

誌上 ケース検討会

全国各地で行われている事例検討会の模様を誌上で再現します。
検討会及び事例の内容は、プライバシー保護の観点から、
全体の主旨に差し支えない範囲で変更させていただきました。

対人援助職トレーナー
●スーパーバイザー 奥川幸子 Okugawa Sachiko

90

包括センターは地域の関係機関や 利用者とどうかかわるべきなのか

●事例提出者

Jさん（地域包括支援センター・
社会福祉士）

◆提出理由

H18年度の介護保険法改正では、新たに要支援1・2が加えられ介護予防の必要性が強調された。この間、地域包括支援センター（以下、包括センター）の社会福祉士として立ち上げにかかわり、包括センターの一通りの業務を行ってきた。

要支援認定者の介護予防ケアプラン（以下、予防プラン）の「三者契約」（包括センターが居宅介護支援事業所のケアマネジャーに業務委託をしながら予防プランの立案・相談支援を行う形態）というかたちで利用者にかかわるなかで、ほとんどのケアマネジャーや訪問介護事業所から「この利用者は要支援なのですから、必ず利用者とともに行う、というかたちでないとプラン作成はできないのではないですか？」と言われた。必ずしもそのような規定はなく、決して「介護予防＝サービス時間に一緒に作業すること」ではないと考えてきた私は、ケアプランの承認をする際にケアマネジャーと意見がずれることも多々あった。

介護予防、また自立した生活とは「自分のことは自分でできて、要介護認定から卒業できること」

で、「そのための意欲のない人は怠け者」という（間違った？）認識が広がっていると感じる場面が多かったが、介護予防の考え方とはそのような狭いものなのか。また、包括センター職員として他の事業所とチームを組んで仕事をすると、どのように考えを共有していったらいいのか。こうした点についてご示唆いただければと思います。

◆所属機関（包括センター）について

- ・所属機関の所在するS市には全部で7カ所の包括センターがあり、そのすべてが医療法人か社会福祉法人（特養）への委託運営である。ほぼすべてが在宅介護支援センター業務を行っていた法人が引き継ぐかたちとなった。
- ・各包括センターの担当地域は行政が割り振りをを行い、当包括センターの担当は在宅介護支援センター時代とは異なる地域となった。したがって、地域のケアマネジャーやサービス事業所と一日も早く「顔の見える関係づくり」を行うことが課題であった。
- ・包括センターの業務は主に4つ（予防プランの作成、総合相談、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント）があるが、立ち上げ1年目ということもあり、まずは3名全員ですべての業務を均等に行う形態をとった。

●クライアント

Gさん (82歳・女性)



◆身体状況

S30年 高血圧症

H9年 変形性膝関節症……左膝の手術実施、注射と物理療法のため通院中（1回/週）

- ・要介護度：要支援2
- ・歩行は外出時は杖、室内はつかまり。左膝に痛みがあるため、長距離歩行は不可。外出時はタクシー利用が多い。
- ・ADLはほぼ自立であるが、買い物や掃除などには膝に負担がかかるため支援が必要な状態。
- ・認知症状はなし。

◆家族構成

- ・長男（47歳・独身）と二人暮らし。
- ・夫は10年前に他界。
- ・長男は金融機関に勤務しており、多忙のため帰宅は毎日23時頃となる。
- ・きょうだい3人（兄1人、妹2人）おり、いずれも電車で1時間ほどのところに住んでいる。時々連絡を取り合ったり訪ねて行くこともある。

◆経済状況

- ・遺族年金と長男の収入（詳細は不明）。
- ・持ち家に居住しており、タクシーでよく出かけているところからも、あまり不自由はしていない様子である。

◆生活状況

- ・仕事で不規則な長男のために家事を行うのが自分の役割と考えていて、足が悪くても食事作りは欠かさない。自身は食が細く、1人では食事はほとんど作らない。
- ・膝が痛いため、1人での買い物や掃除などを完全に行うことはできないが、休みの日に長男が買い物に連れて行ってくれるとのこと。また信仰をもっており、それを通じての友人が時々掃

除などを手伝いに来てくれる様子。

- ・きょうだい間は仲がよいようで、よく電話をしたり、行き来をしたり、何かあったときには手伝ってくれるような関係のようである。

◆相談経緯

H18年4月に経過的要介護より要支援2の認定になったことに伴い、A居宅介護支援事業所より「三者契約」の依頼があった。その当時の利用サービスは訪問介護1回/週（掃除）であった。

◆援助経過

H18.4.11 自宅訪問。A居宅介護支援事業所のケアマネジャーとB訪問介護事業所の主任ヘルパーと同行。要支援認定が出たことに伴い、「三者契約」とケアプランについて相談するため。

GさんはH18年4月以前からの介護保険制度サービス利用者で、今回の改定に「面倒だ」と不満を漏らす。しかし、本人も今まで通りのサービス利用を希望し、また膝痛があることと転倒防止のための環境整備の意味合いからも、1回/週の訪問介護を継続することで合意。

また、診療報酬の改定に伴い通院リハが打ち切りになるとのこと。本人は長男のために食事を作ること自分の仕事だと考えており、「リハが続けられなくなる→今より身体の動きが悪くなれば家事ができなくなる」ので、リハはどうしても続けたいとのこと。そのため、①デイケア、②代用が可能であればマッサージ・整体の活用、③訪問リハの提案を行う。Gさんとしてはリハの継続を一番に考えたいとのことで、①を検討することになる。（このあと、ケアマネジャーといくつか見学に行くが、どれも気に入らなかったとのことで、デイケア探しは中断となった）

8.16 自宅訪問。ケアマネジャーと同行訪問。モニタリング・評価のため。

ADLに変化はないことを確認。外来リハは8月末に終了となるが、GさんとPTが話し合った結果、物理療法を継続していくことになったため、評価は以後の様子を見ることで合意となる。

Gさんとしては「長男のために家の仕事をした
い。だからリハを続けたい」と言う反面、「今
まで見学に行ったデイケアは自分には合わない」と
のこと。ただ、ここ数カ月で要支援者を受け入れ
るデイケアが増えてきているため、見学を続ける
ことを確認。

9.21 ケアマネジャーより電話。その後4カ所
のデイケアを見学したが、ご本人が「信仰活動が
忙しく、いまは見合わせたい」と言っていたとの
こと。ケアマネジャーとしてはプランに入れてい
きたいが、ご本人の強い意向ということで、状態
を見ながら話し合っていくこととする。

11.9 ケアマネジャーより電話。要支援者の依
頼がかなり増えていることもあり、事業所の意向
としてGさんの契約を「三者契約」から直接契約
（包括センターとGさんの契約）に変更してほし
いとのこと。ケアマネジャーからGさんに説明
し、意向を確認してほしいと伝える。

11.26 自宅訪問。要支援認定更新に伴うサービ
ス担当者会議の開催と契約形態変更のため。ケア
マネジャーおよび主任ヘルパーと同行。

ヘルパーの意見は「(Gさんは) ヘルパー＝家
政婦的に考えており、自立意欲が薄い。援助時間
中何もしようとしない。これが自立支援といえる
のか」と、Gさんの前で強く言われる。ケアマネ
ジャーもその意見に賛同の意を示す。

それを聞いたGさんが「最初はよくやってくれ
ていたが、『あれはダメ、これはダメ』と言われ、
やってられないなら断ろうと思っていた」と言う
と、ケアマネジャーとヘルパーはかなり強い口調
で「Gさんは自立意欲がなく、援助のあいだ一緒
に掃除を手伝おうとしない。これでは家政婦と同
じである」と同じことを繰り返す。

2人の言葉に驚いた私は、「週1回ヘルパーが
入っている時間以外は、Gさんは家事を自分でや
っていらっしやいますよね。その部分を無視し
て、『やる気のない人』と決めつけるのはどうな
のか」と疑問を呈す。Gさんはその間、誰とも目

を合わせずにテーブルクリーナーを取り出し、周囲
の掃除を始めた。

ケアマネジャーとヘルパーは、「予防プランに
おける家事支援は必ずヘルパーと一緒に作業する
かたちでなければ自立支援ではない」との意見は
変わらず、話は平行線のままであった。その横で
Gさんは「可愛くない年寄りで悪いですね。でも
簡単には直らないのよ」と繰り返し言った。

Gさんはヘルパーが作業しているときに自分が
動いたり指示を出すのは邪魔になるのではと考え
ている、また、まわりが見ているより膝痛がひど
く、日によってその程度も異なるとのこと。デイ
ケアについては「忙しいから」とのことで同意を
得られず、今後も話を続けていくことにする。

全体として、終始Gさんとケアマネジャー、主
任ヘルパーの話は交わることはないまま、「責め
るような」面接になってしまった。

12.3 自宅訪問。モニタリングおよび先日の面
接のフォローのため、1人で訪問。

「ヘルパーが言うように何もしていないわけでは
ない。ヘルパーが仕事をしている間にじっと見て
いるのはやりにくいんじゃないかと思って……」

「リハの必要性はわかっているけれど、デイケア
は自分には無理。リハだけやってくればよい。
大勢に交わるのは苦手」とGさん。

そもそも、サービスを利用したきっかけは、長
男の会社の保健師による訪問が年に1回あり、そ
のなかで訪問介護の利用を提案され、話を聞いた
長男からもすすめられたことであった。

私からは、Gさんが何もしていない人ではない
こと、長男のために一生懸命家事をやっているこ
とを承知している旨を話す。そして、長男のため
に家の仕事が続けられるように、何か支援の希望
があればいつでも声をかけてほしいと伝える。

これまでの面接のなかでは、Gさんの言葉が一
番多かった。

（その後、月1回のペースでB訪問介護事業所よ
りモニタリング報告が届くが、内容は「相変わら

ず自立意欲がなく、ヘルパーを家政婦と勘違いしている」といったものだった)

H19. 2.14 Gさんより電話。右膝も手術をすることになり、明日からO病院に入院することにしたとのこと。O病院のMSWに連絡を入れ、Gさんの在宅生活の様子を伝え、入院中の相談支援の依頼をする。

2月末 法人内の人事異動により、4月から他部署へ異動することになる。Gさんの入院はかなり延び、後任者に引き継ぐこととなる。

4.21 後任者がO病院を訪問。状態確認と退院後の支援の必要性の確認のため。Gさんは「体が大変だから助けてもらうためにヘルパーを頼むのに、『何もしない』と言われるのは納得できない」と興奮気味だったとのこと。退院後のサービス利用については、「しばらく自分でやってみてから考えたい」との話であったため、少し間を置いて状態確認を行うこととした。

5.18 後任者が退院後の状態確認のため自宅に電話。生活は今のところ何とかやっており、大丈夫とのこと。「お宅様に頼むことは今のところご

ざいません」と訪問を拒否されたとのこと。

◆考察

非常に後味の悪い終わり方となってしまった。

このケースは象徴的な例であるが、「自立支援、介護予防ってなんだろう?」と思ってしまう。介護予防の考え方はワンパターンで、「前向きにいろいろなことを取り入れ、機能の維持や向上を目指す人が優秀」といったイメージが先行しているように思えてならない。

クライアントごとの性格や考え方などには違いがあつて当然であり、Gさんも「膝が痛いために掃除ができない」のは事実であるが、それ以外についてはきょうだいや友人などとの交流も保っており、助け合つて生活を補っているというたくましさ、長男のためにという思いが生活の原動力となっていると感じた。しかし、前任のケアマネジャーや訪問介護事業所からはネガティブなイメージを張られてしまったまま、このようなかたちで（とりあえず）終了してしまったことが残念でならない（おそらくGさんは相談機関に対してネガティブなイメージをもってしまっただろう）。

ケース検討会

検討課題の設定

進行役 ありがとうございます。では、事例の説明が終わったいま、改めてJさんが今日ここで何を検討したいと思っているのか、ご自身が考える検討課題をおっしゃっていただけますか?

Jさん 一つは、包括センターとして、ケアマネジャーに予防プランを委託した場合、どのようにかわり、チームを組んでいけばよいのかという点です。2点目は、ケアマネやヘルパーにどのように自分のアセスメントや意見を伝えていけばよ

いのか、コミュニケーションに関して気づきをいただければと思います。

進行役 いまJさんがおっしゃってくださった検討課題について、何かご質問はありますか?

発言 Jさんのなかでは「よいチーム」とはどのようなイメージなのですか?

Jさん たとえそれぞれが考えているプランが一致しなくても、もう少しこの利用者のことを一緒に知ってみようよ、もう少し違う見方をしたら別の方針がでてくるかもしれないね、ということをつ分かち合えるようなチーム、と考えています。

発言 もう一つのコミュニケーションについては、どういった点が気になっているのか具体的に教えていただけますか？

Ｊさん もっともひっかかっているのは11月26日の一番荒れた訪問ですが、ケアマネとヘルパーが本人に向かって言っているところへ、私が「ちょっと待ってください」と言葉を挟んだところから本人を完全に蚊帳の外に置く格好になってしまいました。「ちょっとごめんね。これは大事な話だから今やらせてね」と一応おことわりはしたのですが、3人の話し合いが本人を責め立てるような感じで伝わってしまったかなというところがひっかかっています。

進行役 では、「本人を含めたチーム間のコミュニケーションのとり方」を2点目の課題と考えていいですか？

Ｊさん はい、よろしくお願いします。

訪問介護への理解について

進行役 では、この2点を今日のゴールとしたいと思います。まずは情報を共有するための質問をお願いします。

発言 このケアマネさんやヘルパーさんは、要支援の人は一緒に家事援助をやるものだと考えていらっしゃるようですが、制度改正に伴い、そういった考えがでてきたことはGさんには伝わっていたのでしょうか？

Ｊさん これは推測の域を出ないのですが、18年4月の段階ではそういう話はしていないと思います。というのは、その時点でのご本人の心配は診療報酬のリハビリのことでしたので、話の大半がリハについてだったのです。もう一つの理由は、これは包括センターとしての反省でもあるのですが、この時期はとにかく認定が出た人をタイムラグなくいかに予防プランに乗せるかということに精力を注がざるをえませんでしたので、ていねいな説明が十分にはできておらず、Gさんにもおそ

らく明確には伝わっていなかったと思います。

発言 Gさんはいつから訪問介護を利用していたのですか？ 以前は回数が多かったり、内容が違ったといったことはあったのでしょうか。

Ｊさん そのあたりの詳しい情報はとれていません。ただ、話のなかで「だんだん家事援助が減らされていった。あわただしくてゆっくりヘルパーさんとお話することもできない」という発言がありましたので、少なくとも平成15年の改正のときはすでに利用していたと思います。

発言 ヘルパーの掃除の内容は？

Ｊさん 台所の床まわりを拭くことと、トイレ掃除、お風呂掃除です。

発言 ヘルパーさんが言う「一緒にやる」とは、具体的にはどんなことですか？

Ｊさん 11月26日にヘルパーが言ったのは、「たとえば私たちが床を拭いているときに、ご本人は立ったまま台所のテーブルを拭くだけでも、一緒にやることになりますよ」ということでした。

発言 それは、ご本人がやらないとヘルパーがやることになるということですか？

Ｊさん いえ、要はやる気を見せてほしい、回復の意欲をもっていることを私に見せてほしい、というニュアンスに聞こえました。

Gさんの自立支援とは

発言 事例説明のなかで「自立支援」という言葉がたくさん出てきましたが、Ｊさんとしてはこの方の自立支援とはどのようなことだと考えていらっしゃるのでしょうか？

Ｊさん これは後になって徐々にわかったことなのですが、Gさんは誰かに助けてもらうことを決してよしとはしない性格の方なんです。そもそも介護保険を利用しているのも、ご自分から望まれたわけではなくて、息子さんの会社の健康保険組合からきた保健師さんにすすめられて、息子さんも同意されるものだから、「そんなに心配してく

れるなら、じゃあ」という感じだったのです。Gさんは息子さんと一緒に暮らすことを強く望んでいますし、信仰の関係から友達も多く、お互いに助け合って誰かのためになっているということが、生きる上での原動力のように見えました。そういう周囲の方々との交流が保てたり、何らかの役割をもてるというのが、この方がもっとも必要としていることであり、それがGさんにとっての自立支援なのではないかと考えていました。

包括センターの役割・位置づけについて

発言 Jさんが考える地域のケアマネジャーとの「顔の見える関係づくり」とは、どのようなものですか？

Jさん 変な言葉ですが、「少なくとも無視されない」ことでしょうか。というのは、地域のなかでは私たちの包括センターは、いわば新参者で、包括センターを受託しなかった別の法人の在宅介護支援センターが担当していたエリアをカバーすることになったのです。ですから、18年度のスタート時点では、制度改正へのソフトランディングと並行して、地域の関係機関との信頼関係をつくっていく必要がありました。ケアマネさんのなかには、予防プランを立てる上での決まり事なのでしかたなく包括センターに相談する、という雰囲気の方もいましたし、私たちにはそのつもりがなくても、人によっては「あいつらに指導を受けるのは、おもしろくない」という反応をする方もいました。私たちとしては、一緒に考えたり行動できるようにすることが「顔の見える関係づくり」と考えていました。

発言 このケアマネさんとは、どんなスタンスで連携をとうろうと思っていたのですか？

Jさん とてもドライな方だという印象が強く、ガッチリとパートナーシップを組むには少し時間がかかりそうな感じがしましたので、とりあえず必要なことだけははずさずに、淡々とやろうと思

っていました。

発言 このケースでは、Jさんは誰に対して何を
する人だと意識していましたか？

Jさん 一つは、まず最低ラインとして、予防プランの承認やレセプト請求などの「決められた仕事」をこなす人です。二つめは、4月の初回面接のときに本人とケアマネに対して言った言葉でもあるのですが、ケアマネがプランを立てるときに悩んだり、誰かに意見を求めたりしたいときに一緒に考えること。そして、このケアマネさんの実務経験が2年ほどということもあり——ただ、年齢的には私よりかなり上でしたので、その点で気をつかう部分は大いにありましたが——各種の制度や社会資源の面、あるいは行政との橋渡しなどについて必要なときに情報提供します、という話をしていました。

発言 このケースの援助のなかで、その2つの役割は十分果たせましたか？

Jさん 一つめの最低ラインのところは無事にできたと思います。二つめは、できたところとできなかったところがあると思います。できた部分は、ご本人も強く希望していたりハビリの継続について、機能訓練付きのデイサービスはどうかといったアイデアや情報提供などをしていました。できなかった部分としては、「三者契約」という関係のなかでは、自分が前面に出るのではなく、ケアマネさんと利用者のかかわりを尊重しなくてはいけないと思うのですが、面接に同席していると、どうしてももっと利用者のこういう点が知りたいというところが出てきて、自然と自分が前に出てしまうところがありました。その意味では、三者の関係を少し混乱させてしまったかもしれません。

発言 先ほどおっしゃった「一緒に考える」という点についてはどうですか？

Jさん うーん……。単純な社会資源に関する情報についてなどはスムーズに情報提供できていたと思うのですが、利用者をどうとらえるか、とい

ったところについては、お互いの意見のぶつけ合いに終始してしまい、「一緒に考える」というかたちにはなっていなかったと思います。

合同面接で何が起きていたのか

奥川 その「ぶつけ合い」を利用者の前でしてしまったのが11月26日ですが、この面接はJさんにとっては痛恨の出来事ですよ。

Jさん はい、それはもう……。

奥川 どうしてそうなってしまったと思いますか？ 盲点はどこにあったのでしょうか。

Jさん 4月の初動時はとりあえず予防プランを軌道に乗せることだけを考えざるをえず、「そのうちに仕切り直しを」と思っていたのですが、結局ご本人の言葉をきちんと聞くことなく時間が経ってしまい、この面接を迎えました。そして、この面接でも、本人の言葉は非常にボリュームが少なかったです。

奥川 そうですね。先ほど、このケースにおけるJさんの役割について、誰に対して何をする人かかという質問がありましたが、今の話とつなげるとどうですか？

Jさん なるほど。先ほどは、何をやる人かということについて2点挙げましたが、一番大切だった「本人のために」という部分が抜けてしまっていました。

奥川 それはなぜだと思いますか？

Jさん 私たちの包括センターが置かれている環境面の事情や制度改正後間もないという時期的なものもあり、利用者自身のことを考えるよりも、「波風を立てたくない」という思いが完全に優先していました。

奥川 大切なところに気づきましたね。では、ここでもう一度11月26日の面接を見ていきましょう。ここで何か起きていたのか。ケアマネとヘルパーが本人の前でギャーギャーやり出しましたよね。そこでJさんはどうしたかということです。

Jさん ケアマネとヘルパーがご本人を責め立てるようなことを言うので、「ちょっと待ってください」という言葉で入ったと思います。「やってない、やってないと言われますが、Gさんは週1回しかヘルパーを利用していないんですよ。それ以外はやっていらっしゃるんですよ」と。

奥川 そこで何が起っていたのか、ということです。これがJさんのなかでクリアになれば、今日の課題はとけるはずですよ。Jさんたち3人が侃々諤々やりだしたら、Gさんは何を始めました？

Jさん テーブルクリーナーを取り出して、自分の周りの掃除を始めました（笑）。

奥川 そうですね。大正生まれのおばあちゃまのこの行動をどう見るかで、クライアント理解が大きく変わってきます。

Jさん 私は「私のことをちゃんと見て」というストライキかなと思いました。

奥川 ここは老年期の理解にかかわる部分です。皆さんの手元にある今年刊行した私の本（『身体知と言語』）では、クライアントの強さを4段階に分けて、どのように理解していけばよいかを書いています（同書第1部第1章第4節）。この方はどのカテゴリーに入ると思いますか？

Jさん かなり上に入ると思います。

奥川 そう。Gさんは一番力があるクライアントのカテゴリーに入る方です。そして、予防プランの対象者はこういう力をもっている方が多いんですよ。決してこの方たちの力をディスカウントしてはいけないのですが、ついつい援助者はディスカウントしがちなんです。Gさんがテーブルクリーナーで掃除を始めたのは、どう理解すればいいでしょう。

Jさん う〜ん……。

奥川 この人の处世術ですよ。「おお、やってるやってる」という感じじゃないですか。その後で捨てセリフを言っていますよね。「可愛くない年寄りで悪いですね」。私はこれからも言いたい

ことを言うわよ、と（笑）。

Jさん たしかに。そういう解釈を聞くと、私が知っているGさん像にピッタリきます。

奥川 この人はすごく力のあるクライアントなんです。Jさんは先ほど、Gさんのニーズをどう表現していましたか？

Jさん 周囲の方々との関係において、Gさんでなければ果たせない役割をもつこと。

奥川 それって、マズローで言うところの実存欲求、つまり最高級の欲求でしょう。

Jさん たしかに——。

奥川 それだけこの方は力があるということです。そして、Jさんは直観的にこの人が生きている世界をつかまえているんです。

Jさん いま気がつきました（笑）。

奥川 そうですね。Jさんは、聞かれれば答えられる。それだけでも実践者としてはいい線なのですが、まだ暗黙知の領域でとどまっていて言語化できるところまでは達していないんです。そこを言葉にして、根拠をつけて周囲に説明することができれば、どうですか？

Jさん こんな言い争いのようなことにはならなかったと思います。

奥川 そうですね。クライアントがいま、どんなニーズをもっていて、ケアマネやヘルパーがそれをどう理解しているのか。そして、利用者、ケアマネ、ヘルパー、さらに包括センターの自分は、それぞれどんな関係性にあるのか。こういった各システムが置かれている全体状況を俯瞰的に理解しながらかわってチームを作っていくのが、本来包括センターに求められている役割・機能ですね。これは相当に高い能力が必要とされます。

Jさんはクライアントの内的な理解はできているんです。もうひと踏ん張り努力すれば、次の段階が見えてくると思いますよ。

Jさん はい。

これからの対応について

奥川 では最後に、Gさんに対してこれからどうしていけばいいでしょう。

Jさん う〜ん……。

奥川 この人は強いから、「もう結構です」と言っています。そもそも自分からサービスを求めたわけではないんですね。

Jさん はい。「私から頼んだわけではない」とおっしゃっていました。

奥川 最愛の息子が言ったからサービスを受けたんですね。

Jさん はい。

奥川 つまり、元に戻ったわけです。こういうときは真っ向からやってもダメです。もう一回、息子に頼んでもらえばいいんじゃないですか？

Jさん なるほど。たしかにそれがGさんへの支援のきっかけとしては一番いい方法のような気がします。後任者ともよく話し合ってみます。

進行役 すみません。途中からは完全に先生に進めていただきました（笑）。最後にJさん、今日の感想をお願いします。

Jさん みなさん、長時間にわたりありがとうございました。地域の機関との関係性や制度改正への対応に気をつかうあまり、一番肝心な利用者本人を置きっぱなしにしていたことがよくわかりました。また、関係機関をコーディネートしてチームをつくっていくうえで、アセスメントを言語化することの大切さがわかりました。個人的には、Gさんは力をもっている人で、そこを認めて援助を進めていいということが確認できたのはうれしかったです。今後は援助の根本を忘れずにやっていきたいと思っています。ありがとうございました。

