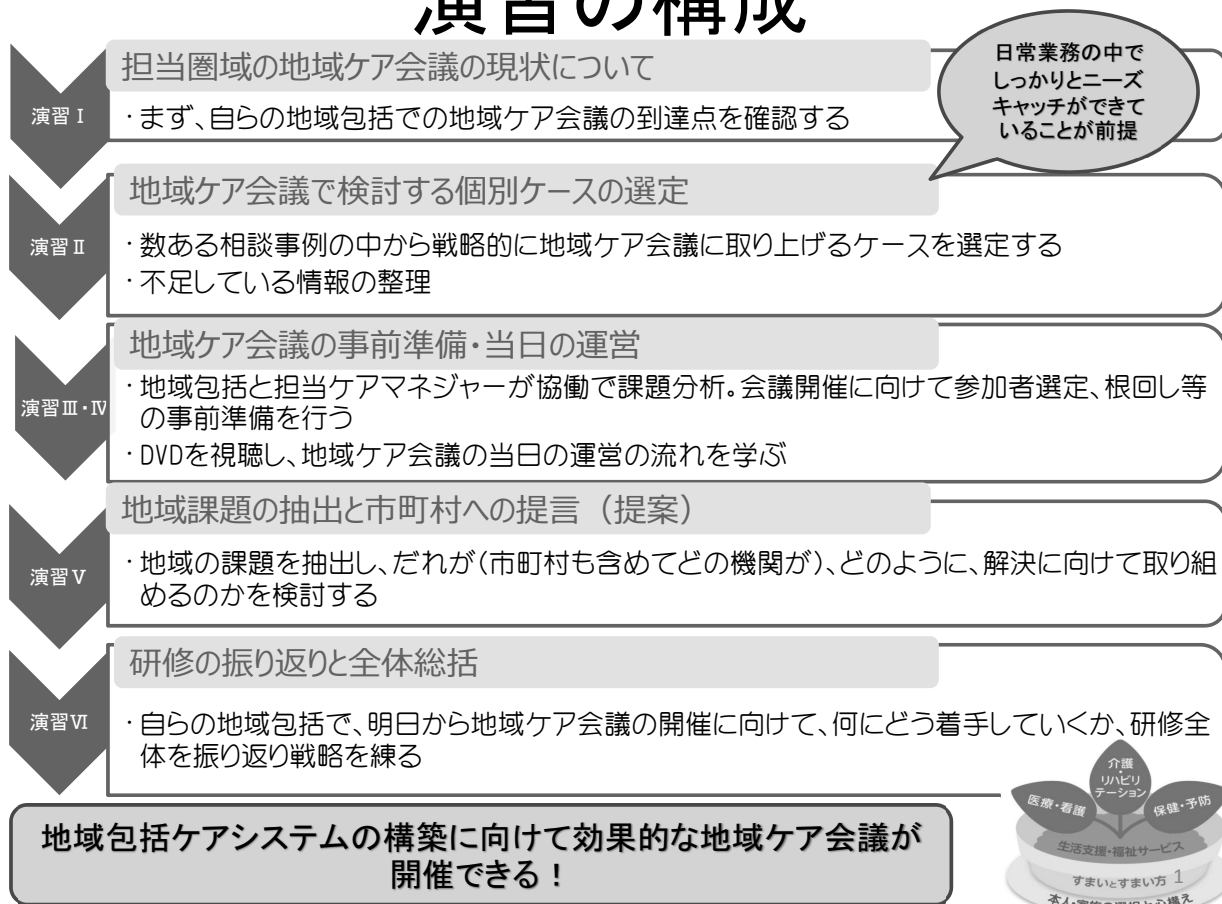


演習の構成



演習 I 担当圏域の地域ケア会議の現状について （14:40～15:00 20分）

○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	◎	◎	○	△	×

演習Ⅱ 地域ケア会議で検討する個別ケースの選定

(1) 事例について事前情報を把握しましょう
(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: 更なる情報収集/個別の情報(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/地域の情報
→聴き取り内容は次ページを参照

※本ケースは包括内3職種でいったんスクリーニングをし、ケアマネジャーとの同行訪問も行い、息子が介護している部分が認められるため、虐待ケースとしては取り扱わないこととする

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

情報③ 更なる情報収集の概要

- 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

演習Ⅱ

(2)個別事例を戦略的に地域ケア会議に取り上げましょう
＝ 地域ケア会議の選定理由 ＝
(15:30～15:55 25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》

●なぜAさんの地域ケア会議をするのか？

⇒Aさん事例を地域ケア会議に選定した理由を話し合ってください。

※いくつかのグループに検討内容を話してもらいます。《5分》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 年の主任介護支援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：こんにちは。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あって、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・・・というと？

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菓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、サービスを増やしません。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いからでした。うちとのかかわりは、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、面倒を見なければと思っている様なんです。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の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：確かに難しいですね。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、これまでの関わりの方針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・J 1・J・ <input checked="" type="checkbox"/> A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2				
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・ <input checked="" type="checkbox"/> II b・III a・III b・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: 10px;">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	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	（本人への聴き取り） 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・すごし方		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階に引っ越してからは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。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 経過中 その他	
平成23年8月	糖尿病		Tel	治療中 経過中 その他	
平成23年8月	高血圧		Tel	治療中 経過中 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

圏域の状況

◆人口や高齢者の状況

A市 人口 35,000人。高齢化率 26%。

- ・地域包括支援センター 2か所（直営 1か所、委託 1か所）
- ・居宅介護支援事業所 11か所
- ・特別養護老人ホーム 2か所（80床+110床） ・老人保健施設 2か所（80床+100床）
- ・訪問介護事業所 11か所。訪問看護事業所 4か所 ・通所介護事業所 10か所
- ・小規模多機能型居宅介護 2か所 ・認知症対応型共同生活介護 3か所
- ・診療所 16か所（主に内科 7か所、外科・整形外科 2か所、皮膚科 1か所、眼科 1か所、
精神科 1か所、泌尿器科 1か所、小児科 2か所、産婦人科 1か所） 歯科診療所 11か所
- ・総合病院 2か所（〇〇病院 550床 △△病院 180床）

*当該地域包括支援センターが管轄する生活圏域の人口は 18,000人。高齢者 6,000人。2中学校区を担当しており、高齢化率は 34%と A市全体の 26%よりも高い。昭和 40年代に開発された大型団地で公営住宅を多く有し、独居高齢者、高齢者世帯や低所得者層が多い。

◆自治会の様子

圏域全体の自治会は、高齢者の増加も問題視しているが、防災対策等の優先課題もあり、圏域全体として高齢者対策は取り組まれていない。

公営住宅を有する地区の自治会長は、独居や高齢者世帯、階段の上り下りが不自由で外出が困難な高齢者が増えてきており、高齢者の居場所づくりやゴミだしや買物等ちょっとした生活の困りごとに対して何とかできないかと思っている。

また、隣町の団地で、移動スーパーが定期的に来てくれるとの情報もあり、この団地でも実現できないかと考えている。

◆圏域の様子

高齢者支援の NPO やボランティアなどはない。認知症サポーター講座は包括支援センター主催で数回開催しているが、具体的な取り組みには至っていない。民生委員のうち、数名の委員が担当の独居高齢者のゴミだしや電球の交換などの支援をしている。老人クラブが時々イベントなどを企画しているが、人集めに苦労しているとの老人会長からの情報もある。

◆商店街・スーパーの様子

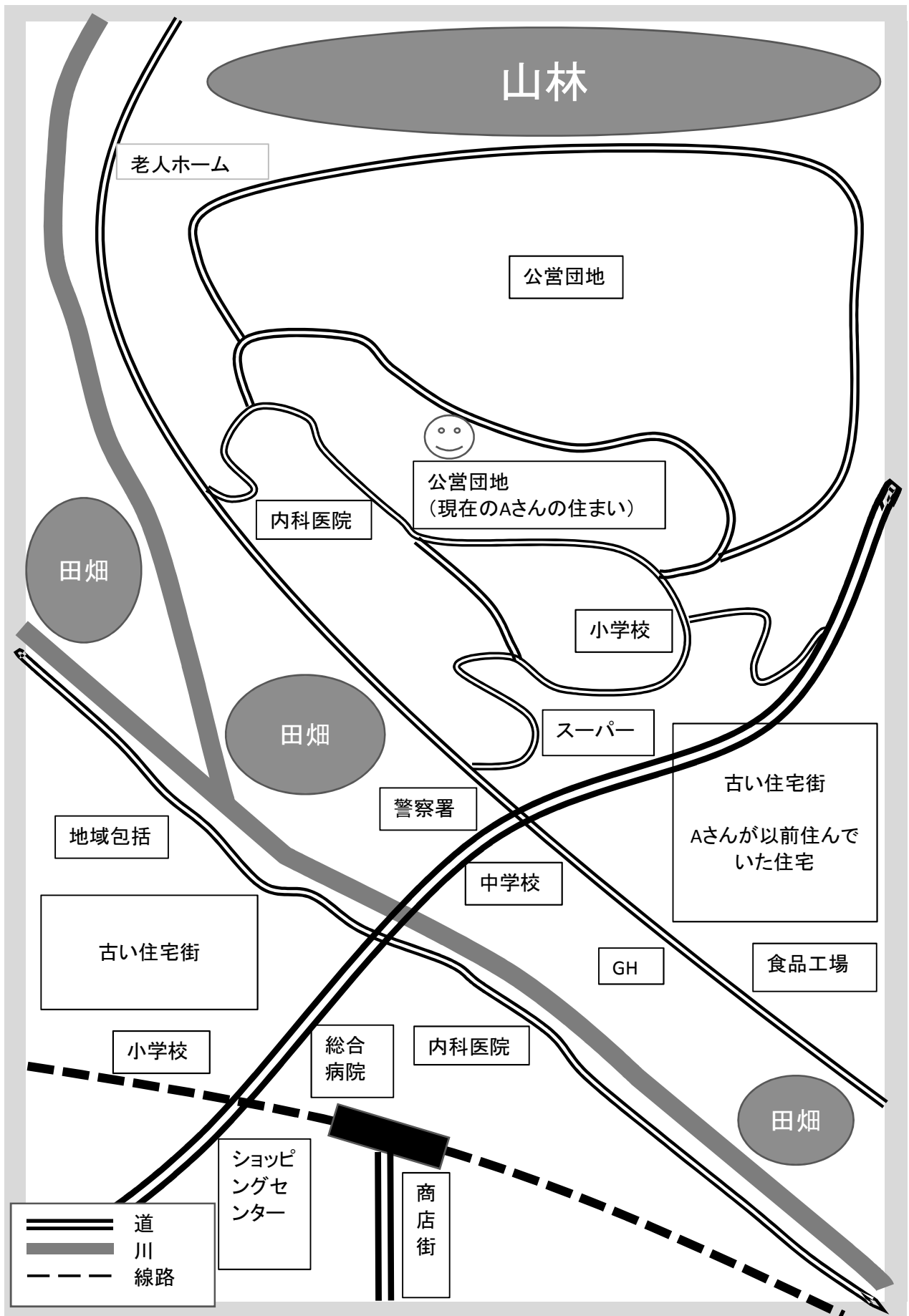
圏域内に昔からの商店街とスーパーがある。一部の商店で高齢者への配達をしている店もあるが、全体の取り組みになってはいない。商店街会長さんは、認知症サポーターで高齢者への支援に興味をもっている様子。

◆医療機関

圏域内に内科の開業医が 4か所、整形外科が 1か所ある。内科の先生は、昔からの患者さんには往診もしている。

◆警察署

圏域内に駐在所が 1か所あり、年に数回、認知症高齢者や高齢者の詐欺被害などの関係で連絡を取り合っている。



演習Ⅱ(2)の解説 (15:55~16:05 10分)

【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

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

○ケースが抱える課題が大きくても・多くても、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

演習Ⅱ

(3) 個別事例を戦略的に地域ケア会議に取り上げましょう
＝ 不足している情報を整理しましょう ＝
(16:15～16:55 40分)

【検討事項】《30分》

不足している情報と、それを誰から入手するか

【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。

9

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、担当ケアマネを支援し、地域ケア会議を運営する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
本人に関する情報				
家族に関する情報				
地域に関する情報				
支援者・支援体制に 関する情報 (ケアマネ・事業者・行政等)				

10

演習Ⅱ(3)の解説 (16:55~17:15 20分)

【不足している情報と入手方法】

- ・主治医連絡: 受診状況、服薬状況
- ・長男と面談: 長男の健康状態
母親の介護についての思い(気持ち)
次男に関すること
ゴミを出せない理由 他困っていること
- ・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

11

12

研修 2日目 (導入 5分)

【1日目の振り返り】

インテーク

→更なる情報収集

→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

演習Ⅲ 地域ケア会議の事前準備・当日の運営①
～課題分析と支援計画～
(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。

14

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・家族の生活歴、関係者の関わりを時系列で整理
- ・ 個人的要因と環境的要因による課題分析
- ・ アセスメントによる目標の設定
※ 課題整理総括表の活用(P74)

15

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。
- 個人的要因、環境的要因の中にも、それぞれいくつかの要素が分かりますので、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ましょう。
- ※ 演習にあたっては、あくまでケアマネジャー支援(担当ケアマネジャーのアセスメントや目標設定を支援するもの)という視点を留意すること。

	事実・状況	課題	目標 (短期・中期・長期)	支援内容	担当者
個人的要因					
環境的要因					

16

個人的要因と環境的要因は相互に作用しており、明確に分けられないものもある。

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				
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:					

17

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)

18

日付 H 年 月 日 記入者

・自立支援に資するケアマネジメント支援に必要な視点

19

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
本人と本人を取り巻く人々の力を引き出し、最適な状態を目指す

個人的要因	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

環境的要因	家族・経済
	近親者・近隣
	住まい・居住環境
	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)

20

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、個人的要因と環境的要因を洞察し、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要因」=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。

21

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。

22

(参考) 課題整理総括表の活用

平成26年6月17日厚生労働省
老健局振興課事務連絡を参照のこと

- 地域ケア会議の準備を行う際に、ケアマネジャーが作成する課題整理総括表を用いながら支援の方向性を検討することも効果的です。
- また、地域ケア会議当日においても課題整理総括表をみながら多職種が検討することで、ケアマネジャーのアセスメントのプロセスを把握しながら、視覚的に自立支援のプランになっているかの助言・指導を行うことが可能。(ただし、地域ケア会議においてはケアマネジャーが参加しない場合など、必ず課題整理総括表を地域ケア会議に提出しなければならないというものではない。)

利用者の状況		課題整理総括表				作成日	
自立した日常生活の障害要因 (心身の状態、環境等)		①糖尿病		②認知症		③閉じこもりにより両下肢筋力低下	
		④引きこもりの無収入の息子と同居		⑤エレベーターのない団地		⑥原臭とごみ散乱の住環境	
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因 ※3		改善/維持の可能性 ※4	
						備考(状況・支援内容等)	
移動	室内移動	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	②、③、⑥	改善 (維持) 悪化	外出頻度が少なくなり自宅内徘徊、ふらつきがある	
	屋外移動	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	②、③、⑤	改善 (維持) 悪化	1年前歩行器レンタルで外出はできていたが今はできない	
食事	食事内容	支援なし (支援あり)		①、②	改善 (維持) 悪化	糖尿病の改善ができていないため糖尿病食が取れていないと予測される	
	食事摂取	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	①、②	改善 (維持) 悪化	食事や調理の部分聞き取れていないため情報収集が必要	
	調理	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	①、②	改善 (維持) 悪化		
排泄	排便・排便	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	②、③、⑥	改善 (維持) 悪化	トイレに間に合わず頻度が多いのか、認知機能低下で感覚が分らないのか情報収集が必要	
	排泄動作	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	②、③、⑥	改善 (維持) 悪化		
口腔	口腔衛生	支援なし (支援あり)		①、②	改善 (維持) 悪化	糖尿病と認知症があり口腔ケアは声替えが必要と思われる	
	口腔ケア	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	①、②	改善 (維持) 悪化		
服薬	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	①、②	改善 (維持) 悪化	漏院していたため内服できていない		
入浴	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	②、③	改善 (維持) 悪化	1年前に風呂の住宅を改装しているが入浴できていない		
更衣	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	②、③	改善 (維持) 悪化	服装がひどい認知症で着替えができていない		
掃除	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	②、③④⑥	改善 (維持) 悪化	ごみ散乱ができていない		
洗濯	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	②③④⑥	改善 (維持) 悪化	洗濯の部分も聞き取れていないため情報収集期間		
整理・物品の管理	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	②③④⑥	改善 (維持) 悪化	ごみ散乱ができていない		
金銭管理	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	②④	改善 (維持) 悪化	国民年金5万+厚生年金7万 家賃、光熱費の滞納あり		
買物	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	②③④⑤	改善 (維持) 悪化	階段を降りれないため外出できていない		
コミュニケーション能力	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	②③④⑤	改善 (維持) 悪化	階段を降りれないため外出できていない		
認知	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	①、②⑥	改善 (維持) 悪化	介護拒否があり、専門病院受診していない 本人は忘れっぽくなったと自覚している		
社会との関わり	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	②③⑤⑥	改善 (維持) 悪化	忘れっぽくなったと自覚している		
褥瘡・皮膚の問題	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	①②③	改善 (維持) 悪化	糖尿病もあり、原臭みられ皮膚の状態の観察が必要		
行動・心理症状(BPSD)	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	②	改善 (維持) 悪化	介護拒否		
介護力(家族関係含む)	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	④	改善 (維持) 悪化	病気がちな長男で無職(引きこもりがち)、次男疎遠		
居住環境	自立 (見守り)	一部介助 (全介助)	⑤⑥	改善 (維持) 悪化	エレベーターのない4階の団地、近隣からごみのおいや原臭が止まっている、路上駐車等の苦情がある		
					改善 (維持) 悪化	障人が様子を見に来たりおかずの差し入れがある	

利用者及び家族の生活に対する意向	
見直し ※5	生活全般の解決すべき課題(ニーズ) 【案】 ※6
1. 糖尿病、認知機能低下により病院受診を行い悪化防止(定期通院、内服管理)	認知機能低下により、服薬管理や糖尿病食がとれず、病状悪化の恐れがある
2. 両下肢筋力低下があり、通所介護や訪問介護を利用して階段昇降やトイレまでの歩行ができる	
3. 認知機能低下により日常生活ができていないので(ゴミ出し、掃除等)訪問介護でできるようにする	
4. 日常生活支援事業や成年後見制度の利用を検討しながら長男のケア(受診や就労支援?)をおこなう	閉じこもりと生活不潔により両下肢筋力低下があり、トイレ歩行や階段昇降ができていない
	認知機能低下と家族介護力に弱み掃除やゴミ出しができていない
	認知機能低下により、お金の管理ができていない

※1 本表は情報提供でありアセスメントの結果ではなく、必ず個別に詳細な情報収集・評価を行うこと。なお「状況の事実」の事項は課題整理総括表に準拠しているが、必要に応じて追加して記入できる。
 ※2 介護支援専門員が収集した支援内容等を記載する。選択は○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立・見守り」以外の状態にあり、必要な支援を必要としている状態。横軸上の「自立・見守り」以外の状態にあり、必要な支援を必要としている状態。横軸上の「自立・見守り」以外の状態にあり、必要な支援を必要としている状態。横軸上の「自立・見守り」以外の状態にあり、必要な支援を必要としている状態。
 ※4 今後の状況変化による状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断して選択は○印を記入する。
 ※5 「要し」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要否を整理するための補助的項目。それが提供されることにより見込まれる生活の状況(目標)を形成する。
 ※6 本表掲載項目における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要な項目が複数ある場合には「優先順位」を数字で記入。

※ 上記課題整理総括表はAさんの事例の情報のなかで記載したあくまでも1例であり、必ずしもこの内容にしなければならないというものではない。

演習Ⅳ 地域ケア会議の事前準備・当日の運営② ～参加者選定と開催準備～ (13:00～13:30 30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】 30分

1. 参加者の選定とその理由
 2. 参加者への依頼方法
 3. 開催日時や場所の設定
- ※発表はありません。

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。

【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

25

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
- ※ 地域で物事を決めるときの手順やキーパーソンなど、意思決定の仕組みをアセスメントしておくことも必要
- ・会議の「目的」と、参加を依頼した「理由」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。

26

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。

27

DVD視聴 (13:40~14:10 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。

28

地域ケア会議 運営に係る実務者研修

演習用DVD
平成26年度

29

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26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。

30

「DVDの構成」

場面1	<p>ニーズキャッチ：相談者からの状況把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・インテーク、二次アセスメントの実施 	<p>日常業務の中でしっかりとニーズキャッチができていることが前提</p>
場面2	<p>地域ケア会議で検討する個別ケースの選定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・数ある相談事例の中から戦略的に地域ケア会議に取り上げるケースを選定 	
場面3	<p>地域ケア会議の事前準備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括内で事例の課題分析、会議開催に向けて参加者選定、根回し等 	
場面4	<p>当日の会議運営の実際</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報を共有し、課題を整理し、個別ケースの支援策の検討 ・運営の7つのポイントをおさえ進行、終了時に支援内容、残された課題を確認 	
場面5	<p>地域課題の抽出</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域課題の抽出のポイント、視点をおさえ、裏付けデータの収集 	
場面6	<p>地域課題への対応策の検討と市町村への提言</p> <ul style="list-style-type: none"> ・優先順位を吟味し、課題解決に向けた対応策を検討 ・誰が、いつまでに、何をどのようにするのか、市町村とともに役割分担も含めて検討 	

地域包括ケアシステムの構築に向けて効果的な地域ケア会議が開催できる！



31

【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

32

【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

33

「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

34

(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

35

(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

【ポイント①】

会議の開始時の進行役からの説明

①出席者の紹介、②会議開催の目的、③本日の検討課題、④検討の進め方・時間配分の目安

【ポイント②】

事前にAさんと長男に、地域ケア会議の場で現在の状況について、どこまでお伝えしてよいかを確認し、了承を得ておきます

【ポイント③】

事例の概要の説明

Aさんの現状・状況について、ケアマネジャーから住宅環境、家族構成、日常の現状について等、説明がなされました

37

【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

38

【ポイント④】

複数の課題・目標について、進行役が優先度を勘案して、検討順序を整理します

【ポイント⑤】

本人の病状についての確認がなされ、医療との連携をご家族に促していきます

39

【ポイント⑥】

ご本人が持っている力を引き出して、やりたいことができるようにし、在宅介護を支える上で、有効な手段をケアチーム全体で情報共有していきます

【ポイント⑦】

進行役は時間配分やなるべく全員が発言できるよう配慮し、会議をコントロールしていきます

40

【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、便秘、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

41

【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

42

【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

43

【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
- 個人情報記載された資料を処分する

44

【地域課題抽出の視点】

- ・地域の中で、生活のしづらさを抱えた高齢者に共通する課題
- ・既存の社会資源やネットワークでは、解決が困難な課題
- ・地域に不足する資源・サービス・ネットワーク等
など

45

【地域課題を導き出す為の情報(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
- ・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

46

【市区町村への提言（提案）】

- 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

47

【課題解決に向けた優先度の判断】

- 対象者が多く重要度の高い課題
- 対象者は少なくとも重要度の高い課題
- 対象者は多いが重要度の低い課題
- 対象者が少なく重要度も低い課題

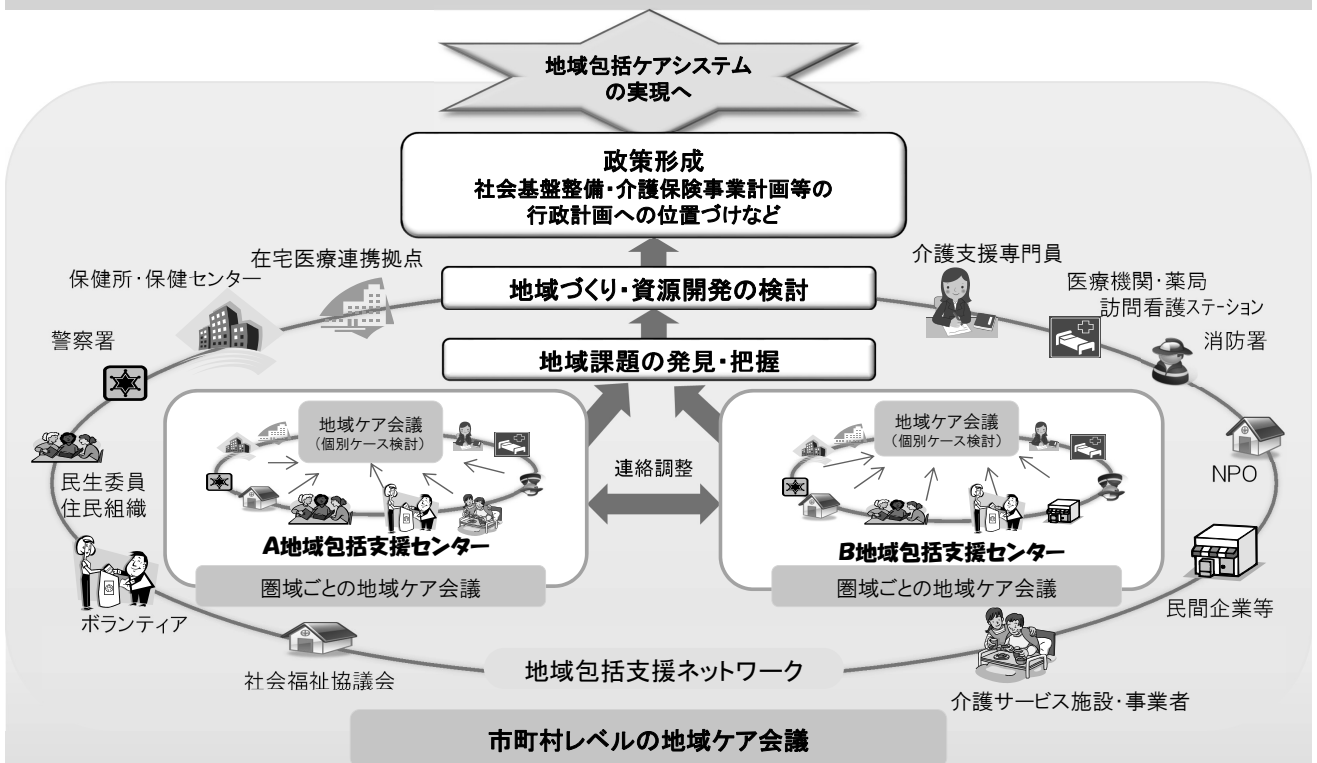
48

【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

49

「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



50



企画・制作

平成26年度地域ケア会議運営に係る実務者研修企画委員会

51

演習Ⅴ 地域課題の抽出と市町村への提言(提案) (14:10~15:30 80分)

【演習前に】

- ・テキストP25を再度ご確認ください。
- ・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①】 5分

Aさんの地域ケア会議を通じて、DVDで示したことを踏まえながら地域課題と想定されるもの(Aさん以外の人にも共通する課題・地域の共通課題)を各自で抽出する。

地域の共通課題	

52

演習 V 地域課題の抽出と市町村への提言(提案)

【検討事項②】 45分

1 検討事項①で抽出した地域課題のなかからグループで1つ選び、その地域課題の根拠となるデータを収集する。

- ・どのようなデータが必要か。
- ・そのデータをどのように入手するか。

※平素からの連携や通常業務を活かした入手方法を検討

2 その地域課題の解決方法を検討する。

- ・センターが取り組むことはなにか。
- ・どのような人や機関と連携するのか。
- ・解決のために不足する地域資源は何か。(またその開発のためにセンターに何ができるか。)

3 行政に政策提言する場合の内容と工夫を考える。

※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)

53

演習 V の作業シート

<記入の留意点>

地域課題	地域課題を1つ選ぶ	根拠データ	地域課題の根拠となるデータ
あるべき姿			
現状で、実現のためにセンターがまず取り組むこと	実現のためにセンターが声かけをする地域資源(団体・機関等)	実現のために不足している地域資源	データの入手方法もあわせて検討 (平素からの連携や通常業務を活かした入手方法) まずは、既存の地域資源を活用したネットワークで何ができるかを検討。【左・中欄】 既存の地域資源以外にも何が地域には必要なか、という視点で検討。【右欄】 (センターが地域資源開発をするためには何が必要なのか)
		地域資源開発のためセンターがアプローチすること	
市町村への報告や提言(提案)の内容と工夫			

残された課題は何かを明確にした上で市町村へ提言。
(提言する際の工夫も含めて) 54

演習Vの解説 (15:30~15:50 20分)

【地域課題を導き出すための情報(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

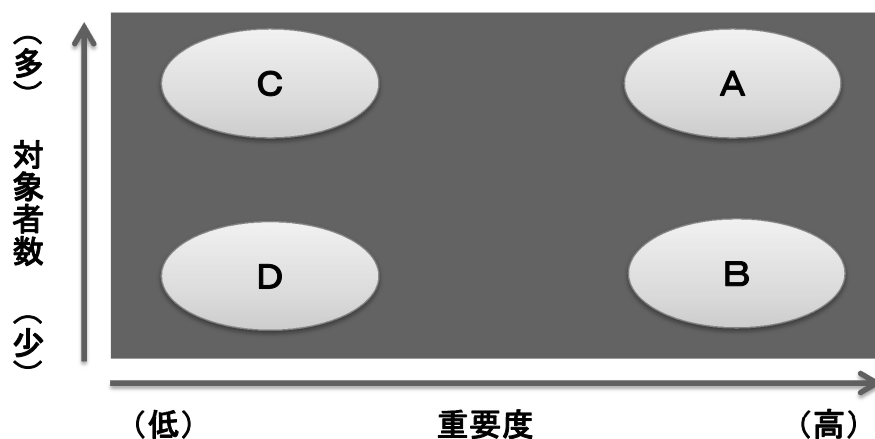
以上のような情報から、Aさんと共通する課題、資源不足による対応困難な課題等を明確化する。

55

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



56

演習 V の解説

個別の地域ケア会議が行われたら、それを記録にのこし積み重ねていくことで、地域課題の抽出がしやすくなる

佐々町地域ケア会議報告書（様式）

地域ケア会議報告書	
ケース氏名	〇〇 〇子 氏
日付	平成 26年 8月 7日(木) 13:15 ~ 14:45
参加者	担当ケアマネ、通所事業所 包括支援センター保健師・主任ケアマネ、福祉課介護班担当者 専門職：作業療法士・管理栄養士 計9名
ケア会議で決定された支援方針	《住環境の改善》自宅が長男妻の経営する美容室店舗の3階。出入り口が外階段であり雨天時の外出困難な借家の為、町営住宅などに転居を検討する。 (介護保険料滞納などがあったため町営住宅入居申請は平成27年4月以降になれば申請可能になる。) 《他者交流の継続》 地域(中央通ひまり会)の自主活動への復帰。 《本人の病識確立》 糖尿病の予後予測をしながら家族の協力の重要性を伝え、わかりやすく、本人が自分で行うことで自覚できるような方法で進めていく。
ケア会議後の取り組み状況・結果	《住環境の改善》平成27年4月に町営住宅を申し込み予定。(次男) 《他者交流の継続》移動に自信がつけいたら参加を考える。(本人) 地域活動リーダーに近況報告を伝える。(本人了承) 《本人の病識確立》 本人の作った食事を写真撮影。本人が体重表の記入をする。

地域課題の検討	* 見えてきた地域の強み 元気なうちから参加できる地域ごとの通いの場があるので、介護状態になっても復帰を待っている地域・仲間がいる。(地域復帰の目標とできる地域の通いの場がある。地域デイや集会所活動)
	* 見えてきた地域課題および解決策 通院リハに長年かかりながらも在宅生活への専門的アドバイスがされていない。 ⇒佐々町に関連するセラピストを対象に「佐々町の地域包括ケア」について理解を促す研修会が必要では。(地域ケア会議に参加したOTより提案) * セラピストが在宅へのこだわりを持つことが重要では。

演習 V の解説

個別の地域ケア会議から「成功体験」と「残された課題」を整理し、1事例ずつ重ね集約することで、『成功体験の応用』と、『資源開発につなげる地域課題抽出』の手立てとなる。

朝来市向こう三軒両隣会議（個別地域ケア会議）記入シート（例）

NO	年月日	ニーズキャッチのルート	キーワード	事例テーマ	参集者	成功体験			残された課題	
						アセスメントの深化	ネットワークの強化	資源活用・開発		
				カテゴリー分類					地域課題抽出・資源開発・施策展開のキーポイントになる。	
		処遇困難ケースの発見役			困りごとにテーマを付けることで、検討の焦点を絞る					
					成功体験は、地域・専門職間で共有し次のケースに活かす。支援した体験そのものが、地域・専門職の福祉力を高める。					
	4月〇日	ケアマネジャー	医療	日中独居で救急車を頻りに呼ぶ高齢者の見守り体制づくり	本人・長男・区委員・消防所・町主任CM・訪問看護・MSW・行政				緊急地域組見守り体制のとれない時間が長い	
	4月〇日	ケアマネジャー	閉じこもり	うつ症状のある息子と二人暮らしで閉じこもりがちな高齢者への支援	長男・民生委員・自治会長・ケアマネ・居宅主任CM・福祉用具・病院看護師・行政・包括	●近隣者と息子さんが、一緒に困りごとについて話し合い、共有することができた。	●民生委員が長男の話を聴き、支えてくれるつながりができた。	●包括と居宅のネットワークが強化された	●近隣者の声掛けや、保健指導、医療からの提案等、様々な資源を組みあわせ、調整することができた。	市営住宅にエレベーターがないことによる外出困難地域の認知症に対する理解

【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

59

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

60

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(市町村と協働で会議の場を設けるなど、共に解決していく取組が重要)
- ⇒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

61

演習Ⅵ (15:50～16:20 30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 (15分)

62

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	

63

講評・まとめ (16:20~16:25 5分)

皆さまのご活躍を期待しております。

64

(参考)

平成26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 地域包括ケア推進委員会(高齢在宅班) 委員長	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
札幌市保健福祉課高齢保健福祉部介護保険課 介護予防担当係長	上田 典宏
兵庫県朝来市地域包括支援センター 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
和光市中央地域包括支援センター センター長	川淵 由美
新潟県燕市分水地区地域包括支援センター 主任介護支援専門員	佐藤 正枝

<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	高橋 都子
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	和井田 恵理子

