

WAM 社会福祉振興助成事業
平成22年度 先進的・独創的活動支援事業

小規模多機能型居宅介護と地域の互助を 結び繋ぐ事業

読本

特定非営利活動法人コレクティブ

目次

この読本の目的1
ライフサポートワーク2
地域の力を生かす取り組み事例5
沖縄・宮古島市 「きゅ～ぬふから舎」	
広島県・福山市鞆の浦・さくらホーム	
石川県・加賀市・はしだて	
岡山県・倉敷市・ぶどうの家	
福岡県・福岡市・めおといわ「ゆい」	
熊本県・山鹿市・いつでんどこでん	
地域資源活用のプロセス12
ライフサポートワークの事例19

この読本では、小規模多機能型居宅介護事業所の皆様に、地域の諸々の互助と地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護を繋ぐことを考えるヒントを集めました。活用いただければ幸いです。

誰もが望む地域の中での普通の暮らし

住み慣れた地域の中で暮らし続けることを誰もが望んでいます。

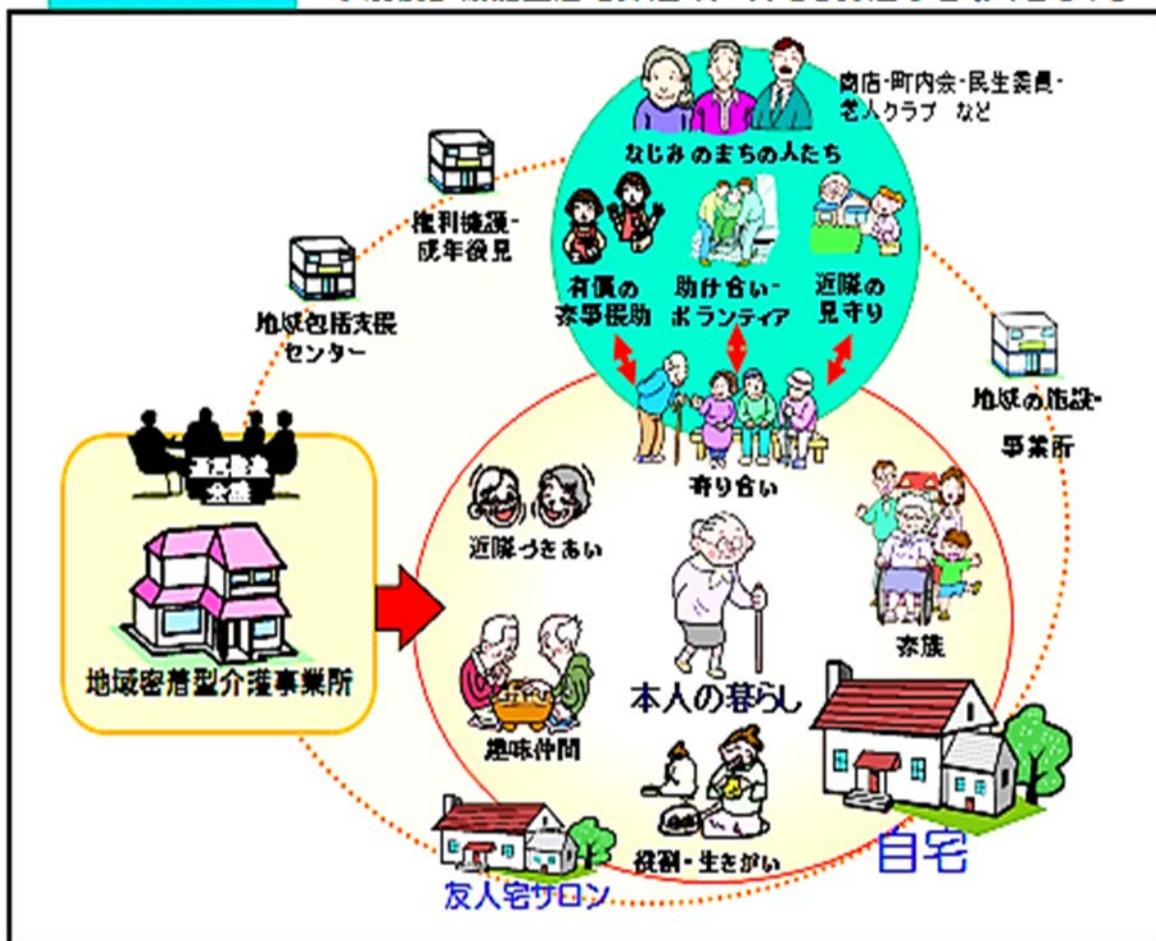
しかし、これまでは自宅での暮らしが困難になると施設しかないと思われていました。

地域密着型サービスが創られ、小規模多機能型居宅介護が制度化されました。これまでの「在宅か施設」から、地域で暮らすことが可能になるための取り組みです。

この取り組みは、介護保険のサービスだけでは地域の中で暮らし続けることはできないことから、地域のいろいろの力・資源と繋がる必要があります。

地域での暮らし

小規模多機能型居宅介護で、「自宅と身近な地域で暮らす」



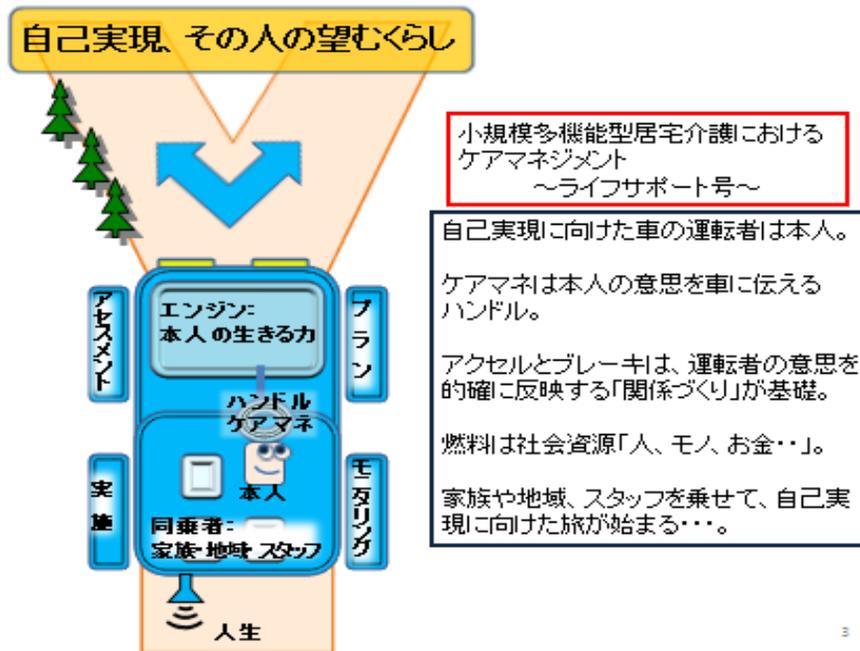
小規模多機能型居宅介護の ライフサポートワーク

家族や本人の要望(主訴)を聞いて利用回数増やす、時間を長くする
逆に、これだけしかサービス量はありませんと調整する

それが小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントではありません

⇒ひとりひとりの「必要」をマネジメントすることです

⇒目の前の人の暮らし(生活)を支えるためには、**地域の中でのこれまでの暮らしそのものを支えるためには、あらゆる資源を活用し、支援することが必要となります。**小規模多機能型居宅介護が自らの介護保険内の「通い・訪問・宿泊」だけで支えようとしたら、ご本人の望む地域での暮らしから切り離すこととなります。先ず自己実現「ご本人の望む暮らし」を考えてみましょう。



小規模多機能型居宅介護で可能となってきた柔軟かつ自由さを活かした取り組み

これまでのサービスではできなかったが、小規模多機能型居宅介護で可能になったこと……

- ① 運営推進会議での事例検討から、地域の皆さんの力で、利用者の地域での具体的支援が始まる。
制度化された運営推進会議を活用し、事業所の力だけでなく地域の力を活用した取り組みとして見守りや配食などの実際に利用者支援となっている。
- ② 拠点だけの支え方だけでなく、利用者宅や公民館を利用したサロンなどを活用した地域生活が行われている。
ご本人の望む暮らしは、「通う」ことではなく、これまでの暮らしの継続。自宅での暮らしであったり、これまでの仲間との楽しみごとである。その支援は、地域の仲間やボランティアが地域の中で助け合うものになっている。
- ③ 働く場
役割・生きがいくりの取り組み
- ④ 家族支援
本人を支援するために、間接支援として家族を支援

ライフサポートワークでは

地域や社会資源とともにつくる暮らしの支援



「〇〇したい」の実現の積み重ね

- ・本人の生きがいは何か
- ・望んでいることは本当に実現不可能か
- ・どうすれば実現可能か
- ・本人が使っていた社会資源は何か、どこにあるか
- ・開発しなければならぬ社会資源は何か
- ・どう具体化するか(コンセプト・プログラム・プロジェクト)
- ・どう本人、地域と協働するか

みっ子さんの暮らしの資源～暮らしやすく生き生き暮らすために～

お名前:カワイ子ちゃん

人

夫・長男夫婦・長女・次女・孫
近所の肉屋さん、近所の銀行の窓口係
近所の顔なじみ(おばあちゃん)、ヤマキジャー
スーパーの店員さん、新威(兄弟姉妹)
老人クラブの仲間、喫茶店のママ
美容師さん、交番のおまわりさん
呉服屋のおおきさん、お寺の住職
病院のお医者さん、看護婦さん、新聞屋さん
寿司屋の配達さん、近所さん(おむすびさん)
趣味の体操仲間、遠方の友人、知人
駅員さん、バスの運転手さん、車掌さん
地域の学校の子供たち、保育所の子供たち
パチンコ屋の店員さん、おもちゃTVのオオモトさん

もの

長女宅・次女宅・近所の知人宅・親戚宅
肉屋・銀行・病院・市役所・郵便局
公民館・美容院・お寺・喫茶店・スーパー
呉服屋・交番・公園・出前(寿司屋)
公共交通機関(バス・電車)、パチンコ
地域の行事(お祭り・盆おど)、運動会・清掃活動
介護保険制度・学校の総合学習
電話・火畑・町のゴミ捨て場・新聞屋・山



山田みっ子さん

情報

回覧板・町の掲示板・郵便物・TV(おもちゃTV)
有線のお知らせ放送・ヤマキからのサービス利用情報

お金

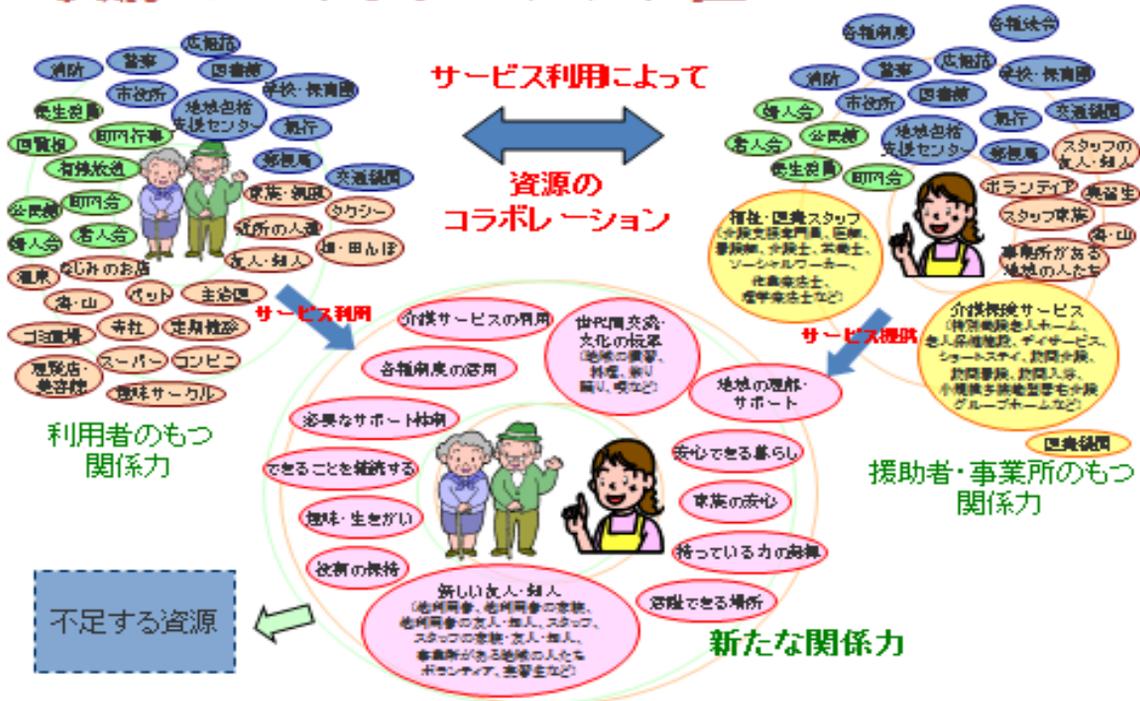
現金

「あ、たらいいなあ…」
・町内の見守りネットワーク(おもちゃTV)
・おむすびさん
・おむすびさん
・おむすびさん
・おむすびさん

地域にある多くの資源

小規模多機能型居宅介護が先ず活用すべき資源は、ご本人の持つ資源です。下記の図では、左側になります。いろいろの種類の関係があります。これまでの暮らしそのものがそこにはあります。一人ひとり異なるわけです。対象者一人ひとりの理解なしには、地域での支援にはなりません。これまでの暮らしそのものを理解することから始めなければなりません。

資源のコラボレーション図

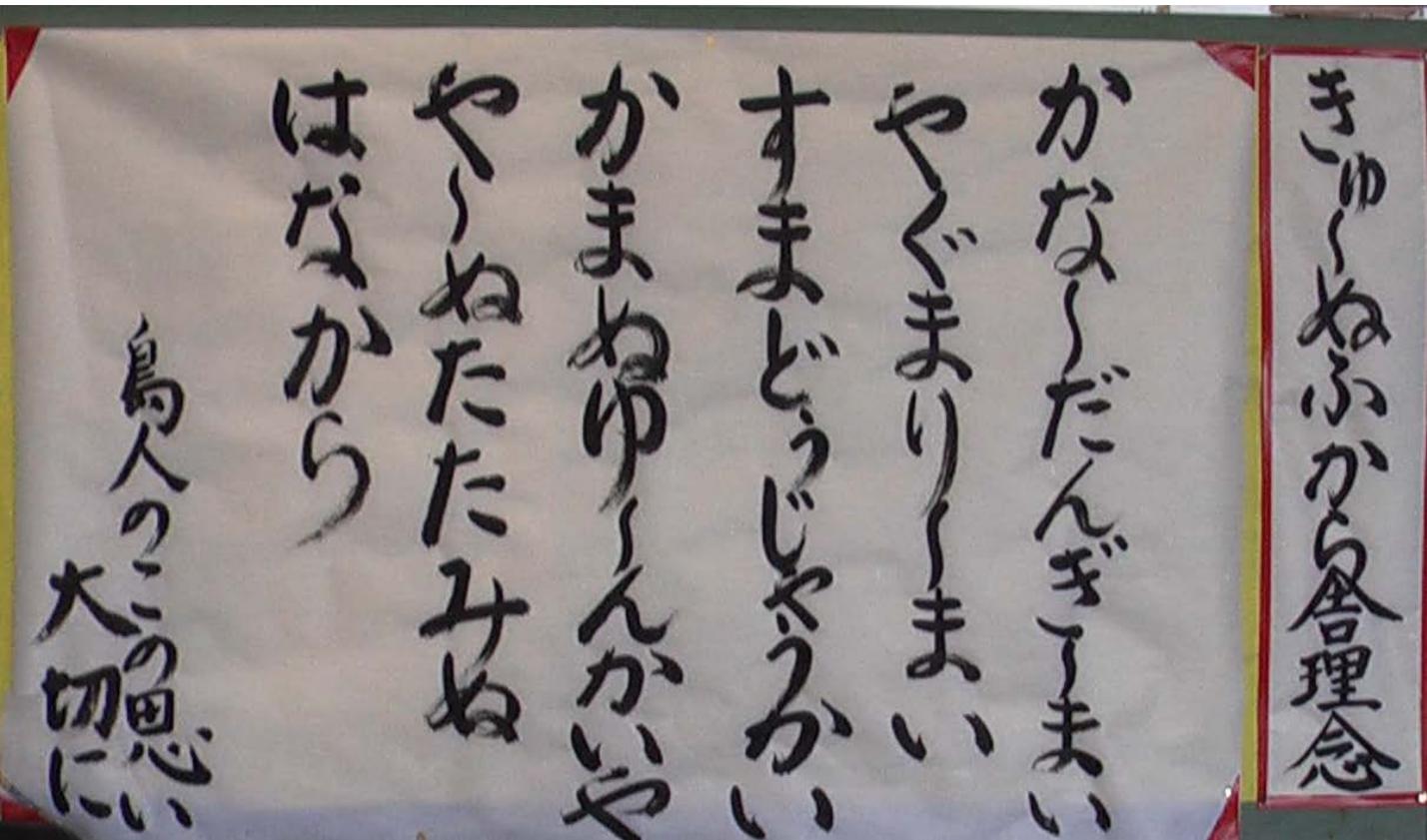


地域資源 探したらみつかったわたしのまちの資源

- ・ 民生委員
- ・ 巡回相談員
- ・ やすらぎ支援員
- ・ 介護相談員
- ・ キャラバンメイト、認知症サポーター
- ・ 憩いの家、地域のサロン
- ・ 生きがいデイサービス
- ・ いきいき教室
- ・ 老人クラブ
- ・ 一人暮らしの集い
- ・ 認知症の家族の会
- ・ 近隣、町内会役員
- ・ なじみの人、昔の仕事の友達、仲間、ペット
- ・ 趣味（カラオケ・手芸など）
- ・ タクシー協会、バス、鉄道等
- ・ 金融機関、商工会、郵便局、お寺、JA
- ・ 新聞配達、ヤクルト、生協の配達
- ・ 床屋・美容院、飲食店、カラオケ店
- ・
- ・ 社会福祉協議会
- ・ ボランティアセンター
- ・ 福祉用具貸し出し
- ・ 配食サービス（見守り）
- ・ 保健センター
- ・ 精神保健センター
- ・ 認知症疾患センター
- ・ 公立病院等での健康教室
- ・ 精神作業所、社会復帰クラブ
- ・ シルバー人材センター
- ・ 介護保険外サービス（ヘルパーさん派遣など）
- ・ 成年後見制度、権利擁護
- ・ 緊急通報システム
- ・ 警察・消防署、消防団
- ・ 安心電話
- ・ SOSネットワーク
- ・ 介護予防実習センター・学校行事、PTA
- ・ 商工会、飲食店会、観光協会 ほか

地域の力を生かす取り組み事例

沖縄・宮古島市 「きゅ～ぬふから舎」では



「ここで暮らし、死んでいきたい」との島の人たちの願いに応えるために、小規模多機能型居宅介護の事業所は、利用者の人を支えるために、地域の「利用者を心配している人」たちを利用者の支援に結び付けています。

周りで心配しながらも、手が出せていない地域の皆様の力を、支援に結び付けています。朝から昼からの「おかずの届け」、「見守り・話し相手」など「難しいこと」ではなく、仲間として友人として、あるいは地域の一員としての支援を働きかけています。

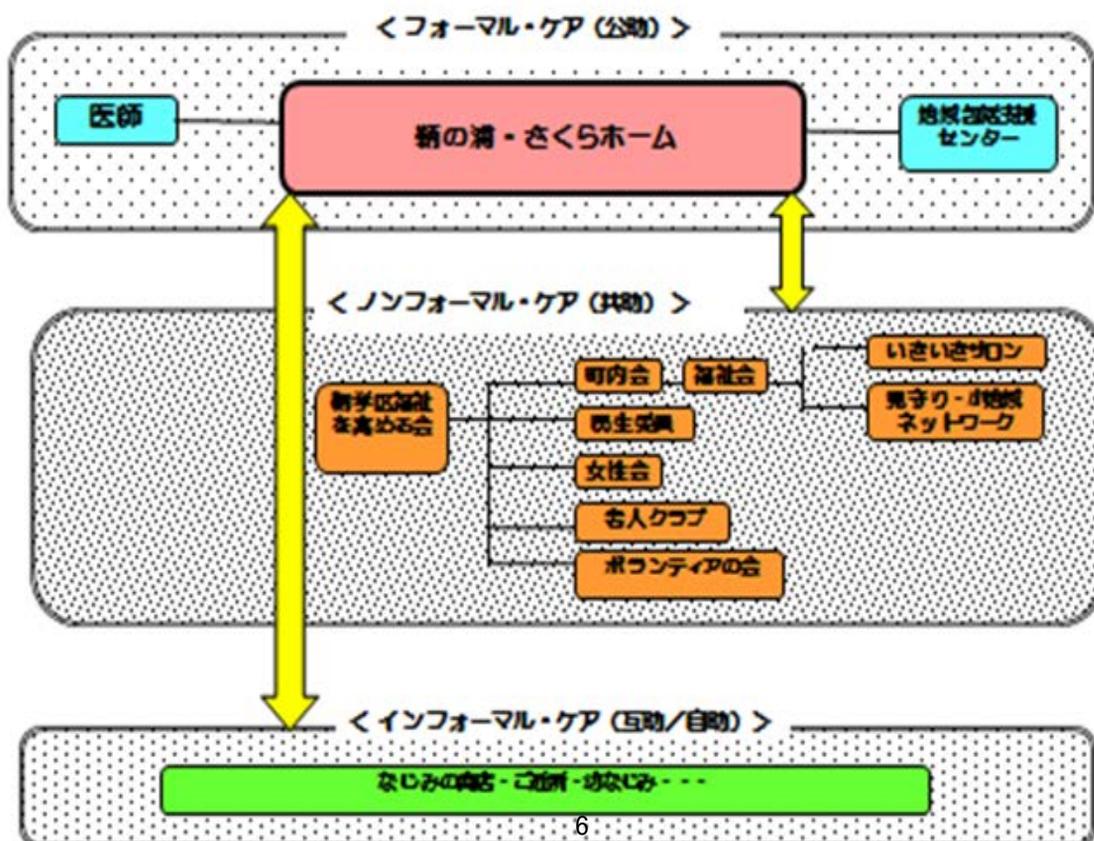
この繋ぐ活動は、利用者の血縁や地縁、関係性など、これまでの暮らしや繋がりを知ることが大切です。これまでの介護保険事業所では、介護保険のサービスだけ、すなわち自分たちのサービスだけで支えようとしてきました。しかし、地域の助け合う力を核にして、できないところを私たちの力で支える、と考えを変えていくことが必要ではないでしょうか。

地域の人にお願いすること

広島県・福山市鞆の浦・さくらホームでは



●鞆の高齢者を支える三層構造のネットワーク●



繋ぐかかわり

さくらホームでは②

Aさんとの関係づくり

①ケアマネの受け入れは？

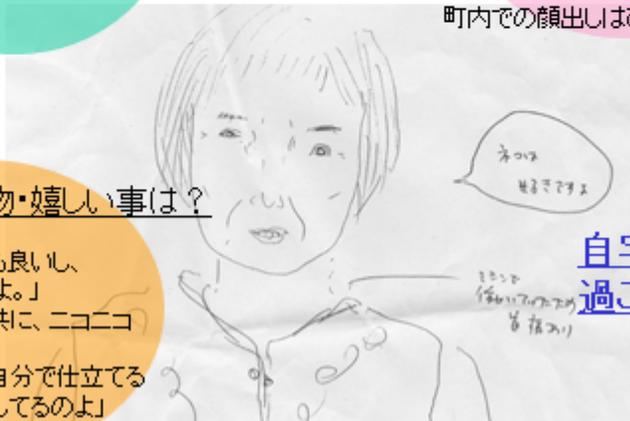
「時々、お邪魔してもよいですか？」の問いに、「どうぞお」と笑顔

③どんな暮らしを？

生まれも育ちもこの場所
独身のまま、母や妹弟を支え、
家を守ってきた人
自宅で洋裁をして生計をたてた
腕のよい職人さん
町内での顔出しはあまりしてない

②好きな物・嬉しい事は？

「鞆は、景色も良いし、人も良いのよ。」
ネコ数匹と共に、ニコニコ
穏やか。
コートも服も自分で仕立てる
「仕事はまだしてるのよ」



自宅で共に
過ごしながら

ネットワークづくり(ノンフォーマルを通して)

いきいきサロンへの参加

ケアマネがAさんに声をかけ、一緒に参加する

元気な参加者が
声をかけ、一緒に参加するように

同じ集落の他の利用者と

「通い」の中で関係性が深まり、自宅に戻ってからも、行き来が始まる

ボランティアのおばちゃんたちと
サロン終了後に、情報交換をする
(声かけの方法、認知症について、他の気になる住民の話も)

暮らしにあわせた支援

暮らしの継続性を大切にする視点

安心できる居場所づくり

リスクマネジメント(火の不始末・体調管理など)

人間関係の再構築

元々大切にしてきた人たちとの関係づくり

スタッフ・利用者との新たな関係づくり

家族同士の関係づくり(家族の集まり)

支えあえる街づくりの支援

いきいきサロンへの参加を通し、高齢者・ボランティアとの顔つなぎの支援

たまり場での声かけや情報収集 7

小規模多機能型居宅介護事業所 はしだて では
地域に根付くために

開所に向けて心がけた事

事業所と地域との関係づくり 開所前の取り組み



地区区長会長さん、町の区長さん、民生委員さん、地区老人会会長さん、町の老人会会長さん、駐在所さん、消防分団長さん、ご近所さん等への挨拶まわり

- ・ 区長役員会で挨拶 ・ 地区老人会の役員会で挨拶
- ・ 町の老人会役員会で挨拶 ・ 老人クラブで挨拶
- ・ 内見会、開所式の開催

開所後の取り組み

- ・ 常にあいさつ ・ 近所のお店での買い物 ・ 近所の食堂での外食
- ・ 見守り隊の方への声掛け ・ 町内の老人会役員会に参加 ・ 防災訓練の近所の方の参加
- ・ 運営推進会議

地域との関係づくりは

今日・明日とすぐに関係が出来るものではない
ゆっくり、しっかりと築きあげていくもの。

そして

地域には地域性があり、知る事が大事

スタッフに対して

今、目の前にいる利用者様は**どこでどう暮らしたいか**を知る事が大事であることを知ってもらう。

8

そして、その為には**どんなかわりを行うか**を考える。

小規模多機能ホーム ぶどうの家 では

「ぶどうの家」の こだわり

- 目の前のその人を支える。今その人に必要なことは何かを思い実行する。
- どんな風に暮らしたいのか、一緒に考える。これまでの生活を大切にしながら、これからの生活を楽しむ。
- とことん在宅にこだわる。(ただし家族を追い詰めない。)
- とことんぶどうの家にこだわる。自分たちの都合で投げ出さない。



利用者から学んだこと

- 本人の願いを知ること
- 本人の力・とりまく力を見極め、信じること
- 本人をとりまく人たちの力を借りること
- 人と人のおもいを繋ぐこと
- 私の価値観をおしつけないこと

小規模多機能施設めおといわ「ゆい」では



- ご利用者を不必要にサービス漬けにしない
- 事業所だけで自己完結しない
- 我々の敷いたレール(都合)に利用者に乗せない
- 暮らしぶりや本人の想いを知る

ぼくたちから地域に溶け込んでゆく

- 利用者を支えるために近所の人にお問い合わせばかりしているけど、そもそもぼくたちは「地域」をわかっているの？
- インフォーマルって何？
- ギブ&テイクのような気がする



- 推進会議を活かす…『劇団つつみ』の誕生！
- サポーター養成講座の受講終了者が…『つつみよかとこ会』を結成！
- 地域のNPO団体と手をつなぐ…ふれあい会での実践

いつでもどこでも

地域密着のNPO法人を設立しました

地域の中で安心して暮らし続けられるようにしていくためには、介護保険等の公的サービスだけでは困難で、地域での見守りや助け合い、交流が必要と感じる。

私たちは、事業者としてのサービスと住民の活動を如何に結び付けていくかが必要と考えます。

そのために 地域の住民が、自らの地域のあり方を考え、自ら活動していくようになることを目指し、地域密着の法人を設立しました。



資源活用プロセス

1. 資源を見えるようにしよう

地域資源マップを創ろう 作る過程が大事！

◎ フォーマルな資源



24時間
対応可
能？

とても足り
ない！

◎ インフォーマル資源を重ねて



「人」の
資源が
大事

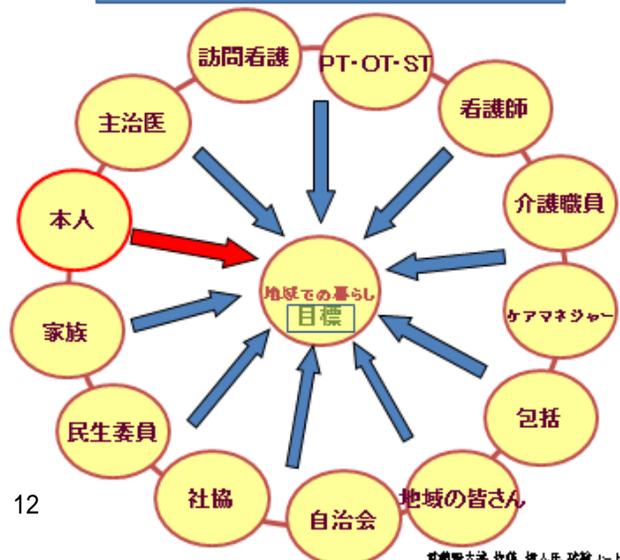
資源へアタ
ック！

2. 資源をつなぐ ネットワーク
繋ぐ支援 エンパワメントの支援
人と人を繋ぐ
人と場を繋ぐ
人と地域を繋ぐ
生きがいに繋ぐ
役割に繋ぐ

3. 担い手の必要

小規模多機能のスタッフで、地域の中で地域コーディネーターとして活動することができるになれば、地域を繋ぐことも更に可能になる。

地域でのチーム・ネットワーク



地域の中には、活用できる地域資源が多くある

隣人、友人、ボランティア、自治会、サロン……………

これまで「地域資源」というと、公的な機関や施設などが言われてきた。

しかし、先ず地域で暮らす人にとっての資源は、本人の持つ「関係ある資源」です。その資源と切り離さないこと、繋ぐことが重要です。

小規模多機能型居宅介護そのものも地域の中の資源の一つであり、小規模多機能型居宅介護のスタッフもまた、地域住民の一人です。事業所のスタッフとしての見方だけでなく、地域の一員、住民としての見方・考え方が必要です。そのことを行い、また地域との繋がりを再構築することも必要です。

地域の資源と利用者を繋ぐために

要介護となっていく高齢者は、地域との関係が既に切られていたり、ほとんどない状況になっている方々が多い。そこで、繋がりを創るためには、「だれもが集い助け合う場」と「繋ぐ人」が必要になります。

地域の力が支える生活の継続性

人は人の助けを借りずに一生を終えるか
地域の力が高齢者を支える
地域での生活を可能にするため、継続の重要性や
なじみ、住み慣れた空間など重視しなければならない

なぜ地域の力を必要としているか

なじんだ自然や地域の中で
なじみのある人との関係の中で
なじみの家や物の中で
なじみの生活スタイルで『私らしく生きたい』
このことを実現するために地域との繋がりが
問われなければならない

どのような地域であっても、本人が暮らしてきた地域、
または暮らしていく地域である。
小規模多機能型居宅介護はそうしたいろいろな地域
の中で、折り合いをつけながら支えていくこと。
そのためには、地域の状況を理解するとともに、
認知症になっても、こんな風に暮らすことができる
ということを示していくことが必要

※地域を見ながらいろいろな方法を試し、積み重ねていくことが必要であり、地域を変えていくことは何十年もかかることを理解することも必要



地域の資源を活用しよう

地域には多くの資源があります。また、創られつつあります。小規模多機能型居宅介護では、この資源を活用することが地域での暮らしとなります。

地域の活用できる資源は、地域のフォーマルな資源だけではなく、認知症サポーターや隣人・友人、お店などの多くのインフォーマルな資源があります。

住民同士の助け合いは、助けられているように見えないように行われています。

小規模多機能型居宅介護では、サービスでインフォーマルな支えあいを消さないよう注意が必要です。

本人と周囲の関係や距離感に注意しながらマネジメントを行い、小規模多機能事業所ですべてを抱え込まないようにしましょう。



商店街での
居場所づくり
(熊本市健軍商店街)



商店街での居場所
(香川県琴平町)

発想は、地域そのものでの暮らし

事業所と自宅だけでの支え方から、**地域での暮らし**の支え方に
発想を転換しよう

ケアは施設で完結しない。

地域力を活用・引き出す取り組みを...

地域での暮らしを支えるかかわり



なじみの魚屋での買物支援



毎月の法恩講に...



地域資源の活用は「地域の生活課題」を解決する

フレキシブル支援センター

地域の「生活課題」を解決する「コミュニティハウス」

- ①制度の隙間をつくらない＝地域による地域のためのセーフティネット機能強化
公的援助(福祉、法務など)を必要とする人の予防線が地域福祉の重要目的
- ②各法関係機関との役割分担によって新社会福祉システム構築への手がかりへ
従来型のシステムの限界を解決するツール開発として
- ③地域(自治体、住民)のエンパワーメント推進
生活に最も根ざした分野の実践で地域主権実現のためのモデル的役割

必要な人が誰も使える

地域ぐるみで運営する

地域の課題や目標が
みえてくる



誰もが支えて、支えられ
主役になれる

コミュニティハウス

芽を育てる

コミュニティハウス冬月荘の試行

話し合ってるだけじゃだめだ。
まずはやってみよう！！

フレキシブル支援
センター
(北海道釧路市)



福祉のユニバーサル化

- ・対象者を限定しない。必要な人が誰でも使える

循環型地域福祉システム

- ・利用する人が一方的に助けられるだけでなく、活躍できる場。

3つの機能



あったかふれあい
センター(高知県)



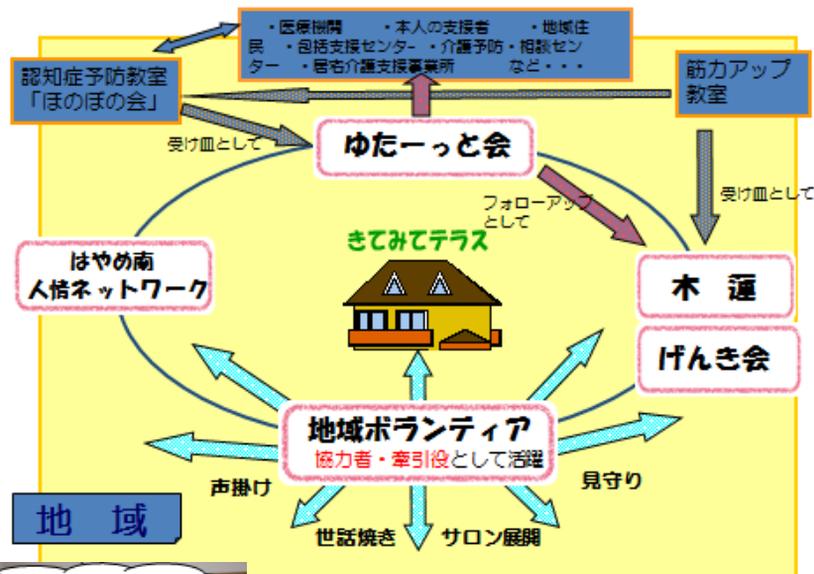
介護予防拠点の活用

介護予防拠点も活用できる資源

福岡県大牟田市をはじめ全国で小規模多機能型居宅介護に介護予防拠点が併設され、また単独の介護予防拠点でも小規模多機能型居宅介護の利用者の利用が行われている。これまでの地域での繋がりを切ることなく、また再構築する場となっている。そこでは、要介護者と地域の皆さんとの交流が図られ、地域での暮らしの支援になっている。



大牟田市介護予防拠点 きてみてテラス 活動とつながりのイメージ



小規模多機能ホーム
いつでもどこでん(山鹿市)

地域を巻き込み福祉のまちづくりを進めています



地域共生ホーム 地域住民が日常的にふれあい交流しながら、高齢者、障がい者、子どもなど地域の誰もが利用できる、通って、泊まって、家にも出向いて、あとでま住むこともできる地域共生ケアの拠点

地域ふれあい
ホーム
(熊本県)

地域の縁がわ とは
地域の、誰もが、気軽に集え、交流し、地域の課題を、互助の中で、解決していく場

地域の誰もが気軽に集え
自然な交流が図れる雰囲気
色々な課題を話し合えて
自分たちでできることはどうにかしていく活動の場

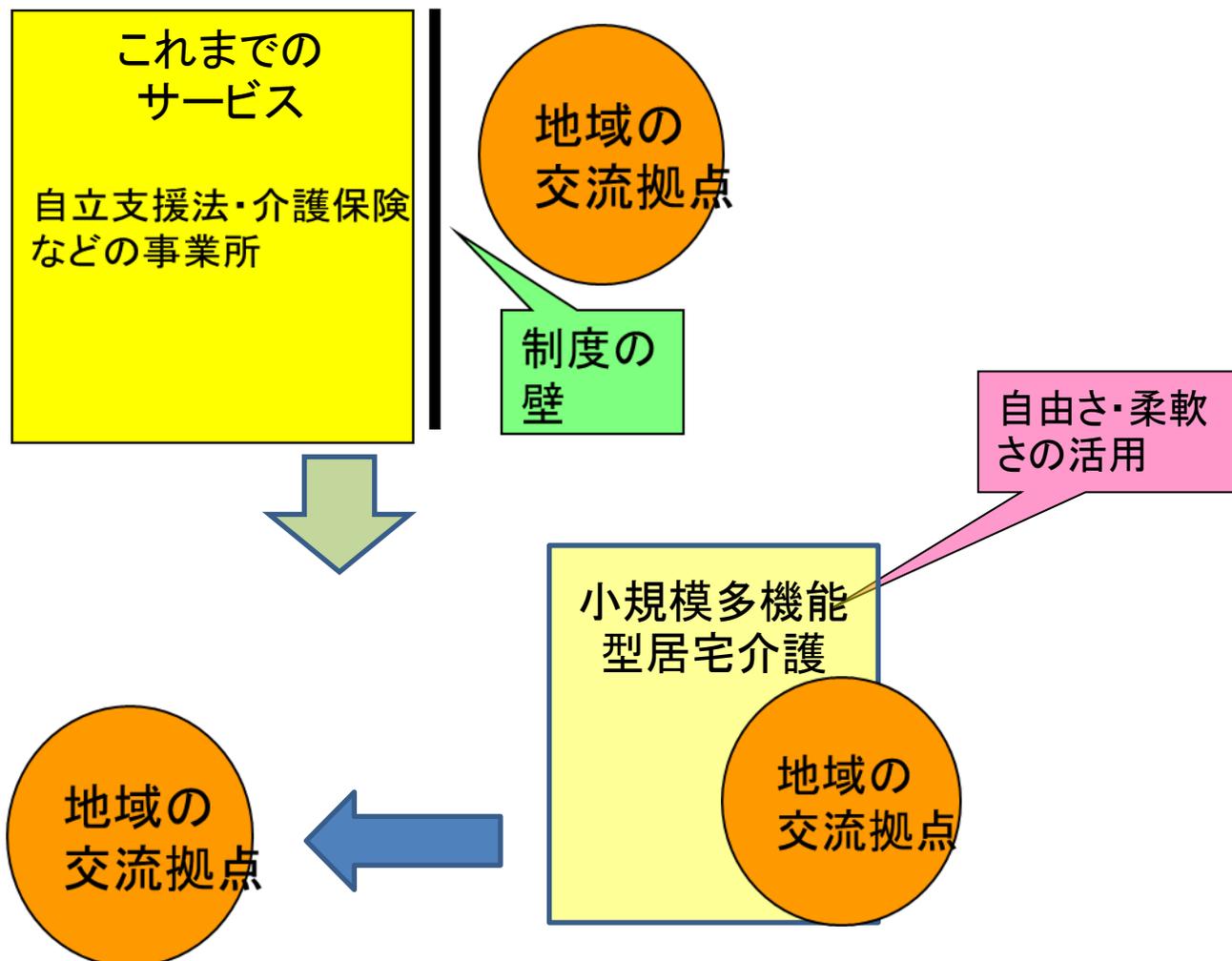
いつもにぎやかな縁がわ

子育てサロンもあります

地域の中で暮らそう

利用者の望む暮らしは、これまでと変わらぬ暮らし。暮らしは、地域の中にある。地域で暮らし続けることを支援するのが小規模多機能型居宅介護。さあ地域に出よう。地域には多くの資源がある。探そう、活用しよう、なければ創ろう。

地域の中で暮らし続けるためには、地域との交流が必要で、その拠点が不可欠。拠点は、介護保険などの事業所の中にも組み入れられることが望ましい。しかし、これまで「制度の壁」があったが、小規模多機能型居宅介護は在宅の包括報酬故に自由さ・柔軟さがある。小規模多機能型居宅介護の良さを発揮し、地域の中での暮らしを支援しよう。



ライフサポートワークの事例より

- ・ 79歳の男性、秀夫さんは、77歳の妻と二人暮らしです。
- ・ 要介護(Ⅲ)で身体はお元気、直前のことを忘れ同じことを何度も聞く、「外出」がある(月1回程度帰れなくなる)も、ご本人は「自宅で暮らしたい」妻も「一緒に暮らしたい」一人息子は心配しているも、遠方で月1回の帰省が限界。
- ・ 地域については、長年この地域で暮らしていて、隣人や友人も多く、周りでも心配しています。
- ・ 妻が2ヵ月間入院することになり、そのために包括支援センターからの紹介で小規模多機能への登録となりました。
- ・ 手続きに帰ってきた息子は、「24時間安心できるように毎日の利用と可能なら毎日泊めて下さい」と希望しました。

⇒どのような支援を考えますか？

関係者集まって意見と知恵を出し合おう!

地域の人のニーズも書く

様式2 カンファレンス記録 (記入例)

利用者氏名: 秀夫さん NO.			
参加者	本人、妻、息子、知人、隣人、 ケアスタッフ、ケアマネ		
年月日/項目	本人	家族・介護者	地域
○年△月×日	このまま自宅で暮らしたい 妻がいないと寂しい	妻 退院したら二人で暮らしたい 今私がしていること(食事や洗濯)を 代わってほしい 入院中寂しがりないか心配 息子 心配 可能な限り安心できるように 毎日泊まりを利用したい	友人 認知症が出てきたみたいで心配 できることは支援したい 隣人 心配している これまで私の方がお世話になった できることは支援したい
考 察	目標は、「自宅で暮らし続ける」で確認できた。これまでの暮らしと妻の入院期間のギャップをどのように埋めるか。最終的には事業所に対応するがご本人や家族、地域の方々がそれぞれできることをやることにする。		
確認事項	1.食事の確保 (近所の友人宅で食事、または友人からのお弁当あるいは通いで食事) 2.妻と過ごす時間を作る (朝夕、面会に行く) 3.夜間安全に過ごす (隣人・近所の方に見守りを頼む。また、可能なら妻や息子からの定時に電話して安心してもらう。どうしてもご本人が不安で一人で過ごせなければ 夜間、事業所職員が秀夫さん宅に泊まる) 4.昼間はこれまで通りに過ごす (一人で外出、近所の人に助けてもらう)		
本人(代理人)確認	○年△月×日 息子	○779/777	CM

様式3 ライフサポートプラン① (記入例)

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 秀夫 殿	生年月日 年 月 日	住所	確認欄	長男
事業所名・介護支援専門員名 ●● XX				
認定日 22年 2月 4日 認定の有効期間 22年 2月 4日～ 23年 2月 3日 要介護状態区分 II				
個々の目標(ゴール) 自宅で暮らし続けたい				
審判会の意見				
当面の目標・ニーズ 妻が入院している間もこれまでの暮らしを続ける				

左の様式2の「考察」と「確認事項」をプランに落とし込む

目標を達成するためのセブ/課題	本人	家族・介護者	地域	事業所	具体化	で、だけれど、どのようにして (いつorいつまで)	
入院前と入院中のギャップを埋める	食事は友人宅へ 妻の顔を見に行く	妻 毎日病院に 着てくれるように 言う 夜 電話する 息子 夜電話する	友人 食事をつくる 隣人 夕方見守り	友人ができないとき 食事提供 (通い、訪問) 夜間落ち着きない とき訪問	妻の入院 期間中	それぞれ	できることを 行う。 できないときには 事業所で対応
他の介護保険サービスの必要と具体的な課題							
モニタリング							確認欄

様式4 私の暮らしまとめシート (ライフサポートプラン②) : (記入例)

「以前の暮らし方」「こだわり」「できること・できないこと」も明らかに

私の暮らしまとめシート 氏名 秀夫さん 作成日 平成 ○年 △月 ×日 更新日 平成 年 月 日 介護支援専門員 XX

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	支援してほしいこと	場所	物品	関わる人	モニタリング
5:00	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			
6:00								
7:00	起きる		自分で起きれる					
8:00	朝食	必ずご飯味噌汁	自分で食べる ことができる	食事づくり	食事づくり	友人宅	または弁当	友人 またはスタッフ
9:00	散歩	雨の日も必ず出かける				自宅		友人の妻 またはスタッフ
10:00	友人宅へ		外出	洗濯 ときどき 帰れなくなる	洗濯 これまで通り、見守り	地域		地域の方 (警察も連絡済み)
11:00								
12:00	昼食	麺類が好き		食事づくり	食事づくり	友人宅		友人 またはスタッフ
13:00								
14:00	買い物 妻と一緒に	妻と出かけ買い物を手伝う	買い物を持つ		入院中は、妻の面会	病院		自分で 困難時スタッフ同行
15:00								
16:00					時間不定 入浴と着替えの手間			スタッフ
17:00	夕食	特にこだわりない		食事づくり 覚えておくこと	食事づくり	友人宅	または弁当	友人 またはスタッフ
18:00			電話に出る		「声かけ(安心 安否確認)	自宅		隣人
19:00	入浴	準備はこれまで本人の仕事	自分で入れる	ふる掃除				
20:00					電話(安心 安否確認)	自宅		妻
21:00	TV				電話(安心 安否確認)	自宅		息子
22:00	寝る		自分で寝れる (自分のベッドであれば)					不安時はスタッフ
23:00								
0:00								

24時間の生活の流れを書く

これまでのような“サービスの貼り付け型”のプランで考えると次のようになるでしょう。

妻が入院になるので小規模多機能型居宅介護のサービスで責任持たなければならない。そこから直接的に「毎日サービスを入れないといけない」「毎日泊めた方が安心」「毎日泊まれなければ毎日通ってもらう方が良い」と可能な限り多くのサービスを入れる。毎日の宿泊が一番安心となってしまう。

このようなプランが普通に作られています。そこには、それぞれのニーズを知ることも、地域の資源を活用することも行われていません。

ここで大事なことは、本人のニーズです。「自宅で暮らしたい」と明確に表現しています。また妻のニーズも、「退院したら秀夫さんと暮らし続けたい」です。一方、息子さんは「安心できるように泊ませたい」です。ポイントは、息子さんの「心配」は、これまでと妻の入院でどう異なるだろうか？という点の分析です。ここでもし息子さんの「要望」や事業所の都合で毎日泊ませたら、妻が退院してもこれまで通り自宅で暮らすことができるだろうか？ということを考える必要があります。地域では、これまでの関係の中で見守りや支援できる力があり、これまでも周りに心配され支援されてきたことがわかります。

私たちが取り組まなければいけないことは、妻が入院しても、本人のこれまでの生活が継続できるようにすることです。妻が入院することで生まれる「これまでとのギャップをいかに埋めるのか」が考えられるプランとならなければなりません。そのためには、本人や家族・介護者だけでなく地域の力を含めたチームが作られ、支援できるようにならなければなりません。介護保険のサービスだけでは地域での暮らしは支えきれません。

ここで押さえておくことは、本人と家族と地域はそれぞれニーズが異なるということです。異なるニーズを持つものが、それでも知恵を出し合う場がカンファレンスであるということです。カンファレンスの結果、秀夫さんの支援は、様式2のカンファレンス記録で確認事項（①食事の確保：近所の友人宅で食事、または友人からのお弁当、あるいは通いで食事、②妻と過ごす時間を作る：朝夕面会に行く、③夜間を安全に過ごす：友人・近所の見守り、妻や息子から定時に電話、どうしても不安なら夜間に職員が泊まる、④昼間はこれまで通りに過ごす）のように決まりました。その結果、作られたライフサポートプラン①（様式3）および②（様式4）は、次頁の表のように表されました。

様式とガイドブックは、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からダウンロードできます。ぜひ多くの皆さんがご活用されることを願っています。

