

対人援助の現場から：

連携と融合のために期待されるもの

——知的障害児(者)施設からの発信——

松原 平

(北九州市社会福祉研修所)

北九州市福祉事業団、これは市の外郭団体ですが、その中の北九州市社会福祉研修所というところに所属しております、今年4月から勤務しております。それまで20数年間、知的障害の施設現場にいました。立命館に参りましたのは今回で3回目です。地方におりますと京都は特別な存在で高貴な感じがするんですね。この地域の方を前にすると貴族の方がおられるような気がして緊張します。本日は、これまで私が仲間と共に知的障害の施設現場で取り組んできたことをお話させていただきますので、気軽に聞いていただければと思います。

話の前提として、私自身は職業は知的障害のある方のための入所型の利用施設の支援員という技術職だということです。自動車会社に例えれば、修理をやる方で、販売とか経理はやっておりません。次に、私の職業行為の目的は、利用者の幸福を追求することです。そして、先ほど望月先生からご説明がありましたように、私の職業行為の範囲は、利用者に対して「援助」、「教授」、そして社会に対して「援護」していくことまでを含めて考えています。

今回、私がここで話をさせていただくのは、私たちが長年にわたって施設サービスの一連のシステムの中に科学的な手法を取り入れて行ってきた様々な事柄や取り組みについてお話させていただきます。サービスの提供を科学的な視点で捉

える、それはどういうことか、なぜそうしないといけないか、どんなやり方があるのか、などについて施設現場での実践報告を中心に、考え方を含めてご説明するというのが、本日私に課せられた内容です。ただ、その話題に入る前に、今、福祉現場がどんな状況に曝されているのかを少々話をさせていただきます。そして、最後に今回のヒューマン・サービス・プラットホームに注文をつけてほしいということで、幾つかの意見を述べさせていただきますと思っています。

今、施設現場で何が起きているのか

これから私がお話するのは、私が所属していた施設での状況です。しかし、平成10年の社会福祉基礎構造改革によって、福祉の世界全体に大激震が走り、それとともに大転換の時代に入りました。さらに、平成18年度から指定管理者制度が導入されます。今までは社会福祉施設は公共的な性格が強いですから、私どものような福祉事業団などの外郭団体が、福祉施設、公園、文化施設など市からの委託を受けて管理していました。ところがこれからは法人であればどんなところでも手を上げていいわけです。それが18年度から始まります。のんびりとやっていた施設が、別のところが手を上げて、「市からそっちに任せるよ」と言われたらそれまでなんです。いよいよ、公立、民間の組織が同じ土俵の上で競うことになりました。この指定管理者制度によって、いずれこの団体も自分の身を削りながら生き残りをかけた様々な取り組みを始めています。私の所属する北九州市福祉事業団もその例外ではありません。

そんな中で、私たち障害福祉施設の現場に求められているのは何か。今、施設職員は何をすれば良いのか。この課題は福祉施設関係者すべてに突きつけられていることです。そこで、皆様にお願ひがあるのですが、皆様は今日は単なる聴衆としてではなく、私が経営する施設を身近な方あるいはご自身が利用する、あるいは利用しようと考えている立場にあって、施設で提供するサービス内容について説明する「場」に立ち会っているというふうにお考え下さい。その立場に置き換えてみて聞いていただくと分かりやすいかと思います。

障害福祉の領域では、これまでの措置制度から支援費制度、つまり行政処分によって保護・指導するという形が利用制度に、利用者は料金を支払い、施設はそれを受け取ってサービスを提供する契約制度に変わりました。介護保険もそうですが、支援費制度もその段階的なやり方です。支援費制度も近いうちに介護保険と統合されるだろうと言われていました。制度の変化によって、日々のサービスのあり方や私たちの職業行為に大きな影響を与えています。すなわち、サービスを提供する側の私たちが、利用者・ご家族そして社会から信頼と納得が得られることができるかどうかということです。

私は最初に皆様に聴衆としてではなく、利用者・家族のつもりで話を聞いてくださいと申し上げました。私が話していることを皆様方が信頼できない場合は、私の施設いつでも契約を切って他の施設に行かれても構わないわけです。そうすれば私の施設の経営が成り立たなくなってくる。そこで、私は何とかして皆さん方に「こんなサービスを提供します。素晴らしいですよ。」と宣伝して、実際に納得してもらわないと困るわけです。それができないと「この施設はサービスの質が低い」と評価され、倒産してしまいます。信頼と納得を得ることができる質の高いサービスを提供できる施設にするためにはどうすればよいか、これが最大の課題です。

施設現場の中で取り組んでいること

サービスの質を向上させるための一つの方法として、サービス内容と手法をマニュアル化することがあります。今までは、入浴介助にしてもあるスタッフは上手に入れる。あるスタッフは下手で利用者から嫌がられる。これからは同じようにちゃんとしたサービスで皆さんに気持ちよくお風呂に入っていただく。金太郎飴のようにどこを切っても同じ良いサービスが受けられることが求められます。つまり、サービスの均一化です。品質管理システムの導入は企業では当然ですが、福祉の分野では慈善的な文化が強いため、どちらかというメンタルな部分で包み込んでいた部分があります。でもこれからはそれでは通用しません。現在では、一人一人の利用者に応じた個別支援計画が義務付けられています。個別支援計画は、施設利用者が

30人いれば30人分の個別の支援計画をつくります。発達テスト、生活課題のチェックリスト、行動観察をして、個人別にアセスメントします。それをもとにニーズを満たすための個人別の目標を設定し、目標を達成するための個人に合わせた方法でサービスを提供します。モニタリングをしながら上手いかわいときは修正していく。Plan-Do-Check-Action の一連の品質管理システムが導入されています。私どもの施設では個別支援計画を20年くらい前からやっています。これは国内ではかなり早い時期からの取り組みでした。最近、やっと障害領域においても個別支援計画はどこの施設でもやりなさいと義務づけられました。また、食事の内容、生活、行事、訓練内容など施設で提供されるすべてのサービス内容と方法についてマニュアル化し、サービスシステムを管理しなくてはならなくなりました。そのための取り組みを急ピッチで行っています。

でも、本当に品質管理システムが機能しているかどうかは、定期的に検査してみないと分かりません。それが評価システムになります。既に、施設サービスの評価基準はできています。評価には「行政評価」「自己評価」「第三者評価」「利用者評価」などがありますが、まずは、私たち職員自身が評価していきます。これを自己評価と言います。でも、本当の評価は、内輪でするのではなく、第三者が評価することです。それによって、サービスの質の向上と公共性が保障されます。家族代表、大学の先生、弁護士、市民代表、施設職員などで構成した第三者評価チームが施設に出向いていって聞き取り調査をして、それを評価基準に照らし合わせながら総合的に評価し審査します。これをもとに「お宅のサービスはここが良いですね、でもここが良くない。」と結果が出ます。それがインターネットのホームページ上で公表されます。それをすべての人が見ることができます。これが情報公開です。評価結果と情報公開はセットになって初めて意味を持つものとなります。

次に、苦情解決のための仕組みの整理です。これも品質管理システムの一つといえると思いますが、利用者やご家族から利用している施設に対して不満なことが起こります。今まではあまり不満なことを発言する場がなかったわけですが、今は正々堂々と発言していいのです。利用者が生活する各ユニットには目安箱のような

ものが置いてあって、鍵がかかっています。利用者や家族は自由に投書できます。通常、職員は開けられません。施設長が決めた人だけ開けて、苦情を解決してその回答を本人に伝えたり、公表したりします。苦情解決のための仕組みは義務付けられています。ただし、苦情を伝えることが難しい知的障害の方の場合にはうまく機能しない場合があります。ですから苦情箱を設置すればすべてよしというわけでもありません。この点については、後ほど「集会の設定」の取り組みのところでお話します。

また、人材の育成も重要な課題です。職員、スタッフの質が良くないと当然サービスの質も低下します。平成5年に国から「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針(福祉人材確保指針)」として、福祉人材の育成研修が義務付けられています。私どもの社会福祉研修所もこの制度に則って、市からの委託研修と言う形で市内のすべての社会福祉施設従事者を対象に研修業務を行っています。少しでもサービスの質をあげるためには、人づくりから始めないといけないということです。

対人援助サービスの科学的な実践

今までも色々な施設で利用者が自分で選ぶとか自分で決める、自己選択、自己決定という取り組みは以前からあったわけですが、その時の実践内容を報告するときのやり方として、多くの場合、「うちの施設は食事メニューを増やしました。朝がこれだったらお昼はカレーもあります、丼もあります。定食もあります。バイキングで自由にとれます。利用者の皆さんから大変喜ばれています。」や「利用者の自治会を結成して、会議をひらいて意見を出し合ったりします。その意見を生活に反映させています。」という口頭で主観的な説明・報告をしていることが多かったようです。でも、これだったら本当に喜ばれているのか、本当に要求が反映されているのかわかりませんよね。この方法では相手の納得を得るための説明としては通用しません。相手に納得してもらうためには、その裏づけとなる科学的な根拠が必要になります。自己選択、自己決定、集会の設定などの取り組みはさほど珍しいものではありません。

ん。ただ、私たちはニーズを解決するための目標を行動的に記述し、現在の行動の水準を観察・記録して数量化し、ある種の方法を取り入れた後に目標がどうなったのか、その変化についても客観的に数量化して示していきます。全てについて、数量化し、客観的に目で見えてわかるようにしていきます。一昔前までは、「福祉は心だから科学性なんて必要ないよ、そんなことはできないよ。」とよく言われました。でも今は科学性が求められています。では、私の所属していた施設の状況を説明した後に、私たちの取り組みについてパワーポイントを用いて図と表で示していきます。

私の所属した知的障害児・者の入所施設の状況

私はサービスを受けようとしている皆様に、経営者として施設の状況を説明したいと思います。これは、施設の概要ですが、この写真の絵を見て下さい。この絵は、通路に航空写真で撮った施設の全景を飾っていたのですが、その写真を見て自閉症のお子さんが一気に描きあげてくれました。それを色付けて、今は施設案内のパンフレットに使わせてもらっています。その絵を使って説明します。入り口、事務管理棟、児童棟、子どもたちが生活している生活ユニットです。養護学校があります。学校には小学部、中学部、高校部。これは成人女性の建物。成人男性の生活ユニット。食堂。作業棟。一昔前までは山の中にありましたが、今では、周辺は住宅地で、コンビニもすぐ近くに



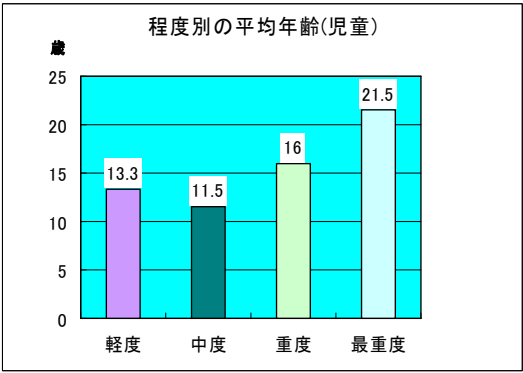
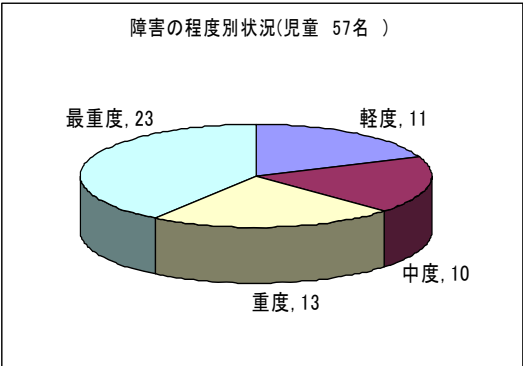
あります。買物も通院するのも大変便利になりました。各ユニットの構成ですが、児童棟には幼児と女子の就学児から成るタンポポ棟と就学児の男子と卒業後にそのまま残っている加齢児が生活しているヒマワリ棟。そして、成人女子が3つの

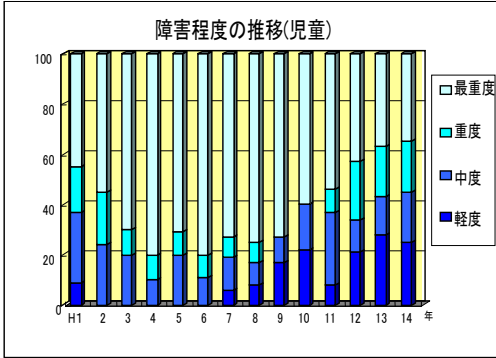
ユニット。男性のユニットが2つ。それぞれのユニットに専属の支援員、保育士が利用者のケアにあたっています。

児童施設のニーズの変化

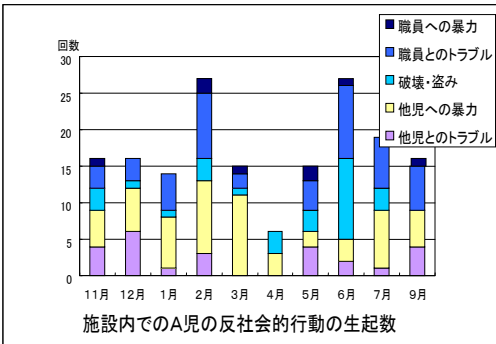
児童施設では過齡児が滞留化している。どこの施設でもそうです。18歳未満の児童のための施設ですが、そこには30歳の方もおられます。全体の3分の1くらいの方は成人された方です。児童施設は措置延長により居残ることができます。他のところに行きたくない、不安だということだんだん過齡児が滞留し、結果的に本来のサービス対象である児童が入りにくくなっている状況があります。幼児から学齡児、過齡児まで。いろんな年齢の方に対応していかないといけない。障害の程度でも、最重度の方、重度、中度、軽度の方。平均年齢では軽度が13.3歳、中度が12.5歳、重度が16歳。最重度が21.5歳。成人化した方はほとんどが最重度の方が残って行って、成人が児童棟におられるという状況です。

また、学齡児の特徴として軽度の知的障害、軽度発達障害の方が利用するケースが最近増えてきました。学習障害(LD)、多動性障害(ADHD)、精神障害を併せ持っているなど、多様な障害を持っている児童が増加しています。彼らは知的障害がほとんど見られ





ない、あるいは軽いためには普通教育の中で学校に進まれるわけです。でも、学校や地域の中で対人関係がうまくいかずに不適応を起こしてうまく生活できない。引きこもり、非行、触法行為に走っていく子どもたちもいます。従来は児童養護施設、児童支援自立施設、情緒短期障害児施設に行っていたんですが、それらの施設が満杯のために、あるいは知的に遅れがあるという理由で障害児施設に入所して来んです。5年ほど前からこういう子どもたちが入ってきました。その結果、施設内での反社会的行動、例え

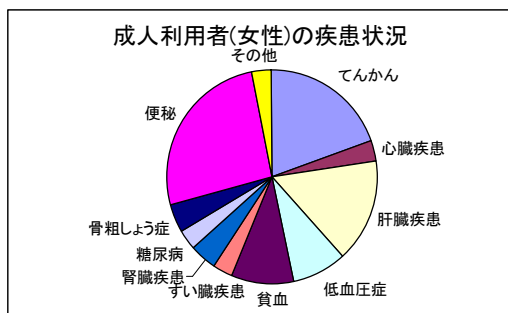
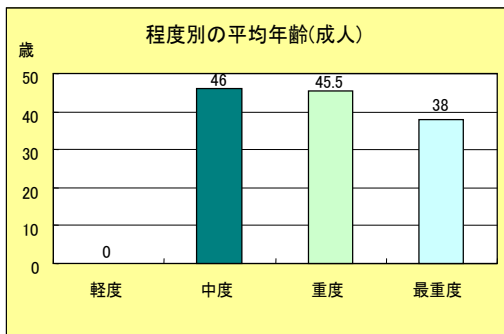
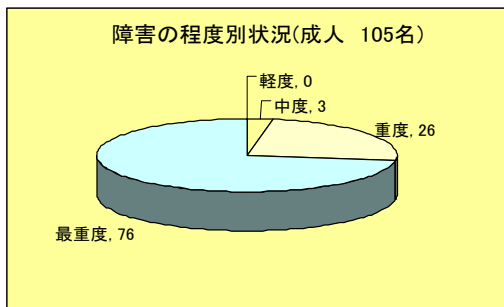


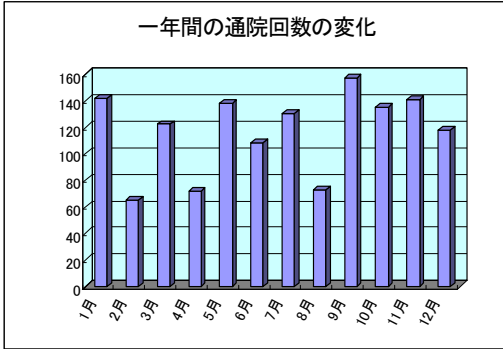
ば職員への暴力、職員とのトラブル、物を盗んだり、壊したり、他の子どもへの暴力など施設の中で様々な問題を起こしました。そこで、これらの子どもたちのために、社会復帰のためのプログラムを作って、徹底的にトレーニングして社会に出していく試みをやってきました。これは、軽度発達障害のある児童のトラブルの回数を1年間にわたってチェックしてみました。これまでは施設の中にはこんな行動をする児童はいませんでした。これくらい頻繁に起こっている。こういう児童が入ってきて、今までいた重度、最重度の比較のおだやかな方たちの中でいろんな問題を起こして大混乱になりました。そういう子どもたちのためにも何とかしないとイケないということで、スタッフは一丸となって軽度発達障害の児童の社会復帰のためのプログラムを実施してきました。

成人施設のニーズの変化

障害の程度別で見ると、最重度、重度の方ばかりです。平均年齢では重度の方で45～46歳、最重度の方は39歳。60歳を越える方も数名おられます。若くても30歳くらい。施設での在所要間をみると、重度の方でも20何年間もおられる。最重度の方では平均16年、ずっと施設の中で生活している方がおられる。好ましいこと

ではないと思いますが、保護者の方がおいてくれとか、他のところに行くのは嫌だと、選択肢がないということも現実にあったわけです。私たちであれば、こんなに長いこと居ることは耐えられないですよ。こんな状況で出てくる問題は、当然のことながら高齢化に伴う身体機能の低下です。疾患が増えます。それにともなう通院。身体機能の低下で怪我が多いです。段差で引っ繰り返る。お風呂に入る時に躓く。場所を移動するのに時間がかかる。疾患が重くならないように、通院しながら健康状態を保つようにサポートしていくわけです。それにはご本人の状態に合わせて住環境をセッティングしないと行けない。この図は1年間の通院回数です。成人は通院





回数は平均1日に5回で、その都度職員の付き添いが必要になります。その間、他の生活のケアに当たる職員が不足して大変な状況になっています。

以上が私が所属した施設利用者のニーズの変化とそれに伴う対応の変化でした。これから、二つの取り組みについて話をさせていただきます。

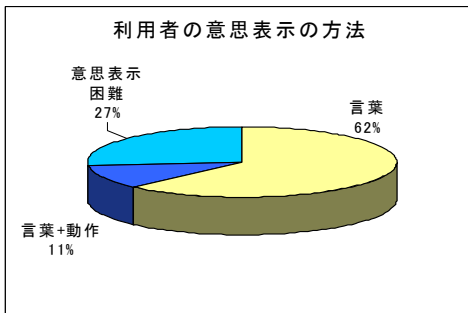
ら、二つの取り組みについて話をさせていただきます。

実践その1 利用者の意思を表明するための集会の設定と効果

<目的>

利用者の要求の窓口として集会の場を設定しました。まず、利用者の要求の回数がそれによってどれくらい変化するかを観察しました。また、利用者の要求の内容が集会を設定したことによってどのように変化したか。利用者の要求を実現するためのスタッフ側の行動は変化したのかを記録しました。その記録をもとに、私たちは集会の効果を証明し報告を行いました。

集会には、利用者32名が参加しました。参加は自由ですが、ほとんどの方が参加されます。週1回、1時間程度、集会室に集まります。スタッフ1名が司会をして、他の1名が利用者の要求を記録しました。例えば食事については、「どんなものを

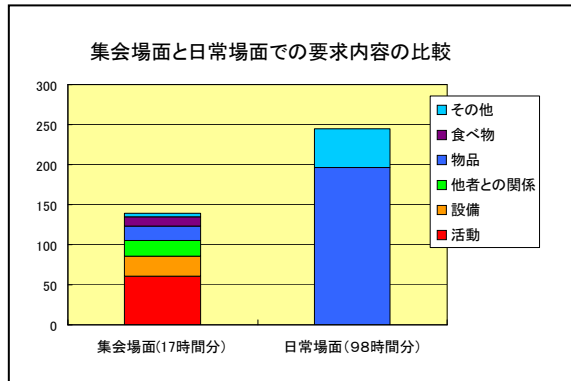


食べたいですか」「・・・と・・・どちらが好きですか」と具体的に聞いていきます。言葉で表現できない人は、レストランからメニュー表をもらってきて「何を食べたいですか」と聞いて、指差しで答えてもらいます。それでも難しい人

もいますが、できるだけ多くの利用者の要求を引き出すように、絵カードなどの視覚的な手がかりを併用しました。

<集会の効果>

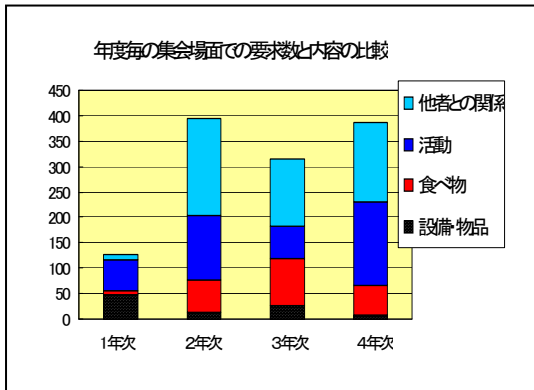
利用者の 62%の方は、簡単な日常会話やごく簡単な言葉を使われます。11%の方は言葉と動作を使いながらコミュニケーションを取ることができます。27%の方はほとんどコミュニケーションは難しいという状況です。集会を 6 回ほど行った後に、日常場面での利用者からの要求内容と集会場面での要求内容の違いを比較してみました。日常場面でも普段、聞いているわけですが、この図のように日常場面では物品とか品物がほとんど多かったわけです。そういうことしか聞いていなかった。ところが、集会と言う自由に要求を出していいですよ、という場を設定すると、食べ物、品物、活動、他者との関係など、例えば「同室の人のイビキがうるさい、何とかしてくれ」「気が合わない」。設備に関しては「ここに棚をほしい、ここが汚い、部屋にテレビが欲しい」。活動は「外食したい、外に行って芝居をみたい、コンサートに行きたい」などなど。集会で手がかりを提示していきますと、活動、設備、他の人との関係、品物、これだけのいろいろな要求が出てきたわけです。この結果から、私たちが利用者からの要求を出す場を保証していなかったことを改めて反省しました。これだけでも大きな成果だと思っています。



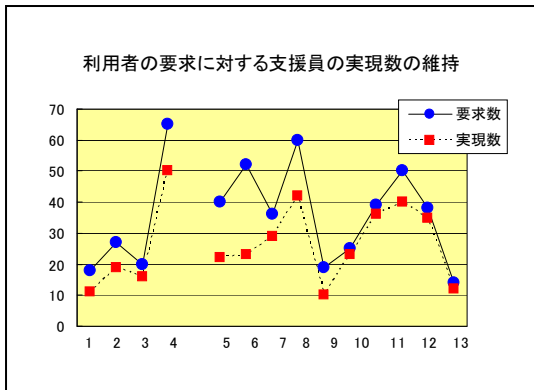
<利用者の要求に対する支援員の実現数の推移及び要求数と実現数>

集会ではまず、「前回の集会で、皆さんからこんな意見が出ました。それを職員

で考えた結果こうなりました。」と利用者に応じた形で要求を実現したかを説明しました。すべてのことを完全に実現することはできません。しかし、可能なことはほとんど実現しました。中には突拍子もなく「海外旅行に行きたい」と言われてもできません。そんな時は、「申し訳ないけどその代わりに・・・の温泉に行きましょう」と説得しました。利用者の方はそれでも喜んでもらえました。スタッフも要求が出れば何とか実現しようと努力します。実現すれば利用者からの要求が増加します。これはスタッフにとっては楽しい作業でした。要求に合ったサービスを提供するためにスタッフは一生懸命実現しようとする波が出てきたわけです。この取り組みは現在も続い



ています。ある時思い立ってやり始めて、その年で終われば意味がありません。スタッフが異動などで入れ替わっていますが、集会は続けていてくれるようです。この表は、1年次、2年次、4年次の3カ年のデータ



を比較したものです。ずっと、要求がこうして出ています。内容も設備、物品、食べ物、活動、他の人との関係の苦情とか出ています。こういう努力をしています。このことについても、データを示しながら報告の場で説明しました。

実践その2 最重度知的障害と自閉症障害を併せ持つ利用者の重篤な自傷行為への対応

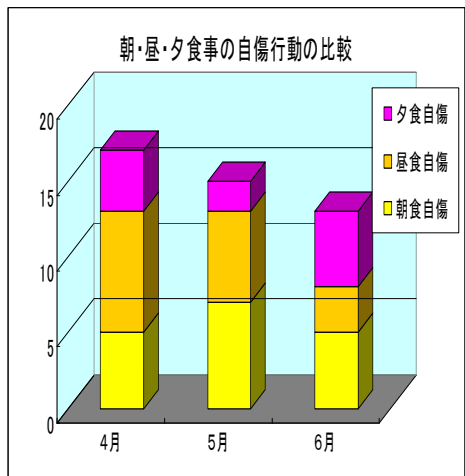
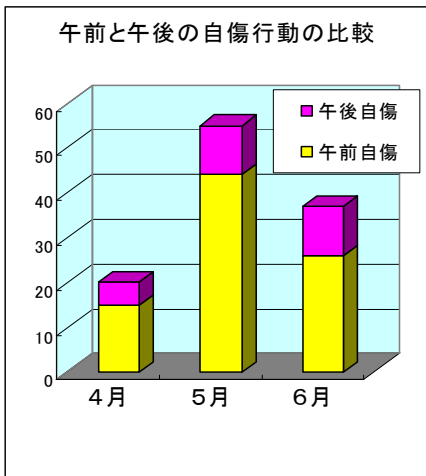
利用者のAさんは、重篤な自傷行動という問題行動を持っていました。以前、ご本人のプライバシーにかかわらないように立命館大学の学生さんにビデオもお見せしてこの方のお話をした時には、かなりショックを受けられたようです。すごい自傷です。ある学生さんは吐き気がしたという人もいました。そういう人の自傷行動に対しても施設のサービスとして対応します。スタッフは対応しながら自傷行動の状況について日誌などで記録として残していくでしょう。そして、保護者から説明を求められた場合は、多くの場合は「Aさんの問題行動は・・・です」、「こんな・・・のような対応をしたら問題が・・・になりました。」「でも・・・するのは難しいですね」という風に言葉での説明に終わってしまいます。保護者の方は一応「そうですか」というお答えをされるのですが、多分「何が問題で、どんな対応でどうなって、これからどうなるのか」という点について納得するところまでいかないと思います。私たちは以下のような形で対応し、その経過と結果について保護者に説明しました。

<自傷行動の型>

Aさんは19歳の方で、自傷があると、その間、何もできない。余暇にも参加できない、ご飯も食べない。利用者のAさんの自傷行動は顔面とか側頭部を両手で激しく叩く。音が外にもれるくらい、血だらけになります。側頭部が陥没するくらいの強度です。頭部を壁や床に打ちつけます。顔面、腹部、太股などをつねり傷つける。傷だらけになります。打撲で腫れて出血するまで続きます。比較的軽いものから身体がダメージを受けるくらい強いものまであります。結果的に、左目が網膜剥離になりました。私たちはAさんの自傷行動を少なくすることで、できるだけ日常活動に参加してほしいと願いながら、これまでも何とかしようと色々な手を使って試みましたが、上手いきませんでした。でも、左目を失明したため、これ以上悪くすることはできないので、もう一度スタッフで知恵を出し合って対応策を考えて取り組みました。

自傷行動の型、強度、持続時間、自傷行動が起りやすい場面、時間帯など、色

んな角度から行動を記録しました。ある時は、フルフェイスのヘルメットを被ってもらって、どれくらい長く続くか測定しました。すぐやめる場合から40分、60分まで叩き続ける自傷行動があります。それくらい激しい自傷行動もあります。観察の結果、午前と午後の自傷行動の比較では午前の方が多いことがわかりました。午前の中でも、朝起きて着替えをする時、食堂で朝食を食べた後、作業棟に移動する時。午後では生活棟に戻ってゆっくり過ごして好きなことをしていることが多いので比較的少ないことがわかりました。この図のように、活動ごとに分けて朝、昼、夕食時、夜間などあらゆる場面で観察しました。

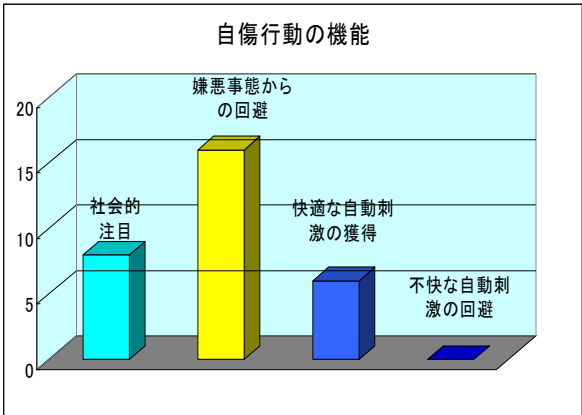


<自傷行動の機能>

なぜ自傷行動は起こるのかということでは、色んな説明の仕方があるでしょうが、私たちは「行動は環境との何らかの関係性の中で引き起こされる」という立場で見いきます。そこで、自傷行動が周囲の環境に働きかけるコミュニケーションとしてどんな機能を持っているか。注目してほしいのか。要求しているのか。嫌なものから逃れたいのか。快適な自動刺激の獲得なのか。自傷行動も機能という点からから見ると、引き起こされる理由がこれだけ分かっているわけです。観察したものを分類し

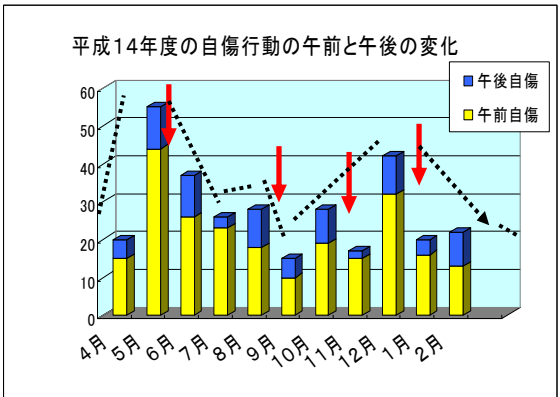
て、関わった職員に聞き取りをして、どういう時に起こったか。注目か、回避か、快適な自己刺激か、不明か、などのアンケートをとることで、この表のような結果がでてきました。その結果、特に嫌なことに参加しないといけないう時、外に出て作業をする時に最も多く自傷が起こっている。つまり、多くの場合、自分の嫌いな活動から逃れるために自傷行動を起こ

しているということがわかりました。また、注目を得たい。あるいは自傷することで刺激となって気持ちがいいものもある。それらが場面によって、スタッフの関わり方によって複合しながら起こってきたことがわかりました。



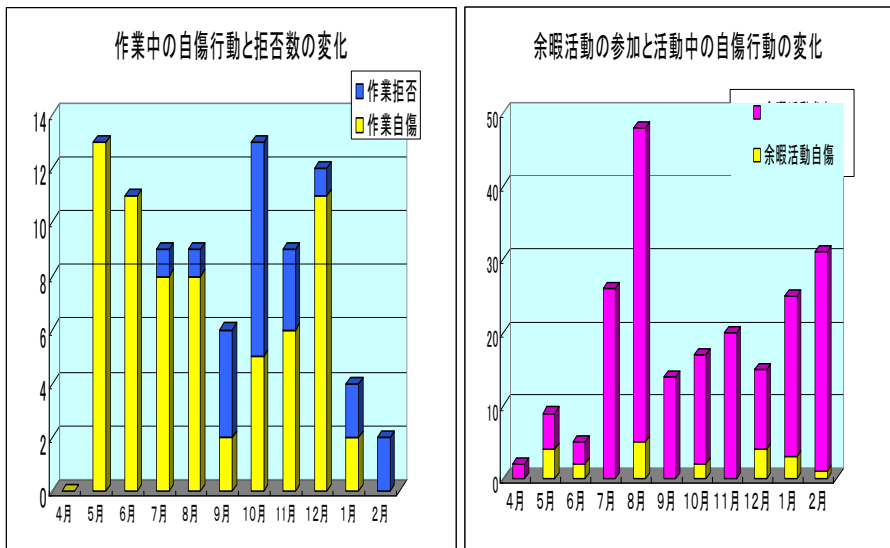
<対応方法と自傷行動の変化>

まず、最も本人が嫌いな屋外での作業活動を中止しました。その代わりに、屋内でモップを持って廊下を拭くという簡単なものにしました。その時も「今からモップよ」という写真を提示して教えます。ここから向こうまでの通路を1回するとマグネット板でボードにつけます。それが10個だったら10往復する。10個終わったら、終わりだと最初と最後を伝えます。その他の活動場面でも、次の活



動に移る時、不安感があるようですので、前もって「次は・・・をしますよ」と言って活動の絵カードを見せて安心させる。活動の終わりにも写真のカードを見せて「戻ろうね」と最後のところをきちんと教えてあげる。そういう組み立てでやっていきました。この図は、屋内作業の参加数と活動中の自傷行動の変化を表したものです。職員側の対応によっても変わってきていますが、最終的には自傷行動は減ってきています。余暇活動も自傷があると参加できないのですが、この図のように本人が好むゲームとかビーズを通したりすることから始め、リクレーションも徐々に参加できるようになりました。最後まで自傷をせずにその活動ができた時は、本人が最も好むコーヒーが飲めるようにしました。でも、自傷行動で活動が中断した時にはペナルティとしてコーヒーは飲めません。こうすることで、活動を開始し終える、上手く終えることができたなら自分の好きなものを得ることができる、というルールを本人とスタッフの間でつくっていきました。できるだけ嫌なものは取り除いて、本人が好むような活動や簡単な活動に変えながら、自傷を引き起こさずに活動の範囲を広げるようにしました。この図で示すように、これによって生起数がかなり減ってきました。

でも、減ったかと思うとまた増えたりを繰り返す状態が続きました。自傷行動は



口になるのは難しいです。注意の獲得や嫌がるものから回避するなどの社会的な機能を持つものであればまだ対策は可能ですが、自分の身体を使って行動する、叩くことによって気持ちがいいとか、遊んでしまうようになるといよいよ操作することは難しくなります。

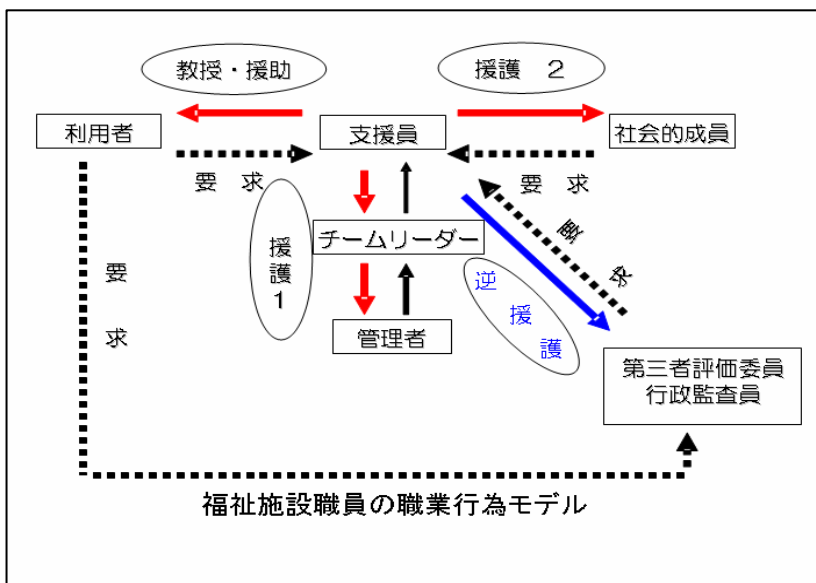
ここまでのところは、ご本人に対して、どういうふうにしますという方法です。最も難しいのは、対応するスタッフは交代勤務ですから、その日その場面によって変わります。予めスタッフ間で協議して「……しましょう」という対応ルールを決めても、スタッフが他のスタッフと全く同じように関わることは無理です。カードをある時は見せる、ある時は見せない、どこかで対応が違ってきて本人にとってはそれが負担になるので自傷行動は増えてくることとなります。スタッフがばらばらに対応するとご本人は混乱します。結果的に自傷行動が高まってくるものが起こってきます。それで自傷行動が低まったり高まったりしているわけです。そこで、Aさんの自傷行動をモニターしながら定期的にデータを集計してスタッフに提示しました。もし、自傷が増えているようであればその都度スタッフ・リーダーが「こういうふうに対応しましょう」という対応をマニュアルをつくり全スタッフに再提示します。なぜなら、「自傷行動は、本人の障害から発生するのではなく、周囲の環境、活動内容やスタッフの関わり方によって発生状況が変わる」という考え方をしますので、まずは、関わるスタッフの行動を統一するためのマニュアル化を行いました。こういう作業を繰り返しやってきました。何度も対応方法を統一化していきます。この図でもまだ自傷行動は起こっていますが、これでも以前に比べるとかなり減少しました。また、ご本人の活動範囲はかなり増えてきました。

福祉施設職員の職業行為・・・援助—教授—援護

以上が私たちが取り組んできた二つの実践例です。もし、私の車が故障して修理してもらってメカニックから説明がないと納得できない。データを示してもらってエンジンがこうなっていました。ボンネットを開けて「こういうふう修理しました。ブレーキもチェックしました」と全部チェックシートで示されることで納得できます。同じ

ことが福祉の中でも要求されています。対人サービスでは「目に見えるような形にはなかなかできません」と言われていきました。そんなことはない。サービスを数量化する術はあります。対人サービスを科学的に証明できる手段はあります。集会で出た利用者の要求をこんなふうに対処してきましたよと。自傷行動は不利益なことなので、こういうふうに対応しました。その結果、自傷行動はこんなふう減っていった活動が高まりました。でもこんな課題は残っています。と説明しました。科学性があると言えるかどうかはわかりませんが、私たちはこんなやり方で全てを数量化して説明をしてきました。その説明は、利用者本人だけでなく、ご家族、そしてこのような場においても説明できます。

国や自治体で制度化された事柄に対応するために、今、施設ではてんやわんやの状態です。サービス内容を標準化して施設サービスマニュアルをつくる。職員研修もやらないといけません。療育的な研究活動を行いながら先進的な情報を取り入れていく。一方では、施設を利用する人たちの変化に合わせて対応方法を考えなくてはなりません。最初の方でお話しましたように、児童棟の中では軽度発達障害の



子どもたちが入ってきて混乱状態が起こる。成人の方は通院回数が増えている。怪我が多くなる、病気になる。それにも対応していかないといけない。時代によって中身が変わってくるわけです。職員は大変だ、忙しいと叫び声をあげます。日々のルーティン業務に追われています。忙しくて自分のことだけで手一杯になる。そこまで手が回らないと口になります。現実にもそういうことが起こっているわけです。日々の業務に追われてしまって、本来施設がやらないといけないことは何かを忘れてしまう。職員は施設の理念、基本方針を忘れてしまいがちになります。このような負の循環が一番怖いわけです。そんな時期に、望月先生から手掛かりを与えていただきました。自分が今、何をしているか、この部分が利用者のどの部分に役立っているか。施設職員の職業行為として、「援助」、「教授」、「援護」という一連の行為をとおして、自分で確認しながらできるようになりました。

<援助>

映画を見に行きたい。買い物に行きたい。でも言葉がしゃべれない、歩行ができないので行けない。じゃ、コミュニケーションカードを使いましょう。車椅子を使いましょう。生活環境の中にカードを持ち込む、車椅子を使うことが援助設定になります。知的障害の場合はコミュニケーションがうまくできない。話ができない。でも絵カードは理解できる方もいる。その方に対して言葉の練習・発生して会話することができた後に映画を見に行きましょうなんて流暢な余裕はありません。ご本人は今、行きたいのですから。その方が持っている力、指さしはできるわけですから、援助設定として絵カードを準備すればいい。

<教授>

でも、ご本人が練習しないとできない部分もあります。コミュニケーションカードを使う場合は、「このカードは品物で、建物で、これは活動で、その時にはこれを指で押さえて店員に渡してください」という技術の部分は、ご本人さんに教えていきます。それは教授になります。

< 援護 >

本人が絵カードを使えるようになると、今度は実際に買物に行くわけですが、突然コンビニ店に行ってもカードを見せても店員は何のことも理解できません。そこで、スタッフが予めコンビニ店に行き、その責任者の方と話しをして協力を依頼します。「Aさんがカードを出した時には、こんな手助けをしてください。お金を払うことができませんから、計算して財布からもらってください」とお願いします。そうすると、ほとんどの責任者の方はコンビニの店員にそのことを伝えてくれます。私たちは実際にこんな取り組みもやって、近所のコンビニ店でスタッフが付いていなくても買物ができるようになりました。このことについても数量化してまとめてその成果を報告しました。ここでは、店員さんの援助を要請するのが援護になるわけです。これまでの職業行為では、この部分は重要視されなかった部分ではないかと思います。

< 逆援護 >

もう一つ「逆援護」という行為があります。これは望月先生の3つの行為に私が勝手に加えさせていただいたのですが、福祉施設の中身はほとんど外側から追求されています。やっていることを細かく暴いていく。行政監査で建物を直しなさいと言われていたり、文書や日誌をチェックされたりします。対応策を作って改善策を報告しないといけない。第三者評価と行政監査は違いまして、行政監査は悪いところを指摘する。施設の最低基準を満たしているかどうかをチェックしますので、第三者評価とは性質が異なります。第三者評価はサービスの質を向上させることが目的ですから、一定レベル以上にどんどん上げていきなさいと。もちろんいいところは褒めてくれます。悪いところは改善も出さないといけない。そして、インターネットのホームページ上で、良いところ、良くないところの情報が公開されます。逆手に取れば、これは施設にとってはありがたい宣伝効果をもたらすものになります。

私たちはこのような外からの要請に対してどんな体制を構えていけばよいか、戦々恐々としているわけです。保育所や施設に第三者評価が入る。保育士さんとか施設スタッフは文書の整理をする時間がなかなかない。施設に泊り込んでやっ

ています。それくらい必死になって自分の施設サービスの質を証明するための準備をしています。このように、私たちは突きつけられた要求に対して応えて行く、これも一つの職業行為になっています。これが逆援護というある意味、自衛のための職業行為に当たります。

ヒューマンサービス組織の未熟なところ

福祉施設で働くスタッフも医療系や心理系・福祉系など多様な専門職の共同作業で成り立っています。私も社会福祉士は施設の時に勉強して取りました。これは以前から言われたことですが、「専門性を高めなさい」と。そこで、様々な研究会や学会などに加入して自己啓発して自己投資して専門性を高めていく努力をしてきました。ところが、その一方で極めて次元の低い利用者や家族側からの苦情が耐えない状況が起こっています。技術者として知的障害の専門的な技術を持っていると思っても、利用者側からの苦情が多いのはなぜか。

多いのがスタッフの態度に対する苦情です。言葉づかいが悪いとか介助の仕方が良くないとか、保護者に対する挨拶がなっていない、A スタッフは・・・と言ったのに B スタッフは・・・と言った、などなど。結構、初歩的な苦情が多いです。専門性以前の常識レベルのものなんです。この原因として、職務経験、職制間の情報交換、役割分担をきちっとしていくためのチームワーク、支援員、看護婦、医者、臨床心理、理学療法士がチームとして重層的にケアしていくためのチームケアのトレーニング、すなわち組織性を高めるための教育をあまり受けていなかったことが原因ではないかと思います。これは専門家集団で構成する組織に見られがちな問題で、これがヒューマンサービス組織に求められている最大の課題になっているわけです。

<人材育成>

私が所属している社会福祉研修所の最大の研修課題は、組織性を向上するための意識改革と帰属意識の向上です。とことんやっています。研修の募集をかけると市内の社会福祉施設から一斉に参加申し込みが殺到します。それくらい今、「専門

性」以上に「組織性の向上」が求められています。専門性が高いと言われるところのスタッフの組織性は結構未熟なんです。専門性は誰にとっての専門性か。消費者である利用者から見た時に専門的だと言われる時に初めてそうなのであって、専門性の利用価値は皆さん方から決められるわけです。自分たちが専門性があると思うのではなく、専門性は外部の人から「あの人は専門家だ」と評価されたときに初めて専門性があるといえるのではないのでしょうか。スタッフ間、看護婦さん、支援員、臨床心理の方、医者、事務職がいる中での情報のやりとり、役割分担の持ち方、どういう役割を持って相手にどう伝えるか。研修では、参加者をグループに分けて、いかに組織性が難しいか。コミュニケーションのとり方がいかに難しいか、徹底的にグループワークの中で作業を通して実感していただく。スクール形式ではなくロールプレーを含めてやっていきます。スクール形式だと頭でわかってても身体で覚えられないので、身体でわかったことを現場に持ち返って反映させなさいとなっています。これは、国からグループワークで研修しなさいと指示が出ています。研修所で実際にグループワークしたから、現場でそれができるかどうかはまた難しい問題です。私どものような社会福祉研修所で行う職場外研修(OFF-JT)では充分ときいえず、特に職場内研修(OJT)は重要な人材育成の場になります。また、自己投資として自己啓発(SD)も積極的にやらなくてははいけない。実際に、自分の専門性を高めようとして勉強する人たちも沢山います。ところが、中には「勉強する暇があったら仕事をしろ」と言われる施設も残っているんです。自己啓発者は孤独になってきます。私は幸運にもそんな中で望月先生で出会って、孤独にならないように不安な時にはメールを出して勇気づけられながらきたわけです。孤独にならないようにするのもヒューマン・サービス・プラットホームの一つの役割かなと思います。

ヒューマン・サービス・プラットホームに求めること

いろいろな人たちが融合して勉強していく。誰と共同するか。私はこう考えています。福祉サービスを評価する人は自己評価、行政評価、第三者評価、利用者評価があります。自己評価は私たち自身ですから、施設職員たち。行政評価は行政の

職員、第三者評価は弁護士、学識者、利用者そして市民もいないといけない。こういう人たちがヒューマン・サービス・プラットフォームに参加しないと、折角、情報の連携があっても意味がない。その意味で努力しているわけです。どんどん参加していただき、自由に意見を述べて、利用者として第三者として注文をつける。私たちもそれにどんどん参加していきたいと思えます。

何を共有するか。4つの評価をする立場の方々に同意や納得がえられるような援助技法を提供しないといけない。援助技法をヒューマン・サービス・プラットフォームの中で話題として上げていただきたいと思えます。説明可能な援助技術。数量化される効果測定。施設職員の専門性。組織性を高める情報の提供。自己啓発の場となるようなヒューマン・サービス・プラットフォームであればと思えます。もう一つは福祉の理念、哲学の議論の場。何のため、どんな手段でやればいいのかを議論できる場にしてほしい。目的と手段が逆転するのではなく、施設のために利用者を利用するのではなく、何のために施設はあるのか、そのための手段は何かをきちっと議論していただきたいと思っています。

京都は宗教性が高いところです。「過去の因を知らんと欲せば、其の現在の果を見よ。未来の果を知らんと欲せば、其の現在の因を見よ」。自分が過去にしたことを知りたいとするならば、今の自分がどういうことをしているかを見ればわかる。過去があって今の自分の状況がある。未来を知ろうと思うなら、今、自分が何をやっているかを知ればわかる。過去と現在と未来は時間的につながっていて決して切れていない。福祉の激動も過去に原因がある。これから福祉がどうなっていくか、今から私たちが何をするかによって未来は変わっていくと思っています。

「体まがれば、影斜めなり」。体は中心、私たち自身の価値観、思想、哲学とか中心になるものです。そして中心になるものが曲がってくれば影が曲がるわけです。社会情勢、教育、文化、いろんな混乱を来しています。中心になるものが曲がっているからおかしくなっているわけです。中心になるものをしっかり建て直さないとおかしくなってくる。こういうことを通して福祉の分野の中で、いろんな方々にかかわっていきながら、できるだけ人づくりという場におりますので、共同の場の中で、

少しでもたくさんの方々と接して、福祉が少しでも質の高いものになるよう、私なりに努力していきたいと思っています。私の立場で、今まで経験してきたことお話させていただきました。

ご傾聴、ありがとうございました。

質問とコメント

質問 利用者の加齢化が進んでいるということですが、この施設の目標について。もう一つは障害者に対するつきあい方、同情だけではなく、人として。私たちのつきあい方として教えていただきたいと思います。

松原 最終目標は利用者の方、知的障害を持たれている方のケアにあたりますから、幸福を追求しているわけです。その方にとっての幸福は何か。できれば普通の生活をしていただきたい。20年、30年も同じ場所で生活している。通常そんなことはありえない。卒業して、独立して、結婚して家族を持つ。しかし施設ではほとんどの方は長くおられるわけです。普通の地域で隣人の方たちと接しながら生活することが最終目標になると思います。その時、どこで生活するか。60歳の利用者の方の親御さんは80歳、90歳です。亡くなっている方もいます。ごきょうだいも生活されていますから。グループホームとかケアホームとか選択肢が出てきています。あくまで中心になるのは地域生活の中で、どう支援していくかという体制をどれだけつくれるかということにかかってくると思います。宮城県ではそういうものを本格的に知事のリーダーシップのもとにやっています。では施設が全くいなくなるか。そうではないと思います。どうしても必要な人たちにサービスを提供しないといけない。チョイスができる、選択肢をどれだけ世の中に準備できるか。その中でご本人が求めるもの、求める場所を、私たちも一緒にになって、方向性を指し示していくことが大切ではないかと思います。

もう1点のつきあい方の問題。肢体不自由の方であれば車椅子を押すと

か、わかりやすいですが、知的障害の方はちょっと見るとわからない。ある時大きな声を出したりして周りの人がびっくりする。駅のプラットホームで突然、ある人を押しついたりとか事件もありました。私は知的障害ですから何とかしてくださいということはない。障害者団体の中では、本人たちが自分たちの要求を出していこうという活動もあります。私たちの職業行為の一つの援護は、社会に対して要請していく。皆様方にこうしてお話をするのは「知的障害児・者の方はこういう方です。こういう問題を持っておられます。こういうふうには支援すればちゃんと生活できるようになるのです」ということを、私がここで皆様方に向かって要請しているわけです。わかってくださいと。これも私の職業行為です。できるだけ多くの方に理解していただき、啓蒙していき、誰でも近くにいる時には手を差し伸べるという環境をできるだけつくっていきたい。あくまで私たちは専門家として仲介役としてどんどん入りこんでいって、皆さん方のわかりにくいところを説明していく。架け橋になっている。ブリッジングしてることが大切なかと思っています。

質問 福祉の専門性の問題で、社会福祉士の資格制度が本当に専門性を高める資格制度になっているのかどうか。看護婦の専門性に比べて大学の教育は弱いのではないか。社会福祉研修所での対応について。

松原 望月先生^註たちの学生たちへのカリキュラムでお答えいただければと思いますが、後半の質問について。私どものところは研修所ですが、フロアの隣が社会福祉協議会です。もともと社会福祉協議会が持っていた機能です。一緒にやっていたのですが、社会福祉協議会が地域のボランティアの方とか地域のネットワークを中心になってきまして、社会福祉主事などの研修とかを行う。私の方は行政企画で市の介護保険課、地域福祉課とかの依頼を受けて施設福祉従事者の研修をする。専門課程で障害福祉課程、カリキュラムは全国社会福祉協議会がつくったものを使いながら人材育成にあたっています。それ以外の独自部門として、国家試験の対策講座、社会福祉士、介護福祉士、ケアマネジャー、福祉関係のコーディネーター2級をやってお

ります。委託ではありませんが、独自にやっております。社会福祉協議会はそれなりの役割分担、私どもは事業団として研修所としての役割を受け取ってやっているということです。

望月^註 私は応用人間科学研究科という新しい大学院に属していますが、その大学院の完成も実践と結びつく技術のカリキュラムを組むということで進んでおります。障害がある方に具体的に学生たちがジョブコーチのような形でつく。全体の組織として教科に組み込んでやっていきたいと考えております。

司会 現場に則した課題と取り組み、ヒューマン・サービス・プラットホームへの期待を含めてお話をいただきました。現場の方、研究者、当事者、市民の皆さんからご意見を寄せていただき、ヒューマン・サービス・プラットホームが発展していくと大変ありがたいと思いますので、ぜひご協力をいただきますようお願いいたします。どうもありがとうございました。

註) 望月昭 (人間科学研究所所長)。当日、松原氏の講演の前に、当学術フロンティア研究事業および松原氏の紹介を行った。その部分については、この冊子の冒頭 (「対人援助のひろがり」) に修正して掲載した。