

## グループワークの意見・提案等

### 《事例検討》

- ①事例②の人が地域で生活していくための手立て
- ②事例②に関わらず、障害が重複している障害者を地域で安心して支えていくために必要なこと

### 【1 グループ】

- ・地域で生活していくための手立て

#### (送迎)

- ・新見クリニック腎友会(送迎)の利用
- ・福祉有償運送の利用

#### (支援者)

- ・相談員だけではしんどい。支援者の応援必要
- ・地域の見守りを増やす(民生委員、弟など)

#### (サービス利用)

- ・ホームヘルプ
- ・冷凍弁当(腎臓食)の利用…でも、高額
- ・サービスを利用してもらえよう促す
- ・ほほえみ、作業所の利用→外出増やす、他者と付き合う

## 母亡き後、成年後見の検討

本人の思いは？どう生活していきたい？

### 【2 グループ】

- ・一生意思決定の支援、伴走が必要かも。他の機関へ情報共有して、一人がかかえこんでつぶれないように。
- ・一人で抱え込まず、相手を冷静に観察してどんな人が捉える。
- ・障害の方にもケアマネと一緒に動いてほしい。ケアマネも今までの生活を理解できないと言わず。
- ・障害者の方の年齢が高くなれば、介護保険を理解してもらい、介護保険意向の視点をもってもらおう。

### 【3 グループ】

- ①・サービスを当てはめる前に本人の状況を良く知る。通院状況、相談支援員が持っている情報を整理する。
  - ・家族関係、これまでの生活を把握する。
  - ・医療の見立て、妄想→服薬で落ち着かないか？
  - ・協力者を増やす。公的機関だけでなく親戚など。
  - ・障害があるからといってサービスが何でもつかえるわけではないこと、ルールを守らなければいけないことを本人にも伝えていく。

- ・本人の支援もだが、関わっている支援者を支える必要がある。負担を軽減する。
- ・主治医の知恵を借りる。
- ・本人のできることは何か。

②・知的+認知症 知的の部分、認知の部分を知ってもらう

- ・近所の人には個人情報なので本人のことはなかなか言えない。家族の負担が増える。周りの人に伝えることができたならもう少し地域で生活できたのに。
- ・当事者に聞いてみる。
- ・障害→介護保険への切り替えが難しい(うまく切り替える方法があるのか?)。家族—将来への不安が大きい→サービスを伝え、安心してもらう。
- ・障害のサービスと介護のサービスとの関係を作る。

【? グループ】

- ①・本人の状況を良く知る。
  - ・協力者を増やす。
  - ・本人が守れるルールの確認
  - ・支援者の支援も必要
- ②・障害制度と介護保険制度は違いがあるので、格差がなるべくないように歩み寄れないか。

【? グループ】

- ①・食：栄養士からヘルパーに献立の指導。透析が必要でなくなれば◎。
  - ・住：ショートに入ることを考えるのではなく、住み慣れた家で過ごす。
  - ・疾病：訪看で服薬管理、体調管理をして症状を押さえ安定させる。
- ②・関係者が慣れる。相談する。65歳になる前から、関係者が連携して、緩やかにケースを繋いでいく。

【6 グループ】

- ①・生活介護は導入できているが、短期入所を利用したいが、送迎が難しい。腎臓病食が難しい。→ショートステイは人数が限られている中、レクチャーしてレベルの底上げがどの様にしたらできるか。
- ②・勉強会、検討会を重ねていく、慣れていく。
  - ・相談しながら、お互い分かり合う。
  - ・介護保険になる前からそこに向けてそれぞれの職種が連携し安心して移行ができるように。

【9 グループ】

- ①・支援者が疲弊しているのでは。支援者の役割分担。支援者同士をつなげるコーディネーターが必要。統合失調症の方の長期入院が問題となっており、これからは在宅へ移行していく方針となっている。

・薬局にも電話が多くかかってきており対応に疲弊している。訪問診療を利用していけばお薬を届ける事ならできる。予防する対策について懇切丁寧に説明することしか今はできない。薬局に何度も電話があるなど、薬について相談があった等の情報を共有していこう。

・薬をきちんと内服していれば状態が安定する。まずは自分を認めてあげてフォローする体制(経済的支援も)

・家族や近所のサポートというのはなかなか難しいと感じる。さきがけホスピタルや行政が情報共有しながら支援していくしかない。事件や自殺などにならないように、見極めながらの支援がいると思う。

・身体の病気と精神の病気があるので、医療と福祉の連携が必要。医療機関から現在の治療状況の発信をしてもらいそれを情報共有しないといけない。精神疾患は、色んな人がかかわるのは本人の受け入れ状況等難しさがある。

②・精神と認知と法律で色々決められているが、実はやっていることはほぼ同じで共通するものがある。まず、年齢のくくり(65歳以上)精神の人が介護へ移行する際にはきちんと情報共有、情報提供し、途中でサービスが途切れないようにしないといけない。支援者側もそれぞれ得意な分野があるので、知識のある人が適材適所に配置できるように人材の確保が必要。

・薬を内服するタイミングを間違えないように、医師の指示をもらいながら処方仕方を一包化にしたり、粉末化したり、情報がもらえれば個別の対応をしていきたい。多職種との連携が重要。

・それぞれの職種が持っている情報は限定的であり、情報共有することが重要。業務の中で支援すると制限がかかるし地域の人も自分の生活がある。その中で誰かが支えないといけない。どこかで情報をまとめるコーディネーターがいないと山あり谷ありで、クリアするには、みんなで力を合わせないといけない。

・学生もほぼえみ広場に実習などで同行させてもらうことがあるが精神障害の支援を誰がしているのか知らない。周りの人も知らない人が多いと思う。支援者が誰なのかを明確にすることも必要。

## ・MSWさんに質問した。「支援の仕方が分からない」

(回答)

精神障害者と聞いたらやはり苦手意識が出る。先入観もあると思う。支援者側も日々関わっていく中でその人を知っていく。みんなが苦手な中で支援していく。みんなが共有する場→ケース会議 誰かがコーディネート役をする。障がいのある方の半数は認知症もある。ツールややっている支援は変わらない。ただ制度が違うだけ。それぞれの得意を活かせるようにAさんとBさんと同じやり方は通じない。皆苦戦をしながら支援をしている。

精神科の方は薬をたくさん飲んでいて人が多いが自分なりに頑張れる方もいる。精神科病院へ入院しても透析へ通う手段がないので移動手段の課題と、腎臓食や糖尿食に対応ができないので、入院しても解決できない課題が残る。精神の人は誤解されやすい。とっつきにくいイメージがある。支援者側が持つ苦手意識が相手にも伝わる。関わり方や関係づくりは支援者ペースでは進まない。ゆっくりその人のペースで進めていく必要がある。

## 【10 グループ】

- ①・透析をしておりますきちんとした健康管理が必要。精神科の通院も継続必要。買い物や掃除などヘルパーが必要になるだろうが、本人がどうしたいのかという気持ちを大事にしないといけない。主に相談対応にあたる人がいるだろうが、コーディネートが必要になる。主に相談対応にあたる人に負担がかかりすぎないようにサポートする(所属内であったり、関係機関であったり)。いろんな職種が関わり、色々な知恵を出し合うことが大切。
- ②・検討①と同じような意見 + お金の管理や成年後見制度も必要になるかもしれない。親戚やご近所さんの協力も得られればありがたい。
  - ・入所した施設によっては、送迎対応が難しかったりする。さきがけホスピタルに入院したほうが、透析の必要な方の場合、送迎の対応が課題。

## 【11 グループ】

- ①・統合失調症を落ち着かせる。本人を知る。
  - ・多職種で密に関わる。
  - ・その道のプロに聞けるようにする。
  - ・特定の誰かが支援者のフォローをする＝みんなで話し合う
  - ・病院同士の連携
  - ・訪問看護(精神科、透析の薬の管理)、ヘルパー(食事介助、買い物を定期的に支援)が必要
- ②・本人は困っているのか？支援がいているか？
  - ・ラインを使う。通話するかも。
  - ・眠れないから電話するのでは。

### 《主な意見をまとめてみました》

- ①本人の思い、どう生活していきたいのかなどしっかり聴き、本人の気持ちを大切に支援する。
- ②精神疾患の方が65歳となり介護保険に移行する際は、きちんと情報共有し、途中で支援が途切れることのないように、65歳になる前から穏やかにケースを繋いでいくことが安心感につながる。
- ③支援者が一人で抱え込んで疲弊しないように多職種で関わる。協力者を増やす。支援者同士をつなぐコーディネーター役も必要。周りの人に支援者が誰かを明確にしておく。
- ④医療面の見立ても大切で、治療により安定することも多い。医療と福祉の連携が必要。医療機関からの発信も必要で、病院同士(精神科と透析の病院など)の連携が大切。
- ⑤精神障害者と聞いたら苦手意識を持つ人が多い。精神障害者はとっつきにくいイメージがあり、誤解されやすい。支援者側が持つ苦手意識は相手にも伝わるということを認識して。関わりや関係づくりは支援者ペースではなく、ゆっくりその人のペースで進めていく必要がある。