

介護支援専門員実務研修 7日目

第6章(第2章)p.46～
ケアマネジメントのプロセス
p.206～

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. 各プロセスの意義と目的について説明できる
3. 各プロセスの関連性について説明できる
4. 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 ケアマネジメント誕生の背景

【p.47】

1.アメリカ

1960年代の半ば、精神障害者が退院し、一人の市民として地域での日常生活に適応していくための援助の技術として開発。この精神保健領域のケースマネジメント実践は、1975年に国立精神保健研究所の活動として始まり、1978年に実践報告。

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**」

(手法として「**ケースワーク**」の周知)

- ◆**脱施設化運動**
- ◆**精神障害者に対する住宅政策と地域生活への支援**
- ◆**個別支援とサービス調整機能が求められた**

第2章 ケアマネジメント誕生の背景

【p.47】

2.イギリス

1989年に発表されたコミュニティケアに関する政府白書に基づいて、1990年に制定された「国民保健サービス及びコミュニティケア法」に「**ケアマネジメント**」が位置づけられる=福祉改革の中で制度化

◆**フォーマル・インフォーマルを含めたケア提供者**
(**公的ケア費用の削減**)

◆**地域ケアに対するマネジメントの必要性(ケアプラン作成の義務化)**



多くの国で、長期ケアを必要とする人を対象に拡大、高齢者、HIV感染者、障がい者(身体・知的・精神)等支援が必要な全ての人を対象に…

日本では

- 1984(昭和59)年:アメリカとイギリスの流れを受け「**ケースマネージメント**」が国の公文書に登場。
- 同時にQOL(Quality of Life)の理念がとりあげられ、**高齢者の在宅ケアを推進する政策展開**にシフト移行。
- 1989(平成元)年:**在宅介護支援センター**がゴールドプランに登場「**ケースマネージメント**」の技術が対人援助に導入される。
- 白澤正和氏により「**ケースマネージメント**」として普及
⇒1990年の「**老人福祉法改正**」によって、**老人介護支援センター**の名称で老人福祉施設の一つとして法定化に至る。

第6章 ケアマネジメントのプロセス【2時間】

【p.206】

第1節 ケアマネジメントのプロセスの全体像と各過程の関連【45分】

本節で学習することの概要

ケアマネジメントプロセス

利用者のニーズに応えるために、介護支援専門員が実施する一連の業務の流れ

インテークから終結までのステップで構成されるプロセスは、一方向に進むだけでなく、重層的に進む

利用者・家族のニーズや課題の解決に向けて、柔軟かつ主体的な対応を可能にする

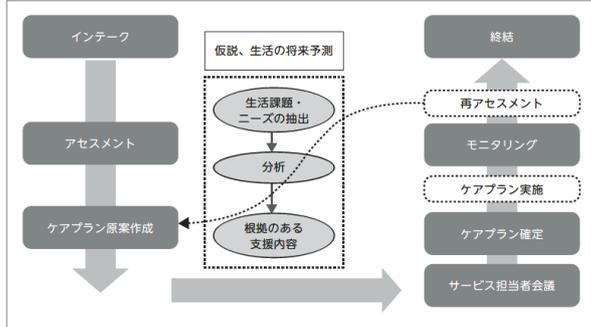
居宅介護支援の運営基準に沿って運用される

運営基準が「枠組み」を提供する一方で、ケアマネジメントプロセスは「実践の方法」を示す

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.206]

第1節 ケアマネジメントのプロセスの全体像と各過程の関連[45分]
【1 ケアマネジメントプロセスの全体像】

(ケアマネジメントプロセスの全体像)



7

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.206~207]

第1節 ケアマネジメントのプロセスの全体像と各過程の関連[45分]
【1 ケアマネジメントプロセスの全体像】

- ケアマネジメントプロセスとは、**利用者のニーズに応えるために介護支援専門員が実施する一連の業務の流れのこと**である。
- **相互に関連しあいながら**進められる。
- **利用者の意思や人格を尊重し、利用者中心の視点で**ケアマネジメントプロセスを適切に実施する必要がある。

8

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.208]

第1節 ケアマネジメントのプロセスの全体像と各過程の関連[45分]
【2 ケアマネジメントプロセスの意義・重層性】

アセスメントとケアプラン原案作成を同時に行う場合

アセスメントは課題分析標準項目に従って、利用者・家族と協働でニーズや課題を明確にしていく。この時点で、必要なサービス内容やサービス種別・事業所を考えることも当然なこと。また、情報提供や連絡調整も行う。これらはすでにケアプラン原案作成の一部である。

モニタリングと再アセスメントを同時に行う場合

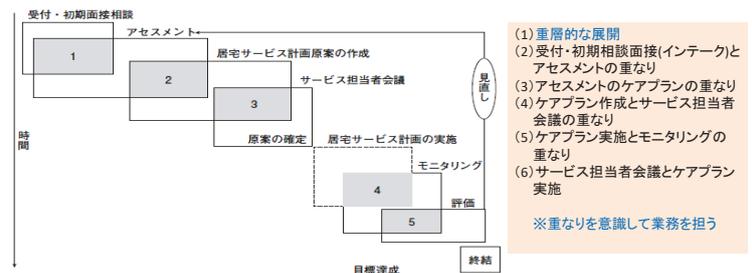
モニタリングではケアプランや個別サービス計画書に沿ってサービスが実施されているかどうかを確認する。しかし、利用者・家族の状況やニーズは常に変化していき、サービス事業所が最初に想定したような利用者の生活の実現に貢献できていない状況も起こる。このため、モニタリングの結果、必要があれば再アセスメントを行い、ケアプランや個別サービス計画書を修正する。

9

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.207]

第1節 ケアマネジメントのプロセスの全体像と各過程の関連[45分]
【1 ケアマネジメントプロセスの全体像】

図6-1-1 ケアマネジメントプロセス



出典：木田真司・豊光登志子編『対人援助職をめざす人のケアマネジメント——Learning101 みるい、67頁、2007年、豊光登志子作成を一部改定

10

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.208]

第1節 ケアマネジメントのプロセスの全体像と各過程の関連[45分]
【2 ケアマネジメントプロセスの意義・重層性】

利用者・家族の状況やニーズの変化に迅速に対応できること

ケアマネジメントプロセスは一度決めたことが固定されるわけではない。利用者・家族の状況やニーズは変化するものなので、それに応じて支援計画を見直すことが必要。重層的に進むことで、その変化に素早くかつ適切に対応できる。

利用者・家族の主体的参加を促進できること

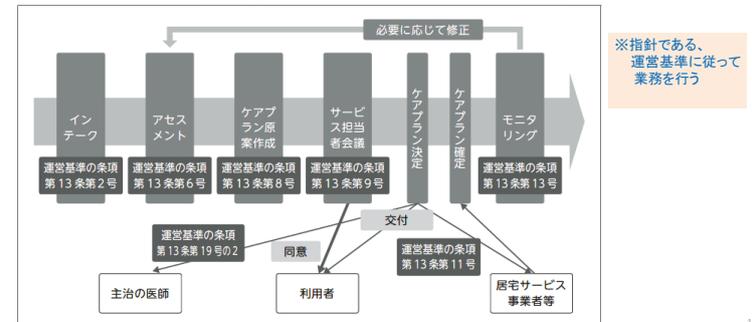
ケアマネジメントプロセスでは、利用者・家族の同意や自己選択・自己決定が重要視される。しかし、利用者・家族は、サービスの利用が目的となり、自立支援やケアマネジメントへの関心は低くなりやすい。重層的に進むことで、利用者・家族に「望む生活を想像すること」と「その生活を実現するためにサービスを利用すること」を常に意識させることができる。これは、ストレングスやエンパワメントと呼ばれる。

11

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.209]

第1節 ケアマネジメントのプロセスの全体像と各過程の関連[45分]
【3 運営基準上の手順とケアマネジメントプロセスの関係性】

(運営基準とケアマネジメントプロセスの関係性)



12

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.211]
 第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] 【1 インテーク】

- インテークは、利用者と介護支援専門員が初めて接する場面
- 今後長期的に付き合っていく可能性もあるため、第一印象が決まる重要なプロセス
- 信頼関係を構築していくためにも、丁寧に話を聞き、**相手を受け入れる姿勢**が求められる

13

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.211]
 第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] 【1 インテーク】

1. スクリーニング機能

- インテークにおけるスクリーニング機能とは、介護支援専門員が**初回面接で相談者の主訴を把握し、サービス提供機関の支援対象かどうかを判断**すること
- ・スクリーニングで支援対象であると判断されれば、該当するサービス提供機関を含めたケアマネジメントのアセスメントやプランニングなどの段階へと進んでいく
- ・支援対象ではないと判断されれば、介護保険を利用しないサービスを受けることになり、リファール(委託・紹介)という形ですたぐことになる
- インテークにおけるスクリーニング機能は、介護支援専門員が介護保険制度を適切に運用するための重要な作業
- ・**相談者のニーズや課題を正しく理解**し、最適なサービスを紹介することが求められる

14

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.212]
 第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] 【1 インテーク】

2. 利用者が主体となる**契約の意義**とその保障のしくみ

- 利用者が主体となる**契約の意義**は、利用者の自立度や生活の質を向上させるために、**利用者のニーズや意向に沿った支援の提供**がなされることにある
- ・それを実現させるには、利用者が介護支援専門員とともにケアプランを作成し、**自らの意思を反映**させる
- ・利用者はケアプランの実施状況や効果をモニタリングし、必要に応じて見直しや変更を求めることができる
- ・利用者が主体となる契約の保障のしくみでは、**介護支援専門員が利用者の権利や利益を守る**ために、次の点に留意する

15

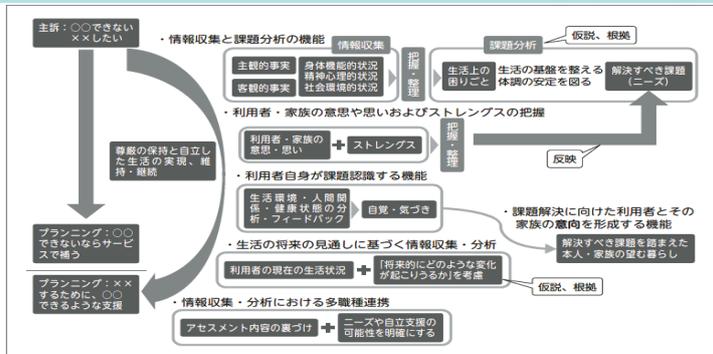
第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.212]
 第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] 【1 インテーク】

2. 利用者が主体となる**契約の意義**とその保障のしくみ

介護支援専門員の役割	留意点
個人情報の取り扱いについて同意を得る	守秘義務を説明する
インテークやアセスメントを行う	介護支援専門員の役割や業務内容を説明する 進行方法や所要時間を伝える
ケアプランの作成や見直しを行う	利用者の関与する権利や方法を説明する
ケアプランの実施状況や効果を報告する	質問や不安に対応する
ケアプランの終了時期や条件を伝える	エバリュエーションやターミネーションを行う

16

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.213]
 第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] 【2 アセスメント】



第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.213]
 第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] 【2 アセスメント】

1. 情報収集と課題分析の機能

- アセスメントとは、**利用者の心身状態や生活環境を確認するとともに、ニーズから解決すべき課題を抽出し、それを評価・分析する過程**
- アセスメントには、**情報収集と課題分析の二つの機能**がある

18

<p>第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.213]</p> <p>第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [2 アセスメント]</p>	<p>[p.213]</p>
<p>1. 情報収集と課題分析の機能</p> <p>①情報収集</p> <p>○利用者の生活全体を理解するために必要な客観的事実と主観的事実を収集する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・客観的事実は、利用者の身体機能や健康状態を把握するために重要 ・主観的事実は、利用者の思いや感情を共感的に扱うことで信頼関係を構築し、自立支援につなげるために重要 <p>○情報収集では、事実に基づき利用者の身体機能的状況、精神心理的状況、社会環境的状況を整理・把握するとともに、仮説を立てながら多角的に行い、継続的に情報を更新する</p>	19

<p>第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.213]</p> <p>第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [2 アセスメント]</p>	<p>[p.213]</p>
<p>1. 情報収集と課題分析の機能</p> <p>②課題分析</p> <p>○多角的に収集した情報をもとに、仮説を立て、根拠に基づき、利用者の生活上の困りごとやニーズを明らかにする</p> <p>○課題分析標準項目は、情報収集・課題分析の目安となる項目で、日常生活動作(ADL)、身体的健康、精神的健康、社会関係、経済状況、住生活環境、ケア提供者の状況の七つの次元からなる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・課題分析では、利用者の生活の基盤を整え、体調の安定を図ることを念頭に置き、利用者の意思や思いおよびストレスを踏まえて、根拠に基づき優先順位をつけて行う ・課題分析の結果は、想定される支援内容の策定につなげる。情報収集と課題分析は利用者との協働作業で、共通認識をもって行う。 ・情報収集と課題分析では、介護支援専門員は利用者の状況を包括的に分析し、適切な支援内容を提案する能力という専門性が求められる 	20

<p>第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.214]</p> <p>第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [2 アセスメント]</p>	<p>[p.214]</p>
<p>2. 利用者・家族の意思や思いおよびストレスの把握</p> <p>○アセスメントでは、利用者の身体的・精神的・社会的な側面だけでなく、利用者・家族の意思や思いおよびストレス(強み)も把握することが重要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者・家族の意思や思いとは、利用者や家族が自らの生活に対してどのような希望や目標をもち、どのような感情や態度を示しているかを指す主観的事実として情報収集の対象となる ・利用者・家族の意思や思いを課題分析に反映させ、利用者中心のケアプランを作成する <p>○ストレスとは、利用者や家族がもつ強みや資源で、客観的事実として情報収集の対象となる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ストレスには、利用者の残存能力や可能性、家族の支援力や協力性、地域資源や社会的ネットワークなどが含まれ、利用者の自立支援や生活の質の向上に寄与する重要な要素である ・ストレスを評価し活用することで、利用者・家族の能力開発や自己効力感の向上を促し、ストレスを課題分析に反映させることで、最適なサービス提供を計画する 	21

<p>第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.214]</p> <p>第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [2 アセスメント]</p>	<p>[p.214]</p>
<p>3. 利用者自身が課題認識する機能</p> <p>○利用者自身が課題認識する機能とは、利用者が自分の生活上の支障や困りごとを自覚し、それらを解決するための目標や方法を考える能力のことを指す</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この能力は、利用者の自立支援にとって必要不可欠なため、この能力を引き出すことに努めなければならない <p>○利用者自身が課題認識する機能を高めるためには、以下のような点に注意する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・信頼関係が築かれると、利用者は自分の思いや意向を素直に伝えやすくなる ・介護支援専門員は利用者の話を丁寧に聞き、共感や理解を示すことで、利用者の気持ちを受け止める ・利用者との関係づくりを大切にすることが重要 <p>○生活上の支障や困りごとは、生活環境や人間関係、健康状態など、さまざまな要因によって影響されるため、介護支援専門員は、利用者の生活全体に目を向けてアセスメントし、そのなかで重要な課題を見つけ出します。</p>	22

<p>第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.214]</p> <p>第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [2 アセスメント]</p>	<p>[p.214]</p>
<p>3. 利用者自身が課題認識する機能</p> <p>○利用者自身が自分のことをすべて把握しているわけではない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分からニーズや課題を語ってくれることはほほいさないため、問いかけることで、利用者は自分の状況や感情に気づきやすくなる ・問いかける際には、オープンクエスチョン(例:どんなことが困りますか?)を使うことで、利用者の主体性や多様性を尊重するとともに、自発的な意思の出現を促す <p>○利用者自身が課題を認識したら、目標や方法を考える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この段階では、介護支援専門員は利用者と一緒に目標や方法を考えることで、利用者の意欲や参加意識を高める ・目標や方法は具体的で達成可能なものであること 	23

<p>第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.215]</p> <p>第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [2 アセスメント]</p>	<p>[p.215]</p>
<p>4. 課題解決に向けた利用者とその家族の意向を形成する機能</p> <p>○情報を収集し分析することで、自立した日常生活を営むうえで解決すべき課題を明らかにする作業をアセスメントという</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「課題解決に向けた利用者とその家族の意向を形成する機能」は重要な役割を果たすことから、利用者とその家族が自分たちの状況やニーズについて理解し、自らの意向や目標を明確にすることができるように支援する ・具体的には、利用者が自立した生活を送るために必要な支援やサービスの種類や量、提供方法などに関する希望や要望を可視化する ・これらの意向は、利用者の生活観や価値観、自己評価などに基づいて形成される ・「課題解決に向けた利用者とその家族の意向」は、利用者が生活上の困りごとを解決するために目指す目標や結果を指す 	24

<p>第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.215]</p> <p>第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [2 アセスメント]</p>	<p>第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.216]</p> <p>第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [2 アセスメント]</p>
<p>4. 課題解決に向けた利用者とその家族の意向を形成する機能</p> <ul style="list-style-type: none"> これらの意向は、利用者の現状やニーズ、可能性などを考慮して設定される 「意向を形成する機能」は、介護支援専門員がアセスメントを通じて利用者とその家族の意向を明らかにし、それらの意向が利用者の自立支援や生活の質の向上につながるように調整や説明を行うこと <p>○「アセスメントにおける課題解決に向けた利用者とその家族の意向を形成する機能」は</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者とその家族が自立した日常生活を営むうえで必要な支援やサービスについて自分たちで考える それを実現するための目標設定や計画づくりを行うことができるように支援する役割を果たす それはアセスメント全体の質を高める重要な要素である 	<p>5. 生活の将来の見通しに基づく情報収集・分析</p> <p>○「生活の将来の見通しに基づく情報収集・分析」では、利用者が自立した日常生活を営むのに必要な支援内容や方法を定めるため、利用者の生活に対する意思や意向をヒアリングし、その実現可能性や実現させる際の障害要因を検討する</p> <p>○「生活の将来の見通し」は、利用者が自分の心身の状態や環境の変化に対して、どのような目標や意向をもち、どのような生活を送りたいと考えているかを示すもの</p> <ul style="list-style-type: none"> これは、利用者の現在の生活状況だけでなく、将来的にどのような変化が起こりうるかも考慮する <p>○「情報収集・分析」は、利用者や協働で行い、利用者本人や家族から直接話を聞いたりエピソードを聞き、課題分析標準項目や課題分析票などを参考にしながら行う</p> <ul style="list-style-type: none"> 「生活の将来の見通しに基づく情報収集・分析」はアセスメントにおける重要な機能で、利用者が自立した日常生活を営むうえで必要な支援内容や方法を決定するために不可欠で、アセスメント全体の質を高める重要な要素でもある

<p>第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.216]</p> <p>第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [2 アセスメント]</p>	<p>第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.216]</p> <p>第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [2 アセスメント]</p>
<p>6. 情報収集・分析における多職種連携</p> <p>○アセスメントにおける情報収集・分析の多職種連携とは、介護支援専門員が医療職や福祉職などほかの専門職と連携し、利用者の状況、課題、ニーズを正確に理解し、共有することを指す</p> <p>○この連携により、以下のメリットが生まれる</p> <ul style="list-style-type: none"> アセスメント内容の裏づけ 利用者中心のケアプランの作成 サービスの適切な提供 専門職間の情報交換や学習の促進 信頼関係の構築 など <p>○実現するためには、利用者や家族の理解を得ること、専門職間の定期的なコミュニケーション、役割や専門性の尊重、そして多職種協働の場を活用することが重要</p>	<p>6. 情報収集・分析における多職種連携</p> <p>○利用者の身体的・精神的・社会的な状況を全面的に把握し、そのニーズや自立支援の可能性を明確にするため、以下を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ほかの専門職との情報共有や相談 利用者や家族との面談 ツールを活用した情報の整理と分析 <p>○これにより、利用者の生活ニーズの正確な把握や適切なサービス計画の策定、生活の質の向上が期待され、介護支援専門員もほかの専門職からの学びが増える</p>

<p>第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.217]</p> <p>第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [2 アセスメント]</p>	<p>第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.217]</p> <p>第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [3 プランニング]</p>
<p>7. 継続的なアセスメントの必要性</p> <p>○継続的なアセスメントとは、ケアプランの実施状況や利用者の状態の変化を定期的にモニタリングし、必要に応じてケアプランの見直しや再アセスメントを行うこと</p> <p>○継続的なアセスメントが必要な理由は、以下のとおり</p> <ol style="list-style-type: none"> ①利用者の心身の状態やニーズは、時間とともに変化する可能性がある。その変化に応じて最適なサービスや支援を提供するためには、ケアプランを柔軟に見直す必要がある。 ②サービス提供者や関係者との連携や協働を円滑にするためには、利用者の現状や課題、目標などを共有することが重要。継続的なアセスメントを通じて、情報の収集や分析、共有を行うことで、利用者に対する適切な支援を図ることができる。 ③利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援するためには、利用者の思いや意向を尊重し、参加型のケアマネジメントを実践することが必要。継続的なアセスメントを通じて、利用者や家族とのコミュニケーションを密にし、利用者主体のケアプラン作成に努めることができる。 	<p>1. 将来の生活の見通しに基づく方針・目標の設定</p> <p>○ケアマネジメントプロセスにおけるプランニングとは、要介護者や要支援者の状況や課題を把握しそれに応じたケアプラン(介護サービス等の提供についての計画)を作成すること</p> <ul style="list-style-type: none"> プランニングにおいては、要介護者や要支援者が今後どのような生活を望んでいるか、そのためにどのような支援が必要かを予測することが求められる ケアプラン作成時に、要介護者や要支援者が自立した日常生活を営むために必要な援助の方向性や到達点といった方針や目標を明確にする プランニングにおいては、将来の生活の見通しに基づく方針・目標の設定は重要であるとともに以下の利点がある <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <ol style="list-style-type: none"> ①要介護者や要支援者の意向やニーズに沿ったケアプランを作成することができる。 ②サービス提供者や関係者との連携や協働を円滑に進めることができる。 ③ケアプランの効果や適正性を評価し、必要に応じて見直すことができる。 </div>

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.218]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [3 プランニング]

2. 個別性を踏まえた具体策を検討する機能

- 「個別性を踏まえた具体策を検討する機能」とは、利用者のニーズや課題に応じて、最適なサービスや支援策を選択し、その実施方法や目標を明確にすること
- ケアプランの作成においてこの機能を発揮するためには、以下の点に注意する必要がある

- ①利用者の自立や QOL(生活の質)の向上に寄与するような支援内容を検討する
利用者の意向や目標を明確にし、それらに沿ったサービスや支援策を選択できるように選択肢を提示し、助言や提案を行う
- ②利用者の個性や特徴を考慮して、支援内容を個別化すること。同じサービスや支援策でも、その実施方法や頻度、期間などは利用者によって異なる。利用者の生活環境や家族関係、趣味嗜好なども踏まえて、最適な形で提供できるように工夫
- ③利用者や家族が自らの意思決定に納得し、ケアプランに同意できるように確認や説明を行うこと。利用者や家族がケアプランの内容や目的を理解し、介護支援専門員の役割や責任も明確になるようにする

31

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.218]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [3 プランニング]

3. 優先順位づけの機能

- ケアマネジメントプロセスにおけるプランニングでは、優先順位づけの機能が含まれる
- ・要介護者・要支援者が抱える生活上の課題(ニーズ)を重要度や緊急度に応じて順序づけ
- 優先順位づけを行う際には、以下のポイントに注意する
- ①要介護者や要支援者の意思や意向を尊重
- ②要介護者や要支援者の心身の状況や生活の将来予測を考慮
- ③要介護者や要支援者の家族や介護力、住環境などの周囲の状況を把握
- ④サービス提供者間で情報共有や意見交換を行う
- ⑤ケアプラン点検やモニタリングで優先順位を見直す
- 優先順位づけの機能によって、以下のような効果が期待できる
- ①要介護者や要支援者の状況に応じた適切なサービスを提供できる
- ②サービスの効果を最大化できる
- ③サービスの抜け漏れを防げる
- ④サービス提供者間の連携や協働を促進できる

32

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.219]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [3 プランニング]

4. インフォーマル等の社会資源の活用支援内容の具体化における多職種連携

- インフォーマル(インフォーマルサポート)とは、家族や友人、近隣住民など、利用者の日常生活にかかわる非公的の人的資源のこと
- ・社会資源とは、地域で提供される公的・民間のサービスや活動のことを指す
- ・ケアマネジメントプロセスにおけるプランニングでは、利用者が自宅や地域で安心して暮らせるよう、インフォーマル等の社会資源を活用した支援内容を検討する
- ・社会資源には、介護保険サービスや介護予防サービスだけでなく、地域包括支援センターや福祉施設、ボランティア団体や市民活動なども含まれる
- ・多職種連携とは、介護支援専門員が主体となって、医療系の専門職や福祉職と連携し、利用者に対して一貫した支援を行うこと
- ・利用者のニーズや課題を多面的に把握するためには、各専門職の知識や技術を活かすことが必要(医師や看護師は利用者の健康状態や医療的ニーズを評価、理学療法士や作業療法士は利用者の身体機能や日常生活動作能力を評価、社会福祉士や介護福祉士は利用者の生活環境や家族関係などを評価する)

33

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.219]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [3 プランニング]

5. 利用者とその家族の同意取得

- ケアプランとは、利用者の生活課題や目標、必要なサービスの種類や回数、サービス提供事業者の名前などが記載された文書で、介護保険の給付を受けるためにも必要
- ケアプランは、利用者や家族の権利や自主性を尊重し、介護支援専門員との信頼関係を築くためにも重要
- ・作成する際には、利用者や家族の同意必須
- (同意とは、利用者や家族がケアプランの内容に納得し、それに基づいてサービスを受けることに同意すること) **合意を目標とする**
- ・同意を得る方法としては、介護支援専門員がケアプランの内容を利用者や家族に説明し、理解してもらったうえで、署名捺印してもらうことが一般的
- ・利用者が署名捺印ができない場合や、家族が遠方に住んでいる場合などは、ほかの方法で同意を得ることも可能
- (利用者が署名捺印ができない場合は、家族や代理人が代筆することができる)

34

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.220]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [4 サービス担当者会議]

1. 利用者や家族の参加の原則

- サービス担当者会議とは、介護サービスを提供する関係者が集まり、利用者の状況やニーズについて情報を共有し、ケアプランの策定や見直しを行う場
- ・本人の目指す生活の実現におけるケアの必要性や位置づけ、その人に合ったケアとするための方法や留意点などの情報を共有したケアチームをつくるのが大切
- サービス担当者会議には、利用者や家族の参加が望ましい
- 利用者や家族の参加の原則としては、次のような点があげられる
- ①利用者や家族が参加できるように、会議の日時や場所、内容などを事前に伝える。
- ②利用者や家族が参加する場合は、その意向やニーズを尊重し、適切な情報提供や説明を行う。
- ③利用者や家族が参加しない場合は、その理由を確認し、代わりに意向やニーズを聞き取る方法を検討する。
- ④利用者や家族が参加した場合は、その後にケアプランの内容についての同意を得る。

35

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.220]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分] [4 サービス担当者会議]

2. チーム形成の機能

- サービス担当者会議では、チーム形成が重要な機能を果たす。
- ・チーム形成の機能には、以下のようなもの
- ①情報共有
サービス担当者会議では、利用者の状況や課題、サービスの提供状況や効果などに関する情報を各関係者が共有する。これにより、利用者のニーズや変化に対応したケアプランを作成・見直し・評価することができる。
- ②多職種協働
サービス担当者会議では、介護支援専門員を中心に、各関係者が自分の専門性や役割を発揮しながら協力してケアプランを作成・見直し・評価する。これにより、利用者への総合的な支援を実現することができる。
- ③利用者参加
サービス担当者会議では、利用者や家族が自分の意思や意向を伝えることができる。これにより利用者の自立や尊厳を尊重したケアプランを作成・見直し・評価することができる。

36

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.221]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分]
[4 サービス担当者会議]

3. 多職種連携と意見共有の機能

- サービス担当者会議では、**介護支援専門員が主催し**、利用者や家族、サービス提供者、医療職など関係者が参加して、ケアプランの作成や見直しを行う
- ・**多職種連携機能**は、各々の専門性を活かし利用者の状況や課題に対して協力して支援することで、関係者がそれぞれの視点や情報を開示し、理解を促す
- サービス担当者会議における多職種連携と意見共有の機能には、次のようなものがある

- ①利用者のニーズや課題を正確に把握し、適切なケアプランを作成するために必要な情報を収集・分析する。
- ②サービス提供者間の**役割分担や連携方法を明確**にし、サービスの質や効果を向上
- ③利用者や家族の意思や意向を尊重し、**利用者・家族参加型のケアプラン作成を促進**
- ④サービス提供中に発生する問題や変化に対応し**ケアプランの見直しや改善策を検討**
- ⑤利用者の自立支援に資するケアマネジメントの目標や評価方法を共有し、**成果や課題をフィードバック**

37

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.222]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分]
[4 サービス担当者会議]

4. 居宅サービス計画原案と個別サービス計画の整合性を確認する機能

- サービス担当者会議には、ケアプラン原案と個別サービス計画の整合性を確認する機能がある

- ・**ケアプラン原案**とは、介護支援専門員が作成する利用者のケアプランの原案で、利用者の生活課題や目標、必要なサービスの種類や回数などを記載した文書
- ・**個別サービス計画**とは、各サービス提供者が作成する利用者のサービス計画で、ケアプラン原案に基づき具体的なサービスの内容や方法・目標や評価などを記載した文書

- この**二つの文書に整合性がある**ということは、利用者に提供されるサービスが、利用者のニーズや目標に沿っていることを意味する

- ・この整合性を確認する機能は、介護支援専門員が担い、サービス担当者会議で個別サービス計画の確認、ケアプラン原案との照らし合わせ、適切かどうかのチェックを行う
- ・不適切な点があれば、修正や改善を求める。
- ・この機能は利用者に適切なサービスを提供し、目標達成に向けた支援を行うために重要

38

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.222]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分]
[4 サービス担当者会議]

5. 要介護更新認定の申請等におけるサービス担当者会議の役割

- 要介護更新認定とは、介護保険法に基づき、要介護状態にある被保険者が一定期間ごとに再度認定を受けること
- 更新認定の申請は、原則として介護支援専門員が行う

- サービス担当者会議は、要介護更新認定の申請において、以下の役割を行う

- ①更新認定の必要性やタイミングを判断し、**利用者や家族に説明し、同意を得る**
- ②更新認定のための資料や情報を収集し、**主治医やサービス事業者と連携**する
- ③更新認定後にケアプランを見直し、**利用者や家族の意向を反映**させる
- ④ケアプランの内容や目標を**利用者や家族に説明し、同意を得る**
- ⑤サービス事業者と**ケアプランの実施方法や連絡体制を確認**する

39

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.223]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分]
[5 モニタリング及び評価]

1. モニタリング機能

- モニタリングとは、提供されたケアが本人のニーズに合っているかどうかを確認し、必要に応じて改善することで、**より適切なケアを提供するためのプロセス**
- ・ケアマネジメントプロセスにおいては、介護支援専門員が、サービス提供中に利用者やサービス事業者と連絡を取り、**サービスの実施状況や利用者の変化を把握**すること

- モニタリングには、以下のような方法がある

- ①電話や訪問で**利用者や家族から情報を収集**する
- ②サービス事業者から**もらう報告書や連絡票などで情報を収集**する
- ③利用者や家族、サービス事業者と**定期的に面談**する

- モニタリングの機能**

- ①サービスの**質や量が適切**かどうかを確認する
- ②利用者の**状態やニーズが変化**していないかどうかを確認する
- ③サービス事業者間の**連携や協働が円滑**に行われているかどうかを確認する
- ④サービス提供に関する**問題や課題を早期に発見し、対策を講じる**

40

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.223]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分]
[5 モニタリング及び評価]

2. 目標に照らした状況を評価し次の方針を明確化する機能

- モニタリングでは、利用者のニーズや課題が適切にとらえられているか、サービスが効果的に提供されているか、ケアプランが適切に見直されているかなどを確認する
- ・**評価**とは、ケアプランに設定された目標や期間に対して、利用者の状態やサービスの効果を測定すること
- ・評価によって、**目標が達成されたかどうか、目標達成のために必要なサービスや支援が提供されたかどうか、目標やサービスの設定が適切だったかどうか**などを判断する

- モニタリングと評価における「**目標に照らした状況を評価し次の方針を明確化する機能**」とは、**利用者の自立支援や生活満足度の向上を目指して、ケアマネジメントプロセスを効果的に循環させるための重要な機能**

- ・この機能によって、**利用者や家族、サービス提供者などの関係者間で情報や意見を共有し、ケアプランの見直しや改善策の検討**などを行う
- ・この機能によって、**介護支援専門員自身も自己研鑽や専門性向上に努める**ことができる

41

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.224]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分]
[6 最終及びフォローアップ]

- ケアマネジメントプロセスは、**利用者のニーズに応じたケアプランの作成と実施、モニタリングと評価を繰り返すサイクル**

- ・このサイクルは、利用者の状況やニーズが変化するまで継続されるが、利用者にケアマネジメントが必要がなくなったり、介護支援専門員との信頼関係が崩れたりした場合には、**最終することがある**

- ・**ケアマネジメントプロセスの最終は、利用者との合意のもとに行われる**

- 最終する際には、以下の点に注意する

- ①利用者の現在の状況やニーズ、ケアプランの実施状況や効果を評価し、**文書化する**
- ②利用者に対して、ケアマネジメントプロセスの終了理由や今後の生活支援の方法を説明し、**同意を得る**
- ③利用者がサービスを必要とする場合には、**ほかの支援機関やサービス事業者への紹介や連携**を行う
- ④利用者**と介護支援専門員との関係を適切に解消し、感謝やエンパワーメントを伝える**

42

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.224]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分]
【6 最終及びフォローアップ】

○ケアマネジメントプロセスが終了後も、利用者の状況やニーズが変化する可能性があるため、**フォローアップを行うことが望まれる。**

・フォローアップとは、利用者に対して定期的に連絡を取り、生活状況や問題点、支援ニーズなどを確認し、必要に応じて再度ケアマネジメントプロセスを開始したり、ほかの支援機関やサービス事業者への紹介や連携を行ったりすること

・フォローアップは、利用者の自立支援や生活満足度の向上に寄与するとともに、再発防止や早期発見・介入にも有効である

43

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.225]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分]
【7 各プロセスにまたがって生じる業務】

1. 利用者や家族の状況等に関する随時の情報提供

○介護支援専門員は、利用者や家族との連絡を密に取り、利用者の心身の状態や生活環境、ニーズや要望などに変化がないかを常に把握することで、ケアプランの見直しやサービスの調整などを行う
・介護支援専門員は、利用者や家族から得た情報を、サービス提供事業者や医療機関等と共有・連携を図り、**利用者の総合的なケアを実現する**

○利用者や家族に対しても、**ケアプランの内容やサービスの実施状況などについて定期的に報告する**
・これにより、利用者や家族の理解や同意を得るとともに、不安や不満などを解消することができる

○ケアマネジメントプロセスにおける利用者や家族の状況等に関する随時の情報提供は、**利用者の自立した日常生活を支援するために重要な役割を果たす**

44

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.225]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分]
【7 各プロセスにまたがって生じる業務】

2. 苦情や事故発生時の対応

苦情対応	事故対応
相手の話を冷静に聞き、気持ちや要望を理解する	利用者の安全確保や救急措置を優先する
苦情の内容や原因を明確にし、事実関係を確認する	事故の状況や原因を把握し、記録する
苦情の解決策を考え、相手に提案し、合意形成を図る	利用者や家族に謝罪し、誠意ある対応をする
苦情対応の結果や内容を記録し、報告や改善策を実施する	市町村や保険者などに事故報告書を提出する

45

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.225]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分]
【7 各プロセスにまたがって生じる業務】

3. 給付管理

○**給付管理**とは介護保険制度において、介護サービスの利用状況や費用を管理すること
○給付管理は、ケアマネジメントプロセスのなかで、主にケアプラン作成とモニタリング・評価の段階で行われ、以下のような業務が含まれる

① **利用予定表の作成・調整・承認**

介護支援専門員は、利用者のニーズや意向に沿って、介護保険サービスの利用予定表を1 か月単位で作成する。利用予定表には、サービスの種類、回数、時間などが記載される。介護支援専門員は、利用予定表をもとに、各サービス提供事業者と調整を行い、利用者に説明して承認を得る。

46

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.225]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分]
【7 各プロセスにまたがって生じる業務】

3. 給付管理

② **利用実績票の収集・確認・提出**

介護支援専門員は、各サービス提供事業者から利用実績票を収集し、利用予定表と照合して確認する。利用実績票には、サービスの実際の提供内容や時間などが記載される。
介護支援専門員は、利用実績票を市町村に提出し、介護給付費の算定や支払いを行う。

③ **給付費通知書の受領・確認・説明**

介護支援専門員は、市町村から給付費通知書を受領し、内容を確認する。給付費通知書には、介護給付費の内訳や自己負担額などが記載される。介護支援専門員は、給付費通知書を利用者に説明し、必要に応じて見直しや相談に対応する。

47

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.226]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分]
【7 各プロセスにまたがって生じる業務】

4. 記録の整備・保存

○ケアマネジメントプロセスの記録とは、その流れにおいて作成される各種の文書やデータを指し、主なものには、以下のようなものがある

① **アセスメントシート**

利用者の心身の状態や生活課題を評価するためのチェックリストや質問表

② **ケアプラン**

利用者が自立した日常生活を営むために必要なサービスや目標を記した計画

③ **サービス担当者会議議事録**

ケアプラン作成や見直しに関して、関係者が協議した内容を記録したもの

④ **経過記録**

利用者に提供されたサービスや利用者の反応や変化を記録したもの

⑤ **評価表**

ケアプランに基づいて提供されたサービスの効果や目標達成度を評価するための表

48

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間]

[p.227]

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分]

【7 各プロセスにまたがって生じる業務】

4. 記録の整備・保存

○ケアマネジメントプロセスの記録は、利用者に適切なサービスを提供するために必要な情報源であり、また、サービス提供の過程や結果を客観的に示す証拠でもある
・そのため、以下のような点に注意して整備・保存する必要がある

- ①記録は事実に基づき、明確かつ具体的に記述する
- ②記録は関係者間で共有し、連絡調整や情報伝達に活用する
- ③記録は法令や規定に従って管理し、個人情報保護や秘密保持に配慮する
- ④記録は定期的に点検し、必要に応じて見直しや補足を行う

49

ミニワーク

- ・ケアマネジメントプロセスの構成(段階)を順番に書いてください。

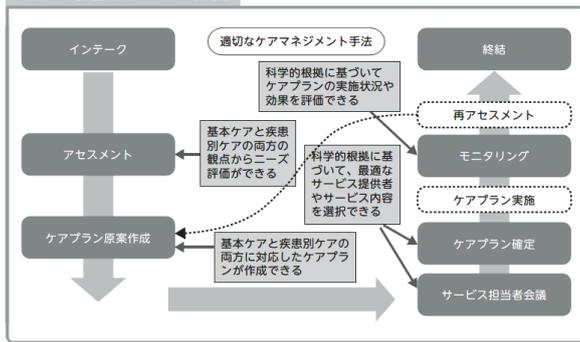
50

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間]

[p.228]

第3節 適切なケアマネジメント手法[30分]

本節で学習することの概要



51

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間]

[p.228]

第3節 適切なケアマネジメント手法[30分]

【1 適切なケアマネジメント手法とは】

○「適切なケアマネジメント手法」は、要介護高齢者の生活の継続を支えるために、各職域で培われた知見に基づいて想定される支援を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメント/モニタリングの項目を整理したもの

○適切なケアマネジメントとは、ケアマネジメントプロセスを実施するにあたり、介護支援専門員の職にある全員が然るべき知識を有したうえで、同じレベルで実行され、サービス提供状況や対応の難しい事例を介護支援専門員だけが抱え込むことなく、ほかの職種と連携して進められている状態を指す

・具体的な行動では、利用者のニーズに合わせた適切なケアプランの策定や、介護サービスの提供者との連携、情報共有などが含まれる

52

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間]

[p.229]

第3節 適切なケアマネジメント手法[30分]

【1 適切なケアマネジメント手法とは】

○適切なケアマネジメント手法は、以下の特徴をもつ

- ①基本ケアと疾患別ケアという二階建ての構造である。「基本ケア」は、本人の意思を尊重し、これまでの生活の継続を支援し、生活基盤を整える支援内容であり、高齢者の機能と生理をまえたケア。一方、「疾患別ケア」は、疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容を整理している。
- ②本人中心の考え方を重視している。本人の自立やQOL(生活の質)を向上させることを目的とし、本人の意思や意向を尊重し、高齢者とともにケアプランを作成する。
- ③多職種連携を促進する。医療・介護・福祉・保健などの専門家が協力し、高齢者の状況やニーズに応じた適切なサービスを提供する。
- ④科学的根拠、実証研究に基づいて策定され、定期的に見直す。

53

適切なケアマネジメント手法の意味

再確認

- ・自立支援に資する適切なケアマネジメントの推進
- ・具体的には介護支援専門員個々が作成するケアプランの内容やケアマネジメントに関するばらつきを縮小を目的
- ・「尊厳の保持」と「自立支援」を踏まえたうえで、高齢者の生活の継続の支援のために必要な支援内容について、ケアマネジメントだけでなく、医療や看護、リハビリテーション、介護やソーシャルワークなど各職域における知見に基づいて体系的に整理した

「根拠のある共通的な知見」

令和4年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業」にて(財)日本総研（令和5年3月改訂版）

54

「適切なケアマネジメント手法」とは

再確認

- 適切なケアマネジメント手法とは、介護支援専門員の先達たちが培ってきた知見の中で**共通化できる知見に着目し、体系化したもの**。
- 根拠に基づいた「仮説」**を持ち、その必要性や個別的内容を検証するために**情報の収集・分析を展開するという考え方**に基づきまとめられている。
- 介護支援専門員だけでなく、**他の職種の方々にも知ってもらい、地域全体で活用**することを目指している。



この状態だと、
こつう支援が必要かも？



令和4年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業」にて（和）日本総研（令和5年3月改訂版）。

“あたり”をつけて効率よく個別化を行う

再確認

情報収集の前の**“あたり”**は、**専門職としての長年の経験**に裏付けられた意味のあるものです。

「適切なケアマネジメント手法」は、**仮説の引き出しを増やし、“あたり”の精度を高める**ために活用できます。（インタビューの一例）



令和4年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業」にて（和）日本総研（令和5年3月改訂版）。

- 「適切なケアマネジメント手法」を活用することで、**アセスメント／モニタリングが効果的にでき、以下の3つが可能となります。**

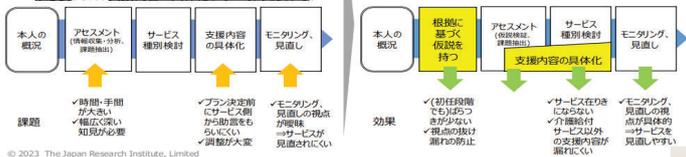
- ① **支援内容やアセスメント項目の「抜け漏れ」を防げる**
- ② **他の職種との協働や役割分担を進めやすくなる**
- ③ **ケアプランの見直し（状態の変化に応じた支援の見直しや追加の判断）**がしやすくなる

一般的な手法

- ・まず、**包括的に情報収集**してから分析し、多様なサービスの意見も取り入れて支援内容を検討していく考え方。
- ・収集した情報の分析、課題抽出、サービス種別の検討と支援内容を、それぞれ結びつけるに**あたりが担当の経験が必要**。また、支援内容の具体化までに時間を要する。

適切なケアマネジメント手法

- ・まず、**知見に基づいた、支援内容レベルの仮説**を持ち、その**検証と並行して支援内容を具体化する考え方**。
- ・サービス種別ありきにならず、必要な支援内容が検討しやすく、検討に要する時間も短縮できる可能性がある。



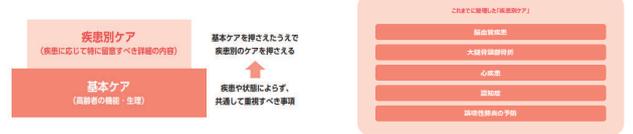
© 2023 The Japan Research Institute, Limited.

「基本ケア」と「疾患別ケア」で構成される

「基本ケア」は、**本人の生活の継続を支援する基盤となる支援内容**であり、高齢者の機能と生理を踏まえたケアです。

「疾患別ケア」は、**疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容**を整理しています。

「適切なケアマネジメント手法」を活用する際は、「基本ケア」を踏まえたうえで、**本人の状態に応じて「疾患別ケア」を参照する**のが望ましいです。



※「適切なケアマネジメント手法」活用 研修担当者向けセミナー ～研修への活用ヒント～ 株式会社日本総合研究所

「基本ケア」の構成 3の基本方針と7の大項目

再確認

基本方針	大項目	中項目
① 生活の継続を支援する	現在の 身体機能の把握と生活上の特長予測、働き	病気や心身状態の把握 現在の生活の身体機能の把握 目指す生活を踏まえたい訳みの予測 緊急時の対応のための備え
	意思決定過程の支援	本人の意思を捉える支援 意思の表明の支援と尊重 意思決定支援体制の整備 将来の生活の見直しを立てることの支援 水分と栄養を摂ることの支援
② 心身の健康を維持する	予備に基づいた心身機能の維持・向上、フレイルや重症化の予防の支援	継続的な受診と検査の支援 継続的な自己管理の支援 心身機能の維持・向上の支援 感染予防の支援
	日常生活の継続の支援	食事の支援 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援 喜びや楽しみ、進みを引き出し高める支援
③ 社会参加を支援する	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	コミュニケーションの支援 家庭内での役割を踏まえたい訳みの支援 コミュニティでの役割を踏まえたい訳みの支援
	家族等への支援	支援を必要とする家族等への対応 家族等の理解を増やす支援 本人とよりよく家族間の連携 同意してケアに参画するひとへの支援

令和4年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業」にて（和）日本総研（令和5年3月改訂版） 59

第6章 ケアマネジメントのプロセス [2時間] 第3節 適切なケアマネジメント手法 [30分]

[p.229]

【1 適切なケアマネジメント手法とは】

○適切なケアマネジメント手法を用いることによって、以下の内容が期待される

- ① **高齢者の状態に合わせた個別化されたケアプランの作成が可能となる**
- ② **多職種間で共有すべき情報の抜け漏れを防ぐため、連携がスムーズになり、切れ目のないケアが実現できる**
- ③ **高齢者の状態に応じた適切な支援内容が整理されているため、それを活用・確認することで介護支援専門員の資質向上につながる**
- ④ **高齢者の状態に応じた適切な支援内容が整理されているため、それを多職種が共有し、活用することで介護サービスの質の向上につながる**

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間]

[p.229]

第3節 適切なケアマネジメント手法[30分]

【2 ケアマネジメントプロセスへの影響】

○適切なケアマネジメント手法は、ケアマネジメントプロセスにおいて以下のような影響を与える

- ①本人中心の考えに基づき、本人や家族と対話し、本人の意思や意向を把握する。ニーズ評価では、基本ケアと疾患別ケアの両方の観点から高齢者のニーズを評価する。
- ②ケアプラン作成では、多職種連携のもとで、基本ケアと疾患別ケアの両方に対応したケアプランを作成する。また、高齢者中心の考えに基づき、高齢者や家族と協議し、高齢者が納得できるケアプランを作成する。
- ③サービス調整では、本人や家族の意向を踏まえ、科学的根拠に基づいて、最適なサービス提供者やサービス内容を選択する。また、多職種連携のもとで、サービス提供者間の情報共有や連絡調整を行う。

61

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間]

[p.229]

第3節 適切なケアマネジメント手法[30分]

【2 ケアマネジメントプロセスへの影響】

- 効果評価では、科学的根拠に基づいて、ケアプランの実施状況や効果を評価する
- 高齢者中心の考えに基づき、高齢者や家族とフィードバックを行い、必要に応じてケアプランを見直す
- ケアマネジメントプロセスは、正解がないものをとらえる際の方法論として依って立つべきものであり、介護支援専門員には、本人、家族、専門職を含めた関係者の間に生じる価値の調整にも目を向け、ときには倫理的ジレンマを適切にとらえる倫理的な感受性、実践倫理の知識や技術も求められる

62

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間]

[p.230]

第3節 適切なケアマネジメント手法[30分]

【3 ケアマネジメントの基本に立ち返る考え方】

○適切なケアマネジメント手法は、ケアマネジメントの基本に立ち返る考え方を示しており、その、ケアマネジメントの基本とは、以下のことを指す

①高齢者のニーズや意向に応えること

高齢者は、自分の状況やニーズに合った介護サービスを受ける権利がある。介護支援専門員は、高齢者のニーズや意向を尊重し、高齢者にとって最善のケアプランを作成する責任がある。

②高齢者は、自分の人生を自分らしく生きる価値がある

介護支援専門員は、高齢者の自立やQOLを向上させることを目的とし、高齢者にとって意味のある活動や関係を支援する役割がある。

63

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間]

[p.230]

第3節 適切なケアマネジメント手法[30分]

【3 ケアマネジメントの基本に立ち返る考え方】

○適切なケアマネジメント手法は、ケアマネジメントの基本に立ち返る考え方を示しており、その、ケアマネジメントの基本とは、以下のことを指す

③多職種連携で高齢者に適切なサービスを提供する

高齢者は、医療・介護・福祉・保健などの専門家から連携したサービスを受ける権利がある。介護支援専門員は、多職種連携を促進し、高齢者に適切なサービスを提供することで、高齢者の健康や安全を守る役割がある。

④介護支援専門員は、人生にさえ関与し得る重要な支援を行っていることを再認識し、本人にとっての最善の選択が行われるよう利用者本位、公正中立、利用者の代弁といった職業倫理に立ち返り、ケアマネジメントプロセスを省察しながら取り組む姿勢が求められる。

64

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間]

[p.231]

第3節 適切なケアマネジメント手法[30分]

【4 基本ケア・疾患別ケアという二階建ての構造】

○「適切なケアマネジメント手法」は、「基本ケア」と「疾患別ケア」の二階建ての構造

○「基本ケア」は、本人の生活の継続を支援する基盤となる支援内容であり、高齢者の機能と生理を踏まえたケア

○「疾患別ケア」は、疾患に特有な検討の視点、あるいは可能性が想定される支援内容を整理している

○「適切なケアマネジメント手法」を活用する際は、「基本ケア」を踏まえたうえで、本人の状態に応じて「疾患別ケア」を参照することが前提

65

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間]

[p.231]

第3節 適切なケアマネジメント手法[30分]

【4 基本ケア・疾患別ケアという二階建ての構造】

○二階建ての構造により、「適切なケアマネジメント手法」は、介護支援専門員だけでなく、ほかの職種の方々にも理解してもらい、地域全体で活用されることを目指す

・これにより、アセスメント／モニタリングが効果的にでき、以下の三つが可能となります。

- ①支援内容やアセスメント項目の「抜け漏れ」を防げる
- ②ほかの職種との協働や役割分担を進めやすくなる
- ③ケアプランの見直し(状態の変化に応じた支援の見直しや追加の判断)がしやすくなる

66

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.231]

第3節 適切なケアマネジメント手法[30分] 【4 基本ケア・疾患別ケアという二階建ての構造】

○「適切なケアマネジメント手法」では、「基本ケア」あるいは各「疾患別ケア」において、以下の3項目を整理

・これらは、介護保険制度の目指す「自立支援」の理念を実現するために重要である

- ①想定される支援内容
- ②支援の概要、必要性
- ③適切な支援内容とするためのアセスメント/ モニタリング項目

・以上から、「適切なケアマネジメント手法」は、「基本ケア」と「疾患別ケア」の二階建ての構造をもつことにより、高齢者一人ひとりが必要とする適切なケアを提供することを可能としている

67

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.232]

第3節 適切なケアマネジメント手法[30分] 【5 基本ケアと疾患別ケアの特徴】

○「基本ケア」とは、高齢者の機能と生理を踏まえた生活の基盤を整えるための基礎的な視点であり、利用者に疾患等がない場合でも、また疾患が複数ある場合でも共通する「その人」を見るための視点

・生活環境や日常生活動作、栄養や水分摂取、排せつや睡眠などが該当する
・「基本ケア」では、これらの視点について、想定される支援内容や関連する情報収集項目

○「疾患別ケア」とは、特定の疾患に応じて特に留意すべき支援内容を示すもの

・現在は、脳血管疾患、認知症、大腿骨頸部骨折、心疾患、誤嚥性肺炎の予防の5疾患についての詳細
・「疾患別ケア」では、これらの疾患について想定される支援内容や関連する情報収集項目を示している

68

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.232]

第3節 適切なケアマネジメント手法[30分] 【5 基本ケアと疾患別ケアの特徴】

○疾患によっては期別に整理されているものがある

・脳血管疾患や大腿骨頸部骨折、心疾患では、Ⅰ期とⅡ期に分けられている

○Ⅰ期とは、医療とのかかわりが非常に大きい時期であり、退院直後や病状変化時などが該当する

・この時期には、医師や看護師などの医療職と連携して、疾患に関する情報収集を行い、利用者や家族がどのような生活を送るとよいのか、その人の状況に応じて多職種とともに生活をつくり上げる支援が重要

・生活不活発化や合併症の予防なども視野に入れた支援内容を検討する必要がある

69

第6章 ケアマネジメントのプロセス[2時間] [p.231]

第3節 適切なケアマネジメント手法[30分] 【5 基本ケアと疾患別ケアの特徴】

○Ⅱ期とは、生活や健康状況の継続が安定している時期であり、退院後数か月経過していたり安定した薬物治療を受けている場合などが該当する

・この時期には、本人や家族の自立支援や自己管理能力の向上を目指して、日常生活動作や社会参加などを促進する支援内容を検討する必要がある

○「疾患別ケア」の活用にあたっては、まず「基本ケア」を活用し、そこに重ねていくことが原則

・「基本ケア」の三つの基本方針を確認すると解のように、本人の尊厳を重視した意思決定の支援を何よりも大切に、その人のこれまでの生活を尊重し、これからも可能な限りその生活が継続できるよう、家族等も含めて支援することは、介護支援専門員が行うケアマネジメントの基盤だからである

70