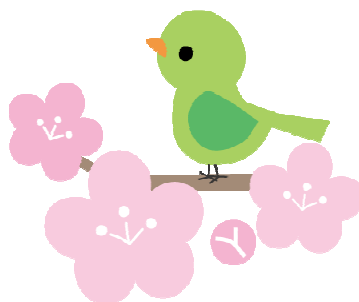


# 精神障害者地域定着推進事業 (処遇プラン) 事例集



平成 28 年 11 月

福 岡 県



## はじめに

平成25年度から27年度においてモデル事業として実施した「精神障害者地域定着推進事業」の成果の一つとして「精神障害者地域定着推進事業処遇プラン事例集」を作成しました。

このモデル事業は、回復可能であるが再発しやすい精神障害の特性から、退院後の精神障害者の地域生活を見守る体制の充実を図ることを目的としています。

対象は統合失調症の精神障害者とし、再入院を防止し退院後の地域生活を継続させるために、本人、家族及び医療機関、障害福祉サービス事業所等の関係機関が、本人の病状悪化時の兆候、悪化時における各関係者の対応方法を盛り込んだプラン（以下、処遇プランという。）を作成し活用することにより、早期に医療機関に繋ぐ仕組みを作り地域生活の継続支援を実施するものです。

県保健福祉（環境）事務所では、本事業の実施にあたり、処遇プランに盛り込む病状悪化時のサインの見分け方、対応方法等の技術的支援を行い関係機関の連携を構築しました。処遇プランを活用した事例を通して、病状悪化時に本人が早期に関係者に相談し、関係者が早期介入することで医療機関に繋いだ事例が多く、再入院防止や入院期間の短縮に貢献できるものと考えられます。

今後、対象者は統合失調症に限定せず、地域生活の見守りが必要な精神障害者に活用できるものと考えます。

この度、本事業により得られた処遇プラン作成のノウハウ、精神障害者の見守り方法等を事例集として作成しましたので、市町村、医療機関、障害福祉サービス事業所等の関係機関の皆様におかれましては、精神障害者の地域生活の継続支援等に取組むに当たり当事例集を参考としていただきたいと思います。

最後にモデル事業にご協力いただいた関係機関の皆様に感謝申し上げます。

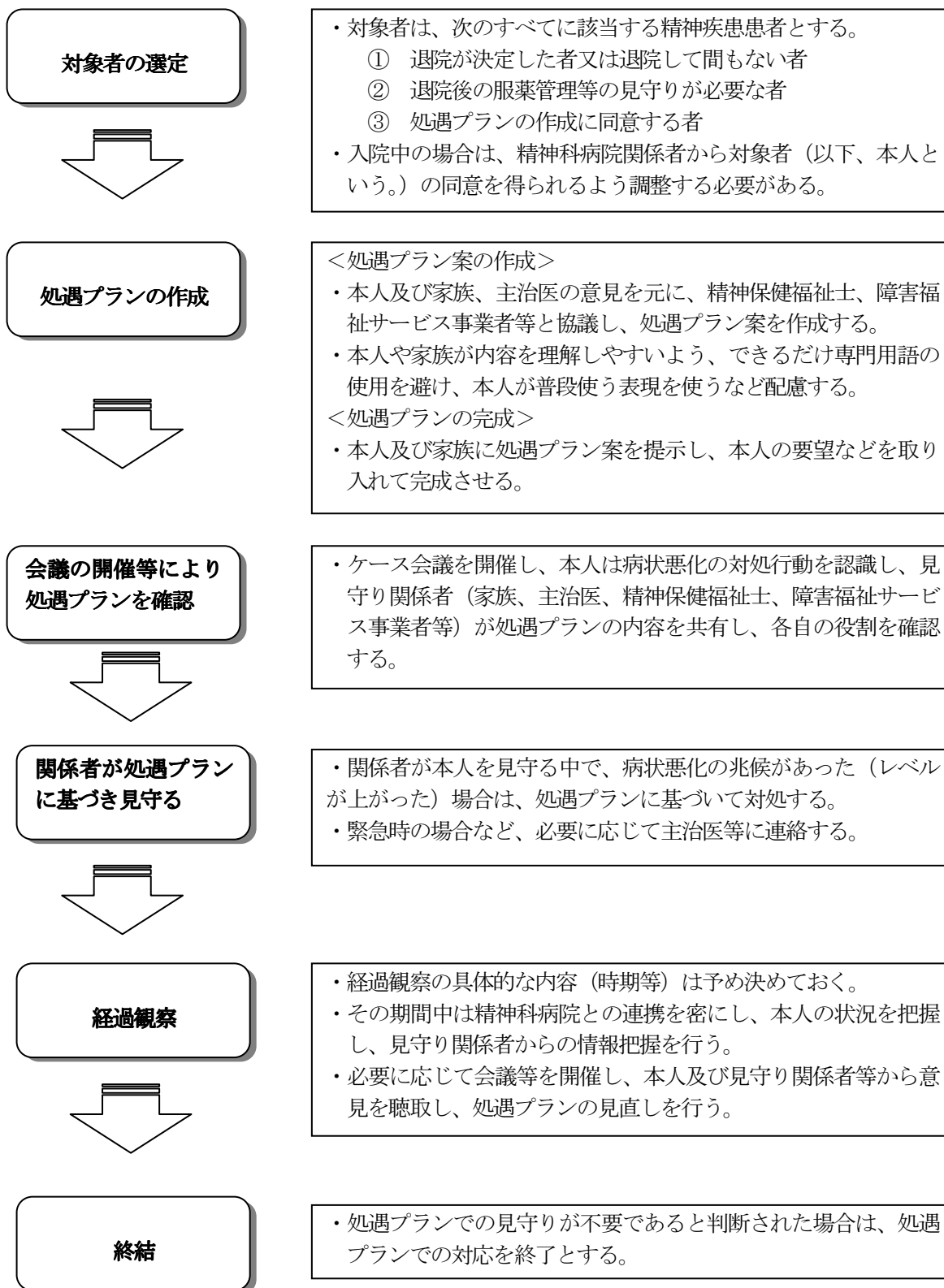
平成28年11月25日

福岡県保健医療介護部健康増進課こころの健康づくり推進室

# 目 次

1 処遇プラン作成の流れ	.....	1
2 処遇プラン事例	.....	3
第1章 病状悪化のため精神科医療機関に入退院を繰り返している事例	.....	3
第2章 単身で関係機関の支援を受けて在宅生活が継続している事例	.....	13
第3章 長期入院から地域移行し地域生活を継続している事例	.....	21
第4章 近隣トラブルで精神科治療につながり、退院後は関係機関の見守りにより地域生活が継続している事例	.....	27
第5章 措置入院中から関係機関が支援し、退院後も在宅生活が継続している事例	.....	33
3 参考資料	.....	38

## 1 処遇プラン作成のながれ





## 2 処遇プラン事例

### 第1章 病状悪化のため精神科医療機関に入退院を繰り返している事例

この章では、入院中から本人や関係機関で退院に向けた処遇プランを作成することで、本人は自ら病状悪化のサインに気づき、関係機関は本人の状態の変化を早期に把握し対応ができた事例を取りあげている。

これらの事例では、再入院防止のための処遇プラン作成や関係機関の見守り体制について学ぶことができる。

- 事例1-1 入退院を繰り返している60歳代男性の事例
- 事例1-2 治療中断により、緊急対応が必要になり、入退院を繰り返す事例
- 事例1-3 母親への暴力から入退院を繰り返しつつ社会資源に繋がった事例
- 事例1-4 入退院を繰り返していたが、1人暮らしを継続したいという事例への支援

## 事例 1-1

## 入退院を繰り返している 60 歳代男性の事例

### (概要)

この事例はこれまでに 7 回の入院歴があり、経済的な不安により精神状態悪化する傾向がある。前回の入院のきっかけも、金銭面での問題が発生したことで、今後の生活への不安が高まり、病状が悪化したことによる。

処遇プランにより状態が悪化しやすい時の状況などを本人や関係機関で確認でき見守ることで処遇プラン開始後、入院することなく過ごせることが出来ている。

### I 事例概略

1 性別：男性      2 年齢：60 歳代      3 病名：統合失調症

4 把握時の状況（現病歴、生活歴、家族歴等）

4 人兄弟の二男として出生し、2 度の結婚歴があるが、子供は居らず単身生活。発病して 20 年以上経過している。

把握時は任意入院中であった。入院直後は表情が硬く、声かけに反応がなかった。また、抑うつ状態がなかなか改善せず、整容が出来ない状態で、薬物を変更・増量しながら経過観察中であった。

### II 対応の経過

1 把握のきっかけ

(1) 把握のきっかけ…保健所から病院へ地域定着推進事業対象者を選定依頼

(2) 選定理由…経済的な不安が強くなったことよって症状が悪化し、精神的に不安定な状態であったため、退院後再入院なく過ごせるために見守りが必要と考えられたため対象者として選定された。

2 処遇プラン作成に至るまでの各関係機関との連絡調整等

(1) 関係者会議実施…参加者：本人

病院 2 名（病棟看護師、外来看護師）

訪問看護ステーション 1 名

保健所 2 名

(2) 保健所にて処遇プラン作成…当所で原案を作成し、本人、関係機関に確認してもらった。

(3) 処遇プラン完成 → 本人に手渡しし、関係機関に送付した。

### III 処遇プラン

1 処遇プランの目的・目標

(1) 本人が自ら症状悪化時のサインに気づき、適切な対処を行える。

(2) 再入院なく地域で生活するために各関係機関で連携しながら本人の状態の変化に早期に気づいて対応できるような見守り体制の構築。

2 処遇プランのモニタリング（見直し）方法

処遇プランを使用して対象者の状態のモニタリングを継続的に行い、レベル 1 の状態で安定して経過していたため処遇プランの見直しは不要であった。



### 3 処遇プラン

緊急区分	本人の行動の状態	本人の対処行動	デイケアの対応	訪問看護の対応	保健所の対応
レベル1 通常の状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家事がこなせる。</li> <li>・身なりを整えている。</li> <li>・他の人とすんなり会話ができる。</li> <li>・適度に友人の世話をする。</li> <li>・経済的な不安が少ない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬の飲み忘れがないようにする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・表情の観察</li> <li>・服薬確認</li> <li>・経済状態の確認</li> <li>・気になっていることはないか声をかける。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※基本デイケアの対応と同様</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※基本デイケアの対応と同様</li> </ul>
レベル2 少し調子が悪い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・金銭的なことが気になり出す。</li> <li>・表情が硬い。</li> <li>・うまく話ができない、小声で話す。</li> <li>・がんばりすぎて、くたびれている。</li> <li>・部屋が少し散らかっている。</li> <li>・ごはんが食べられない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周囲の人に、気になっていることを話す(妹、友達、病院職員など)。</li> <li>・経済的なやりくりについて周囲の人に相談し、先行きの見通しをたてる。</li> <li>・横になって休む。</li> <li>・臨時の受診をする。</li> <li>・息抜きのための短期入院を考える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬確認</li> <li>・経済状態の確認</li> <li>・気になっていることがあるのではないかと声をかける。</li> <li>・身体状況の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※基本デイケアの対応と同様</li> <li>・訪問時横になっていたら、一人で頑張りすぎて疲れていないか確認する。</li> <li>・主治医に連絡する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※基本デイケア、訪問看護の対応と同様</li> <li>・周囲の人への相談を促す。</li> <li>・関係機関に連絡する。</li> </ul>
レベル3 とても調子が悪い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経済的な不安が強い。</li> <li>・頭がぼーっとしてうまくしゃべれない。</li> <li>・周囲の人が話しかけても反応がない</li> <li>・意思疎通ができない。</li> <li>・ヒゲがのびている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院を促す。</li> <li>・主治医に連絡する。</li> <li>・関係機関に連絡する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※基本デイケアの対応と同様</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院を促す。</li> <li>・関係機関に連絡する。</li> </ul>

### IV 考察

- ・処遇プランを活用することで関係機関は状態把握や早期対応を一貫して行えた。そのことが本人の再入院の防止、安定した生活に繋がったと考えられる。
- ・問題点としては、作成時にモニタリング時期を決めておらず振り返りの機会を逸してしまった。そのため、時間が経過することで関係機関が現在も継続して処遇プランを活用できているか、本人が処遇プランを活用できているかなどの把握が曖昧になってきた。
- ・今後は、レベル1を維持できている状態であっても、レベル1を維持できているということについて本人や関係機関と共通認識し、また、処遇プランを使用した振り返りの機会を設けて必要時処遇プラン内容の見直し、修正を行う。

## 事例 1-2

## 治療中断により、緊急対応が必要になり、入退院を繰り返す事例

### (概要)

治療中断から症状が悪化し、暴力行為、器物破損等の他害行為等を繰り返し、措置入院や医療保護入院を繰り返す事例。

高齢の母親と二人暮らしで、今までは母親が生活支援と服薬管理の見守りを行っていたが、高齢な上、本人との関係性が良好ではないので、外部の見守りが必要となってきた。

また、本人、支援者ともに服薬管理について見守りが必要だと感じており、「処遇プラン」を作成し、本人・家族、関係者が病状悪化時の兆候と対応を把握し、早期対応できるようにしたもの。

### I 事例概略

1 性別：男性      2 年齢：50歳代      3 病名：統合失調症

#### 4 把握時の状況（現病歴、生活歴、家族歴等）

一人っ子として出生。幼少時に両親が離婚し、母親に養育された。大学を中退後、職を転々とした。20歳代後半で結婚し、2子をもうけた。30歳代で統合失調症を発症、近医にて加療していた。30代後半、家族に対する暴力行為にてA病院に入院、退院後通院せず。この頃、離婚し、実家に戻り母親と二人暮らしとなる。

40歳代前半、家の中のガラス製品を投げつけて壊し、注意した母親に激怒し、母親の顔面を強打し、ケガを負わせた。翌日、訪問してきた友人と会話中に突然興奮し、物を投げつけ、手に軽いケガを負わせ、警察に通報された。警察官到着の際もパトカーを蹴飛ばす等暴力行為があり、23条通報後、医療保護入院となった。

その後約10年間に、医療保護入院を10回、措置入院を4回繰り返しており、今回、最終入院後の退院支援で「処遇プラン」作成を検討したもの。

### II 対応の経過

#### 1 把握のきっかけ

警察官による23条通報

#### 2 処遇プラン作成に至るまでの各関係機関との連絡調整等

退院に向け、本人、主治医と院内で話し合いを重ね、看護師、精神保健福祉士と話し合い、訪問看護導入等についても調整をした。

母親に対しても丁寧な説明を繰り返し、「処遇プラン」作成、訪問看護導入等利用について理解を求めた。

### III 処遇プラン

#### 1 処遇プランの目的・目標

目的：本人・家族が病状悪化時の兆候と対応を把握することができ、早期対応が可能となる。

目標：本人が病気についての理解を深め、定期受診・定期服薬を継続出来る。

家族が病気を理解し、本人と向き合い、治療継続に協力することが出来る。

#### 2 処遇プランのモニタリング（見直し）方法

訪問看護導入時もしくは約3か月後に見直しを行う。

### 3 処遇プラン

緊急区分	本人の行動の状態	本人の対処行動	見守り関係者の対応		
			母	保健所	訪問看護
レベル1 (通常の状態)	・定期的に受診できる。	・生活パターンを決めて生活できる。 ・薬をきちんと飲む。 ・夜眠ることができる。	見守り	通常支援 (訪問・電話)	通常支援 (服薬管理・生活指導など)
レベル2 (観察が必要)	・薬をのまなくてもいいと思ってしまう。	・薬をのむ。	薬が多く残っていないか確認する。	訪問・電話する。	通常支援
レベル3 (受診を促す)	・お風呂に入らなくなる。 ・ひげをそらない。 ・たばこが増える(2箱以上)。 ・幻聴が気になる。 ・薬を飲まなくなる。 ・独り言を言う。	・受診する。 ・不調のサインを主治医に伝えることができる。	変化に気づいたら主治医・保健所に相談する。	・変化に気づいたら訪問する。 ・受診を勧める。 ・必要な時は主治医に連絡する。	変化に気づいたら家族・主治医・保健所に相談する。
レベル4 (入院を促す)	・動きが止まる(体が思うように動かせない)。 ・笑いが止まらなくなる。 ・幻聴の言うことに従ってしまう。 ・周りの人が敵に見える。	・受診する。 ・主治医の先生の助言を受け入れる。	変化に気づいたらすぐ主治医に相談する。	変化に気づいたら主治医に連絡し、受診を勧める。	

### IV 考察

- ・必要時、本人・家族から保健所へ電話連絡がかかってくるようになった。
- ・見守りをする人が増えたことで、本人の在宅生活の安定につながった。
- ・新たに金銭管理の問題が出てきた時、「処遇プラン」に基づき、保健所から家庭訪問をし、福岡県自立相談支援事務所(暮らしの困り事相談室)へつなぐ等スムーズな対応ができた。
- ・訪問看護等関係機関と情報共有・連携をしながら、再入院せずに在宅生活(11か月)を継続できている。

## 事例 1-3

## 母親への暴力から入退院を繰り返しつつ社会資源に繋がった事例

### (概要)

ひきこもり、昼夜逆転の生活から、母親との2人暮らしの中でストレスが増大し、母親に対する暴言、暴力が出現。入院治療しても継続治療できずにいたが、措置入院、医療保護入院などを経て、通院、病院デイケア、訪問看護、ショートステイの利用に繋がった。

そのため、病状悪化し、再び母への暴力がエスカレートした場合の対処法として処遇プランを作成。実際に、処遇プランに基づき、支援者が病状悪化をキャッチし、連携を取ることが出来たため、スムーズに受診、入院へ至り、対処が出来た事例である。

### I 事例概略

1 性別：女性      2 年齢：30歳代      3 病名：統合失調症

4 把握時の状況（現病歴、生活歴、家族歴等）

父親は本人が9か月のころ死亡。母親の実家（現在の自宅）で育つ。高校進学し、1年時にいじめにあい、2年で退学。その後自宅に引きこもる。昼夜逆転し、パソコン・テレビを見て過ごす。

母親に対して暴言や暴力が出るようになり、27歳、精神科病院入院するも1か月で退院。大学のカウンセリングに通う。母親への暴力がエスカレートし、24条通報でX-2年5月~8月措置入院、X-1年7月まで医療保護入院。X年3月~7月まで精神科病院任意入院。

\*X年=処遇プラン作成した年とする

### II 対応の経過

1 把握のきっかけ

X-2年5月、精神保健福祉法に基づく警察官通報後、X-1年7月まで医療保護入院。

2 処遇プラン作成に至るまでの各関係機関との連絡調整等

X-1年7月、退院前に病院でケース会議を実施。退院後は病院デイケア、訪問看護、受診で1週間のスケジュールを立てていた。保健所からは2か月毎の訪問により支援。

X年3月に「死にたい」とほのめかす等、病状悪化による任意入院となる。

X年6月入院治療から自宅に戻るケース会議にて、本人からの「再入院したくない」との言葉を受け、目標のための処遇プランを作成することを提案。

X年7月ケース会議にて本人、家族、関係者へ説明し処遇プラン利用開始。

### III 処遇プラン

1 処遇プランの目的・目標

本人「退院したら、入院しないでいいように自宅での生活を続けていきたい。いずれは仕事をしてみたい。」

母「自分も年なので、自立をして欲しい。買い物に行くなど、外に行く機会を増やして欲しい。」

2 処遇プランのモニタリング（見直し）方法

・2か月毎の訪問によるモニタリング（本人、母面接にて）。

・本人のデイケア活動を見学し、デイケア担当PSW、外来担当PSWと情報交換により、生活リズムを作るため就寝時間を早くすることをプランに追加し見直している。

### 3 処遇プラン

緊急区分	本人の行動の状態	本人の対処行動	家族の対応	支援者の対応
				相談支援事業所相談員
				病院外来デイケア PSW
				訪問看護師
				ショートステイ職員 保健所職員
レベル1 (通常の状態)	デイケアやショートステイの利用で生活リズムを保持できる。	自分の体調や気になることを意思表示することができる。 ショートステイを利用する。	通院への同伴やデイケアの送迎を行う。 服薬の促しと服用の確認を行う。 定期的なショートステイ利用を促す。	体調や日常生活状況を把握し、問題があれば関係者と情報を共有する。 デイケアの継続参加やショートステイ利用ができたことを認め、本人の在宅生活をサポートする。
レベル2 (指導が必要)	テレビやパソコンを夜遅くまでするようになり、生活リズムが崩れる。	生活のリズムを崩さないため、母親から支援者からの助言を聞き入れる。	本人の日常生活の変化を支援者や主治医に早めに相談する。	生活のリズムを崩さないよう、十分な睡眠やデイケア参加が継続できるよう助言をする。 タイムリーなショートステイの利用を促す。
レベル3 (受診を促す)	デイケアを休みがちになる。肌のことが気になる。	母親や支援者の促しで、臨時に受診する。	臨時に受診が必要か病院へ相談し、受診を促す。	臨時に受診する必要があるか病院に相談し、受診を促す。
レベル4 (入院を促す)	自宅に引きこもり、昼夜逆転の生活で服薬しなくなる。	主治医や支援者の促しを聞き入れ、入院する。	入院の必要性について早めに病院へ相談し、受診・入院を促す。	入院する必要があるか病院に相談し、受診・入院を促す。

### IV 考察

- ・処遇プランに基づき支援を行なうことで、悪化時にスムーズに治療に繋げることができた。  
また、相談支援事業所と一緒にモニタリングすることで、相談支援事業所や訪問看護ステーションと連携し情報交換しながら対応ができた。
- ・再入院により処遇プランは中止している。  
グループホームへの入所を目標としているが、退院時の帰宅場所が自宅になれば、処遇プランの作成が必要である。

## 事例 1-4

## 入退院を繰り返していたが、1人暮らしを継続したいという事例への支援

### (概要)

単身生活で金銭管理、服薬管理ができず、これまでに10数回入退院を繰り返している。退院後は元のアパートでの生活が本人の強い希望であり、その実現に向けて、入院中から本人や関係者と面接し、処遇プラン作成のため本人を交えたケア会議を開催した。ケア会議で支援者の見守り体制を確認後、アパートに退院した。本人は現在就労継続支援B型事業所に通所中であり、地域の見守り体制のもと関係機関の連携により再入院せず在宅生活を継続している。

### I 事例概略

1 性別：男性      2 年齢：50歳代      3 病名：統合失調症

4 把握時の状況（現病歴、生活歴、家族歴等）

- ・10歳代で結婚し3子をもうけたが20歳代で離婚後20歳代で発病。
- ・本人は入退院を繰り返し、金銭管理ができず入院前の所持金が数十円。
- ・入院前は家事等が苦手な掃除、洗濯ができないため、自宅はゴミが散乱している状態。
- ・血統妄想・被害妄想があり妄想的な発言があり、幻聴に支配され落ち着きがない。
- ・自己評価は高いが、理解力が低く同じ事を何度も言い、あちこちに電話をかけることでトラブルが多い。

### II 対応の経過

1 把握のきっかけ

- ・管内の精神科病院に入退院を繰り返していた単身者のアパートへの退院支援について、精神科病院から連絡があり関わりを開始。

2 処遇プラン作成に至るまでの各関係機関との連絡調整等

- ・以前入所していたグループホーム管理者からグループホーム入居後の状況や、病状悪化時の状況をアセスメントした。
- ・精神科病院の支援者（主治医・担当PSW、担当NS、デイケア担当者）や地域での支援者（訪問看護、市役所、担当CW、相談支援事業所等）から、過去の病状悪化時、入院に至った経過等を情報収集し、本人の振り返りを含め、ケア会議をとおして処遇プランを作成した。

### III 処遇プラン

1 処遇プランの目的・目標

- 目的：統合失調症の再燃を予防し病状悪化時に早期に対応する事で再入院を防ぎ、地域定着を図る。  
目標：服薬管理と金銭管理を中心に支援者が連携して見守り、単身者が安定した在宅生活を送れる。

2 処遇プランのモニタリング（見直し）方法

- ・退院後3か月 評価会議開催  
（出席者：精神科病院医師、PSW、デイケア、訪問看護ステーション、相談支援事業所、市町・担当CW、本人、保健所）
- ・内容（見直し項目）：本人の状態、対処行動、対応などの見直し項目を赤で修正し配布した。

### 3 処遇プラン

緊急区分	本人の行動の状態	本人の対処行動	病院、訪問看護、デイナイトの対応	保健所の対応
レベル1 (例:通常の状態)	薬をのむ。デイケアに参加する。 規則正しい生活をする。 訪問看護を予定通り受ける		普段通りの関わり。	訪問
レベル2 (例:指導が必要)	お金の事に執着し買い物が増える。 水分量が増えトイレの回数が増える。 時間等ルールが守れない。頻回に電話を掛ける。 人から拒否されていると思う。	金銭管理をしてくれるスタッフやCW等に相談する。 頓服を飲む。 訪問看護ステーションに電話を掛ける。	見守り、言葉掛けを増やす。 休養を提案する。	訪問して見守り、必要時に関係機関へ連絡。
レベル3 (例:頓服を促す)	ソワソワして落ち着きがない。 テンションが高くなり、自制が効かない。 訪問看護のキャンセルが増える。 焦りや不安、イライラ感を感じる。 自分でなんでもできる万能感あり。 不眠で眠りが浅くなり、追加の薬を要求する	外出を控えリラックスする。 外来受診する。	スタッフから主治医へ連絡する。 本人へ受診を促す。	本人のサインをみて関係機関へ連絡し受診を促す。
レベル4 (例:入院を促す)	短期で怒りっぽくなり攻撃的な発言、行動が増える。要求が増す。 イライラして目つきが違う。 服薬管理ができなくなり記憶が曖昧になる。 幻覚妄想に支配され、インターネットが操作されていると感じる。	病院に相談、連絡、受診する。	入院支援を行なう。	入院を促す。

### IV 考察

- ・本人を含めて処遇プランを検討し、可視化することで共通理解が深まり、スムーズな連携に結びつく。
- ・多くの支援者がいると本人が認識でき、日常生活での心理的な支えになっている。
- ・処遇プランは本人が客観的に振り返る材料になり、「レベル3（本人用の処遇プランは入院を促す）に行かないように」が、合い言葉のようになっており、本人も現在の病状を確認する機会になった。
- ・入退院を繰り返しており、過去、病状が悪化し入院に至った経緯を、本人と関係者で振り返りそこに焦点を当て重点的にアセスメントしたことが、処遇プランに活かされた。

今後の方針：関係機関で見守りを継続して本人の **SOS** を早期に把握し、適宜ケア会議等を開催して地域で安定した生活を送れるよう支援する。





## 第2章 単身で関係機関の支援を受けて在宅生活が継続している事例

この章では、退院後、単身の精神障害者への支援において、キーパーソンがいない、服薬管理ができな  
い、住居が決まらない状態であったが、関係者の見守り体制により、地域生活が継続できている事例を取  
り上げている。

これらの事例では、処遇プラン作成により本人、関係者が病状悪化時に早期対応でき、地域での見守り  
体制の構築について学ぶことができる。

事例2-1 単身生活が破綻し、保健所介入で初回治療に繋がり在宅生活となった事例

事例2-2 地域での生活の場の確保と見守り体制を築いた事例

## 事例 2-1

## 単身生活が破綻し、保健所介入で初回治療に繋がりに在宅生活となった事例

### (概要)

母親が認知症で入院後、単身生活をしていましたが、外出できなくなり、近所の人の支援（食事の準備、買い物、入浴等）で生活していた。しばらくして、思考混乱、会話も成立しづらい状況となり、近所の援助も限界となり、保健所介入にて、初めて精神科を受診し、「統合失調症」の診断で初回医療保護入院となった事例。

退院後、単身生活を維持していくために、本人、支援者ともに受診確認、服薬管理等について見守りが必要だと感じており、「処遇プラン」を作成し、本人、関係者が病状悪化時の兆候と対応を把握し、早期対応できるようにしたもの。

### I 事例概略

1 性別：女性      2 年齢：50歳代      3 病名：統合失調症

#### 4 把握時の状況（現病歴、生活歴、家族歴等）

同胞3人第2子として出生。高校生の時に不登校あり。高校卒業後、就職するが3年で辞めた。その後、保険の外交等勤めるが、トラブル等あり辞職。以降、仕事には就かず、自宅で母親と過ごしていた。時期は不明だが、近所の人が噂をする声や機械を動かす音等幻聴があり、声に支配されて買い物をする等の行動もあった。周囲から精神科受診を勧められたこともあったが、母親が拒んでいた。

X年、母親が認知症で入院後、単身生活をしていましたが、外出できなくなり、近所の人の支援（食事の準備、買い物、入浴等）を受けながら生活していた。

X+1年、思考混乱、会話も成立しづらい状況となり、近所の人の援助も限界となり、ケースワーカーを通じ、保健所へ相談、保健所介入にて、初めて精神科受診、「統合失調症」で初回医療保護入院となる。

### II 対応の経過

#### 1 把握のきっかけ

生活保護担当ケースワーカーから相談

#### 2 処遇プラン作成に至るまでの各関係機関との連絡調整等

退院後5か月経過し、単身生活に慣れてきたところで、保健所、主治医で話し合った。その結果、保健所の調整のもと、本人、主治医、精神保健福祉士、訪問看護ステーション、訪問介護、地域活動支援センター、生活保護担当ケースワーカーでケース会議を実施。

### III 処遇プラン

#### 1 処遇プランの目的・目標

目的：本人・関係者が病状悪化時の兆候と対応を把握することができ、早期対応が可能となる。

目標：本人が訪問看護や訪問介護等の支援を受けながら、生活環境を整える。

医療機関の受診を定期的に行うことで、生活のリズムを整える。

母親のお見舞いに行くことで、娘としての役割を果たし、社会とのつながりを保つ。

自分が希望する暮らし方を自分で調整出来るようにしていく。

#### 2 処遇プランのモニタリング（見直し）方法

約3か月後にサービス担当者会議を実施し、経過を振り返り、現状の課題を共有。

在宅生活を継続できるよう、支援内容や方向性について検討した。

その後も定期的なモニタリングを計画。

### 3 処遇プラン

緊急区分	本人の行動の状態	本人の対処行動	見守り関係者の対応				
			訪問看護	ヘルパー	ケースワーカー	保健師	叔母さん
レベル1 (通常の状態)	毎日外出し、買い物ができる。	曜日ごとに生活パターンを決めて生活している。	服薬管理	通常支援	通常支援※	通常支援	見守り
レベル2 (観察が必要)	体がきつくなる。母親や叔母さんへの電話の回数が増える。体力をつけようと食事の量が増える(栄養ドリンク・レーズンパン)。	まわりの人に誰でもいいので、体がきつことを伝えることができる。	主治医連絡。 (月1回・必要時)	食べ物が買いだめされていないか確認。	※母親の体調の把握	必要時、病院との連携。家計支援で内容を確認。	電話の回数が増えると訪問看護へ連絡。
レベル3 (受診を促す)	不安になる。じっとしてられない。動くのがきつくなる。身の置き所がなくなる。	訪問看護に体調不良の連絡ができる。叔母さんに付き添ってもらい受診する。	電話対応 臨時の訪問。 主治医連絡。 (必要時)	変化に気づいたら訪問看護へ連絡。支援内容・回数の変更。	変化に気づいたら訪問看護へ連絡。	変化に気づいたら訪問看護へ連絡。受診勧奨。	変化に気づいたら訪問看護へ連絡。受診の付添い。
レベル4 (入院を促す)	考えがまとまらず、一人で行動するのが怖くなる。周りの人から嫌がらせをされると感じる。外出ができなくなる。	主治医の先生の助言を受け入れる。	電話対応 臨時の訪問。 主治医連絡。 (適宜)	変化に気づいたら訪問看護へ連絡。支援内容・回数の変更。	変化に気づいたら訪問看護へ連絡。経済的支援。家族の調整。	変化に気づいたら訪問看護へ連絡。受診勧奨。	変化に気づいたら訪問看護へ連絡。受診の付添い。

※その他の悪化要因：母親の体調の変化・・・ケースワーカーがB病院（SW）との連携を行う。

※本人の了解を得て、近所の支援者へも「処遇プラン」「関係者連絡網」を手渡す。

#### IV 考察

- ・本人に「処遇プラン」を渡していたことで、本人自身が悪化のサインに気づき、関係者へ連絡することが出来た。
- ・本人がレベル3の状態の時に、本人から保健所へ連絡があったが、「処遇プラン」では訪問看護に連絡するようになっていたので、本人に「処遇プラン」どおり訪問看護に連絡するように助言できた。
- ・本人の了解を得て近所の支援者にも「処遇プラン」を渡していたため、近所の支援者からの連絡で早期介入ができ、再入院後、退院支援もスムーズに行えた。
- ・「処遇プラン」があることで、本人、関係者間で振り返りが出来、情報共有、連絡体制の確認の際に役立った。

## (概要)

病識がなく、治療中断していたケース。

父親と喧嘩した後、家を出て約 8 か月の間、日中は公共施設を転々とし、夜は屋外で寝るようなホームレス生活していた。市町村職員から保健所に相談があり、両者で家族を支援し、医療保護入院となる。

入院をきっかけに医療が途切れないように処遇プランを用いて、相談支援事業所と連携し、グループホームや就労継続支援 B 型事業所の施設見学に同行するなどの支援を行った。

その結果、本人はグループホームで生活をしながら、日中は就労継続 B 型の事業所に通所している。

## I 事例概略

- 1 性別：男性      2 年齢：30 歳代      3 病名：統合失調症
- 4 把握時の状況（現病歴、生活歴、家族歴等）

同胞 2 人の長男として出生。高校を卒業後、大学に進学するも授業に出ず、2 年で中退。会社で 2 年働いた後、派遣の仕事をするが解雇される。

31 歳時に父親と口論になり、父親の首を絞め、警察に保護され、精神科病院を受診し、統合失調症の診断にて医療保護入院となる。退院後はしばらく通院していたが、病識なく通院中断。

32 歳の時、父から家を追い出され、ホームレス状態となる。日中を公共施設で過ごし、大声を出すなどの行為があるため、公共施設から苦情が市町村へ寄せられていた。

X 年（34 歳）に、市町村から当所へ相談あり。1 カ月後、母親が本人を連れて受診し、医療保護入院となる。

## II 対応の経過

## 1 把握のきっかけ

市町村の障害担当係より、事例について相談あり。受診歴があるので、家族が病院へ事前に連絡した上で、家族の力で病院へ連れて行くようにアドバイスする。

病院側へ処遇プランの適応事例についてあらかじめ相談していた所、適応ではないかと打診あり。

## 2 処遇プラン作成に至るまでの各関係機関との連絡調整等

(1) 入院中に本人、母親と面接。処遇プランの目的について説明を実施。

(2) 病院側へも改めて処遇プランについて説明し、病状悪化時のサイン、対応について聞き取りを行った。

(3) 相談支援事業所主催のケアプラン会議において、関係者に処遇プランについて説明、協力を要請した。

(4) 家族との同居が困難なため、地域の生活基盤を模索した。

## III 処遇プラン

## 1 処遇プランの目的・目標

病状悪化時には関係者が連携し、速やかに医療につながる事ができる。

## 2 処遇プランのモニタリング（見直し）方法

適宜

### 3 処遇プラン

緊急区分	本人の行動の状態	本人の対処行動	家族、GHの対応	就労支援B型施設の対応	相談支援事業所の対応	保健所の対応
レベル1 (例：通常の状態)	・表情は穏やか。状況に応じて笑顔も見られる。 ・幻覚・幻視・幻聴・妄想を否定。	・規則正しい生活を送る。	・普段通りの対応、適宜体調・服薬など声掛けを行う。	・普段通りの対応、適宜体調など声掛けを行う。 ・作業が負担にならないように調整する。	・本人や家族の希望を確認し、関係機関と連携を取りながら支援の内容を見守る。	・家庭訪問などによる療養支援(1~2か月に1回程度)。
レベル2 (例：指導が必要)	・表情が硬くなる。笑みがなくなる。 ・身だしなみ(ひげ、髪の毛など)に気を遣わなくなる。	・頓服薬を服用する。	・本人の体調・服薬状況など注意深く見守る。 ・頓服薬の内服を促す ・受診時には病院へ相談。	・本人の体調を注意深く見守る。 ・作業の内容を本人と話し合う。 ・頓服薬の内服を促す。	・体調に合わせて支援の内容を見守る。	・心身の症状の観察と見守りを行う。
レベル3 (例：頓服を促す)	・独言がみられる。 ・言葉が少なくなる。	・不調であることをGHや就労支援B型施設等の関係者に相談する。 ・受診する。	・GHは家族、関係者へ連絡する。家族は病院へ連絡する。	・関係者へ連絡する。	・体調に合わせて支援の内容を見守る。	・病院(PSW)、家族、関係者へ連絡する。
レベル4 (例：入院を促す)	・奇異行動(両手をあげる)や独言が激しくなる。 ・受診を拒否する。	・家族や支援者の促しを受け入れ、受診する。	・家族は病院へ連絡、早期に受診に付き添う。 ・自傷他害時は110番通報。	・早期の受診を勧める。 ・関係者へ連絡する。	・体調に合わせて支援の内容を見守る。	・早期の受診勧奨と主治医(PSW)及び家族、関係者に速やかに連絡を行う。

### IV 考察

#### 【本人または支援者に効果があったこと】

本人の病状悪化時の様子を知らない地域援助者も病状悪化時の様子を共有することができ、地域での見守り体制の構築ができた。本人は退院後の住まいなど生活の場が確保でき、支援を受けながら地域での生活が営めている。

#### 【問題点、課題】

本人に病識がなく、症状を否定するため、支援者のみでの処遇プランの共有となった。

#### 【今後の方針】

本人は、働いて工賃を貯めて、一人で自立した生活がしたいと望んでいる。  
処遇プランを基に見守り、地域での生活を送ることができるように支援する。

## 事例 2-3 退院後の住居問題で退院が延長した事例

### (概要)

40 歳代にひきこもり状態になり内科からの転院で精神科へ入院となる。統合失調症の陽性症状はなく、病状が落ち着いてからは作業療法を行い、病棟内の清掃をするなど自発的行動もみられるようになった。服薬の自己管理はできているので、薬で病状のコントロールが可能な方である。5 年間の入院で退院には不安を示していたが、病院内の作業療法で退院に意欲を示すようになった。キーパーソンは弟で、退院後は生活保護を受給し、単身生活を送ることになる。支援機関は、金銭管理を社会福祉協議会、家事援助を障害者ヘルパー、服薬確認・病状管理を訪問看護、日中の活動は病院デイケアに参加するという体制で支援が決まったが、住居がなかなか決まらなかった。弟が保証人になることを拒み、保証人協会での契約を不動産業者が認めないため暗礁に乗り上げ、退院日が延びていった。病院の PSW が物件をあたり、交渉した結果、契約できる物件がやっと見つかり、退院の運びとなったケースである。

### I 事例概略

1 性別：女性      2 年齢：50 歳代      3 病名：統合失調症、軽度腰痛

4 把握時の状況（現病歴、生活歴、家族歴等）

同胞 3 名第 2 子として出生、姉は重度知的障害。高校卒業後、職を転々とする。30 歳代で農業を営む夫と結婚し一男出産、40 歳代に離婚し、長男は夫が引き取る。その後は、両親と姉と生活するが母が他界し、家族はヘルパーを利用しての生活となる。本人は、意欲なくひきこもり、自室でほぼ臥床して過ごす。父や弟が介入しようとするとうるようになった。経済的困窮となり、生活保護の検診命令で病院受診し、内科で入院加療後、精神科へ転院する。入院後、姉は施設へ入所、父は他界する。

### II 対応の経過

1 把握のきっかけ

精神科入院時に父親から保健所に相談があっており、「地域定着推進事業」の実施に伴い、精神科病院との協議で把握した。

2 処遇プラン作成に至るまでの各関係機関との連絡調整等

関係機関との調整は、精神科病院 PSW が中心となり、行われた。

関係機関：精神科病院（主治医、副主治医、PSW、訪問看護）

市役所（福祉支援課、保護課、障害者相談支援センター）

社会福祉協議会（金銭管理、ヘルパー）

保健所、不動産業者、保証人協会、家族（弟）

### III 処遇プラン

1 処遇プランの目的・目標

退院後に、安心して地域での生活がおくれるように、本人の状態に応じて本人、家族、関係機関が支援する。

2 処遇プランのモニタリング（見直し）方法

期間：退院後 6 ヶ月      会議：ケア会議の開催（本人、関係者）

確認項目

【1 各機関の支援状況    2 本人の思い    3 意見交換（本人の課題や良いところ）    4 今後の取組】  
スタッフのみでの確認項目 【問題点、対応策】

### 3 処遇プラン

緊急区分	本人の行動の状態	本人の対処行動	家族の対応	ヘルパーの対応	ケースワーカーの対応	病院の対応	保健所の対応
レベル1 (普段の生活)	<ul style="list-style-type: none"> <li>外出ができる。</li> <li>生活費内で買い物ができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医との相談</li> <li>関係機関との相談</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>時折の訪問や電話連絡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>室内の整理整頓</li> <li>調理の支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>定期的な訪問</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>デイケアや訪問による支援</li> <li>時折の服薬確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>相談窓口</li> <li>不定期的な訪問</li> </ul>
レベル2 (指導が必要)	<ul style="list-style-type: none"> <li>デイケアの欠席が続く。</li> <li>室内の整理が滞る。</li> <li>生活費が足りなくなる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>デイケアへの連絡</li> <li>訪問看護への相談</li> <li>ヘルパーとの協働</li> <li>社会福祉協議会へ生活費の相談</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問と電話連絡</li> <li>病院への相談</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>室内の整理整頓の協働</li> <li>訪問看護との連携</li> <li>権利擁護事業担当者との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診の指導</li> <li>病院への連絡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>服薬調整</li> <li>訪問支援</li> <li>外出の促しと同伴</li> <li>保健所への連絡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問相談</li> <li>関係機関への連絡</li> </ul>
レベル3 (頓服薬で対応)	<ul style="list-style-type: none"> <li>外出できなくなる。</li> <li>人と会うことが苦手になる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医や訪問看護に相談</li> <li>頓服薬を飲む</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>頻回な訪問</li> <li>病院への相談</li> <li>家族の家へ外泊</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>室内の整理整頓</li> <li>調理の支援</li> <li>頓服薬を促す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診の指導</li> <li>病院への連絡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>服薬調整</li> <li>服薬確認</li> <li>ケース会議の提案</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケース会議の招集</li> </ul>
レベル4 (入院が必要)	<ul style="list-style-type: none"> <li>外出が全くなくなる。</li> <li>食事を食べなくなる。</li> <li>意欲がなくなる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院への受診を家族に依頼する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診の同伴</li> <li>入院相談</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>室内の整理整頓</li> <li>食事の確保</li> <li>入院を促す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族への協力依頼</li> <li>病院への連絡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>服薬調整</li> <li>服薬確認</li> <li>入院を促す。</li> <li>ケース会議</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院を促す。</li> </ul>

### IV 考察

平成27年夏頃から、保健所からの連絡は受けなくなっているため、病院のPSWから状況把握を行っている。現在も精神科病院で通院・デイケア利用を継続し、地域生活を送っている。





### 第3章 長期入院から地域移行し地域生活を継続している事例

この章では、入院中から本人や家族と面接を繰り返し、退院に向けたケース会議で処遇プランを作成し、退院後は定期的に処遇プランを確認、見直しをしている事例を取りあげている。

これらの事例では、長期入院精神障害者本人の退院後の生活支援について、処遇プラン作成をとおして関係機関の役割を学ぶことができる。

事例3-1 長い入院生活で退院を諦めていたが、地域での生活を実現した事例

事例3-2 23年4か月間の長期入院から自宅へ退院されたA氏

### 事例 3-1

### 長い入院生活で退院を諦めていたが、地域での生活を実現した事例

#### (概要)

20 歳代後半で統合失調症を発症。その後、精神科病院の入退院と治療中断を繰り返し、次第に病状は悪化。生活は乱れ就労意欲は消失し、ギャンブルで財産をなくす。自宅はゴミ屋敷となり X-7 年アパート敷地内でたき火をし、放尿で消火。ゴミ袋を近所に投げ入れ悪臭があるなど苦情が頻発。

X-7 年～X 年まで医療保護入院から任意入院。この間、病院から退院の話があったが「退院して事件や事故を起こしたら、家族は責任が持てない」と兄が猛反対し退院できなかった。

本人は、入院の間に「退院したい」という気持ちは失せ、地域での生活は夢となっていた。

#### I 事例概略

- 1 性別：男性
- 2 年齢：60 歳代
- 3 病名：統合失調症
- 4 把握時の状況（現病歴、生活歴、家族歴等）

#### 【生活歴及び現病歴】

20 歳代半ばで大学卒業後就職するが、X-38 年統合失調症発症し退職。（被害感、攻撃性が強く暴言あり）自宅の窓から刃物を投げるなど危険行為が続いた。X-37 年～X-21 年まで精神科病院に入退院を繰り返し、その間、在宅時は人との交わりを嫌い、TV が日課で意に反すと激昂した。

X-21 年～X-10 年までの間、精神科病院に不定期に通院・中断を繰り返した。生活は怠惰で自宅はゴミ屋敷と化し X-9 年実母が他界し単身生活になり、ギャンブルで母の遺産をなくした。

X-8 アパート敷地内でたき火をし、放尿で消火。ゴミ袋を近所に投げ入れ悪臭があると苦情が出る。

X-8 年～X 年 精神科病院に医療保護入院から任意入院。この間、病院から退院の話があったが、「退院して、もし事件や事故を起こしたら家族は責任が持てない」と兄の猛反対で退院できなかった。

#### 【家族歴】

- ・両親は他界。4 人兄弟の末っ子。兄のみが関わり、入院中の通帳管理も兄がしている。
- ・障害年金 2 級（20 万 3 千円／2 か月）

#### II 対応の経過

- 1 把握のきっかけ  
X 年 5 月 医療機関に事業説明の際、病院から事例提供があった。
- 2 処遇プラン作成までに至るまでの各関係機関との連絡調整等
  - ・本人・家族及び関係機関に事業説明を何度も重ね、当事者に同意を得て事業を展開した。
  - ・自宅での生活は無理なため、施設を探し見学、お試し外泊をした。
  - ・関係機関と退院に向けてプランを作成した。
  - ・退院後も、本人の病状及び生活状態の確認とプランの見直しを継続した。

#### III 処遇プラン

- 1 処遇プランの目的・目標  
治療を継続し病状悪化を予防しながら、本人にとって最適の地域生活（施設）を確保することを目指している。
- 2 処遇プランのモニタリング（見直し）方法
  - ・期間；1～3 か月ごとに実施。病状が安定すれば 3 か月ごと実施としている
  - ・体制；関係機関：病院（主治医・ソーシャルワーカー・訪問看護・デイホスの職員）施設職員、ホームヘルプ・相談支援事業所・市役所・保健所保健師など
  - ・内容；関係者で病状及び生活状態を確認し、プランの見直しと支援の方針を確認し合った。

### 3 処遇プラン

	各レベルの行動状態 (症状・状態)	本人が約束した対処行動	施設	病院 訪問看護 デイホス	ヘルパ ー	家族
レベル1 通常状態	○ 陰性症状が主 ・じっとして過ごす。 ・促しにより生活できる。 ・幻聴妄想の訴えはない。 ・助言は受け入れる。	・促しにより行動を起こす。 ・もらった範囲で金銭管理する。	見守り 観察 促し	見守り 観察 促し	見守り 観察・ 促し	見守り
レベル2 指導要す	○ 日常生活に支障 が出てくる ・ <u>デイホス参加をしづ る。</u> ・食事の偏り ・不必要な物が増える。 ・不潔になってくる。 ・浪費の問題が出る。	・主治医やスタッフの助言や 提案を受け入れる。	声かけ 病院と相談 受診	声かけ 受診	声かけ 病院に 報告	見守り
レベル3 頓服促す	レベル2と同様	・主治医やスタッフの助言や 提案を受け入れる。	声かけ 病院と相 談、受診	声かけ 受診	声かけ 病院に 報告	見守り
レベル4 入院促す	○レベル2・3の悪化 ・敵意や攻撃性が出る。 ・借金をする。 ・訪看受け入れ拒否 ・デイホス、診察を拒 否	・主治医やスタッフの助言や 提案を受け入れる。	受診・入院 を勧める	受診・入 院を勧め る	病院へ 連絡す る	受診 入院勧 め

### IV 考察

#### 【本人または支援者に効果があったこと】

- ・長年の入院生活により、本人の退院に対する希望は夢と化しモチベーションは低くなっていた。家族も「退院して、事件や事故を起こせば大変なことになり責任は持てない」と退院について反対が強かった。しかし、家族もこの会議に参加し、関係者の手厚い支援で退院生活が送れていることを知り、また時には、病状悪化の兆候が見られたり、他疾患で転院するなどアクシデントがあったが、関係者の的確な対応を目の当たりにし、安心・納得された様子。今では、たいへん感謝され、本人に対しても、当初は冷たい対応であったが、今では「お互い年を取ってきた、仲よく助け合って生きて行こう」と理解を示され、毎月、本人に送金をされるほどに協力的になられた。本人も、兄に対し感謝の念を持ち地域での生活を無事に送っておられる。

#### 【問題点、課題】

- ・施設内で過ごすことに慣れ過ぎて、通院がおっくうになっている。  
(通院の送迎は施設のバスが行うが、診察や訪看・デイホスの拒否がある場合は、入院を検討することを要件としている)

#### 【今後の方針】

- ・関係者でプランを実施し、検討を重ねながら、本人が地域で快適に生活できることを目指し見守る。

## 事例 3-2

## 23年4か月間の長期入院から自宅へ退院されたA氏

### (概要)

20歳代から23年4か月間B病院に入院。最終入院前には、感情不安定で時に不穏になり、包丁を振り回すこともあった。唯一の同居家族である母親(70歳代)は、A氏に対して入院時の印象が強く、またA氏がいなく生活が当たり前になっていたため、A氏が退院した場合の生活に不安が強い。

A氏自身は陰性症状のみで病状安定しており、他患とのトラブルもなく、入院生活に馴染んでいる。たまに「退院したい」と言うことはあるが表面的で、強い訴えではない。当時B病院では、A氏の退院は難しいと判断され、このまま入院生活でよいと判断される存在であった。

しかし、B病院での長期入院患者退院支援プログラムの開始等により、職員の退院促進に対する意識変容もあり、A氏の退院支援も検討されていた。X-1年1月、B病院ではまずA氏と母親の不安軽減のための介入が開始され、同年7月、「地域移行支援」の契約を結び、施設見学や体験、自宅への試験外泊等が行われる。X年6月に退院。その後、自宅での安定した生活を支えるため処遇プランを作成。退院後3年が経過するが、少しずつ生活範囲を拡大させながら、安定した生活を送られている。

### I 事例概略

- 1 性別：女性
- 2 年齢：40歳代
- 3 病名：統合失調症
- 4 把握時の状況(現病歴、生活歴、家族歴等)

2人同胞の長女。2歳で歩行開始。小中学校卒業後、私立高校に入学するが成績は下位、高1で中退。その頃から夜に出歩くようになり、勝手に他家に入り込むようになる。独語・空笑・幻聴・不眠が出現。B病院に医療保護入院となる。しかし、父親のがんによる入院で経済的問題もあり退院。

退院後は外来を1回受診したのみで治療中断。症状再燃し、落ち着きがなくなり、見知らぬ男性に声をかけホテルに行く等、行動が活発化する。父親が死去後、さらに病状悪化。X-24年1月、B病院に医療保護入院となる(X-11年1月～任意入院)。

保健所が本事例把握時、同居の家族は母親のみ。妹は結婚し、近隣市内で生活する。

### II 対応の経過

#### 1 把握のきっかけ

病院職員の働きかけにより家族も徐々に退院を受け入れられ、本人の退院に向けた院内心理教育を5年間受けられた。自宅退院を目前に控え、病院から当所に情報提供があった。

#### 2 処遇プラン作成に至るまでの各関係機関との連絡調整等

「自宅で安心して暮らしたい」「生活訓練等をとおして、一人でできることが増やしていきたい」との本人の目標がある反面、長期入院によるIADL(手段的日常生活動作)低下があり、その援助が母親1人に集中。A氏から目が離せず、対応への戸惑いや精神的負担があった。

また、治療中断の経過があるため、受診や服薬の継続が課題であった。そこで、A氏・母親に本処遇プラン活用の上承を得た後、B病院PSWを通して主治医に病状悪化時の対応等を確認。また、自立訓練施設及び相談支援事業所担当者に事業への協力依頼を行い、病状悪化時の連絡対応等について確認。X年12月の相談支援事業所主催のケア会議にてプラン案を提示し、内容を検討した。

### III 処遇プラン

#### 1 処遇プランの目的・目標

- ・地域生活を見守る体制の充実
- ・病状悪化時に連携して早期に医療機関につなぐ

#### 2 処遇プランのモニタリング(見直し)方法

3 か月ごとの「障害者福祉サービス計画」のモニタリングと同時に、本人、母親、関係機関が集まる際にモニタリングを実施。状態安定しており、内容変更なくプラン続行。

### 3 処遇プラン

緊急区分	本人の行動の状態	本人の対処行動	家族の対応	支援者の対応					
				相談支援事業所	病院 PSW Ns	訪問看護師	自立訓練施設	保健所	
レベル1 (通常の状態)	○周囲とうまくつきあえる。 ○規則正しい生活を送れる。	○自分の体調や病状を母親や支援者に伝える。	○体調や病状を気にかけて声かけをする。 ○服薬確認の声かけをする。	○体調や病状を確認し、変化があれば本人に伝えるとともに、家族や支援者も情報を共有する。 ○定期的にケア会議(モニタリング時期)を実施。					
レベル2 (指導が必要)	○生活リズムの乱れ(不眠・飲み忘れ・通所が不規則となる等)。	○生活リズムが乱れていることを、母親や支援者に相談し、アドバイスを試してみる。	○本人に生活リズムが乱れているように感じることを伝える。 ○家族からも受診時や訪問看護時に支援者に相談する。	○本人の問題解決能力を伸ばすよう、相談対応をする。					
レベル3 (頓服を促す)	○被害的な訴えが続く、イライラが目立つ。 ○人付き合いでトラブルが増える。	○家族や、支援者から勧められたら、臨時に受診する。	○本人に今の様子を伝え、頓服等の服薬を勧める。 ○病院に連絡し、臨時の受診を相談する。 ○受診に同行する。	○本人・家族を入れてケア会議を行う。 ○臨時に受診する必要があるか病院に相談し、受診を勧める。					
レベル4 (入院を促す)	○幻聴に左右され不穏。 ○無断外出等し、行動が抑えられない。怒りっぽくなる。	○家族や支援者の勧めに耳を傾け、受診や休養のための入院を検討する。	○本人の様子を病院・その他の支援機関に相談し、対応を考える。	○臨時の受診や、入院を検討する必要があるか病院に相談し、受診や入院を促す。					

### IV 考察

- ・B 病院では、多職種連携の下長期入院者の退院を促進するプログラムが開始され、自宅やグループホームでの生活に移行する事例もあった。退院後に外来通院する患者の生き生きとした姿は、病院職員の意識を変え、「A氏も退院できるかもしれない」という思いに変化させていた。
- ・実際にA氏が本処遇プランを活用し、退院後3年が経過するが、病状悪化もなく、外来通院での治療継続ができています。日常生活においても自分で炊飯する等、日常生活活動が拡大している。また、A氏が一人で留守番ができるようになったことやA氏の受診・通所の時間を利用することで、母親の息抜きの時間もできています。
- ・本処遇プランで病状のレベルを確認することは母親の安心感にもつながったと考える。さらに、退院して地域で暮らすA氏の姿を見聞きした他の長期入院患者のなかには「自分も退院しよう」という気持ちを持った方もいた。
- ・「障害者福祉サービス計画」でも関係機関の意思統一が図れ、本人・母親への支援体制が構築できており、安定した生活を送れていることから、X+3年4月、本処遇プランの活用は終了した。



#### **第4章 近隣トラブルで精神科治療につながり、退院後は関係機関の見守りにより地域生活が継続している事例**

この章では、関係機関が精神科医療機関の受診を必要とする事例を医療につなげ、医療機関が開催した退院に向けたケア会議を通して処遇プランを作成している。退院後も関係機関の支援により地域生活が継続している事例を取りあげている。

これらの事例では、退院前の本人も交えたケース会議の開催、処遇プランの作成により、医療と福祉サービス利用が継続していることから、本人の意向に沿った関係機関の支援のあり方について学ぶことができる。

事例4-1 大声をあげ近隣住民が対応に苦慮していた事例

事例4-2 近隣トラブルがあり退院後の支援について支援者の不安が大きかった事例

## 事例 4-1 大声をあげ近隣住民が対応に苦慮していた事例

### (概要)

幻聴、視覚の変容、体感異常により、不眠がつづき、被害的な幻聴に支配され、近隣の住宅や会社に対して大声を出し、叫ぶ等の迷惑行動が続いていた事例である。

保健所に住民、警察署からの相談があり、保健師の訪問や市福祉事務所、警察署と情報を共有し、対応を協議した上で本人や家族に働きかけを行い、専門医療機関への受診、入院につながり、退院後も支援を継続し、単身での地域生活が継続できている。

### I 事例概略

- 1 性別：男性
- 2 年齢：40歳代
- 3 病名：統合失調症
- 4 把握時の状況（現病歴、生活歴、家族歴等）

- ・隣市にて出生（同胞5名の第2子）地元の小中学校を卒業後、高校に進学するも1年時に不登校になり、その後中退。職に就くが長く続かず、転々とする。
- ・21歳の頃、交通事故で頭蓋骨骨折。それ以降、偏頭痛がみられるようになった。
- ・本人が30歳の頃に現住所に転居し、理由は不明であるが10年来、近隣住民とのトラブルがある。
- ・H25年1月頃より、幻聴や視覚の変容、体感異常がみられるようになる。特に幻聴は夕方以降、ひどく、本人はうるさく感じ、近くの空き小屋に夜な夜な行って、大声を出し叫んでいた。人は怖がって、警察や保健所へ相談していた。精神科疾患の受診歴、治療歴はない。
- ・同居家族は母親、弟、妹、妹の子2人の6人暮らし。

### II 対応の経過

- 1 把握のきっかけ
  - ・近隣住民から、本人が大声や意味不明の言動があると110番通報がなされるも自傷他害のおそれではなく、保健所へ相談を紹介され、本人と家族が来所。
  - ・保健師が訪問等を実施し、本人や家族に専門医療機関への受診を勧める。（無保険、経済面の問題がある）
  - ・保健所が市（福祉事務所）、警察署等へ連絡・調整を行い、受診、医療保護入院になる。
- 2 処遇プラン作成に至るまでの各関係機関との連絡調整等
  - ・本人の退院予定が決まった時点で、退院前のケア会議を実施。（本人を交えて）
  - ・所内で係会議を実施し、本事例を精神障害者地域定着推進の対象ケースにすることを協議。
  - ・支援者（病院職員、福祉事務所ケースワーカー）に支援ケースとして関わっていく事を説明し、了解を得る。
  - ・退院の1週間前に支援にあたる病院職員と共に本人との面接を実施し処遇プラン内容を説明。本人も内容を理解し、支援について了解する。（福祉事務所は同席できなかったため、同様に支援する事も含めて説明を行った。）

### III 処遇プラン

- 1 処遇プランの目的・目標
  - ・通院やデイケア通所を継続し、地域で安定した生活を送る。
- 2 処遇プランのモニタリング（見直し）方法
  - ・保健師の訪問は月に1回実施。訪問看護やデイケア通所を継続するなかで病状は安定し、病状の変化も自ら受診時や訪問看護の時に相談ができるようになった。
  - ・保健師の訪問を10か月間継続する中で病状は安定したため、処遇プランを変更する事なく終了。



### 3 処遇プラン

緊急区分	本人の行動の状態	本人の対処行動	家族の対応	通院・訪問看護・デイケアの対応	福祉事務所ケースワーカーの対応	保健所保健師の対応
レベル1 (通常の状態)	協調性もあり周囲の意見に耳を傾ける事が出来る。	一人暮らしのため、規則正しい生活を送る事が出来る。 (通院やデイケア通所)と自分の体調や病状を支援者に伝える。	体調や病状を気にかけて声かけをする。 服薬確認の声かけをする。	体調や病状を確認し、変化があれば本人に伝えるとともに、家族や支援者も情報を共有する。		
レベル2 (指導が必要)	デイケアや訪問看護を拒否。 体調不良(頭痛など)を訴える。	体調の変化等について、病院の職員や家族に相談し、自らの行動を振り返り修正が出来る。	本人に生活リズムが乱れているように感じingことを伝える。 家族からも受診時や訪問看護時に支援者に相談する。	本人の問題解決能力を伸ばすよう、相談対応すると共に、早期の時点で病状変化に気づき、規則正しい生活を取り戻すことができるように働きかけていく。		
レベル3 (受診を促す)	通院、通所が不規則となり、怠薬が多くなる。 イライラ感が多目立ち、抑制が効かない。	病院職員や家族、支援者から勧められたら、主治医に相談、指示に従うことができる。	本人に今の様子を伝え、受診を勧める。 病院に連絡し、臨時の受診を相談する。 受診に同行する。	必要時は本人・家族を入れてケア会議を行う。 臨時に受診する必要があるか病院に相談し、受診を勧める。		
レベル4 (入院を促す)	幻聴、被害妄想により、近隣とのトラブルが絶えず、時には警察等の介入を要する。	家族や支援者の勧めに耳を傾け、受診や休養のための入院を検討する。	本人の様子を病院やその他の支援者に相談し、対応を考える。	臨時の受診や入院を検討する必要があるか病院に相談し、受診や入院を促す。		

### IV 考察

- ・本人は病識もなく経済問題等もあり専門医療機関への受診ができない状況であったが、今回の相談をきっかけに支援機関や支援者の働きかけで、継続治療につながり安定した生活を送る事ができている。
- ・本人の支援について、本人も交えて支援者間の役割分担を行い、本人が支援内容を理解したため問題の解決に繋がった。
- ・今後は本人自身が病院職員(主治医、PSW、デイケアスタッフ、訪問看護師)へ相談ができるため病状の変化に伴いタイムリーな対応が可能となった。

## 事例 4-2 近隣トラブルがあり退院後の支援について支援者の不安が大きかった事例

### (概要)

2 回目の精神科治療中断から、介護保険サービス利用を拒否し、近隣トラブルを起し、栄養状態が悪化。地域の支援者（地域包括ケアマネ、生保 CW、保健所保健師）が 2 か月にわたり訪問し、受診勧奨を続け、ようやく受診、入院に繋がった。本人が入院に拒否的であったため、支援者は本人との関係悪化や退院後の支援受け入れ拒否を懸念していた。

入院中から退院に向けた連絡調整、ケア会議開催を重ね、処遇プランを作成し、支援方法を確認したことにより、本人、家族、支援者ともに安心して地域に戻り、本人が望む生活を継続できている事例である。

### I 事例概略

1 性別：男性      2 年齢：70 歳代      3 病名：統合失調症

#### 4 把握時の状況（現病歴、生活歴、家族歴等）

4 人兄弟。父は戦死。母は別の家で暮らし、兄弟で生活。市内で働いた後、17 歳頃から大阪などで工場の仕事や土木工事に従事。X-14 年帰福し実家で弟と同居開始。その頃、隣地が売られ境界線を確認した後から、土地に関してこだわりが出てくる。室内に放尿、排便し、弟を追い出して一人暮らしとなり、X-8 年から生保受給開始。X-6 年 9 月から隣町に転居。

X-4 年 9 月に 24 条通報あり緊急措置診察した結果、非該当。診断名「妄想性障害」で医療保護入院となる。X-4 年 12 月退院。自転車事故に遭い総合病院に X-3 年 1～5 月入院。X-3 年 6 月老人保健施設に入所。当初は介護度 5 であったが順調に介護度 1 まで回復。X-3 年 10 月退所し独居となる。

X-4 年 12 月退院後、精神科治療は中断していたため、姉夫婦と地域包括ケアマネの働きかけで X-3 年 12 月近くの精神科クリニックを受診。診断名「統合失調症」で X 年 3 月まで月 1 回定期受診。

X 年 4 月から再度受診中断し、介護保険（デイサービス・ヘルパー）利用拒否。X 年 6 月からは実家で隣家女性に大声を上げる等トラブルが起き、生保 CW、保健所、姉夫婦の受診勧奨により、かかりつけの精神科クリニックを受診。統合失調症による妄想、易怒性、興奮、暴言を認め、幻覚妄想状態として、医療保護入院となる。      \*X 年=処遇プラン作成した年とする。

### II 対応の経過

#### 1 把握のきっかけ

X 年 4 月、地域包括支援センターから、「本人が受診中断し介護保険サービス（デイサービス・ヘルパー）を断り、食事が摂取できず体調面の心配がある。」旨の電話相談が入った。以後、地域包括支援センターケアマネ、生活保護 CW と連絡を取り状況把握に努め、X 年 6 月、受診勧奨のため訪問を行い、受診の結果、医療保護入院となった。

#### 2 処遇プラン作成に至るまでの各関係機関との連絡調整等

X 年 7 月病状軽快し、退院に向けた調整について病院から保健所に連絡あり。ケア会議開催し、退院後の支援について話し合う。ケア会議にて、本人は支援者に対し「入院させた。」と批判的な態度であったため、退院後の支援を受け入れるか支援者間に不安があった。

そこで、保健所から処遇プランの作成を提案。その後、退院に向けて介護保険更新申請するも非該当となり、障害者総合支援法に基づくサービス利用へ切り替える。

X 年 11 月ケア会議開催し関係機関、本人へ処遇プランを説明し、対応方法と目標の確認を行った。

### III 処遇プラン

#### 1 処遇プランの目的・目標

本人の目標：入院にならずに自宅で過ごすこと。

## 2 処遇プランのモニタリング（見直し）方法

家庭訪問、デイケア参加時の院内面接にて2か月に1回モニタリングを実施。

## 3 処遇プラン

緊急区分	本人の行動の状態	本人の対処行動	家族の対応	支援者の対応	
				病院医師・PSW・デイケア職員	
				訪問看護師	
				ホームヘルプ職員	
				市町福祉職員	
				保健所職員	
レベル1 (通常の状態)	デイケアに通所し、対人に問題なく、終了時間まで過ごすことができる。 病院に定期的に受診する。	自分の体調や病状を支援者に伝える。	体調や病状を気にかけて声かけをする。 服薬確認の声かけをする。	体調や病状を確認し、変化があれば本人に伝えるとともに、家族や支援者も情報を共有する。 定期的(モニタリング時期)に保健所から訪問を実施。	
レベル2 (指導が必要)	デイケアに来なくなる。 訪問看護やヘルパーなどのサービス利用を拒む。 土地に関する発言が多くなる。	生活リズムが乱れていることを、支援者に相談し、アドバイスを試してみる。 家族や、支援者から勧められたら、臨時に受診する。	本人に生活リズムが乱れているように感じることを伝える。 家族からも受診時や訪問看護時に支援者に相談する。	本人の問題解決能力を伸ばすよう、相談対応をする。 臨時に受診する必要があるか病院に相談し、受診を勧める。	
レベル3 (臨時受診を促す)	土地に関して、固執した発言が多くなり、大声をあげて近所に迷惑をかける。	家族や、支援者から勧められたら、臨時に受診する。	本人に今の様子を伝え、受診を勧める。 病院に連絡し、臨時の受診を相談する。 受診に同行する。	本人・家族を入れてケア会議を行う。 臨時に受診する必要があるか病院に相談し、受診を勧める。	
レベル4 (入院を促す)	病院に来なくなり、訪問サービスを受け入れず、大声をあげて近所に迷惑をかけることが頻回になる。	家族や支援者の勧めに耳を傾け、受診や休養のための入院を検討する。	本人の様子を病院・その他の支援機関に相談し、対応を考える。	臨時の受診や、入院を検討する必要があるか病院に相談し、受診や入院を促す。	

## IV 考察

治療中断から、近隣トラブルにより、地域包括、生保CW、保健所保健師で関わり、受診勧奨から入院に繋がったものの、支援者間では、退院後の支援について本人が拒否的になるのではないかと、不安が大きかった。処遇プランを作成し、退院前のケア会議で確認したことにより、病状悪化時どう対応するかが明確となり、本人、家族、支援者が安心して退院を迎えることが出来た。退院後はサービス利用を継続し、地域で本人の希望する生活をしており、目標を達成できたと思われる。



## 第5章 措置入院中から関係機関が支援し、退院後も在宅生活が継続している事例

この章では、被害妄想、家族への暴力など精神症状の悪化による 23 条通報（警察官通報）で措置入院となり、退院後、関係機関の連携により地域定着をしている事例を取りあげている。

これらの事例では、入院中、退院後も関係機関が定期的にケース会議を開催し、合わせて処遇プランを作成、見直すことで、本人の行動の状態を関係者が共通の視点で振り返ることができ情報共有している。定期的なケース会議の開催による処遇プランの見直しの重要性について学ぶことができる。

事例 5-1 家族に複数の精神疾患患者がおり、措置入院から治療開始し地域定着を図っている事例

事例 5-2 措置入院で治療開始し、退院後関係機関と連携し地域定着を図っている事例

## 事例 5-1

# 家族に複数の精神疾患患者がおり、措置入院から治療開始し地域定着を図っている事例

### (概要)

ひきこもった生活を送っていたが、被害妄想等精神症状が悪化し、店に侵入して物を壊すなど攻撃的な行動があったことから23条通報となり、措置入院・初回治療開始となった。措置解除と同時に転院・通院となること、また、母と妹も統合失調症で通院中のため、互いの影響を受けやすいことから、退院直後からケース会議を開催し、関係機関と連携しながら支援を継続し、地域定着を図っている。治療継続ができており、在宅生活を維持している事例である。

## I 事例概略

- 1 性別：女性      2 年齢：40歳代      3 病名：妄想型統合失調症
- 4 把握時の状況（現病歴、生活歴、家族歴等）

### (生活歴・現病歴)

2人同胞の長女。地元の高校卒業後、短大に進学。卒業後、就職した勤務先で同僚から「お金を取られた」と言われたり、男性からのいたづら電話などがあり退職。退職後はひきこもった生活を送る。30歳頃、独語がみられ、母が通院中のA精神科病院へ父が受診させるも、1回のみで中断。8年ほど入浴せず、独語がひどくなる。X年、精神錯乱状態で路上に座っているところを通行人に通報されるも、家に帰される。同月、近隣の店に包丁を持ち侵入し、厨房の瓶等を床に散乱させ帰宅。店員に110番通報され、保護される。23条通報となり、B病院へ措置入院、治療開始となった。

### (家族の状況)

両親と同居。母と妹も統合失調症にてA病院通院中。母は、異常体験・妄想により医療保護入院歴20回あり。妹は結婚し、近所に在住。実家との行き来あり、約15年通院のみで過ごす。

## II 対応の経過

- 1 把握のきっかけ  
23条通報により把握し、措置入院となり、関わりを開始した。
- 2 処遇プラン作成に至るまでの各関係機関との連絡調整等  
措置解除と同時に退院し、A病院に転院・通院することとなった。退院後すぐに、同伴受診・関係者との同伴訪問を行い、処遇プランについて理解を求め、ケース会議を開催し、処遇プランの作成に至った。

## III 処遇プラン

- 1 処遇プランの目的・目標  
目的：(本人)  
被害妄想はあるが、上手くつきあうことができる。また、自分の体調や病状を家族・支援者に相談して早めに対処ができる。  
(家族・支援者)  
体調や病状を確認し、問題があれば関係者と情報共有し、早めに対処することができる。  
目標：定期受診と服薬の継続ができ、地域で生活を送ることができる。
- 2 処遇プランのモニタリング（見直し）方法  
ケース会議にて、支援計画の確認及び今後の方針について情報共有し、検討を行った。  
(ケース会議開催回数（4回）)  
退院直後 ⇒ 1ヵ月後 ⇒ 5ヵ月後 ⇒ 1年3ヵ月後
- 3 処遇プラン

緊急区分	本人の行動状態	本人の対処行動	家族の対応	支援者の対応		
				病院の対応	社会福祉協議会の対応	保健所の対応
レベル1 (通常の状態)	○被害妄想はあるが、上手く付き合うことが出来る。 ↓ 《本人・家族用》 他者に何かされるのではないかという思いはあるが、上手く付き合うことが出来る。	自分の体調や病状を母親や支援者に報告する。	体調や病状に気をかけ尋ねる。薬が飲めるように声をかける。	体調や病状を確認し、問題があれば関係者と情報を共有する。		
レベル2 (指導が必要)	○生活面で困ったことが発生する。 ・落ち着きがなくなる。 ・我慢が出来なくなる。 ・母親と話をしなくなる。 ・薬を飲まなくなる。	困ったことが起きたことを相談する。助言を聞き入れる。	本人の相談に応じ、支援者に報告相談する。	本人の問題解決能力を伸ばすよう、相談があったら対応する。		
レベル3 (受診を促す)	○レベル2の症状がひどくなる。 問題が続き、支援者等の助言を聞き入れない。	家族や支援者の促しで臨時に受診する。	受診を促す。	臨時に受診する必要があるか病院に相談し、受診を促す。		
レベル4 (受診や入院を促す)	○行動が活発となり、他者に対して攻撃的となる。	家族や支援者の促しを聞き入れ受診・入院する。	受診・入院を促す。	入院の必要があるか病院に相談し、受診・入院を促す。		

#### IV 考察

- ・処遇プラン作成により、支援者が、本人の行動の状態を共通の観点で振り返り、緊急区分がどのレベルにあるのかを検討することができ、支援者の対応の参考にすることができた。
- ・退院から1年8ヵ月経過したが、その間に、母親が拒薬のため精神症状が悪化し、入退院を繰り返したり、妹が離婚し自宅に戻るなど、家族内の状況変化があったり、本人に精神状態の波もあったが、本人は現在も在宅で、定期的な受診と服薬継続ができています。
- ・ケース会議や関係者間で、その都度情報交換を行うことにより、退院当初の治療継続という目標は、概ね達することができています。
- ・今後の課題としては、人との交流が苦手で、ひきこもりがちな生活を送っている状況であるため、本人にとってよりよい在宅生活を送ることができるよう、関係者間でケース会議や検討を重ね、支援を行っていく必要がある。

## 事例 5-2

## 措置入院で治療開始し退院後関係機関と連携し地域定着を図っている事例

(概要) 家族への暴力、精神症状を疑う行動等があり、市町村・保健所・警察署等関係機関で連携しながら、医療へつなぐ方法を模索していたところ、家族に暴力を振るったことから 23 条通報となり措置入院。入院中から本人・家族を交えてのケース会議を開催し、措置症状消失後退院。退院後は、多機関連携で支援継続し、地域定着を図っている。治療継続しながら、在宅生活を継続することができている事例。

### I 事例概略

1 性別：男性      2 年齢：40 歳代      3 病名：統合失調症

4 把握時の状況（現病歴、生活歴、家族歴等）

(生活歴・現病歴)

地元の小中学校卒業後、高校へ進学。高3時中退。その後、職を転々とし、長くても2~3年で退職。20歳代の頃、自殺未遂し1回のみ精神科受診。以後自宅で過ごす生活。X-2~3年前から隣家の生活音（話し声、子供の泣き声、足音、ドアの開閉音等）が気になりだし、「嫌がらせをされる」と住人とのトラブルが多くなった。また、家族への暴力も出現。お金への執着も強くなっていた。X年家族に暴力を振るったことから23条通報となり措置入院、治療開始となった。

(家族の状況)

両親と同居。隣家に祖母が居住。

### II 対応の経過

1 把握のきっかけ

祖母への虐待事例として把握され、地域包括支援センターが関わり開始。

地域包括支援センターから本人への対応について保健所へ相談があり、嘱託医、警察署とも連携しながら医療へつなぐ方法を模索していたところ、家族への暴力あり、23条通報⇒措置入院となった。

2 処遇プラン作成に至るまでの各関係機関との連絡調整等

退院後の生活に関して、下記課題が考えられたため、入院中からケース会議を3回開催し、処遇プランの作成に至った。

(退院後の課題)

①通院・服薬の継続 ②家族への暴力 ③近所とのトラブル ④金銭管理 ⑤支援者の受け入れ

### III 処遇プラン

1 処遇プランの目的・目標

目的：(本人)

きつい時に一人で抱え込まず、家族・支援者に相談して早めに対処できる。

(家族・支援者)

支援計画に基づいて支援を実施し、病状悪化の兆候を把握し早めに対処することができる。

目標：内服と通院がきちんとでき、約束事を守って生活できる

2 処遇プランのモニタリング（見直し）方法

定期的にケース会議を開催し、支援計画、ケース会議の開催計画を話し合った。

<ケース会議開催回数（8回）>

退院後1ヶ月後 ⇒ 3ヶ月後 ⇒ 6ヶ月後 ⇒ 8ヶ月後 ⇒ 1年後 ⇒ 1年4ヶ月後

⇒1年11ヶ月後 ⇒ 2年3ヶ月後



### 3 処遇プラン

区分	本人の状態	本人がすること	家族の対応	病院の対応	市町村の対応	保健所の対応
レベル1 (ふつうの状態)	家族と穏やかに過ごせる。 些細なことに易怒することなく過ごせる。	定期的な内服と受診を行う。 約束事を守る。	本人と緊張せずに向き合って暮らせる。 内服の確認と受診の付き添い。	1回/週受診 3回/週訪問看護	本人の相談役。 母親の相談役。 家族の見守り。	退院後1ヶ月は、1回/2週訪問。 以降は、1回/月訪問。(市町村と同伴)
レベル2 (観察が必要)	通院や服薬が不定期になる。 アパートの住人のことが気になりだす。 家庭内で暴言が出る。	近隣住人への不満を口に出す。 不安や不満を言語化する。 支援者に電話して相談する。	内服を促す。 約束事を家族から伝える。	本人の状態像の確認。 約束事について再確認。	変化を把握した場合は、関係機関へ連絡する。	関係機関調整し、ケース会議を開催する。
レベル3 (受診を促す)	些細なことで立腹する。 イライラ感を家族にあたる。	頓服薬を飲む。すぐに支援者へ電話する。 家族や支援者の促しにより、臨時受診する。	家族にあたる時は、物理的距離をとる。 病院・支援者に相談する。	必要時頓服内服を促す。	信頼関係ができていない職員で対応し、関係機関へ連絡する。	状況に応じて訪問。 関係機関と連絡を取り合う。
レベル4 (入院を促す)	服薬や受診を拒否。 入院前のような状態像になる。	家族や支援者の促しにより、入院を検討する。	暴力行為があれば、警察に通報する。	状態不安定で自宅での生活が困難になった場合、主治医から入院を勧める。		今後の治療方針について病院と連絡調整。 必要に応じて関係機関と連絡調整。

### IV 考察

- ・本人の行動の状態を参考に本人の状態をアセスメントし、不調がある時は関係機関との連携・情報の共有を図り、対処することができた。  
(例えば、支援途中に残薬があることが判明した際には、残薬の整理、服薬管理の仕方について話し合い、残薬がある時は受診時に持参することや確実な服薬の意識付けについて再確認することができ、症状悪化することなく対処することができた。)
- ・現在退院後約2年経過した。症状の波はありながらも、再入院せず、在宅生活を継続することができている。
- ・定期的なケース会議を開催し、各関係者が顔のみえる関係であることが、必要時連携し合える関係でいられると考える。

(参考)

## 精神障害者地域定着推進事業実施要領

### 1 目的

回復可能であるが再発しやすいなどの精神障害（統合失調症）の特性から、退院後の精神障害者の地域生活を見守る体制の充実が必要であるため、病状悪化時に関係機関と連携し、早期に医療機関に繋ぐための仕組みを構築する。

### 2 対象者

次のすべてに該当する統合失調症患者とする。

- (1) 退院が決定した者又は退院して間もない者
- (2) 退院後の服薬管理等の見守りが必要な者
- (3) 事業の実施に同意する者

### 3 処遇プランの内容

医療機関へ繋ぐためのプラン（以下「処遇プラン」という。）（様式1号）には、本人の病状悪化の兆候、悪化時における各関係者の対応方法、そのときの連絡先を盛り込むものとする。

### 4 実施方法

#### (1) 対象者を選定する

保健福祉（環境）事務所は、事業への協力体制や対象者の有無などから見て、事業が実施できると思われる管内の精神科病院に、対象者の選定を依頼する。精神科病院に対しては、対象者選定の際に、PSW等の病院関係者から事前に事業内容の説明を行った上で、対象者の同意を得てもらうように、依頼すること。

#### (2) 対象者ごとに処遇プランを作成する

保健福祉（環境）事務所が医師、PSW、サービス事業者と協議し、処遇プランを作成する。

#### (3) 会議の開催等により処遇プランを確認する

保健師、家族、医師、PSW、薬剤師、福祉サービス事業者等（以下「見守り関係者」という。）が処遇プランの内容を共有し、各自の役割を確認する。

#### (4) 見守り関係者が処遇プランに基づき見守る

各自が対象者を見守っていく中で、病状悪化の兆候があった場合はプランに基づき対処し、必要に応じて医療機関に連絡する。

#### (5) 経過観察

保健福祉（環境）事務所は医療機関との連携を密にし、対象者の状況を把握し、見守り関係者として必要に応じて訪問活動等を行うなど、適切な対応に努める。

#### (6) 評価

年度末に見守り関係者の意見を集約し、事業評価を行う。

#### (7) 自立支援関係機関会議等での報告（次年度）

事業評価結果について自立支援関係機関会議等で報告する。

### 5 経費

この事業に係る経費は、報償費、旅費、需用費、通信運搬費とし、四半期毎に令達する。

### 6 実績報告

各保健福祉（環境）事務所は、事業終了後、実績報告書（様式2号）を翌年度の4月末までに福岡県保健医療介護部健康増進課こころの健康づくり推進室に提出すること。

7 その他

この要領に定めるもののほか、必要な事項はその都度定めるものとする。

附則

この要領は平成25年9月12日から施行する。

(様式1号)

処遇プラン

緊急区分	本人の行動の状態	本人の対処行動	家族の対応 (例)	グループホームの対応 (例)	ケースワーカーの対応 (例)	就労支援B型施設の対応 (例)
レベル1 (例:通常の状態)						
レベル2 (例:指導が必要)						
レベル3 (例:頓服を促す)						
レベル4 (例:入院を促す)						

(様式2号)

地域定着推進事業実績報告

(保健福祉環境事務所)

患者のプロフィール	入院期間	患者が退院した 病院名	見守り体制関係機関 1 家族、2 PSW3 相談事業 所、4 民生委員5 ケースワーカー 6その他 ( )	備考 (事業効果)

※備考欄には事業効果 (良かった点、反省点等) を必ずご記入ください。