

課題を一般化する視点・捉え方

介護支援専門員研修(専門課程Ⅱ)

介護保険法

法第7条第5項

要介護者または要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるように、市区町村、サービス事業者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識および技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けたもの。

介護保険法

(介護支援専門員の義務)

第六十九条の三十四 介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。

2 介護支援専門員は、厚生労働省令で定める基準に従って、介護支援専門員の業務を行わなければならない。


3 介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他その資質の向上を図るよう努めなければならない。

介護保険部会意見書(平成22年11月30日)

- ケアプラン、ケアマネジャーの質の向上について、以下の指摘
 - ・地域包括ケア実現のため、
 - ・介護保険外のサービスのコーディネート、関係職種との調整
 - ・重度者について医療サービスを適切に組み込む
 - ・自立支援型、機能促進型のケアプラン推進
 - ・ケアマネジャーの独立性、中立性を担保する仕組みを強化
 - ・ケアプランの様式変更やケアプランチェックなどに取り組む
 - ・ケアマネジャーの資格のあり方や研修カリキュラムの見直し、ケアプランの標準化等
 - ・セルフケアプランの活用支援の検討
 - 施設のケアマネジャーの位置づけの明確化が必要との指摘
- ※平成23年11月30日の介護保険部会の「議論の整理」においても、ケアマネジメントの機能強化に向けての制度的対応の必要性の指摘。

介護給付費分科会審議報告(平成23年12月7日)

- ケアマネジメントについて、様々な課題(※)が指摘されていることを踏まえ、ケアマネジメントの在り方の検討の必要性を指摘。特に、施設におけるケアマネジャーの役割、評価等の在り方について、次期介護報酬改定で結論と指摘。
- ※指摘されている課題
- ・利用者像や課題に応じた適切なアセスメントができていないのではないか。
 - ・サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していないのではないか。
 - ・医療関係職種との連携が不十分なのではないか。
 - ・施設におけるケアマネジャーの役割が不明確なのではないか。 等

 分科会等で指摘された様々な課題に対応するため検討会を設置し議論を進める。

介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理(H25年1月7日)

無断複写・転載を禁ずる

～示された課題～

- ① 介護保険の理念である「自立支援」の考え方が、十分共有されていない。
- ② 利用者像や課題に応じた適切なアセスメント(課題把握)が必ずしも十分でない。
- ③ サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない。
- ④ ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分でない。
- ⑤ 重度者に対する医療サービスの組み込みをはじめとした医療との連携が必ずしも十分でない。
- ⑥ インフォーマルサービス(介護保険給付外のサービス)のコーディネート、地域のネットワーク化が必ずしも十分できていない。
- ⑦ 小規模事業者の支援、中立・公平性の確保について、取組が必ずしも十分でない。
- ⑧ 地域における実践的な場での学び、有効なスーパーバイズ機能等、介護支援専門員の能力向上の支援が必ずしも十分でない。
- ⑨ 介護支援専門員の資質に差がある現状を踏まえると、介護支援専門員の養成、研修について、実務研修受講試験の資格要件、法定研修の在り方、研修水準の平準化などに課題がある。
- ⑩ 施設における介護支援専門員の役割が明確でない。

介護保険制度は、利用者本位の介護サービスの提供を基本理念の一つとして創設された。介護支援専門員は、その理念を実現する中心となる資格であり、利用者の立場に立って、その生活全般に寄り添って支援を行う機能を果たしてきており、制度創設から10年以上が経過した現在、国民の間にも定着し、要介護者等にとって欠かせない存在となってきた。

－平成25年1月7日介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会－

介護保険制度においては、利用者の尊厳の保持を旨とした自立支援を実現していくことが重要であり、そのためには、介護支援専門員による適切なケアマネジメントは必要不可欠であり、その質の向上は不断に求められるものである。

—平成25年1月7日介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会—

平成18年の制度改革においては、介護支援専門員の専門性の確立という観点から、研修の強化を図るとともに、資格の更新制を導入し、更新時の研修を義務付けるといった見直しを行ったが、その後も、医療の必要性が高い利用者や独居世帯の利用者、認知症の利用者が増加するなど、ケアマネジメントの質をより高くすることが求められるようになってきている。

—平成25年1月7日介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会—

容体の急変により入院を要することとなった場合など、結果としてケアマネジメントプロセスから外れる利用者についても、利用者の生活全般に寄り添う介護支援専門員が、地域の関係者との調整・連携等の役割を果たしていくことが期待される。

—平成25年1月7日介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会—

① 地域ケア会議の機能強化

○ 厚生労働省では、平成24年3月に「地域包括支援センターの設置運営について」(平成24年3月31日付け厚生労働省老健局介護保険計画課・振興課・老人保健課長連名通知)において、地域ケア会議の設置運営について改めて方針を示している。

そこでは、地域ケア会議の目的を、多職種協働による個別ケースの支援内容の検討を通じた・高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築

・地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援

・個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握などを行うこととしている。

ー平成25年1月7日介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会ー

○この地域ケア会議は、以下のような意義を持つものと評価でき、積極的な取組を推進すべきである。

- ・実践を通じた、多職種によるアセスメント能力などの介護支援専門員の資質向上の支援
- ・高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの実現
- ・多職種協働によるサービス担当者会議の実効性を高める支援
- ・医療との連携、インフォーマルサービスの組み込み、支援困難事例に対する支援
- ・地域における課題の発見、地域のネットワーク化、社会資源の開発
- ・介護支援専門員の独立性・中立性・自律性の確保
- ・小規模事業所の支援
- ・日常的な多職種の学びの場

—平成25年1月7日介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会—

介護支援専門員は、担当する要介護高齢者の課題を解決するマネジメントのみではなく、要介護高齢者が住み慣れた地域でいつまでも生活できるように、その地域における課題を解決する一員として求められている。

また、多くの要介護高齢者の生活課題の解決に携わる専門職として、障害の程度や生活背景等から要介護高齢者が住み慣れた地域で生活できるための資源の開発や発掘も求められている。

法・制度改正からみるケアマネジメント機能の変遷

2000(平成12)年～2002(平成14年)

最小限モデル

アセスメント、
ケアプラン作成、
サービス調整、
モニタリング、
再アセスメント

2003(平成15年)～2008(平成20年)

より深い個別支援を目指した調整機能強化モデル

アセスメント、
ケアプラン作成、
サービス調整、
モニタリング、
再アセスメント
多職種連携
インフォーマルサ
ービスの活用

2009(平成21年)～現在まで

個別支援から地域づくりにつなぐ包括的モデル

アセスメント、
ケアプラン作成、
サービス調整、
モニタリング、
再アセスメント
多職種連携
インフォーマルサ
ービスの活用
サービス品質の
監視
市民教育
危機介入
資源開発への関
与

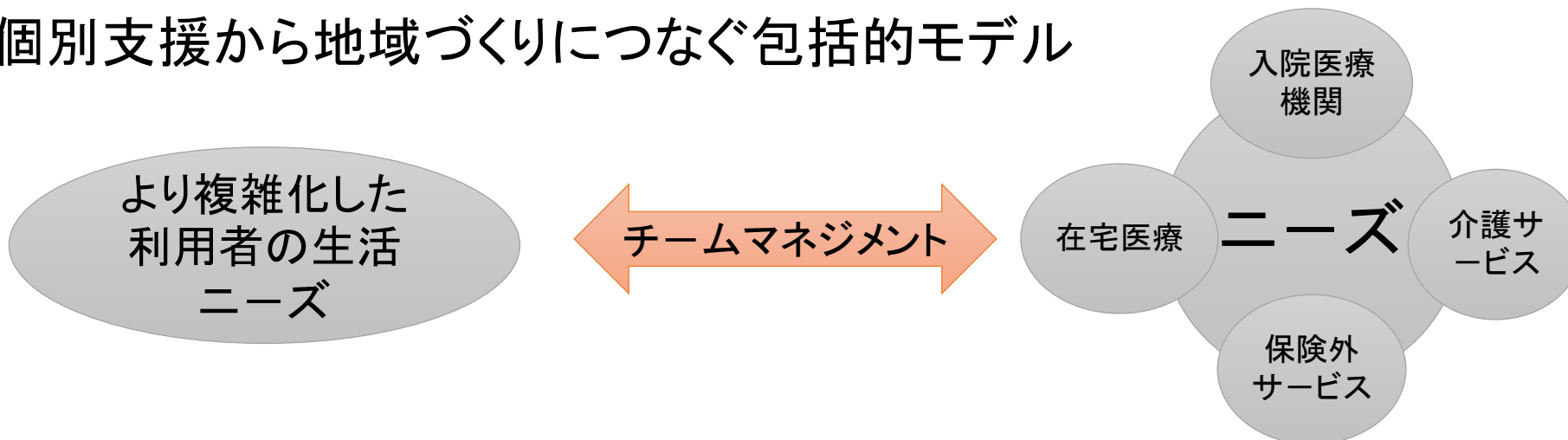
ケアマネジメント機能の変遷からみる ケアマネに期待される連携の在り方

無断複写・転載を禁ずる

最小限モデルと、より深い個別支援を目指した調整機能強化モデル



個別支援から地域づくりにつなぐ包括的モデル



コミュニティソーシャルワーク(地域福祉援助技術)

コミュニティソーシャルワークは、地域に顕在的に、あるいは潜在的に存在する生活上のニーズを把握し、それら生活上の課題を抱えている人々に対して、ケアマネジメントを軸とするソーシャルワークの過程と、それらの個別援助を通しての地域自立生活を可能ならしめる生活環境の整備や社会資源の改善・開発、ソーシャルサポートネットワークを形成するなどの地域社会においてソーシャルワークを統合的に行う活動である。
(主任介護支援専門員研修テキスト)

個別ケアマネジメント



様々な社会資源を活用して個別の生活課題を解決しながら、本人の望む暮らしの実現に努めていく。

ヘルパーさんを利用したいのですが…

どういった理由で利用されたいのですか？

実は、私の父の事なんですが一人暮らしをされていて…

それでは、一度お伺いしますので、お話を聞かせてください。

併せて、介護保険のご説明もいたしますね。
ご都合のよい日にちは…

個別ケアマネジメント



様々な社会資源を活用して個別の生活課題を解決しながら、本人の望む暮らしの実現に努めていく。

対人個別援助技術
(ソーシャルケースワーク)

バイステックの7つの原則
「個別化」「意図的な感情表出」
「統制された情緒関与」「受容」
「非審判的態度」「自己決定」
「秘密保持」

個別ケアマネジメント



様々な社会資源を活用して個別の生活課題を解決しながら、本人の望む暮らしの実現に努めていく。

対人個別援助技術 (ソーシャルケースワーク)

- 言語的コミュニケーション
- 非言語的コミュニケーション

コミュニケーション技法

- ①促しの技法②繰り返しの技法③解釈の技法④要約の技法⑤保証の技法⑥質問の技法⑦対決の技法

個別ケアマネジメント

様々な社会資源を活用して個別の生活課題を解決しながら、本人の望む暮らしの実現に努めていく。



課題

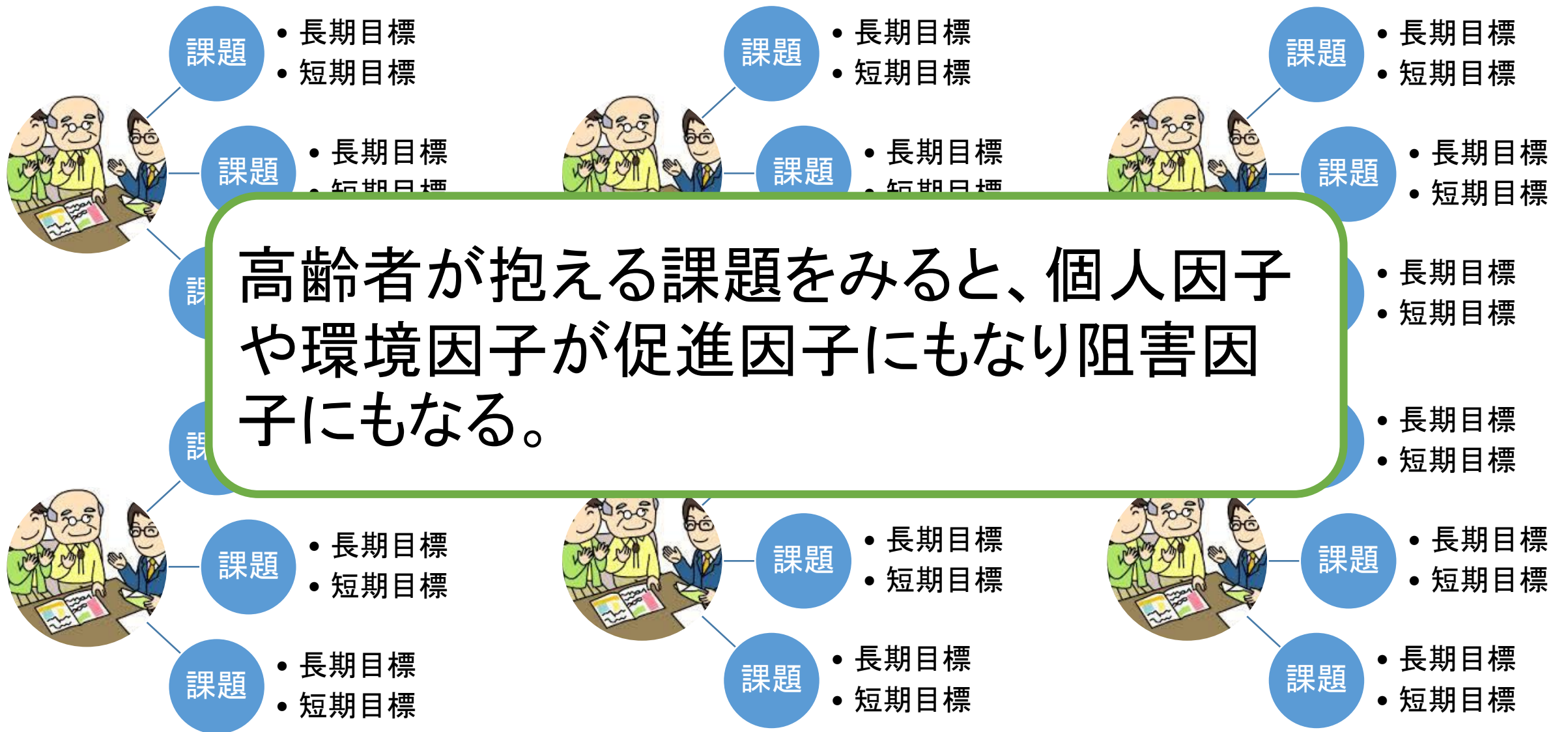
- 長期目標
- 短期目標

課題

- 長期目標
- 短期目標

課題

- 長期目標
- 短期目標



高齢者が抱える課題をみると、個人因子や環境因子が促進因子にもなり阻害因子にもなる。

高齢者が抱える課題をみると、個人因子や**環境因子**が促進因子にもなり阻害因子にもなる。

環境因子は、生活機能に外的な影響をあたえるものとして、人的環境・物的環境・社会的環境等にわけられる。

高齢者が抱える課題をみると、個人因子や環境因子が促進因子にもなり阻害因子にもなる。

環境因子は、生活機能に外的な影響をあたえるものとして、人的環境・物的環境・社会的環境等にわけられる。

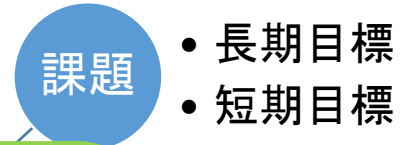
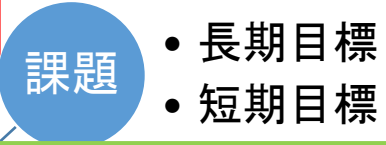
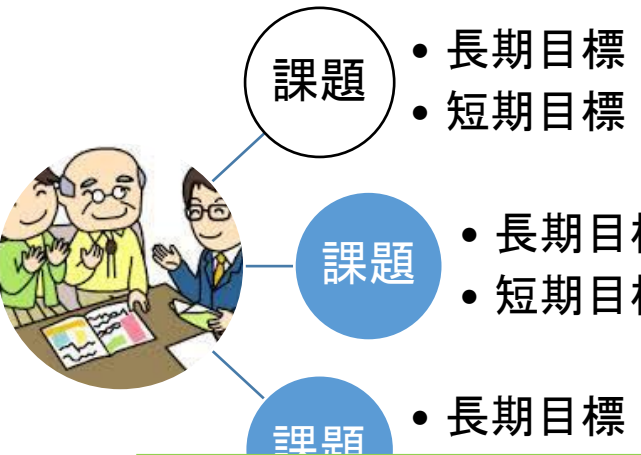
物的環境とは、建物、道路、バスとか電車などの交通機関や車椅子、杖、義肢・装具などの用具も含まれる。自然環境や災害なども含む。

高齢者が抱える課題をみると、個人因子や環境因子が促進因子にもなり阻害因子にもなる。

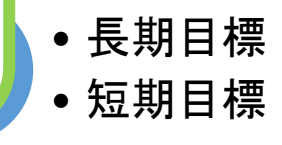
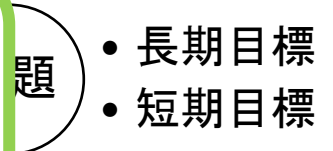
環境因子は、生活機能に外的な影響をあたえるものとして、人的環境・物的環境・**社会的環境**等にわけられる。

社会的環境とは、サービス・制度・政策・教育など、我々のサービスも含まれる。

同じ地区



物的環境が阻害因子となっている。



路肩の草が邪魔をして歩行者専用道が歩けない

• 献立を考えながら家族のために食卓を作りたい

課題

- 長期目標
- 短期目標

スーパーまでの歩行者専用道が狭い

青信号の時間内に横断歩道を渡れるだろうか不安

• 近所のスーパーへ買い物に行くことができるようになる

課題

- 長期目標
- 短期目標

短期目標

• スーパーまで歩いて行き来ができるようになる

課題

- 長期目標
- 短期目標



同じ地区

【個別の課題】

献立を考えながら家族のために食事を作りたい

【一般化された課題】

身体が不自由になっても、家族のなかで役割をもって生活を送りたい

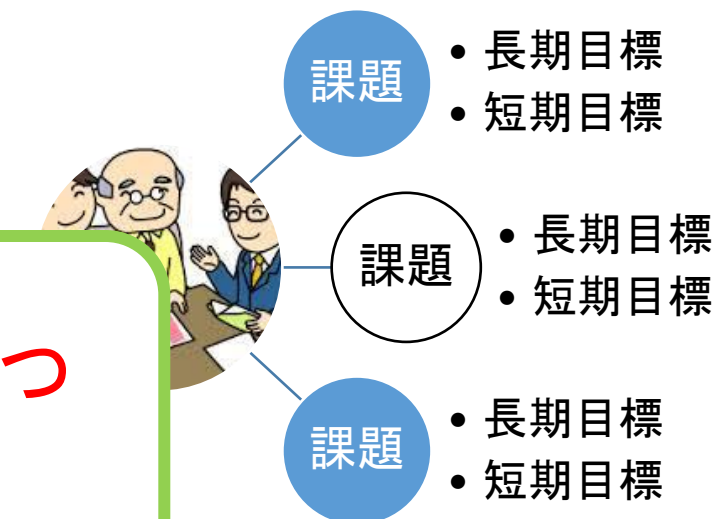
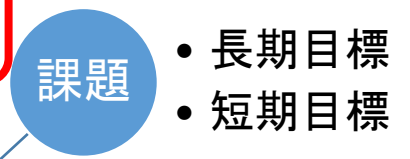
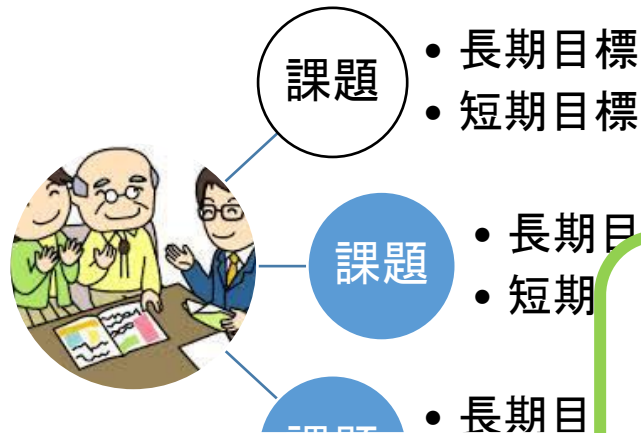
【地域の課題】

歩行器や車いすの方が生活圏域内を安全に移動できる歩行者道の確保をしたい

歩行器や車いすを使用する人の気持ちや、福祉用具への理解を深めたい

同じ特徴

人的環境が阻害因子となっている。



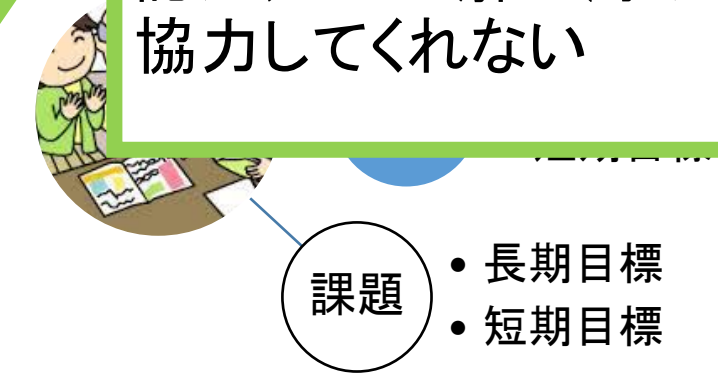
邪魔者扱いする
ような言動が見られる

家族が掃除をしてしま
う(とりあげてしま
う)

カレンダーに書いた日課を見て家
事をする事ができる

紙に書いたやり方で掃除ができる
ようになる

認知症の理解が薄く
協力してくれない



同じ特徴

【個別の課題】

自分のしたことを忘れることが多くなったが、家事は続けていきたい

【一般化された課題】

認知症の人の保たれた能力が尊重される環境を整えたい

【地域の課題】

認知症のことや、認知症の方への対応等の理解を深めたい
家族が認知症になることで、本人や家族が肩身の狭い思いをしないようにしたい

個別ケアマネジメント

個別ケアマネジメント

個別ケアマネジメント

個別ケアマネジメント

個別ケアマネジメント

個別ケアマネジメント

個別ケアマネジメント

個別ケアマネジメント



個別ケアマネジメント

個別ケアマネジメント

個別ケアマネジメント

個別ケアマネジメント

個別ケアマネジメント

個別ケアマネジメント

個別ケアマネジメント

個別ケアマネジメント



要介護高齢者がその地域で暮らし続けるには、地域にある課題を把握して、解決に向けて動くことも、そこに住む高齢者のマネジメントに必要なこと。



pixta.jp - 4910718

I. 他の事例でも応用できる視点を活かす…

個別の課題解決へ向けての取組み…
実は少し見方を変えると他の人にも通
じることがある。

この人への解決策は実は将来担当するA
さんに、あるいは今行き詰っているBさん
に、活かすことができるかもしれない

Aさんだけのニーズと考えていたことが実はBさん
にもつながる。一般化するというのはそれに気づき
やすくするために、「個」だったものを繋げていくこ
と…その応用ができやすくするために「同じエリア」
「同じ疾患」等カテゴリーをはっきりさせる。

決して個別課題を
画一化するという
意味ではない。
つまりどの人にも
当てはまるプラン
化ではない。

私達はAさんらしい生活の実現のために、この課題
を何とか解決したいと思いサービスを考える。その
中で、サービスに繋がられない時、困難事例として
検証する。実はここで挙がってきた課題は、「Aさん
の課題」としてしか考え難く、それだと地域を捉えた
解決には結びつき難い。だから、「Aさんの課題」
から、「課題」だけをチョイスする。その時のポイント
が「誰にでも分かるような表現にする」。そうすると
他の人に応用できるようになる。

利用者個別の課題を解決することで、利用者個人のQOLが高まる。

その個別課題を抱えている利用者の集合体を地域の要介護高齢者ととらえる場合、その課題は地域の高齢者の課題につながるかもしれない。

または、障害形態や生活背景という視点で個別課題を整理していくと、その課題は、類似する要介護高齢者の課題としてみることができるかもしれない。

このように、個別課題を一般化する視点は、人的社会資源や物的社会資源を開発、発展、成長させるための根拠となる。

法・制度改正からみる ケアマネジメント機能の変遷

2000(平成12)年～2002(平成14年)
最小限モデル

2003(平成15年)～2008(平成20年)
より深い個別支援を目指した調整機能強化モデル

2009(平成21年)～現在まで
個別支援から地域づくりにつなぐ包括的モデル