

6 多職種協働による支援の充実

(1) 多職種連携チームを編成するに当たって

- 個別課題の検討会議の結果に基づき、多職種協働による支援を行うため、多職種連携チームを編成する。
- チームを編成するに当たっては、これまで取り組んできた地域ケアシステムや在宅医療・介護連携拠点等の取組において構築したネットワークを活かしながら、地域の人に多く関わりを求めることが重要である。
- また、要援護者と信頼関係にある親類などの参加を積極的に促すとともに、移送サービス、配食サービス等のボランティアの協力も視野に入れ、地域の人々がボランティアとして多職種連携チームに参加する場合には要援護者の了解を得ることが必要である。
- さらに、今後、後期高齢者が増えてくることなどから、医療依存度が高いケースが増えてくることが予想されるため、多職種連携チームに医師や、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリ専門職、管理栄養士などの医療職の協力を得ながら支援していくことが求められる。

◎ワンポイントアドバイス

- 多職種協働は、複数の事業所等で行われるため物理的な距離があるうえに、職種の壁などによって心理的な距離が生じることもあり、一朝一夕に実現できるものではない。このため、日頃から医師や介護支援専門員などの地域関係者とコミュニケーションを図りながら、実践例を丁寧に積み上げ、成功体験を増やしていくことが重要である。
- 「茨城県シルバーリハビリ体操指導士養成事業」などの取組を通じて、ソーシャルキャピタルを醸成し、地域力の向上を図ることも重要である。

(2) キーパーソン(チームのまとめ役)を決めるに当たって

- 要援護者及びその家族等と信頼関係の強い人を、チームのまとめ役であるキーパーソンとする。キーパーソンは、常に各種制度のコーディネーター(相談支援員)や、保健・医療・福祉サービス提供者と密に連携しながら、要援護者のニーズに応じたサービスを提供することが求められる。

◎ワンポイントアドバイス

- キーパーソンは、意見のまとめ役、世話人的なヨコのつながりにおけるリーダーシップ、すなわちメンバー中心のリーダーシップをとることが肝要。

(3) サービスの提供と進捗管理

ア 多職種連携チームの情報共有及びチームの役割分担と相互連携

- 個別課題の検討会議の結果に基づき、キーパーソンを中心に多職種連携チームが集まり、支援の目標や課題の共有、役割分担の決定と相互の連絡方法等の確認を行う。
- なお、プライバシーの保護について、チーム員の共通理解を図っておくことが必要となる。要援護者のプライバシーを守ることが大前提である。

イ 情報共有の場の設定（招集時点）

チームを維持し、円滑に運営していくためには、次のような時点をとらえ、お互いにサービス提供の遂行状態を知るための話し合いをタイムリーに設定することが必要となる。

- ・ 開始時 : 顔合わせ、確認
- ・ 中間時 : それまでの目標が達成した時に次の目標を明確にし、協議するため
- ・ 方針変更時 : 環境や状態の変化により処遇方針の変更や新たなサービスが必要な時
- ・ 緊急時 : 生活上突発的な出来事が生じた

◎ワンポイントアドバイス

- チーム員間では、誰が、どのようなケアを、どのように、いつまで行うのか、1人ひとりが支援の目標や課題を認識する必要がある。
- チームで情報共有を行う際は、①決められた時間内で、②誰もが平等に発言でき、③原則として多数の意見で決定し、④決まったことは実行することをルールにして効率よく進めること。
- 他の職種が分かる言葉遣い（専門用語を多用しない）を心がける。

- 相手の専門性を尊重したコミュニケーションを心がける
- 医学的な判断を行う場合においては医師の判断が優先されるとしても、患者を支えるという立場においては、医師も他の職種も、上下の関係はなく、協働する仲間であるという認識をもって支援していくことが重要である。

ウ 要援護者及びその家族等のニーズの変化に対応したサービス提供

各チーム員が常に必要な情報を共有し、一致した方針で継続的にサービスを提供することが大事である。チーム員をはじめ、要援護家庭に訪問した者皆が、サービス内容や状況変化を記入する「連絡ノート」のような手段も考えられる。

また、要援護者及びその家族等の意見を尊重し希望に沿うようケース処遇方針の確認を要援護者との間、多職種連携チーム員の間で行う。

◎ワンポイントアドバイス

- サービス提供においては、できる限り要援護者の自立を促し、生活の質の向上を図るために、状況変化に的確に対応しつつ、要援護者の持っている能力を最大に生かしながら支援することが重要である。

エ 処遇の妥当性の検討及び支援の調整

- 統括コーディネーター（仮称）においては、定期的にキーパーソンから状況の報告を受けるとともに、要援護者の状況及びチームの支援活動を確認する。
- また、チーム員からの相談に応じ、情報提供や助言等を行うとともに、知識や技術の向上のための支援をすることも必要である。

(4) チーム員の情報共有の手段・方法(市町村等の取組例)

ここでは、チーム員の円滑な情報共有が図れるよう、その手段・方法や、地域での取組などを掲載した。

ア 小美玉市の例

小美玉市では、地域ケアシステムを通して育ててきたインフォーマルサービスを介護保険に生かし、ケアプランの質を高めるとともに、家族全体をサポートするファミリーケアプラン体制の構築することを目指し、社会福祉協議会において、市町村の枠を超えた実務者での会議を行っている。

○目的

- ・各事業者間の連絡調整と地域のインフォーマルサービスの周知
- ・各担当者からの問題提起や提案
- ・介護保険や関連法律などの情報交換や研修
- ・親施設の囲い込みが生じないような相互評価
- ・所属事業所のPRと連携
- ・きめこまかな小地域ネットワークづくり

○参加者

- ・近隣市町村の事業所の介護支援専門員やヘルパー、デイサービスやデイケアサービスのスタッフ、近隣病院のソーシャルワーカー、開業医、市保健師、訪問看護ステーション、障害者授産施設の指導員や障害児（者）地域療育等支援事業のコーディネーターなど

○内容

- ・オープンで誰でも参加可能
- ・月に1回、定例で開催
- ・2部制で1回2時間。第1部は情報交換会、第2部は勉強会。
- ・会場は旧町村を持ち回りで開催
- ・各自が抱える利用者の問題や処遇の方法、法律の解釈の仕方などについて、それぞれの立場からアドバイスや解決のヒントをもらう

○効果

- ・会議に担当ケアマネジャーから出された問題が、地域全体の問題としてコーディネーターの手によってファミリーケアプランにつながった。

イ 北茨城コミュニティケア研究会の例

※ 北茨城市では、地域ケアに関わる様々な職種の『顔の見える関係』づくり、多職種同士の円滑な連携を目指して、有志による「北茨城コミュニティケア研究会」が開催されている。

○会合の開催日を定期的に同じ場所で開催する

- ・メンバーの勤務シフト等の調整が行いやすい。
- ・もし案内漏れ等があっても参加しやすい。

○勉強会と交流会の2部形式

- ・会合は、参加者のスキルアップを図るための勉強会と、「顔の見える関係」の構築を図るための自由な交流会やディスカッションとの2部形式で開催する。
- 会合ではお互いに「〇〇さん」あるいは愛称で呼び合う
- ・医師を「〇〇先生」と呼ぶと遠慮が生じやすいので、フラットな関係がつけられるようにしている。

ウ その他の取組例

- ・複雑な事案については電話・カンファランスなどを躊躇せず積極的に行う。
- ・どのような時間帯が電話するのに都合が良いか、多職種間で知らせておく。
- ・症例ごとによらない、普段からの顔の見える関係は有用であり、地域の会合、研修会には積極的に参加している。

◎ワンポイントアドバイス

- チーム員の円滑な情報共有を図るためには、まず、地域の関係者による「顔の見える関係」を築くことが重要であると考えている。
- 地域によっては、顔の見える関係を築き、自分たちの視野を広げていくため、地域の関係者が集まり、様々な活動に取り組んでいるところがあるが、参加者の人数や職種の拡がりには限界がある。
- このため、地域全体を見渡せ、中立性・公平性を有し、関係者間の調整を行うことができる市町村が、地域の関係者と積極的に連携し、バックアップしていくことが必要であると考えている。

7 必要な社会資源の開発(地域課題の検討)

(1) 会議の在り方

ア 会議の位置付け

- 個別課題の検討会議は、地域課題の解決を検討する場まで一体的に取り組んでいくことが重要である。市町村においては、個別ケースの検討により共有された地域課題を地域づくりや政策形成に着実に結びつけていくことで、市町村が取り組む茨城型地域包括ケアシステムの構築に向けた施策の推進にもつながる。
- 地域課題を検討する合議体において、主に①インフォーマルサービスや地域の見守りネットワーク等の地域に必要なだと考えられる資源を開発する「地域づくり・資源開発機能」と、②地域に必要な取組を明らかにして、施策や政策を立案・提言していく「政策形成機能」について検討を行っていく。
- 地域課題を検討するテーマが同じであれば、地域の実情に応じて柔軟に設置・開催、また、同じ目的の合議体と併せて位置付けることができる。
例えば、「地域包括支援センター運営協議会」において、生活支援サービスに係る地域課題を検討する機能を持たせ、検討する際は生活支援コーディネーターを招いて協議体としての機能も加え、検討することも考えられる。
- 検討に当たっては、個別ケースの検討を積み重ねる中で、地域に不足している資源やサービス、連携が不十分な職種や機関、深刻化が予測される地域の課題などについて協議していく。
- 一方で、個別ケースの検討から明らかになった地域課題に限らず、地域の代表者や関係者などが集まって、日頃の経験などに基づき、地域の課題について検討することも考えられる。
- 地域課題の検討に当たっては、①その課題の存在する範囲(エリア)に応じた合議体の設置、②機能に応じた合議体の設置などが考えられる。

イ 課題の存在する範囲に応じた会議の開催

- 地域にある様々な地域課題を効率的に解決していくため、地域課題が存在する範囲を把握する必要がある。
例えば、ひとつの日常生活圏域に特有の課題である場合には、その日常生活圏域の合議体において検討するのが適切だといえる。仮に、この課題が市全体で近い将来予測される課題であるならば、市レベルでの合議体にて検討することも必要である。
- また、地域課題が市町村を横断している場合には、同様の課題を有する近隣の市町村と連携して、合議体を開催し、対応することも必要である。
- なお、広域的観点から、保健所が関係市町村との連絡調整を行い、合議体の開催に向けた支援を行うことも重要であると考えている。

ウ 機能に応じた合議体の開催

- 地域課題の検討を行う場合、①地域づくり・資源開発機能と、②政策形成機能といった機能に応じて、合議体を開催することも必要である。
 - ※①地域づくり・資源開発機能とは、地域の実態や特性に応じて状況が異なるため、地域ごとに個別的な地域課題があり、これらに応じた個々の解決策を見出す機能
 - ※②政策形成機能とは、市町村による地域に必要な施策や事業の立案・実施につなげる機能及び都道府県や国への政策の提言までを含む機能

エ 会議の構成員及び参加者の選定

- 地域課題の種類は様々にあるが、どのような課題にも必ず原因がある。その原因や背景を把握・整理したうえで、それに対しての働きかけが行える参加者を選定し、会議を開催することが必要である。
- 例えば、高齢者特性や認知症に対する地域住民の理解不足が、圏域の課題として取り上げられた場合、その圏域の民生委員や住民組織の代表者、高齢者特性や認知症の症状を説明できる医師等に参加をお願いし、地域住民の理解不足を解消するための検討を行うことが考えられる。また、上記、参加者に限らず、圏域レベルのネットワークを構築するために、警察署、消防署、社会福祉協議会などの組織の担当者や代表者レベルを選定することも考えられる。
- 検討において、公権が必要だと考えられる地域課題については、行政職員の参加が不可欠である。市町村レベルの合議体では、行政職員が主催者となることも多いと考えられるが、単一の課職員に限らず、地域課題を検討するのに必要だと考えられる課の行政職員の参加が望まれる。
- 地域課題の解決へ向けて必要と思われる参加者が揃っているような会議がその地域にある場合、それらの会議と時間を切り分けて活用することも参加者の負担軽減を考える側面から有効な手段だといえる。
- 会議構成員については、次のような者が考えられる。
 - ※会議の目的を達成するのに最も適切だと考えられる参加者を選ぶ。
 - ・主催者（市町村、地域包括支援センター、市町村社会福祉協議会）
 - ・介護支援専門員
 - ・地域ケアコーディネーター
 - ・介護サービス事業者
 - ・医療関係従事者（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、栄養士 など）、
 - ・支援相談員（社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー等）
 - ・障害者の相談支援専門員
 - ・児童相談所職員
 - ・保健所職員
 - ・警察署員、消防署員
 - ・民生委員

オ 会議で検討することが考えられるケース

- 地域づくり・資源開発などの例
 - ・公的サービスだけでは支えきれない課題（ゴミ出し、見守りなど）がある場合、住民やボランティアとの協働などについて検討
 - ・特定の機関（医療機関、施設など）との連携が進まない場合、関係者で好ケースを共有し、改善方法を検討
 - ・特定の介護支援専門員やサービス事業者の課題（自立支援の理解不足、サービス過剰、サービス過少等）の解決のため、職能団体や事業者団体のネットワーク化による解決方法を検討
- 政策形成の例
 - ・圏域内で解決困難な課題（買い物弱者の移動手段、孤立防止に関する企業との連携等）について、市町村での事業化・施策化の必要性について提言
 - ・会議で見出した地域で実践されている有効な解決策を、地域全体に普及することについての提言

以上のような取組により、以下の政策形成につなげていくことが重要である。

- ・市町村は、地域包括支援センターや社会福祉協議会等の提言を受け、日常生活圏域ニーズ調査など計画策定に関する調査結果と併せて、地域のニーズ量に基づき資源を開発し、次期介護保険事業計画に位置付け
- ・市町村内で解決困難な課題（医療資源の不足、道路・交通、法制度上の課題など）について、広域的な検討の場及び国・都道府県等に対して政策を提言し、提言を受けた国・都道府県等は適切に対応

(2) 個別課題から地域課題への転換のポイント

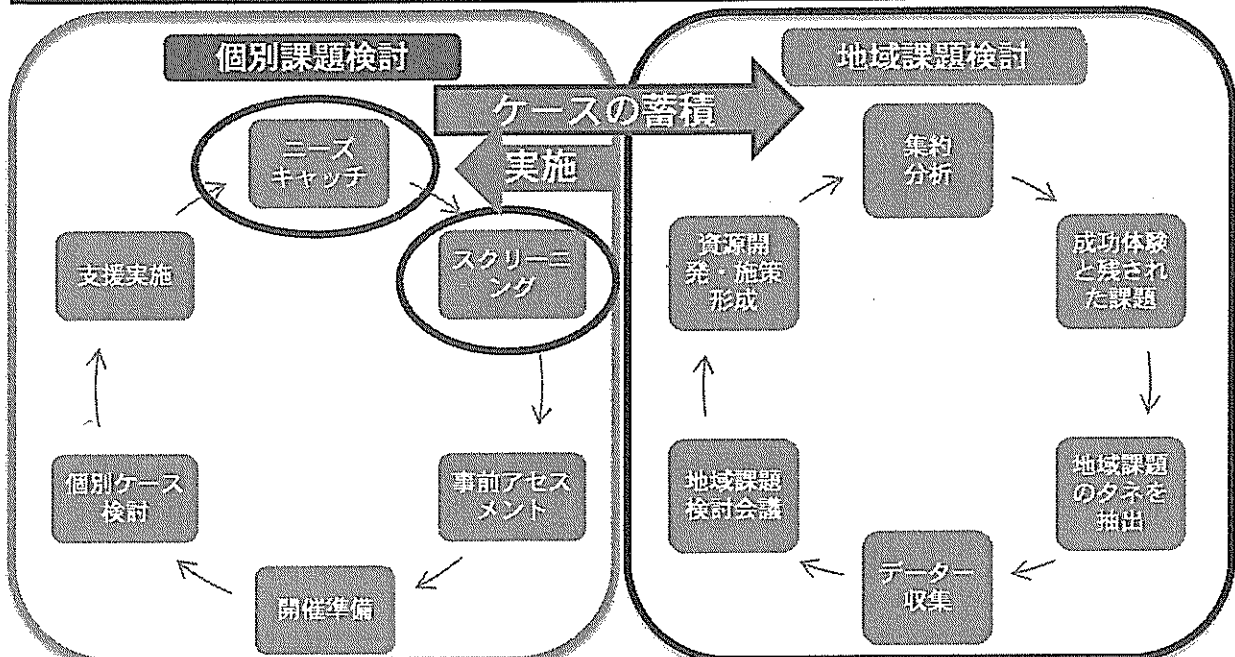
- 個別課題から導き出される地域課題の種（タネ）は、1つとは限らない。精神疾患に対する地域の理解も、認知症の方の見守り体制も、入退院時の医療と介護の連携も、1つひとつが地域課題の種である。こうしたさまざまな種を、正式に「地域課題」として決定づけるポイントは2つある。
 - ・地域住民の暮らしに与える影響の大きさを、データなどで把握すること。（地域アセスメント）。
 - ・その上で、1つひとつの種について、地域課題かどうかを診断（蓄積された事例を集めて分析し、その中から、まずは成功体験をしっかりと押さえる。その上で、残された課題から地域課題の種を抽出（地域の強み、弱みを把握）し、その緊急性に優先順位をつける「場」をつくること。
 - ・これらの手順を経て初めて、個別課題から地域課題への転換が実現する。

(3) 「個別課題」と「地域課題」のテーブルを分ける

- 個別課題をしっかりと検討し、ニーズをキャッチし、会議で扱うべきケースかどうか、「スクリーニングの視点」と照らし合わせながら、ケース選定を行う。それから事前アセスメント、開催の準備、そして実際に個別ケースの検討会を開き、支援を実施し、実施した結果について再度ニーズをキャッチしていくという、いわば「個別課題の検討サイクル」である。(参考資料1)

(参考資料1)

会議のプロセスサイクル



(4) 個別課題の積み重ね(プロセス)

- 個別検討ケースを5回、10回、20回と丁寧に積み重ね、蓄積されたケースを集めて分析し、その中から、まずは成功体験をしっかりと押さえていく。そのうえで、残された課題から地域課題の種を抽出する。
- プロセスサイクルをしっかりと踏んで、地域課題検討の会議がもてれば、最終的には資源の開発につながり、開発された資源や制度によって、支援困難と言われていた利用者の生活が支援困難でなくなる、というサイクルが回っていく。個別と地域、どちらも大事なテーブルであり、この2つのテーブルをしっかりと分けて描くことが、会議の成功の秘訣である。
- 参考資料2(71頁)は、39頁で取り上げた兵庫県朝来市で行われている個別課題を検討する「向こう三軒両隣会議」で検討した事例のうち、成功体験と残された課題の部分をマズローの理論※を応用して整理したもので、このようにまとめると、地域課題や社会資源開発につながるものが次第に見えてくる。

※ 5段階の「基本的欲求階層」を3段階に短縮。包括、そして対人援助の専門家として最も大事なものは、「利用者の生命を守ること」という観点から、一番下は生理的欲求＝生命レベルの欲求。次に安全の欲求、上段に「つながりを育んでいきたい」＝社会的欲求を配置している。

- 参考資料3（69頁）は、同じく朝来市で行われている、個別課題を検討する「ケアマネジメント支援会議」から、地域課題を検討する各会議への流れをまとめたものである。これを参考に、各市町村において個別課題から地域課題への転換の流れを整理していただきたい。

(5) 個別課題から地域課題を見出していく

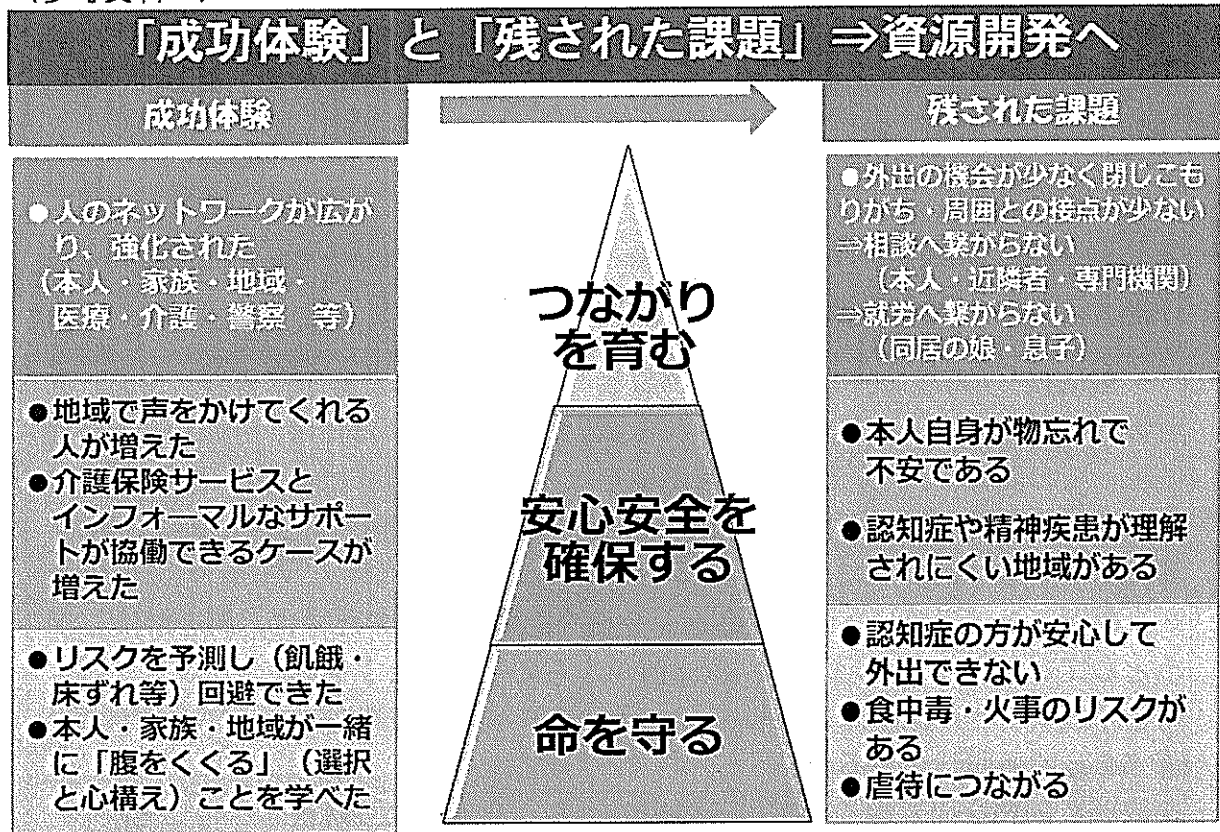
- 一般的に、「問題」とは発生している状況であり、「本来あるべき姿（目的）と現状との、負のギャップ」と考えられる。課題を明確にするには、その現象が「誰にとっての問題で、何が原因で、何が足りないのか、どうすれば解決に至るのか」などを的確に見極める必要がある。つまり、「問題は課題に落としこまない限り解決には至らない」のである。

「問題」と「課題」を混同すると、今自分たちが「誰のために、何を解決しようとしているのか」が不鮮明になり、何かしらのアクションを起こしたとしても、何を評価すべきかが曖昧となってしまう。これは、個別課題であっても地域課題であっても同じである。

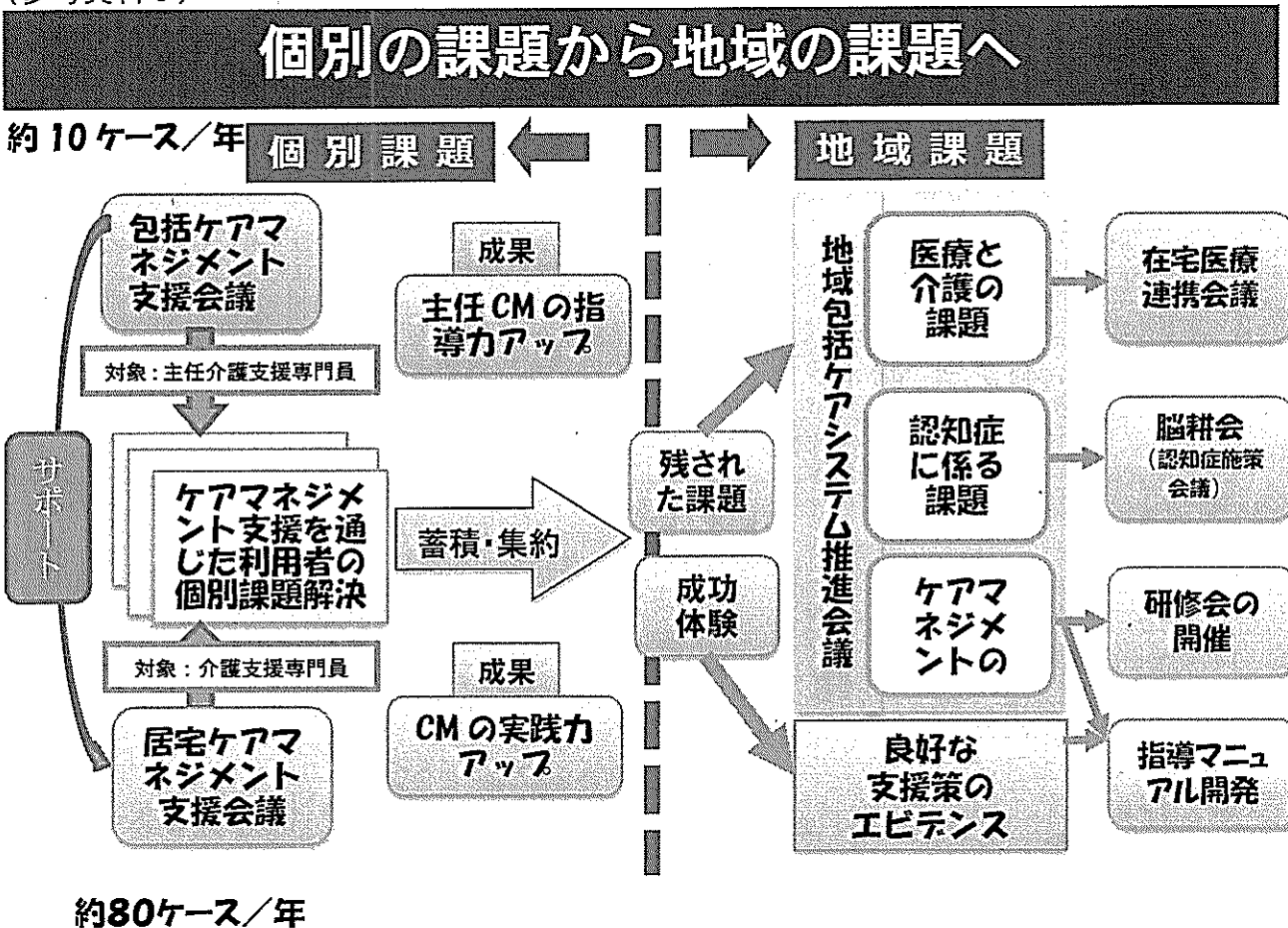
※課題＝問題を引き起こしている要因のうち、介入により解決すべきこと

- 例えば、認知症のAさんが自宅で生活していきたいと考えているにもかかわらず、徘徊がひどくなり、家族の支援や介護サービスだけでは十分でなく、施設への入所を余儀なくされている状況にある場合、問題は「地域での在宅生活を続けることができない」ことで、課題は「同居家族の協力体制が十分でないこと」や「地域の見守り体制が整っていないこと」、場合によっては「介護支援専門員の力量不足」ということも考えられる。
- このように取組むべき課題が明確になると、具体策は容易に浮かんでくる。課題が明確でありさえすれば、それに見合った具体策を探すのはそれほど難しいことではないと考えられる。
- このように個別課題の蓄積から地域課題を見出していくことが重要である。
- 参考資料4, 5（70, 71頁）として「地域課題を見出すための個別課題整理シート」を付けているので、参考にしていきたい。

(参考資料 2)



(参考資料 3)



地域課題を見出すための個別課題整理シート

(参考資料4)

地域課題を見出すための
個別課題整理シート

No.

記入者 _____

記入日 _____

《ケースのタイトル（問題状況）》（あなたが問題だと捉えている状況）

--

《問題のアセスメント》（なぜこれを問題であると捉えたか、問題が解決できないとどうなってしまうか、その根拠を、得た情報を用いて文章にすること）

--

《問題の関連要因》（問題を引き起こしていると思われる要素や、関連していると思われる要素を、今ある情報の中で、いろんな角度からできるだけ多くのことを挙げること）

--

《問題の整理》（課題＝問題を引き起こしている要因のうち解決すべきこと）

対象をとりまく課題	課題に対して必要なこと

(参考資料5)

地域課題を見出すための 個別課題整理シート

No.

記入者 _____

記入日 _____

《ケースのタイトル (問題状況)》(あなたが問題だと捉えている状況)

- ・(認知症の進行とADL低下に伴い,)在宅生活が続けられなくなるおそれがあるケース

《問題のアセスメント》(なぜこれを問題であると捉えたか、問題が解決できないとどうなってしまうか、その根拠を、得た情報を用いて文章にすること)

- ・本人は在宅生活を継続していきたいと希望している。
- ・定期的な服薬を忘れてしまい、症状が悪化する恐れがある。
- ・認知症が進行すると「外出後に道に迷う」、「火の始末ができない」といった状況が考えられる。
- ・退院後の環境の変化によって「意識低下」や「不安感の増強」が考えられ、もともと一人であることが好きなAさんの場合は、閉じこもり傾向になる恐れがある。
- ・入院中の筋力低下によりADL(日常生活動作)の自立が困難であり、転倒時や災害時には周囲の助けが必要であるが、親せきや近所との関わりが希薄なため周囲の支援を実際に得ることが難しい状況にある。
- ・筋力低下によりつまずきやすく、再び転倒してしまう恐れがある。

《問題の関連要因》(問題を引き起こしていると思われる要素や、関連していると思われる要素を、今ある情報の中で、いろんな角度からできるだけ多くのことを挙げる)

- ・入院に伴う筋力低下。特に立ち座りや補講に必要な下肢筋力の維持が難しい。
 - ・物忘れが時々見られる。(認知症があっても症状として現れなければ生活に支障はない。)
 - ・服薬管理は現在看護師がしており、本人が進んで定期的に服薬する場面は見られない。
 - ・介護サービスを利用する意思がないこと。
 - ・意欲が低下したり、不安感が強くなったりする症状が将来出る可能性がある
 - ・食欲低下や運動不足によって、体調を崩すこと。
 - ・再び転倒し、骨折してしまうこと。
- } 憶測・推測は書かない。
- ※「経済的問題」や「本人の病歴がないことなどもここに入ります。」

《問題の整理》(課題=問題を引き起こしている要因のうち解決すべきこと)

対象をとりまく課題	課題に対して必要なこと
<ul style="list-style-type: none"> ・服薬管理を自力でできない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬の必要性を本人が理解できること。 ・ホームヘルパーなどの介護サービスやインフォーマルサービスによる、服薬支援や服薬確認支援。 ・認知症の予防のための定期的な頭の運動。
<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活を送るために必要な筋力が維持できない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自力で何ができて何ができないかを把握すること。 ・自力で何ができて何ができないかを、本人が理解すること。 ・下肢の筋力を落とさないための定期的な運動。 ・自宅をつまずきやすいものの撤去や段差の改善。 ・転倒のリスクについて、本人が理解すること。

(6) 地域課題の検討・資源の開発の取組

- 個別ケースの課題分析等を行うことにより、地域課題を把握し、解決していくための社会資源の開発や施策の充実を図っていく。
- 個別ケースの支援内容の検討を積み重ねることによって、共通する課題や共通する要因を見出すことが出来る。
- このように把握した地域課題や支援に関する成功要因、また、日常生活圏域二一ズ調査で把握された地域課題などをもとに、その地域に不足している社会資源の開発、地域課題の解決のために必要な人材の育成、新たな仕組みづくりに向けた政策形成につなげていくことが重要である。(参考資料6)
- 市町村レベルで対応できない場合には、県に課題提案いただき、県レベルで対応可能なものについては、新たな施策を検討し、対応困難なものについては、国に対し課題解決のため要望を行っていく。

(参考資料6) (取組フロー)

【役割分担】

(1) 役割分担

- ・市町村、地域包括支援センター、社会福祉協議会、医師会などの職能団体等、地域の実情に応じた役割分担

【地域を知る】

(2) 地域の実情把握

- ・地域が抱える課題や住民のニーズを把握

(3) 地域の資源把握

- ・地域におけるフォーマル、インフォーマル資源の洗い出し

【地域資源の検討・整理・創設・連携・活用】

(4) 地域資源の検討、整理

- ・「地域をどうしたいか」の視点で検討、整理し、共通認識を確立

(5) 地域資源の創設

- ・地域におけるインフォーマル資源の創設

(6) 地域における連携

- ・地域住民による互助、サービス提供者などによる共助の構築

(7) 地域資源の活用

- ・地域におけるフォーマル、インフォーマル資源の活用

【人づくり・意識啓発】

(8) 人材の確保と資質の向上

- ・支援業務を行うための体制整備と研修等を通じた人材の資質向上

(9) 住民などへの普及・啓発

- ・意識啓発のためのシンポジウム、講演会などの開催

8 地域で処遇が難しいケース(困難事例)

ここでは、実際に各市町村が直面した処遇が難しい、いわゆる「困難事例」について、どのような支援が行われたのか、いくつかの категорияに分類して事例集的に記載している。茨城型地域包括ケアシステムの核である「コーディネート機能」が働き、「多職種協働」が上手く行われたことにより、支援策が見いだせたケースを多く掲載した。

※個人が特定される恐れがある事例については、一部脚色している。

※各事例で示している関係機関はあくまで支援時のもので、今後、更に他機関の参加も必要となる場合がある。

(1) 単独の制度では対応できないケース

ア 40代で脳梗塞発症、もう一度自立したい

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・40代で脳梗塞を発症。要介護3。介護保険制度を利用し、家族と同居での在宅生活を開始。「就労を目指したい」、「一人で生活をしたい」という要介護者の意向を尊重し、障害者総合支援法も活用した支援体制が必要となった。

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法 ・障害者総合支援法 ・日常生活自立支援事業 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課 (○印：主たる担当)

	サービス内容
○ 高齢福祉課	介護保険
○ 社会福祉課	障害者手帳、障害福祉サービス
地域包括支援センター	包括的支援事業 (介護支援専門員相談・支援)

(2) 関係機関

	サービス内容
居宅介護支援事業所	ケアプラン作成、サービス調整
介護サービス事業所	訪問介護サービス、福祉用具貸与

基幹相談支援センター	障害福祉サービス相談
指定特定相談支援事業者	障害者自立支援給付計画相談
就労継続支援事業所	就労継続支援 B 型
社会福祉協議会	見守りチーム作り，日常生活自立支援事業

(3) その他 (民間支援団体) ※インフォーマルなサービス

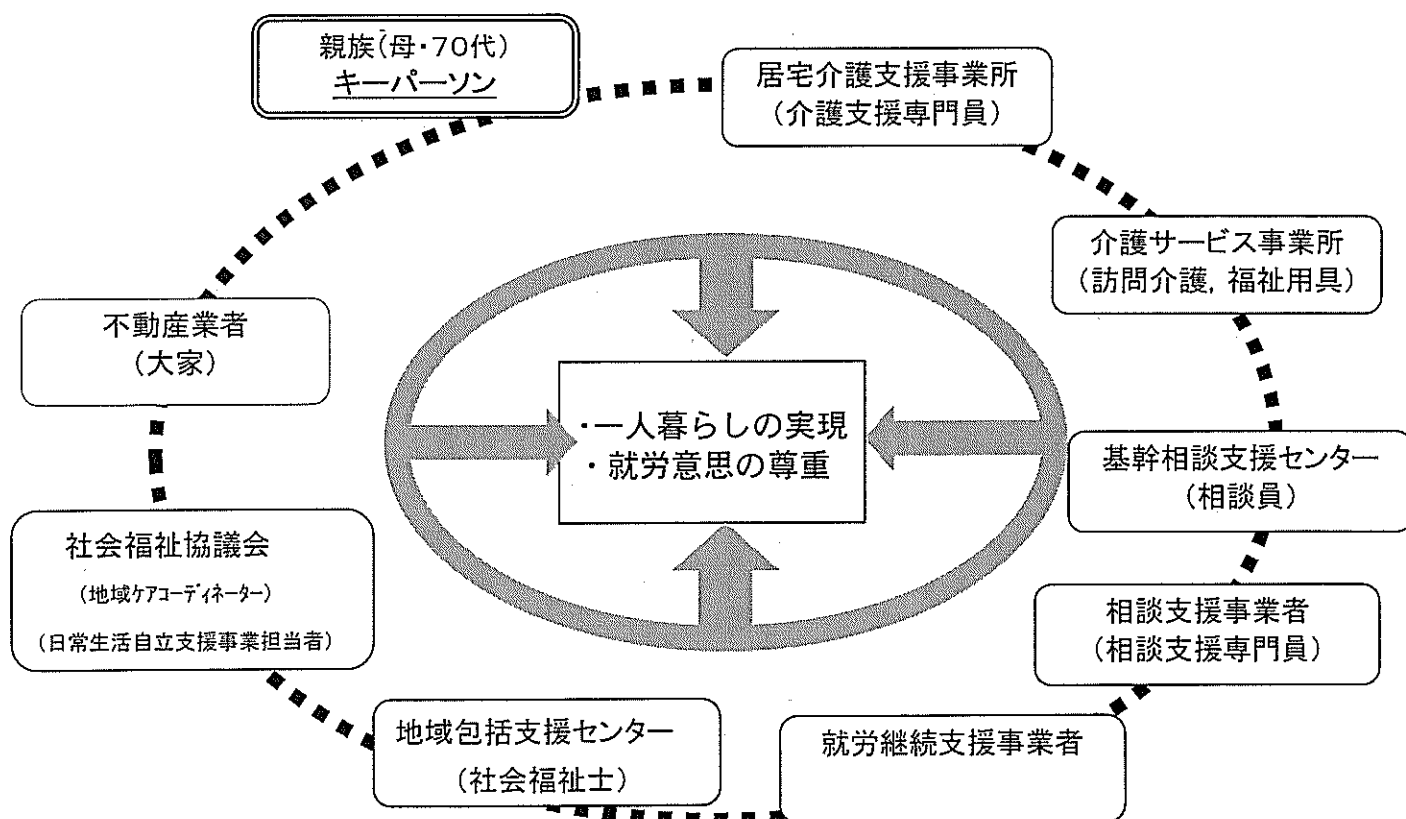
	サービス内容
親族	見守り，安否確認，食事の確認
不動産業者	賃貸住宅

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

- ①介護支援専門員が，地域包括支援センターに相談
- ②地域包括支援センターが基幹相談支援センターに連絡，相談
- ③包括ケア会議を開催

要援護者の意向を確認。関係者が情報を共有し，役割を明確にするなどの連携を図った。母親は常に要援護者を気にかけており，要援護者が一人暮らしをした後も，車で自宅に来ることができるためキーパーソンとした。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

- ・介護保険と障害福祉サービスを利用することで、要援護者が望む生活に近づくことができた。
- ・介護保険サービスを調整している介護支援専門員と障害福祉サービスを調整している相談支援専門員が顔を合わせたことで、生活全般においてのサービス調整を行うことができるようになった。
- ・基幹相談支援センターの介入があったことで、不動産業者との話し合いができ、アパートの賃貸がスムーズに進んだ。

イ 20年以上の引きこもりを経て…

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・引きこもりの息子に対する支援。
- ・自宅での引きこもりが長いケース。就労が続かない原因は何であったのか
- ・自宅から出るために必要となる支援は何か。
- ・集団の中で過ごす訓練や、日中の活動を増やすことで就労への訓練とする
- ・息子が実際に経験する事により将来的に自立への生活訓練とする。

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・障害者総合支援法 ・生活保護法 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課 (○印：主たる担当)

	サービス内容
○ 社会福祉課	相談、支援・連携

(2) 関係機関

	サービス内容
社会福祉協議会	相談・支援・連携
病院	診断
茨城県福祉相談センター	判定
障害者相談支援事業所	計画相談支援・連携
福祉事務所	相談・指導・生活保護

障害サービス事業所	共同生活援助（相談・日常生活上の援助） 就労移行支援・居宅介護
-----------	------------------------------------

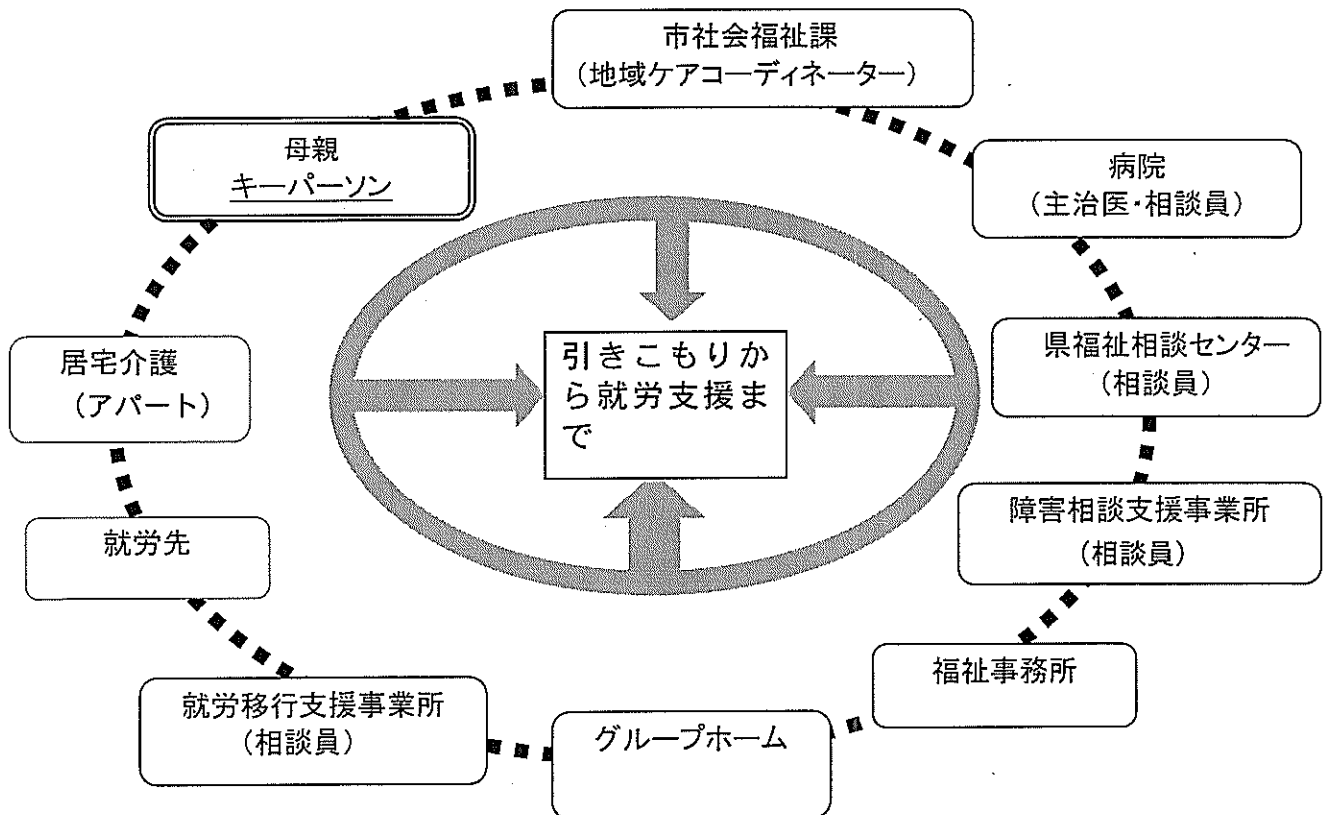
(3) その他（民間支援団体）※インフォーマルなサービス

	サービス内容
就労先	就労支援

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

・これまで母親がいろいろな場所に相談に行き、必要と思われる援助を続けていた。しかし、息子の引きこもりの生活が20年以上続き、進展が無い事に苛立ちや疲れが出ていた。たまたま、社会福祉協議会という場所を見つけ、相談のため母親のみが来館したことから相談開始。まずは息子の意向確認のために直接話を聞くことから支援を開始する。これまでの生活歴などから、生活を困難にしている要因を探るために病院PSWに相談し、受診へ繋ぐ。受診後、障がいの判定を受ける。障がい相談支援事業所につなぎ、障がいサービスを利用。福祉事務所・就労支援事業所につなぎ、自宅から出てグループホーム入所。生活リズムと就労への支援を開始。現在障がい者枠で就労し、グループホームからアパートでの一人暮らし。訪問介護が介入し、生活支援しながら、息子の自立を目指し支援中。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

- ・息子の生活の場や行動の場の変化によりネットワークの中心となる形が変わるが、関係者の連携により、早めの対応可能となった。

(2) 制度の狭間で支援が届きにくいケース

ア ゴミ屋敷の中でアル中の息子に虐待される老母

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・ゴミの中で生活している母親（80代）と息子（60代）。劣悪な環境で生活しており、生活環境の改善が必要。
- ・母親は衰弱しつつあり、パワレス（※）状態。息子は病院受診をさせようとしていない。医療が受けられるようにすることが必要。
- ・息子は精神疾患、アルコール依存が疑われる状態であり、息子への医療的な支援が必要。

※パワレス：虐待を受けることにより、恐怖や不安のあまり生きる意欲を失ったり、自分が悪いと思いつつ今の生活以外に選択肢がないと思ったりしてしまい、「このままでいい」「助けてほしいと思っていない」と表現するような状態。

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法 ・高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援などに関する法律（高齢者虐待防止法） 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課（○印：主たる担当）

	サービス内容
○ 高齢福祉課	介護保険、高齢者虐待の認定
環境保全課	ゴミ処分
地域包括支援センター	相談、安否確認、高齢者虐待事実確認、家族支援

(2) 関係機関

	サービス内容
医療機関	入院治療, 訪問診療
消防署	救急搬送
警察署	母親保護の際の立会い
社会福祉協議会	見守り, 安否確認, ボランティア調整
居宅介護支援事業所	ケアプラン作成, サービス調整
サービス付高齢者向け住宅	一時保護
介護サービス事業所	訪問介護, 通所介護, 福祉用具貸与

(3) その他 (民間支援団体) ※インフォーマルなサービス

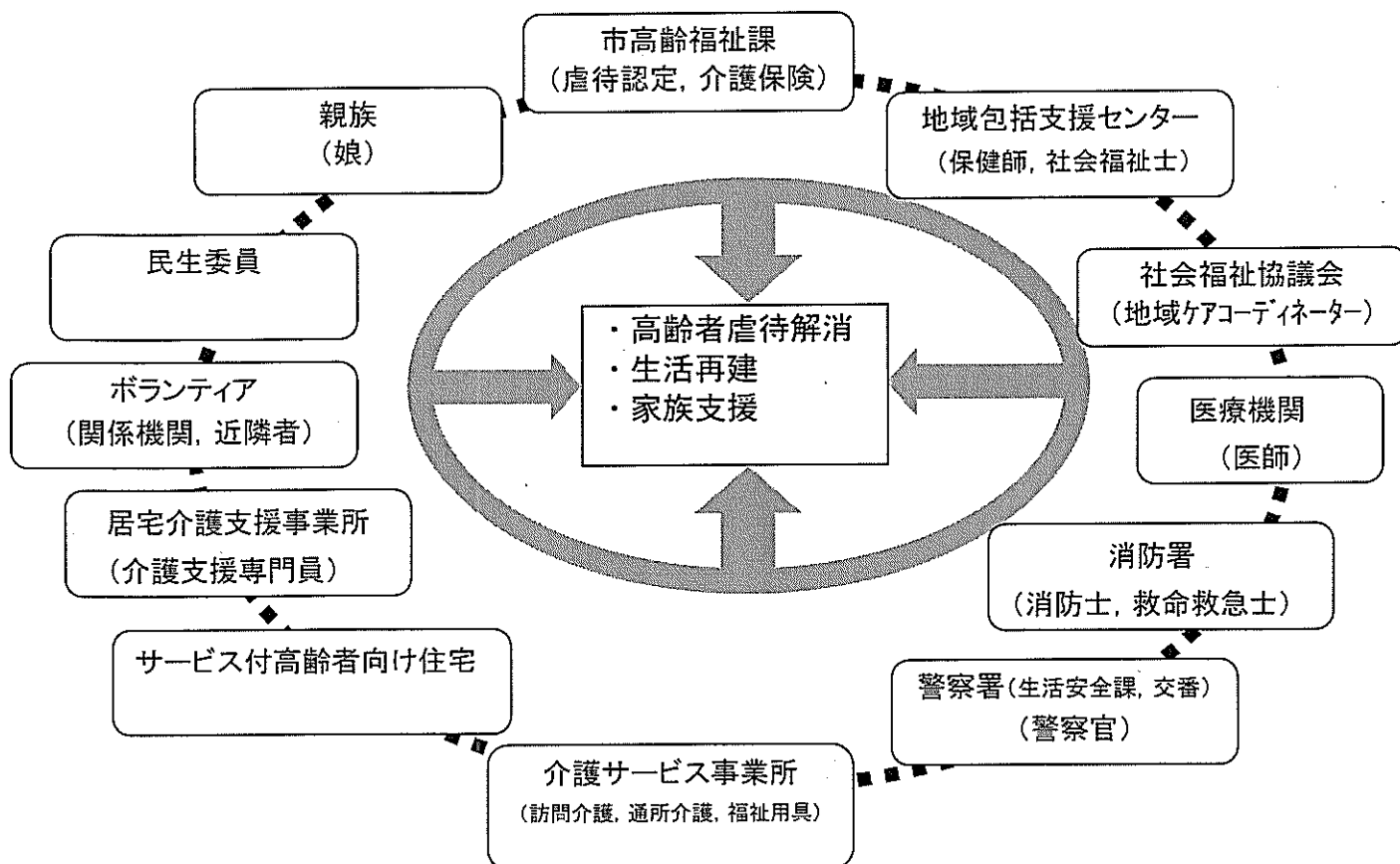
	サービス内容
親族 (娘)	見守り, 買い物
民生委員	見守り, 安否確認, 食事の確認
ボランティア	掃除

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

- ①民生委員から地域包括支援センターへの相談。
- ②地域包括支援センターによる状況確認。
- ③民生委員と地域包括支援センター, 地域ケアコーディネーターによる見守り, 息子への説得。
- ④市 (高齢福祉課) が養護者による高齢者虐待 (ネグレクト) と認定
- ⑤母親の救急搬送 (警察官立会い) →入院治療
- ⑥包括ケア会議
 母親, 息子の意向確認。生活場所, 支援体制, 役割, スケジュールの検討
- ⑦母の一時的な生活拠点確保 (サ高住)。自宅の環境整備 (環境保全課, ボランティア)
- ⑧自宅での生活再開 (訪問診療, 介護保険サービス, 地域での見守り)

息子は支援を必要とする対象者であるが, 対話できる関係を築くことで, 母親の意向を実現するためのキーパーソンとした。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

- ・ネグレクト状態にあった高齢者を保護することができた。
- ・自宅のゴミを処分し、生活できる環境に整えることができた。
- ・高齢者虐待対応として、入院の際担当した医師による訪問診療が開始となり、定期的な受診ができるようになった。
- ・が望む自宅での生活を再開することができた。
- ・同居の息子へも関係者が関わるようになり、コミュニケーションがとれるようになった。

(3) 世帯単位で複数の分野の課題が絡み合っているケース (ファミリーケア)

ア どうする！？借金苦で医療も介護も受けられない…

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・悩み苦しんでいる要援護者（女性・70代）、家族（息子・40代）への心理的な支援が必要
- ・借金問題を解決しつつ、適切な医療や介護の利用につなげるために、医療機関、介護関係者、弁護士などの情報共有、連携した支援が必要
- ・状態、状況変化時の速やかな対応ができるように関係員による見守りチームが必要

●根拠法令・制度・通知

国	県
・介護保険法	・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課（○印：主たる担当）

	サービス内容
○ 高齢福祉課	介護保険
○ 地域包括支援センター	相談、制度案内、関係機関との調整
保険年金課	高額医療費還付請求
市民活動課	消費生活センター担当課
消防署	救急対応

(2) 関係機関

	サービス内容
医療機関	診察、薬の処方、専門医療機関紹介
社会福祉協議会	見守りチーム作り、金銭管理指導、救急医療情報キット設置
居宅介護支援事業所	ケアプラン作成、サービス利用調整
介護サービス事業所	介護サービス提供
消費生活センター	消費者相談、弁護士紹介
弁護士	債務整理

(3) その他（民間支援団体）※インフォーマルなサービス

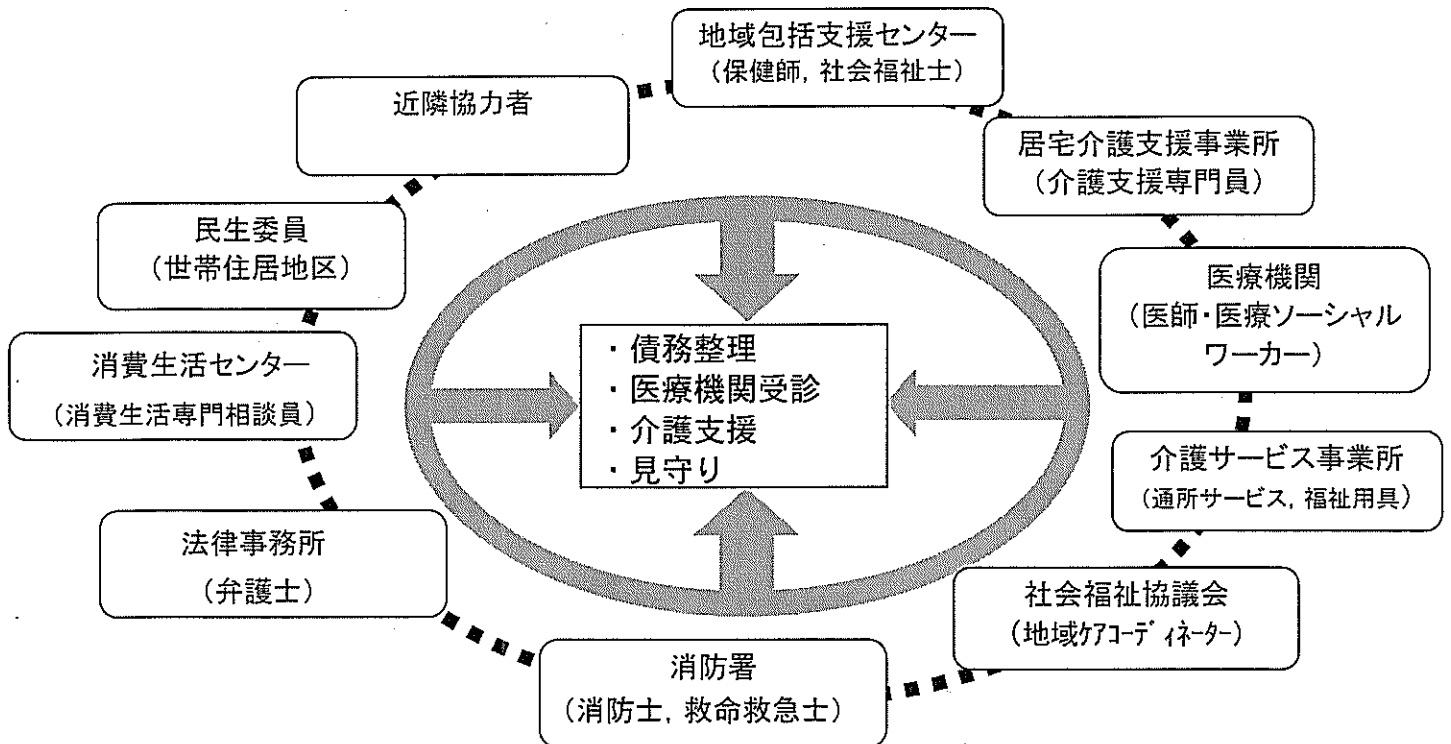
	サービス内容
民生委員	見守り，安否確認
近隣協力者	見守り，安否確認，民生委員児童委員社協へ報告連絡

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

- ①民生委員から地域包括支援センターへの相談
- ②地域包括支援センターによる状況確認。
- ③包括ケア会議
問題と課題の整理。世帯員の意向確認。
- ④金銭問題の解決に向けた相談・対応（消費生活センター，弁護士）
- ⑤医療機関（かかりつけ医）への情報提供→かかりつけ医と専門医療機関との連携
- ⑥見守り体制づくり（地域ケアコーディネーター，介護保険サービス，民生委員，地域住民）

・キーパーソンは息子。債務整理の手続きをする意思が見られたため，やるべきことを順序立てて説明し，分割して行動に移してもらうことで手続きを進めるができた。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

- ・債務整理，過払い金請求により，世帯の経済状況が改善した。
- ・世帯の経済状況の改善により，医療，介護が受けられるようになった。
- ・民生委員や近隣が世帯の様子に変化があったときに地域包括支援センターや社会福祉協議会に連絡をしてくれるようになった。
- ・救急の際，要援護者の医療情報（既応症，薬等）の情報を救急隊が把握し，医療機関につなぐことができるようになった。

【補足資料】

生活困窮者自立支援制度との連携

1 生活困窮者自立支援制度の創設

- 平成 27 年 4 月から生活困窮者自立支援制度が施行された。
- この制度は，これまで十分ではなかった生活保護受給者以外の生活困窮者にする支援（第 2 のセーフティネット）を抜本的に強化するものである。
- 福祉事務所を設置する自治体（市部は市，町村部は県が所管）には，生活困窮者への総合相談・就労支援などを行う自立相談支援事業や，失職により住居を失った生活困窮者への住居確保給付金の支給事業の実施が義務付けられ，県内でも徐々にではあるが，就労準備支援事業や子どもの学習支援事業などの任意事業への取組も進められている。

2 両制度の連携の必要性

- 生活困窮者自立支援制度の対象は，生活保護に至る前段階の生活困窮者とされているが，その対象者には，ニート，ひきこもり，精神疾患，知的障害及び知的障害が疑われる人，発達障害及び発達障害が疑われる人，多重・過剰債務者，ホームレスなど多様な要支援者が含まれる。
例えば，支援の対象者が要援護高齢者と同一世帯である場合も少なくなく，地域の幅広い要支援者を対象とする茨城型地域包括ケアシステムとは，その対象者がオーバーラップする部分がある。
- 地域で真に実効性の高い，包括的な支援体制を整備していくためには，両制度の連携はもちろんのこと，関係機関が連携して支援体制の整備を進めていくことが重要である。

- 生活困窮者自立支援制度の相談窓口（自立相談支援機関）は、自治体の直営の場合と、市の社会福祉協議会などに運営が委託されている場合がある。相談窓口には、原則として、国の専門的な研修の受講が義務付けられた主任相談支援員、相談支援員、就労支援員の3職種が配置されており、地域で包括的な相談支援体制を整備していくためには、これらの支援員と顔の見える関係を構築し、両制度が緊密な連携を図っていく必要がある。
- 例えば、茨城型地域ケアシステムの枠組みの中で、地域包括支援センターなどが地域で必要な支援につながっていない生活困窮者を発見した場合には、積極的に生活困窮者自立支援制度の自立相談支援機関に「つないでいく」ことが重要である。（当然、その逆のパターンもありうる。）
- ただし、支援対象者を自立相談支援機関につなぐ場合には、個人情報の保護に留意する必要がある。原則として本人の同意を得て行うことが前提となる。この場合、地域の関係機関において、事前に情報共有についてのルールづくりが必要となる。

3 支援員などの兼務について

- 県内では、生活困窮者の相談窓口となる自立相談支援機関を市の社会福祉協議会に委託する例も少なくなく、事業を効果的・効率的に行うために、地域ケアシステムの「地域ケアコーディネーター」や地域包括支援センターの職員が一部業務を兼務する可能性も考えられる。
- ただし、職員が兼務する場合には、「その職を制度上、専任とすることが義務付けられていないか」を十分確認した上で、補助金などの適正な執行という観点から、例えば、各業務に従事する時間数などで、補助金などを按分するなど適正に経理を行う必要がある。（※職員の兼務については、各制度や補助金などを担当する県の所管課と事前に相談してください。）

生活困窮者自立支援法（平成25年法律第105号）について

生活保護に至る前の段階の自立支援策の強化を図るため、生活困窮者に対し、自立相談支援事業の実施、住居確保給付金の支給その他の支援を行うための所要の措置を講ずる。

法律の概要

1. 自立相談支援事業の実施及び住居確保給付金の支給（必須事業）

- 福祉事務所設置自治体は、「自立相談支援事業」(就労その他の自立に関する相談支援、事業利用のためのプラン作成等)を実施する。
- ※ 自治体直営のほか、社会福祉協議会や社会福祉法人、NPO等への委託も可能(他の事業も同様)。
- 福祉事務所設置自治体は、離職により住宅を失った生活困窮者等に対し家賃相当の「住居確保給付金」(有期)を支給する。

2. 就労準備支援事業、一時生活支援事業及び家計相談支援事業等の実施（任意事業）

- 福祉事務所設置自治体は、以下の事業を行うことができる。
 - ・ 就労に必要な訓練を日常生活自立、社会生活自立段階から有期で実施する「就労準備支援事業」
 - ・ 住居のない生活困窮者に対して一定期間宿泊場所や衣食の提供等を行う「一時生活支援事業」
 - ・ 家計に関する相談、家計管理に関する指導、貸付のあっせん等を行う「家計相談支援事業」
 - ・ 生活困窮家庭の子どもへの「学習支援事業」その他生活困窮者の自立の促進に必要な事業

3. 都道府県知事等による就労訓練事業（いわゆる「中間的就労」）の認定

- 都道府県知事、政令市長、中核市長は、事業者が、生活困窮者に対し、就労の機会の提供を行うとともに、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等を行う事業を実施する場合、その申請に基づき一定の基準に該当する事業であることを認定する。

4. 費用

- 自立相談支援事業、住居確保給付金：国庫負担3/4
- 就労準備支援事業、一時生活支援事業：国庫補助2/3
- 家計相談支援事業、学習支援事業その他生活困窮者の自立の促進に必要な事業：国庫補助1/2

施行期日

平成27年4月1日

イ 全員が精神疾患や障害を持っている家族へのファミリーケア

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・ 家族全員が何らかの支援を必要とする家族に対し、市役所内の連携以外にも、関係機関と連携し対応したケース。
- ・ 学校での子どもの学習・生活態度や母親の学校に対する苦情などが非常に多く、学校関係者間では問題となっていた。
- ・ 祖母と母の姉は、市役所や警察などを訪問し、祖父の入院環境や治療方針などについて非常に苦情を訴えており、市役所内において課題があった。
- ・ 留意点としては
 - ① 家族に接する関係者が、家族全員の状況を把握し情報を共有する。
 - ② それぞれの家族のトラブルが全員に波及することで問題が悪化することを予防する。
 - ③ 関係者が家族の課題を共通認識し、役割を分担しながら課題を解決する。

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者総合支援法 ・ 介護保険法 	

●市町村内関係課及び関係機関の役割

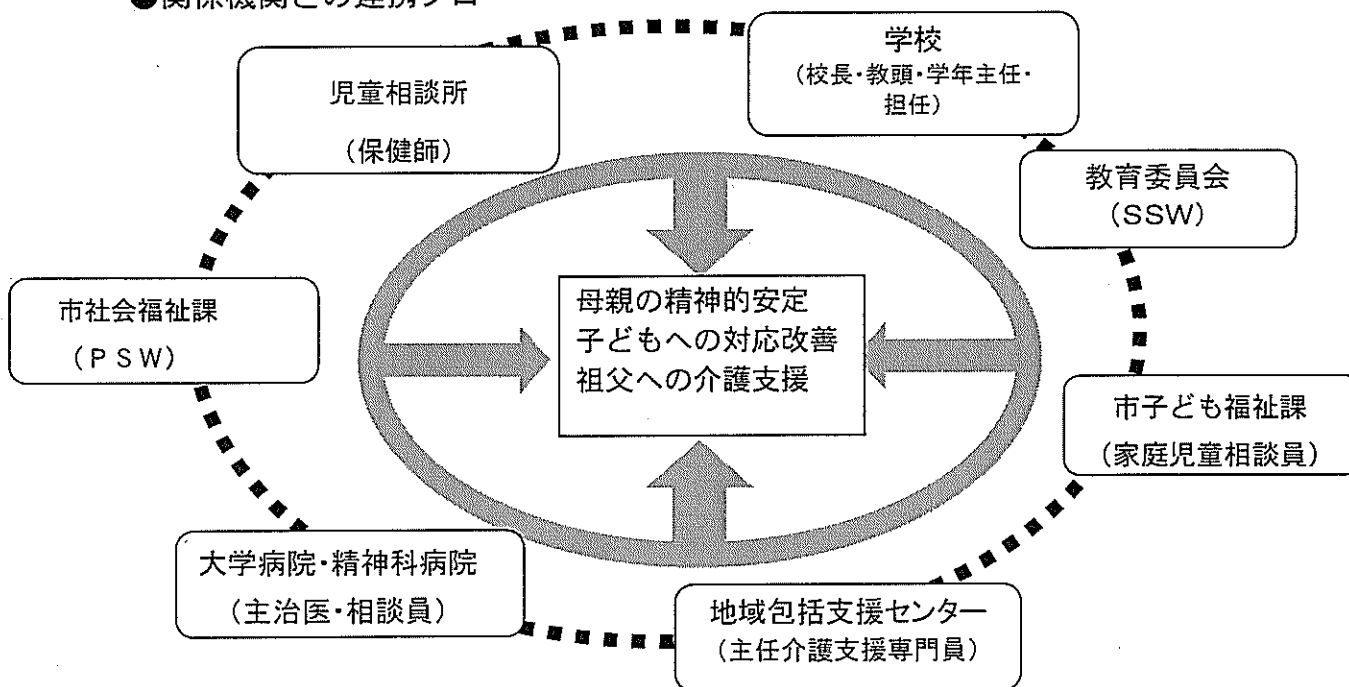
(1) 市町村内関係課 (○印：主たる担当)

		サービス内容
	子ども福祉課 (家庭児童相談員)	母親への相談支援
○	社会福祉課	母親への相談支援・精神科受診勧奨
	健康増進センター	子ども・母親の健康管理
	教育委員会	学校との連携
	介護福祉課 (地域包括支援センター)	祖父への退院調整・介護保険などのサービス 利用支援 祖母への相談支援

(2) 関係機関

	サービス内容
大学病院 (主治医・精神保健福祉士)	子ども：医療・相談支援・関係者との連携 母親・母の姉：精神科受診勧奨
精神科病院	祖父の入院治療
児童相談所	相談支援・母への精神科受診勧奨
保健所	母への受診勧奨 精神保健相談による父・学校への相談支援
学校	子どもの校内外生活の把握と指導 母親への連絡調整
消防署	救急要請時の対応
警察署	通報時の対応

● 関係機関との連携フロー



● 多職種連携チームが関わったことでの利点 (効果)

- ・市役所内の各担当者が、家族全員の情報を共有することで、常に家族の状況を知ることができた。
- ・市役所以外の関係機関とケースカンファレンスを実施したことで、情報共有と各担当者の役割分担ができ、各家族に接することができ、母親の受診につながった。

ウ 気づいて、お母さん！～母親が虐待と認識していない家族へのファミリーケア～

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・我が子（幼児）の障害を認識せず受け入れない父母に対し，環境面・健康面・育児面の支援の必要性を伝え理解させる。
- ・保健師，学校，行政，事業所，各関係機関などが連携を取り，情報交換し訪問を密に行う支援が必要

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・子ども・子育て支援新制度 ・児童福祉法 	

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課 (○印：主たる担当)

	サービス内容
○ 健康づくり支援課	相談，生活指導，訪問健康チェック
○ 教育委員会	学校との連携

(2) 関係機関

	サービス内容
社会福祉協議会	訪問，生活相談
ファミリーサポートセンター	育児支援，生活支援
児童発達支援事業所	早期療育
保育所	園内外生活の把握と指導，母親への連絡調整

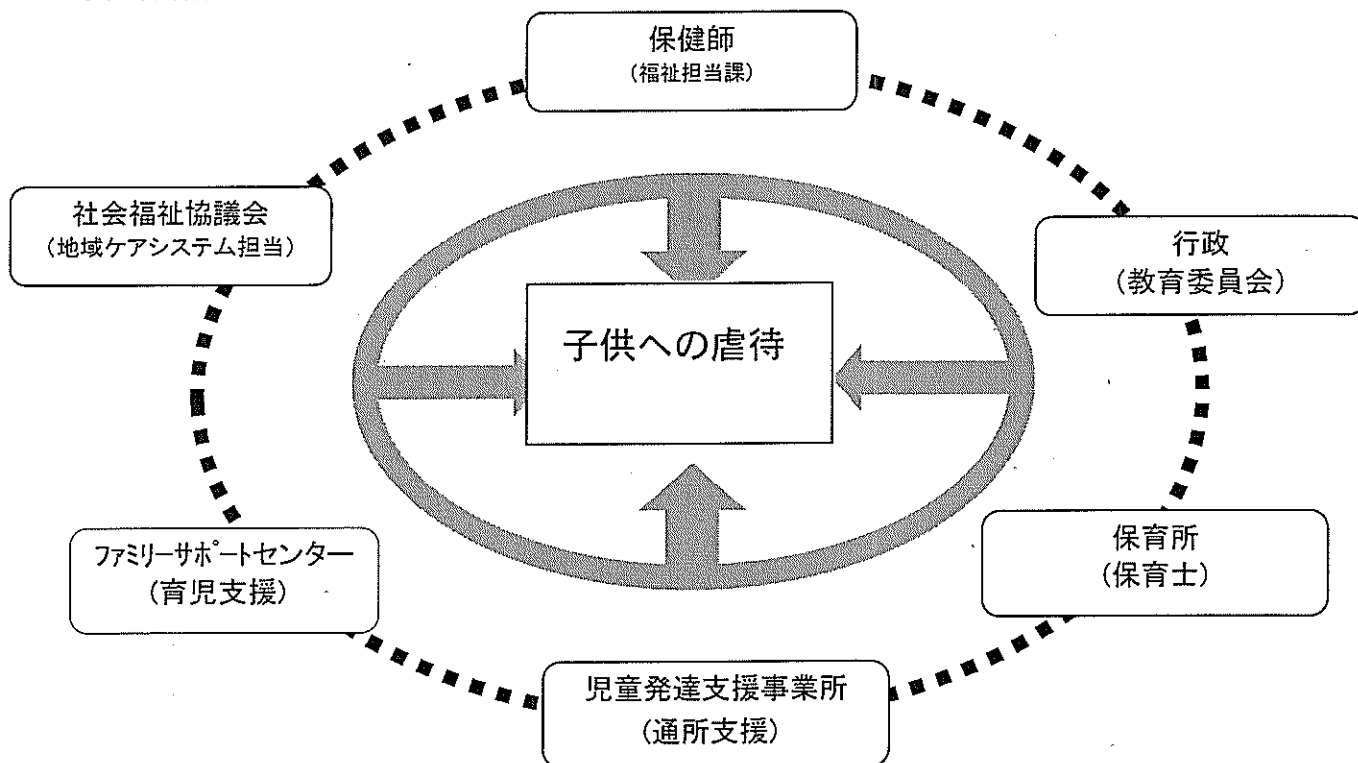
(3) その他（民間支援団体）※インフォーマルなサービス

	サービス内容

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

- ・市の健康づくり支援課からの相談

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点 (効果)

- ・地域で孤立している母親に対し、様々な関係機関が介入することで、母子間の行き詰まりが解消された。
- ・子が外へ出る事を好むようになった。
- ・母親も子供の障害を認識し、定期的な通院を行うようになった。
- ・違う職種間で話し合う機会を持つ事で、情報が一本化し世帯の状況や問題点が明確にされた。

エ 認知症の親と知的障害の子への支援

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・認知症の父親 (80代)、知的障害を持つ子供 (50代)
- ・父親の希望する、「地域で親子2人で最期まで暮らす」ことを実現するために必要な支援の検討。
- ・緊急時の支援の検討。

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法 ・障害者総合支援法 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課 (○印：主たる担当)

	サービス内容
○ 介護福祉課 (包括)	相談, 生活指導, 訪問健康チェック
○ 社会福祉課	相談, 生活指導, 定期的な訪問と安否の確認

(2) 関係機関

	サービス内容
相談支援事業所	訪問, 情報収集
障害福祉サービス事業所	通所の調整 (子)
地域包括支援センター	安否の確認, 生活指導, サービスの調整 (親)
居宅介護事業所	買い物, ゴミ出しなどの支援
訪問看護ステーション	親の服薬管理と健康状態のチェック
社会福祉協議会	金銭管理や困りごとの相談
交番	安否確認
病院	子と親の診察, 相談

(3) その他 (民間支援団体) ※インフォーマルなサービス

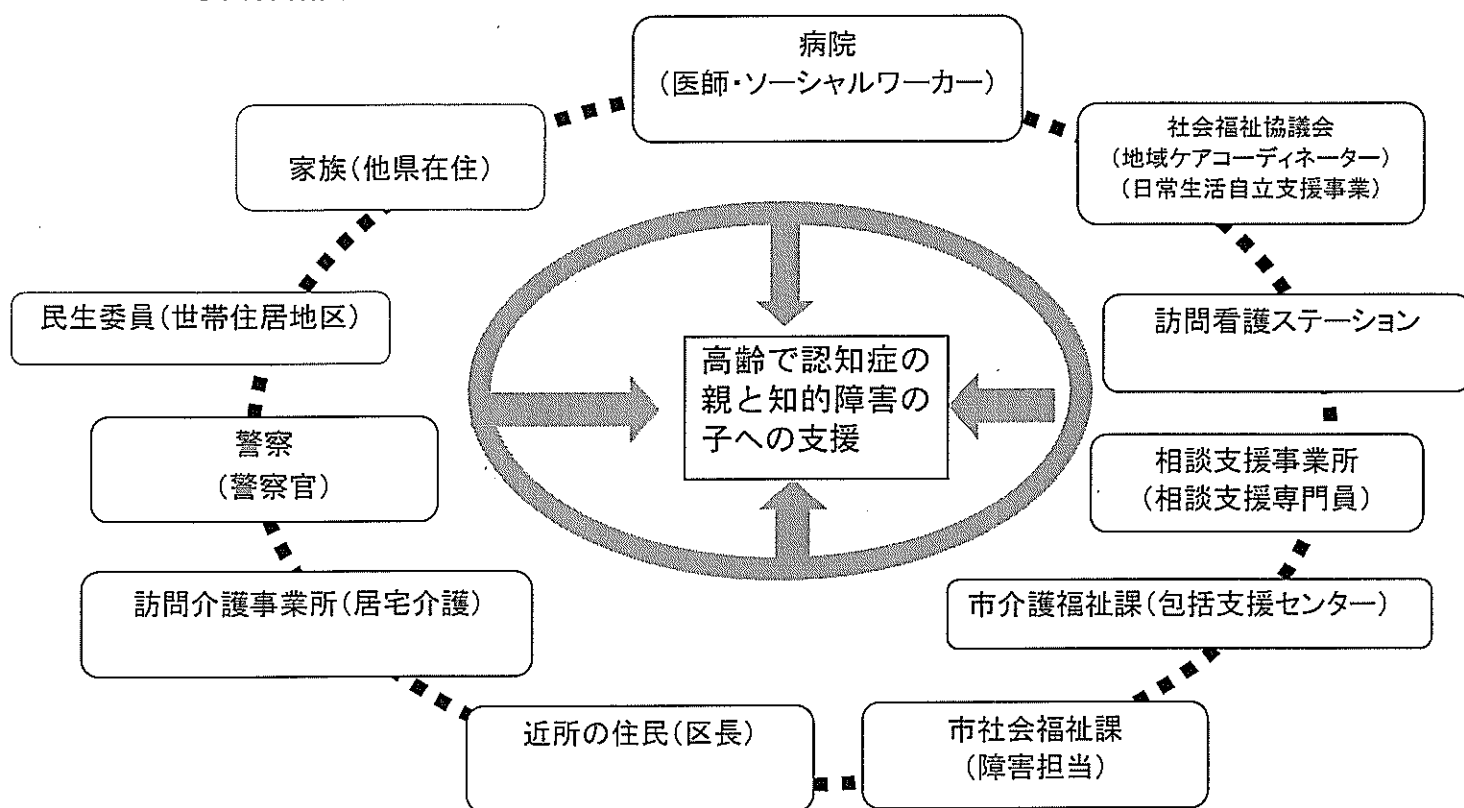
	サービス内容
民生委員	見守り, 安否確認, 近所の困りごとの情報収集
近隣協力者	見守り, 安否確認, 民生委員児童委員社協へ報告連絡

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

・平成24年ごろ, 医療機関より相談支援事業所に連絡が入る。相談支援事業所から市にも連絡があり訪問をするが, サービスは拒否。包括支援センター, 社会福祉課, 地域ケアで協力し何度も訪問するが, 安否が確認できず警察が介入したことも数回ある。訪問を重ねるうちに, 父親に認知症の疑いが出てきたため, 何とか説得して父親と息子の2人を受診させる。その後, 介護保険事業所, 訪問看護ステーション, 障がい福祉事業所, 医療機関, 地域ケアコーディネーターと連携し, サービスの導入, 訪看の導入, 訪問診療の導入をしている。

- ・現在、子供については、社会福祉課で介入し、生活環境が悪いことを理由にグループホームへ入所させたが、父親は「自分の家で最期を」という願いから、訪問診療、訪問看護、居宅介護を導入し、自宅で生活している。また、後見人については市長申立てを進めている。父親の妹が健在で、キーパーソンになりうるか確認したが、高齢のため拒否される。他に頼る者もなくキーパーソンは見つかっていない。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点 (効果)

- ・病院の医師やソーシャルワーカーから、生活困難な家庭であり、市や福祉施設での介入をしてもらいたい旨の連絡が入った。
- ・連携することで、医療的な立場からの意見を聞くことが出来、処遇について検討するうえでの参考になった。

オ 高齢者の親と障害者の兄弟へのファミリーケア、やがてターミナルケアへ

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・父は末期がんで、次男は療育。母が介護を行っている。
- ・長男は手術を受け自宅での療育を検討。長女は他県におり協力は難しい。
- ・病状の確認が要援護者より取り難いため、変化に気を付け支援する。
- ・発症後、自宅で看護出来ない環境であることから、医療的な支援（通院や、変化に対応）が出来る施設を選び、協力依頼
- ・ターミナルとなった場合の要援護者・家族の思いに沿って支援する。
- ・要援護者・家族に対し精神的な寄り添いを心掛けて対応する。

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・障害者総合支援法 ・健康保険法 ・介護保険法 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課（○印：主たる担当）

	サービス内容
○ 社会福祉課	相談、支援・連携
○ 介護福祉課	介護保険サービス

(2) 関係機関

	サービス内容
社会福祉協議会（地域ケアコーディネーター）	相談・支援・連携
訪問看護事業所	病状管理、医療連携
病院（主治医・相談員）	医療管理、相談支援、連携

(3) その他（民間支援団体）※インフォーマルなサービス

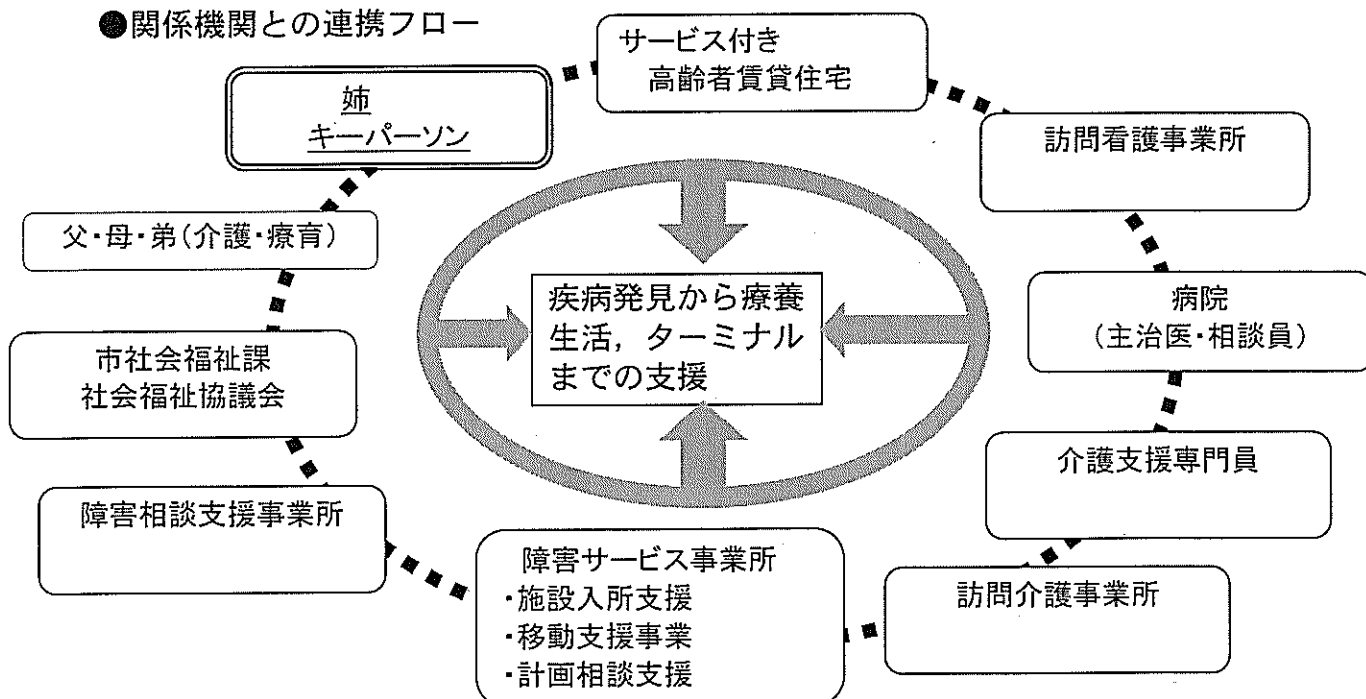
	サービス内容
グループホーム	日常生活支援、通院、相談支援
サービス付き高齢者賃貸住宅	日常生活支援、相談支援

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

- ・障がい担当課より、高齢の両親と療育の子二人で暮らす家族の相談が地域ケアに入る。自宅で話を聞き、要援護者・家族の意向確認。

- ・キーパーソンになる娘(姉)が他県に居るが、毎日の生活に追われ、日常の協力は難しい。
- ・長男が下痢と便秘の繰り返しで病院に受診しているが一向に良くならないことから、専門医への受診を支援する体制を構築。検査・手術・入院の際には、病院医師・看護師・相談員との連携構築。手術後の体調管理や医療への継続受診をどうするか、生活の場を検討するための体制構築。新たな生活の場での支援体制構築。
- ・定期的受診による医療管理を継続し経過観察するが再発。再発時入院・手術を受けてくださる医師・看護師・相談員との連携体制構築。
- ・手術後の結果を踏まえ今後の生活をどうするか検討。要援護者・家族の希望である「自宅に戻りたい」意向に沿いながら検討。自宅では、介護度が重度の夫、療育の弟がおり、母親が自宅で面倒を見る事が出来ない状況。がん末期(ターミナル)として介護保険申請し、同市内の施設に移り療養環境を整える体制構築。なるべく家族(母親)との時間を設定。施設にて訪問看護師・訪問介護の支援体制構築。新たに受診した病院にて医師・看護師・相談員との支援体制構築。お亡くなりになった後も家族の支援については引き続き継続支援中。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点(効果)

- ・要援護者より、身体状況の報告が取り難いケースであるため、関わる関係者が行動や表情などから変化を感じることで、必要な時に必要な支援を受けられるように連携支援ができた。

カ 認知症の母親と自閉症の娘に対する支援

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・自閉症の障害を持つ娘（40代）に対して特性を理解して支援を行い、地域で生活してきた家族の母親が徐々に認知症が進行してしまい、娘に対する支援が出来なくなってしまった。
- ・心理面の支えとなるキーパーソンの援助及びチームで支える援助が必要
- ・居宅介護支援事業所，サービス提供事業所，病院など各関係機関などが統一した対応の支援が必要

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法 ・精神保健及び精神障害者福祉法 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課 (○印：主たる担当)

	サービス内容
○ 介護保険課	介護保険利用に関する相談，決定など

(2) 関係機関

	サービス内容
社会福祉協議会 地域ケアコーディネーター	見守り，安否確認，クイック会議招集 関係機関への情報提供，調整
娘が入院している精神科病院の 看護師，ソーシャルワーカー	治療，在宅復帰に向けた支援
会社の上司，産業医	仕事復帰に向けての本人との相談
母親の介護支援専門員	母親の介護保険サービス利用に関する相談
母親の利用しているサービス提供 事業所の管理者	母親への介護保険サービスの提供
社会福祉協議会 日常生活自立支援事業の担当者	母の金銭管理，貴重品管理

(3) その他 (民間支援団体) ※インフォーマルなサービス

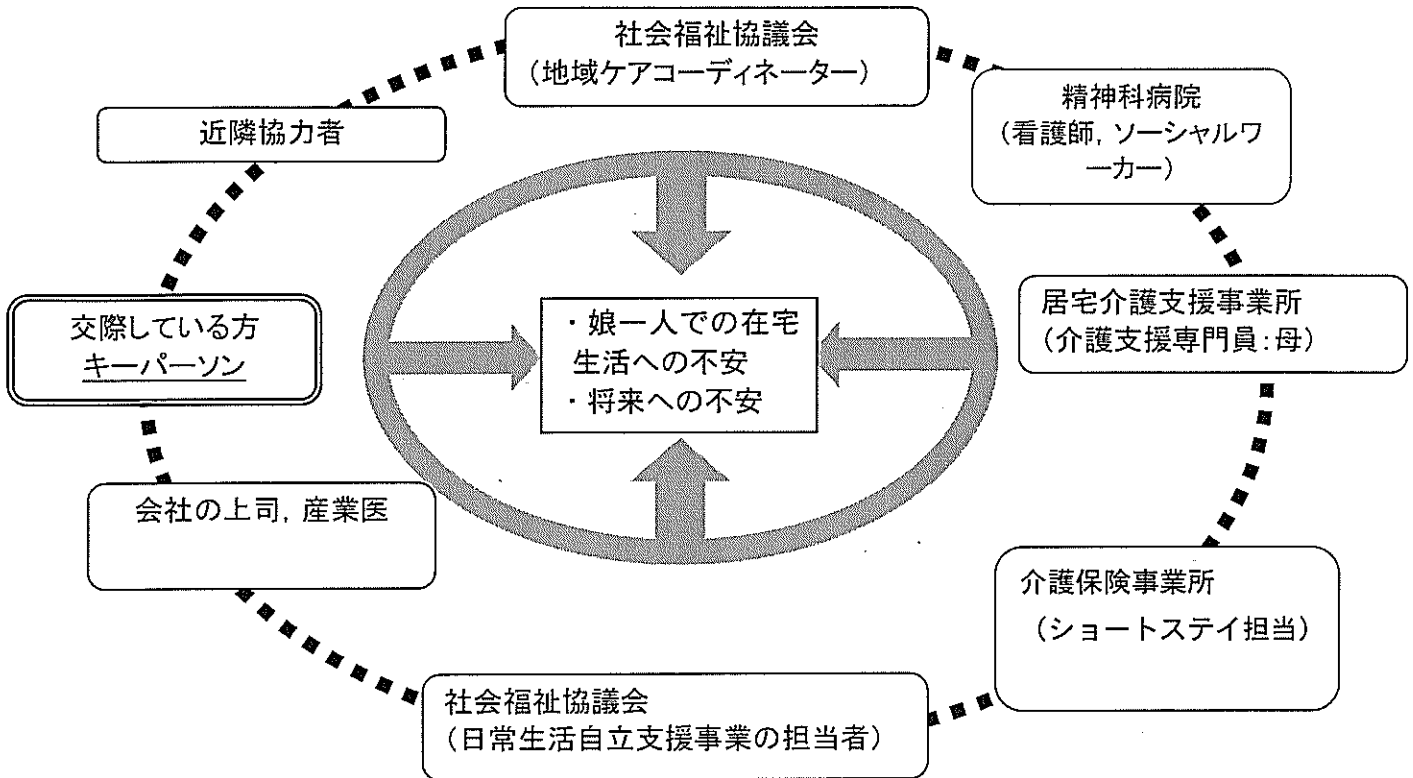
	サービス内容
交際している男性 (キーパーソン)	見守り，安否確認，身の回りのこと支援

近隣協力者	見守り，安否確認，社協へ報告連絡
-------	------------------

●介入にいたるプロセス

・母親の支援のもとで生活が成り立っていた娘は混乱してしまい，仕事に手がつかなくなり，うつ病を発症し自殺したいところまで追い込まれたところで，担当の介護支援専門員から支援依頼があり，地域ケアコーディネーターが支援開始した。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

・母親への相談者（介護支援専門員）と娘への相談者（地域ケアコーディネーター）が別々に相談に入りながらも，クイック会議や電話などで家族に対しての支援方針を決めて，細かい不安点を一つ一つ解消していった。

・うつ病が悪化し自殺企図を抱くようになった時には病院に入院することになったが，コーディネーターの調整により入院期間中母親にはショートステイを利用するようにして，治療に集中する環境を整えていった。

家族の置かれている状況に合わせて支援者側が細かく修正をしていった結果，娘は短期間の入院と静養の期間を経て職場復帰することが出来た。

キ 先立った妻，残された認知症の夫と知的障害を持つ息子

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・妻の他界により認知症が進行した夫と，知的障害を持つ息子へのファミリーケア。
- ・父親の弟妹がいるが，遠方であるため日常生活の支援は望めない。今後入院，入所などの際の身元保証となるかどうか確認が必要。
- ・父親の介護保険サービスと息子の障害福祉サービスの連携・調整が必要。
- ・父親の後見人選任に向けた支援と息子の後見人との連携が必要。

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者総合支援法 ・ 介護保険法 ・ 老人福祉法 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課 (○印：主たる担当)

	サービス内容
○ 高齢福祉課	
○ 障害福祉課	

(2) 関係機関

	サービス内容
障害相談支援事業所	訪問，情報収集，計画相談
サービス提供事業所	(父) 通所介護，訪問看護，訪問介護，(息子) 就労継続支援 B
社協地域ケアコーディネーター	訪問，状態把握，
成年後見人 (弁護士)	後見
居宅介護支援事業所	訪問，情報収集，ケアプラン作成
主治医	訪問診療
地域包括支援センター	訪問，相談
後見センター	訪問，相談

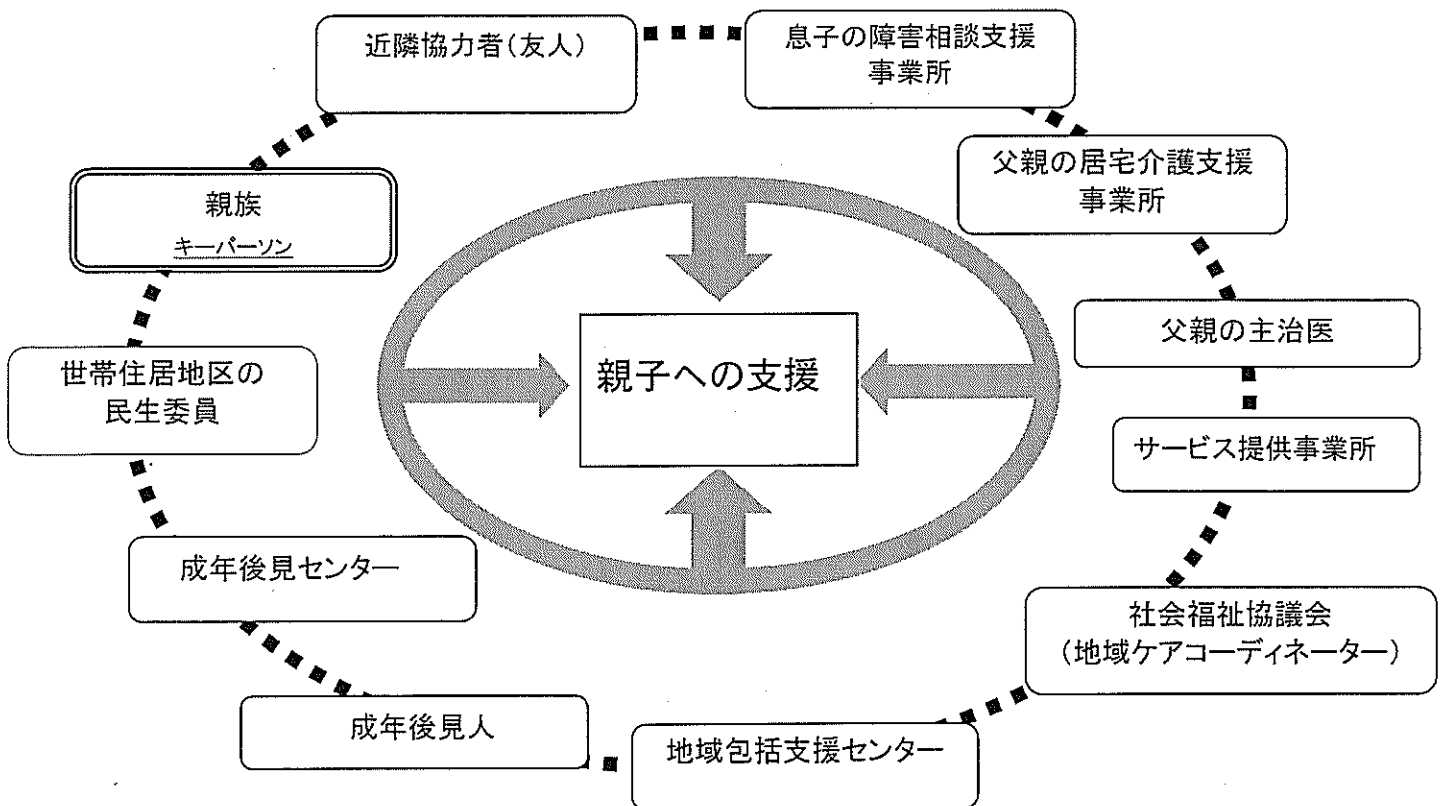
(3) その他（民間支援団体）※インフォーマルなサービス

	サービス内容
民生委員	見守り，安否確認
父の友人	訪問，相談
親族	訪問，見守り

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

・高齢の夫婦と障害のある長男の生活を支援する必要性を感じた要援護者の担当介護支援専門員から，地域ケアコーディネーターに相談があった。その後，世帯状況の変化に伴ったケアマネジメントの過程で，ヘルパー，訪問看護，デイサービスなどが介入し関わりを持つようになった。長男を支援する障害福祉分野とも連携を図り，地域ケアコーディネーターを中心に各支援機関のネットワークを作った。そのプロセスにおいて親族をキーパーソンとした。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

- ・妻が存命中は妻の介護支援専門員が支援を行っていたが、妻が他界し、世帯の状況が大きく変化した。また、妻が他界後に父親の認知症の症状も進み、世帯に対する権利擁護の新たな課題が生まれた。当初、父親は介護保険サービスの利用にも拒否的であったが、介護支援専門員を中心に関係機関での協議を行ない、デイサービス・ヘルパー・訪問看護・主治医による訪問診療などの体制を整えることができた。
- ・また、父親の認知症や知的障害のある息子に対して成年後見制度の申立ての必要が関係機関間で共通の認識となった。そのため、成年後見センターも交えて親族に対する制度説明や申立て支援を行なった。結果、息子の成年後見人が選任され、支援を開始した。今後は父親への成年後見申立てについて支援を行なっていく予定である。

ク 海外帰りの次女に予想外の事態発生

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・認知症の母親（80代）の入院をきっかけに、海外在住の次女（40代）が帰国し同居開始。しかし、次第に次女の精神疾患が疑われるようになった。
- ・認知症で一人暮らしの高齢者への支援には家族の協力が得られることが望ましいが、精神疾患が疑われる家族が介護者である場合、高齢者と介護者への支援を一体的に提供するとともに、複合的な課題に向けた関係機関の連携が必要。その場合、それぞれを単独で支援する場合とは異なる課題も生まれることに留意。

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法 ・障害者総合支援法 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

（1）市町村内関係課（○印：主たる担当）

	サービス内容
○ 高齢福祉課	介護保険
○ 障害福祉課	障害者支援

(2) 関係機関

	サービス内容
地域ケアコーディネーター	訪問、情報収集、各機関の連絡調整
地域包括支援センター	ケアマネ支援、情報収集
担当介護支援専門員 (キーパーソン)	介護保険サービス調整

(3) その他（民間支援団体）※インフォーマルなサービス

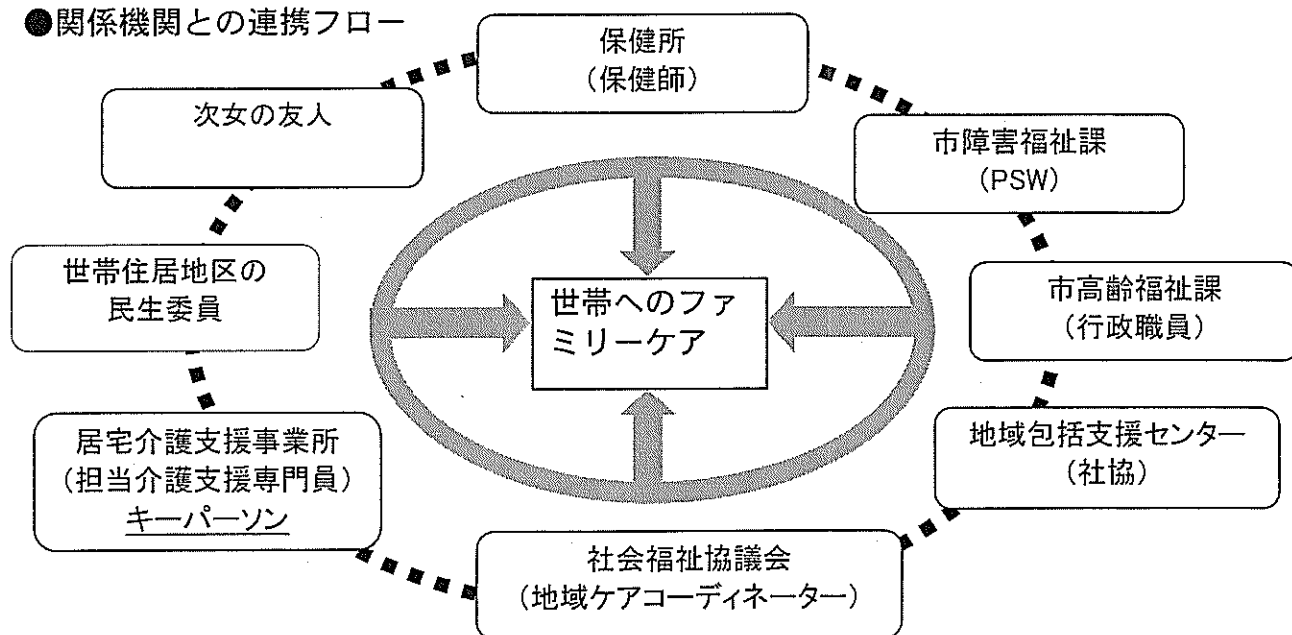
	サービス内容
民生委員	見守り、安否確認、
次女の友人	見守り、安否確認、次女の通院支援

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

・母親は介護サービスを利用しながら一人暮らしをしていた(当時要支援1)。一人暮らしを継続している中で、認知症の進行も相まって母親が熱中症を発症し、入院することになった。入院したことに伴って、県内在住の親族(母親の兄弟)と一人暮らしを継続できるかどうかを検討する中で、海外在住の次女と連絡をとった。結果、海外から次女が帰国し、退院した母親と同居を開始した。

・次女と母親、介護支援専門員が話し合いをしながら、支援体制を整えるはずであったが、次女の対応が変化し、母親がもともと通っていたデイサービスにも行かせず、自宅に母親とともに引きこもるようになった。精神疾患を疑われる状況となり、保健所や障害福祉課とも連携を図り、世帯への支援を開始した。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

・認知症で一人暮らしの高齢者への支援を組み立てる中で、精神疾患が疑われる家族が同居し始め、双方への支援が必要となったが、地域ケアコーディネーターを中心に互いに連携を図ったことで、それぞれへの支援が一体的に提供でき、支援が必要な方が複数いる世帯においても課題が複雑化する前に対応することが出来たケースである。

ケ 希死念慮を乗り越え、就労へ

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・子供（50代）から母親への虐待があり、子供と母親を分離したが、相互依存の状態であったため子供が希死念慮を訴えることになった。
- ・地域ケアシステムを活用して安否確認を行うとともに、子供の生活基盤を整えるためにアウトリーチにて就労支援を行った。
- ・就労が難しい精神疾患が疑われたため、医療的な対応を検討した。

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法 ・高齢者虐待防止法 ・生活困窮者自立支援法 ・精神保健福祉法 ・生活保護法 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課（○印：主たる担当）

	サービス内容
○ 高齢福祉課	高齢者虐待対応
○ 社会福祉課	生活保護

(2) 関係機関

	サービス内容
社会福祉協議会	地域ケアシステム、暮らし自立サポートセンター
ハローワーク	就労相談

医療機関	診断
地域包括支援センター	高齢者虐待対応

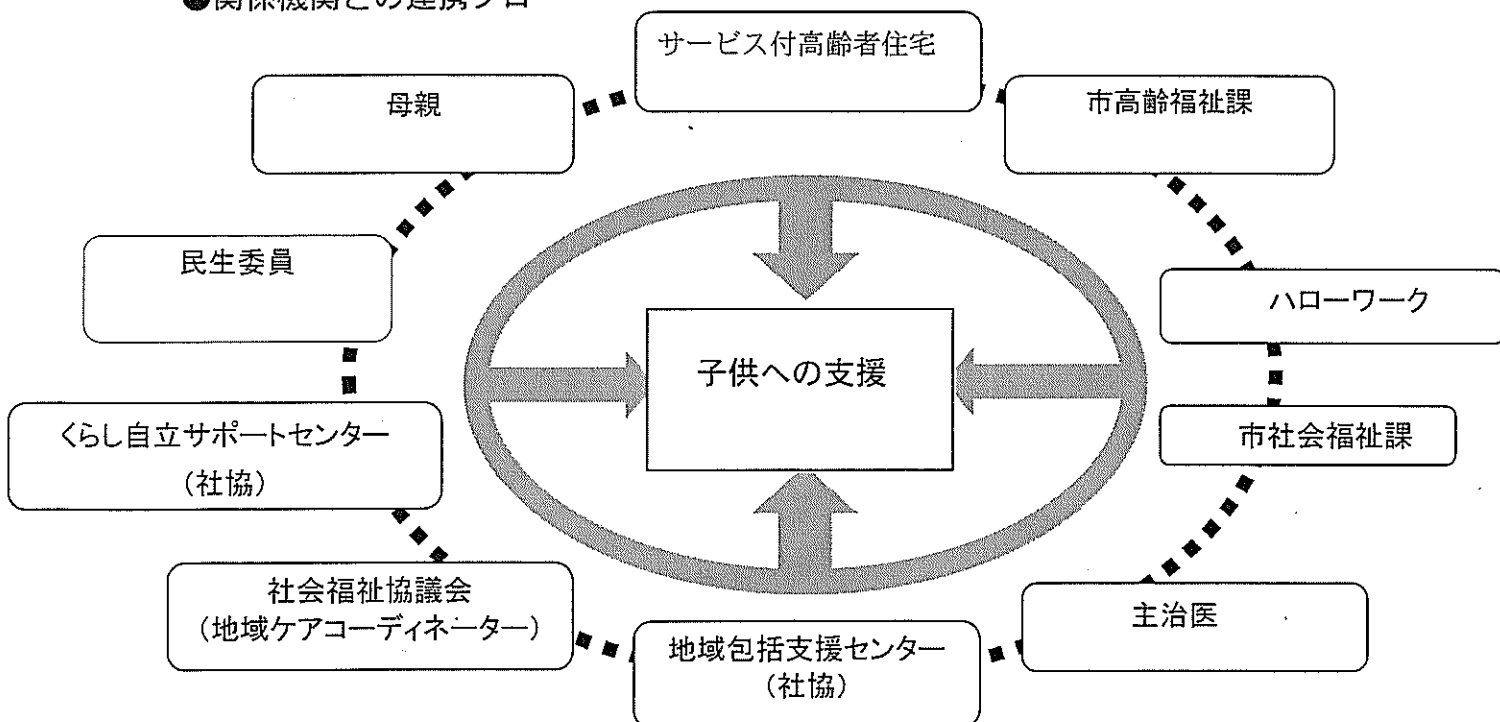
(3) その他（民間支援団体）※インフォーマルなサービス

	サービス内容
民生委員	見守り，安否確認
母親	
サービス付高齢者住宅	母親の生活の場，見守りなど

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

- ・ 子供から母親に対する虐待があったことから高齢者虐待対応にて分離をした。その後，養護者支援として要援護者を，就労につなげるため，民生委員，地域ケアコーディネーターが訪問し関係構築を行うことができた。
- ・ 訪問の中から，就職の意欲をもった子供をくらし自立サポートセンターに同行し，就労相談を行った。就労相談を繰り返すうち，子供の精神状態が不安定になり，希死念慮もあったことから救急搬送をすることとなった。医療機関受診の結果，入院が必要との診断であり，母親の同意により医療保護入院となった。
- ・ 子供に収入がないことから，市社会福祉課との連携により，生活保護の申請を予定している。病状が落ち着き，退院後には改めて就労支援を行う。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

・多職種の連携により、虐待対応から養護者支援としての就労支援、医療保護入院、生活保護申請まで行った。各機関間の協議・情報交換を適切に行ったことにより、それぞれの支援フェイズにおいて迅速に対応することが出来たケースである。

ケ 精神疾患でネグレクト状態の母親と子供達へのファミリーケア

●ケースの概要・支援する際の留意点

・生活保護受給世帯。母親は精神障害、自殺未遂を繰り返していた。
 ・長女出産後まもなく育児放棄し、長女を県内の乳児院に預けた。長女を自宅に引き取った後も、長男・長女とも児童養護施設へ入所した時期もあった。
 ・万引きや覚醒剤使用で逮捕され、服役していた。現在は出所し、自宅に戻っている。子ども2人の親権は母方の祖母に移譲されている。
 ・母親の疾病や子供の養育環境、学校生活など世帯内に課題が複数あるため、地域ケアコーディネーターが中心となり、課題整理をしながら、関係機関との連携を密にしていく。

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・障害者総合支援法 ・生活保護法 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課（○印：主たる担当）

	サービス内容
○ こども福祉課	家庭児童相談員による相談
社会福祉課	生活保護

(2) 関係機関

	サービス内容
地域ケアコーディネーター	訪問、相談
地域包括支援センター	訪問、情報収集
学校	校内外生活の把握と指導、母親への連絡調整

主治医	問診，服薬，相談など
障害相談支援事業所	母親への支援，相談

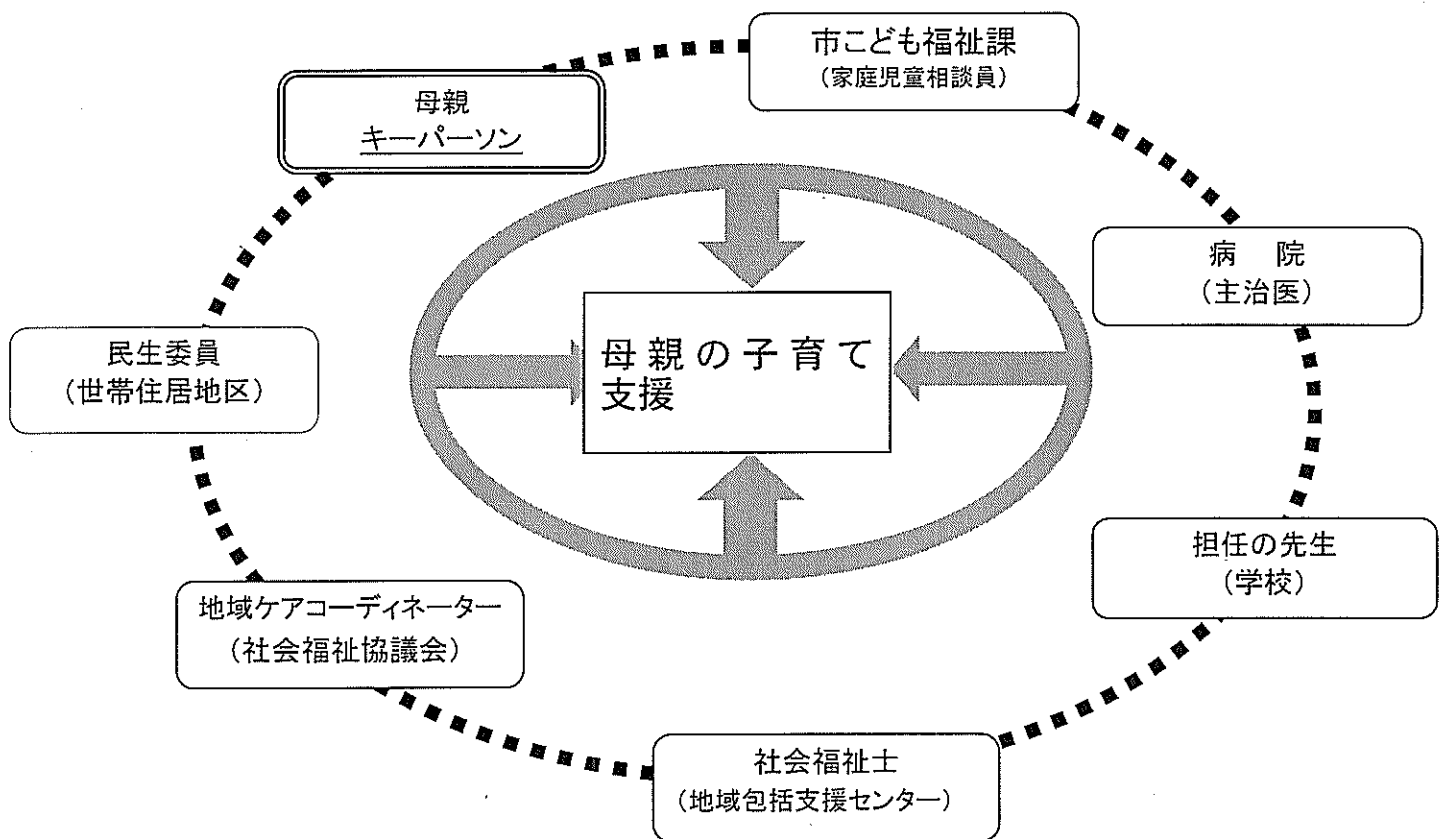
(3) その他（民間支援団体）※インフォーマルなサービス

	サービス内容
民生委員	見守り，安否確認
母方の（キーパーソン）	情報交換

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

- ・母親が窃盗や覚せい剤使用で逮捕され，服役，出所後，自殺未遂を繰り返すため，そのたびごとに，学校とこども福祉課家庭児童相談員が子供の支援を行ってきたが，母親の疾患については介入が難しかったため，地域ケアコーディネーターを中心にネットワークの構築を図った。
- ・母親については，障害相談支援事業所を中心に，子供への支援についてはこども福祉課家庭児童相談員を窓口にして世帯全体への支援体制を整えた。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

- ・子供への支援を実施していく中で、世帯の複数の課題に気づき、地域ケアコーディネーターを中心に各担当部署の連携を図ったケースである。

(4) インフォーマルサービスの活用が必要なケース

ア トラブルメーカーの夫と精神疾患の妻

●ケースの概要・支援する際の留意点

- ・夫は、精神疾患の妻を守りたい気持ちと、無年金による経済的不安からトラブルを起こしていた。
- ・夫を不安にさせている要因について（受診・お金・書類手続き支援など）留意する必要がある。
- ・地域住民・行政、警察、各関係機関などが緊急時にも対応できるよう、情報交換し、連絡調整を密にする
- ・関係機関と連絡を取り合い、必要時には対応する
- ・妻についても必要な支援が受けられるように対応する

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法 ・障害者総合支援法 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課（○印：主たる担当）

	サービス内容
○ 社会福祉課	相談、支援・連携
○ 介護福祉課	相談、支援・連携

(2) 関係機関

	サービス内容
保健所	情報収集、医療連携、緊急対応
警察（交番）	状況把握、パトロール、緊急対応
社会福祉協議会（地域ケアコーディネーター）	相談・支援・連携、緊急対応
在宅介護支援センター	安否確認、相談、連携

包括支援センター	情報収集, 連絡調整, 緊急時対応
病院 (主治医・相談員)	医療管理, 相談支援, 連携

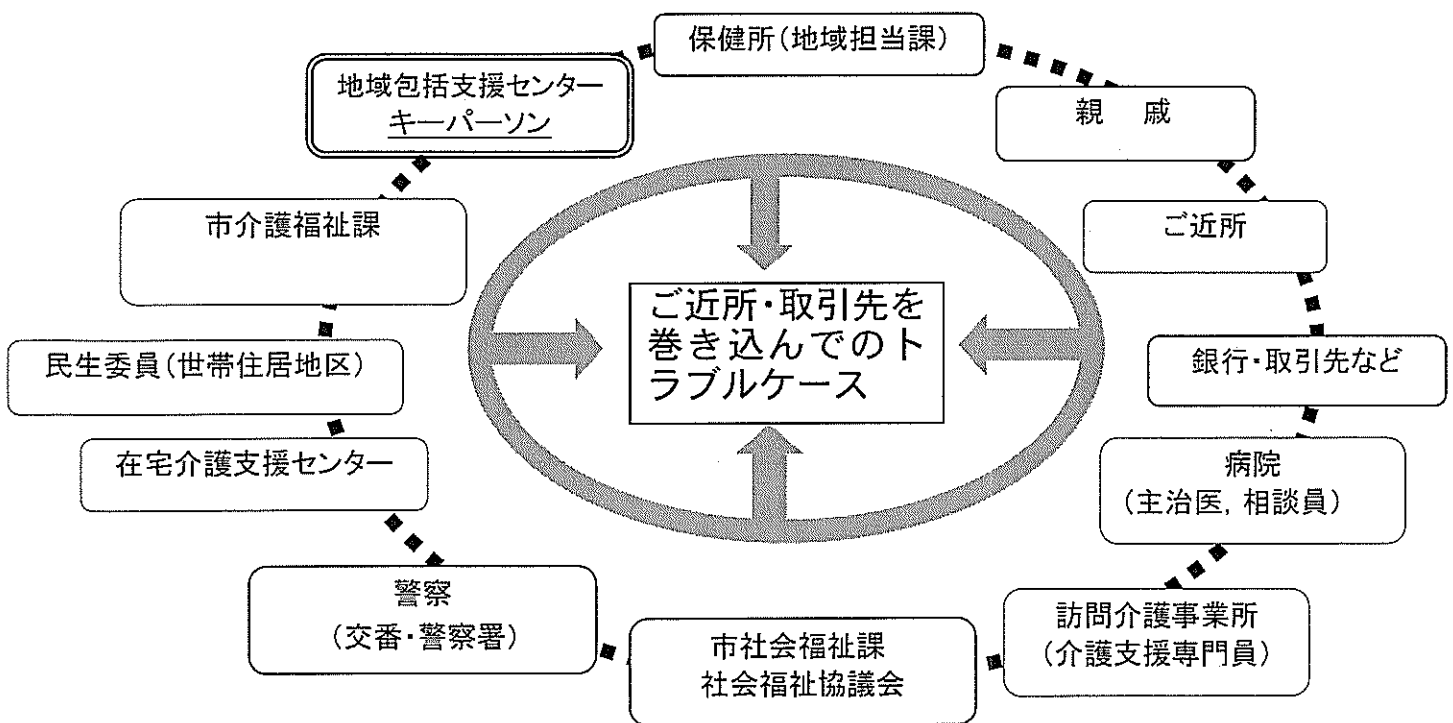
(3) その他 (民間支援団体) ※インフォーマルなサービス

	サービス内容
民生委員	見守り, 安否確認, 報告
ご近所・取引先業者	情報報告, 連絡

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

- ・ご近所から市役所に相談が入り, 市役所関係課が状況確認。夫の不安からあらゆる所に頻回に連絡し, 怒鳴るなどの行動により, 親類・ご近所・銀行・取引先などとトラブルになっていた。夫には「精神疾患のある妻を自分が守らなくては」「夫婦無年金のためなるべくお金を使いたくない」という強い思いがある。市役所関係課から地域ケアに相談が入り介入支援開始。
- ・夫にも忘れてしまう自覚があり, 助けを必要としていた。夫と妻の健康状態把握のため医療につなぐ支援開始。病院医師・相談員との連携構築。同時にご近所や取引先とのトラブルから警察も介入しているため, 医療保護入院も視野に入れ入院まで, 入院後の関係機関連携構築。残された妻について支援体制構築。親族に協力拒否のため, 今後の夫婦のための成年後見制度利用に向け連携。退院後の生活の場について新たな支援体制構築中。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

多職種連携により医療受診までの流れや関係機関内の情報共有で緊急時の対応がスムーズに進む事が可能となった

イ 知られたくない,でも,見守られたい

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・要援護者(女性・65歳未満)は, 独居で生活保護を受けている。
- ・低血糖発作を抱えている。介護保険の対象にもならず強い不安を抱いている。
- ・要援護者は周囲の方達には自身が病気を持っていることや, 生活保護を受けていることを知られたくない気持ちが強く, 家族や近隣の方からの支援が得られづらい状況下にある。

●根拠法令・制度・通知

国	県
・生活保護法	・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課 (○印: 主たる担当)

	サービス内容
○ 生活保護課	保護の決定 訪問

(2) 関係機関

	サービス内容
地域ケアコーディネーター	訪問 (月一回) 情報収集 安否確認
主治医	治療

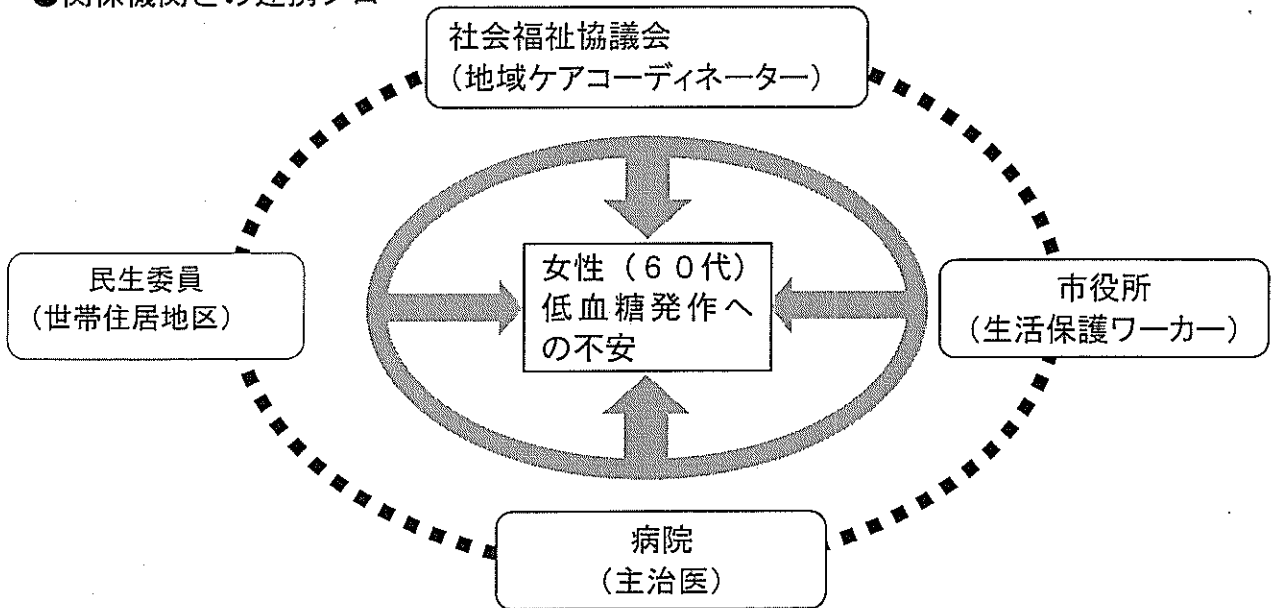
(3) その他 (民間支援団体) ※インフォーマルなサービス

	サービス内容
民生委員	見守り, 安否確認

●介入にいたるプロセス

- ・生活保護の担当から, 家族や近隣の方からの支援が得られづらい状況下であり, 低血糖発作への不安が強い要援護者への見守り支援体制を構築していただけないかと依頼があり, 生活保護のワーカーに同行訪問した。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

- ・ 周囲の人に自身の状況を知られたくないとの要援護者の意向があり、その時の体調に応じて見守りに入る人や回数を調整することになった。
- ・ 緩やかな見守り体制を組むことにより、周囲の人に知られたくないという気持ちと、いつでも支援の手が入って貰えるという安心感をもって地域での生活を継続することが出来た。

(5) 医療との連携が必要なケース

ア 自宅で迎えたい…末期がん患者、最後の願い（1）

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・ 家族関係が壊れ、家族、親族による支援が受けられずにいる。地域との関わりもあまりないため、見守り体制を作る必要がある。
- ・ 治療困難な状態ではあるが、要援護者（男性・70代）が望む生活をするために、苦痛緩和などを目的とした医療的支援が必要。

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険法 ・ 医療保険 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課 (○印：主たる担当)

	サービス内容
○ 高齢福祉課	介護保険
○ 地域包括支援センター	相談, サービスなど調整, 家族間調整

(2) 関係機関

	サービス内容
社会福祉協議会	見守りチーム作り, 救急情報キット作成
医療機関	訪問診療, 入院受け入れ
訪問看護	体調確認, 相談, 医師との連絡調整
消防署	救急対応

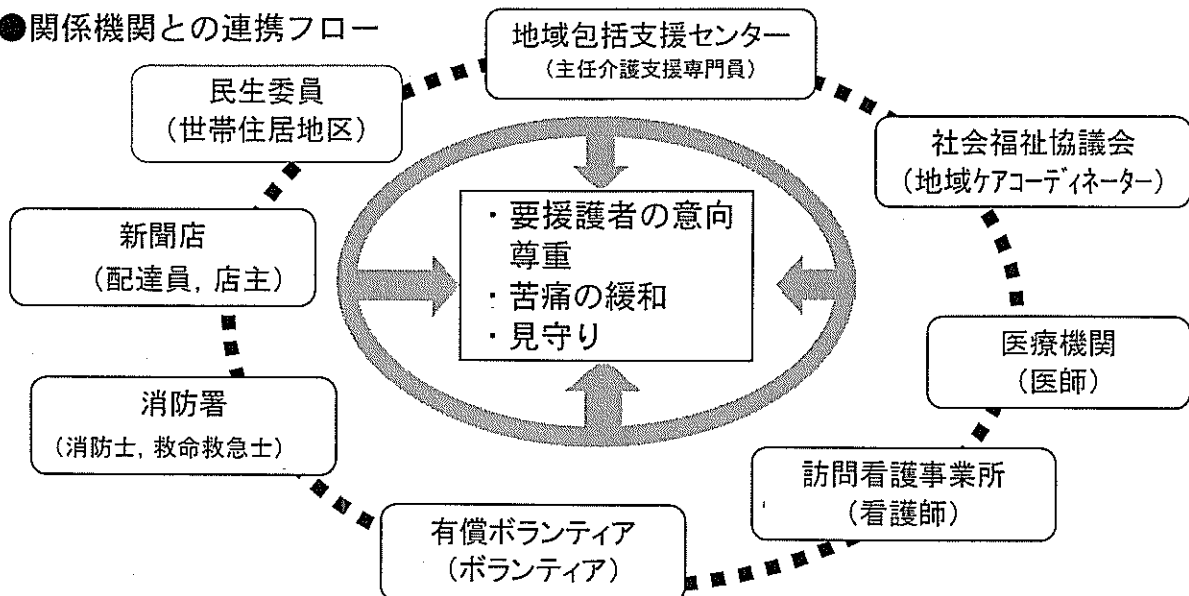
(3) その他 (民間支援団体) ※インフォーマルなサービス

	サービス内容
民生委員	見守り, 安否確認
有償ボランティア	買い物, 見守り
新聞店	見守り

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

- ①民生委員から地域包括支援センターへの相談
- ②地域包括支援センターによる状況確認 (生活状況, 要援護者の意向)
- ③包括ケア会議：安否確認体制づくり。生活支援, 医療機関との連携について検討
- ④安否確認体制づくり (地域ケアコーディネーター, 民生委員, 新聞店)
- ⑤生活支援体制整備 (地域包括支援センター, 有償ボランティア)
- ⑥受診体制の整備 (訪問診療, 急変時の対応)

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

- ・体のたるさから外来通院ができなくなったが、訪問診療，訪問看護の利用につなげることができた。
- ・要援護者の意向を尊重し，要援護者自身が限界とを感じるまで，要援護者の望む暮らし，在宅での療養を続けることができた。
- ・地域の民間団体も加わり，見守りの輪ができた。

イ 自宅で迎えたい…末期がん患者，最後の願い（２）

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・容体急変時の対応の段取り
- ・在宅への安全な移動手段の確保と，療養環境の迅速な整備
- ・要援護者，家族への心理的な支援
- ・医師，福祉用具レンタル事業所などとの緊密な連携と信頼関係

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法 ・医療保険 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

（１）市町村内関係課（○印：主たる担当）

	サービス内容
○ 高齢福祉課	介護保険
○ 居宅介護支援事業所	ケアプラン作成，サービス調整，医療との密な連携，家族への心理的な支援

（２）関係機関

	サービス内容
社会福祉協議会	ケアマネジャーへの支援
医療機関	往診，急変時対応，死亡確認と死亡診断書の作成
訪問看護	体調確認，相談，医師との連絡調整，急変時対応
福祉用具レンタル事業所	介護用ベッド，エアマットのレンタル

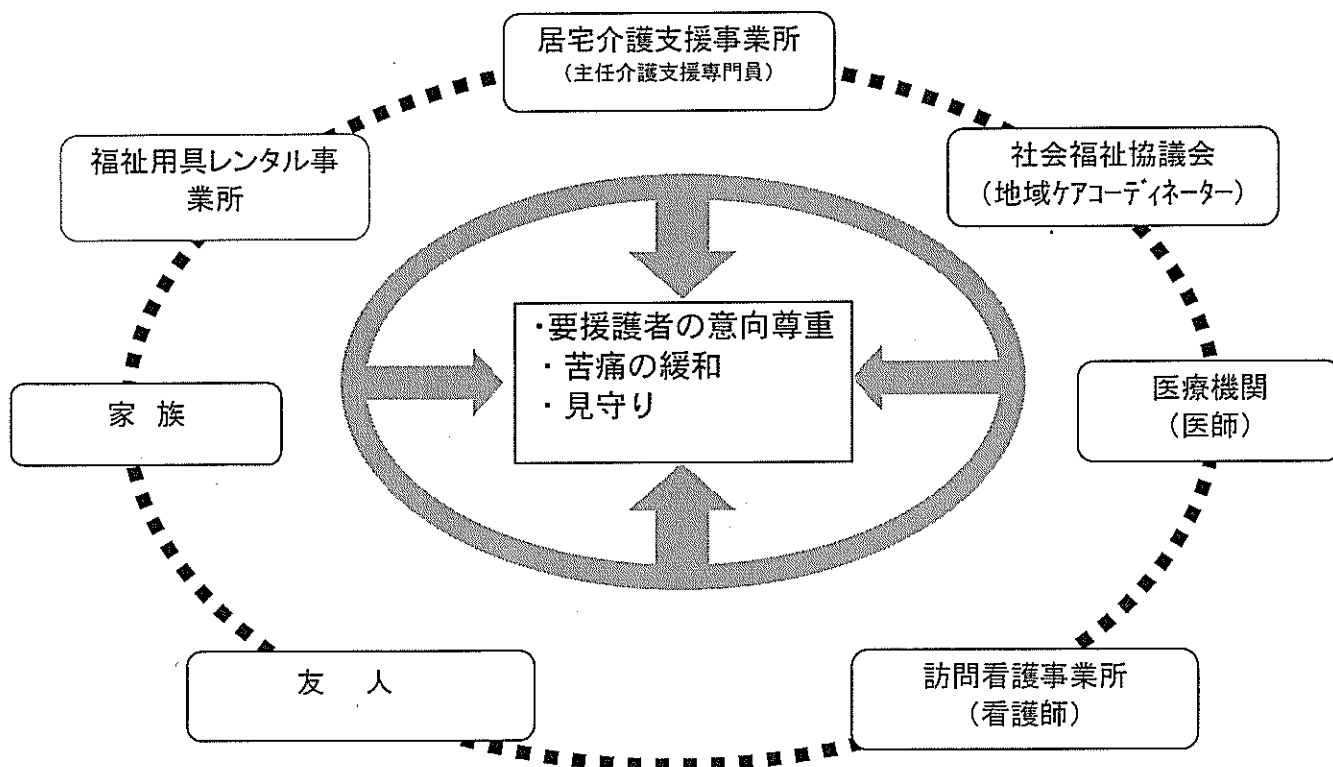
(3) その他（民間支援団体）※インフォーマルなサービス

	サービス内容
家族	見守り，容体確認
友人	家族への支援

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

医師から主任介護支援専門員への要請

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

・要援護者の最後の願いである在宅死。それを叶えてあげたいと切に願う家族。医師の協力のもと、万全の態勢で病院から自宅への移動が可能になった。退院後2日で他界されたが、要援護者からの感謝の言葉と、希望を叶えてあげられた家族の満足感と感謝の気持ちは、何物にも代えがたいチームの財産となった。

ウ 難病ALS（筋委縮性側索硬化症）患者とその家族を支援したケース

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・それぞれの職種において日々提供したサービス内容が，他のサービス提供者にも分かるよう，自宅に連絡ノートを置き，情報交換を行った。
- ・介護する配偶者が高齢であり，介護者の負担軽減のため，買い物や薬の代行サービスとして，社協の有償ボランティアを活用した。
- ・介護者の介護疲れの状況により，要援護者のメディカルショート利用のための主治医との連携を密にする。
- ・日頃から，民生委員や医師などとの連携を密にしておく。

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法 ・障害者総合支援法 ・医療保険 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課（○印：主たる担当）

	サービス内容
○ 障害福祉課	介護機器の給付（意志伝達装置）
高齡福祉課	介護保険
地域包括支援センター	相談，サービスなど調整，家族間調整

(2) 関係機関

	サービス内容
主治医	全体的な把握・診療，入院手配
往診医	訪問診療
歯科医師	訪問歯科
歯科衛生士	〃
訪問看護	人工呼吸器のルートの点検 など
ME（臨床工学技士）	人工呼吸器の維持・管理
訪問介護	食事，掃除の支援
訪問入浴	入浴の支援
社会福祉協議会 （地域ケアコーディネーター）	全体的なコーディネート

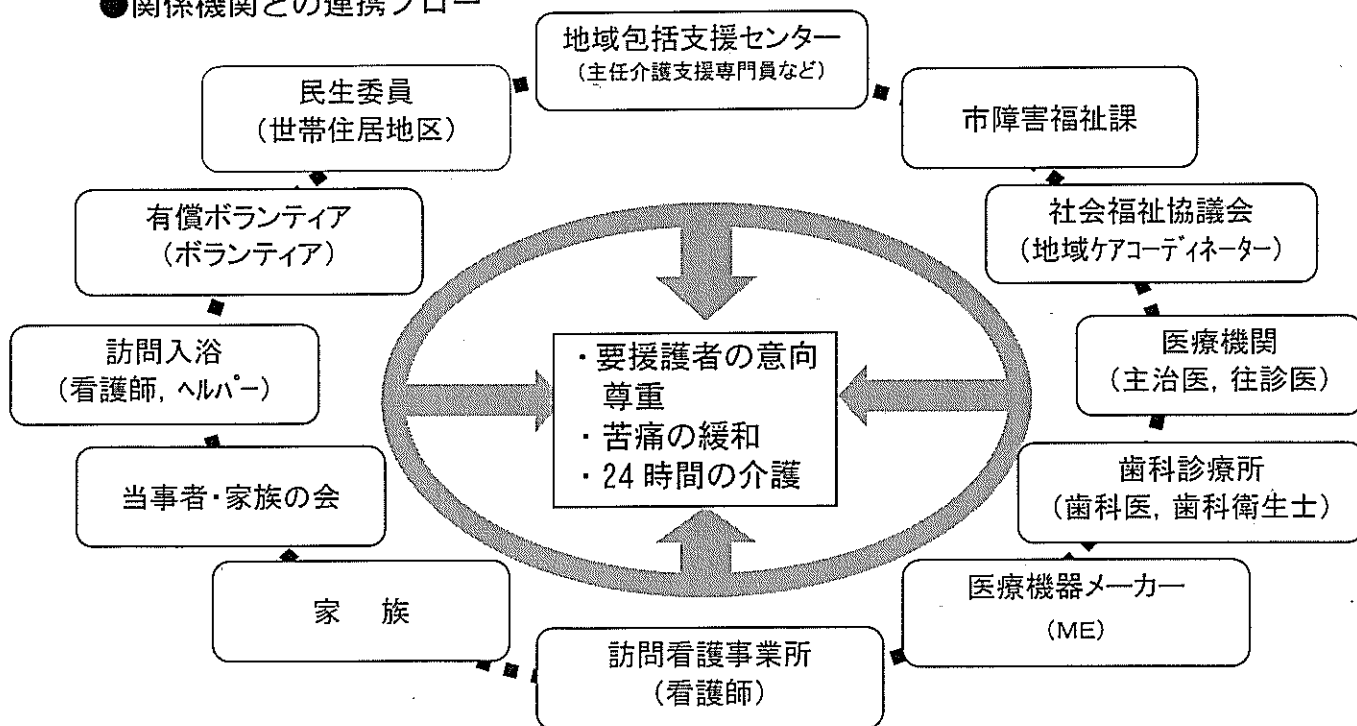
(3) その他（民間支援団体）※インフォーマルなサービス

	サービス内容
民生委員	見守り，安否確認
有償ボランティア	買い物，見守り
当事者・家族の会	情報収集，意見交換 など
家族	24時間の介護

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

医療機関の医師から，地域ケアコーディネーターに連絡が入り，対応

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

・難病中の難病といわれる人工呼吸器装着の方でも，多職種が協力することで，要援護者，家族の方が望む在宅での生活が可能になった。

エ 主介護者がいなくなってしまう！重症心身障害者の兄弟への支援

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・父・母60歳代。兄弟は20歳代、30歳代で常に介助が必要な状態だが、父が長期入院してしまった。
- ・父親と母親の思いが強いため、両親の意見を取り入れながらも、兄弟の意見を聞きながらサービスの調整を行っていく。
- ・複数のサービス事業所を利用しているため、横のつながりをとっていくことが必要。

●根拠法令・制度・通知

国	県
<ul style="list-style-type: none"> ・障害者総合支援法 ・医療保険 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課 (○印：主たる担当)

	サービス内容
○ 社会福祉課	相談、障害福祉サービスの支給決定

(2) 関係機関

	サービス内容
社会福祉協議会	相談・支援
相談支援事業所	訪問、情報収集、サービスの調整
居宅サービス事業所	身辺介護、家事援助
通所サービス事業所	身辺介護、食事介護、バイタルチェック
訪問看護ステーション	食事介助、バイタルチェック
医療機関	通院、入院、情報把握

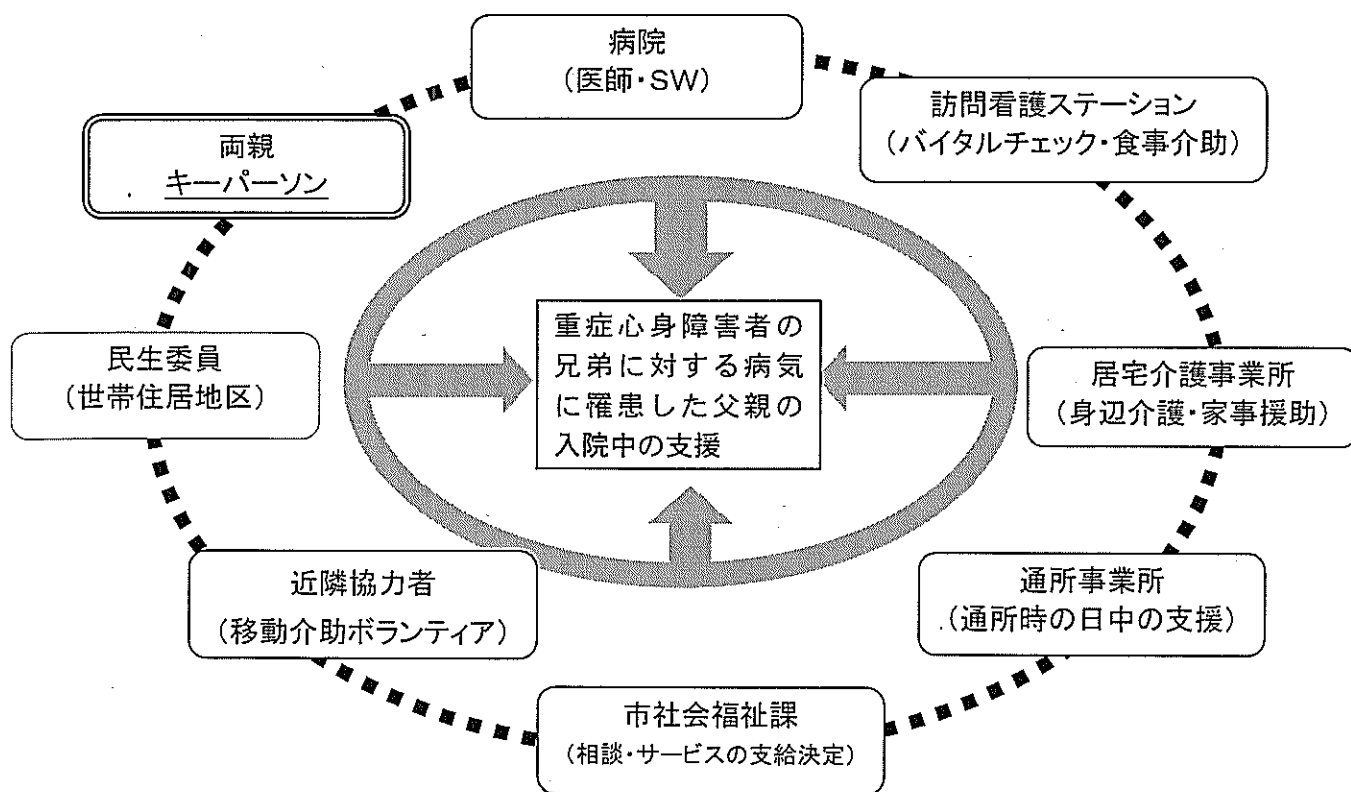
(3) その他 (民間支援団体) ※インフォーマルなサービス

	サービス内容
両親	食事介助、
民生委員	見守り、家庭状況の把握
近隣協力者	見守り、安否確認、介助ボランティア

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

もともとは地域ケアシステムができたころから、何かあれば相談に来ていた。父親が病気になり、長期入院することとなったため、父母から再度相談が入る。兄弟ともに在宅酸素を使用。気管切開や胃ろうはなく、食事はとろみ食を経口摂取だがたびたび吸引が必要。これまでは父親が、日中居宅介護を使いながらほぼ24時間介護していた。母親は9時から7時ごろまで仕事のため、父親が不在の間の日中の体位交換、食事の介助の調整が必要となる。これまで利用していた訪問看護ステーションと居宅介護事業所ではまかなうことができず、特に夕食時の訪問看護が課題となる。訪問看護ステーション、居宅介護事業所、市役所、コーディネーター、両親で話し合いを持ち、入院が差し迫っていたため、父母に医療機関への入院のお願いをしてもらい、市からも連絡をしてもらう。本来入院の必要な状況ではなかったが、医師の理解を得て、1週間入院させてもらうことができたため、その間に市の方から色々な事業所（訪看、居宅）に連絡し、支援のお願いをもらった。なんとか1カ月間のサービス調整を市役所にしてもらい乗り切ることができたが、今後は相談支援専門員をつけてもらい、サービスの調整を行えるようにした。兄弟も意思決定は出来るが、父親の意見がすべてに大きく左右するので、キーパーソンは父親となっている。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

・重度の障害であるため、父親が主に移乗の介助を行っていたが、病気の手術のため、長期入院することとなった。両親、本人の希望により、在宅生活を続けることとなるが、急な入院であったため、サービスの調整がつかなかった。これまで通院し、信頼してきた医師の計らいと説得があったことで、父親と同じ病院に1週間程度入院できることとなり、入院中にサービスの調整をすることができた。父親の入院中の経過も、SW経由で情報提供されたことにより、今後継続した支援が必要であることを早い段階で情報を得ることができた。また、訪問看護ステーションが入ることで、吸引が必要となる可能性が高い食事介助などもスムーズに行うことが出来た。訪問看護ステーションが多忙であるため、複数のステーションが入ることが可能なのか？夕食の時間の介助のできるステーションはないのかが現在の課題となっている。

オ 救急隊が気づいた入院患者宅の異変。支援は病院から始まった

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・要援護者が転倒して入院する過程で、要援護者（80代）の自宅が物であふれていることが発覚し、病院から関係機関へと支援の輪が広がった。
 - ・支援する際の留意点としては…
- ① 要援護者の自宅が物であふれていて、介護用ベッドやトイレを置くなど在宅介護環境が整えられるかどうか。
 - ② 要援護者とその娘（50代）とも、要援護者の身体状況や生活環境に対して、問題意識がないため、意識付けが必要。

●根拠法令・制度・通知

国	県
介護保険法	地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

（1）市町村内関係課（○印：主たる担当）

	サービス内容
○ 高齢福祉課	要介護認定

(2) 関係機関

	サービス内容
病院, かかりつけ医	医師, 地域連携室
居宅介護支援事業所	介護支援専門員
サービス提供事業所	通所サービス
社会福祉協議会	地域ケアコーディネーターによる訪問, 相談
地域包括支援センター	訪問, 相談, ケアマネ支援

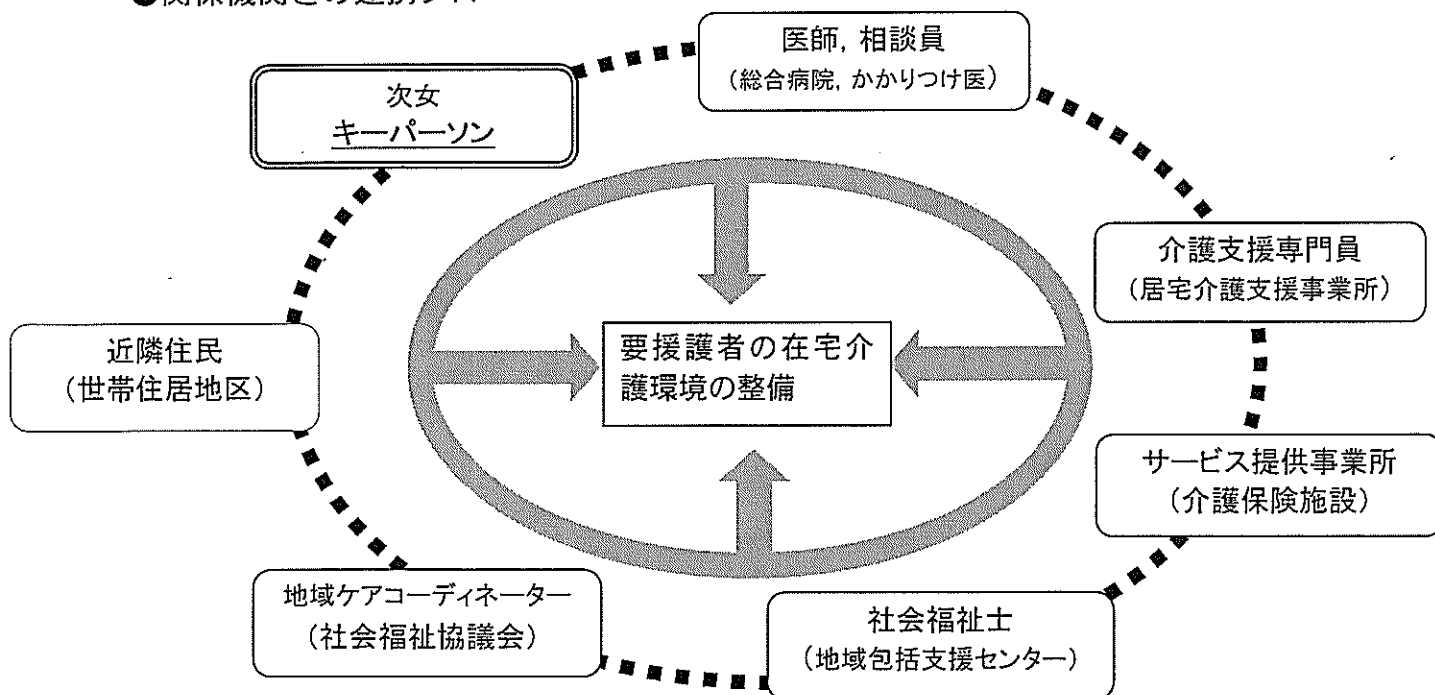
(3) その他 (民間支援団体) ※インフォーマルなサービス

	サービス内容
近隣住民	見守り

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

- ・要介護者が自宅で転倒し、救急車で総合病院へ搬送された際、救急隊から病院側へ要介護者宅がものであることであふれていたため、今後何らかの支援が必要なのでは？との情報提供があった。
- ・病院の地域医療連携室の相談員から地域包括支援センターへ、在宅復帰後の生活についての連携、支援の要請があった。
- ・入院をきっかけに要介護認定を受けたことから、病院、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、地域ケアコーディネーターと連携し、支援体制を整えることとなった。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

- ・総合病院は、入院患者の自宅の様子まで把握することはあまりないが、今回のケースは病院の地域医療連携室から地域包括支援センターへ相談があったことで、在宅介護のできる環境を整備し、介護保険サービスへつなぐことができた。
- ・また、ゴミ屋敷の片付けについては、地域ケアコーディネーター、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターと次女とで行ない、介護用ベッドやトイレなどを置くことができる環境を整えることができた。
- ・今後も、モノがあふれて以前のような状況にならないよう、居宅介護支援事業所、地域ケアコーディネーターとで見守っていくこととなった。

(6) 要介護者がサービスを拒否している、あるいはサービスの必要性を認識せず利用していないケース

ア 認知症姉妹の在宅生活支援

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・今までサービスを受け入れなかった利用者には、介護サービスを明確に説明しキーパーソンの役目ともなる介護支援専門員の援助及びチームで支える援助が必要。
- ・近隣住民との関わりの連絡調整を行い、今までの生活スタイルを維持させながらより安心できる生活を支える支援が必要。

●根拠法令・制度・通知

国	県
・介護保険制度	—

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課（○印：主たる担当）

	サービス内容
○ 地域包括支援センター	相談支援
○ 高齢福祉課	相談支援

(2) 関係機関

	サービス内容
医療機関	診察

社会福祉協議会	金銭管理
訪問介護	日常生活援助
訪問看護	体調管理
社会福祉協議会	配食サービス, 安否確認
居宅支援事業所	介護支援専門員

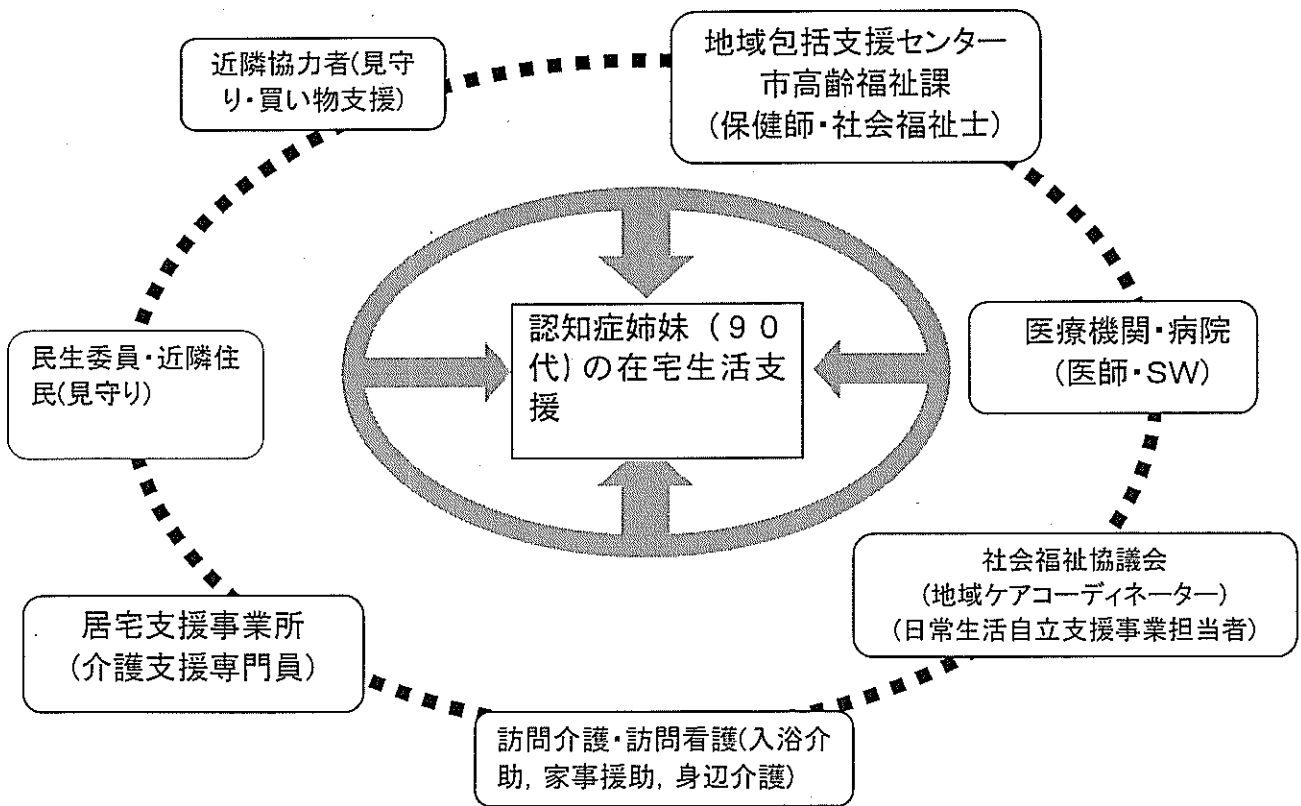
(3) その他 (民間支援団体) ※インフォーマルなサービス

	サービス内容
民生委員	見守り, 安否確認
近隣協力	見守り, 安否確認, 日常生活援助

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

- ・介護支援専門員, ヘルパーから相談

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点 (効果)

- ・要援護者の医療情報が明確となり, 関係機関が把握し, 服薬管理が出来るようになった。
- ・経済状況も見え, 安全で姉妹が安心して生活出来るようになった。

イ 2年越しの訪問，遂に鳴った本人からの電話

●ケース概要・支援する際の留意点

- ・統合失調症と思われる症状が見られているが，要援護者（70代）には一切病識がなく，むしろ同居している姉が出している食事に問題があると考えている。精神科だけでなく他の医療機関にも全くかかっておらず，支援の必要性を全く感じていない。
- ・姉も高齢で重い病気をかかえており，今のところは何とか支援しているが，いつ支援が出来なくなるか不安に感じている。

●根拠法令・制度・通知

国	県
	・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 関係機関

	サービス内容
社会福祉協議会 (地域ケアコーディネーター)	訪問，情報収集，安否確認，相談
病院ソーシャルワーカー	病院受診の際の主治医との調整

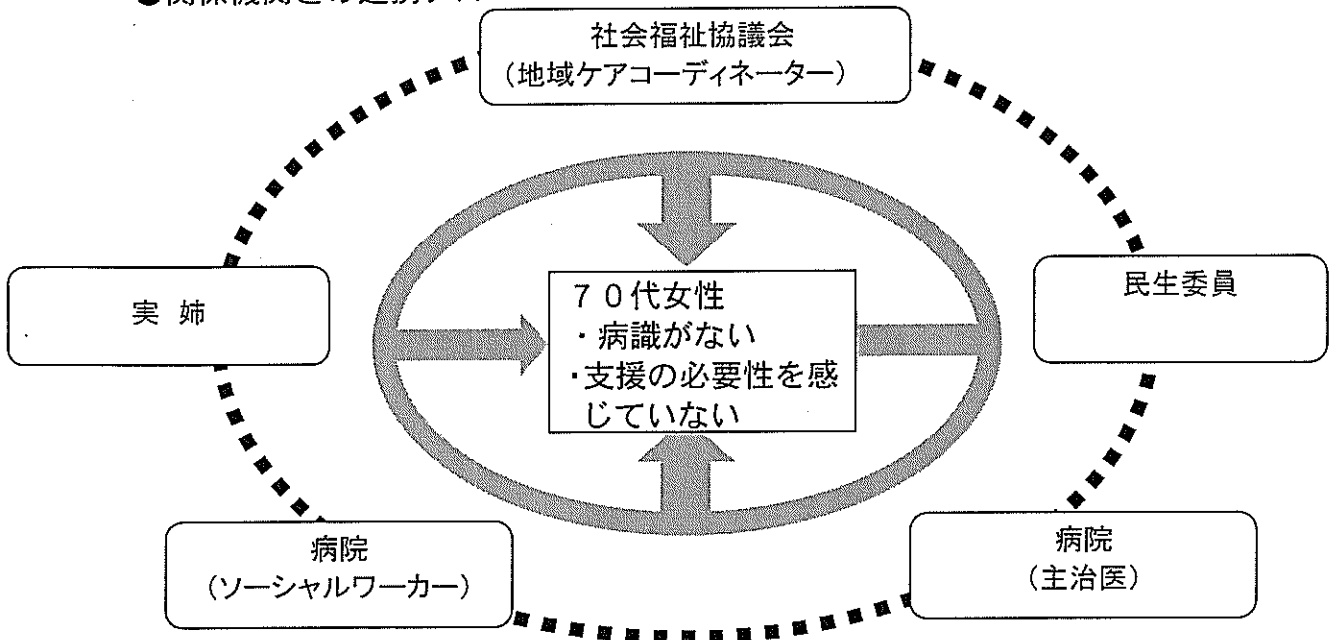
(2) その他（民間支援団体）※インフォーマルなサービス

	サービス内容
民生委員	訪問 見守り

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

- ・支援開始当初は要援護者に病識がなく，支援の必要性を全く感じていなかった。同居している姉の助言もまったく聞き入れず，幻聴などがありながらも一人で自分の思いの通りに生活続けていた。
- ・コーディネーターは3ヶ月に1回程度の間隔で訪問し，体調などを伺うことを続けてきた。最初の内は門前払いであったが徐々に話をすることが出来るようになってきた。
- ・訪問を開始してから2年が経過したときに要援護者から直接地域ケアコーディネーターに電話が入る。電話の内容は帯状疱疹を発症していると思われ，直ぐの訪問の約束を取り付け，訪問を実施した。

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点 (効果)

・今まで支援の手が全く入らなかったが病院受診を実現することができた。それをきっかけに困ったことがあれば相談できる場所であるという認識が生まれ、少しずつ信頼関係が構築され精神科受診にまで繋げることができた。

・本人が支援の必要性を感じるまで待ち、時期が来た時に支援に入り関係性の糸口を見いだしたケース。

ウ 「こだわり」をそっと見守る地域が目

●ケース概要・支援する際の留意点

・要援護者 (女性・60代) には強いこだわりがある。ひとりで車イスにのり外出するが、車の往来があっても道路を横切るなどの危険があり外出時の見守りや支援が必要。

・精神面の不安定さがあり、要援護者は「手伝ってもらわなくて大丈夫」と言いつつも、市役所や亡き夫の担当をしていた介護支援専門員、社協に相談に行く。その都度、相談対応が必要。

●根拠法令・制度・通知

国	県
—	・地域ケアシステム推進事業

●市町村内関係課及び関係機関の役割

(1) 市町村内関係課 (○印：主たる担当)

	サービス内容
高齢福祉課	介護保険
○ 地域包括支援センター	相談

(2) 関係機関

	サービス内容
社会福祉協議会	相談, 見守りチーム作り, 救急情報キット設置
居宅介護支援事業所	相談 (ケアプラン作成, サービス調整)
警察署	交通指導
民間交番	街中での見守り

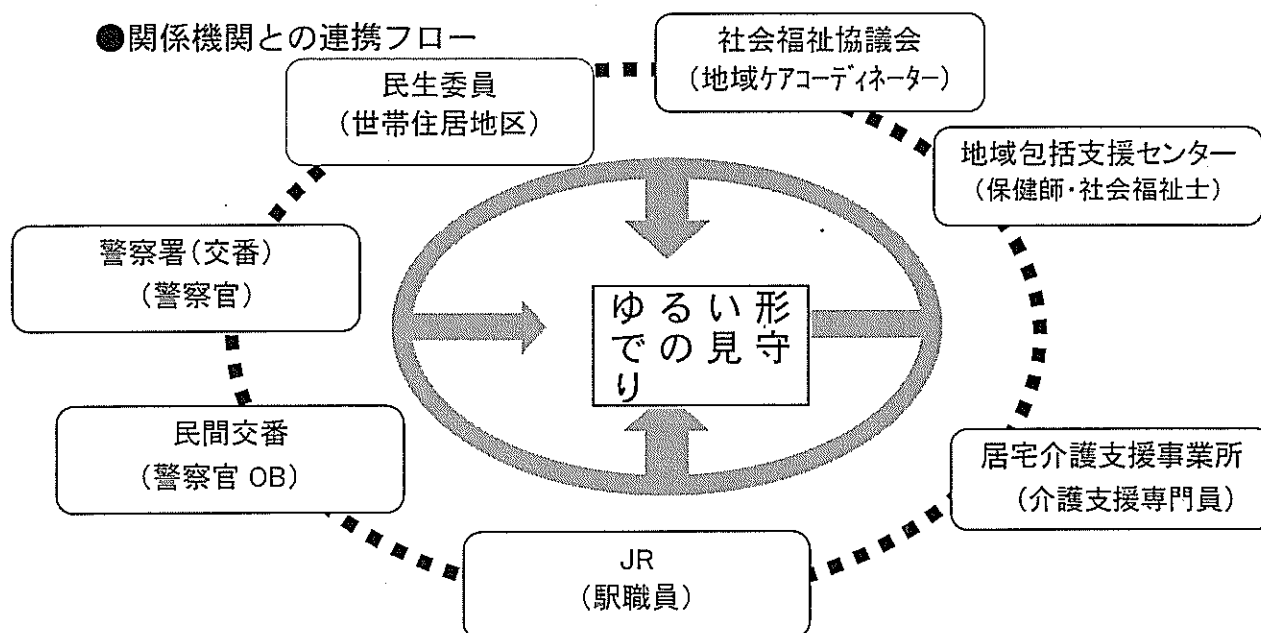
(3) その他 (民間支援団体) ※インフォーマルなサービス

	サービス内容
民生委員	見守り, 安否確認, 食事の確認
JR	通院の際の電車の乗り降りの支援 (車イス対応)

●介入にいたるプロセス及び関係機関との連携体制構築など

- ①介護支援専門員から地域包括支援センターへの相談
- ②要援護者の意向確認。「人に手伝ってもらわなくて大丈夫」「都内の大学病院に通いたい」
- ③包括ケア会議：要援護者の行動範囲の確認。外出時の見守り員協力者の検討。
- ④見守り協力依頼 (地域ケアコーディネーター, 民生委員, 民間交番, JRなど)

●関係機関との連携フロー



●多職種連携チームが関わったことでの利点（効果）

- ・要援護者の行動を地域でゆるく見守るようになった。
- ・民生委員など見守り協力者が生活状況や要援護者の状態の変化に気付いたときに、随時支援対応を協議するための連絡体制が整った。