

日常生活支援住居施設のあり方 に関する検討事項について

2019年10月9日

NPO法人自立支援センターふるさとの会

常務理事 滝脇憲

ケア付き宿泊所20年の実践における 日常生活支援の取組

○ふるさとの会では、1995年から「共同リビング」を運営し、居場所の提供と、アパート等で独り暮らしをしている利用者の訪問支援を行ってきた。（現利用者488名）

○1999年にケア付き宿泊所を開設。2005年からは東京都保護課の提案^{*1}により、「社会的入院患者等が社会復帰」するための自立援助ホームを運営してきた。

*1 東京都においては、2000年前後の医療制度改革の影響により、従来「社会的入院」をしていた生活保護受給者の「退院促進」をするため、福祉事務所の機能を側面から支える民間の社会資源が必要とされた。

○2008年からは東京都保護課の提案^{*2}により、「社会的自立が可能な程度の者に対して就労支援等を行う」就労支援ホームを運営。

*2 不安定な居住生活を強いられているネットカフェ難民等の増加に対し、ソリューションを模索する中で生まれた提案であった。

○現在、ケア付き宿泊所と自立援助ホーム合わせて11カ所（総定員は259名）、就労支援ホーム4カ所（総定員57名）。

1. 位置づけについて

○ 日常生活支援住居施設の役割や、社会資源としての位置づけについて、どのように考えるか。

○ アセスメントからサービス活用の調整まで

一時的な居住の場としては、さまざまな利用者をまずは受け入れるとともに（緊急・即日入所の依頼が多い）、日常生活の中でのアセスメントや障害福祉サービスにつなぐ役割も大きい。

○ 地域包括ケアシステムの社会資源

福祉事務所以外の公的機関、病院、地元議員から相談を受けることも多い。特に自立援助ホームは、地域居住の継続を支える地域包括ケアシステムの社会資源の役割を果たしてきた。

2. 支援対象者について

① 日常生活支援住居施設における支援を必要とする方は、具体的にどういった状態像で、どういった観点から支援を必要とする方とイメージしているか。

○ 機能障害を抱える単身の生活困窮者

単身の生活困窮者で、さまざまな「生きづらさ」を抱えている。大部分の方々が病気や障害によって、心身の機能に何らかの障害を抱えている。単身、困窮、高齢要介護に加え、精神障害、認知症、がんなど「四重苦」を抱える人も53名いる。

○ 他法・他施策で受け入れられない

地域で孤立し、単身では安定した生活が営むことが困難。地域の中でトラブルを抱えることも多く、ほとんどが家族の援助を受けられない。住居を失い、なかなか保護施設にも入れず、他法・他施策でも受け入れ先がないために相談がくる。施設に入っても「問題行動」を起こし退所を余儀なくされた方、病院に入院していて帰宅先が無かった方、刑務所など刑事施設の退所者も多くおられる。社会からも福祉からも二重の意味で受け止められなかった。最近では認知症の高齢者、引きこもり、児童虐待の被害者などが増えており、この傾向は今後も続いていくと考えられる。

2. 支援対象者について

② 特に、定期的な見守り等があれば居宅において生活が可能となる方と、日常生活支援住居施設における支援を必要とする方はどのように区分されると考えるか。

○ 一律に状態像では区分できない。

物理的な条件として携帯電話、身分証明書、緊急連絡先、連帯保証人、住民票がなければ不動産屋から物件を紹介してもらえない。

○ 一方で、居宅から日常生活支援住居施設に移行してきた事例の中に、「日常生活上の支援」の必要性が見える。

- ① 70代、30年以上アパートで暮らしていたが、居室は「ゴミ屋敷」。ボヤを起こし入院。近隣住民からも苦情あり、地域ケア会議を開催の上、自立援助ホームに入居。
- ② 60代、町工場で働いてきたが50代で無職となる。公営住宅で家族の収入に頼りながら暮らしてきた。知的レベルは境界域。区議会議員の支援で生活保護を受給。
- ③ 20代、中学から引きこもり、民間の社会復帰センターで自立できず家族ごと生活に困窮。

※事例は個人情報に配慮して改編している。

2. 支援対象者について

③ 対象者の具体的な判断基準や判断方法については、どのように考えるか。

○ 福祉事務所（ケースワーカー）が「日常生活上の支援」の必要性を判断して入所を申し込んでいる。

○ 資料2－5頁の「現行通知上の取扱い」は考慮されているように思われる。

3. 支援内容

① 具体的な支援内容としては、以下のような内容が考えられるが、他に必要な支援はあるか。また日常生活支援住居施設としては、どの支援を重視すべきか。

○ 本検討会第1回提出資料で述べた通り、「機能障害が生活障害にならないような生活支援」であることを重視している。

提出資料① <https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000377969.pdf>

提出資料② <https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000377975.pdf>

特に提出資料② - 2 ~ 4 頁を参照されたい。

○ これを資料 2 - 6 頁の例示と比較すると、以下の3つの視点を加える必要があると考える。

- ① 利用者の多くが居場所を失い、孤立を経験してきたことを踏まえ、基本的信頼関係の構築を基礎とすること。
 - ② 安心生活の場となるために、利用者同士の相互理解と共感をつくっていくこと。
 - ③ 地域の中で役割を持ちながら暮らすことの支援。
- 併せて、参考資料5「生活支援サービスの提供の指針」も参照。

3. 支援内容

② 日常生活支援住居施設の入居者が抱える課題に応じた個別支援を行うためには、アセスメントの実施、アセスメントに基づく支援計画策定、個々の目標等の設定が必要だと考えるがどうか。

○ 必要に応じて実践してきた。これを「委託業務」とするならば、他の社会福祉施設等の運営基準及び委託費等との比較において定めるべき。

○ 参考までに、新人職員が作成する「ケアプラン検定」の提出物を添付する（参考資料2）。

到達目標や評価基準等を含む詳細は「平成28年度地域居住支援モデル事業報告書」41～58頁を参照（東京都福祉保健局ホームページに掲載）。なお、参考資料1～6は同報告書からの引用である。

4. 運営に関する基準について

① 日常生活支援住居施設において支援を行うにあたって、最低限必要な人材配置についてどのように考えるか。また職員に求められる資質や要件等についてどのように考えるか。

○ 最低限必要な人材配置

自立援助ホームでは、施設長の業務をサポートするために職員が常駐し（非常勤職員と2交代制）、問題が起きたときなどは緊急に支援する体制も24時間とっている。人員配置の基準は利用者11名～20名程度に常勤1名（20名程度までは施設長1名）。食事時には配膳・皿洗いなどのアルバイトを雇用。常勤換算すると現場だけで3.5名以上。他に会計、総務等の事務は事務局職員が担当。調理は給食センターで一括調理。清掃は外部へ委託。

○ 職員に求められる資質や要件等

「誰もがひとりの生活者として生活の支援をなうことができる」というコンセプトに基づき、さまざまな疾病や障害を抱える人たちの生活の支援を適切に支援できるような39科目の「ケアプラン研修」を行っている（NPO法人すまいるまちづくり支援機構に委託）。カリキュラムは、関連する法制度の理解、疾病や障害等に対する理解、ふさがる支援論と実践の理解、介護や生活支援に関する基礎知識の習得などに大別される（参考資料1「ケア研修39科目の一覧」を参照）。

施設長は上述の「ケアプラン検定」に加え、「利用者ミーティング検定」*1「トータルプラン検定」*2を修了した者を配置し、上記の支援が適切に行われる質を確保している*3。

- * 1：利用者同士の相互理解と共感をつくり、役割を持ちながら暮らすための支援技術（参考資料3を参照）
- * 2：利用者の立場に立ち、医療・介護サービス事業者等と調整するための支援技術（参考資料4を参照）
- * 3：生活支援サービスを担当する人材育成の指針に基づき資質を確保している（参考資料6を参照）

また、個々の職員の資質や要件に加え、職員が現場で孤立しないよう、サポートセンター全体で日々の支援記録などの情報を共有し、フォローアップすることが重要。さらに、対人援助の顧問や医療顧問とともに、事例検討会やサポートセンターごとの対人援助勉強会を毎月開催している。

4. 運営に関する基準について

② 個々の支援項目について頻度や時間等の要件を課すことについてどのように考えるか。

○ 他の社会福祉施設等の運営基準及び委託費等との比較において定めるべき。

○ かりに要件を課すとしたら、検証にかかるコストも委託費に上乘せする必要がある。

4. 運営に関する基準について

③ 支援計画の策定を義務づけ、その実施状況や達成状況等を福祉事務所と共有することについてどのように考えるか。

○ 考え方としては4. ②と同じ。

参考資料 1 ケア研修 39 項目の一覧

研修名	内容	分類
生活保護	生活保護制度の基本知識・保護施設・宿泊所について	法制度
ホームレス自立支援法	ホームレス自立支援法についての基礎知識	法制度
介護保険法	介護保険の申請手続き・介護保険で利用できるサービス・ケアプランの見方	法制度
障害者総合支援法・障害者手帳・年金	障がい者自立支援法の申請手続き・利用できるサービス	法制度
多重債務・権利擁護・法律相談	多重債務の整理についての基本知識、後見人制度についての基本知識	法制度
個人情報保護・守秘義務	個人情報保護法と守秘義務についての基礎知識	法制度
更生保護・自立準備ホーム・裁判支援	更生保護制度の基本知識・保護司との連携・自立準備ホームの活用・裁判支援など	法制度
高齢者に多い疾患(糖尿病・高血圧・脳血管疾患・高次機能障害)	糖尿病の基礎知識・日常生活の注意点など	疾病・障害
認知機能障害の理解①知的障害・発達障害	知的障害・発達障害では、どのような生活困難があるか	疾病・障害
認知機能障害の理解②認知症	高齢者に多い症状や身体機能の状態・認知症はどのような生活困難があるか	疾病・障害
メンタルヘルス①①アディクション	アルコール依存症／ギャンブル依存症／薬物依存症	疾病・障害
メンタルヘルス②統合失調症	統合失調症の理解	疾病・障害
メンタルヘルス③気分障害(うつ・双極性障害)・適応障害・グリーフケア	気分障害についての基礎知識、喪失体験が及ぼす心身の影響とその回復を支えるケアなど	疾病・障害
メンタルヘルス④トラウマと不安(不安障害・PTSD・解離性障害)	不安とは何か・トラウマに関わる心のケアについての基礎知識	疾病・障害
メンタルヘルス⑤育ちの支援(虐待経験からの回復・人格障害・摂食障害)	境界性パーソナリティ障害の理解と対応／自傷・リストカットへの対応	疾病・障害
メンタルヘルス⑥自殺のリスクと対応	自殺のリスクの高い利用者の理解と対応	疾病・障害
メンタルヘルス⑦性の理解(性同一性障害)	性同一性障害の利用者への理解／性の多様性についての理解	疾病・障害
感染症①HIV・肝炎	HIVの基本知識と理解	疾病・障害
感染症②結核	結核の基礎知識・DOTSの理解	疾病・障害
がん・難病	がんの基礎知識・主な難病の基礎知識・がんサロンの活用	疾病・障害
対人援助論	対人援助論を実践的に理解する	支援論
ケアマネジメント①①アセスメント・ケアプランの作成	アセスメントの基礎知識・ケアプラン作成の留意点など	支援論
ケアマネジメント②トータルプラン・社会サービス機関とのカンファレンス・意思決定	トータルプラン作成の視点・社会サービス機関との連携・トラブルなど	支援論
地域リハビリ①利用者ミーティング、仲間づくりと互助、共済会	互助とは、なぜ仲間づくりが必要なのか・共済会の役割・利用者ミーティングの進め方など	支援論
地域リハビリ②就労支援・ケア付き就労	ケア付き就労の考え方・社会適応訓練・就労支援の実際	支援論
居住支援①アウトリーチ・路上生活者支援・まちカフェとシェルター	アウトリーチ・路上生活による心身の影響・まちカフェの相談事例・居住確保につながるまでの支援など	支援論
居住支援②アパート保証	アパート保証の仕組み、各種手続き、近隣トラブル対応	支援論
緩和ケア・看取り	看取り支援・緩和ケアと在宅医療との連携・偲ぶ会について	支援論
ケアとアート	ケアとアートについて／自己表現について／ギャラリーカフェの役割と活用	支援論
支援記録、報告書の書き方	各種支援記録の書き方・日報の重要性など	支援論
介護基礎知識①外出移動	介護技術の基本・車いすの操作など 転倒予防	介護・生活支援
介護基礎知識②移乗介助・ボディメカニクス	移乗介助・ボディメカニクス	介護・生活支援
介護基礎知識③食事介助	介護技術の基本・食事	介護・生活支援
介護基礎知識④排泄・保清・入浴介助	介護技術の基本・排泄ケア、介護技術の基本・入浴／清拭／口腔ケア／更衣	介護・生活支援
金銭管理	金銭管理の基本・帳簿付け	介護・生活支援
喫煙対応・防災	防災対策の基本・日常で気をつけること	介護・生活支援
衛生管理・感染症対策(インフルエンザ・ノロウイルス)	基本的な感染症対策・シラミ対策・疥癬対策・ノロウイルス対策	衛生・健康管理
応急処置・救急搬送・体調不良時の対応・計測	救命講習救急車の呼び方、看護師・医師への連絡と対応、体温の測り方、血圧計の使い方など	衛生・健康管理
医療的ケアの範囲・服薬管理	医療的ケアについて、服薬管理の基本・服薬管理ミスをしなくするために	衛生・健康管理

参考資料2 ケアプランシート（記載イメージ）

作成日：(西暦) 2016年 月 日	
記入者 ()	
ふりがな 名前	生年月日 西暦 192●年 月 日 (満 9●歳)
(同居人) (歳) 男・女・() 本人との関係性：	
利用中の事業所 またはアパートの住所	ふるさと ●●館
【アセスメント】	
生育歴（基本情報）	
路上生活の経験（路上歴・居所喪失の事情など）	
なし（本人談）	
居住歴（アパート歴の有無）	
●●県内で家を購入し家族で居住していた。（4●歳まで） 土木作業員時代は飯場生活	
生育歴（学歴/借金等）	
●●県●郡●町出身 ●●人兄弟の●●男 ●●尋常高等小学校卒 2●歳時 兵役、2●歳で除隊。 2●歳～●●歳 ●●として勤務、2●歳時結婚し、●●児をもうけた。 4●歳で離婚。理由は「●●だった」と本人。 その後は●●県、●●県、●●県などで土木作業員。4●歳ぐらまでは鳶を務めた。 犯歴（●●館入所までに累犯1●）	
【以下削除】	
家族構成 家族状況	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;">【削除】</div> <div style="text-align: center;"> <p>ジェノグラム</p> </div> </div>
緊急連絡先	名前 (●●区 CW) 連絡先 () 本人との関係：生活保護地区担当
健康状態／ADL	
福祉事務所	●●区 CW氏名 連絡先
要介護認定	未認定 有効期限 CM氏名 連絡先
障害程度区分	有効期限
障害手帳 ※当てはまるものに○、()は手帳度数	
・身障 () ・療育 () ・精神保健 ()	

入所時・退院時の書類 ※当てはまるものに○			
1. 入所申込所 2. 診療情報提供書 3. 看護サマリー			
④ その他 (更生保護法人●●会 経由)			
健康状態/既往歴/現在の疾病			
高血圧、腰痛症、両耳難聴、			
現在服薬中の薬			
降圧剤			
過去の通院歴・入院歴			
感染症	なし		
アレルギー	なし		
認知症	なし		
身体障害	なし	精神障害	なし
知的障害	なし	発達障害	なし
日常生活の状況			
食事	自立	要サポート	
水分補給	自立	要サポート	
排泄	自立	要サポート	
入浴	自立	要サポート	
室内歩行	自立	要サポート	
階段昇降	自立	要サポート	
外出	自立	要サポート	歩行は自分のペースで10分が限度
洗濯	自立	要サポート	
掃除	自立	要サポート	
買い物	自立	要サポート	飲酒しないよう要金銭管理
服薬	自立	要サポート	
金銭管理	自立	要サポート	飲酒しないよう要金銭管理
喫煙管理	自立	要サポート	飲酒しないよう要金銭管理。火の元管理は自立。
意思疎通	自立	要サポート	
その他	自立	要サポート	
医療ケア	自立	要サポート	在宅診療による健康管理
就労状況			
主な職歴	19××年 月 ~ 19××年 月 [警備員]		
	××年 月 ~ ××年 月 [鳶、土木作業員]		
	年 月 ~ 年 月 []		
(最長職)	年 月 ~ 年 月 []		
現在の就労状況			
希望職種 (就職・転職)	職種： 給与額： 万円 (就労自立 / 半福祉半就労)		
最終学歴	●尋常高等小学校		
資格			
生活保護・自立支援 システム等の経験 (利用期間・名称)	時期不明 [生活保護(●●区)(●●寮(更生施設))]		
	201×年 月 ~ 年 月 [" (")]		
	201×年 月 ~ 年 月 [" (")]		

【 ケ ア プ ラ ン 】	
前回のプランを振り返り	
ご本人の強み・希望など	
<ul style="list-style-type: none"> ・「健康第一」 健康管理の意識高く、毎朝の散歩、ストレッチ、ラジオ体操を継続している。 ・●●館での役割 居室の清掃、テーブル周りの清掃、食事の準備（テーブルの片づけ、調味料のセット、補充、布巾類の洗濯）をすべて自発的にやり、他利用者から感謝されている。 ・好奇心が高く、法人内のイベントに積極的に参加されている。デイサービス通所を希望されている。 	
ご家族の希望・意見など	
その他・関係機関からの意見など	
<ul style="list-style-type: none"> ●クリニック往診 ●医師：高齢にもかかわらず、身体機能を維持され、また好奇心も旺盛で素晴らしい。 ●区 W0 ●CW：お元気で、意欲的でびっくりしました。みなさんと交流があるんですね。 ●警察防犯係 ●氏：落ち着いて生活されている。6か月に1回の定期面談を継続していきます。 	
課題・ニーズ（生活上の不安や困っていると思われること）	
<ul style="list-style-type: none"> ・飲酒について「もう懲りたからやめました」「金があると飲んじゃうんじゃないかな。」「たぶん飲んじゃうな」と、やめる決心をする一方、飲んでしまいそうな自覚も持たれている。利用者ミーティングにおいて、飲んでしまう不安を表明できており、他利用者も理解している。 ・散歩では出かけられる範囲が限られており、飲酒につながる機会が多かった。デイサービスへ通所して見守りの中での外出機会を増やしたい。 	
支援方針	
<ul style="list-style-type: none"> ・役割の継続 食卓周りの一連の家事役割を継続していけるよう、利用者ミーティングで承認を重ねていく。 ・断酒の継続 イベントミーティングを中心に、飲酒に関する話し合いを持つ。氏の飲みたい気持ちを表明してもらい、他利用者の共感を得たり、克服した利用者からの成功談等を共有していく。 	
※ 対人援助論にそった支援の実践	
1. 問題行動を抑制しない	イベント（特に夏祭り）の際の飲酒について、なぜ飲みたくなるのか、飲んでしまうとどうなるか、について、利用者ミーティングで話し合い、氏の気持ちを共有する機会を多く持つ。
2. 言葉の上乗せ・協働作業	過去の犯歴は全て飲酒上の強制わいせつ等の性犯罪である。氏が飲酒に向いてしまう辛さや、わいせつ行為に向いてしまう要因について表明できるよう、関係性を築いていく。
3. 自傷・他害は「抱き合い喧嘩」	飲酒してしまったときには、利用者トラブルミーティングを開き、氏の世界をみなで考える。
目 標	
【長期目標】 現在の館内での家事役割の継続。 断酒が継続できるよう、利用者ミーティングにおいて定期的に話し合う。	
【短期目標】 介護サービスを受けられるよう手続きをすすめる。	

個別計画		
日常生活の支援	<p>【食事】摂取状況を確認し、体調の変化に注意する。</p> <p>【清潔】</p> <p>【睡眠】</p> <p>【トイレ】</p> <p>【移動】イベント参加時や受診時など、自分のペースで徒歩移動できる範囲にとどめ、適宜車いすを使用できるように調整していく。</p> <p>【その他】飲酒してしまったときには、利用者トラブルミーティングを開き、氏の世界をみなで考える。</p> <p>金銭管理支援を継続し、買い物は介護サービスを導入して同行する。</p>	
余暇活動	<p>日課の散歩を継続できるようにする。</p> <p>デイサービス通所を再開するための諸手続きを●福祉事務所と連携して行う。</p>	
行事参加	<p>イベントミーティングを通して、参加継続できるよう声かけしていく。</p> <p>無理なく参加できるよう、車椅子を準備していつでも利用できる体制をとる。</p>	
日用品の支給		
現金の支給	金銭管理継続。必要時に出金する。	
体調の管理 機能回復訓練	<p>独自の健康法を継続してもらう。</p> <p>往診医によるサポートを継続する。</p> <p>機能維持できるようデイサービス通所を支援する。</p>	
就労支援		
その他		
日課	月	朝の散歩、ストレッチ、体操
	火	〃
	水	〃
	木	〃
	金	〃
	土	〃
	日	〃
計画見直し予定	2017年2月に見直しを行う	

参考資料3 【利用者ミーティングの進め方】

利用者ミーティングの目的

- ・最も弱い立場の人が安心して生活できるようにする
- ・利用者同士がお互いに支え合えるようにする（職員がいなくとも安心生活が送れる）
- ・生活づくりの主体になれる（ルールづくり・ルールの変更ができる）
- ・存在の役割関係の相互承認（今ある力を相互に承認する）
※役割関係＝誰かに守られているという安心と、誰かを守っているという誇りの醸成
- ・上下関係ではなく、共通ルールと役割関係をつくる（公平感）

利用者ミーティングの場面

- ・ミニミーティング（悩みの共有など）
- ・トラブルミーティング（トラブル発生時の問題共有と対応の検討など）
- ・イベントミーティング（イベント開催に向けた役割分担など）
- ・家事分担ミーティング（日常生活の役割分担など）
- ・定例ミーティング

利用者ミーティングの進め方と工夫

1.ミーティングのタイミング

- ・その場で呼びかけて実施（ミニミーティング）
- ・事前にシミュレーションをしてのミーティング（ルールづくりのミーティング等）
⇒ テーマ設定、予想される反応や役割分担できそうなこと、一致点

2.利用者への呼びかけ

- ・当事者に集まってもらう（同じ問題意識を持っている人、トラブルの当事者とそれによって生活に影響が出ている人など）
- ・トラブルを起こしている人に「つらいんだね」と共感する段階があることで、ミーティングが進めやすくなる
- ・職員もトラブルを解決する当事者として集まる
- ・皆が当事者になれるようなテーマ設定を工夫

3.要望や苦情への対応

- ・職員が「自分が何とかします」と引き受けるのではなく、「皆でどうしましょうか？」と話し、職員も含めた皆の役割分担に持っていく。

4.役割分担

- ・最終的には、困りごとを解決するための具体的な役割分担に持っていく。
 - ・結論を保留する場合は「次回は〇月〇日のミーティングで話し合ひましょう」と決めておく。
 - ・要望を聞くだけでは一時的なガス抜きの場になってしまい、参加者からも意見が出なくなる。
- ※役割は、職員から一方的に与えられるものではなく、話し合いの中で自ずと引き受けていくことや、普段の生活の中で自ずとやっていることをミーティングの場で承認していくことが

大切。

5.すべての参加者から話を聞く

- ・口数の少ない人、納得していなそうな表情をしている人に話を振る。

6.自ら予測していた結論に固執しない

- ・シミュレーションで予測していた結論に固執せず、反対意見も含めて様々な意見を出してもらう。
 - ⇒一番弱い人がその場に居られるようにするためのミーティングであること
 - ⇒「かわいそうだね」の一致点（生きづらさの共有）
 - ⇒挑発的な人、攻撃的な人のつらさは何か、共通項は何かを考える。

7.結論を急がない

- ・一度きりのミーティングで決着をつける必要はない。何度でもミーティングを重ねていくイメージ。

トラブル発生時の利用者ミーティングとルールづくりの工夫

1.安心生活のためのルールをつくる（またはルールを変更する）

- ・排除による解決ではなく、ルールづくりによる解決を考える
- ・ルールの提案は誰が行ってもよい（最初は職員から提案することが多い）
- ・ルールの提案については、事前のシミュレーションが重要（利用者にとってのルールの意味）
- ・初回ミーティングで結論を出す必要はない。利用者も職員もより良いアイデアを考えられる時間をつくる。

2.ルールを守ることが難しい人が抱えている困難を共有し解決のための役割分担をつくる

- ・ルールを守ることが難しくなっている情報を共有できるようにする
- ・トラブルによって困っている人の情報を共有できるようにする
- ・解決のための方法を一緒に考えて、役割関係をつくる

3.ルールを言葉で共有することの意味

- ・ルールは職員を含め生活を共にする人たち全員が守るもの。皆のルールを言葉で共有することができると、力の強い人の顔色を窺わなくて済むようになる。

利用者ミーティングの例

【洗濯物ミーティング】

■経緯

ミーティング開催一週間前より、洗濯機の使い方について下記の相談が職員に上がっていた。

- ①いつまでも洗濯を続ける人がいて困っている
- ②脱水をかけずに乾燥機にかける人がいて、音がうるさい など

当日、Dさんの救急搬送、Gさんの低血糖などがあり、健康不安についての話も広がっていた。
ミーティング前半は洗濯機・乾燥機の使用方法について、後半は見守りの話へと発展する。

■経過

職員：Dさんも無事戻っていらっしゃって（当日脱水で救急搬送後、帰宅される）せっかく皆さんお集まりなので、先週より皆さんからお話のある洗濯機の利用についてお話ししたいと思います。

I氏：今日、俺、毛布を洗濯かけたんだけど脱水でうまくいかなくなって。

F氏：ガンガン音出てましたよ洗濯機、毛布だったんですね。

I氏：いや、悪かったね！俺だったんだよ、うまく使えなかったんだ。

職員：あの後ご相談いただいて。あの毛布は厚手なので、もう一回脱水だけしたら干せましたよね。

I氏：いやはや全く。使い方がわからなかったんだよ。迷惑かけました。

職員：洗濯は判断に迷う時もあります。丸洗いして大丈夫かとか、ちゃんと脱水できているかとか。

J氏：Iさん、今度大物洗濯するときは言ってよ、俺手伝うから、同じ3階でしょ。使い方がわからなかったら、俺がボタンの押し方教えるからさ。

職員：みなさんも、使い方に迷われている方がいらっしゃったら、お声掛けいただけますか。

（一同うなづく）

（利用者からの提案）

H氏：館長あれだよ、もっとわかりやすく貼りだしたほうがいいんじゃないの、使い方。

職員：そうですね、見やすいように大きく書いて貼りだすのもひとつですね。

E氏：小さい、と見えない人もいるんだよ。貼り出しておけば、わかるから。

H氏：俺がバチーっと貼るから、わかりやすくしよう。

職員：了解です。使い方を大きく書いて、貼り出しましょう。ご協力いただける方はご協力をお願いします。

（一同うなづく）

職員：Eさん、2階の方は洗濯機で何か困ったことはありますか。

E氏：困ってるって、言わなくてもわかるでしょ、何回もやる奴いるって。

G氏：洗濯物入れて、忘れちゃうことがあるんだよ、俺もバカになっちゃっているから。

H氏：忘れちゃうんだよな、つらいんだよ。

職員：忘れることは誰にでもありますよ。洗濯物を入れた、その後、忘れてしまう。それは私にもあることです。

E氏：俺だってあるよ、でも何回もあんましおんなじ事やるのはな。

H氏：Gさんだって、いつまでも洗濯機を使おうと思ってるわけじゃないから。早く終わらせたいと思

っているんじゃない、気がついたら声かけてやればいいじゃない。

G氏：乾燥は自分の部屋に吊り下げておけばいいから、干すのは俺はできるんだよ。

C氏：たたむのが必要ならば、僕がやるよ、デイサービスで鍛えられているんだから、得意なんだ。

（健康管理の話題へ）

G氏：ありがとう。最近フラーとするんだよ。自分でもおかしいと思っているんだけど。

職員：Gさん今日は血糖値が低くて、Cさんが気づいてくれて訪問看護の方に言ってくれましたね。

C氏：血糖値 35 は危ない数値らしいよ。

H氏：その後飯食って、俺も飴とシュークリームあげたから。次はきっと大丈夫だよ。

G氏：そうだ、ありがとう（その後、血糖判定した結果、血糖は正常値<260>となった）

職員：日頃から注意が必要ということですね。EさんもGさんも食前に血糖値を下げる薬を飲んでいますが、血糖は下がりすぎるとフラーとする。ひどいと意識を失ってしまうことがある。だから歩き方などには注意ですね。

A氏：見守りが必要ですね。ぼくも食事の時に、見えています。

職員：ありがとうございます。また、今日は無事戻られたDさんですが、脱水ぎみ。特にお風呂から帰られた後は気をつけなくてはいけなくて。今回は病院で点滴してお戻りになりました。

H氏：Dさん！タバコの吸いすぎだよ、ほんとダメよ！俺が抱えなきゃ頭打ってたぞ！

J氏：Dさんもな、忘れちゃうときあるからな。

職員：Dさん、お水飲んだり、タバコ吸ったりした後、そのことを忘れてしまうことがありますか？

D氏：へへへ（笑顔）うなづく

J氏：Dさんは覚えてないかもしれないんだから、こっちから言ってやんなきゃ気がつかないんだよ。

A氏：Dさん、帰ってこれてよかったです。僕も見えていますから。転ばないでって。

J氏：お互い様なんだからさ、いろんな人がいてここなんだから。助け合わねばだめ。

職員：今日はみなさん、ありがとうございました。

【解 説】

洗濯機にまつわる些細なトラブルをきっかけにして、健康不安について話し合うことを目的に実施されたミーティングとなっている。単なる洗濯機の使い方などのルール確認ではなく、洗濯機をうまく使えない辛さ、忘れてしまう辛さを共有する場になり、具体的に操作のボタンを教えてくれる人、使い方をわかりやすく貼りだすこと、干す作業、たたむ作業などの提案が出ていることで、日常の支え合いをつくるミーティングとなっている。また、健康管理の話題の中では、身体障害のために全介助が必要な利用者さんが、他の利用者さんが転倒しないかどうか日頃から見守ってくれていることが共有されている。重度の障害を抱えている人を含めて、お互いに支えながら支えられているという役割関係があることをあらためて言葉で共有されている部分がとても重要である。

参考資料4 トータルプラン（記載イメージ）

トータルプラン			
利用者名			
担当サポートセンター		責任者	
キーパーソン 現場担当者名		トータルプラン 担当者名	
心身の状態 (痛み・呼吸苦・不安/混乱)	<p>平成××年ごろ●●公園を居所として生活。日雇い労働をしていた際に建設現場において転倒、複数箇所の骨折・臓器損傷にて1年間の入院となったが現在歩行は安定しており、部屋までの階段もスムーズに登ることができる。食事制限はアレルギーのため魚類全般。これまでに生活苦による万引き、窃盗、暴行、人間関係、飲酒トラブルなどが多く居所も養護老人ホーム、更生施設、宿泊所などを転々としてきたため、現在の居所においても生活が安定するか不安に思っている。過去に物忘れ、理解力の低下がみられ、情報の整理が必要な場面において混乱し怒り出してしまうことがある。</p>		
生活上の困難・課題 (食事・睡眠・清潔・排泄・活動)	<p>ADL、IADLとも自立しているが、不眠症あり。生活のリズムが狂うと落ち着かなくなり急に怒り出すことがある。また、趣味である園芸により施設内を汚してしまうことがあり、他の利用者と口論となることがある。また、部分的な物忘れがあり植物を枯らしてしまったり、うまく育てられないことがある。活動的であり、地域の商店にて買い物をしたり散歩は毎日行っている、水曜日から土曜日まで、●●区にいる友人宅に毎週泊まりに行っている。外出機会が多いこと、理解力の低下などがあり他の入居者との関係性を構築できていない。加齢による身体能力低下があり健康不安を持っているが、現在のところ疾患予防や機能訓練、介護予防などの取り組みは行っていない。</p>		
本人の希望 望まれる生活	<p>他人に日常生活の意思決定を管理されることなく、自分のペースを保ちながら生活をしたい。万引きや飲酒などで施設を転々としてきたことが嫌な思い出として心に残っているため、トラブルなく安心して●●荘での生活を続けたい。加齢による漠然とした健康不安がある。家族とも疎遠であるために、孤立死はしたくない。人の目があるところでいつまでも健康に暮らしたい。転倒骨折や狭心症の悪化が起こらないように生活したい。以前●●公園の近隣に住んでいた時、他の住人などいじめに合う中で唯一の楽しみが園芸であった。●●荘でもその園芸を続けることで、楽しい気持ちで生活したい。</p>		
専門機関からの アドバイス・意見等	<p>不眠症、狭心症、高コレステロール血症の治療のため、定期的な通院・服薬の継続が必要である。魚アレルギーについては治療中であり、食事提供の際には魚類全般を提供しないよう留意頂きたい。 (主治医・●●診療所内科 ●●医師) 園芸作業における土いじり・化学薬品などの取扱により皮膚がただれることがあるためステロイド系軟膏を2種類処方しているが、副作用があるため症状が治ったら利用を中止してほしい(●●病院皮膚科・医師)</p>		

予測される事態とその対応について	
予測される状況変化	対応
万引きや飲酒、利用者間などのトラブル	トラブルミーティングを開催、行為にあたる辛さ、苦しみを共有し、互助による支え合いの輪をつくる
不眠症があり、生活上の変化で落ち着かなくなる	ご本人、入居者、職員など情報共有を密に行い、不安を解消、安心して生活を継続できる環境を整える。役割分担について入居者・職員と話し合い、ご本人が物忘れで混乱してしまった際や、不安になった際の声かけなどの協働を考える。
疾患の悪化(狭心症、高コレステロール血症)、加齢による身体能力の低下	通院・服薬状況の確認。医療機関(診療所・保健センター)と連携、疾患の予防・介護予防の取り組みをご本人と検討しすすめていく。
支援目標	
目標	達成状況
趣味である園芸の継続、●●荘での安定した生活を続けられるよう環境を整える	地域の生花店にて自ら花を購入し、ベランダにて園芸を行うことができているが、外出が長引くことや物忘れもあり、植物を枯らしてしまうことがある。また、園芸において使用する土やゴミなどで住民から迷惑であるとの声が出ている。
健康状態を保って、身体状況の悪化を防ぐ	定期的な通院ができているが、薬の飲み忘れ、怪我や皮膚疾患がある。また現在のところ、通院・服薬以外で健康状態の保持・疾患の予防などにつながる取り組みを行っていない。
対応に必要なケア体制・システム・社会サービスとの連携	
課題	解決に向けて
外出機会が多いこと、理解力に低下が見られることより、園芸などにおいて花を枯らしてしまったり、土で施設内を汚してしまうことがある。また、ごみの量も多く他の入居者より迷惑だとの声が上がっている。●●荘内の関係性・信頼関係をうまく作れていない。	趣味である園芸を続けられるよう、ミーティングなどで取り組みを公共化し、周囲より共感を得ることにより、関係性を構築、互助による支え合いの輪をつくる。園芸スペースがご本人だけではなく、他の入居者・職員にとって共同の場所として親しまれ、共に守っていく場所として認知されるよう取り組んでいく。また園芸を通じて、生活圏域の近隣住民、関係機関(●●生花店、自立援助ホーム●●、●●地域包括支援センターなど)とのつながりを広げ、●●荘内外において関係性を構築、孤立を防ぐ。
加齢による身体・生活能力の低下があり、転倒などによる身体能力の低下、生活能力の低下が予想される	かかりつけ病院の医師・相談員、●●地域包括支援センター、●●保健センターと連携をとり、自身の健康維持に向けて課題整理を行い、健康不安の解消、疾病の予防、介護予防に取り組む。
自立援助ホームでの生活安定、現在の身体・生活状況が変化した際の居所についての検討	●●区福祉事務所施設支援係・●●CWと連携、身体・生活状況を共有し、身体状況が変化した際の居所について協議していく。

参考資料5 生活支援サービスの提供の指針

1 基本的考え方 ～見守りから関係性の再構築へ

- 賃貸住宅管理にとっての最大のリスクである孤独死は、社会関係の貧困に起因。
 - 孤独死は、死後一定期間経過後に発見されるもの。様々な社会関係の中で生活していれば、家族、職場の同僚等により発見される。社会関係が乏しいため発見までに時間がかかる。
- 見守り（単なる安否確認）は対処療法に過ぎない。
- 根本解決には、利用者を支える社会関係の再構築が必要。できるだけ多くの人に支えられる体制作りを進めることが必要。
- 心身の状況は年齢を経ることなどにより変化。変化に対応し、居住の場や支援サービスの提供を見直していくことが必要。

2 関係性の内容

- 利用者相互の互助関係
- 親族、友人との関係
- 地域との関係
 - 大家、不動産業者
 - 行きつけの商店街
 - 就労している事業所 等
- 社会サービスとの関係
 - 医療保険、介護保険の訪問、通所サービスの事業者
 - 行政機関
 - 後見人、権利擁護機関 等

3 生活支援サービスの提供手法

- 互助関係の構築
 - サロン、共同食堂等における利用者同士の交流
 - ◇ 利用者同士のトラブルには利用者ミーティングによる相互理解促進
 - イベント、災害時避難訓練等の実施
 - ◇ イベント、避難訓練等での役割分担の話合い
 - ◇ 協業体験の共有
- 親族、友人との関係性回復の支援
- 関係事業者、関係機関との連携、情報共有
 - 家賃滞納情報の早期入手

- 定期的に訪問している商店等から訪問がなくなっていることの情報入手
- 無断欠勤等の情報入手
- 予定された来訪がない、訪問予定時に不在だった等の情報入手
- 訪問での確認
 - 定期的な訪問
 - ◇ 訪問頻度は、リスクに応じて設定
 - サロンやイベントへの非参加、社会サービス等とのつながりが少ない利用者に重点
 - 問題発生への早期対応
 - ◇ 訪問が基本。緊急時には電話で対応。
 - ◇ 家賃滞納は1月目から早期に対応
 - ◇ 社会サービスが接触できないケース等早期対応が必要
 - ◇ その他関係者からの情報に適切に対応することが必要

4 実施体制の整備

- 利用者情報の管理・共有
 - データベースの活用
 - ◇ 互助活動への参加、サロンへの来訪記録の収集管理
 - ◇ 関係者、関係事業者からの情報の収集管理 等
 - 蓄積したデータを活用したリスク評価と提供サービスの見直し
- 人材の育成 別に指針を策定

参考資料6 生活支援サービスを担当する人材養成の指針

1 基本的考え方

○生活支援サービスは関係性の再構築を目指すもの

- ・住まいに困窮する低所得高齢者等は、家族や親族をはじめ友人知人や地域住民等との関わりが希薄化しており、住まいの賃貸借契約の際に必要な身元保証人や緊急連絡先となる人がいない場合が少なくない。
- ・一方で、賃貸物件の家主等は、孤立死に対する漠然とした不安や費用負担リスクから高齢者等の入居を敬遠する傾向がある。機器を利用した見守りや安否確認サービス、少額保険商品なども普及しているものの、孤立死リスクに対する家主等の不安を払拭するまでには至っていない。
- ・住まいに困窮する低所得高齢者等への生活支援サービスでは、他者との関わりが希薄化している本人と周囲の人々との社会関係を再構築し、できるだけ多くの人々に支えられる仕組みや環境を整えることを目指すことが求められる。

○関係性の再構築ができる人材の育成が必要

- ・住まいに困窮する低所得高齢者等の生活支援を担う職員には、利用者本人に対する理解を深めながら、日常生活上の課題に対して適切に支援する力が求められる。
- ・特に、社会関係の再構築という低所得高齢者等の根本的な支援ニーズに応えることができる人材の育成が求められている。

○関係性の再構築に必要な支援技術を研修等で習得できる体制の整備が必要

- ・孤立した低所得高齢者等が周囲の人々との関係性を再構築するためには、支援を担う職員に一定の知識や技術が必要となる。
- ・これまでに団体が蓄積した様々な知識や経験をもとに、孤立した低所得高齢者等の関係性の再構築を担える人材を育成するための研修体制等を整備していくことが求められている。

2 関係性の再構築に必要な支援技術

○支援技術の内容

- ・孤立した低所得高齢者等が周囲の人々との関係性を再構築するために必要な支援技術として、大きくは下記の4項目がある。
 - 「基本的信頼関係」構築のための支援技術
 - 利用者の支援方針を決め、実行していくための支援技術
 - 「生活づくりの主体となるための互助関係」構築のための支援技術
 - 利用者の立場にたち（キーパーソンになる）、地域連携（医療・介護サービスの事業者との調整、地域住民、事業者等との連携）を行うための支援技術

以下、各支援技術について記述する。

(1) 「基本的信頼関係」構築のための支援技術

- ・「基本的信頼関係」構築のための支援技術は生活支援のための基礎技術であり、次の内容から構成される。
 - 対人援助に対する基本的理解
 - 利用者の承認、受け入れなどの支援技術
- ・生活支援を担う職員には、利用者の抱える障害や疾病などの生活課題を理解するとともに、そこから生じる本人の生きづらさを理解することが第一に求められる。
- ・利用者本人への理解を深めるためには、利用対象者に多い疾病や障害等に関する知識とともに支援のための法制度などを体系的に学ぶことが必要である。
- ・なお、これらは初任者研修の位置付けであり、継続的な技術向上を促していくシステムの構築も必要となる。

(2) 利用者の支援方針を決め、実行していくための支援技術

- ・特定の利用者のケアプラン作成（利用者との協働作業）を通して、利用者との基本的信頼関係を構築するとともに個別支援手法を習得するものであり、次の内容から構成される。
 - 利用者の状況や社会サービスの活用に関する基本的理解
 - ◇ 疾患や障害についての基本的理解
 - ◇ 医療・介護サービスについての基本的理解
 - ◇ 関係相談窓口等福祉施策についての基本的理解
 - 支援方針の内容をケアプランとして取りまとめ
 - 共感関係を土台とした支援（個別支援）
- ・利用者が抱える生活上の問題について、その背景にあるものをアセスメントによって整理し、利用者のつらさに気づき、生活上の困りごとを利用者とともに発見し解決していくためのプロセスを言語化する作業である。（言語化することで支援内容が独善的になることを防ぎ、支援の思考プロセスを共有化できる。）
- ・生活支援を担う職員には、利用者と同じものを見ようとする関係性（家族的機能・キーパーソンとしての役割）を土台として支援を展開することが求められる。

(3) 「生活づくりの主体となるための互助関係」構築のための支援技術

- ・ 特定の利用者等の悩みを関係者すべての課題として捉え、関係者が相互に支え合い助け合う関係性を構築できるような環境づくりの手法習得を目指すものであり、次の内容から構成される。
 - 利用者間でのトラブルの解決、イベントでの役割分担等を目的とした利用者ミーティングを開催
 - ✧ 色々な人の意見を参加者全員で共有すること、相互に相手のつらさを理解し、つらさを補い合う役割関係と、互いに認め合う相互承認関係を作ることを目指す。
 - ✧ 最も弱い立場の人が安心して生活できるようなルールを話し合うこと
 - 利用者ミーティングの記録を取れること
- ・ 利用者ミーティングは、参加者同士の相互理解の深化や基本的信頼関係の強化を促し、参加者一人ひとりが生活の主体になることを目指すものである。
- ・ 多様な価値観や生活行動の違う様々な人々が暮らす集合住宅等では、トラブルが発生しやすい状況にある。その際に、なぜトラブルにつながる行動がなされるのか、原因となる本人が抱える生きづらさを関係者で共有し理解を深めることが重要であり、互いのつらさを理解した上で相互に認め合い、助け合う関係づくりを目指すことが求められる。

(4) 利用者の立場にたち、地域連携を行うための支援技術

- ・ 利用者の様々な生活課題に対して、他事業所や地域の医療・福祉等の専門機関、行政など関係者・機関とカンファレンスを行い、地域連携の中で利用者を支援する環境づくりを習得するためであり、次の内容から構成される。
 - 利用者の生活課題に対して活用できる医療、介護事業所等地域資源を活用したトータルプランを作成
 - 地域の事業所等と連携をとり、必要な情報を収集、共有
 - 関係事業所、関係機関等との利用者の処遇についてのカンファレンスを主催
- ・ 生活支援を担う職員は、日常的な関わりの中で利用者との間に基本的信頼関係を構築しており、利用者の状況や生活を最も把握している立場にある。そのため、キーパーソ的な立場から利用者を支援する様々な関係者・機関との調整の中心的役割を果たすことが求められる。