

好事例分析

研究分担者：藤井千代（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

要旨

本分担班は、21 研究協力医療機関からインタビュー協力機関を選定し、入院治療や退院後の支援に関する好事例について、聞き取り調査を実施し、分析することを目的とした。具体的には、①入院治療が効果的だったと思われるパターン、②退院後の治療や支援が効果的だったと思われるパターン、③良好な地域連携が効果的だったと思われるパターンの3つの好事例についてインタビュー調査を実施した。3つの好事例の分析結果から、効果が期待される支援内容として、①入院初期からの退院後の生活を見据えた柔軟で包括的な入院支援の提供、②入院中からの多機関連携（外部の人が入りやすい開かれた病棟）、③地域におけるアウトリーチ系サービスの重要性、④地域支援において支援の窓口となるキーとなる支援者の選定、⑤生活課題の継続を前提とした支援の在り方が観察された。これらの支援内容は、現在の診療報酬では算定されないものも多く、今後の研究の発展と制度化への取り組みが期待される。

A. 研究の背景と目的

我が国の精神科医療は、入院治療中心から地域ケアへの移行が始まっている。加えて、根拠に基づく実践（evidence-based practice: EBP）や根拠に基づく政策決定（evidence-based policy making: EBPM）が発展する中で、精神科医療や地域ケアの領域においても、研究からのエビデンスが求められるようになってきている。このような社会的要請を背景として、本研究班では精神科救急・急性期医療を必要とする患者を対象として、退院後の安定的な地域生活に関連する要因を実証的に検証することを目的とした、縦断研究を実施中である¹⁾。EBPやEBPMが急速に関心を集める一方で、近年では、数量的なエビデンスと並行して、患者の価値観や臨床家の経験もベストプラクティスの選定や政策決定に重要な役割を持つと強調されている²⁾。すなわち、臨床現場に即した分析や多角的なエビデンスの構築には、実証的な研究に加えて、実際の治療支援内容を記述的に描写する研究も必要とされている。そこで、本分担

班は、昨年に引き続き、縦断研究に参加する21 協力医療機関からインタビュー実施機関を選定し、入院治療や外来治療、地域サービスとの連携などについて聞き取り調査を実施し、好事例として、その内容をまとめることを目的とした。

B. 方法

1. 対象機関の選定

聞き取り調査の選定は、21 協力医療機関のスタッフ配置の情報をを用いて行われた。具体的には、2018 年度のワーキンググループでの作業により⁶⁾、①精神科治療における主要な専門職（医師や看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理職、薬剤師）について、全ての専門職を平均以上に配置していた機関と、精神科治療において関心が高まっている②ピアサポーターを配置している機関から、対象機関を選出した。2020 年度は、②に当てはまる1 機関にインタビュー調査を実施した。

2. 調査方法

本年度は、COVID-19 感染拡大の影響からインタビューはオンラインによって実施された。2 名の調査員が対象医療機関のスタッフから聞き取り調査を行った。2018 年に本分担任が作成した好事例インタビューガイドを基に⁶⁾、入院患者が安定した地域生活を送れるようにするために、対象医療機関のスタッフがサービスを提供した事例やそのプロセスについて尋ねた。具体的には、入院治療が効果的だったと思われるパターン、退院後の治療や支援が効果的だったと思われるパターン、良好な地域連携が効果的だったと思われるパターンの 3 つの好事例についてインタビュー調査を実施した。インタビュー内容は、録音と調査員によるメモで記録された。

3. 分析方法

録音されたインタビュー内容の逐語録およびメモに記された内容を基に、それぞれのパターンごとに治療や支援内容をまとめた。より具体的には、入院から退院後の地域生活までの流れの時間軸を基に、課題とニーズ、支援内容、支援対象（本人あるいは家族）、地域関係者の関わりの有無、支援の窓口となるキーとなる支援者（キー支援者）について整理した。

4. 倫理的配慮

本研究は、千葉大学医学研究院倫理委員会からの承認を得ている (no. 3154)。また、インタビュー実施機関の倫理委員会からの承認も得たうえで、インタビュー調査を実施した。

C. 結果

表 1 は入院治療が効果的だったと思われるパターンの支援内容や課題を示している。入院初期には、精神症状の減退や心理的安定を図る医療的介入が行われており、かつ早期に多職種による情報共有が実施されていた。院内の精神保健福祉士（以下 PSW）が入院中にお

ける退院に向けた支援のキーパーソンとなっていた。入院中期になると、退院後の生活を鑑み、服薬支援やグループホームスタッフとのミーティング、院外への外出活動が実施されていた。入院後期においては、ケア会議が開催されるなど、退院後の生活支援の役割確認や本人の生活ニーズに対応した支援の調整（例：金銭管理）などが図られていた。また、入院初期から後期に時間が進むにつれて、医療的支援の割合が減り、福祉的支援の割合が増えることに特徴があった。退院後のキー支援者は、院内の PSW であり、継続したかわりがあった。退院後は、院内の PSW がケースマネジメントを展開し、法人内の訪問看護スタッフや地域のグループホームスタッフと共同して、生活支援を提供していた。当該ケースは退院後も内服の自己管理や血糖コントロール、金銭管理などに課題を抱えていたが、インタビュー時まで再入院はなく、地域で生活を続けていた。

次に、退院後の治療や支援が効果的だったと思われるパターンを紹介する（表 2）。当該ケースは緊急サービスをしばしば利用し、再入院を繰り返す傾向にある一方で、入院治療には抵抗を示すケースであった。入院中における退院に向けた支援のキーパーソンは PSW であり、入院初期からケースマネジメントを含む多職種チームにサービスが提供されていた。また、入院中からグループホームや相談支援などの福祉サービスなどが紹介されており、退院後の生活に向けた支援体制の準備が図られていた。退院後の地域生活において、キー支援者の役割は同法人内の地域障害者相談窓口スタッフが担った。地域障害者相談窓口スタッフが中心となって、主治医との診察回数の増加や法人外訪問看護の導入を図る他、パートナーとの連絡調整などを実施し、ケースが信頼できる人と触れ合う機会を意図的に増やした。実際、退院後の支援は、外来診療、精神科デイケア、訪問看護スタッフ、地域障害者相談窓口スタッフ、パートナーなどから

のインフォーマルの支援が含まれる形となり、非常に豊富な資源が充当されていた。その結果、当該ケースは、退院後も服薬の自己調整をする可能性は継続して存在し、また支援者に対する頻回の電話なども記録されているが、インタビュー時点では、緊急サービスの利用や再入院の回数が減少も見られるようになった。

表3は、地域連携が効果的だったと思われるパターンの支援内容や課題をまとめている。当該ケースは身体疾患を持っていることやパートナーも精神疾患を抱えていることに特徴がある。他のケース同様に、入院中における退院に向けた支援のキーパーソンはPSWであり、入院初期から多職種カンファレンスが行われるなどチーム医療の体制が組まれていた。特に、退院後にキー支援者となる法人外訪問看護スタッフが入院初期の多職種カンファレンスにも参加しており、入院中から何度か病棟を訪問し、退院後の生活支援を計画した。また入院中から、パートナーへの心理的支援が提供されていた。退院後は、法人外訪問看護スタッフがキー支援者となり、生活支援、身体疾患の処置、精神症状への対応を含むサービスを提供した。また、院内のPSWは退院後もパートナーの支援を継続しており、法人外訪問看護スタッフと頻りに連絡調整を図っていた。さらに、毎回の受診に合わせてケア会議が開催され、本人の希望の確認や支援者の意思統一が図られた。当該ケースは退院後も訪問支援や受診を拒否する可能性があり、身体疾患の管理や衛生面やパートナーとの関係性にも課題を抱えていたものの、インタビュー時まで精神症状の悪化による再入院はなく、地域で生活を続けていた。

D. 考察

本分担班では、1医療機関における3パターンの好事例の分析をすることを目的として、インタビュー調査を実施した。分析の結果、3事例には、退院後の生活を念頭にいた入院

中の治療や支援についての共通点と地域支援に関するキー支援者の相違点などが確認された。本研究は事例分析であり、その知見の一般化には限界がある。また、分析は構造化された質的分析方法を用いたわけではない。本稿は、これらの限界を認めつつ、3事例に共通するあるいは異なる好事例のポイントを考察する。

1. 入院中の多職種連携と柔軟性、包括性

全ての事例において、入院初期から退院に向けた各職種の情報共有などを目的とした多職種カンファレンスが実施されていた。入院初期からの多職種カンファレンスは、昨年度の好事例分析の結果と共通する内容でもあり⁷⁾、病院の特色に関係なく、精神科の入院治療にとって横断的に必要な治療プロセスの一つであるといえるかもしれない。

入院治療が効果的だったと思われるパターンで特徴的であったが、入院初期には精神症状などに対応する医療的な支援の割合が多い反面、退院が近づくにつれ福祉的支援の割合が多くなっていった。この割合の変化から、入院中の支援内容には、患者の回復過程に沿って徐々に退院後の地域生活を想定したものに变化する柔軟性が必要とされることが示唆される。また、2つの事例に確認されたように、入院治療では身体疾患のケア（医療支援）や外泊訓練、インフォーマルケアの調整（パートナーの支援・相談）が実施されており、様々な支援が入院中に提供されていることが明らかになった。近年の統合失調症の入院患者を対象とした研究においても、包括的な個別入院治療・支援の機能向上や再入院予防についての効果が指摘されている^{8,9)}、よって、好事例と紹介された3ケースの予後が比較的安定している要因の一つには、3ケースが入院中に包括的かつ柔軟な入院ケアを受けていたことも関係しているかもしれない。

2. 入院中の多機関連携

入院中に、退院後の地域ケアを担当する支援者が病棟を訪問し、ケースとの面会や入院スタッフとの調整などを行っている点も、各事例に共通していた。事例によっては、入院初期の多職種カンファレンスに退院後の地域支援を担当する訪問看護スタッフが参加している場合もあり、退院後の生活を見据えたカンファレンスとなっていることが想定された。退院後の支援のための関係づくりや役割の確認、安定した地域生活などのために、地域の支援者が入院中から患者に関わることは、assertive community treatment (ACT) フィデリティ尺度などでも重要な支援要素として、指摘されている¹⁰⁾。ケースマネジメントの一環として、入院中時から地域の支援者がかかわることや、支援関係者がお互いの意図を共有することは、地域生活支援をより円滑にし、その継続性を向上させると推察される⁷⁾。換言すると、多機関連携を可能とする地域に開かれた病棟であることが、精神科病院の良好な治療実績にとっても重要と言えるかもしれない。

3. 地域支援の特徴

退院後の地域支援において3事例に共通することは、アウトリーチ系のサービスを利用していたことであった。特に退院後の治療や支援が効果的だったと思われるパターンでは、病院の地域障害者相談窓口スタッフと訪問看護という2つのアウトリーチ系サービスが併用されていた。退院した患者が退院後すぐに通所型のサービスを利用することは、様々な理由で難しいことがしばしばあり¹¹⁾、昨年度の報告でもアウトリーチ系サービスは、地域支援の中核であった⁷⁾。よって、精神科医療機関から退院した際の支援としてアウトリーチ系サービスはニーズの高いサービスとして考えられる。

もう一つの共通点として、3つの事例の地域支援は、訪問看護やデイケアといった医療

的枠組みのサービスが中心となっていた点が挙げられる。これには2つの理由が考えられる。第1に、個々のケースが福祉的支援を望まなかったことである。福祉サービスは通所型のものが多いことや身体疾患などのケアが難しいことから、ケースのニーズと合致しなかった可能性がある。第2に居住地域に選択が可能なほど十分な福祉サービスが存在しないことも理由になるかもしれない。何らかの理由で特定の福祉サービスを好まない場合に、各ケースの選択肢には医療的な枠組みでのサービスしか残っていなかった可能性もある。すなわち、患者のニーズやサービスの普及状況によっては、医療系のサービスが地域支援の主体となりうるということが観察された。

4. キーとなる支援者

3事例の地域生活における支援の窓口となるキー支援者は全て異なった。現在の制度では、入院治療と外来・地域支援との連続性が必ずしも担保されているわけではなく、また医療制度と福祉制度もそれぞれに発展が進んでいる。この制度的な特徴が3つのケースのキー支援者の相違に関連していると思われる。本分担報告で紹介した3事例のケースは、個別のニーズに合わせたうえで、キー支援者を選択できたという意味で、現行制度を適切に運用した好事例といえるかもしれない。一方で、様々な支援を統括するキー支援者が制度的に整理されていない状況では、2機関以上のスタッフが自身をキー支援者と思い独自に支援計画をたて、利用者が困惑する問題（ダブルケースマネジメント問題）が浮上する可能性もある。逆に支援者同士がお互いに相手がキー支援者だと思い、結果的にキー支援者が不在になってしまう問題も生じうる。医福連携の中で制度的な垣根を超えたキー支援者の指定、あるいは各地域における患者ニーズに合致したキー支援者の決定方法は今後の課題といえるかもしれない。

5. 生活課題の継続

3 事例に共通する内容として、各ケースが必ずしも入院治療や退院後の支援で全ての課題を解決していたわけではないことがあげられる。この結果は、昨年度のインタビュー調査協力機関の事例でも同様であった⁷⁾。生活課題への支援は、地域生活を送る中で適切なケースマネジメントを通じて実施することが重要であると考えられる。しかし外来では時間的な制約やケースマネジメントに十分な診療報酬上の評価がされていないこともあり、退院した後に地域支援体制を構築することは現状では困難なことも多い。このため可能な限り入院中に退院後の生活を見据えた支援体制の構築や、地域生活に向けた準備を行うことになる。実際、ケースの予後を見る限り、入院中に支援体制を構築し、退院後に計画に則って地域で包括的な支援が提供されれば、入院中に全ての課題が解決していなくても、地域生活を継続することは可能であると考えられる。事例分析の結果からは、入院時に入院の目的を本人と支援者で共有し、入院で対応すべきことと退院後にすべきことを入院早期の段階から明確化しておくこと、入院中に生活課題への対応の準備をして、入院から地域生活に戻る際の支援の継続性を確保することを特に意識する必要があると考えられた。

6. 将来への示唆

3 事例で提供されていた治療や支援の在り方は、精神症状だけでなく、身体疾患や生活上の様々なニーズを抱える患者に対する支援例として捉えることができる。特に、入院中の多職種連携による柔軟で包括的な支援、入院中の多機関連携、アウトリーチ系の地域サービスの提供、キー支援者の選定などは、具体的な診療活動として有用なものであると示唆される。他方、これらの支援は、実際には診療報酬として現行の制度では反映されていないことが多い。本研究は事例研究であり、それぞれの支援の効果については言及できない

が、本研究が示した好事例をもとに今後の研究や効果的な実践の制度の推進が期待される。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- 1) Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J, et al.: Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: a study protocol for a multicenter prospective longitudinal study (the ePOP-J study). *Int J Ment Health Syst* 13:40, 2019.
- 2) Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH: Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ* 324:1350, 2002
- 3) Thornicroft G, Tansella M: Community mental health care in the future: nine proposals. *J Nerv Ment Dis* 202:507-512, 2014.
- 4) Thornicroft G, Tansella M: *Better mental health care*, Cambridge University Press, Cambridge, 2009.
- 5) Slade M: *100 ways to support recovery*:

- A guide for mental health professionals, Rethink, London, 2009.
- 6) 藤井千代：好事例分析. 山口創生 編：平成 30 年度 総括・研究分担報告書 入院中の精神障害者の円滑な早期の地域移行及び地域定着に資する研究：コホート研究. 国立精神・神経医療研究センター，小平，2019.
 - 7) 藤井千代：好事例分析. 山口創生 編：令和元年度 総括・研究分担報告書 入院中の精神障害者の円滑な早期の地域移行及び地域定着に資する研究：コホート研究. 国立精神・神経医療研究センター，小平，2020.
 - 8) Shimada T, Ohori M, Inagaki Y, et al.: Effect of adding individualized occupational therapy to standard care on rehospitalization of patients with schizophrenia: A 2-year prospective cohort study. *Psychiatry Clin Neurosci* 73:476-485, 2019.
 - 9) Shimada T, Ohori M, Inagaki Y, et al.: A multicenter, randomized controlled trial of individualized occupational therapy for patients with schizophrenia in Japan. *PloS One* 13:e0193869-e0193869, 2018.
 - 10) 瀬戸屋雄太郎：日本の ACT の概観：フィデリティ調査などから見えていること. *精神神経学雑誌* 113:619-626, 2011.
 - 11) 山口創生，古家美穂，吉田光爾，他：重症精神障害者における退院後の地域サービスの利用状況とコスト：ネステッド・クロスセクショナル調査. *精神障害とリハビリテーション* 19:52-62, 2015.

表 1 入院治療が効果的だったと思われるパターン

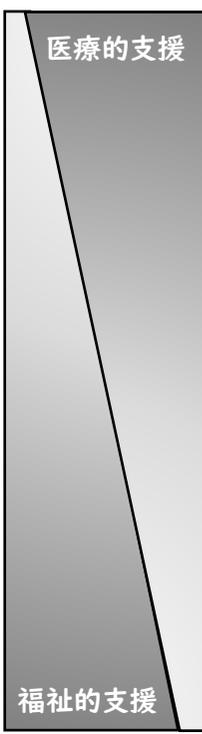
入院時の課題	入院中の支援・治療 [対応課題]
<ul style="list-style-type: none"> a. 内服の自己管理（断薬あり） b. 血糖コントロール c. グループホーム支援者との関係性 d. 飲酒の管理 e. 家族関係の不良（口論など） f. 暴言(初期の病状) g. 初診時に主治医に暴力 h. 金銭管理 i. 過去の頻回入院 	<p>入院時ケースマネージャー：院内の精神保健福祉士</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 初期の隔離拘束（医療保護入院） [a, f, g] ● 看護面接 [f, g] ● 主治医による服薬調整（剤型の変更を含む） [a] ● 作業療法士との面接と心理的サポート（不眠症状の相談を含む） [f, g] ● グループホームからの情報提供（入院前後の状態把握） [a-e] ● 入院初期の多職種病棟カンファレンス（精神保健福祉士によるケース概要の説明と主治医や看護師の状態説明） [a-i] ● 看護師による服薬指導（飲み忘れ防止の工夫） [a] ● 主治医・栄養士による血糖値コントロールに関する助言 [b] ● 精神保健福祉士の面接(入院生活の悩みや趣味関心の相談) [c] ● 外出ありの日中活動支援 [a-i] ● 精神保健福祉士とグループホーム管理者と生活指導員とのミーティング [a-e] ● グループホーム管理者が病棟に来院し、個人面談 [c] ● ケア会議の開催（本人、グループホーム管理者なども参加） [a-e] ● 長期外泊訓練（グループホーム生活指導員・デイケアも利用） [a-e, h, i] ● グループホーム生活指導員と連携した金銭管理の支援 [h] ● 拡大ケア会議の開催（院内スタッフ、法人内訪問看護スタッフ、相談支援事業スタッフ、グループホームスタッフ） [a-e, h, i] <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="margin-bottom: 10px;">}</div> <div style="margin-bottom: 10px;">}</div> <div style="margin-bottom: 10px;">}</div> </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center; justify-content: center; margin-left: 10px;"> <div style="margin-bottom: 10px;">入院初期</div> <div style="margin-bottom: 10px;">入院中期</div> <div style="margin-bottom: 10px;">入院後期</div> </div>  </div>
退院時の課題	退院後の地域支援・治療 [対応課題]
<ul style="list-style-type: none"> a. 内服の自己管理（断薬経験あり） b. 外来治療継続 c. 血糖コントロール d. グループホーム支援者との関係性 e. 飲酒の管理 f. （妄想に基づく）家族関係の不良 g. 金銭管理 	<p>■地域生活におけるキー支援者：院内の精神保健福祉士</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 初期外来主治医による飲酒の報告の受付と血糖コントロールの対処相談 [a, c, e] ● 精神保健福祉士による院内看護師、医師などの連絡調整や行政書類の作成など [b, f] ● 法人内訪問看護スタッフによるグループホーム訪問と服薬状況のモニタリング（ケア会議の決め事） [a, b, d, f] ● 法人内訪問看護スタッフとの情報共有 [a, b, f] ● 診察同行（グループホームスタッフ） [b] ● グループホームスタッフによる金銭管理や相談支援事業所との連携調整 [g]
<p>現在の生活</p> <p>○再入院なし ○定期受診あり ○デイケア・訪問看護の継続利用 ○グループホームの継続利用 ○（妄想に基づく）家族関係の不良</p>	

表 2 退院後の治療や支援が効果的だったと思われるパターン

入院時の課題	入院中の支援・治療 [対応課題]
<ul style="list-style-type: none"> a. 副作用の恐れからの内服の抵抗 b. 薬を自己変更・調整 c. 身体症状（めまいなど） d. 頻回な臨時・救急受診 e. 自傷行為とストレス対処 f. 支援者に対する頻回の電話 g. 高齢の両親との関係性の不良 h. 両親の精神疾患 i. 入院治療への抵抗 j. スタッフへの被害的態度 k. 他の患者に対する被害的態度 l. 退院後の生活への不安 （退院日が近づくと強まる） m. 浪費（ネットショッピング） n. 経済問題（借金あり） 	<p>■入院時ケースマネージャー：院内の精神保健福祉士</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 隔離（医療保護入院） [e] ● 主治医による服薬調整 [a, b, c] ● 入院初期の多職種病棟カンファレンス [a-n] ● 早期の開放病棟への転棟 [i] ● 家族（パートナー）間の調整や自己破産情報提供 [m, n] ● パートナーとの連絡調整 [m, n] ● 両親との面談、電話 [g, h] ● 作業療法（主に傾聴） [d-f, j, k] ● 看護師の傾聴と生活指導 [a-f, j, k] ● 心理職による検査と性格分析（情報共有と本人への指導） [a-f] ● 相談支援事業所の利用調整 [d-f, l] ● グループホームへの相談 [d-f, l] ● 自治体の障害福祉課の担当と相談 [d-f, l] ● グループホームの見学 [d-f, l] ● 外泊訓練と体験入所 [d-f, l] ● 院内ケア会議の開催（本人、地域スタッフ、病院スタッフ） [a-n]
退院時の課題	退院後の地域支援・治療 [対応課題]
<ul style="list-style-type: none"> a. 副作用の恐れからの内服の抵抗 b. 薬の自己変更・調整 c. 頻回な臨時・救急受診 d. 支援者に対する頻回の電話 e. 症状悪化による再入院 f. 一人暮らしによる多訴的不安 g. 高齢の両親との関係性の不良 	<p>■地域生活におけるキー支援者：地域障害者相談窓口スタッフ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医師・精神保健福祉士による受診の頻度の調整（増加） [a-e] ● 精神保健福祉士による住居探し [f] ● 院内精神科デイケアの利用とスタッフによる生活支援 [c-f] ● 法人外訪問看護による生活支援 [c-f] ● 精神保健福祉士による両親との関係性についての助言 [g] ● 退院後のケースマネージャーとして地域障害者相談窓口スタッフの利用調整 [a-g] ● 地域障害者相談窓口スタッフによる心理的支援（一緒に散歩するなど） [c-f] ● ケア会議を開催（主治医、院内精神保健福祉士、地域の関係者）：1, 2カ月に1度 [a-g] ● 法人外訪問看護スタッフによる支援（一緒に買い物なども行く） [c-f] ● 関係スタッフによるレスパイト入院の利用調整 [e] ● 精神保健福祉士によるパートナーとの連絡調整 [c, d, f] ● 精神保健福祉士によるパートナーの受診サポート [c, e]
<p>現在の生活 ○浪費なし ○自傷行為の減少 ○緊急時受診・再入院の減少</p>	

支援のポイント

フォーマル・インフォーマルケアを活用して、複数の人が当事者にかかわっている

表3 地域連携が効果的だったと思われるパターン

入院時の課題	入院中の支援・治療 [対応課題]
a. 訪問支援拒否 b. 受診拒否 c. 持効性注射剤（デポ）剤中止 d. パートナーに対する暴力 e. パートナーの精神疾患（病状は安定） f. 糖尿病の管理 g. 過飲水 h. スタッフへの威嚇・暴力	<p>■入院時ケースマネージャー：院内の精神保健福祉士</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 内服調整，持効性注射剤（デポ）剤の再投与 [b, c, d, h] ● 内科医師の診察 [f] ● 主治医との話し合い [f, g] ● 本人およびパートナーとの面接（暴力への振り返り） [d] ● 家族の心理的サポート [d, e] ● 入院初期の多職種病棟カンファレンス（本人、妻、医師、病棟スタッフ、訪問看護スタッフ） [a-h] ● 法人外訪問看護の利用調整 [a] ● 法人外訪問看護による家族の心理的サポート [d, e] ● 入院スタッフの見守り [g] ● 本人に対する相談支援事業所の利用調整 [a] ● パートナーに対する相談支援事業の利用再開（パートナーの支援負担軽減） [a] ● ケア会議（主治医、院内精神保健福祉士、作業療法士、病棟・訪問看護師、相談支援事業所スタッフ） [a-e]
退院時の課題	退院後の地域支援・治療 [対応課題]
a. 訪問支援拒否の可能性 b. 受診拒否の可能性 c. パートナーに対する暴力の可能性（心理的負担） d. 糖尿病の管理 e. 過飲水 f. 喫煙 g. 排泄の問題・失禁 h. 整容の問題	<p>■地域生活におけるキー支援者：法人外訪問看護スタッフ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 受診に合わせたケア会議（本人、パートナー、主治医、訪問看護師） [a, b] ● 法人外訪問看護週3回（男性スタッフによる訪問、2名体制でサービス提供） [d-h] <ul style="list-style-type: none"> - 家族支援 [c] - 入浴介助 [g, h] - 趣味・余暇活動支援 [a] - 血圧や糖尿病、過飲水など身体疾患等の管理・見守り [d-f] <ul style="list-style-type: none"> → 定期的な訪問看護を本人が楽しみにしている（信頼している外部の人と会う機会） ● 病院内での法人外訪問看護スタッフの情報交換、電話での情報交換 [a, b] ● 院内精神保健福祉による電話でのパートナー（家族）支援 [c] ● 相談支援事業所スタッフによるパートナーの心理的サポート [c] ● 身体疾患ケアのための入院（パートナーのレスパイトも兼ねる） [c, d] ● 友人による受診サポート [d] <p>※計画相談でのヘルパーの導入は調整断念</p>
<p>現在の生活 ○糖尿病の問題で再入院 ○精神症状悪化での再入院なし ○パートナーと一緒に暮らしを継続 ○継続的な妄想</p>	

支援のポイント

- 本人に対する直接支援は訪問看護スタッフ
- 病院の精神保健福祉士は家族サポートおよび各種サービスの調整