小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

■見直しに向けて

居宅サービス計画書の様式が、小規模多機能型居宅介護を生かす書式になっていないということから端を発し、「様式の検討」が議論された。しかし「小規模多機能型居宅介護での暮らしを支援するためのケアマネジメントを明らかにし、普及・啓発することが必要」との検討委員会での意見から、小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントにかかるガイドづくりを行った。

このガイドでは、①ケアマネジメントのあり方、②そのプロセス、③様式と活用について明らかにする。

ガイドの作成にあたって

小規模多機能型居宅介護事業に取り組む実践者の多くは、小規模多機能型居宅介護の「強み」を理解し、柔軟でかつ即時的対応を行っている。しかしながら、「デイサービス」「ショートステイ」「ホームヘルプ」の組み合わせに終始し、その特徴を生かしていない場合も多い。そこで、本ガイドでは、小規模多機能型居宅介護とは何かも含め、その概要を明らかにし、ケアマネジメントのあり方が理解できるような内容を考えた。

■ ガイド構成（もくじ）

1－1　小規模多機能型居宅介護とは～最期まで自宅で暮らすための支援

1－2　安心した生活を支える小規模多機能型居宅介護の４つのポイント
　　１）本人の思いや願いをかなえる支援
　　２）２４時間３６５日「その人らしい暮らし」を支える
　　３）馴染みの地域で暮らし続けることの支援
　　４）地域との支えあい

1－3　小規模多機能型居宅介護と既存サービスとの違い

1－4　小規模多機能型居宅介護における「通い」とは

1－5　小規模多機能型居宅介護における「宿泊」とは

1－6　小規模多機能型居宅介護における「訪問」とは

2－1　小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントの視点
　　１）ケアマネジメントの視点
　　２）インテーク
　　３）アセスメント
　　４）プランニング（ライフサポートプラン）
　　ミーティングとカンファレンス
　　５）実施（サービス提供）
　　６）モニタリング

3－1　これまでのケアマネジメントとライフサポートワークについて
3－2　ライフサポートワークの様式について
3－3　様式の記入例

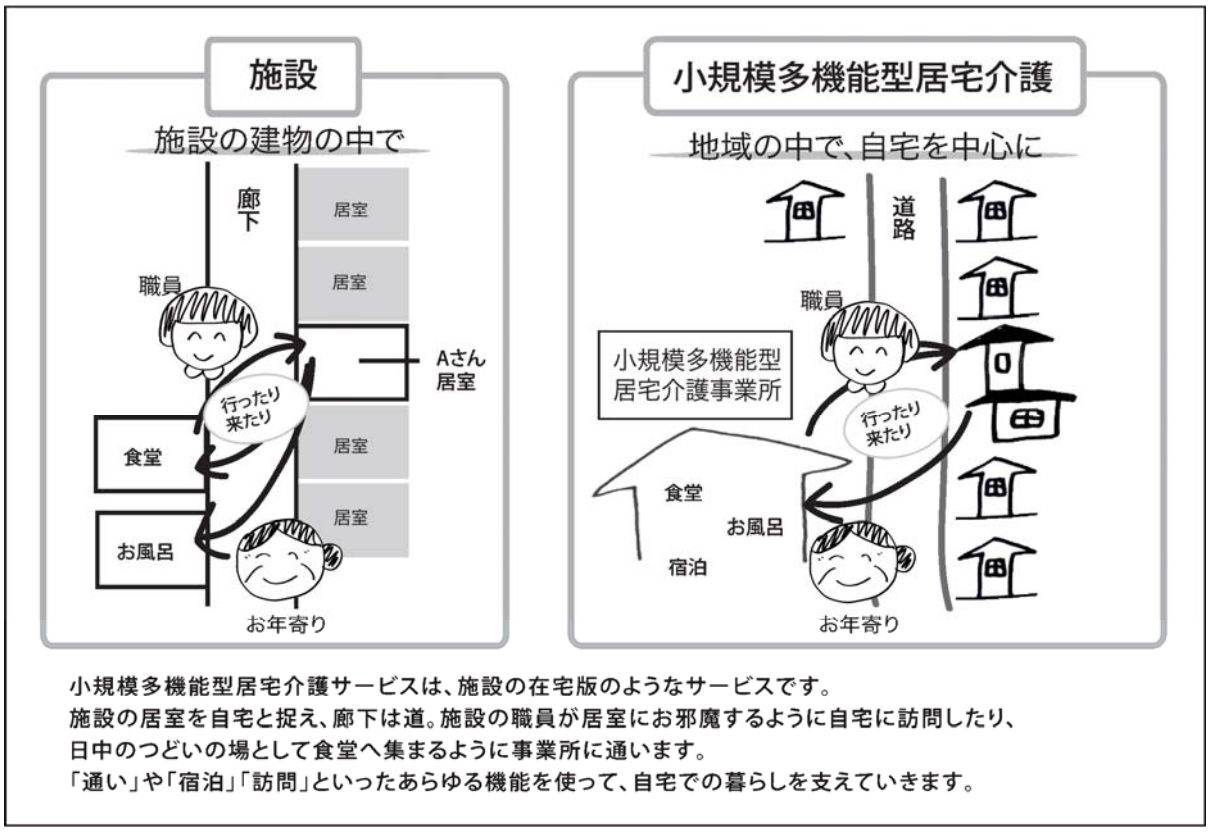
1−1　小規模多機能型居宅介護とは～最期まで自宅で暮らすための支援

「施設の安心を自宅でも可能に～小規模多機能型居宅介護～」

年をとっても、住み慣れた自宅で、慣れ親しんだ環境のもと、なじみの人たちと関わりをもちながら暮らし続けたいと、誰もが望んでいるのではないでしょうか？しかし、実際は自宅で介護が必要になると、そんな願いとは関係なく、住み慣れた自宅を離れ、家族や友人たちとも別れて、遠く離れた施設へという流れがありました。

もし、介護が必要になっても、自宅の近くに、安心して「通う」場所があり、必要に応じて「宿泊」ができ、緊急時や夜間でも訪問してくれるといった、「24 時間・365 日の安心」があれば、介護のために自宅を離れるのではなく、これまでどおり住み慣れた場所で、暮らし続けることができるのではないでしょうか？

そんな高齢者の願いから生まれたのが、平成 18 年 4 月の介護保険制度改正で新設された地域密着型サービスの一つである「小規模多機能型居宅介護」です。今までの在宅サービスだけでは実現しきれなかった「一番安心できる住みなれた自宅や地域で、自分らしく、これまでの暮らしを続けること」ができるように、在宅でも 24 時間・365 日の安心を提供していきます。言うなれば地域を施設に見立てたようなサービスです。自宅を施設の居室と捉え、道は廊下。施設の職員が居室にお邪魔するように自宅に訪問し、日中のつどいの場として食堂へ集まるように事業所に通う。小規模多機能型居宅介護とは、「通い」や「宿泊」「訪問」といった機能を駆使し、自宅での暮らしを支えるものです。



小規模多機能型居宅介護では、同じ場所で、顔なじみの利用者同士や職員が「通い」を中心に、「宿泊」「訪問」といった支援によって継続的に関わります。

そのため、環境の変化に敏感なお年寄り（特に、認知症の方）の不安を和らげることができ、また、ご本人やご家族の変化に瞬時に気づくことができるため、状況や状態に合わせて臨機応変に、その時その人にあった「支え方」を提供することができます。それが一体的に関わる良さであり、小規模の強みでもあります。

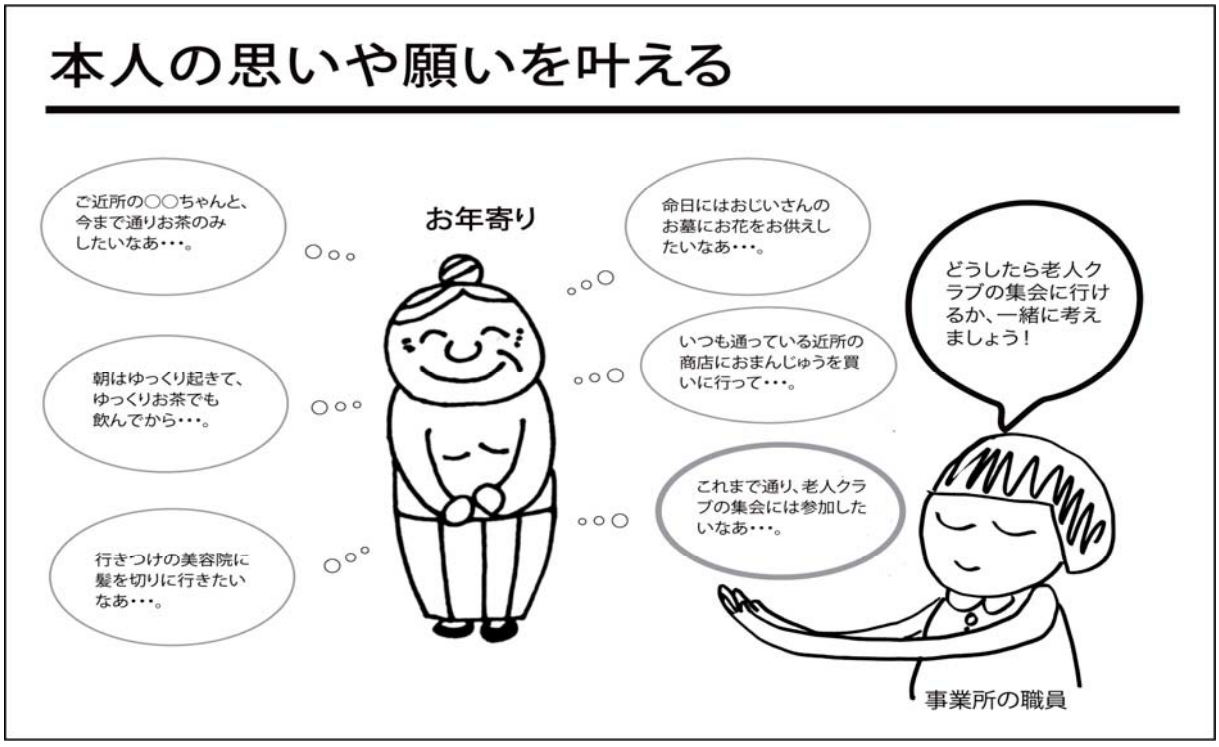
また、お年寄りのこれまでの「暮らし方」に添って、本人、家族、地域、専門家などがチームとなって、必要なサービスを必要に応じて提供していくことで、「地域での暮らし」を実現していきます。

自宅で生活するということは、そこに住む私たちが「主人公」ということです。好きな時間に起き、自分好みの食事をし、いつ、誰と会うかを自分自身で決め、好きな時間に寝る。そんな当たり前の暮らしを、介護や支援が必要になっても可能な限り継続して、最期までその人らしい人生を送ることができることを目指しています。

1－2　安心した生活を支える小規模多機能型居宅介護の４つのポイント

１）本人の思いや願いをかなえる支援

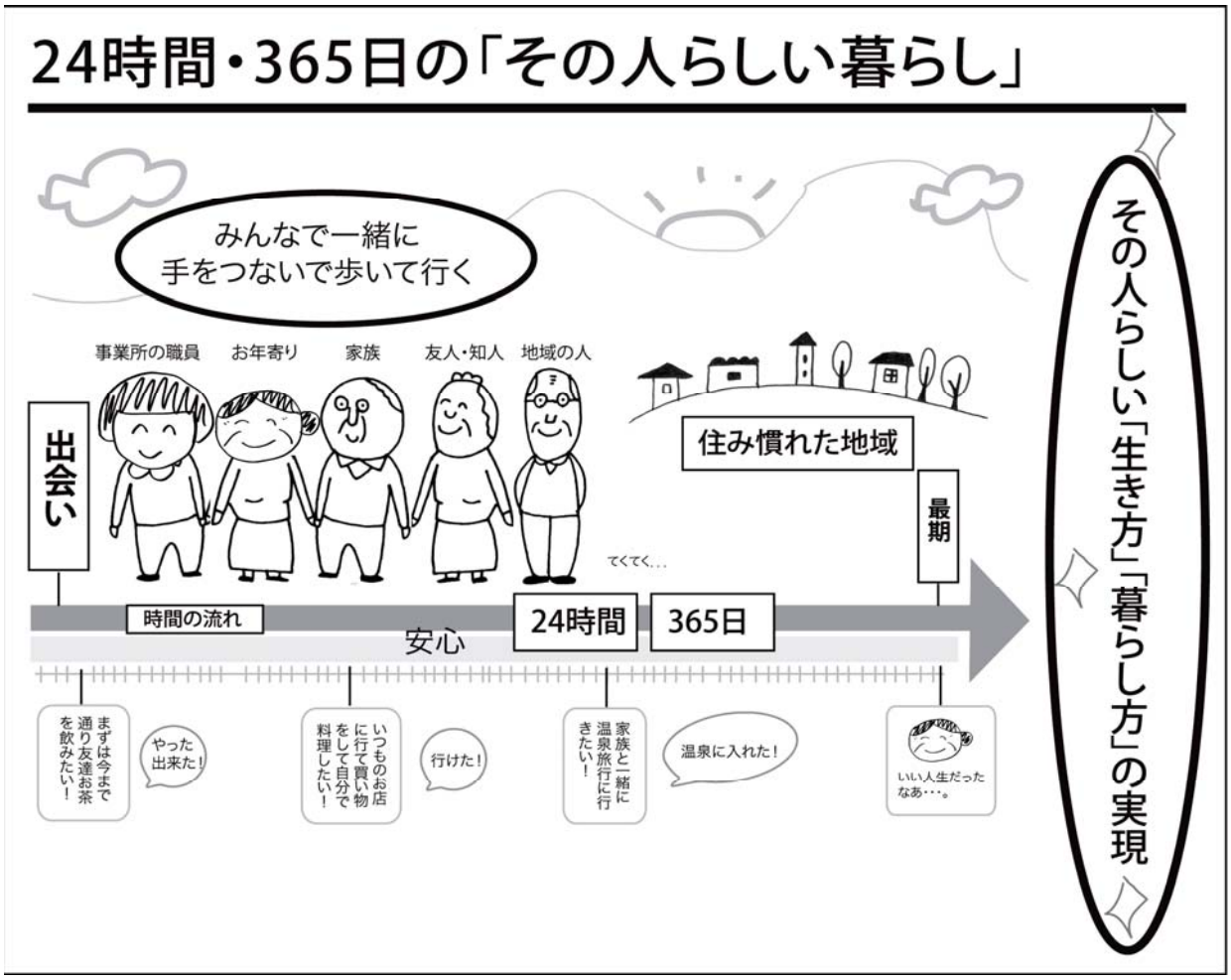
一人ひとりに合った支援をしていくには、ご本人の本当の思いや望みをくみとることが大切です。そのためには、関わりの中で、ひとりひとりに寄り添い、気持ちに向き合い、時間をかけて丁寧に支えることから始まります。思いや願いを受け止め、ご本人の「暮らし」の中に楽しみが見いだせる支援をさまざまな角度から提供していきます。



２）２４時間３６５日「その人らしい暮らし」を支える

「暮らし」を支えるということは、２４時間３６５日、切れ目ない支援を安心とともに届けるということです。先ず２４時間３６５日の介護面での安心を提供します。狭義の介護だけではなく、「その人らしい」暮らしを支えます。「その人らしさ」とは、自己実現そのものであり、その方の「これまで」「今」「これから」の暮らし全体を丸ごとお付き合いする中で、理解できるものです。

私たちは「介護する」「介護される」の関係でなく、「共に生きることを支援する」協力者です。馴染みのスタッフにより、本人ができること、できる可能性があることに目を向け、持っている能力を活かし、ご本人の「暮らし」を継続的に支えていきます。

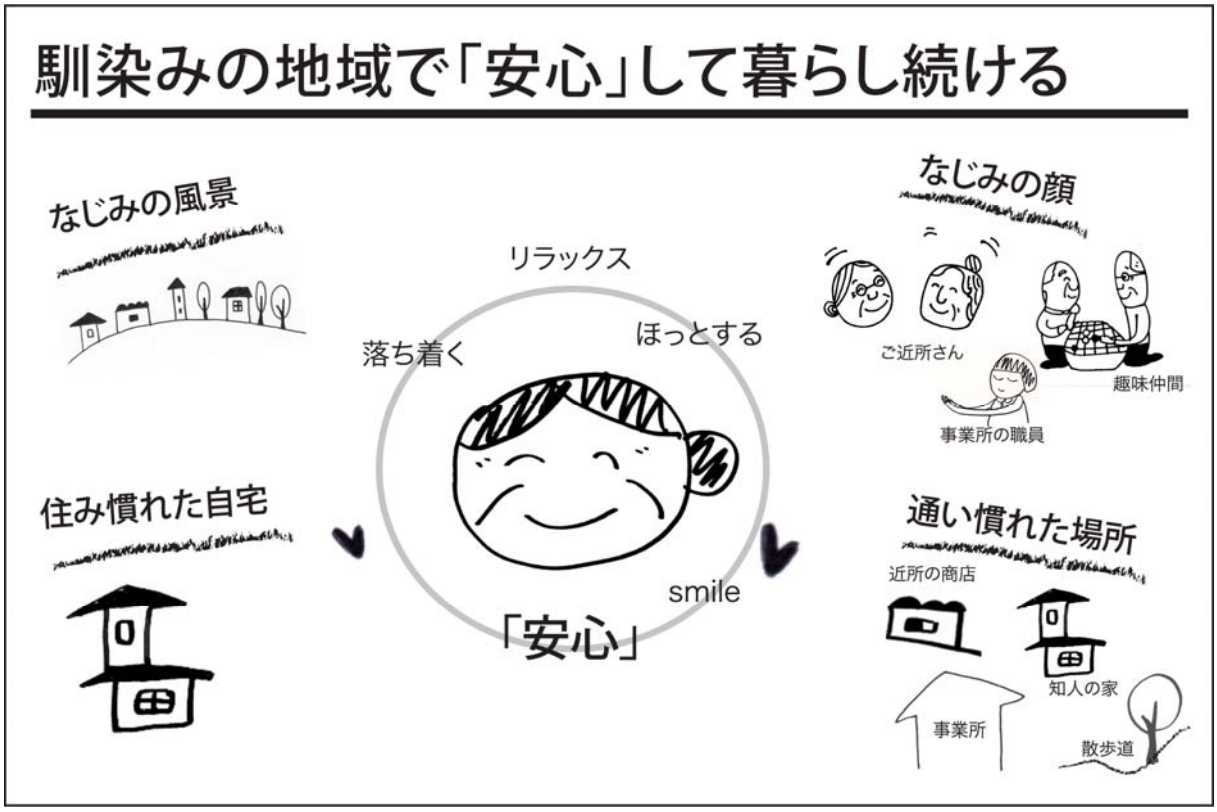


２４時間３６５日の暮らしには、多くの支援が必要になります。食・移動・入浴・寝るなど人の継続した営みが途切れては 24 時間の暮らしの支援にはなりません。このいわゆる「最低不可欠の介護」が欠かせません。

３）馴染みの地域で暮らし続けることの支援

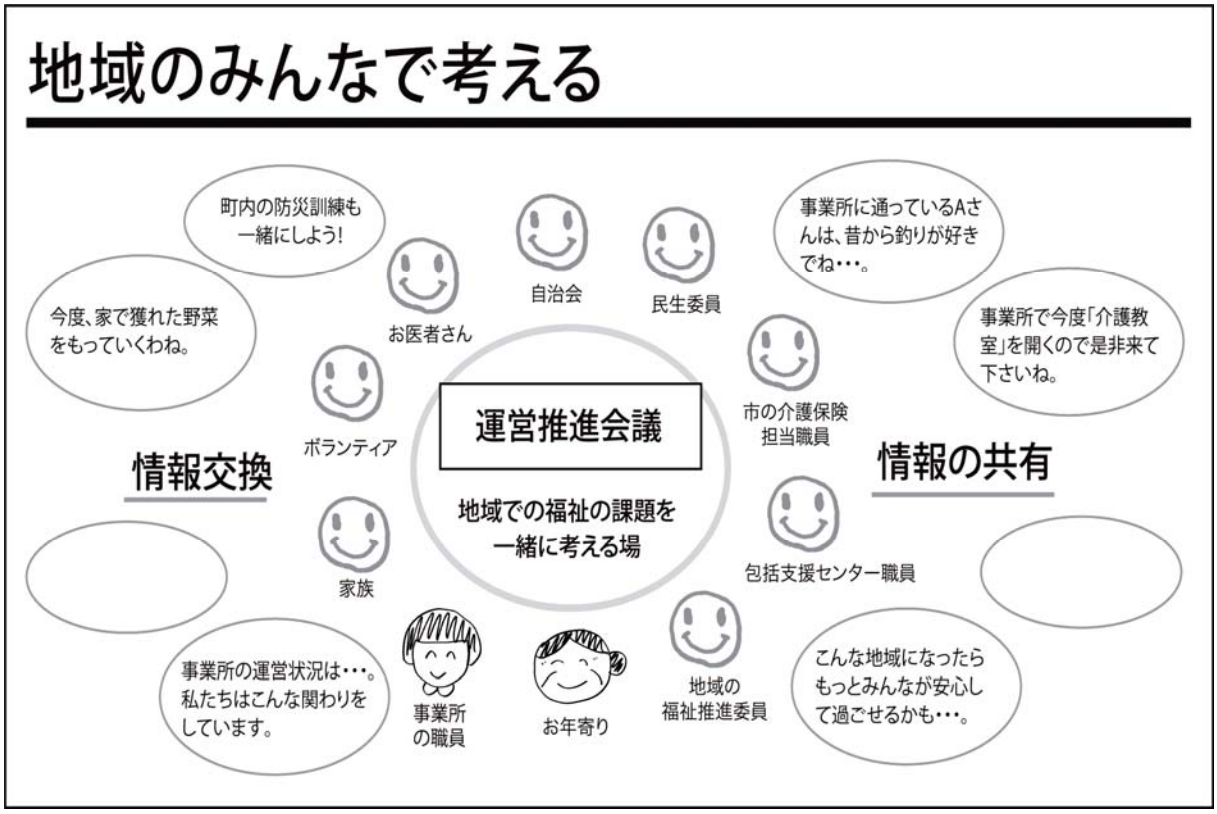
住み慣れた場所というのは、そこに流れる空気や見慣れた風景がある、ただそれだけで私たちをほっとした気持ちにさせてくれます。とりわけ、環境の変化に敏感なお年寄りや認知症の方にとって、「なじみの環境」を継続させることが、一番の「安心感」を与えてくれます。

行き交う人たちとのふれあい、軒先や縁側に尋ねてくれる知人との交流、通い慣れた行きつけのお店での買い物など、ご本人がこれまで培ってきた家族や地域社会との関係を断ち切ることなく、これまでと同じように地域で共に暮らすことができるよう支援していきます。



４）地域との支えあい

これまでの本人の自宅や地域の中での暮らしぶりを知っているのは、事業所ではなく、ご家族やご近所、友人の方たちです。介護が必要になってもこれまでどおりの生活を実現するために、本人を一番よく知っている人の協力は欠かせません。介護が必要となったからといってライフスタイルを変えるのではなく、地域へ積極的に参加していくことによって、ご本人がこれまで培ってきた関係に触れることができ、「今まで」を知ることができます。地域との支えあいは一方通行ではなく、地域の皆さんからさまざまなことを教えてもらい、事業所は専門知識やノウハウを地域へ還元する、「支え」「支えられる」地域との関係づくりを目指しています。



1－3　小規模多機能型居宅介護と既存サービスとの違い

すでにあるサービスとは何が違うの？

ー新しいかたちの小規模多機能型居宅介護のサービスー

◎「通い」と「デイサービス（通所介護）」との違い

デイサービスでは、施設が決めた時間や提供されるプログラムに合わせて、利用者が日中過ごしています。レクレーション、食事、入浴といった流れがパッケージになっています。

小規模多機能型居宅介護での「通い」では、一人ひとりの暮らし方にあわせて、その人の自宅での一日を思い描いた上で、その人にとって必要なことだけを、「通い」を通して提供していきます。過ごし方は人それぞれです。自分らしい時間の過ごし方をするということです。例えば、朝から夕方まで滞在するのではなく、その人が必要としているお風呂だけ、食事だけといったほんの数時間の利用という使い方もあります。

◎ 「宿泊」と「ショートステイ（短期入所生活介護）」との違い

ショートステイでは、あらかじめ利用したい日を決めて予約し、利用します。利用したい日が空いていないと他の施設を予約し、日程変更をすることになります。これまでは、施設の空室状況に応じて利用を判断せざるを得ない、本人や介護者の状況の変化には対応しにくい現実がありました。

「宿泊」では真に必要な時には必ず利用できます。

また、認知症のお年寄りにとっては「いつも利用している場所と違う施設に」ということになると、大きな不安やストレスを持つことになり認知症の混乱を深める要因になっていました。小規模多機能型居宅介護での「宿泊」は、通い慣れた場所で、顔なじみの職員や他の利用者がいる安心した環境で、安心して泊まっていただけます。また、ご本人の状況を良く知っている職員が、緊急時にも臨機応変に対応できるため、いざというときの強い味方です。

◎ 「訪問」と「ホームヘルプ（訪問介護）」の違い

これまでの「訪問介護」と明らかに違うことは、30 分未満や 1 時間など、訪問介護サービスの枠に合わせて、支援内容を決めるのではなく、必要なときに必要な量の支援ができるということです。服薬管理のための数分の訪問や、お互いの関係づくりを目的とした長時間の訪問もあります。回数も、毎日必要な方もいれば、月に一回だけ必要な方もいます。枠にとらわれない支援が可能です。自宅での緊急時には即訪問いたします。

小規模多機能型居宅介護では、通い、宿泊、訪問といった各サービスの内容は細かく定められてはいません。一人ひとりの暮らしが異なるように、支援の内容も異なります。現在の制度は、通いを中心に生活を支える仕組みになっていますが大切なことは、「通う」ことではなく、通いを通じて何を支援するかということです。生活や暮らし全体を通しての流れの中で困っていることは何か、自宅での暮らしを成り立たせるために必要なことは何かを見極め、柔軟に支援していきます。

1－4　小規模多機能型居宅介護における「通い」とは

自宅の延長線上での「通い」のサービス

小規模多機能型居宅介護で中心となる「通い」のサービスでは、ご本人の思いや生活スタイルに合わせて、利用する時間や過ごし方をご本人や家族とともに一緒に考えていきます。

普段私たちは一日の過ごし方を自分自身で決めて生活しています。それが「その人らしい暮らし方」であり、介護や支援が必要になっても、出来る限りそうした自分が決めた暮らしをしたいと望む気持ちは変わらないはずです。だから、ひとりひとりの支え方、利用の仕方、過ごし方が違って当たり前です。もし、目の前にいるお年寄りが自分で一日の過ごし方を決めるとしたら、朝起きてから夜寝るまで、どんな一日を過ごすのだろうと思い描き、できない部分や不足する部分を、「通い」というサービスを通して支援していきます。

例えば、仲間と一緒に料理することを楽しみに来る人、お風呂だけ入りにくる人、一時間だけお茶を飲みに来る人、ご飯の時間だけ来る人、自分の自宅の居間のようにテレビの前で一日ゆっくり過ごす人・・・。ひとりひとりに個性があるように、いろいろなかたちの過ごし方をお手伝いしてきます。

また、「通い」は、新たに始まる職員や他の利用者との出会いの場です。ひとつの空間をともにする「通い」は、ご本人の暮らしの中に新たな生きがいや楽しみを生み出す場です。「ここにいてもいいんだよ」と感じられる本人の役割や人間関係を見出すことのできる「居場所」つくりを、小規模多機能型居宅介護の「通い」は目指しています。

check☞

①デイサービスと「通い」の違いがわかり、利用者や家族に説明できますか？
②「通い」を通して、何を支援しようとしているのですか？
③本人のその都度変化する意向を確認し、臨機応変な関わりができていますか?
④帰りたいという利用者を無理に引きとめていませんか？
⑤事業者の都合で一日のプログラムや流れを決めていませんか？

1－5　小規模多機能型居宅介護における「宿泊」とは

家の布団で寝るように安心して眠りにつきたい
通い慣れた場所に安心して泊まれる「宿泊」

「宿泊」では、あくまで、これまでもこれからも家で生活をし続けていくことに重点をおいて考えていきます。

「施設入居型」の介護をしてしまうと、ご本人が望んでいるはずの自宅で暮らし続けることが難しくなる可能性があります。家では布団で寝て、夜中トイレに行きたくなったらがんばって一人で行っていたのに、事業所に宿泊した時は、ベッドにポータブルトイレなどといった環境では、自宅に帰ってから、一人で排泄することができなくなってしまいます。

小規模多機能型居宅介護では、その人の自宅での「暮らし方」をよく理解することで、自宅でも事業所でも落差がない形で、その人が自宅で生活していく上で何を手助けしていったら良いかを、家族・介護者と一緒に宿泊の中での支え方を考えて行きます。

また、環境の変化に脆いお年寄りや認知症の方にとっては、知らない場所で知らない人たちと夜をともにするということは、不安を招きます。

もし、昼間に通い慣れている場所が泊まれるところで、いつもと同じ職員や仲間がいたら、そんな不安が少しは和らぎ、安心して泊まれるのではないでしょうか？

小規模多機能型居宅介護では、そこに日中通う利用者が「宿泊」を利用できるようになっています。それは、同じ場所で、なじみの職員や他の利用者がいるという安心感をもっていただきたいという思いであり、また、慣れ親しんだ職員だからこそ、日々変化するお年寄りの「今」の状態を把握していることで、臨機応変に対応できるからです。

また、いつも介護されているご家族や介護者が、急病で介護できない、いつも一緒にいるおばあちゃんが風邪をひいたので、おじいちゃんを一日だけみてほしい、といった緊急時にも必ず対応します。

check☞

①利用者が夜間どのように過ごしたいか知っていますか？
②夜間の緊急時、困ったとき、臨機応変に宿泊できますか?
③本人が夜間自宅でできていることや夜間の介護を家族・介護者がどのようにしているか知っていますか？
④日中の通いの関わりと夜間の関わりは連続していますか？
⑤夜間の介護について、家族・介護者と事業所で話し合っていますか？

1－6　小規模多機能型居宅介護における「訪問」とは

緊急時にも安心！　小規模多機能型居宅介護の「訪問」

小規模多機能型居宅介護の「訪問」は、「通い」では支えきれない時間帯や内容を、自宅での支援として行います。それは時間単位で決められた枠の中で行うサービスではなく、その人に必要なときに必要な分だけ、支援するものです。

それは、毎日散歩が日課であるお年寄りに付き添うことや、病院に一緒にいくこと、遠く離れて暮らす家族の代わりに様子を見に行くことだったりします。

通うことに抵抗を感じる引きこもりがちなお年寄りに対しては、まずその方の話に耳を傾け、信頼関係をつくるなど「通い」に来ていただくための関係づくりも大切です。また、自宅で落ち着かないお年寄りに対しては、夜でも自宅へ職員が出向いていきます。必要であれば、毎日ご自宅へ出向くこともあるかもしれません。

また、あるお年寄りにとっては、通うことより自宅での支援の方が「その人にあった支え方」である場合には、「通い」から「訪問」へ変更することもあります。

そのときどきの、ご本人や家族の状態や状況によって、訪問する回数も訪問する内容も変化し、その人の暮らしを支えていきます。

check☞

①緊急時に必ず対応できますか?
②自宅では、どのように過ごしているか知っていますか？
③自宅での居場所を知っていますか？
④暮らしの継続のために本人ができることと支援すべきことを知り、対応できますか?
⑤地域での暮らしそのものを大事にしていますか?

2－1　ケアマネジメントの視点

小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント＝ライフサポートワーク

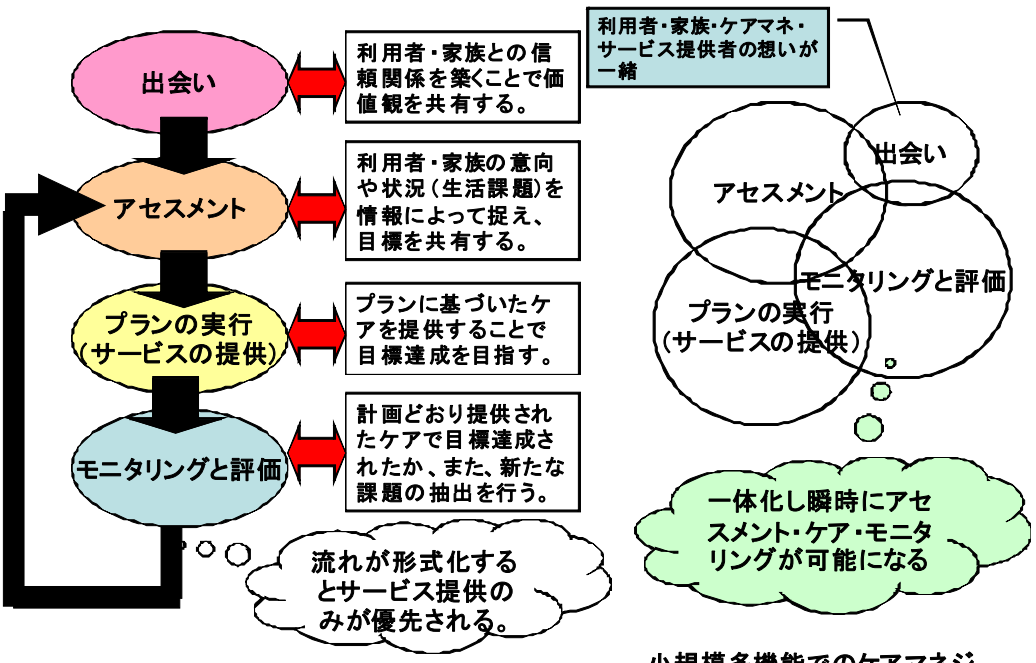
１）ケアマネジメントの視点

これまで、自分で朝ごはんを作り、着たい服を着て、行きたいところに行く。そんな思いのままの暮らしをしてきた方が、介護が必要な状態になると突然、これまでと全く異なった暮らしを余儀なくされる。しかしどうでしょう。自分の力を可能な限り発揮し、人生の最後まで自分らしく暮らすことはできないのでしょうか。あれもできない、これもできない、そういう想いになっては生きる気力も出てきません。人は多少、課題があったとしても、その人らしい目標を達成することはできるはずです。課題のための課題を抽出し、課題克服のための策を練るのではなく、克服できないことがあったとしても、ちがう手段や方法を考え、自己実現のために必要なことは何かを探す（支援する）ことが重要ではないでしょうか。

そのためには、自己実現という目標を掲げ、どのようにしたら実現できるのか、場合によっては目標自体をブレイクダウンしていくという発想も必要です。また、自己実現するためには、数多くの選択肢が存在し、支援の仕方も多様にあります。本人の暮らしは、日々変化し、今日やりたかったことが、明日には変わるとこともしばしばです。本人が今、どうしたいか、何をしたいかを聞き、実現したいことに向けての支援方策を一緒に考えることが重要です。達成した喜びを得ることができる目標を、確実にどうすれば実現できるのか、ご本人も含んだチームで考え実践することから始まります。もうちょっと手を伸ばせば実現できるという、目の前の目標への取り組みの積み重ねこそが重要です。

目の前の目標を達成することで、生きる喜びを得、認知症による喪失感や焦燥感、孤独感をやわらげ、本人も家族・介護者も自信をもって暮らすことができる支援が大切です。

ここからは、具体的なケアマネジメントの手続きに基づいて考えていきます。



これまでのケアマネジメントの流れ　　小規模多機能でのケアマネジメントの流れ

２）出会い

「出会い」では、事業者は、高齢者にとって本当にサービスが必要なのかどうかを判断する必要があります。また、高齢者自身からみて、この事業者に自分の支援を依頼するのかどうかを判断してもらう重要な機会でもあるということを忘れてはいけません。

そのためには、まず共感的理解が求められます。共感的理解とは、本人や家族が、どのような状況であっても、その思いを受け入れ、理解することによって関係を形成しようとすることです。

よって、事業者が、自分の価値観を押し付けて、「こうすべきだ」という常識や一般論で考えていると、双方向の関係が作れないままで共感は生まれません。

check☞

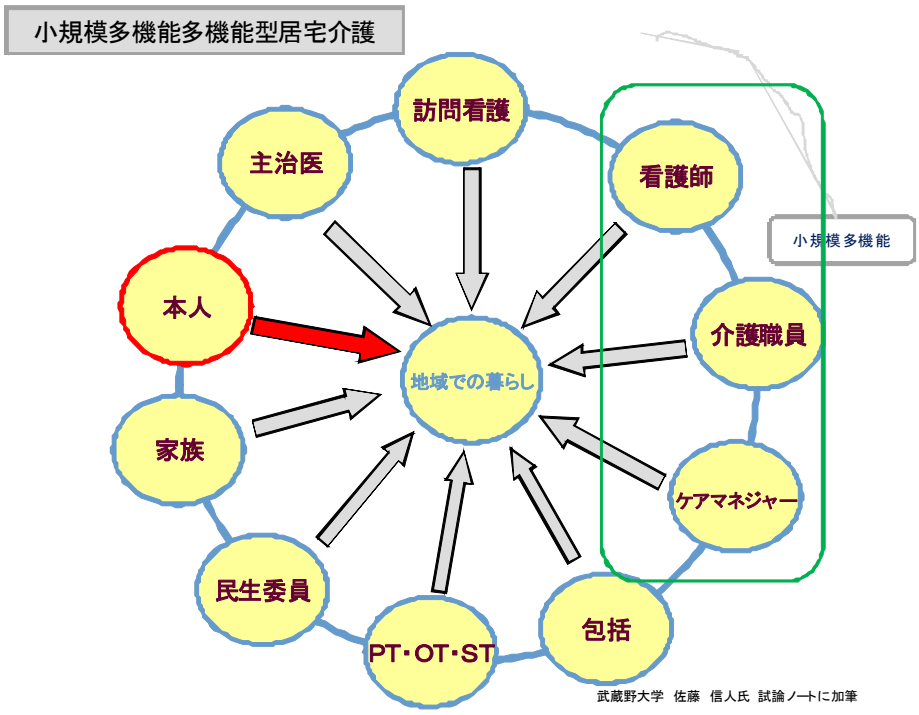
①本人や家族の言い分や希望をじっくり聞いていますか？
②事業所や自分自身を知っていただくこと（自己紹介）をちゃんとしていますか？
③話しやすい雰囲気づくりを心がけていますか？
④利用することを前提に話を急がせていませんか？
⑤出会ってすぐに、アセスメントシートを埋めようとしていませんか?

３）アセスメント（「あきらめない」かかわり）

～最期まで変化するその人を理解し続けていくための継続的なかかわり～

アセスメントとは、課題をあぶり出すことではありません。本人の持っているエンパワメント能力、セルフケア能力をはかる機会です。アセスメントとは、いうなれば分析的理解です。ですから、訪問した日の一断面を切り取って見るものではなく、プロセスを重視します。今の状態で課題を解決しようとするのではなく、社会との関係性も含めてこれまでの暮らしはどうであったのか、今はどのような状態なのか、これからどのようにしたいのかを暮らしの連続性の中でとらえ、分析することが求められます。利用者や家族から得た情報がなぜ必要なのか、その情報が何を意味するのかを十分に考える必要あります。その情報が今の暮らしやこれからの暮らしの中でどのように役立つのかを検討します。聞き出すだけ聞きだして、根拠なく「通い」や「訪問」のサービスを当て込んでしまうのは間違いです。

アセスメントで重要なのは、自分（事業所・わたし）自身を知ることです。自分の強さを知り、また弱さを知ることで、自らできること、できないことがわかり、できないことに対しては、これまで以上に関わりを深くもつことの必要性を理解し、チームの一員である仲間の力を借りたりする工夫が生まれます。アセスメントとはチームで行うものです。ここで言うチームとは、専門職だけでなく、本人、家族、地域も含めたチームです。自己実現（目的）をチームで共有し、多面的にとらえることで、自分だけの主観的な捉え方から、チームとして客観的に捉えることにつながるものです。



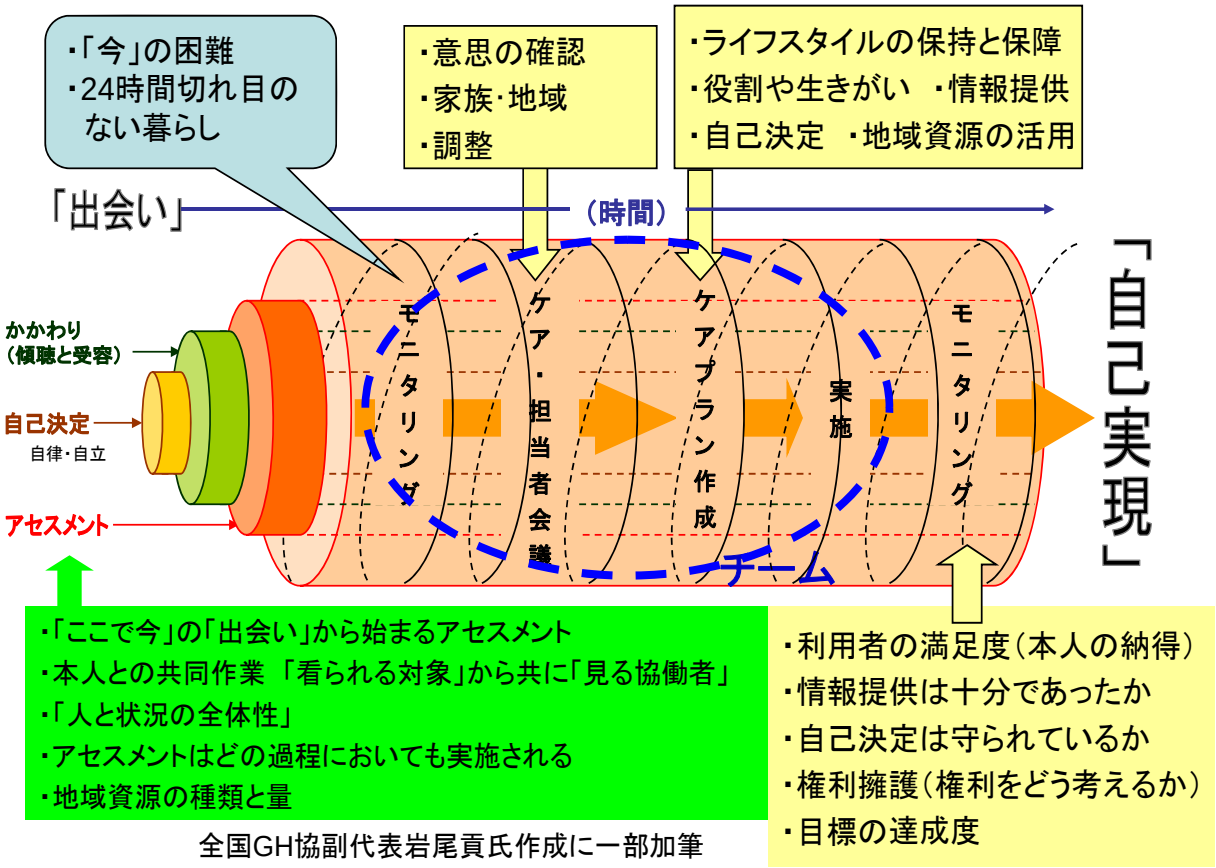
小規模多機能型居宅介護におけるチーム

アセスメントでは、継続的な関わりをするための「関係づくり」の成否によって、得られる情報も変わっていきます。関係づくりが重要なのは、高齢者からすれば、人生の最後をこのケアマネジャーや事業者に託すことができるのか、全幅の信頼を寄せることができる存在になるのか、そのことが高齢者の人生を大きく左右するからです。ケアマネジャーや事業者の関わり方によっては、本人自らの生きる力を引き出すことができるようになる場合と、本人の力を奪ってしまう場合があります。高齢者が人生を託すという決定をするのであれば、ケアマネジャーや事業者は託される責任を実感し、自分自身が担うことができるのかどうかを自己分析する必要があります。

ここでアセスメントする際のポイントを挙げてみます。関わるということを大切にする事によって互いの関係は深まり、自分の理解者・共感者を実感することによって、生きる力が強化されます。結果を求めすぎない、急がないことも必要です。

サービスをあてがうのではなく、関わりのプロセスの中で、解決策を見出していくのであり、単に短絡的な課題を解決することに重点をおくのではなく、継続するプロセスの中で本人の自己解決能力を引き出していくことが大切です。

地域密着のケアマネジメントの過程



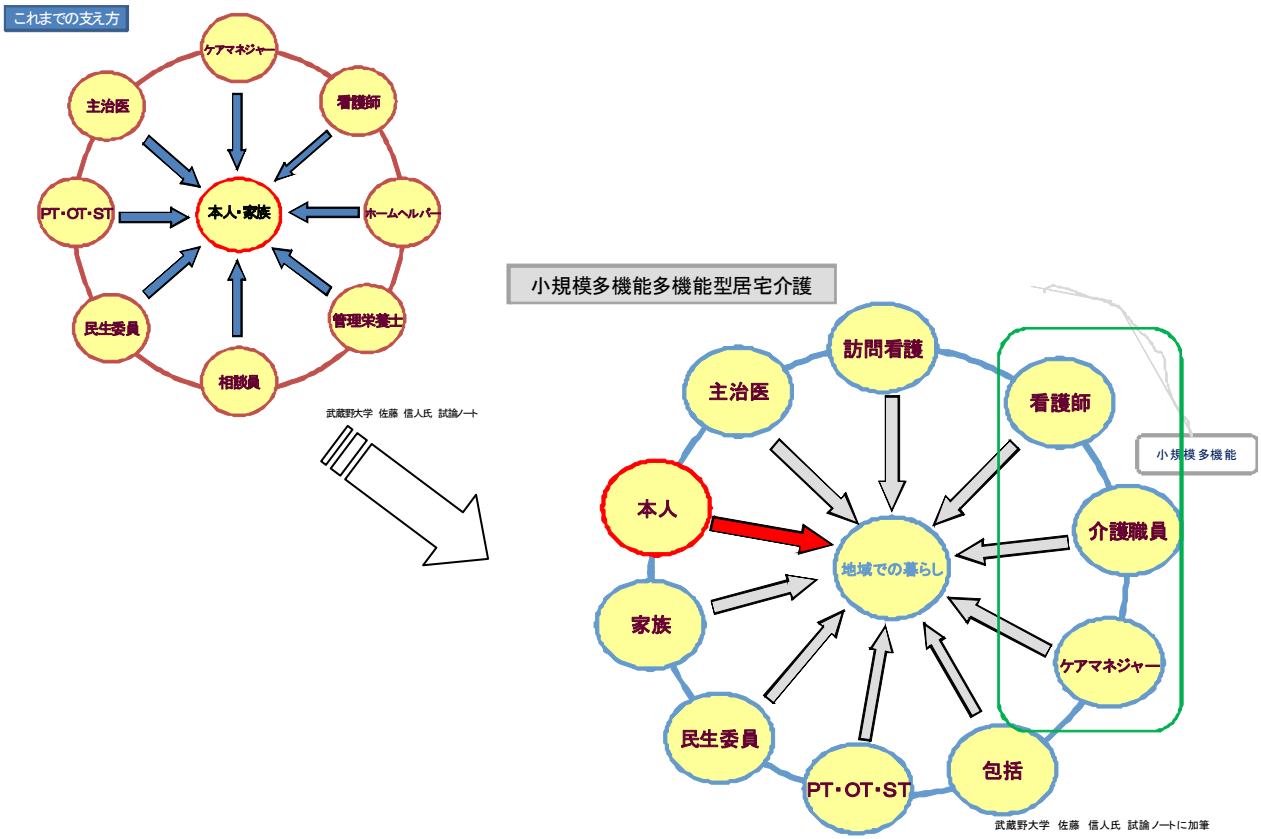
全国GH協副代表岩尾貢氏作成に一部加筆

check☞

①日々の変化に気づいていますか?
②自分自身（事業者・わたし）の状況について振り返りができていますか?
③訴えの意味（ニーズとデマンドの違い）が分かっていますか?
④本人の覚悟、家族・介護者の覚悟、事業者の覚悟が共有されていますか?
⑤社会で暮らしているその人らしさを理解していますか？

4）プランニング（変化する様態とニーズの変化に応えるために）
～小規模多機能型居宅介護のケアプランはライフサポートプラン～

従来、アセスメントで得られた情報から本人のできないことを課題と捉え、課題を克服するための必要な計画を『ケアプラン』と呼んできました。しかし、現在の『ケアプラン』では、本人の言葉を使っていたとしても本人主体の暮らしが表現されるものにはなかなかなっていません。本人がどのように暮らしたいのかというよりもむしろ、支援者側がどうしたいか、どう暮らさせたいかという提供者主体のプランになりがちです。ケアプランで必要なことは、本人が今を、今からをどのように生きたいのか、暮らしたいのかを知り、「自己決定」に基づいた「ライフサポート(生活支援)プラン」を作ることです。たとえば、お彼岸には墓参りに行き、十五夜にはお団子をつくり、月見をする。暦（こよみ）とともに生きる人としての生活文化を、介護が必要になっても継続することです。生きている実感を味わうことのできる、当たり前のくらしを取り戻すことです。このような地域での暮らしは、他者からの支援だけでは実現しません。誰かから与えられるものではなく、本人のエンパワメント能力を引き出し、事業者も、地域も、家族も一緒になって、協働で作っていくものです。従来の ADL や医療モデルを基にした支え方だけではなく、生活モデルを重視した支え方が必要です。これまでのケアマネジメントでは、狭義の介護をどうするかが主になり、本人がどう暮らしたいのかという本人の意向が軽視され、本人は支援される側にのみ位置づけられていたといえます。本人や家族も一緒に暮らしを創る考え方が乏しかったように思います。



また、プランも介護支援専門員が月に１回定期的に計画するものでは、その時その時の変化する様態やニーズに応え、臨機応変なプランにはなっていません。

そこで、日々のミーティングと適切なカンファレンスの開催が必要となります。
ここではミーティングとカンファレンスの言葉と内容の整理を下記の様にしています。

・ミーティング…日々の打ち合わせ。職員のみの場合が多い
・カンファレンス…本人、家族、専門職、地域住民等参加によるもの

ミーティングでは、日々の必要な支援について打ち合わせし、また緊急の場合等必要に応じた対応や方針を決めます。今必要な支援が提供されます。

カンファレンスでは、本人の生活全般が話し合われます。参加者は本人・家族・地域・スタッフ等、本人に関係性のある人が参加し、本人の望む暮らしをいかに実現していくか話し合います。いわば、カンファレンスは自己実現の方法を考えるための企画会議ともいえます。自己実現へ向けて、どのような内容を話し合うのか、メンバーは誰が必要なのかなどを検討します。単に人数が多ければ良いというわけではありませんし、多職種だからよいというわけでもありません。実現に向けて必要な人が集まって考えられればいいのです。大切なことは、情報を共有し、共通の目標、視点、言語を持つことです。

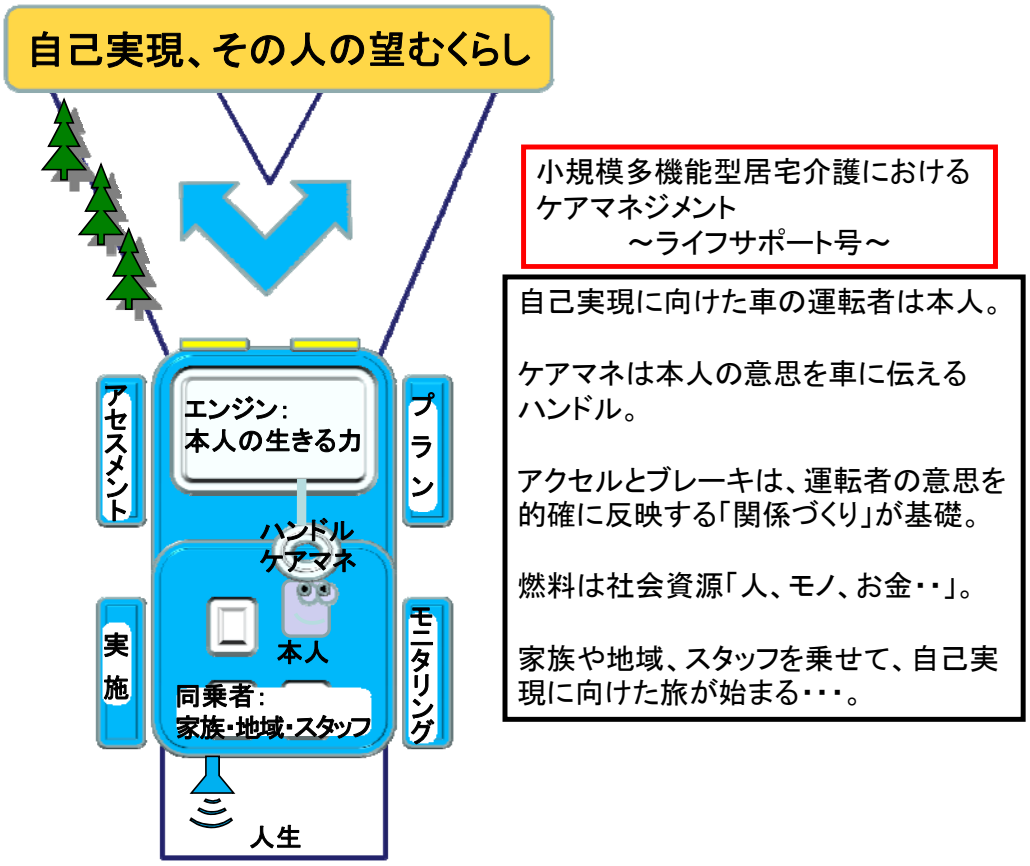
check☞

①誰が参加していますか。過不足はありませんか？
②話し合うためのポイントは明確になっていますか？
③共通の目標、視点、言語を持っていますか？
④情報を共有できていますか？
⑤本人の意思は尊重されていますか？

５）実施（サービス提供）

実施とは、サービスを提供することだけではありません。アセスメントにおいて関わりが重要であることを説明したとおり、実施することとは、関わることです。単に、「通い」「宿泊」「訪問」サービスを提供することだけが実施なのではありません。
サービスを提供する目的は、短絡的な課題解決ではなく、本人が、目標とする暮らしの実現を促進するための支援や要因の把握、阻害する要因の把握、克服、除去をしていくことです。いうなればサービス提供という試みの中で、日々変化する状況を常に捉え、即応する柔軟性を持つということです。

サービスを提供するということは、本人の描いた人生という物語に参加するということです。あくまでもこの物語は本人のものであり、介護支援専門員やケアワーカーが描くのではありません。サービスを提供することが目的ではなく、事業者もその人らしい人生という物語を完成させるために参加し、物語の実現に向かって進んでいくという心掛けが大切です。



小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントを車に例えると…

６）モニタリング　（実施状況と満足度の確認）

モニタリングとは、人と状況の関係性を振り返ることです。計画どおりにサービスが提供されているかを確認するだけではありません。これまでのかかわりが十分であったか、不足していないかなど、かかわりのプロセスを追跡し、振り返ることです。本人の自己決定は守られてきたか、本人の満足度、暮らしにとって必要な情報提供は十分であったか、その人の生きる権利を尊重してきたかの、かかわりの振り返りがモニタリングです。

check☞

①これまでのかかわりが十分であったか（不足していないか）？
②これまでのかかわりが行き過ぎていないか？
③時間はかかりすぎていないか?
④本人の満足度は？
⑤家族・介護者の満足度は？

3-1　これまでのケアマネジメントとライフサポートワーク

小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントをライフサポートワークと言おう

「可能な限り自宅や住み慣れた地域の中で暮らし続けるための支援を行う」ことが小規模多機能型居宅介護の役割です。

「どこで、どのように暮らしたいかを支える」ことが目的です。また利用者、家族のその時々の変化（身体的・精神的等）する状況に対応できなければ居宅での暮らしは成り立ちません。とりわけ、認知症の人の様態は変化しやすく、その変化に対応するためには柔軟さが必要となります。

⇒24 時間の個別的な地域生活を支援するためには、状態や状況の変化に柔軟かつ即対応が支援のポイントになる。

このような柔軟で即時的対応を可能とする小規模多機能型居宅介護でのケアマネジメントを、これまでのケアマネジメントと混同しないために「ライフサポートワーク」と言います。

ライフサポートワークの流れ(プロセス)

実践　⇒　モニタリング・記録　⇒　日々のミーティング　⇒
即時的プラン⇒　とりあえずの実行　⇒　カンファレンス⇒
プ　ラ　ン

２層の視点(注)
ライフサポートプラン①
ライフサポートプラン②

⇒実践

(注) ２層の視点とは
本人の「〇〇したい」という希望の実現の部分と、日々の暮らしの継続の部分との２層のことです。
また、居宅のプランと小規模多機能型居宅介護サービスの介護計画を兼ねます。

アセスメントの視点

1. これまでの暮らしの流れを知る　　（Ｂｅｆｏｒｅ）
   ①漠然とではなく、「こだわっていること」
   ②障害があっても「こだわりつづけるもの」
2. 障害があっても「できること」や「していること」を知る
3. 援助してほしいこと、すべきことを見極める　　（Ａｆｔｅｒ）

このことをライフサポートプラン②で、24 時間の生活の流れの中で明らかにするようにしています。

様式(用紙)の構成

日々の記録＆ミーティング用紙・・・・・・・・・様式１
アセスメント様式・・・・・・・・・・・・・・・特に指定しないが、地域での生活を把握できるもの
カンファレンス用紙・・・・・・・・・・・・・・様式２
ライフサポートプラン用紙①・・・・・・・・・・様式３
ライフサポートプラン用紙②２４時間シート・・様式４
（ 週間・・・・・様式４に記載、必要なときには居宅サービス計画書③を作成）

これまでのケアマネジメント様式との比較

以下のゴシック部分は、「ケアプラン点検支援マニュアル」(H20.7.11 老健局振興課)より抜き書きしたものです。本様式においても、各趣旨および質問について、全てクリアしているものと考えます。

居宅サービス計画書とは

居宅サービス計画書とは、利用者及び家族の「望む生活」を具現化するための計画書といえます。「望む生活」の実現に向けて、ケアチーム（利用者及び家族も含む）が目指す方向性や果たすべき役割、提供するサービスやセルフケア及び家族支援等が具体的に書面に表されたものであるといえます。

したがって、次に示す第１表・第２表・第３表は、連動した帳票であることを押さえておく必要があります。

第１表　居宅サービス計画書（１）

●第１表とは

利用者及び家族の「望む生活」を含め、居宅サービス計画全体の方向性を示す帳票です。居宅サービス計画書の中で、利用者及び家族の生活に対する意向が、はっきりと示される１番重要な帳票ともいえます。

第１表は、利用者・家族・ケアする人々の気持ちを１つにするための大切な計画書であり、できるだけわかりやすく、利用者の言葉で具体的に記載することが重要です。また、利用者の生活を支援するケアチームの気持ちを一つにし、利用者と共に同じ方向に歩んでいくための大切な帳票であるといえます。

第１表について　この中の項目については　様式３ライフサポートプランに記載します。
家事援助中心型の算定理由については、小規模多機能型居宅介護では包括報酬のために特に算定理由を記す必要はないため除外しています。

質問１　記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？
質問２　「課題」の整理はできましたか、またそれらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」とに関連性はありますか？
質問３　家族はどのようなおもいで、利用者を支えていこうとお考えですか？
質問４　利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントをすすめ、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？
質問５　総合的な援助方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？
質問６　生活援助中心型を算定した理由を教えて下さい

ミーティング、カンファレンス、プランが一連の流れでつくられます。日々対応が必要な援助方針は、日々のミーティングの中で検討されます。「課題」ニーズについては、カンファレンスの中で検討します。当然日々の関わりの中でのアセスメントが行われています。更に本人、家族・介護者の確認とモニタリングが行われます。

第２表　居宅サービス計画書（２）

●第２表とは

第１表で示された「利用者の望む生活」を実現していくために、アセスメントから導き出された一つ一つの生活課題を、具体的な手段を示しながら一歩づつ解決していくための手順を表したものです。居宅サービス計画全体の中核となる帳票です。

第２表は、利用者の生活課題（生活全般の解決すべき課題「ニーズ」）の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

1) 利用者自身の力で取り組めること
2) 家族や地域の協力でできること
3) ケアチームがお手伝いをすること

で、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく示した帳票です。

目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取り組みの内容やサービスの種別・頻度や期間を設定します。これはケアチームの目標達成期間であり、モニタリングやケアプランの見直しの指標となるものです。

第２表について　この要素を様式３と様式４に記載しています。
様式３(ライフサポートプラン①)で、暮らし全体に関わるニーズについて計画し、様式４(ライフサポートプラン②)で、日々の暮らし(ルーチン的な部分)について計画します。

この様式３と様式４との２層化で、より生活全体の支援を意図できるようにしています。この様式３と４は、どちらが大事とか、様式４は狭義の介護だけというものではありません。日々のチームで統一して関わるルーチン的部分を様式４にまとめているものです。これは、これまでの小規模多機能型居宅介護サービス「介護計画」を兼ねるものです。この様式４で小規模多機能型居宅介護サービス「介護計画」に代えることができます。

また、地域生活の視点を明確にするために、常に「地域」の項目を設けています。本人の持っているこれまでの関係や地域の資源に常に目を向けることにより、より地域生活を継続していくものになると考えています。ここでの地域とは、本人の持っている地域の資源(友人やこれまで関係のあった人やもの)や事業所や専門職および関係者を含みます。

質問１　「生活全般の解決すべき課題（ニーズ)」の原因や背景を教えて下さい。

質問２　課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？

質問３　生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？

質問４　利用者・家族の「困りごと」に対してどのような働きかけを行いましたか？

質問５　長期目標は、どのように設定しましたか？
利用者自身が、課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？

質問６　短期目標は長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか？

質問７　課題を解決するための単なるサービス内容の記載だけではなく、どのような点に注意するべきか、どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容となっていますか？

質問８　計画したサービス内容を適切に提供する為に、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？

質問９　サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行いますか？

ご本人や家族・介護者を含んだチームでのカンファレンスを基に「ライフサポートプラン」①と②を作成します。その人の願いに応えること、即ち自己実現に向けた生きざまを支援するプランをつくります。この過程で家族・介護者の「困りごと」の解決にも一緒に取り組みます。

ライフサポートプラン①で、ニーズ実現に向けた具体的な取り組みを明らかにしていきます。期間は可能な限り短い期間で設定します。実行できているか都度モニタリングしていきます。

ライフサポートプラン②で、日々の暮らしを継続できる支援計画が示されます。こちらも随時様態やニーズの変化で見直し(更新)が行われます。

第３表　週間サービス計画表

●第３表とは

第２票で計画した具体的な支援の内容を、週単位で示した帳票です。利用者の本来の日常生活リズムを把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムを管理することができます。

さらに、週単位、２４時間の時間管理を示すことで、ケアチームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、連携を図る上で役立ちます。

また、短期入所や住宅改修、通院状況など、週単位以外のサービスを記載することにより、サービスの全体像、中長期的なサービス計画を把握することができます。

質問１　週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか？

質問２　本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか？またその人らしい生活がイメージされていますか？

質問３　週間サービスには、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった計画になりましたか？

質問４　「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか？

第３表について、日々の部分について様式４に記載します。
週間の部分は必ずしも必要でない場合も多いので、日々の支援の継続や様式４の下部の部分への記入で十分な場合は不要です。サービスの提供が分からない等の必要な場合には、表３を利用し「週間サービス」を作成するものとしています。

第４表「サービス担当者会議の要点」について

第４表について、様式２カンファレンス用紙に記載します。介護支援専門員が確認できるようにしています。

第５表「居宅介護支援経過」について

（旧５表はH20年7月29日付老健局振興課通知により省略されています）

第５表の経過記録については、様式１の日々の記録とケアミーティングおよび様式２のカンファレンスの中で、介護支援専門員が確認し、経過記録を明らかにするようにしています。

第６表、第７表について（サービス利用票、サービス利用票別表）

他のサービスとの関係のある様式で、そのまま継続しています。

第６表については、既にＱ＆Ａ（平成19年2月19日付け）で下記の取り扱いが示されています。

Q.小規模多機能型居宅介護は、あらかじめサービスの利用計画を立てていても、利用日時の変更や利用サービスの変更（通いサービス→訪問サービス）が多いが、こうした変更の度に、「居宅サービス計画」のうち週間サービス計画表（第3表）やサービス利用票（第6表）等を再作成する必要があるのか。

A.当初作成した「居宅サービス計画」の各計画表に変更がある場合には、原則として、各計画表の変更を行う必要があるが、小規模多機能型居宅介護は、利用者の様態や希望に応じた弾力的なサービス提供が基本であることを踏まえ、利用者から同意を得ている場合には、利用日時の変更や利用サービスの変更（通いサービス→訪問サービス）の度に計画の変更を行う必要はなく、実績を記載する際に計画の変更)を行うこととして差し支えない。

様式の対照表

居宅サービス計画書		ライフサポートワーク様式
居宅サービス計画書①	⇒	様式３ ライフサポートプラン①
居宅サービス計画書②	⇒	様式３ ＋ 様式４ ライフサポートプラン②
居宅サービス計画書③	⇒	様式４ ライフサポートプラン②
居宅サービス計画書④	⇒	様式２ カンファレンス用紙
居宅サービス計画書⑤	⇒	様式１ 記録・ミーティング用紙
居宅サービス計画書⑥	⇒	現行様式使用
居宅サービス計画書⑦	⇒	現行様式使用

参考　アセスメントについて

アセスメントについては、下記の項目が確認できるように、種々のアセスメントツールを活用します。単にシートを埋めるのではなく、日々の関わりからアセスメントしていきます。

質問１＜アセスメントの基本＞
介護支援専門員として、アセスメントを行う理由についてどのように理解していますか。またアセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じていますか？

質問２＜情報収集＞
アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？

質問３＜基本情報＞
アセスメントを行う上で必要だと思われる基本情報について、どのような情報を特に重要な情報として押さえましたか？

質問４＜相談＞
どのような相談経緯だったのでしょうか？

質問５＜生活状況＞
利用者の「個別性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活暦や生活状況をどのようにして聞き取りましたか。

質問６＜サービスの把握＞
現在利用しているサービスについて、その利用状況・満足度等を把握していますか。またその上で介護給付以外のサービスについても把握ができていますか。

質問７＜日常生活自立度＞
障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度について、最新の状況を把握していますか。

質問８＜主訴＞
利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか。

質問９＜認定＞
認定情報の内容を確認しましたか。

質問10＜理由＞
今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。

質問11＜健康状態＞
利用者の健康状態について、ケアプラン作成にあたり重要だと考えている事を教えてください。

質問12＜ＡＤＬ・ＩＡＤＬ＞
利用者のADL・IADLの現状を把握するにあたり、何に気をつけてアセスメントしましたか。またその手法・経路について教えて下さい。

質問13＜認知症＞
物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。

質問14＜コミュニケーション＞

友人や家族、地域の方とどのようにコミュニケーションをとっているか確認しましたか。

質問15＜社会参加＞

利用者の友人や家族、地域の方との関わり方は良好ですか。また最近変化したこと（例：友人の入院・入所、他界等）はありませんか。利用者が自らすすんで行っている活動や趣味などはありますか。

質問16＜排泄＞

利用者の排泄に関しての意向や困っているところは何ですか？またその原因や背景を把握していますか。

質問17＜食事・口腔＞

食事や口腔の状態について、何か気になる点がありましたか。

質問18＜問題行動＞

利用者が周囲を戸惑わせたり、介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか。

質問19＜家族の心身の状況＞

家族の方の心身の状況は把握していますか？特にどなたか心配な方はいらっしゃいますか。

質問20＜家族の介護力＞

家族の方の介護に対する思いをどのように捉えましたか。家族の方が話した言葉で印象に残った事があれば教えてもらえますか。

質問21＜居住環境＞

在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか？利用者・家族の意向はどうですか。

質問22＜特別な状況＞

プランを作成する上で、特別に配慮したほうがよいと思われたことがあれば教えてください。

質問23＜尊重＞

アセスメントを通じて、利用者・介護者に現状を認識してもらえましたか。また、介護支援専門員として利用者の自己選択や自己決定などの主体性を尊重することができましたか。

３―２ 様式について

現場実践から積み上げた様式となっています。
様式１⇒様式２⇒様式３と様式４⇒様式１と日々変化する様態に対応していきます。

様式１　記録用紙兼ミーティング用紙　（日々の即時的ケアプラン用紙）

利用者氏名:　　NO.

年月日/項目	本人	家族・介護者	地域	記入者/介護支援専門員
ミーティング 考察 決定				

日々のミーティングと記録が実践の基本になります。ただ書くだけで何にも活用されない記録では意味がありません。記録でも本人と家族・介護者、地域や他のサービス(資源)を区別し、それぞれを意識していくことが必要です。

また、ミーティングは本人や家族または地域での状況変化があったとき、その都度行われるものです。ここで即時的な対応も行うことになります。「とりあえず」「緊急に」今の困りごとに対応することが必要です。

日々の記録の中にミーティングの記録と考察、とりあえずの決定(即時的プラン)を記入することで、即時的な対応がみえてきます。

地域の中で暮らし続けるために、常に本人だけでなく、家族・介護者や地域について把握していくことが必要です。

様式２　カンファレンス用紙

利用者氏名:　　NO.

参加者	計　名		
年月日/項目	本人	家族･介護者	地域
考　察			
確　認 事　項			
本人 (代理人) 確認		介護支援 専門員	

日々のミーティングだけでは取り組めないことについて、カンファレンスを本人、家族・介護者、専門職、地域の方々とともに、チームとして行います。ここでも本人、家族・介護者、地域を分けて検討します。考察は、そのチームでの論議を記します。事業所・介護支援専門員の意見もここに入ります。考察に基づきライフサポートプランが作成されることになります。

カンファレンスでは、必ず当面のことだけでも確認します。

様式３　ライフサポートプラン①　用紙

小規模多機能型居宅介護のライフサポートプラン①　作成　　年　月　日

利用者名　　殿	生年月日　　年　月　日	住所	確認欄	

事業所名・介護支援専門員名

認定日　　年　月　日　認定の有効期間　　年　月　日～　　年　月　日　　要介護状態区分

個々の目標(ゴール)

審査会の意見

当面の目標・ニーズ

目標を達成するための具体的プロセス/課題	本人	家族・介護者	地域	事業所	具体化（いつorいつまで、だれが、どのようにして）		
他の介護保険サービスの必要と具体的課題							
モニタリング						確認欄	

個々の長期的目標(ゴール)を明確にし、「その人らしい暮らし」を実現するための目標を当面の目標・ニーズとして明らかにします。この目標(ニーズ)を実現するために、本人、家族・介護者、本人の持つ資源や地域の力、専門職や事業所で何ができるかを明らかにします。

審査会の意見があれば、その意見を記し、その意見を踏まえ当面の目標・ニーズが作成されます。

そのうえで、目標(ニーズ)を実現するプロセスを示します。それを更に行動計画として具体化します。

他の介護保険サービス(訪問看護や福祉用具貸与など)についてもその必要性と具体的内容について記載します。

プランは実行できることを可能な限り短い期間で設定し作成します。実行し、日々進行状況を確認し、常にモニタリングしていくことが必要です。

様式４　ライフサポートプラン②用紙

（わたしの暮らし　まとめシート）

私の暮らしまとめシート　氏名　作成日　平成　年　月　日　更新日　平成　年　月　日　介護支援専門員

時間	私の暮らしの流れ	暮らしの中でのこだわり	できること・できないこと		支援して欲しいこと				モニタリング
	以前の暮らし方	本人・家族の意向	できること	できないこと	内容	場所	物品	関わる人	
5:00									
6:00									
7:00									
8:00									
9:00									
10:00									
11:00									
12:00									
13:00									
14:00									
15:00									
16:00									
17:00									
18:00									
19:00									
20:00									
21:00									
22:00									
23:00									
0:00									
1:00									
2:00									
3:00									
4:00									

日々以外の事柄		確認欄	年　月　日	年　月　日

（A3 用紙）

日々の２４時間の暮らしとその支援の計画です。ここでは、関わりの中で得られたアセスメントから、これまでの暮らしと望む暮らしが明らかにされます。そのうえでできることとできないことを明らかにして、暮らしを継続できるような支援を具体化します。

週間など日々以外の部分は下欄に記入します。

週間計画は、この表で確認できる場合不要です。しかし、曜日ごとに大きく変化するため、その確認が困難な場合には第３表週間サービス計画表を活用します。

また、モニタリングし大きな変化がないときは、更新部分を追加記入していきます。大きな変化があったときには、当然全体の見直しが必要になります。

３―３ 様式の記入例

普段の事例から記入例を示しています。
日々のミーティングの中で即時的プランがつくられます。

様式１

	記 録 用 紙　　利用者氏名:　広田 熊雄　　NO. ●○			
年月日/項目	本人	家族・介護者	地域	記入者/介護支援専門員
〇月△日	「俺の願いを聞いてくれ」と涙ぐみながら	今朝7時すぎから体が不自由なのに	友達が昨日訪ねてきて、庭の	
	訴えられる。何事かと話を聴く。	庭に出て座り込んでいた。	手入れができていないと言わ	
	「庭木の手入れが俺の生きがい」「それが	何を考えているか心配。	れた。地域でも庭がすばらしい	
	できなくなった。死んだ方がまし」とのこと。		と評判だった。	××
	「俺は90歳まで庭木の手入れでは他人に			
	負けていなかった。それが誇りだ。」			CM　▽△
ミーティング考察/決定	本人の訴えについて　これまでの経緯を確認			
	本人のこれまでの暮らしの確認ができていない。妻からこれまでの暮らしを確認しよう。			
	本人の訴えに応えるために本人と妻、友人、民生委員の参加で〇月□日(予定)ケアカンファレンスをする。			
	それまでに可能な限りの本人のニーズ確認とアセスメントを行う。			CM　▽△

様式２　　カンファレンス記録　　利用者氏名：　広田熊雄さん　　NO.　□■

参加者	（本人）広田熊雄　（妻)広田 アキ　（民生委員)□■◇子　（本人の友人)▽▲○男			
	（ 事業所看護師）（事業所介護職員）（事業所介護支援専門員）		計 ７名	
年月日/項目	本人	家族・介護者	地域	
○月□日	庭の手入れもままならないようになった	本人の気持ちが一番	民生委員	最近元気がなく庭の手入れも昔
14 時～15 時	まだまだ自分で庭木の手入れをしたい	まだ庭の手入れをしたい気持ちを生かしたい		みたいにできなくなって心配
事業所 相談室	お世話になっている事業所にも植木を	ただ体調が心配		奥さんの体調も心配
本人の訴え	送り、通いのときには自分で手入れしたい	事業所に通いで行っても自分の庭木があれ	友人	昔から庭の手入れが誇りの人
	植木市に出かけたい	ば通いも目的があり、スムーズになるので		自分が手伝えることがあれば
		お願いしたい		いつでも言ってください
考　　察	○月△日ご本人が通いのときに「俺の願いを聞いてくれ」と涙ぐみながら訴えられた。その前日に友人からこのごろ庭木の手入れが			
	できていないことを言われたのが原因。本人の訴えを聴いていくと身体が不自由になっても庭木の手入れが生きがいで続けたいとの希望。			
	その中で、本人は通いに事業所に来た時にも庭木の手入れがしたいと言われる。事業所には庭木が少ないので自分で植えたいとのこと。			
	人の役に立つように自分の力を発揮したいとの訴え。			
確認事項	「まだまだ自分で庭木の手入れをしたい」「お世話になっている事業所にも植木を送り、通いのときには自分で手入れしたい」 「そのために植木市に出かけたい」がニーズ このことについて、妻や友人の協力も得られることから直ぐにプランをつくり実行することになる。 合わせて、最近妻の体調が悪いことが課題になる。今すぐではないが、そろそろ緊急時の対応も準備が必要。 緊急時には泊まりがスムーズにいくように、今から関係づくりを行い、本人と一緒に心の準備を始めることにした。			
本人(代理人) 確認			介護支援専門員	CM　▽△

小規模多機能型居宅介護のライフサポートプラン①　作成　21年 1月 20日

確認欄	

利用者名　広田　熊雄　殿	生年月日　大正13 年　5月 3 日	住所 ○×市 ▲町

事業所名 ・介護支援専門員名　◎×事業所　CM　▽△

認定日　H20 年 10 月 20 日　認定の有効期間　H20 年 11月 1日～ H22年 10月 31 日　要介護状態区分　Ⅲ

個々の目標(ゴール)	最後まで自宅の庭の手入れをしながら暮らしたい
審査会の意見	なし
当面の目標・ニーズ	#1.庭木の購入のために植木市に行きたい
	#2.泊まりの利用が不安なくできる

目標を達成するための具体的プロセス/課題	本人	家族・介護者	地域	事業所	具体化（いつ、だれが、どのようにして）		
#1.植木市に行く 体調の良い日で 寒くない日 事業所の車で	体調管理と お金の準備をする	同行したい	友人○●さんが 同行する	運転&健康管理 のために看護師	植木市の期間 (2月1日～ 3月10日まで)	妻と友人と スタッフ	条件をクリアする ときに、朝から 準備して
#2.泊まりのための関係 づくり	泊まりについての 不安を話す	自分の体調が悪い ので、近々泊まり を利用したい	民生委員さんも 奥さんの体を心配	本人が不安ない 形で泊まりに 泊まりについての 安心を	妻の体調不良 のときに (3月末までに)	妻から	それまでに 安心の関係づくり

他の介護保険サービスの必要と具体的課題	10m以上の歩行は困難なため、外出のための自助具が必要	自走式の車いす(▽□事業所、H22年10月31日まで)

モニタリング		確認欄	

ライフサポートプラン②（わたしの暮らし シート）　氏名　広田熊雄　作成日　平成20年12月10日　更新　21.1.20(赤色)　CM　▽△

時間	私の暮らしの流れ 以前の暮らし方	暮らしの中でのこだわり 本人・家族の意向	できること・できないこと できること	できないこと	支援して欲しいこと 内容	場所	物品	関わる人	モニタリング
5:00									
6:00									
7:00	起床 洗面、朝食	着替えて、先ず庭をみて 食事	目覚め 着替え 食べること	尿瓶の片づけ 服の準備 食事の支度	声掛けて起こす 尿瓶の片づけ(洗って天日干し) 着替えの準備 食事の支度	寝室 リビング	尿瓶	妻、泊り時は夜勤者	
8:00									
9:00	庭の手入れ	食事のあとは庭の手入れ (這ってでも自分で) 本人は「庭が一番」 家族は「人と交わって」 週3回の通い	庭木の手入れ	片付け 庭に降りること	後片付け 庭に出ることの支援	庭		妻	
10:00				外出(通い)	外出(通い)	通い(月、水、金)迎え			
11:00	近所へ散歩 (週1回通院)	かかりつけ医は●●病院	長距離は車いす	移動 通院日の確認	週1回木曜日通院の介助			スタッフ	
12:00									
13:00	昼食	昼食は、パンかもちと果物	食べること	食事の支度	食事の支度			妻、スタッフ	
14:00	昼寝　こたつで「うとうと」			片付け	片付け				
15:00	おやつ	甘いもの　糖尿があるが制限していない			おやつの準備			妻、スタッフ	
16:00	庭木の観賞 手入れ					通いのときは 15:30～入浴			
17:00	入浴	入浴前に家庭用血圧計で 血圧測定 皮膚が弱いので専用石鹸使用 入浴後には保湿軟膏を塗る 入浴後に寝巻に着替える	服の脱着 体の前の方は 洗える	服の準備 背中の方と髪が 洗えない 軟膏を塗る	服の準備 洗身(背中の方)と洗髪 軟膏を塗る	浴室	血圧計 専用石鹸 軟膏	スタッフ	
18:00	夕食					通いのとき送り			
19:00			食べること 薬を呑み込むこと	食事の支度 薬の管理 片付け	食事の支度 薬を渡す(オブラートに包む) 片付け	リビング	薬、オブラート	妻、泊り時は夜勤者	
20:00	TV 好きな時代劇やお笑い 番組をみる	ボリュームを大きくして 他人に構わずみる 家族は「困っている」							
21:00	就寝		TVの番組を決める スイッチ	布団の準備	布団の準備 就寝の声掛け	寝室		妻、泊り時は夜勤者	
22:00									
23:00					ベッドの横に蓋付きの尿瓶を 必ず3本用意				
0:00									
1:00	排尿に起きる	ベッドの横に蓋付きの尿瓶を 必ず3本用意	尿瓶に排尿できる						
2:00									
3:00			*日中はトイレに行くことが言える	トイレへの移動					
4:00									

日々以外の事柄	通いは月・水・金(平常時は10:00～17:00)、訪問は火・土(入浴支援17:00～18:00)　木(通院支援10:30～12:00) 泊まりは妻の体調不良時に緊急の利用の可能性あり(H21.1.20) 介護用品(車いす)のレンタルが必要	確認欄	年　月　日	年　月　日