

この通信は、部会の様子をお伝えし、関連する機関のみなさまとの情報共有をめざして発行しています。



平成 26 年 9 月 17 日 **地域移行部会を開催しました！**

区内外から 30 名の方に参加していただきました。ありがとうございました。

この部会は、毎回テーマを設け、障害者が安心して地域で住み続けるための基盤整備について検討しています。今回も参加者同士で積極的、活発な意見交換を行いました。

\*\*\* 今回のテーマ \*\*\*

## 『事例を通して

## ～どのようにしたら長期入院の方が退院できるか～』

今回の部会では、区外の精神科病院に長期入院されているとある方の事例を挙げ、その方が世田谷区に退院し、世田谷区で暮らし続けていくために、日頃の支援の中で、地域移行・地域定着に活用できる制度や工夫を共有していくことを目的に実施しました。



### 今回の事例～とある方たちの事例を通じて～

#### 【事例 さん(61歳 男性)】

\* さんは、実際の長期入院の方々の状況を複合して作成した架空の人物です。

#### <プロフィール>

区外(C市)の精神科病院に約30年入院中。性格はおとなしく人当たりも柔らかい。人懐っこいタイプの方。

病名:統合失調症。入院当時は幻聴・幻覚が活発だったが、現在は服薬により症状は消失している。

家族:高齢の両親(共に80代半ば)が世田谷区内の1軒家に在住。きょうだいはいない。両親はほぼ毎週末に見舞いに来ていた。実家から病院までは片道1時間30分ほどかかり、「見舞いにいつまでいけるのか？」と両親は不安に感じている。

#### < さんの退院に向けた経過 >

さんは入院前まで暮らしてきた実家に帰りたく希望し、これまでも退院に向けた話は何度か出ていたが、入院直前の体調の不安定さから、両親が退院を拒否し続けて、30年が経過した。

ここ数年は両親も高齢になり“退院後の息子の生活の面倒はみられない”と話しており、病院も強引に話を進められずにいた。

病棟の職員が変わり、新しく PSW が さんの担当となった。病状は落ち着いており、かつ退院したいという希望も持っていることから、退院に向けたアプローチを開始した。

院内のカンファレンスに家族も参加してもらい、さんの退院に向けたアプローチを開始することを提案した。両親は不安を示しながらも、退院に向けて準備を開始することを了承した上で、実家での同居は難しい旨を話した。カンファレンス後、PSWは総合支所に連絡し、地域移行支援の利用を提案した。

### <個別支援をすすめていくにあたり>

相談支援事業所(指定特定/指定一般相談支援事業所)に地域移行支援の打診があった。相談支援事業所では精神科病院からの地域移行支援は初めてのため、どのようなアプローチをすべきか、どのような支援やサービスを活用すると本人や家族にとって良いのか等のイメージがつかない。そのため、職員ミーティングを実施し、地域移行・定着支援についての有効なアイデアを出し合うことになった。



## グループワークによる意見交換(抜粋)

さんが退院し地域で生活するために、どのような支援やサービスの提供が考えられるかを、参加者それぞれが相談支援事業所の職員になったつもりで、4グループに分かれて意見交換しました。

### 1グループ

#### 住居地の設定・生活基盤について

- ・生活エリアを頻回に変更するのは好ましくない。中間施設(ショートステイ・グループホーム)での生活を経て独居が良いのでは。
- ・同居ならばホームヘルプサービスや訪問看護など定期的な支援が必要。
- ・両親は本人の表面上の言動で同居できないと思い込んでいるのでは？
- ・独居の場合、生活保護の申請・受給ができるか。両親からの援助がえられるか？

#### 支援者の役割について

- ・医師・看護師・ケースワーカーなどが連携して、本人・両親の希望をすり合わせ、意思を丁寧に確認しながら、最終的に退院の方向性がなくならないように支援していく必要がある。
- ・支援者の考え方・進め方の違いのすりあわせが必要。それぞれの得意な分野で協力しあうことが必要。
- ・支援の枠にはめないようにする。今までの「パターン」通りに支援を行おうとすると上手くいかない。
- ・長い期間で支援を考えていく。「再入院」をした場合でも失敗ではないことを支援者間で共通認識する必要がある。
- ・どのようなサービスを導入するかが重要。その中でも服薬管理が適切にできる支援が必要。
- ・病院が地域移行に関わる支援者と連絡をとりたいと思っても、どのような事業所があるのか把握しきれていない。

#### 今回の事例について検討した結果

- プランA:同居   プランB:グループホーム  
プランC:実家近くで別居



## 2グループ

### 本人の思い

- ・本人の退院のイメージや退院後の幸せ、理想的な生活リズムについて本人と検討し確認する必要がある。
- ・30年間の入院中での様子はどのようなものだったのか？外出や外泊の状況や、院内の過ごし方から支援の方向性が出てくるのではないかな。
- ・支援者が本人と共に外出する機会を持ち、その際に本人の退院後の生活への意欲・希望が聞ければ、具体的なイメージを共有することができるのではないかな。
- ・入院前の本人にとって在宅支援の福祉サービスは無縁だった場合、福祉サービスについて本人と支援者のイメージのギャップをどのように埋めていくかな？

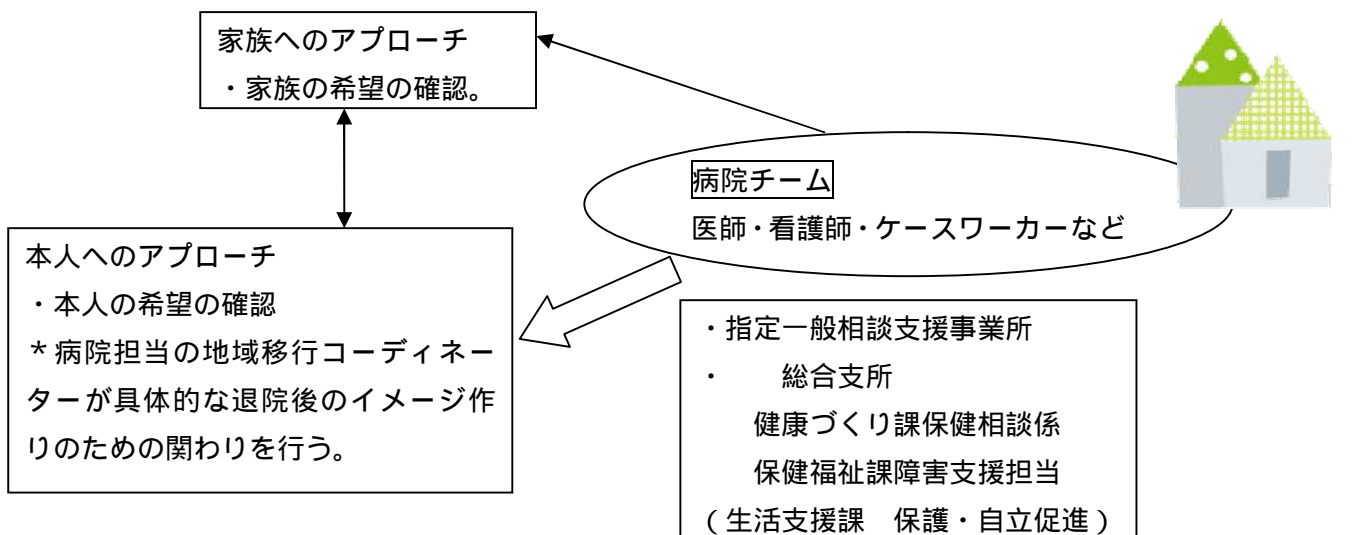
### 両親の課題・両親との関係

- ・親子関係は30年前のままではないかな。社会資源、福祉サービスについて親もイメージができないのでは？
- ・親も高齢であるため、身体的な問題で本人の支援には限度がある。親の状況を知る必要がある。両親にも支援が必要。

### 活用できるサービス・制度、支援者の役割

- ・生活保護を申請し受給となった場合、セーフティネット事業が活用でき、メンタルケア支援員の支援が得られるのではないかな。
- ・実家に戻りたいという本人の思いと親の困惑感のギャップを、いかに埋めていくかが求められる。
- ・近隣住民とトラブル等が懸念される場合、事前に弁護士との関わりも必要ではないかな。

## 3グループ



- ・病院チームが家族、本人に働きかけを行う。地域移行に向けての準備として本人と家族の希望のすり合わせが必要。
- ・ショートステイ等を利用しながら本人の居場所・通院先・仲間作り・夢・目標に向けてのプラン作りを一緒に検討する。

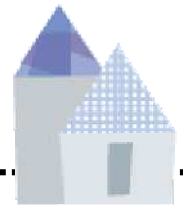
### 今回の事例について検討した結果

- プランA：同居          プランB：まずグループホームで生活をし、その後同居か独居か検討する。  
プランC：アパートで独居の生活

## 4グループ

### 活用できるサービス・制度

- ・本人に合う日中活動の施設を探しが困難な可能性がある。就労継続支援B型が本人に適切かとは思いますが、定員の空きがなく受け入れまでに時間がかかる場合が多い。地域活動支援センターや世田谷区各総合支所健康づくり課ディケアとの併用も検討が必要である。
- ・世田谷区に障害福祉サービスとして精神障害者が使えるショートステイがない。
- ・介護保険サービスと障害福祉サービスについて、それぞれの活用できるサービスの利点を検討するため、合同勉強会などの開催も必要か。
- ・介護保険の2号保険者(65歳以下)の申請は条件があり、介護保険での通所サービスの利用は難しいのではないか。
- ・障害福祉サービスから介護保険サービスへの円滑な切り替えが重要である。
- ・本人がサービスを望まないこともあるので、本人に十分な説明とイメージ作りが必要である。
- ・あんしんすこやかセンターの見守りや民生委員の相談なども活用できないか？
- ・実際に地域で暮らしてみないと本人に必要なサービスや制度は分からない。地域での生活を試せる場所はないか？



## グループワークからみえた課題と提言～長期入院の方の退院に向けて～

グループワークでは、皆さんの退院自体が難しいと考えるグループはありませんでした。30年以上入院している方の場合、支援者側が家族に退院について強く話をする事ができず、退院にむけた支援が中断してしまう場合があるという現状が見えてきました。

今回のグループでの検討から、長期入院している方に対しての退院に向けての課題と提言を、以下の4点にまとめました。

長期入院している高齢者が退院する場合、退院後の居住地が課題である。

生活保護受給者は、セーフティネット事業が活用でき、メンタルケア支援員が大変有効である。

地域移行を活用する場合、紹介できる地域移行支援事業所を病院側が把握しきれていない場合がある。どう紹介するかも分からない場合もある。

家族だけで、対象者を抱え込む必要はない。どのタイミングで、福祉サービスにつなげることができるのか。家族が対象者のために頑張っていることを、どのように把握するのか。また、今後の支援の方向性について家族へ周知も必要である。機能的な連携が求められている。

引き続き自立支援協議会地域移行部会では、精神科病院に入院している方への退院促進に向けた支援のあり方や課題を検討していきます。

次回も、ぜひ皆様のご参加をお待ちしております。

部会で取り上げたいテーマや事例などありましたら、下記までご連絡ください。

