

⑪ 介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）

はじめに

- 本科目は複数のチャプターに分かれています。都道府県・研修実施機関の指示・指定に従ってチャプターを順次、受講してください。
- 複数のチャプターを受講後、表示される中間テストを受けます。
- 都道府県・研修実施機関が指示・指定した全チャプターが終わった段階で、終了時の確認テストを行います。
- 確認テストが終了したら、研修記録シートに記録をして本科目の受講は終わりとなります。

※研修記録シートなど修了評価に係る事項、演習に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。

※チャプターの途中で受講をやめて再開することはできません。何らかの都合で中断する場合には、再度受講して頂く事になります。

それでは講義を始めます

【本資料の出典等に関する留意事項】

本資料は一般社団法人日本介護支援専門員協会、一般財団法人長寿社会開発センターが発行している法定研修テキスト（「二訂介護支援専門員研修テキスト」、「七訂介護支援専門員実務研修テキスト」）を参考に作成を行っています。

本科目の構成

- 本科目の構成は以下のとおりです。

Eラーニング	内容
●	(1) 本科目の目的、修得目標の確認
●	(2) 知識・技術の基本的な理解 ① チームアプローチの意義と目的 ② チームアプローチにおける介護支援専門員の役割 ③ チームのマネジメント ④ チームアプローチの実際
●	(3) 実践的に活用する上での留意点 ① 実践していく上でのポイント ② チーム活動が進む上でのポイント
●	(4) 現場で直面しやすい課題 ① チーム編成におけるポイント ② チーム活動が進む上でのコンフリクト
●	(5) 対応の方針や行動 ① チーム編成におけるポイント ② チーム活動が進む上でのコンフリクト
●	(6) 相談先等
	(7) 簡単な事例からチーム編成を検討する

本科目の目的、修得目標の確認

本科目の目的

- 本科目の目的は以下のとおりです。
 - チームアプローチの意義
 - 利用者及びその家族の支援に際し、チームアプローチの意義を理解するとともに、介護支援専門員には、ケアのマネジメントだけでなく、チームのマネジメントも求められることを認識します。
 - チームにおける介護支援専門員の役割
 - チームアプローチに際し、チームを組成する各職種の専門性と各々に求められる役割を理解するとともに、チームにおける介護支援専門員の役割を理解し、チーム運営において想定される課題や対応策を含め、チームを円滑に機能させるために必要な知識・技術を修得します。

修得目標

- 本科目の修得目標は以下のとおりです。

- ①利用者及び家族の支援に際し、チームアプローチの意義と目的について説明できる。
- ②チームにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ③アセスメントに基づく必要なチームの形成を実施できる。
- ④チームにおける情報共有を実施できる。
- ⑤円滑なチーム運営を実施できる。

修得目標



【個人ワーク】

10分

- 各目標の、現時点での自分の理解度を振り返り、本科目でどのようなことを学びたいか言葉にしてみましょう。

- ①利用者及び家族の支援に際し、チームアプローチの意義と目的について説明できる。
- ②チームにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ③アセスメントに基づく必要なチームの形成を実施できる。
- ④チームにおける情報共有を実施できる。
- ⑤円滑なチーム運営を実施できる。

知識・技術の基本的理解

1. チームアプローチの意義と目的

(1) チームを編成する必要性

- 利用者及びその家族に対する支援は、その状況等に応じ様々な人たちによる種々の方法により支援が行われます。チームを編成し共通認識の基に支援する必要があります。
- 支援に当たっては、目標を設定しその目標達成に向け支援することとなります。チームとして支援するには、ただ集まればばらばらに行動するのではなく、役割や分担、ルールを決めて各々が行動する必要があります。

1. チームアプローチの意義と目的

(2) 介護保険制度におけるチームアプローチ①概要

- ケアマネジメントでは、支援方針を決定していくプロセスにおいて、利用者の生活上の課題を解決するために定めた目標を達成するという目的のために、利用者及びその家族を支援するため集まった人たちがチームとなります。
- 利用者の生活は、24時間365日継続しており、その中で必要なときに必要な支援をしていきます。
- 必要な支援を必要な時に誰がいつ行うのか、適切に無駄なく効果的にチームのメンバーが支援していくために、居宅サービス計画を作成していく過程で役割分担することが必要です。

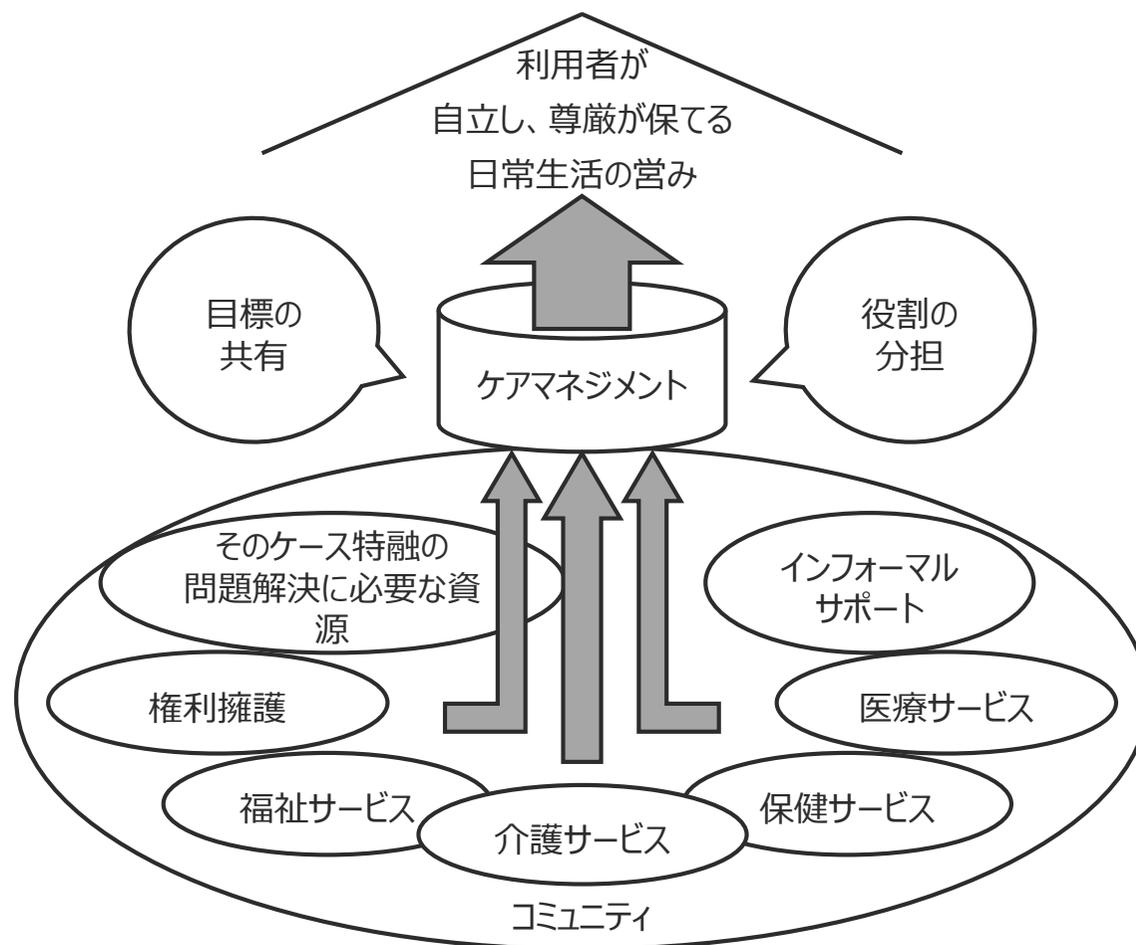
1. チームアプローチの意義と目的

(2) 介護保険制度におけるチームアプローチ②チームアプローチとは

チームアプローチとは

- ケアマネジメントにおけるチームアプローチとは、利用者の自立支援という共通の目標に向かって、多職種がそれぞれの役割と専門性から取り組むことです。利用者・家族の支援に際し、利用者・家族の望む生活を支えるには、利用者・家族の生活上の課題を心身の状況、日常生活の全体像から総合的にとらえ、サービスを提供していく必要があります。
- また、一人ひとり異なる要素から構成された地域生活を実現していくため、総合的に利用者・家族をとらえ、総合的にサービスを提供していく多職種の専門職チームによるアプローチが求められます。

【ケアマネジメントにおけるチームアプローチ】



(資料図) 長寿社会開発センター「七訂介護支援専門員実務研修テキスト（上巻）」P.576

1. チームアプローチの意義と目的

(2) 介護保険制度におけるチームアプローチ③チームアプローチの意義

- 利用者・家族の生活上の課題を、心身の状況、日常生活の全体像からとらえるには、医療的な視点、生活や地域にある社会資源の側面からの視点、社会制度の視点など、それぞれの情報が必要です。
- ケアチームのメンバーによって得られる情報のほうが、介護支援専門員が一人で集めることのできる情報より、はるかに豊富で専門的な視点が伴っており、より多面的な視点でとらえることが可能となります。

1. チームアプローチの意義と目的

(2) 介護保険制度におけるチームアプローチ④チームアプローチの必要性

- 利用者は、身体機能を維持しながら、地域で生活する人として、その人生を閉じるまで生活を続けます。介護支援専門員は、利用者の生活すべてを支えるのではなく、生活上の課題を明確にし、利用者・家族の生活上の目標を達成するため、必要と考えられるケアチームのメンバーを集めることとなります。
- しかし、ただ集めるのではなく、ケアチームのメンバーで目標を共有しなくてはなりません。そして、共有した目標を達成するには、ばらばらに行動するのではなく、メンバーの役割や分担、ルールを決めていく必要が生まれてきます。必要なときに必要な人が必要なケアをしていくため、ケアチームでアプローチをするための土台は、介護支援専門員が作成する居宅サービス計画であり、介護支援専門員がそのハブ機能を担います。

2. チームアプローチにおける介護支援専門員の役割

- 同じ目標を持ったメンバーが集まってもばらばらに支援していても、メンバーの専門性は十分に発揮されません。メンバーの行動が無駄になるだけでなく、利用者への負担になってしまいます。このため、チームをマネジメントしていくこともケアマネジャーの役割として重要であり、居宅サービス計画においてチームのメンバーの役割を明確にすることが必要です。
- 支援に当たってどんな職種のだんな専門性にに基づき実施してもらうのか、一日の生活上のいつが良いのか、一週間のどの時期にどんな頻度で支援してもらうことが効果的なのかについて、利用者の生活を踏まえ、アセスメントした結果に基づきチームとなるメンバーの専門性や役割を踏まえ、共通認識を図りつつチームを編成していきます。
- チームとなったメンバーが各々の役割に応じて利用者を支援（サービス提供）していくこととなります。そのサービスの提供状況を把握するとともに、チームのメンバーに共有し、チームとして支援していることの必要性の認識を継続して図ることも重要です。

3. チームのマネジメント

(1) チーム編成またはチームの再編成が必要となる場合

- チームは利用者を支援するために必要なサービスを提供する者により編成されることとなります。また、利用者への支援の目標の変更があった場合等は、それに応じチームが再編成されることになり、チームとして機能するようマネジメントしていくことが重要です。
- 利用者へ初めて支援を開始する場合は、その利用者に対するチーム編成は初めてとなります。
- 利用者の状態が急に变化した時は、その変化に合わせて、新たな支援が必要となることから、新たなメンバーがチームの一員となる場合があります。
- 目標が達成された時には、次の目標に向けた支援となり、支援の方法が変わる場合もあります。
- 利用者の要望等で、サービスの種類自体を変更する場合があります。また、サービスの種類が同じでも、提供機関が変更になる場合はチームのメンバー変更が必要です。

3. チームのマネジメント

(2) 地域の社会資源の把握

- 介護支援専門員は社会資源を適切に把握しておくことが求められます。
- アセスメントから居宅サービス計画作成における過程において、チームのメンバーが選定されます。
 - アセスメントから生活上の課題を解決するために、必要な支援内容に応じて、その支援を実施するためのサービスを居宅サービス計画に位置づけ、これに基づきチームを編成することとなります。アセスメントを行うに当たっては、利用者の必要な情報を地域の様々な社会資源から入手することになることから、既にこの時点からチーム編成は始まっています。
 - 介護支援専門員は、各サービス事業所のサービスの提供内容の特性、各専門職の専門性を理解しておく必要があります。また、専門職については、どのような機関に配属されているか、そこでどのような役割を担っているかを把握しておく必要があります。例えば理学療法士は、病院、保健センター、施設、サービス事業所など様々なところに所属していることから支援内容に応じてチームの編成を検討する必要があります。
 - サービス提供事業所ごとに提供する内容や時間が異なります。それぞれの事業所の特徴をつかみ、どのサービス提供事業所が適切かを検討し、選定した事業所のサービス担当者をチームメンバーとしてチームを編成します。

4. チームアプローチの実際

(1) チームの運営の留意点

- 前頁で上げた、「チームマネジメント」、特に利用者や家族に必要なケアを提供する目的意識を共有したチームの組成と運営が重要です。
- 初めてのチームは、お互いをよく知らない場合もあり、その中でチームの機能を果たさなければなりません。
- アセスメントが十分になされた居宅サービス計画に基づいて、役割分担ができて支援方針が共有されても、最初からチームがうまく機能するとは限りません。
- したがって、実際にはチームを編成して終わりとするのではなく、チームが適切に機能するよう、前述したチームマネジメントに配慮する必要があります。
- 具体的には、意図した分担が実現できているかモニタリングし、チームの活動を適宜見直すことが重要です。

4. チームアプローチの実際

(2) チーム編成の各時期に応じた運営①準備期

- 準備期においては、支援に当たっての共通認識を図ります。

- 介護支援専門員が利用者・家族の情報を収集しアセスメントした結果、作成される居宅サービス計画原案をもとにメンバーを選定していきます。その際、必要な支援を提供できるサービス事業所の専門職に予備的に打診し、目標をすり合わせましょう。
- 利用者・家族の情報をあらかじめ提供し、必要な支援が可能か事前に検討してもらうことで、その後、行われるサービス担当者会議がより充実したものになり、居宅サービス計画が練り上げられて、効果的な役割分担ができます。

4. チームアプローチの実際

(2) チーム編成の各時期に応じた運営②開始期

- 開始期においては、目標に応じた役割の確認をし、方針を共有します。

- 介護支援専門員は、サービス担当者会議等でアセスメントの結果や居宅サービス計画を説明し、目標と役割を確認していくことが必要です。
- ケアチームのメンバーが目標を共有しないと、進む方向がみえずケアチームがうまく機能しません。それは利用者・家族も同様です。ともに同じ場で、同じ言葉で共有することで、ケアチーム全体に一体感が生まれ、一つの目標に向かって進むというケアチームの団結力へとつながります。

4. チームアプローチの実際

(2) チーム編成の各時期に応じた運営③実施期

- 実施期においては、適宜チーム内のコミュニケーションを図り、情報を共有します。
- 実施期の前半は、混乱期でもあります。ケアチーム内でさまざまな課題が出てくる時期です。互いの専門性の理解不足やコミュニケーション不足によって摩擦や葛藤が生じてきます。十分確認した場合にも課題が生じてきます。介護支援専門員はその調整が必要となります。
- また、メンバーはチームの構成員であるとともに、一人ひとりに所属する機関があることを忘れてはいけません。所属する機関の制約を受けているということを意識してケアチームの動きを全体でみていきます。ともすれば、居宅サービス計画で役割分担したとおり、どうして支援してもらえないのだろうか、と一方的に非難してしまうことがあります。
- その調整のためのサービス担当者会議を開催したはずなのですが、実際に動いていく過程で、サービスを提供してくれる機関にもさまざまなことが生じてきます。コミュニケーションがそのつどできると、修正が可能となります。メンバーの背景には所属する機関の制約が伴っていると意識していることで、相手の状況を理解しやすくなるでしょう。

4. チームアプローチの実際

(2) チーム編成の各時期に応じた運営④終了期

- 目標設定期間の終了期においては、チームとしての評価をし、その評価に基づいた次の方針を検討します。
- ケアチームが終結するときには、さまざまな場合が考えられます。在宅から施設へ入所する場合など生活の場が大きく変わるとき、また利用者がサービス実施地域以外に引っ越し、ケアチーム全体が変更となることです。
 - メンバーの一部が変更となるのであれば、基本的にはケアチームは継続されていきます。問題はチームメンバーが入れ替わり、調整する要の介護支援専門員までもが変わることです。
 - それまでのチームアプローチについて、ケアチームで評価しサマリーを作成することで、次に引き継ぐ課題が明確になります。同時に、ケアチームとして一つの区切りとなります。そうしないと、支援してきた利用者は、どうしたのか、どうして終了したのかと心に残ったまま不完全燃焼となってしまいます。それは一人ひとりのメンバーにとってもケアチームにとってもよいことではありません。次のケアチーム編成にも影響していきます。しっかりと区切りとして評価し、会議を開催していきましょう。

実践的に活用する上での留意点

1. 実践していく上でのポイント

(1) チームの必要性と意義

- 本科目のはじめにも触れましたが、改めてチームアプローチの必要性と意義とは、住み慣れた地域での高齢者の生活を、連続的にかつ多様な社会資源の組み合わせによって支えることにあります。
- ここでいうチームには、介護サービス事業者や専門職だけでなく、家族や、地域のインフォーマルサポートなども含まれます。
- 多様な背景や立場の人が連携してその人のためのケアに参加しますから、支援に当たっては、目標を設定し、方針を共有することが重要になります。
- チームとして機能するには、ただ集まればばらばらに行動するのではなく、役割分担や方針を共有して動くような工夫が求められます。

2. チーム活動が進む上でのポイント

(1) 概要

- 利用者の生活状況やニーズは一様ではなく、時間の推移によって変化することを考慮することが重要です。ポイントは以下の通りです。

- 必要時に連絡し合える関係性を構築しておくことが重要です。
- 必要なチームメンバー編成ができる柔軟性があること。また、状況に応じたチーム編成が柔軟にできるよう、日頃から地域の中で顔の見える関係を作っておくことが重要です。

2. チーム活動が進む上でのポイント

(2) 必要時に連絡できる関係性

- 利用者の生活状況やニーズは一樣ではなく、時間の推移によって変化します。したがって、必要なときに連絡し合える関係性をつくりあげておくことが大切です。それには、いつ、どのような方法で連絡をとるとよいのか事前に共有しておくといよいでしょう。特に医療職の場合、時間が限られていることが多く、事前に確認していなかったためにチームの関係が崩れてしまうということもあります。

2. チーム活動が進む上でのポイント

(3) 必要に応じて話し合える重要性

- 利用者の状況ですぐに集まれる、話し合いの場を設けられることがケアチームのコミュニケーションを促進させます。そのためには、どのようなときに集まるのか、いつ集まるのか、判断できることが大切です。今、集まることがチームアプローチに必要であると、根拠をもって提示しましょう。話し合いによって、目標達成に近づくことができますし、自分の役割を果たすためにも、必要であれば時間をつくってくれるでしょう。どのような時間帯であれば集まりやすいのか事前に把握しておきます。柔軟性をもって提案することで、同意を得やすくなるでしょう。

話し合うべきトピックの事例

- サービス内容のすり合わせ
- サービス内容を提供できる専門職の選定
- サービス種別の検討

現場で直面しやすい課題

1. チーム編成におけるポイント

- チーム編成時における現場で直面しやすい課題は以下の通りです。
 - 提供するサービスの内容自体を理解していないため、適切なサービスを選択できない。
 - 地域にある資源を知らないため、提供するサービスが限定されてしまう。
 - 新しいチームを編成するための調整手段がわからず、チームメンバーが介護支援専門員のかかわりのある、または、同一法人の範囲にとどまってしまう。

2. チーム活動が進む上でのコンフリクト

- 利用者が困難な状況に陥った時、解決方法でチームメンバー同士がぶつかることがあります。
- チーム間でのコミュニケーション不足により、チームに亀裂が入ります。
- 利用者の生活上の課題を解決するために必要なサービス提供が、そのサービスが所属している組織の在り方で制約を受けることがあります。または統一できない事で課題が発生してしまいます。

対応の方針や行動

1. 対応の方針や行動の概要

(1) 包括的なポイント

- 対応の方針や行動のポイントは以下の通りです。

- 想定される課題と対応方法を予め具体化しておきます。
 - 連絡先・ルートを明確にしておきます。
 - 緊急時の受け入れ先を決め、情報を提供し、受け入れてもらえるような体制を作っておきます。
 - 個別ケアに関わる場面だけでなく、連絡会や研究会などの場を通じて共に学ぶ機会を作っておきます。
 - 「ケアマネタイム」のように連絡がつく時間帯とその連絡先を設定します。
 - 夜間を含めた緊急時連絡先を決めて共有しておきます。
 - 連絡に用いる文書の様式を統一しておきます。
- ※在宅ケアチーム以外の専門チームとの連携において特に重要

1. 対応の方針や行動の概要

(2) 急な判断を迫られたときの対応

緊急対応に対する事前準備	<ul style="list-style-type: none">想定される課題と対応方法をあらかじめ具体化しておきましょう。特に医療のかかわりについては、どのような状態の変化が考えられるか、かかりつけ医から利用者に説明されています。介護支援専門員は、早期にリスク対応するため、留意点を把握したうえで居宅サービス計画に盛り込み、サービス担当者会議においてケアチーム全体で共有できるよう調整しておく必要があります。それがなかったために、突然の出来事に対応できず、その結果、ケアチームの関係性を悪化させることがあります。また、利用者の状況を悪化させてしまうという事態に陥りかねません。ケアチームとしては利用者からの信頼を失います。
情報共有	<ul style="list-style-type: none">急な判断が必要な場合の連絡先を、互いが理解し共有します。連絡先として、少なくとも2か所は確認しておきましょう。また、対応後の情報の共有を忘れがちで、それがなかったために、他のサービス事業所が利用者宅に派遣されてしまうといった事態も起こり得ます。これはチームへの不信感へとつながります。
緊急受け入れ先の確保	<ul style="list-style-type: none">利用者が困難な状況に陥ったとき、解決方法の意見がぶつかることがあります。緊急時、入院または一時的な入所が必要となることも考えられます。その受け入れ先を決め、情報を提供して、受け入れてもらえるような体制をつくっておくこともサービスを提供するメンバーの安心感につながります。また、夜間を含めた緊急時の連絡先を決めて共有しておく、利用者・家族とともに夜間に支援で入る事業者にも安心感を与えます。

2. チーム編成におけるポイント

- 新しい事業所へ実際に見学に行くことで、顔見知りの関係を築いておきます。または、事業所内で社会資源集を作成し意見交換しておきます。
- 事業所内でのケースカンファレンス等から、様々なチーム（多職種）の編成と、それがどう居宅サービス計画に結びつくか理解しておきます。

3. チーム活動が進む上でのコンフリクト

- どんな連絡をいつどのように取るかを、あらかじめ決定しておきます。
- 気になることを言える関係であること、またはその調整ができるようにすることが重要です。

相談先等

1. 相談先等の事例（1 / 2）

- チームアプローチについて、介護支援専門員が相談できる先としては、以下のような場があります。
- 事業所内でのスーパービジョン、カンファレンス、事例検討会への参加。
 - 地域での研修会、事例検討会への参加。
 - 地域包括支援センターへの相談、指導を受ける。
 - 地域ケア会議への参加。

1. 相談先等の事例（2/2）

- 相談先等の具体的な活用の事例は以下の通りです。

事業所内の 情報収集と 共有	<ul style="list-style-type: none">チームアプローチを進める際、どのように調整すればよいのか、事業所で普段から取り組んでおくとい良いでしょう。例えば、新しい事業所の案内がきた場合、その事業所へ実際に見学に行き、顔見知りの関係を築いておきます。また、事業所内で社会資源の一覧を作成し、事業所内で意見交換しておく、実際に活用する際にスムーズに進みます。
諸研修会の 活用	<ul style="list-style-type: none">日頃から、事業所内でスーパービジョン、カンファレンス、事例検討会を実施しておく、どのようなチームアプローチがよいのか、知識として積み重なっていきます。事業所内でのケースカンファレンスなどを通じて、さまざまなケアチームの編成と、それがどう居宅サービス計画に結びつくか理解を深めておきましょう。一人の知識が、事業所内のチーム全体の知識・体験へと広がります。また、事業所内だけではなく、地域で行われている研修会、事例検討会に参加することも一つの方法です。他の事業所と話をする機会となり、それがケアチームをつくる後押しとなります。課題をいくつももち、専門的な機関の介入が必要な場合、地域包括支援センターへ相談したり、指導を受けたりすることでケアチームの安心感につながります。

振り返り



【個人ワーク】
15分

- ここまで、「介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ チームアプローチの意義と目的
 - ✓ 介護支援専門員が相談できる先等の事例
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

終わりに

- 以上で本科目で予定された座学の内容は終了です。
- 理解が曖昧な部分は振り返りをして、確認テストを受けた後、演習の参加に備えてください。
- 演習終了後に科目のはじめに確認した修得目標が達成できたか振り返ってみましょう。
- なお、研修記録シートは演習終了後に作成してください。



※研修記録シートなど修了評価に係る事項、演習に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。



受講お疲れ様でした。