

# 平成29年度 函館市地域ケア会議全体会議

## ケアマネジメント ツール ～地域資源のつなぎ方～ 【川崎版】

～ Inclusion of existing local resources ～

～地域での暮らしを支えるマネジメントの実現に向けて～



■日程：平成29年11月11日（土）13:45～15:15

■会場：北海道教育大学函館校 特別教室

**中澤 伸**（社会福祉士 介護支援専門員）  
社会福祉法人川崎聖風福祉会 理事・事業推進部長



# 社会参加と介護予防効果の関係について①

**スポーツ関係・ボランティア・趣味関係のグループ等への社会参加の割合が高い地域ほど、転倒や認知症やうつつのリスクが低い傾向がみられる。**

## 調査方法

2010年8月～2012年1月にかけて、北海道、東北、関東、東海、関西、中国、九州、沖縄地方に分布する31自治体に居住する高齢者のうち、要介護認定を受けていない高齢者169,201人を対象に、郵送調査(一部の自治体は訪問調査)を実施。

112,123人から回答。  
(回収率66.3%)

### 【研究デザインと分析方法】

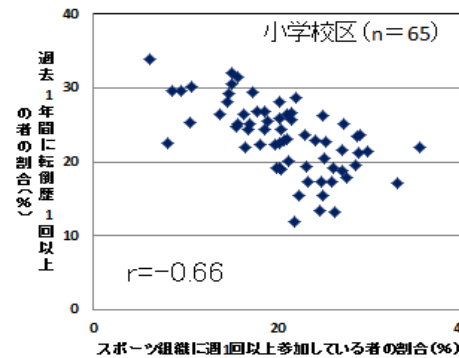
研究デザイン: 横断研究  
分析方法: 地域相関分析

JAGES(日本老年学的評価研究)プロジェクト



スポーツ組織への参加割合が高い地域ほど、過去1年間に転倒したことがある前期高齢者が少ない相関が認められた。

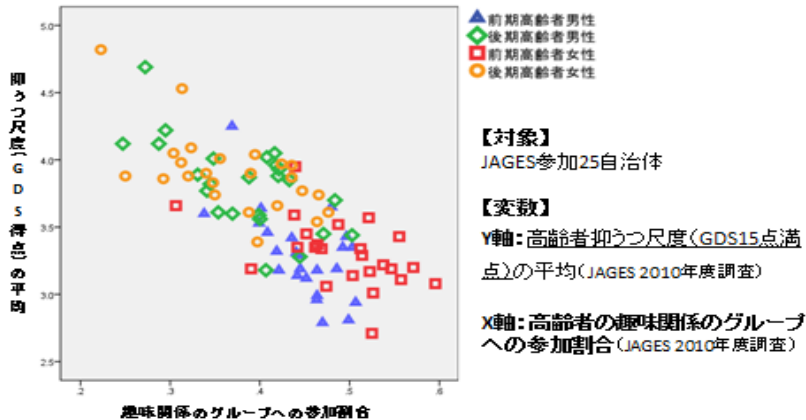
65-74歳の者に限定



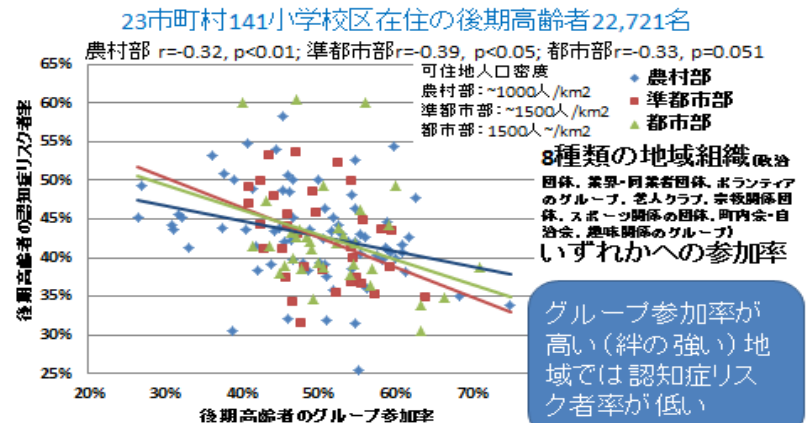
6保険者(9自治体)の要介護認定を受けていない人に郵送調査に回答した29072人(回収率62.4%)

転倒率:  
11.8%~33.9%  
スポーツ組織参加率が高い小学校区では転倒者の割合が少ない

趣味関係のグループへの参加割合が高い地域ほど、うつ得点(低いほど良い)の平均点が低い相関が認められた。



ボランティアグループ等の地域組織への参加割合が高い地域ほど、認知症リスクを有する後期高齢者の割合が少ない相関が認められた。



# 社会参加と介護予防効果の関係について②

高齢者では、同居以外の他者との交流が「毎日頻繁」な人と比べて、「月1～週1回未満」の人は 1.3～1.4倍その後の要介護認定や認知症に至りやすく、「月1回未満」の人はそれらに加えて 1.3倍早期死亡にも至りやすい。

## 調査方法

2003年10月に愛知県下6市町村において要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者14,804人を対象に、郵送調査を実施し(回収率50.4%)、調査時点で歩行・入浴・排泄が自立していた12,085人について、調査後の約10年間を追跡し、要介護状態への移行、認知症の発症と死亡状況を把握。

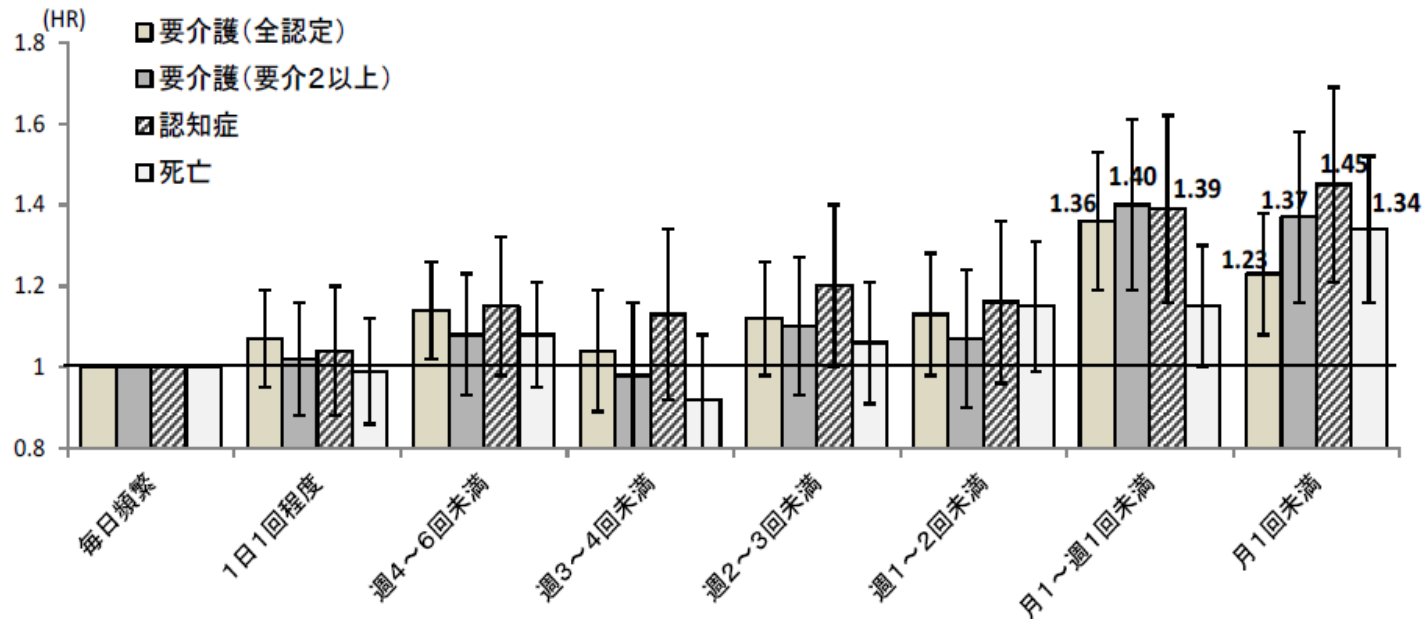
【研究デザインと分析方法】

研究デザイン:

分析方法:

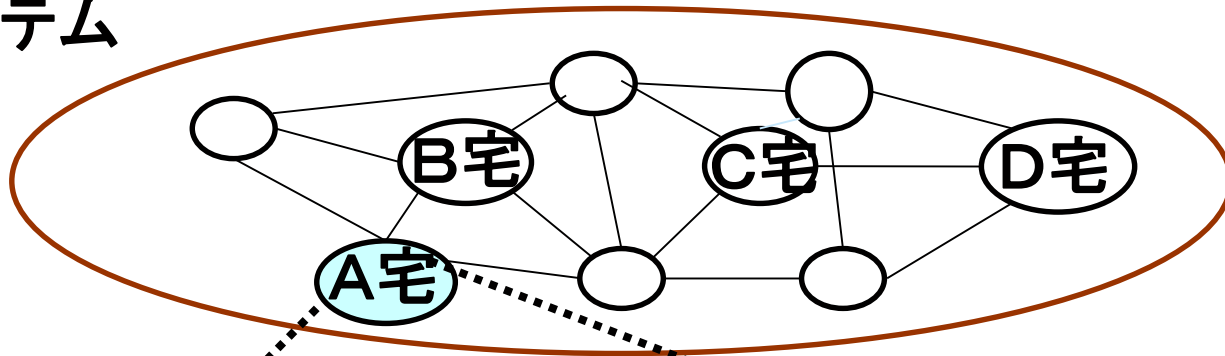
AGES(愛知老年学的評価研究)プロジェクト

## 同居者以外の他者との交流頻度と健康指標との関係

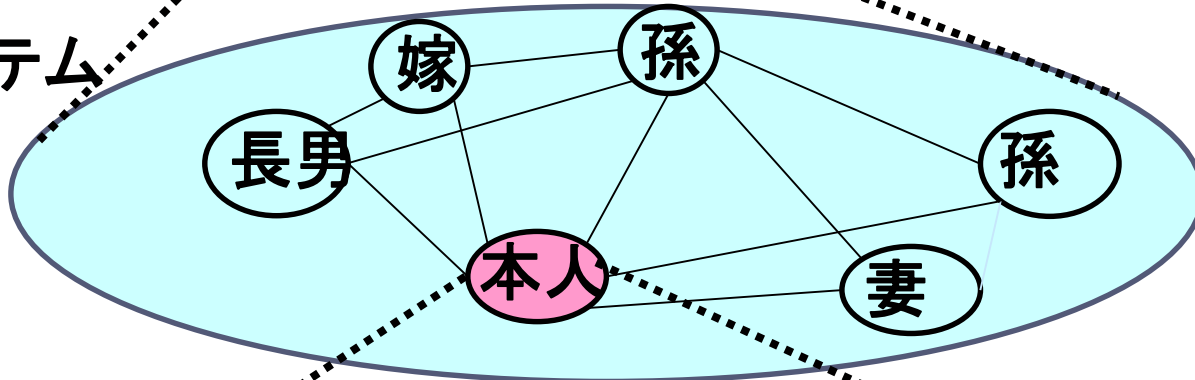


性別、年齢、世帯構成、就学年数、婚姻状態、等価所得、資料疾患の有無、物忘れの有無、居住地域を調整した結果

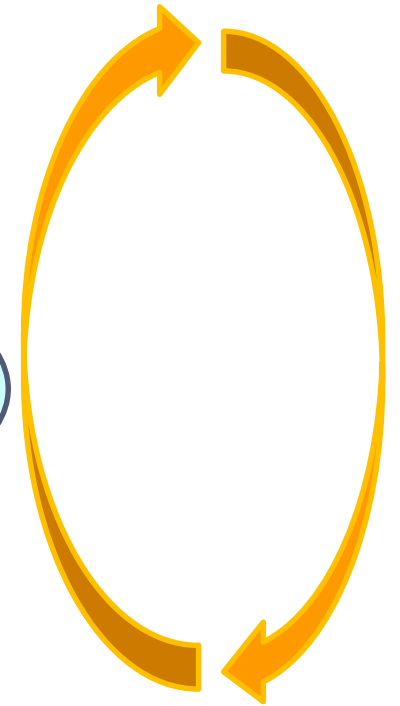
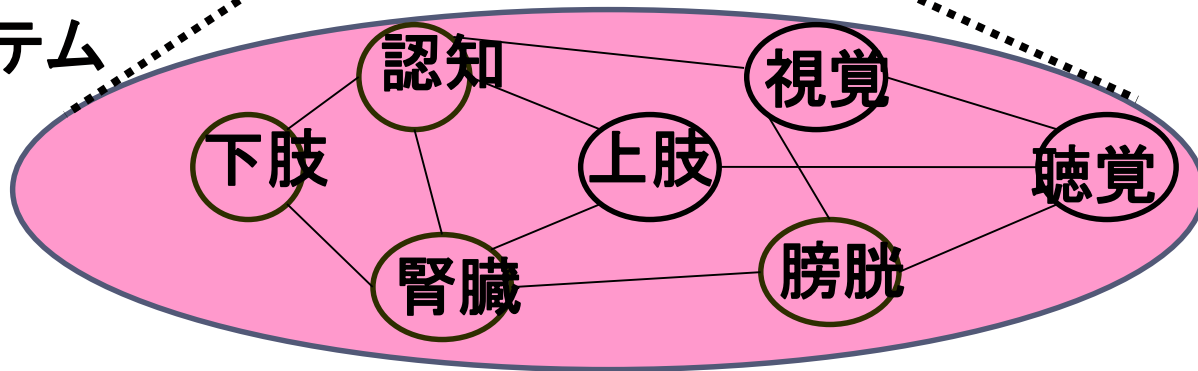
# 地域システム



# 家族システム



# 個人システム

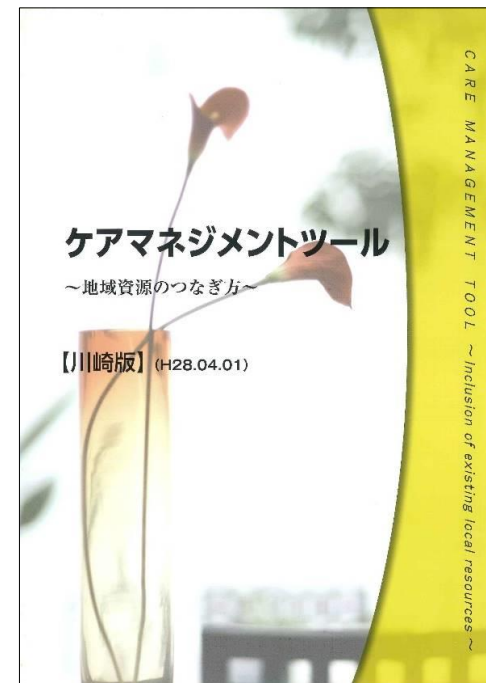


# ★川崎市のケアマネジメントツールシリーズ 第3弾★

## ケアマネジメントツール～地域資源のつなぎ方 【川崎版】

～ Inclusion of existing local resources ～

(地域に存在している様々な地域資源を包括的にケアマネジメントする)



### ◎ 地域との関係性を大切にした暮らしを支えるために

- ▼ 介護が必要な人への社会資源というと、医療・介護・福祉・保健サービス（共助・公助）と、親族やボランティアなどの支え合い（互助）を思い浮かべがちですが、地域にはもっとももっとたくさんの社会資源が存在しています。
- ▼ 一般市民が日常普通に利用する、地域の商店街、銀行、公園、居酒屋、企業、市民館、図書館などの社会資源を、個別利用者の生活や介護に活かしていくためのケアマネジメントを提案するツールです。
- ▼ 利用者の過去の生活や地域とのつながりをアセスメントし、介護が必要になってからも今までのつながりを大切にしながら「地域を基盤」に生活できるようなケアを推進していくためのコツや留意点などを整理し掲載しました。

### ◎ 「ケアマネジメントツール～地域資源のつなぎ方～」編集会議

※敬称略

#### 【地域包括支援センター】

|        |                 |
|--------|-----------------|
| 工藤 優二  | 大島中島地域包括支援センター  |
| 荒川 雄一  | ひらまの里地域包括支援センター |
| 塚田 治孝  | 登戸地域包括支援センター    |
| 山本 久美子 | 百合丘地域包括支援センター   |

#### 【川崎市介護支援専門員連絡会】

|        |                     |
|--------|---------------------|
| 中馬 三和子 | あうん介護センター           |
| 須山 成美  | アイススタッフケアステーション大師   |
| 湯浅 利啓  | 社会福祉法人青丘社ほっとライン     |
| 能村 厚子  | 川崎市社協・さいわい訪問介護支援事業所 |
| 村川 裕子  | 東電さわやかケア川崎・居宅介護支援   |
| 齊藤 淳子  | 新川崎居宅介護支援事業所        |

#### 【在宅サービス事業者】

谷 大樹 上布田つどいの家（小規模多機能型居宅介護）

#### 【有識者】

中澤 伸 （社福）川崎聖風福祉社会事業推進部長

#### 【オブザーバー】

富沢 昌希 川崎市経済労働局次世代産業推進室  
飯田 眞美 川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課  
久野木 克郎 川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課

#### 【事務局】

丹野 睦 川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課  
中村 肇 川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課

# 地域包括ケアシステムの理念

## ★「尊厳の保持」

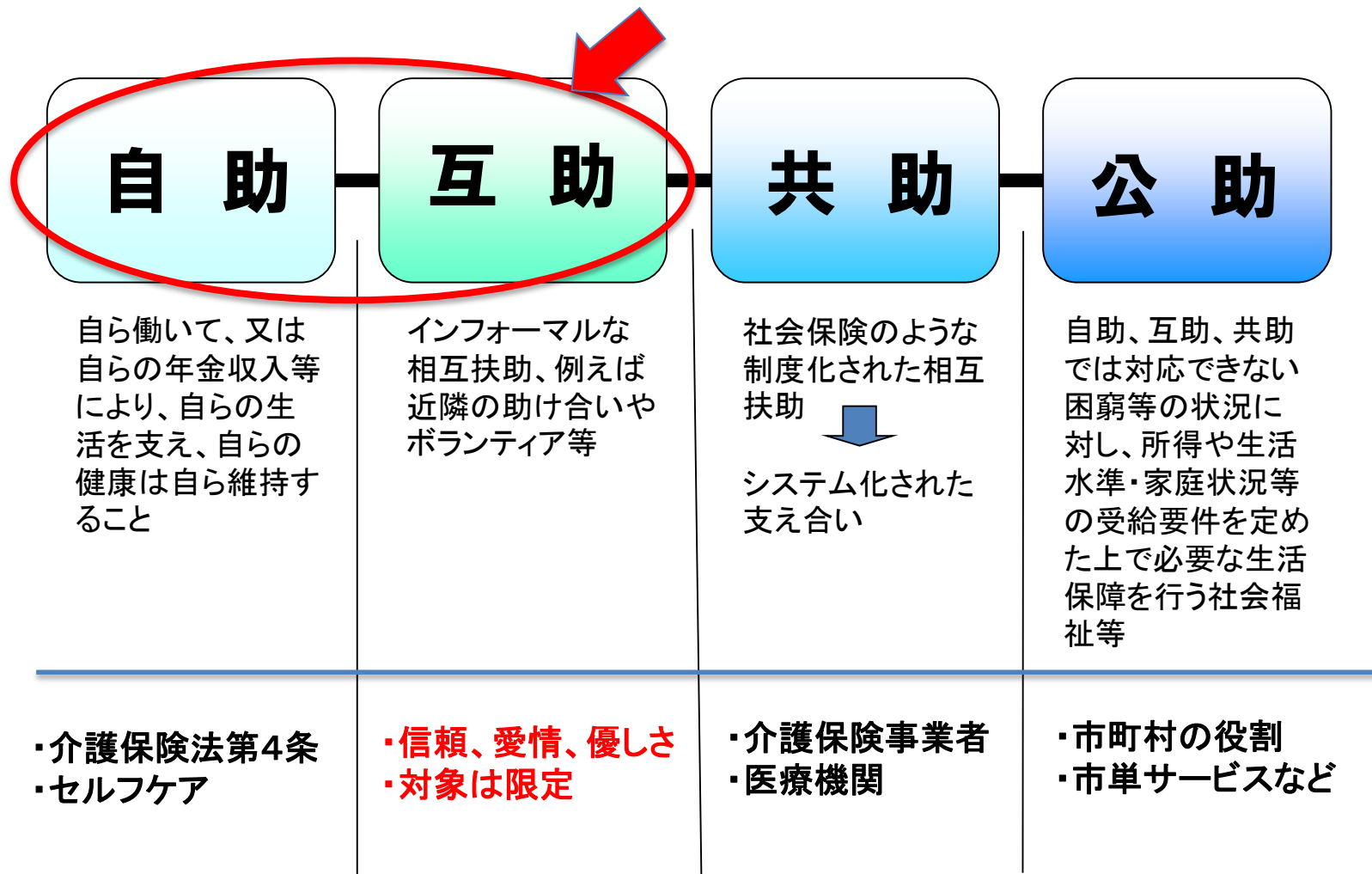
- 「尊厳の保持」とは、高齢者等が自ら、住まいや必要な支援・サービス、看取りの場所を選択する社会のあり方。
- 「尊厳の保持」のためには、その意思を尊重するための支援・サービス体制構築と適切な情報提供、意思決定支援が必要。

## ★「自立生活の支援」

- 心身の状態の変化や「住まい方」(家族関係や近隣・友人との関係性)の変化に応じて、医療・介護・予防・生活支援を適切に組み合わせ提供する必要がある。
- 急激な変化により生じるリロケーションダメージは、自立支援の観点からも必要最小限に抑えられることが望ましい。

自助・互助・共助・公助の役割分担により、地域包括ケアを支える

※地域包括ケア研究会報告書による定義



## 地域包括ケアの2つのコンセプト※



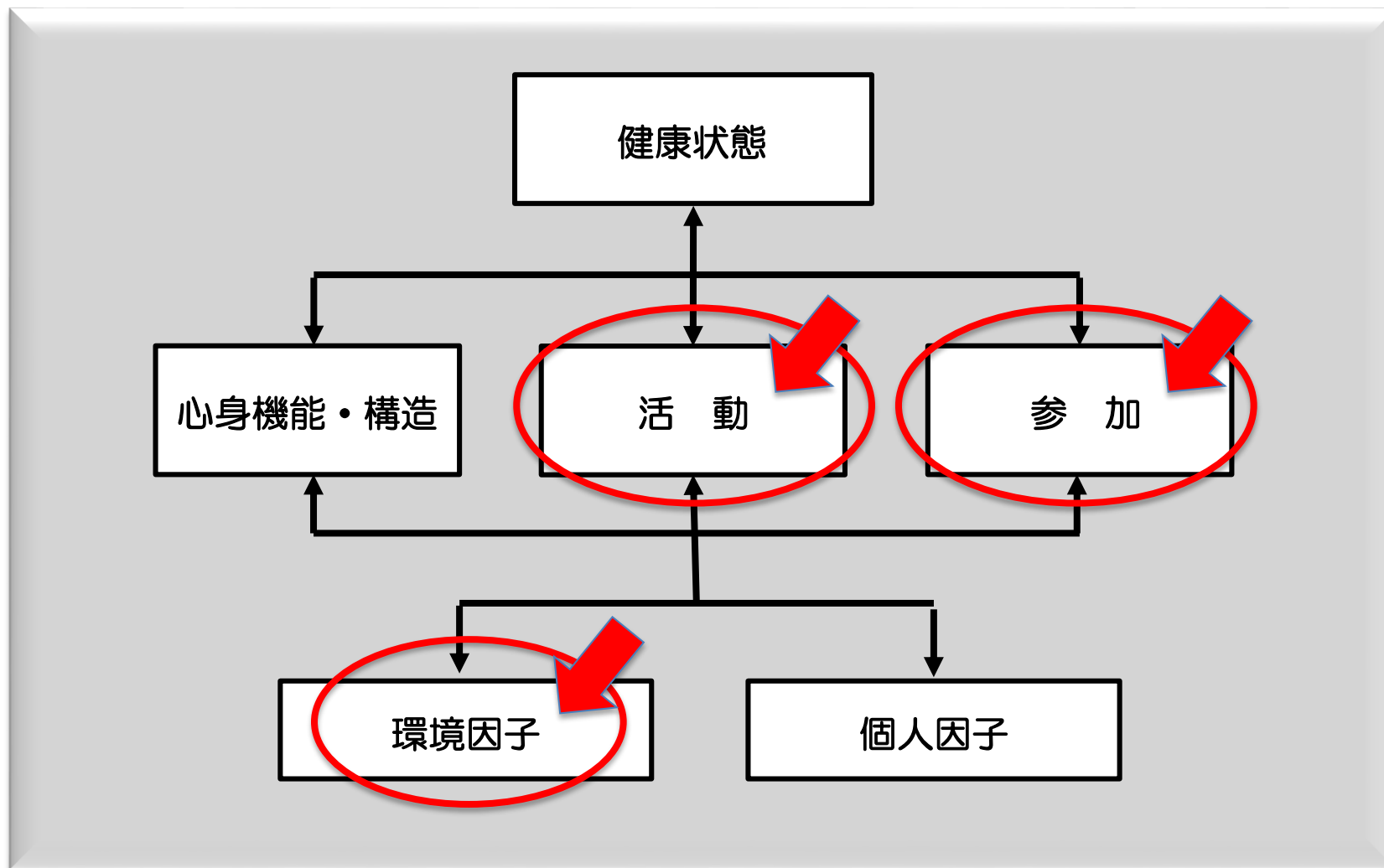
### 【統合の例】

- ◆「規範的統合」→ 組織、専門職集団、個人間での価値観、文化、視点の共有、目標に向けた共通認識、動機を共有すること。
- ◆「臨床的統合」→ 個々の利用者のケア、サービスがバラバラにならないよう統合すること
- ◆「組織的統合」→ 組織(事業者団体、専門機関種別等)間でのネットワークを統合すること

※ ① 筒井孝子. 地域包括ケアシステムのサイエンス -integrated care 理論と実証-. 社会保険研究所 2014年5月  
② 筒井孝子 日本経済新聞 「経済教室 医療・介護改革の論点① -地域包括ケア、住民主体で- 2014年10月28日朝刊  
①と②を参考に作成。



# ICF(国際生活機能分類)



# Ⅶ ケアマネジメントをどうするか

三菱UFJリサーチ&コンサルティング資料

## 4. 専門サービスだけでなく、地域の多様性の中でケアマネジメントを考える

### 現状の課題



支援や介護が必要になると、  
友人・隣人との関係は希薄になり、  
支援を受ける一方向の人間関係に変化



これまでの地域との  
つながりは疎遠に？

### これから



“お互いさまの助け合い”の輪を広げていくことで、支援や介護が必要になっても、地域社会の中から切り離されず、なじみの関係を継続できる

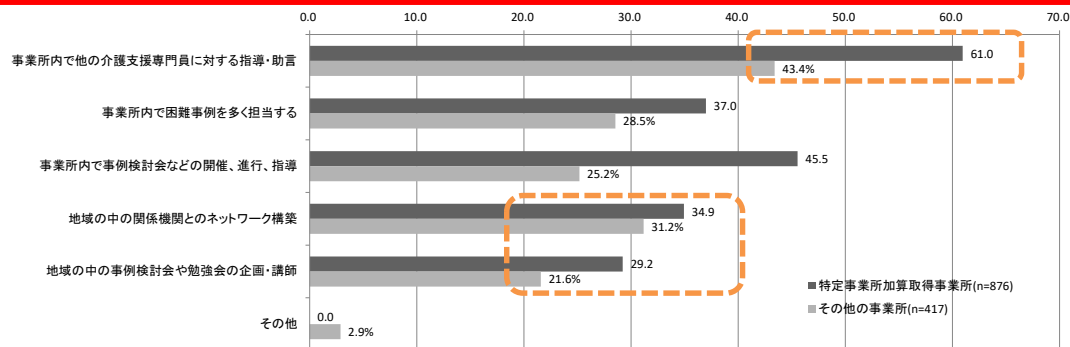
## (5). 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査

### 【他機関・地域との連携状況(2/2)】

- 主任介護支援専門員が担う役割について、特定事業所加算取得事業所では、「事業所内で他の介護支援専門員に対する指導・助言」が61.0%（その他の事業所は43.4%）であった。また、地域との関わりに関する項目では「地域の中の関係機関とのネットワーク構築」が34.9%（その他の事業所は31.2%）、「地域の中の事例検討会や勉強会の企画・講師」が29.2%（その他の事業所は21.6%）であった。（図表26）
- 地域包括支援センター及び地域内関係者との連携における課題については、「町会、自治会の役員、見守りサポーター等の連携が難しい」、「民生委員との連携が難しい」、「ボランティアや助け合いサークル等との関係構築、連携が難しい」等の回答がいずれも30%以上であった。（図表27）

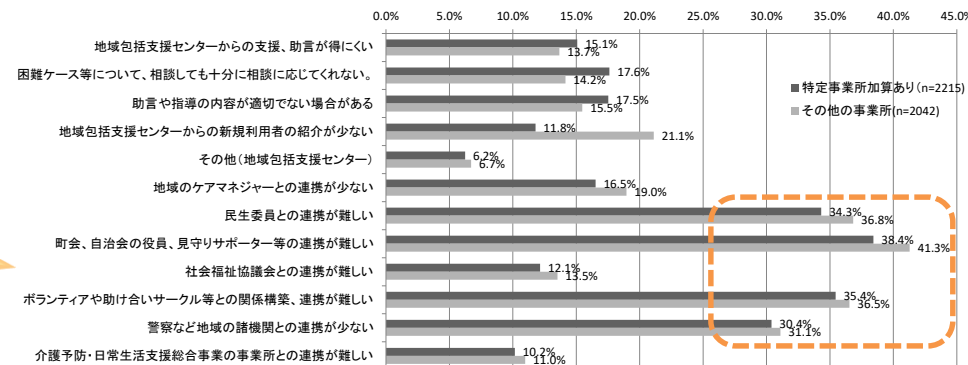
図表26 主任介護支援専門員が担う役割  
(ケアマネジャー票)

※ 調査票該当箇所: ケアマネジャー調査票P6 4(20)  
あなたが担う役割について、研修受講の前、後ではまるものに○をつけてください



図表27 地域包括支援センター及び地域内関係者との連携における課題(ケアマネジャー票)

**ケアマネジャーは、  
地域が苦手!** (中澤 注)



# 「地域資源」の定義

*local resources*

この「ケアマネジメントツール」では、高齢者だけでなく、地域住民の生活を支えている諸々の関係性や生活インフラ全般をさして「地域資源」という表現を使用しています。

家族・近隣住民・ボランティア・地域活動・配食事業などに限らず、それ以外の民間企業などが提供する身近な各種生活関連サービスをも含んでいます。

---

## このツールの構成

*tool*

### 【その1】 確認ポイントシート

→「地域を基盤とした暮らしを支援」するために、普段の業務の確認をしてみましょう。  
STEP 0（確認の前に）～STEP 4（計画原案の説明・提案）

### 【その2】 検討事例

→地域資源を活用したマネジメント事例を2事例掲載。研修などでも使用可能。

### 【その3】 民間企業が提供する生活関連サービス紹介

→生活を支える様々な企業の取組みを紹介。

## 【このツールの使い方】

### ＜個人で確認＞

まずは確認ポイントシートを使って、実際の支援ケースを振り返ってみましょう。

### ＜新しい関係づくりのきっかけに＞

地域を支えるボランティアや住民活動だけでなく、民間企業を含めた関係づくりの参考としていただくため、民間企業が提供する生活関連サービスの事例を紹介しています。

### ＜みんなで確認＞

「地域を基盤とした暮らしの支援」に向けて、多様な地域資源と本人の生活を効果的につないでいくためには、その地域に関する情報や様々なアイデアが必要です。

事業所内、事業所外を問わず、様々な方と情報・意見交換していただくための「きっかけ」として、是非このツールをご活用ください。

**確認ステップ****ケアマネジメントツール～地域資源のつなぎ方～****STEP 0. 確認の前に**

はじめに、普段行っているケアマネジメントを振り返ってみましょう。

**自分がマネジメントを担当している1事例をご用意ください。**

**STEP 1. 本人・家族に関する確認ポイント**

(インテーク・アセスメント・モニタリング)

インテーク・アセスメントの際に、特に気を付けたいポイントについて確認します。

**STEP 2. 支援計画の検討前の確認ポイント (ケアプラン)**

介護保険サービスの導入を検討する前に、特に気を付けたいポイントについて確認します。

**STEP 3. 地域資源の選択にあたっての確認ポイント (ケアプラン)**

課題や背景を踏まえながら地域資源を選択していく際に、特に気を付けたいポイントについて確認します。

**STEP 4. 本人・家族への計画原案の説明・提案時の確認ポイント**

(計画原案の説明・提案)

作成した計画原案を、実際に本人・家族へ提案する際に、特に気を付けたいポイントについて確認します。

# まずは、普段行っているケアマネジメントを振り返ってみましょう。

(ツールP9)

## STEP 0. 確認の前に

| <input checked="" type="checkbox"/> | 確認ポイント   |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>            | 本人の「地域のなかでの暮らし」に着目したケアマネジメントを意識していますか？(地域を基盤としたケア)                                 |
| <input type="checkbox"/>            | 専門職による支援だけでなく、自助・互助を含めたケアマネジメントを意識していますか？(統合的ケア)                                   |
| <input type="checkbox"/>            | 本人の「自助」や、地域とのつながりを踏まえた「互助」を含めた統合的なケアは、効率性のみならず、サービスの質、満足度も高めるということを知っていますか？(WHO定義) |
| <input type="checkbox"/>            | ICF(国際生活機能分類)の「活動」「参加」「環境因子」に着目したケアマネジメントを意識していますか？                                |
| <input type="checkbox"/>            | 普段から、地域に存在する様々な社会資源(地域資源)との「顔に見える関係づくり」に取り組んでいますか？                                 |
| <input type="checkbox"/>            | 普段から、地域での暮らしに役立つ様々な社会資源(地域資源)の情報を収集していますか？   |

**振り返ってみていかがでしたか？**

次に、あなたが担当しているご利用者を1人思い浮かべて  
そのご利用者がどのように感じているかを想像して答えてみてください。

## STEP 0.5 利用者の感じ方

各項目について4点満点で記入してください。

|  |  |
|--|--|
|  | そのご利用者は、日常生活の中で、自分のことは自分で決められていると感じている           |
|  | そのご利用者は、清潔で人前に出られる身だしなみができていると感じている              |
|  | そのご利用者は、食事(食べ物や飲み物)は、十分な量を好きな時間にとれていると感じている      |
|  | そのご利用者は、虐待や転倒などの危害が自分に加わることがなく安全であると感じている        |
|  | そのご利用者は、自分が望む人づき合いができていると感じている                   |
|  | そのご利用者は、就労、趣味、地域活動などで、自分の時間を有意義に過ごせていると感じている     |
|  | そのご利用者は、清潔で快適な住環境で暮らしていると感じている                   |
|  | そのご利用者は、福祉や介護の支援を受けることが、自分らしく暮らすことにつながっていると感じている |



## STEP 1. 本人・家族に関する確認ポイント

### 1 介護保険制度の理念・ケアマネジメントの意義について説明し、理解を得ているかどうかを確認

|   |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|
| □ | 介護保険制度の理念について説明し、理解を得ている   | 尊厳の保持、自立支援、地域資源を含めた総合的生活支援 |
|   | ケアマネジメントの意義について説明し、理解を得ている |                            |

### 2 これまでの地域資源との関係、習慣、社会との関わり、生活歴を聞く理由を説明、把握

|   |                                  |   |
|---|----------------------------------|---|
| □ | これまでの日常生活を構成していた地域資源や習慣などを把握している | 以前の生活や習慣、地域との関係、聞き取る情報の必要性を説明、段階的情報収集、地域資源の範囲 |
|   | 社会との関わりやこれまでの生活歴を聞く理由について説明している  |   |

### 3 本人のできない行為だけでなく、できる、できるかもしれない行為に着目

|   |                           |                     |
|---|---------------------------|---------------------|
| □ | 本人が「できる(かもしれない)行為」に着目している | できること、できそうなこと、望む暮らし |
|   | 本人の「できない行為」の把握だけになっていない。  |                     |

**※注) ケアマネジメントのなかで、過去や現在の地域との関係、以前の生活や今できること、できそうなことをアセスメントをすることの必要性を再確認しましょう。**

## STEP 1. 本人・家族に関する確認ポイント

## 3 家族の役割やできることを確認

|   |                              |                     |
|---|------------------------------|---------------------|
| □ | 家族が担ってきた役割・介護に対する考え方を把握できている | 家族との関係性の継続、家族アセスメント |
|   | 家族が「できること」「やってきたこと」を把握できている  |                     |

## 4 本人の望む生活、経済力の把握

|   |                 |       |
|---|-----------------|-------|
| □ | 本人の望む生活を把握できている | 望む暮らし |
| □ | 大まかな経済力を把握している。 | 費用負担力 |

## 5 継続的な把握と情報更新

|   |                                |          |
|---|--------------------------------|----------|
| □ | 支援を続けるなかで、これらの情報の把握・更新を継続している。 | 段階的把握、更新 |
|---|--------------------------------|----------|

**※注) 以前からの家族との関係性を大切に、費用負担能力を見極めつつ、段階的に継続的に必要な情報を把握しマネジメントしていきましょう。**

## STEP 2. 支援計画の検討前の確認ポイント

### 1 今までの地域との関係性に着目したマネジメント

|   |                                |                               |
|---|--------------------------------|-------------------------------|
| □ | これまでの日常生活を構成していた資源や習慣などを把握している | アセスメントの振り返り<br>過去の地域との関係性と暮らし |
|---|--------------------------------|-------------------------------|

### 2 地域や家族との関係性を大切にした専門的支援の導入

|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| □ | 介護保険サービスの利用により、「地域・社会との関係性が途切れる」可能性について、検討・確認している      | 専門的支援導入によるリスク(地域との関係性を変えてしまう) |
| □ | 介護保険サービスの利用により、「家族の介護力(意欲)」低下を引き起こす」可能性について、検討・確認している。 | 専門的支援導入によるリスク(家族との関係性を変えてしまう) |

### 3 自助、互助、共助、公助を一体的にマネジメント(統合的ケア)

|   |   |                        |
|---|---|------------------------|
| □ | 設定した目標を達成するために、介護保険サービス以外の手段を含めた検討ができている。 | 地域生活を維持したうえでの、専門的支援の導入 |
|---|---|------------------------|

**※注) 専門的支援の導入が、家族や地域との関係を疎遠にしてしまう危険性があることを理解し、自助、互助、共助、公助の総合力によるマネジメントをしましょう。**

## STEP 3. 地域資源の選択にあたっての確認ポイント

### 1 地域資源を広く捉えたマネジメント

|                          |                   |                                    |
|--------------------------|-------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 幅広い地域資源を選択肢に入れている | 地域資源の範囲、幅広い選択肢<br>「保険サービスの代わり」ではない |
|--------------------------|-------------------|------------------------------------|

### 2 地域資源へのつなぐことも支援計画に位置づける

|                          |                     |                               |
|--------------------------|---------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 支援の内容が、設定した目標と合っている | 地域資源との関係づくりも短期、長期目標に位置づけられている |
|--------------------------|---------------------|-------------------------------|

### 3 地域資源それぞれの特徴をしっかりと把握する

|                          |                              |                 |
|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | サービスの内容・特徴・料金など、必要な情報を把握している | 選択するために必要な生きた情報 |
|--------------------------|------------------------------|-----------------|

---

**※注) 地域に存在する様々な地域資源の存在を広く把握し、生活支援に活かすためにそれぞれの特徴等を把握し、支援計画に位置づけ段階的につなげていきましょう。**

## STEP 3. 地域資源の選択にあたっての確認ポイント

### 4 地域資源が持つ本来の役割や特性を守る（壊してはいけない）

|                          |   |                                |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 地域資源を提供する相手側の受け入れ体制・受け入れ余力・信頼性などを確認している。  | 地域資源が持つ本来の目的、役割、キャパシティなどを守る    |
| <input type="checkbox"/> | その他地域資源が誰でもアクセスできるものか、個別性があるものなのか整理できている。 | 利用者や支援者との個人的関係に基づき活用できる地域資源もある |
| <input type="checkbox"/> | 立場の違いを理解してコミュニケーションをとっている                 | 一般市民に伝わる言語を使用とコミュニケーション        |
| <input type="checkbox"/> | 実効性とあわせ、負担感を確認している。                       | 継続性の責任を負わせない、負担のモニタリングとケア      |
| <input type="checkbox"/> | 必要な情報を、サービス担当者会議などで共有している。                | 地域資源をマネジメントする際の留意点を支援者全体で共有する  |

**※注）地域資源それぞれの本来の目的や役割を尊重します。  
定期的で、誰に対しても、そして継続的なサービスを期待できるものではないことを理解します。  
このことサービス担当者会議等で支援者全体で共有しておく必要があります。**

## STEP 4. 本人・家族への計画原案の説明・提案時の確認ポイント

### 1 本人主体を引き出すマネジメント

|                          |                          |           |
|--------------------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 利用者の生活意欲を引き出すような提案をしている。 | 本人の主体的な意欲 |
|--------------------------|--------------------------|-----------|

### 2 地域資源を含めた支援と今後の生活目標を共有する

|                          |                                    |                           |
|--------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 地域資源による支援が必要である理由とその目的を伝え、理解を得ている。 | 地域資源を活用した支援、生活づくりという目標を共有 |
|--------------------------|------------------------------------|---------------------------|

### 3 本人、家族固有の役割を共有

|                          |                                  |              |
|--------------------------|----------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 目標達成に必要な本人・家族の役割などを、わかりやすく示している。 | 自助、互助固有の役割共有 |
|--------------------------|----------------------------------|--------------|

---

**※注) 自助と互助(本人・家族・地域資源)の重要性をしっかりとわかりやすく説明し、共有することが、本人主体の地域生活の継続には不可欠です。**

# 演習

～ 地域を基盤とした暮らしの支援 ～

## 事例

- ・・・地域を基盤とした生活を支えるための支援の糸口を探す。
- ・・・対象者の生活歴のアセスメントから地域資源を探す。
- ・・・地域資源との関係づくりを考える。

# 事例の概要



川崎太郎さん 昭和13年生まれの78歳

川崎太郎さんは、川崎生まれの川崎育ち。地元川崎にある大手企業に勤め、同僚とは家族のような付き合いをしてきた。いわゆる“企業戦士”タイプで、地元の人よりも職場の人との付き合いが深く、退職後も、趣味のゴルフや釣り、カラオケにはもっぱら同僚らと出掛けていた。

一方、妻の花子さんは東北の生まれ。川崎には太郎さんとの結婚後にやってきた。人当たりがよく、太郎さんとは対照的に近隣住民や民生委員など、地域とのつながりは密だった。2人いる息子は、いずれも独立して市外に住んでいる。

太郎さんには、持病の脊柱管狭窄症があった。痛みが徐々にひどくなるにつれ、仲間とゴルフやカラオケに行くのがつらくなってきた。また、痛がる自分の情けない姿を見せたくなくて、ますます出掛ける機会が少なくなってきた。そんなとき、妻の花子さんが逝去した。



## 事例の概要（つづき）



花子さんが亡くなり、地域とのつながりを全く失ってしまった太郎さんは、家に引きこもるように。日用品の調達は、花子さんがいた頃は酒屋の配達などを利用していたらしいが、現在は近所のコンビニで済ましており、それ以外の外出機会はほとんどなくなっている。最近では物忘れも出てきた。

食事を気にかけてくれる人もおらず、本人も無頓着なため、同じものばかりを摂るようになり、栄養の偏りが出てきた。

また、お風呂にも入るのも億劫になってきたため、入浴頻度が減り、近隣住民からは「いつも同じ服を着ている」「お風呂に入っていないような臭いがする」と言われるようになる。しかし社会性がなくなっていくことを本人は気にしておらず、他者との関係性がないまま過ごしている。

花子さんと仲が良かった近隣住民が見かねて民生委員に相談し、民生委員からかわさき地域包括支援センターへ連絡が入った。

# 初回訪問

地域包括支援センターの新川さんは、要介護の認定結果が出る可能性を考慮して、アゼリア居宅介護支援センターの椿ケアマネジャー及び民生委員と同行訪問。

## 《主な確認情報》

- 太郎さんは、多くの支援は求めているが、重い買い物の支援は受けたい。
- 家事経験はほとんどないが、手作りの食事を食べたい。自分で作る意思もある。
- 近隣との付き合いなし。
- 今の生活に対する本人の問題意識なし。
- 妻が亡くなったことによる意欲低下あり。
- パソコンは得意(仲間とゴルフに行く際にはチラシ作りをしていた)。



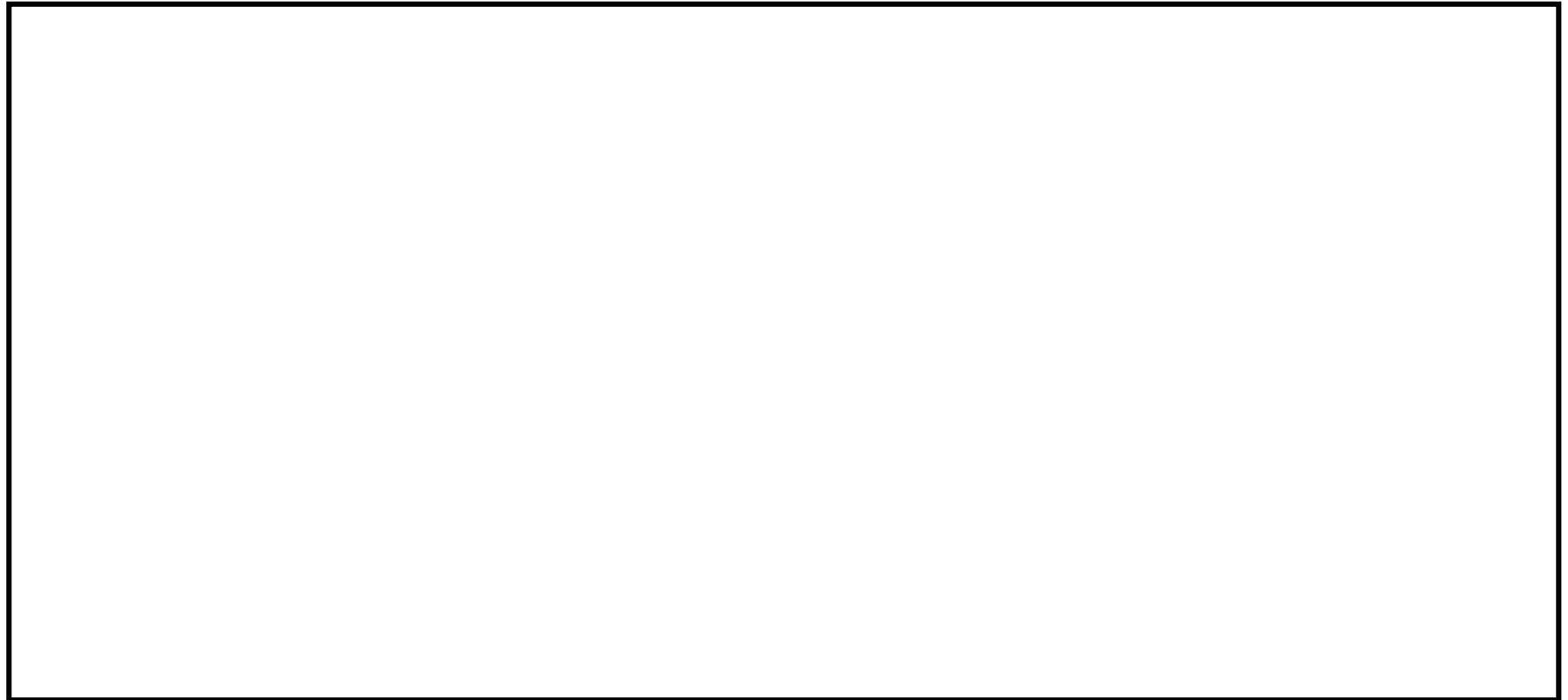
## 場面1【初回訪問後の基本方針】

太郎さんには家事経験がなく、近隣との付き合いも今の生活に対する本人の問題意識もなかったが、椿ケアマネは、今の状態であれば社会参加などによりADLの低下予防や自立生活の継続はできると判断。

意欲の低下は見られるものの、食事を作る意思があったことから、自分で調理をできるようになるまでの期間限定で、調理指導を兼ねた訪問介護を導入し、社会参加の糸口をつかんでいくこととした。

# ミニワーク

- これまでの情報から、太郎さんが地域との関係性を築くための手掛かりになりそうな情報を書き出してみましょう。
- また、地域との関係性を持つことによる効果がどのようなものになるか考えてみましょう。



## 場面2【支援の糸口】

椿ケアマネは、太郎さんとの会話のなかで、**以前は商店街の大島酒店からお酒類の配達をしてもらっていた**ことを知る。しかし妻の花子さんが亡くなってからは、コンビニで都度ビールを買うようになったため、今は大島酒店との付き合いはなくなっていた。

このことを椿ケアマネがかわさき包括の新川さんに報告したところ、地域をよく知る大島酒店の社長さんと新川さんは、かねてより情報交換できる関係であることを知る。そこで新川さんと椿ケアマネは、大島酒店を訪問し、配達の再開の相談を持ちかけるとともに、かつての太郎さんの交友関係などを尋ねてみた。

## 場面2【支援の糸口】のつづき

すると大島酒店の社長さんから、花子さんの亡き後、実は太郎さんの様子がずっと気がかりであったことを聞かされた。また花子さんと仲が良かった近所の山本さんも、太郎さんを気にしていることを教えてくれた。

社長さんは、「顔見知りの包括さんの頼みだから」と言って、太郎さんが自分のお店で何か買ってくれれば、商店街での買い物荷物をまとめて配達することを約束してくれた。

また後日、近所の山本さんを訪ねると、「太郎さんのこと、気にかけておきます。気になることがあったら、ケアマネさんか包括さんへ連絡しますね」と言ってくれた。

## ワーク2

- 亡くなった奥さんとの関係性から、酒屋さんや近隣住民が協力してくれることになりました。しかし、介護サービスと違って、「地域のお互いさま」の関係の中で、見つけた「つながり」です。
- これからの関係を守るためには何をする必要がありますでしょうか？



## 場面3【つながりの発展】

太郎さんにも、かつての花子さんのような地域とのつながりを築いてもらいたいと考えた椿ケアマネは、配達状況や支払いの不備などないか、モニタリングも兼ねて再度大島酒店を訪問。太郎さんの地元の友達や、地域で参加できる活動などがいいか尋ねてみた。

すると、「同じ商店街にある居酒屋だいで、町内会の役員たちがよく集まっているよ。役員たちは太郎さんの子供時代の仲間ばかりだ。なんでも町内会の仕事を手伝ってもらえる人を探していたみたいだから、今度詳しく話を聞いておくよ」という話になった。

## 場面3【つながりの発展】のつづき

後日、椿ケアマネは、社長さんから聞いた町内会活動の手伝いを太郎さんに提案。ところが太郎さんは、「今更地元の人との付き合いなんてできないよ。それにこの腰じゃあ役に立つことなんてないだろうし。みっともないだけだから」と気弱な答え。

しかし椿ケアマネは「パソコンで行事のチラシを作ってくれるだけでも助かると言っているみたいですよ。集まりに参加するのが煩わしければ、自宅でチラシを作るだけでも協力してあげたらどうですか」と促した。太郎さんがパソコンを得意としており、会社仲間との趣味の集まりでもよくチラシを作っていたことを踏まえた提案だった。期待どおり、太郎さんは「それだったら」と引き受け、自宅でのチラシ作りで町内会活動に参加するようになった。

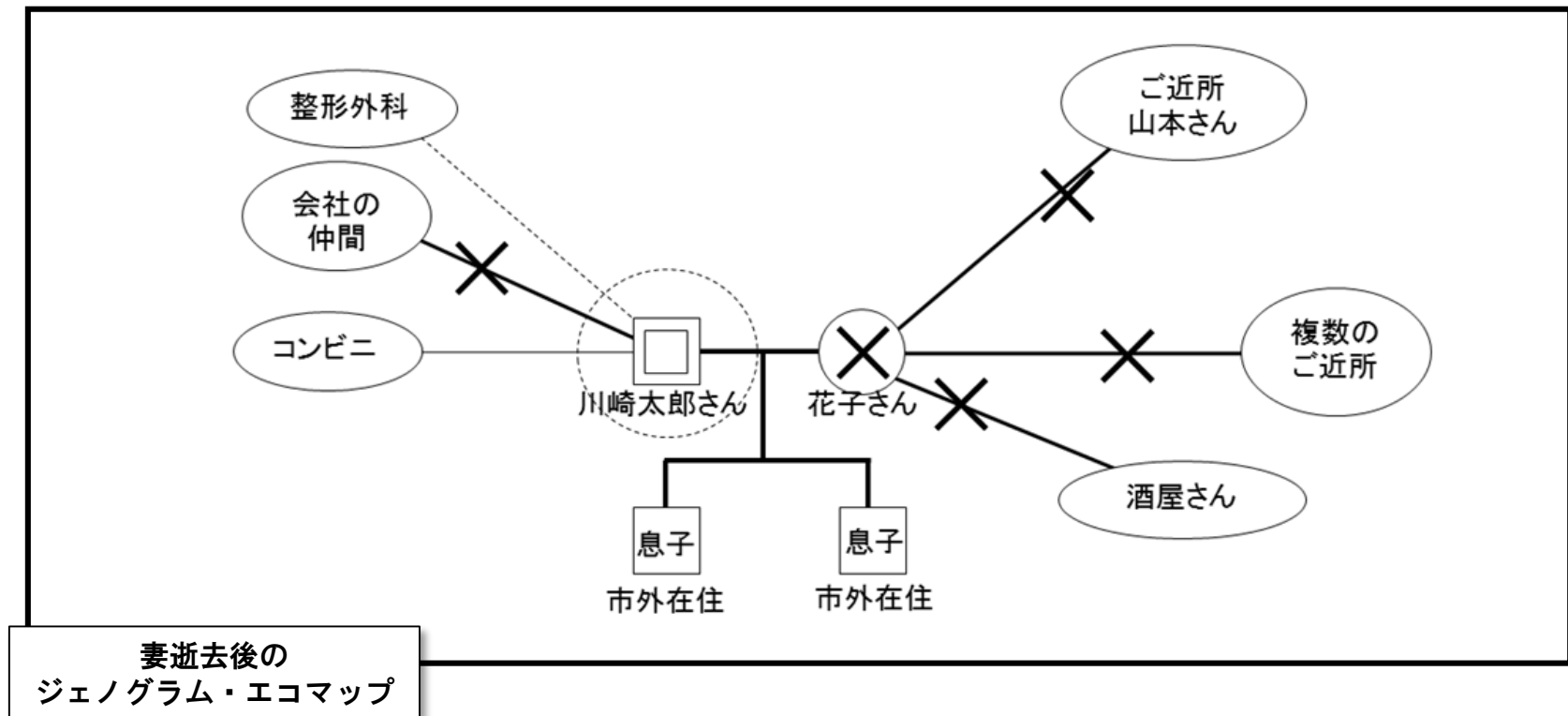


大島酒店

居酒屋だいし

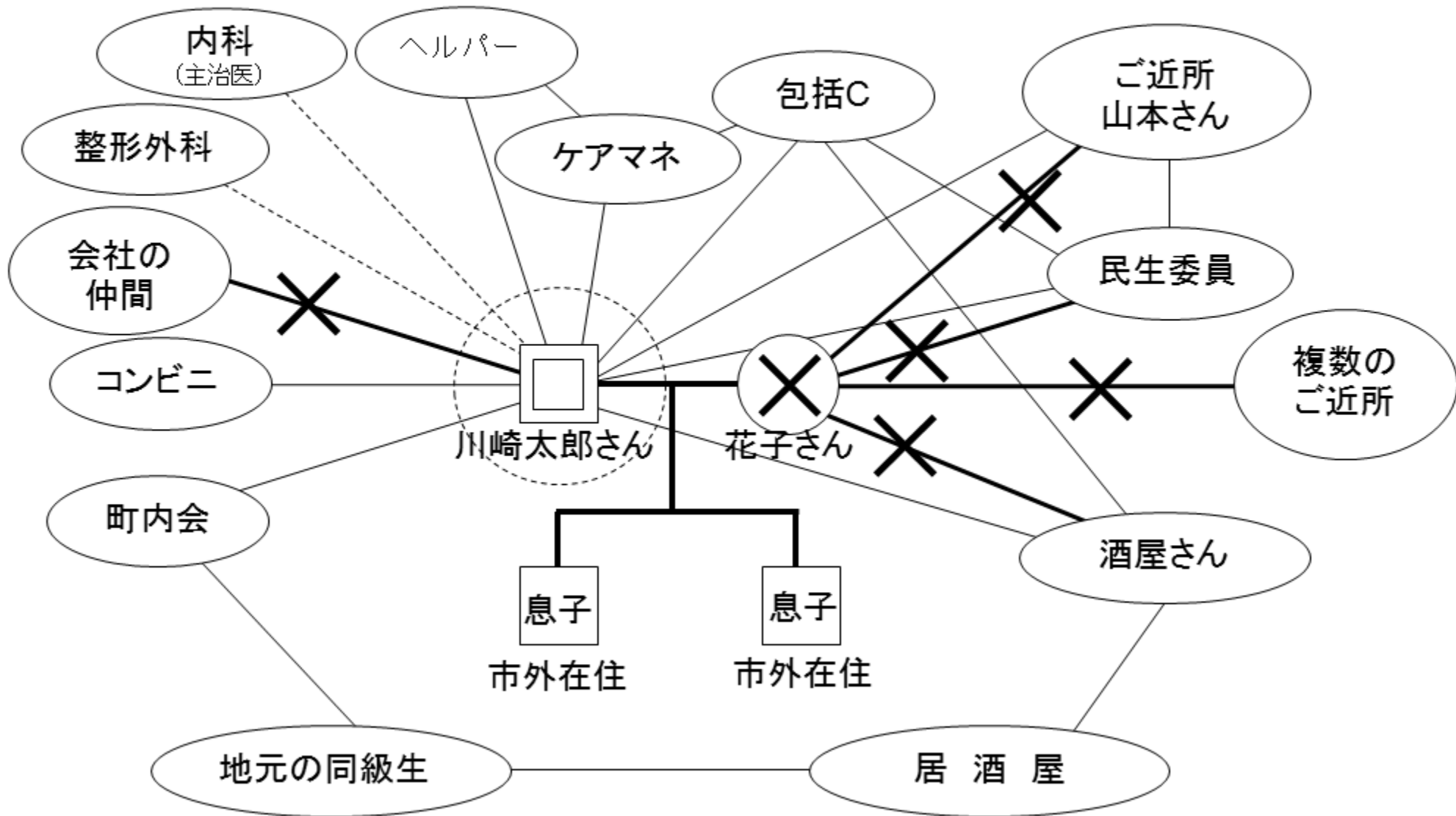
山本さん

妻逝去直後のエコマップに、支援開始後の関係性を追記し、太郎さんを支援するために様々な地域資源をつないでいくためのポイント(留意点等)整理してみましよう。



# 川崎太郎さんのジェノグラム・エコマップ

## 支援開始後



# 事例 1 振り返り

社会参加と生活への意欲を失って家に引きこもり、心身機能が一気に低下する可能性のあった太郎さん。太郎さんの意欲を尊重した最小限の介護保険サービスの導入をきっかけに、かつての地域との関わりや特技が明らかになり、それをもとにして地域との関係の再構築を目指しました。

この事例でポイントとなったのは、次の点です。

- ① 支援の糸口となった「花子さんと地域との関係性」
- ② ①を生かし、発展させることを可能とした「支援者（包括・ケアマネジャーなど）の日頃からの地域との関係づくり」

太郎さんには、身体的支援だけでなく、「社会的・心理的自立支援」を含めたアプローチを試みました。現段階では関係性を示す線が増えただけで、どれもまだ細いものですが、今後さらに太くしていくことを目指してもよいでしょう。

## ワーク3

- 太郎さんがこの地域で生活をするためには、事例に記載されているもの以外に、どのような地域資源があればよいか考えてみましょう。
- その地域資源を創るためには、どのようなことができるか考えてみましょう。

平成20年3月発行 → 平成26年10月第2版発行



## 訪問介護・ ケアマネジメント ツール ~生活援助の考え方~

【川崎版】 (H26.10.01 修正版)

川崎市介護支援専門員連絡会  
川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課  
川崎市社会福祉協議会

HOME NURSING CARE & CARE MANAGEMENT

### 【特 徴】

- ・全44ページ
- ・自己点検が可能(確認シート)
- ・算定の可否を本人家族を含めた関係者全員で確認し共有できる。
- ・算定の可否だけでなく、自立支援の視点でマネジメントできるよう構成
- ・生活援助を適正に、適切に、活用するためのツールとした。
- ・代替サービスを検討する際のヒントも盛り込
- ・代表的な相談事例を5つ掲載
- ・「ケアプラン確認マニュアル」、「地域資源のつなぎ方」とシリーズ
- ・市内で活動するケアマネジャー・地域包括、訪問介護事業所へ無料配布

※川崎市介護支援専門員連絡会のホームページ「お役立ち情報」よりダウンロード可

ほか



平成21年3月発行 → 平成26年10月第2版発行



## ケアマネジメント ツール

～ケアプラン確認マニュアル～

【川崎版】 第2版 (H26.10.01)

川崎市介護支援専門員連絡会  
川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課

### 【特 徴】

- ・全150ページ → 214ページ
- ・活用事例を掲載
- ・自己点検が可能(作成プランを客観視)
- ・構成はケアマネジメントプロセス
- ・国の点検支援マニュアルをベースに
- ・川崎独自項目を追加
- ・部分的な点検も可能
- ・一緒に確認することで市区職員にも  
気づきを促す
- ・「生活援助ツール」とシリーズ
- ・市内で活動するケアマネジャー・地域包  
括全員へ無料配布

ほか