

ケアマネジメントを学ぶ

仁王上田地域包括支援センター
主任介護支援専門員 安住智幸

本日の内容

- 本日は覚えていたきたい事が2点あります。
- 1つ目は、ニーズの導き方
- 2つ目は、地域包括ケアシステムについての2点についてです。関連性が無いと感じるかもしれませんが、個別ケース(ニーズ)から地域の課題を把握する事が多くあります。2つがつながっている事を理解することで、幅広い視点が持てるようになります。

※個別支援と地域支援は活動の両輪となります。

自立支援とは

- 可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるように配慮すること
- 要介護状態になることを予防し医療連携を十分に行うこと
- 利用者の心身の状況や置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき適切なサービスが総合的、効率的に提供されること（介護保険法第1.2条）

自立支援のマネジメントとは・・・

- 利用者の意思を中心に据えること
- 利用者の有する力を高めること
- 多職種からなる支援チームの協働で行うこと
- 支援チームの合意を持つこと
- 効果的なサービスを円滑に利用して行くための援助技術

ケアプランに求められること

- ニーズ抽出の過程を「見える化」する
- ケアマネジャーの思考過程がわかる
- 目標が具体的で、各サービス計画と連動している「マスタープラン」である
- 多職種との情報共有がスムーズになる
- ご本人・ご家族の意向と合致し、目標達成が身近になる
- わかりやすくシンプルな表記
- チームにとっての自己評価・自己研鑽

ケアマネジャーに求められているのは・・・

- なぜこのようなケアプランを作成したのか利用者や家族に、根拠を示して説明できますか？
- このプランで利用者は意欲的に取り組めますか？

ケアマネジャーはこのように分析し働きかけていきます

生活上の支障は、生活上の意欲となることで「**その方らしい自立**」につながります



アセスメントからニーズを抽出しケアプランを立てると

- よりその人らしく、具体的に目指せる目標が設定される
- アセスメント情報とニーズ、サービスの連動性がみえる
- 根拠が明確となり、見通しが具体的となる
- 多職種の見見が加味され、チームが形成される

アセスメントとニーズ

- ニーズを捉える作業が**アセスメント**
- **ニーズ**は利用者にとって「困っていること」を少しでも「暮らし方への希望」に近付けるために「**転換**」するときに生まれる。

ニーズの捉え方

- 利用者: 「～したい」「～をしたいが出来ないので困っている」という**要求**がある
- ケアマネジャー: 専門的視点や社会のルール等から「～**が必要**」と考える

ニーズとは

利用者の意向「求め」



理解・合意形成(ニーズ)

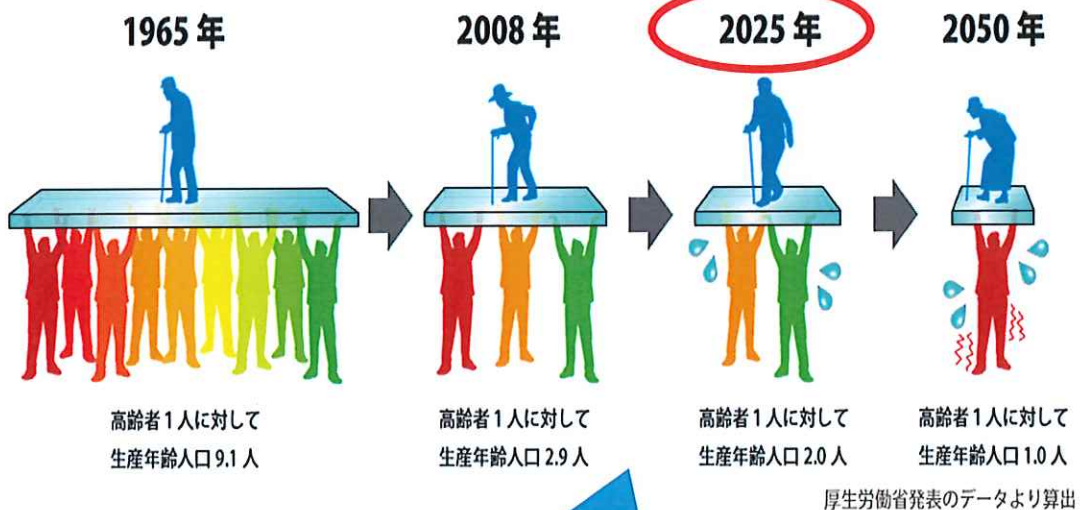
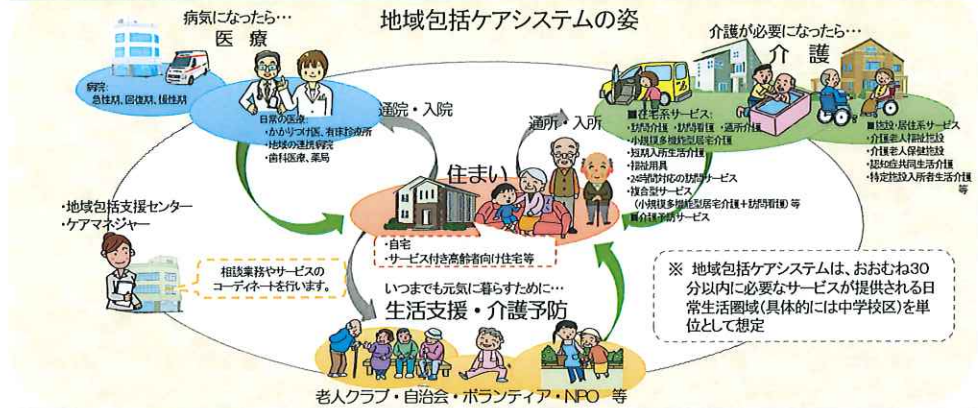


専門職としての判断「必要性」

地域包括ケアシステムの構築

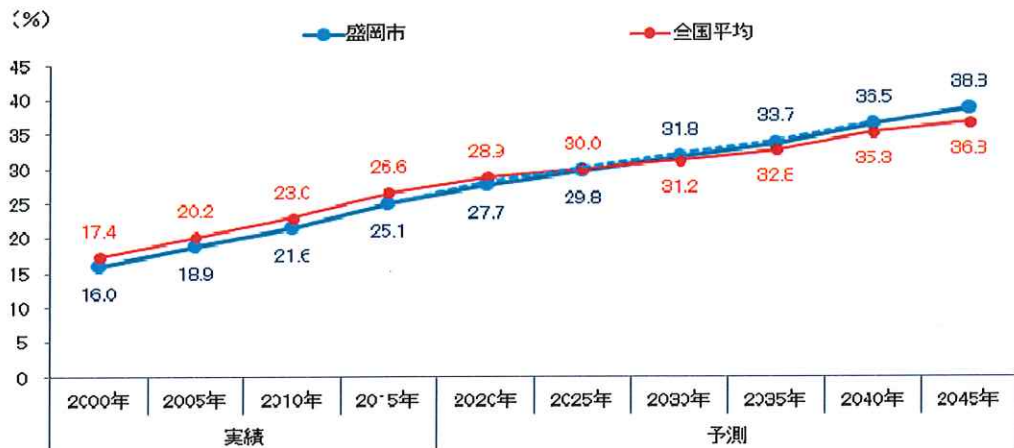
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



若者や公的サービスだけでは、高齢者の老後を支えきれない…

盛岡市の高齢化率の推移



※高齢化率=総人口にしめる65歳以上の人口割合(%). 年齢不詳を除いて算出
 ※図中の緑の点線は、前回2013年3月公表の「村井人口推計」に基づく当地域の高齢化率

© jp.gdfreak.com

2025年問題を解決するには・・・

少子高齢社会による担い手不足の中で、
 増大する地域のニーズに応える方法は、

- ①活動的生活の継続による介護予防の強化
- ②専門職以外の生活支援の担い手の確保

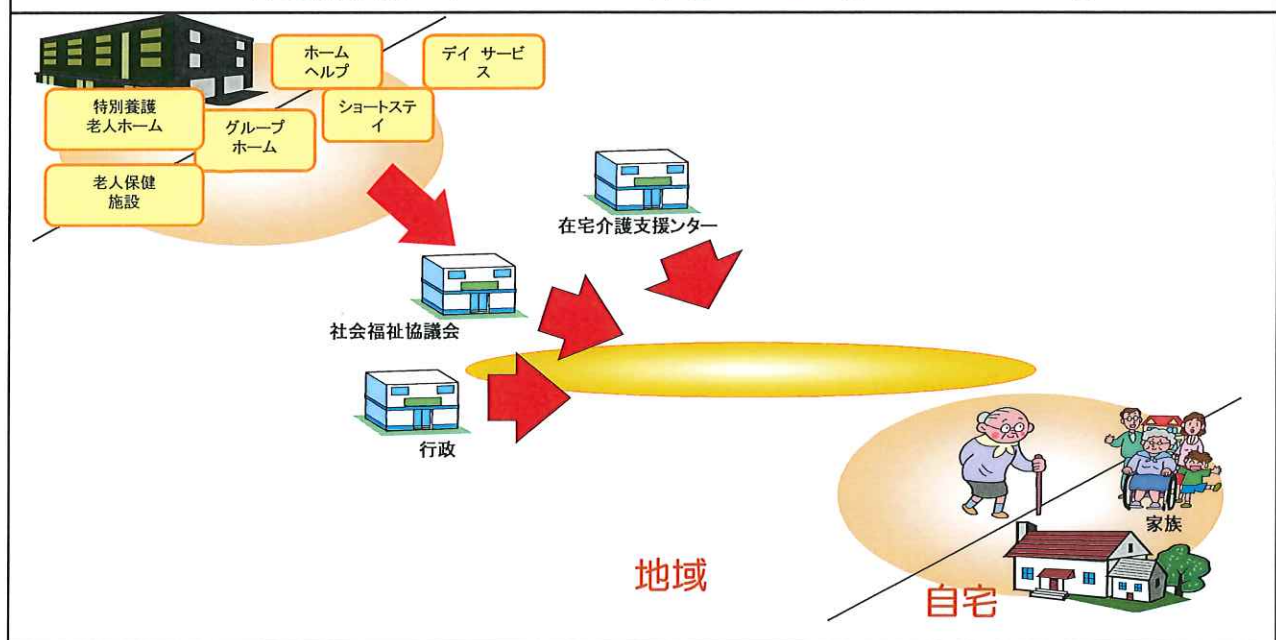
第1章 介護予防について

1-1 介護予防の定義と意義

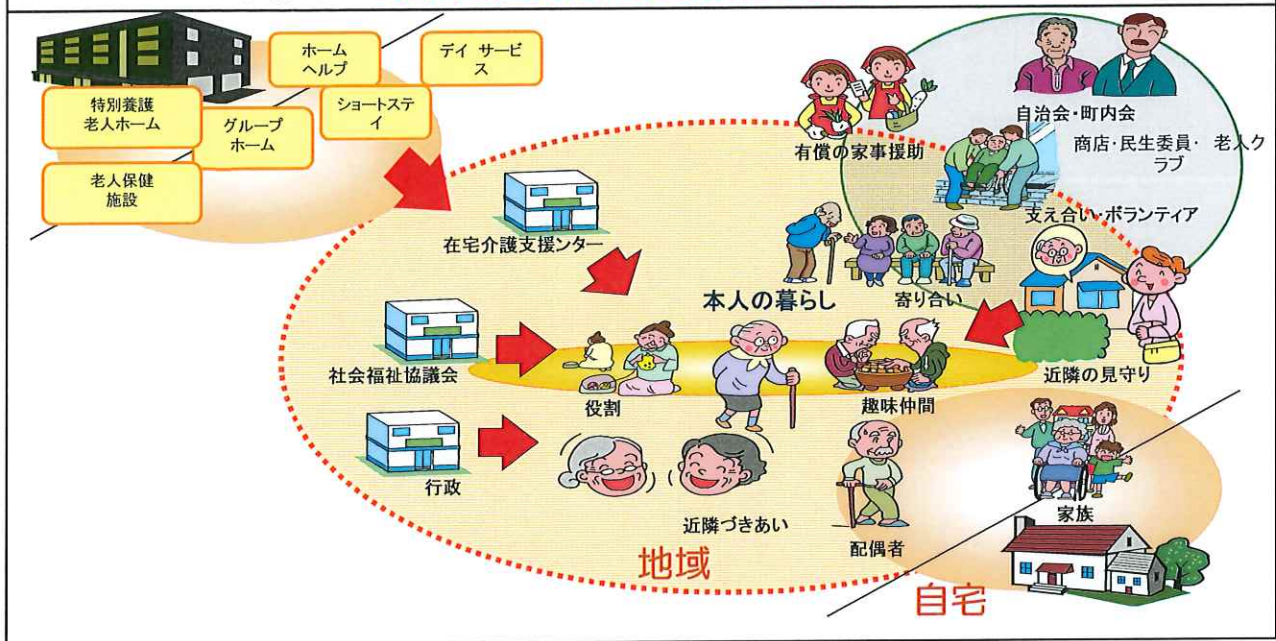
介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義される。

介護保険は高齢者の自立支援を目指しており、一方で国民自らの努力についても、介護保険法第4条（国民の努力及び義務）において、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と規定されている。また、第115条45（地域支援事業）において、「可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために、地域支援事業を行うものとする」とされている。介護予防は、高齢者が可能な限り自立した日常生活を送り続けていけるような、地域づくりの視点が重要である。

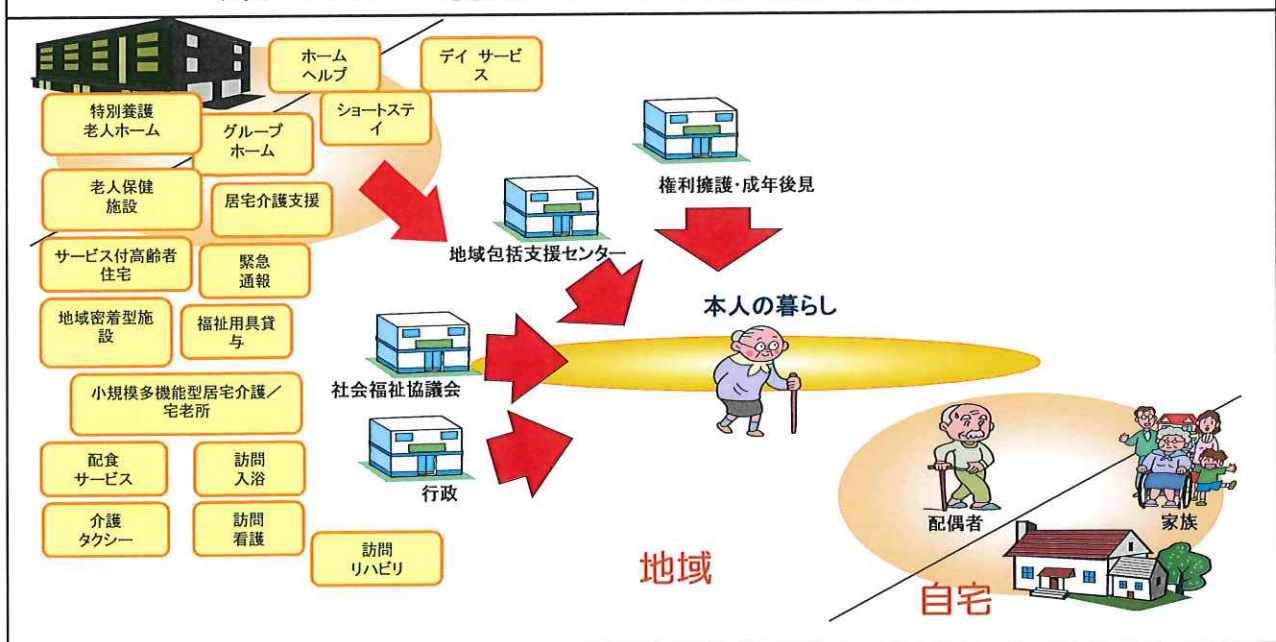
「介護保険前は、わずかな『介護サービス』しかなかった」



「しかし『本人と支え合う多様なつながり』があった」



「気がつけば『制度・サービス』は整ったけれど…」



制度・サービスが整ったことで

- 近所・友達付き合いが減って来た！
- 専門職との繋がりだけになってしまうことも！



個別支援を強化することで、「社会性(地域との繋がり)」が奪われてしまうことも。

「介護保険サービスの利用者が増えるとあちらの世界の人になってしまうのよね」

これは、高齢者の集うおしゃべりの場で聞いた衝撃的な一言でした。
初めて介護保険サービスを使う際には、近所の人や友人に「**今度私、デイサービスを使うことになったの**」と本人が教えてくれるというところが、その後サービスを増やす際には、本人からも家族からも、専門職は守秘義務があって、誰からも何も情報提供もなく「どうもサービスの量がふえたらしいわよ」とうわさで知るとい
気が付くと「今日はデイサービスの日だったんじゃない？」となり、本人と近所・友人のつながりは希薄になって、**専門職とのつながりだけ**になってしまうというのだ

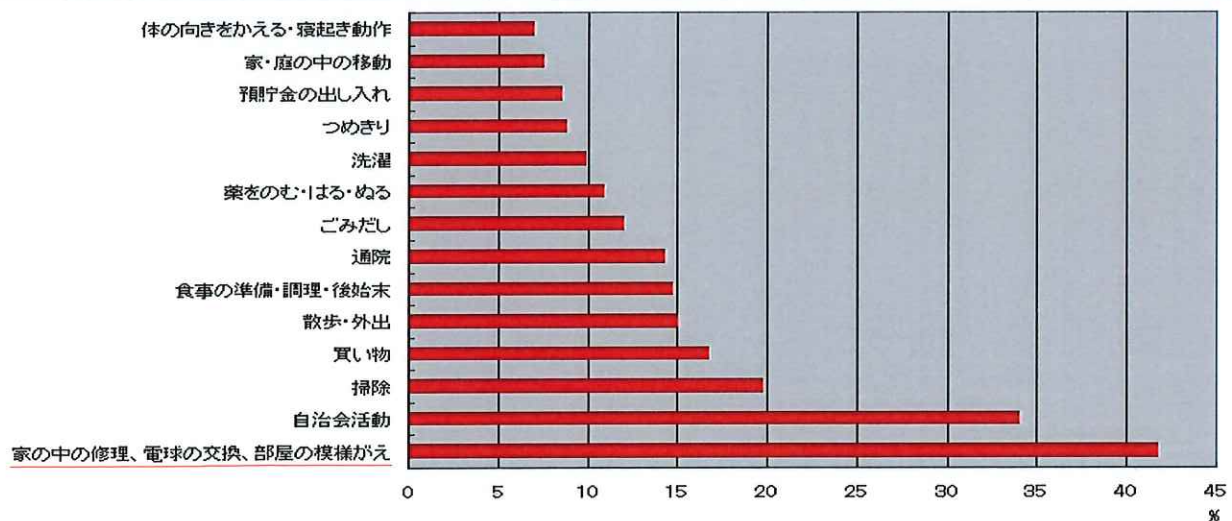
「つながる」ことから

気にかける関係・見守る関係……そして「**支え合う**」関係へ

こうした関係こそが「**互助**」。互助は気の置けない関係のなかで行われる。
住民はこれを「**ご近所(お友達)付き合い**」と呼ぶ

「支える行為」だけでなく「支えられる」という。相互性を双方が認識して、
初めて「**支え合い**」となる。こうした支え合いこそ「**地域の宝物**」

独居高齢者の生活上の困りごと



制度だけでは解決できない困り事が多い！

どのように考えるか？

本人を中心に、専門職以外の関わりがどの位あるか？

近所付き合い・友達付き合い等により解決出来る事はないか？

利用者の**関係性(支え合い)**から解決できるかも！

アセスメントの視点

人との繋がりを確認しよう

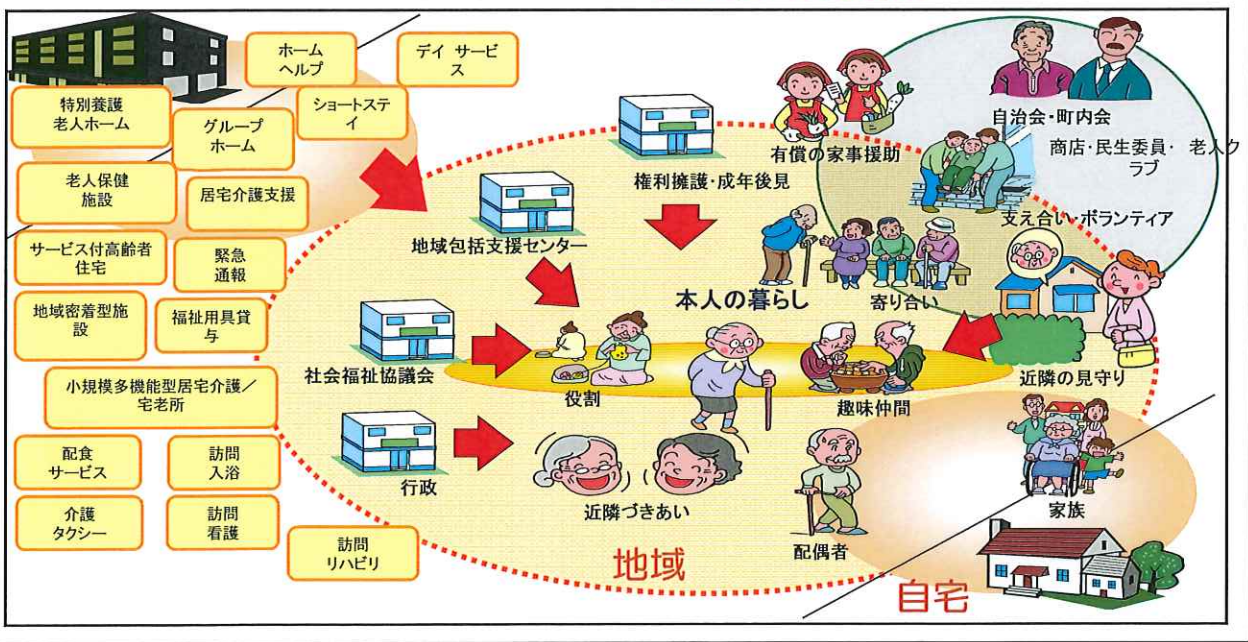
・知人・ご近所・趣味の繋がりと様々な繋がりが利用者にはあります。

・様々な繋がりを確認することで、お互いに助け合い(支え合い)で生活が成り立っているケースがあるかも。その視点に気づくことで支援の幅が広がります。



支え合いもケアもどちらも大事。
手をつないで助け合いましょう。

「住民も専門職もみんな支え合う地域に」



地域包括ケアシステムの完成！