

# GP(事例報告)のオリエンテーション

兵庫県 認知症対策委員会

# GP = Good Practice (良い実践)

- \* 作業療法のかたちをビジュアル化
- \* 認知症のひとと家族・地域に  
作業療法士としてどう考え  
どう関わっているのかを端的に見える化

# 状態像の要約

【アセスメント】

介入内容と状態の変化：BPSD、家族調整（負担への対応）、  
認知機能、体力、疾患特性に合わせた介入、etc、  
時系列で表現も必要か  
（1か月、3か月、6か月・・・）

【課題】

結果  
（評価数値など）

介入前の生活行  
為の不具合



生活行為の変化

フォロー、その後

# 認知症（中等度）の自立支援への具体的取り組み -OTの視点（赤文字）を中心に-

Aさん 男性 70歳代 介護保険の申請なし、かかりつけ医（循環器内科）で認知症に関連する服薬等はない。自立度判定基準Ⅱa、障害老人自立度J2、物忘れ、失行による生活行為遂行困難の動作がある。最近転倒が多く、腰、頭部の打撲が多い。妻からの叱責、身体機能の低下により家に閉じこもりがち。妻も関わり方をどうして良いのかわからない。介護保険等のサービスに繋がりたいが、どうしてよいのかわからない。本人は何かやりたい気持ちはある様子。

Aさん、男性  
70歳代  
子供2

- ・保健師
- ・認知症地域推進委員
- ・作業療法士が認知症初期業中支援で関与



【アセスメント】  
生活状況・住環境  
Zarit8・  
DBD13・DASC  
身体機能・生活行為向上マネジメント・高次脳機能・他

- 【課題】
- ①認知症に対する適切な医療・福祉に結びついていない
  - ②身体機能の低下
  - ③高次脳機能障害による生活遂行の障害、また、それに伴う家族介護負担の増加
  - ④住環境の未整備による怪我等
  - ⑤②と連動する閉じこもり症候群

③



洋服を渡すだけでは着ることができない!!

「仕切り直し」「内発的動機づけ」  
**失行症への介入**



きっかけを作り、初めだけの関わり

自動的に着衣可能な事が増える!!

高次脳機能による行為障害への評価と具体的な援助方法の提案

④



硬質ゴムのマットに引っかかり転倒



部屋の出入りを不安定な場所で行う



トイレの場所がわからなくなる時がある：トイレでない所で排泄



ゴムマットの除去手すりの設置。  
「便所」と書いた張り紙、扉は常時開けておく。

自助具・福祉用具の提案による物理的環境の整備

⑤

昔、温泉旅行によく行っていた。最近では下肢筋力の低下による転倒と閉じこもりが多くなり、好きな旅行にもここ数年行っていない。妻とやっていた畑にも行かなくなる。

奥さんと一緒に行く温泉旅行を計画。そのための体力づくりを行うことを目的に二次予防の教室へつなぐ。体力強化と同時に畑への散歩を促す。




本人が行いたいことを中心に置いた生活行為向上リハ 身体機能の向上の提案

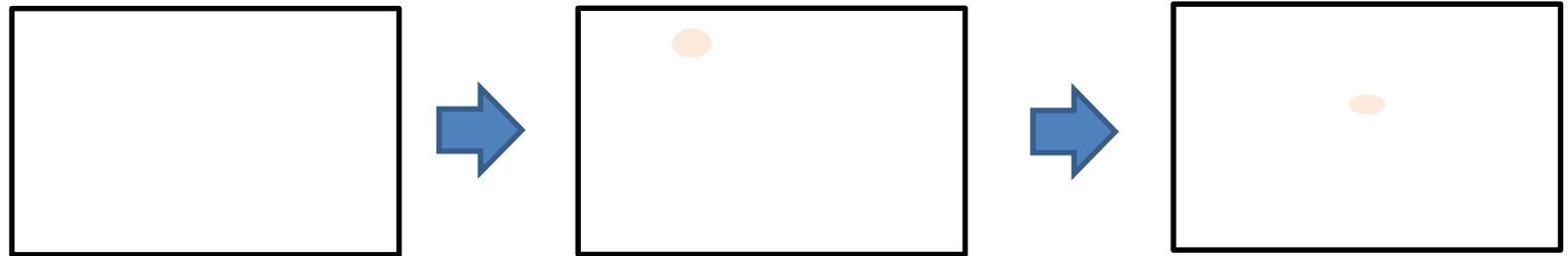
DASC :60→61	床からの立ち上がり時間を要す。失禁あり	床からの立ち上がり安定感がでてくる。失禁減
DBD13:16→14(軽減)	数居につま先をよくひっかけ。転倒1/2w	室内問題なく歩行。転倒なし
Zarit8 :10→7(軽減)		畑へ出向く(意欲、QOL↑) 介護負担減少

ケアマネージャーへ繋ぐ  
二次予防教室の延長

<b>場所( 目的 )</b>	<b>テーマ(……な事例)</b>
-----------------	-------------------

場所:事例	年齢: 歳 性別: 疾患名:	介護度 認知症の程度
	<b>【介入までの経緯】</b> <b>【本人・家族の生活の目標】</b>	

	開始時(入所時)	中間(1ヶ月後)	在宅復帰(2ヶ月半後)
ADL・IADLの状態			
生活行為の目標			<b>【考察】</b>
介入内容			

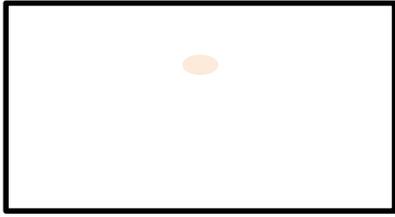
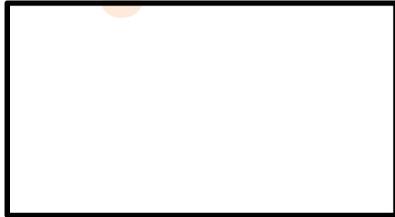


**結果 :**

課題 :

場所( 目的 )		テーマ(……な事例)	
場所:事例	年齢: 歳 性別: 疾患名:	介護度 認知症の程度	
	【介入までの経緯】		
【本人・家族の生活の目標】			
	開始時(入所時)	中間(1ヶ月後)	在宅復帰(2ヶ月半後)
ADL・IADLの状態			【考察】
BPSD/周囲との関係性			
生活行為の目標			
介入内容			

視覚的にわかりやすいように、写真などを使用し変化を提示



**結果 :**

課題 :

老健(在宅復帰)

夫に対する暴力・暴言で介護疲弊が強く一時的な入所を経て、在宅復帰ができた事例

年齢:70歳代

性別:女性

疾患名:レビー小体型認知症

介護度 要介護2

老健入所事例

【介入までの経緯】3年前より物忘れが見られ受診、上記診断となり、アリセプト開始。昨年頃より「自宅に知らない人がいる」「殺される」と警察に連絡したり、自宅周辺を走り回ったりする。夫の退職後、症状が更に悪化、夫への暴言、暴力見られ、A病院に入院。興奮、粗暴行為、他者とのトラブルで拘束することもあった。徐々に落ち着くも、物取られ妄想、焦燥感など状態変化あり。外泊を何度か重ねた後、自宅退院。夫という時間が続くともた夫への暴力がひどくなるため、老健に入所となる。HDS-R 14点 DBD:18点 Zarit:19点  
【本人・家族の生活の目標】落ち着いて過ごすことができれば、また自宅へ連れて帰りたい(本人:家に連れて帰ってください)

開始時(入所時)

中間(1ヶ月後)

在宅復帰(3ヶ月半後)

ADL・IADLの状態

○動作的にはほぼ自立も遂行機能障害のため、見守り・声かけが必要。(拒否もあり)  
○トイレの場所がわからないことで更に混乱

○食事前のテーブル準備など行う(自分からやりましょうかと職員に声をかける場面あり)  
○トイレ・自室などは覚えている

○夫への暴力・暴言ほぼ消失。家事など自宅での役割は概ね夫だが、本人の参加も徐々に増える。  
○夫から「このままなら家で暮らせそうです」と発言

BPSD/周囲との関係性

○帰宅願望と妄想が著明。そのことで、周囲とのトラブルが多い

○気の合う人たちの中では、少しずつ一緒に過ごす時間が増えている

【考察】本人のADL・IADL著変ないが、トイレの場所や自室を覚え、水やりやカーテン開閉などの役割を持つことで、落ち着いて過ごす時間が増えた。退所後は、ショートを利用しながら在宅生活が継続できており、当施設が本人に居場所として記憶され、ショート時も混乱なく、来所している。夫には、自宅で料理や洗濯などすべてに手を出さず、見守りながらご本人にできることは行ってもらうよう伝えたことや、本人に対する症状理解から、夫が精神的に余裕をもって接することができるようになり、介護負担感の軽減につながったと考えられる。

生活行為の目標

○日課となる役割を見つける  
○着替え・整容などに関心が持てる

○夫の協力のもと洗濯物の準備ができる  
○声かけで着替え・整容が自身で行える

介入内容

①トマトの手入れ・水やりを日課とする  
②朝晩のカーテン開閉、ベッド周囲の環境整備を役割とする  
③落ち着いて過ごせる場所を見つける  
④夫との関係性の再構築(妻に対する症状理解を深める)

○夫が来所時に一緒に過ごす時間を仲介する(いつも避ける行動が見られるため)  
○夫に妻の混乱の起因がどこにあるか一緒に考える(家族カンファレンス)  
○自宅でできそうなことに繋がる簡単な家事(タオルたたみ、テーブル拭きなど)

トマトの手入れ



カーテンの開閉



ショートの送迎時

**結果** :役割(カーテン閉め、食事前の食卓準備、トマトの水やりなど)を習慣づけることで、落ち着いて過ごせる時間が増えた  
HDS-R11点 DBD:12点 Zarit:13点

**課題** :ショート利用時、精神的に落ち着いて過ごされることも多くなったが、他利用者の徘徊や不穩に影響され、混乱されることがある。本人の周辺環境にスタッフ全員で意識する必要がある。

# 医療における認知症対応の 実際と課題(GP)

# 暴力・食思不振のある重度認知症患者に対する自宅退院支援 OTの視点 (赤文字) を中心に

Aさん 女性 69歳 ATD+血管性認知症 要介護1 HDS-R:5点

【介入までの経緯】平成23年頃より認知症状出現。D.S.利用しながら在宅で夫が介護していたが、転倒→骨折からサ高住入所。

その後イライラ、暴力顕著になり、不眠、食事量低下、尿閉となり精神科病院入院。

【本人・家族の生活の目標】 本人:人と話をするのが好き→娘と喫茶店に行きたい ご家族:暴力がなくなれば在宅、ダメなら施設

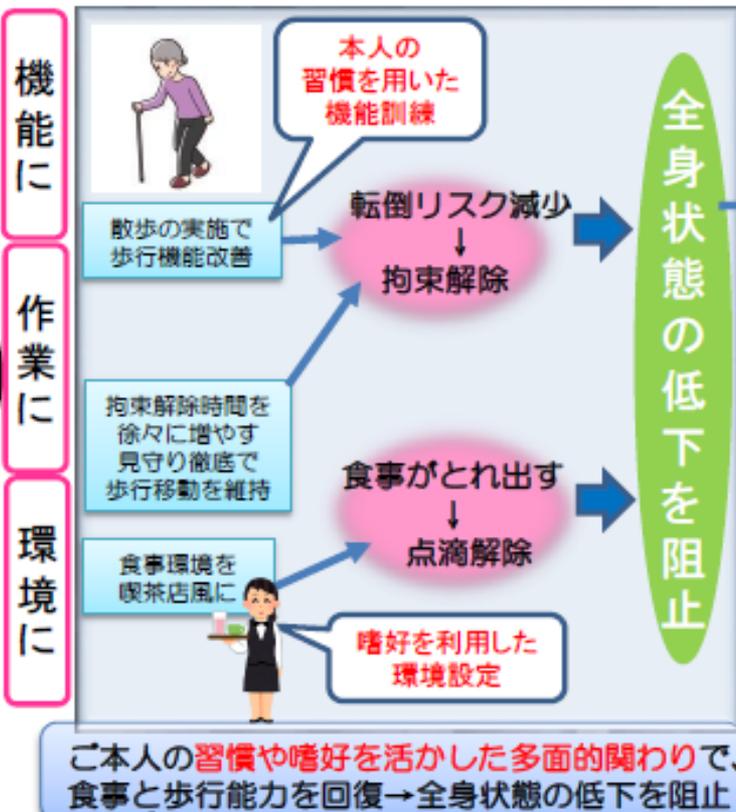
## 【アセスメント】

生活状況: FIM  
認知機能: HDS-R  
周辺症状: DBD  
意欲: VI  
興味: 絵カード評価法  
住環境・家族の状況:  
自宅訪問

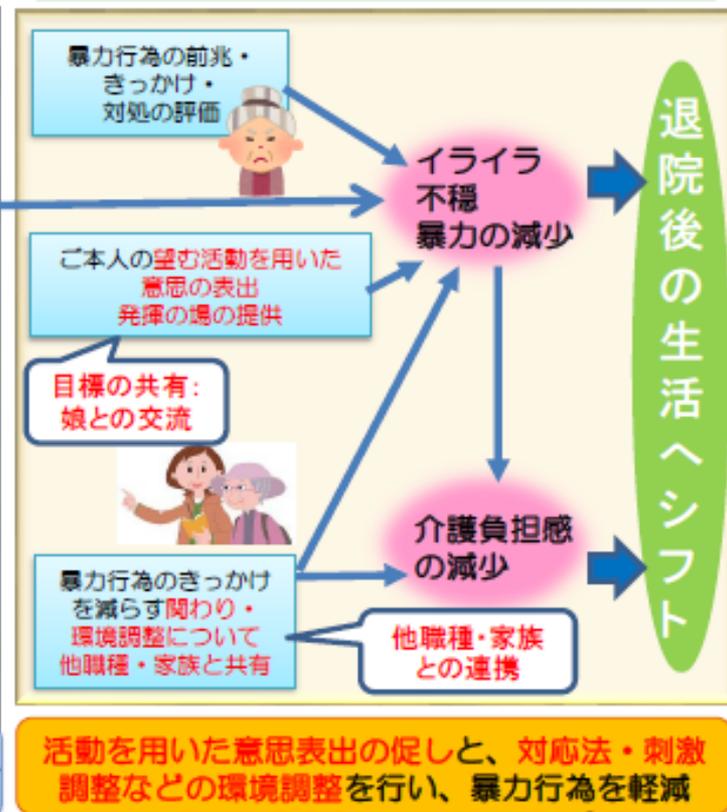
## 【課題の整理】

- ① 食事とれない・尿閉
- ↓
- 点滴
- ↓
- 自己抜針
- ↓
- ② 要拘束
- ↓
- ③ 全身状態の低下・転倒
- ↓
- ④ イライラ・不穏・暴力
- ↑
- ⑤ 疎通性・理解力低下

## ① 食事の再獲得 ② 拘束の解除 を目指して



## ④ 不穏・暴力の軽減 を目指して



## 結果

DBD: 29→9 (軽減)  
Zarit8: 10→7 (軽減)  
VI: 3→5 (改善)  
FIM: 34→62 (改善)

食事再獲得  
全身状態の改善  
活動性向上  
不穏・介護負担軽減

1カ月で自宅退院!

- ・本人の望む活動目標とそれに向けた作業のプランニング
- 能動的な活動の継続
- ・暴力対策の申し送り

CM  
ご家族へ繋ぐ  
DSスタッフ

# 暴力・食思不振のある重度認知症患者 に対する自宅退院支援 OTの視点（赤文字）を中心に

Aさん 女性 69歳  
要介護1

ATD+血管性認知症  
HDS-R:5点

## 【介入までの経緯】

平成23年頃より認知症状出現。D.S.利用しながら在宅で夫が介護していたが、転倒→骨折からサ高住入所。

その後イライラ、暴力顕著になり、不眠、食事量低下、尿閉となり精神科病院入院。

## 【本人・家族の生活の目標】

本人：人と話をするのが好き→娘と喫茶店に行きたい

ご家族：暴力がなくなれば在宅、ダメなら施設

## 【アセスメント】

生活状況：FIM

認知機能：HDS-R

周辺症状：DBD

意欲：VI

興味：絵カード評価法

住環境・家族の状況：自宅訪問

## 【課題の整理】

①食事とれない・尿閉



点滴



自己抜針



②要拘束



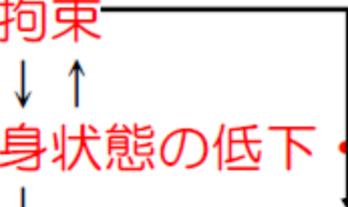
③全身状態の低下・転倒



④イライラ・不穏・暴力



⑤疎通性・理解力低下

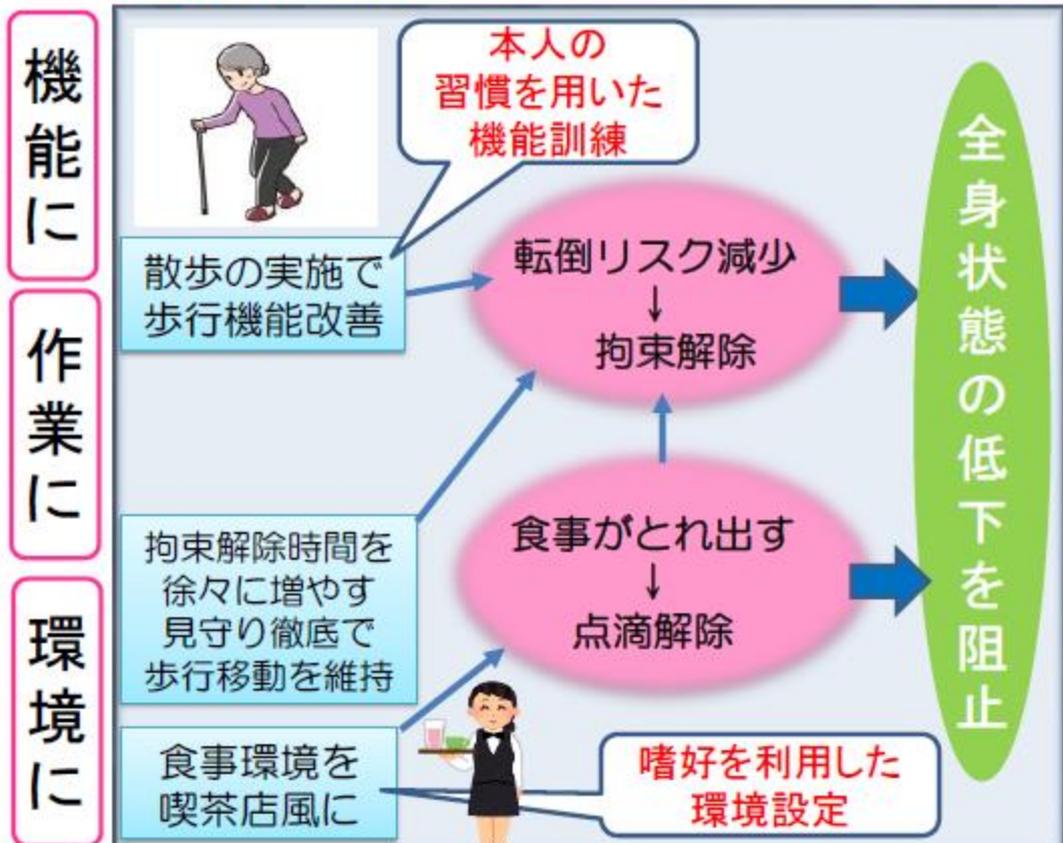


介入①

①食事の再獲得

②拘束の解除

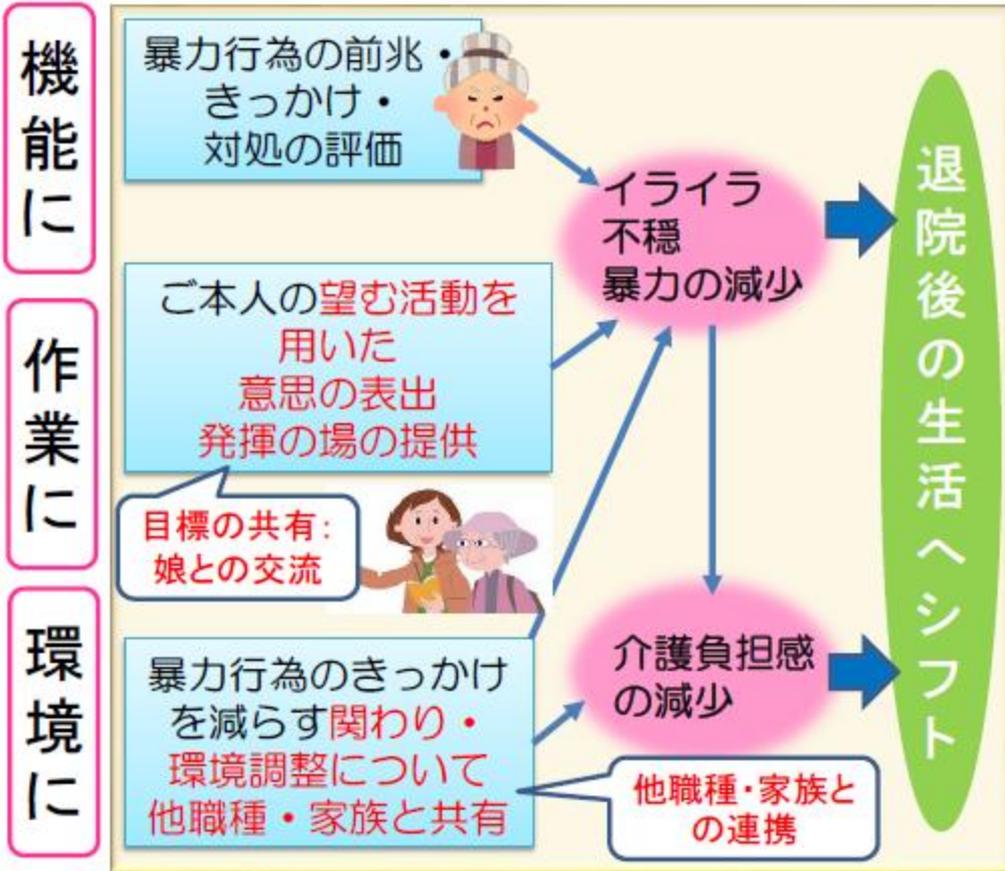
を目指して



ご本人の習慣や嗜好を活かした多面的関わりで、食事と歩行能力を回復→全身状態の低下を阻止

介入②

④不穏・暴力の軽減 を目指して



活動を用いた意思表示の促しと、対応法・刺激調整などの環境調整を行い、暴力行為を軽減

## 結果

DBD: 29→**9**(軽減)  
Zarit8: 10→**7**(軽減)  
VI: 3→**5**(改善)  
FIM: 34→**62**(改善)

食事再獲得  
全身状態の改善  
活動性向上  
不穏・介護負担軽減

1カ月で  
自宅退院  
決定!

- 本人の望む活動目標と  
それに向けた作業のプランニング  
→能動的な活動の継続
- 暴力対策の申し送り

CM  
ご家族 へ繋ぐ  
DSスタッフ

# 介護保険関連領域における認知症対応の実際と課題

在宅支援

# 中等度認知症の方のBPSDに対する支援 ～家族への心理的サポート～

Aさん、女性 80歳代 介護度：要介護2 介護保険サービス：訪問リハ(週1日)・訪問看護

家族構成：夫と二人暮らし(夫は自営業のため日中独居状態)

<アセスメント> HDS-R 8点、MMSE 12点、DBD 30/52点、J-ZBI\_8 11/32点、脊椎側弯・円背あり

## 【課題】

#1 頻回な電話行動のため、家族疲弊。

#2 見当識障害、短期記憶障害顕著であり、常に緊張状態。

#3 脊椎側弯、円背のため、近くの職場までも移動困難。

b1 家族としては自宅での生活継続を希望。

目的：ご本人の過活動に対して、家族の介護負担を軽減する  
内容：問題点の分析と、家族への心理教育

① **頻回な電話に対して** ⇨ 電話をかける時間帯と電話の内容を確認。  
電話の多い時間帯(夕方)に訪問看護・リハを提供。

② **家族への心理教育** ⇨ 頻回な電話行動を引き起こしている原因を一緒に解明。  
不安な気持ち、寂しい気持ちであることを共有。

③ **地誌的見当識障害に対して** ⇨ 日々介入時の会話の中で現住所・出生地など盛り込みながら、時間の流れを現実に戻す。

④ **本人の不安等に対して** ⇨ 不安の原因を追求。日中一人で居ること、問題解決能力の低下により常に緊張していることなどを把握してもらう。

⑤ **腰背部痛による歩行距離短縮に対して**

⇨ T字杖を使用していたが、側弯の影響で疼痛が出現。  
両上肢支持で負担軽減を図るために、シルバーカーを導入。



## 結果

NPI 22→14点  
Zarit 11→9点  
MMSE 12→11点

●見当識障害、短期記憶障害のため、夕方  
に落ち着きがない。  
●疼痛出現に伴い、  
歩行距離短縮、閉じこもり傾向。

●訪問時間帯の電話はなくなった。訪問日以外は、夕方前に家族から電話することで落ち着いた。  
●シルバーカー導入し、疼痛は軽減したが、定着には至らず。  
(使いたがらない)

●シルバーカーの使用方法的な定着化に繋がらず、日常的な使用が可能。  
●電話の頻度は大きく変わらないが、電話の内容として混乱している様子が少なくなった。

## 中等度認知症の方のBPSDに対する支援 ～家族への心理的サポート～

Aさん、女性 80歳代 介護度：要介護2 介護保険サービス：訪問リハ(週1日)・訪問看護

家族構成：夫と二人暮らし(夫は自営業のため日中独居状態)

<アセスメント> HDS-R 8点、MMSE 12点、DBD 30/52点、J-ZBI\_8 11/32点、脊椎側弯・円背あり

### 【課題】

#1 頻回な電話行動のため、家族疲弊。

#2 見当識障害、短期記憶障害顕著であり、常に緊張状態。

#3 脊椎側弯、円背のため、近くの職場までも移動困難。

短期記憶  
障害

頼れるメモリーがない

(自分自身の記憶、  
補助道具、人)

不安が募り募って、  
頼れる家族に連絡。  
(b 慣れた番号には  
電話がかけられる)

身体機能  
低下

脊椎側弯・円背により、  
長時間歩行が困難。

自営業の職場まで行く  
ことができず、日中留守番。

寂しさと短期記憶障害に  
よる不安が強くなり、  
家族への電話として  
行動化している

# 中等度認知症の方のBPSDに対する支援 ～家族への心理的サポート～

Aさん、女性 80歳代 介護度：要介護2 介護保険サービス：訪問リハ(週1日)・訪問看護

家族構成：夫と二人暮らし(夫は自営業のため日中独居状態)

<アセスメント> HDS-R 8点、MMSE 12点、DBD 30/52点、J-ZBI\_8 11/32点、脊椎側弯・円背あり

**目的：**ご本人の過活動に対して、家族の介護負担を軽減する  
**内容：**問題点の分析と、家族への心理教育

## ① 頻回な電話に対して

⇒ 電話をかける時間帯と電話の内容を確認。  
電話の多い時間帯（夕方）に訪問看護・リハを提供。

## ② 家族への心理教育

⇒ 頻回な電話行動を引き起こしている原因を一緒に解明。  
不安な気持ち、寂しい気持ちであることを共有。

## ③ 地誌的見当識障害に対して

⇒ 日々介入時の会話の中で現住所・出生地  
など盛り込みながら、時間の流れを現実に戻す。

## ④ 本人の不安等に対して

⇒ 不安の原因を追求。日中一人で居ること、問題解決  
能力の低下により常に緊張していることなどを把握してもらう。

## ⑤ 腰背部痛による歩行距離短縮に対して

⇒ T字杖を使用していたが、側弯の影響で疼痛が出現。  
両上肢支持で負担軽減を図るために、シルバーカーを導入。

BPSDに対する  
アプローチ ⇒ ①、④

認知機能面に対する  
アプローチ ⇒ ③

身体機能面に対する  
アプローチ ⇒ ⑤

家族に対する  
アプローチ ⇒ ③

# 中等度認知症の方のBPSDに対する支援 ～家族への心理的サポート～

Aさん、女性 80歳代 介護度：要介護2 介護保険サービス：訪問リハ(週1日)・訪問看護

家族構成：夫と二人暮らし(夫は自営業のため日中独居状態)

<アセスメント> HDS-R 8点、MMSE 12点、DBD 30/52点、J-ZBI\_8 11/32点、脊椎側弯・円背あり

## 【課題】

#1 頻回な電話行動のため、家族疲弊。

#2 見当識障害、短期記憶障害顕著であり、常に緊張状態。

#3 脊椎側弯、円背のため、近くの職場までも移動困難。

↳ 1 家族としては自宅での生活継続を希望。

目的：ご本人の過活動に対して、家族の介護負担を軽減する

内容：問題点の分析と、家族への心理教育

- ① **頻回な電話に対して** ⇒ 電話をかける時間帯と電話の内容を確認。  
電話の多い時間帯（夕方）に訪問看護・リハを提供。
- ② **家族への心理教育** ⇒ 頻回な電話行動を引き起こしている原因を一緒に解明。  
不安な気持ち、寂しい気持ちであることを共有。
- ③ **地誌的見当識障害に対して** ⇒ 日々介入時の会話の中で現住所・出生地など盛り込みながら、時間の流れを現実に戻す。
- ④ **本人の不安等に対して** ⇒ 不安の原因を追求。日中一人で居ること、問題解決能力の低下により常に緊張していることなどを把握してもらう。
- ⑤ **腰背部痛による歩行距離短縮に対して**  
⇒ T字杖を使用していたが、側弯の影響で疼痛が出現。  
両上肢支持で負担軽減を図るために、シルバーカーを導入。



## 結果

NPI 22→14点  
Zarit 11→9点  
MMSE 12→11点

●見当識障害、短期記憶障害のため、夕方に落ち着きがない。  
●疼痛出現に伴い、歩行距離短縮、閉じこもり傾向。

●訪問時間帯の電話はなくなった。訪問日以外は、夕方前に家族から電話することで落ち着いた。  
●シルバーカー導入し、疼痛は軽減したが、定着には至らず。(使いたがらない)

●シルバーカーの使用方法的な定着化に繋がらず、日常的な使用が可能。  
●電話の頻度は大きく変わらないが、電話の内容として混乱している様子が少なくなった。

Cさん 83歳 女性 疾患名:アルツハイマー型認知症 要介護1 MMSE:19/30

【介入までの経緯】初診の数か月前から暴言・暴力。家から出ていこうとする。制止きかず怒り出す、意味不明なことをしゃべり続ける等の行動があった。介護者は仕事も退職し、介護に疲弊。→当院受診し、チアリアル50mg処方開始。介保デイでは対応できないとのことで、当院デイ利用となる。(3回/1W)

【本人・家族の生活の目標】(本人)利用開始時:なんでこんなところに来なければならないのか。(家族)穏やかな生活ができるように。夜間寝てほしい。薫をもすがる思いです、、、

【アセスメント】

生活状況: B I  
認知機能: MMSE  
周辺症状: DBD  
自宅への実調

【課題の整理】

- ①疎通性・理解力低下
- ↓
- ②不安・焦燥・混乱  
↓
- できること、役割の喪失
- ↓
- ③怒り・暴言、暴力
- ↓
- ④介護者と更なる関係性の悪化  
生活環境の狭小化
- ↓
- ⑤本人・介護者の疲弊

機能に

作業に

環境に

①不安等の軽減

自宅訪問で  
情報収集

- ・全て介護者が手取り足取り  
介助、声かけ
- ・本人へのオープンな質問で  
の声かけ

不安・焦燥・混乱  
の要因を評価



できることを  
共に行う  
↓  
成功体験と役割意識

- ・遂行機能障害
- ・できること  
できないことに

1体1の関係性↑、対応の工夫  
「お願いしてもいいですか」

コミュニケーション  
他者や環境との関係

ナラティブな情報・訪問時の評価に基づいた環境設定

本人の人となりや役割に基づいた環境調整と、  
関係づくりの中で成功体験により不安の軽減

②生活環境の拡大

本人との信頼関係→  
現存能力を発揮できる  
関係づくりと拡大

ご本人の役割を創出  
他者との関わり、生活歴  
からの本人の人となり  
を発揮

暴言・暴力の消失  
↓  
家族との関係性↑

主体的な活動への  
参加  
他者へ指導する  
行動の現れ



安定した生活環境の構築  
家族への支援  
↓  
できることの発信・共有  
かかわりの質(かかわり方)と  
量(タイミング、家族の休養)を伝達

活動を用いた意思表示の促しと、対応法  
などの環境調整を行い、暴力行為を軽減  
→安定した生活による生活環境の拡大

結果

DBD: 36→6(軽減)  
Zarit8: 21→10(軽減)  
BI: 45→95(改善)

できることの共有  
不安・混乱の減少  
家族の心理的負担軽減

安定した生活環境  
主体性の発揮  
デイでの姿を家族と共有

家族: 民生委員の役割  
本人: 食事準備、小グループ  
のリーダー的役割

本人・家族がそ  
の人らしく生活

# 認知症（若年）の自立支援に向けた具体的取り組み-OTの視点（赤文字）を中心に-

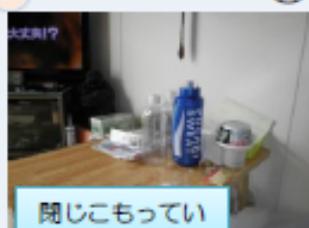
Aさん 男性 60歳代前半 婚姻歴なし 甥家族と同居 かかりつけ医(脳神経外科)で高血圧症の内服あり。認知症自立度判定基準I、障害老人自立度J I、3年ほど前にクモ膜下出血で倒れたが、半年後に大工仕事に復職。仕事は単発で不規則であるが、4ヶ月前より全く仕事に行かなくなった。室内の清掃、服薬管理のずさんさ、自宅に閉じこもりがちであり、心配した妹より相談。初期集中支援開始となった。本人の意向を確認しながら、閉じこもりを来たしている要因を考え、生活の自立を目的に支援を行った。

Aさん、男性  
60歳代  
婚姻歴なし  
・社会福祉士(包括)  
・看護師  
・作業療法士  
が認知症初期集中  
支援で関与

【アセスメント】  
生活状況・住環境  
Zarit8 6点・  
DBD13 5点・  
DASC 28点  
身体運動機能問題  
なし・ADL自  
立・意欲低下・活  
動性低下

【課題】  
①認知症に対する適切な医療・福祉に結びついていない  
②意欲・活動性低下  
③生活管理能力の低下、閉じこもりなどに伴う家族の心理的負担増加  
④仕事中断に伴う経済的課題  
⑤②③④に関連した本人と家族の関係性の障害

②



閉じこもっている要因を分析!!

「課題遂行能力の低下」  
「注意力の低下」  
「失敗体験による負の感情残存」  
**アセスメントを整理**

家族に、認知症疾患、人となり・環境を踏まえアセスメント結果を説明

③④



ずさんな服薬管理  
受診時の状況が不明  
食生活・衛生環境の乱れ



看護師と同行訪問し健康  
管理・生活指導・受  
診同行し、医師と情報  
共有

⑤

金銭管理能力の低下に加え、仕事を中断し無収入であり経済課題あり。  
自宅に閉じこもっており、ますますの機能低下を心配し、家族の心理的負担となっている。  
本人・家族ともに、活動・参加の場が必要との認識あり。

通所介護・就労支援継続事業所など活動・参加の場を調整

社会福祉士と同行訪問し、経済課題を踏まえ利用できる制度検討(年金早期受給(医療費減免))

大工以外の仕事はできない。お金のかかる介護保険サービスは使いたくない。小遣い程度の仕事をして甥の子に何か買ってあげたい。(思いの聴取)

多職種協働し正しい情報の伝達、相談応需による家族支援

医師・看護師との連携による健康管理・服薬管理

本人・家族の意向をすりあわせ本人にできる就労支援

DASC :28→29  
DBD13:5→4  
Zarit8 :6→5

遂行能力の低下・生活管理能力の低下  
自宅に閉じこもり活動参加の機会がない  
経済的課題あり

本人の想いの聴取  
就労への意欲向上  
訪問により、服薬管理・健康管理への関心向上  
経済課題の解消に向けた調節

精神科看護師へ繋ぐ  
年金早期受給  
自立支援医療導入  
精神科訪問看護開始  
知人の紹介で大工復帰