第8章

介護支援専門員に求められるケアマネジメント

（チームマネジメント）

上巻P573～

本科目の修得目標　　P 575

- 利用者および家族の支援に際し、チームアプローチの意義と目的について説明できる。
- チームを構成する各専門性についての役割について説明できる。
- チームにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- アセスメントに基づく必要なチームの形成を実施できる。
- チームにおける情報共有を実施できる。
- 円滑なチーム運営を実施できる。

第1節　チームアプローチの意義と目的

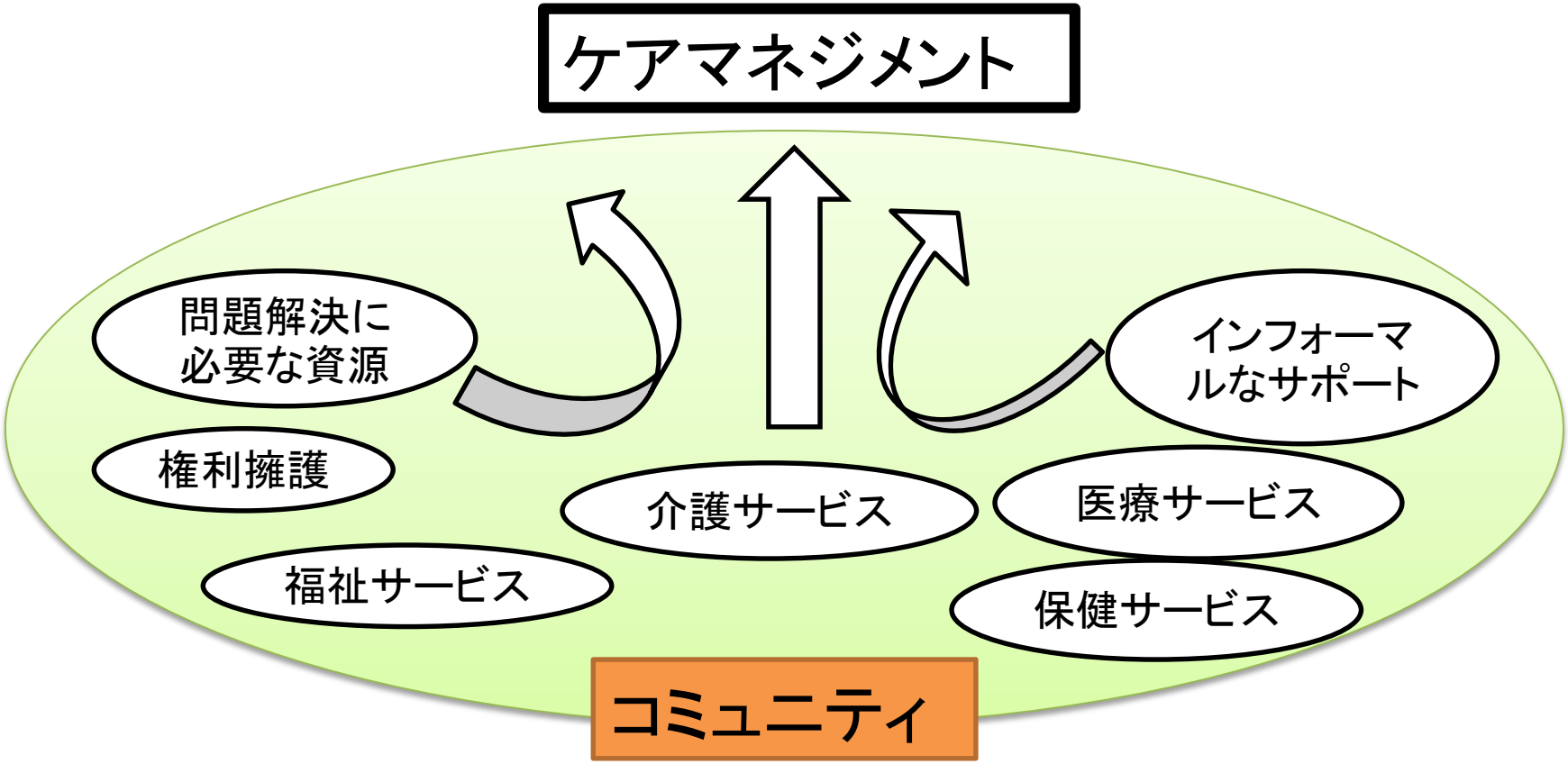
１、ケアチームを構成する必要性

（１）チームアプローチとは・・・

- ケアマネジメントにおけるチームアプローチとは利用者の『自立支援』という共通の目標に向かって多職種がそれぞれの役割と専門性から取り組むこと
- 利用者・家族の望む生活を支えるためには、利用者・家族の生活上の課題を心身の状況、生活の全体像から総合的に捉え、サービスを提供する
- 総合的に利用者・家族をとらえ、総合的にサービスを提供していく多職種の専門職チームによるアプローチが必要

1、ケアチームを構成する必要性　P576

利用者が自立し、尊厳の保たれる日常生活の営み（望む暮らし）が出来るように・・



1、ケアチームを構成する必要性　P577

- 利用者・家族の生活上の課題を解決し、生活上の目標を達成するために、生活ニーズに応じて地域社会の中から社会資源を探し出す必要がある。

  →ケアマネジメントのためのネットワーク作り

- ケアチームメンバーがばらばらに行動するのではなく、メンバーの役割や分担、ルールを明確にしてそれぞれの業務を担えるように調整をする。

  →所属が様々な援助者をつなぐ

  ・土台は介護支援専門員が作成する「居宅サービス計画」
  ・介護支援専門員はチームアプローチの中枢を担う

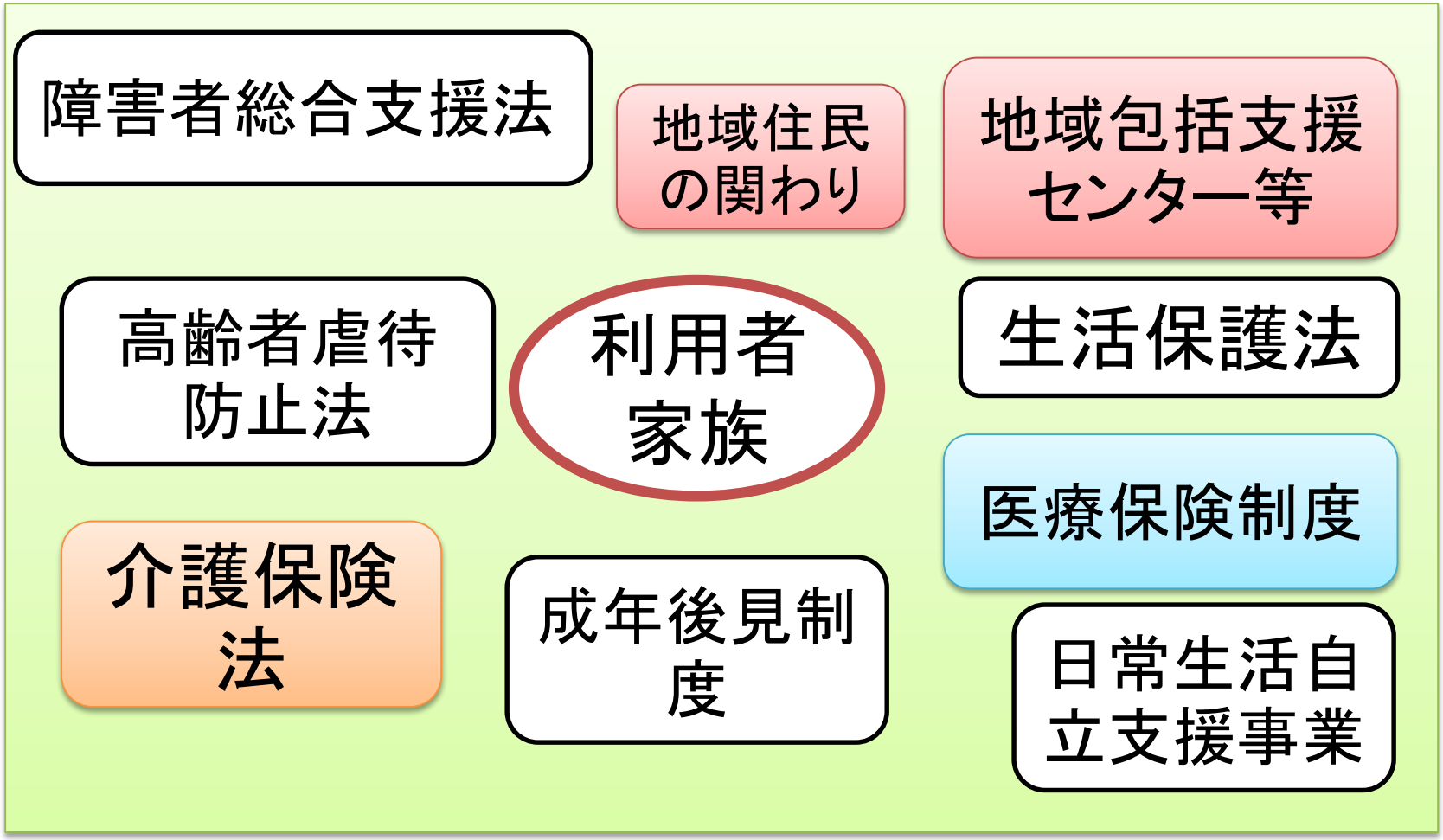
※「ハブ機能」・・中心となるところ、中枢、拠点、中継装置
（大辞林　第3版より）

2、介護保険制度におけるチームアプローチ　P577

- 利用者・家族の生活ニーズは介護保険制度だけでは解決できない。

2、介護保険制度におけるチームアプローチ

利用者・家族を取り巻く公的制度・インフォーマルな支援



2、介護保険制度におけるチームアプローチ　P578

- ケアチームの目指す目標がメンバーに共有されてはじめて有効なチームアプローチになる。
- ケアチームのメンバーが利用者を適切に無駄なく効率的に支援していくために「居宅サービス計画」があり役割分担がされる。
- 介護支援専門員はメンバーがその専門性を発揮できるように調整をする。

2、介護保険制度におけるチームアプローチ

P578・P96・97

運営基準第12条第1項

介護支援専門員は、居宅介護支援の提供にあたっては利用者の要介護状態の軽減または悪化防止のために医療サービスとの連携が明確に求められている

運営基準第13条第4号

利用者の生活ニーズに応じて保険給付対象サービスやそれ以外の保健・医療・福祉サービス、地域住民による自発的な活動など、さまざまなサービス・支援をケアプランに位置づけることが求められている

2、介護保険制度におけるチームアプローチ
P578　・P89・P90

運営基準第1条の2第4項

指定居宅介護支援事業者は事業の運営に当たっては、市町村、地域包括支援センター、老人福祉法第20条の7の2に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業所、指定介護予防支援事業所、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（総合支援法）に規定する指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

ミニワーク①

ケアマネジメントにおいて、なぜチームアプローチが必要なのでしょう。

第２節　ケアチームを構成する各専門性に基づいた役割

1、専門性の理解　　P579

（1）専門職が提供できる中身を知る

≪直接サービスを提供する専門職≫

訪問介護員、看護師、医師、歯科医師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士等

⇒各専門職の法律上の権限や役割、専門性の理解が必要

（2）住民との協働

⇒地域にある社会資源（人を含む）の理解と活用

⇒利用者が暮らす地域の活動を取り込み、協働していく

2、各専門性の理解　P579～580

（1）医師や看護師との連携

（2）理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などリハビリ職との連携

（3）福祉職との連携

（4）働く場による役割の変更

第3節　チームアプローチにおける介護支援専門員の役割

1、ケアチームの編成　P581～582

（1）編成上の留意点

（2）ケアチーム編成のポイント

1、アセスメントから利用者・家族に必要な支援内容を
　明確にする

⇒アセスメント(ニーズの把握）は重要
　なぜその専門職がいるサービス事業所が良いのか・・

2、地域にある「社会資源」を理解しておく

⇒資源を探すことも必要

3、それぞれのサービスの特徴を理解する

⇒制度の動向、地域の実態把握、常に情報収集

考えてみましょう

テキストに載っている「神谷花子さん」の事例を活用してチームアプローチを考えてみましょう。

基本情報　P416

アセスメント情報　P420

～まずは読んでみてください～

考えてみましょう

～神谷花子さんとご家族の支援～

①介護支援専門員として支援チームを考えた時
　どのような専門職が必要だと思いますか？
　（理由も含めて）

②知人や地域の力をどのように取り入れますか？

③家族の役割はどうですか？

個人ワーク　15分　⇒　隣同士で15分

2、ケアチームのマネジメント　P583・584

所属がバラバラなケアチームメンバーがそれぞれの役割を果たし、利用者の目標にきちんと向かっているか確認していくのが介護支援専門員の大事な役割

（1）利用者・家族の目指す目標共有の調整

担当者会議等を活用して

（2）役割の調整

- 居宅サービス計画原案は利用者・家族、メンバーで意見交換して練り上げていく
- メンバーそれぞれの自覚が生まれ、合意形成を促す

2、ケアチームのマネジメント　P584～585

(3)進捗状況の確認、調整

- 『利用者の状態は変わる』という視点
  （身体的、精神的、家族の状況等）
- チームメンバーからの情報を得て確認
- 状態の変化によってケアチームメンバーも変わる
- 良い状態に変わったとき・・・

(4)全体の整合性、目標の達成を評価

- 居宅サービス計画の修正・変更はチームメンバーの同意を得る。

(5)ケアチーム全体のマネジメント

- サービス事業者から支援状況の評価をもとに確認
- 共有した目標に向かって進めるようケアチームをマネジメントしていく

第4節　アセスメントに基づく必要なケアチームの形成

1、ケアチームの特性　P586

（1）アセスメントに基づいたチーム編成

利用者の状態が変化し、再アセスメントの結果、居宅サービス計画の変更が必要になった時、そのアセスメントに応じたケアチームを再編成する

（2）ケアチーム編成の柔軟性

2、ケアチームの編成時期　P586～587

～どのような時にチームを編成するのか～

（1）利用者を中心に考えたチームの編成

- 利用者の支援を開始するとき
- 利用者の状態が変化したとき
- 目標が達成されたとき
- サービスを変更するとき

（2）ケアチームの変化に対応する

3、ケアチームメンバーの選定　P588

～構成メンバーを適切に選定する視点～

（1）専門性の理解

- 同じ職種でも所属する機関が違えば出来ること、出来ないことが変わってくる

（2）事業所からの選定

- 事業所それぞれの強み・弱み
- 事業所の特徴をつかむ

第５節　ケアチームの運営

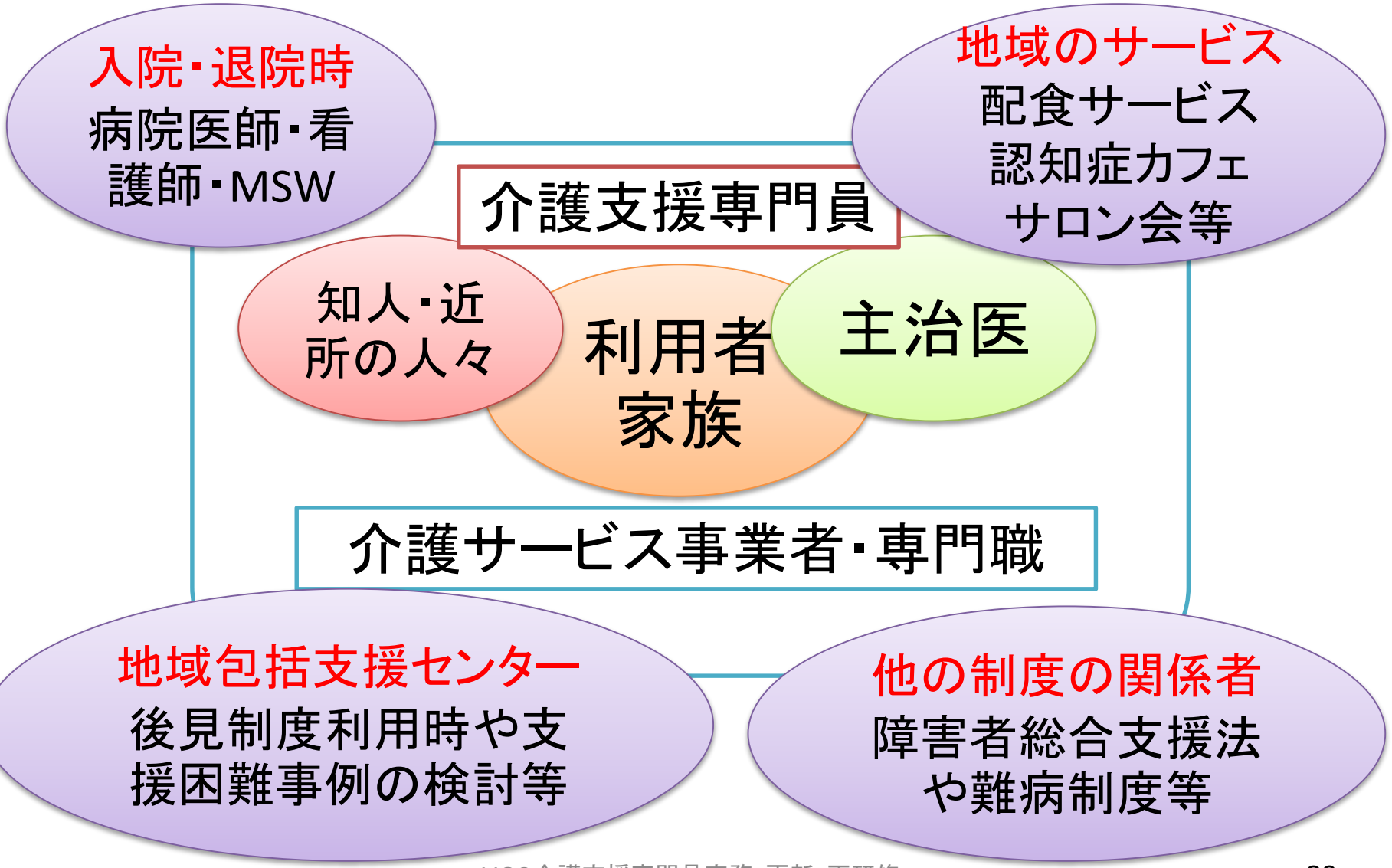
1、 ケアチームの運営　 P589～590

表８－５－１　時期に応じたケアチームの運営の留意点

準備期	選定メンバーと予備的にかかわり目標をすり合わせること
開始期	目標と役割を確認し方針を共有すること
作業期	コミュニケーションを図り情報を共有すること
終結期	ケアチームとしての評価をすること

第６節　円滑なケアチーム運営を実施

円滑なケアチーム運営、幅広い連携



円滑なケアチーム運営、幅広い連携

1．主治医との連携場面

- 担当介護支援専門員になった時
- 介護サービスの利用が開始になる時
- 居宅サービス計画に医療系サービス（訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ・老人保健施設での短期入所療養介護等）を位置づける時
- 軽度者に特殊寝台等の福祉用具貸与が必要な時
- 利用者が施設入所の検討を始めたとき

等々

円滑なケアチーム運営、幅広い連携

2. 地域包括支援センターや行政機関との連携場面

- 利用者が介護給付から予防給付に変わったとき
- 支援が困難なケースを抱え、協力を求めたいとき
- 成年後見制度等の活用が必要になったとき
- 利用者が虐待を受けていると思われたとき

等々

3、生活保護担当者との連携場面

- 担当利用者が生活保護を受けており介護サービスの利用を開始するとき
- 新たなサービス事業者をお願いするとき
- 担当利用者が施設入所や長期入院をされたとき

等々

円滑なケアチーム運営、幅広い連携（まとめ）

①ケアプランに位置づけた社会資源と目標や役割分担を共有しようとするとき

②ケアプランに医療系サービスを位置づけようとするとき

③通常の対応では対処が困難な場合（いわゆる困難事例）

④利用者の支援が居宅介護支援から入院・入所ケアと替わるとき

⑤利用者の支援が居宅介護支援から介護予防支援に切り替わるとき

チームアプローチを進めるコミュニケーション

連携を円滑にする5つのポイント

1.「誰と、何のために、何をするのか」を明らかにする
2.利用者や家族の同意を得る
3.連絡先の窓口を見つける
4.連携の手段を吟味する
5.連携により得られた結果を相手に報告する

相互作用

2、対応の方針や行動　P593

早期にリスク対応するため、あらかじめ想定されるリスクについてはケアチーム全体で共有できるように調整しておく。

- 医療面では主治医との連携が重要
- 急変時の入院先や連絡先など
- 介護支援専門員も連絡がとれる体制を確保する

ミニワーク②

ケアチームのマネジメントにおける介護支援専門員の役割は？