

P315

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

P315

【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。

復習①

第2章 『自立支援のためのケアマネジメン トの基本』 P61

ケアマネジメントという思考回路と、
居宅介護支援業務の流れにおける
ケアマネジメントプロセスの概要

P71 図2-1-2

復習②

第2章 第2節『居宅の運営基準を遵守したケアマネジメントの重要性』 P79

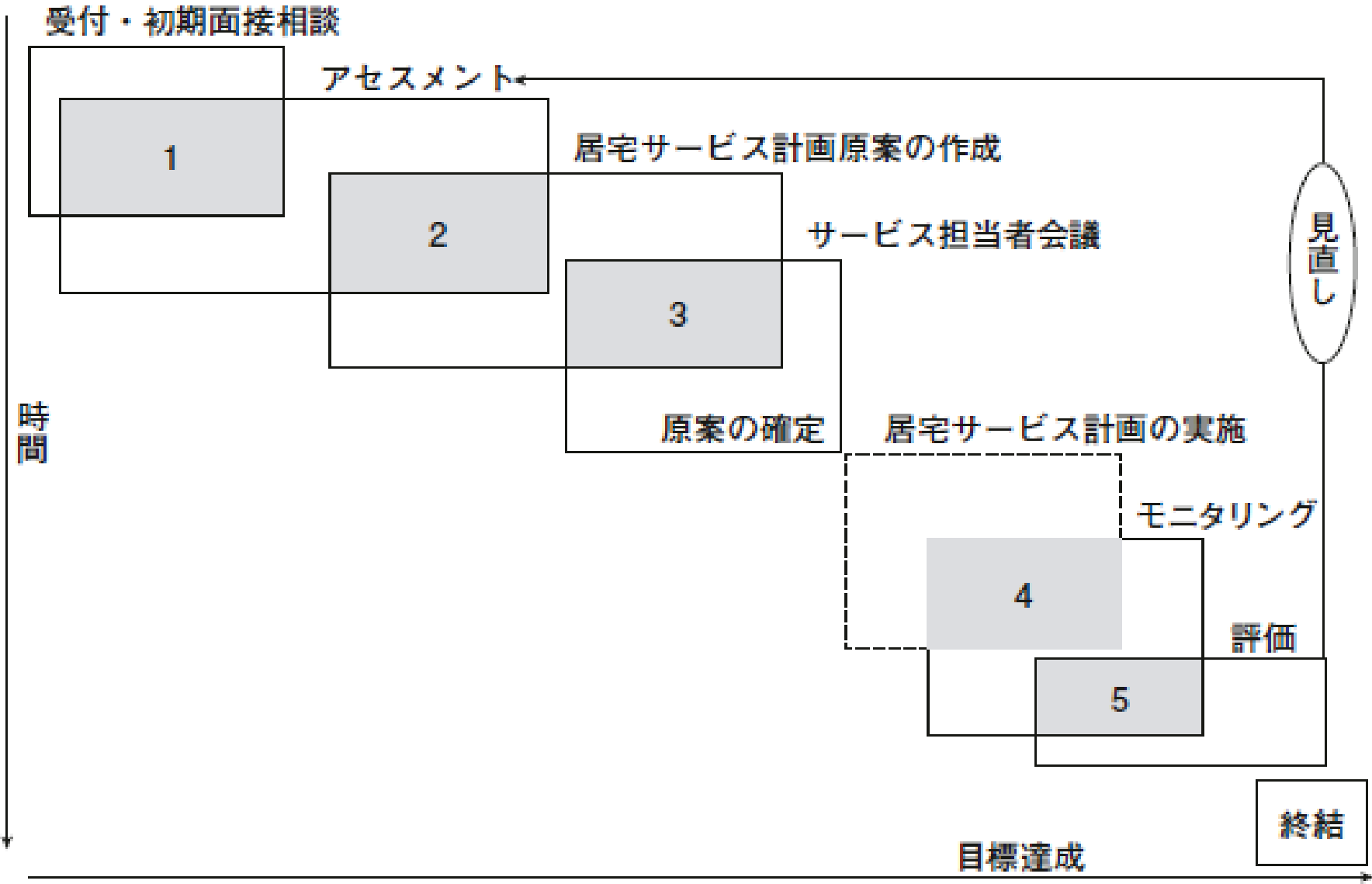
第5章『利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意』 P277

第4節『説明から合意に向かうプロセスの重要性』 P302

第1節 ケアマネジメントプロセスの構成と流れ

P318

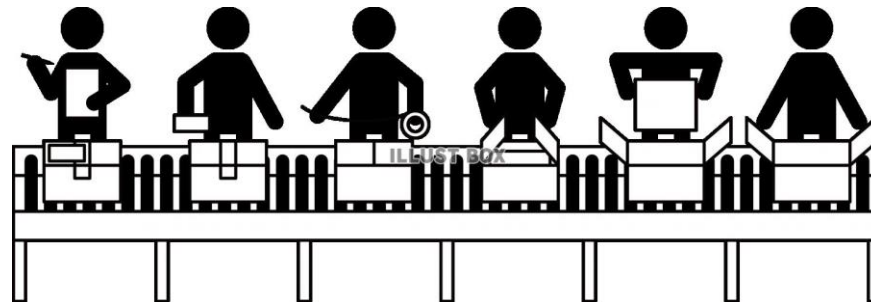
無断複写・転載を禁ずる



過程（プロセス）・・・物事が変化、
発展していくみちすじ



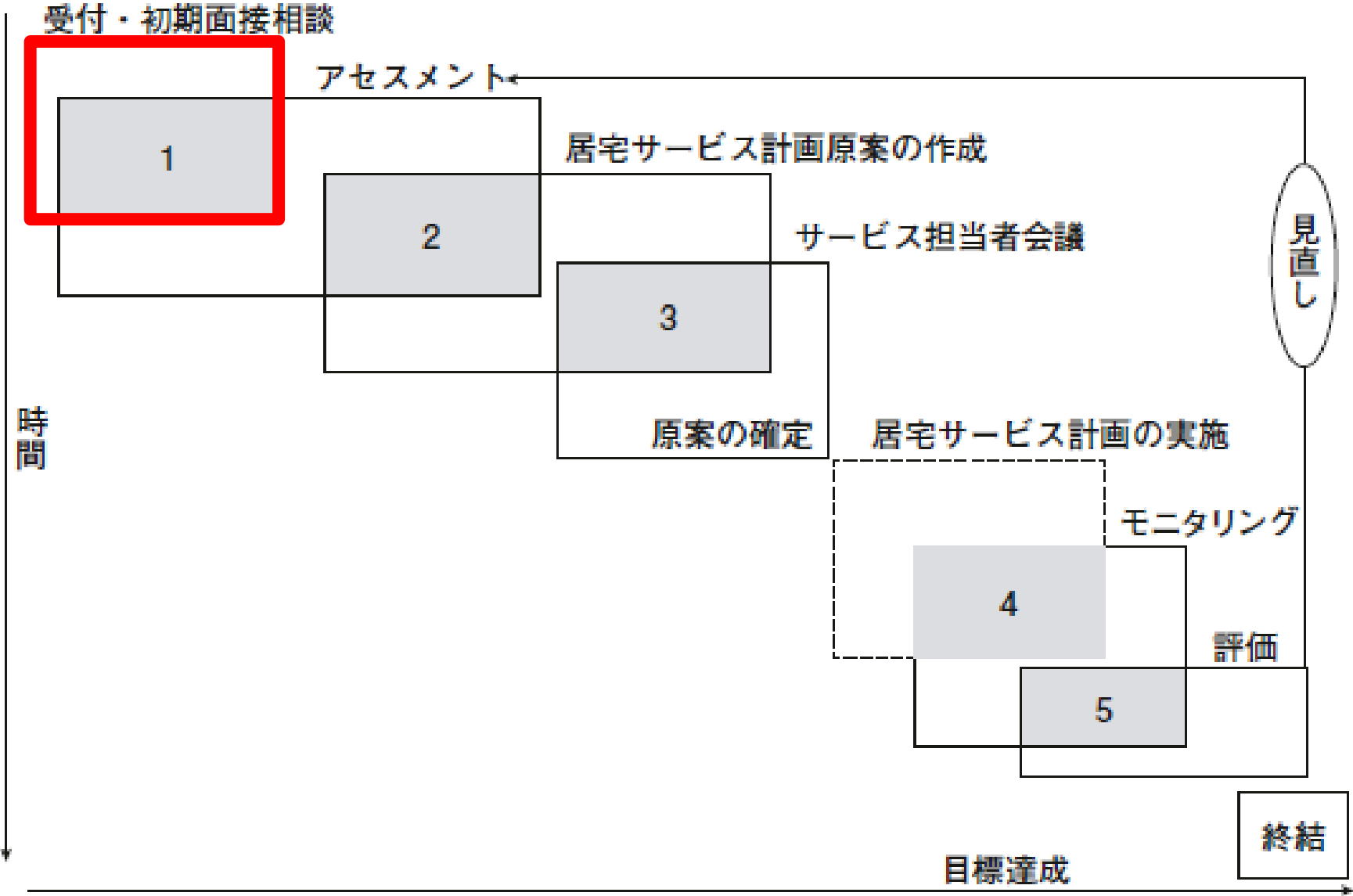
工程・・・物品の生産、加工を計画的、
能率的に行うための作業手順



第1節 ケアマネジメントプロセスの構成と流れ

P318

無断複写・転載を禁ずる



(1)(2) 受付・初期相談面接の意義

アセスメントに必要な情報収集を行うこと

(1)(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 ⇒ 不安を安心に

主訴の傾聴

○方法

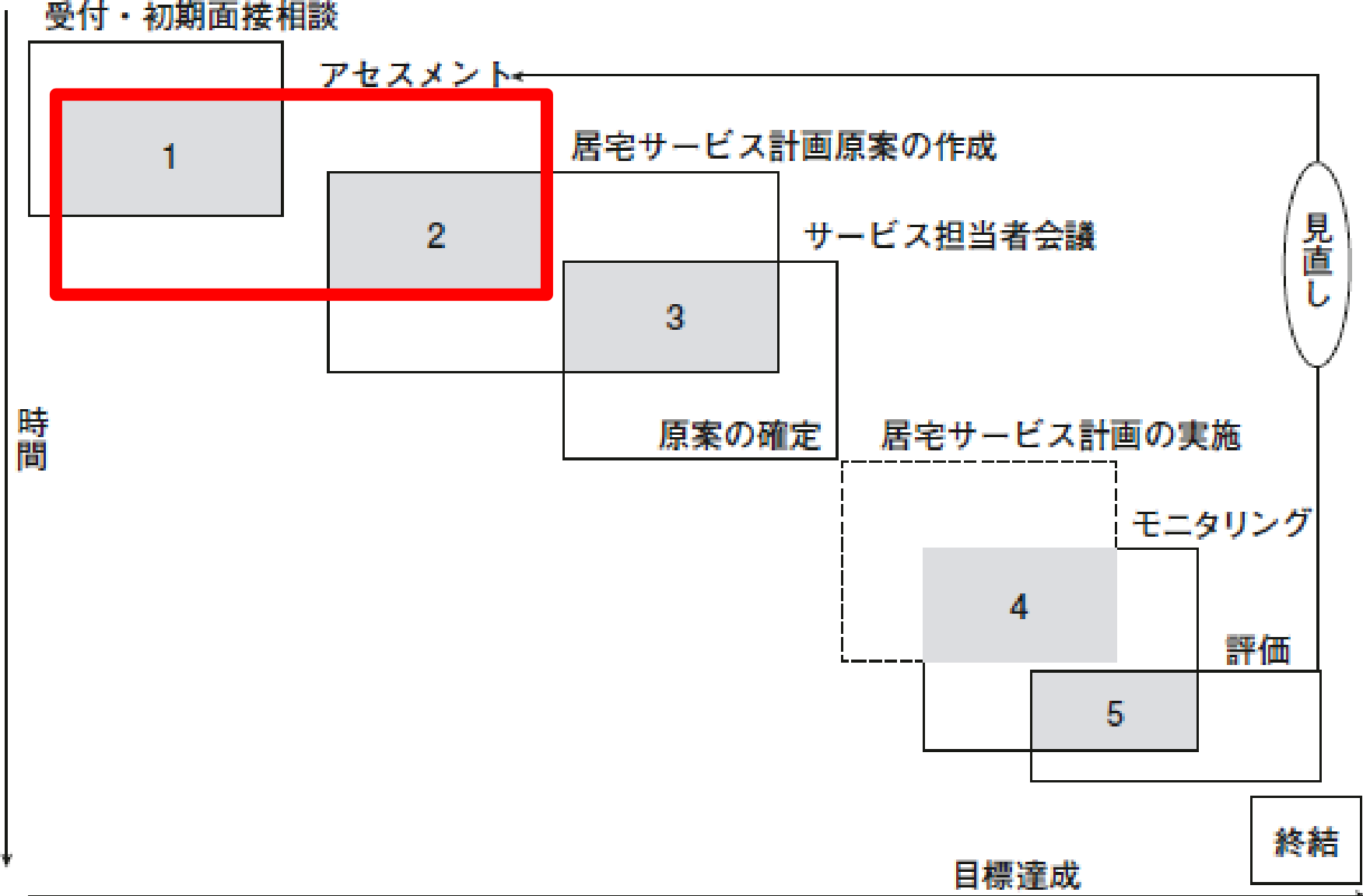
- ・ 電話、来訪、通報、紹介による受付
- ・ 訪問による情報収集
- ・ 重要事項の説明、契約の締結



第1節 ケアマネジメントプロセスの構成と流れ

P319

無断複写・転載を禁ずる



(3) アセスメントの意義

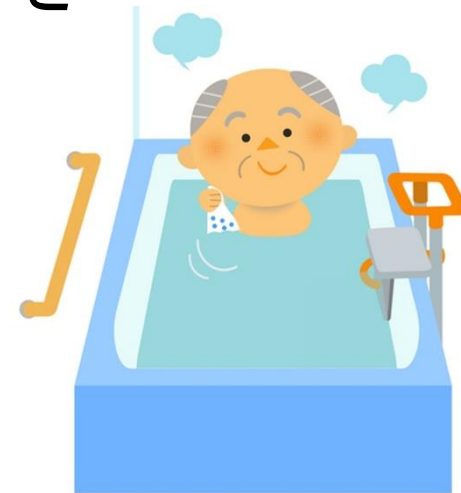
利用者の生活全般にわたって解決すべき課題
(ニーズ)の把握と、達成すべき目標の設定を
行うこと

(3) 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

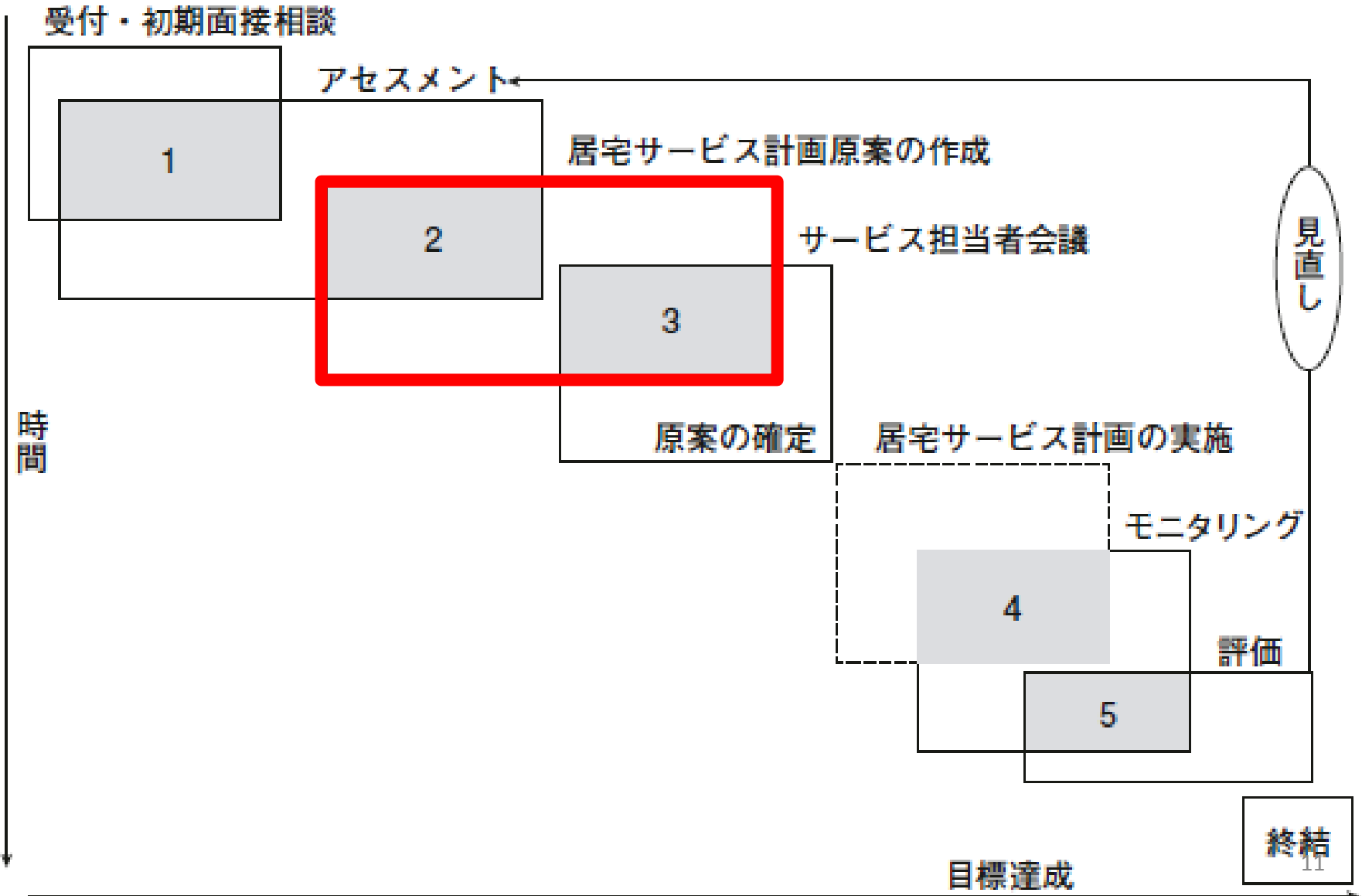
- ・利用者・家族、多職種による課題分析
- ・課題の理解と目標設定



第1節 ケアマネジメントプロセスの構成と流れ

P320

無断複写・転載を禁ずる



(4) 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

(4) 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

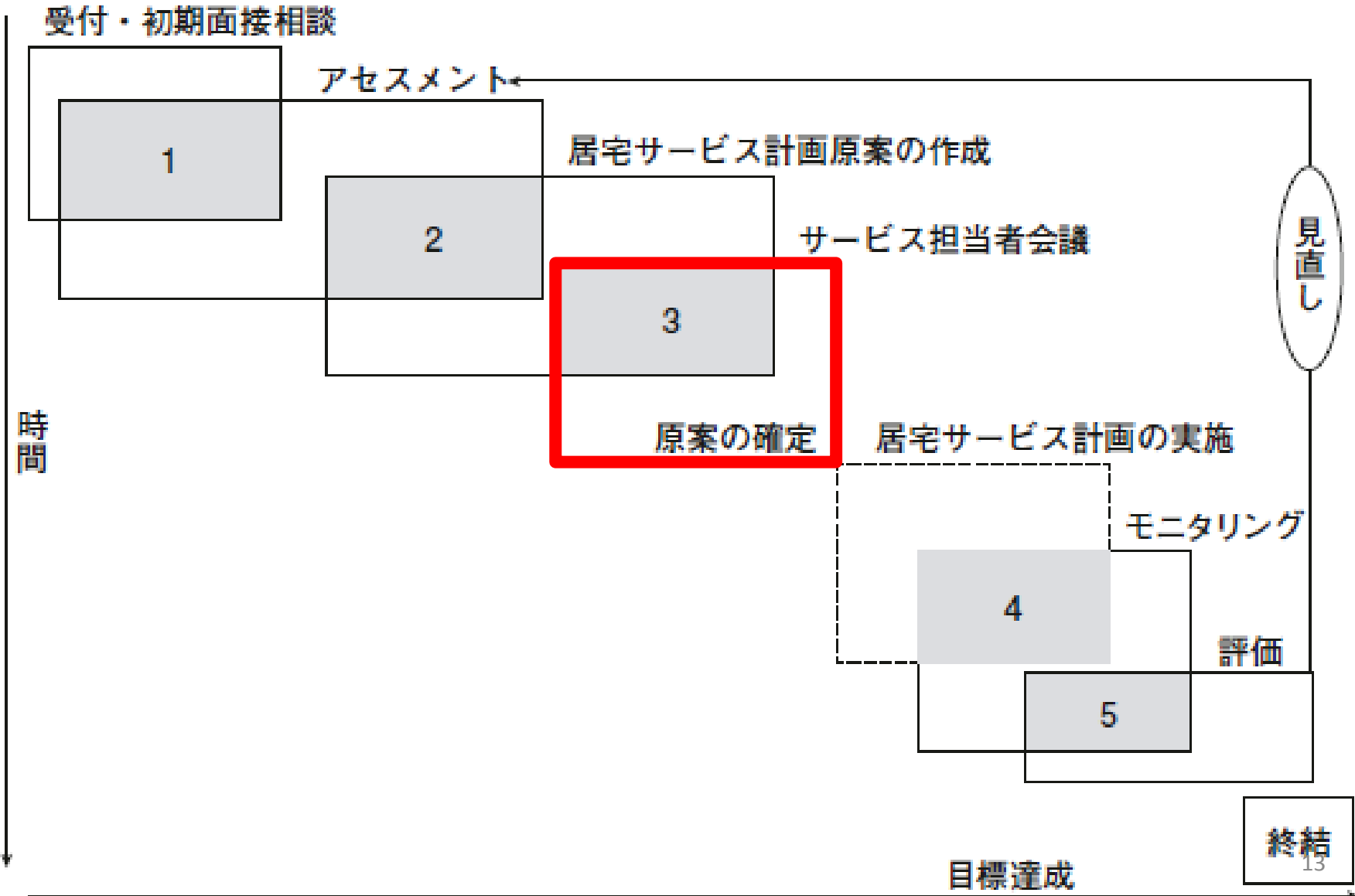
- ・第1表、第2表、第3表、第4表、第6表、第7表
- ・個別サービス計画の作成依頼
- ・課題整理総括表の作成

P330

第1節 ケアマネジメントプロセスの構成と流れ

P321

無断複写・転載を禁ずる



第1節 ケアマネジメントプロセスの 構成と流れ

P321

(5) サービス担当者会議の意義

居宅サービス計画原案について、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

(5) サービス担当者会議の目的

- ① 介護サービス原案の検討
- 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

説明→同意→合意→確定

○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

達成可能な目標設定

(5-1) 居宅サービス計画の確定の意義

居宅サービス計画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、居宅サービス計画が確定すること

(5-2) 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

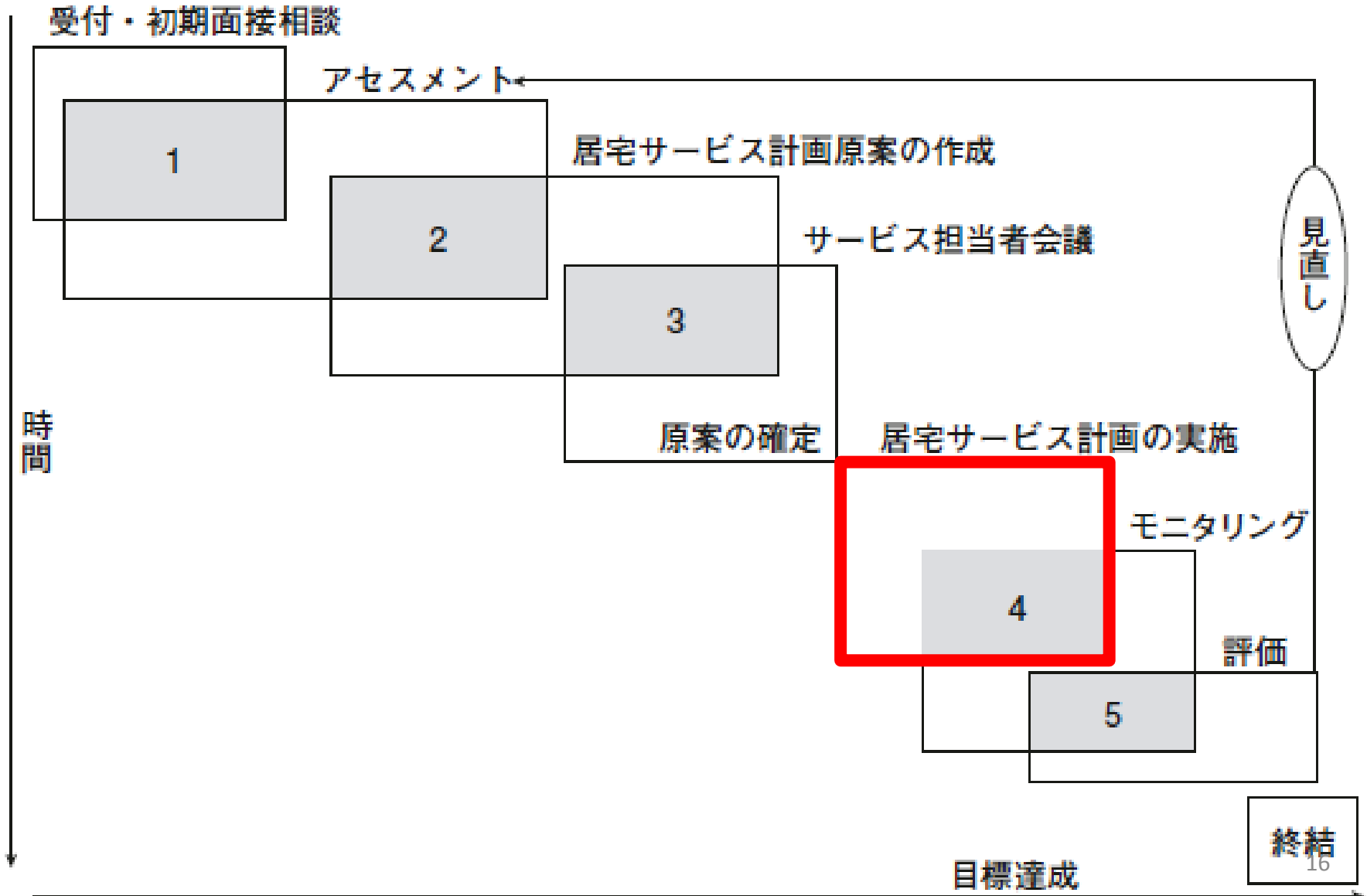
○方法

- ・居宅サービス計画(確定版)の交付



第1節 ケアマネジメントプロセスの構成と流れ

無断複写・転載を禁ずる



第1節 ケアマネジメントプロセスの構成と流れ

(5-3) 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

(5-4) 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。

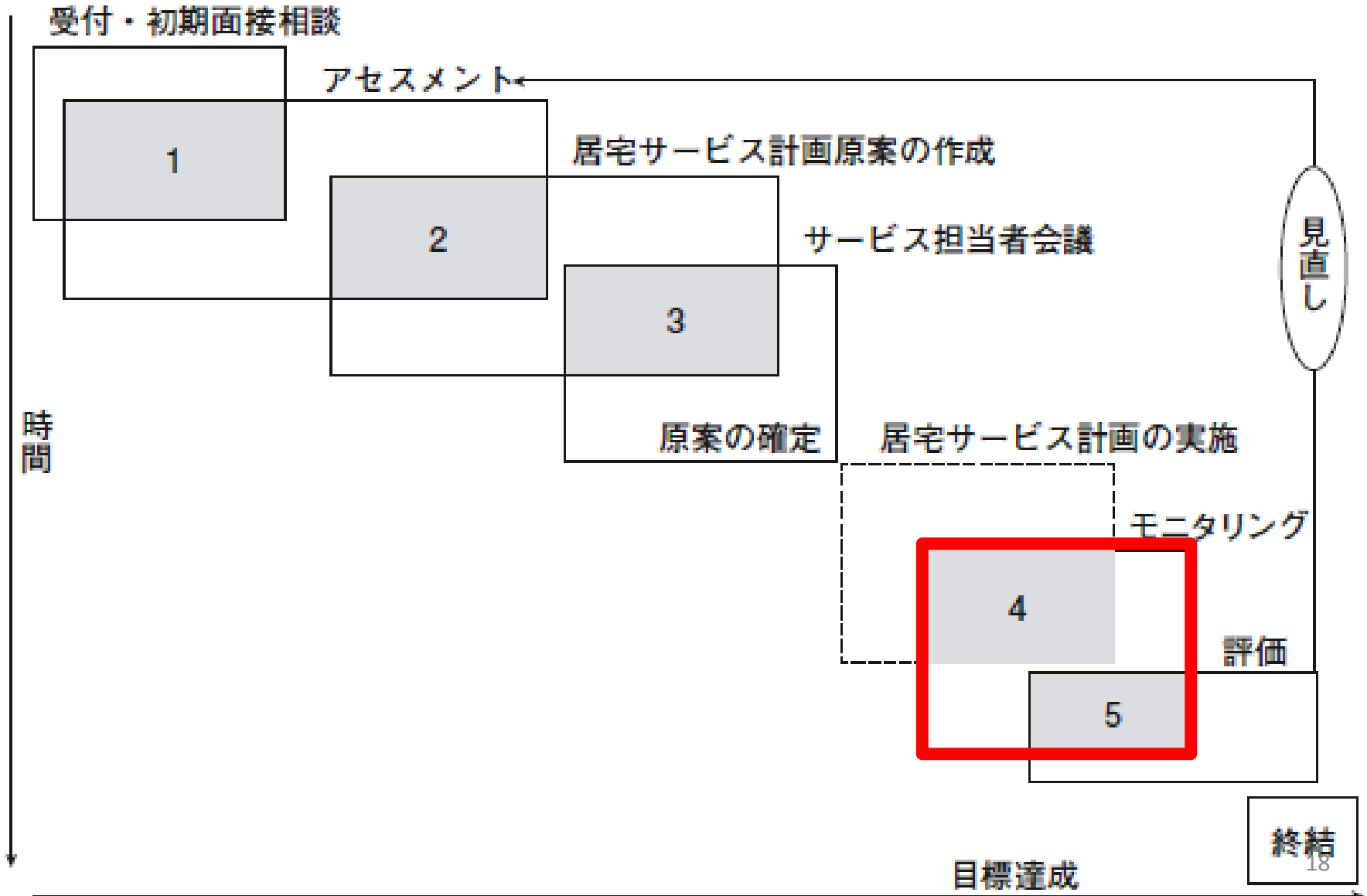
○方法

- ・ 給付管理、連絡、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

P322

無断複写・転載を禁ずる



(6) 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

(6) 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把握

○方法

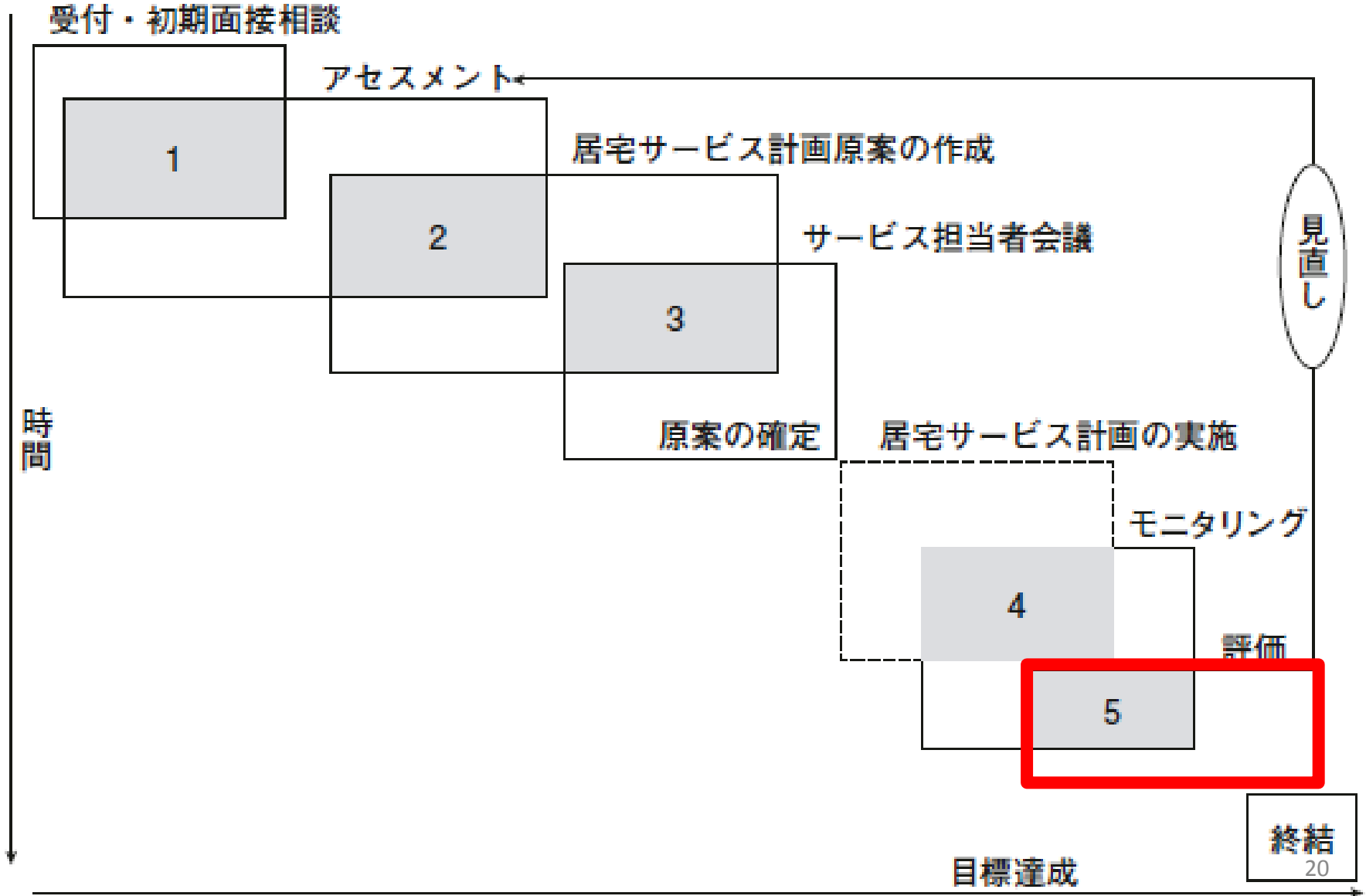
- ・ 給付管理
- ・ 連絡、訪問、情報収集

・ ミスマッチの修正
・ 修正するタイミング

第1節 ケアマネジメントプロセスの構成と流れ

P322

無断複写・転載を禁ずる



(6) 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

(6) 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

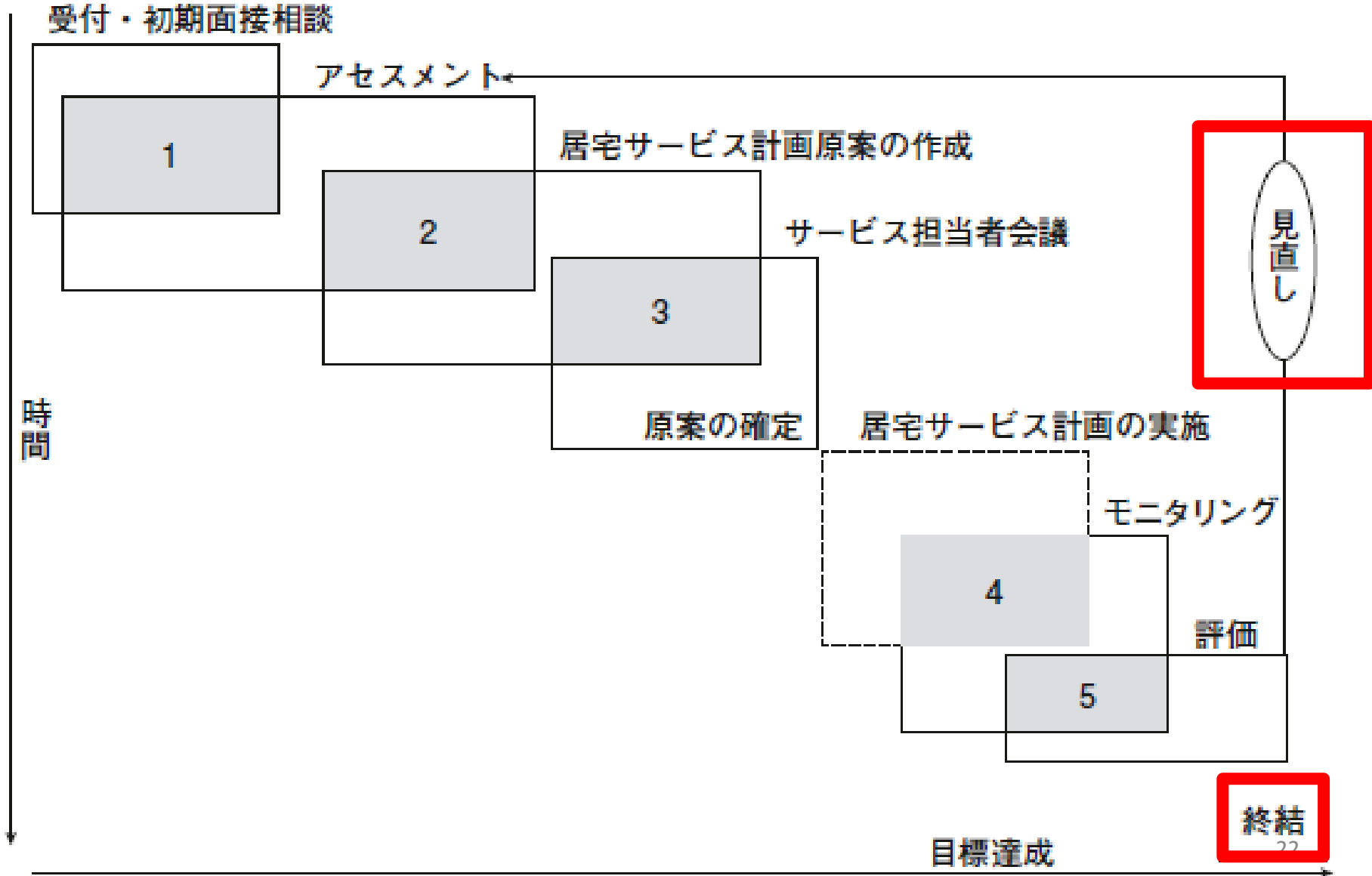
- ・アセスメント、訪問、情報収集



第1節 ケアマネジメントプロセスの構成と流れ

P322

無断複写・転載を禁ずる



(7) 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

(7) 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

(8) 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もの

(8) 終結の目的

- ①利用者との契約を終わらせるため。
- ②継続した支援を調整するため。

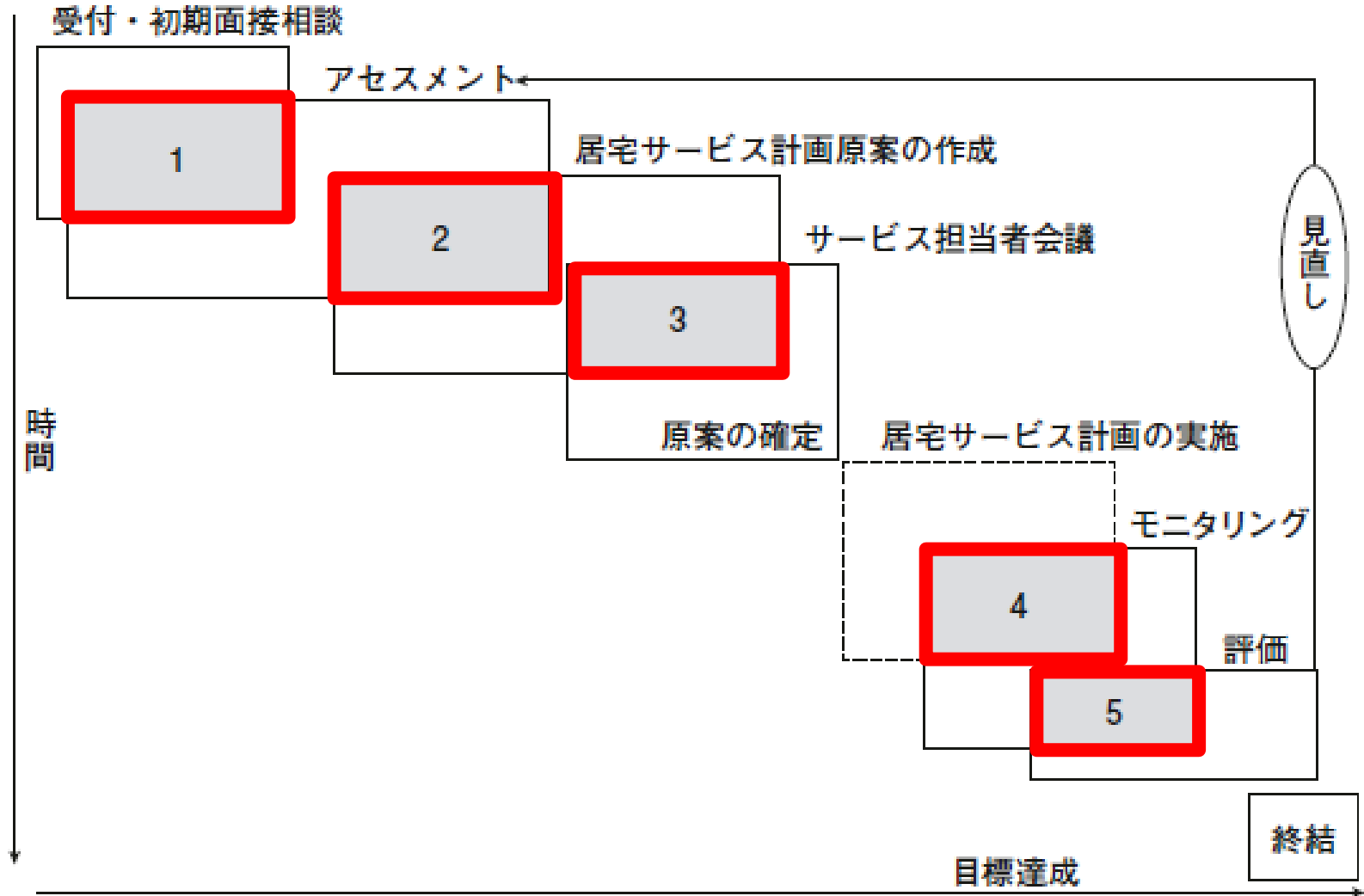
○方法

- ・関連先への情報の提供、入所希望先の情報の提供
- ・グリーンケア
- ・終結後、記録の保管

第2節 ケアマネジメントプロセスの 関連性

P325

(1) 重層的な展開



- (2) 受付・初期相談面接とアセスメントの重なり
- (3) アセスメントと居宅サービス計画作成の
重なり
- (4) 居宅サービス計画作成とサービス担当者
会議の重なり

(5) 居宅サービス計画実施とモニタリングの
重なり

(6) 初回サービス担当者会議と居宅サービス
計画実施は重ならないようにする

※2回目以降は重なることがある

(7) 利用者の自立支援を目指す、利用者主体の アプローチ

○介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について

- ①テキストP328～
- ②居宅サービス計画書作成の手引き

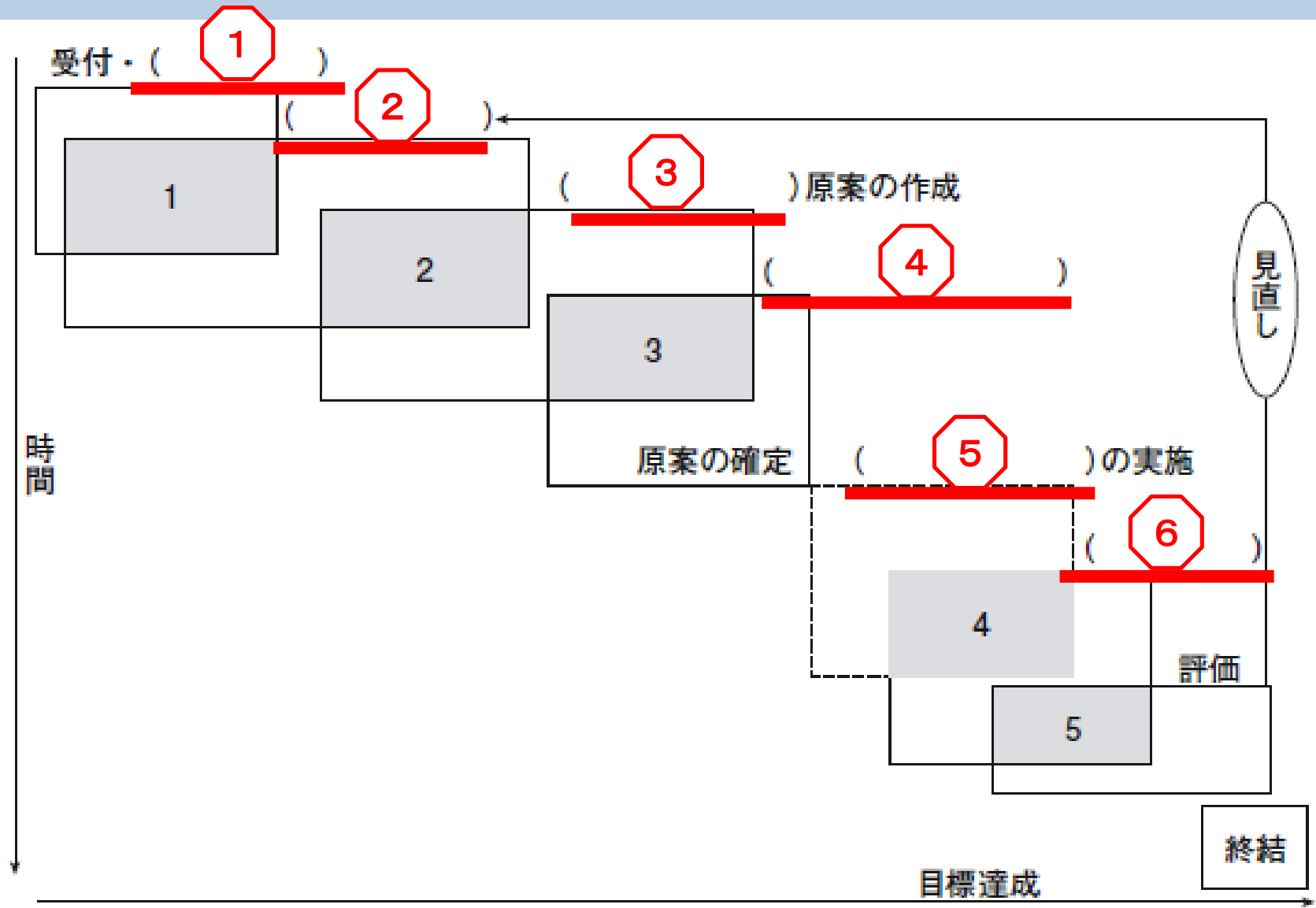
1. 居宅のケアマネジメントプロセス(83頁)
2. 施設のケアマネジメントプロセス(124頁)
3. 介護予防のケアマネジメントプロセス(161頁)

【目的】

利用者の地域生活の質をいかに高めるか！

生活の質を高めると同時に、自立を支援すること！

ミニワーク6-1



本日の振り返り

ケアマネジメントにおいて、各プロセスの意義や目的を理解し、それぞれのプロセスは単独で成立しているものではなく、重層的且つ循環し業務が進んでいくことを理解し説明できる。

(ケアマネジメントプロセスは業務の全容)

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びます。

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習得することになります。

事例概要：テキスト

351頁～363頁