

第3章 地域の暮らしと意思決定支援

1 グループホームでの暮らしの支援

■地域での暮らしとは

私たちのまち、新城市には入所施設がありません。昔も今もありません。私たち新城福祉会が設立され、障害福祉事業を始めたのは2004年10月、その時には国の方針として入所施設建設は、もうあり得ないものとなっていました。だから、私たち新城福祉会の職員は入所施設を外側から知っているだけで、過去に他法人の入所施設で働いた経験のある職員1名を除くと、誰も入所施設を内側から知りません。

さて「地域」とは何でしょうか。今回の原稿を執筆するに当たり、地域(≡地域社会)というものをもう一度、確認したいという思いに駆られました。折しも昨年秋に「若者議会」を始め、「新城市福祉従事者がやりがいを持って働き続けることができるまちづくり条例」など、私たちの仕事にも深く関わる多大な功績を残し、新城市長を勇退された穂積亮二氏が「自治するまちのつくり方(松下啓一著)」という書籍の中で、とても興味深いことを言われていますので、紹介させていただきます。穂積氏は「…人間は社会的存在として家族の外にもう一回り大きな共同体を形成して暮らしを維持します。ごみ処理だとか、葬祭だとか、消防だとか、水利だとか、託児だとかの、当たり前生活を維持するために不可欠な共同機能を担保するためです。それは単に家族の集合体でもありません。単身者もいれば、病者もおり、時には孤児もいるでしょうし、さらには性的アイデンティティから婚姻と家族形態は他と違うが、それ以外では社会的役割を同等に果たす人も包括されています。その基本単位が地域社会なのではないでしょうか…中略…地域社会とは、人間が生命活動の継承を行う共同母胎であり、世代更新の場であること…」と語られています。ここには今、声高に叫ばれている「地域共生社会」の実現に向けて、地域の中での支え合い、支える人、支えられる人の関係から地域の中で誰もが役割を持って…、という文脈にも通ずるものがあります。地域での暮らしの1つの形としてグループホームがあるならば、このように定義された地域社会の中に、グループホームでの暮らしも包括され、支援の在り方によって「グループホームに暮らす人」が地域の一員として、何らかの役割を持つ人になることができるはずで



■グループホームとは

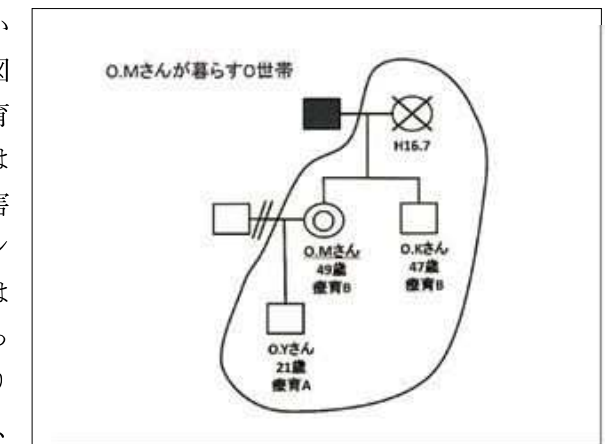
次にグループホームとは何かということです。グループホームというものを今一度、正しく理

解する為に、障害のある人と援助者でつくる「グループホーム学会」の理念・目的を確認してみました。そこには『誰でも自分の意志にもとづいて、地域で暮らせる権利をもっています。障害の種類や程度にかかわらず、どんな人でも快適に暮らせる場所が必要です。』とあり、さらに会則の目的では『1.人は誰でも地域でその人らしく自由に暮らす権利があります…中略…2.グループホームは、人として誇りをもって生きるための、大切な暮らしの場のひとつです。学会は、グループホームで暮らす人が、その人らしく、よりよく生きてゆくために、住居のあり方、支援のあり方、さらに、年金、給与、介護など生活保障全体について、さまざまな立場からよく調べ、考えます。』と謳われていました。障害のある人にも「地域でその人らしく自由に暮らす権利」があることを明言し、「グループホームは、人として誇りをもって生きるための、大切な暮らしの場のひとつ」と定義しています。これらをつなぎ合わせると「グループホームとは地域で障害のある人がその人らしく自由に暮らす場のひとつ」と言い換えることができ、本稿は「地域で障害のある人がその人らしく自由に暮らす支援」というテーマに進化していきます。

このように「地域とは?」「グループホームとは?」を再確認した上で、私たち新城福祉会のグループホームでの実践が、「障害のある人が地域でその人らしく自由に暮らす支援」になっているのか、振り返ってみたいと思います。

■O Mさんのケースから見たもの

2003年7月7日、新城市手をつなぐ育成会の親御さんたちは障害を持つ我が子の将来を考え、社会福祉法人新城福祉会を設立、翌2004年10月1日、知的障害者通所授産施設レインボーはうすを開所しました。その当時、親御さんが我が子の思いを代弁していました。しかし私たちは開所したばかりのレインボーはうすで、一人の利用者さんに出会い、その当事者本人の思いを聴くことになったのです。それがOMさんでした。OMさんのお母さんはレインボーはうすが開所された10月を待つことなく7月に他界されました。これはOMさんの暮らす家族関係図です。OMさん、そして弟のOKさんは療育B、中程度の知的障害です。またOMさんには離婚した元夫との間に療育A、重度の知的障害の息子さんOYさんがいて、OYさんもレインボーはうすに通所していました。残されたのは知的障害を持つ人たち3人でした。亡くなったお母さんがキーマンであったことが分かります。レインボーはうす開所後間もなくして、OMさんが住む地区の民生委員さんから「OY



さんが朝、近くの駅のトイレに間に合わず、庭で大便をしている、レインボーはうすの人たちはそれを知っていますか?」という連絡が入りました。当時、今のように相談支援事業所はなく、またお隣の豊川市や豊橋市にあった地域生活支援センターも新城市にはなかったため、福祉課へ依頼して、拡大ケース会議と称して、OMさんご本人の思い、困り感、そして望む暮らしを聴く支援会議を開催しました。

そこで、私たちはOMさんの「お母さんが死んで、家のことを私が全てやるようになった。通帳のことや役所からの書類のことなど、難しくてわからない時がある。また、便所が壊れていて



使えないし、お風呂も薪で炊くので大変。糖尿病があるので病院通いは欠かせない。何とか息子のために元気で長生きしたい。」という思いを聴きました。しかし、関係者からは「グループホームがあるといいね。」「早朝、夜間のヘルパーが欲しいね。」など、そこから先に進まない会議でした。そんな会議を続けていた翌年の夏、O.Mさんが低血糖発作で倒れ、救急車で搬送、入院。私たちはその時「日中活動のレインボーはうすだけではOMさんの地域生活を支え切れない」

「利用者さんは待ってはくれない。」ということ突き付けられ、新たな社会資源づくりに挑戦することになりました。それがヘルパー事業であり、グループホーム事業でした。それら2つの事業を創り出しましたが、障害当事者本人の思いを丁寧に聴き、支援者の安心のためにサービスに

繋ぐことのないように心掛けました。その結果、グループホームの体験利用を通して、OMさんと息子のOYさんはグループホームの暮らしを選びましたが、障害者雇用で就労していたOKさんは自宅での生活を選択しました。それは写真の自宅玄関に置かれていた手筒花火からも読み取れます。OKさんは地域のお祭りなどを通して地域の人と上手にお付き合いされていたのです。またその中で、私たちは福祉サービスだけでは解決できない、亡くなったお母さんからの遺産相続や、折し



も新東名の用地買収における契約行為に直面することになり、成年後見制度というものを活用するために、さらに新たな社会資源づくりを新城福祉会とは別に取り組みむことになりました。それがNPO法人東三河後見センターであり、それは今の新城市成年後見支援センターへと繋がっていきました。OKさんは成年後見制度の補助類型ですが、この制度を使って、様々な契約行為をクリアして、自分の望む暮らしに向けて、自宅を建て替え、自宅での一人暮らしを実現されました。もちろん、家事や片づけ等、苦手なことはヘルパーさんが入って支援してくれています。

新城市には入所施設がありません。長きに渡り地域の暮らしが当たり前であった障害のある人たちは、地域で暮らすイメージが自然に出来上がっています。例えば隣の人が回覧板を持って来てくれる、お組でお葬式があれば連絡が言い継ぎで回る、町内の清掃活動に出かける、神社のお祭りがあれば氏子として参加する、そしてOKさんの玄関に置かれた手筒花火はまさにその象徴でした。このように家族や利用者さん本人は、程度の差こそあれ、必ず地域の誰かと関わってい

ます。それが自然に地域の暮らしに対するイメージとなり、利用者さん本人が地域生活を静かに志向する思い(おぼろげながらもイメージを無意識化している)と言えるものです。だから、障害のある人たちの暮らしの場が住み慣れた地域にあることは自然であり、そこから切り離されてどこかに遠くに転居することは極めて不自然だったのです。何よりもご本人さんたちが、言葉にできない人も含めて、それを感じていました。OMさん一家の事例はそのことを私たちに教えてくれていました。これが新城福祉会の地域生活支援としてのグループホームづくりのスタートでした。



日中活動(現在の生活介護、就労継続支援B型など)を利用している利用者さんたちが、OMさんのように親御さんが他界されて家族の支援を受けての自宅生活ができなくなった時、親御さんの高齢化で自宅での支援が困難になった時、その他諸々の理由(医療刑務所出所直後の障害のある人、家族・親族の不在の障害のある人、ハード面で環境づくりの必要な身体障害や行動障害の人)で居住支援が必要になった時、私たちが制度として利用できる暮らしの場は、唯一グループホームでした。そこで、特に障害の重い人、軽い人、ということではなく、居住支援の緊急性のある人から、生まれ育ち、住み慣れたまちで暮らし続けたいという自然な思いを受け止め、その思いに応えたい一心でグループホームを整備してきました。

こんな事もありました。医療刑務所出所直後の障害のある人の居住支援では、グループホーム整備が追い付かず、世話入室や共用スペースのリビングを活用して2週間頑張ったものの限界となり、同圏域の入所施設に緊急ショートステイをお願いして、結果、ロングステイとなりました。その時、必ず生まれ育った新城で暮らせるようにグループホームを整備することを約束しました。2年程かかり何とかその約束は果たしました。この時、入所施設の持つ最後の砦、セーフティネットとしての役割に心から感謝しました。

また、上手く行ったことばかりではなく、アルコール依存症で精神科病院退院後、自宅での一人暮らしからグループホームへ入居された生活保護受給者の人の支援では、私たちに専門性がないが故に、アルコール依存症に対する適切な支援ができず、単なる住居の提供に終始してしまい、症状が悪化、最終的には薬物依存症専門機関のグループホームへ転居することになりました。

■グループホームに求められるもの

ところで、グループホームでは日常的な金銭管理等を行ないませんが、財産管理や法的な契約行為は行ないません。そこに関しては必ず専門機関、専門職と連携していきます。市町村社会福祉協議会の日常生活自立支援事業と成年後見制度の利用は必須です。これは利用者さんの権利擁護にも深



く結びつき、グループホームという小さな空間へ外部の人の目を入れることにもなり、とても重要です。グループホームは家族的小集団とは言え、基本は他人であり、職員と利用者という関係性が前提にありますので、管理者、サービス管理責任者、世話人、生活支援員が決して財産管理等、利益相反を生じる案件を背負わないことが大原則となります。

私たちがグループホームで、大切にしていたことは本人の思いと、できる限り今までと同じ家庭的な生活環境をつくることでした。とは言うものの、新城市では山間地に入ると生活の利便性は一挙に激減します。その為、地理的にグループホームは市街地、一般の住宅地にあることを大切に、買い物や病院へ行きやすく、公共交通機関を利用できる場所を求めて、その条件を満たす既存の戸建て住宅やメゾネットタイプのアパートなどを借りて整備していきました。できる



範囲の住宅改修も行ない、バリアフリー化を目指しましたが、ハード面では、既存の戸建て住宅やアパートでは限界がありました。

そんな経緯を経て、知的障害と身体障害の重複障害の人から、駐車場に停まった車椅子車両から自分のベッドまで車椅子で行き来できる完全バリアフリーのグループホームを求める声が複数届き始め、それを受けて2009年度、国庫補助金を活用して定員4名、ショートステイ1名の完全バリアフリー、車椅子トイレ、リフト入浴付きのグループホーム「矢部ホーム」(共同生活住居)を整備しました。矢部ホームでは最重度(身体1級、療育A、区分6)の60代男性利用者さんが大腸癌の手術後、訪問看護師に入ってもらったこともあり、また在宅の最重度(身体1級、療育A、区分6)の30代女性利用者さんは、日中系事業所の看護師の応援を受けて、矢部ホームでショートステイ1泊の挑戦も始まっていきました。

そして矢部ホーム建設から12年、新城福祉会のグループホームにはさらに重度化、高齢化の波が押し寄せ、それに応えるために新たに完全バリアフリー、車椅子トイレ、機械浴付きの住環境

がどうしても必要となり、国庫補助金を活用して定員7名、ショートステイ1名のグループホーム「第2矢部ホーム」(共同生活住居)を建設することにしました。できる限り大規模化を避け、中山間地の利点で平面積だけは大きく確保できるので、木造平屋建てで、調整区域ではありますが、民家の立ち並ぶ一角に建設をしています。併せて2009年度に整備した完全バリアフリーの矢部ホームを1床増築して、定員5名、ショートステイ1名として整備中です。矢部ホーム、第2矢部ホームの場所は、新城福祉会の日中系事業所レインボーはうすを始め、相談支援事業所、ヘルパー事業所がある地域でもあり、今後、ここを地域生活支援拠点事業所として機能させていくことも想定して、これらの新築、増築の整備を進めています。

■自由な暮らし



ここまで、地域での暮らしをグループホームから振り返って来ましたが、障害のある人の中には、グループホームでの暮らしを選んだ人もいましたが、同時に宿泊体験やグループホームでの暮らしを経て、自宅やアパートでの一人暮らしを選んだ人もいました。前述したOMさんの弟のOKさんもその一人でした。また入所施設からの地域生活移行としてグループホームへ暮らしの場を変えても、さらに「自分の家の鍵が欲しい、もっと自由に暮らしたい(極端に言えば食べたい時に食べて、寝たい時に寝て、風呂も入りたい時に入る等)」とグループホームを何度も飛び出し、最終的に支援会議で「アパートでの

一人暮らし」を選んだ療育A、区分5の50代男性利用者さんもいました。「トコトン自由」と「地域に生きる一人の私」を選んだのです。そのプロセスはまさに意思決定支援でした。今、彼には複数のヘルパー事業所がほぼ毎日交代で家事援助、通院等介助で入り、地域での暮らしを支えています。それでも自由に暮らす中では、近隣住民とトラブルを起こすことや生活上の失敗もあり、私たち支援者は警察署(主に生活安全課)との連携も日常となっています。

■グループホームを支える人材

最後に、こうした地域生活支援、とりわけグループホームを中心に据えた居住支援の取組みで、入所施設を持たない私たち新城福祉会が一番苦労したことは、人材の確保でした。早朝夜間に勤務できる職員、夜間支援のできる職員の確保は今もなお困難を極めています。新城福祉会は日中系事業所が母体でしたので、そこに人材を手厚く配置していました。しかし、途中から、多様な地域のニーズを受けて支援度の高い利用者さんがグループホームで暮らしを始めるようになり、必然的に支援力の高い中堅職員をグループホームへ配置する、つまり日中系事業所やヘルパー事業所で力を付けた職員をグループホームへ異動するという流れになっていきました。

また一人職場になり易いグループホームの課題は権利擁護でした。一人職場になる頻度の高い中で権利侵害、虐待を発生させない為に、中堅職員(サービス管理責任者)から自発的にグループホーム部門独自の虐待防止研修も始まりました。今、新城福祉会の中で支援の屋台骨として、法人全体へ地域生活支援の熱意と技術を普及させているのはグループホームの中堅職員です。愛知県の虐待防止研修でも紹介させてもらっている三重丸検討による虐待防止チェックリストの作成は、グループホームの職員だからこそできた貴重な取り組みとなっています。



区分6の利用者さんが暮らす矢部ホームでの集合写真

そして今、コロナ禍にあって、グループホーム利用者さんが日中の通所先の事業所で、濃厚接触者に認定され、PCR検査結果が出るまでの約24時間、グループホーム待機で、その支援に当たった職員の苦労は想像を絶するものがあります。グループホームは入所施設とは違い、地域の戸建て住宅であったり、アパートであったりするので、周囲に対しての気遣いも当然ありました。それも地域というものの一側面です。また、戸建て住宅やアパート形式の住環境では、グループホーム内の隔離やゾーニングにも限界がありました。それでもできる限りのことを行ない、今日まで乗り越えて来ています。

■地域共生へ向けて

一言でグループホームの暮らしと言っても本当に多様です。本来なら、個別であるべき人の暮らしが、やはり小さいながらも集団の形を取っていることは否定できません。それだけにグループホームという小さな集団が個性を確保しながらも1つの擬似家族となり、それが地域社会の構成単位へと質的に変化し、「地域共生社会」実現の一翼を担えるようになれば、その時こそ、グループホームが本当の意味での地域生活と言えるものになるのではないのでしょうか。それを強く願いながら。



[社会福祉法人新城福祉会 業務執行理事 長坂 宏]

2 暮らしの中の意思決定支援

■「意思決定支援」の定義

厚生労働省のガイドラインによれば、意思決定支援とは、「自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意思決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討するために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう」となっています。つまり、どんなに障害が重くても意思や思いはあるので、本人が自分自身で決められるように周囲の者が配慮し、出来ることは見守り、出来ないことは手伝うということになります。

意思決定支援の法的根拠として、障害者権利条約第12条では、「障害者が法的能力の行使にあたって必要な支援を利用する機会を提供するための適切な措置を取る。」第19条では、「全ての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を有する。障害者は、居住地を選択し、どこで誰と生活するかを選択する機会を有する。また、特定の生活施設で生活する義務を負わない。」障害者基本法第3条(地域社会における共生等)では、「全ての障害者は、どこで誰と生活するかの選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられない。」障害者総合支援法第42条では、「事業者は、障害者が自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう障害者の意思決定の支援に配慮するとともに……」知的障害者福祉法第15条「市町村は、知的障害者の意思決定の支援に配慮しつつ……支援体制の整備に努めなければならない。」

そもそも日本国憲法第22条には「何人も、公共の福祉に反しない限り、居住、移転及び職業選択の自由を有する。」とあります。

■意思決定支援のためには



では、どのようにすればいいのか。まず、人が意思決定するためには、3つの条件をクリアする必要があります。それは、決定のための経験や体験があること、決定に必要な情報を理解していること、決定した意思を表現し実行できること、この3点です。

私たちは、知らず知らずのうちにこの過程を経て物事を決めています。ただ、決められず迷うことや、誰かの意見や指示で決めること、結果的に誤った決定をしてしまうこともあり、常に正しい決定ができているかと言えば決してそうではありません。知的

障害を持つ方は、この3つのいずれか又はすべてに欠けることで、支援を要することが多くなっています。しかし、意思決定支援の必要性＝自分で決められない、ではありません。重い障害のある人でも、意思や思い、気持ちがあり、自分で決めることができる可能性があるからです。



また、意思決定支援のためには、本人の判断能力を確認する必要があります。衣食住などの生活場面や物品の購入、福祉サービスの利用といった日常生活から、人生を左右するような暮らしの方向転換など様々な事項がありますが、まず第一に本人自らが意思決定できる場面なのか、それとも意思決定支援の必要な場面かを判断しなければなりません。

次に、支援にあたる際の共通の認識としては「ベストインタレスト」（本人にとって最善の利益）の考え方が大切になってきます。支援者の利益や事業所の都合ではなく、本人の利益です。ベストインタレストのためには、

- 本人に関連するすべての事情を考慮する
- 本人が意思決定能力を持つ可能性を考慮する（エンパワメント）
- 本人が意思決定に参加する
- 本人の意向、感情、価値観などを考慮し、外見や行動などで判断しない
- 本人が相談したい人、家族など身近な人、後見人などの意見も考慮する

これらの、すべてを満たす、あるいは満たすと判断し共同決定することになります。ベストインタレストは、結果として何が最善なのかを推測することです。



意思決定支援ガイドラインの中の基本原則を見ますと、

① 自己決定の尊重と分かりやすい情報提供を行う

（本人が理解できるようにあらゆる工夫が重要です。絵や写真、映像を使うことや、要点を分かりやすく説明すること、繰り返し行うこと、などです。）

② 不合理と思われても他者の権利を侵害しないのであれば尊重する

（例えば家族にとって不合理でも本人視点が第一です。また、人は挫折や失敗しながら成長します。それが次への糧となっていきます。糖尿病の人が饅頭を食べたいと言った場合どう支援するか、お金が無いのに大きな買い物がしたい場合どうするか。饅頭を半分にする、支払いを月賦にして購入する、といった選択肢もあるはずです。）

③ 自己決定や意思確認が難しい場合は、関係者が本人の意思を推測する

（本人をよく知る者たちが根拠を明確にして本人の意思を推定します。表情や行動の記録などの情報、生活歴や人間関係などの情報は必須です。）

ガイドラインには無いですが、状況によっては意思決定支援のやり直しや見直しもあって

いいのではないのでしょうか。本人の希望や夢に叶うような支援がベストだからです。逆に、本人が好まない、不快に思う環境や支援が続けば、虐待になりかねないという危惧もあります。本人自身が生活していて、楽しい、嬉しいと感じることが大切です。

支援のための留意点を挙げれば、

- ・何が得意（できる）で、何が苦手（できない）か。何に興味があるか。
- ・話せなければ意思が無いわけではない。
- ・やらないことを、能力が無いと判断しない
- ・これで良いのか？と常に考える。（「今までこうしてきたので」ではダメ）
- ・チームアプローチの必要性（「誰かがやってくれるだろう」の集団ネグレクトに注意）
- ・十分な情報提示、安全の保障（リスク回避）
- ・キーパーソンによるファシリテーション

などでしょうか。

参考までに、福岡寿氏が提唱している「穏やかな自己決定」は次の通りです。

- ・障害の有無にかかわらず、人は試行錯誤しながら、行きつ戻りつしながら、周囲との関係性の中で意思決定する
- ・試してもいないことが胸に落ちないのは誰も同じ
- ・本人が試してみてもうまくいく感触も、ダメな感触も味わって、その上で自分なりの落ち着きどころを見つけていく
- ・支援者の役割は、そのための段取りを何度も調整して、寄り添うこと

■パターナリズム

ついつい入所施設の利用者の事を考えてしまいます。様々な理由で入所されてきた訳ですが、果たしてご本人が希望して入所してきたケースは何人、いや何%いるのでしょうか？生まれてから必死で介護してきた親の負担軽減のため、あるいは介護者が不在になった、あるいは専門的な支援が必要なので、あるいは家にいるより幸せなので、あるいは他に行き場所がないから……。それらに本人の意思は全く見当たりません。多くの場合、家族が本人に良かれと思い十分な根拠も無しに、また本人の同意も無しに判断したケースが最も多いのではないのでしょうか。これを、パターナリズムと言います。特に、親子の間でのパターナリズムの発生が多いといわれています。意思決定支援は、可能な限り本人が決定することを支援するもので、パターナリズムは意思決定支援の対極にあると思われる。親や周囲の人は、本人が困らないように、失敗しないよ



うに、周囲に迷惑かけないように、と考え代行決定してしまいがちです。今まで当たり前のように本人に代わって決めてきたことの中に、本人が選んで決められることは無いのか。例えば、食事や衣服、外食、余暇などの意思決定はどうでしょう。居住選択、結婚といった社会生活は？

意思決定支援の取っ掛かりとして、身近なことの意思決定から始めて、発展させるのも一つの方法かもしれません。本人に自分で決めてもいいんだ、実際に自分で決めたようになるんだ、という意識を持ってもらうことは大変重要だからです。

■アセスメントの重要性

チーム支援として意思決定支援会議は、自ら意思決定できるような支援のためにも必要です。意思決定支援計画を作成します。サービス担当者会議や個別支援会議と併用してもいいでしょう。最も優先度の高い事項は本人の意思決定の部分です。当然、アセスメントは丁寧に行います。それどころか、アセスメントが最も重要な部分です。興味あること、性格、生育歴、家族の意向などの資料をもとに推定される本人の意思や希望や夢を判断し、意思決定支援が必要な項目を明確にし、具体的な支援内容を決めます。内容は、本人にフィードバックします。説明方法も工夫が必要です。当然のことながら、サービス等利用計画や個別支援計画にも意思決定の結果が反映されることが大切です。ただし、留意点として、

- ・本人が意思決定しやすい環境や情報があるか
- ・家族や成年後見人による代行決定ではないか
- ・意思決定支援に関わる職員の人権意識と本人との信頼関係があるか

などがあげられます。



本人の意思確認の中には、居住選択の項目が必須です。意思確認ができない場合は、前出の通り意思決定支援を行います。地域移行の意思が確認できた際には、地域移行支援会議の開催を考えます。あらかじめ会議への参加者の確認や検討事項を洗い出しておく必要があります。ご本人、家族、後見人、サービス管理責任者など施設関係者、相談支援専門員、受入れ先 GH 等の関係者、日中活動の支援者などになります。ここでの内容を基に、移行支援計画を立て役割分担、支援項目、行程などを決めていきます。もち

ろん、状況が変われば途中修正もあります。これら一連の流れはマニュアル化しておくことが肝要です。

さて、地域移行支援と聞くと、どこか地域社会でない所から地域に出ていくための支援に聞こえます。となると、入所施設は地域でないのか？という議論になりますが、この点は意見の別れるところかもしれません。あるいは捉え方の問題かもしれません。いずれにしても、入所施設での集団生活は、普通の社会生活からすると明らかにイレギュラーであることは明

白です。一般に、集団生活をするのは、学校の寄宿舎、刑務所、病院の病棟など明確な目的のもとに一時的に行われるのが通例です。では、入所施設では何を目的に集団生活をするのでしょうか？行き場所が無い人のため、一時的な住まいの場、介護者の負担軽減のため、でしょうか。

話を戻して。地域移行に限らず、支援に向けてアセスメントは最重要事項です。アセスメントとは、本人が適切なサービスを受けるための基本となるケアプランを作成する過程で、本人（家族）が抱える悩みや現状を分析し、それを解決するためにはどのような支援が必要なのかを整理するものです。客観的な評価、査定、ニーズ抽出です。大げさに言えば、アセスメントの如何によって支援が左右され、本人の生活も左右されます。

アセスメントでは、入所施設に住み続ける理由や目的、入所期間の目安などを必ず調査、分析し記載することが求められます。親族・介護者がいない、本人が希望する・変化を望まない、障害が重い、といったような曖昧な理由が含まれることも予想されます。これまで、入所継続の理由などは項目になかったかもしれませんが、この項目について、きちんと分析する必要があります。意思決定支援ができていない段階で、「本人が入所生活の継続を希望する」伝々などの結果はいかなるものなのでしょうか。せめて、「意思確認や決定の支援中」「移行へ向けて調整中」と記載してほしいところです。



■グループホームでの生活

地域移行と言えば、グループホームを連想されるかもしれませんが、必ずしもそうではなく、家庭へ戻られる方や一人暮らしの方も勿論含まれます。グループホームは「共同生活援助」の別称ですが、そもそも「共同」の住まいなのです。しかも、共同で一緒に住むのは赤の他人です。赤の他人同士が、同じ住居に住む理由は何かと言えば、より家庭に近い生活、地域の中での生活のため、でしょうか。制度を使った生活費用の軽減、ということかもしれません。近年増えてきた「シェアハウス」は、費用軽減が主な名目のようです。（共生という視点では、障害者がシェアハウスの中で支援を受けながら一般の方と生活するという選択肢も考えられる。）



赤の他人との共同生活。好むと好まざるに拘わらず友人でもない人と一つ屋根の下に暮らす。想像してみてください。ただ、あるきっかけで知り合った人と生涯友達であることは珍しくありません。同じクラスの友人、趣味の仲間などもそうでしょう。グループホームもそれと同じでしょう

か？同じ境遇の仲間とは言えますが……。いずれにしても、一定の年齢になってから突然他人と共同生活するわけですが、今まで経験している大人数の共同生活と比較すれば何と言っても自由な時間が増え、より個人の希望が叶えられ、必要な時に支援が受けられ、公費の援助があり自己負担も少なく済む。そして、フェンスや鍵も無く、地域の中にあります。こう考えると、グループホームの利点は数多くあるのです。

■終わりに

さて、地域移行への支援です。意思決定支援に結び付ける体験機会の活用など、本人の意思確認を最大限の努力で行ったうえで、事業者、家族、成年後見人など関係者が集まり、判断の根拠を明確にしながら、より制限の少ない生活、自由な生活への移行を前提として意思決定支援を進めること。それは、本人の意思と人権に叶った支援にほかなりません。入所施設にあってはマストな支援ではないでしょうか。そして、すべての関係者は現状や継続性にとらわれず、権利擁護と平等の意識をもって、本人のベストインタレストのために行動を開始すること。個々の可能性は大きく広がります。



[一般社団法人愛知県知的障害者福祉協会 事務局長 田中友久]

第4章

『地域共生社会に向けた地域生活支援とは』

私が入所施設の職員として感じたこと

私が、障がい者入所施設に入職したのが1988年。今から34年前のことである。施設の定員は50名。男性30名、女性20名であった。居室環境でいうとほとんどが「4人部屋」であった。まるでプライバシーはない空間だ。隣の人のいびきが激しく眠れない。仕方ないから睡眠導入剤でも飲んでみますか？そんな会話が横行していたような気がする。入所して3年ぐらい経過したころだろうか？ある職員から利用者の気持ちがわからないと支援できない。職員は当直室（個室）で寝泊まりしているけど利用者さんは4人部屋での生活。これでは同じ施設内の空間にはいるけど、まるで環境が違う。一度利用者さんのベットをお借りし、寝泊まりして、体感しようという提案があった。その



当時の職員はみなこぞって「いいね。やってみよう」ということになった。そしてある日利用者さんの部屋で寝てみるということになった。ベットに横になってみる風景は、自分が当直をしていた風景とはまるで違い、同部屋の人の息遣いや、何か得体のしれない視線も感じ、とても落ち着いて休める空間ではなかった。得体のしれない視線こそ利用者さんの安否確認として職員が見回りする視線そのものであった。

で職員が見回りする視線そのものであった。

今思えば、利用者の了解を取っていないし、ましてや他人のプライベートの空間に土足で入るその行為こそ人権侵害であるが、その経験をしたからこそ、その人達の暮らしを何とかしたいと思ったのも事実である。

集団ケアから個別ケアへの転換

グループホームが制度化されたのが1989年。昭和から平成になった頃で、集団ケアから個別ケアへの転換、プライバシー・個の尊厳や尊重が叫ばれ始めた。グループホームの数も年々増えていき、今では施設入所者数を上回る数になっている。特に愛知県では「あいち障害者福祉プラン2021-2026」にもあるように入所施設とグループホームの利用者合計に占めるグループホームの利用比率全国平均(50.9%)よりも高い(60.6%)

地域でもある。また、1970年代（昭和40年代後半～50年代前半）に建設された入所施設も老朽化し、建て替えをした施設も増えてきた。全部とは言わないが、ほとんどの施設は個室化の環境へと転換している。自法人も2006年に個室化にし、定員も50名から40名に縮小した。利用者さんの暮らしが少し穏やかになり、奇声やパニックも減少した。しかし、音や明かりは漏れ響き、決してくつろげる空間とは言えない状態であった。やはり「個室化」するだけでは住まいの暮らしとして充実するとは思えなかった。やはり人として豊かに生活するには、夜の時間帯や仕事が休みの時は「家」で過ごし、日中や仕事をする空間は別の場所にあるのが「普通」ではないだろうか？障害者総合支援法においても入所施設におけるサービスは「日中活動（仕事）」と「住まいの場」で分けられる「昼夜分離」するようなサービスの仕組み（制度設計）になっている。これは生活の場としての施設の在り方に重要な示唆を与えるものと考えられる。



地域生活支援拠点整備はなぜ必要か？

障害者基本計画において「入所施設は、地域の実情を踏まえて、真に必要なものに限定する」と明記され、「限定的」なものとした。では「真に必要なもの」とは何なのか？いろいろな見方があると思うが、地域生活支援拠点整備がなぜ必要なのか、その背景を含め紐解いていくと理解できてくる。地域生活支援拠点整備とは障がい者の重度化・高齢化や「親なきあと」を見据えた政策で、簡単に言うと「**居住支援の強化策**」である。機能として①相談、②緊急時の受け入れ・対応、③体験の機会・場、④専門的人材の確保・養成、⑤地域の体制づくり、の5つの拠点機能が求められている。これらはすべて入所施設としても必要なものだと思うが、その中でも「緊急時の受け入れ・対応」は最重要機能と考える。だがあくまでも「緊急時」なので「永遠」ではないということを念頭に置き、入所施設は一時的な仮の住まいであるという認識はとても重要である。そしてその上で緊急時の受け入れ先として対応すべきなのである。そうすることで、その人やその人を支える人達（親、兄弟等）が共倒れにならないような「ある程度の時間」は絶対必要である。短期入所事業という制度があるが、施設入所支援事業ではなく、短期入所事業のみでいいかもしれない。しかし、知的障がいに関しては人や環境に左右されることも多く、関係づくりにとても時間がかかったり、丁寧な支援が求められる。また

地域性といったことを考えると入所施設が培った機能を地域として捉えることで、居住支援機能の「地域づくり」とも絡めることができ、拠点機能整備が格段にスピードアップすると思う。

本人の望む暮らしを真摯に向き合うこと



もう一つの大きな視点は「本人の望む暮らしは何か」ということである。やはり、自分が暮らしてみたいと思う居室空間でなければいけないと思うし、障がいのある人だから仕方ないと思っただけでは、良い環境なんか提供できない。あらためて本人が望む暮らしとは何か？考える前提として「個々それぞれ違う」という認識である。それぞれの暮らし方があり、しかもその暮らし方も変化していくということである。そう考えると入所施設での暮らしが永遠に続くものではないという考えに到達するのではないだろうか？少なくとも私はその考えに至った。また、本人が「こ

ここに居たいからいいんだ」という言葉を聞いたことがある。最初はそうだよな。「本人がいいと言っているからいいじゃん」と私も本気でそう思っていた。しかし、自分の望ましい暮らしがイメージできないとしたら、「今のままでいい」と誰もがそう思うのではないだろうか？自分の暮らしは自分で決める。もちろんそうなのだが、特に知的にハンディキャップがある人は感情は豊かでも、思考することが苦手な方が多いので、望ましい暮らしは？と聞かれてもイメージできない分、答えるのに苦労する。ましてや自分が望んでいない暮らしを言ってしまうこともあるかもしれない。だからこそ「意思決定支援」がとても重要になってくると思われる。これも人権問題を考える上で最重点課題であると考えられる。

最後に共生社会実現に向けて考える

時代は年々変化している。悲観的に捉えられるかもしれないが、日本は少子高齢化、人口減少、または引きこもりやヤングケアラーなど課題満載である。日本の社会保障の仕組みは今のままでは到底対応できないのは、「火を見るより明らか」である。

SDGsのメッセージはご存じだろうか？SDGsとは「持続可能な開発目標」のことで、世界を変えるために17の目標を設定した。私はそれをクリアしないと地球がダメにな

る指標と捉えている。その SDGs にはメッセージが3つあり①誰一人取り残さない、②我がごととして考えよう、③世界はつながっていることを感じる、である。このメッセージを鑑みると、この福祉の仕事をしている人にとって、すごく身近に感じるのではないか。それは今、目の前の人（障がいのある人）を幸せにするために日々奮闘してしる我々がとても大事にしているメッセージと似ているからだと思う。多くの社会福祉法人が掲げている理念である「共生社会の実現」のためにやるべきことがそのメッセージに含まれているからに他ならない。

〔社会福祉法人無門福祉会 常務理事 阪田征彦〕

おわりに

日本の知的障害者への福祉対策は、入所施設による収容主義を中心に展開されてきました。それは、社会からの偏見や排他主義、そして国策であった優生思想の影響も感じられます。1960年に精神薄弱者福祉法が制定されると、高度経済成長の潤沢な財政基盤のもと入所施設整備が急速に進みました。また、コロニーという大規模入所施設も設置され、施設収容保護が一層進みます。そこでは本人の意思は封じ込まれ、障害の軽重を問わず措置による行政処分、つまり役所の判断と親の同意によって本人の居住が決められてきたことに他なりません。これは事実として知的障害者を地域社会から切り離し、社会適応や社会復帰を妨げ、自主性や主体性を奪うものでした。しかし、1973年のオイルショックを機に政策の転換を迫られ、国は社会保障全般の合理化に着手。障害者施策も在宅サービスへと徐々に舵を切って行きました。ただ、在宅福祉のための事業も、先ず家族による役割が前提となっており、その役割を補完するものでしかありませんでした。

障害者の権利が見直されるきっかけになったのは、北欧から「障害のある人が障害のない人と同等に生活し共に生き生きと活動できる社会を目指す」というノーマライゼーションの風が流れ着き、これにアメリカの脱施設化の動きも加わり、「入所・隔離型サービス」から「個々のニーズに合ったサービス」が叫ばれ始めました。そして、1981年に「完全参加と平等」をテーマとする国際障害者年を迎え、ノーマライゼーションの理念は広がりを見せました。



1987年、知的障害者の社会的自立は、国の障害者対策推進本部の政策課題に挙げられ、重度障害者の施策でも「施設福祉」から「在宅重視」へ、明確に方向転換が行われました。そんな中1989年にグループホームが制度化されました。目的は、障害者が地域社会という普通の場所で、普通に生活できるよう支援することです。グループホームは知的障害者の選択できる住まいの一つとして位置づけられました。2006年制定の障害者自立支援法下では、入所施設では入所期間長期化による施設本来の機能と利用者実態の乖離状況を産み、また地域生活移行や就労支援といった課題へ対応のため

事業体系の見直しと福祉サービスが計画的に提供されるよう「障害福祉計画」の作成が義務化されました。当該地域の地域生活への移行に関しても数値目標が設定され、サービス基盤の整備が図られていきました。そして、地域生活移行を後押しする居住選択の権利は、後の 2014 年に批准された障害者権利条約 19 条で決定的となったのです。

さて今回のプロジェクトは、愛知県の第 5 期障害福祉計画を受け、移行希望の合計である 177 名のうち 3 名のケースの移行プロセスと移行支援の実際と共に、必要な連携サービスなどを探ることで成功例を検証しました。また、その成功要因、あるいは地域移行の阻害要因について考察することで、入所施設の在るべき姿を考える絶好の機会となりました。

移行への最優先事項であるご本人の意向については、意思形成支援そして体験による動機付けを含む意思決定支援の重要性が明らかになりました。何より、日課という束縛から解かれた「自由」、鍵の無い「自由」、全体行動でなく自分の意思で生活する「自由」を手に入れるための大切な支援に他なりません。

ご家族については、既に安心・安全が確保されている入所生活に対して、新たなインセンティブとなるような情報の提示や働きかけが必要でした。

入所施設の在り方として再確認されたのは、SST など自立への人的援助、緊急時の受入れ、地域生活支援拠点としての役割等々、入所施設でこそ可能な機能の必要性の一方で、入所者の滞留化・長期化の問題も明らかになりました。そして、知的障害者全体数の約 1 割の施設入所者に国の半分以上の予算がつけ込まれている実態もあります。本来であれば地域で暮らす人が手厚いサービスを受けられる枠組みへシフトしていく方向性が求められます。



一方で、受入側のグループホームでは、慢性的な職員不足、虐待を含め職員の質の問題、日中サービス支援型と大規模化、集団行動化といった点も喫緊の課題となっています。更に、グループホーム移行後にサテライトホームや単身生活への 2 次移行といった新たなニーズ、あるいは共生という視点からはシェアハウスやケア付き老人ホームといったような選択肢もあり得るでしょう。

障害の軽重、家族の意向など付帯要素や、本人の意思、本人に合った、より自由に、いきいき生活したい、といった様々なニーズを解決するためには周囲の支援や協働が必要です。障害があろうとなかろうと、人は何らかの支援を受けながら生活しています。よって、もうそこには障害者や健常者といった区別は無く、一人の人間を支える人の輪があるだけです。

その輪が重なり合えば必ず、共生社会へのステップとなるはずです。