

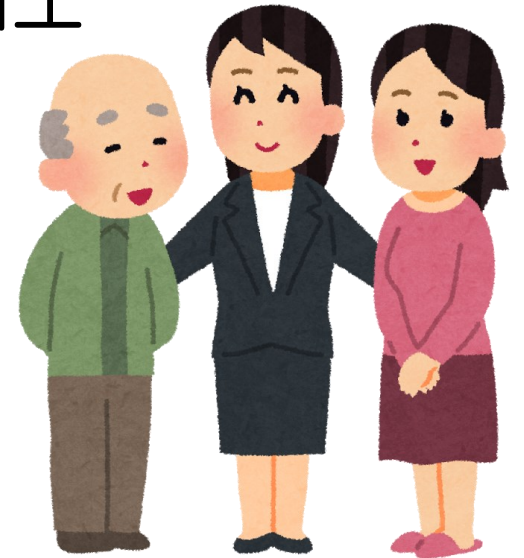
介護過程と チームアプローチ

株式会社NANOKOラバー
代表取締役 成田玲子

介護過程とケアマネジメントの関係性

【ケアマネジメント】

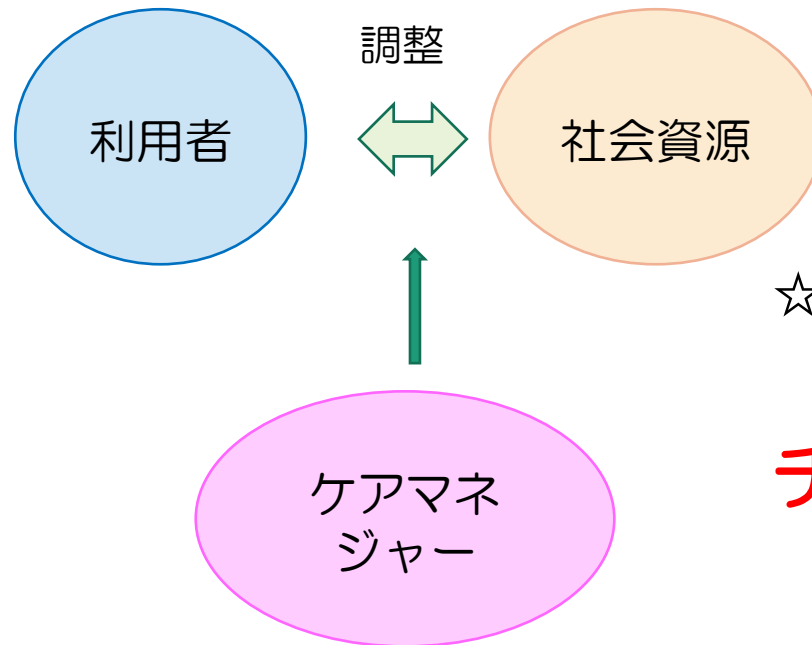
- 高齢や障害により地域社会で自立した生活が困難になった
→医療・保健・福祉の社会サービス利用により
☆その人らしい生活の継続ができるよう



ケアマネジメント→介護保険では介護支援専門員（ケアマネジャー）
障害者総合支援法では計画相談員

介護過程とケアマネジメントの関係性

【ケアマネジメント構成要素】



(社会資源)

フォーマル・インフォーマル

☆介護支援専門員が社会資源の調整役

チームケアが重要です

ケアマネジメントの理念・目的

【理念・目的】

利用者には長い生活歴もあり、どのように過ごしたいか「時間軸」
どの人とどのような生活をしたいか「空間軸」がある



☆自己決定の尊重

利用者主体・生活の継続の支援・自己決定権の尊重・自立支援

を目的とする。

ケアマネジメントの流れ

インテーク（相談・受理）

サービス利用の契約締結

アセスメント（課題分析）

ニーズの把握、希望などの整理

ケアプラン原案の作成

目標や必要なサービスを相談検討

サービス担当者会議

関係者が計画内容を確認し目標に向かっての統一の会議

ケアプランの確定

その後、個別計画書作成

支援の実施

ケアプランに沿った支援

モニタリング

介護支援専門員は1か月に1回居宅で面談

評価

モニタリングの結果のプロセスを確認

図 1-16 ● ケアマネジメントの流れ（介護保険制度）

<事前の手続き>

サービス利用の申請

要介護認定

介護支援専門員に
ケアプランの作成を依頼

<ケアマネジメント>

インテーク

↓ 利用者と介護支援専門員が出会う。

アセスメント

↓ 利用者の希望、現在の状況を把握し、ニーズを明らかにする。

ケアプラン原案の作成

↓ 課題を解決するための目標や必要なサービスを検討する。

サービス担当者会議

↓ 各サービス事業者の担当者が集まり、計画の内容について協議する。

ケアプランの確定

↓ 各サービス事業者で調整した計画について、利用者に説明し、同意を得る。

支援の実施

↓ ケアプランにそった支援を実施する。

モニタリング

↓ 利用者の状況および支援の実施状況を確認する。

評価

↓ 支援の継続・変更・終結を判断する。

終結

ケアマネジメントと介護過程

居宅

居宅サービス計画書

施設

施設サービス計画書

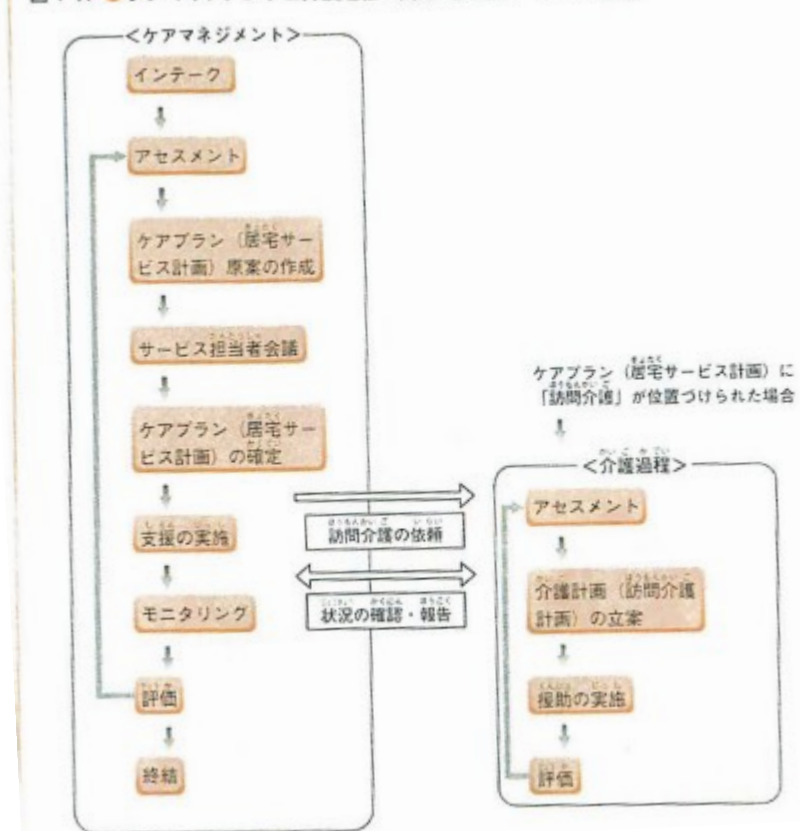
ケアプラン

アセスメントにおいて利用者の身体的・精神的な健康状態、ADLの能力、経済状況、家族の状況、住環境など幅広い情報からのニーズ

個別計画書

介護過程の流れを使用し、介護に必要な情報を収集し個別援助計画を作成する。

図 1-17 ● ケアマネジメントと介護過程の関係 (居宅サービスの場合)



居宅と施設のケアマネジャー

【居宅】

- 利用者や家族を中心として、支援の内容を調整
- 関係者の意見などを集約
- 地域の社会資源の活用や発掘

【施設】

- 施設サービスを地域の社会資源の1つとする
- 閉鎖性（内部完結型）から社会化（地域化）への推進の役割



☆基本は利用者主体、自立支援、個別ケア、ニーズへの対応は共通です

ケアプランと個別サービス計画書

ケアプラン→大きな歯車

【個別サービス計画書】

- 目標達成のためにより具体的なサービス内容
- 介護職間での援助のばらつきがないように
- 多職種との意識の食い違いを予防

☆チームアプローチとなる

図 1-19 ● ケアプランと個別サービス計画の関係



ケアプランと個別サービス計画書

それぞれの計画書作成の役割です

ケアプラン1つにおいてもただ、介護支援専門員が一人で作成をするのではなくサービス担当者会議において利用者・家族・関係者の意見を集約し作成をするものです。

【追記】

GH 介護支援専門員もしくは計画作成担当者が作成します。

表 1-11 ● ケアプランと個別サービス計画の種類

【ケアプラン】		
規定する法律	計画の名称	おもな計画作成者
介護保険法	介護サービス計画 (居宅サービス計画・施設サービス計画)	介護支援専門員
障害者総合支援法	サービス等利用計画	相談支援専門員

サービスの位置づけ

↓

【個別サービス計画 [®] 】		
サービス提供主体の例	計画の名称	おもな計画作成者
訪問介護	訪問介護計画	サービス提供者等
通所介護	通所介護計画	通所介護事業所の介護職等
福祉用具貸与	福祉用具貸与計画	福祉用具専門相談員
通所リハビリテーション	通所リハビリテーション計画	理学療法士等

※「個別援助計画」と呼ぶ場合もある。

チームアプローチ

- 利用者の情報をチーム間で情報を共有することが重要です

☆チームによる統合化

生活の支援は多面的→健康上の問題、経済的な問題、心理的な問題、住居の問題など複合的な要素から成り立っている。

介護職や介護支援専門員だけでなく、さまざまな関係者が利用者のニーズに即して支援体制を組んでいく。

→ ネットワークの強化が総合発揮され、問題解決に大きな効果となる。



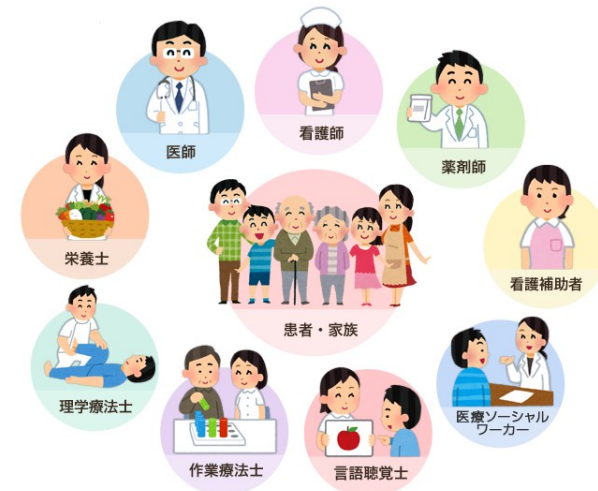
専門職の視点

支援をしている中で意見がぶつかるな
食い違いがあるな
誰が間違っている、正しいなどではなく

それが『**専門職による視点の違い**』なのです。

- 利用者にとって何が重要か？
- 支援者の満足になっていないか？
- 社会資源を活用しているか？
- 生活の中での生きがいを見いだせているか？

などの検討が重要となります。



介護職の観察

☆サービスの支援をしている中でしっくりこないなと感じていることも

- サービス提供時の『状況把握』が重要となる。
『観察』とも言われますが変化を客観的に記録をする。

重要なポイント

アセスメントの項目の意義を忘れない
客観的に記録し多職種へつなげていく
モニタリングにもつながる



～変化の気づきが重要となります～

介護職の観察から記録へ

気づき → 記録 → 情報共有 → プランの定着 → プランの見直し

【記録の注意点】

- 事実を正確に残す 5W1H (Who、Where、When、What、Why、How)
- 記憶が確かなうちに早めに残す
- 訪問目的、面談場所、利用者の居場所（居室や居間など）、家族の同席
- 記載漏れ、伝達不足、確認不足注意
- 事実と判断をミックスしない（言葉などは「」書きにするなど）
- 転記作業をしない
- 記録を活用する→自立支援に重要な役割

記録の活用

【記録の活用】

- ケアチームでの情報共有を図る
- 判断・再評価のよりどころとする
- スーパービジョンの資料とする（スーパーバイザー、スーパーバイジー）
（ティーチング、コーチング）
- 質を高める
- 役割分担の見直し

	メリット	デメリット
ティーチング	必要な知識だけを伝えるので、すぐに効果が現れる 大人数に対しても少人数に対しても効果的 ピンポイントで知識を向上することができる	思考力が育たない 講師の技術や経験によって結果に差が出る 教えてくれる先生に依存してしまい、自分一人ではできなくなってしまう
コーチング	応用力、自発性を育てる 自分の言葉で表現できるようになる 学習力そのものを向上することができる	大人数に対しては効果が出ない 効果が出るのに時間がかかる 生徒に知識や経験が全くないと効果は出ない

情報の共有方法

【居宅】

- サービス担当者会議
- 介護支援専門員へ定期的なモニタリングなど報告書
- サービス事業者より介護支援専門員へ連絡（TEL・メール・FAXなど）
- 利用者自宅にある共有の記録物（関係者間で確認）

【施設】

- 毎日の申し送り
- 個別の介護などの記録
- 関係職種間での口頭での情報伝達
- サービス担当者会議



最後に介護過程で介護職として留意すること

- 多職種から聞く意見で多いのが『言語化をする力が弱い』とよく聞きます。

訓練の方法として

- 結論から話をする癖をつける
- すべてを時系列で話をしない、要点を纏めて話をする練習をする
- 話の上手な人のマネを試してみる
- 客観的な事実と主観を分けて理論的に話をする
- 支援の方法は目標達成の支援だと忘れない
- 身振り手振りは時に圧になるため、注意して使用する



ご清聴ありがとうございました

成田玲子(Reiko Narita)プロフィール

【経歴・資格】

社会福祉士、介護福祉士、主任介護支援専門員、
障害者相談支援専門員等

横浜市瀬谷区介護支援専門員連絡会代表

福祉従事22年（訪問介護、通所介護、老健、特養、グループホーム等勤務）

介護関係資格講師 15年（20,000人以上を指導）

横浜市瀬谷区にて 介護保険法（居宅介護、訪問介護）

障害者総合支援法（計画相談、居宅介護、重度訪問介護）運営中

