

	<b>第4章 ニーズリサーチプロジェクトからの提言</b>

## 提言 1

### 相談者がさまよわない相談の仕組みを構築する

～生活の全体性・継続性・セーフティネットを重視した

総合相談・サポート体制の確立～

#### <ホットラインへの相談事例から>

○10年前からうつ病を発症し、働けなくなった。現在は実家に80代の両親と住む。妻とうまくいかなくなって離婚。両親は自分を支える余力は無い。経済的にも厳しいが生活保護を申請しても却下された。兄弟もわかってくれない。近所には自分がうつ病であることを隠している。

○子どもが統合失調症で2年ぶりに退院した。子どもとの関係で自分もうつ状態になり、休職中。入院費や生活費がかさみ、消費者金融に借金した。返済のために不動産を処分しなければならない。

病気や障害という一つの問題から家族関係が悪化し、家族が二次的に病気になる。仕事ができなくなり、経済的に厳しい状況になり、借金をし、精神的に追い詰められ、孤立する……。このようにひとつの問題が次の問題を引き起こし、さらにそれが新たな問題につながることで、問題の連鎖が起きている。その中で本人や家族はどうにもならず立ちすくみ、家庭内暴力が起きていたり、「死にたい」と訴える相談も複数あった。

こうした場合、できる限り早期に支援者が介入して負の連鎖に歯止めをかける必要がある。また、あらかじめ問題のリスクを想定し、予防的に支援する視点も重要となる。問題は本人だけに起きているのではなく、家族全体に起きており、家族も含めて支援対象としてとらえていく必要がある。問題が複雑に絡み合うほど解決には時間がかかるため、その解決までの長い道なりに寄り添い、精神的な支えとなる支援者や機関が求められている。そして表層に現れている問題の解決だけでなく、深層の問題にアプローチしていかなければ、負の連鎖をくい止めることはできない。

ホットラインには、障害者の就労、介護、医療、法律、年金・生活保護など生活費の問題、成年後見、住居など幅広い内容の相談が入った。ひとつの相談の中に多岐にわたる問題がからんでおり、ひとつの専門機関や相談機関では対応しきれないものも数多くあった。相談者のうち他機関に相談したことがない方が56%に達し、必要な支援や情報がなかなか行き届いていない実態も浮き彫りになった。こうした状況から、幅広い多岐にわたる相談内容にも対応できる態勢や、最初の相談時の問題整理と適切な情報提供が求められていることが窺える。

このように多岐に渡る問題を複合的に抱える相談者が、相談機関をたらいまわしにされることなく、適切な機関に確実につながり、解決までの長い道りも継続的に支援を得られる相談体制を確立するために以下の仕組みを提案する。

## **提言 1-1) 福祉・法律・医療・教育・住宅・就労など、多領域にわたる問題でも安心して相談できる中核的な総合相談・サポート機関の設置**

### **① 中核的な総合相談・サポート機関の設置**

相談者自身が自分の抱える問題がどの領域の問題なのかわからなかったり、整理できないでいる場合であっても、多領域をカバーする総合相談・サポート機関に気軽に「とりあえず相談してみる」ことによって、適切な情報提供や問題整理を得ることができる。その上で相談者が抱える問題に一番適切な機関を紹介してもらうことで確実に解決に向けて進むことができる。

こうした「ワンストップ」の相談窓口はすでに多くの区市町村に設置されているところであるが、様々な相談を受ける入り口としての「ワンストップ」窓口にとどまっている場合が多いといえる。受け止めた相談内容に適切な機関を紹介した後、解決に向けた支援が紹介先で始められたのか、次に同じ問題を抱えることがないように継続的な支援が行われているのかといった確認やフォローにまで至っていない場合が多い。「ワンストップ」と銘打っていても、結果として紹介先の機関でも対応できない状況が起きると、利用者にとっては「たらいまわし」と変わりが無い。こうした事態を回避するためには、中核機関が、多領域の各相談機関とのネットワークを構築し、フォローアップできる態勢をつくることが重要である。こうした機能や規模を考慮すると、中核機関は区市町村の施策として明確に位置づけた上で、地域の実情に応じて区市町村単位に1ヶ所以上の設置が必要と考えられる。

### **② 家族全体の課題の総合的な把握**

前述の相談ケースのように問題が家族や世帯全体に起こっている場合には、相談者一人の問題を捉えるのではなく、家族全体を支援対象としてとらえる視点が必要であり、こうした支援の考え方を関係機関が共通認識として持つ必要がある。

### **③ 地域包括支援センターとの関係**

地域包括支援センターにおいても総合相談業務を担っており、高齢者を中心にその家族や関係者からの相談にも対応し、適切な機関につないでいく役割を担っている。各区市町村内に複数設置される場合が多く、インフォーマルサービスを活用するなど、より小地域をベースにした形での支援が期待されている。今回の提言における中核的な総合相談・サポート機関においては、同様の総合相談機能を持ち、高齢者以外の障害者等の相談にも対応する。そして多様な領域の相談機関等とのネットワークを構築していく機能があり、様々な相談を受け止め、適切な機関につなぐための基盤となる取り組みも担うことになる〔後述の2)のとおり〕。東京都では、平成20年度に基幹型地域包括支援センターモデル事業を開始するが、こうした基幹型センターは上述の中核機関の一部に位置づけることも考えられる。

## **提言 1-2) 多様な機関のネットワークの構築**

### **① 基盤ネットワークの構築**

各領域の相談機関やサービス調整機関と中核的な総合相談・サポート機関の間には日頃から強力な連携・協働関係が維持されていなければ、多領域の相談に応えきれないことは前述のとおりで

ある。あらゆる領域の様々な相談について適切に対応するためには、各領域の制度や現状などを理解し、各相談機関での対応方法や対応可能な範囲などを把握した上で、各相談機関と中核機関との基盤ネットワークにおいて、適切な紹介・連携・協働などを行うことが求められる。中核機関の職員には高度な専門性が求められ、しかも幅広い領域を網羅する必要がある。これらの要請に応えるためには、各領域の相談機関から中核機関に職員を派遣し、固有職員とともに派遣された職員が協働する態勢をとることが有効である。多領域ネットワークの集合体のような形で運営する、いわばコ・オペレーション方式（協働運営方式）とも言える運営方法である。これにより、前述のような多領域の相談を受け止めてつなぐ役割や後述の個別支援のネットワークの形成を果たすことがより速やかに的確に行える。

また、中核機関と各相談機関との間だけでなく、各相談機関同士やサービス提供機関の間にも基盤となる連携やネットワークを構築する必要があり、中核的機関にはそうした役割も求められる。

## ② 個別支援ネットワークの構築

相談内容に複数の問題が複合的に絡んでいる場合には、どこの機関であっても単独で対応することには限界がある。それらの問題に関係する機関が連携しながら解決を図る必要がある。そのためには、中核機関が中心になって関係機関を召集し、相談ケースのための個別支援ネットワークを組み、支援のキーパーソンとなる機関や役割分担などを検討し、その後の継続的な支援体制を組むことで、支援を引き継いでいくことが可能となる。

また、緊急ケースなどについても危機介入を行い、適切な機関につなぎ、その後の生活基盤づくりなどの支援に関係機関とともに継続的に入ることが可能となる。

## ③ 地域自立支援協議会との関係

障害者の地域自立支援協議会は、相談支援事業を効果的に実施するために、地域の関係機関がネットワークを構築するための中核的な場として役割を果たすことが位置づけられている。構成メンバーも幅広い領域からの選定が可能である。相談支援体制として「介護保険法に基づく地域包括支援センターと一体的に総合的な相談窓口を設置する」ことも地域の実情に合わせて可能とされており、全国的にはこうした実践がなされている地域もある。こうした点をふまえ、中核的総合相談・サポート機関を設置するにあたっては、地域自立支援協議会を内包し、これを核として位置づける形も効果的と考えられる。

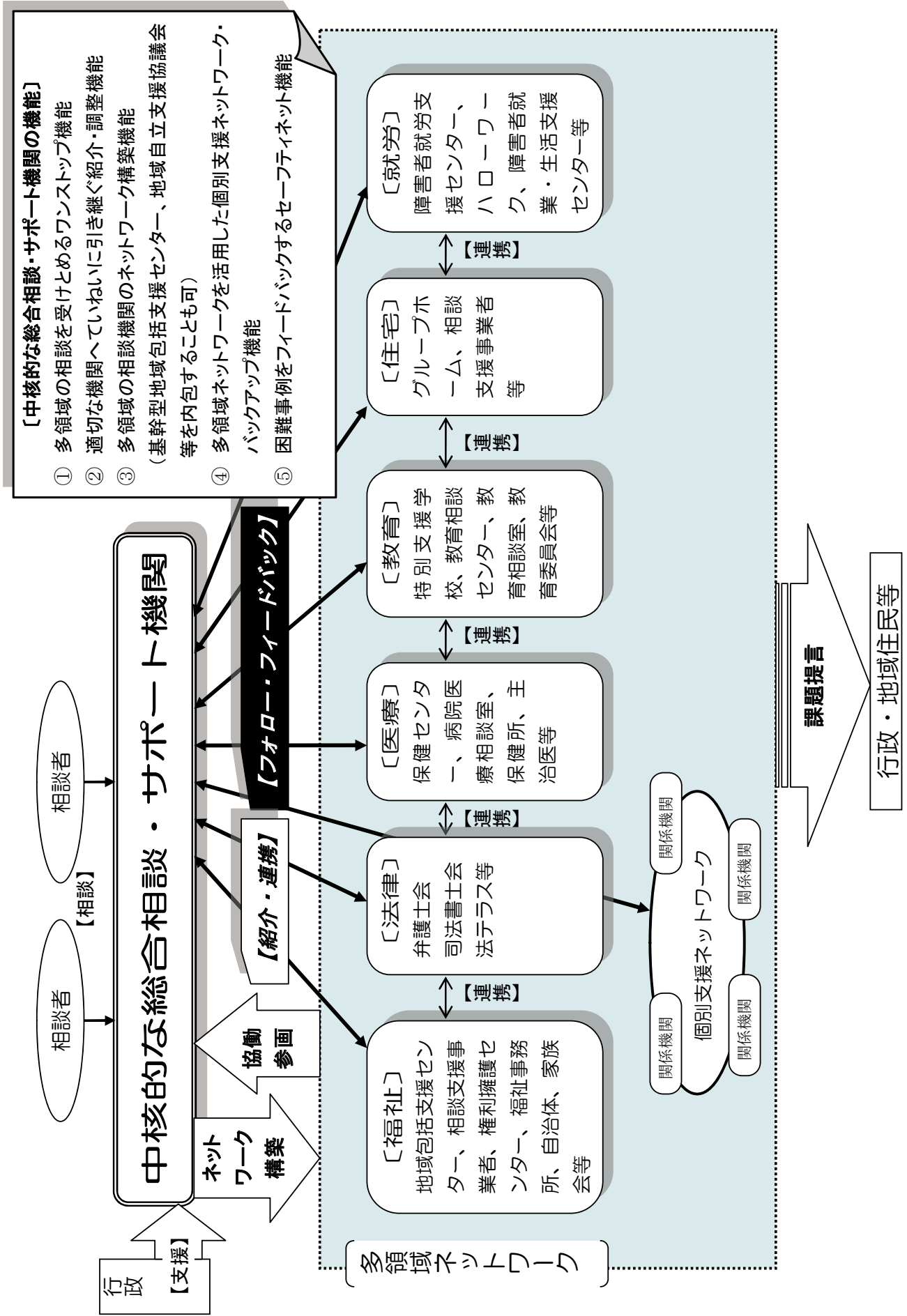
### 提言 1-3) セーフティネットとしての継続的支援の明確な位置づけ

中核的な総合相談・サポート機関としては、受けた相談を適切な他の相談機関や個別支援ネットワークに引き継いだ場合でも、その後の支援がうまく展開できているかどうか確認したり、行き詰まっている場合にはフォローアップを実施することが重要な役割である。例えば、アドバイスやスーパーバイズを行う、危機介入や支援を協働して行う、必要に応じて多領域ネットワークを活用したケース検討会を開催するなどが考えられる。これにより相談者の課題解決に向けた支援が確保されるとともに、支援を引き受けた相談機関等が困難な状況に陥っても中核機関にアドバイスやバックアップを受けることにより、状況を打開できる可能性が高くなる。つまり、相談者にとっても各相談機関にとっても中核機関がセーフティネットとして機能することになる。

また、各相談機関で支援してもネットワークを組んで支援しても解決に至る道筋が立てられない場合などは、中核機関が継続的に直接支援していくことも必要となる。相談者にとっては、解決の道筋が見いだせない状況は、起こっている問題そのものだけでなく、先が見えない精神的なつらさが重なった状態が続くことになる。そうした中では解決できない状態と一緒に歩んでくれる精神的支えとなる存在が必要である。個々の相談機関で受け止めきれない場合には、相談者の問題を中核機関にフィードバックし支援を引き継ぐことにより、たとえ短期的な解決が図られない場合でも相談者のニーズを決して見放すことなく、相談者の最後の拠り所として、継続的に支えていくことが求められる。その上で、中長期的な視点に立つことも含め、解決に向けての模索が続けられることが重要である。

#### **提言 1-4) 課題の提言機能**

中核的総合相談・サポート機関では、総合相談での相談内容やセーフティネットとしての継続的支援から、また、連携先の各相談機関等から、既存のサービス等では充足されないニーズを把握することができる。これらを制度・施策の検討のために行政に向けて提言したり、課題解決に向けてのアイデアや新たな活動を作り出していくために関係機関や地域の住民に向けて発信するといった課題の提言機能が中核機関に求められる。こうした取り組みにより、少しずつではあっても、解決困難で継続的な支援をしている相談者のニーズに応えていくことが可能となることが期待される。



## 総合的な自立支援策を抜本的に強化する

## ～将来像がイメージできる自立支援に向けて～

## ＜ホットラインへの相談事例から＞

- 30代の統合失調症の娘について、今は親と本人の年金で生活しているが、娘の将来が心配。入退院を繰り返しており、退院すると服薬がおろそかになり、妄想がひどくなる。親としては自立した生活を送ってほしいが、経済面、生活面ともに心配。
- 知的障害の子どもがいる。将来の本人の生活が保障されるように成年後見制度を利用した方がいいのか。利用するならどのタイミングで手続きを行えばよいのか。
- 高次脳機能障害がリハビリなどにより回復していくということさえ情報が得られなかった。そのため絶望的な状態が将来もずっと続くと思い、途方に暮れてしまった。

このように、現状では、障害者の家族が本人の生活面も経済面も限界まで支えてきているが、「家族が本人を支えきれなくなったときにどうしたらよいのか」という危機感が募る相談が多数寄せられた。

障害者の将来の生活を安心できるものにするためには、本人の収入、就労、社会参加、住居などの要素をトータルに考えて対応を図る必要があるが、一つ一つの問題が大きい上に不確定要素も多く、なかなか具体的な将来像を描くことができない。すでに目の前に起きている問題の解決に迫られ将来を考える余裕がない場合も多い。こうした状況に対しては、将来の生活設計やそこに至るまでのプロセスを、途切れのないライフステージを見据えて提案するような支援が求められる。

このように先が見えない状況に陥ったときに、障害を負いながらも社会資源を活用し工夫しながら、当たり前に分らしい生活を送っている方のケースがモデルとして提示されれば、ご本人や家族の不安はかなり解消されると思われる。そのようにして将来の生活のイメージを持つことができれば、それに向けて、今自分にできることに少しずつでも取り組んでいこうとする意欲と希望が湧いてくるであろう。

その上で、将来の予測できないことに対処できるような機能を準備し、適切なタイミングでの確かな対応をとれるようにしておくことも必要となる。成年後見制度の利用はそのためのひとつの方法と言える。

### **提言 2-1) 地域での自立生活に不可欠な生活支援に関わる相談機関やサービス提供機関の基盤整備や拡充**

障害者が地域で生活するために必要なサービスや相談機能が準備されていないと、たちまち生活が立ち行かなくなる。それらの基盤整備は、自立生活を支援する際の最低条件と言える。また、自立生活の支援は長期的スパンでの支援となるので、支援機関による安定的かつ継続的な支援が求められる。

### **提言 2-2) 自立生活に必要な要素をふまえた具体的なライフプランの提示**

収入は、どのような方法で確保することができるのか、就労により給料を受け取れる可能性があるのか、年金や生活保護を主な収入源とするのか、親族の支援が得られるのか、不動産収入などを確保できるのかといった具体的な目処を立てる必要がある。これは就労の状況とも深く関連する。一般就労ができて定期的な収入を継続的に得られるのか、一般就労であってもパートやアルバイトなど不安定就労なのか、福祉的就労で生活を支えきれだけの収入には達しない状況なのかといった見通しも必要となる。居住場所については、両親や兄弟と一緒に生活していくのか、一人暮らしや結婚などにより実家から独立するのか、グループホームなどに入居するのかといったことが本人の生活スタイルに大きく影響する。これらの状況によっては家事援助サービスが必要であったり、見守りが必要というように、それまで家族が支援していたことを補完するサービスが必要となる。

このように自立支援に必要な要素について本人の希望をできる限り尊重した形でトータルに検討し、それらの実現に向けた長期的なライフプランを提示する支援が求められている。その際にはライフステージを踏まえながら、本人の希望する生活に近づくプロセスが想定されていることが望ましい。そしてプランに基づいて関係機関が連携し、提言 1 で示した「個別支援ネットワーク」を積極的に活用していくことが有効である。

### **提言 2-3) 見守り・問題発見・対処の機能の確保**

上述のように、自立支援に必要な要素を検討したプランをもとに必要な支援を実施したとしても、本人の状況や周辺環境に変化が起きることは十分に考えられることである。そうした場合にも対処できるように、あるいは問題が起きる前に予防できるように、見守り・問題発見・対処の機能を準備しておくことが重要である。こうした機能を発揮する方法として考えられるのが成年後見制度の活用であり、近隣の地域住民の見守りネットワークや、相談機関やサービス提供機関が本人に関わる際のモニタリングなどである。

### **提言 2-4) 将来イメージのモデル化と提起**

障害を負ったときや障害があると分かったときに、障害を抱えながらも福祉サービス等を活用し、自分らしく安定した自立生活を送っている人のモデルを情報提供することによって、将来に希望を見出し、障害を受け入れることやその後の生活スタイルを構築していくことに前向きに取り組みやすくなる。特に、現状において支援モデルや自立生活事例の情報が集約・普及されていない発達障害や高次脳機能障害などの領域については、こうしたモデルの提起は早急に求められている。



## **提言 2-5) 施設・病院と在宅生活の中間的な居住形態や一時的休息場所などの選択の幅の拡大**

入所施設のように生活のほぼすべてを施設内でまかなえるような居住形態と、すべてのことを自分で決めて実行したり手配したりする必要のある在宅生活の間に、中間的な居住・支援形態が求められている。例えばグループホームのように、ある程度生活支援を受けつつ本人が就労や社会参加に取り組める環境をつくることもひとつの方法である。本人が生活を一人ですべてこなすということではなく、本人の安定した生活が継続できるような生活スタイルやバランスの取り方を選択できる余地が必要である。また、一人暮らし生活に疲れたときに休息を取るために一時的に必要な支援を受け、状態が回復したらまた一人暮らし生活に戻れるような、(従来の家族のためのものではなく)「本人のための」レスパイトケアのサービスが求められる。

## 提言3

### 本人の生活や気持ちに身近で継続的に寄り添うサポーターの養成

#### <ヒアリングの内容から>

- 知的障害のある人は自分から「こんなことで困っている」と言えない場合が多い。しかし、普段の話の中から問題の芽を見つけることで、早い段階で対応できる。(就労障害者生活支援センター職員)
- 「何かあったら私に言ってくれば、助けに行くよって言われた。その人が一番いい」(一人暮らし高齢者)
- 精神障害者の電話相談では「元気？」という何気ない会話を交わすためにかけてくる利用者が多くいる。人とつながってたくて電話をかけてくる。(地域生活支援センター職員)

本人に何か問題が起きていても、それを相談できる人間関係がなかったり、問題として認識できなければニーズが「相談」として顕在化しないことになる。これを発見するには、日常会話を交わす中から問題を察知することが必要であり、それによって、問題になる手前で予防的な働きかけを行うことが可能となる。また、そうした日常会話を交わすことにより、「相談できる人間関係」の構築が進み、日々の会話そのものがストレス解消や気分転換になり、そのこと自体が生じている問題の解決や軽減につながることを期待できる。

それだけでなく、そうした「相談できる人」が身近に存在することにより、特に問題が起きていない状況のときも、その存在を意識することで「人とつながっている」感覚から精神的にも安定した生活を送ることが可能となる。

こうした日常的な人間関係に基づく信頼性や安心感は、家族や友人との関係性の中に生まれることが多いが、障害者や高齢者の場合はそれらが生育歴の中で幅が狭くなりがちであり、地域の中での孤立につながっている場合が少なくない。

### **提言 3-1) 相談機関やサービス提供機関では行き届かない、きめ細やかなサポートの実現**

相談機関やサービス提供機関では多くの利用者を抱えている中で利用者一人一人の生活の細部にまで支援を行き届かせることは現実的に難しい。また、支援内容についても何か問題や対処すべきことが起きていないと関わりを継続しにくかったり、各機関の専門領域にあてはまりにくい内容であればなおさら関わりにくい側面がある。しかし、利用者は個々の生活に寄り添った個別性の高いサポートを求めており、いわばマンツーマンの支援が一番望ましい形といえる。

### **提言 3-2) マンツーマンのサポーターの養成**

本人の生活に寄り添うサポーターは、日々の生活の見守り機能、ニーズ発見・発信機能、緊急対応機能、本人の精神的な支えの機能、孤立しがちな本人と地域社会とをつなぐ機能、本人を勇気づけ力を引き出すエンパワメント機能、そして時には本人の代弁や代理を担う機能などを果たす。サポーターはこうした支援を長期間に渡り、継続して支援する「伴走型」であることに大きな意味がある。こうした機能を持ったサポーターが本人の身近に存在することで、本当の意味でのセーフティネットが確立される。中核的総合相談・サポート機関や関係機関は利用者に対して直接支援を行うにあたって、サポーターと有機的に連携して行うことにより、真に効果的な援助が実現できるものと考えられる。

成年後見制度における後見人（成年後見人、保佐人、補助人）は、法制度化された最も有力なサポーターの一形態と言える。とりわけ近年、親族でも専門職でもない一般市民による後見人（東京都では「社会貢献型後見人」と称している）の活動が注目を集めている。さらに、後見人を支援する協力者としての「コミュニティ後見サポーター」を養成する取り組みも含め、成年後見制度を積極的に活用することが、マンツーマンのきめ細かな支援体制の確立につながると考えられる。

### **提言 3-3) 成年後見制度のアクセシビリティの向上**

#### **① 成年後見制度の改善**

上述のように本人のサポーターとして、成年後見制度の活用は有効な手段と考えられるが、費用負担の大きさ、手続きの煩雑さ、後見人の担い手不足等の課題があり、制度として一つずつ改善していく必要がある。

#### **② 成年後見制度の「活用モデル」の提案**

成年後見制度の活用を進めるにあたっては、利用する側に対して、本人の意向や障害特性、生活状況に応じた、わかりやすい「活用モデル」を具体的に提案していくことが求められる。例えば、知的障害のある方の成年後見制度の利用促進を図るために大田区社協と東社協が平成18～19年度に行った連携事業においては、知的障害のある方とその親に対し、「第三者後見人活用型」「親から第三者後見人への移行型」「親と第三者の複数後見型」の3つの典型的・標準的活用モデルを提起している。そして実際に当事者に制度説明・相談対応・活用モデルを活かしたコンサルティング・後見人候補者の紹介までを一貫して行い、早期利用につなげた。こうしたプロセスから、成年後見制度の活用を進めるためには一般的な情報提供だけでは不十分であり、個別の生活状況等に

じた活用モデルを具体的にイメージしやすく提案することが重要であることが明らかになっている。

### ③ 成年後見制度利用までの段階的アプローチ

さらに、成年後見制度の利用に抵抗を感じる方の場合などは、成年後見制度を利用する前に想定される支援を実際に体験してもらうことで理解を促進することもひとつの方法である。成年後見人の選任前に、可能な範囲での委任契約などにより本人を支援し「本人の味方になってくれる人」であることを実感してもらうことで信頼関係を築くことは、成年後見制度利用の導入としてきわめて有効である。同様に地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）においても、福祉サービス利用援助や金銭管理サービスやその他生活での手続き支援などを行うことができるので、こうした支援を本人が体験しつつ、その支援の中で成年後見制度の利用につなぐことは多く行われている。成年後見制度よりも抵抗感の少ない地域福祉権利擁護事業を入り口としながら、スムーズに成年後見制度の利用につなぐことが可能となる。