



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		3,159	1,177	978	636	539	8448
	施設 入所者	84	233	399	554	496	1766
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
<p>介護予防プランチーム</p> <p>主に 介護予防プランの流れ 手続き方法・様式検討など</p>	<p>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）</p> <p>ケアマネ支援の研修を合同開催</p> <p>事業所訪問を実施など</p>
<p>総合相談チーム</p> <p>主に 困難事例・虐待 地域との連携作り</p>	<p>事業所訪問を実施（主担当）</p> <p>相談の流れ・記録の方法を検討など</p>
<p>ケアマネ支援チーム</p> <p>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</p>	<p>研修企画の実施（主担当）</p> <p>事例検討会の開催および地域での開催支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「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
<p>特定高齢チーム</p> <p>主に 地域支援事業の流れや プログラム・実施方法の検討</p>	<p>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）</p> <p>事業所訪問を実施</p>

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; margin: 5px 0;"> 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: 10px 0;"> 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: 5px 0;"> 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: 10px 0;"> 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できる。 (個別支援・体制構築)</p>