.4→35
- ・必要な医療の提供頻度：診察 1/W→1/2W、デイケア 2/W→1/W、訪問看護 1/M→なし
- ・A 氏に対する家族の病気への理解、安心感の向上、恐怖感の軽減
- ・デイケアプログラムへの参加を継続し、手指運動機能、全身運動機能の向上
- ・退院後 3 ヶ月間の再発及び再入院の防止
- ・A 氏の仕事内容の質・量の増加

6. 考察

GAF 及び BPRS は、服薬調整後の退院時には高値で数値上すでに改善しており、変化はほとんどみられなかった。BACS ではすべての項目で改善がみられ、認知機能が向上したと考えられる。特に運動機能、遂行機能において高位に改善があり、デイケアでの共有目標とした動作速度と判断を含めた処理速度の向上が認められる。これにはパソコンプログラムでの手指運動及び判断・操作機能に対するアプローチとボクササイズでの全身運動機能、運動企画に対するアプローチが効果的であったと考えられる。また、その回復は生活体験チェックリストにおける数値の向上として主観的感觉でも表現されている。特に、作業遂行については、開始時では 40 程度であった印が、終了時には 90 程度に向上しており、回復がしっかりと実感できている様子が窺える。これらは本人の主観的感觉と検査による客観的評価との結果から焦点化し、リハビリテーションの目的を的確に共有し取り組めたことが効果につながったと考えられる。また、作業遂行がしやすくなったことにより、元来もっていた行動範囲や関わりをもつ人、あき時間の過ごし方などのレパトリを増やしていったと

考えられる。

ケア必要度得点は開始時に「自分の健康状態について」の睡眠やストレスへの対処の項目で低値があったが、それ以外のADLや社会資源利用、働くことなどの項目では、本人が困っていると判断する項目はなく、その不安の少なさが回復自体にも好影響を与えたと考えられる。

家族交流会で兄は、父親以外とはA氏の病気に関することを相談する場をもっていなかったため、「相談ができる貴重な場」と評価していた。また、自身で本を読んで学ぶよりも、交流を通して知ったことの方がよりよく理解できるとも話していた。当初は、懐疑的な疑問を投げかけることが多かったが、次第に他の家族を和ませるような発言が見られ、A氏との対応について振り返ることが多くなってきた。兄自身の笑顔も多く見られるようになり、交流会へ参加することにより、他の家族の存在が情緒的サポートとして機能し、病気に関する知識獲得や関わりについての振り返りが促進されたと推察される。開始時にあった家族の恐怖感は、本人との平穏な暮らしや家族心理教育、家族交流会により安心感が得られ、恐怖感が軽減されたと考えられる。

仕事はライセンスビジネスを、父を中心に家族で行うという特殊な形態であったため、A氏の回復程度に応じて適当な質・量が行えた。この「仕事ができる」状態が確保されたことも、本人の不安の少なさに影響していると考えられる。結果として、退院後3ヶ月間は再発及び再入院が防止され、必要な医療の提供頻度も減少したと考えられる。

7. 課題

- ・本事例のように、入院時に家族への暴力事件などが生じていた場合（特に初発）は、本人に対して強い恐怖感を抱くことがあり、外来後も丁寧な家族心理教育を中心とした支援が必要である。
- ・本事例は当院から車で70分前後の時間を要する遠方で暮らしている。近隣には精神科医療施設は少なく、退院後も当院を利用せざるを得ない。本事例の場合は家族での仕事という、回復段階に応じた作業と役割を担うことができたが、そのような場合は少なく、適切な社会資源の利用が必要である。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet【施設名： D 患者： A 氏 31 歳 女性・男性 キーワーカー： I 職種 OTR 男性】

■比較の早期に退院した人 □長期入院後に退院した人 □入院経験のない人

	開始前	開始～1 カ月	～2 カ月	～3 カ月	備考
日常生活の様子	病棟内 ADL は自立。動作速度はゆっくりにしている。朝は眠気があり、午前中は眠っていることが多い。ホールでテレビを観たり読書をして過ごすことが多い。	退院する。夜は 24 時には就寝し、朝はゆっくりと寝ている。散歩などの運動も少しずつ取り組んでいる。本人の担当家事（掃除や庭木の手入れ）も行っている。服薬も自発的に行えている。	救急病棟で入院中に知り合った友人らと家を行き来して TV ゲームなどで遊んでいる。生活リズムは乱れず、本人のできる仕事をまかしては始めている。原付を購入し利用している。	リズムは変わらず 23 時頃に寝て 9 時頃に起きている。友人関係も特に問題はなく、キャバクラに行くなどもある。仕事は PC を使用しての名簿作りや会社の HP 管理をしている。	
ケア会議の概要 目標設定	・退院後の同居を目指して外泊を繰り返す。 ・体と頭を慣らしていく。	・退院する。 ・生活リズムを確保して通院とリハビリにあたる。 薬物療法調整後に退院予定。	・少しずつできる仕事を増やしていく。 ・生活リズムを確保して通院とリハビリにあたる。	・少しずつできる仕事を増やしていく。 ・生活リズムを確保して通院とリハビリにあたる。	
薬物療法	(毎食後) リスパダール 1mg 1T アキネトン 1mg 2T (朝夕後) デパケン 200 1T ランドセン 0.5 1T (夕後) ジブレキサザイデイス 5mg 1T (眠前) デパケン 200 2T リスパダール 2mg 1T ユーロジン 2mg 1T センノサイド 12mg「サワイ」1T	(朝夕後) デパケン 200 1T (夕後) ジブレキサザイデイス 10mg 1T (眠前) デパケン 200 2T セロクエル 100mg 2T フルニトラゼパム 2mg「アメル」1T グッドミン 0.25mg 1T センノサイド 12mg「サワイ」1T	同左	同左	
実施したプログラム ■DC・SC □外来 OT ■訪問看護	病棟からのブレディケア参加。体慣らし、頭ならし、場所慣れを目的にストレッッチ、ボクササイズ、農園、PC に参加。どれにも真面目に取り組んでいる。PC は経験から複雑な課題に取り組める。操作ミスは見られる。身体系ではどこちなさやふつきが認められる。 退院後通所することを同意。	2/w 通所し、プログラムのボクササイズ、農園、PC。薬物調整により退院後は入院時よりも動作は軽快でスムーズ。 喫煙コーナーを中心とした他利用者との自然な交流も増えている。訪問では家族が本人を若干気遣っている様子が見られる。スタッフの存在により本人へ措置通報時の様子について聞くことができている。	プログラムは継続し変更なし。遅刻、欠席なく参加できている。本人の実感としても「だいぶ動きやすくて調子良い」と。空き時間には PSP などのゲームをしている場面が多く、時に休憩とプログラムの区別がつきにくいときもある。 特定女性と映画に行く約束をするなど親密な交際がはじまりつつある。	プログラム変更なし。喫煙コーナーでのやりとりから「友達の輪」は広がっている。体の動かしにくさは、特に気にならなくなったと話している。集中力やどまりなども改善している。 病的体験だけでなく、イライラや不安感などの非精神病性の症状や動揺性もなく安定している。	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	本人へは心理教育を実施。家族は措置通報時の暴力による恐怖感が強く、当初は面会も拒否的であった。初回の外泊は病院近辺のホテルに宿泊するなどし、本人の落ち着きを実感し、少しずつ安心感を持ち、自宅外泊となる。	兄はまだ不安な様子があり、その気持ちを家族交流会で話している。 訪問時に病状説明や回復段階について、父兄の独学情報と重ね説明を加える。	訪問時に本人に入院中実施した心理教育のデキストを用いて家族心理教育を実施する。入院前の様子を振り返り、再発サインを共有する。 兄は家族交流会で自分の生活が壊れたという胸中を語っている。	本人、家族とともに再発サインの確認。 兄は家族交流会について、「相談ができる貴重な場」と表現している。	
○ その他 備考	外泊時に眠りにくいことがあった。			本人より次期から診察、デイケアの頻度を減らしていきたいとの希望。	

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入ししてください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: E 病院 報告者(キーワーカー): S

プログラム: ☐ DC・SC ☒ 外来 OT ☒ 訪問看護 ☐ その他() どれかを ☒ にし () に記入

1. 事例紹介: ☐ 比較的早期に退院した人, ☒ 長期入院後に退院した人, ☐ 入院経験のない人 (どれかに ☒)

[基礎情報] 氏名: A 氏, 年齢: 22 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

[現病歴] これまで経過:

X-12 年頃から強迫症状出現。次第に不登校、自閉などの状態となり自宅に引きこもりとなっていた。中学校は不登校であったが、卒業はした。X-7 年 4 月、全身衰弱傾向となり地元のこども病院に入院。精神科的治療が必要と判断され、翌日、地元の医大精神科に紹介受診。入院拒否したため医療保護入院となった。X-6 年 11 月初旬まで入院。その後は外来通院していた。X-5 年 6 月下旬に当院当科外来を紹介受診。しかし、引きこもり傾向は変わらず、A 氏は 1 回のみの受診で母親が代理受診し、A 氏に処方薬を内服させていた。その間、風呂にも入らず幻聴の訴えがあった。X-4 年 3 月下旬頃より拒食拒薬脱水状態となり、数日後に当科入院となった。

X-4 年 6 月中旬に OT 処方。同時期に任意入院に切り替わる。精神症状の影響があり、処方時から会話不能で筆談でのコミュニケーションであった。筆談内容は、ひらがなが多く、表現力が稚拙なところがあった。作為体験が強く毎日の行動に影響が出ていた。参加プログラムは、開始から 1~2 ヶ月は創作プログラム(陶芸)に週 2 回程度の参加。その後約 2 ヶ月間は週 3 回程度の参加で、調子に合わせ創作以外でも調理実習やレクリエーションにも参加していた。その後は、週 5 回レクリエーション(スポーツや買物)、創作(プラモデル、革細工など)、調理実習、プール、リラクゼーションと体調に合わせ継続して OT 参加していた。この時期に A 氏の考えていることを筆談以外のかたちで知りたいという OTR の提案で交換日記を開始した(頻度は週 2~3 回)。作為体験は時折見られるも、入院当初に比べると劇的に軽減され日常生活はほぼ問題なく行えるようになった。しかし、客観的に顕著な精神症状は作為体験であったが、空笑も認められ、時折幻聴の訴えもあり、内在的な精神症状は多様であった。A 氏の状態は毎日に回復が認められたが、自発的な発語は依然認められないため、X-3 年 7 月器質的な精査目的で当院耳鼻科外来受診。器質的な面での異常はないとの診断であった。数回耳鼻科医の発語訓練を施行したが改善は認められず、筆談でのコミュニケーションのまま経過している。A 氏の精神状態の回復と人間的な成長もあり筆談の内容はしっかりとしたものになってきてはいたが、ひらがなの使用は多く、長い文章での表現は難しい様子であった。しかし、日常生活は自立しており単独での外出も可能、外出・外泊時の家族の評価も良好であったため、地元の就労継続支援 B 型事業所の利用、同時に系列のグループホーム(GH)の入所を決め、X-2 年 11 月初旬退院となった。同時に外来 OT、訪問看護の利用も希望。障害者自立支援医療制度を利用し、精神障害者保健福祉手帳 1 級、また療育手帳 B(軽度知的障害の診断のため)を所持。障害年金は 1 級。外来 OT は週 2 回(月・金)、レクリエーション、プール、創作いずれかへの参加とし、訪問看護は 2 週に 1 回の利用とした。その他を事業所での活動で経過していた。

しかし、GH の同室者への被害妄想が強くなり、X 年 6 月下旬に当院当科休養入院(任意入院)。数日後に OT 処方。入院中は週 5 回 OT に参加し体力や耐久力の維持、気分転換を図っていた。休養もでき、GH の環境調整もできたことで同年 8 月に退院。退院後は既述の医療、福祉、公的制度を利用した生活が続き現在に至っている。

2. 初期アセスメント(対象者の疾病管理能力、生活技能、家族の支援力等を記入してください)

・疾病管理能力: 不調時は自ら OTR に状態報告可能。状態に応じて仕事・OT・訪問看護を休むことも可能。服薬は自己管理。通院は 2 週に 1 回。自己の症状は、ある程度自覚している。コミュニケーションは筆談であるが、携帯電話のメール機能は使用できるため、OTR とはメール・交換日記にてコミュニケーションを取っている。

・生活技能: GH での生活が主体。週 1 回程度の頻度で同市内の自宅に帰っている。食事は主に GH のものを食べている。GH での食事が休止の場合は自炊となるが、即席麺がほとんどである。身だしなみは整っており、生活リズムも規則正しい。睡眠時間は約 9 時間で熟睡している。洗濯も自立している。しかし、日常生活の中の細かい所は自分では自信がないとのこと。入浴は週 3 回シャワーで済ませている。金銭・物品管理は、母と協力して行っている(通帳や保険証など重要度の高いものは母が管理)。買い物も自立しているが、万単位になるような大きな買い物は 1 人では不安とのこと。移動手段は 1 人で主にバスを利用。公共機関や電話の利用に関しては、精神症状による筆談のコミュニケーションのため、困難さが伴っている状態。携帯電話のメール機能は使用可能。しかし、筆談というコミュニケーション手段が、A 氏の意味を表出する唯一の手段である反面、ひらがなの使用の多さ、長文になると表現がうまくできなくなる、文章による表現の限界など生活の様々な場面で支障をきたしている。また筆談での表現から A 氏の本意を類推することも必要となり、会話でのコミュニケーションに比べ時間を要する事が多い。

・家族の支援力: 父、母、兄がいる。しかし、父、兄は県外で仕事しており、支援の主体は母親。母親は A 氏の支援には非常に協力的であり、疾患への理解・共感も高い。しかし、A 氏が自立への意識が強いため、母親の支援は最低限に留めてもらっている。

・経済・公的制度の利用状況: 1. 事例紹介に記載の通り。障害年金で GH 費、生活費をまかなっている。

・精神症状: 症状は慢性化しており、作為体験、幻覚(特に幻聴)が顕著。発語が不可能なため量りかねるが、内在的に精神症状は多様に残遺している印象がある。症状のために話せないが、A 氏が自ら話すことを拒否しているところもある(器質的には問題ないという耳鼻科医の診断もあり)。

・その他: 週 2 回の外来 OT 利用。週 3 回は事業所にて農耕型の仕事に従事している。OT では、レクリエーションに参加しトリムバレーを実施。また創作でプラモデルを作製している。どちらも現行の状態を維持すること、仕事とは別の場所で過ごすことでの気分転換が主な目標であるが、OT の利用者、OTR をはじめとした病院スタッフとの交流は、A 氏の社会性・協調性の維持・向上につながっている。

訪問看護は2週に1回の頻度で約40分の訪問。主に生活状況を聞き、問題があればA氏とともに考えていく形で関わっている。 事業所での仕事は、勤勉にこなしている。丁寧にこなすが、やや作業スピードは遅めである(OTでの創作でも同様)。
3. 治療・援助の目標と方針 目標：外来OTへの週2回参加、訪問看護2週に1回、事業所への通所を継続し、ケア会議を通して生活技能の向上を目指すしていくこと。 方針：筆談でのコミュニケーションであり、A氏の意志表出、その理解に時間を要するため、ケア会議をできる限り行っていく。その中でケアアセスメントを、時間をかけ丁寧にやっていくことで、まずはA氏の問題を現実的に捉えていく。その後、A氏の意志を尊重しつつ、解決策を関係職種で検討しケアプランを作成、それに基づき支援体制を整えていく。
4. 治療・援助の経過 (再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を記述してください) 本研究に同意を得た後、A氏の生活になるべく困難を与えないよう配慮しつつ、研究開始1ヶ月間はGAF、BPRS、BACS-Jを施行し、慢性期となっているA氏の状態、認知機能の状態を改めて評価しなおすことに努めた。その間、ケア会議の実施の同意を得て、ケア会議関係者(当院訪問看護師、事業所サービス管理担当者、GH生活支援員)に研究の趣旨を伝えケア会議の日程調整を行った。 A氏にとっては今回の様な形でのケア会議、ケアアセスメントは初めての体験である。また筆談でのコミュニケーションは会話を通したコミュニケーションと違い、上述している様に様々な要素がある。以上の点を考慮し、第1回目のケア会議では、ケアアセスメントを通して様々な生活場面の中でA氏が考えていることを自分のペースで表出してもらい、現実的かつ具体的に問題を捉えていくことを目標とした。ケアプランを考えていくことを目標にしてしまうと、A氏の現状の把握がおざなりになってしまうことを懸念し、丁寧にできる限りA氏のペースに合わせてケアアセスメントを行うことにこころがけた。その結果、約90分の時間を要したが、OT協会の作成のケアアセスメント項目1.(1)～(3)まで終了した。第2回目は1週間後に実施。1回目と同様の目標でケアアセスメントを行い、約90分でケアアセスメントはすべて終了した。ケアアセスメントの総体的な評価として、A氏の自己肯定感が低いことが判明した。ケアアセスメント項目1.(2)生活の管理について、(4)家事について、(5)社会資源の利用について、(6)人付き合いについて、ケアプランの検討の必要性が挙げられた。次回からの会議はケアプランを検討していくことを確認した。 その間、外来OT参加時に、ケア会議の感想を聞く、交換日記でもケア会議に触れてみるなど、どのようにA氏がケア会議を捉えているかの状態把握に努めた。また、ケア会議に参加した訪問看護、事業所サービス管理担当者、GH生活支援員とは随時連絡をとり情報の共有に努めた。A氏の生活は、安定して経過していた。 約2週間後に第3回のケア会議実施。今回はA氏が体調不良を訴え欠席(風邪のため)。関係職種のみ集まり、ある程度のケアプランをまとめてもよいかとA氏に同意を求め、同意が得られたため、関係職種でケアプランをある程度検討した。ケアプランの検討の中で金銭管理に関係するものがあり、A氏の金銭管理に深く関わっている母親の協力と理解の必要性が出てきたため、次回ケア会議からは母親も参加してもらう方向で調整を図ることとした。母親の会議出席にあたってA氏の同意や母親への説明は、ケアマネジャーのOTRが行うこととした。 母親の出席も可能となり、10日後に第4回のケア会議実施。前回の会議で検討したケアプランの妥当性をA氏にはかり、その意見を基により具体的なプランを検討した。同時に母親の意見を聞き家族支援も検討した。母親の意見も考慮したかたちで、ケアアセスメント項目1.(2)生活の管理について、(4)家事について、(5)社会資源についての3項目に対し、ケアパッケージまで具体的に検討した。次回会議でケアプラン表を作成し、そのプランをもとに支援をしていくこととした。 約1週間後に第5回のケア会議実施。ケアマネジャーのOTRがまとめたケアプラン表を、A氏をはじめとした参加者にはかり、ケアプランに同意を得た。ケアプランは主に生活面でのプランで生活技能の向上を図るものとした。同時に、今後のケアプラン実行に対しての具体的な役割確認、意見・情報交換を行い、見直しのための次回会議の予定を組んだ。ケア会議を重ねている間も、A氏は外来OT、訪問看護、事業所の通所は定期的に行っていた。 第5回ケア会議を終了した翌日にBACS-J、その3日後にGAF、BPRSを施行した。各種検査とも点数に差異はなく、精神症状、認知機能に変化は認められなかった。
5. 結果 (研究期間内に得られた成果など) 筆談でしかコミュニケーションを図ることができないA氏の様々な生活場面での悩みや問題を、ケア会議を重ね、ケアアセスメントを丁寧にやることにより、より現実的に具体化することができた。更にケアプランに向かって関係職種が情報を共有し、協働してA氏の支援体制を構築した。その結果、生活技能の向上が期待できるケアプランを作成できた。また、ケアアセスメント、ケアプランの検討に際して、家族の理解と協力を得ることができた。
6. 考察 本研究の対象者は、若年発症の統合失調症で軽度知的障害があり、精神症状の影響でコミュニケーション手段は筆談が主、GAF得点は35、症状は慢性的、日常生活における精神症状の影響が深刻な人であった。研究の中断も十分考えられるため、検査、ケア会議の施行前には必ず十分な説明を行い、同意を求めてから行うように配慮した。 4. 治療・援助の経過に示した様に、A氏との筆談でのコミュニケーションには、表出した文章の理解に時間を要することが多く、また本意を類推することも必要なため、ケア会議の時間と開催日は、可能な限り多く取ることにした。この配慮が中断することなく研究を遂行できた一因と推察する。 5. 結果に示したことが、本研究の重要な成果である。作成したケアプランをもとにケアを実施するが、ケアプラン遂行の過程で、A氏の生活技能が改善されていくにつれ、4. 治療・援助の経過に記載したケアアセスメント時の自己肯定感の低さは改善されていくものと考えられる。さらに、ケア会議でケアプランの検討を重ねていく中で、日々の臨床においてA

氏との関わりで活かすことができる内容が多く、それも役立ったとケア会議参加職種からの意見があった。ケアプラン表には反映されていないが、このような声が聞かれることもケア会議実施の重要性であり成果であると考ええる。また、ケア会議は対象者を支援する職種が一堂に集まるものであり、そこに対象者の家族が参加できれば、対象者の支援職種の専門性、人間性、素性が分かり、医療リハビリテーションや精神保健福祉サービス・事業に対し、安心感を与えることができる。それはケア会議が家族支援の側面をもっていることを表している。

検査結果では、精神症状、認知機能に変化はなく目立った改善は認められなかった。しかし、A氏は外来OT、訪問看護、事業所の通所は研究期間中継続していた。これは、医療リハビリテーション、就労継続支援事業所の利用は、精神症状、認知機能の維持に寄与していると推察できる。医療リハビリテーションを継続することで精神症状、認知機能の改善が認められることが望ましいが、本研究の福祉サイドのケア会議参加職種からは、A氏が医療リハビリテーションを受けていると、A氏の状態に不安を感じてもすぐに連携が取れるので安心できるという意見があった。このことから、医療リハビリテーションは再発防止の効果も期待できよう。

本研究のケアマネージャーはOTが行った。ケア会議実施における各種調整を図り、各種検査も施行した。A氏のケアプランを包括的に捉え、医療的な検査を実施することができ、精神保健福祉サービス・事業に精通し医療と福祉の橋渡しを適切に行える職種として、精神科領域のケアマネージャーにOTは適任であると考ええる。

7. 課題

本研究では、医療リハビリテーションを行うことで、対象者の精神症状、認知機能を改善することができなかった。慢性期であっても、対象者の精神症状、認知機能の改善を引き出すことができるリハビリテーションの可能性を検討し追求することが必要である。

ケアプランの作成に時間がかかってしまった。対象者の状態が重度であったが、ケアプランの作成を短時間でできるアセスメント表の検討は必要ではないかと考える。また、対象者の精神症状、認知機能を短時間でかつ的確に検査できるテストバッテリーの開発も今後の検討課題の一つである。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet【施設名： E 病院 患者： A 氏 22 歳 男性 キーワーカー： S 職種 作業療法士 男性】
 □比較的早期に退院した人 ■長期入院後に退院した者人 □入院経験のない人

	開始～1 カ月	～2 カ月	～3 カ月	～4 カ月	備考
日常生活の様子	研究同意日 H21.11.9 から H21.12.9 までの様子。研究への不安、動揺はあったが、日常生活は安定して経過。外来受診、外来 OT、訪問看護は定期的に実施。就労継続支援 B 型事業所(以下事業所)に週 3 回定期的に通所し仕事をしている。	H21.12.10～H22.1.10 までの様子。ケア会議を通して、周囲の環境と自分の状態を自覚できたと話していた。年末年始は実家で過ごしたとのこと。H22.1.5 に熟発するもすぐに回復。外来 OT、訪問看護の実施、事業所通所も安定している。	H22.1.11～H22.1.25 までの様子。外来 OT、訪問看護の実施は定期的。事業所にも定期的に通所。体調を崩すこともなく穏やかに生活していた。		
ケア会議の概要 目標設定	ケア会議は実施できず。関係職種にケア会議の同意、各種テスト結果を伝達しそれをもとにアセスメントしていくというケア会議の概要の理解、そして日程調整を目標とした。	精神症状の影響で対象者は会話不能で筆談のコミュニケーションであり、疎通にも時間を要する為、時間をかけて丁寧にケアアセスメントを行った。アセスメントのを通し関係職種で対象者の状態を共有し共通認識を図ることを目標とした。	ケアプランの確定の為、具体的なケアを検討。それに母親も関係してくる部分もあった為、母親にも参加していただいた。 ケアプラン確定し、それをもとにしたケアを実施していくことを目標とした。		
薬物療法	デパス錠 0.5mg1 錠 (H22.12.7 よりワイパックス錠 0.5mg1 錠に変更) ブルセニド錠 12mg2 錠 ジブレキザザイデイス錠 10mg 1 錠 ジブレキサ錠 2.5mg2 錠 錠剤 1 包化 1×就寝前	同左。H22.1.5 に発熱し、H22.1.6 にカロナール錠 300mg3 錠 3×朝昼夕食後の処方。	同左。		
実施したプログラム □DC・SC ■外来 OT ■訪問看護	外来 OT：週 2 回実施予定。月曜 14：00～16：00 レクリエーション (トリムバレー) 2 回実施、金曜 14：00～16：00 創作 (プラモデル、本人の希望時卓球、ボクササイズ) 4 回実施。OTR との交換日記 (OT 実施毎に交換)。 訪問看護：1 回/2 週間。所要時間約 40 分。2 回訪問。	外来 OT：レクリエーション (トリムバレー) 2 回実施。創作 (プラモデル) 1 回実施。交換日記。訪問看護：3 回訪問。1 回の訪問時間約 40 分	外来 OT：レクリエーション (トリムバレー) 2 回実施。創作 (プラモデル) 1 回実施。交換日記。訪問看護：1 回訪問。		
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	外来 OT では、定期的な参加による① ④対人交流の促進と交換日記による②そして④本人の自己表出能力の向上をはかった。 訪問看護では、実生活の状況確認し本人とコミュニケーションをとること、①、②をはかった。	同左。	同左。更にケア会議に母親が参加したこと、③をはかった。		
○その他 備考		ケアアセスメントの為のケア会議を計 3 回実施。	ケアプラン確定の為のケア会議を計 2 回実施。		

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名： F 病院 報告者（キーワーカー）： H

プログラム： ☐ DC・SC ☒ 外来 OT ☐ 訪問看護 ☐ その他（ ） どれかを■にし（ ）に記入

1. 事例紹介： ☒ 比較的早期に退院した人, ☐ 長期入院後に退院した人, ☐ 入院経験のない人（どれかに■）

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

〔現病歴〕これまで経過：中学卒業後、製造業に就職し 7 年間勤務。X-15 年、退職後、被害妄想・幻聴が出現し当院へ入院。この入院時に OT を受けたことをきっかけにして現在に至っている（入院回数は 6 回）。退院後は作業所に通所しながら外来 OT を利用。外来 OT では OTR に個別相談を求めながら、他者と一緒にいる体験、SST ではコミュニケーションの練習に励んだ。またストレスで辛い時にはカラオケやプラモデル、喫茶などの活動を通して気分転換を図りながら、他者・スタッフと関わり、対人関係上の自信をつけていた。作業所での対人関係のトラブルから不眠に陥り、下痢・嘔吐・味覚が分からなくなるなどの身体化。また妄想を訴えながらも外来で 7 年間やり過ごす。目標は一般就労、「自分の自動車税くらい自分で働いて納めたい」とひたむきに取り組んでいた。X-8 年、さらなるステップアップのために職親制度を使って当院に隣接する特別養護老人ホームにて洗濯や清掃の仕事を始めることになる。仕事は週に 2 回、1 日 3 時間程度の労働状況で始まったが、完璧に仕事をこなそうとしたり、上司の指示の意図や同僚の話についていけなかったりなどで、ストレスから仕事を休んでしまうことがたびたび見られた。X-5 年、グループホームに入居することになる。A 氏にとっては家族から離れるのは初めての体験であった。意気込んで始めたグループホーム生活であるが、寂しさや不安を感じて不眠や食欲不振に陥ってしまう。仕事は続けてはいたが欠席することが多くなり、やる気が起きないと自宅で寝て過ごすようになる。それでも突然職場にスーツ姿でやってきて仕事の時間延長を申し出たり、介護タクシーの資格をとったりなど慌しく、「精神が収まらない」「最初の入院時のようになったが踏ん張れた」と発言したり、過呼吸状態になったり危機的な状況が続いていた。しかし OT では悩みを話したり、気分を紛らわせるために、喫茶・カラオケ・プラモデルなどに取り組み、何とか 1 日 1 日を過ごしているような日々が続く。X-4 年、「街中から噂されている」「夜に家の外でずっと悪口が聞こえる」と苦痛感や不眠状態が続くために任意入院となるが、A 氏が早期の退院への意向が強いため、ほとんど症状が改善しない状況で退院。その 3 ヶ月後症状はさらに増悪、車での暴走行為や「やくざがきた」と目を尖らせて大声を張り上げたりなど社会生活ができない状況になったため医療保護入院となる。入院中は世界没落体験が出てきて将来に対しても絶望的な感情が強かったが、A 氏の意向で問題行動がなくなると退院することを 2 度繰り返した。X 年、1 ヶ月間の入院。以後外来 OT でフォロー。日中は臥床的な日々を送る。以前 50 キロ台だった体重が 80 キロに増加。将来に対しては「もう何もない」、さらに「もう老人なので身体がボロボロ（自分では 100 歳を超えている）」「戦争で人を傷つけたので自分は罪人」「自分が車のエンジンを開発した」など多彩な妄想を抱えながら生活をしている。

2. 初期アセスメント（対象者の疾病管理能力、生活技能、家族の支援力等を記入してください）

〔家族関係〕病弱の両親と MR とてんかんを患う妹との 4 人暮らし。A 氏自らが自立して生活していくことを願い、また家族からの期待も大きい。

〔疾病管理能力〕妄想は確信的で不安が常に高い状況。「自分は老人でこれから何もできないボロボロ」と強い虚無感に覆われている。そのため日中は臥床的なことが多い。

3. 治療・援助の目標と方針

①挫折体験の受容、新たな目標探し。②生活リズム、対人交流・気分転換の場。

4. 治療・援助の経過（再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を記述してください）

作業活動：調理、プラモデル、ペーパークラフト、キャッチボール、OTR との食事。

週に 1 度の頻度で OT を利用。パラレルな場で、「叔父さんと約束をした飛行機的设计をする」「こんなことも発明できる」とペーパークラフトやプラモデルに取り組む。OTR はできた作品には賞賛し続けた。OTR とは散歩やキャッチボールしながら身体を動かしたり、調理したり、昼食をとりながら日常会話を行った。「将来的に世界経済が崩壊し、みんな仕事を失ってしまう。食糧難、環境問題・・・」、「自分の周りには仕事を求める人が助けを求めている」といった不安や妄想的な訴えに対してはじっくり傾聴するように関わる（約 2 年前より継続）。

ケア会議：

- ① アセスメント時、A 氏が訪問看護への関心を示し、孤立傾向にある状況を共有したため、A 氏・主治医・訪問スタッフ・デイケアスタッフ・PSW・OTR でケア会議を開いた。しかし、「今は動けない。現状のままで様子を見ていきたい」と状況が動くことへの強い不安を示し妄想言動が出現してしまう。そこで無理しないでよいことを伝え、外来 OT での関わりを続けることになった。
- ② 3 ヶ月後に A 氏・PSW・OTR で実施。地域生活センターで喫茶して過ごすことが多くなっているよう。「政府から依頼をされて大変やった」「もう仕事は出来ないけど自分でよくやったと誉めてあげたい」「今までやったことは意味があった」と仕事に対する思いを話す。最近生活支援センターの喫茶店に通えている。その活動性が出てきた状況を肯定して A 氏にフィードバックした。

5. 結果（研究期間内に得られた成果など）

「身体が少し楽になった」と日中自宅外で過ごすことが増える。「表情が明るくなった」と家族も評価。

BPRS 53→50 GAF 27→31

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア, 外来作業療法, 訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

6. 考察

A氏は30歳台という年代であり、自分のあり方に、将来について非常に繊細な時期である。A氏は一般企業で働き、家庭をもつことを目標に、就労トレーニング・家族からの自立・男女関係などさまざまな状況に果敢に取り組んできたが、精神症状の改善は困難で、また家族の支援を受けることも難しい状況であった。OTRはA氏の悩みや思いを受容的に聴き、一緒に考えることを基本に関わってきた。しかし目標と現実とのギャップが大きく、今回の再燃はA氏にとって夢を打ち砕かれた結果となった。「もう高齢者何もできない」「戦争で自分が仲介となった」といった発言は、A氏の陰しい状況の中で取り組んだ自らの状況を表しているように思える。外来OTではA氏の思いを受け止めつつ、希望する調理や散歩、クラフトなどを共に行うことは、A氏の生活のなかで唯一の拠り所になっている。A氏の挫折感をしっかり受け止めつつ、新たな生き甲斐探しに寄り添っていきたいと考える。

7. 課題

通常のプログラム外で対応せざるを得ない状況がほとんどであった。個別のニーズに応じて作業療法を展開していくには、法的に新たなOTの診療規定が必要と思われる。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet[施設名: F 病院 患者: A 氏 39 歳 男性 キーワード: H 職種 OTR 男性]

■比較的早期に退院した人 □長期入院後に退院した者人 □入院経験のない人

	開始～1カ月	～2カ月	～3カ月	～4カ月	備考
日常生活の様子	将来に絶望し臥床的。 時々生活支援センターに出かけて喫茶。		生活支援センターへ出かける頻度が増える。表情に明るさが見られるようになる。		
ケア会議の概要 目標設定	一時訪問看護やデイケアに関心があつたようだが、「今のままでもいい」と変化に対する不安が高まったため、現状を見守ることになる。		「今まで頑張った自分を誉めてあげたい」という発言が見られる。		
薬物療法	オランザピン 20 ミリ プロマゼパム 2 ミリ エチゾラム 1 ミリ	オランザピン 20 ミリ プロマゼパム 2 ミリ エチゾラム 1 ミリ	オランザピン 20 ミリ プロマゼパム 2 ミリ エチゾラム 1 ミリ		
実施したプログラム ☐ DC・SC ☒ 外来 OT ☐ 訪問看護	パラレルな場での作業。 個別相談、昼食作りなど外来 OT。 事例が作った創作には、絶対的に認めて、より良い作り方を一緒に考えていた。将来、世の中がどのようになっていくか漠然とした不安に對して、少しでも身体が楽になることをしようとキヤッチボールや事例の希望する食事づくりをして過ごす。	左記同様。	身体が楽になった感覚を得ることができたので、今の活動を続けて焦らずに継続しくことを事例と目標を共有。		
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	自宅で臥床的に過ごしていることが多いので、少しずつ孤立している時間が減らしていければと事例と確認。		自宅近くの生活支援センターでお茶を飲みに行きます。以前に比べたら途方のない無力感が軽減した		
○ その他					
備考					

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: G 病院 報告者(キーワーカー): O

プログラム: ■DC・SC □外来 OT ■訪問看護 □その他() どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介: ■比較的に早期に退院した人, □長期入院後に退院した人, □入院経験のない人 (どれかに■)

〔基礎情報〕氏名: C 氏, 年齢: 59 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

〔現病歴〕中学卒業後、実家からは遠く離れた地で製菓専門学校に通い、卒業後に洋菓子店で働く。

21 歳頃: 結婚、他県に移り、洋菓子店にて働く。

36 歳頃: 軽症ながら交通事故にあい、このことがきっかけで「いつ死ぬか」といった切迫感のため不眠となり、実家近くの精神科へ短期入院し、家族のいる A 県に戻る。A 県でも通院継続。

45 歳頃: 離婚し、子供は妻が引き取る。実家のある地に戻り、船舶の仕事に就くが長続きしなかった。

49 歳頃: 生活保護受給開始。

X-7 年: 「誰かに覗かれている」「ストーカーの被害を受けている」など被害妄想が続いており、派手な症状はないものの、妄想が強くなるとしんどくなり、自ら望んで 1~2 ヶ月間の入院を 3 回繰り返す。退院後は通院継続。

X-5 年: 姉・弟の家族と金銭トラブルあり。通院は当院に変更していたが、「入院して落ち着きたい」などの訴えあり、当院任意入院。退院後、グループホームに入所。当院外来通院・訪問看護利用。居場所的な作業所へも通い、「菓が盗まれる」「誰かが自室へ侵入し、物を触っている」など思うが、生活には慣れていく。作業所で洋菓子職人の腕前を活かしてクッキーやケーキ作りを行い、被害的な関係妄想も軽減していく。作業所職員に菓の管理をしてもらおうと安心して過ごせるようになる。

X-4 年: 作業所職員に対し、管理してもらっている菓を「盗られる」など感じるようになり、会話にまとまりがなくなり健忘も認められ任意入院。3 ヶ月後同じグループホームに退院。

X-3 年: 近くの診療所へ通院先変更し、アパートで独居開始。地域活動支援センターには通所。その頃母が死亡。

X-2 年: 睡眠状態が悪くなり、生活のリズムが崩れ、支援センターに通えなくなる。大量服薬し、会話もまとまらず、ろれつも回らない状態となり任意入院。入院すると落ち着くが、退院すると支援センターの職員や知人に対する被害的妄想が出現し食事摂れなくなり、1~2 ヶ月程度の入退院を 3 回繰り返す。

X-7 ヶ月: 当院により近いところにアパートを借りて転居し退院。当 DC は週 3 回程度利用。スポーツ・園芸・菓子作り・ウォーキングなど、その時行われているプログラムには参加するが、さほど積極的ではなく、ニコニコと皆の様子を見ていることが多い。近所に住む若い男性利用者と仲良くはなるが、「金を盗られる」などの被害的妄想を訴えたりもしていた。睡眠のリズムは崩れやすい様子で、横になって過ごす日もしばしばあり、頻繁に主治医へ受診をして相談していた。前回退院より 4 ヶ月経過し、「疲れがたまっている」といった訴えが増え、DC 利用回数が減り任意入院。3 ヶ月後に退院した。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力、生活技能、家族の支援力等を記入してください)

退院すると、一人で生活することの寂しさや不安感のためか、妄想・関連付け・こだわり等が強く出現し、2~4 ヶ月で希望して再入院することを繰り返していた。具体的には、施設職員へ疑い深くなる、知人がお金や食べ物を盗みに来ていると思込むなど。今回の退院直前には生活保護の申請とも重なり、経済的な面からも不安感が強まり、自ら売店で買った飴の色や飲み物の本数にこだわり、何かに関連があるのかとその不合理な思いを主治医に訴えていた。日常生活技能は基本的にはあるが、関連付けやこだわりによりできなくなることもある。独居で生活保護を受けているが、時折姉と連絡を取っている。

3. 治療・援助の目標と方針

現在の住居では、具体的な妄想の対象者が、その関係者を送り込んで自分に害を及ぼすと考えている。この住居で本来の生活能力を発揮して、3 ヶ月以上安定して生活できることを目標とする。チームの方針は、チーム全体で見守っていることを実感してもらい、それにより安心感を得てもらうように援助することである。

4. 治療・援助の経過 (再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を記述してください)

①退院時: 退院直前から不安感が高まっていたが、退院前カンファレンス・退院直後のケア会議に、主治医・院内 PSW・院内 OTR・DC スタッフ・訪問看護師などが参加して、皆で支えていることを強調した。各部門それぞれの職種、誰にでも何でも話せる雰囲気作りに努めた。

②退院直後から 1 ヶ月まで: 生活保護申請が受理されるまでは DC に来所せず。受理後は来所するが、ほとんど横になりイヤホンでラジオを聴くなどしており、他者との交流なく過ごす。無理にプログラムに誘うことはせず、ゆっくり休息することを保証し、それにより DC での安心感を獲得できた様子である。

③ 1 ヶ月経過後: 次第に横になる時間は減少し、得意とする菓子作りを取り掛かりとして、徐々に自らプログラムに参加できるようになる。一方で訪問看護に関しては、前回入院前に利用していた時、自ら署名した書類について「個人情報漏れるのではないかと急に気になり始め、担当訪問看護師へ「来ることでかえってしんどくなる」とのことから、訪問看護が中止となる。服薬は眠前時のみ 1 回で、1 週間ずつ処方され自己管理をしていたが、この頃より 1 日に重複して服用してしまうこともあり、それにより過鎮静状態になり自宅近くで転倒して顔面に怪我を負うこともあった。或いは夜がたらく早く寝たいとの思いから午後に眠前薬を飲み、生活リズムも乱れがちになった。

④ 2 ヶ月経過後: 主治医より、菓をできるだけ毎日 1 日分ずつ DC と訪問看護で手渡すように指示あり。この方法につい

て「さすが先生やね」と受け入れは良く、安心できた様子。それにより訪問看護は担当者を替えて再開、それ以外の日はDCに毎日来所することとなる。再発防止を目的とした『病気についての勉強会』では、再燃の前兆については「スタッフがよく知ってくれている」と依存的ながら、再燃を防ぐ方策をもててきている印象。調理技能獲得・向上を目的とした『ひとりでクッキング』に参加し、毎日作っている“うどん”以外に安くて作りやすいメニューを選ぶ。デイケアスタッフや訪問看護スタッフに対し“影”が来て、食べ物だけ取っていく。不思議やね”など話すことが多くなる。スタッフは受容的に聞き、その思いを受け止めるようにした。

⑤3ヶ月経過後：DCで横になることはほとんどなくなり、プログラムに積極的に参加する。生活技能対処法獲得を目的とした『お困り解決倶楽部』では、他者の相談に対しの確かな質問をして状況を把握し、積極的にアドバイスをしていた。表情も明るくなり口数も増える。『薬についての勉強会』では、自分の状態と照らし合わせ、副作用止めがもう不要ではないかと感じ、あとで主治医に実際に相談できていた。この時期には多少の気分昂揚感を自覚していて、さらに躁的になることを自ら心配するが、「主治医に“大丈夫”と言われ安心した」とDCスタッフに話す。このように、自分の状態をモニタリングしてスタッフに相談することができるようになる。薬の管理については「(1週間でも)できそうな気がする」と話す、主治医の指示により1週間に2回3～4日分ずつ手渡すこととなる。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

- ①3ヶ月以上、入院せずに経過しており、独居生活も軌道に乗り、自信がついた。
- ②気分昂揚感などを自覚してモニタリングし、主治医やスタッフに自分の状態の確認ができるようになった。
- ③関連付けに関して、状態の悪い時は激しくなることを自覚し、これが不合理であることも理解し始める。
- ④服薬管理についても、自信がついて、1週間に2回の手渡しで安定している。

6. 考察

退院前カンファレンスと退院直後のケア会議でスタッフが集まり、『チームC(Cは事例名)』と名付け、皆で支えていることを強調した。特に主治医が参加する効用が大きかったと思われる。もともと主治医への信頼は厚かったが、診察時には十分話せていなかった。ケア会議の場で主治医に話したいことが言え、そのことに関して皆で話し合うことで、思いを共有でき皆が支えているということを実感できたのではないだろうか。また中間時ケア会議では、C氏の現在の生活の様子について話し合ううちに、主治医が服薬の変更を思いつき、その場で一種類の抜薬が決まり、即日変更となるというエピソードがあった。C氏を中心とした多職種スタッフが集まったからこそできたことと思われる。スタッフの支えがあるという実感が、デイケアや訪問看護を利用しようという気持ちに繋がり、そこで行われるプログラムにも意味を見いだせるようになったと思われる。心理教育プログラムで感じたことをすぐに個別でスタッフに相談し、解決することもできた。またスタッフと症状や生活のことについてかなり頻繁に話す機会をもつこともできた。当精神科DCは、小規模なものとして開設しており、1日の平均利用者数は12名、スタッフ一人当たりの平均利用者数は4.3人とかなり個別性の高い関わりが可能であると。この個別性の高い関わりが効果的であったと考えられた。

外来治療は入院治療と異なり、『家から出かけていく』というC氏の能動性が必要である。そのためにはスタッフへの信頼感が最重要であろう。ケア会議の開催や比較的小規模なDCであることが多大な役割を果たしたと考えられる。

7. 課題

C氏は退院しても、独居生活への不安のためか、信頼できるはずの職員や友人さえも被害妄想の対象となり、入院となることを繰り返してきた。もともとは退院後、福祉施設を利用してはいたが、結局病院へ戻ることを繰り返していた。そのような経緯から、現在は病院のみでの関わりで何とか安定さを維持できる見通しが立った。C氏の主治医への信頼感、ケア会議の開催により、今回の医療チームまで広げられた経験を活かし、今後はそれを地域へ広げていくことは可能であるかもしれない。しかし、地域の福祉施設への連携は注意深く行っていく必要があると考えられる。病院や主治医へ依存的な傾向にあるC氏のライフサイクルからみても、地域に活動範囲を広げたいと能動的に思える要素がなければ、移行は難しいのではないだろうか。例えば、60歳という年齢からでも洋菓子製造の技術を活かせる場が必要かもしれない。また、対人関係においてDC内では問題は見られないが、信頼できるはずの職員や友人さえも被害妄想の対象となるきっかけは、対人的なストレスである可能性もある。その対処方法などについても今後学習していく必要があると考えられる。

今回の事例においては、DCと訪問看護が関わったが、訪問看護におけるリハビリテーションの役割が、今一つ明確にならなかった。今後は、デイケアでの様子と自宅での様子を双方のスタッフがより理解しあい、訪問看護での積極的な役割を見つけていくことも課題であると考えられる。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet[施設名: G 病院 患者: C 氏 59 歳 男性 キーワーカー: 0 職種 作業療法士 女性]

■比較の早期に退院した人 口長期入院後に退院した者人 口入院経験のない人

	開始～1 カ月		～2 カ月	～3 カ月	～4 カ月	備考
日常生活の様子	経済面で不安があるため、食事を節約して過ぎている。また、退院直後であり、生活のリズムも確立されておらず、デイケア利用日以外は自宅横になっていることが多い。	生活にも慣れ、近くに住む他のデイケア利用者と約束をして、一緒に買い物に行き、自宅にも招くなどする。 家での食事はうどんを作る。「逃避行していた」と眠前薬を朝飲むことあり。		安定して生活している様子。表情も明るくなり、デイケアスタッフと話す時間も長くなる。時折、「影が来て」食べ物を盗っていくとのこと。 家での食事は、うどん中心。禁煙を1 カ月続けられている。	口数多くなり、表情豊かになる。生活リズムはほぼ安定しているが、時折早朝覚醒あり。また一旦就寝して、夜間にコンビニに行くこともある。関連付けはあるが、自分で不合理であることを理解し始めている。	
ケア会議の概要 目標設定	生活保護申請中であり、現在まだ経済面に不安がある。そのことで生活に支障がないように支援していくこととする。 食事面、心理面、生活リズム。			退院後からの経過を振り返り、順調であることを確認。目標は、このまま維持していくこと。当面の目標としては、薬を3 日分ずつ自分で管理してみ、その後1 週間に伸ばしていく。「夜にコンビニに行った形跡があるが覚えていない」とのことから、マイスリーを抜くこととする。		
薬物療法	オランザピン 20mg ハロペリドール 3mg カルバマゼピン 600mg→500 mg バルプロ酸ナトリウム 400 mg 非ベンゾジアゼピン系 10 mg プロチゾラム 0. 25mg フルニトラゼパム 1. 5mg	オランザピン 20mg ハロペリドール 3mg カルバマゼピン 400mg バルプロ酸ナトリウム 400 mg 非ベンゾジアゼピン系 10 mg プロチゾラム 0. 25mg フルニトラゼパム 1. 5mg		オランザピン 20mg ハロペリドール 3mg カルバマゼピン 400mg バルプロ酸ナトリウム 400 mg 非ベンゾジアゼピン系 5 mg プロチゾラム 0. 25mg フルニトラゼパム 1. 5mg エスタゾラム 2 mg	オランザピン 20mg ハロペリドール 3mg カルバマゼピン 400mg バルプロ酸ナトリウム 400 mg プロチゾラム 0. 25mg フルニトラゼパム 1. 5mg エスタゾラム 2 mg	
実施したプログラム ■DC・SC □外来OT ■訪問看護	デイケア：生活保護の申請が終了するまでの前半は来所できず。その後は、来所しても量で横になって過ごすことが多い。他者と話すこともほとんどなく、イヤホンでラジオなど聞いていた。お菓子作りの計画には遠巻きに参加し、実際に作る際には、少しだけ手を加えていた。 訪問看護：ご飯を炊いていることを確認する。	デイケア：次第に他者とも話すようになる。グループでの活動をじっと見ていることから、徐々に参加するようになる。卓球・グラウンドゴルフのようなスポーツも少しずつ取り組み、お菓子作りや調理には積極的。遠足にも参加する。 訪問看護：来ることでかえってしんどいとのことから、一旦中止していた時期がある。	デイケア：規則正しく週4 回来所。「体がしんどい」と横になる時間もあるが、グループで行う活動には比較的積極的に参加。話し合いにもよく参加し、他者の意見をよく聞き、時折自分の意見も述べる。 訪問看護：薬を手渡す必要もあり、担当者を替えて再開する。その後は順調。	①再発防止の勉強会：再発の前兆について、「スタッフがよく知ってくれている」と話す。 ②『ひとりでクッキング』：安くて作りやすいメニューを選ぶ。 ④作業所見学：以前行っていた所と比較していた。	①職員への相談：気分高揚感を自覚しており、さらに躁的になることを心配して主治医や職員へ相談する。 ①薬についての勉強会：自分の状態に対して、薬の内容について疑問を持ち、主治医へ質問する。 自分では1 週間自分管理する自信ができるが、主治医の指示で、3・4 日ずつ訪問看護とデイケアで週2 回手渡す。	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他		②調理技能向上『ひとりでクッキング』：参加を開始。 ②勉強会（障害者手帳について）：携帯電話での割引をまだしていないことや福祉乗車証でラングがつくのは偏見と話す。	②調整技能向上『ひとりでクッキング』：参加を開始。 ②勉強会（障害者手帳について）：携帯電話での割引をまだしていないことや福祉乗車証でラングがつくのは偏見と話す。	①再発防止の勉強会：再発の前兆について、「スタッフがよく知ってくれている」と話す。 ②『ひとりでクッキング』：安くて作りやすいメニューを選ぶ。 ④作業所見学：以前行っていた所と比較していた。		
○その他 服薬管理 備考	週1 回の診察時1 週間分処方され、自己管理。 (服薬1 日1 回眠前のみ)	「紛失した」「盗られた」と言い、すでに服用した事を忘れて重複して服用することもある様子。		①再発防止の勉強会：再発の前兆について、「スタッフがよく知ってくれている」と話す。 ②『ひとりでクッキング』：安くて作りやすいメニューを選ぶ。 ④作業所見学：以前行っていた所と比較していた。	①再発防止の勉強会：再発の前兆について、「スタッフがよく知ってくれている」と話す。 ②『ひとりでクッキング』：安くて作りやすいメニューを選ぶ。 ④作業所見学：以前行っていた所と比較していた。	

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: H病院 報告者(キーワーカー): M

プログラム: ☐DC・SC ☒外来 OT ☒訪問看護 ☐その他() どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介: ■比較的に早期に退院した人, ☐長期入院後に退院した人, ☐入院経験のない人 (どれかに■)

【基礎情報】氏名: A氏, 年齢: 40歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

【現病歴】大学中退後、アルバイトなどをしていましたが、人間関係がうまくいかずにどれも長続きしなかった。勤務態度は良かったが、当時勤めていた警備会社から契約通りの賃金が払われず、「だまされたのかもしれない」と悩んでいたようである。X-10年8ヶ月、仕事を探しに行ったが見つからず、実家の自室に火をつけ警察に保護。幻聴や被害関係妄想があり、当院に措置入院となる。X-9年退院後、通院を続けながら保健所DCの利用をしていたが、数年で中断。その後、期間工として働くことはあったが、絵を描くなどの趣味活動をしながら自宅で過ごしていた。その後、服薬を中断し、幻聴とともに罪悪感・不安感が出現し任意入院。1ヶ月後退院するが、X年再入院。作業療法では絵画や心理教育を実施した。3ヶ月後の退院に伴い精神保健福祉手帳を取得。退院後は外来OTを利用していたが「来るのが緊張する」と訴え、約2ヶ月間で中断となり、訪問看護でのフォローを継続していた。X+2年、A氏と目標設定を行い、希望された就労支援を開始する。翌月からは外来OT再開。X+3年、A氏・母親に研究事業内容を説明、同意を得たうえで研究開始となった。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力, 生活技能, 家族の支援力等を記入してください)

【家族について】70代の両親と3人暮らし。キーパーソンである母親が家事全般の援助をしており、父親の関与は少ないが、以前から母親や妹(市内在住)に心配事を話せる関係が築けており、A氏の支えとなっている。母親は研究事業のもと支援を進めていくことに対して、期待をもちつつも、「本人のペースに任せたい」と、プレッシャーとにならないよう見守っていきたいというスタンスである。

【社会面】過去に菓子製造、測量関係、喫茶店、警備会社など様々なアルバイト経験があるが、周囲の人から「暗い人」とイメージをもたれ、自信がもてず、長く続かなかった。この体験に加え、離職してからブランクがあること、人づきあひへの不安から慎重になりやすいことなどにより、就労へ踏み出せずにいた。A氏に今年の目標を立てることを提案すると、「現状を変えたい」「就労したい」と目標が挙がったため、これをきっかけに就労に向けて動き出すこととなる。訪問看護の際、障害者職業センターなど就労に関する情報提供や、A氏とともにハローワークのサテライトに出向き、障害者就労資源について調べたりしたが、「継続していけるか、人とうまくやっていけるかが心配」と不安を話した。当院にはDC(4月開設予定)や就労支援事業所はないため、必然的に外部の施設を利用することになる。

【心理面】以前実施した心理教育により、服薬の必要性や再発防止の意識は高い。予期せぬときに起こる「切迫感」に悩まされ、音楽を聴いたり、横になったりして対処できているように思うが、A氏は「いつこの症状が起きるか」と不安がある。行動範囲は必要最小限であり、大半を自宅にて一人で過ごすことが多いため、接点があるのは家族や通院の際に出会う病院スタッフ、活動メンバーに限られている。「人づきあひの練習をしたい」とのことで、入院中SSTを実施したが、退院後、外出の機会の少ないA氏にとって、練習を活かす場が少なかったため、市の精神保健福祉交流センターなど、日中過ごせる場の提案を行った。また、集団の中で過ごせることを目標に再開した外来OTでは手工芸やSSTに継続的に参加できしており、自分で精神保健福祉交流センターに出向いてみるなど、少しずつ行動範囲が広がってきている。A氏は4月開設予定の当院DC利用を希望しており、さらに練習の機会をもちたいと考えている。

3. 治療・援助の目標と方針

一度は就労に向けて動き出しているA氏であるが、「数ヶ月後に開設予定のDCを利用し、人と接する機会を練習し、楽しみながら就労に発展させたい」と慎重な姿勢であり、過去の体験による不安や自信のなさを感じさせた。症状的には安定しており、切迫感もうまく対処できているため、自信をもって進めていいということをフィードバックし、将来的にはA氏が希望しているDCを視野に入れながら、安定している今の段階から余裕をもって、就労に向けてどのような手段があるのか、もう一歩動き出してみないかと提案。A氏はこの提案に応じたため、現在の状態を維持しながら、支援者とともに見学や体験の機会を作り、少しずつ準備を進めることとした。

4. 治療・援助の経過 (再発防止, 生活技能向上, 家族支援等を考慮した実践を記述してください)

外来OT: キーワーカー、訪問看護: キーワーカー・PSW、ケア会議参加者: キーワーカー・Dr・PSW・OTR

(1) 再発防止

訪問看護の際、切迫感についての訴えは聞かれるものの、音楽を聴いたり、横になるなどしてA氏なりに対処できているため、うまくできていることを繰り返しフィードバックし、入院中に行った心理教育の内容を再確認した。A氏が苦手とする対人交流面では、外来OTが家族以外の対人交流の場であったが、就労の情報収集のために行動範囲を広げたことから、他者との交流が増えることとなった。また、保健所主催の絵画展に手工芸Gメンバーとして作品を出展し、頻繁に会場へ足を運び、以前通所していたDCメンバーや画家と交流をもつなどした。疲労がありながらもコントロールができていたが、以前行ったSSTによる練習は、実践的な活用には結びつきにくかったようである。この際、A氏が出展した作品について、マスコミから取材を受けたり、TVで取り上げられたことをきっかけに、一般来場者から作品を譲ってほしいと頼まれ連絡を取るなど、これまで絵は自分を支えるものとしてきたA氏・家族にとって、貴重な体験となったようである。就労活動を含めて多くの出来事を体験し、様々な人との交流があったが、人の中にも切迫感を感じることなく過ごすことができおり、ケア会議にて「充実した生活によって、自分の中の空虚感が減ってきているのでは」とフィードバックを受け、A氏も自信につながった様子であった。対人交流の練習の場として再開した外来OTであったが、「楽しみながらリズムを作る場」と展開され、様々な体験から行動・交流範囲の広がりを見せることとなった。今後はさらにDCへとつなげていきたいとA氏は希望しているが、今後、多くのことを同時進行していく際の疲労を考え、外来OTや訪問看

護も調整していくことを提案している。DC スタッフが継続して支援しやすい存在となることも考えられたため、DC スタッフへ情報提供を行い、次回からのケア会議への参加を依頼している。

(2) 生活技能向上

ケア会議にて就労に関する情報収集を進めることとなり、外来個別 OT の中で PSW の協力を得ながら、就労移行・継続支援事業・障害者職業センターなどの資源についての情報提供を行う。以前から興味のあった、飲食業に関するパン製造やレストラン業務をしている継続支援 B 型を 2 箇所、「実際の就労に近い」とのことでコンクリート部品を作成している継続支援 A 型を 1 箇所、「一般就労に向けていずれ使うかも…」と障害者職業センターの見学を希望し、PSW からアポイントをとった。一人では出向くまでに時間がかかり、緊張しやすい A 氏も、一緒に出向くキーワーカーや PSW がいることに安心感を得た様子で、スムーズに行動に移すことができた。また、実際に見るという体験によって、A 氏の中で考えていた「きつい」「時間が長い」などのイメージとのギャップを埋めることとなったようである。また、各事業所の見学では、①情報収集によって見学や知りたいことのポイントを絞る→②実際に見学する→③フィードバックという流れで A 氏と確認しながら進め、4 箇所の事業所見学後、「自宅から近い。雰囲気がよく、楽しみながら利用できそう」「今からでもいけそう」と好印象をもった、継続支援 B 型である Y 事業所に絞り、自宅からの交通手段など利用に向けた具体的な検討をしていくこととした。Y 事業所を利用することに人間関係が作れるかとの不安はあるものの、「働くリズムを身につけて、仕事を続けていくトレーニングをしたい」「うまく人とやって行けるか確認したい」など、自ら具体的な課題を掲げ、前向きな気持ちがかがえ、就労イメージが高まってきた印象を受ける。Y 事業所への連絡や交通機関のシミュレーションは「自分でやってみます」と話したため A 氏に任せるが、2 週後のケア会議では「実際に行ってみてから連絡を入れたい」と時刻の確認までにとどまっている。

(3) 家族支援

家族には訪問看護の際に、ケア会議での内容や目標・計画、就労に関して実施した内容の情報提供を継続して行った。「本人に任せる」と、家族から具体的な希望などはないものの、就労や行動範囲の展開に対し、嬉しそうな様子である。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

就労について慎重な姿勢を見せていた A 氏であったが、十分に動き出せる段階にあるとケア会議での後押しがあり、キーワーカーや PSW が一緒に出向くことで比較的スムーズに就労に踏み出せた。BACS では軽度障害が認められたが、実際に事業所に見学に行くという体験や見学ごとに振り返りの時間を設けるなどしてフィードバックを密に行ったことが、A 氏の不安を軽減し、また Y 事業所の利用に対して自ら具体的な課題を掲げることができるなど、就労イメージを高めることができた。利用連絡に時間がかかっているものの、「交通機関の練習をしてから連絡を入れたい」と前向きな気持ちによるものと判断し、スタッフは A 氏のペースに合わせてサポートしていく予定である。対人交流や切迫感といった面での不安を抱えていたものの、就労に向けて動き出したことが、自然に行動・交流範囲を広げることとなり、疲労がありながらも、切迫感を気にすることなく対処できていた。家族を含め、A 氏の生活の場や今後課題とする就労の場、対人交流の場など様々な場面でうまく対処できたとフィードバックされたことが、生活体験チェックリストのスコア上昇に表れているように、自己評価や自信の向上につながった。今後は、DC スタッフや Y 事業所のスタッフにケア会議への参加を依頼し、A 氏が利用するサービスに合わせて、サポート体制を作ることに加え、疲労や反応に合わせて調整を図ることが必要であると思われる。

6. 考察

今回、キーワーカーとなった OT は、A 氏が入院中から退院後の現在まで継続して関わりをもってきたスタッフであるため、これまでの A 氏との関わりの中で得られた情報や希望を多岐にわたって展開していきやすい存在であった。自立支援法サービスの就労資源の利用へとつなげようとしている段階であるが、当院のように就労支援事業所をもたない場合では、つながりの薄い施設に連絡を取り合うところから始めなければならず、利用者も、その病院の通院者で占められていることが多いという現状に選択肢の少なさを感じた。新しい環境の中へ行動を起こし始めた A 氏であるが、取り巻くスタッフと A 氏との間に築かれた信頼関係やこれまでの体験によって得られた自信によって、就労というそれまで踏み出せなかった一歩にチャレンジすることができたのではないかと考えられる。

7. 課題

個人の希望や課題に合わせて“一緒に体験しながら練習できる場”が必要であるものの、個人に合わせて幅広い選択肢が提供できる場所は少ない。本人へ密なアプローチが必要であると考え、今回は個別という形で OT を実施し、この枠を利用して大きな展開を見せたが、今後の効率的な動きを考えると動きづらく、いかに各々の利用者に合わせたものを提供できる体制が作れるかということが課題の一つと考えられる。

事例報告 Summary Sheet【施設名： H 病院 患者： A 氏 40 歳 男性 キーワーカー： M 職種 作業療法士 男性】

■比較の早期に退院した人 □長期入院後に退院した人 □入院経験のない人

	開始～1カ月	～2カ月	～3カ月	～4カ月	備考
日常生活の様子	生活リズムは安定しており、服薬も遵守できている。時々“切迫感”に悩まされ、音楽を聴く、横になるなどして対処しており、自宅で過ごす時間が多い。就労に向けて障害者職業センターの利用や、日中外出してみることなど検討しているようであるものの、踏み切れない様子。	ケア会議を通して少し行動範囲が広がっている。就労に向けて準備したいとのことで、市の精神保健福祉交流センターに出かけ、喫茶(就労継続B型)を客として利用したり、知り合いの利用者に話を聞くなどして情報収集をしている。	保健所主催の絵画展に本人作品を出展し、期間中美術館に頻繁に足を運ぶ。一般来場者から、作品を譲ってほしいと頼まれ、キーワーカーが橋渡ししながらも個人的に連絡を取り、郵送された。この時期、事業所見学などもあり人との交流が多かったが、うまく疲労のコントロールができていない。	正月には起床時間が遅くなったと話すも、外来 OT に参加するなどしてリズムを戻せた様子。作品を譲った方から連絡があり、自宅に招かれたのことで「緊張するけど、少し楽しみ」と話される。外出した際などには疲労があるが、上手にコントロールし、安定した生活を過ごせている。	
ケア会議の概要 目標設定		3月開設予定のDC利用を経て、就労したいと希望あったが、病状・生活ともに安定しているため、先に就労に向けて、一歩踏み出してみることを提案。どんな就労の場所・仕方があるのか、情報収集や見学を行い、一般就労に結び付けられるようステップを探すこととする。	安定した状態が保たれている様子であるため、就労に向けた準備をさらに進めることとする。計画していた見学会の途中段階ではあるが、就労継続支援B型であるY事業所を利用してみたいとのことで、具体的な体験・利用に向けて検討を始める。	前回の計画から少しづれこんではいるが、焦らず本人のペースで実施していくこととする。今後DCの利用なども視野に入れると、疲労の高まりも考えていくことを提案。またDCスタッフへ、これまでの情報提供を行い、次回から参加予定とする。今後、障害年金についての情報提供を行う予定。	
薬物療法	インプロメモン(6)4T・レボトミン(25)IT・アキネトン(1)3T 眠前：グッドミン 1T フルニトラゼパム(2)1T			→	
実施したプログラム □DC・SC ■外来 OT ■訪問看護	職場の同僚から暗いイメージを持たれ、馴染めなかった体験から不安があり、外来個別 OT では SST(対人スキル)を実施。実践してみる機会が少ないため、行動範囲を広げていけるよう訪問の際などにアドバイスした。他、手芸 G では、以前から続けている絵画を実施しており、外来 OT を通して人と接する機会を練習していたこと。	外来個別 OT にて、PSW の協力ももらい、就労移行・継続支援事業・障害者職業センターについての情報提供を行い、実際に見学してみたい事業所を選択する。職業センターについては、7～8 年前、知り合いが利用した話を聞いて「時間が長くて耐えられないもの、絵画を話す。手芸 G では、メンバーとの交流は少ない」と話している。	キーワーカー・PSW と就労継続支援 A・B 型、障害者職業センターを見学。中でも Y 事業所(B 型)見学では「雰囲気がよく、楽しみなが就労リズムを準備できるときも…」と好印象。見学ごとに前もっての情報収集(知りたいたいことや内容の整理)や見学後の振り返りの時間を設けるなどして、密に実施したことで、少しずつ就労のイメージができてきている様子。	計画していた全ての事業所見学を終える。Y 事業所の利用について「リズムを作る・人づきあいの練習など、一般就労に向けての準備ができそう」と意向あり。作業内容や利用日など本人と確認し、合わせて今後外来 OT や訪問を調整していくこととする。Y 事業所への連絡、交通機関利用のシミュレーションは、自ら「自分で試してみます」と話したため本人に任せるが、やや慎重な様子で時間がかかっている。	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	母親にケア会議の参加を依頼したところ「本人のペースに任せたい」とのことであったため、訪問看護の際に、会議での内容や今後の計画など情報提供をすることと、ご家族から希望があればいつでも教えてほしいと伝えた。	母親に、ケア会議で話した内容と今後の予定を説明。	母親へケア会議の内容や、事業所見学について情報提供。	ご家族の「本人に任せる」というスタンスに変わりはなく、少しずつ進展あることに嬉しそうな様子。	
○ その他		見学希望のあった事業所 4 か所を PSW より、アポイントを取る。			Y 事業所に状況確認のため PSW より連絡。ケア会議の内容・計画について伝える。
備考					

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア, 外来作業療法, 訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: I 病院 報告者(キーワーカー): T

プログラム: ☐DC・SC ☒外来 OT ☐訪問看護 ☐その他() どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介: ☐比較的早期に退院した人, ☒長期入院後に退院した人, ☐入院経験のない人 (どれかに■)

[基礎情報] 氏名: A 氏, 年齢: 43 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症、妄想型

[現病歴] これまでの経過:

22 歳頃に発症。会社で女性職員が、「A さんは臭いよね」と話しているのが聞こえて、ショックを受け 3 ヶ月の休職。復職後も自己臭妄想が持続し、X-1 年 5 月、駅で突然の胸痛を訴え救急受診するも異常はなく、翌日は職場で倒れ再度受診したが異常は見られなかった。2 ヶ月間休職し再度復職しても、3 分の入力作業に 1 時間かかるなど作業遂行能力の著明な低下があり、希死念慮を伴ううつ状態を呈していた。長期休職、入院治療を職場からも勧められて、X-1 年 12 月当院初診、同日入院となった。入院当初は、社交的な年長の同室他患に可愛がられ楽しそうに過ごしており、むしろ軽躁的であった。一方、「看護師がバカにしたような態度をとった」、「部屋にスパイがいるのかと思った」など、被害念慮が垣間見られた。徐々に病棟に慣れると集団場面を避けることが見られた。X 年 1 月、年長男性他患達に叱咤激励を受けると神経衰弱状態に陥ったが、なおも彼らと行動を共にし、状態は徐々に悪化していった。X 年 2 月、4 月復職への焦りが目立つようになり、家族からの励ましも強くなった。この頃から、目を閉じると幻聴が出現するようになった。うつ病というより統合失調症の可能性が高いと告知すると、A 氏がそのまま職場に報告し復職が危ぶまれたが、結局、半年の休職延長が決定した。しかし、状態は更に悪化し徐々に生氣も乏しくなり、錐体外路症状が目立つようになったため、主剤のエビリファイに加えアキネトンを追加したところ活動性が著明に改善され、それ以降は好調を持続。入院生活と同じ生活リズムを外泊先の実家でためし、X 年 6 月退院。同時に外来 OT(復職支援プログラム)を開始した。開始当初より、プログラムは全て参加。生活リズム、食事、睡眠、精神症状などに問題はなく、安定した生活が続いた。しかし、人事課長、係長、担当 OT との 4 者会議、職場への顔出しなどの前日には極度の緊張や恐怖心、不眠などが一過性に出現した。それ以外では、安定感のある生活を継続している。X 年 9 月、研究参加の同意を得て研究参加。

第一回入院時 GAF30 点→退院時 GAF52 点

2. 初期アセスメント

- ・疾病管理能力: 研究参加時点で、症状は薬物によりコントロールされている。日常生活に影響のある症状は見られないが、職場への顔出しなど職場関連の刺激により強い恐怖感や不眠などが出現。これらの症状に対する管理能力は低い。
- ・生活管理: 安定していた入院生活のリズムを、そのまま継続し安定を得ている。
- ・家族の支援力: 妻と息子 1 人の 3 人家族。妻との関係は不良(離婚を検討中)。現在は実家で療養生活を送っている。両親との関係は普通。両親とも A 氏の復職には前向き。

3. 治療・援助の目標と方針

X 年 10 月 20 日: 第 1 回ケア会議より

- ・将来の目標: 仕事をしっかり行う。
- ・当面の目標: 1. リハビリ出勤を確実に行う。2. 安定した生活を送る。
- ・生活面: 安定した生活を送る。(不安や疑問、生活面で変化があれば随時相談する)
- ・心理面: 随時相談
- ・健康面: 生活リズムの維持、睡眠状況のチェック
- ・職場(リハビリ出勤): 段階的なリハビリ出勤を続けながら、他部署への顔出しを開始。12 月本配属へ向け、業務負担を徐々に増やしてゆく。
- ・地域資源利用: 復職支援プログラムへの継続参加。(リハビリ出勤中の問題点、困ったことなどを話す)

4. 治療・援助の経過

X 年 6 月～: 週 4 回、午前 10 時～12 時のプログラムへ休まず参加できている。研究開始の時点までに、A 氏、OT、人事課長、係長の参加で過去 2 回復職に関する話し合いを開催している。10 月からリハビリ出勤がスタートするため、職場前を車で通過、職場への顔出しを計 6 回行なっている。当初、緊張と恐怖感から何度か職場に行くことができないことが続いた。行かなければ何も始まらないこと、担当 OT の同伴も可能であることを伝え、強力に後押しをした。

X 年 10 月、リハビリ出勤がスタート。8:30 に出勤し軽い事務処理を任せられる。勤務時間は 9:00 までと 10:00 まで、12:00 までと段階付けがされている。勤務終了後、復職支援プログラムへ参加。実際に任せられた仕事やストレスに感じた場面などを当日に振り返り、対策、練習を行う。よりの確に、タイムリーなフィードバック(作業特性やコミュニケーション特性など)を心がける。やや緊張感のある生活がスタート。睡眠、食欲などの生活に大きな変化はなく、安定した生活。しかし、他部署への顔出しや勤務中の対人関係などで強い疲労感を感じている様子。

X 年 11 月、週 3 回～4 回のフルタイム勤務。一日も休むことなく出勤できている。出勤の回数、時間の延長により疲労感は強く、「帰るとボタンキュー」と表現する。しかし食欲、睡眠に問題はなく、21:00 就寝、6:00 起床の生活が継続。人事係長、担当 OT にて、業務負荷量に関してメール相談を行なった後、会議の受付、書類作成、事務処理を任せられる。週 1 回のプログラム参加で困ったこと、不安な状況などについての話し合い。復職後、ある程度の期間、状態が不安定になる期間(臨界期動揺)があることを伝える。

X 年 12 月、職場復帰。プログラムは終了。

- ・再発防止・生活技能向上

職場に対して極度の恐怖感、不安感があるため、リハビリ出勤前半は短時間の勤務に抑え、環境に慣れることを目的としたスケジュールを作成した。勤務終了後、当院外来において、A 氏との間でその日の出来事を振り返り、作業遂行や対人コミュニケーションについて対応策の検討を行なった。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

- ・ GAF 研究開始時 40 点→研究終了時 38 点
- ・ BPRS 研究開始時 9 点 →研究終了時 13 点
- ・ BACS (z-score)
研究開始時 0.73 点 →研究終了時 (勤務の都合上来院出来ず、検査不能)
- ・ 無事に復職を果たすことが出来た。
- ・ ケア会議後も職場とはメールで情報交換が出来た。
- ・ リハビリ勤務最終段階まで外来 OT へ参加することで、現場に対応したより現実的な適応方法の検討を繰り返すことが出来た。

6. 考察

入院から退院、復職まで非常に順調な経過を辿ったと考えられる。まず入院から退院にいたる転機は、疾患の確定と告知である。ケースは 22 歳に自己臭妄想を発症、うつ病と告知され治療を受けるも改善してこなかった。家族を含めた周囲の回復に対する期待度は高く、本人を励まし、叱咤激励した。本人も回復を焦り、無理な努力をすることで逆に状態の悪化に繋がっていた。しかし、統合失調症であると告知を受けたことで、周囲からの期待度は一旦低下した。すると本人の緊張や焦りは解け、本人ペースでの回復に繋がったと考えられる。

復職へいたる経過では、会社との連絡、相談が密に行われていたこと、リハビリ出勤開始後も外来 OT を継続したことがスムーズな復職を可能にした要因であると考ええる。会社との連絡相談では、外来 OT 参加の 6 ヶ月間で計 3 回会議を開催した。その間、電話連絡、メールでの相談なども平行して実施した。職場の環境設定や業務内容、負荷増加のタイミングや本人の状況把握など、双方で情報を共有し、ぶれの少ない一貫した対応が可能となったと考ええる。外来 OT の継続は、現場で起きる問題に対する作戦会議を最後までケースと共にを行うことを可能にした。これは、職場で実際に起きている問題に対しより具体的に、タイムリーなアプローチを可能にし、本事例の会社での適応能力の後押しをしたものと考ええる。

7. 課題

- ・ 今回のような企業との実践報告を重ね、復職プロセスにおける病院、企業の役割を明確にしていくこと。
- ・ 実体験を通して行動変容を促す作業療法は、より現場に近い方がタイムリーで具体的なサービスを提供できるということを示していくこと。

事例報告 Summary Sheet[施設名： I 病院 患者： A 氏 43 歳 男性 キーワーカー： T 職種 OTR 男性]

□比較的早期に退院した人 ■長期入院後に退院した者人 □入院経験のない人

研究開始		10 月	11 月	12 月	1 月
日常生活の様子	職場への顔出しは数回実施。前日には極度の緊張、恐怖心から一睡も出来ない。しかしそれ以外の日は、21 時入眠、6 時起床で食欲もあり安定した生活。	リハビリ出勤がスタート。軽い事務処理などを任せられる。やや緊張感のある生活が始まるものの、状態に大きな変化はなく、安定した生活。	リハビリ出勤の回数、時間の延長により疲労感はある。「帰るとバタンキュー」と表現される。しかし食欲、睡眠に問題はなく、9 時就寝、6 時起床の生活が継続。	安定した生活。復職も順調。軽い風邪では会社を休まないなど耐久性のアップも見られる。	調子は安定。業務も行えている。疲労感があるが、休息にて回復。食事、睡眠 OK。
ケア会議の概要 目標設定	研究開始の時点までに本人、Dr, OT, 人事課長、係長の参加で過去 2 回復職に関する話し合いあり。	10/20 第一回 本人, Dr, OT, 人事係長出席 目標：安定した生活を送る リハビリ出勤を確実にを行う	人事係長とのメール相談 ・業務負荷量に関して (業務内容、対人刺激など)		
薬物療法	エビリファイ 6mg 朝夕食後 アキネトン 1mg 朝夕食後 ロヒプノール 1mg 就寝前				
実施したプログラム □DC・SC ■復職支援プログラム (外来 OT) □訪問看護	当院退院後、6 月よりプログラムへ参加。開始当初よりほぼフル参加。職場への顔出しで一過性に状態変化あり。10 月からのリハビリ出勤に備え、職場通過と顔出しを強力に後押し。同伴も検討。	11 回参加。 リハビリ出勤を終えてからのプログラム参加。実際に任せられた仕事やストレスに感じた場面などを当日に振り返り、対策、練習を行う。よりの確に、タイムリーなフィードバック（作業特性やコミュニケーション特性など）を心がける。	3 回参加。 リハビリ出勤状況の確認。 困ったこと、不安な状況などについての話し合い。	12 月 1 日より職場復帰。 プログラム終了。	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	②対人コミュニケーション (職場で質問するタイミングについて)	②職場でのストレスについて (ストレスの種類について)	①復職前後の調子の揺れ (臨界期動揺について)	④ミーティングにて 「復職に際して想うこと」	
○ その他 リハビリ出勤状況 備考	担当 OT がリハビリ出勤案を作成。それを基に会社における詳細な職場復帰訓練スケジュールが完成。 事前準備 職場の前通過×3 人事課への顔出し (PM) ×3	8:30 出勤スタート。 8:30～9:00 週 2 回 (火・木) ×1 8:30～10:00 週 2 回 (火・木) ×1 8:30～10:00 週 3 回 (火・水・木) ×1 8:30～12:00 週 3 回 (火・水・木) ×1	フルタイム週 3 (火・水・木) ×3 フルタイム週 4 (月除く) ×1	フルタイム週 5 勤務スタート	土曜・日曜等変 則勤務も対応 可能。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: J 病院 報告者(キーワーカー): T

プログラム: ☐DC・SC ☒外来 OT ☐訪問看護 ☐その他() どれかを ☒にし () に記入

1. 事例紹介: ☐比較的早期に退院した人, ☒長期入院後に退院した人, ☐入院経験のない人 (どれかに ☒)

[基礎情報] 氏名: B 氏, 年齢: 29 歳, 性別: 男性, 診断: うつ状態

[現病歴] これまで経過:

半導体総合メーカー勤務。X-3 年 10 月、急な部署転換を契機に抑うつ症状(不眠、食欲不振、抑うつ気分)が出始めメンタルクリニック受診。薬物療法スタートするものの効果なく、X-3 年 11 月～X-2 年 6 月まで休職。その後、2 ヶ月間復職したが抑うつ症状が再燃し、X-2 年 9 月～X-1 年 9 月まで 2 度目の休職。再度復職するが、X-1 年 12 月より急速に症状が悪化。出社不可能となり X 年 1 月に退職願を提出。同月、入院を目的に当院受診し、X 年 2 月～6 月当院入院。入院後は、多彩な自律神経症状に固執し、回避的に狭小化した生活行動パターンが見られた。そこで自律神経症状がありながらも動けること、心身の鍛錬を目的に身体活動(エアロバイク、長距離ウォーキングなど)を導入。B 氏自身でも市販の活動計を購入し、能動的に生活に運動を取り入れ始めた。徐々に体力は回復し、多少の自律神経症状があっても折り合いをつけながら病棟生活が可能となった。その後も身体活動を継続し外出泊を繰り返した後、退院となる。退院後すぐ(X 年 6 月)に外来 OT(復職支援プログラム)へ参加。週 2 回の参加を継続。同年 9 月より本研究へ参加。

入院時 GAF36 点→退院時 GAF61 点

2. 初期アセスメント

- ・疾病管理能力: 検定や就職試験の前後、家族(主に姉)との口論など、イベントごとに情動や自律神経症状に変化が現れやすい。ある程度の変化であれば、運動や趣味などを行うことにより対処は可能。入院時と比べこれらの変化への固執傾向は軽減されている。
- ・生活技能: 生活の技能として特に問題となるものはない。
- ・家族支援力など: 両親、姉との 4 人同居。両親との関係は良好。しかし、姉とは何かと口論となり関係は不良(入院を経て幾分柔軟なものとなっている)。

3. 治療・援助の目標と方針

X 年 10 月 20 日: 第 1 回ケア会議より

- ・将来の目標: 精密、電子機器のスキルとセンスを磨き、技術者としてしっかり働く。
- ・当面の目標: 就職活動を加速する。
- ・生活面: 安定した生活リズムの維持。活動性の向上。
- ・心理面: 自身の就職を第一に動く。家族との距離感を調整。
- ・健康面: 復職支援プログラムにおいて、日常生活のモニタリング、就職へ向けての試行錯誤を支持。細かな自律神経症状はあるが、積極的に就職へ向け動く。
- ・地域資源利用: 復職支援プログラムへの継続参加。民間の転職支援サイト及びハローワークの積極的利用。

※生活上や復職へ向け、何か質問があれば随時質問し解決してゆく。

4. 治療・援助の経過

X 年 6 月より外来 OT(復職支援プログラム: 週 4 回、10 時～12 時)へ週 2 回参加。現在まで安定した参加が続いている。参加日以外は自身でスケジュール管理し就職活動などを継続している。復職支援プログラムでは、週 1 回のミーティング参加、週間スケジュール表やグラフ(睡眠と気分、疲労の関係)、自身の現病歴作成などを続けている。また、担当作業療法士とは、症状や生活上の疑問、就職についてなど随時面談を行っている。ミーティング内容は、「コミュニケーションについて」、「ストレスについて」、「休職中の生活について」、「自身の現病歴発表」など、心理教育や再発防止、生活技能向上、ピアカウンセリング効果を目的として行われている。

プログラム参加以降、B 氏主体で就職活動を展開している。プログラムは、就職活動を含めた日常生活のモニタリングを治療者と共に客観的に行う役割をもっている。経過中(6 月～12 月)、エコ検定、地方公務員臨時職員試験、.com Master、書店契約社員試験という就職へ向けたイベントがあった。いずれも試験日の前後に、睡眠状況や自律神経症状、情緒の不安定さ、生活リズムの乱れ、強い疲労感などが見られた。それらの状況を毎回振り返り、状態悪化のパターンやサイン、生活上の対応策を検討した。特に書店契約社員試験では、合格し 2 日間実際の業務に就いた。このときには、業務スタートから状態悪化までの一部始終を振り返り、就業時の考えや感情、難しかった場面、自分自身の能力、今後の課題など、作業スタイルや作業遂行能力、思考や感情、性格の特徴を中心に振り返ることができた。

以上の様に、一貫して現実の生活、試験、就職場面を利用し、実際の職業生活へ向けて、様々な場面での再発防止能力、生活技能の向上に取り組んでいる。

5. 結果

- ・GAF 研究開始時 65 点→研究終了時 55 点
- ・BPRS (合計点数)
研究開始時 14 点→研究終了時 9 点
- ・BACS(z-score)
研究開始時-0.10 点→研究終了時 0.16 点

- ・エコ検定合格
- ・.com Master 2009 single master 合格
- ・書店契約社員試験合格

6. 考察

本事例の特徴はイベントごとに出現する自律神経症状と、それに伴う回避的な行動であったと考えられる。就職面接や採用試験、書店勤務時にも同様に調子を崩し、受験や勤務を見送ろうと回避的に悩む場面が見られた。しかし、年齢的にもまだ試行錯誤が許される年齢であることから、正面から試みることを支持した。その結果、合格という成果もあったが解雇という結果も残った。しかし、回避せずに取り組んだことにより合格は自信へとつながり、失敗は正確な能力把握や今後の課題認識、現状に合った的確な職業選択へ本人の意識を変容していったと考えられる。この様に外来作業療法は、現実場面での就職活動や勤務を継続しながらも、治療者と共に客観的に状況を振り返る機会を作り、問題場面に対しては対策を練ることができる場であると考ええる。

以上より、孤独で不安の多い生活を送る対象者にとって、リハビリの最終段階まで客観的な振り返りの機会や様々な問題場面に対する対応策を講じることのできる外来作業療法は、非常に有益であり重要なサービスであると考ええる。

7. 課題

社会全体として、うつ病は治る（完治する）という認識が強い。しかし、再発率は高く、各々の症状が日常生活に及ぼす影響は多大であり長期間にわたる。そのため、ある程度の期間は専門的サポートを要する。また、人生設計やキャリアプランなどの方向性の転換が必要になる場合もある。今後、うつ病に対する社会全体の認識変化が課題であると考ええる。

産業保健領域では、心の病からの復職を目指した様々なプログラムが運用されている。そして、復職時には計画的なリハビリが必要であるという理解は浸透してきている。しかし、実際の業務場面でのストレス強度に耐えうるかどうか、身体的耐久性はどうかという評価が医療機関でのプログラム内では難しい。加えて、サポート自体が心理面へのアプローチにやや偏っている傾向がある。

今回のケースでは、実際の就職活動中の試行錯誤を支持し、勤務中の問題や変化などに対し、外来作業療法で治療者と共に振り返りを行った。結果、上記考察で示した対象者の変化に繋がったと考えられる。作業療法は、実際の作業体験を通し行動変容を促す面があり、よりの確に復職をサポートしていくためには、外来作業療法も重要ではあるが、企業の産業保健スタッフとして現場で復職に関わる作業療法士というのが理想である。職場の環境調整や業務、作業分析など期待される役割も多く、より現場に近い場所で実践を行い、作業療法の有効性を力強く企業側に示してゆくことが今後の課題であると考ええる。

事例報告 Summary Sheet[施設名: J 病院 患者: B 氏 29 歳 男性 キーワード: T 職種 OTR 男性]

□比較の早期に退院した人 ■長期入院後に退院した者人 □入院経験のない人

	研究開始	10 月	11 月	12 月	1 月
日常生活の様子	6 月に退院。その後は週 2 回復職プログラムへ参加。生活は比較的安定。しかし、イベントの前夜で自律神経の乱れや調子、感情の変動が見られる。「安定しているが危うい。崩れそう」と表現される。	自律神経症状出現しても回避的に活動を縮小することはない。調子も概ね安定。「自律神経症状があっても、動けば大丈夫なことは分かっているの」と発言にも力が感じられる。	大きな変化もなく、生活、調子は低空飛行で安定。本人も低迷期と表現される。しかし、一人旅などの刺激後も調子に変動はなく、生活体力、耐久性の向上は感じられる。	前半は安定。調子も「上がらず下がりすぎず」「仕事をした方が自律神経系も落ち着くのでは」とも発言される。その後、契約社員が決まり 2 日勤務後に状態悪化。不安、焦り、恐怖感などが出現。自己愛の課題などが露呈。解雇後は比較的早く回復。	にこやか。調子も概ね安定。新年会が続くやや疲労が残る様子であるが、日常生活に影響はない。
ケア会議の概要 目標設定		10/20 第 1 回ケア会議開催。 本人、主治医、OT が参加。 目標 就職活動を加速する。 精密電子機器の技術者としてしっかりと働く。			
薬物療法	①セロクエル 25mg 錠 4 1 日 3 回 朝食後・就寝前 ②リーマス 100mg (院外) 2 1 日 2 回 朝夕食後 頓服 ③リボトリール錠 0.5 mg (不安時)	①同、②同、③同	①同、③同 ④ツムラ加味帰脾湯エキスパ粒 7.5、1 日 3 回毎食間 7 日分	①同、②同、④同 ⑤ジェイゾロフト錠 25 mg 1 1 日 1 回 就寝前 7 日分 ⑥ホーリット錠 20 mg (院外) 0.5 1 日 1 回 就寝前 7 日分	①同、③同、⑤ ⑦ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキスパ粒 7.5、1 日 3 回
実施したプログラム □DC・SC ■外来 OT □訪問看護	6 月よりプログラムへ参加。 週間スケジュール表や、睡眠、気分、疲労の関係を表したグラフ作成。これらを基に生活リズムの維持、耐久性のアップを目的に、プログラム外 (PM) にもウォーキングなどを行っている。	7 回参加。 生活は全般的に安定。 公務員採用試験には不合格。前後での体調、心理面での変化をしっかりと話し合う。少々風邪気味でもプログラム参加が可能。	10 回参加。 .com Master へ向け勉強。	7 回参加。 書店解雇。今回の経験を今後への様に生かすか。作業、思考スタイル、自己愛、回避性に関して、振り返り。	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④検定受験	①、②検定前後の調子、生活状況を振り返る。 ④7 月エコ検定受験 (合格)	①、②公務員試験前後の状況を振り返る。	①、②検定試験前後の状況を振り返る。 ④.com Master 2009 single master 受験。(合格。今後仕事の幹旋も可能)	①、②勤務前、再発のサインや復職後の臨界期動揺に関する情報提供。退職後、試験から退職までの振り返り。	
○その他 就職活動 備考	9 月地方公務員臨時採用試験受験 (10 月: 結果は不合格)	転職エージェントへ登録。 (通院中を理由に断られる)		書店の契約社員 (週 4 日) 採用決定。 →2 日間勤務後、症状が再燃し解雇。	

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア, 外来作業療法, 訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: K病院 報告者(キーワーカー): T

プログラム: ☐DC・SC ☒外来 OT ☐訪問看護 ☐その他() どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介: ☐比較的早期に退院した人, ☒長期入院後に退院した人, ☐入院経験のない人 (どれかに■)

[基礎情報] 氏名: C氏, 年齢: 40歳, 性別: 男性, 診断: うつ病, アスペルガー障害(疑い)

[現病歴] これまでの経過:

現在2度目の休職中。子供時代から自分の興味のあることしかしらない発達障害的な傾向があったようである。大卒後SEとして就職。15年間勤務していたが、X-4年に担当システムが変わってから過労となり、同年5月列車事故を目撃したことを契機にうつ病を発症して第1回休職となった。メンタルクリニックに通院するものの改善なく、X-3年11月～X-2年1月まで当院1回目入院。退院後は、通院と復職支援プログラム参加を経て、X-2年5月にいったん復職を果たした。しかし、徐々に体調を崩し11月より再休職となった。同居の妻も精神的に不調となり、自宅療養が難しくなったため、妻と離れて病棟のリズムで生活を立て直すことを目的にX-1年1月～4月まで2回目の入院となった。入院期間中は、薬物調整を行い睡眠状況に若干の改善が見られた。しかし、妻の状態は悪化し「あなたが退院するとうつになる」「心療内科でもご主人が原因といわれた」などと言われ落ち込みが見られた。2月後半より妻が実家で療養することが決まったが、妻が行くまで外泊に行けないのが辛いという独特の反応で、妻を案じながらも自己中心的な視点になってしまう特徴がうかがわれた。その後、単独で外泊を行ったものの、家事はこなせるが生活リズムの乱れが目立った。セルフケア能力の乏しさを考慮すれば入院継続が望ましいが、経済的な理由により退院となった。退院後は、復職準備を図ることを目的に復職支援プログラムへ再登録。しかし、生活リズムを修正することはできず、継続的な参加には至らなかった。その後も抑うつ症状は強くはないものの、乱れた睡眠、生活リズムに翻弄される生活が約1年続いた。

X年6月、妻との離婚が成立し状態が悪化。しかし、休職期間満了と思われていた10月が迫ってきたこともあり、生活リズム、活動量共に改善の兆しが見え始めた。また、復職支援プログラムへの参加回数もこの時期より増加し始めた。X年9月、10月と思われていた休職期間満了が翌年4月までと判明。この復調の波を逃さずことなく、生活リズムや活動負荷などのリハビリの手を緩めずに、復職を目指すことを確認し、本研究への参加同意を得て関わりを継続した。

2. 初期アセスメント

C氏の疾病管理能力、生活技能は、うつ病とアスペルガー障害の重複障害で、双方が影響しあうことにより生活は全般的に非常に不安定。睡眠、生活リズム、活動時間、家事、整容などのセルフケアや疾患を含めた生活全体の管理はできていない。しかし、休職期間満了というプレッシャーもあり、却って生活にしまりが出てきている様子。このまま復職まで継続できるか耐久性の問題。

家族の支援力としては、離れた場所に両親、姉がいる。両親からは金銭面での援助を受ける。姉とは電話で相談をする程度。現在まで生活全般の管理を行っていた妻とは離婚が成立しており、現状は単身生活。現状の生活では家族の支援力は弱い。

3. 治療・援助の目標と方針

X年10月1日: 第1回ケア会議より

- ・将来の目標: 2月復職
- ・当面の目標: 自転車での復職支援プログラム参加(片道40分×4/週)
- ・生活面: 復職後の生活イメージ作り。通勤練習を活かし、今後使える定食屋などを探す。復職支援プログラム時間以外を利用し、活動量のアップを図る。
- ・心理面: 特になし。(随時、復職支援プログラム内で面談)
- ・健康面: 体力アップ(自転車での通院: 片道40分×4/週)
- ・職場連絡: Drから診断書、OTから復職支援プログラム報告書を提出。11月からのリハビリ出勤(3ヶ月間)を提案する。(今後、会社担当者、産業医との連絡相談はOTが窓口になる。)
- ・地域資源利用: 当院復職支援プログラムへの継続参加。

4. 治療・援助の経過 (再発防止, 生活技能向上, 家族支援等を考慮した実践を記述してください)

X年9月、休職期間満了が翌年4月と判明し、復職支援プログラムを中心に生活リズムの改善、活動性の向上を目指している。自転車通院や自炊も再開して表情もすっきりしている。ケア会議を経て、会社に段階的リハビリ出勤の必要性を報告した。しかし、産業医より毎日の通勤練習(片道1時間)+復職支援プログラム参加という高いハードルを課せられた。「あまりにもきつい・・・」と耐久性の問題が露呈するものの何とか課題は遂行した。

X年11月、通勤練習主体の生活。緊張、疲労感が徐々に蓄積されピークを迎える。睡眠覚醒リズム、精神症状は安定感を欠き、活動性の低下が著明となる。通勤練習と復職支援プログラムの同時参加は不可能。プログラムへの参加回数は1回となった。この時点で本人には、産業医や産業保健スタッフと相談し方向性の確認を行う必要があり、その相談には担当OTも入ることが可能であることを伝える。

X年12月、担当OTと産業医による電話相談。現状のリハビリと今後のスケジュールを確認した。12月・1月は復職支援プログラムメイン。2月より通勤練習～リハビリ出勤という予定となった。これにより通勤練習が免除され、生活自体は安定に向かった。自転車通院なども再開され、表情もよく、活気も感じられた。プログラムへは8回参加。生活リズムの改善と体力アップを目的に復職支援プログラムメインでの生活を心がけた。

X+1年1月、年末年始の帰省をきっかけに急激に症状は悪化。不眠も出現した。「何が原因か自分では分からない・・・」と疲労感も強い様子。生活リズムも乱れ、プログラムへの連続参加は滞っている。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

- ・GAF 研究開始時40点→研究終了時38点
- ・BPRS 研究開始時9点→研究終了時13点
- ・BACS(z-score)

研究開始時-0.82 点 →研究終了時(プログラム不参加により検査不能)

年末年始の帰省後に状態は悪化。生活リズムをC氏がコントロールする必要度の低い実家では、調子も生活リズムも問題はなかったという。ある程度、枠のある生活環境が整えば生活リズムなどは安定する。

6. 考察

重複障害からの回復、サポートの難しさを痛感する事例であった。

回復について本事例では、興味の偏り、活動量、時間のコントロール不全などの発達障害的側面に加え、うつ病によるだるさ、活動性、耐久性の低下が見られた。また、生活の枠付け役であった妻との離婚や単身生活が相互に影響しあい生活機能全般の回復を難しくしていると考えられる。

サポート体制については、できるだけ早期に、本人、会社、治療者が足並みを揃える必要があると考える。本事例では、安定しない症状のため、治療者と会社が直接連絡を取ったのが12月であった。この遅れが、3者の足並みにずれを生じさせ、通勤練習と復職支援プログラムへの同時参加という、能力をはるかに超えた課題に繋がったと考えられる。生活にある程度の枠付けが大切な事例にとって、このずれは回復を停滞させる要因となっていたと考えられる。

退院や復職、就職など、サービス内容の移行時期に関係者(本人含む)が集い、方向性の確認やスケジュール調整など、足並みを揃えるケア会議の重要性が示された事例であったと考える。

7. 課題

発達障害的な傾向により、職業生活や家庭生活に支障を来し、二次的に精神疾患を発症した人に対する医療～職場、地域における援助、サポート体制の検討は必要であると考ええる。

企業と医療保健機関とのより密な連携が課題であると考ええる。独自の復職支援プログラムを有する企業や医療保健機関が増えた。しかし、病院などの保護的空間でのプログラムでは、職場環境と同等のストレスを与えることは難しい。一方、企業でのプログラムでは、ストレスが強力過ぎるため、回復過程の初期などではプログラムに耐えられない。そのため、どちらか一方のプログラムで復職までの全プロセスを完了することは困難である。詳細に担当する期間や範囲を決定し双方でプログラムを対象者に適応させる必要がある。病院から職場へ、特に実際の業務場面での行動変容や職場環境からのサポートが必要な場合、復職までの全過程において作業療法士が果たすべき役割は多く、必要度も高いと考える。

事例報告 Summary Sheet[施設名: K 病院 患者: C 氏 40 歳 男性 キーワーカー: T 職種 OTR 男性]

□比較的早期に退院した人 ■長期入院後に退院した者人 □入院経験のない人

	9/18～10月	11月	12月	1月	備考
日常生活の様子	抑うつ症状は認められないものの、睡眠、食事など不安定な生活が続いていた。しかし、休職期限満了と思われた10月が迫り、却って生活に張りが出始める。また、休職期間が翌年4月までと判明した後は、活動性が更に改善。自転車通院や自炊などを始めた。10月後半より産業医から通職練習の課題を出され、通職練習＋復職プログラム参加という高いハードルを課せられた。徐々に疲労感がたまってゆく。「あまりにもきつい・・・」と表現されている。				
ケア会議の概要 目標設定	10/1 第1回ケア会議開催 本人、主治医、OT が参加 目標 2月復職 復職プログラムへの自転車通院 (片道40分、週4回)				
薬物療法	アモキシサンゼル 50 mg 1日3回 朝夕眠前 ロヒプノール 2 mg 1日1回 眠前 リスパダール 1 mg 1日1回 眠前 リーマス 200 mg 1日1回 眠前 エビリファイ 3 mg 1日2回 朝夕 ヒルナミン 5 mg 1日2回 朝夕 マイスリー 5 mg 不眠時				
実施したプログラム □DC・SC ■外来OT □訪問看護	復職へ向けて連続参加が出来ている。自炊や自転車通院など活動性も高い。プログラム内でもエアロバイクを40分～60分程度行い汗だくで取り組んでいる。ミーティングなどでも表情良く、意見もはききと話された。				
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	②単身生活での食事の工夫 ・飲むヨーグルトのカロリーについて ・減量に関して				
○ その他 備考	②生活リズムの整え方 ・二度寝対策 ・食事について ・趣味について				
	プログラム参加は8回。 生活リズムの改善と体力アップを目的に復職プログラムのメインの生活を心がける。				
	参加も不安定。 連続参加が出来ない。				
	年末年始の帰省を契機に症状は不安定。不眠も出現。「何が原因か自分では分からない...」と。				
	通職練習は免除され、生活は安定に向かう。体力、耐久性、生活リズムの改善を目的に、自転車通院などを再開。表情もよく、活気も感じられる。				
	産業医と電話相談。 現状のリハビリと今後のスケジュール確認。12月、1月は復職プログラムメイン。2月より通職練習～リハビリ出勤となる。				
	テトラミド追加				

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: L 病院 報告者(キーワーカー): Y

プログラム: ■DC・SC □外来 OT ■訪問看護 ■その他(地域生活支援センター)

1. 事例紹介: ■比較的早期に退院した人, □長期入院後に退院した人, □入院経験のない人

〔基礎情報〕氏名: K 氏, 年齢: 33 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症
〔現病歴〕これまで経過: 7 歳の頃両親が離婚。高校卒業後、職を転々としながら 22 歳で結婚し、3 児に恵まれるが X-3 年に離婚。運転代行や居酒屋などで仕事をしていたこともあるが、生活は不規則だった。元々口数は少なく大人しかったが、酒を飲むと人が変わったようになる。X-4 年頃から「超音波が聞こえる」「人の噂話が聞こえる」といった症状を自覚していた。X-7 ヶ月頃より、働くためにアパートで一人暮らしとなるが、経済的に厳しく、父親に頼ることが多かった。X-7 ヶ月に国道を逆走。警察に対し、意味不明の言動があった。X 日に公衆トイレでトイレットペーパーを燃やしているところを発見され、警察が事情聴取したときに「運気が下がる」「風水の気の通りをよくしている」と意味不明の言動あり、X 日当院措置入院となる。入院中は薬物療法と共に OT 活動にも参加し、徐々に幻覚妄想は軽減されたものの、若干の妄想的発言は残存していた。X 年+4 ヶ月、退院後は訪問看護とデイケアでフォローしている。デイケアは徐々に慣れてきており、週 3 回程度通所できている。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力, 生活技能, 家族の支援力等を記入してください)

対象者の疾病管理能力: 病識は乏しく、悪化時のサインでは身体的な不調のみ。精神症状について尋ねると「今でも」何かをやれ」と言う声は聞こえる」と話すが、そのことに左右された言動は見られない。薬に関しても「そのうち飲まなくていいようになりたい」と話す。

生活技能: 金銭管理: 生活保護。遠方に住んでいる叔母が管理しているため、K 氏は正確な受給金額を知らない。退院後は月 2 回、5 千円の仕送りがあり、その中でやりくりはできている。以前はお金があるとお酒を買って飲んでいたので、自己管理は難しい。

掃除・洗濯: 以前は全くできず足の踏み場もなく、ごみの中に寝ているような状況だったが、退院後は「やることがないから」と掃除・洗濯はできている。

食事: 時々自分で作っている。食料は叔母が送ってくる。

整容: 自宅に水道が通っていないため天候に左右されるが、K 氏の意識はきちんと向けられている。

家族の支援力: 同居している父親は耳が遠く、酒を飲んで気性が荒くなっていた頃の K 氏を恐れている。病気の理解ほどの程度できているか不明。父親の生活保護の金も叔母が管理している。叔母は遠方に住んでいるが、K 氏と父親の生活を支えている。

困っていること: ゆっくりしか前に進まない。すぐに忘れてしまう。

3. 治療・援助の目標と方針

将来の目標: 仕事をする (通リハ、職業訓練 → 最終的には一般就労)

自立した生活を送る力をつけること

短期目標: 地域活動支援センターで地域の人とつながりをもつ → 就労の体験を行う

病気について知る機会を得る

4. 治療・援助の経過 (再発防止, 生活技能向上, 家族支援等を考慮した実践を記述してください)

デイケア: 退院後、週 1~2 回の参加が徐々に回数増え、週 3 回程度は安定して参加できる。初めの頃は眠っていることも多かったが、徐々に活動にも参加できるようになった。病気について知る機会を得るために心理教育のテキスト (症状や薬の役割、幻聴などに関連したもの) を読み合わせ、話し合う『幻聴ミーティング』に参加する。参加する中で、「普通にみんなも聞こえることもあると聞いて安心した」「病は気からだと思った」との発言も聞かれるようになる。地域生活支援センターへ通所するようになり、回数は減ったが週に 1~2 回は安定して参加できている。主に、院外活動 (カラオケ、グランドゴルフ、ボーリング)、SST、幻聴ミーティング、クッキングに参加している。

訪問看護: 退院後から週 1 回行う。日常生活の把握を中心に困っていることなどに対応する。「デイケアで人の名前が覚えられない」「家に水道がないから困る」など話し、デイケアスタッフと連携をとりながら対応する。水道については生活保護担当者も交えて対応し、水道が通ったことで入浴や整容が安定して行えるようになった。一人暮らしになり金銭管理や生活管理について介入するが、K 氏は「やってる」と言うため、そのまま様子みることにする。

地域生活支援センター: 就労の前段階として清掃作業 (1 回 500 円) に参加すること、地域の人とつながりをもつことを目的に通所開始する。X+10 ヶ月、体験参加。緊張も見られたが、大掃除作業にも参加し、喫煙しながら受身的な交流が見られた。通所開始後からは、一日を通して漫画を読んだり寝て過ごしたり、作業に参加する様子はみられない。X+11 月、作業着で来所し 1 時間ほど作業を行う。しかし、その後は一日寝て過ごす。

家族支援: 退院後は父親と同居。訪問時にいないことが多く、話を聞く機会がなかったが、事業の説明を行った後から訪問時に同席するようになった。その矢先に父親が入院し、父親から日常生活について話を聞く機会はなくなった。K 氏は 1 人暮らしとなり、キーパーソンが遠方に住む叔母となった。退院後初めて叔母と連絡を取り合い、退院後の生活状況について確認することができた。

ケア会議: 退院後、4 ヶ月目に実施。以後、3 回実施する。Dr、デイケア、キーワーカー (訪問) で行い、2 回目から地域生活支援センターに参加する。主に、現状・病状の把握、今後の方針、役割分担について話し合う。Dr の方

針により、K 氏・家族は不参加となったため、事前の情報収集は毎回行い、K 氏・家族のニーズを元に話し合った。

5. 結果（研究期間内に得られた成果など）

BPRS 開始時：7 → 終了時：4 GAF 開始時：65 → 終了時：75

・研究開始時、K 氏の情報、医療者側の観察による情報のみでの評価であったため、家での生活の客観的な状況が把握できていなかった。父親の入院をきっかけに、キーパーソンとなる叔母と連絡を取り合う中で家族の支援していた部分が明確になり、実際は問題のある部分も「できている」と話していたことや、K 氏なりにやっていると叔母には「できていない」と評価されていることが明らかになった。また、定期的に叔母と連絡を取り、家族の負担や支援してほしい部分について話を聞くことができた。

・週 1 回、地域生活支援センターに通所するようになる。叔母は「本人から（地域生活支援センターには）週 1 回、昼ご飯を食べに行っていると説明を受けた」と話す。実際、退院後のデイケアも今回の地域生活支援センターも、「周囲で準備してくれたから行く」「迎えにくるから行く」と受動的な姿勢で、K 氏の中で意識付け、目標が曖昧なまま、“ただ通っている”という主体性に欠けた状態である。

・病気の理解については「薬を飲まなくていい生活がしたい」「薬は飲まなくても大丈夫な気がする」と病識は欠ける。「サーサーする（イライラする）」といった病感があり、「幻聴は聞こえる」と言うが、その事にとらわれることなく生活はできている。また、デイケアでは幻聴ミーティングで心理教育のテキストを読む中で思考障害や妄想について知り、病的体験に向き合える機会を得ることができた。グループでの取り組みのため、現実的な場面で症状について話し、他の利用者との普遍的な体験を通して安心感を得ることができた。

・退院後のケア会議が今回の研究で初開催ということもあり、K 氏の病状・現状把握から始まったため、Dr の意向もあり、1 度も本人がケア会議に参加することができなかった。また、家族も体調不良や遠方在住ということもあり、参加できなかった。

6. 考察

・デイケアや地域生活支援センターへは、環境を整えれば受動的ながらも「行く」ということはできる。行く場所があるということは、入院前の不規則な生活から、毎朝 6 時に起床し、身支度を整えるといった規則正しい生活リズムを作るために必要なことである。

・地域生活支援センターへの移行はスムーズであったが、通所時の状況や叔母からの情報を考えると、「就労への前段階」といった目的は K 氏にとっては現実味のない目標設定であったと思う。K 氏のディマンズをもとに目標設定をしたが、就労という大きな目標に対して、現実的な細かいステップを本人と共有すべきであった。今回、初期評価の時点で、就労にむけての心理的な準備の部分で支援者と K 氏の間にずれがあったため、結果として受動的な姿勢のまま経過することになったと思われる。

・父親が入院したことや一人暮らしになったことでの不安や焦りに対しての支援を、具体的に考えていく必要もあると思われる。

・それぞれの果たす役割としては、訪問看護では叔母からの情報と本人の家での様子を評価し、デイケアではその評価を元に実際の支援を行う。本人にとって目標がわかりやすく、具体的に日常生活にあったアプローチをしていくことで、目的意識を持って行動するように促し、地域生活支援センターでは実際に自主的に動いてみることを目標に関わっていければよいと考える。

・再発防止を目的に幻聴ミーティングに参加し、今では毎回参加するようになった。それでもやはり、「薬は飲みたくない」と話している。本人の中で未だ病気の受容ができておらず、「健康に見られたい」という思いがあるのではないかとと思われる。今後、職業訓練や就労を目指すには、やはり服薬の必要性を理解していくための心理教育も必要になってくると考える。しかし、病気ばかりに目を向けるのではなく、作業などで現実世界に目を向けさせ、現実との接点をもたせることも重要である。

・叔母の支援の負担や精神的な負担の軽減にも努めなければならない。叔母が支援している部分はかなりあるものの、本人も叔母に言われて努力している部分もかなりある。デイケアや訪問看護で支援を担い、更に改善されている部分や本人の努力している部分を叔母に伝えていく必要がある。家族と支援者との橋渡しをキーマンが行うべきである。

・キーマンや訪問看護では一人で動くことが多く抱え込みになり、一方的な視点での支援になりがちであるため、ケア会議を通して他部署や Dr、他機関との協力は欠かせない。それぞれの考え方や関わり方の方針も違うため、お互いに意見を交換でき、効果的な話し合いのできるケア会議をする必要があり、連携の難しさを改めて考えさせられた。

7. 課題

・外来部門では短期間に精神症状の大きな変化は見られず、本人と関わる頻度も少なくなるため、ケア会議の頻度はケースにより 3 ヶ月～4 ヶ月に一回など臨機応変にしてよいのではないかと。

・他病院から「今回の研究に参加しなかったが、他部署から協力が得られなかったり、病院の体制が整っておらず参加できなかった」という話を聞いた。そのような支援体制が整っていない病院も数多くあり、地域移行支援を実現するための環境づくりも課題である。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet【施設名： L 病院 患者： K 氏 33 歳 男性 キーパーカー： Y 職種 OTR 女性】

■比較的早期に退院した人 □長期入院後に退院した人 □入院経験のない人

	開始前 (9月)	開始～1カ月 (10月)	～2カ月 (11月)	～3ヶ月 (12月)	～4カ月 (1月)	備考
日常生活の様子	週1回の訪問看護。活動内容を見て週3回程度デイケアに参加している。デイケア不参加の日は家でラジオを聴いたりして過ごしている。自宅が不便なところにあるため、歯医者や近所の売店以外に外出はあまりしていない。	デイケア、訪問看護は継続。晴れの日は続いたため、なかなか風呂に入れない、と話している。生活保護の担当者に問い合わせ、水道の件を尋ねる。	自宅に水道が通るようになり、本人の生活も充実している。また、こまめに掃除なども行っている。父親が入院したため、自宅で1人での生活となる。	1人での生活は継続。自宅の模様替えや大掃除、自宅周辺の改修工事を親戚で行う。	1人暮らし継続。節約のため、自炊を心がけていると話す。	
ケア会議の概要 目標設定		今後の方向性の検討と支援の段階を確認。退院後から安定してデイケアに通所できていることもあり、徐々に地域へ広げていく。		現状の報告、今後の支援の見直しを行う。地域へと活動場所を拡大し、その生活を安定させることが第一である。	現状の報告、今後の支援の見直しを行う。日常生活に沿った支援を検討し、食事面を中心に支援を行うことにする。	
薬物療法	レモナミン錠 3mg 朝・就 9丁 アキリデン錠 1mg 朝・就 3丁 ソフミン錠 5mg 朝・就 5丁 炭酸リチウム錠 200「ヨシトミ」 200mg 朝 1丁 ハロマンズ 月1回 注射	↑	↑	↑	↑	
実施したプログラム ■DC・SC □外来OT ■訪問看護	デイケア：本人がスケジュール表を見て、週3回程度参加する。退院後すぐは寝ていることが多かったが、徐々に活動にも参加できるようになっていく。「話しても名前をすぐに忘れてしまう」と話す。 訪問看護：週1回自宅訪問する父親は畑にすることが多く、本人とのみ面談する。	デイケア：主に屋外の活動を好んで参加している。名前を忘れてしまうから、と自分でメモ帳を購入し、覚えようと努力している。 訪問看護：事業の説明をした後から、父親も同席するようになる。	デイケア：定期的に参加可能。 訪問：特変ない。父親が、体調不良で入院したため、訪問時に同席することとはなくなった。 地域活動支援センター：体験利用を行う。12月から週に1回通所予定。	デイケア：週に3回程度で安定していたが、地域生活支援センターへ行くようになり、週1回～2回へと減っている。 訪問看護：特変なし。 地域生活支援センター：週1回参加。参加中は漫画を読んだり、昼寝したり、本人なりに一日過ごしている。	デイケア：SSTや幻聴ミーティング、クッキングには好んで参加している。 訪問看護：金銭管理や食事について介入するが、本人は「大丈夫。やってる」と言う。 地域生活支援センター：一度だけ、作業に参加している。他の利用者との交流は見られない。	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他		①再発の防止：デイケアにて幻聴ミーティング（精神症状についての勉強）に参加する。 ②地域活動支援センターを体験利用する。		父親の入院により、K Pが叔母になるが、遠方に住んでいるため、電話での連絡のみとなる。	K Pの叔母と連絡をとる。現在の支援の状況や、父親の様子などを尋ねる。	
○ その他		事業の説明と、評価を行う。				
備考						

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア, 外来作業療法, 訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: M病院 報告者(キーワーカー): K

プログラム: ☐DC・SC ☒外来 OT ☐訪問看護 ☐その他() どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介: ☐比較的早期に退院した人, ☒長期入院後に退院した人, ☐入院経験のない人 (どれかに■)

【基礎情報】氏名: T氏, 年齢: 43歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

【現病歴】これまでの経過: 高校卒業後、県内で就職しエンジニアの仕事をしていた。X-6年M病院に入院となり、躁うつ病の診断を受ける。その後病状安定せず、10回の入退院を繰り返し、この間、宇宙との電波交信、思考漏洩など言動まとまらず、経済力を超えた多額の借金を安易に作り、父親との財産の争いも絶えなかった。X年5月に父親宅に行き、窓ガラスを割るなど喧嘩となり、その時父親から袋叩きにされたと警察署へ訴えるが、言動まとまらず父親と共に来院し、当院に入院。長期に渡って、被害関係念慮に伴い、他患や病院スタッフに対する暴力・攻撃行動を起こしやすく保護室を頻繁に使用していた。また、自己の状況を言語化する能力に乏しく、問題解決を上手く行えないことにより、不安・パニックに陥りやすい状態であった。しかし、主治医・病棟Ns・担当OT・PSWがT氏と問題解決手段を相談・援助を重ねることによって、精神状態も安定し、良好な関係性へと変わっていった。次第に、院内生活も徐々に安定化が図られた。結果、院内寛解状態に至ったことにより、退院に向けて準備が進められることとなった。病院近くにアパートを見つけ契約を進めようとしたが、アパート契約に両親の協力得られず、*NPO法人入居者支援センターに依頼。6年間の長期入院を経て、X+6年9月より単身生活が開始となった。

* 障がい者や高齢者等住宅確保要配慮者の入居を支援することを目的として、弁護士・司法書士・医師・精神保健福祉士・社会福祉士・不動産仲介業者などで構成されている。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力, 生活技能, 家族の支援力等を記入してください)

【精神症状等】陽性症状・陰性症状ともに認められないが、スケジュール通りの段取りが取れない場合や見通しが立たない時に不安感増し、パニックに陥りやすい。支援者や同時期に退院した当事者以外の対人交流は少ない。

【身体機能】排便コントロールに固執する、生活スケジュールとなっており、そのことが著しい行動制限の原因となっている。下剤使用時には外出ができなくなってしまう。

【家族状況】両親との関係は破綻しており、T氏との関わりは拒否的で協力を得られない。

【経済状況】生活保護(障害年金2級)。成年後見人制度の申請。

3. 治療・援助の目標と方針

- ・入院生活で習慣化してきた生活様式を用いながら、単身生活を緩やかに進める。
- ・不安や困り事が生じたら、支援スタッフ・病院に相談や連絡ができる。
- ・生活状況を支援スタッフと共有し、安心して生活感が膨らんでいる状況を確認する。
- ・衣、食、住に必要な経済感覚や新たな生活様式の方法を探る。

4. 治療・援助の経過 (再発防止, 生活技能向上, 家族支援等を考慮した実践を記述してください)

(1) 地域生活支援

T氏は6年の長期入院を経験していたこともあり単身生活への不安も強く、関わるスタッフへ「本当に退院してもいいんですかね」「このまま、入院していいのかな」と不安を語るなど、緊張感が伝わっていた。そのため、手厚い対応が求められる状況での日中活動の拠点として、外来OTに参加し、退院前から関わりをもつスタッフと継続した在宅生活移行へ向けた準備が進められた。外来OTに参加しているが、キーワーカーOTとPSWが中心となり心身の評価、生活上の困り事や相談の窓口として関わりをもった。T氏が用意したスケジュール表を用いることにより、T氏が早急に解決したいと考えている事柄や、お金の動き、予定の確認を行った。外出時には、同伴にて生活用品購入からアパートへの搬入、さらには生活様式の変化をスタッフも共有した。電化製品や室内設備の使用法の練習、買い物や調理などを、実際に生活している場で繰り返し練習、体験することによって、新たな環境への適応を図った。また、T氏からスタッフへ室内設備や家電製品の使い方を忘れて困っていると連絡が入れば、速やかにアパートへ出向き対応した。加えて、退院初期の連休は状況確認にスタッフがアパート訪問も行っていた。身近に支援者がいる安心感とタイムリーな対応により不安感や行き詰まり感を得ることを最小限に防ぐことができた。

(2) 心理教育

心がざわつき、落ち着かない気持ちが生じたら、頓服を服用し対処する。行き詰まり感が増し、単身生活に疲れを生じたら、短期の入院にて休息を図る。ストレスを抱え込まず、相談にて解決を図ると共に、ストレスになった経緯を探り対処方法を見つける。

(3) 資源制度の情報提供

アパート契約に家族の協力が得られず、保証人を確保することが困難であったため、NPO法人入居支援センターへ保証委託申請を行い、アパート契約が可能となるよう支援した。また、過去に経済的な破綻の経験もあり、金銭の自己管理への不安もあったことから成年後見人制度について紹介を行った。利用に関して、制度の必要性や手続きの手順についてT氏に担当ケースワーカーがわかりやすく説明すると共に、T氏がいつでも確認ができるように、T氏自身が用意している

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア, 外来作業療法, 訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

スケジュール表に記載してみることを勧めてみた。不明な点が生じたらその都度繰り返し説明を行った。書類の記入や提出などにも PSW が付き添い、手続きした内容の再確認、T 氏の混乱防止を行った。

(4) 家族支援

両親は別居状態であり、それぞれに電話や T 氏から手紙を送るなど連絡を試みた。しかし、父親と連絡が取れたのも一回のみで、T 氏に関する協力は一切応じないと断言され、以後の連絡にも応じてくれない。同様に母親とも連絡・協力は得られなかった。

(5) ケア会議・地域連携・その他

ケア会議メンバー：T 氏・主治医・病棟担当 Ns・PSW・キーマン・OT

ケア会議頻度と内容：毎月 1 回実施。生活状況の確認および生活面に対する工夫・検討。また、予定されているスケジュールの確認調整が主内容。生活の進行状況に合わせた支援の検討と現在、気になっている事柄や不安な事を話してもらい、解決することによって、安心して単身生活を継続できている事をお互いに認識できる場として利用した。

5. 結果（研究期間内に得られた成果など）

T 氏が病院の近くで安心して単身生活が送れている事を実感できるようになった。生活の営みにも余裕が生まれ、休日には、以前利用したことがある店などに出掛けて買い物をするなど、生活範囲の拡大を図れるようになった。金銭管理が苦手であるが、生活を圧迫してしまうような消費を重ねることもなく、本人が欲しいと思われる商品購入も、自分だけで判断せず支援スタッフに相談して判断していった。また、休日・夜間など支援スタッフが不在の時でも、病院へ連絡し、外来看護師や病棟スタッフにアドバイスをもらい問題解決するなど適応的な対処ができている。

6. 考察

単身生活を多少の不安や戸惑いがある中でも継続できている要因として、入院中から単身生活支援まで、同じチームで関わることによって関係性を維持しながら、継続的な支援を行っていることと、常に本人の状況変化を把握し、タイムリーな関与、相談を受ける体制が整っていたことが挙げられる。本人が生活する中で、不安や戸惑いと感じる多くは、精神症状から引き起こされるものではなく、ごく身近な生活上の不慣れさや経験不足によるものであった。日常的に直面する様々な問題を、抱え込むことなく対処できたことが精神状態へ影響を及ぼすストレスとならず、不安・緊張から来る力みをも緩めることができたと考える。

7. 課題

今後も、些細なことで生活に行き詰まり、破綻のきたしやすさを備えているため、継続した生活状況の確認や支援を行う必要がある。そのためにも、定期的な支援体制の更新を行わなければならない危機的状況下では、短期間での入院で単身生活に復帰できるように、タイミングを逃さないような支援のあり方を追求する。現在は、濃密な医療・地域支援が必要な状況であるが、本人が徐々に健康さを増し、自分らしく生活する支援へと進められるような関わりの有り様を意識することも忘れてはならないと考える。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet[施設名: M 病院 患者: T 氏 43 歳 男性 キーワーカー: K 職種 OTR 男性]
□比較的早期に退院した人 ■長期入院後に退院した者人 □入院経験のない人

	開始～1カ月	～2カ月	～3カ月	～4カ月	備考
日常生活の様子	入院生活と排便周期を同一にしたスケジュールに従って生活を行うが、新たな生活様式（食事・洗濯・掃除等）に戸惑い、相談・支援を求められる事が多い。 排便日以外は外来OTを利用	食事の買いい物で、「何を食べようか」「何を買ったらいいのかわか」を悩まないように、パターン化された食事内容となっている。	月額の生活費の内訳を記録しているが、内訳を整理できず、経済設計の見通しが曖昧となっている。概ね、家事行為は慣れ、単独で行えている。	安心して、生活を営まれており、順調に暮らせている実感が得られている。休日には、外出し余暇の過ごし方にもゆとりが持てている。	
ケア会議の概要 目標設定	生活状況の確認 今後のスケジュール調整 身体症状・精神症状の把握 支援内容の確認・調整	家事行為の実行状況の確認 新たな生活支援の利用検討	金銭管理状況の確認・把握 年末年始の過ごし方、支援方法の確認・検討		
薬物療法	リーマス錠 200mg 4 T ピカモール錠 2mg 4 T セレネース錠 3mg 9 T ヒベルナ糖衣錠 25mg 3 T カマダ 0.33g 包 3 包 ロドピン錠 50mg 8 T ベンザリン錠 10mg 1 T レボトミン錠 50mg 2 T テオドール錠 100mg 4 T リスパダール液 2ml ワイパックス錠 1.0mg 1 T ラキソベロン液 10ml			↑	
実施したプログラム □DC・SC ■外来OT □訪問看護	食料の購入・調理・片付けを一緒に行い、食生活を支援。 初めて使用する電化製品等の使用方法をくり返し練習する。 必要となる、生活用品の検討及び、購入援助	配食サービスの情報提供・試験利用・手続き援助 近隣にある、コインランドリー・弁当屋・金融機関等の紹介・利用援助	1ヶ月の支出状況を整理し、内訳を確認。金銭管理の助言、指導。 地域生活支援センターが行っているホステル事業の利用検討・手続き援助		
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	②本人の自宅と周辺のスーパーにて訓練実施 ④訪問及び電話連絡による休日の状態確認	②本人の自宅と周辺のスーパーにて訓練実施 ④訪問及び電話連絡による休日の状態確認	④訪問及び電話連絡による休日の状態確認	④選任された補佐人との情報交換と共に、支援関係構築のサポートを計画中	
○ その他					
備考					

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名： N病院 報告者（キーワーカー）： H

プログラム： ☒ DC・SC ☐ 外来 OT ☐ 訪問看護 ☐ その他（ ） どれかを ☒ にし（ ）に記入

1. 事例紹介： ☐ 比較的早期に退院した人、 ☒ 長期入院後に退院した人、 ☐ 入院経験のない人（どれかに ☒ ）

【基礎情報】氏名：O氏，年齢：39歳，性別：男性，診断：統合失調症

【現病歴】これまでの経過：小学校高学年から不登校。中学2年頃から自宅に引きこもるようになった。X-15年には「近所の人が集団で嫌がらせをする」といった被害妄想がみられるようになる。その後、被害妄想は「毒薬を家の中に投げ込まれる」という妄想に発展していった。X年12月その毒薬を焼却するつもりで放火し、自宅が半焼する。当院措置入院となり、入院中は幻覚妄想に加えて緊張病状態を繰り返した。そのため、薬物治療に加え、個別OTが処方された。柔らかな関わりの中で、次第に院内での過ごし方にも落ち着きを見せる。その後、ホステル利用を行いながら、院外での生活にも慣れてきたため、デイケアを入院中からプレ利用後、当院徒歩5分の近隣にアパートを借り、X+4年10月に退院となった。

2. 初期アセスメント（対象者の疾病管理能力，生活技能，家族の支援力等を記入してください）

【精神症状等】明らかな幻覚妄想はほぼ抑制されている。しかし、理解を超えた事柄については、被害的に解釈する傾向がある。陰性症状が顕著で、こだわりが強く、環境の変化に適応するためには慣れた人物のケアと時間を要する。

【生活技能】特に金銭や食事に対するこだわりが強く、生活用品の購入にも時間を要する。また、家事動作など手順に戸惑い、不安となり易いためアパートにて担当スタッフと一緒にいった。物事に馴染むまで長い時間を要し、疲弊し易い。対人面は、関わるきっかけが探せないため受け身的であるが、他者との交流に関心が高い。また、入院中より仲の良い人と言葉を交わす程度の交流が見られている。

【家族状況】唯一の身寄りの母も脳梗塞のため他院へ入院しており、家族からの援助はなし。

【経済状況】障害年金2級

3. 治療・援助の目標と方針

- ・入院生活に培った生活習慣を基に、単身生活に移行できる。
- ・自らスタッフに声をかけ、生活上の相談ができる。
- ・スタッフと一緒に生活体験を積み重ねながら、一人でも実践できる機会を増やしていく。
- ・デイケアで過ごししながら、居心地の良い場所や参加しやすいプログラムを見つける

4. 治療・援助の経過（再発防止，生活技能向上，家族支援等を考慮した実践を記述してください）

1) 地域生活支援

O氏は長年の引きこもり生活に加え、4年間に及ぶ長期入院を経て単身アパート生活となった。生活スキルは未体験な要素が多く未熟であり、こだわりもあるため入院中からホステル利用やデイケアプレ利用を行った。また、新たな環境化へ適応するための負担感を軽減するために、生活のスケジュールも入院生活中から培った生活習慣を基に、服薬の時間や入浴日など以前と変化の少ないように工夫した。そして、顔なじみであるチームスタッフが窓口となりO氏が安心感をもって話せるように努めた。その中で、生じる不安に対して、生活の場であるアパートで洗濯機や電子レンジの使い方を一緒に試したり、スーパーでお買い得商品を探したり、銀行でATM操作を行ったりなど、O氏にとって初めてに近い体験と一緒に生活の場で積み重ねていった。常にチーム内で情報を共有し相談があればすぐに現地にかけつけられるようにフットワーク軽く動くよう連携を図った。

再発防止の対応として、日々の関わりの中で不調時のサインが見られた際は、O氏を交えチーム内で話し合いを行った。本研究中、初めての単身生活により、不安や疲労が蓄積し、食事も偏り睡眠不足が続いた。日々の頻回な関わりにより、O氏の不調を早めに察知し、休息を目的とした短期入院でアパート生活へ復帰できた。その後も、長期の連休中は訪問体制を整え、危機的状況にも対応できるような関わりを続けている。

2) 心理教育

服薬時ウォールポケットを使い、服薬管理の必要性をO氏に理解してもらえるような関わりを行った。

3) 資源制度の情報提供

緊急時の連絡方法 買い物 ATM操作など

4) 家族支援

唯一の身寄りである母親も入院中。月1回ペースで面会に行っている。

5) ケア会議

月1回ペースで、O氏・主治医・デイケア担当CP・院内PSW・キーワーカーOTにて実施している

デイケア、アパート生活での状況を確認し、O氏のできている事を評価する。

スタッフからの提案事項は、「6時間以上眠る」や「ご飯以外のおかずを2品目食べる。」ように具体的にわかりやす

く伝える。
O氏より、現在、気になっていることや不安に思っていることを話してもらう。
また、今後、予定されているスケジュールの調整を行う。

5. 結果（研究期間内に得られた成果など）

- ・洗濯、買物、炊飯など一人で行える事が増えると、炊飯器をセットして買物に出かけたり、洗濯を行いながら入浴したりなど効率化のよい自分なりのスケジュールに移行し定着している。
- ・日々の関わりの中で、困った際には、すぐにスタッフへ相談できている。また、自宅から携帯での連絡も行えている。
- ・デイケアスタッフとの交流も図れ、参加できるプログラムが増えてきている。
環境の変化に慣れるまでの時間は要する。しかし、いったん定着すると、懸命に続けることができる。また、こだわりの部分も徐々に緩和し生活に幅が伺える。生活の幅が安心感を生み、成長が感じられる。

6. 考察

本事例は、長い引きこもり生活と長期入院に加え、不安感が強く、生活体験も少ないため、緊急時に早急な支援が必要となると考えられた。そのためには、当院付近のアパートは休日、夜間の緊急時の支援・対応が行い易く、本人にとっても安心した生活に繋がるのではと考えた。そして、単身生活への環境の変化は、本人にとって、負担感が大きいと予測されたため、退院当初にできるだけ入院生活とほぼ同じスケジュールにすることで、リズムが保たれ、安定した生活に繋がりが易く有効であると考えた。また、日中活動の場所としてデイケア利用することにより、本人が心配している事や上手くできないこと、生活の中で「よう、分からんわ。これでいいのか?」と考えていることまで、タイムリーに話し合うことができた。本人の直面した生活上の困り事を共有することにより、ケア会議の中でも本人の意向をしっかりと反映し方針化する役割を果たすことができていると考える。単身生活が初めてで、毎日の生活の中で起こってくる生活上の問題解決の方法に自信のない事例の場合、チームスタッフで確認し、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有用な行動であると考えた。また、その経過にスタッフが共に動けたことで、再発の兆候や調子の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た。また、生活上の問題解決にタイムリーに取り組めたことが本人の生活不安を軽減し単身生活の維持に繋がっていると考えた。また、訪問や買い物への同行により、生活の現場での関わりがスキルアップにもつながったと考えている。こうした事例の地域移行は、多職種の協力連携が不可欠であると考ええる。

7. 課題

今後も、生活のストレスを減らしつつ単身生活をおくるために継続した現場での関わりが必要である。まずは、デイケアを介した生活の基盤作りを行い、単身生活の過ごし方が拡大する援助の有り様を検討。その際、本人の負担を最小限にするためにも、スタッフが望む生活像に偏ることなく、健康的な部分を活かした支援を検討しなければならないと考える。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

(別紙)事例報告書-2

精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究

事例報告 Summary Sheet [施設名 N病院 患者： 0 氏 39 歳 男性 キーパー： H 職種 OTR 男性]

□比較的早期に退院した人 ■長期入院後に退院した者人 □入院経験のない人

	開始～1 カ月	～2 カ月	～3 カ月	～4 カ月	備考
日常生活の様子	単身生活スタートで緊張している。慣れない家事作業で、困り立ち尽くしてしまう事もみられる。スタッフから声をかけると、ボツボツと生活状況を語る。デイケアには遅れる事なく参加できている。また、ウォールポケットを利用している。	デイケア利用中、表情硬く「頭が混乱する。」など不調な訴えが見られる。睡眠不足も見られる。食事の欠食も見られる。退院後は、休息もできスツキリとした表情である。食事のバランスを考慮し弁当の購入など進めるが、本人拒否。従来通りの生活を望む。	家事や買物など、一人でできる事も増えてくる。自ら過ごしやすいようにスケジュールを変更し定着化しつつある。生活に慣れ、表情にも余裕がうかがえる。長期の休みで、孤独感も募りスタッフが訪問すると、笑顔も見える。		
ケア会議の概要 目標設定	一日一回以上スタッフと話す機会を持ち、生活の相談などを行う。生活用品の補充を行う。	退院後、健康チェックに重点を置く。 ① 食事内容の確認 ② 睡眠時間の確認 ③ 連休時の訪問体制について確認する。	引き続き、健康チェックを行う。年末年始はアパートで過ごす事になり、訪問体制を整える。アパートでの防寒対策を行う。		
薬物療法	朝) ビガール 2mg リマス 200mg 各 1錠 昼) ビガール 2mg リマス 20mg 各 1錠 寝る前) サイレース 2mg レボドミン 50mg レボドミン 25mg 各 1錠 ハロマス 20mg 1回/4週	変更なし	変更なし		
実施したプログラム ■DC・SC □外来 OT □訪問看護	・CP による心理面接 ・デイケアNsによる健康チェック	・CP による心理面接 ・デイケアNsによる健康チェック	・CP による心理面接 ・デイケアNsによる健康チェック		
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	②入院棟内で培った生活習慣の定着化を計るために、日中は、デイケアで過ごす。月/水/金の昼間に入浴を行う。食事は、最寄りのスーパーで購入する。スタッフが同伴しアドバイスする。しかし、食品が決められず数時間程スーパーで過ごし、買わないことも見られた。しばらくは、スタッフの同行が必要。	②単身生活スタートから一カ月経過し、疲労が蓄積する。タイムリーな関わりにより、本人の不調を早めに察知し、短期の入院で、アパート生活へ復帰できた。復帰後も、従来の生活を保ちつつも、スタッフの意見を聞き入れスタッフを防疲堤となり維持している。	②防寒対策を行う。コタツの購入を勧めるが、「電気がかかると」「場所がなくなる。」などのこだわりがあり拒否する。室内が寒く薄着で生活している。暖かい寝具の購入を伝える。仲の良い隣人の勧めもあり、購入する。夜間、眠りも深くなり、目覚めも良い様子。		
○その他 備考					

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: ○病院 報告者(キーワーカー): U

プログラム: ☒ DC・SC ☐ 外来 OT ☐ 訪問看護 ☐ その他()

1. 事例紹介: ☐ 比較的早期に退院した人, ☒ 長期入院後に退院した人, ☐ 入院経験のない人 (どれかに☒)

〔基礎情報〕氏名: M氏, 年齢: 62歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

〔現病歴〕これまでの経過: 大学に進学後、車を電柱にぶつけ閉じこもりがちとなる。以後、当院入院を数回繰り返す。大学を中退し、数ヶ月間アルバイトをするが続き、ある時、包丁を持って隣家に行き通報されX年当院入院。次第に落ち着きOT活動への参加も習慣化され、X+19年より道具の準備・片付け、パソコンでのOT予定表作成などに取り組み始める。次第に主体性や就労への意欲が高まり、「自活した生活・就労」を大きな目標として退院を目指すことになる。X+20年(研究開始の8ヶ月前)退院、ケアホームでの生活が始まる。

2. 初期アセスメント

心身機能構造: 感情の平板化など陰性症状が主。腰痛など身体症状に関する訴えが多い。器質的な問題はないが、頻尿・残尿感があり度々トイレに立ち活動への集中が難しい。GAF: 30、BPRS: 32。BACS-J: 重度障害。

活動と参加: 夜7時就寝、深夜2時ごろ起床。ぬるい湯でラーメンを作る、半炊きの米を食べるなど課題はあるが、朝食の用意は自分で行っている。昼食・夕食はサービス利用。病識には乏しいが、服薬や診察の重要性は認識している。退院後は服薬カレンダーを使ってケアホームスタッフに確認をもらいながら服薬管理をしていたが、間違いが多いため1日2回(朝・夕)スタッフが手渡している。平日の日中はデイケアを利用(週5回)、就労準備グループや栄養指導教室など知的活動グループへの継続した参加がある。就労への思いは人一倍強く、「一般就労したい(塾講師)。だめならパートのレジ打ちでもいい」「簿記や経済学、法律の勉強をしている」と話す。休日はケアホーム1階にある支援センターで友人と交流したり、近隣のスーパーに自転車で購入物に出かけたりして過ごす。普段の買い物は、院内の売店で済ませることが多い。また、度々病棟に行き、仲の良い女性患者と茶話を楽しむ。

環境因子: ケアホームで生活。一人部屋。台所・トイレなど共有スペースあり。ケアホーム所在地と同市内に自宅があり、現在は母親と弟(アルコール依存症で当院受診)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M氏が不仲であることから、自宅への退院・外泊には拒否的。現在M氏は生活保護・障害年金特別給付金1級受給。通帳や日々の金銭管理は、施設の管理サービスを利用している。

個人因子: 大学中退。高学歴者という自負が強く、学歴を活かせる活動に価値を置いている。

主観的体験: 「一刻も早く働きたい」「長男なのでしっかりしないと。家族を養っていききたい。結婚もしたい。」

まとめ: M氏なりの生活リズムを保ち、マイペースに生活を送っている。1週間のほとんどの時間を過ごすデイケアでも、自分の居場所を確立し、興味のある活動に参加できている。20年ぶりの地域生活であるため、入院中の習慣を急に変えることはせずに、また何かを新たに取得していくことを目指すのではなく、暮らしやすいように工夫を提案しながら、本人のペースを見守りサポートしていくことが必要である。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標: 自宅で自活した生活を送る(自分でお金を稼いで、家族を養う)。

本人の当面の目標: ①規則正しくリズムある生活を送り、体調を安定させる。

②金銭感覚を身につけ、金銭を自主管理できる。

具体的援助: ケアホームでの服薬・金銭管理などの生活指導やデイケアのプログラムを通して生活支援を行う。困り事があれば、M氏のペースを尊重しながら適宜支援を行う。

当面のM氏の目標は、規則的な服薬、出納帳の管理、精神科デイケアへの継続参加である。

4. 治療・援助の経過

(1) デイケア

退院後スムーズに通所できるように、入院中より試験通所を開始。滞在時間をM氏のペースに合わせ半日から徐々に延ばしていく。就労準備グループやパソコン、料理などのプログラムに幅広く参加する。退院後はデイケア週5日平日利用となる。通所や診察などに混乱することがあり、その都度声かけや付き添いを要した。しかしM氏はマイペースで、不安など訴えることなく過ごす。研究開始期(退院9ヶ月目)には、バス旅行で他県に出かけたり、誕生会役員としてギター演奏をするなど、メンバーの一員としての役割を担うことができていた。また、就労準備グループや栄養指導教室にも主体的・継続的に参加。過去のアルバイト経験を話したり、求人票の見方をメンバーに教えてもらうなど、他メンバーとよりよい交流をもつこともできていた。研究開始2ヶ月目には、病院祭へのぜんざい出店のため、準備グループに参加する。研究開始4ヶ月目には、病棟での心理教育に当事者として訪問し、入院患者の前で退院支援の体験談を話す。退院して良かったこと、現在の生活など、質問に対しても丁寧に答えることができた。

(2) 家族支援

1ヶ月おきにデイケアで開催されている家族会に母親の参加がある。M氏が入院中から、病院の家族会にも熱心に参加している。苦労してきたという思いが強く、息子のことを受容できずにいる。今までの苦労や不安を語り、参加者やスタッフにそれを聴いてもらうことで、安心感を得て、ストレスの発散をしている様子。研究開始4ヶ月目に開催された家族会では、「息子は退院して自立した生活が送れるようになったのでうれしい。安心した。退院してよかった。」と前向きな語りへと変化がみられた。

(3) ケア会議

退院前ケア会議: <本人、母親、市役所生活保護係、ケースワーカー、病棟看護師、病院PSW、デイケア看護師、相談支援専門員、ケアホーム世話人、OTR>

退院日の決定、個別支援計画書に関する説明がなされる。半年後をめどにケア会議を予定する。

退院後第1回目のケア会議：＜本人、母親、デイケア看護師、CP、相談支援専門員、担当 OTR＞ 個別支援計画書見直し。新しい環境に慣れるのに時間を要するが、M氏なりに生活を送ることができていることを評価。今までの計画に基づき継続支援となる。母親から、「このような会に参加したことで、息子の様子を知ることができてよかった」と言葉が聞かれる。 第2回ケア会議：＜本人、デイケア看護師、ケアホーム世話人、担当 OTR＞ 個別支援計画書見直し。服薬管理は手渡しからカレンダー使用に。金銭感覚を養うため、出納帳をパソコンでつけることになる。M氏の能力を評価して、生活しやすいよう支援していけるよう話し合いがなされた。M氏から、今後のケア会議に望むこととして「就労への援助・情報提供をして欲しい」との発言があった。 (4) 生活技能向上 退院前…ケアホームへの試験滞在・外泊。個別 OT として、ケアホームでの調理・買い物に取り組む。学生時代の一人暮らしの経験を思い出しながら、食パンを焼く、即席スープを作る、レトルトカレーを作るなど、簡単な調理なら一人でやるようになる。 退院後1回目のケア会議後…手渡しになっている菓を、自分で飲めるようになりたいとのことから、生活リズムを立て直し、段階的に服薬の自主管理を目指す。ケアホーム世話人らが適宜サポート。 2 回目のケア会議後…服薬管理は手渡しからカレンダー使用に。カレンダーは事務所で管理し、スタッフの見守りの中、服薬をしてもらう。また、入院中から退院に向けて付けていた出納帳は、ノートを使い切って以降、習慣が途切れていた。そこで、M氏の関心の高いパソコンを利用して出納帳を付けることを提案。買い物毎にレシートをとっておき、デイケア参加時にパソコンを利用して出納帳をつけることになった。M氏も、過去 OT でパソコンを使っていたことから自信があり、就労への訓練にもなるとの思いから意欲を見せる。食事については、ラーメンや半炊きのごはんしか作っておらず、健康面に考慮して、ケアホームの自炊訓練とデイケアの料理教室に参加を促していくこととなる。M氏も無理のない範囲でやっていきたいと話す。 (5) 再発防止 入院中に心理教育の1コマで再発防止について取り組む。ドリルを使用し再発サインと対処を挙げ、誰に何をしたいのか、自分はどうかを考える。身体症状に関する不調のサインと対処にこだわりをみせる。退院後は、デイケアやケアホーム、生活支援センターのスタッフが互いに連絡を取り、生活上の困りごと（施設のルールが把握できないなど）や混乱に適宜対応した。初めは付き添いが必要であった外来受診も、研究開始5ヶ月目には一人で通院が可能となり、定期的に診察を受けることができています。また、デイケアでの学習会を通して、精神症状に関する再発サインを知り、「聞こえないはずのものが聞こえたり、目がチカチカしたら調子が悪い」と答えることができるようになった。
5. 結果 長期間（入院通算40年）、病院生活を送ってきたM氏であるが、この度20年ぶりに地域で生活を送ることとなった。退院後1年経った現在、1日の生活リズムや生活スタイルは入院時とあまり変わらないが、自転車で買い物に出かけたり、バス旅行に参加したり、就労に向けたグループに参加するなど、地域での生活に慣れ、活動範囲が広がってきている。また現在の暮らしについて、「楽しい。自由があります。」「早期就労出来るかどうか不安でもあり、今の希望」との言葉も聞かれている。入院中からの強い願いであった就労がM氏の原動力になっている。しかし、デイケアの就労準備グループへの継続した参加はあるが、当院周辺の社会資源が乏しいために、具体的な就労には繋がっていないのが現状である。 GAF：35、BPRS：29。BACS-J：重度障害
6. 考察 入院生活時と大差ない生活リズムや生活スタイルではあるが、地域生活の継続ができていく要因は、M氏に変化を促すのではなく、M氏を取り巻く周囲の環境や支援内容をM氏に合わせて調整・提供ができたからであると考えられる。その都度、適切な支援を提供するためには、スタッフと家族が、情報を共有していくことが大切になってくるが、定期的なケア会議や家族会、診察を通して情報の共有が図られた。さらに、M氏が困っていること、不安なことをタイムリーに知ることができ、M氏のペースや能力に合わせた支援の提供とともに、迅速な対応がなされた。またM氏だけでなく母親自身も家族会への定期的な参加がエンパワメントの一助となり、家族間の関係性を強めることにも良い効果をもたらしたと言える。BACS-Jの結果から、同年代と比べても重度の認知機能の障害を呈していることが判明したが、退院後1年たった今でも、再入院することなく過ごすことができおり、周囲の適切な援助や情報交換のネットワークがあれば、地域生活は可能であることが示唆された。またM氏には、就労という大きな希望があるということも、地域での生活を継続できていることに良い影響を与えていると考えられる。今後は、平成22年度から開始される、ピアサポート制度などの活用も視野に入れて、何らかの形でM氏の希望である就労を実現できるように、またM氏が生活に希望をもち、満足感をもって暮らしていけるように支援していきたい。
7. 課題 ●具体的な就労支援プログラムの提案・提供 ●ピアサポート制度を活用した就労プログラムの開拓

事例報告 Summary Sheet[施設名: 〇 病院 患者: M 氏 62 歳 男性 キーワーカー: U 職種 OTR 女性]
 □比較的早期に退院した人 ■長期入院後に退院した者人 □入院経験のない人

	開始前	開始～1 カ月	～2 カ月	～3 カ月	～4 カ月	～5 カ月	備考
日常生活の様子	福祉ホームへの体験 外泊、DC 試験通所など を通して、生活イメー ジの具体化を図る。20 年ぶり(入院通算 40 年)の退院が決まり、 生活の場をケアホー ムへ移す。	新しい環境に慣れる のに時間を要し混乱 がみられるが、適宜助 言や介入(DC 通所、診 察の付き添い等)をす ることで穏やかに生 活できている。よく病 棟に訪問している。	金銭、服薬はスタッフ の手渡し。朝食は AM2 時ごろラーメンやお 粥を食べる。週末は近 隣のスーパーへ自転 車で買い物に出かけ る。	余暇は、ラジオを聴い たり、詩を書いたりし て過ごす。入所施設の おたよりに詩を投稿 し、掲載してもらっ ている。	夜中に食べ物をもら い歩くなどして、他者 とのトラブルはある が、本人はあまり気に 留めていない。マイペ ースに過ごしている。	入所施設の細かな決 まり事(ゴミ捨て当 番、洗濯機の使用時間 等)が把握できず困 ると話す。周囲の支援に より、穏やかに暮らす ことができている。	
ケア会議の概要 目標設定	退院日決定。 個別支援計画書に関 する説明がなされる。 半年後にケア会議を 予定する。	個別支援計画書見直 し。新しい環境に慣れ るのに時間を要した が、本人なりに生活を 送ることができている ことを評価。今までの 計画に基づき継続 支援となる。				個別支援計画書見直 し。服薬管理は手渡し からカレンダー使用 に。金銭感覚を養うた め、出納帳をパソコン でつけることになる。 本人の能力を評価し て、生活しやすいよう に支援していくこと の話し合いがなされ た。	
薬物療法	スルピリド 400 mg セトリーナ 4 mg ベンザリン 10 mg ニューレプ チル 50 mg エビ、リファイ 6 mg (1 日)	変更なし	変更なし	変更なし	変更なし	変更なし	
実施したプログラム ■DC・SC □外来 OT □訪問看護	DC 試験通所。就労準備 グループ、パソコン、 料理などのプログラ ムに幅広く参加する。	バス旅行への参加、誕 生会役員としてギタ ー演奏をするなど役 割や居場所を確立で きている。	プログラムを通して 穏やかに過ごす。 病院祭へのぜんざい 出店のため、準備に参 加する。	就労グループへの意 欲的な参加。栄養指導 教室などの講座にも 継続参加。	クリスマス会ではギ ターを演奏。病棟訪問 し、退院支援の体験談 を話す。	就労・栄養指導グルー プへは継続して参加 できている。ケア会議 で新しいプログラマ への参加を勧められ る。	デイケア 週 5 日 利用
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	①ドリルを使用し再 発サイン、対処を挙げ てもらう。誰に何をし て欲しいか、自分は何 をしようか考える。 ②個別 OT として、ケ アホームでの調理・買 い物に取り組む。 ◆障害程度区分 3 と 判定。 ◆退院支援事業の利 用	③家族会 1 カ月置きに DC で開 催。入院患者のグルー プにも、母親の継続参 加あり。今までの苦労 や不安を語り、安心を 感じたり、発散をして いる様子。	③家族会 母親の参加あり。今ま での苦労・不安を語 る。スタッフはそれを 傾聴。	③家族会 母親の参加あり。 「息子は退院して自 立した生活が送れる ようになったのでうれ しい。安心した。退 院してよかった」と発 言に変化がある。			①M 氏:定 期的に外 来受診を 受ける。
○ その他							
備考							

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: P 病院 報告者(キーワーカー): K

プログラム: ■DC・SC □外来 OT □訪問看護 □その他() どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介: □比較的早期に退院した人, ■長期入院後に退院した人, □入院経験のない人 (どれかに■)

【基礎情報】氏名: K 氏, 年齢: 46 歳, 性別: 女性, 診断: 統合失調症
【現病歴】これまで経過: 高校卒業後、就職し結婚。夫が仕事の関係で転勤を繰り返すなか、K 氏は育児と主婦業、パートをこなしていたが、気分の落ち込みを理由に初診。その後、被害妄想や嫉妬妄想、幻聴により初回入院。夫の転勤により治療中断するが、離婚問題が原因で X 年 3 回目の入院、当院転院となる。心理教育グループや喫茶活動、院外レクへ積極的に参加。退院を望む気持ちはあったが不安が強く、離婚についても混乱が多かった。K 氏の思いを傾聴し支持的に接しながらチームで退院支援を行った。退院後のイメージが具体化し、自信にも繋がったことで本人は離婚を決断、退院が決定。しかし、直前になり転倒、右尺骨近位端骨折する。ケアホームでの生活動作の確認、2 週間程度の調整を行い、X + 〇年ケアホームに退院となる。

2. 初期アセスメント

【身体・精神機能面】: 軽度の感情鈍麻・運動減退の陰性症状中心。思考のまとまりのなさや情報処理能力は低い。BPRS: 18、GAF: 53、BACS-J: 重度障害。

【活動・参加】: 服薬管理自立。服薬や診察の重要性を認識しており病識はある。金銭は施設管理。朝食のみ自分で準備する(パン・炊飯)。休みの日はカップ麺で済ませることが多い。洗濯や掃除は行えている。平日週 4 日のデイケア利用であるが休みがちである。またプログラムへの参加は少なく集中して過ごすことが難しい。頻回に仲の良い男性患者への電話や訪問を行い、注意を受けることがある。近隣のスーパーには時間があると徒歩で出掛ける。

【環境因子】: ケアホームで生活。一人部屋。台所・トイレ・浴室など共有。元夫が継続して金銭面や必要物品を援助している。息子たちも年に 1 度は面会に来るようになった。障害基礎年金 2 級受給。

【個人因子】: 高校卒業後、銀行に勤務する。元来、人と接することが好きで主婦業の傍らヘルパー 2 級を取得し、ヘルパーやウエイトレスとしてパート勤務、社会経験が豊富。

【主観的体験】: 「自信がいたら一人暮らしをしてパートでヘルパーをしたい」「入院と違い好きな時に外出ができて楽しい」

【まとめ】: ケアホームでの生活に慣れ、自由な生活を気に入っているが、日中活動の場が確立されていない。将来的には一人暮らしをしながら働きたい気持ちがあるため、通所授産施設や作業所の導入を検討する。生活リズムを整え、モチベーションを向上させながら就労に近づくようにサポートしていく必要がある。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標: 一人暮らしをしながらヘルパーとして働きたい。

貯金をして子供に仕送りしたい。

短期目標: ①金銭の流れを把握し、金銭感覚を身に付け無駄遣いを防ぐ。

②生活リズムや体力をつけ、健康な体調を維持する。

具体的援助: 金銭管理などの生活指導を行い、施設管理から順次自己管理できるように支援していく。規則正しい生活を送るために日中活動の場の提供、継続利用できるように促していく。ストレスを溜めないよう K 氏のペースを尊重しながら支援を行う。

4. 治療・援助の経過

(1) ケア会議

退院前会議: <本人、デイケア看護師、病棟看護師、相談支援専門員、OTR、ケアホーム世話人、PSW >

今後の予定を決めるため、随時 3 回実施(術後の様子・ギブスがとれた後の体験外泊の報告・退院日決定・日中活動についてなど)。K 氏に個別支援計画書の説明を行い同意を得る。退院後、相談支援専門員から、ケアホームでの様子やデイケアの通所状況、通所授産施設に見学に行ったことについて電話報告を受ける。

1 回目ケア会議(退院 1 ヶ月): <本人、デイケア看護師、相談支援専門員、ケアホーム世話人、OTR、PSW >

状況報告。デイケアや作業所が継続しなかった理由を振り返る。社会のルールについて話し合い、日中活動の再検討。目標を明確にした上でデイケアの通所を再開する。再発サインや困った時の対処方法の確認。

2 回目ケア会議: <本人、デイケア看護師、相談支援専門員、ケアホーム世話人、OTR、PSW >

金銭が自主管理になる。入院中の習慣で一度に全てのお金を引き出し持ち歩いている。休日の食事はカップ麺が多い。間食も多く体重増加している。右手は完治し、栄養バランスを考慮し自炊の提案がある。

(2) 生活技能向上

退院前: 定期的にケアホームへの体験外泊を実施、また個別 OT で買い物・調理活動を通してスキルの再獲得を行った。服薬自主管理となる。

調理: 節約のため、食事サービスがない日はカップ麺中心。本人も少しずつやっていきたいと意欲を示す。デイケアの料理教室に参加を促していく。

金銭管理: 自己管理となる。無駄遣いや大金を持ち歩かないと心配の様子であるが、概ね問題はない。通帳に管理する習慣付け、決まった金額を家賃支払日に引き出し、1 日千円で遣り繰りし金銭感覚を養う。

(3) デイケア・作業所

日中活動の場の1つとして、入院中よりデイケアに試験通所を行う。週4日利用となるが、「つまらない、苦手な人がいる」などの理由で2週目より連絡せず欠席する。その後「少しでもお金が欲しい」と作業所を希望し通うが、「煙草代にもならないから行かない」と無断で休み作業所から断られる。「暇だと煙草が増えるし、働く練習をしたい」とデイケア通所を再開する。初めは欠席が多かったが、研究開始4ヶ月目から周囲の促しにより休みが減少する。プログラムへの参加は少ないが、DCで過ごすことができるようになり、グランドゴルフやカラオケなど、興味のある活動には自主的な参加がみられる。心理教育の一環で、当事者として病棟を訪問して、現在の生活や体験談を話す。5ヶ月目からは自炊を目指し、料理教室に参加する。

(4) 家族支援

元夫の面会時に生活状況や利用できる制度の紹介を行う。元夫との約束事項も守られている。息子や元姑を連れての面会もあり、以前に比べて関係が修復している。

(5) 再発防止

入院中、心理教育で再発防止プログラムを実施。ケア会議で再発サインや困った時の相談相手について、本人と他職種で確認を行う。迅速にDCやケアホーム、生活支援センターのスタッフが連絡をとり情報を共有し対応した。

5. 結果

退院直前の骨折で、身辺動作の不自由さによるストレスから不安が生じ退院が危ぶまれたが、随時ケア会議を行い、本人の気持ちを確認しながら支援を行った。体験外泊を通して、生活動作を確認することで不安が解消され、短期間の調整で退院できた。退院後もケア会議を軸に状況報告や課題をK氏も含めて話し合った。家族の面会時に生活の様子を報告することにより安心感に繋がり、家族との関係も良好になってきている。また活用できる制度を家族に紹介し、退院後に必要最低限の生活用品を退院準備支度金制度で揃えることができた。日中活動がDCや作業所と定着せず落ち着かなかったが、目標を確認することで、休まずDCに通所して過ごせるようになったことを評価したい。また料理教室など、新たなプログラムに参加し少しずつ意識の変化やモチベーションが上がってきている。金銭管理は、無駄遣いや管理方法に課題はあるが自主管理となる。これからも適宜、助言や具体的な提案をしながら、お金の流れを把握し自分に適した管理方法を見つけていく。現在の生活は、「好きな時にやりたいことができて自由でいい」と満足している。今回は退院後の生活に慣れることに重点を置いたために、本人の希望である就労に対してはサポートできなかった。まずはDCで就労準備グループへの導入から就労に対する意識を高めていきたい。BPRS:12、GAF:55。

6. 考察

長期入院による受動的な生活から本人主体の生活となったが、現在K氏のペースで地域生活を送ることができている。まずは新しい環境に慣れることを第一段階として定期的なケア会議を実施。K氏が困った時や不安な時にデイケアやケアホーム、生活支援センターのスタッフが適宜迅速に情報を共有し対応できた。K氏のできたことをそれぞれの視点から評価を行い、また役割分担が明確になったことは、本人や家族の安心感にも繋がったと言えよう。K氏は将来的には一人暮らしをしながら働きたいとの希望がある。ケアホーム入所が最終目標ではなく、次に進むステップであることをK氏と支援者で話し合い、モチベーションの向上を図っていききたい。K氏自身が新たな目標や生活設計を立てることは困難な面もあるが、K氏の思いに近づくように具体的なフィードバックやチームで検討調整を行っていく必要性を感じる。就労という目標に近づくためには、今不足していることや必要なことに気づく機会を提供して、段階付けた具体的な就労支援プログラムの提案を行っていく必要がある。環境調整や社会資源を最大限に活用しながら、K氏のエンパワメントを高めていけるように働きかけていきたい。専門分野を活かしつつ、多職種間で社会資源や新たな情報交換を活発に行い、個々の知識を深めていくことにより、必要な時に必要な情報が提供でき、より密な支援に繋がると考える。今後もK氏の思いを尊重し、多職種や多機関との連携を大切にしながら途切れない支援を行っていききたい。

7. 課題

- ◆ 引き続き、目標の確認やモチベーションを維持するため定期的なケア会議の実施
- ◆ 段階的な就労支援プログラムの提案

(別紙)事例報告書-2

精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究

事例報告 Summary Sheet[施設名: P 病院 患者: K 氏 46 歳 女性 キーワード: K 職種 OTR 女性]

□比較的前期に退院した人 ■長期入院後に退院した人 □入院経験のない人

	開始前(8月)	開始～1カ月(9)	～2カ月(10)	～3カ月(11)	～4カ月(12月～)	～5ヶ月(1月)	備考
日常生活の様子 子	盆過ぎの退院を目指していたが7月末に転倒。左手で食事・排泄動作自立、入浴・更衣半介助。ギプスがとれシヤロー浴・更衣自立。術後は身辺動作にストレスが溜まり不安の訴えが多い。 3 回実施。1.今後の予定確認、2.身辺動作がどの程度できるか、ケアホームで生活可能かを確認するため体験外泊を行い、退院日を決定する。 3.体験外泊の様子報告。出納帳作成。個別支援計画書	9月1日退院。ケアホームへ入所。寂しい為、病棟の友人に会いに行くことが多い。時間があること、徒歩で近隣のスーパーへ行く。談話室で喫煙して過ごし自室にいることは少ない。 電話報告。 生活状況・デイケアでの様子。生活リズムを整えることを目標に通所授産施設の見学。	退院して自由に過ごせる生活を気にしている様子。食事後、友人に会いに病棟へ行く。友人の体調に左右され、自己決定ができない。	友人のいる病棟へ頻回に電話をかけたたり、訪問し病棟から注意を受ける。前回のケア会議では「DCに通所して頑張りたい。」と言うが行動が伴わない。モチベーション低下。	生活に慣れ洗濯・掃除は定期的に行っている。バスで郊外のスーパーに買い物へ行く。	炊飯のみ継続しており朝は卵掛けご飯が多い。休みの日は節約のためとカップ麺中心、間食が多く肥満傾向。	
ケア会議の概要 目標設定		3 回実施。1.今後の予定確認、2.身辺動作がどの程度できるか、ケアホームで生活可能かを確認するため体験外泊を行い、退院日を決定する。 3.体験外泊の様子報告。出納帳作成。個別支援計画書	ケア会議(退院1ヶ月)各施設状況報告。作業所の振り回り、社会性の確認。日中活動の検討。目標を明確にしてDCに通所する。			ケア会議 休みの日の食事がカップ麺中心で不経済で不健康なため少しづつ自炊をしていく。1日千円を遣り繰りをし、お金の流れを知る。 DCのプロジェクトに参加する。	
薬物療法	リスペリドン 2mg ベンザリン 15mg レボトミン 15mg アモバン 10mg (1日)	変更なし	変更なし	変更なし	変更なし	変更なし	
実施したプログラム ■DC・SC □外来OT □訪問看護	右手のPT、週4日施行(温熱療法・機能訓練) ケアホーム体験外泊、食事は弁当を購入、夕食ギプスを利用。居室の鍵の練習やミタングに参加する。分らないことはメンバーに聞いている。	週4日DC通所「つまらない、苦手な人がいる」などの理由で2週目より連絡せず欠席、ほとんど通わない。 通所授産施設、見学・面接するが断られる。	作業所面接。2、3日は午前中のみ、慣れたら毎日9時～15時半までの約束が2日目から「煙草代にもならないなら行きたくない」と無断で休み作業所から断られる。	欠席多いがリハビリや茶道、ダンス、ゴルフと自分好きな活動には自主的に参加している。	週4日の利用のうち、欠席が週1日となる。プロジェクトの参加はリハビリと茶道と少ないが、DCで1日過ごせていることを評価。心理教育の一環で当事者として病棟を訪問し退院支援の話をする。	自炊に向けて料理プロジェクトから参加。計画から参加、調理の時は遅刻するが反省する様子はない。片付けはする。メンバーとも交流が増えている。	10月末からDC利用再開(週4日)
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	②個別OTとして術後のADL・IADL動作の確認。衣服の助言、動作と自主訓練の指導を行う。 ③元夫に利用できる制限の説明、本人と約束事項を決める。姉ケアホームを見学。 ④退院準備支度金制度を利用し、生活日用品の準備	②服薬自主管理で問題ない。金銭管理は施設管理。 朝食はパン、昼食は給食、夕食サービスを利用。	②再発サイン、困った時の相談相手の確認 ④金銭面の不満・不安	②通帳・金銭管理自主管理となる	②金銭管理が自主管理となり、金銭の認識が低く無駄遣いがある。適宜、見守り・助言要す。	②入金があると1度に全て引き出し現金で持ち歩いていたりするため、具体策を提案。 ③正月に元夫、息子達、姑の面会がある。部屋を見て安心して励ましてもらう。	
○ その他 備考	右尺骨近位端骨折し8/3手術。本人、ギプスがとれたら入所したい。 ◆障害者程度区分1 ◆退院支援事業の利用				骨折のリハビリ目的の病院受診とPTは今月一杯で終了。		

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: Q病院 報告者(キーワーカー): K

プログラム: ■DC・SC どれかを■にし()に記入

1. 事例紹介: ■比較的に早期に退院した人

〔基礎情報〕氏名: A氏, 年齢: 19歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症
〔現病歴〕これまで経過: 約2年前から集中力が低下し、勉強ができなくなった。また、自室の物品を解体したり、興奮することがあった。X-6ヶ月頃から、家族と会話ができなくなり、叫びだすこともあり、精神科を受診した。その8日後には行方不明となり、警察に保護されX年当院に医療保護入院となった。入院後、薬物療法や精神科専門療法にて加療した。約3ヶ月間の保護室利用を経て、病棟内作業療法でストレッチ体操や足湯を行った。その後、身体感覚の回復を図る目的でテニス活動へ参加し、X+6ヵ月に退院となった。薬物療法の継続とともに、通院とデイケアを開始した。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力, 生活技能, 家族の支援力等を記入してください)

疾病管理能力は乏しく、家族や医療関係者による支援を必要とする状況。生活技能も全般的に乏しく、随時支援を必要とする。キーパーソンは母親で、家族の協力は得られる。デイケア参加時には母が付添い可能である。入院中からデイケア体験参加し、約1時間30分のテニスプログラムをこなし、体力的には同年代レベルである。しかし、気分には揺れがあり、穏やかに1日を過ごすことはできない。活動に集中できず、奇声を発するため、他者と積極的な交流が困難である。他者から話しかけられると応答でき、拒否する能力もあるが、自ら他者と交流をしようとはしない。
BPRS27点、GAF50点、ISDA2枚目記載時には集中を欠いていた。BACS-Jへの参加は集中できず、困難であった。1日服薬量 chlorpromazine 換算 1950mg である。

3. 治療・援助の目標と方針

来年の初めごろから入試活動をし、その後学生生活を送ることを目指す。そのために、当面は体力作りと生活リズムを構築することである。また、家出しないように、興味のあることを見出す。
スタッフはA氏が奇声を発する場合には注意観察し、他の参加者との交流の程度に目を配る。

4. 治療・援助の経過 (再発防止, 生活技能向上, 家族支援等を考慮した実践を記述してください)

I、デイケア導入時期 (導入～1ヶ月後)

初回はショートケアからスタートし、2回目から週4回の頻度でデイケアに参加した。デイケア通所には消極的だが、定期的に参加した。毎回家族に送迎されて来所していた。2回目のデイケアからいきなりレクリエーションプログラムへ参加となり役割も担うこととなった。その翌日には、場所を選ばず、人が集まるデイケア室で激しい空笑と奇声を発した。スタッフ及び参加者とも静かに見守って様子を見た。午前中の参加者が沢山いる中で、ただ座っているだけで参加できるプログラム(音楽、カラオケ、茶道、学習会など)については過ごすことができるようになる。うとうとと寝込むこともあれば、起きて話しをすることもあり、話しかけると返事が返ることもあった。次第にプログラム以外で、ゆっくりと単独で過ごせる場所(寝込むことができるソファや芝生)を見つけ、休養をとったり、戸外での散歩や読書(A氏が大好きな本を眺める程度、同一種類の本)を行ったりした。徐々に午前中に寝込む機会が増えた。休養を重視して見守った。テニスプログラムには自ら積極的に参加し、プレー中に自然な笑顔が増えた。担当者はプレーを称賛し、他のスタッフとの交流を図った。調理プログラムには自ら参加して、約5分1工程に取り組める程度であった。試食よりも作ることに興味があった。不慣れなA氏には1対1対応で付き添い、簡単な行程から始めた。家族へは、A氏が落ち着いて馴染めつつある様子を伝えた。

II、定期的にテニスをした時期 (1ヶ月～2ヵ月後)

定期的にテニスプログラムに参加し始めた。参加状況は変わらず、テニスに取り組む一方で、単独で過ごすことが続いていた。他の参加者に迷惑をかけることはなく、戸外を選び奇声を大声で発していた。また室内ではソファに寝込む機会が増えた。テニスプログラムではプレーの際にペアとなった参加者に目を合わせて短く声をかけたり、ガッツポーズをするようになる。調理プログラムへは約45分、すべての工程を見届ける程度まで参加でき、時に調理器具を手に取り複数の工程に取り組めることもあった。「何をしたらいいですか」と尋ねてきた。

III、受験勉強のため、生活リズムを変更した時期 (2ヵ月～研究終了時まで)

受験勉強をするため参加頻度を週3回へ変更した。予備校に週1回通学し、家庭教師による指導を自宅に週1回受け入れ継続した。80分2コマの授業中に座ることができた。個別的に指導を受ければ理解できるとのことであった。しかし、予備校の後には自宅で奇声を発することが目立っていた。冬期によるテニスコートの閉鎖のため、テニスプログラムができなくなり、積極的に参加できるプログラムがなくなった。A氏は本「IQ84」を持ち、良く眺めていた(本の種類を短期間で変更)。単独で過ごすことが続いていたが、奇声を発する声の大きさは下がった。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

学生生活を送るための体力と生活リズムに変化がみられた。身体的な疲労は認められなかった。来所頻度は安定し、A氏なりの休養と勉強、興味のある活動の時間を使いわけて最後まで過ごし、生活リズムを整えた。気分を落ち着かせるために奇声を発する環境を見つけ時間と場所を選んでいった。デイケアが受験勉強の合間の休息として利用していた。

また、以前から好んでいたスポーツと読書以外に料理に興味を示し積極的に参加した。徐々に活動の幅を広げながら参加時間も長くなり集中力が高まった。集中力および作業を遂行する能力の改善に伴い、大学進学するための受験勉強に取り組めるようになった。しかし、対人的な疲労を避けるため、スポーツ以外では他者との関わりをもてなかった。消極的であることから、対人関係能力については課題が残っている。奇声の大きさは下がったものの行動は依然として継続して

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア, 外来作業療法, 訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

おり、気分の安定度にも課題が残っている。

BPRS17 点、GAF50 点、ISDA への記載時には集中していた。BACS-J への参加は困難であった。1 日服薬量 chlorpromazine 換算 1050mg である。

6. 考察

デイケア活動は、初発の A 氏に対して、日中の活動性の改善に貢献できたと考えられる。また、デイケアの場が安全感を保障できたことから、A 氏は活動する範囲を広げ、受験勉強に取り組めたと思われる。A 氏にとって、デイケア活動は生活の基盤として位置づけられる。デイケアでは、作業所での作業や外来作業療法での作業など、作業を軸に据えることはできない。しかしながら、生活の基盤の一部としてデイケアの場が有用であることが示唆された。

7. 課題

A 氏が大学生活を開始するまでに対人的な関係技能を習得することは困難であることが予測される。また、A 氏を取り巻く生活の基盤が大きく変化することが予測される。社会機能に課題を抱えている対象者をいかに地域で支援するかが課題であろう。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet[施設名: Q_病院 患者: A_氏 19歳 男性 キーワーカー: K_職種 OTR 女性]

■比較的時間に退院した人

	開始～1カ月	～2カ月	～3カ月	～4カ月	備考
日常生活の様子	母親と通院を開始した。家庭においても奇声を発することがある。	奇声を発することが続いている。	大学進学のために、デイケア参加頻度を週4日から週3日に変更した。週1日は予備校へ通い、週1日は家庭教師を受け入れた。奇声を発することはない。	受験勉強は継続できている。奇声を発することは続いている。	
ケア会議の概要 目標設定	生活リズムを構築する 無断で出歩かない。	生活リズムを維持する。 無断で出歩かない。	変化のあった生活リズムを維持する。無断で出歩かない。	生活リズムを維持する。 無断で出歩かない。	
薬物療法 一日服薬量	開始時 risperidone10mg, haloperidol 3mg, olanzapine 20mg, flunitrazepam 2mg, carbamazepine 600mg 9日後 haloperidol24mg, biperiden 4mg, carbamazepine 600mg Nitrazepam10mg, flunitrazepam 2mg	30日後 haloperidol24mg, biperiden 6mg, carbamazepine 600mg lorazepam 1mg	変更なし	93日目 haloperidol21mg, biperiden 6mg, carbamazepine 600mg lorazepam 1mg	
実施したプログラム □DC・SC	デイケア (初回のみショート ケア、2回目以降デイケア) テニス ソフтбоール 調理 園芸 カラオケ 音楽聴取 読書 行事	デイケア テニス 勉強 散歩 茶道 休憩 行事	デイケア 散歩 休養 テニス 行事	デイケア 読書 調理	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	①再燃はなかった。 ②生活全般にわたって機能が低い ③診察時に主治医が家族(母)の支援の相談を受けた。	①再燃はなかった。 ②特に変化なし ③診察時に主治医が家族(母)の支援の相談を受けた。	①再燃はなかった。 ②生活技能が改善しつつあり、特に予備校に通えている。 ③診察時に主治医が家族(母)の支援の相談を受けた。	①再燃はなかった。 ②身の回りのこと、生活の管理など助言があればできるが、社会参加には援助が必要である。 ③診察時に主治医が家族(母)の支援の相談を受けた。 冬場となりテニス場が閉鎖される。	
○ その他	BACS-Jできなかった。 ISDAへの記載に集中できていなかった (特に2枚目)			BACS-Jできなかった。	

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: R 病院 報告者(キーワーカー): W

プログラム: ■DC・SC □外来 OT □訪問看護 □その他() どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介: ■比較的早期に退院した人, □長期入院後に退院した人, □入院経験のない人 (どれかに■)

〔基礎情報〕氏名: 〇氏, 年齢: 21 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症
〔現病歴〕これまでの経過: 一人っ子。生後 10 ヶ月の頃に両親が離婚。中学 1 年までは母親方祖父母と母親との 4 人で生活していたが、中学 2 年の頃に転居し母親と 2 人暮らしとなる。この頃よりひきこもりがちになり、高校へ入学するも不登校となる。卒業後は夜間コンビニへ行くこと意外は自宅へひきこもる生活を続ける。X-1 年の秋頃、突然アルバイトの面接を受け、不採用となる。この頃より警察へ電話し、「誰かが襲ってくる」「誰かが倒れている」などの異常行為が出現する。母親が受診を勧めるが 〇氏は受診をせず。X 年 5 月中旬より、飲食一切摂らず、徘徊、飛び跳ねるなど異常行動が出現したため、母親が保健所へ相談する。数日後に警察へ介入を求め、警官と保健師とともに当院受診する。病識乏しく、説明の理解も得られず、同日医療保護入院となる。入院初期は、食事を一切拒否し、異常体験による精神運動興奮状態があり、自傷他害の危険性を認め、隔離・拘束を行い、点滴での栄養管理とリスパダール 2ml より開始する。リスパダール 6ml まで増量し精神運動興奮改善傾向となり、食事摂取も可能となる。6 月中旬に点滴での栄養管理を中止し、自傷他害の危険性がなくなったため拘束解除となる。同日には病棟内グループ活動を開始し、7 月中旬より心理教育 (全 4 回) を実施する。リスパダール 8ml で幻聴や被害妄想も改善したため、隔離も解除となる。OT 室でのパラレル OT を開始、8 月中旬からはデイホスピタル試験通所、9 月からは S S T を開始する。母親との外出・外泊も繰り返し行うが、服薬のアドヒアランスが乏しいため 8 月下旬よりリスパダールコンスタへ変更となる。その後、著変が認められなかったため、10 月下旬退院となり、デイホスピタル通所が開始となる。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力, 生活技能, 家族の支援力等を記入してください)

健康面: 破瓜型の統合失調症。精神機能: 陰性症状 (情動の平板化、疎通性の障害、会話の流暢さの欠如、抽象的思考の困難、常同的思考、情緒的引きこもり、受動性) が主体。現実検討能力の低下。活動・参加: 活動範囲がせまく、受動的。セラピストや年配患者などの依存対象者に従順的で、活動への参加状況と適応状況は良好。セルフケアの維持が困難で、管理能力も欠如。引きこもり生活が長く、社会生活能力は未熟。環境因子: 母親と 2 人暮らし。低所得なため、母親は薬物療法以外の治療継続に消極的。母親以外に支援者がなく、転居により近隣に友人などもない。母親が夕方からの仕事のため、接触時間が少ない。個人因子: 中学 2 年より引きこもり生活。対人技能面では依存的で距離が近いが、関係を深められない。経済的な不安を理由に就労を希望するが、社会経験は皆無。
まとめ: 破瓜型の統合失調症で陰性症状を主とし、再度引きこもり生活となる可能性が高い。経済的な理由もあり、デイホスピタルへの通所が滞る可能性がある。将来の展望については「お金がもらえるから」と作業所や職親を希望する一方、「教師になりたい」「サッカー選手になりたい」と幼稚で現実性に欠ける発言が多い。引きこもりの防止とセルフケアの改善が優先。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標: 社会適応訓練や作業所などへの移行

短期目標: 基本的な生活リズムの回復とデイホスピタルへの継続的な参加。家庭以外の安心できる場の獲得。
セルフケアの改善。

4. 治療・援助の経過 (再発防止, 生活技能向上, 家族支援等を考慮した実践を記述してください)

(1) デイホスピタル試験通所

退院後の引きこもり、昼夜逆転生活の防止を目的に、デイホスピタル通所を退院条件にあげる。活動主体をパラレル OT からデイホスピタルへ円滑な移行を促し、スタッフとの関係構築と通所の習慣化、プログラムを通し帰属性を高め居場所の確保に努める。

受動性が高く、スタッフの促しに従順的に参加するようになる。プログラムへの関心が低く、集中力散漫で持続した取り組みが困難であったが、同じ病棟より試験通所していた面倒見の良い患者の存在と若い女性スタッフへの関心が初期の動機となり、継続した参加が行える。

(2) デイホスピタル

退院後は経済的な理由と公共交通機関の利用が不安であることを理由に、母親が車送迎し週 3 回のデイホスピタル通所を計画。2 週目には「自宅では何もすることがなくて暇」と自ら公共交通機関を利用して通所し、以降毎日参加するようになる。休日に通所メンバーと遊ぶなど交友関係が広がり、活動範囲が拡大する。

i) 導入グループ

同時期に通所を始めたメンバーで構成。デイホスピタルの通所目的や機能を確認し、動機づけを行うグループ。

ii) セルフケア改善を目的としたグループ

20~30 代の男性で構成された、身だしなみなどのセルフケア改善を目的としたグループ。
「他者に嫌われないような身だしなみ」がグループ内で検討され、1 年ぶりに散髪する等の行動変容がある。

iii) 心理教育

オープングループの心理教育。参加はするが関心が低く寝ていることが多い。

iv) スポーツ

易疲労だが、意欲的に参加。バレーボールやソフトボールなど集団競技を通して、チームプレーなどの集団技能を経験し、交友関係の機会となる。活動性も向上。

v) SST

入院中より継続しているプログラム。スタッフとの関係構築がきっかけとなり、参加意欲が高まる。ロールプレイにも積極的で、参加者間の交流も広がる。

(3) 家族支援

PSW より退院後の医療費や自立支援医療の説明を行う。経済的な問題に対しては、医療事務と話し合う機会を設け、自立支援医療の決定までの経過措置を検討し、自己負担の軽減を図る。

(4) ケア会議

退院前、退院後3週、6週に実施。0氏・母親・主治医・OTR・デイホスピタルスタッフ・保健師・医療事務担当者が参加。保健師については、入院時に保健所の介入があったことと退院後の支援（自宅訪問や社会適応訓練）を視野に会議への参加を依頼。

経済面へ対応できたことが、外来治療が継続できた要因と考えられ、多職種による連携とケア会議の重要性を再認識できるものであった。

5. 結果（研究期間内に得られた成果など）

試験通所により、パラレル OT からデイホスピタルへ円滑に移行。継続した通所が可能となり、日中の活動性が向上、生活習慣が改善する。交友関係が広がり、活動範囲が拡大。→陰性症状の改善。

1年ぶりに散髪するなど、セルフケアへ関心が向くようになる。

6. 考察

予測された引きこもりや精神状態の変調はなく、入院からデイホスピタルへ円滑に移行でき、継続したケアが実践できたケースである。

要因の一つに、持続性注射剤による薬物療法が実施できたことで精神状態の維持が図れたことがあげられる。安定した精神状態が維持できたことで、引きこもり生活により制限されていた就学期に経験すべき対人関係や集団生活が、パラレル OT とデイホスピタル、SST で再教育できたのではないかと考える。母親に限定された依存対象を、パラレル OT で OTR にその対象を移すことを経験できたことが、対人関係を大きく拡大し、その後のデイホスピタル適応につながったものと考えられる。さらには、デイホスピタルが帰属集団と成り得たことも自宅に代わる居場所となり、引きこもりの防止となったと考えられる。

プログラムでは、メンバーとの関わりの中で自分の性格や能力を他者と比較し、他者からみた自分のイメージを考える機会が与えられたのではないかと考える。特に「セルフケア改善を目的としたグループ」では同世代のメンバーからの評価を受け、自身のイメージの捉え方に大きな影響を与えることができたと考えられる。拡大された対人関係の中で、それまでの自己中心的なものの見方から脱却し、自己の内面についてもより客観的な認識を形成できてきたのではないだろうか。

残念なことに、支援の途中で交通事故により死亡してしまい、志半ばで支援が終了してしまったことが悔やまれてならない。

7. 課題

デイホスピタル（デイケア）は集団でのプログラムが主体となり、個別性を重視したプログラムの展開が難しい。本事例についても、事例に合わせたプログラムの実践ではなく、むしろ事例がプログラムに適応したことによる成果である部分があるように思える。

入院からデイホスピタル（デイケア）を利用し移行するシステムが各施設に委ねられており、サービス提供となっている。診療点数化が可能となれば、退院促進効果やデイケアの機能分化が期待できるのではないだろうか。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

(別紙)事例報告書-2

精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究

事例報告 Summary Sheet【施設名: R 病院 病棟 患者: 0 氏 21 歳 男性 キーワード: W 職種 OTR 男性】

□比較的早期に退院した人 □長期入院後に退院した人 □入院経験のない人

	開始～1 カ月	～2 カ月	～3 カ月	～4 カ月	備考
日常生活の様子	研究開始 2 ヶ月前よりデイホスピタル試験通所を開始。毎日休むことなく参加しているが、陰性症状が主体で自発性に欠け、受動的。清潔保持が困難で、感情性も乏しく平板的。集中力も低い。	散髪するなどセルフケアへの意識が見られるも、それ以上の改善はない。デイホスピタルへは毎日きちんと参加し、休日に友人と会うなど、対人交流の拡大がある。			
ケア会議の概要 目標設定	第1回 (退院前のケア会議) 退院後、週3回のデイホスピタル通所とセルフケア (着替え・洗顔・整髪・整髪) の改善を計画。 第2回 セルフケア (着替え・洗顔・整髪) の改善を再度促す。 週3回から毎日参加となる。	第3回 セルフケア (着替え・洗顔・整髪) の改善を再度促す。			
薬物療法	リスパダールコンスタ 3.75ml (1回/2週) リスパダール液 4ml アキネトン 3mg ワイヤックス 2mg フェロミア 200mg アセパン 10mg ロビナール 2mg マグミット 500mg シラック 5mg				
実施したプログラム ■DC・SC □外来OT □訪問看護	【入院中】 デイホスピタルへ試験通所 音楽活動・スポーツ・心理教育・アートセラピー パラレルOT 革細工・キャッチボール SST 【退院後】 デイホスピタル 導入グループ・音楽活動・就労準備グループ・セルフケアグループ・スポーツ・パラレルOT SST	デイホスピタル 心理教育・音楽活動・就労準備グループ・セルフケアグループ・アートセラピー・スポーツ・SST			
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	経済的な問題に対し、医療事務と話し合う機会を設け、自立支援医療の決定までの経過措置を検討し、自己負担の軽減を図る。	セルフケアグループ 身だしなみ等のセルフケア改善を目的としたグループ。「他者に嫌われないような身だしなみ」がグループ内で検討され、1年ぶりに散髪する等の行動変容がある。			
○その他 備考					

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

（別紙）事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名： S 病院 報告者(キーワーカー)： S

プログラム：□DC・SC ■外来 OT ■訪問看護 □その他() どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介：■比較的に早期に退院した人、□長期入院後に退院した人、□入院経験のない人（どれかに■）

〔基礎情報〕氏名：A 氏、年齢：34 歳、性別：男性、診断：統合失調症、精神発達遅滞

〔現病歴〕これまでの経過：X-13 年、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、幻聴や被害妄想などの精神症状が出現し精神科病院へ入院した。その後、様々な精神科病院で入退院を繰り返し X 日当院に入院。当院入院中には、作業療法、心理教育を利用し、病院職員により資源制度の情報提供、家族支援が行われた。また、退院前に地域の支援職員（保健師）を含めた支援体制が整った。入院 X+109 日に自宅へ退院し、2 週間に 1 回の外来受診と訪問看護、週 2 回の外来作業療法を利用することとなった。退院当初の行動範囲は、自宅と病院の往復に限られていたが、冷蔵庫の中をチェックして足りない食材があると近くのスーパーへ買いに行くなど、徐々に広がりを見せ、家事（ゴミ出し、廊下掃除、炊飯など）を手伝えるようにもなった。なお、A 氏は、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」に参加していた。

2. 初期アセスメント（対象者の疾病管理能力、生活技能、家族の支援力等を記入してください）

服薬は自己管理で可能だが、1 週間に 1～2 回飲み忘れがあった。病院職員に言うとう入院になると思ひなかな言えなかったとのこと。また些細な刺激に対して微小再燃を繰り返し、病状は不安定であった。隣人から非難されるような幻聴が残存しており大きなストレスとなっていたが、自身で幻聴への対処法を工夫することは難しく、また周期的に不安感が増し感情の起伏が激しくなりやすかった。その際、今までのように隣人宅へ怒鳴り込むことはないが、病院の作業療法士や精神保健福祉士、保健師へ頻回に電話をかけ不安を訴えるも不安の解消には繋がりにくく、複数の支援者と話すことで更に混乱を強めてしまいやすかった。

家族は父親（大学教員を退職し自宅で生活）、母親（定時制高校教員）、弟（介護士）、妹（県外の大学に在籍）の 5 人家族。両親は厳格な性格で A 氏に指導的だが、家事をがんばる A 氏を労う言動が増えてきていた。A 氏は両親、特に母親に認められたい気持ちが強く、母親の助言は素直に受け入れるも、父親との折り合いは悪く、父親に対しては拒否的であった。父親が退職した後は自宅で二人きりになる時間が多く、過干渉な側面もあり、A さんはストレスを感じていた。また、父親とコミュニケーションをとることの経験不足や威圧的であった父親への恐怖心が残っており、自分の思いを上手に伝えられずに心理的な負担となっていた。父親と物理的にも心理的にも一定の距離を保ち、コミュニケーションを上手に取れるようになることが安心した生活に繋がると推測された。また、週末に母親と買物へ行くことや教会に通うことが楽しみであった。

自宅で両親、弟とともに生活しており、家事は主に母親が担っているが、ゴミ出し、廊下掃除、炊飯など、家事の一部を担っていた。一つ一つの動作は緩慢でぎこちなく、活動によっては実施手順をパターン化したり、繰り返し練習する必要があるも、学習は可能であった。しかし、自身で活動量を調節することが苦手であり、疲労を溜めてしまいやすく、それによって被害的な幻聴の程度が強まるなど、再燃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きたい。

将来（母親が定年退職した後など）、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薬の飲み忘れがないように服薬できるようになる。②幻聴への対処法を工夫しながら身につける。③父親との適切な距離を保ち、安心した自宅生活が送れるようになる。

援助方針：2 週間に 1 回の外来受診と訪問看護、1 週間に 2 回の外来作業療法を利用する。

1) 訪問看護では、①服薬についての心理教育を実施し服薬カレンダーを試用する、②家族関係（主に父親との関係）を調整する。2) 外来作業療法では、③家人と母親の学校の生徒へのプレゼントを作り家族関係の調整を図る、④個別面接を行い、幻聴への対処法を検討する、3) 定期的にケア会議を実施し現状の確認と援助方針を検討していく。

4. 治療・援助の経過（再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を記述してください）

【外来作業療法】革細工で家族と母親の学校生徒や教会の人たちにプレゼントを作り、活動中は自分から適宜休憩を取りながら取り組んだ。「母親も喜んでくれてうれしかった。良かった」と笑顔で話した。また、隣人から悪口を言われること（幻聴）への対処法を一緒に考えて欲しいという要望があり、「正体不明の声 ハンドブック」（原田誠一 著）と一緒に読みながら検討したが、「幻聴なんかじゃない。本当に言われているんだ」と強い口調で言い、病状が不安定になった。その後、「隣人から悪口を言われたと感じたときにどう対処すればいいか」というテーマで再度対処法を検討した。いくつかの方法を試みて、1) 勝手に言わせておけばいいから聞き流す、2) イヤホンを付けて好きな音楽を聴くが挙げられた。1) ができているときは作業療法士から正のフィードバックを行い、2) については、「悪口は言われず、リラックスできる」と話し、幻聴は残存しているが、これらの方法を実施し、感情の起伏は徐々に安定に向かい、幻聴による不安感などの訴えは認められなくなった。また、ケア会議内で提案された不安解消のためのシート（不安を軽減し安心するための対処法が実施する順序に沿って記載）を今までに A 氏が行ってきた対処法を参考にしながら一緒に作成した。

【訪問看護】看護師と作業療法士が担当した。薬の飲み忘れについて服薬を継続しているがんばりを肯定的に評価しつつ、薬の作用や副作用についてテキストを用いて話し合った。薬の作用について、飲み忘れていないときは睡眠が安定していて頭の働きも良い感じがすると話し、副作用として口渇が認められていたが、ガムを噛むなど、自身で対処していた。飲

み忘れ対策として、訪問看護スタッフから服薬カレンダーの使用をすすめると始めは拒否的であったが、母親からもすすめられて試行的に用いた。1ヶ月間使用した結果、「飲み忘れることがなくなってよかった。これからも使っていきたい」と話し、継続して使用し飲み忘れはなくなった。また、「(父親に自分の気持ちを) 伝えるのが不安。怒られたらどうしよう」といった話が何度かあり、A氏は訪問看護スタッフに代弁して欲しいと頼んだが、訪問看護スタッフから助言を基にその場で台詞を考え練習してA氏から伝えるようにした。伝え終わると、非常に安心した様子で時には涙を流すこともあった。

【家族支援】訪問看護時、父親にA氏の生活状況やがんばっていることなどを伝え、自宅での生活を継続するためには父親の協力も必要であることも伝えた。協力内容として、A氏はできることも増えてきており、A氏の自立性を高めるためにも干渉し過ぎずに見守る姿勢も大切であること。また、親子であってもいつも一緒にいない方が精神衛生に良く、それぞれの生活を大切にしたいことを父親に伝えた。また、それと同時にA氏との関わりにおいて不安なことや対応なども適宜相談に乗るようにした。

【ケア会議・地域連携・その他】研究期間中には3回のケア会議を実施した。1回目のケア会議は、病状が悪化し、母親からキーワーカーに連絡があり、A氏の自宅でA氏、両親、保健師、作業療法士、精神保健福祉士で行った。電話相談の窓口を検討し、窓口は病院(精神保健福祉士)と地域(保健師)に一箇所ずつに配置し限定することで、病状悪化時に不必要な混乱が強まることの予防とA氏だけでなく家族の安心感にも繋がった。また、2回目のケア会議は病院で実施し、周期的に強くなる不安感を軽減するための『不安解消シート』の作成が提案され、外来作業療法で作成し、次のケア会議まで試用することとなった。3回目のケア会議は病院で行い、2回目のケア会議時に提案された事柄について確認した。その結果、「とてもよくやれています。(不安解消シートが) あった方が安心します」と表情良く話し、電話相談の窓口も決めた通りに行っていた。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

- ・自宅での生活を送りながら、2週間に1回の外来受診と訪問看護、週2回の外来作業療法を継続的に利用している。また、電話相談の窓口が限定され、支援体制も整理された。
- ・病状が悪化したときも、A氏、家族、病院と地域の各支援職員が集まり、迅速にフォローすることで本人の安心感、病状の安定に繋げることができた。
- ・服薬カレンダーを使用することで、薬の飲み忘れがなくなった。
- ・強固に残存している幻聴に大きなストレスや苦痛を感じていたが、対処法を身につけることで幻聴によるストレスが軽減し、『不安解消シート』の作成により周期的に増強する不安感へも対処できるようになった。
- ・父親との物理的・心理的に適切な距離を保てるようになった。また、今まで父親と上手にコミュニケーションをとれていなかったが、徐々に自分の思いを伝えられるようになり、母親が不在の日などには父親と一緒に外食や買物に出かけるようになった。
- ・BACS-J: 言語性記憶-2。89→-2。53、数字順列-3。31→-3。03、トークン運動-5。07→-5。28、言語流暢性-2。65→-2。75、符号-3。93→-4。20、ロンドン塔-5。05→-4。59、総合得点-3。82→-3。73/BPRS: 42→42/GAF: 41→50

6. 考察

- ・再発を繰り返してきたA氏に対しては、本人への支援だけでなく家族を含めた環境調整、地域ネットワークを構築し多職種で支援していくことが、地域生活の定着と継続のために重要であった。その中でも家族への心理教育的援助や家族が治療へ参与することは、再燃予防に加え、家族の負担感の軽減にも繋がり、家族と暮らしている本事例に対しては必須と思われた。A氏の場合、父親との適切な距離を保ち、コミュニケーションの取り方を支援することにより、安心した自宅生活に繋がったと思われる。
- ・ケア会議などで本人と家族、各支援職員が再燃の前駆症状や病気の特徴についての共通理解をもち、連絡体制を整えておくことで迅速な危機介入が可能となり、今までは入院といった対処(結果)にしか繋がらなかったが、今回は「病気の調子が悪いときを乗り切れた」という体験が自信の回復にも繋がった。
- ・残存している幻聴に対しては、イヤホンで好きな音楽を聴くといったシンプルな注意の転換法が、A氏にとっては有効な対処法であった。この技法は症状そのものの軽減というよりは、症状に伴うストレスや不快感を軽減し、難治性の精神症状への対処も可能であり、自信や意欲をもたらす効用が大きいように思われた。但し本事例のように病識が不十分な場合、介入自体がストレスにならないように留意することが必要である。
- ・服薬カレンダーを用いることで飲み忘れがなくなった。これは思考障害があるA氏の学習能力に配慮した外的補助手段の利用を、対象者の本来の生活の場で行うことの有用性を示唆すると思われた。

7. 課題

- ・入院を繰り返してきた対象者に対しては、長期間の見通しをもって医療機関が関わらざるを得ない印象をもった。しかし、地域生活の安定に伴い、支援の主体が地域の支援機関に移行していく方が良いと思われる。その場合、地域の支援者は、対象者が入院中の段階から支援ネットワークに加わり情報を共有しながら連携していく必要があると思われる(地域のキーワーカーをどの職種が担うかは対象者によるとと思われる)。
- ・キーワーカーは支援全体をマネジメントする上で重要な役割であるが、病院・地域の支援職員が通常業務と兼務することは負担が大きくなりやすいため、制度上一つの職種として確立させることにより、対象者の地域生活への移行や地域生活支援をより充実させられると思われる(兼務ではマンパワーに限界があり支援できる対象者の数も限定されてしまうように思う)。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet[施設名: S 病院 患者: A 氏 34 歳 男性 キーワード: S 職種 OTR 男性]

■比較的早期に退院した人 口長期入院後に退院した人 口入院経験のない人

	開始～1 カ月	～2 カ月	～3 カ月	～4 カ月	備考
日常生活の様子	病状の悪化に伴い不安症状も強くなり、それに対処するために病院職員や保健師に頻回に電話するも不安の解消には繋がらず、更に混乱を強めていた。 ゴミ出しや廊下掃除等の家事(自宅での役割)は続いていた。	支援職員に電話することもしなくなり、自宅では家事をこなさず、週末には母親と買い物に出かけた。また、教会の充実感も増してきた。	自宅での家事をこなしながら、余暇時間に音楽を聴いて過ごすことが多かった。また、教会でも好きな人ができたり季節のイベントに参加する等、生活の充実感も増してきた。	生活上、特別な変化はないも、自宅での安心感は増したと話した。教会のクリスマス会や元旦の会に参加したり、両親と外出に行く等があった。両親が不在の時に自身で食事の準備をすることもあった。	
ケア会議の概要 目標設定	Aさんの自宅で本人、両親、保健師、作業療法士、精神保健福祉士でケア会議を行った。電話相談の窓口を病院(精神保健福祉士)と地域(保健師)に一箇所ずつ配置した。	自宅での生活を続けていくことを本人、家族、各支援者間での共通目標とした。	病院でケア会議を実施し、定期的に強くなる不安感を軽減するための、『不安解消シート』の作成が提案され、外来作業療法で作成し、次のケア会議まで試用することとなった。	不安解消シートの使い心地について確認した。また、電話相談の窓口をきちんと守れていることを肯定的に評価・強化し、本人、母親から生活状況や家族間の関係性等について確認した。	
薬物療法	1日3回毎食後服用 ・セロクエル 100mg 6錠 ・セディール 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	左同	左同	左同	薬の変化に対しては非常な感受性で、増量等を受け入れて難しい面がある。
実施したプログラム □DC・SC ■外来OT ■訪問看護	訪問看護時に薬の飲み忘れがあることをAさんから話し、服薬を継続しているが、服薬を肯定的に評価しつつ、薬の作用や副作用についてデキリストを用いて話し合った。 外来作業療法では、革細工で家族と母親の学校生徒や教会の人達にプレゼントを作った。	外来作業療法では、継続してプレゼントを作った。また、幻聴によるストレスを感じており、1) 勝手に言わせておけばいいから聞き流す、2) イヤホンを付けて好きな音楽を聴くといった対処法を検討し試行した。 訪問看護では、スタッフから服薬カレンダーの利用を提案し、母親からもすすめられて試用した。	外来作業療法では、継続して幻聴への対処法を検討した。また、ケア会議内で提案された『不安解消シート』を作成した。 訪問看護では、服薬状況の確認と幻聴への対処法のモニタリングに加え、父親にAさんが自宅での生活を継続するためには父親の協力も必要であることも伝え、必要に応じて父親からの相談にも乗るようにしていった。	外来作業療法時に、『不安解消シート』の使用により、定期的に増強する不安感に対して徐々に自己対処できるようになり、“(シートを) 見るだけでも落ち着きます” “安心します” と話した。 訪問看護では、父親に自分の気持ちを自分で伝えられるように、その場で台詞を考えて練習を行い、父親とのコミュニケーションの取り方を支援していった。	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	Aさんの母親からキーワードカードに連絡があり、各支援職員が自宅に訪問しケア会議を実施することと、迅速な危機介入ができ、Aさんだけでなく家族の不安の解消、安心感にも繋がった。	残存している幻聴への不安感を多々訴え、ストレスが溜まりやすく、感情の起伏が激しくなることがあった。	幻聴による感情の起伏は徐々に安定に向かい、幻聴による不安感の訴えは認められなくなった。 訪問看護時に、父親に伝えたいことがあるも、“怒られたらどうしよう” “不安” と話すことが多かった。	訪問看護時に、継続して父親にAさんのがんばり等を伝えた。 また、本人と父親との間に母親が入り、徐々にではあるが家族間のコミュニケーションをとれるようになってきた。	
○ その他				父親とAさんは心理的・物理的にも適切に距離を保ち、父親の接し方も受容的となり、父親との関係でストレスは減少した。	
備考	*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。				

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア, 外来作業療法, 訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: T 病院 報告者(キーワーカー): A

プログラム: ☐DC・SC ☒外来 OT ☒訪問看護 ☒その他(就労支援) どれかを ☒にし () に記入

1. 事例紹介: ☒比較的に早期に退院した人, ☐長期入院後に退院した人, ☐入院経験のない人 (どれかに ☒)

【基礎情報】氏名: B 氏, 年齢: 37 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

【現病歴】これまでの経過: X-3 年頃から抑うつ状態や妄想を思わせる発言がみられるようになったが、未治療のまま独居生活、仕事を続けていた。その後、精神運動興奮状態となり警察官に保護され初回入院した。入院中には、作業療法を利用し、個別での心理教育を受けた。また、家族支援も行われ、家族関係は良好になった。退院後にはインターネット検索で見つけた温泉での清掃業に就くも、疲労が蓄積し夜間眠れない日が増えた。仕事の継続が難しくなり、自ら休息を希望して X 年入院。X+3 ヶ月、自宅へ退院し、2 週間に 1 回の外来受診と外来作業療法、週 1 回の訪問看護を利用しながら、就労に向けての活動を行っていくこととなった。就労に向けての準備を行っている経過中に、本研究プログラムを説明し同意を得た。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力、生活技能、家族の支援力等を記入してください)

生活状況は自宅で一人暮らしをしている。食事は、平日は出来合いのものを買ってくる事が多く、週末には母親が作りに来ていた。清掃や洗濯などの家事は自身で行っていた。夜間の飲酒を制御できない事が多く、飲酒のコントロールが課題であった。また、午前中には遅くまで寝ている事が多く、生活リズムは乱れがちになりやすかった。自宅で過ごす時間が多く、対人交流の範囲は狭かった。

服薬は自己管理。時々抑うつ状態になる事がみられた。易疲労性が残存しており、疲労やストレスが蓄積すると睡眠に支障が出やすかった。また、寝つきの悪さがあり (寝つくまでに 2 時間程かかる事が多かった)、それを補うために飲酒に頼る傾向がみられた。このような症状への対処技能は不十分であり、就労を目指していた B 氏に対しては、再発予防のために疾病管理能力を高める必要があった。

障害をオープンにした形での肉体労働関係の仕事 (清掃業など) を希望した。今までに就労経験はあるものの、職場では困ったことがあっても、上司や同僚に相談できずに場当たりの対応となり、自分で困りごとを抱え込んでしまうことや時期尚早な行動拡大が目立った。そのことで疲労やストレスが蓄積し、症状再燃に繋がりがやすいため、疾病管理を含めた就労支援計画を立案する必要があった。就労に向けての課題として、対人関係を要する場面で緊張感が高まりやすいこと、職場での上司や同僚への相談の仕方や自分から SOS サインを出すことが苦手であること、責任感の強さも影響し無理してがんばり過ぎてしまうためストレスや疲労を溜め込み易いことなどが挙げられた。また、今までの作業療法場面でみられた特徴から、自分のペースでできる活動 (仕事) でないと心理的な負担感となり、活動量や精度が低下すること、易疲労性が強いなどが挙げられた。

精神保健福祉手帳 1 級、自立支援医療を利用しており、障害年金を申請予定である。

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働く。パートタイマー、アルバイトでよい。

短期目標: ①就労に必要な技能を身につける。②就職したときに仕事に影響が出ないように飲酒量をコントロールできるようになる。③安定した夜間の睡眠をとれるようになる。

援助方針: ①就労支援機関 (障害者就業・生活支援センター、ハローワーク) と病院とで支援ネットワークを構築し、求職活動から定着支援まで一貫して支援する。また、支援開始時から一貫して支援をマネジメントするキーワーカーを設定する。②外来作業療法時に就労に必要な技能獲得を目的とした社会生活技能訓練 (SST) を週 1 回行う。③また、再燃のサインを確認し、それらへの対処法を 2 週間に 1 度検討する。④訪問看護時 (週 1 回) に飲酒への指導や助言、心身の健康管理を含めた日常生活全体のモニタリングと援助を行う。⑤キーワーカーと母親との連絡体制を整え、必要に応じて情報交換を行い、母親の相談などへも対応していく。⑥定期的なケア会議を実施し、B 氏、家族、各支援者の間で現状と援助方針を立案、修正していく。

4. 治療・援助の経過 (再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を記述してください)

【外来作業療法】再発予防のためのセッションを 2 週間に 1 回実施した。対人交流を多く必要とする状況が苦手で、疲れても休ませて欲しいなどを自分から言えずに、疲労やストレスが溜まると病状悪化に繋がりが易い特徴が整理された。病状悪化の前駆症状として不眠や食欲不振などがあり、対処法として十分な睡眠と休養、病院職員への相談、短期間の休息入院などが検討された。また、履歴書の書き方や面接練習などを行う就労 SST を週 1 回・計 5 回実施した。一般的な技能としてハローワークの利用方法や求人誌・インターネットなどでの求職情報の集め方の話し合いの練習も行った。面接練習では、質問への受け答えが上手くできなかったため、質問内容に対する具体的な台詞をキーワーカーと考えて暗記してくることを宿題とした。次の練習時、台詞はうろ覚えであったが、徐々にスムーズな受け答えができるようになった。また、清掃業の施設で面接することを仮定し、就労支援ワーカー同席のもと面接練習を行った。就労 SST を終えての感想を、「実際の面接でできるか不安な気持ちはある」、「難しかったけどやり終えて自信がついた」と話した。また、求職中から就労の維持期にある対象者同士が情報交換を行うための就労グループを実施し、職員には「大丈夫です」と話すが、他の参加者には、「(訓練が) 大変で疲れるんだよ」などと愚痴をこぼした。

【就職関連活動】就労 SST 終了後に行う求職活動の計画として、インターネットや求人誌などで情報を得ながら、2 週間に 1~2 回はハローワークへ行き求人情報を収集した。就労支援ワーカー (できるだけキーワーカーも参加) と週 1 回、障害者就業・生活支援センターで面接を行い、求人情報について相談した。しかし、希望する求人はなかなか見つからなかった。就労支援ワーカーが老人保健施設でのトライアル雇用を依頼するも許可されず、委託訓練 (清掃業・9 時~15 時・2 ヶ

月)で許可が下り、事業所が訓練の成果により雇用の可否を判断することとなった。訓練開始後、キーワーカーと就労支援ワーカーが職場へ訪問し、困ったときの相談の仕方、職場での休み方などを練習した。訓練期間中、一緒に訓練を行った人と意気投合し、休日にも一緒に外食に出かけるなど、支えあいながら訓練を行った。訓練終了後、老人保健施設への就職は、施設の経営的な面が大きな要因で、不採用となった。施設側からは、特に改善すべきことなどの指摘はなく、がんばっていたというフィードバックを受けた。訓練終了後のケア会議で、今後、一緒に訓練を行った男性と共に働きたいという希望が双方からあり、ワークシェアが可能な職場を2ヶ月間探し、見つからなかった場合は単独で働ける職場を探すこととなり、週1回ハローワークへ行き求職活動を再開した。

【訪問看護】週1回、看護師と精神保健福祉士、作業療法士が担当した。飲酒への具体的な助言や健康管理面などを支援した。特に、飲酒については重点的に支援し、仕事に影響が出ないようにコントロールするにはどうすればよいかという視点で、薬と飲酒の関係、減量の工夫、休肝日の設け方などを繰り返し助言した。求職活動開始後には寝つきの悪さはなくなり安定した睡眠がとれるようになった。訓練開始後は、睡眠や食事の状況、疲労の程度、ストレス管理の状況、訓練時の困りごとなどを確認し、就労支援ワーカーとも共有した。訓練開始後は飲酒を控える日が増え、以前よりも飲酒量の調節が可能となった。訓練時、一緒に働いていた人の中に気の合わない女性があり、訪問スタッフから苦しい人から受ける対人的なストレスへの対処は、今後、就職する上でも重要であることを伝え、対処法を検討しその人との距離の取り方を実践した。訓練終了後からは午後に求職活動などを行うことが多く、平日の午前中遅くまで寝て夜眠る時間帯が遅くなる日が増えるなど、生活リズムが乱れやすかったため、飲酒への指導に加えて働くためにはどのような生活ペースを保てばよいかという視点で、生活管理のための週間予定表を作成し、就職に向けての意識づけを行った。

【ケア会議・地域連携】病院、障害者就業・生活支援センター、ハローワークなどが就労支援ネットワークを構築し、就労に向けてのインテーク面接から就労継続まで一貫して関わるキーワーカーを設定した。研究期間中には3回のケア会議を実施した。1回目は就労SST終了後に、B氏、病院職員(精神保健福祉士、作業療法士)、地域職員(障害者就業・生活センター職員(就労支援ワーカー)、ハローワーク職員)で実施、情報を共有し仕事探しの計画を立案した。2回目は委託訓練開始前に実施、訓練の進め方や目標・課題などを確認した。3回目は委託訓練終了後に実施し、求職活動の方法と期限を決めた。2ヶ月間、仕事(ワークシェア)を探し、その期間で仕事が見つからなかった場合には、単独で働ける仕事を探していくこととなった。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

- ・自宅での生活を送りながら、キーワーカー、就労支援ワーカーと相談しながら求職活動を行っている。医療サービスとして、2週間に1回の外来受診と外来作業療法、週1回の訪問看護を利用している。また、支援ネットワークが整い、定期的な情報共有と必要時に応じたフォローが可能となった。
- ・就労SSTや委託訓練を経て、就労に必要な技能は以前よりも身についたが、状況依存的なことが多い。
- ・委託訓練時、疲労やストレスなどへの自己対処はできるようになっており、病状が悪化することはなかった。
- ・飲酒への意識やコントロールは以前に比べて改善したが、依然不十分であり継続した支援が必要である。
- ・委託訓練終了後からは、生活リズムが乱れやすかったものの、週間予定表を作成し就職に向けての意識づけを行うことで、比較的生活リズムも整ってきており、体調を崩すことなく仕事探しを行っている。
- ・自宅に閉じこもりがちであったが、委託訓練で知り合った男性と外食や温泉に行くなど、楽しみが増えた。
- ・BACS-J: 言語性記憶-2。65→-1。45、数字順列-1。64→-1。92、トークン運動-3。22→-3。01、言語流暢性-1。84→-0。65、符号-2。67→-1。95、ロンドン塔-3。23→-1。41、総合得点-2。54→-1。73/BPRS: 21→13/GAF: 61→70

6. 考察

- ・支援ネットワークを構築することでB氏の目標や情報が共有しやすくなり、一貫した支援、病院と就労支援機関とのスムーズな連携、支援者同士の顔の見える関係と役割分担などが可能となった。今後は就労支援チームとして家族や企業との連携を強化することが課題である。
- ・委託訓練の利用や就職活動など、新たな行動拡大を図るときにはストレスや不安感も増すため、再燃の前駆症状のモニタリング、それらに対する対処法の獲得が重要であり、これらについて本人に学習してもらうことに加えて、医療機関との繋がりを維持するためにも、訪問看護や低頻度の外来作業療法は必要であると思われた。
- ・就労SSTで練習した技能は、それだけでは不十分で、実際の仕事(訓練)場面での練習や、促しや励ましなどが般化を促す上で有効であった。就労SSTはきっかけ作りで、on the job trainingが必要と思われた。
- ・対象者の医療機関から就労支援機関への受け渡しは支援する人から人への丁寧な受け渡しが重要であった。

7. 課題

- ・就労支援機関に移行しても、今まで関係があった病院スタッフが継続して関わることで、本人、地域のスタッフの不安が少なく済んだように思う。しかし、病院スタッフが地域での生活支援をいつまで・どのように行うかに迷いがあった。今後は如何にして支援の主体を地域の支援機関に移行させていくかが課題である。
- ・キーワーカーは支援全体をマネジメントする上で重要な役割であるが、地域で生活する対象者を支援する場合には、地域の支援スタッフが担う方が現実的であるように思う。そのためにはキーワーカーを担うためのマネジメント技能向上のための研修やテキストなどを用いたキーワーカーの育成が必要であると思われた。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet[施設名：T 病院 患者：B 氏 37 歳 男性 キーワーカー：A 職種 精神保健福祉士 男性]

■比較的早期に退院した人 口長期入院後に退院した者人 口入院経緯のない人

	開始～1 カ月	～2 カ月	～3 カ月	～4 カ月	備考
日常生活の様子	自宅、パソコンを使って過ごすことが多かった。また、寝つきが悪く、朝起きる時間は遅く、夜、晩酌をしていた。病院へは定期的に通院できていた。	求職活動を開始し、夜間の寝つきが悪くなくなり安定した夜間睡眠がとれるようになった。ケア会議後に委託訓練を開始し、疲れを訴えるときもあつたが休まず通えた。一方で、夜間の飲酒は続いた。	老人保健施設での委託訓練を継続して行った。訓練終了後には求職活動を再開した。訓練中に出会った人と意気投合し、外食や温泉等に出かけた。	委託訓練終了後からは、生活リズムが乱れがちであったが、週間予定表の利用後は、生活リズムも比較的整っていき、現在、体調を崩すことなく仕事探を行っている。	
ケア会議の概要 目標設定	就労 SST 終了後に、B 氏、病院職員（精神保健福祉士、作業療法士）、地域職員（障害者就業・生活センター職員、ハローワーク職員）でケア会議を病院で実施し、仕事探しの計画を立案した。	老人保健施設での委託訓練（清掃業・9 時～15 時・2 ヶ月）の開始前にケア会議を実施し、訓練の進め方や目標・課題等を確認した。	委託訓練終了後にケア会議を実施し、一緒に訓練を行った男性と 2 人で働ける職場を 2 ヶ月間探し、その期間で仕事が見つからない場合には、それぞれ単独で働く方法を考えることとなった。	委託訓練時の生活リズムを維持しながら仕事（ワークシェア）を探索。	
薬物療法	1 日 1 回就寝前服用 ・エビリファイ 12 mg 1 錠	左同	左同	左同	
実施したプログラム □DC・SC ■外来 OT ■訪問看護	外来作業療法では、2 週間に 1 回再発予防のためのセッションを実施し、再燃の前兆とそれらへの対処法を検討した。また、履歴書の書き方や就職面接等を練習するための就労 SST を週 1 回・計 5 回実施した。 訪問看護では、飲酒行動への具体的な助言や健康管理面等を確認、支援していった。	外来作業療法では、再発予防のセッションを継続して実施した。また、求職中から就労の維持期にある対象者を対象に、対象者同士が情報交換を行うための就労グループを実施した。 訪問看護では、継続して飲酒について重点的に支援し、薬と飲酒の関係や、減量の工夫、休肝日の設け方等を繰り返し助言していった。	外来作業療法では、訓練場面を振り返りながらセッションを継続した。訓練によるストレスや疲労はあるが、自己対処できていた。 訪問看護では、睡眠や食事の状況、疲労の度合い、ストレス管理の状況等や、訓練時の困りごと等を確認し、就労支援ワーカーとも共有した。また、訓練開始後は飲酒を控える日が増え、以前よりも飲酒量の調節が可能となった。	外来作業療法では、睡眠や食事を含めた健康管理の面を確認した。 訪問看護では、午前中遅くまで寝て過ごし、夜眠る時間帯がなくなる日がある等、生活リズムが乱れがちであったため、飲酒への指導に加えて、生活を管理するための週間予定表を作成し、就職に向けての意識づけを行った。それにより比較的生活リズムも整っていった。	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他		就労 SST 終了後に求職活動を開始した。しかし、希望する求人がなかなか見つからず、委託訓練を開始した。訓練場面にキーワーカーと就労支援ワーカーが訪問し、困ったときの上司や同僚への相談の仕方、職場での休息の取り方等を練習した。	訓練中に気の合わない女性職員がおり、その人との距離の取り方を練習、実践した。 訓練終了後、老人保健施設への就職は、施設の経営的な面が大きな要因で、不採用となった。そのため、週 1 回ハローワークへ行き、求職活動を再開した。	継続して求職活動を行っている。自身でも求人情報を収集しながら、2 週間に 1-2 回はハローワークへ行き求人情報を収集し、就労支援ワーカー、キーワーカーとの面接を行っている。	
○ その他					
備考					

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア, 外来作業療法, 訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: U病院 報告者(キーワーカー): F

プログラム: ☐DC・SC ☒外来 OT ☐訪問看護 ☐その他() どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介: ☐比較的早期に退院した人, ☐長期入院後に退院した人, ☒入院経験のない人 (どれかに■)

【基礎情報】氏名: A氏, 年齢: 29歳, 性別: 女性, 診断: 統合失調症

3人兄弟の第1子、父、母、祖母の6人家族。中学校では先輩が恐くて部活をやめ、受験では体調を崩し長期間休んだ。高校、専門学校(県外で独居)へと進み、調理師免許を取得。卒業後、調理関係の職場に就職するがスピードについていけず1週間で退職。その後リネン会社に就職し、約3年間勤務した。

【現病歴】X-1年、職場である事件をきっかけに被害的となり、体調を崩して退職。その後、同僚の「ええ加減にしろや」という怒声や悪口を言われている幻聴、誰かがついてくるという被害妄想が出現。X年7月、恐怖感、不眠が続くため当院のクリニックを受診、服薬開始。症状は軽減したが、集団場面で恐怖感を感じるため、地域生活支援センターには通えず、相談支援専門員の訪問時の会話にも混乱していた。

【研究参加までの経過】X+1年6月、集団への適応を目的として、当院での外来作業療法開始となる。個別の関わりから始め、パラレルな場を利用した活動を開始したが、幼い感じと理解の悪さ、不器用さから、WAIS-IIIを実施(VIQ:71 PIQ:65 FIQ:66)。家族が金銭的余裕を失っていたのでA氏の障害年金の取得を両親に勧めた(最初は抵抗あり、父母面接での説得により手続きを行った)。同年11月より調理グループ、翌年4月より症状自己管理グループに導入。最初は集団活動中に幻聴が聴こえて泣き出すこともあったが、徐々に友達もでき、楽しみに病院に通うようになった。母親との些細なやりとりでも、発病時の事件と関連すると、脅かされて症状が悪化したり、体調を崩したりと2週間程度休むことが数ヶ月に1度あった。母親はA氏の症状が悪化すると心配するが、弟の発病などもあり、経済的にも心理的にも余裕がもてず、A氏に早期回復を促すこともあった。X+3年6月よりA氏、母親の希望で社会適応訓練事業を利用した福祉施設での就労訓練を開始し継続中(1時間/週、清掃作業)。開始直後に母親が褒めてくれないと言って訓練への意欲が低下し、当院スタッフに認めてもらえる設定で意欲が回復したことがあった。家族や関連施設との調整が必要となってきたこともあり、同年9月よりA氏、家族の同意を得て、本研究プログラムを開始した。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力、生活技能、家族の支援力等を記入してください)

【健康面】統合失調症、睡眠障害(入眠困難、中途覚醒)、肥満症 【身体・精神機能面】幻聴・被害妄想(関係念慮・注察妄想)、軽度知的障害、ストレスの身体化(食欲不振や嘔気、胃炎)、生理痛がひどい

【活動】並行作業ができない。作業速度が遅く、不器用(玉結びや玉止めができない、はさみで線をまっすぐ切れない)。3次元の理解が困難。周囲の状況に注意がそれやすい。急かされると焦って混乱する。言葉の意味がわからないことがある。言語表現が乏しく「嫌」で済ますことが多い。理解の仕方が感情優位で合理的な判断に抵抗を示す。

【参加】通院・服薬遵守など決まったことは時間通りに遂行可能。不具合が生じたときには電話連絡できる。ショックな出来事があると体調不良で訓練やOTを休むことが数ヶ月に1度ある、家族や知人の言葉で恐くなり外出困難になる。初対面で人見知りし自ら輪に入れない。仲良くしたい場合はプレゼントを渡し受け取ってもらえないと相手を拒否する。他者の手伝いができる。言い返せず「何とかして」と特定のスタッフに訴える。できない事は「やって」と言うことが多い。自宅で母の手伝い(食事の後片付けや洗濯物干し)をしており、それ以外はごろごろして過ごしている。幼馴染と月に1度遊びに行くのを楽しみにしている。

【環境因子】障害年金2級受給。父は身体障害者で働くことができず身体障害者年金受給。母はパート勤務、弟(統合失調症)は常勤、祖母は身辺自立している。共働きで女性が家事をするのが当然といった風潮が強い地域で、母は睡眠時間を削って家族や親せきのために動いており、父親は祖母の畑を手伝う程度。母親は疲れるとA氏に感情的になり、薬が増えると叱るなど、病気に関する理解は十分ではない。通帳・印鑑などの貴重品管理は母親がしており、銀行利用も母親と一緒にある。

【個人因子】恋人がほしい。パートで土日休みの職場を希望(働かないと将来困るという不安から)。身体的な接触が好き。甘えたい気持ちが強く問題解決を他人任せにしがち。甘えられるのが苦手な母親との関係でどちらも葛藤を抱えている。困難な状況にぶつくと避けようとする。

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標: 福祉的就労が週5日5時間程度できる(約2年後)。

中期目標: 社会適応訓練事業の就労訓練で1日働ける(約1年後)。

短期目標: 社会適応訓練事業の就労時間を30分ずつ延ばして(1ヶ月後)、午前中働けるようになる(3ヶ月後)。

方針: 陽性症状への恐怖感を抱えながらの訓練であるため、A氏の辛さと努力を認めた支持的な関わりを基本とする。陽性症状のコントロールという難しい課題を含めた訓練であり、目標を今後設定しなおす可能性もあることをA氏、家族や関係事業所と共有しておく(就労訓練を通して母子関係や訓練事業所内でのストレス状況などと症状の関係を家族と共有し、A氏が安心して暮らせる生活とはどのようなものかを模索、共有していく障害受容の過程)。訓練担当OTRは毎回の就労訓練後に面接をおこない、仕事内容や時間の延長などの微調整を事業所と相談して決める。また、息抜きや発散、人付き合いや問題解決の方法を練習する場として外来作業療法(調理グループとパラレルな場での手工芸活動)参加を継続する。

4. 治療・援助の経過 (再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を記述してください)

初回のケース会議の際、母親から近所の人の誘いで2度目の職場に移り、最初かまってもらえるうちは大丈夫だが、慣れてきて放つかれると不安になってうまくいかないという話がなされた。訓練事業所は初めての受け入れということも

あり関わり方が分からず、A氏を子ども扱いしているような部分もあった。就業支援センター職員から他の就労訓練事業所での関わり例の提示が、訓練担当 OTR から A 氏の場合は症状と訓練の兼ね合いが難しい話がなされ、皆で治療と訓練が同時に並行して行われていることを共有でき、様子をみつつ必要に応じて会議を開くことが話し合われ、母親も A 氏も安心したようであった。

その後、外来作業療法へは週 3 回参加。就労訓練後の面接(訓練担当 OTR)で、当日の訓練時の状態確認と生活状況を聴いた(生活モリツグ表使用:起床・就寝時間、一日の過ごし方、元気度、気になったことや感想)。面接の中で、睡眠不足と陽性症状出現の関係などの心理教育や対処法の考案、A 氏の被害的な思い込みに対する現実検討の促しを行った。A 氏は日常生活での些細なやりとりで不安になることが多く、それが陽性症状出現の引き金となるようであった。場面を分析すると、幻聴であることはわかって以前の職場での事件がフラッシュバック様に結びつくため恐怖感が強く、自身で対処するのは困難なようであった。しかし、訓練時間は自身で期日を設定し、X+3 年 10 月には 30 分、11 月には昼までの延長となり、それに際して新たに洗濯場での作業を加えることになった。洗濯作業開始に際しては訓練担当 OTR が同行し、洗濯場での作業内容確認と現場スタッフとの打ち合わせを行った。清掃作業は広い場所で不特定多数のスタッフとすれ違うことが多い状況もあり、幻聴などの陽性症状が出現することが度々あったが、洗濯場は特定の 2 名のスタッフが A 氏を気遣いつつ作業を提供している状況で、A 氏にとって洗濯場は安心できる場所となっていた。

X+3 年 12 月、同事業所で他患も訓練を開始することになり、A 氏はその頃出現した陽性症状が怖いという理由で当院スタッフに事業所への同行を求め、1 度スタッフが同行すると、次々に他のスタッフにも頼み始めた。その頃、OT プログラムの中でもパラレルな場では、「スタッフは入院患者の方を大事にしている」、調理グループでは「スタッフが〇〇さんにばかりについている」との発言があった。そのため、訓練担当 OTR が話を整理すると、自分の頑張りを見に来てほしいと思っていることがわかったので、見に来てほしい時は症状を引き合いに出さず、率直にそれを伝えればそうすることを伝えた。その直後、洗濯場で新たな仕事を依頼されて断れなかったことをきっかけに身体症状を訴え、訓練を休み始めたため、2 度目のケア会議を実施。今後の関わり方についての方向性と具体的な役割分担を定めた。しかし、A 氏はその後も体調不良が続き、ケアプランの実施には至らなかった。X+4 年 1 月、久々に訓練へ出かけるも、洗濯場のスタッフが怖いと訴え、就労意欲がなかなかもてないようである。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

研究の前後での変化点として、認知機能はトークン運動課題が 2 低下し、その他の項目は向上した (BACS-J: 言語性記憶 44→50、意味および文字流暢性 23→39、トークン 58→56、符号 36→41、ロンドン塔 12→15)。GAF は低下 (58→50)、BPRS は(心氣的訴え 2→4)心氣的項目のみ症状が悪化した。

福祉的就労という目標を家族とも共有し、短期目標である 30 分ずつの就労時間延長は、午前中 2 時間半と働く時間を延ばすことができた。しかし、A 氏の対人関係への過敏さと症状に関しては殆ど成果が得られなかった。またケース会議を開催して、当院以外で起こった対人場面の情報を本人以外からも得ることができる様になり、対人関係の問題が症状悪化と関係することがより明確となった。更に、その機会をとらえて A 氏に対しても、具合の悪さを訴えるのではなく、自身がしてほしいことを素直に伝えればいいことを共有できた。

6. 考察

研究期間の前後比較では認知機能は全般的に向上したが、症状や社会機能はやや低下した。認知機能が向上したことから、症状再燃ではなく、一時的なストレス状態による症状の悪化だと考えた。その理由として、本事例の場合、対人関係と陽性症状出現が密接に関係しており、生活場面でのショックな出来事が発病のきっかけとなった事件の記憶とつながって強い恐怖感を抱くことがこれまでも度々あったことがあげられる。そのため、人間関係を構築することに時間を要し、築いた後も何かのきっかけで不安が高まると被害的になることもあるので常に配慮が必要である。今回は、事例の気持ちを、訓練担当者が他のスタッフに伝えて調整したことで、当院スタッフに被害的となった時も継続した外来作業療法プログラムへの参加が可能であった。就労意欲の揺らぎなどもあり、なかなか目標が定まらない感はあるが、言語表現が苦手な事例にとって、目標達成先行型のアプローチは却って恐怖感を与え、うまくいかないと考えられる。今後は今回の関わりを通して得られた結果を事業所や母親とも共有し、事例の意思を確認しながら、安心して言語表現できる関係を増やしていくことが必要であると感じた。

7. 課題

外来作業療法では入院している他患と一緒にプログラムに参加するため、疎外感・孤立感などから被害的に感じることもあり、その点において配慮が大切である。本事例の場合は、特にスタッフにかまってほしいという気持ちが強いいため、適度な受容と自律への促しが必要と思われる。事例がそれを自覚するためにも、個々の OT プログラム参加の目的を、参加メンバーや参加スタッフと明確にして共有することが必要である。

今回、OTR がキーワーカーを行ったが、事例の情報共有、目標に沿ったケアプランの立案と実施のためのケア会議、それ以外にも綿密に話し合わなければならないことが多く、プログラムなどを行っていないながら地域スタッフと連携をとる時間の捻出が難しかった。特に外来での援助を行う際は、スタッフが携わる場以外で起こった出来事に影響されることが多く、介入のタイミングも重要である。外来作業療法と地域での支援を誰がどこまで担うのか、対象者の状態を把握して連携時期の見極めも大切であると感じた。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet[施設名: U 病院 患者: A 氏 29 歳 女性 キーワーカー: F 職種 OTR 女性]

□比較の早期に退院した人 □長期入院後に退院した人 ■入院経験のない人

	開始～1 カ月	～2 カ月	～3 カ月	～4 カ月	備考
日常生活の様子	社会適応訓練事業の職場のスタッフの笑い声が気になる。幼馴染との外出先でも周囲が気になる家では食器を洗うなどの手伝いをおこなう。 中途覚醒もあり、熟眠感(－)。	仕事内容(洗濯場)が増えるが、疲労感(－)スタッフが 2 人の場なので安心して働いていた	時間延長は問題ないが、プログラムの担当の OT スタッフの対応に被害的になり、嘔気などの身体症状がでる。体調不良を訴え、外来 OT や就労訓練を休みがちになる。	復調し、外来 OT に参加。 洗濯場でゴミ箱洗いを頼まれて断れず、不安になり再び休む。1 月の就労訓練は 1 回のみ。	
ケア会議の概要 目標設定		第 1 回ケア会議(10/27) 本人、母親、支援者全員で実施。本人の意向確認。 各関係機関で情報の共有。 6 月から開始している社会適応訓練の就労時間を 30 分延長すること、最終的には 1 日就労を目標とする。		第 2 回ケア会議(12/24) 就労訓練先の担当者より依頼があり実施。本人、家族は不参加。仕事内容に関する関係機関担当者の対応について話し合う。 本人と仕事内容について確認し、できない仕事を断れるようにな ることを目標とする。	
薬物療法	ロナセン 4 mg 3T セロクエル 25 mg 2T → 3T	ロナセン 4 mg 3T セロクエル 25 mg 3T → 1T マイスリー 5 mg 1T	ロナセン 4 mg 3T セロクエル 25 mg 1T ガスモチン 5 mg 3T	ロナセン 4 mg 3T セロクエル 25 mg 1T マイスリー 5 mg 1T ガスモチン 5 mg 3T	
実施したプログラム □DC・SC ■外来 OT □訪問看護	外来 OT は週 3 回。 個人活動: 手芸 調理: 同性同世代のメンバーと一緒に 緒におこなう 面接: 社会適応訓練の就労後に実施。生活モニタリング表を記入してきてもらい、訓練や家庭でのことなどを聞き、問題に対する対処法を一緒に考える。	同左 笑い声に対する恐怖感を軽減するために笑い袋を使用し、暴露法を実施。何回押したか、そのときの気分はどうだったかをモニタリング表に記入してもらおう。	同左	同左	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他					
○ その他			11 月の外来 OT は個人活動 1 回、調理に 2 回参加。面接は 3 回。	12 月の外来 OT は個人活動 2 回、調理に 2 回参加。面接は 2 回。	
備考			1 月の外来 OT は個人活動 2 回、調理に 1 回参加。面接は 1 回のみ。		

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: V病院 報告者(キーワーカー): Y

プログラム: ■DC・SC □外来 OT ■訪問看護 □その他()どれかを■にし()に記入

1. 事例紹介: ■比較的に早期に退院した人, □長期入院後に退院した人, □入院経験のない人 (どれかに■)

〔基礎情報〕氏名: Y氏, 年齢: 29歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

〔現病歴〕これまでの経過: 小学校低学年の頃チック症を発症。それが原因でいじめの対象となり、人付き合いが苦手となる。中学生の頃より家庭内で興奮すると暴力が見られていた。大学を卒業するが、定職に就くことなくアルバイトをしていた。24歳のとき両親の勧めで帰省し、様々なアルバイトをするがどれも長続きしなかった。X-1年7月に派遣で他県へ転居、その後も職を転々とし〇県で警備のアルバイトをする。その頃より妄想が見られ始める。その後、帰省しX年1月入院。薬物療法、精神療法、作業療法により精神的に安定してきたのでX年9月に退院となる。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力、生活技能、家族の支援力等を記入してください)

〔退院時からの経過〕精神症状は落ち着いており、退院後デイケア、訪問看護のサービスを提供する。Y氏はすぐに働きたいと希望したが「どうしたら良いかわからない」など不安な発言も見られていた。

〔COPM (カナダ作業遂行測定) 結果: X年9月〕

作業における問題点: 重要度-遂行度-満足度

・仕事をしてお金を稼ぎたい: 10-1-1 ・畑仕事、風呂掃除などの家の手伝いをしたい: 10-1-1

・旅行やドライブに行きたい: 8-1-1 ・人見知りせず、上手に人づきあいをしたい: 10-5-3

遂行度スコアは2.0、満足度スコアは1.5であった。

〔JAOT 版精神障害者ケアアセスメント〕自宅での生活は問題なく送れているが、人付き合いでコミュニケーション能力や金銭管理 (小遣いを親からもらっている) に不安を訴えている。

〔BACS-J (認知機能評価尺度)〕数字順列以外の全ての項目で統合失調症者の20~29歳間の平均値より若干低値。

〔生活体験チェックリスト〕概ね問題なく送れているが、全体的に若干低値であり、現在の生活では朝の目覚めと空腹感に低下が見られる。作業遂行ではやる気が起きないと話す。本人が現在気になっていることとして就職できるのかという不安を訴える。

〔GAF (機能の全体的評価尺度)〕65点: 慣れない人に対して対人緊張が見られ自発的な発言が少なく対応が表面的になり易い。

〔BPRS〕重症度において緊張と疑惑の項目で中等度となる。

〔家族について〕Key Personは母親でY氏に対して理解を示しており支持的である。再発することなく安定した生活を送ってほしいと希望している。本人の仕事に対する焦りを心配している。

〔社会面〕大学卒業後、正社員ではなくアルバイトやパートなどを転々としており長期間働いた経験がない。

失敗経験から今後の就労について対人関係やコミュニケーションに不安を感じている。

〔心理面〕金銭面と年齢に焦りを感じており就労を急いでいる。他人の意見に耳を傾けるが、自分の気持ちとのギャップがある場合にはなかなか折り合いをつけることができない。

3. 治療・援助の目標と方針

- ・Y氏にとって、意味・価値のある仕事の役割・余暇などの作業を通して、就労に向けての準備を進める。
仕事の役割は、デイケア内や自宅での簡単なものから取り組み、段階的に「就労」までステップアップする。
- ・デイケアでの社会生活技能訓練 (SST) や新聞グループを通じてコミュニケーション能力の向上を図る。
- ・Y氏、母親と一緒に心理教育として、疾病教育・再発予防を考える。
- ・利用できる社会資源や地域サービスを紹介し、支援体制を構築する。

4. 治療・援助の経過 (再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を記述してください)

(1) 作業療法 (デイケア)・自宅

退院後は週5日デイケアに通所する。自宅で行うような役割として家業の手伝いや風呂掃除に挑戦。また、デイケアでのボランティア活動 (主に清掃活動) にも参加する。作業自体は問題なくこなすことができるが、体力的に少しの疲労感を感じている。やりがいは感じているが、年齢的に仕事が見つかるのか不安を感じており就労への焦りが強い。2ヵ月後より、次の段階として、他者と協働して行う新聞グループを導入する。新聞グループを通して仲間も増え、デイケアでの楽しめる作業となりつつある。しかし面接では、お金がないことがストレスになると話し、就労への焦りが強い状況に変化はなかった。SSTでは他利用者と互いの趣味の質問をするなどで次第に慣れて少しずつ話す内容がしっかりしてきた。

(2) 心理教育

再発防止のプログラムの一環として、再発しやすいストレスの認知や再発の回避方法などについて、面接を通してY氏と母親を交えて実施した。就労に対して焦りが見られるため、疾患の長期的な視点に立つての回復過程のイメージを確認しながら進めた。症状的な揺れについては自宅でも見られるようであるが、Y氏からは特に症状的な揺れに対する報告はなく、面接の中では些細な変化でもいいから話してほしいことなどを伝えた。

(3) 社会資源の活用

障害手帳はPSWより申請書を作成する。障害年金の申請は障害認定日をもって申請することを確認する。作業所見学、実習体験を行い仕事内容や雰囲気を感じてもらいY氏に利用を考えてもらった。作業所体験入所では作業能力に問題なく、終日集中して取り組めた。作業内容自体には満足していたが、収入の少なさを危惧し就労への焦りは消えない。地域支援

センターへの見学を行い、今後就労について相談や支援を受ける契約を交わした。

(4) 家族支援

Key Person である母親にはすべてのケア会議に出席してもらい支援内容に了承を得ている。Y 氏の家での様子や退院後の方向性などの家族の意向を面接やケア会議に伝えてもらっている。再発防止の心理教育にも参加してもらい勉強会を実施することで、疾患の理解を深めるとともに再発の防止を考えてもらった。またキーマンを含め、電話相談にも応じ、Y 氏の状況や母親の不安への対応を行った。

(ケア会議・地域連携)

概ね1週間毎に面接を行いケア目標の進み具合をチェックする。ケア会議は1ヶ月毎に実施(全4回)した。第2回目からは地域支援センター、作業所のスタッフにも参加してもらい連携を図った。最後のケア会議では仕事への焦りも強く、チームが検討していた段階的な就労へのステップアップは受け入れがたい状況であった。就労に向けての道のりを3パターン提示し、それぞれのリスクやメリット、デメリットを説明しながら、Y 氏・母親・スタッフでどの道のりがY 氏の気持ちを満たせながら進められるのかを協議した。最終的にはY 氏の意志で決定し、その中で思いや本音の部分もオープンにできるようになった。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

〔COPM (カナダ作業遂行測定) 結果: X+年1月〕

作業における問題点: 重要度ー遂行度ー満足度

- ・仕事をしてお金を稼ぎたい: 9-1-1
- ・畑仕事、風呂掃除などの家の手伝いをしたい: 8-8-8
- ・旅行やドライブに行きたい: 6-2-2
- ・人見知りせず、上手に人づきあいをしたい: 9-6-7

遂行度スコアは4.25、満足度スコアは4.5であった。遂行度の変化は2.25、満足度の変化は3.0であった。

デイケア利用ではボランティア活動や新聞グループ、SSTにより表情にも精彩が出てきており、他利用者との話す機会が増え、仲間もできたことにY 氏自身も安心している。デイケア新聞制作でも話し合って進めるなど、対人緊張は減少しているように見えるが、Y 氏は就労での人間関係の不安を訴えている。

地域生活支援センターの就労支援事業につなげることができ、就労相談事業を利用して就労評価や職場実習などの計画を立てるところまで進めることができた。デイケアはこれまで通り通所、職業適性検査に挑戦して、具体的な就労に向けての課題を明確にしていくことにY 氏も同意している。

6. 考察

今回、退院後就労を希望していた統合失調症の男性に対し、本研究事業のシステムに沿った地域移行支援を行い、デイケアを利用しながら地域支援センターの就労支援を利用する所までつなげることができた。

Y 氏にとって、意味と価値のある作業が「就労」であり、それができるようになることを目指してプログラムを計画した。Y 氏の就労に対する焦りや不安に対して、リスクを最小限にとどめ、段階的に就労に進めたいスタッフとの思いのギャップを調整することが特に難しかった。母親の引き留めがあるにも関わらず、自分から仕事を探そうとするなど行動が先走る傾向があり、他人の意見を考慮しないところが見られた。長期的な視野のもと段階的に目標を決めて進めていくことを促すが、返事では理解を示すものの表面的であった。就労へのリスクを考え、デイケアやボランティアなどの疑似的作業から段階的に進めたが、Y 氏の思いが横に追いやられてしまった形になってしまったのではないかとということが反省点として挙げられる。「就労」という作業には大きなリスクも伴うが、Y 氏の意見も尊重し、リスクを上回る支援や教育的プログラムなど、直接的な作業への支援が必要であったのではないかと思われる。最後のケア会議では、「就労」への道のりや専門職としての戦略とリスク、メリットとデメリットを明確に具体的に説明し、Y 氏に道のりを選択してもらった。会議を通して、今まで語られなかった本音が語られ、逆に伝えにくかった部分もオープンにする関係づくりのきっかけをつかむことができたと思う。Y 氏にとって意味や価値のある作業は何か、そして、その作業を可能にするための支援やプログラムは何かをY 氏、家族、スタッフの間で協働していけたことが効果的な地域生活支援につながったのではないかと感じた。

ケア会議を定期的実施することで、Y 氏にとっては次回のケア会議までに具体的な行動目標として実施すべき内容が明確になり、「何をしたいのかわからない」という状態を作ることなく、Y 氏の就労への意欲は保たてたのではないと思う。また、最終的には、Y 氏の思いをもとに話し合い、それを確実に反映させたことにより、Y 氏が納得の上で進められた。同席していた母親は、「みなさんがこんなに考えてくださる機会は本当にありがたい」と話しており、Y 氏同様に多職種が意見を出し合った上で、自分達の意見を組み入れ、納得の上で目標が決まっていくことに安心感をもったのではないかと考える。Y 氏は金銭面や年齢のことで就労に焦っているが、心理教育や地域支援センターの支援内容の説明など協働の関係により、焦りを先走りさせず着実に支援を受けながら就労していくことを選択することができた。

7. 課題

- ・キーマンと日常業務の兼務は難しく、他職種との情報のやり取りの困難さがあり、今後キーマンの育成と地域に移行していくにしたがって、キーマンの人選を地域に近い職種に換えていく必要があるのではないかと感じる。
- ・今後、研究事業内容とアセスメント内容がもっと合致できるように柔軟性が必要であると感じる。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet[施設名: V 病院 患者: Y 氏 28 歳 男性 キーワーカー: Y 職種 OTR 女性・男性]

■比較的早期に退院した人 口長期入院後に退院した者人 口入院経験のない人

	開始～1カ月	～2カ月	～3カ月	～4カ月	備考
日常生活の様子	生活リズムは母親の助けもあり安定している。服薬は母親の確認がある。外出には母親が車で連れていくことが多い。買い物は必要な分だけお金を渡している。休日の過ごし方はTVかいンターネットをする。	生活リズムは安定してきている。服薬もほぼ時間通りにおこなえている。デイケアには安定的に参加できている。便秘を必要以上に気にしており母親が相談に来院される。	便秘や肌荒れについて悩んでいてと母親からの情報。その他は安定している。時折家の周りを散歩なども行っている。	生活リズムは安定しており夜 10 時前後には就寝し朝は 7 時過ぎに起床できている。服薬管理も自分で行えている。	
ケア会議の概要 目標設定	退院後 1 カ月目に第 1 回ケア会議を開く。H 病院内スタッフのみで行う。目標は自分の病気について知ること、家庭で役割を持ち取り組む、気分転換方法を見つけることを決める。	今回から地域支援センターと作業所のスタッフに参加する。地域支援センターと作業所の利用を視野に見学を行う。就労時期は長期的に考えること。障害者手帳の申請を行う。	作業所見学、体験後、目標を面接で考えること、就職を焦らず取り組んでいくことを確認した。	就労に向けての道のり再度検討した。地域支援センターと契約し、今後は就労に向けて相談支援を受けていく。デイケアにてボランティアや新聞制作を行い就労への準備を行う。	
薬物療法	①ピレチア錠 (25 mg) (2×) 朝夕食後 ②ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒 (1×) 夕食後 ③ロヒブノール錠 2 2 mg 1 錠 ロドピン錠 50 mg 1 錠 ピレチア錠 (25 mg) 1 錠 プルゼニド錠 12 mg 4 錠 (1×) 就寝前 ④リスパダール錠 2 mg 3 錠 (2×) 朝夕食後			①ピレチア錠 (25 mg) (2×) 朝夕食後 ②ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒 (1×) 夕食後 ③ロヒブノール錠 2 2 mg 1 錠 ロドピン錠 50 mg 1 錠 ピレチア錠 (25 mg) 1 錠 プルゼニド錠 12 mg 4 錠 (1×) 就寝前 ④リスパダール錠 2 mg 2 錠 (2×) 朝夕食後	
実施したプログラム ■DC・SC □外来 OT ■訪問看護	デイケアでは SST を実施する。他利用者との会話はほとんど見られない。諸活動にて気分転換になる趣味的活動を見つけていることを確認する。 家での役割として手伝いをすることを確認する。 訪問看護では生活リズムの安定と服薬の確認を実施する。	デイケアでは SST に積極性が出ている。他利用者との会話を促す。DC 新聞の制作の活動に参加する。まだ他利用者と連携は取れていない。ボランティアに参加しやりがいいと感じていると発言している。 家での役割である手伝いの頻度を無理のない範囲で増加することです了承を得る。 訪問看護では生活リズムの安定と服薬の確認を実施する。	デイケアでは DC 新聞の制作の活動に参加する。連携も取れており本人に任された記事をパソコン操作にて作成できる。 訪問看護では生活リズムの安定と服薬の確認を実施する。就労に對して焦らないように助言をする。		
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	①③：本人と母親を交えて疾患についての心理教育を実施する。	③：障害者手帳の申請を行う。障害年金の申請については日数が足りないため後日申請することを了承。母親に生活上の不安や変わったことがあれば連絡をするように確認する。	①疾患について心理教育を引き続き行うことを確認する。 ③：地域支援センターへの見学は本人と母親を含めてスタッフと一緒に実施することを確認する。		
○その他 備考				・職業適性検査を本人の同意の元で行う。	

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: W病院 報告者(キーワーカー): A

プログラム: ☒ DC・SC ☐ 外来 OT ☐ 訪問看護 ☐ その他() どれかを ☒ にし () に記入

1. 事例紹介: ☐ 比較的早期に退院した人, ☒ 長期入院後に退院した人, ☐ 入院経験のない人 (どれかに ☒)

〔基礎情報〕氏名: S氏, 年齢: 44歳, 性別: 女性, 診断: 統合失調症

〔現病歴〕これまでの経過: 中学校卒業後、高校に進学するが中退し、理容店に10ヶ月勤務し退職する。その後、就職はせず自宅で祖母の介護などをしていた。平成X-8年5月よりドアの開閉の繰り返しなどの奇異行動、精神運動興奮があり当院入院となる。平成X-8年6月末に退院、外来通院をしていたが徐々に怠業するようになり、平成X年1月幻聴が活発となり不穏状態で再入院となる。平成X+5年4月に退院。外来通院・デイケア(DC)通所となる。

2. 初期アセスメント

〔介入までの経過〕退院後約2年間、母親の援助を受けながらDC及び作業所への通所を利用して、地域生活が継続できている。DC参加時、S氏より「将来母親がいなくなったときにどうやって生活していけば良いのか」という訴えが頻繁にあり、将来の生活に対して不安を抱えていたため介入を計画する。

〔COPM〕(カナダ作業遂行測定)『本人が今後したい、する必要のある作業』(重要度-遂行度-満足度)

①一人で食事の準備をする(調理): 手伝いはしているが、最初から最後まで一人で作れるようになりたい(8-3-3)。

②自室を掃除する: 母親任せになっている。一人でできるようになりたい(10-1-3)。

③手話で母親と話ができるようになりたい: 母親との疎通が今よりもっと上手くとれるようになりたい(9-2-3)。

④小遣い以外の生活費もやりくりできるようになりたい: 小遣い以外の生活費は母親が全て管理している(10-3-3)。

⑤趣味の読書を楽しみたい: 現在は読書の時間がとれていない(8-3-3)。

母親は、「何でも1人でできるようになってほしい」という思いはもっているが、具体的な希望は述べていない。

〔精神機能〕BPRS: 51点、GAF: 60点で精神症状は概ね安定しているが、時に男性の声でS氏の名前を呼ぶ幻聴がある。軽度～中等度知的障害(WAIS-R: 50)。

〔JAOT 精神障害者ケアアセスメント〕家事や生活管理については主に母親が担当しており、身のまわりの事(整容、更衣)に関しても、母親から指示され取り組むことが多く依存的な面がある。病識については病名も知らず、病気に対する理解なく、悪化時の兆候や対処方法などもわからない状況。意思表示については相手に伝えることが苦手であり、どのように伝えたら良いのかわからず混乱することがよくある。

〔BACS-J〕言語性記憶と学習: 36点 ワーキングメモリ: 4点 運動機能: 50点 言語流暢性: 16点 符号課題: 27点 ロンドン塔: 9点 ※z-score 障害度の目安より言語性記憶と学習は中等度、その他は重度障害レベル。

〔生活チェックリスト ISDA〕日中はデイケア(2回/1w)、作業所(3回/1w)に通っており、週末は母親と買い物や外食に出かける。作業遂行について「やる気」「休息感」以外は半分以下の状態である。

〔家族について〕70歳代の母親と一軒家で2人暮らし。母親は先天的な聴覚障害があり他者とのコミュニケーションでは手話を使用。完璧主義な性格であり生活全般において母親が主導権を握っている。文法理解が困難であり単語レベルでの文章。手話での意思伝達を行っているが、互いに意図や意思が十分に伝わらないことが多い。

〔心理面について〕思考のまとまりがなく物事を順序立てることが苦手なため、場の状況に合わない言行動があり、思いつきで物事を行ってしまう傾向がある。また、他者(特にスタッフなど)のアドバイスや指摘に対して、自身の状況を十分に認識できていないにもかかわらず、短絡的に同調し行動する傾向がある。

3. 治療・援助の目標と方針

- ・作業の問題として挙げられたADL課題(夕食の準備をする)について、AMPSを用いてアセスメントし、効果的に夕食の準備をするための計画を立て、作業療法士と一緒に取り組む。家庭における役割(意味と価値のある作業)を段階的に獲得することを支援し、将来に向けての自信と生活技能を身につける。
- ・疾病管理能力向上のため、心理教育プログラムに臨床心理士と一緒に取り組み、再発予防について考えていく(統合失調症についての知識、悪化時のサイン確認と対処方法、薬の効果・副作用について)。
- ・困ったこと、不調時の相談などの連携チームを構築する。

4. 治療・援助の経過

(1)作業療法(デイケア)

AMPS実施。運動技能2。45Logits、処理技能1。12Logits、どちらもCut off lineを上回っているが処理技能はリスクゾーンであった。特に「順序立て」や「変化や問題に対する対処」に中等度の問題が認められる。処理技能の問題(認知機能)を考慮し、学習モデル・代償モデルを選択した。代償的な方法を用いて繰り返すことで、効果的な食事の準備・調理の方法を習慣化することを目指した。一つ一つの手順が把握しやすいように、S氏と話し合いでレシピ作成を入念に行い、そのレシピを確認しながらの調理ができるような環境設定を行った。個別での買物・調理を全3回実施。スタッフの介入は最小限の助言にとどめ、達成感に配慮した。一人で最後まで完成させることはできたが、調理手順が効率的でなく一つの作業中、他の事に気をとられてしまう、材料を入れ忘れるなど、調理手順がチグハグになってしまい助言を要した。また、レシピを一回一回確認しながら進めていくように促すが、修正できず本人の考えのみで進めようとする。現状では、効果的な作業遂行にはつながっていないが、一人で最後まで調理した料理を自宅で母親にご馳走するなど、役割を獲得していくための一つのきっかけになりつつあった。

(2)心理教育

再発予防プログラムとして週に1回、臨床心理士とのカウンセリングを実施。約2ヶ月間、病気(Sc.)についての症状

(別紙)事例報告書-1「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

確認、悪化時の対処方法など一緒に話し合ったが理解が困難であった。その後は、①心理教育よりもS氏の不安を少しでも軽減させるため、現在の生活でできていることの確認、困っていることの相談などを中心に実施すること。②不調時の対処方法は、その場面でのタイムリーな介入を行う方向に変更することが検討された。

(3)家族支援

地域の生活支援センタースタッフより、母親に対しケアプラン内容の説明やS氏の心配な点、どのようなことが一人でできるようになったら安心かを尋ねるが、「心配は特になし。全て一人でできるようになってほしい」という返事のみであり、S氏の病気に関して、また研究プロジェクトへの理解は困難であった。反対に今回の研究プロジェクトの内容について、生活支援センターに直接訪問することや本人との会話の中ですれ違いになってしまうなどの混乱を招いた。

(4)ケア会議・地域連携・その他

第1回目は、これまでの経過や生活状況について情報共有を行い、今後S氏が主体的な地域生活を送ることができるようになるための生活目標を共有した。また、ケア会議以外でも本人の些細な変化などは、院内・地域スタッフ間で情報交換を密にした。第2回目では、作業所での作業中の混乱や他者への過干渉などが増えていることが報告され、個人作業療法・疾病教育プログラムを再考し、本人の負担を軽減するための支援計画を検討した。

5. 結果（研究期間内に得られた成果など）

プログラム実施2ヶ月が経過した頃より、作業所での作業中に混乱し、工程に対する同じ指導が繰り返す必要になった。また、作業所通所者に対して、過干渉で時に攻撃的に対応したりすることが目立ってきた。自宅では、朝に大きな声をあげたり、幻聴に対して返答する言動などが見られるようになる。また病院休診日に、「病院に着物を置いているから取りに行つて」と母親に行かせるなど、チグハグな言動も見られ、周囲を少しずつ巻き込みつつある状態となった。対応した職員の勧めで、翌々日母親と受診し、薬剤調整目的での短期入院の提案に同意し再入院となった（緊急を要する状況ではなかったが、主治医の判断で入院となる）。入院後は概ね穏やかに過ごし、翌日より集団活動に参加し、最後まで落ち着いて過ごせている。翌週からは自主的な参加もみられ活発に過ごすようになり、小集団活動(クラフト)にも参加する。クラフトではステンシルに意欲的に取り組んでいる。幻聴に対する訴えも減少し、病棟生活も安定している。

入院中に第3回目のケア会議を実施した。退院の日程は決まっていなかったが、短期入院の予定でもあり、引き続き地域スタッフも含め、連携を維持している。退院を意識しすぎると、焦りにつながりやすい傾向が確認され、入院生活の課題として、自室の整理整頓に取り組んでいる。また、院内作業療法プログラムの生活技能の獲得を目的としたグループ活動への導入も検討している。

6. 考察

母親からの援助を受けながらの地域生活から、自立した地域生活を送るためのステップアップとして、本事業のシステムに沿った地域生活支援を行った。他職種とのチーム支援であるが、作業療法理論をベースに作業に焦点を当てたプログラムの展開を意識した。現在の作業上の問題（親亡き後の生活への不安）をカナダ作業遂行測定（COPM）にて明らかにし、ケア会議で各スタッフの意見を反映して、S氏の精神状態が崩れないよう再発防止を重視した支援内容を反映したケアプランを作成した。しかし、新しい生活スケジュール（環境変化）に適応できず精神症状が悪化、約2ヶ月間で再入院になってしまった。再入院に至った要因としては、WAIS-R（IQ50）やBACS（特にワーキングメモリ、遂行機能）の結果からも推測できるように認知機能障害が著しいS氏に対して、4ヶ月間という短い期間をキーマーカーが意識しすぎ、その中での変化を求めすぎたという焦り、S氏の情報処理能力への配慮が不十分であり、処理容量を超えたケアプランになってしまったことが挙げられる。また問題に対するS氏の現実検討能力も不十分で、自立に向けたステップアップにはリスクが高かったのではないかと考えられる。しかし、High Riskだからと、本人の「語り」を専門家の考えで簡単に修正するのではなく、High Supportが可能な体制の構築が必要でないかと思う。今回はそのリスクへのアセスメントが不足し、支援体制が十分に構築できなかったことも要因の一つになったと考える。

家族支援についても、母親に対して研究プロジェクトの主旨や支援内容の説明を行うが、十分な理解が得られないままであった。母親がS氏の病気に対する理解が不十分であった点をキーマーカーが把握しておらず、母親に関して生活支援センタースタッフとの連携（情報交換）が不十分であったことが反省点として挙げられる。また、疾病教育についても、今後の再発予防を最優先し導入したが成果は得られず、逆にカウンセリングが導入されてからは、自身の病気について考えることで思考の混乱を招き、支離滅裂な状態につながったのではないかと考える。

入院後には入院に至った経緯を踏まえ、病棟も含めた院内スタッフ・地域スタッフでケア会議を開き、現在も地域スタッフとの連携を維持することができている。また、ケア会議でS氏の生活目標や課題を共有するだけでなく、DC以外の作業所や自宅でのS氏の様子について、多職種から新たな情報を把握することもできている。

最後に、今回の研究事業において、協力頂きながら再入院となった結果について、Sさんとそのご家族にお詫びするとともに深謝いたします。

7. 課題

- ・本人、家族、スタッフのニーズを統合解釈し、チーム運営を円滑に進めることができるようなキーマーカーの育成。
- ・本人の認知機能（情報処理能力）に配慮したケアプランの作成。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet【施設名：W 病院 患者：S 氏 44 歳 男性 キーワーカー：A 職種 OTR 女性・男性】

□比較的早期に退院した人 ■長期入院後に退院した者人 □入院経験のない人

	開始～1 カ月	～2 カ月	～3 カ月	～4 カ月	備考
日常生活の様子	デイケア・作業所に定期的に通所している。自宅での家事・生活管理については母親が担当し、本人は母親に指示されてから料理・掃除などの手伝いを行う程度。整容、更衣に関しても母親に依存的、精神症状は概ね安定しているがパニックになることがあり、時に幻聴もある。	作業所では落ち着きなく、他者へ威圧的になることやパニックになることがみられる。デイケアでは作業所のような様子はなく普段通り穏やかに過ごす。	12 月 7 日入院。 入院後大きな変化はなく概ね穏やかに過ごし、ADL や他者との関わりも問題なく、病棟生活に適応できている。翌日より集団レクにも参加し、最後まで落ち着いて過ごす。翌週からは、活動に対し自主的に参加しようとする姿勢もみられる。	状態が落ち着いているため、病棟スタッフとの話し合いの結果、小集団活動のクラフトに参加。スナック作りや絵画制作など、楽しみながら取り組んでいる。また、分からないことなどは自ら質問でき解決できている。	
ケア会議の概要 目標設定	これまでの経過、現在の生活状況について情報共有を行い、今後本人が主体的に行えそうな家事動作、母親への家族支援、疾患教育について主に話し合う。家事動作に関しては AMPS を実施し料理に關してはできる事、苦手な事の確認、疾患教育に関しては心理士が担当することとなる。	作業所での不調に関して、作業所・支援センタースタッフから現在のケアプランでは本人の許容範囲を超えているのではないかと指摘をうける。自宅での生活（家事動作）では 1 人で全うできないということはないため、できていることについて正のフィードバックを行うことで本人の不安を取り除くことを優先することとなる。	未実施。	入院後の経過と退院後の支援体制、今回本人が入院に至った要因について話し合う。退院後については DC・作業所通所の生活に戻ること。要因については調理の練習やカウンセリングなどが導入され、急な環境変化に適応できないなかった。また、病気に伴う疾患教育は本人の混乱を招いてしまったことなどが話される。	
薬物療法	リスパダール 2 丁、デパケン 3 丁、ガスター 2 丁、ベンザリン 1 丁、ロドペン 1 丁、ピレチア 1 丁 ※自己管理		※入院後は病棟管理		
実施したプログラム ■DC・SC □外来 OT □訪問看護	週に一回、DC 終了後に調理の練習を実施。買い物やレシビ作成を丁寧に入念に行う。料理実習時は包丁の使い方の乱雑さや遂行順序のチグハグさ、レシビを認せず行おうとすることあるが、助言のみで最後まで一人で完成させることができる。	調理手順が効率的でなく一つの作業中、他の事に気をとられてしまふ、材料を入れ忘れられるなどみられる。スタッフの介入は最小限の助言のみであり一人で最後まで完成させることが出来る。完成料理は自宅へ持ち帰り、母親から褒められる。	病棟での生活状況の確認と看護目標や OT 活動の様子などを聴取する。		
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	①統合失調症についての知識、悪化時のサインや対処方法、薬の効果、物事の順序立てについて勉強していくことを初回面接で確認。 ③母親へケアプラン内容の説明と本人に対する要望や不安を聴取する。	①精神症状は安定しているため、状態が悪くなった際にタイムリーな介入を行ったほうが良い。 ③母親は今回の支援内容や本人の病気に対する理解が乏しい。	①週に 1 回のカウンセリングは継続して実施しており、普段の生活の中でうまくできたことの確認や不安の解消を目的に実施している。病気に関する心理教育は本人の混乱を助長するため中止している。		
○ その他					
備考					

*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: X病院 報告者(キーワーカー): H

プログラム: ■DC・SC □外来 OT □訪問看護 □その他() どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介: ■比較的に早期に退院した人, □長期入院後に退院した人, □入院経験のない人 (どれかに■)

【基礎情報】氏名: A氏, 年齢: 20歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症(疑い)
【現病歴】これまでの経過: 元来内気で気弱なタイプであるが、中学では剣道部に入り友人もいた。高校では、ハンドボール部に所属するが、部活動がきつく、また通学時間も長かったため、帰宅が20時以降になることが多かった。高校1年時の2学期より成績が低下し不登校ぎみになる。さらに2年時には体がぐったりして動かないと話し登校しなくなった。その頃より、自分が自分でないような気がするかと訴えている。また起床時間が遅くなり、身辺整理ができなくなった。X年妹が自宅に帰ってくると「きしょい」と言い、妹の靴や教科書、ナイフなどを投げて、家族が対応困難になり入院となる。入院後しばらくは妄想が続き、変薬により過鎮静になることもあった。徐々に病的体験は消失するが、日中の睡眠過多は続く。「霊が自分から離れる、菌がついた」などの病的体験はあるものの、それによって日常生活ができないほどではないために退院の方向になったが、入院前の出来事により妹がA氏に会うこと(住むこと)を拒否するためしばらく退院できずにいた。家族は病気の本を読んだりして勉強しており、妹にも病気のことを何度か説明していた様子だが妹の気持ちは変わらなかった。そのような状況が半年近く続き、結局家族で話し合い、妹が一人暮らしをすることでA氏が退院することになった。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力、生活技能、家族の支援力等を記入してください)

A氏は、病的体験(霊がいる・菌がつくなど)が残存しているが、家族や主治医の説明により、病気に対してぼやっとしたイメージはもてるようになった。しかし、完全に霊のことが病気のことは思えない状況である。入院時より行っている心理教育によって、薬を飲みことのメリットと必要性は感じている様子。
生活能力は、整容などは行えるが睡眠過多になりやすく、昼過ぎまで寝ていることが多い。家族の促しがなければ生活リズムが狂いやすい。家族は非常に熱心で協力的である。自らも本などで勉強している。A氏に期待はかけているが無理をさせないようにしている。

3. 治療・援助の目標と方針

退院後の症状の経過観察をする。
睡眠リズムを獲得し、生活リズムをつける。
A氏がデイケア、自宅ができることを検討し、実際に行ってもらうことで自信づけを図る。
日常生活や認知機能の評価をする。
社会勉強の機会としてデイケアを利用する。

4. 治療・援助の経過 (再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を記述してください)

再発防止・家族支援について、家で起きていることで気になることはすぐに電話してもらい(デイケア)、家族の対応を相談・指示することにした。具体的には、家でうろうろする際にはどうしたらいいのか、水を飲んだら菌が入ったなどを言っている時にはどうしたらいいかなどの相談があった。また家族としては、当院に来院するのに1時間程度かかるため、自宅の近くにある支援センターなども利用したいという要望があり、情報紹介を行う。しかし定員制のため見学に行くが、すぐには利用できず4月からの利用予定になった。
生活技能向上のため、家とデイケアで行えることを具体的に挙げて、A氏ができると言った作業を行ってもらうことにした。自宅では、風呂・歯磨きを毎日する、熱帯魚の世話をする、起きる時間を具体的に決めて毎日できているかどうかを確認した。デイケアでは、デイケア新聞に熱帯魚の記事を書くことを提案。入院時から行っていた卓球への促しと対人交流の促進。女性問題があるため、適切な付き合い方などをともに考えた。
さらに、退院直後にはA氏が困っていた女性関係について、場所と時間を設定して介入・代弁した(入院時から付き合いしていた女性に対して、少し距離をおきたいが拒否をされるため、A氏・彼女・病棟看護師・デイケアスタッフで話し合いの場をもった)。その他、年齢が若いため、今後就労するのか学校に行くのかを決める機会として就労継続支援施設などを見学した。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

- ・起床時間は少しずつ早くなっている。
- ・家での役割(熱帯魚の世話)ができるようになる。
- ・彼女との問題はなくなり、男女の友人ができている。
- ・デイケア内でも友人ができ、デイケア以外で外出することもできるようになる。
- ・仕事をしたいと発言が聞かれるようになった。しかし、今すぐはできないと話し、その理由として体力が続かないなど具体的な発言もみられた。

6. 考察

ケア会議を実施することで、その場でA氏と具体的な話や約束事が確認でき、主治医や家族にもそのことが伝わるために統一した関わりが行いやすかった。また、自宅での様子を聞くことにより、実際に行っている日常生活の様子も把握することもでき、目標設定が状態に沿った形になった。目標設定に関しては、A氏の思いと家族の思い(期待)がずれることもあったが、そのことを修正する機会になったと思われる。また、家族内で今後どのようにしていくかなど、お互いの意見を言える場にもなった。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア, 外来作業療法, 訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

カンファレンスでは、A氏ができること・できないことを明確にしながら、できることを支援する方法で進んだ。そのことによって、A氏も何をするのかがはっきりしたと思われる。デイケアでは、卓球などA氏が好きな活動を通して他者との関わりがもてることで、無理なく友人ができたと思われる。また具体的に仕事場を見る機会を提供することによって、就労へのイメージが深まったと思われる。さらに、家族に対しては、相談できる環境をいくつか提供したことで(主治医・相談室・デイケア)、何かあればすぐに相談でき安心につながったと思われる。

7. 課題

今後の課題として、家族間の問題にどこまで介入するのか。A氏が退院したことで妹がやむなく一人暮らしをする状況になったため、家族の意向によっては検討する必要がある。また、地域支援センターなどの利用と併用をどのように行うか、職場や学校への援助方法・内容などの課題がある。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet[施設名: X 病院 患者: A 氏 20 歳 男性 キーワーカー: H 職種 OTR 男性]

□比較的早期に退院した人 □長期入院後に退院した者人 □入院経験のない人

	開始～1 カ月	～2 カ月	～3 カ月	～4 カ月	備考
日常生活の様子	デイケアに通所する日を週 1 日程度にしたいと話す。 頻繁に体力がないと話す。 風呂・歯磨きを忘れることある。	デイケア参加が週 3 回になるが不安定。 朝、起きれない。	デイケア参加が週 3 回で安定した参加になる。 朝 11 時には起きる (半分ぐらいできるようになる)。	デイケア参加が安定したまま継続。朝 10 時に起きること目標で実施中。 体力ないと発言することは減る。	
ケア会議の概要 目標設定	とりあえず家を出る機会として デイケアに通う。 休息の保障。	生活上の問題を具体的に設定する。地域で利用できる施設を探る。自宅での役割を考える。 DC 内で出来ることを提案する。	朝起きれないため、具体的に起きる時間を設定する。 具体的に地域で働ける場所の見学。	朝起きれないため、具体的に起きる時間を設定する。 地域支援センターを見学する。	
薬物療法	ロナセン	ロナセン	ロナセン	ロナセン	
実施したプログラム ■DC・SC □外来 OT □訪問看護	デイケア。 卓球したいが自ら声をかけることと少ない。 休みが多い。 家族に向けた心理教育の実施。 本人に対しての心理教育の実施。	休みが徐々になくなってくる。 運動プログラムとして卓球を実施、対戦相手が少しずつ増える。	卓球以外のプログラムにはあまり興味を示さず。 デイケア全体でクリスマスのイベントを行っているが、キーキを食べるのみで興味を示さず。 休み時間でも卓球するようになる。対戦相手が増え卓球以外の場面でも話をするここと増える。 就労継続支援に見学会を実施。	運動プログラムである卓球以外には行わず。しかし、他の活動にも参加しようかなと発言ある。 休み時間でも卓球するようになる。自ら相手を見つけて行っている。卓球は楽しいと話す。自宅でも卓球の様子を話している様子。	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	家族からの相談の電話をうける。具体的な方法を提案。	家族からの相談の電話をうける。生活支援として歯磨き・風呂には毎日入ることにした。	就労継続支援施設を見学。 立ち仕事なので今すぐは無理と話す。朝起きる以外の生活能力は向上。 家族からの相談は減る。必要時は家族から連絡ある。	自分の自宅近くで通える場所を探した結果、地域支援センターに行く。4 月から申し込み参加予定。	
○ その他	彼女との問題に介入。 友達に戻りたいが、自分で話すと言いくるめられるので介入してほしいと希望。				
備考	*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。				

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: Y 病院 報告者(キーワーカー): K

プログラム: ■DC・SC ■外来 OT □訪問看護 □その他() どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介: ■比較的に早期に退院した人, □長期入院後に退院した人, □入院経験のない人 (どれかに■)

〔基礎情報〕氏名: A 氏、年齢: 57 歳、性別: 男性、診断: 統合失調症

〔現病歴〕これまで経過: 他県就業時発病 (20 歳代)。地元に戻るが職業を転々とする。3 ヶ月の入院を経て、X-1 年に退院となる。外来受診、外来 OT 中心にて通所している。両親、兄との 4 人暮らし。反社会的行動にてトラブルになることが多く、病院売店、地域活動センターでの窃盗、OT 棟トイレでの便器でない部分での小便をすることがみられた。また、授産施設で他女性メンバーへのセクハラもあった。他メンバーからも距離を置かれていることが多い。打開策を模索していたところ、本事業研究の話があり、説明し同意を得てプログラム開始となる。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力, 生活技能, 家族の支援力等を記入してください)

外来 OT を最後の砦としており、問題を起こすたびに、フィードバックを行うが、認知機能低下のためか、忘れっぽい記憶が残っていかないところがある。すぐにでも仕事が可能と思っており、現実検討能力低下がみられる。“忘れっぽい”という A 氏の認識はあり、認知機能向上に向けてのトレーニング (脳トレ、麻雀) を中心にプログラムを開始する。車の運転にてドライブをしており行動範囲は広い。家族は、父親は協力的であるが、実の兄 (統合失調症) との不仲がある。父親は、A 氏の問題行動が起る度に謝罪している。

GAF: 55 BPRS: 34 BACS: 言語性記憶 重度 ワーキングメモリー 標準 運動機能 重度 言語流暢性 中等度 注意と情報処理速度 重度 遂行機能 中等度

3. 治療・援助の目標と方針

長期目標: 自分に合った仕事を見つけ、就職する。

短期目標: ルールを守る。具体的なことを通じて、フィードバックの機会を得る。認知機能向上を図り、自分に合った問題解決方法を見つける。

4. 治療・援助の経過 (再発防止, 生活技能向上, 家族支援等を考慮した実践を記述してください)

①作業療法: 研究への同意はスムーズに得られた。対人面での問題を抱えながらも、“仕事がしたい”という前向きな気持ちが見られ、脳トレや就職準備グループ実施。脳トレは日によつての波が見られるが、毎日続けていた。麻雀を他メンバーらと行い、認知機能面へのアプローチを行う。面接の中でフィードバックを行い、分かりやすい言葉、具体的な例を伝え、周囲とのズレの修正を試みた。仲の良い女性の友人とのことや仕事の話をする時は、非常にいい表情がみられた。

②心理教育: DC で行われているグループに参加。最初は揚げ足とりの所もみられたが、それでも集中し参加している。今の自分の事を振り返るのは難しいが、忘れっぽいところを意識してメモを取って工夫している。場面の中で、他メンバーから「ありがとう」と言われる機会もあり、嬉しそうな表情も見られた。

③資源・制度の情報提供: キャリアカウンセラーの面接や就職情報を受ける。授産施設の体験も実施。体験は A 氏自ら終了してしまうが、ルールを守ることを意識していたようである。

④家族支援: 父親とは電話や手紙にて情報交換する。DC の家族教室にも参加されている。申し訳ないという気持ちが強く、一緒にやっていきましょうということを伝える。

⑤地域連携: 外来受診時に各スタッフが同席する形で行った。“仕事をしたい”という A 氏の気持ちに沿って進められた。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

各スタッフが A 氏の“仕事をしたい”という気持ちに着目し、A 氏を交え一緒にケア会議を行った。

OT 場面では、逸脱行為はみられず、ルールを守れるようになってきた。DC (SC) の心理教育でも、他者への配慮した発言もみられた。授産施設体験時、ケース自ら途中で終了となるが、逸脱行為をしないように頑張り、ルールを守らなくてはという気持ちもみられ、疲れてしまったところもみられた。効果が得られた折、授産施設メンバーら数名に、高利貸しのようなお金の貸し借りの問題が表面化する (1 年以上の前のトラブル)。仕事は少し先送りとなり、外来 OT にて、再度仕切りなおしをすることになる。今回のケア会議にて、数名のスタッフが A 氏と共に仕事について考えるいい機会をもつことができた。

GAF: 55 BPRS: 35 BACS: 言語性記憶 中等度 ワーキングメモリー 軽度 運動機能 重度 言語流暢性 標準 注意と情報処理速度 標準 遂行機能 重度

6. 考察

反社会的な行動があり、他メンバーから敬遠されがちで、地域活動センターなど出入り禁止になっていた A 氏が、最後の砦として外来 OT に参加していた。当初は、逸脱行為が OT 場面でもみられたが、しっかり言語でのフィードバックを重ねたり、主治医や他スタッフとの連携を通じて、OT プログラムを A 氏なりに利用でき、ルールを守れるようになってきた。BACS の結果からも運動機能、言語流暢性、注意と情報処理速度では改善もみられ、認知機能向上へのアプローチは一定の効果が得られた。

さほど入院することなくこれまで地域で生活できたのは、A 氏がもっているエネルギー・生命力であると思われる。セクハラで授産施設でも問題を起こしたり、女性の友人を常に求めたりしているが、A 氏の中の衝動的なエネルギーをコントロールできないでいるのも、認知機能低下が大きく関与しているのではないかとと思われる。“できない自分”“駄目な自分”と向き合うことに対する抵抗がみられる。具体的な活動、作業療法という自然なやりとりの場面、そして誰もが受け入れられるという構造が A 氏に対して安心感を示している。今回、ポイントの一つとなるのは、継続した認知トレーニング

（別紙）事例報告書-1 「精神科デイケア，外来作業療法，訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

を通じて、認知機能改善したところから、“ルールを守る”“社会規範の必要性”をA氏自身少し受け入れられるようになったことである。もう一つのポイントとしては、ケア会議でキャリアカウンセラーが仕事へのケースの真剣な気持ちを汲み取ったところである。現在、A氏は女性友人（結婚したいと思った）との交流を楽しみに生活しており、そのためにも、お金が必要であり、就職したいという気持ちが強くなったところもある。今後も、ケア会議を継続しケースの“仕事をしたい”“気持ちに添えるよう援助できればと思う。

7. 課題

- ①認知機能低下に対して、対象者の可能性のある部分に着目し、自信回復できる機会を増やし、継続して認知機能トレーニングを行うことが、今後の就労というニーズに対応できると思う。
- ②他者からの信頼をなくしている部分が多いが、心理教育などのプログラムを通じて、対人関係の対処技能を学ぶ機会を得る。
- ③フィードバックの機会をこれまで通り行いながら、病気への対処技能を高める。
- ④ケア会議を継続し、対象者と共に確認しながらよりよい地域生活が送れるように援助する。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet[施設名：Y 病院 患者：A 氏 57 歳 男性 キーワーカー：K 職種 OTR 女性]

■比較の早期に退院した人 □長期入院後に退院した者人 □入院経験のない人

	開始～1 カ月	～2 カ月	～3 カ月	～4 カ月	備考
日常生活の	女性友人との交流を大切にし、ドライブなどを楽しんでいる。	外来 OT 以外は、病院のグラウンドの休憩所で、1 人で過ごしていることが多い。	就労をめざし、キャリアカウンセリングとの面接もあり、授産施設での作業体験を行うが、自ら限界を感じて中途終了となる。	就労への気持ちがあるが、他外来メンバーとの金銭トラブルが発覚する。恵びれた様子はみられない。	
ケア会議の概要 目標設定	研究の同意を図り、ケースと関係スタッフとのケア会議を定期的に行うことを確認する。 認知機能の強化を図る。	就労への意欲が見られ、授産施設体験に向けての準備を行う。前向きな気持ちを大切にしている。	就労に向けての準備として、授産施設体験実施。 どのような仕事があったのか、チェックする。	反社会的な行動を真むよう主治医より話されるが、相手のせいになっている。 ルールを守る。	父親との電話、手紙でのやり取りあり。
薬物療法	① バントシン錠 100 3 錠 ガナトン錠 50 mg 3 錠 タスモリン錠 1 mg 3 錠 リスパダール錠 2 mg 3 錠 デパケン R 錠 200 3 錠 1 日 3 回 ② ヒルナミン錠 25 mg 1 錠 デパス錠 1 mg 1 錠 ジプレキサ錠 10 mg 1 錠 1 日 1 回	継続			
実施したプログラム □DC・SC □外来 OT □訪問看護	DC での心理教育にて生活技能対処法を学ぶ。 外来 OT での就職準備グループに参加し、授産施設の見学やメンバーとの交流を通じて対人関係調整を図る。 カルチャーターにて脳トレ、麻雀実施。 個人面接にてフィードバックを行う。	継続			就職準備グループ場面でもルールを守れない事が何度もみられる。担当 OTR より注意を受けるが、“もう卒業だ”と言って、グループを自分で終了してしまう。うまくいかない事への対処技能の獲得という今後の課題がみつかる。
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他 ○ その他	②対人関係調整についてグループワーク、心理教育の体験を重ねる。	②対人関係調整についてグループワーク、心理教育の体験を重ねる	②対人関係調整についてグループワーク、心理教育の体験を重ねる	②対人関係調整についてグループワーク、心理教育の体験を重ねる OT での心理教育プログラムにも参加。	
備考	*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。				

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: A病院 報告者: M

プログラム: ☒DC・SC ☐外来 OT ☒訪問看護 ☐その他() どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介: ☐比較的に早期に退院した人, ☒長期入院後に退院した人, ☐入院経験のない人

[基礎情報] 氏名: A氏, 年齢: 57歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症

[現病歴] これまで経過: X-35年に発症。東京で公務員をしていた。退院し復職したが、服薬が規則正しく継続できず、入退院を繰り返す(計5回)。退職し帰省。飲食業・清掃・土木業など転々としていた。X-7年安定し治療を終了。しかし、親の死去・疲労で再燃。精神運動興奮を呈し、警察保護I病院へ措置入院。X-6年退院。X-5年当デイケアを開始。単身生活問題なく、職業訓練を利用してクリーニング店で勤務→パチンコ店の清掃作業も順調にこなし、障害をもちながら働く仲間の団体のリーダー的役割も果たしていた。仲間との飲酒・リーダー的役割のストレスあり、服薬不定期となり自ら「病院に連れて行ってくれ」と障害者就労・生活支援センター(以下センター)のスタッフに連絡し、X年6月6回目の入院。入院時は携帯電話を3台所持していたり、高価なパソコンを購入しているなどの状況もあった。入院後、状態悪化し4ヶ月間減裂状態。ECT・身体拘束なども行った。その後、鎮静化したが、入院前1年から入院後減裂な状況を脱する期間までの健忘が著しい。OT利用し単身生活の評価・訓練を行ないX+1年9月退院。

2. 初期アセスメント

161cm 72kg 血圧高め。障害年金・傷病手当を受給。目立った陽性・陰性症状はない。今回の入院以前からの性格もあるが、性急で真面目。落ち着いて物事を判断することが苦手。自己評価はやや過大で、今後の生活・体力などに関して深刻感がない。すぐに復職し、毎日働く自信がある。しかし健忘に関して、以前自分の行っていたこと(自分の日記に記載しており、確実に自身の行ったことであるが)が全く分からないことに対して不安がある。血圧が高めであることにこだわりが見られる。疾病管理に関しては、「薬は絶対に飲まないダメだ」「酒も絶対飲まない」と話し、守ることができている。しかし「疲れ」に関してのコントロールは困難。生活技能面は単身で米を炊く、もらった野菜を簡単に調理して食べることなどができる。「何が何でも3食自分で作って食べないといけない」という考えがあり、疲労・栄養の偏りが予想された。その他の技能に関しては大きな問題はなし。家族の支援力は市内に妹がいて電話で相談に乗ったり、用事のあるときにはA氏を尋ねたり、洋服を買い届けたりしてくれている。仲の良い兄弟。

3. 治療・援助の目標と方針

A氏の希望: 長期目標: 75歳まで働きたい 短期目標: 2ヶ月で復職して毎日働きたい。

チームの援助方針: A氏が安心して復職し、継続できるようにする(服薬が確実にできる・単身生活の再構築・仕事に関する心配や焦りを軽減する)。

妹: 入院以前のように金銭管理・役所の手続きなど全てA氏に任せる。困ったときは協力する。医師: 1回/2Wの診察・1回/4Wの注射を継続。PSW: キーワーカーを担当。会議の企画進行・その他の情報の集約を行う。デイケア: 5回/W利用。単身生活での悩み・困りごとを相談し、疲労の状況について観察・フィードバックを行う。毎日通うことで復職のリズムをつける。スポーツその他のプログラムも利用し体力向上・症状への洞察を深める。訪問看護: 1回/W 服薬確認・生活状況の確認と相談・血圧測定を行う。市: 給食サービス(夕食おかずのみ)の提供 センター: A氏が入院前の状況で復職できるように職場との連絡調整を行い、A氏・チームに情報提供をする。傷病手当の手続きを代行する。ジョブコーチ: 就労場面での評価・援助(主にセンターとの連絡調整)。はじめは会社側の提案によりA氏も同意し利用することになった。

4. 治療・援助の経過

(1) 退院～就労のスケジュールが具体化するまで

A氏: 早く復職したくて仕方がない。せかせかと動き回り、何でも完全に自分で行おうとする。性急に動いた結果、失敗することも多い。

デイケア: 久しぶりの単身生活が始まり、「がんばりすぎる」A氏の傾向を考慮し、日常生活とデイケアの利用で、疲れがたまらないかを毎回観察や面接の中で確認を行いフィードバックした。また、A氏が好む小集団プログラム(調理・スポーツなど)や手工芸を利用しながら、A氏の性急な特性を自身が認識することや課題を自分で落ち着いて解決の方向へ運ぶことが苦手なことについて、落ちついて取り組めば解決できることを繰り返しフィードバックした(作業療法士がA氏の行動特性やその他の能力について評価し、他機関に情報提供を行った)。小集団での調理は、調理室の中に何があるのか、何が準備してあるのか、どのように手順を踏むのか(あらかじめ説明・明示してある)、自分以外のメンバーが何を行い、どのような進捗状況なのかに気を配る必要がある作業である。これらは特にスタッフに聞くという作業を行わなくても探索することで進められる作業であるにもかかわらず、A氏は自分で判断する能力をもち合わせていたが、「これどこにあんの」「次何やんの」「俺何やんの」とすべてをスタッフに聞き、聞いた断片的な作業を繰り返し行うのみであった。そのような行動に関し、答えを提供するのではなく、すぐに聞いてその場の問題解決をすることはA氏のくせであることをフィードバックし、聞く前に自分で周囲の状況を確認し、自分で考え判断することが可能である体験を積んでもらった。「それは聞かないとわからないことでしょうか。落ち着けばKさんにはわかるはずですよ。」「そうだった。」の体験を繰り返し行った。作業を通し、スタッフがA氏の特性について評価ができ、A氏が認識しやすく、行動を修正しやすかった。訪問看護との連絡を取り、その時々A氏の心配・不安・こだわりを共有し、同じ対応で関わった。

訪問看護: 服薬確認・血圧測定とともに、家の中の状況や家の中でのA氏の様子について観察・援助を行った。

センター: 会社との調整・本人や関係機関への連絡。

(2) 就労のスケジュールが具体的に決まった時期

A氏：就労のスケジュールが徐々に明確になり、心配が減り、性急な印象が和らいできた。

デイケア：(1)のような関わりは継続しながら、A氏の就労の準備のため、センター・PSWとの連絡を蜜にした。

A氏の目標であり、心配でもあるため、現在どのような進捗状況であるのか、その時点でA氏が「やるべきこと」は何なのか、「行わなくていいことは何なのか」を明確にし、安心して生活することが再発防止にもつながると考えた。センター職員は多忙で頻回にA氏と面接困難であったため、センターからの情報をデイケアで図や表にし、A氏・チームに情報提供を行った。一緒に図や表にすることでA氏の安心につながった。

訪問：(1)を継続し、その時々心配事の整理を行い、チームに情報提供を行った。生活技能に関して料理など自分でやらないことが悪い事ではなく、コンビニ・外食などを利用してバランスよく栄養を摂取できることが良いこと、上手く資源を利用して疲れないことを指導した。

センター：A氏の希望と、会社側の希望を調整しA氏・チームに連絡。ジョブコーチ支援の準備。通勤手段・時間の検討。A氏との職場訪問(不安軽減のため)。通勤練習(実際に路線バスに乗る)。

(3) 就労が開始された時期～現在

A氏：仕事開始当初は「物足りない」「疲れない」との訴えだったが、現在は「自分も年だ」「疲れる」「来月から1日勤務がはじまること」の不安を話すことができるようになった。ケア会議で相談したいとのこと。

デイケア：(1)・(2)も継続しながら、デイケアを気分転換・休息・相談の場所として利用できるように関わった。センターと連絡を取りながら就労状況を確認。就労で疲れを感じながらも、デイケア内でも目いっぱい動いてしまう様子があるため、「Aさんの目標はできるだけ長く働くこと」であることを確認しつつ、仕事で疲れている場合にはデイケア内での作業を友人と話す・読書・ゲームなど活動量が低く楽しいと感じられるものにした。また不安や仕事についての相談は溜めずにスタッフに気軽に言うてみることを促した。また、A氏の行いたい活動に対し、行おうとしている活動は自分の疲労や今後の自分の予定と照らし合わせ適当なものなのか、活動量の大きさをA氏と一緒に考え判断を促した。

訪問看護：安定と就労でA氏のスケジュールが忙しくなってきたため、主治医と相談し1回/Wを1回/2Wに変更。

センター：ジョブコーチと連絡を取りながら、その時々問題解決を援助。必要に応じチームに連絡。

5. 結果

- ・ケア会議を行うことで、チームの構成員がそれぞれに評価したA氏の特性・現状・目標・課題などについて共有認識でき、A氏に対して同様の関わりや情報の提供ができた。性急な特性や疲れを認識できにくい点を共有し、チームで関わられたことで、声かけにより自分の性急な行動に気づき振り返りができるようになり、疲れについて日常から関心を向けられるようになってきた。
- ・デイケアでは、さまざまな作業を通して、スタッフが評価でき、体験の中でフィードバックできたことを通してA氏自身が自己の特徴について知ることができた。
- ・ケア会議でA氏の目標・目標に向かい役割分担ができたことで、A氏自身、誰がどのような手伝いをしてくれるのかを知ることができ安心につながった。
- ・当初のA氏の希望とは異なる形だが、「ゆっくりはじめてよかった」とA氏の満足する形で仕事が継続できている。
- ・キーパーソンである妹とチームの関わりがケア会議時のみだった(安心して任せられたとのこと)。
- ・センターからの情報・訪問看護からの情報がデイケアに集まるが多かった。

6. 考察

- ・チームで対象者の特性について、共有し共通の対応を行うことで、対象者の自己評価を客観的な評価に近づけていく可能性が高くなると考えられる。
- ・チームが共通の目標に向かって援助を行うことで、対象者本人がなぜこのサービスを使う必要があるのかを明確にできた。援助者も本人の目標を実現させるためにどのように援助すればよいかが明確であるためサービス提供がしやすい。また役割分担も明確であるため、それぞれの役割が重複しにくく何回も同じ話をしなくてもよい。本人の負担や幅広い範囲で本人を支えなければならないことについて、それぞれの事業所の負担が減るため、目標を速く達成できる可能性が高いと考えられる。
- ・当初の「2ヶ月後の復職(フルタイム・5日/W)」は本人と病院のスタッフで決めた目標であったが、センターのスタッフが訪問をし、会社側の意見を聞くことで会社側の不安も明らかになった。受け入れ側にも大きな不安があり、相談できる場所が必要と考えられる。本事例では本人の希望と会社側の受け入れ条件のすりあわせがスムーズにできたため、お互いが安心・納得した状況で仕事ができている。また、ジョブコーチの利用により、本人の安心・会社の安心につながり仕事の継続につながっていると考えられる。電話や文書のつながりだけではなく、顔の見える援助も重要と思われる。
- ・退院時からケア会議に出席してもらったことで、本人が今どのような状況なのかを誰がどのように支えるのかを知ることができたため、家族の安心につながったと考える。
- ・本人が高頻度でデイケアを利用しており、本人の評価が的確にできる可能性が高いのがデイケアであったため、本人の状況確認、また情報提供にデイケアへの連絡が増えたと考えられる。ジョブコーチ支援開始にあたって、本人の状況をよく知る人の出席が望まれ、デイケアの作業療法士が参加し、情報提供や本人に望まれる支援について伝える機会を得た。デイケアでは本人の能力評価を的確に行っていく必要がある。また、本人の心配事や変化は訪問看護から報告されることが多く、実際に生活状況を観察することで変化が確認でき、本人が安心できる環境で個別に対応することが、的確な生活評価につながると考えられる。

7. 課題

- ・デイケアには利用者の能力評価が求められる。個別アプローチを増やし、的確な評価が必要。標準化された評価ツールの使用も検討する必要がある。評価結果をチームで共有し、対象者本人と関わっていくことが効果的な支援につながると思われる。
- ・デイケアは利用者が地域生活に戻っていくまでに、最も当事者と関わりの深い機関となる。そのため情報を積極的に発信したり、情報を集約したりする「基点」としての役割を担っていく必要がある。また、スムーズに地域に移行できるよう、地域でケアマネジメントできる存在の確保も必要と考える。早期より医療に携わるチームと、地域のチームの協力が必要。
- ・訪問看護は生活評価が求められる。利用者の変化や心配事に対応できるため、看護師・作業療法士・PSW・デイケアなどが協力し、様々な方向から評価を行うことが必要。アウトリーチ支援の充実のため、人員を確保していくことも必要。
- ・本事例は「復職」のためスムーズに就労につながったが、再就職となると就職先がない状況。ハローワークでも障害者枠での就職枠が狭い。就労先の開拓が必要。障害者枠の募集であっても、求められる条件が高い(仕事の内容・時間など)ことが多く、企業側の障害に関する知識の向上も必要(本人や企業を支えるチームの存在を知ることも含めて)。事例を通しながら、企業とのつながりを深め医療が協力できることがあることを知ってもらう必要がある。
- ・地域での就労支援を進めていく(福祉的就労・障害者枠での雇用を含め)ためには、医療者が、本人の能力・特性を的確に評価し、地域によりわかりやすく伝えていく必要があると考えられる。そのためには全国もしくは地域で共通の(標準化された)評価ツールなどを用いて相互の連絡を図ることが必要になると考える。
- ・地域で各事業所を回り、「顔の見える支援」をすることが当事者・支援者の不安を軽減できると考える。

事例報告 Summary Sheet[施設名: A 病院 患者: A 氏 57 歳 男性 キーワーカー: S 職種 PSW 女性

□比較的早期に退院した人 ■長期入院後に退院した人 □入院経験のない人

	開始～1 カ月	～2 カ月	～3 カ月	～4 カ月	備考
日常生活の様子	退院し、独居。市内に妹が住みキーパーソンとなっている。今回の入院以前～入院中の健忘あり、以前の生活スタイルを再構築する必要があり、本人も不安の大きい状態。復職に関しても焦りあり。すぐにでも働きたいとの希望。	復職・その他のこれからのスケジュールに関して焦りを DC・訪看で訴え落ち着かない。自分は毎日働けると話す。物事に対し、性急で、自分で確認できることもすぐにスタッフに聞き解決しようとする様子が目立つ。	週に 3 日(半日)働き始める。仕事に関しては「大丈夫」「物足りない」「半日勤務は仲間に申し訳ない」とやや不満。性急な印象は減り「休息」も上手に取れるようになってきた。	週に 4 日の勤務に移行。「年だに疲れる」「半日から始めて良かった」と自己評価が周囲の評価と一致してきた。疲れたときは仲間と話し合い、休みも取ったとの報告。	
ケア会議の概要 目標設定	生活スタイルの再構築 2 カ月後の復職(週 5 回)に向けた準備を行う。	不安なく仕事が再開できるように準備を行う。	安定経過のためケア会議は翌月	本人の不安もあったが、疲れも改善方向で、計画どおり勤務を増やしていきたいとの希望あり、チームも病状や、生活の変化もないため、勤務時間を増やすことに決定する。	
薬物療法	ネバプリドール 50 mg 1/M 筋肉注射 セケレル 100 mg テバール R 錠 200 mg リン通(0.75 mg) インジカール原末 0.3 mg サレース錠 2 mg プロプレス 8 mg 74mg ジン OD 錠	プロプレス 8 mg→12 mg	不変	不変	
実施したプログラム ■DC・SC □外来 OT ■訪問看護	DC: 週 4～5 回の利用。ほぼ毎日通うことで復職の生活のリズムを整え、体力向上を目指す。 スタッフ・脳トレ・ケア・料理等の小集団プログラム、個別面談等実施し、気分転換・周囲との協調をはかり、自身の特徴について気づきを繰り返し促す。 訪看: 週 1 回。服薬の確認・生活上の相談助言・血圧管理(本人の不安軽減)・関係構築	DC: 週 4～5 回の利用。内容は継続。復職してから具体的なスケジュール作成を行う。 訪看: 継続	DC: 週 2～3 回の利用。内容は継続。気分転換・仕事の状況の確認自身の疲れに對する振り返りを促す関わり 訪看: 継続	DC: 継続 訪看: 2 週に 1 回へ	
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	①何でも「自分で言う」のでは無く上手く資源を使い「楽」をするために「夕食配色サービス(おかずのみ)」を利用する ④障害者就業・生活支援センター(以下センター)を利用し、復職に関する会社側との調整をはじめ。	④会社側の意見が届き、前回の再発の状況あり、早急な週 5 日・フルタイムの勤務は不安であるとの意見。冬の間は徐々に勤務時間を増やす方針で調整。ジョブコーチの再申請	④センターの方とバスでの通勤の練習行い、半日勤務を週 3 回からはじめる。	④半日勤務を週 4 回へ。	
○ その他	通勤に以前は原付を使用。入院中に故障し、修理・保険の再契約が必要。主治医より利用の許可下りず。	会社側から冬の原付での通勤は不可と。原付使用は春以降。通勤は路線バスで。		受診を 2 週に 1 回を、4 週に 1 回へ。	
備考	*□は該当する箇所を■に変更。スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。				

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: B 病院 報告者(キーワーカー): N

プログラム: ☐DC・SC ☒外来 OT ☒訪問看護 ☒その他(生活支援センター訪問・活動)どれかを■にし () に記入

1. 事例紹介: ☐比較的早期に退院した人, ☐長期入院後に退院した者人, ☐入院経験のない人 (どれかに■)

〔基礎情報〕氏名: M 氏, 年齢: 36 歳, 性別: 女性, 診断: 統合失調症 (疑い)

〔現病歴〕これまで経過: X 年 8 月初診。以前うつ病で地元の精神科に受診したことがあるが、医師と合わず、以後中断した後に自然軽快したことがあるらしいが詳細は不明。28 歳の時、夫と結婚した頃から、不眠・やる気が出ないなどが出現。あわせて肩こりや腰痛なども出現していた。症状は月経前から月経終了の頃まで持続し、以後は落ち着いて過ごしている。「下の人が無視している」「向かいの人がちらちら見ている」などと言い、外に出たがらない状態となっている。この頃から、M 氏は「病院を探して欲しい」と話していたが、夫はその必要はないだろうと考え、激励することもあった。最近、苦痛を訴えることが増え、受診となる。

2. 初期アセスメント (対象者の疾病管理能力, 生活技能, 家族の支援力等を記入してください)

疾病管理能力: 不眠。夕方不安になると夫の職場に電話をしてどうにか対処するが、夫の負担あり。症状のコントロール技術を身につけることが必要。

生活技能: 昼は家に引きこもり、昼食はふりかけご飯。夜は夫が夕食を作るなど家事ができない状態。

家族の支援力: 夫と二人暮らし。両親とも遠方。家事ができないときは、夫が行うことが多い。夫の負担は多いが、どうか日々こなせている。

3. 治療・援助の目標と方針

訪問看護・外来 OT、地域生活支援センターの訪問・活動を組み合わせて、週 1 回か 2 回は他者と関わる時間をもち、不安・引きこもりを軽減していく。

→M 氏のニーズである、「一人で出かけられるようになる」に繋げていく。

4. 治療・援助の経過 (再発防止, 生活技能向上, 家族支援等を考慮した実践を記述してください)

眠った感じがしない。不安・外出するのが不気味で怖くてゴミ出しもできない。買い物は好きであったが、現在、夫と一緒にでなければ行けない状況。火事だと言われても一人では出るのは怖いと話す。

10 月より訪問看護開始 (月 3 回)。同時期に生活支援センターの訪問 (週 1 回) を開始。支援センターの活動も、見学・案内するが、M 氏は訪問を希望した。11 月より月 2 回訪問看護を週 1 回に増やしてほしいと希望。11 月下旬より、表情もよくなり、自ら話すことが増える。訪問 Ns は話を聞くことで、M 氏の不安軽減につとめた。12 月の訪問より、OTR も訪問に同伴し、生活で気になることに対して、活動を通して不安軽減や対処ができるようにお手伝いすることを伝え同意を得た。家でできる編み物をアドバイス。元々ビーズなどの手芸が好きで、それも不安・症状への対処になることを共有する。12 月に支援センタースタッフの送迎にて、活動のハンドメイド見学。隣の部屋の他の団体の詩吟の音で、ビーズに集中できなかったが、継続して参加したい意志はある。次はバスで行きたいと希望。1 月より訪問看護を月 2 回に変更希望された。1 月ケア会議実施 (M 氏、夫、主治医、訪問 Ns、PSW、OT、生活支援センタースタッフ)。支援目標、方針共有。ケア会議で決まった支援を実施。1 月下旬 BACS-J 実施。

5. 結果 (研究期間内に得られた成果など)

訪問看護・支援センター訪問で、気になること・困っていることを相談できるようになった。夕食はほぼ毎日作れるようになり、日中も自分でパズルをして対処するなど、余暇時間も自分で使えるようになった。支援スタッフと関わる時も終始表情がよくなってきた。2 月上旬に一時期、終日不安が持続することが 1 週間あったが改善した。ケア会議で決定した支援を組み合わせると週 1 回は専門スタッフと関わることができ、家事も夫の協力のもとででき、生活のペースが保てている。外来 OT でも、日中の不安の軽減のために、何の活動をしたらよいか。支援センター活動で雑音がありながらもできる活動はないかと主体的に相談でき、自分で立体パズルを準備できている。家族教室の第 1 回・2 回と夫が休みを調整して参加し、病気の理解への努力が感じられる。

6. 考察

支援スタッフが週 1 回関わるペースは M 氏に負担なく安心できている様子。一時期、不安が持続したこともあったが、すぐに相談できる支援体制ができつつあると思われる。元々、回復の努力をされる M 氏と夫であったのか、今回の研究事業に沿って支援体制を作ったことで、M 氏と夫に具体的な方法を提示でき、何に取り組んでいくのか目標が明確になった。そのことが生活のペースを保ち、M 氏の不安も軽減し、安定して過ごすことができたようになったと考える。

今回の事業に沿って、支援チームで関わっていったことで、スタッフ間の密な情報交換ができたことや各専門職が共通認識をもって対象者を支えていくことが、症状の悪化にもすぐに対応できると感じた。関わったスタッフの意識改革の一助となった。

7. 課題

事業に沿ってケア会議を開催し、支援を開始して 3 ヶ月では、十分な経過を追うことができておらず、4 月に再度各評価とケア会議を開催し、現在の支援体制の評価・課題・見直し・今後の支援方針を決めていく必要がある。

また、事業終了時の評価・アンケートとケア会議での総括については、全体の結果・考察の内容に追加される。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet[施設名: B 病院 患者: M 氏 36 歳 女性 キーワーカー: N 職種 OTR 女性]

□比較的早期に退院した人 □長期入院後に退院した者人 ■入院経験のない人

	開始～1 カ月	～2 カ月	～3 カ月	～4 カ月	備考
日常生活の様子	毎日ではないが、夕食が作れるようになったと表情よく話す。支援センターのスタッフとバスに乗る練習を予定している。夕方の不安も減ってきたとのこと。	夕食はほぼ、毎日作っている。支援センター活動にはスタッフ付き添いでバスに乗って行く、または、夫の送迎で参加できている。自宅での創作と支援センターでする活動と自分で調節して過ごしている。	夕食は作れてほぼ毎日作れており、家事は夫と協力できています。家でできる活動と支援センターでの活動を考え、立休バズルを自分で準備することができ。一時期、終日不安が持続することが1週間あったが、改善した。		
ケア会議の概要 目標設定	訪問・活動を通して、他者との関わり、外出の機会をふやし、不安を引きこもりの軽減。	継続	継続		
薬物療法	1)リスパダールOD (1) 1錠 パキシル (10) 2錠 レンドルミン (0.25) 2錠眠前 2)コンスタン (0.4) 4錠2×昼夕 処方1) 2) 28日	1) レンドルミン (0.25) 2錠 眠前 処方1) 30日	1) リスパダールOD (1) 1錠 パキシル (10) 2錠 レンドルミン (0.25) 2錠 眠前 2) コンスタン (0.4) 4錠2×昼夕 処方1) 2) 30日		
実施したプログラム □DC・SC ■外来OT ■訪問看護 ■その他(生活支援センター訪問・活動)	外来OT22年1月より、3回実施。陶芸・革細工に興味を示す。夫と一緒に陶芸のマグカップを作り共同作業で楽しめている(個別OT形式) 訪問看護(月3回)。生活支援センターの訪問週1回活動(ハンメイド)にセンタースタッフ送迎で参加。他団体が隣の部屋で詩吟をしている音が気になり、ビーズに集中できず。最後まで参加はできた。	外来OTは月1回。革細工のキーケースを夫にプレゼントすると、自分で内容を決めることができ、意欲的。ケア会議で決まった支援が週1回のペースとなり、訪問看護は月2回の変更依頼あり。生活支援センターの訪問週1回。活動(ハンメイド)は月2回でセンタースタッフのバス付き添いと、夫の送迎で継続参加。詩吟の音があっても集中でき簡単にできて、繰り返しでできる活動をOTRに相談し、簡単にできる編み物をOTR提案し、対処できた。	外来OTでは、革細工を継続して作成。分からない部分のみOTRに確認し、ほとんど自分で作成。完成し、夫にプレゼントし満足そうにされる。夫との会話で、ご本人から冗談など会話が見られ、本来の明るい性格が見られるようになった。訪問看護月2回を継続。支援センター訪問週1回を継続。支援センターの活動(月2回)もバズルを継続して行い、楽しいと話す。		
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他	①②訪問看護、支援センター訪問で、不安の軽減になっている。家事もできる範囲で、本人のペースを保障するアドバイスをしている。外来OTの中で、不安症状への対処となる作業を本人と一緒に見つけていく。③22年2月18日、家族教室の医師による「精神科疾患とは」の講義に夫が参加予定。	①②訪問看護・支援センター訪問で継続。夕食など家事ができるようになったことを、認め意欲を維持していく。②に対し、外来OTでは、創作活動をして自分のコントロールができるか本人と振り返りをし、対処能力に努める。創作を通して意欲の維持。本人には心理教育の本を購入。③家族教室の本購入	①②訪問看護・支援センター訪問で継続。②に対し、外来OTでも2ヶ月目と同じ対応で継続した関わりを行っている。 ③22年2月18日医師による「精神疾患とは」の講義、25日に作業療法士「精神科リハビリテーションとは」・看護師「再発しないためには」・グループワークに夫が参加。あと2回は夫が休みが取れば、参加希望。		
○その他 備考		訪問看護と支援センター訪問が2日連続になるときは、調整してほしいと意志表示ができるようになる。	訪問看護・外来OT・支援センター訪問・活動が2日続くことがないように調整をしていった。		

*□は該当する箇所を■に変更、スペースが足りない場合は改行し、1頁に収まるよう記載入してください、患者氏名覧には記号を記入。

(別紙)事例報告書-1 「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

施設名: C 病院 報告者(キーワーカー): W

プログラム: ■DC・SC □外来 OT ■訪問看護 ■その他(ヘルパー)どれかを■にし()に記入

1. 事例紹介: ■比較的に早期に退院した人, □長期入院後に退院した人, □入院経験のない人(どれかに■)

〔基礎情報〕氏名: S 氏, 年齢: 61 歳, 性別: 男性, 診断: 統合失調症 潰瘍性大腸炎

〔現病歴〕これまで経過: X-8 年、尿路結石の手術で A 病院入院。精神科受診を勧められ当院通院となる。独居にて生活していたが、X-1 年 8 月頃より食欲低下、ベッド臥床となる。8 月下旬、保護課職員が訪問した所、衰弱した状態で発見。A 病院入院となる。2 週間後に退院となり、そのまま当院入院。K 市退院促進事業の対象となり、退院に向けて進んでいたが、両眼の白内障が判明し手術となり転院。X 年 8 月、当院再入院となる。

2. 初期アセスメント(対象者の疾病管理能力, 生活技能, 家族の支援力等を記入してください)

健康面: 精神症状は落ち着いている。

身体機能: 潰瘍性大腸炎にて人工肛門造設術施行。

X-1 年の入院時には全身の衰弱あり栄養状態悪く、歩行困難であったが、研究事業開始時には栄養状態も回復し、独歩にて近隣まで買い物もできる。

活動と参加: 服薬の拒否なし。洗濯、掃除など ADL 全般に援助必要。活動に興味をもたず、声かけにて時々参加されるも、すぐに自室に戻りベッド臥床。

環境因子: 3 人兄弟の第 3 子として出生。現在身寄りなく単身。母親は精神科受診歴あり。

身体障害者手帳第 2 種 4 級。生活保護受給。

個人因子: K 大学経済学部中退。幼少期は人付き合い苦手で対人恐怖症、赤面症であり、人前に出ると落ち着かなかった。

現在は、表情は青白く口数少ないが、こちらの話しかけには返答あり。

本人の希望: 以前のような生活をしたい。自宅に戻りたい(単身生活)。

3. 治療・援助の目標と方針

入院時、自発性乏しく生活全般において援助が必要な状態であったが、希望される自宅復帰を目指すため、S 氏同意のもとセルフケア向上と活動性を身につけることを目標とする。前回の入院において、不規則な食事のため栄養状態悪化、臥床がちな生活、衛生面悪化(洗濯、掃除などの室内環境、入浴に関して)とストマケア・用品管理が問題であったため、退院後はそれらの問題を支援するサービスを検討する。

4. 治療・援助の経過(再発防止, 生活技能向上, 家族支援等を考慮した実践を記述してください)

作業療法: 入院当初は自発性乏しく声かけ参加しても自室に戻ること多かったが、徐々に参加回数、時間も延びていき、セルフケア能力、自発性の向上がみられた。

住居について: 前住居は退去し、新居を探すこととなる。1 度保証会社に断られるも居住サポートセンターの紹介により保証会社、新居ともに決まる。

訪問看護: 週 1 回(金) ストマケア、用品管理、服薬指導、日常生活の援助を行う。

ヘルパー: 週 2 回(火・土) 身体介護 1 時間(掃除、洗濯)

家事援助 30 分(調理)

デイケア: 週 2 回(月・木) 活動性の向上と生活リズムの調整、入浴利用。

5. 結果(研究期間内に得られた成果など)

入院中、S 氏が希望される自宅復帰には現状では困難ということを理解し、自分なりに問題点であるセルフケアの向上と活動性の向上に向けて努力できるようになった。その結果、体力的にも向上し、退院へ向けての動きにも、できる限り自分で動かれるまでになる。

両眼白内障手術のため退院延期となるが、再入院後、S 氏を交えケア会議を行い、必要と思われるサービスを選択(デイケア、訪問看護、ヘルパー)し、現在地域での単身生活を送っている。

6. 考察

もともと K 市退院支援事業の対象者であり、退院に向けて動かれていた中、両眼手術のため退院延期となったが、一つずつ問題を整理し比較的スムーズに退院、地域生活へつながったケースである。

その要因として

- ・退院促進事業で早期から行政、居住サポートセンターなど様々な地域サービスとの関わりをもてていたこと。そのなかでケア会議が開かれており、本人の意向を中心に、その時々で状況で適切なサービスを提供し、さらに必要なサービスが出たときにもすぐに対応できたことが考えられる。このように入院し院内にいる時から、地域のサービスを含めたケア会議をもち対応していくことは、退院後におけるサービスの提供も含め、早期に地域生活支援を実現できることと思われる。
- ・本人の要因として、無口でコミュニケーションの取りづらい方ではあるが、元々理解力があり、自身の問題点についても把握されており、目標に近づくための意思をもつことができた。

7. 課題

- ・対象者にとって、他職種、他機関のケア会議を行うことは非常に有効である。

入院中は病院スタッフが、ケア会議も含め支援の中心としての役割をとっていくことは明確であるが、地域へ移行した際、各サービス事業所(行政も含め)はそれぞれの目標については中心になりえるが、総括的な役割が明確に意識され

（別紙）事例報告書-1 「精神科デイケア, 外来作業療法, 訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

ていなかった。地域に移行した際、ケアワーカーのスムーズな役割の移行が必要。

*紙面が足りない場合は改行してご使用ください。

事例報告 Summary Sheet[施設名: C_病院 患者: S_氏 61歳 男性 キーワーカー: W_職種 PSW 女性]

■比較的早期に退院した人 口長期入院後に退院した者人 口入院経験のない人

	平成 20 年 9 月～平成 21 年 4 月	平成 21 年 2 月～8 月	平成 21 年 9 月～10 月	平成 21 年 11 月～平成 22 年 1 月
日常生活の様子	食事は全量摂取 睡眠良好であるが服薬、洗濯、掃除など生活全般に援助必要。入院時は理解力の低下あり自発的な行動見られないが徐々に声かけにて活動参加されるようになる。	病棟の活動には声かけにて参加され、自発性の向上は見られる。退院に向けての様々な動きや意思決定はスタッフの援助あるもののご自分でできる。	ストマの給付手続きや眼科受診など単独で外出される。	日中はテレビを見ているか、ベッドで横になっていることが多い。食品の購入、預金の引き出しなどはご自分で行かれる。
ケア会議の概要 目標設定	本人、病院 (PSW, OT, NSA, Dr), 保護課 (CW 2 名、CA 1 名、相談員 1 名)、居住サポート 2 名 1、単身アパートの生活を目標 (本人希望) 2、退院後、訪問看護導入 3、ヘルパー導入 (必要時) 4、居住サポートセンターを通して住居をさがす	本人、病院 (PSW, OT, NSA,), 保護課 (CW1 名 CA2 名)、居住サポート 2 名 1、住居について～正式契約後外泊を行う。保険会社審査申し込みをおこなう。 2、通帳作成～家賃引き落とし口座の開設 3、前住居の整理～本人確認 4、退位後の支援について 訪問看護、ヘルパーを 3 回/週利用→本人同意	本人、病院 (PSW, NSA)、保護 (CW1 名 CA1 名 PHN 1 名)、居住サポート 2 名、訪問 2 名、ヘルパー事業所 1 名 1、重度認知症デイケア 週 2 回、入浴サービス利用 2、訪問看護 週 1 回 服薬、ストマ管理、日常生活の援助 ヘルパー 週 2 回 身体介護 1 時間 家事援助 30 分	本人、病院 (PSW)、保護 (CW1 名 CA 2 名)、居住サポート 2 名、訪問 2 名、ヘルパー事業所 1 名、DC 1 名 1、本人の感じている生活のしづらさ→食事に関して 現状：料理はヘルパーにて行うが、材料の購入はできていないことあり 今後：ご本人購入は継続、ヘルパー利用日に次の食料購入の声をかけを行う 2、今あるサービスを利用し在宅継続を目指す 変化なし
薬物療法	ジブレキサ錠 10 mg 1×タ食後	変化なし	変化なし	変化なし
実施したプログラム ■DC・SC □外来 OT ■訪問看護	1、作業療法～生活リズムの調整、体力維持、セルフケア向上、自主性向上 2、居住サポートセンターを利用し、物件の見学～2 件の情報提供あり。どちらも見学し、そのうち 1 件に決定	1、作業療法 目標変わらず 2、住居について 1 件は断られるが、市提携保障会社利用し契約 3、通帳作成 近隣の銀行にて作成 4、家電、日用品、家具等数回同行 5、前住居荷物 本人確認後、業者依頼にて処分 ・内服、ストマケアパック交換の自己管理に取り組む ・住民票移動、身体障害者手帳の住所変更、家財処分などの書類作成など援助すればご自分でできる。	1、退院前訪問指導～3 回 1 回 (NA, OT) : 日用品購入と自宅整理 2 回 (PSW, OT) : 銀行での出金練習、上記同様 3 回 (PSW, NA) : 外泊中訪問、家事動作確認 2、試験外泊～3 回 3、ヘルパー事業所、訪問看護面接 デイケア見学	1、重度認知症デイケア (2/週) 当初は休まれることもあったがその後安定。活動参加。入浴利用 2、訪問看護 (1/週) 服薬、ストマ管理、日常生活の援助 ヘルパー (2/週) 掃除洗濯の援助 調理 (食料は本人購入) ・一人暮らしについて 「快適じゃない、食事が大変」 ・公共料金の支払いが滞ることあり ・服薬は飲み残しもあるも訪問援助により出来ている
特記事項 ①再発防止 ②生活技能向上 ③家族支援 ④その他 ○ その他	・前住居について～不衛生及び 5 月取り壊し予定のため退去 ・ストマ用器具の給付申請 現物給付	視力低下確認。メガネ作成のため眼下受診した所、両眼とも白内障判明。 8 月 25 日手術となる	精神保健福祉手帳の申請 自立支援医療の申請	
備考	*□は該当する箇所を■に変更、スペースが足りない場合は改行し、1 頁に収まるよう記載入してください。患者氏名覧には記号を記入。			