この「紀要」の目指すもの

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
理事長　山本　嘉彦

私たち兵庫県社会福祉事業団は、医療・介護など多くの分野で活動しています。

私たちは、私たちの活動の多様性という「強み」を活かすことが大切です。

それぞれの活動の報告をし、成果を披露し、新たな提案を行っていくことは、もちろん、自身の活動の励みになります。発信することで、自分たちの行ってきたことを振り返り、次のステップへの考察にもつながります。

同時に、その活動報告を見て、それぞれの分野で参考にし、活用できる発想も多いと思います。

他の人の発想や活動に乗っかって、自分たちのところでその続きを考え、実践してもいいと思います。

ちがう分野のことだからと思わず、「自分たちのところに活かせることはないか。」そんな気持ちで読んで頂ければと思います。

０から１をつくる貴さを知ると、人は失敗に寛容になります。

この「紀要」を通じて、新しい「価値」をつくる。――― この「紀要」の目指すものです。

もくじ

1　さくら（シミュレート室）～環境が与えるサービスの質の向上～　…………………………　1
総合リハビリテーションセンター　救護施設　のぞみの家
宮脇　崇彰、藤本　美紀、宮原　典子

2　口腔ケアの充実を目指して～誤嚥性肺炎を減らす～　……………………………………　6
【平成29年度全事協実践報告・実務研究論文佳作入選論文】
総合リハビリテーションセンター　特別養護老人ホーム　万寿の家
碓井　秀樹、田中　奈々、尾崎　悠亮、石川　亮、野上　雅子

3　セルフ・ヘルプグループの設立に関わって－支援者としての気付き－　……………………　12
総合リハビリテーションセンター　職業能力開発施設　吉田　勝彦

4　特別支援学校在校生を対象とした新たな取り組みについて　……………………………　18
総合リハビリテーションセンター　職業能力開発施設
興津亜希子、河野　哲也

5　頚髄損傷者の排泄動作拡大と生活の質の向上に向けた援助の事例研究　…………………　20
総合リハビリテーションセンター　障害者支援施設　自立生活訓練センター
下村　春美

6　右小脳梗塞後の書字障害が７年後も一部残存した１例　………………………………　25
総合リハビリテーションセンター　リハビリテーション中央病院
冨士井　睦、谷後　和美、早川みち子、山本　寛和、菊川　桂樹、
大串　幹、陳　隆明

7　小野福祉工場にレーザー加工機がやってきた　………………………………………　29
多機能型事業所　小野福祉工場　田中　洋明

8　強度行動障害者におけるチームアプローチ～「その人らしく」を目指して～　……………　30
障害者支援施設　出石精和園成人寮　守山　洋輔

9　高齢知的障害者の住みよい環境づくり～高齢知的障害者施設の取り組み～　……………　35
障害者支援施設　出石精和園第２成人寮　家中　淳平

10　「伝える」よりも「伝わる支援」に取り組んで～動画による新たな支援法～　……………　38
障害者支援施設　出石精和園ひまわりの森　今尾恵美子、岡澤　民子、
西村さだ子、田口　敏行

11　福祉型障害児入所施設における音楽療法の実践　…………………………………　42
～行動障害を伴うダウン症者への実践を通して～
障害児入所施設　五色精光園児童寮
田賀　智心、田中　俊充、森岡　真衣、渡部　翼、平見　友宏、武田　心慰、
乙井　美穂、原田　和美、片山　恵理、山本　武志、阿部　大祐、髙田　侑広、
齋藤　舞

12　自立に向けた支援について　……　57
障害児入所施設　赤穂精華園児童寮　岡村　勇希、小橋　康廷

13　介護保険制度と障害福祉サービスの適用関係について・考察　……　59
～相談支援の持つ「代弁者」としての役割～
障害者支援施設　丹南精明園　津路　俊之

14　在職者の交流活動について～ピアで支える、定着率90％以上を目指して～　……　67
障害者支援施設　三木精愛園
森　一人、土肥　博、寅屋　淳平、西田　秀樹、森　和行、佐々木雅邦、
岩崎　貢士

15　不登校の子どもへの基本的な支援　……　72
～子どもの安心感と自信を取り戻すための地域支援と連携～
【平成29年度全事協実践報告・実務研究論文優良賞入選論文】
児童心理治療施設　清水が丘学園　中村　有生、木村　望、新穂　唯

16　こども発達支援センター５年間の実績と今後の展望　……　81
こども発達支援センター　岡田あずさ、小寺亜梨沙、松田　敦子、三木　伸子

17　「特色あるデイサービスにしていくために」　……　83
～日中活動の充実を図り利用者確保につなげる～
特別養護老人ホーム　朝陽ケ丘荘　藤永　幸正

18　電動車椅子に乗って自由に移動できる生活を送りたい　……　86
特別養護老人ホーム　朝陽ケ丘荘　鵜崎　笑花

19　手関節拘縮皮膚炎への取り組み～緑茶を用いたハンドロール効果の検証～　……　87
特別養護老人ホーム　たじま荘　褥瘡防止検討委員会
石田美和子、西村　知美、塚本　典子、赤木　亨、済木　美江、長野　潤、
田中　美佳、川見　寛之、奥仲　治枝

20　認知症高齢者のBPSD緩和を目指した取り組み～アロマによるハンドケアを通じて～　……　90
特別養護老人ホーム　あわじ荘　瀧川　俊彦

21　施設入所者の権利を守る～成年後見制度の活用事例報告・ケース記録から～　……　92
特別養護老人ホーム　丹寿荘　若森　崇

22　地域と“人”をつなぐ～地域コミュニティとしての特養の役割について～　……　99
特別養護老人ホーム　くにうみの里　友納　和也、島﨑　洋子、山﨑　有記

23　Ｏさんの支援から学んだこと　……　114
【平成29年度全事協実践報告・実務研究論文佳作入選論文】
洲本市五色健康福祉総合センター　五色・サルビアホール
安田　良平、濵　龍太、新谷　賢次、山本　洋敬、武本　昌子、平田奈津子

24　平成29年度民間社会福祉施設職員等海外研修・調査参加報告　……　120
～スウェーデン・デンマークにおける障害者福祉の取り組みと処遇状況～
障害者支援施設　赤穂精華園成人寮　松井　悠介

25　“エイジレス社会”海外福祉事業・調査研修に参加して　……　122
～デンマーク・ノルウェーの高齢者ケア比較研修～
特別養護老人ホーム　あわじ荘　濵野　陽子

さくら（シミュレート室）
～環境が与えるサービスの質の向上～

総合リハビリテーションセンター　救護施設　のぞみの家　宮脇　崇彰、藤本　美紀、宮原　典子

要旨抄録

のぞみの家は平成 26 年度、建築後 20 年を経過し、平成 27 年１月から平成 27 年９月末まで、施設の大規模改修を行った。

立地的に仮設が確保できないため、利用者の生活を維持しながら工程を６期に分けて順次改修を行なった。

改修のメインの一つとして、退所後、居宅で生活を目標にしている利用者が、できるだけスムースに地域移行できるよう、ワンルームでキッチンやバス、トイレなどを兼ね備えた地域移行シミュレート室“さくら”を整備した。

“さくら”の名称は、「施設入所から目標達成をめざし施設で生活し、最終段階の居宅移行を行う場。卒業」をイメージして当時の施設長が名付けた。

今回、改修工事を終え、“さくら”を利用したさまざまなケースについて振り返り、環境がもたらす支援の幅の拡がり、サービスの質の向上について検証する。

“さくら”居室内

キーワード

利用者増の変化、居宅生活シミュレーション、地域移行に向けた環境整備、多様なニーズと支援の可能性

１　救護施設

救護施設は、日本国憲法第 25 条「国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」の理念に基づいた生活保護法第 38 条第２項に規定された施設である。救護施設は、身体上または精神上著しい障害があるため、独立して居宅での生活が困難な人々に対して、施設入所のうえ生活扶助を行い、潤いがあり、こころ豊かで生きがいのある生活の場を提供し、利用者の自立性を育てる介護、支援、指導を行うことを目的としている。

生活保護を受けていても居宅で生活されている方々は多くおられるが、何らかの理由があり居宅で生活できない、生活しづらい状況の方が救護施設に入所し生活をしている。施設で生活されている方の共通点は生活保護を受けておられる生活困窮者の方であるということである。

２　のぞみの家

(1) 沿革

神戸市西区、兵庫県立総合リハビリテーションセンター内にあるのぞみの家は、施設周辺にお店が多く、バリアフリーで利便性に優れ、神戸市の中心部まで公共交通機関を利用して約 30 分の立地である。

昭和 27 年 11 月に前身は県立玉津寮「救護の家」として定員 27 名で設立した。昭和 38 年７月に現在の定員 100 名に改定され、昭和 41 年４月１日から兵庫県社会福祉事業団が運営を受託する。平成 29 年４月１日現在 100 名（男性 60 名女性 40 名）の利用者が生活しており、事務員３名、支援員 23 名、看護師３名、栄養士１名の計 30 名の職員配置になっている。

(2) 障害別

障害別人員　　(H29.3.31現在)

区分／性別	視覚障害				聴覚・言語障害				肢体不自由				知的障害			精神障害			その他の障害	単独障害者数	二重障害者数	三重以上障害者数	障害なし	計
	重度	中度	軽度	小計	重度	中度	軽度	小計	重度	中度	軽度	小計	重度	軽中度	小計	重度	軽中度	小計						
男	2			2	1			1	12	5		17	1	5	6	4	27	31	12	44	9	0	7	60
女				0	2	1		3	1	3	1	5	4	3	7	3	20	23	7	34	5	0	1	40
計	2	0	0	2	3	1	0	4	13	8	1	22	5	8	13	7	47	54	19	78	14	0	8	100

精神障害者手帳を所持している利用者が約５割であるが、障害疾患を有する利用者を含めると７割を超える。身体障害、知的障害の他、制度の狭間にある方、ホームレス、DV 被害者など社会的要因で利用している方もいる。

(3) 平均年齢

年齢別人員　　(H29.3.31現在)

年齢別／性別	39歳以下	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上	計	平均年齢	最高	最低
男	5	1	5	3	15	7	17	3	1	3	60	59.8	84	32
女	3	2	3	4	4	3	15	3	2	1	40	60.0	81	31
計	8	3	8	7	19	10	32	6	3	4	100	59.9		

利用者の平均年齢は 59.9 歳（男性 59.8 歳女性 60.0 歳）。最少年齢は 31 歳、最高年齢は 84 歳である。

(4) 在所期間

在所期間別人員　　(H29.3.31現在)

在所期間／性別	１年未満	１年以上５年未満	５年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上20年未満	20年以上25年未満	25年以上30年未満	30年以上	計
男	9	27	13	6		1	2	2	60
女	7	13	10	1	3	4		2	40
計	16	40	23	7	3	5	2	4	100

平均在所期間　男　６年３ヶ月　女　９年２ヶ月　平均　７年５ヶ月

利用者の平均在所期間は７年５ヶ月（男性６年３ヶ月女性９年２ヶ月）。一番長い方で 47 年である。本来、救護施設は利用期間が決まっていないため、利用者の目的、目標を基に支援を行い、利用者が目的、目標が達成し、次の生活の場がみつかれば退所となる。

(5) 入退所の状況

退所後の生活状況　　（単位：人）

	病院	居宅	他の社会福祉施設等へ転所	ホームレス	計
平成25年度	13	3	4	24	44
平成26年度	10		1	14	25
平成27年度	15	2	2	22	41
平成28年度	18	1		9	28

平成 28 年度に入所した利用者 28 名の入所前の生活状況は、病院が 18 名。精神科病院からの入所が多い。次に多いのはホームレス９名。居宅から１名となる。精神科病院に長期入院している利用者の退院促進、地域移行の事業が進み、病院から直接居宅へ移行する前に施設をステップとして利用される方が多くなっている。

退所後の進路状況　　（単位：人）

	病院	居宅	他の社会福祉施設等へ転所	死亡	計
平成25年度	0	29	9	5	43
平成26年度		21	9	3	33
平成27年度	3	17	12	1	33
平成28年度	3	18	5		26

平成 28 年度退所した利用者 26 名の退所後の進路は、居宅が 18 名、他施設が５名、病院が３名である。ホームレスの利用者が居宅を見つけ移行したケース、救護施設の事業である居宅生活訓練事業を終え居宅に移行したケースなどが 18 名になる。他施設は、生活保護法は他の法律による給付が優先して活用されるため、障害施設や介護保険施設への移行がある。

(6) 事業

○ 居宅生活訓練事業

施設を退所し、居宅で生活することを希望している利用者を対象に、近隣のアパートを利用して、最大１年居宅の訓練やシミュレーション、評価を行い、スムースに居宅移行できるよう支援している。

○ 通所事業

居宅生活訓練事業を終え、居宅生活を行うため施設を退所した利用者が地域で安心して生活できるよう、他法の社会的資源と併用し、利用者のフォローをより多くできるよう、施設への利用者の通所や職員が利用者宅への訪問を行い、生活全般の相談・支援を行っている。

○ 一時入所事業

居宅で生活している方が何らかの理由があり一時的に居宅で生活できない状態になった場合に生活の立て直しのため、短期間で施設を利用するケースや精神科病院から施設に入所する際に不安があり、体験的に施設を利用するケースなどがある。

３　さくら（シミュレート室）利用ケース事例

(1) ケース１：O氏（29 日間利用）

＜プロフィール＞

性別：男性

年齢：51 歳

障害：アルコール依存症、アルコール性認知症、脳梗塞後遺症

＜入所経緯＞

大学卒業後、結婚したが離婚した後、会社の慰安旅行中に多量飲酒し川に転落。その際、左大腿骨骨折・腰椎骨折のため、長期入院となり失職。退院後、アルコールを飲むようになり、体調を崩し、自宅で倒れているところを発見され救急搬送。アルコールによる栄養失調、身体状況の低下、脳梗塞後遺症があり、車いす生活となる。精神科病院で治療を行い、栄養状況改善、身体状況や精神的に安定される。利用者の居宅移行の思いが強く、将来的に単身生活を目標にのぞみの家に入所する。

＜入所生活＞

入所後、個別支援計画をもとに生活リズムの確立、ADL・IADL 向上、リハビリ訓練の支援を行っていたが、O氏から「早く居宅で生活したい。早く退所したい。」と話があり、具体的な居宅のイメージがつかない生活がO氏のストレスとなっていた。

措置機関である福祉事務所からは、単身生活時アルコール依存で現在に至った経緯があるため、居宅訓練を実施し、居宅のシミュレーションによって評価をおこなってもらいたい。と話がある。

＜利用目的＞

居宅生活訓練事業は、年間同時に実施できる利用者が３名であり、すでにメンバー３名が事業に参加し実施されていたこと、O氏が車いすを使用しており、居宅生活訓練事業の訓練場所アパートがバリアフリーではないことなどから、O氏の居宅生活訓練は居宅生活訓練事業とは別に個別に行うこととした。

また、当利用者の施設入所後の生活面において、逸脱した行動はなく、居宅生活という目標に向けスムースに訓練が進んでいたこと、単身生活の経験があり、社会性の基盤が備わっていたこともあり、福祉事務所や施設内で検討した結果、約１ヶ月“さくら”の利用で評価を行うこととした。

＜支援内容＞

居宅訓練中、O氏は自室ではなく“さくら”を利用し、買い物や調理、清掃、金銭管理、日中の過ごし方など、生活全般の評価を行う。

＜実施方法＞

① 食費、１週間 5,000 円を管理。

② 毎日朝食と夕食はO氏がメニューを考え、買い物、調理をして食べる。昼食のみ食堂で他利用者と食べる。

③ 食材の購入後は用紙にレシートを貼り、収支簿に記載。

④ 居宅日誌を毎日記入、O氏に一日の振り返りを行ってもらう。

＜利用にあたって本人の希望＞

大学時代と離婚したときに自炊はしていたが、レトルトの利用が多かった。煮物など作ってみたい。

○ 調理メニュー

カレー、鱈のムニエル、鱈の照り焼き、キャベツの炒め物、豆腐の味噌汁、焼きそば、スパゲッティなど

＜評価＞

買い物、家事動作、食費の管理も問題なく行えており、居宅日誌も毎日記載されておりO氏の居宅移行の意欲が感じられた。一方、日中の過ごし方では趣味が少なく、時間を持て余しているようにも感じられ、居宅移行後の日中の過ごし方という課題もみえてきた。

＜O氏の感想＞

調理は大変だったが、家事はできた。

＜結果＞

“さくら”を利用した評価を福祉事務所に伝え、障害者サービスを調整し、サービスを利用して居宅生活を行うこととなり、のぞみの家を退所することができた。

(2) ケース２：Ｔ氏（８日間利用）

＜プロフィール＞

性別：男性

年齢：66 歳

障害：原発巣　Ｓ状結腸がん、肺・肝臓に転移。抗がん剤治療の効果が見られないことから治療は中止。

＜利用目的＞

施設内でインフルエンザが流行したことから、バス・トイレが居室に設置されている“さくら”を利用することで、行動範囲が“さくら”で完結でき、抵抗力が弱いＴ氏への感染が予防されることから利用を行う。

＜支援内容＞

食事の配膳、下膳は職員が対応。Ｔ氏は“さくら”で食べる。インフルエンザが蔓延している期間は“さくら”で生活。

＜結果＞

Ｔ氏はインフルエンザに罹ることなくインフルエンザは終結した。

(3) ケース３：Ｙ氏親子（26 日間利用）

＜プロフィール＞

（母）性別：女性

年齢：51 歳

障害：生活困窮に伴うホームレス

（子）性別：男性

年齢：16 歳

障害：自閉症

＜入所経緯＞

母親は仕事をしながら居宅で生活していたが、腰痛を発症し仕事ができなくなる。収入が減り居宅を失い、生活保護の申請に至る。施設入所時には居宅移行の目処がついていたため、一時入所事業での利用となる。

＜利用目的＞

のぞみの家は全室２人部屋であり、親子での利用受け入れは初めてであった。

息子の障害も考慮し、“さくら”を利用することとする。

＜支援内容＞

母親から、「息子は集団の中に入るのは難しいため配慮してもらいたい。」と希望があり、食事は食堂まで取りに来てもらうが、食べるのは“さくら”。入浴・トイレについても“さくら”を利用する。

＜変化＞

夜間、寂しさから息子が母親のベッドに入り込む様子が見られた。食事は退所時まで居室で摂取していたが、始め母親が食事を食堂まで取りに来ていたのが、次第に息子も食堂まで食事を取りに来るようになる。

母親は他利用者と喫煙場で話をする姿が見られ、とても社交的。息子は自分から施設内を歩く様子は見られず、唯一食堂に食事を配下膳するのみであったが、その際、職員に毎回礼儀正しく挨拶をすることができていた。

＜結果＞

母親、息子ともに、施設生活内で２人の生活を保持しつつ、施設のフォローを受け居宅移行までの期間生活を送ることができ、退所となる。

(4) ケース４：Ｓ氏（８日間利用）

＜プロフィール＞

性別：女性

年齢：62 歳

障害：中等度精神発達遅滞

＜利用経緯＞

のぞみの家の在所期間約５年。居宅生活訓練事業に参加し終了。その後、施設近隣で居宅生活を始めた。入所中は特に大きな病気にかかることもなく、病院に通院することも、服薬もなかった。

居宅移行時、金銭管理や書類の手続きなどの不安もあり、のぞみの家の通所事業を利用して、Ｓ氏がのぞみの家に来る通所と職員がＳ氏の居宅を訪問することで生活全般の相談や支援を行いフォローしていた。

居宅移行 35 日目、Ｓ氏の友人から、「友人宅に来ている本人の様子がおかしい。」と連絡があり、職員が友人宅に駆けつける。結果、脳梗塞を発症しており、救急搬送、19 日間の入院治療となる。

＜利用目的＞

ほぼ後遺症もなく病院を退院することとなるが、措置機関である福祉事務所からは、Ｓ氏の状態に不安があり、「のぞみの家で短期間でもいいので評価をしてもらいたい。」と話があり、すでにのぞみの家を退所した元利用者Ｓ氏の自負もあったが、居宅生活が継続できるか評価を行うため、“さくら”を利用することとなる。

＜支援内容＞

食事はのぞみの家の食事を提供。職員によるバイタルチェックや服薬の確認を行いながら外出や買い物は自由。入浴やトイレは“さくら”を利用する。

＜結果＞

Ｓ氏の体調や生活状況の確認を行い、福祉事務所に報告、再度居宅での生活が開始となる。

4　考察

ケース１では、今まで車いすの利用者が居宅移行を希望していても、バリアフリーで訓練できる場所がなかったため、評価やシミュレーションを行わずに退所したり、居宅移行に対し消極的になっていた利用者がいたが、“さくら”ができたことにより、居宅移行のシミュレーションを行うことに障害の有無関係なく実施できることとなった。これにより、多くの利用者に安心感を持って、スムースに居宅移行してもらうことができるようになった。

ケース２では、病気を患い、感染症に気をつけて生活している利用者の感染予防。“さくら”を利用することにより他者との接触が最小限に抑えられ、少しでも安心して施設生活を送るお手伝いができたのではないかと思う。

ケース３では、今まで受け入れを行ったことがない親子での受け入れケースであったが、“さくら”を利用することで、施設で生活しながらも、親子での生活は守られたのではないかと考える。

ケース４では、居宅移行した利用者が体調を崩し、再度のぞみの家を利用しなければならなかったケースである。一度居宅に移行できたという本人の能力を職員は見極めるため、“さくら”を利用して、できるだけ居宅生活に近い環境を提供、評価を行うことができた。

このように、個々のケースごとに、“さくら”の利用経緯、利用目的は違っているが、“さくら”を利用することにより、居宅移行の評価対象者の幅が広がり、緊急や一時入所の受け入れ、利用者に対するサービスの質の向上につながっていると感じる。

5　おわりに

救護施設は、社会のセーフティネットと言われ、社会情勢に敏感に対応していく必要がある施設である。

現在、利用者の障害別で言えば、環境の変化に弱く、心身に影響を受けやすい精神に障害を有する方が多くなっている。精神科病院から居宅移行のステップとしてのぞみの家を利用している方も多く、より居宅生活に近い環境の提供による、スムースな移行が求められる。

また、ケースにあげたように、多種多様なニーズに対応できる臨機応変な支援が求められ、施設でできる環境の提供が支援の幅、サービスの質の向上につながる。

今後もより多くの利用者の多様なニーズに応えられるよう、のぞみの家を退所する際は何かを得て帰ってもらう。

“さくら”のイメージの文字通り、「のぞみの家から卒業」として職員一同利用者を見送りたいと願う。

【平成 29 年度全事協実践報告・実務研究論文佳作入選論文】

口腔ケアの充実を目指して～誤嚥性肺炎を減らす～

総合リハビリテーションセンター　特別養護老人ホーム　万寿の家
碓井　秀樹、田中　奈々、尾崎　悠亮、石川　亮、野上　雅子
（*尾崎　悠亮　H29.4/1 付　丹寿荘へ異動）

要旨抄録

平成 27 年の介護保険法改定にて、特別養護老人ホームの入所要件が原則要介護度３以上になりご利用者の重度化また高齢化が進んでいる。その影響もあって、当施設では誤嚥性肺炎による入院が続いており、ご利用者の生活の質の低下や稼働率の減少に繋がっていた。高齢者は特に、就寝中に口腔内で繁殖した細菌を誤嚥したり、胃からの逆流物をうまく吐き出せずに気管に吸い込んでしまった時に誤嚥性肺炎が起こると言われている。その要因として、口腔ケアが不十分なまま日々を過ごしていたり、臥床していることが挙げられる。誤嚥性肺炎の予防の為には口腔内の細菌を減らすことが重要であり、口腔ケアは命に直結する支援であるが、３大ケアといわれる食事・排泄、入浴介助に比べて重きを置かれない面がある。ご利用者が快適により安全に生活できるよう、当施設における口腔ケアについての現状を把握し、ケアの見直し・改善を図る為に行った取り組みについて報告する。

キーワード

口腔ケア、認知症ケア、誤嚥性肺炎予防、多職種連携

1　実態調査

平成 28 年４月､施設内の口腔ケアの現状を把握するために“ご利用者に十分なケアが行えているのか”と、“職員は口腔ケアにどのような意識や印象を持っているのか”という２つの側面から実態調査を行うこととした。

(1) ご利用者の口腔ケアに関する実態調査

①目的；ご利用者の口腔ケアの自立度や頻度（１日何回口腔ケアを行えているのか)､どのような問題があるのかを明らかにすること。

②対象；全ご利用者

③方法；ユニットリーダーを中心に評価

④内容；表１

(2) 職員の意識調査

①目的；支援員が口腔ケアに対して正しい知識を持ち合わせているか、またどのような意識で取り組んでいるか、口腔ケアを負担に感じているか、口腔ケアについて知りたいことは何か等を把握すること。

②対象；全支援員

③方法；質問紙法

④内容；口腔ケアの重要性の認識度、誤嚥性肺炎との関連性の理解、ケア時の身体的疲労と精神的負担、ケア時の感染症に対する意識や対応、口腔ケアに関する指導や研修の受講の有無と希望、口腔ケアについて知りたいこと（歯ブラシの持ち方、歯ブラシの歯へのあて方、歯磨きの回数、歯磨きにかける時間、歯磨きの時の姿勢、うがいの誘導の仕方、義歯の着脱の仕方、口を開けてもらう方法、拒否の強い人への対応の仕方)、口腔内確認時に意識している場所（口唇、上歯、口の天井、舌頬、歯茎、下歯)。

表１：ご利用者の口腔ケア状況実態調査表

	満足度			頻度				口腔ケア自立度(複数回答可)								口腔ケアにおける困りごと(複数回答可)														
	① 問題ない	② できているが不十分	③ うまくできていない	① 1日3回実施	② 1日3回未満	③ 1日2回未満	④ 1日1回未満	歯磨き動作 自立	終了時チェック	仕上げ磨き	一部磨き介助	全介助	うがい介助	義歯脱着介助	その他	なし	①拒否がある	②口を開けない	③口は開けるが大きく開かない	④チェックを嫌がる	⑤歯磨きが大雑把	⑥義歯をはずしにくい	⑦うがいができない	⑧歯がグラグラで歯磨きがしにくい	⑨舌の汚れがとれない	⑩口臭が強い	⑪出血しやすい	⑫歯間や歯の穴の残渣物がとりにくい	⑬噛まれる	⑭その他
A様	1・2・3			1・2・3・4													1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14													

これらの調査表は支援員､作業療法士にて作成した。さらに、より専門的な視点を取り入れるために、当施設の非常勤歯科衛生士、法人内の言語聴覚士からも助言を得た。

2　実態調査の結果

当施設は従来型ではあるが、中棟、西棟、北棟の３つのユニットに分かれて個別ケアを推進している。調査は全棟・全支援員に対して実施したが、特に中棟において口腔ケアに課題が多いとの調査結果が出た。中棟のご利用者は他棟のご利用者と比較して認知症症状が進行している方が多く、ケアに対する拒否や抵抗、発動性の低下、ADL 介助量の増大から介入の難しさがある。その為、今回の取り組みは中棟を中心に行い、ご利用者33名･支援員10名を取り組みの対象とした。

(1) ご利用者の実態調査結果

①頻度：１日３回、確実に口腔ケアをできている方は 13 人（40%）で、3 回未満の方が 20 人（60%）と低頻度のご利用者が多い結果となった。（図１）

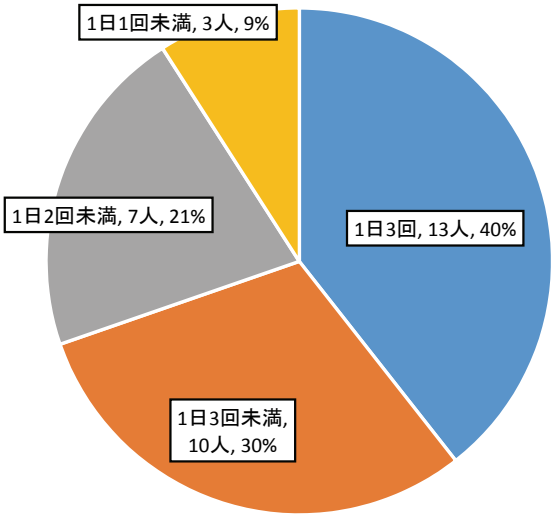


図１：口腔ケアの頻度

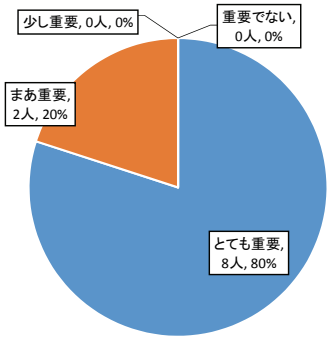
②自立度：自分で歯磨き・うがいが可能で最後に職員が口腔内の目視確認のみを行う自立者は４人と少なく、歯磨きやうがい、義歯磨き等何らかの介助が必要な一部介助者は 11 人、全介助者は 18 人という結果であった。

③口腔ケアに対する拒否：口腔ケアの困りごとの一つとしてケアに対する拒否があるが、中棟のご利用者 33 人中 10 人に拒否があった。

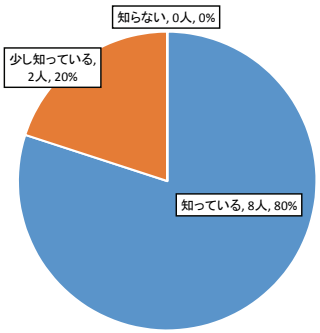
(2) 職員の意識調査

口腔ケアを重要でないと感じている職員はいなかったが、全ての職員が高い重要性があるとは感じていないという結果となった。誤嚥性肺炎との関連性についても認識が不足している様子が伺え、感染症対策についても認識や対応に差が生じていた。（図２）

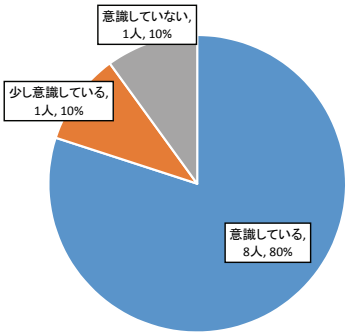
図２



①口腔ケアの重要度の認識



②誤嚥性肺炎との関連の理解



③ケア時の感染症の意識

また、口腔ケアに精神的負担や身体的疲労を感じている支援員が多くみられた。（図３）

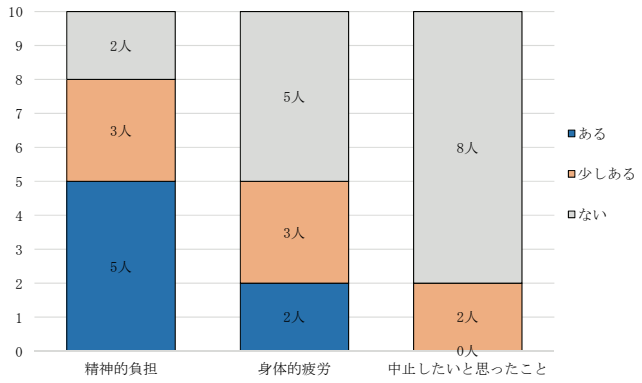


図３　口腔ケアにおける負担や疲労感

口腔ケアにおける知りたいことは拒否のある方への対応が最も多く、口をあけてもらう方法、歯ブラシの歯へのあて方、うがいの誘導方法と続いた。

自由記述欄では、人手が足りず時間をかけることができない、多人数のケアを短い時間で行うことが大変といった意見があり、決められた時間内にケアを行うことの難しさがあった。口腔ケアの優先順位は他のケアに比べると高くない、１日１回就寝前のケアでよいのではといった口腔ケアの重要性を低く考えている意見もあった。

３　口腔ケアの充実に向けての取り組み

ご利用者の実態調査からは介護拒否があり口腔ケアの実施が低頻度となっていることが問題として挙げられた。また、職員の口腔ケアの重要性に対する理解は不十分で、時間がないことや介護拒否にうまく対応できていないことからご利用者に必要十分なケアを行えておらず、職員にも精神的負担・身体的疲労が生じているという問題が挙げられた。これらを解決すべく、様々な取り組みを行った。

(1) 口腔ケア推進チームの設置

口腔ケアの推進において、中心となるメンバーを４名選出した。推進チームのメンバーで抵抗や拒否のあるご利用者に対して口腔内の状態をアセスメントし、誤嚥性肺炎の高リスク者のリストアップを行い、優先順位を決定して積極的に口腔ケアを行うよう取り組んだ。他支援員に対して積極的にケア方法を指導し、介護拒否・抵抗があったとしても毎食後口腔ケアの言葉をかけるようその都度促した。また、できるだけ負担や疲労を軽減できるよう業務の流れを調整し、口腔ケアの時間をとれるように環境を整えた。さらに、口腔ケアにおける困りごとや気づいた点については、今まで以上に細やかな記録をとり、解決策を検討した。

(2) 専門職による研修の受講

①法人内専門職による研修の実施

支援員の口腔ケアについての知識・技術にはばらつきがあり、同じレベルで口腔ケアを行えるよう前述した歯科衛生士と言語聴覚士から研修を受けることとした。言語聴覚士からは誤嚥性肺炎についてとその予防のための口腔ケアの重要性について講義を受けた。歯科衛生士からは、口腔ケアの方法について実技を交えて講義を受けた。（図４）

研修前にはご利用者の実態調査と職員の意識調査の結果を講師に見て頂き、誤嚥性肺炎と口腔ケアとの関連や感染症を意識した手袋を着用したケアの方法や口腔ケア物品の管理方法、口腔内の観察ポイントといった当施設で徹底できていないことや改善すべきこと、さらに介護抵抗のある方へどのように介入するとよいか、口を開けやすくする方法等の職員が知りたいことを講義の中に取り入れて頂いた。

図４　研修場面

②外部研修の受講

さらに知識や技術を深めるために、推進チームのメンバーが認知症の口腔ケアについてピックアップした外部研修を受講し、色々な情報収集に努めた。

(3) 知識・技術の伝播

①研修の伝達

専門職からの講義や技術指導は有意義なものであるが、全支援員が受講することは困難である。口腔ケアの研修を受けた職員がユニット内の全職員に対して OJT を行い、口腔ケアに関する必要性

・重要性の理解を深めた。受講した職員が他の職員へ確実に伝達することにより、棟全体での知識の共有と技術レベルの向上を図っていった。

②口腔ケアの支援員間での体験

図５は、実際にうがいの体験を支援員同士で行った場面である。ご利用者側、介助者側として２人がペアとなり、ご利用者側は目を閉じ、介助者側は言葉をかけないままコップの水をご利用者にふくめるパターン、言葉をかけてふくめるパターンを経験した。実際に体験してみて、コップの縁を下唇にあてると開口しやすいこと、うがいの際に口にふくめる一回の適切な水の量の調整といった一つひとつの動作の留意点を確認することができた。言葉かけに対する重要性や、相手に言葉だけでなくどう伝えるか、また伝わるまで待つケアを行うことを再認識できた、といった意見が聞かれた。

図５　支援員同士でのケアの体験

③口腔ケアアセスメントシートの改良

当施設では、定期的に歯科医師・歯科衛生士による口腔ケア指導を受けている。その際に施設内で運用していた口腔ケアアセスメントシートはご利用者の状態を把握する為に活用されており、指導内容を記入する項目がなかった。その為、前回の指導内容が確認しにくい状況であった。より正確に指導内容を残し、指導後のケアに生かせるようにその場で指導内容を記述する欄を設け、記入後は必ずリーダーの確認を受けて回覧するように運用方法を変更した。また、ADL や口腔内の状況等はチェック方式となっていたが項目は多く、更新されていないこともあった為、歯科医師・歯科衛生士と相談して必要項目を厳選した。（表２）

表２　アセスメントシート改良版

口腔ケアアセスメント表　―万寿の家―			作成者		
			記録日	平成　年　月　日	
氏　名		様	□男・□女	介護度	
生年月日	大正・昭和　年　月　日	年齢		入所日	平成　年　月　日
現病歴					
感染症	□あり（□B型肝炎　□C型肝炎　□梅毒　□MRSA　　）　□なし				
食事状況					
摂取自立度	□自立　□一部介助　□全介助　□その他（　　） コメント（				
嚥下	□問題なし　□嚥下遅延　□嚥下が弱い　□時々ムセる　□よくムセる				
栄養摂取方法	□経口　□経管				
食事形態	□普通食　□刻み　□ミジン　□ムース　□ミキサー　□その他（　　）				
口腔状況					
口腔清掃度	口腔ケア頻度	□朝　□昼　□夕　□おやつ後　□その他（　　）			
	うがい	□問題なくできる　□体を揺らしてできる　□促しがあればできる □水を飲みこんでしまう　□できない　□その他（　　）			
	歯磨き	□自分でできる　□仕上げ磨きが必要　□一部介助　□全介助 □拒否がある　□その他（　　）			
	義歯の装着	□できる　□一部介助　□全介助　□その他　□義歯なし			
	義歯の洗浄	□できる　□一部介助　□全介助　□その他　□義歯なし			
口腔観察	歯の状況	□自分の歯：上（　　）本　下（　　）本　＊残根含む			
		□義歯使用 □上（□総義歯・□部分義歯）　□下（□総義歯・□部分義歯）			
		□義歯は使用していない　□その他（　　）			
	口腔の状況	□問題なし			
		□食物残渣がある（全体・部分）　□舌の汚れ（全体・部分）			
		□口臭がある（強い・ややある・なし）　□傷・腫れがある（　　）			
		□その他（　　）			
	開口状況	□問題なし　□ほとんど開けられない　□やや開けにくい			
備考					
口腔ケア指導	平成　年　月　日		支援員氏名		
＊指導を受けた内容を記載					
口腔ケアの課題・問題点・教えてほしいこと					

(4) ご利用者への介入の統一

研修や指導を受けたことをもとに、口腔ケアの介入方法の統一を図った。

①「言葉かけ・促し・誘導の段取り」の統一

まずは「今から口の中を磨く」ということを認識して頂けるよう、言葉かけだけでなく洗面台へ誘導して視覚的な手がかりを提供した。言葉かけは後ろからではなく必ず前から視野の中に入って行い、笑顔で目を合わせ、向き合い、訊いて笑顔や言葉が返ってくるのを待ち、そこで初めて相互の関係性が生まれて行為を始められるよう介入した。また、認知症の方は特に恐怖心が強いため、最初の言葉かけにあたり口腔ケアを行う前はご利用者の肩に触れて言葉かけを行うよう統一した。こうしたことを続けることにより、「今から口の中を磨く」ということをご利用者は認識し、恐怖心が和らぎ、介護拒否や抵抗の減少に繋がるようにケアの統一を図った。また、介護拒否がある場合でも毎食後に必ず口腔ケアの言葉をかけることにより、ご利用者が口腔ケアを行うという環境に慣れていただけるように日々取り組んだ。

②介護抵抗のある方への介入

口腔ケアを行えていないご利用者の中には介護抵抗のある方が多かった。抵抗されるのには必ず

理由がある。日頃の口腔ケアの様子を観察・アセスメントすることで、痛みからの恐怖感による抵抗や拒否が見られること、１日１回でよいと言われる生活習慣からくるもの、認知症により時間や場所、やり方がわからないといった個々のご利用者の要因を探ることができた。

③職員の負担軽減を考慮した介入方法

時間がないという理由のために積極的な口腔ケアの言葉かけを行えていない現状があった為、無理せずストレスのない口腔ケアを行えるよう検討した。介護抵抗のある方にケアを受け入れてもらうことはご利用者の負担もあるが、職員側の負担も大きい。その為、全利用者に対して初めから完璧にしようとするのではなく、推進チームで決めた優先順位をもとに取り組む利用者を徐々に増やしていった。また、抵抗の強い方は、１回の口腔ケアで完璧にしようとしなくてもよいこととした。例えば朝食後は上側の口腔内だけ、昼食後は舌だけ、といったように部位別に分けてトータルで口腔内全体を磨けたらよいというルールとした。また、必ずしも食後に行う必要はなく、時間がある時に口腔ケアを行うことも実践した。介護抵抗の強い方については支援員だけの関わりではなく、歯科衛生士や看護師に定期的に口腔ケアを行ってもらった。

４　再調査

平成 29 年１月に再度、４月に行った調査を行った。

(1) ご利用者の実態調査（取り組み後）

①頻度：１日３回未満の低頻度のご利用者は９人（24%）と減り、毎食後口腔ケアを行えているご利用者が 25 人（76%）と上昇した。（図６）

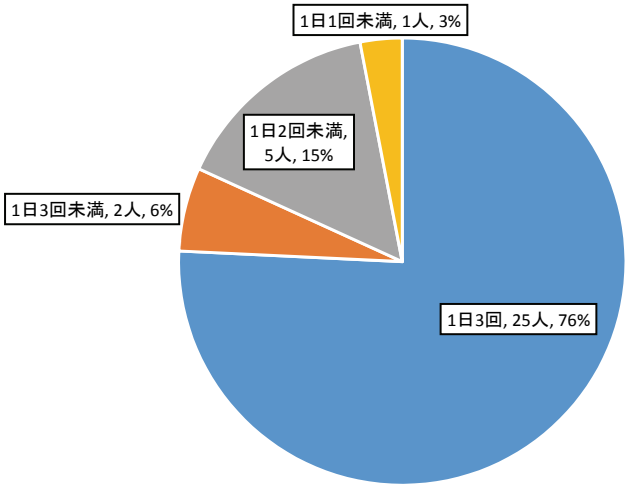


図６　口腔ケアの頻度（取り組み後）

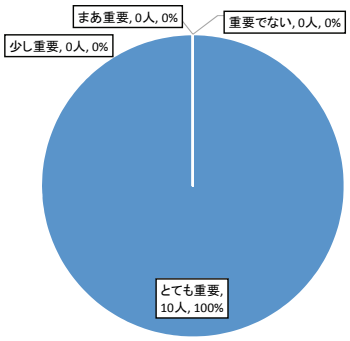
②自立度：初回調査時と大きな変化はなかった。

③口腔ケアに対する拒否:初回調査時に 10 人いたのが５人と低減し、そのうちの３人も拒否の程度や頻度が少なくなっている。

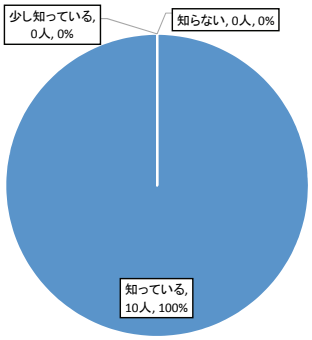
(2) 職員の意識調査

口腔ケアの重要性や誤嚥性肺炎との関連の知識、感染症への意識は全支援員が認識できるようになった。（図７）また、口腔ケアのストレスについても軽減した。（図８）

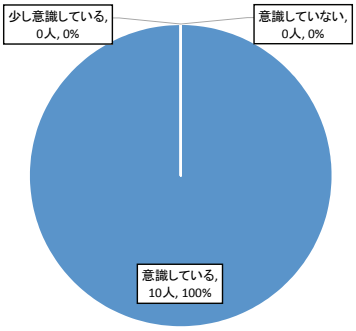
図７



①重要度の認識（取り組み後）



②誤嚥性肺炎との関連（取り組み後）



③感染症の意識（取り組み後）

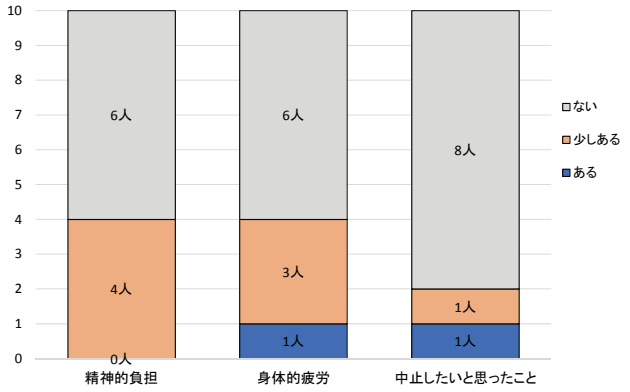


図８　負担や疲労感（取り組み後）

５　考察

(1) 介護抵抗があった場合でも、毎食後口腔ケアを行うようご利用者に言葉かけを行い、タッチングや視線を合わせること、笑顔での対応等、介入方法を統一したことで職員のご利用者への言葉かけが職員本位の流れ作業ではなく、ご利用者に合わせた対応ができるようになった。また、ご利用者自身が口腔ケアを行うという環境に慣れ、生活の流れの中の一部となった様子が伺えた。

(2) これまでは口腔内の衛生状態が良くないために痛みや炎症が発生し、それが口腔ケアに対する恐怖心となることで介護抵抗に繋がり、ますます支援員による介入が出来なくなるといった負の循環が発生していた。しかし、段々とケアの回数が増えていったことによって口腔内の環境が良くなり、痛みや炎症、恐怖心が和らいでいった。その結果、介護抵抗が減少し介入しやすくなるといった正の循環が生まれたことが、抵抗が減った要因の一つであると考える。

(3) 専門職による研修を受講するだけでなく支援員同士で OJT を行い、知識や技術の伝達を確実に行ったことにより、各支援員の口腔ケアに関する知識・技術が向上した。このことにより精神的負担・身体的疲労が減り、苦手意識も減少した。さらに、口腔ケアを支援員間で行い体験したことにより、相手に伝わるまで待つケアを行うことや、一つひとつの動作の留意点を確認でき、言葉かけに対する重要性を再認識できた。

(4) 歯科衛生士や言語聴覚士から研修や様々な助言をいただいたことで、どういったことに取り組めばよいかがより明確になった。また、歯科衛生士からはご利用者の口腔内の残渣物や汚れが減ったとの評価を得た。さらに、調査は歯科衛生士による口腔ケアや支援員への指導に役に立ったとのことで連携が強化された。

６　まとめ

今回の取り組みにおいて口腔ケアの向上が口腔内の清潔保持にとどまらず、ご利用者をより深く理解し関わる機会となり、ご利用者の生活の質の向上につながった。口腔ケアにおける成果は見られているが、誤嚥性肺炎によるのべ入院者数は平成 27 年度 22 名、平成 28 年度 17 名と大幅な減少には至らなかった。誤嚥性肺炎を起こさないためには、食事介助の方法等、口腔ケア以外の誤嚥性肺炎の原因となるケアについても積極的に取り組んでいく必要がある。口腔ケアの今後の課題としては拒否や抵抗をより一層減らすために、もう一度、普段の様子を深く観察しながら、入所されるまでの生活習慣をご家族にも伺い、他職種と連携しながら抵抗理由を再検討していくことが必要である。そして、今回の取り組みで終わりにするのではなく今後も継続して取り組んでいけるよう、新しい職員にも確実に引き継いでいき、他職種と連携しながらサービスの質の向上に努めていきたい。

セルフ・ヘルプグループの設立に関わって
～支援者としての気付き～

総合リハビリテーションセンター　職業能力開発施設　吉田　勝彦

要旨抄録

平成 27 年度障害者就職状況報告(1)によると、就職件数、求職者の増加と障害者就労の伸びが示される一方、就職継続が長続きしていない実態も明らかになり定着支援について課題とされるようになっている。就労支援は就職のみ目指すのではなく、障害のある方が働き暮らし、自立を支えることを目的としなければならない。就職を支える生活面の支援は、障害のある方の住居の問題、収入の問題、家族の問題、余暇や友人など多面にわたる。これらは就労継続の大きなファクターとなっている。

私が所属した北播磨障害者就業・生活支援センターにおいても就業の支援と生活の支援の両面を一体的に行うセンターの役割として就職者のアフターフォローを行ってきた。

支援スタイルとしては、ご本人と支援者との面談、あるいは事業所（企業）を訪問し、雇用管理の相談や助言を行い、福祉サービス関係者とは生活面や医療面、地域のご近所さんとのつきあいに至るまでアウトリーチの支援を中心に行ってきた。今回、生活面の活動の支援として当事者の方がセルフ・ヘルプグループを設立し活動を開始するまで支援してきたことを報告する。

セルプ・ヘルプグループは患者会や家族会など当事者同士の助け合いの会であり「自分たちの」「自分たちによる」「自分たちのための」グループである。障害のある方同士が出会い、自らの課題を持ち寄り、集い、体験を語り合うことで精神的な救済や生活面の問題を解決することができる優れた活動である。その意義するところは、我々支援者にはできない優れた面がいくつもある。福祉サービスを受ける側、提供する側の二面で考えるのではなく、支援者自らが当事者の方への支援のあり方を見直すことができる。

キーワード

セルフ・ヘルプグループ、発達障害、共感、相互援助

1　セルフ・ヘルプグループ設立支援の契機

私が、相談支援を行ってきた登録者の一人、Ｔさん（発達障害）は「同じ障害を持つ仲間と知り合いたい、生活上のさまざまな課題をどう解決しているのか知りたい、地域でどんな暮らしをしているのか教えてほしい」という要望を話されていた。Ｔさんは高学歴で就職後に障害の診断を受けた方である。発達障害のある方たちは一見して障害があるとは分からない見えない障害であることもあり、一般社会に出てから同じ障害を持つ者同士が、お互いを知り合う機会は少ない。

私たち支援者は職務上、発達障害の方の支援を行い、出会うことは日常的であるが、当事者同士が出会う場についてどのように設定すればいいのかは考えあぐねているところであった。利用者の方同士を単に引き合わすだけの設定を意図してみてもそのときだけの関係であったり、お互いの目的が合致するとは考えにくい。Ｔさんの要望されているようなお互いの生活について語り合うことで同じような生活上の困難さや生きづらさについて共感できるような場の設定が必要であった。

そんな中、Ｔさんは自ら行動を開始し、インターネットで発達障害者の当事者の人たちが集まっているセルフ・ヘルプグループの存在を探し自らいくつかのグループに参加体験していった。体験を通して彼は、セルフ・ヘルプグループの存在意義を強く感じたようである。同じような障害を持つ方と出会えたこと、グループ活動を通して、同じような体験を持っている方の話を聞いたり、自分を受け入れてもらったことに感銘を受けていた。自分の地域にも同じようなグループがあれば、という思いが更に募っていったのだと言う。そして、自らが会の設立をしてみたいと支援を受けているＮ市の相談支援事業所の相談支援専門員Ｆさんと、私の所属する就業・生活支援センターに助言を求めながら会の設立にむけて動き出すことになる。

2　設立への支援

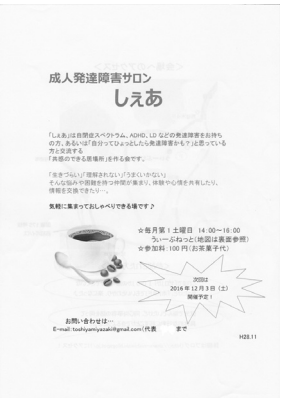
Ｔさんの熱い思いを受け、そういう会が地域にあれば当事者の方にとってきっと貴重な場所になるはずであると私たちも支援に乗り出した。

Ｔさん個人ではできない部分、会場や情報宣伝活動などについて支援を行うことにした。会場となる場所はＦさんのご厚意で法人事務所をお借りすることができた。第１回の開催日や内容はＴさん自らが体験してきた活動内容からヒントをいただき、自ら構想された。チラシづくりやネットの SNS での広報はＴさん自らが作製した。

Ｔさんはこの会のネーミングを「成人発達障害サロンしぇあ」と名付けた。SNS で使われている「share」と「共有」・「共感」したいとの思いからであった。(図１)

会の準備は着々と進んでいたが、問題はどうやって会に参加していただく人を集めるかであった。ＴさんとＦさんは圏域の相談支援事業所や発達障害者支援センターなどにチラシを作成して紹介して回った。ただ、受け取った支援者からは当事者の人たちにチラシを手渡しするだけで参加を促してもよいものか、どんな会なのか心配という懸念があった。またチラシだけを見て会の趣旨にあった方が参加されるのか、一見さんで終わってしまわないかなど考えるべきことが多々あった。１回の開催日に希望通りの参加者が集まるかは未知数であった。

そこで、私と相談支援専門員Ｆさんは、お互いに担当する当事者の方との相談の機会に会の発足についてお知らせし、会の趣旨を説明して参加を勧めた。そして、最初は支援者と担当している支援対象者の方とで一緒に参加してみることとなった。結果としてこのことが支援者の私たちにご本人の心境の変化や参加の効果を発見させてくれるきっかけとなった。



図(1)

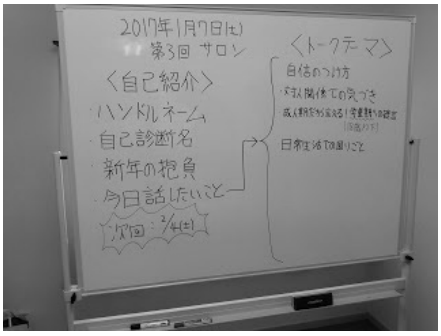
３　会の運営と進行づくり

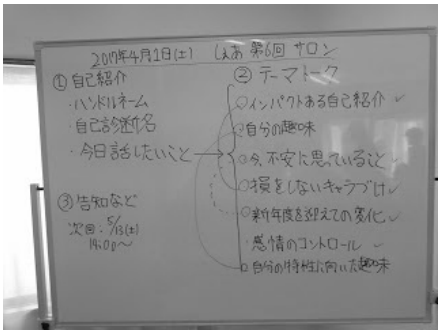
会の目的や参加条件などさまざまなルールが必要になるが、Ｔさんは他のセルフ・ヘルプグループに参加しながらそのノウハウも伝授してきてもらっており、次のようなルールで始めることとなった。既に活動している会は新発足する会に対して親切なアドバイスをしてくれており、こうした会については安心して自分のことが話せる場、批判もされず、失敗も許される場になるように特に工夫がされていた。

「サロンを安全で居心地のいい場所にするために、以下のような大まかなルールを設定しています。ルールを守り、楽しいサロンにしていきましょう」

（図２・３）

- 体験を語り合うときは、「言いっぱなし、聞きっぱなし」を心がける。体験はその人だけのものです。相手の話を聴くことも、自分を知ることにつながっています。
- 他人への批判、説教や政治的または宗教的な主張はしない。これまで誰にも分かってもらえなかったことでも、ここでなら話せる、共有できる。そんな温かい雰囲気のサロンになればと考えています。
- 人それぞれ、特性の度合いや生活環境、生育状況などは異なります。望まないアドバイスや反論は相手の役に立ちません。アドバイスは特に求められたときだけに留めるようにしましょう。話を聴いて思ったことや、自分はこうしている（いた）という体験があれば共有します。
- サロン内で聞いたことは他言しない。勇気を出して、今までのつらい体験を話される方もいます。その方が安心して話せるように、サロン内で見聞きしたことは他の場所では他言しないようにしましょう。





（図 2）（図 3）

4　障害特性ゆえの苦労と共感

第１回目の会合は、発達障害の特性ゆえの苦労が話され参加者が共感できる内容であった。初めての会で参加者が自己紹介を一通りした後、まだ診断を受けていないという方から「発達障害とはどういうものかわからないから教えてほしい。」、「情報によると自分もそうだと思うが皆さんはいつ障害に気付きどのように生活されているのか知りたい。」との質問から始まった。

参加者は自分が障害に気付いたときのことや自分の障害名について打ち明けていった。今日初めて出会った人の集まりであるにもかかわらず一人が話し始めると皆真剣にうなずき、同じ障害名で共感しあい、話す側、聞く側とも打ち解けていく様子が見てとれた。

発達障害のある方の特徴として学生時代から学校や人になじめず苦労してきた話や、早くから診断が出ていて自分の障害と向き合ってきた人と、社会人になって挫折した経験を持ち、診断が出るまでうつ病を発症したり精神科の病院を回ったりして原因が不明のままであった人。診断が出たことで、いままでの自分の悩みがいっぺんに理解できたという人もいた。現在の悩みや不安についてそれぞれが自由に発言し、経験のある人からアドバイスされたり、支援してもらう方法などを教えあったりすることで体験をわかちあうことができたようであった。同じ経験を持つ人はすぐに手を挙げて「自分もそうであった」ことや出来事を発言していた。参加者は自分が話すことに「自分もそうであった」と言ってもらえることが安心や生きていく力につながっていくセルフ・ヘルプグループの意義を痛感させられた第１回目であった。

5　セルフ・ヘルプグループに参加した方の変化（事例報告）

(1) Ｎさんの場合

Ｎさんは就労移行支援事業所を通じて一般就労した方である。思考の特性が極端で自己否定感が強い。いつもこれで良いのかという気持ちが湧いてくるため、今の自分の仕事に達成感が持てず退職・転職の相談によく来ていた。彼の勤める事業所からは働きぶりもよく、欠勤せずよく働くとよい評価を受けていたが、自分は 100%ではないと、評価を受け入れることができず自信を持てなかった。そんなＮさんも同じ障害の人たちがどのような職業生活をしているのか知りたいという思いから今回の参加を決めた。支援者はＮさんに働いている事業所からの評価を正しく伝え、よく働いているとの評価を彼に伝える支援を行ってきたが本人の納得を得ることができないでいた。

初めてこの会に参加したとき、彼は自分の障害特性がよくわかったと言っていた。当事者同士で今困っていることを話し合っていたとき、参加者の一人から「自分たちはいつも白か黒かで物事を考えているらしい。一般の人たちは 65 点でもよいと思えるんですよ。」と発言があった。

それを聞いてＮさんは机に伏してしまい「そうだったのか。」と唸ってしまった。彼の心情を察するに自分の思考がまさに極端な思考であったことや、支援者から何度も同じ助言を受けていたこと、納得できなかったこと、この場で他の同じ障害の人の発言を聞いたことで自分自身のこととして考えることができたようで今までの自分の考えを省みることが瞬時にできたようであった。

支援者としては、その様子を見て対象者の方の考えを合理的に説明して説得しようとしても本人の納得が得られず、一般的な障害特性を語ったところで本人に受け止めることができていなかったことを痛感するとともに、当事者間で共感したり経験を聞いたりすることはこんなにも効果的な面があることに気付かされた。

(2) Ｍさんの場合（就職の先を考えたい）

Ｍさんも就労移行支援事業所を通じて一般就労した方である。彼の悩みは、今の職での待遇では将来やっていけないと思っており、結婚適齢期なのに結婚できないと悲観していることである。年上の参加者から「世間一般の真似をして、何々をせねばならないとか、何々するのが当たり前だとかいう考えに縛られてしまうのも私たちの障害特性なのかもしれない。」と発言された。それを受けて「結婚する、しないは自分で決めることで、しないことがおかしいのではない。」、「世間は関係ない。」と言う意見や、「結婚できるにはどうすればいいのか考えよう。」と言った意見など多くの考えがその場で出された。この話題には共感する人も多く、更に障害者雇用が最低賃金の待遇であることや短時間労働であることへの不満も出され、自分たちの境遇やこれからの生き方について考える機会となった。

就労支援は就職することに目が移りがちである。Ｍさんの希望であった一般就労が叶ったことで支援者は彼のニーズは満たされたように錯覚してしまっていた。生活の視点で働くことを見れば、彼の今後の生活への希望を叶えることができる労働環境や生活を維持していく収入のあり方、そのニーズを実現していくためにできることを支援者としてともに考えていくことが必要であることを感じた会であった。

(3) Ａさんの場合（安心して話せる場）

Ａさんは地域の相談支援員Ｇさんに連れられて参

加した。会の参加の条件は成人、就労者などのルールを決めて発足していたので在学中のＡさんは未成年であったので例外的に許可をもらっての参加となった。

Ａさんは在学中に受けたいじめなどが原因で引き籠っており、なかなか外に出るのも難しい状況の中、Ｇさんに背中を押されて参加していた。年長者が多い中で緊張しながらも自分の体験を徐々に話していった。Ａさんが自身を語った内容は、障害特性故に他人の気持ちがわからず苦労したことやそのことがきっかけでいじめられたりしたこと。何よりも人には裏表があって、言葉や表情からは真意がつかめなかったことがなによりショックであったと言う。

この話を受けて「自分もそうであった。」と次々に参加者から発言があったことで彼の緊張感はどんどん和らいでいった。Ａさんに向けて話している言葉は同じ苦労を経験した者同士の共感が更に深まっていく時間となった。

この会の参加者の多くが障害に気付いた時期が遅く、学生時代は普通高に通っていた人がほとんどであったことから、同じように友達や先生との関係、クラブ活動や仲間との人間関係のトラブルを多く経験してきていることが発言からわかった。私の知っている参加者の方からもそんな苦労をしていたのかと初めて聞く話がたくさんあり驚いた。

参加した方たちはＡさんへのアドバイスを発言することで、過去の自分を振り返り自分を見つめ直すことができたようであった。今回の参加者は自分が自分の体験を話すことが結果として相手の援助役をしていることに気づくことができ、「自分も人の役に立つことができることに気づいた。」とある参加者から感想を聞くことができた。また、引率者のＧさんは「家族とも話さないＡさんがこの場ですらすらと話している姿を初めて見て驚いた。」と話された。

(4) Ｉさんの場合（ピアサポーターとして）

Ｉさんは他府県の方でありながら時間を掛けてわざわざ参加されていた。地元で同じような自助グループの活動をされてきた最も年長の方である。Ｔさんが体験参加したセルフ・ヘルプグループの参加者であり、地元で自助グループをつくりたいという話を聞き、応援に来られていたのであった。セルフ・ヘルプグループでの経験がある彼はセルフ・ヘルプグループの力をよく理解されており、自分の体験を同じ障害を持つ仲間の役に立てれば、との思いから参加されていた。彼は「同じ障害を持つ人や話すことのできない子どもの気持ちを代弁することができないか、通訳してあげることができないかと思っている。」と話された当事者ゆえにわかる本人の生きづらさにアドバイスを送る役割を会のなかで実践されていた。セルフ・ヘルプグループに参加することは単なる参加者であるだけでなく、自分の経験や発言が仲間に援助を提供できる人になることができ、自信も持つことができ、生きがいももたらすのだと示してくれていた。当事者のニーズをよく知っている人が仲間を援助するピア・サポートが自然にできていた。

６　セルフ・ヘルプグループの特徴

今回のセルフ・ヘルプグループの活動に参加することでセルフ・ヘルプグループの活動意義について分かったこと。

① セルフ・ヘルプグループは単なる当事者団体ではなく、お互いの助け合いがなされる相互援助のグループである。
② 体験談を語ることは自分を見つめ直す機会になり、聞く人を助けることができる活動の中心である。
③ セルフ・ヘルプグループは専門職ではない自分たちで運営するグループである。
④ セルフ・ヘルプグループでは援助の受け手だけでなく援助の与え手になることもできる。

７　支援者が考えるべきこと

このたび発足したセルフ・ヘルプグループの活動を見届けてきた中で気づいたことは、支援者と対象者との距離である。最近福祉の現場でよく言われるようになった言葉に「対象者に寄り添った支援を」という言葉がある。人と人との共感的な関係を説明するとき、私たち支援者は相手の立場に立つとか、寄り添うという言葉を使う。支援者という専門職は支援の過程で本当に対象者に寄り添った支援ができていたのであろうか？私たち支援者は職務として客観的に対象者の方と関わり、一定の基準に沿って仕事をしている。そのことで対象者のパーソナリティやありのままをどれほど知りえていたかという反省の思いがある。特に会への参加を勧めた対象者のことについて自分はよく知っているという思い上がりがあったことに気づいた。自分としては本人との面談や聞き取りを充分に行ったつもりであったが、その思いをくみ取っていたのであろうかという反省である。対象者が会の中で体験談を話すとき、その話の内容を初めて聞くことの驚きと悩みを抱えていたことの事実、丸ごと受け止めてくれる人を求めていたことが分かる。

支援対象の方の全てを理解することは到底できない

であろうが、支援者-非支援者の関係性を重視するあまり従来の支援方法ではどうしてもうまく解決に至らないこともあるということを知る必要があるのではないだろうか。

支援者側にとってセルフ・ヘルプグループは当事者のグループであり専門的な支援とは一線を画しているところがあるように思われがちである。しかしながらセルフ・ヘルプグループには支援者にはできない力があり、当事者にとって同じ課題を抱えて生活している人に出会うことで得られる問題の解決策や情報は大きな意味を持つ。グループ内では「自分たちは」、「僕たちは」と話すため同じ問題として話し合える関係ができる。支援者は「あなた」「みなさん」と話すため距離があるのだとわかった。

「自分だけ」と悩んでいる方にとって「同じ仲間」の存在とグループは大きな力になる。

「医者が患者になるとき」『看護教育』第 16 巻 5 号より引用

「(中略)もうひとつ医療者が知らず知らずもちやすい思い上がりの心は、「患者の心は何もかもわかっている」と思い込んでしまうことだろう。たった一人の患者の心でも、本当に知るのはなんとむずかしいことか、このことは自分が患者になってみてはじめて分かる。ピント外れの言葉では、患者を当惑させときには傷つけるだろう。思いやり、ということも、まず虚心坦懐、つまり先入観を持たずに患者の心を知ろうとする姿勢から生まれる必要がある。それには多少時間もかかるだろう。患者が折りにふれて示す言動や表情に対する敏感なアンテナのようなものが医療者に備わっていたらよい、と思われる」

『専門職としてのソーシャルワーカーが、セルフ・ヘルプグループや当事者とかかわるときに問われるのは、かかわる人の「論理」である。パートナーシップは、当事者の人たちと「人間として対等である」ことが原点である。セルフ・ヘルプグループと当事者の人たちが投げかけているものは、「本当の援助とはなにか」という厳しい問いに他ならない。専門職の人たちは自己改革を迫られているというべきだろう。』(2) 久保紘章 (2004)

8　考察

専門職が行う支援と当事者が行う相互援助は互いに補い合うことができれば地域の貴重な資源となるはずである。

「成人発達障害サロン　しぇあ」が活動を始めてようやく半年が過ぎたところである。今後も私が支援者としてセルフ・ヘルプグループにかかわり支援していくにあたり支援者とセルフ・ヘルプグループの関係について次のように考えた。

(1) 会の回数を重ねることでお互いをよりよく知り仲間関係が深まっていくものと思われる。会員個々の要望やニーズが多岐にわたっていくことも考えられる。支援者としては初めて参加する人への受け入れや援助ができるしくみは残してほしい。セルフ・ヘルプグループの存在価値である。グループが当事者の人たちにとってどんな効果があるのか意味するものを十分に理解した上で支援者として当事者の方をセルフ・ヘルプグループに紹介する道筋を作る。セルフ・ヘルプグループに参加することで仲間を得て、自己回復し、生きていく力としてほしい。

(2) 北はりま圏域は、公共交通機関も少なく、南北に長く不便である。現在はグループの中で助け合って相乗りなどをしているが、交通手段を持たない方のため圏域の他市でのもちまわり開催などが実現できないか。各市町村の支援者の連携で実現できないか模索したい。

(3) 支援者は専門的な知識や情報提供などで協力することはできる。福祉の制度や障害についての知識等。（一般就労するための知識、一人暮らしをするための支援等）

(4) 支援者や専門職にセルフ・ヘルプグループの存在やその活動について知っていただき応援していただく。

(5) 支援者は専門職としてかかわることがあっても運営やプログラムは自主性にまかせるべきである。支援者がお膳立てする会合は自助グループにふさわしくない。自主運営できるしくみづくりや参加者への呼びかけの役割をする。

(6) 上記と合わせて、現在の参加者を見ると開催地の他、周辺都市からの参加者も多い。県内に居る方でもこのような会へのニーズがあることがわかった。そこで、新しいグループの結成があれば支援する。当事者同士が出会える場や機会の設立を提供できるように会の立ち上げに意欲のある当事者の方を支援する。

自助グループには、患者会、家族会、親の会、等々のさまざまな会が広がり市民権を得たといわれる。これらの活動については先行研究も多数あり、活動の効果については海外での実践を含め心理学的側面でも述べられている。この点については、支援の実践を重ねながら学習していくべき課題としたい。

参考・引用文献

１）厚生労働省平成 27 年の「障害者雇用状況」集計結果
２）久保紘章（2004)「セルフ・ヘルプグループ」－当事者へのまなざし―
３）岩田泰夫（2008)「セルフ・ヘルプグループへの招待」川島書店
４）成人発達障害サロンしえあ
http://share-nishiwaki.blogspot.jp/2017/

特別支援学校在校生を対象とした新たな取り組みについて

総合リハビリテーションセンター　職業能力開発施設　興津　亜希子、河野　哲也

要旨抄録

総合リハビリテーションセンター職業能力開発施設（以下、能開）では、これまで特別支援学校などの高等部在校生を対象にした職能評価（以下、在校生職能評価）を実施してきた。

評価を実施した生徒の進路を調査することにより、在校生職能評価の信頼性、妥当性等を検証している。また、平成27年度には「職業能力開発施設における在校生職能評価の現況」として経年に渡って調査してきた進路調査をまとめることで、今後の課題等を確認しており、今年度は、これらの結果をもとに評価内容の見直し、改善を進めているところである。

今年度、神戸市西区に開校した兵庫県立西神戸高等特別支援学校（職業科）〈以下、西神戸特別〉の進路担当教諭との情報交換の中で、前任校において能開が行う在校生職能評価や、能開運営事業を利用していた経験を踏まえ、１年生在籍者全員に職能評価を行えないかとの相談があった。同校では、１年次の職場体験実習を行った後、２年次のコース選択を進めていくこととなっており、そこで在校生職能評価を判断材料の一つとして活用したいとの意図であった。

従来の在校生職能評価とは想定学年が異なること、すでに調整済みの日程に組み込むことが困難であること、そして職業科のカリキュラム（コース選択）を見据えた職能評価が望まれることから、「１年次における職能評価」（以下、初期評価という）を新たな取り組みとして、内容・方法を提案し試行的に実施することとした。

キーワード

特別支援学校在校生、職能評価、初期評価、評価ツール、評価票

１　内容の検討

新たな取り組みとしての初期評価を実施するにあたり、まず評価内容の検討を行った。

西神戸特別は職業科であり、カリキュラムとして１年次に基礎実習である「トライやるＪＯＢ」（３日間）と職場体験実習（５日間）が組み込まれている。その職場体験実習との関連性を強化するため初期評価を実習の一つとして位置づけた。従来の在校生職能評価とは異なり、生徒だけという環境で行う検査のための作業や訓練というのではなく、年齢も大きく異なる一般利用者と共に作業を行うという環境の中で実施することとした。また、評価期間を２日間と短く設定することで、生徒にとっては短時間で力が発揮できることが求められる形とした。

学校の要望として、対象人数、実施期間等の制限があったため、試行ではあっても新たな評価ツールを開発するのではなく、職能評価で通常使用し、実績のある評価ツールを用いた作業評価を行うこととした。

具体的には、短期間での評価をカバーするため、事前情報の収集方法として、従来の在校生職能評価で使用している利用申込書だけでなく、生徒像（個々の能力）を推測、把握するものとして「厚生労働省編一般職業適性検査（GATB）」の実施を提案した。それと同時に、生徒の準備性（初期評価を行う意味を理解し、目的を持って評価に臨む）を高めることを目的とした「職業ガイダンス（社会人にとって大切なこと）」の実施を提案し、学校を訪問して生徒全員を対象に実施した。

また、新たな評価ツールとして、従来の在校生職能評価では行っていなかった「パソコン評価（検索修正）」も取り入れた。さらに、作業能力の評価には一般利用者と共に取り組むピッキング作業とライン作業をするなど、１年次の実施ということもあり、作業内容は、既存の在校生職能評価（基礎・応用）との棲み分けを意識し、これまでと異なった作業種を選定することにより「初期評価」としての位置付けを明確にした。

加えて、初期評価を実施するにあたり、新たな評価票を作成した。学校との協議を重ね、評価内容（評価の視点・作業種、環境の設定）、評価項目を選定し、学校の通知表と評価票を照らし合わせ関連性を持つよう、評価票の項目及び評価段階を決定した。

２　初期評価実施

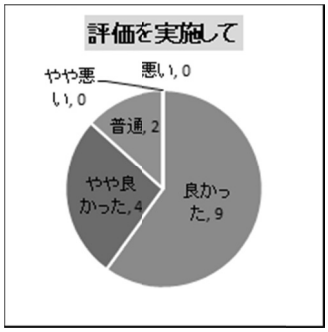
対象者	兵庫県立西神戸高等特別支援学校　１年生(48名)
期　間	平成29年7月14日～10月26日
場　所	職業能力開発施設　作業室
評価担当	１グループ（最大４名）につき、主担当１名、副担当２名

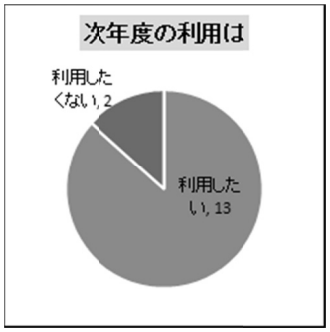
内　　容	(1) 事前講話 スライドを使った講話 ①職業ガイダンス「社会人にとって大切なこと」 ②職能評価について (2) 事前検査 「厚生労働省編一般職業適性検査（GATB）」（紙筆検査） (3) 作業評価 （２日間、１グループ最大４名） 第１日目…GATB（器具検査）、ピッキング作業 第２日目…ライン作業、パソコン入力作業 (4) 報告会 個別に作成した評価票、および検査・作業データを元にした担任に向けたふり返り ※(1)、(2)は７月14日に学校にて実施

３　今後に向けて

初期評価終了後、西神戸特別の１年生担任教諭、進路指導担当教諭15名を対象に、アンケートを実施した。

今回の評価結果については、12月に行われる懇談会で、生徒・保護者に提示されることになっているため、生徒、保護者に期待されるものとなり得たのか現時点ではわかりかねるが、今回のアンケートや報告会等を通して、先生方の声を聞く限りでは、概ねニーズに応え得るものとなったと思われる。





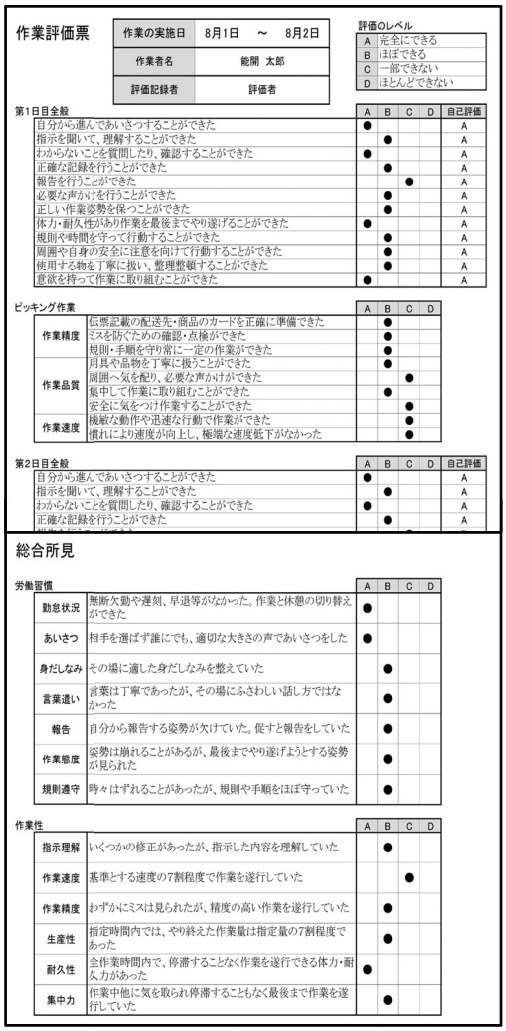
ただし、評価票については、「内容の理解ができづらいところがある」「評価票の見方や解釈が難しい」「生徒や保護者への伝え方が難しい」といった内容の他、「２日間では短い」といった意見もあり、評価の目的や内容の更なる検証が必要と考える。

また、「データとして有効活用していくためには、評価の理解を深めていく必要があり、そのための研修（学習会）ができないか」という提案も出された。

現在、兵庫県下（県立）においては、就労自立を目指す職業科・就業技術科を設置した学校が、西神戸特別の他に３校、普通科に職業コースを設置した学校（分教室）が３校あり、約200名の生徒が、キャリア教育に特化した教育課程の下で学んでいる。

今回試行として初期評価を実施したが、学校側からは次年度以降も継続実施の要望が出されており、そうした要望に応えることはもちろん、他校にも積極的に活用していただけるよう、実習先や職種を選定するための基礎材料となる評価ツールとして強化していく必要がある。ついては、能開が行った評価の結果を報告するに留めず、評価結果から何を読取り、いかに活用すべきかまでパッケージ化して紹介するなど、簡潔で活用しやすい評価票への更なる改善が必要と考える。また、実施する側の態勢としても、担当する職員の評価に対するスキルの向上や評価結果のフィードバックについてのスキルの向上など、常に一定の条件を整えておくことも今後の課題である。

能開では、従来の在校生職能評価（基礎、応用）でも見直しを進め、改善を図っているところであり、今後も現状に満足することなく、在校生職能評価全体として有機的な活用方法を提案することで、障害のある方々の「働く・働きたい」を支援していきたい。



作業評価票

作業の実施日	8月1日　～　8月2日
作業者名	能開 太郎
評価記録者	評価者

評価のレベル

A	完全にできる
B	ほぼできる
C	一部できない
D	ほとんどできない

第1日目全般

	A	B	C	D	自己評価
自分から進んであいさつすることができた	●				A
指示を聞いて、理解することができた		●			A
わからないことを質問したり、確認することができた	●				A
正確な記録を行うことができた		●			A
報告を行うことができた			●		A
必要な声かけを行うことができた		●			A
正しい作業姿勢を保つことができた		●			A
体力・耐久性があり作業を最後までやり遂げることができた	●				A
規則や時間を守って行動することができた		●			A
周囲や自身の安全に注意を向けて行動することができた		●			A
使用する物を丁寧に扱い、整理整頓することができた		●			A
意欲を持って作業に取り組むことができた	●				A

ピッキング作業

		A	B	C	D
作業精度	伝票記載の配送先・商品のカードを正確に準備できた		●		
	ミスを防ぐための確認・点検ができた		●		
	規則・手順を守り常に一定の作業ができた		●		
作業品質	道具や品物を丁寧に扱うことができた		●		
	周囲へ気を配り、必要な声かけができた			●	
	集中して作業に取り組むことができた		●		
	安全に気をつけ作業することができた			●	
作業速度	機敏な動作や迅速な行動で作業ができた			●	
	慣れにより速度が向上し、極端な速度低下がなかった			●	

第2日目全般

	A	B	C	D	自己評価
自分から進んであいさつすることができた	●				A
指示を聞いて、理解することができた		●			A
わからないことを質問したり、確認することができた	●				A
正確な記録を行うことができた		●			A

総合所見

労働習慣

		A	B	C	D
勤怠状況	無断欠勤や遅刻、早退等がなかった。作業と休憩の切り替えができた	●			
あいさつ	相手を選ばず誰にでも、適切な大きさの声であいさつをした	●			
身だしなみ	その場に適した身だしなみを整えていた		●		
言葉遣い	言葉は丁寧であったが、その場にふさわしい話し方ではなかった		●		
報告	自分から報告する姿勢が欠けていた。促すと報告をしていた		●		
作業態度	姿勢は崩れることがあるが、最後までやり遂げようとする姿勢が見られた		●		
規則遵守	時々はずれることがあったが、規則や手順をほぼ守っていた		●		

作業性

		A	B	C	D
指示理解	いくつかの修正があったが、指示した内容を理解していた		●		
作業速度	基準とする速度の7割程度で作業を遂行していた			●	
作業精度	わずかにミスは見られたが、精度の高い作業を遂行していた		●		
生産性	指定時間内では、やり終えた作業量は指定量の7割程度であった		●		
耐久性	全作業時間内で、停滞することなく作業を遂行できる体力・耐久力があった	●			
集中力	作業中他に気を取られ停滞することもなく最後まで作業を遂行していた		●		

頚髄損傷者の排泄動作拡大と生活の質の向上に向けた援助の事例研究

総合リハビリテーションセンター　障害者支援施設　自立生活訓練センター　下村　春美

要旨抄録

兵庫県社会福祉事業団の運営する、総合リハビリテーションセンター内の障害者支援施設自立生活訓練センターでは、18 歳以上の障害者が入所・通所し、自立訓練（機能訓練、生活訓練）を行う施設である。脳血管疾患、脊髄損傷、神経難病などの疾患、高次脳機能障害、片麻痺、四肢麻痺などの精神、身体障害を有する方が利用している。基本的には、医学的なリハビリテーションを経て、更なる心身機能の回復に向けたリハビリと在宅での環境調整、復職、復学、所外での公共交通機関の利用、買い物などの外出訓練、自動車運転訓練などを行い、社会復帰を実現することが目標となっている。

しかし、利用者の中には、医学的リハビリテーションを終え、在宅で生活されていた方が合併症や二次障害などの理由で、日常生活動作（以下 ADL）が低下し、再び訓練を要する場合がある。当施設では、県内外の病院からの紹介患者や在宅の障害者を入所や通所という形で受け入れ、ADL の拡大、生活の質（QOL）の向上を目指した機能訓練、生活訓練も提供している。

今回の事例では、家族やヘルパーの介助やデイサービスを受けながら在宅で生活している、気管カニューレ挿入中の頚髄損傷者の排泄動作拡大の関わりから、ADL の拡大と QOL の向上について考察し、今後の課題をまとめたのでここに報告する。

キーワード

頚髄損傷、ＡＤＬ、ＱＯＬ、排泄動作、在宅

１　研究目的

在宅で介護を受け生活する頚髄損傷者の排泄（排便・排尿）管理や ADL の拡大、QOL の向上に向けた援助について考察し、今後の課題を明らかにする。

２　研究方法

(1) 研究期間：平成 25 年 10 月～平成 29 年４月
(2) 研究対象：頚髄損傷者
（Zancolli 分類　右Ｃ６BⅢ・左Ｃ７）
(3) 研究方法：事例研究
(4) 倫理的配慮：
利用者、家族に研究目的や内容、不利益からの保護、匿名性の厳守とともに、事例内容は研究や発表以外に使用しないことを説明し、研究への協力について承諾を得る。

３　患者紹介

対象者：Ｎさん　49 歳　男性
病　名：頚髄損傷　下顎骨折　脊髄空洞症　神経因性膀胱
障害名：四肢麻痺　膀胱直腸障害
受傷年月、原因：
平成 19 年３月、仕事中にエレベーターに挟まれる。
既往症：平成 23 年８月；脊椎腫瘍 OP
受傷後疾病等：
脊髄空洞症、受傷後気管切開（スピーチカニューレ挿入中）、左斜視、視野狭窄（左下方は二重に見える）、右頚部から上肢痛（ペインクリニック通院、ブロック注射、デュロテップパッチ、痛み止め内服治療中）
家族構成：妻 50 歳、長女 26 歳、次女 21 歳
排泄管理：
排便に関して、ベッド上で妻またはヘルパーの介助を受けている。排尿に関して、昼は間欠的自己導尿用セルフカテーテル（以下カテーテル）を使用し、妻の介助導尿を受けている。夜は間欠式バルンカテーテル（以下ナイトバルン）を使用している。
気管カニューレの管理：
カニューレからの吸引は、在宅では妻が介助している。外出中は、ポータブルの簡易吸引器を持参し、食事しなければほぼ喀痰はない。
褥瘡：
右第５足指側足底の褥瘡あり、技師装具士と PT とが靴装具作成する。装具の除圧にて現在は治癒しているが、通所を休んでいた時期もあった。
在宅でのサービス利用の内容：
訪問介護（３回／週の入浴２回、清拭１回）

訪問リハビリ（２回／週の PT、１回／週の ST）
デイサービス（２回／週の午後、入浴サービス）
当施設通所（２回／週の午前のみ）

４　結果

(1) ベッド上介助排便からトイレでの座位排便の指導

在宅では２回／週、妻がベッド上で排便介助している。利用者と妻から、準備や片づけが簡単で、より自然排便に近づけたいという希望に基づき、平成 27 年３月 26 日～４月 15 日の期間、シャワー兼用車椅子を使用し、トイレでの座位排便の指導を実施する。

（経過）

１日目：

シャワー兼用車椅子を使用し座位がとれるか、持久力と起立性低血圧の有無に注意し、血圧測定しながら浣腸と摘便を看護師が介助しながら指導する。座位排便での浣腸と摘便のリスクを説明する。所要時間は 40 分程度で、血圧変動幅は低く気分不良なく終了する。

２日目：妻の介助での座位排便を実施する。

３日目：

妻の介助での２回目の座位排便を実施する。

４日目：

新居の建設後に PT と OT が住宅訪問する。トイレの高さを採寸し、シャワー兼用車椅子を作成する。（写真１）

５日目：

新居で新しいシャワー兼用車椅子を使用し、利用者が浣腸での座位排便動作を実施する。

OT が作成した浣腸の自助具を使用する。肛門の位置は、排泄支援装置により映像を見ながら確認し、浣腸の自助具を使用して浣腸の挿入練習をする。座位での排便動作は一連ができるようになる。（写真２）

６日目：

座位排便では、便の下降不良があるため、下剤での排便コントロール方法を指導する。下剤は医師と相談のうえ処方してもらう。排便は、座位で摘便や浣腸することで、血圧の変動や疲労感が強く、長時間座位保持ができない。そのため、便が十分に排出できず、座位での排便は体調の良いときのみ実施し、妻がベッド上で介助することが多い。

（写真１）

（写真２）

(2) 介助導尿からトイレでの自己導尿の指導

自己導尿のカテーテル挿入だけでも、自立したいという利用者と家族の希望に基づき、平成 29 年２月 16 日～４月 27 日の期間、トイレでの自己導尿の指導を実施する。

自己導尿できず、介助導尿を要するデメリットは以下の通りである。

① 妻の付き添いが常時必要である。導尿指導を受けた妻と、看護師以外はカテーテルの挿入はできず、妻以外とナイトバルンを抜去した状態では外出できない。

② デイサービスの看護師が不在であれば、ナイトバルンを留置し利用する必要がある。

③ ナイトバルンを挿入していると、バルンを引っ張らないかなど気を使い活動しづらい。

④ ナイトバルンを挿入し外出すると、濃縮尿で尿の流出が悪くなる。

（経過）

１日目：

頸部と下顎骨折、気管カニューレ挿入の影響で、頸部前傾に制限がある。利用者が鏡を使用し、手元の尿道口の位置を確認しながら、カテーテルの挿入を試みる。（写真３）

まずは、カテーテルの挿入のみ評価し、セッティングやペニスの取り出し、手指の消毒は介助とする。

カテーテル先端から尿の流出の確認が近くでできるよう、空のペットボトルをドリンクホルダーに設置し、採尿できるよう工夫する。（写真４）

カテーテルの挿入は、尿道口の確認が困難で誘導を必要とする。前立腺部分でのカテーテルの押し込みに抵抗があり、介助を必要とする。感染症のリスクを説明する。

２日目：

PT と OT と連携し、前開きのズボンを作成し、ペニスの取り出しの練習をする。パンツの穴からのペニスの取り出しは困難で、介助を要する。カテーテル挿入は、手鏡を使用することで、尿道口の確認しやすく、カテーテル先端の挿入は可能となるが、最後の押し込みは介助を要する。

３日目：

前立腺部分でのカテーテル挿入困難があり、最後の押し込みは困難なため、洗濯バサミを右手で把持し、左手でカテーテルを押し込む。右手で洗濯バサミをしっかり把持することで、挿入しやすくなる。（写真４～５）

４日目：

洗濯バサミで、カテーテルを固定し右手で把持しやすくなり、カテーテル挿入が可能となる。パンツの穴からペニスが出せず、パンツの改良を OT に依頼する。

また、手指消毒しやすくなるよう、小型の手指用消毒剤を入れる容器を準備するよう、妻に依頼する。

次回、自己で手指を消毒するよう説明する。

５日目：

OT が作成した前開きズボン、パンツが完成する。ペニスの取り出しできる。（写真６）

結果的には、自己導尿はカテーテル挿入のみに焦点を絞っていたが、準備からの一連動作が可能となる。

(3) 指導を終えて通所最終日のインタビュー

① 妻：

受傷が平成 19 年で、その間医療が進歩し、導尿方法なども変化している。以前はナイトバルンもなく、妻が 24 時間導尿を介助し、訓練センターに通所開始した頃は、体調が悪く更年期症状があり、異常にイライラすると悩んでいた。看護師のアドバイスで病院を受診し、漢方を処方してもらい、すっかり今では、体調は良くなった。色々と専門職に相談して、新しい知識や技術を得られたことはとても良かった。

②利用者：

導尿が自立することで、自分一人で過ごす時間が増えたこと、妻の外出時間が増やせることが良かった。妻に介護してもらうことの申し訳ないという気持ちが少し軽くなった。

③妻：

トイレで座位排便をするときに、利用者がとても嬉しそうだったことが印象に残っている。準備には少しの手間はあるが、利用者が自分で実施している間に、家事ができたので良かった。また、自己導尿ができるようになり、妻以外の家族などにも付き添いを依頼することができる。外出時間が延長でき、自由な時間が増える。遠方の買い物も行けるようになる。妻以外の付き添いであれば、ナイトバルンを挿入して外出する必要があるが、ナイトバルン留置せず、妻以外の付き添いで外出が可能となったので良かった。

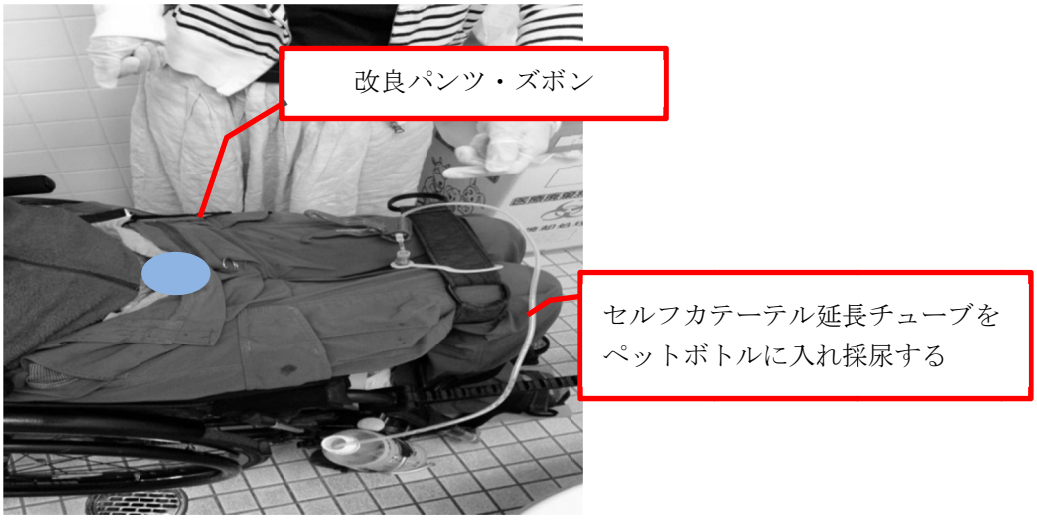
④共通：

利用者、妻ともにトイレでの座位排便と自己導尿が自分でできたことは、メリットが多くありとても良かった。

（写真３）

（写真４）

（写真５）



（写真６）

５　考察

(1) ベッド上介助排便からトイレでの座位排便指導

トイレでの排便に近づけたいという利用者の希望から、シャワー兼用車椅子を用いて、座位での排便動作練習を開始する。しかし、浣腸と摘便は血圧の変動を伴い、直腸刺激による過反射症状がある。浣腸と摘便刺激で血圧が上昇、その後に便や浣腸液の排出があり、血圧が低下する。座位排便を実施することで、更に血圧を低下させる。

また、座位での姿勢で胸部が圧迫され、呼吸の制限、酸素血流の低下も認められる。そのような、身

体の負担により、座位での排便は疲労が強く、長時間座位で継続できない。便がすっきりあったという満足感が得られない。結果的に、体の侵襲を考慮すれば、より安全に排便することが優先され、ベッド上介助排便することも増えている。このような、デメリットもあるが、排便方法の選択肢が増え、トイレでの座位排便で自然排便に近づけられる。排便動作が少しでも自分でできる、妻の介護量を少しでも軽減できる。という利用者と妻の満足感も得られるというメリットがある。排便動作の ADL の拡大とともに、利用者と家族の QOL の向上につながったと考える。今後、利用者の体調によりリスクも考慮しながら、座位排便を継続することが重要と考える。

(2) 介助導尿から自己導尿の指導

これまで、介助での導尿により、常に妻の介助を必要としていたため過度な介護負担が生じて、身体、精神面での影響も出ていた。導尿が自立すると、一人での留守番時間の延長と、ヘルパーやボランティアのみの付き添いで、外出や外泊が可能となる。妻以外のヘルパーやボランティアなどの付き添いで、外出が可能となる。

脊髄損傷者の導尿は、医療的援助を必要とし、利用施設の制限が生じることも多い。在宅での訪問看護や、訪問介護の利用状況も変わってくる。通所利用が、半日から一日に可能となるなどのメリットも多い。排尿動作の ADL の拡大とともに、利用者と家族の QOL の向上につながったと考える。しかし、自己導尿による不潔操作から、尿路感染症のリスクもある。衛生面に注意した、自己導尿を継続することが重要と考える。

6　結論

今回の援助を通して、通所で専門職と相談ができたことは、利用者や家族の精神的な負担を軽減できた。排泄動作が拡大することで、排泄に対する満足感を得られるとともに、排泄介助を受けることへの精神的な負担感も軽減できた。排泄動作の ADL の拡大を通して、本人と家族の QOL の向上につながった。但し、座位排便による体への侵襲、自己導尿による不潔操作から尿路感染などの合併症のリスクもある。また、気管カニューレを挿入しているため、食後は気管からの吸引が必要でもある。排泄動作が自立しても、継続して医療行為が必要である。今後も安全面を最優先に、安心した生活が過ごせるよう、医療面での指導と並行して、座位排便や自己導尿の取り組みを継続していく必要がある。

参考文献

1) 赤井正美編，国立障害者リハビリテーションセンター脊髄損傷の排便マニュアル，2013
2) 金川仁子・金子さゆり，在宅系リハビリテーションが利用者の ADL と QOL に及ぼす影響に関する実証研究，日本医療・病院管理学会誌，Vol51－No1，2014

右小脳梗塞後の書字障害が７年後も一部残存した１例

A case of dysgraphia with right cerebellum infarction seven years after onset.

総合リハビリテーションセンター　リハビリテーション中央病院
冨士井　睦、谷後　和美、早川みち子、山本　寛和、菊川　桂樹、大串　幹、陳　隆明

要旨抄録

【はじめに】近年小脳病変に伴う失語症の報告が散見されるが，その予後は不明である。今回我々は小脳病変による書字障害を発症から長期間経過後に再評価する症例を経験した。【症例】48 歳の右利き女性。右小脳出血を発症したが、頭部 CT 上は一般に失語症の原因病巣が存在するとされる大脳半球には異常がない。漢字の錯書と喚語力の低下症状に対し当院で言語聴覚療法を行った。軽快退院したが、発症７年以上経過後の再評価でも、漢字の錯書症状は一部残存していた。【考察】右小脳病変と関連する書字障害の報告例はこれまで数例の報告がある。左大脳半球の血流低下を認める遠隔性機能障害がその主病態であり、一般に症状は軽快するが完全な回復に至るかどうかはわかっていなかった。今回我々は７年という過去最長の経過観察後の再評価を行った所、書字障害は一部残存していた。【まとめ】脳卒中後の遠隔性機能障害は器質的病変でないが、可逆性の機能低下として認識すべきではないため、リハビリテーションの介入が重要な病態であると思われた。

キーワード

右小脳出血、遠隔性機能障害、書字障害、失語症、言語聴覚療法

１　はじめに

古典的には言語の機能局在は大脳の左半球であることが多いとされ、その頻度は右利きの 90%、左利きの 70%程度であるといわれている。一方近年になって、Schmahmann と Sherman によって小脳障害の後に出現する言語障害が、遂行機能障害・空間認知障害・ 性格変化とともに小脳認知情動症候群（Cerebellar Cognitive Affective Syndrome (CCAS)）の一症状として提唱された 1)。小脳が言語処理に関与するメカニズムについては主に３つの仮説があり、① 投射線維を介して機能的に関連する遠隔領域の機能低下により障害が起きる diaschisis の可能性、② 時間依存型の調整機能が低下して起こる可能性、③ 小脳自体が直接言語処理に関与している可能性、が考えられてきた 2)。CCAS の言語障害には失文法とプロソディー障害が含まれているが、小脳病変と関わる言語障害に関する病態や予後については依然不明な点が多い。今回我々は主症状の一つが書字障害であった右小脳出血の１例を経験した。そして本症例は長期間経過後も書字障害を一部後遺していた。文献的考察を含めて報告する。

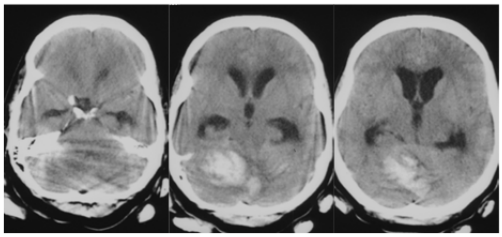
２　症例

48 歳女性（右利き）。最終学歴：大学卒。職業：事務職。

主　訴：右小脳失調、漢字の書字障害
既往歴：高血圧
現病歴：突然のふらつきと歩行障害で発症。頭部 CT では右小脳半球に脳内出血を認めた（図１）。

（図１）

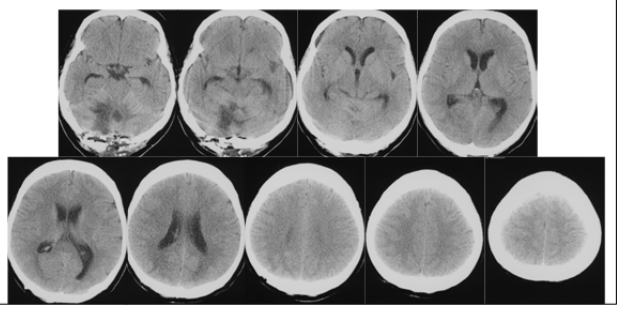
図1: 発症時の頭部CT（右小脳出血）



急性期病院に入院となり同日開頭血腫除去術と右後角脳室ドレナージ術が施行された。発症 11 日目の頭部 CT では右小脳出血は摘出されており、大脳には病変を認めない（図２）。

（図２）

図2: 発症11日目の頭部CT
右小脳出血摘出後。大脳半球に異常所見はない。



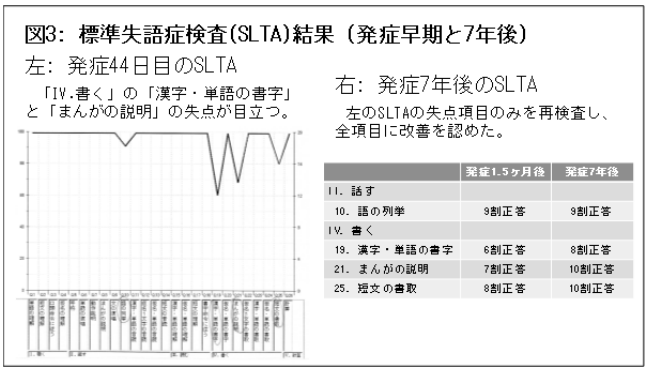
失調症状と失語症を後遺したため、リハビリテーション施行のため当院へ転院した。Mini-Mental State Examination (MMSE) は30点中28点と認知機能は温存されており、発症1.5ヶ月後の神経認知機能検査結果からも軽度の選択性・多方向性の注意障害以外には高次脳機能障害は特に指摘されなかった。

言語聴覚的検査結果：発症１ヶ月後の聴覚的理解力を示すToken testの結果は165点中164点と良好であった。しかし発症1.5ヶ月後の標準失語症検査(Standard language test of aphasia（以下 SLTA)）では、特に漢字の書字が６割と正答率が低かった（図３・左)。図５の「発症時」の書字は、当時の患者の錯書形態を担当言語聴覚士がカルテに記録していたものであり、形態のよく似た文字（形態性錯書）や、読み方が同じ文字への誤り（音韻性錯書）が見られる傾向にあった。

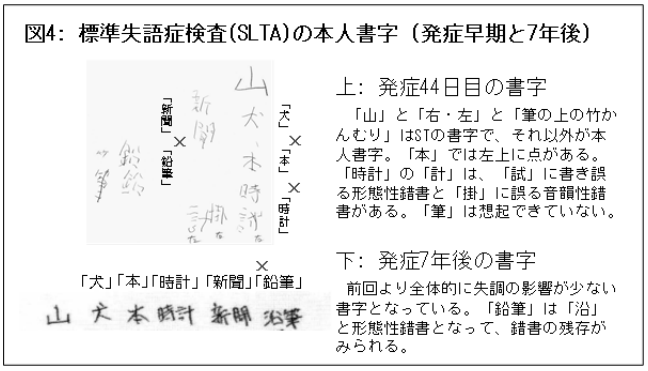
入院後経過：小脳失調症状・注意障害に対して理学療法と作業療法を施行した。また書字困難・語想起低下に対して言語聴覚療法を行い、記憶想起訓練や聞き取り・書字訓練などを実施した。失調症状に対しては歩行訓練と両手動作訓練を中心に行うことで改善し、入院約２ヶ月後には日常生活が自立した。退院願望が強かったため、書字障害の残存はあったが転院から 86日で自宅退院となった。

その後の経過：患者は事務職に特に問題なく復職していた。日常生活や仕事上においてパソコンでの書字は行うものの、ペンでの書字習慣はなかったが特に不自由は感じていなかった。発症から７年以上経過したので症状を再評価することとした。認知面での低下はみられなかった。言語面の評価では、漢字の書字が８割で失点があった以外は、７年前に失点がみられたSLTAの項目はすべて改善していた（図３・右)。また書き取り課題での書字形態も７年前と比べて改善を認めた（図４)。

（図３）

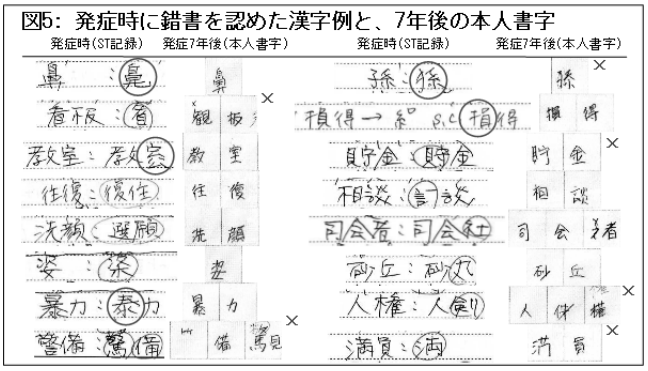


（図４）



しかし掘り下げ検査として、７年前には不正解であった漢字のみばかりを当時のカルテから 42 問を抽出して書き取りの検査を行ったところ、32問までは正解できるようになっていたが、10問においては依然不正解であった（不正解例は図５の×印)。７年経過後も、依然形態のよく似た漢字や、読み方が同じで異なる漢字への誤りがみられ、書字能力は完全には回復していないことが明らかとなった。

（図５）



3　考察

近年、小脳の病変により失書症状が出現する報告が散見される。オリーブ橋小脳萎縮症の患者と正常被験者それぞれ６例ずつで読み書きの能力を調査したMoretti らは、書字においては模写と自発書字において優位に患者群において誤りが多かったことを指摘している3)。この疾患では、気分障害は高頻度に出現するものの高次脳機能障害はほとんど出現しない。このことから、小脳は、認知の意識過程や、滑らかに読み書きするための目の動きにも関与している部分ではあるが、小脳と前頭葉などを連結している連絡線維の変性・崩壊によって読み書きの障害が出現している可能性があるとしている。

一方、小脳の脳卒中後に生じた失書症状についての報告もみられ、その大部分は右小脳の障害後に発症し

ている 4-9)。小脳の病変出現に随伴して失書症状が出現する機序に対する検討としては、脳血流検査が行われた報告例が散見される。それによると対側(左側)の前頭葉の血流が低下していた症例 4),7),8),9)、同側である右大脳半球の血流が低下していた症例 9)、両側前頭葉の血流低下例 8)が存在した。これらの例では大脳半球の実質に損傷部位はないにも関わらず、血流低下と関連する大脳領域における機能低下と考えると説明可能な諸症状が生じていた。その一部が失書症状を始めとした高次脳機能障害である。１例は同側大脳の血流低下例であるが、それ以外は小脳とは遠隔領域である対側大脳の機能低下により書字障害が起きていた。すなわち投射線維を介して機能的に関連する遠隔領域の機能低下により障害が起きる”diaschisis”が、小脳の脳卒中後の失書症状発症の機序である可能性が高いと考えられる。そしてこれは失読失書を呈した左小脳の梗塞例でも、両側側頭葉から頭頂葉に血流が低下したことで症状が出現したと考えられる症例が報告されたことで 10)、症状発現の責任病巣が右小脳なのではなく、むしろ diaschisis によって左大脳の機能を低下させることが小脳病変後に失書症状が出現する機序なのではないかということがよりはっきりしたものと思われる。

では diaschisis で生じた症状は長期的には改善するのであろうか。ここで過去の小脳の脳卒中後に生じた失書症状の予後についてまとめる。まず Mariën P(2009)らは、右小脳梗塞の１例は 10 日後と比べ４週後にも書字能力はあまり改善せず悪いままだったと報告している 7)。しかし福永らは小脳出血後から２ヶ月後の SLTA で、書称や書き取りで錯書はほぼみられなくなったという 9)。De Smet HJ の２例のうち、右小脳出血の１例は発症半年後も症状継続が継続していたが、右小脳梗塞後の１例のほうは半年後には著明に失行性失書が改善した 8)。また Mariën P(2007)らの右小脳出血の１例は、失語症自体は急性期に改善をみたけれども、失行性失書は１年後も残存した 6)。さらに Mariën P(1996)らの右小脳梗塞の１例は１年後にも失語症は少ししか改善しなかった 1)。このように報告例では予後の記載があってもせいぜい１年程度の報告にとどまり、症状が残存したという報告がほとんどを占める。

今回我々は右小脳出血から７年継続しても失書症状は一部残存する症例を報告した。過去に報告されている中では最長の観察後の報告例となる。血流低下については、長期経過後の報告例は存在しなかったが、Mariën P (2007)らの１例では、発症１ヶ月後と６ヶ月後の脳血流を比較している。それによると発症半年後も依然左前頭葉の血流低下は続いていた 6)。したがって小脳の diaschisis による大脳の血流低下はある程度長期間は継続する可能性があるのであろう。

本症例は仮名では目立たないが、漢字では明らかな書字困難を示した。漢字の書字は側頭葉→下側頭回→後頭葉→角回→運動野の情報伝達の流れにより成立するとされていて、仮名とは異なる経路が示されてきた。国内からの右小脳出血後に錯書（漢字と仮名の両方）が認められた報告では、脳血流シンチグラフィーの結果から、錯書の責任病巣として左角回～後頭葉の血流低下の関与が指摘された 9)。本症例では脳血流検査は施行していないが、上記のように diaschisis による左大脳半球の血流低下による症状であった可能性が高い。しかしその部位が福永らの報告とは多少ずれて仮名に関与する領域の機能低下が起きなかったために本症例では漢字の失書のみが症状で出現した可能性が考えられる。

今回本症例から、diaschisis による機能障害は長期間経過後も完全には回復しないことが示唆された。これは脳卒中後などに MRI など頭部画像から考えられる、その病巣に一致した一般的な神経脱落症状以外の、一元的には説明が困難な diaschisis に対応した神経症状に対しても、完全な改善は期待しにくいため、リハビリテーションの介入が重要であることを示唆していると考えられた。

なお、本症例においては普段から書字習慣があまりないことから、56 歳時になっての再検時に７年前は書けなかった漢字が 42 問中 10 問だけ書けなかったことから、失書症状の残存と断定するのは厳しすぎるとの意見もあるかもしれない。しかし本症例は大学卒の高学歴があり、職場復帰もしていたことと、今回の書字の誤り方が形態性錯書や意味性錯書が多かったことが、正常人の漢字を思い出せずに出てこない想起困難とは様相が異なると思われたため、錯書の残存ありと判断した。今後も類似の症例から長期予後の経験を積み重ねていく必要がある。

４　結論

右小脳出血から７年経過後も漢字の錯書が一部残存した症例を報告した。過去の文献から左大脳半球の血流低下を認める遠隔性機能障害がその主病態であると考えられたが、本症例のように症状が完全には回復しない例が多かった。Diaschisis に対する症状に対しても、症状が残存する可能性が明らかとなったことで、今後はリハビリテーションの介入が重要であることが示唆された。

参考文献

1） Schmahmann JD, Sherman JC: The cerebellar cognitive affective syndrome. *Brain*121:561-579, 1998

2） Öztürk Ş, Ege F, et al.：Language Disorders due to Posterior System Strokes - An Ignored Dysfunction. *Noro Psikiyatr Ars*51:313-7, 2014

3） Moretti R, Torre P, et al.：Peculiar aspects of reading and writing performances in patients with olivopontocerebellar atrophy. *Percept Mot Skills*94:677-94, 2002

4） Mariën P, Saerens J, et al.：Cerebellar induced aphasia: case report of cerebellar induced prefrontal aphasic language phenomena supported by SPECT findings. *J Neurol Sci*144:34-43, 1996

5） Gasparini M, Di Piero V, et al.：Linguistic impairment after right cerebellar stroke: a case report. Eur J *Neurol*6:353-6, 1999

6） Mariën P, Verhoeven J, et al.：Apraxic agraphia following a right cerebellar hemorrhage. *Neurology*28:926-9, 2007

7） Mariën P, Baillieux H, et al.：Cognitive, linguistic and affective disturbances following a right superior cerebellar artery infarction: a case study. *Cortex*45:527-36, 2009

8）De Smet HJ, Engelborghs S, et al.：Cerebellar-induced apraxic agraphia: a review and three new cases. *Brain Cogn*76:424-34, 2011

9） 福永 典子, 徳田 佳生: 錯書を呈した Cerebellar cognitive affective syndrome の１例. *Jpn J Rehabil Med*48:628-35, 2011

１０)Galiano Blancart RF, et al.：Aphasia secondary to a left cerebellar infarction. *Neurologia*26:56-8, 2011

冨士井睦[1)]、谷後和美[2)]、早川 みち子[3)]、山本寛和[2)]、菊川桂樹[2)]、大串 幹[1)]、陳 隆明[4)]

1) 兵庫県立リハビリテーション中央病院 リハビリテーション科

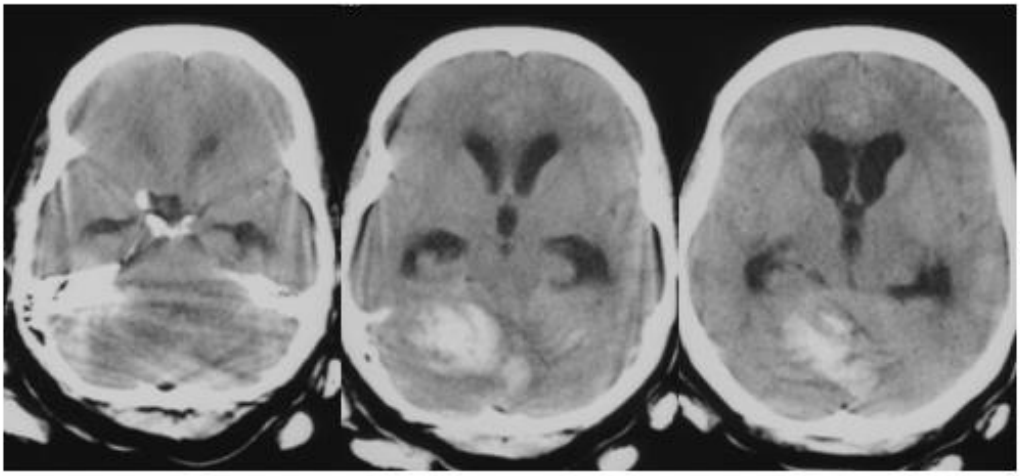
2) 兵庫県立リハビリテーション中央病院 リハビリ療法部言語聴覚療法科

3) 兵庫県立リハビリテーション中央病院 内科

4) 社会福祉法人　兵庫県社会福祉事業団　総合リハビリテーションセンター

図1：発症時の頭部CT（右小脳出血）

右



左

図2：発症11日目の頭部CT

右小脳出血摘出後。大脳半球に異常所見はない。

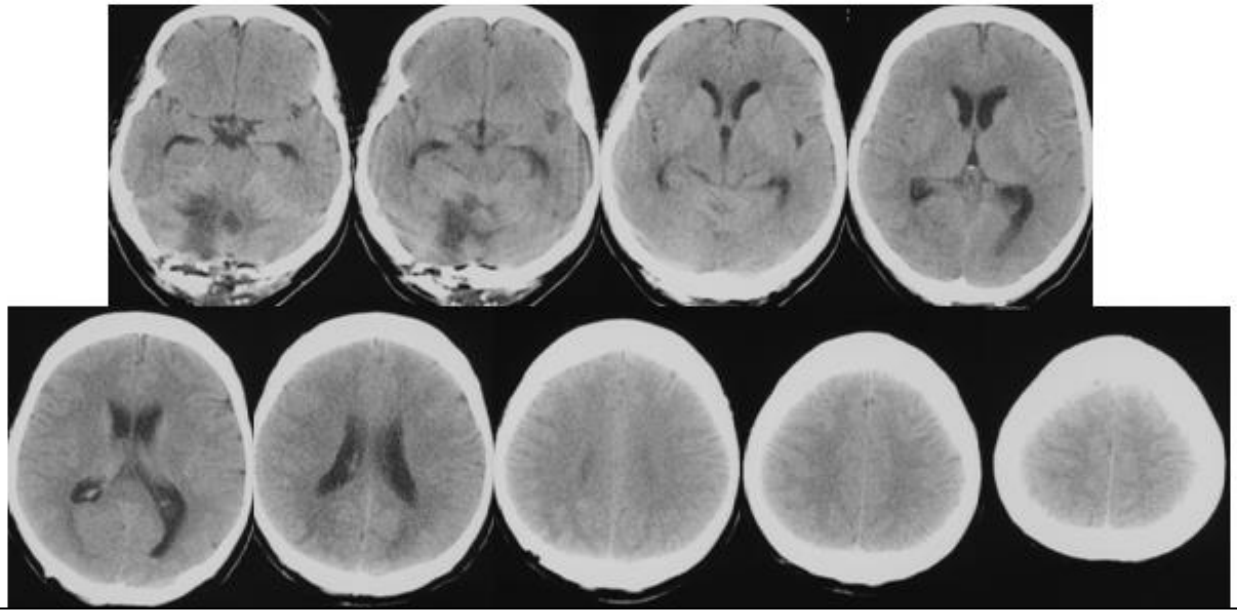
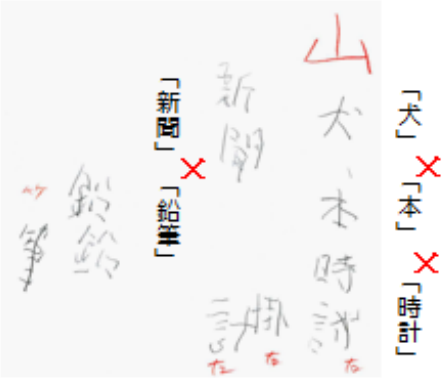
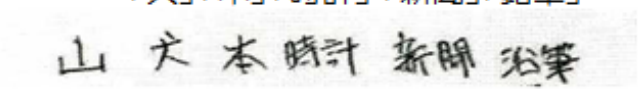


図4：標準失語症検査(SLTA)の本人書字（発症早期と7年後）



「犬」「本」「時計」「新聞」「鉛筆」



上：発症44日目の書字

「山」と「右・左」と「筆の上の竹かんむり」はSTの書字で、それ以外が本人書字。「本」では左上に点がある。「時計」の「計」は、「試」に書き誤る形態性錯書と「掛」に誤る音韻性錯書がある。「筆」は想起できていない。

下：発症7年後の書字

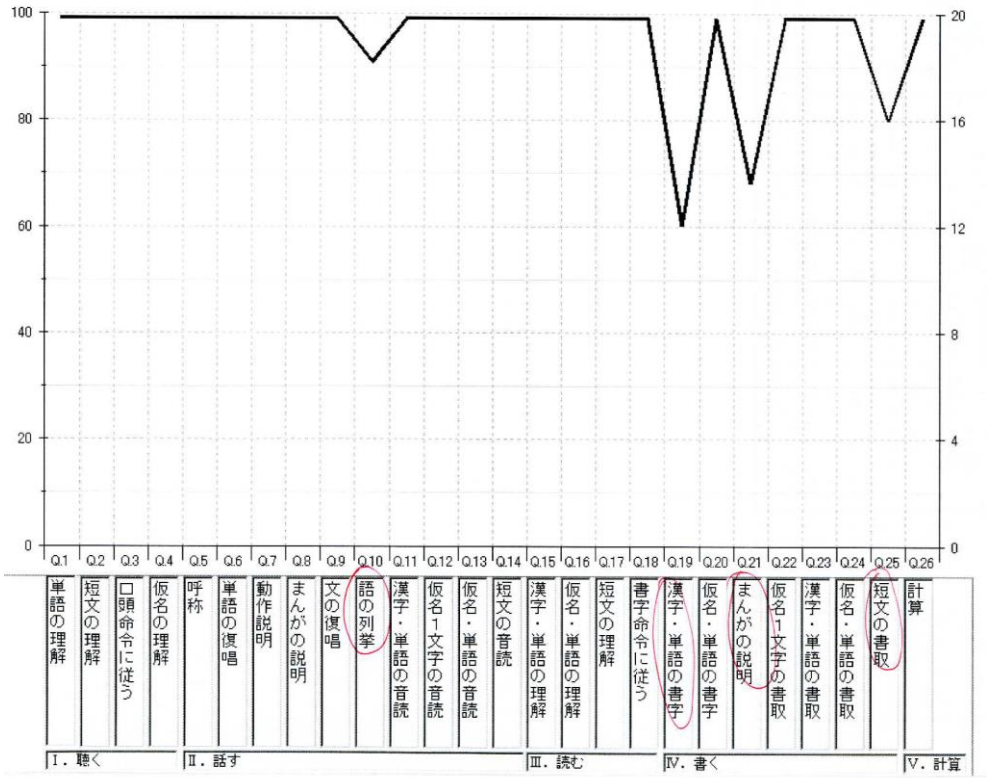
前回より全体的に失調の影響が少ない書字となっている。「鉛筆」は「沿」と形態性錯書となって、錯書の残存がみられる。

図5：発症時に錯書を認めた漢字例と、7年後の本人書字

図3：標準失語症検査(SLTA)結果（発症早期と7年後）

左：発症44日目のSLTA

「IV.書く」の「漢字・単語の書字」と「まんがの説明」の失点が目立つ。



右：発症7年後のSLTA

左のSLTAの失点項目のみを再検査し、全項目に改善を認めた。

	発症1.5ヶ月後	発症7年後
II. 話す		
10. 語の列挙	9割正答	9割正答
IV. 書く		
19. 漢字・単語の書字	6割正答	8割正答
21. まんがの説明	7割正答	10割正答
25. 短文の書取	8割正答	10割正答

【平成 29 年度職員提案課題（テーマ）事業】

小野福祉工場にレーザー加工機がやってきた

多機能型事業所　小野福祉工場　田中洋明

要旨抄録

小野福祉工場では、主に自動車部品や弱電部品の組立などを行っていますが、変化の激しい時代を渡っていくには、なかなか大変なものがあります。…である日突然、工場の小部屋一つを空けるように指示があり、てんやわんやで中の部品箱や組立機械を引っ張り出して部屋を空けたら、レーザー加工機がやってきました。

キーワード

レーザー加工機、彫刻加工、木材加工、アクリル板加工、ネームプレート

1　レーザー加工機について

(1) 特徴

・パソコンに入力した画像をそのまま切り取ることができ複雑な加工が可能。
（名前などの彫刻加工が簡単にできる）

・そのためパソコン入力の知識は必要だがカッティングには熟練を要さない。

・木材、アクリル板などの加工が得意。

(2) 小野福祉工場でのレーザー加工機を用いた代表的な製品例

・ネームプレート木製

・ネームプレートプラスチック製

・プラスチック製パズル

・コルクコースター

(3) 振り返り

こうした取り組みの結果、身近なところでは事務局職員の名札や、木の温かみを生かしたネームプレートなどを作っています。また、職員提案では皆様から様々な意見をいただき、これからの生産活動に生かしていきます。

2　おわりに

小野福祉工場では今後もレーザー加工機を用いた製品作りに取り組んでいきます。将来的には、小野福祉工場を支える事業に発展させ、障がい者雇用の助けになるようにしたいと考えております。

強度行動障害者におけるチームアプローチ
～「その人らしく」を目指して～

障害者支援施設　出石精和園成人寮　守山　洋輔

要旨抄録

「強度行動障害」についてどのようなイメージを持っているだろうか。強度行動障害とは精神科的な診断ではなく、直接的な他害や間接的な他害、自傷行為等が通常考えられない頻度と形式で出現している状態を指している。

強度行動障害者の人数は正確な全国調査は行われていないが、鳥取県の調査では療育手帳交付者の約１%が強度行動障害であったと報告されている。そのため、日本全国では約 80 万人が療育手帳を交付されていることから、日本では約 8000 人が強度行動障害であると考えられている。

強度行動障害の粗暴な特徴が見られる理由には、本人に対し周囲からさまざまな刺激や情報が入ってくるがその物事が理解または処理ができないことが原因である場合と、物事を伝えたいが上手く伝わらなかったり、伝える手段がないことが主な原因となっている。また、強度行動障害者が自閉症の場合には、物事の考え方や感覚が健常者と違う場合が多く、お互いに理解が難しいということも理由の一つだ。そのため、強度行動障害は周囲を困らせたりする行動ではなく本人が困っているサインだと考えるべきである。

本施設においても同様に、支援に対する戸惑いや困惑、疲弊等の問題が表出していて、不適切行動という実際の出来事にばかり焦点があたってしまっている実情がある。しかし、実際の出来事の水面下には必ず何らかの理由が存在していて、その水面下の見えない部分に着目することが実際の出来事を改善するのである。こうした強度行動障害への職員の戸惑いを支援に対する意識から変えていき、それぞれの利用者を適切にアセスメントしながら適切な行動へチームとして導いていけるようになることが本研究の最大の目的である。

キーワード

非言語化、構造化、チームアプローチ、自立課題、アセスメント

1　強度行動障害へのアプローチ

まず強度行動障害者への支援方法として､｢構造化された環境づくり」「医療等の多職種との連携」「一貫した対応が可能なチーム体制作り」というテーマを掲げた。

本施設の重度棟男性利用者 21 名の中から行動障害が顕著に表れているＡさん、Ｓさんの２名を今回の支援対象者とした。

(1) 絶え間ない自傷、他害、脱衣がみられるＡさん

プロフィール

男性　37 歳

障害支援区分６

言語は単語のみ（エコラリア）

服薬　クエチアピン（向精神薬）

①　エピソード

一日の大半を裸で過ごし、着衣支援を行っても拒否が見られ、たとえ着衣できてもすぐに脱衣してしまっていたＡさん。また、ちょっとしたことがキッカケで自傷や他害を繰り返して意思表示をするＡさんに職員としてもどのように支援すればよいのか困り果て､｢とにかくその行為を止めさせるにはどうしたらよいのか」という実際おきている出来事にのみ焦点があたり、本人の特性や環境・状況といったいわゆる水面下の部分に着目した適切なアセスメントができずに日々支援していた。そこで課題を再度検討するために氷山モデルを用いてアセスメントを実施した。｢自傷や他害、脱衣といった不適切行動を止めさせる」という考えではなく、「なぜ不適切行動が表出してしまうのか」その原因を探ろうというものである。

②　医学的アプローチ

もともと脱衣や自傷、他害といった不適切行動があったにもかかわらず、今まで医学的側面から本人にアプローチを行えていなかったが、本人の不適切行動は客観的にみて明らかに自他問わず日常生活の営みや健康に悪影響がある逸脱行為であった。そのため､精神的な安定をもたらすために、精神科相談を行うに至った。投薬を行っていく中で、精神的な落ち着きが出てきた一方で本来持っ

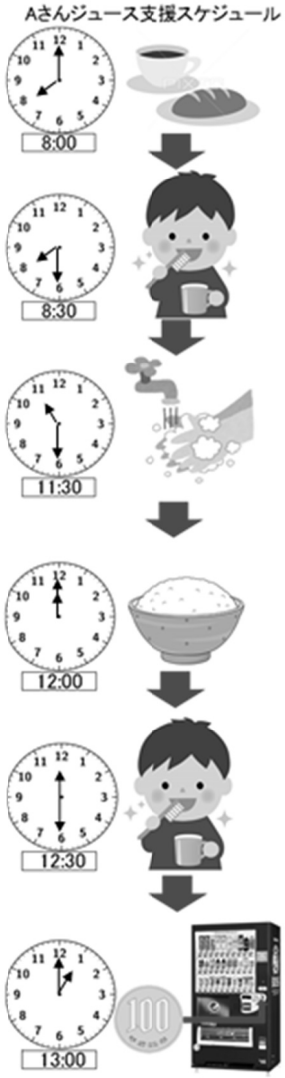
ているADLの自立度が低下していく副作用もあった。食欲の低下、嚥下能力の低下、放尿、放便、表情の乏しさやふらつきが見られてきた。その都度、医務と連携して状態を観察し報告していくなかで、状態に合わせて投薬の調整を図った。

③　視覚的アプローチ

本人は飲食が好きで、毎日自動販売機にてコーヒーを購入することを楽しみにしている。しかしながら、そのコーヒーはいつ飲めるのか、どれだけ待てば良いのか全く理解を得られていないようだった。次第に脱衣や自傷、他害は頻発しだし、職員に訴えるため扉を強く叩いて意思表示をする等の不適切行動が目立っていく。職員側のそのときどきの都合により時間にばらつきがあったこと、また本人が楽しみを得られるまでのスケジュールの見通しがたっていないことや本人への伝え方として言語指示に頼っていたことで本人が指示を理解できなかったこと等が本人にストレスを与えていたと推測した。

始まりとして本人が理解しやすいように絵や写真を用いて本人の楽しみである自動販売機にて飲み物を購入するまでのスケジュールをいつでも見られる場所に掲示した。当初、どの程度の視覚認識があるのか不明瞭であったため、食事（昼食）→歯磨き→自動販売機という短めのスケジュールのみを掲示した。本人に対して次に行う予定のシンボルを指さして指示した。しかしながら朝食を食べた後すぐにコーヒーを要望されるという結果につながってしまった。すぐに再アセスメントを行い、スケジュールの見直しを行った。自動販売機での飲み物購入支援は午後からの予定であるが、本人が朝食後に要望を示していたことからスケジュールの視覚シンボルを午前の予定から掲示して自動販売機までの行程を増やすことにした。朝食（パン）→歯磨き→手洗い→昼食（ご飯）→歯磨き→自動販売機（図１参照）の行程で当初の倍のスケジュールを掲示した。新しいスケジュールを掲示してすぐにはやはり午前中にも頻回にコーヒーの要望があったものの、要望都度、本人と一緒にスケジュールを確認し、次の予定を指さしにより指示した。

図１

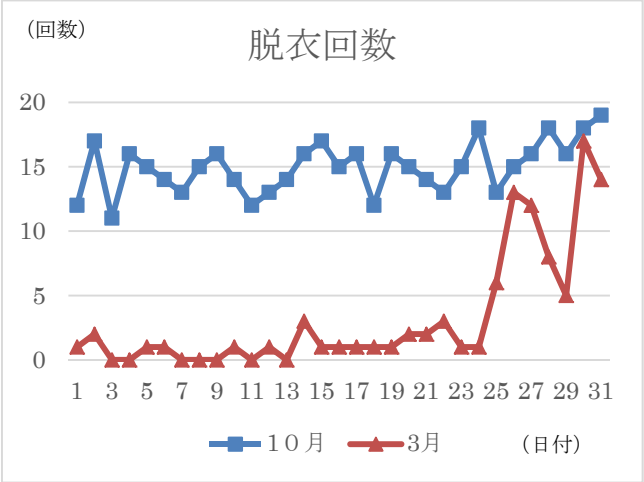


④　現状

視覚支援を行っていく中で、今までには全く見られなかった「予定に沿った行動」ができるようになった。特に歯磨きの場合、今までは手引き誘導により促していて、ほとんどが拒否を示され洗面所まで行けなかったことに対し、スケジュールを視覚化することにより自発的に洗面所に行けるようになったのである。また昼食後の歯磨き終了後にスケジュールを確認して自動販売機を指さすことで、次の予定に理解を示され、言語指示がなくても行動に移せることが今回の支援により新たな発見となった。むしろ本人にとっては言語説明よりも非言語で視覚的な説明の方が理解しやすいのではないかと結論した。驚くべきことに本人が楽しみへの見通しを持てたことにより、脱衣、自傷、他害、放尿、放便といった不適切な行動が明らかな減少につながった。医学的、視覚的支援の開始前は一日数十回も脱衣行為があった上に着衣拒否もあり一日何時間もの間全裸で過ごすことも

あったのだが、開始して現在、一日に全く脱衣のない日や１～２回程度の脱衣に止まることもあり、大幅な減少となった。（図２）また着衣拒否も見られなくなり、全体的な全裸状態は１日数秒から数分へと激減した。

図２



(2) 異性への関心が強いＳさん

プロフィール

男性　44 歳

障害支援区分６

言語レベルが高くある程度の会話可能

服薬　リスパダール（向精神薬）

① エピソード

本人はとにかく異性への関心、固執性が強い。以前施設の他の棟に勤めていた女性職員を好きになるとどのような手段を使ってもその女性職員に会いに行ってしまうという行動特性があった。例えば、職員が換気のために開けていた窓から無断に外出したり、園内でその女性を見つけると突発的に走り出したり、体に触ろうとするような行為がたびたびあった。それ故に、本人の日中行っていた委託作業（ポリ千切り）も行えなくなってしまい、日中活動に制限がかかっていってしまった。

② アセスメント

同じく氷山モデルを用いて水面下に潜んでいる本人の特性や環境、状況といったところを踏まえながら課題の整理を行った。そこで分かったことは、言語能力が高い故に、言葉で本人に説明、納得してもらうことで「本人が理解した」とはき違えていたことだ。本人が言葉で職員に説明をされて「はい」といつも答えていても、結局同じような不適切行動が表れていたのである。なぜなら本人は説明を十分に理解できておらず、また我々はそれを理解できていなかったのだ。本人の特性を知るためには適切にアセスメントする必要性があった。それを行っていく上で本人は視覚的認知の方が理解を深められることが分かった。

③ 視覚的アプローチ

本人の不適切な行動は女性への関心のみならず、自室のテレビをつけっぱなしにしたりリモコンを置きっぱなしにして他の利用者に壊されたり、自身のテレビリモコンを壊して新しい物を要求したり、テレビの線を引きちぎることで意思を訴える、盗食、トイレの汚水を飲む等だ。また棟内歩行を平日毎日の日課として行っているが集中力がなく途中で挫折してしまう、次の日課まで気持ちが急けて待ちきれず何度も何度も職員に同じことを尋ねるといった課題があった。そこで生活に構造化を図るため、本人の日課を視覚的に掲示することとした。また不適切行動を本人が不適切であると理解できるよう居室に職員との約束事を掲示した。

本人にはやはり日課の視覚的掲示は有効的で時計で時間を示し「何時に何をする」というスケジュールを連続した行程で見られるよう工夫したスケジュール用紙を掲示（図３）した。そうすることで、本人が時間をみて活動（行動）することができるようになったのである。しかしながら居室での約束掲示は上手くいかなかった。文字だけの約束では本人には納得できなかったのか、破ってしまう行動に発展した。再アセスメントをする中で着目したのは「女性に関心がある」ということ。それを有効に活用するアイデアとして「好きな女性アイドルとの約束」を試みた。方法として今までは職員と文字だけの約束だったが、女性アイドルの吹き出し付ポスターを掲示（図４～６）して吹き出しの中に同じ約束を記載した。それには大変興味を示し、上手く認識できたのである。また生活していく上で一つひとつ出てきた本人の不適切な行動や課題を一つひとつアイドルとの約束としての課題に変換（図４）を行い、徐々に約束事や目標を増やしながら掲示していった。また並行して毎日一日の振り返りを行うこととした。その中で全ての約束や課題を達成することができたら、「報酬」として本人の好きな活動を行うことにした。

図３

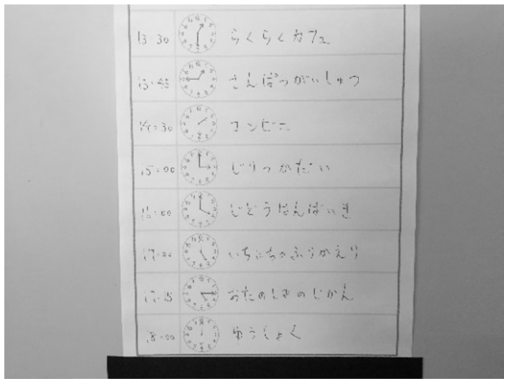


図４

図５

図６

④　報酬の提供

誰しも辛いことや努力しなければならないような活動をするとき、その後に楽しみやリフレッシュできることが待っていればモチベーションや集中力は高まるものである。本人が課題を達成した際に選択できる報酬は居室でできるモノに限定した。なぜなら「意中の女性に会いにいく」という選択も含まれる可能性があったからだ。しかし居室でできる本人が楽しめるモノはそう多くはなかった。そこでICT機器（タブレット端末）を利用したインターネットサーフィンで好きな動画や画像を閲覧したり、外出が好きな本人に外出した際の映像が見られるストリートビューアプリ等を活用して本人が毎日新鮮な楽しみを持てるように工夫し環境を整えた。この効果はすぐに表れた。それと同時に約束事がパッチワーク的に広がっていくと不適切行動の減少へとつながった。約束が守れる→不適切行動の減少→本人の楽しみへとつながる支援スキームが構築されていった。

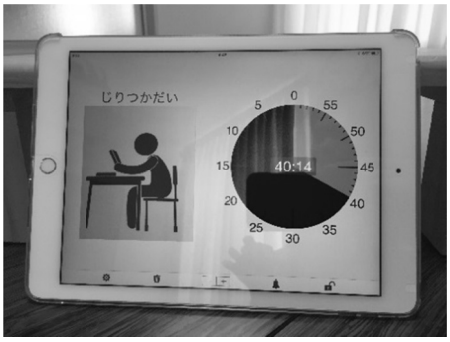
⑤　自己実現に向けた自立課題

前述したが日中活動（委託作業）の場面において不適切な行動が見られたために日中活動に制限がかかった経緯があり、日中はテレビや新聞を見たり寝て過ごすことが圧倒的に多くなってしまった。そこで本人に自立課題の提供を試みた。本人が自分の活動を認めてもらえたり褒めてもらえることは本人の自尊心を育むために非常に重要な要素だと思ったからである。またその活動を継続して行うことで精神的な安定をもたらすのではと考えた。しかしながらどのような活動ができるのか、どのような活動が本人に適しているのか分からなかったので、まずはアセスメントすることとした。また新たな日中活動の枠組みをつくる上でチームにもっと関心を持ってもらい、「他の利用者においても日中活動に盛り込んでいけないか」をテーマに掲げ、棟職員全員に自立課題の作成を依頼し、自発的に職員が取り組む姿勢へとつなげていけるようなプロセスを構築した。自立課題実施場所は委託作業を行っていた場所ではなく、新たに自立課題室を他の棟の空き部屋を活用し設けた。自立課題室は施設の端にあり、日中ほとんど物音さえしない環境でなかなか集中の続きにくい本人にとって絶好の環境であるといえる。平日午後から１時間程度本人のスケジュールに組み込み、自立課題をスタートさせた。自立課題室では本人が数ある課題の中から選択しスケジュールを立てる。それを自立課題スケジュール表（図７）に貼り付け、課題が終わればそれを剥がす。矢印に沿って剥がしていき、最終的には報酬として自動販売機のカードにたどり着くという流れになっている。特に手指が器用でないため、ボルトナット課題や手動シュレッダーでは時間がかかって集中力が散漫になってしまったため、本人のモチベーションが持

続する数を設定して取り組んでもらうようにしていった。また何時まで行うのか見通しをつけるためタブレットアプリの絵カードタイマー（図８）を使用する等の配慮を行った。

図７

図８



⑥　現状

これまでの活動からどんどんできることが増えていき、本人の楽しみが増えていっていることを自覚できていると思う。また今まで注意されることが多かった本人にとって活動の幅が広がったりそれを認められること、褒められること、労ってもらうことは今までの生活の中では感じられなかった部分であり、それは本人にとって最大の報酬であると言える。ときに毎日のようにテレビリモコンを壊したり、テレビの線を引きちぎることで意思表示していた本人が今では生活の構造化を図ることで約束を守れるようになり見違えるように活動的になっている。特性を踏まえた上で支援の工夫と配慮を行えば、本人自身の生活がこんなにも輝いているのだ。

(3) 考察

今回二人の強度行動障害のケースを支援していくなかで感じたことは、いずれも行動障害にのみ焦点が当たっていたということに他ならない。全く違うケース全く違う特性であっても、重要な視点というのは本人の内在化した障害特性を理解するということだ。その上で環境的な要因を考えたりその行動の様子、当事者への関わり方を振り返って好ましい行動を習得するための方法を考えていく、そのプロセスが大事であると実感した。やみくもに支援をしていくのではなく、基本的な支援の枠組みの中で当事者を捉えていき、行動を分析していくことが不可欠なのだ。強度行動障害者を支援していくなかで戸惑いや困難なケースは多く存在する。しかしながら、「こういう人だから」と済ませてしまう短絡的な結論を導き出すのは早計である。

行動を起こすには要因が必ず存在し、その要因を探るために日常の細かな行動や様子を把握し分析することが重要だと考える。変化を嫌い、変化に弱い方々にとって統一されたコミュニケーションというには心に安定を持たせるのかもしれない。

(4) おわりに

本研究をしていくなかで「誠心誠意の支援」という概念を覆された。日常的な支援を行う中で、利用者に寄り添いながら優しく声をかけたり、笑顔で関わる支援をすることは必ずしもうまくいくとは限らない。行動障害のある方たちの支援を行うためにはこれまで身につけてきた知識や経験だけではなく、更に特化した行動障害に対する知識や情報、技術を身につけていかなければならない。なぜなら誠心誠意行った支援が行動障害をより難しくしてしまう可能性が多分にあるからだ。しかしながら、問題行動に起因する障害特性や環境に配慮しながら支援することで水面上に表れた問題行動は減っていくと考える。目の前に起きていることだけではなく、水面下に潜むあらゆる状況に目を向けなければならないし、利用者に寄り添っていなければアセスメントできないのだ。利用者と密に関わることで利用者が教えてくれる。一人ひとりの利用者の人生と向き合う気持ちを持って関わっていきたい。人と向き合う以上、教科書通りにいかないことは多分にあるがむしろ向き合うことで導き出せるのかもしれない。そういう意味では利用者こそ先生であると私は思う。

参考・引用文献

行動障害の基礎知識　財団法人　日本知的障害者福祉協会
行動障害のある人の「暮らし」を支える　特定非営利活動法人　全国地域生活支援ネットワーク
あきらめない支援　行動問題をかかえる利用者に対する入所施設における実践事例集　独立行政法人　国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

高齢知的障害者の住みよい環境づくり
～高齢知的障害者施設の取り組み～

障害者支援施設　出石精和園第２成人寮　家中　淳平

要旨抄録

出石精和園第２成人寮は、平成 12 年６月に 45 歳以上の知的障害者を入所の対象として開設された施設である。

自立支援法施行後は、施設入所者 40 名、通所の生活介護事業利用者の３名（男子３名）の方が利用され、短期入所、日中一時支援事業も受け入れている。その中で『ゆっくり・ゆったり・思い出づくり』をモットーとし、高齢期をより充実した生活が送れることを目指している。

日中活動と介護面を平行して行えるよう生活支援員の配置は 1.7：1 体制としているが、日常的に介護を必要とするグループと自立をされているものの身体機能が低下してきているグループの二極化が見られ、今後は介護面でのニーズの増加が予測されるため、一人ひとりに対するきめ細やかな支援が必要とされる。

キーワード

高齢化、重度化、快適な生活空間、食事形態、機能維持

１　施設の現状

定員 40 名（男性利用者 20 名、女性利用者 20 名）であり、高齢化する入所利用者への健康面・安全面に十分配慮した対応を積極的に行ってきているが、疾病や身体機能低下が進み転倒による怪我が増加している。

平成 29 年４月１日現在で利用者 40 名中最高年齢は男性 94 歳、女性 81 歳である。平均年齢は男性 69.6 歳、女性 64.8 歳であり、65 歳以上は全体の 60%を占め 60 歳以上になると 85%に上る。加齢や疾病に伴い立位・歩行困難となり、移動手段として車いすを必要とする利用者は､平成 25 年度以前に６名であったのが、平成 26 年度には 11 名、平成 28 年度には 16 名と年々増えてきている。移動手段として車椅子など福祉用具を必要とする利用者は 45%で増加傾向にあり、転倒等による怪我の危険があるため、見守り等の行動面で支援を必要とする利用者は 75%、入浴・更衣・食事介助といった身体面で支援が必要な利用者は 90%になっている。

２　快適な食事空間の確保

高齢知的障害者の施設において、高齢・重度化が著しく進む中、食堂の有効スペース拡大に向けた改修及び利用者の状況に応じた食堂のテーブル・椅子等の整備を平成 28 年度事業計画にて実施した｡食堂内にあった下膳車を廊下側に配膳できるよう改修をすることによりスペースを確保した。

手洗い場に関しては、食堂内に配置されており、混雑の原因となっていたものを廊下に移すことで、車椅子の使用もスムーズに行えるようになった。また、手洗い蛇口使用の際に手動だったものを自動でお湯が出るようにしたことで､清潔面の向上につながっている。

そして、スペースができたことにより、利用者の状況に応じた食堂のテーブル・椅子を適正配置することができた。他利用者と同テーブルでの食事によりストレスを抱えていた利用者に対して一人用の小テーブルを設置することで、落ち着いて食事が摂れるようになり、他の利用者へ干渉することも減り、食事を楽しむことができるようになった。

３　利用者の食事形態の変化

身体機能の低下は食事形態にも大きく変化を見せている。通常の食事形態では、うまく食事摂取ができないため、利用者毎に考慮した食事を提供している。また、食事摂取量が落ちてきている利用者に対して、一日に必要なカロリーやタンパク質を補うために、高カロリーゼリー（約 180 キロカロリー）やタンパク質の摂取量減少による褥瘡防止のために高タンパクゼリー（タンパク質 7.5g）を提供している。また、関節の拘縮などが見られる利用者に対しては介護用のお皿や箸を使用し補助を行っている。食事形態も利用者により異なるので、年齢を経るに併せてその都度変更を重ねてきている。

また、必要に応じ、食事注意点を利用者個別に作成して見やすい場所に設置し、情報の再確認と利用者本位に係る職員意識の統一を図ってきている。安全や食

べる楽しみにかかわる嚥下機能や咀嚼機能においては、特に注意を持って取り組んでいるところである。

４　介護食の種類

利用者の嚥下や咀嚼での食べる能力に応じて介護食を分けている。

(1) きざみ食（食べ物を小さく刻んで食べやすくした食事）

(2) 軟菜食（よく煮込んだり茹でることで柔らかくした食事で、舌でつぶせる硬さ）

(3) ミキサー食（柔らかく調理したものをミキサー等でペースト状もしくはゼリー状にした食事）などがあげられる。

流動食に関しては現在該当利用者はいない。嚥下機能や咀嚼機能に合わせて適切な食事形態を選ぶことで、誤嚥や食事中のむ等を防ぐことができるだけでなく、自分の力で意欲を持って食事をすることへのサポートができている。

５　身体機能の維持

生活介護プログラムをもとに、委託作業・機能支援・個別機能支援・日中入浴・クラブ活動などを提供してきているが、高齢に伴う身体機能の低下が深刻となってきており、日中入浴を提供する利用者が増えてきているのが現状である。この中では身体機能維持のために、足浴マッサージを行ったり、他では口腔ケアなどの個別機能支援に重点を置いている。

(1) 委託作業

弁当用プラスチック醤油容器の選別を利用者の希望や特性に合わせて参加を決め、午前 10～11 時、午後２～３時の各１時間で行っている。固定メンバーと能力に応じたＡ・Ｂ班の合計 27 名が参加されており、固定メンバーは１日専属（午前、午後）で参加する。Ａ班・Ｂ班は午前と午後に交代して行う。作業工賃は毎月各利用者に手渡しをして、外出時などの小遣いとして使用している。

(2) 機能支援

体力の維持とともに病気への抵抗力をつける。意欲的な生活を促し精神の安定を図り生活の質を高める。筋力を維持増強させ転倒による骨折を予防する。身の回りのことを自分で行える能力の維持を図ること等を目的としている。機能支援の内容として、輪投げ・玉入れ・魚釣り・ボーリング・玉遊びがあり、レクリエーション要素を取り入れたリズム体操・柔軟体操・嚥下体操などを行ってきている。

(3) 個別機能支援

個別支援計画書を元に、各利用者に合わせた個別対応で行う支援を実施している。内容は、手・足浴、口腔ケア、創作活動（ちぎり絵）、散歩（棟内）、日光浴、外出などを行う。

また地域参加もあり、地域の方々や地元の高校生とも交流しボランティアなどにも参加している。

(4) 日中入浴

主に午後から行っており、男８名（通所３名含む）、女５名、合計 13 名実施している。13 名中特殊浴槽を使用している方は男１名、女４名、合計５名である。特殊浴槽の頻度は各利用者の状態に合わせ２～３日に１回程度実施している。

(5) クラブ活動

① 『花の定期便』を実施し、施設内で花を育て、地域住民や公共施設へ利用者と職員が配布することで、地域との交流を図っている。

② 音楽クラブでは、音楽を通して情緒の安定を図り、歌を歌ったり楽器を鳴らしたりする時間を過ごしリフレッシュを図ることを目的としている。内容はカラオケや楽器やダンスを主にＤＶＤ等で音楽や映画鑑賞を行う。

③ こねっこクラブでは、陶芸活動を通して生き甲斐と潤いのある生活を送ることができ、楽しく活気に満ちた時間を過ごせ趣味の向上を目的としている。利用者が作成した陶芸はデイルームに飾ったり、地域の福祉祭りでの販売も行っている。

その他にも、グループ外出や個別支援計画書に則った個別外出をはじめ、自主外出や年間行事の中での一泊旅行や日帰り旅行を利用者の状態や要望に応じて実施している。

６　改修による成果の症例

(1) 事例１：高齢や入退院を繰り返すことで、食事形態の変化が顕著に見られるＴ様　94 歳　男性

自立歩行をしていたが平成 26 年度から歩行器を使用する。平成 27 年 12 月に低ナトリウム血症にて入院し、その後日中はデイルームにて車椅子に座って過ごし、夜間はデイルームの畳の間にギャッジベッドを設置して就寝する生活となる。平成 28 年にも、低ナトリウム血症や意識障害等で、入退院を繰り返すことで身体機能の低下が進んだ。摂食については、食事形態の変更に加え、特殊食器・特殊スプーンなどの介護用食器を使用しないと食事がとれない状態となった。介護の度合いが高まってきたが改修を行ったことで、車いす従業時の支障が減り、移動や食事介助がしやすくなった。

(2) 事例２：他の利用者が気になり、食事の際に誤嚥

を繰り返すＮ様　65 歳　女性

食事・飲水の際に、反すうをするため誤嚥を繰り返す。また口の中に食べ物を含むことから２ヶ月に１回ペースで誤嚥性と思われる発熱がある。食事の際に人目があるとよく残し体調が回復しづらいことから、栄養士・看護師と連携し利用者の嗜好に合わせた食事を提供した。飲み物だけでなく、食事にもとろみをつけ、汁物・固形物を分けて提供するなどの必要性があった。食堂改修に伴い席にゆとりができたことから、一人用の机で食事を摂れるようになり、食事に集中することができるようになった。また食事を残すこともなくなり、落ちかけていた体重の安定も図れた。

(3) 事例３：躁鬱状態から集団での食事摂取が困難なＳ様　65 歳　男性

躁鬱の精神疾患を持ち、他の利用者の目が気になることから暴言や暴力的な行動が見られ、利用者間でのトラブルが続いていた。改修前までは、長テーブルにスペースを開けて食事を摂っていたことにより、他の利用者の食事スペースが十分にとれずにいた。改修後は、一人用のテーブルを配置し、支援員だけでなく看護師ともマンツーマンで対応ができるようになった。落ち着いて食事が採れる環境を整えることができたことで、他の利用者へのトラブルの軽減につながった。

7　考察

事例から読み取れるように元からの障害特性に加え、高齢に伴う疾病等により全般にＡＤＬの低下が見られ、ハード面・ソフト面どちらにおいても状況に応じた支援が必要になってきている。また、一方で高齢に伴う身体機能の低下の中で個人差も顕著に見られてきており、全面的な介護が生活の基本になる利用者と作業等での日中活動を行う利用者が混在した状況があり、この全体での支援の質を保ち続ける難しさも見られてきている。

基本的な利用者個々への対応については、日課に追われずに本人の人生をサポートしていく視点をより大切に、高齢化に応じた支援へのシフトを考えていく必要がある。

また、高齢になっても健康で気持ちよく過ごしていただくためには、職員に日頃から利用者の状態の変化を察知できる経験と知識が必要であり、支援員一人ひとりの対応能力を高めていかねばならない。

同時に、高齢になると状態が変化し易いことの家族への発信を行い、協力体制を今まで以上に高めておく必要がある。

8　まとめ

出石精和園第２成人寮では、家族も高齢化や世代交代で支援力が脆弱となってこられている所が多く、利用者にはできるだけ施設で元気に長く生活してほしいと望まれている。

利用者の加齢が進む中、高齢知的障害者支援においては今まで以上に支援力の強化が求められる。介護のみならず、健康・栄養にかかる知識や技術の習得及び医療との連携の他、設備面の再構築等課題解決に向けて速やかに進めなければならない。

今回取り組んだ食堂の有効スペース拡大に向けた改修等は、設備面の再構築の中の快適な生活環境の確保に向けての一端であると考える。

今後の支援に向けて、施設での合い言葉としている「ゆっくりゆったり思い出づくり」を利用者一人ひとりに継続すると同時に、高齢知的障害者の先進的なモデル施設として更なる機能強化に取り組んでいきたい。

「伝える」よりも「伝わる支援」に取り組んで
～動画による新たな支援法～

障害者支援施設　出石精和園 ひまわりの森　村岡ブランチ
今尾 恵美子、岡澤 民子、西村 さだ子、田口 敏行

要旨抄録

ひまわりの森村岡ブランチは、就労継続支援Ｂ型事業所である。施設が近隣にないなどの地域性があり、重度の自閉症、知的、精神、身体障害を持った利用者を受け入れている。

現在、生活介護対象となる利用者も含めて 12 名（男性６名・女性６名）が通所している。また、年齢層も 19 歳から 72 歳と幅広い。

作業内容は個々の能力や特性に合わせて、ポリちぎり、さをり織り、ミートネット作業、アルミ缶回収作業などに取り組み、地域のボランティアや学校との交流も定期的に行っている。

今回、重度の自閉症でこだわりの強いＭさんの支援について、動画による成果を得たので報告する。

キーワード

視覚支援、構造化、準備８割、チームワーク、情報の共有と対応の統一

1　事例紹介

(1) 対象利用者

名前　　Ｍさん（21 歳）
　　（平成 26 年４月から利用）

性別　　女性

障害　　障害程度区分４　療育手帳Ａ　知的障害を伴う重度の自閉症

特性
- 見たものを写真のように記憶する。（見て覚えるのが得意）
- 言葉で分かることは少ない。
- 物事の意味や状況が分かりにくい。
- 変更が難しい。
- 手の皮をむくなどの感覚刺激を求める。

(2) 背景として

重度の自閉症を持っているＭさんは、こだわりが強いためＢ型事業所としての作業は難しい。利用者とのトラブルも起きていた。

また、本事業所は既存の建物を活用しており、見通しが悪く、突発的な行動やパニックが起こると事故につながる危険性もあった。

定時（15 時半）に帰れず、降所時間が 18 時になることもあり、家族、支援員ともに今後の見通しが立たない状況が続いていた。

(3) これまでの他者との問題行動

- 身障者用トイレでのこだわりが多く長時間トイレにいるため、他の利用者が使用できない。
- 靴や衣服から出ている糸を噛み切る。
- 利用者のロッカーを開けて物を触る。
- 食事を終えた利用者の箸を、箸箱に入れたがる。
- 他者の第一ボタンを合わせようとする。
- 事業所内のドアを強く締め、破損する。（大きな音に利用者が怖がる）
- 近隣の開いている玄関ドアを、上履きのまま走って閉めに行く。
- 椅子へのこだわりがあり、利用者が座っていても取ろうとする。
- 当番表のこだわりで利用者と取り合いになる。
- 他者のお弁当を触る。
- 飲み終えたコップをテーブルに叩き付け、大きな音をさせる。

(4) 改善したい課題

- トイレに居る時間を短くする。
- 利用者とのトラブルをなくす。
- こだわりを少なくする。
- 支援員がマンツーマンで付く時間を減らす。

(5) 課題が生じる要因

- 次の行動が見えない。
- 何をすればいいのかわからない。
- 気圧の変化や気候の変わり目に不快になる。
- 家庭や事業所での出来事を引きずる。

(6) 目標の設定

保護者　日常生活のサイクルを整えたいという希望がある。

支援員　・利用者と一緒に帰ることで、事業所で

のリズムを整える。
・利用者とのかかわりを増やす。

利用者の言葉「Mさん、待ってるから一緒に帰ろうね。」

⇩

利用者と一緒に定時の送迎車で帰る

Mさんについて
・健康状態は良好。欠席なし。
・作業を手際よく行うが、こだわり行動で時間がかかる。
・利用者からの朝の挨拶は支援員を介していたが、最近は自分で返せるようになった。
・言葉は出にくいが要求を伝える言葉としてMさんから発せられる言葉は「してください」「嫌よ」である。
・不調なときに暴れる、物を叩きつける、奇声を発するなど、パニックになることがある。
・走る・ジャンプ・握力・瞬発力など、身体能力が高い。
・小学校３年生程度の漢字の読み書きや、計算ができる。
・薬（リスパダール抗精神病薬）の服用
　家庭でも服用しているため、どのような状況で飲ませるのか保護者に確認が取れていれば、飲んだほうが本人も楽になる。保護者も同意見。

２　研修、そして取り組み

(1) 外部講師による研修
　村岡ブランチでは、H27 年～H28 年までの計６回、外部講師による職員研修を受けてきた。これまでも自閉症についての研修を受けることはあったが、自閉症という大きなくくりではなく、Mさんの事例に沿った研修となる。
　Mさんの特性や具体的な支援について学んだことで支援方法を見直し、動画により更に「伝える」よりも「伝わる支援」になった。
　また、ふりかえりと新たな取り組み、試みた報告など、継続して研修を受けたことが成果となった。

(2) 研修内容
① こだわりについて
・今、何をしたらいいかがわかるということは、安心できること。
『こだわりは、溺れている人がワラを掴むようなもの。』
・言葉かけでは変えられない。

② 支援方法について
・できたことは「○です。」と伝える。一つのスケジュールが終わった瞬間に「○」カードを見せる。（視覚支援）

Mさんは、×も頭に強く残るので○だけが良い。「ダメ」の否定ではなく「ストップ」が良い。対応を統一する。

・スケジュールの役割がきちんと果たせているか。基準を作るとこだわりが減る可能性もある。
（次のスケジュールに移る切り替えとして、Mさんの好きなミッキーマウスのカードを、その都度箱に入れる。）　資料２写真　※１参照
・環境と土台を整えても、こだわりが強い場合は隠す。
・同じ手順が長続きせず変化することが好きな場合は、作業の種類を一週間や曜日ごとに変えることも一つの方法。
・伝えることができたときに、Mさんの好きなことをご褒美にすると分かりやすい。

③ Mさん以外の利用者への対応
・Mさんに関わる時間が多く、やきもちを焼く利用者もいる。５分でも良いから、その人とお話タイムを作ることも大切である。

④ パニックになったときの対応
・声掛けせず、危険性のないように見守る。
・他の利用者への配慮も必要。「びっくりしましたね。大丈夫ですよ。」などの声かけをして、落ち着いて対応する。

⑤ 動画の利点
・細かい動作や動線の変更を伝えることができる。

絵カード・写真･文字で伝えられないことも伝わる。
→　動画で伝える（伝わる）支援に取り組む

(3) 動画づくり
【 動画の撮り方 】
　視覚支援を重視して、音声なしで文字を映す。（映した文字を読み上げることは丁寧に思うが、Mさんの特性として音声と映像が混入すると、情報が多すぎる。）

撮影の準備
① 変更前のMさんのこだわりを、動画で撮る。
・撮影を意識するため、カメラに慣れることから始める。
（撮影が難しい場合は、動作や流れを紙に書く。）
② ①の動画を見て、変更する箇所、動き、映り込

んだ背景の確認をする。
・Mさんは左利きなので、物の持ち方や特徴ある動きなど。
・一部のこだわりを残したり、回数を減らしたりすることも一つの方法。
③　手順を確認する。
・動作や文字を映す手順を紙に書いて再確認する。
④　Mさん役にモデルをたて、変更する流れを動画に撮る。
⑤　録画するごとに再生し、モデルや背景を含めてチェックする。

撮影のポイント
・音声は入れない。「○月△日からかわります」「トイレ」「おべんとう」など説明の文字だけを映す。
・どの場面かわかる映像から始める。（次は何か、スケジュールの文字を映すなど）
・モデルの顔は極力映らないようにする。
・変更日に使用する、Mさんの持ち物を使う。
・物の配置やMさんの動きなど、当日の流れになることを頭に置いておく。
・動画の終わりに○(まる)カードを映して録画終了。
（「OK です」という意味で日頃から○(まる)カードを使用している。）

☆慣れてくると、片手で物を動かしながらスマホ撮影ができるようになる。
☆支援員が楽しむことで新しい支援方法が生まれ、Mさんに伝わる映像になる。
☆変更の手順は支援員の都合で勝手に変えない。以前、ホワイトボードに曜日を書き忘れた際、Mさんは曜日を入れて読むことがあった。

【 Mさんが動画を見る 】
①　変更を始める日を決める。
・こだわりの強さや執着にもよるが、基本、変更日の３日前から動画を見るようにする。
（休日を挟んでも３日間見る。）
・変更日当日の行事や、職員の人数も考慮する。
②　ホワイトボードに　○月△日（□）から　かわります。　と書く。
③　Mさんが落ち着いて見られるときに、ホワイトボードと再生できる状態にした動画を用意する。
④　変更の動画を見る。
・支援員が「見てください。」と声掛けをする。
・変更日を書いたホワイトボードを見て、Mさんが文字を声に出して読む。
・読み終えたら、すぐに動画を再生する。
・動画の終わりに○(まる)カードが映る。このカードが映るタイミングでMさんが「まる。」と言い、動画を終了する。
☆動画を見るときは、一日一回だけにする。

【当日の対応】
①　変更日の朝、ホワイトボードと動画を見る。
②　動画以外の行動は「ストップ」と声かけし、落ち着いた態度で対応し、絶対に譲らない。できない場合は、再度動画を見る。
③　動画通りにできたタイミングで○（まる）カードを見せ、褒める。
☆機嫌が悪くても、伝えた変更日には必ず実行する。（Mさんとの契約）
☆定着したら、次の変更は間隔を置かなくても大丈夫。（時間感覚が違う）
☆動画通りできていたことが次第に崩れてくることがあるが、その場合は【Mさんが動画を見る】から再度始める。前日か当日朝からでも良い。

(4) 動画を通してこだわりがなくなったこと
―５か月間で試みた大きな変更―

10/4	２回連続で使用していたトイレを１回にし、好きなトランポリンを取り入れた。２回目のトイレの動線を変更した。
11/22	他者のお弁当を触らないよう、食堂の机に黄色のビニールテープを貼り、自分のスペースを作る。枠内で食事ができるように伝えた。　資料２　写真※２参照
12/5	体温計を過去３本壊したため、利用者をモデルにして正しい検温を伝えた。
1/11	上履きのまま外に出ていた動線を変更した。
1/26	作業場すべての椅子にこだわるため、カーテンで隠し、動線を変更した。
1/30	作業用手袋・帽子にこだわりがあり、正しい着脱を伝えた。
2/5	手拭きをハンカチからペーパー２枚に変更した。
2/7	帰宅前の多くのこだわりをなくした。（※以下参照）
2/21	送迎車から降りるまでのこだわりや、玄関でのこだわりをなくした。

・動画でこだわりは減ったが、物をなくしてもあった場所に触れるなど、なごりはある。
・部屋には入らないが、支援員に気になる所を直すよう求め、対応することで納得する。

※「2 月 7 日帰宅前の多くのこだわりを無くした。」より～動画で軽減できた成果～

動画を見る前の行動（15～20 分）

① 「かえる」のスケジュールに線を引く。
② 連絡袋を決まった場所に置く。
③ パイプ椅子を決まった場所に置く。
④ 裏口から上履きのまま出て、ゴミステーションの扉を閉め直す。
⑤ 近隣の玄関ドアが開いているときは、走って閉めに行く。
⑥ 作業用椅子８脚の色と座布団の色合わせをする。一脚ずつ回して決めた場所に置く。
⑦ ストーブを回転させる。
⑧ ラジオのツマミの方向を揃え、コードを畳む。
⑨ 午前と午後の体操のＣＤを、棚から出して入れ替える。
⑩ 検品台の周囲の物を動かす。
⑪ ４か所の電気のスイッチをつけては消す。（４か所目は事務所入り口）
⑫ トイレの中に入り、ペーパー・掃除道具・窓をさわる。
⑬ 連絡袋を入れてカバンを持ち、作業部屋から出る。

動画を見た後の行動（５分）

① 「かえる」のスケジュールに線を引く。
② 連絡袋をカバンに入れる。
③ パイプ椅子を決まった場所に置く。
④ ３か所の電気のスイッチを付けては消す。
⑤ カバンを持ち、作業部屋から出る。

☆この動画作りのポイント

・裏口前にMさんがこだわる椅子を全て重ね、カーテンを閉めて隠す。
・モデルを立て、動画を見た後の行動①～⑤の動画を撮る。

≪ 取組のキーワード ≫

視覚支援 / 構造化 / 準備８割り / チームワーク / 情報の共有と対応の統一

３ 今後の課題

・利用者と帰れることを維持継続する。
・作業量を少しずつ増やしていく。
・自分でできることを増やしていく。
・タブレットを取り入れた支援をする。
・外部との交流を負担にならない程度に取り組んでいく。

いずみ会との交流会（調理実習）

幼稚園交流会

４ おわりに

Mさんの特性を理解して、こだわりができるだけ軽減できるように、動画での支援に取り組んできた。こだわりを軽減できたことで、利用者とのかかわりが多く持てるようになった。その日の気分により大きく左右されることもあるが、作業がしやすい環境を作ったことで、落ち着いてできるようになった。

Mさんにとって楽しいこと（トランポリン）を、スケジュールの中に取り入れることもできた。動画を見て、そのように動くことができたときは、一歩扉が開いたようで支援員は涙が出るくらい嬉しく喜んだ。このことは、Mさんへの支援の自信につながった。

今後もMさんとの信頼関係を作り、毎日を楽しく過ごせるように支援していく。自閉症の方の取り組みは、他の利用者の方にとっても伝わりやすい支援であることにも、改めて気付かされた。更に利用者一人ひとりを大切にした支援に取り組んでいく。

福祉型障害児入所施設における音楽療法の実践
～行動障害を伴うダウン症者への実践を通して～

障害児入所施設　五色精光園児童寮　自主研究グループ「ガッツファイターズ」
田賀　智心、田中　俊充、森岡　真衣、渡辺　翼、平見　友宏、武田　心慰、乙井　美穂、
原田　和美、片山　恵理、山本　武志、阿部　大祐、髙田　侑広、齋藤　舞

要旨抄録

当園では平成 16 年から音楽療法士の協力を得て、月に２回、集団および個別での音楽療法に継続して取り組んできた。そして今回、Ｕさんに対して音楽療法士による個別療法を実践していただけることとなり、研究のテーマとして選定した。

「継続は力なり」という言葉があるが、音楽療法士の活動も今年で 11 年目を迎え、今回のテーマである集団及び個別での音楽療法を通じ、利用者の行動がどのように変容するのか、また、情緒面への影響がどのような形で表出するのかを捉え、音楽が対象者へ及ぼす効能について検証する。延いては生活支援にも音楽療法の技法を活用することで利用者の施設での生活をより豊かなものとするため、日常の支援にも生かしていけるよう考察していく。

キーワード

音楽療法、ダウン症、自閉症、尿失敗、日常生活

１　音楽療法の歴史

音楽療法の歴史は古代にまで遡ることができるが、音楽療法が組織的に行なわれるようになったのは第二次世界大戦後のアメリカが最初である。傷痍軍人に対する治療が目的であり、当時のアメリカでは、軍人が戦争体験のストレスにより、不眠、うつ病等の心因性の疾患を慢性的に多発させ、その対策に迫られた。古くからキリスト教によって支えられてきた音楽療法が、外傷治療にも内科治療にも先立つモラルの改善に向けた促進剤になると考えられ組織的に進められてきた背景がある。その後の戦後社会でも、音楽療法は高度産業社会の拘束性、人間関係の複雑化等の問題や自閉症児や青少年に対しての支援として活用されてきた。

1950 年には全米音楽療法協会（ＮＡＭＴ）が設立され、音楽療法士を養成する音楽療法課程を持つ大学も生まれ、公認音楽療法士の資格が認定されるようになった。その後、イギリス、アルゼンチン、オーストラリア等に同様の協会が作られて、今日に至っている。このように、外国においては、音楽療法が組織的に行われてきた歴史があるが、日本においてはその限りではない。近年になって、音楽療法という言葉が日常的にも語られ、新聞や雑誌にも書かれるようになって関心も高まってきたが、比較的最近まで音楽療法という言葉自体がなかった。つまり、新聞用語、放送用語に「音楽療法」という言葉がない時代において、音楽療法を推進することは容易ではない。しかも、外国にはある音楽療法士の資格制度が日本にはまだない。また、音楽療法そのものは社会的に医療行為として認められておらず、従って医療報酬も認められていない。これでは音楽療法は成り立たない。現状では意欲的な研究者、先駆的な医療機関により支えられているのが実情である。それ故に日本の音楽療法が遅れているといわれているのだ。

音楽療法が一般に与えるイメージと実際が必ずしも一致するとは限らない。なぜなら音楽療法は知的障害や発達障害、精神障害の分野で取り入れられており、特殊な取り組みであるからだ。今回の研究を取り組むまで、私自身が音楽療法ついて、「日常生活に音楽を取り入れ、五感を刺激して働きかけていくもの」というようなイメージを持っていた。しかし、実際に音楽療法士の実践を観察した見解としては、「音をコミュニケーションツールとして活用しながら、相手のポジティブな思いや行動を引き出している」ように感じた。音楽療法は一般的には、クラシックやポップスなどの「でき上がった作品」を活用することである。あるいは楽器を演奏したり、歌ったりして「作品を創る」こととして捉えられているのではないかと思う。しかし、音楽療法が療法たる所以は、治療が目的であり、癒しの効果を期待されているからである。今回のＵさんの取り組みの中で言えることは、音楽療法士とＵさんをつなぐ手段は２人が使用する楽器の音であり、Ｕさん

が発する音であった。曲をかけて踊ったりする訳でもなく、何か決まった曲を演奏する訳でもなかったが、療法中、さまざまな音を用いて、２人はときに話したり、聞いたり、笑ったり、怒ったりと会話しているように思えた。Ｕさんは、有意語を話すことができない。障害のある方には、自分の思いを伝えられない方や、自分自身をコントロールできない方もおられる。そのような方のさまざまな思いを引き出し、全人的な機能を改善、快復していける可能性を秘めている療法の一つが音楽療法といえるのではないだろうか。

２　Ｕさんの特性について

ダウン症候群であるが、自閉傾向も有すると見られている。

朝・夕、抗精神病薬（デパゲン）を服用中。

不適切行動として故意の排泄失敗や頻繁な脱衣行為。器物破損、他害行為などがみられる。また情緒も不安定で、一日のうちに機嫌が良い状態と不機嫌が交互に見られ、拘りも強いため指示が通りにくい場合が多い。更に言葉でのコミュニケーションが難しく、有意味語は「あんぱん」「くさー」、Ｕさんからの要求の場合、トイレは「マ」、飲食は「オゥワ」、施錠をして欲しい場合は指を差しながら「ゴンゴゴゴゴ」、物品を片付けて欲しい場合は「パァパパパパーパ」などのごく限られた発声がある。また「ブーブー･･･」という喃語様の発声も、みられる。

３　音楽療法勉強会から

実施日：平成 28 年９月 30 日
場所：五色精光園児童寮ハーフウェイハウス
講師：白川滝実子氏（音楽療法士）

(1) 集団音楽療法について

毎月第１、３木曜日に実施。場所は児童寮交流ホールを実施場所とし、時間は 13 時 30 分から 14 時 45 分まで行われている。

まず始めに「始まりのうた」から「歩こう」という歌を演奏する。そのあと、スティック活動や楽器活動を行う。スティック活動では、参加している利用者の動きや感情をくみとり、曲を即興で作る。中には既製の曲も演奏する。楽器活動では、各利用者に好きな楽器を選んでもらっている。音楽療法の活動は、職員の存在も大きく影響しているため、活動を一緒に楽しむことが望まれる。

(2) Ｕさんを対象とする個別音楽療法について

音楽療法に続き 15 時 15 分まで行われる。活動ではテンプルブロックや太鼓などの楽器を使用。活動中に演奏する曲は、ほとんど即興である。Ｕさんの動きや表情を見ながら、曲を選曲している。Ｕさん自身、個別音楽療法の時間をデリケートな時間として捉えており、他の利用者が見ていると集中できないことが多い。活動しているときは、尿失敗がみられず、トイレに行きたいときは「まっ」といってトイレに出かけ、自ら活動の場に戻ることができる。

(3) 今後のＵさんの課題

きちんと時間内に活動を終えられるようになること。以前は、活動に集中すればするほどスムーズに終わることができなかったが、最近では、時計を見せ、終わりの時刻を告げることで、活動を終えることができる日もある。活動の終わり方については、今後も引き続き方法を検討していく。

(4) 研究の進め方について

対象を広げるのではなく、Ｕさんだけに焦点を当てて研究を進めるべきではないかという案が出される。また、ＢＧＭについては、音楽が嫌いな人もいるであろうと推測し、施設内放送として音楽を流すことを控えたほうが良いのではという意見も出された。

４　不適切行動の推移

Ｕさんの不適切行動の一つである故意の排泄失敗は、要求が通らなかった場合等の欲求不満のアピールである場合が多い。また排泄がないにも関わらず、脱衣、更衣要求、着衣拒否をするといった衣服に関する内容、自傷・他害行為、不機嫌等もある。集団・個別音楽療法を続けることにより、不適切行動がどのように変容したか、８月～11 月の４ヶ月間、主に排便失敗、脱衣行為、不機嫌に関するデーターを行動観察により収集し、時間帯別、曜日別にまとめた。Ｕさんは金曜日の夜、もしくは土曜日の朝に保護者の迎えで一時帰宅し、日曜日の夕方に帰園するという生活スタイルであるため、月曜日～金曜日の平日、8：45～17：30 に行動観察を行い、１ヶ月毎の回数を集計した。

(1) 尿失敗

８月は 10 時台に 16 回と多く見られ、最も少ない時間帯は 16 と 17 時台の２回であった。曜日では、月曜日が 18 回確認されており、次に水曜日の 17 回が多く、木曜日に８回が最も少なくなっている。

９月は８時台に９回と最も多く、最も少ないのが 17 時台の０回であった。曜日では火曜日の 16 回が最も多く、木曜日の６回が最も少ないデーターであった。

10 月は、９時台、16 時台に５回が最も多い記録であったが、その他の時間帯は３回～０回と減少傾向

にある。曜日では、最も多く見られたのは木曜日、金曜日の７回であったが、月曜日は０回と曜日によって偏りがみられている。

11 月は、14 時台に８回、次いで 11 時台に６回が多く、12 時台と 16 時台は０回であった。曜日別では水曜日の９回が最も多く、週末にかけては減少傾向となっている。

(2) 排泄がない場合の脱衣、更衣要求

８月は 12 時台に 11 回と多く見られた。最も少ない時間帯は８、13、17 時台の０回であった。曜日では、金曜日の 13 回が最も多く、最も少ないのは木曜日の４回であった。

９月は、12 時台の８回が最も多く、次いで 15 時台の７回、対して 16 時台以降は０回であった。曜日では、最も多く見られたのが木曜日・金曜日の９回に対し、月曜日と水曜日が各３回と少ない。

10 月は、12 時台に 13 回、11、15 時台に 10 回と、尿失敗とは反対に数値が増加している。17 時台は０回であった。また曜日別では木曜日の 20 回が最も多く前月の２倍以上の値となっており、最も少ない月曜日でも５回であった。

11 月は、12 時台、15 時台に９回確認されているが、９時以前、16 時以降の時間帯については０回の記録であった。曜日では、木曜日の８回が最も多く、最も少ない曜日は月曜日の３回と、前月と比較すると減少傾向が見られた。

(3) 着衣拒否

８月は８時台が７回、12 時台が６回、15 時台に５回と多くみられ、10、17 時台には、着衣拒否はみられなかった。このことから環境の変化が大きい時間帯に多く見られる傾向があるといえる。曜日では、金曜日が 14 回と最も多く、月曜日が 10 回、その他の曜日は３～４回であった。

９月の着衣拒否が最も多く見られたのが 10 時台に３回であり、８、11、12、14、17 時台は０回と着脱拒否はみられなかった。曜日別では、火曜日の３回が最も多く、その他の曜日は２回であった。

10 月は９・15 時台に２回、その他の時間帯は１回～０回となっている。曜日では金曜日に３回が最も多く、火曜日～木曜日は１回ずつ、月曜日は０回となっている。

11 月は 15 時に３回が最も多く、その他は１回、もしくは０回の記録であった。曜日では水・木曜日が２回、月・金曜日が１回、火曜日が０回と数値に偏りはみられない。

(4) 考察

４ヶ月を通して、ばらつきはあるものの、尿失敗に関しては減少傾向が認められる。夏～秋にかけての観察ということで季節（気温や湿度）の変化も関係があるものと思われるが、着衣に関する項目についても着衣拒否については減少傾向が認められた。脱衣、更衣要求については若干の増加傾向もみられたが、11 月には再び減少傾向にある。17 時以降はいずれの項目、月でも０回というデーターであり、落ち着いて生活できている様子が窺える。

更衣要求・更衣について時刻帯別に着目すると、どの月も 12 時台と 15 時台の数値が上昇している傾向がある。12 時台には昼食、15 時台はおやつというように、食堂へ移動し飲食する時間帯となる。Ｕさんはそれぞれを節目ととらえ、飲食後に上記の行動に及ぶことで、気持ちの切り替えを図っていることが考えられ、それが拘り、延いては日常行動のルーティンとなっているように感じられる。そこで不機嫌のグラフに着目すると、特に 10・11 月は 15 時台に不機嫌の数値に上昇がみられる。このことからＵさんのルーティンを把握できていない職員が、上記の行動の意味を知らずに行動を制止することにより、Ｕさんを不機嫌にさせるひとつのきっかけとなっていると推測できる。

また別の視点から考えると９～11 月にかけての 15 時台もしくは 16 時台の不機嫌の上昇は、８月にみられなかった傾向といえる。その原因の一つとして、学齢時の下校・帰園が挙げられる。当施設では学齢時の登下校にはスクールバスが送迎として用いられているのだが、特に下校時には一斉に学齢児が帰園するため、施設内の環境が激変するといっても過言ではない。ダウン症だけでなく自閉傾向も有すると考えられているＵさんにとって、急激な環境の変化は耐えがたい苦痛となり得ることが想像できる。

Ｕさんは長期にわたり継続して音楽療法に参加している。初期の記録によると、白川氏の声掛けに応じず好き勝手に行動し、セッションの場である交流ホールでも排泄失敗を頻繁にしていたことが示されている。それとも参加し続けることで、徐々に自制が効くようになり、今ではその時間に限っては殆ど排泄失敗が見られなくなっている。しかしながら不適切行動が見られない状態は音楽療法が終了した後には続かないことが、先述した時間帯別に見る不適切行動の数値から読み取ることができる。曜日別に見た場合でも、木曜日の情緒の安定や不適切行動の減少を、数値からは読むことはできない。

15～16 時台に不機嫌になる傾向が垣間見られた今、その時間帯に合わせて好みの曲を流した場合、Ｕさんの情緒や行動がどのように変容するのか。それを確かめ利用者支援における音楽の有効性を探ることにする。

５　Ｕさんの音楽的嗜好調査

厳密に好みの傾向を捉えようとする場合、音の周波数なども測定する必要があるが、当施設はそのような機材を有しておらず、職員間でもそれを測ることができる専門知識やスキルを持つ者も存在しない。よって居室にて音響システムを用いてＵさんに各ジャンルの音楽を聴いてもらい、そのときの表情・動作・発声などを記録し、好みであろうと考えられるジャンルを選定することとした。施行日は平成 27 年８月 10、11、14、29 日。その際には開始時刻を 13：30 に設定し、おやつが提供される時刻である 15:00 までに終えることとした。ジャンルはヒーリング系、クラッシック、映画音楽（インストゥルメンタル）、ダンスミュージック、ポップス、ハードロック、ヘヴィーメタル（以下 HR／HM と記す）である。なおヒーリング系、クラッシック、映画音楽以外はヴォーカル入りの曲が主で、(施行者の有する CD に基づくため) 洋楽とした。ヴォーカル曲はバラードやミディアムテンポの曲も交え、選曲のテンポにバリエーションをつけた。更に好子として音楽療法で用いられる。「ラップの芯」を手渡し、本利用者ができるだけ曲を聴くことを楽しみに集中できるよう（その場から去ってしまわないよう）環境を設定したうえで実施した。場所を居室に限定したのも、他刺激からの影響をできるだけ回避することが目的である。

(1) 調査

○８月 10 日

試行初日。ユーロビート３曲、テクノ３曲（内２曲はラップ)、レゲエ１曲、ヒップホップ２曲、他２曲の洋楽ダンスミュージック全 11 曲の構成。

前半の４曲（ユーロビート２曲、テクノ２曲）までは表情が硬く、時折不機嫌そうな声を出すことがあったが、５曲目のアップテンポのレゲエが流れる表情が解れ、立ち上がってラップの芯で壁を叩きながらリズムを刻む様子が見られる。またこの曲から「ヴーヴヴヴー」という歌声も聴かれるようになる。その後、さまざまなタイプの曲が流れる中で、ときには真剣に、ときには無表情になりながらも CD システムから流れる音楽に意識を傾ける様子が見られた。（実際にスピーカーに耳を付けて聴く様子も見られる)。曲を変える際には CD を入れ替えるために少しの間無音状態が生じるが、その間も機嫌がよい状態が持続していた。本利用者が刻むリズムは音楽のテンポと合っていない場合があるが、それらがズレることにより機嫌が悪くなることもなかった。

今回、音楽を聴いている間は、排泄失敗や脱衣行動のほかの不適切行動は見られず、試行終了後には自らトイレに行って便器に排泄する様子が確認された。

○８月 11 日

選曲はポップス 10 曲、バラード５曲の全 15 曲。

始めの曲から機嫌がよく、手やラップの芯を使ってリズムを刻む状態が続く。また、Ｕさん特有の発声（ブーブーブー）での歌は、比較的テンポの遅い曲の場合に聴かれることが多かった。初回の試行時と比較すると高揚状態が多く見られ、明らかに機嫌が良くなっている。この日も音楽を聴いている間は、排泄失敗をはじめとする不適切行為が見られなかった。

○８月 14 日

HR７曲（内１曲はテクノ系)、HM４曲（内１曲はテクノ系)、R&B４曲の全 15 曲。

最初の曲からの立ち上がり、ラップの芯を使ってリズムをとる様子が見られた。これまでの試行の中でも最も激しく高揚した状態であり、より大きな動きが見られ笑い声も多く聴かれた。過去の試行時と比較すると音楽に合わせた発音が多い傾向が見受けられた。ポップスの場合と同様、スローテンポの曲では「ブーブーブー」と歌い、早いテンポの曲になるとそれ以外の語（ママ・・・など）で表現しようとする。しかし歌う際には音程を表現できず、リズムの合わせただけの一本調子となる。今回も排泄失敗ほかの不適切行為は見られていない。

○８月 29 日

ヒーリング系オリジナル曲５曲、クラッシック１曲、映画音楽（インストゥルメンタル）６曲、ドキュメンタリー番組 BGM１曲の全 13 曲。

横になったまま音楽を聴くことが多く、高揚状態時の反応に激しさが見られなかったが、全曲を通じて機嫌が悪くなることはなかった。これまでと同様、ラップの芯で床や壁などを叩き（曲のリズムに合っていない場合がある）ながら発声し、ときには歌う様子が見られている。試行時に居室を離れることが３回あり、内２回はトイレで排尿している。排尿を終えた後は施行者が言葉がけをしなかったのにも関わらず、居室に戻って再び音楽を聴く。

今回も尿失敗や更衣要求、その他の不適切更衣は見られなかった。先述したように高揚状態でも比較的大人しい印象を受けたため、最後の２曲異なるジャンルの曲（ロック系の邦楽と洋楽のダンスミュージック）を聴いてもらったところ、明らかに気分の盛り上がりが見られ、発声や笑い声も大きくなっている。

(2) 所感

試行前はリズミカルなダンスミュージックに最も

肯定的な反応を示し、HR/HM では試行の継続すら危ぶまれる程否定的拒否（拒否的）反応を示すものと考えていた。しかしながら結果はむしろ逆で、HR／HM を聴いているときが最も激しく肯定的で盛り上がる反応を示している。高揚状態が続き、表情も生き生きとしていたのである。それに比べ、ダンスミュージックでは、身体は動かすものの発声は少なく、真剣な表情とともに笑い声も少ない傾向があった。言い換えればダンスミュージックを聴いている際には、それだけ音楽に集中していたのかもしれない。

高揚状態の順で記述すると、HR／HM の次に続くのがポップス・バラードを聴いたときである。断定はできないものの、バラードを聴いた際に歌うことが多くなる傾向がこのときに垣間見られている。また曲とは無関係にリズムを変化させる（手やラップの芯で叩くテンポが小刻みになる。）傾向があることも、このときに捉えることができた。

最後にヒーリング系他の音楽では、高揚時にも激しさは控えめで横になった状態が多かったことから、リラックスして音楽を聴いていたことが考えられる。この点については、試行前の個人的な予想とある程度一致していた。

このようにＵさんがいかなるジャンルにも、肯定的・好意的反応を示すことから、音楽を通じてパニック時の沈静効果や不穏時の肯定的な高揚効果、リラクゼーション効果などが期待できる。

６　Ｕさんの日常生活への音楽的アプローチ

実施するにあたり、先述したように開始時刻を主として学齢児の帰園に合わせ（ただしＵさんの精神状態により、こればかりと限らない）、時間を 30 分に限定。時間の設定に当たっては白川氏の助言を参考とした。

○12 月１日　15：35〜16：05

他利用者もいるプレイルームにて、学齢児が帰園する前の 15 時 30 分頃からＵさんの機嫌が悪くなるという状況の中で実施する。テレビ画面はバラエティ番組が映されているが消音状態。音響システムは試行調査時と同じものを使用し、音量を 10 段階の３に設定。使用した音楽は８曲（邦楽ロック１曲、R&B２曲、ポップス３曲、ダンスミュージック２曲）。１ロック、２・３ダンス、４・５ポップス、６・７R&B、ロックの順で再生される。

１〜４の曲が流れている最中はより不機嫌になり、「遊んでいたブロックを手で払い散在させる」、「大きな声で唸り声を出す」などの反応が見られた。

ところが５が流れ始めると本利用者の唸り声がなくなり、「ンフフ…」という笑い声が聞かれるようになる。その後は表情から険しさが徐々になくなり、⑥が流れる頃にはリズムに合わせて掌で床を叩くまでに変化する。

○12 月４日　15：30〜16：00

環境面では前回とほぼ同様の条件だが、Ｕさんの機嫌が良い状態である。ところが１の曲が流れると明らかに不機嫌そうな表情（眉間に皺を寄せる）になり、脱衣を始める（排泄失敗なし）。洗濯室前廊下で更衣後はプレイルームに戻り、ブロック遊びを続け、その後２、３と曲が流れる中、大人しくブロック遊びを続ける。４曲目が流れる途中で学齢児が帰園するも、意に介さず喜んで「アー」などの発声が聞かれ、６曲目以降はブロック遊びをしながら発声も明らかに多くなる。この日は曲の最中に時折他利用者による干渉行為（CD のピッチを変えるつまみを捻る）があったものの、情緒を乱されるようなこともなかった。

○12 月７日　15：25〜15：55

Ｕさん自身機嫌の良い状態で、前日とほぼ同じ条件で実施。この日は終始機嫌良く、籠の上に腹這いになってブロック遊びを続け、時折発声や歌声、笑い声が聞かれた。

○12 月９日　11：00〜11：30

曲目・音量ともに前日までと同条件だが、場所を通用口付近廊下に変更。Ｕさんは洗濯室前廊下にて不機嫌に自傷しており、ズボンも穿いていない状態で実施。しかし音響システムを見ると同時にズボンを穿く。１曲目から笑顔でリズムに合わせて掌で廊下を叩く様子が見られるが、途中でわかば棟トイレに向かい発声をしている状態。その後もトイレにこもったまま「ジッジッ」「イェーパ」などの声が聞かれる。３曲目の途中で戻り、玄関でリズムに合わせて足ふみ。４曲目が流れている最中には椅子をスピーカーの横に移動させ座って聴く。その後８曲目が終了するまで上機嫌が続き、発声や歌う様子、体でリズムを刻む様子が見られる。今回の施行でも、機嫌が良いままにスムーズに終えることができている。その間、尿失敗や脱衣、その他の不適切行動は見られなかった。また、終了後は施行前と比較すると明らかに発声が多くなっている。

○12 月 21 日（月）10：30〜11：00

音響システム･音量および場所は前回と同じだが、本日はヒーリング系音楽（少年合唱）を用いた。Ｕさん自身は不機嫌（自傷なし）で、頻繁な更衣要求、トイレにパンツを流すなどの不適切行為を繰り返し、指示が通りにくい状況での実施（本人はその場におらず、トイレの便座に座っている）となる。１曲目を流している際、パンツだけを穿いてトイレからで

てこようとし、２曲目で機嫌よく音響システムのある場所へ来る。３曲目が流れるころにはズボンを穿きはじめ、４曲目では高揚し、音響システムに備わっているマイクを持って歌う様子が見られた。その後も４曲聴き続ける。本日は音楽を流すとすぐに機嫌が良くなり終始上機嫌を持続するが、トレーナーの左袖を噛む癖は止めなかった。

○12 月 22 日（火）10：40～11：10

前日とほぼ同条件で実施。Ｕさんは機嫌が悪く唸り声をあげている状態であった。本日も音楽が流れている間には、機嫌が悪くなる様子は見られなかった。試行中にプレイルーム前の椅子を音響システム前に移動させ、暫くするとそれを元に戻す様子が見られる。発声や笑い声も多く聞かれ、音楽が終了しても､本利用者は不適切行動を示すことはなかった。また、音楽を聴いている最中は排泄失敗がなく、トイレに向かうこともなかった。

○１月６日（水）16：15～16：45

音響システム、音量、使用 CD ともに前回の施行時と同じだが、場所をプレイルームへ移す。テレビのチャンネルは NHK に合わせ､音を消した状態で施行。Ｕさんはおやつの時間を挟んで不機嫌（尿失敗を繰り返す）が続いていた。1 曲目が流れているときにズボンを提供するとそれを穿く。音楽が流れている間も若干唸り声をあげつつブロック遊びを始める。その後３曲目まで同様の状態が続くが、4 曲目から小さい笑い声が聞かれるようになる。５曲目から発声があり、ブロック遊びの集中力が高まっているように見える。その後も時折立ち上がるなどの行動がみられるものの、ブロック遊びをしながら機嫌よく過ごす。本日の試行時にも排泄失敗ほか不適切行動は見られず。

○１月８日（金）13：50～14：25

音響システム、音量、場所は前回と同じだが、使用 CD をピアノソロ演奏のインストゥルメンタルに変更。Ｕさんは機嫌が悪く、尿失敗を繰り返す状態が続いていた。環境面では帰園した学齢児により、プレイルーム内が騒がしくなっている。また、これまでの施行時との相違点として、２名の女性保育実習生の存在が挙げられる。その中でテレビを消して試行。

１曲目が流れ始めてからも、他者を威嚇するような唸り声をあげてブロックやそれを入れる籠に当たる。３曲目が流れる最中には脱衣行動（排泄失敗なし）も見られた。その後、ブロック遊びを続けるも、籠に当たる威嚇行為、自傷、唸り声あり。暫く同様の状態が続き、時折ゲーム（DS）をしていると利用者や実習生を睨みつける。額を掌で殴る自傷があり頭を抱える様子も見られる。７曲目、籠を壁に叩きつけたことにより周囲が一瞬静まる。

暫く経って「ブンブーブー」等の発声があり落ち着きの兆候が見られる。８曲目でようやくスピーカーに耳をつけて歌うようになり、次の曲で笑い声も確認される。

はっきりと分かるレベルで機嫌が良くなったのが８曲目からであり､それまでに 27～28 分程度要する。籠を投げて周囲が静まったことが本利用者の落ち着きと関係しているとすれば、音楽が雑音でかき消されるのを嫌った可能性も考えられる。一方ではそのときの気分と流れる音楽がマッチしなかったことも原因の一つとして考えられる。依然として、音楽を聴いている最中は排泄失敗が見られないが、２回目の脱衣行動が確認された。

7　まとめ

先述のように、Ｕさんは音楽に対し概ね肯定的・好意的反応を示す傾向があることがわかった。不機嫌な場合や不機嫌になる傾向が強い時間帯に音楽を流した場合でも、機嫌が良くなる、若しくは機嫌がよい状態が保たれ、不適切行為もほとんど見られなくなる。しかしながら不適切行為が全くなくなるような絶対的なものではないことが、１月８日の試行時の反応により示されている。

日常生活における音楽的アプローチでは、最終施行日だけインストゥルメンタルの CD を使用している。ピアノのソロ演奏（厳密には控えめにシンセサイザーやバイオリンの音色も重なる）がメインのアルバムであるが、同じピアノ演奏でも白川氏が音楽療法で奏でるようなリズミカルな曲は収録されておらず、穏やかな印象の曲がアルバムのすべてを占めている。音楽的嗜好調査では全ての調査日において音楽を流す前からＵさんの機嫌が良いという状態で試行されており、場所もＵさんの居室に限定されていた。そのため、ヒーリング系の静かな曲にも肯定的・好意的な反応を示していたが、この回に関しては、Ｕさんが落ち着くまでに 30 分近くを有していることから、音楽の効力によって機嫌が良くなったとは考えがたい。よって環境・刺激が異なると反応も異なるものと考えられる。もしこのときに HR/HM を流した場合にも、同様の反応を示していただろうか。その意味でも音楽における「同質性の原理」を調べる必要があったように思われる。同質性の原理とは、患者（対象者）の状況に応じて、気分、テンポ、音量などを考慮して、その状態とほぼ同質の音楽を与えカタルシス作用（浄化作用効果）を得るというものである。

音楽療法は次の２種類に分類することができる。そのひとつは、受動的（受容的）音楽療法といわれるもので、音楽を聴くことによる情緒・行動の変容を目的としている。具体的には、同質性のものから異質な音楽へと展開して活動を高める。(レベルアタック）刺激療法といわれるものや、聞いたときに感じる感情や沸いてくるイメージを展開させ精神療法的な治療として用いる鑑賞療法がある。もうひとつは、能動的音楽療法といわれるもので、歌を唄うことや楽器を演奏することで、言語的、非言語的コミュニケーションの手段として用いられる。また、音楽に合わせて身体を動かすことで､身体能力の向上や機能回復にも用いられる。白川氏によって行われる音楽療法が後者であり、研究メンバーの取り組みは前者に属するものに相当する。

今回、研究を進めるにあたりさまざまな疑問点が生じており、以下にその一部を列挙する。

① 音楽を流す時間を延長した場合の、不適切行動の出現頻度について。
② 音楽を流している場に職員が不在の場合のＵさんの反応。
③ 普段から音楽に興味を示さないような、重度自閉症の利用者に対する音楽の効能。
④ 白川氏による音楽療法の様子を録画・録音し、日常生活において再生した場合の反応。

これらの疑問点は諸事情により、検証には至らなかった。今後の課題として、延いては他の利用者に対する音楽療法の可能性を探る意味でも、引き継いでいきたい。

謝辞

本研究を行うにあたり、音楽療法士白川滝実子氏から、多大な協力を頂きました。ここに心より感謝の意を表します。

参考ページ・研究論文

http://www.bodysonic.cc/bodysonic/bs_5_1.htm
志和資朗・小川栄一・青山真史・ルディムナ優子
2007　音楽療法に関する臨床心理学的研究―生演奏による音楽鑑賞の治療的効果について―

【資料１】

Ｕさん　音楽療法参加初期の記録

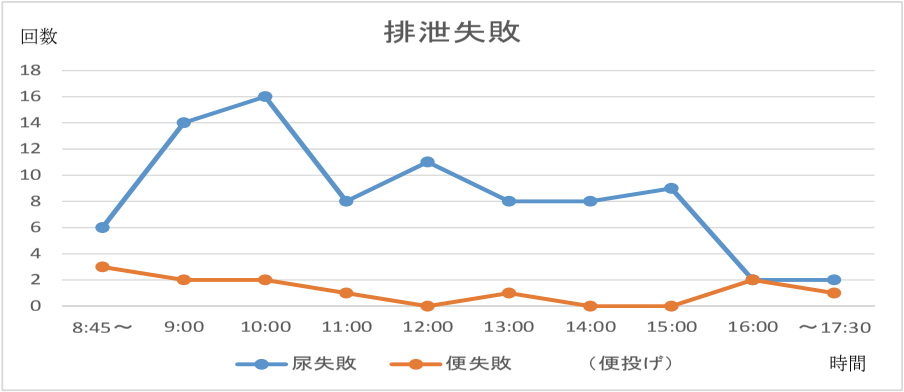
H19.10.4	途中から音楽療法に参加。Ｏさんと一緒に手をつないで歩いたり、太鼓をリズムに合わせて叩いたりしてとても楽しそうにしていた。
H20.3.6	交流ホールに着くなり、走ってボールプールの中に入り込み、ボールを投げて遊び始める。投げることに夢中になり、白川先生が話しかけても無視をして、音楽療法に加わろうとはしない。しかし、ボールを投げ終わると参加し始めて、棒で叩いたり、壁を叩いたりして楽しそうに遊んでいた。
H20.5.1	楽しく参加していた。太鼓を使う時間はバチで太鼓を叩いていた。しかし、白川先生が「危ないから片付けて」と言ったため、バチを貰うと怒り出す。デイの利用者や他利用者に危害が及ぶ可能性があったため、交流ホールの外へ誘導し、場面転換を図る。暫くすると落ち着いたため、交流ホールに入り、楽しそうに参加する。
H21.3.19	交流ホール内にて便失敗。
H21.10.15	白川先生持参の棒入れ用の鞄を投げ、取手が外れた。すぐに職員から謝罪する。
H22.6.17	尿失敗。
H23.3.17	セッション中に便失敗。
H23.9.15	ボール投げやカーテンを閉めたりして過ごす。
H24.7.19	尿失敗あり。
H26.9.4	機嫌よく過ごすが、パンツ内に放尿あり。
H26.9.18	集団音楽療法参加後、個別の音楽療法にも参加。
H26.10.2	個別の音楽療法にも参加（30 分程度）。機嫌よく過ごす。
H26.10.16	個別の音楽療法にも参加。白川先生からの評価も高く、機嫌よく楽しく参加する様子。

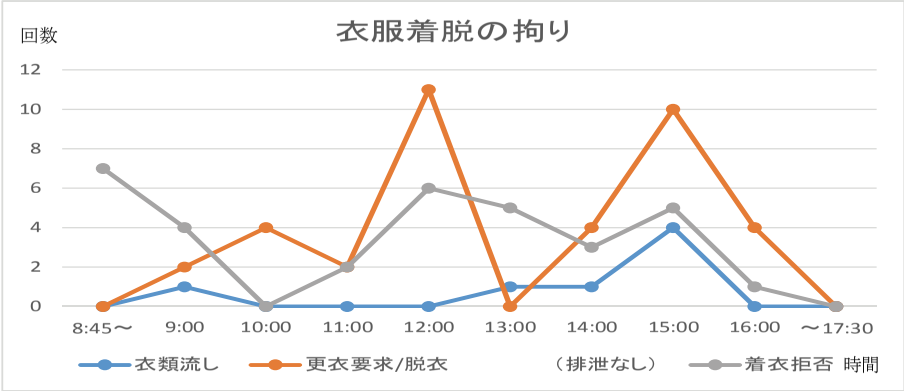
H23.9.16　音楽療法時ではないが、音楽鑑賞中に音色が気に入らなかった様子で、場所を移動し、お絵かきをして過ごすという記録あり。

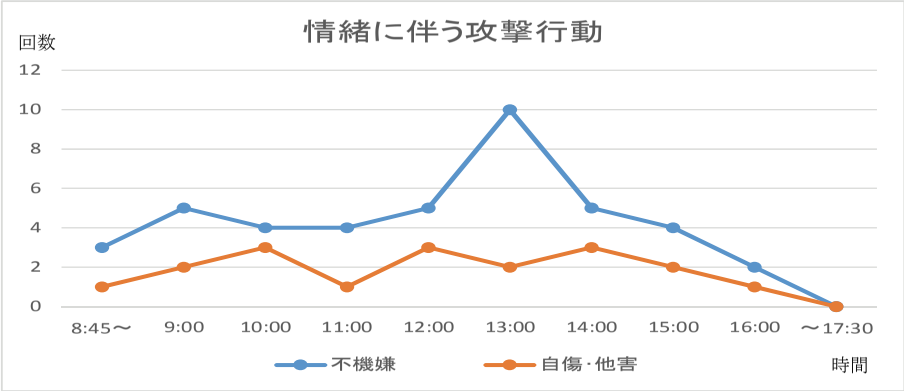
【資料２】

時間帯によるＵさんの不適切行動および情緒変容について

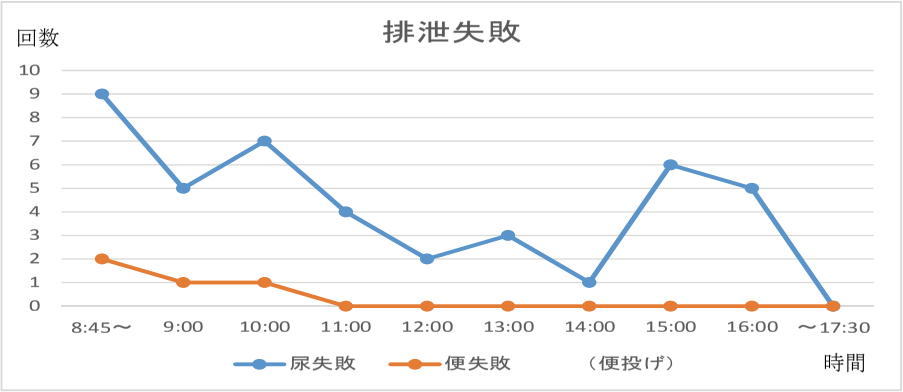
平成２８年８月分

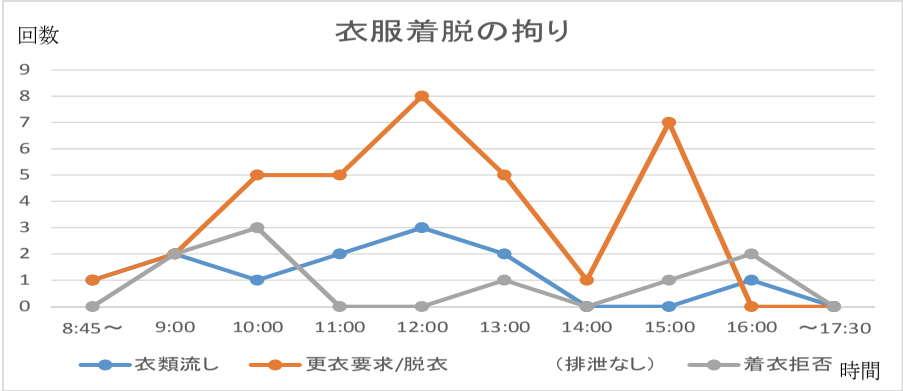


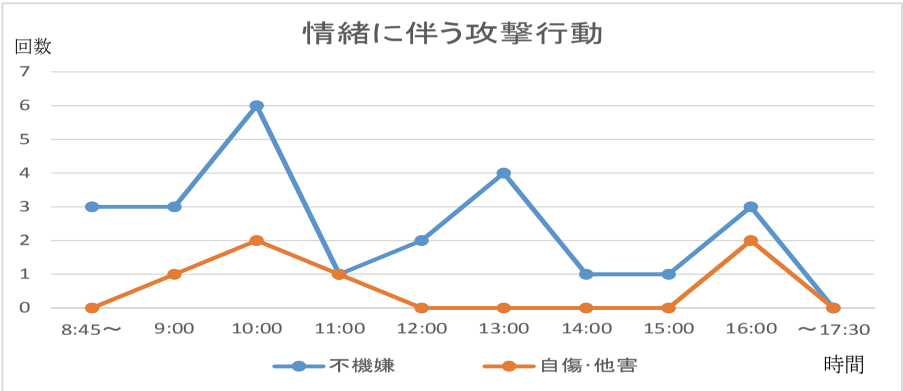




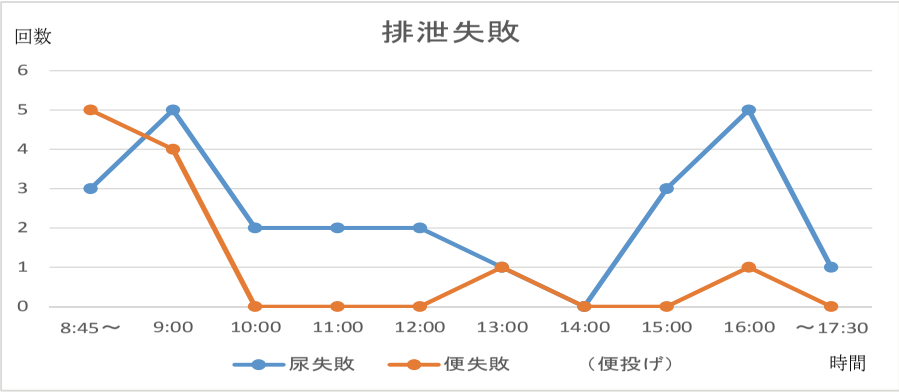
平成２８年９月分

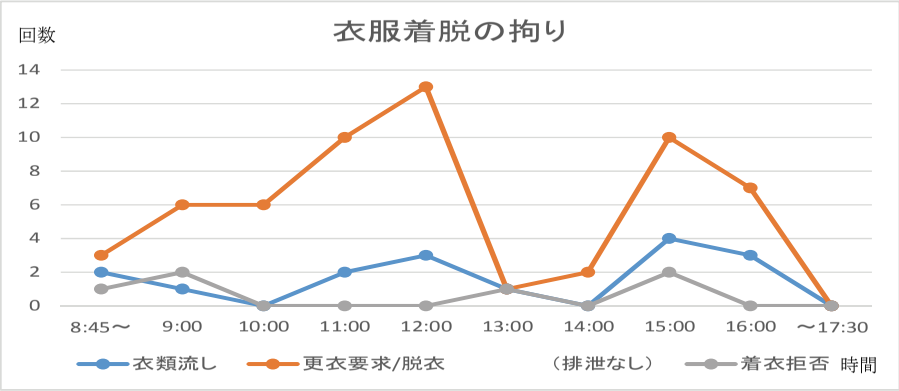


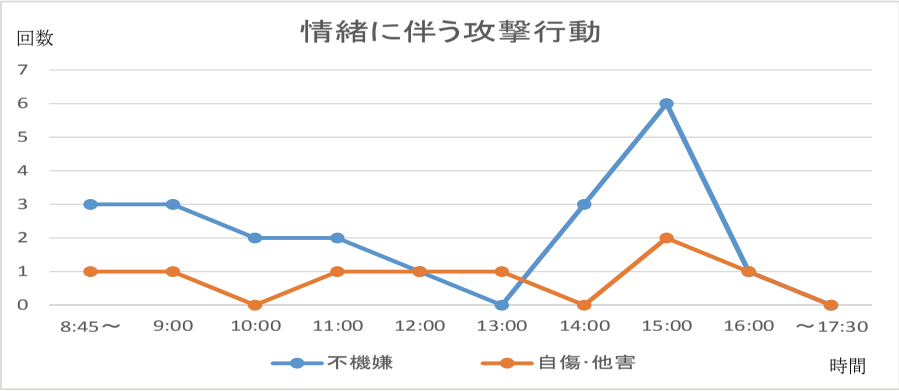




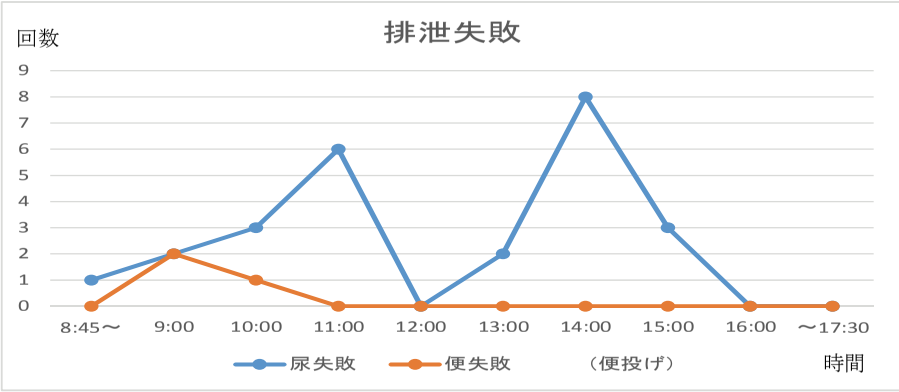
平成２８年１０月分

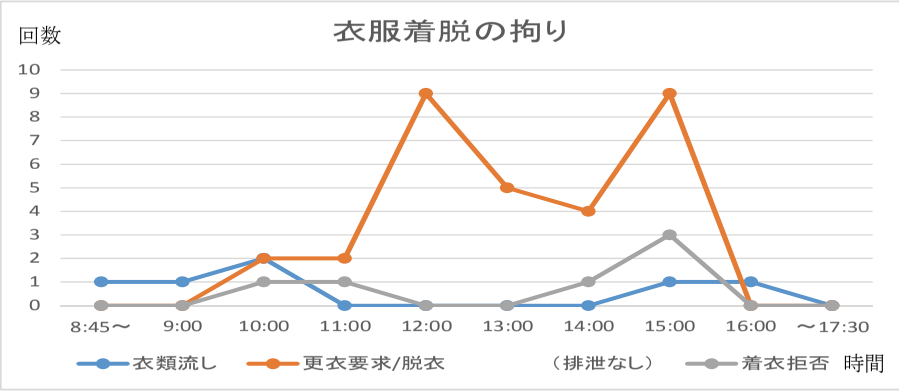


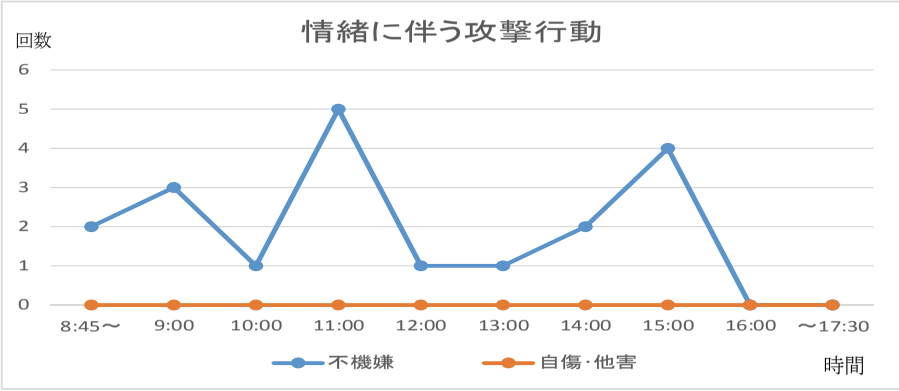




平成２８年１１月分



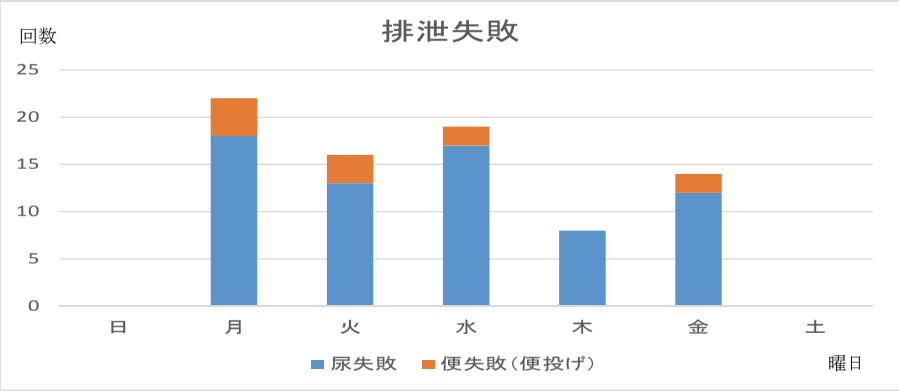


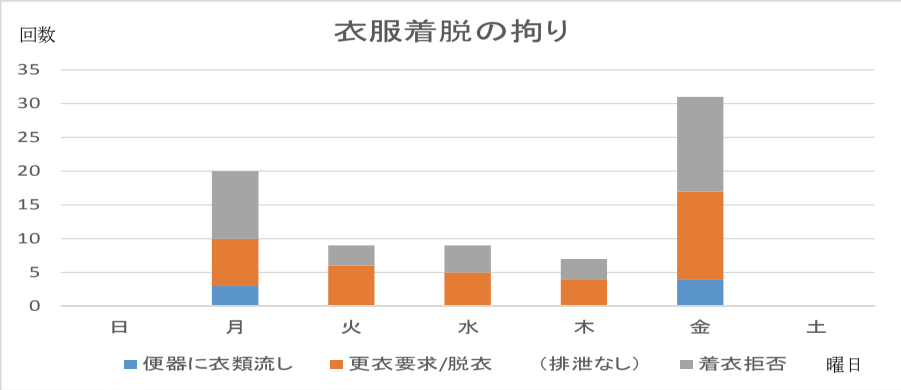


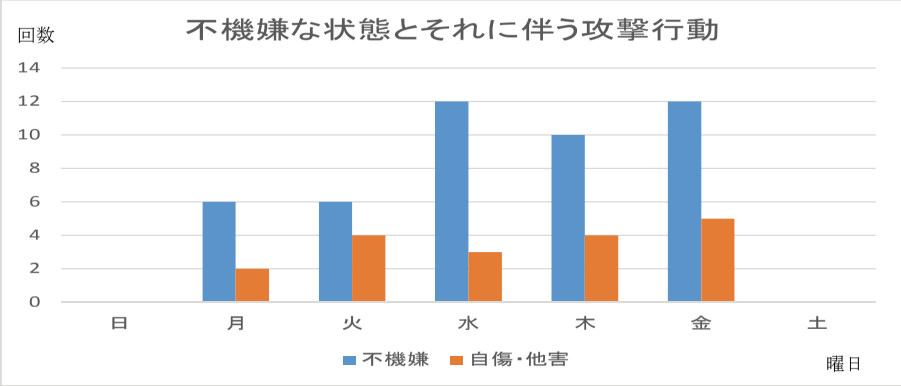
【資料３】

曜日によるＵさんの不適切行動および情緒変容について

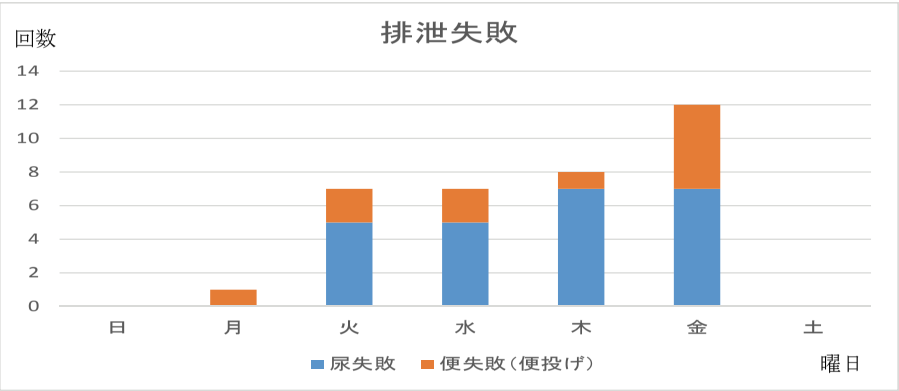
平成２８年８月分

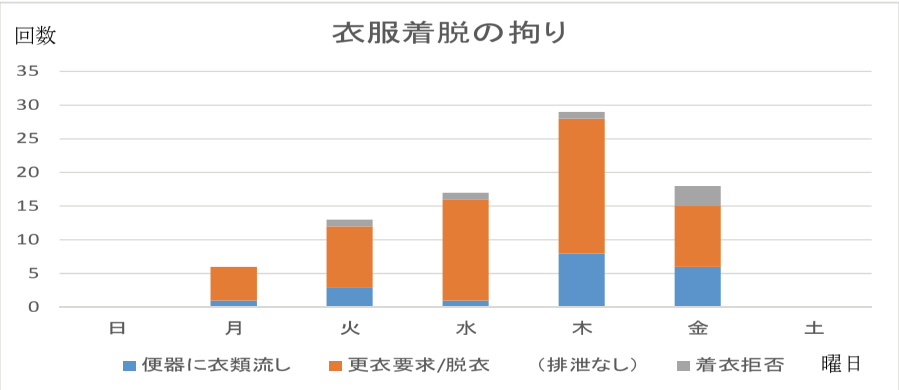


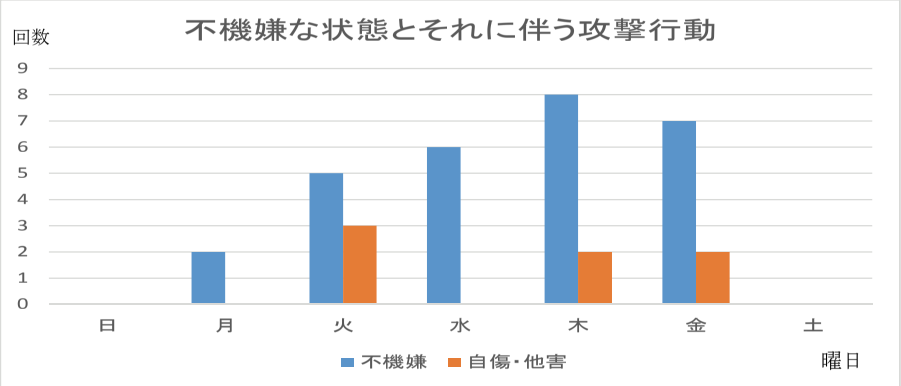




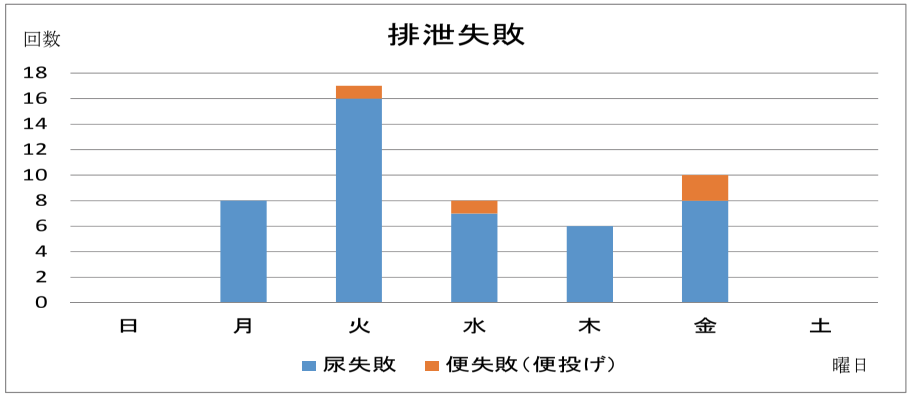
平成２８年９月分

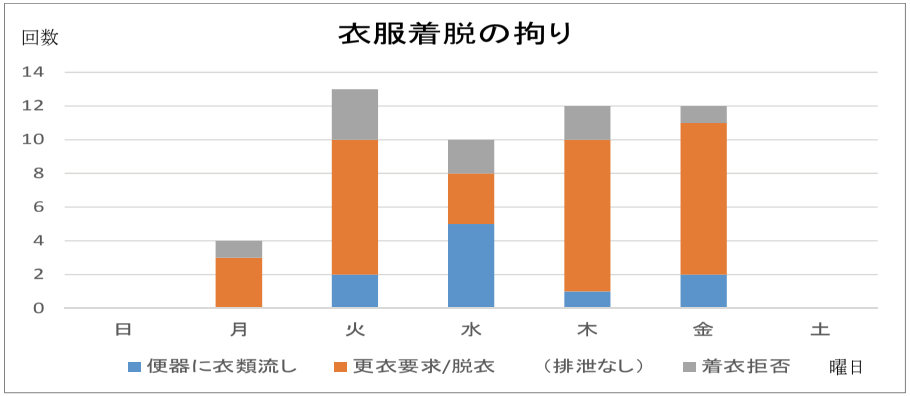


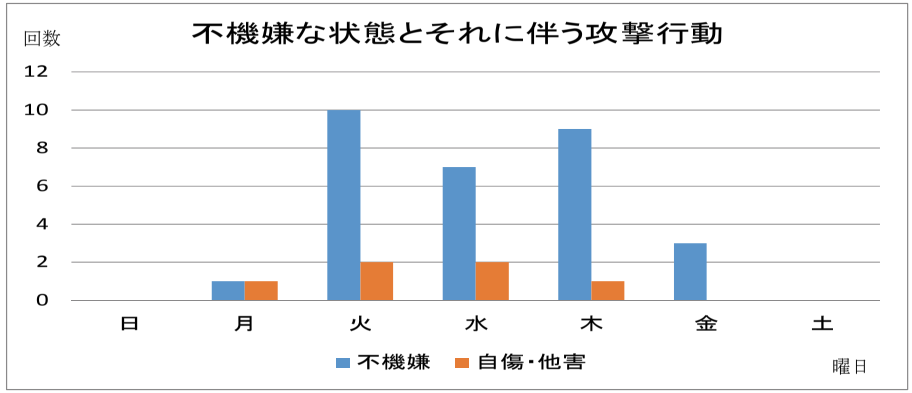




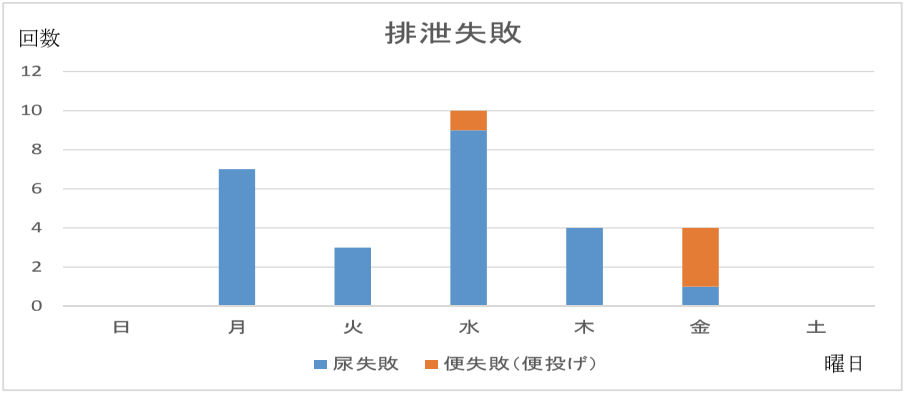
平成２８年１０月分

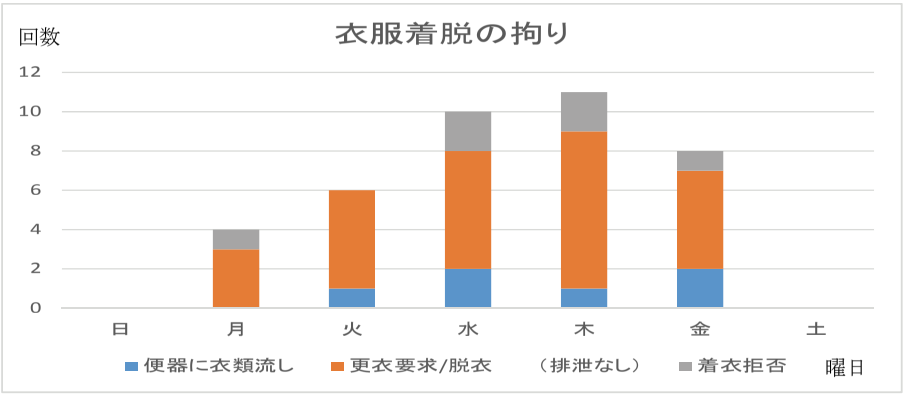


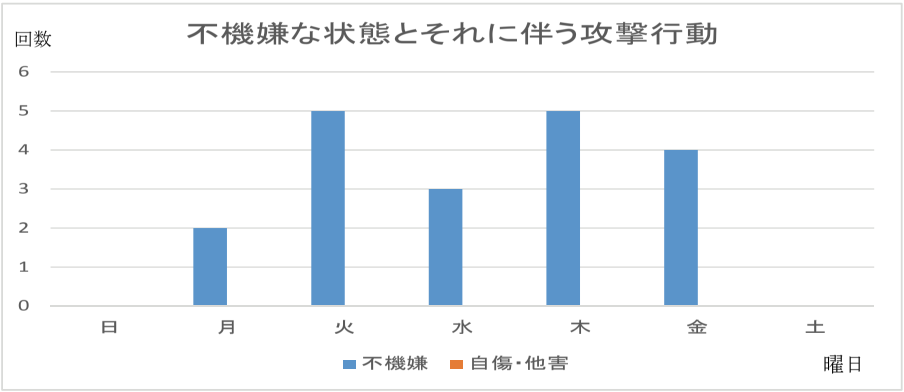




平成２８年１１月分







【資料４】嗜好調査時に用いた楽曲リスト

８月１０日　ダンスミュージック

（アーチスト名）	（曲名）
①②カイリー・ミノーグ	ラッキー・ラブ
	愛が止まらない
③ダフト・パンク	ワン・モア・タイム
④スキャットマンジョン	スキャットマン
⑤アスワド	シャイン
⑥MC ハマー	U・キャント・タッチ・ディス
⑦オマリオン	アイスボックス
⑧AL.B.シュア！	チャンネル J
⑨デッド・オア・アライヴ	アンド・カウント・トゥ・テン
⑩⑪マイケルジャクソン	スリラー
	ブラック・オア・ホワイト

８月１１日　ポップス／バラード

①ビージーズ	ユー・ウィン・アゲイン
②③フィル・コリンズ	アナザー・デイ・イン・パラダイス
	ツー・ハーツ
④ネナ・チェリー	ウーマン
⑤ヴァネッサ・パラディ	ビー・マイ・ベイビー
⑥ママス＆パパス	夢のカリフォルニア
⑦フィフス・ディメンションズ	ビートでジャンプ
⑧コールドプレイ	美しき生命
⑨ファレル・ウィリアムズ	ハッピー
⑩ザ・ファン	ウィー・アー・ヤング
⑪コクトー・ツインズ	プー
⑫マルーン５	ウォント・ゴー・ホーム・ウィズアウト・ユー
⑬パット・ベネター	ウィー・ビロング
⑭ティアーズ・フォー・フィアーズ	シーズ・オブ・ラブ
⑮ロビー・ネヴィル	ドミノ

８月１４日　ハードロック／ヘヴィメタル

①レニー・クラヴィッツ	自由への疾走
②ヴァン・ヘイレン	ホワイ・キャント・ディス・ビー・ラヴ
③ハート	アローン
④マリリン・マンソン	ロック・イズ・デッド
⑤デフ・レパード	ラヴ・バイツ
⑥ビリー・アイドル	スピード
⑦インエクセス	ニード・ユー・トゥナイト
⑧エアロスミス	リヴィン・オン・ジ・エッジ
⑨ソイルワーク	STALEMATE
⑩インペリテリ	17th century chicken pickin’
⑪SEX マシンガンズ	テッケン　オニショウグン
⑫ビリー・アイドル	闇の彼方
⑬ダム・ヤンキーズ	ハイ・イナフ
⑭スコーピオンズ	SEND ME AN ANGEL
⑮ホワイトスネイク	ヒア・アイ・ゴー・アゲイン

８月２９日　ヒーリング／サントラ／インストゥルメンタル他

①ヤニー	In the morning light
②坂本龍一	ラストエンペラー
③タイタニック	A life so changed
④ヴァンゲリス	炎のランナー
⑤スターウォーズ EPⅡ	アクロス・ザ・スターズ
⑥シックス・センス　サントラ	Run to the church
⑦エニグマ	リターン・トゥ・イノセンス
⑧喜多郎	シルクロード
⑨リベラ	彼方の光
⑩フェノミナ　サントラ	フェノミナ
⑪ドビュッシー	月の光（オーケストラ ver.）
⑫ヘイリー	プレイヤー
⑬アディエマス	アディエマス（聖なる海の歌声）

追加

①バンプ・オブ・チキン	パレード
②カイリー・ミノーグ	タイム・ボム

【資料５】
Ｕさんの日常生活への音楽的アプローチに用いた楽曲リスト

１２月１・４・７・９日

①バンプ・オブ・チキン	パレード
②カイリー・ミノーグ	タイム・ボム
③ジョルジオ・モロダー	ライト・ヒア・ライト・ナウ（feat.カイリー・ミノーグ）
④アバ	ザッツ・ミー
⑤O-Zone	Dregostea Din Tei～恋のマイアヒ～
⑥クリス・ブラウン	ターン・アップ・ザ・ミュージック
⑦ロビン・シック	Blurred Line（feat.T.I.&Pharrell）
⑧ダイアー・ストレイツ	マネー・フォー・ナッシング

１２月２１・２２日
LIBERA　アルバム「祈り～あなたがいるから」より
①あなたがいるから
②サンクトゥス
③アヴェ・マリア
④アリア～G 線上のアリア
⑤いつもあなたのそばにいるから
⑥かなたの光
⑦生まれてくる日
⑧永遠

１月８日
YANNI　アルバム「In My Time」より
①In The Morning Light
②One Man’s Dream
③Before I Go
④Enchantment
⑤The End Of August
⑥To Take…To Hold
⑦In The Mirror
⑧Felitsa

自立に向けた支援について

障害児入所施設　赤穂精華園児童寮　岡村　勇希、小橋　康廷

要旨抄録

赤穂精華園児童寮は、平成 25 年 3 月に建て替え、４つのユニットと自活訓練室を設置した。自活訓練室では、将来グループホームや自宅に戻ったときに、自分の力で生活できるように、生活スキルを高めることを目的として、キッチン・トイレ・浴室・リビング・ダイニングルームと畳の部屋の間取りとなっている。毎年、生活スキルの習得を目指す利用者が、ひとりあたり６ヶ月を目安に自活訓練室を利用している。また、地域での生活を意識し、自転車を使用した買い物訓練に取り組んでいる。今回は、現在自活訓練室を利用しているＭさん（高等部３年生）の事例を述べ、「自活訓練室での生活訓練」「調理体験」「自転車を使った外出訓練」「ＪＲを使った帰省訓練」について紹介する。そして、自立に向けた支援の構築により、利用者にどのような変化が見られたかを報告する。

キーワード

自活訓練室、調理体験、自転車を使った外出訓練、ＪＲを使った帰省訓練

１　自活訓練室の使用および調理体験について

・自活訓練室は、就寝時間 21 時から、翌日朝食前の 7 時 30 分まで使用している。食事や入浴はユニットで行うが、朝は自活訓練室で自力起床し、部屋の掃除・洗濯を行い、学校へ行く準備を行っている。また、余暇時間を上手に過ごすことができるように、就寝前にテレビを観る時間を設け、自宅に戻ったときの生活を体験している。

・利用し始める前は、自活訓練室での生活に対して不安もあったようだが、宿題を集中して行いたいときやひとりで落ち着いて過ごしたいとき、下校後や休日にも利用しており、現在ではMさん自身が積極的に活用したいとの意思表示が見られるようになった。

・自活訓練室での生活は、ユニットで生活していた時から規則正しい生活を送っていたこともあり、時間や約束事のルールが守れ、自分の役割も果たせている。

・調理体験は、自活訓練室で行っており、材料の購入から調理・食事・食器洗いまで行っている。Mさんは自宅に戻った時に家族の助けになりたいという気持ちを持っており、調理に対しても積極的に取り組んでいる。

・材料の購入は、Mさんが地域で自立した生活を送っていくことを考え、自転車で目的地のスーパーまで行き、メモを見て購入している。

・スーパーではどこにどんな材料があるかを自分で探して、料金を見ながら購入する物を決めている。慣れたお店では、どこに何があるかを大まかに把握しており、迷うことはほとんどないが、慣れないお店では時間がかかってしまうところも見られた。

・調理は、以前からの取り組みもあり、包丁やお鍋の扱いなどは問題なく、手際がよいと感じる場面もある。調理の手順は初めて作るメニューの場合、職員に調理中に確認する事もあったが、事前に写真入りのメニューを見ることにより、調理をする前に確認ができ、自分で取り組めることが増えている。

・Mさん自身も調理に対して大きく自信をつけており、いろいろな料理が作れるようになりたい、もっと上手になりたいと、前向きな言葉も多く聞けるようになった。調理するメニューは職員と利用者が相談して決めており、Mさんが食べたいものや挑戦したいメニューをできるだけ反映し、楽しく取り組めるようにしている。

＜調理体験　写真＞

２　自転車を使った外出訓練・ＪＲを使用した帰省訓練について

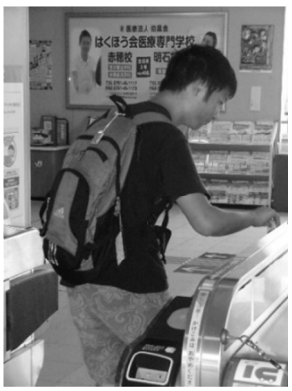
・Ｍさんは隔月で地域の理髪店を利用している。また毎月市内の店舗へ外出し、自分のお小遣いを使い買い物訓練を行っている。その際の移動手段として自転車を使用している。Ｍさんは卒業後、自転車を使用して職場まで通勤するため、自転車マナーの習得は社会生活を送るうえで欠かせないことである。

・自転車での移動について、自転車に乗るスキルはあっても遠方まで移動する経験がなかったため、最初は不安で職員の後ろからついてくることでいっぱいであった。自転車を使って移動するうえで最も大切なのは、交通マナーの習得である。一旦停止や左右の確認など、一つひとつ説明を行った。頭ではわかっていても実際に地域を走行すると、戸惑うことが多い。地域内では、車・自転車・歩行者と様々なものとすれ違う。お年寄りやこどもたちも歩いており、こちらが意識して走行しないと事故に遭ってしまう。Ｍさんが実際に地域内を走行することで、自分がどのくらいのスピードで走行すればよいのか、走行しながらどこを見ればよいのかなど、気をつけるところが理解できるようになっている。

・Ｍさんは、夏休みを利用して、自宅までの帰省訓練を実施した。自宅までは播州赤穂駅まで自転車を使い、その後はＪＲで姫路方面まで行く。最寄りの駅からは徒歩で自宅まで帰る。普段の自転車訓練に加え公共交通機関を使用することで、自宅に戻ってからの生活において、多方面への外出が可能になる。ＪＲを使用することで、切符の買い方、時刻表の見方、乗車ホームの確認、分からないときは質問するというコミュニケーション力など、様々なスキルが身につく。また、最寄り駅から自宅まで歩くことで、自宅周辺にどんなお店があるのかを知ることもできた。これらは車移動ではなかなか習得できなかったと思う。

・自転車訓練や帰省訓練においては、毎回アセスメント表を持って評価を行った。アセスメント表により、今後一人だけの力で行うために何が必要なのかを確認し、本人と振り返りを行っている。

＜帰省訓練　写真＞



３　まとめ

児童寮での生活は社会に出るまでの基本的生活習慣や社会のルール、マナーを学ぶ場である。卒業までの期間に社会に出てから必要な生活スキルを身につけ、実際の経験を積みながら地域での生活をイメージできるようにすることが大切である。自活訓練室の利用、自転車の利用などを通じ、自分でできることは何なのか、何が苦手なのか、何を助けてもらえば良いのかなど、自分で判断できるようになってきている。以前は自分の思いを人に伝えることが苦手であったが、今は自分が困っていることは何なのかを職員に訴えられている。自活訓練室の使用や自転車訓練を通じてできることが増え、それはＭさんの大きな力となり、自信に繋がっている。卒業後、自宅から自転車で通うことができる小売店の勤務が内定した。卒業までに社会人として自覚がもてるよう、支援を重ねていき、Ｍさんの成長を見守っていきたい。

介護保険制度と障害福祉サービスの適用関係について・考察
～相談支援の持つ「代弁者」としての役割～

障害者支援施設　丹南精明園　津路　俊之

要旨抄録

現在、介護保険制度と障害福祉サービスの適用関係において、法の守備範囲が異なることもあり、移行や併用に際しては当事者に不利益をもたらす場合が少なくない。特に介護給付に関しては介護保険優先となるため、障害支援区分にかかわらず要介護度が低く判定される方についてはその傾向がさらに顕著になる。ここでは実際に直面した問題について考察を行うことで、相談支援専門員の持つ「代弁者」としての役割について確認していきたい。

キーワード

利用者本位の支援、障害特性への配慮、相談員の専門性、当事者の高齢化

1　はじめに

(1) 当事業所の概要について

丹南精明園相談支援事業所は特定相談支援（計画相談支援）事業所である。丹南精明園の入所・グループホームの利用者の他、篠山市近郊で在宅にて生活されている障害者の方々の計画相談支援も担当しており、対象となる方は知・身・精の障害種別を問わない。平成 18 年 10 月に開設され、現在では入所・在宅合わせて 140 名以上の利用者の計画相談支援を担当するに至る。

(2) テーマを選んだ理由

厚生労働省の定める「介護保険制度と障害福祉サービスの適用関係」について、相談支援専門員は当事者が介護保険制度移行･併用する際の「橋渡し役」としての役割が求められている。しかし、実際のところ、障害者自立支援法と介護保険法は全く別の法律であり、移行・併用に際しては、場合により利用者に不利益をもたらすことがあるのも事実である。今回取り上げたケースもそのひとつで、いかに本人にとって適当な福祉サービス利用を継続していけるかが焦点となっている。

2　事例紹介

(1) 経緯

平成 28 年３月、先日 65 歳を迎えられた丹南精明園相談支援事業所利用者“Ｓさん”から当事業所に連絡が入り「(居宅介護の事業所から) 要介護認定申請についてどうするのか尋ねられ、津路さんと相談するように言われた。どうすればよいか。」との旨の相談がある。前年 12 月には篠山市から要介護認定申請勧奨の通知が来ていたとのこと。検討が必要であるため、自身では行動しないよう説明し、後日、津路が説明のために自宅を訪問することでそのときは了承を得る。

(2) Ｓさんのプロフィール（当時）

ア　居住地・性別・生年月日等

篠山市在住　女性　独居　昭和 25 年生まれ　結婚歴なし

イ　主たる障害

精神障害（双極性障害）。知的に障害はみられない。障害支援区分３。転倒による骨折歴あり右肩の動きが悪いが、生活に大きな支障はない。

ウ　収入等

厚生年金・障害基礎年金２級受給。経済面での支援は受けられていないが、やや浪費傾向あり。

エ　親族の状況

両親は他界しており、親族は三田市の身体障害者施設に入所している実弟のみ。たまに遠縁の方と連絡が取られているようだが、詳細不明。

オ　病歴等

○平成２年

激しい不安・焦燥状態により宝塚三田病院に１ヶ月間入院。退院後、４年間ひきこもり状態であったが躁転。治療中断し、仕事に復帰。

○平成 13 年

両親の介護問題や仕事上のストレスから、不眠・情緒不安を訴え始める。鬱病の診断を受け、クリニックで治療を受けられていたが、処方薬の副作用を嫌われたことから自身の判断で治療を中断されてしまう。その後は短期間のうちに就職と離

職を繰り返されながらの生活を送られる。

〇平成 17 年

にしき記念病院を受診し更年期障害の診断を受けられる。同時期に県立柏原病院婦人科を紹介されることもあったが受診はされなかった。

〇平成 18 年

不安定な状態になり、愛知県にある実母の兄宅に身を寄せられ、豊田病院にて治療される。その後父方従兄弟宅に同居しながら、やすおか診療内科にかかる。毎日のように「死にたい」と泣かれる日々が続いた。

平成 25 年９月、自宅で転倒し第３腰椎圧迫骨折。１か月程度入院。その後 12 月、急性膵炎で入院。退院後は食事療養をしてのち、通常の生活に戻る。

現在は安定し自宅での独居生活を継続できているが、しばしば主治医から入院加療を勧められるほど状態が悪くなることもある。

カ　障害特性・性格等

躁状態と鬱状態の差が激しく、躁のときは自身でコントロールできないほどにアクティブになり、鬱転の際にその反動が生じ、「ひきこもり」の状態に陥りやすい。過食・感覚過敏などもみられ、主に外的因子からストレスを受けやすいタイプである。中でも書類作成が大の苦手で、気分低下の原因になることが多い。社会的なコミュニケーションがとれるが、基本的に人付き合いを敬遠される傾向があり、現在利用している居宅介護も生活の安定のためには必要なものと理解はされているものの、本当は利用したくないというのが実際のところである（このことについては、過去、就職先など行く先々でイジメに遭ったことに端を発すると考えられる）。訪問しても居留守を使われることがよくあったと当事業所前任者からの報告もある。気遣いもでき穏やかな人柄ではあるが、気分によってはヘルパーを怒鳴りつけたりすることもある。

キ　支給中・利用中の障害福祉サービス、その他福祉サービス

（ア）居宅介護

身体介護中心 30 時間／月（３時間／回まで）

コンスタントに入浴できるよう利用。鬱状態の際は入浴もされなくなるため。

家事援助中心 25 時間／月（３時間／回まで）

食習慣が乱れやすいため利用。ただし、本人はヘルパーの作った食事を拒否されることがある。

※この頃は週３回、1 回 90 分でヘルパー利用されていた。現在、煩わしさを感じた本人の希望により週２回の利用となっている。その利用もしばしばキャンセルされる。

（イ）移動支援　７時間／月

以前は定期受診のために利用。現在はほとんど使われることがない。

ひきこもりになり過ぎないようにとの自制のためか、現在も篠山市の高齢者介護予防事業「いきいき塾」にも自主的に通われている。福祉サービスを利用されないと生活全般が容易に荒廃するのが特徴である。

居宅介護については篠山市社会福祉協議会居宅介護支援事業所（以下、社協居宅）が支援を担当しており、本人が障害福祉サービスを利用し始めてからの関係である。

当事業所の支援として、月１～２回の自宅訪問によるモニタリングのほか、障害に関すること以外の生活相談にも応じている。平成 28 年４月に発生した熊本地震の直後、本人から「地震保険に入ろうと思うので、資料を準備してもらえないか。」との申し出があり、何社かの資料を準備し本人に提供するが、数日してから「やっぱりいいです。」との返事が返ってくるのみであった。外的因子や環境変化に対し敏感な上、気分が変わりやすいということを示すエピソードである。

(3) 要介護認定申請～サービス調整会議までの流れ

前述のような障害特性・性格から、要介護認定申請を進めていくことは本人の精神状態に少なからず負担を与えることが予想され、また、この時期は自宅トイレの水洗化工事（これも行政指導により仕方なく始められた）の手続きを行うことのストレスですでに不安定な状態であったため、介護保険併用・移行については、慎重に事を進めていくことを本人に伝え、市の障害福祉担当者へも情報を提供していた。

平成 28 年６月、自宅訪問し、介護保険制度と障害福祉サービスの適用関係について本人に説明する。ただし、ここで私の経験と知識の不足が露呈されることになる。確かに 65 歳を迎えての要介護認定申請勧奨は行政の定める方針ではあるが、既に障害福祉サービスを受けているＳさんにとって、申請後にどのような影響が出てくるかを当時の私は想定できなかった。併用になれば、費用負担が増える可能性があること・ただし現在利用している社協居宅は介護保険での居宅介護も行っているので、支援内容などは変わらず、契約が２つになるだけであることなどしか説明せず、申請は最終的に本人の落ち着いた気分のとき、ということにした。後日、本人は申請書を自ら窓口に提出される。

その後、社協居宅担当者から当事業所へ連絡があり、Ｓさんが申請を行った件についての問い合わせがある。「このまま介護保険サービスを併用することになったら、おそらく介護度は要支援となり、費用や支援関係者の面で変化が起こり、本人負担は増すことになると思われるが、大丈夫であるか。」との旨の内容であった。また、ほぼ同時に社協居宅のケアマネから連絡があり、一次判定も出ていないうちから本人が居宅ケアマネ申し込みを行ったとの報告がある。

正直、私は焦ってしまった。申請後に本人の負担が増えるということを軽く考えてしまっていたのに気付いたからである。申請後にも本人と面会するが、生活に新しい面が加わるという不安から、既に不安定になってしまっていた。そして、実際の介護度は「要支援２」との判定となる。ここで私は、現状の生活及びサービス利用を変化させることなく継続していく方向に切り替えることを計画し、市の障害福祉担当者と相談。市の高齢者福祉担当者を交えたサービス調整会議を開催することとなる。

(4) サービス調整会議

平成 28 年９月 15 日、支援関係者を招集し、篠山市役所にてサービス調整会議を開催する。出席者は以下のとおり。

ア　篠山市　障害福祉担当者
イ　篠山市　高齢者福祉担当者
ウ　篠山市社会福祉協議会居宅介護支援事業所　所長
エ　篠山市社会福祉協議会居宅介護支援事業所　Ｓさん担当者
オ　丹南精明園相談支援事業所　津路　　計５名

Ｓさんについては、当初出席していただく予定であったが、更なる精神的な負担や混乱を避けるため、支援者にて協議し、今回は出席を控えていただくことで調整する（本人には津路からできるだけソフトに説明した）。

社協居宅支援者からは実際の支援における過去の出来事や現状について伝えていただき、津路からは本人の障害特性･性格について市の担当者に伝える。

資料Ｉのとおり、居宅介護は「介護保険優先」である。判定は「要支援２」であり、併用や完全移行となると利用できるサービスの制限・原則一割負担による費用負担増などが起こるため、はじめはこれを論点にして会議を進める。

しかし、この点についての市側の反応は「費用面のことに関しては勘案の対象にならない」というものであった。そのときは言及しなかったが、以下のような点が理由であると考えられる。

①　在宅の障害者については適用除外の対象とならないことから、介護保険被保険者全体への公平性を保つため。
②　国家レベルでの障害福祉にかかる予算が不足しているため。

おそらく②についてが第一の要因であると予想される。この点に関しては、各市町村の運営を標榜している訳ではなく、限られた予算から被保険者全体に合理的に福祉サービスを支給するためには市町村も厳しい判断を迫られる場合があることも理解しておかなければならないと私は思う。併給・移行のケースでなくとも、障害福祉サービス特例支給の交渉に際してなど「支給を認められたらよいが、前例がないためできない」という答えが返ってくることが多い。予算については我が国の抱える福祉全体の課題である。

しかし、資料Ⅱ（２）②ア、資料Ⅱ（２）③アに記載されているように、特に居宅介護に関しては裁量の余地が認められるものとして議論を進め、資料Ｉに記されている※１の部分を根拠として、以下の点を強調することにした。

①　Ｓさん自身は、申請はしたものの生活の変化を望んでいない。（しなくてはならないものと思い申請したが、実際は不安やストレスが起こっている。）

②　併用・移行により、サービス利用内容が複雑になり、また、関わる支援者が増えたりする変化が起こってしまうため、人間関係が精神的負担になりやすいＳさんにとってマイナス影響を及ぼす可能性が高い。

上記の点を、普段から本人の生活全般を見守る者として主張した。結果、今回のケースに関しては介護保険サービスの利用は見送る、との判断が下され、Ｓさんは障害福祉サービスのみの利用を継続できることとなった。

この後、津路がＳさんの自宅を訪問し、これまで通りの生活を継続していけることになったと伝えると、心底安堵された様子を見せられた。

３　まとめ

(1) 反省点

相談支援専門員しての知識・経験不足が明らかとなった。本来なら、サービス調整会議も申請前に行うべきものである。社協居宅からのサポートや市担当者の理解がなければ、更に本人を苦しめる結果になってしまっていたと思われる。「付け焼き刃」の支援は役に立たないことを痛感し、この件から相談支

援専門員として改めて学習に取り組むことになる。

また、気難しい面があるＳさんともある程度打ち解けることができていたことから、本人の持つ本当のニーズを読み取ることについて油断があった。支援者優位の状態で申請を進めようとしてしまっていた。「意思決定支援」のあり方が問われる今日、いかに当事者の“代弁者”となれるかが、当事者の生活をマネジメントする者の使命であることを自覚することとなる。

(2) 良かった点

今回のケースに関しては得るものもあった。介護保険制度と障害福祉サービスの適用関係について考察する場合、原則１割負担についての問題がクローズアップされやすく、その点が議論に挙がることが多い(平成 30 年の法改正でもこの点の改善が予定されている）が、強調すべきことは「その人にとって最も必要な支援は何か」ということであると確認できたことである。Ｓさんの場合、現状を変えないという、一見すると後ろ向きな視点が今回は必要であった。ただ「良い方向に持っていく」のではなく、その人一人ひとりの生活のあり方を尊重する支援を実現していかなければならない。

(3) 課題

Ｓさんのケースの場合、現状では介護度が高くなく、障害特性に配慮するなら障害福祉サービスのみを継続する方が望ましいという結論になったが、本人は人生の中で健常者として生きてきた期間の方が長いため、今後、更なる老後や終の棲家を想定した場合､介護保険制度を利用する方がスムーズである、という見方もできる。“生活マネジメント者としての使命”を基に、現行の支援に加え、併用・移行に関しての見きわめを適切に行っていく体制を築いていくことが、障害者高齢・重度化の波に対応していくための当事業所の課題となる。

４　おわりに

私感となるが、今回のケースで相談支援という福祉サービスの持つある意味での“おそろしさ”も実感することになった。前述のように「代弁者」としての機能を考えると、自身の匙加減次第で当事者の人生をたやすくねじ曲げてしまうことも可能であると思ったからだ。背筋の凍る思いがした。当事者の持つ真のニーズを捉え理想的な生活を設計していくという素晴らしい役割でありながら、全てを台無しにしてしまう危険性とも背中合わせである。思えばこの件から、ただ前向きに行動するだけでなく、慎重さを大切にした支援に取り組むようになったと思う。生活設計者としての責務の重さを、今後も忘れないようにしたい。

今よりも更に未熟であった私に助言等を与えてくださった篠山市社会福祉協議会居宅介護支援事業所関係者の方々、及び、理解ある処置をとっていただいた篠山市担当者の方々、そしてご迷惑をかけることになったＳさんに対し心よりお詫びと感謝の気持ちを申し上げるとともに、今後更なる精進を誓う次第である。

参考資料：厚生労働省資料「高齢の障害者に対する支援の在り方について」

資料Ⅰ

2．介護保険制度と障害福祉サービスの適用関係について

（1）基本的な考え方

サービス内容や機能から、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合、基本的には、介護保険サービスの利用が優先されます。

ただし、介護保険に相当するものがない障害福祉サービス固有のものと認められるものについては、状況に応じて利用することができます。

具体的には、下記のとおりとなります。

○介護保険には相当するものがない障害福祉サービス固有のものと認められるもの（同行援護、行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等）については、障害福祉サービスを支給する。

○介護保険法に基づく要介護認定等を受けた結果、非該当と判定された場合等、介護保険サービスを利用できない場合であって、なお障害福祉サービスによる支援が必要と市町村が認める場合は、必要な障害福祉サービスを支給する。（介護給付費に係るサービスについては、必要な障害支援区分が認定された場合に限る）

○利用可能な介護保険サービスに係る事業所又は施設が身近にない、あっても利用定員に空きがない等、介護保険サービスを利用することが困難と市町村が認める場合は、必要な障害福祉サービスを支給する。（当該事情が解消されるまでの間に限る）

（2）具体的な適用

【障害福祉サービスの支給決定を受けている者が介護保険適用年齢等に達した場合】

○障害福祉サービスの支給決定を受けている者が、介護保険対象者になる場合としては、以下の場合が想定されます。

- 65 歳となる場合
- 16 疾病※該当者で 40 歳となる場合
- 16 疾病※該当者（40～64 歳）であって、生活保護受給者の生活保護が廃止された場合　※生活保護受給中は保険適用されないが、生活保護廃止に伴って適用される

※特定疾病（加齢と関係がある 16 疾病）

- ●がん（末期）
- ●関節リウマチ
- ●筋萎縮性側索硬化症
- ●後縦靭帯骨化症
- ●閉塞性動脈硬化症
- ●多系統萎縮症
- ●パーキンソン病関連疾患
- ●脊髄小脳変性症
- ●脊柱管狭窄症
- ●早老症
- ●慢性閉塞性肺疾患
- ●初老期における認知症
- ●糖尿病性神経障害
  糖尿病性腎症
  糖尿病性網膜症
- ●脳血管疾患
- ●骨折を伴う骨粗しょう症
- ●両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

資料Ⅰ

○障害福祉サービスの支給決定を受けている者が介護保険対象となった時に優先されるサービス

サービス内容		更新時に優先されるサービス
居宅介護・重度訪問介護・重度障害者等包括支援		介護※1
同行援護		障害※2
行動援護		障害※2
短期入所		介護※1
生活介護	通所	介護※1　※5
	入所	介護※3
療養介護		介護※3
施設入所支援		介護※3
共同生活援助		介護※3
宿泊型自立訓練		障害※4
自立訓練	生活訓練	障害※4
	機能訓練	障害※4
就労移行支援		障害
就労継続支援	A型	障害（通所・入所施設編２７ページ参照）
	B型	障害
地域移行支援・地域定着支援		障害
地域活動支援センター	Ⅱ型	介護※1　※5
	Ⅲ型	障害
移動支援（余暇）		障害
日中一時支援		介護※1
訪問等入浴サービス		介護

※1　介護保険優先であるが、精神疾患や知的障がい、視聴覚障がい等による障がいの特性により、障害福祉サービスの利用が適当と市が認めた場合は障害福祉サービスの利用が可能。また、要介護５の者は、所定の適用条件を満たす場合、介護保険サービスを利用したうえで障害福祉サービスの上乗せ支給が可能→【その他の取扱い】参照

※2　行動援護は、通院等に係る支援及び社会生活上必要不可欠な外出（生活必需品の買い物等）に係る支援を要するものは、介護保険サービスを優先する。
同行援護については、社会生活上必要不可欠な外出を理由とした支援は、原則介護保険サービスを優先としていましたが、同支援については同行援護サービスの利用を可能としました。
（別途資料　障福第２７５号　平成２８年５月１８日通知を参照）。

※3　居住場所に影響を及ぼすため、介護保険適用年齢等に達する以前より支給決定を行っていた場合、継続して支給する。

※4　障害福祉サービスでの更新は可能であるが、標準利用期間が設定されているサービスであるため、所定の期限内において継続して支給する。

※5　介護保険優先であるが、40～64歳の者で、年齢的な要因から障害福祉サービスを希望しており、市が適当と認めた場合は障害福祉サービスの利用が可能。

資料Ⅱ

介護保険制度と障害福祉制度の適用関係

社会保障制度の原則である保険優先の考え方の下、サービス内容や機能から、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合は、原則介護保険サービスに係る保険給付を優先して受けることになる。

▽

一律に介護保険サービスを優先的に利用するものではなく、申請者の個別の状況に応じ、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能かを判断

(2)介護給付費等と介護保険制度との適用関係

市町村は、介護保険の被保険者(受給者)である障害者から障害福祉サービスの利用に係る支給申請があった場合は、個別のケースに応じて、申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か、当該介護保険サービスに係る保険給付を受けることが可能か否か等について、介護保険担当課や当該受給者の居宅介護支援を行う居宅介護支援事業者等とも必要に応じて連携した上で把握し、適切に支給決定すること。

② 介護保険サービス優先の捉え方

ア サービス内容や機能から、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合は、基本的には、この介護保険サービスに係る保険給付を優先して受けることとなる。しかしながら、障害者が同様のサービスを希望する場合でも、その心身の状況やサービス利用を必要とする理由は多様であり、介護保険サービスを一律に優先させ、これにより必要な支援を受けることができるか否かを一概に判断することは困難であることから、障害福祉サービスの種類や利用者の状況に応じて当該サービスに相当する介護保険サービスを特定し、一律に当該介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととする。

したがって、市町村において、申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容(利用意向)を聴き取りにより把握した上で、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かを適切に判断すること。

「障害者総合支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について(平成19年通知)」

資料Ⅱ

市町村が適当と認める支給量が介護保険サービスのみによって確保することができないと認められる場合等には、障害者総合支援法に基づくサービスを受けることが可能

③ 具体的な運用

申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより必要な支援を受けることが可能と判断される場合には、基本的には介護給付費等を支給することはできないが、以下のとおり、当該サービスの利用について介護保険法の規定による保険給付が受けられない場合には、その限りにおいて、介護給付費等を支給することが可能である。

ア 在宅の障害者で、申請に係る障害福祉サービスについて当該市町村において適当と認める支給量が、当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスに係る保険給付の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から、介護保険のケアプラン上において介護保険サービスのみによって確保することができないものと認められる場合。

イ 利用可能な介護保険サービスに係る事業所又は施設が身近にない、あっても利用定員に空きがないなど、当該障害者が実際に申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用することが困難と市町村が認める場合（当該事情が解消するまでの間に限る。）。

ウ 介護保険サービスによる支援が可能な障害者が、介護保険法に基づく要介護認定等を受けた結果、非該当と判定された場合など、当該介護保険サービスを利用できない場合であって、なお申請に係る障害福祉サービスによる支援が必要と市町村が認める場合（介護給付費に係るサービスについては、必要な障害支援区分が認定された場合に限る。）

「障害者総合支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について（平成19年通知）

障害福祉サービス固有のサービスと認められるものを利用する場合については、障害者総合支援法に基づくサービスを受けることが可能

イ サービス内容や機能から、介護保険サービスには相当するものがない障害福祉サービス固有のものと認められるもの（同行援護、行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等）については、当該障害福祉サービスに係る介護給付費等を支給する。

「障害者総合支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について（平成19年通知）」

在職者の交流活動について
～ピアで支える、定着率90%以上を目指して～

障害者支援施設　三木精愛園　北播磨障害者就業・生活支援センター
森　一人、土肥　博、寅屋　淳平、西田　英樹、森　和行、佐々木　雅邦、岩崎　貢士

要旨抄録

厚生労働省「平成28年障害者雇用状況の集計結果」によると、平成28年６月１日現在、民間企業（50人以上規模の企業：法定雇用率2.0%）に雇用されている障害者は474,374人（対前年4.7%増加）で、13年連続で過去最高となっている。更に、実雇用率も1.92%（対前年比0.04%上昇）で過去最高となっている。

雇用者の内訳は、身体障害者が327,600人（対前年比2.1%増）、知的障害者が104,746人（同7.2%増）、精神障害者が42,028人（同21.3%増）で、精神障害者の伸び率が特に大きいことがわかる。その背景として、身体障害者と知的障害者のみで算出されてきた法定雇用率が、平成30年４月１日から精神障害者も対象となることによる、法定雇用率の引き上げが見込まれていること、更に精神障害のある方が年々増加していることなどが考えられる。

このように近年、障害者の就労意欲の向上・雇用は急速に高まっており、望ましい状況になっているということが言えるが、一方で障害者の職場定着の推進が大きな課題となっている。

私たちが勤務している、北播磨障害者就業・生活支援センター（以下、当センター）でも、職場定着支援を重点課題の一つとして取り上げてさまざまな取り組みを行っているところである。ちなみに当センターの平成28年度における登録者の１年以内の定着率は87.6%（身体障害者100%、知的障害者85.8%、精神障害者75%、その他（発達障害など）100%）である。

当センターの職場定着促進に向けた取り組みの一つとして、在職の障害者を対象とした、「職場定着促進のための在職者の交流活動」事業がある。

平成22年度から取り組んでいるこの交流活動事業は、就労移行支援事業所など、職場定着に苦慮している事業所の参考に資することができる実践内容であり、また他の事業団の取り組みの参考になるものであることから、このたび、報告することとした。

更に、これまでの実践を通して得た結果を基に、当センターでは平成29年度から新たな体制で実施していくこととしたので、併せて報告する。

キーワード

障害者雇用、定着支援、在職者の交流活動、ピアサポーター、定着率

1　当センターの概要

当センターでは、障害のある方の就業相談、訓練のあっせん、職場実習、就職活動、雇用後の定着、再就職支援等を行っている。また、企業が抱える課題に応じて、雇用、福祉、教育、医療等の関係機関との連携を図り、障害のある方の就業面と生活面を一体的に支援している。

当センターは、平成22年４月に厚生労働省から事業指定を受け、兵庫県の北播磨障害保健福祉圏域（多可町、西脇市、加西市、加東市、小野市、三木市の５市１町）を担当地域として活動している。

支援対象者は、身体障害者、知的障害者、精神障害者、発達障害者、難病のある方で、北播磨障害保健福祉圏域内に在住もしくは就労先のある人が対象者である。

平成28年度現在、当センターへの登録者数は、身体障害者47人、知的障害者150人、精神障害者54人、その他の人が25人で、合計276人となっている。また、平成28年度に支援対象者に対する相談や支援を行った件数は2,420件で、相談や支援を行った事業所数は149事業所となっている。

三木精愛園

北播磨障害者就業・生活支援センター

２　職場定着促進のための在職者の交流活動について

当センターでは、障害のある在職者の職場定着を促進するために、平成 22 年度から当センターの必須業務として、交流活動を定期的に実施している。当センターの支援を通じて就職し、継続的な定着支援を必要とする障害者が年々増大していることからである。せっかく職を得ることができたのに、職場での孤独感やコミュニケーションがうまくとれないために、上司や同僚に相談することができないなどの理由で離職してしまうことがないようにすることを狙いとしている。具体的には、在職中の支援対象者に対して、座談会の開催、カウンセリングの実施、余暇活動や勉強会などの事業を実施している。交流活動の場は、在職者の悩み等を話し合う機会となるとともに、支援対象者の不適応課題を早期に把握することができる場となっていることから、課題改善を図ることにもつながっている。

また、参加者は障害のある他の参加者と接することで、「自分はひとりではない。自分と同じような仲間がいるのだ」と確認することができて安心感が得られるとともに、気分転換ができる場にもなっている。更に必要に応じて職業生活上の課題を解決するための援助を行っていることから、職場定着の促進を図ることができている。

在職者の交流活動の、過去２年間の具体的な実施内容等は、下記のとおりとなっている。

【平成 27 年度実施内容】

(1) 第１回　平成 27 年４月 18 日（土）参加者７人

ア　実施内容

新年度の顔合わせ、働くということ「長く働き続けるための社会生活」（座学）、今年度の目標を発表。

イ　実施目的

新年度の顔合わせの実施と就労意欲が維持できるようにするための交流の実施を通して、参加者が人前で話すことに慣れること、更に職場においてコミュニケーションがとれるようにつなげる。座学は自立の第一歩であることを意識させる。

ウ　実施結果

気持ちを新たに一年のスタートをする気構えを身につけることができた。困ったことがあれば、誰に相談するのかをそれぞれ思い浮かべ、職場なら担当リーダーと当センターであることを確認することができた。また、本人から話したいときに言えないときは、当センターの担当に手伝ってもらうこともひとつの方法であると伝える。

(2) 第２回　平成 27 年６月 20 日（土）参加者３人

ア　実施内容　自己紹介、個別面談。

イ　実施目的

職場定着に課題のある方を対象に個別に呼びかけ実施する。

自己紹介では、人前で話すことに慣れさせることで職場においてコミュニケーションがとれるようにつなげる。個別面談では、落ち着いて話を聞くことに徹することで、本人の気持ちの整理を支援し、今後の社会生活に役立てる。

ウ　実施結果

参加者それぞれが、自由に思ったことや意見が話せる雰囲気作りをすることができた。これからも交流活動等、それぞれが色々な場所へ出かけて行き、一緒に考えたり気持ちを切り替えることが大切であることを伝えることができた。

(3) 第３回　平成 27 年 11 月 21 日（土）参加者７人

ア　実施内容　退職を考える。

イ　実施目的

知的障害のある方を中心に集いを開催。退職後の暮らしについて考える。

ウ　実施結果

一年も経っていない参加者がいたが、参加者それぞれに変化のあることがわかった。雇用当初はうまくいっていたとしても、仕事の内容が変わったり、職場の人間関係が変わったり、自分自身の高齢化や体調の変化がある。このため、同じことを続けていれば長く働けるという保障はなく、そ

の時々の状況に合わせた働き方が求められている。このことに対して、自分で対応できる人もいれば、そうでない人もいることから、当センターとしては、このような集いを開催していくことで早めに参加者の変化に気付き、支援できるようにしていくことの大切さを実感することができた。

(4) 第４回　平成 28 年３月４日（金）参加者４人

ア　実施内容

就労に向けてステップアップを考える。(研修)

イ　実施目的

他事業所(就労継続支援Ｂ型事業所)において、精神障害者に対して、当事者の視点で助言を実施してもらう。

ウ　実施結果

自分と同じ病気や障害、悩みを持つ人が、どのようにしたら就職に結びつき、仕事を続けられることができるようになるのかを学ぶ機会となった。当事者でなければできない助言であり、今後も当事者から私たち支援者も学びながら、支援していく機会としていきたい。

第１回（新年度の顔合わせ）

第３回（退職を考える）

【平成 28 年度実施内容】

(1) 第１回　平成 28 年６月 18 日（土）参加者３人

ア　実施内容

「高齢化を考える」をテーマに、ワークシートを活用し、働くためについて考える。また、企業を退職され、現在、就労継続支援Ｂ型事業所を利用するＨ氏から、企業等で働く方を対象に、長く働き続けるための助言をしてもらう。

イ　実施目的

Ｈ氏の助言をもとにして、元気なうちから老後に備えるとの必要性を在職者に伝える。

ウ　実施結果

参加者からは、働き続けるには健康が大切であることや、楽しみ、責任感、やりがいを感じることが必要であるとの意見を伺うことができた。Ｈ氏から退職する前は、足が痛くても働き続けることしか考えつかなかった経験を聞いたことで、退職後のイメージを少し描くことができたのではないかと思われる。高齢化は年齢ではなく、個別にやってくるので、次回はこれまでの経緯や何歳くらいまでに退職し、その後どうするのかなど、ライフサイクルを見通した取組みをしていきたいと考える。

(2) 第２回　平成 28 年 10 月 15 日（土）参加者４人

ア　実施内容

「これまでの人生を振り返る」をテーマに、自分史を作成し、自分のことを語っていく。

イ　実施目的

対象者がこれまでの人生の思い出を振り返り、仲間や聞き手に自分の思いを伝えることで、喜びや満足感を感じ、かけがえのない自分を再評価することを通して孤独感を和らげる。

ウ　実施結果

就労前の利用者の人生経緯について、知らないことが多く、利用者の人生を聞くことを通して、利用者に対する理解を深めることができた。支援者の課題として、就労生活の終わりや健康面の変化など、これから生じることに対して想定しておくことの大切さや、現制度やサービスについて、もっと深い知識を持っておくことが必要であることがわかった。

(3) 第３回　平成 28 年 11 月５日（土）参加者８人

ア　実施内容

発達障害者の自助グループである、「成人発達障害サロンしぇあ」にて発達障害のある方、あるいは発達障害ではと思っている方との交流を行う。

イ　実施目的

生きづらい、理解されない、うまくいかないな

ど、悩みや困難を持つ仲間が集まり、体験や心情を共有したり、情報交換をする。

ウ　実施結果

同じような悩みを持って生きている人たちに直に会うことで得られる勇気や力のようなものは、支援者だけの対応では限界があることがわかった。支援者は本人の希望を実現するための道筋を示し、自己選択をしてもらうこと。しかし、段取りや計画を立てるのが苦手な方が多く、生活面の支援を希望される方も多いことがわかった。特に障害診断を受けたばかりの方や、手帳取得に悩んでいる人にとっては、当事者からの話を聞くことはとても有意義であることが理解できた。

第１回（高齢化を考える）

ワークシートを活用して考える

３　在職者の交流活動を通して

平成 28 年度に実施した在職者の交流活動では、在職者自身だけではなく、当センターとしても在職者の高齢化について考える機会となり、高齢化への対応について向き合うことができた。参加者は 60 歳前後の在職者であったが、高齢化は年齢ではなく個別にやってくることから、それぞれの人に合わせた高齢化に伴う福祉へのソフトランディングを行っていくことが大切であることもわかった。つまり、就労生活の終わりは当事者ごとによって違うこと、健康面の変化などのこれから生じることに対して想定しておくことの大切さを理解することができた。これは今後のキーワードでもあると思う。

また、発達障害のある方々への定着支援についても早急に取り組む必要があることを理解することができた。当センターでは、発達障害者の相談を受けるたびに、「自分と同じ障害の方はいますか」と尋ねられることが多く、見た目だけではわかりにくい障害であることから、学校や職場で苦労しているのは自分だけではないのかという孤独感に陥ってしまい、不安になられている方が多いことがわかった。更に平成 28 年度の「成人発達障害サロンしぇあ」での会に参加した、当事者から、笑顔で「来てよかった」との声が聞かれたことから、今後、更にこの会の紹介をしていくことの必要性を痛感した。

４　平成 29 年度の取り組みについて

これまでの取り組みから得られた成果に基づき、平成 29 年度は、①発達障害者グループ、②精神障害者グループの２グループに分けた実施計画を挙げている。

①発達障害者グループでは、平成 29 年度「成人発達障害サロンしぇあ」での交流回数を毎月１回に増やしていく。

発達障害者の自助グループであるため、支援者としては当事者の意見が出やすいよう、一定の距離を置きつつ、当事者メンバーの中で孤立感が生まれないよう注意を行い、体験や心情を共有したり、情報交換する機会を図っていけるよう支援していく。

②精神障害者グループでは、精神障害者を対象とした「就労までのステップを考える研修」を継続して実施していく。

精神障害の方の障害特性として、自身の障害の理解が難しい、食事・睡眠・服薬など健康管理が苦手、悩みや相談ができる場所がわからないなど、一部の精神障害の方に見られる特性である。

また、職業能力を自身で評価することが難しい方については、採用後に安定して出勤ができにくくなり、短期に離職するなどの課題もある。

この研修では、精神科病院等で活動するピアサポーターの協力を得て、ピアサポーターが当事者の視点から助言を行うことにより、当事者が自身のことを考え、振り返る機会を作り、必要に応じて訓練するなど、就労までのステップが考えられることを目的としている。

ピアサポーターから、「病気になってからでも働けることを示したい」、「働くことで生活リズムが良くなった。生きがいにつながる。」、「毎日助けをもらっている

ので、周囲に感謝している。」などの助言を受け、当事者からは、「同じ病気や障害を抱えながら就職へ進んだ人の助言は、とても参考になった。」といった感想が聞かれた。

研修終了後、当事者は就労移行支援事業所の利用を開始するなど、それぞれが就労までのステップアップを考える機会となり、一定の効果が得られた。

また、ピアサポーターは、「自身の経験が他の人の参考となり、良くなってもらえたら」との思いを持って活動しており、ピアサポーター自身、やりがいや生きがいを感じて、ピアサポーターとして活動をすることができている。

平成 28 年度「職場定着促進のための在職者の交流活動」で挙げられた、高齢化に向けたソフトランディングについては、参加者のこれまでの就業生活の頑張りを受け止めて、ソフトランディングの期間が必要である方に対し、支援の一環として継続的に実施していく。

5　おわりに

平成 30 年４月１日から身体障害者と知的障害者のみで算出されていた法定雇用率に精神障害者も加わることにより、障害者の就労意欲の向上・雇用は更に高まることであろう。

当センターでは、定着が難しいとされている、精神障害者の定着率が、平成 27 年度 60%、平成 28 年度 75%と向上している。定着率向上の要因は、「職場定着促進のための在職者の交流活動」の実施、ピアサポーターの導入などが要因の一つとして挙げられる。

平成 30 年度、雇用率が変わることを見越して、「定着支援」が重要なキーワードとなるであろう。当センターでは、これらの活動を継続して実施し、利用者が自己決定に添った道筋へ導き、地域機関等と連携して、定着率 90%以上を目標の一つとしていきたい。

引用・参考文献

１）平成 28 年障害者雇用状況の集計結果（厚生労働省）
http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000145259.html
２）精神障害者の雇用に係る企業側の課題とその解決方策に関する研究
（独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構）
http://www.nivr.jeed.or.jp/download/houkoku/houkoku128.pdf

【平成 29 年度全事協実践報告・実務研究論文優良賞入選論文】

不登校の子どもへの基本的な支援
～子どもの安心感と自信を取り戻すための地域支援と連携～

児童心理治療施設　清水が丘学園　中村　有生、木村　望、新穂　唯

要旨抄録

「不登校」の定義としては、「何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景により児童生徒が登校しないあるいはしたくともできない状況である（ただし、病気や経済的な理由によるものを除く）」と定義されている。このように定義される不登校の子どもの数は依然として高い水準で推移している状況である。2001 年では小学校での不登校比率 0.36%、中学校での不登校比率 2.81%という状況であり、その後はほぼ同水準を継続している。

文部科学省は、不登校児への予防と対応として、“不登校とならないための魅力ある学校づくり”と“不登校児に対するきめ細かく柔軟な対応”という大きな方針を打ち出している。また、2003 年の不登校問題に関する調査研究協力者会議による「今後の不登校への対応の在り方について」の報告では、不登校児の支援に関する基本的な指針が挙げられている。①将来の社会的自立に向けた支援の視点、②連携ネットワークによる支援、③将来の社会的自立のための学校教育の意義・役割、④働きかけることや関わりを持つことの重要性、⑤保護者の役割と家庭への支援の 5 つである。このように不登校児の支援として必要なことが挙げられており、著者も実践を通じて重要であると感じる項目である。不登校状態になっている子どもに対して、上記の指針を実践していくための基本的な支援について、以下の 3 点が重要と考える。

(1)　子どもが自分の気持ちを素直に表現できる関係
(2)　子どもが安心できる居場所
(3)　子どもが自信を持てる活動や学習への取り組み

これは不登校になっている子どもの「不登校になったきっかけと考えられる状況」が、情動的混乱や無気力などの理由があるからであり、これらは子どもが学校での学習や活動、友人関係の行き詰まりから情緒的に不安定になったり、意欲を失っている状態だと考えられるからである。そのため、不登校になっている子どもに対して、突然、学習や活動、登校を促すことは、一度くじけてしまった、難しい課題に再び挑ませることになる。

このような子どもに対して、まずは子どもが不安や楽しみなことなどを素直に表現できる関係づくりから始め、子どもが受け入れられている感覚、自分の気持ちが尊重される感覚を持てることが大切である。そのような関係を踏まえて、学校に登校できていないこと、学習できていない不安もあるが、自分を受け入れられている居場所があることで安心と自信を回復することができる。このように安心と自信、他者への信頼感を基盤として、少しずつ活動や学習に取り組むことで、自信や意欲を取り戻すことができる。ひいては、社会への参加、登校へのモチベーションを持つことができる。

本稿では、このような支援の基本を踏まえた上で、子どもへの支援、保護者との協力、関係機関の連携と役割分担、効果的な相談体制やアウトリーチについての報告を行い、よりよい支援について検討したい。

キーワード

不登校の子どもへの支援、地域支援、関係・居場所づくり、アウトリーチ、コンサルテーション

1　不登校の現状と支援

(1) 不登校・ひきこもりの状態像

平成 27 年度の学校基本調査（文部科学省）によると、平成 26 年に病気や経済的な理由以外で学校を 30 日以上欠席した小中学生は全国で計 122,897 人であった。そのうち小学生は 25,864 人、中学生は 96,786 人であり、全児童生徒数に占める不登校児は、小学校が 0.39%で過去最高となり、「255 人に 1 人」の割合となった。中学校は、2.76%で「36 人に 1 人」の割合となっている。前年と比べても不登校児は小中ともに約 2 千人の増加が見られており、依然として不登校児の数は増え続けていることが分かる。不登校になったきっかけと考えられる状況を見ると、

小学生では「不安など情緒的混乱」「混乱」「無気力」「親子関係」が多く、中学生・高校生と比べると、家庭に係る状況が相対的に多い。一方、中学生では、「不安など情緒的混乱」と「無気力」が並んで多いというデータが出た。兵庫県下においても児童問題は深刻化している。平成 27 年度版兵庫県学校基本調査によると、県内の小学校における不登校児童数は 820 人で全児童数に占める割合が 0.27%、中学校における不登校生徒数が 4,099 人で全生徒数に占める割合は 2.57%で計 4,919 人となった。

また、不登校や高等学校中途退学等学校段階でのつまずきがニートやひきこもりへとつながっていくことが複数の調査結果より示唆されている。内閣府が 2015 年に実施した調査によると、6 ヶ月以上にわたって仕事や学校に行かず自宅にいる、15～39 歳の「引きこもり」の人が、全国で推計 54 万 1 千人に上ることが発表されており、引きこもりになったきっかけとして「不登校」を理由にあげている割合は全体の 18%であった。また 14 歳以下で「ひきこもり」状態になったと答える割合が全体の 12.2%、「15～19 歳」が 30.6%と、学齢期で現在の状態になったと答える割合が全体の 4 割を占めるという結果が出ている。更に、内閣府が 2009 年に実施した「高校生活及び中学生活に関する調査」では、高校中退者や不登校経験者がひきこもりになる割合が通常の 6.7 倍、ニートになる割合が 2.4 倍になるという結果もある。

こうした不登校生徒増加の流れを受けて各学校も対策に乗り出しており、特色を打ち出した魅力ある授業作りや学力に応じたクラス編成、小中学校間での引継ぎにも力を入れているが、依然として不登校の増加に歯止めはかかっていないのが現状である。

(2) 不登校・引きこもりに関する支援のあり方

それでは、現在も増加し続けている不登校児らに対してどのような支援が行えるのであろうか。一般的に不登校や引きこもり状態にある子どもの多くは、対人関係での不安や不信感、自信の喪失、集団参加や社会的活動への意欲の低下等の心理的課題を抱えており、各々の背景にある発達や家庭状況、集団での課題などを整理しつつ、本人の心情を踏まえた支援が必要になる。八木（2013）は、不登校の基本的な目標として『①対人関係の信頼の回復、②自信の回復、③集団参加・社会的活動への意欲の回復』を挙げ、これらを達成するための支援方法として、『①子どもが安全・安心に過ごせる環境や関係作り、②子どもが自分の考えや気持ちが表現できる関係作り、③子どもが“できるかもしれない”と思える、具体的な課題を提示する』という 3 点の基本原則を打ち出した。これらは、後述する学園で行っている不登校支援においても主軸に据えている原則である。

実際の支援においては、子どもへの支援と並行して、保護者への支援も行っていかなければならない。子どもが不登校になると保護者もまた不安から動揺するため、支援側はまずこれらについて受容・共感することが求められる。生育歴の聞き取りはもちろん、段階を追って子どもとの関わり方や学校との関係の取り方について保護者が主体的に取り組めるよう支援し、必要に応じて助言や提案を行うことが必要になってくるだろう。

上記に加え、学校との関係調整もまた欠かすことのできない支援である。担任教諭をはじめ、その他学年主任や生徒指導担当、不登校担当の教諭らとの相談の機会を持つことで、教員が不登校の子どもとその家庭に対してどのようなアプローチを行うかといった方法について相談の機会を設けることは重要な対応である。

また、児童の状態に応じて学校への支援とは別に近隣のサポート校や療育施設等の他機関を紹介することもひとつの対応策になってくる。その他必要に応じて医療機関や市町村の関係機関との関係調整が必要になるケースも多い。

このように、ひとりの児童が不登校という状態に陥った際には児童本人に対するアプローチだけでなく、保護者や学校、関係機関など児童を取り巻く諸機関との関係調整が不可欠になってくる。

2　清水が丘学園の外来相談

(1) 外来相談の概要

清水が丘学園では昭和 54 年から外来相談を開始して以来、多くの不登校の子どもの支援を行ってきた。多くの場合、学園での外来相談は子どもの不登校や不適応の課題を抱えた保護者の希望で相談を開始し、子どもと保護者それぞれに対して心理治療士が定期的な面接を行う。通常は 1～2 週間に 1 回程度、1 回 50 分で子どもへのプレイセラピーやカウンセリングを親面接と並行で行う。その上で、必要に応じて子どもが通う学校や子どもの支援のための福祉サービスとの連携や他機関の紹介を行うなど、先の見通しを持って適切な支援方法を検討し、介入を行っていく。

平成 28 年度に学園で実施した外来相談状況を見ると、年間相談件数は延べ 926 件にのぼった。相談内容としては『発達障害・その他』に関する相談が 707 件と最も多く、次いで「ひきこもり（不登校）」が 212 件、神経性習癖 5 件、軽度の非行 2 件と続い

ている。直近の7年間の外来相談件数の推移は以下の通りである（表①参照）。全体としてみると相談件数は年々増加傾向にあり、平成26年度には1000件を超えた。また、内容別に相談件数の年度推移を見ていくと、引きこもりや神経性習癖、軽度の非行に関する相談が一様に減少している一方で、発達障害（その他）に関する相談件数がここ3～4年間で急激に増加していることが分かる。このように見ると、学園における不登校への相談件数自体は減少しているかのように思われるが、これは単純に不登校の子どもが減少しているということと必ずしもイコールではない。発達障害から不登校に陥る児童生徒が多く存在していることは、多くの有識者から報告されているところである。これらを考慮すると、現在はむしろ以前に比べ不登校に至る経緯は多様化しており、これに伴い不登校児への支援もまた複雑化しているといえよう。支援現場では各子どもの状態像に応じた対応をする必要に迫られているという意味において、今後支援のあり方が多岐に渡っていくことが予想される。

【表①　清水が丘学園　外来相談年度推移】

区 分	内容				合計
	引きこもり	神経性習癖	軽度の非行	発達障害 その他	
平成２１年度	407	64	14	378	863
平成２２年度	380	23	36	448	887
平成２３年度	298	57	30	347	732
平成２４年度	291	48	18	620	977
平成２５年度	303	57	5	548	913
平成２６年度	244	73	4	680	1,001
平成２７年度	212	5	2	707	926

(2) 児童への支援

学園では、不登校を主訴として来園した子どもに対してまず心理治療士が定期的な個別面接を行い、信頼関係を築いていくところから支援を始める。個別面接で心理治療士と遊びを通じた支援を行ったり、安心できる環境で話をすることを通じて、子どもは学校に行っていなくても、友達関係が苦手であっても、それらを評価されたり否定されることなく安心して過ごし、受け入れられると感じられる『居場所』を得る。このような『居場所の提供』を行い、心理治療士が子どもの興味や関心、長所や短所、自信のあることや不安なことなどをよく把握していくことが、不登校の子どもへの支援において学園が担う第１のステップである。

次に学園が担う第２のステップは、『子どもが表現する自分の考えや気持ちを受け止めること』である。安心して過ごせる『居場所』ができてくると、子どもは少しずつ自分自身の不安や学校生活での悩み事、また保護者への要求などを語りだすことが多い。このように心理治療士に安全に受け止められるという体験を通じて、次第に自分自身の不安な気持ちを受け止め、向き合っていくことができるようになっていくのである。

心理治療士と安心して話ができる関係ができ、子どもが定期的に来園できるようになった段階で、学園が担う支援は第３ステップに移行する。すなわち、『子どもが“できそう”“やってみたい”と思える、具体的な課題の相談や提案を行うこと』である。取り組むべき課題は子どもの状態に応じて検討するが、この段階では心理治療士が子どもの努力の意味合いを説明しながら、相談を重ねつつスモールステップで目標達成を目指していくことになる。ケースによって対応は異なるが、いずれにしても大切なことは、心理治療士との関係の中で子どもの安心感や信頼感を回復することにある。そして本人が内発的に意欲や自信を育むことができるよう、子どものペースを尊重しながら本人のサポート体制の充実を図っていくことを心掛けなければならない。

(3) 保護者へのサポート

不登校の子どもを支えるためには、保護者と支援者とがしっかりとした関係を作ることが大切である。そのため学園では、子どもへの面接と並行して保護者に対しても個別面接を行い、保護者の不安や動揺を受容・共感しつつ子どもの家庭生活や学校での様子について聞き取りを行っていくことが第１のステップとなる。

心理治療士との関係が構築できてくると、次第に保護者は子どもに対するこれまでのかかわり方への不安や今後の対応への迷いを少しずつ語りだすことが多い。これに対して心理治療士は、保護者の関わり方の良い点は認め、うまくいっていない部分があればよりよい方法をともに考えるとともに、子どもの状態像や意味合いについて保護者とともに考えていく。保護者に対して適切な養育知識の提供と助言を行うことにより、親子関係に具体的に介入していくのである。これが第２のステップといえよう。

また、ケースによっては子どもの不登校の背景に保護者の経済的な問題や精神疾患がある場合も想定されるため、こうした問題が背景にある場合は市町の関係機関や病院などの専門機関と連携を図り、保護者自身が安定できるような支援を行う場合もある。

(4) 学校との連携

子ども本人と保護者への支援がある程度進んでくると、多くの場合に必要になってくるのが学校との連携である。保護者が子どもについてどのように学校に連絡を取ればよいか分からない場合や、支援を

行う中で児童が徐々に登校への自信がついてきて学校への登校を希望する場合には、学園が学校に直接連絡を取ることもある。

無論ケースによって支援の仕方は異なるが、一般的な支援方法としては、①子ども本人と保護者の了解を得た上で学校に連絡を取り、担任教諭や学年主任、不登校担当教諭に対して、子どもの状態や保護者についての説明を行い、情報の共有を図る。②次に、担任教諭と子ども・保護者間の関係を構築していけるよう相談・助言を行い、相互に話ができるようサポートを行う。③子ども・保護者と学校とで子ども本人が取り組みやすい活動や学習、登校の仕方を相互に相談するのをサポートしていく。その際、子どもの心情や特性に応じた課題の設定や関わり方について心理的な観点から説明を行うというものである。

不登校が長期化すると、子ども・保護者はどのように学校に協力してもらえば良いか分からず戸惑う一方で、学校側は支援のきっかけやタイミングを見計らっている。そのため、学園が子どもや保護者と学校との連携に関わることで、双方が安心感をもってスムーズに関わっていけるようサポートしていくことが、学園が行う不登校支援の一つの狙いといえる。

3　不登校支援の一例

(1) モデル事例

上記の不登校生徒の支援の基本を踏まえ、学園で行っている外来相談の流れをモデル事例として挙げてみたい。なお、下記のモデル事例は学園においていくつか見られた事例を集約したものであり、倫理的配慮から個人の事例としては挙げない。

【事例概要】

Ａ：中学 3 年生男子。2 年の夏休み明け頃から「朝起きづらい」と欠席が増え、3 年生に上がってからは 1 学期の始業式に登校したのみで、以降は登校できない状態が続いている。本人としては「登校しなければ」という思いはあるものの、起床時の身体のだるさや腹痛のため起き出せないと話す。母はＡを朝無理矢理起こそうとしたり担任教諭に相談したりしていたが、一向に変化が見られない本児の状態に焦りと疲労感を募らせて来園に至る。

【見立て】

Ａの話を聞くと、自分が登校できない原因には全く心当たりがないとのことだったが、話を聞いていくと学校を休みだした頃から授業が難しくなりついていけなくなっていたこと、また学校に行けていない分どんどん提出物が溜まっていくことへのプレッシャーや、進路への不安で気が重くなるばかりであったことを話し出した。母親へはこれまでの本児の学校生活について話を聞いていく中で、Ａが幼稚園の頃から引っ込み思案で集団に入っていくことができず、現在も特に仲が良い友達はいない様子だと話された。このような親子からの話を受け、Ａが自身の学習・提出物への不安やしんどさ、またコミュニケーション能力の低さから対人関係への自信のなさ等を自覚できず、適切な形で表出できていなかったために、それらが身体症状として現れて現在の登校できない状態に陥っていることが想定された。

心理治療士は上記のような見立てを立てた上で、Ａと母親に対して定期的な面接の実施を提案したところ、両者ともに了承されたため、外来相談からの支援を開始することとなった。

【支援】

Ａへは心理治療士が定期的な面接を重ね、興味のある話題について話したり本人の好きな将棋をしたりする中でＡは少しずつ安心感を高め、学校での負担や気苦労、学習の遅れに対する不安や家庭での居心地の悪さを語るようになった。そのため、心理治療士はＡに面接の機会とは別に学園の通所グループに参加して、自分のペースで学習したり提出物に取り組む時間を作ってみてはどうかと提案した。最初は集団で学習を取り組むことに抵抗を示したＡであったが、通所グループで学習支援を受けだすと徐々に提出物を消化することができるようになり、次第に学園での学習習慣が定着していった。

一方、母親との面接では、語りの内容が日々の子育てへの負担やＡの進路への不安から、徐々に自らの子育てを振り返る内容に変化し、父母ともにこれまで登校を無理強いするような言動をしてしまっていたが、それがＡの負担になり余計に登校しにくくさせていたのではないかと振り返るようになった。心理治療士は母親の不安や困惑を汲み取りつつも、Ａ自身も登校しようにもできないジレンマに陥っているという本児の心情への理解を求め、今はＡが家で安心して過ごすことができるよう登校刺激は控えて見守ってもらえるよう助言を行った。そのためか、次第にＡが家庭でも表情よく過ごすことが多くなり、会話も増えてきたと母から報告があった。

この頃になるとＡは面接の中で「少しずつでも学校に行っておきたい」という気持ちを語るようになってきたため、心理治療士はＡの中である程度登校への自信がついてきたと判断し、Ａの通う学校に連絡を入れ、担任教諭や不登校担当教諭らと心理治療士との話し合いの機会を設定し、支援方針の共有を

行った。その結果、①Aに対して別室や保健室への登校という形で居場所の提供を行い、担任との関係を築いていくこと。②提出物の取り組みについては本児のペースを尊重し、自信の持てる教科から教室に入ることを認めていただくこと。③養護教諭にもAと関わりを持ってもらい気持ちのフォローをしていただくこと等の設定についてともに検討してもらいAのサポート体制の整備を行った。その結果、Aは学園の外来相談及び通所グループと並行して学校の別室登校という形で少しずつ登校し始め、以降半年間で時折欠席は見られるものの、安定したペースでの教室登校ができるようになった。

【考察】

本事例は不登校が長期化しようとしている状態を想定して記述した。今回は最終的に再登校に至るという経過を紹介したが、子どもによって支援目標や支援方針は異なる。大切なことは、Aと保護者の気持ちの聞き取りから心理治療士が不登校に陥った背景に対する見立てを立て、この見立てに沿ってAの居場所づくりや保護者の関わり方に対する助言、また学校との関係調整などを行い、本人の意思を尊重した形で目標達成を目指していくということである。このように、不登校の子どもへの支援の他に、彼らを取り巻く保護者や教諭、関係機関と支援方針の共有を図りサポート体制を充実させることによって、本人の安心感や自信を高めていくことが不登校の状態改善の重要な鍵になるといえる。

(1) 支援のポイント

上記の事例はあくまでもサンプル事例であるが、学園で行っている不登校支援におけるいくつかのポイントがここで提示されている。

まず児童本人に対する支援のポイントとしては、以下の3点に集約される。

①子どもが自分の気持ちを素直に表現できる関係の構築

②子どもが安心できる居場所の提供

③子どもが自信を持てる活動や学習への取り組みの提案　である。

多くの場合、不登校状態の子どもはAのように学校生活で自信を喪失して気力や活力を失い、情緒的な混乱状態に陥っている。子どもに必要なのは、まず現在の自分の状態を否定せずに分かろうとしてくれる場所に出会い、自分の心情を否定されずに受け止められるという関係を体験することである。この関係の中で相談を繰り返すことで安心感や活力を回復することで、はじめて子ども自身が自発的に意欲や自信を育むことが可能になり、次のステップに進むことができるのである。このような支援を行うためには、子どもを取り巻く関係者と情報を共有して協同で支援に当たらなければならないが、ここで必要になるのは子どもが保護者や学校、相談機関に対しても安心して話ができる関係作りである。学園では、子どもの心情を説明したり相談の機会を設ける等して子どもが保護者や学校と安心して相談したり課題と向き合うことができるよう連携を図るのである。

いずれにしても、学園の不登校支援では子どもの意思やペースを中心に据え、あくまで本人が主体となって内発的に意欲や自信を付けていけるようスモールステップで支援していくこと、そして段階に応じて周囲と連携して子どものサポート体制を整えるということが最重要事項になる。不登校に陥ることで子どもが失った自信や意欲を回復し、自身の望む方向へ歩みを進めることができるよう、ここで述べたポイントを抑えつつ、柔軟な姿勢で支援に当たっていかなくてはならない。

4　学齢期からの引きこもり予防に関する提言 ～アウトリーチでの支援～

(1)「学齢期からの引きこもり予備モデル事業」の導入と目的

学園では、兵庫県の委託を受け平成24年、25年に「学童期からの引きこもり予備モデル事業」として、A市・B市と連携を行った。このモデル事業の導入する目的として、「近年、不登校は増加しており、そのまま成人になっても就職せず、社会的に引きこもりにつながる場合が見られる。また、知的障害を伴わない発達障害児に対する虐待やいじめにより生ずる二次障害については、児童の自我や心理面での発達に大きな影響を与え、成人になってもさまざまな問題につながることがある」(不登校・引きこもりを考える－関係機関との連携を通して－平成24年度報告書より)。そこで、事業を導入し、不登校生徒への初期対応に加え、二次障害への影響や引きこもりの予防について考える必要があった。A市では、検討委員会を設置、その後事業を開始し、教育委員会との連携を行った。B市では、連携協力校(以下、C校とする)への年間を通して学園職員の派遣を行い、不登校児童への初期対応を中心に進め、主に不登校や発達障害や虐待などの背景の専門的アセスメントを行った。C校には、平成24年度から引き続き平成27年度までカンファレンスに参加し、さまざまな問題を抱えているケースについてコンサルテーションや連携を行った。

ここでは、主に平成26年度、平成27年度におい

てコンサルテーション、連携を行ったケースについて報告する。

(2) C中学校について

① C中学校の概要

C校は、校区近隣に高層住宅や商業施設が多く立ち並び、1,000人を超える大規模校の公立中学校である。近年、不登校の人数は増加傾向にあり、その背景として、対人関係の未熟さや学習困難に加え、発達の偏りや家庭環境の問題が多く見られる。不登校ケースやその保護者への対応については、定期的に開催される校内の不登校委員会でその対応や方針が検討されていた。不登校委員会では、校長・教頭をはじめ、不登校担当教諭、各学年の不登校担当教諭、養護教諭、別室担当職員が参加していた。また、市のスクールソーシャルワーカー（以下、SSWと記す）も不登校委員会に参加し、家庭の様子、社会資源について情報提供、調整を行った。不登校委員会では、不登校生徒、不登校に準ずる生徒、気になる生徒について資料が作成され、情報共有を行った。特に対応に困っている生徒に対しては、エコマップ、実態調査シートを作成、拡大カンファレンスが開催され、情報共有、対応について検討された。

② 不登校の状況について

不登校生徒の状況として、年間15日以上欠席の生徒は、全体の2～3割であった。不登校の背景として考えられる問題として、友人関係、学力不振、発達障害、家庭の問題が見られた。校内の不登校委員会で報告される不登校生徒数は、年度初めから徐々に増加傾向にあり、夏休み後から一定の水準で移行し、体育会や文化祭など行事前後で増加の傾向が見られた。また、年間15日以上欠席していない生徒であっても突然の欠席や連続欠席についても情報共有され、学校全体で把握していた。

③ 清水が丘学園の取り組みについて

C校で開催されている不登校委員会に学園の心理治療士２名から４名が月１～２回程訪問した。平成26年度は８回、平成27年度は９回訪問している。C中学校では、初期対応として保健室でのサポートを行い、教諭は家庭訪問や電話対応など対応が行われていた。不登校が長期化すると、居場所づくりや教室復帰に向けての適応教室が設置されていた。またしかし、不登校ケースの背景が複雑化していること、家庭基盤の弱さなどから、学校対応だけではなく、医療や福祉につなぐ必要性のあるケースが増えつつある。そこで、さまざまな背景をもつ不登校ケースの問題について、学園の見立てを伝えてC中学校と共有し、それに伴うアプローチの方法・保護者対応・相談機関について、教諭にコンサルテーション（助言）を行った。

④ 清水が丘学園が行うアウトリーチ型のコンサルテーションについて

今回のC中学校への地域支援は、不登校生徒や保護者への直接的な対応ではなく、不登校ケースについて教諭と検討し、不登校の背景、不登校の状態、どのような視点でアプローチしていく必要があるか検討し、必要な観点からコンサルテーションを行うこととした（図１参照）。

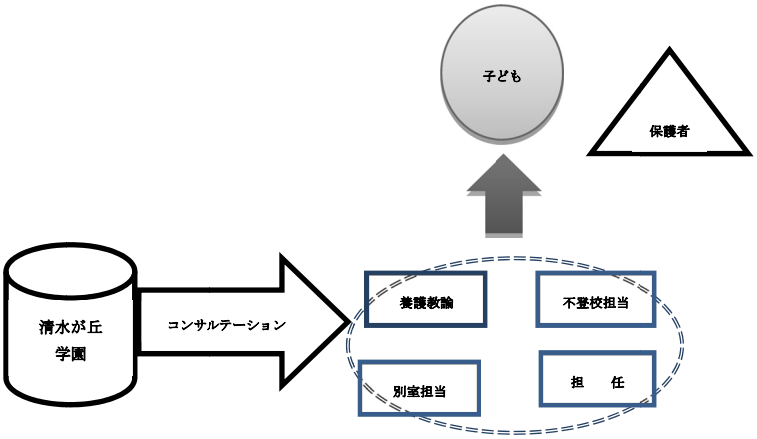


図１　コンサルテーション

コンサルテーションとは、特定の専門性を持った専門職の人が、職業場の必要性から他の専門の人に相談することである（辻村、1999）。つまり、学校現場で教諭が困難を抱えているケースについて、学園の心理治療士が、専門的な視点で見立て、コンサルテーションを行うことで、教諭と困難を共有しながら間接的に支援を行っていると言える。今回のように学校現場に出向いて(アウトリーチ)地域支援を行うことは、直接関わっている教諭だけでなく、関係教諭や学校全体から不登校ケースを見る。そこでコンサルテーションを行うことで、複数の教諭から多面的に情報収集し、教諭の役割をコーディネートすることでより良い支援につながった。アウトリーチ型の地域支援では、１日の大半を過ごす学校という場所に入ることで、外来相談だけでは分かりにくい子どもを取り巻く学校の環境、クラスの雰囲気など多くの情報収集をすることができ、またその情報を踏まえた上でより深いアセスメントできること、また関係している教諭に直接コンサルテーションを行うことができる。

⑤ C中学校コンサルテーションについて

C校へのコンサルテーションとして、まず不登

校ケースについての見立てを行い、本人がどのような状態にあるのか検討し、教諭と共有した。実際には、連休明けや行事前など生徒が疲れやすい時期は欠席生徒（不登校に順ずる生徒、体調不良も含む）の数が増加しており学校全体でストレスマネージメントの提案を行った。学園を利用しているケースについては現在の状況を確認、方向性を伝え、教諭への対応について協力を依頼した。

Ｃ校では、別室教室をどのように利用するか、教室へ復帰するためにはどのように過ごすか、復帰するタイミングについても丁寧に議論されていた。そこで、清水が丘学園からは、復帰してからの見通しを伝え、別室教室での居場所づくり、安心できる関係の構築を行う必要があることを伝えた。

⑥　カンファレンスで検討されたケースについて

ここでは、実際に問題を抱えていたケースについて、問題背景・学校の対応・清水が丘学園の関わりについて報告する（なお、個人情報保護のため内容については一部修正を加えている）。

ケース１：過剰適応が背景と予想され、登校が難しくなっているケース

（概要）

女子生徒（以下、Ｄとする）。真面目な性格で、勉強・部活に意欲的に取り組む。しかし、進路のことが気になり、課題が進まないプレッシャーから少しずつ欠席が増える。登校する意思はあるが起床できず、登校するまで難しい。担任や母が宿題のことを気にしないよう伝えると、登校できる日があった。しかし、少しでも登校を促すと反抗的な態度をとることが増えており、どのように登校を促したらよいか悩んでいると担任に相談があった。

（見立て）

Ａの状態として過剰適応傾向にあり、自分の不安や心配ごとを素直に話せない状態にあったと予想された。そのため、ストレスが高まり、誰にも頼れない状態が続き、進路をきっかけに登校が難しくなったと考えられた。

（支援方法）

不登校の段階を踏まえ、今はＡが登校について過度のプレッシャーにならないよう配慮し、タイミングを見てまずは保健室登校や適応教室の利用を勧めることが必要であった。まずは、弱音を吐ける居場所作りや、関係作りが必要であると考えた。

ケース２：発達に問題を抱えると予想され、不登校となっているケース

（概要）

男子生徒（以下、Ｅとする）。成績は平均的であるが、教科間でのアンバランスさが見られる。学校では、刺激に弱く衝動的に行動してしまうことや､周囲からは空気が読めないと浮いている状況。Ｅは、進級するにつれ、他者と上手くやり取りができていないことから自信をなくしている状態で、登校渋りが目立っている様子。

（見立て）

学校の様子から、発達の問題を抱えていると予想されたため、教諭に生育歴の聞き取りや、小学校で情報収集（対人関係、成績など）するよう助言を行った。また二次障害から自信喪失、現症として登校渋りにつながっているのではないかと考えられた。

（支援）

まず、情報から相談機関での検査の必要性を伝えた｡発達特性から､具体的な声かけなどの対応、他者とのトラブルパターンを学校全体で周知する必要を伝えた。また、母子ともにSCにつなぎ継続して心理的ケアを行うことも必要であることを伝えた。

ケース３：虐待が疑われ、他相談機関との連携を必要とするケース

（概要）

女子生徒（以下、Ｆとする）。不安定な登校状況で、登校しても教師の関わりを求めていると思われる注意獲得行動がある。家族の様子は両親ともに精神疾患や養育能力の問題が疑われる。また､6兄弟の末っ子であり、兄弟ともに引きこもっている状態である。長期間にわたり、家事が十分に行き届いていないようで、衣服は汚れが目立ち、髪はべたついている。福祉のサポートが入っているようだが、家庭とは連絡が取れず、学校は状況がつかみにくい。

（見立て）

不安定な養育環境から、生活習慣、情緒面、社会性が育っていないと考えられた。心身ともに十分なケアがなされていない状態と考えられたため、早急に対応する必要があることを伝えた。

（支援）

まずは、家族についての状況把握を行ってもらい、SSWには福祉の利用状況、支援について調整を依頼し、共有を行う必要があった。この状況から福祉からのアプローチなど家族のサポートは必須であるが、周囲にキーパーソンや、Ｆと関われる人物がいるか把握する必要がある。学校では、家庭訪問を行い、信頼関係を作ったことで少しず

つつながりをもつことができた。しかし、登校には至らなかったため、学校から児童相談所に相談し、家庭状況の説明や見守りの必要性、本人が卒業してからつながりをもてる相談機関の情報提供を求めることが必要であること、また早急に対応を依頼する必要があることを伝えた。

⑦　今後の課題

今回は、学園が行っている地域支援の一つとして、従来の外来相談ではなく地域の学校へ出向くアウトリーチ型地域支援について報告を行った。

アウトリーチ型地域支援で重要なことは、①アセスメントを行うこと、②学校全体でのチームアプローチの必要性、③アプローチをする上で学校のコーディネートをする役割、④生徒を支援する教諭をエンパワメントすることである。

清水が丘学園では、生活・教育・心理・医療の総合的な観点から問題について考えており、総合的な治療施設の心理士が不登校や発達の問題、家庭の問題について専門的にアセスメントを行うことで、よりよいアウトリーチ支援につながったと思われる。そして、不登校生徒への初期対応を中心に、不登校や発達障害や家庭の問題（虐待）などの背景の専門的アセスメントを行なった。そして、教諭とアセスメントを共有し、不登校生徒への対応について考えた。

専門機関が学校へアウトリーチ型の地域支援を行うことによって、不登校の基本対応である、気持ちの受け止め・居場所の確保・取り組める課題への挑戦・自信を育む支援を学校が行えるよう専門機関が支援する必要がある。このような対応を基本に、不登校生徒・学校全体のアセスメントを行った上で情報を集約し、学校全体で方向性を出し、チームアプローチをすることが必要である。

学校の状況によるが、例えば適応教室の使用方法、教諭の役割についてコーディネートし、円滑に支援できるよう専門機関がコンサルテーションを行うことが望ましい。1日の大半を過ごす学校生活では、思春期を迎える子どもにとってストレスフルな状況に陥りやすく、更に対人関係や学習の問題もあり、誰もが悩みを抱えやすい状態にある。その生徒に対応している教師の困り感を専門機関が十分に受け止めながらメンタルサポートを行い、エンパワメントする必要がある。また、相談機関や社会資源などの情報提供を行うこと、学校の要望に応じて研修を行うことも、アウトリーチ型の地域支援へつながっている。

アウトリーチ型の地域支援の課題は、時間や回数の課題があるが、各学校にソーシャルスクールワーカーや、スクールカウンセラーが配置され、その役割を担っている。しかし、専門機関が入ることで子どもと保護者が専門機関につながりやすくなり、より良い連携につながることもある。

このように地域支援することで、早期介入につながり、不登校生徒についてのより良い対応、不登校の慢性化を防ぐことにつながる。また、学校全体で情報や方向性を共有することで結果、引きこもり防止につながっていると考える。

5　おわりに

現代社会の不登校の背景を滝川（2017）として、以下の4つの理由を挙げている。①学歴価値の低下、②学業と労働のギャップ拡大、③学校での心理緊張の高まり、④学校の聖性消失などの社会の変化を理由として挙げている。この結果として「児童生徒をおのずと学校へ向かわせる力が弱まった一方、学校生活をストレスと感じさせる力は強まった」という状況に加え、核家族やひとり親家庭の増加、貧困の問題など家族をとりまく状況も大きく変化しつつある。

このような現状に対しては、従来の学校教育のスタイルだけでなく、多様な子どもの状況を踏まえた、将来的な自立を目指すための学習や対人関係を経験できる環境の設定も必要とされる一方、家庭環境へのサポートが必要とされる場合も多い。また、子どもの発達面も丁寧に見た上での支援が必要とされている。さまざまな背景と要因が絡みあい不登校という現象が起こっていることを、支援者はまず理解しなければならない。そのような理解を踏まえた上で、子どもの状況・状態を理解していかなければならない。多様なニーズがあるために、多面的な視点での情報収集が必要であり、学校現場においては日常的に子どもたちに一番近い場所で関わっている教員の果たす役割は言うまでもなく重要であり、更には複数の視点での情報が必要である。また、専門家との連携も必要である。まずは子どもの心理的な状態を理解するためにはスクールカウンセラーも大切な役割を担い、子どもの発達面の理解と支援には特別支援コーディネーター、家庭や環境面の理解と必要な制度や資源につながるためにはスクールソーシャルワーカーとの連携も有効である。

本稿では不登校の子どもへの支援の在り方を清水が丘学園の支援の実践を通じて考察を試みた。子どもと保護者が安心できる関係、適切な情報収集に基づくアセスメント、子どもの目線に立った安心、自信、信頼、意欲を取り戻せる支援、これらを実践するための連携やアウトリーチの必要性について論じた。外部の専門の相談機関の役割としても従来の外来相談型は、学校

以外の子どもの安心できる関係・居場所として必要であると同時に、相談機関の専門家も学校という子どもの生活場所に赴くことで、子どもの状況をより把握することで、適切な助言やコンサルテーションを行うことができる。多様な子どもを取り巻く状況に応じて、支援の在り方も柔軟に検討していかなければならない。ただし、それは周囲が子どもに対して求めることではなく、あくまで子ども自身が安心し、自信と意欲を持てるような、子ども目線の支援でなければならない。

参考文献

清水が丘学園（2013）学童期からの引きこもり予防モデル事業報告書
滝川　一廣（2017）「子どものための精神医学」医学書院
文部科学省ＨＰ「不登校への対応について」
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/futoukou/main.htm
辻村英夫（1999）「カウンセリングとコンサルテーション」,『エデュケア』,20, pp.35-41

こども発達支援センター５年間の実績と今後の展望

こども発達支援センター　岡田　あずさ、小寺　亜梨沙、松田　敦子、三木　伸子

要旨抄録

兵庫県立こども発達支援センター（以下センター）は平成 24 年度に開設し、診療所の運営と各種事業を実施している。診療所では、発達障害児の診療と療育を一体的に提供する専門医療施設として、市町から紹介を受けた発達障害およびその疑いのある児（0 歳～15 歳まで）を対象とし、診断・診療・療育を行っている。各種事業では、市町の支援体制の強化に重点を置き、アウトリーチや人材育成、情報提供等を行っている。アウトリーチ機能としては、県内の市町に職員が出向き、発達に関する相談を受ける出張発達健康相談や、市町の療育体制づくりを支援する派遣発達支援がある。

平成 24 年度～平成 28 年度の５年間の実績及び課題と展望について事例を通して取りまとめを行った。

キーワード

発達障害児、医療的支援、地域連携

１　診療所実績

開設５年間の推移として平成 26 年度から初診者数が増加し、現在も初診までの待ち時間が増えている。

５年間の初診児の内訳としては､受診の目的(図１）は「診断を受けたい」が 39%、「診断と療育を受けたい」が 37%で、大半を占めている。児の年齢（図２）は３歳が最も多いが、６歳までが 55%、６歳以上が 45%である。診断名（図３）は PDD＋α が 29%と最も多く、その他が 22%、PDD が 18%となっている。

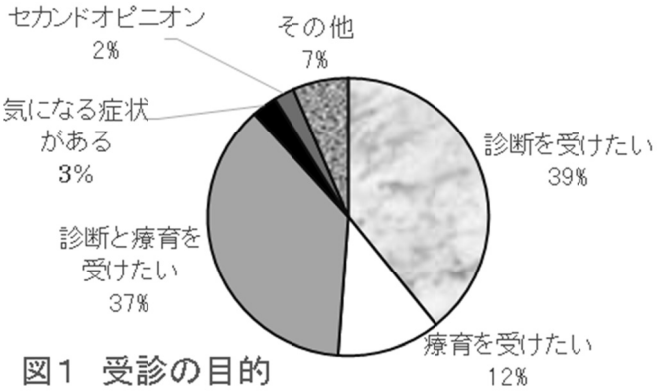


図１　受診の目的

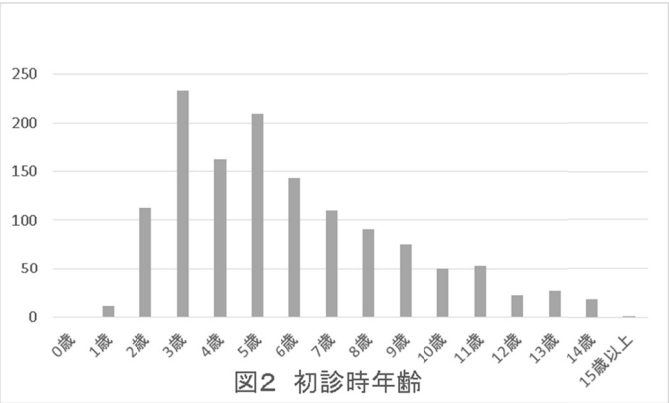


図2　初診時年齢

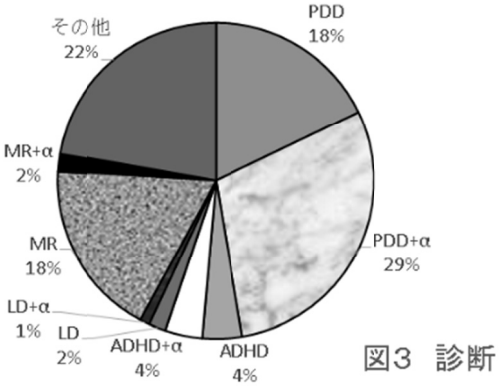


図3　診断

２　事例

センター利用の流れを説明するために２事例をあげる。

事例１：３歳８ヶ月・在宅　主訴：言葉の遅れ

３歳児健診で発達の遅れを指摘され市の親子教室に通っていた。来年度就園予定で保護者より診断名を聞きたいとの申し出があり保健師からセンターを紹介となった。

X 年５月	市より紹介・保護者から申し込み
X 年８月	初診（医師の診察・保育士による行動観察）
X 年９月	臨床心理士による発達検査
X 年 10 月	言語聴覚士・作業療法士による評価、全職種によるカンファレンス
X 年 11 月	診断告知、センター利用が終了

保護者に診断名を伝え、市の就園相談を受け就園後のサポート体制を相談するように提案した。市の保健師にも、就園相談と地域の児童発達支援の案内を依頼

した。保護者と紹介のあった市に、各評価結果と支援方法を書類として情報提供し、センターの利用が終了となった。

事例２：４歳・地域の園在籍　主訴：他児とのトラブル

３歳児健診では指摘はなかったが、園では教室からの飛び出し・おもちゃの取り合いなど対人トラブルも多く、園から保健師に相談があった。保健師から保護者にセンターの出張発達健康相談を勧めるが「だいじょうぶです」と相談に至らなかった。しかし、半年後保健師から再度保護者に連絡し相談に至った。

X 年 10 月	出張発達健康相談１回目（４歳、保護者の受け入れできず経過観察）
X＋1 年 1 月	市で保健師との面談
X＋1 年 3 月	市で発達検査実施
X＋1 年 5 月	出張発達健康相談２回目（５歳になったが変わらない・センター紹介）
X＋1 年 8 月	初診（医師の診察・保育士による行動観察）
X＋1 年 9 月	言語聴覚士･作業療法士による評価、全職種によるカンファレンス
X＋1 年 10 月	診断告知
X＋1 年 10 月～X＋2 年 3 月	言語聴覚療法･作業療法を実施しセンターの利用が終了

長期的に相談をする中で、受診に対する保護者の心の準備ができた。出張発達健康相談の間や初診までの間にも保健師が定期的に面談を行い、その都度保護者や児の様子の情報共有ができ、経過を追うことができた。顔見知りの職員がいることで保護者・児も安心して来所することができ、診断告知・療育の受け入れもスムーズであった。月１回の頻度で言語療法・作業療法の個別療育を実施し、市では就学に向けた就学相談・教育委員会と学習のサポート体制を相談し、通級を利用することが決まった。保護者が放課後等デイサービスの利用も希望しており、保健師に利用の手続きの案内を依頼した。療育終了時に保護者と紹介のあった市に各評価結果・療育経過・支援方法を書類として情報提供し、センター利用が終了となった。

３　考察

近年、発達障害についての関心が高まっていることもあり、センターの受診希望も年々増えている。センターでは､ひとりの児に対して多職種で関わっており、それぞれの専門的な視点・分析による発達行動評価をカンファレンス内で共有することで、児を多面的に捉えることができている。そのなかで主訴となっている表面的な困りごとだけでなく、困難の原因となっている発達の未熟さが明確になり、療育や地域での支援に繋がっていると思われる。

現在、センターでは市町からの紹介～診断告知までに４～６ヶ月以上の期間を要している。その要因として、市町からの紹介が多く初診までの待機期間が長くなっていること、初診から診断告知に至るまでに複数回の来所の必要があることが挙げられる。これらに対して、初診数を増やす、来所者全員に同じ内容の評価を行うのではなく必要に応じて評価内容の精査を行い期間の短縮に繋げたいと考える。

しかし、診療体制の見直しのみでは解決することは難しいと考える。市町からの紹介時に、より具体的な情報共有を行う項目の確認、緊急度の高い場合の予約を優先するなどの、市町との連携の重要性が挙げられる。アウトリーチの事業を通して、市町の療育体制のバックアップ・支援者の知識やスキルの向上など、保健・医療・福祉・教育等の各分野での支援体制の充実を図ることが今後の検討課題である。

「特色あるデイサービスにしていくために」
～日中活動の充実を図り利用者確保につなげる～

特別養護老人ホーム　朝陽ケ丘荘　藤永　幸正

要旨抄録

朝陽ケ丘荘デイサービスは、平成 18 年 7 月 1 日に開設し、11 年目を迎える。町内唯一の認知症対応型として定員 12 名の通所介護事業を行なっている。家庭的な雰囲気を大切にしながら、小グループや個別対応も取り入れ、利用者個々のペースに合わせた事業に取り組んできたが、一般型のデイサービスと何が違い、どのような特色があると言えるのか、10 年を過ぎた今、一度立ち止まって振り返りを行い、これからの進むべき方向性を見出すきっかけとしたい。

現状としては、利用者の重度化、強いＢＰＳＤへの対応で、慌ただしい毎日が続いており、それなりに工夫はしているが、どちらかといえば決められた業務で進められ、室内での活動が多く変化が少ない。特色あるデイサービスとしていきたいが、明確なものがなく利用者確保へもつなげていけない。利用者や家族から選ばれるデイサービスとするため、スタッフの話し合いを積み重ね、活動の幅を広げられないかの意見交換を行い、新たな取り組みを検討、実施することとした。

キーワード

認知症支援、利用者を知る、アイデア、チームで取り組む、熱い気持ち

1　デイサービスの現状

これまで高い稼働率を維持し、安定した経営状況であったが、平成 27 年度には稼働率が 80％台となり、下降気味である。契約者が 35 名前後となり、冬季には本体施設の感染症の影響を受けることが多く、利用率が激減することもある。目標としては、平均稼働率 85％以上､契約者は定員の 3 倍以上の確保と考えている。しかし実際には本体施設への入所移行、予定していたデイ利用からショートステイへの変更、その月々の利用者の変化や入院、追加利用を促進しても地域が多方面となり、人、車の確保がままならず、稼働率向上にはなかなかつながっていかない。そんな中、現状を改善し、少しずつでも稼働率を上げ、利用者確保につなげるためには、特色づくりとそのＰＲが重要ではないかと考えた。

さて、特色づくりとＰＲの活動と、その活動から利用者がどのように変化し、利用状況がどうなっていったのかを実際の活動を紹介しながら述べたいと思う。

2　季節行事を企画し実施する

(1) 外出の機会を増やす

デイサービスを利用していても、実際の外出の機会が少ない方が多い現状を踏まえ、室内での取り組みも必要ではあるが、活動しやすい時期にはできるだけ外に出る機会を増やすよう計画した。

外出にはさまざまな刺激を受けるチャンスがあり、脳の活性化はもちろん心の活性化にもつながり、その影響で身体機能の変化が現れるかもしれない。このようなことを期待し実施した。

・具体的な取り組み

季節感を味わうため、花の観賞に出かけた。車中でも会話が弾んだり、見る景色にその都度感動される方も多かった。実際に花を触ったり、その周辺の景色を見ることで､発する言葉が増えている｡また、花に関することや知識の豊富な面がよく出ている方もあり、利用者同士の交流やスタッフとの会話も増えていることが分かった。懐かしい地域を巡り涙を流す方、思い出話に盛り上がる方、気に入った場所まで積極的に歩いて行こうとされる方、何より「今後も外出がしたい」と、実際に希望される方が出てきた。利用者の変化だけでなく、スタッフが今後の外出のアイデアを出すようにもなり次へとつながってきた。

(2) 調理体験やおやつ作り

この活動は、以前からも行っていたが、季節を感じることを踏まえながら月単位で定期的に行うこととした。

・具体的な取り組み

調理やおやつ作りは生活の中で繰り返された馴染みの作業である。また、多くの工程があるため、そ

れぞれに役割を持ってもらい無理なく参加してもらうことができた。やはり活動中は、生活感がただよい会話が弾む。これまでの経験と思い出話も加わり、雰囲気が良い。そして完成したものが目の前にあるため、達成感を得ることができた。

(3) 季節行事を自分たちで作る

季節感を感じる催しで、それでいて何か懐かしい。日曜大工と調理場面にそれぞれ分担した準備を行うことで、利用者がその場面で主役になれる行事を計画する。

・具体的な取り組み

夏にそうめん流しを企画した。天然の青竹を使用することとし、そのため作業道具が必要となった。スタッフが青竹等道具を準備すると、自然に利用者が近づく。鉈やノコギリはお手のものという方が現れる。きれいに仕上がった竹を今度はそうめんが流れやすいようセッティングする。ここでも試行錯誤し、会話が弾みながら準備が進んでいった。つまり「体を動かす」、試行錯誤しながらも「考える」、でき上がると「達成感が得られ」た。中には直接参加できない方たちもいたが、雰囲気は伝わっているようで、セッティング場面をじっと見つめ「もっと右や」と気にされ、声を発する方もいた。実際にそうめんを食するときも、たいへん盛り上がり、利用者の表情はとても明るい。これほど童心に帰れるものかとスタッフも改めて感じることができた。

(4) 園芸療法的な活動は利用者を本気にさせる

西播磨総合リハビリテーションセンターから、定期的にセラピストが来荘し、指導を受けられることになっている。その中でも園芸療法は、とても身近で親しみのある取り組みである。現在デイサービスでの参加はないが、本体施設で取り組んでいるものからヒントを得て活動していくものもある。

・具体的な取り組み

季節の花や野菜を植えるということはよくあるが、四季折々に花や葉は変わっていく。実際に散策がてら花びらを摘んだり、落ち葉を拾ったりし観察する。そしてそれらを使い創作活動につなげている。また、収穫時期には野菜や竹の子掘りも行う。この収穫時期が特に利用者が得意分野を大いに発揮できるときでもある。普段もの静かな方でも鍬を持てば手のひらに唾を付け耕す光景や、額に汗がにじんでいる姿も見られる。これほどにまで本気になれる取り組みがあるのか、これまでの人生経験の中で密着したものであったのがよく理解できる。今後も定期的に実施していきたい。

(5) ４ＤＡＳを取り入れて

昨年度から４ＤＡＳ実践者研修に参加することになったが、趣旨は生活期リハビリテーションを充実させるために、通所介護事業所等に対し、認知症高齢者に対する効果的な機能訓練が行えるよう支援するといったもので、この機能訓練と活動を合わせることでより充実したものができるのではないかと期待し、実践することとした。

・具体的な取り組み

４ＤＡＳは、その人への十分な状態の把握をし、その人に応じたプログラムを提供することが大切とのことで、実際に評価をしてみると、もちろん認知症の状態と身体機能の状態が把握できる。しかし４ＤＡＳは、それだけの把握だけではなく、家族や本人の思いを汲み取り把握していくことが必要である。時間をかけ家族と会話をすることにより、本人のこれまで生きてこられた背景をスタッフは感じることができた。

利用者の状況、状態の把握をし、その人に合わせた目標を設定、それに向けて活動を行なう。対象者が全員ではなく数名とはなったが、経過を見ながらスタッフ同士で振り返ると、その人の表情の変化や、行動の積極性まで観察できるようになり、活動のアレンジ方法のアイデアも出るようになった。この４ＤＡＳを知ってからは、これまで私たちが行なってきた活動内容や方法と通じるものがあると感じた。

３　まとめ

一つの外出で、利用者の変化が明らかにあり、気持ちが穏やかになり前向きになっていることが分かる。

調理やおやつ作りでは、特にスタッフが利用者に寄り添い声かけを行うため、介護の基本を改めて理解できると同時に、利用者への観察力の向上にもつながった。

季節行事を自分たちで作り上げることや、収穫時による園芸療法的な活動も利用者の参加率は良く、見て感じて体験することが大切であり、今後も定期的に実施する必要があると感じた。

４ＤＡＳにおいても、利用者一人ひとりを見つめるいい機会となり、それぞれの得意分野や発揮されていない能力をいかに発揮していくことができるかアイデアを出しあうことが必要と感じることができた。

これまで特色のあるデイサービスを作り上げるために、スタッフがアイデアを出し、それを計画し実施してきたが、結果的に利用者それぞれが能力を発揮できる動機づけになっている。利用者本位のサービスを提供していくためには利用者を知ることである。それに合わせて家族の思いも理解することで、おのずとスタッフのアイデアも湧いてくるものである。

28年度は、稼働率も上昇し始め、90%を超えることもあった。また、契約利用者も45名確保でき、目標を達成できた。これは活動の様子を家族に写真で伝えたり、定期的に機関誌等で紹介したことでＰＲにつながったのではないかと思っている。これは特色あるデイサービスになりつつあることへの理解が、利用者や家族また関係機関から得られてきたことがもちろんこれがすべてではないが、考えられる。しかし、冬季に関しては27年度と同様、感染症の関係で利用が低迷する時期があったことで、結果的に年間稼働率は82.6%にとどまってしまった。今後はこの期間のリスクを最小限にしていくための対策を更に検討していくこととする。

そして最後に、私自身福祉現場での経験は29年目を迎える。これまでの現場経験からそれなりに自信もあって、事業がより向上していくよう工夫することが自分自身の役目だと思ってきた。ここ最近は、稼働率のことばかりを気にしすぎ、事業として何を目指しているのか説明できていなかったように思う。今回のさまざまな取り組みを通して再認識したことや新たな発見により、これまで積み上げてきた経験や思いを思いかえすことができた。また、一人ではなくチームとして現場内での工夫を実践していくことで、更なる効果が得られることも再確認するきっかけとなった。

確かに稼働率は大切ではあるが、現場にいる私たちが率先して動き、アイデアを出し、熱い気持ちでいるということが基本となり、それが結果的に利用者確保につながり、稼働率の上昇にもつながると信じている。進むべき方向性が分かれば、自分たちが何をしなくてはならないのかということが分かる。試行錯誤しながらも取り組み、たとえ失敗したとしても熱い気持ちがあればその失敗は素直に受け止められ、反省もできる。そんな気持ちが改善策となって現れ、次へのステップとしてつながっていく。これからも特色あるデイサービスをつくり上げ、それが魅力あるデイサービスとなっているようチーム一丸となって取り組むことで、強い現場力を持った元気な現場であるよう今後も頑張っていく所存である。

【平成 29 年度第４回夢を叶えるプロジェクト実践発表大会最優秀作品】

電動車椅子に乗って自由に移動できる生活を送りたい

特別養護老人ホーム　朝陽ケ丘荘　鵜崎　笑花

要旨抄録

以前電動車椅子を使用されていたが、入院をきっかけに意欲が低下し居室にこもりがちになっていた。Ａさんに以前の生活を取り戻して欲しいとチームアプローチを行った。Ａさんの夢に寄り添い、実現することで生活に潤いを出し生きがいになるよう支援する。それとともに、Ａさんの笑顔を見ることで支援員の仕事へのやりがいに繋げる。

キーワード

夢の実現、チームアプローチ、各専門職が専門性の発揮、信頼関係を築く、仕事のやりがい

１　利用者プロフィール

・氏名：Ａさん
・年齢：79 歳
・性別：男性
・入所年月：平成 19 年 10 月 23 日
・在所期間：9 年 12 ヶ月
・出身地：兵庫県佐用町
・要介護度５、認知度Ⅲa
・既往歴：脳梗塞、高血圧、イレウス

２　方法

・Ａさんの状態、状況の把握
・「Ａさんの思い」「ご家族の思い」を傾聴する
・「Ａさんの思い」「ご家族の思い」を支援員間で共有する
・他職種と連携行いチームアプローチ
・夢の実現

３　倫理的配慮

・Ａさん、ご家族に事例として紹介させていただくことに、ご理解ご了承いただく。

４　結果

電動車椅子で自由に移動できる生活が送れるようになり、QOL が向上したことで、Ａさんに笑顔が増えた。そして、生活範囲が広がり、積極的に行事等にも参加できるようになり地域との交流もできるようになった。朝陽ケ丘荘での生活の中で生きがいを見つけることができ、Ａさんらしい生活を取り戻すことができた。Ａさんからの「ありがとう」との言葉と笑顔で支援のやりがいを感じることができ、施設全体がいい方向に動いている。

５　考察

今回の取り組みを通じてチームアプローチの大切さが分かった。Ａさん一人に対して各専門職がそれぞれの専門性を発揮し、Ａさんがより良い生活を送れるよう支援していくことの大切さを学べた。そして、信頼関係を築くことでＡさんが心からどのように生活を送りたいかとの思いを知れた。些細な事の声掛けを実践することでＡさんは心の扉を開かれる。小さな心掛けが大きな成功へと繋がることを実感した。Ａさんから「ありがとう」と笑顔で言って貰えることがこんなにも嬉しい事で、支援をしていく上でのやりがいに繋がることを実感した。Ａさんの夢を叶えることは私たち支援員の喜びでもある。今回の取り組みを通じて、利用者様本位で支援をしていくことの喜びを改めて感じた。

「手関節拘縮皮膚炎への取り組み」
～緑茶を用いたハンドロール効果の検証～

特別養護老人ホーム　たじま荘　褥瘡防止検討委員会
石田　美和子、西村　知美、塚本　典子、赤木　亨、済木　美江、長野　潤、田中　美佳、川見　寛之、奥仲、治枝

要旨抄録

高齢、脳血管障害などにより長期臥床を余儀なくされている利用者は廃用性の萎縮が生じ拘縮が生じやすい。特に手指関節に拘縮のある高齢者の手掌内は、関節可動域の制限により、清拭や洗浄などが困難なために清潔が保持されにくく白癬症にかかりやすく悪臭の発生が問題となる。以前、たじま荘では手指拘縮のある利用者の皮膚トラブルの対応策として、一日一回洗浄を行い小さいタオルをロール状にし、ガーゼで包んだ物（以下、ハンドロールという）を使用していた。この方法にて拘縮による皮膚炎はある程度予防、改善できていた。しかし、近年の人手不足から時間的余裕がなく一日一回の洗浄によるケアが困難となり、皮膚トラブルの生じた時期のみに洗浄を行い、ハンドロールを使用することとなった。そのことが要因となり拘縮手のある利用者の手掌内は、湿潤、ただれ、悪臭の軽快、増悪を繰り返す状態となり職員はケアに苦慮していた。そこで、緑茶に含まれるカテキンの作用、効果について研究が行われていること、他の高齢者施設が取り入れ効果を得ていることから委員会にて検討し緑茶パックを使用したハンドロール（以下、緑茶ハンドロールという）を作成し使用することとした。その結果、拘縮手の皮膚の状態が改善され、またこの方法は介護職員の負担も少ないなどの効果が得られたため報告する。

キーワード

ハンドロール、緑茶パック、消臭予防、手関節拘縮皮膚炎

１　目的

緑茶パックハンドロール使用のケアは介護職の負担なく手関節拘縮皮膚炎の軽減に効果があるかを検証する。

２　実施方法

(1) 期間　平成 28 年６月 13 日～９月 30 日
(2) 対象
①手関節拘縮皮膚炎のある４ユニットの利用者６名
②実施したユニットの職員 19 名

３　方法

(1) 市販の緑茶パック３ｇをハンドタオルに巻き付けてガーゼで包む。
(2) 毎日、弱酸性ハンドソープで洗浄後に従来のハンドロールを使用するユニット、入浴後に緑茶パックを使用したハンドロールを使用するユニットに分ける。
(3) 手の臭いを４段階、皮膚の状態を５段階に分け調査の前、１週間後、２週間後、３週間後の計４回評価を行う。（様式１）
(4) 臭いの評価は３名の職員で行う。（３人の平均を評価値とする）
(5) 皮膚の評価は看護師２名で行う。
(6) 実施後、ケアに関わった介護職員にアンケート調査を行う。
(7) 委員会にてアンケートを集計し評価を行う。

(臭いの評価基準)

0	異常なし
1	浸軟
2	びらん
3	潰瘍
4	滲出液

(皮膚の評価基準)

0	無臭
1	やっと感知できる程度
2	少しの臭い
3	強い臭い

4　倫理的配慮

実施についてリーダー会議で説明、承諾を得たのちに対象利用者の家族に緑茶ハンドロール使用について説明を行い承諾を得た。

職員アンケートは無記名とし個人が特定できないように配慮した。

5　結果

(1) 臭いの評価

① 毎日洗浄後にハンドロール交換

実施前は、３の強い臭いであったが、１週間後にはＣ氏１名が２の少しの臭いに改善し、２週間後にはＢ氏が０の無臭にまで改善、Ａ氏、Ｃ氏の右手もやっと１の感知できるまで改善した。３週間後、Ｂ氏の手の臭いは０の無臭のままだったが、Ａ氏、Ｃ氏の手の臭いは、再び２の少し臭うまで悪化した。また、洗浄後３～４時間が経過するとハンドソープの臭いは無くなり再び手の臭いが感じられた。

② 入浴後に緑茶ハンドロール交換

週に２回の入浴後に緑茶ハンドロールを交換した利用者Ｄ氏、Ｅ氏、Ｆ氏の手の臭いは、開始１週間後には、２名が１のやっと感知できる臭いの程度で、残りの１人は０の無臭になる結果となった。

（表１　毎日洗浄、ハンドロール使用）

手の臭い		実施前	1週間後	2週間後	3週間後
A氏	右手	3	3	1	2
	左手	3	3	1	2
B氏	右手	3	3	0	0
	左手	3	3	0	0
C氏	右手	3	2	1	2
	左手	3	2	2	2

（表２　週２回入浴時、緑茶ハンドロール使用）

手の臭い		実施前	1週間後	2週間後	3週間後
D氏	右手	3	0	0	0
	左手	3	1	0	0
E氏	右手	3	1	0	0
	左手	3	0	0	0
F氏	右手	3	0	0	0
	左手	3	0	0	0

(2) 皮膚の状態評価

① 毎日洗浄後にハンドロール交換

実施後、１週間後は効果がなかったが、２週間後にはＡ氏、Ｂ氏は２のびらん状態から１の浸軟状態へと改善したが、Ｃ氏は４の浸出液が出る状態まで悪化してしまった。３週間後もＡ氏、Ｂ氏の２名は１の浸軟状態のままで、Ｃ氏は３の潰瘍状態まで改善した。

② 入浴後に緑茶ハンドロール交換

週２回の入浴後に緑茶ハンドロールを交換した利用者の皮膚の状態は、１週間後より効果が現れ２のびらん状態から、１の浸軟状態に改善、２週間後にはＤ氏、Ｆ氏の２名が０の異常なしにまで改善、３週間後には３人とも０の異常なしとの評価となった。

（表３　毎日洗浄、ハンドロール使用）

皮膚の状態		実施前	1週間後	2週間後	3週間後
A氏	右手	2	2	1	1
	左手	2	2	1	1
B氏	右手	2	2	1	1
	左手	2	2	1	1
C氏	右手	2	2	4	3
	左手	2	2	4	3

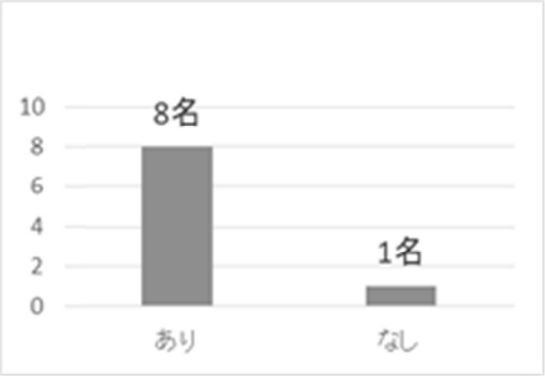
（表４　週２回入浴時、緑茶ハンドロール使用）

皮膚の状態		実施前	1週間後	2週間後	3週間後
D氏	右手	2	1	0	0
	左手	2	1	0	0
E氏	右手	2	1	1	0
	左手	2	1	1	0
F氏	右手	2	1	0	0
	左手	1	1	0	0

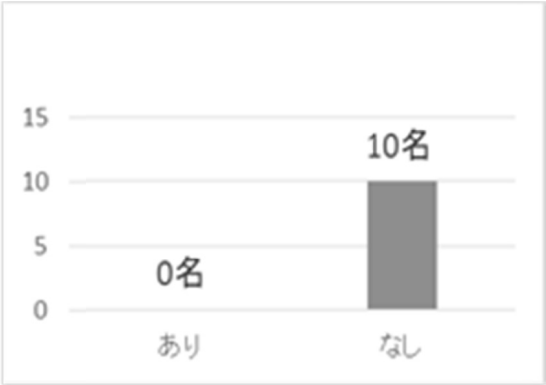
(3) 職員アンケート結果

実施期間終了後に関わったユニット職員を対象として、それぞれのケアについてのアンケートを行った結果、毎日洗浄、ハンドロール交換を行ったユニット職員は１名を除いて８名が負担になると回答した。しかし、週２回の入浴時に緑茶ハンドロール交換を行ったユニットの職員 10 名全員は負担がないと回答していた。また、今後の緑茶パック使用の継続について聞いたところ緑茶ハンドロールを使用したユニットの職員 10 名全員が今後も使用を継続する必要性があると回答していた。

（毎日洗浄、ハンドロール交換の負担）



（週２回入浴後、ハンドロール交換の負担）



６　考察

緑茶を用いたハンドロールの効果は、緑茶葉に含まれる低分子ポリフェノールであるカテキン類の抗菌作用、緑茶葉の消臭効果があるとメディアなどでも取り上げられている。また、寝たきり高齢者の拘縮手に緑茶パック入りのハンドロールを用い、毎日、隔日、２日おきに交換した場合、間隔が短いほど臭いの低下が見られたと報告されている。（福岡ら 2008）今回の取り組みについては、臭気計測器による測定ではないため、緑茶が持つ抗菌・消臭作用がどのように、どの程度効果をもたらしたかについては正しく数値化できなかった。しかし、緑茶パックを使用した人の手の臭いが無臭状態となり、また皮膚の状態もびらん状態からトラブルのない状態へと改善したことから、緑茶ハンドロールは抗菌、消臭作用に加え通気性があり手掌内環境の改善に繋がったと考えられる。だが、その一方で、Ｃ氏の皮膚は悪化しステロイド軟膏を塗布しなければならない状態となった。高齢者の皮膚は、若年者の皮膚と異なりバリア機能が低下しているためドライスキンに傾いていることから水分をはじきにくい状態となっているため、毎日洗浄を行っていると皮膚が破綻し、かえって皮膚トラブルへと繋がることも今回の取り組みで実証することができた。職員のアンケート結果を基に効果について委員会にて集計を行った結果、毎日洗浄について「洗浄後の手の中の水分が十分に拭き取れない」、「２名で介助を行わないと手が十分に広がらずきれいに洗うことができない」、「拘縮手の洗浄に時間がかかる」との意見があり毎日の洗浄が職員にとってケアの負担になっていることも確認できた。この取り組みで、緑茶パックハンドロールは、拘縮手のある利用者の皮膚の状態が改善され、そのケアは職員の負担にならないことが検証されたことから、その後たじま荘では手関節拘縮のある利用者のケアの一つとして、緑茶ハンドロールを使用し、現在では 10 名の手関節拘縮に対するケアの一つとして継続している。このたびの取り組みで、拘縮手のある利用者へのケアを見直すことができ、また介護職と看護職との連携の強化などへと繋がったと思われる。今後も、利用者へのケアに関することを施設全体で取り組み、利用者にとって、よりよい支援が提供できるように委員会として活動を行っていきたいと考える。

参考文献：

日本看護技術学会誌ＶｏＩ　９　ＮＯ３　13
寝たきり老人の拘縮手における緑茶消臭効果、
日本老年医学学会雑誌、45　福岡由美子、畠山愛子、畠山禮子、他（2008：寝たきり老人の拘縮手における緑茶消臭効果）

認知症高齢者のBPSD緩和を目指した取り組み
～アロマによるハンドケアを通じて～

特別養護老人ホーム　あわじ荘　アロマテラピー同好会　瀧川　俊彦、行司　好恵、濱野　陽子、北の街支援員

要旨抄録

認知症高齢者には記憶障害、見当識障害、失行や失認などの「中核症状」と、それに伴って２次的に現れる「行動・心理症状」（以下 BPSD）がある。BPSD の出現は環境、人間関係、ストレス、不安、不快感などが要因とされており、いずれの場合も生活する上で支障をきたし、興奮や不眠、徘徊等の症状が介護負担の大きな要因となっている。

当荘では以前より重介護や看取りの利用者を対象にアロマによるハンドケアに取り組んでいる。今回、この方法が認知症高齢者の BPSD 緩和及び支援者の負担軽減に繋がるのではないかと考え、支援員と看護職員が連携し取り組んだため、以下に報告する。

キーワード

認知症高齢者、BPSD、アロマによるハンドケア、コミュニケーションツール、多職種連携

１　研究目的

アロマによるハンドケアを行うことによって、認知症高齢者の BPSD を緩和し､加えて支援者の介護負担軽減に繋げることを目的とする。

２　研究方法

(1) 対象者:アルツハイマー型認知症で BPSD がみられる利用者３名

(2) 研究期間：平成 28 年 6 月～平成 28 年 11 月

(3) 方法

ア　実施項目

①アロマテラピーアドバイザーの資格取得者（あわじ荘職員）による支援者へのハンドケアの実技指導

（有資格者による研修①）

（有資格者による研修②）

②ハンドケアの手技や記録、対応方法を統一し、対象者毎に BPSD を考慮したアロマオイルを選択

③精神科医の助言を受け対応を統一（Ｃ氏）

④アロマによるハンドケアを実施（支援員・看護師が月曜日から金曜日まで週 5 日、15 時～16 時の間の 10 分程度）

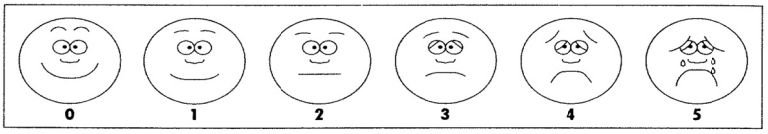
イ　評価項目

①ハンドケア取り組み前後に利用者に対し認知機能評価を実施。支援者に対し介護負担尺度による介護負担度を調査（看護師）

②ハンドケア施行前後の利用者の様子を表１のフェイススケールを用いて評価

③取り組み後に支援者へ介護負担についてのインタビューを実施（看護師）

表１　フェイススケール



＊アロマを行った際の対象者の様子を0～5の6段階で評価を行う。

＜ハンドケア実施中の様子＞

3　結果

表２のフェイススケールによる評価結果が示すように３名ともハンドケア実施前に比べると実施後は落ち着いた日が多く、「ありがとよ、気持ちええ」との言葉も聞かれた。また、表３に示すように支援者の介護負担尺度についても、いずれの利用者も施行前に比べると介護負担の数値は減少した。その要因を探るため支援者に対してインタビューを実施した結果、「今までは苦手意識があったが、関わることでそれが軽減した」「短時間であったが１対１でゆったりとした気持ちでコミュニケーションが図れた」「接しやすくなった」「対象者が穏やかになった」等、ハンドケアを継続して行うことで対象者の BPSD が緩和し、その言葉や行動の変化によって介護負担が減少したと感じていた。また、取り組みを通して認知症の症状を理解できたことで「認知症の症状なのでしかたがない」と対象者の攻撃的な言動に対しても上手く対応できるようになった。その他の意見として、今後もアロマによるハンドケアを継続したいと施行者全員から聞かれた。

表２　フェイススケールによる評価

フェイススケール評価	日数		
	A 氏	B 氏	C 氏
施行前より落ち着いた	14	15	18
施行前と変化なし	13	15	11
施行前より落ち着かなかった	3	1	1

表３　介護負担尺度

	A氏		B氏		C氏	
	施行前	施行後	施行前	施行後	施行前	施行後
0 点	0	2	2	9	0	4
1～4 点	5	11	14	6	8	5
5～8 点	8	3	1	3	5	6
9点以上	3	0	0	0	5	3

5 項目（満点 20 点）で評価を行った。点数が高いほど介護負担度が大きい。

4　考察

当荘において、BPSD 緩和の取り組みは、今までは事が起こってからの対処療法的な対応であり、言葉のかけ方や状態に応じての非接触的な対応が主であった。

特に対応が難しかった対象者については、取り組み前に精神科医の助言を受け個別の認知症の症状について支援者が理解した。そのことで BPSD のある利用者を「勝手なことをする困った人」との認識から認知症という疾患の症状の一つとして個人を受容できたと考える。

今回の取り組みでは、大幅な BPSD の緩和はみられなかったが、直接利用者と触れ合うコミュニケーションツールの一つとしてアロマによるハンドケアを用いた。それにより対象者への親近感や症状の受容などが生まれ、個々の対象者と向き合う姿勢が変化したと思われる。そのことが、支援者の介護負担の軽減に繋がったと考える。

5　おわりに

今回の取り組みを通じて、認知症を理解し対応方法を統一すること、コミュニケーションの重要性を学ぶことができた。現在、不眠で徘徊や転倒を繰り返している利用者に対しアロマによるハンドケアを看護師と連携して行っている。支援者から「接しやすくなった」との意見もあり、介護負担軽減に繋がっていると実感している。

今後もアロマによるハンドケアをコミュニケーションツールの一つとして活用し、多職種と連携しながら、認知症高齢者の精神安定を図っていきたい。

施設入所者の権利を守る
～成年後見制度の活用事例報告・ケース記録から～

特別養護老人ホーム　丹寿荘　若森　崇

要旨抄録

約 20 年前、措置入所した独居高齢者が、高齢とＡＤＬの低下、認知症の進行が著しくなり、判断能力が低下しはじめた。施設での看取りを見据え、今後の生活について検討しなければならない必要性に迫られた。

本人は現在、自分の思いを伝えることはできる。かねてより、「誰の世話にもなりたくない」「施設で看取ってほしい」という思いは持ち続けている。その反面、「私のさみしさなんか誰も分かってくれない」と悲観的な言動も見られる。今回、本人の財産管理について、成年後見制度を利用することとした。申し立てから後見人が就任するまで約１年かかった。利用者の思いを聞きながら、手探りで手続きをすすめてきた過程を報告する。

キーワード

独居、成年後見制度、財産管理、看取り、判断能力

１　倫理的配慮

個人の事例を使用するにあたり、あらかじめ本人の同意を得ている。また、個人が特定されるおそれのある事項については､限定的な表現はあえて避けている。

２　基本情報

氏名	A	性別	女	年齢	87 歳
要介護度	3	既往症	左脳内出血（Ｈ９）		
障害高齢者の日常生活自立度				Ｂ２	
認知症高齢者の日常生活自立度				Ⅱa	
家族関係					
５人きょうだいの４番目。実の両親は離婚、再婚を繰り返しているため、腹違いのきょうだいがいるが会ったことはない。幼いころに養子に出る。養家は、養母と２人暮らし。結婚歴はない。					
既往歴・現病歴					
左脳内出血（Ｈ９）、高血圧、ぜんそく、体幹の変気による気管支閉塞					
服薬状況					
ﾌﾙﾎﾞｷｻﾐﾝﾏﾚｲﾝ（気分安定剤）、ｱﾑﾛｼﾞﾋﾟﾝ（冠血管拡張剤）、ﾌｧﾓﾁｼﾞﾝＯＤ錠（胃薬）、ｲﾐﾀﾞﾌﾟﾘﾙ（降圧剤）、ﾅﾊﾞｹﾞﾝｸﾘｰﾑ（鎮痛消炎軟膏）、ｳﾙｿﾞﾃﾞｵｷｼｺｰﾙ（肝機能改善薬）					
保険者情報	（介護保険）住所地特例、旧措置負担限度額認定、（身体障害者手帳）１種１級、（医療保険）福祉医療制度				

生活歴
Ｓ市で出生。５人きょうだいの４番目。地元の尋常小学校を卒業後、女学校卒業し、専門学校を中退している。その後、養子縁組でお茶屋を営む家に入る。養子に行ったのちに、結核にかかりしばらく養生している。その頃から、茶道、華道を教えるようになる。結婚歴はない。養母が亡くなったのちは独居となる。Ｈ９に風呂場で倒れているのを近所の人が発見する。病院退院後、当施設に措置入所となる。性格はさっぱりしている反面、こだわりが強い。

3　アセスメント

食事	右片麻痺であるが、セッティングすれば、左手で自力摂取可能。
排泄	全介助。尿意、便意あり。日中はポータブルトイレ、夜間はおむつ対応。自力で移乗ができない。
入浴	一部介助。座浴。洗身は手の届く範囲で行う。
更衣	一部介助。上衣、首を入れれば自力で着脱可能。
移動	車いす。右下肢は装具着用しているため、座位は傾きあり。短い距離は自操可能。
整容	整髪、洗顔、義歯の着脱は自力で行う。
意思疎通	その場での意思疎通は可能。短期記憶はまだら。

上記のように、本人のＡＤＬは一部介助から全介助レベルである。介助量が増えるに従って、活動量が減ってきており、日中、寝ている時間も多くなってきた。意欲低下も著しく、「どうでもええわ」という言葉がよく聞かれるようになってきた。

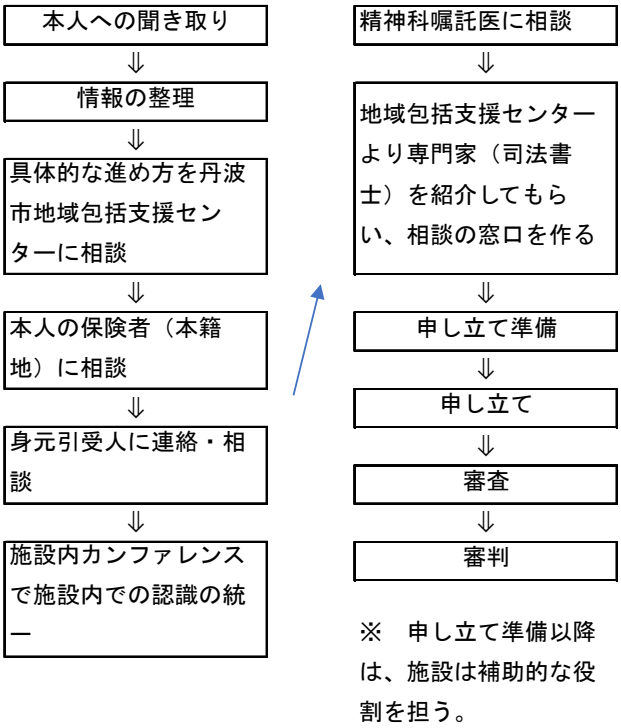
また、本人には同じ利用者のＢ氏の存在がある。Ｂ氏は家族でもない、友達でもない。「私が面倒みてあげないと・・・」と思っている。本人は結婚歴もないし、子どももいない。ある種母性本能のようにも見受けられる。日中は一緒に過ごしたり、一緒にベッドで寝ていたりしたこともある。最近はお互いに少し興味がなくなっている様子であるが、ことあるごとに、「あの子に何か買ってやって・・・」などという言葉は聞かれる。

4　成年後見制度を利用した理由

前述のように、本人は措置制度で入所し、約 20 年が経過する中で、ＡＤＬが低下し、自分の体が思うように動かないことに失望し、意欲が低下している。また、長い施設生活で、社会との関わりもなくなっている。親族も代がかわりほとんど疎遠になっている。本人はかねてから、「私は一人身なので、誰も頼る人もいないし、頼りたくない、施設で最期までお世話になりたい」という気持ちを強く持ってきた。本人が尊敬する人が献体を望まれた経緯があり、自分も死亡後は献体を希望し、大学病院へ登録している。

しかし、財産管理は手付かずであり、試算では年金収入だけでは施設利用料が賄えなくなってくる可能性が高くなってきた。施設は施設利用料にかかる手続きや管理は行えるが、不動産等の財産管理はできない。今、本人は前述のように様々なことがわからなくなり始めている。なんとか意思がはっきりしているうちに、支援の糸口を見つける必要があり、成年後見制度の利用を検討しはじめたのである。検討にあたり、図１のようなフローチャートを描いてみた。

図１　手続きにかかるフローチャート



5　経緯

（以下、ケース記録より）

＜主な登場人物の整理＞

Ａ氏：本人

Ｂ氏：本人と依存的な関係にある利用者

Ｃ氏：リーガルサポート兵庫支部の司法書士。のちに成年後見人となる

Ｄ氏：M氏より依頼を受けて、申し立てを担当する司法書士

H27.10.7

本人から、「自宅のことが気になる」と話を聞く。これ以前にも、ことあるごとに気にしていた。養家の自宅の名義は分からないが、固定資産税は払っている。また、何度か自宅前までは行ったことがあるが、空き家で損傷が激しく、危険なため、中に入る

ことができなかった。とりあえず何か手がかりがないか本籍地の地域包括支援センターに問い合わせる。回答は、旧措置入所者でもあり、当時の詳しい事情を知る職員がいないので分からない。一度法務局に問いあわせてはどうか。というものであった。

H28.1.14

丹波市の地域包括支援センターに以下の点を問い合わせる。

・本人の自宅について
本人の自宅は、空き家状態で名義も分からない。長年放置され、これからも使用する予定もない。本人は、「どうでもいい。好きなようにしてほしい」という。施設では不動産の処理などはどうしようもないので、成年後見制度の利用はどうか。

・献体について
かねてより、死亡後は献体を希望していた。献体後のお墓などの取り扱い（永代供養等）はどうすればいいのか。

＜丹波市より＞

・本人の意思がしっかりしていれば、成年後見はなじまない。市の権利擁護の窓口で相談すればどうか。
・献体は親族がいれば、同意が必要となる。遺骨は親族に引き取ってもらうのが一般的である。

以上のように、施設としては、このようなケースはどこまで関わればいいのか。施設だけでは完結できないので、協力をお願いしたい旨伝える。

H28.1.15

現在の身元引受人に連絡する。これまでの経緯等を話すが、身元引受人も代が変わり、本人のことはほとんど知らない。ケアプランの同意書を返送するだけのやりとりしかしていない。結局、明確な回答はなかった。これ以上の協力は得られない様子だった。

H28.7.6

本人と話をする。施設が一番困っているのは、お金の管理である。現在年金があるので、なんとか利用料はまかなえているが、領収書等書類の管理や、本来家族がしている各種手続き等も施設では限界がある。(住所地特例や銀行口座の関係で複雑な手続きが多くある)。まずは、これからどうしたいかを順に聞かせてほしい。と質問する。

本人の意思は、

・他に行くところはない。施設で最期まで生活させてほしい。
・できるだけ人の世話になりたくない。
・家や土地はどうでもよい。施設の好きなようにしてほしい。
・今、食べられるだけのお金があればよい。そのほかはどうでもよい。

以上の話を聞く。この話を聞き、施設でケアカンファレンスを開催する。施設で検討した結果、今後看取りから死後まで本人が安心できるように、また、現在の施設の負担を軽減できるようにするには、成年後見制度の利用が必要であることを改めて確認する。

H28.9.2

成年後見制度の利用について、かねてから相談している丹波市地域包括支援センターに連絡する。相談員から、公益社団法人成年後見センターリーガルサポート兵庫支部所属の司法書士を紹介いただく。また、本人の保険者にも一報を入れておくように助言いただく。

司法書士とやりとりを行う。

・後見制度利用にあたっては、本人の判断能力がどのくらいあるのか、制度を利用するのであれば、補助、補佐、後見のどの段階になるのか主治医に相談してみてほしい。また、申立人を誰にするのか。補助、補佐であれば親族の同意をとるかどうかなどを確認しなければならない。
・本人が亡くなれば、相続人は生家のきょうだい、養子のきょうだいそれぞれになる。

以上の助言をいただく。

H28.9.2

本籍地の地域包括支援センターに連絡する。経緯を話すが、「成年後見の申し立ては、住所地の裁判所になるため、ここでは特に詳細な経緯は必要ない。」との回答を得る。

H28.9.5

成年後見制度の利用と、司法書士への情報提供について、本人の同意を得る。司法書士へ、本人の情報と金銭関係の情報（金銭出納簿等）を提供する。

H28.9.6

成年後見制度の利用について、精神科の施設嘱託医の往診時に相談する。一度受診の指示あり。

H28.9.13

褥瘡が悪化し、午後からベッドで横になることを職員と相談していたが、そのときは、B氏と一緒に横になっていた。看護師から、一人でゆっくり休息をとるように伝えるが、「あんたらには、わたしらのようなさびしいもんの気持ちはわからん。子どももいて、家もあって・・・」と興奮気味に話す。褥瘡が悪化すると、入院になる可能性もあることを伝えるが、なかなか理解していなかった。

H28.9.14

丹波市から紹介をうけた司法書士のC氏に連絡する。かねてから、本人の判断能力がどれくらいのものかを聞かれていた。

・精神科の嘱託医から、「本人の状態は後見レベル」と判断する。診断書が必要なら、受診すれば書くことはできる。

と言われたことを伝える。

C氏から、「後日司法書士の集まりがある。そこで後見の申し立てを行ってくれる方（別の司法書士）を依頼する予定である。」と言われる。C氏によると、「実際の後見人は裁判所が決める。必ずしも、申立人が後見人となることはない」と言われる。(のちに司法書士に確認する。申し立て人と後見人が同じ人になっても特に問題はないが、今回のケースでは、リーガルサポート兵庫支部内に、複数の案件が寄せられたため、会議で担当を振り分けた結果であった。)

制度について、以下の確認を行う。

・後見開始にあたり、申し立て費用として、手続きの報酬10万円+手続き料1万円が必要になる。これは本人の口座から支払うことになる。
・申し立てには、一応相続人とされる親族に同意書を書いてもらうこととなる。しかしこの同意がなくても手続きは可能である。
・「補佐・補助」の場合は、本人の同意が必要となる。

H28.9.29

公益社団法人成年後見センターリーガルサポート兵庫支部の地区長である司法書士のC氏（現在相談している司法書士）と司法書士事務所のD氏が来所する。本人、次長、施設ケアマネジャー同席する。

＜相談・調整結果＞

・今後の後見申し立てはD氏が担当し、後見人候補者はC氏となる。(最終的には裁判所が決定する)
・申し立ては、本人申し立てがベストであるが、様子を見ながら親族にも依頼する。
・まずは、本人の住民票、戸籍謄本、医師の診断書が必要である。診断書は所定の様式がある。
・申し立てには、特に期限はないが、できるだけ速やかに行う。
・医師の診断書は、当施設の嘱託医にお願いすることを申し合わせる。

施設としては、身元引受人以外の親族とは、事務的なやりとりはできないことを伝える。

以上のやりとりを、身元引受人にも連絡するが、以前送付した説明文書一式、別の親族に渡したと言われた。

H28.10.4

本人の成年後見制度利用を検討していることについて、本人が親族の中で唯一心のよりどころにしている甥に連絡する。

・現在、施設で本人の全ての財産を管理していると考えている。他に誰か財産を持っている方があるか。
・成年後見制度を利用するにあたって、推定相続人（養子に行く前の実の家族も含む）の同意が必要となる。同意がなくても制度利用は可能であるが、司法書士から直接問い合わせがあるかも知れない。このことについて、同意いただけるか。
・現在の体調について、高齢になり、息が苦しくなったり、褥瘡ができたりしており、徐々に体力がなくなっている。

以上のことを連絡する。

甥から、

・制度の利用について、本人がよいと言っているのなら同意する。
・相続人は、まだほかにいると思う。
・本人の財産は、施設が把握しているものが全てだと思う。

と返答を得る。

H28.10.11

成年後見申し立てに必要な住民票、戸籍謄本をとりに、本人と本籍地と住所地の２か所の市役所に行く。その後、本人の自宅を見に行く。損傷した自宅を見るのは嫌だったのか、「もうええわ」と車から降りなかった。その後スーパーへ買い物に行く。好きな衣類とB氏へのお土産を購入し、満足げな様子だった。

H28.10.20

診断書作成のため、精神科を受診する（初診）。CT検査、血液検査を受ける。CT検査結果は、脳は

少し萎縮していた。長谷川式スケールを用いながら問診を受けた。

H28.10.26

司法書士のＤ氏に診断書ができたことを報告する。Ｄ氏から、

・戸籍をたどると、思った以上に複雑だった。
・これからの手続きとしては、親族の同意がどこまで必要なのかを検討し、戸籍の整理を行う。その後、診断書と合わせて申請する予定。

H28.11.8

司法書士のＤ氏来所。申し立てにかかる資料作成のため、本人に面会する。

・戸籍をたどりながら、本人の親族関係を整理している。
・土地、家屋の固定資産評価額を提示される。自宅を処分することになれば、解体費用もかかることから、時間がかかる。

Ｄ氏は本人に、「○○さん知っていますか」などと確認をしたが、かなりはっきりと覚えていた。

H28.12.6

Ｄ氏から、以下の連絡あり。

・親族関係は複雑であった。相続の権利のある親族もいるが、本人とまったく交流のない人もいる。申し立ての同意は、裁判所に一任する。
・親族のうち、数名は同意をとることができた。各親族には、「相続の権利の同意と、後見申し立ての同意はまったく別のものである。後見申し立てに同意したからといって、相続の意思が示され、損益が発生するのもではない」ことを十分に説明した。

以上の説明を受ける。

H29.1.4

Ｄ氏から連絡あり。

・成年後見申し立てにかかる書類が整った。最新の通帳のコピーと金銭出納簿を渡す。戸籍が複雑でたどるのに時間がかかったとのこと。今から申し立てを行い、許可が下りてから２週間程度で正式に後見人がつく予定。

H29.1.10

甥家族の面会あり。看護師から、高齢とＡＤＬの低下について説明する。

H29.2.7

Ｄ氏から以下の連絡あり。

・成年後見は裁判所で審議中である。本人の判断能力について、裁判所から問い合わせがあった。医師の診断書とＤ氏の申し立について、直接本人に会って確認したい。(本人申し立てになっているが、適切かどうかの確認)
・家庭裁判所の審議官が来所する予定。本人は、細かいことは分からないが、すべてを任せるという意思はあるので、審議官も面接すれば分かるだろう。
・審議官の確認する内容
①自分の財産を後見人に任せてもよいか。
②申し立てに至った経緯の確認。
③簡単な認知機能のテスト。

H29.2.28

Ｄ氏と家庭裁判所審議官が来所する。丹寿荘からは、次長、ケアマネジャー同席する。

＜審議官から＞

・本日の目的は、成年後見の申し立てが「本人申し立て」になっている。しかし、診断書は、「判断能力が低下している。」との記載がある。申し立てが本人の意思に基づいてされているものかを確認する。

＜面接＞

・審議官が本人の判断能力について確認する。内容は、年齢や生年月日、100-7 は？など長谷川式スケールのようなものだった。
・本人に、「これからの生活について任せたい人がいるのか、何をお願いしたいのか、今後移りたい場所（他施設や転居したい場所）はあるか」を質問される。本人から、「自分では何もできないからお願いしたい」「家をなんとかしてほしい」「丹寿荘で生活したい」「家に仏壇があるけど、どうでもよい」「茶箪笥は大切なもの」と話す。
・本人の親族関係について質問されるが、ほとんど知っていた。その親族について、同意をとり裁判所で判断することについて、本人は同意する。

＜面接を終えて＞

・今後の予定について、本日裁判所審議官は、本人の意思は確認できたので、申し立ては受理される予定。その後、決定される日（審判日）があり、通知は本人とＤ氏に届く。受け取った日から２週間の申し立て期間を経て、実際の効力が発生する確定日になる。確定日から成年後見が開始される。後見人は最初相談をもちかけたリーガルサポート兵庫支部の司法書士Ｃ氏になる予定。

家庭裁判所審議官による本人への聞き取り

H29.3.21

神戸地方裁判所柏原支部から、成年後見の審判通知書が届く。後見人は司法書士のＣ氏が就任する。また、本人にも通知書を見せる。「お金なんかあらへんわ」と笑っていた。

H29.4.11

通知書が届いてから、何の連絡もないため、Ｄ氏に連絡する。

Ｄ氏から、

・審判が下りてから、確定するまでに２週間かかる。
・その後東京法務局に登記がされるまでに２週間かかる。
・さらに登記の証明書を取り寄せるまでに１週間かかる。

以上のことから、審判が下りてから約１か月で実際の活動が開始されると返答あり。

H29.4.15

後見人のＣ氏来所。今後の手続き等について相談する。

・本人の金銭管理については、すべてＣ氏が行う。通帳は今までのものを使用する。通帳名義は、本来なら成年後見人の名前にするのが一般的であるが、銀行にあらかじめ届けていれば、本人名義で使用することが可能であるため、今回は本人名義にする。
・施設利用料の支払いはＣ氏が行う。
・自宅の取り扱いは今後の課題とする。
・死後の取り扱いについては、本人は献体を希望している。献体後の永代供養等については、今後の課題とする。

以上、現時点での課題を整理し、今後少しずつ解決していくことを確認する。

６　まとめ

以上が、今回の取り組みの詳細な記録である。今回の取り組みでは、以下の点に留意しながら進めた。

(1) 本人の思いを汲み取る。

本人は、「ここで生活できるなら、施設のええようにしてほしい」「お金や家はどうでもよい」「どうなってもよいわ」と言われるが、反面他の利用者と依存関係にあり、「私のさみしさは誰もわからない」と言う。さっぱりした性格であるが、根底にはさみしさや不安がのぞかれた。この思いを受け止め、形にすることが、私の役目であると思った。

(2) 本人の「判断能力」に着目する。

（図２）

図１　法定後見制度の三類型

	後見類型	補佐類型	補助類型
精神上の障害による判断能力の程度	欠く常況	著しく不十分	十分でない
申し立てができる人	本人・配偶者、四親等内の親族、検察官・市町村長等		
開始決定についての本人の同意	不要		必要
必ず与えられる権限	・財産管理についての全般的な代理権・取消権	・特定の事項（＊）についての同意権、取消権	―
申し立てにより与えられる権限	―	・特定の事項（＊）以外についての同意権、取消権 ・特定の法律行為についての代理権	・特定の事項（＊）の事項の一部についての同意権、取消権 ・特定の法律行為についての代理権

注：（＊）「特定の事項」とは、民法13条1項に掲げられている借金、訴訟行為、相続の承認や放棄、新築や増改築などの事項をいう。

出所：永田　祐ほか著『よくわかる権利擁護と成年後見制度』ミネルヴァ書房

成年後見は、精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く状況にある人を保護する制度です（民法７条）。本人の事理弁識能力（判断能力）の程度の差にあります。これを欠く常況にあるということの意味は、一時的に判断能力は回復することはあっても、通常は判断能力を欠く状態にあるということを意味しています。1）

成年後見制度には、法定後見制度と任意後見制度がある。今回のケースでは、法定後見制度を利用した。法定後見には、図２のように３つの類型があり、それぞれ、判断能力（事理弁識能力）の程度によって、活用される類型が分かれる。

申し立てにあたり、司法書士から最初に聞かれたことは、「どのくらいの判断能力があるのか」ということであった。おそらく司法書士がいう判断能力と

私たち施設職員がいうそれとは、ずいぶん違うものだということはすぐに感じとれた。まずは、医学的にはどう判断されるのか、精神科の嘱託医に相談した。嘱託医は、「(後見を申し立てるなら) 判断能力はないと判断する。もしあるとすれば、例えば、補佐や補助と判定されると、Ａ氏が何を判断できる？審判が下りてから、困るのは本人だろう。」と答えられた。なるほど、私たち施設職員は、日常生活の視点で主にＡＤＬについて利用者のアセスメントを行う。Ａ氏は、例えば、「入浴する、しない。今日はしんどいから行事には参加しない」というようなことは自分ではっきり意思表示ができるため、ある程度の判断能力は持ち合わせていると判断する。しかし、嘱託医は、利用者の人生を見据え、審判が下りたあとの生活については、判断能力はないと判断されたのである。

では、なぜ、判断能力を欠く状態で、「本人申し立て」ができるのかを疑問に思った。

後見の対象者について「自己の財産を管理できる判断能力」と「支援を求めたいとの判断能力」とは、求められる判断能力の質に相違があり、後見開始の審判に際して、本人申し立てがなされるケースが相当数存在している。2)

この文献で、嘱託医の言われることと、制度が示していることの整合性が説明できる。H29.2.28 に家庭裁判所審議官が来所し、直接確認を行ったのはそのためであったと思われる。

(3) 後見申し立てに客観性を持たせる。

施設入所者の生活は、ほぼ施設内で完結できる。利用者や家族にとっては、安心できる快適な空間である。反面、社会とのつながりが希薄になり、閉鎖的になってしまう。

昨今、高齢者施設内での虐待があとをたたない。報道されているような大きな事件以外にも、表面に出てこない事案は数あると思うが、外部からは見えづらい。今回は高齢者の権利擁護にかかる事例であったことから、客観性を持たせることを常に念頭においた。施設内で完結すると、施設の都合のよいように手続きをすすめ、ともすると方向性を誤り、権利侵害に値すると考えたからである。対策としては、まず高齢者権利擁護の中心機関である地域包括支援センターに相談をした。また、複雑な家庭環境だったので、専門家に依頼し、手続きの中心を担っていただいた。施設内では、常に記録をこころがけ、施設内で周知を図るとともに、法人本部にも情報提供を行った。

このように、申し立てのどの時期をとっても、常に資料の整理を行い、いつでも外部に説明できるようにしていた。

7　最後に

これまで、成年後見制度の概要は、研修会に参加したり、裁判所に説明を聞いたことはあったが、具体的に成年後見の申し立てから関わったことはなく、初めての経験でとまどうことも多かった。今回のケースは、戸籍関係が複雑で、司法書士もまれなケースであったと言われていた。私自身が申し立て人になり、具体的に手続きするならともかく、判断能力が低下している利用者が自身で申し立て、また家族の協力も期待できないなかでの取り組みであった。本人の意思を代弁すること(アドボカシー)が我々の役目であることは理解しているつもりであるが、時々間違った方向、本人の意図していない方向に進んでいないかを振り返りながら進めていった。

これから、高齢社会になり、身寄りがない、あっても希薄な利用者は増え、家族によるサポートがない人たちも増加している。利用者の生活について、誰が判断するのかが課題になっている。

平成 28 年度から特別養護老人ホームの入所要件が、原則要介護３以上となり、高齢で介護度の高い利用者が入所する。医療依存度も高くなり、施設在所期間が短い中で利用者の権利を守ることは難しい。その一つの対策として、成年後見制度はあるが、施設入所後に利用するのは、かなりハードルが高いと感じた。

今、事業団高齢者施設で、「夢を叶えるプロジェクト」と題し、利用者の夢を叶える取り組みを行っている。Ａ氏の願い、「家の茶箪笥の中のものを取り出したい」という夢プロジェクトが進行中である。自宅の損傷が激しく、容易に自宅の中に入れない状況で、後見人と建築業者を巻き込みながらなんとか叶えられないかと模索中である。この事例が記載されるころには、良い報告ができることを願っている。

引用・参考文献

1) 永田　祐ほか　よくわかる権利擁護と成年後見制度　改訂版　ミネルヴァ書房　2017 年
2) 赤沼　康弘　成年後見制度をめぐる諸問題　新日本法規　平成 24 年
3) 全国社会福祉協議会　『ふれあいケア⑥』2016
4) 上田　敏　ＩＣＦ（国際生活機能分類）の理解と活用　きょうされん　2015 年
5) 世界保健機構(WHO)　ＩＣＦ、国際生活機能分類　中央法規　2003 年

地域と“人”をつなぐ
～地域コミュニティとしての特養の役割について～

特別養護老人ホーム　くにうみの里　友納　和也、島﨑　洋子、山﨑　有記

要旨抄録

平成 12 年に介護保険制度が始まり、その時々の社会情勢に合わせ、制度の見直しがなされてきた。国が目指している「地域包括ケアシステムの構築」についてはさまざまな課題があげられているが、団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となる 2025 年を間近に控え、地域で支え合うことができる社会の構築は非常に重要なテーマの一つである。

その中で、社会福祉法人の地域貢献が重要視され、特に特養は 2025 年の高齢者介護・医療のピークに向けて、地域において新たな役割を果たす必要がある。高齢化の進展については、2025 年に 75 歳以上は約 2,200 万人となり、人口の 18%を占めると予想されている。

これからの超高齢社会を考えた場合、介護保険制度だけでは支えることは難しい。自助・互助・共助・公助を適切に組み合わせる、いわゆる福祉ミックス論の考え方が重要ではないだろうか。その中で、「特養」が地域において果たすべき役割というのは大きい。

特別養護老人ホームくにうみの里（以下、「くにうみの里」）は、平成 28 年 11 月 1 日に新規開設した。施設整備当初から、“地域の居場所”としての機能をどう組み込むか、“施設と地域をつなぐ”役割をどう担うかを、施設コンセプトの中に位置づけ、より地域に愛され、開かれた施設づくりを目指している。

施設開設５ヶ月が経過し、どのように地域や住民等を巻き込んでいるか、また施設入居者が地域を意識した“暮らし”を実現できているか、くにうみの里が地域の介護や福祉のレベルを底上げできるような、教育や学びの場としての役割を担えているか、“地域の中の特養”としての機能が果たせているのかについて事例を交え考察した。

キーワード

地域交流、つなぐ、コミュニティ、地域包括ケア、居場所づくり、地域貢献

1　施設概要

兵庫県社会福祉事業団は､昭和 39 年に兵庫県により設立された社会福祉法人で、県とのパートナーシップのもとで県立施設の受託経営を行っている。兵庫県下 65 ヶ所で 97 の施設を運営しており､日々3,000 名を超える方々が利用している。

今回淡路島の洲本市に整備した特養は事業団で７つ目となる。整備した場所は、旧県立病院が移転した跡地を活用したものである。敷地面積は約 9,000 ㎡、建物は鉄骨造の２Ｆ建で､延床面積は 6332.41 ㎡である。全室個室のユニット型施設で、１Ｆに 40 床、２Ｆに 60 床（ショートステイ 10 床含）の合計 100 床。併設事業としては、短期入所生活介護（ショートステイ）、居宅介護支援事業所、地域密着型サービスの認知症対応型デイサービス（定員 12 名）を備えている。“つながろう”　人と　地域と　くにうみの里　を施設コンセプトとして、より地域に開かれた施設づくりを目指し、日々利用者の“その人らしさ”を追求した支援をしている。

また、特別養護老人ホームは原則、要介護３以上の方が入所対象となり、これまで以上に重度化した利用者が増えていくことが予測できる。加えて、全国的にも介護職員の不足は深刻で、職員確保や人材育成にも視点を向けていかなければならない。特に職員の腰痛対策は重要な課題で、くにうみの里では、職員にもやさしい施設を目指して、腰痛対策のために二重床を採用し、少しでも腰への負担を軽減する工夫や、床走行リフト等の福祉用具も積極的に活用している。業務では効率化を目指し、記録媒体の IT 化も推進している。記録業務を効率化することで、職員がより入居者とふれあう時間を今以上に持てるのではないかと考え、事業団全特養で導入している介護ソフトに加えて、タブレットを活用した新しい記録の方法等も導入している。

更に、施設と地域、職員と住民が双方向の関係性で、“地域の中の特養“を意識した施設づくりを展開していくことが重要であるとの考えから、施設１Ｆの「地域交流スペース」及び２Ｆの「語らい広場・語らいコ

ーナー」を「地域と施設をつなぐ」(Communication HUB Spot）拠点と位置づけ、コミュニケーションエリア、ライブラリーエリア、ラーニングエリア、キッズエリア、アクティビティエリア、喫茶エリアを設け、高齢者・若年層等の多世代が交流できる仕組みを作っている。

2　地域と“人”をつなぐということ

(1) 地域のなかの施設とは

故　外山　義　氏（京都大学大学院教授）は自身の著書で、高齢者は「３つの苦難」と「５つの落差」によって自分らしさを捨てて施設へ入居してくると述べている。その場合多くの利用者は、あきらめ感や悲愴感が漂っていると言われている。在宅等から施設入居する場合、多くの人は住み慣れた自宅や馴染みの地域から離れることになる。そのときに、いかに施設が地域と関わりを持ち、地域住民等が自然と出入りしている環境があれば、たとえ地域と離れても繋がりは持てるのではないだろうか。また、入居者の中には、島外や県外の方もいる。そういった方については、住み替えた先で新たにコミュニティを形成し、関係性を構築することができれば、住み替え等によるリロケーションダメージは少なくなるのではないだろうか。

くにうみの里では、表１のとおり、島内３市からの入居者が 87%、島外の市町村からが７％、県外からは５％である。施設が立地している洲本市からの入居者が一番多いが、洲本市であっても在宅から離れた場所からの入居者が半数以上を占め、地域との関係性を継続したままでの施設入居は難しいのが現状である。また、島内の他２市はもとより、島外や県外の入居者についてはより地域との関係性を断ち切っての入居が殆どであるといわざるを得ない。

平均要介護度は 3.6 で、男女別の最高齢者は、男性が 97 歳、女性は 99 歳、平均年齢は男性が 83.8 歳、女性が 84.1 歳で男女合わせた平均年齢は 84.2 歳である。入居者はもちろんのこと、地域等で入居を待っている高齢者の年齢や要介護度は今後も高くなると予想される。洲本市の高齢化率も 33.3%と全国平均 26.6%を大きく上回っており、今後も上昇傾向が予測されている。

（表１）

洲本市	淡路市	南あわじ市	神戸市	播磨町	大阪市	滋賀県 野洲市	愛媛県 八幡浜市
57%	26%	4%	6%	1%	3%	1%	1%

くにうみの里では、施設建設当初から、旧県立病院の跡地という立地を活かした、積極的な地域交流を行い､地域に根ざした施設づくりを検討してきた。特に、病院という場所の性格上、さまざまな“命”にまつわるエピソードがあったことと思う。今までこの土地にはさまざまな人の流れがあり、嬉しいことや悲しいこと等が重なり合っていた場所であったと想像できる。病院が移転し、この場所は更地となり、建物はなくなったが、この場所で紡がれた“思い出”までもがなくなったわけではない。更地になって時間が止まっていたこの場所に、かつての地域の物語や、行き交う人々のエピソード、人との繋がりを、くにうみの里を通して、もう一度再構築し、止まっていたこの場所の“交流”という時間を地域の方々とともに、再び動かしたい、そういう場所になることが、地域の中の施設づくりではないかと考える。

(2) 地域の居場所づくり

私たちが目指したいのは、この場所に「くにうみの里」があってよかったと地域の方に心から思っていただける、そういう居場所を作ることである。しかし、居場所を作るとはどういうことだろうか。

スタンフォード大学のジョン・Ｄ・クランボルツ教授が提唱した「プラント・ハプンスタンス理論」というのがある。プラントは計画されたこと、ハプンスタンスは偶然の出来事。計画されているのに偶然？少しおかしな言葉であるが、この「計画された偶然性」こそ私たちが目指している“特養”のあり方である。

例えば､「幸運な偶然」に出会うことはあると思う。クランボルツ教授の理論の根拠となっている指摘がある。教授は「豊かな人生に満足しています」と答えた 300 人にヒアリングを行い、そして「どうやってその未来にたどり着くことができたのか？」を調べると、圧倒的に多かったのが「幸運な偶然」であった。そこで今度は彼らの共通点を探って見ると、思考や行動に特徴的なパターンが見つかった。それは、思いたったらすぐ行動する、自分から人に会いに行く、新しいことに興味を持つ等々であった。そういう積極性が「幸運な偶然」に結びついていることが確認されたのである。同じ事ばかりを繰り返している日常には偶然は訪れにくいものである。非日常の中にこそ偶然は潜んでいるのではないだろうか。特に、人との出会いはその最たるものである。しかし、全ての人がそのようになれるのかというと難しいだろう。

（写真 1）打ち合わせをしている横で、専門職種の会議

特に高齢者や小さな子ども、障害を持つ方等々はそういう気持ちがあっても、実際に行動に移すことが難しい場合も多々ある。そこで私たちは、この「幸運な偶然」を「計画された偶然性」という、相反する考え方に基づいて、施設の所々にしかけを施した。まず一つ目が「地域交流スペース」である。この場所を「施設と地域をつなぐ」場所として位置づけており、職員がミーティングをしたり、その横で子どもが遊んでいたり、お母さんがママ友とお茶していたり、また地域の方がくつろいでいたり、会議をしていたり、学生が勉強していたり・・・・。同時並行的にいろんな場面が展開されるそのような場所を想像している。写真１、２のように、何か一つの行事やイベントのためだけに使われるのではなく、より自然発生的な雰囲気でこのような場面が起こっていることで、入居者はもとより、面会に来られた家族や実際に使用していただいた方々からも**「最初は変な感じがしたけれど、こういう開放的な場所で、いろんな方が利用する中での会議も新鮮で良かった。」（会議で使用の専門職種の方）「子どもが騒いだら迷惑かなと思いましたけれど、和やかな雰囲気だったので、気兼ねなく子どもを遊ばせることができました。」**（キッズコーナー利用のお母さん）等々の感想をいただいた。もちろん、プライバシーに配慮すべき内容については、最大限の注意が必要なことは言うまでもない。ただ言葉で「開放しています」と言うだけでなく、きちんとしたコンセプトを持ち、かつ“しくみ”を作ることで、特養の地域性というものが出せるのではないかと考える。

（写真 2）その横では、お子様がキッズコーナーで楽しくお遊びを・・・

図１は１階の地域交流スペースの基本コンセプトをデザイン化し表したものである。ホールを大きく５つのエリアに分け、それぞれが独立したエリアではなく、重なり合い、互いに相乗効果が出るようにしている。また、この５つのエリアはその時々にホールの中で場所を変えて動かすことも可能である。そうすることで固定された場所だけではなく、その時々に応じて５つのエリアが４つになったり３つになったりすることができる。

（図１）

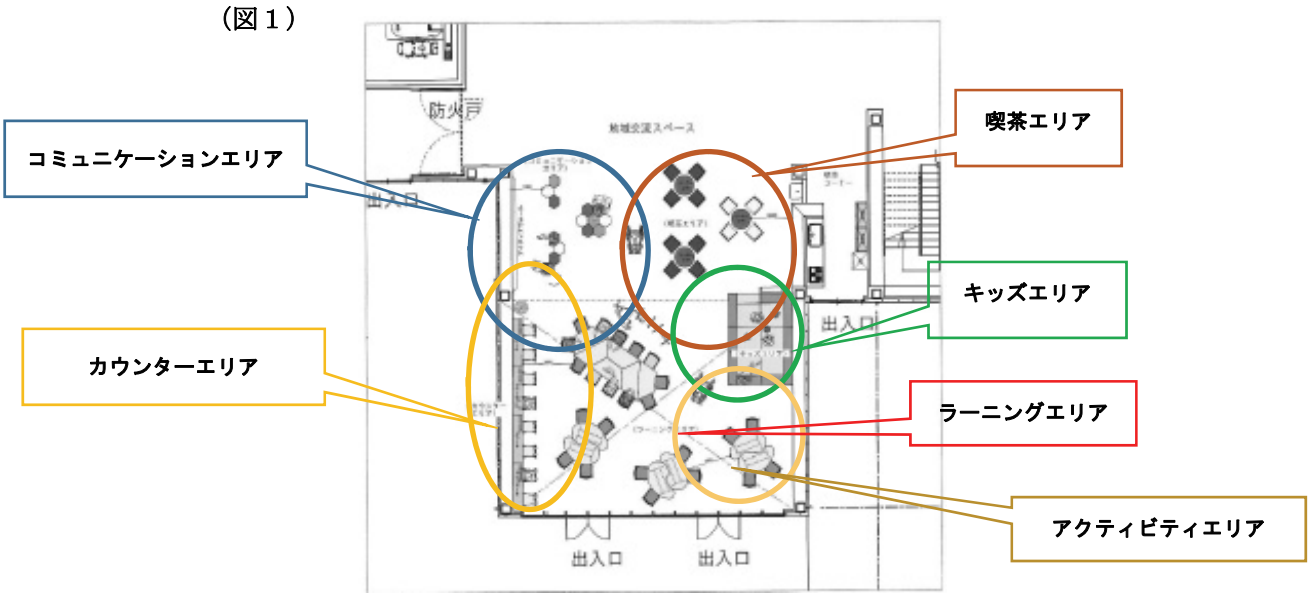


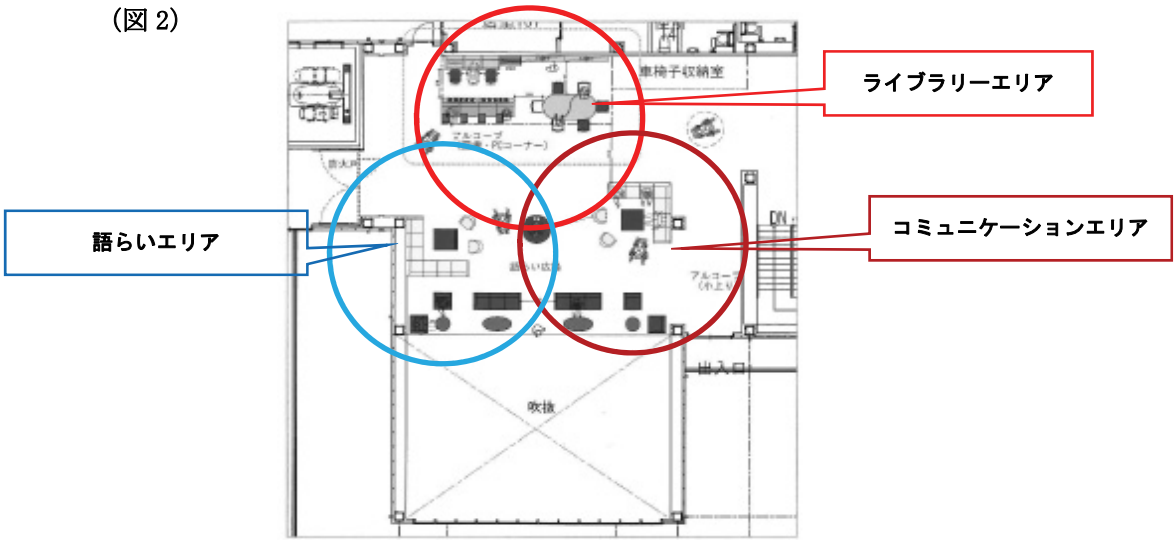
図２は２階の語らい広場の基本コンセプトをデザイン化し表したものである。そこは、「知識と情報を共有する」場所として位置づけており、具体的には、壁面を開放し、展示スペースとしてさまざまな方の作品を展示したり、書籍等を置き、施設に入居されている方や地域の方、または家族や職員等がこの場所で「知識」や「情報」というキーワードを通じてさまざまなことを共有できる場所になっている。

この２階の語らい広場についても、１階の地域交流ホールと同じで、固定されたものではなく、使う人や用途に合わせて形を替えていくことが可能である。

１階、２階の地域交流拠点は単なる地域交流としての場ではなく、入居者や家族、職員にとってもやすらぎの場であったり、情報共有や学びの場所であったりする。

図１、図２の基本コンセプトを元に、実際に実施したイベントや展示の様子が写真３である。開設から５ヶ月の間に様々な取り組みや催しを行い、多くの地域の方々等に施設に足を運んで頂いた。11 月から３月までの見学者は 679 名を数え、４月以降も月 100 名近い見学者等が後を絶たない。また、研修会は職員の OJT が 32 回延べ 311 名の参加、オープン研修が２回延べ 76 名の参加、地域住民参加型の催しが 12 回に及んでいる。（表 2、表 3-1、3-2 参照）

（図 2）



（写真 3）地域交流ホール・語らい広場での催し等

＜研修会＞

（表 2）

	研　修　名	開　催　日
1	急変・体調不良時の対応について	平成 28 年 11 月 4 日
2	嘔吐物の処理方法について	平成 28 年 11 月 4 日、9 日、14 日、25 日
3	認知症サポーター研修（認知症キャラバンメイト）	平成 28 年 11 月 7 日
4	介護ソフト使用講習会	平成 28 年 11 月 7 日、8 日、9 日
5	個別支援について	平成 28 年 11 月 10 日
6	社会人基礎力研修	平成 28 年 11 月 11 日
7	介護力基礎研修	平成 28 年 11 月 11 日
8	介護リフト研修会	平成 28 年 12 月 1 日
9	ユニットケア勉強会	平成 29 年 2 月 6 日～3 月 31 日（週 1 回）
10	動きたいをサポートする研修／アンガーマネジメント研修	平成 29 年 2 月 13 日、3 月 19 日

＜催し・ボランティア活動等＞

(表 3-1)

	催し・ボランティア活動等	開　催　日
1	パステルアート教室	平成 28 年 11 月より月 1 回ペース
2	アロマテラピー	平成 28 年 12 月より月 4 から 6 回ペース
3	クリスマスリースづくり	平成 28 年 12 月 13 日
4	クリスマスコンサート	平成 28 年 12 月 14 日
5	臨床美術（つながる絵を楽しむ）	平成 29 年 1 月 21 日
6	7 丁目フォーク村ライブ	平成 29 年 1 月 24 日
7	ウクレレサークル演奏・郷土料理振る舞い	平成 29 年 1 月 29 日
8	親子小麦粉粘土遊び	平成 29 年 2 月 9 日
9	ピアノ教室	平成 29 年 3 月より月 1 回ペース
10	チェーンソーアートがやってくる	平成 29 年 3 月 20 日
11	高校生による琴演奏・呈茶	平成 29 年 3 月 27 日

＜展示等＞

（表 3-2）

	展　示　内　容　等	展　示　日
1	十の会展示	平成 28 年 11 月より
2	くにうみ水族館	平成 28 年 11 月より
3	涅槃狸展示	平成 28 年 11 月 24 日～
4	森のようちえんまんまる活動写真展	平成 29 年 1 月 5 日～
5	臨床美術士による絵画展	平成 29 年 1 月 5 日～
6	職員による写真展	平成 29 年 2 月～3 月末
7	白石紘三　写真展＆木工展	平成 29 年 4 月～
8	横手希翔書展	平成 29 年 4 月～
9	書道展	平成 29 年 5 月～

(3) ３つの「輪」と５つの「交流」

前述したさまざまな催し等は、単に行っているのではなく、施設としてしっかりとした、しくみやコンセプトに基づいて実施している。まず、くにうみの里の「交流」をキーワードにした「未来」を描く３つの輪である。「私たちがやりたいこと」「私たちができること」そして「地域の方が求めていること」の３つの輪について考え、これらが交わる共通点をさまざまな催しを通じて、「施設⇔地域」双方向で考えている。

そして「交流」については、「地域交流」「文化交流」「多世代交流」「福祉交流」「知的交流」という５つの交流（図４）をベースに、さまざまなしかけや仕組み作りを考えている。いずれにしても、重要と考えているのは、「一方向」ではなく「双方向」ということである。“地域のなかの特養”を考えるとき、この「双方向」がキーワードになってくると考える。前述した催し等もただ単発で打つと、一瞬の華やかさやインパクトはあるものの、そもそも何故それを特養がしなくてはならないのか？という疑問が残り、施設職員や入居者、地域住民の心には響かない。地域交流はそもそも何の為にするのか、なぜ必要なのかということをしっかりと意味づけて行うことが重要であり、それが「計画された偶然性」の考えにつながるのではないかと考える。

（図 4）

３　事例検討による地域交流の効果と課題

(1) 検討方法

施設と地域がつながることにより、どのような影響が入居者の方々に表れたのかについて、事例を交えて考察をしたい。2（1）でも少し触れているが、特養のような施設へ入居する高齢者は、ほとんどの方が何らかの課題を抱えている。それは高齢による身体的なことはもちろんのこと、家族関係や近隣との関係等多岐に渡る。また、自分が今まで慣れ親しんだ在宅環境や地域とのつながりを施設入居することで一端断ち切らなくてはならないのが現状である。この地域との関係性を絶ちきることを最小限度にとどめることができれば、入居する高齢者も、住まいは変わるが、その他の関係性やつながりをできる限り継続することで、施設生活においても、自分らしく、生き生きと暮らせるのではないだろうか。そこで、多くの入居者が感じている、あきらめ感や悲愴感というものが、この“繋がり”によって改善されるのではないかという仮説をたて、入居後の行動パターンや睡眠パターン、いわゆる認知症による周辺症状がどう変化したのかについてデータをとり分析することとした。

(2) ケース検討

２つのケースについて検討してみたいと考える。ケース１は入居後から１週間単位での睡眠パターンと BPSD（認知症による周辺症状）の関係性について、㋐入居後１週間、㋑入居後１ヶ月、そして、㋒入居後３ヶ月の評価期間を設定し、時間毎の睡眠覚醒状態や BPSD の症状について、データを収集し分析を実施した。分布図については、各評価期間の平均値を集計しグラフ化した。

＜ケース１＞

①　氏名年齢　　M・N（女性）82 歳

②　要介護等

要介護度 4・日常生活自立度　B2・認知症日常生活自立度　Ⅲb

③　評価期間

㋐　H28.11/18～11/24、㋑　H29.2/18～2/24、㋒　H29.3/25～3/31

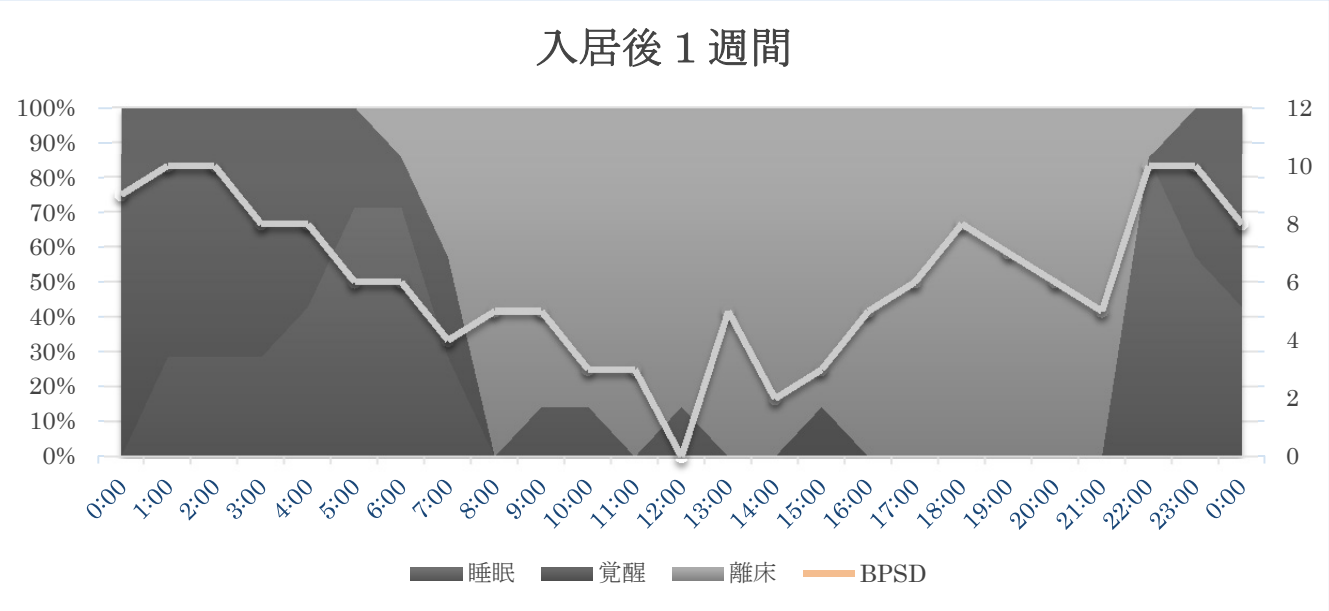
④　入居経緯

夫、姑とＡ市（島外）で暮らしていたが、平成 20 年頃から物忘れが出現する。平成 24 年に夫が死亡し、96 歳の姑と在宅生活が継続できていたが平成 25 年に姑が死亡する。その後、娘夫婦と平成 25 年 4 月から同居を開始し、ショートステイ等施設を利用するようになった。徘徊がひどく、すぐ外に出て行くので目が離せない状況であった。警察の保護も 2 回受けており注意もされた。娘は就労しており、市内に住む姑も要介護状態で週の前半は実母、後半は姑の介護で心身ともに限界がきており入居に至った。

【取り組み内容】

M・Nさんは、平成 28 年 11 月 18 日に施設入所した。図５からも分かるように入居当初は夜間の睡眠が安定せず、また BPSD（徘徊）も非常に顕著に見られた。ほぼ１日中、徘徊行為があり、居室やユニットから外へ出ようとする行為が頻発していた。その間、職員がつきっきりで支援に当たっているものの、BPSD が改善する傾向は見られなかった。徘徊時に本人は、非常に表情が険しくなり、意味不明なことをつぶやきながら行為に至っていた。職員の言葉掛けや、付き添いの効果もなく、時には職員の腕をふりほどいて動き回る程の活動性が見られた。この時期は、施設側としても、開設したばかりということもあり、職員側の動きもまちまちであり、そのことが余計にM・Nさんが落ち着かなかった原因であるとも考えられる。また、ユニットの中だけで過ごす時間が１日のうちほとんどで、ユニットから出ようとすると、職員が制止する場面もあり、その行動抑制も本人には苦痛であったのではないかと考えられる。

図６の入居後１ヶ月更に図７の入居後３ヶ月の状態を見ると、１週間のときよりも、夜間の睡眠時間が安定しているのが見て分かる。加えて、BPSD（徘徊）の症状が大幅に改善している。これは、施設入居後の生活パターンが職員側である程度把握ができたことと、本人も入居により環境が変化したが、施設での生活に徐々に適応していることが覗える。図８の BPSD の比較のうち、入居後１週間と３ヶ月を比較すると、回数が 10 分の１にまで減少している。その原因として考えられるのが施設内の他入居者や職員、地域との繋がりである。M･N さんが入居した 11 月当初は表３からも分かるように、施設行事や地域交流はほとんど行われていなかったが、その後、人と人とが繋がれるような行事、イベント等が行われるようになるにつれて、M・N さんの症状に変化が見られてきたと推測できる。



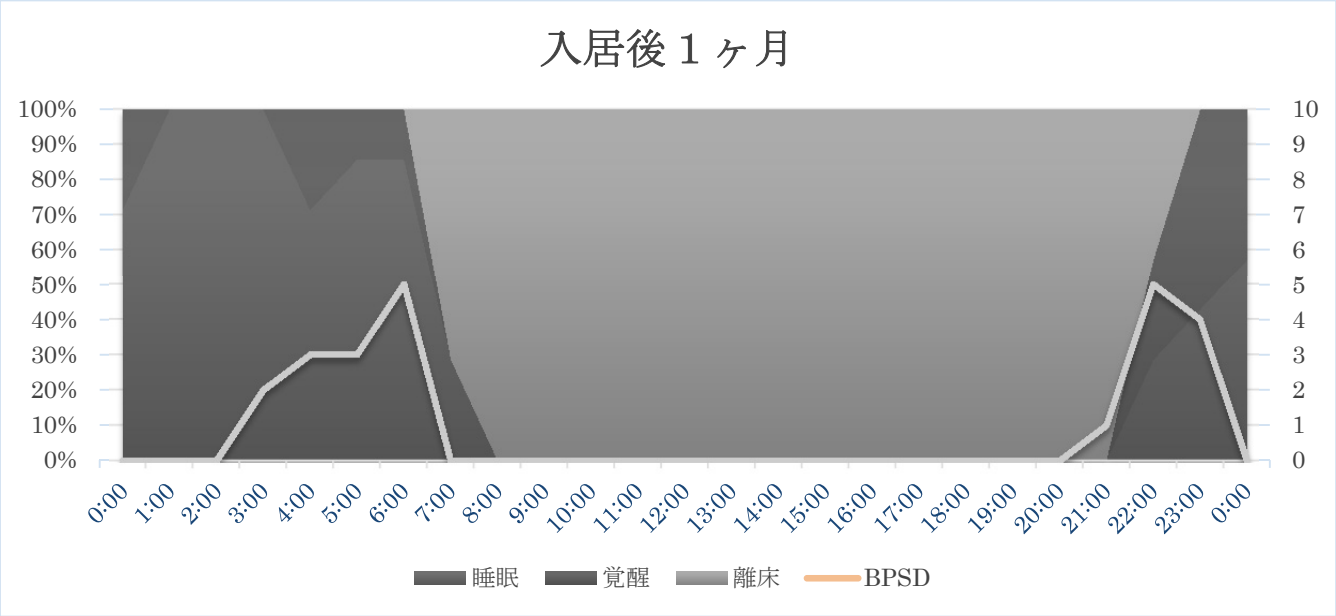
（図 5）M・N さん入居後１週間の分布図（第 2 軸の単位は「回数」）

M・N さんの場合、徘徊という症状は、単に外に出たいというだけのものではなく、一人でいることや、他者との関わりの薄さによる寂しさから見られた症状ではないかと推測できる。日々の生活の中で、徐々に人間関係が再構築され、また職員との信頼関係や、地域の方々が自然と施設内に出入りする環境が整っていくに従い、BPSD の症状が改善したと考えられる。施設という性格上、建物の大きさや、職員の多さ等、普段の生活ではあまり馴染みのない環境であると言わざるを得ない。そのような中で、いかに入居者の今置かれている立場や世界観の目線で、支援できるのかが重要なことであると考える。図７を見ても、まだ夜間帯で睡眠の安定しない時間が見られる。ただし、日中の離床時間は安定し、図５の入居後１週間では見られていた、日中の傾眠等は見られなくなった。日中にある程度活動性を上げることで、夜間の睡眠の安定と BPSD の改善が図られたのではないかと考えられる。写真４を見ればわかるように、入居当初の緊張した無表情から、いろんな行事や催しを通じて、本来の表情に戻り、自らの居場所や新たな人間関係を再構築したように写る。

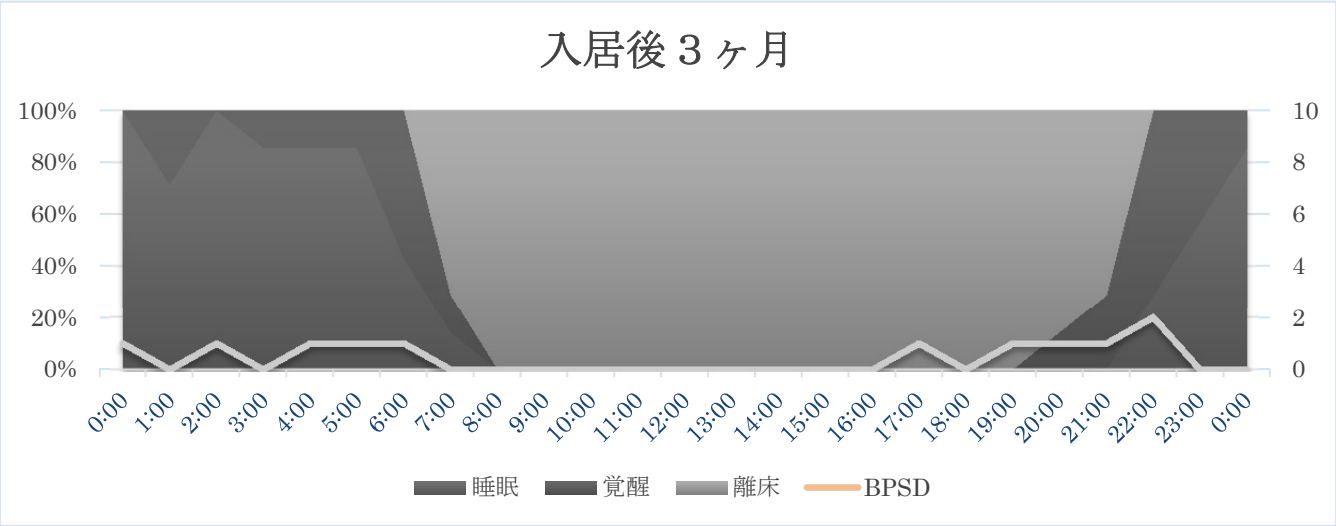
【M・N さんのエピソード】

ある催しに参加したときに、キッズコーナーで遊んでいた子どもさんに関心を示した。いつもは落ち着かないM・N さんだが、子どもさんにそっと近づき「おいで、おいで」と声を掛けた。子どもさんはちらっとM・N さんを見たが、少し警戒し近づかなかった。するとM・N さんは、歌を唄い子どもをあやし始めた。遊んであげたいという気持ちが表われていた。すると警戒していた空気が一瞬で和み、それを見ていた職員がその場をやさしく見守り、M・N さんと子どもさんが、一緒におもちゃで遊ぶことで一層空気が和んだ。M・N さんは、子どもへの関心や想いを強く持っていることが分かった出来事であった。その後も子どもさんを「おいで、おいで」と呼び、ギューッと抱きしめることがあった。M・N さんはとても満足した表情で、抱きしめられた子どもさんはびっくりしていたが、「おばぁちゃん、あなたのことが

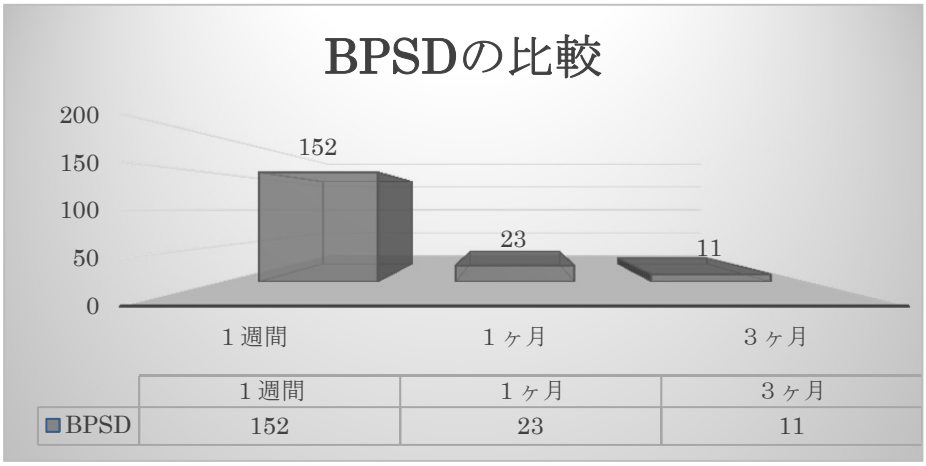
好きなのよ」と声を掛けると、子どもさんはしばしばM・Nさんに身を預けた。それはM・Nさんのことを受け入れた瞬間であり、お年寄りと触れることで子どもさんも何かしらの成長が見られた瞬間であった。



（図 6）M・Nさん入居後１ヶ月の分布図（第 2 軸の単位は「回数」）



（図 7）M・Nさん入居後３ヶ月の分布図（第 2 軸の単位は「回数」）



（図 8）M・Nさん BPSD の比較（単位：回数）

（写真 4）入所当初から現在のM・Nさん

【結果と考察】

M・Nさんは、認知症による症状で意思疎通が難しい場面が多々ある。そういった中で、時折見せる、寂しい表情や嬉しい表情は、どういったことが影響しているのかを入居当初はなかなか把握できなかった。支援する側が良かれと思ってしたことが、逆にM・Nさんの周辺症状を悪化させる場面も多く見られ、職員も本人にとっても歯がゆい思いであった。

M･Nさんは､施設開設間もない頃に入居され、他の入居者も少ない中で、大きな施設の中での戸惑いや、知った顔のない環境の中で過ごす中で、わからないなりに、徘徊という行為によって、自分のアイデンティティを表現していたのだと考える。しかし、夜間の睡眠・覚醒パターンや周辺症状の関係性を調べ、また施設が地域と遮断されている状況をできる限り早い段階で改善したことで、M･Nさんの行動パターンが明確になった｡特に、他者との交流を増やすことで、表情や行動、コミュニケーションにも変化が見られ、データが示すような症状の改善が図られた。人は決して一人では生活できないと言われている。ただそれは物理的な一人を指すのではなく、大勢の人に囲まれた環境であっても､他者との交流や会話がなければ、前者と同じである。ましてや、認知症の症状を持つ高齢者は、自らの意思を正確に伝えることが難しい状況に置かれている。そういった方々には支援する側の、何かしらの介入が必要になってくるが、この場合もただ介入すれば良いのではなく、意思疎通が難しい中での本人の想いにどれだけ、耳を傾けることができるかが大切である｡しかし、施設内だけで、職員だけでは難しい。やはり、地域との交流が非常に重要であり、そこに「計画された偶然性」による場が必要になってくると考える。

M・Nさんの症状は、良いときもあれば、悪いときもあるが、入居当時の不安等からくる症状出現からは脱したと考える。本人にとって、施設が住まいに近づいてはきていると思う。今後も、他入居者や職員、そして新たに構築した地域の方々との関係性を今後も緩やかに継続していくことが重要である｡施設が､地域の居場所となることで、そこに住まう入居者に、この地域が自分にとっての新たな居場所であると思ってもらえるのではないだろうか。

M・Nさんの事例は、施設・地域という二元論で考えるのではなく、その中間的要素を持たせる環境を整えたことで、人が生きていく上で大切な人間関係や地域とのつながりを再獲得できたと事例であると考える。

＜ケース２＞

① 氏名年齢　　H・U（女性）88 歳

② 要介護等

要介護度 3・日常生活自立度　A2・認知症日常生活自立度　Ⅱb

③ 評価期間　　H28.11/16～H29.3/31

④ 入所経緯

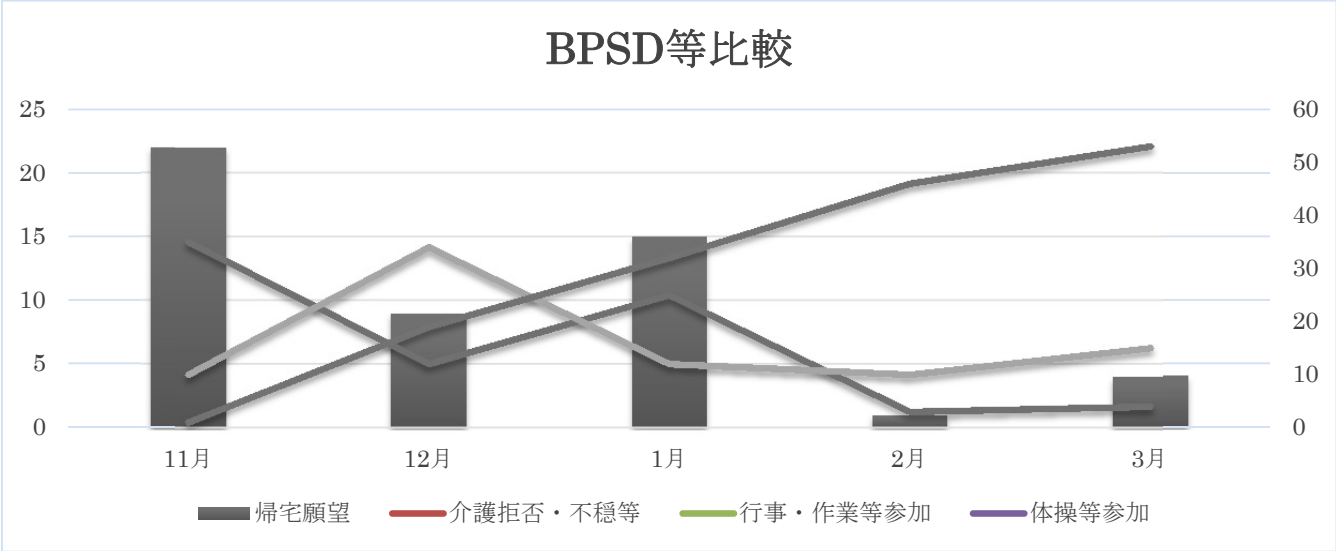
長年洋装店を一人で営んできたが、10 年前に姉宅（孫家族と同居）に同居し、店に通っていた。３～４年前に転倒し、顔面を外傷する。その後、認知症が強くなった。１年前に歩行状態が悪化。姉も 91 歳で自分のことをするのが精一杯であり、最近は物忘れも増えてきている。主に介護していた姉の孫の妻は H27 第２子を出産した。姉の孫夫婦は日中働き、２児の子どもの世話をしながら、２人の介護をしている。H27.7 から通所介護を開始。水頭症を診断され、経過をみていたが、認知症の進行と歩行状態が悪化。家族の状況からケア不足の改善が見込めないため入所希望となる。

【取り組み内容】

Ｈ・Ｕさんは、平成 28 年 11 月 16 日に施設入所した。図９からも分かるように入居当初は、帰宅願望（BPSD）が非常に多く、そのことにより介護拒否や不穏等の症状が多く見られた。また、ケース１のＭ・Ｎさん同様に、施設開設間もない時期の入居ということもあり、日々落ち着かない状態が続いたのではないかと考えられる。入居当初は、職員の顔を見ると「ほな、帰ろうか。」等頻回に帰宅願望が、昼夜を問わず見られた。

その都度、本人が納得いくまで、付き添ったり、ユニットを出て、玄関まで出たり、施設内を散策したり、少しでも気持ちが落ち着くように対応した。図９のグラフから見ても分かるように、入居した 11 月の帰宅願望や介護拒否・不穏は非常に多い。Ｍ・Ｎさん同様に、この時期は表３を見ても分かるように、施設内での行事や地域との交流はほとんど行われていなかった。

そのような中で、関わりを持ちながら、本人が興味を持ちそうなことについてアセスメントを行い、作業療法士（以下、OT）が中心となり、簡単な手作業等への参加を試みた。そうすると、図９からも分かるように、12 月の帰宅願望は 11 月の３分の１にまで減少した。これは、施設行事や地域との交流も徐々に形になり、それらにも参加する機会が増え、また体操等にも参加し、身体を動かすことを意識したことによる効果であると考える。合わせて、介護拒否や不穏等も、作業や行事、アクティビティへの参加が増えたことで、反比例するかのごとく減少したことが見て取れる。



（図 9）Ｈ・Ｕさん BPSD 等比較（第１軸、２軸の単位は「回数」）

当たり前のことではあるが、本人との関係性をどう職員側が構築しようとしたのかが非常に重要な要素である。Ｍ・Ｎさん同様に、どんなに施設が新しく、綺麗であったとしても、入居する方にとって、その場所が心から安心できる場所かどうかは別問題である。まして、認知症等により自分の意思や想いをきちんと伝えることが難しくなっている状況の中ではなおのことである。このような場合、今いる場所が完全な安心とまではいかなくても、“何となく楽しいな”と少しでも感じてもらうことができれば、良い影響を与えられるのではないだろうか。

Ｈ・Ｕさんの場合は、行事参加もさることながら、手作業を同じユニットの他入居者とともに行ったり、地域住民と作業等を通じての交流を持つことで、図９のグラフのように、症状等が改善された。

【Ｈ・Ｕさんのエピソード】

ある催しに参加したとき、Ｈ・Ｕさんは、無表情で椅子に座っていた。歌が始まってもあまり関

心を示すことはなかった。それが、後半になると唇が動き始め、歌詞を口ずさみ、小さな声が出始めた。だんだん表現が大きくなり、最後は大きな声で歌い、拍手を送っていた。催しのあと「歌が好き。こんな会、また呼んでよ。」と自身の想いを伝えてくれた。

（写真 5）作業等を通じた交流の場を持つＨ・Ｕさん

【結果と考察】

認知症の周辺症状の中で「帰宅願望」をまずどう捉えるかが重要である。ほとんどの場合が、問題行動として分類しがちではないだろうか。認知症高齢者は、慣れ親しんだ自宅や地域から、急に縁もゆかりもない土地の施設に入居した場合、そこが自分の居場所ではないということは、感覚的に理解している。だから「ここは家ではないから帰らしてもらいます。」という反応は何らおかしくないのである。その行動を制止すればするほど症状は悪化していく。そこで重要なことは、その人にあった関わりの持ち方である。そしてケース１のＭ・Ｎさん同様に、施設は施設として、いかにそこだけの関係性や空間にしないかが大切であると考える。Ｈ・Ｕさんの場合は、手作業等により、何か集中できる環境や、行事や体操等に参加して身体を動かすことで、さまざまな症状が改善された。そしてその中でも重要なことは、他入居者や地域との関係性である。

自宅ではない施設において、ある種混乱の中にいた本人は、帰宅願望や支援への抵抗、拒否が見られた。しかし、本人にあった支援方法をアセスメントし、ある種違和感だらけの場所が、新たな人間関係の構築や関わりを持つことで、本人の中で咀嚼できたのではないだろうか。帰宅願望が減少することで、施設が自分の家であると認識したのではなく、施設に自分の居場所があるのだと解ったからこそ、症状が落ち着いたのだと考える。Ｈ・Ｕさんの事例についても、人にとって重要な他人との関係や、自分自身の価値を施設という今まで馴染みのなかった場所で見出せたことは、とても意味のあることであったと言えるのではないだろうか。

４　“学びの場”としての役割・効果

特別養護老人ホームは、言わずと知れた高齢者の施設であるが、これまで述べてきたように、くにうみの里は、地域の中での“学びの場”としての役割も担っていきたいと考えている。開設後に実施してきた研修を表２にも示してあるが、施設職員向けの研修はもとより、地域の他介護事業者や従事者向けの研修、広く地域一般向けの研修、また近隣の学生向け研修等も実施していきたいと考えている。

ではなぜそのような役割を特養が担わないといけないのか？厚労省の推計では、2025 年度には介護職員が約 253 万人必要とされている。それに対し、供給見込みは約 215 万人しかなく、約 38 万人の不足が出る見込みである。しかし、介護保険制度施行後、介護職員も年々増加傾向であり、55 万人しかいなかった介護従事者は 2013 年度には 171 万人まで増えてはいる。ではなぜ不足が出るのであろうか。職員不足の理由の第１が少子高齢化である。そして第２がそもそも働く人口の減少が挙げられている。特に、介護福祉に携わる職員

の離職率は 16%と高く、勤続年数についても、全産業が平均 12 年に対し、福祉施設介護職員は約７年と短い。

介護は「低賃金・重労働」というイメージが先行しており、新卒者の採用も難しいのが現状である。国も離職防止や定着促進の為に、様々な施策を打ち出してはいるが、効果が上がっているとは思えないのが現状である。

こういったことを踏まえ、私たちが現場レベルでできることは、やはり負のイメージをどれだけ払拭できるかではないだろうか。賃金については、介護保険という税金で給料が賄われている分、大幅なアップをするということは制度改正や報酬改定で議論されるべきところではあるが、福祉の仕事が敬遠される原因は賃金だけでなく、やはり将来性の部分が大きいのではないだろうか。福祉にやりがいを感じるというコメントは良く耳にする。しかし、具体的にどこにやりがいを感じるのかはあまり語られていない。それは、特養等の施設が一般的には入りにくい、閉鎖的なイメージがあるからではないだろうか。

人間は必ず老いていき、最期は必ずこの世から旅立つ。これは誰も避けられない宿命である。その人生の最終章に携わるのが介護の仕事であるとも言える。ここにどのようなやりがいがあり、魅力があるのかをいかに若い世代、とりわけ小学生以下のレベルから伝えていくことができれば、いわゆる「3K（汚い・きつい・給料安い)」の仕事とは思われないのではないだろうか。そのためには、施設をできる限り開放することが重要である。ただ、「いつでも入れますよ」というレベルではなく、何か目的を持って、施設へ訪れてもらい、そこで施設とはどのような場所で、何をするところなのかを伝えていくことが必要である。そこで働く職員に対しては、自分がしている仕事に誇りが持て、胸を張って話せるように教育することも必要である。

地域の介護や福祉のレベルを向上させるための、“学びの場”としての役割については、表２にある研修以外にも、就職前の学生等の職場体験であるインターンシップの受け入れや、中学生等の職場体験である、トライやるウィークの受け入れも積極的に実施していくことで、若い世代が“福祉の仕事”と言うものをきちんとイメージできるようにしていく必要がある。（表 4、写真 6 参照）

また、ボランティアの受け入れも積極的に行っており、開設してまだ５ヶ月ではあるが述べ 160 名近い方々が関わりを持ってくれた（表５参照)。

（表 4）実習生等受け入れ状況（単位：人）

	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	合　計
実習生等	18	3	2	1	5	29

（写真 6）

（表 5）ボランティア・実習生受け入れ状況

（単位：人）

	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	合　計
ふれあい活動	4	3	6		6	19
クラブ活動の援助					1	1
行事等補助	2	5	34	2	4	47
労力提供			4	2	5	11
学生ボランティア					22	22
その他	12	4	13	12	16	57
合　計	18	12	57	16	54	157

このような体験を通じて、施設というものを肌で感じてもらえる機会にもなるだろうし、実際に施設にはどんな職員が働いていて、どのような支援等を行っているのかを知るきっかけになったと思う。

また、その場所が、地域にとっての相談できる窓口としての機能を併せ持つことで、住民の方々が介護等

で行き詰まったときに、「あそこに行けば、何か話しを聴いてもらえるかもしれない。」「何か教えてくれるかもしれない。」と頭の片隅においてもらえるようにすることも大切である。

5　成果

くにうみの里は開設後、地域の居場所となれるように設計当初からさまざまなコンセプトを検討し、しかけを行ってきた。開設当初の入居者の受け入れと並行して、職員研修の実施やマニュアルの整備等と慌ただしく日々が過ぎて行った。コンセプトや仕組みを全職員が理解し、同じ目標に向かって、日々邁進している状況である。新規開設ということは、今までの特養のイメージの払拭や、やりたいけれどできなかった思い等を実現できるチャンスである。もちろん実現するには、さまざまな壁があることは理解している。ある職員が、研修中にこんなことを言ってくれた。「やりがいや生きがいを感じられる、それが介護の仕事だし、人に感謝される究極の仕事が介護だと思います。」と。前述したように、介護に対する仕事のイメージは良いとは言えない。しかしそれは実際介護の仕事を生業としている私たちにも責任があるのではないだろうか。

今や特養は看取りケアを行い、最期まで看ることが当たり前になってきている。しかし、特養に入居し、一度も施設から外に出ることなく、その人生を終える人が多いのも事実である。もちろん、入居者の重度化が進んでおり、容易に外出等が難しくなっているのも現状ではある。だからこそ、施設が地域とつながる、地域の中の居場所として、入居者、職員、そして地域に理解してもらうことが重要である。そして、さまざまな人が出入りすることで、何度も言うが特養という施設がどのようなものであるかということを理解してもらうきっかけにもなる。そのためには、地域交流は非常に重要な要素であり、施設に気軽に出入りしてもらうきっかけとしての行事やイベント、研修会の実施は意味があると考える。

そういう意味で、この５ヶ月間に非常に沢山の方々に施設へ足を運んでもらい、私たちの考える施設のあり方や仕組み等を説明する機会をいただいた。見学者からは、「そんなことができるのですか？」「それができればすばらしいと思います。」「びっくりしました。」「参考にさせていただきたい。」等々、応援してくれる言葉を数多くいただいた。

私たちの法人でも、既存の施設で地域交流は行ってきた。しかし、今回はそれとは大きく異なっている。何が違うのかというと、施設と地域、施設とボランティア、施設と実習生等の関係を一方向にせず、双方向で物事を考えているという点である。施設は地域等に頼られるだけでなく、施設も地域を頼る存在であり、人と同じで施設も地域と離れては存在できない。このことを職員全員が理解し、行動できるように育ってきていることが大きな成果である。

6　最後に

開設後５ヶ月が経過した。至らない点は多々あり、改善しなくてはいけない課題が山積している。私たちが自らに課したミッションはそう簡単には実現できないだろう。職員教育や職員不足についても心配がない訳ではない。地域に向けてのさまざまな発信はもちろんのこと、くにうみの里で働く職員にとっても、この場所に魅力があり、やりがいの持てる場であり続けることが重要である。

今回の取り組みで、地域と関わることが入居者にどのような好影響を与えるのかについては検証ができた。しかし、地域にとって、施設というものがどのように受け止められたのか、どのような影響を与えたのかについては十分な検証や結論には至ってない。このことについては、今後深めていく必要がある。

くにうみの里のスタンスとしては、一方通行の関わりではなく、双方向の関係性を構築し、施設職員や入居者、家族、地域住民がそれぞれに主体性をもって、地域の介護や福祉、そして地域の未来を考えていけるようなそんな“場”になれたらと思う。口先だけの地域交流や地域貢献ではなく、「地域コミュニティの中心としての特養」のロールモデルを目指して、日々取り組みを実践していきたい。

＜参考文献＞

○　外山　義「自宅でない在宅　高齢者の生活空間論」医学書院
○　山崎　亮「コミュニティデザイン～人がつながるしくみをつくる～」学芸出版社
○　山崎　亮「ふるさとを元気にする仕事」（一部引用）ちくまプリマー新書
○　厚生労働省ホームページ
http://www.nhlw.go.jp/
○　第 24 回全国介護老人保健施設大会　特別講演Ⅰ内容

【平成 29 年度全事協実践報告・実務研究論文佳作入選論文】

Ｏさんの支援から学んだこと

洲本市五色健康福祉総合センター　特別養護老人ホーム　五色・サルビアホール
安田　良平、濵　龍太、新谷　賢次、山本　洋敬、武本　昌子、平田　奈津子

要旨抄録

平成 27 年の介護保険法の改定に伴い、特別養護老人ホーム（以下、特養という）の入所基準は原則として「要介護３以上」に変更となった。老人福祉法にあるように、これまで特養はその目的として在宅復帰を念頭に置いた機関として位置づけられてきたが、今後は中重度要介護者の入所増加が見込まれ、特養は人生の最期を迎える場所、「終の棲家」としての役割を明確化されたのではなかろうか。日常の支援は三大介助が中心となり、利用者一人ひとりの QOL（＝生活の質）の向上とは結びつきにくいのが現状である。

入所時の利用者本人や家族の意向などを聞き取る際に、「特に希望することはない」「安心して暮らすことができたらそれで良い」という言葉が多く聞かれる。しかし本当は誰しもが胸の奥にしまっている思いがあるのではないか。遠慮などによって言葉にできないだけではないか。地域で生活していたときのように希望や活気を取り戻すことはできないだろうか。

今回、私たちは１人の利用者の支援を通じ、これらの疑問に対しての学びを得ることができた。それを紹介したい。

キーワード

ターミナルケア、願いを叶える、帰省、課題への取り組み、他職種連携

１　施設紹介

特別養護老人ホーム五色・サルビアホール（以下、サルビアホールという）は、４つのユニット（千鳥の里、嘉兵衛の里、都の里、菜の花の里）に分かれている。“つながるきずな　広がる笑顔　あなたらしさのお手伝い”を施設のキャッチフレーズとして、①排泄ケアの推進、②個別入浴の推進、③食事ケアの推進、④外出支援の推進、⑤生きがい支援（活き活き人財派遣）の推進の５つを重点的に取り組んでいる。３つのユニットは従来型多床室であり、１つのユニットは地域密着型特別養護老人ホームとなっている。また、窓からは、瀬戸内海が一望でき、神社や図書館、食料品店、衣料店等の地域資源に囲まれている。また、兵庫県最高齢の女性入所者（110 歳）が入所されている。

２　利用者について

(1) 利用者紹介

① 対象者

Ｏ・Ｋ様（以下Ｏさん）

② 生年月日

大正 14 年４月７日（92 歳）

③ 要介護度など

要介護度４、日常生活自立度Ｃ１、認知症高齢者日常生活自立度自立

④ 既往歴

多発性脳梗塞後遺症・高血圧症・慢性心不全・貧血末梢神経障害

⑤ 日常生活など

コミュニケーションは可能。

精神面が不安定であり、以前から神経痛による全身の痛みの訴えが多かった。そのため、日中では居室に戻りたいとの希望が多く、日中の半分以上をベッド上にて過ごしていた。

性格的に遠慮しがちであり、強く希望を伝えることは少ない。

⑥ 生い立ちなど

兵庫県神戸市西区生まれ。幼少期は神戸市で育ち、縁あって 26 歳のときに、淡路島の夫と結婚。現在の洲本市五色町に移住した。その後、夫の農業の手伝いをしながら２人の子どもを授かった。しかしながら、１人は生まれてまもなく、もう１人は病気を患い６歳のときに他界する。他界した２人の子どもはＯさんの生家近くの寺に眠っている。その後親戚から養女をもらい育てるが、自身の心の中では２人の実子が胸に残っていた。ただ、「辛くなる」とのことで、実家には 50 年近く帰ることがなかった。

夫が 30 年以上前に他界し、その後は一人暮らし

をしていたが、年齢を重ね自宅にて転倒し骨折を繰り返していた。寝たきりになることが懸念されたため、平成24年11月5日に当施設に入所した。入所当時は歩行器を使い歩行していたが、徐々に身体機能が低下し、入所して２年が経過した頃、車いすでの生活となる。

入所当時から大きく体調を崩すことはなかったが、平成28年４月下旬から発熱が続き、食事量の減退に伴い体重も低下する。Ｏさんから、「入院はしたくない。しんどい思いはもうしてきたから。」と言葉があり、同年５月26日に施設でのターミナルケア対応となった。

その過程において、「２人の子どものところに行けなかったことに悔いが残っている。子どもが眠っているお寺に行って手を合わせたい。」という言葉を聞き取った。

意欲・体力の低下が見られターミナルケア対応になっているＯさんであるが、なんとか思いを叶えることはできないか、と多職種が連携しさまざまな支援を行った。

３　うつ症状の改善のための取り組み

「何もしたくない」と話すことが多く、活気が見られない状況が続くＯさんについて、看護師や嘱託医に相談を行い、老年期うつ病評価尺度（以下GDS）を活用してみてはどうかとの提案があった。（※１）

平成28年６月中旬に第１回目の評価を行った。評価結果として、15点中10点という評価であり、『うつ状態』であるとの結果となった。

嘱託の精神科医にこの結果を相談したところ、老人性うつ病の患者に対して良い接し方を２点教えていただいた。１つは『自然の豊富な場所などを散策すること』、もう１つは『高齢になってもできる趣味を行うこと』であった。あまり趣味がなく、これまでにも手芸などに誘うが「したくない」と答えられ、余暇活動に対して消極的であり、外の空気に触れる機会も少なかったＯさんに、外出する楽しみを持ってもらうため、近場への外出を企画した。活動を始めた当初、「どこにも行きたくない」と乗り気ではない様子であった。そのため、施設の外に出て外気浴を行ったり、玄関付近を散策し花を見ることから始めた。６月ということもあり、あじさいなどの初夏の花を見る機会を設けることができ、「もうこんな時期になったんか。何月かもわからんかったけど、花見たら分かるようになるな。」とＯさんからの言葉が聞かれた。２週間ほど経過した後、「一度ドライブにでも行きませんか。」と誘い、施設から車で５分ほどの場所にある港湾に外出を行った。外気浴を定期的に行っていたためか、「行ってみようか。」と積極的な言葉が聞かれた。30分程度の外出であったが、倦怠感や疲労感を訴えることはなかった。外出の際も、水平線を眺めながら「日差しが暑いな。もう夏やな。」と話していた。

外出後、「どうでしたか。」と言葉を掛けると、「まあ、良かったな。でも、しんどいのは嫌や。」などの言葉があった。２週間後、職員が「お家の近くの神社に行ってみませんか。」と誘うと、「それやったら慣れた所やから行ってみるのもええな。」との返答があった。

施設から車で10分程度の自宅近くの神社に到着し、「懐かしいな。」と話しながら参拝した。手を合わせている際に「いつも元気に過ごさせてもらってありがとうございます。これからもできるだけ元気で過ごせますようにお願いします。」と小声で祈っていた。

帰所する直前、下校途中だった小学生が境内を通っており、「こんにちは。」と挨拶をされると、Ｏさんが小さな声で「こんにちは、可愛い子やな。」と答えていた。また、小学生が手を差し出すと、自ら手を伸ばし「こんな私と握手してくれて嬉しいよ。」と涙を浮かべ握手をしていた。帰所後、職員に向かい「ありがとうよ。今日はとても良い日になったわ。」と満面の笑みを見せていた。

その後も、１週間に１度は外出の機会を設けることにした。１時間程度のドライブから30分以上離れている淡路市にある伊弉諾神宮まで合計３時間以上になった外出を行い、施設の外に出ることがＯさん自身も次第に楽しみになってきている様子であった。また、日中活動においても、職員に話し掛けることが多くなり、以前から見られた神経痛の訴えも軽減していった。

２ヶ月間、週に１度程度の頻度で外気浴や外出活動などの機会を設け支援を行ってきた。結果、それ以外の生活の場面でも表情も見るからに明るく変化していった。

平成28年８月下旬、２回目のGDS評価を行うこととなった。結果として、15項目中該当するものが７項目であり、２ヶ月前は10項目が該当していたため『うつ状態』との結果であったが、今回の評価では３項目下がり『うつ傾向』まで改善することができた。また、外出活動を通し、長時間の乗車にも耐えうる心身の状態であることが把握できた。

また、ターミナルケア対応になる前後では、施設行事やボランティアによる行事などにも参加することは少なかったが、外出活動に取り組みだしてからは徐々に意欲的になり、夏祭りなど施設全体での活動にも多く参加するようになった。

4　体力の向上に向けて

身近なところへの外出を続けながら、体調を整えるために食事面でのアプローチも行った。管理栄養士や看護師、支援員などがＯさんの希望を聞きながら勧めていった。

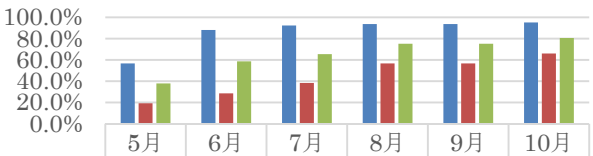
ターミナルケアに移行した際、前月（平成 28 年４月）の平均の食事摂取量は 54.2%であったが、体調が悪化した同年５月の食事摂取量は 38.0%と、実に 16.2%も減少していた。それに伴い、体重も４月の時点では 29.2 kgあった体重が、５月の計測時には 28.2 kgと１kg減少していた。食事を勧めるが活気が見られず、どんどん減退していく一方であった。管理栄養士の提案で、それまで主食をおにぎりで提供していたが、全粥に変更となった。また、みかんなどの生果物が食べたいとの希望があったため、昼、夕食時には生果物を付けるようになった。

主食を変更したことで、主食量は徐々に増えてきており、主食の平均摂取量が５月では 56.6%であったものが、次月の６月では、88.0%と増加した。しかしながら、副食の摂取量が増加せず、５月の平均摂取量が 19.2%であったものが、６月では 28.5%と、生果物を追加摂取した程度の数値にとどまった。そこで、管理栄養士から「プロテインを追加してはどうか」との提案があり、毎食に全粥内に追加して経過を見ることとなった。また、Ｏさんから、「量が多くて食べきれない」との話もあったため、全量を摂取できないのであれば、Ｏさん自身が見た目で食べられると思える量に変更して提供することを検討した。その結果、副食の量を１／２量に変更し、食器のサイズも食事の量に合わせて小さいものにした。

すると、徐々に食事量が増加し、７月では主食 92.3%、副食 38.3%、８月には、主食 93.6%副菜 56.6%となり、全体的に食事量が増加してきた。（表－１）

また、食事量の増加とともに、５月は 28.2 kgであったものが、６月には 29.5 kg、７月は 31.7 kg、８月では 33.6 kgと、減少していた体重を大きく取り戻すことができた。（表－２）

（表－１）



	5月	6月	7月	8月	9月	10月
主食	56.6%	88.0%	92.3%	93.6%	93.6%	95.2%
副食	19.2%	28.5%	38.3%	56.6%	56.6%	66.0%
全体	37.9%	58.6%	65.3%	75.1%	75.1%	80.6%

主食　副食　全体

（表－２）

	5月	6月	7月	8月	9月	10月
体重	28.2	29.5	31.7	33.6	33	34.1

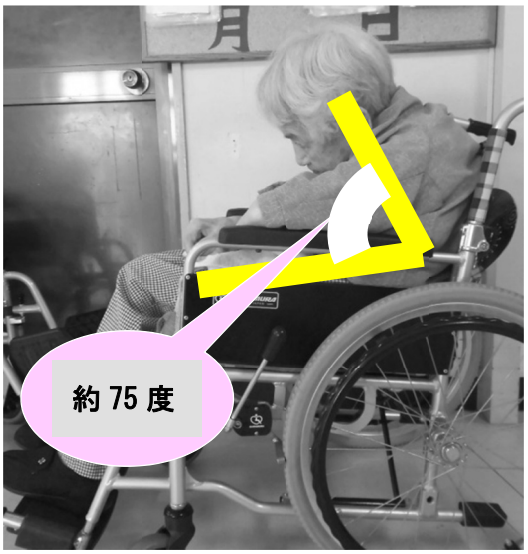
5　安定した座位姿勢を保つために

食事量が徐々に増加したことにより、体力の向上が見られた。しかし、日中、食事や水分摂取の際は離床して車いす上にて過ごしているが、座位姿勢が不安定であり、ひとたび食事が終わると「しんどいから横にして欲しい」と訴えることが多かった。その結果、離床時間は１日約３時間程度であり、ほとんどの時間をベッド上にて過ごしていた。また、ベッドでの姿勢についても、同じ姿勢だと身体全体の痛みがあり、こまめな体位変換が必要であった。

座位姿勢においても、垂直の姿勢が保てず、（写真１－Ａ）のように左側に傾くような状態になっていた。クッションなどをはさむことで真っ直ぐの姿勢を保つことができたが、「しんどい」と訴えることが多かった。また、もともと円背であり、前屈姿勢で（写真１－Ｂ）のように前かがみになっていた。そのため、身体の前方に負荷がかかり、座位姿勢を長時間保持することが困難であった。

（写真１－Ａ）

（写真１－Ｂ）



垂直に身体が保つことができないので、鏡を見ながら身体が真っ直ぐになるように座位姿勢を保つリハビリを行った。また、それまで臀部の痛みがあったために、アクションパッドなど褥瘡予防につながるクッションを使用していたが、それでは自身で座位のバランスを取ることが困難であった。柔らかなクッションを複数敷くことで、座位全体のバランスを保持することが容易になると意見があったため、座面クッションを変更した。そして、車いす前方の高さを上げることで、より後に体重がかかり座位姿勢が安定するようになった。

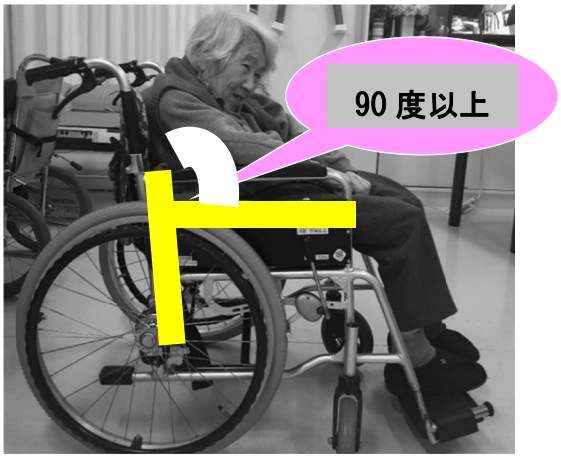
前屈する姿勢については、車いすに深く腰掛けるのではなく、浅めに腰掛けることでバックサポートに体重をかけられるよう改善を図った。

その後、鏡を見ながら座位姿勢を保持してもらうリハビリを行い、クッションを変更し、車いす前方の高さを上げ、座面に浅く座ってもらうよう支援を行った。変更した当初はＯさんも戸惑い、あまり離床時間の増加は見込まれなかったが、徐々に車いす上にて過ごす時間が増え、１ヶ月後には毎食時の前後 30 分程度離床時間が長くなり、１日の離床時間は５時間程度に延ばすことができた。２ヶ月が経過する頃には、ベッドで休みたいという訴えはなくなり、１日のほとんどの時間を離床して過ごせるようになった。

また、段階的に姿勢が安定しており、２ヶ月が経過した頃には、最初に見られた 15 度の傾きは５度以下となり、ほぼ垂直の姿勢を保つことができるようになった。（写真２－Ａ）また、前屈していた姿勢も腰部から太ももにかけて 90 度以上の姿勢になり、前面に掛かっていた体重が車いすのバックサポートに掛かるようになり、倦怠感の訴えは聞かれなくなった。（写真２－Ｂ）

（写真２－Ａ）

（写真２－Ｂ）



6　生家への外出の実施

これまでの支援で意欲の向上が見られ、いよいよ平成28年10月31日に当初の目的であった、出身地である神戸市西区にある子ども２人が眠る寺への参拝を行うこととなった。支援員とともに、体調面を考慮し看護師１名が同行することとなった。目的地の寺は施設より約65㎞。高速道路を利用し、車で約１時間30分の場所にある。外出前は精神面に不安があったが、「帰るんやな。楽しみや。」と話し、消極的な様子は見られなかった。車中でも外の景色を眺めながら「ええ天気や。」と話し、リラックスしている様子であった。昼食のため、途中サービスエリアに寄ると、「お寿司が食べたい。」との希望があり、売店で販売されていた鯖の押し寿司を購入し、明石海峡を臨む席にてゆっくりとした昼食を楽しんだ。「食べきれるかな。」と話していたが、全量摂取でき、「自分で選んだ物食べるのはええわ。」と喜んでいた。

高速道路を降り、目的の寺へ到着した。あいにく住職が不在であったが、近隣に住む檀家の方々に門を開けていただき中に入ることができた。階段があり、車いすではお堂の中に入ることはできなかったが、階段の下から阿弥陀如来に向かって手を合わせてお子様二人の冥福を祈った。その後、門を開けていただいたご近所の方々に、今こうやってお参りをしている経緯と、Ｏさんがこのあたりの出身であることを伝えると、偶然にも、淡路島に嫁ぐ以前のＯさんのことを知っており、「Ｏさんですね。覚えていますよ。」と話され、昔話に花を咲かせることができた。Ｏさん自身も忘れているような話をしていただき、目を潤ませる場面もあったが、このとき、Ｏさんの表情が見る見るうちにいきいきとしはじめたことを、同行した職員は見逃さなかった。

歳を重ねていくうちに、失われていったもの、自ら消してしまったものがＯさんの中にあったかもしれない。ひょっとしたら、もう自分は何もできない、無価値な存在だと思いながら施設での生活を送っていたのかもしれない。しかしそうではなかった。長年、帰っていなかった生まれ故郷でも、その地域の人たちが覚えていてくれた。誰かの心の中で、自分という存在が今も生き続けていた。そう、二人の息子さんが今も心の中で生き続けているのと同じように。Ｏさん自身がそのように感じたのではないだろうか。このご近所の方々との再会は予定されていたものではなく、思いがけぬ収穫であったが、この再会によってＯさんが自分の存在意義を再確認したことは間違いなく、その場に居合わせた職員もＯさんの思いが伝わり、思わず目頭が熱くなった場面であった。

帰路の車中では「こんなんできると思わなかった。悔いが残らんようにしてくれてありがとう。」と言葉を詰まらせながら職員に話していた。道中、倦怠感や疲労を訴えることはなく、帰所した後も体調を崩すことはなかった。

外出後、同行しなかった職員から「外出はどうでしたか。」と言葉を掛けられると、嬉しそうに「良かったよ。ありがとう。」と答えていた。

7　結果と課題

(1) GDSについて

平成28年12月に３回目のGDS評価を行った際、15項目中６項目が該当し、８月に行った際に比べて１項目減少した。また、その２ヶ月後に４回目のGDS評価を行った際も同じ数値であった。表情も明るく、以前に比べ精神状態は継続して安定している。

(2) 食事について

食事量も増加し、平成28年10月の平均では、主食が95.2%、副食66.0%の全体平均80.6%であり、その後も徐々に増加していった。平成29年１月平均では、主食99.8%、副食96.4%、全体平均摂取量が98.1%と安定した食事量を摂取することが継続されている。

また、それに伴い、体重も徐々に増加し、ターミナルになった平成28年５月では、28.2㎏であったものが、平成29年１月では35.8㎏と、実に７㎏以上増加した。

(3) 体力について

以前はベッド上にて過ごす機会が多かったが、外出後は日中ベッドで休むことがなくなり、座位姿勢も安定している。現在では就寝時以外は車いすにて他の利用者とともに過ごしている。また、以前に頻繁にあった神経痛の訴えは現在見られない。

Ｏさんへの取り組みを通じ、強く感じたことがある。それは「目的」を持ってもらうことの大切さである。Ｏさん本人が「目的」を持ち、達成に向けて意欲を高めることができたのである。そして、Ｏさんの思いを、支援員、施設ケアマネジャー、看護師、管理栄養士といった多職種の職員が共有し、その実現に向けて携わったことで、「目的」が達成されたといえる。

しかし、前述のように今後は中重度要介護者、意思疎通の困難な方の入所増加が見込まれるなかで、Ｏさんのように利用者本人から直接希望を伺うことができない状況が多くなる可能性がある。また、遠慮などから、思いを胸に秘めたまま口にしない利用者もいるであろう。そういった方々の思いや希望をいかに引き出すことができるか、そして実現するために、どのよう

にして「目的」を持ってもらうか。それが今後の課題である。

そのためには、日常の支援を通じて「この職員は希望を聞いてくれる」と思ってもらえるような支援を行い、信頼関係を構築することが必要となる。ふとしたときに発せられるサイン、言葉の中にもヒントがあるかもしれない。そして、ご家族と連携して、利用者の歩んできた人生背景、性格傾向、人間関係などをヒヤリングし、「もしかしたら、こういった希望があるのではないか。」「こんなところへ行ってみたいのではないか。」と推測すること＝「想像と創造の力」が求められる。

たとえ、利用者がこれまで歩んできた人生の輪郭がぼんやりとしていても、それを可能な限り読み取ることで、その人の人生を最後まで鮮やかに彩るためのお手伝いをする。それが、これから私たちに求められる役割であり、目指すべき支援である。

（※１）老年期うつ病評価尺度（GDS）

高齢者を対象としたうつ症状のスクリーニング検査である。現在の心理状態に関する 15 項目の質問に回答していただき、その中で５個以上該当していれば『うつ傾向』、10 個以上該当していれば『うつ状態』であるというものである。

平成29年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査参加報告
～スウェーデン･デンマークにおける障害者福祉の取り組みと処遇状況～

障害者支援施設　赤穂精華園成人寮　松井　悠介

要旨抄録

このたび、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが主催する、民間社会福祉施設職員等海外研修・調査のヨーロッパ班に参加し、福祉先進国である北欧諸国の障害児・者福祉関係施設を訪問した。そこで利用者の処遇状況及び処遇技術の説明を受け、障害者福祉における取組みと現状について学んだのでその内容を報告する。

・研修国　欧州における２か国２都市
　　スウェーデン（ストックホルム）デンマーク（コペンハーゲン）
・研修期間　平成29年９月３日～15日

キーワード

スウェーデン、デンマーク、高福祉高負担、自己決定権

１　研修施設

スウェーデン（ストックホルム）

施 設 名	形　　態
スウェーデン・クオリティ・ケア	民間企業
ハビリテーリングスセンター・ヤルヴァ	ハビリテーションセンター
ヘッグヴィークス・ジムナシウム	特別高等学校
ションダルス・グルップボスタード１	グループホーム
アストラカン・ダーグリガ・ ヴァルクサムヘート	デイアクティビティーセンター

デンマーク（コペンハーゲン）

通訳から、障害児・者福祉のレクチャー	
スヌーズルフセット・ゲントフテ	スヌーズレンハウス
ソフィエスコーレン	保育・教育施設と治療入居施設
イェルペミッデルセントレット	補助器具センター
スヴェーネヴァイ	軽度障害者の就労施設と メディアスクール

２　研修内容

(1) スウェーデン（ストックホルム）

①スウェーデン・クオリティ・ケア
(Swedish QualityCare)

民間企業であり、大学や自治体などがそれぞれのノウハウやシステム、プロダクトを広く世界に貢献するために2007年に設立した。医療・福祉・教育などの分野において、視察や研修、実習プログラムを専門に手配しており、本研修では、スウェーデンの障害者福祉事情に関してレクチャーを受けた。

スウェーデンでは、国民運動の歴史が長く、障害者団体の社会への影響力が強い。1980年代から大型福祉施設の解体が進み、1994年には全ての大型施設が解体され、国の補助を受けながら在宅とグループホームに移行した。

「患者から市民へ」障害者の人としての権利が尊重されるようになる。

②ハビリテーリングスセンター・ヤルヴァ
(Habiliteringscenter Järva)

県が運営する施設であり、地域の障害者（身体や知的、自閉症など対象者は多岐にわたる）のハビリテ

ーションを行っている。「リハビリテーション」が、何らかの理由で低下した能力や機能を回復することを意味するのに対して、「ハビリテーション」とは、障害者が日常生活で直面すると思われる困難を軽減する。そして、新たな機能やスキルを獲得していく取り組みを指している。そのために、各専門職（ソーシャルワーカー・心理士・セラピスト等）が連携し支援を行う。

③ ションダルス・グルップボスタード１
(Sköndals gruppbostad１)

知的障害者のためのグループホームで、集合住宅の一部が施設になっており、施設以外は一般の住宅である（建築時に市の要請により、グループホームを含めることが義務づけられていた)。重度障害者も入所しているため、職員は24時間体制で、夜勤職員も配置されている。トイレや浴室は広く、設備は整っており、ベッド周りには天井リフトが完備されている。16歳までに知的障害者であると認定された方が対象であり、市よりグループホームの利用が必要と認められれば、空き状況の中からグループホームを選択できる。家賃や食費は自己負担であるが、障害年金で賄うことができる。

施設（集合住宅）外観

④ アストラカン・ダーグリガ・ヴァルクサムヘート
(Astrakan Daglig verksamhet)

一般就労が困難な知的障害者のための市立の通所施設であり、アクティビティグループ（散歩・絵画・体操・音楽療法等）と就労グループ（ローソクやアクセサリーの手工芸品作成等）に分かれて活動している。利用者は軽度から重度まで様々であり、知的障害に身体障害や精神障害を重複している方も利用している。受け入れ可能な利用者の年齢は原則20～65歳となっているが、例外的に65歳以上の方もいる。

(2) デンマーク（コペンハーゲン）

①スヌーズルフセット・ゲントフテ
(Snoezelhuset Gentofte)

デンマークにある９つのスヌーズレンハウスの一つ。2002年に設立した自治体の施設で財源は自治体と入場料収入（１時間約7,000円程度）である。それぞれに感覚刺激が異なる５つの部屋があり、知的障害や自閉症、認知症、脳卒中患者等を対象としているが、一般市民にも提供されている。スヌーズレンはオランダが発祥で、認知症や発達障害児、心理的ケアの必要な人などの治療においてその効果が実証されてきている。

② スヴェーネヴァイ（Svaenevej）

軽度の知的・身体障害者を対象としたコペンハーゲンにおいて歴史ある授産施設で、専門知識を学ぶための学校（メディアスクール）や、就労の場、コペンハーゲン市知的障害者スポーツ協会が一体となっている。

・メディアスクール…映画やCMの制作等、メディアに関する様々なことを学んでいる。障害者のための音楽フェスティバルの企画も行っている。
・絵画…美術スタッフの指導のもと、絵画の制作に取り組んでいる。作品は展示会で販売しており、ポストカードとしても購入できる。
・織物…機織り機にてバスマットや鞄を制作し、販売している。
・その他…梱包作業や、施設内のカフェでの調理作業、園芸作業（芝生の手入れや木の伐採、雑草の除去）に取り組んでいる。

３　おわりに

訪問先の施設は、どこも十分なマンパワーによる手厚い個別支援が行われていた。さらに、情報共有を徹底することで統一性のある支援を行い、職員対応や環境が変わることによる利用者への負担を少しでも軽減できるような配慮が行き届いていた。

また、スウェーデンやデンマークの障害者福祉において、自己決定がとても大切にされており、支援の根幹をなすものであるという印象を受けた。「自分のことは自分で決めたい」という誰しもが持っている欲求や権利を満たすためにはどのような配慮が必要なのか。それが意思の伝達が困難な重度障害者においても、非常によく考えられており、可能性を見出す取り組みが行われていた。そして、それを考え実践することが支援の質と専門性の担保に繋がると感じた。

“エイジレス社会”海外福祉事情・調査研修に参加して
～デンマーク・ノルウェーの高齢者ケア比較研修～

特別養護老人ホーム　あわじ荘　濵野　陽子

要旨抄録

福祉先進国と言われるデンマークとノルウェーで、両国の高齢者福祉制度について理解し、どのような仕組みでサービスが提供され、支援者の思いや考え方はどうなのか、利用者はどのように感じてサービスを利用しているのかを実際に見聞し、感じることで、今後の事業団の福祉サービス、施設ケアの質の向上につながる知見を得たので報告する。

キーワード

人権の尊重、自己決定、有意義な生活

1　研修の概要

(1) 研修場所：
デンマーク（コペンハーゲン市・ドラゴー市・ヤーレン市）
ノルウェー（オスロ市）

(2) 研修期間：
平成 29 年 11 月 12 日（日）～11 月 18 日（土）
（5 泊 7 日）

研修メンバー（ニューハウンにて）

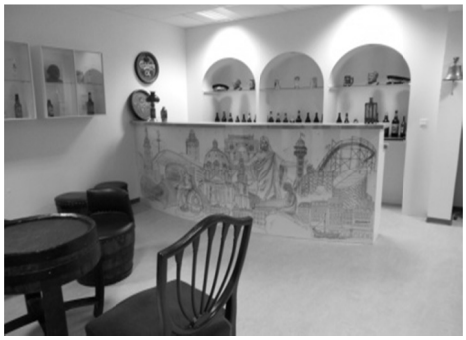
(3) デンマーク・ノルウェーの医療・福祉制度

労働者の約 35%が公務員であり、医療、福祉に関わる人材のほとんどが公務員として働いている。

医療システムは医療が必要な時に、一人ひとりが登録している家庭医に受診。病院の一般外来は存在しない。家庭医が休診の場合や、夜間、救急の際には看護師が対応し病院と連携している。歯科以外の医療費は無料。

(4) 視察１　ポッペルボナーシングセンター
（24 時間看護付高齢者住宅）

支援が必要な方や重度認知症の高齢者などを対象とした入居施設５施設や在宅ケア用配食サービスなどが併設されている総合施設である。自己決定を尊重し、孤独にならないような環境づくりを心がけている。



(5) 視察２　ヴィダゴーアクティビティーハウス
（保健センター）

高齢者対象の住居や活動を提供している複合施設。ボランティア利用者による民主的運営のもと、“共に時間を過ごす場所”、“アクティビティの場所”として 1200 名以上の利用者にヨガ等 60 種類の活動を提供し続けている。

(6) 視察３　ファーゲルトゥンシュケイエム

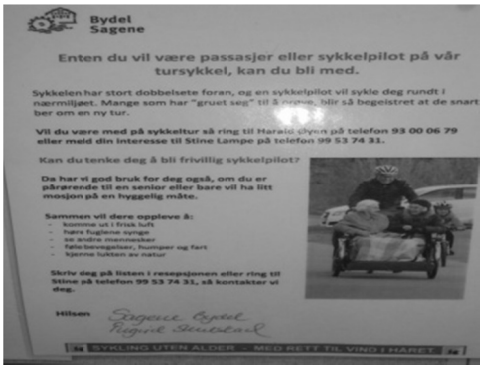
（高齢者病院）

約 20 名の長期居住者と約 38 名の要介護の高齢者が住んでいる高齢者病院。医師、看護師、PT、OT、美容師、フットセラピー等の多職種が勤務しており職員数は 110 名。施設の経営哲学は入居者が前向きに生き、職員が仕事を楽しめる環境にすることである。

(7) 視察４　サゲネシニアセンター

（在宅訪問看護・介護）

高齢者住宅兼認知症高齢者の方のデイケアサービスを提供している施設。デイサービスでは１年分のプログラムが作成されており、60 歳以上で認知症の方であれば参加可能。１日 100 名程度の方が利用している。高齢者住宅では、67 歳以上で現在の住居環境に問題があり在宅では生活が難しいが環境の整った施設では自立した方が入居できる。



(8) 視察５　オーカンホーム

（高齢者住宅兼デイケアセンター）

高齢者住宅兼認知症高齢者の方のデイケアセンター。56 名の住人に対し 100 名程度の職員がいる。「意義ある一日にする」を理念とし６つの柱を基とし、自己決定を原則にした支援を行っている。

２　まとめ

デンマーク、ノルウェーともに所得税は、国税、県税、市税を合わせて所得の５割以上が徴収され、消費税は25％と高負担であり日本とは医療・福祉制度も文化も異なる。しかし、高齢者三原則（生活の継続性・保有能力の活用・自己決定）の基本理念に基づき、高齢者の方々の人権を尊重して、有意義な生活を保障するという考えの原点は同じだと感じた。

この研修を通し、「自由」「自己決定」「個人の尊重」など改めて重要だと実感したことを今後も職場内で積極的に発信していき、利用者のサービス向上に努めていきたい。

本紀要に掲載している個人情報につきましては、お取り扱いに
ご配慮くださいますようよろしくお願い申し上げます。

紀要
2017年度版

発　行　　平成30年３月
発行者　　社会福祉法人　兵庫県社会福祉事業団
〒651-2134
神戸市西区曙町1070（総合リハビリテーションセンター内）
TEL (078)929-5655(代表)　FAX (078)929-5688
URL: http://www.hwc.or.jp　E-mail: info@hwc.or.jp