

第8章 介護支援専門員に求められるマネジメント
(チームマネジメント)[2時間]

上巻
P441

『多職種』に対する理解・尊重に基づいてチームを
組成し、円滑に機能させるための基本的な技術を
修得する

1

第8章 介護支援専門員に求められるマネジメント
(チームマネジメント)[2時間]

上巻
P442

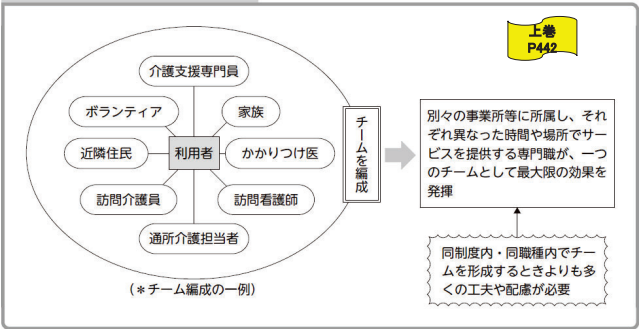
「介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント)」の修得目標

- ① 利用者及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
- ② チームを構成する各専門性の役割について説明できる
- ③ インフォーマルサービスの役割について説明できる
- ④ 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
- ⑤ 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
- ⑥ チームにおける情報共有を実施できる
- ⑦ 円滑なチーム運営を実施できる

2

第1節 チームアプローチの意義と目的の理解

本節で学習することの概要



3

第1節 チームアプローチの意義と目的の理解
【1 チームを編成する必要性】

上巻
P443

- 利用者の抱える生活課題は、一つの制度・機関・専門職だけでは解決できないものがある
- ・介護支援専門員の役割の一つは、それら解決しづらい生活課題を解決するために、地域に点在する医療・介護サービス等の必要な社会資源に結びつけること
- ・結びつけられた社会資源が、継続的かつ効果的に機能するよう連絡調整を行う
- ・専門職が連絡をとり合わず、目標共有もなされない状態では、支援内容の重複や漏れが発生したり、変化する利用者・家族の状況に対応できなかったり、実施した支援が利用者の生活課題の解決に結びついていないかの評価ができない
- 専門職が一つのチームとして機能することで最大限の効果を発揮できるようにすることが求められる

4

第1節 チームアプローチの意義と目的の理解
【2 介護保険制度におけるチームアプローチ】

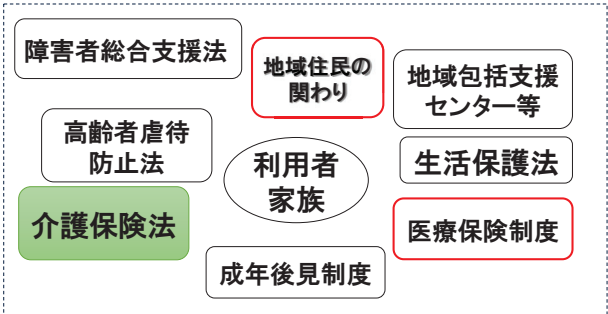
上巻
P443

- 介護保険制度は、要支援・要介護者の介護ニーズへの対応に必要な医療と福祉のサービスが同一の仕組みで利用できるようになっている
- 利用者・家族の生活ニーズには、介護保険制度だけでは解決できないものがある
- 介護保険制度も一つの社会資源としてとらえながら、必要に応じて医療保険制度や生活保護制度、福祉制度などさまざまな制度を視野に入れる必要がある
- ※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の防止のために、医療サービスとの連携、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るが明確に求められている。

5

第1節 チームアプローチの意義と目的の理解
【2 介護保険制度におけるチームアプローチ】

上巻
P443



6

第1節 チームアプローチの意義と目的の理解

【2 介護保険制度におけるチームアプローチ】

上巻
P443

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

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。

7

第1節 チームアプローチの意義と目的の理解

【2 介護保険制度におけるチームアプローチ】

上巻
P443
～444

○さまざまな制度や職種の違いを超えてチームを形成することは、同制度内・同職種内でチームを形成するときよりも多くの工夫や配慮が必要となる

・ケアチームのメンバーは、それぞれ個性や専門性をもち、できること、できないことがある

○介護支援専門員はそれらを理解し、支援の漏れや重複がなく、またそれぞれのメンバーが十分に力を発揮できるよう調整することが求められる

8

個人ワーク ①

チームアプローチの目的についてあげてみましょう。

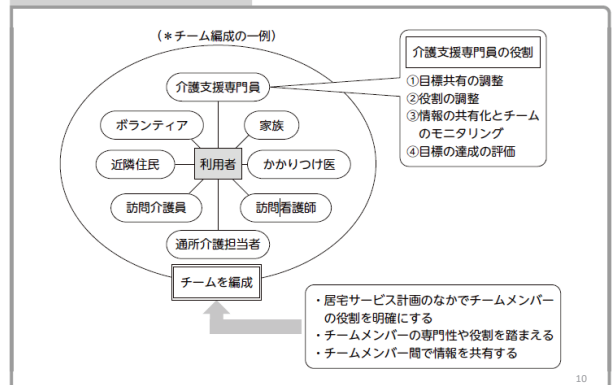
チームを編成する必要性についてその意義を考えてみましょう。

9

第2節 チームアプローチにおける介護支援専門員の役割の理解

上巻
P445

本節で学習することの概要



10

第2節 チームアプローチにおける介護支援専門員の役割の理解

【1 居宅サービス計画におけるチームメンバーの役割の明確化】

○チームを効果的に機能させるには、居宅サービス計画に各チームメンバーが目指すべき目標や役割を明確に示し、共有しておくことが重要となる

上巻
P445～
446

・各々の活動方針や内容を明確にすることで、効果的なチームケアとすることが可能となる
・サービス担当者会議において、チームメンバーも居宅サービス計画の作成に参画し、**目標を共有し**、どのように必要な支援を行うか、**お互いがどのような役割を果たしていくのか**について、**相互理解**していくことが大切である

○居宅サービス計画において各メンバーの役割と活動内容、期間を確定しておくことで、それぞれのメンバーの役割が明確となり、支援活動の達成状況を確認することが可能となる

11

第2節 チームアプローチにおける介護支援専門員の役割の理解

【2 専門性や役割を踏まえてチーム編成】

上巻
P446

○介護支援専門員は、各専門職とその所属機関のもつ強みや限界性を見極め、多様な利用者の生活課題に最も効果的なサービスが提供できるようにチームづくりを行う

・専門職が制度上どのような権限や役割をもち、どのような業務ができるのかを理解が必要

○必要なサービスがのぞめる地域資源やその特色、活用方法を知らないと、チームづくりの選択肢に出てこないため、提供するサービスの種類が限定されてしまう

→ 普段から、地域の資源（各種サービス事業者を含めて）にアンテナを張り、必要に応じて、地域包括支援センター等に相談できる状況にしておくといった準備が必要となる
→ 同じサービスでも、サービス内容や職員・利用者事業所ごとに特徴が異なる

○専門職だけでなく、民生委員や町内会の会長、近隣住民などが、利用者・家族の生活を支える大きな力となっている場合があり、利用者・家族にとって最適なチームを編成するために、常に情報収集が必要となる

12

第2節 チームアプローチにおける介護支援専門員の役割の理解

【3 チームメンバー間の情報共有】

上巻P446
～447

○在宅で暮らす利用者の支援のため、チームメンバーは地域のさまざまな所属先から集まりサービスを提供する

→そのため、チームがその場で顔を合わせて、刻々と変化する利用者の状況に対して対応することが、物理的に難しい状況となる

→重要になるのが、チームメンバー間の情報共有である

○情報共有がなければ、利用者の情報更新がされず、チームは機能不全を引き起こす
※情報共有の方法をしっかりとチーム内で確立していく必要がある

○各専門職に必要な情報の質や内容は異なるため、共有されるべき情報は異なる
【連絡方法について】

※各メンバーが所属する事業所や機関によって、連絡方法等が異なるため確認が必要
※医療機関の場合、個人の診療所の医師とは直接電話で話すことができて、病院の勤務医とは看護師や医療ソーシャルワーカーを通じて連絡をとらなければならないこともある
※普段の場合と緊急時の場合でも連絡方法が異なる場合がある

13

第2節 チームアプローチにおける介護支援専門員の役割の理解

【4 介護支援専門員の役割】

上巻P447～
449

チームアプローチにおける介護支援専門員に求められる役割とは・

(1)利用者の思いや希望に添った目標共有の調整

■ 担当者会議等を活用

(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

(3)情報の共有化とチームのモニタリング

■ 『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）

■ 情報をチーム内で共有し、チーム内のコミュニケーションを促進することでチームメンバーが適切な判断と対応ができる

(4)目標の達成の評価

■ 居宅サービス計画の修正・変更はチームメンバーで共有する

■ メンバーそれぞれの役割の実施状況も評価

14

第2節 チームアプローチにおける介護支援専門員の役割の理解

【5 インフォーマルサポートの位置づけ】

上巻
P449

○インフォーマルサポートとは、家族をはじめ近隣住民や地域社会、NPO 法人やボランティアなどが行う援助活動で、公的なサービス以外のものを指す

- サービスの質や量は一定していないが、公的なサービスにはない柔軟な対応が可能
 - インフォーマルサポートには、配食サービスやハウスクリーニングなどの有償のものと利用者の現在の生活にかかわってくれる家族や近隣住民、ボランティアといった無償のものに分けられる
 - インフォーマルなサポートを提供してくれている人を居宅サービス計画に位置づけ、チームメンバーとして位置づけていく場合、サービス担当者会議への参加等により、責任から負担を感じてしまう人もいる
 - 自然な形で行うことができていた活動に支障が出るかもしれないよう配慮する
- 家族や近隣住民、ボランティアといった人たちの思いと、サポートを受ける側のニーズがマッチすることが必要
- 専門職ではない人たちと利用者に関する個人情報を共有することにもなるため、機密の保持に併せて何をどこまでお願いするのか、双方に丁寧に確認することが必要となる

15

第8章 介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント)

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（上巻 P294）

アセスメント情報（上巻 P295～296）

～まずは読んでみてください～ 約10分程度

16

第8章 介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント)

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。

～神谷花子さんご家族の支援～

- 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られますか？
- ③家族の役割はどうか？

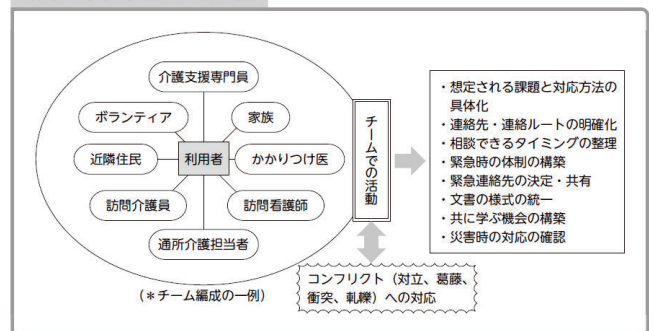
個人ワーク 20分 ⇒ 発表 数人

17

第3節 チームのマネジメントの理解

上巻
P450

本節で学習することの概要



18

第3節 チームのマネジメントの理解 【1 チーム編成】

上巻
P450
～451

1. チームマネジメントの重要性

○チームの主要な役割を担うのが介護支援専門員となる

- 一つのチームとなっていくには、メンバー間のコミュニケーションを促進し、コンフリクトが生じた際はそれを乗り越えていけるよう綿密な連絡・調整をしていくチームマネジメントが必要

○チームマネジメントは、チームの編成からはじまる

- アセスメントに基づき、利用者の生活課題解決に向けたさまざまな専門職、機関、地域住民等が含まれるメンバーを集めていく
- 支援への動機も、発揮できる力と限界性も異なるメンバーが目標を共有し、それぞれの役割を理解し、活動できるよう居宅サービス計画を練り上げ、共有していく
- 刻々と変化する利用者の状態に適切に対応
- チームメンバー間で情報を共有し、利用者・家族の状態、メンバーの活動状況を把握できるようなコミュニケーションがとれていなければならない

19

第3節 チームのマネジメントの理解 【1 チーム編成】

上巻
P451

2. 地域の社会資源の把握

○利用者の生活課題に対応できるケアチームを編成したくとも、地域によっては、その専門職や機関が存在しない場合がある

- 地域に存在したとしても、介護支援専門員が把握していなければ、チームを組織することはできない
- 介護支援専門員は、その地域に存在する介護保険サービス事業者を筆頭にそれ以外の多様な社会資源について、連絡先や担当者、サービスの提供内容の特性、所属している各専門職の専門性と役割などを把握しておかなければならない
- サービスの提供内容の特性は、サービス内容に加えて、サービス提供地域や時間、利用者の年齢層や性別などがある
- 事業所の特徴をつかみ、どの事業所が適切かを検討し、地域に最適な社会資源がない場合には、地域にある別の社会資源での代替を検討する
- サービスを創出していく視点も必要となる

20

第3節 チームのマネジメントの理解 【1 チーム編成】

上巻
P451～
452

3. 利用者の生活課題の解決に必要な支援内容とのマッチング

○介護支援専門員の役割の一つは、利用者の生活課題を明らかにし、その解決のために必要な社会資源に結びつけること

- 生活課題の解決に向け、利用者自身の力と限界性、家族や周囲の人の力と限界性を評価し、課題解決に必要なサービスとのマッチングを行う

○介護支援専門員は、利用者・家族のストレスやインフォーマルな力、フォーマルな力を最大限発揮できるように調整をしていくことが求められる

- 利用者や家族が抱えている課題や、その解決のための要望を共有すると共に各専門職間で共有できるようにしていく
- チームのメンバーから負担が大きく対応が難しいと感じる提案や、お互いの対応をめぐってコンフリクトが生じる場合があるが、介護支援専門員は、それらを調整し、実行可能な居宅サービス計画を作成していく

21

第3節 チームのマネジメントの理解 【1 チーム編成】

上巻
P452

4. 時間の推移によって変化する利用者の生活状況やニーズの考慮

○利用者や家族の状況は時間の推移によって変化していく

- 変化する利用者や家族の状況に合わせ新たな社会資源を紹介したり、現在利用している社会資源の内容を調整していく必要がある
- 特に利用者の状態が大きく変化したときには、居宅サービス計画書を見直し、新たなチーム編成していかなければならないこともある

○目標が達成され、新たな目標を設定する場合に、それに応じて支援内容の変更・見直しを行う

○支援メンバーが変更になることもある

※どの場合にしても、利用者・家族にとっては新しい変化となるため、介護支援専門員には調整とチームマネジメントが必要となる

5. 関係性の構築

6. チーム編成の柔軟性の確保

22

第3節 チームのマネジメントの理解 【2 チームでの活動】

上巻
P454～P458

～ケアチームとの連携をスムーズに行うために～

- 1 想定される課題と対応方法の具体化
- 2 連絡先・連絡ルートの明確化
- 3 相談できるタイミングの整理
- 4 緊急時の体制の構築
- 5 夜間を含めた緊急時連絡先の決定・共有
- 6 連絡に用いる文書の様式の統一
- 7 共に学ぶ機会の構築
- 8 災害時の対応の確認

23

第3節 チームのマネジメントの理解 【3 コンフリクトの対応】

上巻
P458～P460

1. チーム活動におけるコンフリクトの意味
2. 現場で直面しやすい課題の例
3. コンフリクトへの対応

（コンフリクト解消の基本的アプローチ）

- ①創造：両者の目的が同時に達成できる解決策をお互いに協力して作り上げるもの。問題解決型ともいえる
- ②交換：自分と相手の利害が相反しないようにして、双方ともに目的を達成するもの
- ③分配：お互いの利益を分け合うもの

24

個人ワーク ②

チームをマネジメントする際に介護支援専門員に求められる役割にはどのようなものがあるかをあげてみましょう。

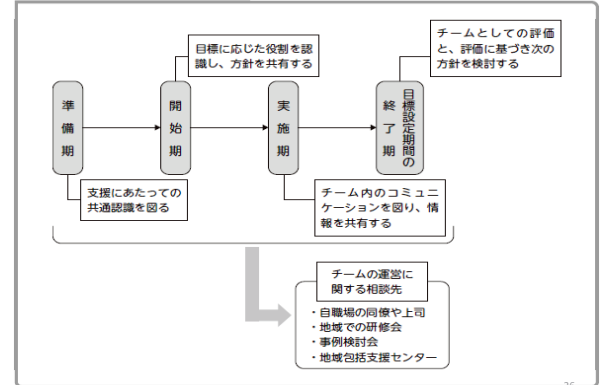
具体的な対応の内容を整理してみましょう。

25

第4節 チームアプローチの実際

上巻
P481

本節で学習することの概要



26

第4節 チームアプローチの実際 1 チーム編成の各時期に応じた運営

上巻
P482～482

1. 準備期: 支援にあたっての共通認識を図る

- 居宅サービス計画原案をもとに、必要なサービスを提供することができる事業所や専門職を選定し、サービス提供の依頼を予備的に打診し、必要なアセスメント結果や目標のすり合わせを行う
- 必要な情報をあらかじめ共有し、必要なサービスを提供することができるか事前に確認しておくことで、その後のサービス担当者会議において、効果的なサービス実施に向けた具体的な検討が行いやすくなる

27

第4節 チームアプローチの実際 1 チーム編成の各時期に応じた運営

上巻
P482

2. 開始期: 目標に応じた役割の確認をし、方針を共有

- サービス担当者会議を開催し、アセスメントの結果や居宅サービス計画原案をチームメンバーに対し説明する
- 各メンバーから質問や意見をもらいながら、効果的かつ実施可能な居宅サービス計画となるよう練り上げていく
- チームメンバー間の目標と役割を確認する
- 背景にある利用者の思いや希望をしっかりと共有していくことが大切
- 利用者・家族も含めて、ともに居宅サービス計画の作成に参画し、その内容について合意形成を行う過程とすることが重要

28

第4節 チームアプローチの実際 1 チーム編成の各時期に応じた運営

上巻
P483～483

3. 実施期: 適宜チーム内のコミュニケーションを図り、情報共有

○ 各専門職や事業所は、居宅サービス計画に位置づけられたそれぞれのサービスを提供

- 各専門職や事業所は、各々の曜日や時間帯でサービスを提供するため、それぞれがサービスを提供した際の利用者・家族の状態について、チームで情報を共有していく
- 初回アセスメントでは把握しきれなかった新たな情報や、変化する利用者・家族の心身の状況、社会状況の変化について、チームメンバーは常に最新の情報を共有、適切なサービスが提供できる状態になっている必要がある
- 介護支援専門員はチーム内の情報共有に向けたはたらきかけを行い、チームメンバー間のコミュニケーションを促進する必要がある
- チーム内のコンフリクトが深刻な状況にならないよう、チームメンバーそれぞれの考え方や価値観、所属事業所の制約などにも理解を示しつつ、それぞれの専門職や事業所に対し、適切なマネジメントを行っていく必要がある

29

第4節 チームアプローチの実際 1 チーム編成の各時期に応じた運営

上巻
P483

4. 目標設定期間の終了期: チームとしての評価、評価に基づいた次の方針の検討

- 居宅サービス計画全体の達成状況や計画の有効性についての評価の結果、計画を変更する場合、チームメンバーそれぞれの役割の実施状況も評価し、それをチーム全体で共有することが大切
- 利用者が在宅から施設へ入所する場合、利用者がサービス実施地域以外に引っ越しをする場合などは、チームとしての活動が終了する
- 介護支援専門員も含めたケアチーム全体が変更となる場合、チームとしての活動は終了する
- 新たなケアチームが利用者の支援を継続していく場合、引継ぎを行う
- それまでのケアチームの活動を評価し、担当者会議やサマリーを作成することで、次のチームへの引き継ぎ事項が明確になるとともに、ケアチームとして活動の区切りも明確にすることができる

30

第4節 チームアプローチの実際 2 チーム運営に関する相談先

上巻
P463～
464

介護支援専門員は、基本的に1人で行動することが多く、チームマネジメントにおいては、連絡調整役としてさまざまな相談が持ち込まれる。相談が持ち込まれる側であるため、そこで悩みにぶつかると、誰にも相談できず、抱え込んでしまう危険性があるそうならないためには、自身の問題解決のための手段を確保しておく必要がある

1. 自職場の同僚や上司への相談

- 上司などから適切なスーパービジョンを受けることによって、自身が置かれている状況を客観視し、問題を整理し、当面のかかわり方を見出せる可能性がある
- 事業所内で行われる事例検討会の題材にすることで、自身だけでなく、同僚の介護支援専門員の成長にもつながる機会とすることができる

2. 地域での研修会への積極的な参加

- 地域ではさまざまな研修会(地域包括・行政主催、介護支援専門員同士等)が実施されている
- 医療と介護等の多職種連携の促進を目的とした研修会
- 地域の多職種連携をテーマとした研修会

31

第4節 チームアプローチの実際 2 チーム運営に関する相談先

上巻
P464

3. 事例検討会

- 自分の職場で開催、地域のなかで開催など、事例検討会は種々あるが、いずれも自身の成長に必要なツールとなる
- 事例検討会は、同じ題材(事例)を用いながら、その場にはないといわれないような状況、判断、意思決定、価値について多面的に分析することで、視点の転換、拡大、深化を図るもの
- 事例は、成功事例と失敗事例の両方を検討する必要がある
 - ・なぜうまくいかなかったのか、原因や要因を探ることで気づきや知見が得られるとともに、失敗を未然に防ぐ手立ても学べる
 - ・うまくいった事例については、その要因を分析することで、次に活かす知見を共有できる

4. 地域包括支援センターへの相談

- 地域の介護支援専門員が行う包括的・継続的ケアマネジメントをサポートすることも地域包括支援センターの重要な役割としてある
- 介護支援専門員が取り組む多様な生活課題に対する多職種チームのマネジメントにおいて生じるさまざまな課題についても、地域包括支援センターの職員は相談・助言を行う

32

第4節 チームアプローチの実際 2 チーム運営に関する相談先

上巻
P465

5. 地域ケア会議の活用

- 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を効果的に実施するための手法として、地域ケア会議が位置づけられる
- 地域ケア会議ではサービス担当者会議だけでは解決に結び付きづらい課題も、専門的な支援や助言を通して課題解決の糸口を探っていくためのツールとして活用できる
- 地域ケア会議への事例提供は、行政や各専門職に対し、「個別課題から地域課題へ発展する可能性がある」という事実を伝える機会となり得る

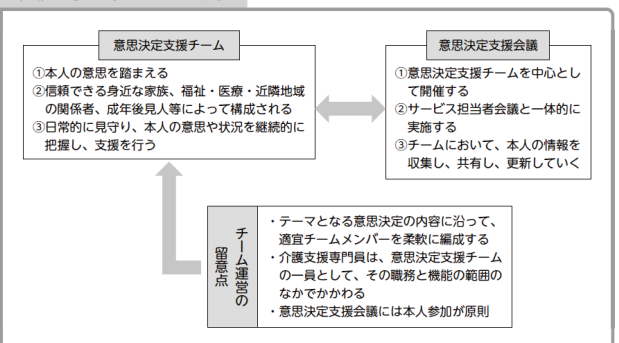
利用者の個別課題から地域課題の発見・解決へと展開させていくプロセスにおいて、個別課題を正しく整理分析する介護支援専門員の「アセスメント力」が求められ、個々の利用者が抱えている課題が正しく分析されなければ、地域課題の発見はできない

33

第5節 意思決定支援に関わるチームマネジメント

上巻
P466

本節で学習することの概要



34

第5節 意思決定支援に関わるチームマネジメント 1 意思決定過程の支援におけるチームの必要性

上巻
P466～467

1. 意思決定支援チーム

「意思決定支援」とは、認知症や知的障害、精神障害等で自己決定に困難を抱える人が、日常生活や社会生活に関して、自らの意思が反映された生活を送ることが可能となるように、本人の意思の確認や意思および選好の推定、最後の手段としての最善の利益の検討のために行う支援の行為およびしくみをいう

○意思決定支援には・・・

- 支援を受けながら、あくまで本人が意思決定を行う「支援付き意思決定(supported decision-making)」
- 本人に代わって支援者や周囲の人が意思決定を行う「代行意思決定(substitute decision-making)」が含まれる場合がある

※意思決定支援にあたっては、本人の意思を踏まえて、信頼できる身近な家族・親族、福祉・医療・近隣地域の関係者や成年後見人等がチームとなって支援を行う「意思決定支援チーム」が必要であるとされている

35

第5節 意思決定支援に関わるチームマネジメント 1 意思決定過程の支援におけるチームの必要性

上巻
P467

○意思決定支援のプロセスは・・・

- ①意思形成支援、②意思表明支援、③意思実現支援
- の三つのステップを踏んでいくという考え方があり

- 施設入所可否や、治療方針の選択など、意思決定支援の結果、利用者やその周囲の人に重大な影響を及ぼすことが想定される場合がある
- 本人を含む意思決定支援チームの合意形成に向けた十分な話し合いを行い、方針の決定をすることが重要

本人の意思確認ができないと判断した場合には、まず、本人の意思の推定を行い、本人にとつての最善の方針を検討すること、本人の意思の推定が難しい場合には、本人にとつての最善の方針を関係者で検討していくことが重要となる

36

第5節 意思決定支援に関わるチームマネジメント

1 意思決定過程の支援におけるチームの必要性

上巻
P467

- 意思決定支援を行っていくなかで、本人の意思決定能力の判定や、支援方法に困難や疑問を感じた場合は、意思決定支援チームで情報を共有し、協働して対応を考えていく
- 利用者を深く理解し、時に変化し得る本人の意思を尊重していくためには、チームにおいて、本人の情報を収集し、共有し、更新していく必要があるが、この時重要になるのが「意思決定支援会議」である

○意思決定支援会議とは・・

意思決定支援チームを中心として開催される会議をいう

- 意思決定支援会議は、サービス担当者会議等と一体的に実施することが想定されている
- 本人の意思決定が必要な場面で、本人が自ら意思決定し、それを実現できる方策を検討していくことが目的となる

37

第5節 意思決定支援に関わるチームマネジメント

1 意思決定過程の支援におけるチームの必要性

上巻
P468

2. キーパーソンの把握

要介護状態にある利用者の支援においては、介護サービス利用に伴う契約手続きや緊急対応、料金の支払いなど、利用者をサポートしてくれるキーパーソンの存在が重要となる

- キーパーソンは、時に本人の意思以上にケアチームの方針に大きな影響を与える存在になる場合がある
- 認知症等により意思決定に必要な能力に課題がある場合は、さらにその存在は重要となる
- キーパーソンは、家族であることが多いが、自宅訪問の際や、何らかの手続きの際に対応してくれる人が、必ずしもキーパーソンとして意思決定に関与していない場合もある
- 家族がどのような関係性のなかで意思決定を行っているのかを見極め、**キーパーソンが誰なのかを把握することが肝要**

38

第5節 意思決定支援に関わるチームマネジメント

1 意思決定過程の支援におけるチームの必要性

上巻
P468

3. 利用者とのかかわりにおける方針の共有

チームメンバーは、**意思決定支援ガイドライン**の内容を事前に理解したうえで、意思決定支援にかかわっていくことが重要

- 意思決定支援は、かかわる人々が**利用者の意思を尊重するという価値観を共有**していなければならない
- 認知症の症状等から、意思決定が困難と思われる場合であっても、**可能な限り自ら意思決定しながら尊厳をもつことが重要**
- 意思決定支援は、周囲の人から見て本人の意思決定能力に不安がある場合に実施することもあるが、本人の意思を周囲の人にとって都合のよい方針に誘導したり、説得するようなことをしてはいけない

意思決定支援が必要なタイミングは、介護支援専門員からみて、「利用者の合意を得なければならない」場面になりがちだが、そのような場面だけでなく、本人の視点に立って、必要な時期やタイミングで行うようにしていく

39

第5節 意思決定支援に関わるチームマネジメント

2 チーム運営の留意点

上巻
P469

1. チーム編成の柔軟性

2. 本人の意思実現に向けた介護支援専門員としての貢献

- 利用者の生活課題に対して、どの介護保険サービスを提案しようか、という思考になりやすい
- 「もう一度、友達と旅行に行けるようになりたい」という相談を、「社会的交流が減少している」と解釈し、「通所介護の利用」を提案するというような思考をしてしまうことがある
- 本人が表明した「もう一度、友達と旅行に行けるようになりたい」という意思を尊重し、意思決定支援チームの一員として、介護支援専門員の職務と機能の範囲のなかでかかわっていくことが重要となる

40

第5節 意思決定支援に関わるチームマネジメント

2 チーム運営の留意点

上巻P469～
470

3. 権利擁護

さまざまな障害や生活背景をもつ利用者の意思決定を支援していくうえでは、一人ひとりの状態に合わせたさまざまな配慮が必要となる

- 視覚や聴覚、あるいは記憶や見当識といった認知機能に障害のある利用者の場合、情報提供の際の配慮が必要となる
- 口頭での意思伝達が難しい場合は、本人が意思表明をするための配慮も必要
- 複雑な情報をわかりやすく示したり、選択肢を整理し、考えられるメリット・デメリットを示すといった配慮も行わなければならない
- 可能な限り、利用者本人と相談しながら、どのような配慮をすることで、利用者本人の意思決定が可能になるかを検討する

41

第5節 意思決定支援に関わるチームマネジメント

2 チーム運営の留意点

上巻
P470

○意思決定支援会議では、本人参加が原則

- 会議のなかで本人が萎縮したり、集中できないような時間帯や場所、本人が疲れている時間帯などは避けて設定する
- 大きな会議室で、大人数で本人を取り囲むような威圧的な形では、自由に発言することが難しくなる
- 意思決定支援会議に参加するメンバーも、本人が信頼している人を含めることで、本人は意思を表明しやすくなる
- メンバーには、会議の際に、意思決定支援についての基本的な考え方や方法を事前に確認しておき、「あくまで本人がどう考え、決めるかが大事で、参加者の価値観を押しつけない」といった会議の目的を達成するためのルールを共有しておく
- 会議中は、本人が主役であり、本人が会議から置いていかれてしまわないよう、会議のスピードや、コミュニケーションの手段など、本人の状態に合わせた合理的配慮を行いながら進めていくことが重要となる

42