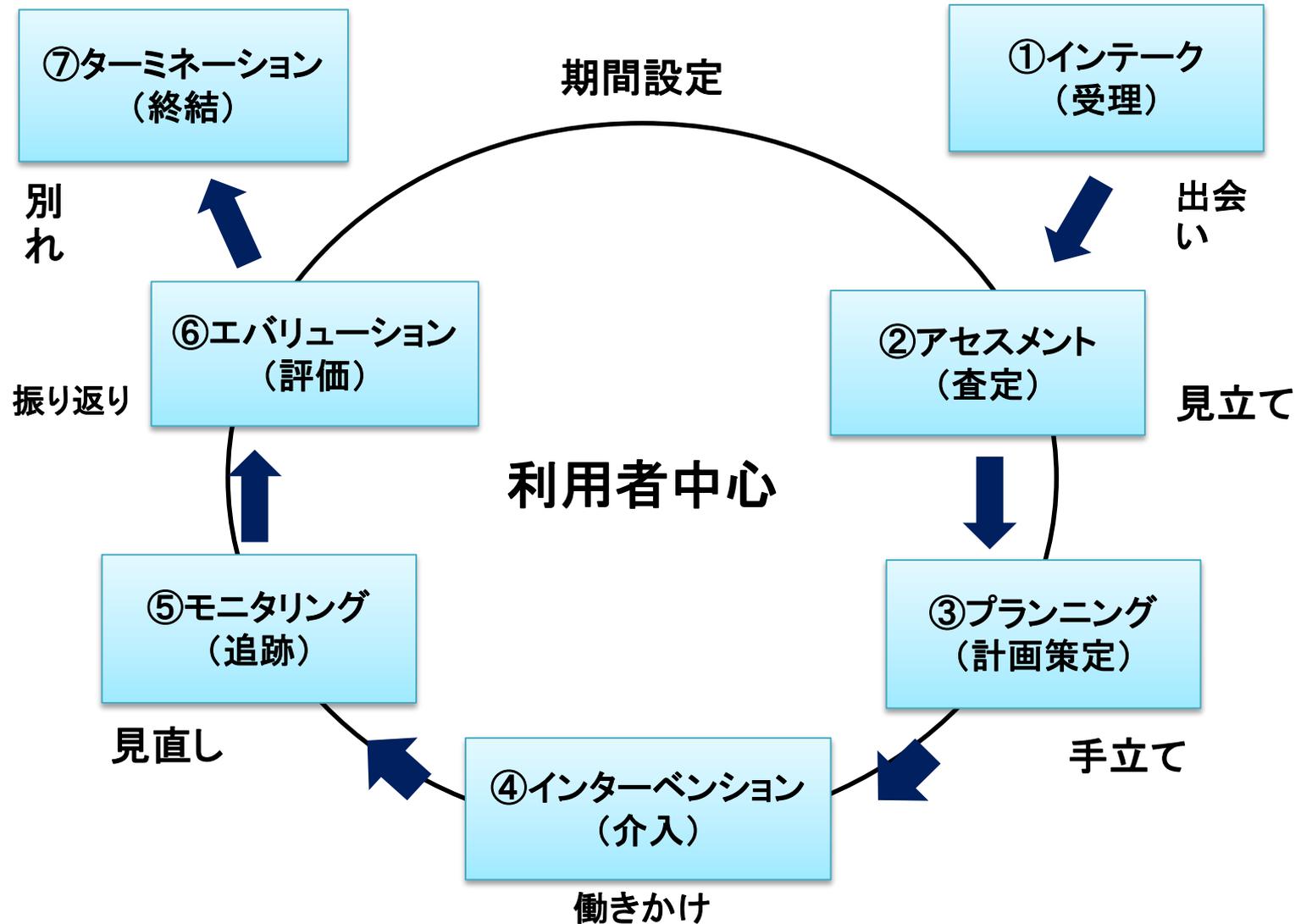


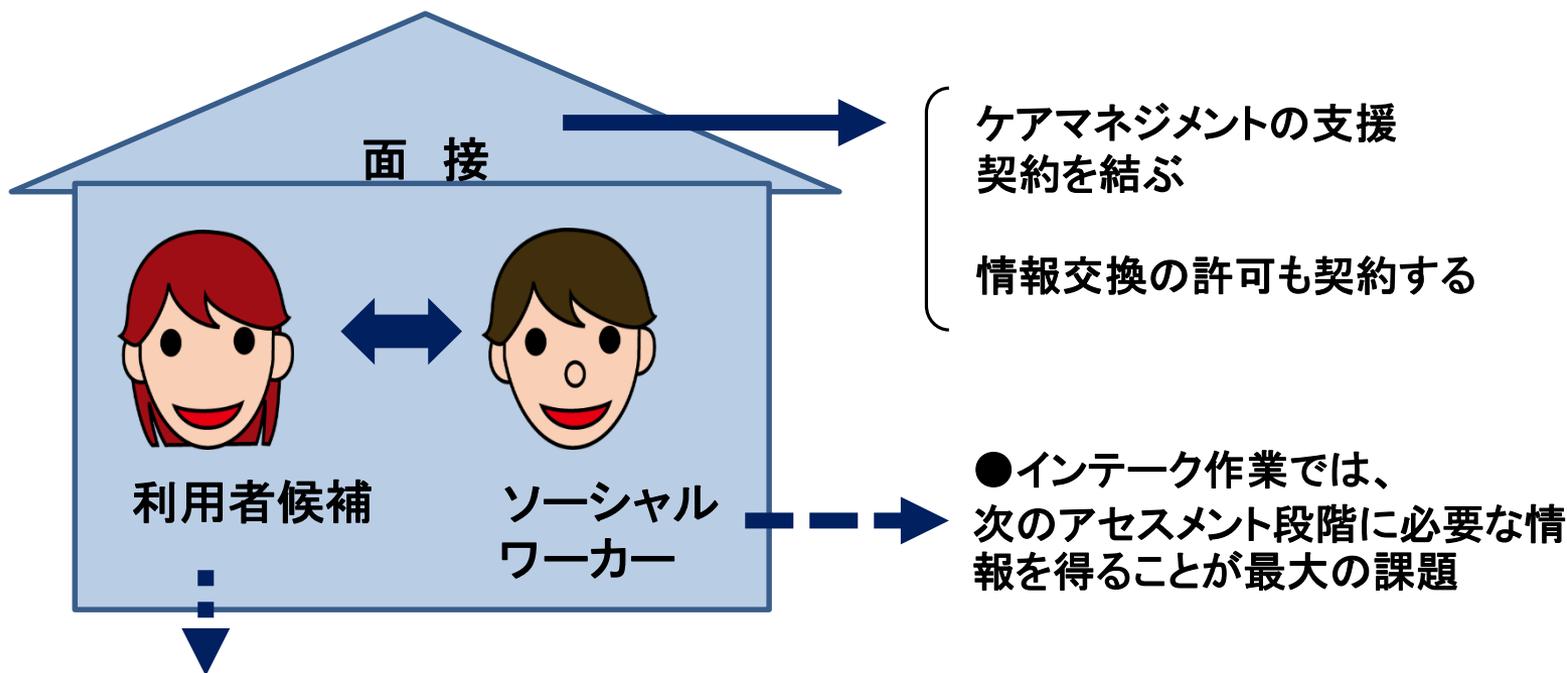
ケアマネジメントのサイクル

ケアマネジメントのサイクル



① インテーク（出会い）

ケアマネジメントの対象とするか否かの判断と、支援契約をその候補者と結ぶ作業



ケアマネジメントの支援
契約を結ぶ

情報交換の許可も契約する

● インテーク作業では、
次のアセスメント段階に必要な情
報を得ることが最大の課題

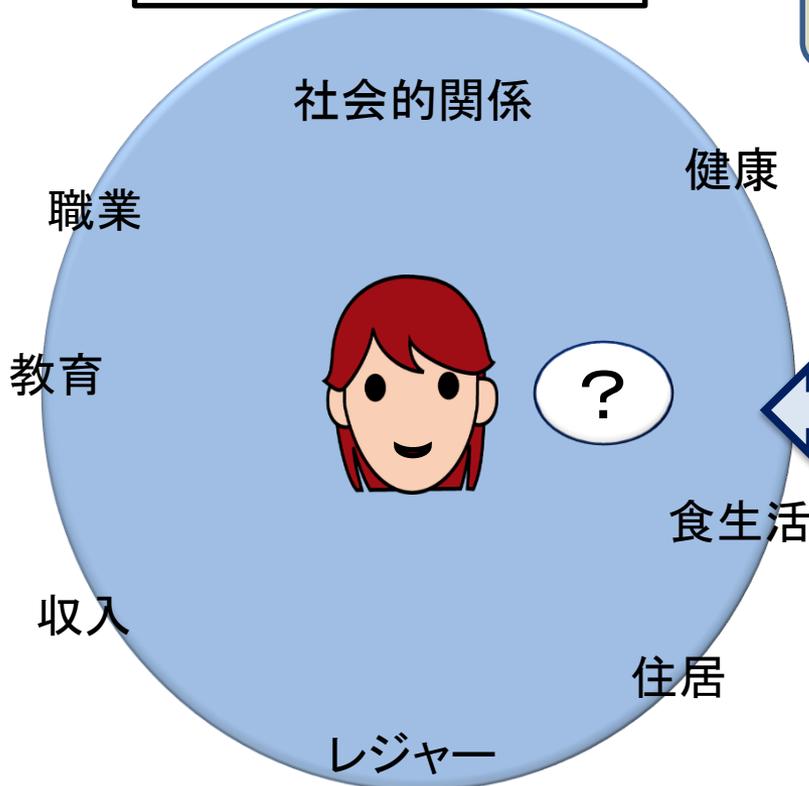
● 支援契約を結ぶことで
支援の全体像が見える安心感につなが
り、自分の努力の責任と分担が明らか
になりセルフケア能力が高まる

②アセスメント（4つの見立て） 『ニーズのアセスメント』

ケアマネジメントの中で最も大切な作業

生活に必要な要素

デマンド(要請) = 本人の言動上の表現



ニーズ = 生活に欠けた領域

ニーズを取り違えると
目標は達成できない

『セルフケア能力のアセスメント』

ニーズを充足できる本人の能力と限界
→はっきりしないと支援の程度がわからない

従来の支援・・・問題中心のリストアップ

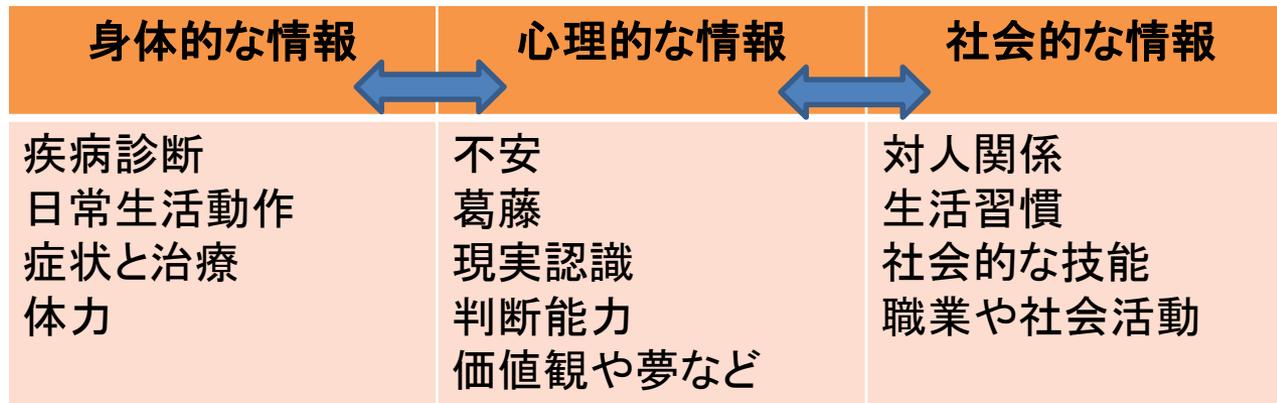
ケアマネジメント・・・能力中心のリストアップ



問題行動だけの情報では解決の
ヒントは得にくい



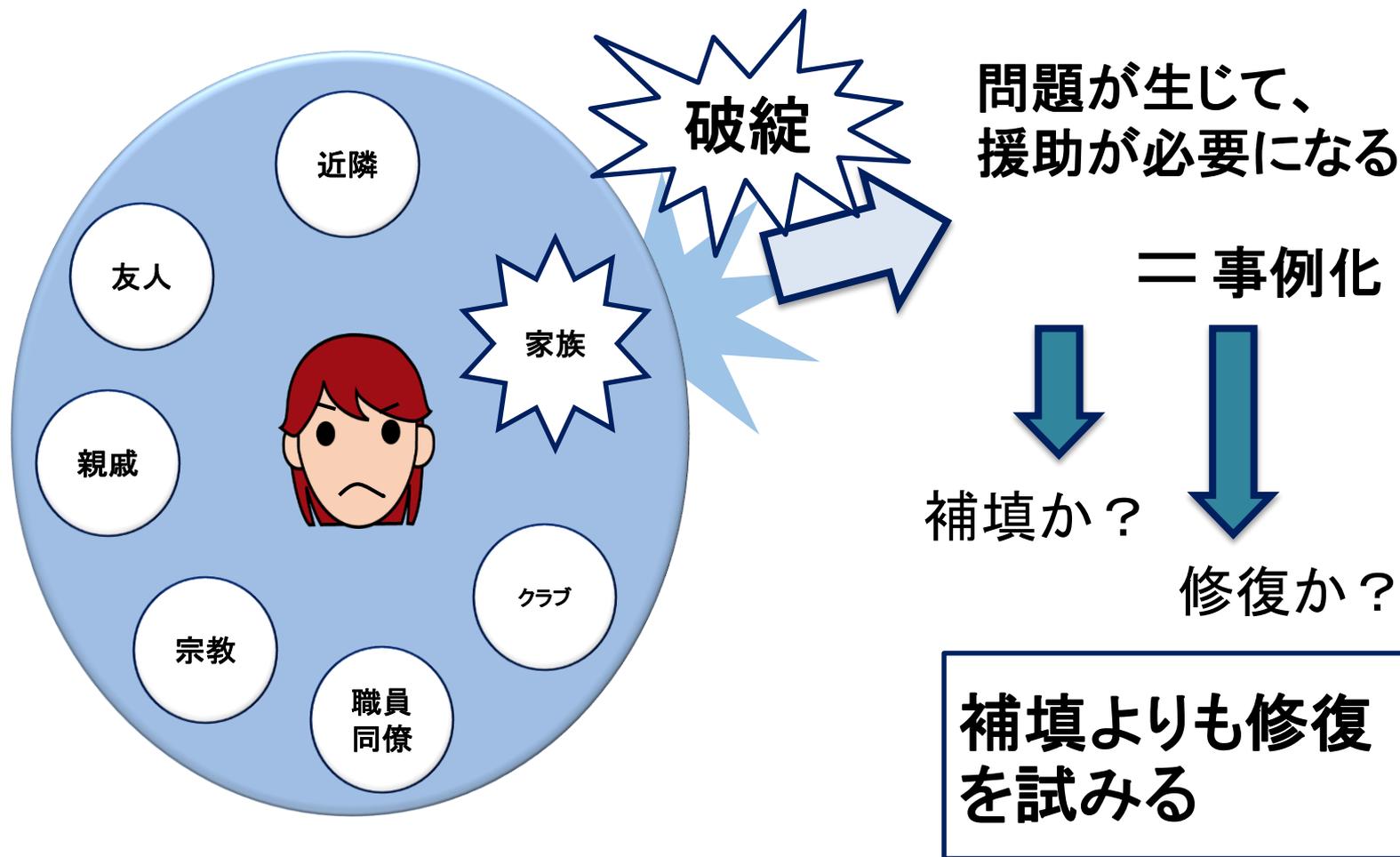
健康な時の情報にセルフケア能力
が表れている



セルフケア能力をリストアップ

『インフォーマルケアのアセスメント』

インフォーマルな対人的相互関係によって人は支えられている



『専門的ケアのアセスメント』

地域で利用可能な専門機関・専門職に関する、極めて具体的な情報を整理すること



ソーシャルワーカーには選択と紹介の責任感がある

アセスメント表の概要

アセスメント(査定)

二

見立て

利用者本人の環境と
状況を理解する作業

ニーズ
アセスメント
から行う

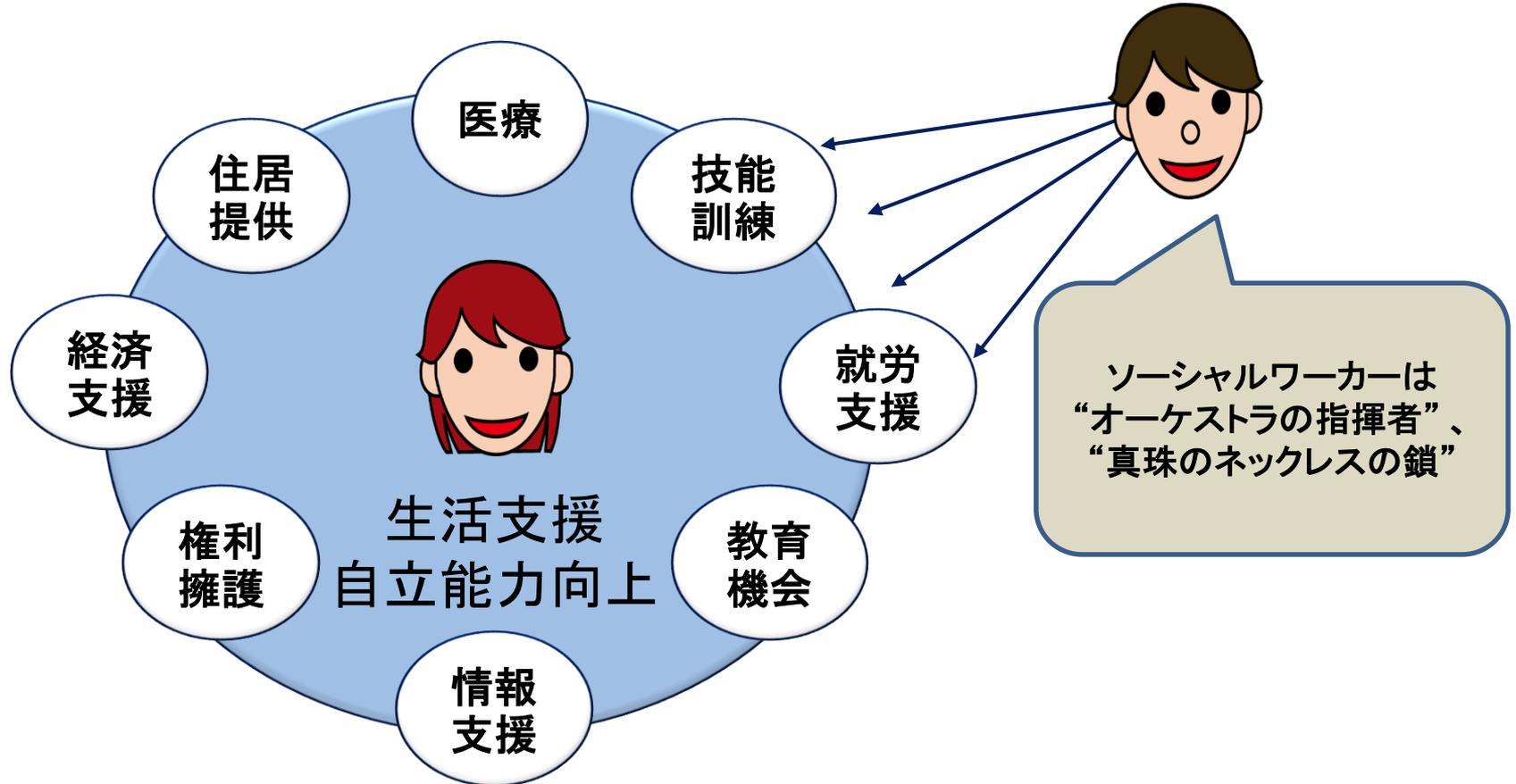
利用者本人がどうしたい
かが支援の出発点

ニーズの 領域	ニーズ	本人の 能力	家族	インフォー マル	専門家	その他
医療						
食・住居						
ADL						
対人関係						
職業						
アセスメントの要約		本人の状況を一言で要約				

ニーズから順に
アセスメントを行う

チームワークの必要性

多様なニーズに応える多様な力



互いの能力と限界を知る

知恵と力を合わせる

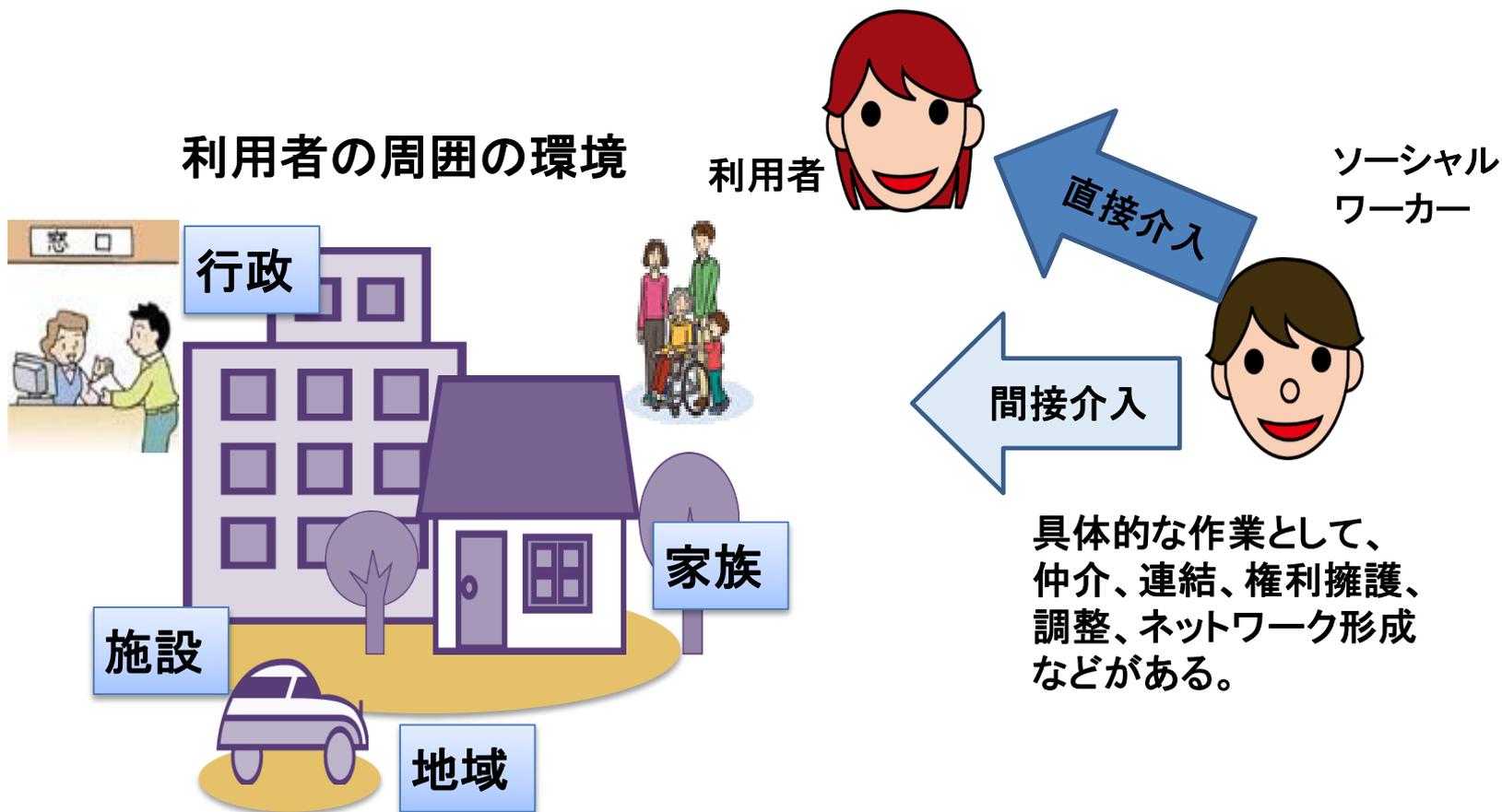
③プランニング（手立て）

1. 時間的な順序を決める。
2. 支援計画をパッケージで考える。
3. ニーズの領域を選定する。
4. インパクトゴールを発想する。
5. 小目標を設定する。
6. 利用者本人の能力に注目する
7. インフォーマルケアと協働する
8. 専門家の役割を分担する。
9. 支援計画を明確にする。



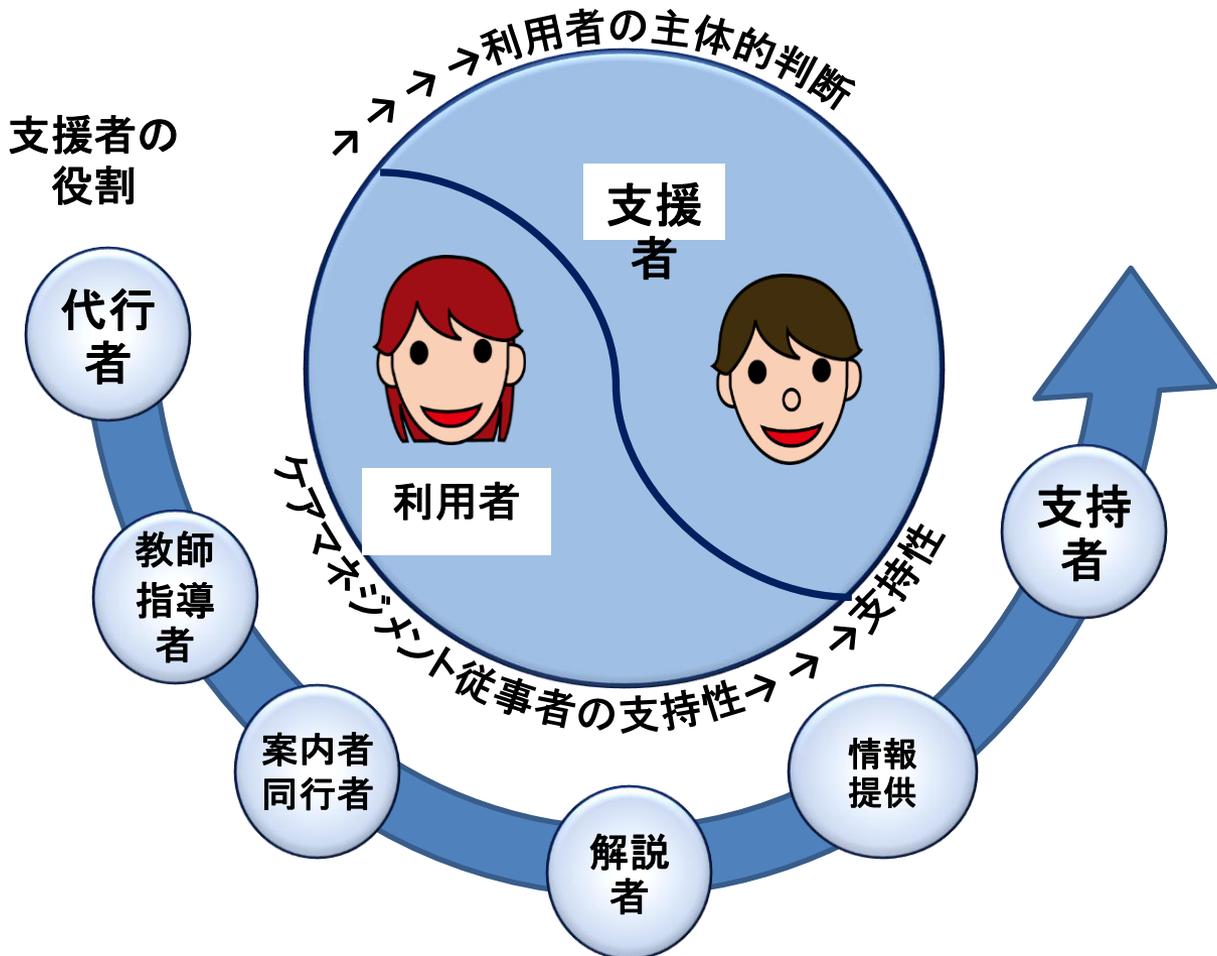
④ インターベンション（働きかけ）

働きかけは、利用者本人（直接介入）と取り巻く環境（間接介入）に対して行う



④ インターベンション 直接介入の原則

セルフケア能力を育てる



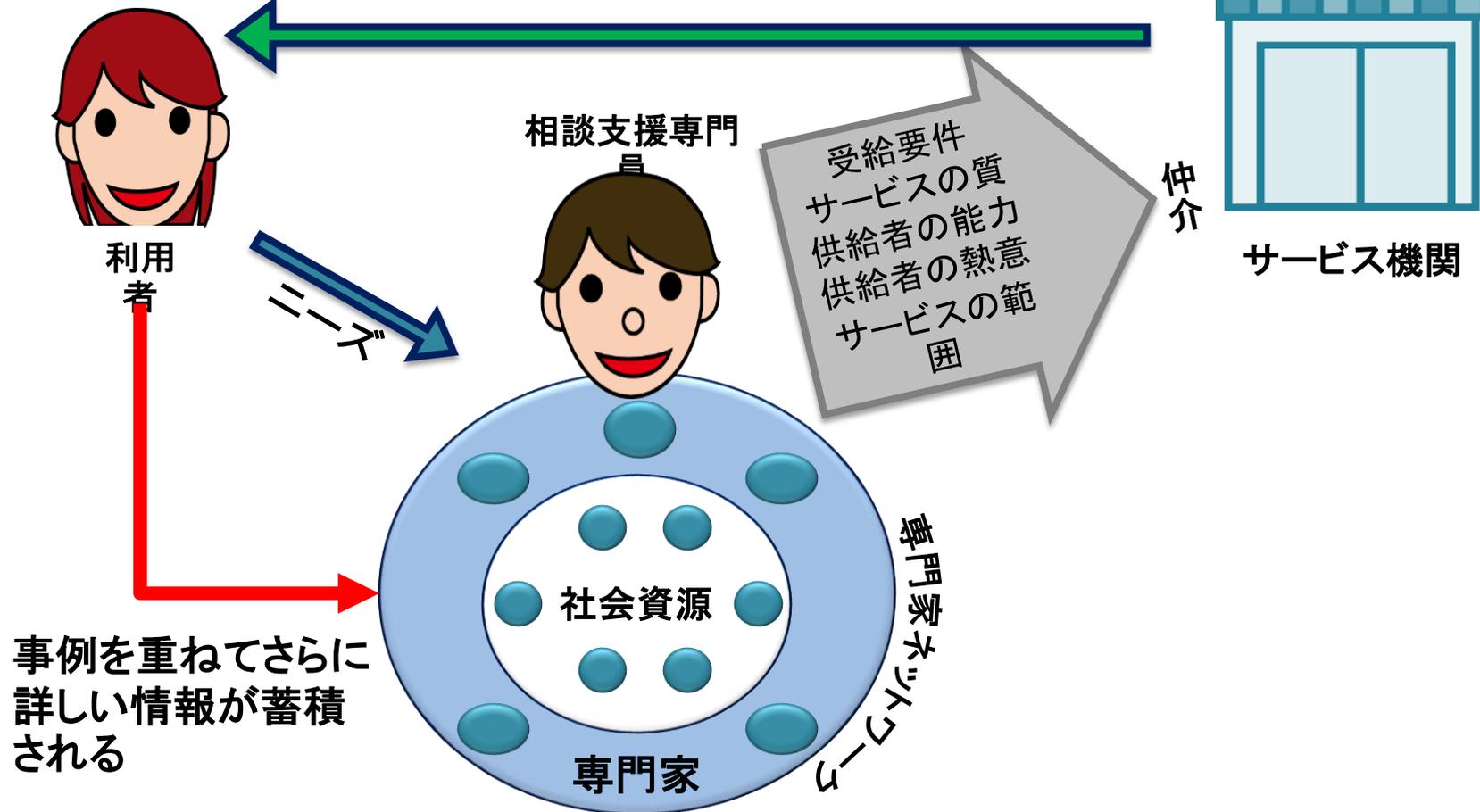
④ インターベンション 間接介入

- 間接介入は、利用者の周囲の環境に働きかけることを言う。
 - 仲介（ブローカーリング）
 - 連結（リンゲージ）
 - 権利擁護（アドボカシー）
 - 調整（コーディネーション）
 - ネットワーク（ネットワークキング）

④ インターベンション

『仲介（ブローカリング）』

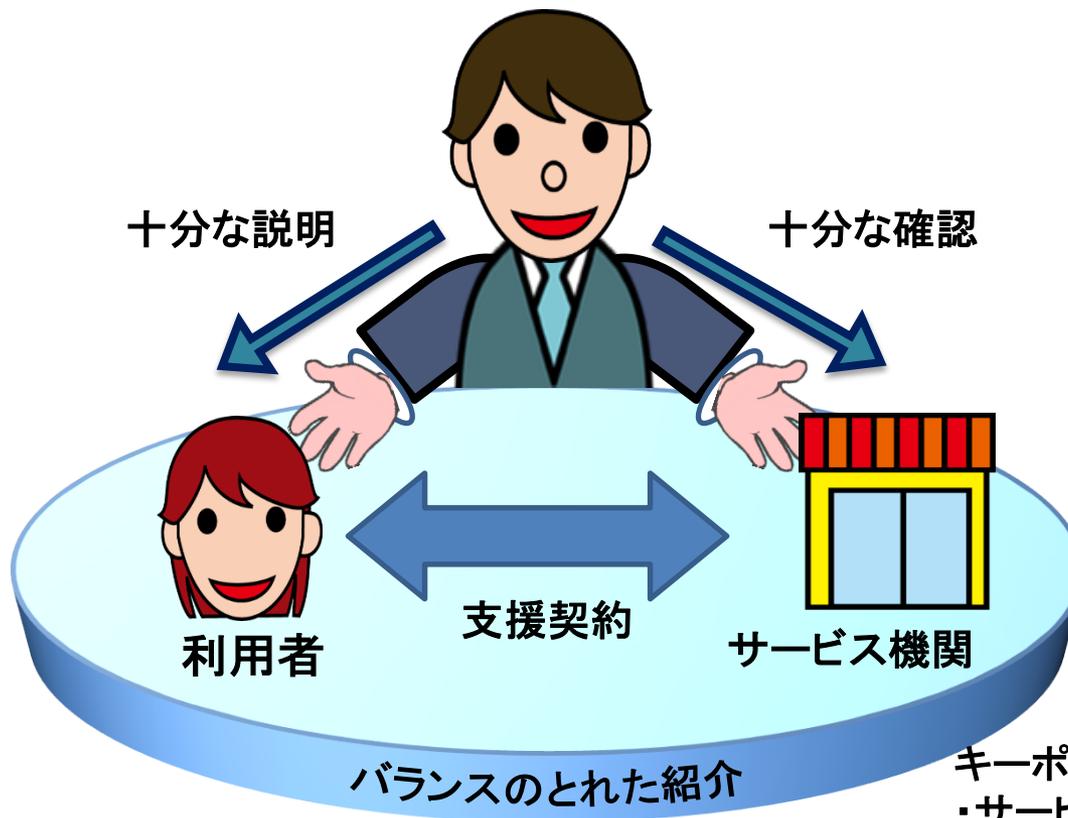
ニーズを満たす社会資源を利用者に代わって見定めること



④ インターベンション

『連結（リンゲージ）』

ニーズを満たす資源を利用者に結び付けること
紹介者＝ソーシャルワーカー



キーポイント

- ・サービス機関の実情を知る
- ・専門家同士のネットワーク

⑤モニタリング（見直し）

- 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。



• 生活は常に動いている



• ニーズも動いている



• 支援内容も動かす必要がある



• モニタリングしなければそれはできない。

• 支援を開始することによって見えてくる情報がある。

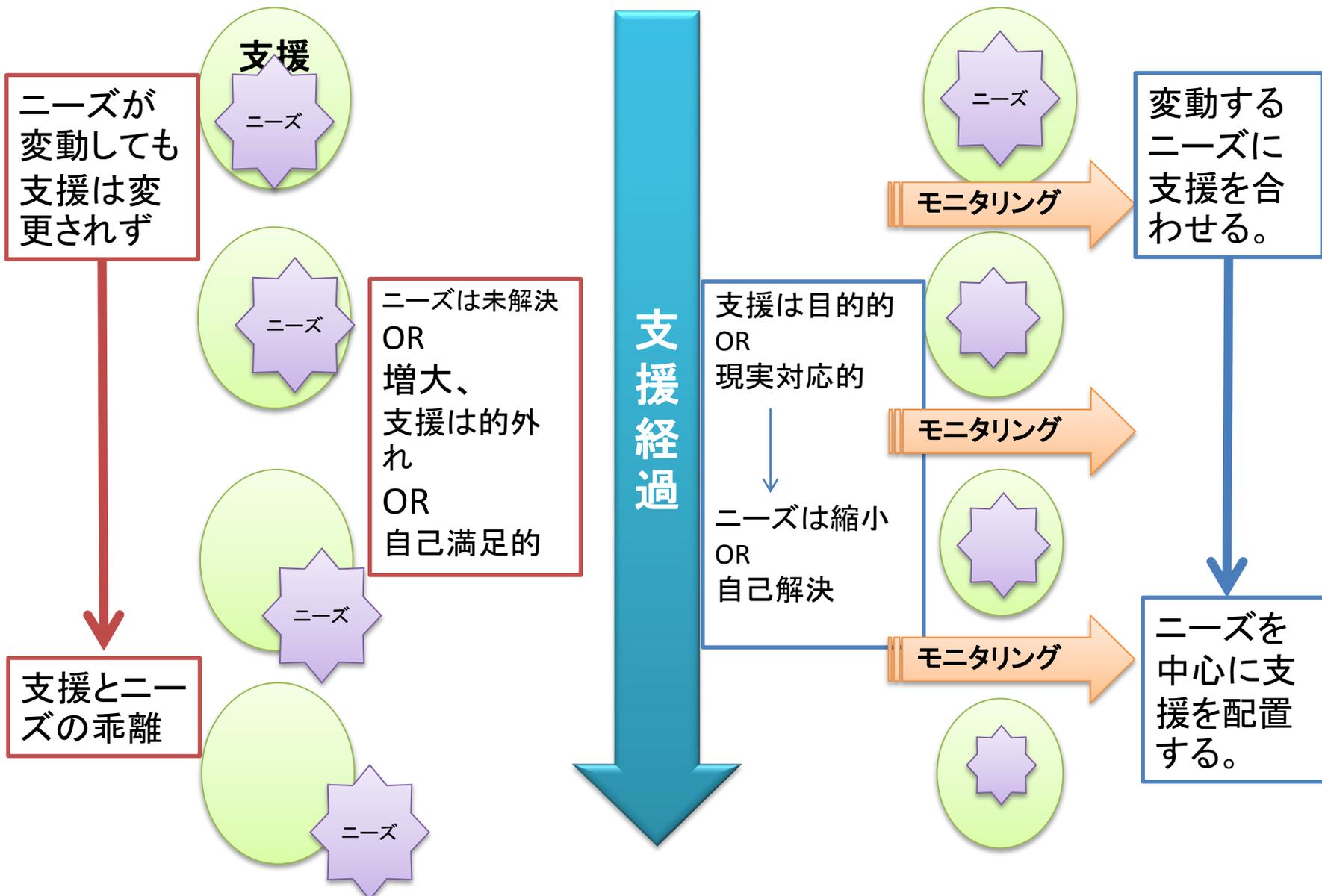
• あることに焦点化することで、見得ない情報がある。

• 支援前後の情報が異なる場合がある。

• 不足していた情報が追加された場合

モニタリング「無し」の場合

モニタリング「有り」の場合



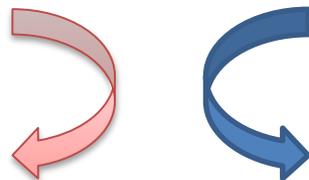
⑥エバリュエーション（振り返り）

- ケアマネジメント活動が予定された期間の終了
間際に、支援の結果を評価・判断すること。

※モニタリングとの違いは、計画遂行の程度ではなく
あくまで結果を判断する。

①支援計画の妥当性	チームメンバーへの質問表など
②目標達成とその意義	ゴールに対する指標など
③生活への全般的効果	社会機能評価表など
④利用者の満足度	満足度質問表など

終結するか
(ターミネーション)



新たなケアマネジメント
にサイクルに入るか

演習①リフレーミング

事実に対して与えている意味づけを変えて異なる見方で捉えなおすことをいう。

言い換えたい言葉	リフレーミングすると
例①: 暗い感じの	例: 自分の世界を大切にする
例②: 興奮しやすい	例: 情熱的な
A 口下手	
B わがまま	
C だまされやすい	
D 浮き沈みが激しい	

演習①リフレーミング

事実に対して与えている意味づけを変えて異なる見方で捉えなおすことをいう。

言い換えたい言葉	リフレーミングすると
例①: 暗い感じの	例: 自分の世界を大切にする
例②: 興奮しやすい	例: 情熱的な
A 口下手	A うそがつけない
B わがまま	B 自分の意見をはっきり言う
C だまされやすい	C こだわらない、おおらかな、素朴な
D 浮き沈みが激しい	D 心豊かな、表情豊かな

演習②社会資源

あなたの支援対象者の周りにある社会資源
を書き出してみましよう(目標10個)!

例: 病院(医療) 民生員(人) JR(交通機関)

参考文献

- ケースマネジメント入門

デイビットPマクスリー

- ケアマネジメント概論

白沢政和・橋本泰子・竹内孝仁

- 図説ケアマネジメント

野中猛

- ケアマネジメント実践のコツ

野中猛

- スtrenグモデルによるケアマネジメント

白沢政和

- 平成25年度栃木県相談支援従事者初任研修資料

