

## 演習 I (14:40～15:00 20分)

○自己紹介

○自分の担当圏域の地域ケア会議の現状

会議名	個別課題 解決機能	ネットワーク 構築機能	地域課題 発見機能	地域づくり・資 源開発機能	政策形成 機能
【記入例】 ○○会議	◎	◎	○	△	×

1

## 演習 II 事例の情報説明(15:00～15:30 30分)

- 情報①: インテーク(ケアマネジャーからの電話相談)  
→ケアマネジャーとのやりとりは逐語録を参照
- 情報②: インテーク(来所によるケアマネジャー相談)  
→ケースAさんの情報はフェイスシートを参照
- 情報③: 二次アセスメント(ケアマネジャー支援)  
→同行訪問の情報は次ページを参照
- 情報④: 近隣住民からの情報  
→聴取内容は次ページを参照

2

## 情報①～② インテークの概要

- Aさんは、最近足腰が弱ってきており、自宅4階からの階段昇降が困難で、通院やゴミ出しなどができなくなっていること
- Aさんに物忘れの症状が現れていること
- 介護サービスを勧めても「まだいらない」と言うこと
- 同居の長男は体調不良により失業中で、昼夜逆転ぎみであること
- Aさん、長男共に同居生活を続けたいとの意向があるが、将来の健康と生活費を心配していること

など

3

## 情報③ 二次アセスメントの概要

- Aさんは、長男が失業中のため、お金を節約しようと考えて介護サービスの導入を拒んでいること
- Aさんは、糖尿病を患っているにも関わらず、部屋に飲み忘れの薬が落ちているなど、適切な治療が継続されていない可能性があること
- 長男は、不眠症でありながらも買い物などの家事を手伝い、母親の健康状態を心配に思っていること
- 近隣住民から民生委員に対し、Aさん宅のベランダからごみの臭いやポリ袋が飛んでくるとの苦情が寄せられていること など

## 情報④ 自治会長からの地域情報

- この団地には、階段の昇り降りが不自由な方や独居のお年寄りが増えていること
- 隣町の団地では、移動スーパーが定期的に来てくれるとの情報があり、この団地でも実現できないかと考えていること など<sup>4</sup>

## 演習Ⅱ (15:30～16:50 80分)

### 【演習前に】

- ・役割分担(司会・書記・発表者)を決めてください。
- ・ホワイトボードを活用し、以下の内容を所定の時間内で話し合ってください。

### 【検討事項】 70分

1. 不足している情報と、それを誰から入手するか《30分》
2. なぜ地域ケア会議をするのか？《40分》

### 【発表】 10分

できるだけ多くのグループの検討内容を共有するため、要点をまとめて発表してください。

5

## 演習Ⅱの作業シート

- 担当ケアマネジャーとの面談や同行訪問による二次アセスメントでは得られなかった情報で、今後必要と思う情報は何かをあげてみましょう。
  - その情報がなぜ必要なのか、誰がどのように取得するか、その優先度はどうかも整理しましょう。
- 【優先度の分類に記号や数字を用いる方法もあります:例)高い◎、中○、低い△】

※皆さんはAさんの担当ケアマネではなく、地域包括支援センター職員として考えてください。

	必要な情報	その情報が 必要な理由	誰が情報に アクセスするか	情報の 優先度
本人が持つ情報				
家族が持つ情報				
地域住民が持つ情報				
支援者が持つ情報 (ケアマネ・事業者等)				
地域包括支援セン ターが持つ情報				
行政が持つ情報				

6

## インタビュー時の逐語録

### 地域包括支援センターにて ケアマネジャーと主任ケアマネジャーとの会話

#### C ケアマネジャーのプロフィール

年齢 45 歳 女性 介護福祉士 特別養護老人ホーム併設のデイサービスセンターへ入職。介護支援専門員資格を取得と同時に特別養護老人ホーム併設の居宅介護支援事業所に転属。A さんとの出会いは入職間もないころであった。

勤務する居宅介護支援事業所は介護福祉士で職歴 6 年の主任介護専門員と介護福祉士で職歴 2 年の介護支援専門員が勤務している。

CM：あの一。すいません。ケアマネジャーの〇〇です。ちょっとご相談したいことがあるのですが。

主任：はい。ケアマネの C さん。いつもありがとうございます。どうされましたか？

CM：ええ。××団地の A さんの事なのですが、包括ではもう何かご存知ですか？。上司にも相談したのですが、包括に一度相談してみればどうかとアドバイスをもらって、来てみたんです。

主任：いいえ。××団地ですよ。すいません。

CM：要介護 1 の方なのですが、1 年半前にお風呂の住宅改修に関わった後、その頃はなんとか 4 階から 1 人で降りてくる事ができたので、1 階に歩行器をレンタルして、それを使ってちょっとした外出ができていたんです。しかも物忘れが明らかになって、とても心配していました。先月訪問したら、本人の様子が 1 カ月前から見違えるほど変わっていたのです。

主任：変わっていた・・・という？

CM：部屋の中は尿の臭いがするし、新聞やごみ・それに飲み忘れていた薬が部屋中に散らかっているし。おまけに、A さんと一緒に少し片付けてみたら、団地の家賃の支払いや光熱費の催促状もそのままになっているんです。

主任：(うなづきながら) “ふんふん”

CM：息子さんと一緒に住んでおられるのですが、その息子さんは、私が話しかけても日中お部屋で横になっていることが多く、十分な関わりをしてはしていないようです。A さんは、「足が弱ってきて外に出られなくなってきた」「最近よく忘れるようになった」なんて言うのです。なので、介護サービスを増やして支援を強化したいとご本人と息子さんに提案したのですが、「まだ、いい」とおっしゃって、サービスを増やせません。私一人じゃとても支援ができないと思って。

主任：なるほど・・・そうですか。一緒に考えさせてもらいたいので、これまでの経緯をもう少し詳しく聴かせてもらえませんか。

CM：はい。どこから話したらいいですか。

主任：それでは、C さんが関わり始めた経緯からお願いできますか。

CM：そうですね、A さんが要介護認定の申請を行ったのは 1 年半ほど前で、その頃も軽い物忘れがありました。ご自分で役所まで出向いたと話していました。理由は風呂場の住宅改修を行いたかったからでした。うちのかかわりは、A さんが役所の係の人に紹介してもらって、その場から電話をいただいて、初回の面接は役所で行いました。それから、要介護 1 の結果が出て、その後はすでにお話しした通りです。

主任 なるほど。それと息子さんとは、あまりコミュニケーションが図れていないようですが・・・

CM：ええ、今回思い切って息子さんとも話ししてみたんです。そうすると、十分なことはできていないが、母のことは心配だし、面倒を見なければいけない様なんです。でも自分のことで精一杯と言う感じで、しかもお金のことが心配みたいですね。それと、Aさんも、息子さんのことをとても気にしていて、このまま息子と生活を続けていきたいと話してくれました。

主任：なるほど。お二人への支援が必要そうですね。

CM：そうなんです。支援をしたいと思っても、どうすればいいか行き詰ってしまっ

主任：ケアマネジャーとして、このご家族に対してどう関わればいいのか、行き詰っているということですね。

CM：そうなんですよ。どうしたらいいですか。ケアマネジャーだけではとても関わりきれません。

主任：そうですね。とても関わりきれませんよね。それでは、Aさんの今後の支援をどうすればいいのか、私たちと一緒に考えていきませんか。

CM：はい……。でも、やっぱり私がAさんの関わりを続けていくことになるんですよね。

主任：そうですね。

まずは、Aさんへのよりよい支援の方向を考えるために、問題の洗い出しや整理を一緒にしましょうか。そして、Cさん（ケアマネジャー）だけでは対応しにくいような問題に対して、どのような支援の体制が組めるのかも、検討してみましょう。

そのために、地域包括支援センター内で協議を行います。地域ケア会議でAさんの事例を取り上げていくこともできます。地域ケア会議の事はご存知ですか。

CM：上司から説明を受けたことはありますが、具体的にどんなことをするのか。サービス担当者会議とは違うんですよね。

主任：そうですね。サービス担当者会議とは違います。Aさん家族の様にケアマネジャーだけでは関わりが難しいケースを地域包括支援センターが主体になってケアマネジャーさんと一緒に関わりを広げていく会議です。そして、Aさんのケースを解決していくと同時にその過程で、関係者すべてがAさんを取り巻く環境に何らかの課題がないかも含めて議論し、それぞれが気付いていく機会でもあります。

CM：わかりました。地域包括支援センターがしっかりと関わってくれるのなら力強いです。

Aさんが住んでいる××団地はAさん家族ほどではないけれど、色々な問題を抱えた人がいっぱいいます。他のケアマネジャーも結構困っている人も多いみたいですよ。地区の民生委員さんも同じことを言われています。

主任：では、Aさんの事をもう少し知りたいので、健康状態などについて、詳しく聴かせていただけますか。

CM：はい。それが、まだあまり確認が取れていないんです。関わり始めたころは物忘れがあると言っても、日常生活は自立していましたし、息子さんとも同居していましたから、健康状態についてはあまり意識していませんでした。

主任：そうですね。まずは、Cケアマネジャーさんが把握されている情報や気になっていることをできる限り聞かせて下さい。

CM：そうですね、あまり詳しいことまではまだつかめてないんですけど…

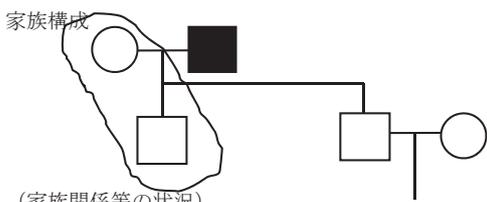
主任：確かに難しいですよ。ただ、そうはいっても、このご家族の一番近くで関わってこられたのがCさんでしょうから、これまでの関わりを大事にしたいなと思うんです。

CM：はい、わかりました。……

## 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 9年 月 日生 ( 79 ) 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・J・ <input checked="" type="checkbox"/> 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・一戸建て・ <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅・ <input checked="" type="checkbox"/> 自室の有無 ( ) 階、住宅改修の有無 浴室に手すりを施工					
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・・・ 国民年金として月約5万円程度 厚生年金として月約7万円程度 息子の収入はない					
来所者 (相談者)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; font-size: small; margin-right: 5px;">家族構成</div>  </div> <p style="font-size: small;">(家族関係等の状況)</p> <p>長男(B)は引きこもりがち。十分な事はできないが、母の事は心配だし自分が面倒を見なければいけないと思っている。しかし、自分の事で精いっぱいであり、お金の事も心配している。次男(C)とは疎遠。</p>					
住 所 連絡先						
緊急連絡先				氏名	続柄	住所・連絡先

《相談内容と対応》

相談経路	
相談内容	<p>前回モニタリングの際は大きな問題はなかったが、今回の訪問で本人の状況に大きな変化が見られた。まず、歩行状態が悪化し自宅内を伝い歩きしており、ふらつきも見られる。また、トイレに間に合わない事があるのか室内は尿臭がある。飲み忘れていると思われる薬や古新聞、ごみが散乱している。そして、家賃や光熱費の催促状が見つかる。本人としても「足が弱ってきて外に出られなくなってきた」「最近よく忘れるようになった」「いろんな事ができなくなってきた」などと訴える。しかし、介護サービスの利用を促すが強く拒んでいる。</p>
他機関での相談状況	特になし
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
	<p>つなぎ先： _____ 担当者： _____</p> <p>内容： _____</p> <p>日時： 年 月 日 ( ) 時 / TEL・Fax・Mail _____</p>

## 利用者基本情報（裏面）

今までの生活	（本人への聞き取り） 本人は、他県の農村部で出生。高等学校を卒業後、現在住んでいる団地の近くにある食品会社で勤務する。その後勤務先で知り合った男性と結婚する。夫との間に二男をもうけ、その事を契機に勤務先を退職し専業主婦なり、借家（団地からごく近く）で生活してきた。そして、3年前に夫の死後、地区の再開発のために借家が立ち退きとなり、現在生活している市営住宅に長男（B）とともに移り住む。長男（B）は、以前は正社員として働いていた事があるが、現在定職に就いておらず、引きこもりがちである。1年6か月前に「風呂場に手すりをつけたい」と本人自ら要介護認定の申請を行い、介護支援専門員との関わりがはじまった。その後、歩行器のレンタル以外の介護サービスを利用しなかった。			
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	
	団地の4階ということもあり、自分の力では外出する事は難しい。同居する長男も積極的に本人を外出させる事はしないため、毎日自宅でテレビを観るなどして過ごしている。		特技としては何もないが、カラオケや自治会の旅行などを楽しみにしていた。しかしここ数年、自治会の旅行には参加できていない。	
	時間	本人	介護者・家族	
			友人・地域との関係	
			若いころはPTA活動や自治会班長などを積極的に地域で活動していたこともあり、地域住民との関係もよかった。しかし、団地の4階に引越してから来客が減ってしまった。頻繁ではないものの、隣人が様子を観に来たり、おかずを差し入れてくれたりすることもある。	
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	
病気がちな長男（B）とのことが心配で、これからも長男と二人でできる限り自宅で生活していきたい。また、足が弱ってきて外出に不安があるが、以前のように自分の力で外へ出かけたい。最近、よく忘れるようになったと自覚しているのでとても心配している。お金の事も心配している。			長男（B）は母親のことはとても心配しているし、十分ではないが自分が面倒を看なければならぬと思っている。しかし、自分の事で精一杯という気持ちでもある。仕事に行けない事が辛く、お金ことも心配している。	

《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23年8月	認知症		Tel	治療中 経観中 その他	
平成23年8月	糖尿病		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

## 演習Ⅱの解説（16:50～17:20 30分）

### 【不足している情報と入手方法】

- ・主治医連絡: 糖尿病、高血圧で薬が処方されていたがしばらく受診していない
- ・長男と面談: 不眠症で朝起きるのが辛い  
母親が急に弱ってどのように介護してよいかわからない、ゴミが出せない
- ・行政に確認: 世帯状況、息子の相談歴・福祉サービスの利用状況、他の親族・キーパーソン情報  
団地のあるエリアの高齢化率・認定率等
- ・民生委員への確認: 住民の認知症に対する理解度や他の認知症ケースへの対応の実態など
- ・自治会長への確認: 自治会独自の取組、同様の課題をもつ高齢者の有無など

7

### 【Aさんを地域ケア会議に選定した理由】

- ・Aさんの健康状態や生活機能を維持改善するために、医療との連携が必要なこと
- ・Aさんへの支援だけでなく、家族や地域への関わりが必要であること
- ・関係するフォーマル・インフォーマルサービスメンバーの情報共有が必要であること
- ・ケアマネジャーへの支援が必要であること
- ・同様の課題をもつ住民（地域共通の課題）が潜在化している可能性があること

8

## 地域ケア会議にかける事例のスクリーニングの視点

課題の大きさ・多さ	ケアチームの協働・連携
ケアマネの実践力	効果的な社会資源の存在

- 課題が大きくても、ケアマネの実践力がある場合、ケアチームの協働・連携が強い場合、効果的な社会資源が整っている場合は地域ケア会議以外の手法でも課題解決できる
- ケアマネに実践力があっても、対象者の数が多ければ対処力に限界があるため、地域ケア会議によってケアマネ全体の実践力を高める必要がある
- 効果的な社会資源が整っていても、ケアチームの協働・連携がなければ、ケアマネの実践力だけでは対処できないため、地域ケア会議が必要
- 効果的な社会資源が整っていない場合は、それらの開発が必要であり、その際のヒントとなるのが地域ケア会議による成功体験である

## 研修 2日目 (導入 5分)

### 【1日目の振り返り】

インテーク

→二次アセスメント

→追加情報の入手

→事例のスクリーニング

→地域ケア会議で検討する事例の選定

同時進行で  
行われること  
もある

地域ケア会議の開催に向け 事前準備に入ります

11

### 演習Ⅲ (9:35~11:30 115分)

#### 【演習前に】

- ・役割分担(司会・書記・発表者)を決めてください。
- ・ホワイトボードを活用し、以下の内容を所定の時間内で話し合ってください。

#### 【検討事項】 85分

1. Aさんの個別課題の分析(個人因子と環境因子)
2. 支援の方向性(見立てと仮説による目標の設定)

#### 【発表】 30分

できるだけ多くのグループの検討内容を共有するため、要点をまとめて発表してください。

12

## 演習Ⅲの作業シート

■Aさんの課題分析にあたっては、Aさん「個人」に起因するものと、Aさんを取り巻く「環境」に起因するものを分けて検討しましょう。

■個人因子、環境因子の中にも、それぞれいくつかの要素が分かれますので、幅広く検討しましょう。

■課題を明確にしたうえで、目標、支援内容、その担当者を整理し、地域ケア会議を活用すべきケースかどうかの判断に役立てましょう。

	事実・状況	課題	目標 (短期・中期・長期)	支援内容	担当者
個人因子					
環境因子					

13

### 課題を明確化し、支援の方向性を導き出す方法

- ・ 家族図、エコマップによる関係者と社会資源の整理
- ・ 本人と家族、関係者の時系列整理
- ・ 個人因子と環境因子による課題分析
- ・ 見立てと仮説による目標の設定

# 地域ケア会議の事前準備シート(参考例)

				独	高	他
氏名			性別	住所		
要介護度		有効期限				
<b>個人因子</b> 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:					
<b>環境因子</b> (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:					
<b>経済的環境</b> (本人及び家族)	本人の状況:  家族の状況:					

15

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 \_\_\_\_\_

16

## ・自立支援に資するケアマネジメント支援に必要な視点

17

### 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？  
経済的状况(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・バリアー
	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)

## 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。

19

## 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。
- 将来の予測を立て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。

20

## 演習Ⅳ（13:00～13:20 20分）

### 【演習前に】

- ・役割分担（司会・書記・発表者）を決めてください。
- ・ホワイトボードを活用し、以下の内容を所定の時間内で話し合ってください。

### 【検討事項】 20分

1. 参加者の選定とその理由
2. 開催日時や場所の工夫点
3. 参加者への依頼の仕方と役割分担

※発表はありません。

21

## 演習Ⅳの解説（10分）

### 事前準備①

- ・会議の内容を充実させ、効果的な地域ケア会議とするために、最適な参加メンバーを選ぶ。  
※ 本人、家族の参加についても検討する。
- ・メンバーが参加しやすい日時や場所を設定する。

### 【参加メンバーの参考例】

本人、息子、民生委員、自治会長、医療関係者  
ケアマネジャー、サービス提供事業所 など

22

## 事前準備②

- ・誰から誰に依頼するか、声掛けの順序等の配慮
- ※ 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 参加の動機づけと一定の役割確認ができる。
- ② 参加の呼びかけで、仮に参加の約束が得られなくてもつながりができ、更なる情報収集やアセスメントが可能となる。

23

## 事前準備③

- ・参加メンバーに合わせて日時や場所を設定する。  
日中か時間外か、行政機関かケース宅かなど
- ・会議が効果的に運営されるよう、また、ネットワーク形成が促進されるよう準備をする。
  - 会議のプログラム
  - 司会や記録など役割
  - 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・・・等
- ・会議のゴールを決める  
一度の会議ですべての課題が解決できるわけではないため、2回目以降の会議や他の支援方法と組み合わせながら解決に向かう。

24

## DVD視聴 (13:30~14:00 30分程度)

- これまでの演習と照らし合わせ、事例の選定から実施までの流れを確認する。
- 個別課題から地域課題への転換と、上位レベルの会議にあげていくプロセスを確認する。

※DVD中の解説スライドは、テキストに掲載しています。

25



# 地域ケア会議 運営に係る実務者研修

演習用DVD  
平成25年度

26

# はじめに

- このDVDは、地域ケア会議を運営する上で求められるコーディネート機能と、そのプロセスを学んでいただくことを目的として作成しています。
- 平成25年度地域ケア会議運営に係る実務者研修の演習事例となった「Aさん」について、地域ケア会議に取り上げるまでの事前準備、会議当日の運営、個別課題解決から地域課題の抽出に至る経過等、一連の流れを収録したものです。
- 編集の都合上、利用者・家族からの聞き取りや会議での発言内容等を一部省略しておりますのでご了承下さい。
- なお、登場人物はすべてフィクションです。

27

## 【相談者からの状況把握（インテーク）】

- Aさんは、最近足腰が弱ってきており、自宅4階からの階段昇降が困難で、通院やゴミ出しなどができなくなっていること
- Aさんに物忘れの症状が現れていること
- 介護サービスを勧めても「まだいらない」と言うこと
- 同居の長男は体調不良により失業中で、昼夜逆転ぎみであること
- Aさん、長男共に同居生活を続けたいとの意向があるが、将来の健康と生活費を心配していること

28

## 【二次アセスメント】

- Aさんが介護サービスの利用を断る理由
- 長男の健康状態について
- ゴミの臭い等に関する近隣住民からの苦情
- 団地の高齢者世帯の増加に関する自治会長からの情報

29

## 「Aさん」を地域ケア会議に選定した理由

- ①Aさんの健康状態や生活機能を維持改善するために、医療との連携が必要なこと
- ②Aさんへの支援だけでなく、家族や地域への関わりが必要であること
- ③関係するフォーマル・インフォーマルサービスメンバーの情報共有が必要であること
- ④ケアマネジャーへの支援が必要であること
- ⑤同様の課題をもつ住民(地域共通の課題)が潜在化している可能性があること

30

## (参考) 地域ケア会議で 検討するケースの例

- 支援者が困難を感じているケース
- 支援が自立を阻害していると考えられるケース
- 支援が必要だと判断されるがサービスに繋がっていないケース
- 権利擁護が必要なケース
- 地域課題に関するケース

地域ケア会議運営マニュアル P42～47 長寿社会開発センター より抜粋

31

## (参考) 事前準備

- 会議当日の役割分担を行う  
進行役、記録係、発言者 など
- 参加者への依頼  
本人及び家族の参加については検討課題に応じて判断する

地域ケア会議運営マニュアル P50～53 長寿社会開発センター より抜粋

32

## 【Aさんの課題】

- ①もともと外出や買い物が好きな方であったが、  
下肢痛・腰痛に伴う活動量の減少により、団地の  
階段昇降が困難となり、外出ができなくなったこと
- ②月2回の定期通院が滞っていること、薬の飲み残  
しがあることから、糖尿病や高血圧症の悪化の危  
険があること
- ③室内やベランダに生ゴミとポリ袋が溜まっており、  
衛生状態が悪いことと、近隣の方のご迷惑になっ  
ていること

33

## 【Aさんへの支援内容】

- 糖尿病、高血圧の治療再開
- 腰痛・下肢痛の相談とリハビリに関する指示を受ける
- 食事、水分摂取、便通、睡眠、などの生活リズムや  
健康管理に関する助言を受ける
- リハビリ専門職による生活機能評価を実施し、  
日常生活の留意点について助言を受ける
- 訪問介護を導入し、サービス内容に「日常生活動作向  
上のため、身体介護による買い物の同行」を入れる
- 長男と支援チームの役割分担を行う

34

## 【会議終了時の確認事項】

- モニタリングの時期と方法の確認
- 必要に応じて次回の地域ケア会議の日程を調整
- 決定事項・役割分担の再確認

今回の会議内容で決定した事柄について、課題や目標を、誰がいつまでにどのような支援や対応をするのか、再確認を行います

35

## 【残された課題の明確化】

- 団地の階段昇降に関する住環境の問題について
- 長男の不眠への対応、および就労支援について
- 治療中断事例に関する医療との連携方法について
- 地域住民の認知症に対する認識不足について

36

## 【個別事例の地域ケア会議終了後】

- ・記録を作成、管理する
- ・事例提供者へのサポート
- ・モニタリングの実施
- ・フィードバックを行う
- ・個人情報の記載された資料を処分する

37

## 【地域課題の抽出】

- ・同様の生活課題を抱えた複数の事例
- ・既存の社会資源では解決が困難な事例
- ・地域に不足している資源・サービス・ネットワーク等

38

## 【抽出された地域課題の例】

- 団地内で外出困難となっている高齢者の把握人数
- 医療と介護の連携に困っているケアマネジャーの状況、相談件数
- 住民の認知症に対する意識、理解などの実態

39

## 【市区町村への提言】

- 市区町村との連絡会議
- 地域包括センター長会議などを活用
- 市区町村の担当所管課などへ地域課題を提出

40

## 【課題解決に向けた優先度の判断】

- 生命に直結する緊急性の高い課題
- 対象者が多く、社会的影響が大きい課題
- 実行可能性が高い課題
- 効果が期待できる課題 など

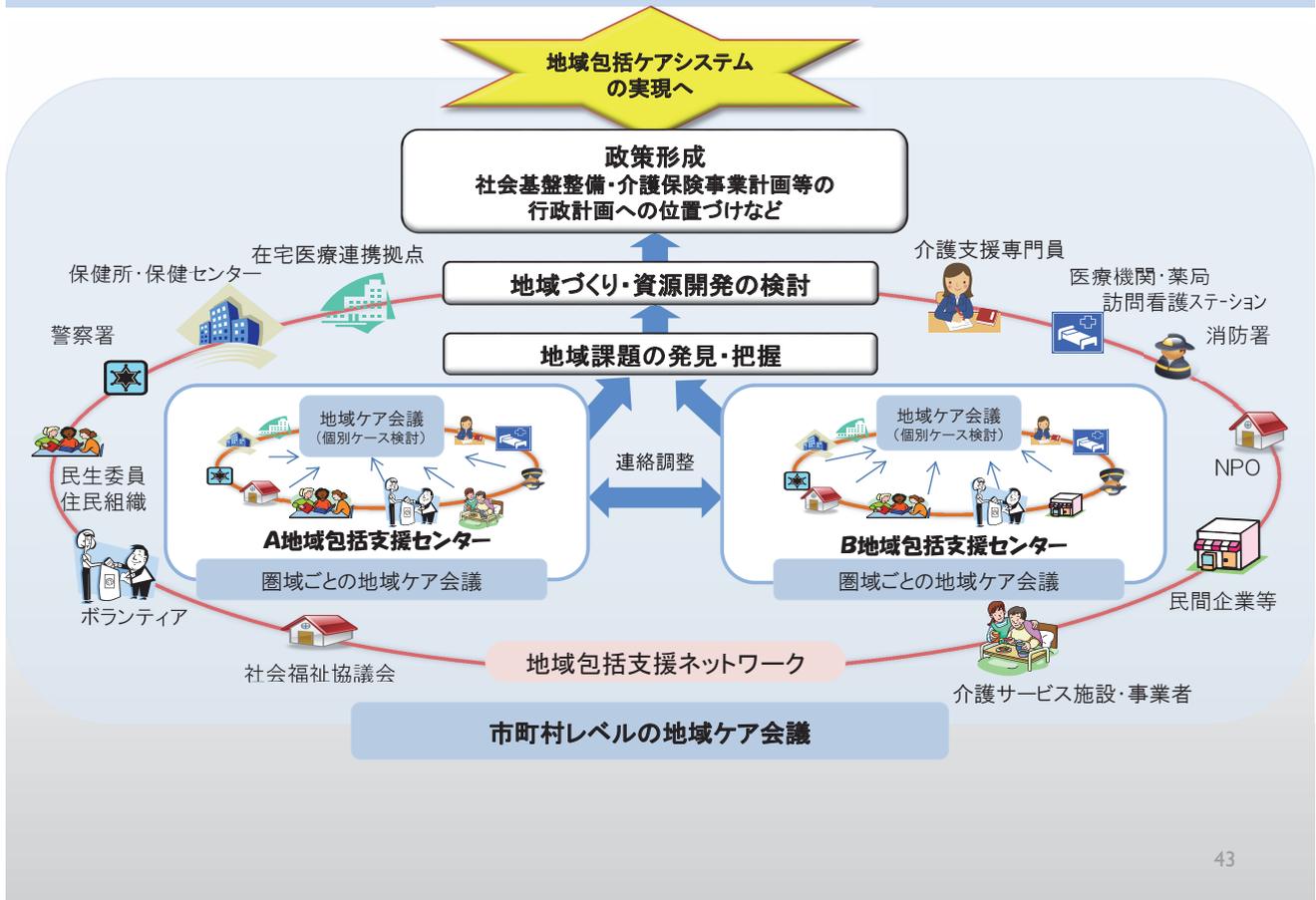
41

## 【市区町村の対応例】

- 団地などの住宅管理部局との情報交換会を開催
- 認知症に関する普及啓発事業の実施
- 医師会との協働による医療介護連携の研修開催
- ニーズ調査による実態把握 など

42

「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ



43



企画・制作

平成25年度地域ケア会議運営に係る実務者研修企画委員会

44

## 演習V (14:00~15:20 80分)

### 【演習前に】

- ・役割分担(司会・書記・発表者)を決めてください。
- ・ホワイトボードを活用し、以下の内容を所定の時間内で話し合ってください。

### 【検討事項】 50分

Aさんの地域ケア会議を通じて、DVDで示したこと以外に

1. 他の業務と連動させながら、地域課題をどのように抽出するか
2. 地域課題の解決に向けて、市町村に提言したいことは何か

※10分休憩後にグループ発表があります。

### 【発表】20分(15:00~15:20)

45

## 演習Vの作業シート

■地域課題の抽出にあたっては、以下の視点を参考にしてください。

- ① Aさん以外の人にも共通する課題は何か (地域の共通課題)
- ② それを裏づける情報やデータはどのように取得するか (根拠データ)
- ③ その課題の解決にはどのような方法が考えられるか (解決策)
- ④ 地域包括支援センターでできることは何か、できないことはどれか (限界の認識)
- ⑤ どのような人や組織と連携するか (連携先)

■上記の作業を通じて、市町村に報告(提言)すべきことは何か。(地域課題や解決策等)

※解決策の成功事例や有効性(エビデンス)を示すことができれば、説得力が増す。

①地域の共通課題	②根拠データ	③解決策	④センターの限界(○△×)	⑤連携先	市町村への報告・提言

46

## 演習Vの解説（15:20～15:40 20分）

### 【地域課題の抽出例】

- ・Aさんと同様の課題をもつ事例の相談件数と経年変化
- ・住民からの問合せ、苦情、相談等の状況
- ・家族介護者からの相談の状況
- ・医療関係者からの情報収集による治療中断者の状況
- ・介護サービス事業者、民生児童委員協議会、社会福祉協議会等からの情報収集
- ・自治会、老人クラブ等からの情報収集
- ・ニーズ調査、給付費、認定率、ハイリスク高齢者数等の既存データ

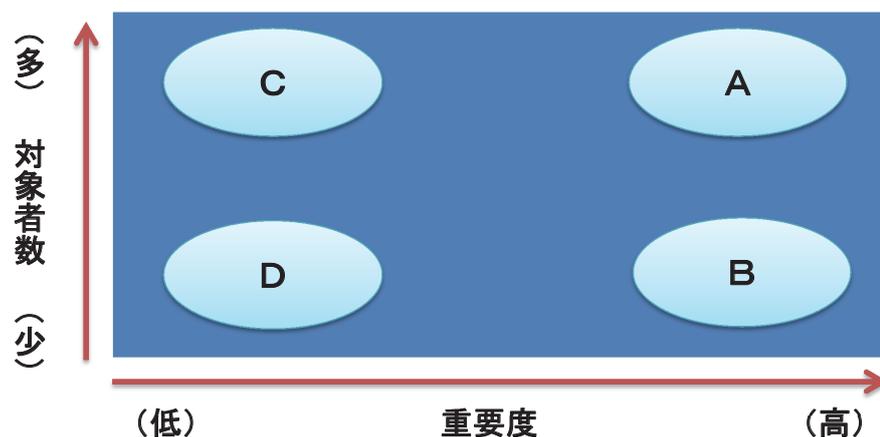
以上のような情報から、Aさんと共通する課題、資源不足による対応困難な課題等を明確化する。

47

## 演習Vの解説

■地域課題の解決に取り組む場合は、その優先度の判断が重要となる

- A(対象者が多く重要度の高い課題)**:あらゆる機関が連携して、広域にわたって早急に対応しなければならない課題
- B(対象者は少なくとも重要度の高い課題)**:個別支援を中心に課題解決し、その手法を地域で共有して、今後対象が増えた時に応用していける課題
- C(対象者は多いが重要度の低い課題)**:課題の優先度は低いため、他の優先課題を先に解決すべきだが、対象者が多いことを考慮して予防的に対応するという判断もあり得る
- D(対象者が少なく重要度も低い課題)**:優先度は低い、課題の規模が小さいうちに解決策を見つけることで、個人や地域のダメージを最小限に食い止めることができる課題



48

## 【市町村への提言例】

- ・買い物資源の不足に関する対応について
- ・医療介護の専門職が情報を共有しやすい環境の整備
- ・障害福祉施策との連携強化
- ・ボランティアや高齢者・障害者等の居場所づくりなど  
インフォーマルサービスの資源開発に向けた取組
- ・介護関係者の資質向上に向けた研修の充実
- ・地域アセスメント(地域診断)の体制強化
- ・地域包括支援センター間の情報交換の場づくり など

以上のように、地域包括支援センターだけでは解決できない課題について市町村に提言し、共に解決していく

49

## この事例でのプラス要素(例)

- ・ケアマネジャーから比較的早い段階で包括センターに相談があった  
⇒ケアマネジャーが相談しやすい環境と体制、信頼関係があったから
- ・かかりつけ医からの協力が得られた  
⇒在宅医療・介護に理解のある医療機関があったから
- ・自治会や民生委員の協力が得られた  
⇒自治会長や民生委員が認知症サポーターだったから など

50

# 地域課題の抽出から地域課題の提出へ ～行政への提言～

## 包括センターでやるべきことと、市町村がやるべき ことの整理が必要

- ⇒行政に理解してもらい、政策へ転換していくためには、事例を集積・分析し、データとしてプレゼンテーションすることも大切
- ⇒プレゼンの場合は、センター長会議、連絡会議、運営推進会議等の既存会議を活用するほか、所管部局の担当者と直接面談の場を設ける方法もある
- ⇒課題だけでなく、成功事例のプラスの要素を伝達し施策に活かしてもらう視点も重要

51

## 演習Ⅵ (15:40～16:15 35分)

### 研修の振り返りと全体総括

#### ①個人ワーク(5分)

明日から実践したい地域ケア会議の運営におけるコーディネート機能

※記入シートは次のページにあります。

#### ②グループワーク(10分)

各自1分ずつ決意表明

#### ③全体発表 (20分)

52

## 振り返りシート

	明日からどのように取り組んでいくか 2項目以上選択して記入してください
個別ケースの 選定について	
課題分析と 支援計画	
参加者の選 定と開催準備	
地域課題の 抽出について	
市町村への 提言について	
その他	

53

## 講評・まとめ (16:15~16:25 10分)

皆さまのご活躍を期待しております。

54



(参考)

平成25年度地域ケア会議運営に係る実務者研修 企画委員会

所属及び役職	氏名
一般財団法人 長寿社会開発センター 審議役	石黒 秀喜
公益社団法人日本看護協会 健康政策部 部長	村中 峯子
社団法人 日本社会福祉士会 理事	崎山 賢士
一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事	唐木 美代子
全国地域包括・在宅介護支援センター協議会	堀尾 栄
東京都多摩市健康福祉部高齢支援課 課長	伊藤 重夫
埼玉県和光市北第2地域包括支援センター 介護支援専門員	山岸 由実
新潟県新潟市地域包括支援センター阿賀北 センター長	佐藤 正枝
静岡県富士宮市保健福祉部福祉総合相談課参事 富士宮市地域包括支援センター長	土屋 幸己
兵庫県朝来市地域包括支援センター 副主幹	足立 里江
長崎県佐々町地域包括支援センター 係長	江田 佳子

<事務局>

厚生労働省老健局振興課 課長補佐	川部 勝一
厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進官	岡島 さおり
厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進係長	山田 大輔
厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進係	茅野 泰介



