

地域生活の中で、実は重層するネットワークが存在する。例えば、釣り仲間という人間ネットワーク、友達による介護の人間ネットワーク、などである。ネットワークの多様性・充実度が、この地域生活支援の重要な視点としなければならない。

(5) 支援関係の諸形態

のちに支援関係の諸形態と当事者の生活状況を対比させながら地域生活支援のあり方をみていくので、ここで若干の説明を加えたい。

以下に、支援関係の形態について示す。

「家族内支援関係」とは、障害児に対して母親が全面的に介護をしているような場合である。これは、サービス提供事業者の有無に関わらず、育児として全面的に関わることがある。また、養護学校を卒業後、在宅で母親が介護のサービスを利用することなく、全面的に生活を支える場合もある。

「単一支援者関係」とは、例としては多くないかもしれないが、家族外の人が、制度利用としてではなく、ある障害者の生活を全面的に支えるような場合である。

次に、「複数支援者関係」であるが、これは配偶者や親、子という家族構成員を含む外部のボランティアや友人が生活を支えることを意味する。また、家族を含まず、障害者本人によるコーディネートにより複数の支援者が関わる場合の関係もある。それが進んで支援者相互の関係を結んでいくこともある。それを支援者ネットワークと便宜上表現する。

そして、事業者を利用する場合には、大きく二つに分類してみることとする。「単一事業者」を利用し、そこの関係で生活を成り立たせている場合と、「複数事業者」を利用し、そこの関係で生活を成り立たせる場合を指すこととする。

このように本人の生活を介護に関わる関係を入れながら遂行する際、いくつかの便宜的関係を示してみたが、これらの関係と、地域に存在する「サービス提供者の量」を表にして示す。この表をみると、関係という事実、社会資源という事実は、本人、家族の内面的な要素に大きく左右されることになる。生きる上で中心に置きたい思いや信念、日々の生活をする上での気持ち、人と出会いたいという感情などが関係性を作ることにもなる。

このことについては、事例を挿入した表2に基づいて次章で検討してみたい。

支援関係（支援ネットワークを含む）の諸形態と当事者の状況

支援関係	サービス提供者の量		
	無し	1ヶ所	複数
家族内支援関係			
単一支援者関係			
複数支援者関係 (家族を含む・支援者相互関係無し)			
複数支援者関係 (家族を含まない・支援者相互関係無し)			
支援者ネットワーク (支援者相互関係有り)			
単一事業者関係			
複数事業者関係			

※サービス提供者の量は、本人にとって適正と思われる「事業者がない」、「1箇所はある」、「複数ある」の3分類とした。

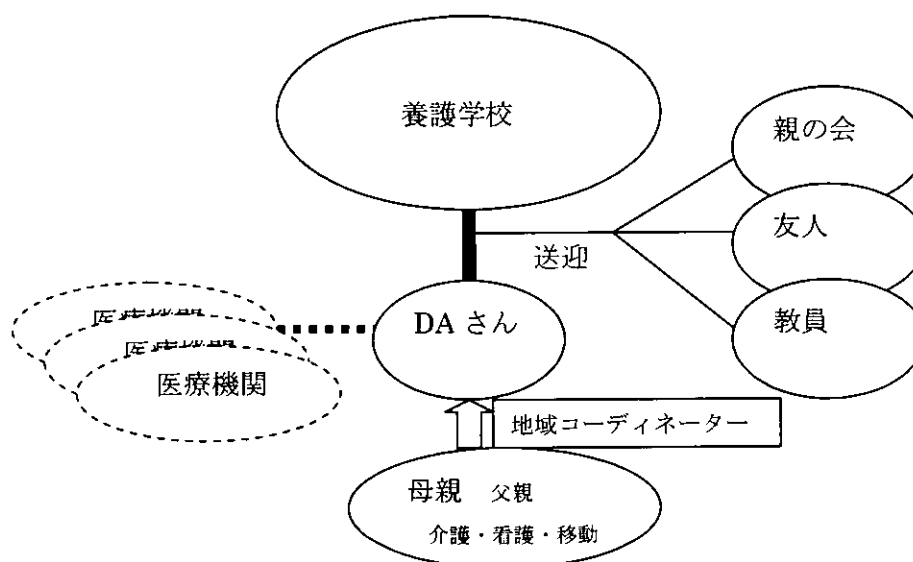
第2章 地域生活支援のネットワークの展開

ここでは、前章で示した各種ネットワークの形態を念頭に置きながら、第Ⅱ部の2, 3の事例を抽出してネットワークの展開をみていきたい。最初に前章の支援の諸形態と当事者の状況に当てはめてみる。その後、ネットワークの生成・変化について一事例の詳細を検討する。

1. DAさん（22歳、横浜市）の地域生活支援ネットワークの生成・変化

重度重複障害をもち、てんかん発作のコントロールに苦労を重ねてきたDAさんのこれまでの経過を図式化して示す。なお、プロフィールと生活記録の詳細については第Ⅱ部第4章に掲載されているので、参照していただきたい。

第1期 養護学校通学の時期（～18歳）

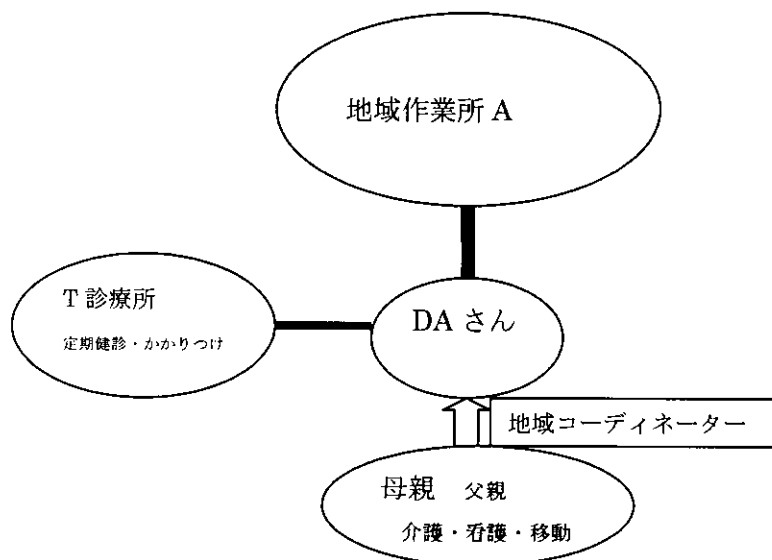


DAさんが養護学校に通学していた時期は、その送迎は家族に委ねられていたため、その協力を親の会 M、家族の友人、養護学校の教員より得ていた。また、介護は両親によって全面的に支えられていた。医療機関は、てんかん発作発症後は診療科目を転々とし、また病院もいくつかに関係していた。

なお、母親は幼児期から親の会に所属していたので、医療・福祉関連の情報は得ていた。さらには、親の会、友人、養護学校教員との関係も取れていた。また、地域コーディネーターが母親に対する関わりをもっていた。

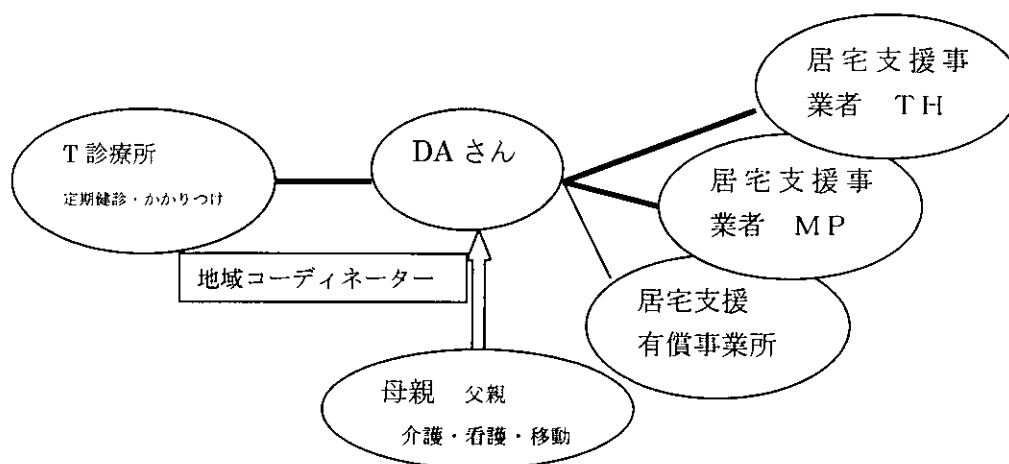
つまり、図に示すように医療機関、養護学校、それらに加えてインフォーマルな関係のもとに DA さんとの生活が支えられていたと言えよう。それらの背後に地域コーディネーターが母親に対する関わりをもち、背景からの支えとなっていた。

第2期 作業所通所の時期（18～20歳）



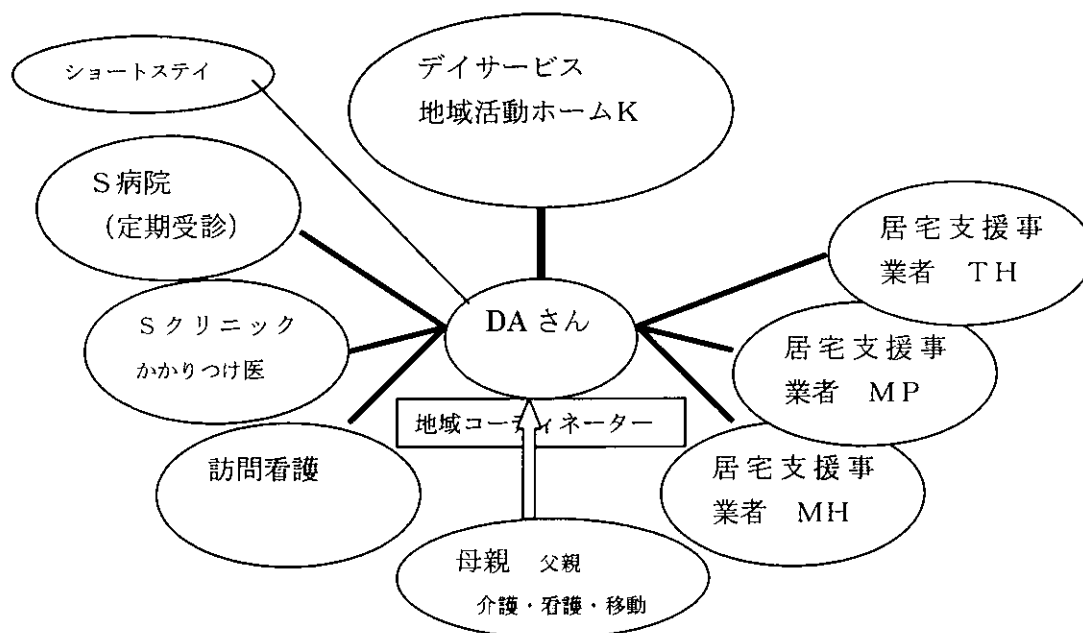
養護学校卒業後は、地域作業所に通所するようになるが、その時期に地域コーディネーターより T 診療所を紹介され、てんかんのコントロールも安定してくる。作業所への送迎は母親が行っていた。そこでの活動は DA さんにとって必ずしも適合していなかったため、その後、昼間の社会資源は利用しない生活をするようになる。ここでは、T 診療所との関係で医療的に安定したことが両親にとっても安心要素となっていた。

第3期 在宅の時期（20～21歳）



在宅での生活では、地域コーディネーターより居宅支援事業者 MP に DA さんに合うヘルパーがいるとの紹介を受け、指名ヘルパーが可能ということで利用が始まる。他に有償のヘルパーの利用も始める。この時期は、ちょうど支援費制度の始まる1年前でもあり、その本格活用に向けての準備段階として諸制度の活用が進められた。障害者ケアマネジメント機能を十分に心得た地域コーディネーターがその間の側面的サポートをしている。

第4期 デイサービス利用の時期（21～22歳現在）



21歳の時、肺炎で重篤な症状となりICUへ、その後3ヶ月入院。退院後の生活は、医療、看護、介護の体制を立て直し、また、デイサービスも利用するようになる。緊急体制の整備、訪問看護と医療機関の連携、身体介護派遣は医師会運営の機関、など安心材料がある。また、ヘルパー間の連携も形成されていった。ショートステイの確保もあるが、現実には母親の介護力に依存しているところがあるので、図のような生活を支えるネットワークがあるとしても安定しているとは言えない。

以上、DAさんの地域生活支援のネットワークについて、便宜的に養護学校時代から現在までを4段階に分けて、図式にしてみた。図にすることによって落としてしまうことや、その背景を示すことができないことを前提として、一定の評価をしてみたい。

まず、このすべての段階において、地域コーディネーターの存在が背景にある。適切な診療所の紹介、適切なヘルパーとのマッチング、医療的变化が起きた際の対応、日々の細かな母親の動きをつかみながらの情報提供などは、この図の背景の隠れている。しかし、その状態が障害者ケアマネジメントの本来のあり方とも言えよう。

一方、母親は介護者としての位置づけになっているが、DAさんが幼い頃から関わっている親の会や連絡会などで力をつけ、現在では親の立場でのピアカウンセラーとして働いている。したがって、地域コーディネーターとは対等な関係を持ちながら、DAさんの生活を支える立場、自らの自己実現も図りつつ生活をしている。

表1 支援関係（支援ネットワークを含む）の諸形態と当事者の状況

サービス提供者の量 支援関係	無し	1ヶ所	複数
家族内支援関係	通園機関の利用以前は家族の支え	地域作業所への送迎は家族（第2期）	
単一支援者関係（家族以外の特定の人）			
複数支援者関係（家族を含む・支援者相互関係無し）	幼児期の通園機関への送迎支援あり		
複数支援者関係（家族を含まない・支援者相互関係無し）			
支援者ネットワーク（支援者相互関係有り）	養護学校への送迎は、家族、親の会、友人、教員の相互連携のもとに進む（第1期）		
単一事業者関係			
複数事業者関係			有償を含む複数の居宅支援事業者を利用（第3期）。 医療、福祉共に複数の事業者を活用して、生活をつくっている（第4期）

（サービス提供者の量の項目は、本人にとって適正と思われる「事業者がない」、「1箇所はある」、「複数ある」の3分類とした）

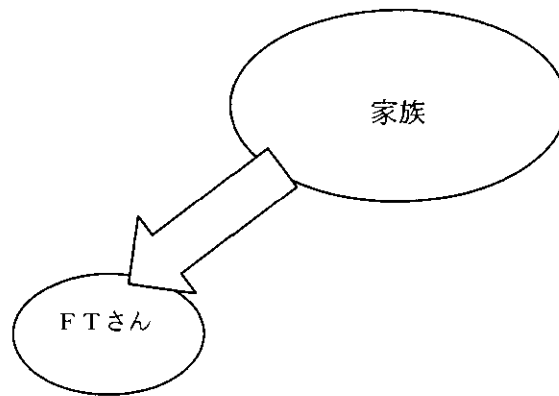
この表の意味合いは、サービス提供機関の量そのものが障害者（児）の支援の充実度の第一義的要素とは言い切れず、ライフステージのそれぞれの段階で適切な対応が必要であり、また、複数に支えられているからといって将来的な安定を保障するものでもない。日々の生活の支えとしての複数事業者は存在しても、緊急時にDAさんの生活保障に不安がないとは言いきれない。

また、支援関係の構築は、障害者（児）及び家族の力に影響され、また、障害者ケアマネジメントを行う援助者の力にも影響される。その上で、事業者などを含めた社会資源とのネットワーク関係が築かれる。

2. FTさん（47歳、善通寺市）の地域生活支援ネットワークの生成・変化

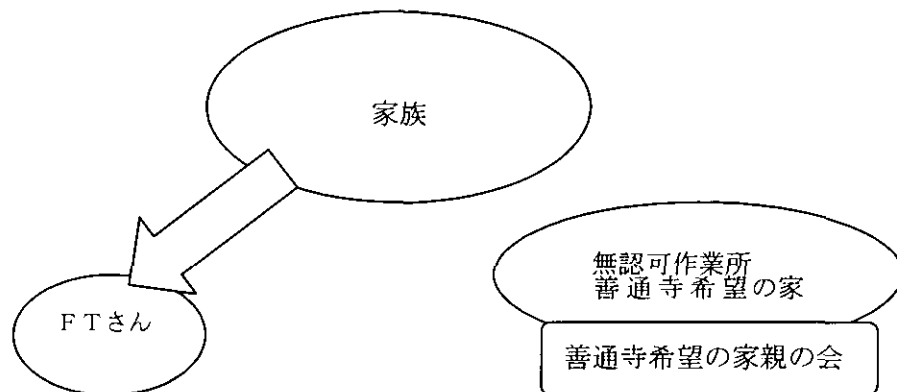
F. Tさんの地域自立への道

1. 家族のみの支援



家族によって介護や教育を受けていた時代である。この地区では、幼児期から親元を離れ、施設で暮らすことが当然のように言われているが、何とか家族で支えてきたのである。

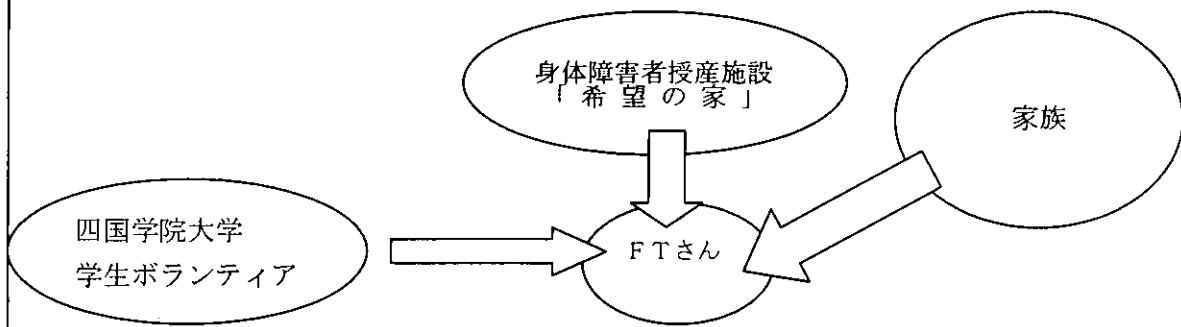
2. 親の会の創設



親の会により善通寺市で初めての無認可作業所が設立される。この頃には、F. Tさんとの接点は全くなかった。

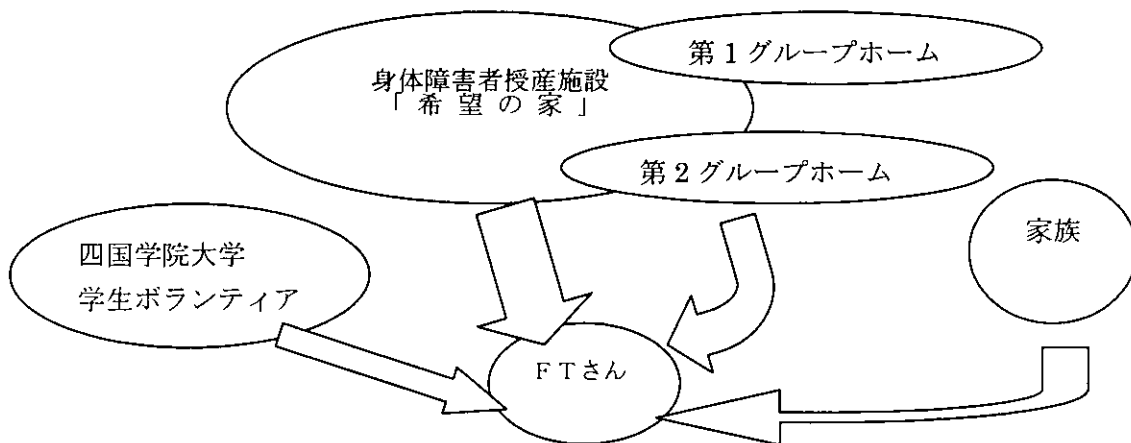
41歳になるまで、ほとんどが在宅で時間をつぶしていたのである。

3. 希望の家による支援

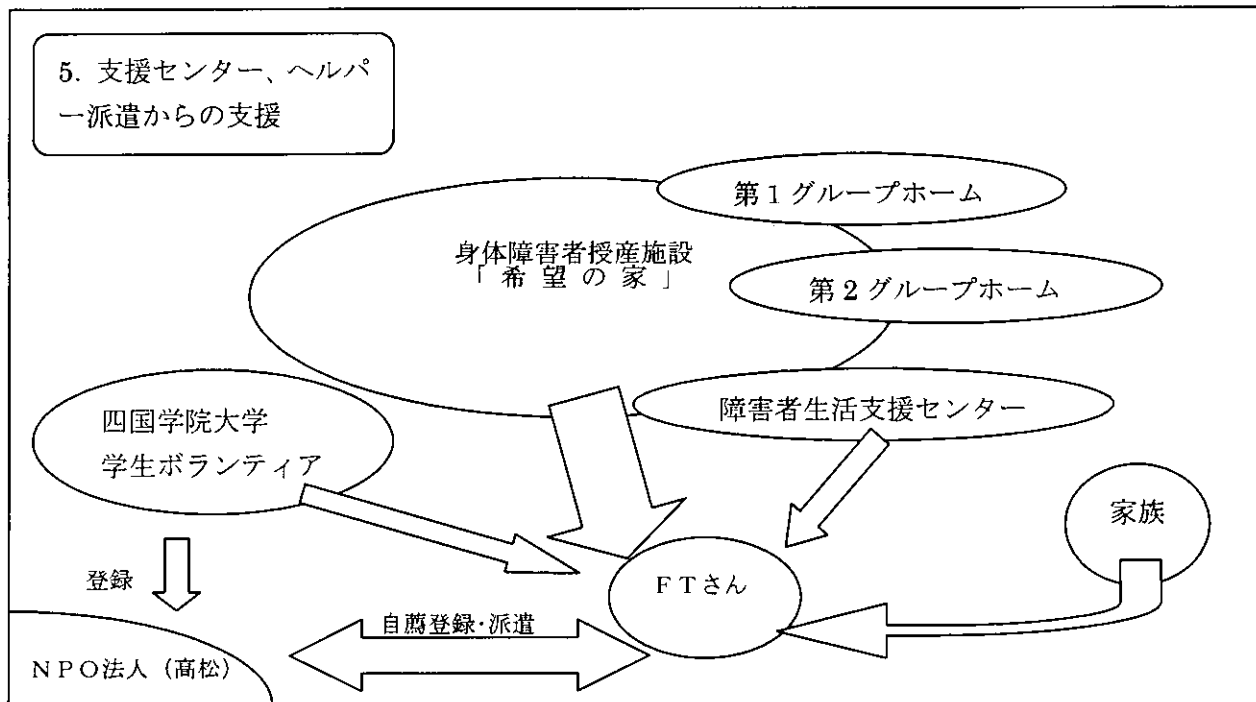


無認可であった作業所が社会福祉法人化され、通所授産施設へと形を変えていく。F. T さんが利用者となり、日中活動の場となる。学生ボランティアと知り合い、行動を共にする機会が増えていき、地域社会への志向を強くしていく時期である。学生ボランティアを活用することにより、人生の楽しさを知り始め、青春を取り戻すという表現がぴったりする時代であった。

4. グループホームの設立



授産施設に通い始めて、約1年が過ぎた頃に、以前から病気がちであった母親が亡くなり、介護の手が足りなくなったので、今までの家には住むことができなくなった。そこで家族から離れ、希望の家が設立したグループホームで生活を始めることになる。知的障害をもつ人たちのグループホームということから、本人の自己負担も大きいので、さまざまな不満を抱きながら、生活を営んでいた時代である。



知的障害をもつ人たちのグループホームという特徴から、彼女が楽しく会話できるような友人も居ないままに、苦しい生活を送り続けていた。グループホームでの生活の中で、地域社会へ出て自立した生活を実現することに夢を持つようになった。そして、この土地にも「障害者生活支援センター」が機能し始めたことを契機に、そして「支援費制度」に期待を込めて、アパートを借りて、一人暮らしがスタートすることになったのである。家族からは、家賃を援助してもらい、そして、高松において設立された「NPO法人」へ学生さんを中心とした自薦ヘルパーを登録しておいて、派遣していただく形を整えて、一人暮らしを始めるに至るのである。

しかしながら、この段階においても、学生ボランティアが大きく関与しているという事実は、インフォーマルなサポートという視点に立てば、理想的なのかも知れないが、不安定要素が多過ぎると感じられる。

この時点で、日常生活上での介護は、安定しているかのように見えているが、NPO法人への自薦登録・派遣という直向な努力を継続している。都市部のように、事業所が比較的豊富にあり、文字通り「選べる制度」になっていれば、介護者の確保に明け暮れる毎日を過ごさなくて良いのかも知れないが、事業所が限られており、その事業所さえ時間的制約を強いてくるとすれば、地域社会に生活してはいるが施設生活と代わらないという意味合いを持つ「ひとり施設化」を避けようとするために、自薦式ヘルパーと学生ボランティアを併用しているF. Tさんの生活介護形態が理想と言えるのかも知れない。

しかしながら、障害をもつ当事者と学生ボランティアの一人が“コーディネーター”の役割を担って生活を支えているという姿は、数年前までの都市部においても見られたものであり、時代的経過の観点から捉えると、この土地は「発展途上」にあると言えるのかも知れない。とは言え、仮に支援費の支給量が「過不足なく」決定され、利用されるのであ

れば、日々の苦勞が軽減されることは明確である。

今後において、どのようにこの地域が成熟していくのかが興味深いところであり、大学生というマンパワーのある地方都市の前例として注目していきたいと考えている。

表2 支援関係（支援ネットワークを含む）の諸形態と当事者の状況

サービス提供者の量 支援関係	無し	1ヶ所	複数
家族内支援関係	事業所がないため家族内で介護を受ける (第1期、第2期)		
単一支援者関係			
複数支援者関係 (家族を含む) (支援者相互関係無し)			
複数支援者関係 (家族を含まない) (支援者相互関係無し)	四国学院大学の学生ボランティアの介護を受ける (第3期、第4期、第5期)		
支援者ネットワーク (支援者相互関係有り)			
単一事業者関係			市外のNPO法人から自薦式ヘルパーの介護を受ける (第5期)
複数事業者関係			

3. 四條畷市における地域生活支援ネットワークの生成・変化の過程：

AAさんとABさんについての事例調査をもとにして

第Ⅱ部第1章でとりあげた二人のインフォーマント（AAさんとABさん）とその関係者が、どのように地域支援ネットワークを生成・変化させてきたか、また、支援費制度や介護保険制度などの外部要因がその過程とどう関連してきたかについての事例調査をおこなった。そこで、それぞれのインフォーマントについての結果を、以下に報告する。

3-1 AAさんをめぐるネットワークの生成変化

(1) 国際障害者年と障害者解放運動の生成

～家族のみの支援からボランティアによる支援へ～

1981年の国際障害者年を機に、大阪では障害者の自立と完全参加を求める任意団体ARが結成され、各行政区においても連絡会をつくるよう呼びかけがあった。

四條畷市においては、この年のはじめに障害児とその母親が心中する事件が起こり、この事件をきっかけに、市内在住のAAさん（当時24才）を中心に障害者の地域での生活を保障させる運動が起こった。

AAさんは当時の親子心中事件を振り返り「首に刃をつきつけられているようだった」と語っている。AAさんの介護は、それまで家族が担っていた。その後、「健全者」の友人組織である「グループAH」のメンバーが介護に入るようになり（1978年）、介護ボランティアグループ「介護グループAL」が結成された（1980年）が、「親が死ぬときは、自分が死ぬとき」という危機感を募らせたAAさんは、結成して間もない介護グループのボランティアとともに自らも含めた障害者の家族に依存しない生活のあり方を模索し始める。

（図1から図3までを参照）

図1 近親者のみの支援期

（支援マネジメントは見出されない）

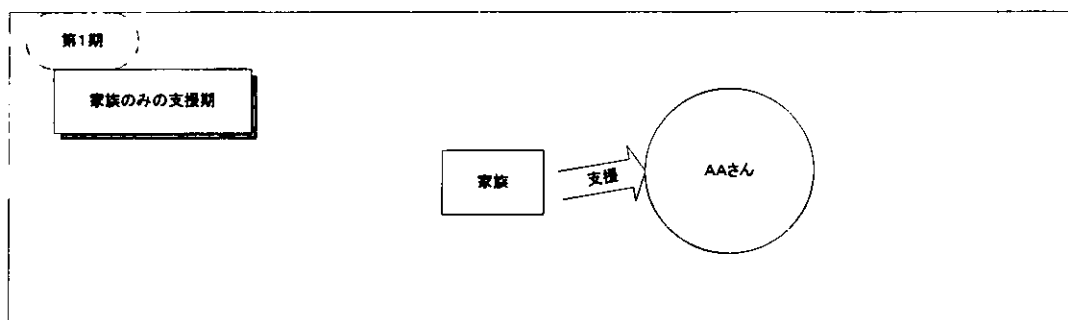


図2 近親者のみの支援から運動団体の支援が始まる時期

(支援マネジメントの手法は、ボランティア主導の協働マネジメントに近いが支援運動団体の消滅により図4の段階へ)

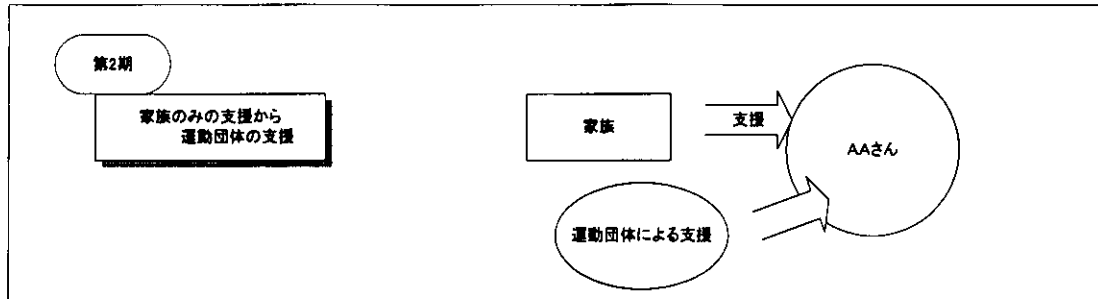
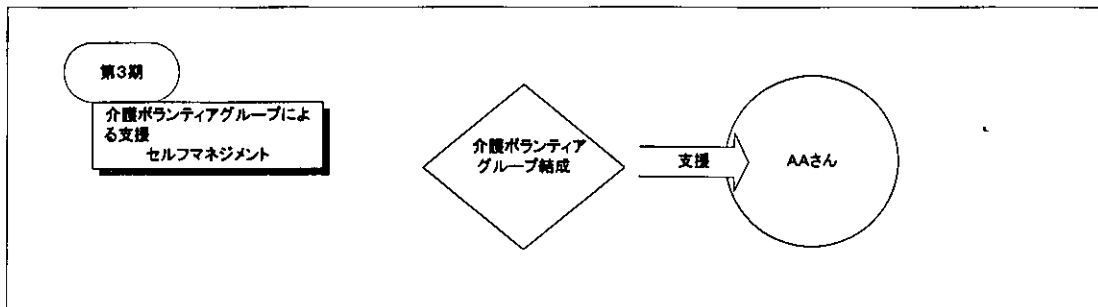


図3 介護ボランティアグループによる支援が始まる時期

(支援マネジメントの手法は、障害者によるセルフマネジメント)

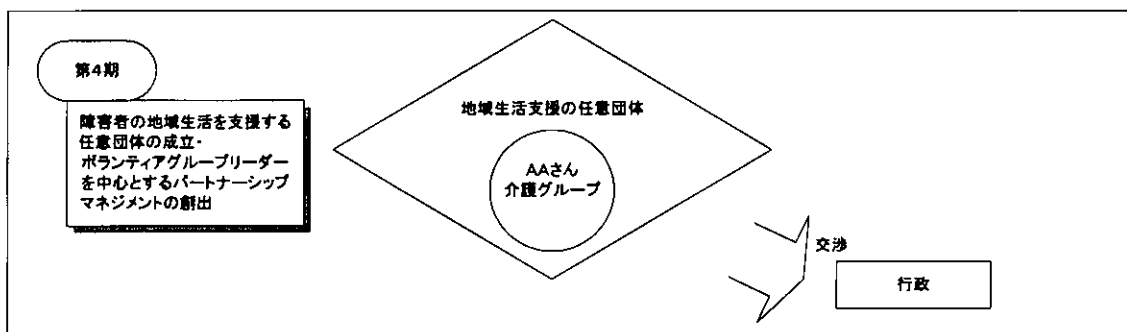


～「任意団体AN」の結成及びボランティアリーダーを中心とする協働マネジメント～

AAさんの介護体制は、AAさんを中心としたボランティアによるマネジメントによって確立されてくるが、1981年、前述の「親子心中事件」を契機に、AAさんとその介護グループは、AAさんの地域生活を支援する任意団体AN」を結成し、在宅障害者の公的介護保障を求める行政交渉をはじめた。(図4を参照)

図4 障害者の地域生活支援をする任意団体の設立

(支援マネジメントの手法は、障害者とボランティアによる協働マネジメントが創出されてくる時期)



以来四條畷市ではAAさんを中心とした重度の脳性麻痺障害者自らが牽引となり、地域で生活していく社会資源の整備・開発をしてきた。

1981年6月、障害者解放運動を進めるための集会を企画し、障害者をはじめ、地域の労働組合や民主団体などを交えて第1回実行委員会を開催している。

1981年7月には約100名を集め、市民集会是成功を収める。その中で『障害者解放運動の主役は障害者自身であり、地域で当たり前に生きていきたい、友達や働く場が欲しいという障害者自身の願いを受け止め、ともに生きる地域への足がかりを作り出していこう。』という地域運動の方向性が確認されている。

この市民集會を経て同年9月市民組織である「任意団体AS」が誕生する。

『障害者自身の本当の願いを大切に、障害者が当たり前で生きていける地域づくりをめざす』ことを結集軸として、出来る限り幅広く参加を呼びかけている。

発足当初から障害児の親を巻き込み学習会等開催する一方で、行政交渉にも取り組んでいる。

1982年4月A市に要求書を提出し、6月、9月、12月に交渉を行い、様々な成果をあげている。特に障害者の一日24時間の公的介護保障の理念を市に認めさせたこと、また運動に参加していた障害者（ABさん）の土曜日昼の介護派遣を認めさせたことは、当時非常に乏しかった地域での生活を支える社会資源を整備させていった意味において、重要である。

1983年には、映画「さよならCP」の上映会と交流会を行っている。上映後の交流会では、『障害者の言葉はほとんど聞き取れなかったが、その叫びのようなものは伝わってきた。』『差別は小さいときから障害者を知らないことから生まれてくるものであるから、もっと身近なところで障害者につきあう関係を作っていこう』『映画では、車椅子を押し、障害者を介護する健全者の姿がほとんどなかった。映画が作られた10年前に比べると、運動は少しずつだけれども前進しているんだなあと思う。』などの感想が出された。

この上映会の参加を多くの市民に呼びかけるために、市の広報に掲載させ、四條畷駅で3回にわたるビラの配布などを行っている。

また、地域の在宅障害者の生活実態調査を行っている。これは、『AAさんだけでなく地域の障害者の生活についても考えなければならぬ』という問題意識から「AAさんを支援する任意団体AN」という名称を「在宅障害者を支援する任意団体AK」に改めた「任意団体AK」からの提起だった。

(2) 一日24時間の公的な介護保障を求める運動

～協働マネジメントの展開、「任意団体AK」内の自立障害者の増加と

介護グループの出現～

1983年から1984年にかけて、四條畷市在住の重度脳性麻痺障害者のABさんの公的介護保障の充実を求めて、市当局と交渉を行った。これまでに、『市はすべての障害者に対し、一日24時間の公的介護の必要性を認める』『最低、24時間×4日/1ヶ月=96時間の介護保障を行う』という確約を取ってきていた。

この確約をもとに、

- ① 公的介護保障枠96時間の拡大及び人的介護保障の充実
- ② ①を実現させるために、社会福祉法人AG会員の(Hさん)を市の正職員とし、さ

らに介護専門職員を雇用する。

という2本の要求を掲げ、7月、9月、10月と行政交渉を重ねた。

市は財政難を理由に積極的ではなかったが、84年3月の5回目の交渉で、

- ① 公的介護保障の96時間を拡大し、120時間とする。
 - ② そのためにHさんの賃金を年次計画で3号(約1万5千円)アップする。なお、1986年3月まで月額5千円を別途支給する。
 - ③ 介護者の生理休暇等が取れるようにするとともに、ヘルパーの昼食代を補助する。
- という具体的な内容を引き出している。

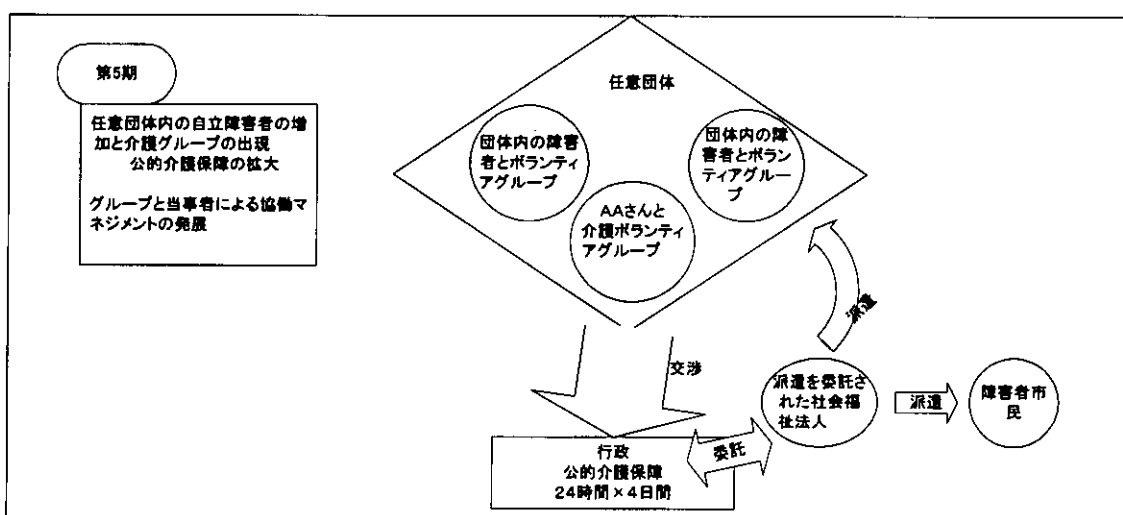
障害者が地域で当たり前のように生活するには程遠いものではあるが、『障害者の生活保障は家族がして当然』という考え方を批判し、『市民としての障害者の24時間の生活は行政が保障すべきである』ことを認めさせた点は、大きな前進であった。

また、交渉を体験していく中で、参加者各々が、当局に対するつきつけを自らのこととして受け止め、組織内が強化されていった側面にも注目しておきたい。

すなわちそれが、一在宅障害者の生活保障から、新たな「自立」障害者と介護ボランティアグループを生み出し、さらに在宅訪問活動から、ともに社会資源を改変し障害者の生活基盤をつくりだす活動へと繋がっていくからである。(図5参照)

図5 任意団体内の自立障害者の増加と複数の介護グループの出現

(社会資源の改変<公的な介護保障>などを協働マネジメントにより行う時期)



(3) 地域の生活相談・交流の拠点(「地域交流拠点AP」)設置実現に向けて

～在宅訪問活動の展開と個別の生活ニーズに即したケースマネジメントの拡がり～

AAさんを含む障害者の地域での生活運動やボランティアによる支援活動、在宅訪問活動等は、社会資源の整備状況やサービス提供システムの不備を整理・発見した。

さらに、それが現時点では不特定多数の障害者一般に共通する課題であることを明らかにし、政策課題として「任意団体AK」が中心となる「任意団体AS」は、1985年に障害者と健全者が互いに知り合い、ともに生きる場づくりの拠点として「地域交流拠点AP」の建設を要求していった。この要求に基づき3月、5月、9月と交渉を持つ。

3月の交渉では、当局は財政難を理由に建設は無理であると主張するが、当局が障害者の実態を把握していないことや、差別に対して、理解していないことを追求するなかで、『地域交流拠点AP建設の要求趣旨を理解し、その必要性を認める。今度建設を前提として努力し、誠意をもって、交渉を継続する』という確約を結んだ。

9月の交渉では、『地域交流拠点AP建設というのは、障害者が今までに奪われてきた社会性を取り戻し、障害者・健全者の区別なく、自然に接するようになるための第一歩である』こと、『当局は障害者の生活を保障する責任があることから地域交流拠点AP建設を推進していく必要がある』ことを訴えていった結果、『年内中に結論を出す』という確約をとっている。

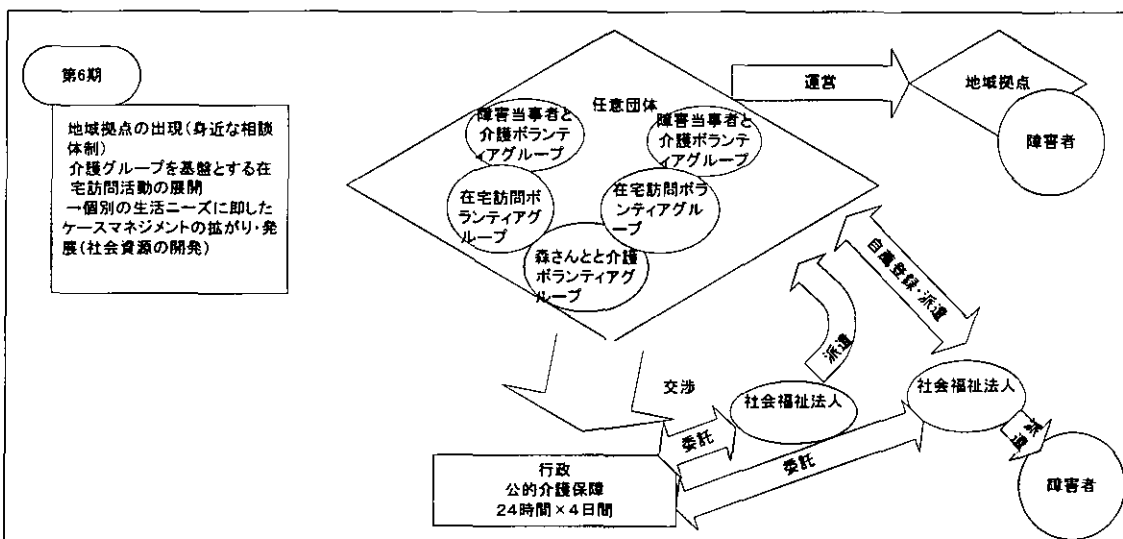
1986年の交渉を受けて「地域交流拠点AP」は、9月1日に四條畷市内の文化住宅の一棟を借りてオープンした。

ほとんど広報をしていないにもかかわらず、すぐに障害児とその親が参加するようになり、地域と障害児・者とその親との関係が作られていく。

団体内の障害者が自らの生活をボランティアとともに協働でマネジメントをするほかに、在宅訪問活動の拡がりや地域拠点設立に伴い「拠点」に寄せられる相談・生活実態から、社会資源の創出を図っていく時期である。(図6参照)

図6 地域の相談・交流拠点の出現、介護グループによる在宅訪問活動の展開

(団体内の自立障害者が自らの生活をボランティアとともに協働マネジメントするほか、ほかの障害者に対しても生活ニーズに基づいたケースマネジメントを在宅訪問活動によって行っていく時期。地域拠点から見出された生活課題を、政策課題にし、社会資源の創出を図る)



その後も 1986年3月の交渉で「地域交流拠点AP」の理念と87年度着工、それまでの月5万円の援助を確約させている。

1987年の2回目の交渉では、「地域交流拠点AP」に来ている障害児の母親が参加され、子どもたちの現状や「地域交流拠点AP」の必要性を熱心に訴えられた。市は、月5万円の援助と、継続して交渉していくことを確約した。

それ以降、「地域交流拠点A P」では、障害者と健全者の交流を実態として積み上げていく。

1987年11月に行われた交渉では、「地域交流拠点A P」に集まる障害児の親、共闘民主団体、労働組合など、100人近く集まり、交渉前には当局も交えて『ともに生きる地域をめざして』というスライドを観た。

交渉では、

- ① 「地域交流拠点A P」の1987年度中の建設を実現する。
- ② 現在の仮住まいの「地域交流拠点A P」の援助金を増額させる。
- ③ 不慮の事故に備えて、ボランティア保険に加入させる。
- ④ 障害者福祉行政の行動計画を具体化させる。

ことをポイントに交渉した。

自治体は当初

- ① 財政は厳しく、未だ建設はできない。
- ② 援助金の支出方法に苦慮しているが、何とか増額できるよう具体的に任意団体Bと事務協議したい。
- ③ 加入の方向で事務協議したい。
- ④ 88年度予算から実現したい。

と回答、任意団体A Sは①を重点的に追求し

以下を確約させ交渉を終えている。

- ① 「障害者地域交流拠点A P」は建設を前提として「努力」の中身を深める。
- ② 『共に生きる』ことの意味を肌で知るため「地域交流拠点A P」にできるだけ足を運ぶ。
- ③ 援助金の増額は前向きに、今後事務レベルで協議する。
- ④ ボランティア保険は、加入の方向でその方法など検討する。
- ⑤ 障害者福祉行政の行動計画は、来年度（予算）から具体的に着実に実現する。

また、1987年度中の建設を追及したものの、その担保として目標への具体的な一歩を踏み出すため、「福祉農園」（障害者や高齢者が農作業できる農園）を要求、1988年度4月に実現する。

福祉農園での活動や交流イベントを経、実績を積み上げながら1989年には教育の問題に重点をおき7月に要望書を提出している。

- ①障害児と健常児の共同保育をもう一歩具体的に前進させていく。
- ②新しくオープンした教育文化センターを障害児も集まれる場所にし、子どもの立場にたった共に生きるリーダーとしての職員を配置して欲しい。
- ③さつき園を直営にし、障害児の基本的な人権を保障できる運営をしてほしい。地域交流拠点A Pを早期に建設して欲しい。

この要望を踏まえ、関係職員の人権研修を徹底すること、目的にかなった職員を配置することを前向きに検討することを約束させる。

1990年にはA Bさんより、「奪われてきた教育を取りもどす」ということで、識字学級の実践が始まる。

1990年以降も「地域交流拠点A P」の建設に関しては、交渉課題にさがり続けた。

(4) 障害者長期計画と社会資源の整備

～地域交流拠点A P建設要求から障害者長期計画策定

および市町村生活支援事業の実施へ～

1996年の交渉では、『96年度を目標に、現在の地域交流拠点A Pの機能を継承した施設の建設計画を策定する。計画の策定に当たっては任意団体A Sとの話し合いを今後も継承する』ということ由市側と確認した。同年、生活実態調査を実施。「任意団体A S」として実態調査を実施すると同時に市側にも実態調査を要求し行わせている。

1997年には、実態調査をもとに要望書を提出、2度の交渉を経て、「地域交流拠点A P」建設については『「障害者計画」を策定する中で市町村生活支援事業に位置付け建設する』と回答。

1998年には、「四條畷市障害者プラン」が策定される。

地域交流拠点A Pの機能を継承した施設の設置については、『障害者長期計画の中で「障害者生活支援事業を中核とした様々な機能を持つ施設」として位置付けている。』さらに『この事業に関しては遅くとも2000年度までに実現化を図る。』としている。

1999年の交渉においては、上記の市当局回答にある施設の内容について『「3本柱」(相談、ショートステイ、グループホーム)を考えている』という発言があり、「任意団体A S」からは交流や介護者派遣事業も盛り込むよう提言。2回目の交渉では、事業の運営スタッフに「任意団体A S」からの参加を確認し、具体的には作業部会を設置し、検討していくことになる。また、同年、「障害者長期計画推進委員会(全庁組織)」「障害者長期計画推進連絡会(市と市内の関係団体で構成)」が設置される。

(5) 市町村生活支援事業の開始と他の社会資源の創出

2000年4月には、市町村生活支援事業所として「障害者生活支援センターA E」障害児(者)地域療育等支援事業所として、「障害者相談支援センターA F」が立ち上がる。「任意団体A S」がかねてより要望してきた相談・交流等の拠点としての「地域交流拠点A P」は、「支援センター」として結実した。四條畷市、大東市、交野市圏域において、生活・就労相談事業(ピアカウンセリングを含む)、自立体験事業、サービスのコーディネイトなどを行うこととしている。

2001年に入り、上記の支援センターの機能充実を図ることを中心に交渉を行った。

障害者プランの推進体制の強化や「支援センター」の機能充実を図るために、以下の要望をしている。障害者の生活相談やサービスコーディネイトをする機関は増えたものの、生活を支えるヘルパー制度等が十分でないため、「相談を受けても解決に結びつかない。話を聞くだけ」になってしまっている実態があった。そこで、

- ① 支援センターの運営会議として、受託法人責任者および「任意団体A S」および市の3者で「三者会議」を行うこと。

- ② 関係機関のネットワークづくりを行い、「支援の網」を拡げること。
- ③ 障害者の支援センター常勤雇用を行い、運営に障害当事者の意思を十分反映させられる体制をとること。
- ④ 障害者長期計画の実効性を上げるため、市民への広報と「推進連絡会」の定例開催をすること。

を要望している。

また、ヘルパーの派遣についても以下を要望している。

- ① 一日 24 時間の公的介護保障に向けた具体的な方針を指し示すこと
- ② 自薦登録ヘルパーを普遍化させるため、要綱に明文化させること。
- ③ ヘルパー現任研修を行うこと。

さらに、教育・人権の問題についても、差別事件が頻発している状況から、教育関係機関への障害者の関与を訴えている。

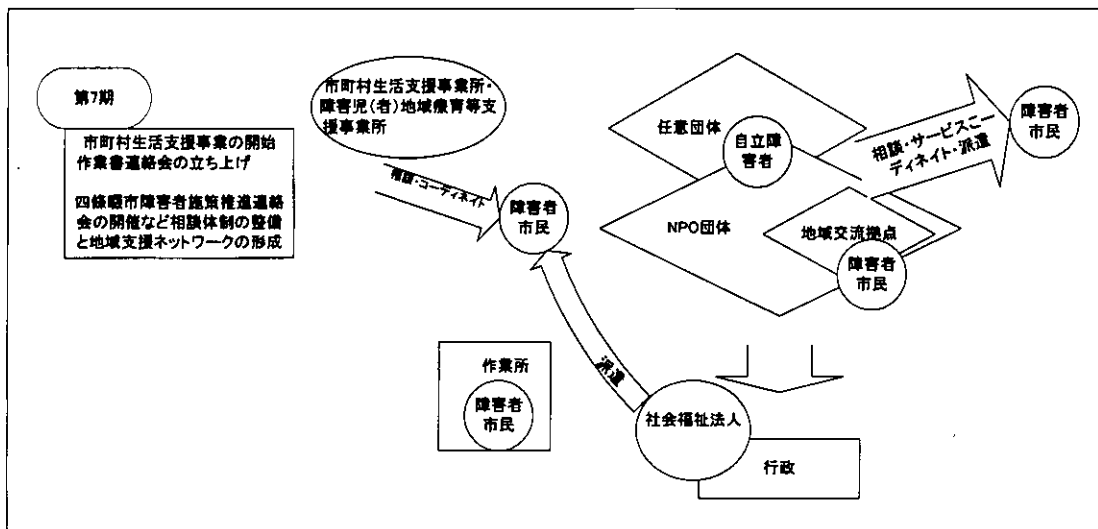
上記の要望の結果、実現したのは、「推進連絡会」の開催およびヘルパーの現任研修と、教育・人権行政に関する障害者の参画である。

遅々として進まないヘルパー制度の拡充やネットワークづくりに対し、「任意団体 A S」は自らがヘルパーを供給する社会資源となりネットワーク作り牽引していく意図で、2001 年 NPO 法人を立ち上げた。同時期に作業所連絡会が定例化し、統一された交流イベント（前述：「四條畷市の概況」を参照）が開催されている。

障害者の生活を支援する様々な機関・団体が出現し、それぞれで個別に関わる障害者の支援を行ってきたところから、次第に「一人の障害者」に対して、複数の機関・団体・事業所が関わり課題の解決にあたるのが普遍化していくようになる。（図 7 参照）

図 7 市町村生活支援事業所等の設置と地域支援ネットワークの形成

（新たな機関が立ち上がり「窓口」は増えたが、それぞれが別個に存在している状態だったのが、ネットワークができつつあり、複数の機関・団体・事業所が一人の支援に協力してあたるようになってきた時期。意識的に「ケアマネジメント」が実践されはじめる。）



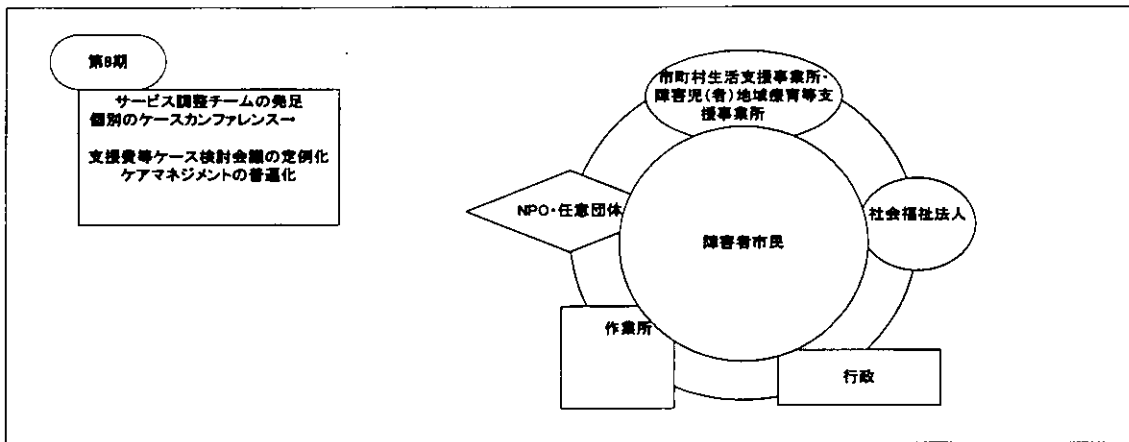
(6) 地域支援ネットワークの形成

～サービス調整チームの発足、支援費等ケース検討会議の開催～

2003年「A市長期障害者計画」は、中間年を迎え見直しのための実態調査を行い、「障害者長期策定専門部会」を立ち上げた。また、支援費制度に移行し、その中での困難な事例を検討することをはじめとして、地域支援のネットワークづくりをさらに進めるための「支援費等ケース検討会議」を定例開催することになる。(図8参照)

図8 地域生活支援ネットワークの形成

(支援費等ケース検討会議が開催されるなど、意識的なネットワークづくりが進む。関係機関・団体より様々な生活課題が持ち寄られ、「接合(マッチング)」のマネジメントから社会資源の開発に着手しつつある時期。支援統合マネジメントの及ぶ範囲はまだ限られている)



3-2 ABさんをめぐるネットワークの生成・変化

(1) 介護グループの結成

～任意支援団体による支援マネジメントの時期～

ABさんは、38歳(1977年)まで母親と父親と同居していたが、母親が38歳のときに他界し、その後約8年間父親の介護を受け生活をする。ABさんが44歳のとき、1983年の6月に父親が入院、翌7月に他界すると介護の必要性を迫られ、在宅障害者の生活を支援する任意団体AKに介護の要請をされた。「任意団体AK」の代表であったAAさんとは、81年に大阪の「障害者団体AX」の定例会議に出席する際の送迎を行政に保障させるため共同で交渉を行っていたが、日常生活を支える介護者の要請ははじめてであった。

要請を受けた「任意団体AK」は、AAさんの介護に入っていた学生の「つて」をたどり、介護者の確保に努める。7月は個人的な勧誘であったのが、8月には介護ボランティアグループとして(ABグループ)、第1回目の介護者会議を開催している。(図10参照)

図 10 近親者のみの支援期

(支援マネジメントは見出されない)

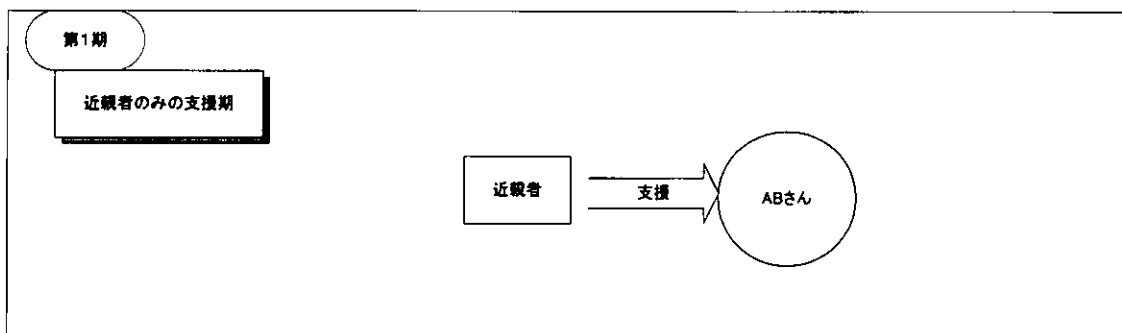
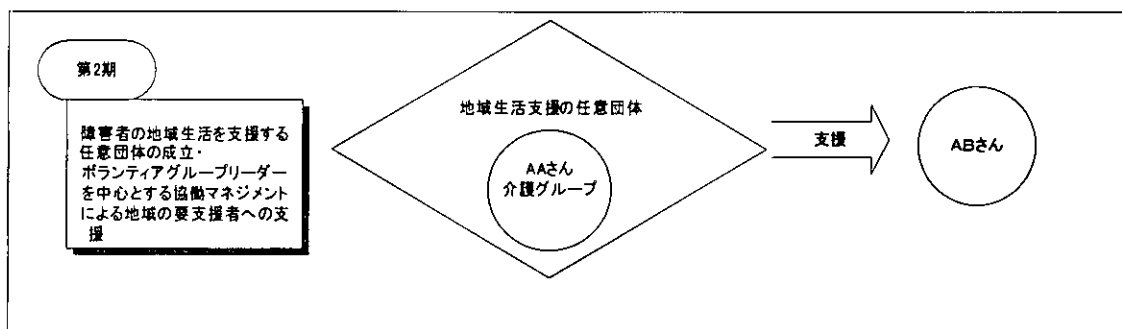


図 11 任意団体による支援が始まる時期

(支援マネジメントの手法は、AAさんとその介護グループが、ABさんのニーズに対して協働でマネジメントを行い支援する時期)



(2) ABさんのエンパワメントとABさんとグループの協働マネジメントの創出時期

介護者との生活にまだ慣れていないABさんは、健全者に遠慮し言いたいことも言えずにいたが、定例化する介護者会議の中で自らの思いを語るようになり、ABさんがエンパワメントしていく過程と併行して、支援する健全者が介護サービスを一方的に提供する体制から介護調整や人材の確保などを協働で行う体制へと移行していく。(図 12 参照)