

権利擁護部会活動報告書

1 開催状況と主な協議事項

	年月日	主な協議内容
第4回	令和2年10月2日	障害者虐待防止の取組、意思決定支援、成年後見制度等について協議を行った。 【主な内容】 <ul style="list-style-type: none">・ 障害者虐待への対応状況について・ 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドラインについて・ 成年後見制度における地域連携ネットワークの取組み（報告）

2 第4回の協議内容

<p>【障害者虐待への対応状況について】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 障害者福祉従事者等虐待については、施設の支援力が低い事例が見受けられた。人材確保や人材育成に課題を感じる。そうした事業所への指導の仕組みが分かりにくいのではないか。・ 虐待を行った者が継続して支援に当たることについて、また同じことが起きるのではないかと心配になる。再発を防止できる取組みがあったらよいと思う。 <p>【障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドラインについて】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 支援の中で、食事や外出先を選択するような取り組みは日常的に行われているが、ガイドラインに示されているような本人の選択の背景にあるものを記録に残し、意思決定支援につなげる取り組みは不十分であるように思う。相談支援専門員がサービス等利用計画作成の際、意思決定支援のプロセスを記録していくことが必要ではないか。また相談支援専門員が各支援の個別支援計画について意思決定が反映されているか確認できるとよい。・ 本人の意思と親や家族の思いは違うものだと意識することが、本人の意思を尊重することにつながるのではないか。また、経験が少ない障害者もいるので、体験しながら選択していける機会があるといい。・ 親も経験や知識が不足していることがあると思う。施設から意思決定支援に基づいて支援に当たっていることを知らせてもらうことで、家庭でも意識して接するようになり、より本人の意思を引き出せるのではないか。家族が意思決定支援を意識できるような取組みが必要。・ 意思決定支援を進めるには、サービス等利用計画の様式に、そのプロセス等を書き込めるようにするなどして、研修を行うことが有効だと思う。 <p>【成年後見制度における地域連携ネットワークの取組（報告）】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 権利擁護センターほっとサポートねりまが中核機関となり成年後見制度における地域連携ネットワークの構築に取り組んでいる。ネットワーク構築の取組として行っている検討支援会議においては、成年後見制度の利用にこだわらず、他の制度利用も含め検討をしている。

地域生活・高齢期支援 専門部会活動報告書

1 開催状況と主な協議事項

	年月日	主な協議内容
第4回	令和2年10月5日	<p>「高齢期を迎える障害者・家族への支援および地域の障害者を支援する取り組み」について意見交換・協議を行った。</p> <p>【主な内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域生活・高齢期を支えるために必要な支援について ・（仮称）もしもシート（緊急時に備えた情報シート）について

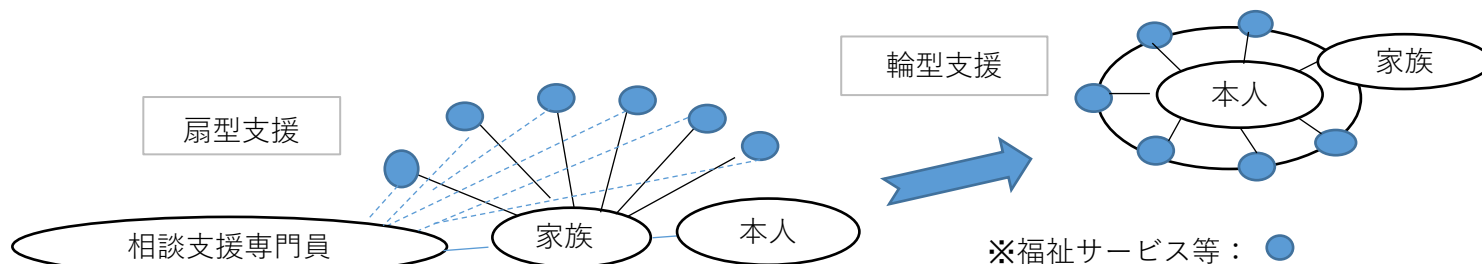
2 第4回の協議内容

第3回専門部会では、高齢期に生じると思われる「もしもの時」に備えるために必要なことを、書面にて意見集約した。そこでは、以下のような意見が挙げられた。

- ・本人が高齢期を迎える前に本人にとっての望ましい生活と支援体制、生活設計の確立ができるとうい。
- ・親がいることが前提でない、本人の「自立」という視点が必要である。
- ・そのためには、「基盤の整備」「人権・権利擁護」「地域の支援」「福祉サービスの利用、支援者等との連携」の4つの視点での検討が必要となってくる。

【地域生活・高齢期を支えるために必要な支援について】

- ・現在は、親（家族）が扇のかなめとなっている扇形支援であるが、本人（本人の思い）が中心となり支援者・関係者が輪になる輪型支援になっていくと良い。本人に合わせて輪が広がったり二重になることで地域で充実した支援が可能となる。
- ・支援者側が、本人をより積極的に理解していく姿勢が必要である。



【（仮称）もしもシート（緊急時に備えた情報シート）について】

これまでの協議・検討から「（仮称）もしもシート」を作成し検討した。（A4両面）

- ・「緊急時に日常的にかかわる支援者から情報を得ることが難しい状況で、福祉サービス等の利用が必要な場合」を想定して作成した。
- ・緊急時に「最も本人の情報を持っている支援者」につながる情報の記載があれば良い。
- ・サービス等利用計画の作成により、担当の相談支援専門員が本人の情報等を多く把握している。もしも場合は相談支援専門員につながる大切である。福祉サービス等を利用しており、担当の相談支援専門員がいる場合は、「（仮称）もしもシート」には、相談支援事業所名と担当者・連絡先が記載してあれば緊急時には対応が可能となるのではないかと。
- ・福祉サービス等を利用していない、相談支援事業所とつながっていない場合には、誰が見ても迷わない内容だと良い。
- ・A4両面であれば、負担なく記入することができる。
- ・利用する人によって、必要な項目のみ記載すれば良い。
- ・区「もしもの時の緊急あんしんシート」の併用や「医療・介護連携シート」を参考にするのはどうか。
- ・「（仮称）もしもシート」の利用方法についても、今後検討していく。

相談支援部会活動報告書

1 開催状況と主な協議事項

	年月日	主な協議内容
第4回	令和2年8月7日	<p>書面開催における委員の意見を踏まえて、ツールを活用した連携や有効なツールづくりといった視点で、下記の3課題について協議した。</p> <p>【主な内容】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 成人期への連携にむけた学校生活支援シートの活用について・ 成人期から高齢期への連携の課題について・ 地域連携の要となる相談支援専門員の育成について

2 第4回の協議内容

【委員からの意見】

・ 冊子「つなぐ」は高齢の家族に渡してもなかなか記入できない。小・中学生の親は、まだこの冊子の大切さがわからない。親なきあとを見据えてつくられたものであり、相談員がはじめて会った時でもこれを読めば本人の今までのことがわかるし、年金申請の際にも役立つ。未来をイメージして、冊子をもっと活用してほしい。

・ 学校生活支援シートは年度始めと終わりに保護者に聞いて記入し、各支援機関に各自で渡してくださいと伝えている。みんながどれ位活用できているかというところとわからない。本人の願い、保護者の要望なども書いてあるが、以前は自由に見ることができたのに今は個人情報扱いになっている。学校以外では更新できない。本人のことがわかる内容ではない。卒後も学生時代の記録を言語化してどの世代になっても活用でき、つながっていけるものになってほしい。相談支援事業所の方が学校に本人の様子を見に行きたいと連絡がくることもある。親の支援が弱いときなど相談支援の方が入ってくるといいと思う。

・ 計画作成で相談員は忙しい。計画作成は親も毎回同じ手間で面倒であり、税金の無駄づかいのような気がする。計画作成のための相談支援ではなく、生活で困った時の相談員が必要。

・ 同じ相談支援員でもケアマネ、医療等連携をとるのが難しいときがある。相談員のスキルの差をどのようにレベルアップをはかるか課題。

・ つながりが途切れないシステムが必要。障害でサービスを受けていたのに連絡なく高齢者サービスに変わっていたなどがある。

【次回協議に向けて】

学校生活支援シートやサービス等利用計画、ケアプランと、学齢期、成人期、高齢期といったライフステージごとの地域生活を、包括的に把握するツールは存在するが、十分に活用されていないのが実情。また、ステージを移行する際の引継ぎの仕組みも作られていない。

「生活支援ノートつなぐ」や「親心の記録」など、当事者家族を中心に、情報共有や引継ぎのための記録ツールも作ってはいるが、利用は任意であるため、一部にしか周知されておらず、標準ツールとはならない。

本人の望む生活の実現に取り組みながら、地域生活を安定して長く継続していくためには、本人の意向を実現するための「相談支援」が不可欠である。効果的に支援するために、情報共有ツールが開発されているものの、十分に活用されていなかったり、標準化されていないという問題がある。

以下を課題として、次回相談支援部会において協議を行ない、第5期練馬区障害者地域自立支援協議会の報告に向けて、改善提案をまとめたい。

- (1) ライフステージをつなぐ練馬区版情報共有ツールの開発と標準化について
- (2) ライフステージを移行する際の引継ぎ手続きの標準化について
- (3) 上記ツールを活用して、効果的に相談支援を行なう為の、相談支援専門員の支援技術向上に向けた取組について

地域包括ケアシステム・地域移行専門部会活動報告書

1 開催状況と主な協議事項

	年月日	主な協議内容
第4回	令和2年9月15日	<p>障害者の地域生活を支える練馬区の取り組みとして、地域生活支援拠点等の整備、住まい確保支援事業についての理解を図り、取り組みの推進や活用に向けた協議、検討、意見交換を行った。また、練馬区長期入院患者状況調査の速報値の報告を行い、現状についての共有、退院後の支援体制の構築に向けての意見交換等を行った。</p> <p>【主な内容】</p> <ul style="list-style-type: none">・地域生活支援拠点等の整備について・住まい確保支援事業について・練馬区長期入院者患者状況調査（速報）について

2 第4回の協議内容

<p>・戸建てタイプの住宅をグループホームとして運用できるとハイケアなグループホーム体制が築け、多くのニーズ対応が可能になると思われる。</p> <p>・グループホーム活用型ショートステイ事業における体験宿泊は、退院に向けたアセスメントや緊急を含むレスパイト以外にもゴミ屋敷で暮らしていて暑さからの避難での利用など様々なケースがある。緊急性を幅広く考え、具体的事例を共有しながら検討していけると良い。</p> <p>・精神科長期入院患者とアパートを探すとき、不動産屋から入院理由など聞かれることで、本人と不動産屋の間でスムーズなやりとりができないことがある。住まい確保支援事業も精神障害者の利用希望者があるものの、成約に至っておらず、今後居住支援法人との連携や経験を積みながらシステム化していけると良い。</p> <p>・保健所のアウトリーチ事業は成果が上がっている。病院でも医師や看護師がアウトリーチ訪問をしているが、敷居が高く、継続することが難しい。訪問看護は生活支援なども担っている身近な存在であるので、ひきこもりなどの支援には継続的に関わることができている。各機関の連携の仕方を模索していくことで、支援の幅が広がると思う。</p> <p>・地域で生活している方が、再入院せず、親亡き後も地域で安心して住み続けられるよう、足りないものは資源を作っていくことが大事。</p> <p>・練馬区長期入院患者状況調査において把握された、本人の退院希望や病院の判断、家族の協力が得られる退院可能と思われる13名に対し、地域移行支援、練馬区住まい確保支援事業など、地域で支える仕組みなど支援体制を検討していけると良い。</p> <p>・70歳代で退院が困難な方の中には、一人暮らしやグループホームでの生活より入院していた方が、金銭面での負担が少ないため、入院を継続している方もいる。経済的な支えなども含めた支援があると良いと思う。</p>
--