

# 自立支援協議会で検討する事例

## ●ケース概要

58歳独身男性。統合失調症で2回の入院歴がある。

東京都にて出生。4歳上の兄が一人いる。父親は10年前に他界し、高齢の母親の介護は兄夫婦が行っている。高校卒業後に実家を出て工場で働いていたが、25歳頃に仕事中に幻聴が出現し、精神科病院を受診して1回目の入院となる。

退院後は工場を退職し、郵便局にて配達員として勤務するが、徐々に服薬を怠るようになり治療を自己中断する。その後仕事中に幻聴が出現し、暴言が激しくなったため、兄に連れられて精神科病院を受診し再入院となる。

2回目の入院後現在まで20年ほどを病院で過ごす。工場で働いていた時の給料や退職金は貯金していたが、本人の入院費に充てられて底をつき、現在は生活保護を受給している。院内ではデイケアやOTなどのプログラムが行われているが、本人は促されても参加には消極的であった。

そんな状況の中、長期入院をしていた患者が退院したことから、本人より「退院したい」という申し出があった。

急な話ではあったが、本人の希望を優先し退院に向けた支援を行うこととなった。

## (1) 個別支援会議

1：本人、主治医、病棟看護師、医療機関PSW、障害福祉課PSW  
関係者の顔合わせ、本人の意向の確認。

本人は入院が長期化していることに不安を感じ始め、退院して一人暮らしをしたいという。病棟看護師からは、以前よりコミュニケーションが取れるようになり担当のスタッフに自分の意思を相手に伝えられるようになったと評価されている。PSWからは時折スタッフに依存する面が見られることや、自己の過大評価、院内活動への参加率の低さが指摘される。

会議終了後に関係者のみで再度話し合う。その中で①依存心の緩和、②病棟プログラムへの参加促進、③生活力の低下、が問題点として挙げられた。本人は退院＝近日中に可能と考えている節もあり、主治医より退院には段階を踏む必要があることを伝えてもらう。

2：本人、主治医、病棟看護師、医療機関PSW、障害福祉課PSW  
前回の問題点を踏まえ、再度本人へ意向の確認を行う。

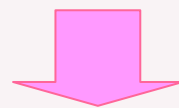
主治医からの話もあり、本人も近日中の退院は難しいことを理解する。その上で短期目標として、①主治医との面接は予定した日以外に行わない、②デイケアプログラムやOTへの定期的な参加、を設定する。また、看護師からは服薬の必要性を促し、徐々に薬の管理を本人に任せようとする。

当初は目標を半年とし、市内に居宅設定をして退院する計画とする。デイケアの参加と平行して一人暮らしへの準備も始め、意欲を高めるように支援した。退院への具体的な目標提示と併せ、PSWは退院後の支援としてホームヘルプ、訪問看護の導入、デイケアへの参加を勧め、本人も了承する。

支援開始から2ヵ月が経過したところで、本人が一人暮らしへの不安を訴え始める。それに加え生活力の回復が芳しくなかったこともあり、半年での退院目標は再検討となった。しかし、本人の退院への希望は変わらなかったため、最終目標を一人暮らしとして、市外にある中間施設の利用を提案する。本人も「その方が安心する」と言ったため、主治医、病棟看護師、PSW、本人、障害福祉課PSWの他、実兄、生活保護担当CWを含めて会議を行い、施設の利用を決定する。

施設への体験利用は徐々に本人が一人で行けるようになった。体験利用も順調にこなし、施設側も受け入れに前向きであった。

しかし、退院目前と思われた矢先に本人の病状が不安定となり、施設の利用は中止となってしまった。



地域には本人を受け入れられる条件が整わず、自立支援協議会の事務局へ困難事例として報告された。

## (2) 事務局会議

この1ヵ月間に行なわれた個別支援会議の中でも困難事例が報告として集約される。事務局である市、相談支援事業所で検討を行なう。

会議にて本事例を定例会にて検討することとなる。

### (3) 定例会

事務局より事例報告があり、定例会にて本事例の検討を行なう。

定例会にて考えられた問題

A：社会資源の問題

- ・生活費は生活保護費で対応できる（＋）
- ・入院が長くスタッフ以外で相談できる相手がない（－）
- ・自宅は処分されているため、新たに退院先の設定が必要になる（－）

B：本人の病状などの問題

- ・退院に向けて明確な意思がある（＋）
- ・自分の意思を周囲にうまく伝えられない（－）
- ・服薬の必要性を理解していないため怠薬・断薬の可能性はある（－）

定例会の協議内容は事務局に報告される。報告を踏まえ再度個別支援会議が開かれる。

会議にて病棟看護師より本人の退院意欲が再燃してきているとの報告があったため、それを踏まえ再度退院に向けての支援を開始する。

### 個別支援会議

3：本人、主治医、病棟看護師、医療機関PSW、支援センター職員、支援センターピアスタッフ、保健所相談員、障害福祉課PSW

関係者の顔合わせ、本人の意向の確認。

本人は再度退院への意欲を示したため、保健所、支援センターより退院支援計画の提案がされる。

①週1回ピアスタッフと病棟で面接を行なう

②月1回の会議で1ヶ月の生活の報告をする

会議終了後に主治医を含め関係者のみで再度話し合う。本人への支援は主に医療機関のPSWと支援センターで行なうこととする。また、ピアスタッフとの面接中で、本人の退院への不安の払拭やイメージの具体化を図ることとする。



その後も本人と支援者での個別支援会議を重ねる。

本人も支援センターと関係性を作る中で、ピアスタッフとの外出も積極的になっていった。最近は「近くのスーパーで買い物がしたい」というようになったことが報告される。

病棟ではデイケアへの参加を提案したところ、本人はほぼ毎日時間に来ている。

服薬についても1週間分を本人に預けることにしたが飲み忘れも無く管理できており、主治医からは一人でも薬が飲めるよう処方を変えるという話がある。また、3ヵ月後を目処に退院させようという提案があり、本人にもその旨が伝えられる。

医療機関P SWより兄へ現在までの経過を報告する。前回の退院時と違い医療機関や地域で本人を支援していることに安心感を持ち、本人の退院についても受け入れていく姿勢が見られたという。また、居宅設定を行なう際は保証人になっても良いということで、退院に向けて具体的に動いていくことをスタッフ間で確認する。

主治医から外泊の提案があり、本人も了承し体験を行なう。

体験後に感想を聞くと「楽しかった。病院以外のベッドでも眠れた」という感想が出される。病棟と違い自由にできることも体験し、本人には退院後の生活が具体化したものと思われる。

退院後の1週間のスケジュールを本人含めて確認し、生活上に問題が生じた場合は医療機関スタッフに情報を集約することとする。

#### 【退院後の本人のスケジュール】

月～金：デイケア、ナイトケア

水：訪問看護（午前中）

金：支援センター（訪問または来所）

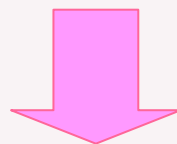
予定通り退院日を迎え、病状は安定している。本人は当初のスケジュールを守り、毎日デイ・ナイトケアに通生活している。退院直後は支援センターに駆け込むことも多かったが、徐々にSOSの頻度も少なくなってきた。



## 個別支援会議（支援の振り返り）

支援は今後も支援センターでの地域支援を中心に置くことで一致する。この間、スタッフと本人で共通認識を持ち退院支援を考えたことで、スタッフとの関係性にも明らかに変化が見られた。

病院から地域に生活の場が変わることは本人、家族共に不安感や緊張がある。そのために少しずつ地域との関係を持つ時間を作ること、地域での体験を多く積むこと、官民を含め地域で支えるスタッフを明確にすることが地域生活への移行をスムーズに行う手がかりになるのではないか。退院後も本人を支える資源との情報共有も地域で支えていくために大切なことであると考えられた。



事務局へ個別支援会議の経過を報告し、事務局より定例会へ報告を行なう。同時に事務局より本事例のようなケースを検討する上ではより専門的な場が必要であるとの意見が出される。

専門部会として地域支援部会（仮称）の設置を行なうことで、今後このような事例を検討する専門機関として設置していくこととなる。