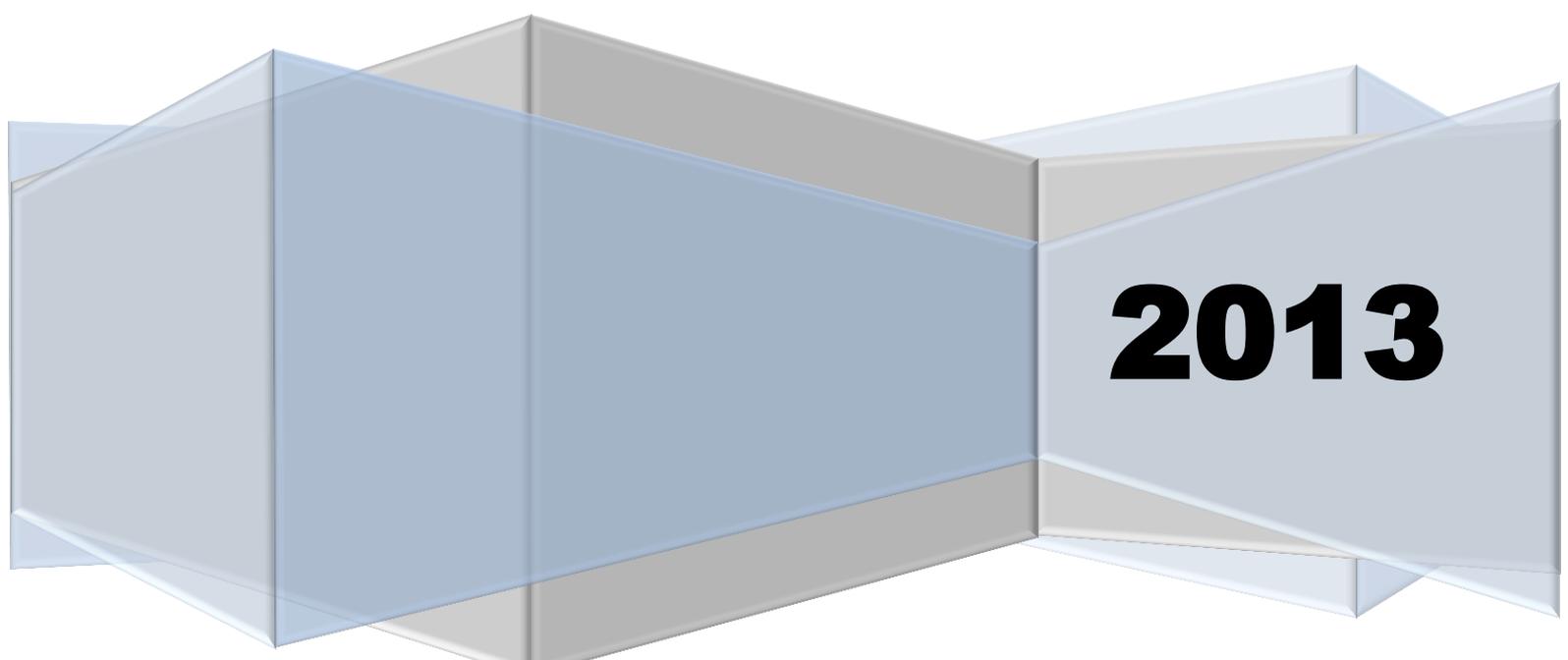


東松山市地域自立支援協議会
重症心身障害児・者の生活を支えるプロジェクト

ユウキさんプロジェクト

～意思決定支援の取り組み～

平成 22～24 年の活動報告



2013

《はじめに》

東松山市地域自立支援協議会の「重症心身障害児・者の生活を支えるプロジェクト」は、次のような目的で設立されました。

重症心身障害児・者である本人の意思を支援者が汲み取り、本人と支援者とが協働してそれを形にしていくことで、結果として、その人の存在価値が地域社会に貢献することとなるような取組を考える

この設立目的を踏まえ、兵庫県西宮市における実践の見学・研究、医療的ケアの必要な方を事業所が受け入れ可能かどうかを把握するための調査、当事者からのヒアリング、事業所懇談会、生活範囲を広げるためのマップの作成とともに、具体的な利用者の生活と支援者のかかわりのあり方から東松山独自の地域生活支援を考えるために、モデルとなる方を選定し、検討にご協力いただきました。

本報告書を通じて、重症心身障害を持つ方々の「意思の把握」を行うことのむずかしさに、関係する支援者の方々やプロジェクトチームメンバーが悩み、しかし楽しみながら試行錯誤を重ねてきた様子をお読み頂き頂けると幸いです。支援のプロセスの中で、異なる所属や職種の支援者たちが、様々な話し合いを重ね、日常的な記録の様式を開発し、その記録をもとにさらに話し合うことによって、ご本人の「意思」とは何か、考えてまいりました。

さて、「意思決定支援」というと、単に支援者が本人の意思を理解するというところに注目しがちになりますが、プロジェクトチーム設立目的の後段に示された「その人存在価値が地域社会に貢献すること」こそが、支援の関係者はもちろんのこと、市民全体で問われ続けねばならないテーマです。

視線、声、表情、身振り手振り、息遣い、そして体調など体全体で何らかの意思の表出を行っている方々の、他者や社会に「伝えたいこと」を把握しようとする営み。この営みは、単にその方の現在の生活範囲の中の、関わり方に慣れた支援者のみが行えばよいのではないことを、私たちは確認しつつあります。

地域に暮らす様々な世代、職業、生活スタイルの人々が、「人間の存在価値」へのまなざし、「地域社会」のとらえ方、そして「社会と人間との関係性」という、誰もが生きる上で共通して考える課題を、重症心身障害を持つ利用者の方々生活に寄り添いながら問い、それぞれが可能な範囲の関係を結んでいく。この一連の営みこそが、「その人の存在価値が地域社会に貢献する」ことに大きくつながっていくはずです。

そういった意味では、プロジェクトの取組はまだ途に就いたばかりです。本報告に対しても忌憚のないご意見をいただき、この東松山市独自の意思決定支援の取り組みが発展するように、ご協力いただければと思います。

平成 25 年 6 月

埼玉県立大学 保健医療福祉学部社会福祉学科 新井利民

《もくじ》

はじめに	1
I. 3年間のあゆみ	4
解良深雪 社会福祉法人昴 多機能型事業所アドヴァンス／理学療法士	
II. ひと月の流れ：記録・サマリー・ケア会議	6
吉田隆俊 社会福祉法人昴 ケアホームみらい／看護師	
III. 関わりの変化：支援のビフォーアフター	9
大塚健 東松山市総合福祉エリア ヘルパーステーションサービス提供責任者	
IV. 年間サマリー・重度包括・個別支援計画について	10
降旗守 社会福祉法人昴 FSC 昴（重度障害者等包括支援事業者）管理者	
V. 「ユウキさんプロジェクト」から見た「連携」と今後の課題	13
新井利民 埼玉県立大学 保健医療福祉学部社会福祉学科	
VI. 意思決定支援の輪を広げるために	18
丹羽彩文 社会福祉法人昴 西部・比企地域支援センター センター長／相談支援専門員	
おわりに	20
松田千尋 東松山市総合福祉エリア 地域サービスセンター所長 東松山市地域自立支援協議会 重症心身障害児・者の生活を支えるプロジェクトリーダー	

資料集

- 1) 活動記録表
- 2) 活動記録表記入例
- 3) 支援サマリー
- 4) オレ目線カード
- 5) 年間サマリー

～ユウキさんプロフィール&経過～

	健康・身体状況	活動・参加	想い	環境	重心プロジェクトの動き
H22 年度 (21 歳)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳：1 種 1 級 <input type="checkbox"/> 医療的ケア： 吸引 胃ろう (H21～) エアウェイ使用	<input type="checkbox"/> 社会参加の機会が少 ない。	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議 もなく「想い」につい て共通認識が持てな かった。	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 重心 B 型通園事業 (週 2) <input type="checkbox"/> 重度訪問 (週 3) <input type="checkbox"/> ヘルパー (朝・夕：毎日) <input type="checkbox"/> ショートステイ (月 1)	<input type="checkbox"/> 活動記録表の統一 <input type="checkbox"/> 「ひとことコーナー」追加
H23 年度 (22 歳)	<input type="checkbox"/> 体調が不安定な状態 円形脱毛症 (3 つ) 誤嚥性肺炎 発熱 胃ろう部のただれ 胃ろうが抜ける	<input type="checkbox"/> 体調が不安定な状態 で、ほとんど外出で きず。	<input type="checkbox"/> 環境の変化で緊張し ていた。7 月にやっと ケアホーム「みらい」 でも笑うようになる。 <input type="checkbox"/> 自己主張がはっきり してきた。	ケアホーム「みらい」入居 ～重度包括支援～ <input type="checkbox"/> 家庭 (週末) <input type="checkbox"/> 重心 B 型通園事業 (週 2) <input type="checkbox"/> 重度訪問 (週 3) <input type="checkbox"/> ヘルパー (朝・夕：毎日)	<input type="checkbox"/> ケア会議 (月 1 回) 始まる。 <input type="checkbox"/> 医療的ケア判断基準 <input type="checkbox"/> 関連図作成 <input type="checkbox"/> お出かけアイデア募集 (リクエストシート) <input type="checkbox"/> 緊急時の対応方法
H24 年度 (23 歳)	<input type="checkbox"/> 体調は安定 円形脱毛症 (1 つ) 発熱	<input type="checkbox"/> 外出増える 映画 ミュージカル お祭り 音楽交流会など	<input type="checkbox"/> ケアホームの生活に 慣れ、落ち着いて過ご す。 <input type="checkbox"/> ユウキさんの「想い」 を考えながら支援	<input type="checkbox"/> 重心 B 型通園事業の廃 止で生活介護事業所に 移行	<input type="checkbox"/> 月間サマリー 「まとめ」 「本人の計画：活動予定」 <input type="checkbox"/> 年間サマリー <input type="checkbox"/> オレ目線カード

I. 3年間のあゆみ

1. 平成22年度

ユウキさんはご自宅で家族と暮らし、朝から夕方までいろいろなサービスを利用しながら生活していました。関わる人すべてがユウキさんの生活を支えられるように、まず、日々の「活動記録表」の統一を行いました。

サービス利用状況（H22）～自宅～

- 重心B型通園事業（週2）
- 重度訪問（週3）
- ヘルパー（朝：身支度・夕：入浴、毎日）
- ショートステイ（月1）

①ひとことコーナー

ユウキさんの生活状況は理解できたものの、ユウキさんが日々何を「想い」活動に参加しているのかわからないことが多く、活動記録表に「ひとことコーナー」が加えられました。

②意志決定支援

関わる支援者が、ひとことコーナーにユウキさんの「想い」を記入してみたものの、22年度はケア会議もなく「想い」について共通認識を持つことができませんでした。

2. 平成23年度

ケアホーム「みらい」に入居し、自立生活がスタートしました！

①サービス担当者会議

サービス担当者会議が月1回行われ、関わる支援者で話し合いが行われました。

23年度は環境の変化で体調が不安定になりやすく、各事業所での対応方法についてが課題となり「医療的ケア判断基準」や「関連図」や「緊急時の対応方法」が作成・確認されました。

サービス利用状況（H23）～ケアホーム～

「重度包括支援」

- 重心B型通園事業（週2）
- 重度訪問（週3）
- ヘルパー（朝：身支度・夕：入浴、毎日）
- 自宅（週末）

②リクエストシート

お出かけのアイデアを募集しましたが、体調も落ち着かずあまり活用されませんでした。

③意志決定支援

環境の変化で余裕がなく、緊張している様子が伺えました。前半は泣いたりすることも多く、7月くらいから笑うようになってきました。サービス担当者会議の話題の中心は「不安定な体調への対応」だったため、ユウキさんの「想い」について話し合う余裕は支援者側にもありませんでした。

3. 平成24年度

自立生活にも慣れ余裕が出てきたため、健康面だけでなく「活動」や「想い」を中心に支援ができました。

①意志決定支援

ユウキさんの好きそうな活動・外出をサービス担当者会議で話し合い、次の会議までに実行します。活動時・外出時にユウキさんの「想い」～どんな風を感じているだろうか～を考えながら支援するようになりました。その時の「想い」について、サービス担当者会議で「月間サマリー」を使用しながら話し合い、一ヶ月の「まとめ」を行います。その後、来月の「本人の計画：活動予定」を考えます。

サービス担当者会議参加者以外の方が日々の支援に関わることも多く、サービス担当者会議で話し合った関わりの視点を「オレ目線カード」として作成し、いつも持ち歩く活動記録表の表紙に貼り、関わる全ての方が共有できるようになりました。

4. 生活の広がり

H23年度より「介護職員等による喀痰吸引等の制度」が始まりました。ユウキさんを多くの方が支援できるように研修を受ける人が増えてきています。これにより、さらにユウキさんの生活が広がっていくと考えています。

～ユウキさんを支えるために～
介護職員等で喀痰吸引等ができる人数
H23：3名 ⇒ H24：8名



Ⅱ. ひと月の流れ：記録・サマリー・サービス担当者会議



1. 活動記録表（ひとことコーナー）

活動記録表は家庭・ケアホーム・生活介護事業所・ヘルパーさんをつなぐ記録で、常に本人が持ち歩きます。記録する内容は「健康」「活動」「想い」に分けられます。

①健康

睡眠や排便、痰の性状や胃ろう部の状態、緊張の有無などの健康面について記録し、日々変化する体調を共有します。処方薬も変わることがあるので、そうした引継ぎも記録しています。

②活動

日々の活動についても記録します。創作活動や作業、外出、通院等です。その際「〇〇をしました」だけでなく、「〇〇をして、本人がどうだったのか」を記録するようにしています。やったことだけでなく「本人の想い」に注目して日々関わられるようになりました。

③ひとことコーナー

この活動記録表で一番楽しい所です。健康や活動を通じて支援者が感じた「本人の想い」を「本人のひとこと」として記入します。支援する際も、どんな風を感じているのだろうと想像しながら関わるようになりました。

寝不足の時は「夜遊びしたから今日は眠いよー」、映画に行ったときはその感想を書いていたります。

日						年 月 日 ()	
時間	活動	利用者の様子 (あり)	体温(℃)	水分(cc)	排泄 (あり/なし)	朝の申し送り事項	
7:00						NT	℃
8:00						BP	/
9:00						P	目
10:00						SAT	%
11:00						ひとことコーナー	
12:00						記入者 ()	
13:00						日中活動()より	
14:00						ひとことコーナー	
15:00						記入者 ()	
16:00						ひとことコーナー	
17:00						記入者 ()	
18:00						ひとことコーナー	
19:00						記入者 ()	
20:00						ひとことコーナー	
21:00						記入者 ()	
22:00						ひとことコーナー	
						記入者 ()	

ひとことコーナー

日中活動に対するご本人の気持ち。また、その他「ご本人の気持ち」として気づいた事があれば記入。

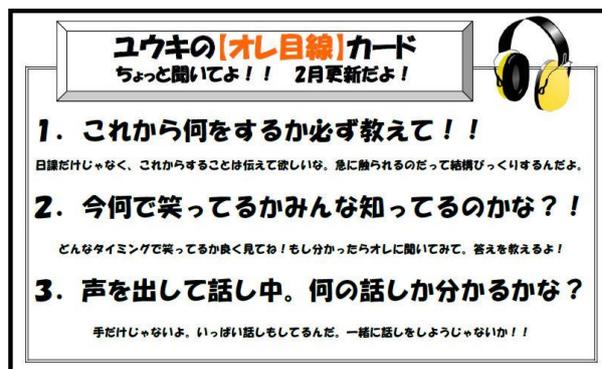
記入者 ()

というまとめがあれば、それに関連した活動予定を検討したり、季節に応じた外出も考えます。また、毎日楽しいイベントがある訳でもないので、自分の身の回りの買い物や、散髪、時には市役所に行く事もあります。活動を考える際はなるべく本人の好きな事、年相応の経験、新しい体験など、生活の幅が広がるよう工夫しています。

4. オレ目線カード

サービス担当者会議で確認した「まとめ：関わりの視点」を基に作成します。

ユウキさんはホーム・生活介護・ヘルパーと関わるスタッフが多いので、関わりの視点を全員に周知するため、活動記録表の表紙に貼っています。スタッフ目線ではなく、オレ目線です（笑）



オレ目線カードを参考にしながら、ひとことコーナーを記入しています。こうした視点がないと、ひとことコーナーは天気の話や「良く寝たよ～」などになりやすいです。

～月の流れを振り返って～

それぞれの書式は少しずつ改良を加えて現在に至ります。

最初はサマリーもなく、それぞれの事業所が報告して、それらの報告とはまた別に来月の予定を考えていました。

月のサマリーには当初「まとめ」欄は無く、報告と来月の予定があまりリンクしていませんでした。また、事前のサマリー作成も健康面のみ記入していて、活動や想いはサービス担当者会議の場で振り返っていましたが、健康・活動・想いの繋がりが分かりづらかったので、予め記入する事にしました。

サマリーに「まとめ：関わりの視点」を追加した事で、共通理解、共感できるポイント、「そうだよね」とうなずけるポイントが明確になりました。そして、来月の予定も、今までの関わりを踏まえたものになってきました。

この書式を、ユウキさん以外の方にも活用してみましたが、やはりサマリーや「まとめ」、オレ目線カードは分かりやすく、共通理解が得やすいと思います。

Ⅲ. 関わりの変化：支援のビフォーアフター

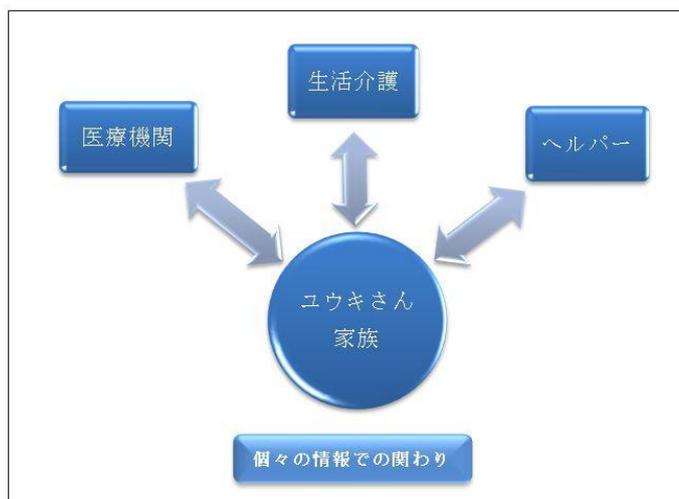
1. ケアホームみらい入居前

ユウキさんは、みらい入居（平成 23 年 4 月）前からヘルパー・生活介護のサービスを利用し、日中の活動を過ごしていました。また、掛かり付けの医療機関への定期通院も行っていました。

図 1 はその当時の状況を表したものです。図 1 を見て頂いてもわかるように、各サービス事業所の日中活動の様子や医療機関の情報について、ご家族と事業所間での伝達が主となっており、医療機関・事業所の連携は見られません。

H22 年よりプロジェクトが発足し、初めて「ユウキさんの想い」について取り組みが開始、**活動記録表の統一・ひとことコーナー**を支援に取り入れましたが、サービス担当者会議の開催は無く、不十分な取り組みとなっていました。

(図 1 みらい入居前)



2. ケアホームみらい入居後

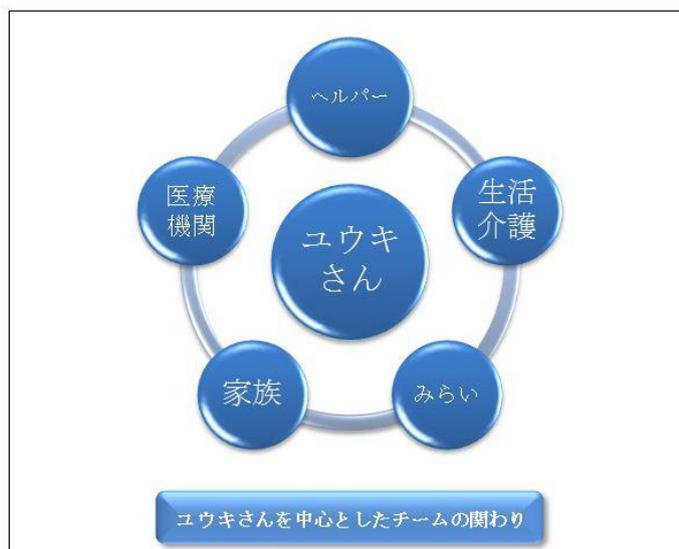
みらいに入居し、自立生活がスタート。プロジェクトの関わりも増え、毎月 1 回のケア会議が開催されるようになりました。

図 2 は入居後から今現在の関わり（連携）の様子です。活動記録簿の見直し・ひとことコーナー・支援サマリー・オレ目線カード等、ユウキさんの「想い」に取り組んだ結果、ユウキさんを中心とした「輪」ができてきました。

ここまでは様々な取り組みもありましたが、支援者が同じ目線で、ユウキさんの想いを感じる事が「輪」に繋がっています。

今後はこの「輪」の中に、地域との関わりを自然に取り入れることが課題の一つと言えます。ユウキさんを中心に**地域を含めた 6 個の丸**楽しみます。

(図 2 みらい入居後)



IV. 年間サマリー・個別支援計画・重度障害者等包括支援



1. 年間サマリー

援助のプロセスという様式を使って、1年間を振り返ります。支援メンバーで話し合いながら、月間サマリーをまとめて年間サマリーを記入する作業です。こうして、一年間を振り返ると大きな流れでさまざまな変化に気づくことができます。ユウキさんの場合では、4月～5月は年度の切り替え時期で

【援助のプロセス】				ケア会議による検討	年間サマリー
時期	健康面の状況	活動面の状況	本人の思い	ケア会議での議論や気づき・その背景	本人の課題／援助の課題及びその解決の方向性
4	体調は心配。実家ではO ₂ 使用していなかったが、みらいでは使用している。円形脱毛症が3つ。膝にウイルス。	落ち着くまでは積極的な活動を控える。いわはな・あすみーる以外にも行ける場所が必要。	ヘルパー派遣については人が変わらないので変わらない。ここ2～3日はみらいでも慣れてきた様子。	月1回会議を検討 個別支援計画を作る 体調不良時は日中みらいで過ごす。 好きな事は映画だけど、社会参加の場が必要（地区自治会など）	【健康面】 4月よりケアホームでの生活が始まり、本人の笑顔が見られるまで3か月かかった。円形脱毛症や胃ろう部のただれ、副鼻腔炎等もあり体調でも不安定な状態であった。 体調面の情報共有や対応方法の話が多く、関連図や緊急時対応方法などの確認がなされた。また、緊急時に備えかかりつけ医を新規に受診した事は支援者にとって安心感につながった。
5	落ち着いてきている。睡眠とれている。善さや吸引で目覚めることある。胃ろうのただれ。顔面のおでき。注入量や時間の検討。	慣れているヘルパーの時は落ち着いている。	キッズやいわはな、自宅では泣く。みらいでは泣かない。(みらいでは頑張っている?)	薬やオムツなどの必要物品のリストが必要 活動記録の下の欄に変更点を記入、議んだスタッフはサインする。 個別支援計画確認。	【活動面】 環境の変化（ホームへの入居）を考慮して、前半は積極的な外出を控えていた。後半は体調が不安定だったためあまり外出が出来なかった。 【本人の思い】 前半はとにかく緊張していて、7月に初めて笑顔がみ
6	胃ろうのただれ。肛門ただれ。塗薬の確認。うつ伏せを1日30分以上する。	外出再開したい。	泣く。お話しが少なくなって寂しい。みらいに帰るときも泣かなくなる。	発熱時の対応方法を今後確認。	
7	排便・ラキノ増量。眠れない日はトリクロ。胃ろう部のただれなくなる。円形脱毛症生えてきた。	日中の活動についてケア会議で決めて行く。たき台はエリア。移動が問題。	家でも泣かなくなった。ニコニコが多い。キッズ、自宅、みらいでも笑う。	発熱の基準が必要。発熱時にどう対応すれば良いのか、通院するべきなのか判断が難しい。 医療的ケア判断基準、関連図作成（備考：母が仕事を始める。）	
8	なし				
9	脂ろう性湿疹 仙骨と背部に発赤。胃	花作業、うつぶせ 外出は来月くらいに		行き先プラン タクシー券	

なにかと騒々しいためか、発熱の回数が多かったり、脱毛等もありましたが、7月～8月ごろには落ち着いて、支援会議では外出の話題が飛び交っていたことがわかりました。さらに、これを年度で比較するのも興味深いです。例えば、ホームに入居した年度の4月は脱毛が3箇所もあったのに2年目は1箇所、3年目には脱毛自体がなかったことがわかりました。月単位では気がつかなかった変化が年単位ではみえてきたのです。

① サービス担当者会議での議論や気づき・その背景

援助のプロセスの記入には、メンバーが1年間に何を議論し、どんな気づきがあったのかを振り返る項目があります。ユウキさんだけでなく、チームの変化や成熟が見えてくるのです。

2. 個別支援計画（重度包括）

ユウキさんは「重度障害者等包括支援」というサービスの支給決定を受けています。

複数の事業者（サービス）が関わりますので、ユウキさんの希望を共有し、目指したい目標を統一する必要があります。そのための様式が重度包括支援の個別支援計画です。ユウキさんの目標と達成に必要な支援（サービス）の内容、また、その方針や頻度・量が定められた、いわば「マスタープラン」です。ユウキさんの変化に応じてこのプランを作成・更新していくわけですが、その際に核となるのが、活動記録→月間サマリー→年間サマリーというプロセスから導き出された、支援メンバーが共有する本人の「想い」なのです。

重度包括支援事業 個別支援計画			
氏名		ユウキ 様	
援助の全体目標		本人の心身状態にあわせて柔軟な対応を行い、安定した自立生活を送ることが出来る。	
短期目標	長期目標	長期目標	ご家族と関係機関が情報を共有し、体調の変化に柔軟に対応する事で、安定した地域生活を送ることが出来る。
ニーズ	援助目標	サービス内容・契約時間	提供先・担当名・曜日
ケアホームみらいでの自立生活	母やヘルパーの支援を受けながら、ケアホームみらいで安全かつ安心して生活ができる。	共同生活介護 日曜日15:00～土曜日10:00	ケアホームみらい 世話人
健康維持が必要	健康・病状の維持管理をおこなうことが出来る。	主治医による診察、薬の処方など、2回/月	医療センター
		かかりつけ医による処方箋の調整など、1回/月	かかりつけ医
		身体的な体調不良、その他急病	かかりつけ医
		バイタルチェック、健康管理「吸引」導入・器具のメンテナンス、排泄指導等、Soaモニターの管理、健康観察、排便コントロール、夜間の救急、必要物品の管理	ケアホームみらい 看護師
ADLの援助が必要	安定的に介護職員が継続され、みらいでの生活を維持、継続することが出来る。	共同生活介護 専任、洗濯などの生活介護、掃除や入浴の補助、見守り支援等	ケアホームみらい 支援員
		身体介護 身の支度 8:45～9:45 7回/週	
		身体介護 入浴介助 水・金・日 17:00～18:00 (ヘルパー1名＋みらい支援員1名)	東松山市総合福祉エリア地域サービスセンター
		身体介護 排泄サポート（排便、排便マスの排泄） 日・月・水・木・金 12:30～23:00 月・水・木・金・土 12:30～14:00	東松山市総合福祉エリア地域サービスセンター
		身体介護 福祉用具の調整、管理、メンテナンス、おむつ交換、口腔ケア 月・水・金 18:30～20:00	ファミリーサポートセンター 鼎
		身体介護 備忘録の介護支援が提供され、今までの生活習慣を維持出来る。	入浴介助 土 13:30～18:30
日中活動場所が必要	自立生活を促進するために、これまでの日中活動を継続する。	重度訪問介護 外出 制作活動、入浴等 月・水・金 14:15～15:45	東松山市総合福祉エリア地域サービスセンター
	ヘルパーの外出等から年間の継続を確保する。	生活介護 リハビリ、動作指導等 水・木 10:00～13:00	アドヴァンス
日中活動先への送迎が必要	計画の外出活動実施、外出を支援する。	生活サポート 鼎	ケアサポートいわはな
	日中活動を継続する。	活動指導 水・木 14:45～15:00	アドヴァンス
サービス調整が必要	計画に基づき調整が実施される。	サービス利用計画作成	ファミリーサポートセンター 鼎
		調整・事業所間の連絡調整、活動報告書提出	ケアホームみらい

作成者：FSC鼎

上記内容を確認いたしました。

連絡・所属	名前	連絡・所属	名前
ご家族		ケアホームみらい	
東松山市総合福祉エリア地域サービスセンター		アドヴァンス	
ケアサポートいわはな		ファミリーサポートセンター 鼎	

①援助の全体目標

この項目はどの事業者の個別支援計画でも共通で、ブレることはありません。援助の全体目標を除くほかの項目については、各事業所が個別支援計画を作成する際に憂慮すべき指針と理解されています。

3. 個別支援計画（各事業所）

本人及び支援メンバーが共有する「想い」がカタチになったものが重度包括支援の個別支援計画ですが、実際にサービス提供する事業所はさらに具体的な個別支援計画を立てます。事業所ごとに様式も違いますし、特色が現れます。大切な「想い」は共有していますので、細かな表現に差があっても不安はないといったところではないでしょうか。

ユウキ 様 FSC鼎 個別支援計画書			
総合的な援助の方針		本人の意向と、心身の健康状態に合わせた柔軟な対応を行い、自立的な活動を認め、社会生活を送ることが出来る。	
長期目標	本人の意向に沿った介護が提供され、安定した生活を維持する。		
短期目標	安全な介護の提供と密なコミュニケーションにより、安心して心地よく過ごす。		
ニーズ(支援課題)	援助目標	サービス内容・契約時間	支援上の留意点
1	いつもきれいにしている、気持ちよく過ごしたい。	①歯磨き 18:30 ②おむつ交換 18:50 ③着替え(おむつ交換含む) 19:40 ④夜間のおむつ交換 定時22:30～23:00 4:00 3:30～	■着替えや歯磨きの清潔保持、皮膚疾患の予防等に個別性の高い介護が必要。 ■ミニアンケートを必ず実施し、本人の意向に沿った行動を促す。また、本人からの発信を促して、他の支援者とも共有しながらか意図疎通を深めていく。
2	安定的に安全な服装は着たい、着替えを減らして、リラックスタイムを過ごしたい、おむつ交換を減らしたい。	①着替え 19:00～19:40 ②身体交換 定時22:30～23:00 3:30～4:00	■吸引や吸入など特別なケアが必要で、吸引や吸入や着替え時の安全確保が必須。 ■本人の服装の好みや意向に沿った適切なアレンジメントを行う。 ■ビッグデータで集約した人のコミュニケーションを補完するように努める。
3			
4			
契約期間	平成25年2月1日 ～ 平成26年1月31日		
自己負担上限	0 円		
提供サービス	家事援助(身体介護) 行動援護 重度訪問 同行援護 移動支援 サポート		
契約時間	時間		
	管理者	サービス提供責任者	お客様



(写真：サービス担当者会議の様子)

重度障害者等包括支援について

このサービスの対象者は常時介護を要する障害者等であって、その介護の必要の程度が著しく高い者とされており、国が定めた判定基準を満たすことが要件となります。サービスの内容は障害者自立支援法（現：障害者総合支援法）に規定される居宅介護、重度訪問介護、行動援護、生活介護、児童デイサービス、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、短期入所、共同生活介護の中から必要なサービスを複数組み合わせ提供されます。この組み合わせを考え、サービスの支給量（頻度や時間数）を管理するのが重度障害者等包括支援事業者です。各サービス提供事業者は提供するサービス内容について、重度障害者等包括支援事業者と契約を結んでいますが、柔軟な対応が可能な内容になっています。したがって、今日は体調がよくないので、通所（生活介護）はせずに重度訪問介護を使ってホームで過ごす、といった臨機応変な対応も可能なのです。

V. 「ユウキさんプロジェクト」から見た「連携」と今後の課題

はじめに

「重度心身障害児者の生活を支えるプロジェクト」の様々な取り組みを側面的に支援してまいりましたが、私自身のかかわりは不十分な点が多く、反省すべき点が多々あります。しかしながら、ユウキさんの生活を通じて、そしてチーム活動を通じて、支援チームの皆さんが様々な学びを得ている様子を拝見することができ、深く感銘を受けたと同時に、私自身も大きな学びを得られたと実感しています。

与えられたテーマは、「連携について」です。まず、「連携とは何か」について私の考えをお示しし、プロジェクトを通じいかに連携が行われていったのかについて検討した上で、最後に今後の課題について述べていきたいと思えます。

1. 「連携」とは何か

障害福祉分野はもちろん、医療や福祉の領域では、古くから「連携」のあり方について提起されてきました。その結果、様々な人々が連携は重要だという認識を持ち、それを念頭に支援を行っていると思いますが、「もう少し医療と介護の情報共有ができれば…」「異なる事業所間でももう少し統一した目標が設定できれば…」などの声や、「レンケイ、レンケイというが、そう簡単にいくものではない」などの声は、現在も多く漏れ聞こえるところではあります。

このような古くて新しい「連携」の議論をどう見るか。私は、「連携」とは大きな意味で「達成」するものではなく、むしろ絶えず利用者本人や家族と支援者・関係者が、相互の関係の結びつき方について批判的に検討し、課題を発見し、改善を図っていくプロセスそのものであると考えています。

また連携の目的としては、複数の支援者が利用者へ効果的な援助をすること、少ない資源を効率よくつないでサービス提供を行うこと、仕事をしやすくして支援者が満足すること、などがあると考えられます。これらの目的はもちろんそれぞれ妥当なものだとは思いますが、上述のように「改善を図っていくプロセスそのもの」ととらえると、「連携」とは、支援に関わる全ての人々が、利用者・家族や他の支援者とのかかわりの中で自らの支援のあり方を振り返り、よりよい援助を目指すために学習し続けていくこと、ととらえることもできます。

特に、様々な制度に基づいて仕事をする、いわゆる「専門職」と呼ばれる人々やそれぞれの「専門機関」は、制度と利用者との間に立ち、様々な工夫を凝らしてサービスを提供することとなります。しかし、その工夫の凝らし方次第でまったく異なる支援となったり、制度の制約をそのまま引き受けて単に制度の代弁者となったりしてしまいがちです。

支援に関わる全ての人々が、利用者や家族のニーズを中心として、個人や支援チーム、組織、地域全体での援助の可能性を絶えず検討し、また制度の持つ課題を確認して改善や創造に向けて発

信していくこと、そのために学習し続けることが、私たち一人一人に課せられた課題であると考えられます。

2. ユウキさんプロジェクトにおける支援チームの学習

ユウキさんプロジェクトを通じて、支援チームは連携を図ってきました。これは前述のように学習のプロセスであり、完成はなく今後も続いていくことではありますが、これまでの過程を振り返ると、次のトピックによって学習が促進されてきたと考えられます*1。

①個別の生活課題をモデルにし共通目標を設定すること

支援に関わる人々は、日々たくさんの利用者と接しており、その数だけ様々な課題認識を持っていると思います。このようなたくさんの課題の中で「どのように連携を図る必要があるか」という議論をしても、想起する課題のレベルや援助の時間軸の中での位置づけなどがそれぞれ異なり、抽象的な議論に陥りがちです。

ユウキさんプロジェクトでは、当然のことながら「ユウキさん」の個別の生活課題に向き合い、その中でのご本人の様子や支援者の気づきを共有することによって、支援者個々人が具体的な支援の姿勢・支援方法・課題についての学習を行ってきました。

もちろん、すべての利用者に対して、今回のプロジェクトのように時間を確保することは困難かもしれません。しかし、各人の日々の援助が中核的な課題にならざるを得ない状況の中では、どうしても「他の支援者とのかかわりの中から学ぶ」ことは周辺的なものと考えられてしまいます。今回のようにモデルチームを設定し、支援者の学びを確保することは、支援に携わる者であれば誰もが定期的に経験し、自分の支援について、支援全体を俯瞰した立場から振り返り、学習する機会が必要であると考えられます（**意図的な協働体制の確保**）。

②共通する様式を道具（ツール）として活用すること

今回、各事業所・支援者で様式がばらばらであったり、記入にあたっての考え方がばらばらであったりしたものを、何度も議論することによって統一化することを行ってきました。この営みは、支援チームにとっては結果として2つの意味がありました。

一つは、共通様式を開発するという行為そのものが、チームによる支援のまとまりを創っていったことです。これは⑤でも述べますが、目標設定と達成によってチームの関係性が「ギュッ」とまとまっていったと考えられます。

もう一つは、開発された様式によって、チーム全体が同じ方向性をもって支援を行うことができ

¹ 同様の着眼点から、広島県尾道市の地域包括ケア体制がどのように形成されてきたかについてかつて検討しました。新井利民（2009）地域トータルケアシステムの構築方法 と実際、坪井真編『地域福祉の理論と方法』（株）みらい。

たことです。ユウキさんの想いを全体で共有することが、記録という「道具」をうまく活用することによって可能になりました（**ツールの活用を通じた協働**）。

③カンファレンスの定例化によってネットワークを強化すること

記録を見ていただいても、また直感的にも理解できることですが、サービス担当者会議が定期開催されることによって、チームの活動が大きく動き出しました。具体的なユウキさんの生活を通じて、関係者相互が意見交換を行う機会が定期的に行われることで、チームメンバー相互の信頼関係が形成されたり、高まったりしたことと思います。メンバー間では、ユウキさんに関わる上での悩みや、不安な点なども共有されていったことでしょう。この悩みや不安の共有こそが、信頼関係を強化していったに違いありません。自分の所属や専門性を盾に、他のメンバーに対して防御的になり、「自分の援助はしっかりできている」ということを表出しているだけでは、相互の信頼関係は生まれず、逆に「本当かな」という疑念を持ちあうことにもなりかねません。定期的な会合を持ち、顔を合わせることによってこそ、このような悩みや不安な点、あるいは個々の支援者の援助感なども表出できるのだと思われます。

「ネットワークの形成が重要」とはよく言われますが、単に機能的につながるのではなく、このように支援者同士の生の感情を関わりあわせることこそが、実際に機能するネットワークの形成につながっていくのではないのでしょうか（**信頼関係の醸成**）。今回の記録を読んでいただいても、そのような様子が垣間見ることができたと思われま

④ネットワークメンバーに新陳代謝をくわえること

支援チームは、一度定例化し、複数回継続すると、徐々に徐々に活動そのものが形骸化してしまいがちになることは、皆さんも経験的にわかるのではないのでしょうか。それを是正するための努力を同時に行わないと、支援チームそのものが徐々に硬直化・停滞し、多様な意見やクリエイティブな開発が行われづらくなってくると思われます。

今回のユウキさんプロジェクトでも、停滞の危機があったのではないのでしょうか。しかし単に専門職だけではなく、ご本人や家族をチームメンバーとして位置づけることによって、メンバー相互の「慣れ」を是正していったと考えられます。絶えざる利用者の変化や家族の想いの変化をメンバーの中にしっかりと位置づけることによって、チーム活動も絶えず活性化していくのではないのでしょうか。このような点にも、ケア会議に利用者ご本人や家族が参加する意義を見ることができます。

また、福祉や医療の専門職と呼ばれる方のみではなく、特定分野に特化した方や、ご本人と同世代だったり、将来的に関わりうるボランティアであったりと、臨時でもいいので新たなメンバーを加えられ、新陳代謝を図ることも重要です。メンバーが固定化すると団結力が高まっていくこととなりますが、本来メンバー間にあった創造的な相互作用が徐々に薄れてしまうということは、研究によっても示されています（**創造性のための新陳代謝**）。

⑤達成感の得られる短期的目標を設定すること

統一した様式を開発すること、そして今回のように様々な関係者とともに実践記録をまとめることを、チームによる暫定的な目標として掲げ、メンバー各人が努力してきました。支援活動は長期にわたります。そのような中で、チームメンバーの結束を絶えず保ち続けるためには、長期的な目標を見据えながらも、短期的な目標を設定して積み上げていくこと、小さな成功体験や達成感を得ていくことが重要です。今回は、みなさんたくさんの時間を確保して実践記録を作成していただきました。このようなものに限らず、小さな共通目標を設定し、メンバー相互が「このチームメンバーでよかった」「活動を通じて学ぶことができた」「成長することができた」というような実感を得られる仕組みを意識的に作っていくことが必要なのではないのでしょうか（**達成感によるコミットメントの強化**）。

3. 今後の活動における課題：「集団活動の負の側面」の管理

ここまで、ユウキさんプロジェクトの活動を俯瞰してみて、また記録を改めて読ませていただく中で、いかなることが支援チームの「学習」を深めてきたかを示してきました。最後に、これまで述べた点以外で、今後も支援チームが強化されていくために必要と思われる点を挙げたいと思います。それは、「集団活動の負の側面」の管理です。新聞をにぎわす、組織ぐるみの悪行や隠ぺい工作は、このような負の側面によって行われていると考えられます。結果としてそのことが利用者や家族を不利な立場に陥れてしまうことは、福祉や医療の業界でもよくみられることです。

この「集団活動の負の側面」はいくつかの点で指摘することができます*2。

①「社会的促進」と「社会的手抜き」

人は、集団を形成し他者と一緒にいることによって行動が促進される面があります（**社会的促進**）。一方で、集団であるがゆえに、個々人が集団活動に「ただ乗り」してしまい、課題そのものをやりにくくしてしまうことがあります（**社会的手抜き**）。両者は表裏一体ですが、前者は、例えば利用者に対して悪い影響を与えることも、集団ゆえに促進してしまう可能性があります。また後者については他のメンバー任せになってしまい結果として支援が行き届かなくなってしまう可能性があります。

②集団的意思決定の危険性

集団的に意思を決定する際のリスクについては、これまでも様々な角度から指摘されてきました。一人よりも集団の判断の方が低い成功確率で冒険的な選択をより容易に選んでしまうこと（**リスク・シフト**）、多数派の意見に押し切られ、社会的な圧力に負け、自分の意見を曲げてしまうこと（**同調・服従**）などは、代表的な集団の意思決定の傾向です。

*2 これらは社会心理学の分野で議論されているものですが、読みやすい文献としては、次の文献をお勧めします。
岡本浩一（2001）無責任の構造：モラル・ハザードへの知的戦略, PHP 新書

③属人的思考の組織風土

また、集団の課題を把握し解決するにあたって、課題そのものの「事柄」について考えることよりも、課題提起した「人」や解決策を考えた「人」について重きを置いてしまうことがあり、これは「**属人思考**」と呼ばれています³。このような属人思考が強い組織では、対人関係は過度に濃密となり、意見の賛成・反対が対人関係の良し悪しと混同されてしまい、事柄を事柄として冷静に見ようとする姿勢が失われるとされています。

以上のような、集団活動の負の側面を是正するにはどうしたらいいか。それは、支援チームを作ったことに安住せず、信頼関係と「仲良し」とを混同せず、絶えず建設的に批判し合える関係を創っていくことが重要になるでしょう。

そのためにも、絶え間のない個人・チーム・組織、そして地域を挙げた「学習」活動が重要になるのだと思います。

「連携」の議論を、ユウキさんプロジェクトのプロセスの考察も踏まえ、「学習」という切り口から述べてきました。支援者の一人一人が、自分の今の状況に満足することなく、本人や家族を中心に、他者と関わりを持ちながら学び続けること、そしてそのことを楽しむことが、とても大事なのではないのでしょうか。

今後の課題は、このようなプロセスを「仕組み」に落とし込んで、地域全体に広げることでしょう。しかし一度「仕組み」を創ってしまうと、それにとらわれてしまうことにもなりかねません。この報告書を、ぜひ自分の援助と照らし合わせながら学習するツールとして位置づけていただき、血の通った「仕組み」となるように、地域の皆さんが力を出し合っただければと思います。

私自身も、プロジェクトチームの活動を通じて、学び続けることを楽しみたいと思います。

³ 岡本浩一・鎌田晶子（2006）属人思考の心理学：組織風土改善の社会技術，新曜社

VI. 意思決定支援の輪を広げるために

はじめに

平成 20 年より、ユウキさんの相談支援担当としてお付き合いをさせていただいていましたが、当初は、サービス調整を中心とした関わりで、関係機関が集まる支援会議の中でも、ご本人の体調やサービスが滞りなく提供されているかの確認の場となっていました。また、ご本人の意思をどのようなサービスへ反映していくかは支援チームの中でも揺れながら、実際のサービス提供が行われている時期でした。

1. 意思の確認とコミュニケーション

このプロジェクトが始まったことで、ご本人の「意思」とは？といった部分に踏み込んでいきましたが、やはり当初は、ご本人の体調が中心の話し合いになっていたと記憶しています。その後、前述の経過をたどる中で、支援チームはご本人が発する反応を手掛かりにご本人の意思を確認してきました。しかしながら、支援チームとお母様の関わりに決定的な違いがあることがわかりました。支援チームは、ご本人の反応をサインとして、意思を何とか把握しようと努めていることに対し、お母様は、ご本人の反応にさらに反応し、言葉を返しており、まさしくコミュニケーションをとっていました。

これまで支援チームは、ご本人の意思を把握しようとするあまり、ご本人の反応のみに注目し、支援者側がどのような投げ掛けをご本人に行っていたかには注目していませんでした。当たり前のことではありますが、コミュニケーションは相互であるという視点が欠落していたのです。

コミュニケーションは、「情報を伝え合うこと」「気持ちを通じあうこと」の 2 つの側面を持ち、送り手と受け手の「二者関係」において成立すると細渕富夫氏（埼玉大学教育学部教授）はしています。

そうであるならば、今後は、ご本人の訴えに対し、支援者がどのような反応をしたか、または支援者の言葉かけなどに対し、ご本人がどのような反応をしたかの両方の視点に注目し、ご本人の意思を確認していく必要があります。

2. 「意思決定」を支える法制度

平成 25 年 4 月から施行された障害者総合支援法では、サービス実施事業者や相談支援事業者に、「意思決定支援に配慮すること」が位置付けられ、附則において、「障害者の意思決定支援の在り方」が施行後 3 年を目途に見直しを検討を行うとされています。

そのような中、スウェーデンでは、コンタクトパーソンといわれる、本人から指名されて友人兼助言者の役割を担う人が権利擁護の制度の中に位置づけられています。コンタクトパーソンは、日常のさまざまな場面で助言したり代弁したりしています。

また、イギリスには、意思決定能力法（2005年）における「ベスト・インタレスト（最良の利益）」原則⁽¹⁾という考え方があります。この法律では障害を問わず、全ての人には判断能力があるとする「判断能力存在の推定」原則を出発点とし、できる限り自己決定を実行できるような法的枠組みの構築を目指しています。

翻って、我が国においては法的な措置としての「成年後見制度」があります。この制度は、後見人等が家庭裁判所の監督を受けながらですが、個として権利擁護活動を行っており、この場合、本人の意思決定に対して、パターンリスティックな対応となる恐れが常に付きまといまいます。こうした点からも、今後我が国においても「自己決定、最善利益（ベストインタレスト）、連帯性」に基づく支援（佐藤彰一氏・法政大学法学部教授）となるような権利擁護に関するチーム支援が行える仕組み作りが求められます。

3. 今後の広がりに向けて

さらに、いわゆる公的なサービスや支援だけでなく、今後は、千葉県のNPO法人PAC ガーディアンズの取り組みである『コミュニティー・フレンド』⁽²⁾や兵庫県の青葉園の『アクション西宮』⁽³⁾のように、地域社会の一員としてご本人の意思が認知され、医療や教育、福祉サービス提供者の中だけではなくご本人の意思決定支援の輪が広がることが求められます。



(1)菅富美枝「イギリス成年後見制度にみる自律支援の法理」（ミネルヴァ書房,2010年）

(2)後見人などの法的な関係だけではなく、地域の中で障がいのある方本人と、社会参加や 余暇など一緒に行動をする、文字通り友人としての関係を築くといった取り組み。

(3)兵庫県西宮市の生活介護事業所「青葉園」において、青葉園の活動を基盤とし、西宮市内限定で、利用者を中心としたコミュニティに働きかける何らかの活動を行い、地域の人々との関係性を持つ機会を作っていくことで、利用者本人の生活を豊かにしていくという取り組み。

《おわりに》

平成 21 年 10 月の東松山市地域自立支援協議会全体会において発足承認された「重症心身障害児・者の生活を支えるプロジェクト」は、現在 4 年目を迎えています。

当初、このプロジェクトは、先進地の兵庫県西宮市にある青葉園の取り組みに習うかたちで、検討を始めました。

プロジェクトの中では、この「意思決定の支援の取り組み」のほかに、「比企圏域における福祉サービス事業所と家族の医療的ケアに関する現状課題」について、調査・検討を行いました。平成 23 年 10 月には、医療的ケアセミナー第 1 弾を開催し、調査結果をお伝えするとともに、当事者ご家族の発表や先進地の取り組み事例、また、地域で開業されている医師により、医療的ケアに関するご講演をいただきました。

また、モデルの方たちの支援から見えてくる、地域生活の課題を解決するためのひとつの取り組みとして、当事者委員による「おでかけマップ」の作成も進んでいます。これは、マップの作成を通して、当事者本人が、現在ある社会資源を確認するだけではなく、新たな社会資源の開拓を行うことで、地域社会の理解を広げ、より一層の地域生活の充実を目指しており、まもなく皆様にご覧いただけることとなっています。

このプロジェクトで検討している様々な課題や具体的な取り組みは、ユウキさんともう 1 人のモデルの方の意思決定を支援して、お二人が望む地域生活を考える中から生まれています。今年度、医療的ケアセミナー第 2 弾として「ひろげよう私たちの生活」を開催することになったのも、医療的ケアの出来る支援者が地域に少ないことが議論の中から明らかになったからでした。

モデルの方の意思決定を支援するため、関わる支援者がご本人の「思い」の部分に向き合えるようになるまでには、時間がかかりました。まずは自分たちを見つめ直すことから始まり、支援者が、モデルの方への介護、医療・体調面での関わりに不安がなくなって、初めて本当にご本人の意思決定を強く意識しながら取り組みに向うことが出来た気がします。繰り返される議論の中で、私たちが、何を頼りに進めればよいのか、これで本当に良いのか、幾度となく迷いながらも続けてこられたのは、ご家族の思いと、そしてなによりご本人の言葉ではない強い意思を初めからどこかで感じていたからかもしれません。

今回、ここにまとめた活動報告が、これから同様の取り組みを行おうとされる皆様に、ひとつの手がかりとなれば幸いです。私たちの検討は、まだ途中です。今後、私たちの「意思決定支援の取り組み」が成熟して、その時点におけるご本人の意志に基づくライフプランが出来たときに、完成版としてふたたびご報告をさせていただきたいと思えます。

平成 25 年 6 月

東松山市総合福祉エリア地域サービスセンター所長

松田千尋

資料 1) 活動記録表

様				年 月 日 ()																								
時間	活動	利用者様の様子		体温(℃)	水分(cc)	排泄		朝の申し送り事項																				
		発作等				排便△	排尿○																					
7:00								<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> KT ℃ BP / P 回 SAT % </div> ひとことコーナー 記入者 () 日中活動()より ひとことコーナー 記入者 ()																				
8:00																												
9:00																												
10:00																												
11:00																												
12:00																												
13:00																												
14:00																												
15:00																												
16:00																												
17:00																												
18:00																												
19:00																												
20:00																												
21:00																												
22:00																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">服薬確認</th> </tr> <tr> <th>朝食(前・後)</th> <th>昼食(前・後)</th> <th>夕食(前・後)</th> <th>就寝前</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">包(錠)</td> <td style="text-align: center;">包(錠)</td> <td style="text-align: center;">包(錠)</td> <td style="text-align: center;">包(錠)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">未・済</td> <td style="text-align: center;">未・済</td> <td style="text-align: center;">未・済</td> <td style="text-align: center;">未・済</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">間食(前・後)</td> <td style="text-align: center;">包(錠)</td> </tr> </tbody> </table>									服薬確認				朝食(前・後)	昼食(前・後)	夕食(前・後)	就寝前	包(錠)	包(錠)	包(錠)	包(錠)	未・済	未・済	未・済	未・済	間食(前・後)			包(錠)
服薬確認																												
朝食(前・後)	昼食(前・後)	夕食(前・後)	就寝前																									
包(錠)	包(錠)	包(錠)	包(錠)																									
未・済	未・済	未・済	未・済																									
間食(前・後)			包(錠)																									
<健康面の引継ぎ事項>																												

資料 2) 活動記録表記入例

様 年 月 日 ()

時間	活動	利用者様の様子 発作等	体温(℃)	水分(cc) 例) 牛乳200cc ポカリ50cc 等	排泄		朝の申し送り事項
					排便	排尿	
7:00	大分類 例) ・入眠 ・覚醒 ・起床 ・食事 ○割(全体)	大分類に対する様子等 記入 例) ・眠りが浅い ・○○をおい しそうに食 べていた。					健康面でもその日に解決する事項や日中活動への伝達事項を記入。 例) ・発作があり、座薬使用 ・咳をしています 等
8:00	・入浴 ・～へ外出 等						BT ℃ BP / P 回 SAT %
9:00							ひとことコーナー
10:00							昨日夕方～翌朝にかけての気持ちを一言 例) ・あまり眠れなかった ・夕方のテレビおもしろ
11:00							記入者 ()
12:00		ご本人の生活サイクル(決まった食事時間や服薬等)は記入の後、コピーして使用すると便利となる。 ※記名も同様					日中活動()より
13:00							例) アドヴァンス ウイズ いわはな あすみーる 等
14:00							日中一日を通しての様子や、申し送り事項等を記入。
15:00							ひとことコーナー
16:00							日中活動に対するご本人の気持ち。また、その他「ご本人の気持ち」として気づいた事があれば記入。
17:00							記入者 ()
18:00							服薬確認
19:00							朝食(前・後) 薬食(前・後) 夕食(前・後) 就寝前
20:00							包(錠) 包(錠) 包(錠) 包(錠)
21:00							未・済 未・済 未・済 未・済
22:00							間食(前・後) 包(錠)
健康面で特に申し送る必要のある事項や継続的な情報共有が必要と思われる事項を記入する。 記入者は必ず氏名を記載する。 例) ・体重 ○○kg ○○(記入者氏名) ・○○に○cm大のアザがありました。 ○○(記入者氏名) ・胃ろう部浸出液あり							<健康面の引継ぎ事項>
					内服のある方は必ずチェック		

資料4) オレ目線カード

ユウキの【オレ目線】カード
ちょっと聞いてよ!! 2月更新だよ!



1. これから何をするか必ず教えて!!
日課だけでなく、これからすることは伝えて欲しいな。急に触られるのだって結構びっくりするんだよ。

2. 今何で笑ってるかみんな知ってるのかな?!
どんなタイミングで笑ってるか良く見てね! もし分かったらオレに聞いてみて。答えを教えるよ!

3. 声を出して話し中。何の話しか分かるかな?
手だけじゃないよ。いっぱい話しもしてるんだ。一緒に話しをしようじゃないか!!

資料5) 年間サマリー

【援助のプロセス】

時期	月間サマリーでカバーする内容			ケア会議による検討	年間サマリー
	健康面の状況	活動面の状況	本人の想い	ケア会議での議論や気づき・その背景	本人の課題／援助の課題及びその解決の方向性
	(関わっていない人も分かるように記載)	(関わっていない人も分かるように記載)	「本人の想い」とともに、誰が、なぜ、そのように思ったのかを記載	(関わっていない人も分かるように記載)	月間サマリーを確認し、各月の「まとめ」に記載された本人の課題や援助の課題を、1年間の中で俯瞰、ポイントとなったところを押さえ、課題を抽出し、解決の方向性について議論したものを記載
4					
5					