

介護支援専門員実務研修 3日目

13:45～15:45

第6章(第2章)

ケアマネジメントのプロセス

本科目の目的と修得目標

◆目的

ケアマネジメントプロセスの全体像を理解する。

◆修得目標

1. ケアマネジメントプロセスの構成と流れについて説明できる。
2. 各プロセスの意義について説明できる
3. 各プロセスの目的について説明できる
4. 各プロセスの関連性を述べることができる
(介護サービス計画書標準様式の考え方を説明できる)
5. ケアマネジメントプロセスの全体像について説明できる

第2章 第1節

中立・公正なケアマネジメント (P64)

1 ケアマネジメント誕生の背景

ケアマネジメントの定義

『利用者の社会生活上のニーズを充足させるため、適切な社会資源と結びつける総体』



心身に障害を抱え介護等が必要な状態になるなど、地域での生活に困難をきたすような問題が発生した人に、その問題を解決するために必要な**保健・医療・福祉サービス**(フォーマルサービス)をはじめ、**家族、友人、親戚、ボランティア**などのインフォーマルサービスまで含めた**地域の様々な社会資源を調整**して提供し、地域での生活を継続して支援していく実践

第1節 中立・公正なケアマネジメント（P64）

（1）「ケアマネジメント」誕生の背景

1) アメリカ

1970年代後半 利用者の地域生活を支援するために生まれたのが「**ケースマネジメント**」

精神障害者に対する住宅政策と地域生活への支援

2) イギリス

1990年 コミュニティケア法制定

「**ケアマネジメント**」が位置づけられる

第1節 中立・公正なケアマネジメント（P65）

（2）「ケアマネジメント」の目的

『ケアマネジメントとは、要援護者と社会資源を結びつけることによって、要援護者の地域社会での生活を支援していくこと』

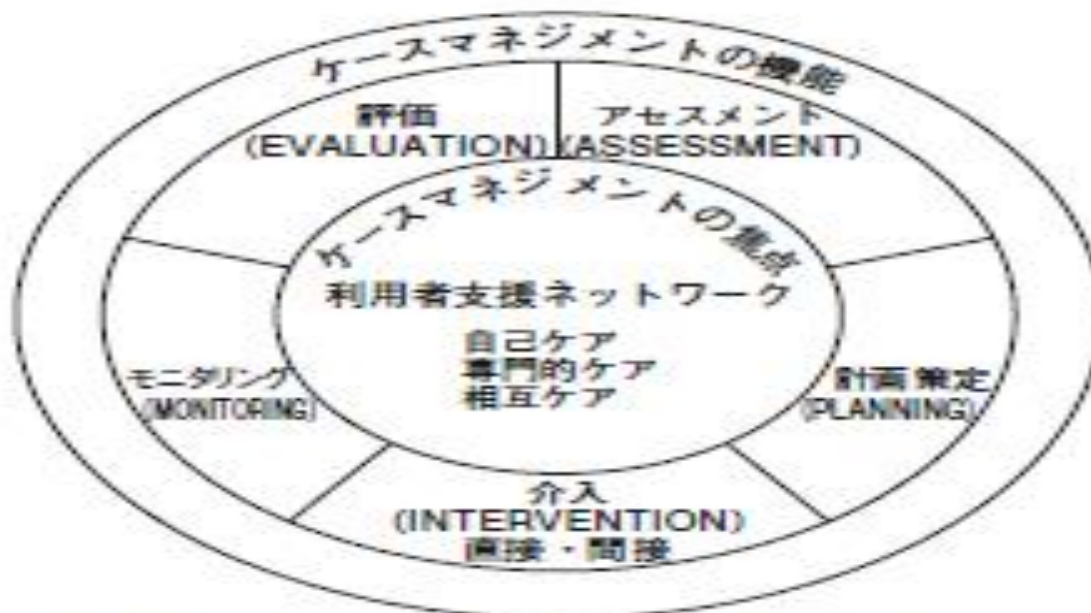


「生活の質を高めると同時に
自立を支援すること」

第1節 中立・公正なケアマネジメント (P65)

2 ケアマネジメントの機能(5つの基本機能)

図 2-1-1 ケースマネジメント実践における多面的な機能の枠組み



出典：D・P・マクスリー、野中猛・加瀬裕子監訳『ケースマネジメント入門』中央法規出版、22頁、1994年

第1節 中立・公正なケアマネジメント (P66)

1) アセスメントについて

- ①利用者がどの程度の自己ケア(セルフケア)能力を有するのか、(対人サービスに)どのようなニーズをもつのか。
- ②利用者の周りには、どのようなソーシャルネットワークがあり、利用者のニーズにどのくらい応えられるのか。
- ③対人サービス提供者が、その利用者のニーズに対してどのくらい応えられる能力をもつのか。

第1節 中立・公正なケアマネジメント (P67)

表 2-1-1 ケアマネジメント関連用語

インテーク	Intake (情報収集)
アセスメント	Assessment (課題分析)
プランニング	Planning (計画策定)
インターベンション	Intervention (実行と介入)
モニタリング	Monitoring (継続的な観察)
エバリュエーション	Evaluation (評価)
ターミネーション	Termination (終結)

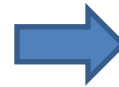
第1節 中立・公正なケアマネジメント (P67)

(2) ケアマネジメントの機能の範囲

- ①利用者・家族の地域生活に必要な力量を高める
- ②利用者・家族の(代弁をして)、サービス提供者、ソーシャルネットワークへはたらきかける
- ③新たな支援ネットワークの形成やサービス開発のために、地域社会のケアシステムにはたらきかける。
- ④利用者・家族の権利擁護の橋渡しをする

第1節 中立・公正なケアマネジメント (P67～68)

- 1) 連絡・通報の受付
- 2) アウトリーチ機能
- 3) スクリーニング機能



ニーズキャッチ・発見
*どう把握するか

表 2-1-2 ケアマネジメントの対象者

①複数の、または複雑な身体的・精神的不全を抱えている要援護者 ②複数のサービスを必要としている、あるいは受けている要援護者 ③施設入所が検討されている要援護者 ④サービスが十分に提供されていない要援護者 ⑤受けているサービスが不適切である要援護者 ⑥介護できる家族員がいない、あるいは十分世話ができていない要援護者 ⑦家族のみでみている要援護者	⑧行政サービス以外のインフォーマルな支援（例えば、近隣の住民やボランティア） ⑨行動や態度が他人の耐え得る範囲を超えている要援護者 ⑩何度も入退院を繰り返している、あるいは自分自身の健康管理ができていない要援護者 ⑪自己の問題点やニーズについての判断力が曖昧である要援護者 ⑫金銭管理ができない、あるいは行政サービスを申請するのに手助けがいる要援護者 ⑬個人的な代弁者が必要な要援護者
--	--

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P69)

3 介護保険制度とケアマネジメント

(1) 法令・通知の用語

1)「ケアマネジメント」と「居宅介護支援」 * 運営基準上

《ケアマネジメント》居宅介護支援、施設における施設サービス計画の作成、サービスの利用援助及び施設サービス計画の実施状況の把握並びに介護予防支援をいう

《居宅介護支援》

- ①居宅サービス、地域密着型サービス等の適切な利用等をできるように、居宅サービス計画を作成
- ②サービス提供が確保されるよう、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供
- ③介護保険施設への入所を要する場合の紹介その他の便宜の提供を行うこと

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P70)

3) 居宅介護支援に関する用語

■ p. 94～居宅
■ p.118～施設
■ p.149～予防

表 2-1-3 居宅介護支援に関する用語

標準的に用いる用語	法令・通知上の定義
① 受付	介護支援専門員研修通知で用いている用語
② 初期面接相談（インテーク）	介護支援専門員研修通知で用いている用語
③ 解決すべき課題の把握(アセスメント)	運営基準で定義（標準様式で用いている用語）
④ 居宅サービス計画	介護保険法で定義（標準様式の名称）
⑤ サービス担当者会議	運営基準で定義（標準様式の名称）
⑥ 居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）	運営基準で定義
⑦ 評価	運営基準の留意事項通知、研修通知で用いている用語
⑧ 終結	（なし）

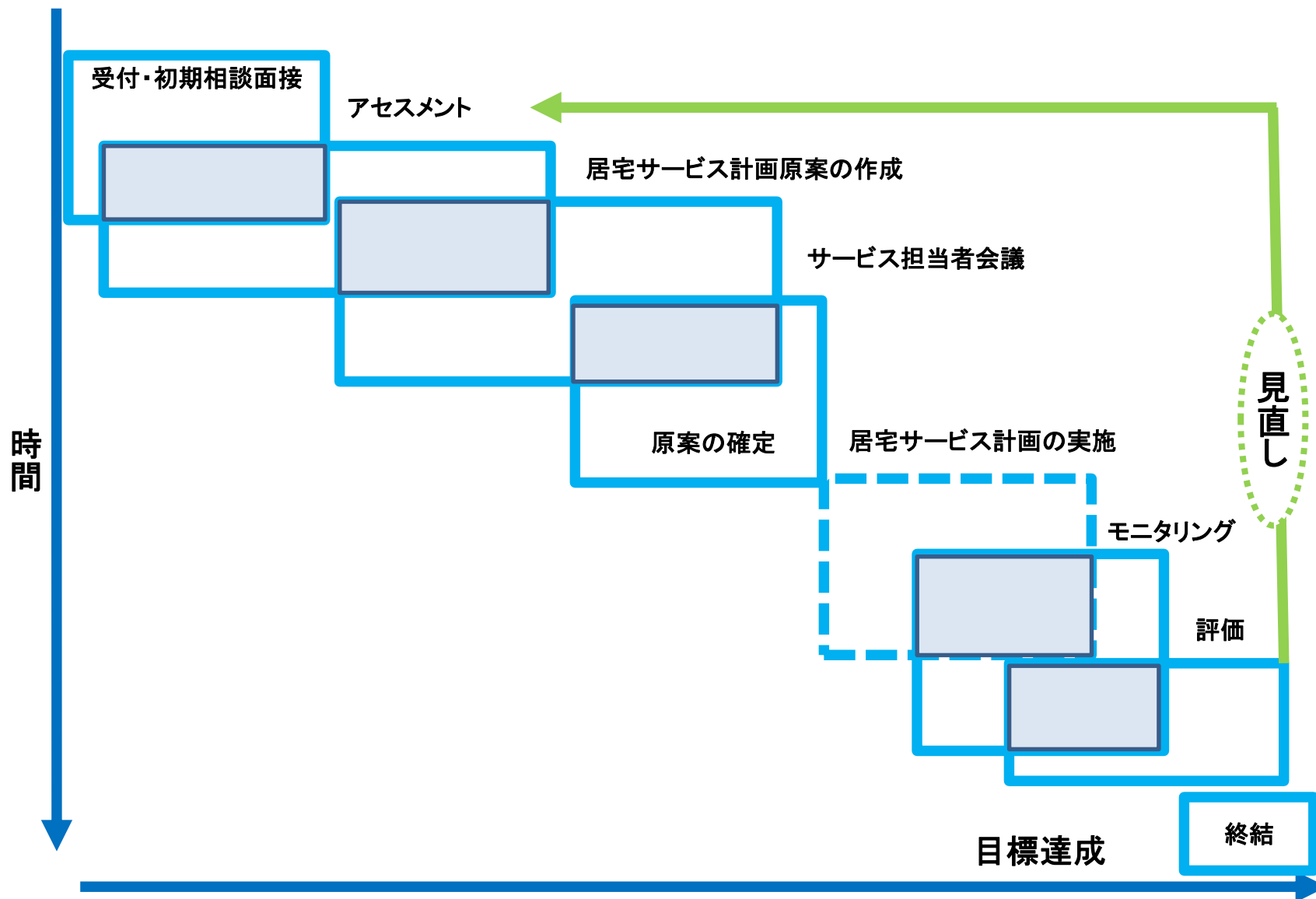


図 ケアマネジメントプロセス

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P70)

4.ケアマネジメントのプロセスの概要 → p.82確認

(1) 受付・初期面接面談

- ・受付(ケースの発見): 電話・来所・紹介等
- ・スクリーニング: 介護サービスの必要性、
医療面などの緊急性

他法施策等受給確認等

※利用申込者は「利用者になり得る人」であり、

契約により「利用者」となる

- ・契約: 重要事項説明書等(文書により同意を得る)
- ・インテーク(受理面接)主訴の確認、情報収集

第1節 中立・公正なケアマネジメントP71

(2) アセスメント → p.82確認

①情報収集



②課題分析



③解決すべき課題(ニーズ)明らかにする

現状の把握

(アセスメントツールなどで)

※利用者とのコミュニケーション

相互交流のもとに!

⇒利用者・家族の強さの把握(有している力・可能性)

⇒本当に支援が必要なことは何なのか

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P72)

(3) 介護サービス計画原案の作成→p.83確認

介護サービス計画原案には、利用者の望む暮らしを実現するために明らかになった課題や目標を設定。援助内容としてサービス内容やサービス種別、サービス提供を行う事業所、家族や近隣住民などの役割も記載される。利用者の自立支援にかかわるケアチームとその役割の基本的な概要が示される。

⇒利用者・家族への説明・同意 ⇒ 社会資源の調整

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P72)

(4) サービス担当者会議 → p.84確認
ケアチームによる協働

◆利用者・家族の生活への意向、課題と目標の
共通理解とチームワークづくり

◆利用者・家族の合意・介護サービス計画原案が確定

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P73)

(5) 介護サービス計画の確定→p.84確認
→「個別サービス計画」へ

(6) 介護サービス計画の実行

- ◆介護サービス事業者などへの連絡・調整
- ◆利用者・家族への相談・援助を継続して実施

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P73)

(7) モニタリング→p.85確認

継続的な計画やサービスの実施状況の把握

◆ケアプランの実施状況の確認と調整

◆サービス利用開始による利用者・家族の生活状況確認

◆サービスの有効性を評価

◆利用者・家族の満足度による評価

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P73)

(8) 見直し(再アセスメント) → p.85確認

◆ ケアプランに位置づけたサービスの効果(が無い場合)

◆ 新たなニーズが出現したとき

再アセスメント⇒プランの変更

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P73)

(9) 終結

- ◆ 要介護認定から要支援認定になったとき
- ◆ 病院への長期入院
- ◆ 施設入所
- ◆ 死去
- ◆ 居宅介護支援事業所の変更

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P73～74)

5. 介護支援専門員の設置

表 2-1-4 介護支援専門員の設置が義務づけられている事業所・施設

サービスの類型	事業所・施設名	事業所・施設数
居宅介護支援	居宅介護支援事業所	40,127
居宅サービス	特定施設入居者生活介護	4,679
地域密着型サービス	小規模多機能型居宅介護	4,969
	看護小規模多機能型居宅介護	250
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	12,983
	地域密着型特定施設入居者生活介護	301
	地域密着型介護老人福祉施設	1,901
介護保険施設	介護老人福祉施設	7,551
	介護老人保健施設	4,189
	介護療養型医療施設	1,423
介護予防支援	地域包括支援センター	4,726

平成27年10月1日現在

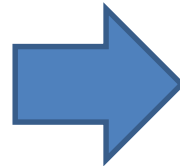
資料：事業所・施設数は「平成26年介護サービス施設・事業所調査」

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P74～75)

6. 介護支援専門員に求められる機能と役割

(1) プランニング機能

- ・利用者の身体的・精神的な状況
- ・家族の状況
- ・利用者・家族の価値観
- ・利用者・家族を取り巻く環境



アセスメント力

◆ケアの目標設定

◆地域のサービス事業所や支援者の調整

◆介護サービス計画の作成

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P74～75)

6. 介護支援専門員に求められる機能と役割

(2) マネジメント機能

- ◆ 保険給付される介護サービスの管理・**効率的・効果的**
- ◆ 利用者の自立支援につながる**適切な介護サービスの調整**

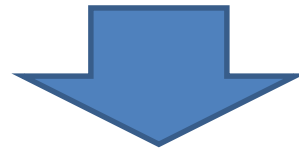


マネジメント力

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P75)

(3)調整機能(コーディネート)

介護支援専門員は保健・医療・福祉分野などの専門職やサービス提供者、その他の社会資源と連携し、その相互間の調整を行い、利用者への様々な支援が総合的に行われるようチームのまとめ役(コーディネーター)としての機能を果たす

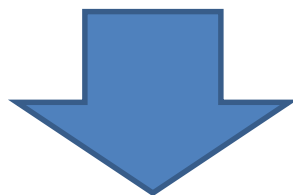


関係性を形成する力

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P75)

(4) 相談機能

- ◆利用者・家族の不安や悩みを受け止める相談援助技術
- ◆利用者・家族のもつ強さ・生きる力を高める



信頼関係を形成する力

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P75)

(5) 権利擁護機能

- ◆介護サービス利用の苦情の相談窓口
- ◆虐待等の発見に努め、必要に応じて専門機関につなぐ

常に利用者の立場に立って、
その権利を擁護する姿勢が求められる

専門職倫理・中立・公正

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P76)

7. 利用者支援という方法

(1) 利用者自らの判断

- ◆利用者自身が正しい判断ができるように情報提供や心理的サポートを行う・価値観の尊重
- ◆利用者が自らの人生のために介護サービスを活用していく力をもつように支援する・生きる意志を尊重
- ◆利用者の意欲(利用者の持っている力)に働きかける

(2) 社会的公正

- ◆利用者主体をつらぬきながら、自立支援にとって適切なサービスの利用を実現する

第1節 中立・公正なケアマネジメント(P76～77)

8. 公平性・中立性

公平性	1) 要介護・要支援者と支援者との関係における公平性 2) サービスの利用援助における公平な態度 ① ケアマネジメントプロセスに基づくサービスの提供 ② 適切なニーズアセスメントとサービスの選定
中立性	1) 利用者とサービス提供事業者 2) 利用者とサービス提供事業所 ① 居宅介護支援事業所と介護支援専門員の中立性 ② 集中減算 ③ 居宅サービス事業者の評価

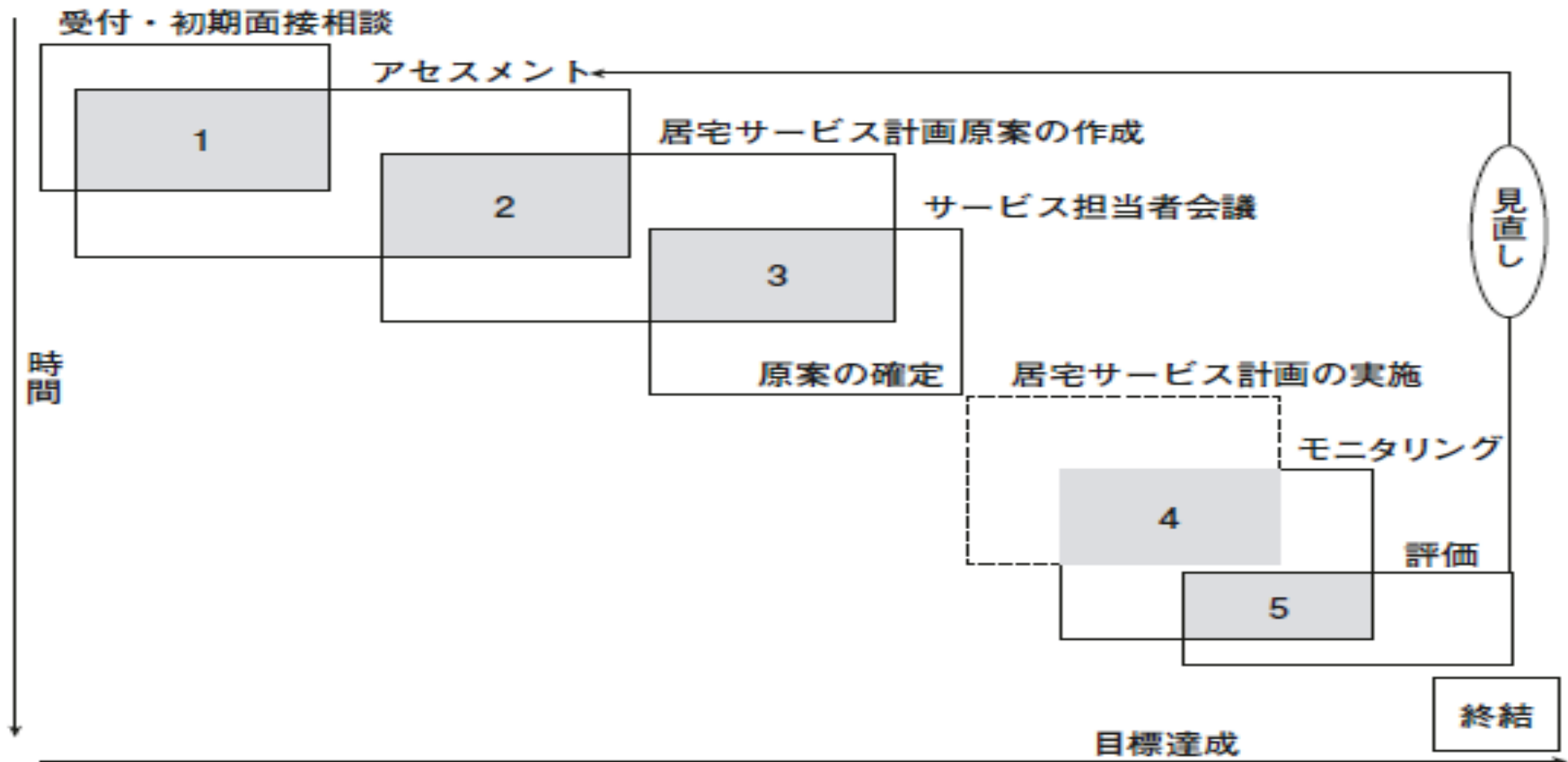
第6章

ケアマネジメントプロセスの 構成と意義・目的

業務の流れ

ケアマネジメントプロセスの構成と流れ

図 6-1-1 ケアマネジメントプロセス



第1節 ケアマネジメントプロセスの 構成と流れ

P297

(1) 受付

① 利用申込みの受付

- ・電話、来訪、通報、紹介による受付

p.81全体像
確認

(2) 初期相談面接(インテーク)

① 利用者・家族と対面

- ・訪問による情報収集
- ・重要事項の説明、契約の締結

② 利用者情報の収集 ⇒ アセスメント

③ 信頼関係の構築

第1節 ケアマネジメントプロセスの 構成と流れ

P297

(3) アセスメント

利用者の生活全般にわたって解決すべき課題
(ニーズ)の把握

■アセスメントの目的

- ①利用者の生活全般にわたって解決すべき課題
(ニーズ)の把握
- ②生活ニーズ解決のための目標設定

ケアマネジメントプロセスの構成と流れ

(4) 居宅サービス計画原案の作成

P298

目標の達成に向けたケアプランを、利用者・家族、多職種の協働によって決定していくための原案を作成すること

■ 居宅サービス計画原案の作成の目的

- ① 利用者を主体としたケアプランの策定
- ② ケアチーム編成のための情報提供・収集
- ③ サービス担当者会議の論点の明確化

方法

- ・ 第1表、第2表、第3表、第4表、第6表、第7表
- ・ 個別サービス計画の作成依頼

第1節 ケアマネジメントプロセスの 構成と流れ

P299

(5) サービス担当者会議

介護サービス原案について、利用者・家族をはじめ、医師、看護師、各種サービス提供事業者の担当者が一堂に会し、ケアプランの内容を踏まえたそれぞれの役割を理解し、共通の目標を確認しあう会議。

“情報共有”

■ サービス担当者会議の目的

- ① ケアプランの検討
- ② 目標達成に向けたケアチームの意思統一
- ③ 利用者・家族の合意

第1節 ケアマネジメントプロセスの構成と流れ

(1) 居宅サービス計画の実施

インフォーマルサポートを含めた各種サービスの提供が始まること。介護支援専門員にとっては、**モニタリングのスタート**を意味する。

(2) 居宅サービス計画の実施の目的

- ① 目標達成に向けたサービス種類、内容、回数を実施すること。
- ② 提供されているサービスの有効性を測定するアセスメントを行う。

第1節 ケアマネジメントプロセスの 構成と流れ

P300

(6) モニタリング

ケアプランの計画期間中の実施状況の把握

モニタリングの目的

- ① 継続的なサービスの利用状況の把握
- ② 目標達成に向けた効果の把握
- ③ 新しい生活ニーズが発生していないかの確認

“質と量”

◆ 方法

- ・ 給付管理
- ・ 連絡、訪問、情報収集

第1節 ケアマネジメントプロセスの 構成と流れ

P300

(7) 見直し(再アセスメント)

サービスの種類、内容、回数、サービス提供事業所の資質等を勘案してケアプランを変更すること。

“質と量”

見直しの目的(再アセスメント)

- ① 目標達成に不要なプランの変更
- ② 達成した目標についてのプランの(削除)
- ③ 新たな目標達成のためのプランの追加
- ④ 利用者に関する総合的な再アセスメントの実施

第1節 ケアマネジメントプロセスの 構成と流れ

P301

(8) 終結

介護支援専門員と利用者・家族との契約関係が終わる。
利用者がサービスを必要としなくなることによって終結。
事業所変更、地域外転居、施設入所、死去(契約終了)等

■ 終結の目的

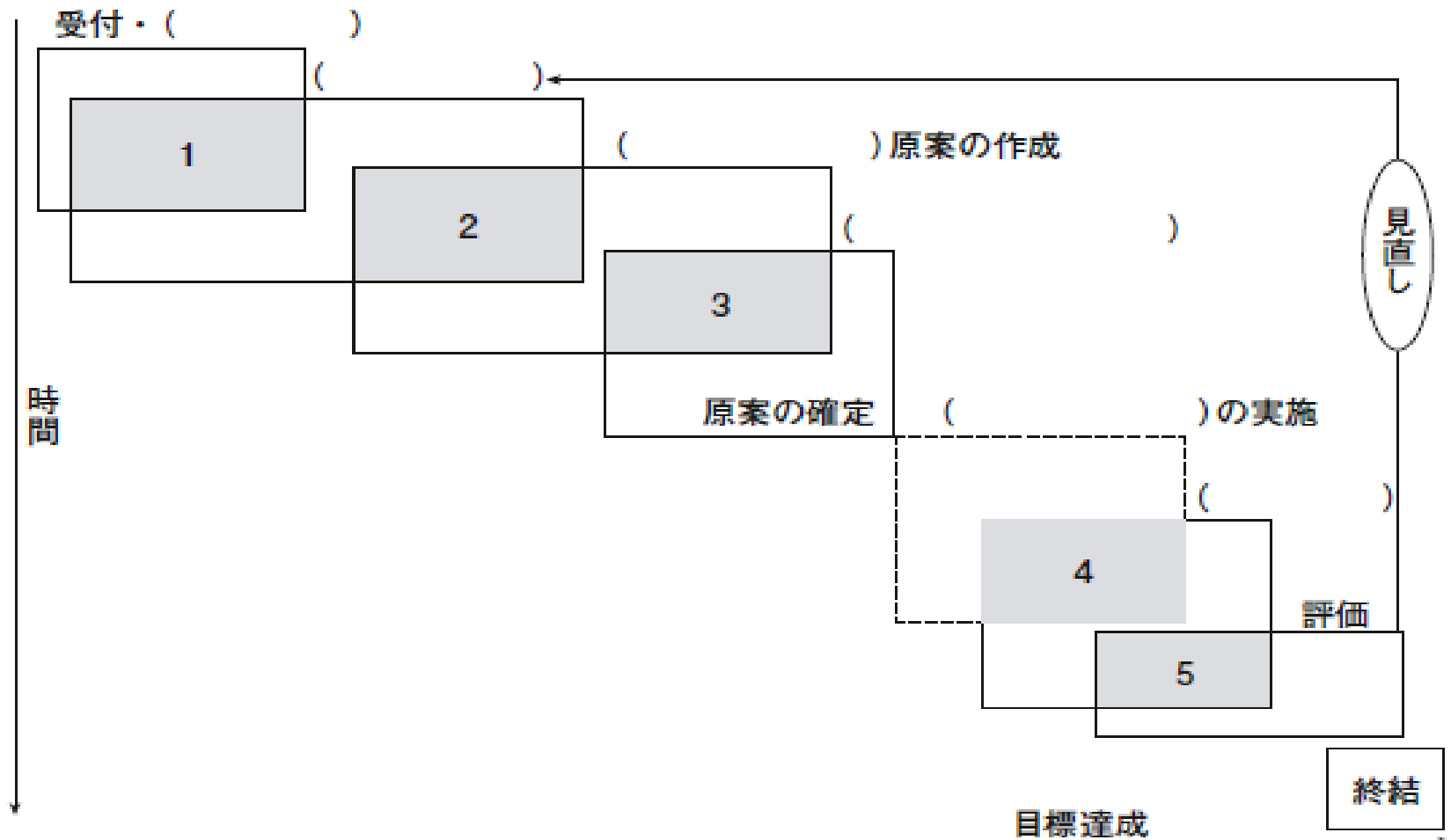
- ①利用者との契約を終わらせる。
- ②現在の機能を維持できるよう継続した支援のために
フォローアップ機関につなぐ

◆ 方法

関連先への情報の提供・入所希望先への情報の提供・
グリーフケア・終結後2年間の記録の保管

ミニワーク6-1

P302



第2節 ケアマネジメントプロセスの関連性

P303

- (1) 受付・初期相談面接とアセスメントの重なり
- (2) アセスメントのケアプランの重なり
- (3) ケアプラン作成とサービス担当者会議の重なり

＜重層的・説明・同意・合意形成＞

第2節 ケアマネジメントプロセスの関連性

P304

(4) ケアプラン実施とモニタリングの重なり

(5) サービス担当者会議とケアプランの実施

① 初回サービス担当者会議は重ならない

② 2回目以降は重なることがある

＜重層的・説明・同意・合意形成＞

◇ 重なりを意識して業務を担う

◇ 対人援助・双方向のアプローチ・相互交流

第2節 ケアマネジメントプロセスの関連性

1. 居宅のケアマネジメントプロセス(81頁)
2. 施設のケアマネジメントプロセス(114頁)
3. 介護予防のケアマネジメントプロセス(142頁)

◆ 目的

利用者の自立支援と生活の質の向上！