

地域ケア会議のデモンストレーション

Memo

地域ケア会議実践

1

研修の目的

地域ケア会議開催例を通じ、地域包括の持つ「課題抽出機能」と「課題解決機能」を地域ケア会議においてどのように実践するのか理解し、運営できる。

かつ、重要なカギを握る、会議の進行能力を高めるためファシリテート技術を学び即戦力として地域ケア会議運営できる人材を育成する。

2

地域包括ケア会議とは

【市町村地域包括ケア会議】

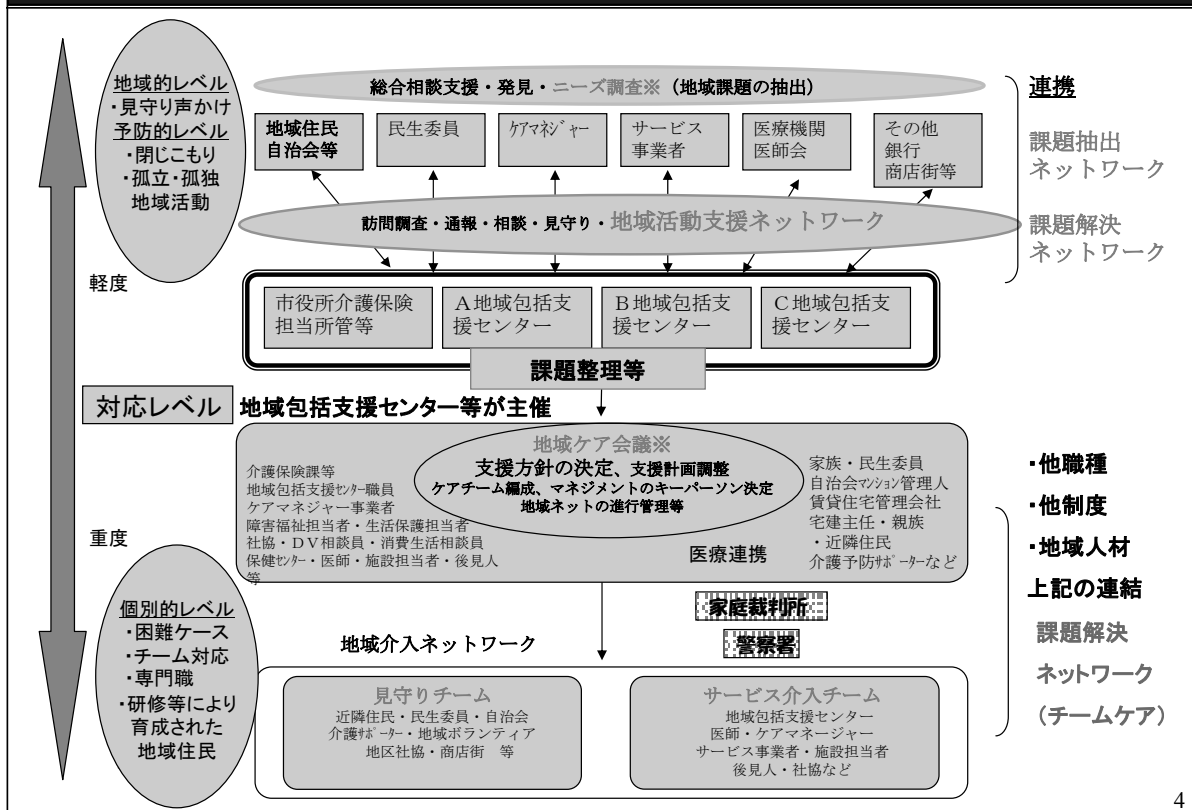
(地域包括支援センター業務マニュアル 平成22年3月長寿社会開発センターより)

会議の呼称はそれぞれの市町村によって異なりますが・・・(省略)次のような保険者又は地域包括支援センターが主催する会議を設置・運営する必要があります。このような会議がなければ地域包括ケアの推進はより難しいものになると考えられます。

- ・各地域包括支援センターが把握する地域課題の集約
- ・地域包括支援センター間や関係機関間の情報交換の促進と協働体制の構築
- ・被保険者啓発と相俟った地域包括ケアの立案
- ・被保険者への支援・救済に携わる人材育成・資質の向上(OJT)等

3

地域包括ケアの連携フローについて



4

『地域ケア会議』とは何か？

■定義その①

「地域ケア会議」の究極の目的を「何らかの課題を抱える被保険者の支援・救済」「課題発生の防止」を図るための各種手段の総称、と位置づける。

■定義その②

究極の目的達成のために用いる各種の個別手段を、状況に応じて適切に組み合わせることにより、相乗効果を目指すものである。

■定義その③

手段の行使は、地域包括支援センター職員個人や関係する介護保険業務従事者個人の力量により大きく左右されるので、地域ケア会議を通してOJT効果を目指すものでもある。

地域ケア会議の目的

▶地域ケア会議は、介護保険制度の理念である「尊厳の維持」「自立支援」を実現するために、市町村・地域包括支援センター・介護支援専門員・事業者が一堂に会して、要介護・要支援および特定高齢者のケアプランおよび事業内容について、個別ケースごとに支援の方法・方向性を検討したり、事後に評価したりするものである。

▶地域ケア会議では、介護保険法のみならず障害者自立支援法、生活保護法など、関係各法・制度横断的に、個別ケースのプロセス、プログラム、結果の評価を行うことで、利用者の「尊厳の維持」「自立支援」の実現をめざす。

▶関係各法・制度横断的に事例検討を行うことで、制度・職種の縦割りではないチームケアが標準化するという効果が期待できる。

(地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業報告書第3章
平成22年3月 財団法人長寿社会開発センター より)

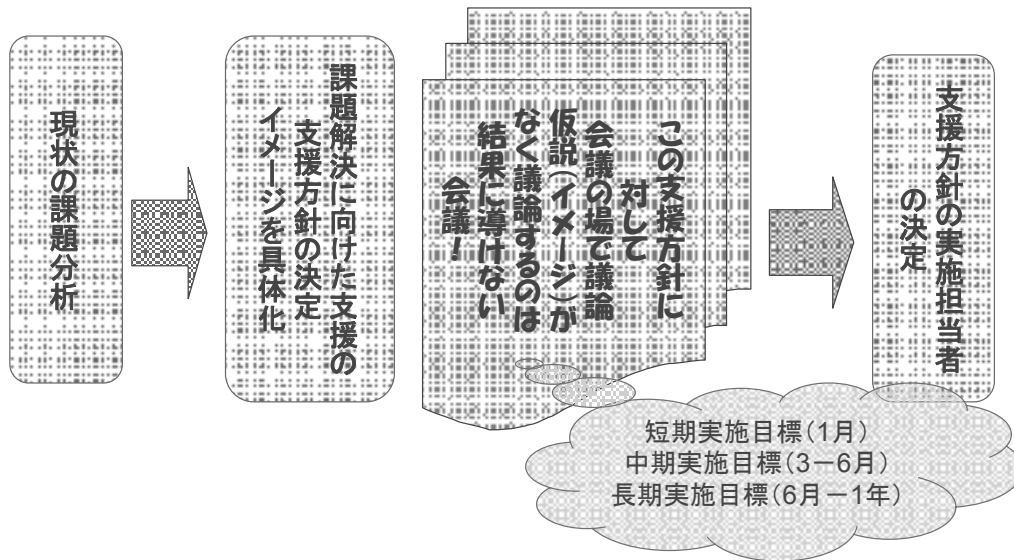
地域ケア会議の成果(アウトカム)

- ①総論は「地域包括ケアの推進」に寄与。具体的には下記。
- ②介護保険法第2条第2項に規定する「保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われる」ことに寄与。
- ③介護保険法第4条に規定する「国民の健康保持努力義務、要介護者の有する能力の維持向上努力義務」の実践促進に寄与。
- ④上記の考え方を恒常的に維持推進できる視点及び力量を持つ介護保険等の対人援助業務職員等の育成に寄与。(OJT)
- ⑤そのような行政目的を理解し、自助・互助(尊厳の保持は当事者も努力が必要と認識する。)を中心とする地域づくりを支援する被保険者の育成に寄与。
- ⑥個人のスキルアップと相まって、アウトカムを引き出すための構造を探求し、その構造の体系化を図る。(システムの取組み)
- ⑦究極の目的を意識した実践の積み重ねを通して、地域課題を分析し必要な行政施策企画の検討に寄与。

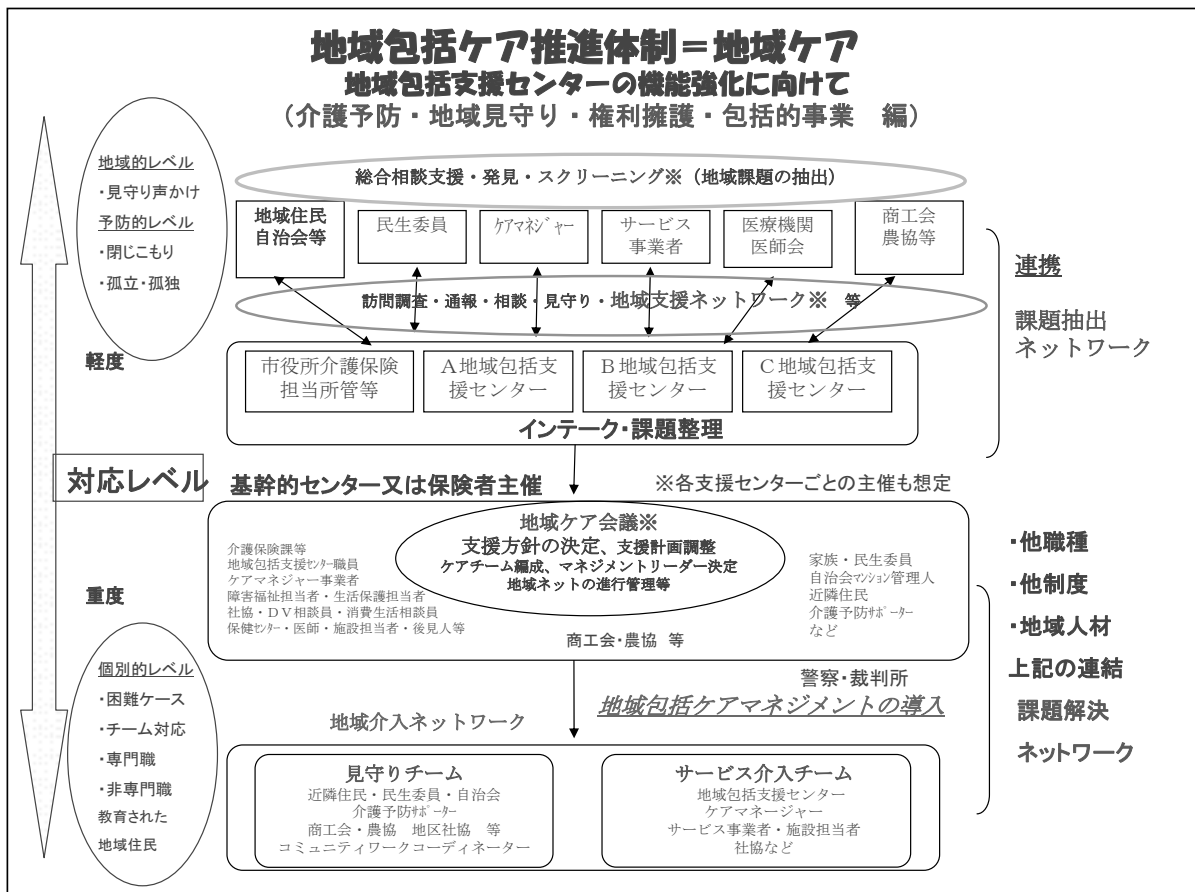
『地域ケア会議』のアウトカムを引き出す方法総論

- ①包括センターが主催する「地域ケア会議」の目的・根拠を明確に位置づけること
 - ・条例、規則又は要綱において明文化を図ることが重要である
 - ・会議の設置・開催・サービス調整等に係る責任を明確にすることが必要である
- ②包括センター長に対する会議の召集権限の付与を明確に位置づけること
 - ・行政機関の一翼を担うためには必要不可欠な権限である。
- ③被保険者を支援・救済するための個人情報取扱いルールを明確化すること
 - ・個人を護るための個人情報保護法が、個人の支援・救済を阻害するという本末転倒の現象が発生しないような環境整備が必要不可欠である。
- ④地域ケア会議の司会進行を担当する職員に求められるスキルの客観化とその知識習得及び駆使する力量を持つ職員の配置が確保されること
 - ・システムが自動的に作動してアウトカムが引き出されるわけではなく、アウトカムを引き出す司会進行役が機能しなければ、アウトカムは生じない。
- ⑤そのためには、保険者が包括センター現場に丸投げするのではなく、市町村介護保険計画の策定、評価を通じて行政施策の一環として明確に位置づけ、かつ、バックアップする視点と能力を持つこと

会議の有効活用 課題解決のフロー



9



重層的な課題を抱えている世帯 地域ケア会議のロールプレイ

11

重層的な課題が存在している世帯

1 事例概要

母親A(80歳代) 知的障害と思われる(同居)

長女B(50歳代後半)知的障害療育手帳B1(同居)

長男C(50歳代前半)糖尿病 唯一の就労者(同居)

次男D(50歳代前半)就労長続きしない(同居)

4人で持ち家で生活していたが、唯一就労し家系を支えていた長男Cが、糖尿病の悪化により仕事ができなくなり生活困窮に陥る。

次男Dは、就労しても長続きせず、母親Aの年金を当てにし飲み代に使ってしまう。公共料金や市民税の滞納が多額になり、水道も止められる状況になる。

年金担保で借入れをしているため年金支給日の翌日には母親は、金が無い米をくれと近隣住民宅や市役所窓口を訪れる。

その後地域での見守り体制を構築しながら、継続的な支援を実施したケース。

12

2事例発見の経緯

水道を止められると困るので何とかしてくれと長男Cが相談に来る。話を聞くと糖尿病が悪化し半年前から仕事ができないとのこと。

母親Aは、年金を受給しているようだが、年金支給日の翌日には近隣住民にお金やお米の無心に歩いていたらしい。

その数日後、Aが街中で座り込んでいるところを発見され、発見者に連れられて長女Bと共に市役所まで来る。

理由を聞くと、米を買うお金が無いので食べ物が欲しいと言っていた。

相談に来た際の身なりはひどく、Aは尿臭が激しかった。

A・Bとも保護を希望したため、地域包括支援センターのスタッフ間で情報共有し、市高齢者福祉課長も含めコア会議を行い一時保護を実施した。

支援をしてくれる親族はいないか確認したが、いないことが判明したため、市と協力し早急に詳しい情報収集をすることにした。

13

3介入初期の支援内容

母親A→健康状態が悪く、本人の希望により保護したが、数日後には無断で自宅に帰ってしまい、再び4人での生活を続ける。

長女B→母親といっしょに保護されることは拒否したが、後日弟に怒られたと警察署に助けを求めてきたので緊急保護するも、2日で自宅へ戻ってしまう。

長男C→糖尿病が悪化し、仕事ができなくなり生活保護の申請を受付、入院の検討に入る。

次男D→AさんとBさんの施設入所をすすめると、二人が施設入所や保護されると生活に困るので、介入を拒否。支援者に対して攻撃的になり、関係の維持が困難になる。

14

4 展開その1 (地域住民の不安)

* 長男Cは、生活保護支給決定となり入院した。その後A・B・Dの3人での生活が始まった。

次男D→仕事を探す様子もなく酒を飲み歩き、金がないと友人から借金をしていた。Aの通帳をもって郵便局に行き局長とのトラブル有。Aの医療費の支払いで、病院とトラブル有。

母親A→近所の民生委員宅へお金や米を貸して欲しいと頻回に訪れるようになる。どのように対応すればよいかと民生委員から不安の声があがる。民生委員が確認したところ、近隣住民の家や商店にも同様に訪れていることが判明し対応に苦慮していることが分かった。

長女B→度々、Dに怒られたと訴えてくるものの、保護を勧めると、拒否して家へ帰ってしまい、Dに市役所の人に連れて行かれたと訴える。

15

5 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より)

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)



会議当日: 担当者による事例ポイント説明



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)



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。

16

6 情報集約のアセスメント着眼点

…自立した日常生活を阻む課題について…

■個人因子

身体機能・生活機能等に
支障をきたす高齢者の個
人的な要因

- ・ 身体機能・知的機能の低下(ADL、IADL)
- ・ 障害、疾病等及び性格について
- ・ 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？
- ・ 不動産の売却が予定されている？

■環境因子

身体機能・生活機能等に
支障をきたす高齢者を取り
巻く親族・近親者等個人
的關係や受託のバリア
等の環境的な要因

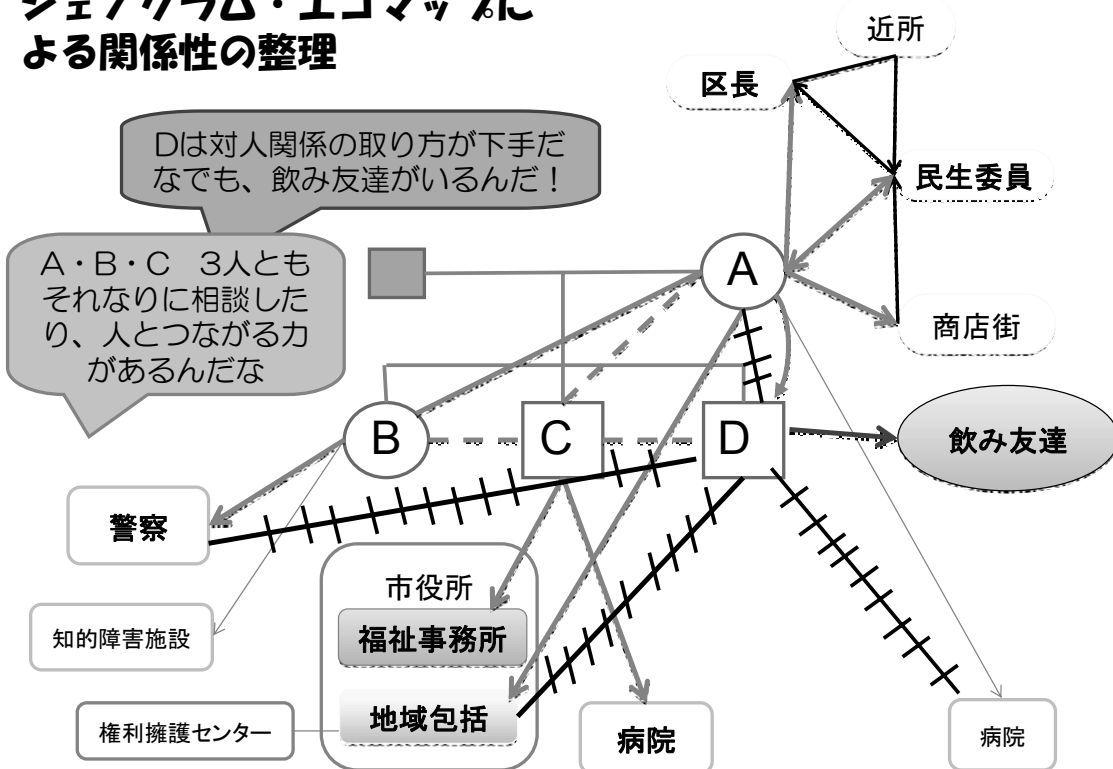
的確なアセスメント

- ・ 相談者と本人の関係は？
- ・ 家族や近隣の知人の背景は？
- ・ 在宅や地域の日常生活導線？
- ・ かかりつけ医や民生委員等の関係は？
- ・ 生涯生活歴は？

☆接遇・洞察能力を身に付ける！
☆他制度を知る・チームの力を生かす
☆本人の最善の利益をめざす

17

ジェノグラム・エコマップによる関係性の整理



Aさんとその家族の時系列整理

H17年



まじめに仕事
近所付き合い良好
家族を支える

死亡

A

二人で通院
近隣からの支援
近隣からの苦情
米などの無心等
通院の中断

B

18歳～24歳
障害施設入所

C

宅急便勤務

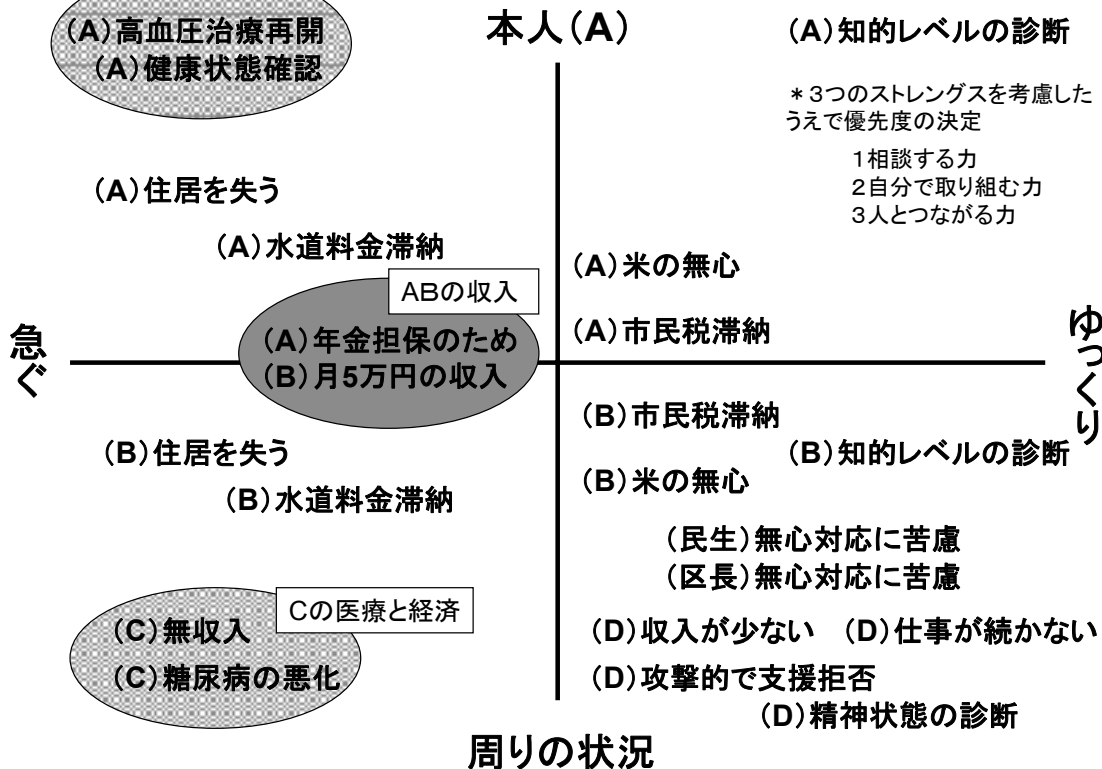
無収入
糖尿病発病

D

30歳頃～定職を持たない
近隣とトラブル
助言者に攻撃的

Aの医療

Aさんとその家族の課題整理



6-①アセスメント（課題の整理）

個人因子	知的障害と思われる 尿臭があるが自覚なし。身なりを構わない。 判断力、理解力あり 認知症なしと思われる。
環境因子	家族環境 長女:知的障害B 判断力・理解力あり 長男:DM、仕事ができない(6か月まえまで仕事して収入があった) 二男:仕事をせず、本人と長女の年金を使い込む 夫:数年前死亡。就労し近所付き合いも良好だった。 住環境 悪臭 (猫を飼っているせい?) 競売に付され強制執行間近 近隣住民に金の無心・米を借りに行き頻回で迷惑をかけている
経済的環境	世帯収入:年金担保で借入しているため、月の世帯収入は5万円弱 本人:厚生年金 月〇万 金銭管理可能と判断 長女:障害年金 月〇万【本人と合わせて月96,000円】 長男:収入なし →世帯分離し生保。DMの為入院。 二男:収入ないうえに本人と長女の年金を使い込む、飲酒 就労可能で身体精神面の医療の必要性はない。 負債:市税、水道等滞納が190万円 競売後の家賃(月6万円)を滞納 ※3人世帯としても、就労可能な次男がいるため生保適用はならない。

21

「生活行為評価票」による現状評価と予後予測の整理票

生活機能	事前	予後予測	備考
室内歩行	○1		
屋外歩行	○2	→ ○1	筋力低下、近距離のみ
外出頻度	△1	→ ○2	週2程度近所に米等の無心に
排泄	△1	→ ○2	失禁しているようで尿臭あり
食事	○1		
入浴	△1	→ ○2	
着脱衣	△1		

困難度と改善可能性	自立レベル		一部介助レベル		全介助レベル	
	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

22

地域ケア会議ケース検討会アセスメントシート

				独	高	他
氏名	Aさん	男・女	住所			
要介護度	なし	有効期限	検討テーマ 金銭及び経済的虐待			
健康状態	高血圧 以前は内科通院しコントロールできていたが3ヶ月間通院、服薬されていない。					
個人因子	知的障害と思われる 尿臭があるが自覚なし。身なりを構わない。 判断力、理解力あり 認知症なしと思われる。					
環境因子	家族環境 ●長女：知的障害B 判断力・理解力あり ●長男：DM、仕事ができない(6か月まえまで仕事して収入があった) ●二男：仕事をせず、本人と長女の年金を当てにしている ●夫：数年前死亡。就労し近所付き合ひも良好だった。 住環境 ●悪臭 (猫を飼っているせい?) ●競売に付され強制執行間近 ●近隣住民に金の無心・米を借りに行き頻回で迷惑をかけている					
経済的環境	世帯収入：年金担保で借入しているため、月の世帯収入は5万円弱 本人：厚生年金 月〇万 金銭管理可能と判断 長女：障害年金 月〇万 【本人と合わせて月96,000円】 長男：収入なし ⇒世帯分離し生保、DMの為入院。 二男：収入ないうえに本人と長女の年金を使い込む、飲酒 就労可能で身体精神面の医療の必要性はない。 負債：市税、水道等滞納が190万円 競売後の家賃(月6万円)を滞納 ※3人世帯としても、就労可能な次男がいるため生保適用はならない。					

現況	次男から金の無心、怒鳴られる。という訴えあり。 保護入所させるも勝手に自宅に戻ってしまう。 通帳管理は本人(Aさん、長女とも自己管理)がするが次男に言われたとおり渡す。 食費、生活費、米を近所に借りに行く。 次男は介入拒否。本人や長女も積極的介入は望まない態度をとるが、市役所や警察にたびたび相談に来る。
問題点課題	個人因子からの課題 ● 本人の状態像が不明瞭。本当に的確な判断力があるのか。 ● 食住の確保 特に食事ができないので今後脱水や低栄養のリスク高い。 環境因子からの課題 ● 年金担保の負債がある。 ● 通帳を持っているため次男に言われるとおろして渡してしまう。 ● 住居の問題(立ち退きが迫っている) ● キーパーソンの不在⇒長男契約行為や申立人など書類上だけでもキーになれるか否か。
介入チーム	①保険者 N市高齢者福祉課 長岡課長 ②地域包括支援センター 坂本センター長 ③地域包括支援センター 田中社会福祉士(本ケースのマネジメント担当) ④地域包括支援センター 武市保健師・主任ケアマネ ⑤障害福祉課生活保護係 高杉ケースワーカー ⑥権利擁護センター 吉田弁護士 ⑦かかりつけ病院 近藤MSW ⑧区長(自治会長) 永倉氏 ⑨民生委員 芹沢氏 ⑩N市警察署生活安全課 原田氏

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)

- 本人の理解力について、確定診断を受ける。
- 長女の判断力について、精神科医の診断を受ける。
- 次男はアルコール依存の可能性はないのか、訪問時の状況など観察。可能であれば保健所に連絡し訪問を依頼。
- 包括主任介護支援専門員(保健師)の定期訪問。体調確認
- 民生委員による状況観察 ⇒適宜報告要
- 強制執行の連絡が文書で来るので、定期訪問時確認する。

(中期目標・支援内容)

- 本人・長女の理解力について、診断内容に応じて支援方針再検討
- 強制執行の際介入。本人たちの申し出により養護老人ホームへの措置入所を行う
- 入所後は、成年後見申立と債務整理。審判前財産管理を申し立てる。
- 申立人は長男がなれるか検討。不可能であれば市長申立て検討
- ※長女の支援、次男の支援の中心は障害担CWが中心となり、本人と同等な支援を行う。

(長期目標・支援内容)

世帯員全員の金銭面、医療面の支援体制が確保でき次第、世帯としての生活の場を検討。

日付 H 年 月 日 記入者

7展開その2 (地域ケア会議)

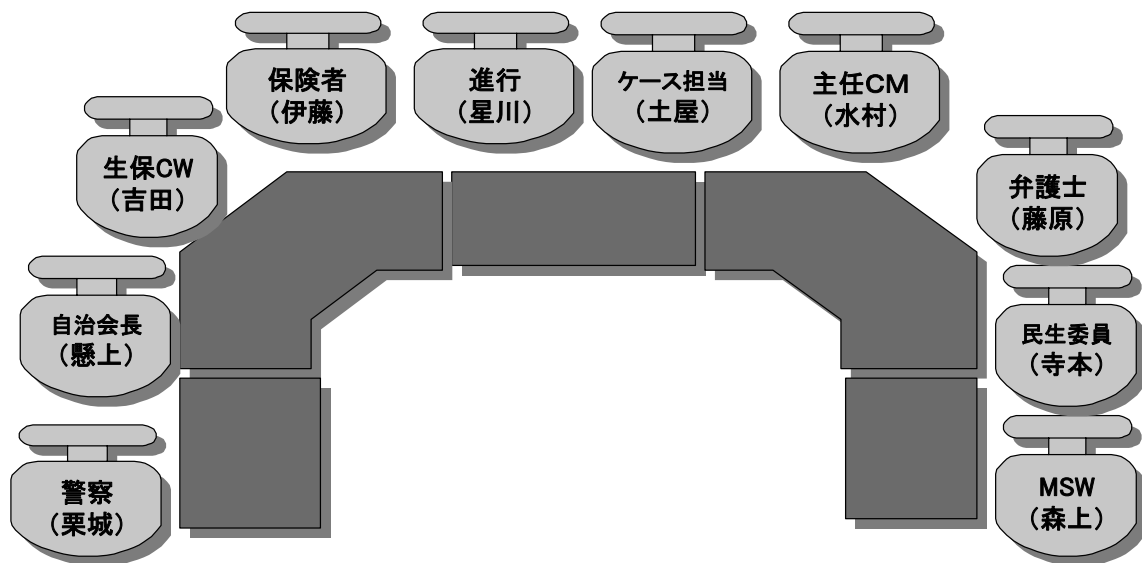
* 各関係機関や地域住民が対応に苦慮しているため、地域ケア会議にて支援方針の検討を行うこととした。

N市高齢者福祉課長	長岡
地域包括支援センター センター長	坂本 主担当
地域包括支援センター (社会福祉士)	田中
地域包括支援センター (主任ケアマネ・看護師)	武市
N市生活保護担当ケースワーカー	高杉
弁護士	吉田
かかりつけ病院MS	近藤
区長 (自治会長)	永倉
地区担当民生委員	芹沢
N市警察署 生活安全課	原田

検討課題 →Aさん家族の生活状況に関する情報の共有。
各機関の係わり状況の共有。
Aさん家族の抱えている課題の整理。
Aさん家族の今後の支援に関して。

26

地域ケア会議模擬



8 対応策の検討（地域でのケース会議開催）

* 包括支援センターでアセスメントした内容を共有し、
具体的対応を検討。

支援方針のまとめ

【短期支援内容】 ～1か月

- 認知機能について確定診断を受ける。
- 施設入所を視野に入れ、介護申請を行う。
- 生活保護申請
- 世帯員それぞれの居住場所の確保と必要な支援の実施
- 成年後見申立て支援

支援計画と役割分担

	課題	目標	何を・どのように	担当者
1	Aさん→高血圧治療のための通院が滞っている	Aさんの通院、服薬の再開	Aさん宅へ訪問し、通院状況の把握 受診勧奨	主任CM
2	Aさん→街中で倒れる 経済的に厳しく知識が乏しいため健康状態悪化の可能性が高い	Aさんの低栄養や脱水などを予防し、健康状態の維持	地域包括支援センターに集まる情報と訪問しての情報から健康状態を把握し、保健指導	主任CM
3	長男C→糖尿病が悪化し就労できず収入が無い	Cさんの入院	世帯を分離する生活保護支給決定	生活保護係
4	Aさん、Bさんがお金やお米の無心に歩くため、近隣住民や商店が対応に苦慮している	Aさん、Bさんの行動範囲を限定する	民生委員に食料を預け、見守りを依頼	民生委員
5	次男D→就労せずAさんBさんの年金で飲酒	アルコール依存の可能性を探る	保健所の訪問を依頼	N市保健所
6	住居が競売に付され、強制執行間近	Aさん、BさんとDさんを分離する	住居からの立ち退きを迫られたときに介入のチャンス。 分離、保護先を確保。	N市高齢者福祉課
7	緊急対応時の連携構築ができていない	情報の共有化を図る	警察、民生委員、病院、等の情を包括支援センターで集約する	地域包括支援センター

9-①モニタリング(1ヵ月後に設定)

* このケースは、介入が困難なケースであり、動きも早いと思われたので一ヶ月後にモニタリングの会議を開催することを決定。

* 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。

* 1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。

9-②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	Aさんの通院、服薬の再開			
2	Aさんの低栄養や脱水などを予防し、健康状態の維持			
3	Cさんの入院			
4	Aさん、Bさんの行動範囲を限定する			
5	Dさんの就労を促す			
6	Aさん、BさんとDさんを分離する			
7	情報の共有化を図る			

31

演習 地域ケア会議模擬実践

（目的・ねらい）

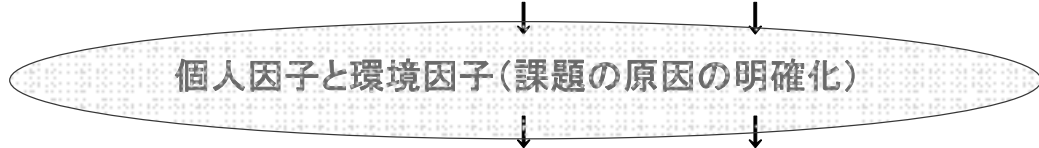
実践例をふまえた上で、グループで模擬地域ケア会議を体験し、会議の具体的な進行方法を理解する。

（方法）

- 進行方法について説明します。
- グループ内で司会役1名、書記1名決めます。
- 「Yさん事例概要」を主担当者役の企画委員が壇上で説明します
- グループ毎に、Yさんの支援方針に対し意見を出し合い、グループ（チーム）の支援方針を決定し、記録用紙に記載します。（概ね20分間）
- ロールプレイではなく、実際に各々包括職員としての立場で発言して下さい。
- 企画委員が会場内巡回しますので、ご不明な点はお声かけ下さい。

まとめ

個人状況と環境状況(生活機能的課題の主訴と洞察)



個人支援と環境支援(課題に対する自立支援手法)

個人・環境の課題解決目標(指標を明確にした目標設定)

短期・中期・長期目標の設定

支援内容に関わらず、課題を整理し課題に対する解決手段を講じる方法を、チームにより検討すること

また、それらを地域包括支援センターが主体となり地域全体で実施することで「地域包括ケアの確立」が可能となる！

33

本研修における用語の整理

《個人因子》

身体機能・生活機能等に支障をきたす高齢者の個人的な要因

《環境因子》

身体機能・生活機能等に支障をきたす高齢者を取り巻く親族・近親者等人的関係や住宅のバリア等の環境的な要因

《地域ケア会議》

被保険者の尊厳確保を目的に、ケアマネ支援を主眼にしたサービス担当者会議(チームケア:医療連携や権利擁護対応等含む)を包括的に支援する会議

地域ケア会議ケース検討会
アセスメントシート

				独	高	他
氏名	Aさん		男・女	住所		
要介護度	なし	有効期限	検討テーマ 金銭及び経済的虐待			
健康状態	高血圧 以前は内科通院しコントロールできていたが3ヶ月間通院、服薬されていない。					
個人因子 (生活に支障をきたす要因に対する因子)	<ul style="list-style-type: none"> ● 知的障害と思われる 尿臭があるが自覚なし。身なりを構わない。 ● 判断力、理解力あり 認知症なしと思われる。 					
環境因子 (生活に支障をきたす要因に対する因子)	家族環境 <ul style="list-style-type: none"> ● 長女: 知的障害 B 判断力・理解力あり ● 長男: DM、仕事ができない(6か月まえまで仕事して収入があった) ● 二男: 仕事が長続きせず、飲酒、本人長女に対し怒鳴る。 ● 夫: 数年前死亡。就労し近所付き合いも良好だった。 住環境 <ul style="list-style-type: none"> ● 悪臭 (猫を飼っているせい?) ● 自宅は競売に付され強制執行間近 ● 近隣住民に金の無心・米を借りに行き頻回で迷惑をかけている 					
経済的環境	世帯収入: 年金担保で借入しているため、月の世帯収入は5万円弱 本人: 厚生年金 月〇万 金銭管理可能と判断 長女: 障害年金 月〇万 【本人と合わせて月 96,000 円】 長男: 収入なし 糖尿のため仕事できず (⇒世帯分離し生保。DM の為入院。) 二男: 収入ないうえに本人と長女の年金を使い込む、飲酒 就労可能で身体精神面の医療の必要性はない。 負債: 市税、水道等滞納が190万円 競売後の家賃(月6万円)を滞納 ※3人世帯としても、就労可能な次男がいるため生保適用はならない。					
現況	<ul style="list-style-type: none"> ● 次男から金の無心、怒鳴られる。いう訴えあり。警察にも相談に行っている。 ● 通帳管理は本人(Aさん、長女とも自己管理)がするが次男に言われたとおり、金をおろして渡している。 ● 食費、生活費、米を近所に借りに行く。(次男の命令により) ● 次男は介入拒否。本人や長女も積極的介入は望まない態度をとるが、市役所や警察にたびたび相談に来る。 					
問題点 課題	個人因子からの課題 <ul style="list-style-type: none"> ● 本人の状態像が不明瞭。本当に的確な判断力があるのか不明瞭。 ● 衣食住の確保 特に食事ができないので今後脱水や低栄養のリスク高い。 自宅も強制退去となる可能性高い。 					

	<p>環境因子からの課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 年金担保の負債がある。 ● 通帳を持っているため次男に言われると、おろして渡してしまう。 ● 住居の問題(立ち退きが迫っている) ● キーパーソンの不在⇒長男契約行為や申立人など書類上だけでもキーになれるか否か。
<p>介入チーム</p>	<ol style="list-style-type: none"> ① 保険者 N市高齢者福祉課 長岡課長 ② 地域包括支援センター 坂本センター長 ③ 地域包括支援センター 田中社会福祉士(本ケースのマネジメント担当) ④ 地域包括支援センター 武市保健師・主任ケアマネ ⑤ 障害福祉課生活保護係 高杉ケースワーカー ⑥ 権利擁護センター 吉田弁護士 ⑦ かかりつけ病院 近藤 MSW ⑧ 区長(自治会長) 永倉氏 ⑨ 民生委員 芹沢氏 ⑩ N市警察署生活安全課 原田氏
<p>支援計画</p> <p>短期 1～3ヶ月 中期 3～6ヶ月 長期 6ヶ月～1年</p>	<p>(短期目標・支援内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 本人の理解力について、確定診断を受ける。 ● 長女の判断力について、精神科医の診断を受ける。 ● 次男はアルコール依存の可能性はないのか、訪問時の状況など観察。可能であれば保健所に連絡し訪問を依頼。 ● 包括保健師の定期訪問。体調確認 ● 民生委員による状況観察 ⇒適宜報告要 ● 強制執行の連絡が文書で来るので、定期訪問時確認する。 <p>(中期目標・支援内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 本人・長女の理解力について、診断内容に応じて支援方針再検討 <p>【以下判断力ありと結果が出た場合の支援方針】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 強制執行の際介入。本人たちの申し出により養護老人ホームへの措置入所を行う ● 入所後は、成年後見申立と債務整理。審判前財産管理を申し立てる。 ● 申立人は長男がなれるか検討。不可能であれば市長申立て検討 <p>※長女の支援、次男の支援の中心は障害担 CW が中心となり、本人と同等な支援を行う。</p> <p>(長期目標・支援内容)</p> <p>世帯員全員の金銭面、医療面の支援体制が確保でき次第、世帯としての生活の場を検討。</p>

地域ケア会議の模擬実践

Memo

地域ケア会議ケース検討会
アセスメントシート

独	高	他
---	---	---

氏名	Yさん	男・女	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	住所	
要介護度	介護1	有効期限		検討テーマ	ケアプランの見直し
健康状態	統合失調症(30代から) 認知症状(確定診断なし) 高血圧(以前は服薬していたが、今はできていない)				
個人因子	ADL 自立も、転倒を繰り返す。(筋力低下に起因) IADL 全般に指示、声かけを要す。(精神疾患に起因)				
環境因子	家族環境 <ul style="list-style-type: none"> ● 長女: 近市に在住。仕事が忙しい ● 長女の子(孫): 週1回程度訪問し様子をうかがう ● 長男: 5年前死亡 ● 夫: 2年前死亡。 住環境 <ul style="list-style-type: none"> ● 公団(持ち家) エレベーターなし 3階 ● 近隣住民に買い物をお願いしたり、食事に連れて行ってほしいと頼む 				
経済的環境	本人: 厚生年金と遺族年金 月20万 【預貯金あり、経済的な問題点はない】				
現況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2年前、夫が死亡したことをきっかけに介護申請。近市に住む娘がキーパーソンとなり、A 事業所 B ケアマネと契約。 ・ 訪問介護により、家事援助を利用していた。 ・ 定期的に娘が訪問し通院介助、服薬は自己管理していたが若年時からの統合失調症の悪化と高齢に伴う認知症状と思われる短期記憶障害の悪化の為一人暮らしの不安が増強。服薬管理ができなくなった。 ・ 娘に対する妄想(お金を隠してしまう、財産を使い込む)などが進行。 ・ 主治医に対する不信感(無理やり入院させようとする 等)があり 通院、服薬ができない ※今のところヘルパーとケアマネに対する受け入れは良い ※本人の現在の主訴はお金を娘から取り戻してほしいということ。				
問題点 課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 服薬ができていない。 ● 眠れない ● 通院・服薬ができていない ● 娘に対する被害妄想 ● 金銭管理を誰がどうするか ● 本人の今後の支援方針(在宅が可能かを含む)をどうするのか 				

<p>介入チーム</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 地域包括支援センター 担当職員 ➤ ケアマネジャー ➤ 市障害福祉課 精神障害担当 SW ➤ ヘルパー事業所 ➤ 訪問看護事業所 ➤ 精神科医院 医師 MSW ➤ 権利擁護センター ➤ 民生委員 ➤ 家族
<p>支援計画</p> <p>短期 1～3ヶ月 中期 3～6ヶ月 長期 6ヶ月～1年</p>	<p>(短期目標・支援内容)</p> <p>①本人の病状について、認知症の確定診断を含め再度診断を受ける。 ⇒元の主治医に事情を説明し、紹介状をもらい別の精神科へ受診させる。 (担当 地域包括・ケアマネ)</p> <p>②当面の服薬確認は、ヘルパーと訪問看護により行い、薬は訪問看護が預かりセッティングをする。ヘルパーは残薬確認をする。</p> <p>③症状安定するまで、娘には手続き等は協力願うが本人に対する支援は主としてケアマネと包括で支援する。</p> <p>④金銭については、日常生活自立支援事業を活用することとし、手続きを進める。</p> <p>(中長期目標)</p> <p>⑤上記実施し、診断が出ると思われる1ヶ月後を目途に再度カンファレンスを実施し、中長期的な支援計画を再度検討。</p> <p>⑥上記モニタリングの際に、在宅継続支援可能か、短期的に入院加療が必要か、施設入所の必要性があるかという居所の視点も含める。</p> <p>以上について、この1カ月で見極めをしていく。</p>

日付 H 年 月 日 記入者 _____