

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？

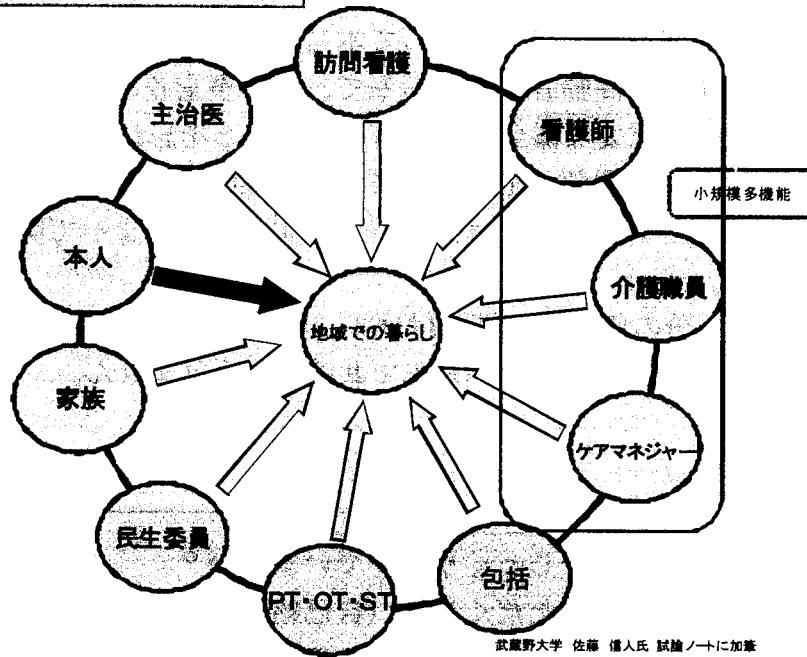
3) アセスメント（「あきらめない」かかわり）

～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、いふならば分析的理解です。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があります。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、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。

小規模多機能多機能型居宅介護



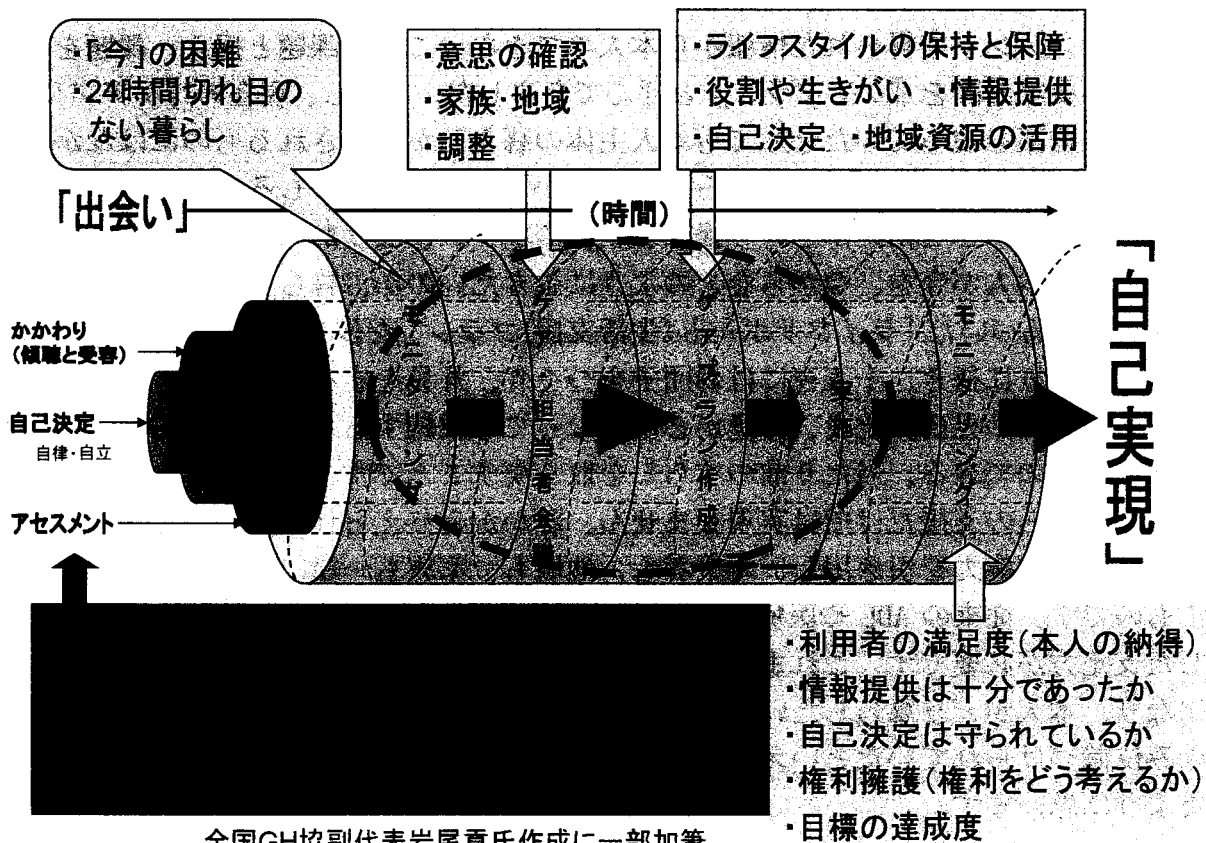
小規模多機能型居宅介護におけるチーム

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お大切にすること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、関わりプロセスの中で、解決策を見出していき、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



check

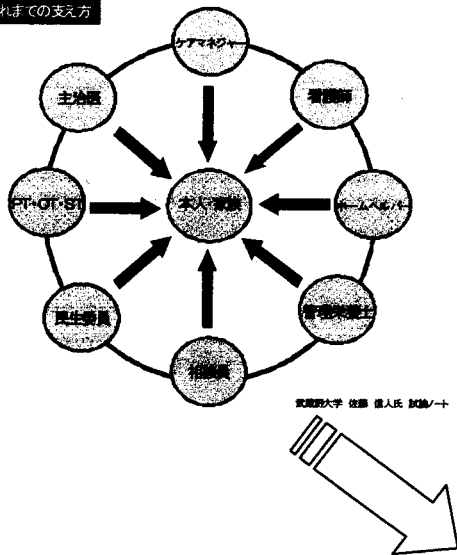
- ①日々の変化に気づいていますか?
- ②自分自身(事業者・わたし)の状況について振り返りができていますか?
- ③訴えの意味(ニーズとデマンドの違い)が分かっていますか?
- ④本人の覚悟、家族・介護者の覚悟、事業者の覚悟が共有されていますか?
- ⑤社会で暮らしているその人らしさを理解していますか?

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～

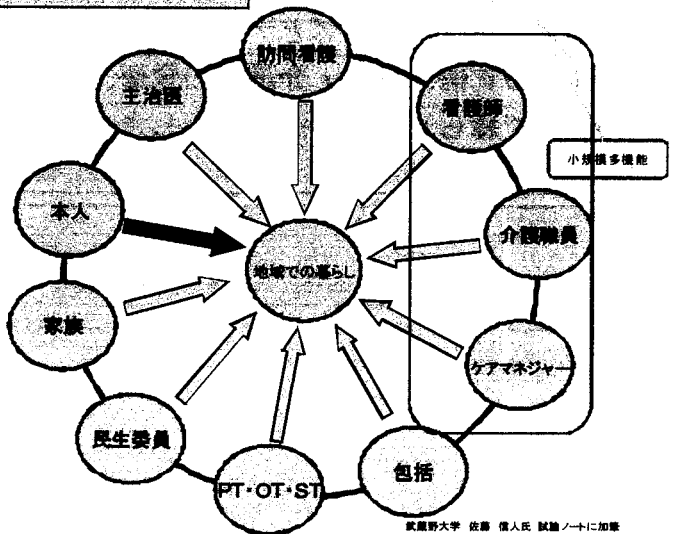
従来、アセスメントで得られた情報から本人のできないことを課題と捉え、課題を克服するための必要な計画を『ケアプラン』と呼んできました。しかし、現在の『ケアプラン』では、本人の言葉を使っていたとしても本人主体の暮らしが表現されるものにはなかなかありません。本人がどのように暮らしたいのかというよりもむしろ、支援者側がどうしたいか、どう暮らさせたいかという提供者主体のプランになりがちです。ケアプランで必要なことは、本人が今を、今からをどのように生きたいのか、暮らしたいのかを知り、「自己決定」に基づいた「ライフサポート(生活支援)プラン」を作ることです。たとえば、お彼岸には墓参りに行き、十五夜にはお団子をつくり、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、当たり前のか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。

これまでの支え方



筑波大学 佐藤 信人氏 試験ノート

小規模多機能多機能型居宅介護



筑波大学 佐藤 信人氏 試験ノートに追加

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

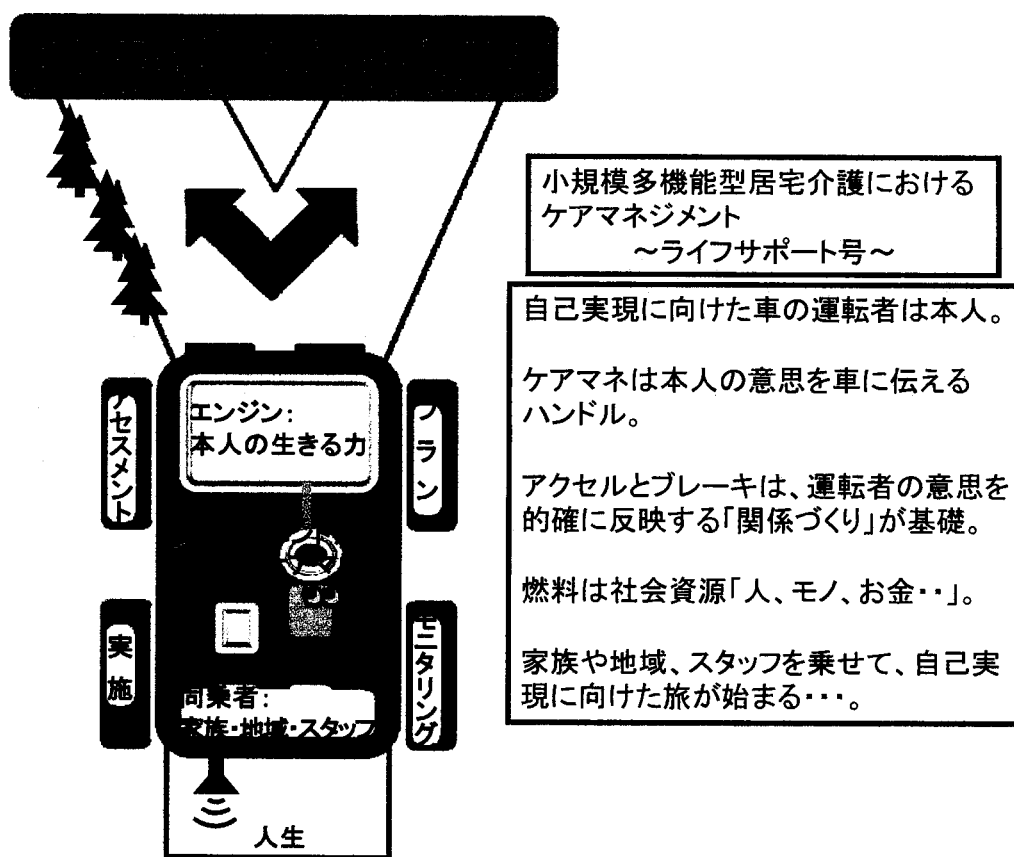
- ①誰が参加していますか。過不足はありませんか？
- ②話し合うためのポイントは明確になっていますか？
- ③共通の目標、視点、言語を持っていますか？
- ④情報を共有できていますか？
- ⑤本人の意思は尊重されていますか？

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事です。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ものではありません。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事です。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、振り返る事です。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 ⇒実践

<u>2層の視点(注)</u> ライフサポートプラン① ライフサポートプラン②

(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② 24時間シート・・・・・・・・・・・・・様式4
(週間・・・・・・・・・・・・・様式4に記載、必要など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いて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ください

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ず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)利用者自身の方で取り組めること
- 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事

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な部分を様式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ください。
- 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。こちらで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ます。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。