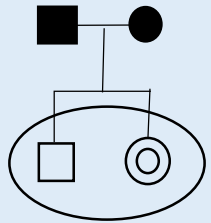


精神科急性期治療病棟クリニカルパスを活用し生活環境調整した退院支援事例

家族構成



概要

<本人>

40代女性 統合失調症
障害年金受給 福祉サービス利用無し

<家族>

兄 同居 A病院入院中

<主たる支援者>

B相談支援事業所 P S W

支援のきっかけ

- 本人は元々A病院精神科へ通院。
- 同居の兄が脳梗塞を発症しA病院入院。独居となるなか、自宅で熱中症にかかり、A病院救急科へ搬送され入院。1週間後に自宅に退院。
- 数日後、再度熱中症にて同院へ救急搬送。加えて統合失調症も増悪し、精神科の入院必要と判断。同院に空床なく当院精神科に紹介入院となる。

支援内容

《本人のニーズ》 「自分のペースで過ごしたい」「身の回りのことは兄に頼りたい」「時々図書館や買い物に行きたい」

<治療・支援計画>

○当院急性期病棟クリニカルパスに添って治療と退院支援を行い3ヶ月以内の自宅退院を目指す。

*クリニカルパス(入院診療計画に基づき、疾患治療と併せて、疾病教育や服薬指導、社会生活技能等に関する作業療法、心理教育等の各種プログラムを多職種で実行するもの)

○熱中症等による再入院予防の為、多機関連携を行い、生活環境調整およびサービス調整を図る。

<治療・支援の経過>

初期

- 入院当初から気分高揚。他者への過干渉に対し、抗精神病薬にて治療を図る。
- 本人了解のもと、A病院相談員とB相談支援事業所P S Wと情報共有を行う。

中期

- 兄はしばらく入院継続の為、本人が自宅退院した後、しばらくは独居となることを確認。日常生活へのサポートとして、サービスの導入を提案するも本人は渋る。
- 退院前訪問指導を実施し、自宅の片付けのサポート、図書館等への交通機関の確認を行い、生活環境を整えていく方針を立てる。
- また、B相談支援事業所P S Wとの外出支援の協力を得る。

○クリニカルパスを通じ、退院支援に向けたプログラムを実施。兄に頼りきりであった生活を省みて、自律した生活に向けて意欲が芽生えてきた。

終期

- 兄への面会の利便も検討し、退院後のかかりつけ医をA病院に調整。支援を得ながら服薬管理を行う。
- 生活支援を要する部分について、サービス利用に向けて徐々に前向きとなっていくが、通所系サービスは、「自分のペースで過ごせない」という本人の想いから、訪問系サービスから導入を図る。
- 退院前カンファレンスを実施。本人と院内多職種と精神科訪問看護、訪問介護、A病院相談員、B事業所相談員が参加し、情報共有を行う。

効果

- ◆ クリニカルパスを活用し、スムーズな退院支援を行うことができた(3ヶ月以内)。
- ◆ 本人は、外部の支援を受け入れができるようになり、図書館や買い物等の活動を継続することができた。
- ◆ 多職種、多機関で連携して、退院後の支援体制を構築することができた。