

に対し、入居者が広がりのある複数の選択肢の中から、自分の希望や意思に沿って物事を選ぶように支援することで、生活を豊かにしようとする視点。

- ③ 社会との繋がり…サポートホームの支援者と家族以外の、第三者との関わりがスムーズにできるように支援することで、地域の中で孤立せず生活できる環境をつくることを志向する視点。
- これらのアセスメントは、アセスメントシート（図3）に記入していききました。時間を追って目に見える形で記録していくことで、入居者に必要な支援の中身や量を把握することができました。また、入居者の了承のもと、このアセスメントシートを

ほかの社会資源と共有することで、入居者に有効なアプローチを相互に確認する手段としても使うことができました（図4）。

◆記録とフィードバック

サポートホームの支援者は、訪問によって入居者のひとり暮らしのアセスメントをしました。訪問の頻度は入居者のニーズによって異なりますが、基本的には最初は毎日数時間から始めました。そして最終的に地域でひとり暮らしを始めるまでには、月1度の訪問で生活が把握できるよう、計画的に訪問頻度を減らしていききました。

支援者が訪問をしなくても、入居者が自分の生活を振り返ったり、支援者が入居者の日々のニーズを把握できるように、基本的には3種類の記録をつけていただきました。

- ① 行動記録（図5）…睡眠リズムや食事の時間などの生活を記録するもの
- ② 家計簿…ひと月ごとの収入と支出、生活費が把握できるもの
- ③ 生活記録（図6）…食事や家事の内容と、気づいたことや新たな発見を書き留めておくもの

入居者にこれらの記録をつけてもらうことで、支援者は記載内容の意味や背景を理解しながら、ニーズの把握や解決策の提案をしていききました。支援者の訪問時に記録を使って話し合いをし、よくできていることや変化があったことを入居者にフィードバックすることで、入居者が自信を持って生活していけるように支

アセスメントシート
< 編 >

名前：〇〇さん	提案日： 年 月 日（ ）
テーマ：	
ねらい：	
現状：	
本人の考え（ニーズ・反応）	支援者の考え（提案）
折り合い点（目標）	
関わりのポイント	
折り合い（目標）にむけた課題・評価	実施期間

図3

アセスメントシート
 <生活の豊かさ編>

名前：Aさん		提案日：2009年 7月30日（木）
テーマ：ホームヘルパーの導入		
ねらい：地域でのひとり暮らしを想定し、サポートホーム支援者以外の社会資源との関わりで、より幅広いメニューから食事を選ぶようにする。		
現状：サポートホーム支援者の提案を受け入れレパートリーが広がってきたが、支援者の介入がなければ固定しがち。		
本人の考え・様子	支援者の提案	
ヘルパーさんに細かいことを言われるのは嫌だけど、そうい うことがなければ、まあ悪くはない。	自炊はよくやっていて素晴らしいけど、よりよい食生活をする ために、ヘルパーさんと一緒に調理を教わるのはどう？	
目標（折り合い点）		
利用してみて嫌であれば利用を中止することを前提として、一度導入する。		
関わりポイント		
ヘルパー導入により、具体的にどういった変化があるのか等、具体的な見通しをもたせて伝える。		
目標（折り合い）にむけた課題・評価	実施期間	
より栄養バランスのとれた食事や、手の込んだ料理を生活に取り入れられるという視点で、ホームヘルパー 利用の提案をした。本人は最初、ヘルパーさんから何か注意されるのではないかと誤解（イメージ）が あったが、丁寧に説明したところ、安心した表情を見せた。また「女性ヘルパーさん」という言葉に時折嬉 しそうな表情もみせていた。 →本人も導入に関して「構わない」ということを言ってくれたので実際の導入の検討をしていく。	7月30日 （提案日）	
ヘルパー導入のアンケートをお願いした。 「本当にヘルパーさんを使わなきゃいけないんですか」とアンケート記入を渋る様子を見せる。調理とい うよりも、ヘルパーさんと自分の趣味の話をしたという希望が大きい。ヘルパーさんに作ってもらった材料 費が実費ということに、渋い表情をする。 「食材を使いまわしてもらえれば逆に食費が安く」などヘルパーさんに来てもらうメリットを再度話し、「1 度来てもらって嫌だったらまた考えよう」ということで本人も了承した。	9月3日	
明日、ヘルパーとの契約があることを伝えた。 <u>不安なのか拒否気味の様子だったので、まずは1度導入してみ て、嫌だったらキャンセルしてもいいことを伝えた。</u>	10月1日	
契約日。 ヘルパーが入ることで、「メニューを決めるのがストレス」「何をどれくらい買えばいいのかわからない」「いくらかか るのかわからない」「食材が余ったら困る」「保存はどれくらいできるのかわからない」などの不安を持っていた。契約時にヘルパ ーと交え、メニューの話をし、具体的な買い出しリストを渡すと「意外と買うものが多くない、こんなに いいんですね」と、見通しがたって少し表情が和らいだ。 <u>一嫌だから拒否というより、わからないから拒否、という部分が強かったと思われる。</u>	10月2日	
ヘルパー導入初日。（引き継ぎのためヘルパーさんと一緒に訪問） 本人は食材の賞味期限を気にし、「（実家へ帰宅する）週末までに食べきらなければ」という意識が強かつ た。しかし「この食材は1週間もつ」「この食材は冷蔵庫に入れておけば腐らない」など、1つずつ説明し、 本人の「食べきらなければ」という意識をやわらげ、安心して食材を残せるように伝えていった。 ヘルパー導入までは不安な様子であったが、買うもの見通しも立ち、実際にヘルパーさんとの関わりを楽 しめた様子。次回の訪問を楽しみにしていた。ヘルパー導入前はメニューを自分で決められなかったが、本 人から「次週は誰を旋いでみたい」との希望があった。	10月7日	
ヘルパー2日目。（前回同様引き継ぎのためヘルパーさんと一緒に訪問） 訪問した際には、前回一緒に作ったポテトサラダをすでに自分で作り始めていた。予定通り「鮭」をヘルパ ーさんに教わりながら焼いた。 調理の教え方や接し方は特に問題ないが、次週のメニュー決めが課題になりそう。本人はすでに自分ひと りで作ったことのあるものや、ヘルパーさんと一緒に作って、ひとりでもできるようにしたものを選ぶこと が考えられる。「ヘルパーさんと一緒に調理する時は、一品は自分ひとりで作れないものにする」というこ とを、本人・ヘルパーさんと確認した。	10月14日	
ヘルパーさん単独で3度サービスに入ってもらった。その様子を聞き取る中で、「自分の趣味の話をする時 間が多いかもしれない」「食事作り自体は楽しんでやれている。買い物も不安はない様子で問題なく行えて いる」ということがわかった。 慣れたメニューで早く終わらせて話の時間を多くもとうとすることが考えられ、エスカレートしていく可能 性もあるため、サービスの時間や関わり方を再度検討していく。 （※導入時のサービスは週1回、2時間）	11月4日	
ヘルパーと一緒に作った「ハンバーグ」を写真で撮ってメールしてくれた。 楽しく調理をしている様子。	11月11日	
ヘルパー・本人と3者で決めたルール通り、基本的にヘルパーとは新しいメニューを作るということは守ら れている。本人も満足している様子。	12月3日	
ヘルパーと一緒に作って覚えたものを、ひとりで作っていた。 また、ヘルパーと作ったものから、自分でアレンジして新しいメニューに挑戦していた。「料理に興味が出 てきた」と言っている。	12月17日	

図4

援していきました。

4. サポートホーム事業の成果
と課題

サポートホーム事業は、20～30代で、福祉手帳を所持している4名の男性が利用しました。1人は高卒、3人は4年制大学卒の学歴を持っていました。入居条件の中には、日中の所属先・就労先があり、安定的に通えていることや、発達障害の診断があることを盛り込みました。

サポートホーム事業を実施した2年間で、4名のうち3名が実際に地域でのひとり暮らしへ移行しました。サポートホームでひとり暮らしを経験することで、ひとり暮らしに必要なスキルを獲得し、自信を持って地域に出ていくことができました。また、サポートホームで支援者と信頼関係を築き、必要なサポートがアセスメントされた状態での地域移行となったため、ケースワーカーや自立生活アシスタント※、ホームヘルパーや相談機関等、ひとり暮らしをサポートする地域の社会資源がネットワークを組んで、継続的にひとり暮らしを支える体制をつくることができました。

地域でのひとり暮らしに移行しなかった1名は、サポートホームでひとり暮らしを経験したことで、初めてひとり暮らしに必要な金額を把握

※単身等で生活する障害者が地域生活を継続するために、専門的知識と経験を有する「自立生活アシスタント」を派遣して、具体的な生活の場面での助言やコミュニケーション支援を行う横浜市の事業

年 月 日 (月)	月 日 (火)	月 日 (水)	月 日 (木)	月 日 (金)	月 日 (土)
0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00
1:00	1:00	1:00	1:00	1:00	1:00
2:00	2:00	2:00	2:00	2:00	2:00
3:00	3:00	3:00	3:00	3:00	3:00
4:00	4:00	4:00	4:00	4:00	4:00
5:00	5:00	5:00	5:00	5:00	5:00
6:00	6:00	6:00	6:00	6:00	6:00
7:00	7:00	7:00	7:00	7:00	7:00
8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00
9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00
10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00
11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00
12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00
13:00	13:00	13:00	13:00	13:00	13:00
14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00
15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00
16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00
18:00	18:00	18:00	18:00	18:00	18:00
19:00	19:00	19:00	19:00	19:00	19:00
20:00	20:00	20:00	20:00	20:00	20:00
21:00	21:00	21:00	21:00	21:00	21:00
22:00	22:00	22:00	22:00	22:00	22:00
23:00	23:00	23:00	23:00	23:00	23:00

図5

出典：「発達障害のためのライフハック」 < <http://fagoa.blogspot.jp/>

し、就労意欲も高くなりました。「お金を貯めてからひとり暮らしをしたい」という明確な希望があり、サポートホーム事業終了後は一度実家へ戻りました。支援者は、定期面談で継続的に就労できていることを確認しながら、ひとり暮らしへ向けて計画的に貯金をするサポートをし、結果、平成23年8月からひとり暮らしを開始しました。

発達障害の方のひとり暮らしの支援について、一見効果のありそうなサポートホーム事業ですが、今回の2年間のサポートホーム事業では、この事業が有効なタイプと、有効でないタイプも浮き彫りになりました。

まず、サポートホーム事業が有効なタイプは、①経験を積み上げることでイメージが補完できるタイプと、②支援者と振り返りができるタイプです。

①のタイプの方は、経験していないことに対してはイメージを持ちにくく、生活の選択肢が狭かったり偏りがある一方で、支援者が構造化や視覚化を用いてわかりやすく提案していけば、経験を積み上げて生活を豊かにしていくことができました。

②のタイプの方は、知識として獲得する経験（間接経験）は豊富でも、直接経験は乏しく、誤った認識で行動することが多いため、問題や課題となる行動が多い方でした。それでも支援者と一つ一つの行動を振り返り、支援者の提案に折り合いをつけながら、サポートホームにおいて経験を積み上げていくことができました。

そしてサポートホーム事業が有効でなかったのは、支援者と振り返りができないタイプの方でした。サポートホームの支援者の介入を、本人は「抑制

される」ととらえてしまいがちで、前向きな話し合いがなかなかできませんでした。したがって経験を積んでひとり暮らしに生かしていくサポートホーム事業は、あまり有効ではありませんでした。このようなタイプの方の場合は、ひとり暮らしの経験を提供するよりも、困ったときに頼れる身近な相談者を置きながら実際にひとり暮らしをしていくのが、その方にとってはより有効なサポートになるのではないかと考えさせられました（サポートホーム事業によって、より有効な支援が浮き彫りにされたという意味では、一定のアセスメントの効果があったといえるかもしれません）。

生活記録

自分の生活記録をつけることで、自己理解を深め、1日を振り返りましょう

記入日： 年 月 日

	食べた物／やったこと	新しい発見（気づいたこと）や良かった点
<食事>		
<家事>		
<その他>		

記入日： 年 月 日

	食べた物／やったこと	新しい発見（気づいたこと）や良かった点
<食事>		
<家事>		
<その他>		

図6

5. 地域でのひとり暮らしを支援していくことについて

まず、今回のサポートホーム事業をやらせていただいて、発達障害の方々がひとり暮らしをする力を信じることの大切さを改めて実感しました。また、ひとり暮らしを経験できるサポートホームの存在が大きかったことはもちろんですが、「とりあえずやってみて、無理だったら家に戻れる」という状況で、家族の方々も一定の距離をとって見守ってくださっていたことが、発達障害の方が安心してサポートホーム事業を利用できる理由の一つとなっていたようでした。

地域でのひとり暮らしを志向するときは、地域の一員として、孤立することなく生活しないと意味がありません。そのことを念頭に置き、支援者は専門的な視点を持って、継続的に関われる支援体制を組み立てていく必要があると思います。ひとり暮らしの中に入り込んでいく「おせっかい型」のサポートホーム事業だけでなく、多様な発達障害の方々に合った、地域でのひとり暮らしに向けた多様な支援が展開されていくことを望みます。

なお、サポートホーム事業は平成21年から平成23年の横浜市のモデル事業でしたが、今年度から新たに場所を設け、横浜市の新規事業として再スタートします。既存の制度を活用しながら、どこまで発達障害の方々のひとり暮らしを支援できるか、模索しながらの事業展開になりますが、また皆さんにご報告ができますよう、法人一同取り組んでまいりたいと思っています。

リレー寄稿

地域生活支援を
考える

発達障害の人たちのひとり暮らしを地域で支援するために ～地域生活移行に向けた滋賀での取り組み～

松田裕次郎

社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団
クリエートプラザ東近江「ジョブカレ」

はじめに

私が、福祉の世界に入ってそろそろ、20年が経過しようとしている。身体・知的・精神・発達障害の方々と10年近く関わる中で、私を感じる誰もが生きやすい社会とは、人が人を人として認める社会をどう実現するかということに収斂されるのではないかということである。

平成17年に高機能の発達障害のある人の支援を担当するようになってから、発達障害のある人のための支援の中には、障害の有無にかかわらず誰もが生きやすい社会を実現するためのエッセンスがあるのではないかと実感している。だからこそ発達障害のある人たちの地域生活を支える仕組みが大切だと思う。ここでは、本人たちが安心して地域で生活するためにどのような仕組みが必要なのかについて考察してみたいと思う。

滋賀県では、平成17年度より自閉症等発達障害支援体制整備事業の一環として、高機能自閉症地域生活支援モデル事業（～平成19年度）が実施された。後に、ひとり暮らしの支援を含めた、高機能自閉症地域生活ステップアップ事業（平成20年度～23年度）も実施された。これらの事業は滋賀県社会福祉事業団が委託を受け、平成17年度から23年度の7年間はグループホームのフレームを活用しながら、高機能の発達障害のある人たちの支援を行ってきた。そしてこれらの支援をより効果的に進めるために、今年度より発達障害者地域生活支援システム構築事業（通称「ジョブカレ」）に取り組んでいる。

前半では、モデル事業やステップアップ事業で

行ってきた、発達障害のある人たちの地域生活を支える取り組みについて紹介しながら、本人たちが安心して地域で生活するためにどのような仕組みが必要なのかについて提案し、後半では現在取り組んでいるシステム構築事業について紹介してみたいと思う。

1 「ホームかなざわ」について

平成17年に開始した高機能自閉症地域生活支援モデル事業は、滋賀県の甲賀福祉圏域において実施し、その拠点となるホームとして「ホームかなざわ」を用いた。ホームかなざわは、高機能に特化したグループホームであり本来的にはホーム利用後のひとり暮らしを目指し、およそ2年間を目途に生活スキルや対人関係スキル等の生活支援を行う通過型のホームという位置づけになる。

1) ホームかなざわ利用者について

ホームかなざわを利用された方は、次の①から④のケースに分けることができる。

- ① ひとり暮らしを目標とし、自立しようとするケース
- ② 自宅での生活がうまくいかず、自宅を出て生活しなければならないケース
- ③ ひとり暮らし等自立した生活を送っていたがうまくいかず、生活の立て直しを図るケース
- ④ 入所施設等で生活していたが、地域生活に移行を希望するケース

上記のように個々の事情は様々だが、皆地域生活を送りたいという希望を持ってこの事業を利用

されている。

2) ホームかなざわの支援体制

ホームかなざわの支援では、臨床発達心理士等の専門性をもった生活支援員を配置し、主に夕方から利用者支援（相談支援、生活支援）を行っている。また、宿直支援者を配置することによって、夜間等の緊急対応や常に支援者が身近にいるという利用者の安心感を保障している。地域生活移行に向けた支援の主な中身は、個別の相談支援を中心に、自己理解を深める支援、支援を受けるためのスキルの獲得のための支援、日常生活スキルの獲得のための支援、コミュニケーションに関する支援である。

支援の仕組みづくりとしては、生活支援員や宿直支援員の連携を図るため、メーリングリスト等を活用しながら利用者の状況や支援者間の引き継ぎ等を行い、支援者それぞれが利用者に対して統一した支援をはかれるようにした。また、ケース記録は叙述形式で記録し（逐語録）、利用者がどのような発言をして、支援者がどのような返答をしたか等の会話やその時の行動の様子などを明確に残すことにより、後のケースカンファレンスで支援の振り返りができるような形式をとった。

3) ホームからひとり暮らしに向けた支援

ホームの暮らしの中で、ひとり暮らしに向けたアセスメントを行い、移行に向けた個別支援計画を作成する。それぞれの課題に対しどのような支援が有効か、移行時期は適切であるかを検証しながらすすめている。一方で、関係機関との連絡を密にし、ひとり暮らしにスムーズに移行できるよう地域でのサポート体制を整えるようにしている。また、ホームからひとり暮らしに移行することで食事の支度等の家事的負担が増えるため、それがひとり暮らしそのものに対する負担感にならないように、本人と相談しながら慎重に進めていく必要がある。

2 ホームからひとり暮らしへの移行事例

ここでは、実際にホームかなざわを利用したAさんとBさんの事例によって、展開した具体的な支援の内容を紹介する。

1) Aさん(アスペルガー症候群)

利用開始年齢 18歳

《ホーム利用前の生活》

中学1年の時、気になる異性の同級生につきまとい、頻繁に電話をかけるなどしていることを他の同級生に知られ、クラスメートからいじめを受けるようになった。そのことが原因で不登校となる。その後の数年間は、いじめられた体験が強く残っており、同級生に会いたくないという気持ちから外出が難しく、自動車で出かける時は窓のカーテンを閉めていた。また、自宅にいななければならないストレスから、家庭内暴力も始まっていた。

《ホーム利用のきっかけ》

高校進学後も、意に添わない事があると学校を休む等不登校は続いていた。高校2年の時、弟と大喧嘩したことがきっかけとなって、保護者は入所施設等の利用について市役所の福祉課に相談。当時の個別支援会議では、「本人が拒否している入所施設ではなく、発達障害に特化したホームかなざわの利用が適当」という見解となる。Aさんは自宅での生活を望んでいたが、まずは体験利用から始めることに同意し、高校卒業後には正式利用の方向ですすめていくこととなる。

《ホーム利用中の支援》

・対人関係に関する支援

ホーム利用当初から対人関係トラブルが頻発。人とのつきあい方、距離感がわからない等が主な原因であるとの見立てから、利用当初は対人関係に関する支援を実施する。例えば、食事中に隣の利用者をつつくことがあいさつのように思っていた様子であったため、正しいあいさつの方法について個別相談の中で伝えた。また、他の利用者の部屋に勝手に入りトラブルになっていたため、部

屋を訪問する時のルール等も伝えた。Aさんは、これまで共同生活を経験したことがないため、他の人との関係の取り方や自分との区別についての意識がなかったのではないかと考えられた。そのため、一つひとつ他の利用者とのやり取りを通して、自分ルールでの人とのつきあい方から一般的な大人としてのつきあい方への知識を伝えていく過程があった。

一方、家族から離れて生活することにより、家族が本人を受け止める余裕が生まれたことと、自宅に帰省した際の本人の不適切な行動が軽減してきたことから、家族関係は改善されていった。

・生活スキル獲得支援

これまでの自宅での生活では、金銭管理をするという経験がなかったため、利用当初は1ヶ月の小遣いを2、3日で使い切ってしまうていた。本人は、お金がなくなれば銀行で引き出せばいいし、また銀行では無制限にお金が引き出せると思っている様子だった。そこで、「銀行では自分が預けたお金しか引き出せない。」ということをお伝え、金銭管理の方法について一緒に考えた。お小遣いと生活費について確認し、1週間でいくらのお金が使

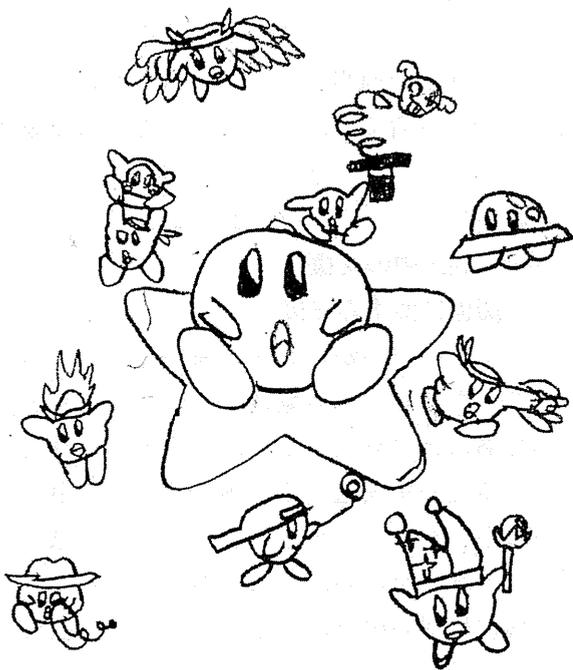
えるのか、日用品の購入に充てなければならないお金は概ねいくらかを話し合い、用途別に封筒を使って小分けをする等の支援を実施した。これにより、決められた金額の中で生活費や小遣いを上手に使えるようになっていった。

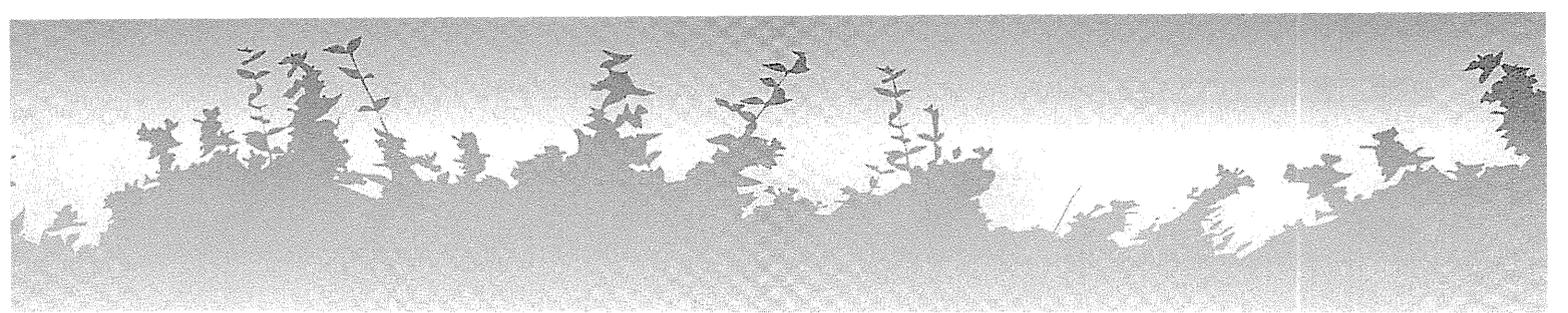
《ホームからの移行支援》

ホームでの支援が進むにつれ、対人関係等にいくつかの課題が残っているものの、生活スキルや相談するスキル等の状態が一定し、ひとり暮らしが可能ではないかと判断できたので、本人が希望していたワンルームタイプのアパートでの生活を目標とした支援を開始した。「ひとり暮らし移行計画」を作成し、スモールステップで移行を進めていく中で、Aさんから「ひとり暮らし体験と仕事の両立が難しい。」との訴えがみられた。これを受けて、できるだけ仕事に支障をきたさないように配慮した計画を改めて作成した。Aさんの希望に添って、2日間は仕事を休んでアパートで終日過ごすという日課を組んだことにより、アパートでの過ごし方がわかりやすくなったと思われる。数ヶ月後には、本人の口から「仕事とアパート生活は一緒にできるもんですね。」という言葉が出てくるようになった。更に、その1ヶ月後にはひとり暮らしに完全移行することができた。地域移行に要した、ひとり暮らしの体験期間は6か月に及んだが、本人にとっては違和感なくスムーズにひとり暮らし生活に移行できたのではないかと考える。

《ひとり暮らし移行後》

ホームかなざわの利用中は、支援スタッフにあらゆる相談をしていたが、ひとり暮らしに移行後は、生活面の相談は相談支援専門員、就労面での相談は雇用支援ワーカーの役割というように、相談する内容によって誰に相談したらよいかを明確にしていた。ホームの支援スタッフの役割としては、本人が誰に相談したらよいかわからないことが生じた際や、日常生活の中で整理できないことについて一緒に整理するという役割を担った。定期訪問は、相談支援専門員とホームの支援スタッフがそれぞれ週1回実施し、移行して3ヶ月後にはホ





ームの支援スタッフの定期訪問を終了させた。相談支援専門員の定期訪問は継続であったが、10ヶ月後には相談支援専門員の定期訪問を本人の意思で調整することも可能となった。例えば、残業のある日に訪問を受けると自分の時間が取れない場合や、相談することがない場合にキャンセルをしたり、気になることがあれば相談日を待たずに相談支援専門員に自分で連絡を入れ相談するという事ができている。また、ホームの支援スタッフに対しても、自分が整理しきれないことについて自ら確認の電話を入れるということが継続している。必要な支援の内容や支え方は変化するが、断ち切らない支援によって、日々生じてくる大小様々な出来事を本人が余裕をもって解決し、ひとり暮らしを継続させている要因となっていると考える。

2) Bさん(広汎性発達障害)

利用開始年齢 27歳

《ホーム利用前の生活》

中学時代に母親が再婚し、養父に虐待を受ける。中学では、同級生の冗談を真に受けてしまうため、からかわれたりいじめにあっていたりしていた。高校進学を前に両親が離婚し、施設に預けられる。施設内では、寮内の生活音の問題でトラブルもあったが、本人の中では大きな問題という認識はなかった。

《ホーム利用のきっかけ》

特別支援学校高等部卒業後は、知的障害者対象のグループホームで生活したが、他の利用者の生活音のことでトラブルになる。グループホームの世話人が本人の聴覚過敏について理解できず、結果的にBさんが責めを負い退去を余儀なくされる。その後もホームを転々とするが、同様に生活音のトラブルがつきまどっていた。個別支援会議が開催され、「知的障害者のグループホームでは本人を理解できる支援者が少ないため、発達障害に特化したホームかなざわで、生活を立て直した方がよい」との関係者の判断をうけて、ホームかなざわを利用することとなった。

《ホーム利用中の支援》

・信頼関係の構築

ホームかなざわ利用開始直後は、これまでのグループホームでの経験からBさんが支援者を信用していないため、ホームの支援スタッフと自ら関わることはほとんどない状態であった。本人との関係を構築することが最優先課題となるが、会話の糸口を見つけることが難しく、当初はアプローチの方法やタイミングについて探索的な段階であった。

しかし、ある時通院のためにBさんと一緒に自動車で移動した際に、車内でBさんが自分のことを話し始め、移動中ほぼ途切れることなく話をしたということがあった。このことから、環境によっては話ができるということ、そして本人が話しやすい環境とは確実に二人だけになれる場所と考え、週に1、2回程度自動車の中やレストラン等の環境設定をするようにした。この支援が功を奏し、徐々にホームの中でもいろいろな話ができるようになっていった。

・生活リズムの構築支援

生活リズムを整える支援が容易でないのは、いったんできあがった本人の生活スタイルが本人の動機に深く結びついているからではないかと考えられる。

Bさんは、高等部を卒業後一般企業に就職したものの、職場の本人に対する理解も薄く、およそ3ヶ月で離職。その後は、自力で仕事を探しアルバイトをするが長続きはしないという状況であった。できれば、就労移行支援事業所や就労継続支援事業所から段階的に進めていくことが望ましいのではと考えられたが、Bさんは、一度就職した経験があるため、就労準備訓練の必要性を感じておらず、すぐにでも企業就労ができと思っていた。日中活動に通う本人の動機がないため、生活リズムは乱れ、昼夜逆転生活がホームで続いていた。

Bさんの生活リズムを整えるためには何が必要なのかを探るため、本人との相談を積み重ねていった。およそ半年後、本人の口から「ひとり暮らし

しをするために仕事をしたい。」という希望が出てきたところで、ようやく働くために何が必要なのかを話し合うことが可能となった。一人暮らしという本人の動機から、まずは作業施設へ通うことから始めることになり、本人の生活リズムを整えるための要素となった。

・障害受容に対する支援

Bさんと支援者の会話が可能になってくると、相談の中でBさんから「自分が何者であるのか知りたい。」という言葉がでてくるようになった。これを受けて、ホームかなざわの利用から、通院するようになった精神科医に改めて検査をしてもらい、診断結果を丁寧に説明してもらった。医師からの説明により自分自身のことを知る手がかりとしてもらう一方で、ホームの支援スタッフも精神科医と連携しながら、Bさんに特性についての話をし、障害受容を促す支援を行った。

《ホームからの移行支援》

Bさんは、ひとり暮らしという目標のおかげで、徐々に生活リズムが整えられて日中に作業施設に通うことができるようになった。ここまで生活を立て直すために1年以上かかっている。ホーム内では、他の利用者との生活音のトラブルが減少したものの、なくなるということにはなかったため、本人は少しでも早くひとり暮らしに移行したいという希望を持っていた。

支援としては、日中活動先に週5日間通うことができるようになってから3ヶ月経過したところで、ひとり暮らしに移行するための支援を開始した。Bさんの課題は、隣人の生活音であるが、体験的に泊まったアパートで問題がなかったため、関係性のない人の音は気にならないということも想定され、本人の希望する場所でアパートを探し、ひとり暮らし体験を実施した。体験期間中は、アパートでの生活スキルの獲得と生活リズムを崩さないための支援を行った。

生活リズムに関しては本人の動機のウェイトが高いので、支援者はメールで起床を確認するなど側面的な支援とし、ひとり暮らし体験期間は順

調に経過した。

また、移行後の支援体制の準備として、体験期間中から地域の相談支援専門員との関係を構築してもらえるように進めた。ホームの支援スタッフより、Bさんのために支援してくれる人であること、信用できる人であることを伝え、「わかりました。」という返事が返ってきた。

《ひとり暮らし移行後》

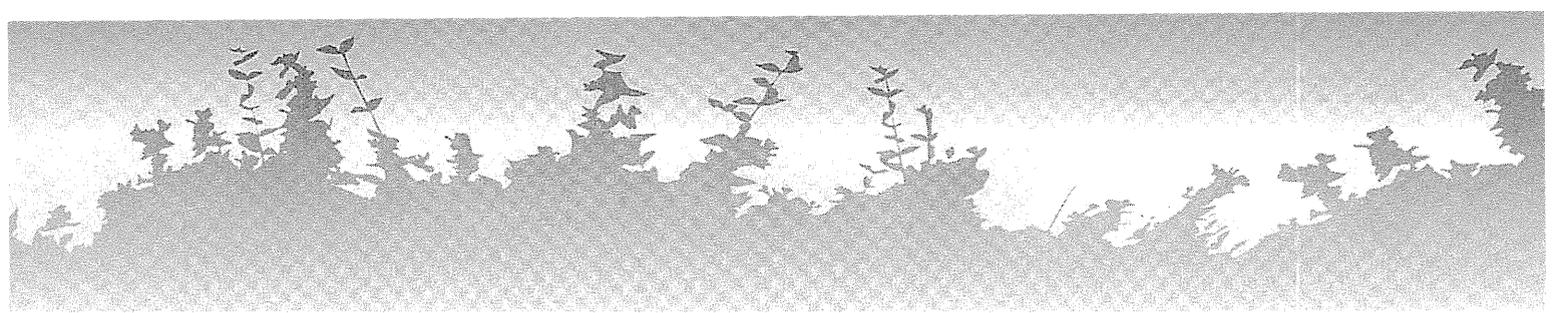
ホーム支援スタッフとの関係が一定程度構築されている状況ではあったが、支援者を信用できないという思いは簡単に拭い去れないということ、このケースを通じて経験した。体験期間中に相談支援専門員につないだものの、Bさんが自分から相談支援専門員に発信することはあまりなく、また、ホームを退去したということで、Bさんの思いではホームの支援スタッフですらあまり頼ることができないと考えるようになっていたようで、ホーム支援スタッフに対しても自分から困りごとを発信することも少なくなった。

ひとり暮らしに移行した5ヶ月後、徐々に隣の人の音が気になりだし、「壁に穴をあけました。」とホーム支援スタッフに連絡が入った。すぐに確認のためアパートを訪問するが、この時点では日中の作業施設にはほとんど通えなくなっていた。その2ヶ月後には、さらに激しく隣室の生活音に反応し、自室内のテレビ、洗濯機、書棚など、あらゆるものを破壊する行為が日々続いていた様子だった。

相談支援専門員とホームの支援スタッフが合同でアパートを訪問し、「非常に不安定な状態でひとり暮らしを続けるには難しい状態」と判断。主治医や相談支援専門員、発達障害者支援センター等と協議し、入院の方向で調整を行う。合同訪問から3日目には入院となる。

3ヶ月の入院生活後再びホームを利用。現在は、再び、ひとり暮らしのアパート生活へ移行。

Bさんは入院時を振り返って、「あのままひとり暮らしを続けていたら、隣の人に襲いかかって危害を加えていただろう。」と話されている。現在



のひとり暮らしを継続するためには何が必要なのかということ話し合い、「何か困ったことがあれば支援者に相談する。」ということのひとつの目標に設定している。

3) 事例を通して見えてきたこと

この事例から、地域でのひとり暮らしにはどんな支援が必要なのかを考えてみたい。ホームかなざわでは大きく地域移行のための準備としての支援と地域移行後を継続するための支援を行ってきた。

準備としての支援では、相談ができる、生活リズムを整える、社会生活のルールを学ぶ、金銭管理も含めた日常生活のスキルなどを身に着ける、自分の特性を理解するが中心となっている。

相談ができるというスキルは非常に重要である。それは、日々の生活や職場で気になることがあった場合、そのことを処理できずに一人で悩んでいる場合が多いからである。相談支援をうけることでうまく処理できるという複数の経験が、どんな小さなことでも気になることは支援者に話してみるといふ関係性や習慣を生む。こうした関係性や習慣の中で、本人が気付いていない悩みごとの原因を支援者が確認し、時宜に合った適切な支援をすることができる。本人の悩みを解決するための支援が確実に届くのであれば、ひとり暮らしを維持することは可能と考えるからである。

また、生活リズムを整えるということも安定した生活のためには重要である。生活習慣としてリズムがつくまでの道のりには様々な工夫が必要だが、本人の動機付けが鍵となっている。企業就労や福祉的就労などの日中活動を手がかりとして、モチベーションをあげ生活リズムを形成していくことは有効であると考えられる。

その他社会生活のルールを学ぶ、金銭管理も含めた日常生活のスキルなどを身に着けることについては、本人が初めて経験することを学んだり、自分にとって便利なやり方を選択するというところで個別に必要な支援をしてきた。

準備のための支援が進んでいくにつれ、徐々に

本人が自分の特性を理解することが可能となり、医療機関との連携はさらに理解を深める助けとなるとともに、状態が悪化した時の救済的な役割も期待できる。

地域生活を継続するための支援では、相談支援と定期訪問が重要である。何か気になることがあれば支援者とすぐに連絡が取れるしくみが、本人に安心をもたらす。また、定期的訪問により支援者が本人の生活状況を確認し、本人の変化に気づくことが求められる。大切なのは相談支援のみで終わることなく、生活支援や医療等のニーズが生じたときに適切な支援へすぐにつながるような、本人を中心としたサポートチームの仕組みができているということであろう。

4) ホームかなざわの事業を通して見えてきた課題

前述したように、ホームかなざわは通過型のホームとして、2年間の利用を通してひとり暮らしに移行するという支援を行ってきた。ホームという性格上、日中活動を同時に提供できず、ホームかなざわの支援を受けた方が良いと思われる希望者であっても、日中活動先がないために利用できないケースがあった。また、生活リズムの整わない利用者に対して段階的に支援していくためには、日中活動先とのかなり緊密な連絡調整が必要となっていた。実際には連携を行って支援しているもののホームでの日中支援に限界がみられていた。法人としての事業のまとめの段階では、実際の利用ニーズから照らして、地域生活移行のための準備としての支援は、日中活動と生活支援が連動できる一体的支援で行うことによって進めていくことが効果的ではないかと考えるようになっていた。

3 「ジョブカレ」の事業について

《経緯と概要》

平成23年度まで実施してきたホームかなざわの実践から見えてきた課題をもとに、更に発展的、効果的に支援の在り方を追求しようと、この発達