

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

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。

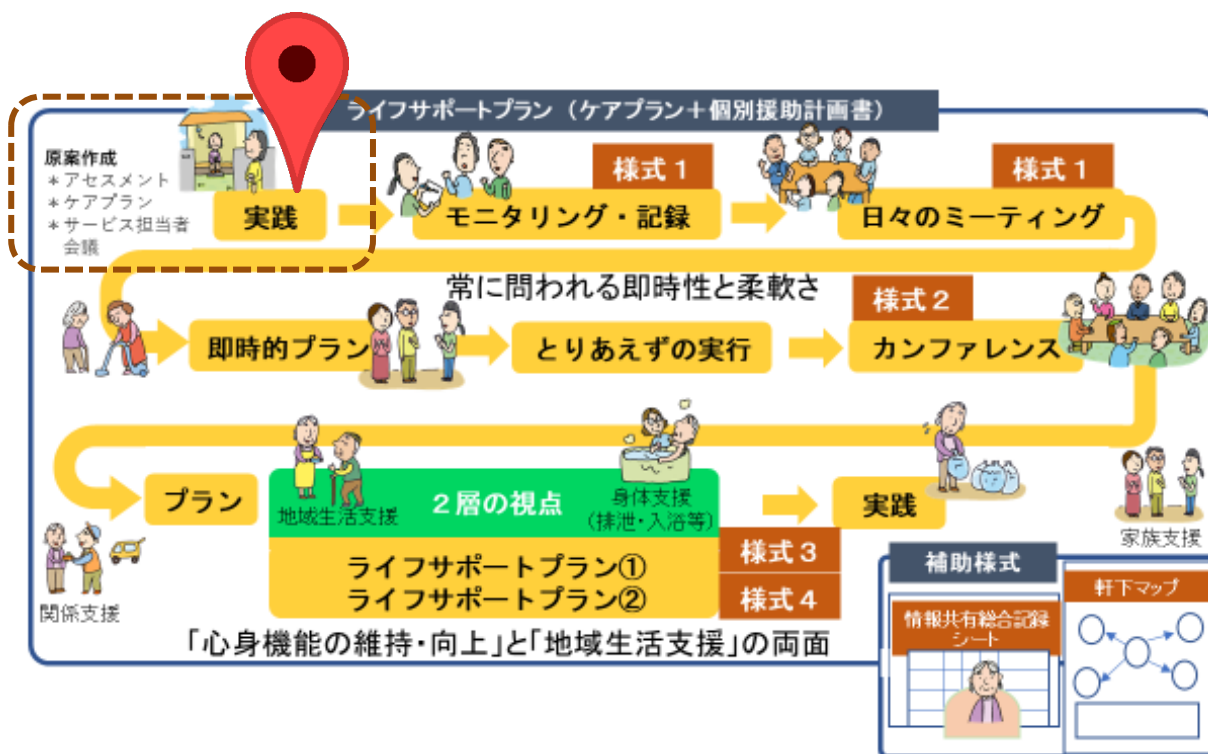
ライフサポートプランの様式では、そうした支援のビジョンと活動のプロセスが、本人、家族・介護者、事業所やその他の関係者が共有しやすいように、4種類の様式に落とし込めるようになっている。そのため、様式の作成にあたっては、そのように作成した意図や目的があり、その意図や目的の基本となる考え方は本人の「生命」を支え、日々の「生活・暮らし」の充実に向けて本人とともに歩み、本人らしい「人生」を最期の時まで送りたいという思いに込めていくためのものである。

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



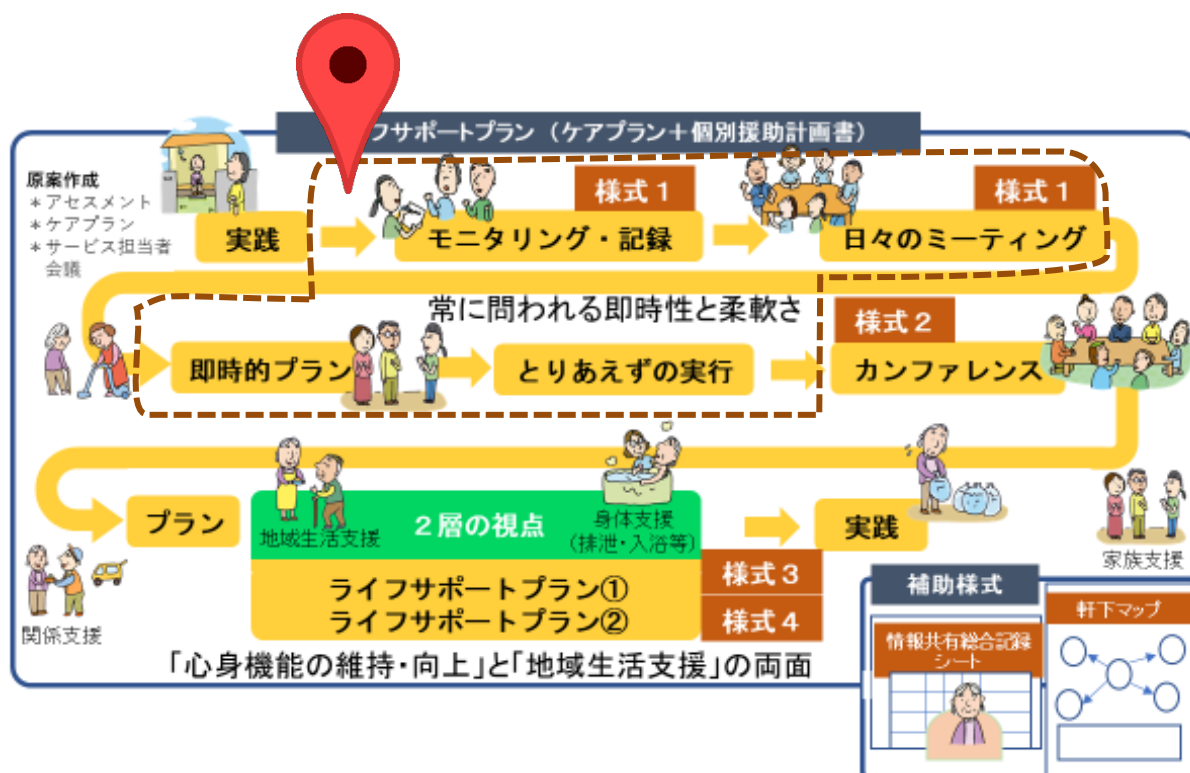
小規模多機能型居宅介護のサービスを提供するためには、ケアプランが必要です。上図のスタート地点では「実践」と書かれていますが、すぐにサービスが提供できるわけではありません。通常の介護支援専門員の業務と同様に、原案（アセスメント、ケアプラン、サービス担当者会議の開催）に基づき、サービスが提供されます。

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。

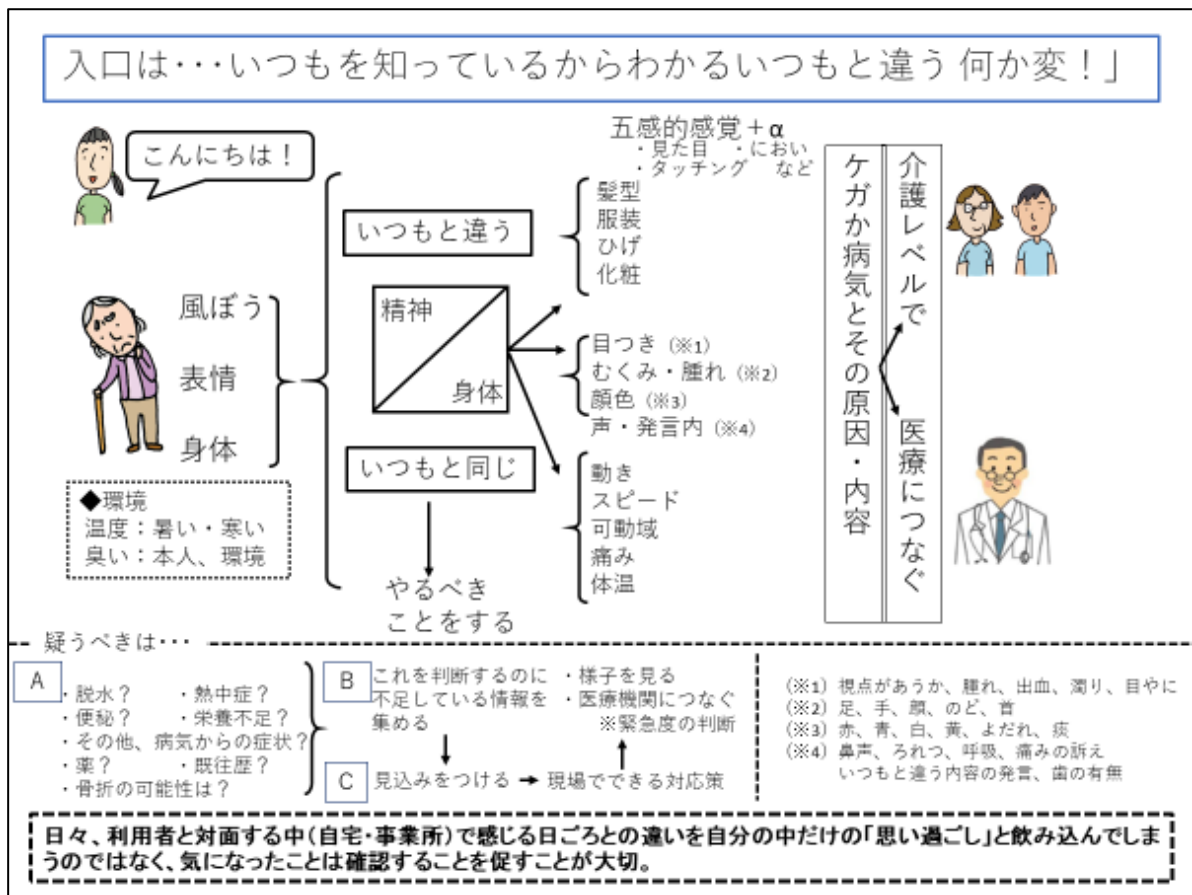
そのため、かかわる人が「何のために」日々のかかわりを持ち、何に注視しなければいけないかを意識できるように、様式1では「当面の具体的な目標」を常に掲げ、記録のたびに目に触れるようになっていきます。

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。



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。

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1日 13:00 自宅	<ul style="list-style-type: none"> ※ 本人の意欲的な言動、表情など本人の持っている力（ストレス）を積極的に見つけることが大切。 ※ 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）の継続に影響を及ぼす悪い兆候があった場合は、記録とともに関係者に伝達する。「いつもと違う、何か変」という視点が重要。異常がある場合は、ミーティングを実施、即時対応を検討する。 ※ バイタルサイン、排泄状況、食事摂取状況などの記録は、補助様式を用いて状態の変化を観察したのでも良い。 ※ 事業所での状況だけではなく、自宅や地域での生活状況についても観察して、言動や表情を記録する。 ※ 職員の個人的な主観（困った、問題）を記入するのではなく、事実を記入する。 ※ 直接の言葉は「 」で記入する。 	<ul style="list-style-type: none"> ※ 日々のかわり方で「何のために」何に注視しなければいけなさを意識できるように、「当面の具体的な目標（ニーズ）」を記入する。 ※ 目標に対しての本人の反応、上げ膳据え膳になってないかを意識する。 ※ 当面の目標に沿ったケアになるための記録になっているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ※ いつまでも空白になっていたら、私たちが関わっていないことに気づききっかけになる。 ※ 軒下会議で出た地域の意見、情報などを記入して、事業所内で共有する。 ※ 主治医に伝えた本人の心身状況、暮らしに対する意向、主治医からの意見などを記入する。 	
○年○月3日 15:00 事業所		<ul style="list-style-type: none"> ※ 送迎、訪問時を活用して、自宅で家族が気づいたこと、気になったことなどを確認して記入する。 ※ 家族の意向、相談内容などを記入する。 ※ 家族・介護者の続柄も記入して、誰の言葉かを分かるようにする。 ※ 看取り期などの場合は、本人、家族の意向を確認し医療関係者に伝える。 		
○年○月7日 20:00 事業所			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">記録を記入したスタッフの名前を記入する。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">計画作成担当者は、本人の日々の変化を把握するため必ず記録を確認する。</div>	
				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">計画作成 担当者確認欄</div>

2.2.6 ミーティング・即時プラン

日々のかかわりが蓄積された記録も、ただ書くだけで何も活用されなければ意味をなさなくなってしまう。

ミーティングでは、蓄積された記録から見えてきた変化や、日頃のかかわりで本人の暮らしに変化を及ぼす悪い兆し、良い兆しなど気になったこと、気がかりなことを事業所内で持ち寄り「今」本人に必要なことは何か、家族・介護者や地域に対して必要なことは何かを短い時間で話し合います。そして、「今」できることを実践に移していくことが大切です。日々変化する状況への対応策（即時プラン）をミーティングで話し合い、柔軟かつ迅速に対応することができる、ケアマネジメントとサービスが一体で提供される小規模多機能型居宅介護の強みといえます。特に初期支援ではチームでかかわることで「利用者への理解」や「これからのかかわり」を深めやすくなり、早期の在宅生活の安定に資することから、記録とミーティングはサービス提供を開始するまでの期間においても大切です。

また、ミーティングで話し合う内容には、家族・介護者や地域に変化があった時にその都度「今」働きかけることを話し合うことも含まれてきます。地域の中で暮らし続けるために、本人だけではなく、家族・介護者や地域についても事業所が、常に一緒になって考えることが大切だからです。そのため、利用者や家族とかかわる前に頭の中で考えていることを、ミーティングで共有する必要があります。その際にも本人、家族・介護者、地域を日頃から区別して記録をしていることで、それぞれに起きている変化を的確に把握することが可能となり、状況変化に速やかに対応しやすくなります。なお、ミーティングで話し合った内容は、事業所内だけで留めるのではなく、送迎や訪問などの機会を使って、本人や家族・介護者のペースに合わせて理解を得ていくことが大切であり、それを積み重ね

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

当面の具体的な目標		ライフサポートプラン記録用紙			利用者氏名：
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	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。	<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。		〇〇	
○年○月8日 16:30 ミーティング	※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。				
	※ 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。				
				計画作成 担当者確認欄	

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。

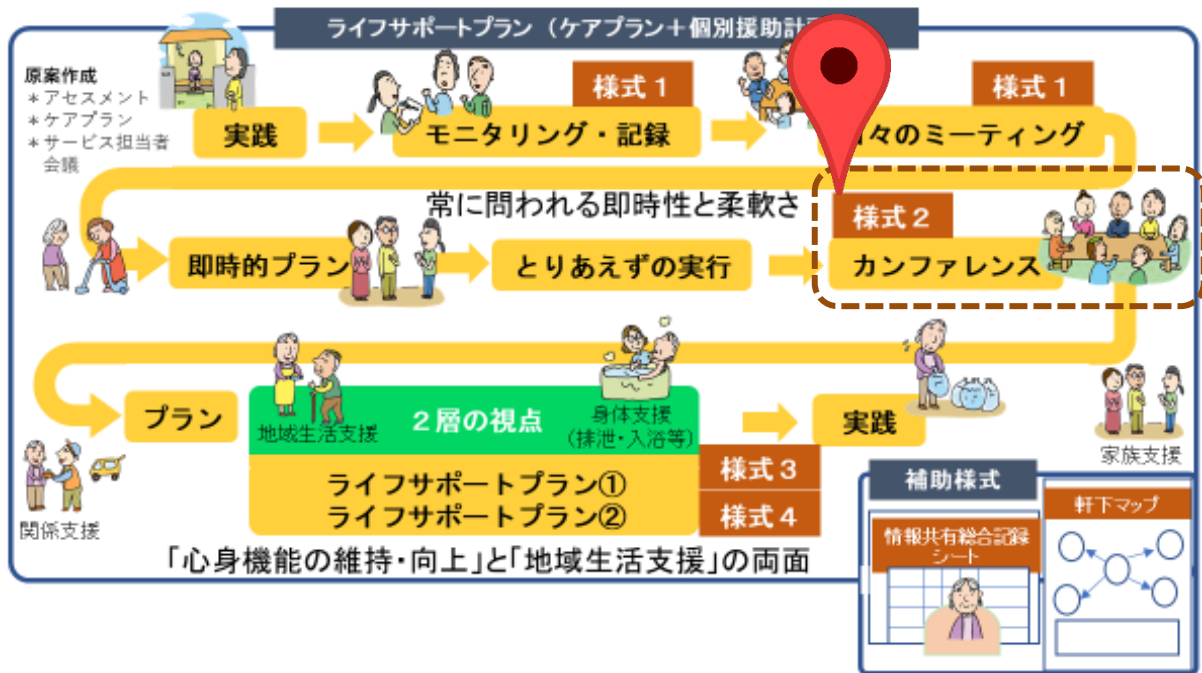
かかわりを通して行う日々のモニタリングは、ライフサポートプランをもとに日々支援していく中で、その日の出勤者が気になったこと、気がついたことを都度話し合っ、臨機応変に対応するためのミーティングにつながっていきます。そして、計画作成担当者は日々のミーティングで話し合い対応した過程を、毎月1度は居宅に訪問しモニタリング結果を記録してライフサポートプランの評価・見直しを行っていきます。

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。

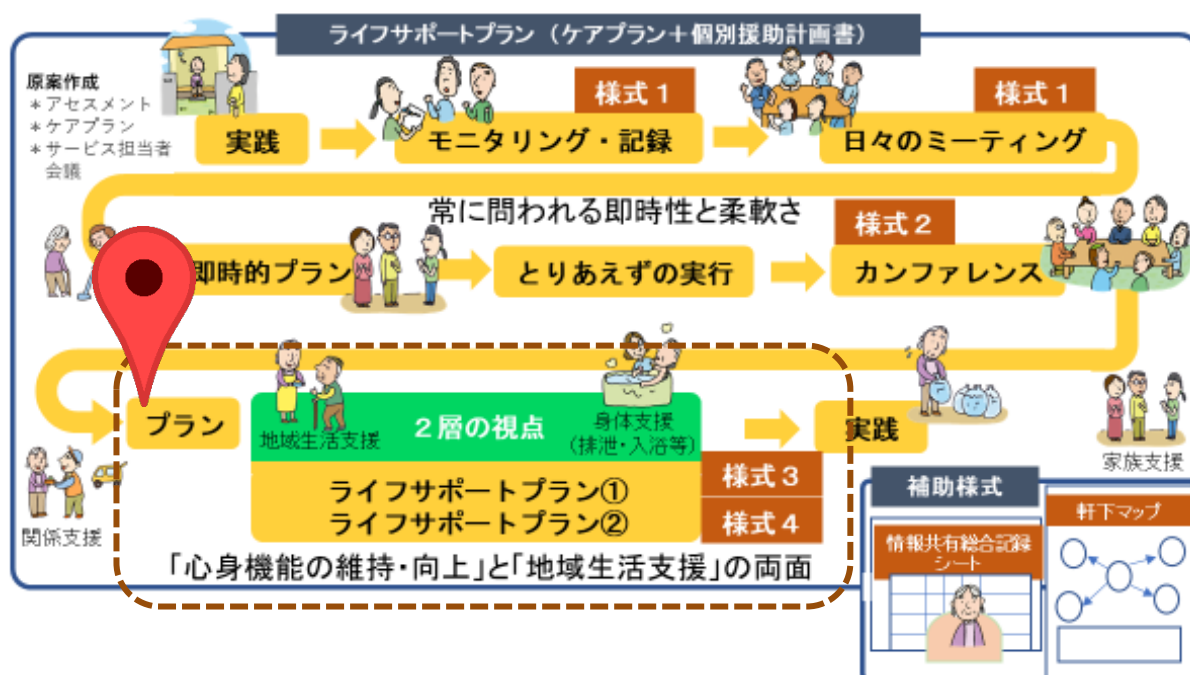
様式2

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。

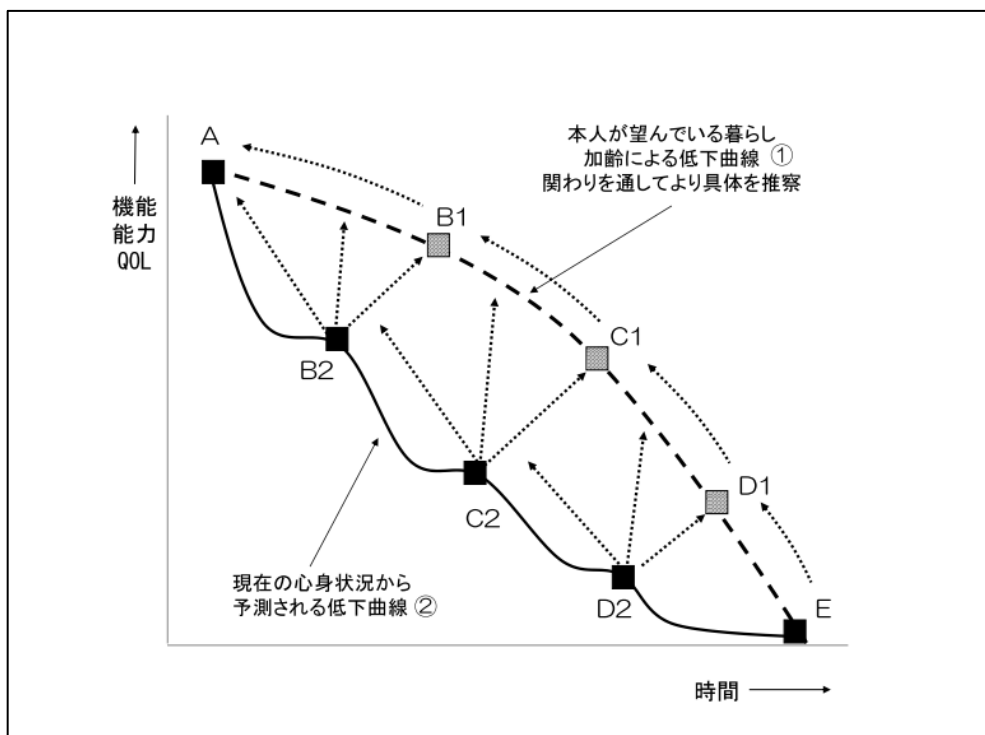
ここで重要なことは、本人の望む暮らしの意向とはどのような暮らしなのかということです。本人が元気な頃（図のA）は、家族や友人、近隣住民や仕事仲間との時間を地域で暮らしていました。歳を取って生活の暮らしづらさが増えたとしても、本人の望んでいる暮らしとは地域とのつながりが途切れることなく「大切にしていること」や「こだわり続けていること」を守り続けたいと願うのではないのでしょうか。そのため、私たちは地域で主体的な日常生活を営んでいた頃の本人の暮らしぶりを把握し、これから始まる生活支援の根幹として意識することが大切です。

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 審査請求地域区分						
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）にその必要性和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	<p>※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。</p> <p>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。</p> <p>確認欄 氏名 _____ 年 月 日 代筆 _____ (続柄)</p>									

※私の暮らしの流れ (以前の暮らし方)
 ※私の望んでいる暮らしを実現するために、「支援して欲しいこと」を考える際の基準となる暮らし今の暮らしづらさの原因となることが起きなかった場合、本人はどのような暮らしを遂げていただろうかを推察するための大切な情報になる。最初からすべてを知ることができなくても、関わりを通して「知ろう」とする行動が重要。

※暮らしの中でのこだわり (本人・家族の意向)
 「こだわり」とは行為そのものだけを捉えるのではなく、行為する際の環境も含めて考える。その「こだわり」を引き出すことが大切になる。
 例 食事をする ⇒ 一人でゆっくり、箸と箸やかに、寝起きはほんのり、朝食は少なめに 等
 ここには本人・家族それぞれの意向を記入することで、双方の意見の相違が明らかとなる。家族の意向だけになっていないか意識する。中重度の場合であっても、左欄の「私の暮らしの流れ」やアセスメントで得た情報をもとに、本人の意向「本人にとって当たり前のこと」を推測して代弁することが重要である。

※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)
 ・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ない。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ある。
 ・「できないこと」ことだけに注目すると問題解決型の思考に陥ってしまう。本人の主体的な暮らしを実現するために、「できること」(ストレングス)に着目することが大切である。
 ・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る。

※支援して欲しいこと (本人がすること、周囲がすること)
 「本人の望んでいる暮らし」24h365日を実現するための支援内容なので、内容、場所、物品、関わる人(本人or周囲の人)を具体的に記入する。

※次回見直し次期
 見直し時期については、概ね1年程度とする。暮らしの基本となる日々の流れのため、その間、大きな変化がない場合は、継続使用できる。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わない。
 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。

※関わる人
 「本人」がすることがない、「関わる人」が家族と事業所だけになっていないか。
 在宅で暮らすためには、これまで培った人間関係や他の専門職の支援も必要になる。

支援計画の基となる<個別援助計画>
 ※具体的に記載
 週間計画書は基本、この書式があれば不要だが、曜日が大きく変化する場合など、この書式でわからない場合は、適宜、居宅サービス計画書「第3表 週間サービス計画表」を使用する。

記載は左から右へ 関連があるものは横へ記入する

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ことで、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。下記に掲げたのは、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】

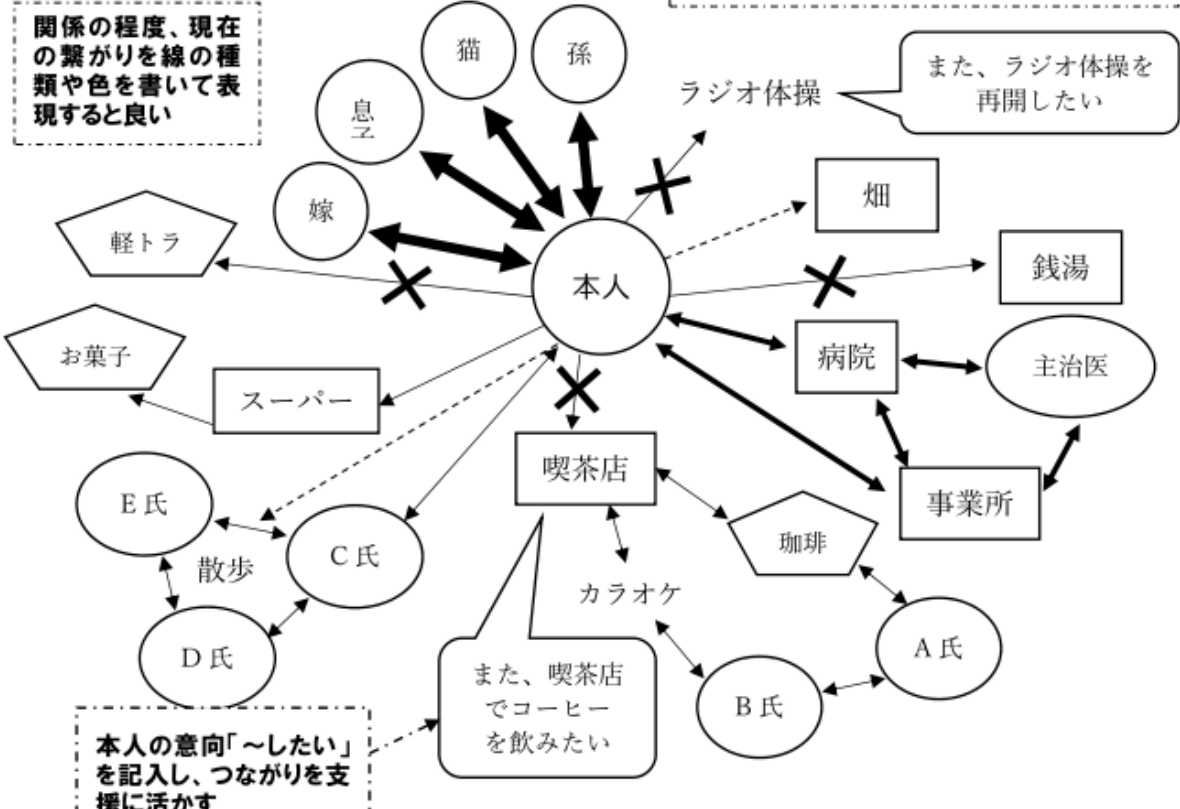
作成日： 年 月 日
追記日： 年 月 日

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