

第10回

地域包括支援センターって何するところ？
～関係者にとっての包括～

ことう地域チームケア研究会

平成26年9月9日（火）

☆地域包括支援センターの設置 予防重視型システムの確立（H18～）

○予防給付（要支援者への給付）

- ・サービス内容
介護予防を目的とするサービスを実施
「介護予防」＝日常生活に支障のある状態の軽減または悪化の防止
- ・サービス種類
介護予防サービス＝介護予防訪問介護、介護予防通所介護等15種類
- ・サービス調整、相談 等

○地域支援事業(要支援・要介護状態になるおそれのある者への給付)

要支援、要介護状態になる前から介護予防を推進すると共に、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した生活を営むことができるよう支援する。

- ◆介護予防事業…要支援、要介護になるおそれの高い方を対象に、運動器の機能向上や栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもり予防、認知症予防、うつ予防などの介護予防事業を実施
- ◆包括的支援事業…総合相談や成年後見制度の紹介、介護予防プランの作成等
- ◆任意事業…介護給付の適正化や家族支援等事業の実施

○認知症施策の推進(今後目指すべきケア…「事後的な対応」から「早期・事前的な対応」へ)

- ◆認知症ケアパスの作成・普及（状況に応じた適切なサービス提供の流れ）
- ◆認知症初期集中支援チームの設置（認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや家族支援を行うチーム）
- ◆地域ケア会議の定着・普及、虐待防止への対応、資源の情報収集と活用 等

☆地域包括支援センターとは

- ・高齢者の生活を支える総合機関
- ・「地域包括ケア」や予防重視型システムを支える中核的な機関

○設置主体及び人員

市町村（委託可能）

保健師（経験ある看護師）、社会福祉士、主任介護支援専門員またはこれに準じる者

○業務

①介護予防ケアマネジメント

予防給付や介護予防事業が効率的且つ効率的に提供されるよう、適切なマネジメントを行う（ケアプランの作成、サービス利用の評価等）。

②総合相談支援事業

高齢者の相談を総合的に受け止めると共に、訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぐ。

③権利擁護事業

成年後見制度・地域権利擁護事業等を活用しながら、高齢者の虐待防止や権利擁護に努める。

④包括的・継続的ケアマネジメント事業

高齢者に対し包括的且つ継続的なサービスが提供されるよう、地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援する（ケアマネージャーの支援、支援困難事例への対応強化等）。

新しい地域支援事業の全体像

<現行>

介護保険制度

<見直し後>

【財源構成】

国 25%
都道府県 12.5%

市町村 12.5%

1号保険料 21%

2号保険料 29%

【財源構成】

国 39.5%
都道府県 19.75%

市町村 19.75%

1号保険料 21%

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付

(要支援1~2)

訪問看護、福祉用具等

訪問介護、通所介護

介護予防事業

又は介護予防・日常生活支援総合事業

○二次予防事業

○一次予防事業

〔介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。〕

地域支援事業

包括的支援事業

○地域包括支援センターの運営
・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業

○介護給付費適正化事業
○家族介護支援事業
○その他の事業

現行と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業
(要支援1~2、それ以外の者)

- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス(配食等)
 - ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
- 一般介護予防事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
(左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
- **在宅医療・介護連携の推進**
- **認知症施策の推進**
(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)
- **生活支援サービスの体制整備**
(コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業

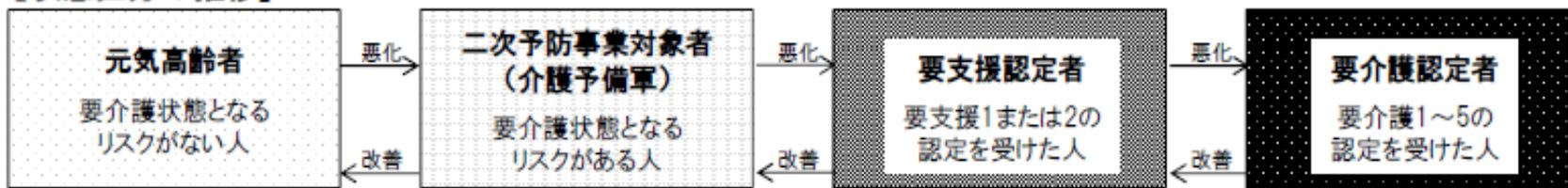
○介護給付費適正化事業
○家族介護支援事業
○その他の事業

地域支援事業

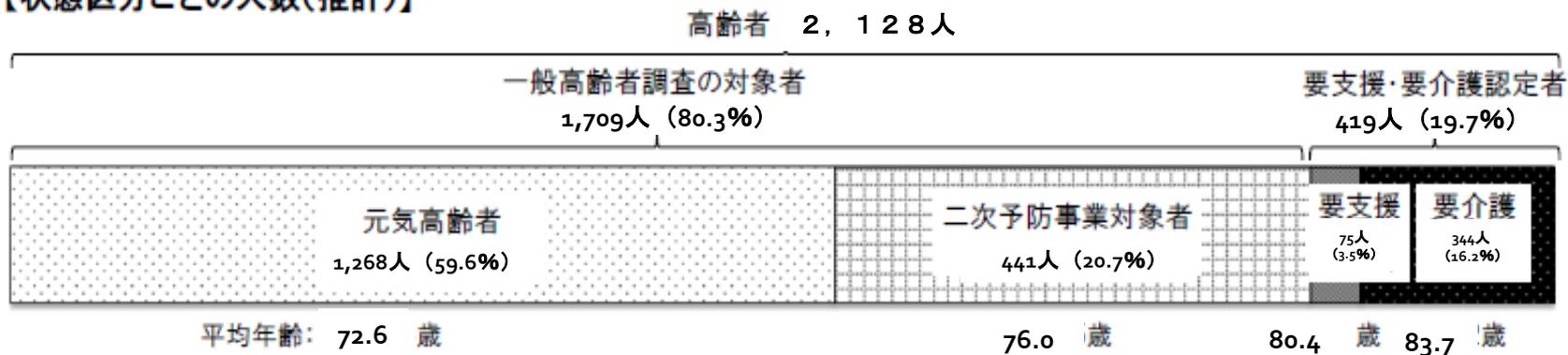
1. 高齢者の概況 (1)状態像の構造

- ・要支援・要介護対象者は、**高齢者全体の19.7% (419人)** を占める。
- ・二次予防事業対象者は、**全国平均の26.2%より3.4ポイント高い**。全体の回収率は、**全国平均 (87.1%) より22ポイント高い**。

【状態区分の推移】

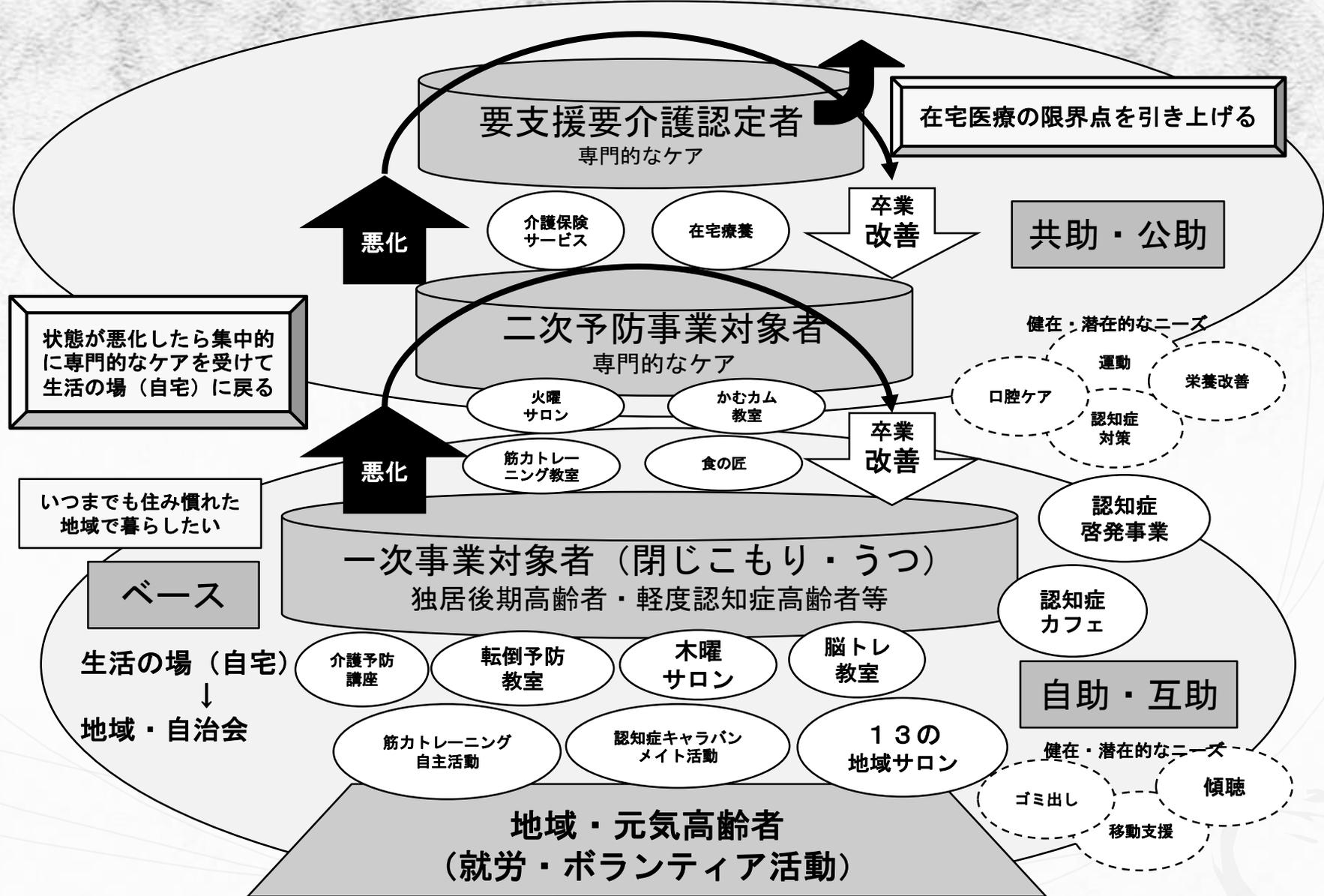


【状態区分ごとの人数(推計)】



《参考》	チェックリスト配布者	回収率	チェックリスト回答者	出現率	回答者のうち、二次予防事業対象者
甲良町 (H26)	1,709 (一般高齢者全員)	87.1%	1,489	29.6%	441
全国(H24)	15,047,457 (一般高齢者の59.0%)	65.1%	9,798,950	26.2%	2,570,001

今後のサービス・社会資源の整備について



第6期介護保険事業計画における 地域包括ケアシステム構築のための重点取組事項

1 在宅医療・介護連携の推進

市町が主体となって日常生活圏域において必要となる在宅医療・介護連携のための体制を連携を図る。

- ①在宅医療・介護を協議する場の設置
- ②地域の在宅医療、介護実態把握、資源情報分析
- ③24時間365日の在宅医療・介護連携体制に向けた検討と実践
- ④多職種連携のための研修会
- ⑤効率的な情報提供のための取り組み
- ⑥地域包括支援センター、介護サービス事業者 介護支援専門員等への支援
- ⑦地域住民の普及・啓発

2 認知症施策の推進

○具体的取り組み

- ①認知症初期集中支援チーム※できるだけ早期の取り組みを
- ②認知症地域支援推進員※できるだけ早期の取り組みを
- ③認知症ケア向上推進事業の実施
- ④若年性認知症施策の実施
- ⑤市民後見人の育成、支援組織の体制充実
- ⑥認知症サポーターの養成と普及その他市町が行う認知症の人と家族への支援に対する取り組み

3 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進

- ①高齢者等を支援の担い手になるよう養成し、支援の場につなげる資源開発
- ②活動主体等のネットワークの構築
- ③支援を必要とする高齢者のニーズと地域資源のマッチング

4 高齢者の居住安定に係る施策との連携

持家や賃貸住宅の住宅改修に加え、生活指導・相談、安否の確認、一時的な家事援助、緊急時対応等のサービスを提供するシルバーハウジング・プロジェクトや加齢対応構造等を備えた公営住宅その他の高齢者に対する賃貸住宅や老人ホームに関する供給目標等について、必要に応じて都道府県と連携を図り定めること。養護老人ホームや経費老人ホームについて、地域の実情に応じてサービス量の見込みを定めること。

医療・介護の提供体制の将来像の例(国の方向性)

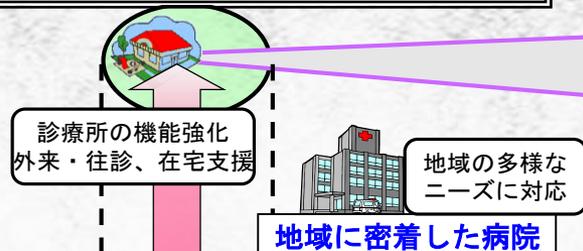
～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

医療提供体制の効率化・重点化と機能強化
都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

&

地域包括ケアの実現（包括的ケアマネジメントの機能強化）
※体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討

市町村レベル：
主治医（総合医を含む）による日常の診療対応



人口20～30万レベル：
救急病院など地域の基幹病院を中心とする医療機関のネットワーク

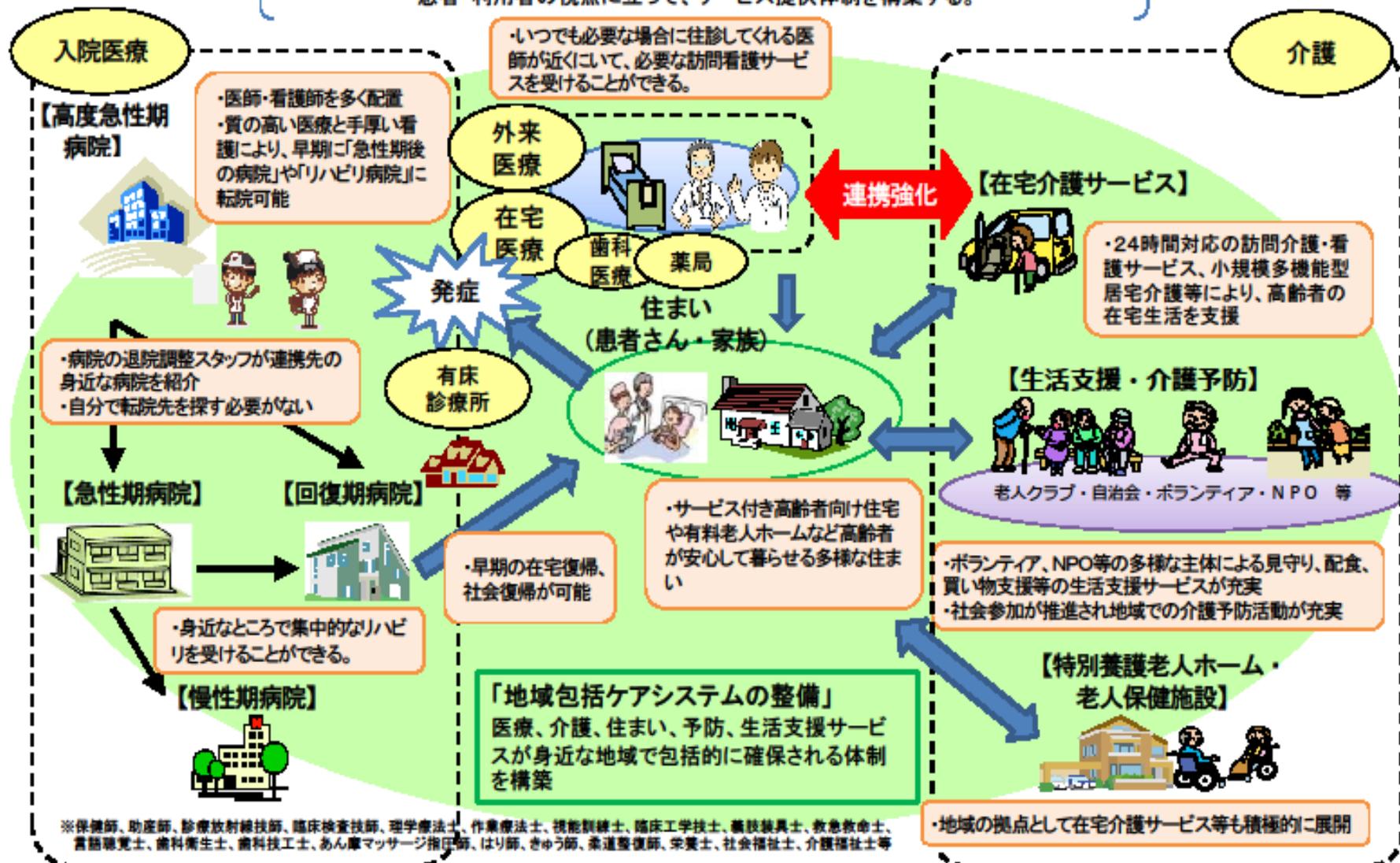


都道府県レベル：
救命救急、高度医療など広域ニーズへの対応体制整備



医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職^(※)の積極的な関与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。



<事例概要①>

～基本情報～

年齢：88歳 未婚 女性

学歴・職歴：女学校卒

身障手帳4級（S54）

要介護度：1（H26）

日常生活自立度：A1 認知症老人自立度：I

ADLの状態	①食事	一部介助
	②排泄	一部介助
	③移動	一部介助
	④着脱	一部介助
	⑤入浴	一部介助
	⑥整容	一部介助

現病歴：高血圧症・高脂血症・狭心症・変形性股関節症

服用薬：1) アダラートCR (40) 1T プロプレス (8) 1T 朝1回

2) ザンタック (150) 2T分2後 3) セルベックス3C分3後

コミュニケーション能力：良好

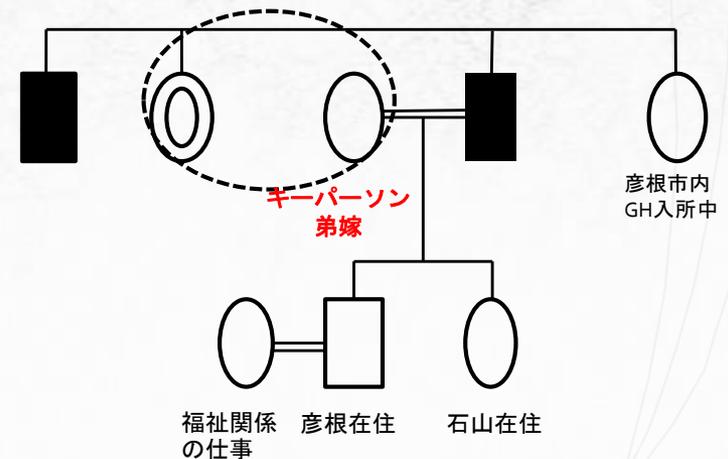
性格・気質：温厚・素直、しっかりしている、私生活では頑固

生きがい・趣味：買い物

生活歴：昭和18年大阪で、2男2女の長女として生まれる。父は糸屋を営んでいた。空襲で滋賀へ帰る。50歳まで工場内の食堂関係で勤務。その頃股関節の手術を受けるが、跛行が残り生活に支障がでて退職。家で畑をして野菜を栽培しながら生活。買物や銭湯には老人車で出掛けていた。H26年2月に銭湯で倒れてからは外出ができなくなっている。

人間関係：弟の嫁とは関係は悪いが、亡くなった弟や甥や姪とは仲良く小遣いをあげていた。

家計図



<事例概要②>

～生活の背景～

本人と同居している弟嫁とは、弟存命中から40年近くに渡り関係性が悪く、同じ家屋で生活を共にしつつも、本人の部屋は隔離され、他の部屋へ行き来できないように、襖は開かないようになっていた。

本人は50歳頃から、変形性股関節症があり、脚長差から歩行困難が認められる。本人は家の台所使用は認められず、部屋の縁側や中庭にバケツで溜め水をし、火鉢を調理器代わりに使っていた。また、冬場はその火鉢で暖を取っていた。80歳を過ぎても、どうにか本人ができる範囲内で身の回りのことを行ってきた。食材の準備は本人が畑で野菜を採り、その他の物はバスに乗り買物に出ている。入浴は甲良の湯まで老人車を押して通った。しかし、衛生面では、足が不自由なこともあり、物の片付けや掃除等は充分できないまま、ゴミや廃材、火鉢の灰等が部屋周辺に蓄積していった。

今年2月に甲良の湯で意識状態が悪くなり救急搬送してから、ADLが更に低下し、部屋では殆ど身動きせず、寝たまま配食弁当を側に置いてもらい頼張っていた。移動は、部屋の中でたまに這うか、時間をかけ伝い歩きをしていた。小便是バケツの中に受け、大便是外にあるトイレまで土の上を這って排泄していた。部屋から老人車で外出することができなくなった。

現在本人は買物や調理、洗濯、清掃等の家事を行うことが難しくなっている。また、生活をしている本人の部屋は老朽が激しいこと、歩行困難もあり車椅子生活に対応した住環境に改修する必要がある。

● Aさんの自分年表

和暦	年齢	プライベート (学歴・仕事等)	生活習慣	健康面	CM・包括センター等との関わり
T15	0	大阪で二男二女の長女として生れる。 父は滋賀の人で商売をする為大阪へ出て毛糸屋を営む。	裕福な暮らし。	健康。	
S19	18	大阪の女学校卒業。 長男は大阪で病死。			
S21	20	大阪で空襲に遭い実家である滋賀に引き上げる。〈現在の家〉			
S24	23	滋賀に帰り、父母は死亡。 Aさんが家事を切盛りし妹の世話をする。二男である弟はブリキ屋を営み生計を立てる。	兄弟が助け合い生活をする。		
S41	40	Aさんは結婚せず、家事をきりもりしていた。弟が結婚する事となり、それを機に近場の会社の食堂に働きに出る。弟は結婚してもAさんを大切にされた。弟嫁とは仲がしっくりとしない。	Aさんの一室だけ襖まで閉ざされ、釘が打たれ行き来が出来ない。台所や風呂は使えない状況。火鉢で調理、バケツに食用の水を用意。銭湯。トイレは中庭を通り使用。		
S54	53	立ち仕事で下肢に負担がかかり股関節症の手術を受ける。	家庭の整理整頓が充分できなくなる。	変形性股関節症。	

和暦	年齢	プライベート (学歴・仕事等)	生活習慣	健康面	CM・包括センター等との関わり
S54	53	仕事を退職する。		歩行障害（跛行）	身障手帳4級。
S55	54	畑仕事をし自給自足の生活をする。時々アルバイトも行う。	自室で調理を火鉢で行う。排泄も畑で行ったりする。		
S56 ～ H3	55 ～ 65	幼い頃から姉弟は力を合わせてきたので弟とは仲が良くAさんによくしてくれた。弟嫁とは全く関わりを持たない状態。甥や姪を可愛がり小遣いを与える。	買物好きでバスを使い街へ出ていた。自分の好きな物をかまわず買っていた。購入しては部屋に放置、置き切れないのと母屋の一角に溜め置きしていた。電気製品（扇風機・ラジオ・掃除機・薄型テレビ・スイング椅子等）、食べ物はチョコレート、コンセントは部屋に1箇所だけ。タコ足配線。		
H4 ～ H13	66 ～ 75	弟死亡。	色んな物を購入するが片付けが出来ず部屋は購入品で一層ごちゃごちゃするようになる。		
H14 ～ H24	76 ～ 86	畑には通い野菜を収穫していた。	火鉢で調理、暖を取る。灰を部屋内や中庭に捨て、排泄は縁側でバケツで行い、たまると中庭にいくつも並べていく。	足腰の弱り。 病気の出現。 高血圧症。 高脂血症。 狭心症。 完全右脚ブロック。 低カリウム血症。 低蛋白血症。	H18 「病院へ連れて行ってもらえんか」 外出支援（町一般施策）。 H23.6月「足腰の弱りで老人車が欲しい」 町保健福祉課相談。シルバーカー購入。 （大サイズ）。 H24 二次予防高齢者となる。 チェック項目（運動・物忘れ） H24 民生委員の交代。 民生委員から「気になる状況の人がいる」 と情報提供。 ～周囲の人が気付き始める～

和暦	年齢	プライベート (学歴・仕事等)	生活習慣	健康面	CM・包括センター等との関わり
H25	87	夏頃から「もう畑には行かんわー」と畑に行くことが面倒になる。	こまめに動けなくなり、部屋の中で生活ゴミのポイ捨てが強まる。鍋料理の残りも放置。虫が湧いている。包丁や金物・小銭も散乱。		<p>H25「食事準備に困るようになってきた」配食サービス利用開始（町一般施策・昼食のみ）。町保健福祉課から配食の契約で自宅訪問した際に、自室のゴミ状況を把握する。外出支援（通院支援）の際に、自室がゴミの山であること等情報が入る。</p> <p>H25.5月「自分で買物に行けなくなったが、連れて行ってもらて、自分で買物したい」移動支援の利用開始（障害者自立支援サービス）。</p> <p>H25.6月 訪問生活援助利用（町一般施策）。応急的に火鉢の灰処理・破棄、他にも大量のゴミ有り。 ・障害者福祉サービスでゴミ処理援助利用を勧めるが、「ここの物は全部宝物」、「自分でするからよい、頼みたい時は言います」と、サービス受け入れ拒否。</p> <p>H25.6月2台目シルバーカー購入（小サイズ）。</p> <p>必要なサービスを提案しても、「できることは自分でしたい」というスタンスが強い。</p>
H26	88		外出機会はほとんどなく、部屋で臥床がちな生活。寝たまま配食弁当をつまむ。排尿はバケツで、排便は中庭を這ってトイレへ。	町民風呂で意識消失（一過性脳虚血）。救急搬送。	町保健福祉課が救急搬送に同行。家庭へ連絡。甥夫婦が駆け付ける。
			入浴は2ヶ月間でできていない。ゴミの山に横たわり、火鉢に足を当て暖を取る。火鉢周囲が灰が一杯で、火鉢を除けると下が焦げ付いている。	這うか伝い歩きがやっとできる。	<p>H26.4月 ◎保健福祉課から家庭訪問 介護保険サービス利用を勧める。 ・本人の拒否的傾向。 ・義妹が昔から関係性の悪さを主張し、関わりたくないとのこと。</p>

和暦	年齢	プライベート (学歴・仕事等)	生活習慣	健康面	CM・包括センター等との関わり
H26	88				<p>◎包括の関わり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソン義妹。姪に連絡を取り親族が関与していただけるよう理解を求める。 ・姪が働きかけ、本人はCMを付けることを納得し、義妹が代理人になることを勧める。 ・CMの契約がスムーズに成立することができるように助言。 <p>◎包括よりCM依頼。</p> <p>入浴が2ヶ月できていない。訪問した時、ゴミ屋敷にミイラが眠っていると思ったくらいだ。声をかけたら「はい」と言われほっとした。早急にサービスを使って欲しいと働きかける。→緊急性高い。</p> <p>◎面談をして、介護保険申請をしてもらい、本人に合った介護サービスを検討していくことを納得してもらおう。</p> <p>CMの自宅訪問・面会・契約</p> <ul style="list-style-type: none"> ・義妹との面談 ・Aさんとの面談 ・両者の思いの傾聴と理解 ・両者が歩み寄れる仲介者となる。 ・これからのより良い生活が過ごせるための支援計画。 <p>デイサービスのお試し利用、訪問介護の了解。 デイ利用のため、室内通りの確保（部屋のゴミ処理：大袋20袋、火鉢：灰処理、衛生的な衣類・リネン準備） デイサービス・入浴利用開始。訪問介護開始。 権利擁護利用。本人が不安に思っていた経済的課題が解決されることでも、サービス利用がスムーズとなった。</p> <p>担当者会開催。サービスの方向性共有 廃材処理、住宅改修。 福祉用具貸与（ベッド・車椅子）。ポータブルトイレ購入。 リネン類購入（マットレスパット・ベッドシーツ）。エアコン・冷蔵庫購入。配電板。参考メーター。</p>

<事例概要③>

～課題整理～

◇事例の課題

- 1) キーパーソン・協力者の不在、周囲に頼れる人がいない。
- 2) 一軒家に同居でありながら、非常な関係性の悪さから、部屋を完全隔離し関わりのない義妹。
- 3) 介護サービス受け入れへの不安、拒否から必要なサービスへ繋がらず人間らしさとはかけ離れた暮らしがあった。
 - ・・・ゴミ屋敷と化した1室での生活 灰の山。
 - ・・・バケツでの排泄 2ヶ月間入浴できていない。
 - ・・・火鉢での厨房、料理、冷蔵庫なし、床に転がる食品。
 - ・・・バケツへの飲料用貯め水、等々。

◇望まれる方向性

- 1) 互いの心の葛藤を充分理解しつつ、関係性の改善の修復に向け、少しずつ歩み寄りができるような支援
- 2) 包括・CMとの信頼性構築及び必要なサービス利用への理解
 - ①自室の衛生状態改善・・・大量のゴミ処理
 - ②身の回りの援助・・・整容の確保、更衣、健全な食事、デイサービス、ヘルパー利用。
 - ③経済的な不安軽減・・・権利擁護サービスによる金銭管理
 - ④住環境の安全確保・・・住宅改修

<事例概要>

◇家屋状況 ～支援が入る前～



＜事例検討④＞

～Aさんの生活変化～

◇関わったあとのAさんの生活変化

①デイサービス利用

- ・ 人との触れ合い、楽しみ

②訪問介護で食事、排泄、家事援助

③義妹との関係改善、義理妹の子供が関与

- ・ 義妹が洗濯担当、デイサービスへの送り出し・出迎え

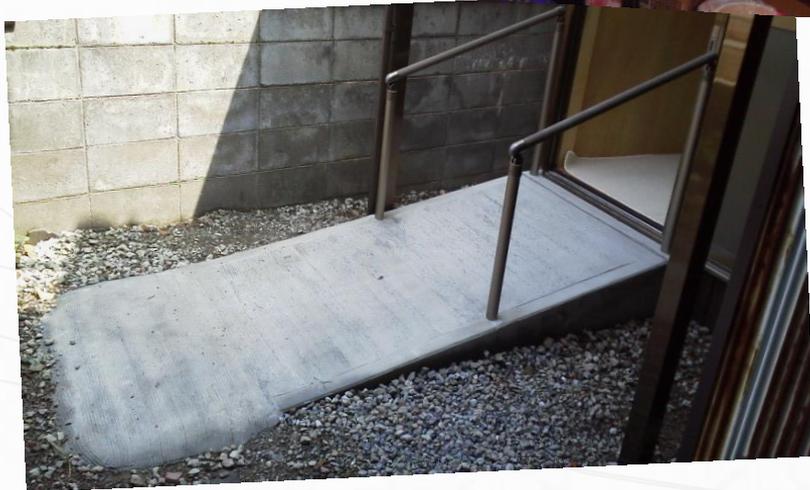
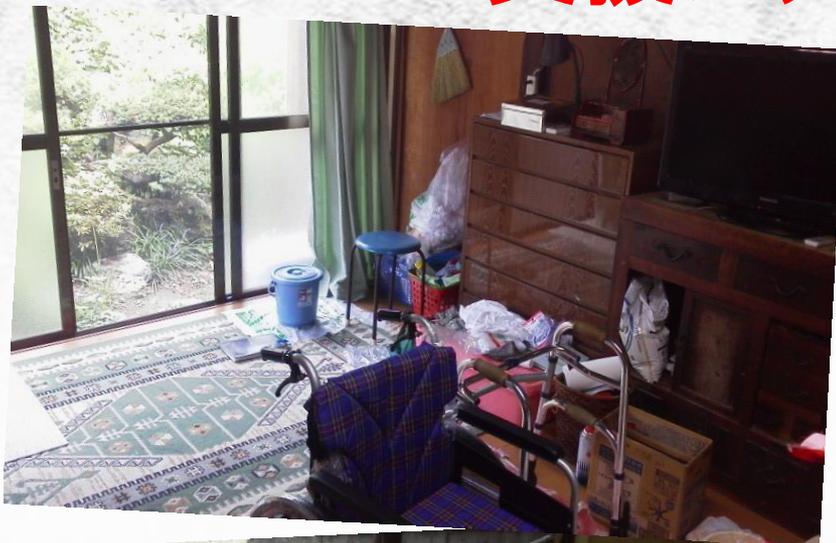
④住宅改修による生活環境の改善

- ・ 出入り口新設、スロープ、フローリング、ベッドレンタル、ポータブル購入、冷蔵庫、エアコン完備

<事例概要>

◇家屋状況

～支援が入ってから～



＜事例概要⑤＞

～まとめ～

◇ケアマネージャーが地域包括支援センターとの連携を必要とする時とは・・・

◎他の制度 福祉関係施策の利用を図りたい時の相談

・ 施策の紹介・活用 他の関係機関への取次ぎ・橋渡しの存在

◎本人・家族が必要とするサービス利用への理解する上で、ケアマネ支援としての後押し

・ 日常の相談やサービス担当者会議出席等

◎家族等の背景に問題を抱えるケースへの対応策についての相談

①ケース状況を幅広く把握できる

②円滑に連絡が取れるよう仲介機能

③虐待が疑われるケース

ひもとときシート

課題の整理Ⅰあなたが感じている課題

事例にあげた課題に対して、あなた自身が困っていること、負担に感じていることを具体的に書いてください。

- ・Aさんは部屋の掃除や介護サービス利用等の行政からの提案を長年拒んできた。
- ・Aさんは動けなくなったことからケアマネージャーを依頼し介護サービスを受け入れることに同意された。
- ・義妹さんは心のしこりがあり、サービスの利用に関し、窓口になる事を理解しつつも、気持ちの裏側では、「昔に色々な事をされているのに何であの人の為にせんならんのか・・・」という葛藤があり、直ぐに感情的な対応になることがある。

課題の整理Ⅱあなたが考える対応方法

①あなたは本人にどんな「姿」や「状態」になってほしいですか。

- ・Aさんと義妹さんのコミュニケーションが改善し、出来る範囲の援助を受ける。
- ・入浴や更衣・食事の援助を受け衛生的で健康的な生活を送れる。
- ・住環境を清潔で安全に過ごせるように整え、心地よく過ごせる。

②そのために、当面どのようなことに取り組んでいこうと考えていますか？あるいは、取り組んでいますか。

- ・Aさんとの対話を行い、地域包括・ケアマネージャー・介護者との信頼関係を築く。義妹さんに対する思いを確認していく。
- ・Aさんの望みを聞いていく。
- ・義妹さんとの対話を行い、長年に渡り蓄積する思いを傾聴し、理解する。
- ・Aさんが現在では義妹さんに抱いている感謝の気持ち等伝達していく。

音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう。

- ・居室は長年の生活上のゴミが山積みになっている。・食品の生ごみ・残飯の残った鍋・包丁・衣類・使用後割り箸・使ったティッシュ・火鉢の灰・・・等々
- ・悪臭、ホコリ、ゴキブリ、ネズミの糞多数散在、布団・座布団類に付着
- ・縁側でバケツで排尿、尿で一杯になったバケツが縁側の外（中庭）にも3ヶ所並んでいる。
- ・暖をとるための火鉢を使っているがひびがあり、持ち上げると同時に割れて砕ける。畳は焦げている。
- ・部屋の床にはごさが敷かれていますと思われるがゴミ等が30cm近く重なり、歩行や這う等痛くて危険で出来ない。

住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう。

- ・Aさんの部屋は四つ間続きの1室だが、他の部屋からは行き来出来ないように釘で打たれている。風が通らない。
- ・冷暖房機は何もない。火鉢があるのみ。
- ・調理器具がない。
- ・トイレは中庭を通り離れにある。ポータブルトイレがない。
- ・出入りは縁側からで段差が30cmある。
- ・正門から縁側まで回るのが約50cm幅の隙間を手引きで通り抜けなければいけない。車椅子は通らない。
- ・椅子やテーブルが無いので、股関節が変形しているため正座や長座位の姿勢がとれず寝転がり、片肘につき食事を摂っている。

あなたが困っている場面で、本人が口にしてた言葉、表情やしぐさ、行動等をありのままに書いてください。

- ・Aさん「掃除も洗濯も置いてくれたら自分でします。」<A DLは手引きでかろうじて歩行できる程度>
- ・「甲良の湯のお風呂には行くけどデイサービスは行きません」<穏やかな表情>
- ・今では家の嫁さんが良おしてくれやーで喜んでい・・・長い人生色々あるわいな。」
- ・義妹さん「私は部屋にも入った事がないで一切ノータッチやけどそうやって介護を受けると言われるのならそうしてあげて」「主人の居る頃からあの人の事では何回ももうかなんと思った・・・荷物をまとめていつでも出ていける準備をしていた。

要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ（活動）とのズレについて考えてみましょう。

- ・今までは老人車で歩行が出来ていた。役場・町民風呂・買い物には以前は行けていた。今は自分では行けないので連れて行ってもらいたいと希望される。
- ・掃除、洗濯に関しては、援助サービスの声かけがあると「自分で行う」と受け入れなかったが、実行に移せる事が無いままであった。
- ・現在も掃除、洗濯が自分でできると言われるが、這う生活になっており行うことは厳しい。

家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう。

義妹とは言葉も交わす事が無く、本屋の台所やお風呂等は使えなくなっている。甥や姪とは快く会話がとれており、その子供達におこずかいを用意している。

生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう。

- ・畑に行き野菜を採る。
- ・買い物をするのが大好きで、行く。
- ・シルバーカーで町民風呂へ行く。
- ・部屋には火鉢 暖をとる魚も焼く。

思考展開エリアに記入した内容を使って、この課題の背景や原因を本人の立場から考えてみましょう。

- ・嫁と小姑間の関係の悪さ
- ・上記に加えAさんの弟さんがAさん側の味方をした事から一層感情がもつれた。
- ・本人の清潔感覚に問題があり部屋の衛生状態の悪化をしていく。
- ・家の中でAさんの部屋だけが孤立した事から衛生環境がかなり悪化する一因になった。

課題の背景や原因の整理を踏まえて、あなたが困っている場面で、本人自身の「困り事」「悩み」「求めていること」は、どのようなことだと思いますか。

- ・Aさんの以前の気持ちと、今の思いを聞いてほしい。
- ・義妹さんの気持ちを聞いてほしい。そして、これからはお世話になるのでよろしくお願ひしたい事を伝えたい。
- ・介護スタッフ、ケアマネに信頼感・安心感が持てたので、介護サービスや部屋の中の整備をすることを、お任せしたい。

本人にとっての課題解決に向けてできそうなことをいくつでも書いてみましょう。

- ・Aさんの気持ち、義妹さんの気持ち双方の思いに耳を傾け理解していく。
- ・双方と対話することで過去のしがらみによる嫁と子姑の確執を緩和する。
- ・双方の間で仲介をしながら、Aさんの介護サービスの導入、住環境整備を進めていく。

ご静聴

ありがとうございました。



甲良町のキャラクター
ココロちゃん