

第2回地域力強化検討会 論点に対するご意見

日本相談支援専門員協会 菊本圭一

2. なぜ「小中学校区等の住民に身近な圏域で、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制」が必要なのか。

【身近な相談窓口に繋がりにくい現状もある】

住民の身近なところで相談が受けられる支援体制については賛成いたします。しかし、現実には病気や障害に対する偏見や差別などを感じていて、あえて自分の生活圏から離れた場所で、治療や相談を望む方も少なくない現状があります。理屈ではなく、人の感情ですので根深いものを感じています。まだまだ障害に対する「心のバリアフリー」が進まない中、また障害福祉分野での相談・支援の人材育成が軌道に乗ってはいない中で、身近な相談窓口を考えていくのは時期早々の感が否めません。

☆参考例 人口7万人で小学校区8箇所の場合。

8箇所すべてに障害の専門相談員を置くことは現実的ではない。分散することで非効率となる可能性が高い。

政令市や中核市など、人的な資源が確保できるところは体制整備可能だが、人口5～7万程度の自治体では、障害者の相談支援専門員を拡充するための仕掛けが必要と考えます。

【支援の適正量とは】

これまで日本相談支援専門員協会は、公的なサービスだけに頼った障害のある方への生活支援では不十分として、常に疑問を投げかけてきました。なかでも、インフォーマルなサービスの重要性や公的なサービスだけでの支援では、必ず埋めきれない部分や支援の届かないことが生じることを確認しています。

支援が不足することは間違い無く不可とする考えに立脚していますが、支援のタイミングや量、内容が適正ではないと、利用者自らの力を削ぎ、サービスに依存する危険があることにも注目してきました。

ですので、公的なサービスや住民主体による支援の適正をどのように考えるかはとても重要と思われませんが、障害を持つ人に提供できるサービスの量ではなく、「選択肢」の乏しさを論ずるべき時期であり、ありふれた社会資源（住民が一般的に活用する資源）を柔軟に今以上に活用することや使い切る議論や方法論は十分ではないと考えます。そうなると、支援者サイドの発想転換などの研修体制の強化も、統一的に実施する必要性も生じてくると考えます。

【災害時での配慮】

災害時には、福祉避難所を設置するという考え方が一方にあります。しかし、高齢者、障害者、子供、妊婦など特別な配慮が必要な人を、福祉避難所などだけに集約して地元地域から切り離して保護せず、一般住民と同様の避難所内で「医療福祉ゾーン」や「高医療・高福祉ゾーン」などで配慮し、身近な避難所で地域とのつながりをできる限り切らない体制作りを希望します。

地域防災計画の要支援者リストの今後の有り方を含めて、大規模災害の現場経験を基に、実効性のある議論が重要と考えています。

【医療的ケア児】

下記の参考数値の通り、非常にマイノリティーな問題です。医療的ケアを必要とする子どもには、日常的な生活の中での節目を支援し、家族の負担を軽減していくことが大切で、身近な住民の理解を得るだけでなく、地域住民でも可能な医療的ケアを身近に学べる体制づくりを考えなければなりません。医療的ケアを地域に浸透させるには、関係機関の連携と協力だけでは足りないことが予見されます。まずは、都道府県レベルで基盤となる機関の創生が必要です。

一方、医療面での支援機関は、広域（圏域外・遠方の市町村等）なこともあり、その点も考慮した体制整備の議論が必要と考えます。都道府県レベルによる計画的な体制整備が重要です。

☆参考数値 埼玉県小児在宅医療支援研究会資料より

埼玉県人口 約 715万人

18歳以下の小児在宅医療患者 702名 対県民比 0.009%

うち気管切開及び人工呼吸器が必要とする児 71名

気管切開のみ 54名

マスクによる人工呼吸器 19名 計144名

対県民比 0.002%

3. 「目指すべき地域」のために、地域においてどのような機能が必要か

【支援の受け手と担い手】

高齢・障害・疾病・子育て・生活困窮といった脆弱性や生きづらさ、課題を抱える方も、支え手側と受け手側が常に固定しているのではなく、誰もが地域に居場所や役割があり、課題を持っていても誰かに相談でき、又は、誰かが手をさしのべてくれる多様な価値観が尊重さ

れ、過度に干渉したり、疎外されることがない地域を目指すことに賛同いたします。そのためには「人は皆、違っていい」という考え方や意識の浸透・醸成が必要です。

【地域の担い手の高齢化】

一方で、その住民が主体となる支援の基盤整備には、日本人の働き方についても見直しが必要です。高齢者が元気で活動することは社会的にもよいことですが、現役世代の労働者が仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）が取れていないために、地域づくりの主体者が高齢者に偏っています。

「地域デビュー」という言葉もありますが、あまり好ましい現状ではないように思えます。仕事を定年退職してからでなければ、地域での活動がしにくいことは大きな課題です。地域活動の継続性を担保するためにも、20～40代などの若い世代が地域での活動に参加ができるよう、働き方や就業時間、残業のあり方など、国が新たな考え方を示し、実現することが基盤整備につながるのではないのでしょうか。

【母子保健の再強化】

どの地域においても、障害、高齢者等の分野において、重要な役割を果たすべき位置にいるのは保健師です。その保健師が活躍する保健センターの中で、現在の高齢期の問題に対応するために、力のある保健師が包括支援の方に従事する傾向が多く地域で起きています。結果として母子保健に従事する保健師の若年化、減少化という事態にもつながっており、地域の力を活性化するためには、子どもの時期のネットワーク化の推進は有効であり、地域の隠れた人材を活かしていくためにも、子どもの支援から考えていくことは大切だと考えられます。地域によっては形骸化している健康診査のことも含めて、母子保健事業の見直しを、分野を超えて行うことも、地域力強化のための一手となるのではないのでしょうか。

4. 多機関の協働による包括的支援体制をどのように作っていくか。

【総合相談の好事例と解消要因】

これまで全国で取組まれた、総合相談体制の好事例をご紹介いただき、よい結果が得られた要因を分析して会議資料としていただきたい。また、総合相談を設置したが中断ないし、解消してしまった自治体があれば、その要因を分析し会議資料とならないでしょうか。

【福祉事務所機能の再考】

現場実態を鑑みれば、福祉事務所機能が委託に出されているため、再整理、法律の見直し等をお願いしたい。具体的には、社会福祉主事のあり方等は、このままでよいのでしょうか。そもそも多機関の協働による包括的支援体制については、行政内での縦割りによる現状から、

動き出せない現実を考えるべきでしょうし、各分野の意識されるレベルや話し合いのステージが定まらない中で、いくら住民側から望んでもシステムも予算も連携も出来ない要因が存在している実態は無いでしょうか。

地方自治の流れに逆行する意見ですが、大きなルールチェンジをするためには国が多機関の協働による包括的支援体制のモデルや画一的な基準を示し、体制の主要部分は地域差が生まれないデザインを示すべきではないかと考えます。

一方、地方自治の流れの中で、都道府県の役割（都道府県の圏域など地域の支所等）と市町村の役割が見えなくなっている現状もあります。推進先（主管課）の整理も同様に実施することが必要です。

【現場レベルでのトレーニングシステム】

市民レベルでは対応や解決が難しい事案に必要なチームづくりには、それぞれの専門性を尊重しながらも、活発な議論や支援の検証が行える場が必要と考えます。高齢・障害・子育て・生活困窮・孤立・孤独・健康・就労など、それぞれの望遠鏡で同じ星を眺めているような、ベクトルを合わせるための研修や教育が必要だと考えます。

具体的には座学の研修と実務の中で指導ができる体制づくりが重要と考えます。今までの福祉業界においては、座学型の研修が中心で実務指導の体制や方法が確立されていないと考えています。医療においてはインターン制度などによる研修医。弁護士には「イソ弁」居候弁護士など、実務を現場で指導できる仕組みが担保されています。福祉の支援においても、事例共有と事例検討を職務の重要な業務と位置付けられることで、質の高い人材育成につながるものと考えられます。