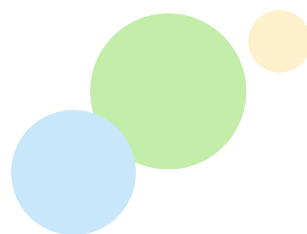


意思決定支援 取組事例集

— 全国の障害福祉サービス等に関わる皆さまへ



意思決定支援の活性化に向けて

「意思決定支援ガイドライン」

策定の背景

障害のある方々が、日常生活や社会生活などにおいて、ご自身の意思が適切に反映された生活が送れるよう、平成29年に「障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン」が策定されました。

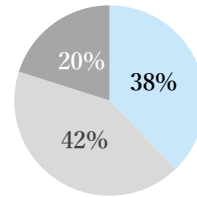
同ガイドラインは、障害のある方の自己決定の尊重に基づいて支援することが重要であるという認識は広まっていますが、自己決定が困難な方々に対する具体的な支援方法についての標準的なプロセスを示すことで、意思決定支援の取組をさらに活性化させることを目的としております。

普及状況と活用の効果

令和5年度に全国の1万の障害福祉サービス等事業所に対して実施したアンケート調査（回収率19%）では、意思決定支援ガイドラインの内容を知っている方は約4割、意思決定支援ガイドラインを活用している方は約3割という結果に留まり、当該ガイドラインの普及状況が芳しくない状況が判明しました。

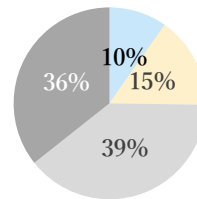
一方、意思決定支援ガイドラインを積極的に活用している事業所の方が、そうでない事業所より「意思決定支援の提供によって特に効果があったと考えられる事例」があると回答する割合が高い結果となり、当該ガイドライン活用による効果はあると考えることができます。

意思決定支援ガイドラインを知っていますか



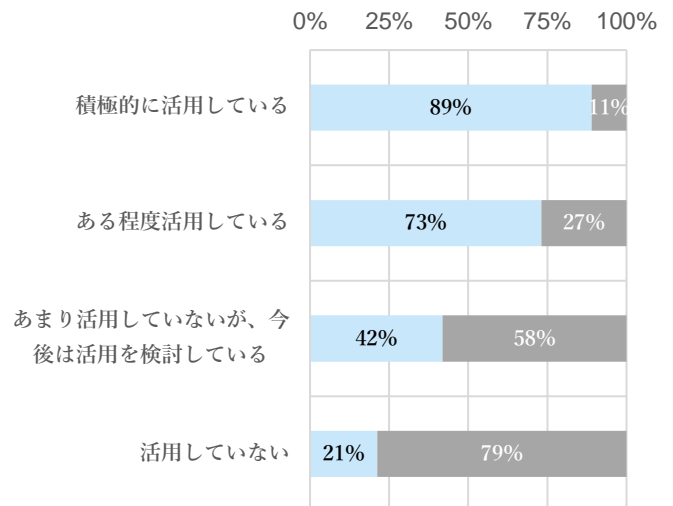
- あることも内容も知っている
- あることは知っているが、内容はよくわからない
- 知らない

意思決定支援ガイドラインを活用していますか



- 積極的に活用している
- ある程度活用している
- あまり活用していない
- 活用していない

意思決定支援ガイドラインを活用していますか×
意思決定支援の提供によって特に効果があったと
考えられる事例はありますか



- 事例有
- 事例無

「意思決定支援ガイドライン」

概要

意思決定支援の定義は下記の通りです。

- 対象：自ら意思を決定することに困難を抱える障害者
- 目的：日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができること

- 内容：可能な限り本人が自ら意思決定できるように支援し、本人の意思を確認する支援。本人への意思確認が難しい場合には意思及び選好を推定する支援を指す。

また、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合で、緊急性や危険性が高い場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討するために職員が行う支援。

障害者の意思決定を構成する要素としては、下記の3つが該当します。

(1) 本人の判断能力

本人の判断能力の程度を踏まえたきめ細やかなアセスメント、支援提供が必要となります。

(2) 意思決定が必要な場面

意思決定支援が必要な場面として、日常生活と社会生活を分けて考える必要があります。

①日常生活

食事、衣服、余暇活動の選択等

②社会生活

住まいや暮らし方の選択等

(3) 人的・物理的環境による影響

本人の意思決定では、周囲の関係者や環境、過去の経験等による影響を受けることを理解する必要があります。



意思決定支援責任者の選任

- 意思決定支援会議の企画・運営
- 意思の確認や推定の方法の計画
- 本人との交流、体験機会の提供、関係者との連携などによる、意思決定支援に関わる情報の収集
- 生活史等の本人の情報、人的・物理的環境等のアセスメント



意思決定支援会議の開催

- アセスメントの情報等を踏まえ、本人の意思を確認する会議
- 本人への意思確認が難しい場合には、意思及び選好を推定する会議
- 本人、家族、成年後見人、その他関係者の同席が望ましい



意思決定支援計画の作成

- 意思決定支援によって確認された本人の意思や、推定した本人の意思を反映
- 計画を作成し、本人の意思決定に基づくサービス提供を行うことが重要



意思決定支援のモニタリング、評価、見直し

- 意思決定支援を反映したサービス提供の結果をモニタリング、評価し、次の支援に向けて見直しを行う
- PDCAサイクルを回すことが重要

INDEX

1

新人職員への手厚い育成体制と
時間が限られる中捻出した話し合いの場

計画相談支援

P05-06

A 昔から持っていた一人暮らしの希望を、担当職員がくみ取り実現した事例

精神障害

2

ピアサポーターによる経験談の提供と
職員による積極的な研修の実施

計画相談支援

P07

3

特定の利用者への支援を契機に
ガイドラインを意識的に活用

医療型障害児入所

P09-10

B 利用者が望む暮らしを成人を機に確認し、別の入所施設に引っ越した事例

身体障害

知的障害

4

担当者制による1対1の関係性構築を通し
利用者から意思を確認

施設入所支援
(障害者支援施設)

P11-12

C 精神科退院後に施設入所し、本人の希望である里帰りを実現した事例

知的障害

5

週1回の会議とサポートブックによる
意思確認とPDCAサイクルの活性化

共同生活援助

P13-14

D

脳幹梗塞による不安行動の表出に寄り添い、不安行動が落ち着いた事例

知的障害

6

現地選択活動と多角的かつ客観的な視点を
基にした利用者の意思の推定

施設入所支援

P17-18

E

利用者の行動変容を数値化し、グループホームへの移行を実現した事例

知的障害

7

「社会生活力プログラム」とユニット制の
導入による利用者の意識の変化

施設入所支援

P19-20

F

長年の入所経験がある利用者がグループホームに移行した事例

身体障害

知的障害

8

通常業務である個別支援記録に
意思決定支援を組み込んだ取組の普及

生活介護

P21-23

G

希望を叶えることにより、グループホームでの生活が充実化した事例

身体障害

知的障害

H

グループホームに転居し、日中活動先で新たな「好き」を見つけている事例

身体障害

知的障害

1

新人職員への手厚い育成体制と 時間が限られる中捻出した話し合いの場

さまざまな障害特性がある方を幅広く支援する計画相談支援
(利用者230名程度)

計画相談支援

実践経験を通じた 新人職員の育成

意思決定支援は、利用者の自己実現への支援の一環として位置づけ、特別な取組を実施しているわけではないという。利用者の自己実現への支援を提供するためには、新人職員の育成が重要であるという考えから、OJT（実際の業務を通じた指導等）期間を1年間設け、その後は半年間新人職員自身で考え行動するような機会（個別面談指導を実施しない期間）も設定している。

OJTの間中は週1で個別面談指導を実施。当該面談は意思決定支援会議と一体的に開催しているものである。当該会議においては、新人職員が日常的な支援の状況について情報を共有し、意思決定支援責任者である管理者はその情報に基づいて、意思決定支援の具体的なプロセスについて助言している。

時間が限られる中での 月1の事業所内研修の実施

当事業所は計画相談支援を提供しており、基本的には訪問形態をとっていることから、職員が時間を合わせて集まれる機会を作り出すことが難しかった。そのため、職員1人あたりの負担が大きく、お互いの状況が把握できないほどのコミュニケーション不足に陥っていた。そのことを課題と捉え、サービス等利用計画の作成及びモニタリング時に使用するソフトを変更し、訪問時には効率的に巡回できるよう工夫する等、まずは業務の効率化に着手した。

上記取組により、毎週土曜日の午前中は職員が集まる場として時間を設定することが次第に可能となり、職員同士で意見交換ができるように。事業所内研修もその時間に行うことを検討するようになった。具体的には、計画相談支援の報酬サービスやBCP（事業継続計画）を内容として取り扱い、令和6年度には意思決

定支援に係る研修も実施することを検討している。

モニタリングの頻度を高め 気楽な場を設ける

計画相談支援のモニタリングを少なくとも3か月に1度実施し、その中で意思決定支援のモニタリングも一体的に行っている。モニタリング面談時には、堅苦しい空気を作らず、利用者との気軽なコミュニケーションの中で、利用者の意思を意識的に確認するようにしている。その際、利用者の様子や状況によっては、モニタリングの頻度を高める等、柔軟な対応を心がけている。

各種取組の概要



意思決定支援責任者の選任

明示的に選任はしていないものの、管理者が当該責任者の役割を担う。経験豊富な職員と新人職員をつなぐ役割を担い、日常的に個別に新人職員に意思決定支援の具体的なプロセスについて共有。



意思決定支援会議の開催

週1の個別面談及び月1の自立生活援助原案会議と一体的に開催。個別面談では利用者の意思決定支援について新人職員に対し情報共有等を行い、経験豊富な職員とは会議以外の場で適宜情報共有。



意思決定支援計画の作成

サービス等利用計画や個別支援計画と一体的に作成。作成時には利用者、職員が面談をして利用者の状況や意思を確認している。



意思決定支援のモニタリング、 評価、見直し

少なくとも3か月に1度計画相談支援のモニタリングの機会を設定。面談時には意識的に意思確認を行い、その内容を記録。利用者の状況を踏まえ、面談開催頻度を高めることもある。

1

A

昔から持っていた一人暮らしの希望を、担当職員がくみ取り実現した事例

性別 女性 障害等 精神障害

年齢 20代 障害支援区分 2

言語によるコミュニケーションを取っている

事例の概要

1

きっかけ

同法人のグループホームの利用開始と同時に同法人の計画相談支援の利用も開始。入居後10年ほどで一人暮らしの希望が利用者から聞かれるようになるものの、グループホームでは現実的な話として受け取られていなかった。

2

取組

計画相談支援の担当職員が変更され、利用者との信頼関係が構築される中で次第に一人暮らしの希望について意思表示ができるように。担当職員が一人暮らしのメリットやデメリットを整理したうえで利用者の意思を改めて確認後、引越しの手続きや金銭管理についても支援を提供。

3

現在

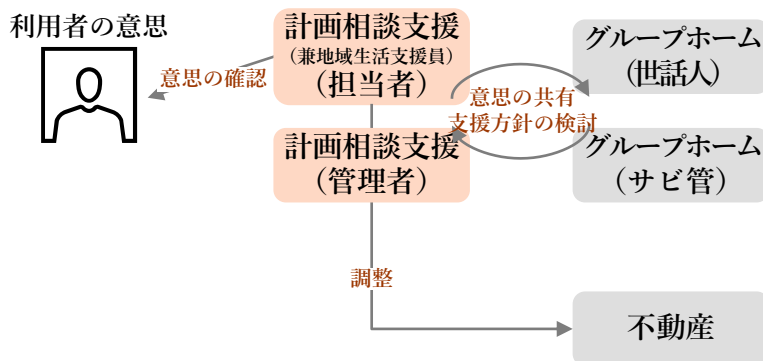
利用者の声
 担当職員との信頼関係には非常に満足しており、今の生活があるのは担当職員のおかげだと考えている。今後も一人暮らしを継続し、好きな人と結婚などができればいいと考えている。その際にも引き続き担当職員にサポートしていただきたい。

希望を通す難しさを説明したうえでの意思確認

利用者としてはグループホームでの生活に窮屈さを覚え、引越しを希望するようになったものの、グループホーム職員は一人暮らしの実現には消極的であり、実現に向けた取組は進まない状況だった。

計画相談支援の担当職員が変更した際には、前任者から一人暮らしの希望をしているという情報共有を受けており、利用者との信頼関係の構築にまずは専念をすることで、次第に一人暮らしへの希望も含めた本音を話せるようになっていった。担当職員は利用者の希望を受け、一人暮らしのメリットやデメリット、一人暮らしをした場合に利用できるサービスの内容について説明。利用者もその説明を踏まえ、覚悟を決めて一人暮らしを改めて希望し、実現に向けた具体的な取組を進めていくことになった。

事例における連携機関



グループホーム職員の不安解消

担当職員がグループホームと調整する際には、必ず利用者に了承を得てから実施し、一人暮らしに向けた具体的な課題整理については、グループホームのサービス管理責任者や世話人等と連携。協議する中でグループホーム側の不安も解消されていったという。

先回りせず、困ったときに支援する

利用者にとって、一人暮らしをする中で困ることがあっても、それも経験の一つだと担当職員は捉え、担当職員の自己判断で先回りして支援を実施することはないという。利用者が困った際に相談に来てくれる関係性をまずは構築し、相談に来てくれた際にはその解決方法について利用者と担当職員でともに検討し、必要なことについてのみ支援をするように心がけている。

参考情報

1

活用している意思決定支援計画

自立生活援助計画
(個別支援計画)と
一体的に作成

自立生活援助計画（個別支援計画）

これから先、6ヶ月の計画です。自分のペースで取り組みます。相談しながら、必要な時は見直しをしましょう。

作成年月日		サービス管理責任者		利用者同意署名欄	
サービス等利用計画の 総合的な援助の方針					
_____さんの希望する生活 (現在の状況や生活に対する意向)					

「希望する生活」を
聞き取ったうえで
記載

優先 順位	希望や 心配ごと	取り組み		達成 時期	内容・スケジュール(目安)						備考
		本人	支援者		4月	5月	6月	7月	8月	9月	
1					→						
2											
3											

利用者の意思を
実現するための
具体的な方法を検討

ピアサポーターによる経験談の提供と 職員による積極的な研修の実施

重度の精神障害の方を中心とする計画相談支援
(利用者70名程度)

計画相談支援

日常的な情報の蓄積の 定期的な振り返り

所在する都道府県で统一的に活用されているアセスメントシートのフォーマットを活用し、当該フォーマットには「本人の想い」や「家族の想い」を記載する欄が設けられている。「本人の想い」には、利用者が発した言語表現を基本的にはそのまま記載するようにし、後日振り返りをする際に客観的に当時の状況を判断できるようにしている。

利用者と面談をした際には、面談に参加した職員が面談記録を記載。アセスメントシートと面談記録は、利用者のライフステージが変わる際や、調子の変化があるとき、定期的な会議等の機会に振り返りを行い、利用者の様子の変化とその背景にある要因を分析している。一連の取組において、利用者がどうしたいのか、を尊重しつつ、活用するサービスのマネジメントを実施することを意識しているという。

ピアサポーターの経験談を 踏まえた関係性構築

ピアサポーターが、利用者と積極的に経験談を踏まえた会話を行うことで、信頼関係の構築に貢献している。精神障害の方が多事業所であるが、ピアサポーターは特にリカバリーを意識して支援。利用者の特徴や体調に合わせ、手紙や電話で体調を気遣ったり、希望を確認したり、重要な決定事項等の連絡を行ったりしている。その他、買い物や外食、新たな暮らしの場を検討する際のグループホーム見学等にも同行し、ピアサポーターとしての経験を踏まえた観点で利用者を支援している。

当初は精神科から退院したくないと語っていた入院患者が、同行支援や面談を通じたピアサポーターとの3年にわたるやり取りを踏まえ、次第に退院後の暮らしについて意識が向くようになり、その後グループホームへの移行を希望され、希望先への移行が実現した例もある。

職員が企画開催可能な 月1研修の実施

以前は施設長等が研修テーマを作成していたが、職員による研修への主体的な参加を目指し、職員がチームを形成し、各チームが順番に研修の企画開催を担当する方法を採用。その際には意思決定支援の内容を盛り込むことや外部講師に依頼することもあるという。

各職員が自主的に業務時間を調整し、研修テーマの検討および準備を実施。このような取組により、支援現場に即した研修内容を開催できるようになったことや、職員の研修への意識が向上したこと等さまざまな利点が考えられる。

また、計画相談支援のピアサポート体制加算の要件として年1回以上の「障害者に対する配慮等に関する研修」が設定されていることを踏まえ、その要件を満たす研修として意思決定支援ガイドラインを取り扱ったこともある。

各種取組の概要



意思決定支援責任者の選任

事業所として携わる事例では、担当の相談支援専門員を組織として選任。管理者が職員のスーパービジョンを行い、課題が全面に出ていない利用者についても、定期的に状況を確認する役割を担う。



意思決定支援会議の開催

毎朝の情報共有の会議、月に1度の相談支援会議と一体的に開催。会議内で、特に職員が課題を抱えていると考える利用者の事例について共有し、意思決定支援責任者がスーパービジョンを実施。



意思決定支援計画の作成

サービス等利用計画と一体的に作成。基本情報シート（アセスメントシート）の中に「本人の想い」「家族の想い」等を記載する欄を設け、当該シートを基にサービス等利用計画を作成。



意思決定支援のモニタリング、評価、見直し

年に1度のサービス利用更新時に必ずサービスの満足度や利用ニーズについて、利用者に確認し、振り返りを実施。

特定の利用者への支援を契機に ガイドラインを意識的に活用

重症心身障害の方が中心の医療型障害児施設を運営
(療養介護や医療型障害児入所を含め、利用者100名程度)

医療型障害児
入所

特定の利用者への支援を 契機にガイドラインを活用

当事業所は、医療的ケアを必要とする重度の身体障害及び知的障害等のある利用者を受け入れており、障害児及び障害者ともに対応していることが特徴的である。重度心身障害の方が利用者が多いことから、日常的に利用者の反応や様子を伺いながら施設内活動に生かす等は自然と実施をしていた。

そんな中、措置入所をきっかけに入所していたある利用者が成人になるにあたり、より利用者にとって適した住まいの場があるのではないかと考えるようになり、意思決定支援ガイドラインに沿った支援を意識的に実施することになった。

まずは地域の自立支援協議会が開催する意思決定支援に係る研修を職員が受講し、意思決定支援責任者の重要性を認識。児童発達支援管理責任者が意思決定支援責任者として選任され、当該利用者との月1回の面

談を実施し、利用者の特徴を踏まえた意思の聞き取りや、利用者の希望を踏まえた体験機会の提供等を積極的に実施（※詳細は右頁）。

事業所としては、日頃から各職員が実施する意思決定支援とは別に、今回の事例のような住まいの場の移行等を検討する際に適宜意思決定支援責任者を選任し、ガイドラインに沿って対応することを検討している。

全利用者に対する 施設内活動の提供

個別支援計画を作成する際には、利用者が参加する施設内活動を、利用者の反応や様子を踏まえて検討する。施設内活動とは、各グループやフロア、個人で行う活動を指し、具体的にはビーズを使った創作活動、トランポリン等の身体を動かす活動、スヌーズレン等のリラクゼーション活動等を実施。各担当職員が、利用者と活動を行ったり、他のグループ

活動に参加し、利用者の様子を確認したうえで個別支援計画にその後実施する活動を記載。その際には、利用者に重度心身障害の方が多いことから、苦手なことを得意にするという観点よりも、利用者が楽しめる活動、好きな活動を提供するということを意識している。

SOAPによる記録と モニタリングの実施

SOAP（Subject：主観的情報、Object：客観的情報、Assessment：評価、Plan：計画）の4つの項目に従って記録する医療看護の分野において使われる記録方法を活用し、利用者の経過観察を日常的に実施。当該記録は個別支援計画作成時やモニタリング時に活用され、活動をすすめる中での様子や変化について確認がしやすくなっている。

各種取組の概要



意思決定支援責任者の選任

本事例では組織として、児童発達支援管理責任者を当該責任者に選任。利用者の希望を聞き取る主担当として、月に1度面談を実施。※本事例以外での当該責任者の選任は、今後状況に合わせ判断



意思決定支援会議の開催

当該事例に関わらず、個別支援計画作成時に年2回会議を開催。日常的な様子の共有及び利用者の反応等を確認したうえで計画を作成。



意思決定支援計画の作成

当該事例に関わらず、個別支援計画と一体的に作成。生活場面での本人の希望を適宜反映し、施設内活動に活用。



意思決定支援のモニタリング、 評価、見直し

モニタリング会議を月1回で開催。各職種が記入する日常的な記録や活動を踏まえた反応の様子を基に個別支援計画の見直しを実施。

3

B

利用者が望む暮らしを成人を機に確認し、別の入所施設に引っ越した事例

性別 男性

障害等 身体障害、知的障害

年齢 10代

障害支援区分 5

言語による意思の表出があり、基本的には言語的コミュニケーションを取っているが、言葉の理解は5歳程度という診断を受けている

事例の概要

1

きっかけ

中学生の頃に児童相談所からの措置入所で当施設に入所。中学は施設内の分校に通っていたが、高校から地域の特別支援学校に通うようになり、職員は利用者の成長を実感するように。成人に向け、重度の方が多い当施設ではなく、利用者に適した別の住まいを検討し始めた。

2

取組

利用者と月1回で面談をし、常に利用者の希望に優先順位をつけることで確認。その中では住まいの場だけでなく、日常的な希望を聞き取っていた。他の職員とも連携しながら、料理や買い物、信号を渡る等の日常的な希望について体験機会を提供し、住まいの場が変わった後も見据えて支援を提供。

3

現在

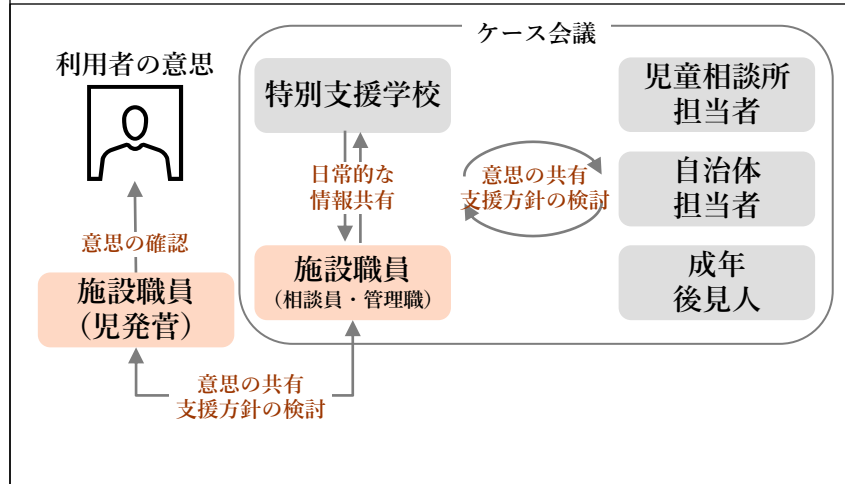
入所施設に見学に行った際に利用者が気に入り、行政とも連絡を取りながら住まいの場を移行。現在も引き続き特別支援学校に通い、職員からは「今の生活が楽しくてあまりこちらのことは覚えていないようだ」とのことだった。

面談で利用者の希望の優先順位を確認し共有

月1回の利用者との面談時には、写真等を活用しながら各希望の優先順位3位までを利用者に確認していた。3位までとした理由は、利用者には5までの数字の概念はあると判定されたためである。面談で確認した優先順位は行政との会議でも共有し、優先順位をつけてもらっていたことにより、利用者本人の希望を明確に伝えることができたと考えられる。

優先順位をつける際には、他の施設への見学や、特別支援学校での現場実習等の経験により、利用者にとって判断がしやすい材料を多く提供していたという。加えて、特別支援学校への毎日の送迎車の中で、同伴する支援員が外の景色を見ながら利用者に対し、他の施設や外食の希望、過去の利用者の経験について声かけを行っていたことで、事業所の外に意識が向き、他施設での生活における想像をすることができるようになっていった。

事例における連携機関



日常的な希望についての積極的な実現

面談時には、将来の住まいに係る希望だけでなく、料理や買い物等の日常的な希望についても優先順位を確認していた。聞き取った希望は他の職員にも共有し、本人と職員間で計画を立てて、積極的に実現するよう意識。具体的には、予算内で購入するお菓子を選んだり、コンビニの店員と会話したり、車椅子で通れる道を確認したり等を支援。

希望を伝え、一緒に考えることで、希望が実現ができるという経験を経ることで、利用者も自身の意思や希望を面談時に発言できるようになったという。

4

担当者制による1対1の関係性構築を通し 利用者から意思を確認

重度の知的障害の方が多施設入所支援
(利用者30名程度、障害支援区分5～6が多い)

施設入所支援
(障害者支援施設)

担当者制を通じた関係性構築による意思の表出支援

担当者制を導入することにより、利用者と担当者の1対1の関係性を構築する中で、本人の意思を確認する取組を推進している。利用者の中には経験がないため選択ができない方や、意思を言語化できない方が多く、1対1の信頼関係を築いたうえで、他の選択肢の提示や、新たな体験の提供により、利用者の意思の構築を行うことを心掛けている。

月1の個別支援計画のモニタリングにおいても、利用者や担当者で対話し、半年で達成できる目標に向かってスモールステップを積み上げながら支援を実施。日常における意思決定支援の記録は専用のソフトに登録して蓄積するようにしており、別の職員が当該担当者に対し、フィードバックを記載する欄も用意。1対1の関係性を構築することで、利用者は自身の担当者に意思の表出がしやすくなっていると考えている。

積極的な意思決定支援の枠組み導入による周知

所在する都道府県で独自の意思決定支援ガイドラインが策定され、意思決定支援に係るモデル事業も実施。事業所としては、当該ガイドラインを各職員に周知すると同時に、事業所内研修では都道府県職員を講師として招聘し、意思決定支援の内容を毎年取り扱っている。

モデル事業にも参加し、利用者の意思能力や表現方法について改めて「ヒアリングシート」に整理することで、利用者への理解を深めると同時に、「ヒアリングシート」の記載内容を個別支援計画に反映している。

意思決定支援責任者の役割分担

意思決定支援責任者として管理者(女性)、サポート役としてサービス管理責任者(男性)が業務を兼任。利用者の特徴も踏まえつつ、担当者

以外が支援に入る必要があると判断した場合には、管理者とサービス管理責任者のうち、できるだけ利用者と同性の者が対応するように工夫。当該工夫により、利用者との建設的な話し合いが行いやすくなっていると実感している。

利用者が意思決定支援責任者に意思や希望を発した際には、担当者との会話を促進することで、常に担当者制における1対1の関係性構築を重視し、意思決定支援責任者は、各担当者が利用者の意思や希望を実現するための調整を担っている。

会議開催による外部連携及び利用者の意識向上

月1度の外部関係者を招いた会議では、利用者の進捗及び個別支援計画の趣旨や内容を共有。会議に向けて利用者も話したいことを事前に整理し、当日は同席して状況を自ら共有することで、意思決定への意識が向上している。

各種取組の概要



意思決定支援責任者の選任

組織として管理者を当該責任者に選任。サービス管理責任者も当該業務をサポート。担当者制を導入し、日常的な意思決定支援は各担当者が実施し、当該責任者は適宜助言をしている。



意思決定支援会議の開催

月に1度の個別支援計画策定会議と一体的に開催。各担当者と意思決定支援責任者との情報共有は、基本的に毎朝の打合せや日頃の会話の中で実施。その他月に1度関係者も交えて進捗共有。



意思決定支援計画の作成

個別支援計画と一体的に作成。利用者の「夢や希望」を記載する欄を設け、担当者が記載した内容を意思決定支援責任者が確認し、全職員が全利用者の当該欄を回覧で確認。



意思決定支援のモニタリング、評価、見直し

個別支援計画を活用し、利用者や担当者が毎月モニタリングを実施し、当該月の取組を「◎、○、△、×」の4段階で話し合いながら振り返る。

4

C

精神科退院後に施設入所し、本人の希望である里帰りを実現した事例

性別 男性 障害等 知的障害（自閉症、統合失調症の診断あり）
 年齢 20代 障害支援区分 5

言語による意思の表出があり、言葉の認識のズレを意識しながら基本的には言語でコミュニケーションを取っている

事例の概要

1

きっかけ

精神科に入院していた事例で、家族との折り合いが悪く、実家に退院後戻れないことから障害者支援施設への入所の検討を開始。

2

取組

利用者は病院よりは施設がいい、という比較論で意思を表出するため、それが本当の意思であるかの確認を医療機関とも丁寧に実施。体験のため、短期入所を2回し、施設入所後どのような暮らしがしたいかを話し合いながら入所の意思を確認。

3

現在

相談支援専門員を中心に、家族との関係性の改善にも力を入れ、本人の意思である、「施設入所しながらの帰省」を実現。

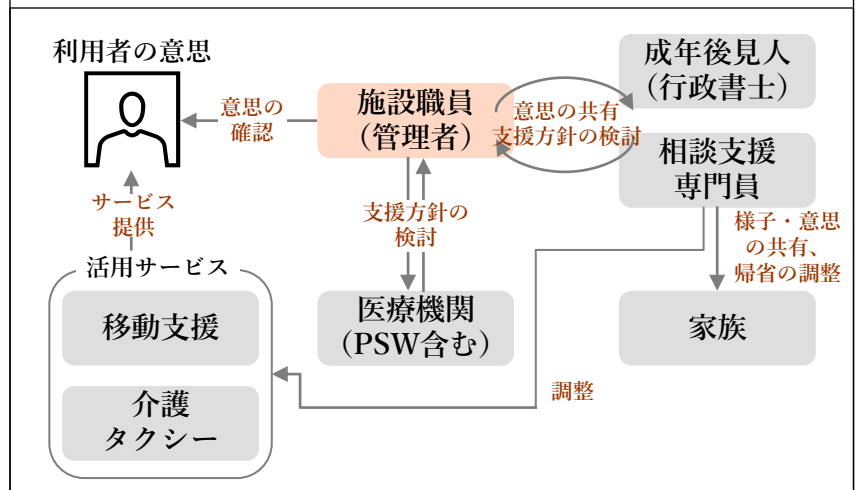
利用者の真の意思を確認するための問いかけ

入院中の利用者に施設に入所したいのか意思を確認した際には、問いかけの方法について医療機関とも相談しながら検討した。利用者にとっては、実家に帰ることが難しいことを理解し、本当は実家に戻りたいにも関わらず、退院することを優先し、施設に入所したいと発言するのではないかと考えられたためである。

また、施設への短期入所を体験のため活用したところ、物を壊す等の行動が見られたため、改めて本人の意思を確認する必要があると考えた。

話し合いの際には、施設に入所してどう暮らしていきたいのか、という切り口で利用者と話し合いを進めることで、医療機関と施設の比較を回避し、施設で暮らすうえでの目的を検討するような問いかけを実施。その中で、「施設でがんばることで、いつか日帰りで帰省したい」という意思が確認できたため、施設への入所を決定した。

事例における連携機関



小さなステップを踏んだ利用者の喜び

利用者と個別支援計画上策定した半年後の目標を見つめながら、職場実習、金銭管理、他の入居者との関わり等、これまでに経験してこなかった体験の中で、小さな成功を1つ1つ拾い上げ、利用者を楽しめ、成功体験を少しずつ積み重ねている。このような経験により、利用者の情緒も安定し、喜びにつながれると考えている。

各関係者との連携による帰省の実現

ご家族との折り合いが悪く、利用者の希望である帰省の実現が、当初は難しかった。相談支援専門員が中心となり、施設での利用者の頑張りを伝えることで、帰省が実現。帰省時には、成年後見人（行政書士）、ガイドヘルパー等が往復の車中も含め同行し、介護タクシーも活用。外部関係者との連携によって実現できた帰省だと考えられる。

週1回の会議とサポートブックによる 意思確認とPDCAサイクルの活性化

重度の知的障害の方が多いうグループホーム
(利用者10名程度、障害支援区分4～6が多い)

共同生活援助

モデル実施の中で 本人の意思の重要性を痛感

言葉の表出がない方や強度行動障害の方に対する意思決定支援の取組をモデル的に1年間実施した。週1の事業所内会議の中で、利用者の様子や課題を共有しながら取組を実施していくうちに、担当者等の一部の関係者だけで個別支援計画を作成していることを認識し、利用者本人の意思や希望の重要性を痛感した。

モデル実施の中で、利用者の様子も生き生きとするようになるという変化もあり、意思決定支援への取組を加速させるきっかけとなった。

事業所内会議を 月1から週1へ

以前は月1で事業所内会議を実施していたが、月1では、利用者の行動や状態の変化に支援が追いつかないことから、PDCAを回すには頻度が少ないと考えるようになり、頻度

を週1に変更した。変更した当初は、会議に向けて急かされるような気持ちになっていたが、現在は週1の開催による利点を感じている。

週1にしたことで、利用者への対応方法の統一や見直しがしやすくなった点は特に大きく、多くの関係者が関わるグループホームでは、状況の変化が起こりやすいが、週1の会議によって臨機応変に対応できるようになったと考えている。臨機応変に対応することで、利用者が落ち着いて暮らせるようになったことも実感している。

アセスメントとして サポートブックを活用

アセスメントとして、全利用者に対し、全30ページ以上のサポートブックを作成し、年に1度内容を更新している。利用者の障害や医療の基本情報に加え、意思決定支援ガイドラインの内容を踏まえつつ、本人

の意思や推定される意思についても「生活・人生」「仕事や日中活動」「健康・生命」「その他」の4つの場面に分けて記載するページを設けている。各担当者はサポートブックを活用してアセスメントに取り組むことで、意思決定支援ガイドラインを踏まえた取組を実施することができる。

本人の意思を踏まえた 個別支援計画の作成

個別支援計画においても、「生活」「健康」「余暇」「夜間」「その他」の各項目における利用者本人の意思を記載する欄を設け、各担当者が、利用者本人の意思を確認することが自然と意識できるような設計となっている。

本人の意思の記載内容を踏まえ、目標、次期計画を記載することにより、本人の意思を始点とした支援方針の検討が実施できる。

各種取組の概要



意思決定支援責任者の選任

組織としてサービス管理責任者を選任。担当制を導入し、各担当者が主体的に意思決定支援に従事。



意思決定支援会議の開催

週1の事業所内会議および、半年に1回のサービス担当者会議と一体的に開催。日常的な利用者の様子の共有、支援方針の検討から、計画作成時の確認まで実施。



意思決定支援計画の作成

個別支援計画と一体的に作成。生活、余暇、健康の項目を用意し、各項目の中で利用者本人の意思について主に各担当者が記載し、会議にて確認。



意思決定支援のモニタリング、評価、見直し

週1及び半年に1回の会議内で、前回会議からの様子の変化に加え、次回会議までの方針や実施事項を確認することで、常にPDCAサイクルを回している。

5

D

脳幹梗塞による不安行動の表出に寄り添い、不安行動が落ち着いた事例

性別 男性 障害等 知的障害
 年齢 50代 障害支援区分 6

「いや」等の言葉の発出はあるが、
 基本的には表情の確認によってコミュニケーションを取っている

事例の概要

1

きっかけ

元からグループホームに居住していたが、脳幹梗塞を発症後、歩行、言語、食事等が困難に。車が大好きだったが、日中活動先への車で移動に拒否反応を示し、不安が強くなることによる行動の変容が顕著に。

2

取組

各関係者によるサービス担当者会議を開催し、健康状態の確認と不安に寄り添った支援を実施することを決定。
 利用者の様子を見ながら、週1の会議内でその様子を共有、支援策を検討し、きめ細やかな支援を提供。

3

現在

発症後に見られるようになった不安行動が落ち着き、日中活動先にも安心して通えるようになったと見受けられる。

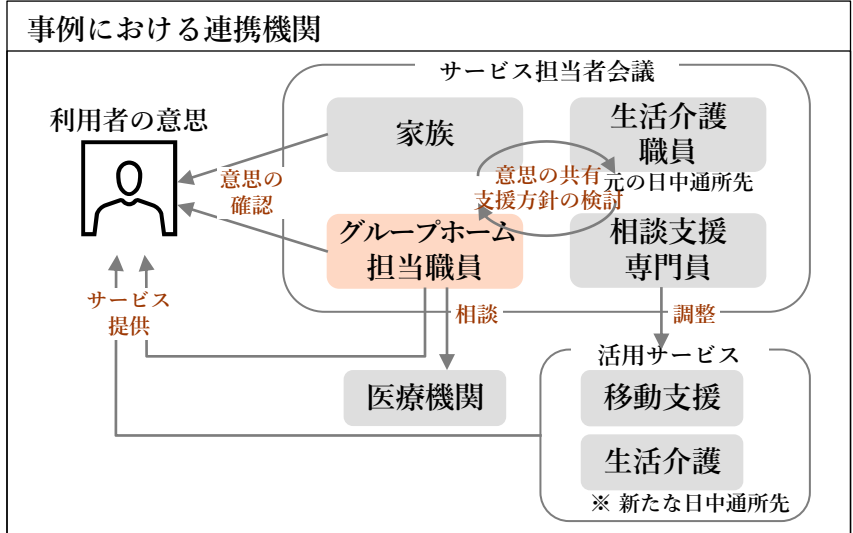
利用者の様子を踏まえ、不安に寄り添った支援

日中活動先の生活介護事業所に車で行けなくなり、通所することが困難になった際には、利用者の様子を確認しながら歩いて通所先に同行することもあった。同時に、別の通所先を検討し、法人内の生活介護事業所の利用を、段階を踏んで試してみることにした。

送迎に係る課題もあったため、相談支援専門員と市が連携し、移動支援のガイドヘルパーを利用した通所支援を提供。グループホームの玄関でガイドヘルパーとコーヒーを飲む体験から開始し、現在では週2日、3時間ほどの通所利用ができています。

週1の会議による迅速な対応の実施

週1の事業所内会議において、担当者が利用者本人の様子を共有することで、本人の意思を推定。本人の意思ではない行動も表出している点に留意した結果、外出したがる行動



は、他の利用者の帰宅を待つための行動と推定。暑い中外で待っているよう、扇風機等を用意し、職員等が付き添った結果、次第に様子も落ち着き、室内で過ごすことができるようになったという。

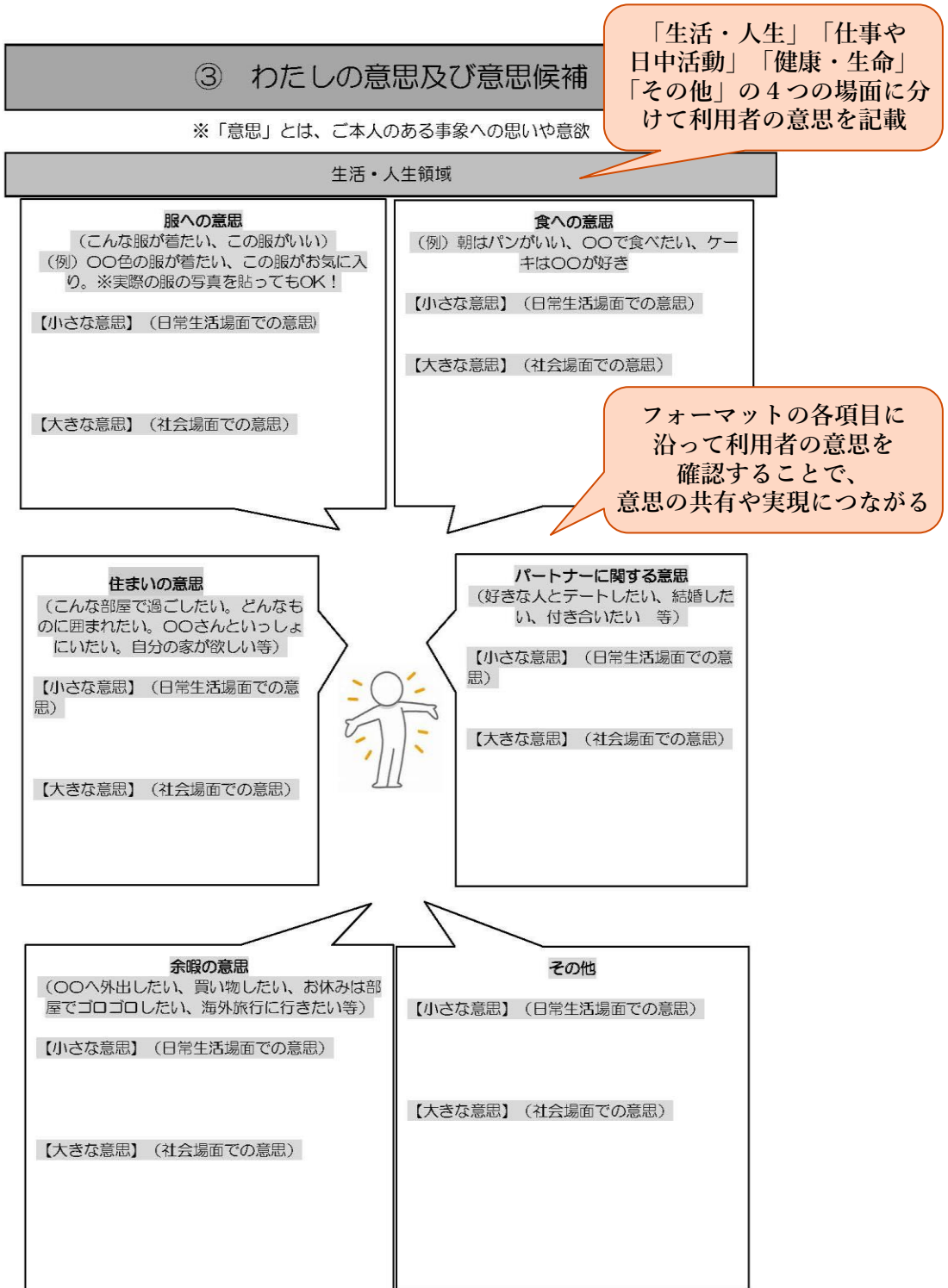
会議を週1で実施していたからこそ、扇風機の使用等臨機応変に対応できたと考えている。

家族との対話による新たな視点

ご家族とも定期的に、利用者の様子について共有する中で、服薬の量を本人は減らしたいのではないかと家族から話があった。提案を踏まえ、医療機関と相談しながら服薬の量を減らし始めたところ、特に服薬による様子の変化も見られず、落ち着いた傾向にある。

ご家族との関係性を構築し、対話を実施していたことで、利用者本人の意思をさらにくみ取ることができたと考えている。

アセスメントとして作成しているサポートブック



参考情報

6

社会資源を必ず使う活動を実施する「現地選択活動」の様子

科学館への外出



乗馬クラブ体験



みかん狩り体験



猫カフェへの外出



6

現地選択活動と多角的かつ客観的な視点を 基にした利用者の意思の推定

中重度の知的障害者を中心とした入所施設

(利用者30名程度、障害支援区分5以上の利用者がほとんど)

施設入所支援

現地選択活動による、利用者が望む余暇活動の探求

社会資源を必ず使う活動を実施する「現地選択活動」を週2回(水、金)実施していた(利用者1人あたり月2回)。職員で活動内容の候補を検討し、利用者からの投票により、その回の活動内容を選出。その内容は、外食、みかん狩り、科学館への来訪等多岐に渡る。

外出時に耳をふさいで動けなかった利用者が、「現地選択活動」における体験の中で、希望する余暇活動を見つけることができた例もある。入所施設として提供サービスがパッケージ化されてしまいやすいことを懸念し、利用者に様々な体験機会を提供しながら、真の意思を見つけ選択できるようにすることが重要と考えている。

また、当該活動を通じて、職員はこれまで思い込みで主観的に支援していたことを認識し、重度の利用者であっても意思が必ずあり、それを

行動等から推定することの重要性を強く実感することができたという。

多角的な視点を基にPDCAを実施

利用者との言語的コミュニケーションが難しい場合、日々の行動や心身の状況を踏まえて、月1開催の支援チーム会議や半年に1度開催の個別支援会議の中で、利用者の意思を推定する。その際には、加齢による利用者の変化等を、利用者の意思と一体化しないよう、管理栄養士、看護師等の専門職の職員も同席したうえで議論する。一方、専門職職員の勤務形態や業務負担の都合上、支援チーム会議では任意参加とし、個別支援会議では必須参加としている。

また、個別支援計画において、利用者の意思だけでなく、支援員やその他専門職職員が記載可能な欄を設け、常に多角的な視点を基にPDCAを回している。

冰山モデル分析等を使った利用者の行動の数値化

相手が長期入所の方であっても、職員の決めつけによる支援とならないように、客観的な視点からなぜその課題行動に至るのかを分析するようにしている。具体的には、利用者の行動の特徴を日常的に記録し、アセスメント時に、課題と言われる行動の背景や要因を、冰山モデル分析やABC分析などの手法を用いて分析している。行動を数値化することにより、課題行動に対して対症療法ではなく、利用者の意思に沿った支援を提供することが可能となる。

当該分析手法は意思決定支援責任者等が、課題行動が見られる利用者に対して現時点では実施しているが、今後全ての支援員が分析できるようにすることを目指している。

各種取組の概要



意思決定支援責任者の選任

組織としてサービス管理責任者を当該責任者に選任。利用者の担当職員が把握する利用者のニーズや行動変容について、意思決定支援責任者が管理。その他支援の評価や関係機関との連携が主な業務。



意思決定支援会議の開催

月1の支援チーム会議及び半年に1度の個別支援会議と一体的に開催。会議では、利用者の日々の行動や心身の状況を踏まえ、専門職の視点も入れながら総合的に利用者の意思を推定。



意思決定支援計画の作成

個別支援計画と一体的に作成。本人の意思及び、支援員やその他専門職から見た利用者に関する情報も記入できる欄を設け、多角的な視点からの作成を意識。



意思決定支援のモニタリング、評価、見直し

特に課題行動が多い利用者に対し、冰山モデル分析やABC分析等の手法を活用し、アセスメントを実施することで、利用者の行動が数値化され、その行動の背景にある要因を検討しやすくなる。

6

E

利用者の行動変容を数値化し、グループホームへの移行を実現した事例

性別 男性 障害等 知的障害（自閉症の診断あり）
 年齢 50代 障害支援区分 6

言語の発出はない方で、基本的には表情や行動の確認によってコミュニケーションを取っている

事例の概要

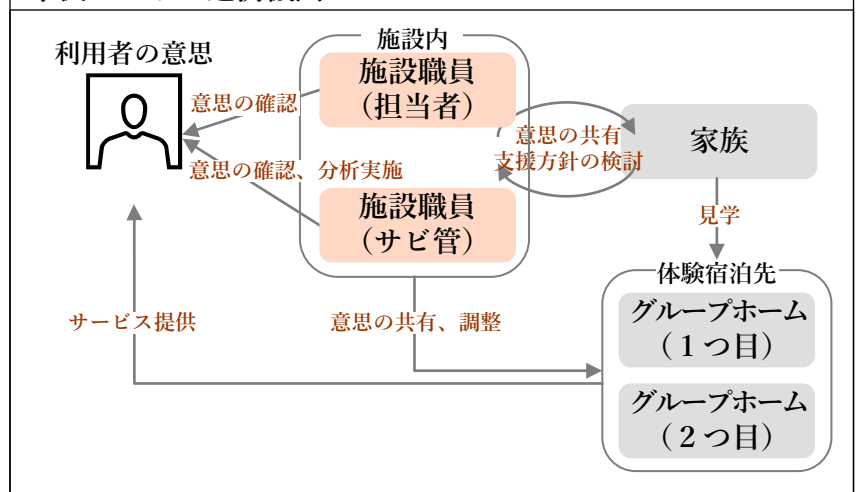
1	2	3
きっかけ	取組	現在
<p>入所歴30年以上の利用者で、集団生活をする中で昼夜逆転、たばこの吸い殻の誤飲等様々な課題行動が生じ、入所施設での工夫も実施したものの、利用者の意思と異なるのか、課題行動に変容が見られなかった。</p>	<p>居室を相部屋から個室にした際の夜間睡眠の安定や、転倒による骨折を起因とする歩きたいという意思の表出を受け、<u>氷山モデル分析によって、利用者の行動変容を数値化</u>。バリアフリー環境のグループホームへの移行が良いのではないかという議論となり、<u>ご家族への説得後</u>、移行を段階的に実施。</p>	<p>グループホーム2か所を体験利用し、2か所目では、見学時や体験利用時に、課題行動や嫌なときの表情が見られなかったことから移行を決定。現在も同じグループホームに居住し、日中活動や夜間睡眠も安定。歩行器を使った歩行が見られ、課題行動もなくなっている。</p>

氷山モデル分析を使った反対するご家族への説明

利用者の年齢が50代であり、ご家族としては終の住まいと考えていたことや、長期入所者であったことから、当初、グループホームへの移行にご家族は不安を抱えていた。その際には、氷山モデル分析を活用した利用者の行動変容を数値化したものを用いて、利用者が個室に移動してから課題行動が減ったことや、歩こうという意思が見られるものの、入所施設のままだと、集団生活の中で生じる対人トラブルが及ぼすリスクが高くなるため、安全に歩行することが難しいことなどを丁寧に説明。また、分析した結果グループホームへの移行後は課題が改善される予測ができる点も示し、徐々にご家族の不安も軽減されていった。

説明だけでなく、実際にご家族にグループホームを見学してもらい、グループホーム入居者の様子や過ごし方などについて情報提供することによって、少しずつ理解を得ること

事例における連携機関



ができた。

アセスメントを通じたグループホームの検討

初めに検討したグループホームでは、お茶を飲む等の見学時及び一泊だけの体験利用であれば、利用者の様子に課題は見られなかったものの、連泊体験した際には眉間にしわを寄せた表情をしたり、夜間睡眠が乱れたりしたため、数値を取ってアセスメントを実施。その結果、当該グ

ループホームではなく、トイレや風呂の個別利用がしやすい他のグループホームへの移行に切り替えた。

ガイドラインに沿った支援による根拠の蓄積

意思決定支援ガイドラインの記載内容に沿った支援の提供により、ご家族や他機関から見ても納得のできる根拠の蓄積が自然と可能になったと考えている。

「社会生活力プログラム」とユニット制の導入による利用者の意識の変化

重度の知的障害者が多い入所施設で、地域移行を促進
(利用者50名程度)

施設入所支援

利用者の意思を踏まえた地域移行支援の推進

施設に入所する背景は各利用者によってさまざまではあるものの、利用者が自ら望んで入所する場合は少なく、家族の体調不良や、利用者の障害や疾病の特性による家庭での生活の難しさによって入所することが多いと考えている。施設入所時には、利用者や家族にまず見学に来てもらい、新たな生活の場にいつかは移ることや、移行に向けて力をつけていきたい旨を説明する。

施設としては、利用者が望まない施設での暮らしを続けるのではなく、真に望む暮らしを考え、「社会生活力プログラム」等によるさまざまな経験の蓄積により、利用者に力をつけていただき、地域生活に戻る取組を推進している。

社会生活力プログラムを基にした地域移行に係る支援

障害者が自立した豊かな生活を送

る力を高めるためのプログラムを記載した「社会生活力プログラム・マニュアル*」を基に社会リハビリテーションプログラムを実践。セルフケア、金銭管理、余暇活動、社会参加等さまざまな場面におけるプログラムを、各利用者の様子に合わせて個人もしくはグループでテーマを決めて実施。具体的には、コンビニでの買い物や歯科医院への通院等を実践している。

各プログラムの最後には振り返りの機会を設けており、その際に見られる利用者の反応や様子の変化、言語の表出を基に意思を推定し、個別支援計画に反映させている。

ユニット制による職員の連携強化

ユニット制を導入し、各ユニットは障害特性や性別によって分けられている。利用者は自身が所属するユニットの職員と日常的な交流を持ち、

「社会生活力プログラム」への参加時や地域移行検討時には地域移行コーディネーター（自治体事業で配置されている職員）と接点を持つ。

各ユニットにはユニットリーダーがおり、全体の運営会議や虐待防止委員会等に参加し、内容を各ユニットに共有・周知する役割を担う。ユニットによって開催頻度は異なるが、ユニット会議も各ユニットで開催し、利用者の状況を密に共有している。

利用者の地域移行を考えるきっかけの提供

各ユニットでは、地域移行をされる方を利用者で見送る機会を設けており、加えて、「社会生活力プログラム」の一環として地域移行をした元利用者への訪問も実施。そういった活動の中で、利用者が自然と自身が退所した際の暮らしを考えられるきっかけを提供できているという。

※ 奥野英子 (2020) 『障害のある人のための社会生活力プログラム・マニュアル』中央法規

各種取組の概要



意思決定支援責任者の選任

明示的に選任はしていないものの、サービス管理責任者が意思決定支援責任者のような役割を担う。各職員及び地域移行コーディネーターが随時実施する意思決定支援を把握。



意思決定支援会議の開催

個別支援会議と一体的に毎月開催。個別支援計画に記載した利用者の意思や日常の利用者の記録を踏まえ、利用者の意思や状況について共有及び検討する。



意思決定支援計画の作成

個別支援計画と一体的に作成。利用者の意思をくみ取って記載する欄を設置。各利用者との日常的に接する機会が多い職員が当該欄に記載した内容を、サービス管理責任者が確認している。



意思決定支援のモニタリング、評価、見直し

半年に1度モニタリングを実施する以外にも、「社会生活力プログラム」を通じた振り返りの機会も設け、その中で確認された利用者の意思も個別支援計画に反映。

7

F

長年の入所経験がある利用者がグループホームに移行した事例

性別 男性

障害等 知的障害、身体障害

年齢 30代

障害支援区分 6

言語の発出はない方で、基本的には表情や行動の確認によってコミュニケーションを取っている

事例の概要

1

きっかけ

他法人の障害児入所施設に年齢超過児として入所していたところから当施設に移動。課題行動としておむつの異食が見られ、当施設への入所当初は持病による発作も頻繁にあり、救急搬送される場合も多かった。

2

取組

まずは健康状態を改善したうえでグループホームへの移行を検討。グループホームにまずは見学に行き、嫌がるときに発する大声などの様子が見られないか確認し、穏やかに過ごしているようだった。約3週間の宿泊体験を行い、健康状態も落ち着いており課題行動も見られなかったため、移行を実施。

3

現在

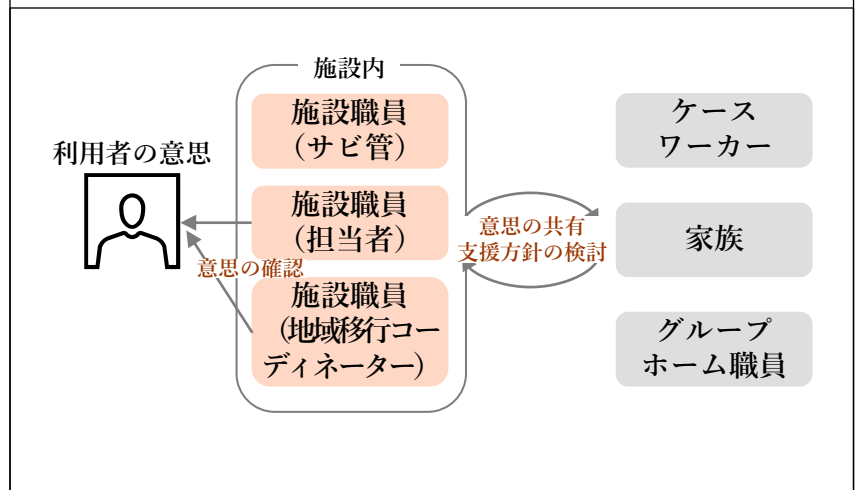
施設入所時には、家族との買い物やボランティア団体との交流等、経験できなかったことが経験で来ていて良いと考えている。また、グループホームで撮影された写真を確認すると楽しそうな表情を見せており、健康状態も落ち着いている。

体験してから利用者の様子を確認し推定する

言語的コミュニケーションが難しい利用者であったため、家族とも相談のうえ、一度グループホームを見学した。当初は家族も、グループホームへの移行は難しいのではないかと考えていたが、グループホームへの見学を通して、事業所や利用者の様子、他の利用者の過ごし方を確認し、安心できるようになっていった。

利用者との見学時には、家族も同伴し、利用者の様子を一緒に確認。利用者嫌がる様子が見られなかったことから、約3週間の宿泊体験を実施。見学や体験宿泊後には振り返りの場を設け、家族とともに利用者の意思や反応について話し合い、利用者の意思を推定。その後の健康状態も落ち着いており、課題行動も特に見られなかったことから、利用者に合ったグループホームではないかと推定し、移行を実施した。

事例における連携機関



地域移行後の定期的なフォロー

利用者が地域移行した後も定期的に移行先のグループホームの管理者や家族と連絡を取り、利用者の様子を確認する等のフォローを行っている。家族からは移行後3か月ほどで安心しているという話があった。

各関係者と連携する会議の開催

利用者の反応を確認し、意思を推定するような会議には、ユニットの職員や家族が参加し、グループホームとの調整が主な議題となる会議では、グループホームの管理者やケースワーカーを入れて開催する。

関係機関と連携していく中で、適宜電話での確認を行い、具体的な確認等の必要がある場合には会議を開催する等をしている。

通常業務である個別支援記録に 意思決定支援を組み込んだ取組の普及

重度心身障害の方が多い生活介護
(利用者30名程度、うち2/3が車いす利用)

生活介護

体験の機会を通じた 利用者の意思確認

利用者には重度の障害がある方が多く、その中には医療的ケアを必要とする方もいる。そのような方でも思いや希望を伝えることができることを前提に支援すること、そして関係者に伝えることが重要だと考える。

そのために、利用者本人の趣味嗜好が増えるよう体験の機会を意識的に作っている。その際には「好き」だけでなく、「嫌い」という表現ができることも重要である。体験の機会提供のために、利用者の体調も踏まえ、公園やドライブ等の毎日の外出に加え、県外等への外出も1か月に1度程度実施している。

通常業務の中に 意思決定支援を組み込む

利用者に関わる職員は、毎日、利用者1人1人の個別支援記録にその日の記録を残している。当該記録には、その日の時間帯別の活動記録、

その時の表情(顔文字で書き込む)、反応(好きそうか、興味がなさそうか等)、健康状態、その他コメントを記入する。その記載内容も踏まえ、週1の支援会議(意思決定支援会議)では利用者の日頃の様子や目標の実施状況を職員間で共有し、話し合うことで、職員の中に自然と意思決定支援をすることが浸透している。

より多くの職員が目標進捗管理の場面に触れられるよう事業所として意識し、本人の意思を確認するような声かけも職員に対し実施。

時間と人材が不足する中ではあるが、日常的な入浴や食事の際に意思決定支援が実施できるように設計することが重要だと考えている。たとえば、入浴剤が好きな利用者が毎日入浴剤を選べるようにし、その日選んだ入浴剤やその時の様子を個別記録に書き込めるよう、利用者1人1人に合った個別記録のフォーマットを作成している。個別記録は、事業所内だけでなく、他事業所や家族にも共有している。

自分新聞の作成を通じた 利用者への理解促進

利用者本人の意思を、他の関係者に伝えるためにも「自分新聞」の作成を開始。「自分新聞」には最近の活動内容、その時の利用者の様子を踏まえた趣味嗜好の推察内容等を記載。各職員が担当箇所を作成することで、利用者の意思を再確認する良い機会になると同時に、新たな地域資源の開拓にもつながった。

特に医療的ケアがある利用者に対し、新たな地域資源を開拓する際には難しさがあるが、「自分新聞」を共有することで、関係者から利用者への理解が深まり、支援に入る際の不安を取り除くことにもつながっている。

「自分新聞」の作成は、地域の自立支援協議会で意思決定支援の取組方法の一つとして採用されている。各職員にそれぞれ記載コーナーを振って作成を依頼することから作業負担はそれほどないと考え、他事業所への普及を目指している。

各種取組の概要



意思決定支援責任者の選任

組織としてサービス管理責任者を当該責任者に選任。全利用者の個別支援計画に本人の意思が反映されているかを確認する役割を担う。



意思決定支援会議の開催

週1で支援会議と一体的に開催。本人の反応や目標の実現状況など、個別支援計画(意思決定支援計画)の進捗について、1人1人の利用者の状況を確認。



意思決定支援計画の作成

個別支援計画と一体的に作成。本人の希望を達成するための目標を設定する計画という位置づけ。確認し、見直しが行いやすいよう、目標は1人の利用者に対し1つだけ設定。



意思決定支援のモニタリング、評価、見直し

個別記録に本人の表情や反応、選択内容等を記録。同記録の内容を、支援会議で職員間で共有し、振り返りや計画の見直しを実施。半年に1度は家族同席のもと、見直しを実施。

性別 男性

障害等 重症心身障害

年齢 30代

障害支援区分 6

言語の発出はない方で、基本的には表情や行動の確認によってコミュニケーションを取っている
※嬉しいときにも、嫌な気持ちのときにも発熱がみられる方で、注意して意思を確認している

事例の概要

1

きっかけ

特別支援学校在籍時の現場実習をきっかけに当事業所を利用。他法人の短期入所も利用していたが、褥瘡(床ずれ)ができてしまうなど、入所施設に対する不信任感がご家族に生まれ、入所は難しいと判断し、グループホームでの生活をご家族が希望するよう。

2

取組

同法人で医療的ケアのある利用者も受け入れられるグループホームを立ち上げ、利用者の様子を各職員が確認することをカード等を用いて意識づけ、本人の意思を確認。嬉しいときも嫌なときも興奮して発熱をしてしまうため、意思推定のために前から関わりのある生活介護の職員及び家族と連携。

3

現在

グループホーム入居後は円形脱毛症ができる等、利用者が緊張する様子が見られたが、職員の日頃からの意思決定支援等の取組により、円形脱毛症の症状はなくなり、現在は外出等の様々な体験を楽しむ様子が見られている。

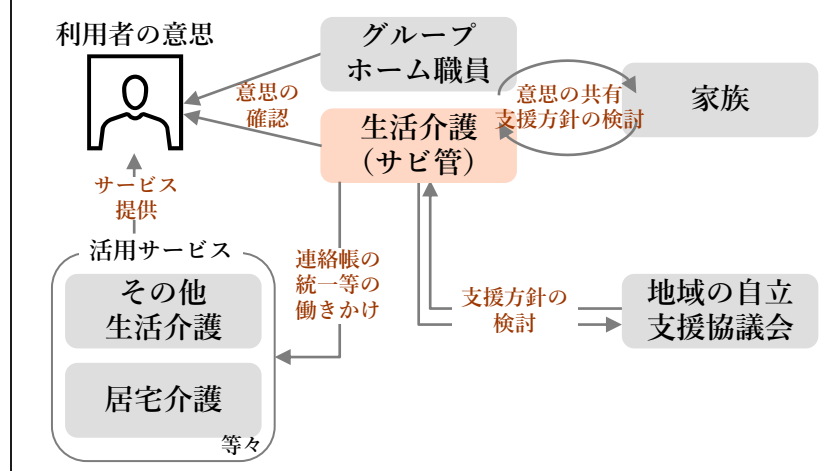
「オレ目線カード」を活用した意思確認の普及

初めは職員が重度障害のある方と接する機会が少なかったことから、職員が利用者 と接する際に、常に利用者の意思を確認することを意識づけるため、「オレ目線カード」を作成。当該カードには、利用者のどのような様子を確認することで、意思を確認できるかを記載。目に入る場所に貼ることで、職員が日常業務の中で自然と意思決定支援ができるようになっていたと考えている。

複数事業所間で共通の連絡帳を作成

利用者がグループホームに入居するにあたり、複数事業所間で別々に作成していた連絡帳のフォーマットを統一化し、連携する情報を整理できるように仕組みを検討。連絡帳は地域の自立支援協議会でも検討され、このような連絡帳を作成することで、利用者への理解が促進されると思っている。

事例における連携機関



ご家族の発言を踏まえた外出の検討

ご家族から、利用者がディズニーが好きだということを共有され、ディズニーへの外出を検討。グループホームに入居したことで夜間支援の体制も構築され、一泊のディズニー旅行に行くことが可能になったため、グループホームに入居してから3年目に実現。

利用者は嬉しい場合にも発熱をする傾向があるため、発熱した際の対

策を医療機関やご家族と連携しつつ用意した。日頃からさまざまな外出を実施しているからこそ、ディズニー旅行時の利用者の様子を確認し、ディズニーが好きであるということがその表情や行動から読み取れたという。

性別 女性

障害等 重症心身障害

年齢 20代

障害支援区分 6

言語の発出はない方で、基本的には表情や行動の確認によってコミュニケーションを取っている

事例の概要

1

きっかけ

特別支援学校在籍時の現場実習をきっかけに当事業所を利用。医療的ケアの必要があったため母親がつきっきりで世話をしていたが、利用者の身体が成長するにつれ、外出の機会が減っていることを懸念。同じ時期に短期入所を使ってみたいという母親の希望があった。

2

取組

生活介護の自費サービスとして宿泊体験を実施したところ、これまでに見られなかった表情や活動性が見られた。その様子を見て、同法人のグループホームへの入居を母親と職員は検討し始めた。毎週末に家族とグループホームの職員が情報共有し、家族と認識を合わせながら本人理解を進めている。

3

現在

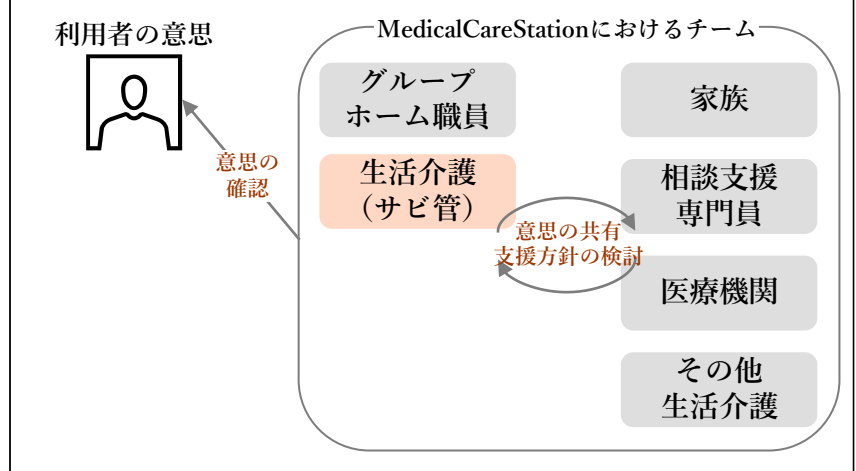
同法人のグループホームに入居し、日中は生活介護を活用。生活介護では外出等の様々な体験の機会を提供し、家族も知らないような本人の趣味嗜好を発見することができている。

利用者の「好き」を発見し、周囲の理解促進につなげる

ご家族と暮らしていた頃からディズニーが好きだという話があった。ディズニー以外にも様々な外出（地域の小学校の見守り隊としての活動、地域の大学サッカー部の試合観戦、展覧会等）を実施しているが、ディズニーランドに行ったときの利用者の様子が楽しそうであることが職員はわかるという。普段は寝ていることも多いが、ディズニーランドにいる間はずっと起きていられ、普段よりも活動性が高くなる。

上記のような利用者の表情を、事業所では積極的に写真に収めている。ディズニーランドへの外出だけでなく、利用者が好きな職員といときの表情と、興味のない活動に参加しているときの表情等、さまざまな写真を撮り貯めることにより、利用者がどのようなことが好きで、どれほど表情が豊かであるかを関係者に伝えることができる。更なる利用者へ

事例における連携機関



の理解促進のため、それらの写真を掲載した「写真集」を作成し、各関係者に普及している。

多職種連携ツールを活用した周囲との連携

3年程前からMedicalCareStationと呼ばれる多職種連携ツールを活用し、支援関係者が入る利用者ごとのトークルームのようなものを設置。他の生活介護職員、グループホーム

の職員、相談支援専門員、医療関係者、ご家族などがトークルームに投稿することが可能。緊急性があまり高くない内容を事業所としては投稿しており、利用者の表情等の写真や体調の様子を共有することで、当該トークルームを閲覧する支援者は利用者への理解を深めることができる。

「自分新聞」の作成



ハロウィンイベント！
今年も20月2にハロウィンパーティを開催しました。今年も20月2にハロウィンパーティを開催しました。

写真

写真

写真

さんの秋
継続報酬に一日外出インフルエンザの予防接種、花のお仕事に、いつもハッピー、盛りだくさんの1日でした。よし、秋を満喫しました。毎日朝からランチ一杯になるほど大層と着ているので、こんなさんばかりでした！

12月

11月

10月

写真

写真

写真

自分新聞

みなさんは秋といえど...?

秋といえど、焚火を焚くのは、少し怖いから、焚火を焚かないで済ませたい。焚火を焚くのは、少し怖いから、焚火を焚かないで済ませたい。

写真

写真

写真

秋のお散歩

今日のカynthia

写真

写真

写真

秋のお散歩

秋のお散歩

写真

写真

写真

看護師コラム

星4つです！★★★★☆

看護師コラム

星4つです！★★★★☆

看護師

写真

参考情報

8

毎日活用している「個別支援記録」

月 日	今日の取り組み AM		PM				
名前	様						
時間	活動項目	内容(コメント)	健康・バイタル	水分(g)	排泄 ○ △ ○	排便	発作
10:00			<バイタル> 体温 °C 脈拍 回 血圧 / mmHg 酸素濃度 % 肺雑				
11:00	活動	○ ◎どんな表情? ◎写真 有(パッド or アド) 無 ◎様子 (好きそう・興味なし)					
12:00	注入	白湯 ラコール エアー		300 200			
13:00	食事(木) 目安100g	g ○ ◎どんな表情? ◎写真 有(パッド or アド) 無 ◎様子 (好きそう・興味なし)					
14:00	活動	○ ◎どんな表情? ◎写真 有(パッド or アド) 無 ◎様子 (好きそう・興味なし)	吸入 :				
15:00	注入	白湯 エアー	体温 °C 酸素濃度 %	150			
支援計画				まとめ・次回に向けて			

時間帯ごとに活動内容や
利用者の様子（表情）
を記載

