

令和6年度 岩手県障がい者相談支援従事者初任者研修
令和6年7月2日(火)

相談支援における ケアマネジメントの手法とプロセス

ケアマネジメントとそのプロセス、基本的視点

社会福祉法人仁愛会

仁愛会障がい者相談支援事業所

主任相談支援専門員 佐々木一貴

目次

1. ケアマネジメントについて

- (1)ケアマネジメントの定義 (2)ケアマネジメントの目的
- (3)ケアマネジメントの基本的視点

2. ケアマネジメントのサイクル

- (1)査定(インテーク) (2)査定(アセスメント)
- (3)計画策定(プランニング) (4)介入(インターベンション)
- (5)追跡(モニタリング) (6)評価(エバリュエーション)
- (7)終結(ターミネーション)

3. さいごに



1. ケアマネジメントについて



(1) ケアマネジメントの定義

(定義)

地域における生活のなかでサービスを提供する際に、利用者の生活全般にわたるニーズと公私にわたるさまざまな社会資源との間に立って**複数のサービスを適切に結びつけ**、調整をはかりつつ、**包括的にかつ継続的**にサービス提供を確保する援助方法

「私の希望する暮らし」(個別支援計画書)記載要領(改訂版)より引用

(参考)ニーズ

人間が社会生活を営むために
欠くことのできない基本条件

※デマンドとの区別が大切



(参考)ニーズ

本人の言葉だけとると、就労を目指すことがニーズに見えてしまいますが…

デマンド

働きたい！

働きたい理由

だって、親が働けって言うから…
だけど、薬は飲み忘れるし
あまり寝れないから体調もよくなって
体力には自信無いけど…

ニーズ

両親の障がいへの理解
服薬や体調の管理、
生活リズム、体力向上 など



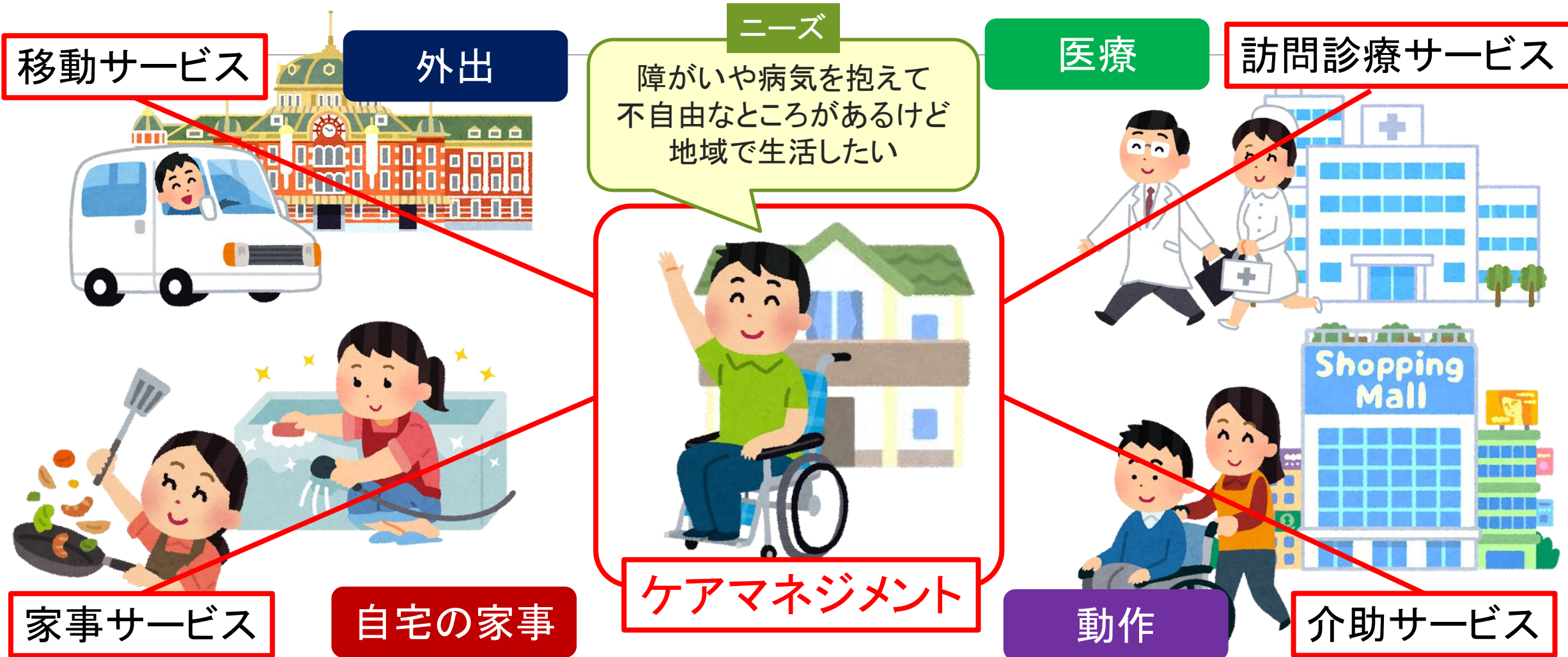
(参考)社会資源



あなたや支援対象者の周りにおける「社会資源」を10個書き出してみましよう

(参考) ケアマネジメントとは？

→ ニーズに対し、社会資源を意識し、サービスをつなげ、パッケージ化する



(2) ケアマネジメントの目的



相談支援に
おいても変わらない

1. 本人のその人らしい地域での暮らし

(1)障がい者の地域生活支援

(2)障がい者の自立と尊厳の確保、社会参加

(3)自己決定(意思決定)への支援・権利擁護、エンパワメント、
リハビリ

2. 障がいのある人を含めた誰もが暮らすことのできる地域づくり

⇒地域を基盤とするソーシャルワーク

(3) ケアマネジメントの基本的視点

1. 個別性の重視
2. 生活者視点、QOL(生活の質)の重視
3. 本人主体、本人中心
4. 自己決定(意思決定)への支援
5. エンパワメントの視点、ストレングスへの着目
6. 権利擁護(アドボカシー)
7. 地域の多様な資源へのアクセスと活用、資源開発
8. チームアプローチ、多職種連携



相談支援に
おいても変わらない

(参考)生活の質



生活の質 (QOL : Quality Of Life)

- ひとりひとりの人生の内容の質や社会的にみた「生活の質」を指す
- ある人がどれだけ人間らしい生活や自分らしい生活を送り人生に幸福を見出しているか、ということをも尺度としてとらえる概念

(参考)エンパワメント/エンパワーメント

エンパワメント(empowerment)

個人や集団が自分の人生の主人公になれるように力をつけて、自分自身の生活や環境をよりコントロールできるようにしていくこと



(参考) ストレングス

ストレングス (strength)

- ・利用者の潜在能力、長所など本来持っている「強い」部分
- ・具体的には、能力、発達、成長、知恵、行動力、可能性、長所、持ち味、潜在能力、才能、知識など



障がい者は、それらストレングスの変化の可能性をもつ主体的な生活者としてとらえる

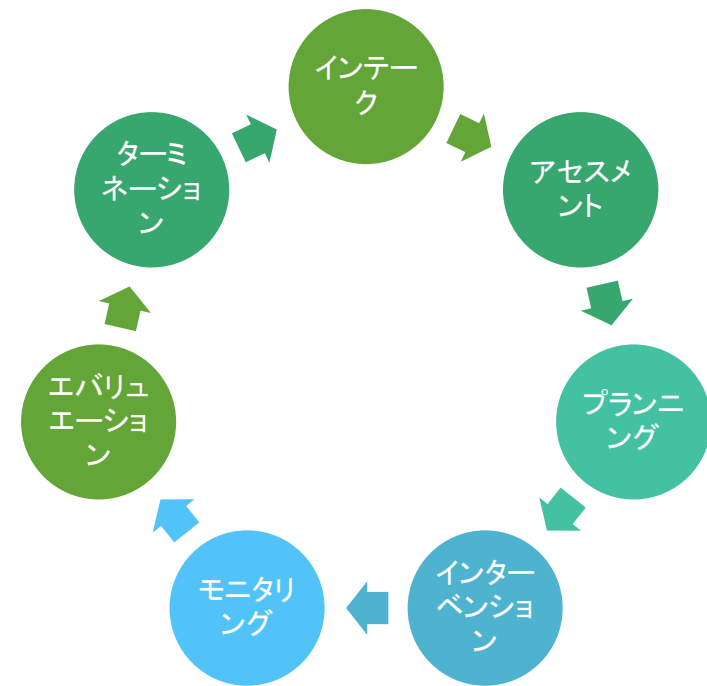
(参考) アドボカシー(権利擁護)

アドボカシー(Advocacy)

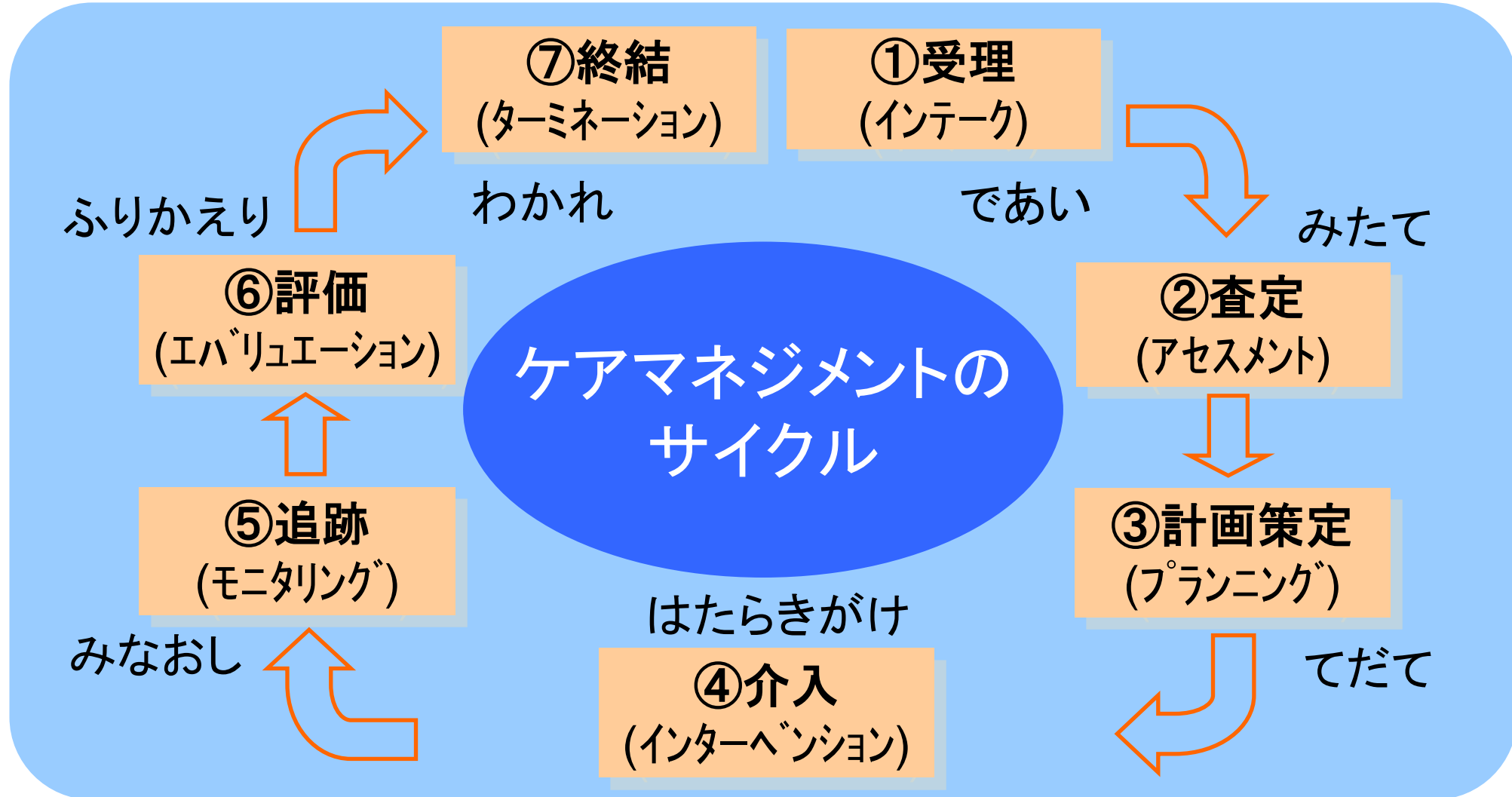
社会的弱者やマイノリティ(社会的少数派)の生命や権利利益を擁護し代弁すること



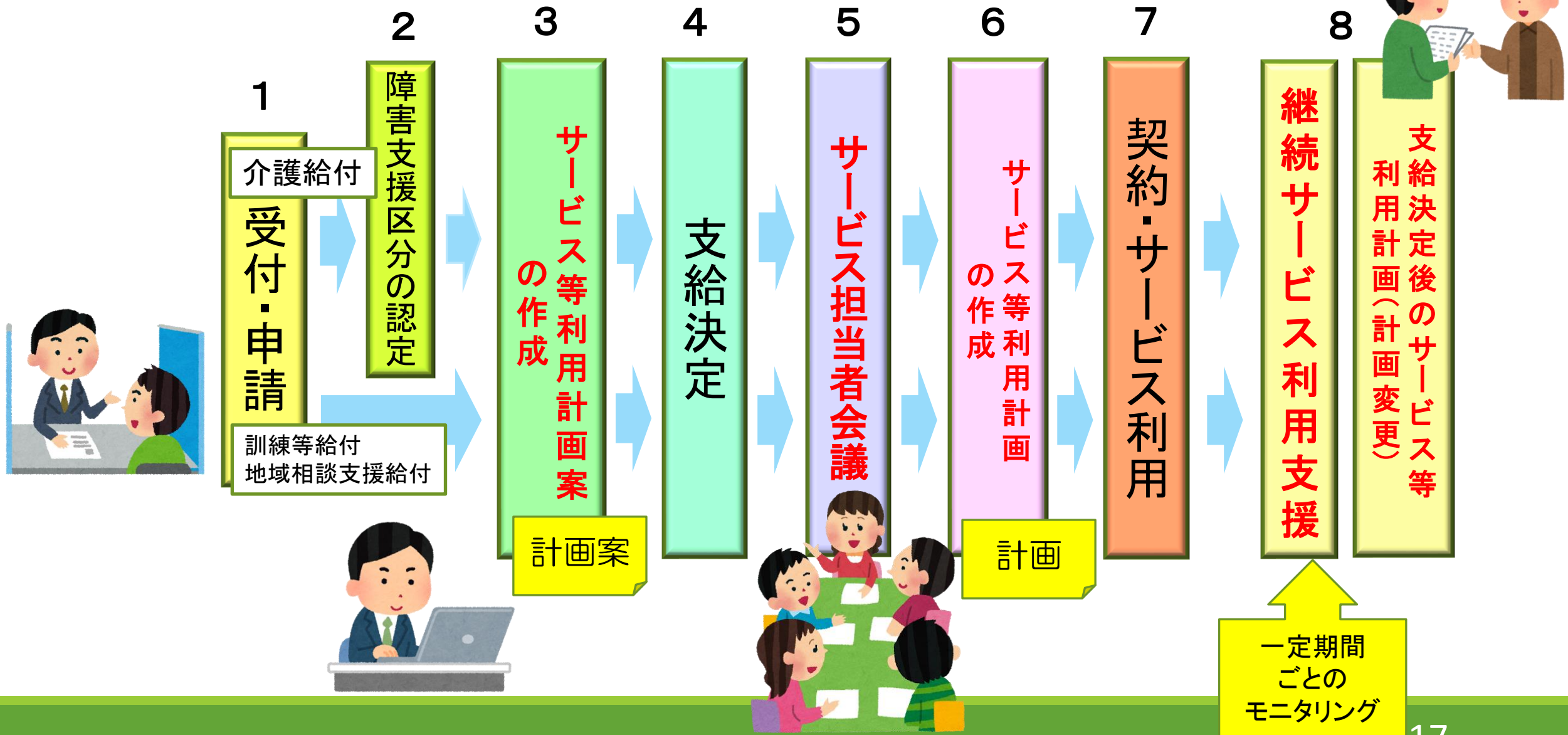
2. ケアマネジメントのサイクル



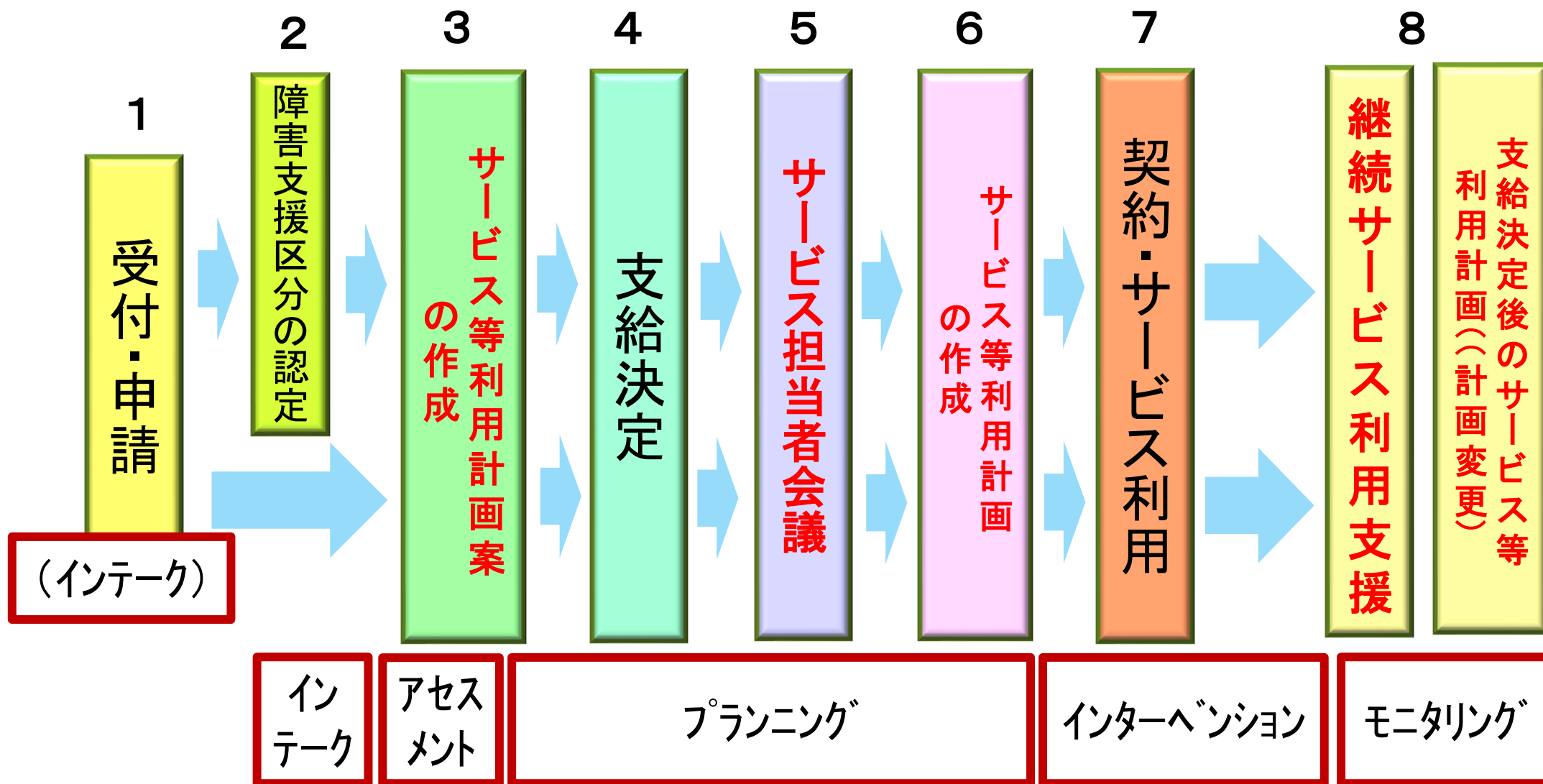
ケアマネジメントのサイクル(過程)



障がい福祉サービス利用のプロセス(障害者総合支援法)



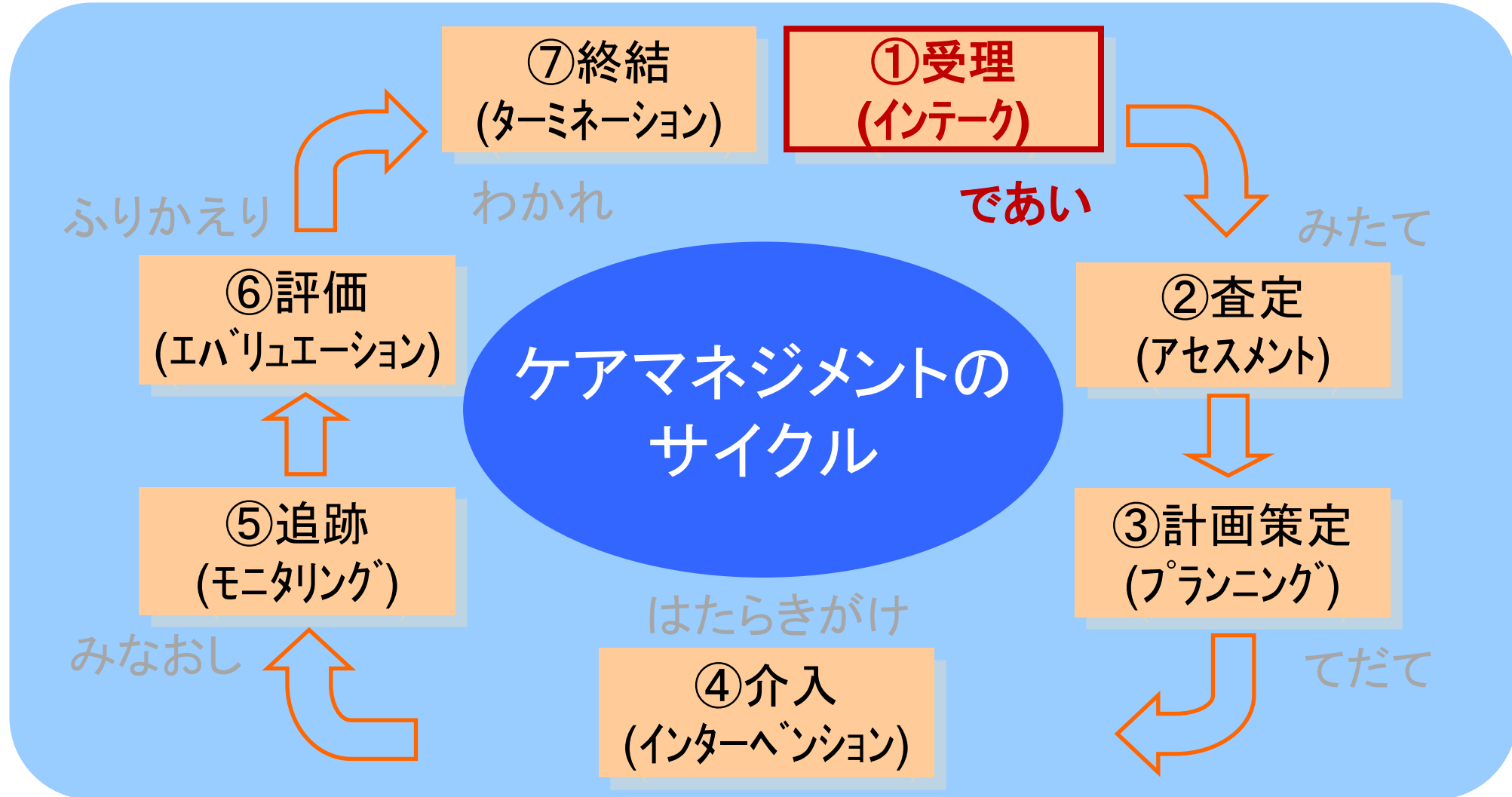
ケアマネジメントサイクルと障がい福祉サービス利用プロセスとの関係性



(1) 受理(インタビュー)について



ケアマネジメントのサイクル(過程)



インタビュー(であい)

みなさんは、障がい者本人やその家族と「出会う」ことからスタートします。

自己紹介をしたあと、本人や家族にまずは何を聞きますか？

相談スタート時に大切なこと

～聞かれる側の痛み～

どんな思いで
来られている
のか。



相談者の思い、

不安の背景を理解する……。

- ◇福祉サービスを利用することが初めてで何をどうしたら良いのか分からない。
- ◇生活に行き詰まって、現状をどう話して良いか分からない。
- ◇家族や友人等の相談していたが、福祉施設の職員、相談員との面談で不安を感じている。
- ◇自分のことを本当に理解してもらえるのか。分かってもらえるのか。
- ◇どこまで話せば分かってもらえるか。

心にとめておく大切なこと

～相手を大切に思う気持ちを伝える～

相談者から見て、
私はどう映っているか。



聞きたいことは もっと後から何よりも安心を

- ◇何よりも聴くこと。話したい、相談したいと思っていただく。信頼関係。
- ◇決して他言しないことを伝える（個人情報管理）。
- ◇大切な人として対応。否定しないこと。話し方。場所の設定 等
- ◇相談員、事業所がどのような相談、役割が出来るかを丁寧に説明。
- ◇情報提供：これからの支援、サービス利用までの流れ、利用料金等。
- ◇緊急を要する場合は早急に各関係機関と連携して、当日に具体的な動きを作る。
- ◇その都度、ご本人、家族に説明する。
- ◇ご本人、ご家族のペース、スピードに配慮する。 等

最後に『話していただいてありがとうございます』の言葉を伝える。

インタビュー時のポイント

1. 閉じられた質問

_____で答えられる質問



メリット(利点) : 相手がすぐに答えやすい

デメリット(欠点) : 質問しすぎると尋問のようになりやすい

インタビュー時のポイント

2. 開かれた質問

閉じられた質問・開かれた質問
のバランスを意識する

_____で答えられない質問

メリット(利点) : 相手からより話を引き出しやすい

デメリット(欠点) : 相手が答えるのに時間がかかる

インタビューで重要なこと

- ・障がい者本人が何を相談したいか伝えるには、まずは、相談支援専門員が障がい者本人や家族が話していることを「聴く」(傾聴する)ことが非常に大切です
- ・「聴く」(傾聴する)ことが、障がい者本人と相談支援専門員との信頼関係の基礎となる



主訴について

相手(障がい者・家族)が話したことを
否定せず、まずは受け取る(傾聴)

家事が苦手なので
ヘルパーを利用
したい



家事って大変ですよね
だから、ヘルパーを
利用したいのですね



インタビューとは

1. まずは、障がい者本人や家族の話を聴く(傾聴する)
2. 本人や家族の主訴を確認する。確認する際、本人や家族から言われたことに対し、意識的に？をつける(本当の主訴は何かを確認する作業をする)
⇒この時から「アセスメント」が始まっている

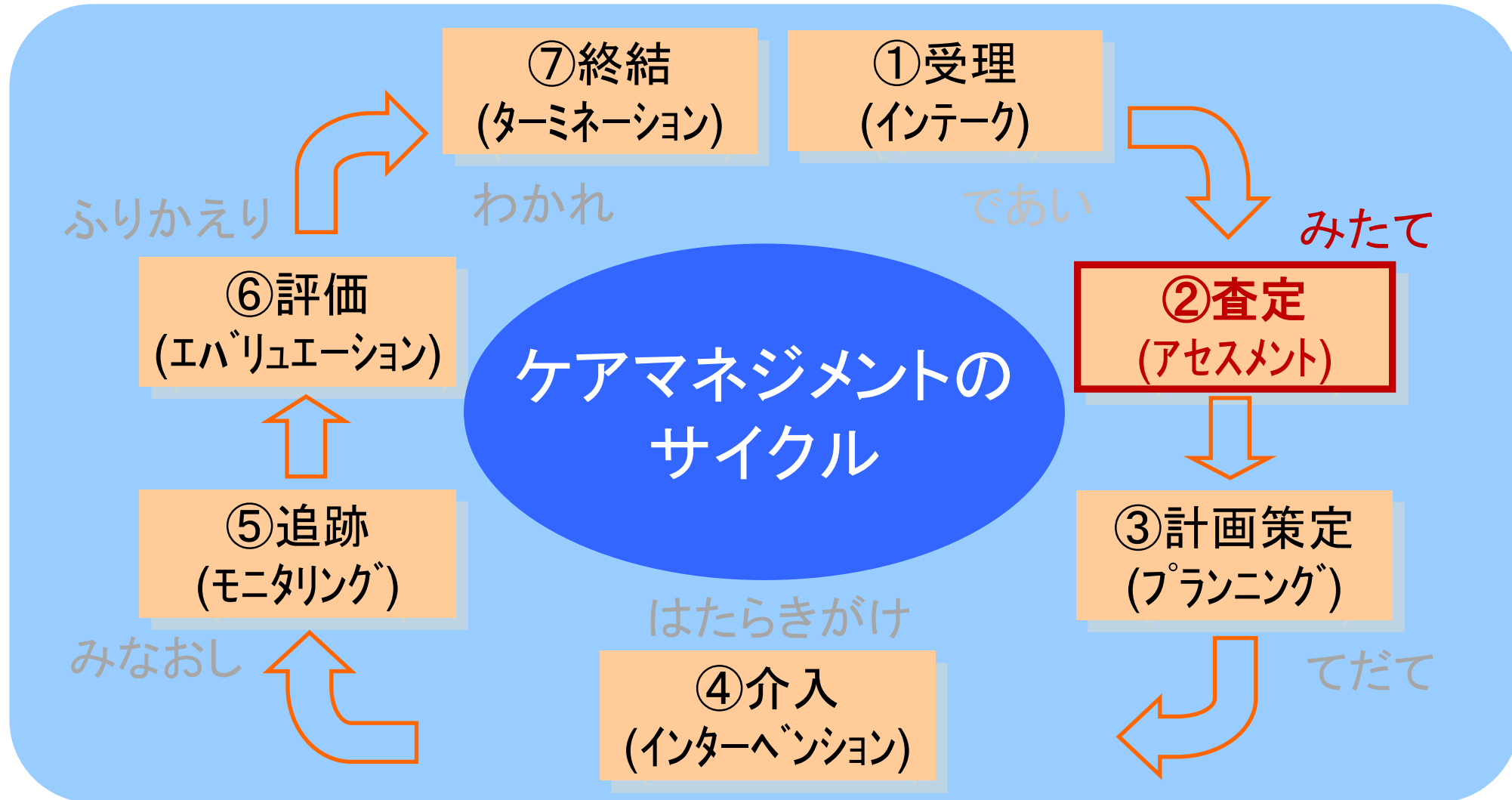
インタビューとは

3. **相談支援事業所ができることを伝える。**対象者でない場合は、対象になりうる機関などを紹介する。場合により相談支援事業者が、本人や家族の了解の上、対象になりうる機関などへ紹介したいことを事前に伝えておく
4. 相談支援事業所ができることの説明を障がい者本人・家族が承知し、今後支援を望む意向があることを確認し、**契約を結ぶ**

(2) 査定(アセスメント)について



ケアマネジメントのサイクル(過程)



アセスメント(みため)とは

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、整理し、ニーズや課題を確定する。

(1) 情報の収集

(2) 情報の整理・分析(ニーズ整理)

(3) ニーズ・課題の確定



アセスメントとは



(1) 情報の収集

多角的・総合的な視点での情報収集

⇒視点に基づいた整理票(アセスメント票)

- ・網羅的に票を埋めることがアセスメントではない
- ・情報が少ないのは困るが、埋まっていないからダメということではない

アセスメントで重要なこと

【情報収集の際、基盤となる価値観】



本人中心 生活者視点
エンパワメント スtrenghス

- 障がいや疾患、周囲の課題感にとらわれすぎない
- 最善の利益、社会常識、規律にとらわれすぎない
- 価値観の転換(リフレーミング)を活用する

(参考)リフレーミングとは

リフレーミング

考え方の枠組みを取り替えること

物事を見る枠組み (frame) を変え、別の枠組みで同じ物事への印象や意味を捉え直す事(re-frame)で前向きに考える事ができる

(参考)リフレーミング → 短所が長所になる

優柔不断な人 ⇒

頑固な人 ⇒

おせっかいな人 ⇒

わがままな人 ⇒




アセスメントで重要なこと

【情報収集の留意点】


- ・支援対象者から表出された言葉や想いの「意味や背景を探る」
- ・「意味や背景を探る」ための「問い」を持つこと
- ・そのためには、「なぜ？」という問いを持つことが大切

得た情報をそのままにせず、「なぜ？」という視点を持って関わる事で、「意味や背景を探る」ための「問い」を生み出してくれます

(具体例) アセスメント



家事が苦手なので
ヘルパーを
利用したい



家事って大変ですよね
だから、ヘルパーを
利用したいのですね

では、得意な家事と苦手な
家事を教えてください

相手(障がい者・家族)が話した
ことに「？」をつけ
状況などを確認する

何の家事が
どれくらい出来て
苦手なのか？

アセスメント票の一例

岩手県個別支援計画書標準例 ～私の希望する暮らし Bシート～

(アセスメントシート)

[Bシート]

【私の願いや今の暮らし】

暮らしのこと	願いや希望など	今の暮らし	私のいいところや得意なこと
好きなことや楽しみ			
人づきあいのこと			
住むところ			
いつもの暮らし			
身の回りのこと			
からだやこころのこと			
もしものときのこと			
そのほか			

申請者の現状(基本情報)				別紙1	
作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
1. 概要(支援経過・現状と課題等)					
2. 利用者の状況					
氏名		生年月日		年齢	
住所	[持家・借家・グループケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			電話番号	
				FAX番号	
障害又は疾患名	障害支援区分		性別	男・女	
家族構成※年齢、職業、主たる介護者等を記入		社会関係※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)			
生活歴※受診歴等含む		医療の状況※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等			
本人の主訴(意向・希望)		家族の主訴(意向・希望)			
3. 支援者の状況					
	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援 (障害福祉 サービス、 介護保険 等)					
その他の 支援					

(参考) サービス等利用計画で使用
 使用するアセスメントの様式

(別紙1)
 申請者の現状
 (基本情報)

(参考) サービス等利用計画で使用するアセスメントの様式

(別紙2) 申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】							別紙2		
利用者氏名		障害支援区分		相談支援事業者名					
				計画作成担当者					
	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動	
6:00								.	
8:00									
10:00									
12:00									
14:00									
16:00									
18:00									
20:00									
22:00									
0:00									
2:00									
4:00									
									週単位以外のサービス

アセスメントとは

(2) 情報の整理・分析(ニーズ整理)

- 本人の意思表示、客観的状況、支援者や周囲の判断を分けて考える
- 基本は、**本人の言葉や選好**(他よりも、あるものを好むこと)から始まる
- **支援者(自分)の判断の根拠**の可視化、言語化する

ニーズ・アセスメント整理 で使うシート 「ニーズ整理票」

今回の演習で使います

1 ニーズ整理

くらしのこと	願いや希望	現在の状況	事例のストレングス	支援者の気になること 推測できること	解決すべき課題 (本人のニーズ)	優先 順位
好きなことや 楽しみ						
人づきあいの こと						
住むところ						
いつものくらし (日中活動)						
身の回り のこと						
からだや ところのこと						
もしものとき のこと						
そのほか						

2 この人の全体像（この人ってどのような人？）



3 大まかな支援の方向性

1・ニーズ整理

くらしのこと	願いや希望など	今のくらし (現在の状況)	私のいいところや得意なところ (事例のストレングス)	支援者の気になること 推測できること	解決すべき課題 (本人のニーズ)	優先 順位
好きなことや 楽しみ						
人づきあいの こと						
住むところ						
いつものくらし (日中活動)						
身の回り のこと						
からだや こころのこと						
もしものときのこと						
そのほか						

2 この人の全体像（この人ってどのような人？）



3 大まかな支援の方向性

ニーズ整理の留意点

①「見立て」ができるようになる

支援者自身が

1. どのような情報を得て、
2. どのような解釈をして、
3. どのような支援方針をたてるか

②「手立て(プランニング)」は一旦置いておく

本人の言葉、本人の理解から始める
対応から入らない

アセスメントとは

(3) ニーズ・課題の確定

- ニーズ整理で見えてきたニーズ(課題)から、**取り組むべきものを確定**する
- 取り組む必要性の高さ、緊急性の高さなどから**ニーズ(課題)に優先順位をつける**
- **(大まかな)支援の方向性を確定**する

アセスメントとは

【補足説明】

- ・本人や家族の変化など生活が進むにつれ得られる情報が変化する
- ・そのため、新しい情報を能動的に収集し、アセスメント情報を更新・深化させていくことが重要

アセスメントに終わりはありません

インタビューとアセスメントとの関係

インタビュー
(であい)

情報の収集



アセスメント
(みため)

ニーズの整理
(情報の分析)

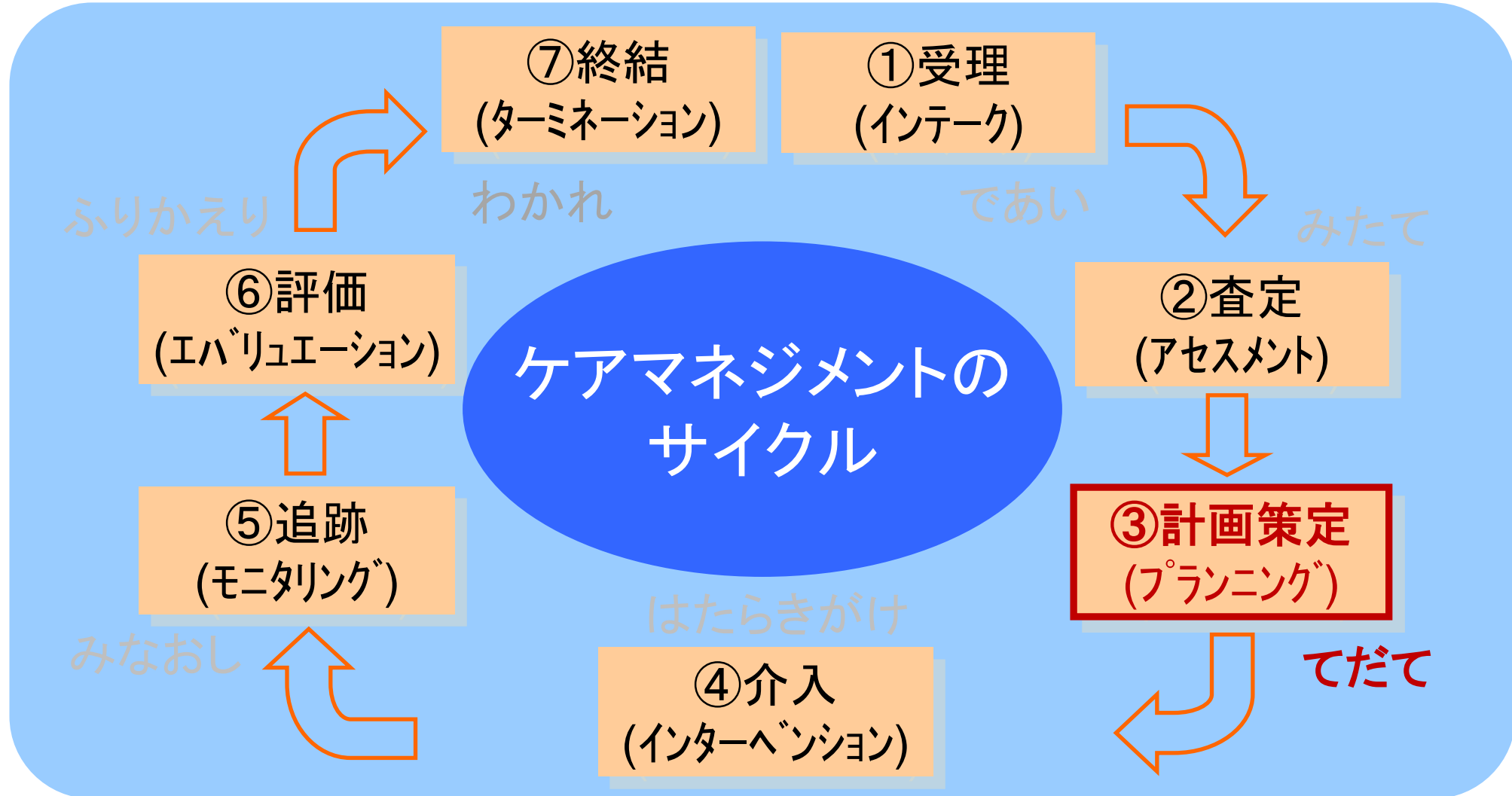


広義のアセスメント

(3) 計画策定(プランニング)について



ケアマネジメントのサイクル(過程)



プランニング(てだて)とは

アセスメントに基づき、障がい者の地域生活を支援する土台となる計画(プラン・てだて)を作成する。

(1) 目標の設定

(2) 計画(プラン)の作成



プランニングとは

(1) 目標の設定

- ・障がい者本人のニーズに基づいた目標設定
- ・長期、(中期)、短期目標を設定する
- ・実現可能な目標を設定する



プランニングとは

(2) 計画(プラン)の作成

- ・設定した目標に向かい、どのような支援を受け生活していくのか、**具体的に計画(支援目標)を作成する**
(具体的な支援内容、支援日数・期間など)
- ・本人、支援者の**役割を明確**にする



プランニングにおいて重要な視点

- (1) 障がい者本人の**ストレングスを活用した計画**を考える
⇒ 障がい者本人の動機づけを高めることにつながる

- (2) 福祉サービスの枠にとらわれず、**柔軟に地域にあるさまざまな資源を活用した計画**を考える
⇒ 公的サービスだけでなく、ボランティア、近所の人、友人などの社会資源を活用した計画も検討する

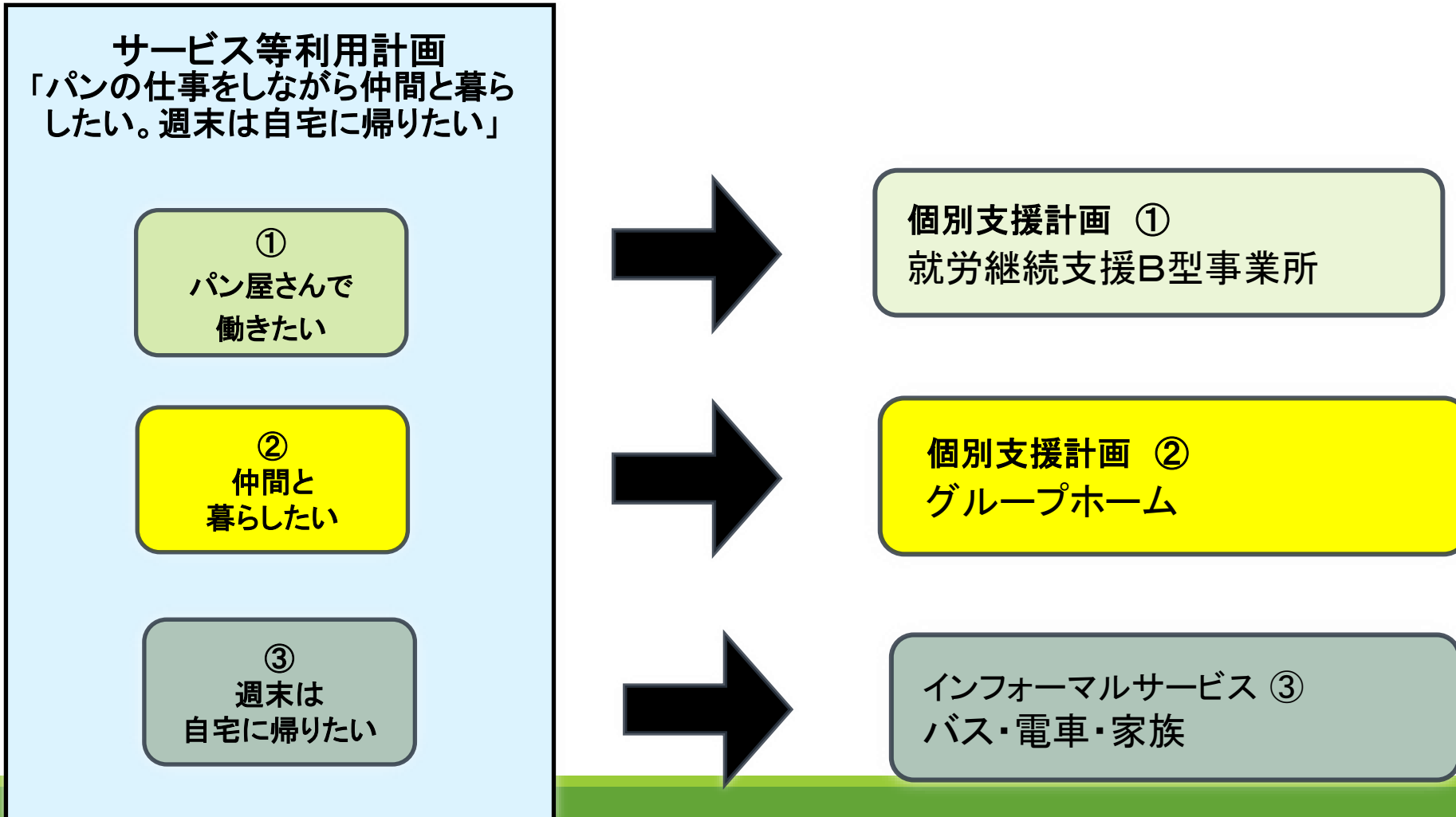
サービス等利用計画と個別支援計画の関係



サービス等利用計画と個別支援計画の関係

相談支援専門員

サービス管理責任者



サービス等利用計画・個別支援計画作成のポイント

- **本当のニーズ、声**を私たち自身が理解しているか
- 具体的な**目標設定とゴール**までの道筋が明確か
- 支援者が**色々な支援の方法**を持っていること
- これとこれを合わせたら、こうなるかもという**発想**
- **次も私たちに希望を伝えていただけるか**

ケア会議

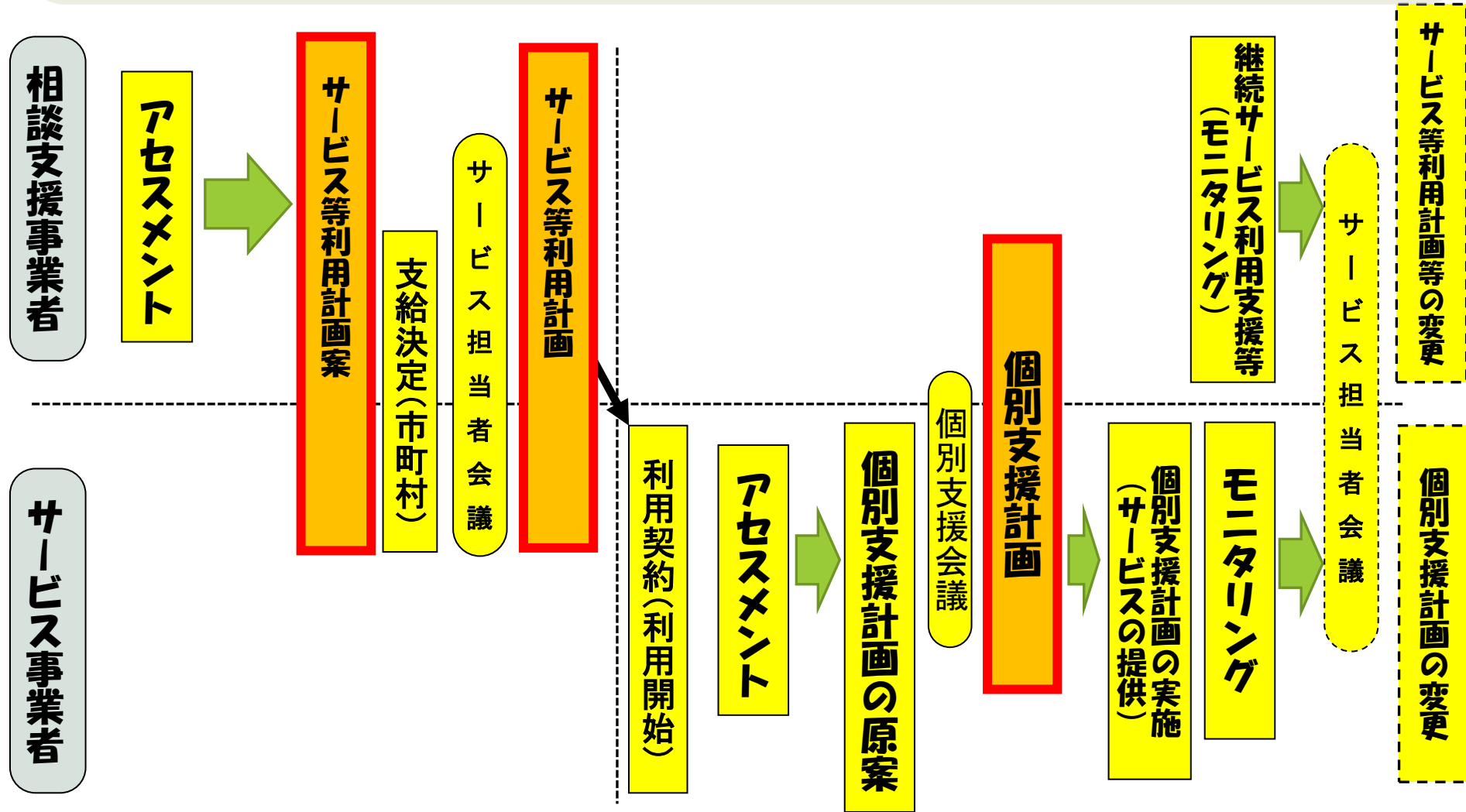
- ・ケース会議、サービス調整会議、サービス担当者会議などの名称で呼ばれている



- ・ケアマネジメントを進めていく上で、地域の多領域の支援者が集まり、障がい者本人に関する共通理解や役割分担支援の方針、目標、評価について決めていくための会議

会議を行うことで、「チーム支援」の意識が高まる

指定特定相談支援事業者及び障害児相談支援事業者と 障害福祉サービス事業者の関係



(参考) サービス等利用計画案の様式

(様式1-1) サービス等利用計画案

様式1-1

サービス等利用計画案

利用者氏名		障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号					
計画案作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄	

利用者及びその家族の生活に対する意向 (希望する生活)	
総合的な援助の方針	
長期目標	
短期目標	

優先順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							
6							

(参考) サービス等利用計画の様式

(様式2-1) サービス等利用計画

様式2-1

サービス等利用計画

利用者氏名		障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号					

計画案作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄	
--------	--	----------------	--	----------	--

利用者及びその家族の生活に対する意向 (希望する生活)					
総合的な援助の方針					
長期目標					
短期目標					

優先順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)			
1								
2								
3								
4								
5								
6								

(参考) サービス等利用計画の様式

(様式2-2) サービス等利用計画【週間計画表】

様式2-2

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名		障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号					
計画開始年月日					

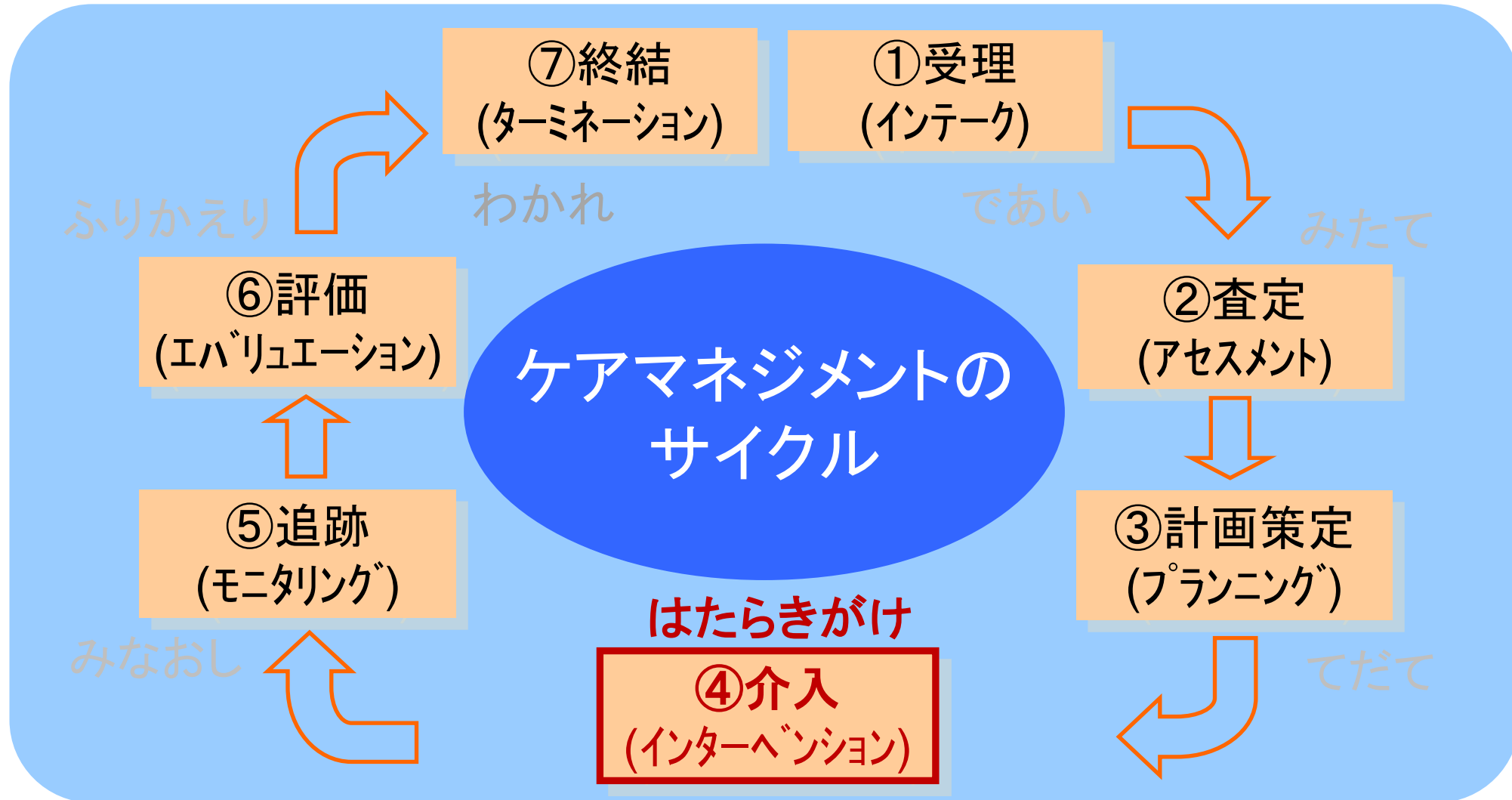
	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								週単位以外のサービス
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	
----------------------	--

(4) 介入(インターベンション)について



ケアマネジメントのサイクル(過程)



介入（インターベンション）とは

計画に基づいて障がい者の生活に介入すること
支援やサービス提供を行う

(1) 直接介入

障がい者本人に直接かかわる、働きかける

(2) 間接介入

周囲の人々や専門機関など障がい者本人を取り巻く環境に
働きかける



介入（インターベンション）における重要な視点

(1) 直接介入

可能な限り、障がい者本人のセルフケア（自己対処）能力を向上させ、主体的判断の能力を高める

(2) 間接介入

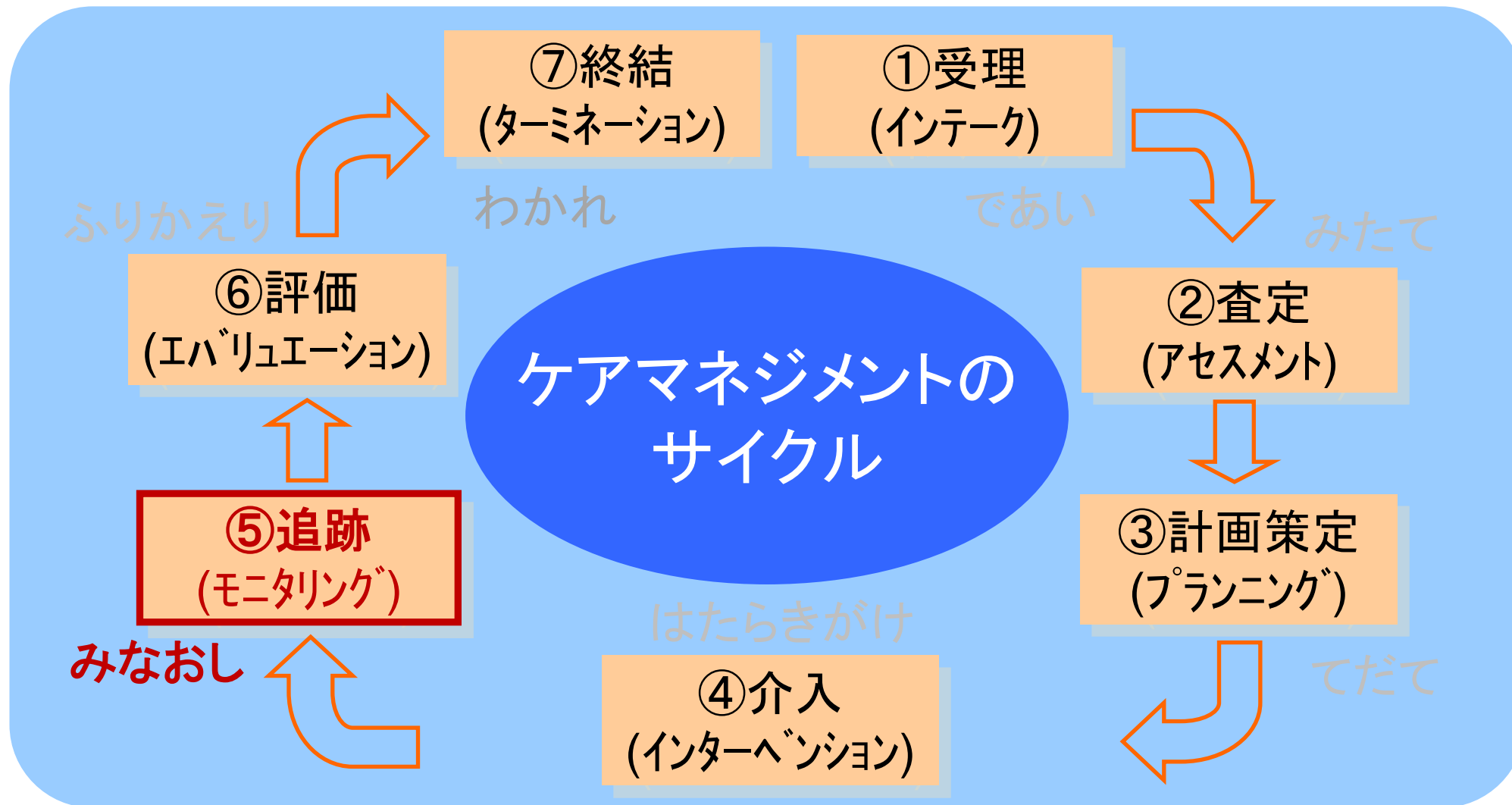
相談支援専門員が、社会資源の要（かなめ）として働き、障がい者本人のニーズを満足させる社会資源を組織化する



(5) 追跡(モニタリング)について



ケアマネジメントのサイクル(過程)



モニタリングとは



支援計画がうまく遂行されているか否かについて定期的に情報を集め**計画を修正し、支援ネットワークを維持**すること

→モニタリングは、単なる評価・確認に留まらず、**再アセスメント**につながる機会でもある

モニタリングで行われる課題

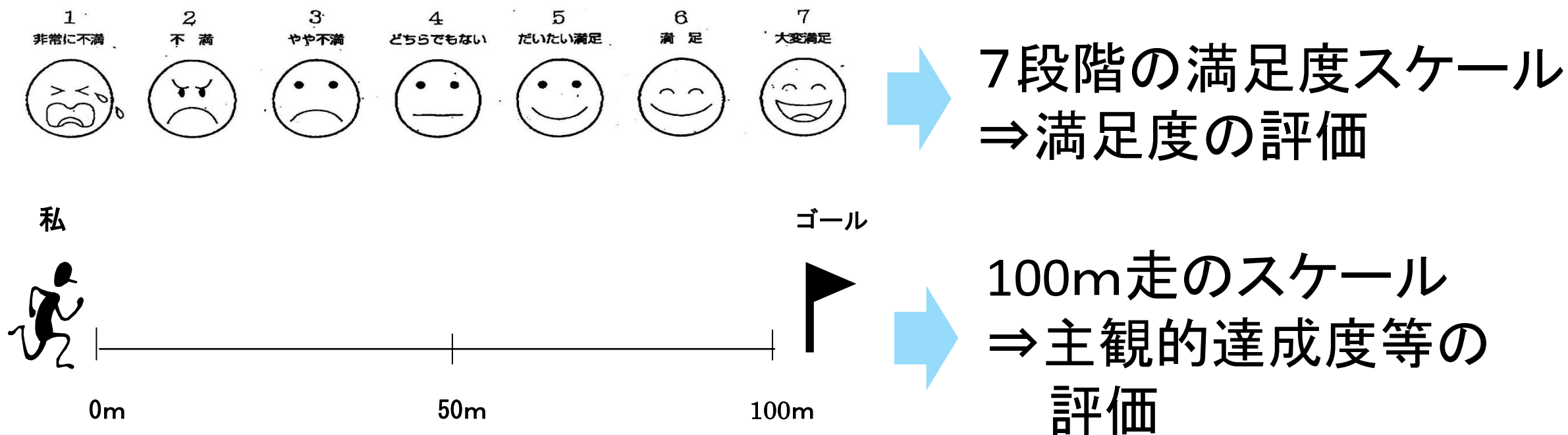
- (1) 支援計画が適切に実行されているか？
- (2) プランニングで立てた小目標が達成されているか否か？
- (3) 支援の結果は良好なのか？
⇒ **障がい者や家族の満足度はどうか？**
- (4) 支援以外の生活変化はあるか？
- (5) 障がい者に新たなニーズが生じていないか？



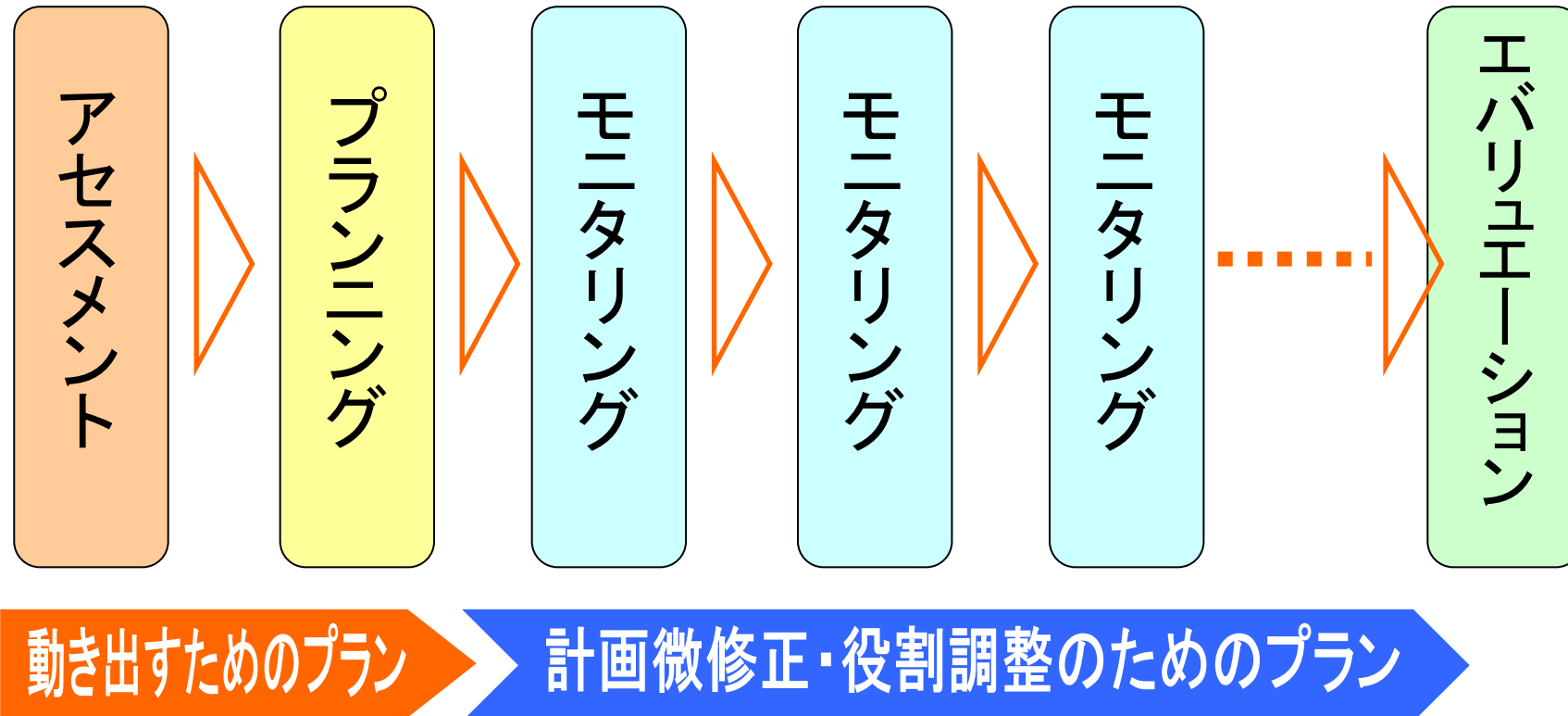
モニタリングの質がケアマネジメントの効果を左右します！

(参考)満足度や達成度を測るスケール ～目に見えないものを可視化し数値化する～

岩手県個別支援計画標準例「私の希望する暮らし」にある評価スケール

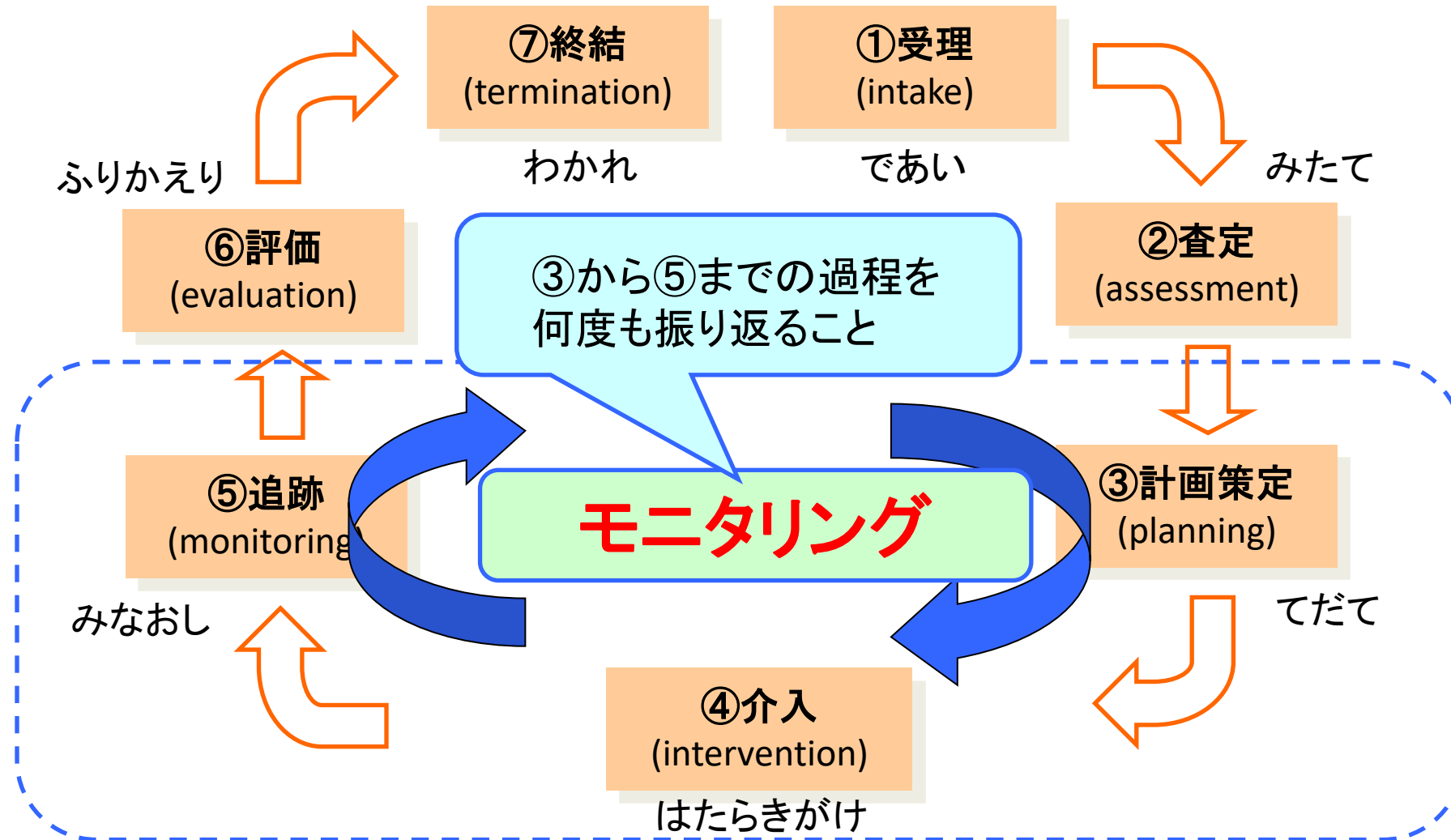


ケアマネジメントの過程とモニタリング



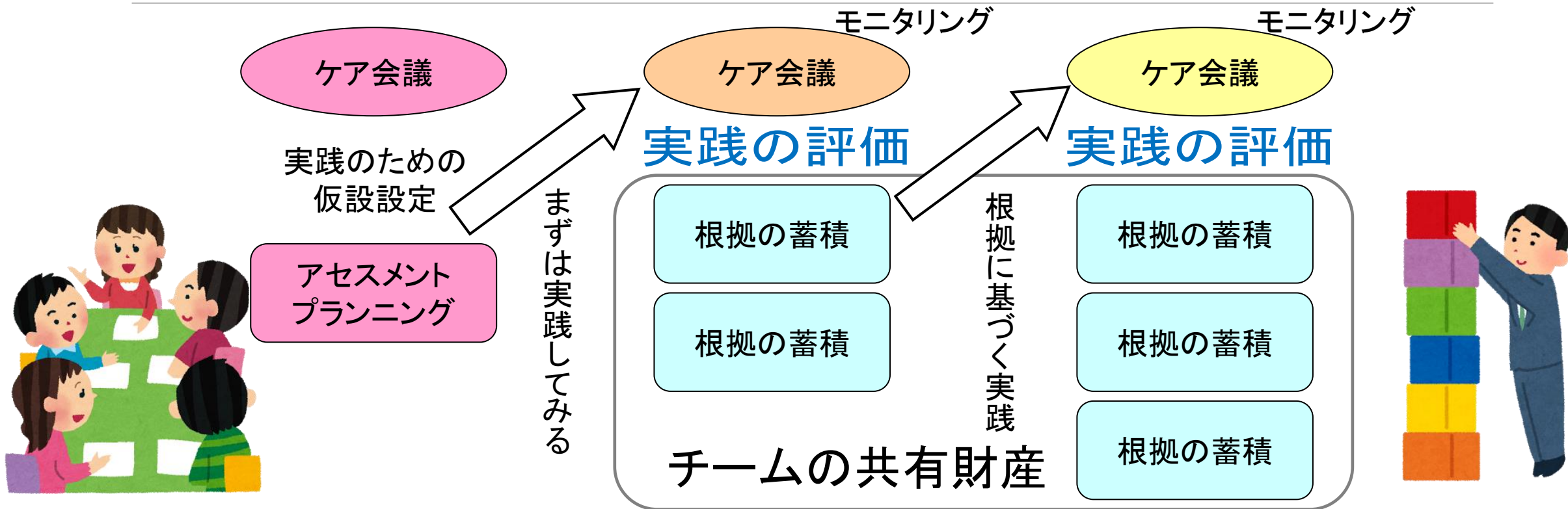
ニーズを見定め、計画を微修正しながら関係者の役割を調整する活動

ケアマネジメントの過程におけるモニタリングの位置と範囲



モニタリングとEBP

EBP (Evidence-Based Practices): 根拠に基づく実践

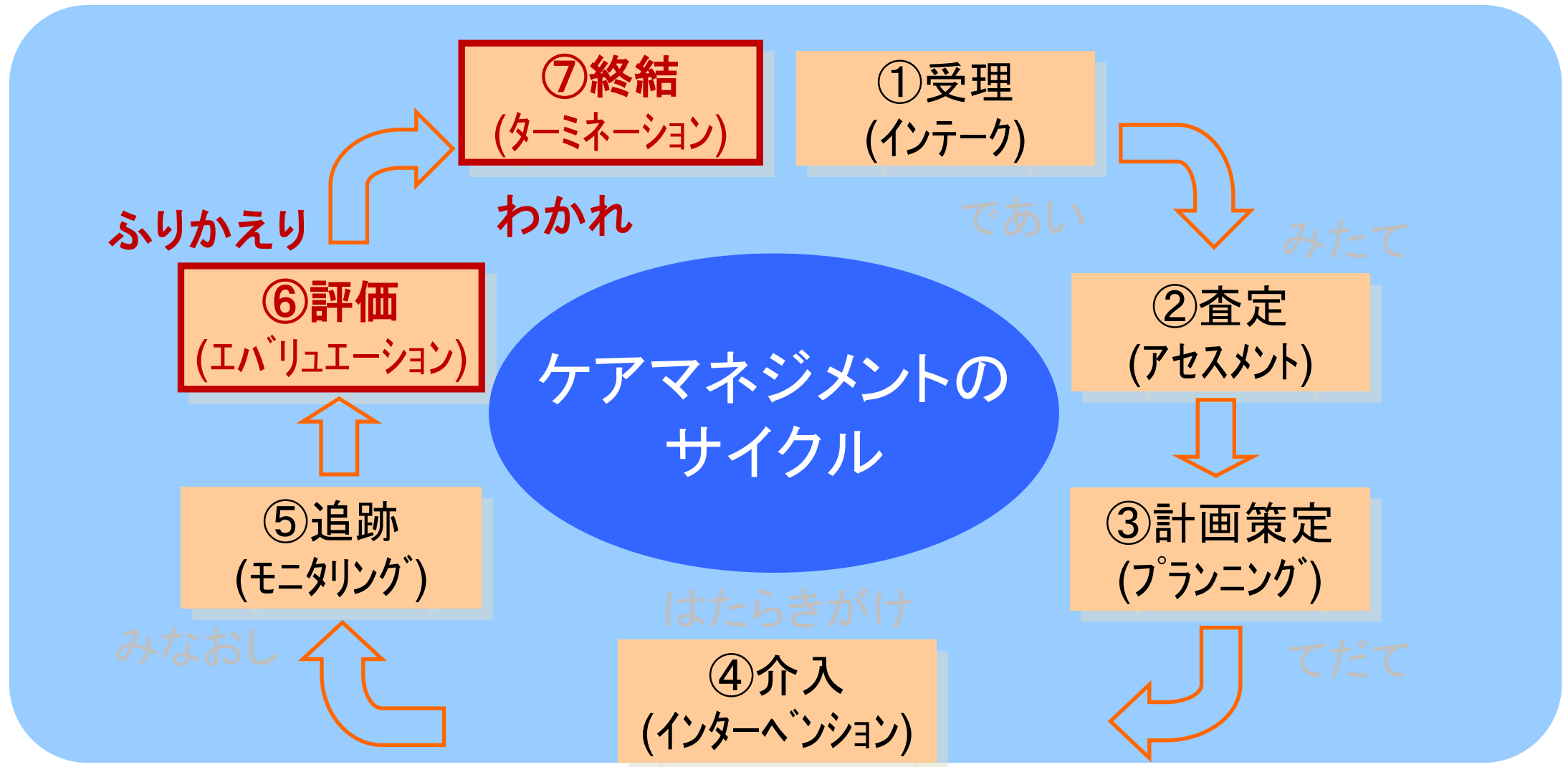


モニタリングとは・・・「上手くいっている(いない)こと」を振り返り、それらを実践の「根拠」として蓄積する作業である

(6) 評価 (エバリュエーション) について
(7) 終結 (ターミネーション) について



ケアマネジメントのサイクル(過程)



評価（エバリュエーション）とは 終結（ターミネーション）とは



○評価（エバリュエーション）

ケアマネジメントのプロセスを終える（予定されていた期間の終了）間際に、**支援活動を振り返り、望ましい結果が得られているか否かを判断**する。評価に従い、**支援を終結するか決定**する

○終結（ターミネーション）

評価に従って、**支援を終結**する

エバリュエーションで行われること

- (1) 支援計画が妥当であったのか？
- (2) 目標は達成できたのか？
- (3) 生活に対する全般的効果はあったのか？
- (4) 障がい者や家族の満足度はどうか？
 - ・ニーズを満たしたか？ ・良い影響があったか？
 - ・相談支援専門員に満足したか？ など



評価（エバリュエーション）と追跡（モニタリング）の違い

支援途中の
その時点での振り返り



追跡
（モニタリング）

支援開始から終了まで
の振り返り



評価
（エバリュエーション）

3. さいごに



さいごに



- (1) ケアマネジメントの目的と基本的視点を意識し、相談支援に取り組んでください
- (2) 自分自身が行っている相談支援が、ケアマネジメントのどのサイクルにあるのかを意識して取り組んでください
- (3) ケアマネジメント(相談支援)は、多職種の方々が「チーム」を組み、支援を行うものです。チームで動いていることを意識して取り組んでください

ご清聴
ありがとうございました



【引用・参考文献】

- ・岩手県保健福祉部障がい保健福祉課(2009). 地域移行推進における個別支援計画書(私の希望するくらし)の妥当性の検証ならびに個別支援計画書策定手法に関する研修 報告書. 平成20年度厚生労働省障害者自立支援調査研究プロジェクト
- ・野中猛・上原久(著)(2008). 平成20年度相談支援従事者初任者研修・サービス管理者研修資料. 岩手県
- ・野中猛(著)(2002). 図説ケアマネジメント. 中央法規
- ・チャールズ・A・ラップ、リチャード・J・ゴスチャ(著) 田中英樹(訳)(2008). ストレングスモデルーリカバリー志向の精神保健福祉サービス. 金剛出版
- ・社会福祉士養成講座編集委員会(編)(2009). 相談援助の理論と方法 I・II. 中央法規出版
- ・Wikipedia(2022). 「ニーズ」「クオリティ・オブ・ライフ」「アドボカシー」(2022.5.31アクセス)
- ・小澤温(著)(2015). 相談支援専門員のためのストレングスモデルに基づく障害者ケアマネジメントマニュアル. 中央法規
- ・令和元年度相談支援従事者指導者養成研修(2019)
- ・令和2年度栃木県サービス管理責任者研修資格取得研修(2020)
- ・令和5年度宮崎県相談支援従事者初任者研修(2023)
- ・障害者.com