

あなたもわしも
おんなじいのち

NPO法人
北九州ホームレス支援機構

1988年12月発足・2000年NPO法人化
NPOメンバー150名・専従スタッフ 70名
自立者総数2000人

NPO法人北九州ホーム
レス支援機構が考える
伴走型支援について

ホームレス支援から見た 困窮孤立者の抱える問題

ハウスレス ↔ **ホームレス**
(物理的困窮) (関係性の困窮)

※**困窮・孤立者**という認識が必要

支援の両輪

- ・ハウスレス・・・**なにが**必要か(衣・食・住・医療)
- ・ホームレス支援・・・**だれが**必要か
(絆の回復、人とのつながり)

困窮概念の見直し

従来の困窮概念

① 経済的困窮

⇒ ハローワーク・年金制度・生活保護など

② 身体的困窮

⇒ 病院・健康保険・障害福祉・老齢福祉・介護など

さらに、第三の困窮

③ 関係的困窮

※ これまで困窮者の横には「誰か」がいた。その「誰か」が社会的資源につないだ。 → 「血縁」「地縁」「社縁」

※ しかし、第三の困窮・関係の困窮・無縁化が進む中で困窮者が施策にたどり着かない状態になった。

※ 三つの困窮概念に対応する社会システムの構築の必要

→ 第4の縁

伴走型支援の必要 モデルとしての家族・家庭

家庭が持つ三つの機能

①受け皿的機能—サービス提供

住居、食事、睡眠、看護、教育、服飾・・・

②記憶

出来事・経験・思い出・・・

③持続性のある伴走的コーディネート機能

家族の成員のニーズに応じた社会的資源との連携をコーディネートする。

例えば、子どもが病気になったとき・・・病院に「つなぐ」、元気になるれば「もどす」 学校に「つなぐ」・・・

しかし、家庭が崩壊した

①受け皿機能・サービス提供

→既存の社会的資源の活用で対応

……………例えば、介護事業等・コンビニ
不足しているものは、新たに創る

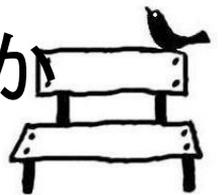
しかし、以下の二つは、欠落したまま…

②記憶

③伴走的コーディネート機能

この二つは欠落状態！！

※この部分を社会的にいかにして創造するか



記憶をどうするか？

記憶 ⇒ 記録へ・データベース化

北九州・・・2004年以降三つの支援台帳

⇒ トータルな伴走型支援が可能に

①『ホームレス自立支援台帳』……………2500人

ホームレス巡回相談指導員によるホームレスへの
面談・対応により作成

②『自立支援センター生活相談台帳』……………900人

巡回情報提供、および自立支援センター生活相談
指導員による入居者への面談、対応により作成

③『自立生活サポート台帳』……………1300人

巡回相談指導員と自立支援センター生活相談指
導員による情報提供、および自立生活サポートセ
ンター生活支援員による、自立者への面談、対
応により作成

■データベースを活用することの利点

- ① 支援者側の情報共有が可能。他人が複数でチームを組むことができる
- ② 必要な情報の抽出可能
- ③ 対象者全体の傾向把握。困窮の実態把握
- ④ 段階的発展的なケアプランの作成が可能
- ⑤ 流動化する困窮者の現状に対応
⇒ 全国規模のデータ共有の必要

※当然本人承諾、システムセキュリティ・個人情報など課題のクリアの上

困窮者支援の三つの要素

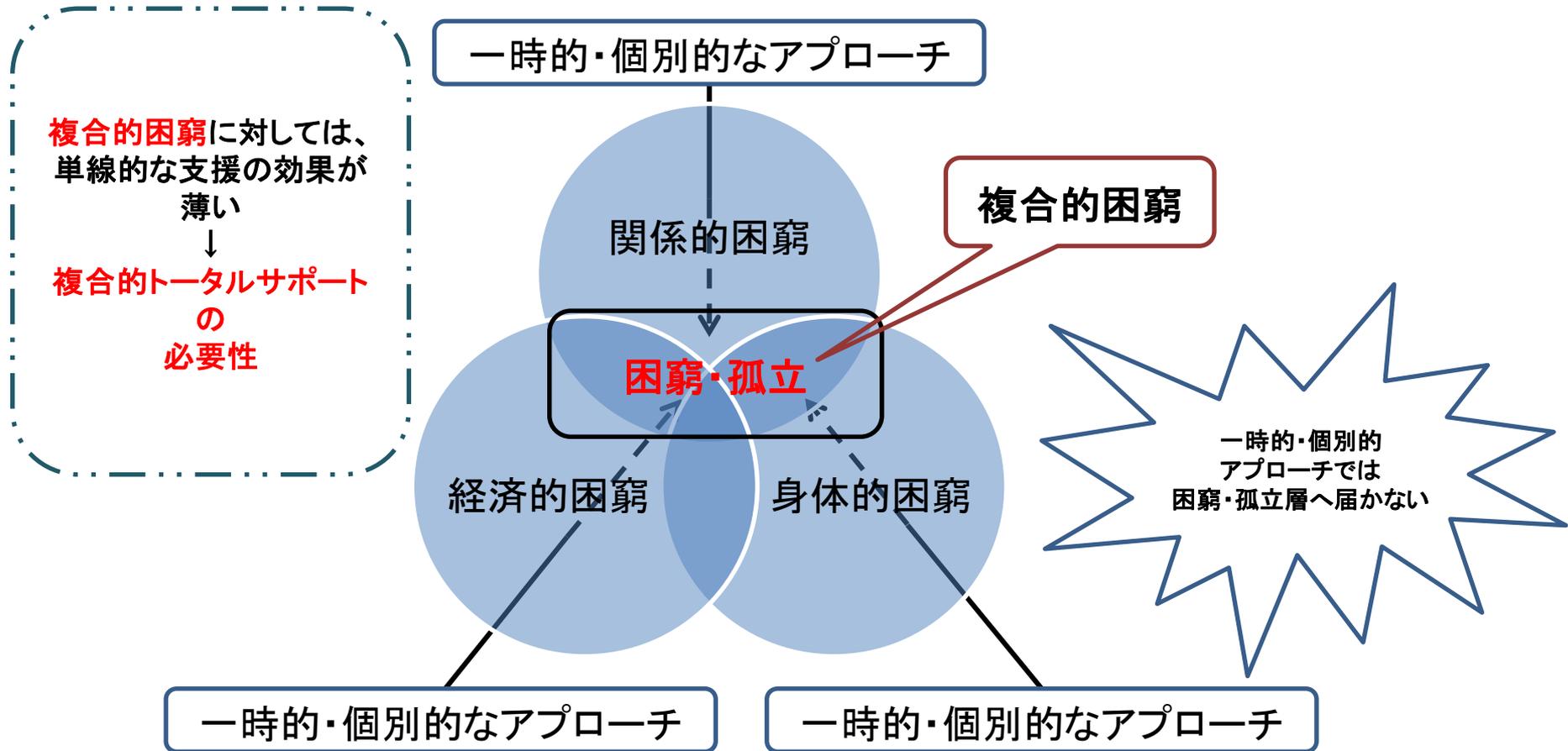
- ① データベース
- ② サポートプラン（含パーソナルプラン）
- ③ パーソナル・サポート・パーソン

（**PSP**：PSSではない！）

→人を支援するのは人である

→パーソナルは、「個別」のみならず、
人格（ペルソナ）に対する支援・・・全人支援

トータルサポートの実現



家族・家庭は、機能を果たすと以前に
「存在そのもの」であった



伴走型支援の二本柱

① 処遇の支援

② 存在の支援

※これまでの支援現場の多くは処遇中心

※処遇を円滑に図るためにも**存在は重要**

※存在の支援は、支援の相互性を可能にする

持続性のある伴走的コーディネートのポイント (抜粋)

①受け皿とコーディネートの分離

ワンストップサービス型との違い

受皿機能は、社会的資源を活用する

②「つなぎ」と「もどし」の連続

⇒「次行ってみよう！」

⇒「もどし」がポイント

⇒現状「投げ渡し」の克服

③「制度またぎ」のコーディネートの実施

⇒横断的支援



④受け皿(制度)内コーディネートを超え
ると同時に受け皿チェックの実施

受け皿内コーディネート→守備範囲の限定

結果⇒投げ渡し

受け皿都合のコーディネートの阻止

→例)水際作戦、退院促進

悪質受け皿の淘汰・貧困ビジネス対策

⑤総合的かつ段階的ケアプランの作成
—「自立支援」から「人生支援」へ

困窮者支援にケアプランを導入する
ケアプラン⇒リプラン

例えば、相談→病院→福祉→居宅設置→手帳取得→ハローワーク
→就労訓練→就労→地域資源・・・

⑥ 伴走型支援員(コーディネーター)のプロ化

⇒ コーディネート事業を社会的に認知する

⇒ コーディネート支援員に対する社会的評価

(コーディネート対価の保障・介護制度の反省)

⇒ しかし、最後は情熱かなあ・・・深い専門性不要

※ 家族は、医者にはならない

⑦ 自尊感情と自己有用感

社会参加の条件は、二つ

⇒ 自尊感情の保持

⇒ 自己有用感の保持

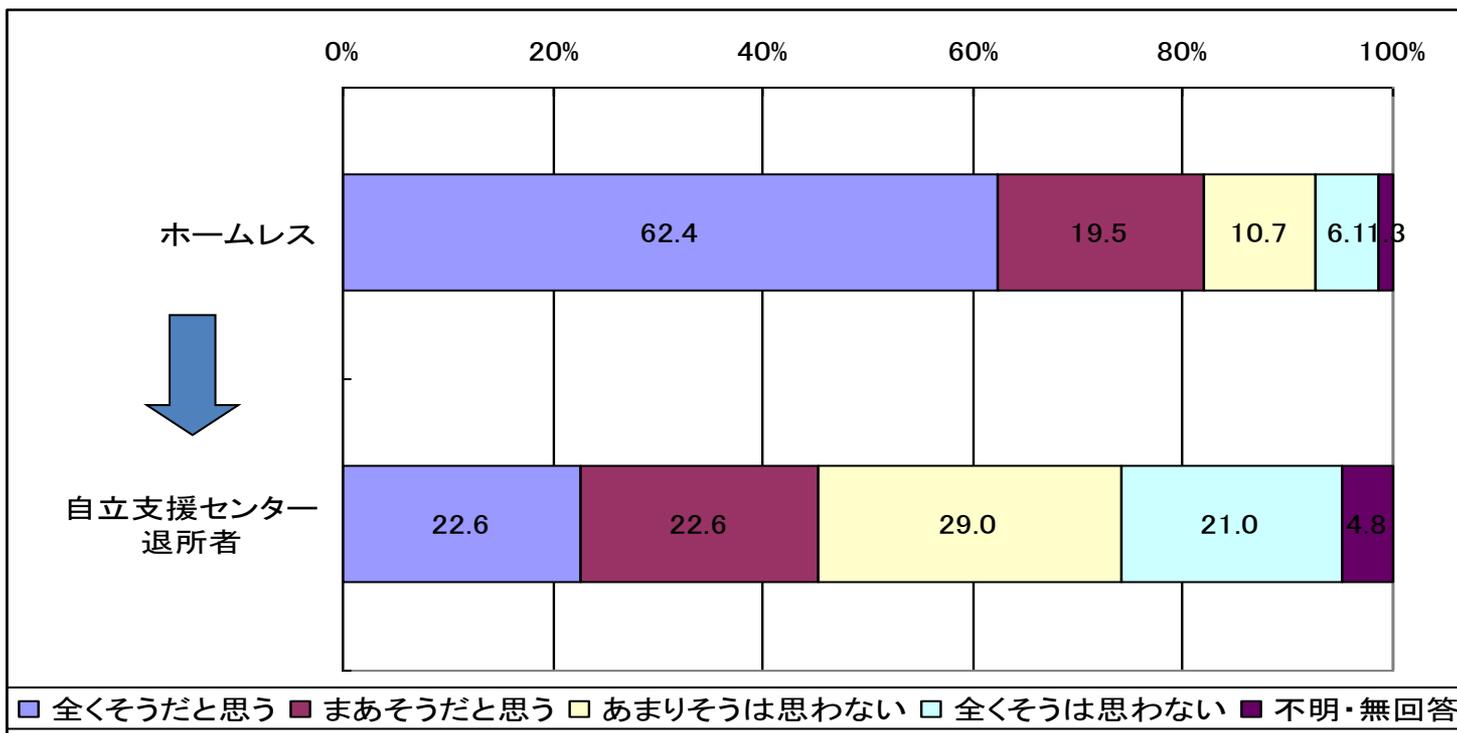
※ 絆の相互性



社会的孤立感の変化

「周りにたくさん人はいるが、いざとなったら頼れる人はいない。みんな結局は一人ぼっちだ」意識

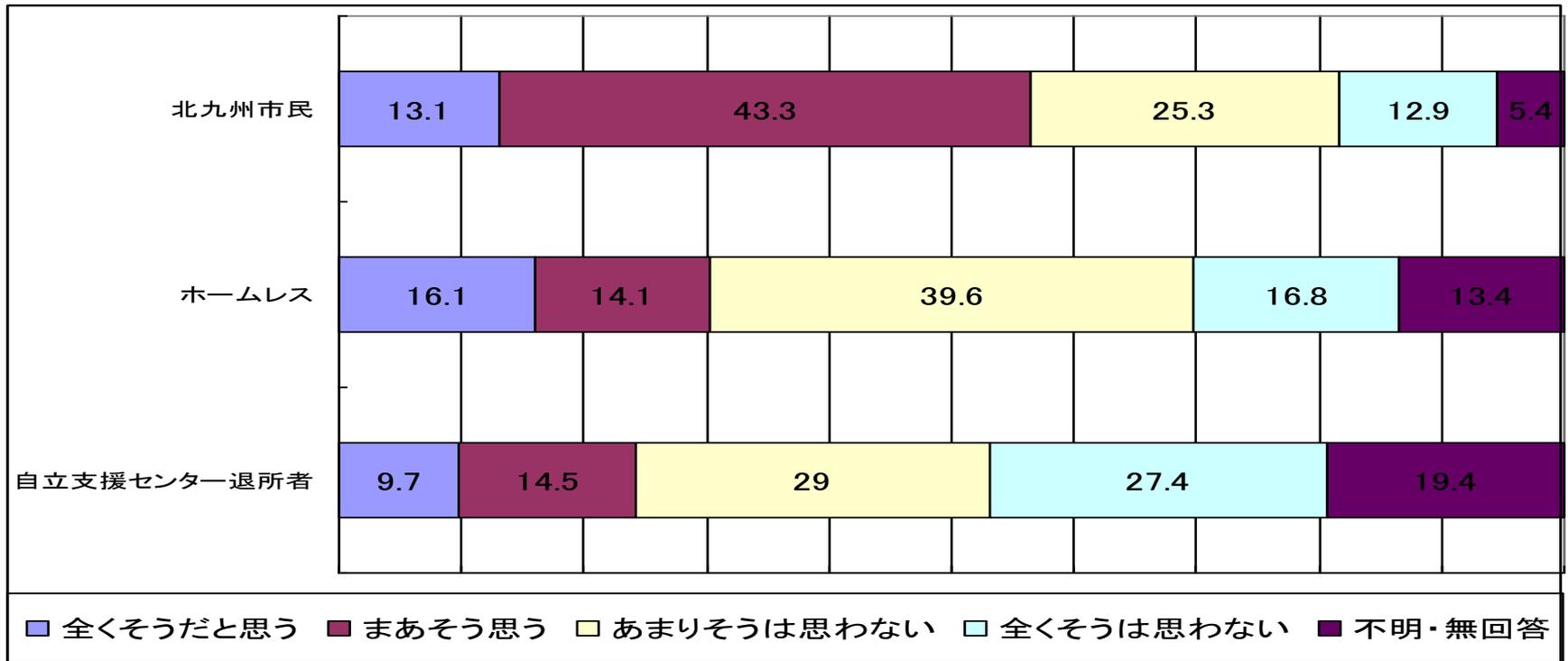
孤独感自立前62%⇒自立後23%へ



社会的孤立感は大きく減少

自己有用感の変化

「自分はこの世の中、社会にとってなくてはならない存在だ」意識



しかし、自立後、自己有用感が高まっていない

支援の課題。支援、被支援の固定化。就労の限界などが

二つの伴走支援の仕組み

2つの伴走支援システム

(1) 個別型伴走支援(PSによる1対1の伴走支援)

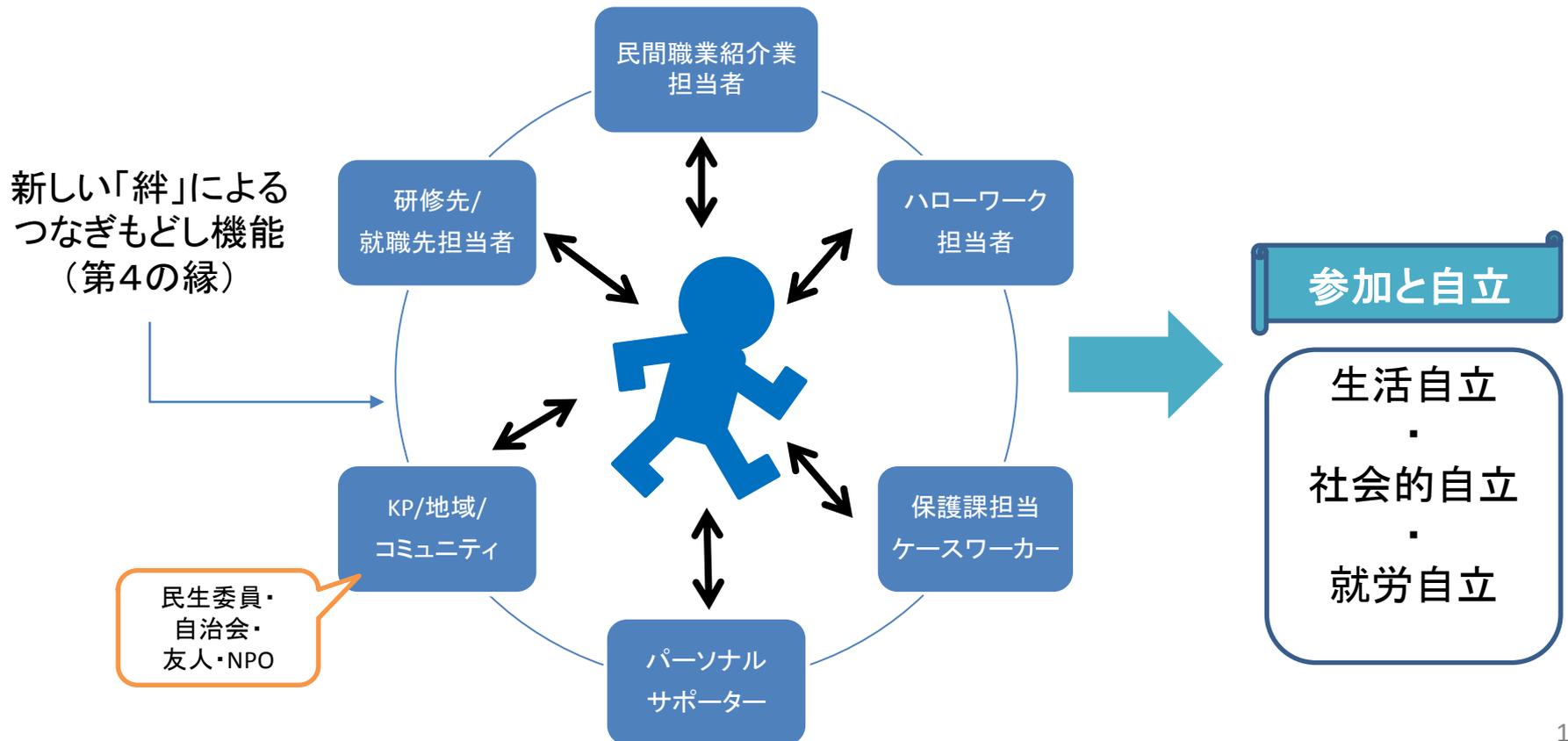
- ・パーソナルサポーター(PS)の設置
- ・担当者形式(1対1)
- ・データベース、サポートプランに基づく伴走支援

(2) 総合型伴走支援(複数体制による伴走支援)

- ・「ハローワーク(HW)」「ケースワーカー(cw)」「PS」「研修先/ 就職先の就労担当者」「民間職業紹介業担当者」「キーパーソン(KP)」からなる総合的ケースカンファレンス(6者会議)の設置
- ・総合的ケースカンファレンスにおけるサポートプラン等の検討、PSへの助言。
PSと他との関係、役割の線引き:PSはコーディネーター
- ・段階的支援(=関係の移譲と社会の絆への移行)
 - 支援の絆が段階的に減っていき「企業」と「地域」の2本へ
 - 最終的には当人が支援する側へ

総合型伴走支援のイメージ

総合的ケースカンファレンスによって、社会的資源との連携をコーディネートし、新しい「絆」のもと、複数で困窮者を支える⇒サポートプランの協働作成(原案はPS)



キーパーソン

キーパーソン(KP)

若年困窮者の自立の鍵を握る支援者。

PSが複数の若年困窮者を支援するのに対して、キーパーソンは基本的に1対1の関係で若年困窮者を支援。

若年困窮者との関係については、家族、友人、教師、NPO職員などを想定。より密接な関係性のもと、若年困窮者の精神的支柱として自立へむけて伴走。

ライト・キーパーソンズ(LKPS)

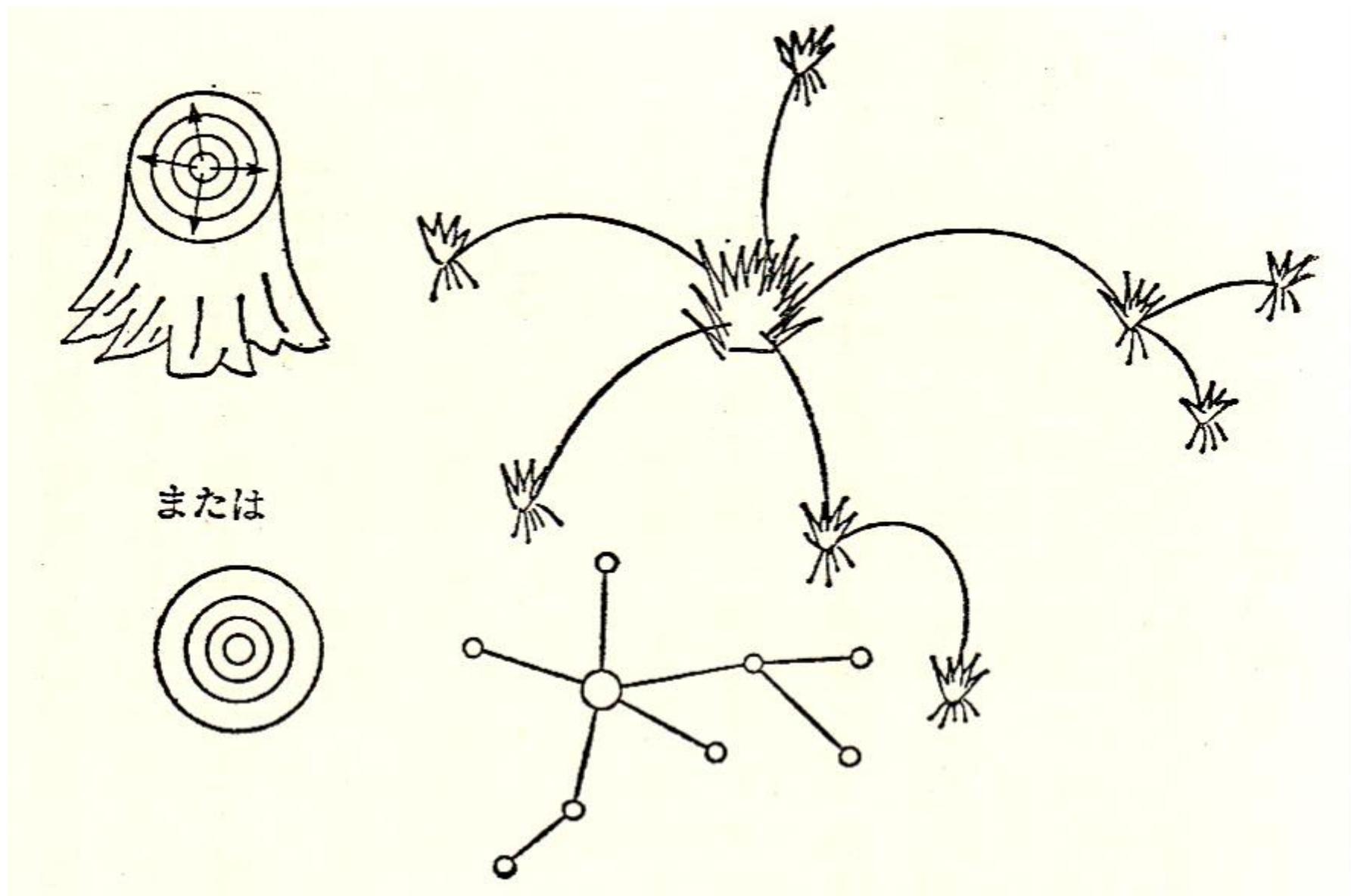
若年困窮者が自立支援事業のなかで段階的に自立していくにしたいが、事業を通して若年困窮者と新たな関係を結ぶ支援者が現れることを想定。

(例) 研修先企業の担当者等

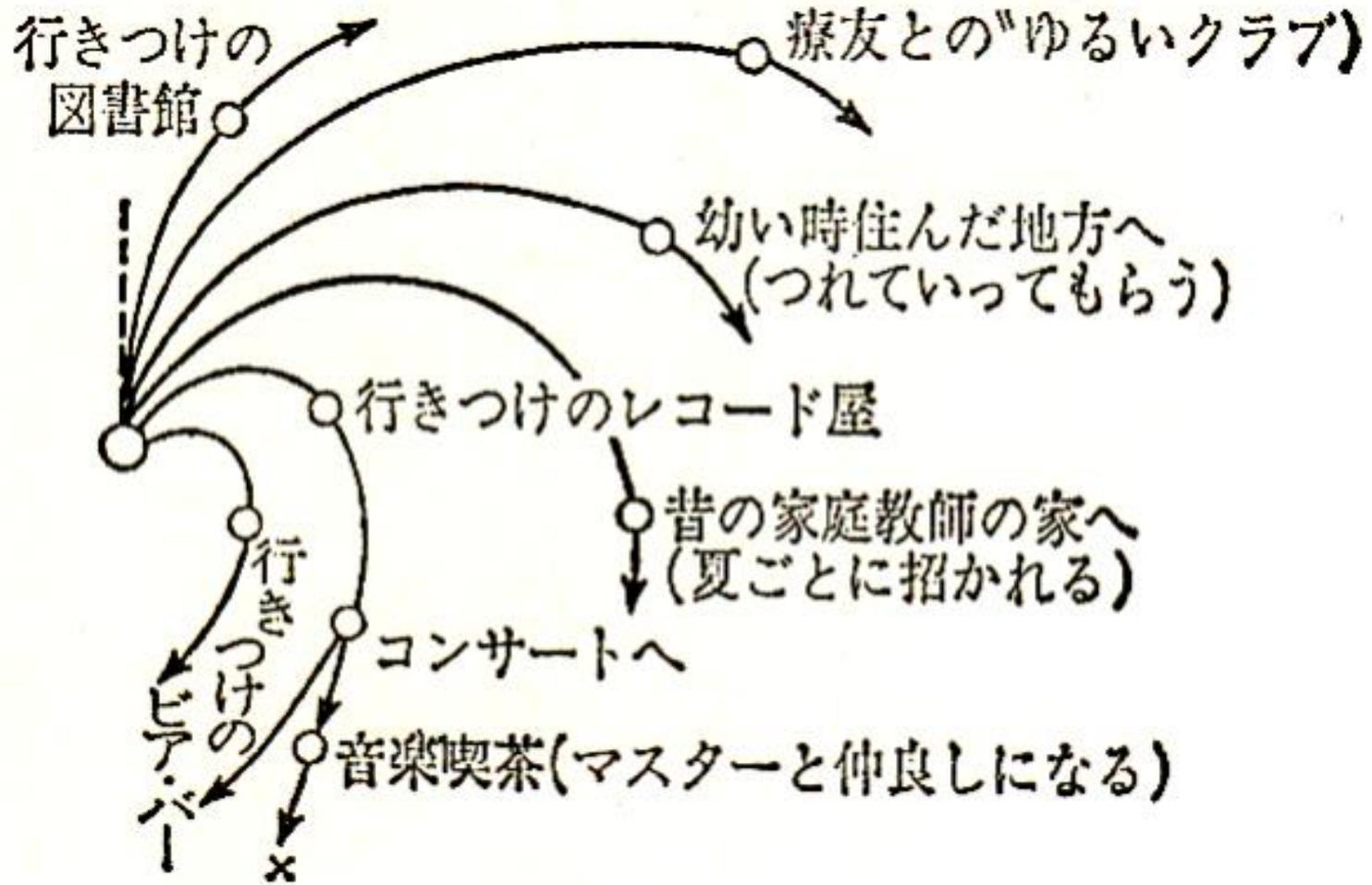
若年困窮者の現状を認識したうえで、専門的な立場から克服すべき課題などを提示できる可能性を考慮。

段階的に現れる支援者を、キーパーソンと同じように自立の鍵を握りながらも、関係性についてはある程度軽度になるという意味から「ライト・キーパーソン」と新しく規定。

生活圏の「同心円的拡大」と「オリヅラン型拡大」



「オリヅラン型拡大」の例



サポートプラン

期間ごとの生活領域を8分野に分け、優先順位・時期・おおまかな内容を俯瞰するための支援計画書として作成

【支援領域と内容】

- ①就労
- ②生活
- ③健康
- ④社会保障
- ⑤法律
- ⑥人間関係
- ⑦金銭
- ⑧生きがい

VI プロジェクトの研修内容 1. 研修前

パーソナルプラン

- ・生活全般における目標を設定
- ・あくまで本人主体によるプランであり、内容は「私は〇〇をする」など、主語は本人(主体性)
- ・自らの目標設定のための支援を行いつつ、獲得すべきテーマや到達すべき目標をともに確認することにより、伴走する際の起点とする

これからの伴走型支援を中心とした 困窮者支援の仕組み

必要となる6つの仕組み

- ① **相談**の仕組み(アウトリーチ含む)
- ② **伴走型支援**の仕組み
- ③ 伴走型**支援決定の承認**仕組み
- ④ 伴走型支援**スタッフ養成**の仕組み
- ⑤ 受け皿となる**社会資源の確保**の仕組み
- ⑥ 一連の**システム検証**の仕組み

全体のイメージ

