

障がい等地域支援ブロック会議報告(平成28年7月～平成28年12月)

月	参加 機関数	参加 者数	担当 機関名	事例の概要	検討項目	意見	課題
7	18	21	夢つむぎ宇部	適応障害と診断されている利用者への支援についての事例	①週のうち半分は体調が悪い。朝目が覚めた時、不安やめまいに襲われて布団から出られない。A型施設としての対応は？ ②希死念慮の訴えや幼児性(子ども返り)への対応は？→4度の自殺未遂 30歳の秋に1回、32歳(昨年)3回。職場でも構って欲しいという態度が顕著。 ③髪に清潔感がなく、ベトベトし、フケがたくさん付いている。臭う。整容行為ができていないことへの声かけの仕方。	①・体調不良の訴えがある時、作業を無理強いしない。 ②・少しでも良いところをほめる。認める。プラス志向へ向かうように。 ・精神的安定のために、事業所利用時に少しでも話が聞ける体制を作る。 ・自傷行為について、過剰に反応しない。(パーソナリティ障害の可能性？そうであれば振り回されないように。)思いに寄り添う。 ③整容面 理想のタレント等に近づける等 具体的な目標設定。	パニック症状や不安、希死念慮を度々訴える利用者への対応・関わりが難しい。→相談体制の構築や研修会等の実施が必要ではないか。
8	15	17	ふらっと コミュニティ	長期ひきこもり生活からの脱却とリカバリーについての事例	長期ひきこもり生活から脱却をして、次のステップとして就労支援を行うタイミングについて	・通所の利用日数を増やし、生活リズムを整える、送迎の時間が守れるようになる。 ・就労継続支援B型から段階的な利用をする。成果が求められない作業内容が望ましいか。本人の負担とならないような職種の選定が必要。 ・就労事業所と日中一時支援事業所が距離的に近いところが望ましい。休息や相談がすぐにできる体制がしばらくは必要。 ・本人のできる部分も多いため、自己効力感を高めるなかで、本人の希望を見つけて、段階的なサービス利用がいいのか、一般就労(サポート体制が整っているところ)がいいのか検討が必要。 ・障害年金の取得について、今後、外出の機会も増えることで出費もかさむ。現在、両親に頼らざる得ない状況のため、本人の収入が必要。改めて主治医へ相談してみる。	・今回、時間の関係でひきこもり支援体制の充実に向けて、具体的に何が必要か等の具体的な課題抽出までに至らなかったが、今後もひきこもり支援の事例検討をブロック会議で実施し、ひきこもり相談支援充実事業の活用も含めて、継続して課題を検討していく必要がある。 ・就労事業所を選定するにあたって、新規事業所も増えており、どこがっているのか分かりにくい。→作業内容、障害への配慮や相談体制等の情報を集約し、新しい情報を定期的に更新できるものができるか。
9	13	19 うち 学生 3	片倉病院	摂食障害のある方への退院にむけて、地域生活への支援についての事例	①お金を上手にやりくりしたり、金銭管理を身に付けていくには、どのような関わりをしていけばよいか。 ②パソコンに依存傾向にある方への自立した生活に向けて、今後の生活の場や関わりについて。	①金銭管理について ・カードを全部解約。1度借金をリセットする。 最終的には権利擁護、成年後見につなぐことが必要。 ②自立に向けて ・パソコンの作業ができる就労事業所の利用。パソコンで金銭管理する。 →パソコンへの依存をマイナスからプラスへ変えられないか。 ・ネットの制限をかける。 ・生活の再アセスメントが必要。家事・金銭管理等のくらいつける力があるか？	精神科入院中の患者さんの退院に向けて、入院中に具体的な退院準備ができていないのではないか？(本人へのアセスメント不足、退院後、何に困るかの具体的な課題へのアプローチ)→入院中の本人の日課やOT活動に、具体的な課題へのアプローチを意識して関わってもらえるよう、地域移行会議等で働きかけていくことが必要ではないか。また、地域の方でも退院後の生活が体験できる仕組みが必要ではないか(お話しショートステイ、日中活動等)。

月	参加 機関数	参加 者数	担当 機関名	事例の概要	検討項目	意見	課題
10	17	20名	自立生活 センター宇部	障害福祉サービスから介護保険移行時、ホームヘルプ時間数の減少とサービス体系の違いにより、従前の生活と変わってしまった。どういったアプローチをすればよかったか。	①障害福祉サービスから介護保険移行時、ホームヘルプ時間数の減少とサービス体系の違いにより、従前の生活と変わってしまった。どういったアプローチをすればよかったか。 ②要介護者と要支援者がいる家庭での支援の在り方、同居の母の要支援を切り、本人の支援の中で、母の支援を組み入れるよう指導があったが、どう交渉すべきだったが。 ③緊急通報装置の協力員の負担を軽減する方策は。	① ・制度上、どうしても受け入れなければならない事由もあり、支援者として本人を納得させる説明力が求められる。移動支援にボランティアや知人友人の活用したり、母の介護再申請などの代替案を検討し、それでも現行の支援では賅えない場合に、認定の変更申請をする。 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護、24時間対応訪問看護をケアプランに組み入れることで、緊急時の対応や柔軟な対応が可能となる。 ② ・本人と母にそれぞれ支援を組み入れることは可能。母の要支援を切り、本人の支援に組み入れることは考えられない。母への支援として再申請をすすめる。 ・②のような指導があった際に、当事者が声を上げられない場合には支援者が代わりに抗議をすることが必要。 ③ 緊急通報の協力員の負担を減らすために、上記に挙げた訪問看護を導入することで緊急時の対応が可能となる。	障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行について→スムーズに移行ができるよう、直前ではなく、早めに本人への説明・サービス内容の見直し等の準備を進めるために、介護保険制度について学んだり、連携できる関係づくりの場を作っていけないか(相談員研修会での勉強会、障害・高齢合同のブロック会議開催等)。
11	18	24 うち 学生 3	こころの医療 センター	高齢になった精神科病院長期入院患者さんの退院支援に向けてについての事例	①高齢になった精神疾患をもつ人の退院先は？ ②本人の退院したい気持ちを支えるためには？	①・高齢者の受け入れ施設の範囲を広げて探す。介護保険の再申請。包括支援センターへ相談。 ・グループホームは、病院と連携しやすいところや以前の病室同室者と同じところにあたってみてはどうか。 ②・できること、できないことをアセスメントして、自立のために身の回りのことについてリハビリしていく。 ・支援するサービスの調整。退院前の精神不安定に早めに対応していく。 ・退院後、管理しやすいように、主治医に薬の調整をお願いする。 その他 余暇の充実や成功体験を増やす。	・精神科病院に長期入院している方の地域移行がなかなか進まない。→受け入れ施設が少ない。長期入院により生活能力や社会性が低下している。退院後の生活が体験できる仕組みが必要ではないか(お試しショートステイ、日中活動等)。 ・介護者の高齢化、親亡き後に本人を支えていくために、民生委員等、地域で見守りできるとよい。精神疾患への地域の理解が必要。地域と交流する機会を作る等で理解を進められないか。
12	15	23 うち 学生 6	総合相談支援 センター ぷりずむ	高齢の父親を介護している精神疾患のある方の今後の支援について	①本人の希望される仕事、福祉サービスにどのようにつなげていけば良いか。どのような声掛けで利用して頂いたら良いか。 ②お金がないという本人の訴えに対して、どのように対応していけば良いか。 ③今後、御家族の協力や、相談員の関わりをどのようにしていけば良いか。	①十分なアセスメントが必要。希望と現状にギャップがあれば、「働くとしたらこんな方法もある、検討してみてはどうか」とすすめることもできる。父の介護で、長く外出できないため、就労内容が限定されるとすれば、父の支援の検討が必要。 ②③1カ月の収支を明確化するためにも、父の支援者とも連携が必要。家族全体の支援のため、父の支援者、家族と、情報共有する機会をもつ。全体の支援会議ができることよい。家計管理の方法で、本人が関心のあるパソコン(エクセル)活用を促してみる。	高齢者・障害者の親子を地域で見守っていくには、親に介護が必要になった時、ケアマネ・包括支援センターが関わり開始するので、親支援者との連携が必須になってくる。→日ごろから地域の支援者同士、顔つなぎができるよう、困った時に聞きあえる関係づくりができないか(各地域での地域ケア会議の開催等)。また、介護も障害のことも両方相談できる相談機関があるとよい。