

<実践報告>

地域包括ケアとソーシャルワーク

～地域での生活を支える：個別の課題を地域課題に～

中 川 学

はじめに

報告者は、精神保健福祉士として蒲郡で仕事をはじめ12年が経つ。障害者自立支援法に相談支援事業が盛り込まれ、蒲郡市では相談支援事業を行うために平成19年に蒲郡市社会福祉協議会に相談支援事業を委託し、蒲郡市障がい者支援センターができた。当時、報告者が働いていた小規模作業所は地域活動支援センターとして、運営母体を家族会から蒲郡市社会福祉協議会へ変え、蒲郡市障がい者支援センター内の一つの事業として位置付けられた。報告者は現在、相談支援専門員として働いている。

蒲郡市障がい者支援センターで行う相談支援は、市からの委託相談の他に、指定特定相談支援事業（障害福祉サービスを利用するときに必要なサービス等利用計画を立てることが出来る）と指定一般相談支援事業（入所施設や精神科病院等から地域生活への移行を支援するために地域移行支援と地域定着支援を行う）を行っている。

また、障害をお持ちの方、またそのご家族や支援者からのご相談に他の機関とも連携・協力して応じており、個別の困りごとや課題を解決するために、必要に応じて福祉サービスの利用等を検討、サービス等利用計画を作成してある。

日々の相談業務の中で困りごとや課題を整理し、自立支援協議会で検討し蒲郡の課題、地域課題を把握している。個々の課題の解決とともに、地

域の課題を整理・解決していくことにより、障害をお持ちの方の地域での生活を支え、障害があってもなくてもご本人らしく暮らせる街づくりに取り組んでいる。

今回の報告では、個別の相談ケースから地域課題を抽出し、仕組みづくりへとつなげるソーシャルワークについて述べたい。

1. 個別の課題を地域の課題としてとらえるための蒲郡市自立支援協議会

(1) 蒲郡市障がい者支援センター

蒲郡市障がい者支援センターを加えた、市内5つの相談事業所が市から相談支援事業を委託されている。また蒲郡市障がい者支援センターは、相談支援体制の強化のため基幹相談支援センターを委託されている。基幹相談支援センターは市内の相談支援事業所に専門的指導や助言、人材育成、連携強化の取り組みを行っている。他に障がい者虐待防止センター、自立支援協議会の事務局、地域活動支援センター、就労継続支援B型事業、夏休み等の学齢児日中一次支援事業等を行っている。

(2) 蒲郡市障害者自立支援協議会の役割と運営

蒲郡市では蒲郡市自立支援協議会を設置し、個別の相談や課題を整理している。個別の相談に対して相談支援専門員は行政やその他の関係機関と連携し課題解決に努めるが、障害福祉サービスの利用や、それまでの支援方法だけでは解決しがたい課題が出てくる。それらを共有、検討することで新たな解決策をみいだす。現行の制度や社会資源だけではどうにも解決できない課題は、ご本人の課題ではなく、地域の課題としてとらえることが出来る。協議会で検討し当面どのように対応するのか、またそれらを蓄積することで、地域の課題としてどのような社会資源や体制を作っていくか検討していくことになる。

例えば、蒲郡市障がい者支援センターで行っている夏休み等の学齢児日

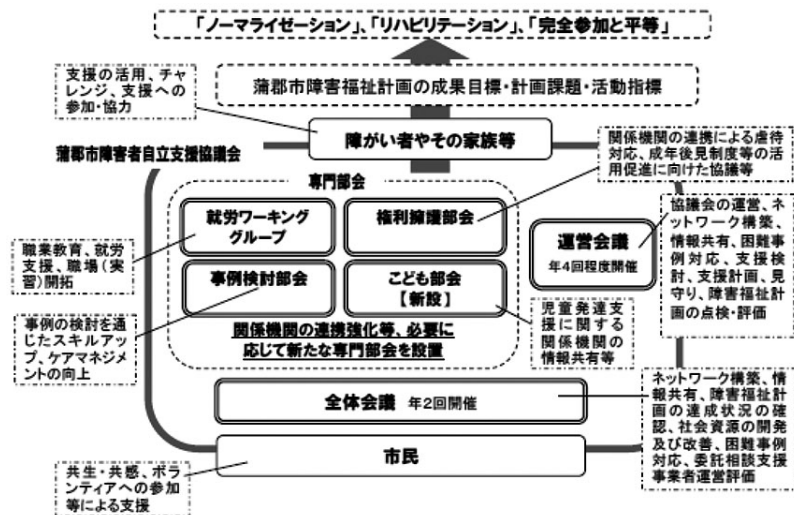
中一次支援事業は、子供の支援を行う社会資源が十分でなかった時期に、自立支援協議会で生まれた蒲郡市独自の事業である。

蒲郡市障害者自立支援協議会は大きく、全体会議、運営会議、専門部会からなっている（図1参照）。専門部会には就労ワーキンググループ、権利擁護部会、事例検討部会、子供部会がある。それぞれの専門部会で分野や目的ごとに検討を行い、具体的に個別の案件に取り組むことが多くある。また専門部会は必要に応じて新設している。

運営会議で協議会の運営を行っており、困難な事例の対応や支援検討を行う、障害福祉計画の点検や評価を行う、経過や目指すべき方向性を確認している。

相談支援専門員が相談支援を行う中で、ご本人やご家族、支援者からでた個別の困りごとや課題などがもととなり、全体会議で社会資源の開発及び改善行っている。

図1 蒲郡市障害者自立支援協議会の役割と運営のイメージ
（蒲郡市第4期障害福祉計画 概要版 平成27年3月 蒲郡市 より）



2. 個別支援のケースから

ここからは、個別支援ケースを通して、地域全体の取り組みにつながった事例について、支援プロセスに沿って記すこととする。ご本人は40代女性、統合失調症で一人暮らし、長い引きこもりから精神科病院入院となり、約一年の治療の後、地域生活へ移行し、現在は地域で支援をうけ生活を続けている。

(1) 支援のはじまり

ご家族を支援している地域包括支援センターから蒲郡市障がい者支援センターへ情報があり、関わりを開始。まったく外出しないで、ご家族が何とかご本人を支えている状態が十数年続いていた。住まいは老朽化、風呂やテレビ、冷蔵庫やエアコンなど電化製品はなく、床は抜け落ちている状態。まともな生活が送れる環境ではありません。同居の親族が亡くなり、近所に住む家族は高齢となり、ご本人をそれまで通り支えることが出来なくなっていた。ご本人は統合失調症の症状から意味不明な発言を繰り返し、夜中に奇声をあげ、近隣住民からは「どうにかしろ」「どこかへ連れて行け」などと苦情が上がっていた。

(2) 受診の支援

報告者は、まず適切な医療につなぐ事を目標に支援を開始した。ご本人は十数年の引きこもり生活から、なかなか他者を受け入れることができなかった。当時は自立支援協議会の専門部会で、どのように精神科病院受診に繋げるか、福祉サービスの利用等に繋げるかを検討した。試行錯誤がうまく行かず、本人との信頼関係を構築する事を目標に検討し、ご本人と関係を作るのに長い時間がかかった。

家庭訪問を繰り返し、ご本人とコミュニケーションが取れるようになってくると、少しずつ希望を聞くことが出来るようになる。希望を叶えるための支援のアイデアはあるのに、ご本人が支援を受け入れられない状態で

あった。病院に強い拒否があり、未治療のままで関わりを続けた。

繰り返しのやり取りでご本人が近所のコンビニ、市役所と出かけられるようになり、近所の人々がゴミ捨てを手伝ってくれるようになった。二年近くかかったが、結果的に市民病院内科への受診ができた。市民病院の対応がよかったために、受診への抵抗が無くなり、本人の希望で精神病院へ受診、結果入院する事が出来た。ご本人は「病院って怖いところだと思っていた」「入院して良かった」「味噌汁が温かくておいしい」「看護師さんがやさしくていろいろ手伝ってくれる」と話してくれました。入院時には栄養状態も悪く、歩くこともおぼつかないような状態。家族や近所の人、支援者はホッと喜んでることを覚えている。

（3）精神科病院入院治療

ご本人は長らく未治療、乱れた生活だったため、統合失調症以外にも健康状態は良くなく、治療に時間がかかった。報告者も忘れていたわけではないが、入院して八ヶ月が経っていた。病院の精神保健福祉士から報告者へ連絡があった。担当精神保健福祉士も入院までの経過、地域の関わりを知っていたため、何とか地域生活へ戻れないかと考えてくれていたのだ。

精神保健福祉士が調整し、病院で会議が開かれ、地域の関係者を呼んでくれたのだ。会議では主治医から、病状が残っており、常に「生霊」がそばにいると感じている状態。病棟でも「生霊」に対して大きな声をだす。病識がなく、服薬の必要性感じていない。課題が多数あり、このままでは長期の入院の可能性のある事を確認した。

しかし、担当看護師から「入院当初から比べれば病状は回復している。」の発言をきっかけに、地域生活へ向けて、それぞれが支援できる事への話し合いとなった。主治医から「長期の入院も検討していたが、地域で十分な支援が得られるなら、外出、外泊など行い、その状況で退院に向けての可能性を探ってもよい。」と言ってもらえることが出来た。

(4) 地域移行支援

ご本人の「昔、友人と隣町で食べたフィッシュバーガーをもう一度食べてみたい」の希望から、初めての病院外出は、モスバーガー。地域移行支援計画を立て、退院に向けて支援をすることになった。本人の気持ちを確認し1週間に1回程度の訪問や同行を行い、その都度医療機関と事業所、家族で共有し支援を行った。

自宅の片づけ。衣類や生活に必要な物の購入。グループホームの見学・体験宿泊。B型事業所・地域活動支援センターの見学・体験利用。書類や事務手続き。相談支援専門員として、丁寧にご本人の希望を聞きながら、地域移行支援として支援を行った。病棟内では看護師と一緒に洗濯や服薬の練習。近所の人からは、新たな住まいとして近所の物件情報など提供してくださる方もいた。

ご本人と一緒に、初めて物件を見に行ったときには「きれいすぎて嫌だ。」と素直に喜ばず、本音を確認するのに苦労を要した。

(5) 退院後の地域生活支援

地域移行支援として約3ヶ月の支援で退院となった。結果的にはグループホームに住み、送迎を利用し地域活動支援センターに通っている。精神科病院からは訪問看護に来てもらっており、一人で受診に行けるよう練習中、一度病状が悪化したこともあるがその後は安定している。買い物に出かけ、気に入った服を買うことができる。CDを買う事もできる。自分の部屋をお気に入りの小物で飾る事もできる。退院したことを家族も近所の人も喜んでくれた。グループホームへは家族だけでなく、近所の人も顔をだし、退院を喜んでくれる地域生活が実現した。

(6) ご本人の言葉

「退院して良かったにきまっとる」ご本人の退院後の感想である。一時は「入院して良かった」「ずっと入院していたい」と言っていた時期もあっ

た。

入院することが悪い事ではない。この方にとっても入院治療が必要で、治療を受けたことで健康を取り戻し、自分の希望を言えるようになった。しかし、治療が済んだら、必要が無くなったら退院するのは当然のことである。

社会から離れる時間が長くなると、ご本人や家族だけではどうにもならなくなってしまう事がある。ご本人が意欲を表現できなくなっていることもある。デリケートな調整、支援の工夫など環境を整える事で再び地域で生活できる人がいる事がわかった。

ご本人の気持ちを丁寧に確認し家族などとも共有することで、不安が安心に変わるのだ。

3. ソーシャルアクション

(1) 個別の課題から地域課題へ

蒲郡市では、相談支援、自立支援協議会が始まったばかりの頃は、精神病未治療のケースの相談が多くあった。市内には精神科クリニックはあるが、入院病床を持った精神科病院がない。当時はいかに適切な医療につながるか、医療機関と連携するかが地域課題の一つとなっていた。

医療機関や市役所、保健所と連携し受診や入院に繋ぐ、すぐに受診につながらなくてもご本人やご家族と関係性を築き、適切なタイミングで介入が出来るように準備する。受診につながるような助言が出来るような窓口対応。受診につながった後の支援。精神科病院から退院する方への支援。通院治療中断とならないよう支援の体制を整える。など自立支援協議会で検討されたことが蓄積され、支援の方法が増えている。まだまだであるが、個別のケースを通じて医療機関との連携が出来るようになった。

このご本人のように、入院中から支援を行うことで地域生活を再開できる方がいることが明らかとなった。では、他にも入院中から支援をうけたい人がいるのではないか。何人くらいいるのだろうか。どこの病院にいる

ののだろうか。その人はどのような人なのだろうか。ご本人は、どのような気持ちで入院をされているのだろうか。なぜ退院できないでいるのだろうか。様々なことが不明であることにも気づかされることとなった。

(2) 地域課題への対応

①入院患者調査

個別の課題を通して明らかとなった地域課題のうち、「受診につなぐ」という課題に対し検討がされてきた。現在は、入院治療の後、地域生活に戻れない方がいる事が課題になっている。市役所が中心となり、保健所の協力を得て入院患者の調査を行っている。今までも支援体制が整えば退院可能なかたの調査やアンケートは行われてきたが、具体的な個別の事までは把握できていなかった。そこで、蒲郡市民が入院している可能性のある精神科病院へ、入院患者の性別、生年月日、入院期間、入院形態、病名等を調査し、人数だけでなく、入院している方を個別に認識できるようにした。回答が得られた病院へ市役所、保健所とともに出向き、順次個別のお話を伺うこととし、調査を行うことで高齢の方、長期の入院になっている方が多いことが改めて明らかとなった。この方たちの個別の支援を始めれば、高齢者支援と障がい者支援との連携が課題になってくることも想像ができる。

②リーフレット作成

東三河南部圏域では各市の基幹相談支援センターが協力し、地域移行支援のリーフレットを作成した。ご本人向け、家族向け、医療機関向けに、地域が支援できる事を知ってもらうことに努めている。精神科病院は圏域にまたがってあるため、市がそれぞれで行うよりも圏域で共通したものを使用することが有効だと考えられる。入院中、ご本人から直接センターへ「退院したい。」と電話をくれた方もいます。リーフレットを活用し地域生活へ移行する支援が受けられることの周知に努めている（添付「資料1」リーフレット参照）。

③県や各専門団体との協働

県や各専門団体では地域移行に関する人材育成、体制づくりの研修が行われている。県の地域移行を考えるワーキンググループにも専門職団体の後押しをもらい関わる事が出来た。県の研修と連動する形で圏域レベルでの研修を行っている。そこにも先輩の力を借り、関わる事が出来た。先駆的に行っている地域から学び、我が町でも行えることを行う。また我が町で行っていることを発信する。地域での支援力を高め、支援体制を作り、ご本人やご家族、医療機関からご相談があった時にはしっかり受け止められるよう準備をしている。

おわりに

地域生活を支えるときに、まずはお一人お一人の生活を支えることから始まる。福祉サービスや制度などを使うことが目的ではなく、その方の生活を支える事を目的に、他機関や多職種と連携をしている。その時、個人の問題、課題で終わらせることなく、地域の課題としてとらえ、地域を作っていく必要があると気づいた。一事業所だけではどうにもならない事もある。圏域や県とも協働することが出来る事を知った。仕組みや体制、流れ、考え方など工夫や共有、発展させることが必要だと考え、現在も相談支援業務に取り組んでいる。

「資料 1」

東三河圏域 地域移行支援事業のご案内

【豊橋市・豊川市・蒲郡市・田原市・新城市・設楽町・東栄町・豊根村】



豊橋市にお住まいの方

お問い合わせ先

豊川市にお住まいの方

とよはし総合相談支援センター

〒440-0055

豊橋市前畑町 115 番地 あいピア2 階

【TEL】0532-56-4111 【FAX】0532-57-2595

【メール】center@toyohashi-ssc.main.jp

豊川市障害者相談支援センター

〒442-0068

豊川市諏訪 3 丁目 242 番地 ウィズ豊川 2 階

【TEL】0533-83-8050 【FAX】0533-83-5222

【メール】shougai-shien@toyokawa-shakyo.or.jp

蒲郡市障がい者支援センター

〒443-0036

蒲郡市浜町 93 番地 浜町福祉センター内

【TEL】0533-68-3612 【FAX】0533-68-3623

【メール】g-shien@nrc.gamagori.aichi.jp

田原市障害者総合相談センター

〒441-3422

田原市赤石二丁目 2 番地 田原福祉センター内

【TEL】0531-23-3812 【FAX】0531-23-3110

【メール】shogaisha-sodan@chorus.ocn.ne.jp

蒲郡市にお住まいの方

新城市基幹相談支援センター

※H28.4～H28.9(開設準備室) 〒441-1383

新城市東入船 6-1 新城市福祉課内

※H28.10～ 〒441-1363

新城市東沖野 20-12 しんしろ福祉会館内

【TEL】0536-23-6270 【FAX】0536-23-6270

【メール】kikan-shinshiro@nijidete.com

田原市にお住まいの方

新城市・設楽町

東栄町・豊根村に

お住まいの方