

介護支援専門員実務研修

3日目

13:45～15:45

第6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。

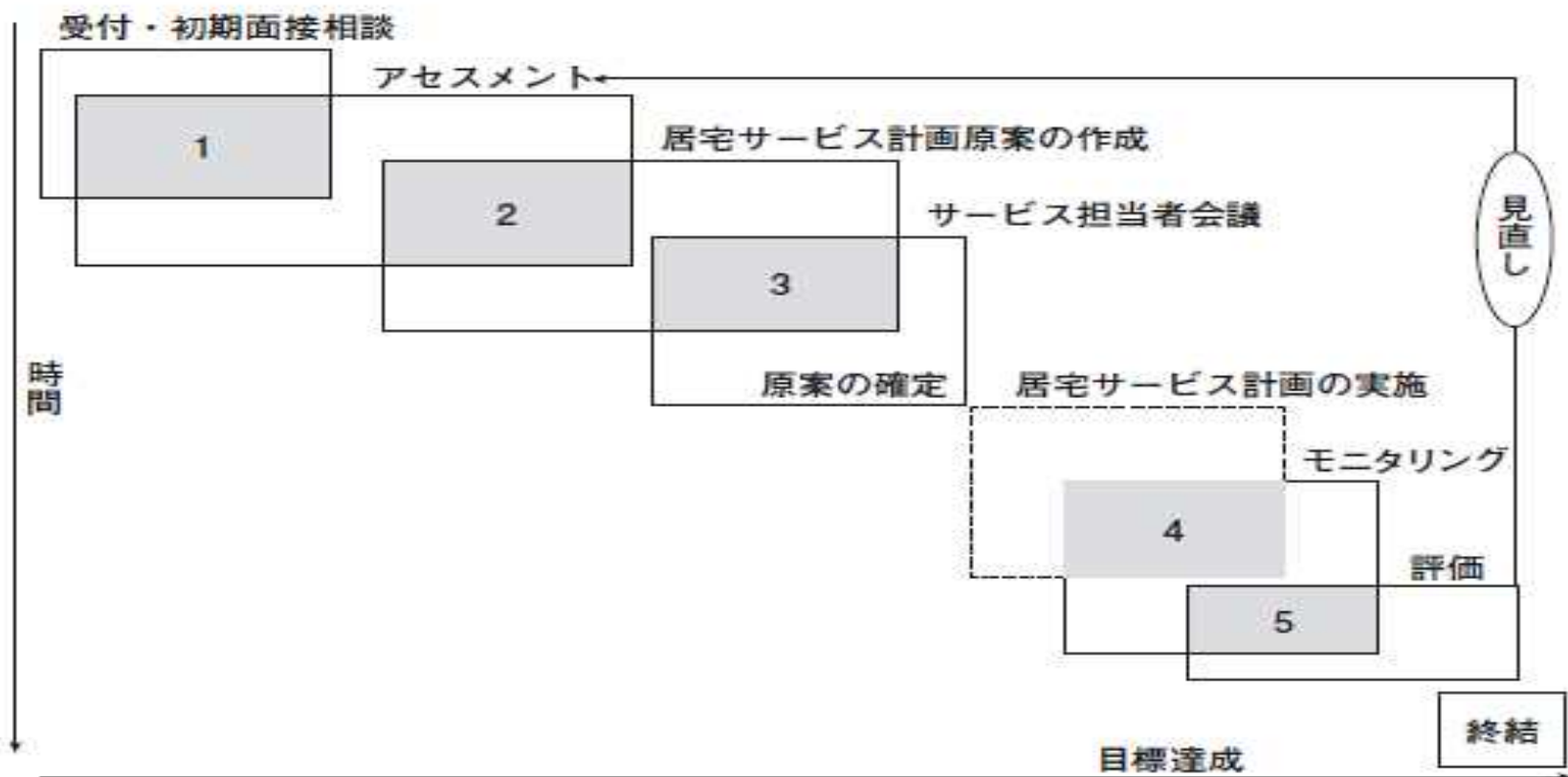
◆修得目標

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。
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1節 ケアマネジメントプロセスの構成と流れ

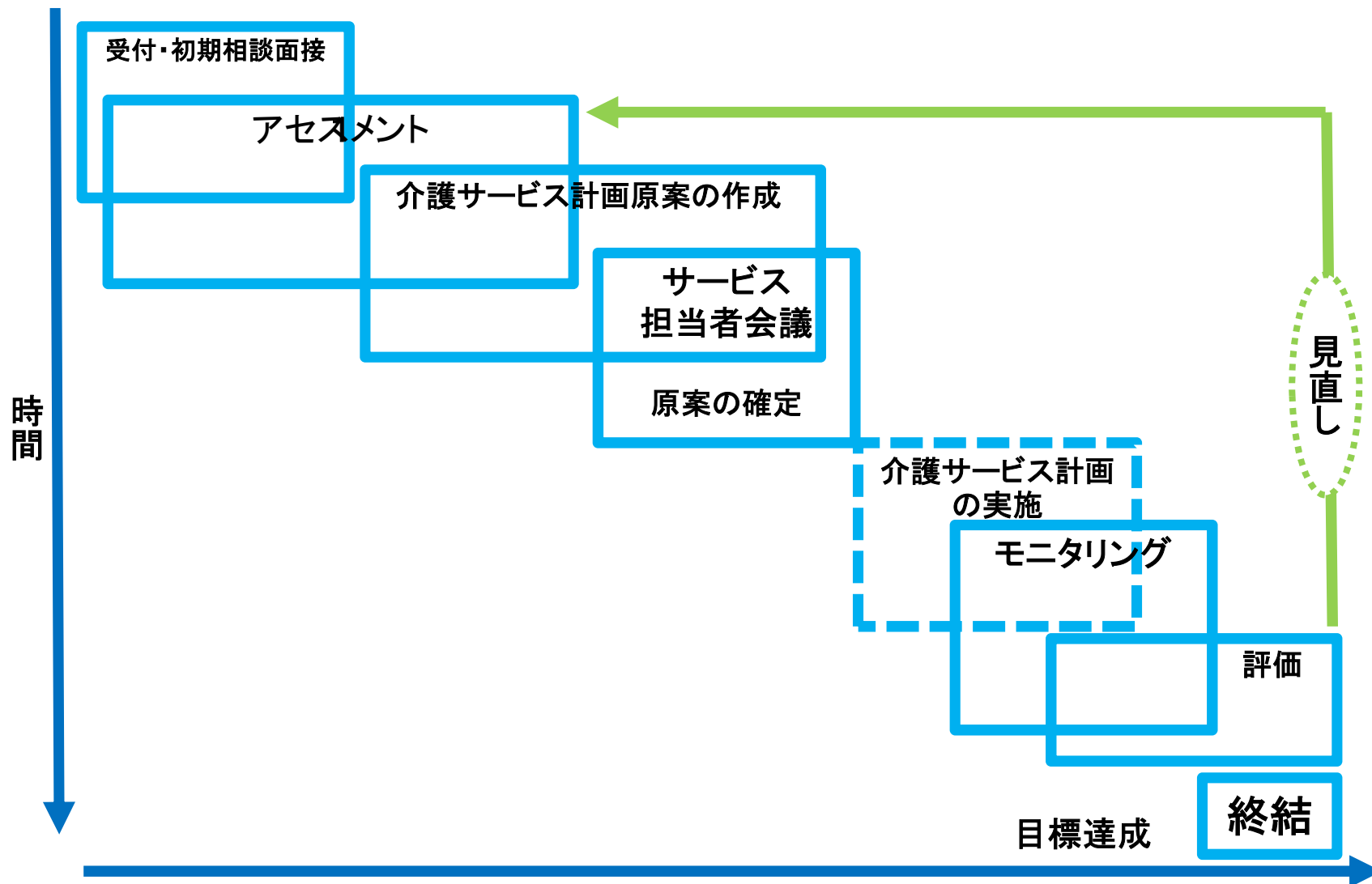
P298

図6-1-1 ケアマネジメントプロセス



出典：太田貞可・國光登志子編『対人援助職をめざす人のケアマネジメント——Learning10』みらい、67頁、2007年、國光登志子作成を一部改変

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・初期相談面接(インテーク)の意義

主訴の把握・アセスメントに必要な情報収集を行うこと

(2) 受付・初期相談面接(インテーク)の目的

①利用申込みの受付

②利用者情報の収集 ⇒アセスメント

③信頼関係の構築

◆方法

- ・電話、来訪、通報、紹介による受付
- ・訪問による情報収集
- ・重要事項の説明、契約の締結

受付・初期面接相談では

1. ケースの把握

来所・紹介・依頼等どのような経路か

2. スクリーニング

医療などの緊急性、介護サービスの必要性、
他法施策等の受給確認等

3. インテーク(受理面接)

訪問面接・主訴確認・支援方法の確認

4. 契約(文書と口頭により、説明・合意)

利用者・家族の認識の把握

第1節 ケアマネジメントプロセスの 構成と流れ

P297

(1) アセスメントの意義

利用者の生活全般にわたって解決すべき課題
(ニーズ)の把握と、達成すべき目標の設定を行うこと

(2) 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

◆方法

- ・利用者・家族、多職種による課題分析
- ・課題の理解と目標設定

アセスメントでは

■利用者を身体的、精神的、社会的に総合的な観点から捉え、これからの生活を継続していく上での生活課題(ニーズ)を明らかにする

◆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を図りながら・・・

◆専門職からの情報 や利用者の言動や表情から・・・

⇒利用者、家族の強さの把握

(有している力・プラス・可能性)

⇒支援が必要な点

第1節 ケアマネジメントプロセスの 構成と流れ

P298

(1) 居宅サービス計画原案の作成の意義

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

(2) 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
- ・ 課題整理総括表の活用

第1節 ケアマネジメントプロセスの 構成と流れ

P299

(3) サービス担当者会議の意義

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。

(4) 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

◆方法

- ・生活ニーズ解決に向けた長期目標・短期目標の内容と期間の検討

第1節 ケアマネジメントプロセスの 構成と流れ

P299

(5) 居宅サービス計画の確定の意義

ケアプラン上に設定された目標を利用者・家族が合意することによって、介護サービス計画が確定すること。

(6) 居宅サービス計画の確定の目的

- ①利用者自身のケアプランの理解・受入
- ②目標達成に向けたサービス内容、提供方法、提供期間等の確定
- ③家族の役割、家族への支援の明確化

◆方法

- ・介護サービス計画(確定版)の交付

居宅サービス計画(ケアプラン)原案の作成 サービス担当者会議では

■「援助の方針・目標」の設定

⇒利用者・家族・サービス事業所の共通目標

1. ケアプラン原案の作成

- ◆「ニーズに対してそれぞれに到達可能な目標を設定し、いつまでに、どのように行うかといった内容を具体的に分かりやすく明記したもの
: 定型化した標準書式」

2. 利用者・家族への説明・合意

3. 社会資源の調整

4. サービス担当者会議の開催・原案確定

- ◆ 共通認識・相互理解・チームワークづくり

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の意義

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。

◆方法

- ・給付管理、連絡、訪問、情報収集

居宅サービス計画の実施では

計画の実行・サービス利用の開始

- ◆介護サービス事業者などへの連絡調整
- ◆利用者・家族の「強さ」と利用状況の確認

- ◆相互理解・良好な関係づくり・チームワークづくり

第1節 ケアマネジメントプロセスの 構成と流れ

P300

(1) モニタリングの意義の意義

ケアプランの計画期間中の実施状況の把握。

(2) 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

◆ 方法

・ 給付管理

・ 連絡、訪問、情報収集

モニタリングでは

■ 継続管理と事後評価・目標の達成度の確認

1. ケアプラン実施状況の確認と調整
2. 介護サービス利用開始による利用者、家族の生活状況確認
3. 「短期目標」の達成度確認と「方向性」の確認
 - ◆ 介護サービスの内容確認
 - ◆ 利用者のニーズや生活の変化の把握

モニタリングがケアマネジメントの過程を循環させる

第1節 ケアマネジメントプロセスの 構成と流れ

P300

(1) 評価の意義

提供されているサービスの種類、内容、回数、サービス提供事業所の資質等についてアセスメントを行い、目標に対する効果等を検証すること。

(2) 評価の目的

- ① サービスの種類、内容、回数を評価するため。
- ② サービス提供事業所の資質を評価するため。
- ③ 利用者の意向の変化を評価するため。

◆ 方法

- ・アセスメント
- ・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

(3) 見直しの意義

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。

(4) 見直しの目的

- 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。

◆方法

- ・再アセスメント
- ・ケアプランの変更

評価・再アセスメントでは

■ モニタリング結果における再アセスメント・ 新たな目標の設定

利用者や家族に何か問題が生じたり、新たなニーズが発生すれば、再度利用者に関する詳細なアセスメントを行う。

計画の見直しや修正が必要な場合は、「居宅サービス計画原案の作成」に戻り、ケアマネジメント過程の循環を繰り返す。

◆ 継続したモニタリングをもとに再アセスメント、ケアプランの修正を繰り返すことによって、タイムリーに利用者
と家族の真のニーズに近づいた支援が展開できる。

第1節 ケアマネジメントプロセスの 構成と流れ

P301

(1) 終結の意義

介護支援専門員と利用者・家族との関係が終わること。終結後の利用者・家族の生活の質の向上を勘案し、フォローアップにつながる。

(2) 終結の目的

- ①利用者との契約を終わらせる。
- ②継続した支援を提供する。

◆方法

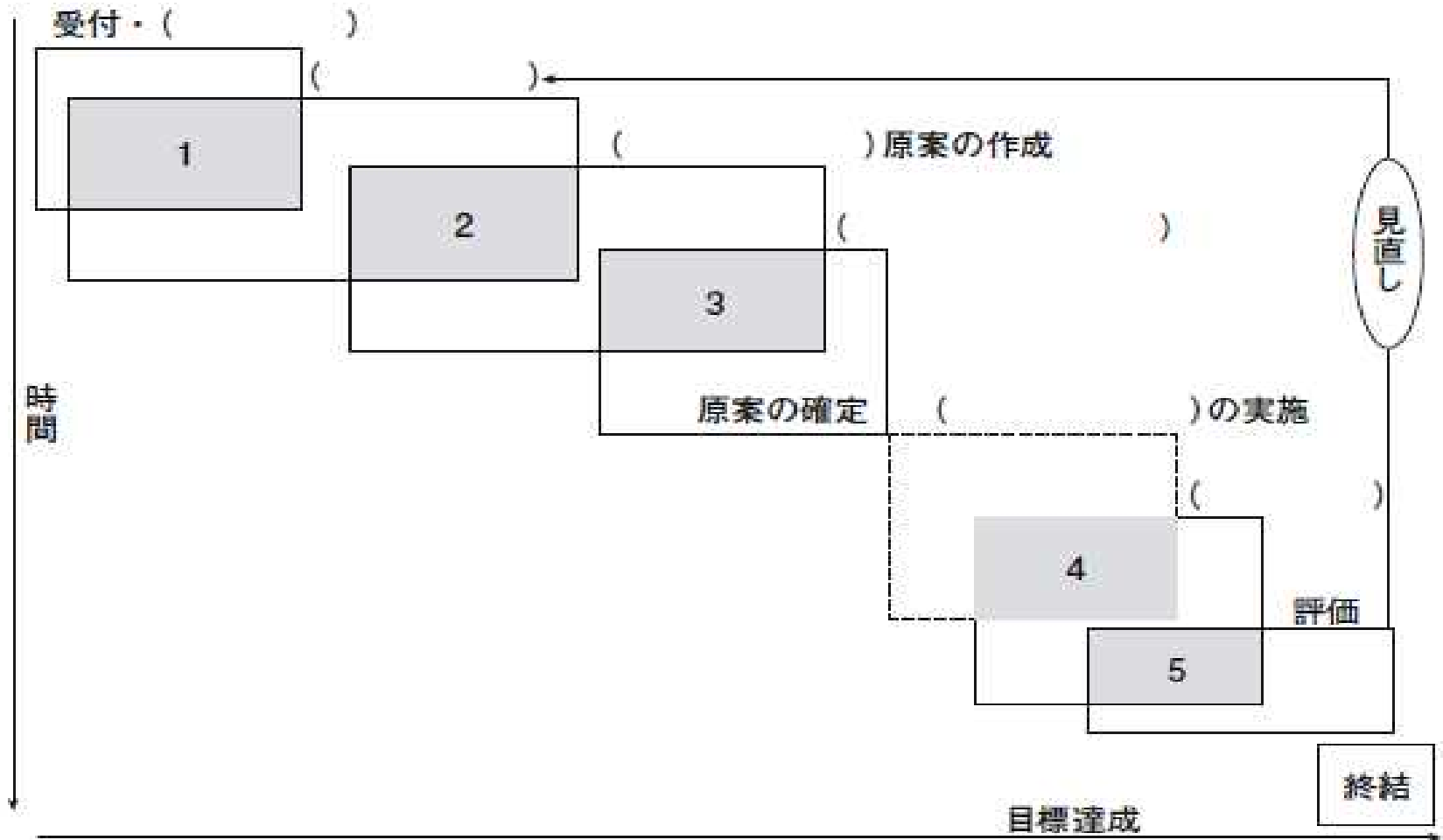
- ・関連先への情報の提供・入所希望先の情報の提供・
グリーフケア・終結後2年間の記録の保管

終結

- ◆ ケアマネジメントのプロセスは、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する
- ◆ 終結するまでは、「アセスメント」の段階からプランの実施、「モニタリング」「再アセスメント」を繰り返していく

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

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

第2節 ケアマネジメントプロセスの関連性

(1) 給付管理業務

利用の申し込みがあった時から給付管理業務は始まっている

(2) 介入

介護支援専門員が、利用者に対して行うすべての行為は介入となる

ケアマネジメントプロセスが重層的に進行するため、介護支援専門員の介入も重層的に行われる

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！

共通事例の読み込み

介護支援専門員実務者研修の第7章では、ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術について学ぶ

7-①章から7-⑤章まで、ケアマネジメントプロセスの流れに沿って、基礎知識及び技術を修得する

◆事例概要：テキスト329頁～341頁