

バイステックの7原則

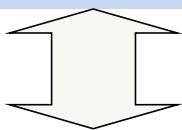
1. クライアントを個人としてとらえる。
2. クライアントの感情表現を大切にする。
3. 援助者は自分の感情を自覚して吟味する。
4. 受け止める。
5. クライアントを一方向的に非難しない。
6. クライアントの自己決定を促して尊重する。
7. 秘密を保持して信頼を醸成する。

24

ケアマネジメント過程（2）アセスメント

（1）対象者を理解する（情報収集）

- これからどんな生活をしたいのか
- 困っていることは何か（主訴）
 - 要望（デマンド）ではなく、ホントのニーズ（思い）を探る
- これまでどんな暮らしをしてきたのか、どんな毎日なのか→セルフケア能力を把握
- 全体的に見る（家族関係の中、地域社会の中で・・・）
- 対象者の両面を見る（リフレーミング）
- 弱点より強みを見つける（ストレングス）



情報収集：面接、訪問、認定調査票、概況調査票、専門機関etc.

（2）担当者としての判断も大事

担当者としての専門的な判断をする→記憶を鮮明にするためにケースについてタイトルを付ける、要約表現するなどの工夫も必要

25

課題解決の糸口を探す～ストレングス ～今できていることを見つける、活用する

《その人が持っている強みに気づく》

1. その人が本来持っている強さ(やさしい、人懐っこい)
2. 健康な側面(体力がある、お腹が丈夫…)
3. 得意なこと(運動、歌、パソコン…)
4. 潜在的な能力(働ける、グループのリーダーになれる)
5. 暮らしの中で獲得した技能(自転車に乗れる、簡単な料理ができる…)
6. 関心のあること、好きなこと(ある歌手が好き、旅行が好き…)
7. コミュニケーション技術(誰とでも仲良くなれる、礼儀正しい、挨拶ができる…)

《環境の利点に気づく》

- ・話を聞いてくれる隣人がいる
- ・バス停の近くに済んでいる
- ・市役所の保健師さんが親切
- ・友人が近くにいる
- ・郵便局が近い

ケアマネジメント過程（3） サービス等利用計画書の作成

○本人が望んでいる生活
○本人が望んでいる人生

ニーズ（支援が必要な項目）
掃除、炊事、移動、
金銭管理・・・

《どうすれば希望の生活が実現するのか》

- ①希望・ニーズの整理
- ②長期目標・短期目標
- ③ストレングス・リフレーミング
- ④相談支援専門員の専門的理解と判断



サービス等利用計画書



ケアマネジメント過程（3） サービス等利用計画書の作成

計画に必要な要素
（毎日の生活をイメージする）

- ① 住まい
- ② 日中活動の場
- ③ 支援体制

○計画の内容

- ① 障害福祉サービスや地域生活支援事業を活用
- ② 他制度のサービス
- ③ 代替案、インフォーマル資源の活用
- ④ モニタリング期間
- ⑤ 緊急に対応しなければならないこと



○用具（様式）を使う

○サービス担当者会議（ケア会議）

28

サービス担当者会議

- 参加者
 - 相談支援従事者（召集者）
 - 本人や家族、キーパーソン
 - サービス利用計画によって関わりが想定される者（市町村職員、福祉サービス事業所、医療機関、民生児童委員・・・）
※メンバーは必要に応じて変わる
- 目的
 - 対象者と家族の生活を全体的に共通認識する。
 - 関係者がこれから利用するサービスについて認識を共有する。サービス事業所と本人の調整。
 - 当人とサービス提供者が顔をあわせ、相互に理解する。
- 留意点
 - 個人情報保護



29

サービス担当者会議 ～会議の運営

会議の進行

○司会、記録係

○進行

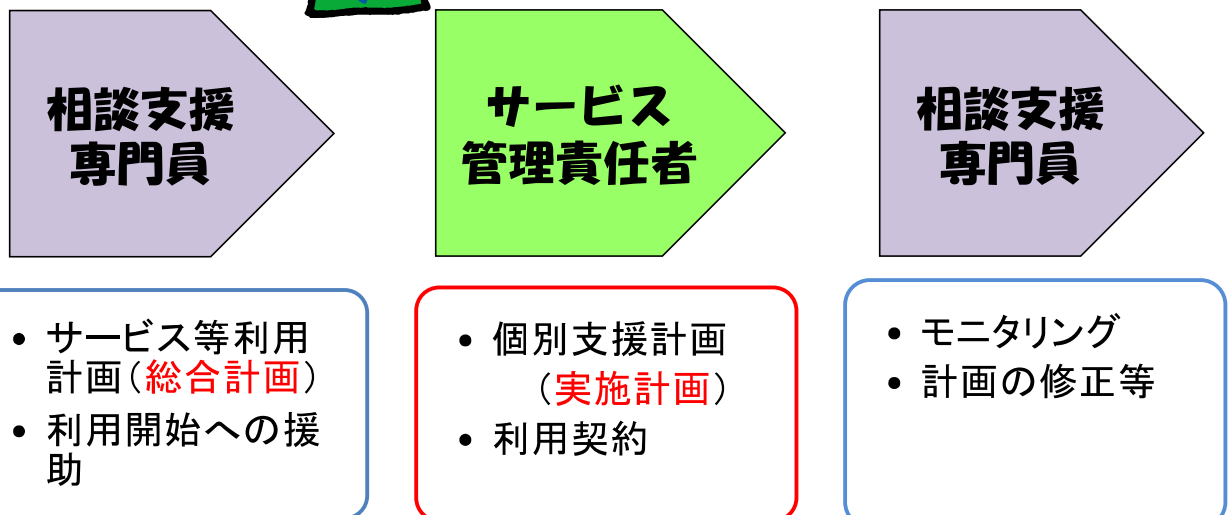
- 1 メンバーの紹介
- 2 アセスメント、サービス利用計画案の提示と検討
(専門家・事業所からの意見と情報確認、市町村の支給決定方針等)
- 3 役割分担の確認(役割に責任を持つ集団)
- 4 現状ではできないことの確認(夢だけでは・・・)
- 5 次回の開催日およびキーパーソンの確認
- 6 利用者の同意と(利用者の)役割確認



※ 本人と担当者とのニーズ等が一致しないときは、とりあえず本人のニーズで一步前進させる。

30

ケアマネジメント過程(4) サービス等利用計画の実施

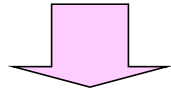


31

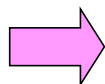
ケアマネジメント過程（５） モニタリング・再アセスメント・評価

モニタリングと評価

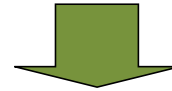
- ・利用者及びその家族、福祉サービス事業者等と信頼関係を醸成。
- ・市町村は対象者に応じて柔軟に設定。国は標準期間を設定。



- ・ 効果が現れていない
- ・ 利用者の満足度が低い
- ・ ニーズ、環境が変化した



再アセスメント



- ・ ニーズが解消した
- ・ 本人が終了を希望
- ・ 入院した



終結

32

ケアマネジメントの特徴（１）

～チームアプローチ

①アセスメントの共有

- ・生活の目標と生活支援の目標の共有化
- ・複数専門職のアセスメント段階からの関わり

②利用者と家族の

「参加」

③多分野の専門職との協働

ケアチーム

- ・相談支援専門員
- ・家族
- ・市町村
- ・サービス事業所
- ・雇用主
- ・教育関係者
- ・民生児童委員
- ・近隣住民
- ・友人

チームのリーダー

④サービス提供事

業者や地域の機
関との協働

⑤支給決定する市

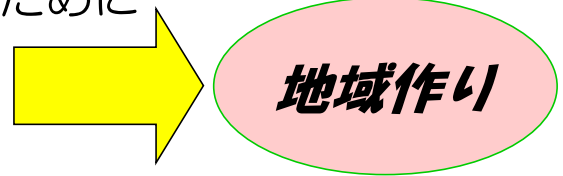
町村との協働

⑥相談支援専門員同士の
協働→人脈の活用

33

ケアマネジメントの特徴(2) 社会資源(サービス)の活用

- (1) フォーマルサービス
 - ・ 制度を十分に活用する！
 - ・ 使えるものは何でも使うのか？
- (2) インフォーマルサービス
 - ・ 地域の非公式な資源は生活に必須！
 - ・ 個人的な人脈(情報)次第！
- (3) 社会資源の開発⇒協議会(地域自立支援協議会)などで地域課題として共有、解決へ
 - ▲ 協議会の活動を活性化させるために
 - ・ 地域の現状分析
 - ・ 他地域の状況
 - ・ 利用者のニーズ調査など
 - ・ 個別事例報告



「相談援助技術」

山武郡市障がい者基幹相談支援センター
山岡 功平
(社会福祉法人ワーナーホーム)

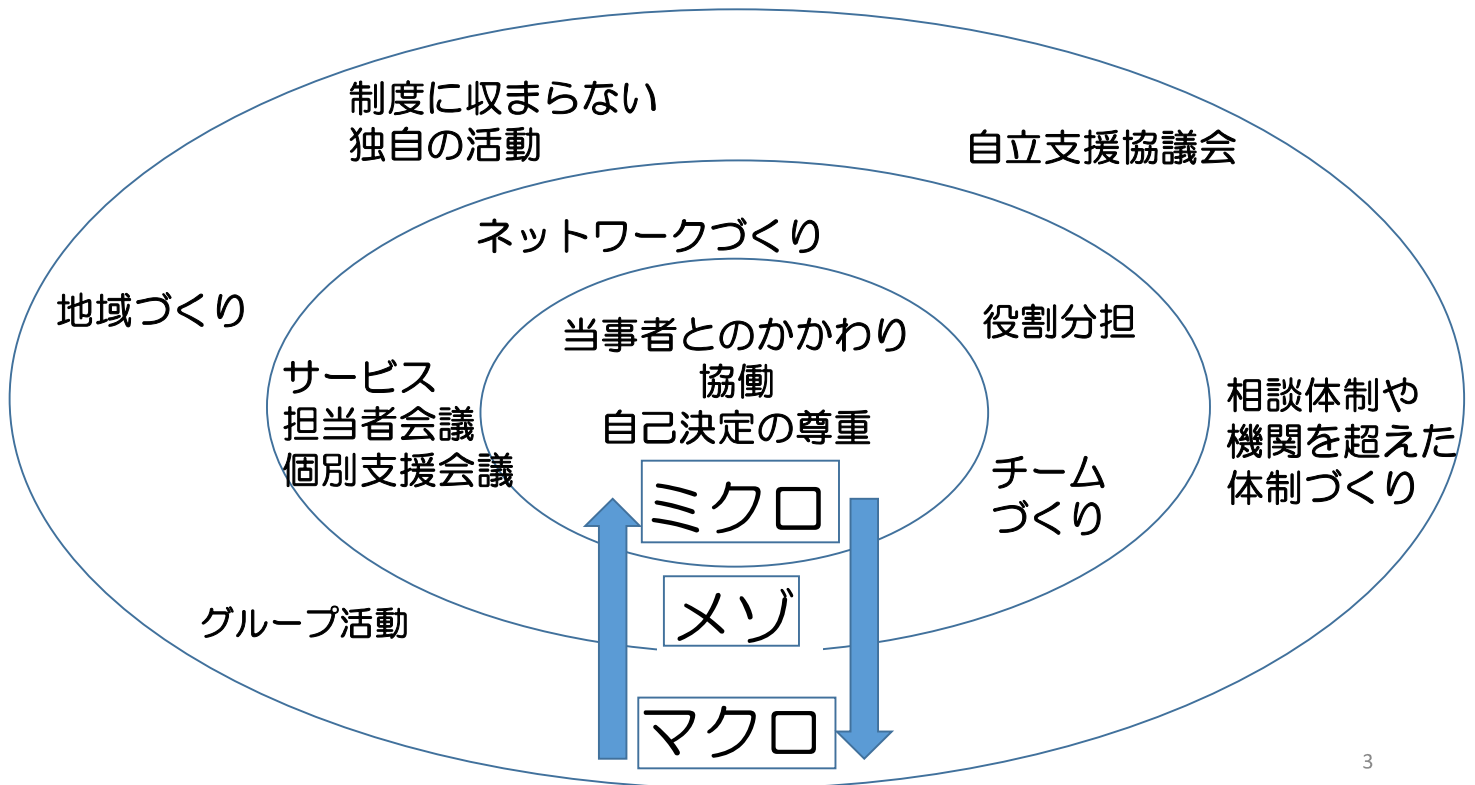
【この講義の目的】

様々な相談援助(ケアマネジメント)技術の方法を理解し、実践的に活用できるようにする。

→相談支援専門員に必要な、相談援助技術や本人主体のケアマネジメントの技術について学ぶ。



相談支援専門員の実践



3

相談支援専門員の実践で必要な相談援助技術について

- ① 援助関係の構築
- ② デマンドとニーズを考える
- ③ アセスメント
- ④ 意思決定の支援
- ⑤ ソーシャルワークの技法
(ケースワーク・グループワーク・コミュニティワーク)
- ⑥
- ⑦

4

① 援助関係の構築

「相談援助」とは？

何らかの生活課題を抱えた個人・組織・社会（援助対象）に対して援助関係を結び、さまざまな援助技術を用い、援助目標に向けて、ともに課題を乗り越えていく過程。

「相談支援専門員の役割」

対人援助を通して、援助対象者の社会生活を充実したものにしていくとともに、環境へのさまざまな働きかけを行い、社会の変革と開発を担う。

5

① 援助関係の構築

※ 信頼関係（ラポール）を形成する力
理解しようとする**姿勢**
意思を尊重しようとする**姿勢**



心を解きほぐす：感情や思いを引き出せるような技量が必要になる。
そのための、**面接技術**。

- ①受け入れ、②共感、③促し、
- ④反射、⑤要約、⑥明確化、
- ⑦傾聴、⑧質問、など



pixta.jp - 28550530

6

① 援助関係の構築 <面接技術>

- 受け入れ（導入）
緊張の緩和のための工夫として、興味関心のある話題から入る。
今回の面接の目的や目標を押さえる。
インテーク場面では、自分の役割を伝える。
- 共感
利用者の話に関心を示し、利用者の考えや感じたことを肯定的にとらえる言葉や態度を示す。
「なるほど」「そうですね」

7

① 援助関係の構築 <面接技術>

- 促し
利用者の気持ちを引き出すために、話を進めていく言葉や態度を示す。
- 反射
利用者の気持ちを引き出すために、利用者の発した言葉の一部を繰り返す。
- 要約
利用者が話が長くなり、前後の関係が複雑なときなどに、話を要約してポイントを整理して返す。
- 明確化
利用者が適切に言語化できないでいる事柄の内容や感情を洞察し、はっきりと言語化していく。

8