

## 各研修項目の目的とねらい

---

memo



地域ケア会議と

自立支援に資するケアマネジメント

---

memo



# 「地域ケア会議と自立支援に 資するケアマネジメント」

～個別課題解決機能に着目した地域ケア会議例～

## ■ 研修のポイント

- ① 地域包括支援センターの事業内容と地域ケア会議の関係性の確認
- ② 自立支援に資するケアマネジメントに関する関係法令の確認
- ③ 事例を用いてアセスメントの解説、地域ケア会議の段取りの解説と開催準備等に関する演習
- ④ 事例に関する地域ケア会議の実際とその経過解説
- ⑤ 振り返りの意見交換

## ■ 地域包括支援センターの事業内容

### 1 包括的支援事業

- ① 介護予防ケアマネジメント業務
- ② 総合相談支援業務

初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援、その実施に当たって必要となる**ネットワークの構築**、……を行うものである。

- ③ 権利擁護業務
- ④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

「**地域ケア会議**」等を通じた自立支援に資するケアマネジメントの支援、……地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導・助言を行うものである。

#### 【参考】介護保険法第115条の45第1項第5号

5 保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による被保険者の居宅サービス計画及び施設サービス計画の検証、その心身の状況、介護給付等対象サービスの利用状況その他の状況に関する定期的な協議その他の取り組みを通じ、当該被保険者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、包括的かつ継続的な支援を行う事業

「地域包括支援センターの設置運営について」(厚労省老健局関係課長通知より)

## 2 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築

地域包括支援ネットワークの構成のための一つの手法として、「**行政職員、センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等から構成される合議体**」（以下「**地域ケア会議**」という。）を、センター（または市町村）が主催し、設置・運営することが考えられる。

### ① 地域ケア会議の目的

#### ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、

（i）高齢者の**実態把握や課題解決のための**地域包括支援ネットワークの構築

（ii）地域の**介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援**

（iii）**個別ケースの課題分析等を行うことによる**地域課題の把握  
イ その他地域の実情に応じて必要と認められる事項

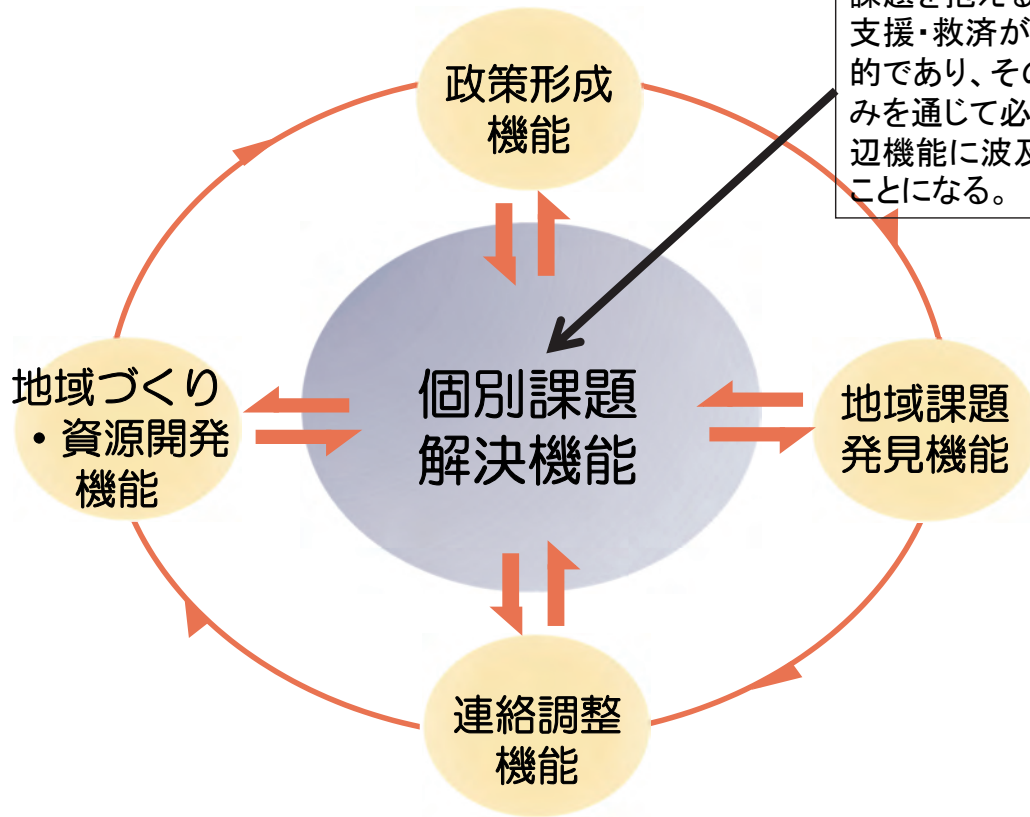
### ② 地域ケア会議の構成員

（以下略）

#### 【参考】介護保険法第115条の46第5項

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。

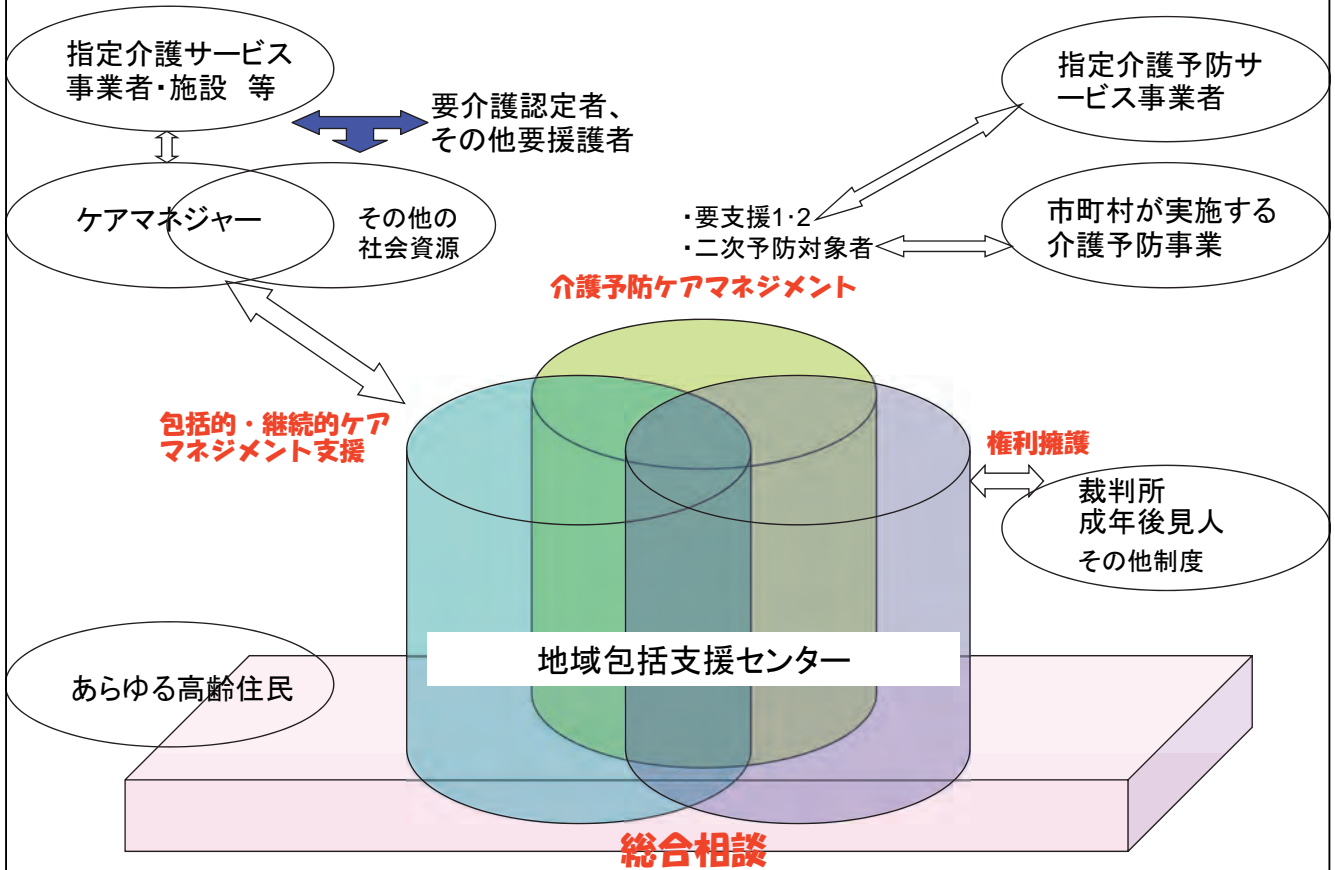
## 地域ケア会議の主な機能



地域包括支援センター運営マニュアル2012(平成24年3月長寿社会開発センター p27)

## 地域包括支援センター業務の関連イメージ

※地域包括支援センター運営マニュアル参照



## 「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CFの定義とは別のものと理解してください。）

る環境等の評価を通じて、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**

（「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）



## 自立支援に資するケア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

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

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

- 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)

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)

## 自立支援に資するケア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 of 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。

## 自立支援に資するケア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。

## 【参考】 情報の整理

	-	+
個人因子		
環境因子		

情報は、マイナス、プラス面両の視点で整理  
《情報整理の枠組み》  
個人因子・経済的因子(Aさんを主語に情報整理)  
環境因子(Aさんの周囲を主語にAさんを取り巻く  
状況、関係性などを整理)

## 【洞察1】

### マイナス面(弱み)とプラス面(強み)の利用

#### ○ マイナス(弱み)

本人や家族、地域の課題＝目標へつなげる

#### ○ プラス(強み)

→自立支援型マネジメントに使える

課題解決のための介入の糸口や対応方法に  
使える資源となる可能性が大きい。

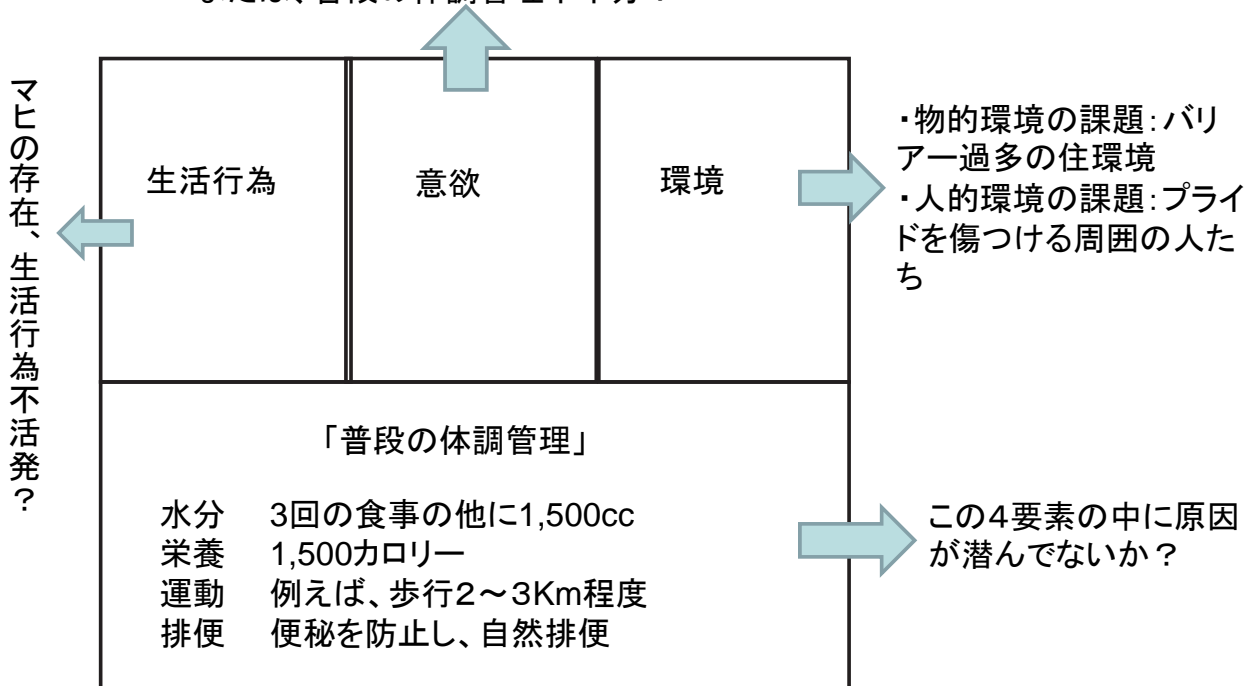
※本人や家族、地域が課題解決していく主人公であり、今まで築いてきた関係性やネットワークを活用したほうがよりスムーズに解決に結びつけることができる。また、様々な関係者とつながりを持って暮らし続けていくことが自立支援に資するケアマネジメントになっていく。

※当事者たちが気付いていない「強み」を、専門家が気付かせてあげれば、意欲の維持向上に役立つことも期待できる。

## 【洞察2】

### その人の心身機能低下の原因・背景を探る

環境激変に遭遇、転倒などの失敗体験？  
または、普段の体調管理不十分？



## 事例の紹介

- 地域ケア会議に取り上げる具体的相談事例を紹介します。
- この事例をとおして、地域ケア会議の段取りや事前準備の演習をしていただきます。
- 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、状況をイメージしてください。

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Ⅱ b)、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>

<p>4. <b>デイサービスの利用</b>：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。</p> <p>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。</p> <p>5. <b>他の困りごと</b>：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。</p> <p>6. <b>主治医の所見</b>：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。</p> <p>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。</p> <p>この辺も課題だと思っている。</p> <p>7. <b>スーパーでのトラブルについて</b>：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。</p> <p>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。</p> <p>8. <b>トラブルの背景を探る</b>：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。</p> <p>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。</p>	<p>・現在のサービス利用状況を教えてください。</p> <p>・ほかにお困りのことはありますか？</p> <p>・それも課題ですね。</p> <p>・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？</p> <p>・薬はきちんと飲んでいますか？</p> <p>・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？</p> <p>・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？</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・ところで普段の体調と認知</p>
--	---

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。

ベテランのケアマネジャーなら、包括センターを

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。

頼らなくても自分で関係者に集まってもらって、ケア会議を主催するのも知れませんが、私はまだそのような経験がなく、包括センターの援助は助かります。よろしくお願いします。

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

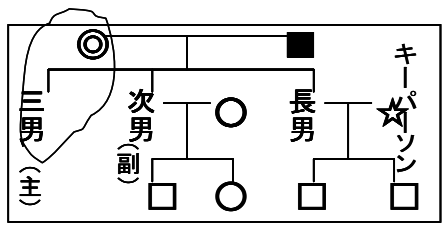
- ・ 緊急性・重要性の判断
- ・ 普段の体調管理の観察・分析と予後予測
- ・ 本人の思い、家族の理解状況と近隣・関係者に対する思いを探る
- ・ 近隣の見守り、声かけなどの理解と協力への期待度。
- ・ 地域生活の継続を目指した試行錯誤へのトライのための情報収集・分析の具体的な方法
- ・ 将来の認知症の進行に伴う権利擁護の視点
- ・ 関係者への根回し、ケア会議をどのような段取りで進めていくか。



## 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・ <del>J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2</del>				
	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  <p>(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。</p>					
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				

《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・過ごし方			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。 ●水分制限、塩分制限の指示なし。
平成 年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《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	

初回・紹介・継続 認定済・申請中

利用者名 A さん 殿 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名 楽しみのある生活をしたい。

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向 本人:いつまでも息子と二人でこの家で暮らして欲しい。  
家族(3男):普段は仕事で不在なので、デイサービスを使いながら、日中何とか1人で過ごして欲しい。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針 同年代の方と趣味活動等を積極的に行い、はりのある楽しい生活となるようお手伝いをしていきます。  
緊急時連絡先 OO医院 000-000-0000  
Y氏(三男) 000-000-0000  
Z氏(次男) 000-000-0000

生活援助中心型の算定理由 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他(

第2表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 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)	長期目標 (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、 ごす時間を作り、 楽しむのある生 活をしたい。	H23年1月 ～ H23年12月	H23年1月 ～ H23年6月	①外出する機会 を増やす。 ②いろいろな人と 話をしたり、付 合いができる。	アクティビティに 参加 ○	通所介護		3回/週	H23年1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。	病気の進行を予防し、在宅 で暮らせる。	H23年1月 ～ H23年12月	H23年1月 ～ H23年6月	①定期的に受診 できる ②薬をきちんと 飲むことができる。	医療機関の付き 添い 服薬確認	長男の妻 三男、次男		2回/月 毎日	H23年1月 ～ 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①】

## 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。

【参考情報②】

## 今回の個別ケースに焦点を当てた「地域ケア会議」と「サービス担当者会議」、「事例検討会」との違いについて

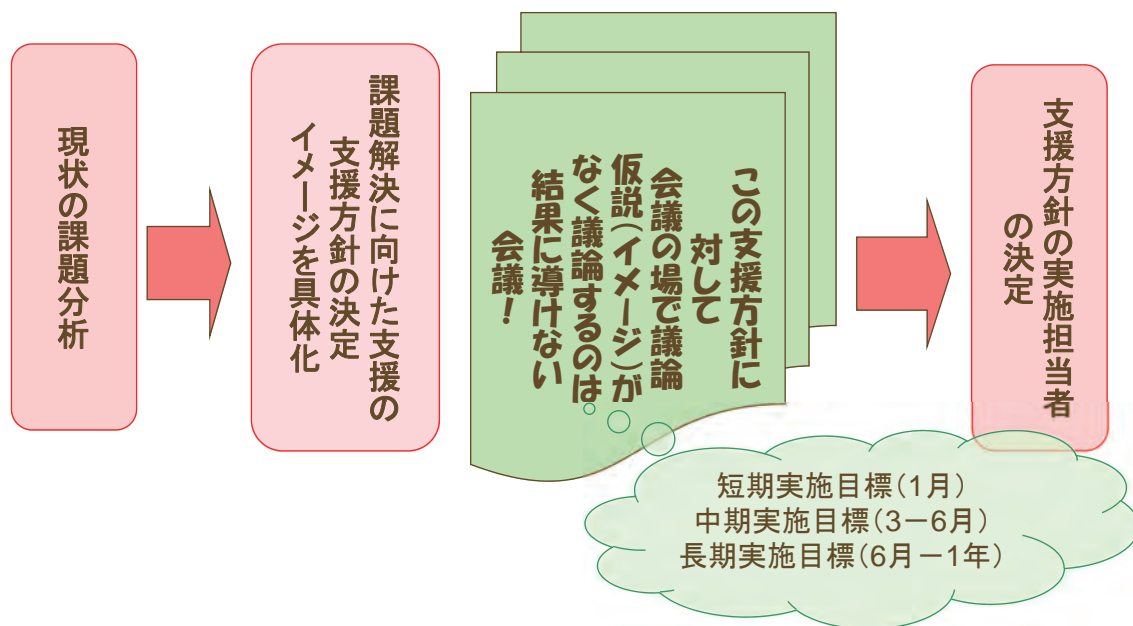
■ 「サービス担当者会議」は、ケアマネジャーの主催により、ケアマネジメントの一環として、居宅サービス計画原案に位置付けたサービス担当者等と利用者の状況等に関する情報を共有し、当該担当者から専門的な見地からの意見を求めるために行われるもの。

■ 「地域ケア会議」は、保険者又は地域包括支援センターの主催により、包括的支援事業の一環として、サービス担当者以外の第三者を交え、個別ケースの支援内容の検討のほか、これらを通じて地域包括支援ネットワークの構築、自立支援に資するケアマネジメントの支援、地域課題の把握等を行うために行われるもの。

■ 「事例検討会」は、援助者の実践力の向上を目指すもので、今、抱えている事例の支援のあり方に限らず、過去の事例も題材にして、多様な援助のあり方を学習しあうもの。

サービス担当者会議や地域ケア会議のように、検討した援助や対応策について、評価を求められることはない。

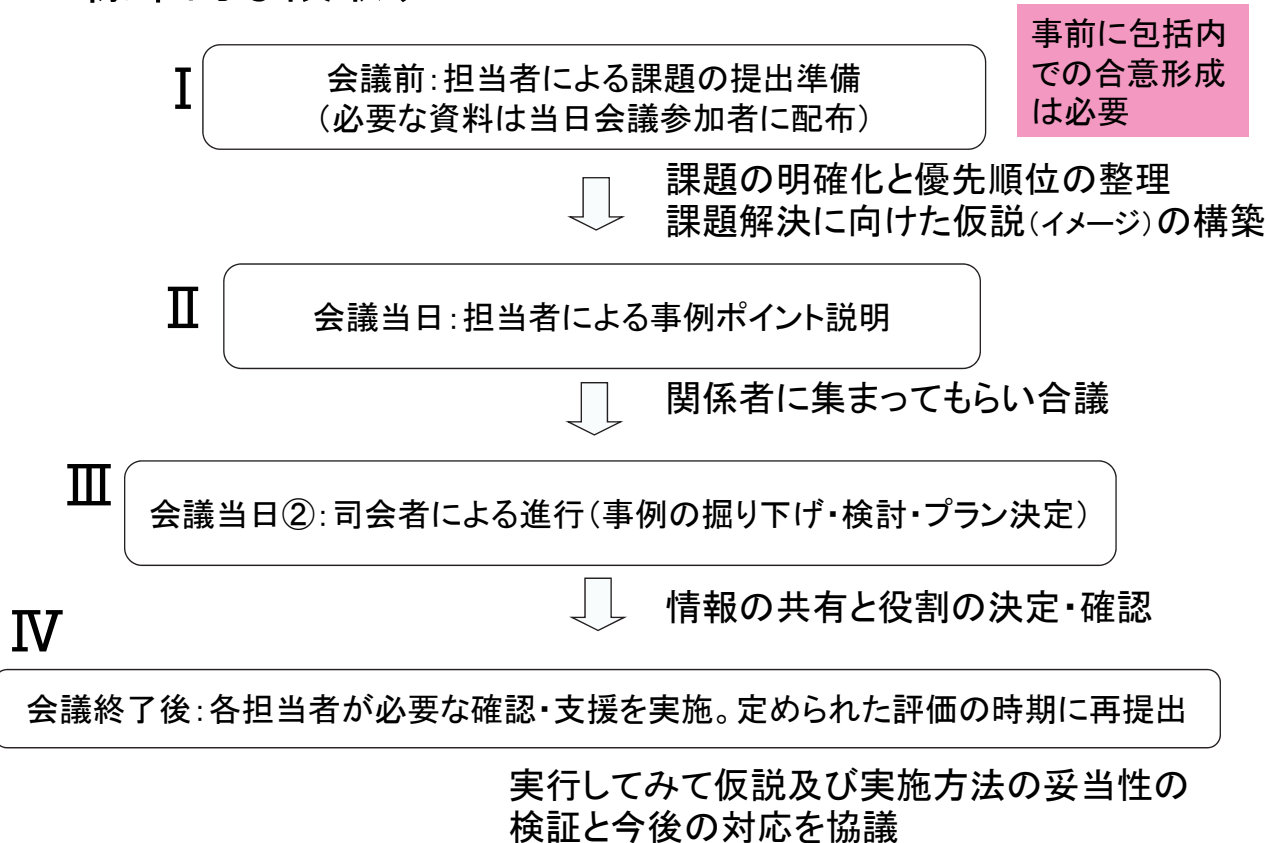
# 会議の有効活用 課題解決のフロー



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)

## 地域ケア会議の流れ 標準的な段取り I ~ IV

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)



# 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。

## 地域ケア会議アセスメントシート(例)

				独	高	他
氏名		女	住所			
要介護度		有効期限				
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: その他					
	ADL・IADL: 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: 住環境 近隣環境等:					
経済的環境 (本人及び家族)	本人の状況: 家族の状況:					

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)

日付 H 年 月 日 記入者 \_\_\_\_\_

## 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

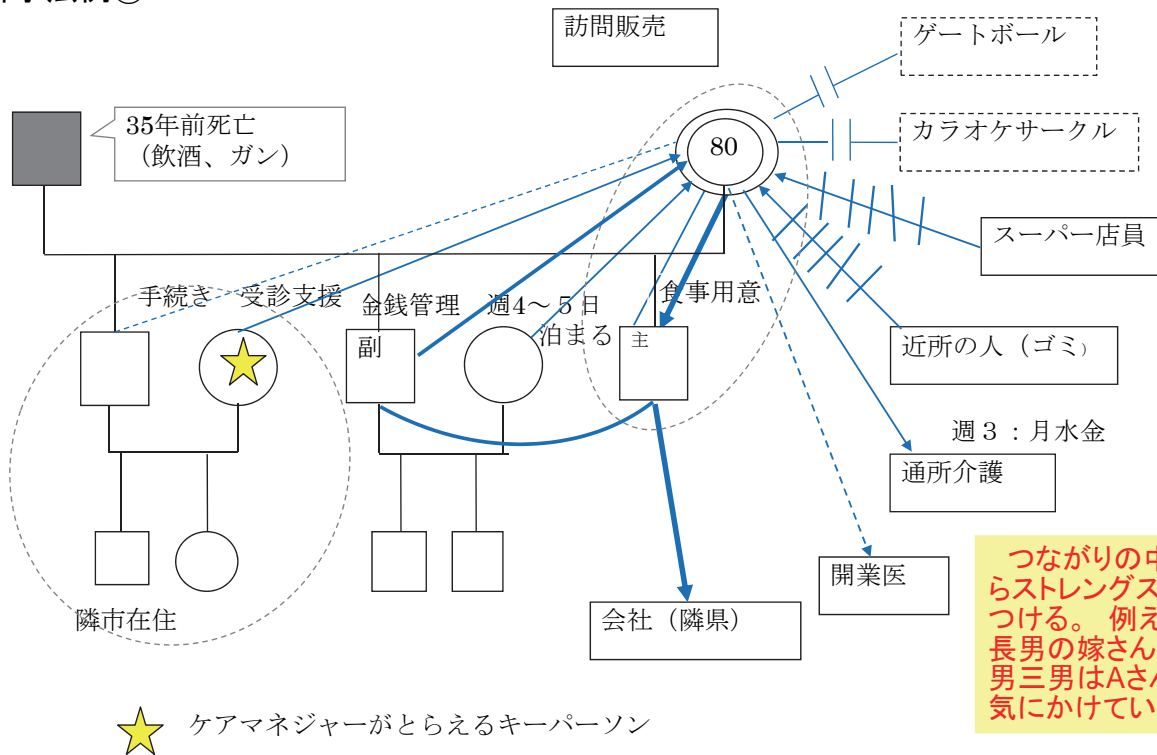
- ジェノグラム・エコマップによる関係者と社会資源の整理
- 本人と家族の時系列整理
- 本人と家族の課題の優先度の整理
- 本人の生活行為の現状評価と予後予測の整理



# 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



## 【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  
40歳

長男  
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  
症出  
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

7歳

母子  
寮で  
暮ら  
す

高卒で  
就職  
を出  
る

結  
婚

孫  
誕生

世  
話

妻が  
時々  
世話  
にく  
る

次男

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。

5歳

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

## 課題抽出と優先順位

整理した情報から、課題を抽出しマトリックスで整理

- ・誰の課題か
- ・急ぐのか
- ・ゆっくりでよいか

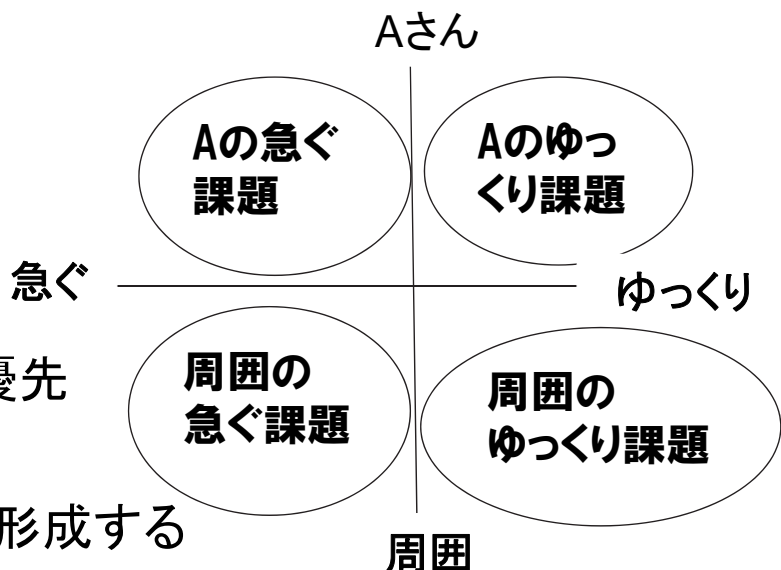
※課題ごとに

本人本位か

専門職の見地を優先

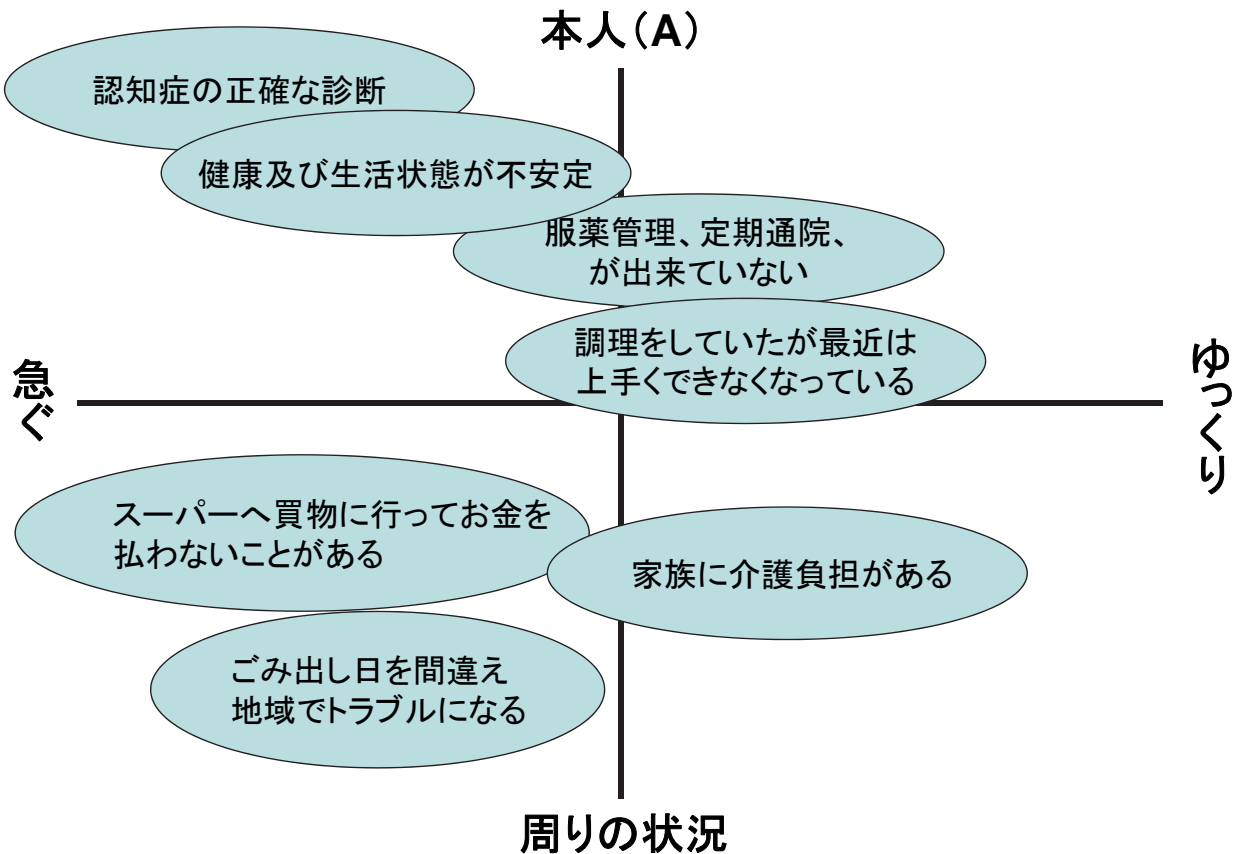
するか検討し

センター内合意を形成する



分析手法例③

Aさんとその家族の課題整理



「生活行為評価票」による現状評価と予後予測の整理表

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	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
判定	○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	
	排泄	○2	➡ ○1	水分摂取、食事、運動のバランスを整えると改善可能性あり
	食事	○2	➡ ○1	訪問介護を活用し食事の自立性を高めるような工夫をする。
	入浴	○2	➡ ○2	
	着脱衣	○2	➡ ○2	

I  
A  
D  
L

掃 除	△1 → ○2
洗 濯	△1 → ○2
買 物	△1 → ○2
調 理	△1 → ○2
整 理	△1 → ○2
ごみ出し	△1 → ○2
通 院	△2 → △2
服 薬	△2 → △1
金銭管理	△1 → ○2
電 話	△2 → △2
社会参加	△1 → ○2

水分摂取、食事、運動、排便のバランスを整え、ヘルパーの協力、近隣の声かけなどの見守りがあれば、本人の不安と混乱が軽減し、改善が期待できる。

理論的には期待できるが、一方、上記の普段の体調管理の状況を的確に把握すること及び不十分なところのカバーについて、その具体的な方法をどうするかが本質的な課題となる。

## 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！状況説明を冗長にしない。)

## 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。
- ファシリテーション能力が求められる。
- 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。

## 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	○				

氏名	Aさん	男・女	住所	地域ケア会議(ケース検討会) アセスメントシート
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帰って来てしまう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)	<p>【普段の体調管理】 水分摂取、カロリー摂取、便秘の有無は不明、運動は散歩が好きで近くの公園を散歩している。</p> <p>【疾患・服薬・通院】 ・認知症。開業医が診断し、アリセプトが処方されている。主治医意見書の自立度判定はⅡb。水分制限・塩分制限に関する指示はない。 ・服薬管理は不明。週末三男がいるときは、飲んでいる。 ・医師から2週間に一度の受診が必要といわれているが、定期的な受診はできていない。</p> <p>【ADL・IADL】 ・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。 ・ゴミ出しの曜日を間違えてしまい、近所から本人が注意をされている。 ・最近、単純な料理しか作れなくなった上に、失敗がたびたびあり、自信を喪失しかけている。 ・二男の渡す一週間一万円のお金の割り振りはうまくできていない。 ・三男の食事作りは自分の役割と思っている。 ・道に迷っても警察や、近所に人の声かけで帰ってくる事ができている。</p> <p>【その他】</p>			

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)	<p><b>【家族環境】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の認知症に対する理解度は不明だが、いつまで日中独居の生活ができるかどうか不安を抱いている。</li> <li>・三男が同一世帯であるが、会社経営の関係で週に2～3日程度(週末)しか帰宅しない。三男が不在の日は、近所に住む次男が泊まりにくる。</li> <li>・長男は隣市に住んでいる。母親との関係は良くない。長男の妻は役所などの手続きをしたり、受診の支援等の協力している。</li> <li>・夫:昭和50年に死亡。</li> </ul> <p><b>【住環境】:</b>特になし</p> <p><b>【近隣環境】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・長年、三人の子育てをしながら生活を営んできた地域のため、息子の同級生や友達が家を継いで住んでいることもあり、長年のAさんの苦勞を知っている人も多く好意的でもある。</li> <li>・カラオケやゲートボールの仲間からは、行かなくなった当初は心配の声がかかったが、それぞれ事情があり今はあまり交流はなくなっている。</li> <li>・昔から行っている美容院には今も行くと楽しくお喋りする。</li> <li>・スーパーから店に来ないようにしてくれと強い抗議がある。パートの店員の中には心配している人もいた。</li> </ul>
------------------------------------	--

経済的環境 (本人及び家族)	<p><b>【本人】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・Aさんは厚生年金であるが、受給額は不明。</li> <li>・以前の訪問販売契約の代金を現在も支払っており、余裕はないと思われる。</li> <li>・本人が銀行から引きおろす行為ができないため、三男が毎週1万円のお小遣いを渡している。</li> </ul> <p><b>【家族】</b></p> <p>息子達は経済的に困っていることはない。</p>
現況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・買い物以外に関心ごとや興味を持ってもらうことを期待してデイサービスを週3回利用したが、利用後も毎日のように買い物に行っている。</li> <li>・ゴミ出しの曜日を間違えて、近所の人から注意を受けている。</li> <li>・認知症の診断は開業医が行い、専門医の受診はしていない。</li> </ul>
問題点 課題	<p><b>【個人因子からの課題】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スーパーでのトラブルの原因が不明瞭。</li> <li>・ゴミ出し日を間違えるため近所の人気が気にし始めている。</li> <li>・調理能力の低下から自信喪失に陥りかけている。</li> <li>・認知機能に影響を与える、水分・栄養摂取、運動、排便の状況の把握が先決である。</li> </ul> <p><b>【環境因子からの課題】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日中独居</li> <li>・家族の認知症に関する理解度が不明</li> <li>・スーパーの店員が冷たく接するようで、本人も不安気味になっている。</li> </ul>
介入チーム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業所 ケアマネジャー</li> <li>・三男、次男、長男の妻</li> <li>・両隣り</li> <li>・デイサービスセンター相談員</li> <li>・警察生活安全課</li> <li>・スーパー店長</li> <li>・民生委員</li> <li>・町内会長、班長</li> <li>・社会福祉協議会権利擁護センター</li> <li>・かかりつけ医</li> <li>・地域包括支援センター3職種</li> </ul>



## 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)

- ①支払をしないで商品を持ち帰ってしまう時の状況分析  
曜日や時間帯に一定のパターンがあるのかを調べる。そのために、生活状況の把握と分析を行う。
- ②ゴミ出し日の間違えを減らすための隣組の声かけ運動
- ③必要があれば訪問介護サービスの導入(服薬と生活状況の確認)  
特に、デイサービスがない日の日中独居の対応が課題。
- ④スーパー、近隣の方々に対する認知症の人を理解するための勉強会開催の調整と家族内の役割の整理
- ⑤主治医への定期的通院ができる。
- ⑥アリセプトの朝食後の服薬確認と服薬支援の実施。
- ⑦普段の体調管理(水・食事・運動・便)の確認体制の確立と支援の実施
- ⑧専門医に受診し、正確な認知症の診断を受け適切な対応策を検討する。  
～以上の対応による情報を持ち寄って、1ヵ月後にモニタリング会議をすることとしてはどうか～

(中・長期目標として考えられること)

- ①調理能力が低下しているとは言え、三男に食事を用意するのが楽しみであり、引き続き調理ができるようなサポートを検討。
- ②住み慣れた土地で生活できるよう地域の見守りを受けられるように支援する。
- ③地域の人が認知症の理解を深めることができる。
- ④消費者被害の防止等の権利擁護の必要性

## 本日の演習プログラム

### 【演習1】 地域ケア会議の開催前の準備①

～アセスメントシートの作成～

※的確なアセスメントと、その結果に基づく仮説の整理

### 【演習2】 地域ケア会議の開催前の準備②

～自立支援に資する支援計画案と役割分担表の作成～

※センター内三職種の合意形成

### 【演習3】 地域ケア会議の進め方

～地域ケア会議の進め方～

※参加者に求める役割、段取り、根回し等の検討

### 【ビデオ視聴】

### 【演習4】 地域課題の洗い出し

～個別課題から地域課題～

※支援の結果、この事例が「自立」になった場合  
担当エリアにはどのような課題があるか



## 【演習1】の手順

Aさんのアセスメント結果の解説を聞いた感想を近隣の方と話し合ってみてください。(10分)

### Aさんのアセスメント結果の解説

- 地域ケア会議に検討事例を提出する際は、先ずは的確なアセスメントと、その結果に基づく仮説が整理されていなければ、会議が長引くばかりではなく、成果にもつながりません。
- ケアマネジャーから相談を受けた地域包括支援センターは、地域ケア会議を開催するに先立って、ケアマネジャーにAさんのアセスメントをする上での留意点を助言した上で、改めてアセスメントシートの作成と提出を依頼しました。

## ケアマネジャーに対するアセスメント上の助言内容

○認知症ケアの目標は、周辺症状を引き起こす要因を取り除き、周辺症状そのものが出現しないようにすること。

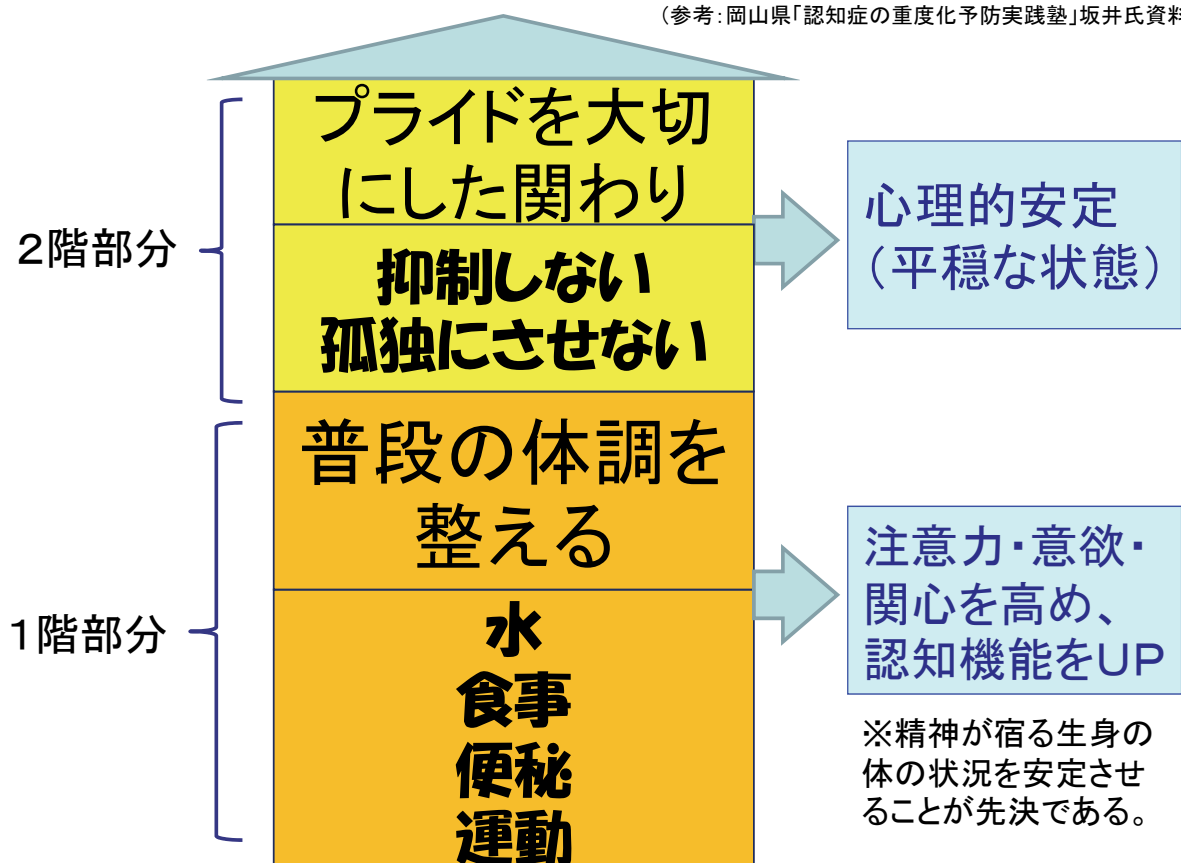
■多くの認知症ケアは、経験と勘を頼りに、出現する周辺症状に対処している。

例)徘徊が見られると、無理に連れ戻さず付き添い、  
頃合いをみて戻ってもらう「寄り添いケア」  
→**根本的な解決につながらず、徘徊は繰り返される。**

(出典:岡山県「認知症の重度化予防実践塾」坂井氏資料より)

## 認知症の周辺症状を取り除くケアの基本

(参考:岡山県「認知症の重度化予防実践塾」坂井氏資料より)



## 【演習2】の手順

- ① 司会と板書係(発表者)を決める。
- ② 司会者からホワイトボード(次頁参照)を活用した会議にすることを説明する。
- ③ 司会者からこの地域ケア会議の目的について説明する。
- ④ ホワイトボードで意見の整理をしながら支援計画表を完成する。

(以上、20分)

## ホワイトボードの利点

- ① 視線が下を向かず、会話が活発になる。
- ② ボードに記載した内容がその場で、共有化され、内容が整理しやすい。
- ③ 論点が明確になり、共有できるため建設的な意見が促される。
- ④ ファシリテーション技術を駆使できる。

→ **可視化することで情報共有が容易に。**

## 課題に対する支援計画原案作成

No	課題	目標	何を・どのように	担当者	期日

優先順位をつけた課題に対する計画を立てる。

- ・課題に対する目標
- ・目標達成に向け何を、どのように、
- ・だれが ・いつまでに行うか？

■重要な視点として、高齢者の場合は、普段の体調管理(水分、食事、運動、排便)が不十分なため、意欲や認知機能に悪影響を及ぼしていないかどうかを確認することが先ず必要である。

### 【演習3】の手順

① 次の内容について、グループ内で検討を行う。

(20分)

- 会議の日時・場所
- 参加者の選定
- 依頼の仕方
- 期待される発言者及び発言内容

② グループ発表(5分)

## グループ発表

- ・地域ケア会議の進め方についての準備に関して出された意見は？
- ・センター内で合意を得る上での論点は？
- ・どのような議論をし、合意形成を図ったのか？

### 【解説】 地域ケア会議参加者の決定

- ・根拠ある参加者の選定

抽出した課題から参加メンバーを選び  
誰が依頼すると効果的かも配慮する

※ 本人、家族の参加についても検討

#### 【参考】地域ケア会議メンバー候補

本人、民生委員、ご近所、町内会長、元友人  
スーパー店長、三男、二男、長男の妻  
ケアマネジャー、デイサービス職員、主治医  
警察、社会福祉協議会など

## 【解説】 参加依頼(事前調整＝根回し)

- ・誰が誰に依頼するか、声掛けの順序等配慮
  - ※ 地域の権力構造、しくみ等地域のアセスメントをしておくことも必要
- ・会議の目的と何故あなたに参加を依頼したかを明確に伝える。

### 【参加依頼の効果】

- ① 参加の動機付けと一定の役割確認ができる。
- ② 参加呼びかけで、仮に参加の約束が得られなくとも、つながりができ、更なる情報収集ができ、アセスメントが深まる。

## 【解説】 会議運営の準備

会議が効果的に運営されるよう、また、ネットワークが促進されるよう準備をする。

- ・会議のプログラム
  - どのような内容を深め、どのような意見が引き出せるとよいか。
- ・司会や記録など役割
- ・場所(役所、集会所、個人宅?)時間帯
- ・資料の用意、ホワイトボードの用意
- ・座り方、お茶、アイスブレイク?

さて、いよいよ  
地域ケア会議が始まります。

■ 会議資料

- ・ アセスメント資料
- ・ 生活行為評価票による現状評価と  
 予後予測の整理票

【演習用ビデオ】

「地域ケア会議」における司会者の役割について

## 【解説】ビデオ視聴後の解説

- ・司会者の役割、進め方
- ・事例の説明の仕方
- ・事前準備がきているか
- ・参加メンバーはこれでよいか

(参考)

ビデオ事例の推移の紹介



## 地域ケア会議開催までの事前調整

※ いきなり一堂に招集し地域ケア会議を開催するのは難しかったので、段階的に関係者との調整を重ねて、足場を固めてから地域ケア会議を開催することとした。

- ① (本人)、三男、次男、ケアマネジャー、デイサービス担当者を変えて、「普段の体調管理」、服薬管理、定期的通院の確保について、意見交換 ⇒ 訪問介護サービス活用の検討
- ② スーパー、警察、(本人)、三男、ケアマネジャーを変えて、三男からスーパーへのお詫び、ケアマネジャーから認知症ケアのチェックポイント説明・訪問介護サービスの導入によりケア方針を見直すので、もうしばらく様子を見てもらうように要請。
- ③ 民生委員、近所の人、町内会長、(本人)、三男、ケアマネジャーを変えて、(本人)と三男からお詫びと感謝を申し述べ、ケアマネジャーから認知症ケアのチェックポイント説明・訪問介護サービス導入によりケア方針を見直すので、近隣の方にも、出来る範囲での協力を要請。

(注: 本事例では本人は参加していないが、事例の状況に応じて本人参加の検討が必要)

## 地域ケア会議により合意された支援計画と役割分担

	課題	目標	何を・どのように	担当者
1	支払をしないで商品を持って帰ってしまうときの状況を分析する必要がある。	お金を支払う時と支払わない時の傾向を把握し、対策を考える。	スーパーの過去の記録を調べて、何か傾向があるかを分析する。	スーパー、ケアマネジャー
2	ゴミ出しの日を間違えるなど地域のルールを守ることが難しくなっている。	ゴミ出しの日を間違えないようにする。	①カレンダーに印をつけるよう促す。 ②ゴミ出しを支援する。	家族 (訪問介護の利用も検討)
3	認知機能の低下に影響を与える要因を把握する必要がある。	体調を整え、落ち着いた生活を送れる。	①水分・食事・運動・排便と服薬状況の観察を行う。 (家族、デイサービスの記録を作り観察をする。)	家族、デイサービス

(前頁からの続き)

課題	目標	何を・どのように	担当者
		②普段の体調管理(食事・運動等)について支援する。 (脱水の観察、好きな飲み物が目につくように配慮する。)	家族、デイサービス (訪問介護の利用も検討)
		③主治医への定期通院を支援する。	家族
		④朝食後の認知症治療薬の服薬を確認する。	家族 (訪問介護の利用も検討)
		⑤専門医による診断を受け、認知症の適切な対応策を検討する。	家族、ケアマネジャー

地域ケア会議で合意された支援計画と役割分担を反映させた暫定的な居宅サービス計画書という性格のものである。

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続 認定済・申請中

利用者名 A さん 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分  要介護1 ・  要介護2 ・  要介護3 ・  要介護4 ・  要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向  
本人:息子が一生懸命働いている。家に帰ってきたときは、母親らしくしてやりたい。  
家族(3男):自分が家に帰るといって、料理を作ってくれているやさしい母親だが、最近警察に保護されたりゴミ出しの曜日を間違えたりして失敗が多くなり、落ち込んでいる。以前の明るい母親に戻ってほしい。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針  
日中一人で過ごされているため、生活状況が把握できていません。水分量や食事摂取状態・排便等基本的な体調の状態を観察し、不足している場合はすぐに対応できる体制作りを支援していきます。  
緊急時連絡先 ○○医院 ○○○-○○○-○○○○  
Y 男氏(三男) ○○○-○○○-○○○○  
Z 男氏(次男) ○○○-○○○-○○○○

生活援助中心型の算定理由 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他(

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
支払いをしないで商品を持って帰ってしまうときの状況を分析する必要がある。	お金を支払う時と支払わない時の傾向を把握し、対策を考える。	H23年1月 ~ H23年1月	スーパーの過去の記録を調べて、何か傾向があるか分析する。	H23年1月 ~ H23年1月	スーパーの過去の記録を調べる。		スーパー ケアマネジャー		1回/月	H23年1月 ~ H23年1月
ゴミ出し日を間違えるなど地域のルールを守ることが難しくなっている。	ゴミ出しを間違えないようにする。	H23年1月 ~ H23年1月	ゴミ出しを間違えない工夫をする。	H23年1月 ~ H23年1月	カレンダーに印をつける。 ゴミ出しの支援		家族 訪問介護利用の検討		1回/月	H23年1月 ~ H2 ~
認知機能の低下に与える要因を把握する必要がある。	体調を整え、落ち着いた生活がおくれる。	H23年1月 ~ H23年1月	①水分・食事・運動・排便と服薬状況の観察を行う。 ②管段の体調管理(食事・運動等)の支援の実施。	H23年1月 ~ H23年1月	家族・デイサービスの共通の記録を作り観察をする。 脱水の観察 好きな飲み物が目につくように配慮する。		家族 ケアマネジャー 家族・デイサービス 家族		毎日 3回/週 毎日 毎日	H23年1月 ~ H23年1月 ~ H23年1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。

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
			③主治医への定期通院ができる。	H23年1月 ~ H23年1月	通院の支援		家族		1回/2週	H23年1月 ~ H23年1月
			④朝食後のアリエットの服薬支援と服薬確認ができる。	H23年1月 ~ H23年1月	朝食後内服を促がす 服薬支援と服薬		家族 訪問介護利用の検討		毎日	H23年1月 ~ H23年1月
			⑤専門医に受診し、正確な認知症の診断を受け、適切な対応策を検討する。	H23年1月 ~ H23年1月	長男の妻から主治医に相談をする。 ケアマネジャーも同席する。		家族 ケアマネジャー		1回/月	H23年1月 ~ H23年1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。

# 1ヶ月後のモニタリング結果の紹介

	目標	実施状況	目的達成状況	今後の対応方針
1	お金を支払う時と支払わない時の傾向を把握し、対策を考える。	過去の記録を調査した。	<p>デイサービスに行かない日の夕方が多いことが判明し、脱水の可能性がある。</p> <p>息子に食事作りをするために買い物にいったことが判明した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●体調が安定して生活ができる。特に、デイサービスに行かない日の水分確保。</li> <li>●息子のための食事作りをするために買い物に行っている。</li> <li>・献立を決めて必要な物を買うことができる。献立が単調にならないように一緒に考える。</li> <li>・お金のやりくりができるようになる。財布を持っているかの声かけをしてもらう。買い物の金額をノートと一緒に記録し、残高を確認する。悪徳商法の被害に遭わないように注意を払う。</li> <li>・息子に「美味しい」と言ってもらえる一品を作ることができる。調理を一緒に行い、手順を助言する。</li> </ul>

(前頁からの続き)

## 地域課題が見える



	目標	実施状況	目的達成状況	今後の対応方針
				<ul style="list-style-type: none"> <li>●スーパーの方に、認知症の理解をしてもらうことができる。</li> <li>・認知症サポーター研修の開催を依頼</li> </ul>
2	ゴミ出しの日を間違えないようにする。	家族が、ゴミを出す日は玄関口にゴミ袋に「ゴミの日です」と紙を貼付してみた。	<p>間違いが少なくなった。</p> <p>たまに間違えるが、近所の人からフォローしてくれる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ゴミ出しの曜日等地域のルールを守ることができる。</li> <li>・ゴミ袋の張り紙は継続する。</li> <li>・声かけをしてもらう。</li> <li>●近所の人に認知症の理解をしてもらうことにより、付き合いを続けていくことができる。</li> <li>・認知症サポーター研修の開催を依頼</li> </ul>
3	体調を整え、落ち着いた生活が送れる。	連絡帳を作り、記録した。	<p>水分摂取量が不足</p> <p>アリセプトの内服は家族が確認</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●水分摂取を促していく。</li> <li>●定期的な受診、専門医への受診を続けていく。</li> <li>●服薬確認は継続して行っていく。</li> </ul>



地域ケア会議での合意を踏まえて見直した居宅サービス計画書について、1ヵ月後のモニタリング結果に基づき再度見直したという性格の居宅サービス計画書である。

第1表 居宅サービス計画書(1) 作成年月日 年 月 日  
 初回・紹介・継続 認定済・申請中

利用者名 Aさん 殿 生年月日 年 月 日 住所  
 居宅サービス計画作成者氏名  
 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 楽しみのある生活をしたい。  
 居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日  
 認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	本人:息子が一生懸命働いている。家に帰ってきたときは、母親らしくしてやりたい。 家族(3男):自分が家に帰るといって、料理を作ってくれているやさしい母親だが、最近警察に保護されたりゴミ出しの曜日間違えたりして失敗が多くなり、落ち込んでいる。以前の明るい母親に戻ってほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	水分量・食事量・排便の状態を観察し、普段の体調が整えられるよう、支援をしていきます。 息子さんの食事づくりをするために、近所のスーパーで安心して買い物をして頂けるよう、近所の方やスーパーの方と見守りをしていきます。 ○○医院 ○○○-○○○-○○○○ Y男氏(三男) ○○○-○○○-○○○○ Z男氏(次男) ○○○-○○○-○○○○
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他(

第2表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 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			
水分・食事・排便等のバランスが崩れると、日常生活に混乱がおきている。普段の体調を整える事で、母親としての役割を続けていける可能性がある。	息子のために食事を作ることができる	H23年2月 ~ H24年1月	①体調(食事・水分・排便等)が安定して生活ができる。	H23年2月 ~ H23年7月	排便の状況や水分摂取量の記録 水分摂取を促がす。 定期的に受診を続ける	○	通所介護、訪問介護		3回/週・1回/週	H23年2月 ~ H23年7月			
						服薬確認	○	訪問介護・通所介護		1回/2週	H23年2月 ~ H23年7月		
						②献立を決めて必要な物を買うことができる。	H23年2月 ~ H23年7月	献立が単調にならないように一緒に考える。	○	訪問介護		2回/週	H23年7月
						③お金のやりくりができるようになる。	H23年2月 ~ H23年7月	財布を持っているかの声掛けをしてもらう。 買い物の金額をノートと一緒に記録をし、残高を確認する。 悪徳商法の被害にあわないように注意を払う。	○	訪問介護		2回/週	H23年2月 ~ H23年7月
									スーパーの店員		買い物時	H23年2月	
									家族		買い物時	H23年7月	
									権利擁護センター				

※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。

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
			④息子に「美味しい」と言ってもらえる一品を作ることが出来る。	H23年2月 ～ H23年7月	調理を一緒にを行い、手順を助言する。	○	訪問介護		2回/週	H23年2月 ～ H23年7月
			⑤ゴミ出しの曜日等地域のルールを守る事が出来る。	H23年2月 ～ H23年7月	玄関口のゴミ袋に「ゴミの日です」と張り紙をする。声掛けをしてもらう		次男		ゴミの日	H23年2月 ～ H23年7月
地域の方に認知症を理解してもらうことにより地域での役割を果たしていける可能性がある。	②近所の人との付き合いを続けていく事が出来る。	H23年1月 ～ H23年12月	①隣組・町内会・スパーの方に、認知症の理解をってもらう事が出来る。	H23年2月 ～ H23年7月	認知症サポーター研修の開催を依頼し実行		地域包括支援センター			H23年2月 ～ H23年4月
			②近所の人と一緒に散歩が出来る。	H23年2月 ～ H23年7月	サポーター研修を受けた町内会の人と一緒に散歩をする。		近所に方			H23年2月 ～ H23年7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。

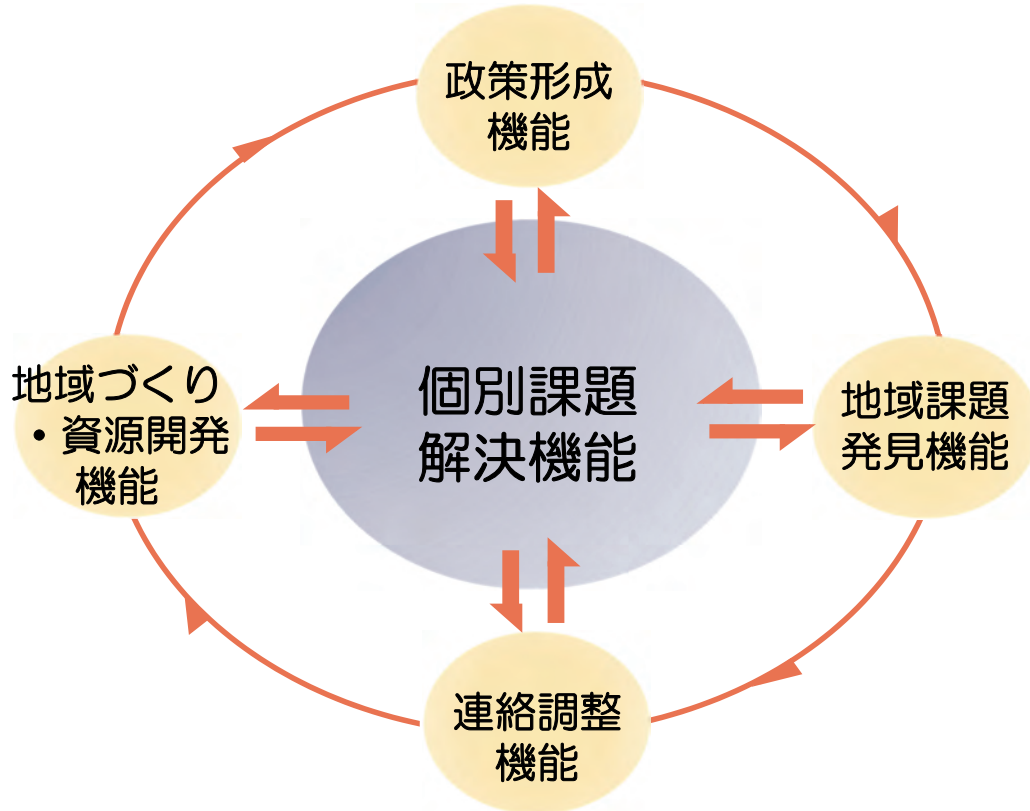
## モニタリングから見えた地域課題

- 医療機関と連携をとりながら、介護サービスの導入等にて体調(水分摂取・食事・運動・排便等)を整えていくことで、ぼんやりしていた意識が、はっきりしてきた。(ゴミ出しの失敗が減る、周りが理解を示し始める)
- **普段の体調が整うまでの一定期間は、頻回な関わりが必要**



- ①集中して関わる時期を見極めて対応できる専門機関、事業所の連携体制が必要
- ②もともと地域との関係性がある人などは、家族や取り巻く人たちが認知症を理解できるようになると、家族などみんなの関わり方が変わり、良い方向に向かう

## 地域ケア会議の主な機能



地域包括支援センター業務マニュアル2012(平成24年3月長寿社会開発センター p27)

## 【演習4】の手順

- ① この事例が「自立」になった場合、自分の担当地域で想定される課題は何か、グループ内で検討を行う。一つの事例の課題解決方法は、他の同じような課題を持つ人たちにも役に立つという視点で行う。(15分)
- ② グループ発表(15分)

## 【解説】地域課題から見えてきた新たな取り組み例

### 認知症の人の日常生活を支えられる地域へ

- ・ご近所の人からのちょっとした手助け
- ・町内会ぐるみの見守り
- ・地域の認知症予防の取り組み
- ・社会資源マップの作成
- ・安心してお出かけできる地域へ声掛け訓練
- ・介護保険事業所や専門機関との連携会議など

## 【解説】本事例を活用して地域啓発へ

- 地域包括支援センター運営協議会
- 認知症の人と家族の会
- 民生委員の研修会
- 職域認知症サポーター養成  
（警察、スーパー、金融機関など）
- 老人クラブ、シルバー人材センターの会合
- 町内会の集い
- PTAの集い

協力していただいた方々の所属先に、成果を報告しつつお礼を申し上げることにより、地道に理解者を増やす努力を継続することが、ネットワーク構築への第一歩であると考えている。



## 【まとめ】 講義・演習のまとめ

… 修正されたプランとモニタリング結果、事例の顛末の紹介

## 【解説】 講義・演習のまとめ

- ・担当ケアマネは良いプランを作って自立につなげたこと。
- ・個別課題を蓄積することにより、地域の資源やインフォーマルサービスの不足等の地域課題が明確になり、次のステップの地域ケア会議に発展していくこと。

