

◎ 「私の暮らし応援プランの話し合い」を希望します。

Cシートについての同意及び依頼となります。

◎ 話し合いでは、☑印をつけたところについて、参加した人たちに伝えてもかまいません。

本人情報等の提供についての同意欄になります。

○ このプランのこと

○ 相談票のこと

○ そのほかのこと

「私の暮らし応援プラン」「相談受付票」以外の本人に関する内容となります。

☆ポイント

- ・ A、B、Cシート及び相談受付票について、記載されている内容全部を本人が同意するとは限りません。各項目をひとつずつ確認し同意を得る必要があります。
- ・ 本人が同意しない内容がある場合は、その旨を「そのほかのこと」に記載し、話し合いの提出資料から削除します。
- ・ 本人の希望する暮らしを支援していくうえで、関係者に情報提供をした方が効果的と作成者が判断した場合は、本人とよく話し合い、理解を得ることが必要です。
- ・ 話し合いで本人が触れてほしくない、話したくないことについても確認します。この場合、「そのほかのこと」に記載します。

○ 年月日・サイン

同意欄にあたり、本人が同意した年月日を記載します。本人からサイン（署名）を受けます。

○ 代理人・代筆者

本人の状況によりサインが困難な場合、代理人もしくは代筆者が署名し、本人との関係、サインできない理由を記載します。

☆ポイント

- ・ 代筆者は、本人が指名した者が代筆をすることが原則です。指名された代筆者が本人と利害相反関係（例えば、本人が利用している施設等の職員）にある場合、その旨を本人に説明し別の代筆者を指名してもらいます。
- ・ 代理人は、本人が利用している施設等の本人の身元引受人もしくは民法上の代理人にあたるものとします。
- ・ 本人の状況により同意の確認が得られない場合、代理人に説明し、代理人の同意後にサインをいただきます。

Ⅶ 私のくらし応援プランの話し合い〔Dシート〕

1 「私のくらし応援プランの話し合い〔Dシート〕」について

Dシートは、いわゆる「ケア会議」にあたり、このシートは本人への報告書となります。

A、B、Cシートをもとに開催される話し合いの結果について記載されます。

本人の今の様子と具体的な支援により、今のくらしがどのように変化していくのか、視覚的にも理解できやすくなっています。また、話し合いの結果に基づき、修正点や変更点なども併せて記載され、具体的な支援が決まります。

2 「私のくらし応援プランの話し合い〔Dシート〕」の構成

Dシートは、以下の7項目により構成されています。

- ◎ 話し合いの日時・集まった人たち
- ◎ 私を応援する人
- ◎ 私のくらしをどのように変えていくか
- ◎ 私のくらし応援プランのつけ足したいこと、変えてほしいこと、直してほしいこと
- ◎ そのほかのこと
- ◎ 次の話し合いの日時
- ◎ 「私のくらし応援プランの話し合い」は書いてあるとおりにおこなわれました。
 - 年月日・サイン
 - 代理人・代筆者

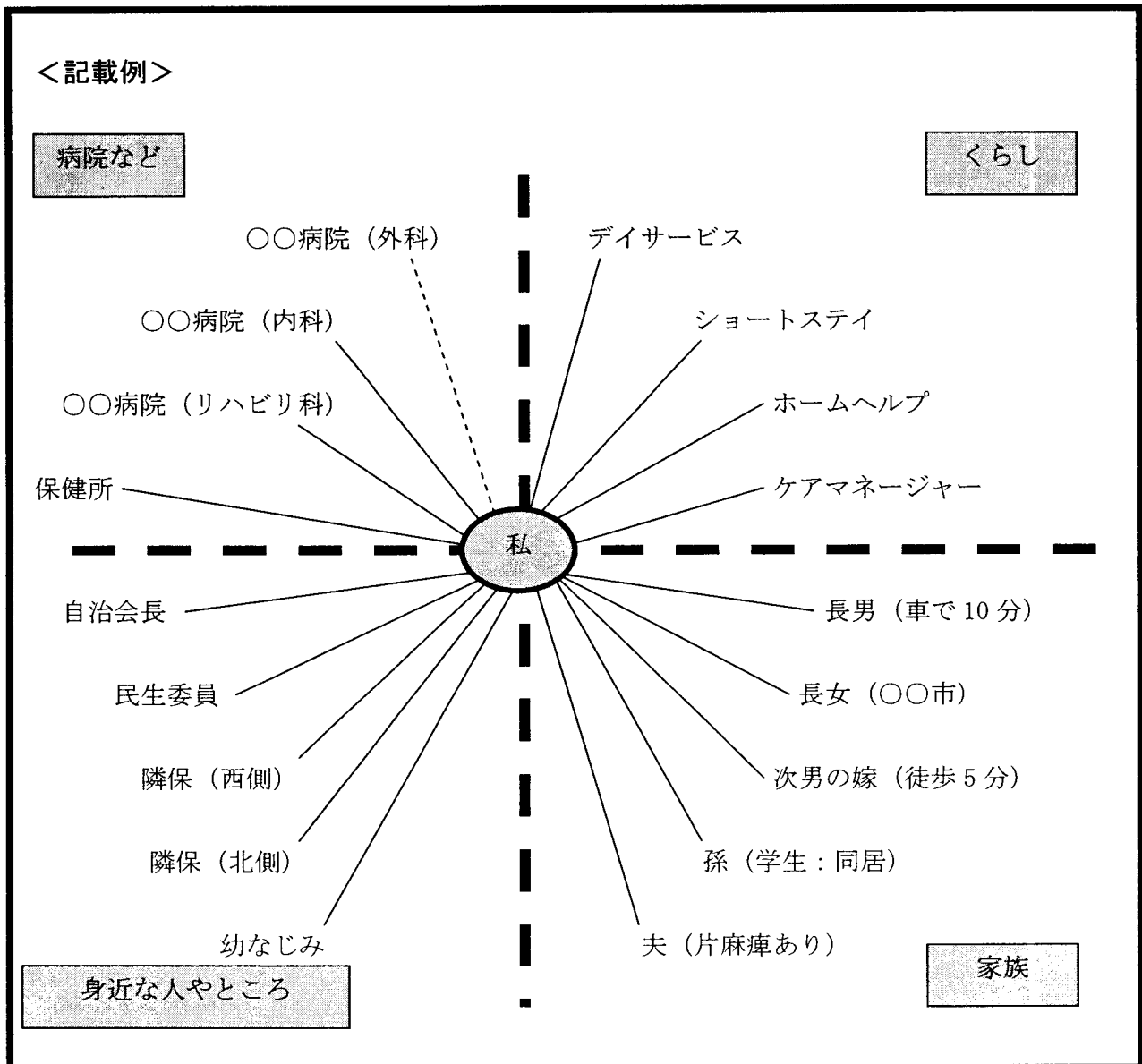
3 記載要領

- ◎ 話し合いの日時・集まった人たち
 - 日時・場所
実施した日時と開催場所を記載します。
 - 集まった人たち
参加者の所属、職名、氏名を記載します。
 - 私が参加できなかった理由
本人が参加できなかった場合、その理由を記載します。
 - 参加してほしい人が参加できなかった理由
本人が参加を希望した機関等が参加できなかった場合、参加予定者の所属、職名、氏名、参加できなかった理由を記載します。

◎ 私を応援する人

本人を中心に、現在使用しているサービスや過去に使用していたサービスなどを書き込みます。現在使用しているサービスは実線で、過去に使用していたサービスは点線で記載するなどの工夫もよいでしょう。

関わりはあるが関係性が悪いものは波線で表現するなどの工夫をすることは必要ですが、それらの記号がどういう意味をもつかは参加者全員で把握しておく必要があります。

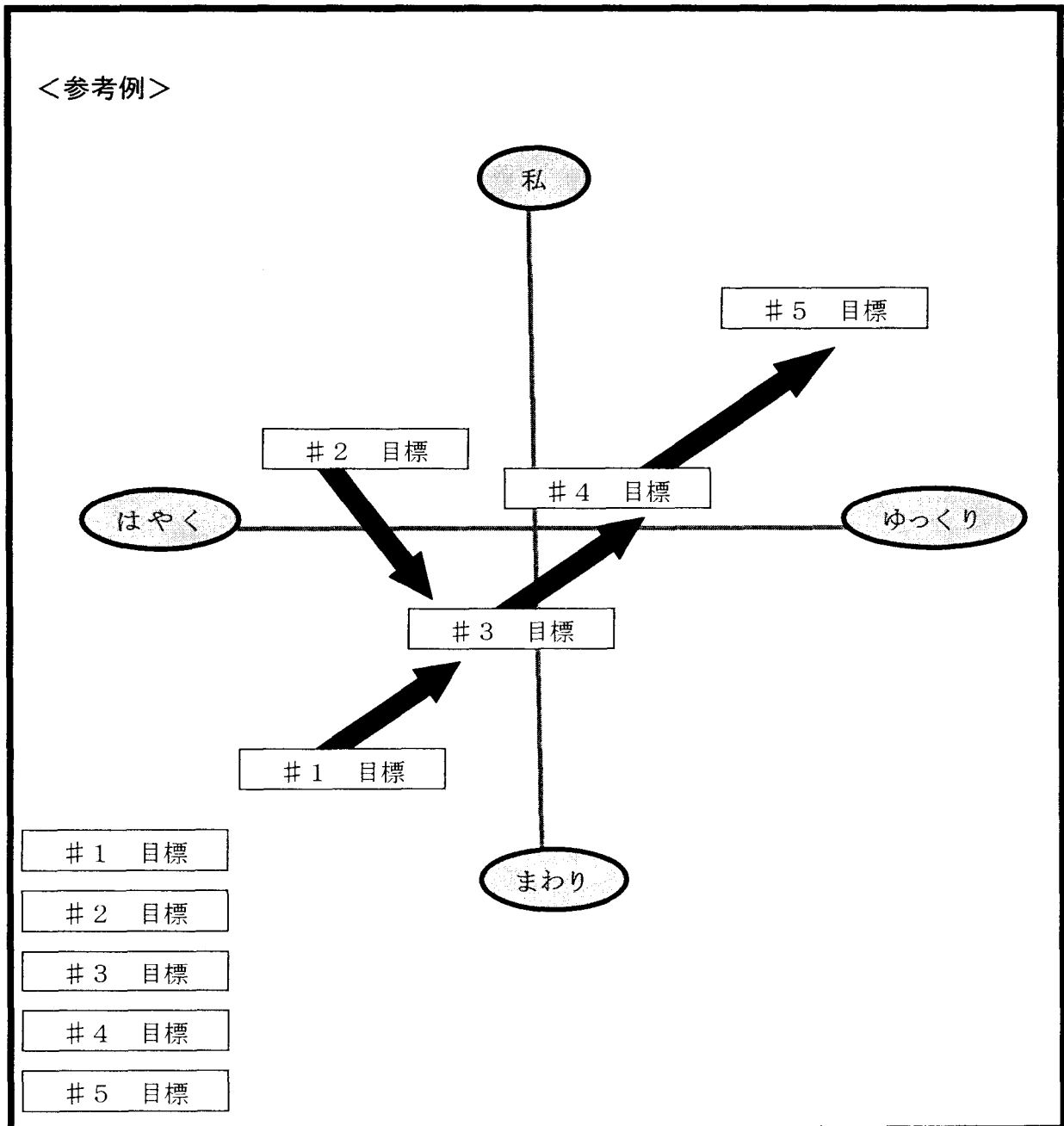


(野中猛、高室成幸、上原久著：「ケア会議の技術」(中央法規 2007) の図を改変)

◎ 私の暮らしをどのように変えていくか

実現可能な目標を実行する順に並び替えます。「はやく（急いで行うもの）→ゆっくり（ゆっくりでもよいもの）」、「まわり（関係機関の調整等を図るもの）→私（本人が主体的に動くもの）」の軸で分けた十文字表を使うと、支援展開を体系的に把握できます。

この際、実際の支援展開や本人や家族の生活がどのように変化するかをイメージすることが可能です。

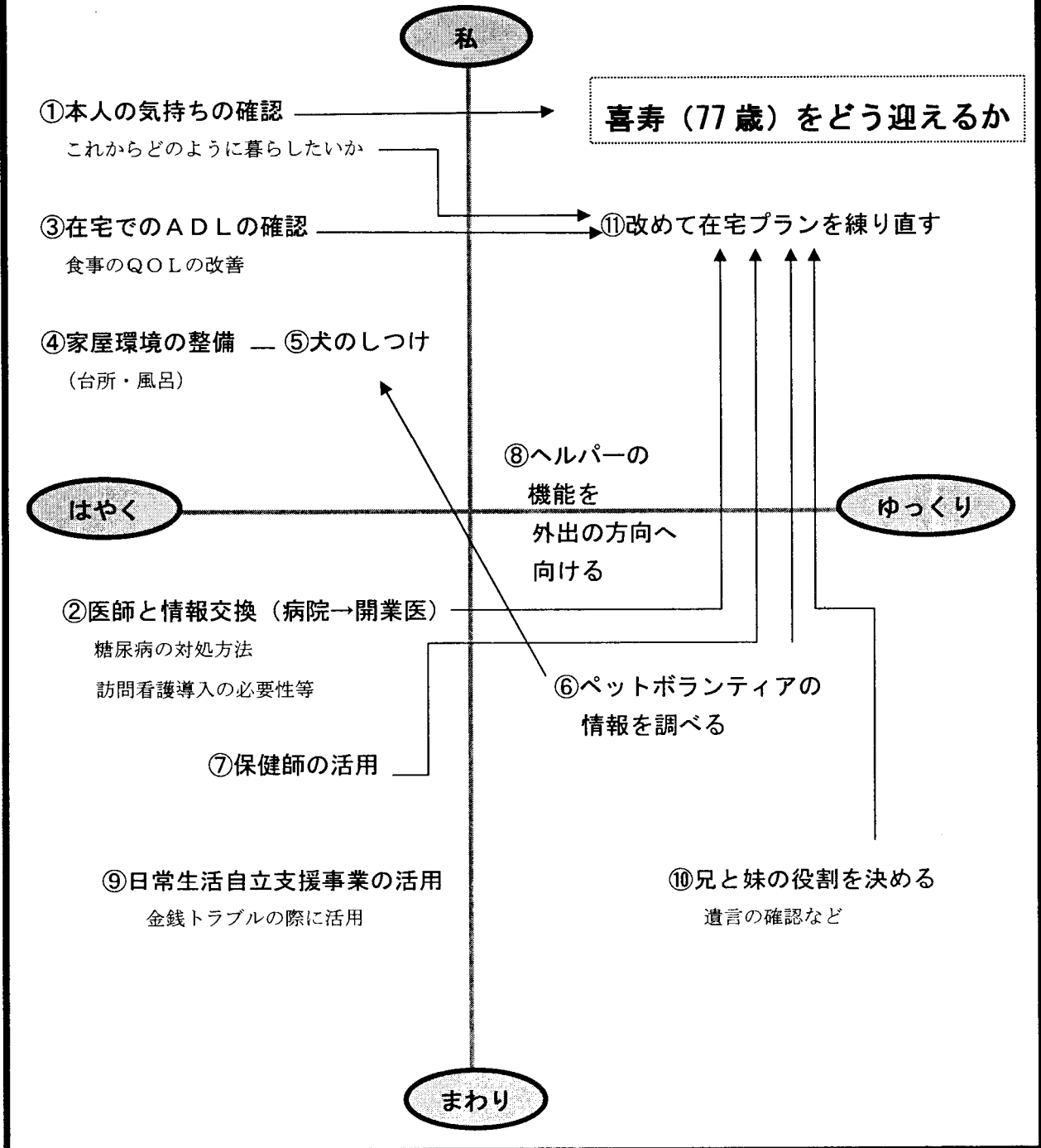


(野中猛、高室成幸、上原久著：「ケア会議の技術」(中央法規 2007) の図を改変)

<記載例>

[事例概略]

一人ぐらしの高齢者男性（73歳・要介護3）。救急搬送が重なり、家の中がゴミだらけの事例。糖尿病に伴う下肢の壊死や低血糖発作がある。糖尿病は服薬治療中だが、ほとんど服薬しない。家の中で動物を飼育しているが、糞尿の始末はできない。浴室や台所は糞尿で詰まり使用不可。兄と妹は電車で30分のところに居住。ヘルパー（2回/日×週2回）、デイサービス（1回/週、入浴確保）を利用中。自宅は内縁の妻（特養入所中）名義。収入は2ヶ月で約50万円（労災年金含む）で本人管理だが、持っているお金を使い果たしてしまう。



(野中猛、高室成幸、上原久著：「ケア会議の技術」(中央法規 2007) の図を改変)

- ◎ 私の暮らし応援プランにつけ足したいこと、変えてほしいこと、直してほしいこと
話し合いの結果、Cシートの修正点、変更点、追加事項等について記載します。
- ◎ そのほかのこと
各項目に該当しない特記事項などを記載します。
- ◎ 次の話し合いの日時
次回開催の話し合いの開催予定日時と場所を記載します。

☆ポイント

- ・「私の暮らし応援プランの話し合い」には本人の参加を原則とし、その上で、他の参加者についての調整をします。
- ・開催場所は、本人が落ち着いて会議に参加できるよう配慮します。

- ◎ 「私の暮らし応援プランの話し合い」は書いてあるとおりにおこなわれました。
「私の暮らし応援プランの話し合い」についての同意となります。

○ 年月日・サイン

同意欄にあたり、本人が同意した年月日を記載します。本人からサイン（署名）を受けます。

○ 代理人・代筆者

本人の状況によりサイン（署名）が困難な場合、代理人もしくは代筆者が署名します。この場合、本人との関係、サイン（署名）できない理由を記載します。

☆ポイント

- ・代筆者は、本人が指名した者が代筆をすることが原則です。指名された代筆者が本人と利害相反関係（例えば、本人が利用している施設等の職員）にある場合、その旨を本人に説明し別の代筆者を指名してもらいます。
- ・代理人は、本人が利用している施設等の本人の身元引受人もしくは民法上の代理人にあたるものとします。
- ・本人の状況により同意の確認が得られない場合、代理人に説明します。代理人の同意後にサインをいただきます。

VIII 私の暮らし応援プラン〔Eシート〕

1 「私の暮らし応援プラン〔Eシート〕」について

Eシートは、いわゆる「個別支援計画書(ケアプラン)」として、本人に提出されます。Dシートで合意された具体的な支援内容などが記載され、共に一緒に希望や夢の実現を目指して歩いていくための共通のツールとなります。

また、いわゆる「モニタリング」として、短期目標を中心に、支援内容の経過や結果について確認・検証します。この作業は、いわゆるケア会議の中でも重要なポイントになり、①計画通りに個別的・具体的な支援が提供されているか、②目標の達成状況はどうか、③支援の結果は良好か、④新たな願いや希望は発生していないかなどについて確認・検証します。その結果に基づき、場合によっては、長期目標や中期目標が変更や修正されることもあり、B、C、Dシートが活用されていきます。

相談からはじまり、「相談受付票」等の作成後、話し合いを経て、いよいよ本人の希望する暮らしの実現に向けた本格的な支援に入ります。

2 「私の暮らし応援プラン〔Eシート〕」の構成

Eシートは、以下の15項目で構成されています。

- ◎ サブタイトル
- ◎ 年月日・サイン
- ◎ 代理人・代筆者
- ◎ 説明者
- ◎ 担当する人
- ◎ 私の願い、希望、夢など～私の希望する暮らし
- ◎ 願いをかなえるためにやってみたいこと
- ◎ 私を応援する人
- ◎ 私の暮らしをどのように変えていくか
- ◎ 願いをかなえるために気をつけてほしいこと、気を配ってほしいこと
- ◎ とりくみの様子
 - やってみたいこと
 - 月
 - ふりかえり
 - これから
- ◎ 今の気分はどんな感じ?
- ◎ 夢にどこまで近づいたかな
- ◎ あったらいいな
- ◎ そのほかのこと

3 記載要領

話し合いで合意された内容を記載します。記載については、Cシート、Dシートに準じます。

◎ 年月日・サイン

同意欄にあたり、本人が同意した年月日を記載します。本人からサイン（署名）を受けます。

◎ 代理人・代筆者

本人の状況によりサイン（署名）が困難な場合、代理人もしくは代筆者が署名します。この場合、本人との関係、サイン（署名）できない理由を記載します。

◎ 説明者

☆ポイント

説明者は、作成担当者が行うことが望ましいでしょう。

◎ 担当する人

○ 作成年月日

作成した年月日を記載します。

○ 作成者

作成者の所属、職名、氏名を記載します。

☆ポイント

作成者は、「私の希望する暮らし」の担当者となります。

◎ とりくみの様子

この「とりくみの様子」は、モニタリングシートも兼ねています。確認・検証（モニタリング）を行うごとにこのシートを順次追加することにより、時系列で支援の経過や本人の暮らしぶりの変化などが把握されるようになります。

○ やってみたいこと

話し合いで合意された内容を記載します。

○ 月

「やってみたいこと」を実施する期間となり、支援を行う月を記載します。実施の期間を矢印で記載し、支援内容（誰が・いつ・どこで・何を・どうする）を記載します。

○ ふりかえり

・わたし

「やってみたいこと」の実現のために本人がやってきたこと、頑張ったことなどを記載します。

☆ポイント

記載欄は自由記載としていますので、本人の満足度評価の内容や感想などを記載してもかまいません。

・まわり

支援者側が「やってみたいこと」の実現のために実施した支援の経過について記載します。

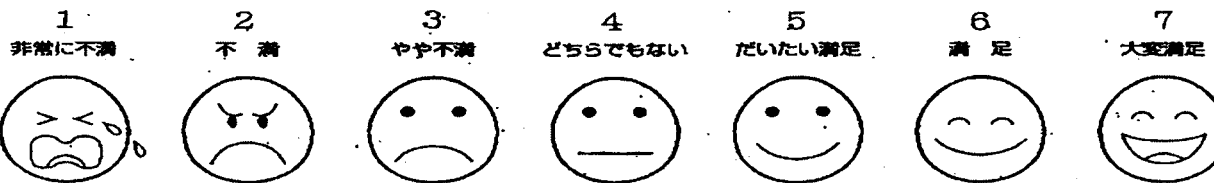
☆ポイント

- ・経過が時系列で分かるよう記載します。
- ・本人の生活や気持ちの変化などにも着目します。
- ・活用した資源などがあれば記載します。

・やってみてどうでしたか？

「やってみたいこと」を実施した経過や結果、支援内容などについて、本人の満足度を7段階で評価してもらい記載します。

☆評価基準



☆ポイント

- ・目標の達成度に対する評価ではありません。また、支援者側の満足度を評価するものではありません。あくまでも、本人の満足度の度合いについて確認します。
- ・支援者側の主観や意見などが入らないよう留意しながら評価してもらいます。
- ・目標の達成度と本人の満足度は、必ずしも一致しません。例えば、目標は達成できなかったが本人は満足した、などが考えられます。
- ・単に「満足した」「不満だった」のみを評価してもらうのではなく、どのような関わりが実りをあげたのか、あるいはそうではなかったのかなどについても確認しながら評価してもらいましょう。そのためにも、多角的な視点で評価できるよう、本人への働きかけを工夫することが大切です。
- ・自らの意思を表明することが困難な場合は、家族の方などから聴き取ります。この場合、表中に代わりの人の氏名、本人との関係を（ ）で記載します。

○ これから

支援の経過や結果、達成度などについて評価します。

・続けてみる

目標や支援内容を継続することを指します。

・変えてみる

目標や支援内容などを修正することを指します。

・つけ足す

新たに「やってみたいこと」を設定することを指します。

・ひと休み

何らかの理由により目標や支援が留まっていることを指します。

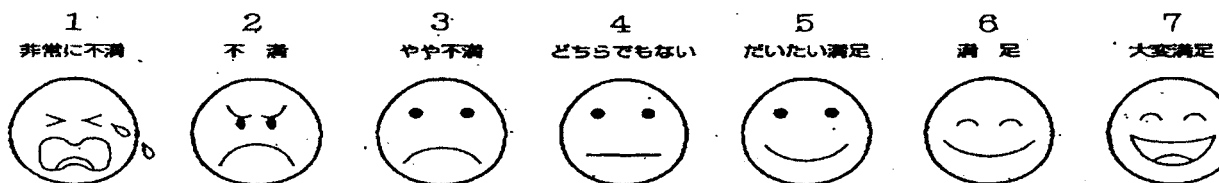
・クリア！

支援の結果、「やってみたいこと」が達成されたことを指します。

◎ 今の気分はどんな感じ？

この「とりくみの様子」全般についての本人の満足度を7段階で評価してもらい記載します。

☆評価基準



☆ポイント

- ・本人の「主観による満足度」について確認します。目標の達成度に対する評価ではありません。また、支援者側の満足度を評価するものでもありません。
- ・支援者側の主観や意見などが入らないよう留意しながら評価してもらいます。
- ・目標の達成度と本人の満足度は、必ずしも一致しない場合もありえます。例えば、「目標は達成できなかったが、支援者が一生懸命やってくれたので大変満足した」などが考えられます。
- ・「満足した」あるいは「不満だった」の評価のみでなく、「どのような点に満足したのか」を具体的に聞き取ることができれば、次の支援に役立つ場合が多々あります。
- ・自らの意思を表明することが困難な場合は、家族の方などから聴き取ります。この場合、表中に代替りの人の氏名、本人との関係を（ ）で記載します。

◎ 夢にどこまで近づいたかな

全体として目標はどの程度達成されたと思うのかについて、目標を達成できた場合を100m走のゴールとしたときに、本人と支援者が走っていると思われる場所に▼印をつけます。

☆ポイント

- ・ 正確な評価を求めるものではありません。
- ・ 本人と支援者として評価が違う場合があります。お互いに話し合い決めることが望ましいでしょう。

◎ あったらしいな

目標として計画したものの、サービスや資源が存在しないために、目標達成ができない場合もあります。その場合、「どのようなサービスや資源があれば目標を達成できるのか」を具体的に記載します。現存しなくとも、「こんなものがあればいいのに…」という新しい形のサービスでもかまいません。

◎ そのほかのこと

特記事項等のほか、自由記載欄となります。

IX 「私の希望する暮らし」作成に係るQ&A

問1：好きなことや夢を語るだけでは、現実にはすぐわない計画になると思いますが？

回答：何に対する計画（スケジュール）なのか、という視点が大切だと思います。「プラン（計画）」は、「目標」を計画的に進めるためのものですし、また「目標」は、「ニーズ」に基づくものという前提があります。「好きなこと」や「語られる夢」は、デマンドといわれるもので、「ニーズ」とは区別されるのが一般的です。

私たち専門家は、利用者が語る内容（デマンド）、関係者が持ち寄る情報、あるいは諸々の事実関係からニーズを査定する必要があります。「目標」は、査定されたニーズと、利用者のデマンド（希望）をうまく組みあわせながら、利用者が主体的に取り組めるようにアレンジして提示するものです。

この部分が、我々専門家の腕の見せどころでもあります。提示された「目標」を実行するために必要なのが、「計画表（プラン）」といわれるものです。誰が担当するのか、いつまでに実行するのか、どこでどのように実行するのか、次回の評価はいつ行うのかなどが記載されたものを指します。

問2：計画票に月間スケジュール、週間スケジュール、一日のスケジュールが必要ではないでしょうか。

回答：その計画が週単位で進められるものであれば、週ごとのスケジュール表が必要になると思います。また、月単位や日単位で進められるものであれば、それぞれの単位（月や日）によるスケジュール表が必要になると考えられます。

時に、月・週・日のそれぞれの単位で、利用者の生活状況を把握する必要がある場合があります。その場合、月間または週間のスケジュール表があった方が把握しやすいことはいまありません。

ただしその場合は、利用者の生活状況を把握することが目的なのであって、支援計画を進めるための「スケジュール表」ではないことに留意する必要があると思います。この場合は、利用者の「生活サイクル（またはリズム）の情報共有」が目的になりますので、目標達成のためのスケジュール表とは、使用する目的が異なります。

問3：計画票に細かい収支（貯金、年金、など）について記載する必要があるのではないのでしょうか。

回答：金銭面の詳細情報については、ニーズがそこにある（ありそうな）場合、あるいはニーズ査定により、金銭面へのアプローチが必要となった段階で収集しても間に合う場合が多いのではないのでしょうか。

この部分は非常にデリケートな情報ですので、収集する場合は、それを必要とする根拠や、聴取するための十分な説明や関係づくりのためのゆっくりとしたアプローチが必要です。

問4： 計画書の作成において希望がかなえられない時、例えば本人が実家で家族とくらしたいと希望しているが、家族が受け入れられないことを表明している場合はどうしたらよいのでしょうか。

回答： 実務的にはこういう場面の方が多いのかもしれませんが。しかしその場合も、まずはご本人の希望に沿った支援を展開する必要があります。仮にそれが、客観的に「無理だ」と考えられる場合でも、支援者として「まずは行動する」ことが求められます。

理由は、主に2つあります。

1つは、「本人の希望に添って支援する」という支援者側の姿勢をご本人に体験的に理解していただくためです。

2つめは、利用者に「現実検討していただく機会とする」ためです。

この2つを同時並行的に行うために、家族を交えたケア会議を開くのも有効な方法だと思います。

ただしその場合でも、支援者側が結論を急いではいけませんし、諦めてはいけません。家族の感情を本人の前で表出されることによって、これまで気づかなかった家族の思いを、本人が知る機会になる場合があるからです。

家族の思いを本人がどう理解するか、あるいは家族の思いを理解したうえで本人がどのような行動をとるかという点を評価して、次の支援計画に反映させていけば良いわけです。

問5： 仮にどうしても本人の希望が受け入れられなくなったとき、本人の希望を変更させることもあると思いますが、なぜ無理なのかをこの計画に記載していく必要はないのでしょうか。

回答： ご指摘のとおりで、それができるようにシートは工夫されています。しかしながら、実現が難しいので目標を変更するということがあれば、支援の方法を変えてどうしたら実現するかといった2つの視点を入れて振り返り、それをシートに反映させる必要があります。

あの手この手を尽くしても、すべての支援が良い方向に展開するとは限りません。「本人の希望が受け入れられない」こともしばしば起こりえることです。その場合、モニタリングを目的とするケア会議で評価します。

その目標について、誰が、いつ、どのような支援を行ったのか、その支援の方法は妥当だったか、別のアプローチはないか等々チーム全員で振り返り（評価）を行います。その結果、「目標」を変更することもあるでしょうし、支援の「方法」を工夫する場合もありえます。いずれの場合も、「モニタリングによる（中間）評価」として記録しておくことが必要になります。

問6： 本人を入れて行うケア会議にはどのような工夫があるでしょうか。また、障害特性により、本人の理解力が低い場合など、支援者が配慮すべき点はどのようなことでしょうか。

回答： これまでのケア会議が、「専門職による専門職のための会議」として機能していればいるほど、本人が会議に参加することに違和感や抵抗感を覚えることも多いと思います。しかし、本人や家族もチームの一員として歓迎し、目標達成に向かって互いに協力しあうことも決して悪くない方法です。

本人や家族が参加すると、支援者の言葉づかいが丁寧になり、本人の理解力に合わせた適切な配慮や支援を意識するようになります。支援者の好ましい変化が、利用者に悪影響を及ぼすとは考えにくいものです。支援者の「〇〇さん、一緒に頑張ろうね。」という一言は、利用者にとってどれほど励まされることでしょうか。

ケア会議を相撲に例えれば、「土俵」のようなものです。本人と支援者が真剣に目標に向き合うため、最初は、不慣れなこともあると思います。けれど、「お互い、不慣れだけど一緒にがんばろう！」という姿勢を示すことこそ、支援の基本姿勢ではないでしょうか。

不慣れな場合には、ケア会議を進めていくためのルールをあらかじめ決めておくこともよいでしょう。参加者全員で終了時間を確認しておくのです。本人や支援者が、自分の思いを延々と話し続けてしまう場合などは、「お話する時間が長くなるとゴールまでいきませんがよろしいですか？」等と本人に確認すればよいのです。時間は無限に保証されているものではありません。本人も支援者も、時間管理には責任を持つことが重要です。

問7： ケア会議において短期目標を設定し、実際の支援を行う場合、本人の長所や能力を伸ばす支援に限定してよいのでしょうか。生活していくうえで、直してほしい生活習慣等（例：酒を飲みすぎる等）を短期目標として指導しなくともよいのでしょうか。

回答： ケア会議は、①概要把握、②全体像把握、③アセスメント、④目標設定、⑤計画策定の順に進められます。このうち「良いところ」または「悪いところ」の情報は、①および②の部分で把握され、かつ、③で吟味されることとなります。①～②の部分は、あくまでも事実関係のみを提示することがコツです。

事例提供者（または支援者）の「主観」が入ってしまうと、③のアセスメントがぶれてしまいます。良くも悪くも、事実は事実として提示すべきです。「これはいけない」「こうすべきだ」という「支援者の主観」は、極力排除する習慣を身に着けることが理想です。この習慣は、トレーニングによって身につく部分でもあります。

以上のように、事例を多面的に把握するためには、事例の「良いところ」も「悪いところ」も、「事実」として把握する必要があります。

上記を踏まえたうえで、③のアセスメントに入ります（実際のケア会議では、各自の頭の中でアセスメントしながら情報収集（質問）を行っているものです）。③のアセスメント（＝査定）では、「良いところ」または「悪いところ」が表面化してきた「背景」を読み込みます。

その際のポイントは以下です。一般の日常生活では、「飲むからダメ」「飲むことは悪いこと」「飲むから問題が起こる」という一次元的な思考法を用いています。しかし、我々専門家は、もう少し多次的に物事をとらえるものです。つまり、なぜ「悪いところ」が表面化しているのか、常に悪いときばかりなのか、そうでない時はないのか等、その背景や機序を探索するわけです。

この例で言えば、どうして酒を飲まなければならないのか、酒を飲むと事例にとってどんな良いことがあるのか、酒を飲まずに過ごせた時期はなかったのか、その時期なぜ飲まずにいられたのか等々、「酒を飲むこと」だけではなく、「飲まなければならない背景」について、「つなげて考える」のです。

更に、酒を飲むのは本人の問題だけではなく、家族を含めた周囲の人間関係の問題によることも少なくはありません。そこで本人のみの問題として捉えるのは逆効果にもなりえます。アセスメントの段階までに、本人を含めた様々な立場の人のストーリーと文脈（言い分）を把握し、幅広い視点から本人が問題飲酒に至った背景を考えることにより、より効果的で拡がりのあるプランを作成することも可能です。

本人が否認しているからこそ「底つき体験」による自覚を待つという解決方法もありますが、最近では、飲酒そのものに焦点を当てず、自己実現を応援していくことで、本人の断酒への意欲を高めるアプローチも知られています。

その際必要になるのが、各種専門性に基づく理論や知識です。医師であれば医学、保健師であれば保健学、あるいは社会福祉学や教育学、心理学や社会学など、それぞれの領域で開拓された学術的な知識です。

また、日頃から、自らの実践について学術的な裏づけを取る作業を怠らなければ、有効な「経験知」としてアセスメント（＝査定）に役立つものとなります。時に、支援者の人生経験も有効に作用する場合がありますが、利用者の「人生」を理解しようとする場合、支援者一個人の人生経験などは、あまりにも無力であることの方が多いことを十分に理解しておく必要があるでしょう。

以上、要約すると、①②の段階では、良いところも悪いところも全てを「事実」として把握する。③アセスメントの段階では、①②の情報の上に立って、事例が（自らの）力を発揮しやすい点はどこにあるのか、苦手な部分はどこなのか等々を、専門的な知識の基に「査定」ということとなります。