

今後の相談支援事業と 自立支援協議会に期待するもの

2010.2.11.

- NPO法人 十勝障がい者支援センター
門屋充郎

安心の暮らしのための 生活支援の基本条件

生活可能な経済基盤が原則 憲法13・25条が基本

相談支援体制の確保

いつでもどこでも相談できる体制があれば暮らしはできる

3つの生活支援の基本条件は
ノーマライゼーションの原理でもある

- 安心の基地 生き場「住居」資源があること
- 日中活動の 行き場「日課」資源があること
- 自由・解放の 生き場「余暇」資源があること

21世紀型障害者支援

- 本人主体・主導
 - ・ノーマライゼーション
- 地域ケア中心
 - ・ソーシャルインクルージョン
- 差別なき生活支援
(合理的配慮にもとづく)
- 基本システム
 - 相談支援体制
 - 経済基盤
 - 住居資源
 - 生活資源一般

相 談

- 相談は専門分化の歴史
- 分化すればするほどそれぞれが
完結的相談機能の強化が
- 結果としてのたらい回し
簡単・限定的相談から専門性の高い相談へ
- 相談援助論の展開 医学モデル強化の歴史

障がいのある人の暮らし

- 力のある本人 力のある家族は地域で暮らせる
- 力のない本人は世話される暮らしを
施設完結的暮らしを
地域で暮らしていくと非・反社会的暮らし方(ホームレス化 犯罪化など)
- 力があるが施設に 医療・リハビリの必要な人 いかもっと暮らしやすく期待して しかし
- 理不尽なことが増え、尊厳が踏みにじられていく人が増え続けることに 暮らしの質の低下 個別化から離れていく現実 施設化・措置制度化では当然の結果

相談の変化

- **相談** なんでも 手続き 紹介 限定的完結

- **相談援助** いつのまにか相談を援助する人
される人の関係となり 専門性を高め・・・？

医学モデル・パターナリズム 専門職主導
結果的不平等 相談援助する側の提案する
暮らしとになっていく

- **相談支援**へ

相談支援とは

■ 障がいある人と関係の基本

人としての対等性を原則とし
人権に基づく合理的配慮によって暮らし
全てに支援のできる関係

- ・相談を受けて(暮らせる)支援もする
- ・本人が生き生き暮らし続けられるために
本人ができること 本人のできることの可能性を引き出しつつ いつでも どんなことにも 本人の代弁者として 権利擁護者として 本人が必要としている暮らしの支援を 時に代理的臨時的に直接支援をしつつ よりそいとして

相談支援専門職は

- ・学問としては ソーシャルワーク
- ・ソーシャルワーカーが多分野で 分化して 専門性の低下
- ・ソーシャルワーカーの資格化は社会福祉士・精神保健福祉士
- ・相談支援専門員は基本資格＋横断的認定資格として 基本はソーシャルワークなので
ソーシャルワーク職種以外はソーシャルワーク研修を受けて 相談支援専門職研修を受けて
- ・質の高い相談支援専門員を

相談支援専門員の課題

- ・制度上

 - 役割の不明確さ 財源
 - 相談支援専門員の位置づけ

- ・相談支援

 - 利用者主体 ケアマネジャー機能
 - 業務指針

- ・事業体の位置づけ 不明確

- ・人材教育の標準化がされていない

- ・専従で仕事ができない

これからの相談支援

- 脱施設化(地域移行) 地域ケア中心(反施設化)
- 本人主体・契約 本人のニード中心
横の援助構造(対等性 権利優先)
- 窓口相談に加え**継続的訪問相談支援**が増加する
- 本人の希望に沿った生活(人生)支援
- ライフサイクルに沿った継続的相談支援へ
- ケアマネジメントによるチームによる包括・統合的継続的相談支援
- 制度利用と私的支援の包括についての相談支援
- 相談の基本に権利と義務 差別なき相談支援

これからの障害者支援の基本

本人主導

社会モデル・生活モデル

障害者の**生きづらさ**は、「障害者の心身の機能障害に問題があるのではなく、そのような機能障害を持つ障害者を取りまく環境にある」という考え方。

精神疾患・精神障害が重症であっても地域で自宅で治療と生活支援を受けることが可能である

生活環境を整えることで、その人らしく生きられることは明らかであり、本人が望む学習・就労・結婚・子育てなどなど……を継続的に相談支援(ケアマネジメント)が行われる

関係性の変化

- 今まで(専門職主導) 個人モデル・医学モデル
世話する・される関係 指導 訓練
権威 上下 区別 依存 半自立
同じ人間なのに社会的に違う存在として
権利の限定化
- これから(本人中心) 社会モデル・生活モデル
ともに歩む関係 望む学習・訓練機会
尊敬しあう 対等 個性を認め合う 自立
同じ人間として 権利の平等

これからの障がい者の暮らしとは

- 力がなくても 本人が希望する地域で暮らせるように
- 地域で暮らすために暮らしづらさを補ってくれるもろもろが必要
- 本人の力を引き出してくれる人
- それぞれの人の必要なもろもろを見つけられる人 届けてくれる人が必要 困っていることに即応的に対応してくれる人が必要
- 障がいがあっても暮らせるための本人の力を補う存在で 暮らしが安心して 安全で暮らし続けられるために 障がいのある人が吸える空気のように傍らに存在する人として 家族でも 友人でも 職業人でも……頼りになる存在 相談支援専門員もその一人として 職業として必要

相談支援専門職は

相談支援専門員はソーシャルワークを基本とする

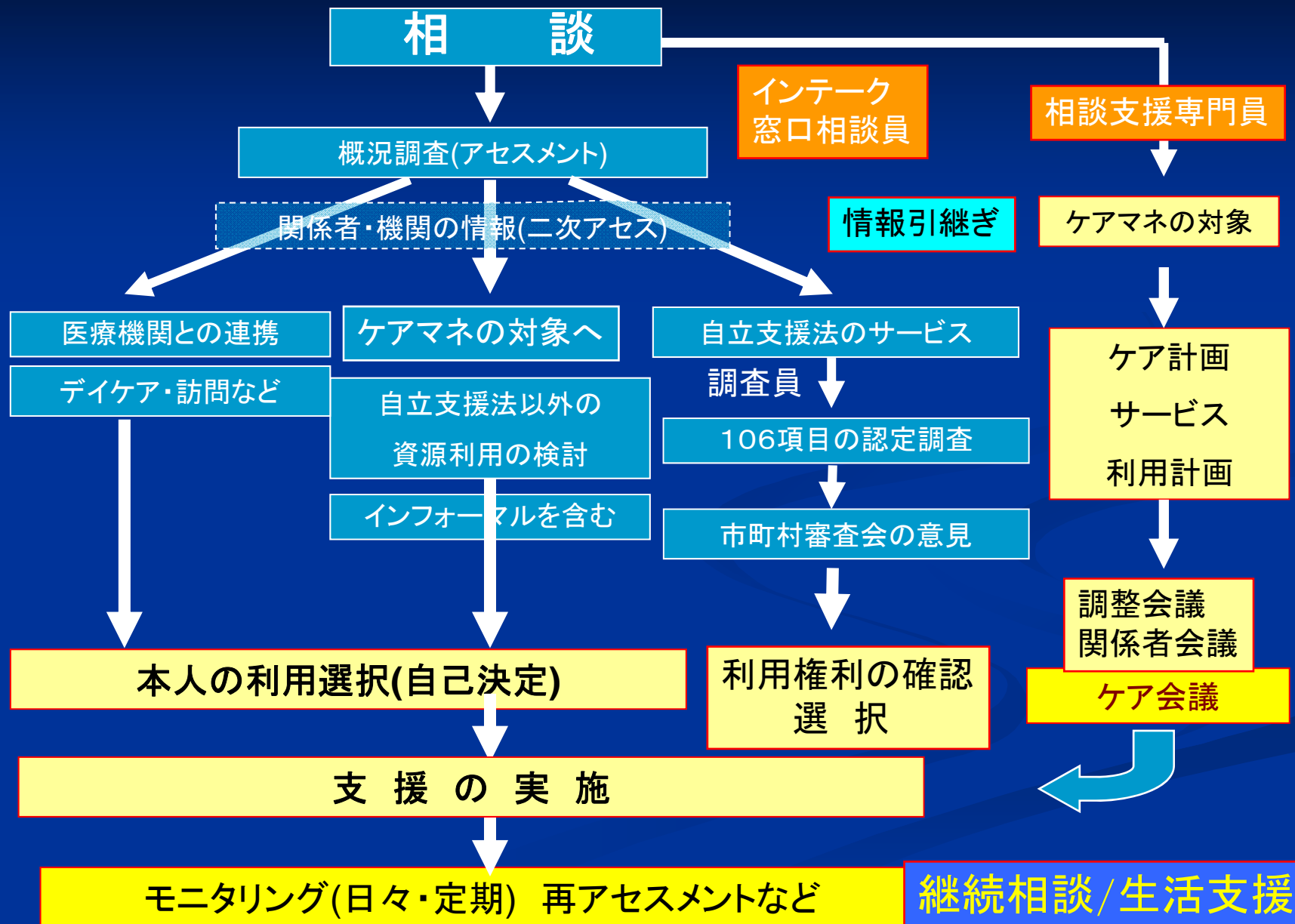
ソーシャルワーカーの国家資格化は
社会福祉士・精神保健福祉士

相談支援専門員は基本資格＋横断的認定資格
基本はソーシャルワーク

ソーシャルワーク専門職以外はソーシャルワー
ク研修を受けて

相談支援専門職研修を受けて
質の高い相談支援専門員を

相談体制の流れ



これからの相談支援

- 脱施設化(地域移行) 地域ケア中心(反施設化)
- 本人主体・契約 本人のニード中心
横の援助構造(対等性 権利優先)
- 窓口相談に地域生活の継続相談支援が増加する
- 本人の希望に沿った生活(人生)支援
- ライフサイクルに沿った継続的相談支援へ
- ケアマネジメントによるチームによる包括統合的支援
- 制度利用と私的支援の包括についての相談支援
- 相談の基本に権利と義務 差別なき支援が

これからの相談支援

- 施設内相談体制から地域ケア相談体制中心
- 専門・行政・家族中心から本人中心の相談へ
- 窓口相談中心から継続相談支援が中心へ
- 本人の希望に沿った生活(人生)支援
- ライフサイクルに沿った継続的相談支援へ
- ケアマネジメントによる包括的統合的支援
- 制度利用と私的支援の統合についての相談
- 相談の基本に権利と義務 差別なき支援について

これからの相談支援体制は

- 独立した運営ができるように
- 人口と障害者数を基本とした相談支援専門員の配置（配置補助金）
- 相談支援の個別給付
- 配置補助金＋個別給付 必要数の確保
- 相談支援事業として財政的に成立すること

これからの相談支援事業

- 相談支援専門員の研修体制
- 基礎研修＋現任研修＋専門研修＋(ブラッシュアップ研修)＋3年毎の義務研修
- スーパービジョン体制の確立
- 都道府県による評価

市町村が考えること

全ては相談が基本

- 住民問題として考える
- 相談支援体制を整える
- 直営であれば 継続・訪問相談支援のできる人を配置する。
- 民間委託をするのであれば市町村窓口と共同体制で
- 安定的継続的な相談支援体制が必要
- 自立支援協議会が官民協働の要として運営される。個別ニーズの集積から、地域ニーズを明確にし、地域の障害者福祉計画を立て、地域ケアシステムと個別支援システムが作られる。

市町村が考えること 課題

- 委託相談支援体制を確立する
- 障がい者が安心して暮らせるまちづくりの検討できる自立支援協議会を
- 窓口相談・認定などからフォーマル・インフォーマル支援へつなげていくことを
- 市町村の相談支援では 個別支援の継続性に問題ある
- 継続性を担保するためには民間委託による官民協働の相談体制と市町村自立支援協議会を活用する
- ワンストップの相談体制を
- 障害を区別せず犯罪などの障害者も相談支援する

都道府県が考えること

- 相談支援体制整備と地域自立支援協議会の設置
及び運営についての支援
相談支援事業所の配置促進
自立支援協議会の定期的開催
- 圏域ごとにコーディネーターの配置
- 人材育成 相談支援専門員の養成体制
養成スタッフの養成と
継続研修体制をつくる

CMはどんな支援を行うためか

- ケアマネは地域生活を支援するための方法
- ケアマネは生活モデルを基本としている
- 地域で生活する人をみんな(チーム)で支援する方法
- 支援する内容は 本人のニード中心

- 夢・希望・想いを実現するために、本人との協働で行うものです

- 具体的には地域生活を成立させ、維持し、自己実現に向かうことを継続的に支援する。いつも可能性を求めて

- 本人と環境に働きかけ、本人の意向に沿って支援する。本人ができることは支援せず、本人の力が発揮されれば支援を少なくしていきます。夢の実現が目標です。

どうすれば本人主体の 相談支援を行う

- 理念を知識として獲得しても、本人主体の支援をするのは至難なこと
- ケアマネプロセスに本人主体となる支援方法を組み込むことが重要
- ケアマネも専門職主導と本人主体に分かれる
- ケアマネには制度内ケアマネとそれを含む総合的ケアマネがある

本人中心のケアマネの要素

- 制度内ケアマネを含む総合的ケアマネであること
- 本人の了解が活動の全てにあること
- 十分な説明と同意があること(自己決定・自己選択が保障されていること)
- アセスメントは多様で多面的な方法によること(アセスメントシートだけでなく、一次・二次など)
- 仮のケア計画を立てるときにはミスポジションなどの展開技法を活用すること
- ケア会議は本人中心に展開されること
- モニタリングは日々行われ、評価とともに本人の満足度を基本とすること

より良いアセスメントとは

- まず最初に本人のニーズアセスメントから
- 本人がどうしたいのかが支援の出発点
- 本人の目先の言い分(デマンド)ではなく、本音、望み、夢に向かうための希望など
- まずは、本人の**できること(セルフケア能力)**を把握(アセス)する 力を引き出しつつ(エンパワメント)
- **利用者本人とそれを取り巻く状況を理解する作業**
- 本人を取り巻く家族などのインフォーマルケアを把握
- 次に、専門機関、専門職などフォーマルケアをアセス
- ニーズに必要なアセスメント限定していくこと 絞込み

ケアマネの具体的展開

～総合ケアマネのすすめ～

CM導入

アセスメント

ケア計画の作成

ケア計画の決定

ケア計画の実施

モニタリング

評価・終了

一次・二次 多様な方法

仮のケア計画 ↔ 本人との調整

サービス提供者との個別調整

ケア会議

サービス提供者との個別調整

ケア計画／週間予定表など

日々・定時のモニタリング

課題

説明と同意

フォーマルケア（法内サービス）
インフォーマルケアを総合的に

会議や個別で調整

本人が必ず入る

再アセスメントによる
ケアの追加
ケア会議の実施

～ケアマネはサイクル 生活変化に対応しつつ～

ケアプランができるまで

ケア計画はCM従事者が利用者との話し合いによって作成するもの

アセスメントによって導かれるケア計画（仮のケア計画／原案）

従事者が考えられる理想的な計画を
利用者とCM従事者との調整

サービス提供者との調整（個別／会議）

従事者とチームを組むサービス提供者

重要
生活支援目標を掲げる

ケア会議で正式なケア計画

利用者・CM従事者
協働する人たち（サービス提供者など）



参考

人権に配慮した本人中心のケアマネの展開

相談者 本人・家族・知人等 機関・施設・アウトリーチによる掘り起こし

4つの説明と同意 1. CMについて 2. アセスメントについて
3. ケア計画とケア会議について 4. ケアサービス実施と今後について
利用者の自己決定を最優先に 主治医の意見書についても本人の選択

アセスメント

アセスメント表と多様な方法による 本人の同意によって関係機関等からの情報

ケア会議

CM従事者が運営する 本人中心の会議 本人とサービス提供者によって
具体的ケア計画を作り上げる

ケアの実施

ケア会議で決まったケア計画に基づいて実施

苦情処理

モニタリング

日々と節目のモニタリング

再アセスメント

評価

終了

自立支援協議会

- 北海道

自立支援協議会（条例施行内容を含む）
人材養成（相談支援専門員・その他）
地域診断・評価など

- 圏域の自立支援連絡協議会

（14支庁圏域／21保健福祉圏域）

- 市町村自立支援協議会

国の示した地域自立支援協議会組織図(例)



北海道自立支援協会

- ・研修専門部会 ・アドバイザー専門部会
- ・北海道障がい者条例

14支庁圏域 自立支援連絡会議

十勝自立支援連絡会（年1回）

サブ圏域ネットワーク会議（5サブ圏域＋1市1町

- ・就労支援部会（就業・生活支援センター運営）
- ・相談支援部会（指定相談事業所運営）

ネットワーク会議

（月1回定例化／アドバイザー主催／3町村合同主催）

十勝東・西・南・北ネットワーク会議

十勝東北（陸別町・足寄町・本別町）

帯広市自立支援協議会

音更町自立支援協議会

- 帯広市自立支援協議会 ・精神保健部会 ・相談支援部会
- ・就労部会 ・地域活動支援センター部会

帯広市地域自立支援協議会

全体会議

《年1回》

地域生活支援会議

精神地域生活支援会議

《毎月第3水曜日 13:30-15:00》

1994年から

地域生活支援会議

《毎月第4木曜日 13:30-15:00》

個別支援会議

精神ケアマネジメント会議

《毎月第1.3水曜日 15:00-17:00》

1999年から

スーパービジョン
研修

知的個別支援会議

《毎月第4木曜日 15:20-17:00》

身体個別支援会議

《必要に応じて開催》

運営会議(事務局)

官民協働

《随時 月1回以上》

帯広ケア・センター

帯広生活支援センター

就業・生活支援センター

社協

圏域センター

音更リハセン

緑ヶ丘病院

大江病院

協会病院

厚生病院

保健所

ほっと・ぷらっと

サポートネット

ハローワーク

センターとかち

十勝ソーシャルクラブ連合

その他必要と認められる者

社協

手をつなぐ育成会

ぽてとハウス

十勝ソーシャルクラブ連合

帯広身体障害者福祉協会

障害者就業・生活支援センター

帯広養護学校

帯広太陽福祉会

帯広福祉協会

生活支援センター

緑苑

圏域センター

センターとかち

その他必要と認められる者

精神保健部会

就労支援部会

地域活動支援センター部会

地域自立支援協議会によってもたらされるもの

- 地域の共通理念ができあがる ⇔ 醸成する場
- 情報が共有できる。情報に基づく調整ができる。
 - ⇔ 連携するための基本(共通言語)
- 連携(ネットワーク) ⇔ 連携を創る場
- ニーズにあった社会資源の工夫・改善・開発ができる。
 - 制度に地域を合わせる
 - 地域に合わせて制度を使いこなす
- 陳情・要求型 → 提案・協働型
- 市町村の福祉の質が保たれる ⇔ 異動はつきもの

これからの相談支援専門員の 基本理念

- リカバリー
- 希望
- エンパワースメント
- ストレングス
- Place-Train モデル

リカバリーとは・・・

「その人がその人らしく、
自分でも納得のいく人生を送れるようになる」

- リカバリーがどのような状態を意味するかは、本人にしかわからない。
- 外側からみれば・・・
- その人の暮らす文化のなかで、ふつうの住まいで、自分に合った仕事をもち、友と語り、パートナーや家族とともに暮らし、大いに楽しみ、生きがいのある人生を送れるようになる、ということ。。
- 医療や福祉は「支援」としてそのためにある。
- 病が治ることのみが目標ではなく、「病や困難を抱えながらも自分の望む生活ができるようになる、あるいはそのための努力ができる」ということ、そのプロセスが大切。

リカバリー

「リカバリー」とは、アメリカで1980年代後半より登場し始めた概念
そのプロセスは多種多様であり、様々な定義が多くの当事者や専門家によりなされている。

- 「**病気からの回復ではなく**、人々の偏見、精神医療の弊害によりもたらされる障害、自己決定を奪われていること、**壊された夢などからの回復**である。
- リカバリーは**プロセス**、生活の仕方、ものの見方、その日のチャレンジへの対応の仕方である。
- それは完全に**直線的なプロセス**ではない。時にそのコースは一定せず、我々はつまづき、後戻りし、まとめなおし、そして再び始まる。
- 障害の限界を超えた新たな、そして**価値のある全体感を再び築き、目的を見直す**ことが必要である。
- そのインスピレーションとは、その人が大切な貢献をしている地域の中で生活し、**働き**、そして愛することである。」

(パトリアディーガン, 1996)

リカバリーがすべての関係者の合言葉

- マークレーガンはリカバリーには

「希望」

「エンパワメント」

「自己責任」

「新たな役割・関係性の獲得」

のプロセスがあると述べ

このリカバリーのどのプロセスにおいても

「働く」ことは重要な意味を持つ

と指摘している。

(マークレーガン, 2005)

希望

〔利用者の可能性を自ら信じ、彼らに希望を与えると同時に、周囲の人たちの姿勢を変えるような実践を行う〕

- ・人の**潜在能力**は固定したものではなく、場面状況や自律性などによって変化するものである。**希望**をもち**可能性を信じて工夫し続けることが必要**である。

- ・本人・家族・専門家の「**内なる偏見**」(できるはずのこともできないと思いついでしまう)のために、ますますできなくなってしまう。

- ・専門家側に必要な技術は

- ①利用者が「変わろう」と思えるようなやりとりができること

- ②「変わろう」と思ったときにそれが実現できるように、小さな具体的な行動の変化を支える技術をもっていることである

希望は、精神科リハビリテーションの構成要素として不可欠である。

エンパワメント (Empowerment) :

【「エンパワメント」と「自立」を心がけた実践を行う】

- エンパワメントとは人が「自分らしく、生活主体者として、自己決定能力を高め、自己を主張し、生きて行く力を発揮して行くことを促進する過程」である。
- 従来のサービスでは専門家側の考える治療やプランを基に、利用者を支援してきた。
- ACT-Jでは、利用者自身が自分の治療や人生に積極的になり、自己決定できるよう支援し、精神障害を抱えた人が、自分の生活について判断し決定を行う権利と能力を有しているとの信念を持っている

ストレングス (Strength) :

〔利用者の障害に焦点を当てるのではなく、その長所を最大限に伸ばすことができるように支援する〕

- リハビリテーションの焦点は「個体の強さや資質を発展させること」である。それと比較して治療の焦点は「個体の症状や問題を軽減させること」であると、アンソニーらは述べている。
- 病理や障害だけを見るのではなく、その人の持つ強さと彼らのおかれた環境の強さに注目し、その能力や長所をのばしていくアプローチである。

Place-train モデル :

〔利用者の地域生活を準備する視点よりも、地域生活を維持する視点を大切にする〕

- その人の生活技能は、その人の生活の場でこそ、もっとも身につくという発想。
- アンソニーらの研究では「精神障害者がある種の**環境**で機能する能力は、他の種類の環境で機能する能力にあまり関係しない」「病院内の作業活動とその後の**雇用**には相関関係が存在しない」との結果も出ている。
- リハビリテーションサービスは**作業療法室ばかりで提供するのではなく、可能な限り「ノーマライズ」された環境**で提供したほうが効果的であるという視点を忘れてはならない。

相談支援専門員の役割・立場

- 公平・中立・連携
- 本人中心、利用者主体
＜支援の枠組みが中心ではない＞
- 本人と本人のニーズを一緒に明らかに
＜しかし、サービス提供者ではない＞
- 理解の術(すべ)を持って
＜利用者理解の術、自分を理解してもらう術＞
- 本人の代弁者は？
＜マネージャーが本人の100%の代弁者ではない＞
＜後見人、後見的支援の必要性＞

相談支援専門員

- 責任圏域に独立した相談支援センターを設置する
- ケアマネジャーとして地域生活支援の要(プロデューサー)となる
- 支給決定の行政には所属せず公平を担保する
- 常に利用者本人のアドボケーター(擁護者)として

日本相談支援専門員協会が設立されました