

令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金)

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

報 告 書

令和3年3月

株式会社日本総合研究所





# 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 報告書

## 目 次

第1章 本調査研究事業の背景、目的、概要 .....	1
1. 本事業の背景 .....	1
2. 本事業の目的 .....	2
3. 実施内容 .....	2
第2章 適切なケアマネジメント手法の活用と普及推進に係る課題 .....	5
1. 適切なケアマネジメント手法の検討の背景 .....	5
2. 適切なケアマネジメント手法のねらいと特徴 .....	9
3. 適切なケアマネジメント手法の普及推進の方向性 .....	11
第3章 介護支援専門員向けアンケート調査の実施 .....	17
1. 調査概要 .....	17
2. 調査結果(単純集計) .....	18
3. 調査結果(クロス集計) .....	24
4. 介護支援専門員向けアンケート調査で得られた示唆 .....	41
第4章 普及ツールの作成 .....	44
1. 普及ツール作成のねらい .....	44
2. ツールでの説明のポイント(作成の方針) .....	44
3. 「適切なケアマネジメント手法」の手引き .....	45
第5章 研修手法の検討 .....	100
1. 研修プログラムの必要性和ねらい及び方法 .....	100
2. 連続研修受講者向けインタビュー調査 .....	101
第6章 まとめ .....	110
1. 普及推進の方向性 .....	110
2. 研修プログラム .....	110
3. 今後の課題 .....	112

巻末資料 1 アンケート結果(参考集計).....	114
巻末資料 2 アンケート調査項目 .....	138



# 第1章 本調査研究事業の背景、目的、概要

---

## 1. 本事業の背景

### ①適切なケアマネジメント手法のねらいと特徴

健康寿命の延伸や世帯構成の変遷に伴い、要介護高齢者及び世帯の状況が変わり、要介護高齢者数が増えるとともにケアマネジメントで対応すべき範囲も広がってきている。こうした社会環境の中で、介護保険制度の理念である尊厳の保持と自立支援を踏まえ、本人のこれまでの暮らしをできるだけ継続できるように支えていくために、介護支援専門員にはこれまで以上に多職種連携を推進し、生活の継続、意思決定の支援、また疾患の再発予防や重度防止の観点から、その人や世帯にあった支援内容を、専門的な知見に基づいて調整し、組み立てることが期待されている。

適切なケアマネジメント手法は、支援内容のレベルでまず仮説を持ったうえで、その必要性の検証や個別化のために多職種連携を通じて情報の収集・分析を行って、アセスメントやモニタリングの効果を高めることをねらいとした考え方である。各領域においてエビデンスが蓄積されている支援内容に基づいて仮説として持つべき「想定される支援内容」を体系的に整理したものであり、これまでに「基本ケア」と「疾患別ケア」のそれぞれについて検討と検証が重ねられてきた。ただし、本手法で対象としているのは疾患などの状況によって共通化できる支援内容の知見を整理したものであるため、例えば個人の性格や嗜好性、周囲の人との関係性など個人因子に関わる部分までを捉えたものではない。

ケアマネジメントが、利用者本人の尊厳の保持、そして自己決定の支援を前提としている以上、当然、個人因子を踏まえたケアマネジメント実践が必要である。認知性の要介護高齢者の割合が今後大きくなることも踏まえると、そうした実践は今後さらに重要になるだろう。だからこそ、そうした実践に意識を向けられるようにするためにも、共通化できる知見については体系化して理解を深め、時に振り返って確認できるようにしておくことが有効である。適切なケアマネジメント手法は、こうしたねらいを持って検討・整理されてきたものである。

### ②適切なケアマネジメント手法の活用場面と課題

こうした検証での回答も踏まえ、これまでの議論において、本手法の活用シーンとして、1)チェックリストとして活用する自己点検での活用、2)事例を用いた研修での活用、3)多職種が参加するカンファレンスでの活用、の3つが具体的に効果の大きい活用シーンであると整理された。

ただし、まず想定される支援内容の仮説を持ってから情報の収集分析を行うという考え方への理解や、項目数の多い膨大な情報の理解には一回だけの研修では不足であること、実践で活用するには連携する他の職種や個別サービスにも本手法の概要を知ってもらう必要があることなどが、活用を推進するうえでの課題であった。

これまでに複数年にわたる事業の検証で使われたツールの継続的改善により、介護支援専門

員の多くに伝わりやすい説明内容や、説明における留意点が整理されてきたところであり、今後はこれらの蓄積を踏まえて、広く多くの介護支援専門員及び他の職種への普及推進のための取り組みの展開に向けた具体的な取り組みを検討が必要とされていた。

## 2. 本事業の目的

前項に示した背景を踏まえ、今後、多くの介護支援専門員が本手法を理解して活用できるようにするためのテキスト等のツールとそれを習得するための研修手法をとりまとめることを、本事業の目的とした。テキスト等のツールについては、他の専門職に対して本手法を説明する際にも活用できるように、本手法の概要や特徴について簡便に理解できるようなものを取りまとめることとした。

なお、すべての介護支援専門員に本手法を普及するには、介護支援専門員養成研修(法定研修)に本手法を盛り込むことも有効だが、法定研修カリキュラム等の在り方は令和3年度以降に見直すこととされており、見直し後のカリキュラムに基づく新しい法定研修が実施されるのは、カリキュラム見直し後2～3年を要する。したがって、法定研修が見直されるまでの間にも本手法の活用を広めるためには、指導者層を養成するとともに、本手法の活用に関心を持つ層を見極めて、集中的に普及推進する必要もあることから、介護支援専門員向けの調査を実施し、関心のある層に対する普及推進方策をとりまとめることも併せて実施した。

## 3. 実施内容

### ①介護支援専門員向けアンケート調査の実施

適切なケアマネジメント手法を、法定研修以外の場面で普及推進する方策を検討するため、全国の介護支援専門員を対象としたアンケート調査を実施した。

調査手法にはインターネットアンケートを採用し、自己研鑽やケアマネジメント実践上の課題等の調査に加えて、本手法の概要やねらいを解説した約15分の動画や資料を閲覧してもらったうえで本手法の活用可能性に対する意見を聞き取りする設計とした。こうした方法を採用することにより、初めて本手法を知る介護支援専門員の、本手法の活用に対する意見・意向を把握でき、その結果を分析することで、本手法に関心の高い層、つまりまず活用推進のターゲットとすべき層がどのようなものなのかを捉え、今後の段階的な展開方策の検討材料とした。

### ②手法を分かりやすく普及するツールの作成

本手法のねらいや概要など基本的な事項について、初めて本手法を学ぶ介護支援専門員や、ケアマネジメントの実践において連携する他の職種向けに分かりやすく説明する資料として、説明動画と小冊子(手引き)を作成した。いずれも、これまでの適切なケアマネジメント手法の検討過程で実施した検証等で利用した説明資料とそれに対する検証参加者の反応、意見等を踏まえ、初

めて本手法を知る人でも、より分かりやすく理解しやすい内容となるように検討、作成を行った。

なお、説明動画については、前項①でも示したように介護支援専門員向け調査でも活用した。

### ③研修手法の検討

適切なケアマネジメント手法をしっかりと理解するためには、単発の研修では不足であるとの課題認識に基づき、個別事例に当てはめた学習手法(アクションラーニング)を前提とした介護支援専門員向けの連続研修プログラムの検討を行った。

なお、検討にあたっては、既に任意研修として連続研修を実施している地域における研修手法とその参加者へのヒアリング調査、さらに参加者が適用した事例における効果の聞き取り調査も実施し、それらの検討材料を踏まえ、全国に広げていくための現実的な研修プログラムとしてとりまとめた。

### ④ワーキンググループでの検討

前項①～③を実施するため、実務者を中心としたワーキンググループを設置し、検討を行った。なお、適切なケアマネジメント手法の策定の議論の一環で、活用方法やその普及推進の方法についても議論がなされており密接不可分であることから、本手法の検討を実施している「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」のワーキンググループと同じ構成員とした。

そのうえで、手法の策定に関する議論と併せて行われる普及推進に関する議論は、「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」のワーキンググループにおける検討として位置づけて実施し(図表 2)、それら検討結果も踏まえた、介護支援専門員向けアンケート調査やその結果も踏まえた連続研修プログラムの検討については、本調査研究事業におけるワーキンググループとして位置づけ、検討を行った(図表 1)。したがって、本調査研究事業におけるワーキンググループとして位置づけた検討は、「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」のワーキンググループの検討が終了した後の2回となっている。

図表 1 本事業において開催したワーキンググループにおける検討経緯

回	日程	主な検討事項
第1回	令和3年2月28日	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 見直し後の「適切なケアマネジメント手法」の活用場面、活用方法について</li><li>・ 普及のためのツールについて</li><li>・ 介護支援専門員向けアンケート調査及び連続研修に関する調査について</li></ul>
第2回	令和3年3月23日	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 介護支援専門員向けアンケート調査及び連続研修に関する調査について</li><li>・ 次年度以降に展開すべき普及推進施策について</li></ul>

図表 2 「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」において開催した  
ワーキンググループにおける検討経緯

回	日程	主な検討事項
第1回	令和2年9月4日	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本ケアの見直し検討方針について</li> <li>基本ケアの再整理について               <ol style="list-style-type: none"> <li>①項目構成案について</li> <li>②疾患別ケアから基本ケアへ統合可能な項目について</li> </ol> </li> </ul>
第2回	令和2年10月17日	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本ケアの再整理               <ol style="list-style-type: none"> <li>①大項目（長期）名称の見直し</li> <li>②中項目（短期）構成及び名称の見直し</li> </ol> </li> </ul>
第3回	令和2年11月7日	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本ケアの再整理               <ol style="list-style-type: none"> <li>①中項目構成見直し及び名称の見直し</li> <li>②大大項目の設定</li> </ol> </li> <li>今後の普及方策について</li> </ul>
第4回	令和3年1月23日	<ul style="list-style-type: none"> <li>「基本ケア」の再整理（キーワード以降の検討）</li> <li>「認知症」修正案の検討</li> <li>「誤嚥性肺炎の予防」修正案の検討</li> <li>適切なケアマネジメント手法の普及に向けた方策の検討</li> </ul>

図表 3 ワーキンググループ委員名簿(五十音順)

※「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」ワーキンググループと同じ委員で構成

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
遠藤 征也	一般財団法人長寿社会開発センター 常務理事
大峯 伸一	一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会 副会長
落久保 裕之	一般社団法人広島市西区医師会 副会長 一般社団法人広島県介護支援専門員協会 会長
○川越 正平	あおぞら診療所 院長
齊藤 眞樹	社会医療法人仁生会 西堀病院 企画部・地域包括支援部 部長
水上 直彦	石川県介護支援専門員協会 副会長
村田 雄二	特定非営利活動法人 静岡県介護支援専門員協会 会長

○印:座長

## 第2章 適切なケアマネジメント手法の活用と普及推進に係る課題

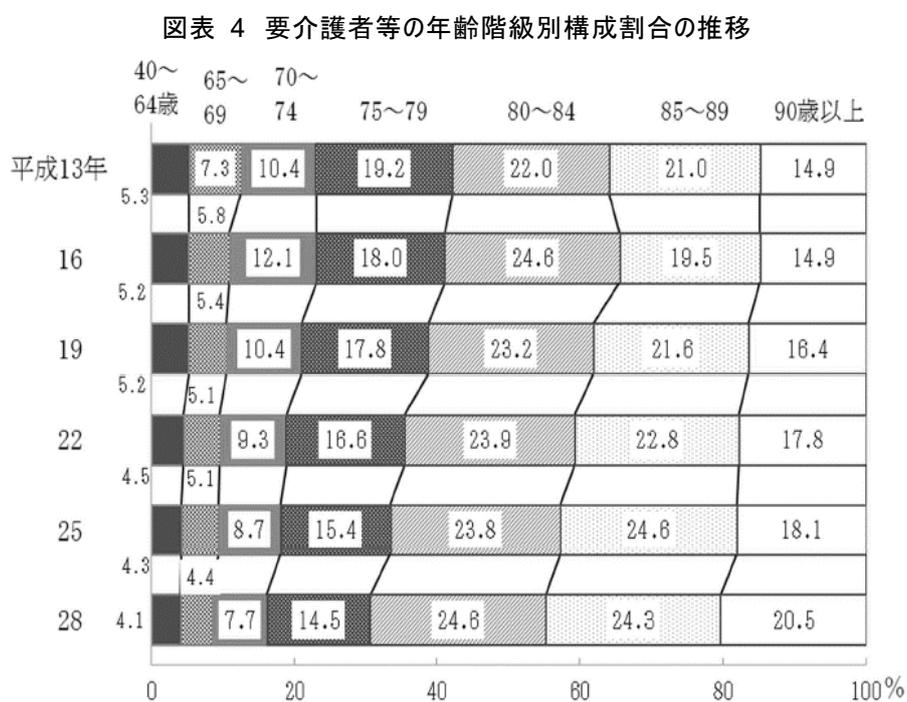
### 1. 適切なケアマネジメント手法の検討の背景

#### (1) ケアマネジメントを取り巻く環境変化

ケアマネジメントは利用者のこれまでの暮らしやその人の意向を踏まえ、尊厳を保持した生活をできるだけ継続できるような支援体制を整える専門的な役割である。具体的には利用者本人や家族による自己決定を尊重し、その実現に向けて本人や家族との関係性の構築に基づき、地域の様々な社会資源を整えていくマネジメントを行う。

したがって、利用者や家族の人物像あるいは生活像、及び生活する地域の社会資源のありようの変化に合わせて、ケアマネジメントにおいて取り扱うべき内容や留意点も変化する。

まず利用者の人物像に目を向ければ、要介護高齢者数の人数が増えるだけでなく、要介護高齢者及びその世帯の生活像も併せた変化がある。まず、健康寿命の延伸に伴う、高年齢の要介護高齢者の増加が挙げられる。



注：平成28年の数値は、熊本県を除いたものである。

(出所)厚生労働省「国民生活基礎調査の概況」より

さらに要介護高齢者の平均年齢が高まったことにより、複数の疾患を持つ利用者の割合が大きくなったり、認知症のある高齢者の割合が大きくなったりする。必然的に、ケアマネジメントにおいても医療依存度の大きい利用者や認知機能の低下がある利用者が、住み慣れた地域での生活を継続できるように支援する視点が、これまで以上に求められるようになる。

図表 5 65 歳以上の認知症患者の推定者と推定有病率

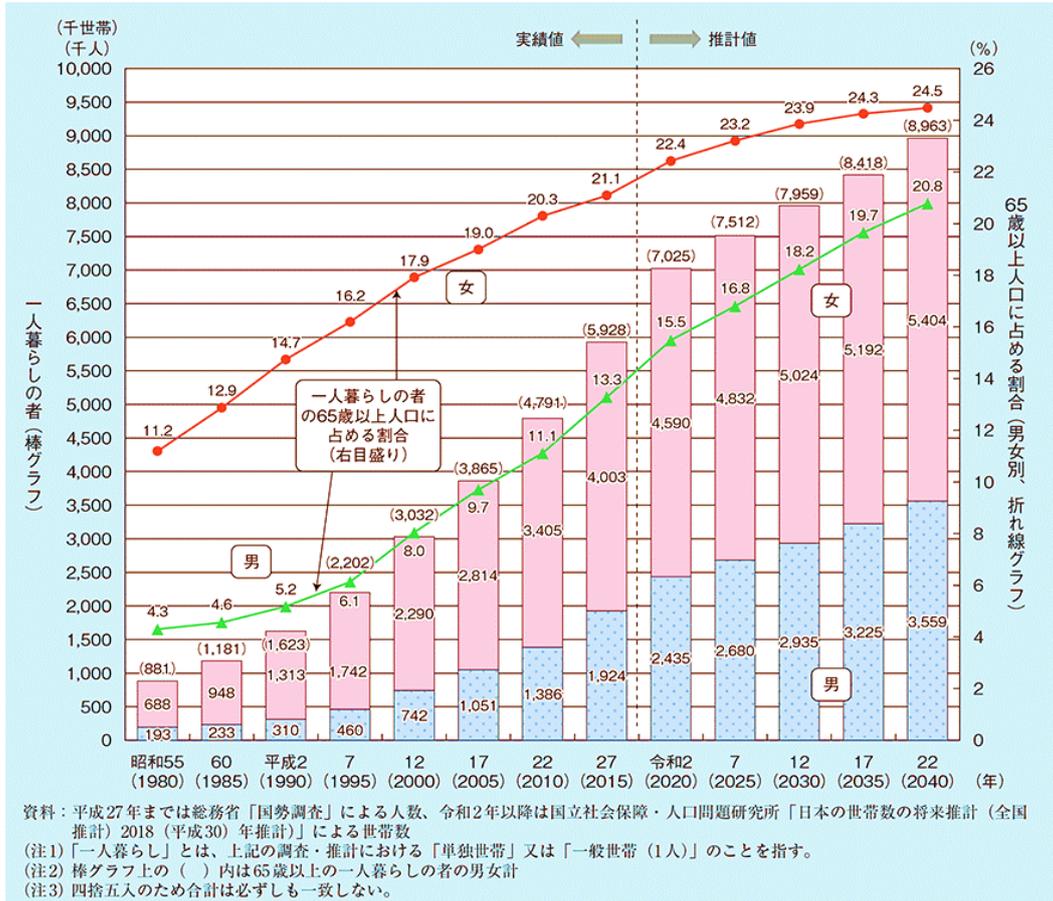


(出所)内閣府「平成 29 年版高齢社会白書」より

要介護高齢者の平均年齢が高まったこと、あるいは現役世代を含むわが国全体における家族構成の変化を受け、独居の世帯の割合も大きくなっている。

ケアマネジメントでは、利用者や家族の意向に基づき相談援助過程を通じてニーズを具体化し、見通しを共有し、生活の継続を支えるための社会資源の調整を行う。上記に挙げたような要介護高齢者及び世帯の状況の変化は捉えるべきニーズに大きく影響を与える背景であり、今後もより質の高いケアマネジメントを実現するためには、まずこれらの背景を踏まえそれに対応するケアマネジメントの機能を充実させる必要がある。

図表 6 65 歳以上の一人暮らしの方の動向



(出所)内閣府「令和2年版高齢社会白書」

## (2) ケアマネジメントに求められるもの

### ①ケアマネジメントで捉えるべき範囲の広がり

ケアマネジメント(居宅介護支援)の役割は、「居宅要介護者が指定居宅サービス等の適切な利用等を行うことができるよう、当該居宅要介護者の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者及びその家族の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成するとともに、当該居宅サービス計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう、第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス事業者、第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者その他の者との連絡調整その他の便宜の提供を行うもの」とされている<sup>i</sup>。したがってこの役割を狭義に捉えれば、ケアプランを作成して居宅サービス調整等を行うもの捉えることもできる。

しかし、前項に示したような変化に伴い、利用者の生活の継続の支援のためには、介護給付サ

<sup>i</sup> 介護保険法第8条24項

サービスの調整だけでは対応が難しいニーズについてもケアマネジメントで捉えなければならなくなっている。具体的には、日常生活の支援にかかわるもののほか、サービス契約や手続に関わる支援、利用者の家族に対する支援などである。

こうしたニーズの中には、介護給付サービスの対象とならないニーズも含まれているため、地域の社会資源(インフォーマルサポートや自費サービスなど)を探して調整することがケアマネジメントに求められる。必然的に、医療と連携した介護給付サービスの調整だけを取り扱う場合よりも、収集・分析すべき情報の範囲が広くなり、利用するサービスの範囲も広がるため連絡調整の負担もより大きくなる。

このように利用者の生活の継続の支援に関わる関係者が多くかつ幅広くなる中で、介護支援専門員に限られた時間で適切なケアマネジメント実践を行うためには、ケアに関わる関係者の間で共有できる考え方や知見を整え、コミュニケーションを円滑にする必要がある。介護支援専門員は多職種連携の要として、チームが機能するように形成する役割も担うことから、円滑な多職種連携の実現のために、まず介護支援専門員が多職種間で共有しうる考え方や知見を持つことが求められる。

## ②円滑な多職種連携のために介護支援専門員に求められる知見

利用者一人ひとりの尊厳を保持した生活をできるだけ継続する支援体制を整えることを目指す以上、ケアマネジメントには、一人ひとりに合わせて個別化した実践が求められる。一人ひとりの生活のありようはそれぞれ異なるし、さらにその人の持つ興味や関心、ストレングス、性格など、個人因子も考慮すれば、どれ一つとして同じマネジメントはない。ただし、生活の継続を支えるうえでどのような点に留意する必要がある、どのような社会資源の組み合わせが考えられるか、といった観点についていえば、利用者や家族の状態によってある程度共通する知見もある。

つまり、個人因子に関わる領域を中心に個別化した実践が当然求められる一方、ケアマネジメントの実践の基礎となる専門的な知見には共通的な部分も多くあるということだ。こうした共通的な知見が正しいものであり<sup>i</sup>、かつ他の職種とも合意し共有できるように整理された内容であることが、チームとして効果的なケアを円滑に実施する多職種連携の実現の要件にもなる<sup>ii</sup>。

---

<sup>i</sup> ここでいう正しさは、ケアを構成する各領域(医学、看護学、薬学、リハビリテーション学、社会福祉学、介護福祉学、栄養学など)において、臨床実践と学術研究の蓄積の成果として正しいとされた知見を指す。ただし、ケアマネジメントは生活全般を広範に対象としており、かつ長期間に渡る本人の生活を視野に入れることから現時点で十分なデータが蓄積されておらず、今後、「LIFE」の活用によってデータの蓄積が推進されていく予定である。ケアマネジメントが目指すものが、本人の尊厳の保持であり、目指す生活の継続であったりすることから、必ずしも定量的な検証だけが正しさの判断基準といえない点に留意が必要である。

<sup>ii</sup> 地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業 報告書」(平成 26 年 3 月)では、「「尊厳の保持」「自立生活の支援」のための仕組みを、「住み慣れた地域」で実現する上で、自治体は中心的な役割を果たす」としたうえで、「実際の構築に向けては、自治体には、地域住民に加え、支援・サービスに携わる事業者や団体等にも働きかけ、目標像を共有していく「規範的統合」が求められる」とされている。

介護保険制度の創設から 20 年超が経過しケアマネジメントの実践及び個別領域におけるケアの実践によって、多くの知見が蓄積されてきた。こうした知見の蓄積があるからこそ、これまでに各領域及びケアマネジメントの領域で蓄積された知見の中から共通化できるものについては共通化して整理し、介護支援専門員がそうした知見を活用できるようにする必要がある。

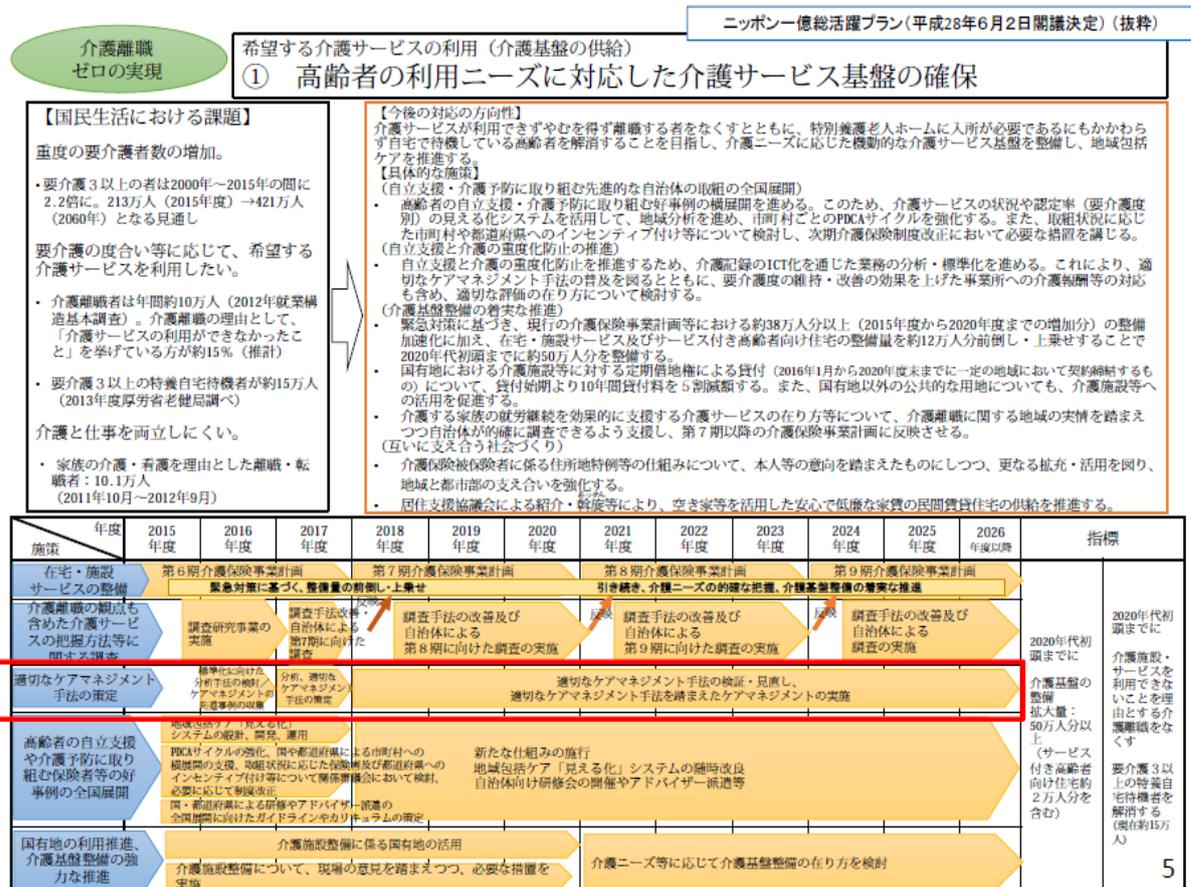
繰り返しになるが、ここに挙げた共通化できる知見は、ケアマネジメントの実践の一部であり、個人因子を踏まえた個別化など、共通化に馴染まない点もある。こうした限界を理解したうえで、共通化された知見についてはこれを活用することで多職種連携を推進し、個別的に対応する必要がある領域に多くのリソースを割くような実践のあり方が、これからのケアマネジメントには求められている。

## 2. 適切なケアマネジメント手法のねらいと特徴

### (1) 適切なケアマネジメント手法の位置づけと考え方

ここまで示した経緯も背景として、平成 28 年 6 月 2 日に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」において「ケアマネジメントの質の向上」が掲げられ、その中で「適切なケアマネジメント手法の開発と普及」に 2015 年度から 2026 年度までの 10 年間に渡って取り組むことが示された。

図表 7 ニッポン一億総活躍プランにおける「適切なケアマネジメント手法の策定」の位置づけ



なお、ここでの「適切なケアマネジメント手法の開発と普及」は、介護分野における生産性の向上の一環として位置づけられており、介護分野において自立支援の効果を高める手法を整理して展開する必要があるとの議論から位置づけられた施策である。そのため、検討の当初段階では、ある状態に対しサービス種別とサービス回数の組み合わせを定められないかとの考え方が示された経緯もある。いわゆる「ケアプランを標準化」しようとする考え方である。

しかし、こうしたアプローチでは、次の 2 つの理由から現状では、効果的なものを実現するのが難しい。第一に、要介護高齢者の生活を継続する支援の効果を生むためには、具体的な支援内容のレベルで、目指す生活の目標と状態に応じたものを選択し調整する必要があるためである。サービス種別やその回数を決めただけでは意味がなく、利用者本人の尊厳ある生活の継続につながるような具体的な支援内容を見定めて、それをサービス事業者や他の専門職とも連携して実施することに意味がある。

第二に、利用者や家族の意向やストレングスを活かした具体的な支援内容を想定すると、個人因子を考慮する必要があり、ケアプランに記載される支援内容は標準化に馴染みにくいためである。例えば、支援内容に「服薬支援」と位置づけるだけであれば、状態に照らして標準化することも可能だろうが、利用者が指示どおりの正しい服薬を継続できるようにするためには、「服薬支援」を実現するうえでの課題分析とそれを踏まえた支援内容の設定が必要になる。例えば、服薬の必要性や服薬方法の理解、薬を飲むことを忘れないこと、服薬の準備(薬の管理、セッティング)、服用すること(飲み薬を飲む、張り薬を貼るなど)といったように、服薬支援を一つとっても数多くの工程のどの部分に支援が必要かを見極め、その人に合った支援内容を位置づけることが重要である。さらに言えば、その人の服用する薬の種類や ADL の程度、同居する介助者の有無や介助者の介護能力によっても支援内容が異なる。ケアプランに位置づける支援内容に関する体系的な整理がない中で、ここまで細かい支援内容の標準化を実現するのは困難である。

以上のような検討経緯を経て、適切なケアマネジメント手法では次の 2 つの視点から、手法を検討することとした。

第一に、ケアプランの標準化ではなく、ケアマネジメント(プロセス)の標準化を念頭に置くことである。具体的には、知識・経験ともに豊富な介護支援専門員によるケアマネジメントプロセスの実践を参考に、体系的な知見を有することを前提に、仮説を立ててから効率的かつ詳細な情報収集を実施するような業務の流れを想定し、利用者の状態に応じてどのような仮説が考えられ、その検証のためにどのような情報の収集が必要かを整理するアプローチを採った。

第二に、上述した第一の視点における「仮説」を支援内容のレベルで捉えることである。サービス種別やその利用回数のレベルではなく、支援内容のレベルで考えることにより、利用者の生活の継続を支援するための個別化された支援内容を検討しやすくなり、結果的に情報収集・分析を効率化したり多職種連携が円滑化したりといった効果が期待された。

## (2) 適切なケアマネジメント手法のねらいと特徴

適切なケアマネジメント手法は、要介護高齢者のケアマネジメントにおいて介護支援専門員が専門職として持つべき知見のうち、利用者の状況に応じて共通的な知識を体系的に整理したものである。これを活用することでケアマネジメントの水準を引き上げるとともに多職種連携を円滑化することをねらいとしている。

ここでいう共通的な知識とは、ケアに関わる各領域においてエビデンスが蓄積された支援の知見であって、それらを介護保険制度の理念である尊厳の保持と自立支援の観点も踏まえて体系的に整理したものであり、具体的な「想定される支援内容」に着目している点が特徴である。

また、個別サービスにおける支援内容のレベルで仮説を持ち、その必要性や個別化の可能性を検討・検証するために情報を収集・分析するという考え方を前提としている点も特徴である。これまでに、ケアマネジメントプロセスとして示されてきた考え方は、まず網羅的、包括的に情報を収集してその分析に基づいて課題を抽出するという考え方である。しかし、生活全般を捉えて真に網羅的な情報収集を実践しようとする、情報収集に膨大な時間を要する。

収集した情報の中から何が課題なのかを分析して抽出するには、相応の知識と技術、経験が必要であり、経験年数の短い介護支援専門員にとってはこの情報収集と課題抽出に難しさを感じている者も多い。しかし、知識も経験も豊富なベテランの介護支援専門員は、情報収集に着手する前に、利用者や家族の概況を把握した段階で、その状況に応じて想定される支援内容の仮説を持ち、その必要性の検証のためあるいは個別化のために必要な情報収集に注力している。このようなアプローチを採ることにより、効率的かつ効果的なケアマネジメント実践が実現できる利点がある。ただし、その介護支援専門員が考える仮説が誤った知識あるいは偏った知識に基づいていると、必然的にそのケアマネジメント実践も不適切なものになる恐れがある。したがって、本手法では、まず仮説を持ちその検証や具体的検討のために情報収集するアプローチを前提に、その仮説が適切なものとなるよう各領域においてエビデンスのある支援内容を整理した。

## 3. 適切なケアマネジメント手法の普及推進の方向性

### (1) 適切なケアマネジメント手法の普及推進における課題

これまでの本手法の検討を進める過程で、検証のために介護支援専門員に手法の検討案を事例に当てはめて試用し、その活用可能性に関する調査を実施してきた。こうした検証結果では、多くの介護支援専門員が本手法の活用が、アセスメントやモニタリングの段階での情報収集の効率化や、ケアプラン原案の検討(特に想定される支援内容の具体化)に役立つと回答している。さらに、想定される支援内容を具体的なレベルで言語化できるため、他の職種やサービス事業所との情報共有や連携が円滑化するとの効果も検証された。

こうした検証での回答も踏まえ、これまでの議論において、本手法の活用シーンとして、1)チェックリストとして活用する自己点検での活用、2)事例を用いた研修での活用、3)多職種が参加する

カンファレンスでの活用、の3つが具体的に効果の大きい活用シーンであると整理された。

ただし、本手法の活用における課題として次の3点が明らかになっている。第一に、支援内容のレベルでまず仮説を持ってから情報収集や分析をするというアプローチへの理解が難しいことが挙げられる。こうしたアプローチに不慣れな介護支援専門員にとっては2つの慣れ、つまりまず仮説を持ってから考えるという思考過程への慣れ、そしてサービス種別ではなく支援内容のレベルで考えることへの慣れが必要になる。この考え方をまず捉えられるようにすることが、本手法を活用するうえでの壁になる。

第二に、項目数が多くそれぞれの項目に関わる情報量も多いため、理解するのに多くの時間を要することだ。実際、単発の研修ですべてを理解するのは困難であり、連続研修や継続的な自己研鑽が必要となる。

第三に、多職種連携で効果を得るためには介護支援専門員だけでなく、他の職種やサービス事業者にも本手法のねらいと特徴、概要までは理解してもらう必要があることだ。本手法は、各領域で培われた知見を踏まえて構成しており、多職種連携の共通言語とすることをねらいとしている。したがって、本手法の概要を、短時間で分かりやすく他の職種にも共有する工夫が求められる。

## (2) 適切なケアマネジメント手法の普及推進の方向性

### ① 基本的な考え方

適切なケアマネジメント手法は、要介護高齢者の状況におうじて共通化できる知見であり、特に「基本ケア」は利用者や家族の生活の継続を支える基盤となるものであり、すべての介護支援専門員がこれを習得することが期待される水準のものである。本手法はあくまでも疾患等に着眼して共通化できる知見の部分を整理したものであるから、これがケアマネジメント実践のすべてではない。個人因子を考慮してさらに個別化する過程や、利用者の意思を形成したり表出したりすることを支援する過程など、本手法で整理した知見だけでないケアマネジメント実践において重要な機能が他にも多く存在する。そうしたケアマネジメントに求められる機能をより充実させるためにも、本手法の内容を基本的な知識として修得し、ケアマネジメント実践で活用できることを目指す必要がある。

令和2年12月23日に示された社会保障審議会介護給付費分科会審議報告でも、今後の課題として「適切なケアマネジメント手法等を図る方策を検討するとともに、より適切なケアマネジメント手法の実効性が担保されるような方策について、検討していくべきである」とされた。したがって、次期介護保険法改正及び介護報酬改定までに、すべての介護支援専門員が本手法を習得し、活用できるようにするための具体的な方策を明らかにする必要がある。

図表 8 介護給付費分科会審議報告「今後の課題」

社会保障審議会介護給付費分科会「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」 (令和2年12月23日) (抜粋)
<hr/> <b>Ⅲ 今後の課題</b> (居宅介護支援)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 居宅介護支援について、質の向上や業務効率化等を図る観点から、適切なケアマネジメント手法(※)等を図る方策を検討するとともに、より適切なケアマネジメント手法の実効性が担保されるような方策について、検討していくべきである。                      (※) 疾患別の適切なケアマネジメント手法に限られない。</li> <li>○ 今回の介護報酬改定で一定のICT活用又は事務職員の配置を図っている事業所について、逡減制の見直しを行うこととしたが、当該措置により、ケアマネジメントの質が確保されていること等に関する効果検証を行うとともに、ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る取組についても効果検証を行い、必要に応じて対応を検討すべきである。</li> </ul> <hr/>

(資料) 社会保障審議会介護給付費分科会「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」(令和2年12月23日)より抜粋

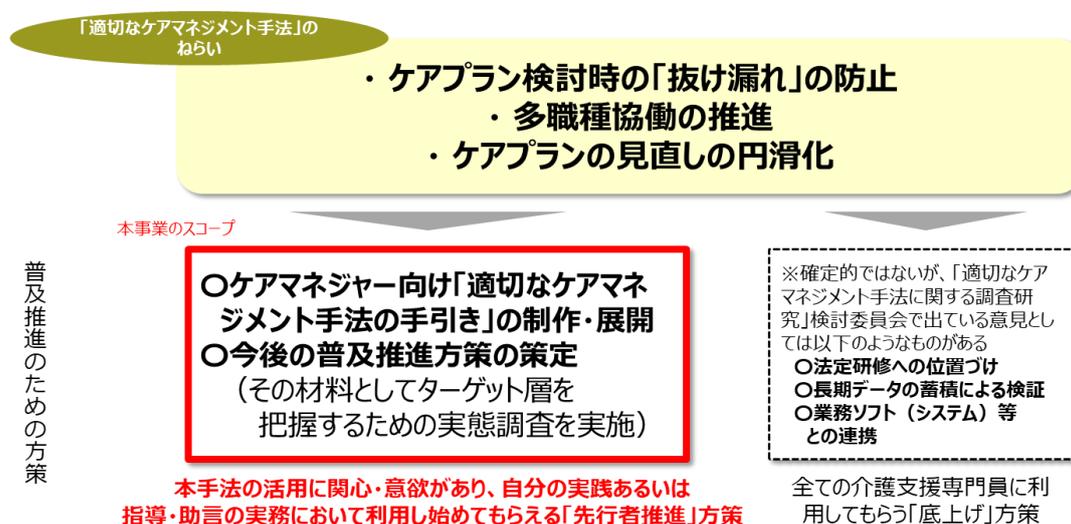
介護支援専門員が持つ知識技術の向上には、専門職としての研鑽としての側面と、介護保険制度において誰もが利用できるケアマネジメントの質を高める保険者として取り組みの側面の2つの面がある。前者は自己研鑽や専門職域における研修やOJT等の取り組みであり、後者は介護支援専門員資質向上事業として実施される介護支援専門員養成研修(法定研修)やケアマネジメント支援施策である。

図表 9 介護支援専門員資質向上事業実施要綱(抜粋)

<p><b>1 目的</b></p> <p>要介護者等ができる限り住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい自立した日常生活を送るためには、医療・介護・予防・住まい・生活支援といった多様なサービスが一体的に提供されるとともに、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら要介護者等を支援できるよう、適切にケアマネジメントを行うことが重要である。その中核的な役割を担う介護支援専門員について、その養成段階で行われる介護支援専門員実務研修や現任者を対象とした研修等を体系的に実施することにより、介護保険制度の基本理念である利用者本位、自立支援、公正中立等の理念を徹底し、専門職としての専門性の向上を図ることにより、利用者の自立支援に資する適切なケアマネジメントの実現に資することを目的とする。</p> <p>また、主任介護支援専門員については、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域課題の把握から社会資源の開発等の地域づくりや地域の介護支援専門員の人材育成等の役割を果たすことができる専門職の養成を図ることを目的とする。</p> <p><b>2 実施主体</b></p> <p>実施主体は、都道府県又は都道府県知事の指定した研修実施機関とする。</p>
---

適切なケアマネジメント手法は、状況に応じて共通的な知見であり基本的な内容だが、ケアマネジメント実践においては本手法で示される想定される支援内容を踏まえて利用者一人ひとりの個人因子も考慮した個別的な検討に繋げることが必須である。したがって、本手法の普及推進は保険者としての資質向上施策としても、また専門職の研鑽としても位置づけられることになる。したがって、次図表に示すように、すべての介護支援専門員を対象とした法定研修等による取り組みとともに、本手法に関心・意欲があり活用しようとする層に対する取り組みを並行して展開することを基本とする。

図表 10 「適切なケアマネジメント手法」普及推進の2つの方向性



(資料) 株式会社日本総合研究所作成

## ② 介護支援専門員養成研修(法定研修)での取り扱い

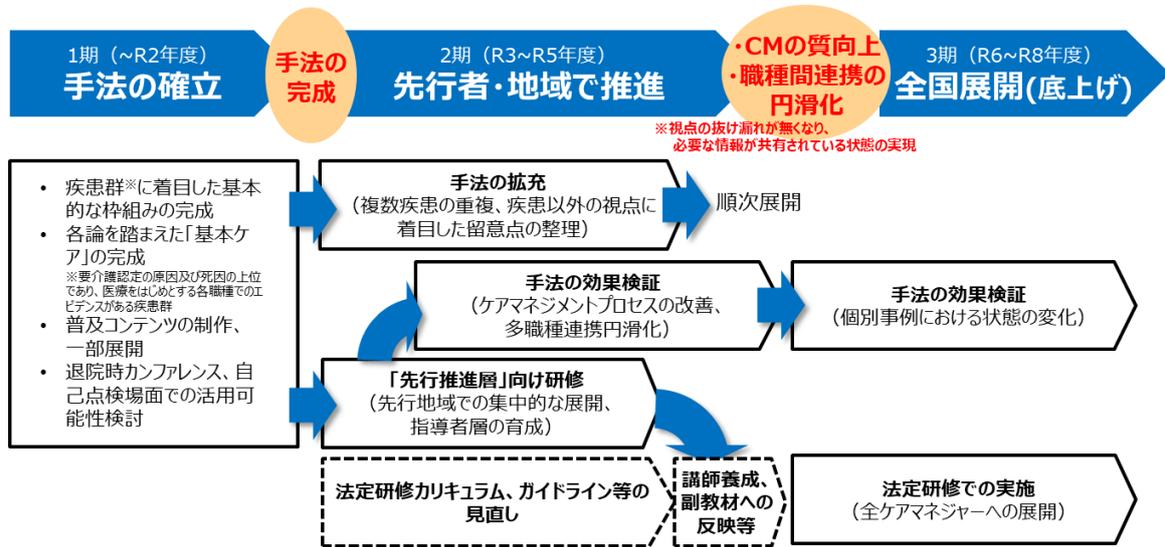
現在の法定研修カリキュラムは平成 26 年に告示公布、平成 28 年度から研修実施されているものであり、令和 2 年度に新カリキュラムへの移行から 5 年が経過するため、実態に合わせた見直しが必要とされている。適切なケアマネジメント手法を広くすべての介護支援専門員が修得する機会を得るべく法定研修に位置づけるには、こうした見直し検討で取り上げる必要がある。介護支援専門員の養成研修の方向性については、本年度別事業として実施されている「介護支援専門員の資質向上に資する研修等のあり方に関する調査研究事業」において、法定研修及び法定外研修それぞれの位置づけや内容の見直しの方向性が検討されている。来年度以降、この事業の結果を踏まえた見直し検討が進むものと考えられる。

ただし、現在のカリキュラムにおいてもそうであったように、新しいカリキュラムが示された後に、それに準拠したガイドラインやテキストの整備、講師の養成が必要となるため、カリキュラムの公布から研修開始までは 2 年程度かかると思われる。

したがって、本手法の普及推進の当面は次項③に示す、意欲・関心が大きい「先行推進」層を

ターゲットとした施策に重点を置く。ただし、ここで対象とする層は、将来的に法定研修に本研修が位置づけられた場合の指導者層の候補者にもなりうることから、まず「先行推進」層向けの普及推進に取り組むことは、法定研修における普及推進にも寄与するものである。

図表 11 適切なケアマネジメント手法の今後の展開(想定)



(資料)株式会社日本総合研究所作成

### ③ 関心・意欲がある層に対する取り組み

前項②で整理したように、将来的に法定研修における指導者層の候補者としてを想定し、本手法に関心・意欲を持つ「先行推進層」を対象とした任意研修として展開する。なお、適切なケアマネジメント手法に関するこれまでの検証や検討委員会及びワーキンググループでの議論では、本手法が多職種連携の推進をねらいとしていることから、効果を高めるためには特定の地域において集中的に、介護支援専門員をはじめ他の職種も含めた周知と理解の促進が必要であるとの指摘があった。つまり、関心・意欲のある介護支援専門員個人を対象に全国で少しずつ周知することも大切だが、地域を定めてそのエリアでの周知を集中的に高めるドミナント志向の普及推進方策が必要である。したがって、「先行推進層」を対象としつつ、関心・意欲のある介護支援専門員が多くいる可能性の大きい地域を先行地域として位置づけ、地域展開することが有効である。なお、先行地域の候補としては、これまでに適切なケアマネジメント手法の検証を実施した地域、独自に任意研修として本手法に関する研修会や勉強会を開催している地域が考えられる。

「先行推進層」の具体化及び任意研修としての展開方策(研修プログラム)については、本事業において実施した調査結果も含め、第3章以降に整理して示す。



## 第3章 介護支援専門員向けアンケート調査の実施

---

### 1. 調査概要

#### (1) アンケート調査の目的

適切なケアマネジメント手法の普及にあたり、本手法を活用したいと考えている介護支援専門員はどの程度存在するか、また活用意向の高い介護支援専門員が感じている課題や基本的な考え方を特定することを目的に、介護支援専門員向けアンケート調査を実施した。

#### (2) アンケート調査概要

アンケートの調査概要は下表のとおりである。

実施時期	・2021年2月1日～18日
実施方法	● ウェブ媒体を利用したアンケート調査 ➢ 標準化手法に関する説明動画の閲覧、標準化項目(脳血管疾患)の一覧表の閲覧を含む
対象者	● 全国の現任介護支援専門員、1000名 ➢ 担当するご利用者がいる方(施設も含む) ➢ 担当するご利用者がいない場合は、居宅介護支援事業所あるいは地域包括支援センターの管理者(施設は除く)
調査の視点	● 以下の調査項目を設定した ➢ 基本属性 ➢ ケアマネジメントに関する基本的な考え方 ➢ 自己研鑽・情報収集の実施状況 ➢ 「適切なケアマネジメント手法」への感想(標準化手法に関する説明動画標準化項目の一覧表の閲覧後) ➢ ケアマネジメント実践上の課題 ➢ 自己研鑽における課題

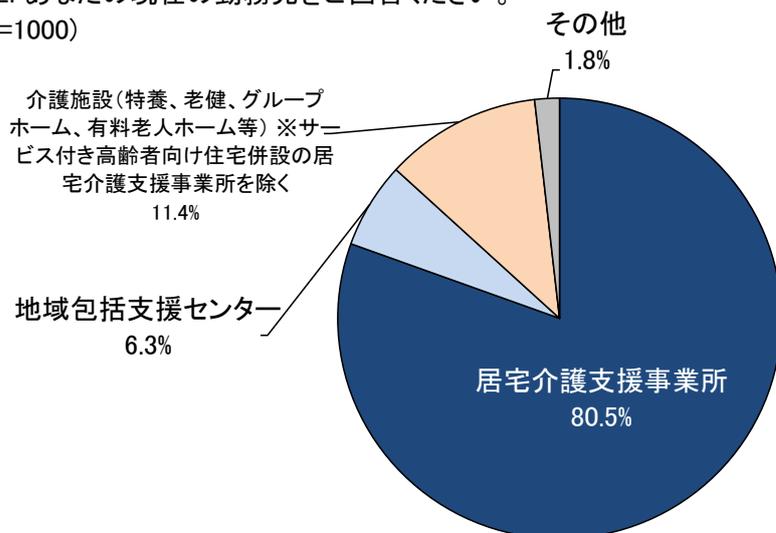
## 2. 調査結果(単純集計)

### (1) 現在の勤務先

対象者の 80.5%が居宅介護支援事業所に勤めている。

図表 12 現在の勤務先(Q2)

Q2. あなたの現在の勤務先をご回答ください。  
(n=1000)

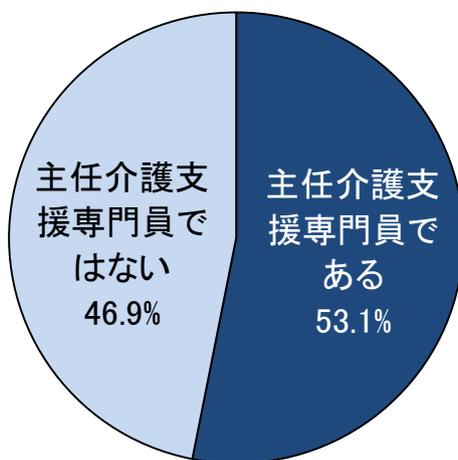


### (2) 主任介護支援専門員

対象者の 53.1%が主任介護支援専門員である。

図表 13 主任介護支援専門員(Q9)

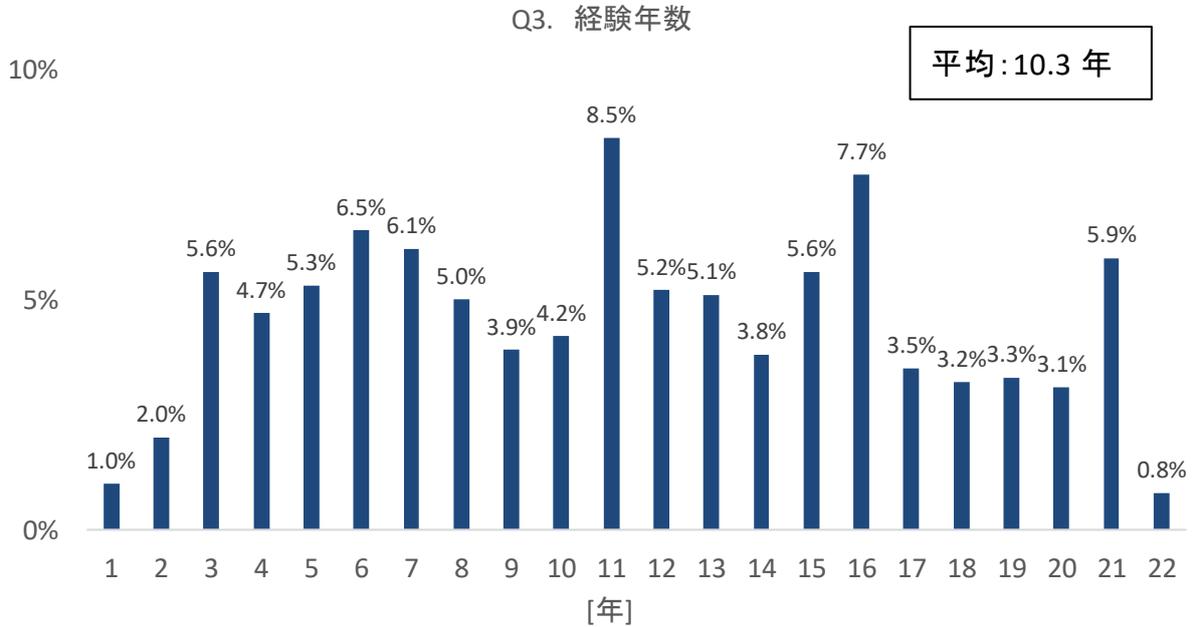
[Q9]あなたは主任介護支援専門員ですか。  
(n=1000)



(3) 経験年数

対象者の平均経験年数は10.3年である。

図表 14 経験年数(Q3)

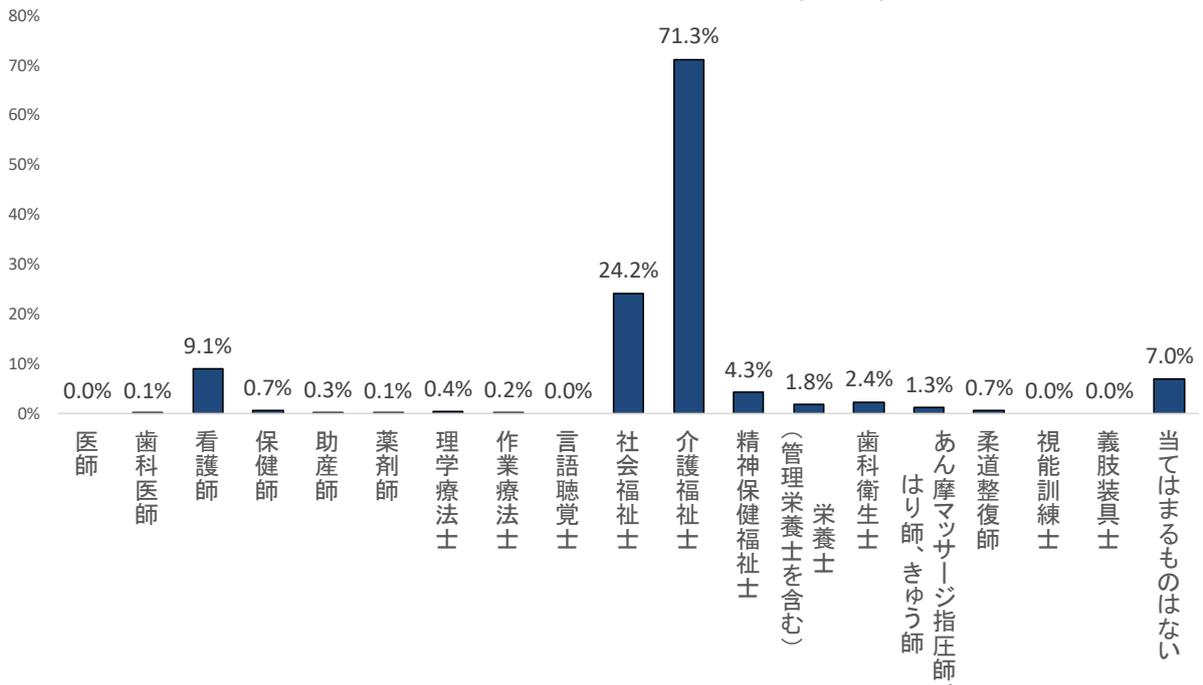


(4) 保有資格

対象者のうち 71.3%は介護福祉士の資格、24.2%は社会福祉士の資格、9.1%は看護師の資格を有している。

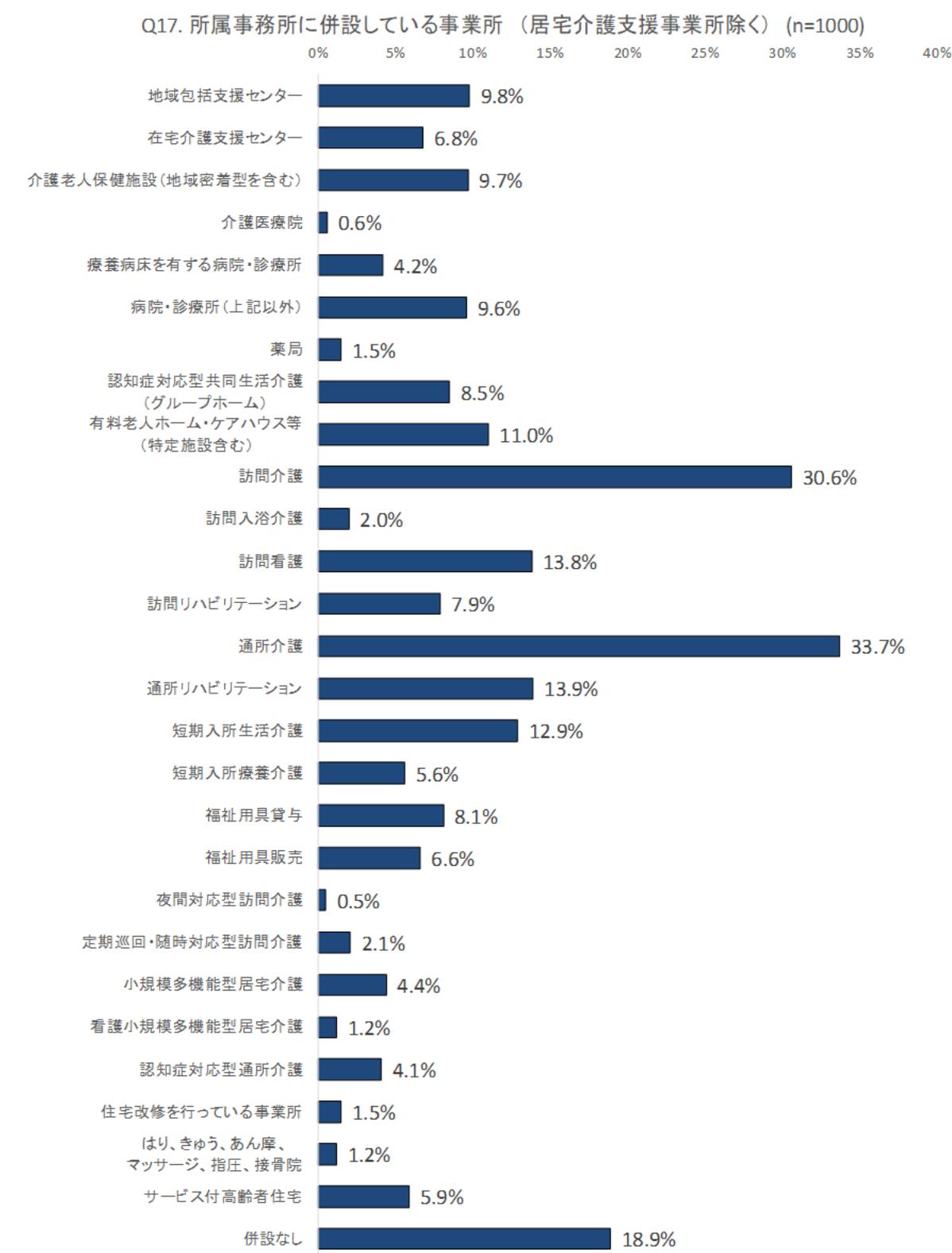
図表 15 保有資格(Q10)

Q10. 保有資格(複数回答) (n=1000)



- (5) 併設事業所  
対象者のうち 33.7%が、通所介護施設が併設している事業所に所属している。

図表 16 併設事業所(Q17)

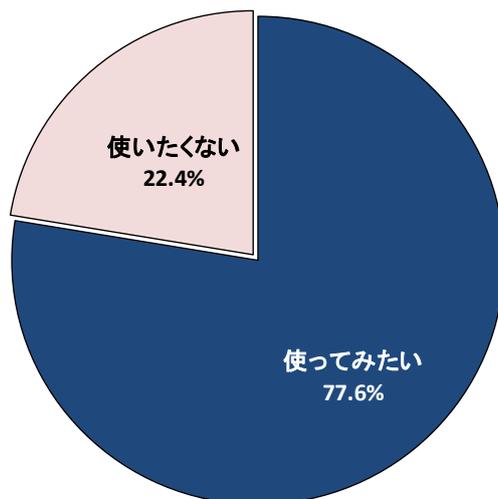


## (6) チェックリストの使用意向

標準化手法に関する説明動画の閲覧、標準化項目(脳血管疾患)の一覧表の閲覧を行ったのち、日々のケアマネジメントにおいてチェックリストを「使ってみたい」と回答した割合は 77.6%である。

図表 17 チェックリストの使用意向(Q49)

Q49. 日々のケアマネジメントにおいて、このチェックリストを使いたいと思いますか。(n=1000)

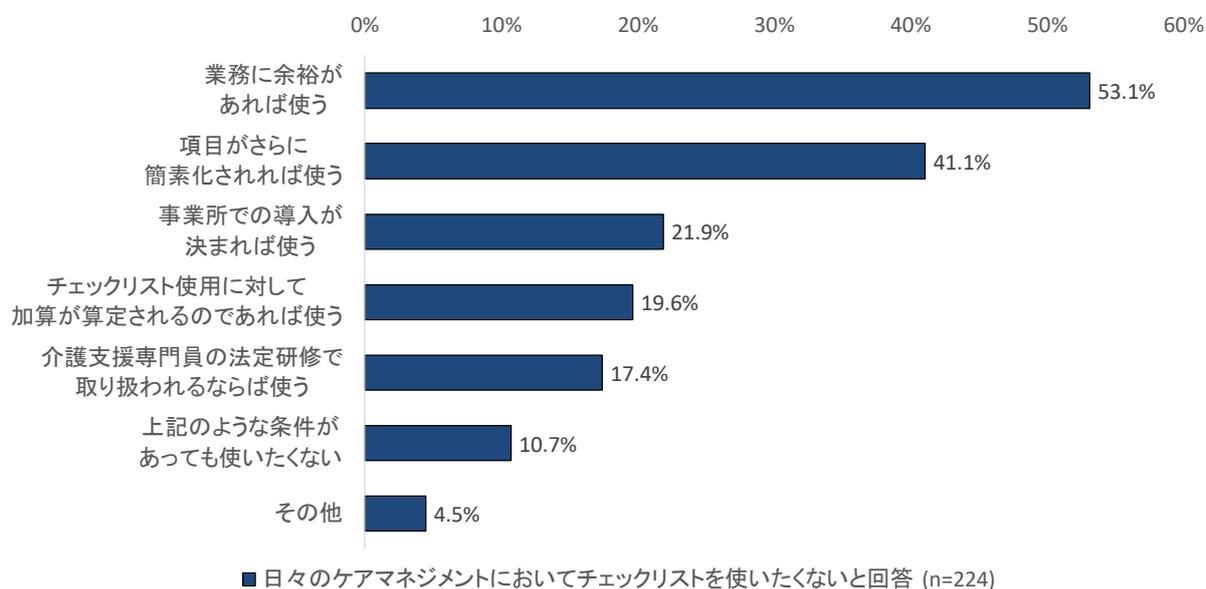


## (7) どのような条件であればチェックリストを使いたいか

日々のケアマネジメントにおいてチェックリストを「使いたくない」と回答した介護支援専門員において、「業務に余裕があれば使う」と回答した割合が 53.1%、「項目がさらに簡素化されれば使う」とした割合は 41.1%である。

図表 18 チェックリスト使用の条件(Q50)

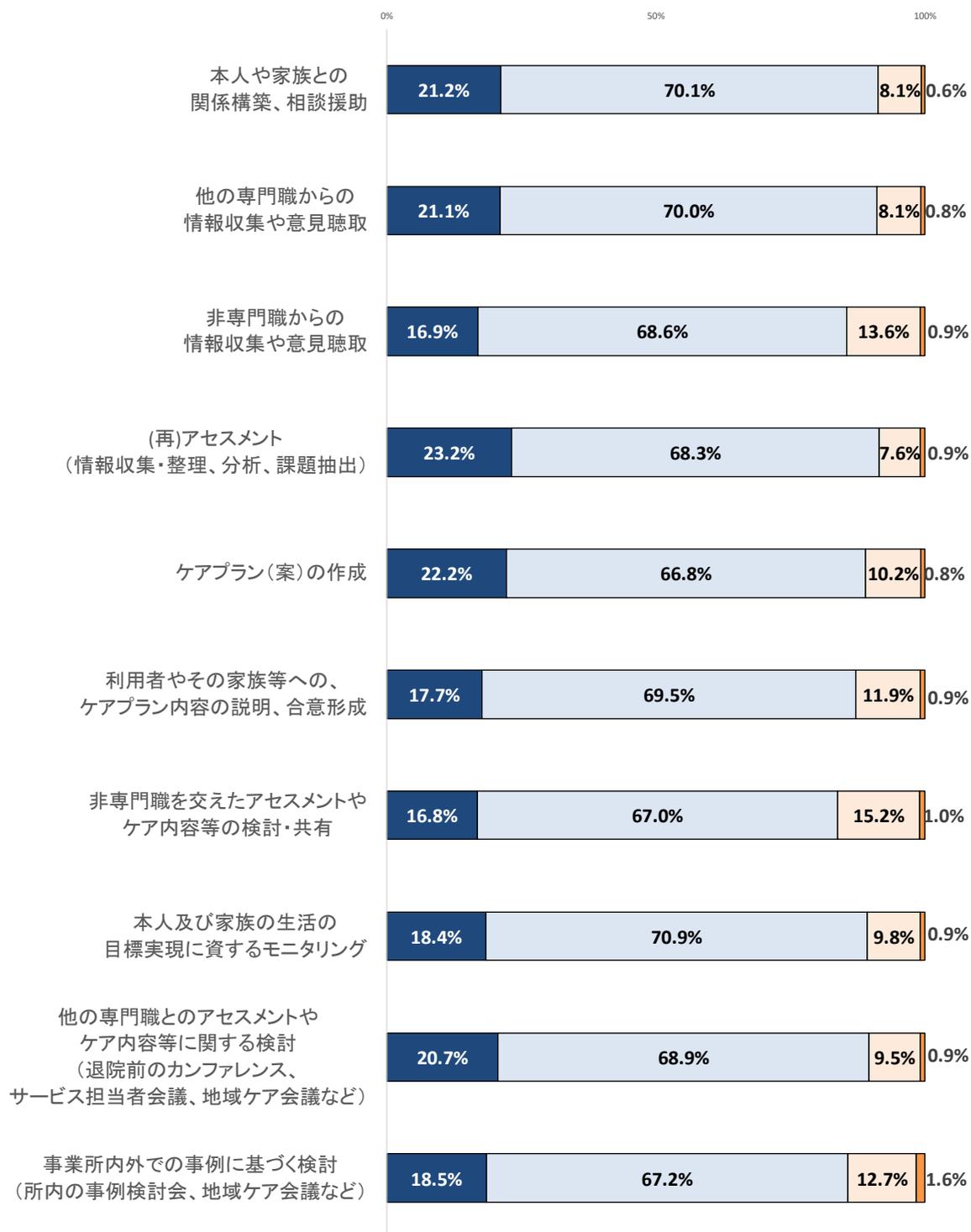
Q50. どのような条件であれば使いたいと思いますか。



(8) 手法がケアマネジメントの各場面で参考になるか

ケアマネジメントの各場面において、手法が「非常に参考になる」または「参考になる」と回答した割合は約 90%である。

図表 19 (動画視聴後)手法がケアマネジメントの各場面で参考になるか

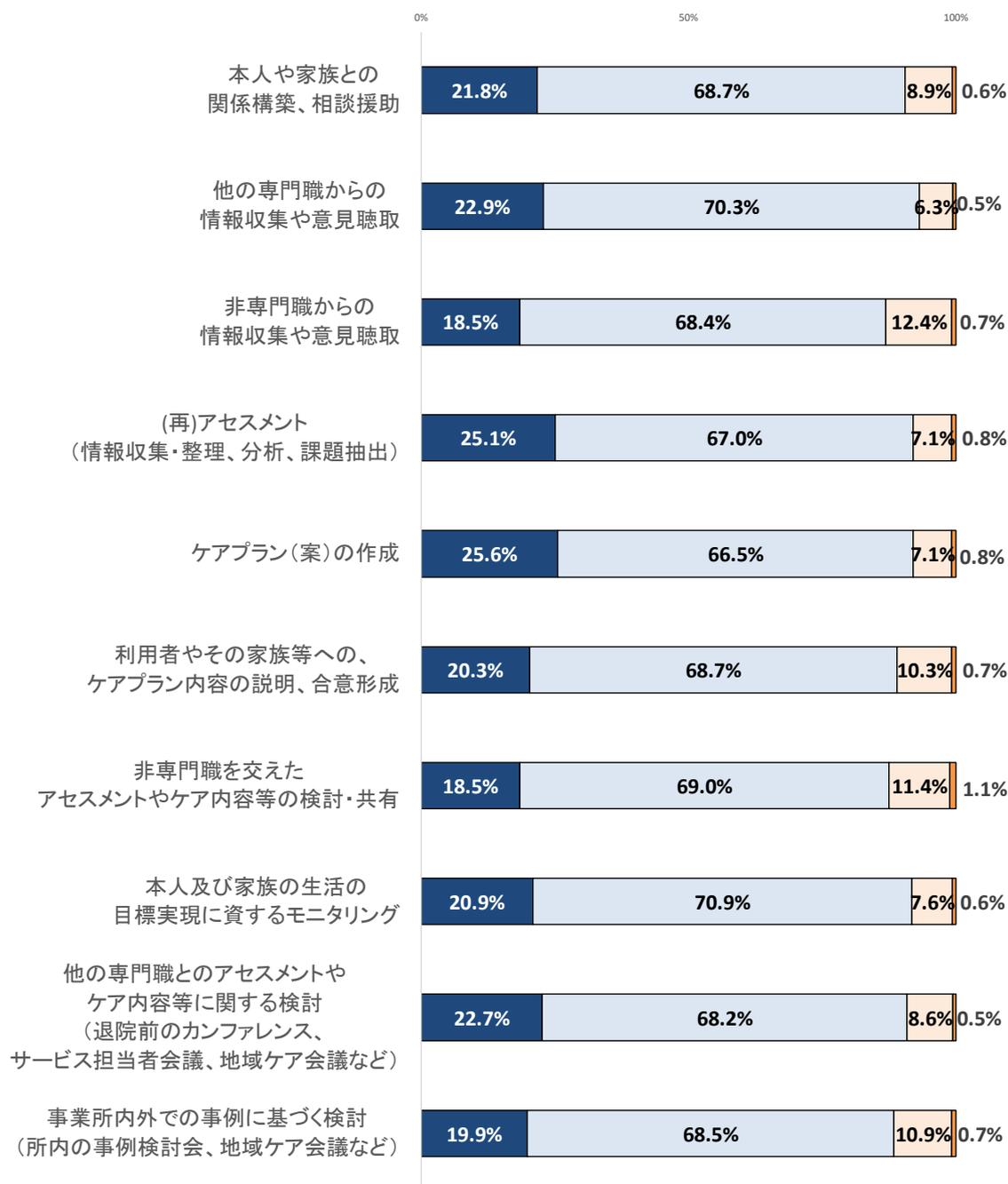


■ とても参考になると思う □ 参考になると思う □ あまり参考にならないと思う ■ 全く参考にならないと思う

(9) 手法がケアマネジメントの各場面で参考になるか

ケアマネジメントの各場面において、チェックリストが「非常に参考になる」または「参考になる」と回答した割合は約 90%である。

図表 20 (チェックリストのイメージを視聴後)手法がケアマネジメントの各場面で参考になるか



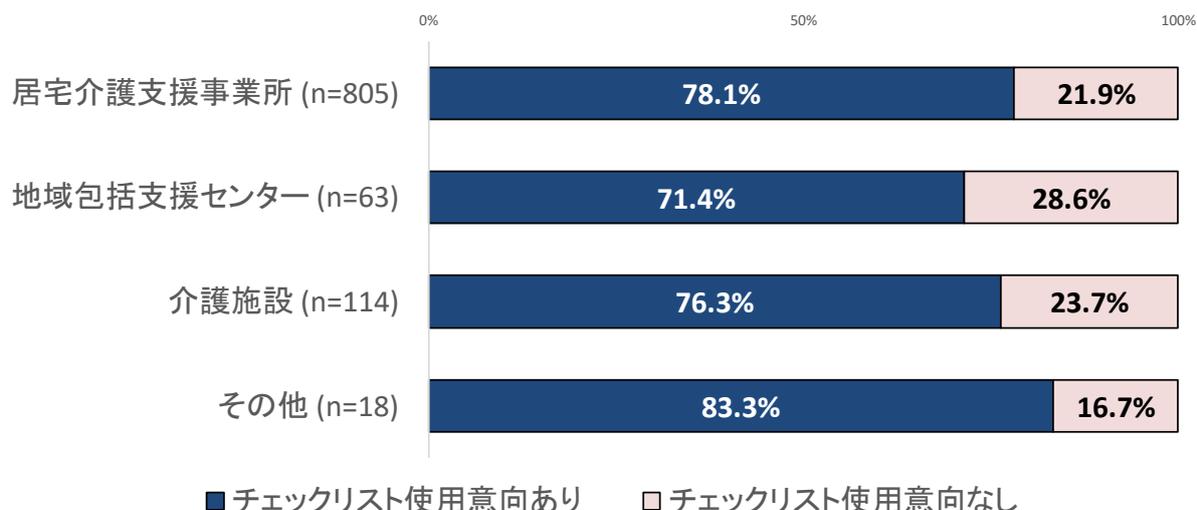
■とても参考になると思う □参考になると思う □あまり参考にならないと思う ■全く参考にならないと思う

### 3. 調査結果(クロス集計)

#### (1) 現在の勤務先×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、勤務先が居宅介護支援事業所である場合は 78.1%、地域包括支援センターでは 71.4%、介護施設では 76.3%であり、有意な差はみられない(p 値>0.05)。

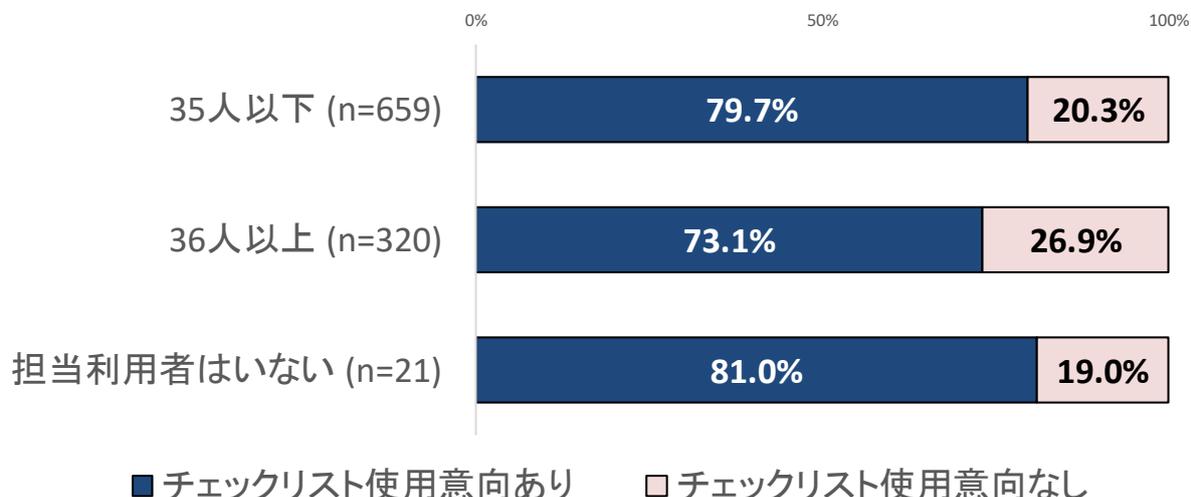
図表 21 現在の勤務先(Q2)×チェックリスト使用意向



#### (2) 担当利用者数×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、担当利用者数が 35 人以下の場合は 79.7%、35 人以上では 73.1%であるが、有意な差はみられない(p 値>0.05)。

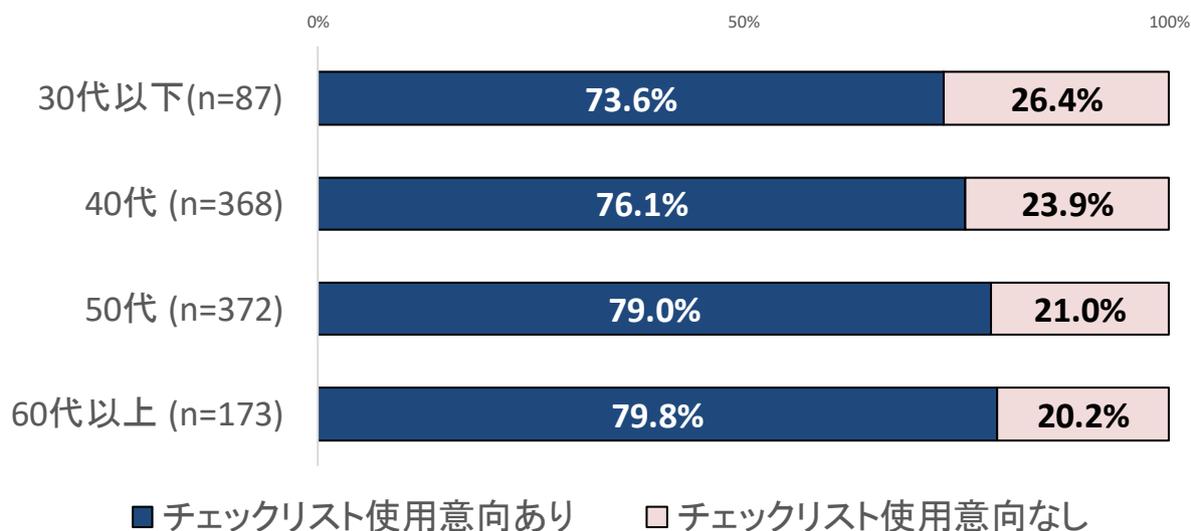
図表 22 担当利用者数(Q3)×チェックリスト使用意向



### (3) 年齢×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、30代以下で73.6%、40代で76.1%、50代で79.0%、60代以上で79.8%であり、年代が上がるにつれてチェックリスト使用意向がある割合が高くなる傾向にあるが、有意な差はみられない(p値>0.05)。

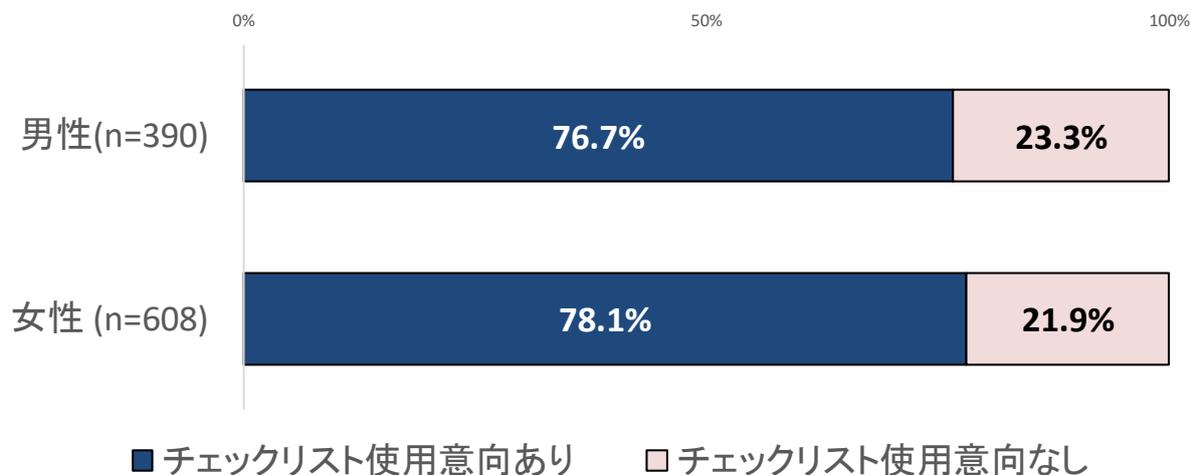
図表 23 年齢(Q4)×チェックリスト使用意向



### (4) 性別×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、男性では76.7%、女性では78.1%であり、性別によって有意な差はみられない(p値>0.05)。

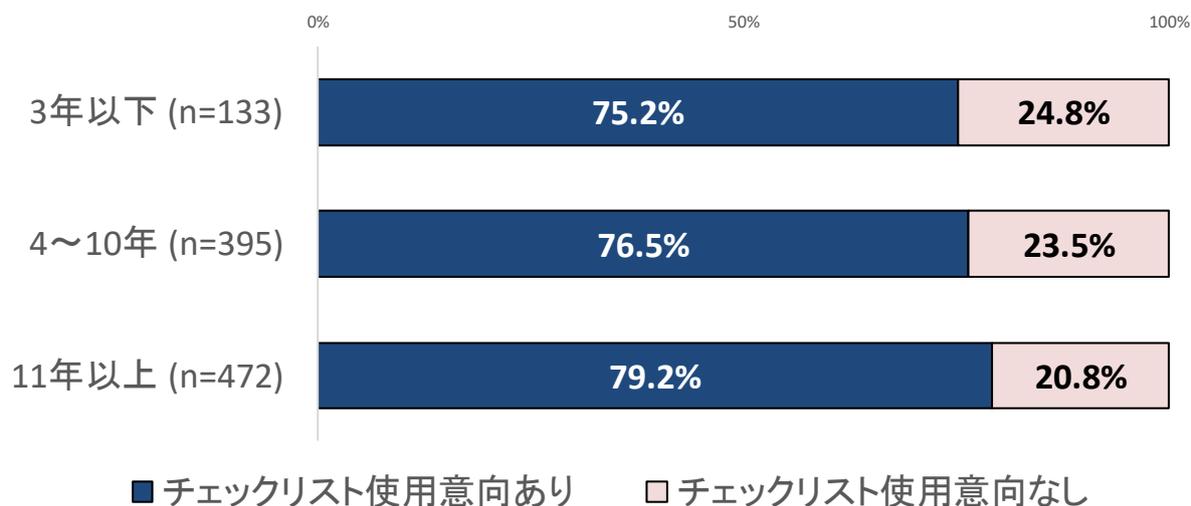
図表 24 性別(Q5)×チェックリスト使用意向



(5) 経験年数×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、経験年数が3年以下の介護支援専門員においては75.2%、4～10年で76.5%、11年以上で79.2%であり、経験年数が増えるにつれてチェックリスト使用意向がある割合が高くなる傾向がみられるが、有意な差はみられない(p値>0.05)。

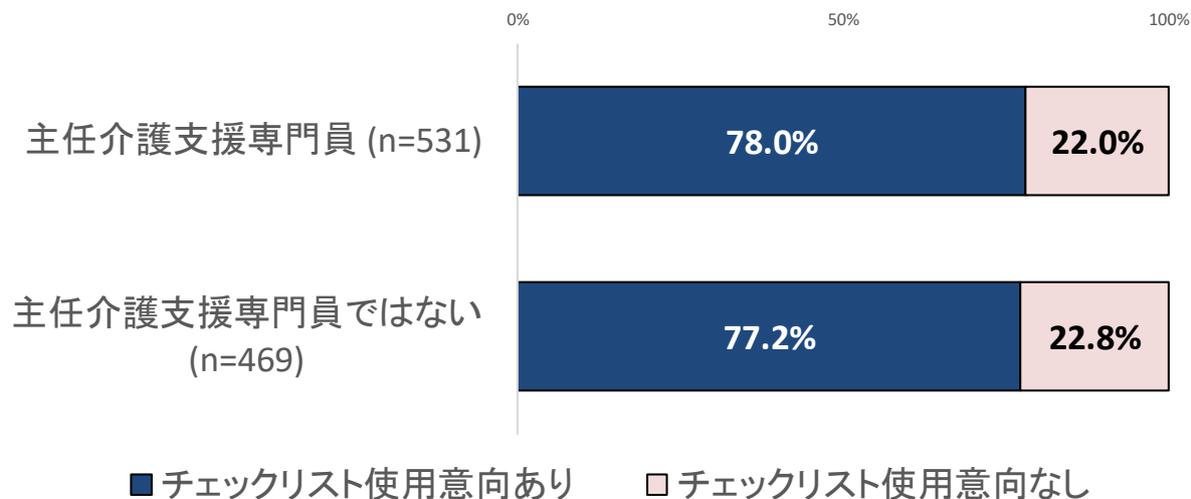
図表 25 経験年数(Q6)×チェックリスト使用意向



(6) 主任介護支援専門員×チェックリスト使用意向

チェックリストを「使ってみたい」と回答した割合は、主任介護支援専門員では78.0%、主任介護支援専門員以外では77.2%であり、有意な差はみられない(p値>0.05)。

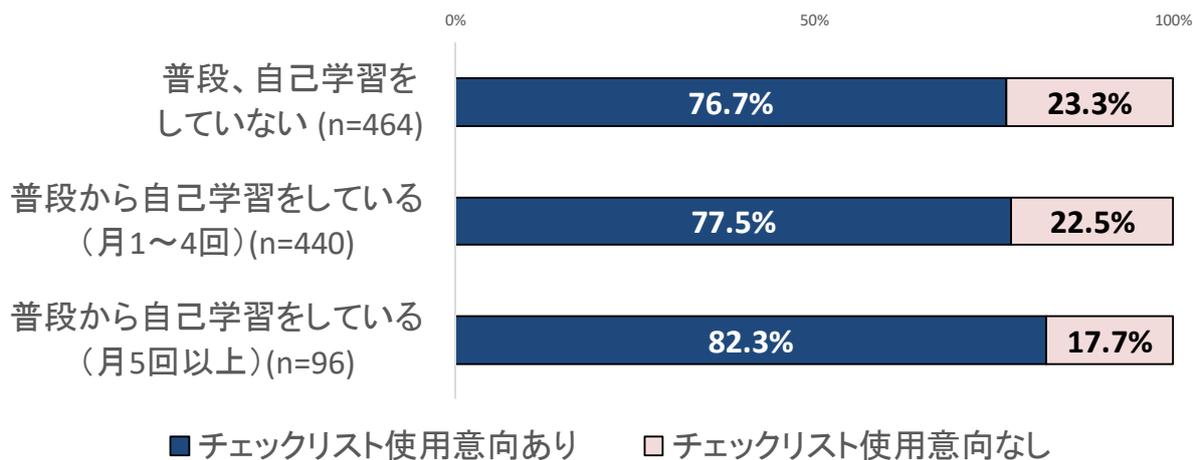
図表 26 主任介護支援専門員(Q9)×チェックリスト使用意向



(7) 自己学習の頻度×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合は、普段自己学習をしていない場合では 76.7%、月 1～4 回自己学習している場合は 77.5%、月 5 回以上自己学習している場合は 82.3%であり、自己学習の頻度が高い介護支援専門員においてチェックリスト使用意向がある割合が高い傾向がみられるが、有意な差ではない(p 値>0.05)。

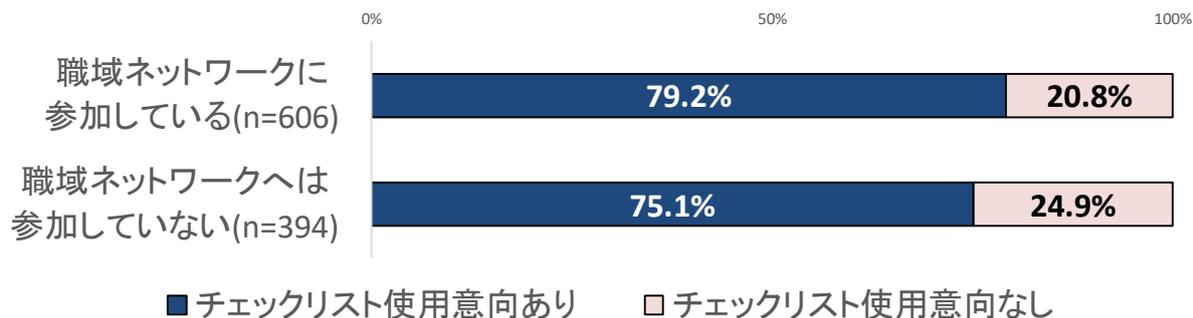
図表 27 自己学習の頻度(Q20)×チェックリスト使用意向



(8) 職域ネットワークへの参加×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合は、職域ネットワークに参加している場合は 79.2%、参加していない場合は 75.1%であり、職域ネットワークに参加している介護支援専門員においてチェックリスト使用意向がある割合が高い傾向がみられるが、有意な差ではない(p 値>0.05)

図表 28 職域ネットワークへの参加(Q31)×チェックリスト使用意向



(9) 参加中の職域ネットワーク

参加中の職域ネットワークとして、介護支援専門員連絡協議会、各種学会、勉強会等が挙げられた。

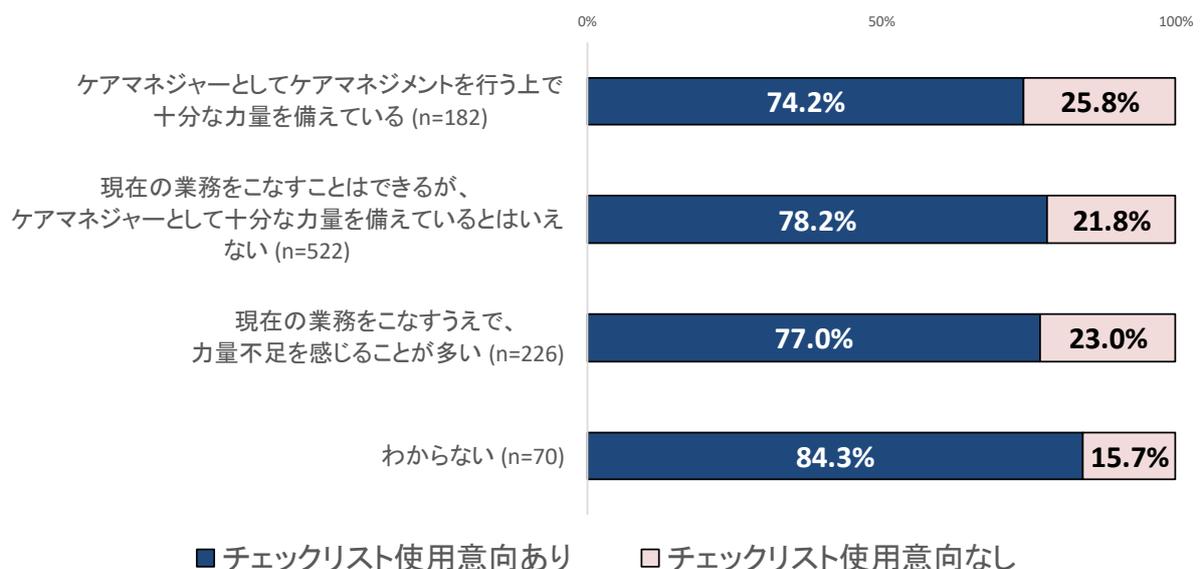
図表 29 参加中の職域ネットワーク(主な回答)

- ・ 介護支援専門員連絡協議会
- ・ 回復期病棟連絡会
- ・ 在宅ケア連絡会
- ・ 在宅医療ネットワーク
- ・ 日本ケアマネジメント学会
- ・ 認知症ケア学会
- ・ 医師会主催の研修
- ・ 高次機能障害などの勉強会
- ・ 大学主催の研修会
- ・ ケアマネオンライン
- ・ ケアマネドットコム

(10) 自分の力量についての自己評価×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合は、「介護支援専門員としてケアマネジメントを行う上で十分な力量を備えている」と回答した 182 名においては 74.2%、「現在の業務をこなすことはできるが、介護支援専門員として十分な力量を備えているとはいえない」と回答した 522 名においては 78.2%である。自分の力量についての自己評価によって有意な差はみられない(p 値>0.05)。

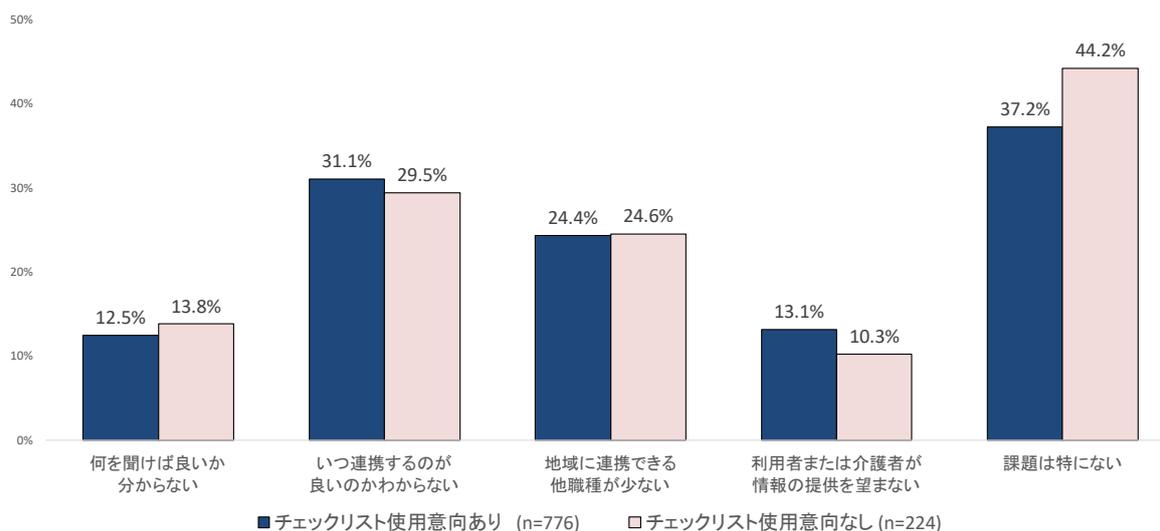
図表 30 自分の力量についての自己評価(Q36)×チェックリスト使用意向



(11) チェックリスト使用意向×多職種連携における課題(他の職種からの情報取得)

他の職種からの情報取得について課題は特にないと回答した割合は、チェックリストの使用意向がある介護支援専門員においては 37.2%だが、使用意向がない介護支援専門員では 44.2%と高いが、有意な差ではない(p 値>0.05)。

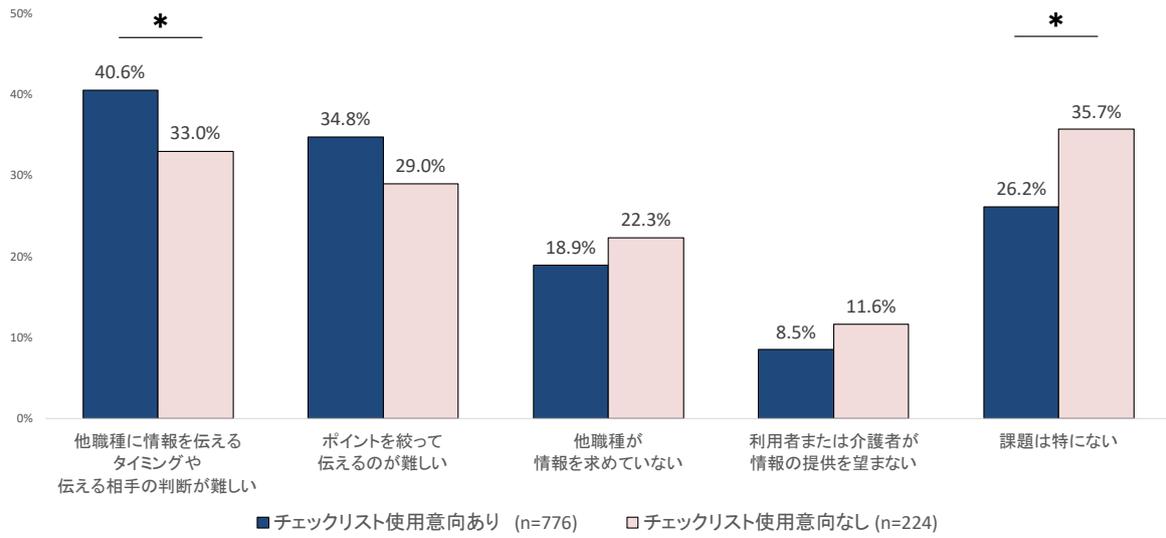
図表 31 チェックリスト使用意向×多職種連携における課題(他の職種からの情報取得)(Q39)



(12) チェックリスト使用意向×多職種連携における課題(他の職種への情報提供)

他の職種への情報提供について、他の職種に情報を伝えるタイミングや伝える相手の判断について課題に感じている割合は、チェックリストの使用意向がある介護支援専門員においては 40.6%だが、使用意向がない介護支援専門員は 33.0%にとどまり、有意な差がみられる(p 値<0.05)。また、課題は特にないと回答した割合は、チェックリストの使用意向がある介護支援専門員においては 26.2%だが、使用意向がない介護支援専門員では 35.7%と高く、有意な差がみられる(p 値<0.05)。

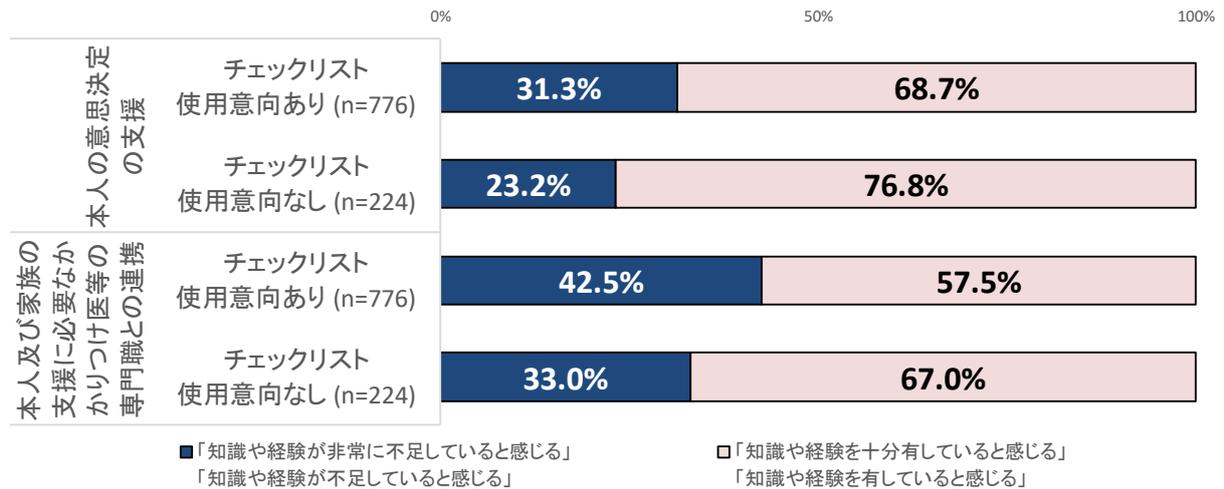
図表 32 チェックリスト使用意向×多職種連携における課題(他の職種への情報提供)(Q40)



(13) チェックリスト使用意向×知識や経験が不足していると感じている項目 (Q37)

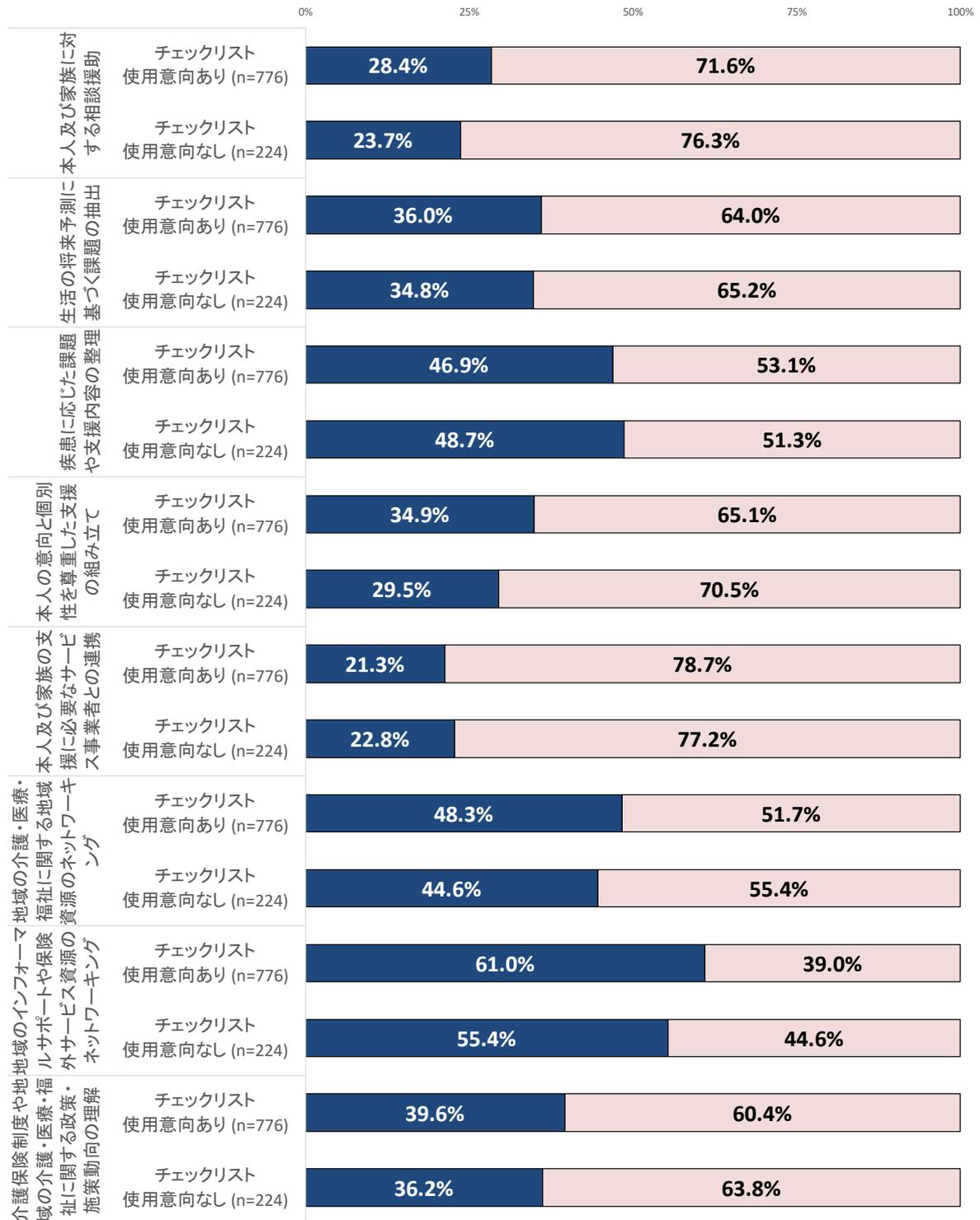
チェックリストを使用してみたいと回答した介護支援専門員は、「本人の意思決定の支援」「本人及び家族の支援に必要なかかりつけ医等の専門職との連携」について、知識や経験が非常に不足していると感じていると回答した割合が高い (p 値<0.05)。

図表 33 チェックリスト使用意向×知識・経験が不足していると感じている項目 (有意差あり)



一方で、「生活の将来予測に基づく課題の抽出」「本人及び家族の支援に必要なサービス事業者との連携」等の項目では、チェックリスト使用意向の有無で有意な差はみられない(p 値>0.05)。

図表 34 チェックリスト使用意向×知識・経験が不足していると感じている項目(有意差なし)



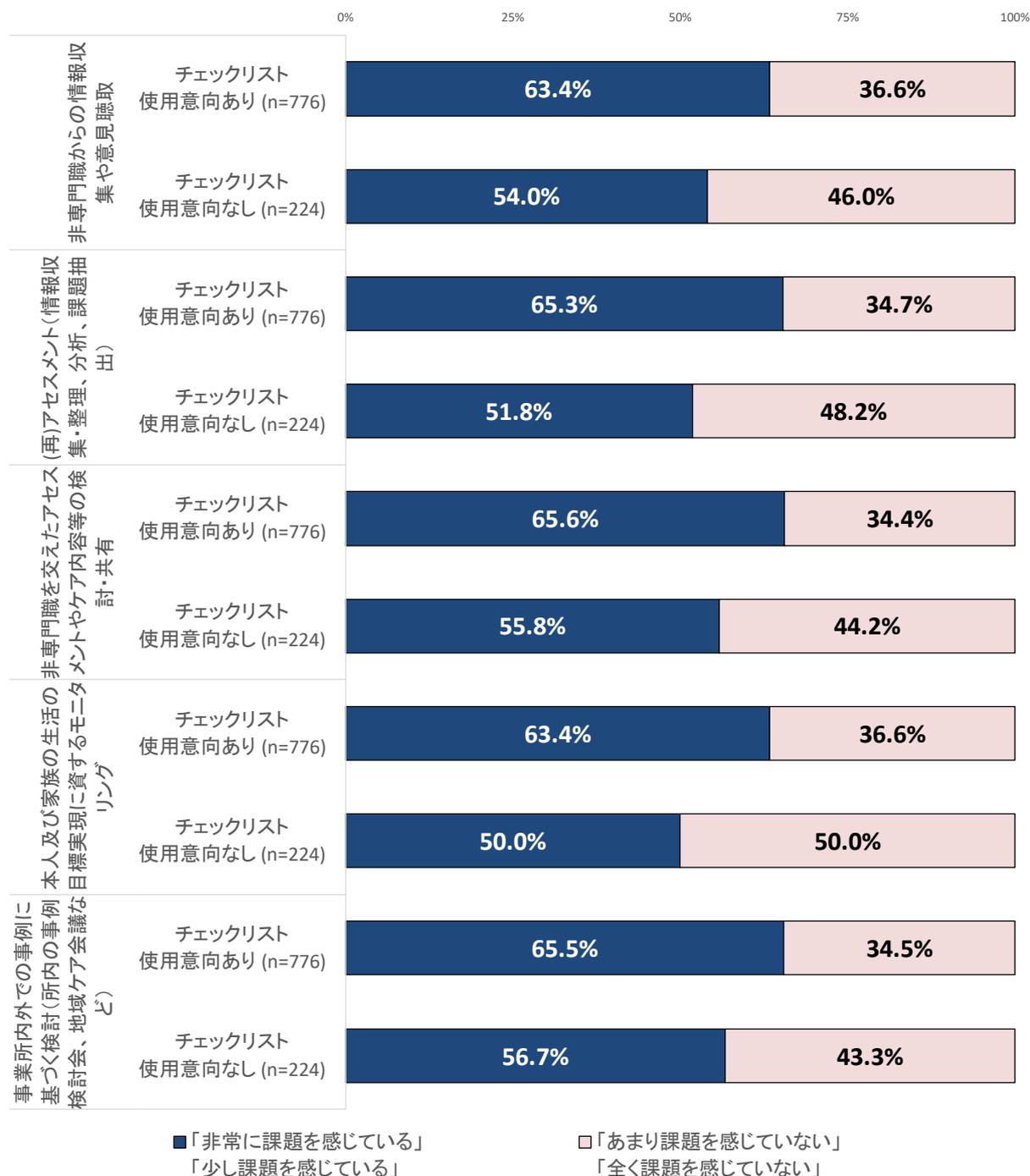
■ 「知識や経験が非常に不足していると感じる」  
□ 「知識や経験が不足していると感じる」

□ 「知識や経験を十分有していると感じる」  
■ 「知識や経験を有していると感じる」

(14) チェックリスト使用意向×ケアマネジメントの実践上の課題 (Q38)

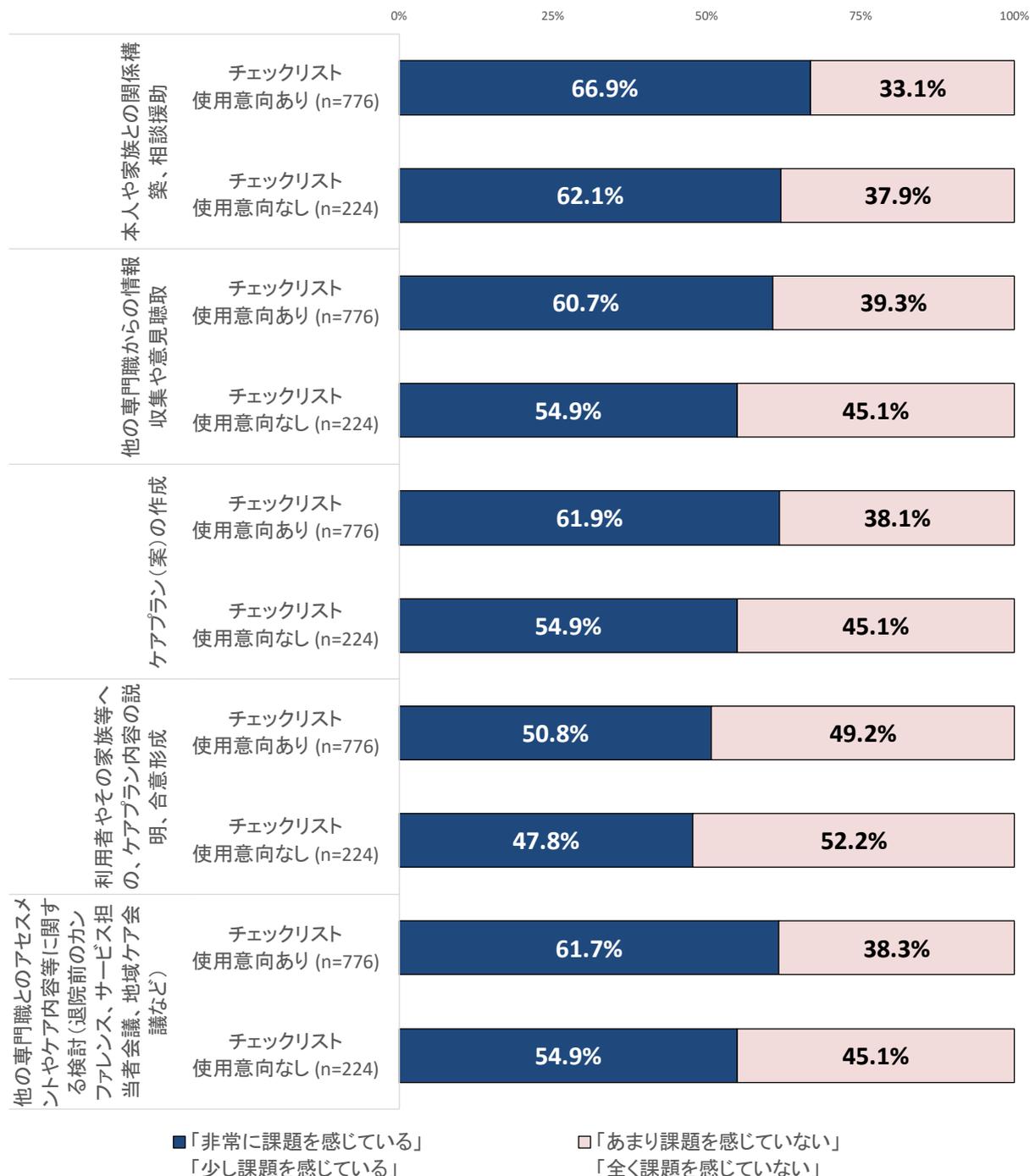
チェックリストを使用してみたいと回答した介護支援専門員は、「非専門職からの情報収集や意見聴取」「(再)アセスメント(情報収集・整理、分析、課題抽出)」「非専門職を交えたアセスメントやケア内容等の検討・共有」「本人及び家族の生活の目標実現に資するモニタリング」「事業所内外での事例に基づく検討」について、課題に感じている割合が高い(p 値>0.05)。

図表 35 チェックリスト使用意向×ケアマネジメントの実践上の課題 (有意差あり)



一方で、「本人や家族との関係構築、相談援助」「他の専門職からの情報収集や意見聴取」「ケアプラン(案)の作成」「利用者やその家族等への、ケアプラン内容の説明、合意形成」「他の専門職とのアセスメントやケア内容等に関する検討」については、チェックリスト使用意向の有無で有意な差はみられない(p 値>0.05)。

図表 36 チェックリスト使用意向×知識が不足していると感じている項目(有意差なし)



(15) チェックリスト使用意向×介護支援専門員の職域に対する考え方

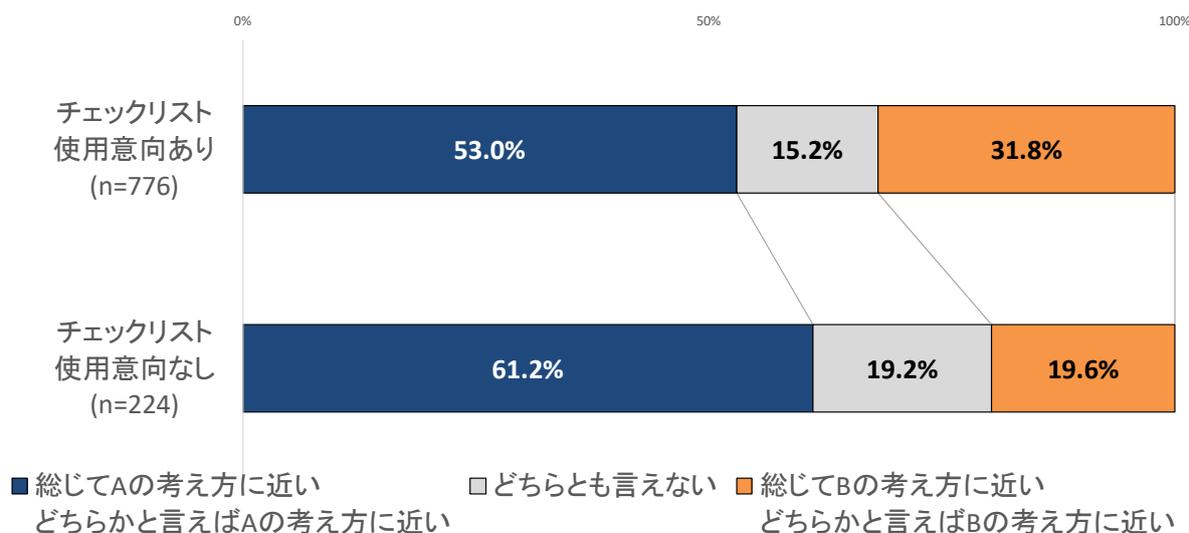
介護支援専門員の職域に関する考え方について、チェックリストの使用意向がある介護支援専門員の 53.0%が「他の職種との役割分担を見直すべき」と考えており、「介護支援専門員に期待される役割が変化するのは仕方ない」と考えている割合は 31.8%だが、チェックリストの使用意向がない介護支援専門員においては、それぞれ 61.2%、19.6%であり、有意差がみられる(p値<0.05)。

図表 37 介護支援専門員としての考え方(1)

Q41.世帯や個人の属性変化を踏まえ、意思決定支援や家族支援(仕事と介護や子育て等との両立など)、災害時の被災者支援、地域の社会資源やネットワーク構築等、ケアマネジャーに期待される役割が幅広い領域に広がっています。  
あなたの考え方は、下記 A と B のどちらに近いですか。

A: 期待される役割が広がり過ぎると対応しきれないので、ケアマネジャーと他の職種との役割分担を見直すべきである

B: 社会環境の変化によってケアマネジャーに期待される役割が広がったり変化していくのは仕方ない



(16) チェックリスト使用意向×地域資源との連携に関する考え方

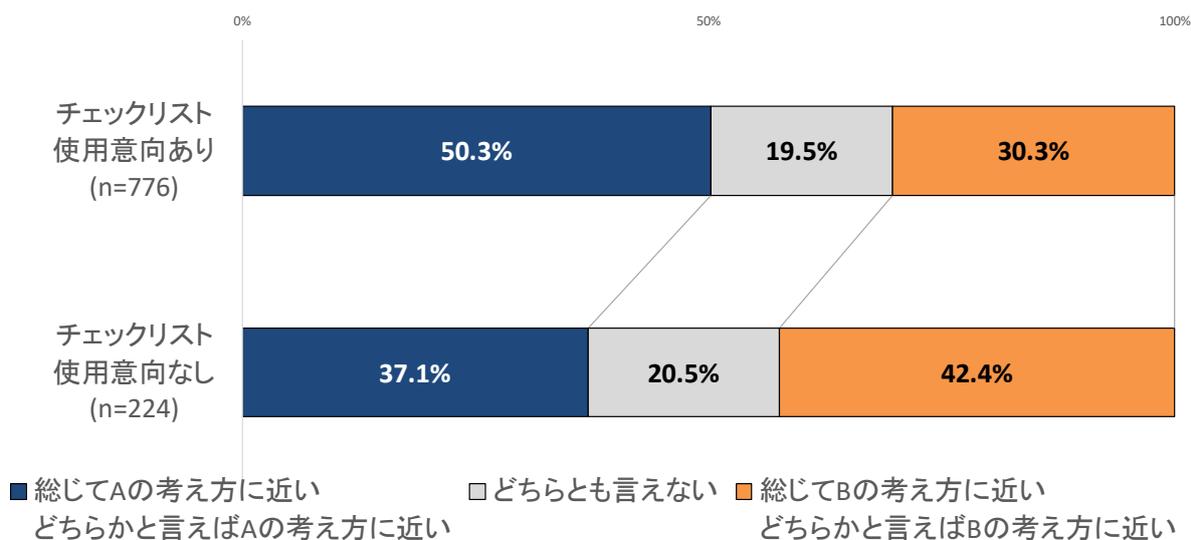
地域資源との連携に関する考え方について、チェックリストの使用意向がある介護支援専門員の50.3%が「新たな関係性の構築も含めて取り組むべき」と考えており、「関係性を構築できる範囲に絞って連携を実現すべき」と考えている割合は30.3%だが、チェックリストの使用意向がない介護支援専門員においては、それぞれ37.1%、42.4%であり、有意差がみられる(p値<0.05)。

図表 38 介護支援専門員としての考え方(2)

Q42.独居の高齢者や認知症のある高齢者など、地域の要介護者の状況が変化するに伴い、かかりつけ医及び医療職は当然のこと、インフォーマルサポートなどさまざまな地域の資源との連携が求められています。一方で、限られた業務時間で多くの利用者のマネジメントを担当するには、現実的に幅広い連携を実現する難しさもあります。あなたの考え方は、下記AとBのどちらに近いですか。

A: 利用者や家族の目指す生活の実現のために必要な連携を新たな関係性の構築も含めて取り組むべきだ

B: 現実的に責任を持って関係性を構築できる範囲に絞って連携を実現すべきだ



(17) チェックリスト使用意向×業務範囲に関する考え方

業務範囲に関する考え方について、チェックリストの使用意向によって有意な差はみられない(p値>0.05)。

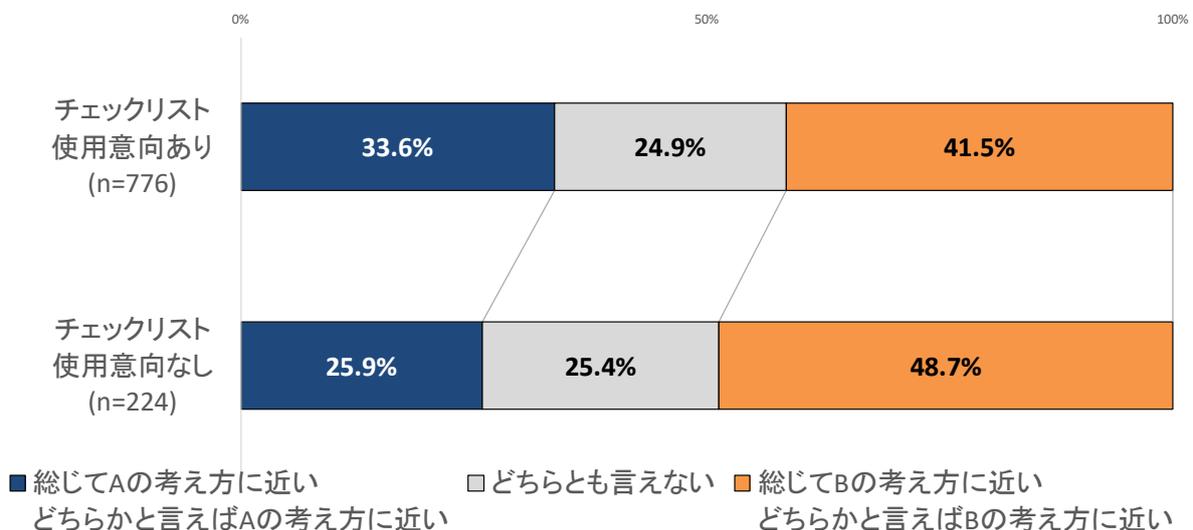
図表 39 介護支援専門員としての考え方(3)

Q43.ケアマネジメントへの期待が大きく広がる一方、居宅介護支援として実施すべき業務の範囲については、介護給付サービスの調整と給付管理以外の部分については、必ずしも範囲が明確に定まっているわけではありません。

あなたの考え方は下記 A と B のどちらに近いですか。

A:個別事例によって関わるべき範囲が異なるので、ケアマネジャーが自らの判断でケアマネジメントを実践すべき

B:居宅介護支援には介護報酬が支払われているので、法令・通知等によって業務範囲を明確に規定すべき



(18) チェックリスト使用意向×専門職としてのスキルアップに関する考え方

専門職としてのスキルアップに関する考え方について、チェックリストの使用意向がある介護支援専門員の74.5%が「継続的に自己研鑽すべき」と考えており、「介護保険制度に関連する知識を持って従事すれば良い」と考えている割合は9.1%にとどまるが、チェックリストの使用意向がない介護支援専門員においては、それぞれ51.3%、25.4%であり、有意差がみられる(p値<0.05)。

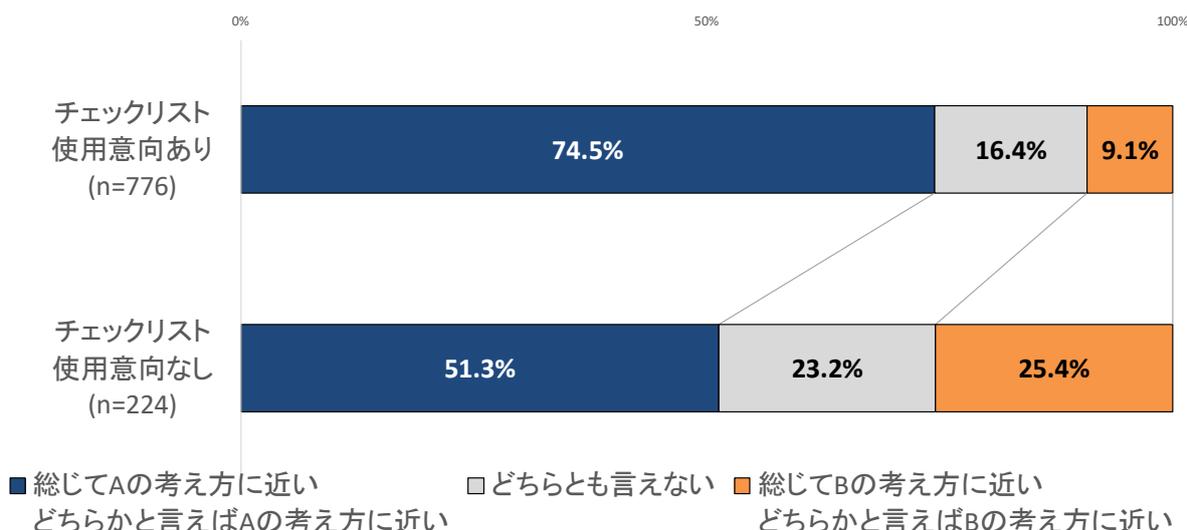
図表 40 介護支援専門員としての考え方(4)

Q44. ケアマネジャーは専門職であり自ら主体的に知識・技術を高める研鑽を続けるべきとの考え方がある一方、介護保険制度に基づいた業務に従事するのであって介護給付サービスを中心とした知識を持って業務に従事すれば良いとの考え方もあります。

あなたの考え方は、下記 A と B のどちらに近いですか。

A: ケアマネジャーは専門職であり、継続的に自己研鑽すべき

B: 介護保険制度に基づく業務であり、関連する知識を持って従事すれば良い



(19) チェックリスト使用意向×あらゆる事例に対する対応に関する考え方

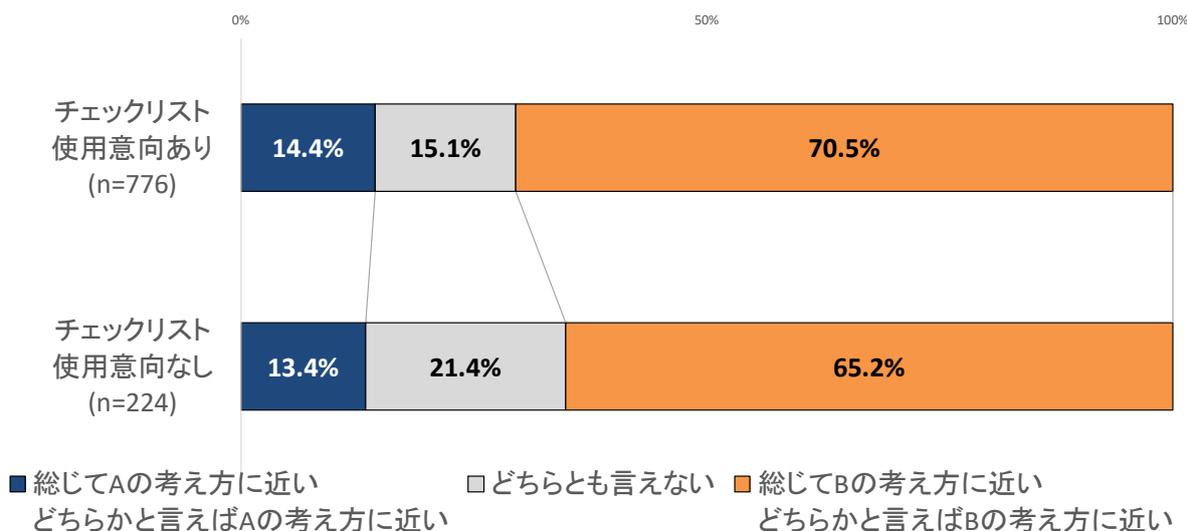
あらゆる事例に対する対応に関する考え方について、チェックリストの使用意向によって有意な差はみられない(p値>0.05)。

図表 41 介護支援専門員としての考え方(5)

Q45.ケアマネジャーが向き合う事例にはさまざまな種類があり、専門性の高いケアマネジメント実践のためには、事例のタイプごとに強みを持ったケアマネジャーに分かれていくべきとの考え方があります。一方、生活全般を捉えて日常生活の継続を支援するという観点に立てば、他の専門職との連携を前提に、あらゆる事例に対応できるようなケアマネジャーを目指すべきとの考え方もあります。  
あなたの考え方は、下記 A と B のどちらに近いですか。

A:特定の種類の事例に対する強みと経験を伸ばし、領域特化したケアマネジャーを目指したい

B:他の専門職等との連携を前提に、あらゆる事例に対応できるようなケアマネジャーを目指したい



(20) チェックリスト使用意向×自己研鑽に関する考え方

自己研鑽に関する考え方について、チェックリストの使用意向がある介護支援専門員の 21.5%が「自らの費用を使うのが当然」と考えており、「事業所・法人が費用を支出するのが当然」と考えている割合は 50.4%だが、チェックリストの使用意向がない介護支援専門員においては、それぞれ 11.6%、55.4%であり、有意差がみられる(p値<0.05)。

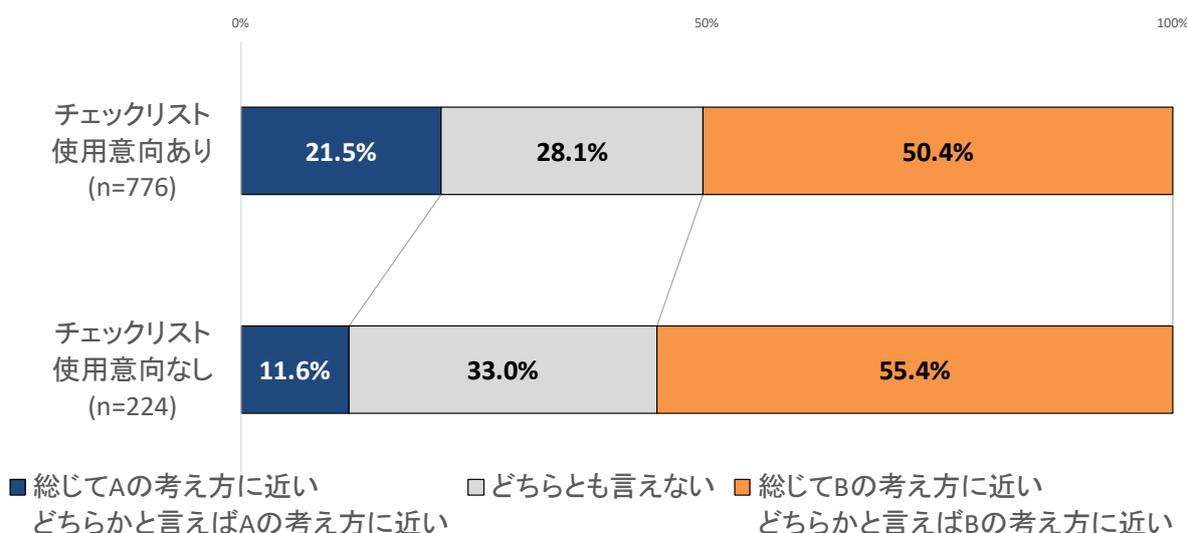
図表 42 介護支援専門員としての考え方(6)

Q46.求められる自己研鑽(自己学習、情報収集、外部研修受講など)について、専門職なのだから自らの費用を使って自ら投資して取り組むものだとこの考え方がある一方、業務に必要な知見の修得なのだから事業所・法人が研鑽に必要な費用を出すべきだとの考え方もあります。

あなたの考え方は、下記 A と B のどちらに近いですか。

A: 研鑽は自分への投資なのだから自らの費用を使うのが当然だ

B: 研鑽は業務に必要な知見修得への投資なのだから事業所・法人が費用を支出するのが当然だ



## 4. 介護支援専門員向けアンケート調査で得られた示唆

### (1) 手法やチェックリストの活用意向

本アンケートでは、適切なケアマネジメント手法に関する 10 分程度の説明動画の視聴、及び標準化項目(脳血管疾患)の一覧表イメージの閲覧をおこなった後、手法の活用意向について尋ねた。その結果、の日々のケアマネジメントにおいてチェックリストを使ってみたいと感じている介護支援専門員は約 8 割存在することが確認された。また、ケアマネジメントのそれぞれの場面において、約 9 割の介護支援専門員が手法やチェックリストが参考になると回答している。このように、多くの介護支援専門員が手法の活用意向を有していることが明らかとなった。

また、チェックリストを使用したくないと回答した介護支援専門員であっても、業務に余裕ができ、また項目の簡素化が図られることによって、使用意向が高まる可能性が示唆された。

### (2) 基本属性による比較

介護支援専門員の基本属性で手法の活用意向を比較したところ、経験年数や職域ネットワークの参加動向等によって多少の差はみられたものの、有意差はなく、どの属性においても手法の活用意向を有している割合は約 8 割であることが明らかとなった。したがって、本手法は、所属施設や経験、立場等を超えて、多くの介護支援専門員に対して受け入れられる可能性を有していることが示唆された。

### (3) 手法の活用意向が高い介護支援専門員が感じている課題

手法の活用意向の有無によって日々のケアマネジメントにおける課題認識を比較したところ、活用意向が高い介護支援専門員は、多職種連携やアセスメント、モニタリングに課題に感じていることが明らかとなった。特に、多職種に情報を伝えるタイミングや伝える相手の判断、専門職との連携、非専門職からの情報収集やアセスメント結果等の検討・共有等について高い課題認識を有している傾向がみられる。したがって、それらのケアマネジメントプロセスにおいて課題を持っている介護支援専門員に本手法を展開することで、本手法の使用が促進される可能性が示唆された。

対照的に、使用意向がない介護支援専門員は、多職種連携をはじめとしたケアマネジメントの課題は特になく考えている傾向にある。つまり、介護支援専門員としての自身の課題を把握しきれておらず、現状の能力のみでケアマネジメント業務が十分遂行できていると認識しているため、本手法の有用性を理解できなかった可能性が考えられる。ただし、自身で確立した思考プロセスを通してケアマネジメント業務を十分に遂行できている介護支援専門員が、本手法を使用したくないと回答している可能性も考えられるため、結果の解釈に留意が必要である。

### (4) 介護支援専門員としての基本的な考え方

手法の活用意向が高い層は、介護支援専門員に期待される役割が拡大・変化することに対して受け入れる姿勢があり、利用者や家族の目指す生活の実現のために新たな関係性を構築して

いく意欲が高い傾向がある。また、専門職として継続的に自己研鑽していく必要があるという考え方を持っており、介護給付サービスを中心とした知識のみを持って業務に従事すれば良いと考えている介護支援専門員は少ない。

つまり、手法の活用意向が高い介護支援専門員は、先進的な考え方を受け入れる柔軟性を持ち、自己研鑽によって自らの専門性を高めようとする傾向にあることが明らかとなった。

#### (5) アンケート調査から得られた示唆

本アンケートの結果、適切なケアマネジメント手法に対して感度の高い介護支援専門員は、所属施設や経験、所属施設での立場といった属性に関わらず約 8 割存在することが確認された。つまり、本手法は多くの介護支援専門員に対して受け入れられる潜在性を有しており、本手法の普及促進を図ることを通してケアマネジメントの標準化が期待できることが改めて示唆された。

本手法の更なる普及促進を検討するうえでは、本手法に特に感度が高いセグメントを特定し、そのセグメントの介護支援専門員を重点対象として手法を打ち込む必要性があると考えられる。本アンケートにおいて聴取した基礎属性と使用意向との高い関連性はみられなかったが、本アンケートで取り上げなかった要素との関連性が存在することは十分に考えられる。したがって、特に手法に関心の高い層はどこに存在し、そしてその介護支援専門員にどのようにアプローチしていくべきか、更なる検討が必要であると考えられる。



## 第4章 普及ツールの作成

---

### 1. 普及ツール作成のねらい

本手法のねらいや概要など基本的な事項について、初めて本手法を学ぶ介護支援専門員や、ケアマネジメントの実践において連携する他の職種向けに分かりやすく説明する資料とするため、説明動画と小冊子(手引き)を作成した。

いずれも、これまでの適切なケアマネジメント手法の検討過程で実施した検証等で利用した説明資料とそれに対する検証参加者の反応、意見等を踏まえ、初めて本手法を知る人でも、より分かりやすく理解しやすい内容となるように検討、作成を行った。

なお、説明動画については第3章に挙げた介護支援専門員向け調査においても、適切なケアマネジメント手法の概要を知ってから回答してもらうための説明材料として利用した。

### 2. ツールでの説明のポイント(作成の方針)

ワーキンググループでの検討や「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」の検証過程での検証に参加した介護支援専門員の反応などを踏まえ、普及ツール(冊子)の作成において特に以下の点をポイントとして理解しやすい内容となるよう作成を行った。

#### ① 仮説を持って情報収集・分析するアプローチの特徴の理解

適切なケアマネジメント手法は、アセスメントに先立って利用者本人や家族の状況に応じて「想定される支援内容」の仮説を持ち、その検証や具体化のために情報の収集・分析を実施するアプローチに特徴がある。まず網羅的に情報を集めて整理・分析するケアマネジメントプロセスの考え方と異なる点でもあり、このアプローチの基本的な特徴を理解することが、基本ケア及び疾患別ケアの内容を理解するうえで重要になる。

考え方の修得には、演習を交えた研修が有効だが、普及ツール(手引き及び説明動画)でもこの基本的な考え方の理解に重きを置いた内容とする。

#### ② 本手法を活用する意義や具体的な効果を示す

読み手である介護支援専門員や他の職種が本手法の活用イメージを持てるよう、本手法のねらいである多職種連携の推進に加え、具体的な効果として介護支援専門員による自己点検やカンファレンスでの活用、OJT や事例検討などの指導場面での活用など、具体的な効果を示す。

特に、これまでの検証や研修手法の検討調査で得られた個別事例における適用効果についても、できるだけ個別事例として紹介できるように掲載することとした。

### ③ 基本ケアが重要であることの強調

令和 2 年度の「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」では、基本ケアの見直しを行うとともに、それに合わせて疾患別ケアの内容も精査した。特に、認知症のある高齢者のケアとして位置づけていた意思決定支援や家族等に対する支援内容について、これからの要介護高齢者やその世帯の特徴の変化を見据え、基本ケアに位置づけることとした。

つまり、利用者の生活の継続を支える基盤としての基本ケアの重要性を重視した内容となっている。こうした見直しにより、疾患がなくてもあるいは疾患が複数ある場合でも共通的に、まずは基本ケアに整理された支援内容に着目して活用しやすくなった。普及ツール(手引き及び説明動画)でもこの点を重視し、それが読み手に伝わるような内容とした。

## 3. 「適切なケアマネジメント手法」の手引き

前項までに示した作成方針を踏まえ、「適切なケアマネジメント手法」の手引き」をとりまとめた。本手引きは普及推進に活用できるよう、また介護支援専門員が持ち歩きやすいようB5版で 5,000部制作し、各地域の職域団体等に配布するとともに、電子版についても公表した。



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

<b>1. 「適切なケアマネジメント手法」って何だろう？ ……</b>	<b>4</b>
(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
<b>2. 「適切なケアマネジメント手法」の基本的な考え方 ……</b>	<b>10</b>
(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 項目が繋がっている ……	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
<b>3. 「適切なケアマネジメント手法」をどう取り入れる？ ……</b>	<b>16</b>
(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

<b>4. 「基本ケア」の理解を深める</b>	<b>22</b>
(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
<b>5. 「疾患別ケア」の理解を深める</b>	<b>24</b>
(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
<b>6. 「適切なケアマネジメント手法」の活用方法</b>	<b>36</b>
(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。



この状態だと、  
こういう支援が必要かも？

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

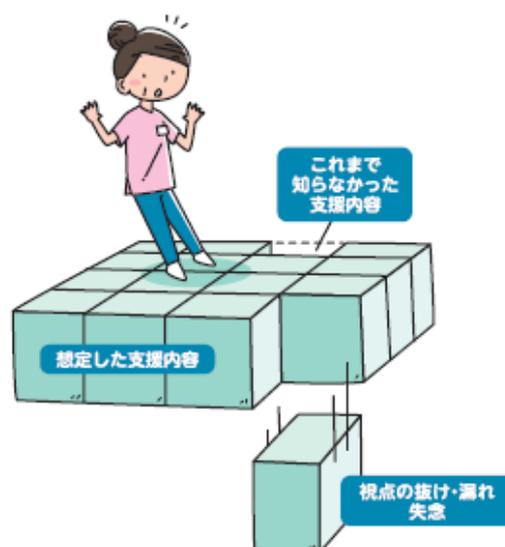
経験豊富な介護支援専門員のみなさんは、普段の業務において「こんな支援が必要かも？」「もう少しこの辺りの話を詳しく聞いてみよう」といったことを半ば無意識で考え、実践しています。

「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、インタビュー前に“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なものです。

「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……

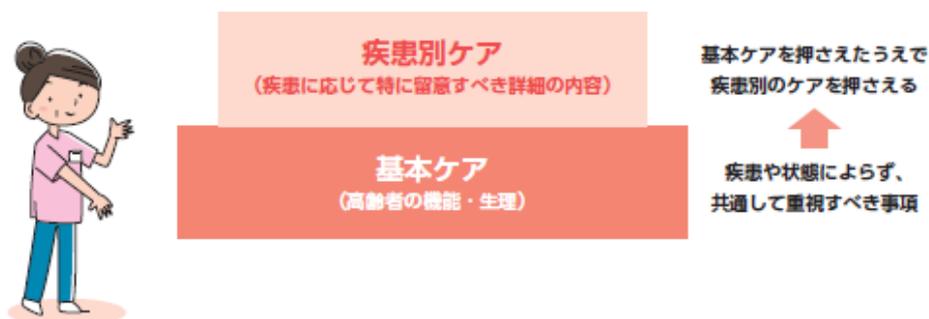
## (2) 「基本ケア」と「疾患別ケア」で構成される

「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つながっている

「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ず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て使う必要があります。

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

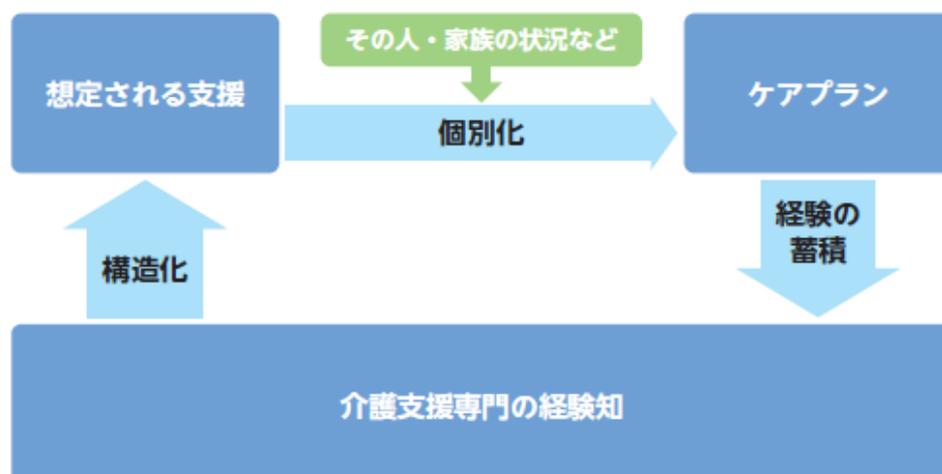
「疾患別ケア」には医療との連携が必要になる内容が多く含まれます。ただし、あくまで医療を提供するのは医療なので、介護支援専門員は医療的ケアが必要になる想定で情報収集を行い、判断・ケアに関わる職種と連携し、つないでいく役割を担います。

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、コミュニティでの役割を整えること			
支援 家族等への	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になります。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ので、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。認知症は幅が広いので、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。

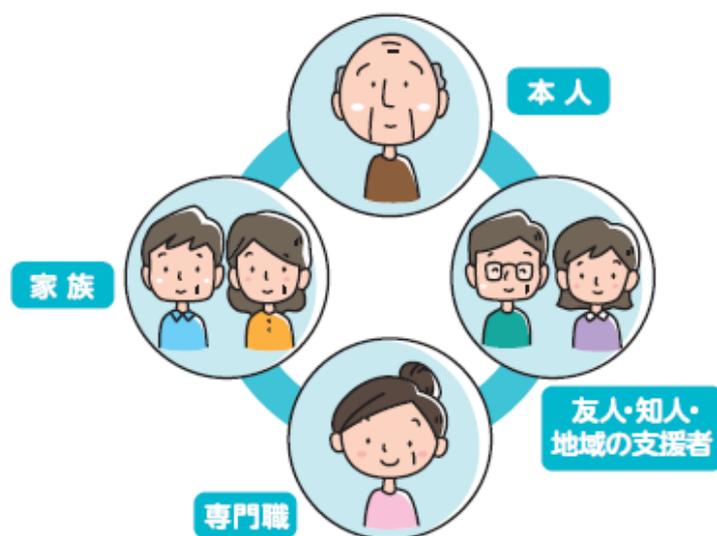
認知症のある方のケアの項目は以下の通りです。

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ご紹介します。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[該当2へ]	○：支援が必要だと判断した ⇒[該当3へ] ×：支援は不要だと判断した ⇒[該当5へ]	○：ケアプランに支援を位置付けた ⇒[該当4へ] ×：ケアプランに支援を位置付けなかった ⇒[該当3へ]
①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方の把握	2 医療及び他の専門職の関わり方の把握	○・×	○・×	○・×

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	<b>介護支援専門員</b> 自己点検を行う 相談したいことと資料 を用意する	<b>全 員</b> 今回の事例が該当する 「適切なケアマネジメ ント手法」に目を通し ておく
カンファレンス 当日	<b>介護支援専門員</b> 相談したいこととその 理由を説明する	<b>全 員</b> 「適切なケアマネジメ ント手法」を念頭に置 きつつ、支援の必要性 やその人らしい個別 化された支援内容を 検討する
対応策の 実施	<b>介護支援専門員</b> 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 行う	<b>他の職種</b> 検討結果をふまえて、 介護支援専門員への 情報提供や、自身が提 供するケアの見直し などを行う

## 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。

※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。

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





## 第5章 研修手法の検討

---

### 1. 研修プログラムの必要性和ねらい及び方法

#### (1) 研修プログラムの必要性

第2章3節「適切なケアマネジメント手法の普及推進の方向性」で挙げたように、本手法を広く介護支援専門員が活用できるようにするためには、まず介護支援専門員はもちろん他の職種にも概要を知ってもらう機会を作る必要がある。そのための普及ツールとして、第3章に示したように「適切なケアマネジメント手法」の手引きを制作した。一方で、介護支援専門員がこの内容を詳しく理解し、個別事例の実践で活用できるようにするには、内容の情報量が多く、自学自習や単発の研修では学びきれない課題がある。

また、第3章2節「ツールでの説明のポイント(作成の方針)」でも触れたように、これまでの検証等での介護支援専門員による試行利用で示された評価を踏まえると本手法の学習において、想定される支援内容の仮説を持ってから情報収集・分析をするというアプローチの理解が学習上の課題となっていることが明らかであった。

加えて、今後の普及推進のためには、各地域における適切なケアマネジメント手法を活用した実践において、指導・助言することができる層(指導者層)の育成が必要だが、そのためには単に知識の習得ではなく、自身が担当する事例に当てはめて自己点検を行い、不足する視点や情報を補足すべく実践を改善する学習経験、いわば実践における指導・助言というバイジー経験が重要である。

したがって、普及ツールを活用した個人学習や単発の研修によって広く介護支援専門員や他の職種に適切なケアマネジメント手法の概要を普及する取り組みと併せて、本手法の特徴であるアプローチの理解を深めるとともに各地域の指導者層の育成を目的とした、良質なバイジー経験を積むことができるアクションラーニング型の研修プログラムが必要である。

#### (2) 研修プログラムのねらいと方法

上述の背景を踏まえ、研修プログラムで達成すべき習得目標(研修プログラムのねらい)は以下の3点に整理できる。

- 仮説を持ちその検証のために情報収集・分析するアプローチを理解できること
- 個別事例に当てはめて自己点検や情報収集・分析する実践経験を持つこと
- 自分の実践経験に対して指導・助言を受ける経験を持つこと  
(特に基本ケアの内容に関する指導・助言を重視)

これらの研修のねらいを踏まえると、研修の方法としては、本手法の概要を理解する座学と自分の事例に当てはめた演習(ケアプランや情報収集の自己点検と、その結果も踏まえた追加情報収

集などの実践)を組み合わせた、連続研修(一定期間にわたり複数回開催する研修)形式とすることが妥当である。

## 2. 連続研修受講者向けインタビュー調査

### (1) 目的

前項で整理したように、適切なケアマネジメント手法を実践で活用できるよう理解を深めるとともに、指導者層の育成に向けたバイジ経験を積む機会とするためには、アクションラーニング形式の連続研修形式の研修プログラムが必要である。

こうした連続研修について、これまでに公表されている適切なケアマネジメント手法の内容に基づいて、任意研修(法定外研修)として研修プログラムを実施している事例があったことから、研修プログラムの参加者を対象としたインタビュー調査を通じて、連続研修形式の研修プログラムの有効性や留意点、個別事例に本手法を活用したことによる効果等を把握し、今後の適切なケアマネジメント手法の普及推進における連続研修プログラムの検討材料とした。

### (2) 調査概要

#### ① 対象

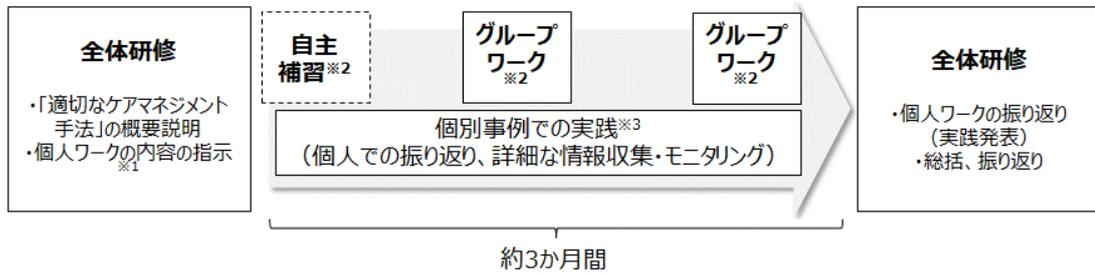
適切なケアマネジメント手法の活用に関する連続研修プログラム(任意研修)の受講者。具体的には次の2つの職域団体において実施された研修の受講者を対象とした。これらの研修はいずれも、本調査研究事業のワーキンググループメンバーでもあり、「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業」検討委員会及びワーキンググループメンバーでもある国際医療福祉大学 教授 石山麗子 氏が研修企画及び講師として参画したものである。

- (一社)東京ケアマネジャー実践塾 開催研修  
(2018～2019 年実施。「脳血管疾患のある方のケア」と「心疾患のある方のケア」を中心に講義と演習を展開)
- ケアマネットしながわ(品川区介護支援専門員連絡協議会) 開催研修  
(2018 年～2020 年に 2 期開催。「基本ケア」を中心に講義と演習を展開)

インタビュー実施対象者数は、東京ケアマネジャー実践塾開催研修受講者が 9 名、ケアマネットしながわ開催研修受講者が 4 名である。

なお、上記 2 ヶ所での連続研修プログラムは、いずれも全 4 回+受講者の有志による自主的な補修(読み合わせによる内容理解のための学習会)であり、全体研修の間に実践とグループワークを位置づける設計であった。調査対象とした職域における連続研修プログラムの概要と、各職域でのプログラムの特徴を整理すると次のとおりである。

図表 43 調査対象とした職域で実施された連続研修プログラムの概要



- ※ 1 全体研修及びグループワークの開催方法、個人ワークの内容とグループワークの内容、個別事例での実践内容、使用されたツール類は回と時期によって異なる（詳細右記）  
 ※ 2 「自主補習」は当初の研修企画にはなかったものだが、受講者の発意によって任意参加で開催されたもの。いずれも第1回の講義内容（適切なケアマネジメント手法の記載内容）を理解するために、読み合わせを行うような内容で実施された。

（資料）インタビュー結果をもとに株式会社日本総合研究所作成

図表 44 対象とした各プログラムの特徴

	東京ケアマネジャー実践塾	ケアネットしながわ	
	2018～2019年	1期 (2019年度)	2期 (2020年度)
開催方法	対面集合	対面集合	オンライン
個人ワーク	自分の事例にあてはめた自己点検 (心疾患、脳血管疾患)	「基本ケア」の詳細な情報収集・分析、 モニタリング	
ツール等	・チェックリスト（一覧表をチェック リストにしたもの） ・気づきを記載するワークシート	・24時間の生活のモニタリングシート ・情報収集シート（一覧表に関連）	

## ② 実施方法

対面あるいはリモート方式でのインタビュー

## ③ インタビュー項目

### a) 連続研修を通じて得られたこと・学び

- 介護支援専門員としてのケアマネジメントプロセス全般に関する気づき・学び
- 提出した事例（個別支援事例）における気づき・学び、その事例での変化

### b) 提出した事例の概要、連続研修中及び事後の当該事例の利用者や家族の変化

### c) ご自身の概要（職歴、所属事業所の概要等）

### (3) 調査結果

#### ① 連続研修を通じて得られたこと・学び(内容面)

はじめに連続研修を通じて得られたことや学びの実感についてみると、経験年数や立場に関わらず、あいまいな情報収集にとどまることなく「詳細に把握することの意義・意味」と、「収集した具体的な情報を共有することの効果」への学び・気づきを挙げた回答が多くみられた。

また、元の資格では比較的学ぶ機会が少なかった視点や見落としとしていた視点への気づきが挙げられた。こうした「気づき」の効果は、これまでの単発での検証参加者向けの説明会でみられた反応とも一致する。

さらに、アセスメント以上に「モニタリングの重要性」への気づきを挙げた声もあった。モニタリングの重要性に気づく効果は、「適切なケアマネジメント手法」のアプローチを検討していた初期段階で期待された効果の一つである。手法が狙いとした効果を、本手法を試行的に利用した介護支援専門員も実感していたことは、本研修プログラムが本手法のねらいの実現に有効であることを示唆している。

図表 45 連続研修を通じて得られたこと・学び(考え方や手法)に関する回答  
※個別の回答内容が特定されないよう事例に関わる回答は匿名化している

#### <詳細に把握することの重要性>

- 一日の流れをすべて可視化することの重要性に気づかされた。それまでも聞いていたつもりだったが「単に言葉で聞くだけ」だった(2年目)
- 質の高いケアマネジメントを実践するためには、利用者や家族の「その方のもともとの生活と、いつもの状態を知る」ことが重要ということに気づかされた(10年以上・主任)
- 自分なりに一生懸命やっている事例を出したが、それでもなお、気づいてない点がたくさんあったことに驚いた。視点というよりは、より具体的かつ詳細な情報を取ってなかったということ(10年以上・主任)
- 具体的に細かく、文字(数字)にして捉えることの重要性。10数年の付き合いになる利用者の事例だったが、それまでのモニタリングは曖昧であり、ちょっと怠けていたかも反省した。(15年目・主任)

#### <収集した情報を共有することの効果>

- 数字にして具体的にわかるように捉え、それを多職種と共有するのが新鮮だった。具体的な数字で示したのでデイケアのPTとも水分量と運動量のバランスをどうするか、具体的かつ個別の話ができた。標準化するからこそ個別化が浮かび上がってくるという感覚(3年目)
- 数字にして具体的に捉えることで、翻って一人ひとりの個性や価値観が浮き立ってくる。個人的な部分は「適切なケアマネジメント手法」の範囲ではないと教わったが、科学的な観点を進めることで個人的な価値観との融合を自然に意識しはじめられるように感じた。また、数値化するからこそ、理想と現実のギャップが明らかになり、自然と予後の予測もできる(3年目)
- 視点の不足や具体的な情報収集が足りてなかったと気づいたケアマネジャーは、利用者や家族にも話して情報収集する。それによって利用者や家族とケアマネジャーとの関係性も変化した(15年以上・主任)

### <幅広い視点>

- なんとといっても「基本ケア」が重要。ここを押さえてない状況で疾患別ケアをやってもダメ。また、声がけで確認するのでも足りない。例えば水分摂取も「摂っている」の声を鵜呑みにしてはいけない。そういうことを具体的に知ることができた。(10年以上・主任)
- 脳血管疾患のある方のケアの「新たな役割・機能の獲得」の視点を見落としていた。それまでは単に“日常生活の困りごとの解決”の観点でしか見てなかった(10年以上・主任)
- 自分では気づかなかった様々な視点があった(10年以上・主任)
- 脳血管疾患の項目を見たが、「心的回復の支援」「新たな価値機能の獲得」などの視点が漏れていたことに気づかされた(10年以上・主任)

### <モニタリングの重要性>

- モニタリングの視点の重要性に気づかされた。モニタリングを細かくとることで変化を知ることができる。研修後はモニタリングにも普段のバイタルを入れるようにした。医師や看護師も知りたがっていた(10年以上・主任)

## ② 連続研修を通じて得られたこと・学び(研修手法に対する評価)

上述した学び・気づきに加え、研修手法(連続4回、合間にグループワーク)についても、学びや理解を深める効果とともに、同じ悩み・課題を持つ者どうして連携や案件を進めて頂ければと思います。全体研修あるいは全体研修に付随する個別マネジメントについては、意識改革の効果を挙げる声もみられた。

図表 46 連続研修を通じて得られたこと・学び(考え方や手法)に関する回答  
※個別の回答内容が特定されないよう事例に関わる回答は匿名化している

### <研修手法に対する評価>

- グループワークで、プレゼンしなければならない(=厳切に迫られる)のと、同時にファシリテーターからフィードバックがあったこと。(2年目)
- 自分の事例での実践(情報収集)も、長い期間続けていると「何のために数字を取っているか」を忘れがち。自分一人では途中で脱落していたかもしれない(2年目)
- 途中のグループワークでは事前に事務局が受講者の資料をチェックしフィードバック。それによって視点の気づきがあった受講者もあった。(5年以上、主任)
- 同じ職場のメンバーで研修参加しグループワークもやった。自分の班はファシリテーターもあまり入らずに、どちらかというピアスーパービジョンのような感じで一緒に参加したケアマネジャーどうして悩みや課題、工夫を共有した。同時に取り組んだので共有できたのは良かった。(10年以上、主任)
- 事例をベースにやるやりかたが良かった。自分の知っている事例(自分の担当事例)なのでよく頭に入る。(15年以上主任)
- 自己点検やアセスメントでの気づきと、項目を頭に留めながら事業所内の他のケアマネジャーと話すことでの気づきがあった。(15年以上主任)

#### <意識、姿勢>

- はじめの全体講義で、厳しめの言葉も交えて「このままではダメだ」「意識改革が必要」とスイッチを入れてもらったこと。(主任・5年以上)
- 全体研修で、仕事に対するモチベーションを入れなおしてもらったこと。ちゃんとやらなきゃいけないと意識し直した(15年目)

### ③ 連続研修受講後の活用状況

連続研修受講後における適切なケアマネジメント手法の活用状況についてみると、一部ではあるが、現在のケアマネジメント実践でも定期的に項目一覧や本編を振り返り、初回のアセスメント、ケアプラン原案作成に活用している。一方、モニタリングの視点や実習受け入れの観点で振り返りに活用している受講者もいた。

図表 47 連続研修受講後の活用状況

※個別の回答内容が特定されないよう事例に関わる回答は匿名化している

- いまでも 脳血管疾患と大腿骨頸部骨折の項目一覧を、ケアプランを立てる参考に使っている。これらの疾患群だけでなく、他の疾患にも共通し応用できる点もあると感じている(10年以上・主任)
- 自分の検討で行き詰ったときに見返している。具体的には退院時事例での病院側との連携(退院前自宅調査とそれを踏まえたカンファレンス)のまえに振り返るなど。(10年以上・主任)
- 今でも、自分の事例のアセスメントやプラン原案作成で行き詰ったときに、「想定される支援内容」を中心にキーワードを探し、気になった点(=自分が見落としていた視点)があればそれを検討するような使い方をしている(10年以上・主任)
- 項目一覧や本編を使っているわけではないが、実習生を受け入れたときの自分の指導のベースとして、この内容を頭に留めている(10年以上・主任)
- いまでもたまに一覧表と本編を開き、モニタリングの視点を確認している(15年目・主任)

#### ④ 連続研修形式の課題

適切なケアマネジメント手法については、項目一覧及び本編のボリュームの大きさに、最初は抵抗感があるとの声が多い。一方で、連続研修を続けていけば必要性は理解できるものとの指摘もあった。また、想定される支援内容の項目数が多いため、紙のチェックリストではなくソフト化(アプリ化)を期待する声も診られた。

図表 48 連続研修形式の課題  
※個別の回答内容が特定されないよう事例に関わる回答は匿名化している

##### <内容理解の難しさ>

- 項目一覧を見ながら自分の事例について状況を書き込もうとしても言葉が出てこなかった。今思うと医療職の言葉を無理に使おうとしていた(2年目)
- はじめの講義を聞いただけでは理解しきれなかった。補習にも参加してようやく理解できたかな、という程度だった。その後、継続的に自分の事例で使ってみてだんだん腹落ちしてきた感じ(2年目)
- 初めに見たときは項目が多い。文字も多い。繰り返せば頭に入っていくが第一印象はしんどいと感じた(10年以上・主任)
- 適切なケアマネジメント手法は、「想定される支援内容」が肝であり、それゆえに個別的なケアを知らないと(ケアの現場を知らないと)理解が難しい。その点で、ケアの現場を見に行かないケアマネジャーには理解が難しいかもしれない(15年以上・主任)

##### <ボリュームの大きさ>

- 同じ事業所から6人参加したが2人しか残らなかった。項目とボリュームが多く感じたようだ。(2年目)
- 項目が多いので、チェックリストを全部の事例に適用するのは難しい(10年以上・主任)
- 率直に項目が多いと感じた。ソフトがあるなどしてその場で選択しながら入力できると良い(15年目・主任)

##### <実践における情報収集の難しさ>

- 初めに全部聞くのは難しい。少しずつ、段階的に聞く。どのようなタイミングにどう切り出して聞くかは今でも悩む。今回は「モデルになって下さい」ということでお願いした。きっかけが難しい(10年以上主任)
- 適切なケアマネジメント手法の問題ではないが、「キーパーソン」の選び方が課題。ケアマネジャーから見て対応しやすい、話しやすい相手を選んでないか振り返りが必要(15年以上・主任)
- いざ実践する段階になったときのご本人への声かけ。自分は心理職から来ているのでご本人の気持ちを考えて言葉を選ぶのが大事(引くこと、待つことも必要)と思うが、看護師さんは直接的に「～してはダメ」と言う方もいる(15年以上・主任)

##### <受講者による意識の差ができてしまうこと>

- はじめの全体講義でスイッチが入る人とそうでない人がいる。まずはスイッチの入った人、やる気になった人で動いていかないといけない(10年以上・主任)

**<研修形式で改善すべき課題>**

- リモート形式はグループワークを必須にしないと参加した感じにならない。どうしても参加意識が低くなりがち(10年以上・主任)
- 小グループの方が質問しやすい。講師や主催者の負担も大きいと思うが、可能であれば小グループで納得いくまで質疑できるような機会があると良いと思った(15年目・主任)

**⑤ 連続研修形式のプログラムの対象とすべき層**

連続研修に参加した受講者の視点からは、今後の同種研修を受講して欲しいターゲット層として、「主任(指導助言する者)」と「3～5年目程度の層(慣れてきて次に進む段階の者)」が挙げられた。

**図表 49 連続研修形式のプログラムの対象とすべき層**  
※個別の回答内容が特定されないよう事例に関わる回答は匿名化している

- 皆が受けるのが良い。また、できれば定期的に受ける方が良いと思う(3年目)
- 指導助言する立場として、まず主任がしっかり理解すべきだと思う。そのうえで、いずれかのタイミングで、法定研修に盛り込んで全体向けに展開して欲しい。やるなら初めからしっかり取り組む方が良い(15年目・主任)
- まず主任がしっかり受講すべき。実践経験を積んできた人が、あらためて「ケアマネジメントとは何か」を振り返り、考えたうえで後輩の育成にあたって欲しい(15年目・主任)
- 3～5年程度、ある程度慣れてきて土台もできて次のステップに進む段階のケアマネジャー(15年以上・主任)

## ⑥ 研修で取り組んだ実践(個別事例)でみられた効果

受講者が連続研修プログラムの演習で取りあげた事例における、実践に取り組んだことの効果についてみると、短期目標の修正、チームの意識変化、家族介護者の姿勢の変化、脱水の予防などが挙げられた。

今回のインタビュー調査だけでは事例数は少ないものの、適切なケアマネジメント手法を活用することの効果として、基本ケアを中心に押さえるべき視点を確認して自己点検し、不足している情報の追加収集と分析、それに基づく支援内容の変更等の行動を実践することにより、段階的に効果が現れる可能性が示唆された。

図表 50 本手法を実践に活用したことによる効果  
※個別の回答内容が特定されないよう事例に関わる回答は匿名化している

### <短期目標の具体化>

- 自分が失念していた「新たな役割・機能の獲得」に気づき、その観点で通所リハの報告を見て、単なる「生活行為の改善」ではなく、本人の想いである「夫の仕事の手伝いをしたい」という意向を踏まえ、「電話の応答ができる、メモが取れる」といった具体的な短期目標に修正した。  
サービス内容・頻度は変わらなかったが本人の納得度が高くなり、リハでの取り組み姿勢も変わったと聞く(2年目)

### <“見える化”による効果 ～介護内容への意識の変化、チームの意識>

- 水分量を捉えるのに、普段使っているコップの容量を図ったうえで、「1日に5杯を目標にしましょう」と共有したことで、介護者(本人の夫)も普段の摂取量を記録して教えてくれるようになった。家族も意識が変わった。(3年目)
- 水分量の把握がアバウトだったので結果的に以前は低カリウム血症になってしまった事例。室内環境の整備の視点も見落としていた。訪問サービスと連携して、訪問のごとに室内の環境が大丈夫かを確認してもらうようにした(10年以上・主任)
- はじめは「こんなに細かいことやるの?」と本人にも家族にも言われたが、やり始めてみると「意外に水分摂れている」と分かり、家族も意識が変わった。(15年目・主任)

### <入退院後の円滑な在宅移行>

- 研修期間終了後に再入院・退院があったが、その際は項目一覧を踏まえて情報収集・分析とケアプラン作成を行い、在宅生活への移行が円滑に実現(10年以上・主任)

### <ご本人に対する家族の変化(穏やかになった)>

- それまで3~4年にわたり毎年脱水を繰り返していた本人が、健康状態も崩さず脱水も起こさずに夏を超えた(3年目)
- 数字で把握し、利用者本人や家族とも共有したことにより、「思ったより水分を摂れている」とことが分かり、その結果介護者(配偶者)の本人に対する姿勢が柔らかくなり、ご本人にとって穏やかな時間が増えたことが良かった。(15年目・主任)



## 第6章 まとめ

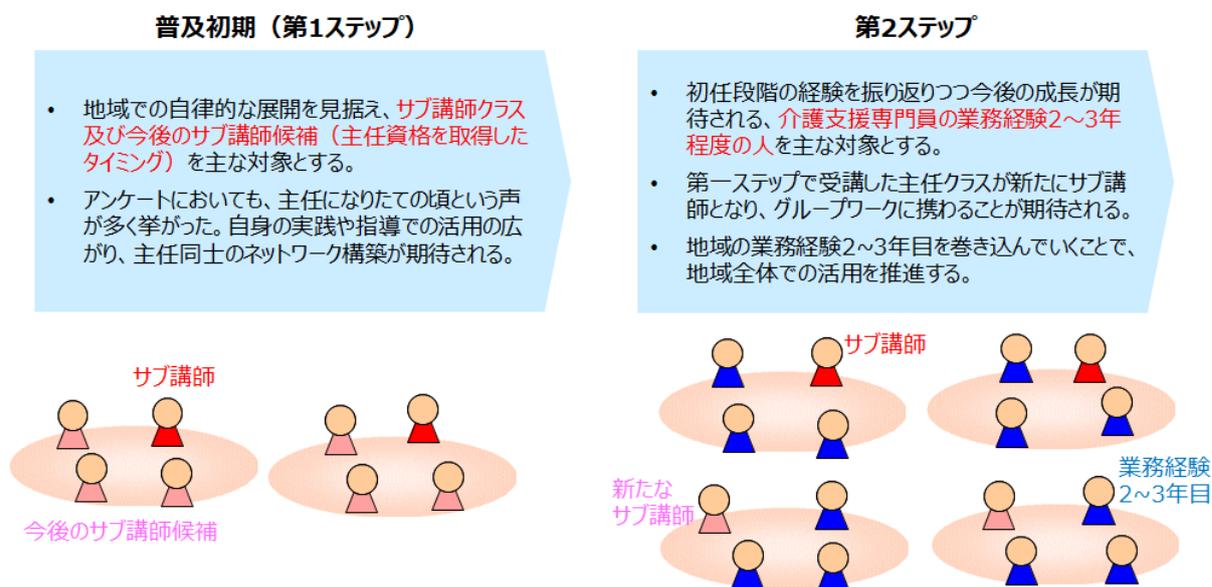
### 1. 普及推進の方向性

本調査研究事業において、アンケート調査とインタビュー調査及びワーキンググループで検討してきた内容を踏まえると、法定研修の見直しに関わるものを除き、「先行推進層」を対象とした今後の適切なケアマネジメント手法の普及推進の方向性として、まず基本方針として、下図表に示すように、2段階での展開を構想することが妥当である。

つまり、第1段階では地域での自律的な展開を見据え、法定研修におけるサブ講師層(サブ講師あるいはファシリテーターとして活躍している層)を対象に、本手法の内容を、初めて知る介護支援専門員にも説明でき、かつ実践での活用における指導・助言ができるよう育成する。

なお、既存のファシリテーターに加えて、主任介護支援専門員となって日が浅いタイミングの者にも受講を促し、今後のサブ講師・ファシリテーターの候補とし、サブ講師層の厚みを大きくすることが望ましい。

図表 51 段階的な普及推進の考え方



(資料)株式会社日本総合研究所作成

### 2. 研修プログラム

本調査研究事業において、アンケート調査とインタビュー調査及びワーキンググループで検討してきた内容を踏まえると、適切なケアマネジメント手法を実践的に活用できるようにするための、介護支援専門員向けの連続研修型プログラムは次図表に示すような構成が妥当である。

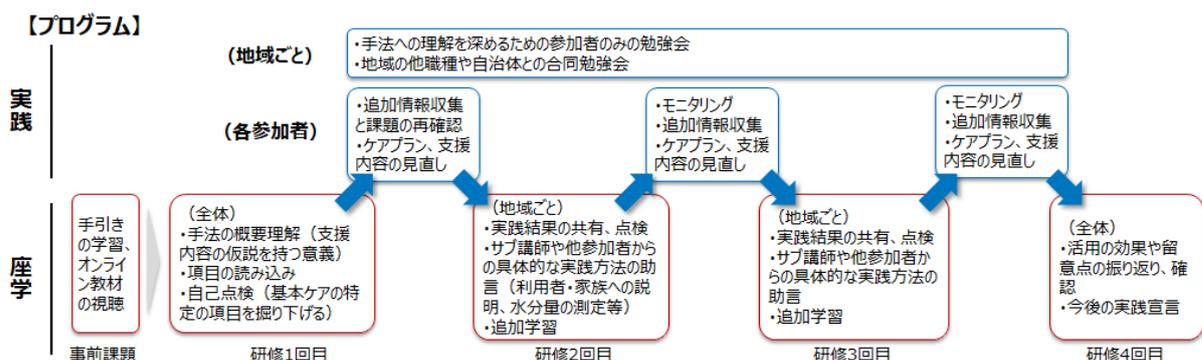
まず、普及ツール(手引きあるいは動画)を利用して基本的な理解を持ったうえで、全体研修に

において座学と個人ワーク(自らの実践の自己点検)を実施し、その後地域ごとに実践での適用と各地域における追加学習や相互の課題点や工夫の共有(グループスーパービジョン)を実施し、その成果を踏まえて全体研修に持ち寄って総括する構成である。

実践学習の期間中に行われる地域ごとのグループスーパービジョンを含め全体で4回(事前学習を除く)、期間としては4~6ヵ月程度の想定プログラムとなる。これはアクションラーニングの手法を取り入れ、「適切なケアマネジメント手法」の理解(座学)とその活用(実践)を繰り返すことで、業務での活用を定着させるとともに、活用の効果を実感してもらう研修設計としている点が特徴である。

なお、感染症の予防対策の観点及び全国への展開のしやすさの観点から、座学はオンライン開催とし、個人・グループワークを通じて各自の実践の振り返りと今後実践することの検討を行う。また、地域単位で研修申し込みを受け入れ、地域内でのフォローアップ体制づくりをうながす。

図表 52 研修プログラムの全体像



(資料) 株式会社日本総合研究所作成

ただし、この研修プログラムを展開するには、地域においてグループスーパービジョンを実施できるサブ講師(学習者の実践をサポートし、困っている点があれば指導・助言できるレベルの者)が必要となる。

したがって、前項でも挙げたように2段階での展開を想定し、普及初期(第1ステップ)は、地域での自律的な展開を見据え、サブ講師クラス及び今後のサブ講師候補(アンケート調査結果等から本手法への関心・意欲が大きいと想定された主任資格を取得したタイミング)とする。そのうえで、普及本格期(第2ステップ)は、初任段階の経験を振り返りつつ今後の成長が期待される、介護支援専門員の業務経験2~3年程度(アンケート調査結果等から本手法への関心・意欲が大きいと想定された層)の者とする。

### 3. 今後の課題

本調査研究事業での検討を通じて有効性が高いと考えられる連続研修プログラム及びその対象者の展開方策を示した。併せて概要を理解するために活用できる普及ツールについても制作を行った。

第2章でも触れたように、適切なケアマネジメント手法については次期法改正、介護報酬改定までに、しっかりと普及展開することが求められていることから、令和3年度以降、本検討結果で整理した連続研修プログラムと普及ツールを活用し、全国で研修プログラムの展開する必要がある。

なお、連続研修プログラムの受講者を対象としたインタビュー調査では、実践的に活用した事例において、自己点検に利用して介護支援専門員自身の視点の抜け漏れに気づく効果だけでなく、情報の収集分析を具体化することによるケアプラン2表の短期目標の具体化や支援内容の改善などの効果もみられた。さらに、特に基本ケアの内容について、日々のケアで具体的に留意すべき水準が明らかになることにより、家族介護者の負担感の軽減と要介護高齢者本人のストレスの緩和や、脱水の予防といった効果がみられた事例もあった。

したがって、今後の研修プログラムの展開において実践対象とする事例において、こうした効果の可能性を考慮してデータを収集し、適切なケアマネジメント手法を実践に適用することの効果検証に繋げる取り組みも必要である。

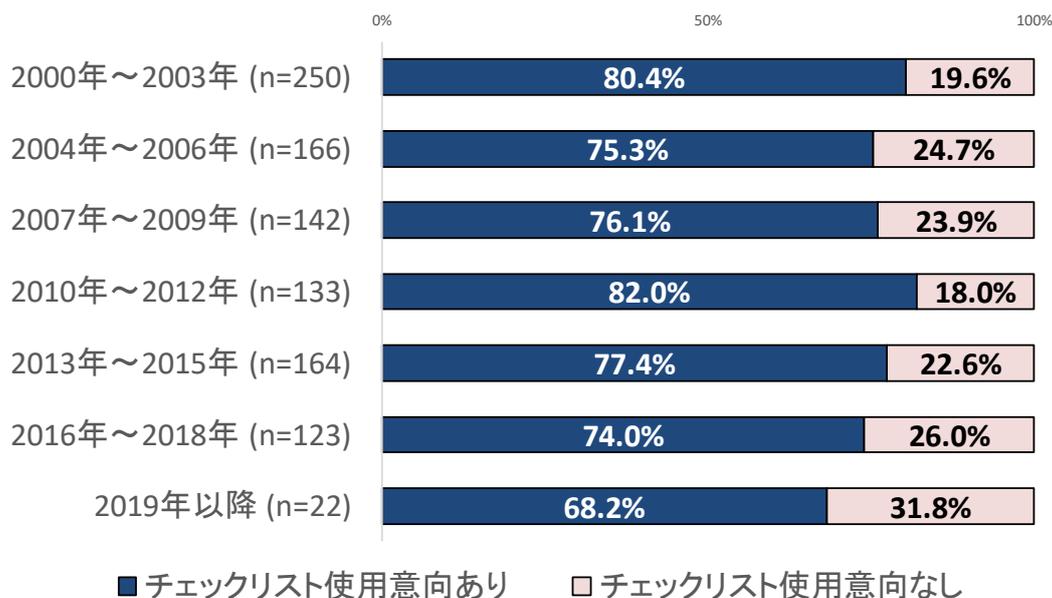


## 巻末資料 1 アンケート結果(参考集計)

### (1) 介護支援専門員資格を取得した年×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、介護支援専門員資格を取得した年が2010～2012年である場合は82.0%である。

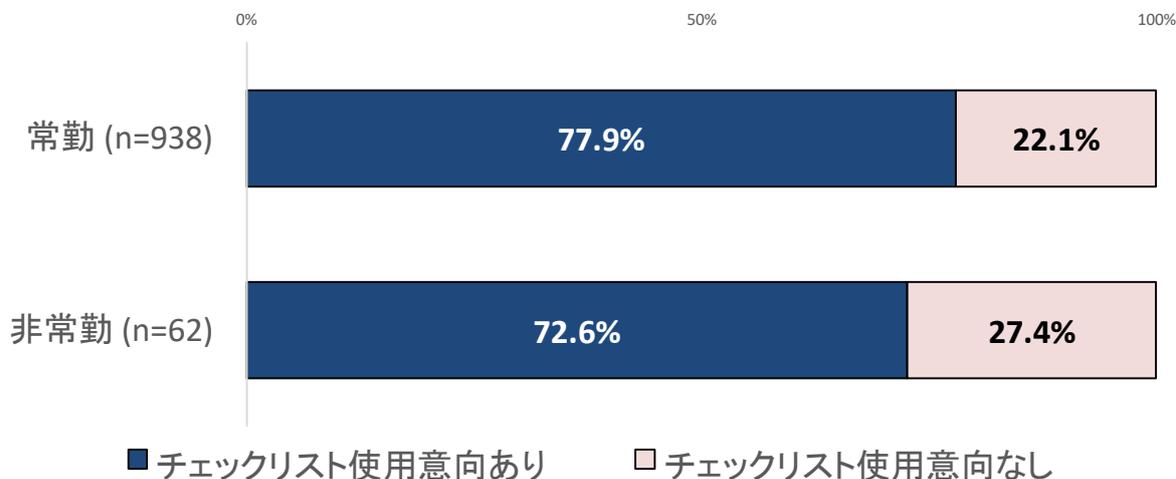
図表 53 介護支援専門員資格を取得した年(Q7)×チェックリスト使用意向



### (2) 現在の雇用・勤務形態×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、現在の雇用形態が常勤である介護支援専門員では77.9%、非常勤の場合は72.6%である。

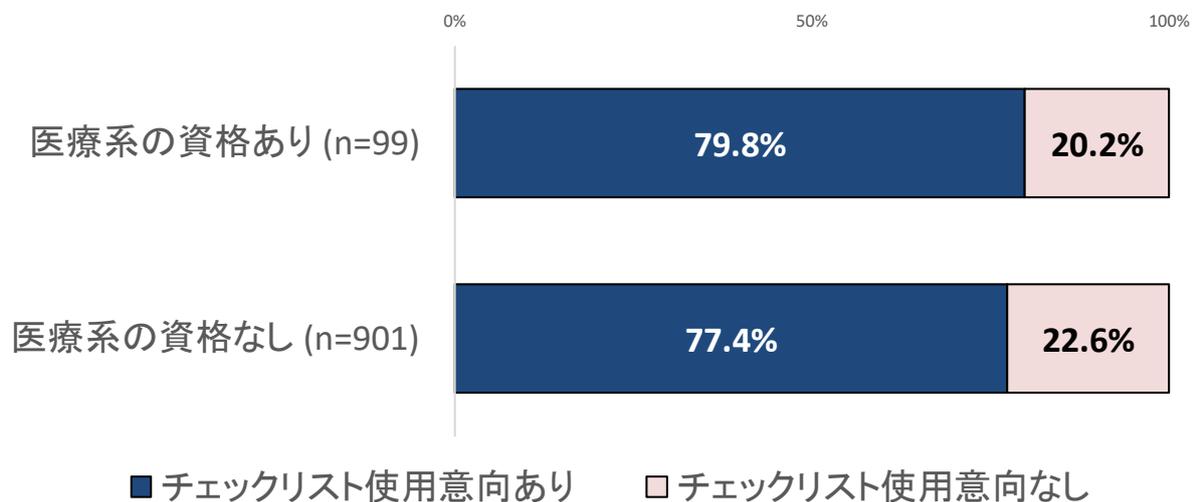
図表 54 現在の雇用・勤務形態(Q8)×チェックリスト使用意向



(3) 医療系の資格の有無×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、医療系の資格<sup>1</sup>を持つ場合で 79.8%、医療系の資格を持たない場合では 77.4%である。

図表 55 医療系の資格の有無(Q10)×チェックリスト使用意向



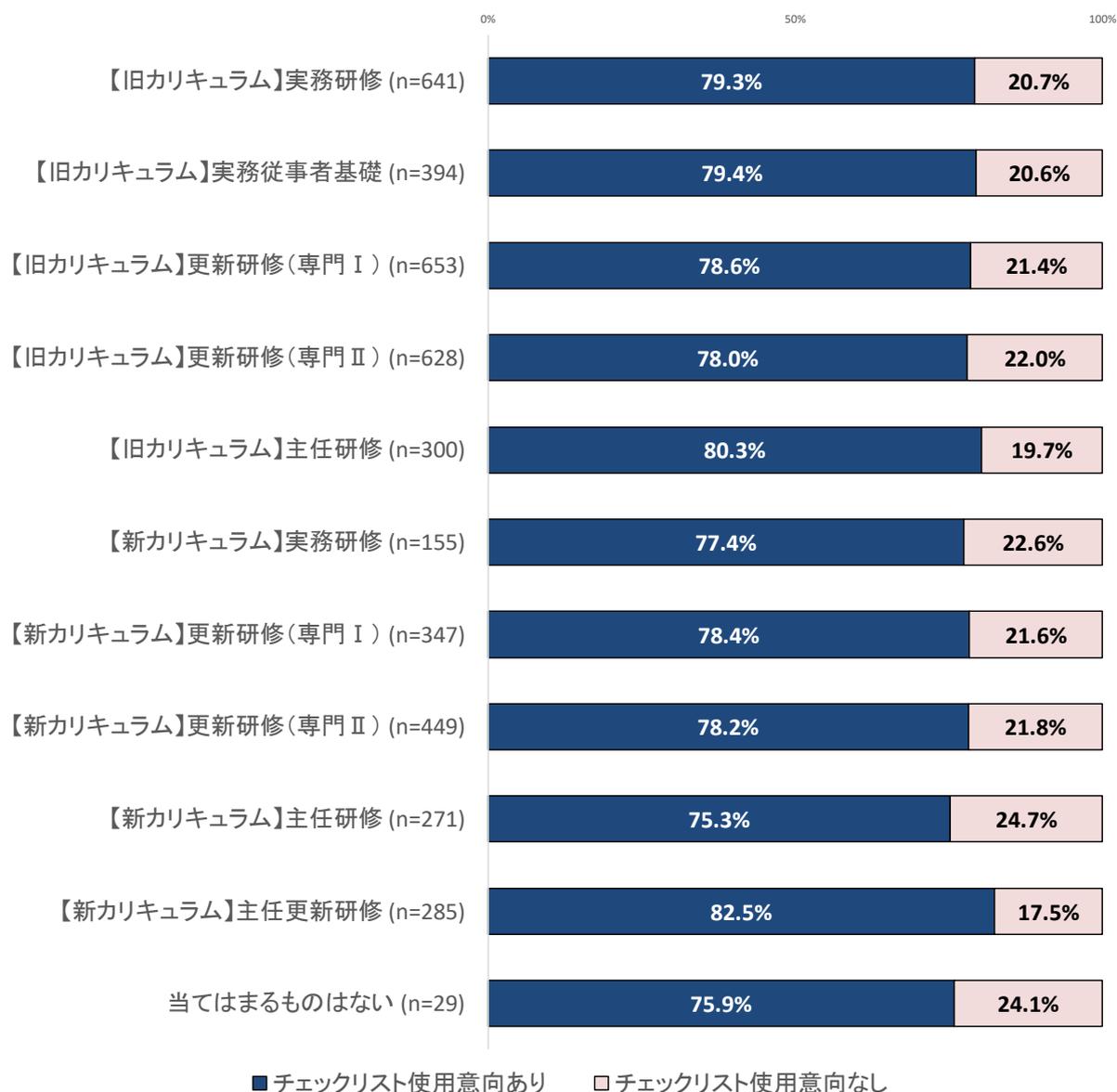
<sup>1</sup>医師、歯科医師、看護師、保健師、助産師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士とした。

(4) 法定研修の受講実績×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合は、【新カリキュラム】主任更新研修を受講した場合で82.5%である。

図表 56 法定研修の受講実績(Q11)×チェックリスト使用意向

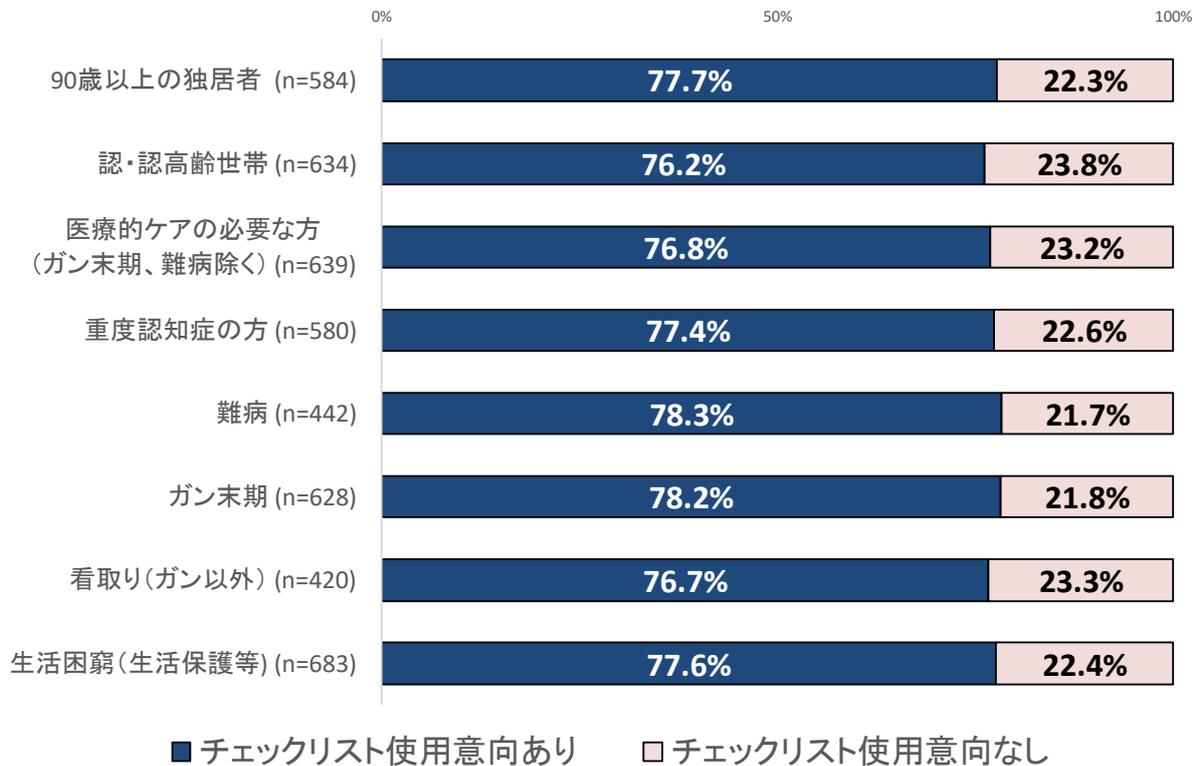
Q11. これまでの法定研修の受講実績



(5) 担当事例

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、5 件以上担当したことのある事例によって大きな差はみられない。

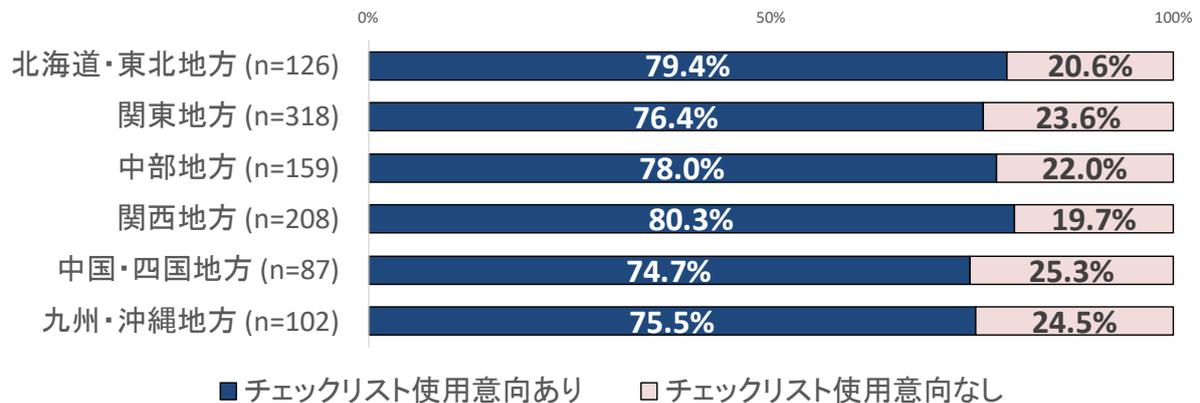
図表 57 5 件以上担当したことがある事例 (Q12)



(6) 担当事例

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、所属事務所の所在地によって大きな差はみられない。

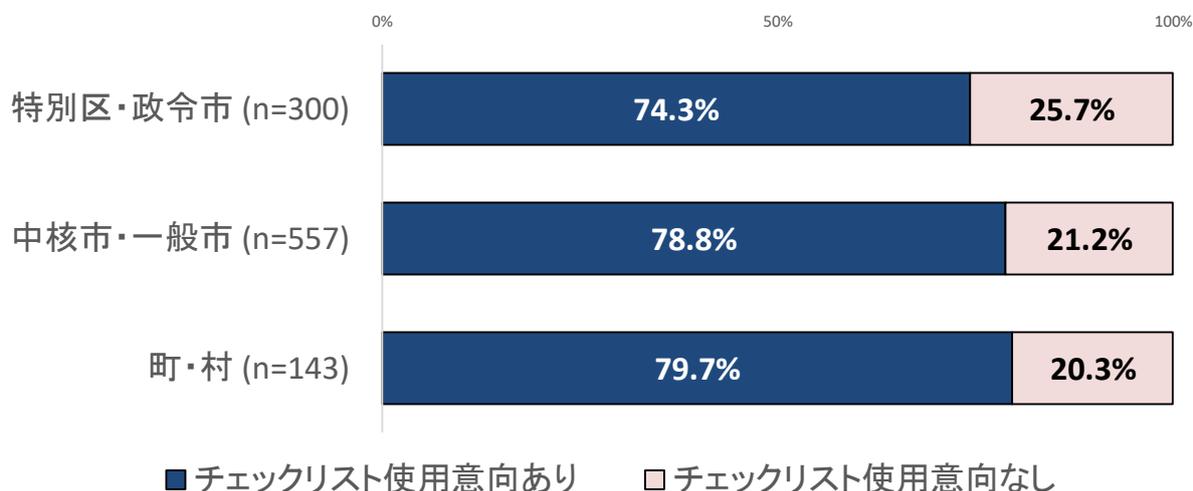
図表 58 所属事務所の所在地 (Q13)



(7) 所属事業所が所在する市町村の種別×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、所属事務が所在する市町村の種別が特別区・政令市である場合は74.3%、中核市・一般市では78.8%、町・村では79.7%である。

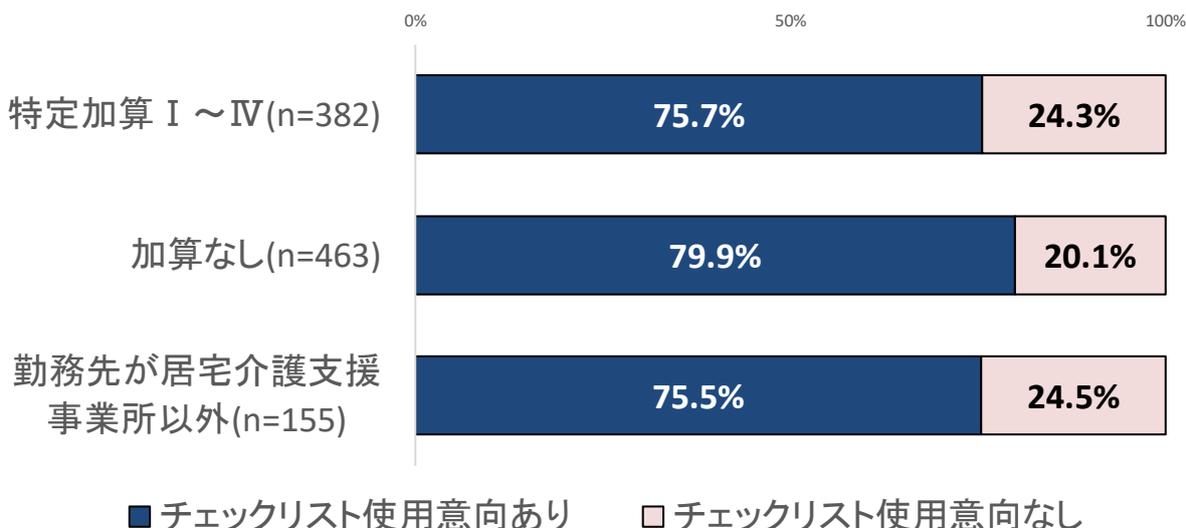
図表 59 所属事業所が所在する市町村の種別(Q14)×チェックリスト使用意向



(8) 所属事業所の特定加算の状況×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、所属事務所で特定加算Ⅰ～Ⅳのいずれかを取得している場合は75.7%、加算を取得していない場合は79.9%である。

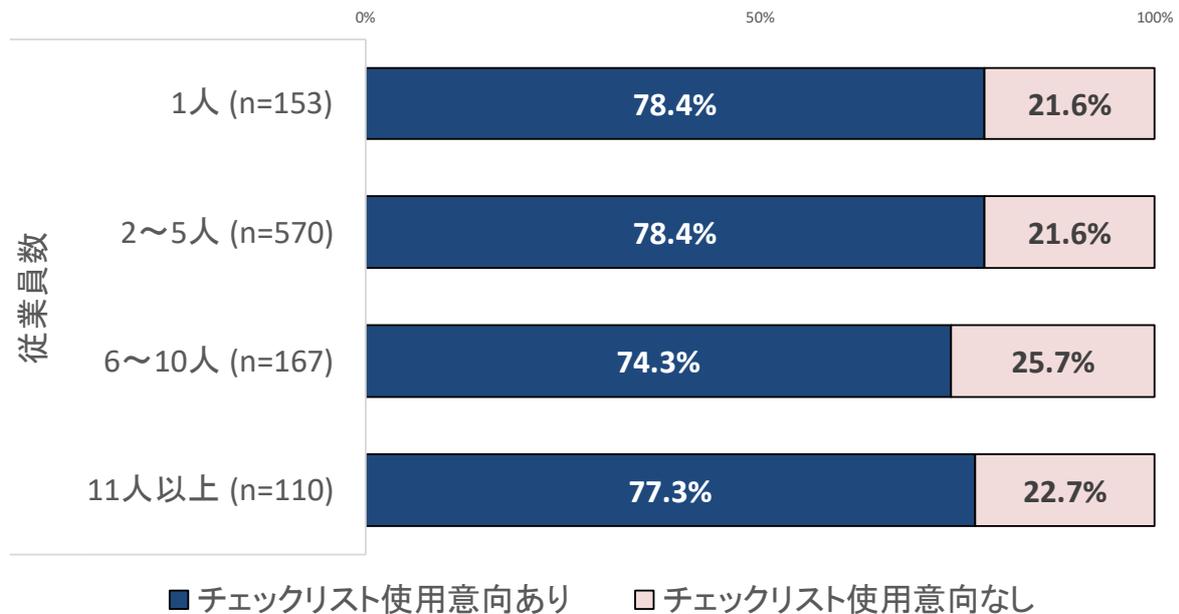
図表 60 所属事業所の特定加算の状況(Q15)×チェックリスト使用意向



(9) 従業員数×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、所属事務所の従業員数によって大きな差はみられない。

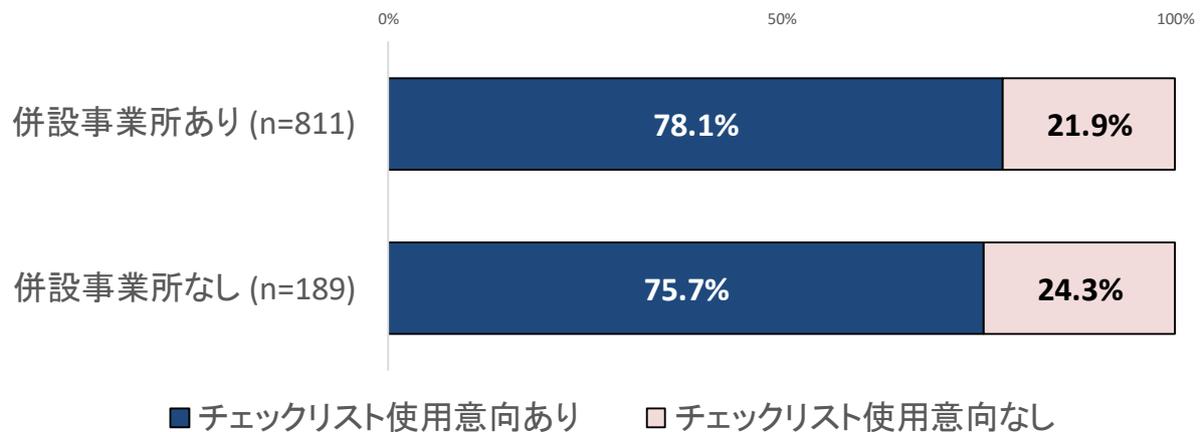
図表 61 従業員数(Q16) × チェックリスト使用意向



(10) 併設事業所の有無×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、所属事務所に併設している事業所がある場合は78.1%、併設している事業所がない場合は75.7%である。

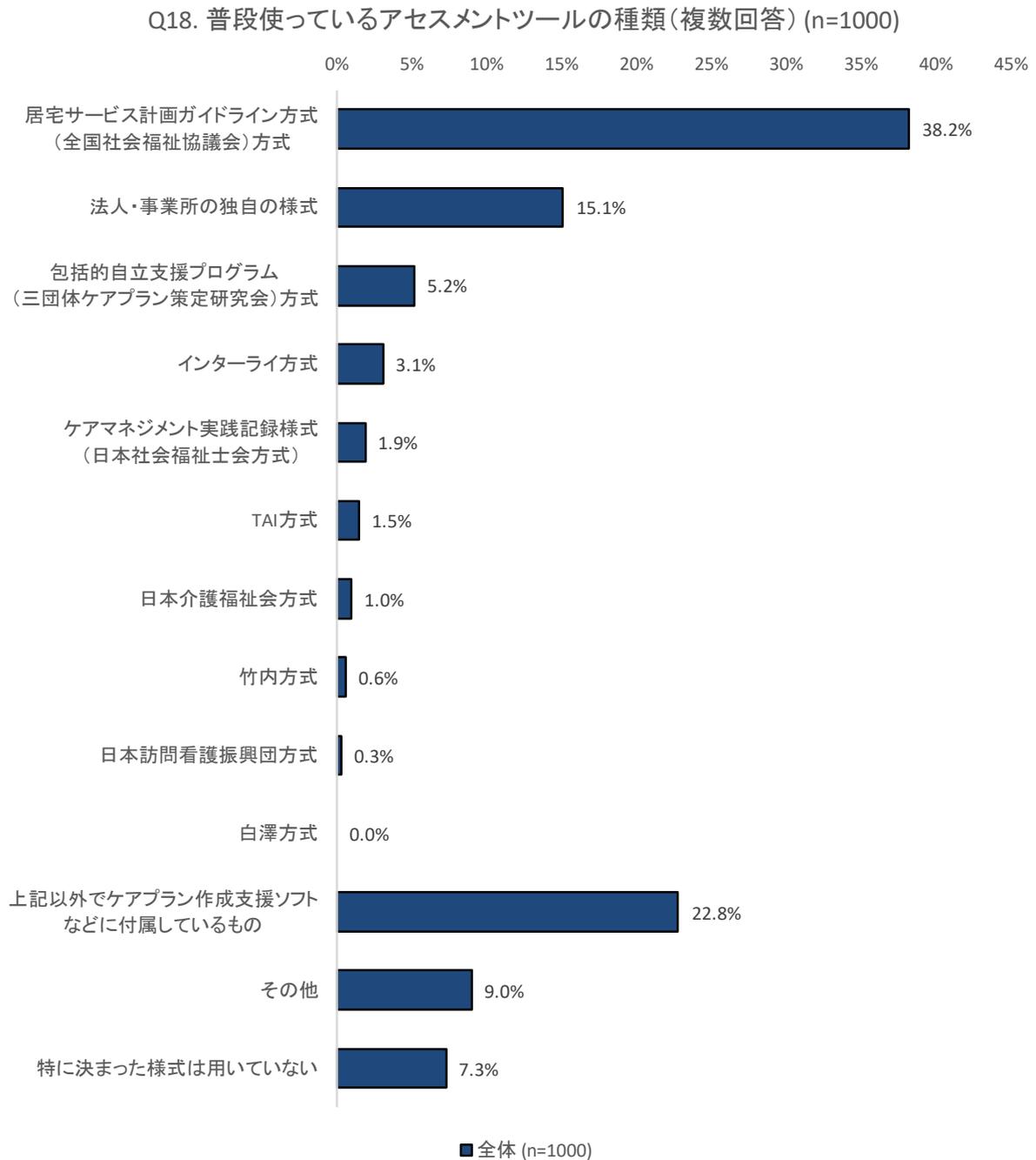
図表 62 併設事業所の有無(Q17) × チェックリスト使用意向



(11) アセスメントツール

対象者のうち 38.2%がアセスメントツールとして「居宅サービス計画ガイドライン方式(全国社会福祉協議会)方式」を使用している。

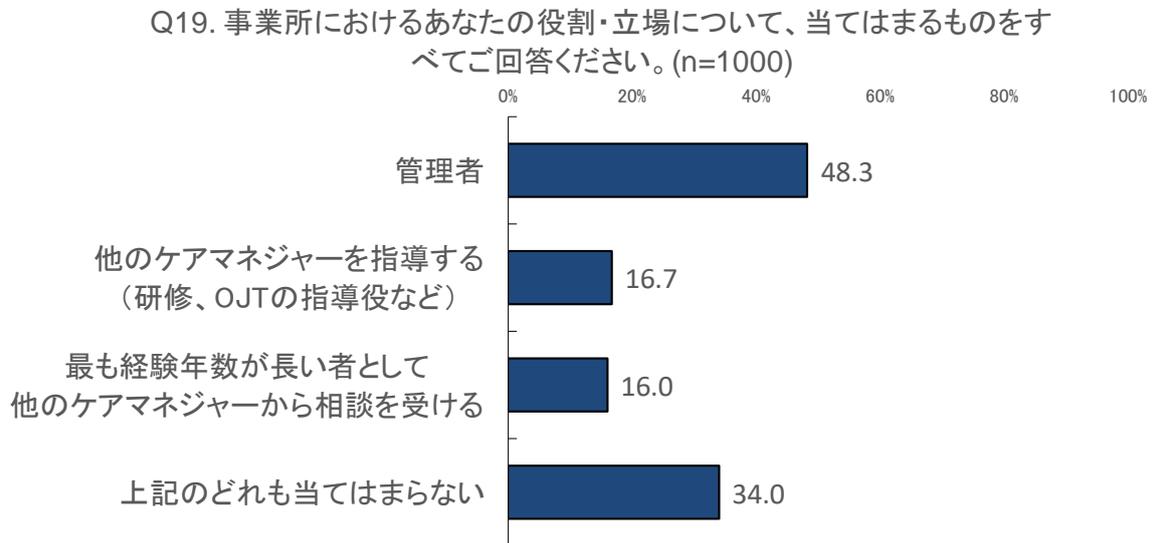
図表 63 アセスメントツール(Q18)



(12) 事業所における役割

事業所における役割・立場について、対象者のうち 48.3%が管理者、16.7%が他の介護支援専門員を指導する立場である。

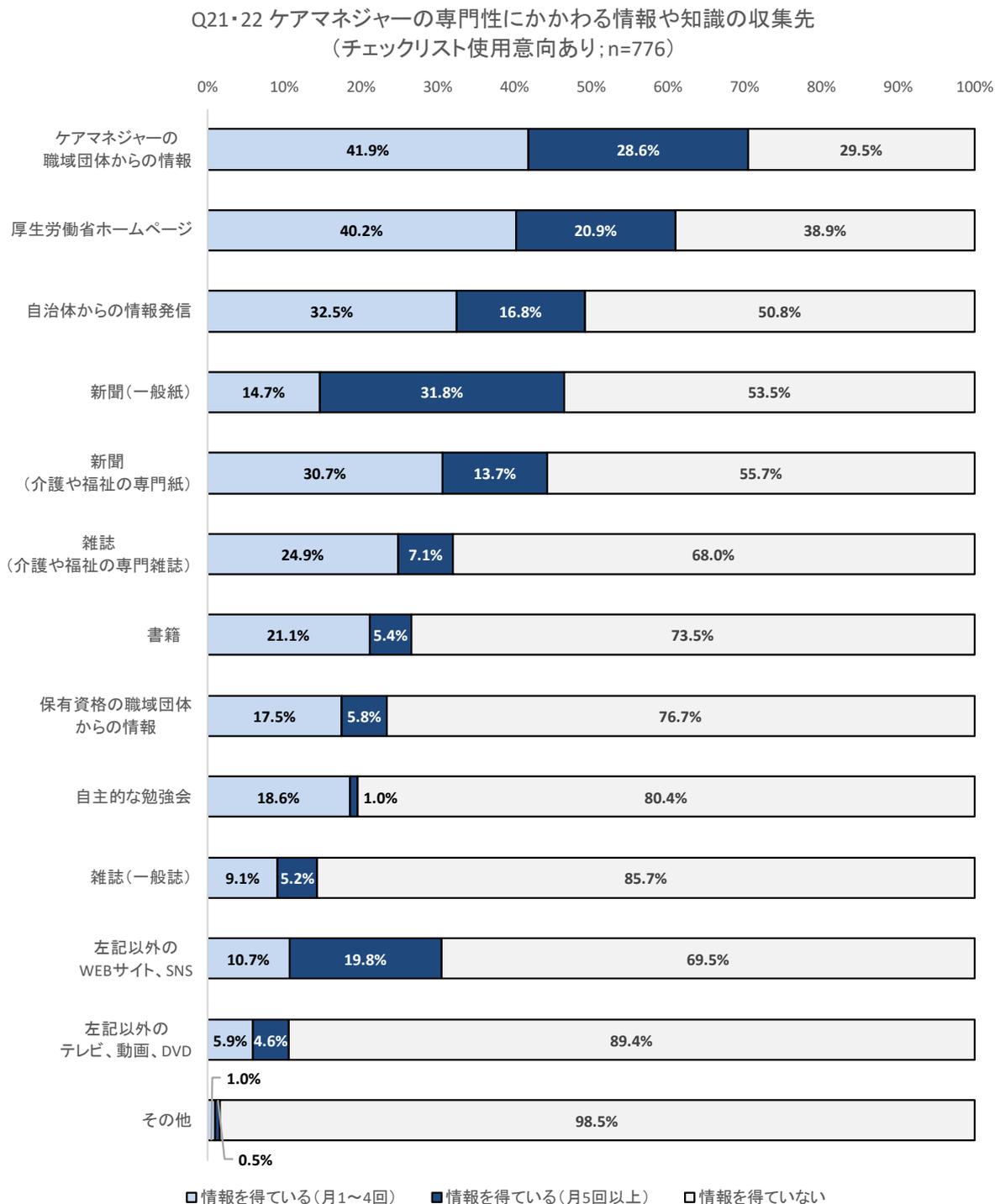
図表 64 事業所における役割(Q19)



(13) チェックリスト使用意向がある介護支援専門員の情報収集先

チェックリスト使用意向がある介護支援専門員は、介護支援専門員の職域団体や厚労省 HP、自治体から情報を得ている。

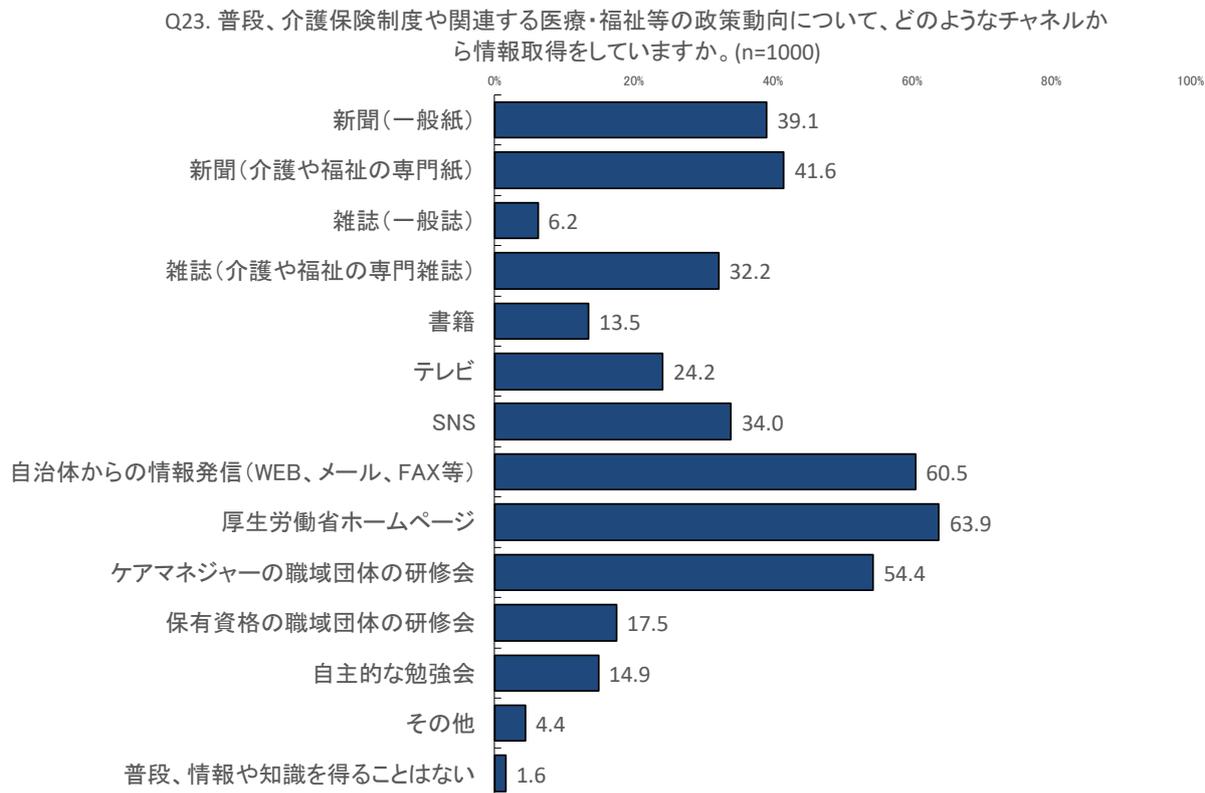
図表 65 チェックリスト使用意向がある介護支援専門員の情報収集先 (Q21・22)



(14) 介護保険制度や関連する医療・福祉等の政策動向に関する情報取得チャンネル

介護保険制度や関連する医療・福祉等の政策動向に関する情報について、対象者のうち63.9%が厚労省 HP、60.5%が自治体から得ている。

図表 66 の政策動向に関する情報取得チャンネル(Q23)

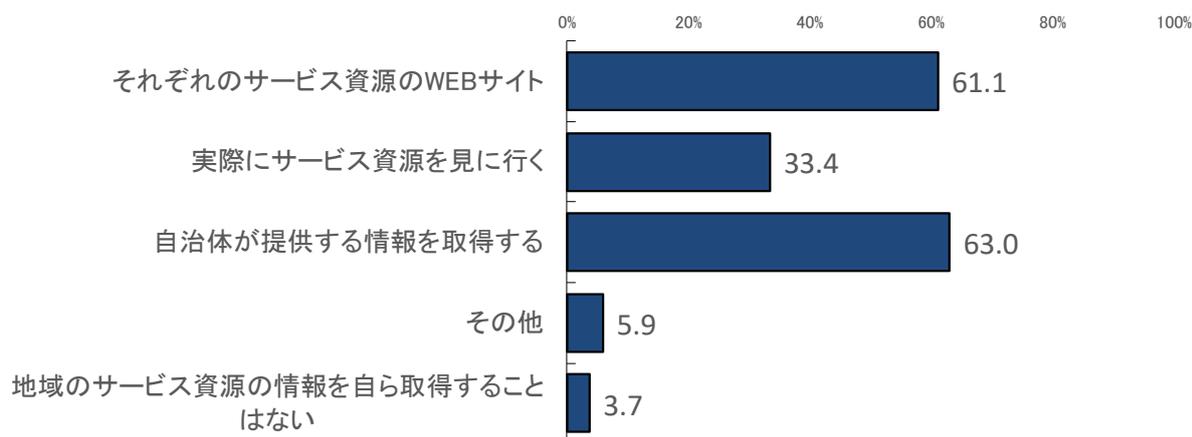


(15) 地域のサービス資源に関する情報取得チャンネル

地域のサービス資源に関する情報について、対象者のうち 63.0%が自治体、61.1%がそれぞれのサービス資源の WEB サイトから情報を得ている。

図表 67 地域のサービス資源に関する情報取得チャンネル(Q24)

Q24.地域のサービス資源について、どのような媒体から最新の情報を取得していますか。(n=1000)

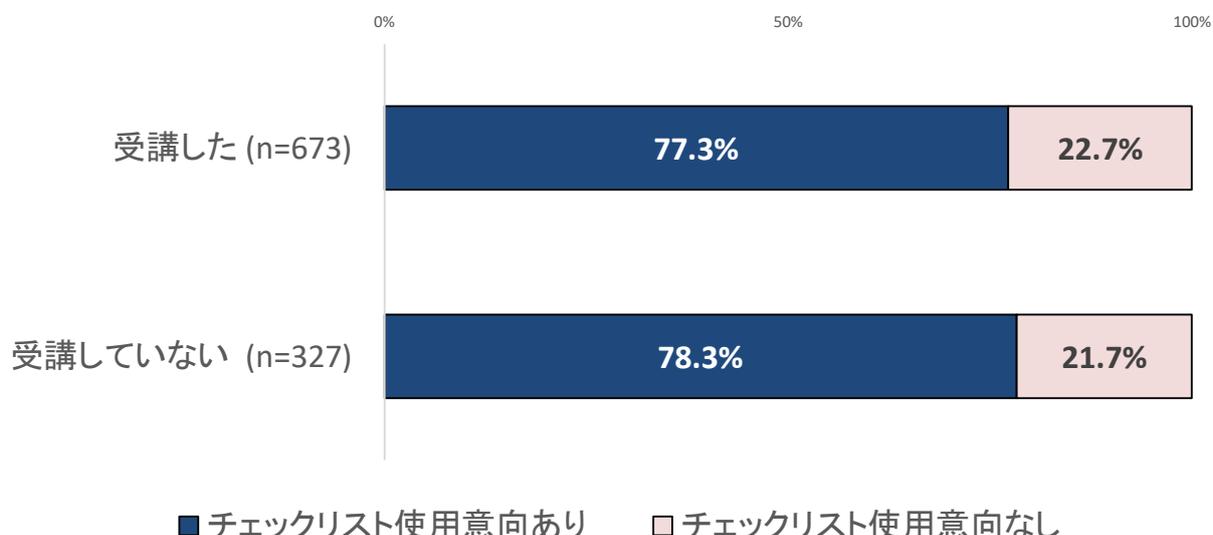


(16) 外部研修の受講状況×チェックリスト使用意向

チェックリストを使ってみたいと回答した割合について、外部研修の受講状況によって大きな差はみられない。

図表 68 外部研修の受講状況(Q25)×チェックリスト使用意向

Q25. 2019年1月～2020年12月の期間の外部の研修等(法定外研修のみ)の受講状況

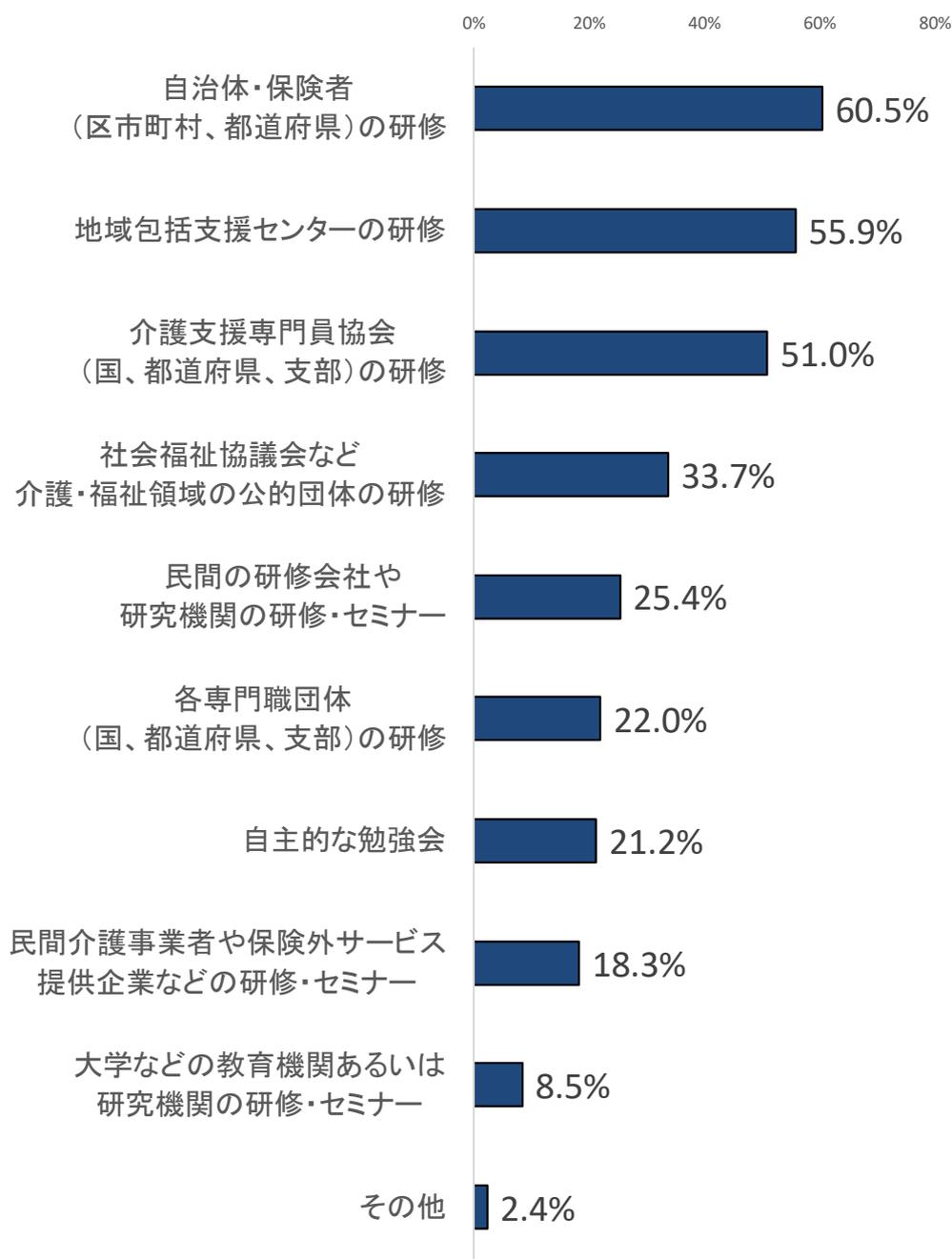


(17) 受講した外部研修の詳細

2019年1月～2020年12月の期間の外部の研修等を受講した673名のうち、60.5%が自治体・保険者の研修、55.9%が地域包括支援センターの研修を受講している。

図表 69 外部研修の詳細(Q26)

Q26. (2019年1月～2020年12月の期間の外部の研修等(法定外研修のみ)を受講した場合)どのような研修を受講しましたか(複数回答)

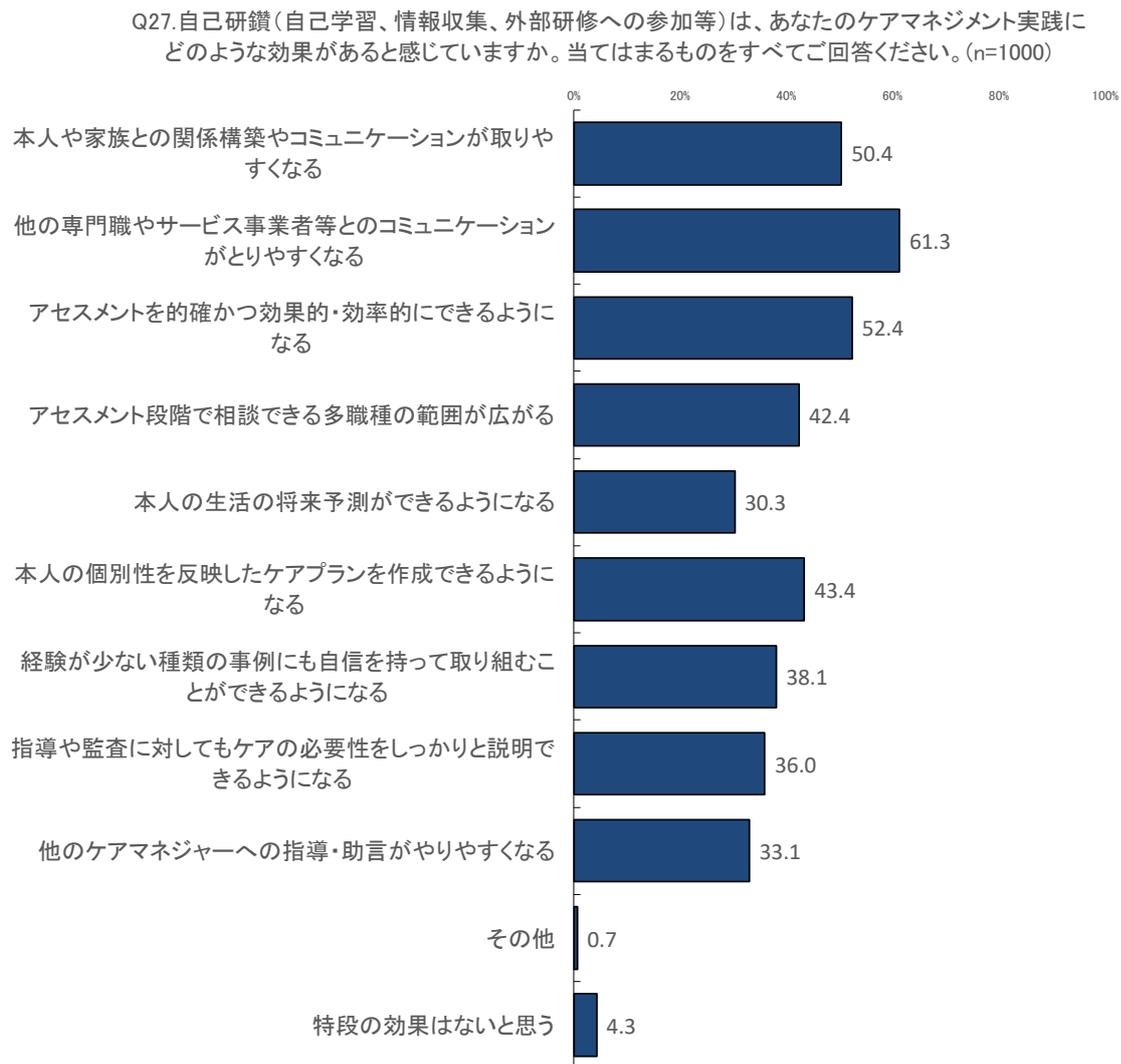


■ 2019年1月～2020年12月の期間の外部の研修等(法定外研修のみ)を受講 (n=673)

### (18) 自己研鑽の効果

ケアマネジメント実践に対する自己研鑽の効果について、対象者の61.3%が「他の専門職やサービス事業者等とのコミュニケーションがとりやすくなる」、52.4%が「アセスメントを的確かつ効果的・効率的にできるようになる」と回答している。

図表 70 自己研鑽の効果(Q27)

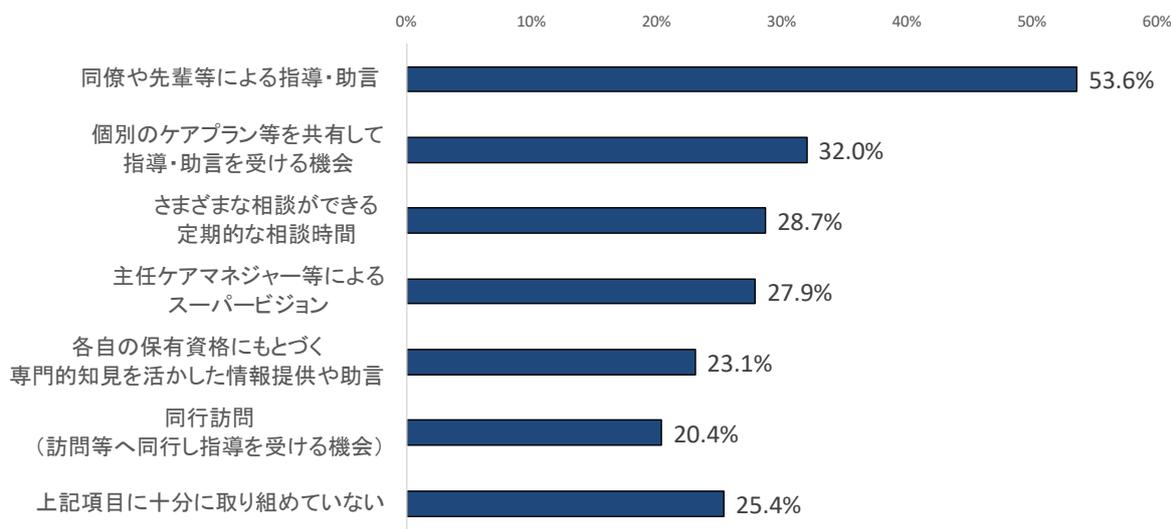


(19) 上司や同僚等への相談や指導・助言

53.6%の対象者が「同僚や先輩などによる指導・助言」が行われていると回答している。

図表 71 上司や同僚等への相談や指導・助言 (Q28)

Q28. 所属する事務所内において、次に示すような上司や同僚等への相談や指導・助言が積極的に行われていますか(複数回答)(n=1000)

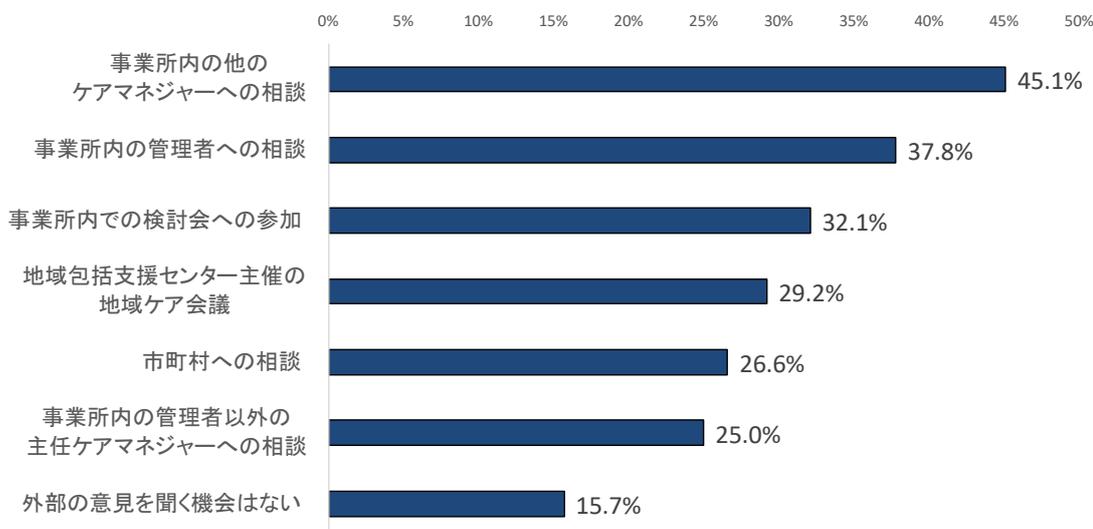


(20) 外部の意見を聞く機会

45.1%が事業所内の他の介護支援専門員へ相談する機会があると回答している。

図表 72 外部の意見を聞く機会 (Q29)

Q29. 自分の担当事例について、次に挙げるような外部の意見を聞く機会がありますか。3か月に1回以上意見を聞く機会があるものをすべてご回答ください。(n=1000)

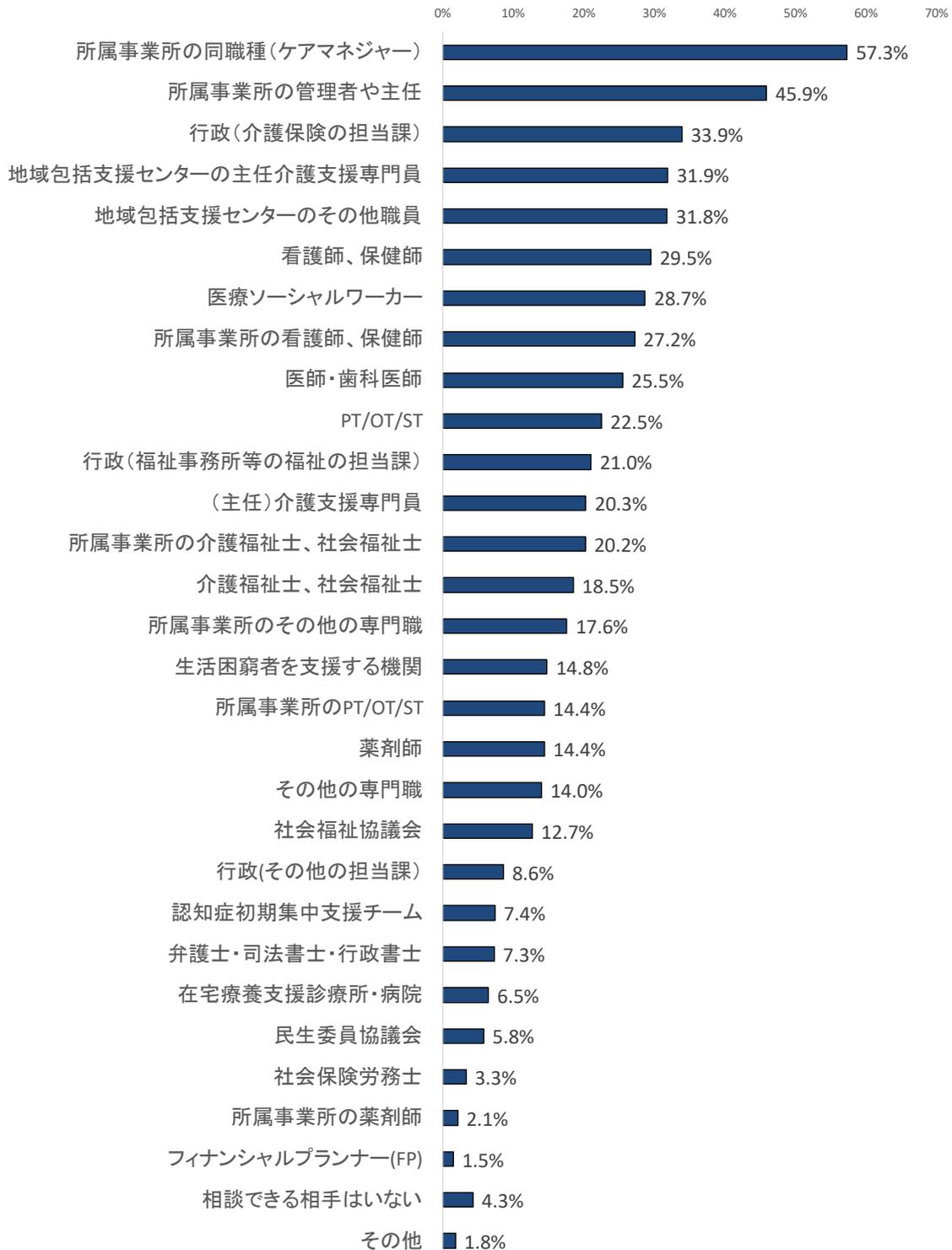


(21) アセスメント時に相談できる相手

アセスメント時に相談できる相手について、57.3%が施設事業所の介護支援専門員、45.9%が所属事業所の管理者や主任を選んでいる。

図表 73 アセスメント時に相談できる相手 (Q30)

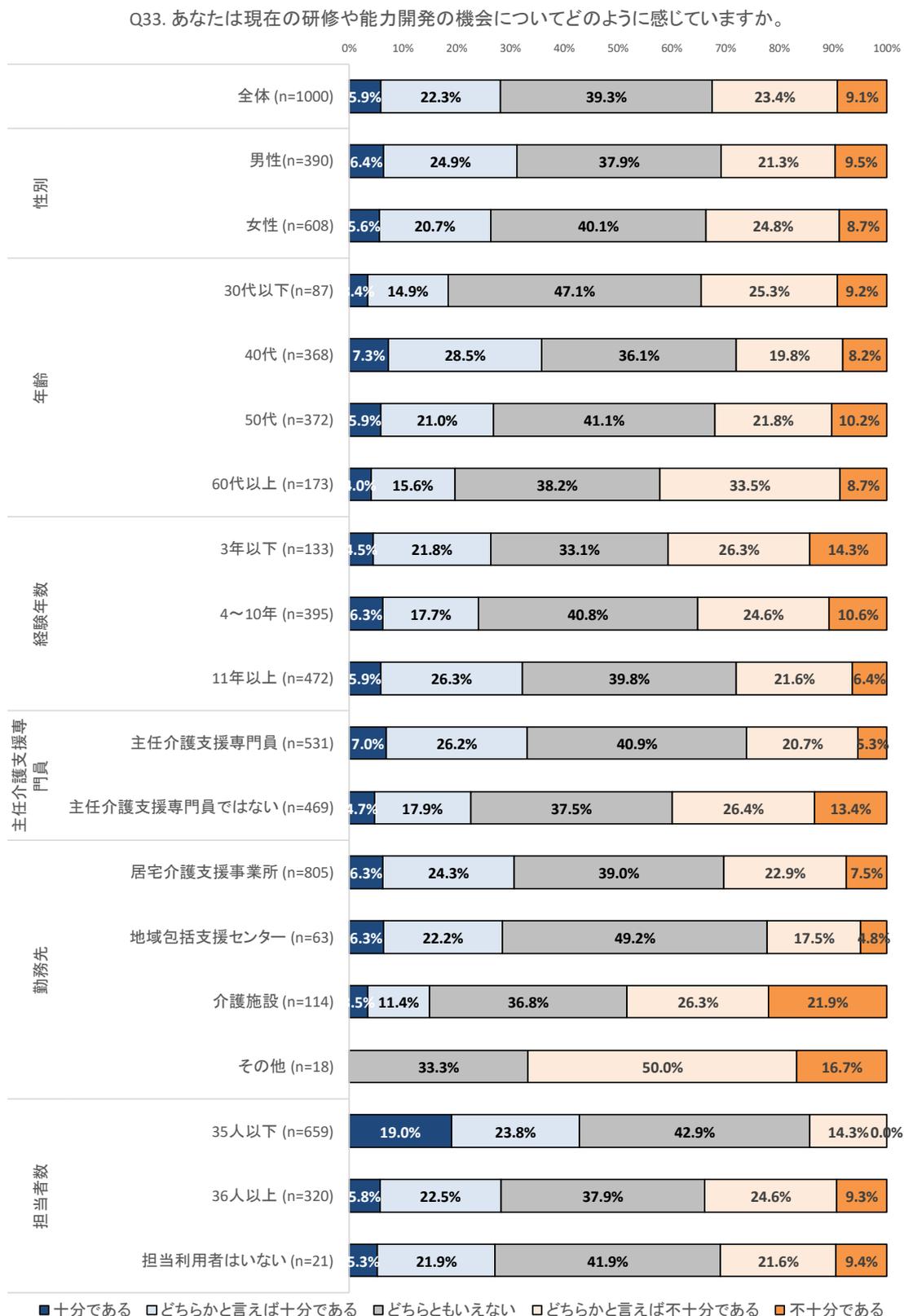
Q30. 現在のケアマネジメント業務について、アセスメント段階で相談できる相手をすべて選択してください。(n=1000)



(22) 研修や能力開発の機会

介護施設に勤務している介護支援専門員の 21.9%が研修や能力開発の機会が不十分と回答している。

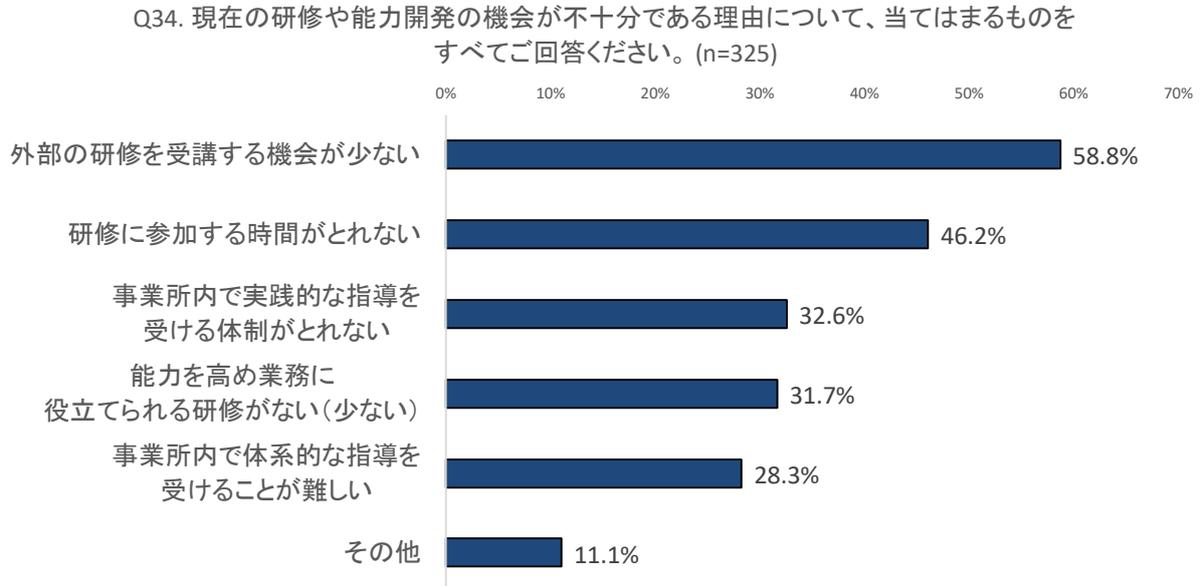
図表 74 研修や能力開発の機会 (Q33)



(23) 研修や能力開発の機会が不十分である理由

研修や能力開発の機会が「不十分」「どちらかといえば不十分」と回答した 325 名のうち、58.8%が外部の研修を受講する機会が少ないと回答している。

図表 75 研修や能力開発の機会が不十分である理由(Q34)

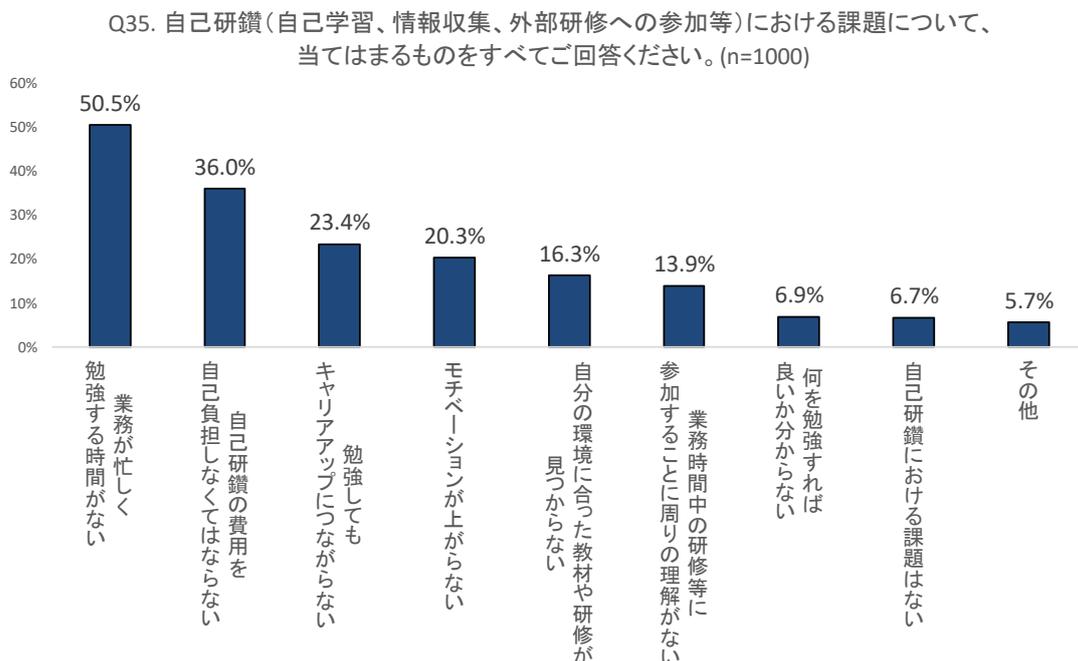


■「あなたは現在の研修や能力開発の機会についてどのように感じていますか。」に「4. どちらかといえば不十分である」「5. 不十分である」と答えた場合(n=325)

(24) 自己研鑽における課題

自己研鑽における課題について、50.5%が「業務が忙しく勉強する時間がない」と回答している。

図表 76 自己研鑽における課題(Q35)



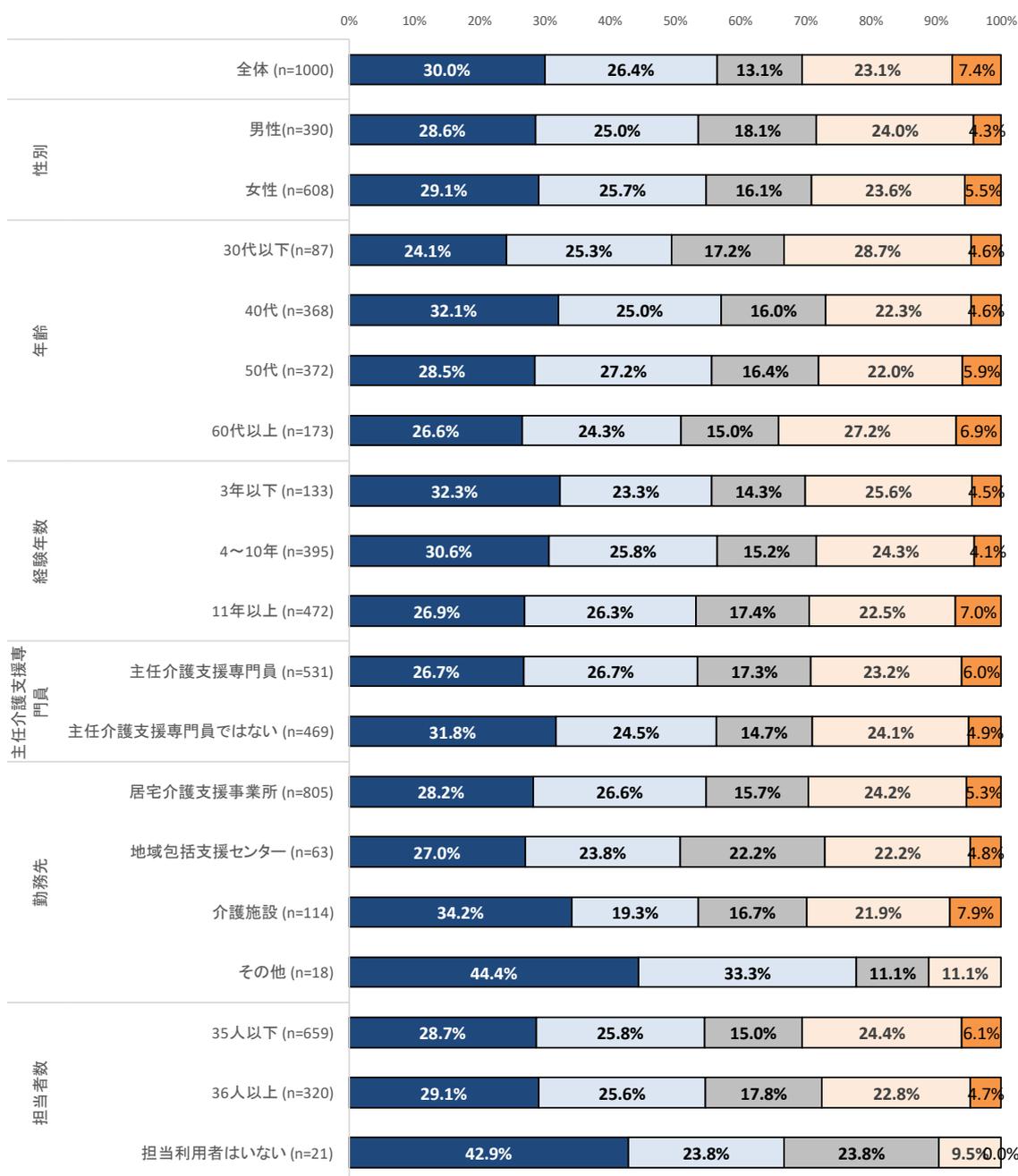
(25) 介護支援専門員の職域に関する考え方

介護支援専門員の職域に関する考え方について、約 30%が「他の職種との役割分担を見直すべき」と考えており、「介護支援専門員に期待される役割が変化するのは仕方ない」と考えている介護支援専門員は約 7%である。

図表 77 介護支援専門員としての考え方(1)

Q41.世帯や個人の属性変化を踏まえ、意思決定支援や家族支援(仕事と介護や子育て等との両立など)、災害時の被災者支援、地域の社会資源やネットワーク構築等、ケアマネジャーに期待される役割が幅広い領域に広がっています。あなたの考え方は、下記 A と B のどちらに近いですか。

A:期待される役割が広がり過ぎると対応しきれないので、ケアマネジャーと他の職種との役割分担を見直すべきである  
 B:社会環境の変化によってケアマネジャーに期待される役割が広がったり変化していくのは仕方ない



■ 総じてAの考え方に近い □ どちらかと言えばAの考え方に近い □ どちらとも言えない □ どちらかと言えばBの考え方に近い ■ 総じてBの考え方に近い

(26) 地域資源との連携に関する考え方

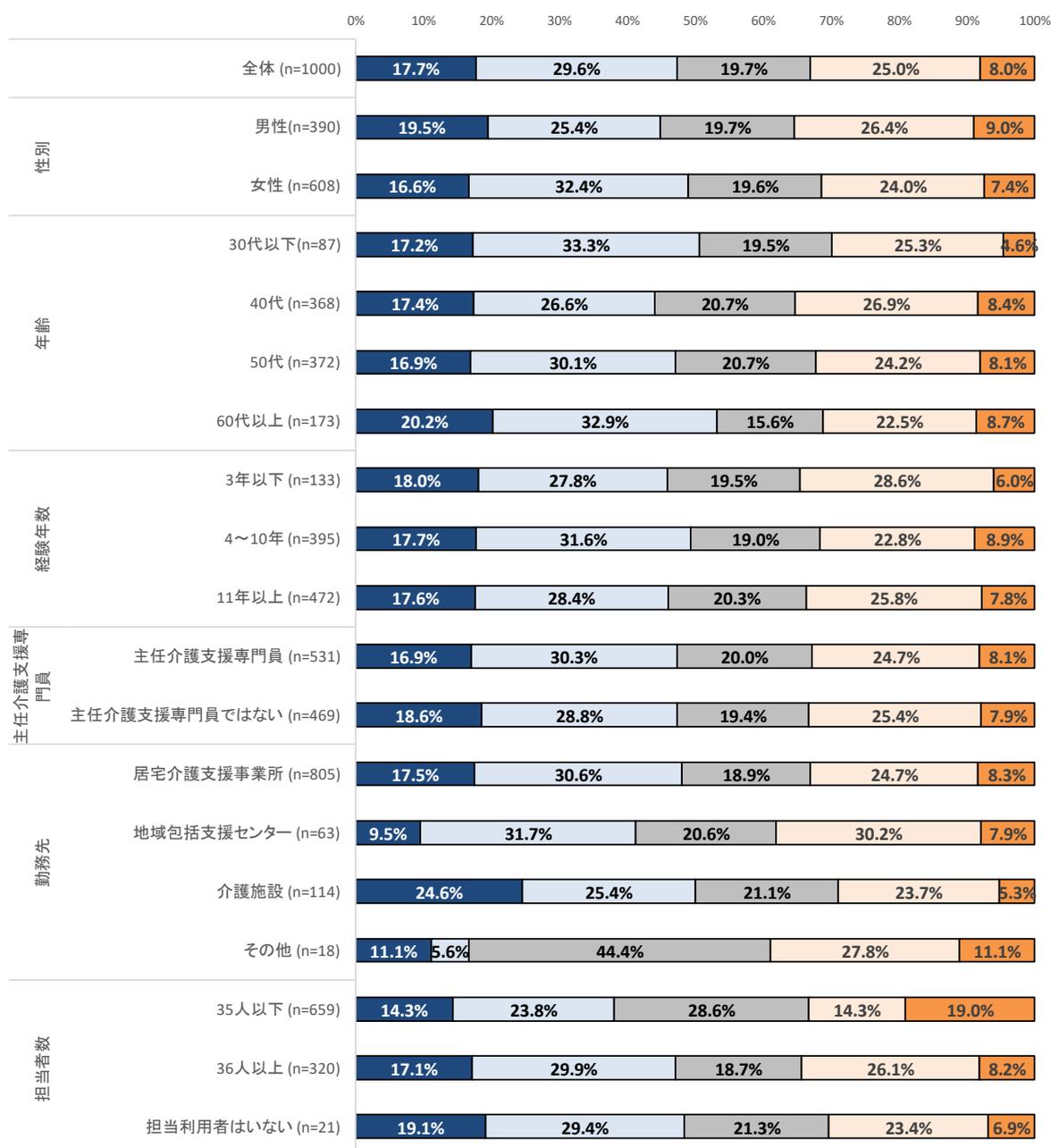
地域資源との連携に関する考え方について、17.7%が「新たな関係性の構築も含めて取り組むべき」と考えており、「現実的に責任を持って関係性を構築できる範囲に絞って連携を実現すべき」と考えている介護支援専門員は 8.0%である。

図表 78 介護支援専門員としての考え方(2)

Q42. 独居の高齢者や認知症のある高齢者など、地域の要介護者の状況が変化するに伴い、かかりつけ医及び医療職は当然のこと、インフォーマルサポートなどさまざまな地域の資源との連携が求められています。一方で、限られた業務時間で多くの利用者のマネジメントを担当するには、現実的に幅広い連携を実現する難しさもあります。あなたの考え方は、下記 A と B のどちらに近いですか。

A: 利用者や家族の目指す生活の実現のために必要な連携を新たな関係性の構築も含めて取り組むべきだ

B: 現実的に責任を持って関係性を構築できる範囲に絞って連携を実現すべきだ



■ 総じてAの考え方に近い □ どちらかと言えばAの考え方に近い □ どちらとも言えない □ どちらかと言えばBの考え方に近い ■ 総じてBの考え方に近い

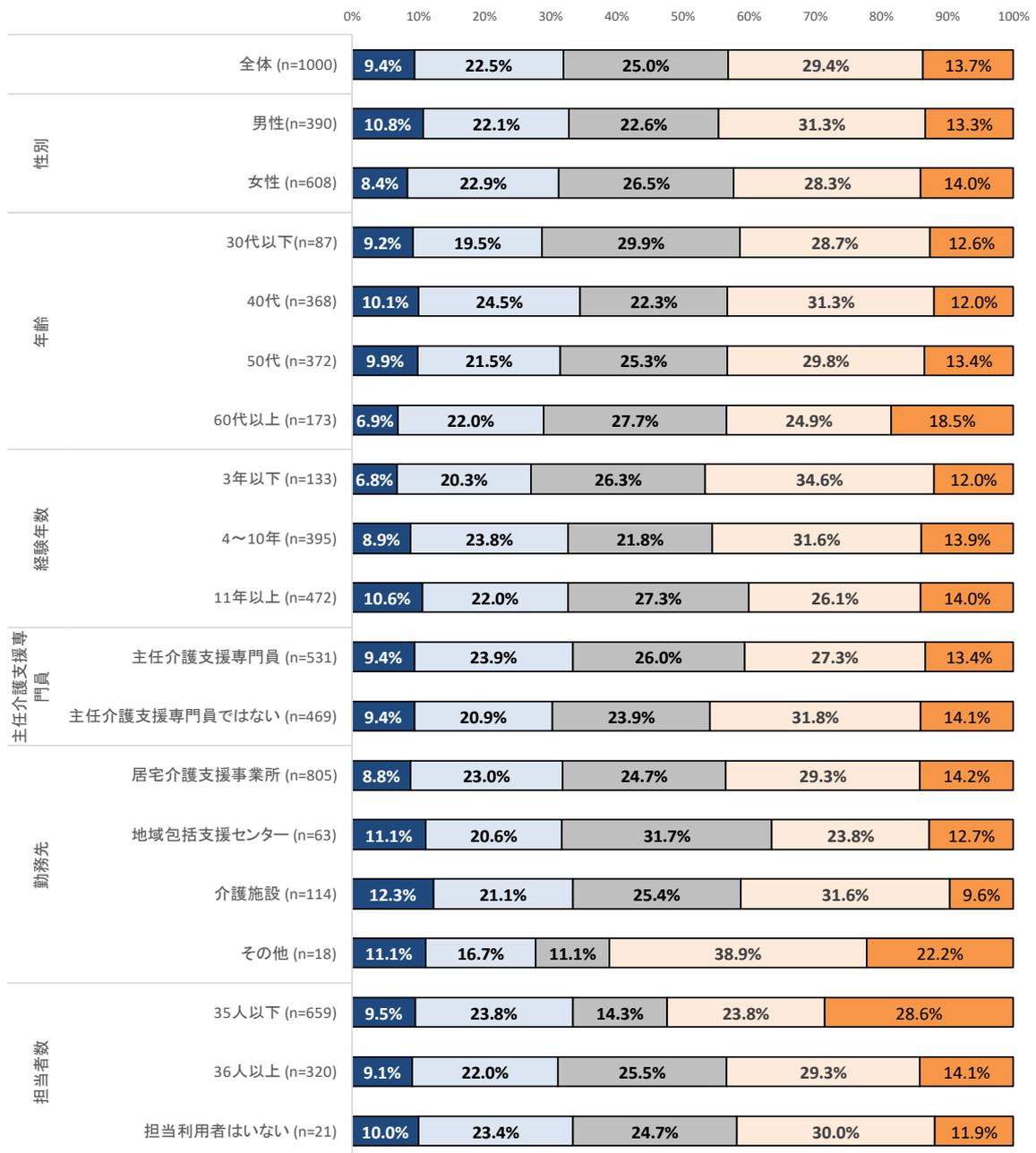
(27) 業務範囲に関する考え方

業務範囲に関する考え方について、9.4%が「自らの判断でケアマネジメントを実践すべき」と考えており、「法令・通知等によって業務範囲を明確に規定すべき」と考えている介護支援専門員は13.7%である。

図表 79 介護支援専門員としての考え方(3)

Q43. ケアマネジメントへの期待が大きく広がる一方、居宅介護支援として実施すべき業務の範囲については、介護給付サービスの調整と給付管理以外の部分については、必ずしも範囲が明確に定まっているわけではありません。あなたの考え方は下記 A と B のどちらに近いですか。

- A: 個別事例によって関わるべき範囲が異なるので、ケアマネジャーが自らの判断でケアマネジメントを実践すべき  
 B: 居宅介護支援には介護報酬が支払われているので、法令・通知等によって業務範囲を明確に規定すべき



■ 総じてAの考え方に近い □ どちらかと言えばAの考え方に近い □ どちらとも言えない □ どちらかと言えばBの考え方に近い ■ 総じてBの考え方に近い

(28) 専門職としてのスキルアップに関する考え方

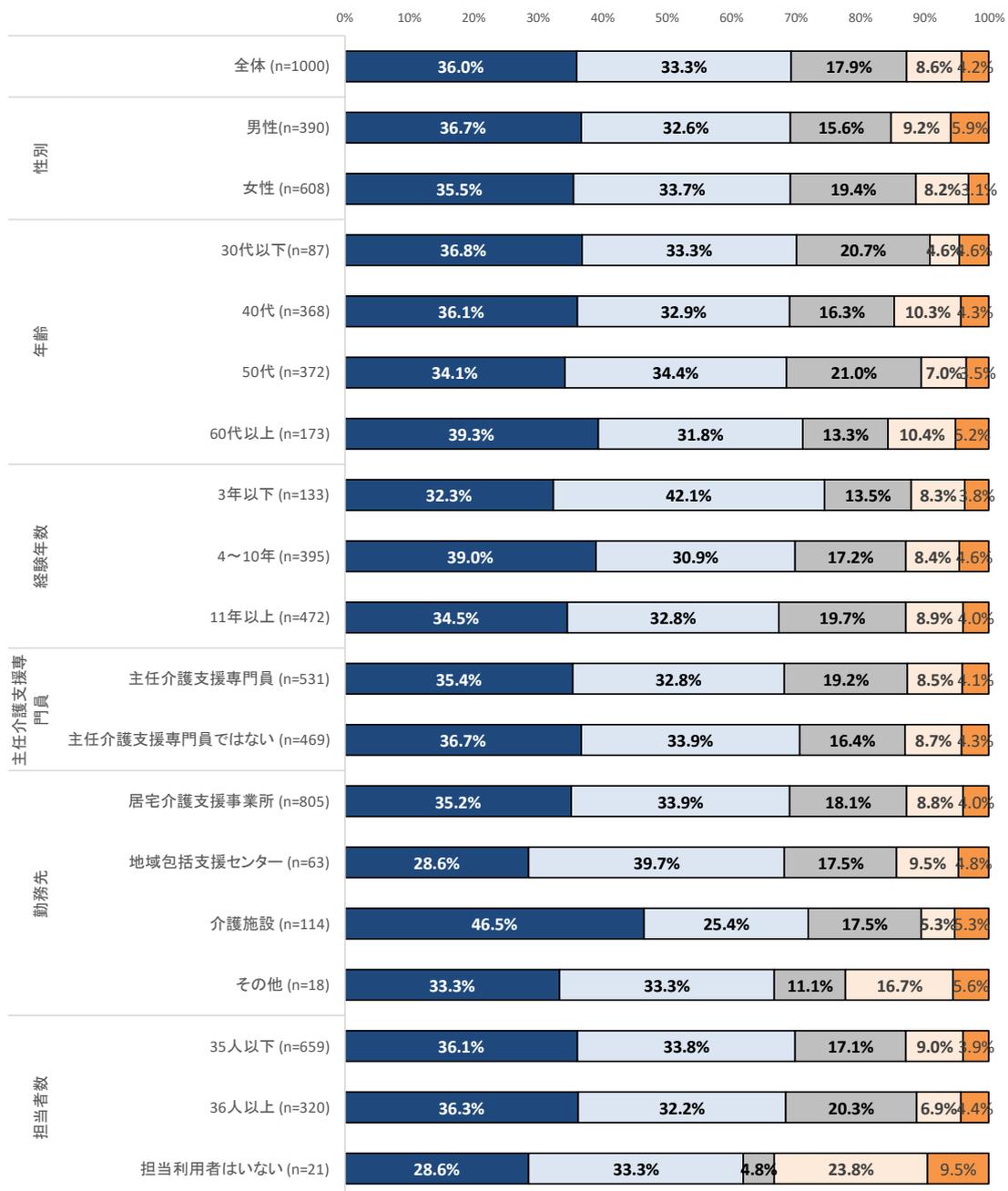
専門職としてのスキルアップに関する考え方について、36.0%が「継続的に自己研鑽すべき」と考えており、「介護保険制度に関連する知識を以て従事すれば良い」と考えている介護支援専門員は4.2%である。

図表 80 介護支援専門員としての考え方(4)

Q44. ケアマネジャーは専門職であり自ら主体的に知識・技術を高める研鑽を続けるべきとの考え方がある一方、介護保険制度に基づいた業務に従事するのであって介護給付サービスを中心とした知識を持って業務に従事すれば良いとの考え方もあります。あなたの考え方は、下記 A と B のどちらに近いですか。

A: ケアマネジャーは専門職であり、継続的に自己研鑽すべき

B: 介護保険制度に基づく業務であり、関連する知識を持って従事すれば良い



■総じてAの考え方に近い □どちらかと言えばAの考え方に近い □どちらとも言えない □どちらかと言えばBの考え方に近い ■総じてBの考え方に近い

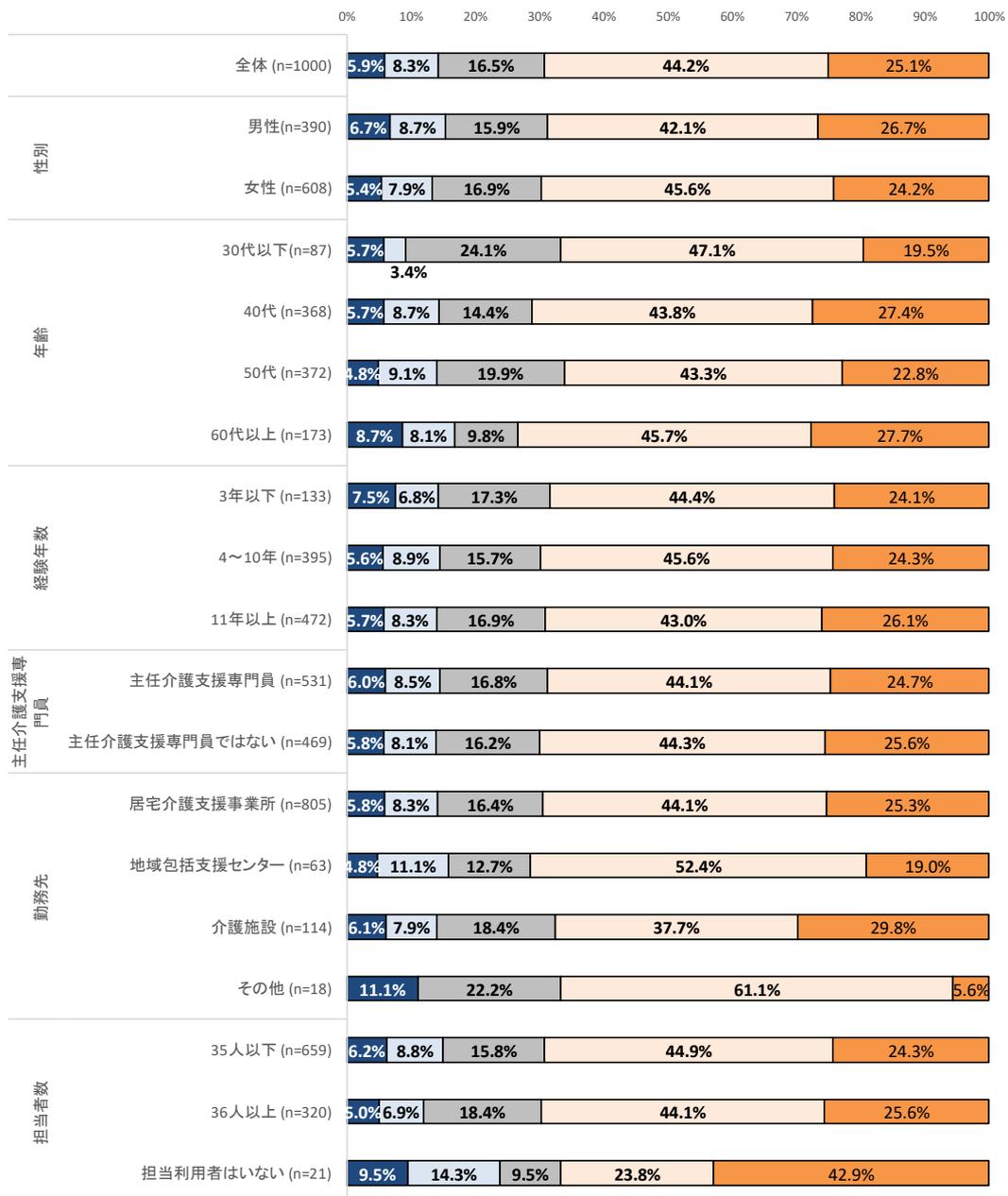
(29) あらゆる事例に対する対応に関する考え方

あらゆる事例に対する対応に関する考え方について、25.1%が「あらゆる事例に対応できるような介護支援専門員を目指したい」と考えており、領域特化した介護支援専門員を目指したい」と考えている介護支援専門員は 5.9%である。

図表 81 介護支援専門員としての考え方(5)

Q45. ケアマネジャーが向き合う事例にはさまざまな種類があり、専門性の高いケアマネジメント実践のためには、事例のタイプごとに強みを持ったケアマネジャーに分かれていくべきとの考え方があります。一方、生活全般を捉えて日常生活の継続を支援するという観点に立てば、他の専門職との連携を前提に、あらゆる事例に対応できるようなケアマネジャーを目指すべきとの考え方もあります。あなたの考え方は、下記 A と B のどちらに近いですか。

- A: 特定の種類の事例に対する強みと経験を伸ばし、領域特化したケアマネジャーを目指したい
- B: 他の専門職等との連携を前提に、あらゆる事例に対応できるようなケアマネジャーを目指したい



■総じてAの考え方に近い □どちらかと言えばAの考え方に近い □どちらとも言えない □どちらかと言えばBの考え方に近い ■総じてBの考え方に近い

### (30) 自己研鑽に関する考え方

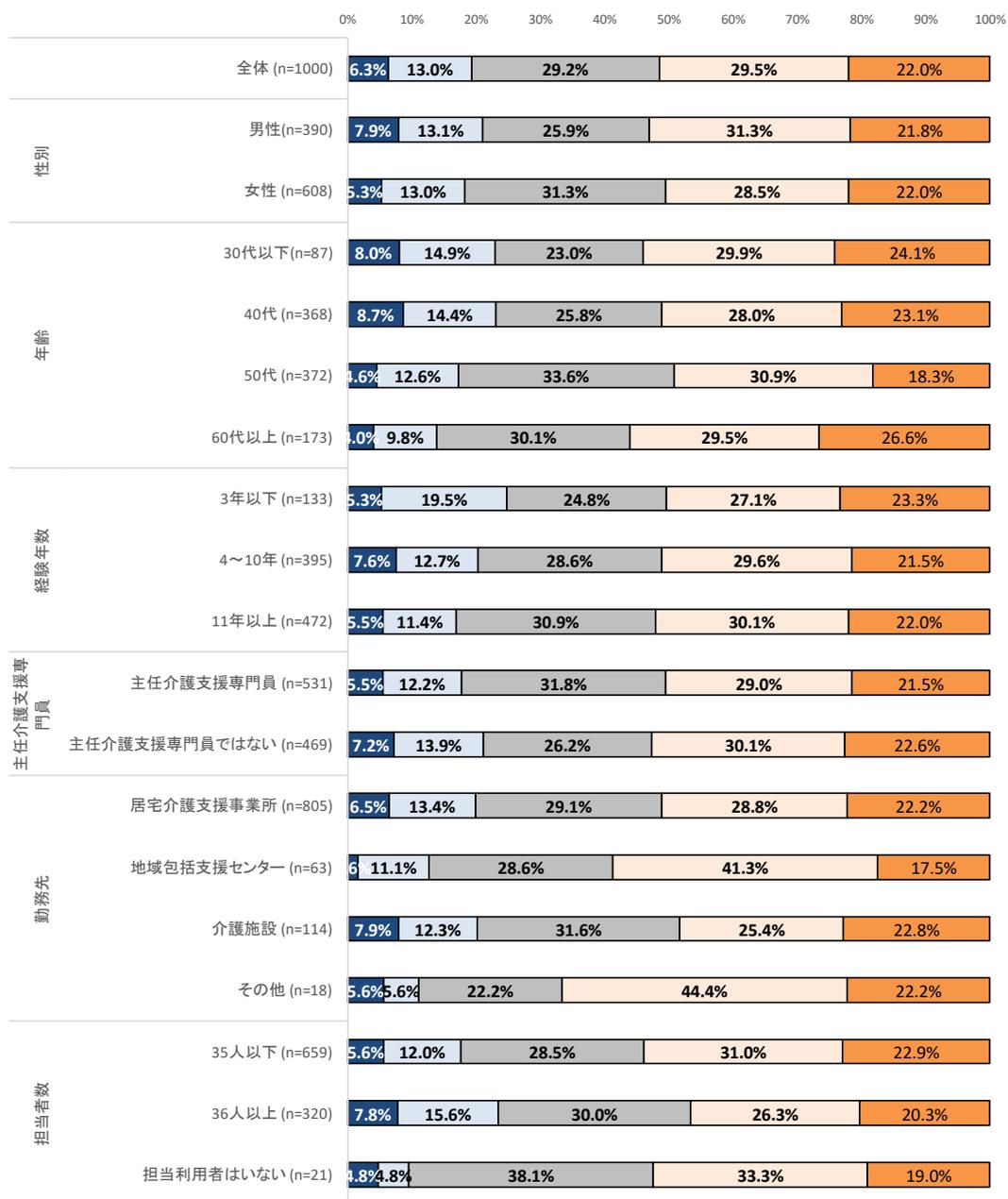
自己研鑽に関する考え方について、22.0%が「事業所・法人が自己研鑽の費用を支出すべき」と考えており、「自らの費用を使うのが当然」と考えている介護支援専門員は6.3%である。

図表 82 介護支援専門員としての考え方(6)

Q46. 求められる自己研鑽(自己学習、情報収集、外部研修受講など)について、専門職なのだから自らの費用を使って自ら投資して取り組むものだとの考え方がある一方、業務に必要な知見の修得なのだから事業所・法人が研鑽に必要な費用を出すべきだとの考え方もあります。あなたの考え方は、下記AとBのどちらに近いですか。

A: 研鑽は自分への投資なのだから自らの費用を使うのが当然だ

B: 研鑽は業務に必要な知見修得への投資なのだから事業所・法人が費用を支出するのが当然だ



■総じてAの考え方に近い □どちらかと言えばAの考え方に近い □どちらとも言えない □どちらかと言えばBの考え方に近い ■総じてBの考え方に近い



## 巻末資料 2 アンケート調査項目

設問 番号	設問文	回答 形式	選択肢
1	あなたは、介護支援専門員資格を持っていますか？	SA	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
※「いいえ」を答えた人は終了			
2	あなたの現在の勤務先をご回答ください。	SA	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護施設（特養、老健、グループホーム、有料老人ホーム等） ※サービス付き高齢者向け住宅併設の居宅介護支援事業所を除く <input type="checkbox"/> その他（ ）
※Q2で「介護施設」or「その他」、かつ、Q3で「担当していない」と答えた人は終了			
3	あなたは現在ご利用者を担当していますか？担当している方は、ご利用者数もご回答ください。	SA & NA	担当している( )名 担当していない
4	あなたの年齢をご回答ください。	NA	( ) 歳
5	あなたの性別をご回答ください。	SA	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他
6	あなたのケアマネジャーとしての業務経験年数（通算年数）をご回答ください。	NA	( ) 年 ( ) か月
7	あなたがケアマネジャー資格を初めて取得した年をご回答ください。	NA	西暦 ( ) 年
8	あなたの現在の雇用形態・勤務形態をご回答ください。	SA	<input type="checkbox"/> 常勤・専従 <input type="checkbox"/> 常勤・非専従 <input type="checkbox"/> 非常勤・専従 <input type="checkbox"/> 非常勤・非専従
9	あなたは主任介護支援専門員ですか。	SA	<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員である <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員ではない

設問 番号	設問文	回 答 形式	選 択 肢
10	あなたの保有資格について、当てはまるものをすべてご回答ください。	MA	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 栄養士（管理栄養士を含む） <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 当てはまるものはない
11	あなたのこれまでの法定研修の受講実績をすべてご回答ください。	MA	<input type="checkbox"/> 【旧カリキュラム】実務研修 <input type="checkbox"/> 【旧カリキュラム】実務従事者基礎 <input type="checkbox"/> 【旧カリキュラム】更新研修（専門Ⅰ） <input type="checkbox"/> 【旧カリキュラム】更新研修（専門Ⅱ） <input type="checkbox"/> 【旧カリキュラム】主任研修 <input type="checkbox"/> 【新カリキュラム】実務研修 <input type="checkbox"/> 【新カリキュラム】更新研修（専門Ⅰ） <input type="checkbox"/> 【新カリキュラム】更新研修（専門Ⅱ） <input type="checkbox"/> 【新カリキュラム】主任研修 <input type="checkbox"/> 【新カリキュラム】主任更新研修 <input type="checkbox"/> 当てはまるものはない

設問番号	設問文	回答形式	選択肢
12	<p>あなたがこれまでに「5件以上」担当したことがある事例の種類について、当てはまるものをすべて回答ください。</p> <p>1つの事例で複数の種類に該当する場合は、各種類の経験件数にそれぞれカウントしてください。</p> <p>例：Aさんが「90歳以上の独居者」で「医療的ケアの必要な方」だった場合は、それぞれの事例の件数としてカウントしてください。</p>	MA	<input type="checkbox"/> 90歳以上の独居者 <input type="checkbox"/> 認・認高齢世帯 <input type="checkbox"/> 医療的ケアの必要な方（ガン末期、難病除く） <input type="checkbox"/> 重度認知症の方 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> ガン末期 <input type="checkbox"/> 看取り（ガン以外） <input type="checkbox"/> 生活困窮（生活保護等） <input type="checkbox"/> 当てはまるものはない
13	<p>所属事業所が所在する都道府県をご回答ください。</p> <p>※複数の事業所に従事している方は、主に従事している事業所についてご回答ください</p>	SA	※47都道府県のリストから選択
14	<p>所属事業所が所在する市町村の種類をご回答ください。</p> <p>※複数の事業所に従事している方は、主に従事している事業所についてご回答ください</p>	SA	<input type="checkbox"/> 特別区・政令市 <input type="checkbox"/> 中核市・一般市 <input type="checkbox"/> 町・村
15	<p>2021年1月時点における、所属事業所の特定加算の有無・状況をご回答ください。</p> <p>※複数の事業所に従事している方は、主に従事している事業所についてご回答ください</p>	SA	<input type="checkbox"/> 特定加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 特定加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 特定加算Ⅲ <input type="checkbox"/> 特定加算Ⅳ <input type="checkbox"/> 加算なし <input type="checkbox"/> 勤務先が居宅介護支援事業所以外

設問番号	設問文	回答形式	選択肢
16	<p>所属事業所の従業員数をご回答ください。</p> <p>(所属事業所に勤める常勤・非常勤の介護支援専門員及び事務職員を合わせた概数をご回答ください)</p> <p>※複数の事業所に従事している方は、主に従事している事業所についてご回答ください</p>	NA	約 ( ) 人
17	<p>所属事業所に併設している事業所(居宅介護支援事業所を除く)について、当てはまるものをすべてご回答ください。</p>	MA	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設(地域密着型を含む) <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 療養病床を有する病院・診療所 <input type="checkbox"/> 病院・診療所(上記以外) <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム・ケアハウス等(特定施設含む) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 住宅改修を行っている事業所 <input type="checkbox"/> はり、きゅう、あん摩、マッサージ、指圧、接骨院 <input type="checkbox"/> サービス付高齢者住宅 <input type="checkbox"/> 併設なし

設問番号	設問文	回答形式	選択肢
18	あなたが普段使っているアセスメントツールの種類について、当てはまるものをすべてご回答ください。	MA	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画ガイドライン方式（全国社会福祉協議会）方式 <input type="checkbox"/> インターライ方式 <input type="checkbox"/> 包括的自立支援プログラム（三団体ケアプラン策定研究会）方式 <input type="checkbox"/> TAI 方式 <input type="checkbox"/> ケアマネジメント実践記録様式（日本社会福祉士会方式） <input type="checkbox"/> 竹内方式 <input type="checkbox"/> 日本介護福祉会方式 <input type="checkbox"/> 白澤方式 <input type="checkbox"/> 日本訪問看護振興団方式 <input type="checkbox"/> 法人・事業所の独自の様式 <input type="checkbox"/> 上記以外でケアプラン作成支援ソフトなどに付属しているもの <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特に決まった様式は用いていない
19	事業所におけるあなたの役割・立場について、当てはまるものをすべてご回答ください。	MA	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 他のケアマネジャーを指導する（研修、OJT の指導役など） <input type="checkbox"/> 最も経験年数が長い者として他のケアマネジャーから相談を受ける <input type="checkbox"/> 上記のどれも当てはまらない
20	普段、業務時間以外に、ケアマネジャーとしての知識向上のために自己学習を行っていますか。 自己学習を行っている場合には、週あたりの学習時間をご回答ください。	NA	<input type="checkbox"/> 普段から自己学習をしている → 週（ ）時間程度 <input type="checkbox"/> 普段、自己学習をしていない

設問 番号	設問文	回答 形式	選択肢
21	<p>普段、ケアマネジャーの専門性にかかわる情報や知識をどこから得ていますか。</p>	MA	<input type="checkbox"/> 新聞（一般紙） ※紙媒体だけでなく WEB を含む <input type="checkbox"/> 新聞（介護や福祉の専門紙） ※紙媒体だけでなく WEB を含む <input type="checkbox"/> 雑誌（一般誌） ※紙媒体だけでなく WEB を含む <input type="checkbox"/> 雑誌（介護や福祉の専門雑誌） ※紙媒体だけでなく WEB を含む <input type="checkbox"/> 書籍 ※紙媒体だけでなく電子書籍を含む <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの職域団体からの情報（WEB、メールマガジン、研修会など） <input type="checkbox"/> 保有資格の職域団体からの情報（WEB、メールマガジン、研修会など） <input type="checkbox"/> 自治体からの情報発信（WEB、メール、FAX等） <input type="checkbox"/> 厚生労働省ホームページ <input type="checkbox"/> 上記以外のテレビ、動画、DVD <input type="checkbox"/> 上記以外の WEB サイト、SNS <input type="checkbox"/> 自主的な勉強会 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 普段、情報や知識を収集することはない
22	<p>（前問で「情報収集している」と答えたそれぞれの項目について）          情報や知識を得ている項目について、どのくらいの頻度で情報や知識を得ていますか。          平均して概ね 1 か月に何回程度か、頻度をご回答ください。</p>	FA	<p>・平均して概ね 1 か月に（ ）回程度</p>

設問 番号	設問文	回答 形式	選択肢
23	普段、介護保険制度や関連する医療・福祉等の政策動向について、どのようなチャネルから情報取得をしていますか。	MA	<input type="checkbox"/> 新聞（一般紙） <input type="checkbox"/> 新聞（介護や福祉の専門紙） <input type="checkbox"/> 雑誌（一般誌） <input type="checkbox"/> 雑誌（介護や福祉の専門雑誌） <input type="checkbox"/> 書籍 <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 自治体からの情報発信（WEB、メール、FAX等） <input type="checkbox"/> 厚生労働省ホームページ <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの職域団体の研修会 <input type="checkbox"/> 保有資格の職域団体の研修会 <input type="checkbox"/> 自主的な勉強会 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 普段、情報や知識を得ることはない
24	地域のサービス資源について、どのような媒体から最新の情報を取得していますか。	MA	<input type="checkbox"/> それぞれのサービス資源の WEB サイト <input type="checkbox"/> 実際にサービス資源を見に行く <input type="checkbox"/> 自治体が提供する情報を取得する <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 地域のサービス資源の情報を自ら取得することはない
25	2019年1月～2020年12月の期間の外部の研修等（法定外研修のみ）の受講状況をご回答ください。	SA	<input type="checkbox"/> 受講した <input type="checkbox"/> 受講していない

設問 番号	設問文	回答 形式	選択肢
26	<p>(前問で「受講した」と答えた場合) どのような研修を受講しましたか。当てはまるものをすべてご回答ください。</p>	MA	<input type="checkbox"/> 自治体・保険者（区市町村、都道府県）の研修 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会など介護・福祉領域の公的団体の研修 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターの研修 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員協会（国、都道府県、支部）の研修 <input type="checkbox"/> 各専門職団体（国、都道府県、支部）の研修 <input type="checkbox"/> 大学などの教育機関あるいは研究機関の研修・セミナー <input type="checkbox"/> 民間の研修会社や研究機関の研修・セミナー <input type="checkbox"/> 民間介護事業者や保険外サービス提供企業などの研修・セミナー <input type="checkbox"/> 自主的な勉強会 <input type="checkbox"/> その他（ ）
27	<p>自己研鑽（自己学習、情報収集、外部研修への参加等）は、あなたのケアマネジメント実践にどのような効果があると感じていますか。当てはまるものをすべてご回答ください。</p>	MA	<input type="checkbox"/> 本人や家族との関係構築やコミュニケーションが取りやすくなる <input type="checkbox"/> 他の専門職やサービス事業者等とのコミュニケーションがとりやすくなる <input type="checkbox"/> アセスメントを的確かつ効果的・効率的にできるようになる <input type="checkbox"/> アセスメント段階で相談できる多職種の範囲が広がる <input type="checkbox"/> 本人の生活の将来予測ができるようになる <input type="checkbox"/> 本人の個別性を反映したケアプランを作成できるようになる <input type="checkbox"/> 経験が少ない種類の事例にも自信を持って取り組むことができるようになる <input type="checkbox"/> 指導や監査に対してもケアの必要性をしっかりと説明できるようになる <input type="checkbox"/> 他のケアマネジャーへの指導・助言がやりやすくなる <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特段の効果はないと思う

設問 番号	設問文	回答 形式	選択肢
28	<p>所属する事業所内において、次に示すような上司や同僚等への相談や指導・助言が積極的に行われていますか。</p> <p>当てはまるものをすべてご回答ください。</p>	MA	<input type="checkbox"/> 主任ケアマネジャー等によるスーパービジョン <input type="checkbox"/> 同僚や先輩等による指導・助言 <input type="checkbox"/> 同行訪問（訪問等へ同行し指導を受ける機会） <input type="checkbox"/> さまざまな相談ができる定期的な相談時間 <input type="checkbox"/> 個別のケアプラン等を共有して指導・助言を受ける機会 <input type="checkbox"/> 各自の保有資格にもとづく専門的知見を活かした情報提供や助言 <input type="checkbox"/> 上記項目に十分に取り組めていない
29	<p>自分の担当事例について、次に挙げるような外部の意見を聞く機会がありますか。</p> <p><u>3か月に1回以上意見を聞く機会があるもの</u>をすべてご回答ください。</p>	MA	<input type="checkbox"/> 事業所内の管理者への相談 <input type="checkbox"/> 事業所内の管理者以外の主任ケアマネジャーへの相談 <input type="checkbox"/> 事業所内の他のケアマネジャーへの相談 <input type="checkbox"/> 事業所内での検討会への参加 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター主催の地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員組織への相談 <input type="checkbox"/> 市町村への相談 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 外部の意見を聞く機会はない

設問番号	設問文	回答形式	選択肢
30	現在のケアマネジメント業務について、アセスメント段階で相談できる相手をすべて選択してください。	MA	<input type="checkbox"/> 所属事業所の管理者や主任 <input type="checkbox"/> 所属事業所の同職種（ケアマネジャー） <input type="checkbox"/> 所属事業所の看護師、保健師 <input type="checkbox"/> 所属事業所の薬剤師 <input type="checkbox"/> 所属事業所の PT/OT/ST <input type="checkbox"/> 所属事業所の介護福祉士、社会福祉士 <input type="checkbox"/> 所属事業所のその他の専門職 <input type="checkbox"/> （主任）介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師、保健師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> PT/OT/ST <input type="checkbox"/> 介護福祉士、社会福祉士 <input type="checkbox"/> 医療ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> その他の専門職 <input type="checkbox"/> 弁護士・司法書士・行政書士 <input type="checkbox"/> 社会保険労務士 <input type="checkbox"/> ファイナンシャルプランナー（FP） <input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所・病院 <input type="checkbox"/> 認知症初期集中支援チーム <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターの主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターのその他職員 <input type="checkbox"/> 生活困窮者を支援する機関 <input type="checkbox"/> 行政（介護保険の担当課） <input type="checkbox"/> 行政（福祉事務所等の福祉の担当課） <input type="checkbox"/> 行政(その他の担当課) <input type="checkbox"/> 民生委員協議会 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 相談できる相手はいない
31	ケアマネジャーの職域ネットワークへ参加していますか。参加しているものをすべてご回答ください。	MA	<input type="checkbox"/> 全国規模のネットワーク（協会、学会等） <input type="checkbox"/> 都道府県規模のネットワーク（都道府県の介護支援専門員協会） <input type="checkbox"/> 地域単位のネットワーク（地域支部単位のケアマネジャー協会・連絡会等） <input type="checkbox"/> 上記以外のネットワーク <input type="checkbox"/> 職域ネットワークへは参加していない

設問番号	設問文	回答形式	選択肢
32	(上記で「参加していない」以外を答えた人) 参加先している職域ネットワークをご回答ください	FA	自由記述
33	あなたは現在の研修や能力開発の機会についてどのように感じていますか。	SA	<input type="checkbox"/> 十分である <input type="checkbox"/> どちらかと言えば十分である <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> どちらかと言えば不十分である <input type="checkbox"/> 不十分である
34	(前問で「4. どちらかといえば不十分である」「5. 不十分である」と答えた場合) 現在の研修や能力開発の機会が不十分である理由について、当てはまるものをすべてご回答ください。	MA	<input type="checkbox"/> 事業所内で実践的な指導を受ける体制がとれない <input type="checkbox"/> 事業所内で体系的な指導を受けることが難しい <input type="checkbox"/> 外部の研修を受講する機会が少ない <input type="checkbox"/> 研修に参加する時間がとれない <input type="checkbox"/> 能力を高め業務に役立てられる研修がない(少ない) <input type="checkbox"/> その他( )
35	自己研鑽(自己学習、情報収集、外部研修への参加等)における課題について、当てはまるものをすべてご回答ください。	MA	<input type="checkbox"/> 業務が忙しく勉強する時間がない <input type="checkbox"/> 業務時間中の研修等に参加することに周りの理解がない <input type="checkbox"/> 自己研鑽の費用を自己負担しなくてはならない <input type="checkbox"/> モチベーションが上がらない <input type="checkbox"/> 勉強してもキャリアアップにつながらない <input type="checkbox"/> 何を勉強すれば良いか分からない <input type="checkbox"/> 自分の環境に合った教材や研修が見つからない <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 自己研鑽における課題はない
36	現在の自分の力量についての自己評価をご回答ください。	SA	<input type="checkbox"/> ケアマネジャーとしてケアマネジメントを行う上で十分な力量を備えている <input type="checkbox"/> 現在の業務をこなすことはできるが、ケアマネジャーとして十分な力量を備えているとはいえない <input type="checkbox"/> 現在の業務をこなすうえで、力量不足を感じることが多い <input type="checkbox"/> わからない

設問 番号	設問文	回答 形式	選択肢
37	<p>それぞれの分野についてケアマネジャーとして求められる役割に対して、ご自身の知識や経験について、どの程度十分であると感じていますか。</p> <p>1) 本人及び家族に対する相談援助  2) 本人の意思決定の支援  3) 生活の将来予測に基づく課題の抽出  4) 疾患に応じた課題や支援内容の整理  5) 本人の意向と個別性を尊重した支援の組み立て  6) 本人及び家族の支援に必要なかかりつけ医等の専門職との連携  7) 本人及び家族の支援に必要なサービス事業者との連携  8) 地域の介護・医療・福祉に関する地域資源のネットワーキング  9) 地域のインフォーマルサポートや保険外サービス資源のネットワーキング  10) 介護保険制度や地域の介護・医療・福祉に関する政策・施策動向の理解</p>	マトリクス	<input type="checkbox"/> 知識や経験を十分有していると感じる <input type="checkbox"/> 知識や経験を有していると感じる <input type="checkbox"/> 知識や経験が不足していると感じる <input type="checkbox"/> 知識や経験が非常に不足していると感じる

設問 番号	設問文	回答 形式	選択肢
38	<p>ケアマネジメントの実践上の課題について、ご回答ください。</p> <p>1) 本人や家族との関係構築、相談援助</p> <p>2) 他の専門職からの情報収集や意見聴取</p> <p>3) 非専門職からの情報収集や意見聴取</p> <p>4) (再)アセスメント（情報収集・整理、分析、課題抽出）</p> <p>5) ケアプラン（案）の作成</p> <p>6) 利用者やその家族等への、ケアプラン内容の説明、合意形成</p> <p>7) 非専門職を交えたアセスメントやケア内容等の検討・共有</p> <p>8) 本人及び家族の生活の目標実現に資するモニタリング</p> <p>9) 他の専門職とのアセスメントやケア内容等に関する検討（退院前のカンファレンス、サービス担当者会議、地域ケア会議など）</p> <p>10) 事業所内外での事例に基づく検討（所内の事例検討会、地域ケア会議など）</p>	マトリクス	<input type="checkbox"/> 非常に課題を感じている <input type="checkbox"/> 少し課題を感じている <input type="checkbox"/> あまり課題を感じていない <input type="checkbox"/> 全く課題を感じていない

設問 番号	設問文	回答 形式	選択肢
39	多職種連携について、特に <u>他職種か</u> <u>らの</u> 情報取得における課題について、 ご回答ください。	MA	<input type="checkbox"/> 何を聞けば良いかわからない <input type="checkbox"/> いつ連携するのが良いかわからない <input type="checkbox"/> 地域に連携できる他職種が少ない <input type="checkbox"/> 利用者または介護者が情報の提供を望まない <input type="checkbox"/> 課題は特にない
40	多職種連携について、特に <u>他職種へ</u> <u>の</u> 情報提供における課題について、ご 回答ください。	MA	<input type="checkbox"/> 他職種に情報を伝えるタイミングや伝える相手の 判断が難しい <input type="checkbox"/> ポイントを絞って伝えるのが難しい <input type="checkbox"/> 他職種が情報を求めている <input type="checkbox"/> 利用者または介護者が情報の提供を望まない <input type="checkbox"/> 課題は特にない
41	世帯や個人の属性変化を踏まえ、 意思決定支援や家族支援（仕事と 介護や子育て等との両立など）、災 害時の被災者支援、地域の社会資 源やネットワーク構築等、ケアマネジ ャーに期待される役割が幅広い領域に 広がっています。 あなたの考え方は、下記 A と B のど ちらに近いですか。  A：期待される役割が広がり過ぎると 対応しきれないので、ケアマネジャーと 他の職種との役割分担を見直すべき である B：社会環境の変化によってケアマネ ジャーに期待される役割が広がり 変化していくのは仕方ない	SA	<input type="checkbox"/> 総じて A の考え方に近い <input type="checkbox"/> どちらかと言えば A の考え方に近い <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> どちらかと言えば B の考え方に近い <input type="checkbox"/> 総じて B の考え方に近い

設問 番号	設問文	回答 形式	選択肢
42	<p>独居の高齢者や認知症のある高齢者など、地域の要介護者の状況が変化するに伴い、かかりつけ医及び医療職は当然のこと、インフォーマルサポートなどさまざまな地域の資源との連携が求められています。</p> <p>一方で、限られた業務時間で多くの利用者のマネジメントを担当するには、現実的に幅広い連携を実現する難しさもあります。</p> <p>あなたの考え方は、下記 A と B のどちらに近いですか。</p> <p>A：利用者や家族の目指す生活の実現のために必要な連携を新たな関係性の構築も含めて取り組むべきだ B：現実的に責任を持って関係性を構築できる範囲に絞って連携を実現すべきだ</p>	SA	<input type="checkbox"/> 総じて A の考え方に近い <input type="checkbox"/> どちらかと言えば A の考え方に近い <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> どちらかと言えば B の考え方に近い <input type="checkbox"/> 総じて B の考え方に近い
43	<p>ケアマネジメントへの期待が大きく広がる一方、居宅介護支援として実施すべき業務の範囲については、介護給付サービスの調整と給付管理以外の部分については、必ずしも範囲が明確に定まっているわけではありません。</p> <p>あなたの考え方は下記 A と B のどちらに近いですか。</p> <p>A: 個別事例によって関わるべき範囲が異なるので、ケアマネジャーが自らの判断でケアマネジメントを実践すべき B: 居宅介護支援には介護報酬が支払われているので、法令・通知等によって業務範囲を明確に規定すべき</p>	SA	<input type="checkbox"/> 総じて A の考え方に近い <input type="checkbox"/> どちらかと言えば A の考え方に近い <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> どちらかと言えば B の考え方に近い <input type="checkbox"/> 総じて B の考え方に近い

設問 番号	設問文	回答 形式	選択肢
44	<p>ケアマネジャーは専門職であり自ら主体的に知識・技術を高める研鑽を続けるべきとの考え方がある一方、介護保険制度に基づいた業務に従事するのであって介護給付サービスを中心とした知識を持って業務に従事すれば良いとの考え方もあります。</p> <p>あなたの考え方は、下記 A と B のどちらに近いですか。</p> <p>A：ケアマネジャーは専門職であり、継続的に自己研鑽すべき B：介護保険制度に基づく業務であり、関連する知識を持って従事すれば良い</p>	SA	<input type="checkbox"/> 総じて A の考え方に近い <input type="checkbox"/> どちらかと言えば A の考え方に近い <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> どちらかと言えば B の考え方に近い <input type="checkbox"/> 総じて B の考え方に近い
45	<p>ケアマネジャーが向き合う事例にはさまざまな種類があり、専門性の高いケアマネジメント実践のためには、事例のタイプごとに強みを持ったケアマネジャーに分かれていくべきとの考え方があります。一方、生活全般を捉えて日常生活の継続を支援するという観点に立てば、他の専門職との連携を前提に、あらゆる事例に対応できるようなケアマネジャーを目指すべきとの考え方もあります。</p> <p>あなたの考え方は、下記 A と B のどちらに近いですか。</p> <p>A: 特定の種類の事例に対する強みと経験を伸ばし、領域特化したケアマネジャーを目指したい B：他の専門職等との連携を前提に、あらゆる事例に対応できるようなケアマネジャーを目指したい</p>	SA	<input type="checkbox"/> 総じて A の考え方に近い <input type="checkbox"/> どちらかと言えば A の考え方に近い <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> どちらかと言えば B の考え方に近い <input type="checkbox"/> 総じて B の考え方に近い

設問 番号	設問文	回答 形式	選択肢
46	<p>求められる自己研鑽（自己学習、情報収集、外部研修受講など）について、専門職なのだから自らの費用を使って自ら投資して取り組むものだと考え方が一方、業務に必要な知見の修得なのだから事業所・法人が研鑽に必要な費用を出すべきだとの考え方もあります。</p> <p>あなたの考え方は、下記 A と B のどちらに近いですか。</p> <p>A：研鑽は自分への投資なのだから自らの費用を使うのが当然だ</p> <p>B：研鑽は業務に必要な知見修得への投資なのだから事業所・法人が費用を支出するのが当然だ</p>	SA	<input type="checkbox"/> 総じて A の考え方に近い <input type="checkbox"/> どちらかと言えば A の考え方に近い <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> どちらかと言えば B の考え方に近い <input type="checkbox"/> 総じて B の考え方に近い

設問 番号	設問文	回 答 形式	選 択 肢
47	<p>（「適切なケアマネジメント手法」に関する 10 分間の動画を視聴した上で） ※13 分まで動画をご覧いただいた上で、ご質問にお答えください</p> <p>このような手法は、日々のケアマネジメントの各場面において参考になると思いますか。各設問のご自身のお考えに近い選択肢の欄に 1 つに○をつけて下さい</p> <p>1) 本人や家族との関係構築、相談援助 2) 他の専門職からの情報収集や意見聴取 3) 非専門職からの情報収集や意見聴取 4) (再)アセスメント（情報収集・整理、分析、課題抽出） 5) ケアプラン（案）の作成 6) 利用者やその家族等への、ケアプラン内容の説明、合意形成 7) 非専門職を交えたアセスメントやケア内容等の検討・共有 8) 本人及び家族の生活の目標実現に資するモニタリング 9) 他の専門職とのアセスメントやケア内容等に関する検討（退院前のカンファレンス、サービス担当者会議、地域ケア会議など） 10) 事業所内外での事例に基づく検討（所内の事例検討会、地域ケア会議など）</p>	マトリクス	<input type="checkbox"/> とても参考になると思う <input type="checkbox"/> 参考になると思う <input type="checkbox"/> あまり参考にならないと思う <input type="checkbox"/> 全く参考にならないと思う

設問 番号	設問文	回答 形式	選択肢
48	<p>(チェックリストのイメージを示した上で)</p> <p>※上記チェックリスト 2 種類をご覧いただいた上で、ご質問にお答えください 見られない方は、※こちらをクリック ※より、別ウインドウにてご確認ください</p> <p>このような手法は、日々のケアマネジメントの各場面において参考になると思いますか。各設問のご自身のお考えに近い選択肢をご回答ください。</p> <p>1) 本人や家族との関係構築、相談援助 2) 他の専門職からの情報収集や意見聴取 3) 非専門職からの情報収集や意見聴取 4) (再)アセスメント (情報収集・整理、分析、課題抽出) 5) ケアプラン (案) の作成 6) 利用者やその家族等への、ケアプラン内容の説明、合意形成 7) 非専門職を交えたアセスメントやケア内容等の検討・共有 8) 本人及び家族の生活の目標実現に資するモニタリング 9) 他の専門職とのアセスメントやケア内容等に関する検討 (退院前のカンファレンス、サービス担当者会議、地域ケア会議など) 10) 事業所内外での事例に基づく検討 (所内の事例検討会、地域ケア会議など)</p>	マトリクス	<input type="checkbox"/> とても参考になると思う <input type="checkbox"/> 参考になると思う <input type="checkbox"/> あまり参考にならないと思う <input type="checkbox"/> 全く参考にならないと思う

設問 番号	設問文	回 答 形式	選 択 肢
49	日々のケアマネジメントにおいて、この チェックリストを使いたいと思いますか。	SA	<input type="checkbox"/> 使ってみたい <input type="checkbox"/> 使いたくない
50	（前問で「使いたくない」と回答した 方に対して） どのような条件であれば使いたいと思 いますか。	MA	<input type="checkbox"/> 業務に余裕があれば使う <input type="checkbox"/> 事業所での導入が決まれば使う <input type="checkbox"/> チェックリスト使用に対して加算が算定されるので あれば使う <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の法定研修で取り扱われるな らば使う <input type="checkbox"/> 項目がさらに簡素化されれば使う <input type="checkbox"/> その他（            ） <input type="checkbox"/> 上記のような条件があっても使いたくない

※ 本調査研究事業は、令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業として実施したものです。

令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金)

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  
報 告 書

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