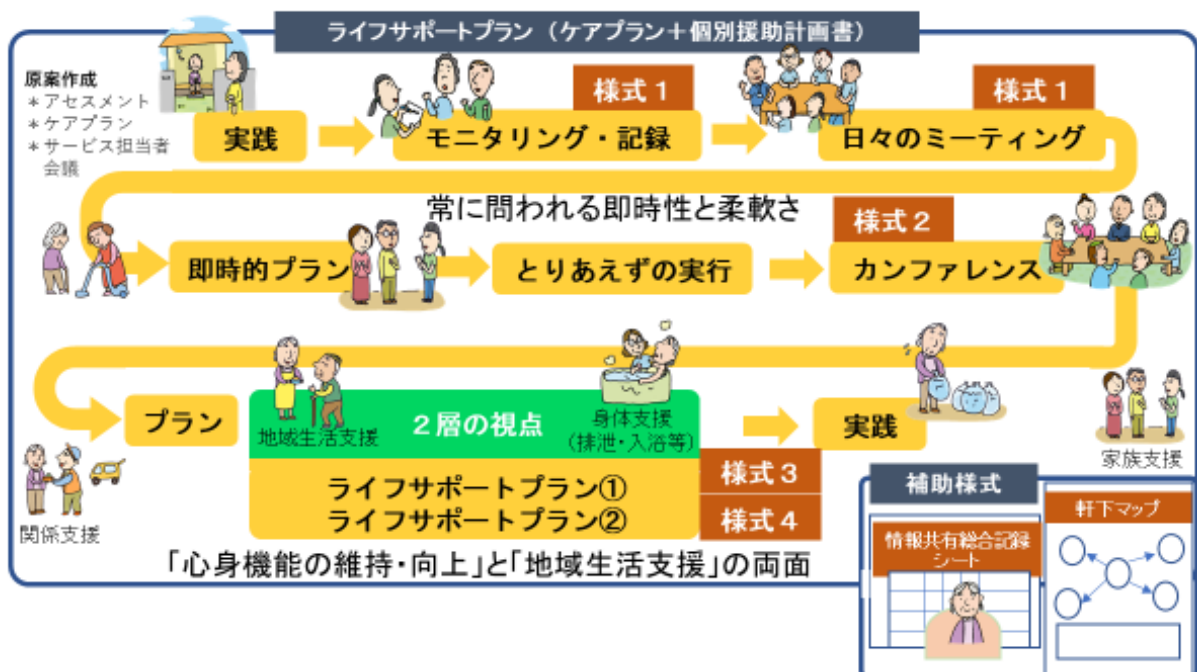


## 小規模多機能型居宅介護の支援とケアマネジメント ～「ライフサポートワーク」考え方とその様式～



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](mailto: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

## 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は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、幸福追求権という「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。

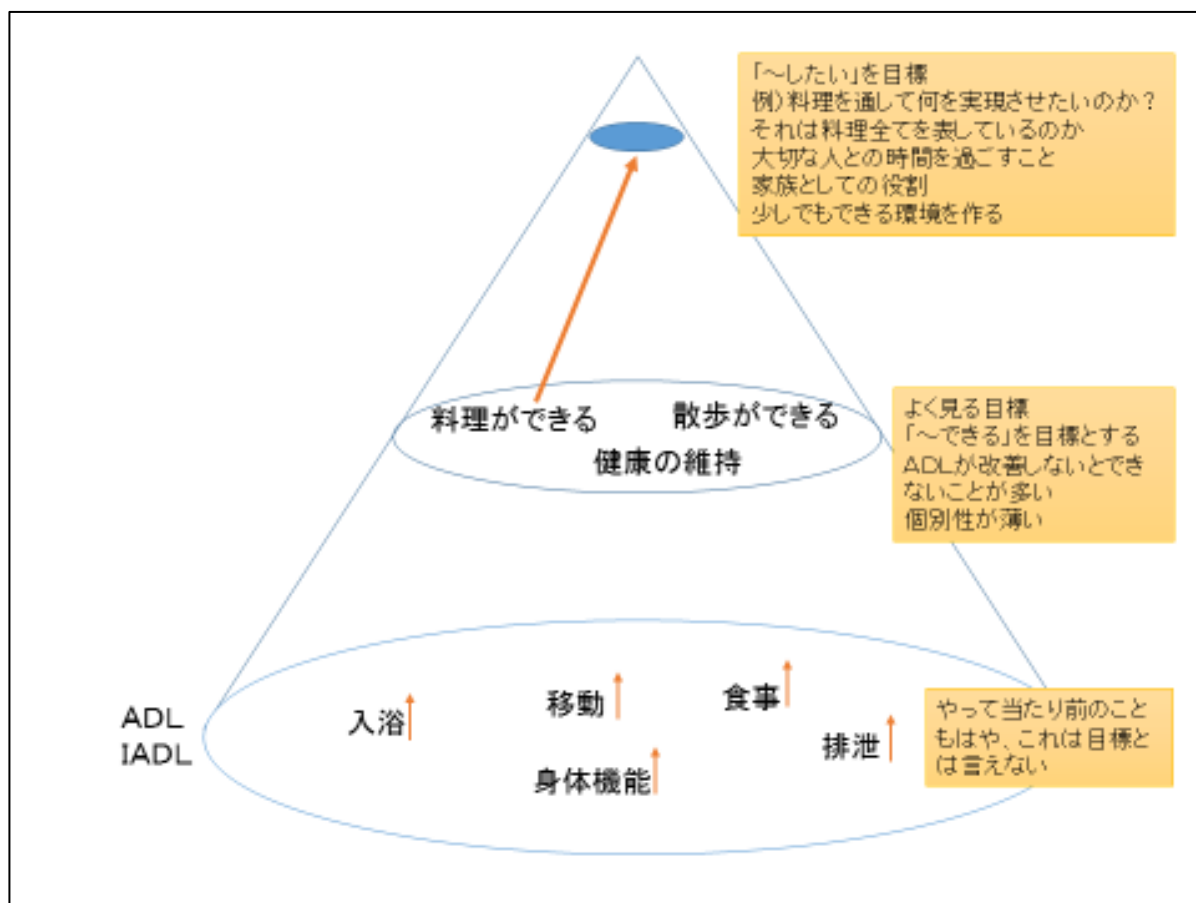
また、白抜きの部分を減らして介護サービスで埋めてしまうことを目的としているわけ



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。

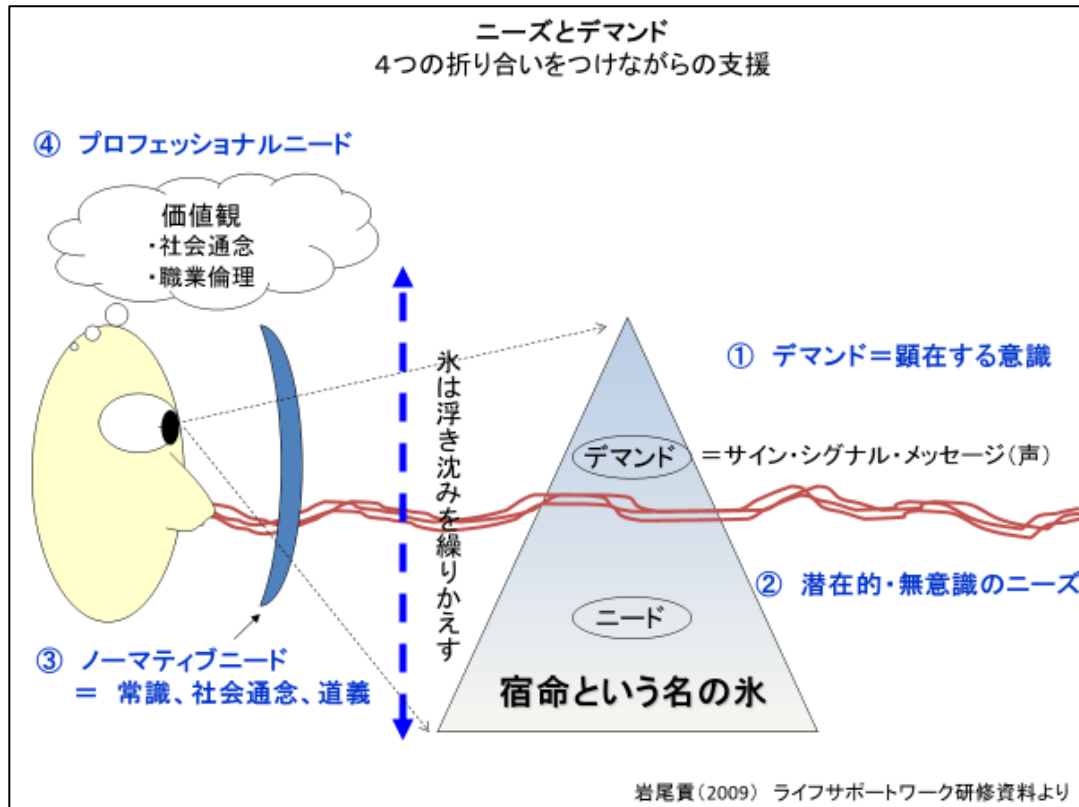
例えば通いに来ている利用者が「昼食は結構です」という言葉を発したとします。その時「この人は食事不要」と単純に考えないでしょう。食事を断る理由があり、その理由を探るためにかかわりを持ち「お財布を忘れたから食べられない」「夫が自宅で待っているから食べられない」「知らないところで食事はできない」などといった潜在的な声にならない声に思いを巡らせ、言っている事ではなく言いたい事を推し量るのではないのでしょうか。

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。

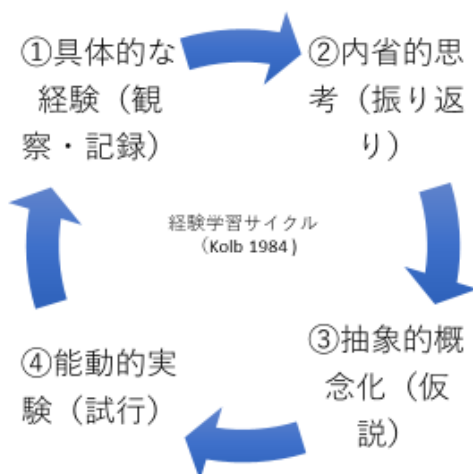
### 1.8 ケアとはチャレンジすること（仮説と検証の繰り返しによるケア）

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、ルーチンを実践すること。

## 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。

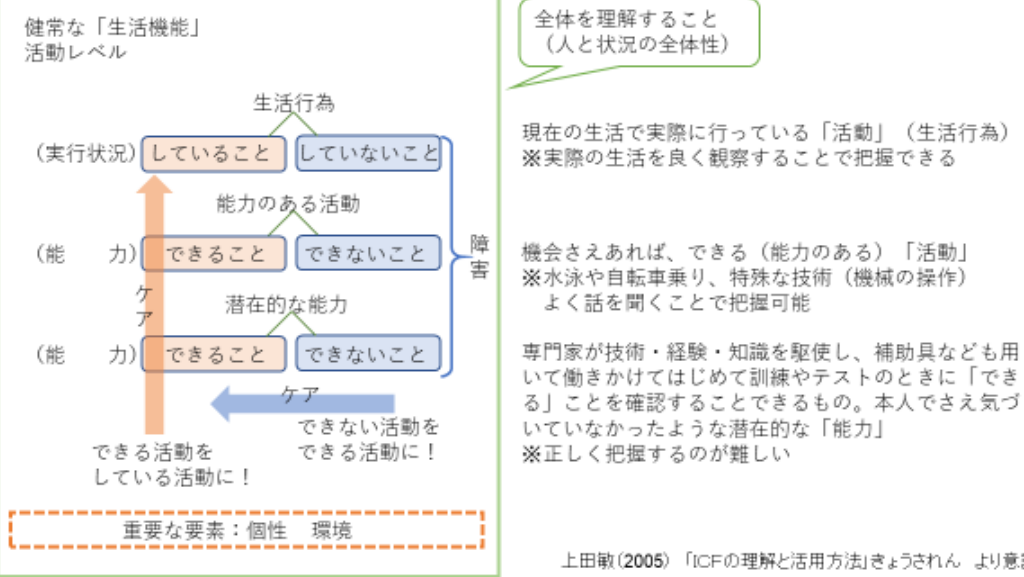
認知症や身体の障害、衰えによりできないことを生活の一部分から切り取って、機能を評価するのではなく、本人の望む生活を実現すべく本人と本人を取り巻く状況の全体（人と状況の全体性）を理解することが「暮らし」を理解するために重要となります。

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

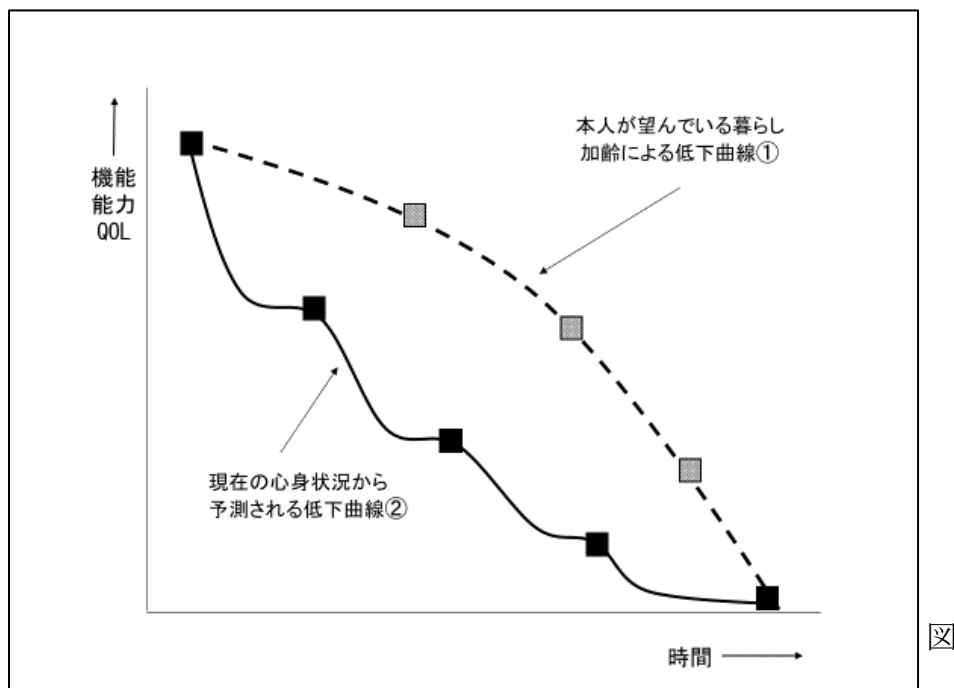
サービス提供時間＝25時間30分

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す。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」とはどういうことでしょうか。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方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。