

第2章 自立支援のための ケアマネジメントの基本 上巻 P61～

本科目の目的 P61

利用者の**尊厳の保持及び自立支援**に資するケアマネジメントの視点を理解する。
また、利用者が**住み慣れた地域で主体的な生活**を送ることができるように支援することの重要性を理解するとともに、在宅生活を支援する上で、**家族に対する支援**の重要性を理解する。

本科目の修得目標 P63

- ①中立・公平なケアマネジメントの重要性について説明できる。
- ②運営基準に遵守したケアマネジメントの重要性を説明できる。
- ③利用者本位の選択を支えるケアマネジメントの意義を説明できる。
- ④利用者の権利を尊重したケアマネジメントの重要性について説明できる。
- ⑤社会資源を活用したケアマネジメントの必要性について説明できる。
- ⑥利用者の能力に応じたケアマネジメントの重要性について説明できる。
- ⑦家族に対する支援の重要性について説明できる。
- ⑧介護予防ケアマネジメントの考え方について説明できる。

H28年度介護支援専門員実務・更新研修

3

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

H28年度介護支援専門員実務・更新研修

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

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、野中盛・加藤裕子監訳『ケースマネジメント入門』中央法規出版、22頁、1994年

H28年度介護支援専門員実務・更新研修

7

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。

⇒利用者自身、地域のソーシャルネットワーク、サービス提供者の能力、それらをアセスメントする。

H28年度介護支援専門員実務・更新研修

8

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・家族の権利擁護のために橋渡しをする

第1節 中立・公正なケアマネジメント P67～68

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	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）
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	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
③施設入所が検討されている要援護者	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
④サービスが十分に提供されていない要援護者	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
⑤受けているサービスが不適切である要援護者	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
⑥介護できる家族員がない、あるいは十分世話できていない要援護者	⑬個人的な代弁者が必要な要援護者
⑦家族のみでみている要援護者	

出典：白澤政和・渡辺裕美・福富昌誠編著『福祉キーワードシリーズ ケアマネジメント』中央法規出版、7頁、2002年を一部改変

- 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

H28年度介護支援専門員実務・更新研修

11

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」

《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ができるよう、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

H28年度介護支援専門員実務・更新研修

12

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

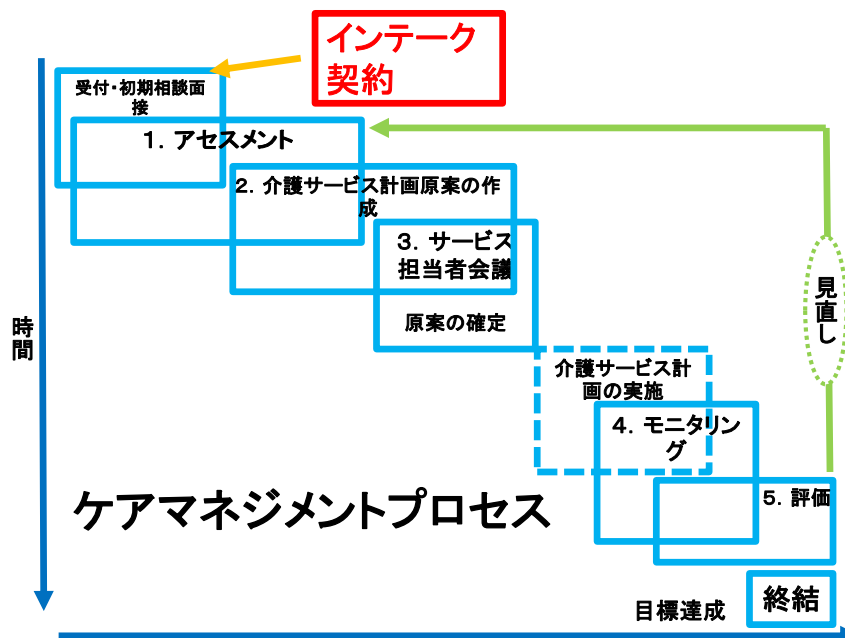
表 2-1-3 居宅介護支援に関する用語

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）

H28年度介護支援専門員実務・更新研修

13

第1節 中立・公正なケアマネジメントP70～71



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

(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

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
をとりながら

⇒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

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

(4) サービス担当者会議

- ◆ 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**
- ◆ 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

(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・家族の相談、援助を継続して実施

(7) モニタリング

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)

- ◆ 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

(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

(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
- ◆ 利用者の自立支援につながる適切な介護サービスのマネジメント

第1節 中立・公正なケアマネジメントP75

(3) 調整機能(コーディネーター)

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

(4) 相談機能

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

(5) 権利擁護機能

- ◆ 介護サービス利用にあたり苦情の窓口
- ◆ 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

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
- ◆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
- ◆**利用者の意欲(利用者の持っている力)にはたらきかける**

(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4節 利用者本位の選択を支える ケアマネジメントの意義 P127～128

1. 利用者の能力・性格

利用者が生活障害をどのように受け止めているか
利用者の現状を把握するための情報

(1) 利用者の意欲・性格


- 発症、また障害が残ってからどのぐらいの間を経ているか
- 生活上の不便
- 障害受容・生活意欲・死の受容など

(2) 利用者が自分で表現できるのか

- 相談援助職として、利用者・家族との間でどのようなコミュニケーションを図っていくのかは重要な対人援助技術

第4節 利用者本位の選択を支える ケアマネジメントの意義 128

(3) 利用者のストレングスの確認

利用者の持っている強さ・強み  **ストレングス**

- 要介護状態にある高齢者はマイナス面に着目しがち
- 利用者の持っているプラスの力を『強み』ととらえる
例) 意欲、才能、特技、嗜好、性格、願望、有する資産、人間関係
社会資源等
- 『強み』をとらえ、その内容を尊重すること
- 居宅のケアプランは自己作成が出来ることも説明する。

第4節 利用者本位の選択を支える ケアマネジメントの意義 P129

2. 利用者の能力を補完する方法

- (1) 家族による代弁
- (2) 成年後見制度・権利擁護事業
- (3) 近隣住民による援助
 - インフォーマルなサポートの担い手として、近隣住民は大きな力を発揮する存在
 - 過剰な期待は負担感を招く
 - 出来ることを出来る範囲で 継続が大切

第4節 利用者本位の選択を支える ケアマネジメントの意義 P130

3. 利用者の理解度を測る

- (1) 利用者の利益を優先する
- (2) 近所の人々の価値観に左右されない
- (3) 介護専門員からの押しつけ

第4節 利用者本位の選択を支える ケアマネジメントの意義 P130～131

4. 利用者の自己決定を支援する

(1) 利用者の自己覚知

利用者が自分のおかれている状態を認識すること
疾病や後遺症があること、自分の持っている力は何かを理解すること



自己覚知

第4節 利用者本位の選択を支える ケアマネジメントの意義 P131～132

(2) 知る権利

- 利用者に理解できる方法で情報を伝えることが、利用者の知る権利を保障する(知る)
- 利用者に行う説明⇒利用者の自己決定につながるように
- 利用者は状態に合わせたサービスを選ぶことができること(選ぶ)
- 利用者は自分の望む生活について、どのような方法をとるのか決めることができる。嫌な事は否認出来る(決定・否認)
- 利用者は希望する内容になるように、状況の変化を求めることができる(求める)
- 利用者の求めていた状況に近づき、生活が回復する(回復する)

第5節 社会資源を活用した ケアマネジメントの必要性 P133

1. 社会資源を有効に活用する

(1) ニーズ中心主義

- 適切なアセスメントの結果として導き出された利用者の生活ニーズを解決するために、必要な社会資源を活用する。
- 既存のサービスに利用者を合わせる⇒×
- 利用者の生活ニーズを解決する社会資源がない場合は、必要な社会資源の整備をはたらきかけることも必要

(2) 社会資源とは何か

『福祉ニーズの充足のために利用・動員される施設・設備・資金・物品、諸制度、技能、知識、人、集団などの、有形・無形のハードウェア及びソフトウェアの総称』(外的資源)

利用者自身が持っている力(内的資源)

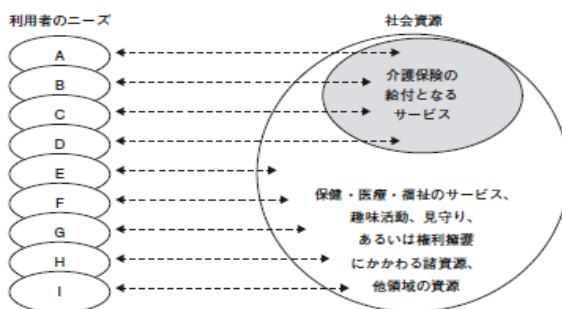
内的資源と外的資源の総称が「社会資源」

第5節 社会資源を活用した ケアマネジメントの必要性 P134

2. 生活ニーズから社会資源につなぐ

(1) 介護保険サービスは、社会資源の一部

図 2-5-1 利用者の生活ニーズと社会資源の対応関係のイメージ



介護保険サービスだけで、利用者の「生活」「生活ニーズ」を支える事は出来ない

第5節 社会資源を活用した ケアマネジメントの必要性 P135

(2) 社会資源のアセスメント

図 2-5-2 アセスメントの視点と検討内容

生活ニーズ	セルフケア能力	インフォーマルサポート	フォーマルサービス
<p>本人にとって生きていくために必要な要素のうち欠けたもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療や健康 ・職業や収入 ・住まい、友人 ・教育、社会 ・趣味、娯楽 など 	<p>ニーズを充足できる本人の能力・程度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・できる行動 ・得意分野 ・残存機能 ・夢 ・希望 など 	<p>対人的相互支援関係</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族、親戚、近隣、友人、仲間等の存在と関係 ・ボランティア ・地域活動 など 	<p>利用可能な専門機関や専門職の情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ニーズとサービスの合致性 ・専門職の能力 ・費用 ・依頼ルート など

出典：野中塚「実践ケアマネジメント」中央法規出版、1997年を一部改変

H28年度介護支援専門員実務・更新研修

33

第6節 家族に対する支援の重要性 P136

1. 家族関係の変化

(1) 家族にしかできない役割

- 高齢者世帯や単身世帯の急増
- 二世帯同居、三世帯同居は約6割
- 要介護者に対する家族の理解や協力が重要な役割を担う
- 家族は利用者の生活歴をよく知る存在

(2) 家族は別の人生

- 利用者の個別性を重視するとともに、家族の個別性も大切にする
- 家族が介護負担を出来るだけ感じることなく、家庭内で利用者へのサポートができるように支援していく

家族も「支援されるべき存在」

H28年度介護支援専門員実務・更新研修

34

第6節 家族に対する支援の重要性 P136～137

2. 家族を評価する

(1) 家族の生活との折り合い点

- 利用者と家族との力関係やバランスの把握
- 家族がサポートできる部分の活用
- 重度化防止の役割

(2) 意見の違い

調整が難しい場合⇒多様な角度からアプローチする

(3) 家族の役割と立ち位置

- 「家族」の関わり方も多様
- 利用者と家族の実態を観ながらそれぞれの現実をみていく
- 家族という関係には外からでは推し量れない部分がある