

平成23年度地域療育セミナー

医療的ケアが必要な方の生活を地域で支える

(医療ニーズの高い障がい児(者)への
地域生活支援について)

本当に必要なことを考えましょう

私たちの取り組みから
みんなで考えていくたいにと

2011年10月20日（木）

米子コンベンションセンター小ホール

(有)しぇあーど（特活）地域生活を考えよーかい

李 国本 修慈

はじめに

医療的ケアの必要な重症心身障がい児(者)が
安心して地域で暮らしていくために、何か必要なのか、
地域生活をどのように支えていくのか

を みんなで考える為に

1. しぇあーど のとりくみから
2. 何故「地域」「在宅」なのか?その意義は?
3. 不足しているものを補うとすれば? 支援体制の仕組みは?
4. 昨年度の調査報告書から等々・・・

しぇあーど の とりくみ

とおもふ
ご本人さんに近づこうとする姿(カタチ)だったりなんですが



有限会社しぇあーど

NPO法人地域生活を考えよーかい

ふたつの法人で、制度にあることもないにとも、とにかく、ご本人さんの存在の価値に導かれての活動

とりあえず、私のことについて

1965年メーテー生まれ
大阪府西淀川区出身

ながら、芽が出ず、
現在に至る・・・

吉田元野球少年
選手でも、
上手か手より
ほんとです

自慢:スーパー少年
・・・でした

なので?か、

くだらない駄洒落が多くてすいません

選挙権も無いです

なんで運転手で、
なんで看護学校な
んかというと・・・

在日朝鮮人3世で、
日本国籍は無いけれど市民税とかは払ってます・・・

高校卒業後にタンクローリーの運転手だとか、
某市医師会の准看護学校や
県立の看護学校に通ってました

統失だとか・・・

私がやってきたこと、思ったことなどなど
看護学校に通いながら通った「重心施設」に醉っ…
精神科医療にもぶつ飛ばされる…

違和感、幻滅感、
せんせんの無力感、
で、あほらしくなって止めちゃう…
そこで出会った人とか…
海の生きものさんたちとか…

で、90年代に…
いろんなものが見えてきた…
自立障害者 だとか、
療育等支援事業 だとか、
国立療養所 だとか、
社会福祉基礎構造改革 だとか…

何より、
草の根として活動している
方々に驚き、というか…

2000年9月に『地域共生スペースぷりぱ』オープン

兵庫県尼崎市南武庫之荘というところに

阪神間のへそ
在日朝鮮人の居住地

2年ほどで利用登録者数
300名っ!!

1時間1000円でなんでもしましちゃう
レスバイト 本人支援

あっという間のニースの顕在化

ガイドヘルプ
全身性介護人派遣制度
緊急一時保護者制度
他人介護料助成制度

尼崎市南武庫之荘『地域共生スペースぷりぱ』では

24時間365日

1時間1000円で
なんでも

障害の有無・種別・
程度に問わらず

尼崎市・西宮市を中心に需要が顕在化

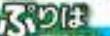
阪神間（南圏域・北圏域の人口規模）

うようよといらっしゃる大変な方々
全然追いついていない社会資源・・・

というよりも・・・

地域共生スペースぶりば
「ぶり」は根っこ、「ぱ」は仲間（繋がり）
そんな思いのネーミングです



〒661-0233
兵庫県尼崎市南武庫之荘 1丁目1番1号
TEL 05-0433-2320
FAX 05-0433-3320


で、2003年春

支援費制度開始年

伊丹市西台（阪急伊丹駅前）に
有限会社しおあーどオープン

ちっちゃい事務所にパソコン1台からスタート

しっかり事業になる訳が！
けっこう身震いじましたか！

居宅介護に緊急一時保護者制度などなど

同時にNPO法人 地域生活を考えよーかい設立

その際の特徴は…

訪問看護ステーションを同時にスタート

当時から・・・(今も変わらず)

あぶれてしまう、

重度だとか医療的ケアだとかと言われる方々を・・・

でも、看護師(医療職)がいれば万全という考えでは無い・・

看護師(医療職)は後支え(うしろざさえ)であります
かくと、地を這う低空飛行が求められて、今まで、
かくと、当時から思ってまして、今も変わらず、・・

で、まずやったこと

有限会社と非営利活動法人



お風呂介助

これまでの事業+訪問看護

事業資金は自らが稼動

看護師3人を雇用

届き難いところに届けるサービス?

医療モデルでは無い地域生活

あたりまえですね。・・

訪問看護 その際に…

大変?看護師さんを雇うのは??

かんたん!
じゃないけれど…

医療モデル的なモノの見方を変えるほうが大変

と言うか、そこ(それ)が大切…

今も思う、「医療な部分」に入るのではなく、
その人に擦り寄るということ

暮らしひの場に関わると
暮らしの様子に変わる人々…
おもしろいように変わる人々??
その人の個性??感性??

そこに向かわず、ご本人さんたちの「力・はたらき」

で、半年後には

伊丹市鴻池(伊丹市の北のはずれ)に移転
いちおー私の暮らす街でふ、。

マンション1室(2LDK)を借りての拠点作り
宿泊と入浴

もちろんの24時間体制で、
とにかく共に過ごす、
共に遊ぶ、共に楽しみまくる

そこから(こそ)産まれる関係性

特にお風呂は大切なのだ(持論)

その翌年(2002年春)には

**震災復興事業
CB離陸応援事業の助成金で
貸し店舗を活動拠点に追加**



フリースペースとして活用



とにかく増え続ける需要の中で…

**なんとも足りない社会資源
その根源は??**

最も期待したいところが機能しない訳は??

今はどんどん変わりつつあります

**とても悲しいこととして…
変わりいく人に添えない魄とか
最も必要な「力」を感じながらもしないこと、とか**

たいしたことではなく、
あたりまえのことなんだけども、の
行き場の無い方々への支援
というよりも、そんな方たちと共に在りたい気持ち
懸命に生きる最中で
変わり行く様態にきちんと張り沿うこと
家人(主にはおかーちゃんだ)が倒れた際、
あるいは亡くなられた際の私たちの立ち位置は・・・

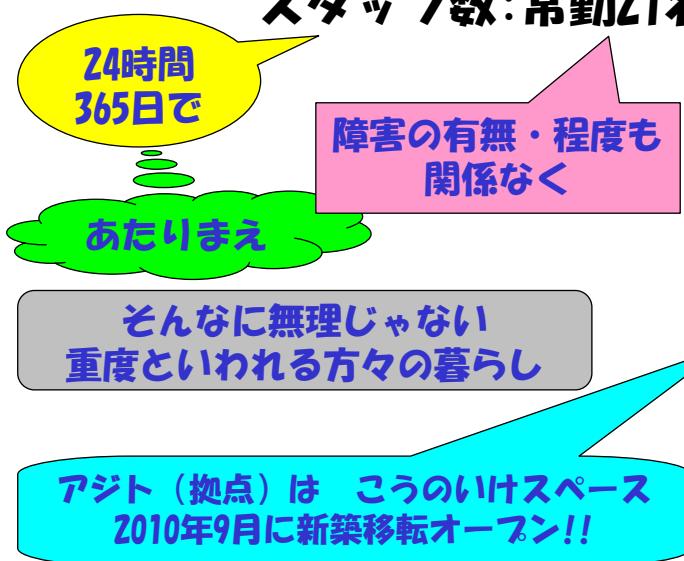
「やながれ」「やまと」「やま」「やまぐち」などから
「『特別』」「『特別』」などから
「『大変』」になってる社会を・・・

活動（事業）の内容 (イマイチでなってないよう、、なんですが・・・)

利用者数:約180名

資料:しぇあーど利用者さん（障害種別など参照）

スタッフ数:常勤21名と非常勤約25名



新・こうのいけスペース
みんなが使いやすいように
みんなで設計

敷地面積374m² 約113坪

自己資金約1,500万円
尼崎信用金庫から6,500万円の融資

彼女・彼等の介護給付によるモノ

なんで、こんな作るのか・・・

はっきり言って、道楽的なつくり・・・

如何に美味しくビールを呑むのか?

が、その理由・・・???

**それこそ、誰もがにある存在価値を
蹴したい(してほしい)が故の・・・だったり**

有限会社だからできるのか?

有限会社しえあーど



2003年までの「地域共生スペースぷりぱ」から
同様な活動拠点を伊丹市に
特に障害の有無だとか種別とかに関係なくの・・・

事業内容は、**居宅介護**（重度訪問・行動援護）
短期入所 相談支援 移動支援 日中一時支援
と、**訪問看護**

結果（経過？）として利用者さんの大半が重症心身障害といわれる方、かつ、医療ニーズの高い方々・・・

限りなく個別給付で考える

通うべき場所だとか時間だとかは
自ら（みんな）で決める

そこから生まれる関係性

医療的ケアだとかも関わる時間から

個別の対応力が生み出すもの
おそらく生活に即していると思う
ご本人主体とはそういうこと
制度や職種で切り分けられない
そこから様々なことが産まれる
支援者と共にの相互主体の確立
ご本人さんの存在価値の明確化

「はたらき」
彼女・彼らの「生産性」

彼女・彼らが主体的に生きる社会こそが豊かな社会
立ち上がる（あるいは湧き上がる）主体と
相互主体への導き、地域社会の変革
「貧困」「無縁」の社会を変える
それらが彼女・彼らの「力」であり「はたらき」

糸賀一雄先生の仰る生産性

何故「地域」「在宅」なのか?その意義は?

やっぱし、私ならどうなのか?
あなたならどうですか? かしう・・・

私たちには感じ得ている(苦)
彼女・彼らの「力」「はたらき」を
地域(街、あるいは町・村)で生きることによって
産み出される様なこと・・・

今の格差・貧困社会と言われる際)と思う
今までよりも、いつの時代にも、
雇用創出だってね。。。)

彼女・彼らの「はたらき」
「生産性」

彼女・彼らが主体的に生きる社会こそが豊かな社会
立ち上がる(あるいは湧き上がる)主体と
相互主体への導き、地域社会の変革

「貧困」「無縁」の社会を変える
それらが彼女・彼らの「力」であり「はたらき」

糸賀一雄先生の仰る生産性

せんだって（2011年8月25日）の「ラーの会での宣言文です

2011.8.21

重症心身障害児者ちいわれる方々と共に生きる会 横浜大会 大会宣言のからの抜粋

一人ひとり（重症心身障害児・者といわれる方々）は、何もできない人、保護のもとにある人などでは到底あうはずがありません。日々自己実現を目指し自分として自分らしく自分の人生を生きていこうとし続けている存在です。一人ひとりが地域社会の関わりの中で一人の市民として生きていこうとするところから、地域社会の中で新たな創造的営みを展開してきたこと。一人ひとりが地域社会の中に新たな価値観を生み出し本当に一人ひとりが大切にされる地域連帯のもとでの豊かさを湧きおこしていることを私たちは身を持って実感し続けてきました。

一人ひとりの存在価値のままに、地域生活展開と制度改革をおし進めていきましょう。

私たちの前で自身の暮らしを築き、一人ひとりの価値的物語を展開し、その人らしさを謳歌する一人ひとりのその立ち上っていく主体は、厳然として暮らしを拓き続けてきましたし、これからもそうあり続けます。

間違いなくあるご本人さん（重症心身障害児・者といわれる一人ひとり）の存在価値と共に、私たち支援者というよりも共存者として共に立ち上がり、この機会にみんなで確認し繋がりあっていきましょう。

一人ひとりの存在こそが、地域・社会そしてこの国の希望です。

私たちはこれから・・・

やっぱり大切にしていきたいこと

基本は障害者権利条約

第5条 合理的配慮

そして、第19条 「平等の権利」

特定の生活様式を強いられない

そして、基本合意文書

「社会の対等な一員として

安心して暮らすことのできるものとする」

このことは、基礎となる指針

総合福祉法の骨格提言の基礎となる指針

私たちはこれから・・・

ひとつの指針としての障害者総合福祉法の骨格提言の中身

**平等と公平 谷間や空白の解消
格差の是正 放置できない社会問題の解決
本人のニーズにあった支援サービス
安定した予算の確保**

**このままま
各地域の第三期計画の方針にすれば良い・・・
総合福祉法骨格提言すらが
骨抜きにあいそうですが・・・**

**さらにしつこくみてみると
障害者総合福祉法の骨格に関する
総合福祉部会の提言
「はじめに」から抜粋**

私たちのこうした思いが、国民や世論の理解と共感を得て、それが政治を突き動かし、障害者一人ひとりが自身の存在の価値を実感し、様々な人と共に支えあいながら生きていくことの喜びを分かちえる社会への一歩になることを信じて、ここに骨格提言をまとめました。

今、新法への一歩を歩み出すことが必要です。

まさに、我が家まちでも

さらにしつこくみてみると 障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言「おりに」から抜粋

・・・それは、とりもなおさず、「弱くもうい社会」から、一人ひとりの存在が心より大切にされ、誰もが排除されることなく社会に包摂される、本当に豊かな社会づくりに寄与するものであると確信しています。

今、日本中が協力して災害からの新生・復興をすすめ、すべての人が尊重され、安心して暮らせる社会を作ろうとしています。本骨格提言がめざす共生社会は、この新生・復興の日本社会の不可欠の一部となると信じています。障害者がその人らしく働いたり、社会活動しながら、暮らせる社会はすべての人が暮らしやすい社会でもあります。

まさに、我がまちでも

不足しているものを補うとすれば? 支援体制の仕組みは?

まだまだ全くと言っていいほど足りない資源

まだまだ置いてけぼり感のある

「重心」「精神」といわれる方々

「高次脳機能障害」だとか「遷延性意識障害」といわれる方々

まさに、障害者総合福祉法の骨格提言にあるようなことなど

私は医療職 余ができるとすれば・・・
が如何に低空飛行できるか?だと・・・

不足しているものを補うとすれば? 支援体制の仕組みは?

私が思うに、というよりも、多くの方々（と言っても、ここにお集まりになっているような方々なんて、数は知れている、と思う）が感じている「社会資源の乏しさ」。

だけども、この10年の間にも大きく（目まぐるしく）制度も変わってきました（決して全ての方にとっての「良い方向」ではないのでしょうか）。

おそらく、これからも、少しずつ（今回の総合福祉法の骨格提言もきっと削ぎ落とされて法案となるのでしょうか）みんなの望む制度へと変わっていくものかと思います。

だけども（ばかりでいいません）、そんな流れを「待ってはいられない」方々に対して・・・、ここ米子でも「おかーちゃんたち」が頑張っていますが（ここらも、やっぱり、ご本人さんの「力」なんでしょうね、きっと）やっぱり「共に生きる」だとか「共生社会の実現」だとか「支援者」などと偉そうに語っている輩（ん、私のことだっ、）こそが、「それ」を補わなくてどうするのだ!!と・・・（かなり強引・・）。

私が言いたいのは、ほんの少しの「意識のある医療職者」が、「地を這うように」とは言いませんが（いや、言ってる、すいません）、ほんの少し「低空飛行」できればな・・・と。

不足しているものを補うとすれば? 支援体制の仕組みは?

で、そこはやっぱり証です。
ナインホール?と思ふ証です。
というのは冗談で、
ほんの少し気の効いた「ナース」さん（男子でも良い!）
お医者さんなどには期待出来ませんので（笑）

でなくして、多(たくさん)聞くよう!!」だと思う
必要なのは多機能!? 聞くよう!!」だと思う

不足しているものを補うとすれば？支援体制の仕組みは？

で、やっぱり相談支援ですかね。

MSWとかっていうワーカーさんとか・・・

そー思うと糸子にはステキなMSWさんがいらっしゃる。。

とりあえず、次ぎのスライドからは

伊丹市における重度障害者等の地域生活支援検討会からの
提言内容を示してみますが・・・

絵に描いた餅よりも
間違いなく草の根的活動実践が先行すべし

伊丹市で検討されていることです

重度身体障がい者等の
地域生活のための提言

伊丹市障害者地域自立支援協議会
身体障がい者地域生活支援検討会

修正部分を
青字で示した

課題

人は、特定の生活様式を強いられてはならない。自分の住むところ、自分の生活様式は自分で選ぶ。自分で決める。それは障害があっても、障害がなくても同じことである。しかし、介護が必要な重度の身体障がい者は、安定した介護を得るために、やむなく住み慣れた伊丹市を離れる人がいる。社会が、やむを得ない選択を強いていないか、検証が必要である。

現状の課題発生の原因・背景

地域で生活するためのしくみ

- ・重度の身体障がい者を対象としたケアホームは、制度上の報酬単価だけでは運営できない。
- ・重度訪問介護、身体介護など居宅介護と組み合わせることが必要である。(ケアホームと居宅介護等組み合わせた場合、ケアホームの報酬単価は下がる。)
- ・地域で生活するためには、重度訪問介護・居宅介護などサービス利用が必要だが、生活できる支給量を受給できない可能性もある。
- ・伊丹市の支給決定(支給量決定)の仕組みが不透明である。
- ・伊丹市のガイドラインに重度身体障害者の地域生活を想定した内容が盛り込まれていない。

介護者

- ・安心して介護を任せられる人材が必要である。
- ・安心して介護を任せられる人材が少ない。
- ・居室内でも医療的ケアが受けられないと地域生活は困難である。
- ・必要な支給量を受給できても、支援者を見つけることができるか不安である。
- ・夜間・深夜の介護者を見つけるのが困難である。

地域で生活することを支えるしくみ

- ・本人主体に寄り添うケアプランをたてる相談支援を利用できていない方がいる。
- ・訪問看護の費用負担が大きい。(障害者医療受給者証が訪問看護ステーションからの訪問看護では利用できない。)
- ・介護保険に移行する年齢に達したときに、障害福祉制度で受給していた同水準のサービス受給できるか不安である。
- ・介護保険移行後も障害福祉サービス利用できる場合について伊丹市ガイドライン上、考慮されていない。
- ・意思表示が困難な方の、意思確認するための方策、支援手法を地域支援者間での共有が必要である。
- ・成年後見人の適切な人材の確保がむずかしい。(家族不在の場合)

制度上の報酬では重度身体障がい者のケアホームは運営困難。その理由①

【例】区分6利用者のケアホーム報酬単価(日額)

基本単価	645単位
夜間支援体制加算	314単位
重度障害者支援加算	26単位
福祉専門職配置加算	7単位
合計	992単位

- ・ 日額992単位＝9920円。
- ・ $9920\text{円} \times 4\text{人} \times 31\text{日} = 1,190,400\text{円}$ ←事業所収入
- ・ しかし、食事、入浴、更衣、歯磨きなど個別の支援が必要。
- ・ 1人の支援員、世話人さんではとても生活できない。
- ・ スタッフ9名 23万円/月 人件費207万円 ペイできない。

制度上の報酬では重度身体障がい者のケアホームは運営困難。その理由②

- ・ 重度訪問介護、身体介護など居宅介護と組み合わせることが必要である。(ケアホームと居宅介護等組み合せた場合、ケアホームの報酬単価は下がる。)

【例】区分6障がい者

ケアホーム報酬単価(日額)

基本単価	645単位
夜間支援体制加算	314単位
重度障害者支援加算	26単位
福祉専門職配置加算	7単位
合計	992単位

個別にヘルパー支援を受給した場合のケアホーム報酬単価

→	基本単価	434単位
→	夜間支援体制加算	314単位
→	重度障害者支援加算	26単位
→	福祉専門職配置加算	7単位
→	合計	781単位

制度上の報酬では重度身体障がい者のケアホームは運営困難。その理由③

- ・では、重度訪問介護を朝2時間、夕刻4時間受給すると…

個別にヘルパー支援を受給した場合のケアホームと重度訪問介護報酬

ケアホーム報酬単価(日額)【区分6】

基本単価	645単位
夜間支援体制加算	314単位
重度障害者支援加算	26単位
福祉専門職配置加算	7単位
合計	992単位

→
→
→
→
→

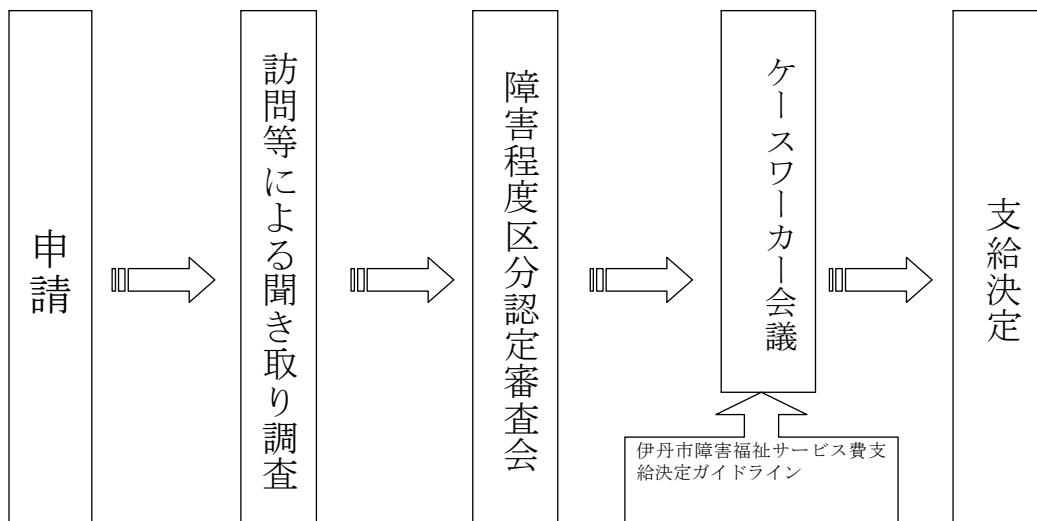
基本単価	434単位
夜間支援体制加算	314単位
重度障害者支援加算	26単位
福祉専門職配置加算	7単位
小計	781単位
重度訪問介護朝2時間	390単位
重度訪問介護夕4時間	780単位
小計	1179単位
合計	1951単位

【不安・疑問】伊丹市は朝2時間夕4時間重度訪問介護支給決定本当にするのか？

«検討会での意見交換から…»

- ・ 地域で生活するためには、重度訪問介護・居宅介護などサービス利用が必要だが、生活できる支給量を受給できない可能性もある。
- ・ 伊丹市の支給決定(支給量決定)の仕組みが不透明である。
- ・ 伊丹市のガイドラインに重度で生活する方を想定した内容が盛り込まれていない。

伊丹市の支給決定の仕組み



- ・伊丹市は、中立公平な支給決定をしてくれているのか見えてこない。
- ・全体に絞っているイメージがあるけど、ガイドラインは適正なのかな？

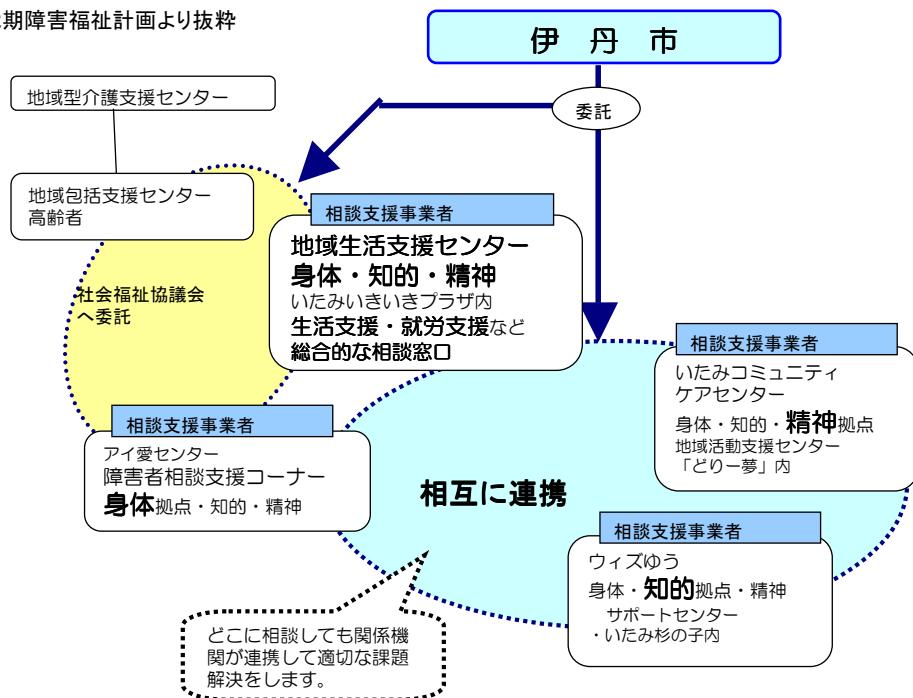
その他、検討会で出た意見

「どこで相談にのってくれるの？」

- ・必要な支給量を受給できても、支援者を見つけることができるか不安である。
- ・夜間・深夜の介護者を見つけるのが困難である。本人主体に寄り添うケアプランをたてる相談支援って、機能しているの？
- ・意思表示が困難な方の、意思確認をするための方策、支援手法を地域支援者間での共有が必要である。
- ・成年後見人の適切な人材の確保がむずかしい。(家族不在の場合)
 - ・安心して介護を任せられる人材が必要であるが、その人材が少ない。
 - ・居宅内でも医療的ケアが受けられないと地域生活は困難である。
 - ・訪問看護の費用負担が大きい。(障害者医療受給者証が訪問看護ステーションからの訪問看護では利用できない。)
 - ・介護保険に移行する年齢に達したときに、障害福祉制度で受給していた同水準のサービス受給できるか不安である。
 - ・介護保険移行後も障害福祉サービス利用できる場合について伊丹市ガイドライン上、考慮されていない。

伊丹市相談支援体制

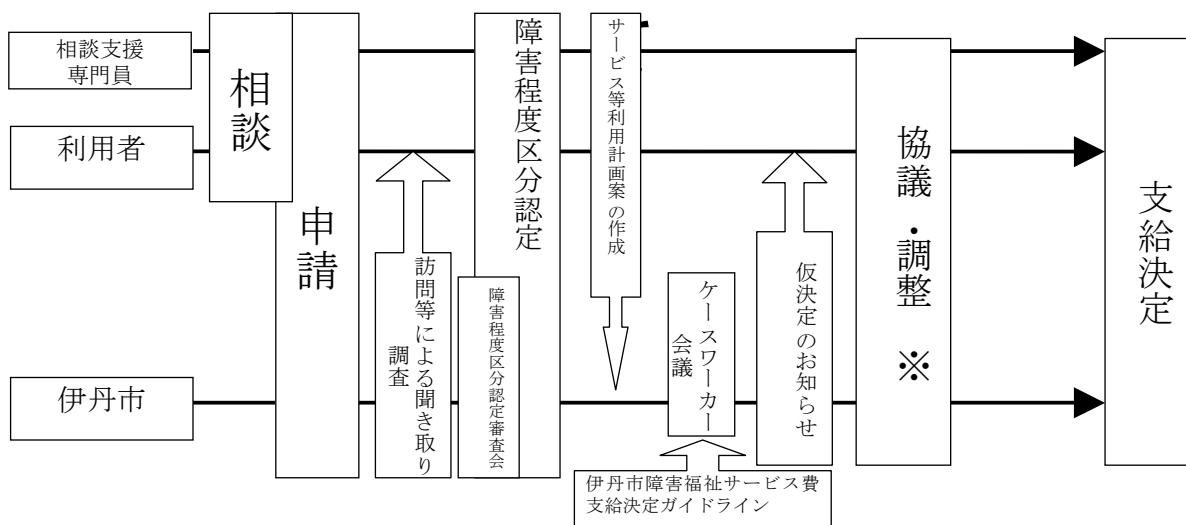
第2期障害福祉計画より抜粋



検討会の意見まとめ・提言

1. 伊丹市支給決定プロセスについて提言します。
2. 伊丹市障害福祉サービス費支給決定ガイドライン中に、「重度身体障害者等が、地域でくらすこと」を想定した項目の追加を提言します。
3. ガイドラインが地域の実情に合い続けるように、ガイドラインを見直すしくみ作りについて提言します。
4. 相談支援が充実することを強く望みます。

1. 伊丹市支給決定プロセスについて



※ 協議調整による支給決定とは、ガイドラインで示される水準やサービス内容に当てはまらない事例について、個別の生活実態に基づいて本人と市町村間で行われるものという。

2011年8月30日障がい者制度改革推進会議総合福祉部会からの「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」より抜粋

2. ガイドラインに、「重度身体障害者が、地域で暮らすこと」を想定した項目追加について

- 重度身体障害者地域生活のための必要な支給量は、

**重度訪問介護
404時間**

- 「重度訪問介護」とは、重度の肢体不自由者であって常時介護を要する人のヘルパーサービス。家事支援、身体介護、移動中の介護等。

サービス区分	積算根拠	支給量／月
①重度訪問介護朝	2時間×31日=62時間	404時間
②重度訪問介護夕	6時間×31日=186時間	
③重度訪問介護移動加算	7時間×2回×4.5=63時間	
④重度訪問介護深夜	1時間×3回×4.5=93時間	
重度訪問介護合計	①+②+③+④	
生活介護		23日

重度身体障害者のガイドライン数値を積算した検討会の作業過程について

- ガイドラインに盛り込むべく項目、量、考え方、しくみについて考察し、提案の素案を作成する手順

作成手法: モデルケースTYさん、KHさんの実態を素に、必要な支給量を算出する。相談支援専門員が本人たちに会い、アセスメントを行ったうえで、当該検討会で対象としている方々の類型モデルケアプランにより、必要な支給量の算出を行う。

作成作業:

- 作業作業内容期日・日程アセスメント(合同)TYさん、KHさんに会いにいく。各関係機関職員に状態を聴取する。
→ケアプラン作成(個人)アセスメントをもとに各個人でケアプラン作成を行う。→ガイドライン作成(共同作業)各個人が作成したケアプランを持ち寄り、ガイドライン素案を作成する。

作成作業メンバー: 相談支援専門員、市ケースワーカー、ヘルパー

・

ガイドライン作成の視点:

- 障害者自立支援法における支給決定は①障害者的心身の状況②介護者の状況③社会参加の状況④サービス利用意向⑤サービス利用状況⑥住環境等を勘案してすることになっています。支給の要否基準、支給量の決定基準は各市で定めることになっています。この決定基準を示したものをガイドラインと呼んでいます。
- ガイドライン作成には、
- 利用者はじめ市民の理解を得ることができる内容であること
- 必要な方に必要なサービス提供ができる内容であること
- 公費によるサービス提供水準を示す内容であること
が、求められます。
- ガイドラインの内容は、伊丹市障害福祉計画に連動し、整合性を図ります。

費用比較

モデルプランの障害福祉サービス費					
重度訪問介護	朝	2時間	390単位	× 31日 =	12090単位
	夕	6時間	1154単位	× 31日 =	35774単位
	深夜	1時間	274単位	× 3回	× 31日 = 25482単位
	休日	7時間	1574単位	× 2回	× 4.5 = 14166単位
単位合計					87512単位
1ヵ月障害福祉サービス費(生活介護除く)支援費用					約 875120円

(参考)

施設入所支援	区分6 × 31日	309単位
	夜勤職員配置体制加算	30単位
	重度障害者支援加算	50単位
	栄養士配置・栄養マネジメント加算	33単位
422単位 × 31日 =		13082単位

3. ガイドラインを見直すしくみ作りについて

1. ガイドラインの公表をしてください。
2. ガイドラインを適宜見直すしくみ作りが必要です。

西宮市における「障害福祉サービス等評価調整会議」(第3者機関)をモデルにしての提言です。

西宮市における「障害福祉サービス等評価調整会議」とは

1. 機能

障害福祉サービス等の申請から支給決定にかかる課題の整理・分析をおこない、「支給決定ガイドライン」に関して提言を行う等、障害福祉施策に対する提言・意見を行います。

2. 構成

障害福祉、地域福祉、権利擁護の各分野の学識経験者及び他市の自立支援協議会従事者などからなる5名の委員で構成します。

4. 相談支援の強化を…！

- ・「制度」「しくみ」を運用する「相談支援」。「制度」と「相談支援」は車の両輪です。両方そろって、始めて地域生活実現へと車は走りだします。
- ・走りながら、「制度」「しくみ」を良くしていくことも「相談支援」に期待されています。【自立支援協議会の活用】
- ・地域生活するための支給決定の「しくみ」と同時に、相談支援を充実強化が必須です。
- ・検討会の声…『だれに相談したらよいかわからない。』『なじみの人、安心して相談できる人が必要だ。』

【最後に…】

検討会からの提言を実施した 場合の効果

- ・地域生活のモデルを示すことができる。
 - だれもが、地域で普通にくらすことができる。
 - 障害を理由にあきらめない。
- ・一人ひとりの生活の違いを尊重できる。
- ・伊丹市は財源確保の指標を得ることができる。
- ・伊丹市の姿勢を明示することになる。
 - 相談支援の指針となる。相談支援がやりやすくなる。

他市の支給決定状況

- 尼崎市

- 1000時間を越える受給者も
- 24時間 × 31日 = 744時間
- 744時間プラス2人介護を認めている。

- 西宮市

- 支給決定ガイドライン 440時間
- 区分6、深夜の介護を要する方、日中は施設を利用

身体障害者検討会の活動

7月	13日	身体障がい者地域生活支援検討会(第1回)
	27日	身体障がい者地域生活支援検討会(第2回)
8月	10日	身体障がい者地域生活支援検討会(第3回)
	24日	身体障がい者地域生活支援検討会(第4回)
9月	1日	作業チームKH君に会いに行く
	6日	作業チームTYさんに会いに行く
	10日	作業チームガイドライン素案作成作業
	20日	身体障がい者地域生活支援検討会(第5回)

だけど仕組みだけでは…
提言も必要ですが

個別実践の実体化こそが普遍性へと繋がる

と、私は思う。
し、そうあるべきだとも思う。。

**その際に必要なのが、
彼女・彼らの存在の顕在化
彼女・彼らの存在価値を**

それが私たちの行う（べき）こと

昨年度の調査報告書から等々…

「社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正」
に基づく医療的ケアの法制化についても…
仕組み・制度と 本当に必要なモノは

**平成22年度障害者総合福祉推進事業
医療ニーズの高い障害者等への支援策に関する調査報告書**

以下のサイトから

<http://www.kangaeyo-kai.net/>

地域生活を考えよーかい

平成22年度障害者総合福祉推進事業 医療ニーズの高い障害者等への支援策に関する調査報告書

P61～ 5. 総括 より

「決して医療的ケアが特別なものとせず、境目無くサービスを提供」
「重要なのは、特定の行為ではなく、特定の人」とのかかわりであるということ
「相談支援の重要性」・・・具体的かつ即時的な機能が必要
「MSWの重要性」と市町村の責任
「福祉サービスの隙間を埋めることを誰かが担わない限り暮らしが成り立たない」「個別の支援を受けながら生活を維持している」実態

「施設（あるいは病院）」で提供される職員体制がしっかりしたサービスは時として（医療的ケアを要する方だととか）、その枠組み（組織・制度等）が利用に対して強固な壁となる場合があり、個別の支援を充実させることに重点を置いた方が、支援の量も幅も広がる可能性がある。

こんな研究班グループでの会議がありました

平成23年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「医療依存度の高い小児及び若年成人の重度心身障がい者への在宅医療における訪問看護師、理学療法士、訪問介護員の標準的支援技術の確立とその育成プログラムの作成のための研究」
第1回ヘルパーウーリンググループ会議

■検討事項

- ・ ヘルパーに必要な知識、技術とは
- ・ どういうヘルパーを養成すべきか、到達目標の設定
- ・ テキストと講習（実技を含む）のプログラム作成スケジュールの検討
- ・ その他

ヘルパーに必要な知識、技術とは

生活を支える、
あるいは共に暮らす(生きる)とすると

なんとなく違和感ある問い合わせ

ヘルパーはもちろん、
例えば医療職(看護師・医師など)も、
決して万全・万能では無い

とすれば、「知識・技術」とは?
〇〇さん(の支援)に必要な「知識・技術」とは?
という視点でないとまずいような・・・

なんとなく、看護師にあってヘルパーにない・・・
といったイメージではなく

ヘルパーに必要な知識、技術とは

もしかしたら、知識以上に、
『意識』が、先ずは必要なかも・・・??

医療モデル(のみ)に陥らない為の
意識・知識が必要かも・・・

在宅医療とか
療養生活とかではない、
生活(暮らし)支援、もう少し言うと、
共に生きたい(関わる/あいたい)という意識

それをベースに考えることが
大切なように思えます

ヘルパーに必要な知識、技術とは

育成プログラム開発という視点で言うと
そのうえで、

医療依存度の高い方への
支援内容(医療的ケア)の持つ
歴史的・法律的意味の理解は必須??

そこには、今既に行なわれてきた検討会の内容にあるような
「ケア」を巡っての議論では、冒頭の〇〇さんへの支援(その方の暮らしのは
成り立たない)ということの認識は間違わず必要かと思われます

目標すところは、
あるケアができる支援者育成ではなく、
まるごと、その「人」と共に時を過ごせる支援者の育成
間違ってるかも。：

ヘルパーに必要な知識、技術とは

具体的に、実支援の際にと考えると

基本的な解剖生理
呼吸器・消化器・循環器・泌尿器

様々な様態(病状など)の理解

脳性麻痺とか
低体重出生児とか
筋ジスその他神経性難病等の特徴や
事故等後遺症、遷延性意識障害など
といわれる方々のイメージを

ヘルパーに必要な知識、技術とは

吸引・経管栄養の基本的な知識・技術

+

様々な状況のイメージ

「移動時」や「入浴時」

及び「緊急時」【起こり得る危険な状況のイメージ】

地域生活支援を行っている者からの

ヒヤリ・ハット等の情報収拾からの考察機会を作る

結局は、ある程度(短くない期間)、

共に過ごす時(時間)を如何に持てるかだと思うのですが・・・

そのために・・・

どういうヘルパーを養成すべきか、到達目標の設定

まずは、主たる介護者にとって代われる支援者

とて代われる部分や場面は段階的で良い

例えば、在宅での食事(多くは経管栄養)時の見守り(留守番)

例えば、在宅での入浴介助・・・

それらは「ひとりで」ではなく、まず「ふたり(複数)で」から

障害福祉サービスには複数者介護があり、
更に訪問看護との併用(共同)による

支援機会の積み重ね及び継続こそが必要

と言っても
最初は母の手を煩わす

（あるに言っても比較で言うと何ではあるか）テキスト及び講習では、
求めていると思われる間違っていたらすいません支援養成は困難であるかと考えます

大胆かも？（というか無茶な発想？）ですが困難
実支援をプログラムに組み入れなければ困難
おそらく実践している事業所は
そういった取り組みを行なっている

このあたり、
「既存の制度に捉われない養成過程を目指す」に期待

ご静聴ありがとうございました

地域生活を考えよーかい

<http://www.kangaeyo-ka-i.net/>

