

平成 27 年度東京都自立支援協議会第二回本会議 グループ討議概要(1 グループ)

[1 グループ出席者]

高沢副会長(進行)、河井委員、近藤委員、柴田委員、平川委員、古川委員

高沢副会長 本日は、日頃の事業所等で行っていること、体験等を具体的にお話いただく。

出てきた意見等は整理整頓し、最終的にはワーキングシートに落とししていく。

今日は 3 つのテーマ、モニタリング、ネットワーキング、エンパワメントについて話し合っていたいただく。

モニタリングについて。

- 就労多機能事業所。就労サービスの計画について、3 か月、6 ヶ月、1 年後、振り返り、モニタリングする。最低 6 ヶ月に 1 度は行う。計画相談前は、就労では働く部分だけに偏りがち、モニタリングが入り、その人の生活の場面も見るようになり、もっと大きな生活のプランを立てている。

精神の方は、サービスを複合的に利用している方は少ない、グループホームに入り、サービスに通う等。働くこと、グループホームでの生活のあり方など、計画相談の中でケアマネジメントしていることは非常に良い。ケア会議に参加することで、連携、繋がりが生まれ、情報交換をしている。

- 行政として、事業所が提出したものの内容を把握、チェックする。基幹では、3 か月ごとのモニタリング実施。モニタリングについて、障害の種別によって、色々なサービスを使っていること、本人の状況が日々変わるので、モニタリングで、その都度変わっていきたりするのを見ている。

就労がメインの方、生活の場面では困っていない方、状態によって計画が違ってくる。その人の人生を豊かにするための計画になるので、余暇や家族、その人の生きがい、それらが盛り込まれた計画にしたい。

偏りのある計画、気になるころがあれば、専門員に確認、表に出てこなかった事実、情報を知りたいときには直接専門員に問い合わせする。

モニタリングで、本人と会い、近況を聞いて、聞き出すことは、専門員の力量の差がある。

本人と面識がない場合は、地区担当、ケースワーカーがチェックしている、専門員に聞くことが多い。

- 事業所が足りず、セルフプランになっている。事業所は抱えている人で手一杯で、新規は受け入れていない。通所先の個別支援計画では、年 1 回作成し、半年ごと見直しを行う。目標、職員の関わり、作業所の関わり、利用者の生活

についてざっくりと職員と共有している。今後、サービス利用計画に関しては、もっと踏み込んだ形になるだろう。

重心で移動支援を利用、役所からは重度訪問介護にしてはと言われ、重訪にしたが、サービス利用時、受けてくれる事業所がなかったという状況を聞く。事業者は計画を作る際にマイナス面も話してほしい。情報をリアルタイムで把握できる能力が相談員には必要。

- 高齢者の老人保健施設では、家に帰すことがケアプランでは重要になっている。ケアプランの要綱は国や都に許可を受けなければならない。老健独自の「R4」というケアプランを立ち上げた。良い所はアセスメントを重視している。評価のポイントとして、しっかりしたスケールが必要、「ICFステージング」という評価表を作る。ICFによる評価のポイントは、出来るかどうかを見るのではなく、本人の実行機能、本人が行っているかを見ること。
- 区独自の就労支援事業「たまり場」は週1回障害者の方が集まり交流、当事者の情報交換の場、支援者は見守り。
- セルフプランの方を対象に、来年の対応について、セルフプランにする、相談支援事業所での作成という質問項目にあげ、意思確認していく。事業所希望の場合、事業所に余裕が出てきたところで順番に立てていく。

高沢副会長 事業所リストを作っても、実際に使えるリストなのか。

- 市内、近隣で協力のあった事業所をリストにあげている。事業所に求めるサービスがなかったり、顔が見える関係でないと、事業所探しの電話ばかりしていると、それを親御さんに任せるのは無理だろう。

高沢副会長 評価のスケール、事業所のリストだけではだめで、事業所の能力、人員など、電話で確認しないと分からない。

- 小規模事業所が多く、ヘルパー職員数が少ない。重訪の場合、その人専用になり、新規が受けられない。口コミで良いと聞くと、そのヘルパーに殺到する。その職員がいなくなると、次はどこにするかと保護者は疑心暗鬼になる。  
保護者の中には計画の書き方が分からず、役所に聞くと、今利用しているサービスを書けば良いと言われ、支給決定が出る。サービス計画作成の意義を利用者に説明してほしい。

- 重訪の事業所が見つからない、障害ヘルパーは少なく、そのために、専門員は調整をしている。
- 就労支援について、最近では株式会社が増え、営業に来る。話は上手く、パンフレットもきれい。しかし、支援の質の問題がある、精神の方などは続かなかったりする。
- A型事業所の中に、コンサルタント会社が入っている。給付目当て、もう一つはハローワークの助成金目当て、2年の期限が来ると、次の事業所へと言われてしまう。
- そのような事業所に行かないようにと言うことは出来ない、事業所を排除するのではなく、仲間に入れてもらい、互いに事業を見てもらう。
- モニタリング時に、相談支援専門員が事業所まで行って、本人とサービス管理責任者等と面談して、周りから見ているということをしている。

高沢副会長 虐待があり、発覚していないものも多い。モニタリングが発覚のきっかけとなる。

次にエンパワメントについて。

- 難しいのは、親の思い込みと子供の思いが一致しない。利用計画書の時の話し合いで、職員は大丈夫だと思う場合、職員を信じてくださいと親に言う。親の思い込みを取り払うことが大事だ。
- 就労で、B型において、事業所が抱え込んでしまう。違う目が入り、次の一般就労に向かわせるべき、そういった評価が出てくると違うのではないか。A型で3時間だったのが、4時間5時間になれば自信を持つ、能力と比例する賃金がやりがいになる。
- 自立支援寮に入った時、自立のため、頑張ったので、今がある。当事者はあきらめなければできるということ。
- 専門員はモニタリングするとき、本人が使っているサービス、機関、医療機関、訪問看護などでモニタリングして、本人の全体像を把握できる。

- 医者も抱え込みがある。医者は本人に無理をしなくて良いと言いたくなる、基本的にベースの病気は変動する、病状の安定がエンパワメントに大きな影響を与える。しかし、本人の気持ちに勝るものはない。

高沢副会長 生物は、環境に合わせた変異をして対応する。つまり、人はもともと力を持っていて、エンパワメントというのは環境により変異することと思った。  
次に、ネットワークについて

- 個別支援では、顔の見える関係が大事。顔が見えなくても電話で意見交換、連絡も大事。知り合った人と資源について互いに助け合うこと、困った時に相談できる、横の連絡を増やしていく。
- 精神の方の場合、医師、デイケアスタッフ、作業所の方、本人、実際に利用者を見ていただくと当事者の方もこうなれると自信を持てる。

精神の方は伝達が苦手で、通院時、聞かれると大丈夫と言ってしまう。顔の見える関係で医療機関に実情を伝えることが出来ると、問題が大きくなる。保健師の方ともケア会議で繋がり、顔を合わせて話すことが出来る。

- 退院時のカンファレンスは、医師、看護師、地域関係者が一同に集まり、皆で情報共有し、退院後の相談もしやすくなる。事業所の行き違いなどを修正が出来る。本人と家族の希望することをそこで話しをすり合わせも出来る。
- 計画相談の初めのころ、居宅事業所が二つ入る事例があり、事業所関係者が集まり、情報共有し、役割分担をして上手くいったことがある。しかし今は忙しく、時間が取れない。専門員の抱えられるケースの適正数は何人までなのか。

高沢副会長 決まっていない。

- 過密な人数を抱えていることが表面に出てこない、利用者にはそれが見えない。親は要望を出せても、具体的な数は出せない。必要な人数、データを事業所の方で出してほしい。
- 高齢者の連携でネックになるのは医者で、医者は敷居が高いと言われる。医者は、少し知ると多くを知っているように振る舞う人もいる、知ると違ってく

る、良い関係が作れる。地域包括ケアの担当として、連携、協働のため、IT化、情報集約をしている。IT化しても顔の見える関係が大事、関係者を知っていると動きやすい、ワーカーが顔見知りだと変なことも出来ない。

高沢副会長 その他、気付いた点などは。

- 地域に繋がっていない人はどう支援するのか。地域でCSW(コミュニティソーシャルワーカー)の方を呼び、地域の問題、ひきこもりなど表に出てこない人たちをどのように対応しているのか取り上げる。
- 市では地区社協を作ろうと、社協がわが町懇談会を開催、情報交換している。自治会は加入率が下がり、老人会も人数が減少、地域でまとまるよう地区社協を作ろうとしている。
- 地域包括ケアについて。高齢者、障害者を含め、地域全体の問題。サービスは無尽蔵ではない、福祉施策を縦割りでは出来なくなる、昼は高齢者、夜は障害者を対象とする、身分資格の多様化、柔軟に対応し、発想を変えていかなければならない。  
福祉センターの職員が高齢者の様子を見に行くと、奥の部屋に20年来、母が支えてきた精神の方がいて、そこで初めて問題として扱われたことがある、違う施策だと逃げずに、横一線でやっていかなければと感じる。

高沢副会長 長い時間、ありがとうございます。グループ討議を終了させていただきます。