

(平成 28 年度東京都自立支援協議会セミナー資料より)

人をつくる・地域をつくる

～東京都自立支援協議会 5 年間の取り組みを踏まえて～

沖倉智美 (東京都自立支援協議会会長・大正大学)

1. はじめに

2. 活動の実際

(1) テーマ設定

①第三期 (平成 24 年 9 月～平成 27 年 3 月まで)

「障害のある人のライフステージにおける課題と相談支援のあり方」

②第四期 (平成 27 年 4 月～平成 29 年 3 月まで)

「どのような人を育てていくのか (相談支援専門員等の持つべき力量)」

「どのように人を育てていくのか (必要な研修プログラムやスーパービジョン)」

「どのように人が支え合っていくのか (地域の相談支援体制の整備)」

(2) 活動の 4 本柱

①本会議 (分科会方式で議論し、枠組みをつくる) →図 1・2

②地域自立支援協議会交流会 (情報収集型)

③自立支援協議会セミナー (情報提供型)

④『地域自立支援協議会の動向』発行

3. 得られた成果とその意義

(1) 地域の実態把握による全都的課題の抽出はできたのか？

相談支援とは

「先見性 (今後を見通す力)」に基づく「移行期におけるつながる支援 (縦のマネジメント)」と「俯瞰性 (全体を見渡す力)」に基づく「関係者の協働による支援ネットワークの構築 (横のマネジメント)」とを実践すること

いずれの場面においても、その中心には「本人」と「相談支援専門員」とが位置していることが重要

基本相談 と 地域移行・地域定着支援、権利擁護

(2) 地域の相談支援体制のバックアップはできたのか？

計画相談支援

「量」から「質」へ…評価者と評価基準をどうするのか

アセスメント・モニタリングの重要性

(3) 人材育成に取り組めたのか？

相談支援専門員とは 「スーパーマン」ではなく、「コーディネーター」

「(基本相談を基盤として、) サービス等利用計画作成を行う個別支援」だけでなく、「協議会活動を核とした地域づくり(ネットワーク構築による地域力の向上、社会資源の開発)」をも視野に入れ、この両者に連続性と整合性をもって取り組むことができる人材

基幹相談支援センター

相談支援専門員の実践を支え、地域全体の相談支援体制の実態を把握し、行政との連携を担保

他分野・他領域との連携をどう考えるのか

4. 残された課題と提案

(1) 地域協議会との連携の強化

「都協議会は委員や事務局だけのものではない。委員は便宜上一部の人間が担っているが、都協議会の活動基盤となるのは、各区市町村で取り組まれている日々の障害福祉実践そのものである。都協議会への期待を真摯に受け止めつつも、地域協議会の協力なくしては都協議会活動の成果を上げることは困難であり、地域協議会と都協議会との双方向性を高めるための取り組みを継続していきたい」

(2) 地域課題の抽出の深化

地域診断の重要性

ワークシート作成過程

当事者委員を中心としてその声を聴き、それに応えるための方策を協働で模索し、立場の違いを越えて共通言語を生み出していく

→このある意味煩雑な作業が、結果として人や地域を育てていく

(3) 委員の参画の多様化

分科会方式の本会議は、委員の主体的な参加を可能に

当事者委員の参画とそのための支援

地域協議会の実践を共有する話題提供(事例報告)のあり方

(4) 事務局(都)への期待

協議会で明らかになった地域課題を解決するために

東京都障害者施策推進協議会との連動…施策への反映と必要な予算の確保

- (5) 人材育成の展望…育成指針（ビジョン）と育成体制の検討
相談支援従事者初任者・現任者研修検討会との連携
地域で学び合うには 事例検討会やピアスーパービジョン
互いの実践を率直に評価し合う前提として
「同僚性（学び合いを促進する素地となるもの）」と
「実践ガイドライン（支援にまつわる価値を共有するもの）」とが必要
東京都相談支援専門員協会の組織化

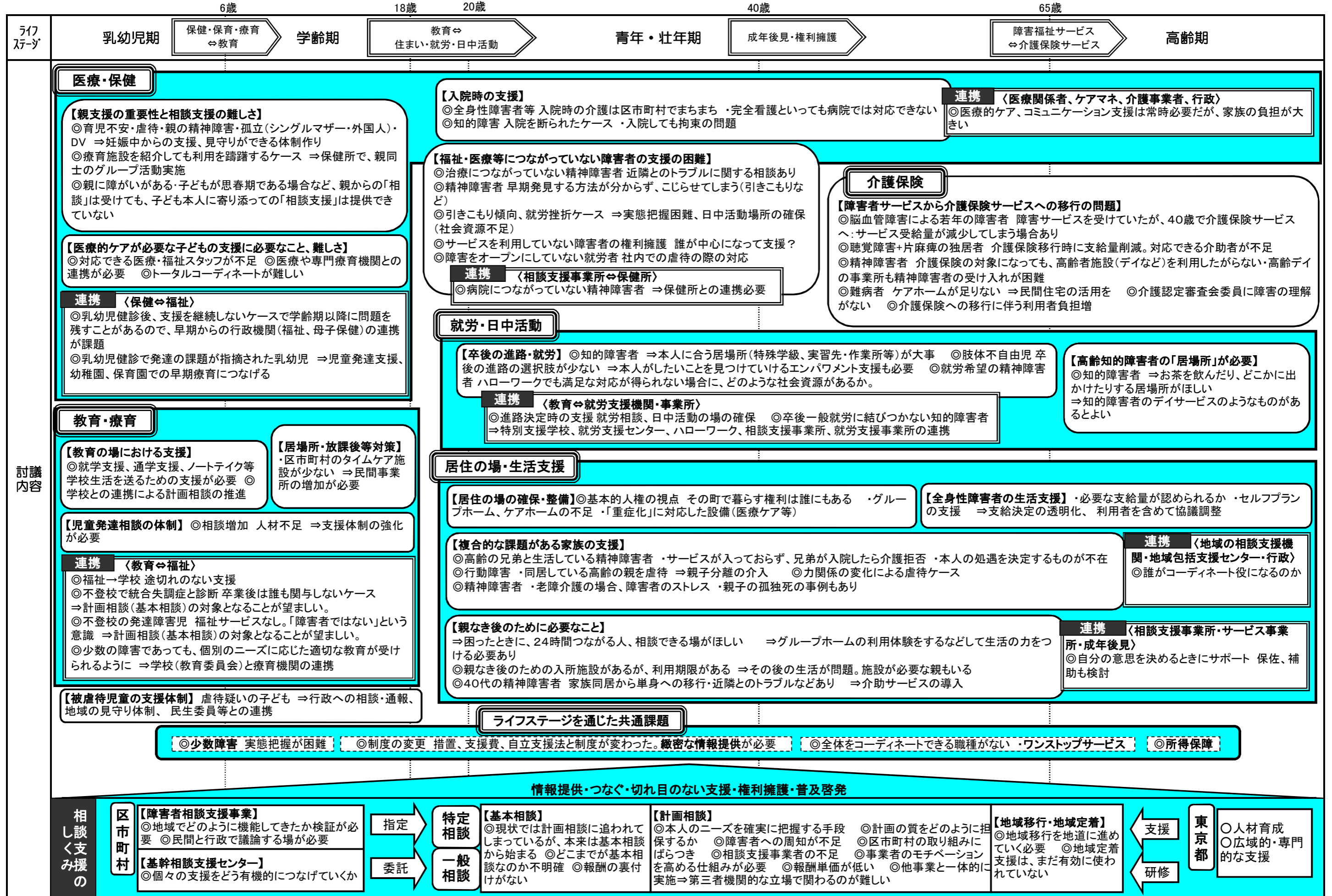
5. おわりに

「地域で暮らす」 を 「地域で支える」
社会資源は、質量ともに不足…「開発すること」 と 「有効活用すること」
個々の事例から地域課題を抽出、解決への協働

厚生労働省「相談支援の質の向上に向けた検討会」

相談支援専門員の担う実践は、地域を基盤としたソーシャルワークであり、その過程において当事者に対する意思決定支援を着実に実践していく役割を持ち、その実効性を担保するためにも、相談支援専門員個々の実践を支える支援体制をいかに作っていくかを、各地域の実情に応じて検討していく必要性を改めて確認

「障害者総合支援法を中心とした相談支援、関連制度・サービス等の課題整理ーライフステージを軸としてー」（第三期東京都自立支援協議会 討議のまとめ（～25年度））



障害者(児)ケアマネジメントの過程における相談支援専門員等に求められる視点、行動 (28.05.11東京都自立支援協議会)

支援等の前提となるしくみ、環境、資質等		ケアマネ過程 関係機関等	インテーク	アセスメント	ケアプラン・サービス支給決定	サービス実施	モニタリング	終結・移行(ライフステージ・事業所)						
エンパワメント	連携													
<p>本人の主体性を発揮できるための信頼関係の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> 相談支援専門員が、知りたい情報を得るため、ある程度、自己開示して、利用者の信頼を得る。 相談支援専門員が、利用者から絶対的な信頼感と安心感を得るため、「相談支援専門員は自分のことをわかってくれているな」とか、「味方だな」と思ってもらえるような言動を示す。 	<p>連携の必要性の理解と本人の意向の尊重</p> <ul style="list-style-type: none"> ひとりで抱えず、チーム支援を大切にし、必要に応じて、必要などころから支援を得るようにする。 情報の共有化を図るため、本人の意向を尊重する。 本人が関係機関への情報の提供を拒否する場合は、連携することのメリットを伝え、本人の了解を取りながら進める。 命に係わる場合は、本人の了解によらず伝える。 <p>地域での連携づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> 相談支援専門員はオールマイティではないため、連携の必要性を理解し、地域での役割分担や地域の特性を生かした仕組みを構築する。 <p>インフォーマルな場面を通して、地域の支援を得るため、関係機関が、地域に開かれた食事会等を定期的かつ継続的に行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> 課題のアセスメントを共有化する。 リスクアセスメントに焦点を当てて、どのようにケアシステムを作っていくか、関係機関が参加して話し合う。 <p>地域での社会資源の活用</p> <ul style="list-style-type: none"> 様々な社会資源を活用するため、地域の不動産屋など、他の分野の方に、地域自立支援協議会や障害分野の連絡会に参加してもらうことにより、利用者のニーズと地域における必要な情報がマッチングできるようにする。 関係機関が協力し合って、ケア会議を行う。 ケア会議等に、サービスのコンセプトを明確に伝え、利用者の適合性を高める。 	<p>相談支援専門員サービス管理責任者行政等</p>	<p>面接時の心構え</p> <p><話しやすい雰囲気づくり></p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問前に容姿や服装を確認する。 面接に時間をかける。 一回当たりの時間を限定しつつ、長いおつき合いをする。 長時間だと疲れる場合は、2回に分けるなど、その時の状況に応じて時間を調整する。 面接の時間等を本人の希望等に合わせて設定する(特に初回は相手に合わせる。) 予め、面接時間を決めておき、話が止まらない人に対しては、事前に終了時間を伝え、互いに確認する。 面接の際の座る位置、(真正面に座らない。) や場所(自宅等)を配慮する(自分が先に座り、相手に選んでもらう。) 本人と親を分けて面接する(知的)。 最初に、絵カード、筆談等、どんなコミュニケーションがいいか確認する。 本人が好きなこと、やりたいことを聞き、そこから話を広げていく。 相手に興味を持ち、話を聞くことを楽しむよう心掛ける。 <p><本人が感じている生きづらさの共有></p> <ul style="list-style-type: none"> 共感して話を聞き、内容を整理、書面に表す。 	<p>生活上の様々な困難や障害の実情の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> 必要な支援に目を向けるだけではなく、本人ができる部分にも目を向ける。 <p>本人や家族のニーズの的確な把握</p> <p><本人や家族の意識や要望、環境等の把握></p> <ul style="list-style-type: none"> 事前に本人・家族用の簡単な調査用紙を渡し、希望を書いてもらう。 まず本人の話を聞き、その後家族や関係機関に話を聞く。 親と本人の希望が異なる場合、別に話を聞く機会を持つ。 必要に応じて、メールでのやり取りも活用する。 最初にすべてを把握しようとする。 自分の価値観はいったん置き、本人の希望の背景を考える。 本人のニーズがわからない場合は、感情に焦点を当てる。 どいういう思いでその言葉を使ったのか、その言葉が発せられた意味を考える。 最初から困り事を話す人はいない。 話が変わる場合も、「今はこうなんです」と問いかけの工夫を行う。 本人の価値観を尊重し、できること、できないことを判別する。 どの人にも多面的な「立場(顔)」があることを想定して話を聞く。 必要でないことは聞かない。 本人の希望と「現実とのズレ」を押さえる。 表面的な課題を通して、本質的な課題を探る。 本人をサポートするフォーマル、インフォーマルな関係(個人、事業所、行政など)を把握する。 <p><本人の特性の理解></p> <ul style="list-style-type: none"> 何がストレス要因になるかを知る。 体調悪化時の特徴を知る。 <p><生活状況の把握></p> <ul style="list-style-type: none"> 自宅に行って、生活状況を確認する。 訪問時に、置いてある写真やCD等を見て好みをつかみ、話を引き出すきっかけにする。 趣味や余暇の過ごし方を把握する。 <p><ストレスに着目></p> <ul style="list-style-type: none"> 本人の強みは何か、それを阻害するのは何かを把握する。 マイナスのことも、見方を変えれば強みになるという視点を持って対応する。 ルーチンが得意などの障害上の特性を生かす。 本人が好きなこと、前向きさ等を評価する。 <p><専門性や相性の把握></p> <ul style="list-style-type: none"> 初回は複数で訪問し、複数の目で判断する。 担当する相談員は、専門性や相性を考えて決める。 <p><リスクの把握></p> <ul style="list-style-type: none"> 心身の安定に対するリスク要因やその程度を把握する。 	<p>現状の把握と、目標と期間の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> どのような支援があれば目標達成できるかを具体化する。 <p>社会資源の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> 社会資源をフル活用するため、本人を取り巻く環境を把握する。 利用者のニーズに即したサービスを提供するため、相談支援専門員が、自分の分野だけではなく、児童、高齢、精神等、色々なサービスを知り、調整力を身につける。 必要な時に、必要なサービスを受けられるようにするため、相談支援専門員はリアルタイムに、事業者に関する情報を把握する。 <p>本人が主体的に関わるができるプランの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> 「本人の役割」という欄を活用する。 本人ができることにサービスを用意する。 支給決定基準上ではなく、本当に必要なサービス量を検討する。 <p>当事者の生活や思いが伝わるプランの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人の意向と家族の意向を分けて書く。 支援者にとっての目標ではなく、本人にとっての希望や目標を記載する。 本人の想いをサービス計画に表す。 プランは、本人の前で、本人の言葉で書く(そうできる書式を使用) 「本人の希望」欄は一人称で書く(「私は○○したい」)。 「私は○○したい」→「そのために○○する」という順序で書く。 本人だけでなく、家族へのサポートの視点を盛り込む。 <p>本人の自己決定の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人のニーズに見合ったサービスを提供するため、サービス、制度、社会資源等の情報提供と選択肢を提 <p>自立支援のための必要なサービスの提供</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人を理解する手掛かりを得るため、サービス等利用計画(案)、調査書等を読み込み、アセスメントに着目する。 同年代の「障害がない人」と同等の生活ができています。 	<p>サービス利用状況の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> サービス事業者と日頃から連絡を取り合う。 本人の本音を引き出すための良好な関係づくり 定期的に会って「気にかけているよ」と声をかけ、話を聞きながら、本質に迫っていく。 <p>事業所の質の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業所まで行って本人とサビ管と面談する。 <p>現実がないサービスの把握</p> <ul style="list-style-type: none"> 相談支援事業所から意見やモニタリング等を通して把握し、それを協議会などにあげる。 <p>地域移行を拒んでいる要素の除去</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族に理解してもらうための支援を段階的にしていく。 家族の意向が優先されている場合には、本人にGH等の体験や見学をさせる。 金銭的なネットワークがある場合、生保受給や在宅であれば支給される手当などについて具体的に提案する。 <p>将来を見据えた視点</p> <ul style="list-style-type: none"> 子供の世話をするのが生きがいとなっている場合は、親の気持ちに寄り添いつつ、社会介護への移行も含めて、将来的展望について徐々に伝えていく。 関係機関が集まり、本人を中心に次の計画を考えていく。 相談支援専門員は、本人に「どうしたいのですか」と常に問い続ける。 本人の気持ちと現状がずれている場合、本人の気持ちを大切にしながら、周りの人の評価を参考に、本人に課題を提示していく。 	<p>ニーズの変化の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人に直接会って近況を聴く。 利用している事業所や医療機関の様子を聴く。 計画に偏りがある場合、その内容について確認する。 余暇や家族、その人の生きがい等が盛り込まれているか確認する。 気になるところ、サービス等利用計画には記載されていない背景となる事実等について相談支援専門員と関係機関で共有しておく。 課題の整理 次のステップにつなげるため、相談支援専門員は、サービス事業者や行政等関係機関と残された課題を確認し、整理する。 サービス等利用計画及び個別支援計画の検証 どのような支援が展開されたか、展開された支援は適切だったか、目標の変化がないかどうか確認する。 	<p>本人の意思の尊重</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人のニーズを家族に代弁する。 <p>本人や家族のニーズへの対応</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人が利用しているサービス事業者が集まり、本人、家族を含めてケア会議を実施する。 親に会えず、家庭訪問もできない場合は行政に相談する。 <p>広いネットワークや顔の見える関係づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者に気になることがあれば、関係機関に連絡する。 	<p>本人や家族の安心感の醸成</p> <ul style="list-style-type: none"> 完璧な計画を作ろうとせず、本人と一緒に探していく。 精神的、心理的悩みに対する解決策をケアプランに盛り込む。 本人や家族に、変化があればいつでも相談に乗ると伝えておく。 	<p>サービスの調整力、コーディネート力の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人のニーズに見合ったサービスを提供するため、自分の分野だけではなく、他の分野の情報を得て色々なサービスの組み合わせができるようにする。 また、必要に応じて、インフォーマルなサービスも活用できるよう、近隣の方の協力を得る。 	<p>将来の展望</p> <ul style="list-style-type: none"> 目標を達成することで、本人の生活やライフステージがどのように変化していくかイメージする。 10年後を見据えた支援(有効な支援になっているか) 	<p>必要な部分の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 不要な支援はしない。 本人ができることはやってもらい、社会的ルールは、利用者きちんとならざる。 ステップアップのタイミングの時期や方法の検討 	<p>目標を達成するためのサポート</p> <ul style="list-style-type: none"> ステップアップのきっかけをみつけるため、「今やっていることは、このためにやっているよね」と目標を確認する。 <p>生活全体の展望</p> <ul style="list-style-type: none"> 立てた目標に対して、皆で定期的に検証を行う。 利用者がサービス等利用計画以外のどんなサービスを利用しているか普段の生活を見るようにする。 ケア会議に参加し、情報交換を行う。 	<p>終結・移行(ライフステージ・事業所)</p> <p>【スムーズな移行】</p> <ul style="list-style-type: none"> 計画相談というPDCAサイクルを通して得た利用者の情報や理解を次の支援者に引き継ぐ。 介護保険の対象となる場合には、行政が本人に事前に通知するとともに、ケアマネへの相談を促す。
			<p><地域をつくる>相談支援体制自立支援協議会基幹相談支援センター</p>	<p>人材育成</p> <ul style="list-style-type: none"> 相談支援専門員のケアマネジメント力を高めるため、事業者連絡会と協力し、初任者研修修了者を対象として、初心者研修、フォローアップ研修等を実施する。 テーマに応じて大学教員らを招請。虐待等については弁護士に講義してもらうなど、より実務に即した研修を実施する。 児童分野、高齢分野など、ライフステージにわたった知識が持てるような研修を実施する。 	<p>(基幹センター)相談支援のセーフティネットとしての役割</p>	<p>相談支援事業所の計画作成能力の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> 相談員の思いを理解した上で、提出された計画への書き方のアドバイスをする。 サービス等利用計画が、個別支援計画と同じものにならないよう助言する。 	<p>相談支援事業所(相談支援専門員)のバックアップ</p> <ul style="list-style-type: none"> サービスの詳細や支給量の考え方(根拠)等、相談支援専門員が必要とする情報を提供する。 サービス等利用計画の書き方についての資料を新規開設事業所に渡す。 研修会、連絡会、事例検討会などを開催し、フォローアップの場を持つ。 計画の様式を一緒に考える。 							