

ケアマネジメントの流れと手法

— 相談支援従事者初任者研修講義 —



社会福祉法人 ゆたか会
相談支援事業所はんど
主任相談支援専門員 濱垣 隆之

【初任者研修の獲得目標及び本日の流れ】

【獲得目標】

本人を中心とした （本人の選択・決定を促す） ケアマネジメントのプロセスと必要な技術の全体像について理解する。

※令和元年度 相談支援従事者指導者養成研修

【本日の流れ】

- ①相談支援の目的と基本的視点、ケアマネジメントの復習
- ②ケアマネジメントの流れと手法
- ③多職種連携とチーム支援
- ④まとめ



【復習】 相談支援の目的

- 相談支援は ケアマネジメント の手法を用いて、住み慣れた地域社会で その人らしい生き方 を支援するための、権利擁護 や 自己決定 を展開する役割を担う。
- それを実現するために相談支援専門員には、支援の核となる「本人中心支援」への思考展開や 権利擁護支援、エンパワメント の視点を基盤とした アセスメント力・プランニング力、社会資源開発力 が求められる。

【復習】 相談支援の基本的視点

- ☑ 共生社会の実現（ソーシャルインクルージョン）
- ☑ 本人中心支援、意思決定支援
- ☑ エンパワメント
- ☑ リカバリー
- ☑ 自立と社会参加
- ☑ 地域における生活の個別支援
- ☑ セルフケアマネジメント
- ☑ スティグマ

（障害者相談支援従事者研修テキストより抜粋）

【復習】 ケアマネジメントとは

○支援対象者の社会生活を基盤としたニーズを充足するために、適切な社会資源を必ずびつけていく手法。」でしたよね。

何のために？

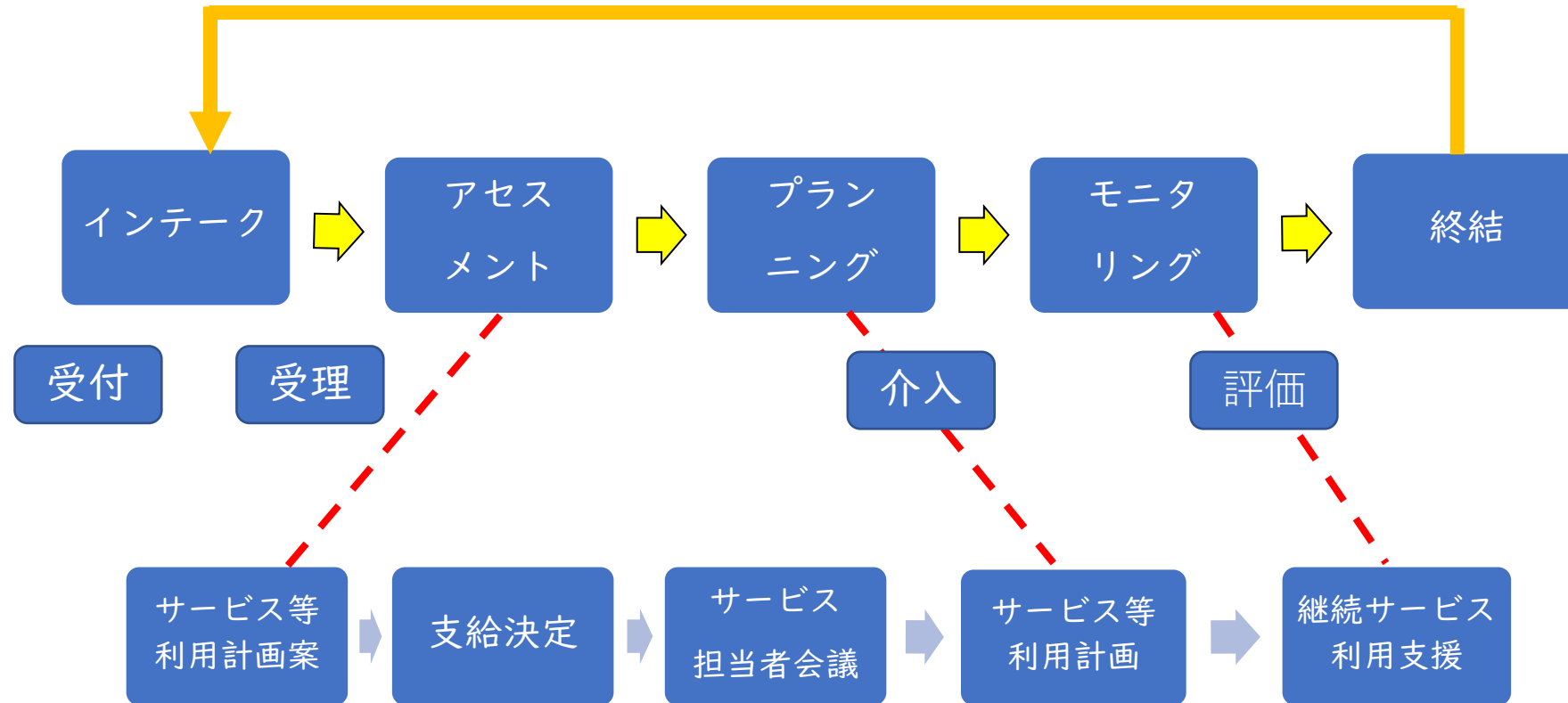
社会福祉の目的である「よりよく生きる」を支援するためにケアマネジメント手法がある。

(障害者相談支援従事者研修テキストより抜粋)

ケアマネジメントの流れと手法



ケアマネジメントプロセスとサービス等利用計画の展開



出典：「相談支援従事者研修ガイドラインの作成及び普及事業（平成30年度障害者総合福祉推進事業）」一部改変

事例（Aさん）

性別：男性 年齢：55歳
障害者手帳：身体（視覚障害1種1級）
年金：障害基礎1級

■本人の特徴と生活歴

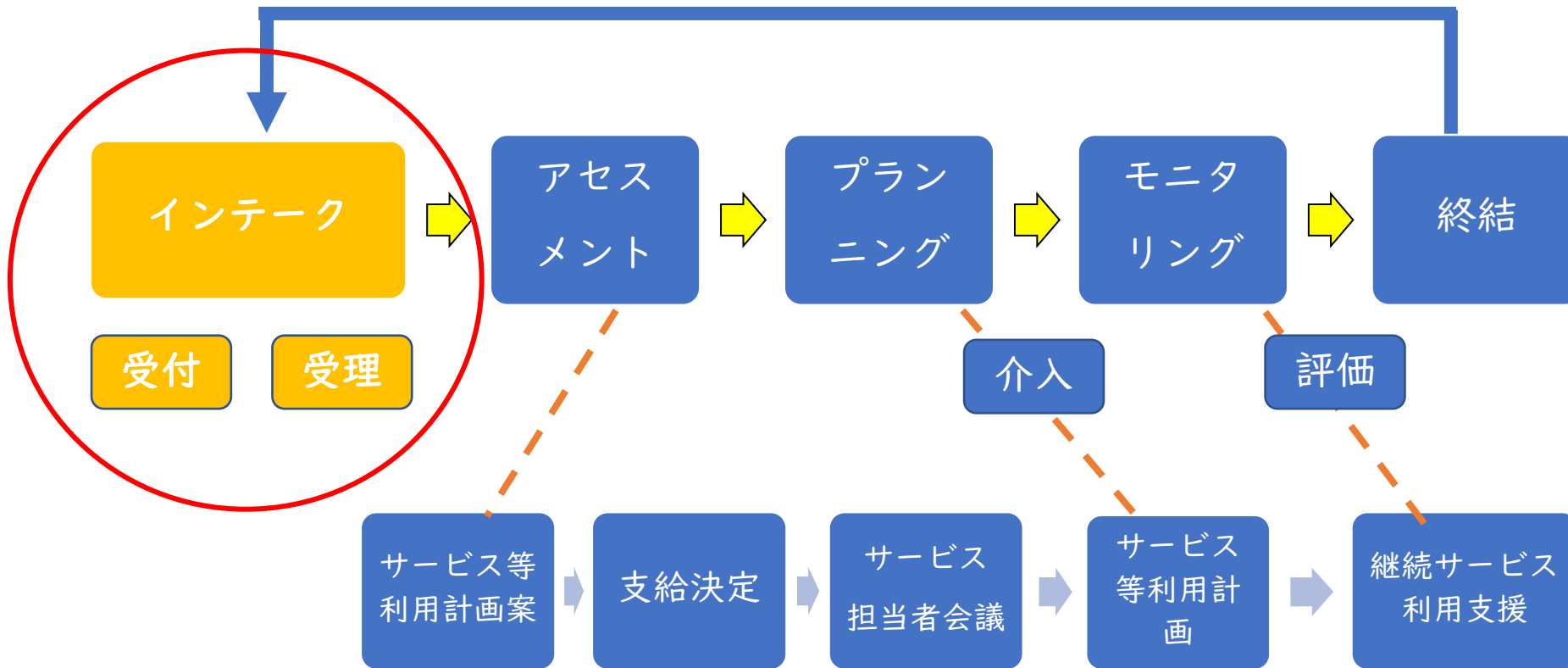
先天性網膜剥離による失明。単身生活（持ち家）
自宅兼整骨院で仕事をしながら生活している状況。
震災で被災したことをきっかけに転居。転居後、生計を成り立たせるため、整骨院を開所。母親と2人で穏やかな暮らしを送っていた。震災で父と姉と死別。

■相談主訴

母親が認知症発症後、これまでの生活が一変したことにより、夜も眠れなくなったり、仕事もままならなくなるなど、身体的、精神的にも落ち込み、日常生活に支障をきたしてきたことをきっかけに相談に至る。
母親に仕事中や就寝中も何度も声をかけられる、食事の準備などこれまで母親が担っていた部分も本人がしなくてはならなくなっているため、母親が元気だった時のように穏やかな暮らしを送りたい。



ケアマネジメントプロセスとサービス等利用計画の展開



出典：「相談支援従事者研修ガイドラインの作成及び普及事業（平成30年度障害者総合福祉推進事業）」一部改変

インタビュー

私がインタビューで大切にしていること（関係性の構築）

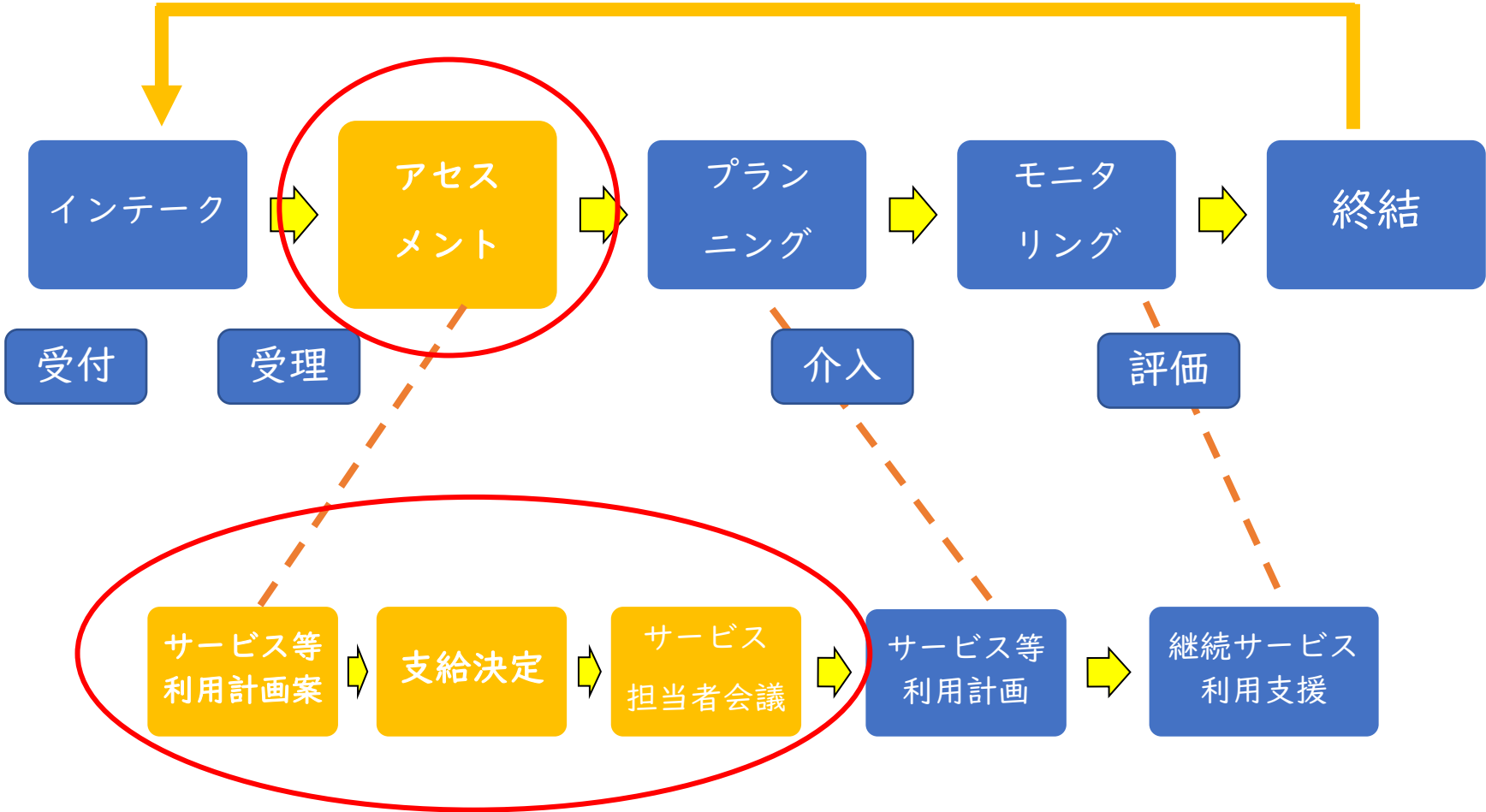


- ① 適度な相槌と声のトーン
(相手に合わせたうなづきと声の強弱)
- ② 自分（相談員）の役割を 伝える
(理解できていないと伝えたことにならない)
- ③ 相談者が話しやすい場をつくる
(安心して話せる環境づくりの視点)
- ④ 相談者の 気持ちを受け止める
(そこから「なんで？」が始まる)
- ⑤ 次回につなげる
(不信感が安心感に変わらないと次はない)
- ⑥ 記録を書く
(客観的事実と自身の主観、本人の望みなど分けて記録をして、整理する。
忘れる自覚)

インタビューで得た情報（自宅）

- ・母が何度も夜中起こしてくるため、寝れない。
- ・母のことがあり、仕事に集中できない。
- ・母のことに嫌気がさす。
- ・眠れなくて、食欲もあまりなく意欲も低下。
- ・これからの暮らしにとっても強い不安を感じている。
- ・物静かなタイプで、言葉は丁寧だが小声。ゆっくり話す。
- ・痩せており身なりはきっちりされている。
- ・表情が硬いが時折笑顔を見せる。

ケアマネジメントプロセスとサービス等利用計画の展開



出典：「相談支援従事者研修ガイドラインの作成及び普及事業（平成30年度障害者総合福祉推進事業）」一部改変

アセスメント

あのことも
はなして
みようかなあ



「本人の夢、希望の実現や課題の
解決に向け、必要な根拠（情報）を
おさえ（収集し）、整理・分析すること」
（障害者相談支援従事者研修テキストより抜粋）



Aさんってどんな人なんだろう？
どんなことに困ってる？
どんなことがやりたい？
どんな環境に暮らす人なんだろう？
非言語で語られる思いや環境から見えるAさんの思い
友人や関係者から語られるAさんを知る

相談支援事業所はんど
相談支援専門員 濱垣

信頼
必須

どんなことにも理由がある。理由「なぜ？」を知る

それらの情報を整理し、分析し
私は、「Aさんを〇〇〇〇だとらえた。その根拠は〇〇で
ある」と主語を相談支援専門員に置き換える。（ニーズ整理票）
私はそれを「**見立て**」と言ってきた。
アセスメントから、100文字要約、支援方針が見えてくる。

面接で得た本人の言葉

「母が元気だった頃の生活に戻りたい・・・」

「仕事は好きなので、これからも続けたい」

「お客さんと関わるのが好き」

「気持ちがまぎれるのは、機械操作しているとき」

「母の介護は大変だが、できるだけ自分ができるとは母にしてあげたい」



面接場面で得た情報（自宅）

- ・震災で父と姉と死別。
- ・震災で被災したことをきっかけに転居。
- ・転居後、生計を成り立たせるため、整骨院を開所。
- ・母に支えてもらいながら、穏やか日々を送っていた。
- ・お客さんが話し相手にもなっており、親しくしている。
- ・自宅は2階建てで、1階は整骨院の仕事部屋とキッチン、リビング
2階は書斎と寝室。
- ・センサー付きインターホンがある。
- ・部屋はきれいに片づけられている。



インタビュー時のAさんのエコマップ

市役所

母の
ケア
マネ

地域包括

精神科
主治医

相談支援
専門員

整骨院
のお客
さん



Aさんの100文字要約

私は、母が元気だった頃と同じように
これからも住み慣れた自分の家で生活し、
仕事も続けながら穏やかな日々を送りたい。
そして、願わくば母と仲良く一緒に暮らし続けたい。



見立てと根拠

母が認知症になり、夜ゆっくり寝れなかったり、仕事が
ままならなくなるなど、これまでの生活リズムが崩れ、精神的にも不
調になっていたため、「また母が〇〇した」「何度言っても同じこと
を繰り返すので嫌気がさす」など言われていたが、一方で、「ヘル
パーにすべてやってもらうのではなく、簡単な片付けや掃除など自分
でできることは母にしてあげたい」との言動から、相談支援専門員で
ある私は、

Aさんを「**これからの生活の不安や母に対する嫌悪感を感じつつも、
震災を経て生き残った唯一の家族であり、その母親のことを大切にし
ている人**」ととらえた。

情報収集（ニーズ整理票）

インタビュー （情報収集・整理）

情報
見たこと・聴いたこと・データなど

本人の希望

記入者の解釈の
根拠となる事実

「母が元気
だった時と
同じように
これからも
住み慣れた
自分の家で
生活し、仕
事も続けな
がら穏やか
な日々を送
りたい。
そして、願
わくば母と
仲良く一緒
に暮らし続
けたい」

- ・震災で父と姉と死別。
- ・母と二人でこれまで安定した暮らしが送れていた。
- ・整骨院を開所。経済的に自立していた。
- ・話し相手がいる。（お客さん）

アセスメント（評価）

理解・解釈・仮説

支援課題

- 【本人】
母が認知症を患い、これまで母が担っていたところができなくなり支援が必要となった。ヘルパー支援を導入することで、今までの暮らしは可能ではないか。
・母の介護支援の導入とともに本人への支援を導入する際の支援の目的を確認、共有する必要がある。
・仕事を通して人の役に立つことや自立してきたことで自己実現してきたのではないか。
・地域の見守りの体制が必要ではないか。（災害時等含む）

- 【環境】
母が認知症を患い、これまでの生活が一変することで、心身ともに疲弊し、社会的つながりも失ったと感じているのではないか。

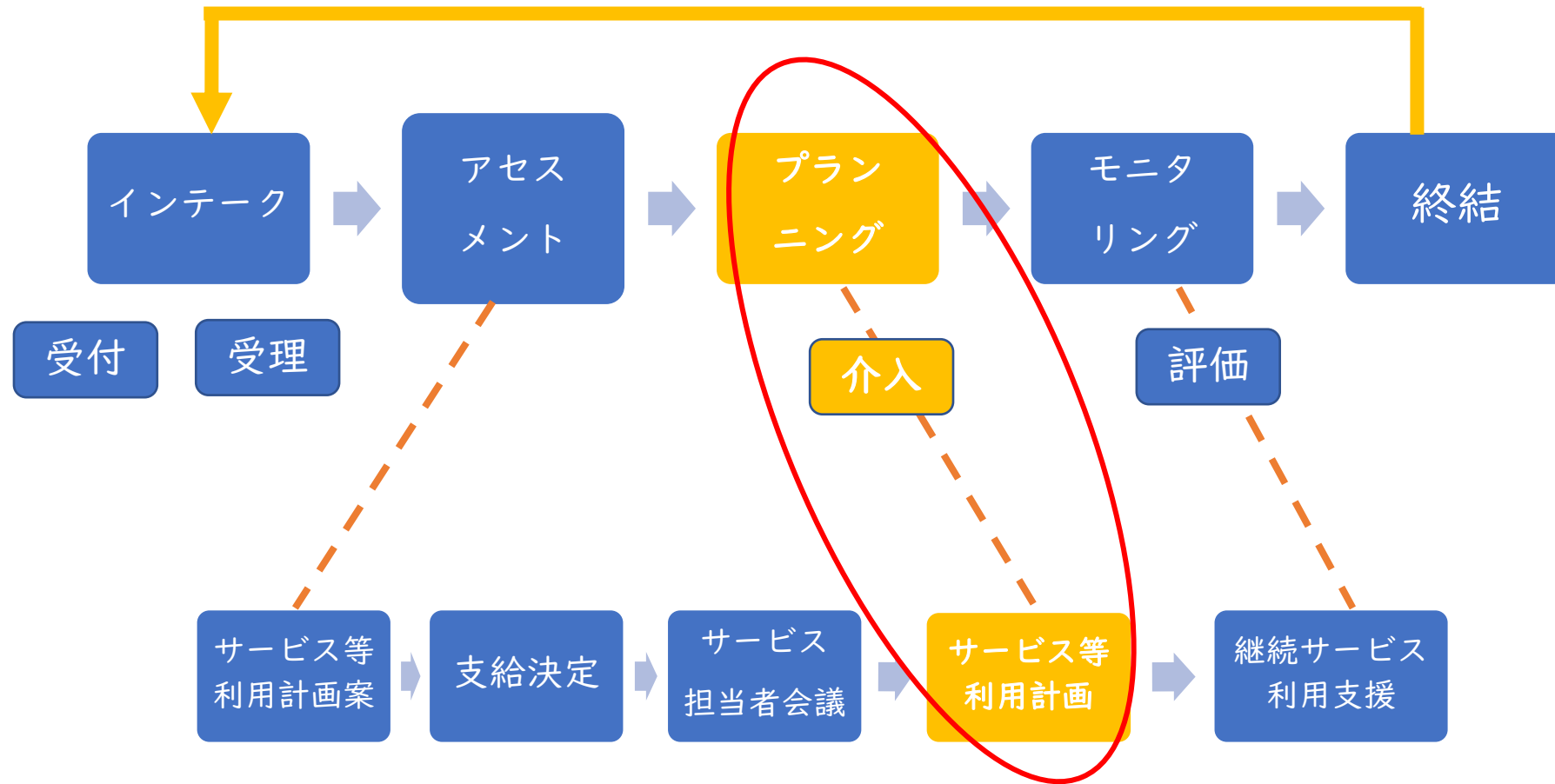
- ・母への支援である介護保険と本人への支援である障害福祉、それぞれの制度の理解を図る。
- ・インフォーマルを含めた見守り体制の構築。
- ・地域の中で社会的なつながりを構築する。

プランニング （支援計画策定）

対応・方針
やろうと思うこと

- ・ヘルパーによる家事援助の提供
- ・母に対して自分のできること（掃除やゴミ出しなど）は自分でしてあげたいとの思いをケアマネと共有する。
- ・本人と民生委員をつなぐことで、災害時などの見守りや支援をおこなってもらおう。
- ・地域の中の人として新たな自己実現の場と機会を探る。

ケアマネジメントプロセスとサービス等利用計画の展開



出典：「相談支援従事者研修ガイドラインの作成及び普及事業（平成30年度障害者総合福祉推進事業）」一部改変

プランニング

留意点



- ①エンパワメントの視点が入っているか
- ②アドボカシー（権利擁護）の視点が入っているか
- ③トータルな生活を支援する計画になっているか
- ④連携、チームでの計画になっているか
- ⑤サービス等調整会議（サービス担当者会議が開催されているか
- ⑥ニーズに基づいた計画になっているか
- ⑦中立公平な計画になっているか
- ⑧生活の質を向上させる計画になっているか

ストレングスに着目し、本人の強みを活かした計画になっているか？
リフレーミングできているか？課題を置き去りにしていないか？

（障害者相談支援従事者研修テキストより抜粋）

具体的なプラン（例）

■支援目標

新しい人とのつながりの中で、自宅で安心して暮らせる環境整備と、Aさんの持っている力を役立てる場を提案していきます。

■長期目標

今の暮らしを続けつつ、もし災害等が発生した場合も身の安全を確保したい。

■短期目標

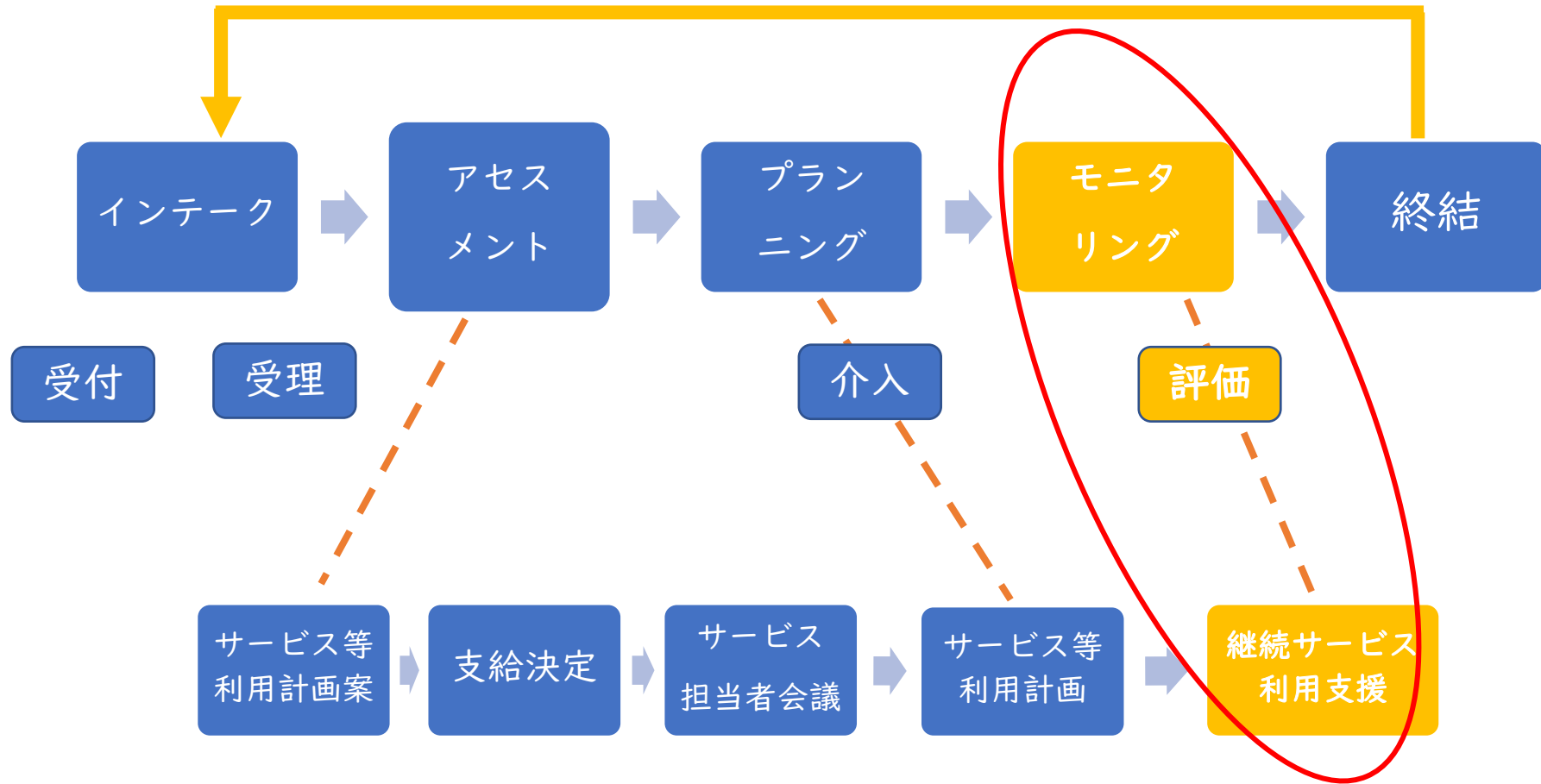
自宅で安心して暮らしたい。

解決すべき課題	支援目標	達成時期	サービス等	本人の役割	評価時期	その他留意事項
今の家で安心して暮らしたい	母に対して、身体介護（入浴）や家事援助（調理）など支援を行う。	12ヶ月	訪問介護（介護保険）	掃除やゴミ出しなど自分でできることはする。	毎月	母に対して本人ができることを母のケアマネへ伝える。
買い物してくれたり、一緒に買い物へ行ってくれるなど、外出に付き添ってほしい。	買い物代行したり、一緒に外出に行ってもらえる人を調整し、支援を行う。	12ヶ月	家事援助 同行援護（障害福祉）	ヘルパーに調理してほしい物を購入する。家族以外の人との交流の機会にする。	毎月	サービス中にふと話す本人の思いにも注目する。
災害等が発生した時、身の安全を守りたい。	身近な地域で本人のことを理解、把握し、日頃から関わってもらうことで安心と安全を確保できるよう支援する。	12ヶ月	民生委員 近隣住民	日頃からの関わり合いを大切にする。	毎月	近隣住民のなかでも話し相手になってもらえる人を探す。

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】							一部抜粋					
月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動					
6:00	<div style="border: 1px dashed red; padding: 5px;"> <p>【週間計画表】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 現時点での一週間の生活実態の全体を把握できるように、できるだけ具体的に記入する。 ○ 公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)とその他の支援(インフォーマルサービス)の違いがわかるように記載する。 ○ 起床から就寝までの一日の生活の流れについて、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間(活動内容)、家族や近隣、ボランティア等が支援している時間(誰が、何を支援しているか)もできるだけ切れ目なく記載する。 ○ 個々の内容について、誰が(家族など)支援しているか記載する。 ○ 夜間・土日は家族がいるからといってサービスが必要ないとは限らない。家族の介護状況等も記載する。 </div>						<div style="border: 1px dashed red; padding: 5px;"> <p>【主な日常生活上の活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 週間計画を作成するにあたり重要になる日常生活上の行動や特記事項で、週間計画表に記載しきれなかった情報を記載する。 ○ 一日の生活の中で習慣化していることがあれば記載する。 ○ 家族や近隣、ボランティア等のかかわりや不在の時間帯等について記載する。 ○ 利用者が自ら選んで実施しているプライベートな活動であって、週間計画表に記載されていない日々の生活、余暇活動や趣味等について記載する。 ○ 利用者の強みやできること、楽しみ、生活の豊かさに着目して記載する。 </div>					
8:00												
10:00												
12:00												
14:00												
16:00												
18:00							週単位以外のサービス					
20:00							<div style="border: 1px dashed red; padding: 5px;"> <p>【週単位以外のサービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 隔週・不定期に利用しているサービスについて記載する。 ○ 医療機関等への受診状況などもここに記載する。 ○ 週間計画表に記載されていない継続的な支援、サービスについて記載する。 ○ 利用者の状態や環境が変化することによって一時的に必要なサービスについて記載する。 ○ 利用者が自ら選んで実施している「主な日常生活上の活動と異なり、相談支援専門員や市町村行政担当者、サービス提供事業所等が手配しているものを記載する。 </div>					
22:00												
0:00												
2:00												
4:00												
<div style="border: 1px dashed red; padding: 5px;"> <p>サービス提供によって実現する生活の全体像</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス等利用計画を作成し、障害福祉サービスを提供することによって利用者はどのような生活を目指すのか、中立公平な視点で、相談支援専門員の専門職としての総合的判断を記載する。 ○ 計画作成の必要性、サービス提供の根拠が客観的にわかるよう、明快かつ簡潔に記載する。 ○ 利用者・家族・関係機関等からの情報にはないが相談支援専門員として気になる点、注目すべき点、必要と考える事項等について記載する。 </div>												

ニーズ整理票「今回大づかみに捉えた本人像」から導かれる

ケアマネジメントプロセスとサービス等利用計画の展開



出典：「相談支援従事者研修ガイドラインの作成及び普及事業（平成30年度障害者総合福祉推進事業）」一部改変

モニタリング（評価）の視点

① プランの進捗状況や適切性

- ・ サービス等は適切に、計画どおり提供されているか
- ・ ゴールは達成されているか、ゴールに向けて進んでいるか

② 本人による評価

- ・ 満足度はどうか
- ・ 想いやゴールに変化はあるか

③ 支援チームなどの周囲による評価

- ・ プランに変更・修正の必要はあるか

モニタリング（評価）の留意点

①再アセスメント・評価の留意点

- ・状況確認（情報更新） **見立て直し**
- ・アセスメントの更新、深化

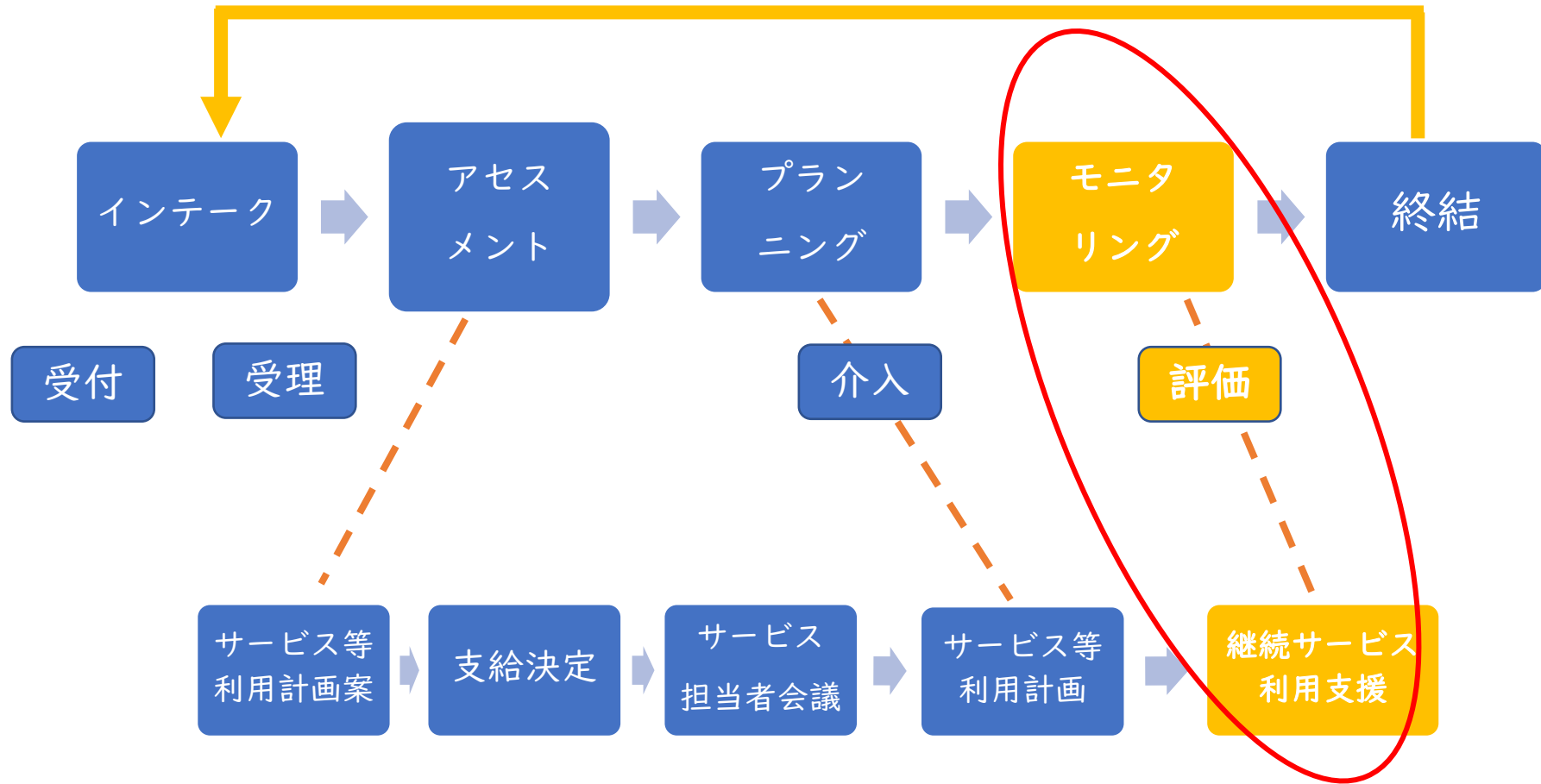
②変更は前提

- ・経験等により本人は変わる

③チームによる評価

- ・ **多様な視点**（多角的・総合的）
- ・ **連携の一助**（情報と方向性の共有）
- ・ サービス担当者会議等の活用

ケアマネジメントプロセスとサービス等利用計画の展開



出典：「相談支援従事者研修ガイドラインの作成及び普及事業（平成30年度障害者総合福祉推進事業）」一部改変

モニタリング（評価）の留意点

①再アセスメント・評価の留意点

- ・状況確認（情報更新） **見立て直し**
- ・アセスメントの更新、深化

②変更は前提

- ・ **経験等により本人は変わる**

③チームによる評価

- ・ **多様な視点**（多角的・総合的）
- ・ **連携の一助**（情報と方向性の共有）
- ・ サービス担当者会議等の活用

モニタリングで得た情報

- ヘルパーと食事のメニューを考えることが楽しい。(ヘルパー)
- 買い物を頼めるのは助かるが、できればやはり自分で選びたい。
- 母のケアマネさんが自身の身体のことなど負担になっていないかなどこまめに話を聞いてくれる。
- 関わってくれる人が増え、人と話ができる機会が多く持てるようになった。(民生委員)
- 民生委員さんが月1~2回程度、訪問してくれ顔見知りになれて安心している。また、民生委員さんが近隣住民の方を紹介してくれ、たまに家に来て、話をしてくれる。
- ゴミ出しをしているとお隣の人が手伝ってくれている。
- 自身の被災経験を活かして、人の役に立ちたい。(民生委員)
- 機械操作が得意なため、誰か教えてほしいと思っている人がいるなら教えてあげたい。

インタビュー時のAさんのエコマップ

市役所

母の
ケア
マネ

地域包括

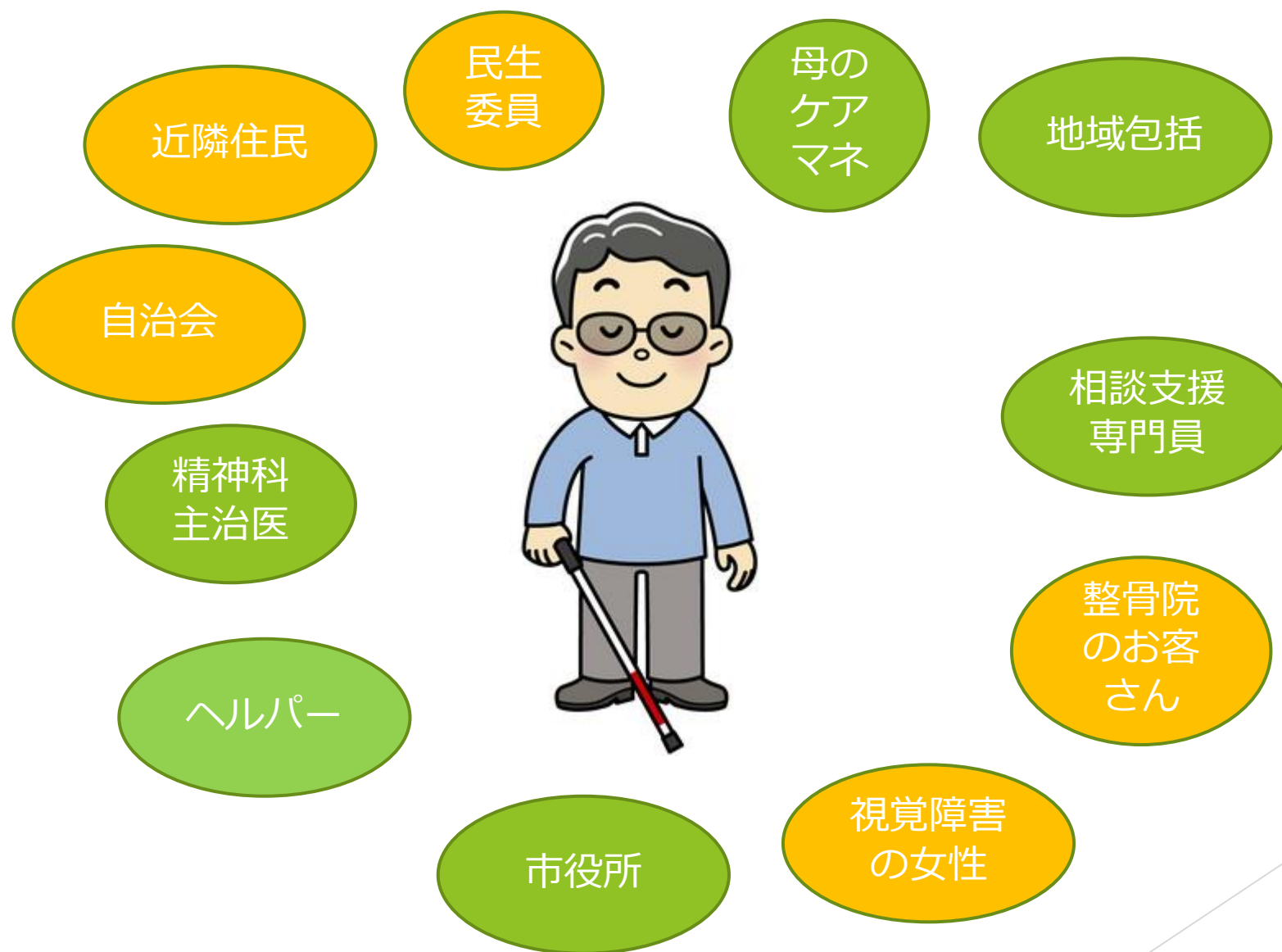
精神科
主治医

相談支援
専門員

整骨院
のお客
さん



モニタリング時のAさんのエコマップ |



多職種連携とチームアプローチの効果

- ①多源性：多様なニーズや社会情勢の変化に対応できる
- ②限界性：一人の相談支援従事者や一つの事業所・機関でできることには限りがある
- ③可能性：連携やチームでの対応により、できることやアイデアが広がる
- ④補完性：得手・不得手、過不足を相互に補完し合える
- ⑤付加性：関係者一人ひとりや各事業所、機関の実践力や質の向上につながる

多職種連携・チームアプローチの留意点

- ①連携・協働の前提として自らの専門性を身に着ける。
- ②チームのそれぞれの専門性や役割を知る。
- ③コミュニケーション手法を身に着ける。
- ④チームの目的を明確にし維持する。
本人中心のチームであること。

(障害者相談支援従事者研修テキストより抜粋)

多職種連携・チーム支援のポイント

- ① 「話す」ことと「聴く」ことを分ける
- ② リスクとストレスをバランスよく
- ③ 「支援者の関わり方」を再点検する
- ④ 「今後の見通し」の共有を目的とする
- ⑤ 互いの「違い」を尊重する

[チーム力を高める多機関協働ケースカンファレンス](#) AAA研修会 瀬谷出版

役割の押し付け合いや、課題の問題点を本人や家族のせいにならない。

相談支援とサビ管等及びその他の連携

- ① サービス等利用計画と個別支援計画は連動していること
- ② 各種関係機関やサービス事業所の内容や特徴を理解すること
- ③ 相談支援専門員は組織や機関のキーパーソンを把握すること
- ④ フォーマル・インフォーマルな社会資源を把握し連携がとれること
- ⑤ サービス担当者会議等の情報共有・合意形成の場を企画運営できること

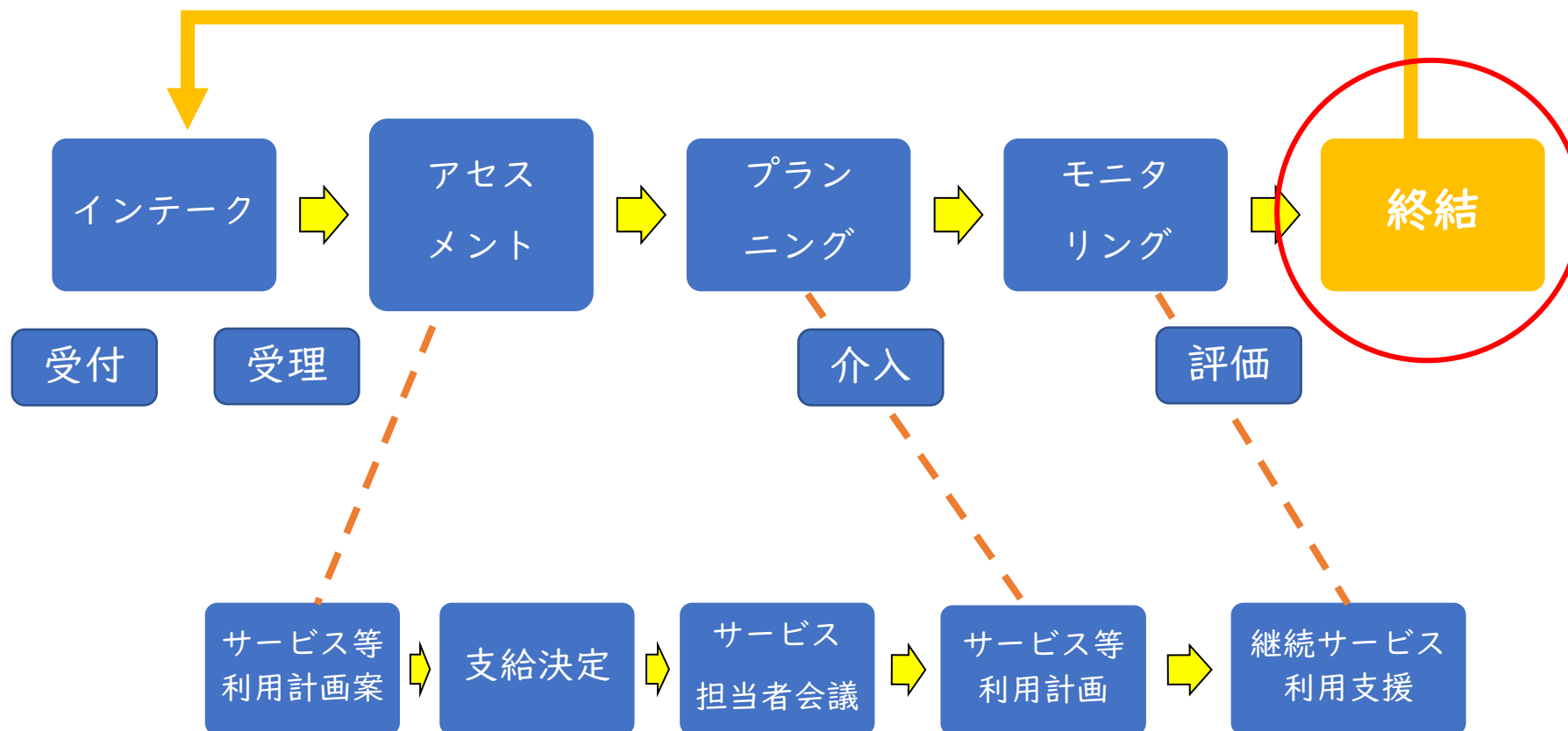
その後の物語 . . .



初めての出会いから3年後のAさんは、自治会活動で開催された災害に関する講演会で講師をしたことをきっかけに自信を持ち、福祉イベントなどでも閉会の挨拶をしたり、自立支援協議会にも参画し、当事者としての声を届けるべく地域へ社会へ発信を続けています。

そしてヘルパー事業所、民生委員さん、近隣住民の方々とも信頼関係ができ、自治会活動にも積極的に参加できるようになりました。

ケアマネジメントプロセスとサービス等利用計画の展開



出典：「相談支援従事者研修ガイドラインの作成及び普及事業（平成30年度障害者総合福祉推進事業）」一部改変

ケアマネジメントにおける終結

1. プランに設定したゴールが達成され、
ゴールを更新する必要性がなくなった場合
2. 本人が希望しなくなった場合
3. 機関として役割を終えた場合
(転居なども含む)

※計画相談の場合、障害福祉サービス利用が
終了した場合に終了してしまう。

なぜ、計画相談が必要なのか？

- ①ニーズに基づいた本人中心の支援が受けられる。
- ②チームによる質の高いサービスが提供できる。
- ③サービス提供（支給決定）の根拠となる。
- ④地域全体のサービス充実の契機となる。

(障害者相談支援従事者研修テキストより抜粋)

相談支援専門員に必要なスキルと力

- ①本人の希望だけではなく、**真のニーズ**を見極める
アセスメント力
- ②多職種連携等ネットワークへの**支援方針**を共有する
スキル
- ③自立支援につながる**根拠**の見極め、伝える**表現力**
- ④個別課題を意識し、**地域課題**を発見し、
発信・社会資源を活用・開発する**情熱と行動力**

最後に

私は、相談支援におけるケアマネジメントとは、
障害があることで、諦めていることや自信を失ったり、
自身を大切にできなくなった人が、その人らしく元気に
生きるために、何が課題であるのかを当事者とともに
見極めて、その課題を解決するために様々な社会資源と
結びついていく過程がケアマネジメントだと
考えています。

そして、一人の課題が地域を変えていく力にも
つながることを専門職として忘れてはいけないと考えて
います。

初任者研修で学んだ相談支援、ケアマネジメントの基本を

これからも大切にしながら実践を積み重ね、

皆さんお一人、お一人が少しでもバージョンアップし

ご本人の

「こんな暮らしがしてみたい（希望）」を叶えるサポートを
お願いします。