

・第58回全国精神保健福祉センター研究協議会発表資料（抄録）

岡山市こころの健康センターの地域移行・地域定着支援における地域定着支援の現状 ～地域定着支援により対象者が主体性を取り戻していく事例から～

岡山市こころの健康センター

○山口智絵、藤井真弥、平山晶子、松本奈乙美
小林和子、妹尾忍、佐藤佐江子、太田順一郎

1. はじめに

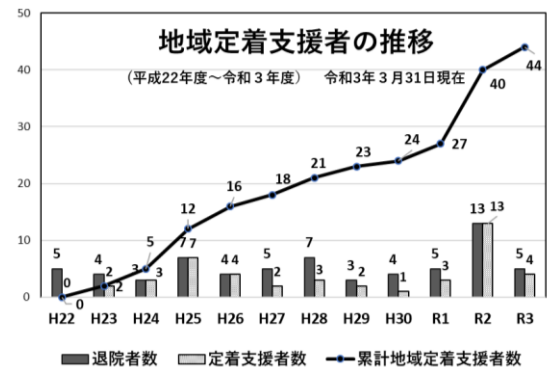
岡山市こころの健康センターでは「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を進めるため、地域の支援者と協働し障害福祉サービスとは異なる独自事業として、長期入院者の地域生活を支える地域移行支援・定着支援事業に取り組んでいる。本発表では、地域定着支援により、退院者が主体性を取り戻していく支援過程を分析し省察、地域定着支援の現状について事例を通して報告する。

2. 事業概要

平成21年の開設初年度から、地域移行支援事業に取り組み、当初は市内の精神科病院の病棟活動やカンファレンスへの参加、ピアサポーターと入院患者の交流活動など病棟全体への働きかけを中心に行った。平成22年度から地域定着支援事業も開始した。平成23年度からは市生活保護担当課及び医療保護入院の市長同意担当課の行う入院患者面接に同行し、継続的な地域移行支援に繋げた。平成29年度以降は市内の精神科病床を有するすべての病院の協力を得て長期入院者の実態調査を行い、新たな支援対象者への地域移行支援事業に取り組んだ。 1)

当センターが実施する地域移行支援事業は、退院意欲向上を目指し、ピアサポーターや障害福祉サービス事業者等との交流活動や面接、外出支援、家族調整や帰住先の環境調整を実施する。一方、地域定着支援では、家庭訪問や地域生活を支える関係機関との連絡調整など実施している。

平成22年度から令和3年度までに地域移行支援を利用した退院者は65人で、そのうち地域定着支援の利用者は44人である。令和3年度は、地域移行支援対象者73人のうち退院者は5人、地域定着支援利用者は4人である。近年は入退院を繰り返す人に対し、地域定着支援を見据えた地域移行支援の依頼が増加しており、地域定着支援の期間は通常6か月だが、1年以上の割合が増加している。



3. 地域定着支援の事例

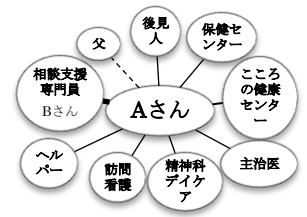
(1) 事例概要

【Aさん、50代男性】大学卒業後から奇妙な言動が出現しはじめ、精神科を受診し統合失調症と診断されるが、治療は継続しなかった。30代の初回入院以後、短期入院が4回ある。今回の入院は、前回入院中に離院し治療中断後、措置入院となった。病院には疾病への理解がない家族がいる自宅への帰住を避けたい思いがあり、保護的な環境下で生活できるように施設移行を目指して取り組んだが、離院歴や陰性症状が強く本人の状態が掴めないことを理由に施設側に断られた。医療側だけで退院を思案することに苦慮し、入院から2年目に当センターへ地域移行支援依頼がある。

(2) 地域移行支援の状況

X-1年3月の初回面接時は、自閉的で対人緊張や陰性症状が強かった。言葉数は極めて少なく、

自らの意思を表明することはほとんどなく、入院生活全般が受動的で、自己決定が難しい状況だった。当センターは、当初からケア会議において単身生活を提案。以降、退院後の生活がイメージできるよう体験を重ね、関係機関と協働し社会資源や支援体制を調整した。支援関係を構築することに困難はあったが、退院の前に「死にて一」が本人にとっての援助希求の言葉であることを本人・関係者間で共有することができた。



(3) 地域定着支援の経過

X年3月、病院近くのアパートに単身で退院。服薬管理の必要性、突発的に自宅に戻ってしまわないかという支援者側の不安、また、本人が困りごとや要求を自発的に表出することの難しさも考えられたため、ヘルパーや訪問看護などエコマップに示したメンバーで支援チームを構成し週6日訪問した。

エコマップ

当センターの地域定着支援の役割は、生活状況を丁寧に聴きとり、退院後に新たに加わった支援者と本人が関係構築できているかや、困りごとが解消できているかを確認することであった。“死にて一”気持ちになった時には、“支援者Bさんに連絡する”ことを訪問の度に確認して、自ら相談するよう声掛けをした。知らない土地で生活を始めたためか、臥床して過ごすことが多かったため、退院翌月のX年4月、活動範囲が広がることを期待して、近所のスーパーや公園に印をつけた地図を提供し外出支援を提案した。X年6月、まだ臥床して過ごすことが多かったが、スーパーのチラシを読むことが日課となっていた。ケア会議で体重増加が共有されたこともあり、散歩を提案したところ、支援者訪問時には散歩をする様になった。Aさんが興味を示した飲食店や、スーパーの惣菜売り場を目的地とする散歩が多かった。X年7月、「死にて一、実家に帰りたい。」と初めてBさんに連絡が入り対応する。X年10月、臥床して過ごすことに変わらないが、「好きなものが食べられる日を増やしたい。」との希望を話してくれる。次のケア会議の時に、Aさん自身に上記の希望を述べてもらい。それまでの弁当を止めて好きなものをAさん自身が買いに行ける日を増やした。X+1年4月、「ぴかっとしたご飯が食べたい。昔県外で食べたスペアリブがおいしかった。食べたい。」と昔の思い出としたいことを表出できた。食事の質を上げたいとも話され、一緒に調理ができないか計画することにした。X+1年6月、支援者とスペアリブを調理した。本人が台所で準備を行い、盛り付けもできた。「うまい。材料はどこで買えるの？」とAさん一人でもできそうな様子だった。さらに、「フランス料理を食べたい。昔、魚料理が上手に食べられなくて、悔しかったんだ。」と過去の思い出と感情を表出した。X+1年7月、Bさんの長期不在時に、「靴に穴が開いた。買い物に行きたいけど、Bさんに会えない。困っている。」「もっと自分のペースで生活がしたい。支援者の訪問日を少し減らしてほしい。そのことをケア会議で相談したい。」と困りごとや希望を表出できるようになった。支援者の訪問日には、事前に部屋の空気の入れ替えをしていたことも教えてくれた。

4. 事例を通しての考察

当初は、服薬管理の必要性、突発的に自宅に戻ってしまわないか、本人が困りごとや要求を自発的に表出することができるかを懸念していた。そのため、重層的な支援体制を組み支援メンバーで週6日訪問したが、退院直後の本人は、入院中と変わらず日常生活全般が受動的であった。

当センターは、本人の希望などが聴けるように寄り添いながらゆっくり関係を作っていた。また、Aさんが、徐々に自分の要求を表出できるようになり、支援者がそれにできるだけ応えることで、Aさんは考えや希望、情緒的な言葉を発するようになった。初めは一部の支援者に限られたAさんの意思表出が、他の支援者にもみられるようになった。

地域移行支援が導入され、環境が変わる中で、主体性を取り戻しながら自らの生活に見通しを持ち、生活を自己決定するというAさんの回復の過程に関わることで、当センターが長期入院者への地域移

行支援を促進する、重要な使命を実感した。一人でも多く、長期入院者が地域で生活できる様に、当センターならではの取り組みを継続していく必要性があると考えます。

参考文献 1) 太田順一郎、木本達夫、作野祐子：岡山市こころの健康センターにおける地域移行支援の取り組み 日本社会精神医学雑誌 Vo1.28 No.4 (2019)