

NPO法人てくてく～シンポジウム

「地域で普通に暮らすとは？」

2019年2月18日

事業者からの実践報告

岡田健司

(自立生活センターアークスペクトラム/
JIL介助サービス委員会委員長)

okada.arcsp@gmail.com

はじめに 相談支援（事業）とは

- 障害者総合支援法の第5条に規定されており、基本相談・地域相談・計画相談の3つに分けられている
- 地域相談は一般相談に分類され、計画相談は特定相談に分類された
- 一般相談をおこなう事業者を指定（都道府県の）一般事業者といい、特定相談をおこなう事業者を指定（市町村の）特定事業者という
- 相談支援に従事する者を相談支援従事者という（初任者

研修の受講は障害者福祉業務の実務経験概ね3年以上必要)

はじめに 障害サービスを利用する前提に

- 一般相談である地域相談は、施設から地域に出たりするときに利用するもの。相談支援従事者は、相談内容 (図1) によって地域移行計画や地域定着台帳を用いて支援する
- 特定相談である計画相談は、もともと地域で生活する人が利用するもの。障害サービス (※) を利用する場合、サービス等利用計画の作成が必要で、サービス実施の状況把握またはニーズが充足されているかを評価するモニタリングがおこなわれる (セルフプランはこの限りではないが今後問題がでる)
- 特定相談である計画相談は、サービス等利用計画の作成および支給決定にいたる過程 (図2) が決まっている

いままでの説明を図解すると・・・

障害サービス 障害児通所系を除く

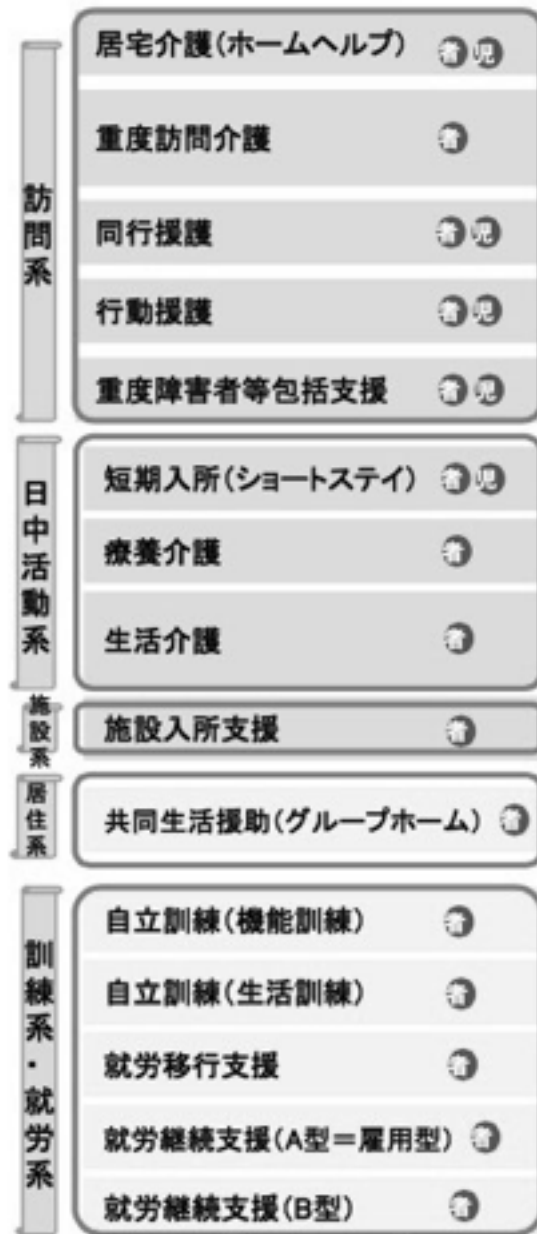


図1 障害者相談支援事業の体系

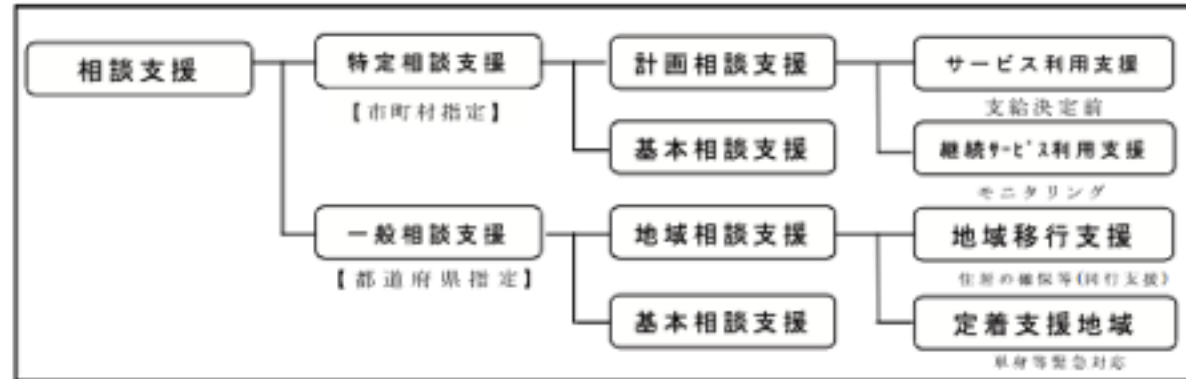
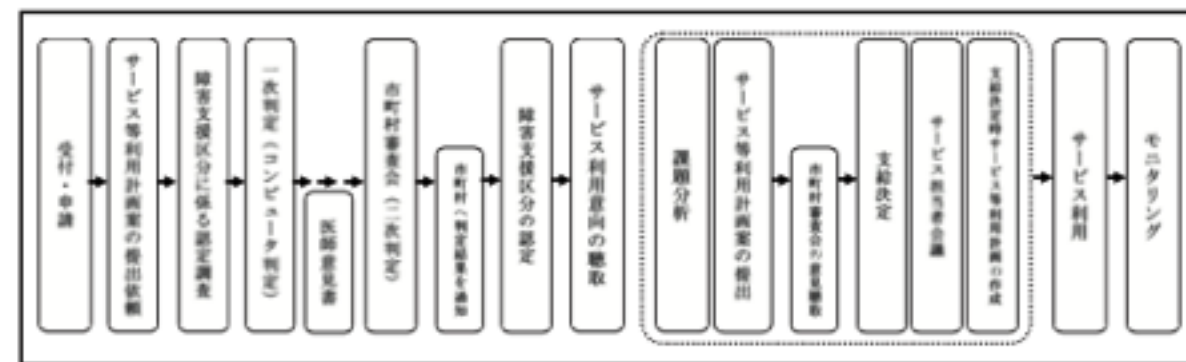


図2 サービス等利用計画の作成・支給決定のプロセス



障害福祉による相談支援事業の変遷

- 1990年の「心身障害児(者)地域療育拠点施設事業 (知的)」を実施
- 1996年の障害者プランによる3つの支援事業実施市町村地域生活支援 (身体) ・ 障害児地域療育等 (知的) ・ 精神障害者地域生活支援
- 2006年の障害者自立支援法における身体障害、知的障害、精神障害、三障害一元化して実施
- 2012年障害者総合支援法における基幹相談支援センターの設置・自立支援協議会の法定化して実施 (～2015年3月までにすべての利用者にサービス等利用計画を作成義務化)

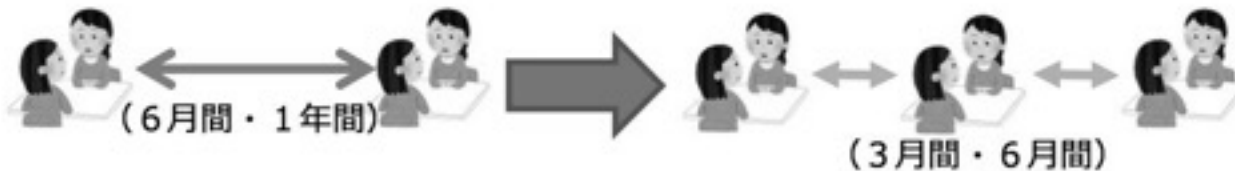
- ➔ 障害福祉サービスは施設に機能が集中。施設を社会化する目的で地域の障害児(者)に療育・訪問
- ➔ 地域のごとは地域で対処。3つの事業は「概ね30万人に2箇所」程度で支援センターなどを整備
- ➔ 支援センターが利用計画を作成。一元化で相関性・統一性を重視。サービス提供は総合的・効率的に実施
- ➔ 利用計画作成の義務化。専門家主導のケア・マネジメントの過渡的形態を実現。相談支援事業者への助言・指導的立場を付与。

相談支援（事業）の動向

計画相談支援・障害児相談支援における質の高い事業者の評価

①モニタリング実施標準期間の見直し

- 支援の必要性の観点から標準期間の一部を見直し、モニタリングの頻度を高める。



例：

- 状態の変わりやすい居宅介護利用者 6月→3月
- 障害者支援施設入所者 1年→6月 等

②相談支援専門員1人あたりの標準担当件数の設定

- サービスの質の標準化を図る観点から、1人の相談支援専門員が担当する一月の標準担当件数（35件）を設定。

③特定事業所加算の見直し

- 相談支援専門員等の手厚い配置等を評価する特定事業所加算を、支援の質の向上と効率化を図るために拡充。

特定事業所加算 300単位/月



特定事業所加算（Ⅰ） 500単位/月
特定事業所加算（Ⅱ） 400単位/月 等

④高い質と専門性を評価する加算の創設

- 質の高い支援を実施した場合に、支援の専門性と業務負担を評価。
(初回加算、入院時情報連携加算、退院・退所加算、サービス担当者会議実施加算等7項目)

- 初回加算 300単位/月
- 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位/月 等



⑤計画相談支援の基本報酬の見直し

- 上記①～④の見直しを踏まえ、一定程度適正化。



ある事例からの報告

産経ニュース

2016.6.10 15:00

重度障害者が望んだ「自立」…長時間の訪問介護、異例の決定 京都の自治体

京都府内のアパートで、重度の知的障害と身体障害を抱える男性（37）が1人暮らしをしている。以前は、両親の介護を受けて家族で生活していたが、5歳下の弟も重度の障害があったため、両親の負担も考慮し「自立したい」と思ったのだという。1人暮らしを支えているのは、長時間の重度訪問介護。ヘルパーが常駐し、食事やトイレの介助などをしてくれているが、重度の知的、身体障害があるケースで、長時間の重度訪問介護の支給決定が認められるのは異例だという。（北崎涼子）



念願の1人暮らしを始めた男性。長時間の重度訪問介護を受けて過ごしている＝京都府内

男性は5歳のときに、2万5千人～3万5千人に1人の割合で発症する脳の障害「先天性ダンディ・ウォーカー症候群」と診断された。わずかな会話はできるが、視力障害もあり、動作も不自由。立って歩くことはできないが、室内をはって動くことはできる。ただ、一人で着替えたり、トイレに行くことはできず、常時介護が必要だ。

父母と弟の4人家族で暮らしていたが、5歳下の弟にも重い障害があった。重度の身体障害に加え、精神障害も抱え、兄弟間のコミュニケーションも難しく、両親の負担も考えて男性は「自立したい」と思うようになったという。

平成26年8月から実家の隣のアパートを借りて1人暮らしを始めることに。当初は1日17時間の重度訪問介護を受けることができたが、数カ月後、自治体側から「夜は生命に関わる危険性がない」として、夜間の介護を減らす方針を通告されたという。

何とか認めてもらおうと、自治体側と交渉。夜間のトイレ介助など時間毎の介護記録を作成、医師の診断書も提出するなどして、長時間介護の必要性を訴えたという。最終的に今年3月、土日の24時間を含め、長時間の介護サービスが認められた。

現在、男性は週1回の外出や自室でのカラオケなどを楽しむ生活を送る。母親（60）は「表情が本当に明るくなった。夫や私がいつまで動けるかは分からないけど、自立して笑顔が増えた息子に会えるのが楽しみ」と語る。男性も、父親（63）が作ってくれた、アパートの住所が書かれた名刺を手に「うれしい」と穏やかな表情を見せた。

財政難、介護事業所対応できず…

男性をサポートしてきた「介護保障を考える弁護士と障害者の会全国ネット」（東京都立川市）によると、自治体の財政難などもあり、重度訪問介護のなかでも、介護サービスの時間が絞られてしまうケースも少なくないという。

また、重度訪問介護の認定を受けても、対応できる事業所がなく、介護サービスを受けることができないということもあるという。

こうした背景もあってか、長時間の重度訪問介護が認められるケースは少なく、同ネットが把握している事例も、平成16年以降の約12年間で、交渉中を含めてもわずか33例だけだ。

とりわけ、重度の知的障害がある場合は、はっきりと「自立したい」といった意思表示を行うことが困難な場合もあり、今回のように認定されるケースは少ないという。

同ネットの京都弁護士1人、浅井亮弁護士は「『自立したい』という気持ちを持つのは障害者も同じ。諦める前に相談してほしい」と話していた。



重度訪問介護 重度の身体障害を抱える人たちが、自宅での入浴や排せつ、食事の介護、外出中の介護など、生活全般にわたって受ける介護サービスの一環。障害を抱える人たちが、安心して日常生活を送れるよう、重度訪問介護の対象者の拡大や、ケアホームのグループホームへの一元化などを定めた障害者総合支援法（平成25年4月施行）に基づき、市町村が支給決定を行う。

①行政・基幹相談支援センターの強い結びつき

②高齢親御さんの介護を当然視してサービスの利用抑制

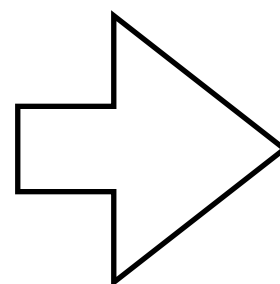
③区分認定に基づくパターンリズムが支援を限定させる

①相談支援事業者の自主独立性が損なわれる？

計画相談は指定事業者が行うが・・・

行政・基幹相談支援センター・相談支援事業者らの関係性強化

関係強化と言えば聞こえは良いが・・・



することも想定される。市町村は、受託事業者が計画相談支援等も兼務することで、本事業の役割に支障をきたさないように配慮する必要がある。

(3) 基幹相談支援センター（地域生活支援事業）について

1) 基幹相談支援センターの役割

基幹相談支援センターは、地域の相談支援の中核的な役割を担う機関として、以下のような業務を行うものである。

①総合的・専門的な相談支援の実施

・障害の種別や各種のニーズに対応出来る総合的な相談支援や専門的な相談支援を実施。

②地域の相談支援体制の強化の取組

・地域の相談支援事業所に対する訪問等による専門的な指導、助言。

・地域における相談支援専門員の人材育成の支援。

・地域相談機関（相談支援専門員、身体障害者相談員、知的障害者相談員、民生委員、高齢者、児童、保健・医療、教育・就労等に関する各種の相談機関等）との連携強化取組。

③地域移行・地域定着の促進の取組

・障害者支援施設等や精神科病院等への地域移行に向けた普及啓発。

・障害者の地域生活を支えるための体制整備に係るコーディネート。

④権利擁護・虐待の防止

・成年後見制度利用支援事業の実施。

・障害者に対する虐待を防止するための取組。

2) 特に強化すべき取組について

前述したとおり、基幹相談支援センターにおいては、様々な役割を担うことが期待されているが、特に強化すべき点は以下のとおりである。

① 地域の相談支援体制の強化の取組

地域の相談支援体制の強化の取組は、相談支援事業所の質を高める上で重要である。相談支援事業所の多くは、相談支援専門員の配置が少人数であるため、事業所内におけるサービス等利用計画等の評価や実施研修などを行いにくく、事業所単位での人材育成が困難な場合がある。

基幹相談支援センターの職員が各事業所を訪問し、相談支援専門員へのスーパービジョンを行ったり、サービス等利用計画等の評価や指導・助言を行ったりすることで、相談支援専門員の資質向上を図ることができる。また、地域の相談機関が集まる定期的な連絡会や事例検討会などを開催することは、各職員の資質向上に資するとともに、地域の相談機関相互の連携強化を図ることができる。

② 地域移行・地域定着の促進の取組

例) 平成30年度報酬改定の内容等及び地域の相談支援体制の充実 強化に向けた取組について

②家族介護ありきの生活設計？

サービス等利用計画障害者・児支援利用計画案【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	■■■■■	障害程度区分	■■■■■	相談支援事業者名	相談支援事業所えがく
障害福祉サービス受給者証番号	■■■■■	利用者負担上限額		計画作成担当者	岡田 健司
地域相談支援受給者証番号	■■■■■	通所受給者証番号			

計画開始年月	
--------	--

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	重訪(6h)	重訪(6h)	重訪(6h)	重訪(6h)	重訪(6h)			
8:00								
10:00	生活介護(6h)	生活介護(6h)	生活介護(6h)	生活介護(6h)	生活介護(6h)			
12:00								
14:00						重訪(24h)	重訪(24h)	
16:00								
18:00	重訪(12h)	重訪(12h)	重訪(12h)	重訪(12h)	重訪(12h)			
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス ●通院:毎週月曜10:30~11:30(1h) ■■■■■ 2カ月1回9:20~12:30(3.5h) ■■■■■
 ●移動:月2~3回(1回8h)2人派遣 ●生活介護を休んだ場合:重度訪問介護(7h)※生活介護の時間10:00~16:00+前後30分送迎 ★2014年10月6日時点

上記の契約内容について同意します。

年 月 日

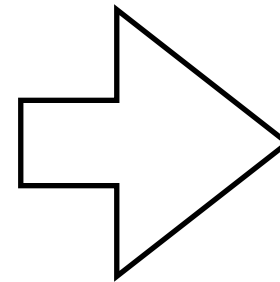
利用者等氏名(記名押印又は署名)

③障害者本人の権利行使を支えるもの

体調不良時は自宅で介護
が受けられるようにしたい・・・

地域生活で起こりうることを
想定した利用計画に制限はつかないはず

相談支援は権利を支える
セーフティネットの役目



○障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準

(平成二十四年三月十三日)
(厚生労働省令第二十八号)

障害者自立支援法(平成十七年法律第百二十三号)第五十一条の二十四第一項及び第二項の規定に基づき、障害者自立支援法に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準を次のように定める。
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準
(平二五厚労令四・改称)

目次

第一章 総則(第一条)
第二章 指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準
第一節 基本方針(第二条)
第二節 人員に関する基準(第三条・第四条)
第三節 運営に関する基準(第五条―第三十条)

附則

第一章 総則

(定義)

第一条 この省令において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。
一 利用者 障害福祉サービスを利用する障害者若しくは障害児又は地域相談支援を利用する障害者をいう。
二 サービス等利用計画案 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成十七年法律第百二十三号。以下「法」という。)第五条第二十二項に規定するサービス等利用計画案をいう。
三 サービス等利用計画 法第五条第二十二項に規定するサービス等利用計画をいう。
四 支給決定 法第十九条第一項に規定する支給決定をいう。
五 支給決定の有効期間 法第二十三条に規定する支給決定の有効期間をいう。
六 指定障害者支援施設 法第二十九条第一項に規定する指定障害者支援施設をいう。
七 指定障害福祉サービス等 法第二十九条第一項に規定する指定障害福祉サービス等をいう。
八 指定障害福祉サービス事業者等 法第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等をいう。
九 地域相談支援給付決定 法第五十一条の五第一項に規定する地域相談支援給付決定をいう。
十 地域相談支援給付決定の有効期間 法第五十一条の八に規定する地域相談支援給付決定の有効期間をいう。
十一 指定一般相談支援事業者 法第五十一条の十四第一項に規定する指定一般相談支援事業者をいう。
十二 指定地域相談支援 法第五十一条の十四第一項に規定する指定地域相談支援をいう。
十三 計画相談支援対象障害者等 法第五十一条の十七第一項に規定する計画相談支援対象障害者等をいう。
十四 指定特定相談支援事業者 法第五十一条の十七第一項第一号に規定する指定特定相談支援事業者をいう。
十五 指定計画相談支援 法第五十一条の十七第二項に規定する指定計画相談支援をいう。
十六 法定代理受領 法第五十一条の十七第三項の規定により計画相談支援対象障害者等に代わり市町村(特別区を含む。以下同じ。)が支払う指定計画相談支援に要した費用の額の全部又は一部を指定特定相談支援事業者が受けることをいう。

(平二五厚労令四・平二五厚労令一四・平三〇厚労令二・一部改正)

第二章 指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準

第一節 基本方針

第二条 指定計画相談支援の事業は、利用者又は障害児の保護者(以下「利用者等」という。)の意思及び人格を尊重し、常に当該利用者等の立場に立って行われるものでなければならない。
2 指定計画相談支援の事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。
3 指定計画相談支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者等の選択に基づき、適切な保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービス(以下「福祉サービス等」という。)

提案①未来を作る相談支援従事者を増やす

岡田健司様

ご無沙汰しております。お世話になっております。

本日、■■■■さまのカンファレンスを行いまして、お母様から■■■■の問題点や、ご要望をお聞きしました。
相談支援員として、■■の理事として、解消に向けてどう行動すべきか悩み、■■より岡田様への相談を勧められ、メールを差し上げる次第です。

整理した課題は次の通りです。

- ・引き継ぎ・申し送りのミスや漏れ
- ・引き継ぎ・申し送りをすべき事項と不要な事項の区別判断がヘルパーにより異なる
- ・食事介助や医療的ケアの注意点が徹底されないためミスが発生
- ・食事介助のマニュアルが徹底されていない
- ・新規ヘルパーへ、手技の意味や根拠まで教えられていない
- ・「■■さまのための支援」という共通認識に欠ける
- ・支援現場での判断に頼っていて、管理者が把握できていない
- ・現場任せになっており、事業所全体として統一感が無い
- ・事業所の体制として責任の所在と指示系統が不明確

これらの問題点が明らかになりました。

個々のトラブルや問題への対応に留まり、根本的な体制の問題が解決できていないため、再発防止に至っていません。

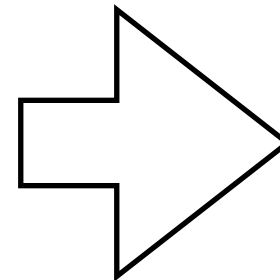
そして、そうした問題解決に対する危機感を、太陽の管理者・サー責がどうすれば持てるのか、という事も分からない状態です。

■■さま固有の支援体制としての課題と、事業所・法人の体制としての課題は分けて対策を講じないといけないと思っています。

■■さまの支援としての課題では、医療的ケアが加わったことと食事介助の難度が上がって、ヘルパーが追いつくのが精一杯の状態です。

そこを解消しヘルパー指導に注力するには、新規ヘルパーを増やしたいところですが、その指導態勢が取れないという悪循環も抱えています。

私自身の力不足を自覚したうえで、本当にお恥ずかしい事ですが何かアドバイスが頂けると幸いです。



まずこの事態を良い方向に解決するためのポイントは2つあると思います。

一つ目は「相談支援従事者が本人とご家族の壁となり社会資源間の協議調整をはかる」
二つ目は「支援現場にご家族の介入が起らないよう支援方針を徹底し納得のうえ任せてもらう」

その上で、■■■さんにしてもらいたいことがあります。

(1) 1ヶ月単位の利用者確認用紙(親含む)の聞き取り→すべての社会資源間に配布→電話での補足説明(支援に対する労いと支援方針の統一の意味を持つ)

(2) 相談支援事業所■■■とヘルパー派遣事業所■■■は実質的に同一事業体と理解し、相談支援従事者が介助派遣事業所の支援方針と体制をマネジメントすることができるようにしておく

※(1)は添付資料「確認用紙」参照

※(2)は添付資料「■■■さんの介助がよりよくできるためのステップ」参照

(3) ヘルパー派遣事業所■■■以外の社会資源(他事業所・訪看・ご家族・病院・行政など)の報告・連絡・相談はすべて相談支援従事者に集中するようにする

※たとえば上記(1)の際に聞き取れる場合はそのようにしておくとその後も随時連絡が来るようになる。

具体的な課題点をお書きくださったのでそれらに当てはめてみます。

- ・引き継ぎ・申し送りのミスや漏れ→介助マニュアルの作成・介助マニュアルにおける項目ごとのチェック欄作成
- ・引き継ぎ・申し送りをすべき事項と不要な事項の区別判断がヘルパーにより異なる→同上

・食事介助や医療的ケアの注意点が徹底されないためミスが発生→介助マニュアルの習熟度チェックを徹底

・食事介助のマニュアルが徹底されていない→同上

・新規ヘルパーへ、手技の意味や根拠まで教えられていない→介助マニュアルの周知徹底・同行介助の実施

・「■■■さまのための支援」という共通認識に欠ける→上記(1)と(2)

・支援現場での判断に頼っていて、管理者が把握できていない→同上

・現場任せになっており、事業所全体として統一感が無い→同上

・事業所の体制として責任の所在と指示系統が不明確→上記(2)と(3)

相談支援従事者からの相談に応じたやりとり

提案②未来を作る関係者を増やす

■さんの介助がより良くできるためのステップ

○目標：介助マニュアルの作成と介助マニュアルに基づく研修

○ねらい：■さんが加療中にこれまで以上の介助量・介助技術（内容と方法）が必要になっていることが分かりました。ご家族は手探りながらその内容と方法を見つけていかれました。それは時間をかけ、じっくりと根気強く■さんに向き合いながらでした。もし、介助者たちが同じ内容と方法で介助を行なう必要があればご家族が口語で伝えるか、マニュアルに基づき習熟していくしかありません。しかし口語では全体に伝わりきらず「聞いた聞いてない」という問題も生じやすく質が一定に担保されません。レクチャーする側の負担感も大きいです。一方、マニュアルに基づき習熟していく場合はマニュアル作成の負担はあるにせよ、周知がはやくできて一人ひとりの習熟の度合いの差が歴然で「誰に何を習熟させるか」が分かりやすい利点があります。

○マニュアル作成の手順：まずマニュアル作成にあたってはチームを作ります。ご家族・相談支援従事者（■さん）・サービス提供事業所（■さん）は必ず共有する必要があります。しかし、もっと重要なのは習熟が高く安定した技術を発揮できている介助者を1名ないし2名をメンバーに入れることです。あまり全体が大きくなりすぎると動きが鈍くなりますので、臨機応変でマニュアル作成の打ち合わせができる方が望ましいです。また内容と方法を習熟するための工程表（例：1ヶ月単位）をあわせて作成し習熟度をチェックします。

○マニュアル作成の推敲：実態行っている内容と方法に即しているかを振り返って試してみてください。あと伝え方はできるだけシンプルに分かりやすくを心がけてください（一度、頭にその方法が入ると繰り返しを得意とする傾向をもつ介助者がいます。ただし言葉の受け取り方が自分なりのですのでそこは注意が必要です）。■さんの許可のもと写真など図示のある方が良いと思います。言葉と画が一致するとイメージしやすいです。

○マニュアルの活用について：マニュアルが出来上がり次第介助者たち全員で共有します。ご家族・相談支援従事者・サービス提供事業所・ヘルパー全員です。全体の共有なしに即現場入りはやってはいけません。共有後、同行介助を実施し（習熟の高いヘルパーと習熟の必要なヘルパーとセット）、習熟度合いのチェックをします。できていること・できていないことを明らかにし、それを一人ひとりに明示しクリアできるようにフォローします。それでもフォローしきれない場合は、習熟の高いヘルパーがサービス提供事業所の責任者に説明します。ローテーションから外す外さないはこの段階に来てからにしてください。

ご存知のように、地域生活をするために介助者の確保はとても重要です。二つの視点が必要となります。介助者は教育して育てるもの、介助者の選り好み（好き嫌いだけでなく）は本人の生活自体をきつくさせます（ご家族も含めてです）。いま必要なのは、上記の事柄の実施であり介助内容と方法のレベルアップの可能性を秘めています。逆にできないの見分けも一層進みます。よりプロになっていきます。プロにしてあげてください。

家族に宛てた書面

定期モニタリング確認用紙

利用者名 []

1. 身体状況や気持ちの変化はありますか？（ある・特にない）
※あるにマルをつけた方はその状況を教えてください

2. 介助者全員に伝えたい生活状況の要望はありますか？（ある・特にない）
※あるにマルをつけた方はその状況を教えてください

3. 介助者全員に伝えたい介助の注意点などがありますか？（ある・特にない）
※あるにマルをつけた方はその状況を教えてください

4. 前月（又は留意事項等に変更があった時点）のサービス提供時の状況

5. その他サービス提供に当たって必要な事項（家族と同居の方はその状況も含めて）

平成 年 月 連絡分

月1で聞き取った内容を事業者宛てた書面

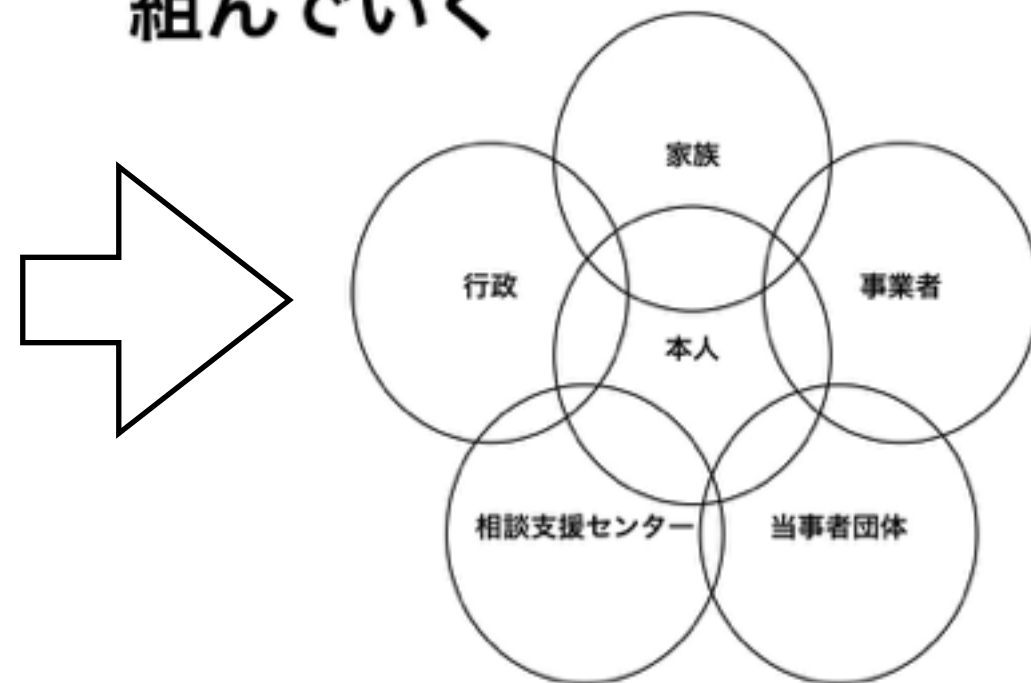
提案③未来を作る関係者がつながる

事業の滞りが起こらないよう事業者との関係性をつくるはず・・・

計画の提示だけでは済まない現実。事業者ごとの課題は地域の課題だったはず

障害者の地域生活を支え、地域社会を変え、地域の未来を作るイメージを持ち合う

モチベーション上げながら取り組んでいく



参考：当事者主権（主体）とは

当事者主権とは、私が私の主権者である、私以外のだれも—国家も、家族も、専門家も—私のだれであるか、私のニーズが何であるかを代わって決めることを許さない、という立場の表明である。

専門家とはだれか。専門家とは、当事者に代わって、当事者よりも本人の状態や利益について、より適切な判断を下すことができると考えられている第三者のことである」とあり、そのような態度で当事者に関わることを「パターナリズム（温情的庇護主義）という。

例) 当事者主権 上野千鶴子・中西正司 岩波新書2003年

- 当事者主権（主体）の事業を考えると、その基本的態度は、セルフマネジメントを支えるものであるか、区分認定に基づく専門家主導のパターナリズムではないかを見極めることにある