

地域ケア会議(自立支援型マネジメント)
の概要・講義・演習

memo

「地域ケア会議と自立支援型マネジメント」

～事例を通して考える地域ケア会議の活用方法～

■ 研修のポイント

- ① 今回の法改正と地域ケア会議の関連
- ② 自立支援型マネジメントに関する制度上の位置づけ
- ③ 事例を用いて地域ケア会議の流れの講義と会議用資料の作成に関する演習
- ④ 事例に関する地域ケア会議の実際とその経過報告
- ⑤ 振り返りの意見交換

1

(行政説明
資料再掲)

「介護保険制度の見直しに関する意見」(抄) (平成22年11月30日・社会保障審議会介護保険部会)

Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

1 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備

(8) 地域包括支援センターの運営の円滑化

○ 地域包括支援センターは、4056箇所設置され、ランチ等を合わせると7003箇所が整備されているが、今後、全中学校区(1万箇所)を目指して拠点整備を進めていくことが必要である。

○ 地域包括支援センターの総合相談、包括的・継続的ケアマネジメント、虐待防止、権利擁護等の機能が最大限に発揮できるような機能強化が求められている。

○ 地域包括支援センターは、介護保険サービスのみならず、インフォーマルサービスとの連携や、介護サービス担当者、医療関係者、民生委員など地域資源や人材をコーディネートする役割を担っていく必要がある。しかしながら、地域での役割が不明確であったり、介護予防事業に忙殺されているため、十分その役割を果たせていないとの指摘がある。

○ このため、当該市町村(保険者)が地域包括支援センターに期待する役割が明確となるよう、委託型のセンターについては、市町村が包括的支援事業の実施に係る方針を示すこととすべきである。また、関係者間のネットワークの構築について、地域包括支援センターが責任をもって進めていくことを改めて徹底すべきである。

2

【参考】

介護保険法第115条の46第5項の新設

(地域包括支援センター)

第115条の46(略)

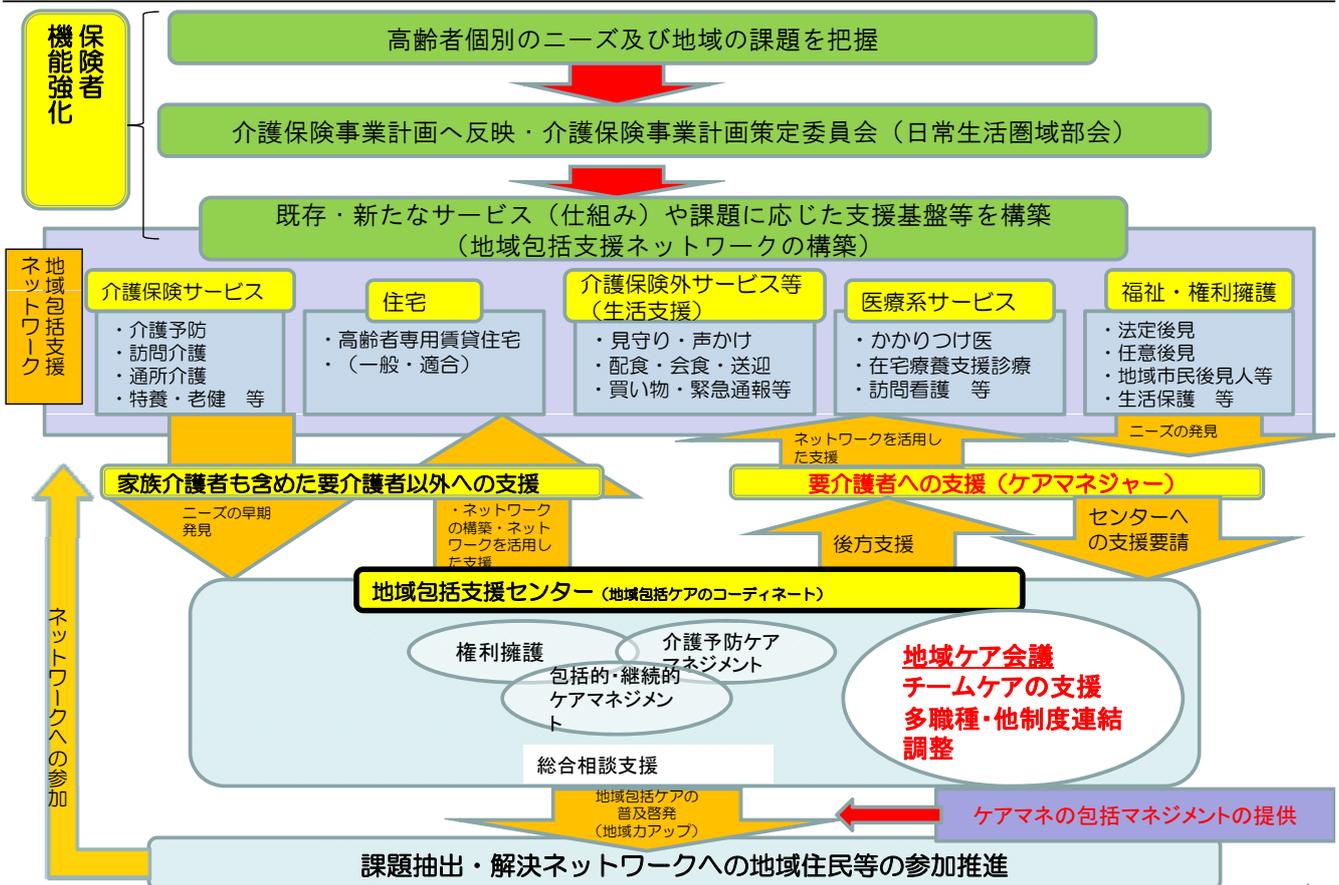
2～4 (略)

5 地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員法(昭和23年法律第198号)に定める民生委員、高齢者の日常生活の支援に関する活動に携わるボランティアその他の関係者との連携に努めなければならない。

■ この条項の新設の趣旨は、単にネットワークを形成することを目標とするのではなく、地域ケア会議などの場を活用して、迅速に関係者の共通認識と合意形成を図るための前提条件の重要性を意識して規定したことに留意する必要がある。

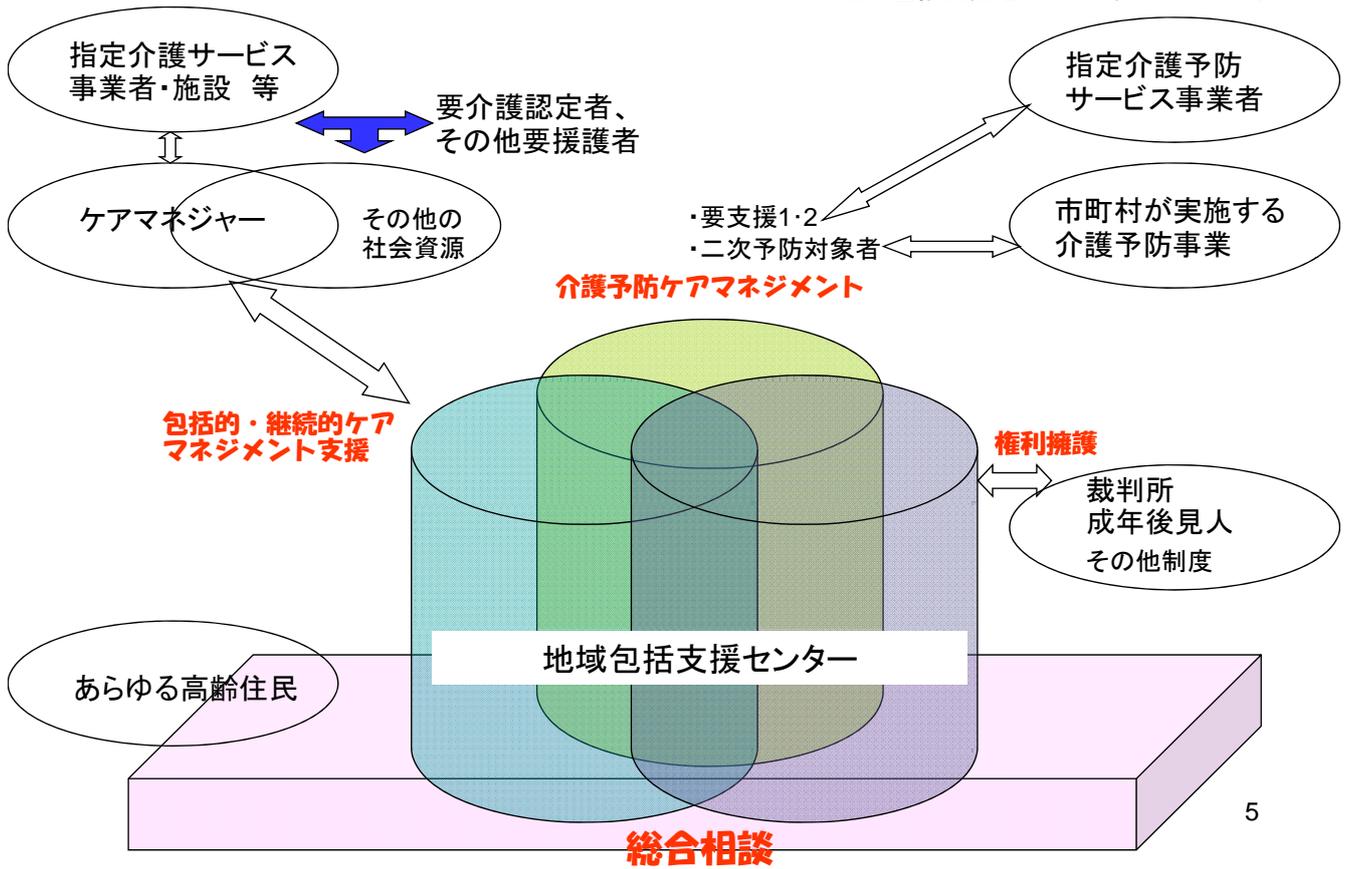
3

地域包括ケアシステムの構築 (行政説明資料再掲)



地域包括支援センター業務の相関イメージ

地域包括支援センター業務マニュアル参照



「自立支援」と介護給付の目的及び国民への期待

【第2条第2項】（介護保険）

前項の保険給付は、**要介護状態又は要支援状態の** ○○ **又は悪化の** ○○ **に資するよう**に行われるとともに、医療との連携に充分配慮して行われなければならない。

【第4条】（国民の努力及び義務）

国民は、自ら**要介護状態となることを** ○○ **するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める**とともに、要介護状態になった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、**その有する能力の** ○○○○ **に努める**ものとする。

自立支援とアセスメント(専門職に必要な思考過程)

■アセスメントとは

利用者について、その有する能力、置かれてい

個人因子

(注:この研修での本用語はICFの定義とは別のものと理解してください。)

る環境の等の評価を通じて、自立した日常生活

環境因子

因子分解・分析

が営めることができるように支援する上で解決

状態の軽減又は悪化の防止・遅延化

すべき課題の把握

そのための知識が必要になる

出来ない状態だけではなく、悪化させる原因・背景を探る

7

(「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第13条第6号・7号を参照)

【参考情報】

社保審一介護給付費分科会

第78回(H23.8.10) | 資料2

介護給付費分科会における議論について(主な論点)抄

7. 区分支給限度基準額について

区分支給限度基準額については、まず、ケアマネジメントの実態を踏まえた上で、議論をするべきではないか。

8. ケアマネジメントについて

自立支援型のケアマネジメントへの転換を図るため、ケアマネジメントの実態を踏まえ、介護支援専門員の質の向上やあり方について検討すべきではないか。

8

自立支援型マネジメントに必要な視点①

- 自立した日常生活を阻む真の課題の解消を目指した支援方策
プロの能力を駆使して本人の最善の利益をめざす

個人因子	身体機能
	精神機能
	経済状況等

性格、人生歴、身体機能・生活機能に支障をきたす高齢者の個人的な要因

環境因子	家族・経済
	近親者・近隣
	住まい・バリア
	社会資源
	その他

高齢者をとりまく人や物など周囲のあらゆる状況

身体機能・知的機能、障害、疾病の状態(ADL、IADL)は？
性格や暮らしぶり、ストレスの状況は？
普段の体調管理(水・食・運動・排泄)は？
状態回復できるものか、できないものか、維持できるのか？
経済的状況(収入、預貯金、不動産)は？
価値観(人生で大事にしてきたこと)特技、趣味、生きがいは？
過去の人脈、現在の人脈(本人が作ったネットワーク)は？

的確なアセスメント

- 相談者と本人の関係は？
- 家族構成員の状況と家族システムの現状(決定や権威等)、経済状況は？
- 居住地域がどんな地域か、どんな文化を持っているか本人家族と近隣住民との関係性は？ 地域での役割は？(時系列で変化をとらえる)
- 在宅や地域の日常生活導線は？ 社会資源の状況は？
- かかりつけ医や民生委員との関係は？
- 取り巻く人のストレスは？(障害、疾病への理解度、偏見の有無)

9

地域包括支援センター業務マニュアル(平成22年3月長寿社会開発センター p242より改編)

自立支援型マネジメントに必要な視点②

- 本人の主訴(要望)、家族の要望、近隣の要望を聞き、それぞれが困っていることへの対応策として、公的制度、サービス及びインフォーマルなサポートを考えることも大切であるが、それだけでは潜在している真の課題を抽出することはできない。
- 前述した着眼点を咀嚼して、多職種の専門職による知識の相乗効果(チームケア)を駆使して、個人因子と環境因子を洞察し、原因・背景を探ることによって、当事者たちが気づいていない、内に潜んでいる「**状態の悪化に影響を及ぼしている因子**」=真の課題を、当事者や家族とともに明らかにし、解決策をともに考えていく姿勢と能力が求められる。
- その上で、課題解決の主体は、当事者(本人、家族、地域の人)であり、当事者が気づき、自ら取り込もうとする課題の抽出、と解決方法を一緒に合意していく必要がある。当事者を含めた合意形成の場を持つよう工夫するとともに、そこでの**合意形成能力**が必要とされる。

(22年度は、ファシリテーション技術に焦点を当てた研修とした。10)

自立支援型マネジメントに必要な視点③

- 本人や家族が地域とともに築いてきた強みにも着目し、出来ていたことや出来ることを把握し、意欲喪失をくい止め、QOLの維持向上を目指した暮らしぶりの再構築に向けた「自己決定」を上手にサポートすることにより、強制的なやらされ感ではなく、主体的な意欲を引き出す実践応用力が求められる。
- 予後予測をするという視点も求められる。
- 目標が明確に設定されており、モニタリング時に適切に分析・評価が可能であること。

11

事例の紹介

- これから、地域ケア会議の段取りについて説明しますが、具体的な相談事例のイメージがあった方が理解しやすいと思います。
- 相談事例を読み上げた後に、具体的な資料作りの解説やワークをしていただく予定にしております。
- ケアマネジャーからの相談受付資料を読み上げますので、状況を頭に思い浮かべてください。

12

相談者 ●●居宅介護支援事業所 ▲▲

(・年・月・日受付)

氏名	Aさん	女 80歳	住所	
要介護度	要介護1		有効期限	年 月～ 年 月
ケアマネジャーの発言要旨				包括センター発言要旨
<p>● 自分の担当している利用者が、スーパーで何回かお金を支払わずに帰って来てしまい、警察沙汰になっている。</p> <p>家族から「もうグループホームか施設に入所させたい」と相談を受けているが、担当マネジャーとしては、まだ地域の関係者の理解と簡単な見守り支援があれば、今の家での生活を継続できるのではないかと思っている。</p> <p>しかし、自分ひとりで多くの関係者の理解と協力を得るのは、まだ経験したことがなく、ここは一つ包括センターの力添えを得たいと思って相談に来た。</p> <p>● 利用者基本情報、ケアプラン資料は別紙ですが、ポイントをかいつまんで説明します。</p> <p>1. 本人の状況：平成 23 年 1 月認知症を理由として要介護 1 と認定される。(レベルⅡb)、80 歳女性。訪問販売被害、店でレジを通さず品物を持ち帰る、などの支障が出ている。</p> <p>2. 家族の状況：日中独居。三男と同一世帯であるが、三男は仕事の関係で週 2～3 日週末のみ帰宅。認知症状が出てからは、三男不在の平日は次男が泊まる。長男と本人は折り合いが悪いが、長男の嫁は役所の手続きや通院支援など手伝う時もある。夫は 35 年前に死亡。</p> <p>3. スーパーで金銭を支払わずにトラブルをおこす：平成 22 年 10 月ころにスーパーから『お金を払わずに商品を持って出て行こうとした』と警察署に通報があり、警察から三男に連絡があったことが発端。</p> <p>そのころ、同じ事の繰り返し発言などもあり、不審に思って近くの診療所を受診し、認知症と言われ要介護認定の申請をした。</p>				<p>・ 利用者の現在の状況やこれまでの経緯のポイントを教えてください。</p>

4. **デイサービスの利用**：買い物以外に興味や周りの人との交流を楽しんでもらうことを期待して、デイサービスを月・水・金の週3回利用のケアプランを作成。

しかし、デイサービス利用後も同様の行為があり、日中家族が不在のため、警察署からケアマネジャーに相談が入った。

5. **他の困りごと**：ゴミ出し日を間違えて近所から苦情を本人が言われることも時々あるようだ。

6. **主治医の所見**：アリセプトが処方されている。2週間に一度の受診と言われているようだが、定期的な受診はできていない様子。確定診断名は聞いていない。

家での服薬は確認が難しいので、明確に把握していない。週末は三男が飲ませていると聞いている。

この辺も課題だと思っている。

7. **スーパーでのトラブルについて**：食料品売り場の品物が殆どだと聞いている。いつも支払わないということではなく、実際は、お金を払うときが多い。次男が通帳の管理をして、1週間に1万円程度を適宜Aさんの財布に補充していると聞いている。息子さん達はお金に困っていない。

本人の体格は中肉中背で特別痩せているという印象はない。調理はある程度はできている。ただ、最近失敗が多くなり落ち込んでいる。

8. **トラブルの背景を探る**：認知症になって社会のルールを忘れ、欲しい物を直感的に手にしてそのまま帰るのではないかと考えている。本人に『万引き』という意識はないと思う。

そうは思うのですが、日中独居ですので、なかなかAさんの行動の状況把握は難しいと思っている。

・現在のサービス利用状況を教えてください。

・ほかにお困りのことはありますか？

・それも課題ですね。
・認知症についてはどういう診断で、どういう治療を受けていますか？
・薬はきちんと飲んでいますか？

・スーパーでお金を支払わずに持ち帰る品物の特徴は何かありますか？

・お腹が空いたときに食料品売り場に行くのかな？体格はどんな感じですか？

・それでは、お金を払わず品物を持ち帰るわけを探りましょう。

・いつ、どのようなときに起きるのか観察し、背景を分析する必要があります。

・ところで普段の体調と認知

脱水と便秘を予防することは大切なことだと知ってはいるが、日中独居のため事実確認が出来ないので困っている。どうしたらよいのか方法はありますか？ 運動は公園の散歩をよくしている。

10. 近隣の反応：スーパーからは店に来ないようにしてくれと強い抗議がきている。近隣の住民、町内会や民生委員は、ゴミ出し日の間違いの件などがあり不快感を持ってはいるが、これまでのAさんとの交流もあり、苦勞して息子さんたちを育ててきたことも知っている人たちがいるので、最近サークル活動に参加しなくなったAさんを心配していると思う。

11. 関係者が一堂に会した話し合いに向けて：包括センターがそのような場作りをしていただけると大変心強いです。

包括センターの援助は助かります。よろしくお願

症との関係を聞いたことがありますか？

・具体的には、脱水や低栄養、運動不足、便秘だとぼんやりすることが多く、認知力が下がりがり失敗が多くなります。水分摂取量や摂取カロリー、排便状況などを把握しておりますか？

・普段の体調に影響する4要素を把握するためのチーム編成と把握方法を検討する必要がありますか？

・ところで、近隣の反応はいかがですか？

・ご家族の心配は分かりますが、あなたがおっしゃるように、今の地域での生活の継続念頭に、いろいろ試行錯誤してみましよう。

・そのために、ご家族への認知症の基礎知識を改めて説明しながら、併せて近隣の方々や民生委員と家族など関係者が一堂に会して、今後のAさんの方針に関する話し合いの場を設けましよう。

・それでは、包括センターが地域ケア会議を開催する方向で検討します。内部の合意が得られたら、関係者に声をかけます。

いします。

今後、本件に関して私が包括センターにどのように協力すればよいのか教えてください。

Aさん担当のケアマネジャーは私ですから、責任を持って準備に協力します。

・今後、内部で下記のようなことを検討しながら、地域ケア会議のケース検討会のための資料を一緒に作成していただきます。

また、地域ケア会議では、あなたから課題を説明していただきますので、そのつもりで協力をお願いします。

●Aさんの地域生活支援に関する地域ケア会議開催に向けた準備

- ・ 緊急性・重要性の判断
- ・ 普段の体調管理の観察・分析と予後予測
- ・ 本人の思い、家族の理解状況と近隣・関係者に対する思いを探る
- ・ 近隣の見守り、声かけなどの理解と協力への期待度。
- ・ 地域生活の継続を目指した試行錯誤へのトライのための情報収集・分析の具体的な方法
- ・ 将来の認知症の進行に伴う権利擁護の視点
- ・ 関係者への根回し、ケア会議をどのような段取りで進めていくか。

利用者基本情報（表面）

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)			
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()					
フリガナ 本人氏名	Aさん	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	M・T・S 6年 月 日生 (80) 歳			
住 所		Tel () Fax ()				
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・ J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・ <input checked="" type="checkbox"/> IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
認定情報	非該当・要支1・要支2・ <input checked="" type="checkbox"/> 要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期間：平成 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度：) 特定高齢者					
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、・・・()					
本人の 住居環境	自宅・借家・ <input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て・集合住宅・ <input checked="" type="checkbox"/> 自室の有無 () 階、住宅改修の有無					
経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金・ <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金・障害年金・生活保護・・・厚生年金受給であるが、かつての訪問販売契約の 支払が残っており、裕福ではない。					
来所者 (相談者)	家族構成 					
住 所 連絡先						
緊急連絡先				氏名	続柄	住所・連絡先
					長男妻	
		三男				
		次男	同居			
		長男				
(家族関係等の状況) 三男を最も気に入っている。次男、長男の妻も協力的である。						

《相談内容と対応》

相談経路			
相談内容	認知症状が顕著になり、スーパーなどで料金未払いなどトラブルになることがある。買物から他に興味や関心を持ってもらうため通所介護を利用しているが、通所介護利用後も料金未払い行為が生じている。ゴミ出し日も間違いが多く、このままでは、地域から排除の声が出てくるおそれがある。		
他機関での相談状況			
対 応	緊急・通常・継続 (回目)・情報提供のみ・終了		
	支援計画 (概要)		
	相談継続	つなぎ先： 担当者： 内容： 日時： 年 月 日 () 時 / TEL・Fax・Mail	

利用者基本情報（裏面）

今までの生活	（本人への聞き取り＋長男の妻から補足） 夫は自営業であったが、S50年にガンで死亡。酒の飲みすぎが悪かったらしいと述懐。残された子どもが7歳、5歳、4歳。母子寮に入りパート勤めを経て、老人ホームの介護職員として勤務。長男が中学の頃に家を購入。定年まで働き子育てをする。定年後は自治会のゲートボールやカラオケなどのサークルに積極的に参加。平成19年（76歳）頃から物忘れが目立ち、サークル活動から離れる。同居の三男が隣県に会社を興し多忙になる。訪問販売被害、道に迷う、スーパーでお金を払わず品物を持ち帰る、ゴミ出し日を間違えるなどの支障が顕著になってきた。通帳は次男が管理して、1週間に1万円程度を適宜本人の財布に補充している。			
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	通所介護【デイサービス】に行かない日は、近所の公園から商店街を眺めながら散歩することが多い。			3～4年前から参加していないが、かつてはゲートボールやカラオケのサークルに行くのが楽しみだった。 なべを焦がすときもあるが、簡単な調理は行っている。三男の食事の用意をすることは楽しみのようだ。
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係
		通所介護 月・水・金	同居の三男は仕事が多忙で週2～3日しか帰宅してない。 三男が帰宅できないときは、次男が泊まってくれる。	親子で若いころから暮らしていた地域のため、前からのつながりがあり、好意的に思っている人も近くにはいる。 子どもの友人も近くにおいてAさんのことは承知している。
本人の生活の希望・課題・困りごと等			ご家族の生活の希望・課題・困りごと等	
同居している三男は週末にしか帰ってこない。三男が帰らないときは、次男が泊まりにきてくれるので、特に心配していない。			物忘れがひどく、判断力が低下しているため、訪問販売被害やスーパーでお金を払わないこともあり、今後も金銭によるトラブルが心配。最近、近所づきあいも減り、家族の見守りも充分にはできていない。日中の一人暮らしがいつまで維持できるか不安である。	

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
平成21年8月	認知症		Tel	治療中 経観中 その他	●アリセプトのみ処方、服薬状況不明。2週間に1度の受診と言われているが、定期受診できていない。
平成 年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	●水分制限、塩分制限の指示なし。

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
通所介護サービス 月・水・金	

第2表

居宅サービス計画書(2)

作成線月日 年 月 日

利用者名 Aさん 殿

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目 標				援 助 内 容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
お友達を作り、楽しい時間を過ごしたい。	同年代の方と過ごす時間を作り、	H23年1月	①外出する機会を増やす。	H23年1月	アクティビティに参加	○	通所介護		3回/週	H23年1月
	楽しみのある生活をしたい。	H23年12月	②いろいろな人と話をしたり、付き合いができる。	H23年6月						H23年12月
病気の進行を予防し、在宅での生活を続けたい。	自宅で健康で暮らせる。	H23年1月	①定期的に受診できる	H23年1月	医療機関の付き添い		長男の妻		2回/月	H23年1月
		H23年12月	②薬をきちんと飲むことができる。	H23年6月	服薬確認		三男、次男		毎日	H23年12月

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

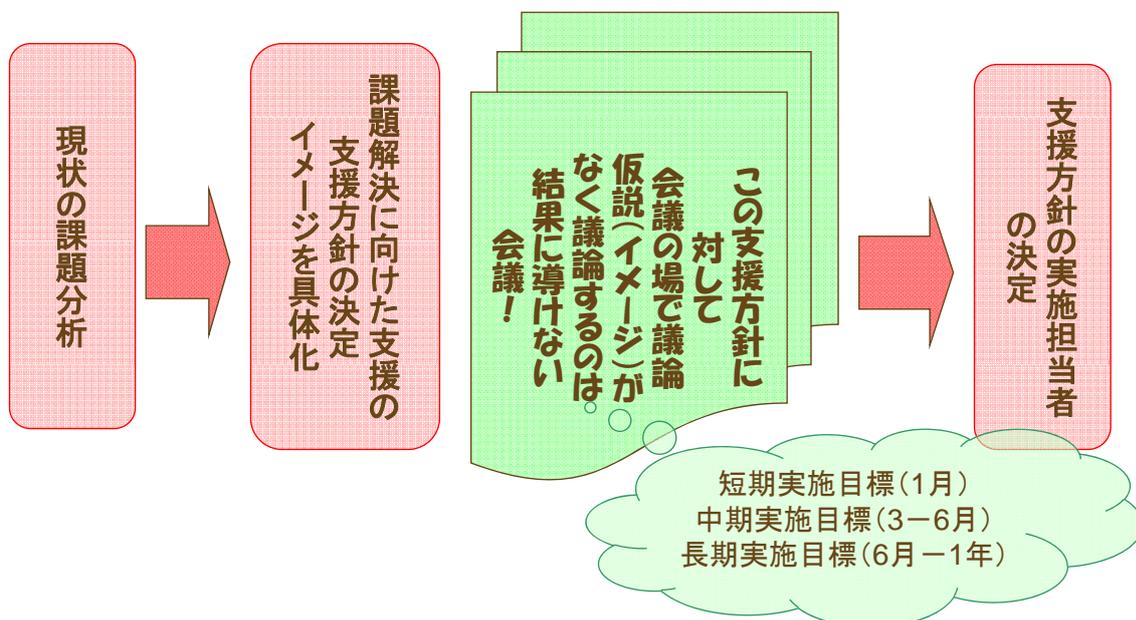
【参考情報】

この事例を地域ケア会議の対象とする理由

- 地域生活の継続には関係者の理解と協力が必須と考え、
- 包括センター内で情報の共有をしつつ、3職種で相談したところ、
- 地域の関係者の理解と協力があれば、地域生活の継続が可能ではないか、という仮説を立て、試行錯誤をしながら地域生活を追求することとした。
- 今後、このようなレベルの認知症の人がますます増加するので、地域の関係者に認知症の理解と見守り支援などの必要性について理解してもらおう。
- このような機会を通して、地域での人脈の輪(ネットワーク)を広げることにも期待。
- 成功体験に結びつけることにより、関係者の大きな自信につながる。
- 地域の関係者を巻き込んで、認知症の人の地域生活の限界点を高めることを、戦略的に取り組む題材として活用する。

1

会議の有効活用 課題解決のフロー



2

地域ケア会議の流れ

地域包括支援センター業務マニュアル
(平成22年3月長寿社会開発センター p246より)

標準的な段取り I ~ IV

事前に包括内
での合意形成
は必要

I 会議前: 担当者による課題の提出準備
(必要な資料は当日会議参加者に配布)



課題の明確化と優先順位の整理
課題解決に向けた仮説(イメージ)の構築

II 会議当日: 担当者による事例ポイント説明



関係者に集まってもらい合議

III 会議当日②: 司会者による進行(事例の掘り下げ・検討・プラン決定)



情報の共有と役割の決定・確認

IV

会議終了後: 各担当者が必要な確認・支援を実施。定められた評価の時期に再提出。

実行してみて仮説及び実施方法の妥当性の
検証と今後の対応を協議

第 I 段階 地域ケア会議の事前準備

生活に支障を
抱えている人

その人の
家族

支援が必要
と教えてくれ
る近隣の人
など

排除すべき
と言ってくる
近隣の人な
ど

本人・家族からの相談、近隣等からの相談、通報、苦情
包括支援センターが支援対象の存在を知ることになる。

相談等の受付(スクリーニング)から課題の明確化へ
(詳細は地域包括支援センター業務マニュアル参照ください。)

その事例に関係する人たちの状況に応じて、関係者間の共通認識の形成、
支援体制を構築するための会議が必要となる場合がある。

■ 情報を収集・分析して、地域ケア会議に参加を呼び掛け、会議に
配布して説明するため、次のような資料を作成する必要があります。

※ その過程において、必要に応じて根回しなども行うことも考えられます。4

地域ケア会議(ケース検討会)アセスメントシート(例)

				独	高	他
氏名	Aさん (80歳)	女	住所			
要介護度	要介護1	有効期限	(検討テーマ) スーパーでお金を支払わずに品物を持ち帰る認知症高齢者への対応			
個人因子 健康状態やADL・IADL、のポイント (生活支障をきたす要因に対する因子及び本人の持つ強み＝ストレングス)		普段の体調管理(水・栄養・運動・排便): 疾患・服薬、通院: 認知症 その他				
		ADL・IADL:スーパーで何回かお金を支払わずに帰ってしまい警察沙汰になっている。 その他:				
環境因子 (生活支障をきたす要因に対する因子及びサポート因子)		家族環境:三男同居であるが週末のみ帰宅、三男不在のときは次男が泊まる。デイサービスの無い日は、日中独居になる。 住環境 近隣環境等:スーパーからは店に来ないようにしてくれと強い講義がある。				
		近隣環境等:スーパーからは店に来ないようにしてくれと強い講義がある。				
経済的環境 (本人及び家族)		本人の状況:厚生年金、訪問販売のローンが残っている。 家族の状況:息子たちは経済的に困っていることはない。				

(注)後の演習でこのシートで因子分解をしていただきます。)

現況	
問題点課題	個人因子からの課題 環境因子からの課題
介入チーム	
支援計画 短期 1~3ヶ月 中期 3~6ヶ月 長期 6ヶ月~1年	(短期目標・支援内容) (中期目標・支援内容) (長期目標・支援内容)

課題をひも解いて、明確化していくための 補助シートの紹介

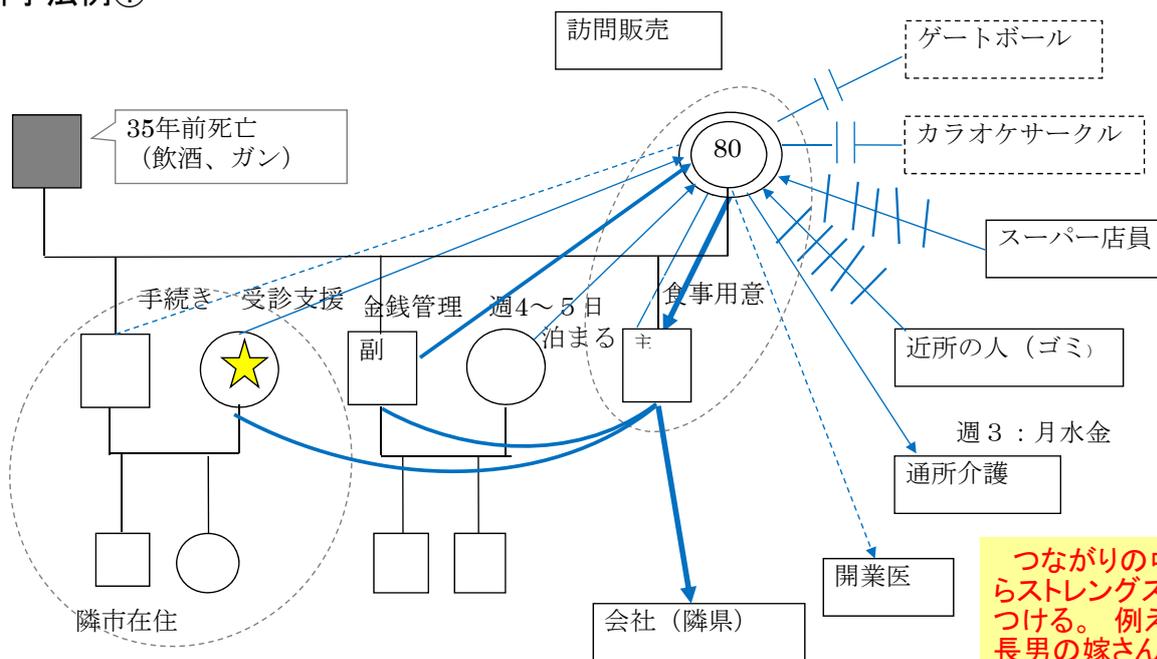
- ジェノグラム・エコマップによる関係者と社会資源の整理
- 本人と家族の時系列整理
- 本人と家族の課題の優先度の整理
- 本人の生活行為の現状評価と予後予測の整理

7

ジェノグラム・エコマップによる関係性の整理

分析手法例①

散歩：道に迷う



★ ケアマネジャーがとらえるキーパーソン

つながりの中から
ストレングスを見
つける。例えば
長男の嫁さんや二
男三男はAさんを
気にかけている。

8

分析手法例②

Aさんとその家族の時系列整理

S50年

H3年 H8年 H19年 H20年

☒	床屋経営	がんで死亡									
A	紡績工場 で働く	35歳結婚	38歳長男 40歳次男 41歳三男 出産	母子寮で 生活、 パート 勤務	老人ホーム 介護員	自宅を 購入	定年・ パート 勤め	年金生活 カラオケ ゲート ホール	次男の孫 の世話	認知出現 サークル やめる	道に迷 う、ス ーパー でのトラ ブル
長男	☆人生歴、家族の変化を見るための図 Aさんが、何年とか何歳とか基準を決めて家族の変化をエピソードとして記入することでみていく。			7歳		高卒で 就職を 出る	結婚	孫誕生			妻が時 々世話 にくる
次男				5歳	母子寮 で暮ら す	高卒で 就職を 出る	結婚	孫誕生			平日は 母親宅 に泊ま る
三男				4歳		高卒で就 職 自宅 通勤		隣県で 会社を 興す		週末の み帰宅	

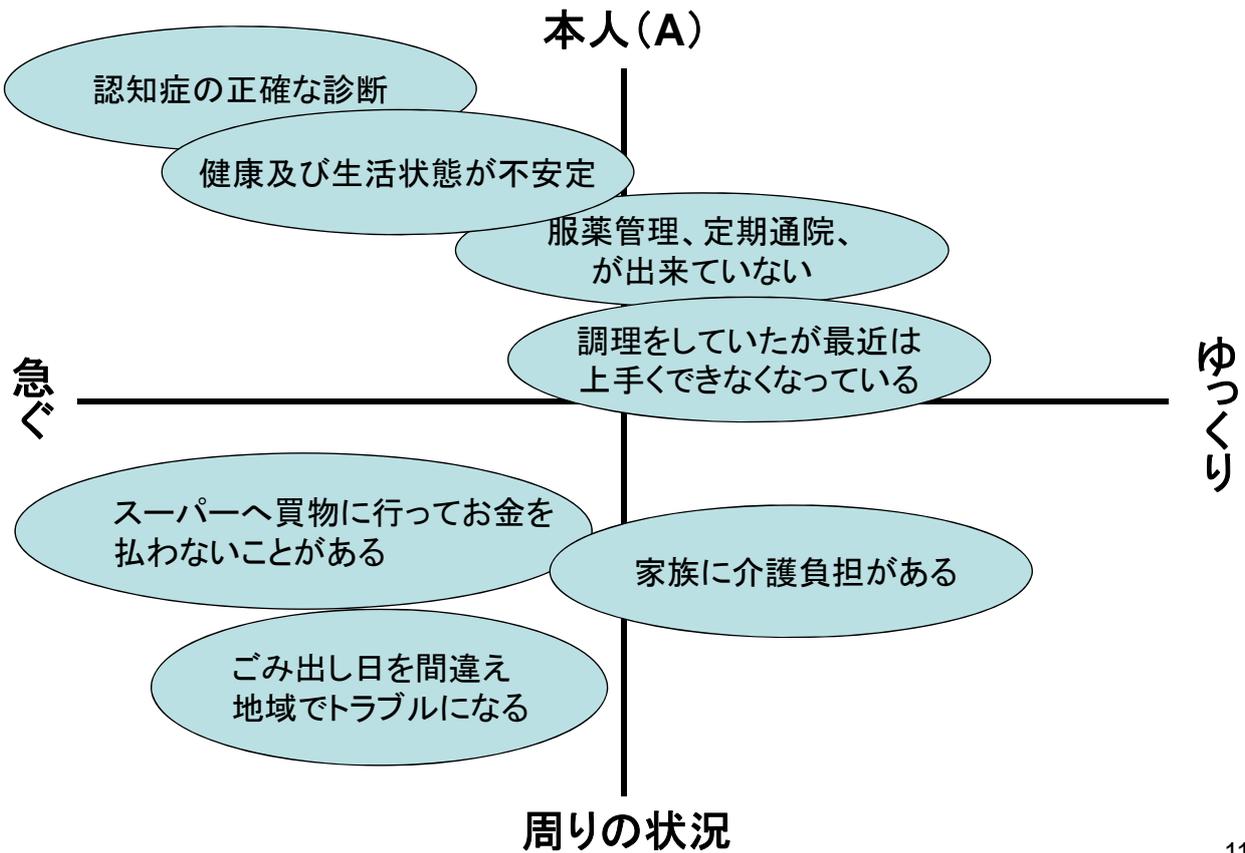
9

【見えてきたストレングス】

- Aさんは一人で子ども3人を育て、家まで建てたたくましい人。
- 三人の子供たちは、家族をもったり、会社を興すなどしっかりと育った。
- だから、子供たちはそれなりにAさんを気遣い、面倒を見ている。
- 地域の人たちと付き合う社交性をもちあわせていた。
- 年金があり、返済があるため豊かではないが、暮らしには困らない。

分析手法例③

Aさんとその家族の課題整理



分析手法例④

(業務マニュアル244頁)

「生活行為評価票」による現状評価と予後予測の整理表

困難度と改善可能性 判定	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
	○1	○2	△1	△2	×1	×2
	生活機能	事前	予後予測	備考		
A D L	室内歩行	○1	→	○1		
	屋外歩行	○1	→	○1		
	外出頻度	○1	→	○1	デイサービスと近くの公園散歩	
	排泄	○2	→		失禁はない。便秘の有無の確認がとれない	
	食事	○2	→		自分で調理をしているが、簡単な調理に偏っている	
	入浴	○2	→		自宅でシャワー浴をしているが、洗えているかは不明	
	着脱衣	○2	→			

I A D L	掃 除	△1 →	三男がしている。
	洗 濯	△1 →	三男が洗濯をし、取り込みは自分でしている
	買 物	△1 →	簡単なものは自分で。他は家族
	調 理	△1 →	簡単な煮物は作っている。息子が帰って来るところ食事の支度をする。
	整 理	△1 →	
	ごみ出し	△1 →	曜日を間違えてゴミ出しをする
	通 院	△2 →	通院を拒否し、通院日に嫁が迎えに行くところどこかに逃げている
	服 薬	△2 →	
	金銭管理	△1 →	財布を持たないで買い物に行く。財布を持っている時は支払いをする
	電 話	△2 →	
	社会参加	△1 →	近所の人と話しかけると嬉しそうに世間話をする

13

第Ⅱ段階 担当者による事例ポイント説明

地域包括支援センター業務マニュアル(平成22年3月長寿社会開発センター p246)

【留意事項】

- アセスメントを実施した担当者が概要を説明
- 担当者は、必ずいったんは自ら考えた対応方針を示す。対応方針が変更になることも少なくないが、提案することが力量形成にもなると考えられる。
- 時間を効率的に使うために、事例の背景や状況、直接には関与しない内容は当初の説明から省く。(ポイントを簡潔に！)

14

第Ⅲ段階 司会者による進行・掘り下げ

●鍵を握るのは、司会者の能力

司会者は法的な理解はもちろんのこと、個々の事例の課題を把握するとともに、漏れている視点はないか？

他にもっとよい解決策はないか？ほかに誰の意見を聴取すべきか？など、会議を進行しながらもアセスメントや課題の整理を参加者と共有化していく。

- すべての参加者から発言を引き出すように留意する。
- ケア会議が終了する際に、次回のケア会議までの支援方針等の決定事項を確認。支援計画を実施する際の留意点や役割分担、等を確認しながら合意形成を行う。
- 緊急時の連絡先等の確認を行う。

15

第Ⅳ段階 役割認識・実施～モニタリング

IV-①支援計画と役割分担の整理確認

	課題	目標	何を・どのように	担当者	期日
1					
2					

IV-②モニタリングの設定と留意事項

- * 事例の動向予測を勘案して、モニタリングの会議開催時期を決めて合意を得る。
- * その間に、各役割分担に取り組み、緊急対応が必要な場合は包括支援センターで情報を集約する。
- * ?ヵ月後のモニタリング時に、実施内容・状況の確認を行い、各課題の充足度を評価する。
- * 課題や状況に変化が生じている場合は、それに応じた新たな支援計画を策定する。

IV-③モニタリング（方針の評価と見直し）

	目標	実施状況	目的達成状況	今後の対応方針
1	達成した。	
2	達成できていない。	引き続き.....
3	—	—	—	新たに.....が必要

【参考】モニタリング結果と、モニタリング後の支援計画と役割分担の関係性

	課題	目標	何を・どのように	担当者	期日
1	○				
2	○				17

演習の準備をお願いします。

- 関係者が一堂に会して、情報の共有と、それぞれの役割の認識、実行及びモニタリングに関して合意形成する地域ケア会議の開催をすることになりました。

地域ケア会議（ケース検討会）アセスメントシートをグループ内で意見交換しながら、作成していただきますので、その進行役と記録役を決めてください。

地域ケア会議(ケース検討会) アセスメントシートの作成

ワーク① アセスメント(因子分析) 25分

先ほど読み上げた相談事例と利用者基本情報、居宅サービス計画書をもとに、アセスメントシートに「個人的因子」、「環境的因子」、「経済的因子」に分類して情報の整理をしてみましょう。課題のみではなく、本人と家族、本人と地域、家族と地域の関係性にも着目しつつ強み(ストレングス)についても把握していきましょう。

・個人ワーク10分、グループ内意見交換25分

※単にどのサービスを当てはめるかという短絡的な発想ではなく、状況を分析的にとらえた上で、具体的な支援策を検討するという視点と思考経過が求められるので、このようなワークを設定したことをご理解願いたい。

19

【演習】

地域ケア会議(ケース検討会)アセスメントシート(例)

				独	高	他
氏名	Aさん (80歳)		女	住所		
要介護度	要介護1	有効期限	(検討テーマ) スーパーでお金を支払わずに品物を持ち帰る認知症高齢者への対応			
個人因子 健康状態やADL・IADL、のポイント (生活支障をきたす要因に対する因子及び本人の持つ強み＝ストレングス)		普段の体調(水・栄養・運動・排便): 疾患・服薬、通院: 認知症 その他				
		ADL・IADL: 金銭管理が難しい、買物には行くがお金の支払を忘れることあり。 その他:				
環境因子 (生活支障をきたす要因に対する因子及びサポート因子)		家族環境: 火曜と木曜は日中独居 住環境 近隣との関係その他: スーパーからは出入り禁止と言われている。				
		経済的環境 (本人及び家族) 本人の状況: 厚生年金、訪問販売のローンが残っている。通帳管理は次男が行い、適宜Aさんの財布に補充。 家族の状況				

20

作成したシートについて情報交換 してみましょう

- さて、地域ケア会議ケース検討会アセスメントシートを作成できました。
- ここで、となり近所のグループがどのようなシートを作ったのか、お互いにみてみましょう。
- 進行役と記録役になっている方が、隣のチームに作成したシートを持って移動し、介入チームの編成部分と支援計画部分を5分程度説明した後、意見交換を5分程度してもらいます。
- 感想をインタビューしますのでご協力ください。

21

地域ケア会議(ケース検討会)

支援計画と役割分担の想定

ワーク② 支援計画と役割分担の作成 25分

整理された課題をもとに地域ケア会議の準備に入ります。介入チームのメンバーを検討し、支援計画原案を包括支援センター内で組織合意を図りながら作成します。

22

支援計画と役割分担の想定

	課題	目標	何を・どのように	担当者	期日

23

作成したシートについて
情報交換してみましょう