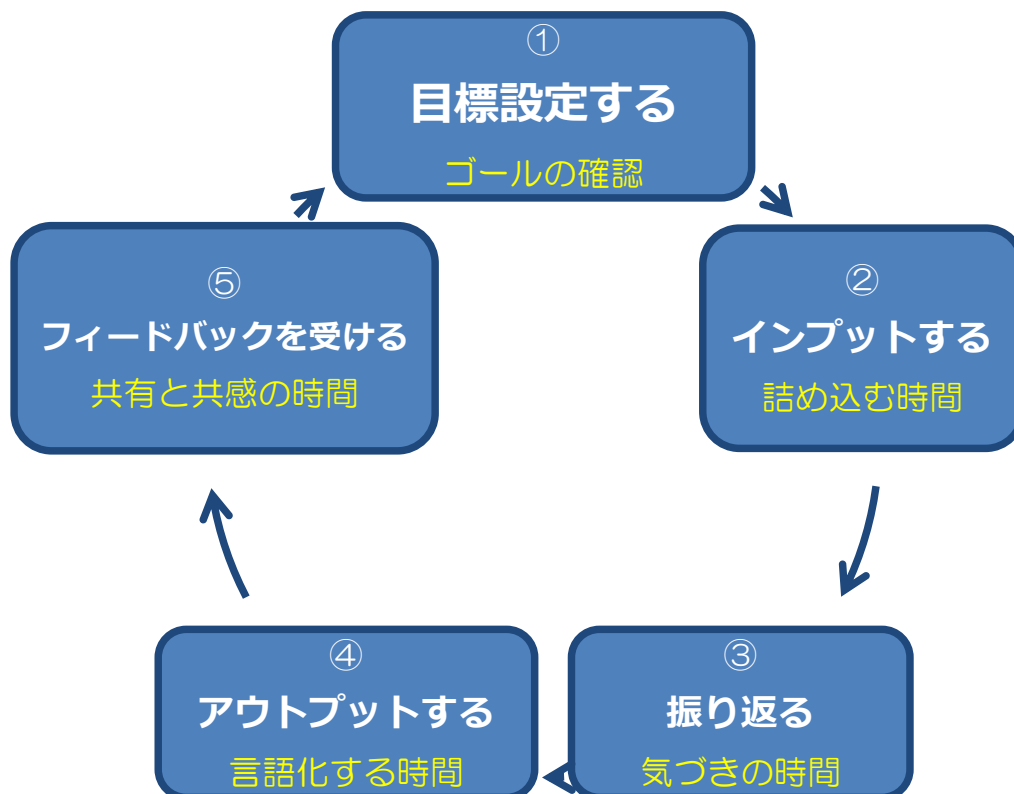


私たちの研修について

- ✓ 研修は**共同作業**
- ✓ メンバーを**リスペクト**しよう
- ✓ △ 講師から学ぶ → ◎ **クラスメートから学ぶ**
- ✓ チャット、発言は、**リスクフリー**
- ✓ **写メ、スクショ、研修中のスマホ等、検索 推奨**
- ✓ 有意義な 1日 にしましょう。

学びのサイクル



第8章 介護支援専門員に求められるマネジメント (チームマネジメント)

【講義・演習 2時間】

目的と修得目標

■目的

多職種に対する理解・尊重に基づいてチームを組成し、円滑に機能させるための基本的な技術を習得する。

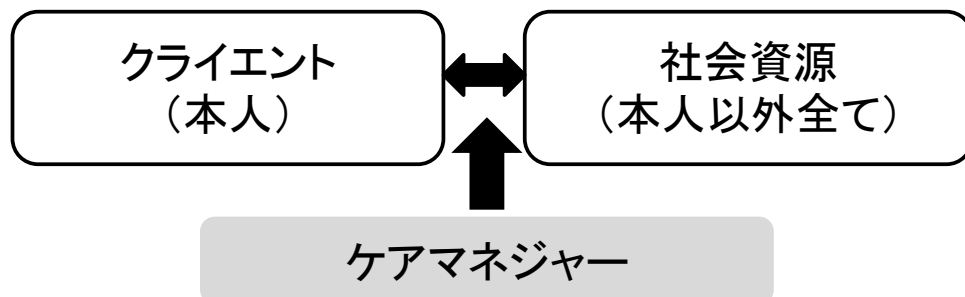
■修得目標

1. 利用者および家族の支援に際し、チームアプローチの意義と目的について説明できる。
2. チームを構成する各専門性についての役割について説明できる。
3. チームにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
4. アセスメントに基づく必要なチームの形成を実施できる。
5. チームにおける情報共有を実施できる。
6. 円滑なチーム運営を実施できる。

そもそも ケアマネジメントとは何か？

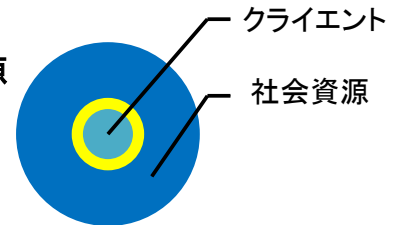
ケアマネジメントとは

- クライエントの多様なニーズに対して適切な支援が届くように、コーディネートすること。



ケアマネジメントの構成要素

1. ケアマネジメントのクライアント
2. クライアントが(在宅)生活をするために必要な社会資源
3. クライアントと社会資源を結びつけるケアマネジャー



社会資源

- 支援に活用できる「ヒト・モノ・財源・情報」であり、多様なニーズに対応する地域の多様な資源である。

連携

連絡を密に取り合って、
一つの目的のために
一緒に物事をする事。

協働

同じ目的のために、
対等の立場で
協力して共に働くこと。

多職種連携

- 質の高いケアを提供するために異なった医療や福祉の専門職が、共有した目標に向かって共に働くこと（連絡・調整しながら..）

多職種協働(チームアプローチ)

- 主要な構成要素 (Reeves, S. L.)
 - ・「タスク(課題)」
 - ・「明確な役割・目標」
 - ・ 職種間の「相互依存的関係性」「共有された責任」

多職種協働とは

いろいろな文化をもつ人々が、お互いの文化の違いを認めあい、対等な関係を築こうとしながら、
ともに生きていく “多文化共生”

医療・保健・介護・福祉・教育・雇用・司法・・・なども
違う文化を持ちながら共生していくべきで、
各職種が目標を共有し、ともに力を合わせて活動することを“多職種協働”という

多様な分野がしっかり協働していくこと

株式会社RETICE 相談支援専門員 東美奈子
「多職種協働(チームアプローチ)の考え方と展開方法」より

チームアプローチの意義と目的

1 ケアチームを構成する必要性

(1) チームアプローチとは

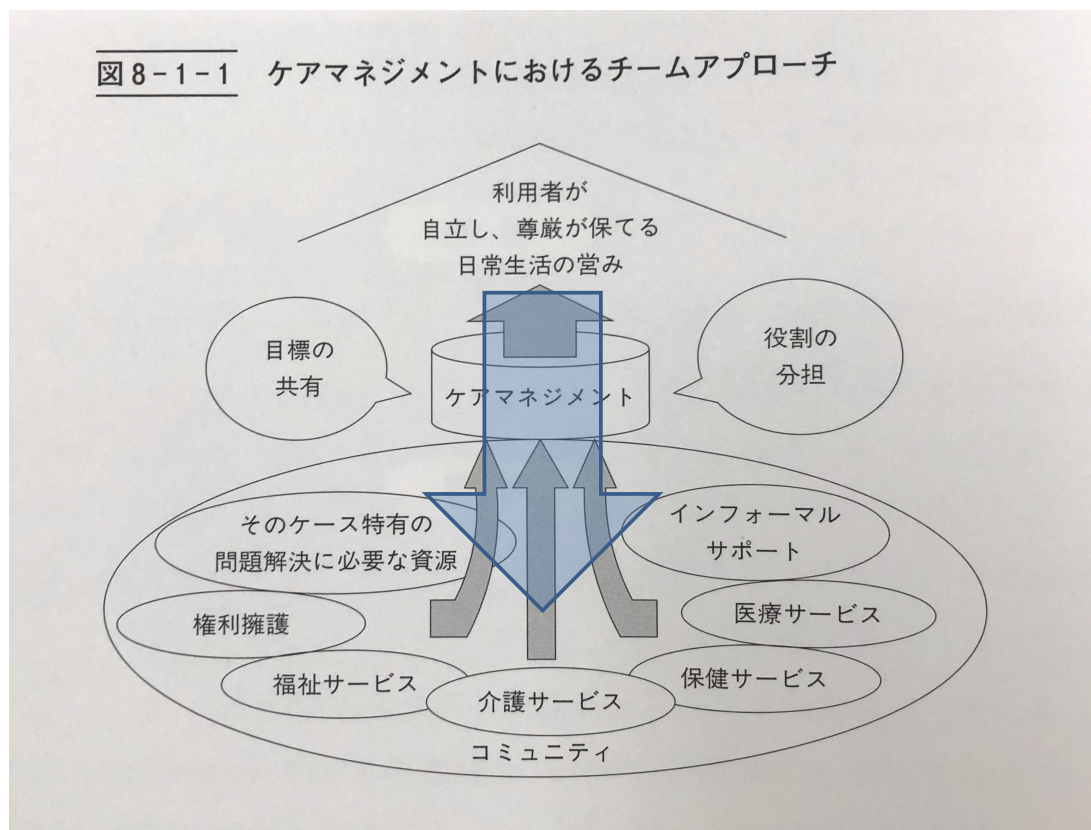
(2) チームアプローチの意義

(3) チームアプローチの必要性

16

チームアプローチの意義と目的

図8-1-1 ケアマネジメントにおけるチームアプローチ



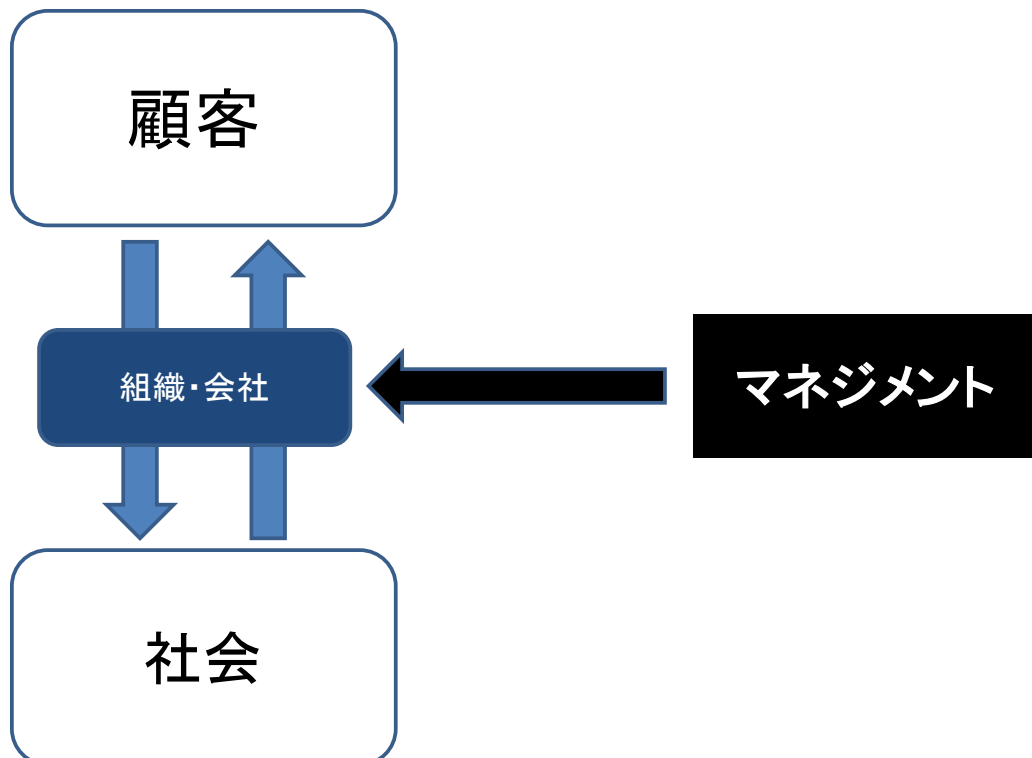
17

マネジメントとは、
人にかかわるものである。

その機能は
人が共同して成果をあげることを可能とし、
強みを発揮させ、
弱みを無意味なものにすることである。

「マネジメント」 P.F.ドラッカー

「マネジメント」の考え方



チームアプローチの意義と目的

2 介護保険制度におけるチームアプローチ

(1) 介護保険制度と他制度との関連性

(2) 目標を達成するための協働性

(3) 介護保険制度の規定

- 居宅介護支援の運営基準では、医療との連携、医療・介護・福祉サービス、地域住民による自発的な活動、地域包括支援センターなどとの**連携**が求められている。
- 運営基準(支援)・・・>P.88

21

補助線

10:26:36 開始 9 11083 村松裕太 から 利用者の自立支援に、共同で向かっていくため様々な角度からの意見をまとめ、各分野の得意分野や不得意分野を把握しつつチームとしての繋がりを深め目標達成に向かっていく

10:26:56 開始 10 11036 佐々木章太 から 利用者の自立支援を支える上で多職種がそれぞれの専門性や役割を持つ必要がある。

10:27:14 開始 1 11027 小野幹基 から 自立支援 ADL向上

10:27:40 開始 2 11050 浅利綾 から それぞれの専門性を理解し、ケアマネが中心となりまとめていく

10:27:41 開始 18 11044 茂木睦美 から 以前学んだオーケストラの指揮者の例えが改めてしっくりときた。演奏者一人一人に使う楽器を理解してもらいケアマネ自身は演奏者にならないように気を付けたい。

10:27:47 開始 11 11086 田口 裕美子 から 専門職が関わることで、安心感がある。

10:27:50 開始 20 11072 高橋育美 から ひとりよがりにならない。支援の個別化ができる。他職種から豊富で専門的な情報を得ることで利用者を多面的にとらえる事ができる。気づきを増やせる

目標達成に向けたよりよいプランを立てる

10:28:02 開始 11 11037 齊藤千秋 から 利用者の自立支援の為にケアマネのみで頑張るのではなく、各専門職が同じゴールに向けて専門性を発揮することによってあらゆる角度からの支援ができる。

10:28:18 開始 2 11003 吉田桃子 から 自立支援という共通の目標に向かうことが大切。

10:28:28 開始 16 11042 三浦達彦 から 24時間365日ケアするわけではないが、把握することで課題となる部分をケアできる。その際、専門職に専門性を発揮してもらうことは手段であって目的ではない。

10:28:40 開始 7 11007 天野 秀之 から 利用者様の自立支援のために多職種の専門性を活かして取り組む事が大事。ケアマネはハブ機能。

10:28:46 開始 17 11019 猿田 昌史 から 全てを介護支援専門員がやるわけではなく、専門職にお願いできることはお願いすることが大切。また、チームアプローチにあたっては、目標の共有が重要であり、それぞれが違う目標に向かってしまうと、自立支援の妨げになってしまう可能性もある。目標を共有するに当たって、ケアプランは重要な位置を占める。

10:28:52 開始 4 11052 佐藤 恵太 から それぞれの職場でもチームアプローチの難しさがある。もっと円滑に連携するために常日頃

から多職種同士でコミュニケーションや信頼関係の構築が大事。

10:28:52 開始 4 11005 佐藤真実 から 互いに専門性を発揮しやすい関係性を築くことで、チームアプローチの力が発揮される。インフォーマルサポートの参加をどう促すか勉強していきたい。

10:29:00 開始 1.11002 八柳恵美 から 多職種との関わり、つなくことが大切だと再認識した

10:29:02 開始 5 11006 池内ゆかり から 真ん中の①にいるケアマネは、コミュニケーション能力はやはり必要。

10:29:03 開始 3 11076 小松 明美 から 自立支援のための目的を勘違いしない。実行と目的は違う。違うことをきちんと説明できるようにならなきゃいけない。

10:29:15 開始 20 11072 高橋育美 から 修正します。他職種から豊富で専門的な情報を得ることで利用者を多面的にとらえる事ができる。ひとりよがりのプランを防ぎ、目標達成に向けたよりよいプランを立てる。

10:29:37 開始 6 11033 夏井陽介 から 介護支援専門員が中心に立ち周囲の状況を見極めながら、チームケアを円滑にする。潤滑油のような存在。

10:29:48 開始 5 11053 佐藤 樹希也 から 情報共有のしやすいチーム内の雰囲気作りが必要。

10:29:52 開始 12 11035 土田泰大 から 全体を俯瞰する。(盤面を見渡す。)

視座・観測者の違い、関わる人々への理解。

10:30:09 開始 13 11015 佐々木哲也 から まずはケアマネが各サービスの理解を深める努力をすることが第一歩ではないかと感じました。良い相互作用がおきるようなチーム作りを目指していきたい。

10:30:38 開始 8 11010 谷口 貴之 から 自立支援という目的に向かってマクロ的のミクロ的な視点に立ちつつ、ケアマネージャーは、そのファシリテーターとしてハブ機能の役割も発揮していく必要がある。

8グループ

10:30:53 開始 2 11075 齋藤昭宏 から 多職種それぞれの視点、専門性からの情報意見を利用者の自立支援にむけてケアマネが中心となってまとめていく

10:30:58 開始 3 11029 高橋義典 から 先生が話した役に立つことが相手が見ていることとは限らないというのに同感した。自己満足でもあった。またケアが目的でなく自立支援が目的について現場でそのような場面が多々あり、説明できる事が大切だと思った。

22

10:31:04 開始 14 11040 菊池忠豪 から 他制度など全部知らなくとも、知っている人へ相談できる関係となることが大切。

10:31:26 開始 4 11078 西方 大空(にしかた まさひろ) から

利用者を支援するにあたって専門的な意見や地域資源を活用するなどがあるが、意見を聞いたり活用するためにはケアマネのコミュニケーション能力だったり普段の関わり方や雰囲気作りが重要になってくると思う。

10:31:37 開始 19 11071 茂木佳祐 から ・ 普段の自身の多職種との関わりを振り返っていた。

→①コミュニケーションの取り方

②目標達成時のプロセス(今後はその中心に自身がい

ること)

・ 多職種それぞれの専門性のある情報や知識等、引き出しが必要

・ 誰とチーム形成するのか？ 範囲も多くなる。

・ 関わる人が多く不安な反面、一人で抱え込まなくてもいいから安心していい。

10:31:39 開始 2 11062 小林洋平 から その方の目標達成に向け、各専門職の中心となり進めていく。ケアマネに求められる能力。

10:32:14 開始 4 11030 藤田千草 から 利用者の共通目標にむけて必要な専門性を提供してもらえるように、その人を取り巻く人との関係性の構築もケアマネとして大事な仕事だと思う

10:32:54 開始 6 11033 夏井陽介 から ケアマネは各専門職の強み等をおさえておく(知っておく)必要がある。

10:33:39 開始 14 11090 前野淳子 から さまざまな制度の知識をすべてケアマネが持つのではなく、専門性のある人とつながる、活用する、頼る、助けてもらうことが大事

10:34:07 開始 5 11008 近藤誠子 から ケアマネがハブ機能としての役割をする場合、専門的な言葉を正しく理解して利用者に分かりやすく伝えたり、他職種とのコミュニケーションを継続していく必要もある。

10:34:37 開始 15 11041 小野裕人 から 利用者の自立支援に向けて、得た情報を他職種につなげていけるか

10:35:19 開始 12 11038 奈良榮子 から 多職種の専門性の知識も必要かとまた深く考えてしまっ重くなったのですが、将棋の例えのあり、ふっと軽くなった

10:36:10 開始 15 11017 菅原 洋子 から 利用者の自立支援に向

け、それぞれが専門性をもって多角的な視点からアプローチできるようにする。そのまもめ役であるケアマネはそれぞれの専門性をわかっていないとい情報やケアプランをまとめ上げられないし、ケアマネ自身の思考の偏りにも気づけない。チームの信頼性を気づくためのつなぎ役としての大きな役割だだと思います。

10:37:15 開始 12 11087 安佐佐子 から 介護支援専門員が一人で全部抱え込まなくていい。それぞれの専門家に任せる。

11:38:31 開始 9 11083 村松裕太 から 円滑なチーム運営ののさしはケアプラン

全ては利用者の状態に合わせた課題ニーズからその目標達成のためのチーム編成や内容の変更や微調整による再編成も必要。常に状態が変化する。なのでその時に合わせた調整が重要になってくる。

チームとしてのコミュニケーション

ケアマネージャーは情報が大切、発信したい人が躊躇なくケアマネに教えてくれる関係性を築いていくのが大切。

第3節 ケアチームを構成する各専門性に基づいた役割

1 専門性の理解

(1) 専門職が提供できる中身を知る

(2) 住民との協働

第3節 ケアチームを構成する各専門性に基づいた役割

2 各専門性の理解

(1) 医師同士の連携

主治医、紹介や入院時の担当医、施設の嘱託医間の連携

(2) 看護師同士の連携

かかりつけの病院や訪問看護師、通所サービスの看護師、施設の看護師間の連携

(3) 介護職同士の連携

訪問介護員、通所サービスの介護職員、施設の介護職員間の連携

(4) 働く場による役割の変更

専門職は働く職場により発揮する役割が特化します。たとえば、地域包括支援センターに勤務する、社会福祉士や保健師など

26

第4節 チームアプローチにおける介護支援専門員の役割

1 ケアチームの編成

(1) 編成上の留意点

介護支援専門員がケアチームを編成する上で不得意な点

- ・
- ・
- ・
- ・

(2) ケアチーム編成のポイント

27

第4節 チームアプローチにおける介護支援専門員の役割

1 ケアチームのマネジメント

- (1) 目標共有の調整
- (2) 役割の調整
- (3) 進捗状況を確認して調整
- (4) 全体の整合性、目標の達成を評価
- (5) ケアチーム自体のマネジメント

28

第5節 アセスメントに基づく必要なケアチームの形成

1 ケアチームの特性

- (1) **アセスメント**に基づいたチーム編成
- (2) ケアチーム編成の柔軟性

2 ケアチームの編成時期

- (1) 利用者を中心に考えたチームの編成
 - ① 利用者への支援を開始するとき
 - ② 利用者の状態が急に変化したとき
 - ③ 目標が達成されたとき
 - ④ サービスを変更するとき
- (2) ケアチームの変化に対応する

29

第5節 アセスメントに基づく必要なケアチームの形成

3 ケアチームのメンバーの選定

- (1) 専門性の理解
- (2) 事業所からの選定

第6節 ケアチームの運営

1 ケアチームの運営

- (1) 準備期 (2) 開始期 (3) 作業期 (4) 終結期

2 運用のポイント

- (1) 地域の特徴

3 関係性への配慮

- (1) 必要時に連絡できる関係性
- (2) 必要に応じて話し合いできる柔軟性

第7節 円滑なケアチーム運営を実施

1 チームアプローチを進めるコミュニケーション

チームが円滑に利用者を支える為には、普段のコミュニケーションが大切になります。

- どのような連絡を、いつ、どのように取るかをあらかじめ決定しておく
- 気なることを言える関係であること、または、関係の調整ができること

32

第7節 円滑なケアチーム運営を実施

2 対応の方針や行動

(1) 急な判断を迫られた時の対応

(2) 情報共有の具体性

1. 情報の質
2. 情報提供のタイミング
3. 情報共有の方法

33

第7節 円滑なケアチーム運営を実施

3 相談先等

(1) 事業所内の情報収集と共有

(2) 諸研修会の活用

秋田県介護支援専門員協会

– 年3回の研修 原則会員無料

各地区介護支援専門員協会

– 年3回の集合研修 原則会員無料

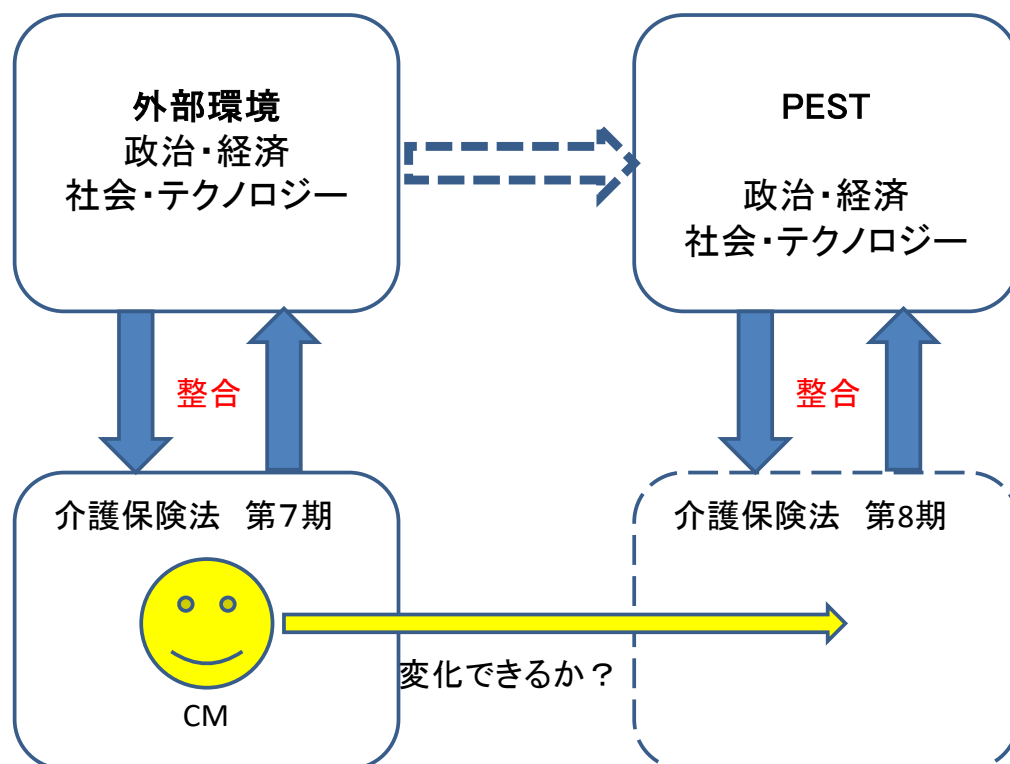
…> 県協会会員は他地区の研修にも無料で参加できる。

– できるケアマネ塾 秋田けあまね塾

– ケアマネカフェ、主任ケアマネサロン

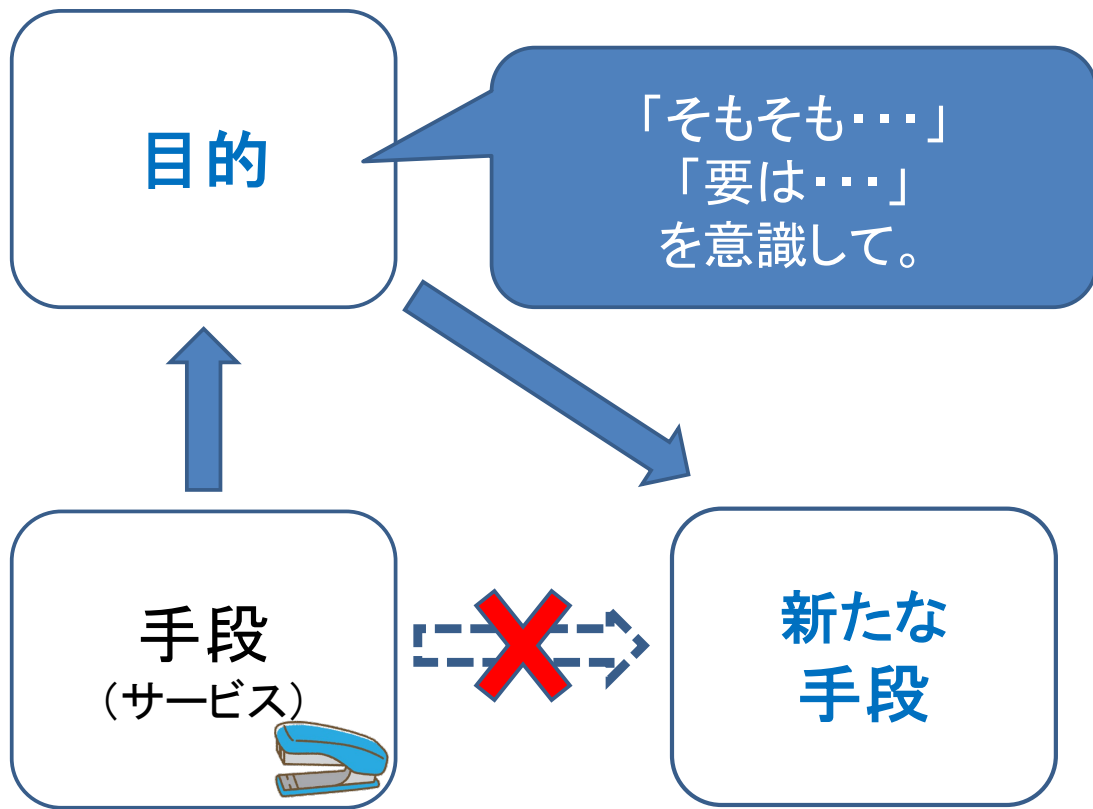
34

介護支援専門員の視点 ・ 俯瞰して見る ・ 離れて見る



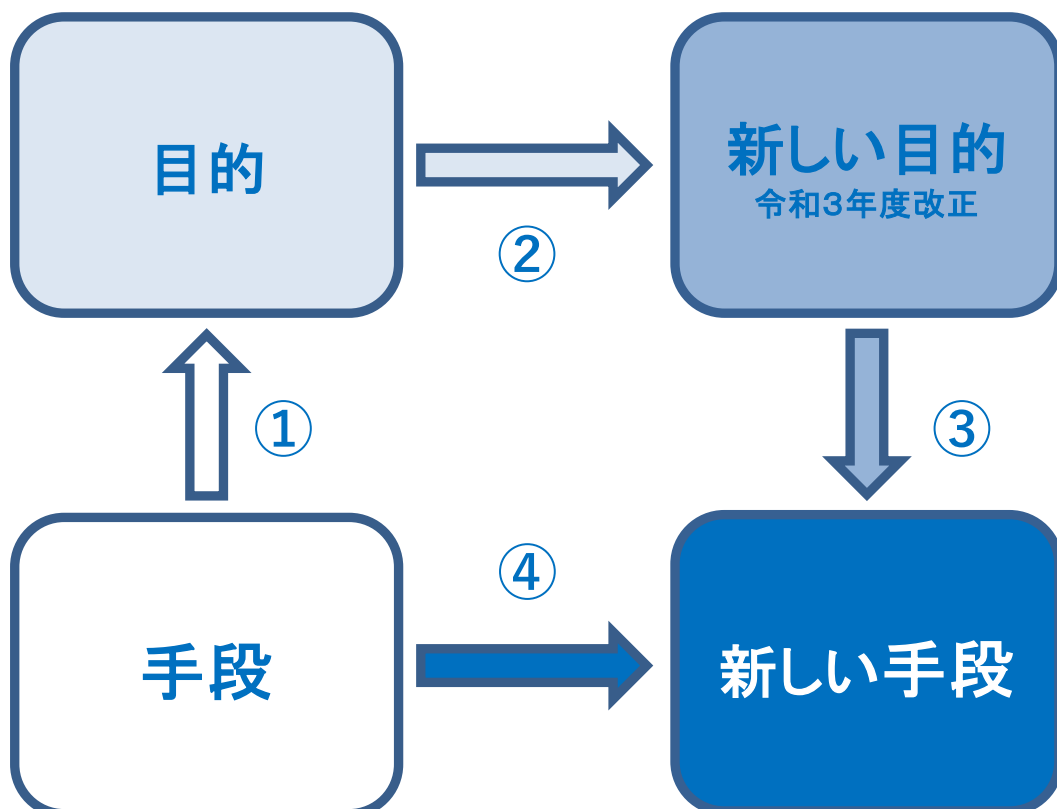
35

変化を導くためのプロセス（目的と手段）



36

変化を導くためのプロセス（目的と手段）



37

11:38:45 開始 事務局 から 自分がケアマネだったらどんな立ち位置で動くか(スポーツに例えて) ---

11:38:48 開始 9 11083 村松裕太 から マネージャー
11:38:50 開始 16 11042 三浦達彦 から 監督兼キャプテン兼マネージャー

11:38:50 開始 10 11036 佐々木章太 から 野球の監督 キャプテン
リーダー バレーのセッター

11:38:52 開始 18 11070 佐藤悠太郎 から サッカーで例えるとボランチ

11:38:54 開始 18 11044 茂木睦美 から 野球だとキャッチャー。全体見て指示だします

11:39:02 開始 1 11027小野幹基 から マネージャー

11:39:12 開始 20 11072 高橋育美 から キャプテン。チームの一員、対等でありたい。中心は利用者、メンバーの得なところを活かして、最善を目指す

11:39:14 開始 14 11016小熊菜緒子 から マネージャーやキャプテン、グラウンド整備する人

11:39:16 開始 14 11090前野淳子 から マネージャー

11:39:17 開始 18 11020 中村禎子 から サッカーだとキーパー

11:39:17 開始 19 11071 茂木佳祐 から 利用者や他職種とも対等な関係性であることから、選手かなと。プレイヤーだとモドリッチ。

11:39:23 開始 2 11075 齋藤昭宏 から その名の通りマネージャー

11:39:28 開始 1 11027小野幹基 から サープレシブがある

11:39:33 開始 11 11037 齊藤千秋 から スポーツではイメージしにくいとグループ内の意見でした。(自分は文化部だったのでなおさらイメージ沸きません)

11:39:34 開始 14 11040 菊池忠豪 から ご本人やチームメンバーが気持ちよくプレーできるように、マネージャーやグラウンド整備として環境を整える。

11:39:37 開始 7 11007天野 秀之 から 監督でありキャプテンでありプレイヤーである。柔軟に対応する。

11:39:37 開始 8 11009 小林雄司 から 監督、マネージャー、キャプテンいろいろかぶるところがある

11:39:40 開始 5 11078 阿部紘子 から マネージャーであり審判でありゲームキャプテン

11:39:45 開始 18 11094 鎌田あや子 から 仲介役できる野球の捕手。メンバーとフラットな関係性

11:39:47 開始 6 11033夏井陽介 から スポーツに例えると、司令塔やゲームキャプテン。

11:39:47 開始 17 11019 猿田 昌史 から チームアプローチでは

柔軟性が重要であり、状況に応じてチームを組む変える必要性も多くなる。

11:39:56 開始 12 11035 土田泰大 から ゲームキャプテン
立ち位置としては明確な上下関係はないが、目的(スポーツだと勝、ケアマネであれば利用者のために)のためにチームをまとめて方向性を修正していく。

11:40:08 開始 4 11052 佐藤 恵太 から スポーツだと立場がはっきりしていて難しいが全ての役割に当てはまるのではないかと。

11:40:10 開始 5 11008 近藤誠子 から スポーツに例えると、利用者は選手でケアマネはマネージャーであり、審判であり、キャプテンであり、様々な面を持つのではと意見がありました。グループ5

11:40:11 開始 17 11019 猿田 昌史 から スポーツに例えるとスカウトマン、キャプテン、マネージャー、チームを支える選手がありました。

11:40:12 開始 20 11047 鈴木大地 から スポーツで例えるなら主将(キャプテン)。マネージャーと迷いましたが...

11:40:18 開始 11 11013 松田 奈津子 から マネージャー
11:40:19 開始 8 11034芹田好 から マネージャーやキャプテン。状況を俯瞰してみれる役割。

11:40:22 開始 3 11029 高橋義典 から どのポジションにおいても誰もが発言できる環境づくりする役割 また、発言できない人への配慮、橋渡し・代弁役

11:40:34 開始 15 11041 小野裕人 から 利用者が監督で要望を伝えてくれ、それを伝え、つなげていくコーチのような立ち位置

11:40:55 開始 14 11090前野淳子 から マネージャー みんなが働ける場を作ってあげる、チームメンバーの調整役

11:41:04 開始 14 11065 佐々木芳春 から マネージャー的な立ち位置。又は 野球で言えばグラウンド整備係の目立たないが、必要なポジション

11:41:09 開始 8 11010 谷口 貴之 から 音楽だと指揮者。スポーツだとマネージャー

11:41:14 開始 13 11015 佐々木哲也 から チームスポーツでは監督。ただ選手に近く、個性も尊重できるよう意識する。

11:41:32 開始 4 11078 西方 大空(にしかた まさひろ) から チームスポーツだとそれぞれの役割がはっきりしているのでも正直どれに当てはまるかは分らないが、強いて言うのであればコーチに近い存在なのかなと思います。

11:43:01 開始 4 11005 佐藤真実 から 選抜メンバーで構成されるチームのキャプテン。

11:41:04 開始 11 11086 田口 裕美子 から スポーツに例えると競技によって違うので、相手がイメージしやすい競技・興味のある競技を例にして説明できれば。

14:08:25 開始 11 11037 齊藤千秋 から すみません、ずーっと気になっていたのですが、研修に参加されてる皆さんの基礎資格はなんですか?私は介護福祉士です。個人的に興味があるだけなのでチャットに書き込むのも申し訳ないのですが...

14:10:51 開始 16 11042 三浦達彦 から 同じく介護福祉士です。私は社会福祉士です

14:11:12 開始 5 11006 池内ゆかり から 同じく介護福祉士です。社会福祉士です。

14:11:13 開始 10 11064 伊藤加奈恵 から 同じく介護福祉士です。介護福祉士です。

14:11:15 開始 8 11034芹田好 から 介護福祉士です。介護福祉士です。

14:11:15 開始 19 11071 茂木佳祐 から 介護福祉士です。介護福祉士です。

14:11:23 開始 18 11044 茂木睦美 から 介護福祉士です。介護福祉士です。

14:11:24 開始 5 11008 近藤誠子 から 介護福祉士です。介護福祉士です。

14:11:24 開始 1 11027小野幹基 から 介護福祉士です。社会福祉士です

14:11:25 開始 9 11057 柴田 健 から 同じく介護福祉士です。介護福祉士です

14:11:27 開始 1 11048 佐藤弓子 から 介護福祉士です。介護福祉士

14:11:27 開始 6 11080 富樫 瑞紀 から 介護福祉士です。介護福祉士

14:11:28 開始 3 11076 小松 明美 から 介護福祉士です。介護福祉士

14:11:29 開始 2 11050 浅利綾 から 介護福祉士です。あ

14:11:33 開始 18 11070 佐藤悠太郎 から 同じく介護福祉士です!

14:11:34 開始 2 11075 齋藤昭宏 から

14:11:36 開始 11 11037 齊藤千秋 から みなさん、ありがとうございます😊

14:11:36 開始 5 11078 阿部紘子 から 介護福祉士です

14:11:38 開始 15 11017 菅原 洋子 から 看護師です。外来に勤務しています。

14:11:38 開始 12 11035 土田泰大 から 理学療法士です

14:11:39 開始 2 11062 小林洋平 から 介護福祉士です。

14:11:43 開始 4 11030 藤田千草 から 作業療法士です

14:11:45 開始 14 11090前野淳子 から 看護師です

14:11:47 開始 15 11041 小野裕人 から 私も介護福祉士です

14:11:47 開始 9 11012 武石成美 から 介護福祉士です。

14:11:49 開始 4 11005 佐藤真実 から 看護師です。

14:11:49 開始 20 11072 高橋育美 から 理学療法士です

14:11:50 開始 16 11067 鈴木トミ子 から 介護福祉士

14:11:54 開始 15 11091 村木香子 から 介護福祉士です。

14:11:55 開始 18 11020 中村禎子 から 介護福祉士です

14:11:59 開始 4 11078 西方 大空(にしかた まさひろ) から

私も介護福祉士です。私のグループは多職種の方がいていろいろ意見が聞けるので勉強になっています。

14:12:00 開始 3 11028 風間直美 から 介護福祉士です

14:12:01 開始 8 11009 小林雄司 から 介護福祉士です。

14:12:02 開始 20 11025高貝はるな から 介護福祉士です

14:12:04 開始 6 11033夏井陽介 から 社会福祉士、介護福祉士。障害分野です。

14:12:07 開始 16 11092竹澤正子 から 介護福祉士です

14:12:12 開始 19 11023 林真紀 から 看護師です。

14:12:12 開始 1 11074下間真奈美 から 介護福祉士です

14:12:21 開始 2 11051 小林康子 から 看護師です

14:12:22 開始 5 11053 佐藤 樹希也 から 介護福祉士です

14:12:25 開始 12 11038 奈良榮子 から 介護福祉士です

14:12:27 開始 14 11016小熊菜緒子 から 看護師です。

14:12:34 開始 20 11047 鈴木大地 から 介護福祉士と社会福祉主事任用資格です。やはり、ケアマネをはじめとした相談援助職を目指しています。

14:12:35 開始 8 11056 渡邊万里奈 から 介護福祉士です。

14:13:12 開始 4 11052 佐藤 恵太 から 介護福祉士と社会福祉士です。

14:13:18 開始 2 11003 吉田桃子 から 介護福祉士です

14:13:18 開始 11010 谷口 貴之 から 介護福祉士と主事任用資格です

14:13:49 開始 11 11037 齊藤千秋 から ありがとうございます😊

14:14:23 開始 18 11094 鎌田あや子 から 他の県では、管理栄養士や歯科医、医師も関東でいました。

14:15:04 開始 18 11094 鎌田あや子 から あと薬剤師、歯科衛生士など、関東

第9章 地域包括ケアシステム及び 社会資源

【講義・演習 3時間】

目的と修得目標

■目的

1. 地域包括ケアの理念を踏まえ、地域包括ケアを推進していくにあたり介護支援専門員に求められる役割を理解する。
2. 利用者を支援するうえで知っておくべき各種制度や地域の社会資源の重要性を理解する。

■修得目標

1. 地域包括ケアが求められる背景について説明できる。
2. 地域包括ケアの意義と目的について説明できる。
3. 利用者の地域の社会資源の調査を実施できる。
4. 地域包括ケアにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
5. 地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を述べることができる。

14:42:23 開始 19 11071 茂木佳祐 から 「社会資源の不足について提言するのケアマネの仕事」とありますが、提言先は地域ケア会議という認識でいいですか？てことはその先の実際につけていく中心は地域包括支援センター？市町村？そもそも会議に参加できるケアマネって？と自分にとって疑問が多い一文。

14:51:50 開始 8 11010 谷口 貴之 から モヤモヤ感がありますよね。実際に動いてくれるのはどこだろうかとぶつけていくことが重要かと！

14:54:30 開始 19 11071 茂木佳祐 から コメントありがとうございます！！

15:01:31 開始 9 11014 高杉城子 から 八峰町では公共交通機関が圧倒的に少なく、高齢者のみならず、医療機関の受診等で不便を感じていました。ケアマネ発信の社会資源の不足の提言だったかはわかりませんが、最終的には、公共交通機関までの巡回バスの活動が始まっています。事業主体は町です。確か似たような仕組みが三種町にもあったと思います。これはボランティアだったように思います。答えになっているかはわかりませんが、お金を出すところが仕組みを作り事業主体となっていると思います。

15:06:31 開始 9 11057 柴田 健 から 茂木さん
以前参加した地域ケア会議では、在宅生活を継続していくうえで地域で何ができるか？
を話し合いました。
ケアマネの他、家族や民生委員、警察も交えて行いました。

それぞれの役割を確認した形で会議が行われました。
15:11:29 開始 1 11027 小野幹基 から 高杉さん 三種町住みですが三種町は無料で車で病院や買い物に送ってもらったり等あります。
15:12:08 開始 1 11027 小野幹基 から バスというより大型車ですね
15:21:33 開始 19 11071 茂木佳祐 から 皆様ありがとうございます！

学びになりました！
15:26:24 開始 13 11015 佐々木哲也 から 資源開発の話題にそぐわないかもしれませんが・・・既存のサービスに、追加でこういった機能があればよいのに・・・と考えた際は、相談する機会

はあるのでしょうか？

15:30:10 開始 20 11047 鈴木大地 から 大仙市では高齢者包括支援センターの下に医療介護連携室が設けられています。

15:30:21 開始 11 11037 斉藤千秋 から 自分の住む自治体では「スローショッピング」が始まりました。最近多くなってきたセルフレジを始め、買い物中のサポートしてくれる人がいるものです。

自分の働く事業所の利用者さんでセルフレジが難しいという方がいたのでさっと紹介したところ「まだお世話にならなくていいわ」と言われてしまいました(笑)

新しいシステムなので、徐々に馴染んでいくんでしょうね～

15:41:04 開始 18 11044 茂木睦美 から 以前、私たちのデイでも花見に行きたいということで機能訓練の一環として実施したことがありました。ただ、別の店舗なのでどのような工程を踏んだのかはわかりません・・・。

15:42:32 開始 11 11037 斉藤千秋 から 毎月の行事の中で4月はお花見ドライブ、6月にはショッピング、10月には紅葉ドライブと行事の予算を利用して送迎車を使用して利用者さんとお出かけしたことがあります

15:44:16 開始 20 11025 高貝はるな から 会社の企画で日帰り旅行に行ったことがありました。

15:45:24 開始 8 11010 谷口 貴之 から デイサービスです。季節ごとの行事として同じようなサービスをしています。横出しサービスは、ケースバイケースだと思います。利用者さんには、同意書をとっています。

15:50:16 開始 13 11015 佐々木哲也 から ご返信ありがとうございます！

第1節 地域包括ケアが求められる背景

1. 地域包括ケアとは

●地域包括ケア

地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳ある生活を継続できるよう、介護保険制度によるサービスのみならず、フォーマルやインフォーマルの多様な社会資源を本人が活用できるように、包括的・継続的に支援すること。

●地域包括ケアシステム

医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制

第1節 地域包括ケアが求められる背景

平成27年度実施

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

第2条(定義)

この法律において、「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

44

第1節 地域包括ケアが求められる背景

2. 地域包括ケアが求められる背景

- (1) 人口減少と75歳以上高齢者の増加
- (2) 高齢者世帯の増加
- (3) 要介護高齢者の増加
- (4) 認知症高齢者の増加
- (5) 介護給付と保険料の上昇
- (6) 少子高齢化と介護人材の不足

45

第2節 地域包括ケアの意義と目的

1. 地域包括ケアシステムの基本理念

(1) 尊厳の保持と自立支援

本人の意思を尊重し、自立生活を支援するための体制が必要

(2) 介護支援専門員に求められる視点

「要介護状態等の軽減又は悪化の防止」
身体的・心理的・社会的自立—活動・参加
多様な社会資源との連携

46

第2節 地域包括ケアの意義と目的

2. 地域包括ケアシステムの構成要素

(1) 地域包括ケアシステムの5つの構成要素

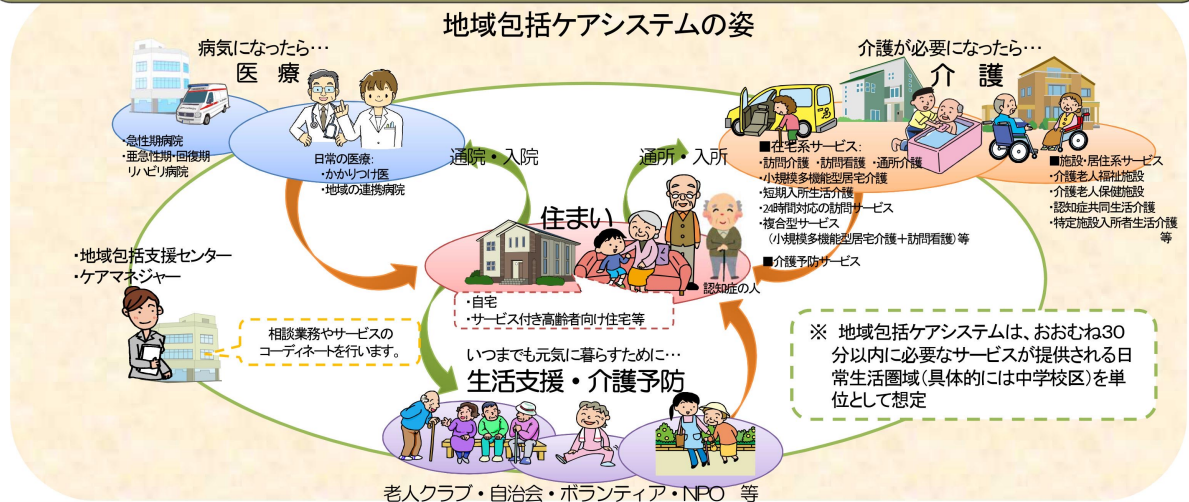


三菱UFJリサーチ&コンサルティング「<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムと地域マネジメント」
(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

47

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



第2節 地域包括ケアの意義と目的

(2) 地域包括ケアシステムの4つの視点

「自助」自分のことを自分ですること

「互助」相互の支え合い

「共助」保険等の社会全体で負担し合う、システム化された支え合い

「公助」税による公の負担

第2節 地域包括ケアの意義と目的

3. 地域包括ケアシステムの構築と介護保険事業計画等の行政計画

市町村・都道府県

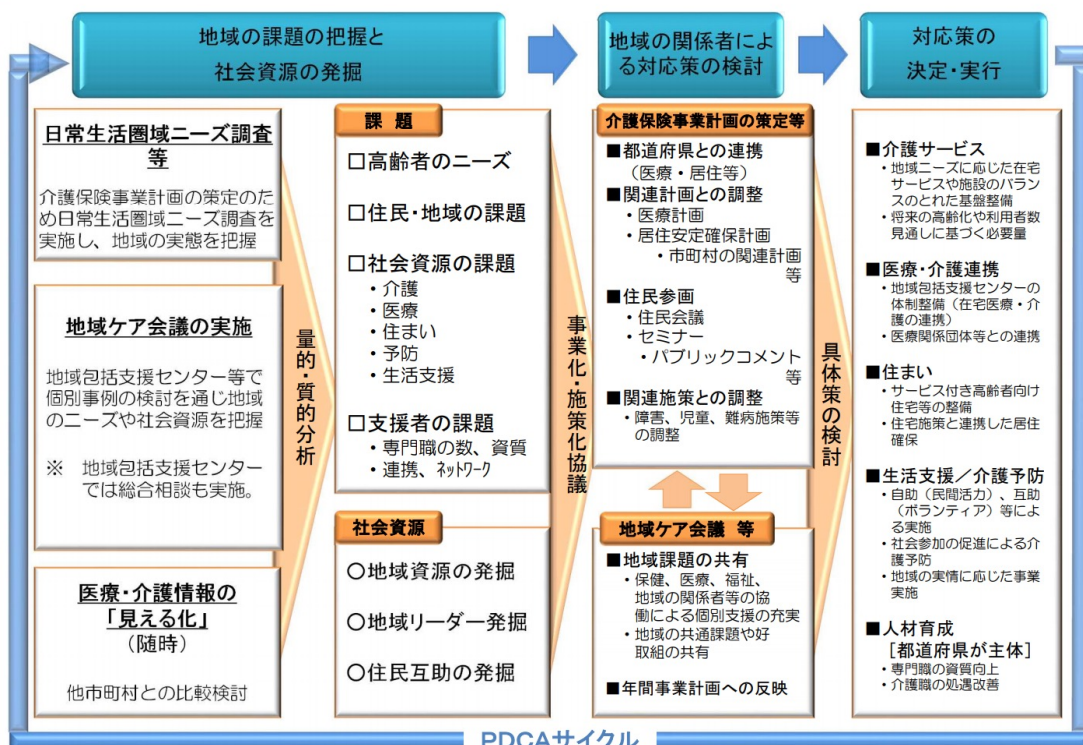
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護保険事業(支援)計画等の行政計画を立案

→地域包括ケアシステムの構築を計画、政策化し実現

50

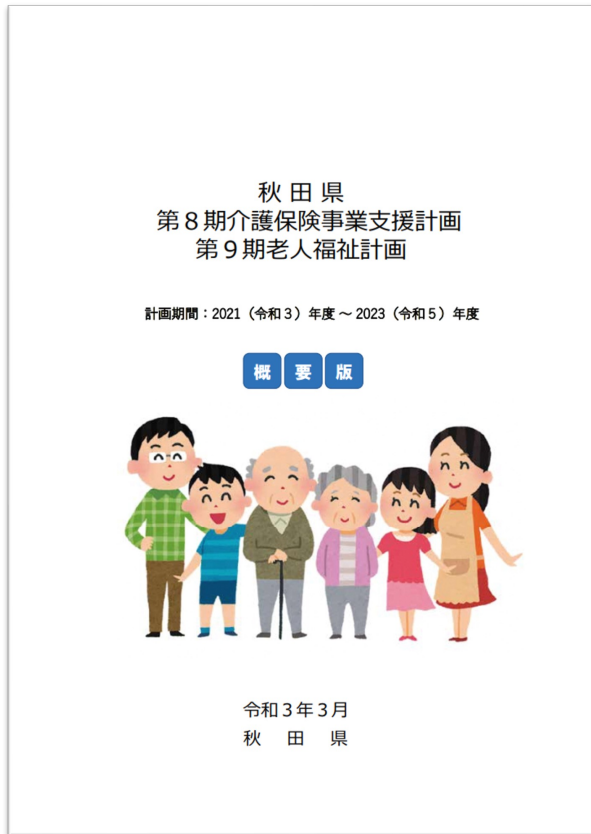
第2節 地域包括ケアの意義と目的

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)



51

第2節 地域包括ケアの意義と目的



秋田県第8期介護保険事業支援計画・第9期老人福祉計画の公表について

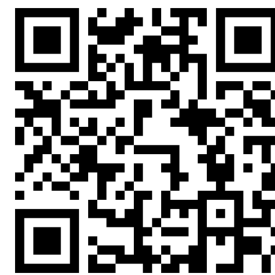
2021年03月31日 | コンテンツ番号 56709

県ではこのたび、介護保険法第118条に基づく「秋田県介護保険事業支援計画」及び老人福祉法第20条の9に基づく「秋田県老人福祉計画」を一体的策定した。「秋田県第8期介護保険事業支援計画・第9期老人福祉計画」を策定しましたので、公表します。

この計画の期間は令和3年度から5年度までの3年間とし、介護保険対象者に限らず、すべての高齢者を対象とした高齢者施策全般にわたる計画として、本県の高齢者施策を総合的かつ計画的に進めていきます。

ダウンロード

- 秋田県第8期介護保険事業支援計画・第9期老人福祉計画（概要版）
- 秋田県第8期介護保険事業支援計画・第9期老人福祉計画（本体）



<https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/56709>

52

第2節 地域包括ケアの意義と目的

P.609~610

4. 地域支援事業 9-2-1

高齢者が要介護状態等になることを予防し、社会に参加しつつ、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に支援（市町村が実施）。

- ①介護予防・日常生活支援総合事業
- ②包括的支援事業
- ③任意事業

5. 地域包括支援センターの概要

(1) 目的

「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」(介護保険法第115条の46)

保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員がチームで活動。

(2) 事業

●地域包括支援センターの運営(包括的支援事業)

①第1号介護予防支援事業

②総合相談支援業務

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

●介護予防ケアマネジメント(総合事業)

●指定介護予防支援事業

○在宅医療・介護連携推進事業

○生活支援体制整備事業

○認知症総合支援事業

○地域ケア会議推進事業

等

※●は必須業務

地域包括支援センターの運営(包括的支援事業)

- ①第1号介護予防支援事業(介護予防ケアマネジメント)
対象者に介護予防・生活支援サービス等適切な事業が包括的・効率的に実施されるように援助
- ②総合相談支援業務
総合相談、地域包括支援ネットワーク構築、実態把握等
- ③権利擁護業務
高齢者虐待・消費者被害の防止及び対応
判断能力を欠く常況にある人への支援等
- ④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
包括的・継続的ケアマネジメントの基盤整備
個々の介護支援専門員へのサポートによる利用者支援

第3節 社会資源の把握方法と活用

1. 地域包括ケアシステム構築と社会資源

介護支援専門員に求められているものは？

2. 社会資源との連携

利用者の望む暮らしを出来る限り可能とする

- 全ての社会資源を意識し、関係をつくっていく
- 利用者^と社会資源との固有の関係性に着目

第3節 社会資源の把握方法と活用

2. 社会資源との連携

自立支援を具体化するサービス資源

- | | |
|---------------------|------------------------------|
| ①情報提供、広報活動および各種の相談 | ⑪雇用・就労サービス |
| ②居住の場の整備 | ⑫生活環境の整備 |
| ③多様な働く場や活動の場の整備 | ⑬移動・交通サービス |
| ④保健・医療サービス | ⑭コミュニケーション手段の確保のためのサービス |
| ⑤機能訓練サービス | ⑮住宅改造サービス |
| ⑥介護・家事援助サービス | ⑯福祉用具の普及、提供、使用訓練などのサービス |
| ⑦カウンセリングおよびソーシャルワーク | ⑰防犯、防災などの生活上の安全確保・セキュリティサービス |
| ⑧見守り・励ましの支援サービス | ⑱権利擁護、財産管理に関するサービス |
| ⑨社会参加支援サービス | |
| ⑩教育サービス | |

第3節 社会資源の把握方法と活用

3. 社会資源の種類

4. 社会資源の把握方法

- (1) 介護サービス情報公表制度の活用
- (2) 地域支援事業の包括的支援事業の活用
- (3) 市町村等の公的機関の活用
- (4) 介護支援専門員自身のネットワークの活用

5. 社会資源との連携のポイント

- (1) 利用者和社会資源とのマッチング
- (2) 社会資源リストの作成
- (3) 社会資源との連携の留意点

第4節 地域包括ケアにおける介護支援専門員の役割

1. 地域包括ケア推進方策の方向性の理解
2. 地域包括支援センターとの連携

60

第4節 地域包括ケアにおける介護支援専門員の役割

P.621~622

3. 地域ケア会議と介護支援専門員の役割

(1) 地域ケア会議の目的

(2) 地域ケア会議の機能

- ① 個別課題解決機能
- ② ネットワーク構築機能
- ③ 地域課題発見機能
- ④ 地域づくり・資源開発機能
- ⑤ 政策形成機能

(3) 地域ケア会議を活用するメリット

解決すべき課題への対応に困難を感じているとき
⇒ 多職種協働の場である地域ケア会議を活用

(4) 地域ケア会議への関係者の協力義務

61

第5節 地域の現状と課題、社会資源の整備状況

1. 地域の高齢者等を取り巻く情報の把握と共有

利用者の望む暮らしに不足している社会資源を検証

⇒利用者を取り巻く環境などの情報を

- ・介護支援専門員連絡会や地域包括支援センターと共有
- ・地域ケア会議で共有

⇒地域の高齢者等の実態や課題の認識を共有

第5節 地域の現状と課題、社会資源の整備状況

2. 地域の人口構造の変化と将来の地域課題の予測

* 多様な背景と課題の例

- ・単身高齢世帯等の増加
→日常生活支援体制の構築
- ・認知症の高齢者の増加
→早期の認知症の発見、本人、家族への支援、
地域協働体制の構築
- ・在宅ターミナルケースの増加
→終末期の在宅支援

第5節 地域の現状と課題、社会資源の整備状況

3. 「まちづくり」への参画

(1) 行政や住民との共有

地域包括ケアシステム構築は市町村の役割。
住民と地域包括ケアシステムの必要性を共有するには介護支援専門員の協力が必要。

(2) 地域のネットワークづくり

「地域のネットワークづくり」とは、

→多様な人々や機関の連携・協働を行いやすくすることが目的。

※ネットワークの必要性を明確にする

※情報共有のルールを明確にする

※ネットワークのコーディネーター役を明確にする

第9章の振り返り

15:58:49 開始 7 11055 工藤衣里子 から 施設でしか働いたことがなかったのので地域ケアシステムについてほとんどわかりませんでした。とても分かりやすい講義だったのでもっと深く知りたいと思いました。

15:59:02 開始 5 11078 阿部紘子 から 改めて自分の住む地域の社会資源があっても知らない高齢者のかた

15:59:06 開始 20 11047 鈴木大地 から 地域包括ケアシステムの植木鉢のイラストは正直初めて見ました。 p614

15:59:18 開始 7 11081 田村大樹 から 地域包括ケアシステム、今まで具体的にイメージできませんでしたが、正解のような形は無く、地域それぞれの多様な取り組みであるのだと感じました。

15:59:27 開始 5 11008 近藤誠子 から 自分の地域の社会資源を確認してみようと思いました

15:59:31 開始 1.11002 八柳恵美 から 自分の地域にどのような社会資源があるかわかっていませんでした。実習に行った際に確認したいと思いました。

15:59:34 開始 18 11044 茂木睦美 から 介護保険等のサービス以外にも地域の持っている互助という力。そこにも目を向けていきたいです。

15:59:36 開始 9 11057 柴田 健 から 人もですが地域も日々変化していることに気づきました。その時にあった支援が行えればと思います。

15:59:49 開始 11 11086 田口 裕美子 から 地域ケア会議に出席しても、イチサービス提供事業所の職員としてだったので、仕組みの理解が出来ました

15:59:52 開始 11 11037 斎藤千秋 から 自分の住む自治体でのインフォーマルサービスとはまた違った内容のサービスがあちこちで行われていると知りさらに視野・知識が広がりました。八峰町や三種町のような地域に必要とされるサービスが導入されているのはすごいですね

15:59:54 開始 18 11070 佐藤悠太郎 から 今ある社会資源について把握したいと思った。

現状では、何が不足していて必要とされるのかも分からないので視野を広げ、誰のために何が必要なのかを見極めたい

15:59:55 開始 20 11072 高橋育美 から 自分の地域の社会資源について、知らないことが多くあります。家政婦紹介所とか…ケアマネとして適切な社会資源を紹介できるようになりたいと思いました。

15:59:56 開始 10 11064 伊藤加奈恵 から 自分の地域の社会資源

を確認してみようと思いました

15:59:56 開始 12 11087 安佐佐子 から 地域包括ケアシステムの五つの構成要素→地域共生社会が印象に残りました。

16:00:13 開始 20 11026 三浦 大将 から 社会資源に関してMSWに任せきりでした。

調べてみたいと思います。

ありがとうございました。

16:00:13 開始 2 11003 吉田桃子 から 地域包括ケアにはインフォーマルな分野の協力が欠かせないと思いました。

16:00:14 開始 8 11010 谷口 貴之 から 地域包括ケアから共生社会への移り変わりの過程にいるのだと実感しました。実習先でもより深くイメージできるようになればよいと思います。

16:00:16 開始 18 11094 鎌田あや子 から 普段から、周囲の社会資源ネットワークに視点を向けていきたいと思っています。ありがとうございます

16:00:18 開始 11 11013 松田 奈津子 から 地域のことを調べてみようと思いました。

16:00:19 開始 2 11050 浅利綾 から 塚本先生がおっしゃっていた通り、介護歴は長いですが地域包括ケアシステムは初めて見聞きすることばかりでした。ありがとうございました。

16:00:23 開始 16 11042 三浦達彦 から 仰られた通り、施設勤務を続けてきて、地域包括ケアについては試験勉強の時もイメージがさっぱり湧かずにいました。今日はより深く知ることができてよかったです。

16:00:25 開始 9 11014 高杉城子 から チームマネジメント、地域包括ケアシステムどちらも「何となくこんな感じかな」としかイメージできなかったのですが、少し道筋がついたような気がします。

ありがとうございました。

16:00:31 開始 15 11017 菅原 洋子 から 確かに自分の住む地域、ほんとに狭い身近で考えても社会資源がどういふものがあるかわからないことに気づきました。

16:00:32 開始 6 11032 田村和貴 から 自身の周りのサービスではあるが今まで全く目を向けてこなかったことを実感する。ケアマネとして働く働かないを抜きにしても自身の生活している基盤のことであるから学びを深めていきたい。

16:00:39 開始 5 11078 阿部紘子 から スマホやパソコンを持たない高齢者は地域の社会資源があっても知らずにいることも多いのだろうと感じた。

16:00:39 開始 5 11078 阿部紘子 から スマホやパソコンを持たない高齢者は地域の社会資源があっても知らずにいることも多いのだらうなと感じた。

16:00:44 開始 3 11029 高橋義典 から 地域包括ケアシステムはこの業界の人は知っているても社会全体の認知度も上がらないと意味がないと思った。自分自身も自分の地域の社会資源を把握できていないように

16:00:46 開始 8 11056 渡邊万里奈 から 自分は普段介護職員として施設勤務しています。利用者を支援する考え方として地域包括ケアの考え方は知っているつもりでしたが、業務内容で地域とかがわりを持つことがほとんどなく自分が自分の住んでいる地域についてどれだけ知っているかわかりました。この機会に調べようと思います。ありがとうございました。

16:01:08 開始 10 11058 山田裕子 から 今日の講義で自身がいかにか地域の現状がわかっていないのか実感しました。まずは身近なところから探って行きたいと思えます。ありがとうございました。

16:01:10 開始 8 11034 芹田好 から 塚本先生がおっしゃったように、施設に勤務していると意外と自分の住んでいる地域のことが分かっていなかったなと感じました。これから自分の住む地域の社会資源を深く学んでいきたいと改めて感じました。

16:01:22 開始 5 11008 近藤誠子 から ありがとうございます。

16:01:29 開始 1.11002 八柳恵美 から ありがとうございます。

16:01:33 開始 19 11071 茂木佳祐 から 全く把握していない地域の社会資源等々について、手を付けなければならない時が来たと思える講義でした。お疲れ様でした。

16:01:37 開始 10 11064 伊藤加奈恵 から ありがとうございます。

16:01:38 開始 13 11015 佐々木哲也 から 地域の中で自分たちにはどういった役割があり、なにができるのかを再度考えてみたいと思えます。視野がひろがりわくわくしました！ありがとうございます！

16:01:48 開始 6 11080 富樫 瑞紀 から 自分が住む地域の社会資源を確認していきたいと思ったり、事業所や市で取り組んでいることが特性なども頭に入れておきたいと思ったり。お疲れ様でした。ありがとうございました。

16:01:49 開始 4 11030 藤田千草 から ありがとうございます

16:01:52 開始 17 11068 伊藤美鈴 から 自分の住んでいる地域の社会資源を確認したいと思えました。ありがとうございます。

16:01:53 開始 13 11088 東海林 遼 から もう少し柔軟な思考をもたないと思えました

16:01:59 開始 7 11007 天野 秀之 から ありがとうございます。

16:02:07 開始 1 11074 下間真奈美 から ぬくぬくと施設で動めてい

ましたが、福祉は視野を広く持ち様々な場で活躍しているのかと感じました。

16:02:17 開始 15 11091 村木香子 から 施設に勤めていると地域のことはわからに事が多いのは事実です。自分はショート棟で働いてから、ケアマネさんと関わることで制度を理解するために、勉強しましたが、まだわからにことがあるので、がんばります。

16:02:31 開始 16 11092 竹澤正子 から 自分の地域にはどんな社会資源があるのか分かりませんでした。社会資源を把握することは大切なことだと感じました。

16:02:35 開始 4 11052 佐藤 恵太 から 特養勤務だと施設サービス計画の内容の薄さや業務の忙しさに追われ、意識が自分でも薄いと猛省しております。地域のこともほとんどわからないのが現状です。ケアマネや研修で学んだことの視点を大事にしなが業務にあたっていきたいです。

16:02:42 開始 3 11076 小松 明美 から 地域包括ケアシステムの「植木鉢」をみんなで共有でき凄く納得できました。

16:02:49 開始 4 11078 西方 大空(にししかたまさひろ) から グループワークでは多職種からの意見、チャットでは他市町村の社会資源について教えていただき勉強になりました。ありがとうございます。

正直自分の市町村の社会資源を把握しきれていないのでこれからも学んでいきたいと思えます。

16:02:52 開始 17 11019 猿田 昌史 から ありがとうございます。

16:02:52 開始 3 11076 小松 明美 から ありがとうございます。

16:02:54 開始 13 11063 太田理佐 から 地域資源、考えたことなかったため勉強になりました。興味もでて来たのでいろいろ調べてみよう

16:02:56 開始 2 11075 齋藤昭宏 から 自分の住む地域の社会資源が何があるか正直はつきり分らなかったが、それを把握することが自分や地域高齢者の生活をよりよくするために大切だと実感しました

16:03:04 開始 6 11033 夏井陽介 から 地域の実情の把握、地域の社会資源を知ること。また、課題等を見つけ地域ケア会議へ上げることを知った。

16:03:07 開始 4 11005 佐藤真実 から 地域全体で地域包括ケアシステム構築の意識を持つことで様々な力を発揮できそうだと思います。社会資源について情報収集します。本日はありがとうございます。

66

16:03:13 開始 2 11075 齋藤昭宏 から ありがとうございます！

16:03:44 開始 15 11041 小野裕人 から 地域共生社会への展開として生活の課題を広くとらえるとの大切さを知りました。

16:03:44 開始 3 11046 加藤美穂 から 改めて地域社会の資源に守られて自分自身も生活している事に気づかされました。本日はありがとうございました。

16:03:53 開始 19 11023 林真紀 から 茂木さん 秋田市の包括で勤務しています。地域ケア会議では、個別ケースと地域課題の2つを開催しています。個別ケース→困難事例や地域で多い課題を有する事例 地域課題→地域住民や地域のケアマネさんからの相談から包括が課題を抽出したもの 開催後に結果を市に報告します。市は各包括からの報告から課題を分析し、必要なものは施作に繋がる流れです。秋田市では高齢者の買い物支援の問題が上がり、特定の地域でモデル事業を行っているところ。なので、課題と感ずることや困難に感じている事があれば包括に相談頂くのも良いと思えます。

16:03:54 開始 20 11047 鈴木大地 から 地域包括ケアシステムの植木鉢のイラストは正直初めて見ました。p614の地域包括ケアシステムの姿というイラストは見たことがあるのですが…なので植木鉢のイラストの意味を読み解くのがすごく難しかったです。

16:03:58 開始 19 11095 佐藤律子 から 地域のことをよく知ったうえで、より良い社会資源を盛り込んだケアプランを作成したいと思えました。

16:04:10 開始 6 11033 夏井陽介 から 今日一日ありがとうございます。

16:04:13 開始 9 11012 武石成美 から 現場で働いていると、なかなか自分の住む地域の課題や資源を把握していないなと気付きました。なかなか難しい講義ではありましたが、今後実習を重ねる上で、今日学んだことが生きてくると良いなと思えました。何事も「我が事、丸ごと」と思えるよう小さな気付きが出来るようになりたいと思えました。本日はありがとうございます。

16:04:19 開始 19 11045 土井令子 から これからは地域のことにも目を向けていきたいと考えました。ありがとうございます。

16:04:56 開始 3 11028 風間直美 から 地域ケア会議に出席したことがありますが、私は介護士の立場でしたが医師、薬剤師、言語聴

覚士など色々な方が出席され事例をあげての会議でしたがケアマネへの質問や助言もあり大変勉強になりました。今日はいろんな方の意見を聞いて良かったです。講師の先生、皆さんありがとうございます。

16:05:47 開始 7 11055 工藤衣里子 から 綿貴先生の講義は丁寧なフィードバックをしてくださるのでのお話も興味深く面白かったです。ありがとうございます。

16:05:58 開始 20 11047 鈴木大地 から 自分の身の回りの社会資源についても改めて調べたいと思えました。ありがとうございます。

16:06:30 開始 12 11038 奈良榮子 から 意識してアンテナをはって行かなければとつくづく実感しました。ありがとうございます。

16:06:45 開始 11010 谷口 貴之 から 音声の皆様の前に届き助かりました。ありがとうございます。8888

16:06:49 開始 16 11067 鈴木トミ子 から 改めて自分の地域のことがわかってなかったと思えました。勉強して地域のことに目を向けていきたいと思えます。今日はありがとうございます。

16:07:00 開始 6 11054 大石美貴子 から 「我が事まるごと」という言葉が心にとても響いています。私は(もう20年前になりましたが) 県外からの移住者ですが、今暮らしている地域がとても大好きです。ケアマネとしてはもちろん、一人の地域住民としても「我が事まるごと」の精神で、この地域で暮らしていけたら…と思えました。そのためにもどんな社会資源があるのか…マクロな視点も持ちたいと思えました。

16:08:35 開始 2 11062 小林洋平 から 今日1日ありがとうございます。長年介護現場に従事、こうやって地域、社会資源に目を向けることがあまりなかったので、とても新鮮で勉強になりました。話は変わり、自分もサッカーが好きなので、今回のW杯のアルゼンチンの綿貴さんの見解をなるほどな〜と興味深く聞いていました。フランスが勝てなかった要因、モロッコの躍進についてもいつか聞きたいです。

16:08:43 開始 14 11090 前野淳子 から 社会資源の種類 (p 6 2 8) を見て、こんなところも社会資源になるんだと驚きました。郵便局や金融機関ではどのように活用されているか調べてみようと思えます。

16:09:24 開始 20 11025 高貝はるな から 実際に、我が身に降りかかり、地域の事を分かっていないことに今日の講義含め気づくことが出来ました。

67

意思決定支援等に係る各種ガイドラインの比較について

令和2年10月

	A 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン	B 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン	C 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン	D 身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン <small>(※身寄りがいない場合の医療機関等の対応等に係る部分を除く)</small>	E 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	主な共通点・相違点等
1. 策定期	平成29年3月	平成30年6月	平成19年 (平成30年3月改訂)	令和元年5月	令和2年10月	
2. 誰の(意思決定)支援か	障害者	認知症の人 <small>(※認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む。)</small>	人生の最終段階を迎えた人	医療に係る意思決定が困難な人	成年被後見人等	
3. ガイドラインの趣旨(意思決定支援等の担い手を含む)	意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセスや留意点を取りまとめたガイドラインを作成し、 事業者や成年後見の担い手を含めた関係者 間で共有することを通じて、 障害者の意思を尊重した質の高いサービスの提供に資すること	認知症の人を支える周囲の人 において行われる意思決定支援の基本的考え方(理念)や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、 認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れること を目指すもの	人生の最終段階を迎えた 本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者 が、 最善の医療・ケアを作り上げるプロセス を示すもの	本人の判断能力が不十分な場合であっても適切な医療を受けることができるよう、 Cガイドラインの考え方も踏まえ、医療機関としての対応を示す とともに、 医療に係る意思決定の場面で、成年後見人等に期待される具体的な役割について整理するもの	成年後見人等 が意思決定支援を踏まえた後見事務を適切に行うことができるよう、また、中核機関や自治体の職員等の職務の参考となるよう、 成年後見人等に求められている役割の具体的なイメージ(通常行うことが期待されること、行うことが望ましいこと) を示すもの	各ガイドラインの趣旨は様々であるが、いずれのガイドラインにおいても、本人への支援は、本人の意思(自己決定)の尊重に基づいて行う旨が基本的な考え方として掲げられている

<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000786189.pdf>

	A 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン	B 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン	C 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン	D 身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン <small>(※身寄りがいない場合の医療機関等の対応等に係る部分を除く)</small>	E 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	主な共通点・相違点等
4. ガイドラインが対象とする主な場面	①日常生活における場面 ・食事、衣服の選択、外出、排せつ、整容などの基本的な生活習慣に関する場面 ②社会生活における場面 ・自宅からグループホームや入所施設、一人暮らし等に住まいの場を移す等の場面	①日常生活における場面 ・例えば、食事・入浴・被服の好み、外出、排せつ、整容などの基本的な生活習慣や、日常提供されたプログラムへの参加を決める場合等 ②社会生活における場面 ・自宅からグループホームや施設等に住まいの場を移動する場合や、1人暮らしを選ぶか、どのようなケアサービスを選ぶか、自己の財産を処分する等	人生の最終段階における医療・ケアの場面 ・「人生の最終段階」にはがん末期のように予後が長くても2～3か月と予測できる場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返して予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数か月～数年で死を迎える場合がある ・どのような状態が「人生の最終段階」かは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断による	医療に係る意思決定の場面 <small>(※主に、本人の意思決定が困難な場合について記述)</small>	本人にとって重大な影響を与えるような 法律行為及びそれに付随した事実行為の場面 ・例:①施設入所契約など本人の居所に関する重要な決定、②自宅や高額の資産の売却等、法的に重要な決定、③特定の親族に対する贈与・経済的援助など、直接的には本人のためとはいえない支出をする場合等	A・Bのガイドラインは主に日常的な場面を、C・Dのガイドラインは、より非日常的な場面を対象とするイメージ
5. 意思決定支援等のプロセス等	可能な限り 本人が自ら意思決定 できるように、以下の枠組みで支援する。 ①意思決定支援責任者の配置 ②意思決定支援会議の開催 ③意思決定の結果を反映した サービス等利用計画・個別支援計画(意思決定支援計画) の作成 ④ サービスの提供 ⑤モニタリングと評価・見直し	本人が、 自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れること を目指すために以下のプロセスで支援する。 ①人的・物的 環境の整備 (本人と支援者との関係性や意思決定支援の場所・時間等への配慮等) ② 意思形成支援 (適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援)、 意思表示支援 (意思を適切に表明・表出することへの支援)、 意思実現支援 (本人の意思を生活に反映することへの支援)。各プロセスで 困難・疑問が生じた場合、チーム会議も併用・活用	本人意思が確認できる場合、次の手順によるものとする。 ①医療従事者からの 適切な情報提供と説明 ② 本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合い ③時間の経過や心身の状態の変化等に応じて本人の意思は変化しうるため、家族等も含めて 繰り返し話し合う ことが必要		本人が 自らの価値観や選好に基づく意思決定 ができるように以下の活動を行う。 ①支援チームの編成、本人への趣旨説明とミーティングの準備等 ②本人を交えた ミーティングの開催 ③本人の意思決定に沿った支援を展開	各ガイドラインにおける意思決定支援の要素・プロセスは様々であるが、 本人が意思決定の主体であり、支援を行う前提としての環境整備、チーム支援、適切な情報提供等の要素は共通

<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000786189.pdf>

	A 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン	B 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン	C 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン	D 身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン (※身寄りがいない場合の医療機関等の対応等に係る部分を除く)	E 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	主な共通点・相違点等
6. (代理) 代行決定 (※)について ※本人による意思決定が困難な場合に、第三者が本人に代わって意思決定を行うこと	①本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合、本人をよく知る関係者が集まって、根拠を明確にしなが 本人の意思・選好を推定 ②本人の意思推定がどうしても困難な場合、関係者が協議し、 本人にとっての最善の利益を判断	(※本人の意思決定能力に欠ける場合の代理代行決定はガイドラインの対象外) (※なお、本人の意思は、それが 他者を害する 場合や 本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる 場合でない限り、 尊重 される(「重大」か否かは、明確な不利益性・回復困難な重大性・発生の蓋然性の観点から判断))	本人意思が確認できない場合、次の手順により、医療・ケアチームの中で慎重に判断(いずれの場合も、本人にとって最善の方針をとることを基本とする) ① 家族等が本人意思を推定できる場合、その推定意思を尊重 ②家族等が本人意思を推定できない場合、 本人にとって何が最善であるか家族等と十分話し合う ③家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合も、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする	① 契約の締結等 (受診機会の確保・医療費の支払) ② 身上保護 (適切な医療サービスの確保) ③ 本人意思の尊重 (本人が意思決定しやすい場の設定、 チームの一員として意思決定の場に参加等) など (※成年後見人等の権限には、いわゆる医療同意権が含まれないことを明記)	①意思決定支援を尽くしても意思決定・意思確認がどうしても困難な場合、 意思推定に基づく代行決定を行う ②意思推定すら困難な場合や、本人の表明意思・推定意思を実現すると本人に見過ごすことができない重大な影響が生ずる場合等には、 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定を行う	・Bのガイドラインでは、「いわゆる代理代行決定のルールを示すものではない」旨明記 ・その他のガイドラインでは、本人意思が確認できない場合等における、本人意思を推定するプロセスや、最終手段として、本人にとっての最善の利益の観点からなされる代行決定等のプロセスについても記述
7. (意思決定支援等における)成年後見人等の役割・関与の在り方	①サービス提供者とは別の 第三者として意見を述べ、多様な視点からの意思決定支援を進める ②意思決定支援の結果と成年後見人等が担う身上配慮義務に基づく方針が齟齬しないよう、 意思決定支援のプロセスに参加	意思決定支援に当たり、本人の意思を踏まえて、家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者とともに チームとなって日常的に見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し、必要な支援を行う	(記述なし)	① ミーティング主催者 とともに、 チームのメンバー選定・開催方法等も含めて、主体性を持って関与 ②本人が意思決定の主体として実質的にミーティングに参加できるよう、 本人のペースに合わせた進行を主催者・参加者に促す	①ミーティング主催者とともに、 チームのメンバー選定・開催方法等も含めて、主体性を持って関与 ②本人が意思決定の主体として実質的にミーティングに参加できるよう、 本人のペースに合わせた進行を主催者・参加者に促す	・後見人等について、A・Bのガイドラインでは主として他の関係者とともに意思決定支援のプロセスに関与することが求められているのに対し、Dのガイドラインでは医療等の場面で後見人等に期待される役割・行為が個別具体的に記載 ・Eのガイドラインは、主として後見人等向けに策定されるものであり、意思決定支援場面、代行決定場面それぞれの関わり方を詳細に記載

<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000786189.pdf>

機能しない組織・チームに蔓延する「3つの格差」

