

自主研究・実践グループ活動報告書

テーマ『救護施設における地域移行プロセスの取り組みについて ～地域移行プロセスモデルの「見える化」の実現～』

○チーム名 『のぞみの家』

○メンバー 主 任 下浦 圭介（リーダー）

課 長 三枝 知子

支援員 吉川 龍之介

支援員 小倉 隼也

支援員 三木 明子

支援員 高次 真由美

I はじめに

「いつになったら、施設（のぞみの家）から出ることができるのか？」という不安を利用者から耳にする。将来の生活における悩みや不安を受容しながらも、「救護施設を出ることが最終目標ではなく、今後の人生をどのように歩んでいくのかを一緒に考えましょう。」と利用者の方に伝えている。

利用者と支援者が、現時点での社会スキルの確認や、課題をわかりやすく認識することができれば、利用者はより地域移行を目指した施設生活を送ることができる。救護施設として、利用者の地域移行を追求していくことが、利用者のQOLの向上に繋がると考える。

II 研究の目的

救護施設は、通過・中間施設とも呼ばれ、生活保護受給者（生活困窮者）が、生活の立て直しを図り、地域生活を目指す施設である。しかし、救護施設によっては支援の方法や活動の提供も様々であり、利用者個々の社会スキルの把握や、地域移行に向けての支援課題が曖昧なこともある。

そこで、救護施設は地域移行（居宅生活）を目指す利用者に対して、入所から退所までのプロセスを実際に利用者が目で見て確認できること（見える化）が求められている。具体的には、居宅生活までに至る必要な社会スキルや目標を細分化し、対象者がスクリーニングできるような『地域プロセスモデル』を作成する。ここでいう「プロセスモデル」とは、入所から退所までのステップアップという意味と、地域移行に求められる社会スキルの過程という意味がある。プロセスモデル実現することで、地域移行への見通しや社会スキルを視覚的に確認でき、モチベーションの向上にも繋がる。支援者も、個別支援計画への反映や他職種、他機関との連携や情報共有への活用が期待される。

Ⅲ 研究の方法

1 地域移行プロセスモデルの作成

(1) 地域移行プロセスモデルの作成において、はじめに、入所から地域移行（退所）に至るまでを図式化した（別紙1）。

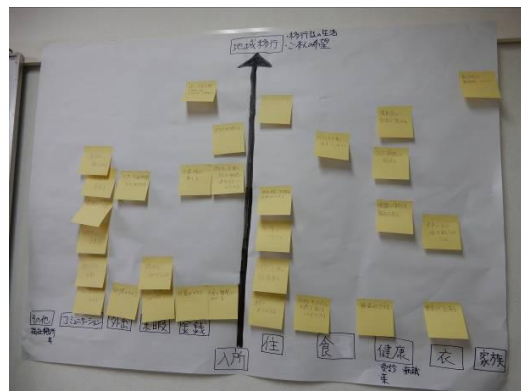
次に、入所から地域移行のモデル作りに必要と思われる社会スキルについて、KJ法を使用して抽出し（写真1）、社会生活に必要なスキルをスクリーニングできるようなプロセスモデルを作成した（写真2）。尚、社会スキルとは、『社会生活力プログラム』（参考文献参照）の25のモジュール（以下「項目」）から、9個の項目を研究メンバーで選定し、そのほかの項目については、「その他」とした。

(2) のぞみの家で、日中活動として実施している社会生活力プログラムの活動の中で、施設から地域移行を目指している利用者を小グループ（3グループ）に分け、（1）と同様の作業を実施した（写真3）。

また、グループごとに模造紙に意見を貼りだした（写真4）。



（写真1）職員による社会スキル抽出の様子



（写真2）抽出したスキルの貼りだし（職員）



（写真3）利用者による社会スキル抽出の様子



（写真4）抽出したスキルの貼りだし（利用者）

(3) (1) と (2) を集約したものを「のぞみの家地域移行プロセスモデル」として統一した。項目をマグネットシートに転記し、ホワイトボードに貼り、一覧できるようにした(写真5)。ここでの評価の方法は達成(できる)・未達成(できない)の2択とし、達成できた項目(マグネットシート)は裏返すと色が変わり(「やったね!」という文字に変わる)、視覚的にも自分の達成状況や、項目別に、得意な項目・不得意な項目を体感できるよう工夫した(写真6)。



(写真5) 地域プロセスモデル

2 地域移行プロセスモデルの有効性

(1) 地域移行プロセスモデルを紙ベース

に置き換え、評価をグラフィック・レーティング尺度(Graphic Rating Scales)を使用し、5段階で評価を行

い数値化した(評価項目を、よくできている(4点)、まあまあできている(3点)、普通(2点)、あまりできていない(1点)、できていない(0点))。プロセスモデルでは2段階評価であったため、区別するために評価表の名前を「地域移行プロセスシート」とした(別紙2「のぞみの家 地域移行プロセスシート評価表」参照)。



(写真6) シートを裏返し達成状況を確認

(2) 地域移行プロセスモデルを使用し、①居宅移行に向けて、移行準備(家探し等)段階である利用者(以下、「居宅移行予定者」)、②今年度居宅生活に移行できた利用者(以下、「居宅移行者」)、③居宅生活訓練事業等で、居宅移行に向けて生活訓練を実施したが、達成できず施設生活が継続している利用者(以下、「居宅訓練者」)、それぞれの評価を実施した。

IV 研究の成果

1 地域移行プロセスモデルの作成

(1) 入所から退所(地域移行)までに必要な社会スキルやプロセス(目標)モデルを提示することができた。

(2) 社会スキルにおける目標を具体化、自身の達成状況を視覚化しながら、地域移行における自分の強みや弱みの確認と、課題の明確化を実現することができた。

(3) 支援員については、利用者と共に振り返ることで、新たなニーズの発見や個別支援計画への反映に繋がった。

2 地域移行プロセスモデルの有効性

今回の研究では、実際にのぞみの家の居宅移行予定者（A・B・C）、居宅移行者（D・E・F）、居宅訓練者（G・H・I）（計9名）の評価を実施し、(図表1)は、地域移行プロセスシートの評価対象者についてまとめたものである。その結果、次のとおり有効性を確認することができた。

- (1) 尺度 (Graphic Rating Scales) を用いた評価表で数値化することにより、専門職や関係機関などの第3者にもわかりやすい情報提供や共通認識のツールの実現となった。
- (2) 居宅移行予定者、居宅移行者、居宅訓練者（居宅移行を希望しているが、実現が難しい利用者）の比較をすることで、居宅移行における必要なスキルの傾向や、利用者に応じた支援の指針を探ることができた。

図表1：地域移行プロセスシート評価対象者について 令和2年1月現在

	氏名	性別	年齢	主な障がい	入所年数
居宅移行予定者	A	男	40代	統合失調症・人格障害	3年
	B	男	50代	なし	9か月
	C	女	50代	妄想型統合失調症	1年11か月
居宅移行者	D	女	30代	統合失調症	1年10か月 (H30.1退所)
	E	男	50代	統合失調症・うつ	6年(R1.5退所)
	F	男	50代	幼時期頭部外傷・高次脳機能障害 アテローム血栓性脳梗塞後遺症 右内頸動脈閉塞性後遺症	3年11か月 (H30.7退所)
居宅訓練者	G	男	60代	脳血管性認知症 脳梗塞後遺症	8年5か月
	H	女	60代	統合失調症型障害・軽度精神発達遅滞高血圧症	2年10か月
	I	男	50代	右上下肢機能全廃 高次脳機能障害 症候性てんかん	8年1か月

また、各項目によって、評価スキルの数にばらつきがあったため、各項目の得点は、パーセンテージで数値化(図表2)するとともに、居宅移行予定者、居宅移行者、居宅訓練者の平均点に着目し、項目別に比較したところ次の結果が得られた(図表3)。

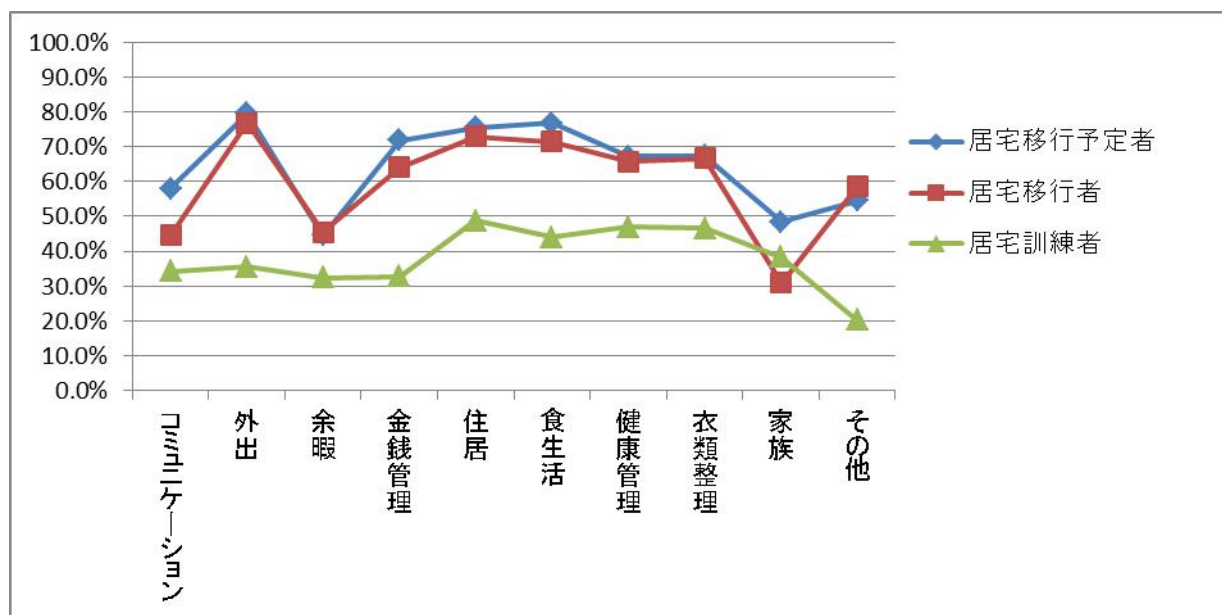
- (1) 社会スキルの項目別平均を比べると、居宅訓練者（地域移行が難しい利

- 用者)は居宅移行予定者や居宅移行者と比べて、外出のスキルに差が出た。
- (2) 家族との関係は、居宅移行者が、居宅訓練者よりも評価が低い結果となった。
- (3) コミュニケーションや余暇スキルの評価が低い結果となったことも、支援者として、精神障がいを罹患している方への支援の在り方において、さらなる研鑽の必要があると強く受け止めた。

図表 2：のぞみの家 地域移行プロセスシート評価表集計

項目	居宅移行予定者				居宅移行者				居宅訓練者			
	A	B	C	平均	D	E	F	平均	G	H	I	平均
コミュニケーション	51.3%	68.8%	53.8%	57.9%	67.5%	37.5%	28.8%	44.6%	25.0%	45.0%	32.5%	34.2%
外出	76.7%	78.3%	83.3%	79.4%	78.3%	63.3%	88.3%	76.7%	26.7%	45.0%	35.0%	35.6%
余暇	25.0%	69.4%	38.9%	44.4%	66.7%	36.1%	33.3%	45.4%	33.3%	22.2%	41.7%	32.4%
金銭管理	87.5%	68.8%	59.4%	71.9%	39.1%	62.5%	90.6%	64.1%	23.4%	32.8%	42.2%	32.8%
住居	72.4%	78.9%	75.0%	75.4%	71.1%	67.1%	80.3%	72.8%	52.6%	63.2%	30.3%	48.7%
食生活	73.2%	76.8%	80.4%	76.8%	80.4%	64.3%	69.6%	71.4%	33.9%	53.6%	44.6%	44.0%
健康管理	65.6%	73.4%	62.5%	67.2%	54.7%	68.8%	73.4%	65.6%	48.4%	53.1%	39.1%	46.9%
衣類整理	68.8%	58.3%	75.0%	67.4%	75.0%	50.0%	75.0%	66.7%	41.7%	62.5%	35.4%	46.5%
家族	65.0%	30.0%	50.0%	48.3%	20.0%	20.0%	52.5%	30.8%	40.0%	57.5%	17.5%	38.3%
その他	52.7%	48.6%	62.2%	54.5%	63.5%	56.8%	55.4%	58.6%	18.9%	25.7%	16.2%	20.3%

図表 3：のぞみの家地域移行プロセスシート項目別グラフ



V 今後の課題

今回の取り組みでは、利用者の地域移行に向けてのプロセスを具体化し、視覚化することができたが、プロセスモデルの項目については、追加及び精査できる部分もあるため、今後も項目の修正及び追加を実施していく必要がある。

また、評価表の尺度についても、グラフィック・レーティング尺度（Graphic Rating Scales）を使用した。この尺度の特徴として、評価項目ごとに分析的でないし、弁別的に評価する意味で一定の意義があるが、何をもって、「まあまあできている」や「あまりできていない」と評価するのかなど、正確さやフィードバックの妥当性などに関しては課題がある。今後は、評価や尺度を専門的に扱っている機関などと連携し、より精度で根拠のある評価を目指していきたい。

しかし、今回の目的である地域移行プロセスモデルの「見える化」において、専門職のみが理解できる指標ではなく、誰もがわかりやすいものであることが前提であることを忘れてはいけない。

VI おわりに

今回の取り組みを終え、「入所から退所に至る中で、利用者と支援者が思い描く必要な地域移行（社会）スキルの視点が違う」ということを強く感じた。Ⅲ章で KJ 法を使用し、利用者と職員が社会スキルを書き出すという作業を実施した。職員は、社会生活における抽象的な意見や学校で習うような意見（例えば、銀行を利用する、交通ルールが理解できる）に対し、利用者は、生活を送る上で具体的な意見（例えば、寝る前に火の始末や鍵の確認ができる、〇〇（自分が希望する場所）に行ける等）が多く、さらに、目に見えないスキル（相手との距離を保つ、人に信頼してもらう）という視点が印象的であった。

もうひとつは、「外出支援の必要性」である。Ⅳ章での地域プロセスモデルの有効性において、居宅移行者や居宅移行予定者は、1 人での外出が当然のようにできている。1 人で外出することは、自分の移動手段を持ち合わせていることのほかに、時間の認知や、地理（空間）の認知、場合によっては人に助けを求めるといったコミュニケーションも必要であるなど、他の社会スキルに比べても、求められるスキルが多い。日中は、施設の中で過ごしたり活動したりするだけでなく、公共機関や地域のイベントに積極的に参加することを、日常的に実施するなど、少しでも外出の機会を多く提供することがその人の社会スキルの向上に繋がるものである。

最後に、利用者・職員に地域移行に必要な社会スキルと題し、各項目にわけて抽出・整理を実施したが、獲得する社会スキルの優先順位や重要性については、決定することができなかった。なぜならば、生活において、何を大切にし、どのように生活を送るのかは、個人において様々であり、また、今回の研究で抽出された地域移行に必要な社会スキルをすべて達成できる人は稀だからであ

る。

しかし、自分らしい生活を営むためには、健康管理や食生活、社会マナーなど、地域で生活するために基本的な社会スキルを獲得することで、自分らしい生き方の選択の幅が増えると考ええる。地域生活に必要な社会スキルにおける研究を継続し、利用者の自分らしい生活の実現に向け取り組んでいきたい。

添付資料

（別紙１）「地域プロセスモデル図式」

（別紙２）「のぞみの家 地域移行プロセスシート評価表」

参考文献

〔１〕奥野英子ほか（２００６年）『自立を支援する社会生活力プログラム・マニュアル～知的障害・発達障害・高次脳機能障害等がある人のために～』 中央法規

〔２〕奥野英子ほか（２００９年）『地域生活を支援する社会生活力プログラム・マニュアルー精神障害のある人のために』 中央法規