

地域包括支援センターと 居宅介護支援事業所 との連携

～前橋市地域包括支援センターにおける実践～

前橋市地域包括支援センター
主任介護支援専門員 山田圭子

平成18年6月9日

前橋市地域包括支援センターの概要

- 前橋市の人口～平成16年12月、合併により32万人
- 設置形態～直営1カ所
- 職員体制～3職種24名・嘱託職員2名・事務職6名
 - 保健師等: 12名
 - 社会福祉士: 6名
 - 主任介護支援専門員: 6名
 - 介護支援専門員: 数26名
(3職種24名+嘱託職員2名)
 - ケアマネジメントリーダー: 数9名
- チーム数～6チーム
(13圏域6ブロックに編成: 1ブロック1チーム)

(資料1)

3職種 の 役割

- ・行政保健師～ との連携
行政の情報を各チームへ均一に提供
* 出向保健師等～ との連携
- ・社会福祉士～ との連携
- ・主任介護支援専門員～ との連携

業務 の 現状

1) 業務のグループ

各業務の基本を作り上げることや進め方の策定や修正など中心に行う。

各チームとの連携によりひとつのことを複数チームでフォローし縦割りをさけることが原則。

- ① 介護予防プランチーム
- ② 総合相談チーム
- ③ ケアマネ支援チーム
- ④ 特定高齢チーム

(資料2)

2) 介護予防支援業務

業務委託～約100事業所

(市内の事業所数: 164事業所)

- ・ 受託可能な介護支援専門員数～約200名
- ・ 委託の範囲～利用申込書作成から支援計画表
モニタリングなど一連の業務
- ・ 作成件数～総数458件 (5月31日現在)
委託件数: 349件(76%)
直営件数: 109件(24%)

(資料3)

居宅介護支援事業所との連携

(介護支援専門員との連携)

2ヶ月の活動経過

- ・ 業務説明会 (4月19日)
- ・ 事業所訪問 (5月19日～27日)
- ・ 介護予防プラン研修会の実施
(5月29日・31日・6月2日)

(資料4)





今後の課題

・情報伝達

業務遂行上不可欠な制度の理解など情報不足により適切な支援が展開できないことに対し、情報収集の方法を示し活用できるルートを作る。

・ケアマネジメントにおける基本的技術の研修
アセスメントの実施や活用の方法、記録の方法、面接技術
など演習を含めた研修の展開

前橋市地域包括支援センター

設置主体	前橋市保健福祉部介護高齢福祉課地域支援係 ・センター長（介護高齢福祉課課長）						
	地域包括支援センター設置数 1カ所						
人口	総人口 320,344人 高齢者人口 65,775人						
	地域人口	区域別人口		高齢者			
		A	63,204人	16,601人			
		B	35,494人	6,799人			
		C	80,519人	15,130人			
		D	62,864人	11,177人			
		E	40,291人	8,271人			
F		37,972人	7,794人				
要支援者	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	1,959	3,243	1,410	1,377	1,190	1,035	10,214
要介護者	施設 入所者	84	233	399	554	496	1766
				978	636	539	8448
チーム数	6チーム（A～Fまでの地域ブロック）						
職員状況	保健師等 12名（保健師8名、看護師4名のうち嘱託1名）						
	社会福祉士等 6名						
	主任介護支援専門員 6名						
	嘱託介護支援専門員 2名						
	事務職員 6名 計32名 （嘱託2名） （行政職員9名 出向17名 嘱託5名）						
	介護支援専門員数 26名 （ケアマネジメントリーダー9名）						
	出向職員数 保健師・看護師等 7名 社会福祉士 5名 主任介護支援専門員 5名						
出向元 在宅介護支援センター 8名 社会福祉協議会 3名 特別養護老人ホーム 1名 民間居宅介護支援事業所 5名							
市介護支援専門員研修受講者 9名（出向職員17名中）							

注：人口は平成18年4月6日現在

要支援・要介護者数は平成18年3月31日現在

業務の現状

支援チーム	今後の計画
介護予防プランチーム <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 主に 介護予防プランの流れ 手続き方法・様式検討など </div>	介護予防サービス計画書作成の手順の参考例を作成・様式（案）を作成（主担当） ケアマネ支援の研修を合同開催 事業所訪問を実施など
総合相談チーム <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 主に 困難事例・虐待 地域との連携作り </div>	事業所訪問を実施（主担当） 相談の流れ・記録の方法を検討など
ケアマネ支援チーム <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 主に ケアマネに対する個別相談 研修企画・ネットワーク作り </div>	研修企画の実施（主担当） 事例検討会の開催および地域での開催支援 ・「予防プランの楽しい作り方」（講義と演習）を実施 ・「サービス提供事業者との合同研修会」（講義・演習）など ・事業所訪問を実施
特定高齢チーム <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 主に 地域支援事業の流れや プログラム・実施方法の検討 </div>	生活機能評価結果を受けての体制の展開を検討中（主担当） 事業所訪問を実施

各地域担当（A～Fまで）の支援

支援体制はチーム制にして担当するが内容により合同で会議・検討・実施を行う。

介護予防プラン作成までの流れ（委託の場合）

	流れ	介護支援専門員に対する支援
来所 (包括窓口)	<p>① 委託</p> <p>委託内容</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 利用申込・基本情報 基本チェックリスト 介護予防支援計画書 </div> <ul style="list-style-type: none"> ・被介護保険証の確認 ・介護予防支援計画作成依頼届 <p>*2週間以内での作成を依頼</p>	<p>作成までの手順を説明</p> <p>*介護予防サービス計画書作成のポイントを説明する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 個別支援：アセスメントの視点 介護予防の説明 </div>
対応 全員 (事務職は除く)	<p>② 介護予防支援計画書原案の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・確認後意見記入欄にコメント確認者の記名をする。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 記入の仕方などで不明なことがあり作成に不安がある場合来所時、共に作成をする。 </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>確認後、サービス担当者会議の開催をお願いし、利用者の同意・確認後計画書の写しを提出。</p>	<p>訪問後作成した介護予防支援計画書原案を作成担当者と地域包括支援センター職員とで振り返り、困難なこと、作成時の不明な点など一緒に相談する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> アセスメントしたけれどプランが作成できないという相談に応じ、収集した情報をもとに一緒に計画書を作成している。 個別支援：個々の力のアップ 必要に応じ担当者会議へ参加 体制構築：研修等の実施 </div>
	<p>③ 毎月末に利用後提供実績給付管理票を報告</p>	<p>支援途中での相談は随時受け付ける。</p>
	<p>④ 3ヵ月利用後評価表の記入をして提出。経過を共に振り返り次の3ヵ月までの支援方法について相談する。</p>	<p>実施した3ヵ月を共に振り返る。状況によっては同行訪問・サービス担当者会議への参加もする。 (個別支援・体制構築)</p>
	<p>計画期間6ヵ月 今までの支援経過全体を共に振り返り、今後の計画について相談する。</p>	<p>定期的な見直しに客観的な支援をする。総合的な視点が入ることで一人で抱える不安を減らすことが出来る。 (個別支援・体制構築)</p>

平成18年度介護支援専門員研修会「介護予防プランの楽しい作り方」 研修カリキュラム

資料4

5月29日 教育プラザ 31日 城南公民館 6月2日 総合福祉会館

研修目的：・介護予防プランの基本的な考え方を再確認し、ケアプラン立案の技術を向上することにより前橋市におけるケアマネジメント力を高めていく。

【あいさつ・オリエンテーション】(5分)

【介護予防ケアプランの基本的考え方の確認】(20分)

・介護予防の考え方を整理し、アセスメントの考え方、目標の視点、ケアマネジメントの流れを再確認していく

【演習】(80分：個人ワーク20分 グループワーク60分)

・事例を読み介護予防プランの「おや？」と思うところをチェック(個人)・気付いた「おや？」をグループで検討、介護予防プランを作る。(グループ)

【まとめ】(40分)

その1 ・1～2例G発表～アセスメントや事前情報が活かされているか、解説をしながら見ていく(記入例をもとに確認)

その2 ・参考資料の活用法について解説

時間	内容	担当	方法	資料	留意点	包括職員として
13:30 (5分)	開会・オリエンテーション・資料確認 あいさつ(5/29 石坂 5/31 古村 6/2 塚本)	浅見 吉田	全員	本日資料(全部)	休憩は随時であることを説明	最初からグループの中に入る
13:35 (20分)	講義「介護予防プランの楽しい作り方」	山田	全員	資料(P2~4)	基本的な部分の再確認 アセスメントの視点	指導者・助言者としての参加ではなくグループ
13:55	演習の進め方を説明(説明後、各部屋に移動)	石倉	全員	初回面接場面・事例の概要・利用者基本情報	時間内で読み込むことを伝える。	の一員であることを理解する。
14:00 (20分)	演習① 事例や他の事前資料を読み込み支援計画書の「おや？」と思うところを探す。 ♪ 東さんらしいプランかな？ ♪ 東さんらしさって何だろう。	山田	個人ワーク	基本チェックリスト 「おや？」プラン ポストイット	最低押さえておくことのポイントを伝える。	*グループワークが進まない場合は話が動き
14:20 (60分)	演習② 個人ワークで見つけた「おや？」ということグループ内で出し合い検討をする。 検討した結果で「ピッタリ」プランを作る。 ♪ 東さんらしい介護予防プランをみんなで作ろう。	菊池 山田 吉田 塚本	Gワーク	A3拡大版 介護予防シート (事例の記入あり)	自分と違う考え方があることを理解。 人の意見を聞き、自分の考え方を理解する。 (自己覚知)	くぎっかけを作る。 *決して指導はしない。 *同じ立場に立つことがポイント
15:20 (40分)	解説：グループで作った「ピッタリ」プランを発表。 ・記入例をもとに解説 ・事前の質問の答える。	菊池 山田	全員	お土産資料	基本的な考え方をみんなでもう一度確認する。	
16:00	終了	浅見 吉田	全員	今後の予定を連絡。		

①表紙

介護予防サービス・支援計画書

初回 紹介 継続 認定済 申請中

状態区分 要支援1 要支援2 地域支援事業

NO: _____

利用者氏名 : _____ 様 被保険者番号 : _____ 生年月日 : ■■ 年 月 日 (満 歳)

認定年月日 : 平成 年 月 日 認定有効期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

計画作成者氏名 : _____ 担当地域包括支援センター名 : _____

計画作成事業者 : (事業所名) _____ (所在地) _____ (電話番号) _____

計画作成(変更)日 : 平成 年 月 日 (初回作成日) 平成 年 月 日

目標とする生活 生活に対する意向や希望	本人の希望(こんな風にしたい)	1日 1年	1日の生活をどのように作っていくか					
	家族の希望(こんな生活をしてほしい・こんな風にかかわりたい)		週や月、年単位でしたいこと					
健康状態	主治医意見書・健診結果・観察等を踏まえた留意点	必要事業プログラム <input type="radio"/> 予防給付 <input type="radio"/> 地域支援事業	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
	主治医のアドバイス		/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5
総合的な支援の方法	改善・予防のポイント(支援の方向性・留意点など)	介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定						
		妥当な支援の実施に向けた方針【本来行うべき支援ができない場合に記入】						
1週間の予定 (利用するサービス)	月	火	水	木	金	土	日	
【地域包括支援センター記入欄】 意見 : _____ 平成 年 月 日 確認 担当者名 : _____			【利用者記入欄】 私はこの介護予防サービス・支援計画書(①、②、③)について同意します。 平成 年 月 日 氏名 : _____ 印					

②アセスメント表

アセスメント実施年月日 : 平成 年 月 日 利用者名 : 様

アセスメント領域と現在の状況 何を、何をしていないか？	本人・家族の意欲・意向		領域における課題			総合的課題 望む生活に必要なこと
	今していない理由？	今後どうしたいですか？	有無	背景・原因の分析、改善可能性の評価		
運動・移動 (具体的内容) <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 交通機関での移動 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	○ 有 ○ 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	①	
日常生活(家庭生活) <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> その他の家事 <input type="checkbox"/> 預金管理 <input type="checkbox"/> 世話(花・ペット) <input type="checkbox"/>	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	○ 有 ○ 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	②	
社会参加・対人関係・コミュニケーション <input type="checkbox"/> 相談ごと <input type="checkbox"/> 来訪・訪問 <input type="checkbox"/> 会話・手紙 <input type="checkbox"/> 仕事・地域の役割 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	○ 有 ○ 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他		
健康管理 <input type="checkbox"/> 入浴・清潔 <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 健診受診 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/>	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	○ 有 ○ 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	③	
その他(例 趣味・生きがい) <input type="checkbox"/> 以前のこと <input type="checkbox"/> 今のこと <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	○ 有 ○ 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他		

③ケアプラン

総合的課題に対する目標と具体策の提案		具体策についての意向	支 援 計 画						
目標の提案 (評価可能で、具体的)	具体策の提案 (様々な角度からの支援内容)	本人・家族等の意向 (合意のない理由・根拠等)	合意できた目標	支援方法	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 地域支援事業	サービス種別 (頻度)	事業所	期間	
①	本人	本人	目標	本人(セルフケア)					
				家族					
	家族	家族		支援のポイント					地域
	その他	()		保険外サービス					
②	本人	本人	目標	本人(セルフケア)					
				家族					
	家族	家族		支援のポイント					地域
	その他	()		保険外サービス					
③	本人	本人	目標	本人(セルフケア)					
				家族					
	家族	家族		支援のポイント					地域
	その他	()		保険外サービス					

①表紙

介護予防サービス・支援計画書

初回・紹介・継続	認定済・申請中
状態区分	要支援1・要支援2・地域支援事業

NO: **プラン作成のための3つのポイント**

利用者氏名: _____ 生年月日: 明・大・昭 年 月 日 (満 歳)

認 計 計	考え方のポイント	書き方のポイント	面接のポイント	前橋市地域包括支援センター	(電話番号)
-------------	----------	----------	---------	---------------	--------

計画作成(変更)日: _____ (初回作成日)

目標とする生活 生活に対する意向や希望	本人の希望(こんな風になりたい)	1日	1日の生活をどのように作っていくか					
	<ul style="list-style-type: none"> 本人・家族が『今後どのような生活を送りたいのか』を具体的にイメージしてもらう。 プランが完成したら、再度利用者を確認。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人・家族の言葉として書く。 基本情報の今までの生活や趣味・楽しみ等の話から展開する。 『また～のような生活ができるようになるといいですね』など。 	<ul style="list-style-type: none"> 1年後に向けて、日々実践できる内容を記載。 	<ul style="list-style-type: none"> 『これなら毎日できるということはありませんかね』など。 				
健康状態	主治医意見書・健診結果・観察等を踏まえた留意点	1年	1年後の自分の姿や生活の状態を記載。					
	<ul style="list-style-type: none"> サービスを利用する上で留意すべき事項を確認して記載。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人・家族が主治医より助言を受けていることを確認して記載。 	<input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 地域支援事業	必要なプログラム 運動不足 / 5 栄養改善 / 2 口腔ケア / 3 閉じこもり予防 / 2 物忘れ予防 / 3 うつ予防 / 5				
総合的な支援の方法	改善・予防のポイント(支援の方向性・留意点など)	介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定						
	<ul style="list-style-type: none"> 本人・家族を含むケアチームが、上記の『目標とする生活』の実現に向けてどのようにかかわるのかについて、その支援の方向性や留意点を記載。後の担当者会議などにてしっかり共通認識として共有。 	妥当な支援の実施に向けた方針【本来行うべき支援ができない場合に記入】 <ul style="list-style-type: none"> 目標や具体策について本人・家族と合意できない事項について、本来の支援へ向けての具体的な手順や方針を記載。 						
1週間の予定	曜日	月	火	水	木	金	土	日
	午前	介護予防サービスだけでなく、セルフケアやインフォーマルな支援についても記載し、日々実行することの意識を高めてもらう。						
【地域包括支援センター記入欄】					【利用者記入欄】			
意見:					私はこの介護予防サービス・支援計画書(①、②、③)について同意します。			
担当者名: _____ 印					平成 年 月 日 氏名 _____ 印			

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向		領域における課題		総合的課題
	今していない理由?	今後どうしたいですか?	有無	背景・原因の分析、改善可能性の評価	
運動・移動 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 交通機関での移動 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	【本人】 【家族】	【本人】 ・現在の状況を本人・家族はどのように考えているのかを確認する。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	・領域ごとの生活行為について、今はしていないことや問題となっていることについての背景・原因を専門職の視点で分析して記載。	① ・領域における課題から、本人の目標とする生活（望む生活）に必要な課題を探して記載。 ↓ ・共通していることは統合して記載。 ・優先度の高い順に記載。
日常生活（家庭生活） <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> その他の家事 <input type="checkbox"/> 預金管理 <input type="checkbox"/> 世話（花・ペット） <input type="checkbox"/>	・その生活行為を自分でしているのか、家族などに介助してもらっているのかを具体的に記載。 ・以前はしていたのに、今はしていないことを確認して記載。 ・本人・家族の良いところ、強いところに着目。	・生活機能を低下させている生活行為に気付いてもらう。 ・『～をしなくなったのはなぜですか』など	・ネガティブな意向だけでなく、ポジティブな希望や思いを引き出す。 ・『どうなったらよいと思いますか』など	・本人の残存能力、潜在能力、活用できる人的・物的環境などを評価して、悪化や改善の可能性（予後予測）を見極める。 ↓ ・現状の悪化防止や改善のために必要なことを課題として記載。 ・現在はできている（している）ことをさらに良くする方策も検討。	
社会参加・対人関係 <input type="checkbox"/> 相談ごと <input type="checkbox"/> 来訪・訪問 <input type="checkbox"/> 会話・手紙 <input type="checkbox"/> 仕事・地域の役割 <input type="checkbox"/>	・本人・家族の言葉として書く。	【本人】 【家族】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	・このままだと～になる危険がある。 ・こうすれば～ができるようになる。 ・領域に課題がある場合は <input type="checkbox"/> 有をチェック。	③ ・『目標とする生活を実現するためには～をすることが必要ですよ』など
健康管理 <input type="checkbox"/> 入浴・清潔 <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 健診受診 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/>	・認定情報・基本情報・基本チェックリスト等にて事前に得られている情報を活用して、効率的に面接を展開。	【本人】 【家族】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
その他（例：趣味・生きがい） <input type="checkbox"/> 以前のこと <input type="checkbox"/> 今のこと <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・領域ごとの生活行為について、今はしていないことや問題となっていることについての背景・原因を専門職の視点で分析して記載。	

③ケアプラン

総合的課題に対する目標と具体策の提案		具体策についての意向		支 援 計 画				
目標の提案 (評価可能で、具体的)	具体策の提案 (様々な角度からの支援内容)	本人・家族の意向 (合意のない理由・根拠等)	合意できた目標	支援方法	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
<p>①</p> <p>・専門職として、本人・家族にわかりやすく提案。</p> <p>・総合的課題に対応した具体的な目標。</p> <p>・目標とする生活(望む生活)に向けた段階的な目標。</p> <p>・達成状況が確認・判断できるような目標。</p> <p>・本人の価値観や好みを考慮。</p>	<p>本人</p> <p>・本人・家族がすることを具体的に提案。</p> <p>・目標を達成するための支援やサービスの内容を記載。</p> <p>～する。 ～を行う。</p>	<p>本人</p> <p>・提案した目標と具体策に対する本人・家族の意向を確認して記載。</p> <p>・本人・家族と合意できる目標と具体策を見つけるためのプロセス。</p> <p>本人・家族の言葉として書く。</p> <p>・『押し付け』にならないように留意する。</p> <p>・『それならやってみようかな』という意欲を引き出す。</p>	<p>目標</p> <p>・本人・家族と合意できた目標を記載。</p> <p>・評価はこの目標の達成状況を確認・判断する。</p> <p>目標</p> <p>・できるだけ回数や時間、距離等の数値で表す。</p> <p>・本人の具体的な状態像で表す。</p> <p>・主語は『私は～』となるように書く。</p> <p>～できる。 ～できるようになる。</p>	<p>本人(セルフケア)</p> <p>自分ですること。</p> <p>家族</p> <p>家族の支援。</p> <p>地域</p> <p>友人やボラ等。</p> <p>保険外サービス</p> <p>配食サービス等。</p> <p>本人(セルフケア)</p> <p>セルフケア)</p>	<p>・目標達成に向けて、具体的にどんなサービスを行うのか、その内容を具体的に記載。</p>	<p>介護予防通所介護</p> <p>通所型介護予防事業</p> <p>など</p>	<p>・支援計画を実施する期間を記載。</p> <p>・認定の期間も考慮。</p> <p>・3～6ヶ月が標準。</p>	<p>3ヶ月</p> <p>4月1日 ↓ 6月30日</p> <p>など</p>
<p>③</p> <p>・専門用語は使わない。</p> <p>・抽象的な言葉(安心、安全、適切など)は使わない。</p> <p>～できる。 ～できるようになる。</p>			<p>支援のポイント</p> <p>地域</p> <p>サービス</p> <p>・目標に向けて支援を行う上で配慮すべき事項やサービスを導入する上での留意点などを記載する。</p>					

要支援1・2と認定を受けた認知症高齢者の介護予防プランの考え方

*基本的視点

- ・ 認知症高齢者の「自立支援」 → 本人の持つ力で生活することが出来る
- ・ 介護予防の基本的概念を理解する。

高齢者が要介護状態になることを出来る限り防ぐ

・ 発生を予防する → 認知症の進行を予防

要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないようにすること

・ 維持・改善を図る → 今もっている力を持ち続けることが出来る。

*介護予防ケアマネジメントの基本的考え方

- ・ 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるように要介護状態になることを出来る限り予防することが重要

・ 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができる

↓

その人らしい生活

(認知症になっても安心して暮らせる街作り)

- ・ 「本人が出来ることは出来る限り本人が行う」ことを基本とし、利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるように、具体的な日常生活における行為について目標を明確にし、セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画を作成し、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う一連の過程。

・ 「本人が出来ることは出来る限り本人が行う」

↓

認知症の方は何も出来ないと言う概念を見直す。
本来持つ「生活力」をアセスメントから引き出していく

・ 具体的な日常生活における行為について目標を明確にする。

↓

今、何が出来ているのか、出来ないことは何なのか、
(一人で出来ること・支援が必要なことの見極め)

・ セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画

↓

地域で支える「その人らしい」生活

* 自立支援の考え方の視点を見直してみる。

一人で何でも出来ること? → 今、出来ていることを出来る限り続けること。

自分の力を認識することが難しい認知症高齢者にとって意識的にその力を維持できないことで継続を困難にしていることも考えられる。

* レスパイトとしての家族支援から本人中心の支援の方法を考える。

こんな暮らしをしてほしい → 認知症高齢者の見方を変える

問題行動だけに着目せず、今までの生活から「その人らしい」生活の視点を持つ。



結果的に家族の介護負担の軽減

なんでもしてあげる支援者中心の「利用者本位」の考え方から、本人の力を支援していく「利用者主体」の考え方は認知症の方であっても同じであると考える。

しかし、意思疎通が難しい状況や「何がしたいのか」を本人から聞きだすことが難しいと介護予防プランを作成するのは難しいと考えてしまう。しかし、家族が望んでいる「その人らしい」生活を客観的な視点で考えていくこと、本人が「楽しそうな時」「その人らしい場面」を見つけること（どんな場面で笑顔を見ることができるとかなど）で介護予防プランを作ることは可能であると考えられる。

今、持っている力を持ち続けられる支援の方法を見つけていくとき重要と考えられるのは言葉にならない言葉を読み取ることと考える。

