

総合相談支援業務

担当：木内 健太郎

今回の研修のねらい

1. 総合相談は地域包括支援センターの全ての業務の入り口である点を振り返り、目的や意義について意識化を図る
2. ニーズ（生活課題）とデマンド（要望・要求）の違いを意識し、生活ニーズの意識化を図る
3. 地域包括支援センターとして総合相談支援業務を行うにあたり、生活者としての再評価をはかり、地域との関係性に着目した相談支援のポイントの整理を図る

アイスブレイク

先ず、自己紹介をします。

自己紹介で何を伝えますか？

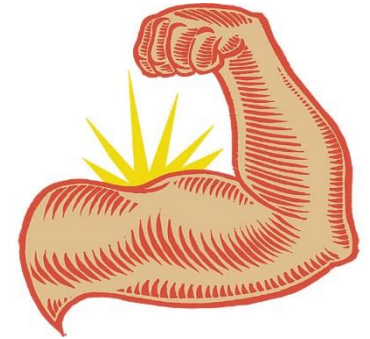


下段に伝える内容を箇条書きしてください！

『ストレングス』とは？

ストレングスとは・・・

⇒ 力 勢い 強さ（大辞林 三訂）



ストレングスモデルとは・・・

⇒ 本人が元来持っている強さに着目し、それを引き出して活用しようとするもの

☆本人のストレングス

個性・才能・技能・願望や抱負・興味・経験 等

☆環境のストレングス

人的環境（近隣関係）・制度的環境（システム）

住環境（住宅や駅に近い） などなど

演 習 1

皆さんが活動する地域の『地域特性』は何ですか？『ストレングス』の視点から見つめ特徴を下段に書き込みましょう！



地域特性を把握 1

【地域特性の見立てとは】

- ① 担当地域に支援を提供しなければならない人がどれだけいて、
- ② その地域にはどのような資源・サービスがあり、
- ③ 対象者は既存サービスをどのように利用しているかを把握・分析し、
- ④ 足りない資源・サービスは何かを把握する。

【地域特性を把握するためには】

- ① 地域診断の手法も念頭に置き、既存のデータや資源・サービスを整理。
- ② 個別の相談から共通する内容を導き出す。
- ③ 地域にどのような資源・サービスがあれば、少しでも対象者の生活に役立つかを意識して相談対応に臨む。

地域特性を把握2

【手段】

⇒ 量的把握

- ・ 第8期介護保険事業計画等の各種計画
- ・ 介護予防把握事業等の各種調査
- ・ 要介護認定調査、サービス利用状況等の介護保険関連統計
- ・ 住民基本台帳上のデータ など

⇒ 質的把握

- ・ 総合相談支援業務
- ・ すでにあるグループの把握（行政や社協が持つ情報） など

【把握する内容】

⇒ 社会資源

- ・ フォーマル・インフォーマルグループや活動団体の目的、活動状況、特徴
- ・ キーパーソン、老人会、自治組織、消防団、商店会 など

⇒ 住民・地域の課題と現状

- ・ 暮らしぶり、近所づきあいの状況 など

地域を捉える視点

地域＝コミュニティ＝地域社会

地区割上の「地域」ではなく、地域住民の
共同体としてのコミュニティ＝地域社会

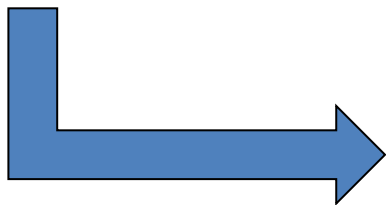
一定の地域的範囲において、形成される
人々の社会生活のまとまりをいう

地域包括支援センターにおける 総合相談とは？



介護保険法 第1章総則 (目的) 第1条

この法律は、加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。



- 自立生活の支援
- 尊厳の保持

地域包括支援センターとは

地域包括支援センターとは、

「**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とする」

（介護保険法第115条の46）

総合相談支援業務の概要

総合相談支援業務とは (地域共生社会の実現に向けて・・・)

地域住民が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関および制度の利用につなげる等の支援を行うもの

総合相談支援業務の内容

- 総合相談
- 地域包括支援ネットワーク構築
- 実態把握 など



総合相談の目的

総合相談の目的

地域住民に関する様々な相談をすべて受け止め、適切な機関・制度・サービスにつなぎ、継続的にフォローするとともに、必要に応じてセンターの業務に継続していくこと



制度の縦割りによる弊害

たらい回しによる弊害

地域での継続的相談拠点の必要性

総合相談の多様性

相談者や相談機関の例

- ・ 個人：高齢者本人、高齢者の家族や親族、近隣の住民、民生委員など
- ・ 非制度的団体：自治会、老人クラブ、婦人会、商工会、ボランティアグループなど
- ・ 制度的団体：行政機関、介護サービス事業者、医療機関、社会福祉協議会、警察署、消防署など

生活環境の変化要因の例

- ・ 加齢に伴う生活機能の低下
- ・ 家庭環境の変化
- ・ 施策やサービス提供体制の質量等の変化 など

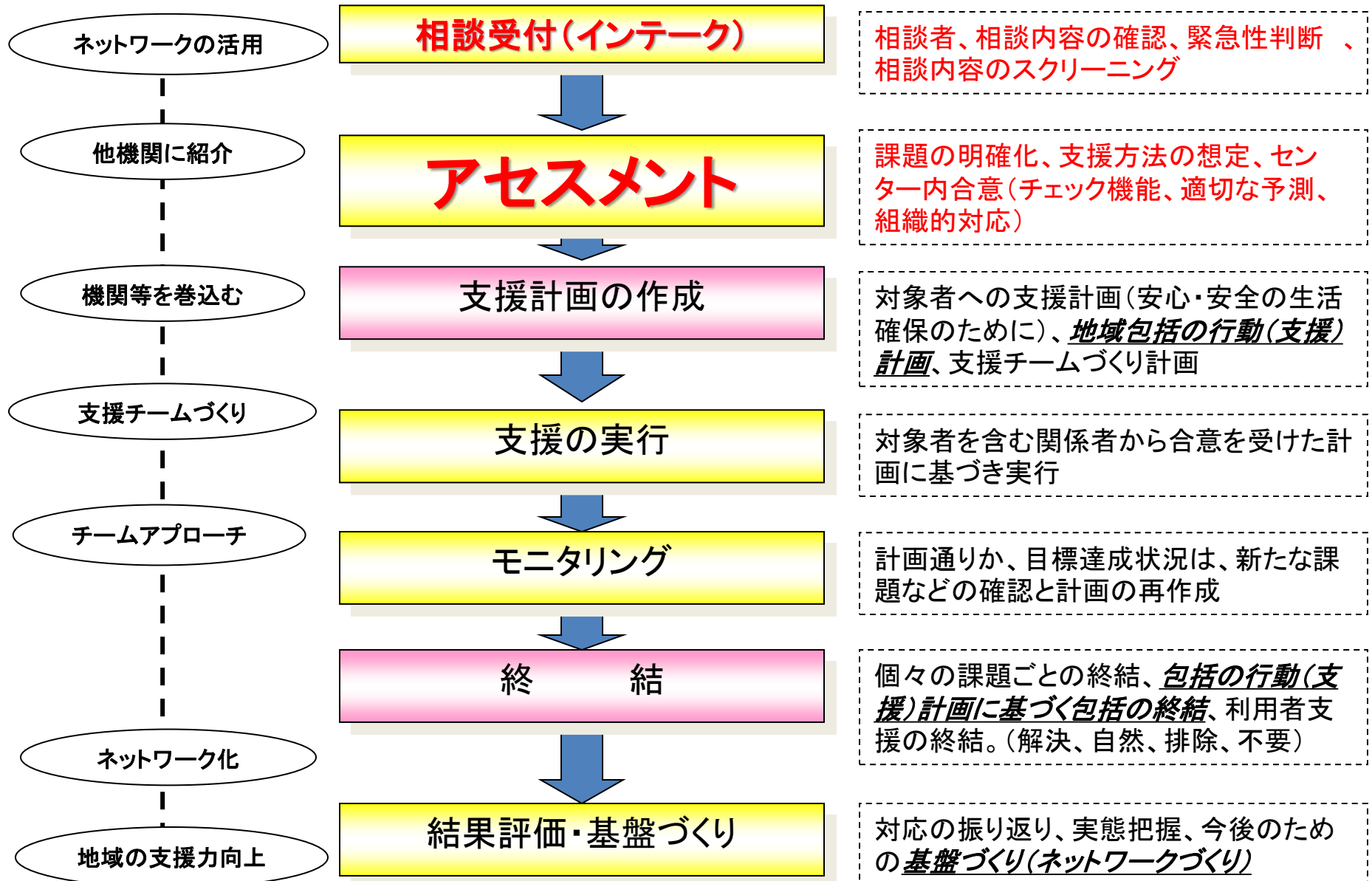
相談者はどのような
気持ちで相談される
のでしょうか？

総合相談における基本視点

1. 尊厳の保持と自立支援
2. 自分らしい生活を継続するための自己
決定への支援
3. 予防的アプローチと地域づくり
4. 権利擁護の視点に基づく支援
5. チームアプローチ

詳細は「権利擁護業務」で
説明します

総合相談支援のプロセス



インテークとは？

インテークの主たる目的

①問題の全体的な把握

②相談者や本人との信頼関係の構築

インテークとは、相談者がどういう相談内容を抱えていて、その主訴の背景にある問題は何かということを明らかにするために、相談を担当する者が積極的、能動的に働きかけることを目的とした面接である。

そのため、インテークでは、相談を担当するものが丁寧に話を聴き、収集した情報を記録に残すことが基本である。

その面接内容に基づいて、相談者に対する以後の支援方針を立てる。

具体的には、相談者が抱えている問題の契機や成因について、仮説を立て、それらに基づき、今後どのような支援者の関わり、誰がどうアプローチしていくかを支援者同士が話し合う。インテーク面接内容は、その相談者に対して支援者同士が共通理解をもって、以後の支援を円滑に進めていくために最も重要な情報となる。

インタビューとは？

《情報収集のポイント》

情報は量よりも質

クライアントの抱える問題の種類や状況により、必要となる情報は違う。

「あれも聞きたい」「これも知りたい」ではなく、「問題を明らかにし、その人ならではの解決方法を導き出す」ために、「必要な情報は何か？」を考え、「必要最小限」の情報を、意図的に収集する。

質の高い情報とは・・・

事実に基づいた「客観性」と、本人・家族の口から直接語られたクライアント独自の「主観性」を保持している情報である。情報には常に主語をつけることを意識し、客観的な情報と主観的な情報を分けて整理する。

複雑で多岐にわたる情報

人の暮らしは、複雑多様なシステムで成り立っている。ある事象が起こるには、それがどんなに不可解に感じられる事象であったとしても、その背景には、それが「起こらざるを得ない」複雑で多岐にわたる事象（情報）が存在すると心得る。

地域包括支援センターでのインテークとは？

1. 緊急性を判断し対応方針を検討する

緊急レベル	相談内容	対 応
レベル1	一般的な問い合わせ	一般的な情報提供
レベル2	相談者の意思で主訴に対する対応が可能だと判断される相談	必要な情報提供、関係機関や団体等の紹介・つなぎ
レベル3	専門的・継続的な関与が必要だと判断される相談	継続的な関与、訪問面接等
レベル4	緊急対応が必要だと判断される相談	危機介入、事例ごとに対応できるチーム編成

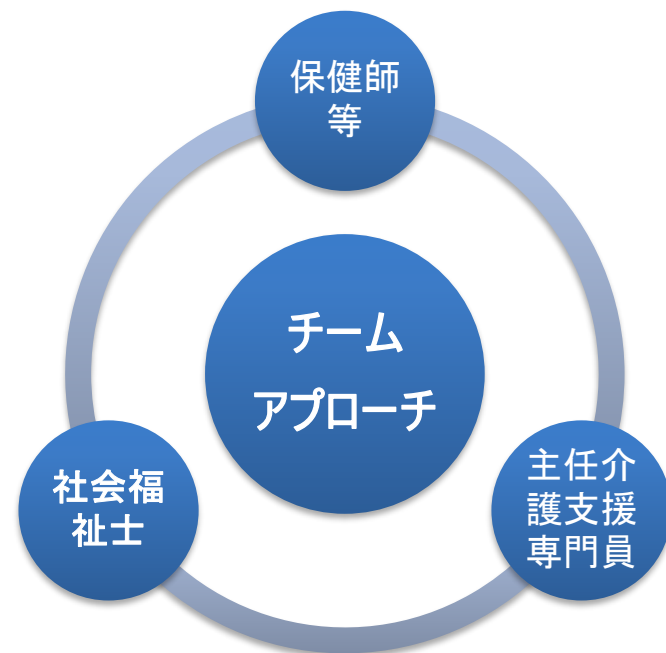
地域包括支援センターでのインテークとは？

2. 3職種で検討する

3つの専門性を活かした視点から予測される課題および対応方針等を検討する

3. 主担当を決定する

- 予測される課題
- 相談者や本人との関係性
- 担当圏域
- 専門性
- 担当業務内容や業務量



最も効果的に対応ができると考えられるセンター職員を主担当とするとともに、組織的体制・支援体制をつくる

アセスメントとは・・・

(課題を明確にするプロセス)



演習 2

皆さんは、アセスメントする際、どのような
点に気を付けながら実践されていますか？



アセスメントとは？

アセスメントとは・・・

アセスメントとは、一般的には環境分野において使用される用語であるが、介護福祉の分野では、介護過程の第一段階において、利用者が何を求めているのか正しく知ること、そしてそれが生活全般の中のどんな状況から生じているかを確認すること。援助活動を行う前に行われる評価。利用者の問題の分析から援助活動の決定までの事をさし、援助活動に先立って行われる一連の手続きをいう。（介護保険・介護・福祉用語辞典）

アセスメントとは・・・

評価、評定、査定、鑑定、審査、診断、評価額、査定額などの意味を持つ英単語。（IT用語辞典 e-wardsより）専門家による、隠れた課題を根拠に行う行為、など

アセスメントとは？

情報分析でのアセスメントとは・・・

クライアントの生活全般の問題や環境との間で生じている社会生活上の問題と状況を把握・分析し、その結果に基づき援助計画及び援助展開に導きだしていくプロセス。

アセスメントは、本人との協働で行うことで、本人との信頼関係の上で構築できる。

アセスメントは、仮説と検証の繰り返しである。

基本的スタンス

- ・アセスメントを通じて、支援者と本人が協働で、本人の置かれている状況と本人を取り巻く環境について理解を深め、信頼関係を築く。
- ・ファーストコンタクトから支援の段階を含めて常にアセスメントの視点を持つ。
- ・アセスメントが本人にとっての支援の一部である。
- ・本人が、自分の課題を理解し、表現できるように支援する姿勢を持つ。

アセスメントとは？

《問題と課題》

問題と課題の整理

アセスメントを行う際、問題と課題の整理ができていないと、支援計画を作成する上で混乱が起きるので、改めて整理する必要がある

問題とは・・・

⇒ 「あるべき姿と現状との負のギャップ」
改善を必要とする現状

課題とは・・・

⇒ 「問題を解決するために何をすべきか、ということを設定したもの」
問題を解決するための取り組み
『問題』は事象。『解決』は取り組み
『問題』は自分に課せられない。『課題』は自分に課せられている
『課題』は『問題』を解決するための手段

情報集約のアセスメント着眼点

・・・自立した日常生活を阻む課題について・・・

■個人因子

身体機能・生活機能等に
支障をきたす高齢者の個
人的な要因

- ・ 身体機能・知的機能の低下(ADL、IADL)
- ・ 障害、疾病等及び性格について
- ・ 状態回復できるものか、できないものか、維持できるのか。
(経済的状况)
- ・ 収入、預貯金、不動産？
- ・ 不動産の売却が予定されている？

■環境因子

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

的確なアセスメント

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

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

課題整理のながれ

★議論を進行者が整理をすれば・・・

(1)意見が出しやすくなる、(2)かみ合いやすくなる、(3)ヌケモレが防げる

列挙する

分ける(くる)

優先順位をつける

●本人の自立を阻害している要因は

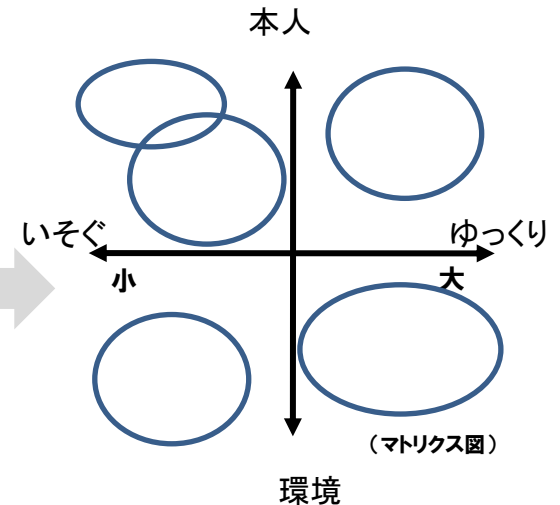
～ 例 ～

- ・衣類が汚く、フラフラと歩きまわっている
- ・1年半ほど前に奥さんが亡くなってから近隣との付き合いが途絶えがちになっている
- ・奥さんが亡くなって酒量が多くなった
- ・Aさんは要介護認定等の申請はしていない
- ・部屋の中のいたるところが汚れている
- ・新聞やペットボトル、焼酎の空き瓶が散乱している
- ・部屋にはアルコール臭があった
- ・入浴や掃除をしている様子が無い
- ・室内に金銭が散らばっていた
- ・食事は息子が惣菜やカップめんを購入して済ませている

●個人因子・環境因子・経済的要因に分類

～ 例 ～

- * 個人因子による課題
 - ・衣類が汚く、フラフラと歩きまわっている
 - ・入浴や掃除をしている様子が無い
 - ・部屋にはアルコール臭があった
 - ・入浴や掃除をしている様子が無い
- * 環境因子による課題
 - ・1年半ほど前に奥さんが亡くなってから近隣との付き合いが途絶えがちになっている
 - ・奥さんが亡くなって酒量が多くなった
 - ・新聞やペットボトル、焼酎の空き瓶が散乱している
 - ・食事は息子が惣菜やカップめんを購入して済ませている
- * 経済的因子による課題
 - ・室内に金銭が散らばっていた

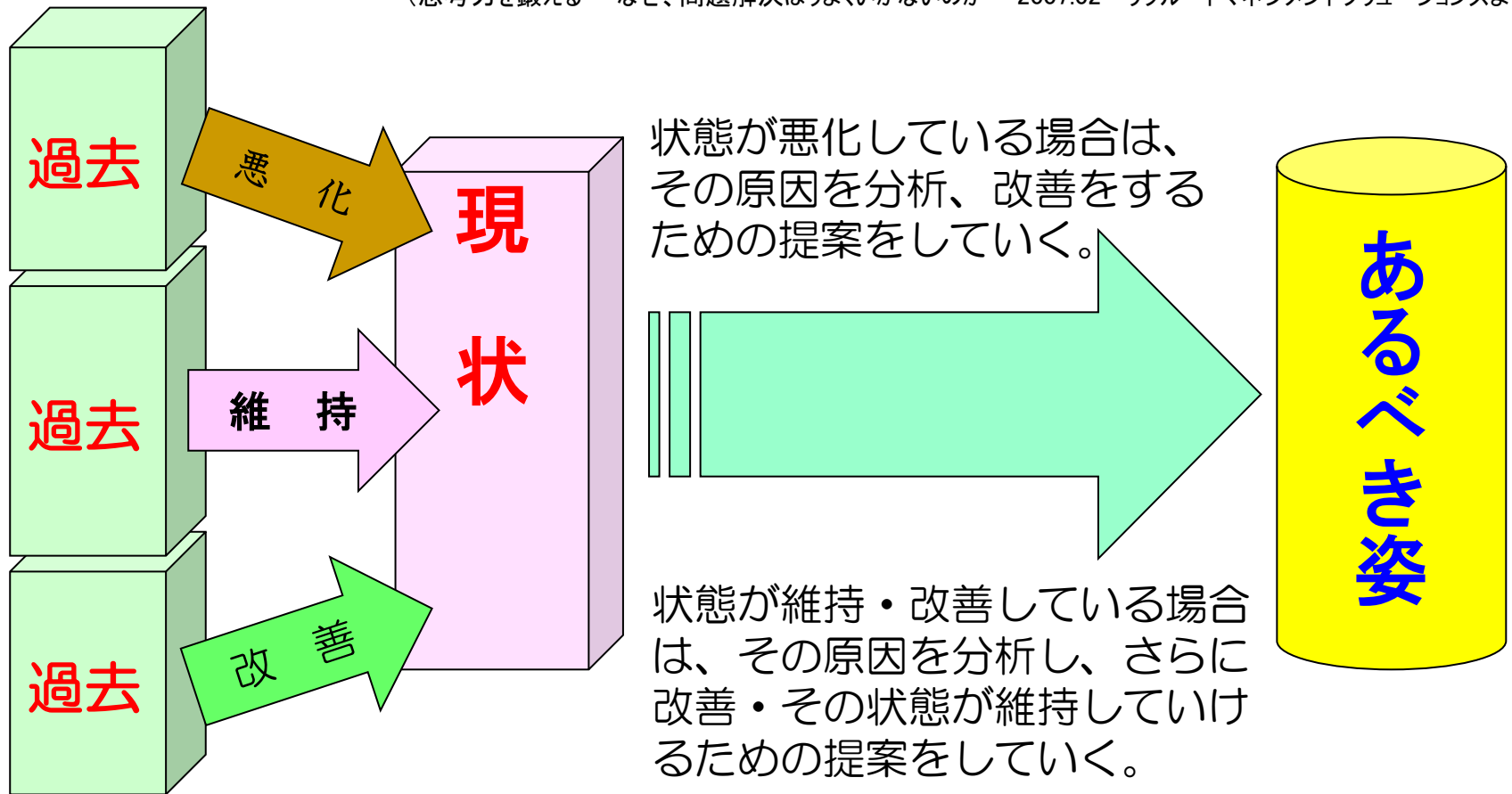


取り組みの優先順位を決めて、支援計画を立案する

課題とは・・・

**課題；問題を解決するために、行動を起こすことを
意思表示したもの**

(思考力を鍛える ～なぜ、問題解決はうまくいかないのか～ 2007.02 リクルートマネジメントソリューションズより抜粋)



私たちの目の前におられる人を 理解しようとしていますか？

対人援助の基本！

- その人が置かれている状況を的確に把握し、分析することから始まる。

状況を把握するには、その人の現在だけを見るのではなく、過去を知り、その人の生き様や価値観を知ることが大切。そこからその人のこれからが見えてくる。

分析するには、高齢者のADLの構成要素や普段の体調管理の重要性などに関する基礎知識が必要。

支援計画書内で見えるアセスメントとは？

ケアマネジメント過程 ～アセスメント・プランニング～

介護予防サービス・支援計画書

[illegible]

生活課題としての “ニーズ”
要望・要求としての “デマンド”

ニーズとデマンドとの違い

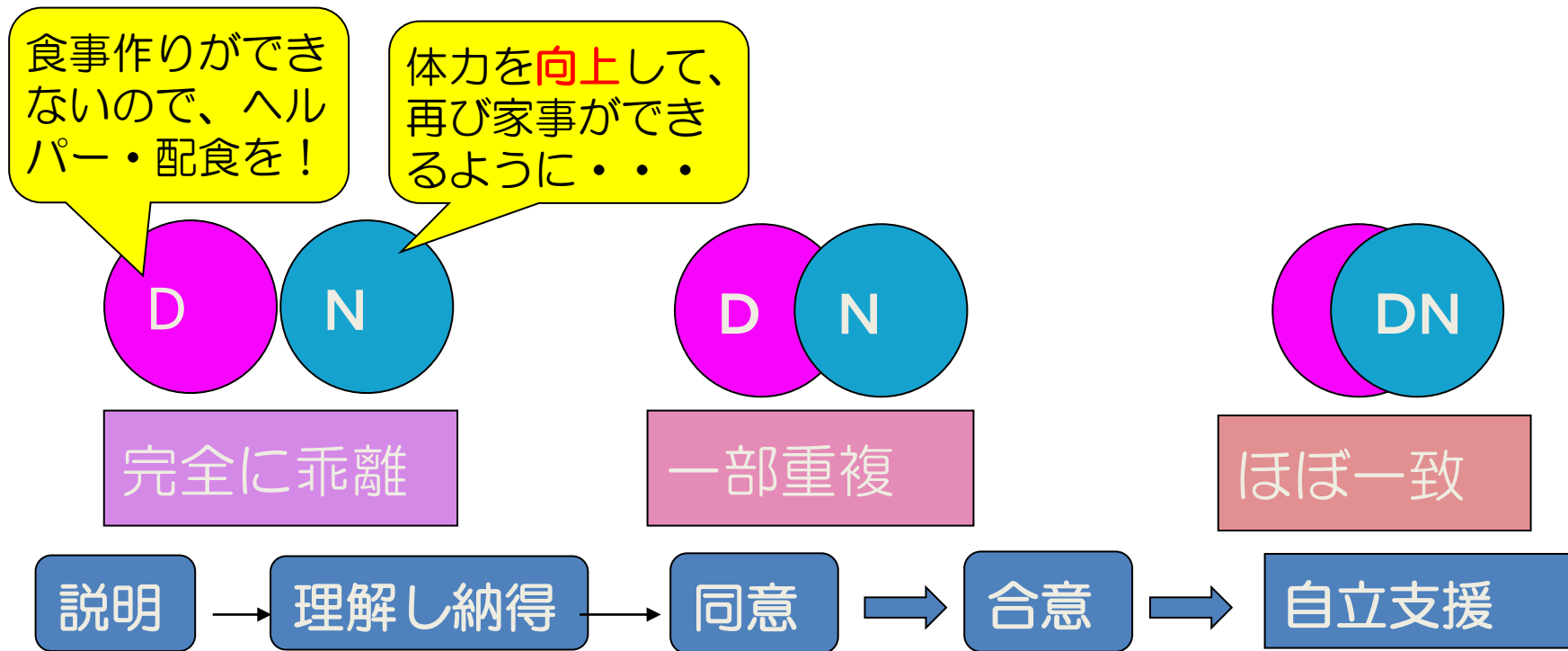
ニーズ（生活課題）とは・・・

ニーズ（生活課題）とは、社会福祉援助において、人間が社会生活を営むために欠くことのできない基本条件を持っていない状態の時、ニーズを持っていると判断する。このため、利用者のニーズを把握することが、援助においてもっとも重要な位置を占め、利用者のニーズ把握が援助の成否に関わる。（介護保険・介護・福祉用語辞典）

デマンド（要望・要求）とは・・・

デマンド（要望・要求）とは、利用者の主観的な要望や要求、請求すること。

要望 (D=demands) と ニーズ (N=needs) の関係



ニーズのほとんどを利用者・家族が自覚していない
場合が多いので、気づきを促し、課題に対する合意
に向けての支援が大切

デマンドとニーズの関係

問題とニーズの見極め

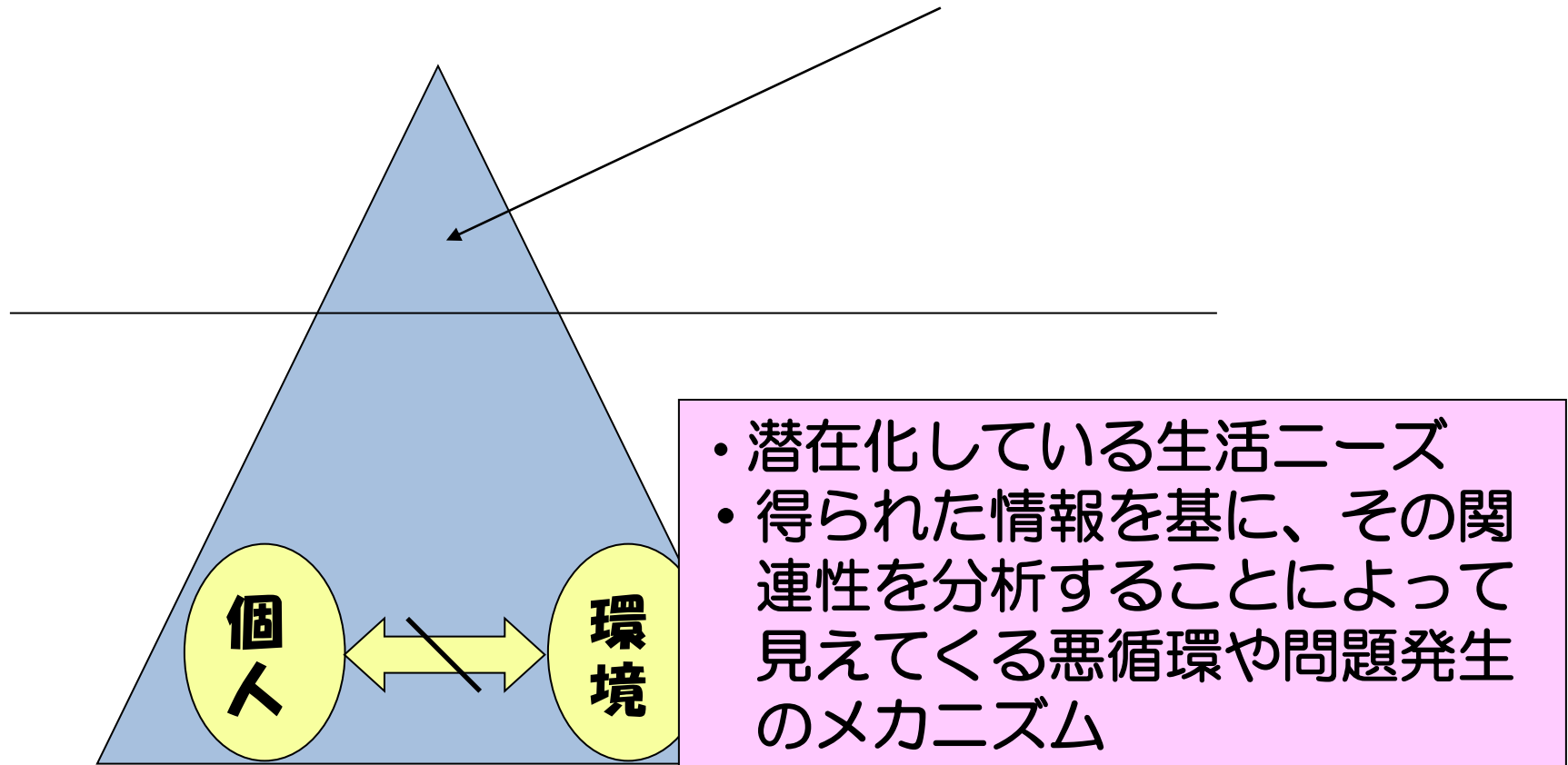
表面にある問題をニーズとしてしまうと、真のニーズが見えなくなる。

ニーズを把握するには・・・

- ⇒ 問題を構造的に捉え
- ⇒ デマンドとニーズを摺り合わせ
- ⇒ 一般論ではない個別化したニーズとして表現する
- ⇒ そのニーズを言語化し、支援者間で共有する
- ⇒ 真のニーズを解決するために課題を立てる

見える事柄から見えない背景を 知る目を持つ

●利用者から語られる「困りごと」 「要望」



地域包括支援センターが行う アセスメントとニーズ把握の視点



地域包括ケアの2つのコンセプト

地域を基盤とするケア (community - based care)

住み慣れた「**地域社会**」という枠組みの中で行われるケア。医療機関間や医療・介護間の機能分担を明確化し、住民主体（自助・互助）を保証しながら効率的にサービスを提供する。



統合ケア (integrated care)

統合ケアとは、「診断、治療、ケア、リハビリテーション、健康増進にかかわるサービスの構造化とマネジメント、提供および情報交換を一つにまとめる概念」。

統合は「サービスへのアクセス、サービスの質、利用者の満足度、サービスの効率を改善する方法」

※世界保健機関（WHO）による定義

【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。

統合＝バラバラでない支援＝利用者から見た一体的な支援

※ 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⑦ ー地域包括ケア、住民主体でー 2014年10月28日朝刊

①と②を参考に作成。

ソーシャルワークとは・・・

「ソーシャルワークとは、人々の生活問題を社会的（social）の視点から捉え、その解決を支援すること（work）」、と表現できます。

生活を社会的な（social）視点から捉えると、生活とは「個人が地域との関係の中で、そのニーズを満たしながら、生きていくことである」、と言えます。生活問題とは、「その個人と地域との関係（社会関係）が望ましくない状態になったために、個人がそのニーズを満たすことが難しくなってしまった状態」と捉えることができます。

生活問題の解決を支援するためには、個人と地域と、それらの関係、それぞれを対象に取り組むことが必要になります。

このような取り組みをすることが「ソーシャルワーク」だと考えます。

地域住民としての再評価の視点

ジェネラリスト・ソーシャルワーク

『「人と環境の相互作用」に関わる広範な領域を構造的に理解して、多様な役割を担う』という立場の下に行なわれる個別援助技術。

利用者（社会福祉の対象者）を単なる「個人」としてとらえるのみではなく、地域社会を構成する要素の1つとして再評価した上で地域社会による影響も考えてゆくとともに、地域社会に対しても働きかけていく。

と概念説明されており、地域包括ケアを実践する際のポイント(視点)となる。

地域包括支援センターにおける ネットワーク等環境づくり



地域包括支援ネットワークとは？

総合相談支援業務内容にあった！

地域包括支援ネットワークとは

関係行政機関はもとより、支援を必要とする本人や家族、サービス事業者、関係団体、成年後見関係者、民生委員、地域支え合い等のインフォーマルサポート関係者、一般住民等によって構成される『人的資源』からなる有機体をいう

地域包括支援ネットワークの特徴

- 活用目的に合わせてアメーバのように自由自在に形を変えられること
- フォーマルやインフォーマルの分類、また高齢。障害、児童のような分類を越えた地域に根ざしたもの

ネットワーク構築に欠かせない 「連携・協働」とは・・・

多くの職種と、互いの役割を認識しながら連携を図り、**同じ目的**のために互いの力を発揮して働くこと。

⇒ では・・・ここで言う

「同じ目的」とは？

「連携・協働」するために・・・

- まずは顔が見える関係から
- 双方向の関係
- お互いの役割を把握
- 求めることを伝える（言語化する）
 - ⇒ 何故繋がろうとするのか・・・
- 目指す方向性の違いも意識
 - ⇒ 医師・看護師・・・病気を治す、予防する
 - ⇒ 地域包括・ケアマネ・・・自立した生活
 - ⇒ 自治会、老人会・・・元気に活動に参加してもらう



☆ 根拠の明示をしながら「連携・協働」を！！

多職種連携するためには・・・

「連携」の基盤

- 相手の機能と役割を相互に理解すること
- 「お互いの顔を知る」はそのベース

自らの専門性の言語化

- 機能と役割を簡潔に伝えられる言語力を身につける
- 現時点での対応方針の提案を根拠をもって説明できる

相手が置かれている状況の把握

- 期待することと相手ができることは往々にして異なる
- 機関とスタッフの状況を見積もった上で繋げる

動きの予測

- チームを組む機関が具体的に何ができるか予測する

個人と地域の一体的支援（アプローチ）を考える

- “自立”の持つ意味を意識する
- その上で個人の自立を意識するが、個人は何処に居住しているか？
- 要介護者でも要支援者でもない『生活者』として捉えているか？
- 個人の先に見える『地域』を、地域の生活者である『個人』を見つめる！

⇒ 個人から地域へ！ 地域から個人へ！

“個人の自立”とともに、ご本人が居住する“地域の自立”を目指して！！

おわりに・・・

個別課題を起点とした、エリア内の住民ニーズ、サービス資源、ケアの課題も浮き彫りにし、地域課題へと展開していくプロセスが、**地域アセスメント**です。

このことから、「個別（利用者）アセスメント」と「地域アセスメント」には相関関係があります。



地域包括ケアを進める上で、利用者を生活者として再評価し、生活者としてアセスメント及びニーズの把握、アクションプロセスを踏むことが、地域包括支援センターの大切なスタンスです！！

その中心的担い手が、皆さんです！！