

サポート研 関西セミナー 2007年 12月 8日(土)

## 本人中心の支援とは

ベテスダの家  
中西 昌哉

## ベテスダの家は



- 1983年 共同作業所
- 1996年 向島に移転
- 1999年 知的デイに
- 2003年 支援費制度  
          デイサービス  
          居宅介護  
          グループホーム
- 2006年 新体系移行

## ベテスダの事業の形態

- 生活介護事業  
    障がい者デイサービス ベテスダの家
- 居宅介護、行動援護  
    ベテスダの家 居宅介護事業
- 共同生活介護（経過的ケアホーム）  
    ベテスダの家 ケアホーム

## ベテスダが大切にしているもの

- 支援の重点項目

**居場所をつくる**

コミュニケーション

環境を整える

**体験を重ねる**

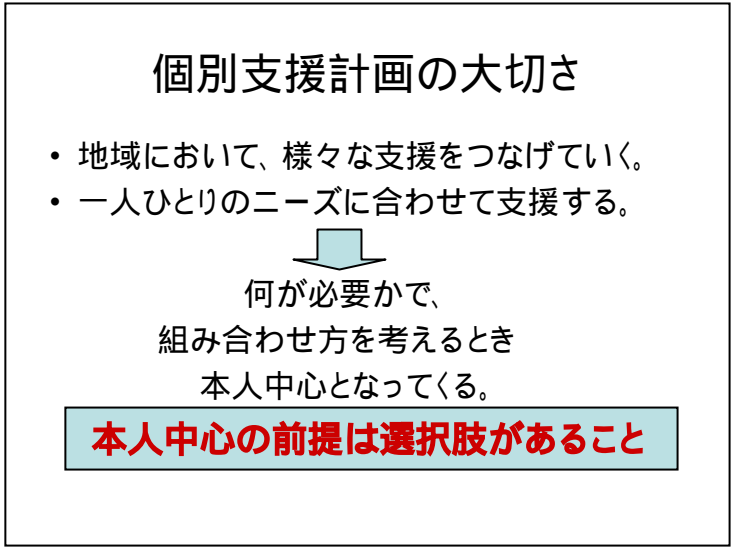
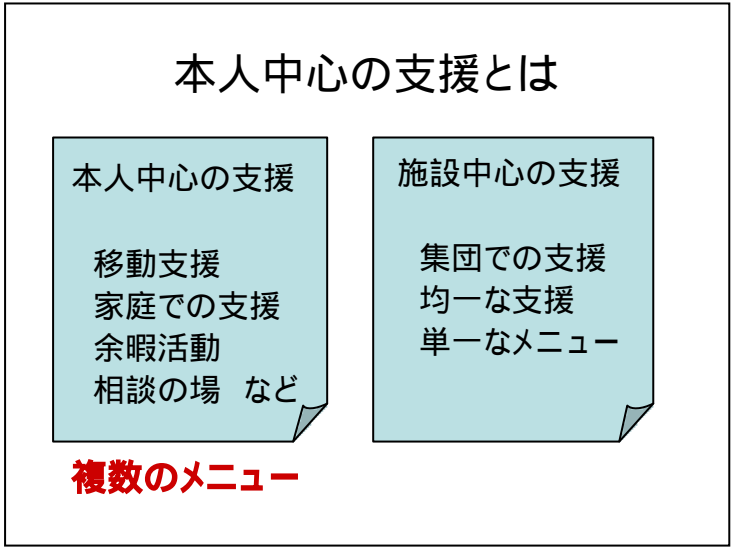
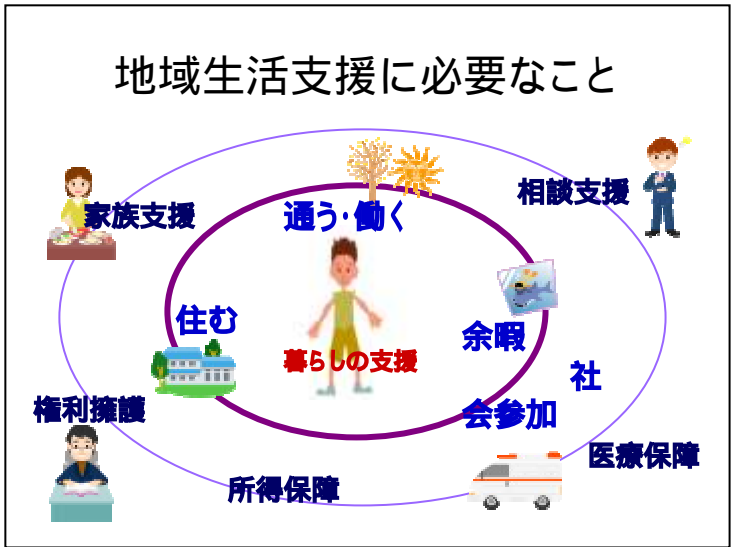
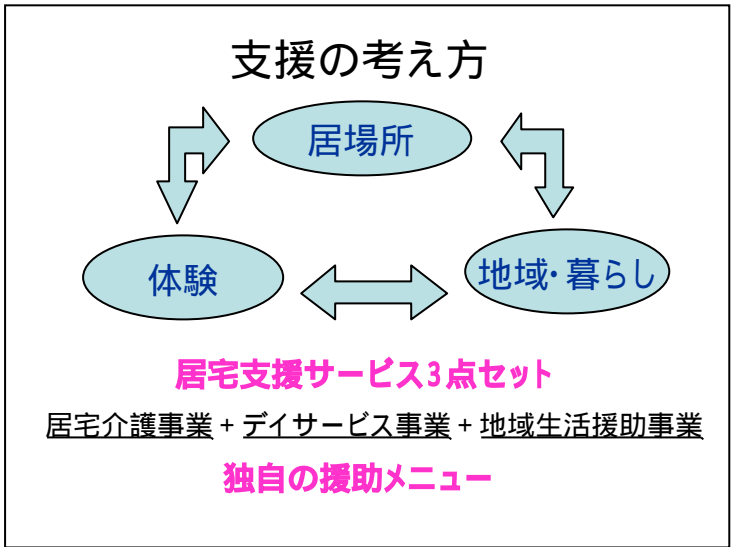
機会の保障

過ごしの充実

**暮らしを豊かに**

家族の支援

地域につながる



## では、選択とは何か

- 障がいのある人が将来について、生活のイメージをもちにくい。
- 言葉で説明するより、実際の体験から判断することのほうが分かりやすい。

体験をサポートすることから選択につながる  
まず試してみる、この段階が大切

## 自分で決めることは

- 選択とは、いきなり「生き方」とか「将来の希望」とかを問うのでない。
- 今日は何を食べようか、誰と何処へ行こうかといった、ごく身近なことから。

日常生活とは、このような小さな選択の連続。  
その人なりの自分らしさが現れているか。

## 介護・訓練でなく選択

- しかし本人が体験から選択しようにも、そのような機会が限られているのではないか。
- 自立支援法では、「介護」と「訓練」という言葉が使われている。うけるもの。



「選択」の支援は、本人自身からの主体的な行為。

- **自立(自律)に必要なこと、むしろ「選択・決定、体験の機会への支援」ではないか。**

## 具体的には

- 選択肢があることによって  
「自分の要望はいつ・どのように伝えればいいのか」  
分かりやすい視覚支援を試みる。


- 体験の機会が保障されていることによって  
「明日はのんびり過ごしていいんだという見通しとか、無理しなくてもいい安心感を」  
信頼できる関係づくりや家族の中の居場所。

## 変わっていかれる姿がある

- 自分にとって意味のあることを達成することから実感することがある。
- 思いが叶えば、次の希望につながり、自信が生まれる。

例えば余暇活動の行き先を何処にするかという選択は、やがて自らの将来の生活を選ぶことにつながっていく。

## 本人中心の支援の中で

- **本人が変わっていかれること。**
  - **家族が変わっていかれること。**
  - **支援者もまた気づき、育てられること。**
- 
- 本人と支援者は互いに変革・深化しうる存在として、つながっていく。


## 人と人のつながり、それが地域

- 人と人のつながり、支援の輪。
- 本人を中心とした、つながりの幅や広がり。

それが「地域」。

- **単なるエリアでなく、いろんな場面の先に顔が見える範囲。**

## 地域生活支援とは

- 地域生活支援とは、その機会をいかに自然に多様に保障していくか。
  - 支援者の役割は、選択・体験の支援から本人のその人らしさを立ち上がらせること。
  - 本人の放つベクトル(願い)の矢印の先に、どれだけの的(機会)を準備できるのかが問われている。
- 

## 「このまちで私らしく 暮らすために」

—Tさんの地域自立生活を通して—

青葉園 粟生史子

## 1. Tさんのプロフィール

- ・1968年生まれの女性
- ・脳性まひによる運動障害 (ADL全介助)
- ・てんかん 知的障害
- ・コミュニケーション手段 (表情・態度・発声等)
- ・1986年西宮養護学校を卒業し、青葉園へ通所

## 2. Tさんの地域生活の経過と現状

- 1) Tさんの現在の地域自立生活の様子 (DVD)
- 2) 母の入院による青葉園での長期の緊急ステイ
  - ・89年5月～ 緊急ステイ (母親一度退院し5ヶ月は 帰宅)
  - ・91年12月 母死去

Tさん母親の強い思いとTさんにとって一番良い選択をということから始まった長期の緊急ステイ  
その中でおぼろげながら見えてきた家庭に変わる暮らしの場のイメージ

生前の母親の強い希望やTさん自身、ご家族の希望により入所の施設ではなくこの西宮での生活の継続を

### 3) あおば福祉会の生活ホーム入居を経て一人暮らしへ

- ・園での緊急ステイからあおば生活ホームに転居
  - \* あおば福祉会: 「重度障害者を生活主体者とした生活ホーム」を設置運営するという目的のもと設立された任意団体。
- ・阪神・淡路大震災で生活ホーム全壊  
青葉園で避難生活を経て仮設の生活ホームに！

Tさんの地域生活確立に向けてのワーキングチーム発足  
(青葉園日中活動職員及び生活支援チーム職員、生活ホーム職員)

- ・今後の生活をどう支えていくのか、
- ・Tさんにとっての安定した生活の場は  
Tさんへも報告そして思いを確認しながら

↓  
「一人暮らし」という生活像へ

#### 4) 一人暮らしのスタート

##### ・扇型の支援体制へ

「あおば福祉会」の支援者を要に「かめのすけ」の介助者4名の介助者体制で！ 順調に動き出していたもの



##### ・その中で出てきた課題・問題点

介助者の人数及び介助者養成のあり方の検討

介助者が辞める事態や体調不良等によるキャンセルによる介助者不足

扇型の要の支援者の退職による根本的な支援体制の崩壊  
支援体制の再検討

Tさんも参加した「プロジェクト会議」を開催し支援体制を再検討  
・要の支援者の役割の分業による支援体制の再構築の検討  
・医療体制、各種会議、各種マニュアルの整理や見直し、

#### 5) 扇型支援体制からの変革

・要の支援者の役割をそれぞれが分担し担うため、各種会議の整理と定例開催

- 状況の確認、意見交換 方向だし / 情報の集約・共有・調整  
支援者機能の確保-

プロジェクト会議 : 支援体制等の検討及び方向性の確認  
(2ヶ月に1回)

調整会議 : Tさんを取り巻く課題についての検討や日々の連絡調整(毎週月曜日)

介護者会議 : 家政面や介助方法について 体調等についての確認(不定期)



< 扇型の支援体制から輪型の支援体制へ >

要は支援者ではなくTさん自身

#### 6) 胃ろう造設により医療的ケアが必要に

・2002年: 腸閉塞の症状で入院

・2003年: 経口摂取が不可能となり鼻腔チューブ挿入

各事業者間でTさんの将来の生活像を共有できない状態に



\* 主治医のアドバイス: 「胃ろうの手術を受けTさんの生活の質を高めることを支援者として考えなさい。」



再度「医療的ケアを含めた生活支援をどう行なうのか。」

「生活の質を向上させるためにはどうしたら良いか」

を事業者間で話し合う。

「Tさんが希望する生活を」  
その実現に必要な支援のあり方を整理し



胃ろうするぞ!!

#### 7) 現在の状況

・これまで様々な障壁をTさん自身が、周りの多くの支援者や関係者を動かして乗り越えてきた結果、今でも多くの課題はあるものの、気負うことなくマイペースで日々の生活を送っている。

