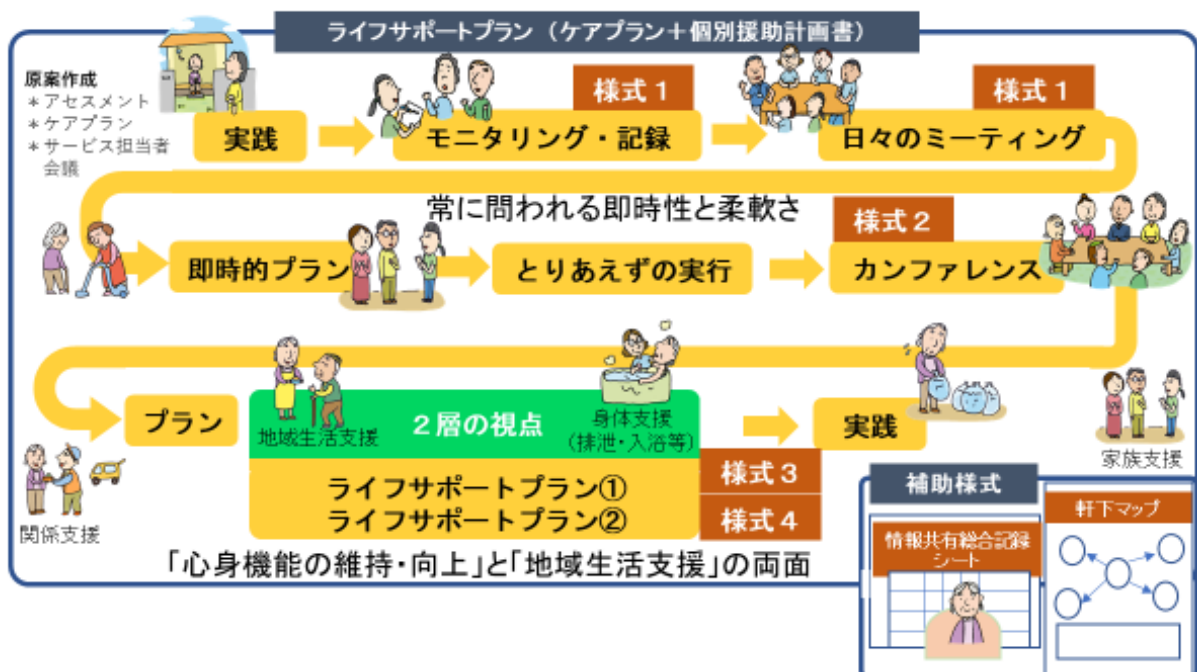


小規模多機能型居宅介護の支援とケアマネジメント ～「ライフサポートワーク」考え方とその様式～



特定非営利活動法人

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

<http://www.shoukibo.net/>

E-mail info@shoukibo.net

目次

- 1.1 背景・・・2
- 1.2 ライフサポートワークが開発された理由・・・3
- 1.3 利用者主体であり、注目すべきは「暮らし」・・・4
- 1.4 週間計画表から見る「人と状況」の全体性・・・5
- 1.5 ライフサポートワークとは・・・9
- 1.6 本人の「声」をチームで形にする（代弁機能含む）・・・10
- 1.7 本人の「声」を代弁するにはチームアプローチは必須事項・・・11
- 1.8 ケアとはチャレンジすること（仮説と検証の繰り返しによるケア）・・・12
- 1.9 サービスを提供していない時間こそ、本人らしさを発揮しやすい時間・・・13
- 1.10 ケアのあり方の転換「本人が輝く環境作り」・・・16

目次

- 2.1 本人の望む暮らしの実現に向けた実践を支える様式・・・19
- 2.2 様式1 記録用紙とミーティング用紙・・・20
 - 2.2.1 原案作成から実践へ・・・20
 - 2.2.2 本人の声にならない声に耳を傾ける・・・21
 - 2.2.3 目標（目的）をもって記録する・・・22
 - 2.2.4 変化を捉える視点の重要性・・・22
 - 2.2.5 本人を取り巻く人々の声の重要性・・・23
 - 2.2.6 ミーティング・即時プラン・・・24
 - 2.2.7 モニタリング・・・25
- 2.3 様式2 カンファレンス用紙・・・26
 - 2.3.1 ケアカンファレンスの目的・・・26
 - 2.3.2 本人の生活を支えることを軸にしたカンファレンス・・・27
 - 2.3.3 対立する主訴を合意形成に導く・・・27
- 2.4 様式3 ライフサポートプラン①・・・29
 - 2.4.1 本人の望む暮らしの意向とは・・・29
 - 2.4.2 本人の望んでいる暮らしを守るための目標設定・・・29
 - 2.4.3 小規模多機能らしいケアプランの実践・・・31
- 2.5 様式4 ライフサポートプラン②・・・32
 - 2.5.2 暮らしの中で私が必要としていること・・・32
 - 2.5.3 本人がすること・周囲が支援すること（個別援助計画）・・・33
- 2.6 これまでのライフサポートワークの様式で実現できたこと、実現できなかったこと・・・34
 - 2.6.1 実現できたこと・・・34
- 2.7 新たに追加した補助様式とその意味・・・35
 - 2.7.1 情報共有総合記録シート・・・35
 - 2.7.2 軒下マップ・・・38

1. 小規模多機能型居宅介護の支援「ライフサポートワーク」

1.1 背景

平成 20 年 3 月、厚生労働省老人保健健康増進等事業を活用し、小規模多機能型居宅介護らしい支援やケアマネジメントのあり方を「ライフサポートワーク」として生み出しました。

当初のガイドでは、制度創設後間もなかったことから「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かった小規模多機能型居宅介護に対して、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、支援や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ものでありました。

このたびの見直しにおいて、従来から変わらない変わることのない部分と、実践の積み重ねによる深化した部分との両面を捉え整理することとし、さらに今後求められる地域生活支援の捉え方や中重度者にも対応したライフサポートワークのあり方を検討することとしました。

◆小規模多機能型居宅介護とは

2015 年の高齢者介護(厚生労働省老健局長の私的研究会／高齢者介護研究会／2003 年)において、生活の継続性を維持するための、地域での新しい介護サービス体系として「自己実現、自立支援、生活の継続性」を在宅において提供するための仕組みとして小規模多機能型居宅介護が生まれました。

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願う高齢者の、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」を提供することで、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仕組みとして小規模多機能型居宅介護が創設されました。

「施設の安心を自宅でも可能に～小規模多機能型居宅介護～」

それまで介護は入浴、食事、排泄に代表される生命を維持するため必要な要素に支障をきたした場合の支援機能としての側面が強く、ケアプランにおいても、生活を下支えする健康状態の把握のためのアセスメントや支援内容が、支援の中心となった内容も多くありました。一方、目標立てとしては、自己実現を図るため「これまでどおり自宅で暮らし続けたい」などの抽象的な目標が散見され、目指す支援が健康や安全と自己実現とに二極化された、本人の願いを叶えるための実現の筋道が見えにくいケアプランも多くありました。これは深化のプロセスとして、いわば憲法 11 条の基本的人権の保障を担保するものから、2015 年の高齢者介護は、生存権を保証し、かつ、幸福追求権でいう「すべての国民は個人として尊重される」まで網羅されたものを具現化したものとも捉えることができます。

1.2 ライフサポートワークが開発された理由

ライフサポートワークは、地域密着型サービスのケアを通じて、実践のなかから作り出したものである「可能な限り住み慣れた自宅や地域のなかで暮らし続けるための支援を行う」ことが地域密着型サービスの役割だからです。

それまでの支援は、「問題解決型（課題を並べ、それに対して対応する介護保険サービスを組み合わせる）」を指向し、アセスメントと称してできない部分に焦点をあて、できる部分には目が向きにくい課題抽出を目的とした現状把握に基づきケアプランは作成されるものの、現場の職員はケアプランを見ずとも日々の支援を行っているような状況がありました。ケアプラン作成にあたっては「記録」に基づいたものではなく、「記憶」に基づき作成されるような提供者本位のプランです。

そのような状況の中、以下の5つのポイントを支援の基本と捉え、支援やマネジメントのあり方を模索したものであります。

- ・最後まで自宅と地域社会のなかで暮らし続けるための支援
- ・「これまで」と「これから」の落差を和らげる支援
- ・状態の変化にもろい利用者、家族・介護者だが、常に変化し続けることに柔軟に対応する支援
- ・介護だけを課題にするのではない、人の暮らし全体を把握する支援
- ・多様な価値観による自己決定、自立支援、生活の継続性を尊重する支援

24時間 365日の個別的な地域生活支援を可能にするためには、状態や状況の変化に柔軟かつ即応した支援やケアプランがポイントになります。そのため、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」と呼ぶこととしました。

その周知のため、平成21年から3年間、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議においてライフサポートワークが取り上げられていました。平成23年2月22日に開催された「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」における「小規模多機能型居宅介護におけるケアプランについて」次のように周知されています。

小規模多機能型居宅介護は、顔なじみのスタッフにより、利用者やその家族等のニーズに適宜対応するため、必要なサービス（訪問、通い、宿泊）を柔軟に組み合わせて提供することにより、利用者の地域生活を総合的に支援するものであり、従来の広域型サービス（訪問介護、通所介護、短期入所生活介護等）とは、その運営手法が異なるサービスである。このため、利用者等の制度趣旨の正しい理解を促すことや小規模多機能型居宅介護ならではのケアプラン作成手法の確立が求められていたことである。

こうしたことから、平成21年2月の全国課長会議において、「小規模多機能型居宅介護のご案内」及び「小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて」を配布したところであり、今後ともこれらの活用について管内市町村に周知していただき、小規模多機能型居宅介護の適正な普及に努められたい。

なお、これらの資料については、「全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会」のホームページ（HPアドレス：<http://www.shoukibo.net/>）からダウンロードが可能である。

1.3 利用者主体であり、注目すべきは「暮らし」

高齢になると他人の援助がないと生活ができない人が一定割合出てきます。介護保険では、高齢者の「尊厳の保持」「自立生活の支援」を目的としています。「尊厳の保持」は、高齢者自らの意思に基づいた生活を維持できるよう、本人の自己決定を尊重することによってはじめて可能となります。

高齢になり、人の手助けが必要になった時や、これまでのように自分一人の力では解決することができなくなるなど、これまで元気なときにできていた暮らしができなくなります。例えば、排泄での失敗が多くなる、買い物に行けない、食事の準備ができない、外出する機会や近隣との付き合いが減り誰とも話をしていないなど、生活を送る中での不自由や困りごとなどです。

これまでのケア観によると、小規模多機能型居宅介護を利用し、集う場としての「通い」、夜間の心配事を支援するための「宿泊」、自宅でできなくなったことを支援する「訪問」といったものを活用し、その困り事にしか作用してきませんでした。しかし、「できなくなったこと」は暮らしの中での不都合な部分であり、通うことが生活ではなく、訪問することで生活が成り立つわけではありません。心身の一部に認知症や病気、障害が現れ日常生活に支障をきたすことによって、生活がしづらくなる状態です。そのような状態のときに、これまでの介護サービスではできないこと（＝認知症や病気、障害）だけを抽出し、もしくはそのことのみに対して注目し援助を行ってきました。そのため健康状態を取り戻す気力がわかなくなったり、健康になるために生きる意欲を失う場合も存在した。慣れ親しんだ自宅や地域での生活を棄て、介護サービスを受けるためのみの暮らしです。

自宅で入浴できない状態となったとき、支援内容は「入浴」となり通いという手段を活用する場合も多くあります。本来、自宅で入浴できなくなったとき、当然その目的は「これまでどおり自宅で入浴できるようになる」ことです。自宅での入浴が難しいことからとりあえず通いによって入浴を可能にするといつしか「自宅での入浴」が抜け落ち、通いで入浴できているから良いでしょう、と落ち着いてしまいます。その結果、入浴のための通いが増え通い定員いっぱいになる。同じように認知症により外出の機会が減ることや仲の良い友人・知人と会う機会が減るとき、外出の機会や他者との交流と称して通うことで通い定員が上限となります。本来は本人の行きたい外出先や旧知の仲の友人と会うことが本人の望み＝目標であったことが通いにすり替わってしまうことも多いのです。

生活の中でできなくなったことのみを目を向けると、できなくなったことをできるようになることが支援の目的となるため「入浴できない」→「入浴できること」が達成目標になります。本人からしてみると、障害により入浴するための身体機能や生活動作機能を失ったことであり、その結果、自宅では入浴できなくなったという状況を生み出します。ということは、これまでどおり自宅で入浴する意欲は障害により失ったかどうかはわからないにもかかわらず、身体機能や生活動作機能の喪失を理由に意欲まで失わせる支援をしても良いのでしょうか。つまり小規模多機能型居宅介護というサービスを利用することで、本人の持っている力（意欲）を失わせることにもなりかねません。

つまりサービスを利用することが、サービスを利用しながらしか生活できない姿を作り出している危険性を認識しなければいけないということです。

本人の望むこれまでの暮らしを取り戻すための支援をするためには、生活の中の一つひ

とつの意向やこだわりを理解し、心身機能の喪失により譲ることのできることは何なのか、それでも譲れないことは何なのかを理解して支援することではないでしょうか。

そのためのアセスメントの場は自宅であり、自宅での暮らしぶりである。よって目標は、これまでどおりの自宅や地域での生活を取り戻すことであり、まず理解しなければいけないのは自宅での暮らしです。

小規模多機能型居宅介護として理解しなければいけないのは、アセスメントと称してできない課題を明らかにすることよりもむしろ本人の望む暮らしは何かです。だからこそ本人が主人公となり、課題ではなく生活全体を理解することが大切なのであります。

1.4 週間計画表から見る「人と状況」の全体性

暮らしを理解するために、日ごろよく目にする週間計画表から考えると「全体」という意味が理解しやすいです。そもそもサービス予定を記入する際に活用するのが週間計画表ですが、包括報酬のサービスである小規模多機能型居宅介護として週間計画表を見ると、違った見え方をしてきます。

例えば、この週間計画表からは月・水・金を通いサービス、火・木・土を訪問サービスとして予定していることがわかります。通いが1回8時間（8時30分～16時30分まで）、訪問が1回30分（8時～8時30分）と記入されています。

よって8時間×3回、30分×3回では、1週間当たりの総サービス提供時間は25時間30分となります。計画作成担当者である介護支援専門員は、本人や家族・介護者への説明の際、上述の提供する曜日、提供時間、提供回数の説明に加え、提供しているサービスにおいてどのような支援をするかを説明する場合があります。例えば通いでは、到着後バイタルチェック、午前中の中身の入浴、昼食をはさみレクリエーションや昼寝、おやつ提供といった具合にその中身を説明し、訪問においてはモーニングケアとして離床介助、排泄支援、更衣などです。もちろんこのようなサービス提供の中身の説明が不要というわけではありませんが、そこにはまぎれもなくズレが存在する。提供者側と利用者側の視点のズレであります。

提供する側（事業者）は、上述のとおり提供するサービスに着目していますが、利用する側（利用者、家族・介護者）は、サービスの提供内容以上にサービス提供以外の空白の時間に目が向いています。なぜなら、サービスを利用しているときよりもむしろ、サービスを利用していない時間帯のほうが、不安や心配事が発生する可能性が高いからです。

この週間計画表からわかるのは、提供者はサービスに注目し、利用者、家族・介護者はサービス以外の時間に注目している点です。提供時間から見ても1週間168時間において、サービスを提供している時間は25時間30分であり、空白の時間は142時間30分です。サービスを利用していない時間のほうが圧倒的に多いのです。よって、いくらサービスを提供していてもサービス提供時間以外の時間の不安が払しょくされなければ、在宅生活は困難になります。

小規模多機能型居宅介護に包括報酬が採用された理由はここにあります。25時間30分のサービス提供以上に、142時間30分の安心を担保するためには、1回いくらのサービスでは難しく、空白が生まれてしまいます。だからと言って空白を作らないこと（常にサービスを提供すること）が求められるかということそうではありません。サービス提供によっ

て空白の時間の安心を提供する、最小のケアで最大の効果を発揮するための工夫です。

ある人の週間計画表

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
06:00							
08:00		30分		30分		30分	
10:00							
12:00	8時間		8時間		8時間		
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
22:00							
24:00							
02:00							
04:00							

1日24時間 × 7日 = 168時間
サービス提供時間 = 25時間30分
提供していない時間 = 142時間30分

月曜日を見てみると、8時間の通いサービスの提供を予定していることがわかります。1日を24時間としてみると、8時間の通い以外の時間は当然自宅での時間となります。いわば16時間が不安な時間ということになるのです。例えば認知症の初期の状態の利用者に対し、配膳や調理の一部、洗濯物などのお手伝いを事業所がお願いするとします。理由は、本人にはその力が残されていて、丁寧な説明と随時の声掛けをすればできると見立てたからです。実際に説明や声掛けをしてみると、事業所内においてはできることが増えていきますが、この利用者が自宅に戻ったとき、家族からよくこんな声を耳にします。「自宅で台所に立ち包丁を持つとするので困っている」と。利用者本人の気持ちを察してみると、何かをしたいのは事業所でなく自宅であり、誰のために心配りしたいかといえば自宅で息子や孫、家族のお世話ではないでしょうか。

なぜ、このような状況が起こるかを考えると、8時間のケア目標は「事業所で、できることを増やす」であり、家族・介護者のケア目標は「余計なことはしないでね、何もしないでね」であるからです。事業所が行っているかかわりは、決して悪い対応ではなく、むしろ良い対応です。にもかかわらず利用者自身が混乱をきたすのは8時間と16時間のケア目標のズレが本人の混乱を深めている点です。事業所が頑張れば頑張るほど本人は混乱するという現象が起きるのです。

この事例から考えると、8時間と16時間の連続性が保たれていないことが理由であることがわかります。事業所ができることを増やしたいのは事業所内であり、自宅での暮らしは視野に入っていない点です。8時間のためのケアプランでありケア目標です。そもそも

ケアプランは、自宅での生活を取り戻すための支援計画であることを考えると、8時間の事業所でのケアが自宅での16時間を困難にしている事例となります。小規模多機能型居宅介護のケアプランや支援は、自宅の16時間を充実させるために作成されるものであり、事業所内完結の暮らしを充実させるものではありません。16時間の幸せを実現するためには、24時間の視点が欠かせません。よってケア目標も、自宅での16時間を充実させるために事業所における日中の一番かかわりやすい時間において何をするかが8時間のケア目標であり支援のポイントであります。サービスを利用することによって事業所と自宅の落差を広げるための支援ではなく、介護が必要になっても自宅での16時間において居場所や役割を継続するための支援です。

通いを例に24時間や週間計画表の捉え方の視点を紐解いたが、訪問においても同様に、30分の訪問において何をするかは、残りの23時間30分の暮らしをイメージして支援すべき内容を吟味することです。訪問は、訪問介護とは違い、従来の「やって良いこと」「やってはいけないこと」という線引きがない（いわゆる「老計10号」の適応外）。これまでの定められたメニューから支援内容を考えるのではなく、自宅で望む本人の暮らしを生活全体から捉え、取り組むべき支援内容を検討することです。

既存の出来高報酬の介護サービスでは時間によるサービス提供になり、提供時間が過ぎると、給付管理などの調整が必要となり、時間が来ればサービスを終了せざるを得ない環境にあります。居宅介護支援事業所には直接的にケアするすべがなく、ケアは外部の事業所に委託（依頼）することとなり、急な対応を事業所ができなければ支援ができない、といった性質があります。安定している時は特に問題ないものの、いつもと違う場合にタイムリーに状況を把握し、その場その時にあった適切なケアマネジメントや支援がやりにくいということです。

24時間365日の包括報酬という小規模多機能型居宅介護は、上記の給付管理や急な支援の対応がこれまでのサービスと比較して容易です。

また、24時間365日の支援の責任を負っていることも大きな特徴です。居宅介護支援事業所も24時間365日支える責任はあるが、実際支えるサービスは時間や回数で縛られており、急な回数増加や時間外の対応については容易でないこともあります。

ここで述べたいことは、調整の容易さや給付管理の問題ではなく、支援のあり方です。週間計画表で注目すべきは、サービスの提供されていない白抜きの部分です。私たち支援する側は介護サービスの種類に関わらず、次の支援が入るまでの白抜きの時間が問題なく過ごすことができるように、私たちが関わる時間を活用することが必要だということです。

小規模多機能型居宅介護はその責任において、次の支援まで自宅での生活に支障があると判断した場合、通いの時間の延長や訪問回数の増減、泊りの提供などを行います。それは、自宅に帰っても問題が生じることが予測されるからです。

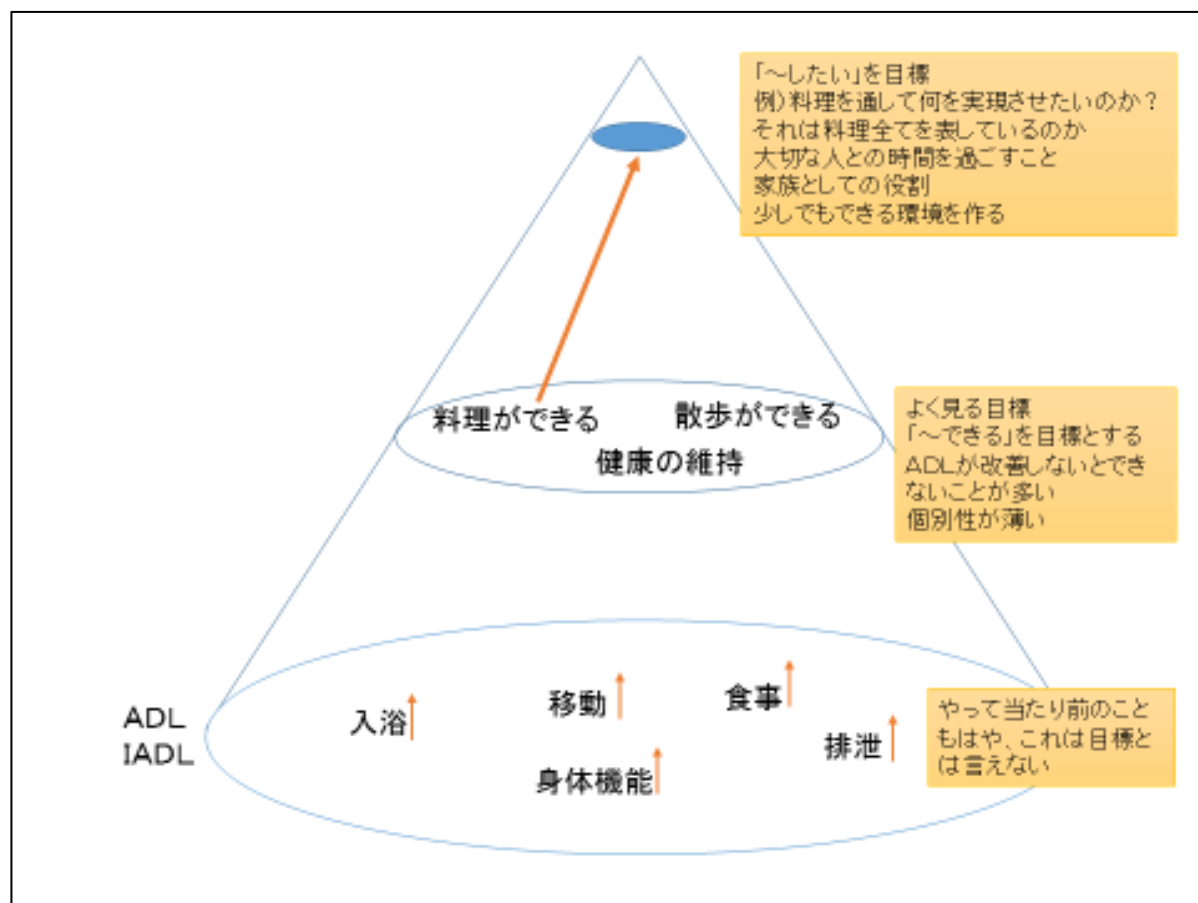
これは小規模多機能型居宅介護だけでなくすべての介護保険サービスに必要な視点であると考えられますが、柔軟な対応が難しい介護事業所やタイムリーに調整することが難しい居宅介護支援事業所においては実践しにくいものです。

また、白抜きの部分を減らして介護サービスで埋めてしまうことを目的としているわけ

ではありません。あくまでも「自宅（地域）での暮らしの継続」を実現するための支援であり、介護保険サービスですべての時間を補うことでもありません。そこで、必要となるのが「目標」であり目標を表現し支援の方向を示す「ケアプラン」です。何のための支援なのか、何を目標として支援しているのかを明確にする必要があるのです。

しかし、ケアプランの目標は個別性がなく具体性に欠けるものを目にすることも少なくありません。介護事業所や依頼を受けた専門職がそれぞれの判断でどうにでも解釈ができるような目標が散見されます。ADLの向上やIADLの向上はもはや「やって当たり前」のことであり、これらをケアプランの目標にして支援することでは不十分です。「暮らしを支える」ための目標・ビジョンが必要であり、細部は個別援助計画やリハビリの計画など各専門的な計画に示せば良いのです。

暮らしを支えるためのケアプランとして、全体を見渡すことができるプランがあつてこそ、本人をはじめ関わっている人すべてが、どの方向に向かって進んでいるのかが把握できるものが必要なのです。



そのための目標は本人が望む自己実現であり、本人の願う「～したい」です。

例えば「料理がしたい」という目標を目にすることがあります。料理は誰のために、何を得るために料理という活動をするのかということの深掘りが不十分ではないかと考えられます。

料理という行為は、誰かに食べ物を提供するだけでなく、誰かと繋がったり、何かを得

ようとするためのツールでもあり、「誰」「何」を具体的に推測したり考えたりすることが大切なのです。例えば妻の役割としての料理、母親の役割として子どもに対しての料理という行為の意味を理解すべきでしょう。

「料理ができるようになる」という目標が良くないということではなく、それを通じて何を実現したい（獲得したい）と考えているのかということに気づくことが大切でなのです。

マズローの欲求5段階説で表すとすれば、これまでの介護保険サービスやケアプランでは生理的欲求や安全の欲求に注目しすぎて、自己実現の欲求には遠い支援やケアプランになってしまっていないでしょうか。

1.5 ライフサポートワークとは

小規模多機能型居宅介護らしい支援やマネジメントのあり方をライフサポートワークと呼んでいます。生活全体を「ライフ」、サポートを「支援」、ワークを「機能」と捉え推進しているものです。ライフサポートワークには、3つのライフの側面があると考えられます。

ライフサポートワークの「ライフ」とは？

◆ライフの3つ意味(本人を丸ごと受け止める)

- (1) ライフ・・・生命→生命・安全の欲求
- (2) ライフ・・・生活・暮らし→所属・承認の欲求
- (3) ライフ・・・人生→自己実現の欲求→「～したい」

自己実現の欲求 (self-actualization) 自分の持つ能力や可能性を最大限発揮し、具現化したいと思う欲求。
承認(尊重)の欲求 (esteem) 自分が集団から価値ある存在と認められ、尊重されることを求める欲求
所属と愛の欲求 (social need/love and belonging) 情緒的な人間関係・他者に受け入れられている、どこかに所属しているという感覚
安全の欲求 (safety need) 安全性・経済的安定性・良い健康状態・良い暮らしの水準など、予測可能で、秩序だった状態を得ようとする欲求
生理的欲求 (physiological need) 生命維持のための食欲・性欲・睡眠欲等の本能的・根源的な欲求。

人間の基本的欲求
アブラハム・マズロー (Abraham Harold Maslow) 「自己実現論」より

自己実現の欲求
(self-actualization)
承認(尊重)の欲求
(esteem)
所属と愛の欲求
(social need/love and belonging)
安全の欲求
(safety need)
生理的欲求
(physiological need)

1つ目のライフは、「生命」を支援する機能であり、2つ目は「生活・暮らし」を支援、3つ目は「人生」を支援する機能と捉え、生活全体を支援する視点を説いています。

介護保険制度が施行され介護保険事業がスタートすると、事業を行うことやサービスを提供することが目的となってしまうというケースが増えてきました。これは、当初の目的の「本人を支える」ことから状態像を特定し、介護保険サービスの利用につながるかどうかだけで利用する人を探すことに目的が入れ替わり、事業を利用してもらうためのサービ

スになってしまったと言えます。制度や事業は、本人の自立した生活や自己実現のためのツール（道具）です。小規模多機能型居宅介護という道具を使い、生命を支え、介護が必要となる前の生活や暮らしを取り戻すことで人生をまっとうするために支援が必要なのです。

1.6 本人の「声」をチームで形にする（代弁機能含む）

本人の生活全体を捉え支援しようとするとき欠かせない視点は、本人中心の視点であり本人の声です。本人の声に耳を傾けることとは、言っていることをそのまま受け止める場合と、言おうとしている声にならない声（潜在的ニーズ）を受け止める場合があります。声にならない声は、あいまいであり見えにくいものです。見えにくいからこそ専門職によって声を形にすることが求められます。本人の声を形にするということは、本人の言っていることをそのまま受け取るのではなく、その発している言葉や表情、しぐさ等をサインやメッセージ、シグナルと捉え、潜在的な思い（リアルニーズ）を見据えることが大事なことであり代弁することでもあります。

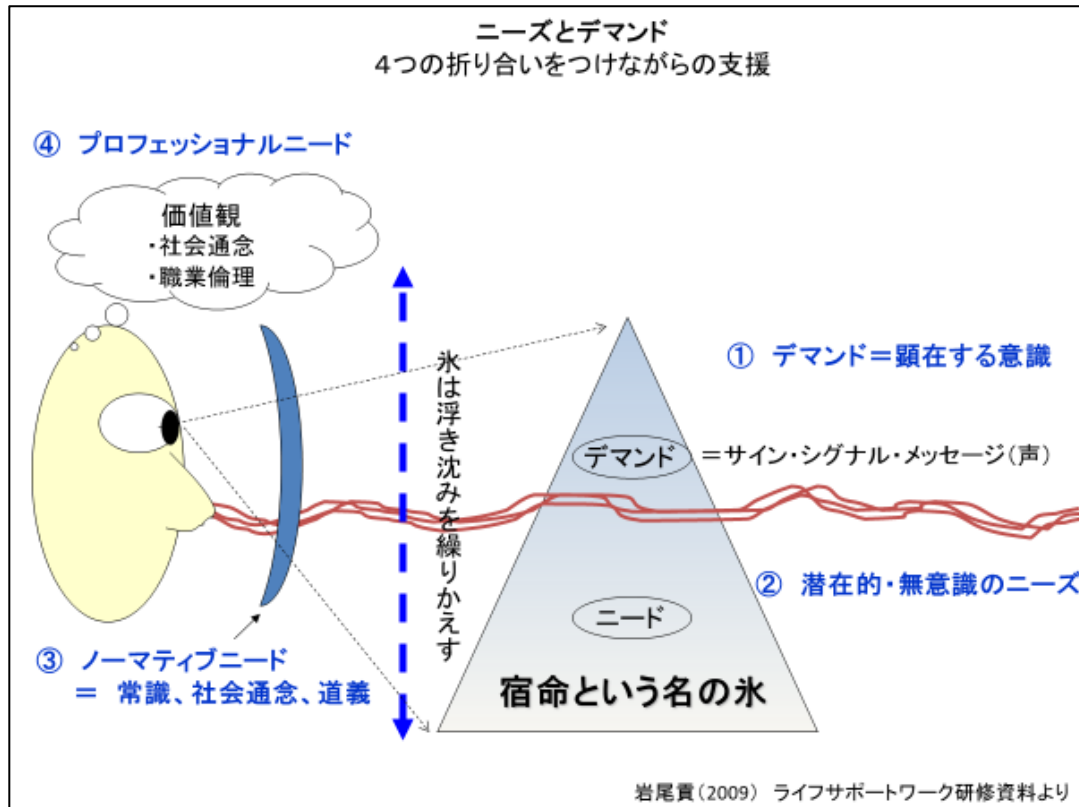
例えば通いに来ている利用者が「昼食は結構です」という言葉を発したとします。その時「この人は食事不要」と単純に考えないでしょう。食事を断る理由があり、その理由を探るためにかかわりを持ち「お財布を忘れたから食べられない」「夫が自宅で待っているから食べられない」「知らないところで食事はできない」などといった潜在的な声にならない声に思いを巡らせ、言っている事ではなく言いたい事を推し量るのではないのでしょうか。

その言葉にならない思いが潜在的な思いであり、本人も気が付いていない無意識の思いなのです。

口に出すことすべてが「本音」ではありません。自分が思っていることと正反対のことを言うこともあれば、周囲に遠慮をして自分の意見ではないことを言う、伝えたい言葉が思いつかず、ニュアンスの違う言葉で表現することもあります。また、言葉にすることで、本当に伝えなかったことが言葉で伝えていることとは別なことだったと気が付くこともあります。それほど言葉で発している表現は、そのこと自体がすべてではなく、隠れた思いがあるのです。

一方、思いを受け取る専門職側は、社会通念や道義など、世間の人が一般的に考えると思われる常識というフィルターを通して聞きます。それに付け加え、自分自身の経験や専門家としての思い（ノーマティブニーズ）や考えからも、言葉を捉えるのです。

このことは、本人が発している言葉は、受け手の常識や知識、社会性において受け取り方がずいぶん違う可能性があるということです。だからこそ、本人の言葉の意味をそのまま鵜呑みにするのではなく、その発言の背景や思いを言い換えたり、おうむ返しに聞き直したりして本人に確認や理解を取りつつ、本人が伝えたいと思われる声を表す作業が必要なのです。



また、表出されている言葉と解決策が違う場合もある。例えば家族・介護者の要望として「通わせてほしい」という思い（言葉）が発せられたとします。通わせて欲しいという言葉そのまま受け止めれば、その解決方法は通うことであり、通いの回数を増やすことになるので、通う回数を増やすことで解決します。しかしながら週7回の通い＝毎日の通いになっても満足しない家族・介護者も少なくありません。結果的に出てくる言葉は「どこか入所できる施設を紹介してほしい」となります。

「通わせて欲しい」と言っていることを「通わせて欲しいくらい困っている事がある」という思いと捉えたならば、「通う」という行為よりも「困っている」に焦点をあてて検討すべきではないでしょうか。家族・介護者の通わせたいほど困っているのは「トイレ介助の仕方がわからない」なのか、「何度も同じことを言うことに対してどう対処してよいかわからない」なのかという点です。よって通いを利用して、困っていることに焦点があたりなければ、自宅でのトイレ介助の仕方がわかるわけでも、同じことを言う理由も対処法についてもわからないため、入所への道へまっしぐらとなるのも無理はありません。

在宅での支援は、本人の声にならない声を代弁することはもちろんのこと、本人を身近に支えている家族・介護者の声も代弁することができないと、在宅生活の継続は難しいです。

1.7 本人の「声」を代弁するにはチームアプローチは必須事項

本人が今、何を思い、どうしたいと思っているのかを探るために潜在的な思い（ニーズ）を代弁することの重要性和説いたが、代弁は一人でできるものではありません。自分一人の知識や経験知では、代弁できることに限りがあります。結果的に代弁できないと「決め

つけ」が生まれます。決めつける場合の多くは、決めつけるほど核心を持っている場合ではなく、他にアイデア（代弁）が浮かばず、決めつけないと次に進めない、ケアができないからです。

思いを形にする（代弁する）こととは、それぞれのスタッフのたくさんの解釈（主観）をチームで重ね合わせることにより客観化し、本人の思いをひもとき代弁することです。一人では思い巡らせられないことでも、日々利用者に関わっている職員たちと一緒に考えると、様々な角度から本人の思いをひもとくことができるのです。職員は、事業所での様子、夜間の様子、自宅での様子など、様々な場面・角度で利用者と接している。様々な意見を聞くことでまた違った意見が浮かび、話が広がります。このような話し合いの機会を作ることが小規模多機能型居宅介護では取り組みやすいのです。通いの場面、宿泊の場面、自宅での様子などを知るスタッフが、日々一堂に会する機会を毎日設けている申し送り（ミーティング）の機会です。言うなれば毎日がサービス担当者会議を開催しているようなものであり、小規模多機能型居宅介護の強みです。

一方、このような話し合いの場は、経験の浅いスタッフにとっては成長の場にもなりません。「食事は結構です」と断られてしまった時に、次に打つ手がない（かける声を持ち合わせていない）のが経験の浅いスタッフの常です。何かをしたくても、何ができるかもわからず、先輩スタッフからは「頑張って」と励まされる。頑張ると励まされても、頑張りがいないのが実際ではないでしょうか。

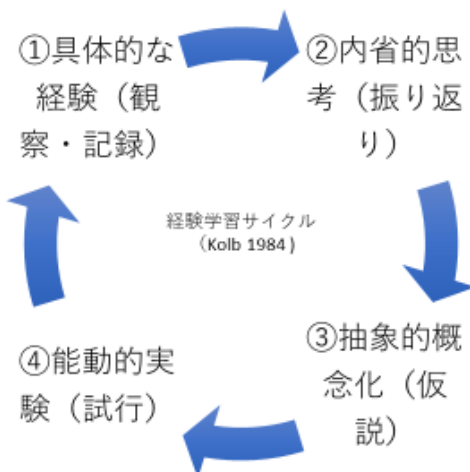
よって、話し合いも持つことが、他のスタッフの解釈を知る機会であり、どのような声掛け、対応をするかというノウハウを理解する機会でもあるのです。毎日の申し送りやミーティングが職員育成の場にもつながるのです。

1.8 ケアとはチャレンジすること（仮説と検証の繰り返しによるケア）

認知症高齢者への支援は、日々試行錯誤の繰り返しです。認知症ケアでの試行錯誤とは、チームで客観化した代弁による「声」（＝仮説）が今日この場での本人の声を代弁しているかどうかの検証作業の繰り返しがケアなのです。よって、これまでは、対応している一人の経験知に基づくかわりだったものが、チームによって検討された代弁という仮説が用意されていることにより、複数の仮説から対応を考えることができるのです。

日々、利用者にかかわることで、チームで考えた本人の声（仮説）を検証するためにチャレンジをあきらめないことが大切です。仮説に基づくかわりが、経験を積み上げ、積み上げた経験がまた仮説を生むサイクルを生み出します。まさに小規模多機能型居宅介護では、この経験を生かす学習サイクルが生まれる環境をもっていることが強みとなるのであります。

- 介護現場での課題解決法に「経験学習モデル・内省的思考・リフレクション」を活用します。経験を学習に変えていく。課題を無くすのではなく、解決をシステム化する。
- 課題を含む経験を用いて、個人を成長させ、組織を強くすることが個人や組織の課題解決能力を高めていくことになる。
- つまり、「職員の個人の能力の向上」と「チーム力の向上」です。



- ① 具体的経験とは、「個体が現有能力を超えなければならない挑戦的な業務経験」を言う。つまり、個人、チームの成長を促す機会と考える。
- ② 内省思考（観察）・リフレクションとは、「実践から離れ、自らの行為・経験・出来事の意味を俯瞰的な観点多様な観点から振り返る、意味づけること。」つまり、要因分析（描写とその言語化）
- ③ 抽象的概念化とは、内省的思考を経て、経験を一般化、概念化して他の状況でも応用可能な知識、ルール、スキーマ、ルーチンを作り出すプロセス」つまり、標準化、手順化、マニュアル化、システム化
- ④ 新しく作られた知識、ルール、スキーマ、ルーティンを実践すること。

1.9 サービスを提供していない時間こそ、本人らしさを発揮しやすい時間

元気なときの生活は、朝起きて身支度をし、朝ごはんや掃除・洗濯の家事、趣味やその日の用事を済ませたりと、一日の予定を立てて過ごします。もちろん予定がある日もあればない日もあります。いわゆる日常です。介護が必要な心身の状況になったとき、通いや訪問を活用し在宅生活の継続を目指しますが、本人の望みは通うことではなく、支援を受けつつもとの暮らしを取り戻すことではないのでしょうか。前述のとおり事業所に通うことや宿泊することが支援に置き換えられると、支援が目的化し生活を取り戻すよりも支援を受けることに慣れ、自らの意思決定や自立に向けた気力を失ってしまうことも少なくありません。

小規模多機能型居宅介護を利用するという事は、何らかの支援が必要な生活上の不都合を抱えているからであります。病気や障害によって体が動かなくなり、動かないことを前提に支援すると動かそうとする気力も奪うこととなります。気力を奪った結果、本人に聞いてもこれから先の人生や明日の生活でしたいことが見つかりません。事業所は、本人の声に耳を傾けようとするが本人から発せられる言葉やメッセージは少ないです。在宅生活を諦めざるを得ないような日々を送っているからです。週7日の通いや、連泊を繰り返して行く中で、一日の予定を考える機会や家で過ごす日常を諦め、受け身の生活を何年も続けながら、したいこと、願いを持ち続けることは難しい。措置時代の施設入所に見られたような在宅から施設への片道切符のような状態です。

本人の望む自宅での暮らしを視野に入れるからこそ、またあの生活に戻ることができるという明るい未来を感じることができ、だからこそ「できない」ことを「できる」ようにしたくなる意欲につながるのです。よってできないことをできるようにするためには「し

たい（目標）」を生み出す環境とかかわりによって生まれる「希望（意欲）」である。「できない」ことではなく「したい」を明確にすることによって「できる」を目指すことにつながるのです。

できない→したくない→しないという悪循環を好転させていくために、どこからアプローチするかが専門職に求められます。「できない」を「できる」に変えることは身体機能の向上であり、基礎介護に求められる基本的視点です。しかしながら心が動かないと体も動かないため、できない状態が継続します。リハビリを継続していても効果が出にくいのは機能改善した結果、生かす場のイメージ（取り戻した力を発揮する機会）がないことが要因であることも、これまでの小規模多機能型居宅介護の実践事例の中で紹介されてきました。

「できない」という機能から出発するだけでなく、24時間365日の生活にかかわっている小規模多機能型居宅介護だからこそ、「したい」からのアプローチが可能なのではなかろうか。「したい（してみたい）→してみる→できる」への好循環の発想です。

また、入浴や食事のような生活習慣のみを理解することだけが生活ではありません。買い物はどこでしたいのか、なぜそこで買い物をするのか、なぜお隣さんとは仲が良かったのか、本人の生きざまには必ず理由があります。その店で買い物をするのは、そこで買いたくなる理由が存在し、お隣さんと仲がよいのも理由があるのです。自宅での生活習慣を理解することと同様に、地域での暮らしの中でのこだわりや理由を理解することで、生活のハリや生きがい、役割を取り戻すことができるのです。

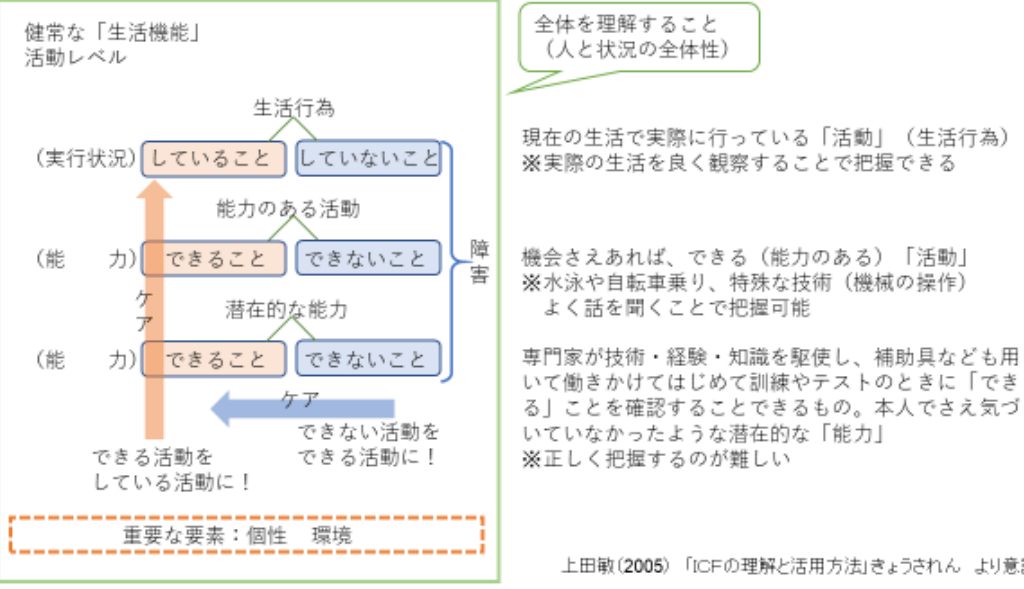
ライフサポートワークを意識するときには地域生活支援と表現しているが、地域での暮らしを支援することとは、上述のように自宅での暮らしぶりや意向を尊重することであり、地域とつながりやその理由を重視することが、本人の望む暮らしにつながるからです。

認知症や身体の障害、衰えによりできないことを生活の一部分から切り取って、機能を評価するのではなく、本人の望む生活を実現すべく本人と本人を取り巻く状況の全体（人と状況の全体性）を理解することが「暮らし」を理解するために重要となります。

ここでいう「したい（してみたい）」の意欲を引き出すためには2つのポイントがあります。一つはできないからやらない・やらせないではなく、まずやってみるという即時性をもった「とりあえずの実行」であり、もう一つはしたい（してみたい）と思える環境からのアプローチである。小規模多機能型居宅介護においては、この2つともを発揮しやすい強みをもっています。即時性や環境の側面はまさに小回りの利く小規模さ、まずやってみる柔軟さ、本人の意欲を引き出すための地域生活が身近にある点です。

「できる活動」と「している活動」
～マイナスを減らすことよりも、プラスを増やすこと～

障害（マイナス）を減らすよりも、プラスを増やすことであるという理解に基づき、いま現に存在している「残存機能・残存能力」だけでなく、「潜在性生活機能」を含めて考えることで、潜在的なプラスを引き出し、のばすことを主にし、それに加えてマイナスを減らすことで「最高のQOL（人生の質）の実現」する。



ある人の週間計画表

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
06:00							
08:00		30分		30分		30分	
10:00	8時間		8時間		8時間		
12:00							
14:00							
16:00							
18:00	サービスを提供していない時間						
20:00	↓						
22:00	#1 この時間は、誰がかかわっているの？						
24:00	#2 どんな視点が求められるの？						
02:00							
04:00							

1日24時間×7日＝168時間

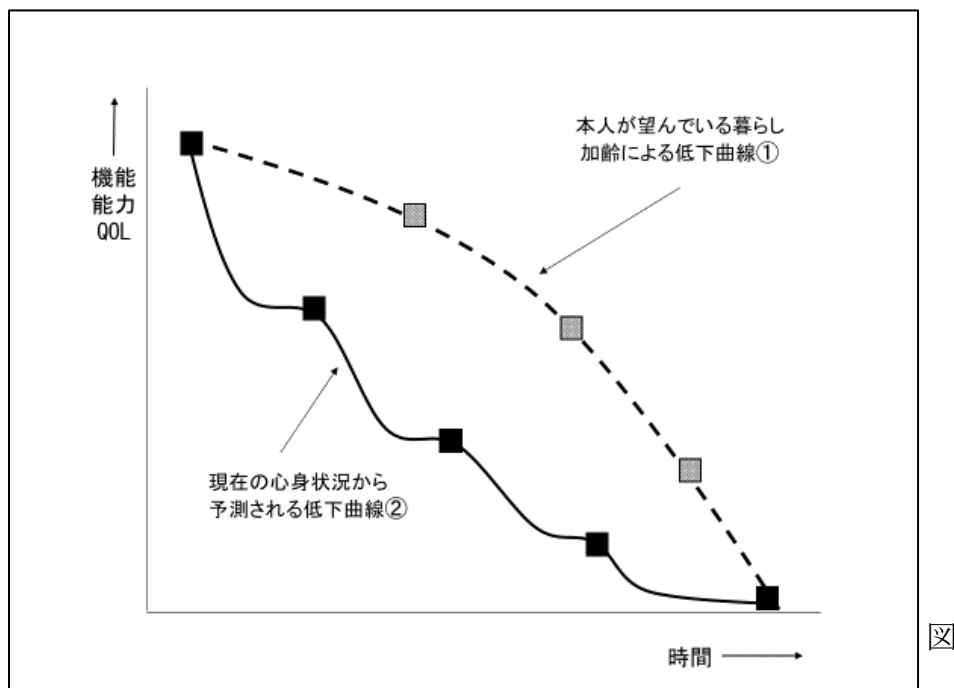
サービス提供時間＝25時間30分

提供していない時間＝142時間30分

1.10 ケアのあり方の転換「本人が輝く環境作り」

本人の願う自己実現をとともに目指すためには、介護サービスを提供するだけでは実現しません。介護保険サービスを提供することを目的化し、本人の願う自己実現をとともに目指す思考を止めてしまうからです。目的と手段の入れ替えが起こっているのです。

私たちの目指すべき支援は「病気になっても、歳を重ねても、障害があっても、その人らしい生き方を支える」ことです。



図の緩やかな右下がりの破線①はその人が病気や障害を負うことなく人生を全うした場合のもので、歳を重ねるうちに身体機能は衰え、最後は亡くなる。私たちが会う方は緩やかな右下がりの破線①ではなく、病気や障害によって階段状に急激に低下することにも遭遇する②の方々です。認知症や脳血管疾患による障害等により身体機能やQOLが緩やかな右下がりの破線①に比べて低下しています。その階段状の②をできるだけ緩やかな右下がりの破線①のラインに近づける、もしくは同等とすることが理想であり、支援の本質です。

ここで私たちが注目するのはADLではなくQOLとなります。リハビリ等を通じてADLが改善しそれに伴いIADL→QOLが改善すればそれに越したことはないが、麻痺や認知症は現在の医療において完治することは非常に困難です。そこで、QOLに対して私たちはどのように関わることができるのかを考えないといけません。

まずは、緩やかな右下がりのラインを知ること、すなわち本人の望む老後のビジョンです。その人の生き方やこだわり、価値についてです。専門職においては知識やスキルから人を型にはめて考えてしまいがちですが、介護度や疾病、障害から人を見るのではなく、人はそれぞれ違い、一人として同じ人はいないという当たり前のことを再確認したうえで、その人の人生を見つめるという視点が重要となります。

人の生き方を理解することはとても難しいことです。家族がすべて知っているわけでも

なく、本人が語ってくれないかもしれません。場合によっては友人や周囲の人にも協力をもらわないといけないこともあるかもしれません。私たちは、継続したお付き合いのなかから関係を深め、その人のことを推測し、確認しながら「その人らしい生き方」を考え続ける姿勢が重要なのです。

しかし、介護保険事業に携わる者として、介護保険サービスですべてを解決しようと考えてしまいます。もしくは、介護保険サービスに関係ないことは、自分たちがすべきことではない、自分たちには関係がないこと、とも思ってしまいます。しかしながら、介護保険サービスですべてが解決できるわけではなく、介護保険以外の資源や関わりともつながって行かないと、目標である「その人らしい」を支える支援にはたどり着くことはできません。

生活するということは多岐にわたり多様です。介護だけではなく医療だけでもないです。お金や家族、習慣や風習、様々な人たちとの関係やこれまで培った価値観など様々なものがあります。それを支える側も同様に多岐にわたって関わる必要があります。誤解してほしくないのは、それらすべてを私たちが支えるということではありません。困りごとや課題が介護保険サービスでは不向きなことは、「知らない」という姿勢ではなく、そのことに得意な人やもの、制度や機関につなげたり、課題や問題を多くの人と共有する過程において考えたりといった「あきらめない」という姿勢と「つなげる支援」が必要なのです。

そういった意味ではこれからのケアは「介護」や「お世話」と言った狭義のものではなく、その人の自己決定を尊重し、人生を支えるという視点が重要です。

また、階段状のラインを緩やかな右下がりのラインに近づけるために、ADLの向上だけが手段ではありません。障害があっても、認知症があっても活動や参加ができる環境づくりなど、本人のできる能力を引き上げるだけではなく、環境を改善させたり、協力を仰いだり、新たに作ることも必要です。

よって、介護サービスを提供するだけでなく、本人のやりたいことを見つけ、できる環境を作り、実際に行う。そして、そのことが本人の生きる力に変わっていくというサイクルを作ることが重要になってきます。

そのためにはその人ができることやどのような環境であれば力が発揮できるかを明らかにしていけないといけません。私たちは、「できるはずなのに、できない」「できるのにやっていない」という利用者を見てきています。「なぜ、やらないのか」「なぜ、できないのか」を改めて見つめ直す必要があということなのです。

例えば「やる気」がないということを理由に「できない」と判断していることがあります。「やる気」とはどのようなことでしょうか。やる気をアセスメントしているのでしょうか。やる気は本人の問題で私たちには関係のないことと決めつけてはいないでしょうか。

やるき

- 病気による影響は
- 薬による影響は
- 本人のやりたいことか
- 体で痛いところがあるか
- 体の不調による影響はないか
- 水分量は適切か
- 食事量は適切か
- 活動量は適切か
- 排便は適切か
- 排尿は適切か
- 本人にとって深刻な心配事の有無
- 睡眠はとれているか
- 自発的にやることはあるか
- 本人と気の合う・信頼している人が関わっているか
- 継続的な関わりを意識しているか
- 生活習慣との関係は無いか



私たちが「やる気」が出ないことがあります。それは自分だけが原因でしょうか。周囲の環境が影響をもたらしてはいないかなど、普段自分たちが使っている言葉を改めて見直すことで利用者との関わりのヒントとなることも多いのではないのでしょうか。

見えている能力では何もできそうにないと感じることもあるが、可能性やできる力を引き出す方法や環境を模索することが必要です。

例えば、片麻痺の人が包丁を使用する際、まな板や包丁、調理環境を整えることで調理ができるといった事例は想像しやすいでしょう。そのような事例にアドバイスをもらえる人は作業療法士が得意です。自分たちだけで考えるのではなく専門職と繋がり、アドバイスをもらうといったように、その人のやりたいことができるように「つながる」ことが大切になってきます。地域の活動に参加するには地域の人と繋がり、お店で買い物するにはお店の人と繋がるなど、自分たちが不得手なことは、得意な人を探し繋がったり「誰か〇〇が得意な人いませんか」と周知したりすることが大切なことだと考えましょう。

このような視点が、利用者が活躍できる機会をつくることにつながり、何もできなくなった厄介な認知症の人という偏見から、たくさんの可能性を持っている人へと視点を転換することにつながり、また本人自身や家族・介護者の変化へとつながるものです。

2. 小規模多機能型居宅介護に求められるケアを実現するための考え方と様式

2.1 本人の望む暮らしの実現に向けた実践を支える様式

小規模多機能型居宅介護らしい支援とは、毎日の暮らしの中で変化する本人の思いをくみ取り、本人が必要としていることを、家族・介護者や事業所、関係者が柔軟に支えることで、本人らしい暮らしの実現に繋げていくことといえる。そのためには、出会いの場面での「まずはかかわってみる」ことからスタートする。かかわることで本人の声にならない声（潜在的ニーズ）に耳を傾け、記録を振り返ることでさらに本人への理解を深めていく。そして「こんなふうに過ごせたらいいな」「大切にしたいことはなんだろう」と本人や家族・介護者、事業所、関係者が話し合いながら、本人が望んでいる暮らしの実現に向けて協働することが大切になってくる。

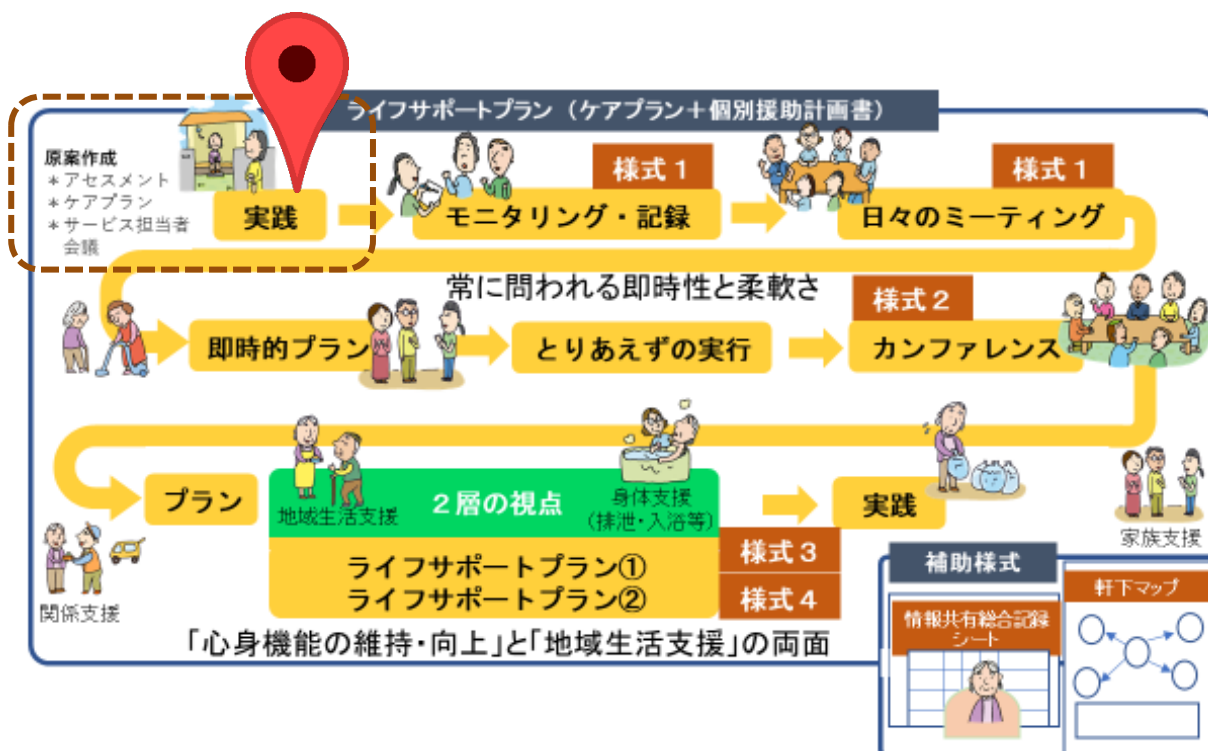
ライフサポートプランの様式では、そうした支援のビジョンと活動のプロセスが、本人、家族・介護者、事業所やその他の関係者が共有しやすいように、4種類の様式に落とし込めるようになっている。そのため、様式の作成にあたっては、そのように作成した意図や目的があり、その意図や目的の基本となる考え方は本人の「生命」を支え、日々の「生活・暮らし」の充実に向けて本人とともに歩み、本人らしい「人生」を最期の時まで送りたいという思いに込めていくためのものである。

居宅サービス計画書と ライフサポートワークの様式対照

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表	→ 様式3 ライフサポートプラン①
居宅サービス計画書2表	→ 様式3+ 様式4 ライフサポートプラン②
週間計画書	→ 現行様式使用
担当者会議議事録	→ 様式2 ライフサポートプランカンファレンス用紙
サービス担当者に対する照会	→ 現行様式使用
支援経過記録	→ 様式1 ライフサポートプラン記録用紙
利用表・利用表別表	→ 現行様式使用
提供表・提供表別表	→ 現行様式使用
個別援助計画書	→ 様式4 ライフサポートプラン②

2.2 様式1 記録用紙とミーティング用紙

2.2.1 原案作成から実践へ



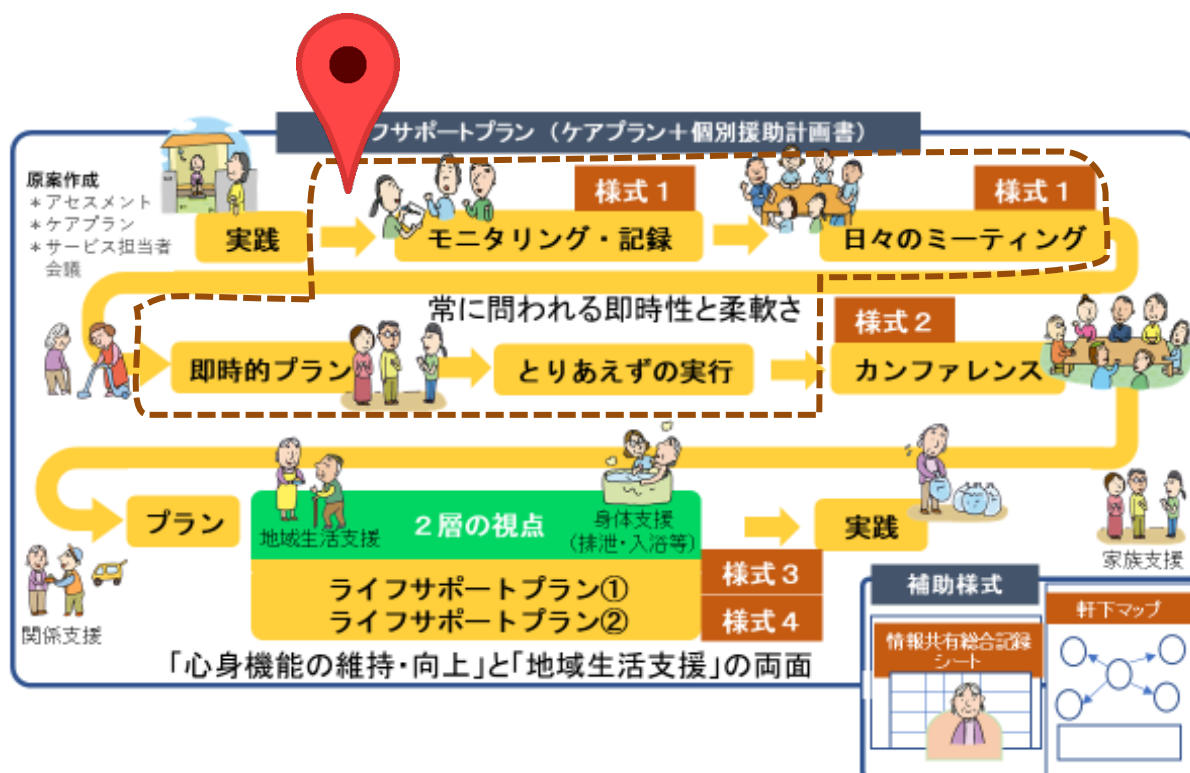
小規模多機能型居宅介護のサービスを提供するためには、ケアプランが必要です。上図のスタート地点では「実践」と書かれていますが、すぐにサービスが提供できるわけではありません。通常の介護支援専門員の業務と同様に、原案（アセスメント、ケアプラン、サービス担当者会議の開催）に基づき、サービスが提供されます。

ここで「実践」が最初に来ているのは、出会いを大切にし、さらにそこからの日々の積み重ねを大切にするということです。

出会ってすぐは、本人、家族や周囲の表出されている困りごとに対して、関わることから始まることが多く、そのことに対してどのように関わるかを考える最初のケアマネジメントの過程が原案の作成です。

出会いから最初のケアプラン（原案）を作成し、サービスを提供する中から、当初のアセスメントではわからなかったことが見えてきたり、気付いたりすることで当初ケアプランで決めたサービスが毎日の関わりの中から変更の必要性が明らかになってくる場合もあります。

2.2.2 本人の声にならない声に耳を傾ける



本人が望んでいるこれからの暮らしと、今、本人が必要としていることを明らかにするためには、毎日のかかわりの中で見聞きした本人の言動、表情や健康状態の変化をしっかりと「記録」として捉えて、本人にかかわる人全員がその情報を共有することから始まります。

しかし、認知症で自分の思っていることを伝えることが難しい人や周囲の人に遠慮をして本心を十分に伝えられない人の場合、声の大きな他者の要望に思いをかき消されてしまい、本人が必要としていない過剰な支援がおこなわれ「できること」が奪われてしまうばかりか、「できないこと」がクローズアップされて、在宅で暮らし続けることは難しいので施設に入所したほうがよいのではといった、本人が望んでいる暮らしとは反対の結果になりかねないこともあります（本人の言っていることと、家族の言っていることがごちゃ混ぜの状況）。

そのため、様式1ではそれぞれの声に耳を傾け、今まで聞こえていなかったこと、聞こうとしていなかったことに気づくように「本人」「家族・介護者」「地域・医療・その他」に分別して記入するようになっていきます。それにより、家族・介護者や地域住民の評価や本人が望んでいない要望をニーズと捉えてしまうことを防ぐ意図があります。「できないこと」「問題状況」だけに着目した場合、本人の意向に反した問題解決型の思考になる恐れがあるため、「できること」「したいこと」を積極的に着目することが大切であり、計画作成担当者は本人を中心にした実践が積み重ねられていることを常に意識して記録を確認する必要があります。

2.2.3 目標（目的）をもって記録する

私たちの日々の実践は、本人が必要としていることを、家族・介護者や事業所、関係者が柔軟に支えることで、本人らしい暮らしの実現に繋げていくことであります。従ってかかわることで様式1に蓄積されていく記録は、その過程で「本人」を知り、「家族・介護者」を知り、「地域・医療・その他」の関係者を知りながら、本人の目標に向かって歩いていくプロセスが記された財産といえます。しかし、そのような記録にするためには、日々のかかわりの中で本人の望んでいる暮らしの実現に向けて、今、目標としていることは何かということを念頭に置いて実践する必要があります。

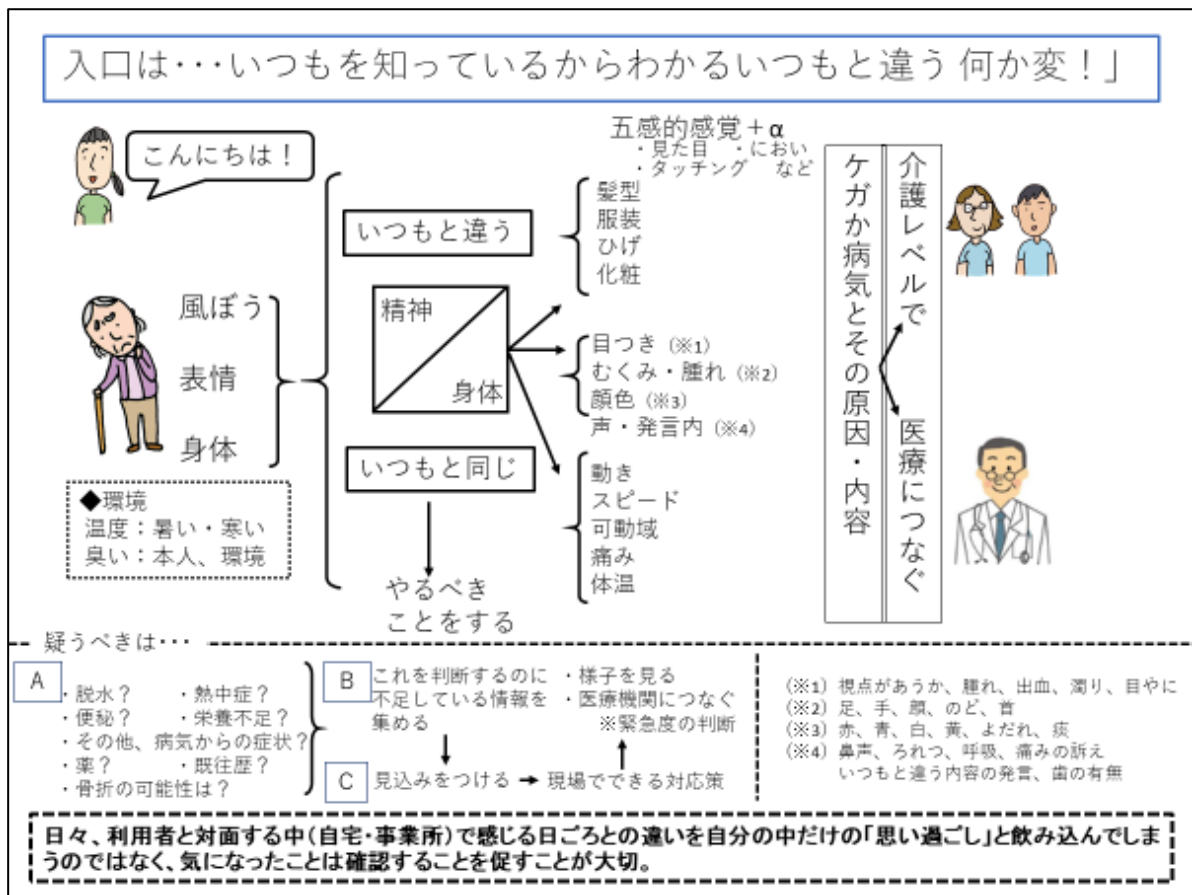
そのため、かかわる人が「何のために」日々のかかわりを持ち、何に注視しなければいけないかを意識できるように、様式1では「当面の具体的な目標」を常に掲げ、記録のたびに目に触れるようになっていきます。

ここでは「当面の具体的な目標」のみを記入するようになっていますが、その先にある長期的な暮らしへの思いや個々の目標を理解して、日々の実践を積み重ねていくことが重要であることは言うまでもありません。本人の日々の心身状態によっては、当面の具体的な目標に近づくことが「今日は難しいな」と思える日であっても、日によっては個々の目標に近づくことが「今日ならできるかも」と思える日もあるかもしれません。本人の日常は決して平坦で一直線なものではなく、日によって時間によって良くなったり悪くなったりと変動があるのが普通です。その良い兆しを見逃さないためにも、計画作成担当者は日々本人の長期的な暮らしの意向や、個々の具体的な目標を職員と常に共有しながらチームでかかわることが大切です。これは、記録に触れる管理者や計画作成担当者、スタッフが、当面の具体的な目標に記録することによって日々触れることが、同時に共有するツールとして有効であると考え、設定したものです。

2.2.4 変化を捉える視点の重要性

24時間365日の日常を支える小規模多機能型居宅介護では、たくさんの職員が交代で本人の暮らしにかかわるため、それぞれの変化を捉える視点にずれが生じることがあります。しかし、それでは本人の良い兆しを見逃してしまうばかりか、悪い変化の兆しを見逃してしまう恐れもあります。そのため様式1では、ライフサポートワークの3つのライフ（生命、生活・暮らし、人生）に影響を及ぼす変化や本人の言動を記録することが必要です。もちろん、そのためには普段の本人の様子がわかっていなければ、変化に気づくことができません。日々のかかわりの中で、普段との違いから心身状態の悪化を察知することができるのも、生活を支えるスタッフの強み（役割）であります。日頃からかかわっていると、風貌や表情、仕草や身体の動きに何か違うと感ずることがあります。一人ひとりのスタッフが記録した本人の言動等が、本人の日常にとって悪い兆しではないか、計画作成担当者は継続して確認し、事業所内での変化を捉える視点をすり合わせることで求められます。そのため、様式1では計画作成担当者の確認欄が設けられています。

なお、バイタルサインや食事・水分量、排泄状況などを継続して確認することで、本人の平均的な身体状態を測ることができます。健康状態が悪くなる兆しをいち早く見つけるためにも、補助様式を活用するなど医療と連携する工夫が求められます。



(津田由起子氏 2017年)

2.2.5 本人を取り巻く人々の声の重要性

小規模多機能型居宅介護ではケアマネジメントとサービス提供が一体的に行われるため、計画作成担当者はアセスメントやモニタリングで得た本人の暮らしに対する意向のほかに、家族・介護者や地域住民、医療関係者等から聞き取った情報などを様式1 ライフサポートプラン記録用紙に記録していきます。居宅サービス計画書の第5表（居宅介護支援経過）との大きな違いは、スタッフが記入する介護記録と同じ記録用紙を用いることにあり、スタッフが近視眼的なかかわりに陥ることを防いでくれます。日々の変化を捉えるためには、本人と向き合うことが大切です。しかし、向き合うということは本人だけを見れば良いということではなく、家庭内での本人の役割、地域社会での役割は何かといった、その人の社会生活全般を捉えることが、本人の望んでいる暮らしに近づけるためには必要になってきます。本人の日常の暮らしは、自宅と事業所、本人と家族・介護者、事業所だけで成り立っているのではなく、長年積み上げてきた人間関係、心落ち着く場所、こだわりのある物など様々なつながりがあり、日常生活の充実、本人の望んでいる暮らしの実現にはなくてはならないものだということを気づかせてくれます。

そのため、本人の暮らしを多面的に捉えるために、本人や家族・介護者の声だけではなく、地域住民の声、ボランティア、医療などからの声を記録して、本人にかかわる人の全員が共有できるように努める必要があります。

ることでお互いの理解が深まり、本人の望んでいる暮らしの実現に向けたケアチームに一体感が生まれることが期待されます。

以上のことから、ライフサポートプランではこれまでの継続したかかわりから、話し合う必要がある変化を見えやすくして、ミーティングで話し合った内容を速やかに実践に移しやすくするために、ミーティングの実施記録を別様式にするのではなく、日々のかかわりを記録する様式に合わせて記入するようになっています。

様式1

ライフサポートプラン記録用紙 利用者氏名：

当面の具体的な目標					
年月日 時間/場所	本人	家族・介護者	地域、医療、その他	記入者	
○年○月8日 16:00	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 家族から相談を受けた内容の内、本人の言葉や意向はここに抜き出すことで、声の大きな意見にかき消されてしまうことを防ぐ。 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <電話相談>家族（長男の嫁） ※ 家族の意向、相談内容などを記入する。 即時対応が必要な場合は、ミーティングを開催して、対応を検討する。 </div>		〇〇	
○年○月8日 16:30 ミーティング	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※日々の関わりで本人からの訴え、家族・介護者やその他からの相談、スタッフが気になったことがあればミーティングで即時対応を話し合う。 ※ミーティングで話し合う内容及び即時プランの根拠を明確にする。 ※利用者、家族や地域住民、事業所が今、対応すべきこと、今後すべきことを明確にしていく。 ※ここで話し合ったことをもとに、臨機応変に日々の関わり方を変更して対応する。 ※生活状況に変化が生じた場合、生じる可能性がある場合などは、ここで話し合ったことをケアカンファレンスでも話し合う。 ※この時点でチームが関わることで、「利用者の理解」や「これからの関り」を深めることができる。 ※本人・家族・地域の欄を貫いて横に記載する。 ※ミーティングの参加者名も残す。 </div>				
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※ 計画作成担当者は利用者や家族と関わる前に、頭の中で考えていることを介護従事者と共有して、事業所内においてこれから関わるチームで考えることが大切である。また、それにより計画内容に特定の個人の「価値観」や「視点」に偏りが出ること防ぐことができる。 ※ ミーティングに参加できなかった場合でも、話し合った内容を速やかに確認する必要がある。そのため、記録用紙には必ず計画作成担当者の確認欄がある。 </div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 計画作成 担当者確認欄 </div>	

2.2.7 モニタリング

小規模多機能型居宅介護におけるモニタリングは、計画作成担当者がライフサポートプランの実施状況を継続的に観察して、評価・見直しをするためのモニタリングと、かかわりを通して日々の変化を観察するモニタリングの二つの意味合いを持っています。

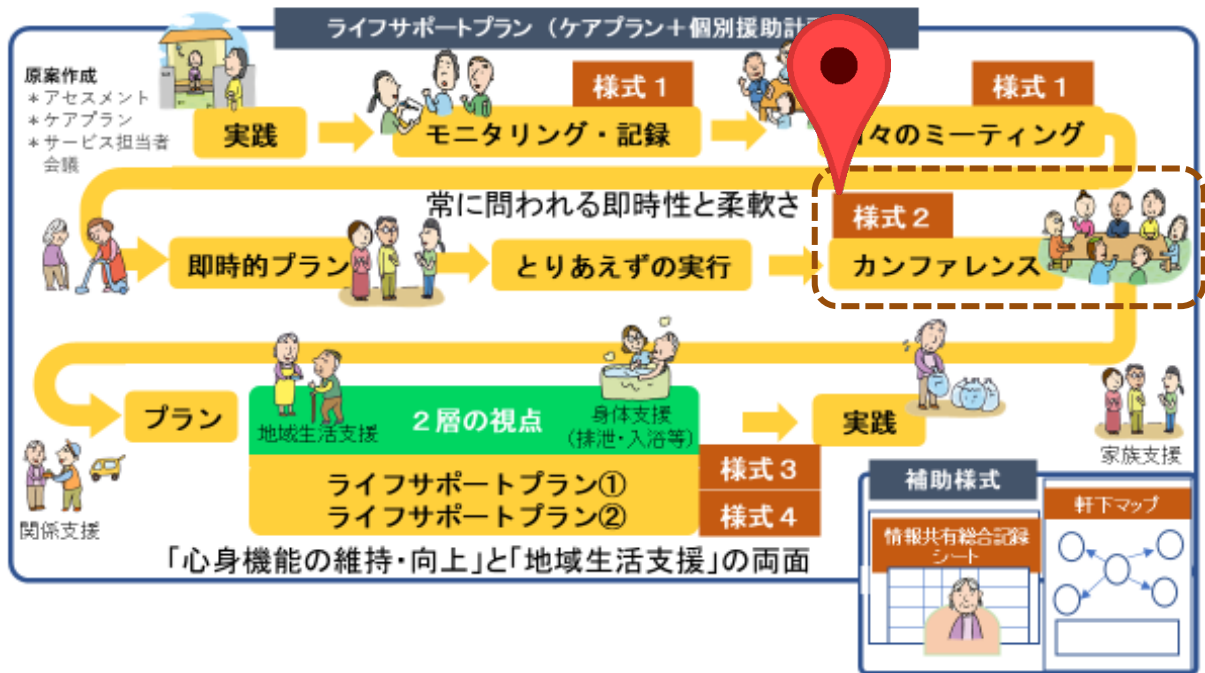
かかわりを通して行う日々のモニタリングは、ライフサポートプランをもとに日々支援していく中で、その日の出勤者が気になったこと、気がついたことを都度話し合っ、臨機応変に対応するためのミーティングにつながっていきます。そして、計画作成担当者は日々のミーティングで話し合い対応した過程を、毎月1度は居宅に訪問しモニタリング結果を記録してライフサポートプランの評価・見直しを行っていきます。

この二つのモニタリングは実施するタイミングは異なりますが、ケアマネジメントとサービス提供が一体で行われる小規模多機能型居宅介護では、毎日の暮らしを支える延長線上で実施されます。そのため、ミーティング記録と計画作成担当者のモニタリング記録は、事業所の職員全員がモニタリング結果を共有できるように同じ様式に記録するようになっています。

なお、計画作成担当者が記入する毎月のモニタリング結果は、他職種が記録を見つけやすくするために、項目の欄に「モニタリング」と記入するようにします。

当面の具体的な目標				
年月日 時間/場所	本人	家族・介護者	地域、医療、その他	記入者
	かかわりを通して行う日々のモニタリングは、ライフサポートプランをもとに日々支援していく中で、その日の出勤者が気になったこと、気がついたことを都度話し合っ、臨機応変に対応するためのミーティングにつながっていく。 そして、計画作成担当者は日々のミーティングで話し合い対応した過程を、毎月1度は居宅に訪問しモニタリングしてライフサポートプランの評価・見直しを行っていく。			
	<モニタリング>			
	※他職種が記録を見つけやすくするために、項目の欄に「モニタリング」と記入すると良い。			
○年○月9日 14:30 自宅	※日々の関わりを通してアセスメントやモニタリングで得た本人の暮らしに対する意向などを記入する。 ※ 計画作成担当者が、毎月、居宅に訪問し実施するモニタリングの結果も同様に様式1に記入する。それにより、スタッフが自宅での生活状況、家族の意向を知ることができ、日々の関わりで確認が必要なポイントを理解しやすくなる。また、チームで計画の実施状況の把握が可能となる。 ※ ここでのモニタリングは生活の流れ（24h365日）での変化を見極めることが目的です。暮らしの流れの中で「良い変化」「悪い変化」など変化したことを評価する。			
				計画作成 担当者確認欄

2.3 様式2 カンファレンス用紙



2.3.1 ケアカンファレンスの目的

本人の望んでいる暮らしの実現に向けて、日々のミーティングの積み重ねのなかで見えてきた気づきや本人、家族・介護者、地域・医療・その他の変化について、専門職に加えて本人を支える上でカギとなる人たちが一堂に会して話し合い、個々の目標・当面の具体的な目標を明確にするために開かれるのがケアカンファレンスです。しかし、本人と家族・

介護者の意見が対立する場合もありスムーズに進むとは限りません。そのため、計画作成担当者はケアカンファレンスを進行するにあたり、関係者それぞれの主訴を整理し、利用者本位の合意に向けた会議の進行が求められます。

ここで注意しなければいけない点は、必ずしも本人や家族・介護者の訴えの内容が本当の課題・ニーズを表しているとは限らないということです。特に本人自らが言葉で訴えることが難しい場合は、訴えの背景に隠れている真の課題・ニーズを明らかにする視点が求められます。そのため、ケアカンファレンスでは本人の訴えの根拠となっている背景を、事実や経験（これまでの暮らし、趣味、得意なこと、今の暮らし、できること・していること）、感情（嬉しいこと、楽しいこと、快と感じること、不安や苦痛、困っていること、悲しみ）、価値観（私が大切にしていること）、思いや願い（やりたいこと、願いや思い、介護への要望）などを整理して、本人の気持ちを推察して代弁することが大切となります。

2.3.2 本人の生活を支えることを軸にしたカンファレンス

対立する主訴を合意に導くときに、それぞれ個別の主訴を持っているということを、計画作成担当者は理解しておく必要があります。しかし、本人以外の訴えをもとに解決しようとする、カンファレンスの参加者が問題解決型の思考に陥ってしまう恐れがあります。例えば、家族・介護者が自宅で介護するのは大変だから、可能な限り連泊させて欲しいと訴えてきた場合、家族・介護者の訴えだけに耳を傾けてしまうと「家族が大変だから連泊にするしかない」あるいは「連泊は難しいが5泊6日ではどうですか」といったことになりかねません。家族・介護者は具体的に何が大変だと感じているのか、本人のどのような思いがあるのだろうか、本当に自宅で暮らし続ける力を持っていないのだろうかということを考えなければ、本人不在のケアプランになってしまいます。家族・介護者の要望にだけ耳を傾け、困っていることの本質を探ることなくサービス調整だけを行った場合、問題の解決にはつながらず、更にサービスを増やして欲しいという要望だけが膨らんでいくことが予測されます。そもそも本人の意向や持っている力に目を向けずに、家族・介護者のニーズにも応えていないためサービス量を増やさざる得なくなり、本人の在宅での暮らしは遠のくばかりになってしまうのです。

そのため、計画作成担当者はカンファレンスで、本人、家族・介護者、地域・医療・その他に分けてそれぞれの主訴を整理して、互いの主訴の何が争点になっているかを明らかにすることで、互いの本質的欲求を発見していく姿勢が求められます。そして、話し合いで揺らいではいけない基本的な軸は「本人の望む暮らしを実現する」であることを、参加者に意識させることが大切です。様式2カンファレンス用紙の「本人の望む暮らしの意向」に記入することはそうした意味を持っています。また、内容欄が本人、家族・介護者、地域・医療・その他にわかれているのは、それぞれの主訴を分けて記入することで、各々の主訴が曖昧になってしまうことを防ぐ目的があります。

2.3.3 対立する主訴を合意形成に導く

ライフサポートワークの考え方に沿った支援を提案するためには、どちらの意見にも耳を傾けて「協調的な対立解消」を目指していくことが大切となります。そのためには、話し合いで明らかになった潜在的なニーズを、それぞれの譲れないこと「大切にしているこ

と」や「こだわり続けていること」を尊重しつつ、お互いの満足度が上がる代替案を考える必要があります。その手段の一つとして、本人やかかわる人のそれぞれが持っている力（ストレングス）に目を向け、解けない問題を、解ける問題に転換していくのも合意形成の一つの手段となります。家族・介護者の要望も受け止めつつも、それだけをそのまま受け止めるのではなく、どのようにすれば本人がこれからも地域で暮らし続けることができ、そのためにそれぞれが何をできるかを考えることです。

例えば「外出すると自宅に帰れないので、必ず同行して回らなければならない。いつ外出するか分からない。仕事にならないから自宅では無理」と家族の訴えがあった場合、「外出すると自宅に帰れない⇒近所であれば一人で外出できる？」、「必ず同行して回らなければならない⇒誰かが代わりに付き添えば大丈夫？」、「いつ外出するか分からない⇒本人の外出したい理由が分かれば大丈夫？」と、家族の困難に感じている問題を解ける問題に転換していく。その解決方法として本人が持っている長年の生活、経験から得た力、今持っている力や地域の力を活かした代替方法をカンファレンスで話し合うことで、協調的な対立解消に向けた道筋を探っていく。問題だといわれること、できなかったことのみ焦点をあてるのではなく、その中にも課題解決に向けた可能性が秘められているという視点を、カンファレンスの参加者が共有できるように働きかけていくことが大切です。

なお、ライフサポートプランカンファレンス用紙では、考察欄には協調的な対立解消に向けて話し合った内容を、確認事項欄には、当面の具体的な目標やお互いの満足度が上がるために考えた代替案などが決定内容として記入します。

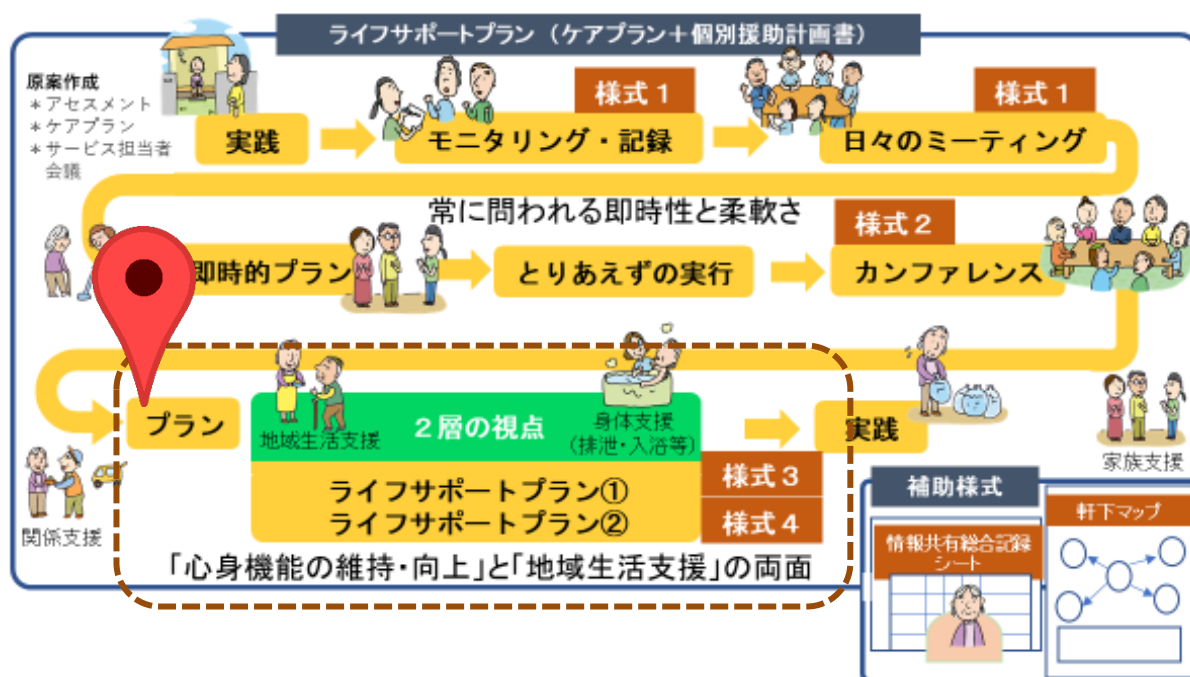
様式2

ライフサポートプランカンファレンス用紙

開催日を記入する

利用者氏名	※事業所の職員だけではなく、本人、家族、地域、医療など本人を支える上でカギとなる人が一堂に会して話し合う。	日付	年	月	日
参加者	※ライフサポートプラン①の「本人の望む暮らしの意向」を記入 ※「自宅で暮らし続けたい」「健康でいたい」だけではなく、「なぜ」そうしたいかという理由が大事。 ※本人の望む長期的展望を記載することで、本人不在の話し合いになることを防ぐ目的がある。	合計 名			
本人の望む暮らしの意向					
内容 (各自から出された主な意見)	本人	家族・介護者	地域、医療、その他		
	※本人本位の目標設定に導くために、関係する各自の訴えはそれぞれの欄に記入して明確にする。(主訴) 特定の関係者の意見にもとづく偏った目標設定になることを防ぐために、各自の訴えを明確にする。 ※ 対立する意見を本人本位の合意に導くために、各自の「できること」持っている力(ストレングス)を整理して合意形成を目指す。 ※本人が自分の思いを伝えることが難しい場合、計画作成担当者は本人の気持ちを推察して代弁することが求められる。 ※本人が望んでいること(個々の目標・当面の目標・ニーズ)に応えるための具体的な方法を話し合う。				
考察 (みんなで話し合っ て考えたこと)	※ ケアカンファレンス終了後に計画作成担当者だけで考察したのではなく、話し合いで出た意見「参加者みんな」で考えたことを記入する。 ※ それぞれの譲れないこと「大切にしていること」や「こだわり続けていること」を尊重しつつ本人本位の目標設定が議論され、それぞれが持っている力(ストレングス)を活かした代替方法を検討した過程が記録される。				
確認事項 (合意点、相違点、 新たな課題)	※上記の話し合いの結果から「決まったこと」や「理解しあえたこと」「新たな課題」などを記入する。 ※目標(ゴール)、ニーズ、目標を達成するための具体的なプロセスを記入する。 ※早急に対応する場合に備えて、決まったこと(具体的な支援内容)は具体的に記入する。				
		計画作成担当者			

2.4 様式3 ライフサポートプラン①



2.4.1 本人の望む暮らしの意向とは

ライフサポートプラン①は、本人の思いや望みにかなった在宅生活が保たれるように、カンファレンスで話し合った内容をもとに、当面の具体的な目標を定め、その実現に向けた具体的方法について本人、家族・介護者、地域、事業所のそれぞれが、何を、いつまでに、どのように取り組むかを明記することで、支援にかかわる人全員が計画全体のビジョンと戦略を共有しやすくなることを考えた様式になっています。

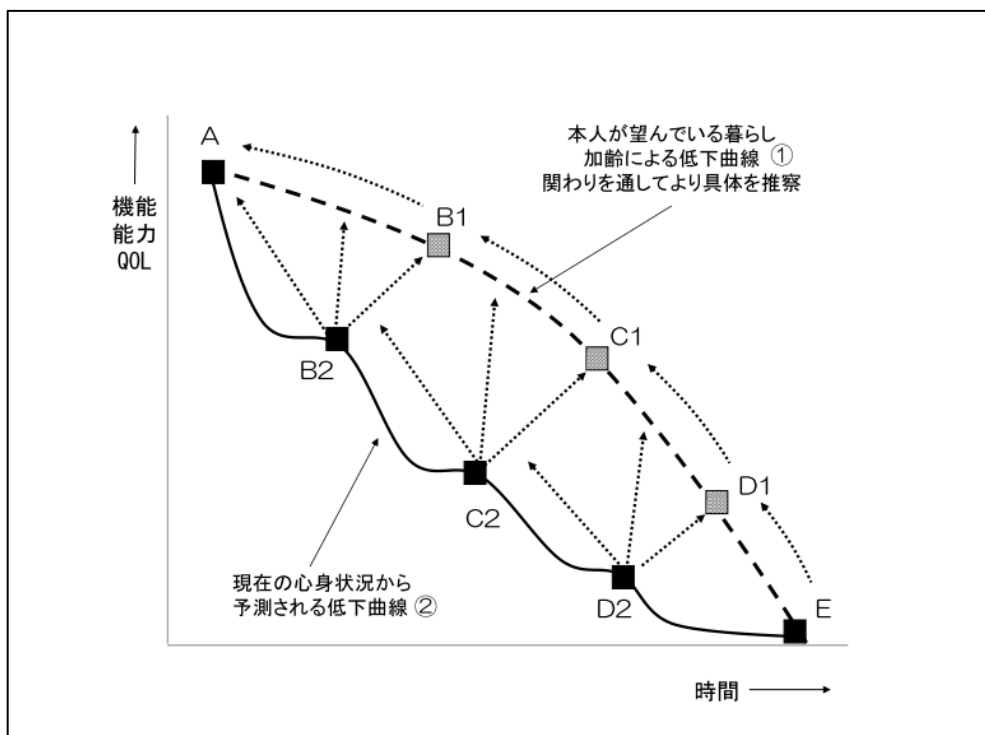
ここで重要なことは、本人の望む暮らしの意向とはどのような暮らしなのかということです。本人が元気な頃（図のA）は、家族や友人、近隣住民や仕事仲間との時間を地域で暮らしていました。歳を取って生活の暮らしづらさが増えたとしても、本人の望んでいる暮らしとは地域とのつながりが途切れることなく「大切にしていること」や「こだわり続けていること」を守り続けたいと願うのではないのでしょうか。そのため、私たちは地域で主体的な日常生活を営んでいた頃の本人の暮らしぶりを把握し、これから始まる生活支援の根幹として意識することが大切です。

2.4.2 本人の望んでいる暮らしを守るための目標設定

私たちが本人と出会うタイミングの多くは、既に何らかの介護が必要になった時期（図B2、C2、D2）であるため、もし介護が必要となる原因が発生しなかった場合、本人はどのような暮らしを送ったのだろうかという加齢による低下曲線（図 破線で示した低下曲線「以下、低下曲線①という」）を推測しなければ、現在の心身状況から予測される低下曲線（図 実線で示した低下曲線「以下、低下曲線②という」）に基づいた目標を定めがちです。そのような視点に偏ってしまうと、心身機能の低下にばかり注目してしまい、本人の望む暮らしの実現からはかけ離れた目標設定になるばかりか、過剰な支援を行い本人の機能を奪ってしまうことが危惧されます。その結果、本人が自信を喪失し日常生活での意欲までもが失われてしまう場合もあります。

もちろん入浴、排泄、食事などの支援は、生命の維持、安心・安全の確保を支える大切な要素であり、現在の心身状況をアセスメントして、更なる悪化を予防するためには低下曲線②を予測しておく必要があります。

しかし、あくまでも目指すべきは、本人らしい人生を最期の時まで送ることができるように支援することであり、そのためには地域とのつながりや本人の役割を捉えた低下曲線①を推測することが求められます。



また、ライフサポートプラン①を立案するにあたっては、目指すべき本人の望む暮らしと、その実現に向けた「当面の具体的な目標」を低下曲線①のどの位置に設定するかということを考える必要があります。

例えば本人の心身機能、QOLの低下が軽度な図B2の時点の場合は、「当面の具体的な目標」を図B1に設定して、本人の望む暮らしとして本人が元気な頃（図A）を目指すことが想定される。では、中重度（図C2やD2）になった場合はどうでしょうか。

例えば重度化した図D2の場合、心身状態を踏まえて「当面の具体的な目標」をD1に設定し、目指す本人の望む暮らしをやむを得ず図C1に修正することも考えられます。しかし、その場合でも本人が元気な頃（図A）の暮らしに少しでも近づけようとする気持ちを忘れてはいけません。なぜなら、たとえ心身機能が低下した場合でも本人が元気な頃（図A）の暮らしで「大切にしていること」や「こだわり続けていること」は普遍的なものであって、最期の時まで守り続けることが本人らしい「人生」を送るための重要なポイントであるからです。

ましてや、支援開始が中重度化した図C2やD2の時期であれば、出会ってすぐさまに低下曲線①を推測することは難しく、図C1やD2の暮らしぶりを具体的にイメージすることは容易なことではありません。そのように本人の望む暮らしを曖昧にしたまま「当面の具体的な目標」を設定した場合、「安全に生活できる」「怪我をすることなく生活できる」といった具体性が欠けた目標設定となり、結果として「本人の望む暮らしの意向」からかけ

離れてしまうことが考えられます。

だからこそ事実として把握できる本人が元気な頃の暮らし（図 A）は、心身状態の如何に関わらず、「当面の具体的な目標」を考える際の基準点として外せないポイントであるといえます。

2.4.3 小規模多機能らしいケアプランの実践

ケアプランの目標に沿って実践する際、一般的には当面の具体的な目標を実践して本人の望む暮らしの意向の実現を目指すと考えがちですが、小規模多機能型居宅介護らしいケアプランの実践は必ずしも段階を追った流れとは限りません。本人の日々の心身状態によっては、当面の具体的な目標に近づくことが「今日は難しいな」と思える日であっても、日によっては個々の目標に近づくことが「今日ならできるかも」と思える日があるかもしれません。そのような場合、必ずしも段階的に目標を目指すのではなく、図の B1 よりもより A に近い目標を目指すことがあっても良く、あるいは直接 A を目指しても構いません。ケアマネジメントとサービス提供が一体で行われる小規模多機能型居宅介護だからこそ、日々の本人の状況によって柔軟に目標を目指すことができるのです。日常を支えることで本人の望む暮らしの実現を目指す、小規模多機能型居宅介護らしいケアの実践につなげるために、計画作成担当者は目標に対する支援の日々の実施状況を確認し、スタッフと共有することが大切となります。

なお、ライフサポートプラン①の実施状況は、毎月 1 度は居宅に訪問してモニタリングを行い、その結果を様式 1 に記録する必要があります。

様式 3 ※介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定がある場合は、被保険者証より転記（指示の無い場合は「なし」と記載）

ライフサポートプラン① 作成日： 年 月 日

利用者名： 殿	生年月日： 年 月 日	住所：					
事業所名：	（計画作成担当者： ）						
認定日： 年 月 日	認定の有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 審査請求状況：						
審査会の意見：	※「自宅で暮らすことができる」「健康でいたい」といった抽象的な内容ではなく、「なぜ」そうしたいかという理由が大事。具体的に「誰と」「どのように」「何をして」などを具体的に記述し、本人がどのような暮らしを望んでいるのかを明文化する。目標を立てる際の道しるべとなる。						
本人の望む暮らしの意向：							
当面の具体的な目標： （活動・参加の目標） （心身機能の目標）	※ 個々の目標の実現に向けた、短期的な目標（ニーズ）を具体的に記入する。（居宅サービス計画書（2）短期目標に類する内容） ※ 目標が変わらず長期間同じプランというのは不適切。（長くて 3～6 カ月で達成できる目標を考える） ※ 個々の目標に向けて、まず一つでも実現しようとするニーズを記入する。 ※ 「心身機能だけ」「活動・参加だけ」といった偏った目標になっていないかを意識する。中重度になっても地域で暮らし続けるためには、心身機能に関する目標だけでは十分ではない。						
目標を達成するための課題	本人	家族・介護者	地域、医療、その他	事業所	期間	場所	備考
		※それぞれが担う役割を記入する。			2019. 2. 1 ～2019. 4. 30	自宅 地域サロン 通い	
	「目標を達成するための具体的プロセス/課題」に直接関連する場合は、ここに併せて地域の欄に記載しても良い。直接関連しない（例 介護用ベッドなど）の場合は、当該記入欄にのみ記入可。この場合の利用根拠は、ケアカンファレンスシート（様式 2）にその必要性と合意に至った経過を記入しておく。						
他の介護保険サービスの必要と具体的な課題	起居動作の安全確保→介護用ベッド（〇〇ベッド/担当：〇〇氏）				019. 2～2021. 2	自宅	
	外出の機会のための移動手段→車いす（〇〇〇〇〇〇/〇〇氏）				2019. 2～2021. 2	自宅・外出先	
	確認欄	年 月 日	氏名	代筆	(続柄)		

(目標設定をする際の注意点)

※本人の望む暮らしの意向

本人がどのような暮らしを望んでいるのかを明文化し、常に望む暮らしの意向を見据えたうえで当面の具体的な目標と考えるための道しるべとするためのもの。

※当面の具体的な目標

- ・「本人の望む暮らしの意向」を実現するための「当面の具体的な目標」として、長くても3か月～6か月程度までを目安とする。
- ・目標設定にあたっては、ライフサポートワークの3つのライフ（生命、生活・暮らし、人生）の視点に基づき心身機能の目標、活動・参加の目標の両方を考える。
- ・「本人の望む暮らしの意向」が、現在置かれている状況（生活環境や心身状態）からかけ離れている場合等は、必ずしも直線的に「当面の具体的な目標」には結びつかないこともある。そのような場合は、ミーティング等を活用して「当面の具体的な目標」を設定した根拠をスタッフに示す配慮も必要である。
- ・「当面の具体的な目標」の設定する数は本人の状態で異なる。複数ある場合は、実現するための道筋を考えて設定する。

2.5 様式4 ライフサポートプラン②

2.5.1 私の暮らしの流れ、暮らしの中でのこだわり

ライフサポートプラン②は、本人のこれまでの暮らしの流れと「大切にしていること」や「こだわり続けていること」といった「したいこと（ニーズ）」をくみとり、できること、できないことを確認して、本人がすることと周囲が支援することを明らかにすることで、本人の望む日々の暮らし方とそれを支えるための具体的な方法を示しています。

ライフサポートプラン②に記入する「私の暮らしの流れ（以前の暮らし方）」とは、ライフサポートプラン①の本人の望む暮らしの意向と同様に、介護が必要になる以前の暮らしぶりに近づくことを基本的な目標としています。日々の生活では何気ない動作と思えることにも、その人なりの手順やタイミングがあり、その当たり前の繰り返しが本人にとっての当たり前の日常となり、ひいては本人の望む暮らしの実現につながっていきます。この考え方は中重度になったとしても変わるものではありません。時間の経過とともにできないことが増え、自ら気持ちを伝えることが難しくなった際に、本人が望む暮らしの流れを支えるためには、多くの「本人にとっての当たり前のこと」を推測していかなければなりません。むしろ重度化していくほど「大切にしていること」や「こだわり続けていること」として最期の時まで大切にしなければならなくなってきます。だからこそ、ライフサポートプラン②では、様式の左端に「私の暮らしの流れ（以前の暮らし方）」を記入し、計画立案のスタート地点としているのです。

2.5.2 暮らしの中で私が必要としていること

この欄は、あくまでも本人が必要としているものであり、周囲が押し付けるものではありません。ライフサポートプラン②では、専門職としての客観的事実に基づく見極めによりできる、できないことを把握することが大切です。

「暮らしの中で私が必要としていること」では、本人の以前の自宅での暮らしに軸足を

置き、今の本人の状況と照らし合わせる必要があります。

2.5.3 本人がすること・周囲が支援すること（個別援助計画）

この欄は「私の暮らしの流れ」、「暮らしの中でのこだわり」、「暮らしの中で私が必要としていること」で明らかにしてきた情報をもとに、本人がすること、周囲がすることを具体的にする個別援助計画の役割を担っています。介護が必要になって地域で暮らしていくためには、家族・介護者と事業所のかかわりだけでは生活や暮らし、人生を満たすことは難しいです。本人の日常の暮らしは、長年積み上げてきた人間関係、心落ち着く場所、こだわりのある物など様々なつながりがあります。内容によっては地域の友人や知人、近所の馴染の商店、医療関係・その他の専門職などとともに、支援のあり方を一緒に考えていくことが求められます。

見直し時期については、概ね1年程度を目安とします。その間、大きな変化がない場合は、継続使用しても構いません。軽微な変更がある場合は、記入する色を変えて修正点を明らかにすることで追記することで構いません。

ただし、本人の健康状態や周囲の環境が大きく変化し、ライフサポートプラン①の計画の変更・見直しがある場合やライフサポートプラン②の更新の際にはモニタリングを行い、新たに作成する必要があります。

なお、本様式は個別援助計画を兼ねていることから本人への説明及び同意が必要となります。

様式1 (氏名:) ライフサポートプラン② 作成日: 年 月 日 (次回見直し時期: 年 月)

時間	私の暮らしの流れ		暮らしの中でのこだわり		暮らしの中で私が必要としていること		本人がすること、周囲が支援すること			
	以前の暮らし方	本人・家族の意向	したいこと(ニーズ)	できないこと	できること	できないこと	内容	場所	物品	関わる人
05:00										
06:00										
07:00										
08:00										
09:00										
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										
24:00 ~04:00										
日々以外の事柄	※週1回・月1回など定期、不定期な事柄を記載する。 ※通い・泊まり・訪問の週間予定、福祉用具の利用に関するなどを記載する。					プランについての確認欄 ライフサポートワーク②は、介護計画書も兼ねるため、ここにも確認欄がある。		確認欄 氏名 _____ 代筆 _____ (続柄)		

※私の暮らしの流れ(以前の暮らし方) → ※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) → ※暮らしの中でのこだわり(本人・家族の意向)
 ※暮らしの中で私が必要としていること(できること・できないこと) → ※暮らしの中で私が必要としていること(できること・できないこと)
 ※関わる人 → ※関わる人
 ※支援してほしいこと(本人がすること、周囲がすること) → ※支援してほしいこと(本人がすること、周囲がすること)
 ※次回見直し時期 → ※次回見直し時期
 ※具体的な記載 → ※具体的な記載
 ※私の暮らしの流れ(以前の暮らし方) → ※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) → ※暮らしの中でのこだわり(本人・家族の意向)
 ※暮らしの中で私が必要としていること(できること・できないこと) → ※暮らしの中で私が必要としていること(できること・できないこと)
 ※関わる人 → ※関わる人
 ※支援してほしいこと(本人がすること、周囲がすること) → ※支援してほしいこと(本人がすること、周囲がすること)
 ※次回見直し時期 → ※次回見直し時期
 ※具体的な記載 → ※具体的な記載

2.6 これまでのライフサポートワークの様式で実現できたこと、実現できなかったこと

2.6.1 実現できたこと

- ライフサポートワークの様式は、小規模多機能型居宅介護に求められるケアを実践するための方法が、様式1から様式4までを通して「実践」、「モニタリング・記録」、「ミーティング・即時プラン」、「実践」、「カンファレンス・ケアプラン」といった一連の流れが目に見える形となり、計画作成担当者やスタッフが理解しやすくなっています。そしてさらに、その流れを繰り返していくことで、利用者への理解が深まると同時に、小規模多機能型居宅介護で働く専門職としての心構えが身につけられる様式になっています。
- いずれの様式でもかかわる人ごとに記入欄が区別されていることで、互いの意向が整理され、特定の人意見に利用者本人の声が埋もれてしまうことを防いでくれます。それにより各様式に関わる都度に、本人本位の支援計画を考えることの重要性を考えさせてくれるものです。

2.6.2 実現できなかったこと

- ライフサポートワークの様式では、毎日の暮らしが充実するために様式1で日常の変化をキャッチすることが可能であります。しかし、現行様式は記述形式であるため、スタッフの主観的な記録になりやすい傾向があります。そのため、中重度者を支援する際に、医療機関に提供する情報が曖昧になってしまい、円滑な連携を阻害する要因にもなりかねません。

また、記録するスタッフの経験値の違いによって変化をとらえきれず、健康状態の悪い変化の兆しを見逃してしまう可能性もあります。健康状態の変化を見逃してしまうと、その後の暮らしに大きく影響してきます。そのため、現行の記述形式の記録と合わせて、バイタルサインなどの客観的データ記録も蓄積する補助様式を用いることで、本人の心身状態の変化を早期に捉えやすくなり、医療機関への速やかな相談につながりやすくなると考えられます。
- ライフサポートワークでは、在宅で本人の望む暮らしを実現するために、各様式で地域とのかかわりの必要性を取り上げています。しかし、現在の様式では本人のこれまでの地域とのつながりやその程度、地域に対する本人の思いや願いなどを、一元化して「見える化」はできていませんでした。介護が必要になっても在宅で暮らし続けるためには、事業所が関わっていない時間を、家族や医療・スタッフだけではなく、本人が長年の暮らしの中で培ってきた人間関係、大事にしてきた物、支えにしてきた場所やコミュニティと協力して支えていくことが不可欠であります。

そのため、本人の地域との関係を把握しやすくなる工夫をすることで、地域とのつながりをより意識しやすくなります。

上記2つの実現できなかった課題を改善するために、補助様式を設定して改善することとしました。

2.7 新たに追加した補助様式とその意味



2.7.1 情報共有総合記録シート

(1) 本人の意思表示に早期に気づくために活用する

本人の暮らしは日々変化し、したいこと、困っていることも変わっていくことがしばしばあります。そのため、本人の様子を日頃から確認して本人が今したいこと、困っていることに臨機応変に対応することが求められます。

しかし、中重度になると自身の異常を伝えることが難しくなり、異変に気がつくことが遅れてしまい、意欲低下や健康状態のさらなる悪化につながってしまう恐れがあります。

そのため、情報共有総合記録シートでは利用者の日常の服薬状況・食事摂取状況・排泄・水分量などを記録して、いつもと違う記録が続いた場合は、身体機能の異常の早期発見や行動・心理症状（BPSD）の原因を得るためのツールとして活用することができます。そのための準備として、利用者別に心身状態の悪化につながるリスク要因（現病歴や本人が日頃不安に感じていることなど）や、悪化が予測される変化の種類をカンファレンスで話し合っておき、観察する目的と悪い変化の兆しに気づくための視点を共有しておくと、より効果的な活用が期待できます。

情報共有総合記録シート情報は、身体の障害や衰えを評価することではなく、中重度になっても可能な限り本人が望む暮らしを続けるための本人の意思表示ととらえます。そして、現在の心身機能に合わせた支援を考えるヒントにすることが大切となります。下記に挙げたのは、利用者とは接する際のいつもの違いを見逃さないための「変化点」を箇条書きにしたものです。朝、利用者の顔を見て、顔が赤いのではないかな、むくみがあるのではないかななどの日々の変化、先週から排泄がないなどの週間での変化、先月よりも少し痩せたのではないかななどの月間での変化など、感覚的な理解を数値化、言語化するための一つの指標です。施設入所と違って在宅での暮らしを支える小規模多

機能型居宅介護では、見えていない時間（かかわっていない時間）の方が圧倒的に多くなります。すべての時間でチェックすることは現実的に困難です。しかし、見えている時間にこれらの情報を積み重ねていくことで、本人の健康状態の把握につながっていくため、本人の生活上の目標を共有し、目的をもって記録することが大切です。

この様式は、記録することを目的としているのではなく、記録したものを 24 時間、1 週間、1 か月とデータの的に見比べて、変化が起きていることへの気づきや原因の推測などに活用することを目的としています。

いつもと違う・・・から注意すべき健康状態の視点

◆高齢者の体調不良のポイントの8つのポイント

1. 脱水 「体重×35ml. -1,000（食事からの水分）＝経口による水分必要摂取量」
「体重×20ml. =不感蒸泄（呼吸や汗など自然と失われる水分）」
2. 食欲の低下 体重減少率＝（普通の体重－現在の体重）÷普通の体重×100
1か月（5%以上）3か月（7.5%以上）6か月（10%以上）異常な体重減少
3. 便秘 食事の改善、腸内環境を整える、水分を取る、自然排便を試みる
4. 失禁 せん妄、尿路感染症、尿道炎、常用薬剤、精神性、多尿、運動制限、便秘などにより一過性の尿失禁が起こる
5. 睡眠 睡眠障害（入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒）
①睡眠環境を整える②午前中の日光浴③入床覚醒時間を規則正しく整える
④食時刻を整える⑤昼寝を避ける⑥身体運動（入床4時間以降は避ける）
⑦夕刻以上過剰な水分を取らない⑧アルコール、カフェイン、ニコチンを避ける⑨痛みへの対処⑩抗認知症の午後以降の服用を避ける
6. 痛み、痒み ①侵害性受容性疼痛（切り傷、打撲、やけど、腹痛）②神経障害疼痛（しびれ、灼けるような、ピリピリ、ジリジリ）③混合性慢性疼痛（侵害性と神経性疼痛の混合型）④心因性疼痛（疲労感や精神的ストレスが原因の痛み）
7. 微熱 4日以上続く微熱 ①誤嚥 ②尿路感染症 ③脱水併設より1℃（35.5→36.5℃）
8. 意識 いつもと違う鈍い感じ、まとまりのない言動、落ち着きのない行動
（せん妄）感染症、薬剤の影響、大きな環境の変化、季節の変わり目、脱水などによる影響など

（全国高齢者ケア研究会「介護の基礎知識 50 ver2」に一部追加）

（2）医療との連携に活用する

日ごろの生活状況を数値化、言語化することで、普段との違いを医療関係者、他のスタッフ、家族・介護者など、他者に伝達する助けになります。このシートの役割は管理ではなく代弁機能であり、求められることは観察力と伝達力、数値化された本人の意思を読み取り言語化して代弁することにあります。

本人の日常の生活状況を医療機関に伝えることで、医師が在宅で生活する上での療養上の留意点を指示する根拠にもなります。例えば新たに薬が処方された場合、その前後のバイタルサイン、睡眠状態、食事・水分の摂取量、いつもと違う言動がないかを観察し医療機関に伝達することで、服薬の有効性につながります。日々かかわっている事業所が気づいたことや家族・介護者が気づいたことを伝える機能が働かなければ、医療機関は問題がないと判断し投薬を継続してしまい、本人の生活機能の低下を招く恐れがあります。あるいは、認知症の状態変化は、家族・介護者、スタッフがかかわることで気

区分	年 月 日(日)		月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)	月 日(金)	月 日(土)
	事業所等記入欄 (気づき・変化・ 家族から等) 普段と違う様子など、 関係者に伝えたいこと 身体状況・医療面 備考							
※記録者は名前を必ず記入すること。 ※記入内容の事柄について、それが起きた時間を記入する。								
他職種連携やご指示などがあれば ご記入下さい								

2.7.2 軒下マップ

(1) ライフサポートプラン①②の補助様式としての役割

小規模多機能型居宅介護らしい支援を実践するためには、事業所が本人とかかわっていない時間、在宅での暮らしの支援者として、家族・介護者や医療関係者だけではなく、長年積み上げてきた人間関係、心落ち着く場所、こだわりのある物など様々なつながりとの連携が大切です。介護が必要になっても本人が望む一日の流れに伝えるためには、地域の友人や知人、近所の馴染みの商店などの地域の資源（人・場所・物・機能）との協働が必要となります。しかし、実際には家族・介護者と事業所、医療機関だけといった、限られたつながりになっていることがしばしばあります。

小規模多機能型居宅介護は施設サービスと異なり、こうしたインフォーマルな地域資源と本人の在宅での暮らしを介して既に接点を持っています。しかし、その関係性は現実的には目に見えにくいため見落としがちです。また、知っていても情報を分かりやすく整理していなければ、本人の「～したい」や「困っていること」を支えるために、具体的にどこの誰と連携をすればよいか気づけないこともあります。そのため「軒下マップ」では、本人とつながりのある資源（人・場所・物・機能）を、あらかじめ一覧に整理し、事業所がかかわっていない時間の地域との「つながり」を見える化することで、事業所が気づきやすくなっています。それにより、ライフサポートプラン①と②を立案する際に、地域で本人が望む暮らしを実現するための支援方法をより具体化することを助けてくれるものとなります。

(2) 見える化の効果

事業所がまだ気づいていない地域とのつながりもありますが、初回アセスメントや日々のかかわりを通して既に知っているつながりもあります。しかし、本人情報としては知っていても、現在のつながりの強弱、その役割などを実感しにくく、知っているだけになっていることもあります。

「軒下マップ」では、本人の地域との関係性を図式化することで、本人がこれからも自宅で暮らしていくために必要な地域との「つながり」のうち、弱くなったり途切れてしまった関係性をもう一度つなぎ直すことを明らかにしてくれます。そのため、図式化する際はつながりの強弱によって線の種類を変えたり、役割別に記載方法を変えたりして、関係性が一目で分かりやすい工夫をすると良いでしょう。それにより、事業所が関わる以前の本人らしい日々の暮らしは、地域のどこの、誰が、どのように支えてくれたか、本人が頼りにしている人は誰かなどが見えやすくなります。しかし、単に関係のある人や場所の情報を書き込むだけでは十分ではありません。日ごろから家族・介護者や医療機関と顔を合わせ、本人に関する情報を共有するように、本人とかかわりのある地域の専門職以外の人とも顔を合わせて「軒下会議（個別の地域ケア会議）」を行うことで、事業所では話してくれない本音や見たことのない表情などを知るきっかけにもなります。地域での本人が望む暮らしを支えるためには、そうした情報こそ重要な場合もあります。軒下マップに追記することで、在宅生活を続けるために本人が必要としていることが見えてくるかもしれません。場合によっては「軒下マップ」「軒下会議」から、ライフサポートプランの目標が明らかになる場合もあります。

そのため、軒下マップに情報を記入したら終わりということではなく、それぞれ記入された情報の関係性の理解や、本人にとってどのような影響があるのかと言ったことをスタッフとミーティングを通じて推測することが大切です。その中から、具体的なケアの目標や本人のしたいことなどが見つかることも少なくありません。

【軒下マップ】

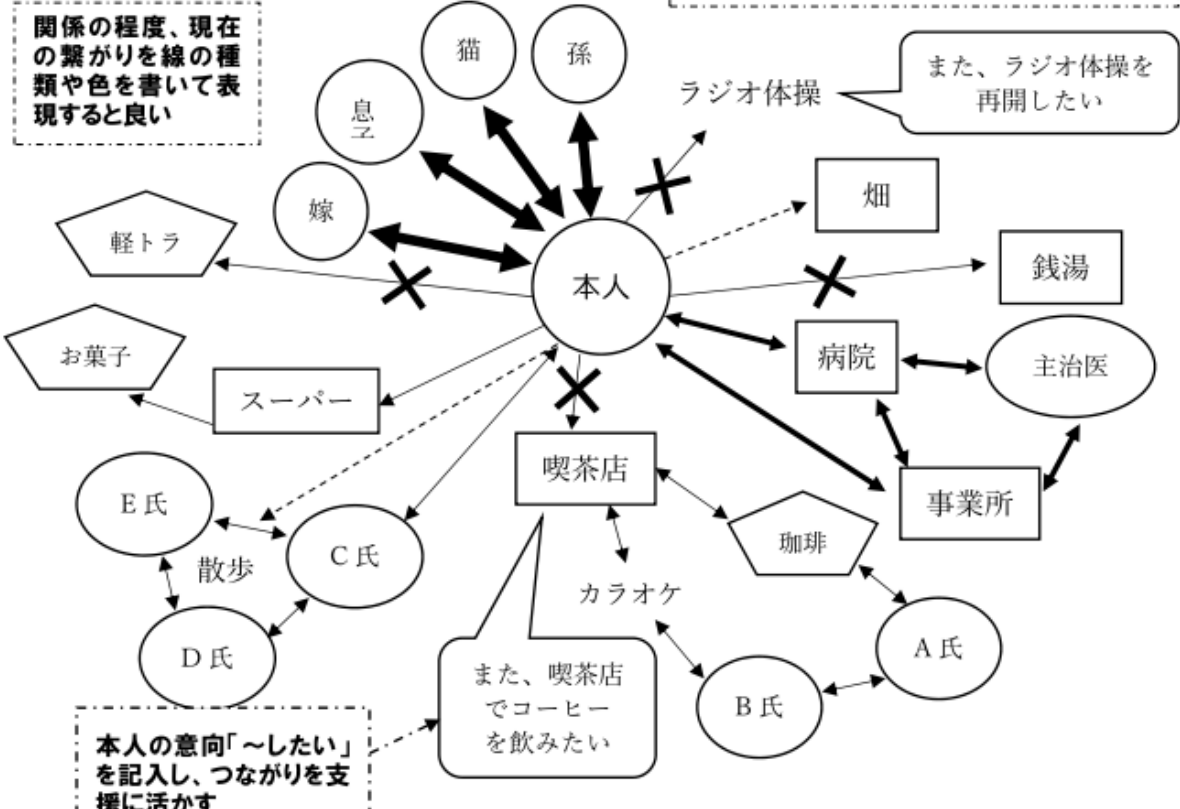
作成日： 年 月 日
 追記日： 年 月 日

氏名： ○○ ○○

本人の望む暮らしの意向： 喫茶店に行き、珈琲を飲んだり友達と話したい

当面の具体的な目標： #1 一先ず週に1回、喫茶店に出かけることができる
 #2 毎日の服薬が確実にできる

様式3ライフサポートプラン①の内容を転記



資源（名前）	本人との役割	資源（名前）	本人との役割
喫茶店仲間（A氏）	話しの会う仲間	ラジオ体操	健康のためにしている
喫茶店仲間（B氏）	一緒に歌を歌う仲間	散歩	昔からの週間
近所にいる弟（C氏）	気にかけてくれる人	軽トラ	移動手段、畑の仕事道具
近所の人（D氏）	散歩のときに話す仲間	スーパー	お菓子を買いに行く場
近所の人（E氏）	散歩のときに話す仲間	お菓子	本人の好物
息子、嫁、孫、猫	同居	喫茶店	行きつけの場
主治医	昔から頼りにしている	カラオケ	生きがい
事業所	相談相手	銭湯	昔からの入浴場
		畑	昔からしている仕事