

【 講義5 】

社会資源と連携、家族支援

1. 関係機関との連携について

(1) なぜ連携することが必要か

暮らしを支えること、夢や希望を実現することのためには様々な協力が必要

- 生活の場、日中活動の場（働く場、交流の場）
相談の場
- 関わる立場が違えば、見ている本人像も変わる
- 大事にすること「顔が見える関係」

1. 関係機関との連携について

(2) 連携するときの考え方

大枠の方針の共有

- 利用者の思いはどこにあるだろうか
- 優先順位をどうつけるか
- 役割分担の確認



1. 関係機関との連携について

(3) 生活の場での支援に特有なこと

- 暮らしぶりが見えること
- 細かなことに目が届く
- 健康管理、金銭管理、生活環境の改善や維持
- 日々の変化に敏感

1. 関係機関との連携について

(4) 世帯全体の課題に向き合うことも 家族の歴史がある

- それぞれの抱える課題
- 家族の関係による影響
- 家族を取り巻く(取り巻いてきた)状況



2. 精神障害者を取り巻く社会資源

(1) 社会資源とは

利用者が少しでもよい状態で自分らしく生活するために活用できるもの

- フォーマルな資源

→ 公的機関、医療機関、福祉事業所など

- インフォーマルな資源

→ 家族、友人、ご近所さん、ボランティアなど

2. 精神障害者を取り巻く社会資源

(2) 相談の場

- 相談支援事業所
- 市町村障害福祉課
- 保健所
- 精神科の医療相談室
- 精神科救急システム

等



2. 精神障害者を取り巻く社会資源

(3) 日中活動の場の支援（働く場、交流の場）

- 就労移行事業
- 就労継続事業（A型、B型）
- 自立訓練事業
- 生活介護事業
- 地域活動支援センター
- 精神科デイケア

等



2. 精神障害者を取り巻く社会資源

(4) 生活の場の支援

- ホームヘルプ
- 訪問看護
- グループホーム
- ショートステイ
- 介護保険施設

等



精神障害者を取り巻くフォーマルな社会資源

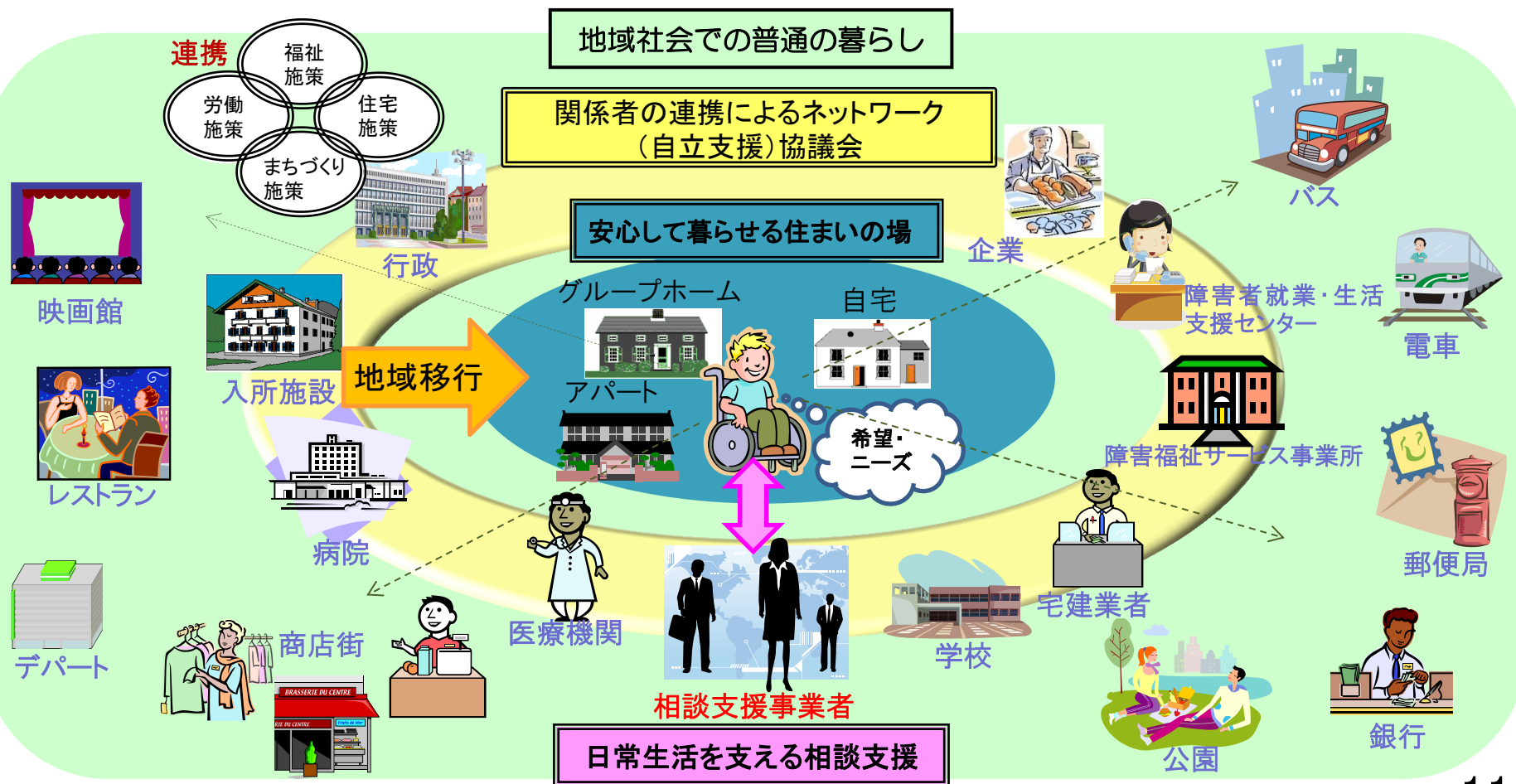


障害のある人が普通に暮らせる地域づくり

(目指す方向)

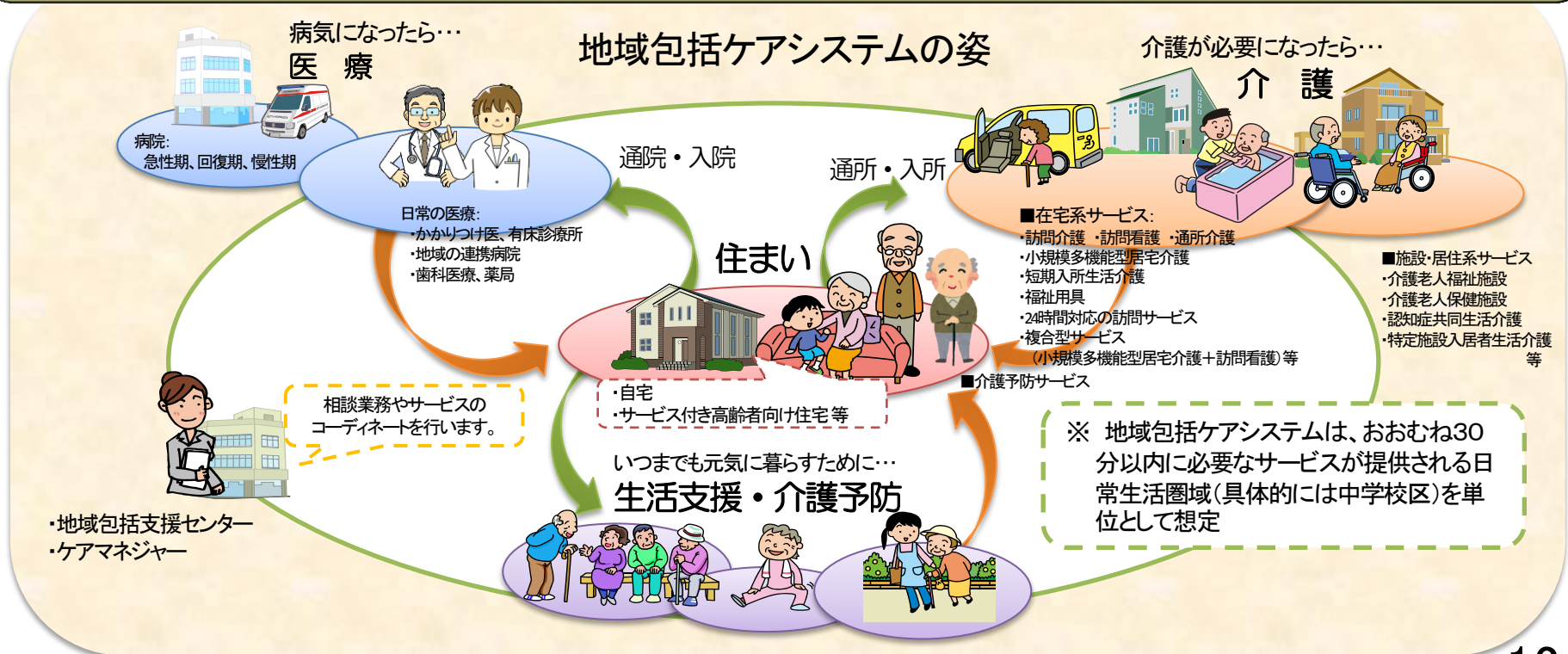
重度の障害者でも地域での暮らしを選択できる基盤づくり

- ・安心して暮らせる住まいの場の確保
- ・日常生活を支える相談支援体制の整備
- ・関係者の連携によるネットワークの構築



地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



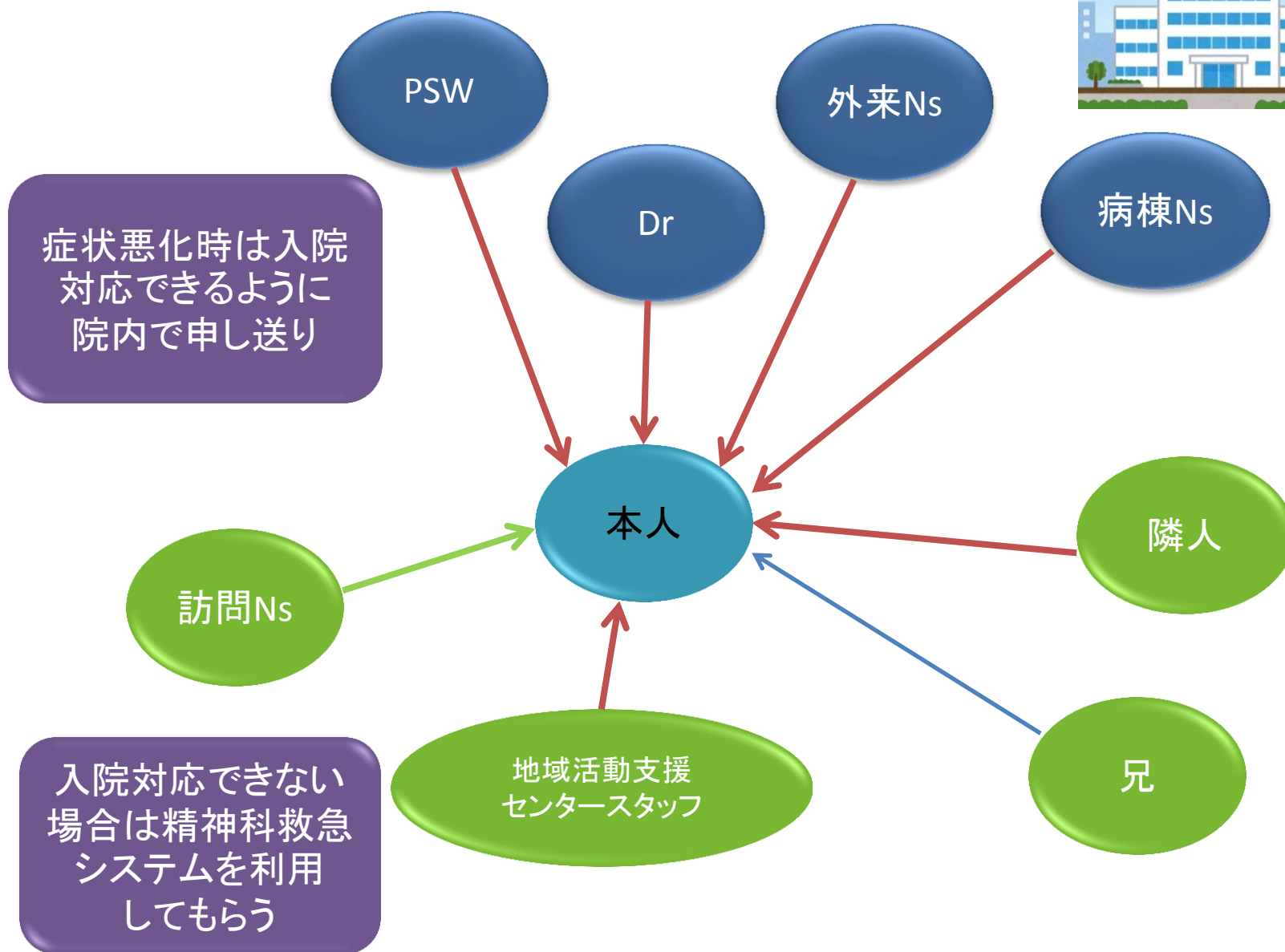
3. 連携が図られた例 事例1

～入院中より地域支援者との連携をはかった例～

【50代女性 統合失調症 一人暮らし】

10代後半で発症。常に幻聴・妄想の影響を受けて行動に支障が出ることが多い。かかりつけ医のすすめで訪問看護とヘルパーを利用していたが、支援者との距離感がわからず、本人のストレスが高まっていた。結果的に一度に大量の水分を摂取して身体状況が悪化。自宅で倒れているところを発見されて、精神科入院となる。

入院当初は飲水行動がやめられず、身体拘束をせざるを得ない状況。それに対して本人は興奮し、Nsへの粗暴行為もあった。入院治療をすすめる中で、飲水行動は徐々に消失。本人の希望があり退院をすすめることになるが、遠方に住む兄は反対し、見守りのある施設への入所を希望。それでも本人は自宅への退院を強く希望したため、病院スタッフ同伴の外出や単独での外泊を重ねて実績を作る。その過程で地域活動支援センターや訪問看護師ともかわりを持ち、退院後もスムーズにサービス導入できるように、病院スタッフから入院中のかかわりを細かく伝えた。兄も本人の様子をみて自宅への退院を了解。緊急時に介入できるよう、隣人にカギを預けて見守りも依頼してくれた。懸念されていた多飲水による身体状況悪化時は、病院が入院対応するように院内で意思統一をし、地域支援者が休みの日曜日や夜間帯は、病棟Nsが電話にて、本人の相談に応じるようにした。



3. 連携が図られた例 事例2

～家族支援も含めた連携～

【20代男性 発達障害 50代母との二人暮らし】

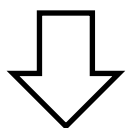
10代の頃より母への暴力がひどく、自宅内の物を壊したりベランダから放り投げたり、自傷行為に発展することもあった。粗暴行為がひどい時は精神科への入院歴もあるが、本人が退院希望をすると母が退院させ、自宅に戻ると同じことを繰り返していた。

入院中はNsへの粗暴や物を破壊する行為があり、母と外泊をしても暴力を振るって帰院することを繰り返していた。本人が強く退院希望をされ、母がそれに応える形で退院日は決まったものの、地域で生活できるとは思えず、病院・地域支援者との連携をはかることとなった。

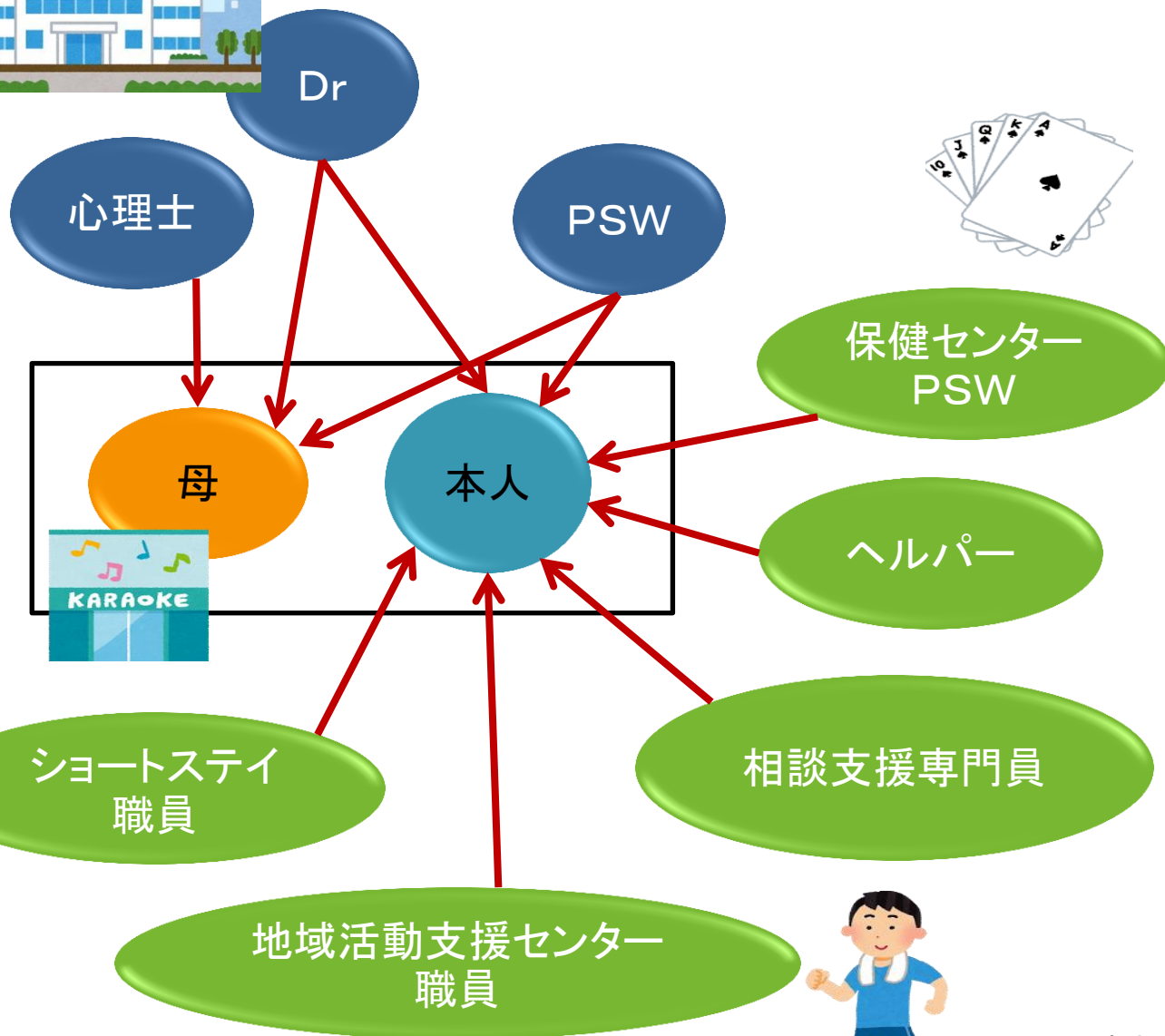
母に退院後の生活で不安なことはないか尋ねるが、「本人が退院と言っているのでそれしかない」と、表情も変えずに話す。地域サービスの利用をすすめるが、「どうせ本人が拒否するし」と否定的。なんとか説得して、本人と保健センターPSWとの面談設定は了解をとった。母の感情表出の乏しさに違和感があり、院内スタッフで共有・検討した結果、母への心理的サポートを目的に、心理士が母へ面談を行うことが決定。Drより母に提案して開始となる。退院後に本人に粗暴行為が出た場合は、ベッドが満室でない限りは速やかに、入院対応できるよう院内でも体制を整えて退院となる。

目標

本人が再入院
しないように



本人と母それぞれが
豊かに暮らせるように



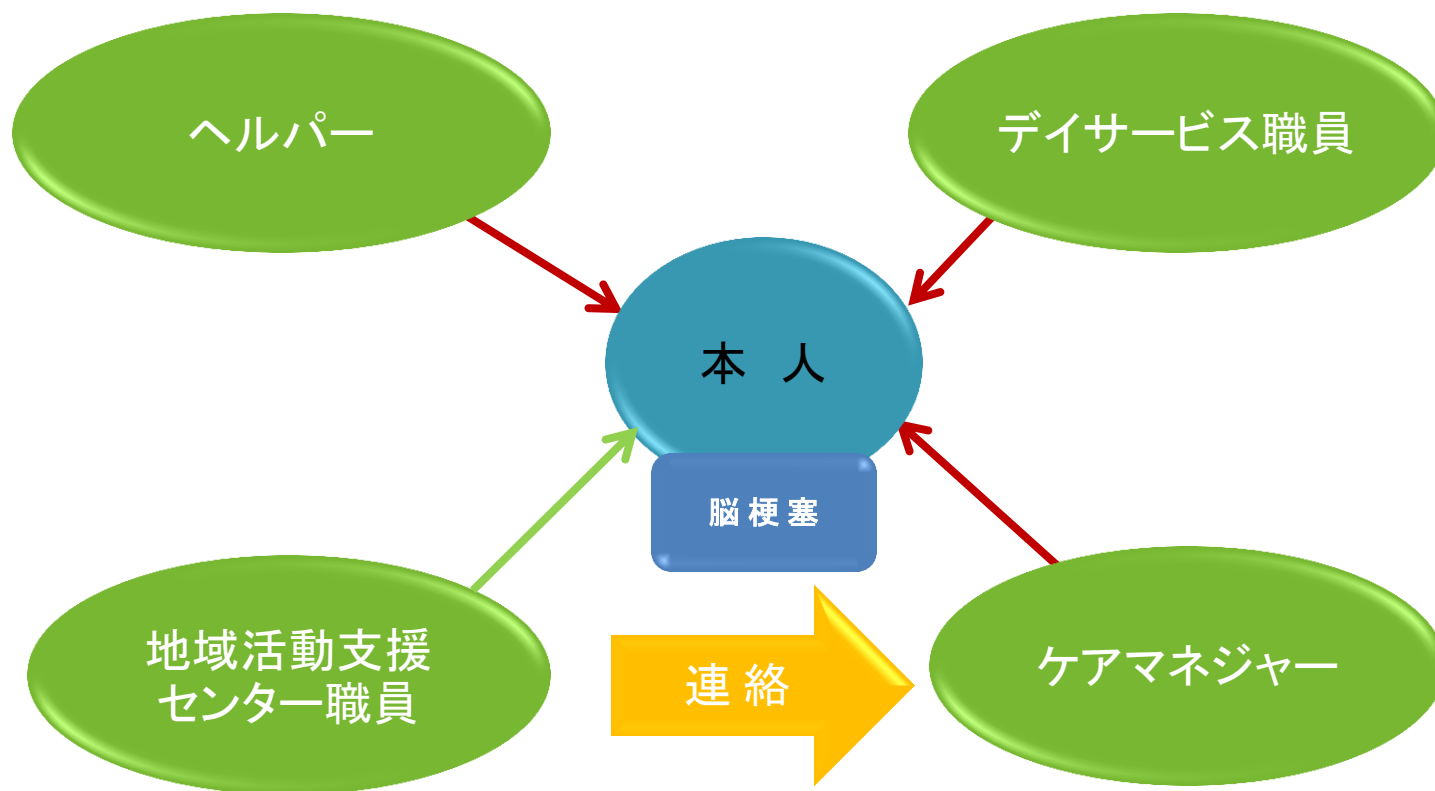
3. 連携が図られた例 事例3

～地域生活を送っていたが、健康面の変化で新たなサービスを利用した例～

【50歳男性 統合失調症の診断

脳梗塞発症→介護認定を受ける】

- もともと地域活動支援センターに通所していたが、精神症状あり、通所はあまり安定しなかった…
- 脳梗塞で入院。退院前後に判定受け、要介護2出る
⇒リハビリ目的でデイサービス利用。また家事支援のため、ヘルパー導入を行った



3. 連携が図られた例 事例4

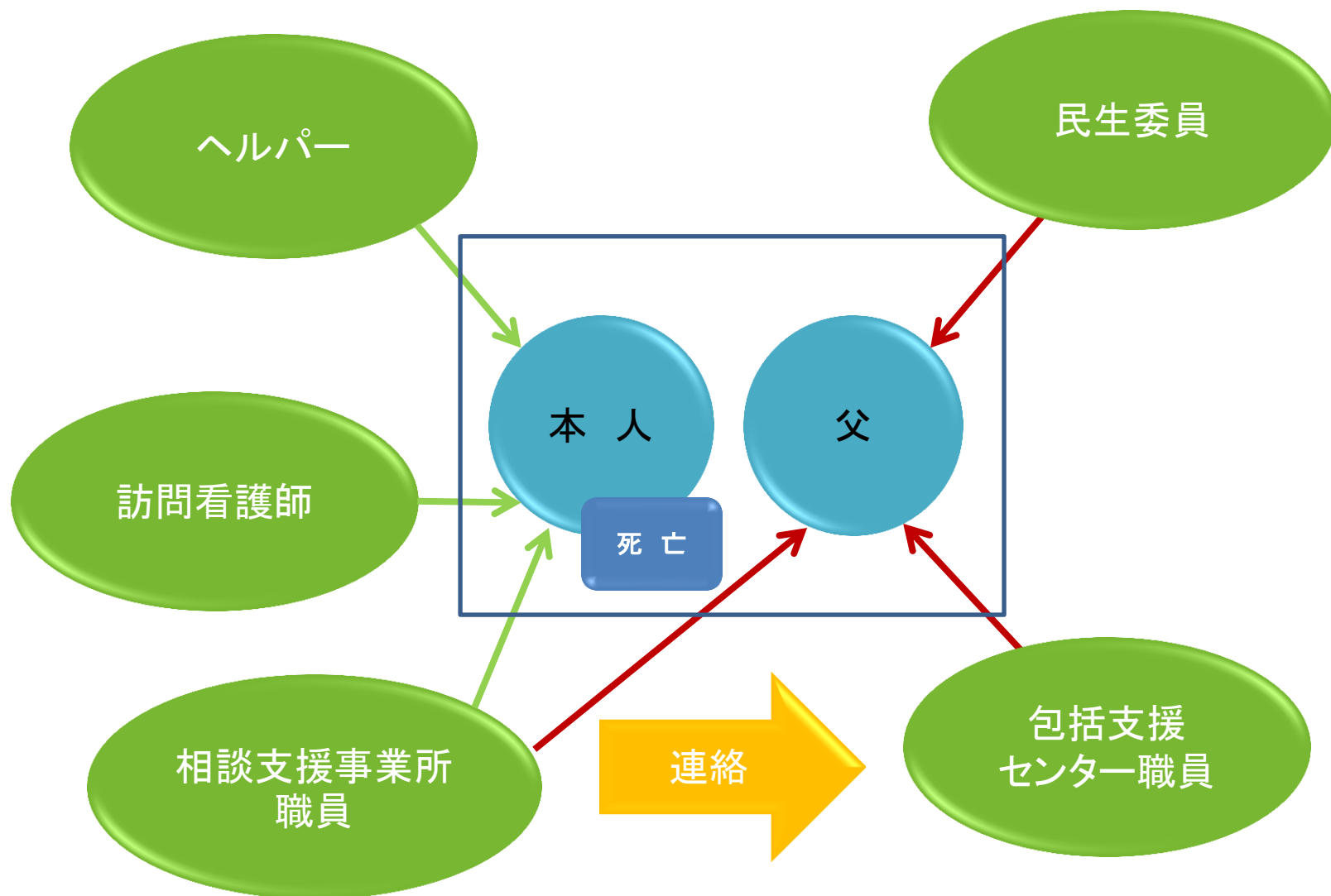
～本人が亡くなり、家族の支援を引き継いだ例～

【 統合失調症の子どもにヘルパーや訪問看護が入っていたが、本人が亡くなり、気落ちした70代の父が残される 】

- ・ 食事はコンビニ、掃除はほとんどせず、という状況だったため父にサービス導入を促すが拒否



- ・ 包括支援センターに連絡。民生委員と一緒に見守りを続けていただくことに



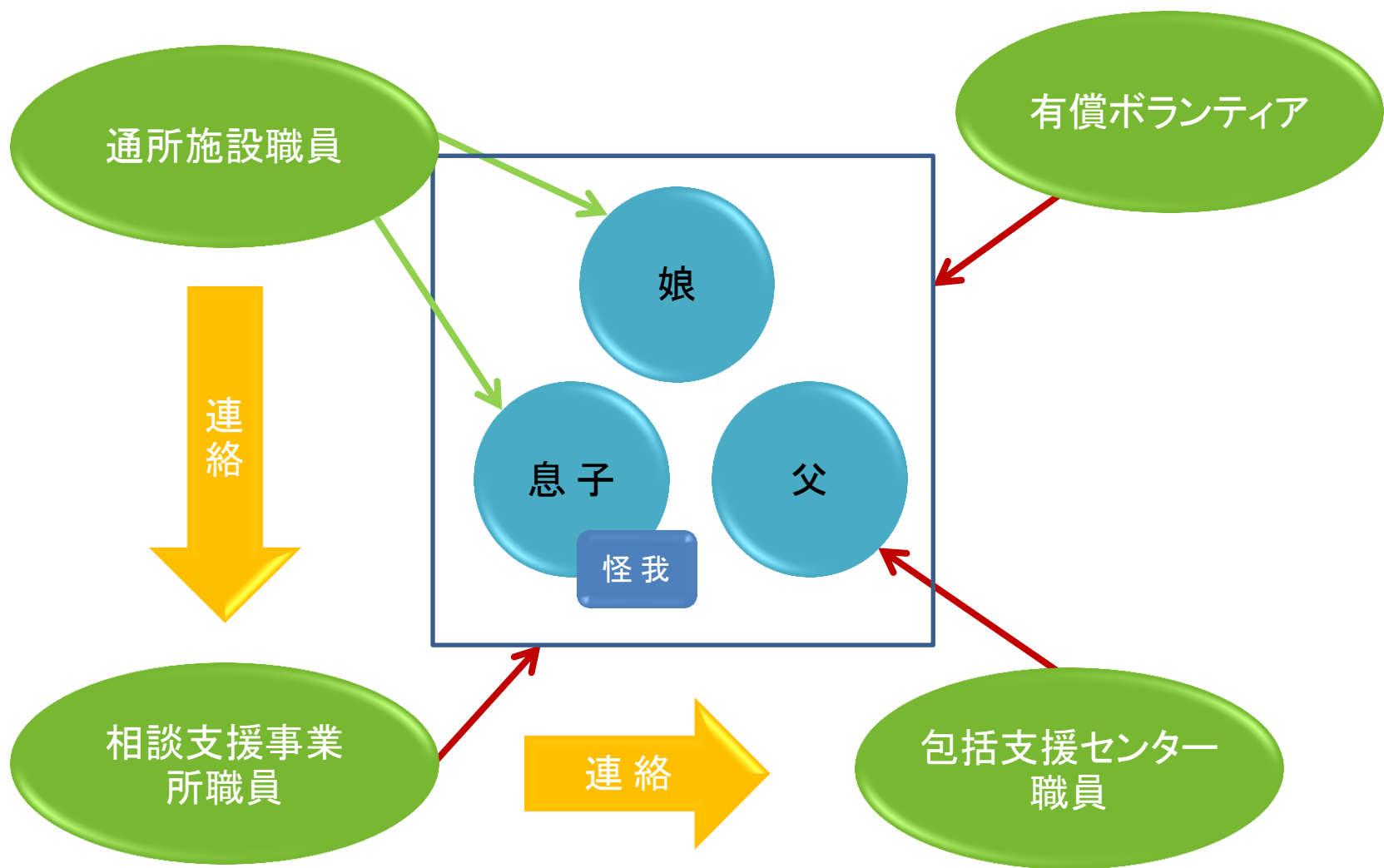
3. 連携が図られた例 事例5 ～世帯全体への支援のための連携～

【 本人が怪我をし、通所できなくなったため初めて訪問。
父は「何とかやれているから大丈夫」と話していたが、
家の片づけが出来ていない状況が明らかに 】

- 知的障害の息子、精神障害の娘は「特に困っていない」



- 父、包括支援センター、生活支援センターで自宅の課題について相談。有償ボラの利用と父の介護認定について包括が相談継続予定



4. 連携を図る上で大切なこと

(1) 連携はうまくいかないこと

(思い通りにはいかないこと)も多い

- 相手の事情が分かる機会
- 課題の整理、方針の共有には時間がかかることも

例えばこんなこと・・・

地域包括職員が精神科病院のPSWに入院の依頼をかけています



眠れない日が続いて、今日は「殺し屋に狙われる」と家を飛び出して警察に保護されてしまいました。本人は入院したくないと言ってるけど、今から病院に連れて行くので入院させてください

本人だけ来てもらっても入院できませんよ。ご家族で入院に同意してくれる人いますか？わからなければ探してください



例えばこんなこと・・・

PSWがケアマネジャーに退院の連絡をしています



今週末に退院が決まりました。介護認定は要支援1をもらってます。退院後、毎日ヘルパーさんとデイサービスを入れてください

要支援1でそんなにサービス入れられるわけないでしょ！



4. 連携を図る上で大切なこと

(2) 答えは一つではない

- 同じ方法でうまくいくとは限らない
- 新しく出会う人には新しいニーズがある



4. 連携を図る上で大切なこと

(3) どう捉えるか

- 支えるつながりができること
＝地域にネットワークができること
→他の人の支援の際にも有効になる
住みやすい地域づくりにつながる
- 困ったこと
→新しい支援の在り方や連携の方法を生み
出すきっかけに

4. 連携を図る上で大切なこと

(4) 抱え込まない

- 支援を受けることは協力を得ていくこと
私たちもです
- 顔が見える関係づくり
- ちょっとしたことでも連絡を

連携とは

- 目標を共有できていること
- 目標は、本人のニーズの実現であること
- 支援者は、単独では目標を達成できないことを認識し、目標を達成するために他の支援者に協力をお願いすること
- 支援者のための連携ではなく、本人が望む生活を実現するための連携であること

参考文献：山中京子「社会問題研究第53巻1号」

連携をさらにすすめるために

- 異なった組織間での臨時的なつながりを目的意識化し、定期的な会合にしていく
- 定期的な業務提携が生まれる
- 本人につながる職種間の常時の援助体制ができる



- 地域内にあるすべての社会資源が必要に応じてチームに加わり、各社会資源の活動と組織が一体化される
- 社会資源のネットワーク化がおこる

参考文献：前田信雄「保健医療福祉の統合」

【 講義5 補足 】

医療機関との連携をすすめるために

薬の副作用への対応

- 精神障害者が安定した地域生活を送るために服薬の継続は欠かせないものですが、加齢や身体的な変化などに伴い、薬の副作用が出る場合があります

〔例〕

- ✓ **嚥下障害**（食べ物を「認識し」「口に入れ」「嚥んで」「飲み込む」までの一連の動作のうち、「飲み込む」という動作の障害）や**それに伴う誤嚥**（食物などが、誤って喉頭と気管に入ってしまう状態）
- ✓ **麻痺性イレウス**（腸管の動きが鈍くなり、排便が困難になること）・・・「お腹がはる」、「著しい便秘」、「腹痛」、「吐き気」、「おう吐」などの症状が持続する



- 精神障害がある人の中には、身体の違和感を訴えられない場合もあります
- 支援者から見て、食欲が減退していたり、食事量が少なくなっているなど、普段と違う様子があれば、かかりつけの医療機関（主治医、外来看護師、精神保健福祉士）に相談してください
- 薬の副作用は個人差が大きいものです。利用を受け入れる時点で、個別にその人の起こりうる薬のリスク（副作用）についても確認しておくといでしょう

医療機関との連携をすすめるために

- 精神障害者の地域生活支援には、介護・福祉サービスと医療サービスが車の両輪として機能していく必要があり、双方の連携が欠かせません
- しかしながら、介護分野でも障害分野でも精神科医療機関（病院、診療所）との連携が難しいという声をよく聞きます



- 介護・福祉サービスの利用にあたって、医療機関との情報共有はとても重要です。特にリスクマネジメントの観点からも、その人固有の「病状悪化のサイン」を確認しておくことは大切です

〔例〕

- ✓ 眠れない日が3日続いた
- ✓ 外見や服装に無関心になってきた

※利用の契約時に本人とも「病状悪化のサイン」を確認し、サインが出たときに医療機関と連絡を取ることに同意を得ておく必要があります

- また、普段と違う様子がみられたときに、病状との関連を医療機関に確認しておくことが求められます。主治医以外にも精神保健福祉士や外来看護師など気軽に連絡が取りあえる関係の人を作っておくことが連携の第一歩となります