

ケアマネジャーにとって 連携とは？

花園大学 社会福祉学部
福富 昌城

1



連携について

- 連絡をとって、一緒に物事をするこ
と(大辞林)
- 互いに連絡をとり協力して物事を
行うこと(大辞泉)
- 連携(cooperation=協力、協同)

チームアプローチとは

- **多職種**による援助チームを編成し、
チーム成員の知識、技能、経験を駆使して、
共通の目標を達成するために、
要援護者の問題解決に向けて**協働作業**に取り組むこと。

白澤政和(2003)「高齢者に対するケアマネジメント」福祉士養成講座編集委員会編『新版老人福祉論第2版』中央法規,226頁

3

チームとは

- チームとは、**共通の目標**を達成するために**一緒に仕事を
をする人たちのグループ**(ルース・キャンベル)。^{*}
- ①**共通／共有された目標**、②**メンバー間の相互依存的
な協働**、③**小集団**、という共通した要件。
- これらを踏まえると「**明確な共有された目標を達成す
るために協働して働く、異なった課題を持った2人以上
の識別可能な小集団**」。^{**}

* 黒田輝政ほか(1994)『高齢者ケアはチームで』ミネルヴァ書房、8頁

** 菊池和則(2004)「多職種チームのコンピテンシー」『社会福祉学』44(3)、24頁

4

多職種チーム

- 対人援助サービスを行う多職種チームとは、分野の異なる専門職が、
- クライアントおよびその家族などの持つ**ニーズ**を**明確にした上で共有し**、そのニーズを充足するためにそれぞれの専門職に**割り当てられた役割を**、
- 他の専門職と**協働・連携**しながら果たしていく**少人数の集団**。

菊地和則(1999)「他職種チームの3つのモデル」『社会福祉学』39(2)、279頁

5



今日の発表からの学び

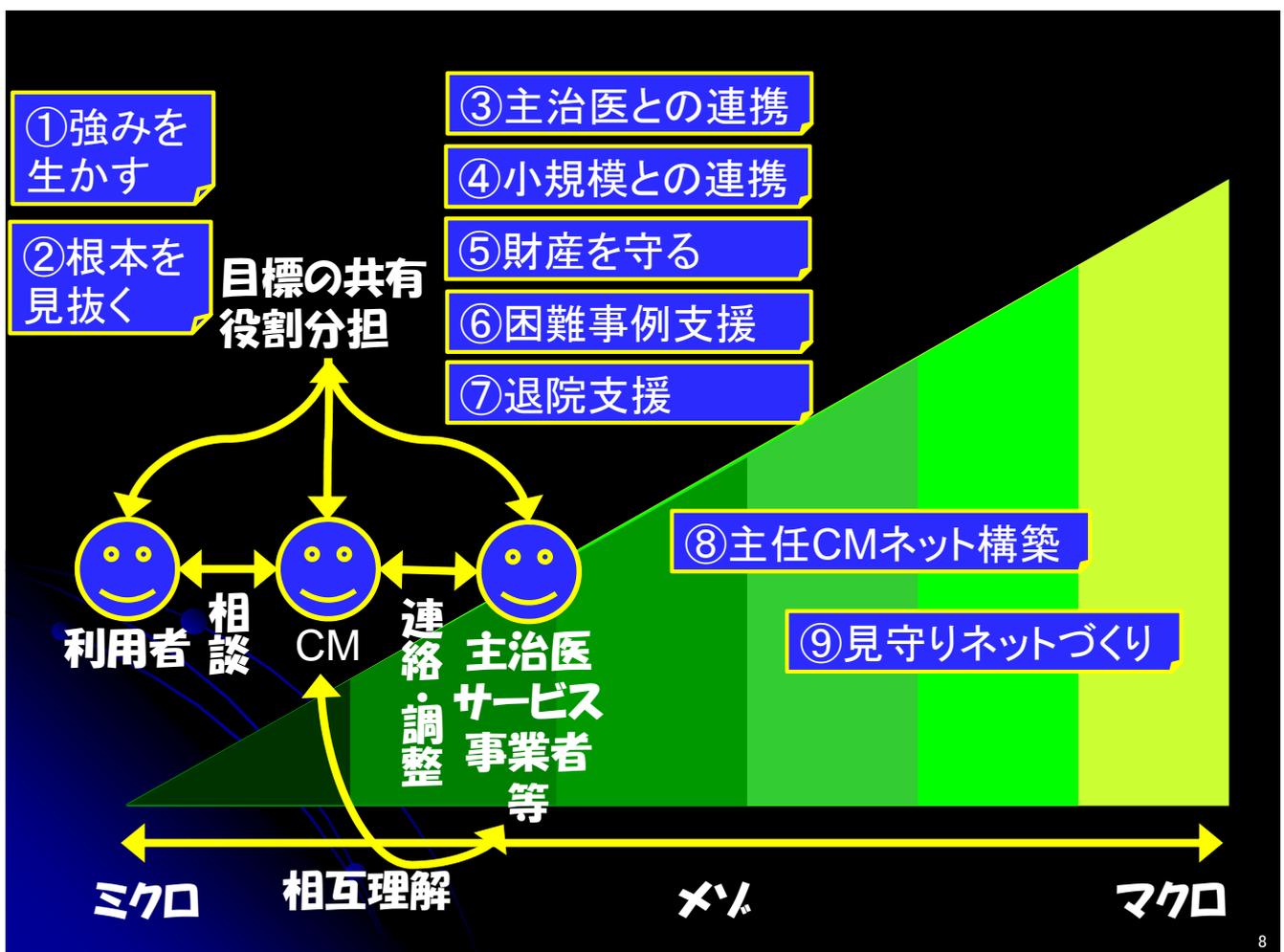
- 多職種チームの3つのモデルから
- 連携の実践レベル
- ミクロレベルの実践
 - アセスメント力
- メソレベルの実践
 - 協働、調整、連携
- マクロレベルの実践
 - ネットワーク構築

6

多職種チームの3つのモデル

<p>マルチディシプリナリー・モデル</p>	<p>アプローチ、ケアプラン作成そしてケアの提供などが個別に行われ、チームとしての協働・連携が十分に行われていない。</p>
<p>インターディシプリナリー・モデル</p>	<p>他の専門職とのコミュニケーションに重点が置かれ、アセスメント、ケアプラン作成そしてケアの提供などに多職種による協働・連携が行われていることが特徴。</p>
<p>トランスディシプリナリー・モデル</p>	<p>多職種による協働・連携に加えて、「role release (役割解放)」と呼ばれる、意図的な専門職間の役割の横断的共有の概念が含まれる。</p>

菊地和則(1999)「他職種チームの3つのモデル」『社会福祉学』39(2)、279頁





研究発表から

9

①「強みを生かす支援とは」

～豊かさを感じるために旅行に行きたい～

赤島美佐恵(洛和会 居宅介護支援事業所西京極)

【研究の目的】

- 豊かな暮らしの実現

【研究の方法】

- 支援経過の省察
- 支援の方向性が本人の希望の実現へ近づくように転換するポイントを検証する。

10

【得られた知見】

- 本人の行動の理解 → 体調を考えない行動に見えるが、それは本人の**強み**と認識(★**アセスメント**)
- 「心配」「不安」(娘)に対して、その対応策を提示
- 本人の不安(=体調管理の不安)に対して、対策を講じる

家族支援
課題を丁寧に分析し、克服していく方法を考えることが有効

- 双方と話し合うことは、**互いの認識の理解を深める(調整)**
- 
- 「行きたい」を「行ける」に変化させた(=一人で旅行に行けた)

11

【得られた知見】

- **できた(旅行に行けた)**は、**自信**につながる。**(エンパワメント)**
 - 自立は、自信を高める
 - 目先のこと、困り事への対応にとらわれがち
- 
- 利用者の望む暮らしを考える



12

② 専門職のつながる千カラ、つなげる千カラ

～知的障害のある父と息子の世帯への支援～

池田麻子(京都福祉サービス協会 太秦事務所)

【研究の目的】

- 支援困難事例の支援で果たした専門職の役割を考える

【研究の方法】

- 支援経過の省察

13

【得られた知見】

● 介入の工夫

- 関係者(弟、作業所、主治医、福祉事務所)にアフレコ千、協力を取り付ける

総意で動く、カンファレンスを活用
(インタディブリティ+リー・モデル)

- 成年後見申立の支援
- 被災時の緊急対応が、家主、近隣との関係改善に役立つ
- 成人した知的障がい者であっても、適切に支援することで、本人からSOSを発することが出来るようになる。



14

③ 認知症夫婦への効果的なアプローチについて ～初期介入における主治医との連携を考察する～ 久保令子(京都市西京・南部地域包括支援センター)

【研究の目的】

- 初動期の関わりにおける主治医との連携を考える

【研究の方法】

- 事例の省察

15

【得られた知見】

● 支援を求めてこない利用者 (involuntary client) への 初期介入のスキル

- 信頼している人との関係を活用する
 - 信頼関係ができている主治医の紹介であると伝える
- 本人が課題と感じていることに働きかける
 - 「もの忘れ予防にはデイサービスが良いそうです」
- サービス導入後も信頼関係構築に留意する
 - 時間があれば自宅訪問、Aさんの担当者・支援者であることを伝える

- 日頃から医療と顔の見える関係をつくっておくことで、主治医からのケース発見につながる



16

④小規模多機能居宅介護との連携と効果について ～施設入所となったA氏の事例から考察する～ 日下部美里(十四軒町ケアプランセンター)

【研究の目的】

- 小規模多機能型居宅介護との連携について考える

【研究の結果】

- 事例の省察
- 介護負担からの虐待事例

17

【得られた知見】

- 介護者の介護負担大による虐待 → 緊急SS → 夫は一泊で妻のSSを中止 → 小規模多機能に移行
- 夫への労いを意識しつつ、サービス提供(=家族支援)
- しかし、BPSDIは改善せず
- 抗精神剤使用
- 夫は「もう限界」 → 主治医に相談 → 在宅継続
- 夫が身体的虐待 → 緊急SS → 罪悪感もあるものの、夫は入所を受け入れ始める → 入所へ(夫は毎日面会に)

18

【得られた知見】

- 小規模多機能のケア + 精神科薬剤治療では、BPSDは軽減できなかった。
- しかし、小規模多機能が関わることで、在宅の限界の見きわめはできた。

関係者で情報共有し、判断
(インターディシプリナリー・モデル)



19

⑤ 多職種との連携の中でのケアマネジャーの役割 ～金銭搾取の被害にあった利用者の事例を通して～ 志賀あゆみ(医療法人岸本病院居宅介護支援センター)

【研究の目的】

- 金銭搾取を受けている利用者の支援でのケアマネジャーの役割を考える

【研究の方法】

- 支援経過の省察

20

【得られた知見】

- 経済的搾取
- CMから本人に説得
- 日常生活自立支援事業の活用
- 包括、杜協、行政書士、CMでA氏とカンファレンス
- 虐待者への対応
- 状況が改善しない中で、再度のカンファレンス
- 市の法律相談の活用で、方針決定
- サービス担当者会議で決定事項を関係者に伝達
- 派出所に協力要請
- 近隣住民に生活の見守り

支援方針決定に、法律相談を活用
方針を関係者で共有して、役割分担
(インターディシプリナリー・モデル)



21

⑥ 他機関との連携を通して得られた効果について ～屋外生活を続ける高齢者の支援事例での一考察～ 平矢憲孝(特別養護老人ホーム加茂の里)

【研究の目的】

- 支援困難事例への連携の効果を考える

【研究の方法】

- 事例の省察

22

【得られた知見】

- 見守り訪問
- 情報共有により、利用者理解・状況理解(リスク等も)を共有
 - 生存レベルでのリスク軽減
 - 情報共有→利用者像の把握・共有
 - A氏自身で選択できるように
- 関係機関で役割分担(社協、包括、在介)

関係者で情報共有し、利用者像・リスクを把握・共有
(インターフェイスリナリー・モデル)



23

① 本人、家族、病院との関わりを通してケアマネジャーの役割を考える

～長期入院から「自宅に帰りたい」と思う本人の思いを実現するために～
竿山真佐子(京都福祉サービス協会 太秦事務所)

【研究の目的】

- 退院支援事例でのCMの役割を考える

【研究の方法】

- 支援プロセスを振り返り、CMが果たした役割を省察する

24

【得られた知見】

家族支援は、不安軽減が有効

- 介護者の不安軽減(=家族支援)
 - 「家に帰りたい」を叶えるには、**家族の不安**(排泄介助、サービス利用費)を**解決**していくことが必要。
 - 家族と話し合い(サービス利用のパターンをいくつか説明)を重ねる
 - 体験外泊
- 病院側に、家族との協議内容を伝える(=媒介機能)
 - 調整状況を伝達
 - 退院カンファレンス
 - 退院後もPTが関わる方が良く、訪問リハにつながる

関係者で情報共有し、解決策を考える
(インターディシプリナリー・モデル)



25

⑧ 居宅介護支援事業所等の主任介護支援専門員とのネットワーク構築・連携について ～主任介護支援専門員ハンドブックを活用した実践～ 堀田裕(京都市粟田地域包括支援センター)

【研究の目的】

- 主任CMネットワークの構築

【研究の結果】

- 主任CMネット会員を対象にしたアンケート調査(自記式質問紙法、集合調査、電話調査)
- ネット活動が始まった6ヶ月後

26

【得られた知見】

- 課題を明確にする
 - 医師会との連携が必要
- 研修会、事例検討会(見える事例検討会)の開催
- 負担感、達成感、顔の見える関係作り
- **他機関への働きかけが、関係作りを強くする。**
- 主任CMネットの活動の中で主任CMの役割を果たしていると感じられる。

インターディシプリナリー・モデルではコミュニケーションが重視される。

- 課題 : 代表、負担、資金



27

⑨ 徘徊模擬訓練を通じた見守りネットワーク作り ～岩倉地域及び左京区におけるSOSネットワークの構築～ 松本恵生(京都市岩倉地域包括支援センター)

【研究の目的】

- 徘徊模擬訓練を通じた見守りネットワーク構築の実践

【研究の方法】

実践実践の紹介

- 先進地の事例を学ぶ(TTP→TKP→OKPへ)
- 徘徊模擬訓練(認知症部会)の実施
- 小学校での講座
- 圏域地域ケア会議(1回/2月)
- SOSネットの再構築 登録者8名 検索登録者97名に

28

【得られた知見】

- ネットワークはたくさんの機関で作り上げる
- 認知症の人を地域で見守れる地域をつくることが目的(方法は他にもあるかも知れないが、岩倉では徘徊模擬訓練を使っている)



29



共有メンタルモデルをいかに獲得するか

- 連携するためには、「連携する頭づくり」が大切になる。
- 共有メンタルモデル(わかりやすくいうと、同じ連携のイメージ像)を、チームメンバーが共有することが大切。

30

連携のためには...

- 多職種チームを構成する。
- さまざまな専門職の専門性(考え方)、職務を互いに理解し合う。
- チーム間で、情報を共有する。
- 共同でアセスメントを行う。
- アセスメントに導かれた目標設定、ケア(の工夫)、役割分担を行う。
- 共同でケアを評価する。
- こうした取り組みを、利用者の「望む暮らし」の方向(目標)に向けて行う

31

連携を図るための装置

- 会議
 - サービス担当者会議、カンファレンス、地域ケア会議、主任CMネット、認知症部会等々
- 情報交換
- 利用者像の共有
- 支援目標の共有
- 支援のための役割分担
- 実施後の情報共有(=モニタリング)

32

共有メンタルモデルをいかに獲得するか

●メンタルモデル

- 心の中で持つ表象(イメージ)であり、それを操作することによって問題を解決するために使われるもの。(Johnson-Laird,P.N.)
- 行動傾向の全体像を示すという意味での体系性、行動に対する信念に基づく判断基準という意味での一貫性を持つもの。

北村勝朗ほか(2007)「優れた指導者のもつメンタルモデルの質的分析」『教育情報学研究』6、8頁

33

メンタルモデルは行動を形成するもの

- メンタルモデルは、たとえば「人というものは信用できないものだ」という単純な一般化でもあいうるし、より複雑な理論でもあいうる…しかし一番重要なものは、メンタルモデルが「働いている」—つまり我々の行動を形成しているということである。もし我々が人は信頼できないのだと信じているとすれば、彼らが信頼できるものだと思っている場合とは違った行動をとるだろう。

ジョージ・ポーク／テヴィッド・トンブソン「リーダーのためのメンタルモデル活用術」春秋社、4頁

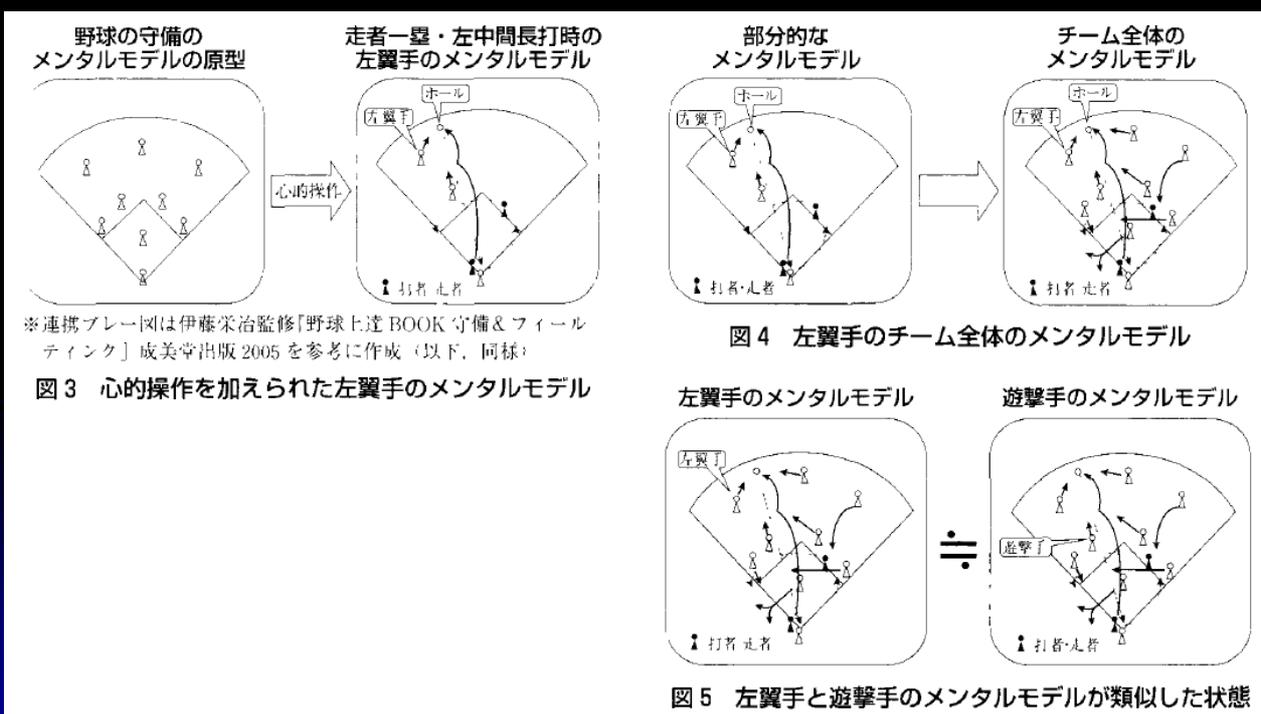
34

共有メンタルモデル

- 一人ひとりのチーム構成員がもっている「メンタルモデル」が互いに類似した状態、すなわちチーム全体としてみたときにメンタルモデルの一致度が高い状態。
- このような状態では、チームパフォーマンスが促進されていると考えられる。

菊地和則(2009)「協働・連携のためのスキルとしてのチームアプローチ」「ソーシャルワーク研究」34(4)、20頁

共有メンタルモデル(例:野球の守備)



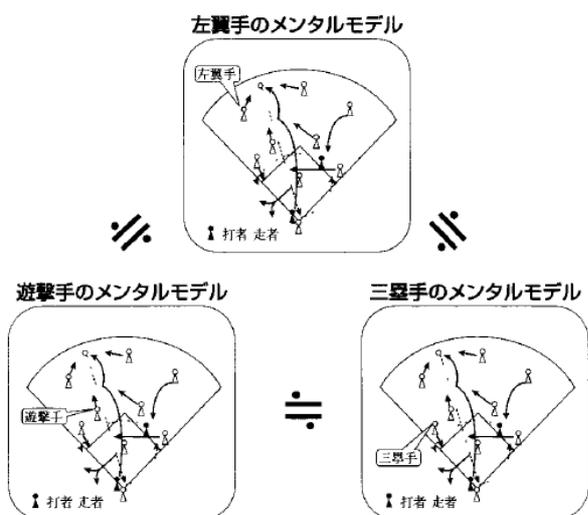


図6 左翼手・遊撃手・三塁手のメンタルモデルが類似した状態

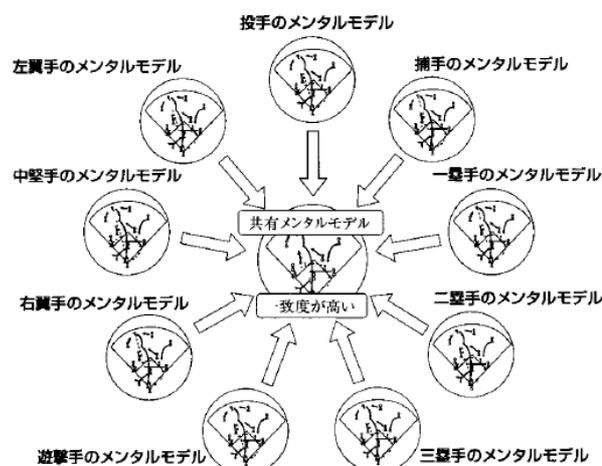


図7 野球チームにおける共有メンタルモデル

菊地和則(2009)「協働・連携のためのスキルとしてのチームアプローチ」『ソーシャルワーク研究』34(4)、22頁

37

チームパフォーマンスの向上

- 共有メンタルモデルが形成されたチームでは、各チーム構成員の形成した「組織化された一連の期待」が相互に類似し、それらに基づいて相互の期待に応じた行動が行われる。その結果、チームとしての組織化された行動、すなわち協働・連携に基づくチームアプローチが促進され、チームパフォーマンスが向上する。

菊地和則(2009)「協働・連携のためのスキルとしてのチームアプローチ」『ソーシャルワーク研究』34(4)、22頁

38

共有メンタルモデル形成のために

1. モデル化された知識の提供

- チームの課題達成に必要とされる各自の役割およびそれらの全体配置、チーム構成員同士の関係やチーム全体の動きなど

2. 組織化された一連の期待の形成

- チーム構成員が、この「モデル化された知識」に基づいて、自分自身および他のチーム構成員が各自行うべき具体的な行動を形成する

菊地和則(2009)「協働・連携のためのスキルとしてのチームアプローチ」『ソーシャルワーク研究』34(4)、22頁

39

共有メンタルモデル形成の課題

1. 資格を取得する前の卒前教育において最低限のチームトレーニングが行われることが望ましい。(菊池)

- 認知症ケアに携わる各職種の基礎教育において、
 - ① 他の専門職の専門性の理解を図る。
 - ② ケアの進展のプロセスのさまざまな局面で、「どのような共通目標を持つか」を学習する。(利用者主体の目標)
 - ③ その目標を達成するために、「自らはこういった行動をとるか」「他の専門職はこういった行動をとるか」「相互の行動はどのように関連し合うか」を学習する。

40

共有メンタルモデル形成の課題

2. 現任訓練における他職種理解、共有すべき情報の理解、そしてチームとして機能するための具体的な行動の理解等を深めるプログラム

(例) 事例を提示し、「専門職別」にグループを編成しディスカッションする。

- ディスカッション内容を報告しあうことで、各々の専門職の視点や考え方を相互に理解し合うことができる。
- また、他の専門職の動きを理解した上で、自らの動きを考えることも学べる。

41

共有メンタルモデル形成の課題

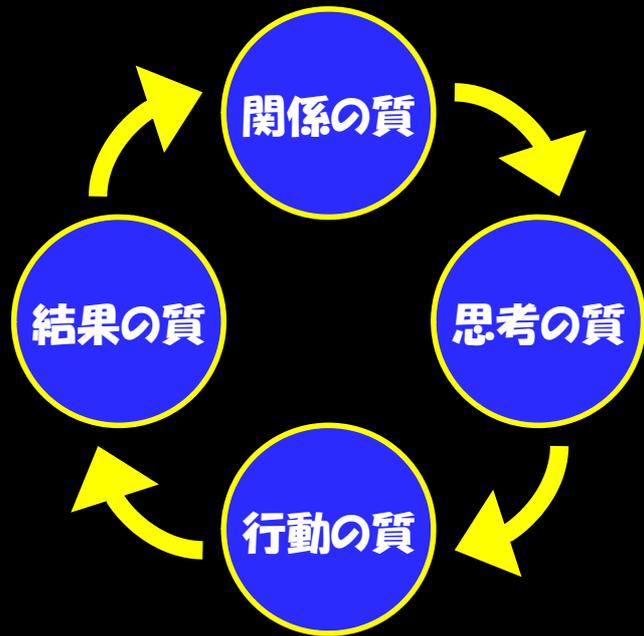
3. 地道なカンファレンスの積み重ねと、その成果をスタッフに定着させる工夫

- ケースに携わる多職種によるケース検討会の開催。
- カンファレンスの方法についての習熟(「言い合う」から「他のメンバーの考えを聞く」)。
- ケアの成果をカンファレンスの場に戻す。
- 「頼む連携」から「行い、報告する連携」への意識の転換。

42

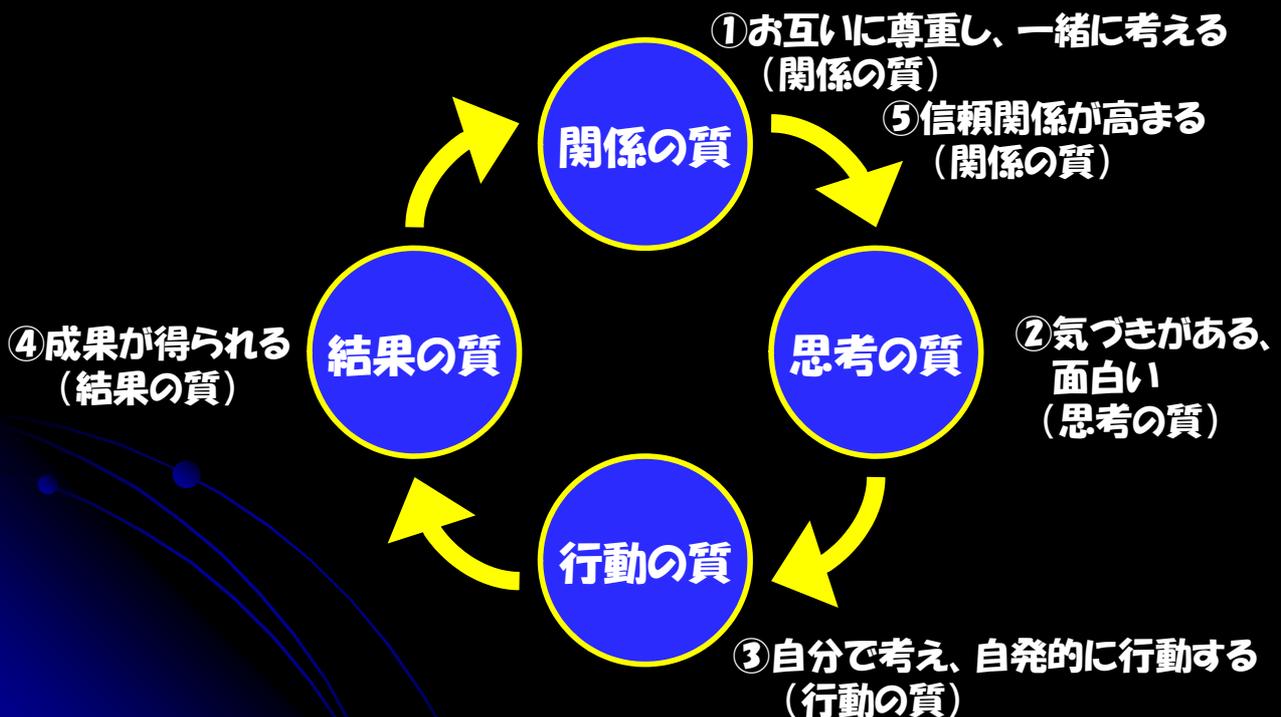
成功循環モデル(ダニエル・キム)

- ①関係の質が高まる
- ②思考の質が高まる
- ③行動の質が高まる
- ④結果の質が高まる
- ⑤関係の質が高まるという好循環



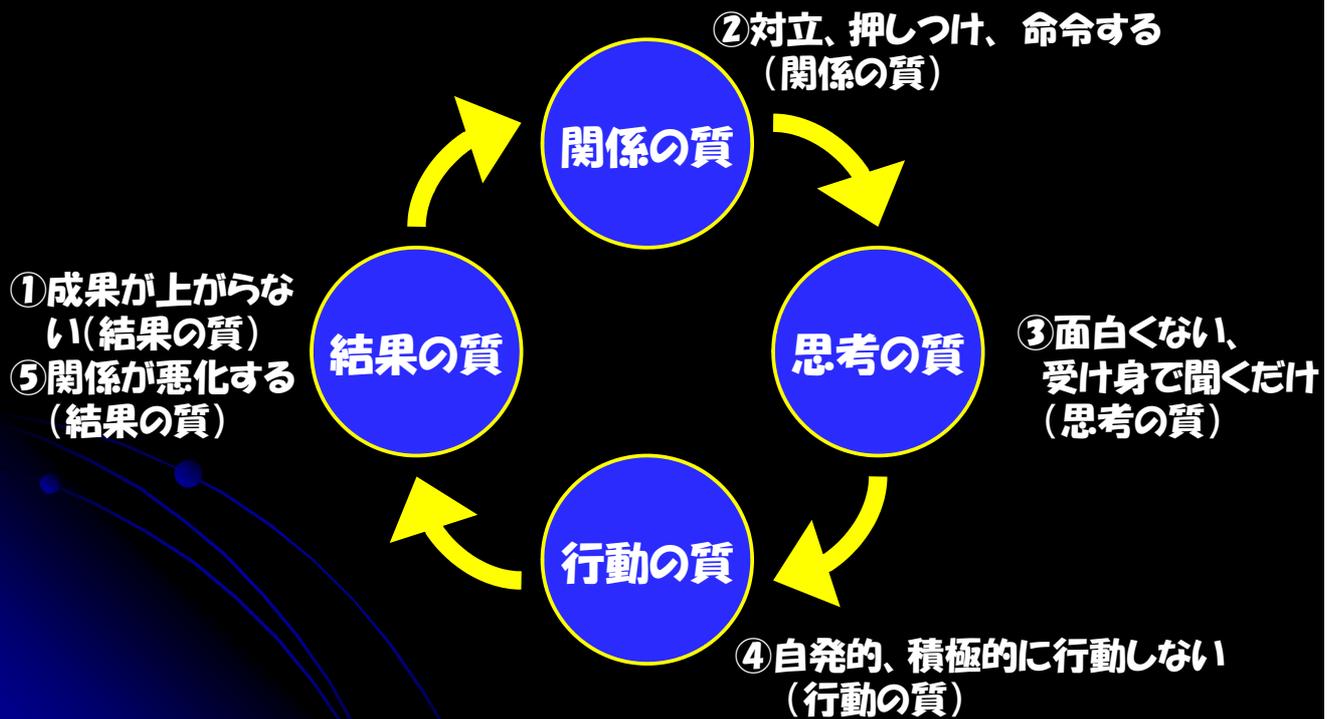
43

成功循環モデル(ダニエル・キム)



44

成功循環モデル～バッドサイクル



細川馨「戦略を実行する第2ステップ—組織の成功循環モデルを知り、リーダーシップを強化する」ITmedia エグゼクティブ、<http://mag.executive.itmedia.co.jp/executive/articles/1112/05/news007.html>、2012.09.01閲覧 45

良質なチーム経験を積む

- 多様性ある個人が共通の目標に向かって一緒に考え、行動し、目標達成の喜びを分かち合う「良質なチーム経験」ができる「場」が必要。
 - 認知症ケアの観点からいうと、「その人の個別性の理解ができた喜び」「利用者の不安が減少し、快の時間を増やせるようなケアができた喜び」を共有すること。

渡邊壽美子「良質なチーム経験が組織を強くする」富士ゼロックス総合教育研究所
http://www.fxli.co.jp/co_creation/Images/120_opinion.pdf