

適切なケアマネジメント手法の普及推進に向けた調査研究事業

「適切なケアマネジメント手法」の 手引き



はじめに

介護保険制度の基本理念は、一人ひとりの尊厳の保持と自立支援、そして住み慣れた地域での生活をできるだけ継続することにあります。これを実現するには、幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測に基づく支援の調整が必要であり、介護支援専門員が一人で抱え込むのではなく、各職種の視点や知見を活かし、連携して取り組む体制を整えることが肝要です。

ただし、円滑な多職種連携の実現は簡単ではありません。それぞれに多忙な業務のなかで信頼関係を構築し、必要な情報の共有や有意義な意見交換を実現するには、お互いの職域を尊重する気持ちを持ち、連携のルールを定めるとともに、双方が共通する知識や視点を持つことが必要不可欠です。

「適切なケアマネジメント手法」は、要介護高齢者本人と家族の生活の継続を支えるために、各職域で培われた知見に基づいて想定される支援を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメント/モニタリングの項目を整理したものです。

ケアマネジメントの質の確保は、介護給付費分科会審議報告でも今後の課題とされました。まずはこの手法のねらいや概要を知り、介護支援専門員の質の平準化や初任段階の介護支援専門員の育成を加速化させるために活用して頂きたいと思います。

目 次

1. 「適切なケアマネジメント手法」って何だろう？ …… 4

- (1) 「適切なケアマネジメント手法」とは …… 4
- (2) 「適切なケアマネジメント手法」を作成した理由 …… 6
- (3) 「適切なケアマネジメント手法」を使う意義 …… 8

2. 「適切なケアマネジメント手法」の基本的な考え方 … 10

- (1) “あたり”をつけて効率よく個別化を行う …… 10
- (2) 「基本ケア」と「疾患別ケア」で構成される …… 12
- (3) 想定される支援内容からアセスメント/モニタリング項目がつながっている …… 14
 - ① 想定される支援内容 …… 14
 - ② 支援の概要、必要性 …… 14
 - ③ 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等 …… 15

3. 「適切なケアマネジメント手法」をどう取り入れる？ … 16

- (1) こんな場面で使おう …… 16
- (2) 使う時の留意点 …… 19
 - ① 「基本ケア」と「疾患別ケア」はセットで用いる …… 19
 - ② 生活の場面で取り組むべきことに意識を向ける …… 19
 - ③ 本人の生活を総合的に捉え、個別化する …… 20

4. 「基本ケア」の理解を深める	22
(1) 「基本ケア」とは	22
(2) 「基本ケア」の構成	22
(3) 「基本ケア」を活用する際の留意点	22
5. 「疾患別ケア」の理解を深める	24
(1) 脳血管疾患のある方のケア	24
(2) 大腿骨頸部骨折のある方のケア	26
(3) 心疾患のある方のケア	28
(4) 認知症のある方のケア	30
(5) 誤嚥性肺炎の予防のためのケア	34
6. 「適切なケアマネジメント手法」の活用方法	36
(1) ここで取り上げる3つの場面	36
(2) 自己点検	36
(3) 研修	40
(4) カンファレンス	42

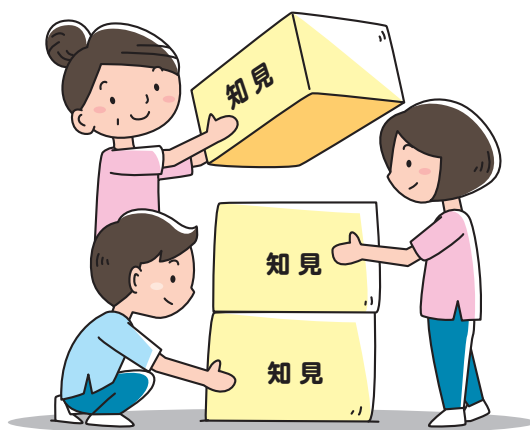
1 「適切なケアマネジメント手法」って何だろう？

(1) 「適切なケアマネジメント手法」とは

健康寿命が伸び、地域の高齢者の状況や生活のありようが多様化し、ケアマネジメントにおいて取り扱う社会資源の範囲がより広がっています。介護支援専門員には、これまで以上に幅広く情報を収集・分析し、ケアマネジメントを推進していくことが求められます。

同時に、専門職として、たとえ初任段階であっても、利用者が必要とするケアマネジメントを一定以上の水準で提供することも求められます。

そこで、利用者の尊厳を保持し、生活の継続を支えるケアマネジメントの実践にあたり、介護支援専門員の先達たちが培ってきた知見の中で共通化できる知見に着目し、それを体系化することにしました。これが本冊子で取り上げる「適切なケアマネジメント手法」です。



この手法では、支援内容くらい具体的なレベルで、根拠に基づいた「仮説」を持ち、その必要性や個別的内容を検証するために情報の収集・分析を展開するという考え方に基づいて、「想定される支援内容」を体系化しています。



利用者やその家族の生活を支えるうえで解決すべき課題を捉えるため、先入観を持つことなく、網羅的に情報収集し、支援を組み立てるのがケアマネジメントの基本です。

一方で、利用者や家族のある状況に共通して、当然必要性を検討しなければならない視点もあります。このように共通的に「漏らしてはいけない視点」については、多職種間で共有し、具体的な支援の必要性を検討したり、ケアを実施してその効果等を検証したりすることが重要です。こうした取り組みにより、ケアマネジメントの水準を一定以上に確保できます。

したがって、この手法を介護支援専門員だけのツールとせず、他の職種のみなさんにも知ってもらい、地域全体で活用していくことが望まれます。

なお、体系化にあたっては、まずは高齢者の生活を継続する基盤を支える「基本ケア」を老年学等の知見に基づいて作りました。そのうえで、既存のエビデンスがあり、多職種協働の必要性が大きいという観点で「疾患ごとのケア」に着目しました。具体的には、要介護状態となる要因の上位、あるいは重度化するとその後の影響が大きい疾患群や状況（脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、認知症、誤嚥性肺炎の予防）を先行して検討しました。

（２）「適切なケアマネジメント手法」を作成した理由

介護保険制度設立20年が経ち、介護支援専門員の数も増え、多様な背景を持つ人が要介護高齢者のマネジメントに携わっています。一方で、人数が増えたことに伴い、一人ひとりの介護支援専門員によるケアマネジメントの質のばらつきが大きくなっているとの指摘があります。

ケアマネジメントが目指すのは本人の尊厳を尊重し、住み慣れた地域でできるだけ暮らし続けられるよう、生活全般を支える体制を整え、自立支援を実現することです。そのためには、介護はもちろん医療や福祉、さまざまな生活支援サービス領域の知見やネットワークが必要ですし、相談援助や意思決定支援に関する知識や技術も必要です。

一方、各分野・領域の知見が深まっていますから、介護支援専門員が一人で全ての領域の知見を身につけるのは現実的ではありません。さまざまな領域の専門職等と円滑に連携できるようにする基本的な知識が必要です。

「適切なケアマネジメント手法」はまさにその基本的な知識として作られたものであり、他の職種と連携する際の“共通言語”として活用することを期待しています。

課題

本来必要なケアの抜け漏れ
(知識のばらつき)

例) 脳血管疾患のある方の栄養面の
支援: 情報収集していない 51.2%

解決策

「疾患」※別に想定すべき
支援内容を体系化

- ※これまでの検討範囲
- ・基本ケア
 - ・脳血管疾患
 - ・大腿骨頸部骨折
 - ・心疾患
 - ・認知症
 - ・誤嚥性肺炎の予防



ねらい

- ケアプラン検討時の「抜け漏れ」の防止
- 多職種協働の推進
- ケアプランの見直しの円滑化

(3) 「適切なケアマネジメント手法」を使う意義

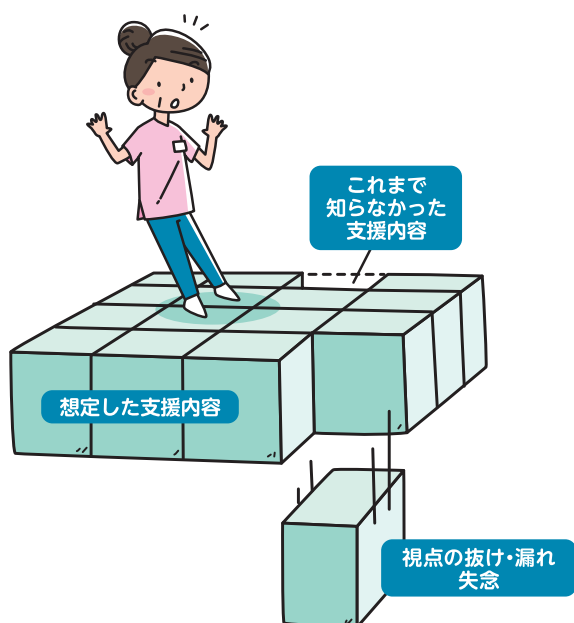
経験豊富な介護支援専門員のみなさんは、普段の業務において「こんな支援が必要かも?」「もう少しこの辺りの話を詳しく聞いてみよう」といったことを半ば無意識で考え、実践しています。

「適切なケアマネジメント手法」はこうした知見を体系化したものですが、一人ひとりが経験とともに培っていくこれらの知見を他の人にも見えやすくすることには、どのような意義があるのでしょうか?

1. 支援内容やアセスメント項目の「抜け漏れ」を防ぐ

介護支援専門員がアセスメントを行ったりケアプラン原案を検討したりする際に、「適切なケアマネジメント手法」を参照することで、支援内容の仮説や、その必要性を判断するためのアセスメントの視点がうっかり抜け落ちてしまうことを防ぐ効果があります。

それによって、どの利用者に対しても、一定以上の水準のケアマネジメントを提供できるようになります。



2. 他の職種との協働や役割分担を進めやすくなる

支援の必要性を判断するためには情報が必要ですが、「適切なケアマネジメント手法」では、アセスメント/モニタリング項目と合わせて「相談すべき専門職」を示しています。

そのため、介護支援専門員と他の職種が、どのような支援の必要性を判断するために、何の情報を把握するのに誰と連携・共有するとよいかをお互いに理解しやすくなります。

アセスメント/モニタリングが効果的にできることで、生活課題の把握や、生活の将来予測、個別化をしやすくなり、その人らしい生活の継続の支援にそれぞれの職種の専門性をより発揮することにつながります。

3. ケアプランの見直しをしやすくなる

モニタリングを通じて把握した状況を活用して、支援内容の見直しを行う際に「適切なケアマネジメント手法」を参照することで、状態の変化に応じて引き続き必要な支援、見直す支援、新たに追加する支援を判断しやすくなる効果があります。

例えば脳血管疾患Ⅱ期に関する実証では、その人らしい生活の継続に加えて、疾患の療養に特徴的な以下のような支援の必要性に気づく効果が見られました。

- 目標血圧が確認できる体制を整える
- 家庭（日常）血圧の把握ができる体制を整える
- 塩分摂取状況が把握できる体制を整える

このように、どのような視点の支援内容が必要かを、個別的に確認し、次の見直しに反映させやすくなる効果が期待されます。

2. 「適切なケアマネジメント手法」の基本的な考え方

(1) “あたり”をつけて効率よく個別化を行う

経験豊富な介護支援専門員は、網羅的な情報収集の前に、インタビューで得られた限られた情報から、「どのような支援が必要そうか」、「何を詳しく確認すべきか」の“あたり”をつけています。

(インタビューの一例)



脳血管疾患の既往があって今度退院する方です。ご夫婦でお暮しですよ。少し麻痺が残っているけど、在宅生活を続けていきたいそうです。



こんな支援が必要かも？
病棟の情報を聞いてこよう。
遠方の家族はどう思っている？
福祉用具も考えなきゃ。

これらの「～かも？」は単なる思いつきではなく、知識や技術、そして長年の経験に裏付けられた専門職として意味のある“あたり”です。“あたり”をつけることで、限られた時間で効率的にかつ重要な領域の情報を重点的に収集できる、つまり個別化に資する情報の収集と整理を効率よく行うことができます。

また、インテーク前に“あたり”をつけておき、本人や家族等とお話をする過程で大事な領域を早めに絞り込み、より具体的な情報の収集に注力できるようにすることで個別化したケアプランを考えやすくなります。

「適切なケアマネジメント手法」を、介護支援専門員が「必要性が想定される支援（仮説）」の引き出しを増やし、“あたり”の精度を高められるようにするための、基本的な知識の体系として活用してください。

コラム 「ケアプランの標準化」ではない

本人のニーズや具体的な支援内容はきわめて多様・多彩であるため、ケアプランは一人ひとりに個別的でです。

「適切なケアマネジメント手法」が目指しているのは、どの介護支援専門員が担当しても、本人から見て一定の水準のケアマネジメントを提供できるようになることであり、そのために仮説を持って情報収集・分析できるようになることを目指しています。決して「ケアプランの標準化」ではありません。

個別性の高いケアプランを作りやすくなる



適切なケアマネジメント
手法が土台となることで……

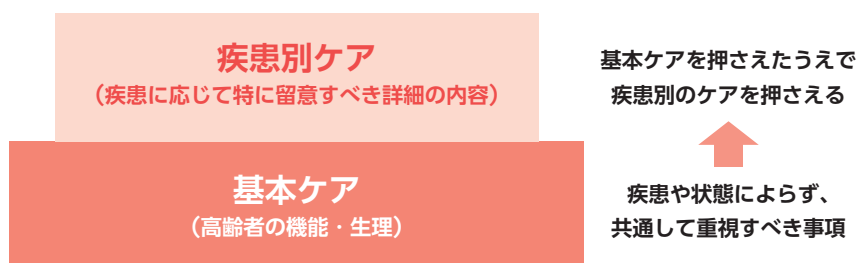
(2) 「基本ケア」と「疾患別ケア」で構成される

「適切なケアマネジメント手法」は、「基本ケア」と「疾患別ケア」という2階建ての構造になっています。

「基本ケア」は、本人の生活の継続を支援する基盤となる支援内容であり、高齢者の機能と生理を踏まえたケアです。本人が有する疾患に関係なく、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容を整理しています。

一方、「疾患別ケア」は、疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容を整理しています。疾患によっては、期別（退院後3ヵ月、退院後4ヵ月目以降など）の視点を盛り込んでいます。

こうした疾患では、時期によって本人の状況やその時に必要な支援内容、さらには医療との連携における留意点が大きく変わることから、タイミングを見計らった支援内容の見直しが求められます。



「適切なケアマネジメント手法」を活用する際は、まず「基本ケア」を踏まえた上で、本人の状態に応じて「疾患別ケア」を参照しましょう。

疾患に着目した理由は、どのような支援を検討しておくかと将来の再発や重度化のリスクを小さくすることができるかという知見が疾患ごとに整理されているからです。

「適切なケアマネジメント手法」を通じてそのような知見を取り入れることで、アセスメントに基づく生活の将来予測を行い、リスクを見極め、先回りしてケアを調整することができ、結果として、本人や家族等のQOLの維持・向上を図りやすくなります。



「疾患別ケア」としては、これまでに右の5つを体系化し、それぞれ「項目一覧」（概要版）と「適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア」を用意しています。

脳血管疾患

大腿骨頸部骨折

心疾患

認知症

誤嚥性肺炎の予防

(3) 想定される支援内容からアセスメント/モニタリング項目が繋がっている

「適切なケアマネジメント手法」では、「基本ケア」あるいは各「疾患別ケア」において、①想定される支援内容、②支援の概要、必要性、③適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等を一体的に整理しています。

「基本ケア」では、尊厳の保持や自立支援に基づく基本的な考え方として「基本方針」が示されています。また、「疾患別ケア」では、医療とのかかわりの程度に応じた「期別の考え方」が示されているものもあります。

① 想定される支援内容

- 想定される支援内容は、大項目、中項目、小項目で整理されています。
- 疾患への医療的なアプローチにとどまらず、本人や家族の疾患への理解促進や、状況が変化した際の体制構築など、ケアマネジメントが果たすべき役割を踏まえたものです。

② 支援の概要、必要性

- ここでの支援内容とは、どのような支援を、誰が行うか、さらにその支援がなぜ必要になりうるかを列挙したものです。
- また、個別化に向けた「仮説」ですので、次の「適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等」を踏まえて必要性やその内容を具体化します。

③ 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 想定される支援内容ごとに、その必要性や妥当性を判断するために確認すべき主なアセスメント/モニタリング項目、その際に相談すべき専門職を列挙したものです。
- 個別化の視点に立って支援の要否や具体的内容の検討のために、他の職種と連携して確認します。

「項目一覧」（概要版）では、疾患別・期別に、「想定される支援内容」、「支援の概要、必要性」、「アセスメント/モニタリング項目」を一覧表形式で示していますので、全体を把握する上で役立ちます。

支援内容やアセスメント/モニタリング項目の詳細を確認したい場合は、「適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア」の本編の該当箇所を参照してください。

3. 「適切なケアマネジメント手法」をどう取り入れる？

(1) こんな場面で使おう

「適切なケアマネジメント手法」は、介護支援専門員の気づきや他の職種との協働を促す特長を持っています。そのため、介護支援専門員の日々の実践に活かすことに加え、指導や研修の場面で活用することでより効果が発揮されます。具体的には、以下の場面が考えられます。

介護支援専門員：アセスメントやケアプラン原案作成

第一の活用場面としては、介護支援専門員の日々のケアマネジメント実践、特にアセスメントやケアプラン原案の作成の段階での活用が挙げられます。

その段階で「適切なケアマネジメント手法」をチェックリストのような形で活用して、支援の方針を効率的に見極めたり、情報収集や支援の抜け漏れがあるかもしれないと早めに気づいたりすることで、個別化のための情報収集や調整により注力しやすくなります。



担当事例で支援内容をもう少し広げたいから確認してみよう

ここ数ヶ月の事例を振り返るときのポイントを見てみよう



指導担当者：事業所内や同行訪問での指導

第二に、OJTでの活用です。初任段階の介護支援専門員は、「何が分からないか」「何につまずいているか」を自分では分からないことが往々にしてあります。そこで、事業所内や同行訪問での指導で、「適切なケアマネジメント手法」をチェックリストとして活用するとよいでしょう。

初任段階の介護支援専門員がどの項目の、どのような点でつまづいているかを明らかにし、それを初任者と指導担当者の双方で共有することで、指導担当者は目線合わせや支援内容に対する具体的な助言を行いやすくなります。



地域包括支援センター、職能団体：相談支援や研修、地域包括ケア会議

第三に地域のケアマネジメント支援での活用です。地域包括支援センターは包括的・継続的ケアマネジメント支援の一環で、介護支援専門員向けの相談支援や研修、地域包括ケア会議などを行っています。また、職能団体も職域での生涯学習としてさまざまなテーマの研修を実施しています。例えばこのような場面で「適切なケアマネジメント手法」を活用することで、事例検討の視点を共有しやすくなります。

なお、研修やカンファレンスでのより具体的な活用方法については、第6章を参照してください。

保険者（自治体）：社会資源の整備に向けた検討

第四に地域全体を捉える検討での活用です。住み慣れた地域でできるかぎり住み続けられる環境を整えるには、個別支援とともに地域づくりが欠かせません。保険者（自治体）を中心に、「適切なケアマネジメント手法」を“共通言語”として使い、地域におけるケアマネジメントの知見を集約していくことで、地域で特に必要とされる支援内容の傾向や社会資源の不足といった課題を具体的に捉えやすくなります。

エビデンスに基づいた検討・整理を重ねてきた「適切なケアマネジメント手法」を活用し、具体的にどのような支援内容を提供できる資源が不足しているのか、それを提供できるようにするにはどんな課題を解決すべきなのか検討することが期待されます。

(2) 使う時の留意点

① 「基本ケア」と「疾患別ケア」はセットで用いる

「適切なケアマネジメント手法」はすでに紹介した通り、「基本ケア」と「疾患別ケア」という2階建ての構造であり、これを必ず組み合わせる必要があります。

というのも、「疾患別ケア」はあくまでも疾患に応じた視点であって、それがケアの全てではないからです。まずは「基本ケア」をきっちり押さえたうえで、「疾患別ケア」を適宜組み合わせるようにしましょう。

なお、どの内容についても、一度見て終わりではなく、繰り返し組み合わせ確認することが大切です。自分で分かったつもりになっている知識こそ、「基本ケア」と「疾患別ケア」を組み合わせ確認しましょう。

② 生活の場面で取り組むべきことに意識を向ける

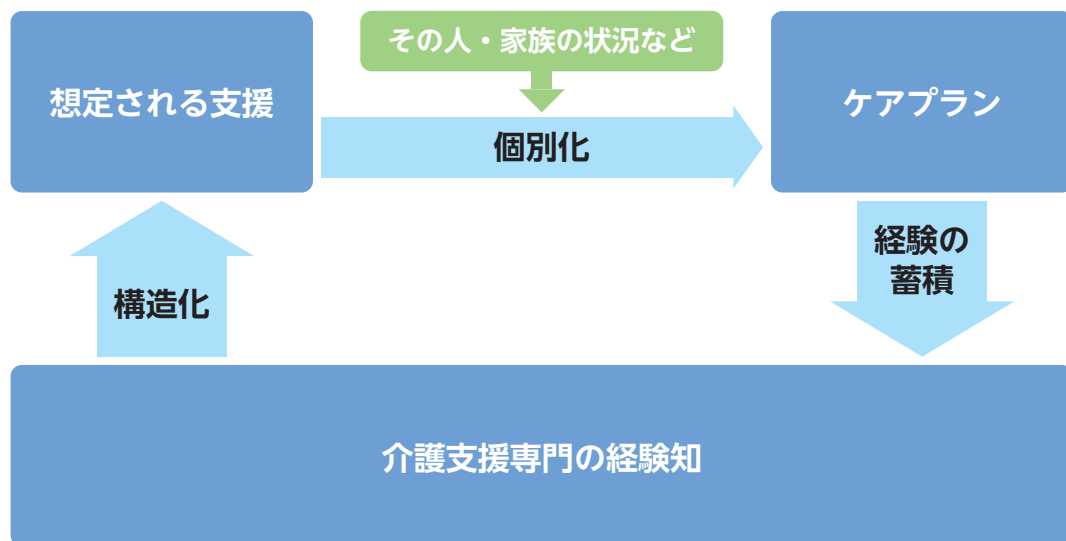
「疾患別ケア」には医療との連携が必要になる内容が多く含まれます。ただし、あくまで医療を提供するのは医療なので、介護支援専門員は医療的ケアが必要になる想定で情報収集を行い、判断・ケアに関わる職種と連携し、つないでいく役割を担います。

医療の範囲は医療につなぎ、介護支援専門員としては、生活の場面でのケアや本人・家族へのサポートに意識を向けて取り組むようにしましょう。その際、かかりつけ医等からの指示を把握するのはもちろん重要ですが、生活の場面での本人・家族の様子や感じている課題などの情報を、かかりつけ医の判断材料となるよう伝えることも大切です。

③ 本人の生活を総合的に捉え、個別化する

「適切なケアマネジメント手法」では、想定される支援を幅広く押さえて構造化しています。ただし、それらの支援がそのまま全てケアプランに入るわけではない点に注意しましょう。

例えば薬の管理の支援と一口に言っても、お薬カレンダーの活用、家族の声かけ、一包化など様々な方法があります。どのケアが、どの程度必要かの判断は一人ひとりの状況で異なります。また、同じような支援内容であっても、その人に合わせたやり方に工夫する余地があります。これこそが「個別化」です。



また「適切なケアマネジメント手法」は、疾患によっては期を分けていますが、時期はあくまで目安で、本人の状態に応じて前後する可能性があります。

繰り返しになりますが、ケアマネジメントが目指すのは、尊厳を保持し、自立支援を図りながら、継続した生活を実現できるよう支えることです。そのために生活の将来予測が必要であり、疾患別の支援内容はこうした検討のための基礎知識となるものです。

したがって、本人の意思や意向を捉え、ストレングスや家族の関わり、実現したい生活の希望などを総合的に把握することが何よりも重要です。こうしたポイントを忘れず、想定される支援をふまえつつ個別化してケアマネジメントを推進しましょう。

4. 「基本ケア」の理解を深める

(1) 「基本ケア」とは

本手法における「基本ケア」とは、生活の基盤を整えるための基礎的な視点であり、介護保険の基本的な理念である尊厳の保持と自立支援を踏まえ、現在の生活をできるだけ継続できるようにするために想定される支援内容を体系化したものです。

したがって、利用者に疾患等がない場合でも、また疾患が複数ある場合でも共通するものです。「疾患別ケア」を検討する前にまずこの「基本ケア」を理解し、視点の抜け漏れや情報収集に不十分なものはないか確認しましょう。

(2) 「基本ケア」の構成

「基本ケア」の構成は次頁の通りです。ここでは中項目までしか掲載していませんが、各中項目にそれぞれより具体的な支援内容が整理されています。

なお、「疾患別ケア」の項目には、「基本ケア」と重複するものもあります。これは、疾患の有無に関係なく重要であると同時に、疾患がある場合には特に留意すべき項目であることを意味します。

そうした項目が該当するときは、特に注意して現状を把握し、具体的な支援の必要性や内容を、他の職種とも連携して検討しましょう。

(3) 「基本ケア」を活用する際の留意点

全ての支援内容を横並びに実施するのではなく、状況に応じて優先度や重要度が異なりますから、情報の収集・分析を踏まえて具体的な内容を組み立てることが大切です。

なお、自立支援の観点から、「これまでの生活の尊重と継続の支援」では、状況に応じた適切なリハビリテーションの実施が特に重要であることに留意します。

【基本ケア】

基本方針	大項目	中項目	
決定の支援 尊厳を重視した意思	現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	疾病や心身状態の理解	
		現在の生活の全体像の把握	
		目指す生活を踏まえたリスクの予測	
		緊急時の対応のための備え	
意思決定過程の支援	意思決定過程の支援	本人の意思を捉える支援	
		意思の表明の支援と尊重	
		意思決定支援体制の整備	
		将来の生活の見通しを立てることの支援	
これまでの生活の尊重と継続の支援	予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	水分と栄養を摂ることの支援	
		継続的な受診と服薬の支援	
		継続的な自己管理の支援	
		心身機能の維持・向上の支援	
		感染予防の支援	
	日常的な生活の継続の支援	日常的な生活の継続の支援	生活リズムを整える支援
			食事の支援
			暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援
	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
			コミュニケーションの支援
			家庭内での役割を整えることの支援
			コミュニティでの役割を整えることの支援
家族等への支援	家族等への支援	支援を必要とする家族等への対応	
		家族等の理解者を増やす支援	
	ケアに参画するひとへの支援	ケアに参画するひとへの支援	本人をとりまく支援体制の整備
			同意してケアに参画するひとへの支援

5. 「疾患別ケア」の理解を深める

(1) 脳血管疾患のある方のケア

脳血管疾患は、要介護認定の原因疾患として多い疾患の一つで、医療における「地域連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用が行われている例も多いです。

脳血管疾患のある方のケアの項目は以下の通りです。

【Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）】

大項目	中項目
再発予防	血圧や疾病の管理の支援
	服薬管理の支援
	生活習慣の改善
生活機能の維持・向上	心身機能の回復・維持
	心理的回復の支援
	活動と参加に関わる能力の維持・改善
	リスク管理

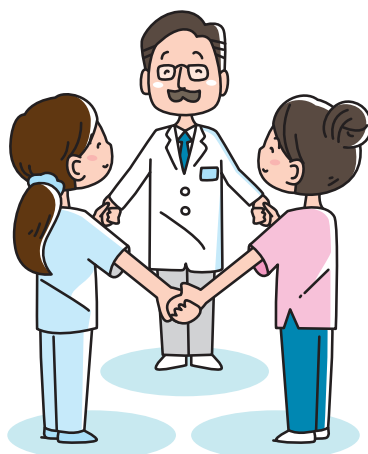
【Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期）】

大項目	中項目
継続的な再発予防	血圧や疾病の自己管理の支援
	服薬の自己管理
	生活習慣の維持
セルフマネジメントへの移行	心身機能の見直しとさらなる回復・維持
	心理的回復の支援
	活動と参加に関わる能力の維持・向上
	リスク管理

脳血管疾患は再発しやすい疾患であり、仮に再発すると入院も含めて状態が悪くなりやすい傾向があります。そのため、本人のQOLの維持・向上と再発予防の観点からは、退院後の生活への移行をできるだけ円滑にするとともに、退院直後の生活における不安を小さくできるように調整すること、そして生活が安定してきた先はいかに再発を予防していくかが大切です。そこで退院後の時期によって、以下のように期を分けています。

I 期	● 病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期
II 期	● 病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期

退院時は病棟の多職種から在宅チームの多職種にケアを引き継いでいくこととなります。I 期で示されている基本方針や支援内容について認識を合わせながら、病棟・在宅間の連携を取っていくことで、在宅での生活を安定させるためのケアを検討しやすくなります。



(2) 大腿骨頸部骨折のある方のケア

大腿骨頸部骨折は、脳血管疾患と同様、要介護認定の原因疾患として多い疾患の一つで、医療における「地域連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用が行われている例も多いです。

大腿骨頸部骨折のある方のケアの項目は以下の通りです。

【Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）】

大項目	中項目
再骨折の予防	転倒予防
	骨粗しょう症の予防
骨折前の生活機能の回復	歩行の獲得
	生活機能の回復
	社会参加の回復

【Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期）】

大項目	中項目
再骨折の予防	転倒予防
	骨粗しょう症の予防
セルフマネジメントへの移行	介護給付サービスの終結に向けた理解の促進 (自助・互助への移行)

大腿骨頸部骨折の場合、骨折そのものはいずれかのタイミングで治っていきますが、退院直後は生活機能が落ちている場合もあるため、再骨折の予防と生活機能の早い回復が肝要です。一方、生活が安定した後は、本人の生活場面をよく見て、セルフマネジメントをできるように支援することが求められます。

そこで退院後の時期によって、以下のように期を分けています。

I 期	● 病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期
II 期	● 病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期

退院後の生活への移行の支援では、入院時に行われていたリハビリテーションの状況などの情報を在宅ケアに携わる専門職やサービス事業所と共有し、在宅の場面で必要なリハビリテーションをいかにして継続していくかを、病棟・在宅双方の関係者が連携して検討・準備することが大切です。

また安定したII期では、支援がいずれ終結する可能性があることを意識しつつ、セルフマネジメントを定着させることも検討します。



(3) 心疾患のある方のケア

心疾患は、要介護認定の原因疾患の上位ではないものの、高齢者に有病者が多く、患者数も多い疾患です。医療における「地域連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用が行われている例も多いです。

心疾患のある方のケアの項目は以下の通りです。

【Ⅰ期（退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期）】

大項目	中項目
再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬
	自己管理能力の向上とリスクの管理
	療養を続けるための環境・体制の整備
生活機能の維持・向上	心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援
	心理的な支援

【Ⅱ期（状態が安定から不安定な状況にある時期）】

大項目	中項目
再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬
	自己管理能力の向上とリスクの管理
	療養を続けるための環境・体制の整備
生活機能の維持	ステージに応じた生活・暮らし方の支援
	心理的な支援
EOL準備	EOL（エンドオブライフ）に向けた準備

心疾患は、繰り返し発症をしやすい特徴を持っていることから、前述の2疾患以上に医療との関わりが強い傾向があります。そのため再入院の予防として、かかりつけ医あるいは担当の専門医等と連携して医療的なケアが提供される環境を整えながら、何らかの制限・制約がある中でも参加と活動の場面を維持するというバランスが求められます。

状態が少しずつ安定して、医療との関わりが弱まる時期もありますが、いずれかのタイミングで再発・再入院の可能性が大きいことから、突然の発症に対する心理的な支援も必要です。また、ステージによってはエンドオブライフに向けた準備を認識し、検討することも大切です。

そこで退院後の時期によって、以下のように期を分けています。

Ⅰ期	● 退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期
Ⅱ期	● 状態が安定から不安定な状況にある時期

心疾患の特徴ゆえ、Ⅰ期とⅡ期を繰り返す可能性が大きいいため、再発・再入院を出来る限り予防することが、ケアマネジメントの大きな柱となります。ただし、再発を恐れて不活発が進んでしまわないよう、医療と連携し、状況に応じた本人の生活・暮らし方を支援することを意識します。



(4) 認知症のある方のケア

認知症は、要介護認定の原因疾患として多い疾患の一つです。認知症は幅が広いため、ここでは比較的数量が多い「アルツハイマー型認知症の診断があり、IADL/ADLは自立あるいは一部介助程度」の状態を念頭においています。ただし、認知症の疾患のタイプは変化したり複数のタイプが併存したりすることもあるとされることに留意が必要です。

また将来にわたる生活や介護の領域における支援、特に周囲への支援の必要性が大きいことから、本章では「比較的初期～中期」を想定しています。目安としては、ADLが自立あるいは一部介助程度までであって、認知症高齢者生活自立度でⅡb程度までの時期となります。

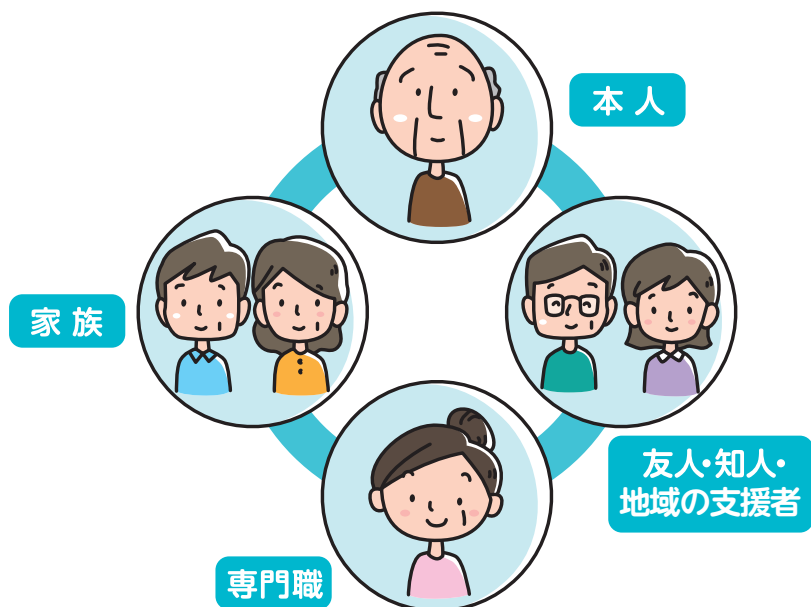
認知症のある方のケアの項目は以下の通りです。

大項目	中項目
ここまでの経緯の確認	ここまでの経緯の確認
本人及び家族・支援者の認識の理解	本人と家族・支援者の認識の理解
	本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解
将来の準備としての意思決定の支援	本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援
	意思決定支援体制の整備
必要に応じた連携体制の構築	必要に応じた連携体制の構築
基本的な生活の支援	日常生活における本人の意向の尊重
	一週間の生活リズムを支えることの支援
	日常的に参加する役割を整えることの支援
	体調管理や服薬管理の支援
	基本的なセルフケアを継続することの支援
これまでの生活の尊重と重度化の予防	本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備
	合併症や併発しやすい事故の予防
行動・心理症状の予防・重度化防止	行動・心理症状の状況と背景要因の把握
	背景要因に対する取り組みの支援
家族等への対応	家族支援に必要なサービスの調整支援
	将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

家族等や支援者の連携を促し、彼らを支える環境を整える

認知症は、中核症状である認知機能の低下とそれに起因する生活障害に加え、状況によっては行動・心理症状が現れます。症状が変化する可能性を念頭に置いて、家族等、かかりつけ医、専門職、さらには友人・知人などが連携して支援する体制づくりが必要です。

特に家族等や支援者と本人との関わり方に着目し、状況に応じて関わり方を見直したり、家族等や支援者の不安を軽減できるよう介護者を支援する体制を整えたりすることも大切です。



尊厳を保持し、その人らしさや残存機能を活かした生活を支える

認知機能が低下しても本人の尊厳が保持されるような生活の実現を目指すことが基本です。日常生活における本人の意向を尊重しながら、生活リズムや役割、人間関係、セルフケアなどを維持するために、認知症にともなう生活障害の影響を小さくできるような支援を組み立てていきます。また、意思決定支援ができるような体制を整えることも重要です。

さらに行動・心理症状がおきる要因を少なくできるよう、不要なストレスや失敗体験に配慮しながら、残存機能を可能な限り活かせるような、その人らしさに着目し、個別化した支援内容を考えます。

(5) 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

誤嚥性肺炎は、ADLや全身機能の低下、特に脳血管障害を有する場合に認められやすい嚥下機能障害を背景に起きる肺炎です。

発症するリスクの大きい高齢者の数が多く、発症すると入院のリスクあるいは重症化した場合の死亡リスクが高い特徴があります。過去に誤嚥性肺炎を発症したことがある人や、総合的なアセスメントの結果として誤嚥性肺炎のリスクが大きいと判断された人について、日常生活において発症予防/再発予防を行うことが重要なことから、「予防」に着目しました。

誤嚥性肺炎の予防のためのケアの項目は以下の通りです。

大項目	中項目
リスクの評価	誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解
	リスクの評価
日常的な発症及び再発の予防	摂食嚥下機能の支援
	リスクを小さくする支援
リスクの再評価	リスクの再評価
変化を把握したときの対応体制の構築	変化を把握したときの対応体制の構築

生活の状況の情報を収集しリスク評価につなぐ

誤嚥性肺炎のリスクの要因には、摂食嚥下機能の低下、口腔の衛生状態の低下、生活環境や生活リズムの変動、フレイルの進行など様々であり、またどのような要因が影響しているかは個別に異なります。

そのため、本人や家族などに肺炎の予防がいかに大切かを理解してもら

うのが第一歩となります。その上で、本人の心身の状況や普段の様子
の情報を集め、ふまえてどのようなところにリスクがあるかを専門職が
評価できるように連携し、日常生活の中でリスクを低減できるように
する支援を行います。



早めに変化に気づき、すみやかに医療につなぐ

要介護高齢者の心身や生活の状況は変化するため、心身の状況や生活環境の変化に応じて、定期的にリスクを再評価します。その際、日常で起きたちょっとしたトラブルなどエピソードを記録しておき再評価で活用することで、その方に合ったケアを見極めやすくなります。なお、フレイルに伴う摂食嚥下機能の低下を捉えるには、例えば数か月前と比べてどうか、普段の様子と比べてどうかといった長期的な変化の観察が必要です。こうした観察は生活の場面だからこそできることであり、介護支援専門員にはモニタリングを通じてこうした変化を捉える体制を整えることが期待されます。

なお、普段と比べて顕著な変化が見受けられたときは、誤嚥性肺炎の進行が非常に速いことにも留意し、迅速に医療につなぐことが必要です。

6. 「適切なケアマネジメント手法」の活用方法

(1) ここで取り上げる3つの場面

ここからは「適切なケアマネジメント手法」の実践的な活用方法を紹介します。今回は一人で始められる「自己点検」と、事業所・地域として導入できる「研修」および「多職種カンファレンス」の3つの場面を取り上げ、具体的な活用プロセスや工夫・留意点を解説します。

必ずしもこの通りにやらねばならないものではありませんが、これを参考に、ぜひ活用してみてください。

(2) 自己点検

ケアプランを作成する時点、あるいはケアプラン作成後や見直しの時点で、「適切なケアマネジメント手法」を用いて担当事例の支援内容が妥当か自分で確認を行うのが自己点検です。

事例を選ぶ

担当事例の中から自己点検する事例を選びましょう

自己点検シートに記入する

自己点検シートに沿って、各項目に関する判断を記入しましょう

今後の対応を決める

追加の情報収集や検討を行う、あるいはケアプランを見直すなど今後の対応を決めましょう

事例を選ぶ

担当している事例の中から自己点検する事例を選び、ケアプランや関連資料（基本情報、アセスメントシートなど）を手元に用意しましょう。

自己点検シートに記入する

まずは本人の状態に応じて、6種類の自己点検シート（「基本ケア」＋「疾患別ケア」（脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、認知症、誤嚥性肺炎の予防）の中から該当するものを選びましょう。自己点検シートには、それぞれのケアで想定される支援内容（項目一覧）が掲載されています。

該当する「疾患別ケア」がない場合には、「基本ケア」だけを使って点検しても構いません。

（例）「認知症」の自己点検シート（抜粋）

想定される支援内容				(1)ケアプラン作成時点の判断		
				①情報収集	②支援の必要性の判断	③支援の位置づけ
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	○：情報収集を行った ×：情報収集を行っていない ⇒全員【設問②へ】	○：支援が必要だと判断した ⇒【設問③へ】 ×：支援は不要だと判断した ⇒【設問⑤へ】	○：ケアプランに支援を位置付けた ⇒【設問④へ】 ×：ケアプランに支援を位置付けなかった ⇒【設問⑤へ】
0.ここまでの経緯の確認	1 ここまでの経緯の確認	認知症と診断されるに至った経緯の把握	1 認知症と診断されるに至った経緯の把握	○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×
		これまでの医療及び他の専門職の関わりの把握	2 医療及び他の専門職の関わりの把握	○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×

次に各項目について、以下の観点からケアプランを点検し、○×や番号を記入しましょう。

【ケアプラン作成時点】

- ✓ ケアプラン作成時のアセスメントで情報収集したか？
- ✓ ケアプラン作成時に支援が必要だと判断したか？
- ✓ ケアプランに支援を位置づけたか？
- ✓ ケアプランに支援を位置づけた場合、具体的にどんな内容にしたか？



【ケアプラン作成後や見直しの時点】

- ✓ 現時点で支援は必要か？
- ✓ 支援内容の見直しは必要か？
- ✓ 支援内容の見直しが必要な場合、具体的にどんな内容を追加・縮小すべきか？



判断を行った状況や理由を振り返りながら

「その時は見落としていた」

「この方の状況に照らした落とし込みが足りなかった」

という“気づき”を得ることが、自分のケアマネジメント実践を振り返る手がかりになります。

今後の対応を決める

自己点検シートへの記入を通じて得られた“気づき”をケアマネジメントに今後どう活かしていくかを考えましょう。対応方法としては、例えば以下のようなものがあります。

追加の情報収集

必要性を見落としていた項目や、より詳しい情報収集が必要と考えた項目は、他の職種と連携しながら追加で情報収集を行いましょう。



個別化の検討

支援内容の工夫や見直しが必要と考えた項目は、他の職種からも意見をもらいながら、より本人の状態に合った工夫や留意点を考えてみましょう。



ケアプランの見直し

支援内容の追加や縮小が必要と考えた項目は、適切なタイミングでケアプランに反映させましょう。



状況の推移の見守り

状態の変化などを見ていく必要があると考えた項目は、他の職種と連携しながらモニタリングを実施しましょう。

(3) 研修

地域全体で「適切なケアマネジメント手法」を活かしたケアマネジメントを定着させていくには、介護支援専門員向けの研修（地域や職域での法定外研修、事業所や法人内での内部研修など）を通じてこの手法の意義や内容、活用方法の理解を促すとよいでしょう。

「適切なケアマネジメント手法」は、実際に使ってみることで理解が深まることから、担当事例での自己点検を事前学習あるいは演習して組み込み、参加者どうしで共有しながら“気づき”を深めていくやり方が有効です。

(研修の一例)

【第1回】
考え方の
理解

「適切なケアマネジメント手法」の基本的な考え方や各種シートの使い方を説明する

【第2回】
自己点検
結果の共有

事前に自己点検を行い、その結果を持ち寄って共有しあう

【第3回】
強化すべき
項目の解説

第2回の結果を踏まえ、参加者の理解が不足している項目を取り上げ、支援内容の詳細や留意点を解説する

自己点検結果を参加者どうしで共有する際は、以下のような問いを用いるとよいでしょう。

【自己点検に関する問い】

- ✓ 項目のうち、よく分からなかったものは何か？
- ✓ 支援内容やアセスメント項目の「抜け漏れ」はあったか？
- ✓ 情報収集が粗かった（もっと細かく情報収集しなければならない）と気付いた項目はあったか？
- ✓ 支援内容をより個別化する上で、何らかの助言やアイデアがほしい項目はあったか？

自己点検結果の共有を通じて、参加者の理解が不足している項目が浮かび上がってきたら、その項目に詳しい介護支援専門員または他の職種に各項目を解説した本編などを用いながら説明してもらうことで、想定しうる支援内容の理解を深め、提案する支援の幅を広げることができます。

なお、このときに一度見て終わりにするのではなく、視点の抜け漏れに気づいた項目を丁寧に読み返したり、ケアマネジメント実践にも応用してアセスメント/モニタリングの情報収集のやり方を見直したりして、繰り返し使うことが大切です。面倒に聞こえるかもしれませんが、自分で「分かったつもり」の知識こそ、特に丁寧に振り返ることが、活かせる知識として身につける早道です。

(4) カンファレンス

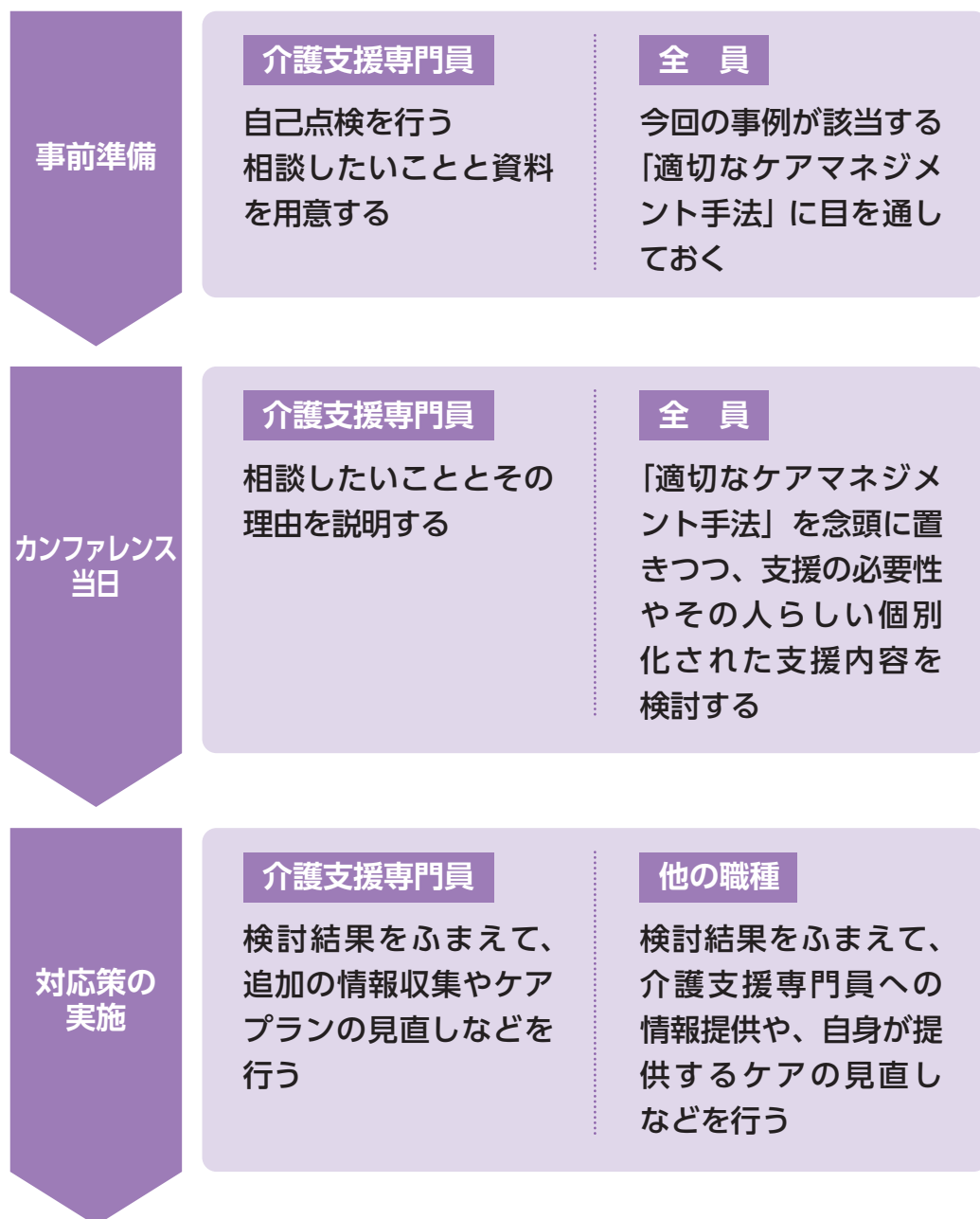
ケアマネジメントは高齢者を取り巻く支援チームで対応する必要があります。その際に「適切なケアマネジメント手法」を“共通言語”として活用することで、情報収集や検討の視点を共有しやすくなります。



支援チームと一緒に検討を行うカンファレンスとしては、サービス担当者会議、個別事例を扱う地域ケア会議、入退院時に実施されるカンファレンスなどがあります。

その中でも、本人の心身や生活環境の変化が大きく、多職種協働の必要性が大きい“退院時”は「適切なケアマネジメント手法」を導入する効果が大きいカンファレンスの一つです。

カンファレンスでの活用ステップは以下の通りです。



事前準備

まず、カンファレンスで事例を提示する介護支援専門員は、前述の「自己点検」を行います。

次に、カンファレンスで他の職種に相談したいことを絞り込み、議題として設定します。自己点検を通じて得られた“気づき”や、自身で考えた今後の対応方法は多岐にわたるかもしれませんが、カンファレンスの時間の制約を踏まえて優先順位をつけ、項目の中から数個を取り上げると良いでしょう。

議題に応じて、カンファレンスでの説明や記録に必要な資料を用意します。自己点検の段階でケアプランの見直しが必要と考えた場合は、現在のものと見直し案の両方を用意しても良いでしょう。

なお、介護支援専門員を含め、カンファレンスに参加する人はあらかじめ今回の事例で用いる「適切なケアマネジメント手法」にあらかじめ目を通しておくことも大切です。



カンファレンス当日

まず担当の介護支援専門員が、事例の概要とともにカンファレンスで他の職種に相談したいことを議題として提示します。そして、なぜその項目が重要だと思ったか、どの専門職等に相談したいと思ったかを説明します。

介護支援専門員から説明を受けた後、参加者全体で項目ごとに検討を行います。検討の視点は主に2つあります。

【検討の視点】

- ✓ 現時点でその支援は必要か？
- ✓ 支援が必要な場合、“その人らしい個別化された支援”としてどのような内容・方法があるか？

支援の必要性や、その人らしい個別化された支援が明らかになったら、カンファレンスのまとめとして、介護支援専門員や他の職種が今後対応すること（追加の情報収集、ケアプランの見直しなど）を合意します。

介護支援専門員は、カンファレンスの検討の経過を記録します。記録の方法は自由ですが、予め様式を定めておくと記録の手間を小さくでき、かつ検討したいこと（目的）にそった意見交換ができたかどうかをその場で振り返ることが出来ます。記録シートの一例を次頁に示すので、適宜活用ください。

(例) カンファレンス記録シート (イメージ)

日時：

介護支援専門員名：

利用者名：

項目	着目した理由	議論の経過	今後の対応策

上記以外に議論したこと

--

対応策の実施

介護支援専門員は、検討結果をふまえて、追加の情報収集やケアプランの見直しなどを行います。また必要に応じて、「(例)カンファレンス記録シート」を他の職種にも共有します。

他の専門職等は、検討結果をふまえて、介護支援専門員に情報提供したり、自身が担当するケア内容を見直したりします。

このようにカンファレンスの場で「適切なケアマネジメント手法」を“共通言語”として活用し、その実践を積み重ねることで、カンファレンスでより効率的・効果的に個別化された支援を検討しやすくなることが期待されます。

【適切なケアマネジメント手法を活用した見直し例】

ここでは本手法を自己点検やカンファレンスで活用し、支援内容を見直した例を紹介します。あくまでも一例ですが、これを参考に本手法を活用ください。

例1 水分摂取をより具体的に把握することで脱水を予防した例

- 自分が現在担当している事例の自己点検に「基本ケア」を活用。水分を摂っているかどうかは、これまで本人の言葉で把握していたが、関連するアセスメント項目を見てより具体的に状況を把握したところ水分不足を捉えきれていなかったことが分かった。
- 毎年、数回脱水する方だったこともあり、医師とも相談して、水分量を確保することの必要性を本人に説明し、無理なく摂れるように飲むタイミングや飲み方などを調整。
- ケアプランの短期目標や支援内容も変更し、訪問介護でも水分摂取状況を確認してもらうことにした。結果としてその年の夏は脱水を起こさずに過ごすことが出来た。

例2 抜けていた視点を踏まえて短期目標と リハビリテーションの内容を見直した例

- 事業所内での事例検討で疾患別ケア（脳血管疾患）を活用。「新たな機能の獲得の支援」の視点が抜けていたことに気づき、アセスメントと支援内容を見直し。日常生活動作の機能訓練は既にケアプランに位置づけていたが、本人が病前に果たしていた役割と現在の意向を踏まえ、「家族の仕事を手伝いとしてPC操作や電話応対できるようになる」という具体的な短期目標に変更。
- 併せて、目標に合ったリハビリテーションをより個別的に実施できるよう、本人の意向も反映して、サービス種別を見直し。半年間のリハビリテーションを経て、家族の仕事を手伝えるようになり、ケアプランの見直しに併せてサービスを終結とした。

例3 退院時カンファレンスで利用し退院後の支援における本人のストレングスを活かす内容に見直した例

- 退院時カンファレンスに提出するケアプラン（案）の作成と、病棟のスタッフとの間で特に議論したいポイントを整理するために活用。事前に、視点の抜け漏れがないかを自己点検したうえで、特に意見交換したい支援内容をいくつか示すことで、病棟／在宅の両方のスタッフの意見交換を網羅的かつ円滑に進行できた。
- 一方で、疾患別の視点に偏っており、本人のストレングスを活かす視点が抜けていることを確認。本人の意向や病棟での本人のストレングスを共有してもらうことで、退院後のケアプランにも本人のストレングスを反映して修正し、成案として見直した。病棟で自分が好きだった活動を自宅に戻っても続けるケアプランになり、本人も家族も積極的に受け止め、取り組むことができた。

令和2年度厚生労働省老人健康増進等補助事業 適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業
検討委員会 委員名簿（五十音順、敬称略）

氏名	所属先・役職名
石山 麗子	国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 教授
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
遠藤 征也	一般財団法人長寿社会開発センター 事務局長
岡島 さおり	公益社団法人日本看護協会 常任理事
萩野 構一	公益社団法人日本薬剤師会 常務理事
川越 正平	あおぞら診療所 院長
小玉 剛	公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
清水 恵一郎	一般社団法人日本臨床内科医会 特任常任理事
鈴木 邦彦	医療法人博仁会 志村大宮病院 理事長
武久 洋三	医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長
新田 國夫	一般社団法人全国在宅療養支援医協会 会長 兼 日本在宅ケアアライアンス 議長
濱田 和則	一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
東 祐二	国立障害者リハビリテーションセンター研究所 障害工学研究部長
○三浦 久幸	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部 部長

○印：座長

※本調査研究事業は、令和2年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金において実施したものです。

2021年8月31日改訂版

令和2年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金(老人保健健康増進等事業)
適切なケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業

「適切なケアマネジメント手法」の手引き

令和3年3月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-18-1 大崎フォレストビルディング
TEL: 080-1145-7438 FAX: 03-6833-9481

