

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（2グループ）

〔2G出席者〕

海老原副会長（進行）、鈴木委員、本多委員、山梨委員、吉澤委員、和田委員

（海老原副会長） 前回の本会議と地域自立支援協議会交流会で出された意見を踏まえて、具体的な議論をしていきたい。モニタリングについてはどうか？

- 同じことで、繰り返し相談しにくい。そういう時に「この間の件、どうなったの？」など声をかけてくれるとありがたい。モニタリングになるのか、アウトリーチになるのか分からないが、当事者としては、気にかけてもらっていると感じてうれしい。

（海老原副会長） 具体的に、どのような問題で相談することが多いだろうか？

- 家族関係について。一つは家族が疲れ果てて家庭内暴力を起こすケース。もう一つは、家族に問題があるのではないかと思うケース。サービス等利用計画の書式でも、家族の視点が欲しいと思う。

本人が意思表示できない場合、親の希望なのか、本当に本人の希望していることなのか。家族に関する欄がある方がよいのではないか。

本人が話せる場合でも、本人の希望と、親の「なってほしい像」が違っていることがあるのではないか。

- 親の意向がある場合は、親からも意見を聴く。ただ、サービス等利用計画に書いて残すのは、あくまでも本人の意向。本人が家族の意向を了解して、計画に書くことを希望する場合にはそのようにしている。

国が例示している書式では、家族と本人の意向を書く欄がある。

- そうすると、本人と家族で、ある程度合意していることしか書けないということか？

- 最終的に何を書くのかは、本人と決める。家族と合意は取れていないがこうしたい、また合意を取ることを目標にすることもある。

解決策を見出すまで何年も掛かることがあるが、それまで付き合うのが私たちの基本的な姿勢。

（海老原副会長） この書式自体は、障害福祉サービスを使うためのプラン。親と本人の意見の対立を解決することがメインになると、報酬の対象にもならない。しかし、皆が納得して、どういう生活に向かっていくのかというところに付き合える支援員が大事。

- 当事者として理想論を言わせてもらえば、揉めていることこそ相談する内容。

- 行政として、精神障害の方の支援を中心に、地域を作っていく立場にいる。

課題のアセスメントが非常に重要。地域の自立支援協議会の精神の部会で、計画相談を軸にして、どのようにケアシステムを作っていくかという大きな視点で、具体的にどのようにリスクアセスメントをしているか話し合った。

その中で、家族の視点が重要という話が出た。本人と家族との関係を捉えることが重要であり、ではどうやって捉えるのかということでは、本人と一緒にジェノグラムを作るといった話になった。

特にアルコールの課題がある人や家庭内暴力のある場合は、3世代くらい上まで遡って、家族環境を見ていくことが支援の重要な視点につながる人が多いという議論になった。

しかし、それを計画に落とし込んでいくことは非常に難しい。支援者、本人、家族が捉えている課題が合致しないことも多く、逆に相反することも多い。プランに落とすまでのプロセスが支援なのではないかという意見もあった。

(海老原副会長) 家族の関係性や状況を適切に分析した上で、本人がどうしたいかということかをうまく聴けるかどうかということか。

- 例えば本人と父親の関係が悪い場合に、家族のどの関係を使えばうまくいくか、叔父さんや叔母さんだったり、むしろ家族ではない支援者が間に入ったり、ドクターに入ってもらったり。

その人をとりまく社会資源を家族の外側において、支援に盛り込んでいく。そういったことも確認して、フル活用することがケースワークではないか。

(海老原副会長) 全体的な人間関係を踏まえて、本人の視点で計画を作成するコツはあるか。

- 計画の書式で一番大事なものは、「〇〇さんの希望している生活」という欄。この欄は、「私は」を主語にして書くことにしている。例えば、いずれは一人で暮らしたいと思っているから、そのためにヘルパーを利用する練習をしたいとか。

それに対して、親はどう思っているのか。親は「とんでもない」と思っているが、本人はできると思っているなど。そこを何とかするために、本人と親御さんと何回も話をする。

ヘルパーを利用するなら、これくらいの時間利用できるのではないかと、一人暮らしするのであればこのようなサービスが利用できるのではないかなど話して、そこで納得できれば申請ということになる。最終的には本人の側に立つことが必要になる。本人のやりたいことから、物事は進んでいく。こういった話は相談の一番最初の部分で、とても重要だが無償。

自分の事業所は委託相談支援事業所であり、委託料の中でそういった相談を受けているので、持ち出しということはない。どの事業所にもそういった保障は必要。

(海老原副会長) 家族の意向が強すぎて、本人が本当の気持ちを言わないことがある。それに気が付いたらどうするか？本人を押ししてみるのか？それともモニタリングの中で変えていくのか？

- 押せば何か言ってくれそうという手応えが必要。サービス等利用計画を作り、モニタリングで定期的に会って、半年、1年経つ中で、だんだん本音が見えてくることもある。そういう方の場合は、モニタリングは基本的に毎月に行っている。最初の計画の時点で、市にその必要性を伝えていく。
- つまり、最初の計画は暫定的なもので、本音を引き出すために関係性を保ちながら本質に迫っていく。それがモニタリングという考えか。
- 知的障害で入所している人は、入りたくて入っているわけではなく、家族の意向が優先されている現状がある。

自分たちが地域移行させたくても、本人はそう思っていない。それは経験がないことに踏み込めないから。GHなど体験や見学をして、「ここに引っ越してみませんか？」というアプローチをしたり、GHに移った仲の良い人に会いに行き、お茶を飲んで帰ってきて、「あのような暮らしはどうですか？」と確認したりする。話せない人も多いため、意向確認は相当難しい。

親の意向を尊重すると出られない方が圧倒的に多いので、見学や体験をしたりする。金銭面もネックになるが、世帯分離して生保を受けたり、在宅であれば支給される手当があるなど具体的に提案する。

何が不安で地域移行を阻んでいるのか、それを一つ一つ消していく。そして、何かあった時にはアフターフォローに入ると伝える。

自分の施設のサービス等利用計画では、本人と家族の意向を併記している。優先するのは本人の意向と考えているが、それだけが前面に出ると、家族の理解が得られない。
- 例えば両親の墓参りに行きたいという利用者がいても、施設で定期的に連れて行くことは難しい。個別外出は1年に1回くらい。きょうだいが入っている施設に連れて行くようなことも難しい。でも、「GHに入ったら、毎週、月1で、ヘルパーさんを付けて行けるよ」と施設の限界を分かってもらおう。

このように、本人がやりたいことを手掛かりにして、「今ここではできないけれど、行った先でできるよ」と誘導するケースもあった。
- 今皆さんが話していたことは、ケアプランに乗らないこと。この間の交流会でも、計画を作成する前にもいろいろやっているが、その対価が出ないという話があった。

先ほどのご家族の話もそうだが、非常に時間が掛かる。本人の意向に添うためには、信頼を得ないといけない。それは1か月や半年ではできず、その時間が掛かる中、計画を仕上げていくことの難しさを感じている。

当事者の経験値を上げていくという話があったが、相談員も経験値を上げないという支援ができない。その意味でも、相談員自身がいいチームを組めるとやりやすい。前回の本会議で基幹相談支援センターの話が出たが、地域での役割分担や連携など、地域の特性を活かした仕組みを構築していく必要を感じている。

交流会で特に話題に出ていたのは、教育委員会と医療のハードルの高さ。学校の先生とはうまくいっているが、教育委員会が絡むと進まないなど。地域の中で土壌作りをするにも時間が掛かる。

(海老原副会長) 信頼関係を作るためには、何がポイントと思うか？

- 計画相談が始まる前は、行政だけが関わってサービスを支給していた。計画相談が始まって、いろいろなところでうまく行っていなかったことが出てきた。
「こんな暮らしもあるね」など具体的にイメージできる情報を提案していければ、信頼関係は早く築けると思う。

(海老原副会長) 気に掛けてもらっていると感じると、自分の意見が言いやすいという話があった。どのような雰囲気だと、そう感じるか？

- 悩んでいても、同じことで何度も相談面接をお願いしにくい。声を掛けてもらって、きっかけを作ってもらえると相談しやすいし、信頼感につながる。気に掛けてくれた、覚えていてくれたと感じてうれしい。

(海老原副会長) これまではエンパワメントに関する議論が多かった。エンパワメントの視点をモニタリングの時にどう使うか、具体的にモニタリングの手法として、どのようにしているかという点で意見はあるか？

- 精神障害者も、何十年も入院していると、怖がって出たがらないというのは同じ。アプローチしなければならない。
地域移行とは別だが、東京都の地域移行体制整備事業で、ピア活動として病院に出かけて行って、「外に行くとこんないいことがありますよ」というアプローチをしている。
- 知的施設でも、身体障害の方に来てもらって、利用者向けに話してもらったことはあるが、言葉による情報提供ではイメージが湧かない。現場を見るとか体験するといった形になる。中軽度や発達障害の人であれば、話を聞くのも有効だと思う。
児童施設の場合は、虐待など大きな課題を抱えた人が入ってきている。地域移行や家庭復帰には慎重になったり、課題解決が難しく、家に帰せないこともある。

(海老原副会長) 外に出て体験してみるとか、外の人のお話を聞いてみるのも、「連携」の中に入ってくるかと思う。虐待のケースであれば、児相や病院とどうつながるかとか。そういったことに広がってくると思う。

<休憩>

(海老原副会長) ここからはネットワーキングについてご意見をいただきたい。

- ネットワーキングといった時に、医師が入っているかどうか気になる。
当事者としては、相談をして、それが医師の耳に入ると薬を増やされるのではないかなど考えてしまう。

- この情報を誰に言ってほしいか、言わないでほしいかということはとても重要。
しかし、この情報はどうしても医師に話しておいた方がよいと思うことはある。本人の了解を取りながら進めていくことは多い。
- 計画やモニタリングをして、本人に確認してもらった書類を誰に見せてよいかということは大抵。「これを今度通院の時に持って行って、先生に説明しましょう」という時もある。反対に、「見せないでおこう」という場合もある。
本人と作った大事なものであるため、どう活用するかということと本人と話す。モニタリングに関しては、問題なければ基本的に関係機関には渡す。

(海老原副会長) 関係機関とはどこまで入っているのか？

- サービス事業所と市に出す。病院にはあまり渡さない。
- 新しい利用者の主治医など、病院関係からの情報収集はどうしているのか？
- 必ず主治医に連絡するわけではない。本人と話をする中で、このことは先生がどう思っているか聞いた上で動いた方がよいという場合に、本人の了解を得て連絡を取る。
- 自分の区の場合は、精神障害者でサービスを使っている人の60%ほどは、地区担当の保健師が関わっている。計画の中に、「保健師の役割」というようにチームとして位置づけられている。
サービスを利用していないが保健師が関わっている人は、その9倍くらいいる。
その人たちへの支援では、病状が不安定なので入退院の支援をするなど、病院との連携が強い。退院後、いったん保健所のデイケアなどで生活を整えて、課題や強み弱みのある程度整理して安定してきたところで、今度は地域の地活や就Bにつなぎ、みんなでサポートして、再入院しないような生活を考える。そこで計画が入るのが理想的な流れ。
退院してからどうだったか、どのように回復してきたかということ、きちんと計画相談事業所に引き継ぎ、情報を渡しながら残された課題を説明する。そして今度は、就Bとしっかり連携して、強み弱みを活かしながら支援を受けていく。
ヘルパーについても、「ここは本人が自分でできますよ」など、ある程度整理してつないでいくという流れがある。
また、サービスを使う人については行政が認定調査を行うが、新規のケースでは、本人の了解を取って、計画を立てる事業所に同行してもらう。
調査は、「妄想はありますか」とか服薬などいろいろな項目があるので、それを事業所が基本情報として活かしていくという流れを作っている。そういった連携や情報共有を大事に考えて、しくみを作ってきた。

海老原副会長 相談支援専門員が認定調査に同行することは、あまりないのではないかと。

- 区内のほとんどの地活が、相談支援事業所の指定を取っている。結局計画を作らなかつたり、サービスを利用しないこともあるので、調査への同行は、地活の仕事としてや

ってほしいと伝えている。医師の意見書も、本人の了解を得て開示している。

入院しているケースでも、退院後すぐにGHに入ったり、ヘルパーを使わなければならない時には、地活と一緒に訪問している。

- 行政がアセスメントしたものを、きちんと民間の事業所に引き継ぐという体制は素晴らしいと思う。
- いくつかの事業所を使っていることを知られたくないと言われることがある。「サービス等利用計画を作ったら、みんなに渡ってしまうか」と聞かれ、「渡す」と答えたら、「じゃあ作らない」と言われたことがある。セルフプランがあるという話をして、作成のお手伝いをした。共有してほしい人には、そのようなやり方もある。
- 本人が拒否したら、医師にも連絡を取れないか？
- 個人情報なのでできない。
知的障害の学齢児の場合でも、サービスを使っていることを学校に知られたくないという方もいる。週末や夏休みだけだから知られたくないなどと言われる場合は、学校と連携が取れない。

(海老原副会長) 連携されたくない人は多いのか？

- 家庭が複雑だとそういうこともあるかもしれない。
尊重はするが、何が連携のメリットかは伝える。それは先ほど発言があったように、相談を始めて1カ月や2カ月ではできない。年単位の時間が掛かる。
連携することで、本人は話ができないが、自分たちが伝えることでうまくいくケースもたくさんある。自分の法人の入所施設にいる人を別の法人のGHにお願いする場合なども、情報提供やアフターフォローをしていく。
あとは信頼。信頼を得るために、以前は、自分の携帯電話の番号を公開していて、24時間電話を受けていた。発達障害や精神障害の人からは、夜中の2時でも3時でも電話がかかってきた。当時は、できることは何でもやろうと思っていた。夜中でも連絡を受けて、自分が行ったり、ヘルパーに行ってもらったりする体制を作っていた。
- 連携は、本人がやりたいと思っていることをするために、そうしないと物事が進まないから必要になる。
例えば一人暮らしを反対しているお母さんを説得する時に、「家から出ても、ヘルパー事業所が来てこういうことをするので大丈夫です。」ということを示すために、協力してくれる事業所を見つけてくる。
サービス等利用計画をうまく作ると、そのようなことを説明するために活用できる。本人が目指していることを関係機関が共有していることになるので、それに対して自分たちはこういうことができるという話をするためのケア会議になる。事業所によってできること、できないことはあるので、そうやってマッチングしていくことにもなる。
主治医との連絡については、本人が主治医と信頼関係がある場合は、連絡を取りたい

と思う。本人が信頼できる人の意見を聴いてみたいと思う。

- 今出ている状態が、病気によるものなのか、本人の性格や障害の特徴によるものなのか見立てられない時に、医師に助言をいただきたいと思う。それによって、アプローチの方法が変わると思う。

(海老原副会長) それでも、拒否される場合がある。

- どうしても命や安全、倫理的な問題に関わるような場合もある。本人の了解がなくても、優先すべきことがあれば連絡を取らなければならないようなこともある。

(海老原副会長) 連携の中で、本当はこういう希望を持っているなど、本人から聞き出せないニーズを聞くことはあるか？

- 自分には話さないが、ヘルパーには話していたというようなことはたくさんある。

(海老原副会長) 相談支援専門員として、自分には話してくれていないが、他の人には話している希望を、計画に盛り込めないという葛藤もある。それを、どう利用者にフィードバックすればよいか。

- 聞いた人に間に入ってもらって、「大事なことから、計画を立てる〇〇さんに話した方がいい」など、言ってもらおうとよいのではないか。
個人情報と連携は裏腹だが、ちょっとした工夫で乗り越えられる。「こうすればプランに入れられるよね」と考えていくようなチームができれば、本人にとっての利益は大きいと思う。

- そうすると、プランを作る人こそ信頼されないといけない。

- 相談支援専門員に、いろいろな話が集まってこないといけない。

(海老原副会長) その他、具体的に大事にしていることなどはいかがが。

- 施設を出るという話だが、日常的に中途障害の人の計画を作っているの、逆が多い。ショートステイの確保が大変。2泊3日くらいなら区内で何とかできるが、主たる介護者がいない場合などは、施設入所を考えていかなければならない。

当事者の立場に立つと、施設を出る方はよくて、入る方はよくないイメージはどうかと思っている。

施設の人とネットワークを作っている。都外の施設とも、新しいGHの情報などをやり取りしている。現実的には都内だけでは賄えない。施設に入ることも一つの選択肢としてあった方がいいと思う。

高次脳機能障害に関しては、当区の場合は、入院している時から自分たちが呼ばれ、退院後の準備をしてもらうようになっている。MSW と連携を取って、退院したらこうい

うプランはどうかとやり取りをしている。

精神障害の方のショートステイでも苦労している。知っている場所であれば、「行ってみようか」と思ってもらえる。資源を知っておけば安心。手持ちの連携、情報がないと難しい。

- 現状では入所が必要な人がいる。ただ、半世紀も入所しているという状態はノーマルではない。

(海老原副会長) 時間なので、これで終わりにしたい。