

重い心身障害のある人々の  
地域生活を  
ともに創る

平成 28 年 3 月

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



# 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共有して、本人と支援者が共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り組みを考える**

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、医療的ケアを広めるための研修会の企画実施、特別支援学校等の親に対する制度や社会資源情報の提供と懇談・ニーズ把握などをおこなってまいりました。

また、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いております。その成果の一部として、平成25年には「ユウキさんプロジェクト～意思決定支援の取り組み～」を取りまとめております。

今回、同じくモデル事業にご協力いただいた「サチエさん」の、これまでの暮らしや援助の経過についても加え、重症心身障害のある方々の生活のあり方や今後の援助課題について考える機会をえることができました。

ご一読いただいたうえで、忌憚のないご意見をいただき、東松山市独自の重心者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。

# 重い心身障害のある人々の 地域生活を とともに創る

## 目次

### 第1部

序章 ふたりの物語.....	1
0-1 グループホームで暮らすようになったユウキさん .....	2
0-2 短期入所と自宅の2つの拠点で暮らすサチエさん .....	4
0-3 重症心身障害者とは ～本プロジェクトの対象となる重症心身障害～ .....	6
0-4 この冊子について .....	7
第1章 入院中・入所中からスタートする 地域移行支援.....	11
1-1 退院・退所する方の医療・障害の状況を把握する .....	12
1-2 地域生活に必要な課題の見立てと サービス資源の網羅的リストアップ .....	16
1-3 地域生活を支える医療との連携のイメージを確立する .....	18
1-4 本人や家族の意向を把握する .....	22
①確認方法 .....	23
②地域生活のイメージづくり .....	23
③地域生活に必要なサービス等 .....	24
④地域生活に必要なサービス紹介・調整時に必要な事項 .....	24
1-5 退院・退所に向けたカンファレンス .....	26
1-6 サービス担当者会議の開催 .....	28
第2章 地域移行直後・移行初期に 求められる支援.....	29
2-1 介護職員の行う医療的ケアの内容を明確にする .....	30
2-2 役割分担の共通理解を行う .....	34
2-3 「何かあったら」を具体的に検討する .....	36
2-4 家庭での手技と介護職員の手技との違いに留意する .....	40

2-5	意思形成支援のための共通ツールの開発・活用	42
2-6	本人や家族の合図やサインを見逃さず、想いに寄り添う	50
第3章	移行後安定期に求められる支援	53
3-1	地域のかかりつけ医体制の構築を進める	54
3-2	ケア会議は必要な時に必要なだけ行うようにする	56
3-3	本人の意思形成支援への比重を高める	58
第4章	体調不安定期に求められる支援	61
4-1	体調の変化を気軽に相談できる場所を確保しておく	62
4-2	ケア会議の場で体調不安定期の留意点を確認しておく	64
4-3	緊急対応マニュアルを整備し共有しておく	66
第5章	地域を耕す ～地域資源の開発・理解促進の取組～	69
	東松山市地域自立支援協議会重心プロジェクトのあゆみ	70
5-1	地域の実態を把握する：事業者や保護者に対する実態調査・意向調査の実施	71
5-2	生活範囲の拡大に向けたモデルを示す：「ひがしまつやまお出かけマップ」の制作	72
5-3	医療ケア体制整備のための取組：喀痰吸引研修などの実施	73
5-4	ニーズを把握し、ニーズを掘り出す：ニーズ把握と地域生活イメージ喚起の取り組み	74
5-5	新たな地域社会との結びつきの模索：下校ボランティア・花の水やりボランティアの取組	75
5-6	「地域で暮らすための支援」について学ぶ場を設ける：セミナーや懇談会の開催	78

## 第2部

第6章	私たちにとって「連携」とは何か？（座談会）	81
◆	チームを作る共通ノート。しかし…	82
◆	わかりやすく、要点を絞ったノートづくり	84
◆	時間は有限！記録の共有化による効率的な会議を	87

◆支援の充実のためには記録の共有が必須	89
◆意思決定支援と体調の記録の「セット」が重要	90
◆記録の共有が支援者と家族の「チーム意識」を育てる	92
◆「記録」を根拠に方向性を示す「コーディネート」が必要	95
◆事業所内で課題を整理したうえで他事業所と共有する	97
◆各職種が発見した課題を要約して発言できる力が重要	99
第7章 重症心身障害のある方々の意思形成支援をどう考えるか（座談会）	103
◆本人の意思に関する記録は必ず行いたい	104
◆長期的な視点から「本人の意思」を考える必要がある	105
◆チームで関わることで見える本人の「気持ち」や「未来」	106
◆人の意思は他者との関わりの中であつくり、変化する	108
◆「本人の意思」を完全に決めることはできない	112
◆長期的視点/発達の見点/多様な視点…	113
◆様々な決断や挑戦を行い、振り返り、改善する仕組み	115
第8章 重症心身障害のある人を地域で支えるために	119
8-1 専門職連携とは何か	120
(1) 現代における「専門家」の2つの課題	120
(2) 重症心身障害を持つ方々にとって、専門職が連携する意味	121
(3) 連携の壁を認知しそれを乗り越える	122
8-2 連携をどのように進めるのか	124
(1) チームの特徴と形成プロセス	124
(2) 効果的なチームを作るために	125
(3) 個々人が経験から学ぶ/経験から学ぶ組織をつくる	126
8-3 本プロジェクトの到達点と課題	128
(1) モデル事業においてツールを使って情報共有が行われたことの意義	128
(2) 本人や家族の「意思の形成」を支援し共有することの大切さ	130
(3) 地元医療との連携体制を早期に構築しておく必要があること	132

補論	利用者と援助者が協働して ケアの質と地域社会を 改善するための手法 .....	135
補-1	「学習しながら実行する」ことの基本的な考え方 .....	136
補-2	具体的な「モデルケース」の展開方法 .....	138
	(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 .....	138
	(2) 共通する様式を道具（ツール）として活用すること .....	138
	(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 .....	139
	(4) ネットワークメンバーに新陳代謝をくわえること .....	140
	(5) 達成感の得られる短期的目標を設定すること .....	140
参考資料	.....	143
参考資料 1	「原則として医行為ではないと考えられる行為について」 .....	144
参考資料 2	自分新聞 .....	148
参考資料 3	プロジェクトメンバー .....	150
参考資料 4	執筆者 .....	153



# 第 1 部

## 序章 ふたりの物語

## 0-1 グループホームで暮らすようになったユウキさん

### ユウキさんのプロフィール

- 障害支援区分6
- 医療的ケア：口・鼻腔吸引、胃ろうからの注入、経鼻エアウェイ使用
- 日中活動：生活介護事業所2回/週、重度訪問介護3回/週
- 居所：平成23年（22歳）よりグループホーム（旧グループホーム）入居。週末は自宅で過ごしています。
- コミュニケーション：言葉での表現はありませんが、声掛けや周囲の雰囲気や状況を良く感じて、大笑いしたり、泣いたり、身体を緊張させたりしながら、全身で表現してくれます。ユウキさんとの関わりに慣れてくると、たくさんお話し（非言語的）していることに気が付きます。
- ユウキさんプロジェクトのモデル期間：21歳～26歳

高校を卒業してからのユウキさんは自宅で家族と暮らし、平日は生活介護事業所に数日通い、残りの数日は重度訪問介護でヘルパーと過ごす生活でした。

吸引（口腔・鼻腔）が頻繁に必要で、胃ろう、経鼻エアウェイを使用、月に何度も発熱するユウキさん。自宅で生活している頃から介護職員による医療的ケア※1（実質的違法性阻却<sup>1</sup>）が行われていました。

ユウキさんにこのプロジェクトのモデルをお願いしたのは、これからかグループホームに住もうという数か月前です。ユウキさんにとっては新しい人との出会いや、これから住むホームの見学など、今思い返せば「これから何が始まるのか」といった気持ちで、表情も身体も不安と緊張でいっぱいだったと思います。

グループホーム入居に先立ち、生活介護やヘルパー、そしてこれから住むホームそれぞれで使っている記録を統一して、本人が持ち歩く共通ノート（P42）が始まりました。

---

<sup>1</sup> 介護職員等による喀痰吸引等制度が平成24年に法制化されました。吸引や経管栄養は医行為に該当し、医師法等により医師、看護職員のみが実施可能とされています。しかし、平成24年以前においても「実質的違法性阻却」（違法な行為だけれども当面のやむを得ない措置）として一定の条件下で介護職員等による吸引等が行われていました。

平成23年4月よりグループホーム入居。環境の変化により体調不安定な時期が続きました。この時期から様々な対応マニュアルの作成（P38）が始まります。

グループホーム入居2年目あたりから、体調は当初より安定しユウキさんの笑顔が多くなりました。月1回の担当者会議も本人の体調だけでなく「本人の思い」に注目し、1か月を振り返る「サマリー」（P44）や、「本人の思い」と思われる事柄を記した「オレ目線カード」（P46）などを作成しました。また、年間サマリー（P47）をベースにして次年度の個別支援計画作成に繋げています。

グループホーム入居3年目には、活動範囲が広がり、ディズニーランドへ泊旅行（P105）に行きます。本人の体調の安定、ケアに慣れたスタッフ、そして本人の思いに注目してきたことから実現した旅行でした。

また訪問看護の利用を始めた事から、少しずつ医療と介護の役割分担の整理（P30）もなされてきました。本人の体調不安定に備え、地域の医療と福祉が重層的に支える仕組み（P18）を構築しています。

グループホーム入居4年目には地域との関わりとして小学校の見守り活動（P75）を始めます。サービスの受け手になることが多いユウキさんが地域に貢献すると共に、福祉関係者以外の人との関わりとしても始めた活動で現在も続いています。

5年目には自分達の支援を振り返ると同時に、ユウキさんの思いを次に繋げるために、1年間を「自分新聞」（P149）にまとめる試みも始まりました。

現在もグループホームに暮らしながら、生活介護に週2日、重度訪問介護を利用して週3日を過ごし、様々な活動に参加しています。

## 0-2 短期入所と自宅の2つの拠点で暮らすサチエさん

### サチエさんのプロフィール

- 障害支援区分6
- 医療的ケア：気管切開部・口・鼻腔吸引、胃ろうからの注入
- 日中活動：生活介護事業所2ヶ所3日／月 療養介護事業所20日／月
- 居所：月のうち5～10日間は自宅で過ごし、地域のサービスを利用。20～25日は療養介護事業所の有期限入所を利用。
- コミュニケーション：発語はありませんが声を出して選択するなどある程度の意思表示は可能でした。平成25年に気管切開した後は、声は出なくなりましたが、表情や指さしでの意思表出をしています。活動の内容やおやつを選択しています。表情が豊かで笑顔が素敵です。スタッフの失敗が大好きでからかったりもします。慣れてくると、自分の意思を強く出します。慣れていない人には気を遣うこともあります。生活や活動の場が複数あり、それぞれの場所での顔をみせることもあります。
- サチエさんプロジェクトのモデル期間：23歳～28歳

サチエさんは、高等部卒業後に入所施設から在宅に移り、ホームヘルパー、通所施設、移送サービス等を活用しながら生活するようになりました。その後、喀血や発熱の症状による入退院を繰り返すようになり、姿勢の保持も困難になっていきました。短期入所を月20日程度利用するようになり、在宅では重度訪問介護と居宅介護のヘルパーを併用しています。在宅生活の支援を開始した頃から、人と関わることや外出が好きであることをヘルパーや通所施設などの支援者は感じていました。しかし、プロジェクトのモデルとして開始する前は、サチエさんがどのような意思表示をしているのか、どのような生活を希望しているのかについて、関係者の中で積極的に確認したり、共有したりすることは少なかつといえます。

サチエさんには、平成23年2月よりこのプロジェクトのモデル事例を担っていただき、関係者による定期的なケア会議（P56）による情報の共有や方向性の確認などが行われ、事業所間の共通の活動記録票（P47）を作成し、使用するようになりました。支援者はサチエさんの表情や関わりから、少しずつサチエさんの想いを汲むよう意識するようになりました。

この間、胃ろうや気管切開の手術がありました。手術後には、医師・地域の関係者でカンファレンス（P 26）を行い在宅で必要な医療行為について確認を行いました。訪問看護の導入とともに、ヘルパーが医療的ケアを行える体制（P 34）を徐々に整えました。医療的ケアの行える支援先が広がるよう働きかけも行いました。また、在宅時に体調不良になった時、医療機関をどうするかが課題としてありました。自宅に戻った時、発熱で地域の医療機関を受診したことがあり、在宅期間が長くなると、地域の医療との連携がより必要となっていました。

サチエさんは、気管切開の手術をした後、徐々に体調が安定していきました。療養介護事業所でも様々な活動に参加するようになり、電動車いすを自分で操作して移動することもあります。また、地域では生活介護事業所2か所に通っています。1事業所では、サチエさんが希望し外出を行うことが増え、買い物に行ったり、伊香保温泉に日帰り旅行にも行きました。また、経験をひろげる機会のひとつとして、一人暮らしの方の暮らしぶりを見学したこともあります。別の事業所では入浴を行っています。入浴も楽しみのひとつです。また、徐々に経口摂取ができるようになり、外出先や通所先で大好きなケーキやプリンを食べることもできるようになりました。

サチエさんは、モデルをお願いしてから体調不良もあり、まずは体調の安定が重要となる中、支援サマリーを持ち寄ったケア会議で各関係者が情報共有することにより、「過ごした場所のその時の想い」に寄り添うことができました。また、地域の体制整備もプロジェクトを通して少しずつ前進していきました。

## 0-3 重症心身障害者とは

### ～本プロジェクトの対象となる重症心身障害～

このプロジェクトを開始するにあたり、「重症心身障害者」について、その定義をメンバーで確認しました。

一般的には、重症心身障害児者という言葉がいつから始まったかは明確ではなく、その判断基準を、国は明確には示していません。

昭和42年に「重症心身障害児施設」が法に基づく施設となり、入所判定には、「文部省研究班」(主任研究:岡山大学医学部小児科教授浜本英次氏)によるものと、「大島の分類」(元東京都立療育センター院長大島一良氏)の判定方法が広く用いられてきました。そして、平成に入るところから、「超重症児・準超重症児判定基準」(鈴木康之氏)が診療報酬に位置づけられるようになりました。

このプロジェクトでは、「大島の分類」を参考に、表 0-4-1 の1～4に相当する重度の知的障害と重度の肢体不自由を併せ持つとともに、医療的ケアを必要とする方について、検討を進めることとしました。

(表 0-4-1 大島の分類)

					知能(IQ)
21	22	23	24	25	80
20	13	14	15	16	70 境界
19	12	7	8	9	50 軽度
18	11	6	3	4	35 中度
17	10	5	2	1	20 重度
					最重度

運動機能 走れる 歩ける 歩行障害 座れる 寝たきり

## 0-5 この冊子について

この冊子は、東松山市地域自立支援協議会の「福祉・医療的ケア体制整備・形成」（地域ケア体制構築）、「本人・家族の意思形成支援（代理・代弁・代行）」（意思形成支援）という2つの観点から、地域移行のプロセスごとにどのような取組を行っていけばいいのかについてガイドを示しました。どの指針も、これまでユウキさんとサチエさんの生活に寄り添い、様々な支援者が、時には迷い、時には喜び合い、試行錯誤の取組から生み出されたものです。

このあと第1章からは、「入院中・入所中からスタートする地域移行支援」、第2章では「地域移行直後・移行初期に求められる支援」、第3章では「移行後安定期に求められる支援」、第4章は「体調不安定期に求められる支援」と、支援のプロセスごとに必要な視点をまとめます。また第5章では、「地域を耕す～地域資源の開発・理解促進の取組～」と題して、東松山市地域自立支援協議会重心プロジェクトがこれまで取り組んできた地域社会に対するアプローチについてまとめます。

以上の内容が、「重症心身障害のある人が地域で暮らすために必要な取組」の全体像です。この全体像は、図0-5-1のように示すことができます。

第6章・第7章は、2つのテーマで座談会を行った内容を収録しました。第6章は「私たちにとって「連携」とは何か？」です。連携の重要性はこれまでも指摘されてきましたが、モデル事業を通じて「より強力に連携をする」経験を通じて、他の職種や他の機関と手を取り合って支援を進めるうえでの方法論、意義、課題について議論が行われています。また第7章は「重心の人及びその家族の意思形成支援とはどうあるべきか」をテーマに話し合った模様を収録しました。当初モデル事業では、「意思の汲み取り」という言葉を使っていました。またその後、国などでは「意思決定支援」という言葉も用いられています。私たちはモデル事業の途中から、「意思形成支援」という言葉を使い始めました。座談会では、本人の意思をどのように把握するのか、どのように決定を支援するのか、そもそも

「決定」することができるのかなど、実際の支援活動から得られた様々な話がありました。

第8章では、「重症心身障害のある人をチームで支えるために」というテーマで、多職種・多機関が関わる必要のある重症心身障害者の地域生活支援について、チーム活動や連携という切り口でどのような留意点が必要なのかについて述べます。

最後に、補論として、このようなプロジェクトで様々な試行を行い、地域社会を創造する方法論とその意義について、まとめています。



【図 0-5-1 重症心身障害のある人が地域で暮らすために必要な取組】

段階	地域ケア体制構築 に向けた取組	本人・家族の 意思形成支援の取組
	入院中・入所中	① 退院・退所する方の 医療・障害の状況を把握する
② 地域生活に必要な課題の見立てと サービス資源の網羅的リストアップ		② 退院・退所に向けたカンファレンス
③ 地域生活を支える医療との 連携のイメージを確立する		③ サービス担当者会議の開催
移行後初期	④ 介護職員が行う医療的ケアの内容を明確にする	④ 意思形成支援のための 共通ツールの開発・活用
	⑤ 役割分担の共通理解を行う	⑤ 本人や家族の合図やサインを見逃さず、 想いに寄り添う
	⑥ 「何かあったら」を具体的に検討する	
	⑦ 家庭での手技と介護職員の手技との 違いに留意する	
移行後 安定期	⑧ 地域のかかりつけ医体制の構築を進める	⑥ 本人の意思形成支援への 比重を高める
	⑨ ケア会議は必要な時に 必要なだけ行うようにする	
体調不安定期	⑩ 体調の変化を気軽に相談できる場所を 確保しておく	
	⑪ ケア会議の場で体調不安定期の留意点を 確認しておく	
	⑫ 緊急対応マニュアルを整備し 共有しておく	

地域を耕す取組

### 地域を耕す取組

- ① 地域の実態を把握する
- ② 生活範囲の拡大に向けたモデルを示す
- ③ 医療的ケア体制整備のための取組
- ④ ニーズを把握し、ニーズを掘り出す
- ⑤ 新たな地域社会との結びつきの模索
- ⑥ 「地域で暮らすための支援」について学ぶ場を設ける



# **第1章 入院中・入所中からスタートする 地域移行支援**

## 1-1 退院・退所する方の医療・障害の状況を把握する

重症心身障害者が医療機関や入所施設から退院・退所する際には、退院・退所時の窓口となる各機関の医療ソーシャルワーカー（MSW）などの相談員が、地域の窓口となる担当者に情報を提供するために、本人の医療や障害に関する状況を十分把握しておく必要があります。

### ●●療養介護施設から退所を例にすると…●●

療養介護施設からの退所の場合には、主治医、看護職、支援員、相談員など支援に関わる者全員で、本人や家族の希望を聞きながら、また本人の状態や地域の状態を勘案しながら、退所を進めることとなります。

まず、本人や家族の状況の変化や、地域のサービスなどの整備の状況を踏まえ、退所の条件が整ったかどうかその都度話し合い、確認し合いながら退所の時期を決めます。

その際、病棟の看護・介護スタッフとソーシャルワーカーなどの相談員は役割分担を行います。病棟では、家族の医療的ケアの技術習得、本人の外泊を段階的に実施するなど、家族の介護技術の向上のための計画を作り、支援を進めます。一方、相談員などは、退所後にどこに住みたいのかを本人・家族に確認し、居住地となる市町村の障害者福祉課等に連絡をします。

連絡を受けた市町村の障害者福祉課は、関係機関と連絡を取り、情報共有を図り、相談支援事業所に繋がります。相談支援事業所は、市町村の各担当課や家族と連携を取りつつ、インテークに向けた準備を始めます。

地域の機関は、医療・保健所・訪問看護・訪問介護・通所事業所・短期入所事業所・学校・保育園幼稚園・相談支援事業所・児童相談所・市町村等多岐にわたります。地域によってサービスの種類や事業所数が異なるので留意が必要です。家族の力も考慮する必要があります。

相談員は市町村・児童相談所職員や地域の相談支援専門員と連絡を取りながら、地域の機関も交えて退所に向けたカンファレンスを開催します。カンファレンスでは情報共有とともに、主治医等医療チームや支援員から本人状況の詳細や地域生活における留意点を確認します。

その後退所が決まり地域に移行する際には、障害者福祉課など地域の機関が中心となって担当者会議などを開催します。



### 【医療機関・入所施設側の支援ポイント】

- 医療機関や施設の相談員は、重症心身障害者が入院・入所し、生活が安定したのちには、地域生活への移行のイメージを持ってもらうような活動を行い、折に触れて退所後の生活について考えることを継続して支援することが必要です。
- 本人の負担を軽減し家族が実際のイメージを持つためには、外泊を繰り返すなど、在宅の体験をある程度の期間をかけて行うことが必要です。
- 医療機関や施設の支援者は、退所後も必要に応じて地域の支援者や家族に医療的ケアのアドバイスをしたり、疑問点を一緒に検討したりするなど、地域社会と連携をとることが重要です。



サチエさんの場合

## 本人の想いを感じ取ることで 情報共有の「軸」ができる

入院・入所中の方が地域で生活するためには、情報の共有は不可欠なものとなります。そのためには、本人が本当に望んでいる生活を先ず支援者は考えなければなりません。

サチエさんは、体調不良から入院や有期限入所を繰り返していました。体調に合わせて手術をするなど、医療の関わりがとても深く、体調面だけを考えると決して安定しているとは言えませんでした。そのような状況の中で、なぜ地域での生活につなげることができたのでしょうか？

それは、本来サチエさんが暮らしていた地域での生活の様子を支援者が事前に把握していたことや、関わりの中でサチエさんの表情などから感じ取り、そのことを支援者が共有したことで今の生活につながっています。

このように本人の想いを感じ取ることで、情報共有する「軸」が出来ます。その想いをどのように形にするかが支援者に求められます。もちろん、サチエさん本人と家族への確認も実施しています。「お家に帰ろうか？」の問いかけに見せたサチエさんの笑顔は忘れられません。「サチエさんが帰りたいってみんなに伝えるからね」そう伝えると、目を輝かせて笑顔で答えてくれました。



サチエさんの場合

## 家に帰りたい！！

サチエさんの気持ちは変わりません。入院・有期限入所を繰り返しながらもこの気持ちだけは、はっきりしています。『帰れるのかな・・・』そんな不安な表情が印象的でした。

「サチエさんが帰りたいってみんなに伝えるからね」そう伝えると、目を輝かせて笑顔で答えてくれました。



## 1-2 地域生活に必要な課題の見立てと

### サービス資源の網羅的リストアップ

病院などでの医療を中心にした生活環境から家庭での生活に移行するにあたり、家庭内の環境をどのように整えていくか、家族による介護や医療ケアをどのように行っていくかなどが課題となります。まずは、これまで集めた情報から今後の支援を行う際に必要となる課題を抽出し、支援に必要なサービスなどの見立てを行います。

ここで注意しなくてはならないのは、既存のサービスや資源の制約に合わせて「見立て」を行うのではなく、まずは本人と家族の意向はもちろん、支援者の中で理想とする地域生活像を共有し、それを中心に据えて、課題を見出すことです。



#### 【地域生活へ向けた「見立て」のポイント】

- 住環境について、現状で不足しているところはないか、どんな改修が必要か
- どのような介護体制・生活支援体制がベストか
- どのような医療ケアが必要なのか
- 家族の心理的・身体的負担感へのサポート体制について、どうあればよいか
- 健康管理と緊急時の体制どんな体制が必要か …など

「見立て」を踏まえて、本人・家族の地域生活実現のために必要な、地域の医療機関や福祉サービスの状況を網羅的に確認します。その際、行政（福祉課や保健センター）や保健所への問い合わせることのほか、地域のサービスの種類などがリストアップされた資料があれば、本人・家族にとってはもちろんのこと、これから支援に関わる支援者全体にとってもイメージが付きやすくなるでしょう。



あんなこと...？  
こんなこと...！

## 生活介護ってどんなサービス？

介護保険の利用者対応してきた訪問看護事業所が、退院後に支援に加わることになりました。その担当者会議の席、「生活介護や居宅介護といった言葉がわからない、イメージがつかない」と話がありました。介護保険のデイサービスや訪問介護は馴染みの言葉ですが、同じようなサービスでも言葉が違うだけで、関わりが難しく感じてしまうものです。地域での支援者を増やしていくためには、そんな不安を解消できるちょっとしたリーフレット等あればよいかもしれません。



チョコッとコラム

サチエさんは、月に1～2回、介護保険の小規模多機能型居宅介護で、基準該当障害福祉サービスの生活介護を利用しています。高齢者の方と一緒にレクリエーションを楽しんだり、お風呂に入って過ごします。また、自宅ではヘルパーが身支度や医療的ケアを実施します。どちらも介護職が医療的ケアを実施していますが、できるようになるためには研修が必要でした。地域に戻る際、地域のサービスの種類だけではなく、そこに关わる支援者の状況を把握しておくことが必要です。サチエさんの場合も、介護職の医療的ケアの研修が終わるまで、看護師が対応していました。



サチエさんの場合

## みんなと会えるのを楽しみにしているよ！

サチエさんは、生活介護でのお出かけをとっても楽しみにしています。「今日はどこに行くのかな？」とヘルパーか話かけながら、外で生活介護の迎えを待っていると、遠くに迎えの車。その車に気が付くと、サチエさんは、花が咲いたような笑顔になります。毎回その笑顔が素敵で、ヘルパーもその笑顔に癒されています。

### 1-3 地域生活を支える医療との連携のイメージを確立する

地域においてとりわけ医療的ケアの必要な重症心身障害の方々を支えるための、医療との連携について整理したいと思います。

【図 1-3-1 医療との連携イメージ】



#### ①介護職員

本人の一番近くで支援しているのは介護職員です。必要に応じて吸引や注入などのケアも行いながら日常的に関わります。その為、本人の少しの変化にも「何か変」と気が付く事が多いのではないのでしょうか。また日常的なケアをベースにして様々な活動を支援しています。一方で体調変化や医療的ケアに対する不安も大きいと思います。本人だけでなく、

本人にとって最も身近な存在である介護職員を医療職がいかにバックアップできるかが連携体制構築の大きなポイントの一つと言えます。

## ②連携看護師

必須ではありませんが、日中事業所やグループホームなどに所属する看護師がいる場合、近くにいる医療職がいることで安心だと思えます。身近にいるので介護職員が気軽に相談できることもメリットです。法人内の介護職員だけに限らず、他法人のヘルパーがグループホーム等の介護に携わる場合、喀痰吸引等研修の指導も行うことができます。マニュアル作成や医療と福祉の役割分担についても、介護職員や医療機関のスタッフと共に一緒に整理を行うと良いでしょう。

## ③訪問看護師

医療的ケアの必要な方の地域生活を支えるにあたって、訪問看護師は欠かせない重要な存在です。

日常的な訪問看護の主な目的は、体調不良時に備えて、普段の様子を知っておいてもらう事です。看護師であっても本人の普段の様子が分からないと体調不良時の対応は難しい場合が多いと思えます。とりわけ重症心身障害の方であれば、普段のバイタルサインや服薬の状況、嚥下や排痰など個別性が高いため、その人の普段の様子を訪問看護師に把握しておいてもらう事は重要です。

訪問看護師は、家族や介護職員が気軽に相談できる存在でもあります。体調不良ではなくても、例えば皮膚トラブルや排便コントロール、ケアの方法等についても相談します。医療職によるアドバイスがあることで、介護職員が安心して日常のケアを行える場合もあるでしょう。もちろんマニュアル作成や喀痰吸引等研修の指導も行うなど介護職員をサポートしてくれる存在でもあります。こうした医療の身近なサポートは、通院だけでは難しいので、訪問看護の利用はとても重要です。

#### ④かかりつけ医／主治医

重症心身障害の方の多くは、小児の頃から関わっている主治医がいます。東松山市の場合は、30～40分程度離れた大学病院の小児科の医師が、主治医である場合が多く見られます。

日常的な体調不良等であれば、なるべく近くにかかりつけ医がいてくれると、迅速な対応につながるので安心です。たとえば、症状がある程度落ち着いているのであれば、胃ろう交換はかかりつけ医にお願いする方もいます。そうすることで、もしも胃ろうトラブルがあった場合に、遠くまで受診せずに、近くのかかりつけ医に対応してもらえて安心です。

こうした医療との連携体制は、はじめから整っているわけではありません。本人が地域で暮らすために必要なサポートを随時検討し、関係者に呼びかけていった結果、こうした体制が整います。少しずつ、一人ずつ仲間を増やして、事業所や医療と福祉などの壁を越えて、地域全体で重層的に本人の生活を支えられると良いでしょう。



#### 【医療と介護の連携におけるポイント】

- 介護職員が支援を提供する上で「医療との連携」は欠かせない部分です。単独の職種だけで考えていても難しい部分が多く、支援は不安定なものとなってしまいます。
- 本人は不安がいっぱい。その不安の中で支援者の役割がはっきりしないと不安は解消されません。
- 連携を進めるためには、まずは会議の場でどのサービスがどこまで出来るかを明らかにし、課題をみんなで共有することから始めましょう。
- 会議の場でお互いの課題を確認し合う事で、その場でのアドバイスや新たな発見に繋がることも多く、このような発見を繰り返す事が深い連携に繋がります。

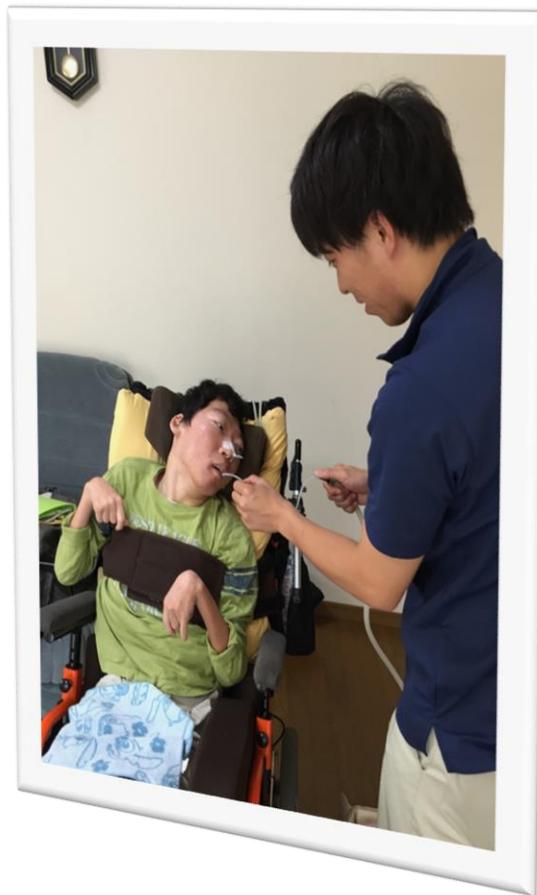


ユウキさんの場合

## 「誰が吸引してくれるか知ってるよ！」

介護職員のうち研修を受け登録を済ませた人が吸引をすることができます。研修を受けていない別の介護職員がそばにいても、いつも吸引してくれる人が少し離れると不安な表情になります。言葉では伝えられないけど、自分の対応をしてくれる人を信頼しています。

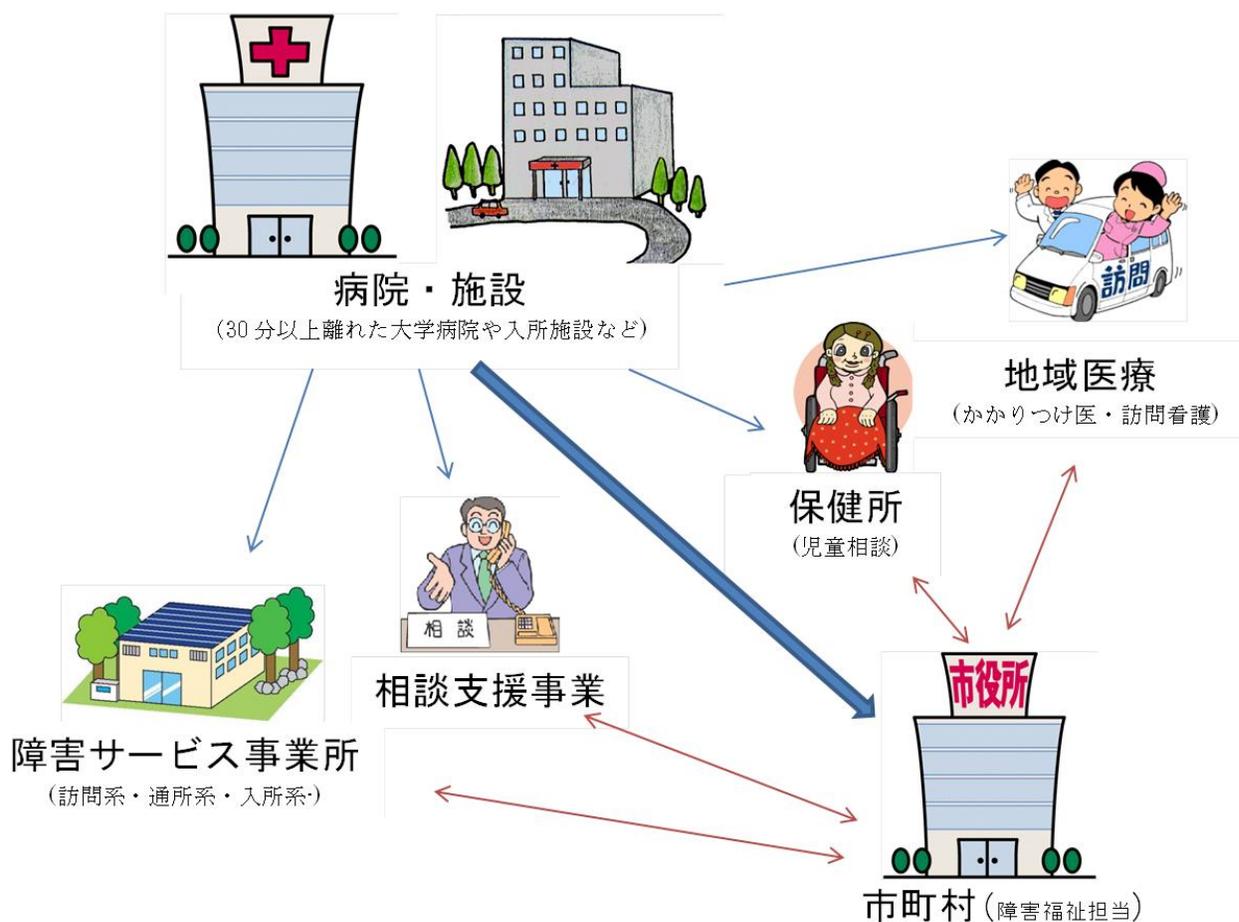
・・・「そばを離れてごめんね。心配だったよね。」



## 1-4 本人や家族の意向を把握する

退院・退所に向けて、本人の医療・障害の状況や家族の意向を把握する必要があります。本人・家族が地域での生活を希望した場合、病院・施設や家族から、地域の保健所や福祉課(行政)等に連絡があり、そこで内容を把握して相談事業所につなげます。

【図 1-4-1 退院・退所が可能になったとき】



## ①確認方法

今後の生活への不安感から、本人や家族の意向は揺れ動くことがあります。気持ちに寄り添いながら、意向の確認は時間をかけて慎重に行います。例えば、本人・家族の不安の内容には、次のようなものが挙げられます。



### 【考えられる本人・家族の不安の内容】

- 退院（退所）しても必要な医療ケアを受けることができるか
- 緊急時に診てもらえる医療機関があるか
- 自宅での医療ケアや介護に対する不安
- 医療物品や日常生活用具の準備はどうするか
- 自宅の改修が必要か
- 家族が全面的に介護しなければならないのか
- 地域に日中通うところがあるか
- 家族が病気になった時などどうしたら良いか
- 退院（退所）したら、誰に相談したら良いのか
- 費用はどれくらいかかるのか
- 他の家族や地域の理解を得られるか
- 就園や就学はどうなるのか
- 卒業後はどうするのか …など

これらについて、すぐ対応すること、時間をかけて考えていくことなどの観点から、家族と一緒に整理していく必要があります。

また、意思表示の難しい方の意向の確認は、相談支援専門員+だけではなく、普段かかわっている事業所やそのスタッフが、様々な場面の中で把握した本人の意向を持ち寄り、時間をかけて検討していく必要があります。

## ②地域生活のイメージづくり

現実的に地域で利用できるサービス等を提案し、本人・家族に地域生活のイメージを作ってもらうことが必要です。その際、提案する相談支援専門員自身がわかりやすく整理しやすいように、地域の医療機関や福祉サービスをリストアップしておくといでしょう。

### ③地域生活に必要なサービス等

地域生活に必要なサービスは、次のようなものが挙げられるでしょう。

【表 1-4-1 地域生活に必要なサービス】

【医療系】	<ul style="list-style-type: none"><li>● 医療（地域でかけられる医療機関） かかりつけ医</li><li>● 訪問看護</li></ul>
【訪問系】	<ul style="list-style-type: none"><li>● 居宅介護（医療的ケアができる介護職員のいる事業所）</li><li>● 重度訪問介護（医療的ケアができる介護職員のいる事業所）</li><li>● 重度障害者等包括支援（医療的ケアができる介護職員のいる事業所）</li></ul>
【通所系】	<ul style="list-style-type: none"><li>● 療養介護</li><li>● 生活介護（看護師配置）</li><li>● 保育園幼稚園学校等（看護師配置）</li><li>● 放課後等デイサービス</li><li>● 医療型児童発達支援</li></ul>
【その他】	<ul style="list-style-type: none"><li>● 短期入所</li><li>● 生活サポート事業（移送サービス、医療的ケア）</li><li>● 医療型障害児入所施設</li><li>● 施設入所支援</li></ul>

なお、年齢により利用できるサービスも変化するため、本人の現在の年齢や今後のライフサイクルに合わせてこれらのサービスの状況は確認する必要があります。

### ④地域生活に必要なサービス紹介・調整時に必要な事項

- 入院中から、家族・市町村・相談支援事業所等での協議を重ねる。
- 利用できる地域のサービスの情報をリストアップしておく。
- 医療的ケアが必要な場合は、利用できるサービスが現状の不十分さ・制約も説明。
- 本人家族の意向に添った生活のために不足しているサービスについては、関係者で知恵を出し合うとともに地域共通の課題として資源の開発や拡大が図れるよう地域自立支援協議会に提案していく。



あんなこと...?  
こんなこと...!

## 具体的な目標の提示も大事

サチエさんが有期限入所から地域に戻るとき、何人のヘルパーが支援に入ればローテーションが組めるのか、また、サービスプランが成り立つか等、具体的なイメージがつきにくい時期がありました。理想とするプランを実施するために、喀痰吸引等の医療的ケアの研修を、いつまでに、具体的に何人実施するかを確認をして、訪問看護事業所と調整を行い、サチエさんとその家族の協力が、いつまで必要なのかを提示する必要がありました。



サチエさんの場合

## 家族の気持ち！！

「同年代の仲間と一緒に活動してほしい」

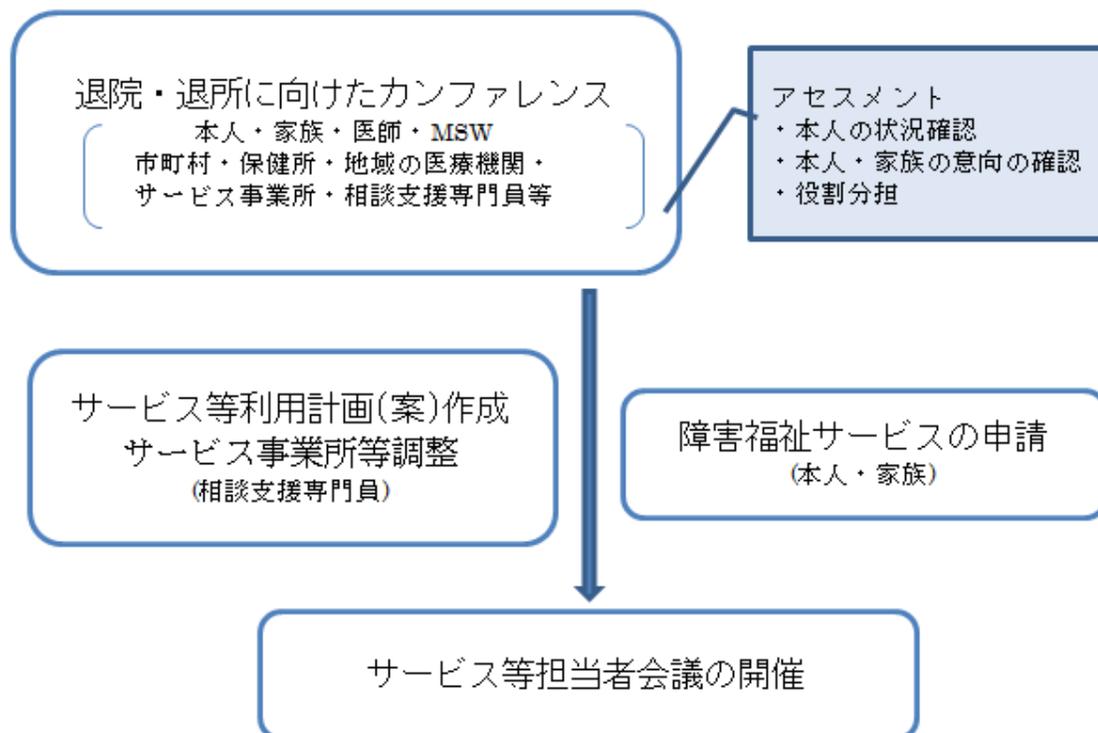
「療養介護事業所での有期限入所が増えましたが、地域に帰り、通所するのを楽しみにしています。体調の変化もありましたが、本人が望んでいる生活を、できるだけ長く続けてほしいと願っています。地域に帰れる機会があるから、有期限入所も頑張れていると思います」

## 1-5 退院・退所に向けたカンファレンス

退院・退所する前に、地域での生活に向けて関係者が集まって、病院等で退所前カンファレンスを行います。その際、家族、医師、MSW、行政・保健センター、保健所・地域の医療機関、サービス提供事業所、相談支援専門員、児童相談所等関係機関が集まることができれば、地域移行に向けた取り組みがスムーズにスタートすることになるでしょう。

カンファレンス後、相談支援専門員は、サービス等利用計画（案）を作成し、家族は障害福祉サービス利用のための申請手続きを行います。

【図 1-5-1 退院・退所時のカンファレンスの概要とその後のフロー】





## 【退院・退所時カンファレンスのポイント】

カンファレンスの参加は、情報収集の場として貴重なものとなります。医療的ケアの有無や状況確認・退院時までの様子など、確認不足が無いよう事前に整理しておくことが必要です。また、特に医師からの助言等については、医療的ケアの必要な方の支援には欠かせないものとなりますので、カンファレンスの際にはしっかりと確認しましょう。

関係者が集まる貴重なカンファレンスをいかに有意義なものとするかは、関係者のカンファレンスに望む姿勢で大きく変わります。参加者は専門職としての自覚を持って参加することが重要です。



サチエさんの場合

### 「何の話し?! 何の話し?!」

カンファレンスは情報共有の大切な場です。介護職にとっては、特に主治医など医療職からのアドバイスを直接受けることができる場となります。しっかりと確認しましょう。

ただし、確認するだけで終わってしまっただけでは意味がありません。確認したことは必ず本人に返しましょう。

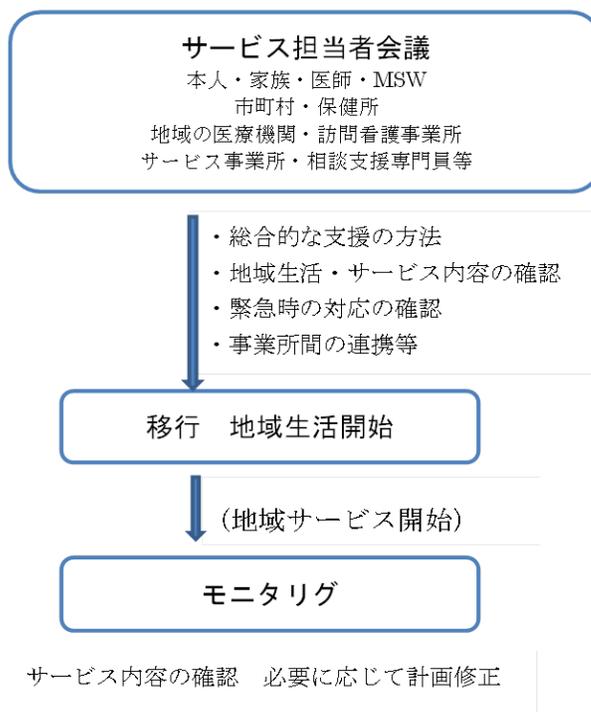
『うん。分かったよ! 吸引もしてくれるんだね!』サチエさんは笑顔で答えてくれました。

## 1-6 サービス担当者会議の開催

具体的な退所・退院が決まったら、本人や家族の今後の地域生活における理想的な短期・中期・長期目標を暫定的に定めるためにサービス等担当者会議を開催します。総合的な支援の方針・長期目標・短期目標の暫定的な設定を行い、地域での生活を支えるための地域でのかかりつけ医など医療と福祉サービス等の総合的な支援の方法の調整を行います。

この時、地域でのかかりつけ医を新たにもっていただくことは、緊急時の対応など、福祉サービスを提供する事業所にとっては、とても大きな安心感につながります。できるだけ早い時期から関わりをもつことで、その後の本人の地域生活の広がりが変わってきます。

【図 1-6-1 退院時のサービス担当者会議の概要とその後のフロー】



## **第2章 地域移行直後・移行初期に 求められる支援**

## 2-1 介護職員の行う医療的ケアの内容を明確にする

介護職員の行う医療的ケアについて、本人・家族、介護職員、医療職等の関係者で内容を明確にし、適切な役割分担を行う必要があります。ここでは医療ケアを3つに分類し、それぞれ介護と医療の役割分担について整理したいと思います。

なお、ここでは本人に必要な医療ケアの全体を「医療ケア」、介護職員の行える範囲を「医療的ケア」(①.②)と分類します。

【表 2-1-1 医療ケアの分類】

	分類	主な行為	参考	実施する人
医療的ケア	① 医行為ではない行為	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 体温測定</li> <li>2. 血圧測定</li> <li>3. パルスオキシメーターの装着</li> <li>4. 軽微な切り傷・擦り傷・やけど等の処置</li> <li>5. 医薬品使用の介助</li> <li>6. 爪切り</li> <li>7. 日常的なオーラルケア</li> <li>8. 耳垢の除去</li> <li>9. ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること</li> <li>10. カテーテルの準備・体位の保持</li> <li>11. 市販の使い捨て浣腸器による浣腸</li> </ol>	「原則として医行為ではないと考えられる行為について」 (厚労省平成17年通知) 参考資料参照	介護職
	② 認定特定行為業務	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 口腔内吸引</li> <li>2. 鼻腔内吸引</li> <li>3. 気管カニューレ内吸引</li> <li>4. 経鼻経管栄養</li> <li>5. 胃ろう</li> <li>6. 腸ろう</li> </ol>	喀痰吸引等(たん吸引等)の制度について (厚労省 HP)	介護職
	③ 家族が行っている医行為	<p>【例示】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 経鼻経管チューブの挿入</li> <li>● 導尿</li> <li>● インスリン注射</li> <li>● 気管カニューレの交換 など</li> </ul>		連携看護師 訪問看護
	医療行為	① 医療機関が行う医療		

①の「医行為ではない行為」と②の「認定特定行為業務」は、基本的に介護職員が行える範囲の行為であり、ここでは「医療的ケア」と呼びたいと思います。

①「原則として医行為ではないと考えられる行為について」は平成17年に厚労省より出された通知です。特に服薬や浣腸、坐薬等の行為については日常的に必要な方も多いのではないのでしょうか。例えば浣腸については「市販の使い捨て浣腸器による浣腸」など、それぞれ条件がありますので、通知をご確認下さい。

②認定特定行為業務は医療機関との連携が必須になっており、介護職員が単独で行えない事に注意が必要です。特に訪問看護との繋がりが無い場合は、これを機会に利用を検討しても良いでしょう。

おそらく問題になるのは「③家庭において家族が行っている医行為」だと思います。表2-1-1には経鼻経管チューブの挿入等を例にあげました。グループホームで経鼻経管チューブの挿入が必要なのであれば、連携看護師か訪問看護、あるいは家族の協力を得て行います。決して介護職員は行いません。しかし同時に、介護職員が対応出来ないからグループホームでの生活が成り立たない訳ではないという事です。医療と福祉の適切な役割分担と連携により、いかに地域での生活を支えることが出来るのかを検討しています。



### 「座薬はいいの？」

担当になりたての職員から連絡があり、「熱があるのだけれど座薬を入れてもいいというのが医療行為は、介護職はできないのではないかな？」と連絡がありました。

座薬を入れる行為そのものは、介護職でもできます。しかし、ユウキさんは、熱はあっても緊張が強い時は、クーリングで体を冷やす対応をし、熱が無くても緊張が強い時は、座薬を入れることになっています。

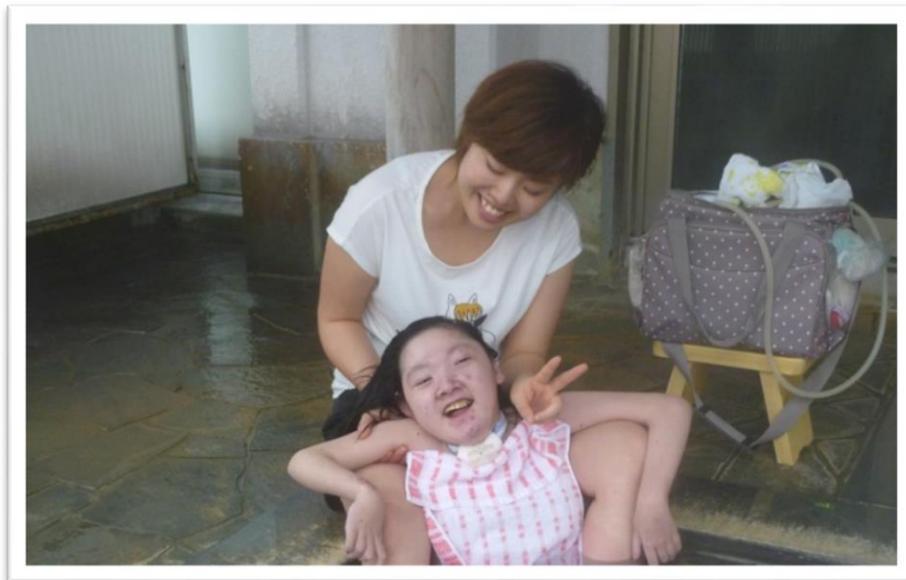
人それぞれ対応方法が違うことから、経験の浅い職員が相談できる仕組みが大切です。

**ユウキさんの場合**



## 【これは医療行為？】

介護職が戸惑う内容の一つです。利用者本人や家族から直接依頼されると、どのように答えたら良いか悩むことがあるのではないのでしょうか。医療的ケアをしっかりと理解しましょう。理解した上で出来ない事は、別のサービスに繋げることが重要です。





## 2-2 役割分担の共通理解を行う

先に表 2-1-1 で医療的ケアの役割分担について示しました。しかし、初めから「仕組み」を誰かが示し、その役割に沿って行動を促すという形では、うまく進まないと考えられます。むしろ、役割分担について十分に話し合いを行い、本人・家族、介護職員、そして医療関係者などの関係機関が共通理解を持つことと、そのプロセスが重要です。

例えば、家族の立場からすると、医療職ではない自分（家族）が行ってきた（医療）行為なのだから、介護職員にも同じように（例えば経鼻経管チューブの挿入等を）行ってほしい、と思う方もいるかもしれません。また介護職員の立場で考えると、家族に頼まれたから、本来介護職員が行う事の出来ない行為（表 2-1-1 の③）なのに行ってしまう場合や、反対に、坐薬の挿入（表 2-1-1 の①）など一定の条件が整えば介護職員でも行うことの出来る行為であっても、「何かあったら・・・」などの不安から実施に踏み切れないケースも考えられます。こうした、共通理解の不足から家族と介護事業者の信頼関係が十分に構築できず、本人にとって必要な支援が提供されない事態にもなりかねません。

また、医療関係者にも、こうした役割分担がまだまだ周知されていない場合もあるかと思えます。日常的に本人の最も近くでケアしている介護職員は医療的ケアを行う事に不安も大きいと思えます。本人への支援と同じように、介護職員が安心してケアできるような医療職のサポートが重要です。

まずは、誰が何を行うのかの共通理解を持つことが、本人の支援体制（チーム）を構築する第1歩だと思えます。



## 【役割分担の共通理解についてのポイント】

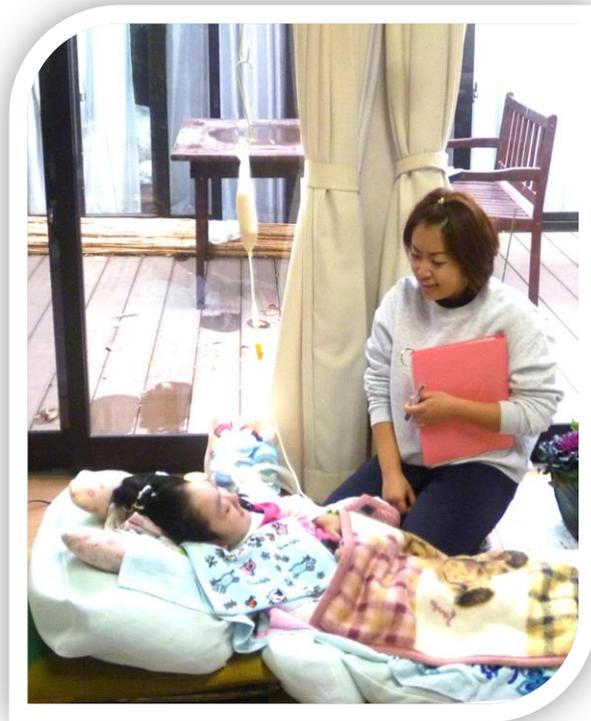
- 役割分担がされていないと、利用者は不安を感じます。誰が何をどこまでするかをしっかりと把握しましょう。
- 会議を通じ理解が深まると、各専門職も具体的なアドバイスを伝え易くなります。
- 



あんなこと...？  
こんなこと...！

## 「注入は、ヘルパーができるんでしょう？」

ある利用者が3日後に退院することになりました。病院のMSWは、研修を受けたヘルパーがたくさんいるのだからすぐに退院しても大丈夫だと思っていたようです。しかし、受けていた研修は、「特定の者」にしか対応できない研修だったため、本人と一定回数、実際の吸引の実習をしなければ、医療的ケアを実施できませんでした。そのため、入院を延期して、病院でヘルパーの研修を済ませてから退院することになりました。



## 2-3 「何かあったら」を具体的に検討する

役割分担の共通理解を得るプロセスの一つとしても、事業者や本人・家族の「何かあったら」という不安の解消にも、「想定される緊急事態」について具体的に検討することが有効です。「認定特定行為業務（吸引や注入）」を実施する際にも想定される緊急事態とその対応方法についてのマニュアルが必要となります。坐薬の使用などについてもどのような場合に使用するのか、マニュアルを作ることが重要です。

当然、「何か・・・」はないに越したことはないのですが、「想定される」緊急事態であれば、しっかり準備することで本人・家族にとっても、事業者にとっても安心して支援を受けられる（提供できる）環境が整うと思います。

この緊急時マニュアルを作成するには医療の知識が必要となる場合もあるので、介護職員だけでは「何が想定されるのか」「またその対応方法について」検討することが難しい場合もあるかもしれません。この時に本人・家族と共に連携する医師・看護師とも相談してマニュアルを作成することで、チームとしての信頼関係の構築にも繋がります。



あんなこと...?  
こんなこと...!

### 「39℃以上の発熱です」

#### 職員からの電話連絡があると・・・

以前なら慌てて家族に連絡し「申し訳ありませんが、早めに戻れますか・・・？」不安の中、家族の判断・対応を待つしかありませんでした。訪問看護との連携を進めたことで、判断基準・対応方法が明確になり、安心して支援を行うことができるようになりました。

『何かあればまた連絡下さい。後で様子を見に伺います。』これ程心強い言葉はありませんでした。



あんなこと...?  
こんなこと...!

## 緊急時対応でどこまでできるの？

通常、気管カニューレの挿入は家族が行っていたとしても、介護職は実施する事ができません。しかし、ガーゼ交換時や入浴などで、むせこんでカニューレが抜けてしまいそうになる事もあります。状況によっては、本人の命の安全の為に緊急に対応しなければならない場面に突然遭遇する事になるかもしれません。そんな時、「どのように対応すれば良いか」「どこまで対応すればよいか」など、緊急時対応マニュアルがあると、スムーズな対応が期待できます。マニュアルには対応手順だけでなく、医療の連携機関や緊急連絡先が明記されていると良いです。救命につながる緊急的な行為も、医療機関との連携や指示があると介護者の安心に繋がります。本人が安定している時の対応方法と命の危険がある緊急時の対応は異なる場合が多いと思います。体調が安定している時にこそ、関係機関と連携して、緊急時対応を検討できると良いですね。



ユウキさんの場合

## ヘルパーが不安になると、私も（僕も）不安…

発熱、緊張が強くなると、吸引の回数も多くなり、辛そうな表情、訴えも多くなります。ヘルパーも何度経験しても毎回心配になってしまいます。しかし、緊急マニュアルがきちんと作成されているので利用者に「大丈夫だよ。」と声掛けができ、利用者の安心した表情もみられます。

【図 2-3-1 発熱時の対応を記したシート】

●●様 発熱時の対応

20xx年x月xx日作成

作成者：ケアホームみらい看護師

【検温と状態の把握】

どのような状況で発熱したのか、を記録（報告）します。

「〇〇をしていたら緊張が強くなったので検温。38.0℃」など。

ムセ込みの直後、排便後、入浴後、食後、大笑いの後などは体温が上がりやすいので、少し落ち着いてから再び検温します。

【姿勢】 ベッド（布団）で横になる

※車いすで注入中は、注入をいったん中止し、ベッドへ移乗する

【服装】 場所によって、出来るだけ涼しい恰好にする。

上は下着1枚、ズボンは自室であれば脱いで、オムツ+バスタオルなど。

【クーリング】 太い動脈が流れている所（首、鼠径部、脇）を冷やすのが効果的です。

※脇にアイスノンを固定するのは難しいので、①首②鼠径③頭のクーリングが優先。

【室温調整】 部屋が暑ければ体温も上がります。必要に応じて冷暖房を調節します。

夏なら冷房を入れる。冬なら床暖や暖房が効きすぎているか確認する。

【坐薬】 発熱時（38.0℃～38.5℃以上が目安）に使用

ダイアアップ坐薬：緊張が強い→発熱

アンヒバ坐薬：発熱→緊張

※多くの場合は緊張からの発熱ですので、ダイアアップを使うことが多いです。

【服薬】 明らかな緊張と発熱の場合は坐薬が第1選択です。

コロナール：上記対策の後も体温が下がらない場合に服用します。

体温の目安は 37.5℃以上～38.0℃

【シャワー浴】

緊張がおさまり、発熱のピークが過ぎたのであれば、シャワーで汗を流してもらえると、さらに解熱する場合があります。

【連絡経路】

①Ns 携帯 xxx-xxxx-xxxx

②ご家族：（自宅）xxxx-xx-xxxx （携帯）xxx-xxxx-xxxx

③訪問看護ステーション xxx-xx-xxxx

④かかりつけ医 xxx-xx-xxxx

⑤主治医：（●●医師）xxx-xxx-xxx



## 2-4 家庭での手技と介護職員の手技との違いに留意する

時に家庭での手技と同じようには、介護職員が行えない場合があります。家族にしてみれば、今までの経験から、試行錯誤の上たどりついた方法であるかもしれません。だから一概にそれを否定する事は出来ませんが、一方で、サービスを提供する介護職の立場では、必ずしも家族と同じ手技・方法で行えない場合があります。例えば介護職員の吸引は咽頭の手前まで、気管カニューレ内部の吸引はカニューレ内までと決まっています。また、自宅では教科書通りの清潔操作が行われていない場合もあるでしょう。そうした場合、家族のやり方は否定せず、しかし介護職員が同じ方法では出来ない事を、医療関係者を含めたチームで確認すると良いでしょう。

こうしたマニュアル作りのプロセスの中で、関係者がお互いの役割についての共通理解を得ることが出来ると良いと思います。



チョコッとコラム

家族の希望と支援内容は、必ずしも一致しない場合があります。その際、家族への説明については十分配慮が必要です。仮に、支援者側の都合を一方向的に伝えると、家族・本人はどのように感じるでしょうか。

医療的ケアが必要であれば、制度で決められた部分は守らなければなりません。また、身体面の介護についても、家庭独自の手技・方法もあり、どちらも安心・安全な支援の提供が支援者に求められます。まずは、家族の手技・方法を医療職と一緒に確認することから始めましょう。確認を進める中で、できる部分とできない部分を明確にし、「何故できないのか」を伝えることが必要です。専門職の意見を踏まえながら話し合いを重ねることで、家族・本人の理解にも繋がります。



あんなこと...?  
こんなこと...!

## 「これでいいのかな?!」

支援をする中で不安に思うことはあると思います。身体面の介護の仕方や医療的ケアについて等、家庭での手技は独自の内容も多いのではないのでしょうか。そんな時、家族にリスク面ばかり確認することは家族の不安や不信感に繋がります。家庭での手技に不安を感じたら、まずはチームで共有すると良いでしょう。



サチエさんの場合

## ご家庭と集団の場での手技の違い

気管カニューレ内吸引が必要なサチエさん。家庭では、母が手指消毒をして、直接吸引チューブを操作しています。しかし、生活介護などの事業所では、複数の職員が関わり、他の利用者もいる環境にあります。複数の人間が接触しても、衛生を保てるように、摂子や手袋使用での吸引方法で統一させてもらっています。家庭環境と、家族以外の集団の場では、清潔や衛生を保つ方法は違います。制度上の行える手技の違いだけでなく、環境に合わせた手技や手順の違いも、共通理解できると良いですね。

## 2-5 意思形成支援のための共通ツールの開発・活用

初期の段階では、本人・家族ともに、地域生活を無事に営めるか、不安が大きいものです。支援する側同士はもちろんの

【図 2-5-1 共通ノート】

こと、本人・家族が不安を感じた時に、スムーズに連絡がとれる手段や相談ごとを共有できるツールがあることで、本人や家族の意思をくみ取りやすくなり、不安の軽減につながります。

私たちのプロジェクトでは、いくつかのツールを開発・活用して、意思形成支援のための情報共有を行ってきました。

### ①共通ノート

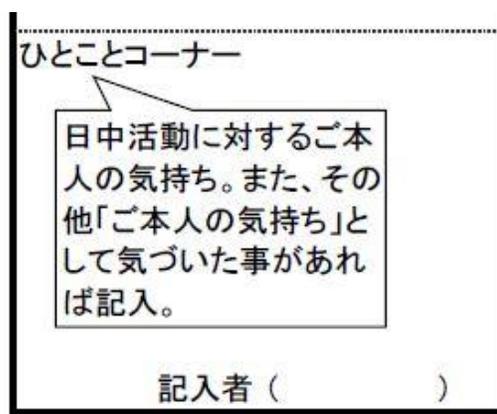
共通ノートは家庭・グループホーム・生活介護事業所・ヘルパーをつなぐ記録で、常に本人が持

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																
		発作時	安静時			頻度	量																	
7:00								KT      ℃ BP      / P        回 SAT     %																
8:00							ひとことコーナー																	
9:00																								
10:00																								
11:00																								
12:00																								
13:00								記入者 ( )																
14:00								日中活動 ( )より																
15:00																								
16:00																								
17:00								ひとことコーナー																
18:00																								
19:00																								
20:00								記入者 ( )																
21:00								服薬確認																
22:00								<table border="1"> <tr> <td>朝食(前・後)</td> <td>昼食(前・後)</td> <td>夕食(前・後)</td> <td>飲薬前</td> </tr> <tr> <td>否(前)</td> <td>否(前)</td> <td>否(前)</td> <td>否(前)</td> </tr> <tr> <td>未・済</td> <td>未・済</td> <td>未・済</td> <td>未・済</td> </tr> <tr> <td colspan="3">間食(前・後)</td> <td>包(錠)</td> </tr> </table>	朝食(前・後)	昼食(前・後)	夕食(前・後)	飲薬前	否(前)	否(前)	否(前)	否(前)	未・済	未・済	未・済	未・済	間食(前・後)			包(錠)
朝食(前・後)	昼食(前・後)	夕食(前・後)	飲薬前																					
否(前)	否(前)	否(前)	否(前)																					
未・済	未・済	未・済	未・済																					
間食(前・後)			包(錠)																					
<備忘録の引継ぎ事項>																								

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。

- **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。
- **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。
- **ひとことコーナー**：この共通ノート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<sup>2</sup>。

【図 2-5-2 ひとことコーナー】



<sup>2</sup> この一言コーナーについては、座談会においても言及があります。

## ②支援サマリー

日々の活動記録を振り返り、1ヶ月分まとめてサマリーを作成します。

【図 2-5-3 支援サマリー】

支援サマリー		
ユウキさん	5月 (3/26 - 5/3)	ケア会議: 2013年5月7日
健康面	活動面	想い
4/4(木)排便-4日目(-2日目よりラキ1.8滴)、37.5		
4/5(金) 排便有	上沼公園まで散歩	
4/6(土) 硬便 やや緊張強い	ハイチュー食べました。	今日は泣く事が多く話も同様多かった。緊張も強く汗をかいてびしょじりでした。
4/7(日)表情良く、反応も未話しも良くなりました。	ハイチュー食べました。	久しぶりに田島さんと入浴。とーってもリラックスしてました。
4/8(月)	メガリロー予定地を散歩	時折声を出しながら色々なものを目で選んでいます。
4/9(火)	ツタヤでレンタル「戦場のふたり」	
4/10(水) 胃ろう部浸出液多い		
4/11(木)	ipodで曲を聴す	首を振ったり声を出したりしていました。/みらい:時々がらがら笑う事も(うつ伏せ)
4/12(金)	西友に行きながら八重様を見る	泣いたり笑ったりして入浴しました。/みらい:嬉しそうに大きな声で笑っていました。
4/18(木)夜1:30に目覚め、朝ようやく排便でスッキリ(-2日目)		良くお話ししてくれました。時々泣いていた。寝ないでがんばった一日でした。
4/22(月)AMIアウェイ奥の方で出血。PMは無し		うつ伏せ時に笑顔が見られました。
4/25(木)	創作活動	声掛けで笑顔。良く声を出している。こまげんでした。
4/28(日)排便-3日目 朝38.0℃ 黄色い痰 完眠		
4/29(月)排便多量	映画「シュガーラッシュ」(東横線馬)	良く画面を見て、終了後は声をよく出していました。感想をお話ししてくれているようです。
4/30(火)13:10 38.5℃ カロナール		みらい/排便(-)の為か、緊張強かつぱっていました。
5/2(木)	花作業、RDRへ配達、バゼリ買い出し	車中、外の景色を見ながらずっとお話し。バゼリの苗を手でかかえて運んでくれました
5/3(金)	みらいBDD	(田島さんが帰るとき、寂しそうな表情)
排便 -2日目7回、-3日目2回、-5日目1回 ラキ7滴、-1日目の夜は8滴		
まとの:関わりの視点⇒ひとことコーナーに反映		
本人の計画:活動予定		
ケア会議 年 月 日 ( ) 確認事項 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> ホーム <input type="checkbox"/> 通所先 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> まとめ <input type="checkbox"/> 本人の計画		

このサマリーがあることで様々な気づきがあり、ケア会議では必要不可欠なものになっています。ケア会議が半年に一度の方は半年分をまとめていますが、6ヶ月分を振り返ってまとめるのはちょっと大変です。まめに作ると良いかもしれません。

- ケア会議の前に、日々の活動記録を「健康」「活動」「想い」に注目してまとめます。
- 「健康」「活動」「想い」の特記事項や気になるところを、その日にち毎に記入しています。健康と活動と想いに繋がりがあることが多いからです。体調が悪い

から緊張強く、笑顔も少なかったり、逆にとっても刺激的な活動をしたあと緊張して体温上昇といったこともありました。

### ③サービス担当者会議

本人・家族・グループホーム・生活介護事業所・ヘルパー事業所・重度包括支援事業所・相談支援専門員・市の福祉課の方など、関係者が集まって、ユウキさんの場合は月に一度ケア会議を行っています。日常的に直接支援に関わっているスタッフだけでなく、相談支援の方や福祉課の方の客観的な視点も欠かせません。

#### □ 支援サマリーを基に会議を進めます。

まずは、「健康」「活動」「想い」を振り返り共有します。その後、家庭・生活介護・ヘルパーがそれぞれこの一カ月の様子や気になったこと等を報告します。

#### □ まとめ：関わりの視点⇒ひとことコーナーに反映

一通り報告が終わったら「まとめ」をします。この「まとめ」がとても重要です。今までの報告から「〇〇の時に笑っているね」など、チームメンバーが共感したポイントを書きます。また、相談支援専門員や福祉課などから客観的に質問等してもらえる事で、新たに気づくこともあります。

#### □ 本人の計画：活動予定

「まとめ：関わりの視点」を基にして、今後の予定を考えます。「どんな時に笑っている」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ます。また、季節に応じた外出も考えます。毎日楽しいイベントがあるとは限らないので、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医療的ケアのある方の移行初期あります。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

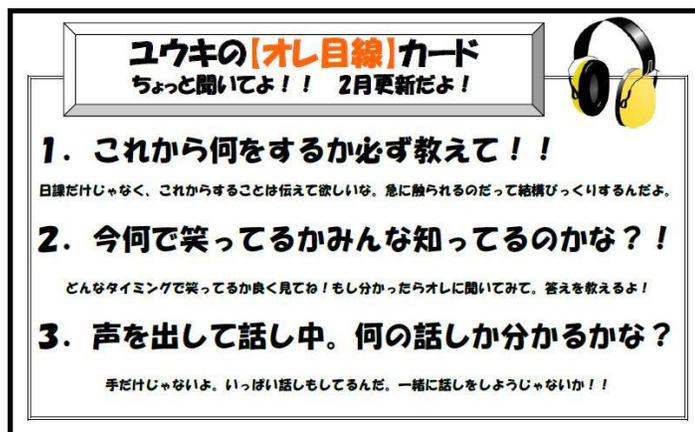
ケア会議で確認した「まとめ：関わりの視点」を基に作成します。

ユウキさんはグループホーム・生活介護・ヘルパーなど関わるスタッフが多いので、関わり方の視点を全員に周知するため、共通ノート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～」などになりやすいのです。

【図 2-5-4 オレ目線カード】



#### ⑤年間サマリー

毎月の支援サマリーを年間のサマリーにまとめます。年間でまとめることで大きな流れとして本人を振り返ると共に、年度毎の比較にもなります。この年間サマリーを振り返りながら、次年度の個別支援計画作成に繋がります。

## 【図 2-5-5 年間サマリー】

●●様 年度 年間サマリー

### 【援助のプロセス】

時期	年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、ど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)	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
1					
2					
3					

### 【年間サマリー作成時のAさんの状況】 (← モデル開始時との比較/次回の年間サマリー作成時との比較の視点)

(以前と変更があれば強調して記載)

○年齢 性別 家族構成 :

○生活歴 :

○ADLの状況 :

○意思表示の状況 :

○生活の状況 :

### 【現在のニーズとそれに基づく本人の目標・援助目標】

Aさんの現在のニーズ	Aさんの目標	援助の目標
年間サマリーから得られた現在のニーズを記載	Aさん自身の目標として転化	目標に照らし合わせた各援助者の目標の設定
①		
②		

### 【ライフサイクルの観点からの全体目標 全体援助目標】

Aさんの今後の人生の方向性と〇〇年度の全体目標	Aさんの援助の全体目標
上表のAさんの個々の目標を踏まえ、本人のライフサイクル(年齢・発達段階に基づく親や社会との関係性)を加味した目標の設定。	目標を達成するために援助チームがどのようなことに念頭を置いて支援を行うかの統一目標

### 【各生活場面での活動内容・援助場面での援助内容】

各生活場面でのAさんの活動内容	各サービス事業所の援助内容
①全体目標に照らし合わせ、各生活場面における活動内容を記載	場面における援助者の援助方針や内容を記載
②	
③	

### 【年間サマリー】

【人間関係】

【地域活動】

【外出】

【健康】

## ツールは改良を重ねることが大切



チョコッとコラム

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、活動や想いはケア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。



サチエさんの場合

## 「移行中だからこそ、共通ツールは大事！」

地域移行中のサチエさんは、生活介護の利用が月2日程度になる事もあります。そのような場合、日常の様子や医療情報がわかりづらい事もあります。そんな時に活躍するのがツールです。退所時の医療情報の報告書と、生活介護事業所間での共通ノートがある事で、数日間しか地域に戻ってこられない期間でも、日常の様子がわかりやすく、サチエさんも安心して過ごしていただくことができます。

## 意思形成支援のための共通ツールへの期待

ユウキさんもサチエさんも、本校にゆかりのある生徒です。ユウキさんは高等部を卒業されました。サチエさんは中学部修了まで本校に在籍されました。とりわけ、ユウキさんとは同じクラスで授業をした年があります。そんなお二人が本プロジェクトの中心となったことに、はじまり当初から期待を持って協議会に出席させていただきました。



チョコッとコラム

重度重複障害のある子らは言葉でのやり取りこそありませんが、長い時間を一緒に過ごしていけば、自然と本人の気持ちがわかるものであります。その時々表情やしぐさ、身体の動きなどから判る部分もあります。しかし、その気持ちを一般化して人々に伝えるとなると、これは中々難しいものです。同じ学習内容を提示しても、体調により反応や意見が変わってくることも、意思確認の難しさにつながっていると思います。

在学中は学校と家庭との間の往復が普通ですので、連絡帳一つをとっても流れは単純で済みます。しかしながら、通うところが複数になり事業所間の連携（しかも緊密な情報交換が必須）が必要になると、イニシアチブをとるところ、キーとなる機関が必要になってくると思います。

この記録はそういう手始めの部分から、本人たちのQOLを高い位置に設定した活動報告であると実感しております。簡単なことではないでしょうが、是非これだけに留まらず、今後も他の方々への取り組みとして進めていただきたいと思います。学校としても、微力ながら引き続き協力させていただきたいと思います。

(高橋彰)

## 2-6 本人や家族の合図やサインを見逃さず、想いに寄り添う

### ●●ケア実施中の本人の微妙な合図やサインを見逃さない●●

医療的ケアのある方の移行初期では、吸引や注入などの医療的ケアについて確認することが多くなります。医療的ケアは、研修を修了した者のみが行える行為である為、支援者の中でも特定の者に限られ、医療的ケアを行える者が他職員よりも特別な支援をしているという考えになりやすい場合があります。しかし、医療的ケアは支援の一部にしかすぎません。

本人の意思形成支援は、医療的ケアの実施とは関係なく、会話の中で支援者が本人の微妙な合図やサインを見逃さず、それを他人と共有し議論することで形成されていくものであると考えます。そこを支援者が理解している事が、移行期の意思形成支援において大切です。



チョコッとコラム

### 「ケア中も声をかけてね！」

喀痰吸引をする時、本人がむせて、「早く吸引してあげなきゃ！」と吸引に夢中になってしまうことがあります。注入も開始する時に、滴下に集中してしまい、「いただきます。」の一言を忘れてしまう時が……。そんな時、本人の顔を見ると不安そう…。

「急に吸引してごめんね」「ごはんのいただきますを言うの忘れてたね」と伝えると、にっこり笑顔に。ごめんなさい、本人はケアに集中するあまり不安だったよね……。ケアも大事ですが、それ以上に本人の気持ちが大事！またひとつ教えてもらいました。

## ●●家族の想いに寄り添い、プランの再検討を行う●●

今まで入院・入所中であった本人が、地域生活への移行初期、支援体制が安定するまでは、家族と一緒に過ごす時間は増えるため、介護時間は多くなります。家族の介護量の増加については、体制安定までの一定期間であっても、具体的な支援プランや細かい目標設定を行い、プランに無理はないか等の意思の確認をする必要があります。



サチエさんの場合

### 家族の気持ち！！「元気で楽しく過ごしてほしい！」

「入所期間が長くなると、体調を崩すので、きっと家が好きだと思います。平成 22～23 年頃から入退院が多く心配しました。そして、療養介護の利用日も増えました。

できれば、将来はグループホームなどで自立して生活してほしい。けれど、体調によっては地域で生活できるか心配です。



チョコッとコラム

### 「医療的ケアの人材確保は早い方が良い!？」

医療的ケアのある方が入所中の場合、介護職員による喀痰吸引等の研修が、指導者の有無などで実施できない場合が多くあります。そうになると、地域移行をしてから研修を実施し、人材を確保していくこととなります。地域移行してからの研修開始は、指導看護師等実地研修の指導ができる医療職が不足していることがあり、家族の介護負担は増加します。この状況が地域移行への妨げとならないよう、入院・入所中にも、地域移行への準備として、介護職員の医療的ケア研修が実施できるよう、今後整備されると良いですね。



### **第3章 移行後安定期に求められる支援**

### 3-1 地域のかかりつけ医体制の構築を進める

体調や支援体制が安定することで、医療機関への受診頻度は少なくなります。安定している為、医療との関わりは少なくても良いと考える事もあります。

しかし、地域ではなく遠方の大学病院に主治医をもつ方もいます。重篤ではない風邪などの体調の変化がみられた場合、遠方の大学病院までの移動も大変です。そういった場合に、自宅近くの地域で診てもらえる医師の存在が大切です。地域のかかりつけ医をもつ為にも、安定期に受診を行い、本人の様子を知ってもらうことが大切です。また、地域のかかりつけ医と大学病院の主治医との連携体制を整えてもらうことも大切です。



サチエさんの場合

#### ちょっとした発熱!!…どうしよう!?

身体の熱のこもりやすい日もあるサチエさん。いつもは、クーリングや排痰で下がる時もあるのですが、中々下がりにくい時もあります。仕事上の家族に迎えにきてもらい、大学病院に通院するのも時間がかかるし、近くの病院で診てもらえれば…。

でも初めていくお医者さんでは、普段の様子がわからなかったり、服薬情報が少なかったりして、処方しにくいこともあります。サチエさんも、知らないお医者さんでは不安そう…。病気になった時だけ行くのではなく、普段の様子を知ってもらうための定期受診も大切です。重篤な状況ではない場合に、地域に気軽に相談できるかかりつけ医のお医者さんとのつながりがあると安心ですね。



あんなこと...?  
こんなこと...!

## 地域の病院に受診して下さいね・・・

言葉で伝えるのは簡単です。しかし、探す手間や受診の時間の確保など、家族の負担も忘れてはいけません。本人と家族を含めたチーム全体で検討すると良いでしょう。その中で、家族だけでは対応が困難な場合は、必要なサービスが関わることで、地域のかかりつけ医との連携に繋がるのではないかと思います。



チョコッとコラム

これまでも「医療との連携」の必要性について触れてきました。それだけ、医療との関わりの重要性は大きなものとなります。医療との連携を進める上で主となるのは本人と家族で、その役割は大きいと思いますが、支援者にも役割があることを再度認識しましょう。家族も忙しい中、新たな病院に受診する時間を作り出すことは本当に大変な労力が必要です。そのことを支援者が理解しながら、受診の必要性を伝えることが重要です。もしかしたら、サービスを利用すれば、受診がスムーズにできるのかも知れません。必要な支援が何かを判断することが難しい場合は、チームで検討すれば良いのです。支援者の役割は大きなものとなります。支援者の関わりによって繋がる連携があることを再度認識しましょう。

## 3-2 ケア会議は必要な時に必要なだけ行うようにする

移行初期では、ケア会議を頻回に行うことで、情報の共有でき、本人の意思確認をスムーズに行うことができます。しかし、本人の体調が安定し、それに伴いケア体制も安定してきているにも関わらず、会議を頻回に行う事が本当に必要か？という疑問をもつようになります。順調にも関わらず、必要以上に検討する事は、本人が安定していない状況としているようでもあります。本人や周囲が必要としていないのに、過剰に支援する必要はありません。安定期に入ることで、必要な時に必要な支援体制や連携をすることが、本人の安定した地域生活の証しでもあります。

### 必要な会議って？



ユウキさんの場合

モデルケースとして6年目のユウキさん。グループホームに入居時は、体調も不安定で1カ月に1度の会議の内容も、体調面の心配がほとんどでした。しかし、年数を重ねるにつれ、体調も安定し、色んな外出活動や仕事にも参加することができ、気づくとケア会議のメンバーみんなが、「生活が充実しているね～」という共通認識を感じるようになりました。そうになると、生活が充実しているのに、1カ月に1度の頻度で行う会議の目的って何だろう？という疑問が生まれます、今までは体調も不安定で、細かい確認が必要だったけど、現在は連携の基盤もでき、本人の体調も安定しています。体調や生活が充実しているのであれば、ケア会議を多くして、必要以上の振り返りで客観的に本人の姿を捉えられなくなるより、生活が充実している事を認め、長期間での振り返りを行うことで、客観的にユウキさんを捉えることができます。会議の回数や頻度にこだわるのではなく、本人の生活に合わせて、必要な分だけの会議を設定できることが良いと考えます。



サチエさんの場合

### 難しい話は嫌いだな…。

初めはニコニコされながら、会議に参加されていますが、だんだん表情が曇り・・・嫌々アピールが始まり、退室・・・。

『あ～ 疲れた。みんな真剣な話をしているからつまらないよ…。  
もっと楽しい話なら良いのに！』



ユウキさんの場合

### ねえ・・・まだ終わらないの？

移行初期、ユウキさんはこんな風に思いながら会議に参加していたと思います。体調の変化が多い時期だったこともあり、体調面の情報の共有が主。そんな時ふと本人を見ると『ねえ、またその話し？ 退屈だなあ・・・』そんな表情が見られていました。

本人の体調が落ち着いた頃から会議の内容が体調面から生活面に変化。本人も声を出しながら笑顔で会議に参加されています。会議のあり方について気付かされました。

### 3-3 本人の意思形成支援への比重を高める

支援体制が安定することで、体調面や医療的ケアを重視した視点から、本人の意思を尊重する視点が増えていきます。地域生活において体調が安定することで、本人の「やりたいこと」「行ってみたい場所」などに、挑戦してみたいという気持ちが、本人だけではなく周囲の人にも芽生えてきます。そこで挑戦ができると、今まで体調が不安定で難しいと思っていた事が「やれた」という経験になり、そこからまた新しい「やりたい」が始まります。その「やれた」「やりたい」を重ねていくことで、本人の意思形成とともに地域生活の充実にもつながります。「やりたい」を「やれた」経験にする為には、どうしたら安全に行なえるか？どのような準備をしたらよいか？を、会議の場面で、議論・検討しあう事は大切です。



ユウキさんの場合

#### 「やりたくないこともあるよ！」

お出かけが大好きなユウキさん。いつも次はどこに行こう？何をやるだろう？と相談しています。ある時、午前のお仕事から帰ってきて、「午後からお出かけ行こうよ！」と誘うと、「行かない」と首を横にふいっと振ります。「お仕事で疲れたから今日は行かないの？」と聞くと、「そうだよ」といわんばかりの大きなため息……。

「やろう！」「出かけよう！」ばかりじゃなくて、たまには「やりたくない」時もあるよね。そんな時は、ゆっくり休みましょう。



サチエさんの場合

## 今日はどこに行くの？

サチエさんが通う生活介護は、二カ所あり、外出する事業所、入浴する事業所、と役割分担がきちんと分担されています。

今日は外出の日！ 楽しみ！！





## **第4章 体調不安定期に求められる支援**

## 4-1 体調の変化を気軽に相談できる場所を確保しておく

地域の生活の場では、体調の変化に対してどのように対応したら良いか戸惑うことがあり、支援者1人で判断する事が難しい場合が多くあります。その時に、家族以外にいつでも連絡がとりあえる体制や関係機関の存在は、支援者にとって重要です。支援者同士も、日頃から顔の見える関係をつくっていくことが必要です。

**【連絡可能な機関の例】** 訪問看護ステーション、法人内連携看護師、地域の病院等



あんなこと...?  
こんなこと...!

### ちょっと待って！これはどうしたら!?

医療的ケアのカニューレ吸引が必要な方に、いつもどおり吸引すると血が混ざっている事があります。そういった時に、朝のヘルパーからの引き継ぎで、訪問看護師さんに連絡をとり、「鮮血でないから様子を見てください」とアドバイスもらったとのこと。看護師さんにアドバイスをもらおうと、やっぱり安心。その後は、大きな体調の変化なく過ごせました。「こんな時どうしたら？」で、家族以外にも連絡できるのは、支援者としてやっぱり安心。その安心が本人の安心にもつながりますね。



あんなこと...?  
こんなこと...!

## 福祉事業所の看護師も実は不安…

福祉事業所の看護師は、服薬や体調不良など医療に関わる様々な質問を介護職員や家族から頂きます。時には急な体調の変化や思いもよらない事故や怪我の対応も行います。しかし、福祉事業所では病院勤務と違い、近くにドクターも同僚の看護師もいないため、実は不安も大きいのです。訪問看護師やかかりつけ医などの医療機関と日頃から顔の見える関係を築く事で一人職場の不安もかなり軽減されました。



## 4-2 ケア会議の場で体調不安定時の留意点を確認しておく

支援者1人で体調の判断をすることはとても難しいことです。しかし、外出先や新しい活動中では、普段とは違う様子がみられることはあります。それが本人の気持ちの動揺なのか、体調が不安定なのかを確認するような場面は多くあります。

そういった場面で対応しやすいように、関係者が集まる会議の場で、本人の様子を共有し、どういった事が体調不安定なのかを検討する事が大切です。



ユウキさんの場合

### 気付いてよ！！

体調不良時は、表情や仕草、身体の緊張など色々なサインを出して伝えてくれます。言葉では伝えられないサインに気付くこと、そのサインをチームに伝えることが大切です。チームでその時の様子を把握することで、統一した対応に繋がります。

全身を使って伝えてくれてありがとう。直ぐに分かったよ！！



サチエさんの場合

### 「ケア会議で分かる本人のTPO！」

ちょっぴり人見知りなサチエさん。慣れている場所では、「YES」「NO」の意思は、はっきり表示しますが、慣れない場所や人がいると、あまり自己主張しない事もあります。自己主張されない場所では、気を使っているのでは？と心配される職員さんもいますが、考えを変えてみると、サチエさん自身がそれぞれの場面や人を理解し、それに合わせて、自分の過ごし方を決めているのでは？と思っています。でもサチエさんらしいTPOを知る事ができるのは、ケア会議で関係者が集まる場があるからこそと思っています。1事業所のみでは、そのようなサチエさんらしさはわからなかったかもしれません。



あんなこと...？  
こんなこと...！

定例の会議は情報共有の場となります。しかし、ただ情報の確認を行うのではなく、その時の本人の表情や仕草などを交えて伝える必要があります。「そう言えばあの時もそんな表情だった…」など、共有すると気付くことが沢山あります。体調面についても同様に表情や仕草などを交えて共有すると良いでしょう。どのような時にどんな様子だったかを積み重ねると、体調面・精神面の変化の気付きに繋がります。



### 4-3 緊急対応マニュアルを整備し共有しておく

明らかな体調の不安定がみられた場合、支援者側が本人の気持ちを動揺させないよう対応することが大切です。その為には、安定期から、緊急対応をマニュアル化し、関係機関と共有することで、どの場面でも支援者が動揺することなくスムーズに対応できるよう準備をしておく必要があります。

また、想定していない事態が発生した場合の連絡先も確認しましょう。新たな事態が起きた時は、新たなマニュアル作成のチャンスです。経験を次に繋げて行く事が大切です。



#### マニュアル作成の実際

医療に関わるマニュアルの作成は、介護職員だけでは難しい場合もあるかと思います。看護師がマニュアルを作成する際は、まず家族や介護職員のいままでのやり方や、何に困っているのかを把握し、支援者が困らないためのマニュアルにする事が大切です。専門用語は使いません。また、医療者が勝手に作ったマニュアルにならないよう、関係者に確認しながら一緒に作っています。おおまかなマニュアルの例です。

- ①想定される緊急事態
- ②介護職員が出来る範囲の対応方法を具体的に記入
- ③観察のポイントがあれば具体的に記入
- ④連絡経路と連絡先
- ⑤報告の方法、具体的なセリフなど分かりやすく記入

マニュアルは随時必要に応じて追加・修正を繰り返しています。



チョコッとコラム

## 「この後どうすれば…？」 にならないために…

マニュアルの作成については、定例の会議での意見交換の内容は重要なものとなります。分からない・不安な部分があれば率直に専門職に意見を求め、特に緊急時は誰が見ても同じ行動が取れるようなマニュアルを作成しましょう。また、想定される緊急の内容についても会議内で確認することも必要です。確認された項目を基にマニュアルの作成となりますが、できるだけ『自分たちの言葉』でマニュアルを作成しましょう。分かり易いものが大前提です。自分達にとって身近なマニュアルとなることが重要です。





## **第5章 地域を耕す**

**～地域資源の開発・理解促進の取組～**

## ：東松山市地域自立支援協議会重心プロジェクトのあゆみ

これまでのプロジェクトの推進を通じて、地域資源がないことから本人の希望等を実現できないことが多く、またニーズも顕在化していない可能性があることも大きな課題として取り上げられてきました。

そのため、平成21年10月のプロジェクトチーム発足から今日まで、地域資源の開発をめざし、また地域の様々な関係者に対する様々な取り組みを行ってきました。

**【表 5-0-1 プロジェクトチームの経過】**

年	月	内容
2009（平成 21）年	10 月	プロジェクトチーム発足
2010（平成 22）年	6 月	重心の受入れに関する事業所アンケートの実施
	9 月	重心の地域生活に関する家族ヒアリング実施
2011（平成 23）年	2 月	事業所懇談会
	10 月	「重い障害のあるひとの生活を支えるセミナー」開催
2012（平成 24）年	4 月	おでかけマップ（旧お休みマップ）の作成
	7 月	移動手段についての調査・対応
2013（平成 25）年	6 月	医療的セミナー第 2 弾「ひろげよう私たちの生活」開催
	7 月	喀痰吸引等研修会の開催
	12 月	地域参加活動
2015（平成 27）年	1 月	保護者対象研修会の開催
	10 月	「地域と医療の連携」に関する研修会

## 5-1 地域の実態を把握する

### ：事業者や保護者に対する実態調査・意向調査の実施

プロジェクト発足当初の平成22年に、重心の方の地域生活の中で現在の状況と何が課題となっているか調査するために、教育機関や保育施設、各サービス事業所に対して、現行のサービス実態（車いす利用者や医療的ケア利用者の受け入れ状況・課題等）に関するアンケートを実施しました。126事業所の内、87事業所からの回答を得て、また、当事者家族9名に対してヒアリングを実施しました。生活の中で困っていること、不便に感じていること、我慢していることなどを過去、現在、将来について話していただきましたが、これらのアンケートやヒアリングの結果、医療的ケアを実施している事業所は少なくサービスの選択肢が限られていること、また、重心のケアに習熟している事業所や職員が少ないため、安心してサービスを利用できないといった実態が把握できて、医療的ケアの提供について検討する必要性が高いことが課題として挙がりました。

また、地域生活を検討する中で、たびたび移動手段について課題として挙がりました。重心の方は移動手段として使用できる車両が少ないことから、生活サポート事業所に対してリフト車などの特殊車両の保有状況の調査を行いました。しかし、特殊車両を有する事業所はケア・サポートいわはな以外はなく、移動手段の確保に大きな課題が残ったことから、この課題について東松山市に状況報告および要望書を提出し、その結果、平成26年度より、特殊車両を保有する東松山市障害者生活支援センター（ケア・サポートいわはな）において、重心の方が優先的に予約を取得できる仕組みができました。

## 5-2 生活範囲の拡大に向けたモデルを示す

### ：「ひがしまつやまお出かけマップ」の制作

重心の方の外出には、様々な制限があります。モデルチームの会議の中で、「地域参加のための外出したいが、使えるトイレや疲れたときにちょっと横になれる場所がわからないから外出できない」といった課題が出されました。そこで、当事者本人が外出先の社会的資源の調査を行い、安心して地域参加ができるようにマップの作成について検討が進められました。取り組みについては、まず当事者本人に対し、市長からプロジェクトメンバーの委嘱状が交付され、当事者と支援者が協同して地域の公共機関やお店、レジャー施設等へ調査に出向きました。調査には、商工会議所も協力いただき、「やさしいお店」として約80店舗の状況が紹介されています。

当事者の方が、自ら社会資源の開拓を行いながら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作業を進めた結果、平成25年9月に「ひがしまつやまお出かけマップ」が完成し、発行されました。



## 5-3 医療ケア体制整備のための取組

### : 喀痰吸引研修などの実施

プロジェクト発足当初より地域で暮らし続けていくために、医療職以外で吸引や注入など医療行為ができる支援者を増やすことが課題として挙げられていました。プロジェクトとして医療的ケアの研修を実施することも検討していましたが、法人単位での申請が必要なことから、東松山市社会福祉協議会が研修実施の指定を受け、平成25年7月より研修会が開催され、医療的ケアを実施できる人材の養成が開始されました。この研修を開催するに当たっては、当初から市民病院を初めとした、地域のいくつかの総合病院や訪問看護事業所が、講義やシミュレーション研修、実地研修に積極的に協力しました。地域の医療的ケア体制の整備が進んだのは、地域の医療関係者の理解があったことが大きかったと感じています。



## 5-4 ニーズを把握し、ニーズを掘り出す

### ：ニーズ把握と地域生活イメージ喚起の取り組み

平成25年9月、プロジェクト会議において、重心児の学校卒業後の生活については不安が大きいことが話題に挙がりました。そのため、生活介護事業所を中心に重心児者の受け入れについてアンケート調査を実施したところ、多くの事業所において「受け入れ困難」との回答があり、重心児の卒後の生活には大きな課題があることが明らかになりました。

その後、プロジェクト会議において「卒業を控えた重心児の生活」について検討がなされ、平成27年1月20日、重心児の保護者に対し、卒後の生活に関する情報を提供することを目的に、保護者対象の研修会を開催しました。研修会では、地域で生活する当事者家族が卒後の生活の様子を発表した後、各種サービス事業所からサービスの使い方を説明し、最後はグループワークにより卒後の生活について具体的なディスカッションを行いました。



## 5-5 新たな地域社会との結びつきの模索

### ：下校ボランティア・花の水やりボランティアの取組

重症心身障害のある方でも、何か地域に貢献できることや地域とのつながりを持っていないか？といった事がきっかけとなり、平成25年に、地域の小学校の見守り隊を開始しました。ユウキさんが入居しているケアホームみらいが加入している自治体を頼りに、市役所の政策推進課や放課後見守り隊の方とつながり、見守り隊用のベストと帽子も支給してもらい、万全の状態を開始することができました。とはいっても、初めての試みで不安もありました。けれど、初日に見守り隊の場所へ行くと、政策推進課の方や小学校の校長先生など、多くの方が見に来てくださり、とても心強かったことと、改めてつながりを持つことへの感謝を感じたのを覚えています。そんな心強い味方に、見守られながら始まった見守り隊、初めは見守る側も小学生達も、お互いを伺うような状況もありましたが、「気をつけて帰ってね！」「さようなら」と声をかけ合っている内に、自然と笑顔がみられるようになりました。何より、初日にユウキさんと小学生がハイタッチを自然にできたことが印象的です。それから回数を重ねるにつれ、「今日は2人じゃなくて1人なの？」「どうして寝てるの～？」などの質問をしてくれるようになり、「消しゴムあげるよ」の優しいやりとりまでしてくれるようになりました。そういった事を積み重ねるにつれて、初めは周囲も恐る恐るであった見守り隊が、重症心身障害のある方がいても、地域の中で自然に存在するひとつの見守り隊として、認めてもらえてきたんだと感じるようになりました。

また、同じような地域活動として、市役所と地区の活動センターでの、花の水やりのボランティアも行っています。天候や本人の体調により、実施できる日とできない日があり

ますが、最近は通りかかった職員に「いつもありがとうね」などの声をかけてもらえるようになりました。また、本人の力も最大限に発揮できるように、給水ポンプをスイッチにつなげて、スイッチを押すと水が流れるような機械もつくり、水やり作業自体の工夫もしながら行っています。そういった地域活動を重ねていく中、今まではグループホームの利用者が行っていた見守り隊が、グループホームの利用者が通う生活介護事業所でも、同じような重症心身障害のある方が新たに参加して、一緒に見守り隊の活動を行えるようになりました。新しい方が参加できるのも、今までの利用者がやってきた事が地域で認めてもらえたからだと思います。

障害が重ければ重いほど、「たくさん助けてあげなきゃ」「支援してあげなきゃ」という考えもありますが、障害が重くても、「地域に貢献すること」「何か人の役に立てること」を模索するのは、地域生活を営む上で、とても大切な事ではないのでしょうか。重症心身障害のことを地域の方に知っていただき、また重症心身障害のある方にとっては、自分達の住む地域とはどういうものかを知ることで、障害の有無に関係なく、地域にすむ人同士がつながっていくことが、「地域で暮らす」という意味をなしているのだと思います。





チョコッとコラム

## 「見守り隊が実現するまで」

「さようなら」「気をつけて帰ってね」。  
「ひがしまつやまし」と書かれた蛍光緑のベストと帽子を身に付けて、小学生の下校時の「見守り活動」（通称：見守り隊）に、重症心身障害の方々が参加し始めました。不思議そうに見ている子、笑顔であいさつする子、「なんでイスに座ってるの？」と話しかけてくる子、ハイタッチする子。子どもたちの素朴な反応が印象的です。

見守り隊に参加するまでには多くの方々の協力が必要でした。地域の自治会や、すでに活動中の見守り隊、市役所の政策推進課、そして地元小学校。こうした地域の方々との関わりはとても新鮮で嬉しい事である一方、困難もありました。重症心身障害の人とはどのような人たちなのか、普段どんな生活をしているのか、なぜ見守り隊に参加するのか等、なかなかうまく伝える事が出来ませんでした。しかし、ありがたい事に、「県内でも障害のある方々が見守り隊に参加しているケースはありません。素晴らしい取組みなのでぜひ進めましょう。」と見守り隊の代表の方が実現に向けて尽力して下さい、市役所の方は連絡調整の中心を担って下さいました。見守り隊を始める前に、地元の小学校では担任の先生から生徒に説明があったそうです。こうした地域の方々のご理解と連携があって、見守り隊は実現したのでした。



## 5-6 「地域で暮らすための支援」について学ぶ場を設ける

### ：セミナーや懇談会の開催

平成 22 年に実施した生活実態とニーズ把握のための調査の結果を踏まえ、平成 23 年 2 月 23 日に障害福祉サービス提供事業所を対象とした事業所懇談会を開催し、19 事業所からの参加がありました。懇談会では、アンケート結果の報告の他、重心の方の受け入れについての意見交換会を実施しました。意見交換会では、施設環境などのハード面の他、職員体制や医療的ケアの実施などソフト面の課題が多く挙げられました。

平成 23 年 10 月 22 日（土）、重症心身障害児・者の医療的ケアに対応できる社会的資源（サービス事業所等）を広げることを目的に、総合福祉エリアにおいてセミナーを開催し、101 名の関係者が参加しました。セミナーでは、平成 24 年度から開始される介護職等によるたんの吸引等の医療的ケア実施に関する報告や当事者家族の声の他、地域の開業医や訪問看護による講演により、医療的ケアについての理解を深めました。

平成 25 年 6 月 8 日（土）、医療的ケアを実施できる事業所を広げることを目的として、「ひろげよう私たちの生活」と題した医療的ケアセミナーを開催し、133 名の関係者が参加しました。セミナーでは、厚生労働省の専門官による医療的ケアの講演の他、当事者によるピアノ演奏、地域の関係機関の医療的ケア従事者をパネリストに迎えたパネルディスカッションにより、医療的ケアにおける理解を深めました。

喀痰吸引等研修の開催など医療的ケアを推進する中で、医療的ケアを実施する介護職員の不安や介護・医療の連携など多くの課題が出てきたことから、医療的ケアに関するアンケートを実施しました。

また、平成27年10月13日（火）、重症心身障害児が地域で暮らすために必要なことについて考えることを目的とし、医療型障害児入所施設の副施設長を講師に招いて「地域と医療の連携」に関する研修会を開催しました。研修会では、講師からの講演の他、関係機関の医療的ケア従事者をパネリストに迎え、「地域の現状と課題」について意見交換を行いました。





# 第2部

## 第6章 私たちにとって

### 「連携」とは何か？（座談会）

これまでのモデル事業の取り組みでは、様々な機関・職員同士の「連携」が行われてきました。では、それぞれの支援者は、「連携」をどのように考えてきたのでしょうか。座談会を開催しましたので、その模様を収録します。

## ◆チームを作る共通ノート。しかし…

- ◆ 吉田 連携については、まず日中活動ノートを共有する辺りから、お互いのやり取りとか、お互いに知恵を出し合うような形の関係が出来てきたんじゃないかと自分は感じていたのですが、その頃にいた方って今日はいますか。
- ◆ 坂田 いつぐらいにできたんでしょう？
- ◆ 松田 最初からだと思います。
- ◆ 吉田 そうですね。自分が来たときには、もうやり始めていたんですよ。
- ◆ 吉田 鈴木さん、いましたか？
- ◆ 鈴木 いました。
- ◆ 降旗 あの日々の連絡ノートを誰が考案したかみたいな話。
- ◆ 吉田 そのスタートのところは、自分はいなかったんですよ。
- ◆ 松田 スタートのところは、平成21年4月に西宮の青葉園に視察に行った時に見せていただいたノートを参考にして連絡ノートを作りました。多職種が協働して、支援するに当たって、共通のノートがあった方が良く、作りましょうということで始めたんです。吉田さんには、プロジェクトが全体会で承認された直後、プロジェクトとしての検討が開始された間もないころから関わっていただいていたいて、どんどんノートの書式の改良を重ねていただいて、現在の形になりました。
- ◆ 吉田 いまユウキさんに使っているノートを、別のこれからグループホームを始めますというところにお渡しした。そこでも、みんなで共有できるといいんだと思って持っていったんですけど、共有ができない。
- ◆ 松田 それは、どうしてですか？
- ◆ 吉田 細かいことはよく分からないですけど、いままで自分たちがやってきた記録ややり方から変更が難しいということなんだと思ったんですよ。ノートをブラッシュアップしていくことは、もうすでに始まっているじゃないですか。その始める時が結

構重要なんじゃないかなと思ったんですよね。

- ◆ 高橋 大なり小なり、今まで慣れ親しんできたやり方を変えることには、抵抗がありますよね。プライドもあると思います。
- ◆ 松田 プロジェクト開始当初は、西宮市の青葉園の「個人総合計画」をお手本に、お一人お一人の総合計画、将来も含めた総合的なプランを最終的にはつくろうということになったんですよね。でも、今のその方の状況が分からないとつけれないから、まずは、今の状況をみんなで共有する仕組みを考えるというところで、あのノートが始まりました。当初から、療養介護施設の方にも、モデル事業のケースの方の検討会議に入っていたいていて、入所施設でも使えないだろうかということは、検討してもらいました。でもやっぱり施設では、あの書式は使えない、書けないという話がありました。けれども、書かれたものは、在宅の様子は分かるから、それは見せてほしいという希望があったんですよね。だから、サチエさんの場合、いまでも入所施設から退所する際いただくサマリーと共通ノートの二種類の書式が存在するという事になっています。エリアの訪問介護でも、実際には二種類の記録があって、いま共通の書式として回っている記録以外にも制度として必要な書類は、他事業所と共有することなく、書いているので、記録は事業所として二種類になっているんです。でも、他の介護保険サービスでも、やはり情報を共有するための連絡ノートは、ご自宅に置いてあるので、記録が二種類あることは特別なことではないけれども、サービスを使うたびに、そのノートも利用者と一緒に付いていって記録をするというのは、他ではやっていないことです。様式を変えて、一種類に統一することとなると、エリアも記録が一種類だと難しいですよね。
- ◆ 坂田 一種類だと難しいですね。それぞれ法人や組織の記録があるから。
- ◆ 吉田 いや、うちもホームの記録もあって、ノートもあります。ほかの事業所とも同じノートを使い始めたんですよね。そのときに、何でそれが必要なのかという説明から始めて、まず理解を求めなきゃいけないですよね。ノートを共有することの目的はなんだろうかという共通理解と、具体的にそれぞれが何を担うのかという想像力が必要になると思うんです。はじめの一步こそが一番ハードルが高いのではないかなというのを、自分は思っています。生活介護とか、ほかの人でも、そういう事例はないんでしょうか。
- ◆ 松田 「あすみーる」の基準該当障害福祉サービスをご利用いただいている方で、こ

の共通ノートができないか、検討のテーブルに乗せてもらったときに、このノートは使えないといった話がありました。学校は学校のノートがあるので、それじゃないとやっぱり駄目だということでした。ただ、そこに「あすみーる」の記録を書いても良いとお話があったと聞いています。

- ◆ 小川 学校の書式を使って書いていくという感じなんですかね。
- ◆ 松田 ええ。ただ、書きたい内容は書けないというのは確かにあって、意思の部分とか、そういうものは書くところがないので、結局やはり2冊つくるようになったんです。
- ◆ 小川 まったく自分が触れたことのない書式を、いきなり、よろしくお願ひしますといっても、結構ハードルが高いかなと思います。それぞれの事業で、ノートを何種類も書かなきゃいけないとか、記録を書く人が大変であるとか、そういうこともあるのかなと思います。学校もそうなのかなと思うんです。学校の連絡ノートにちょこっと事業所とのやり取りを書く欄をつくれれば、そこでやり取りできるよとか、それぞれの事業所のやり方に配慮しながら、一緒につくり上げていかないと。書式を作って、「書いてくださいお願いします」という場合は、ほかの事業所だとハードルが高いかなと感じています。同じ生活介護、同じ法人内のアドヴァンスとか、ウィズとかで共有ノートを使っている方はいいんですけど、他事業所や法人外の事業所となると、共通ノートを使いましょうということは、伝えづらかったり、お互いのメリットがどこにあるか探しづらいときもあるかなというのを感じてはいます。

## ◆わかりやすく、要点を絞ったノートづくり

- ◆ 坂田 強力なコーディネーター役というのが、やっぱり必要なんでしょうね。日中活動のことも書いてある共通ノートの作成は、このプロジェクトが強力なコーディネーターの役割を担ったということなんでしょうね。
- ◆ 吉田 大須賀さん、訪問看護とヘルパーが同じ人に入る事例は多いと思うんですけど、家族と、介護事業所と訪問看護が共通の連絡ノートみたいなものを使うことはあるんですか。
- ◆ 大須賀 ヘルパーの記録に追加して書いたりしているんですけど、でも、訪問看護が

やっていること全部そこに書いているかというのと、そうじゃない。以前、問題抽出とか、どうあるべきかについて相談するために、ウェブ上で意見交換したらどうかというのをやったんです。そのときの問題は、ヘルパーはいっぱい書きたいから、問題として抽出されないものが山のような情報として記録されて、その中から読み取らなきゃいけないようになって、面倒くさくて結局うまくいかなかった。圧倒的にヘルパーが関わっている時間が多いので、その中で抽出するべきものを、もう少し集約して書けるようになるといいんじゃないかと、そのときに思った。共通のものを使おうとすると、どうしてもそういうことになりやすい。意思決定のためにノートをつくと、日々何をしたということよりも、意思決定に働きかけられたようなことを書いて、それを持ち寄って、情報交換に使うことができればいいのかと思うんです。日々の記録全部と別のものだと思うから、結局、記録が二つになるんだと思うんです。それは、それぞれの事業所に課せられている業務として、それぞれ記録に残すべきものが、どうしてもある。これは、法律で縛りがあって、抜かすことができない。その情報が全部あるからといって、意思決定に必要なものであるのかというのと、そこはまた別の問題だと思う。抽出したものを書いていく記録と、日々の記録は分けていくことが、必要になってくるのかなと思います。

- ◆ 松田 抽出した記録というのと、具体的には、サチエさんについて3カ月に1回ケア会議を開催する前に、日々の記録を読み返しながらまとめをつくって、それぞれ事業所が持ち寄って会議に出るということをしています。実際にまとめを書いている職員からは、振り返りになり、そこで課題の整理ができてよかったという話があります。ユウキさんの場合、毎月会議を開いていて、同じようなまとめの書式がありますが、それは、どうですか。
- ◆ 吉田 会議の前に日々の記録をまとめて月のサマリーを作っています。けっこう大変な作業ではあるんですが、やはり振り返りになりますし、ポイントが絞れるので会議にサマリーは欠かせないと思います。先程の大須賀さんの話に戻りますが、看護と介護、医療と福祉の言語の違いみたいなものは、やっぱり常々あるところですよ。いまユウキさんで使っているノートは、何度もブラッシュアップがあったんですよ。あのノートの構成は、左側にデータを寄せて、右側は自由記載になっているんです。特に医療側からするとたいはデータとそれに補足のものがあれば、だいたいよろしいと。全部が自由記載になっちゃうと、データを抽出するところから始めなきゃい

けないので、結構大変かなというところですね。記録が二つになっちゃうという話もありましたけど、そもそも何でそういう共有ノートがあったらいいんだろうか、という目的が共有されたところから、あのアイデアが生まれたんだと思うんですよね。目的の共有がないのに形式だけを広げようとする、やっぱり難しいと思います。逆に目的がはっきりしていれば、いろいろな意見も言いやすくなる。そういう意味で、実際に事業所内の記録と共有ノートの二つになっているけど、それでも共有ノートが必要だと、今は間違いなく思えますよね。

この目的で、こういうことをやってみよう、という強力なコーディネーターがどうしたら生まれるのかというのがポイントなのかなと思う。その後、ブラッシュアップしていこうという話が進みだせば、できるんじゃないかと自分は思う。

- ◆ 降旗 例えば、デイセンターウィズの中でも、看護の視点と、福祉職・介護職の視点は最初からズレているので、同じ目的に向かうんだというマインドが醸成されるのが一番重要だなどと思います。
- ◆ 吉田 言語の違いにつ

【図 6-1 共通ノートの記入例】

年 月 日( )

時間	活動	利用者様の様子 発作等	体温(°C)	水分(cc)	排泄 排便 排尿	朝の申し送り事項
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。		例) 牛乳200cc ポカリ50cc 等	・交換するも、排泄がなければ「-」を記入。 ・排便は量等を記入。通常通りであれば「○」のみ例)	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、産業使用 ・咳をしています 等
8:00	・入浴 ・～へ外出等					BT      °C 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						日中活動( )より
13:00						例) アドヴァンス ウィズ いわはな あずみー 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						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
19:00						服薬確認
20:00						朝食(前・後) 昼食(前・後) 夕食(前・後) 就寝前
21:00						包(錠) 包(錠) 包(錠) 包(錠)
22:00						未・済 未・済 未・済 未・済
						間食(前・後) 包(錠)
<健康面の引継ぎ事項>						内服のある方は必ずチェック

いては、看護の側から、介護職にこの情報が欲しいから抽出できるように覚えてくれというのは、果てしない作業になっちゃう。言語を覚えてくれというところになっちゃうので。でも、様式に必要な情報の欄をつくっておけば、もう基本的にデータは誰でも書けるようになる、というようなノートづくりの作業を通じて、お互いにこういうことを知りたいのだなということが、なんとなく分かっていくのだと思うんです。

## ◆時間は有限！記録の共有化による効率的な会議を

- ◆ 新井 今回はモデルチームということで、ユウキさんやサチエさんについて、その記録を整えることができたと思いますが、たくさんの人にこのような取り組みが必要になった場合、全部行うことができるのか。それとも、支援者に対してこのように記録を綿密にとることが、例えば何人ぐらいまでだったら大丈夫、というのはありますか。意思決定支援をするには、今回のような取り組みが必要だとすると、理想は利用者全員にやることになるのか。業務量のハードルもあるのかなと思うのですが、それはどうでしょうか。
- ◆ 松田 記録のことと、会議のことがあると思います。会議のことからお話を先にするのと、障害の相談も定期的な会議が義務づけられているじゃないですか？ ユウキさんプロジェクトに関しては、月1回やっているけれども、サチエさんのところは3カ月、あるいは半年、スタッフ担当者会議に合わせて開催を検討しているのは、会議の負担があつてのことなんですよ。今は、3カ月ですか？
- ◆ 鈴木 はい。
- ◆ 松田 他の方で、通常3カ月ごとに会議を開くことはほとんどないですよ。
- ◆ 坂田&鈴木 そうですね。
- ◆ 松田 担当者からは、サチエさんに限ってのことだと聞いていました。ほかの人まで広げてやるのは、業務的に相談業務としては難しいということでした。強力なコーディネーターというお話が出ているんですけど、軸になるのは相談員になるでしょう。これから広めていくことを考えると、やはり頻回な会議は、なかなか難しいのかなと感じていて、この取り組みを通常のしくみとして広めていくには、どうしたらいいのかなと考えてしまいます。介護保険の利用者ではどうですか？

- ◆ 大須賀 介護保険は基本、そんなに時間取らない。なおかつ、介護保険はなるべく利用者の周りのサービスを使いましょうということだから、呼ぶ人、呼ばれる人、サービスを提供している人たちが距離的に近いというメリットと、会議を何回もこなしているんで、限られた時間の中で終わることができるようになっている。もし1時間の会議になったら、私は怒ります。それは時間のかけ過ぎです。最大でも1時間、それ以上になると、時給に換算すると大変なことになる。それをただで来てもらうわけだから、時間を食いつぶすわけにはいかないんで、時間の中できちんとやってもらいたい。行く先々でそれを話してきたけれど、重心の人になると、突然、半日コースになるんですよ。それ、もうやれないよ。やってられない。
- ◆ 松田 障害サービスでは、そうですね。
- ◆ 大須賀 本当は出てお話をしたいんだけど、そんな遠くまで行って、なおかつ半日コースといたら、もう気合い入れなきゃいけない。そんな長い会議は敬遠されるし、ちよくちよくやってられないということになるので、もう少し問題の抽出や、会議を主催する人が「今日はこの問題について意見を求めます」ということをあらかじめ示して、そのことについて、みんなが考えてくる。そしてほしい 30 分、延びても1時間で終えるというスタンスで来なくちゃやってられないと思う。だったら、「この3カ月の様子はどうですか」ということを始めると駄目なんです。前もって記録を読んで、情報は持っているんだから、その中で出てきたものを、会議で話をすることをするれば、そんなに時間は取らないと思うし、時間を取らなくなれば出やすくなる。
- ◆ 坂田 さっき目的と相互理解というかたちで、ちょっと課題が出てはいますが、私もそのとおりだなと思うんです。介護保険のほうは比較的、目的とか、一緒に入っている人たちの役割分担とか、やっていることは、すんなり理解できるところがあって、事業所の種類とか、提供されるサービスの内容などが、あまり理解していない人たちが参加してきて、目的もちよつとあいまいになりがちな会議もあるので、その点介護保険のほうシンプルにできている。障害分野は、すごく広くて難しいという印象で、相談員などが、会議の目的を、ちゃんと明確化してやっていくということが、すごく重要になるのかなと思います。
- ◆ 吉田 記録と会議は全員にできるのかという話がありました。記録については、いま他の事業所とも同じ記録を使っているんですけど、その事業所のノートにはもともと

自由記載欄はなくて、データだけ書いていました。自由記載は「書かなくていいです」と伝えました。もちろん何かあれば、書いてもらっていいんですけど。もともとあったデータをノートに記入してくださいと、ハードルを限りなく下げて始めました。その人の共有ノートを使う目的は、ホームの様子を日中の人に分かってもらいたい、それが重要だなと自分は思っているの、自由記載を書かなくていいというふうになっているんです。一律に全員「共有ノートをこうやります」というよりは、その人に応じて、「できる範囲で、できる限りやる」というほうがいいんだと思います。

## ◆支援の充実のためには記録の共有が必須

- 小川 ユウキさんもサチエさんも両方、共通ノートを使っているのだから明らかなんですけど、データがすごく大事だと思います。ユウキさんのノートに記載されている体温調節や睡眠とか、サチエさんは血性の痰が出ているか、出ていないか。ユウキさんはそれが全部、みらいとの共通ノートでできているので、「ユウキさんは、この日は寝られなかったんだな」とか、「この時には体温が上がったんだな」とか、「酸素がちょっと低かったんだな」とか、すぐに分かるんです。サチエさんに関しては、そこは分からない場合があります。とりあえず朝お迎えに行き、体温を測って、「ああ、大丈夫だった」とか、ヘルパーの鈴木さんからの引き継ぎで、「血性の痰が出ていました」と言われ、不安に感じたり。とにかく体調をどうにかしなきゃいけない状況が優先され、意思決定支援に気が回りにくい事もあります。体調の情報がとにかく欲しい状況もあります。だから、重心の方に特化しているのかもしれないですけど、やっぱり体調面の引き継ぎ情報や、記録・ツールの共有というのは、私自身もすごく大事だと感じています。本当だったら重心の方、みんなにやってほしい。ご自宅での様子も知りたいし、いつ発作があったのかも知りたいし、他事業所でどういうふうに過ごしていたのかも知りたい。そうじゃないと、ちゃんとした手厚い支援はできないかなと思うんです。サチエさんの場合は、それでも何とかはなっています。でも、体調面の安定と、本人の気持ちがリンクしていると思うので、やっぱり体調管理の情報がきちんと共有できるというのは、とても大事ななと思っています。逆にいえば、会議で、いちいち体調管理の情報を共有しなくても、そのツールがあれば確認はできて、意思決定支援のところ、特化した会議を行えるのではないかな？会議までに「このように過

ごしてきたけど、この時は本人は〇〇と思っていたんじゃないか」、という検討に特化した会議ができると思います。重心で体調が不安定な方は、体調面のデータの共有はとても大事です。特にみらいの共通ノートもですが、意思決定支援のスペースまで見ている職員はなかなかなくて…。ただ「体温は必ずこの時間にチェックしなきゃいけない」とか、「トイレはここに記載しなきゃいけない」とか、データ部分の確認をするために、必ずそのノートを見るんですよ。

## ◆意思決定支援と体調の記録の「セット」が重要

- ◆ 小川 もしも意思決定支援用とデータ用でノートを分けたとしたら、多分うちの職員は、意思決定支援ノートは書かないと思うんです。みらいの共通ノートのように、両方がセットになっていないと、ノートを開くというタイミングさえも取れないということがあるので…。同じ面に両方がないと、広がりにくいかなと感じています。そういう意味で、体調データと意思決定支援というのが、セットになっているほうがいいかなと思っています。
- ◆ 高橋 体調記録が日々の記録なら、意思決定支援は大目標になると思います。小さな目標との間の関連性を考えることは、時間のかかること。その日の業務が終わるころでないと、中々書く時間を設けられないでしょうね。
- ◆ 松田 鈴木さんは実際にノートを書いているじゃないですか。プロジェクトのメンバーだけでなく、他のヘルパーも使っているんですよ。
- ◆ 鈴木 はい、使っています。
- ◆ 松田 どうですか、いまのお話。
- ◆ 鈴木 意思決定支援の前に、体調面が記載されていて、本人たちの体調が万全ではないと、その先の意思決定支援というのが難しいかなと思います。「きのう寝れてなかったんだ」と、共通ノートを見たら一目で分かるので、すごく安心して支援に入れています。今回、座談会に出させていただいて、皆さんが連携してつくり上げた中で支援をしていたんだなど。
- ◆ 小川 サチエさんの時、特にそう思います。「よくぞ、鈴木さん！」と。在宅戻ってきて、朝、最初にサチエさんの支援に入る職員さんとして、すごいと思います。

- ◆ 鈴木 みんな、不安に思うんです。一番最初の、朝一。
- ◆ 松田 不安に思うというのは、ヘルパーが支援に入ることをですか？
- ◆ 鈴木 はい。どんな状況で帰ってくるかというのが、毎回、分からないので。行ったら、「血痰、出てます、きのうから」ということもあって。
- ◆ 小川 何も情報がない中で、血が出ている事もありますもんね、しかもカニューレ内から。吸引しても出てきて…。それが「どういう状況でどうなっていた」とか、「止血剤の吸入を施設でいつしているんだ」とか、そういった情報が一切ない中、支援に入るんですよ。例えばご家庭の環境によって、情報が整理されていない状況も起こり得ると思います。家族も連絡帳を書ける方と書けない方、書く時間がなかなかない方もいたりすると思うので…。一緒に支援に入っていると、本当にユウキさんとサチエさんでの情報ツールの持つ意味の違いは感じます。
- ◆ 吉田 ユウキさんのプロジェクトを始めたころ、「本人の思い」に全然至らなかったんですよ。とにかく健康面。スタッフが不安で、もう何もできないというようなことがあって、いま、そういうお話だったのかな。
- ◆ 鈴木 はい。
- ◆ 吉田 ちょっと、ノートの話に戻ると、例えば体調が安定していないといったときも、過去の対応を参照できるというのがあるんですよ。あ、こういうときどうしていたんだろうというのが分かる。それってすごい安心感に繋がるんじゃないかと思います。



## ◆記録の共有が支援者と家族の「チーム意識」を育てる

- ◆ 吉田 あとは、書き方によって、他のスタッフがユウキさんに対して、どういう感じで関わっているんだろうという感覚や、雰囲気なども、ノートに出てくるんじゃないのかなと思う。体調のところは具体的に「こうやる」ということが書かれているとか。関係性のところは、結構ゆるく、「胃ろうからケーキ注入しちゃうんだ」みたいな、そういう感じが伝わるというのがいいんじゃないかなと。つまりノートを介して感覚が伝わるということ。あとは「一緒に支援しているんだ」という感覚が持てるんじゃないかなと思うんですよ。うちのうち、あっちはあっちじゃなくて、「一緒にこの人を支援している」。そうすると、ノート以外のところでも、「あれっ」と思ったら、お互い電話連絡をして確認をする。ノートをきっかけにして、そういうやり取りがどんどん生まれてくるというのは、とてもとても重要なことなんだと思うんです。さっき鈴木さんから、サチエさんの場合、朝行ってからどういう状態かを知るという事でした。実は、みらいにもよく連絡をもらって、「昨日ユウキさん、体調が悪かったみたいだけど、今日どうですか」と、行く前に連絡をもらえたりしますよね。それは、やっぱり関係性の問題で、どこでも本来はできるはずなんだけど、普段から知っているからできるというのは、とても重要なことなんじゃないかと。ありがたいなど、いつも思います。
- ◆ 鈴木 ありがとうございます。
- ◆ 吉田 ノートは全員にできるのかということですが、グループホームに住んでいる場合は、比較的できるんじゃないかと思うんです。それは、必要に応じて、例えばハードルをどんどん下げて、「日中のところは書かなくてもいいですよ」というのは、あり得る。自宅にいる場合、同じ生活介護事業所に毎日通っていると、二者関係だし、記録は家のほうが圧倒的に多くなるので、それを家族に「書いてきてくれ」というのは、相当負担だろうというのは、いつも思っています。サービス事業者が1カ所しかない場合も、必要ないのではないかと、いう気もしますね。何カ所も入っている場合は、横の連携が取れるという意味でもいいと思うんですけど、どうですか？
- ◆ 降旗 ウィズでは、重心の方だけじゃないので、「ノート要らない」という家庭もあるしね、そもそも。重心の方に特化して考えた場合でも、差がずいぶんとある。本当に細かく見てくれる、書いてくれるお母さんもいれば、さらっとしている家庭もあっ

- て。そこを、「このように書いてください」と言い切るには、やっぱり目的をちゃんと共有できてないと難しいなと思いますね。
- ◆ 小川 支援する事業所が少なく、家族と一事業所の2者関係で、関わる人も少なければ少ないほど、意思決定支援の検討はできないのではないかと思います。いつも支援する人が一緒に、家族、生活介護の数人で検討するよりは、本当はいろいろな人に広げて、「こういうこともあった」「ああいうこともあった」と検討し合わないといけないんだと思います。でも、関わる人が少ないと、そこが狭くなっちゃうかなと思うんです。もちろん家族が一番よく分かってるというのはあるんですけど。「ほんとにこう思ってるのかな？どうかな？」というときに、家族以外の立場同士で、意思決定について共有できるものがあると良いかなと思います。
  - ◆ 吉田 みらいで一つの生活介護事業所だけに通って、ヘルパー事業所も限られている方もいて、全員がああノートを使っていないんです。やっぱり目的なんだと思うんですよね。ノートはツールなのであって、その人に応じて、必要だったら使えばいいんだと思うんです。その人が生活介護と自宅を行き来している人だったら、必要ないのではないかと思います。
  - ◆ 小川 ユウキさんも体温が上がる時、体調面の変化が気持ちと連動しているところがとても多いと思うんです。「ジエンガ熱をやったから、こんなに体温上がったんだ」とか、「お出掛けしたから、体温上がってクーリングしました」とか、そういうことがあります。また、サチエさんも気持ちの変化で「サチュレーションが下がりました」とか。支援者の不安をサチエさんが感じちゃって、サチエさんの顔も白くなっちゃって、サチュレーションが下がっちゃうというようなこともあります。そういう気持ちの面と体調の面がリンクしているところがすごくあるので、ただデータだけがバーンとあっても、「何で体温上がったんだろう、この時間に」「何でこういうときサチュレーション下がっちゃったんだろう」という疑問だけになってしまう。そこに活動の部分や、意思にまつわることが記載されると、「こういうことをやったから、こうだった」というところが、関連づけて理解できていいのかなと思います。
  - ◆ 小川 アドヴァンスも、親御さんには体温のみを連絡帳に書いてもらうパターンが多いです。でも本当は家庭でこういうことがあったみたいなエピソードも一個ぐらい入っていると、日中お預かりする立場としては、本人の性格や本人らしさが伝わって、いいだろうなと思います。

- ◆ 新井 いまの話だと、家族にとっての記録の意味というのものもあるのかもしれないですね。ユウキさんの場合とか、週末だけかもしれないですけど、見ていただくことで、家族に何か変化があったとか、そんなことはありますか。
- ◆ 吉田 ユウキさんの場合、自宅に帰るのが週末だけだということもあるし、すごく書いてくださるお母さんなので、たくさん書いてくれますね。お母さんも自分たちが日々やっていることを参照して、「あ、こういうときはこうすればいいんだ」というやり取りもあるし、自分たちも「あ、家でこんなことするの」という驚きや気づきもよくあって、という関係にはあるんです。ほかの家族は、「無理して書かなくていいです」と言っていたんですけど、だいたい、皆さん書くのが増えていきます。そのうち「一言コーナー」<sup>3</sup>とかも、ときどき書いてあったりして、そのとき書きたい気分になったんだと思うんですよね。そのぐらいのスタンスで良いのかなとは思っています。
- ◆ 吉田 ただ、それが毎日となるとどうでしょう。小峰さんに伺いたいんですけど、ノートを毎日 24 時間、目的がもしはっきりしていれば結構書けるのかもしれないですけど、意味なしには書けないですよ。
- ◆ 小峰 そうですね、うちは子ども一人なので、一人にかけられる時間はすごく多いですけど、やはり学校に対して、毎日の連絡帳でもちょっと悩むときがあります。小学校入ったときには、書かなきゃという意識がすごく強くて、「何かを書かなきゃ」があったんですけども、慣れてきたので、書くことがないときはないので、「のんびりしました」しか書かなくて、だいぶ工夫を自分の中でするようにはしてきているんです。細かいこととなってくると、どこまで書くというのは、たぶん人それぞれだと思うんですけど、なかなか難しい面がある人もいるのかなとは思っています。うちなんか発作が結構細かくあって、書き切れないぐらいなんですね。なので、大きいことしか書かないで、「ちょっと多めでした」とか、「このぐらい続きました」ぐらいの感じで。一つ一つの発作などを丁寧に見て書くということはできないので、毎日というのは、大変な面もあり、難しいかなというときもありますね。
- ◆ 吉田 例えば、「何をして過ごしたとか」ということより、発作が気になる。そうなった時に、援助者で何か共有したいということになったとすれば、発作のノートだけを

---

<sup>3</sup> 記録様式にあらかじめ設けてある、「本人の気持ち」を記入する欄。夕方～翌朝にかけての本人の気持ちや、日中活動に対する本人の気持ち、その他本人の気持ちとして気づいたことを、それぞれの時間帯でサービスを提供する支援者が記入する。

つくってみる、ということなんだと思うんですよ。

- ◆ 小川 自分が自分の情報をまとめてやるとなったら、すごく大変だろうな。例えばそういうのを毎朝出してくださいとなったら。
- ◆ 吉田 でもやっぱり、それ、目的なんだと思う。何かを気にしてるから書くんであって。
- ◆ 小峰 そうですね、うちの場合だと、学校のノートは一応 24 時間時列があって、「ご飯」「食事関係」「水分」などがどれぐらい、と、簡単に書くんです。そのほか発作と排泄と、あと一言書ける欄、先生が書く欄があって、一枚なっているんです。朝も書きますし、寝るまで、きちんとあったことを書いて、次の日に持っていけば、「学校から帰った後に発作がこのぐらいありました」「トイレもこれぐらいちゃんとしています」というのが分かるようには必ずして持っていつてるんです。学校から帰ってきたら終わりではなく、日常的生活を先生にお伝えするようにはしているんですね。だから土日とかあったときは、土日のことを、細かいことは書けなくても、「こういうふうにごせした」とか、「機嫌悪かった」とかいうことも、全部書くようにはしてるんですけど、それをずっと続けるということになるんですよ。
- ◆ 小川 一定期間だけ薬のコントロールをするために、みんなで発作の情報を整理しましょう、などの目的があれば、みんなで書いたりできますよね。
- ◆ 小峰 そうです。
- ◆ 小川 永遠にはではなく、「いつまで…」となっていれば。
- ◆ 小峰 発作の手帳ってあるんですよ。それをもらったことはあるんですけど、ずっと書くとなると負担な気がして、三日坊主で終わりました。

## ◆ 「記録」を根拠に方向性を示す「コーディネーター」が必要

- ◆ 吉田 いま、何か見えてきましたよね。発作も、発作があるから自動的にノートを書くというよりは、何かいま困っていることなり、はっきりしているのであれば、そのことについて書くというか、必要に応じて書くという事と、その目的に対して、「いま困っているね、じゃあこうしよう」というコーディネーターが必要なんだということですよ。さらにその次に、やってみて、やっている人たちがお互いにブラッシュ

アップをしていく。必要に応じて変えていくという作業がうまく回ると、良いのかなという。

- ◆ 新井 コーディネートの話ですが、相談支援の人というのは、結局自分では特に直接的にケアをしているという立場じゃないとなると、いろんな事業所のいろんな職員の方、業務量もまちまちな中で、「強力なコーディネートへのためらい」というのがあるのではないかなと思うんですが、その点はどうでしょうか。
- ◆ 坂田 私もそれは思いますね。さっき、ちょっと言い忘れたんですけど、相談員を支援や協力する姿勢というのがすごく重要なんだと思うんです。コーディネートしている相談員に協力するという意識や相互理解や協力する姿勢が非常に重要なかなと思います
- ◆ 小川 会議の目的も、誰が発信するかによりますよね。相談員さんが目的を決めるということは、あまりないと思います。何かしら親御さんや本人の「こういうことをしたい」とか、「こういうこと困っているから会議開きましょう」という目的があって、相談員さんがコーディネートをしてくれる感じかなと思うんです。目的が誰からの発信からか？といったところは、相談員さんにとってプラン作成をすすめる上での難しさにもなってくるのかなと感じます。目的も何もないところで、「じゃあ相談員さん、コーディネートお願いします」となっても、「じゃあ、とりあえず報告だけ」みたいな感じになっちゃうかなと思うんです。誰かが「こういうことが困っていて、ぜひみんなと共有したい」とか、「こういうことをしたいんだけど、どうだろうか」という発信があると、相談員さんもまとめやすいのかなという感じはすごくしますね。
- ◆ 新井 さっき吉田さんがおっしゃっていた、この人にとって記録を綿密に共有するノートが必要だ、この人は今のところ必要ではないという判断基準や、判断して「取り組もう」という発議は誰がするのか。そしてそれがコーディネーターに伝わり、関係する援助者全員が、じゃあこの記録の共有化や援助方針について協力しようという雰囲気づくり、そういうのが重要だということですね。
- ◆ 松田 言葉で自分の意思を伝えることができない人の代弁をするときに、家族と支援者だけであったとしても、支援者側の観察だったり、想いだったりというものが、第三者が理解できるようにするためには、共通ノートが必要なのではないかと思います。重心の方の場合、家族以外で関わっている支援者は、その関わりの中で気づいた事柄は文字に落として、記録として残すことで、その記録が初めてその人の代弁をするた

めのツールになると思うんですよね。それを家族が見て確認をして、「違う」とか、「そうだ」と思うところで、初めて合意形成が行われる。確かに共通ノートがなくても合意は取れるけれども、その次のステップの、地域の第三者がかかわるようになった場合、共通ノートがあったほうがいいような気がします。医療的ケア、身体面のところは、もしかしたら口頭でもいいかもしれない。ただ、さかのぼってみるときには、本当に医療職の方のように適切に書けるならば、あったほうが、ちゃんと見返せると思うんですけど、介護職の場合には、それはなかなかうまくいかない。適切な表現だったり、データを記録できないことがあるので。

- ◆ 吉田 根拠ということですよ。
- ◆ 松田 根拠が残らないと、利用者が守られていかないというか、その方の意思が守られていかないような気がするんですよ。だから、形式は変わっていくのかもしれないけれども、何らかの記録が残って、その積み重ねがあって、将来的なその方の人生の方向性を決定するときに、いままでの状況をそれで把握ができて、意思を導き出し、代弁できるのではないかなと思うんです。

## ◆事業所内で課題を整理したうえで他事業所と共有する

- ◆ 吉田 コーディネートがどうやったら立ち上がるのかというのは、何か手品みたいな感じがするんですよ。理屈から言えば、現場で困ったことがあればそれを相談員に伝えて、相談員が関係機関からも話を聞きながら、会議をコーディネートするということなのだと思います。ということは現場の誰かが、「課題だよ、こういうのを困っているから解決したほうが良いよね」と言い出さなきゃいけないわけです。その言い出すところが、難しいというか。どうしたら踏み出せるんだろうと思うのが一つ。あと、ちょっと話戻って、さっき大須賀さんから、医療と介護では圧倒的に時間の感覚が違うという話がありました。自分もやっぱり思うんですよ、すごく。実はユウキさんの会議にも、訪問看護さんに声を掛けている時もあるのですが、なかなか来られないというのも分かっているし、来てもらっても長時間使わせてしまうというのが申し訳ないという思いも、実はあって。だから会議じゃないところで、例えば訪問に来たときに、普段の様子をなるべく要約してお伝えするようにしているんですよ。

れも、とても課題だと思っているんです。通訳というか。

- ◆ 吉田 座談会をやるのに、訪問看護さんも連携について何か思うところがありますかと聞いたら、特に介護事業所との連携については、まずアドヴァンスとか、いわはなといっても、その場所もよく分からないし、そこで何をやっているのかも、いまいちイメージがない。だから、会議で仮にそういう話を聞いたとしても、ちょっとイメージが付かないというのが一つ。次に、顔が分からない、それもイメージのしづらさの一つ。電話口でお互いの事業所のやり取りをしたときに、顔が分からないということもあって、ちゃんとそれが伝わっているのか心配だとおっしゃっていました。顔の見える関係ということですが、それはやはり必要ですよ。
- ◆ 松田 介護保険と障害サービスでも違う、大須賀さん、どこが問題なんでしょうか
- ◆ 大須賀 さっきおっしゃったように、よく分からないというやつが一番大きくて、介護保険の場合は、もうそれぞれのサービスが何をしているかというのがだいたい分かっている、事業所名を聞いても、ああ、ここは何しているところだよ、とすぐ分かるんだけど、障害の場合は知ろうとしないからだとは思うんだけど、どの事業所が何やっているということを知らない。基本的には一緒でしょ？一緒なんです。朝起きて、ご飯食べて、どこか行って、戻ってきて、で、お食事して、風呂入って寝るみたいな、一緒なんです。一緒なんですけど、それが、どこか行ってとか、そのお手伝いは誰がしているかということが分からない。私はたまたま、こういうところへ出させてもらっているから、皆さんと顔を合わせているんだけど、それ以外の人たちは分からないかもしれない。
- ◆ 坂田 大須賀さんが言ったように、広いというのも、もちろんあるでしょうね。
- ◆ 松田 場所が遠いということですね。それと、馴染みがないということも・・・。
- ◆ 大須賀 で、「それってどこにあるの」から始まっちゃう。まして、光の家といえは「ああ、山の向こうか」みたいな。
- ◆ 大須賀 さすがに光の家、知らない人はいないと思うけども、まあ、分からない。でも、知ろうとしないわけでもない。ぼちぼち、こうやって事業所に呼んでもらったり、重症心身障害児にも行かせてもらうようになったので、知らないわけでもないし、知ろうとしないわけでもない、分かろうとは努力していると思うんだけど。そして、同じ事業所の中でも関わる人が違ったり、援助するうえでの問題点が見つかって忘れてしまうこともある。だから、情報を共有するために、ある程度事業所の中でミー

ティングをして、この人に対してはどうなんだろうね、ということを集約しておかないと、外の会議へは持っていけない。

- ◆ 松田 そうですね。事業所の中で、ある程度整理をしないとね。
- ◆ 大須賀 今日、例えば、みらいから連絡があって、訪問看護による処置をどういうふうにするかというのは、すぐにできるんだけど、一步引いて全体を見るということになってくると、やっぱり事業所の中でも、情報共有のミーティングをしていないと、難しい。とりあえず個々の訪問看護で時間を割り振られた看護師は、自分の時間の中で何かが起こらないようにしてくるのが精いっぱいなので、その中で抽出し、何か頭をよぎった課題を表現するとなると、ミーティングなどで誰かと話し合いをしてみないと出てこない。
- ◆ 降旗 まったくそう思います。現場の人たちは、自分の業務の範囲内で何かが起きないようにというのを最大限考えちゃうので、大事な課題と、よぎったことなんかは、もっとしっかりと取り上げて共有しなくちゃいけない。逆にそんなに考えなくていいことなのに、大きな課題にして、事業所の中でワアワア不必要に騒ぎ立てちゃう。そういうこともあったりするので、そこのへんの道筋を付けるのは事業所長だったり、サービス管理責任者だったりというような取りまとめの人が必要だなと思うんですよ。介護保険と障害福祉サービスを比べると、ケアマネジャーと訪問看護の関係性はずいぶん馴染んでいるけど、障害福祉の相談員と訪問看護の関係性というのが、まだそんなにないと思うので、時間をかけないといけないのかなと、ちょっと思います。

## ◆各職種が発見した課題を要約して発言できる力が重要

- ◆ 吉田 ユウキさんが、入院した時とか、胃瘻が抜けたという時期がありましたよね。そういう時こそ、普段の連携力が生きてくるんだと思うんですよ。それがさらに強化される重要なポイントなんだろうなと思っています。連携と談合は違うじゃないですか。トラブルがあった時、それに対してみんな「何とかしよう」という関係性を普段から作っておくことが、大切だなと思います。あと、さっき降旗さんがおっしゃった、実際に困ったときに、それを何とかしようとか、ちょっと一步引いて問題を整理して考えるというのは、今までのやり方のブラッシュアップを行うことにつながるん

だと思うんです。それは現場の人にとっては短期的には仕事が増えるわけですよ。長期的に見ると、より楽なはずなんだけど、そのハードルをどうやったら越えられるのかということ。ハードル三つありますよね。最初に課題があったときに何とかしなきゃと思うこと。じゃないと、コーディネートがそもそも始まらない。その後のブラッシュアップもハードルです。そして、医療職と福祉職の、時間感覚の違い、言語の違い、とかいうのをいかに埋めることができるのかということ。

- ◆ 吉田 医療職のミーティングなら短時間で終わることを福祉職の会議は2時間かけるわけですよ。しかも会議が終わってから、ようやく話し始めてまた会議が始まるみたいな感じじゃないですか。そのスタンスの違い。
- ◆ 大須賀 会議の中で厳しく批判されずに来た人もいたり、一回でも批判されるとうまく会議に参加できなくなってしまうりする人もいますよね。
- ◆ 松田 医療は命に直結するので緊張感がある、介護は生活だから、何かふわっとしているということでしょうか。内輪の話をすると、うちのヘルパーステーションでは、今年、仕組み変えたんです。理由は、サービス提供責任者がきちんと事業所内の取りまとめをして、意見を持って会議に出ることができない場合があって、自分の想いだけで会議に出ているから、課題が事業所としての課題ではなくて、その人の課題で会議に出してしまうので、それを変えようと思ったんです。できれば、事前に事業所内で会議をして、課題を明らかにして、連携機関との会議に出られれば良いのですけれど…。課題が明らかになるし、参加する人が見えていなかった課題までもが把握できて、とってもいいのですが、それをするには時間がかかるんですよ。そうすると通常業務の中では、その時間を取れなくて、うまく進まない。今日もお話を聞きながら、現実のところ難しいなと思ったんですよ。
- ◆ 小川 そう、人を育てなくちゃいけないんだと、最近とても思います。看護師免許持っていないなくても、医療について考えられる人をつくっていかなくちゃいけない。
- ◆ 松田 会議を短くして、効率的に仕事を進めるためにも、「人を育てる」ということがとても重要ということですね。
- ◆ 新井 今回の座談会により、重症心身障害児者を地域で支えるための「連携」については、次のようなことが必要だということがわかりました。

まず、重症心身障害のある方々には、医療や福祉はもちろんのこと、地域活動も含めて、様々な担い手によって地域生活を支えていく必要があるわけで、支援者同士が

しっかりと情報を共有するために、何らかの共通のツールをつくる必要があるということでした。今回は「共通ノート」が用いられましたが、このようなツールを用いた際には、関わっている支援者全員が、その必要性を感じて行うことが重要であることも指摘されています。

一方で、そこに記載する内容としては、要点を絞って「必要な情報」のみを記載することや、各職種が「必要な情報」をすぐに把握できるような様式であることも重要であることがわかりました。そして、特に重症心身障害児者の場合、体調が不安定になることもあります。その事実に関する記録と、日中活動として何をしたのかという記録が一体的に記載し、または見ることができるほうが、本人の状況をより深く知ることができる、という指摘もありました。

記録が共有されることにより、実際に会って話をするケア会議において、体調面の細々とした変化の報告に時間を割くことなく、「本人の意思」に関する議論により時間を使うことができること、また支援者の間はもちろん、家族も含んで「チーム意識」を育てることになる、ということもわかりました。

このような意味のある記録を書いたり、有意義な情報共有を行うことができるようにするためには、事業所内でまずしっかりと課題を共有したり整理することが重要であり、そのためにはそのようなスキルを個々の職員が獲得できるよう、人材育成を行っていく必要性についても指摘がありました。

共通ノートなどのツールを用いて、とても綿密に情報を共有することは、すべての地域で生活する利用者に対して実施することは困難かと思われます。しかし、複数の事業所のサービスを利用している方などで、本人の意思の把握も困難な人である場合などは、一定期間、ないしは定期的に共通ノートなどのツールを用いて、しっかりと情報共有を行う期間を確保し、その記録という根拠をもとに、本人の今後の人生の方向性や挑戦を決めていくことが必要そうです。そのためには、相談支援専門員はもちろんのこと、日中活動の事業所や訪問サービスの事業所の支援者においても、援助する方の現状や今後の生活課題に対して長期的な視点を持ち、必要に応じてこのような綿密な情報共有を行う機会に積極的に参画すること求められそうです。



**第7章 重症心身障害のある方々の  
意思形成支援をどう考えるか（座談会）**

これまでの取り組みを通じて、私たちは重症心身障害のある方々の「意思」をどのように考え、またそれをどのように把握し、支援に結び付けていけばいいかについて考えてきました。支援者は、意思決定・意思形成の支援をどのように考え実践してきたのか、また今後実践したいと考えているのかについて、座談会を行いました。

## ◆本人の意思に関する記録は必ず行いたい

- ◆ 降旗 意思決定支援を日々の援助の記録の様式の中に落とし込んでいくというのは、個人的な考えでは、それは必ずやるべきことなのかなと思っています。目的に応じて、その様式がさまざまあったとしても、意思決定支援、つまりその人の様子と、それに対する考察というのは、必ず入れるべきことになってほしいなと思います。様式の主目的がさまざまで、発作に特化したものであろうと、体調のバイタルの変化に特化したとしても、働いている様子に特化したとしても、意思をどうやってみんなが共有するかというのは、必ず様式に落とし込んでいくようにしたいと。
- ◆ 小川 特に重心の方で、表出が少なかったりすると、そこが抜けやすくて。ただ、単純に「今日は～活動をしました。」の報告のみで終わってしまう書き方もあったりして。その日の行動だけが表されて、活動と自分の気持ちがうまくつながった形で、どういう反応がありましたという部分が、見落とされがちになってしまうことがすごく多いです。それぞれの主観で、ノートを書いていると思うんです。主観だからこそ、それぞれのスタッフから見たその人らしさというのが、記録には表れたりすることがあると思います。現場の中で、支援者から見てこういう反応があったというのを、支援者がくみ取って書いてという感じなので、別々な意見があってもいいのではないのでしょうか。その場でその意見をどんどん書いていくことで、意思決定支援の構築につながるのかなと思います。ノートを見た人も、「この人はこういうふうに見ているんだ」とか、「この人はこういうところを見ているんだな」という、支援者側の目線もすごく伝わるかなと思います。ユウキさんの場合、色々な方が関わってくださっているので、共通のノートを見ると「鈴木さんはこういうふうユウキさんのこと見ているんだ」とか、「他事業所の職員さんはこういうふうに見ているんだ」というのがよく分かるので、意思決定支援の記録の上では、とても大事な積み重ねだと感じますね。

## ◆長期的な視点から「本人の意思」を考える必要がある

- 吉田 会議の時間感覚の違いのことと、意思決定のことを考えると、さっきおっしゃっていたユウキさんの会議は、やっぱり日々の体調のことよりは、1カ月とか、3カ月というちょっと長いスパンで見たときに、「本人の想いはどうだったんだろう」というところが中心なんですよね。これはやっぱり5分10分じゃ終わらなくて…。いろいろなことをこの3カ月でやってきた。映画見た、この映画はどうやって決めていったんだとか、それにまつわるエピソードがあるわけですよね。関わった人それぞれの主観をノートにぶつけてよいし、それしかできないんだとも思う。そうした、それぞれの想いがヒントになって、どれかが正しいというよりは、大きな流れの中で、ぼんやりとユウキさんが見えてくるようなイメージというか…。自分はそんなふうに思っているんですよね。そのぼんやりとしたものを頼りに、「じゃあ次、こんなことをチャレンジしてみようか」という話になっているんだと思うんです。そうやって毎回毎回振り返りをやるんですけど、意思決定といいながら、一回も大きな意味では決めてないんですよ、どこでも。全部、「どうかな」と思いながらやって、それをすごく積み重ねて、漠然と、「こうだったのかもな…」と。そういう漠然としたものを頼りに次に繋げているので、あらかじめ、例えば「ディズニーに行く」という決定はしているけれども、それが正しいかどうかよく分からない。でも、とりあえず関係している全員が「きっと本人はこれ好きだろうな」と思えたんですよね。だから「分かんないけど、やってみよう」と。こうしてディズニーに行くことになったけど、その前後はもう大変。本人は楽し過ぎていつ熱が出てもおかしくない、みたいな感じになった。「ああ、やっぱり好きだったんだ」と後から思える。2つの話になりましたが、一つは、会議の時間については、目的がそもそも違う場合には、どうしても一定程度長くならざるを得ないのではないかと思う。そしてもう一つは、自分は今でも「ユウキさんはこうだ」なんて決定できないと思う。一つの事柄でどうのじゃなくて、数カ月の彼の様子から漠然と浮かび上がってくるイメージを関係者で共有して、「きっとユウキさんはこう感じていたのかな」とか振り返ることしか出来ない。
- 松田 「意志を決定できない」という話ですが、当初、このプロジェクトは、最終的にはモデルの方のグランドプラン、個人総合計画をつくる、将来にわたっての計画を立てる、1年、3年、その先の計画を立てようということで始まったけれど、先のこ

とまでは中々分からないということで、立てられなかったですよ。直近のことも本当は分からないけれど、「たぶん、そう、なんだろう」というところで支援をしてみ、支援をした結果、ディズニー行った。そうしたら、とっとうれしくて、「間違っていないかったんだね」という確認をするということの繰り返しなんです。逆にいえば、もしかしたら、これが「ディズニー行きたいと言っているんだ」と思っていたけど、「全然楽しそうじゃなかった」ということもあるから、そうすると、それは「意思決定、いや、支援したけど、ちょっと違った」ということになる。だから、「完全な決定」はできないんですね。



- ◆
- ◆

### ◆チームで関わることで見える本人の「気持ち」や「未来」

- ◆ 大須賀 意思決定に関して、私はこのプロジェクトを始める前までは、「本人の意思について考えよう」という気持ちになかった。「この人はほんとにこう思っているのだろうか」とか、「この先はどういうふうを考えているのだろうか」とか、そういうこ

とを感じようとする私の気持ちはなかった。だけど、このプロジェクトをするようになって、何かのときには、「何かの意思を持って、こう訴えているんじゃないか」とか、そういう目で見られるようになったことは、とても大きいんだと思う。それが「記録に残っていった積み上げたもの」なんじゃないか。最初は「3年先を考えなきゃいけない？そりゃあ大変だな…」と思ったんですよ。最終的には「3年先どうするかということは考えられない」ということになったけれど、現実的には、「こういうふうになっていくんだろうな」というようなことは、見えているような気がする。皆さんが関わって、場面・場面で感じたこと、たぶん今までは漠然と「ああ、喜んでるんだ」と考え、例えばディズニーランドも、行事として計画したら、「この人が楽しもうが、楽しむまいが、行きたがろうが、行きたがらなかろうが、それは決行する」というようなものだったんじゃないか。それが、行った後に本人の様子を様々な職種が振り返り、共有することで、「この人はディズニーランドに行って楽しそうだったな。じゃあ、これはこの人の意思に沿ったものだったんだろうな」という思考回路になった。このプロジェクトをはじめて、私が得たものはそれなんだと思う。

- ◆ 降旗 僕も直接ユウキさんの介護には関わりがないです。会議に出席して、皆さんの話を聞いていると、出来事に対してユウキさんの反応があって、それを皆さんが評価することによって確かめられるという、そういうサイクルがあります。特にお母さんの話が聞けるのは、すごく分かりやすく、例えばGF、ガールフレンドがいるという話。それ出しちゃまずい？（笑）ガールフレンドの話のときに、「いや、それは職員の主観だけじゃないかな」という思いもあったんだけど、やっぱり家に帰ってもこれまでと違った、お母さんから見ても違ったというフィードバックがあった。そういう事例が無数に折り重なって、「彼にはちゃんと意思があるんだな」というのが実感できたんです。でも、僕らが感じている彼の意思というのが、いわゆる意思決定支援のガイドラインの中でいうとどんな支援の対象なのか、ちょっと分からないところです。いま実践の中からできるであろうと思っていることは、ディズニーに行ったけど、「ディズニーの何がよかったのか」を考えること。彼は、ディズニーの光とか、音とか、そういうものから「楽しい」という印象を得て、それがまたフラッシュバックするのか。記憶として残って、「次も行きたい」と考えているのか、そのような意思の構造を、できるだけ理解していくように近づけていきたい。そこが科学性と言えたらいいなと思っているんだけど、そういう作業を通じて支援目標、ユウキさんに

とってのグランドプラン、このチームの行動計画みたいなものができるだろうとは、なんとなく思うんです。

- ◆ 大須賀 今回のモデル事業の取り組みで得られた「本人の意思」に関する考え方を、他の人にも当てはめて、「このような取り組みをしていくと、本人の意思に近づこうとしながら支援を行うことができる」、という認識になっていくんじゃないか。意思を把握するために、じゃあ、しっかりとかかわって記録を共有してみようか、ということになるといい。
- ◆ 吉田 ディズニーランドについては、「行こう」という話になった時が重要だと思っています。あれは「みらい」に住んで3年目でしたが、それまでを振り返ると「ユウキさんはいろんな挑戦を乗り越えてきているね」という話になった。そして支援者もある程度本人の緊張や発熱にも対応できる。そういう状況だったので、「今のユウキさんならディズニーにも挑戦して欲しいし楽しいんじゃないか」と、みんなが思えたんですよ。一般的に「ディズニーランド=楽しい場所」、だから行く、ということではなくて、いまの彼の状態、それは過去数年を振り返ったときに、しかも彼を取り巻く支援者も含めて、「きっと楽しいだろう」と思えたことがすごかったと思う。

## ◆人の意思は他者との関わりの中でつくられ、変化する

- ◆ 松田 聞いてもいいですか。それは、ユウキさんの意思なのか、周りの支援者の意思なのかという事なのですが…。私、初めからこのプロジェクトは意思決定支援について検討するとしていたので、ユウキさんが「みらい」に移ったその日から、「意思決定支援のための取り組みが何とかできないか」と考えました。要するに、「地域との関わりはどうしたらよいか」「社会参加はどうしたらできるのか」とか、そんなことを会議の中で話した。それに対して吉田さんからは、「まずは体調を安定させることと、みらいでの生活を安定させることが先だから、地域の関わりとか、いろいろなもののことは、できない。ちょっと待ってください。」というお話があったんです。でも、ユウキさんって変わってないんじゃないかなって…。要するに、ユウキさんという人は楽しむとか、外へ出て行くということが、住む場所が変わったことで、逆に制限されてしまっているとか、楽しむ機会が減っちゃっているということはないかな、

でもやっぱり、それは支援者の問題が大きいのかなと思ったんですけど…。いまの話  
を聞きながら、私たちが考えるべきは、支援者の意思なのか、ユウキさんの意思なの  
か、それとも両方の意思なのか、それはどうなのでしょう。

- ◆ 吉田 最初のころ、自分もユウキさんと関わりが浅かったころ、「意思のくみ取り」  
という話をこのプロジェクトでもしていましたよね。そのときのイメージは、「暗闇  
の箱の中を探すとユウキさんの想いがどこかにあるはずだ」、みたいなイメージだっ  
たんじゃないかな。自分はそうだったんですよ。でも、だんだん関わっていくうちに、  
人は「単体」ではあり得ないと思うようになったんですよ。誰でも。周りのスタッ  
フ、関わる人、相互作用の中で何かが生まれていくんだと思うんですよ。それが、こ  
の間「意思の汲み取り」や「意思決定支援」ではなく、「意思形成支援」という言葉  
を編み出した根底にある考え方なんだと思う。例えば今のユウキさんなら、「ディズ  
ニーへ行ける」とか言っておきながら、全然知らない人とディズニーへ行ったら、ユ  
ウキさんびっくりすると思うんですよ。それは相互作用じゃないですかね。関係性。  
自分たちもそうじゃないですか。あと、親の想いと本人の想いが違うという話もよく  
出ると思うんです。これも、自分たちもよくあると思うんですよ。普通、親子だって  
別々の人間なので想いが違う。うちの若いスタッフとか、もちろん二十歳越えていま  
すけど、いまだに「親が駄目って言うから」とか言うんですよ。そういうのは多かれ  
少なかれ、あると思うんですよ。だから、そこを完全に切り分けて何かをするって、  
やっぱりできないんじゃないかなというのが、最近思うところ。つまり、人は単体で  
何かはあり得ないけど、本人が嫌だなど思っていることを、過剰にやられるのは、も  
ちろん嫌だと。
- ◆ 松田 それって、何かジャッジできるものがあればいいですけど…。例えば「過剰」  
とおっしゃった。どこからどこまでが過剰で、どこからどこまで適切かという判断は  
できないじゃないですか、判断してくれるところがあるわけでもない。だから、やっ  
ぱりそこは、本人の意思を考えるときには、「家族」の思いじゃなくて、「本人」の  
想いを最優先にしよう、と考えていないと、いけないと思うんです。「家族」の言う  
ことももちろんなんだけど、やっぱり「本人はどう思っているのか」というふうに考  
えないといけないと思うんです。
- ◆ 吉田 もちろん、そう思います。
- ◆ 松田 逆にいうと、家族だけではなく支援者についても同じことが言えますよね。

- ◆ 降旗 長く付き合っている人が全て分かるかということではないというのは、皆さん理解できていると思います。僕もそう思うんだけど、ユウキさんの支援会議を見ていて、お母さんとユウキさんのやり取りを見て支援者が学ぶこと、そのやり取りの根底にあるものが伝染して、その中で同じ感覚・マインドみたいなものが形成されていく感じはあるなと思っています。しかし、それが本人の意思と一致しているのかどうかというのは、どうやったら確かめられるんだろう。確かめることができないんだったら、チームで合意していくというのが、合理性があるのかなと思う。例えば、ユウキさんが一言でも二言でも言葉で伝えてくれるのであれば、また違うかもしれないと思うんだけど…。
- ◆ 小川 たぶんユウキさんのガールフレンドの件は、お母さんはびっくりした事だと思います。お母さんが、ユウキさんに好きな子がいるんじゃないかとなったときに、今までお母さんが抱っこして、揺らして遊んだりした時に一切笑わなくなったんです。そして、照れた表情とか、お母さんが見たことないような表情をするようになって。お母さんは、今までに見たことないユウキさんがいて、すごく寂しい気持ちがあったと思います。でも結局ガールフレンドとは別れるんですけど…、別れた後、お母さんちょっとうれしそうにしていました(笑)。でも、意思決定支援を考えれば、はたしてそのガールフレンドのことを、ユウキさんが本当に好きだったのかどうか、ということも考えることは大事だと思うんです。そういった変化が起こった時に、家庭でも同じ変化があった、ホームでもガールフレンドとの写真を見て、興奮して寝ることができないなどの変化があった、などの情報があって…。色々な場面での共通した変化があって、「やっぱりユウキさん、ガールフレンドにときめいているんだね」となるのでは？と思います。そしてお母さんも、もう認めざるを得なくなる。ユウキさんが「お出かけしたくない」というようなことも一緒のことだと思うんです。いままではお出かけが大好きで、車いす乗ったら、興奮するということがほとんどだったけど、ユウキさんが、「出掛けたくない」という表現するんだと。
- ◆ 吉田 それ、自分には分からないんですけど、小川さんも鈴木さんも言うじゃないですか。「嫌だって言うんです」って。だから、きっとそういうときがあるんだろうなと。
- ◆ 降旗 それ自体は、もしかしたら関係が醸成されて、そういうことがわかるようになっていくと思う。一方で、ユウキさんも変わってきていて、意思も変化している、と

いうふうに見ることも大切…。

- ◆ 小川 決めちゃいけないのかなというの、あります。
- ◆ 降旗 決めちゃいけない。
- ◆ 小川 ユウキさんは、今ディズニー好きかもしれないけど、これからディズニー以外のものを好きになる可能性あるわけじゃないですか。だから、現状「好きかも」という枠の中に、ディズニーとか、カフェへ行くことが生活支援の中に入っている状態だと思うんです。でもそこで、「ユウキさんはディズニー絶対好き」と決めつけてしまうと、そこで意思が終結しちゃう感じがするんです。そこで、今参加している活動の前後を振り返ったり、さっき降旗さんが言っていたように、「ディズニーは夜のライトアップが好きそうだから、同じような光のところへ今度行ってみよう」とか、試行錯誤を積み重ねる中で、「やっぱり反応がたくさんあるからディズニー好きなんだね…」と振りかえられるのかなと思います。「ディズニーに1回行って興奮したから、ディズニー好きですね」と決めつけてしまうのではなくて、やっぱり人の意思を終結させちゃいけないとは感じますね。
- ◆ 松田 小川さんのお話は、親御さんも本当に長い間一生懸命見てこられて本当にわかっているけれど、関わる人が変わる中、どんどん本人も変わっているということでしょうね。

## ◆「本人の意思」を完全に決めることはできない

- ◆ 松田 支援者も長く関わったとはいえ、変わっているのを見過ごしたり、見落とししたり、見なかったり、見ようとしなかったことで、間違っただけを判断しているかもしれない。そう思うと、さっき「決めちゃいけない」とおっしゃってましたが、本当に「決めちゃいけない」のだろうなと思うんです。
- ◆ 新井 「決めちゃいけない」ということにするのか、それとも暫定的には、何らかの判断はしなくちゃいけないので、かつ、中長期的には目標はやっぱり定めないとはいけないのでは。「このような目的でディズニーに行く」などという目標。「決めちゃいけない」ということで終わってしまうと、何も変化のない共通認識になってしまうので…。完全に意思を判断できる力は援助者は持ち合わせていないけれども、でも目標を絶えず一緒に設定していくというような感じでしょうか。
- ◆ 松田 そうですね。おっしゃるとおり、決めるということに関して。
- ◆ 新井 「人の意思」や「意思を決める」ということに対して、畏怖を持たなくちゃいけないと…。
- ◆ 松田 嫌なんですよ。すごく抵抗感があつて。例えば私たちでも、これがきっと利用者にとって一番ベストだろうと思っていることが、「でも、もしかしたら違うかもしれない」、の「もしかしたら」をいつも持ち続けないと、ほんとに不利益な、利用者にとって不利益なことをしていても気づかないでいるかもしれない。もし「チームによる本人の意思決定支援」が一般的になったときに、「こういう会議をしました」「こういう検討をしました」「その結果、これがこの人の意思です」と決めたことが、実はその人にとっては最善ではなくて最悪かもしれない。その結果、「いやいや、会議で決めたことだから」となるのは、怖いかなと思っています。
- ◆ 新井 援助者の「モラルハザード」の問題もあります。
- ◆ 松田 そうなんです、だから、それをどうやって抑制というか、歯止めを掛けるのか、その仕組みをつくるのが、大切だと思います。いろんな人が世の中にはいるから、そこが怖いんですよ。
- ◆ 大須賀 だから、一人で決めないんだよ。だから、「みんなで決めましょう」ということなんじゃないの。
- ◆ 新井 小川さんがおっしゃっていた、「一つの事業所だけで大丈夫なのか」というの

は、そこにつながるのかなと思いますね。

- ◆ 松田 多数の事業所や関わる多数の支援者の中に、「いや、それはおかしい」と、一つでも言ってくれるところがあったらいいんですが…。いつもそういう不安がありません。

## ◆長期的視点/発達の視点/多様な視点…

- ◆ 吉田 ユウキさんの場合でも、これからも支援者が少しずつ交代して、支援会議に来るメンバーも少しずつ変わっていきます。その新しい人たちが感じたこと、そのことだけでユウキさんの何かを決めちゃう恐れというのが、やっぱり自分もあります。だから、いま、ユウキさんの1年の「新聞」を毎年つくってみたらどうか、と考えています。彼の人生の大きな流れをちゃんとつなげてほしいと思うんですよ。それをいかに伝えられるのかというのは、課題だと思っています。細かいことじゃなくて、それはやっぱり大きな、「彼はこの5年間どう生きてきたんだ」ということを、そのラインから大きくズレない方向で、次の人が支援をしてもらえたら良いなと思います。さっき小川さんが、「いまディズニー好きだったからといって、ずっと好きとは決めない」というのは、自分も大事だと思う。Amazon、皆さん、使ったことはありますか。Amazon は一回買うと、お薦めがいっぱい出てくるじゃないですか。あれ、すごい便利で買っちゃうんですけど。でも、自分の人生を振り返ったときに、自分でもびっくりするような自分に出合う体験ってなかったですかね。こんな自分は想像してなかったのに、意外とこうなっちゃって、こんな自分もいたんだ、みたいなびっくりする発見って。Amazon の中では、それは絶対起こり得ないと思うんです。偶然の出会いとか。そのバランスって、どうしたらいいんだろうと。
- ◆ 降旗 そう、すごい、そうだね。まさにユウキさんに、Amazon のようにわれわれは、「これがいいよ。このぐらいの範囲の中から選んでよ」ぐらいになっているとしたら。
- ◆ 小川 そうです。でも、そこでユウキさんは「行かない」「僕やらない」という否定的な意見が言えている、表現できているというところがすごく大事なところなのかなと思います。何でも参加できたからよかったじゃなくて、本人が、やりたくないという気持ちをちゃんと出してもらい、それを周囲が理解できるというのが、すごい大事

なのかなと思います。Amazon みたいな、「あなたが好きかも？」というラインナップが出てきても、「いや、別に自分はそんな物まで求めてないし」みたいな拒否もすることができる。

- ◆ 降旗 ただ、選択肢と示し方というのは、意思形成とか、意思決定でも一緒なんだけど、どこまでの選択肢を考えたらいいかなど、悩ましいですね。無限にあるわけだし、われわれもできることが限られているかもしれない。海外旅行も気軽に提案できるかというところ、そうでもない。限られた水準があるかもしれないし、そこまで考えると難しいですね… 確かに…。
- ◆ 小川 それも「誰が決める」という話になりますけど、「やらない」という否定ができる人、サチエさんなんかははっきりしているからいいんです。でもそれができない、ほんとにそういう表出もできない人に対して、Amazon みたいな現象をどうするかというところは、すごいありますね。
- ◆ 大須賀 すごいね、Amazon。
- ◆ 新井 Google とかもそうですよね。検索したやつが全部、フェイスブックとかにも、いつの間にか広告が。「あれ、さっき調べたやつが、ここに広告がある」とか。
- ◆ 小川 「友だちかも？」とかもそうですけど…。
- ◆ 降旗 「俺、こんなの好きだったんだ」と無意識に意識させられていっちゃう。本当はちょっと調べただけだったのに。
- ◆ 新井 例えば、うちの子どもも就学前には『おかあさんといっしょ』が好きで、それがずっと好きだったからといって、小学校、中学校にあがってもそれを見せることはないし、見ない。やっぱり一つは年齢相応の発達や、きょうだいとの関わりの中、同世代の人の関わりの中で、いろんな判断基準を入れていかないといけない。支援者の支援者的な思考で、「これが好きなんじゃないか」という判断に留まってしつてはいけないんでしょうね。
- ◆ 吉田 いろんな「アソビ」が必要だと思うんです。ハンドルにも「アソビ」があるような感じで。ユウキさんを振り返ると、日々の関わりの中で結構フリーハンドで「アソビ」があったりする。いろんなことに挑戦したり、しなかったりしているわけじゃないですか。そういうものの積み重ねから何かが発見されていく場合も多いんじゃないかなと思うんですけど。
- ◆ 鈴木 ユウキさんと関わっていて、「きっとユウキさん、これは好きだろうな」と思

って、水族館に行ったんですけれども、結果、泣かれてしまって…。それも新しい発見だったので、本人も行ってみないと分からないし、こちら側も行ってみないと、本人の表情を見て。だから、いろんなことを経験してみて、ユウキさんの「これは好きだけど、これは嫌いだよね」と本人に確認していく。ユウキさんの場合は、たぶん確認は取れるんじゃないかなと思うんです。

- ◆ 小川 「こんなユウキさんもあるんだ」というのを知るために、新しい職員さんやユウキさんをよく知らない職員さんとの出会いは、すごい大事だと思っています。ユウキさんに慣れている職員さんだけで固めてしまえば、ケアの面や連携は、充実しやすいと思うんです。でもそうすると、だいたい「今ユウキさん、こういうこと好きそうだろう」となんとなく感じる事が多くなると思うんです。でもそこに、新しい人がいきなり入って、「ユウキさん、これ試してみましようよ」と今までにないような提案をしてきたら、まったく違う刺激が入ったり、私たちが思いもつかなかったような体験ができたりして、ユウキさんの新しい「好き」と出会うかもしれないと。それがいままでの流れに合っているか、合っていないかとか、そういうこともあるのかもしれないですけど、全く新しい関わりもすごい大事だと思います。だから、小学生の下校を見守る「見守り隊」とかも、そうかなと思うんですよね。「見守り隊」に参加して、あそこだけの、その日だけの関わりという人がたくさんいるかもしれないけど、いつもと違う新しいこと、変化があそこにはある。ハイタッチしてくれる子もいれば、素通りする子もいて。そういうところで、「ユウキさんらしさ」というか、そういうものがつくられていく。決まりきった人たちの中で、「ユウキさんはこうだよ」というところで終わりにできない部分がどんどん見えていくのかなと…。その新しい人との出会いというのは、すごく感じますね。

## ◆様々な決断や挑戦を行い、振り返り、改善する仕組み

- ◆ 吉田 「みらい」に住むときも、その決断は、本人はしていないと思うんですよね。もちろん条件を整えば、見学とか体験で泊まるとか、いろいろできたかもしれないけど、そういう状況でもなかった。そういうときも「決められない」と思うんですよね、絶対。で、取りあえずやってみるしかない、というか。結果として、何年かたって、

絶対楽しいと思うんですよ。いまの生活が嫌だとは思っていないと思う、総体として。そういう「人生の挑戦」みたいなものって、準備しまくって、できる限り情報を集めて決定する、みたいなのはあるかもしれない。その方が良い部分もあるかもしれないけれども…。自分は、でも、結果を振り返るということしか、できないんじゃないかと思うんですよ。ただし、その振り返りをしないんだとしたら、それはひどいと思います。

- ◆ 大須賀 人間なんて、流されるほうに流される。自分だって、だいたい流されてきたような人間なのに、そんな、すごい意思を持ってこれを決定したとか、そういうふうには、なかなかならない…。その中でよしとするか、もう一つ違う選択肢を見るかということなのでしょうかね？
- ◆ 吉田 例えば、入所施設やグループホームに入ったから、別の生活の場所の候補は、その後、全く考えなくても良いみたいな……
- ◆ 大須賀 「施設やグループホームの入所が決まったことで完結」ではだめですよ。
- ◆ 吉田 ユウキさんも、「みらい」のことは分からないけど、「とりあえず住んでみましょう」と。「駄目だったら、若いし、また家に帰ればいいでしょう」という話は、よくしていたんですよ。それって大事じゃないですか。取り戻せるというか、やり直せる可能性があるというか。でも人によっては、あるいは状況によっては、もうどうしようもなくて。「緊急でこれが必要」みたいなことはあり得るけれど、後でもう一回それを振り返る仕組みが大切だと思う。
- ◆ 小川 そういう仕組みが大切なんですよ。「駄目だったら、いいじゃないですか、また戻れば」と、吉田さんが言える人だからいいけど。そうじゃなくて、本人の意思とは別に周りの人が「せっかく入ったんだからもうずっとそのままがいいよ」という話だけになっちゃうと、選択肢がなくなってしまう。だから、振り返るということが大切ということですね。「それで本当によかったか、どうか？」ということですね。
- ◆ 新井 年間の新聞をつくるときに、やっぱり、おのずとそういう作業になるんですよ。そういう1年間の、いろいろ支援者で決めてきたことの妥当性を検証する仕組みを持つことも必要ですね。
- ◆ 松田 新聞にしたのは、それを公にできるから、みたいな感じもあるんですか。
- ◆ 吉田 次の人に伝えるということと、自分たちが振り返れるという両方の意味があるだろうと思って。やはり大きな流れとして見るというのが大事だと思うんですよ。

一つの出来事だけ取り上げて、どうのじゃなくて。だって毎日生きてりゃ、いろんな日があるわけじゃないですか。そんなふうに思います。

- ◆ 新井 それを作成するときは、いままで共有してきた記録をもとに、定期的に作成してきた全体のサマリーなども見ながら、ということになる。
- ◆ 吉田 先日、年間サマリーを5年分、全員で見て、「この年こうだったね」「この頃、こうだったね」と。「いま思えばマニュアルがこのときにできたから、この後が違ったんだね」ということを、懐かしく振り返りました。だから、サマリーは大事だと思います。
- ◆ 松田 サマリーというのは事業所ごとのサマリーじゃなくて、全体のサマリーですね。それをどのようなケースの利用者まで広げるかは、考えないといけないですね。作業量としても大きい。
- ◆ 吉田 そして事業所内でも、あれを誰かに引き継いで、「やってください」というのは大変でしょうね。
- ◆ 松田 一方で、支援者のトレーニングにもなって、サマリーを書いたり共有することが皆ができるようになると、会議も短く、意思形成支援の部分に十分時間がさけるということにもなりそうですね。
- ◆ 新井 どんな利用者の記録であっても、「本人の意思に関する記録」は必ず行いたい、という発言から始まり、長期的な視点で本人の意思を考えることの重要性、そしてそのためには関わっている支援者がチームで「本人の気持ち」や本人の未来について考えることが大切というお話がありました。しかし、意思は多様な環境や他者とのかわりの中であつくり、変化するものであるので、「本人の意思」を完全に「決める」ことはできないのではないかというお話。そして一定の方向性を出すにあたっては、長期的な視点、発達の視点、支援者だけの視点ではなく多様な視点から考えることの大切さについての指摘がありました。このような観点からの意思形成の支援は、何らかの仕組みを作っていくことが必要ですが、今後はモデル事業で行われてきた方法論をもとに、意思形成支援の仕組みづくりについて、さらに研究・検討していく必要があるだろうと思います。



**第8章 重症心身障害のある人を  
地域で支えるために**

## 8-1 専門職連携とは何か

### (1) 現代における「専門家」の2つの課題

障害や病気をはじめ、様々な健康の課題・生活の課題のある人々に対して、医療・福祉・教育などの専門的な支援を行う者を、私たちは「専門家」と呼びます。辞書では「専門家」を「ある特定の学問・事柄を専門に研究・担当して、それに精通している人。エキスパート」（大辞泉）としており、一般的も、独自の体系を持つ各専門分野の養成課程を修めた「専門家」が、様々な分野で活躍しています。

しかしながら、保健医療福祉や教育の分野においては、単一の専門家によるアプローチでは限界があることはすでに明らかです。各専門家は、自らの専門的知識と技術を深めるとともに、その知識と技術を持ち寄りながら、現実の地域社会に生きる様々な疾病・障害・健康/生活課題のある人々の前で、専門領域を統合化させる必要があります。すなわち、現代の専門家は、自らの専門性をさらに磨く努力と同時に、他の専門領域と連携しながら援助しようとする努力を、同時に追究していくことが必要です。

加えて、障害や疾病、生活課題のある人々の、「その人のその課題」に対する一番の専門家は、本人であることも忘れてはいけません。障害や病気などのある本人はもちろんのこと、その方々と一緒に暮らしたり介護したりしている家族なども含まれるでしょう。

このように、専門家は、自らの専門性を追求すると同時に、本人や家族を含む多の専門家と手を取り合いながら、支援する必要があります。どちらか一方が大切なのではなく、この2つの努力を行うことができはじめて、「専門家」と呼ぶことができるのではないのでしょうか。

## **(2) 重症心身障害を持つ方々にとって、専門職が連携する意味**

これまで、専門家同士が連携することの意味や意義をとらえる際に、次のようなことが指摘されてきました。

第1に、連携による患者・利用者のQOL向上です。連携した援助実践により、患者・利用者のニーズに見合った適切で効果的な援助を行うことを通じ、患者・利用者のQOLの生活の質を高めることを目指します。第2に、連携による様々な資源の有効活用です。限られた医療や福祉などの資源を、効率的かつ効果的に活用し、コストを最小化するために、連携は必要な取組です。第3に、連携による援助者の「働きやすさ」の向上です。仕事のしやすさをもたらし、労働意欲や専門職としての満足度を高めるためにも、連携は大切です。そして第4に、連携による事故や事件の予防です。他の職種や他機関との協働を通じて、一面的・独善的ではないサービス提供を行い、事故や事件を予防・回避するためこととなります。

東松山市地域自立支援協議会重心プロジェクトでは、特に上記の第1、第4にあるように、入院・入所の状態から地域生活へ移行するために、連携することによって地域ケア体制を構築し、利用者の安全・安心を確保すると同時に、生活範囲を広げていく取り組みが行われてきました。特に、医療的なケアが日常的に必要な方々に対する地域生活支援においては、第1部で述べられているように、日常的な医療・福祉サービスのシームレスな連携によるサービスの提供とともに、医療的なリスクのある利用者へのサービス提供に係る躊躇を、地域の様々な機関や専門職同士の連携によって「社会化」すること、そして日常の事故を予防することの重要性も示されています。

また、連携することの意義については、第1で述べたこととも関連しますが、特に次の点も重要であることが明らかになったといえます。それは、連携による「意思形成支援」や「権利擁護」です。重度知的障害など、判断能力に困難を抱える方々に対する支援では、単にこれまで生活してきた環境への適応の中から育まれた「意思」のみを類推したり、斟酌したりすることのみが重要なわけではありません。適切な情報提供や調整された環境の中に身を置くことによって意思が形成されること、あるいは本人の発達や社会関係を踏まえ

て、意思決定を代行したり権利擁護を行うことも非常に重要になります。日々や人生の様々な選択を行うにあたり、本人に関わる全ての人々が、連携して情報共有や選択肢の検討を行い、一定の方向性を本人と一緒に定めて、随時それを評価し、修正していくことが大切です。

### **(3) 連携の壁を認知しそれを乗り越える**

専門家同士の連携は必須であることは明らかですが、それを阻む「壁」もあります。例えば、異なる専門職集団が他の専門職集団に持つ「悪い固定観念（ステレオタイプ）」や、ニーズの理解やその対応に関する各専門職集団の「価値観や文化の違い」、そして他の専門職や専門機関に対する「理解の欠如や誤解」などがその代表的なものです。さらには、職種間や機関間の境界で役割や責任の分担が同意されていないという「構造的側面」、専門機関ごとに計画や予算サイクル、情報システムなどが異なるという「手続き的側面」、そして財源や資源の調達方法やメカニズムが異なるなどの「財政・制度的側面」などがあるとされています<sup>4</sup>。

座談会でも、同じようなサービスを提供しているにもかかわらず、介護保険サービスと障害福祉サービスでは名称が異なったり、相互に知り合う機会が無かったりと、サービス提供を行う事業者間の壁は低くないことが指摘されました。また、養成課程の違いや、制度的環境の違い、文化の違いなどにより、ケース検討を行う時間の使い方にも、医療職と福祉職とでは異なるという指摘もありました。

モデル事業では、介護職員に出来る範囲（福祉）と医療が対応する範囲の共通理解を得ていきました。そして、担当者会議やマニュアル作りなどの機会を通じてチームとしての共通理解を深め、役割分担を明確にしていきました。

しかし実際にやってみると、共通理解を得るのは簡単ではありません。関わる人（事業

---

<sup>4</sup> J. Glasby, R. Littlechild.(2004)The Health and Social Care Divide <Revised Second Edition>. The Policy Press 及び R. Means, S. Richards, R. Smith(2008) Community Care <Fourth Edition>.Palgrave Macmillan

所)が多ければ多いほど、難しさも多くなるのかもしれませんが。事業所の壁や福祉と医療の壁などがあるかもしれません。しかし、多くの人に関わることで本人の生活も大きく広がると思います。会議で確認したとしても、本人の生活は続きますので、状況もその時々で変わります。モデル事業では「記録ノートの統一」に始まり、一言コーナーやオレ目線カードなど様々な試みをしてきました。また、口頭での引継ぎや電話での確認などあらゆる機会を通じて、事業所を超えた連携を続けています。

本人の生活を中心にして、関係者が繰り返し確認し続ける事、そのプロセスの全体が連携なのだと思います。

## 8-2 連携をどのように進めるのか

### (1) チームの特徴と形成プロセス

私たちが目指す理想の「チーム」は、次のような特徴を持っているといえるでしょう。まず、チームで目指す目標を、メンバーそれぞれが共有している必要があります。その上で、目標達成のための諸課題と、その課題を取り巻く様々な情報を、メンバー間で共有していることが求められます。そして共有している目標や情報に対するメンバー個々人の考え、機能、役割について、メンバー間で相互に理解できていることも重要です。そして、チームメンバーの特徴を把握して、チーム全体が機能するように相互にサポートしあうことが求められます。これらを踏まえて、目標に基づくチーム全体の活動の方向性について合意して意思決定が行われ、決定された活動の方向性に対して、メンバー個々人の役割が分担され、それをメンバーそれぞれが合意し、活動に向かいます。

このような理想的なチームをつくることは、そう簡単なことではなりません。例えば、人々の集団が、集団として機能し、チームとなっていくには、次のようなプロセスを経るといわれています<sup>5</sup>。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 形成期 (forming) : メンバーが決定し、チームの目標や課題を共有する時期。お互いのことをよく知らない時期。</li><li>② 混乱期 (storming) : チームの課題を解決するアプローチを模索する時期。メンバー間で考えや価値観がぶつかり合う嵐の状態。</li><li>③ 統一期(norming) : チームとしての行動規範や役割分担が形成される時期。メンバーがお互いの考えを受容し、関係性が安定する状態。</li><li>④ 機能期(performing) : チームとして機能し、成果を創出する時期。チームに一体感が生まれ、チームの力が目標達成に向かう状態。</li></ul> |
|--|

私たちは、できるだけ早く機能期に到達して、上述のような理想的なチーム活動を行うことができるよう、チームの一員としての役割を果たし、必要に応じてリーダーシップを発揮する必要があります。

<sup>5</sup> Tuckman, B. W (1965) Development Sequence in Small Groups. Psychological Bulletin, 63 pp.284-399.

しかし、たとえ機能期に到達したとしても、新たな課題の発生などによって再び混乱期に戻る場合もあるでしょう。「チーム」には完成はなく、絶えず状況を見きわめながら、メンバー個人がなんらかのアクションを起こさなければなりません。

「チームワーク」とは、チームの課題を解決することを目指して、このような各段階の状況に応じて、メンバー間の相互作用を促進させ、機能するチームを目指す活動全体である、ととらえることができます。

## (2) 効果的なチームを作るために

効果的なチームを作るためには、チームメンバー全員が、次のようなチーム像をイメージしながら、活動を遂行していく必要があります<sup>6</sup>。

- ① **リーダーシップが発揮されるチーム**：特定の課題解決に関する知識・能力を持っている者が、状況に応じて情報を提示し、チームメンバーや資源を適切に配置します。このリーダーシップは固定的なものではなく、状況に応じて各メンバーに配分されます。
- ② **環境の変化に対して順応性のあるチーム**：さまざまな環境の変化に応じて、チームメンバーがその状況を把握し、認識を共有し、適切に対処します。
- ③ **メンバー間で相互の活動を評価し合えるチーム**：自分以外のメンバーがチームのために行っていること、良い面や改善点を含めて相互に評価します。
- ④ **必要に応じて他のメンバーの活動をフォローできるチーム**：特定のメンバーへの仕事の過重な負荷や、困難な状況があった場合には、相互に支援します。
- ⑤ **メンバーからの情報を受け入れることのできるチーム**：チームでの活動において摩擦などが発生しストレスが高くなった場合であっても、他のメンバーからの情報を絶えず受け入れ、チームの活動を中心に考えます。

そして、このような要素は、チームで行う課題やそれを取り巻く環境、その解決プロセスなどに関する知識が共有されていること（メンタル・モデルの共有）、チームメンバーからのメッセージを、受け手が適切に受け取り解釈したことを、送り手がしっかりと確認すること（円環的コミュニケーション）、そしてチームメンバー同士がお互いの発言や行

<sup>6</sup> E. Salas, M. Rosen, C.S. Burke, G.F. Goodwin(2009) The Wisdom of Collectives in Organizations: An Update of the Teamwork Competencies (E. Salas, G.F. Goodwin and C.S. Burke, Team Effectiveness In Complex Organizations: Cross-Disciplinary Perspectives and Approaches, Routledge, London) pp.39-79.

動に信頼を寄せあうこと（相互の信頼）によって、より一層促進することができるとされています。

### （3）個々人が経験から学ぶ/経験から学ぶ組織をつくる

「メンバー間で相互の活動を評価しあえるチーム」や、「メンバーからの情報を受け入れることのできるチーム」が、効果的なチーム作りの要素となっていることは前述しました。このように、チームで行った行動の「経験」について、チームメンバーが相互に評価し、あるいはその行動の意味を問い、今後の行動のあり方を考えるなど、深く深く「振り返る」ことが大切です。「リフレクション」と呼ばれるこのような「状況との対話」<sup>7</sup>自らの行動に対する深い洞察は、個人レベルでも組織レベルでも重要であるとえるでしょう。

私たちは、具体的な経験をし、その内容を振り返り、リフレクションすることが重要であると言われています。この省察によって、得られたものを仮説や概念に落とし込み、そしてそれを新たな指針として行動に移していくこととなり、経験を通じた学習（「経験学習」）を行うこととなります<sup>8</sup>。

その点、個人レベルの観点では、省察を行う時間を意識的に設けることや、またその省察の内容を記録にとどめておくことも重要でしょう。この営みは、個々の支援者が書く援助記録や日報・週報などの記録類や、その時間そのものが、リフレクションの時間であると言えます。行為を省察することにより記録をおこし、また記録を書くことによって行為の省察を行っていると言えるかもしれません。この種の記録は、自らの援助を高めるためにも重要なものであることを再度確認したいものです。

一方で、組織レベルにおいても、リフレクションは重要な営みです。個人レベルの省察をチームメンバーとも共有し、また、他のチームメンバーの行動などに対しても評価しあ

---

<sup>7</sup> Schon, D. A., *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*, Basic Books, 1984 (ショーン, D. A. 著/佐藤学・秋田喜代美訳『専門家の知恵—反省的実践家は行為しながら考える』ゆみる出版, 2001年)

<sup>8</sup> Kolb, D. A. (1984) *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*, Prentice-Hall

うことによって、チームの行動や相互作用を俯瞰することができ、チームの中で自らはどのような行動をとる必要があるのか、理解する手掛かりを得ることができます。

このような個人レベルとチームレベルのリフレクションをより意識的に行うことによって、経験からより多くのことを学ぶことができるでしょう。モデル事業におけるユウキさんやサチエさんに対する援助実践は、プロジェクトのモデルケースに指定することにより、より深くリフレクションを行う機会を得ることができ、援助の質も高まっていったと言えると思います。

## 8-3 本プロジェクトの到達点と課題

モデル事業の成果と得られた知見、そして今後の課題は数多くありますが、ここでは最後に3つの観点からお伝えしたいと思います。

### (1) モデル事業においてツールを使って情報共有が行われたことの意義

まず第1に、モデル事業を通じて共通ノートなどの「ツール」を使用して情報共有を行うこととなりました。この意義は、次の諸点にまとめることができます。

#### ① 本人の生活全体像を把握しようとする動機付けが高まったこと

共有すべき情報をしっかり把握し、記録に残そうとする営みによって、体調変化や表現のありようも含む本人の生活の全体像を、各援助者が十二分に把握しようとする動機付けが高まった。

#### ② 実際に本人の全体像の把握がしやすくなったこと

実際記述されたノートやサマリーをケア会議で確認することにより、各人がある程度全体像を把握することができるようになった。本人による明確な表出が困難な重心の方々の場合、体調や表情などの「変化」を見逃さずにつなぎ合わせることで、本人の「意思」や「実際」に少しでも近づくことができる。

#### ③ 医療的ケアの注意事項や手技の確認の場となったこと

特にケア会議の場面における情報共有は、医療的ケアの注意事項や手技の確認の場として機能しうることが示されている。医療的なリスクを抱える重心の方々にとって、このように援助者間でリスクおよびリスクへの対処方法が共有され、またそれが単発ではなく継続的に行われることの意味は大きい。

#### ④ 利用者・援助者双方の変化に応じた対応ができること

本人の生活機能などは発達期には急激に向上する場合もあれば、成人期以降は徐々に低下していくこともあるだろう。定期的な情報共有の仕組みがあることによって、このような本人の状況の変化を適切に評価して対応策を検討することができる。また援助者の異動や交替があったとしてもケアの質を維持・向上させるためにも重要であることが示唆された。

#### ⑤ 日々の記録の蓄積とその共有の「ツール」による全体像把握の促進が行われたこと (連絡ノート)

従来までは、ケア会議ごとの記録を共有するのみであったが、モデル事業として取り組み始めて以降、各事業所が行ったケアの内容やその中で本人の体調や思いに関する気づきを記入する「連絡ノート」を導入した。このノートは、有期限で利用する療養介護施設、在宅で活用する訪問系・通所系の全事業所が記入し、本人の一日や一週間のトータルな生活状況や体調の変化について、それぞれの援助者が知ることができるツールとなった。

#### ⑥ 利用者とケアの全体像の振り返りによる「本人の意思」に基づくケアの追究が行われたこと (サマリー)

例えば、サチエさんの事例では、3カ月に1度のペースでケア会議が開催され、3か月間の支援内容を振り返り「サマリー」を作成するようになった。サマリー作成を通じて、各事業所の援助の状況とともに、各援助者がとらえた本人の体調や表情、そして考え得る本人の「意思」の共有や確認を行うことができた様子が伺える。このことにより、それぞれの事業所が同じ方向性を持ちながら援助することができ、より「本人の意思」に近づこうとする動機も高まっていったと言える。



チョコッとコラム

支援者として不安と感じる時はどんな時でしょうか。支援者は常に安心・安全を心掛けていることもあり、そこが崩れると強い不安を感じます。

その不安を払拭するため、何が必要で何をすれば良いかを明確することは、支援者としての大きな役割と言えます。

『各サービス事業所が連携し共有する』良く聞く言葉ですが、そこまで成熟した話しは中々難しい現状もあります。まずは支援者自身が不安に思うこと・課題と思うことを事業所内でまとめ、各サービス事業所との会議等の中で伝えることから始めましょう。

ひとつの事業所だけで考え・悩んでいたことが、専門職のアドバイス（バックアップ）を受けることで課題が明確になり、安心・安全な支援に繋がります。

## （２）本人や家族の「意思の形成」を支援し共有することの大切さ

例えば、サチエさんはこの数年間、自宅・療養介護という２つの生活基盤と医療機関での入院治療の期間がありました。そしてその「生活基盤」を前提に、関係者のそれぞれの目標設定やそれに基づく実際のケアが行われてきたと言えます。

そのため、「地域での暮らし」という目標はあったものの、その地域で今後どのような生活スタイルを追究していくのかについての、本人・家族・関係者のコンセンサスが十分に得られてはいませんでした。そのことにより、援助者たちは「体調面の議論への偏り」「本人の想いについての話し合いの不足」「連携の目的の不明瞭化」「関係者のコンセンサスの不調」などについて違和感を持ちながら援助を行っていました。

このコンセンサスが得られなかったもっとも大きい原因は、体調が不安定であった時期が重なっていたためであることは言うまでもありません。援助者の間には「体調が安定してから今後の生活のあり方を検討する」ということが暗黙裡に共有されるなかで、その時点その時点での体調の安定を目指すケアのみに注目が向かい、その後の生活について関係者が考える方向性は共有されなかったと言えます。

しかし、振り返ってみると、ある時点、ある体調に応じた社会資源が地域に整備されていなくとも、将来的に理想とする暮らし方のイメージの共有は、本人・家族及び援助者全体でおこなっておくことは必要な取り組みだったと言えるでしょう。最初にこのイメージを定めておくことにより、当初は具体性を帯びなくとも、定期的なケア会議やサマリーの作成を通じてブラッシュアップが図られ、徐々に今後の暮らし方について本人や家族・そして援助者たちも具体性を帯びて考えることができたと思われます。 本人も、家族も、障害やそれに伴う医療の必要性はもちろんのこと、発達や加齢に伴う様々な状況の変化は、「初めて」の体験です。そのため、その時点の体調や状況の中で、将来を見据えた明確な本人の「意思」を支援することは難しいものです。それゆえ、本人・家族と、これまで関わってきた様々な関係者とが、本人や家族の「意思」を形成することを支援することが必要なのではないのでしょうか。

モデル事業の振り返りの中では、将来どんな「地域での暮らし」を目指すのか、そのためにはどのような支援や社会資源の整備をしていけばよいのかについての具体的な話し合いができなかったとの指摘がありました。関係者で本人の「意思」について議論を行い、短期・中期目標の設定を行い、それに基づいて各援助者が具体的な活動を展開することが重要であるといえるでしょう。

重症心身障害者にとっては、「体調の恒常的安定」は望めない場合もあります。しかし、だからと言ってその時点での体調や生活状況の範囲の中での暮らし方に限定した目標設定をしていけば、本人の社会関係や生活環境は現状維持もしくは縮小の途をたどることにもなりかねません。そのことも念頭に置いて、本人や家族の「意思の形成」を支援し、必要な目標設定を行っていくことが、重症心身障害者の支援においては特に必要な取組であると考えられます。

## 「なぜ連携が必要なのか」



チョコッとコラム

医療的ケアを誰がどこまで担うのかについて様々な意見を聞きます。一つには家庭で行っているケアは全て介護職員がやるべきといった意見です。そうした意見が正しいかどうかは別にして、現状では家族が行っている全ての医療的ケアを行う介護職員に係る負担や不安は大きいのではないかと想像します。また、仮に全ての医療的ケアを行う介護職員がいたとしても、長期に渡って安定的に医療的ケアを提供できる体制にはならないように思いますし、医療的ケアを必要としている多くの方にサービスを届けるのも難しいように思います。他方、「原則として医行為ではない行為」である坐薬の挿入や市販の使い捨て浣腸器による浣腸をも「リスクが高い」「不安だ」といった理由で実施を躊躇する事業所もあります。

どうすれば医療的ケアを必要としている人に必要なケアを届ける事ができるでしょうか。私たちの答えは「連携」です。連携とは単に仲良くすることではありません。例えるならば本人が必要としている10のハードルを1人で超えるのではなく、10人で超えたいと思うのです。家族が行っている医療的ケアすべてを行うという発想は10のハードルを介護職だけで超えようとするやり方です。一方、坐薬の挿入にも躊躇する事業所にはハードルを一つだけ超えて欲しい。そのかわり、その事業所をサポートする医療があり、マニュアルがあり、本人と一緒に支援する事業所もいる。10のハードルを越える10の仲間がいること、それが連携のイメージです。連携が広がることで地域全体が大きな一つの事業所のようになると良いですね。

### （3）地元医療との連携体制を早期に構築しておく必要があること

「重症心身障害者の地域生活を支えるプロジェクト」が立ち上がった初期の段階から、地域生活を進めるうえでの「何かあった際の医療的なバックアップ」の重要性が指摘されてきました。これまでの記述にもあるように、地元における「かかりつけ医」の必要性が想定されながらも、情報の不足や通院手段の問題などにより、長い間確保することはできませんでした。

これまでの取組を通じて、重症心身障害者の場合、学齢期においては何かあった場合に

はすぐに親が対応し、医療機関にかかる際には出生時や幼児期に受診した他地域の高度医療機関を利用するケースが多く、地元の医療機関とのつながりがないまま学齢期を過ごす場合が多いことがわかりました。そのため学齢期を過ぎて地域の福祉サービスを利用して暮らすようになり、加齢に伴い医療的なケアが日常的に必要なようになって初めて、地元の医療機関の重要性が明らかになります。しかしながら、地元の医療機関や訪問看護ステーションなども、これまで全くかかわりがない重症心身障害者を受け入れ適切な医療的ケアを行うためには、それなりのハードルが発生するであろうことは否めません。

今後も上記のパターンは想定されますが、状況を改善するには2つの方向性が考えられます。まず、学齢期から、状況に応じて地元の医療機関を活用したり、訪問看護を利用したりするよう、働きかけを行うことです。高度な手術や管理が必要な場合以外は、地元の医療サービスを活用し、かかりつけ医やかかりつけの訪問看護を確保することを進めることが必要なのではないでしょうか。

学齢期からそのような「かかりつけ医」が確保できていない場合には、関わる援助者が地元の医療機関に受診を勧め、また受診に至らない障壁を一つ一つクリアしていくほかありません。その際には、地元の医療機関側にも理解と協力を求める働きかけも必要になってくると考えられます。



ユウキさんの場合

## 主治医と地元かかりつけ医と訪問看護

月に何度も発熱するユウキさん。グループホームに入居してしばらくは緊張も強く胃ろう周囲のタダレも続きました。グループホームから30分以上離れた主治医の大学病院だけでなく、近くの医療機関と繋がっていたら安心です。しかし、地元の病院は重症心身障害の方の専門ではありませんので、家族の不安もありました。

そこで、まずは胃ろう交換を定期的をお願いすることにしました。主治医からは診療情報提供書を書いてもらいました。そのうち、ちょっとした発熱ならかかりつけ医に対応してもらうようになりました。

かかりつけ医の病院から訪問看護もお願いすることにしました。訪問看護さんも重症心身障害の方と関わった経験は無かったそうです。時々熱を出す事があるので普段の状態確認をお願いしました。皮膚トラブルも対応してくれます。グループホームで対応に迷った時にはいつも相談しています。ケアに関するマニュアルは訪問看護さんと相談して作成しています。訪問看護指示書は主治医が書きませんが、夜間緊急時等はかかりつけ医の指示を仰ぐよう指示書に記入してもらいました。

ある時ユウキさんが肺炎になり主治医の大学病院へ。しかし小児科の為入院出来ないとの事でかかりつけ病院に入院することになりました。訪問看護さんが病棟へ普段の様子を伝えてくれます。また病棟での様子をグループホームにも伝えて下さいました。地元かかりつけ病院に入院出来た事で家族にとっても負担が少なかったと思います。

初めは家族も不安、おそらくかかりつけ病院も訪問看護にも不安があったかもしれませんが、しかし少しずつお互いを知り、信頼関係を築き、今では欠かせない存在となっています。地元医療機関の支援体制はユウキさんにも、家族にも、支援者にとっても大きな安心に繋がっています。

**補論**      **利用者と援助者が協働して  
ケアの質と地域社会を  
改善するための手法**

## 補-1 「学習しながら実行する」ことの基本的な考え方

重心プロジェクトの「モデル事業」の意味は、一言でいうならば、「利用者と援助者が協働してケアの質と地域社会を改善する」ということでした。そしてこれは、利用者や家族も含めて、すべての関係者が「学習しながら実行する」<sup>9</sup>という活動の仕方をする必要があります。もちろん、この「学習しながら実行する」営みは、すべての援助活動に求められるものですが、「モデル事業」としてあえて取り上げていることの意味は、意識的に「学習しながら実行する」ことを取り組むことにより、ケアの質や地域社会の改善を目指すとともに、他の援助活動においても「学習するチーム」が形成されるよう、波及効果をもたらすことにあると考えられます。

「学習しながら実行する」という営みは、特に「ケアの質や地域社会の改善を目指す」という観点から考えれば、次のようなステップを踏むことが必要でしょう。

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>① <b>診断</b>：重度心身障害を持つ方々にとって、地域生活を送るうえで満たされていないものは何か。またニーズを満たすために検討する価値のある地域社会の改善内容は、どのようなものか。</li><li>② <b>デザイン</b>：診断から得られた、当面実行できる「試み」を選んで、それをどのように実行していくかをデザインする。</li><li>③ <b>アクション</b>：ケアの中でデザインした「試み」を試す。</li><li>④ <b>省察</b>：成功したこと、失敗したことを含めて、学ぶべきことを共有する。</li></ol> |
|--|

このうち、「診断」のプロセスでは、現状分析を踏まえていろいろな理想を掲げることができるでしょう。ケアの質や地域社会の改善を目指す「モデル事業」であれば特に、この理想とするものは様々な情報を踏まえてより多く持つ必要があります。そしてその中から「できる試み」を、デザイン、アクション、省察し、そしてこのサイクルを何度も繰り返していくことにより、理想的な援助実践により近づくことができるようになるのではな

<sup>9</sup> エイミー・C・エドモンドソン著『チームが機能するとはどういうことか』（英治出版、2014年）では、「学習しながら実行する」という組織の活動を、チーミング（チームの形成）を土台にし、様々な事例を紹介しながら理論化しており、本稿でも参照した。

いでしょうか。もちろん、利用者や家族に重大なリスクがもたらされない範囲で、かつ協力が得られる範囲に限定されますが、理想とするものをできるだけ多く試みていく、ということが、「モデル事業」として実施する大きな意味であるといえます。

これらのプロセスを遂行するのは、本人を中心とした援助者チームである一方、「モデル事業」であることから、自立支援協議会の重心プロジェクトのチームの役割も大きかったと言えます。重症心身障害を持つ方々が地域で豊かな生活を送るためには、まだまだ課題が多いのが現実です。全国各地で、このようなプロジェクトチーム方式で重症心身障害児者の生活支援に取り組み、あらゆる可能性と資源を動員して試みをデザインし、少しずつ試み、綿密に振り返りを行って学習していくような営みが、広がっていけばよいと思います。

## 補-2 具体的な「モデルケース」の展開方法

### (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」ことは周知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だれ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。これは後述しますが、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、ケア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す。

#### **(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、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、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入れ、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**）。

本報告書は、ユウキさん、サチエさんという二人の障害を持つ男性、女性と、その家族、そして生活に寄り添い支援を行うたくさんの支援者の皆さんのチームによって作成しました。まだまだ書き足りない部分もあると思いますし、また、お二人の今後の生活の様々な局面の中では、本報告書の作成時には思いもしなかったような支援内容やその課題が浮上することも考えられます。

今後とも、私たち支援に携わる者は、本人やその家族と一緒に、その生活から学びながら、支援の質を高めていく必要があります。



## 參考資料

## 参考資料1 「原則として医行為ではないと考えられる行為について」



医政発第 0726005 号

平成17年7月26日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長



医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の  
解釈について（通知）

医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業（歯科医業を含む。以下同じ。）は、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要がある。しかし、近年の疾病構造の変化、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供の在り方の変化などを背景に、高齢者介護や障害者介護の現場等において、医師、看護師等の免許を有さない者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されているとの声も聞かれるところである。

このため、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものを別紙の通り列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際の参考とされたい。

なお、当然のこととして、これらの行為についても、高齢者介護や障害者介護の現場等において安全に行われるべきものであることを申し添える。

(別紙)

- 1 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること
  - 2 自動血圧測定器により血圧を測定すること
  - 3 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること
  - 4 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。）
  - 5 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く。）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。
    - ① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
    - ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
    - ③ 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと
- 注1 以下に掲げる行為も、原則として、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要がないものであると考えられる。
- ① 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること

- ② 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること
- ③ 耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）
- ④ ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。（肌に接着したパウチの取り替えを除く。）
- ⑤ 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと
- ⑥ 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器（※）を用いて浣腸すること
  - ※ 挿入部の長さが5から6センチメートル程度以内、グリセリン濃度50%、成人用の場合で40グラム程度以下、6歳から12歳未満の小児用の場合で20グラム程度以下、1歳から6歳未満の幼児用の場合で10グラム程度以下の容量のもの

注2 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものでないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、上記1から3までに掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告すべきものである。

注3 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものではないと考えられるものであるが、業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、

介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。

また、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。

注4 今回の整理はあくまでも医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものである。

注5 上記1から5まで及び注1に掲げる行為について、看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。上記5に掲げる医薬品の使用の介助が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。

注6 上記4は、切り傷、擦り傷、やけど等に対する応急手当を行うことを否定するものではない。

参考資料2 自分新聞

## 自分新聞

平成23年度  
総まとめ

2024年3月20日発行



一行先  
大塚ユウキ

印刷担当  
夏山 真一  
プロジェクト  
プロジェクト

### とにかく緊張の1年！引越って大変なんだよ…

二十三年四月 ケアホームから引っ越し、大塚ユウキさんの新生活がスタートした。思っていたよりも大変な年だった。しかし、人生の大きな転機であったことに間違いはない。



平成23年 ケアホームからオープン！

お話を伺いたい。この一年、大変な年だった。引っ越し、新生活、そして仕事。いろいろなことがあった。でも、乗り越えてきた。自分自身、成長した。仲間も、支えてくれた。感謝の気持ちでいっぱい。来年は、もっと頑張りたい。みんなと一緒に、新しい一年をスタートさせたい。

お話を伺いたい。この一年、大変な年だった。引っ越し、新生活、そして仕事。いろいろなことがあった。でも、乗り越えてきた。自分自身、成長した。仲間も、支えてくれた。感謝の気持ちでいっぱい。来年は、もっと頑張りたい。みんなと一緒に、新しい一年をスタートさせたい。

### 2011年7月

#### みらいで初めての笑顔写真！



健康面のきここと

4月 みらい入居、円形脱毛症3つ  
5月 緊張から肩の痛れ多く、周囲がただれる。  
7月 肩の痛れからただれなくなる。円形脱毛症生えてくる。  
みらいで初の笑顔！

医療的ケアの準備と作務  
9月 エアウェイが像の良へ、緊急外来にて取り戻す。  
11月 難病医療にて買入る交換治療。緊急外来にて取り戻す。  
12月 難病医療にて買入る交換治療。緊急外来にて取り戻す。  
1月 肩の痛れが治る。エアウェイのサイズが大きくなる。  
入居のストレスから、胃潰瘍。  
2月 肩の痛れが治った場合の対応方法。美顔が多くなった！



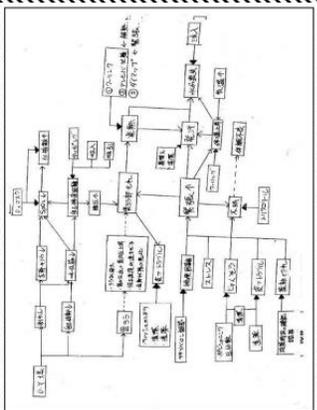
## 確のイチネ

四月	みらい入居。高床が着かず円形脱毛症に…。運動は少し増える。	ハローキッズやいわいはなでは遊ばせてもらう。まだ不安が…。
五月	家では泣かなくなる。みらいに慣れる時は泣かず、外出先では泣いてしまう。	やと笑顔が運来！みらいでの生活に慣れてきた。楽しさが！母もお仕事を始める。
六月	キッズではつづつ仲良く遊んでいる。ライスオンライズへのお花のお届けにも参加。	花作業のお仕事を積極的に参加。少しずつ外出もできたらいいな！
七月	母がみらいに慣れてくる。職員に泣きそうになるが、頑張っている。お出かけアキアキも参加。	みらいでも自己主張を出すようになる。やりやい車のリクエストシートを作成へ、快便「女子学生乗降り」キッズラッシュで乗入る。久しぶりの快便！乗客が感動した！とすぐ電報だよ！
八月	キッズでつづつ仲良く遊んでいる。ライスオンライズへのお花のお届けにも参加。	お誕生日！笑顔で生クリームを食べる。
九月	キッズでつづつ仲良く遊んでいる。ライスオンライズへのお花のお届けにも参加。	難病医療にて買入る交換治療。緊急外来にて取り戻す。
十月	キッズでつづつ仲良く遊んでいる。ライスオンライズへのお花のお届けにも参加。	ピクリしたけど、ちからとして目に入れてみました。
十一月	キッズでつづつ仲良く遊んでいる。ライスオンライズへのお花のお届けにも参加。	
十二月	キッズでつづつ仲良く遊んでいる。ライスオンライズへのお花のお届けにも参加。	

### こらむ

医療的ケア判断基準を作った!!

「大変なの？」「どうすれば良いの？」体面を前す度にスタッフから不安の声が上がりました。緊張、勇気、勇気の声、そしてスタッフとの気持ちはそれぞれ別々。またそれぞれの対応方法を考えるべく分りやすくまとめた図を作りました。同じ緊張や勇気でも原因が違ってくる。この図を参考に、さらにマニュアルを作り、みんなと全体が医療ケアのような気持ちでスタッフの安心に繋がります。ユウキさんの距離もまた一歩近づいた様子が伝わります。





### 参考資料3 プロジェクトメンバー

(任期:平成21年12月22日～平成23年3月31日まで)

団体名等	職名	氏名
埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科	講師	新井 利民
(社団)東松山医師会 訪問看護ステーション	管理者	大須賀 三和子
川島ひばりが丘特別支援学校	教諭	高橋 彰
川島ひばりが丘特別支援学校PTA	保護者	山岸 みどり
(社福)昴 ファミリーサポートセンター昴	主任	石井 勇太
(社福)昴 こども発達センターハローキッズ	理学療法士	解良 深雪
(社福)昴 ケアホームみらい	看護師	吉田 隆俊
(社福)東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリア	施設長	曾根 直樹
(社福)東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリア相談支援事業所	相談員	衛藤 やす子
(社福)東松山市社会福祉協議会 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	田島 一樹
(社福)東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリア地域サービスセンター	所長	松田 千尋
健康福祉部福祉課	主任	菊池 仁

(任期:平成23年4月1日～平成25年3月31日まで)

団体名等	職名	氏名
埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科	講師	新井 利民
(社団)東松山医師会 訪問看護ステーション	管理者	大須賀 三和子
川島ひばりが丘特別支援学校	教諭	高橋 彰
川島ひばりが丘特別支援学校PTA	保護者	山岸 みどり
(社福)昴 ファミリーサポートセンター昴	主任	石井 勇太
(社福)昴 こども発達センターハローキッズ	理学療法士	解良 深雪
(社福)昴 ケアホームみらい	看護師	吉田 隆俊
(社福)東松山市社会福祉協議会	地域福祉課長	曾根 直樹
(社福)東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリア相談支援事業所	相談員	衛藤 やす子
(社福)東松山市社会福祉協議会 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	田島 一樹
(社福)東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリア地域サービスセンター	所長	松田 千尋
健康福祉部福祉課	副主幹	田島 裕之
健康福祉部福祉課	主任	荻野 裕

(任期:平成 24 年 4 月 1 日～平成 25 年 3 月 31 日まで)

団体名等	職名	氏名
埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科	講師	新井 利民
東松山医師会 訪問看護ステーション	所長	大須賀 三和子
川島ひばりが丘特別支援学校	教諭	高橋 彰
川島ひばりが丘特別支援学校PTA	保護者	山岸 みどり
(社福) 昴 ファミリーサポートセンター昴	管理者	降旗 守
(社福) 昴 アドヴァンス	理学療法士	解良 深雪
(社福) 昴 ケアホームみらい	看護師	吉田 隆俊
(社福) 東松山市社会福祉協議会 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	大塚 健
(社福) 東松山市社会福祉協議会 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	大木 英生
(社福) 東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリア地域サービスセンター	所長	松田 千尋
健康福祉部障害者福祉課	主幹	笛木 初枝
健康福祉部障害者福祉課	主査	加藤 修子
健康福祉部障害者福祉課	主任	福田 誠

(任期:平成 25 年 4 月 1 日～平成 27 年 3 月 31 日まで)

団体名等	職名	氏名
埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科	講師	新井 利民
東松山医師会 訪問看護ステーション	所長	大須賀 三和子
川島ひばりが丘特別支援学校	教諭	高橋 彰
川島ひばりが丘特別支援学校PTA	保護者	小峯 瑞穂
(社福) 昴 デイセンターウィズ	管理者	降旗 守
(社福) 昴 アドヴァンス	理学療法士	小川 由美子
(社福) 昴 ケアホームみらい	看護師	吉田 隆俊
(社福) 東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリア相談支援事業所	相談員	衛藤 やす子
(社福) 東松山市社会福祉協議会 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	大塚 健
(社福) 東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリアヘルパーステーション	管理者	坂田 雅則
(社福) 東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリア地域サービスセンター	所長	松田 千尋
健康福祉部障害者福祉課	主任	福田 誠

(任期:平成 27 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日まで)

団体名等	職名	氏名
埼玉県立大学保健医療福祉学部 社会福祉子ども学科	准教授	新井 利民
東松山医師会 訪問看護ステーション	所長	大須賀 三和子
川島ひばりが丘特別支援学校	教諭	高橋 彰
川島ひばりが丘特別支援学校PTA	保護者	小峯 瑞穂
(社福) 昴 デイセンターウィズ	管理者	降旗 守
(社福) 昴 アドヴァンス	理学療法士	小川 由美子
(社福) 昴 ケアホームみらい	看護師	吉田 隆俊
(社福) 東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリア相談支援事業所	相談員	衛藤 やす子
(社福) 東松山市社会福祉協議会 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	大塚 健
(社福) 東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリアヘルパーステーション	管理者	坂田 雅則
(社福) 東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリア地域サービスセンター	所長	松田 千尋
健康福祉部障害者福祉課	保健師	荻野 真美

### お出かけマップ当事者ワーキング委員

(任期:平成 23 年 11 月 1 日～平成 25 年 3 月 31 日まで)

	氏名	
当 事 者 委 員	大塚 裕貴	清水 萌恵
	大橋 陽介	森 林太郎
	北原 直弥	山口 照太
	小西 尊晴	山本 雅志
	坂本 幸恵	横山 進夢



#### 参考資料4 執筆者

団体名等	氏名
埼玉県立大学保健医療福祉学部 社会福祉子ども学科	新井 利民
東松山医師会 訪問看護ステーション	大須賀 三和子
川島ひばりが丘特別支援学校	高橋 彰
川島ひばりが丘特別支援学校PTA	小峯 瑞穂
(社福) 昴 アドヴァンス	小川 由美子
(社福) 昴 ケアホームみらい	吉田 隆俊
(社福) 昴 デイセンターウィズ	降旗 守
(社福) 東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリア相談支援事業所	衛藤 やす子
(社福) 東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリアヘルパーステーション	大塚 健
(社福) 東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリアヘルパーステーション	坂田 雅則
(社福) 東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリア地域サービスセンター	松田 千尋
健康福祉部障害者福祉課	荻野 真美

# 重い心身障害のある人々の地域生活をともに創る

平成28年3月

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

連絡先 東松山市役所 健康福祉部障害者福祉課