

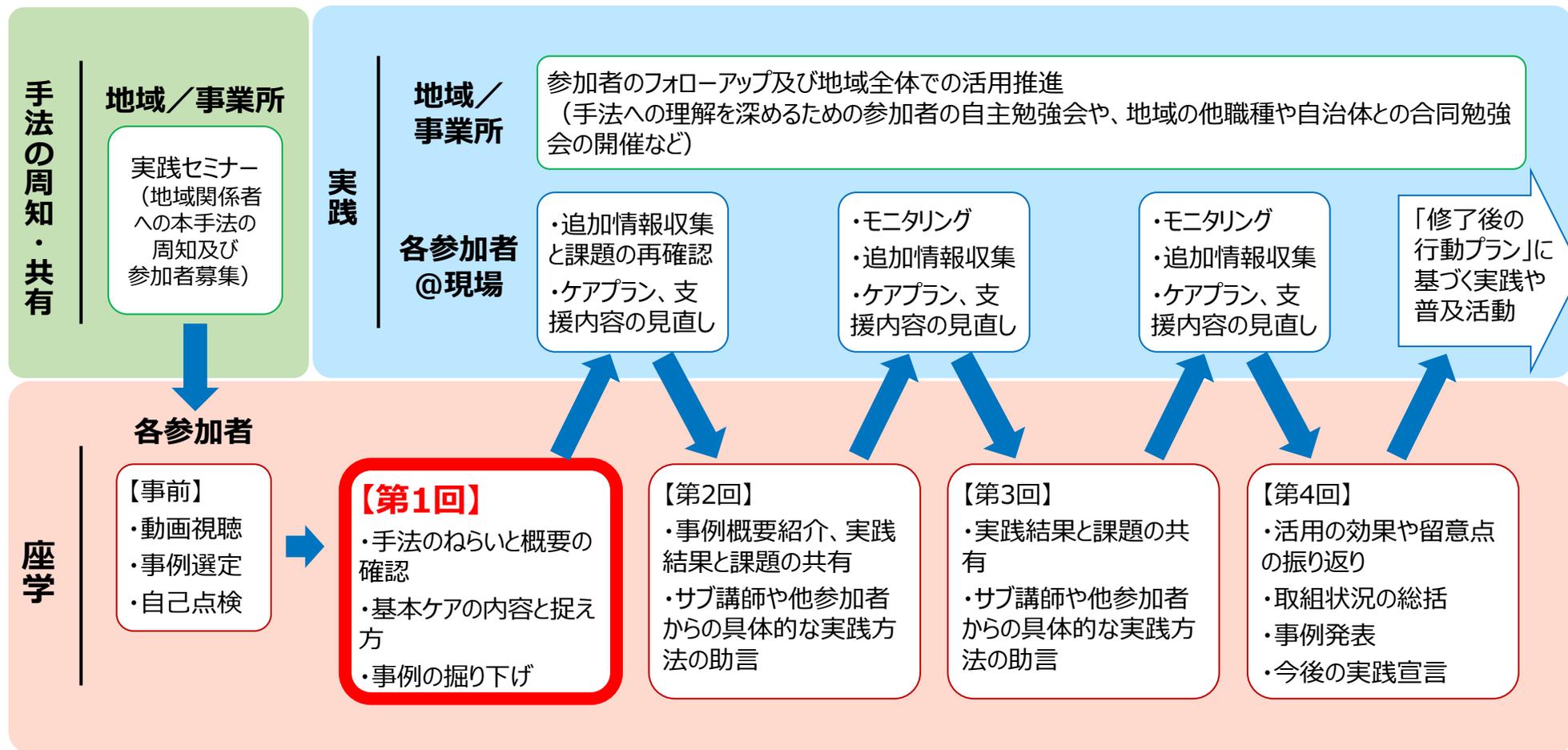
「適切なケアマネジメント手法」実践研修 【第1回】

開催日：

開催者：

- 自分の事例において「適切なケアマネジメント手法」を実際に適用し、研修での学びや振り返りを重ねることで、**活用にあたっての工夫や留意点**を見出します。
- 「適切なケアマネジメント手法」の実践において**相談・連携しあえるネットワーク**を地域内に作ります。

- 「適切なケアマネジメント手法」を実事例で活用しながら、グループでの振り返りを重ねることで、活用方法の習得を図ります。



- 「適切なケアマネジメント手法」の理解
本手法のねらいと概要、基本ケアの内容と捉え方について理解を深めます。
- 持参事例のプランの評価・見直し、今後の実践事項の特定
講義の内容を踏まえ、個人ワークやグループワークを通じて、第2回研修までの実践で行いたいことを考えます。

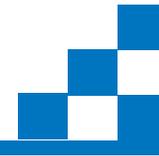
本日の目標

基本ケアの特定の項目について、これからの実践研修で**掘り下げをしていきたい点を明確にする。**

- 以下のような流れで進めていきます。

時間		セクション	内容
	10'	開会	開会宣言、本日の進め方の説明
	15'	講義	「適切なケアマネジメント手法」のねらいと概要の確認
	15'	演習	自己紹介・目標の設定
	20'	講義	基本ケアの内容と捉え方 ①概要
	45'	演習	基本ケアの内容と捉え方 ②自己点検
	10'	休憩	
	60'	講義	事例の掘り下げ ①掘り下げの方法
	60'	演習	事例の掘り下げ ②グループでの共有
	5'	講義	本日のまとめと今後の進め方

「適切なケアマネジメント手法」の ねらいと概要の確認



- 「適切なケアマネジメント手法」とは、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、体系化**したものです。
- **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**に基づきまとめられています。
- 介護支援専門員だけではなく、**他の職種の方々にも知ってもらい、地域全体で活用**することを目指しています。



この状態だと、
こういう支援が必要かも？

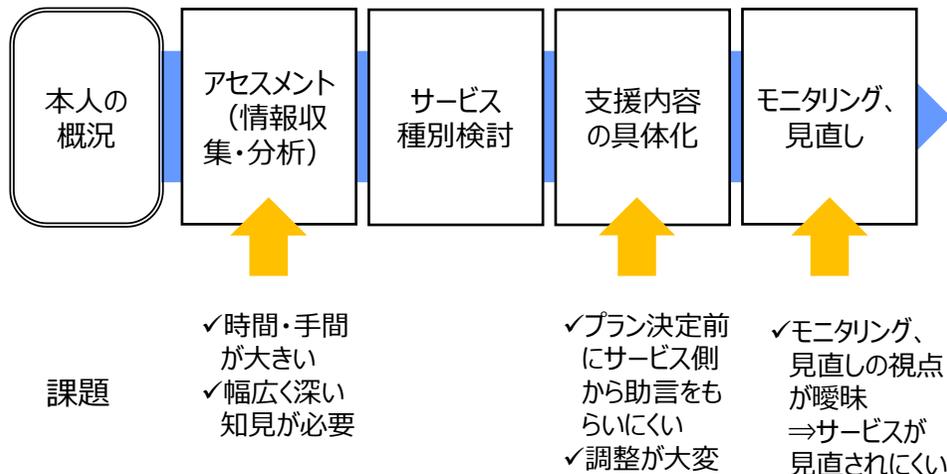


- 「適切なケアマネジメント手法」を活用することで、アセスメント／モニタリングが効果的にでき、以下の3つが可能となります。

- ① 支援内容やアセスメント項目の「抜け漏れ」を防げる
- ② 他の職種との協働や役割分担を進めやすくなる
- ③ ケアプランの見直し（状態の変化に応じた支援の見直しや追加の判断）がしやすくなる

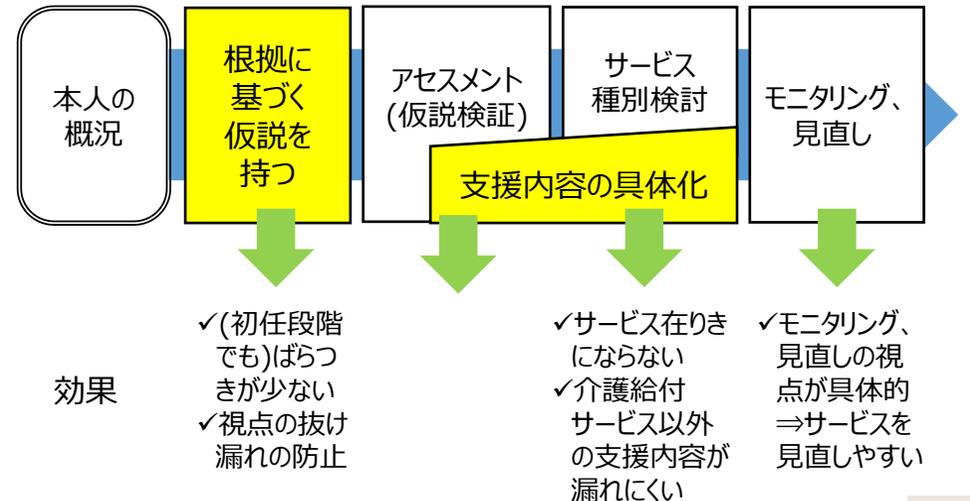
一般的な手法（ケアマネジメントプロセス）

- 先入観なく包括的に把握分析し、多様なサービスの意見も取り入れて具体的支援内容を整理する考え方。
- 担当ケアマネジャーに深い知見と、調整力が求められ、また支援内容の決定までに時間を要する。



「適切なケアマネジメント手法」

- まず、知見に基づいた、支援内容レベルの**仮説**を持ち、その**検証と並行して支援内容を具体化**する考え方。
- “サービス種別ありき”にならず、必要な支援内容が検討されやすく、検討に要する時間も短縮できる可能性がある。



- 情報収集の前の“あたり”は、専門職としての長年の経験に裏付けられた意味のあるものです。
- 「適切なケアマネジメント手法」は、仮説の引き出しを増やし、“あたり”の精度を高めるために活用できます。

(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。

- 「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。
- 「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。
- 「適切なケアマネジメント手法」を活用する際は、**「基本ケア」を踏まえたうえで、本人の状態に応じて「疾患別ケア」を参照する**のが望ましいです。



これまでに整理した「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

- 「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、以下の3項目を整理しています。
 - 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アセスメント/モニタリング項目 等

① 想定される支援内容

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

② 支援の概要、必要性

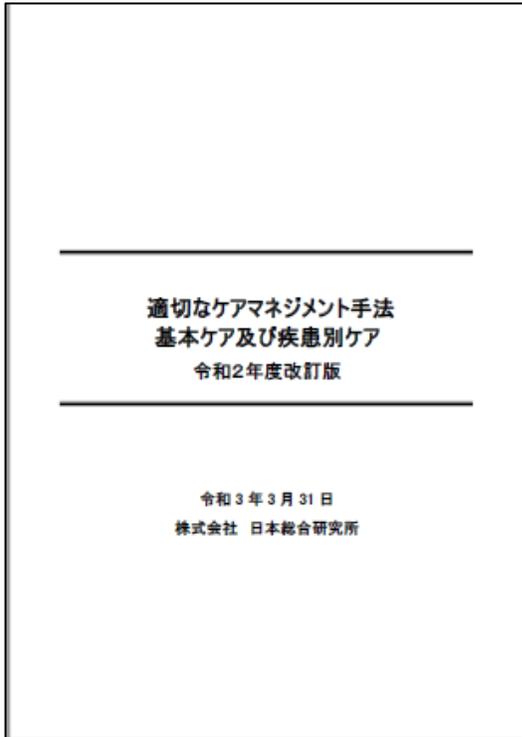
どのような支援を、誰が行うか、さらにはその支援がなぜ必要になりうるかを列挙したもの

③ 適切な支援内容とするためのアセスメント/モニタリング項目

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

- 2016～2020年度にかけて「適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア」と「基本ケア」及び5つの「疾患別ケア」の「項目一覧」（概要版）、手引きが整備されました。

適切なケアマネジメント手法
基本ケア及び疾患別ケア
(ケアの冊子)



適切なケアマネジメント手法
「項目一覧」（概要版）

基本ケア

これまでに整理した「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

「適切なケアマネジメント手法」の
手引き



- 介護支援専門員の気づきや、他の職種との協働を促す本手法の特徴を踏まえ、以下のような場面での活用が考えられます。

介護支援専門員：

アセスメントやケアプラン原案作成

指導担当者：

事業所内や同行訪問での指導

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

保険者（自治体）：

社会資源の整備に向けた検討

- 日々のケアマネジメントの実践（特にアセスメントやケアプラン原案の作成）で活用できます。
- 「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することで、支援の方法を効率的に見極めたり、情報収集や支援の抜け漏れの可能性に早めに気づくことができます。
- その結果、個別化のための情報収集や調整に注力しやすくなります。



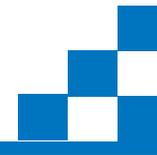
担当事例で支援内容をもう少し広げたいから確認してみよう

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



⇒本研修では担当事例を用いて実践での活用方法の習得を目指します。

自己紹介・目標の設定



- お手元の「自己紹介＆目標設定シート」を踏まえ自己紹介と目標の共有を行きましょう。
- 資料の画面共有を行う必要はありません。参加者同士の顔が見える状態で進めましょう。

グループワーク



15分

各自が発表すること

- ① お名前
- ② ご所属、担当されている業務
- ③ 最近のマイブーム
- ④ 研修を通じて得たいこと（関心事や疑問点）

発表時間の目安

1人：2～3分

時間配分の目安

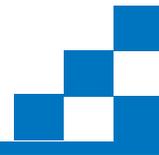
発表人数

- ・ 4人の場合：3分
- ・ 5人の場合：3分
- ・ 6人の場合：2分



基本ケアの内容と捉え方

①概要



① 適切なケアマネジメント手法 「項目一覧」 (概要版)

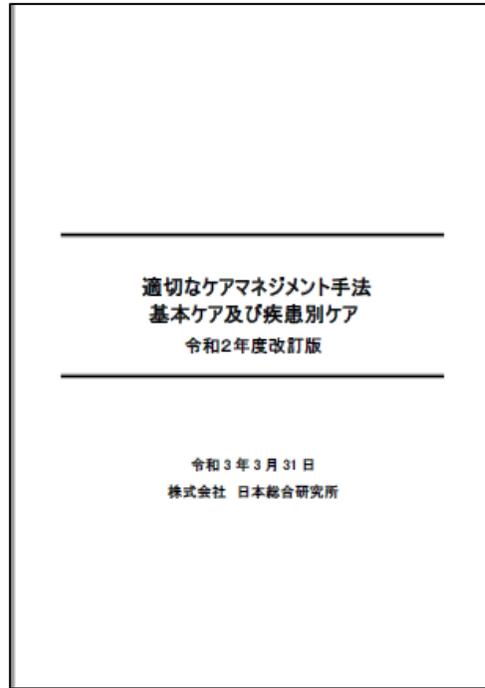
② 「適切なケアマネジメント手法」基本ケア及び疾患別ケア
令和2年度改訂版

③ 自己点検シート (基本ケア)

①

基本方針	中核となる内容	支援の概要、必要性	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		相違すべき専門職
			主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点は本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点は本編を参照	
一人一人の全体的な状態の把握と、適切な支援の提供	再発予防、や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、原因となっている疾患の理解と適切な管理が必要。また、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用(吐血ややけど等)についても知っておくことも重要である。	疾患に対する本人・家族等の理解度 +生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 +医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 +服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度	疾患に対する本人・家族等の理解度 +生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 +医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 +服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST	
一人一人の全体的な状態の把握と、適切な支援の提供	日常生活や生活の改善を支援する体制を整える。本人や家族等に対して、服薬の必要性及び家の管理状況(家の安全管理、保管方法など)に関する理解を促す支援体制も併せて整える。	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無など +日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無など +日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無など	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無など +日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無など +日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無など	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST	
一人一人の全体的な状態の把握と、適切な支援の提供	日常生活や生活の改善を支援する体制を整える。本人や家族等に対して、服薬の必要性及び家の管理状況(家の安全管理、保管方法など)に関する理解を促す支援体制も併せて整える。	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無など +日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無など +日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無など	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無など +日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無など +日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無など	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST	

②



③

自己点検シート：基本ケア

項目	内容	確認事項	確認結果
1-1	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	○
1-2	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	○
1-3	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	○
1-4	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	○
1-5	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	○
1-6	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	○
1-7	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	○
1-8	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	○
1-9	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	○
1-10	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	○
1-11	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	○
1-12	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	本人の日常生活リズム(起床、食事、睡眠)の有無、服薬の有無を確認している。	○

- 「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す。
- 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「基本ケア」を理解し、視点の抜け漏れや情報収集に不十分がないかを確認します。

尊厳の保持 自立支援

生活の継続をできるだけ実現



生活の基盤を整えるための基礎的な視点

- 3つの基本方針と、7つの大項目から成ります。

基本方針	大項目	中項目
尊厳を重視した 意思決定の支援	現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	病気や心身状態の理解 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	本人の意思を捉える支援 意志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	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 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	コミュニケーションの支援 家庭内での役割を整えることの支援 コミュニティでの役割を整えることの支援
家族等への支援	家族等への支援	支援を必要とする家族等への対応 家族等の理解者を増やす支援
	ケアに参画するひとへの支援	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

- 基本となるのは、本人の意思を尊重し、本人が自ら決められるよう支援することです。
- ここでいう意思決定の支援には、いわゆるACP（アドバンスケアプランニング）だけでなく、**日常的な生活の中での小さな選択や療養、支援の必要性を理解して同意すること**なども広く含まれています。
- 生活に対する自分の意向の認識に基づいて、療養や介護の方針などを理解したうえで**意思を形成し、それを表明して実現できるような支援体制**を整えることは、認知機能の状況に関わらず重要です。

- 高齢者の生活の継続を支えるうえでまず必要なのは、**こころとからだの機能を維持**する視点です。
- 高齢者は、加齢や疾患に伴って体の機能が低下します。
例えば水分の摂取が不足しがちになったり、転倒しやすくなったり、温湿度の変化を捉えにくくなったりといった傾向があります。したがって、こうした**変化やリスクを小さく**し、それを維持できるようにするための支援の体制を整えることが重要になります。
- 心身の状態に応じてその人らしい生活を送り、家庭や地域での役割を持つことができるような体制を整える視点、つまり「**活動と参加**」の視点も当然必要です。
- また、自立支援の観点から、適切な**リハビリテーションの活用**を検討することも重要です。
- 同時に、**本人のストレングス**を捉えて活かす視点や、その人を取り巻く**人的、物的環境を整える**視点も重要です。物的環境については、介護給付サービスの対象となる住環境や福祉用具だけでなく、日常的に使う家具や食器、生活用具なども含めて捉えることが大切です。

- 高齢者の尊厳を保持した生活の継続を支えるには、必要に応じて高齢者本人だけでなく家族等を支援する体制を整えることも重要です。
- 例えば高齢の夫婦世帯のみの世帯であって介護者も要介護高齢者である場合は、**介護者の負担軽減**が本人の生活の継続に大きく影響します。
- 本人の子や孫が日常的な介護に携わっている場合は、**子や孫の生活と介護との両立の支援**も重要です。
- 家族等の中でも、要介護高齢者本人との関わり方は一人ひとり異なるため、日常的な介護を担う家族（同居や近居の家族）以外の家族についても状況を把握する必要があります。



想定される支援内容			支援の概要、必要性	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			
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職
1	1	1	1	<p>・再発予防、や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要。また処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすくなる等）についても知っておくことも重要である。</p> <p>・継続的な受診の確保等により疾患の理解と、適切な療養や生活の改善を支援する体制を整える。また、本人や家族等に対して、服薬の必要性及び薬の管理方法について理解を促す支援体制も併せて整える。</p> <p>※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができていないか、飲み残しの有無など） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応の状況 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など） 	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができていないか、飲み残しの有無など） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応の状況 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など） 	<p>医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職</p>
					<p>・再発予防、や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要。また処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすくなる等）についても知っておくことも重要である。</p> <p>・継続的な受診の確保等により疾患の理解と、適切な療養や生活の改善を支援する体制を整える。また、本人や家族等に対して、服薬の必要性及び薬の管理方法について理解を促す支援体制も併せて整える。</p> <p>※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができていないか、飲み残しの有無など） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応の状況 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など） 	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができていないか、飲み残しの有無など） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応の状況 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）

想定される支援内容			支援の概要、必要性	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				
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職	
H	これまでの生活の尊重と継続の支援	H-1 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	H-1-1 水分と栄養を摂ることの支援	20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者は代謝機能の変化によって水や電解質のバランスを保つ調整能力の低下や、細胞内の水分量の低下がみられる。そのため、高齢者は水分のバランスを崩して脱水状態を起こしやすい状態にある。一方で、排尿回数を減らすために、水分を控える傾向がみられたり、のどの渇きの認識が遅れる等、身体が必要とする水分の補給が難しくなる場合があり、水分補給に留意が必要である。 ・また、食事は身体に必要な栄養を補い、健康な身体を維持するために必要である。栄養改善は、疾患の予防、悪化防止、リハビリを行うための基礎体力づくりにもつながるため重要である。 ・本人や家族の日常的な食生活や飲み物の摂取状況、排泄や発汗によって失われる水分量を把握し、必要な水分や栄養を確保できているかを把握できる体制を整える。 ・必要な水分を確保できるような支援を確保する。また、食事については食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の摂取に関する失敗のエピソード ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・食欲の状況 ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など） ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・居室等の環境で、失われる水分量の予測 ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の摂取に関する失敗のエピソード ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・食欲の状況 ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など） ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・居室等の環境で、失われる水分量の予測 ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職

- 状況に応じて優先度や重要度が異なるため、全ての支援内容を横並びに実施するのではなく、**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重要です。**
- 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りハビリテーションの実施**が特に重要です。
- 「**基本ケア**」と「**疾患別ケア**」に重複する項目もありますが、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**となります。

基本方針	大項目	中項目
意思決定を支援した	現在の状態の全体像の把握と生活上の将来の予測、備え	病状や心身状態の理解 現在の生活の全体像の把握 目指す生活を踏まえリスクの予測 緊急時の対応のための備え 本人の意思を捉える支援
	意思決定過程の支援	意志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ための支援 水分と栄養を摂ることの支援
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、フレイルや重症化防止の支援	継続的な受入と服薬の支援 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	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、入浴や排せつの支援 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
介護の支援	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	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への支援 コミュニティでの役割を整えることへの支援
	家族等への支援	支援を必要とする家族等への対応 家族等の理解者を増やす支援 本人を取り巻く支援体制の整備
	ケアに参画するひとへの支援	回廊してケアに参画するひとへの支援

例1) Aさん

- 退院直後でご家族の負担も大きいので、当面の通院と服薬、食事の支援体制の構築を重視
- 様子の確認と並行して、ご本人の意思表明を重点的に支援

例2) Bさん

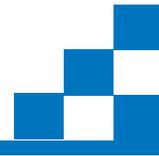
- これまでの生活をできるだけ継続できるよう、ご本人の気持ちとこれまでの暮らしを捉え、生活の組み立てを集中的に支援
- 同居者がいなので、本人をとりまく支援体制の整備を重視

例3) Cさん

- 以前の地域での役割への復帰を目指し、継続的な療養とリハビリテーション、地域活動への参加を支える体制の構築を重視
- リスクの予測について他の専門職と集中的に検討

基本ケアの内容と捉え方

②自己点検





- 「自己点検シート」に、講義を踏まえて気づいたことを加筆しましょう。

1. ケアプラン作成時点の判断

①情報収集

この項目に関して、ケアプランを作成した際のアセスメントで情報収集を行ったかをご回答ください。

②支援の必要性の判断

この項目に関して、ケアプランの作成の際に支援が必要だと判断したかどうかをご回答ください。

③支援の位置づけ

この項目に関して、ケアプランに支援を位置付けたかどうかをご回答ください。



2. 現在の判断

④現時点での支援の必要性

この項目に関して、現時点での支援の必要性についてご回答ください。

⑤支援内容の見直しの必要性

この項目に関して、支援内容の見直しの必要性について、見直しの方向性（追加、縮小）も含めてご回答ください。

⑥追加すべき支援内容

この項目に関して、追加が必要と思われる支援内容を具体的にご回答ください。

⑦縮小すべき支援内容

この項目に関して、縮小が必要と思われる支援内容を具体的にご回答ください。

- 「自己点検シート」に基づいて、各グループで点検結果を共有しましょう。

グループワーク



25分

共有の流れ 1人あたりの持ち時間：4～6分

×繰り返し（※グループの人数によって調整してください）

シートの記入内容や
点検を行った感想の発表

発表時間の目安
1人：2～3分

意見交換

発表時間の目安
1人：2～3分



時間配分の目安
発表人数

- 4人の場合：1人あたり合計6分
（発表3分、意見交換3分）
- 5人の場合：1人あたり合計5分
（発表3分、意見交換2分）
- 6人の場合：1人あたり合計4分
（発表2分、意見交換2分）

- 以下の2つを実施しましょう。

①グループワーク結果の共有

いくつかのグループから、グループワークで話し合ったことを全体に共有しましょう。

②全体での質疑応答

個人ワークやグループワークを通して疑問に思ったこと、気になることなどを質問しましょう。

全体共有



8分



ケアプラン作成時点での抜け漏れに気づいた支援内容を理解する

ケアプラン作成時点では想定していなかった（抜け漏れに気付いた）箇所については、その支援の概要、必要性、アセスメント/モニタリングで捉えるべき項目を読み込みましょう。

アセスメント/モニタリングを通じて「想定される支援内容」を具体化する

「想定される支援内容」は、本人や世帯の状況に合わせて具体化（個別化）が必要です。アセスメント/モニタリングの方法や留意点は、研修後半で取り上げます。

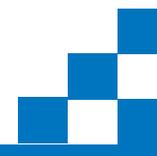
重要性が高い項目に着目して掘り下げる

基本ケアは生活の継続を支える基盤であり、幅広い項目を含みます。そのため事例ごとに重要性が高い項目に着目して掘り下げましょう。
以降の研修では、心身機能に着目して掘り下げの方法を学びます。



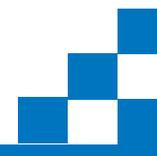
事例の掘り下げ

①掘り下げの方法



事例の掘り下げ

②グループでの共有



- 「自己点検シート」に、講義を踏まえて気づいたことを加筆しましょう。

個人ワーク



5分

自己点検シート：基本ケア				地域名（都道府県 or 市町村）		
「適切なケアマネジメント手法」基本ケアの項目				事前課題		
想定される支援内容				(1) ケアプラン作成時点の判断		
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	①情報収集	②支援の必要性の判断	③ケアプランへの支援の位置づけ
				○：情報収集を行った ×：情報収集を行っていない ⇒全員【設問②へ】	○：支援が必要だと判断した ⇒【設問③へ】 ×：支援は不要だと判断した ⇒【設問④へ】 ▲：検討しなかった ⇒【設問④へ】	○：ケアプランに支援を位置付けた ×：ケアプランに支援を位置付けなかった ▲：検討しなかった ⇒全員【設問④へ】
I 尊厳を重視した意思決定の支援	I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-1 疾病や心身状態の理解	1 疾患管理の理解の支援			
			2 併存疾患の把握の支援			
			3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保			
			4 転倒・骨折のリスクや経緯の確認			

- 個人ワークでの気づきや、実践で行いたいことを共有・検討しましょう。

グループワーク



42分

共有の流れ 1人あたりの持ち時間：7～10分

×繰り返し（※グループの人数によって調整してください）

個人ワークでの気づきや
実践で行いたいことの発表

発表時間の目安
1人：5～6分

意見交換

発表時間の目安
1人：2～4分



時間配分の目安

発表人数

- 4人の場合：1人あたり合計10分
（発表6分、意見交換4分）
- 5人の場合：1人あたり合計8分
（発表5分、意見交換3分）
- 6人の場合：1人あたり合計7分
（発表5分、意見交換2分）

- 個人ワークやグループワークを通して疑問に思ったこと、気になることなどを質問しましょう。

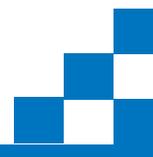
全体共有



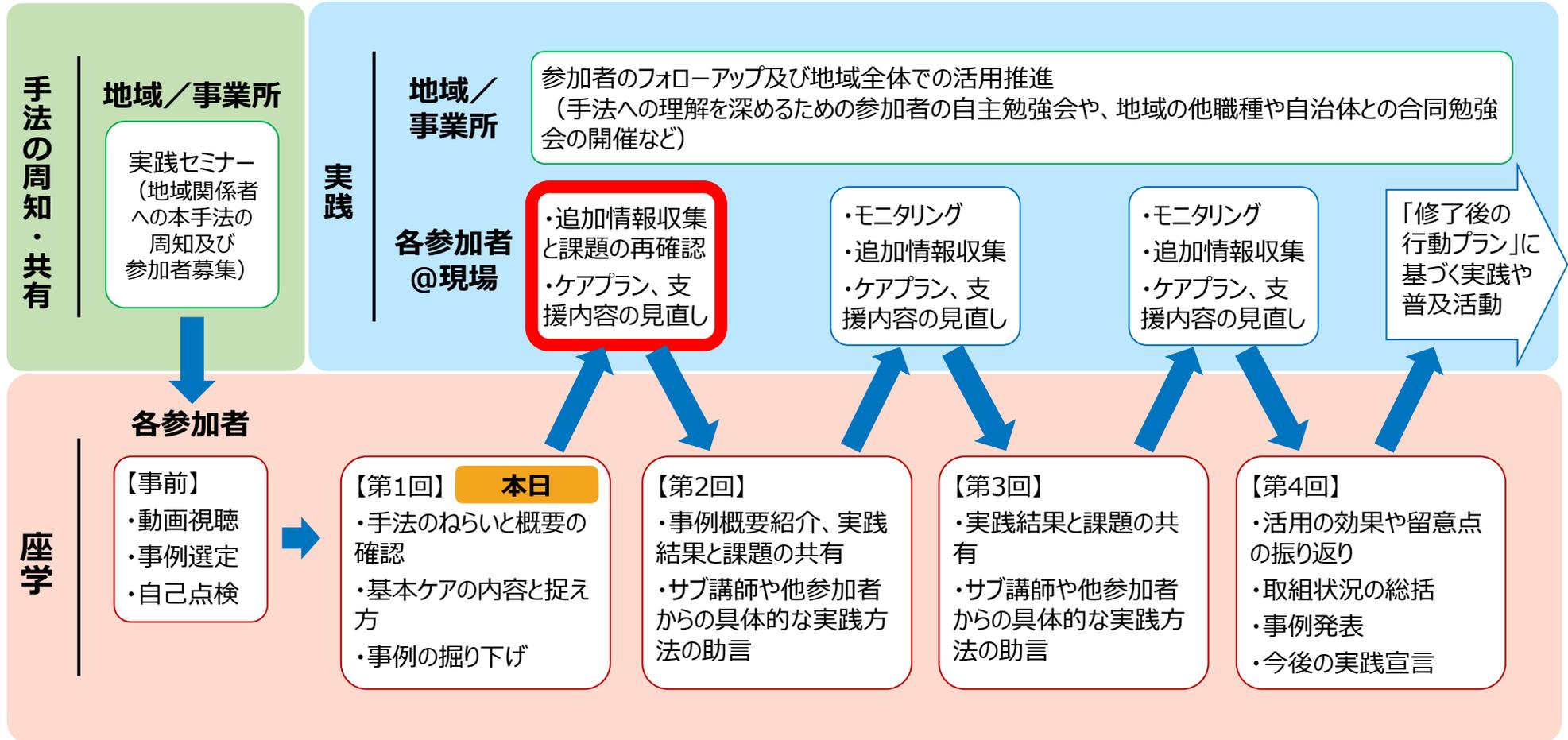
13分



今後の進め方



- 本日の研修を踏まえ、第2回研修に向け、持参事例を掘り下げるための取り組み（追加情報収集と課題の再確認、ケアプラン・支援内容の見直し等）を行います。



- 今後のスケジュールは以下のとおりです。

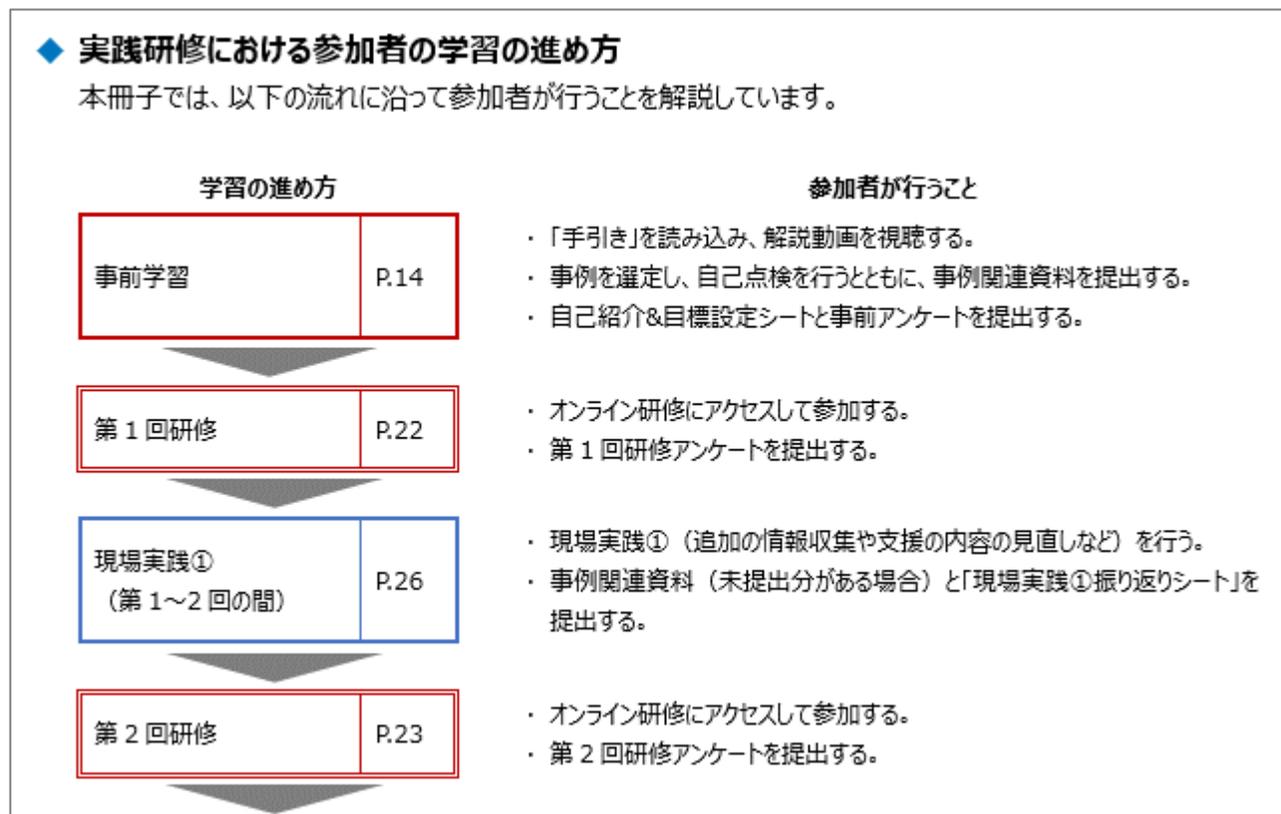
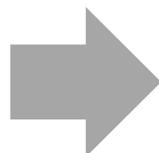
	日時
第2回研修	
第3回研修	
第4回研修	

参加者ガイド : P.2

◆ 実践研修における参加者の学習の進め方

本冊子では、以下の流れに沿って参加者が行うことを解説しています。

本日の研修



- 第1回研修会参加前の事前学習としてお願いしていた事項です。
- 提出がまだの方は、第1回研修会後にご対応をお願いします。

参照

詳細については、「[「適切なケアマネジメント手法」実践研修 参加者ガイド](#)」のP.14を参照してください。

3 事前学習

参加者ガイド：P.14

事前学習で取り組むことは以下のとおりです。

<事前学習で取り組むことリスト>

取り組むこと	期限
<input type="checkbox"/> 事例の選定	研修 1 週間前
<input type="checkbox"/> 手引きの読み込みと解説動画の視聴	研修 1 週間前
<input type="checkbox"/> 自己点検シートの記入	研修 1 週間前
<input type="checkbox"/> 事例関連資料の提出	研修 1 週間前
<input type="checkbox"/> 自己紹介&目標設定シート、事前アンケートの提出	研修 1 週間前

- 第2回研修の1週間前までに、下記をご提出ください。
 - ① 基本情報・モニタリング表（2回目）
 - ② 最新のケアプラン（提出は任意）
 - ③ 現場実践①振り返りシート

補足

- ケアプランの提出は任意ですが、ご提出いただくほうがグループワークでの事例共有はやりやすいです。
- 前回の研修から変更がない場合であっても、研修時点で最新のものを毎回ご提出ください。

参照

提出方法については、「**「適切なケアマネジメント手法」実践研修 参加者ガイド**」のP.38を参照してください。

7 資料の授受方法

資料の提出は原則として電子ファイルをメールで提出してください。

グループワークに必要な資料である「最新のケアプラン」、「現場実践振り返りシート」、「今後の実践宣言シート」については、サブ講師および同じグループの他の参加者にも共有します。

「最新のケアプラン」の電子ファイルでの提出が困難な場合は、開催者にお問い合わせください。

参加者ガイド : P.38

現場実践①振り返りシート

第2回
事前課題

地域名（都道府県 or 市町村）

参加者/サブ講師番号

※付与されている場合、わからなければ空欄

事例概要

今回の現場実践での具体的な取り組み内容 ※取り組みにあたって意識した項目内容・番号も記入して下さい。

グループワークで他の参加者に共有・相談したいこと（取り組む過程での気づき・悩みなど）

※第2回研修会で宣言した次回に向けた取り組みは、速やかに「第3回事前課題」のシートに記入しましょう。

1

- 第1回研修アンケートは、**1週間以内**に開催者にご提出ください。
- 提出がうまくできない方は、開催者へご相談ください。

参照

提出方法については、「**「適切なケアマネジメント手法」実践研修 参加者ガイド**」のP.38を参照してください。

参加者ガイド：P.38

7 資料の授受方法

資料の提出は原則として電子ファイルをメールで提出してください。

グループワークに必要な資料である「最新のケアプラン」、「現場実践振り返りシート」、「今後の実践宣言シート」については、サブ講師および同じグループの他の参加者にも共有します。

「最新のケアプラン」の電子ファイルでの提出が困難な場合は、開催者にお問い合わせください。

- 資料の記入方法については、参加者ガイドをご確認ください。また、日本総合研究所YouTubeでも書き方等について紹介しています。
- 研修会への出席に関するご相談、資料の提出方法についてのご相談や問い合わせは、開催者へお願いいたします。
- お問い合わせ先
 - 資料の提出方法、出欠、提出物について開催者へお尋ねください。

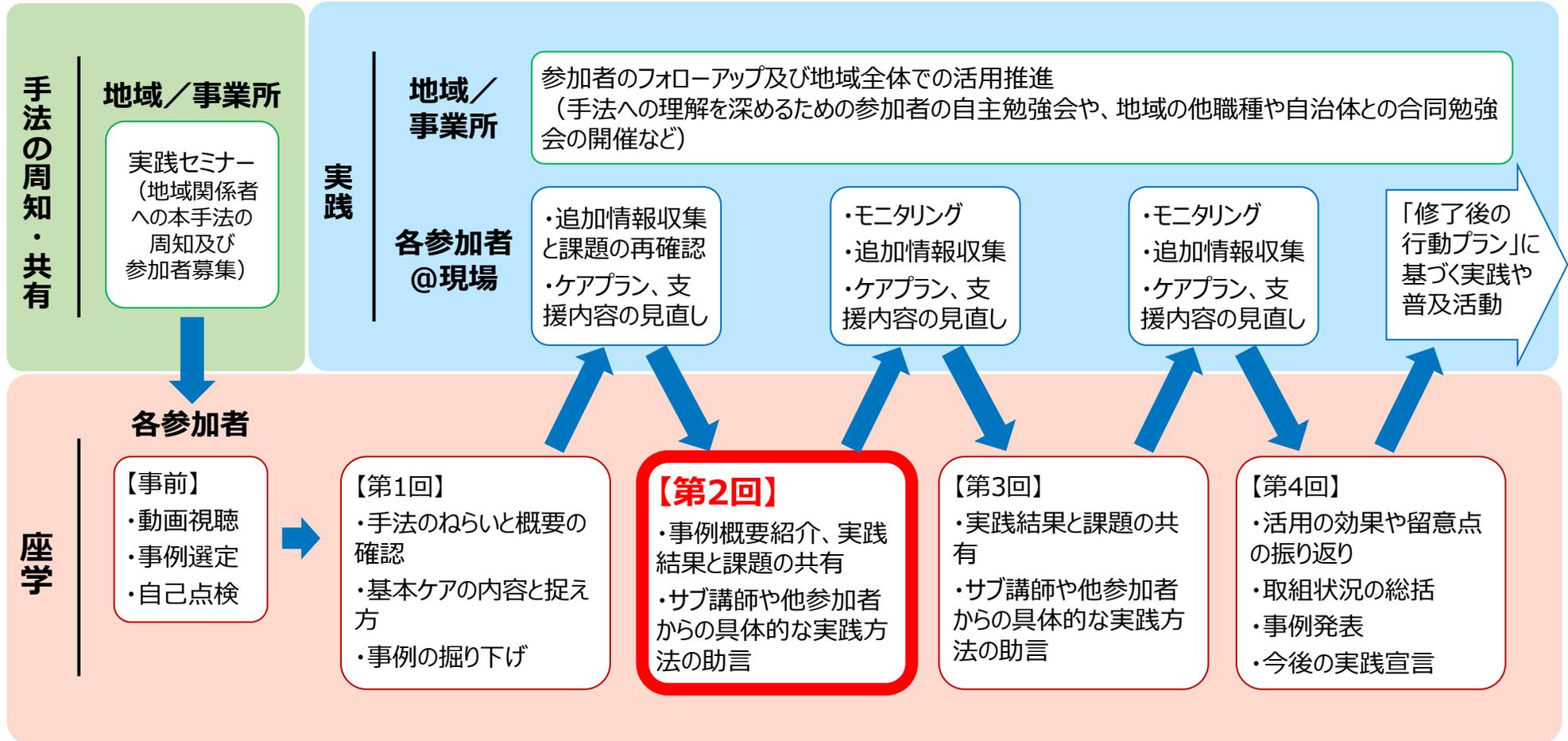
「適切なケアマネジメント手法」実践研修 【第2回】

開催日：

開催者：

本日の研修の位置づけ

- 第1回研修後の各自の現場実践を共有し、今後の実践方法について相談しあいます。



- 事例を用いた実践結果と課題の共有

「現場実践①振り返りシート」を用いて、実践結果（特に課題）の共有をしてください。

補足

サブ講師または参加者が「現場実践①振り返りシート」を画面投影してください。

- 具体的な実践方法の助言

サブ講師や参加者は、発表者の課題（悩みや難しかったこと）を解決するために、具体的な実践方法について助言しあってください。

本日の目標

今後1ヶ月間の実践で取り組みたいこと（モニタリングや追加情報収集など）を明確にする。

- 以下のような流れで進めていきます。

時間		セクション	内容
	5'	開会	進め方の説明
	100'	演習	現場実践の振り返り ①グループワーク
	10'	演習	現場実践の振り返り ②全体共有
	5'	講義	本日のまとめと今後の進め方

現場実践の振り返り

① グループワーク

- 実践結果を共有し、今後の実践方法についてお互いに助言しましょう。
- 「現場実践①振り返りシート」はサブ講師もしくは発表者から画面共有をお願いします。

グループワーク



95分

共有の流れ 1人あたりの持ち時間：15～23分 ×繰り返し（※グループの人数によって調整してください）

実践結果の共有

- 実践した支援内容の項目番号
- 実践結果の発表
 - 取り組んで良かったこと
 - 取り組む過程で悩んだこと、難しかったこと

発表時間の目安

1人：5～8分



実践方法の助言

- 具体的な支援内容の助言

発表時間の目安

1人：10～15分

時間配分の目安

発表人数

- 4人の場合：1人あたり合計23分（共有8分、助言15分）
- 5人の場合：1人あたり合計19分（共有5分、助言14分）
- 6人の場合：1人あたり合計15分（共有5分、助言10分）

- 個人の発表では、「現場実践①振り返りシート」の「取り組んで良かったこと」、「取り組む過程で悩んだこと、難しかったこと」を共有しましょう。
- 発表の最後に、**次回の現場実践に向けた取り組みの宣言**をしてください。

現場実践①振り返りシート

第2回
事前課題

地域名（都道府県 or 市町村）	
参加者/サブ講師番号 <small>※付与されている場合、お忘れなければ空欄</small>	

事例概要

今回の現場実践での具体的な取り組み内容 ※取り組みにあたって意識した項目内容・番号も記入して下さい。

グループワークで他の参加者に共有・相談したいこと（取り組む過程での気づき・悩みなど）

※第2回研修会で宣言した次回に向けた取り組みは、速やかに「第3回事前課題」のシートに記入しましょう。

— 投影のみ

— **<発表する方>**

支援内容の項目番号を用いることを心がけましょう。

参加者は、発表者の「悩み・難しかったこと」について、助言・コメントをお願いします。

参照

項目番号については次のページを参照してください。

【概要版（項目一覧）】基本ケア

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための	
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	
I 尊敬を重視した意思決定の支援	I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-1 疾病や心身状態の理解	1 疾患管理の理解の支援	再発予防、や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要。また、処方によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすくなる等）についても知っておくことも重要である。 ・継続的な受診の確保等により疾患の理解と、適切な療養や生活の改善を支援する体制を整える。また、本人や家族等に対して、服薬の必要性及び薬の管理方法について理解を促す支援体制も併せて整える。 ※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができていないか、飲み残しの有無など） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な食事の摂取状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、同食の有無など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応の状況 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	・医師 ・生活 ・医師 ・医師 ・医師 ・本人 ・日常 ・日常 ・日常 ・薬 ・疾患 ・治療 ・説明 ・日常 ・生活 ・本人 ・医師 ・介護 ・日常 ・生活
			2 併存疾患の把握の支援	再発予防や生活の悪化防止のためには、起因となっている生活習慣病や他の併存疾患の理解が必要である。 ・かかりつけ医及び各疾患の主治医を把握したうえで、本人や家族等が、かかりつけ医等の指示を踏まえて併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報を把握できるよう、継続的な受診の確保や専門職間の連携体制を整える。	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況 ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応の状況	・医師 ・生活 ・心身 ・日常 ・生活
			3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保	口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増えて、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすくなる。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。 ・口腔清掃が不十分であると、口臭が発生して、対人交流の減少につながる。虫歯や誤嚥につながる。 ・正しいかみ合わせ、平衡感覚を保つことや、歯を食いしぼることで咀嚼力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみ合わせの確保や健康な歯の維持が必要となる。	・（入院している場合）入院中の食事の種類、内容 ・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合の状況、義歯等の状況（利用の有無、汚れや破損の有無など） ・唾液の状態、貯留の有無（唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある） ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど ・息切れの有無 ・口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無 ・日常生活での口の開きの状況、口唇などの状況、栄養摂取を阻害するおそれの有無	・口腔 ・口腔 ・状況 ・咬合 ・嚥下 ・咳・ ・咳の ・口腔 ・日常

想定される支援内容の項目番号

その支援内容を検討する理由

- 支援内容では**どの項目が該当**しそうですか？
- **どんなことを目指して**その支援内容を行いますか？

情報収集の工夫

- **情報収集が漏れている項目**はないですか？
- その確認のためには**どんな工夫**ができそうですか？
- **誰に何を聞いたら**、その確認ができそうですか？

個別化のアイデア

- **この利用者の場合（個別化）**には、**〜〜〜**といった**方法も効果がありそう**ですね。



現場実践の振り返り

②全体共有

- 以下の2つを実施しましょう。

全体共有



10分

①グループワーク結果の共有

各グループから、グループワークで話し合ったことを全体に共有しましょう。

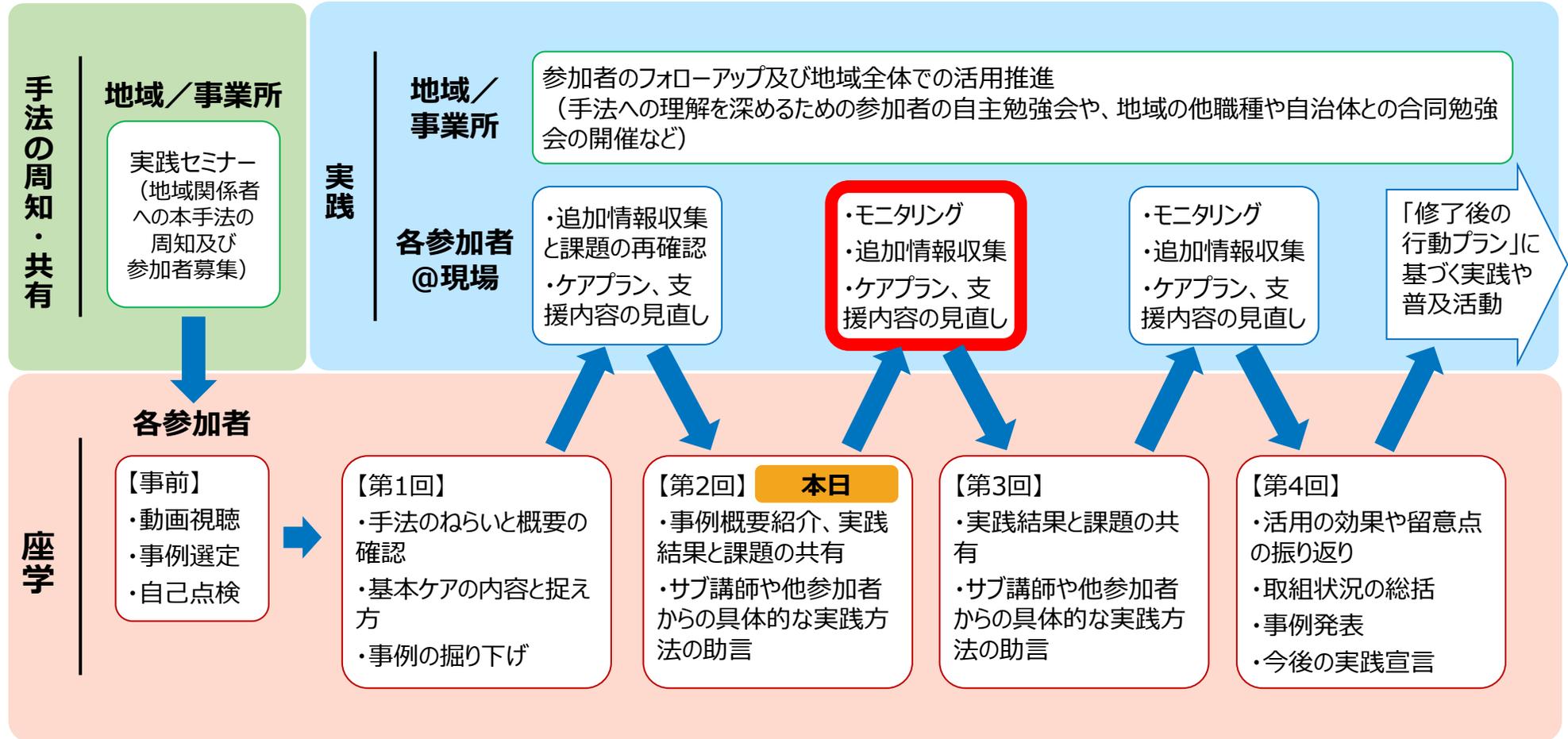
②全体での質疑応答

個人ワークやグループワークを通して疑問に思ったこと、気になることなどを質問しましょう。



本日のまとめと今後の進め方

- 本日の研修を踏まえ、持参事例を掘り下げるための取り組み（モニタリング、追加情報収集、ケアプラン・支援内容の見直し等）を行います。



現場実践②振り返りシート

第3回
事前課題

地域名（都道府県 or 市町村）

参加者/サブ講師番号

※付与されている場合、わからなければ空欄

前回研修会でやってみようと言ったこと

今回の現場実践での具体的な取り組み内容 **※取り組みにあたって意識した項目内容・番号も記入して下さい。**

グループワークで他の参加者に共有・相談したいこと（取り組む過程での気づき・悩みなど）

※第3回研修会で宣言した次回に向けた取り組みは、速やかに「第4回事前課題」のシートに記入しましょう。

● 第3回研修の1週間前までに、下記をご提出ください。

- ① 基本情報・モニタリング表（3回目）
- ② 最新のケアプラン（提出は任意）
- ③ 現場実践②振り返りシート

参照

提出方法については、「「適切なケアマネジメント手法」実践研修 参加者ガイド」のP.38を参照してください。

参加者ガイド：P.38

7 資料の授受方法

資料の提出は原則として電子ファイルをメールで提出してください。

グループワークに必要な資料である「最新のケアプラン」、「現場実践振り返りシート」、「今後の実践宣言シート」については、サブ講師および同じグループの他の参加者にも共有します。

「最新のケアプラン」の電子ファイルでの提出が困難な場合は、開催者にお問い合わせください。

- 今後のスケジュールは以下のとおりです。

	日時
第3回研修	
第4回研修	

- 第2回研修アンケートは、1週間以内に開催者にご提出ください。

参照

提出方法については、「**「適切なケアマネジメント手法」実践研修 参加者ガイド**」のP.38を参照してください。

参加者ガイド：P.38

7 資料の授受方法

資料の提出は原則として電子ファイルをメールで提出してください。

グループワークに必要な資料である「最新のケアプラン」、「現場実践振り返りシート」、「今後の実践宣言シート」については、サブ講師および同じグループの他の参加者にも共有します。

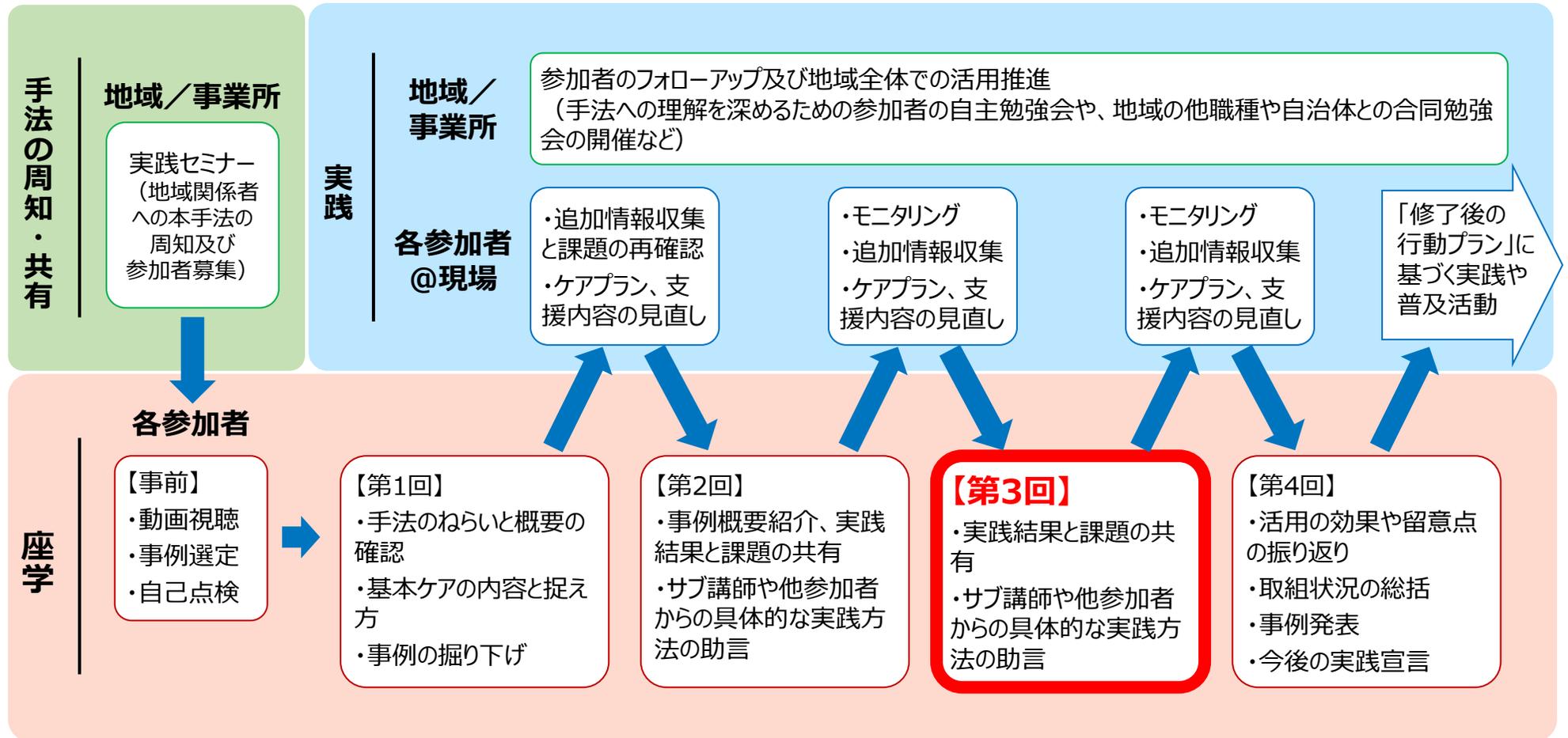
「最新のケアプラン」の電子ファイルでの提出が困難な場合は、開催者にお問い合わせください。

「適切なケアマネジメント手法」実践研修 【第3回】

開催日：

開催者：

- 第2回研修後の各自の現場実践を共有し、今後の実践方法について相談しあいます。



- 事例を用いた実践結果と課題の共有

「現場実践②振り返りシート」を用いて、**実践結果（これまでとの変化や今後取り組む上での課題）**の共有をしてください。

補足

- 第2回研修会と同様の方法で「**現場実践②振り返りシート**」を画面投影してください。
- 発表者（事例提出者）、サブ講師のいずれかが投影してください。

- 具体的な実践方法の助言

サブ講師や参加者は、発表者の課題（悩みや難しかったこと）を解決するために、具体的な実践方法について助言しあってください。

本日の目標

今後1ヶ月間の実践で取り組みたいこと（モニタリングや追加情報収集など）を明確にする。

- 以下のような流れで進めていきます。

時間		セクション	内容
	5'	開会	進め方の説明
	100'	演習	現場実践の振り返り ①グループワーク
	10'	演習	現場実践の振り返り ②全体共有
	5'	講義	本日のまとめと今後の進め方

現場実践の振り返り

① グループワーク

- 実践結果を共有し、今後の実践方法についてお互いに助言しましょう。
- 「現場実践②振り返りシート」はサブ講師もしくは発表者から画面共有をお願いします。

グループワーク



95分

共有の流れ 1人あたりの持ち時間：15～23分 ×繰り返し（※グループの人数によって調整してください）

実践結果の共有

- 実践した支援内容の項目番号
- 実践結果の発表

発表時間の目安

1人：5～8分



実践方法の助言

- 具体的な支援内容の助言

発表時間の目安

1人：10～15分

時間配分の目安

発表人数

- 4人の場合：1人あたり合計23分（共有8分、助言15分）
- 5人の場合：1人あたり合計19分（共有5分、助言14分）
- 6人の場合：1人あたり合計15分（共有5分、助言10分）

- 個人の発表では、「現場実践②振り返りシート」の内容を共有しましょう。
- 発表の最後に、**次回の現場実践に向けた取り組みの宣言**をしてください。

現場実践②振り返りシート		第3回 事前課題
地域名（都道府県 or 市町村）		
参加者/サブ講師番号 ※付与されている場合、わからなければ空欄		
前回研修会でやってみようと言ったこと		
今回の現場実践での具体的な取り組み内容 ※取り組みにあたって意識した項目内容・番号も記入して下さい。		
グループワークで他の参加者に共有・相談したいこと（取り組む過程での気づき・悩みなど）		
※第3回研修会で宣言した次回に向けた取り組みは、速やかに「第4回事前課題」のシートに記入しましょう。		

＜発表する方＞
支援内容の項目番号を用いることを心がけましょう。

＜他の参加者＞
発表者の「共有・相談したいこと」について、コメントや助言をお願いします。

参照

項目番号については次のページを参照してください。

その支援内容を検討する理由

- 支援内容では**どの項目が該当**しそうですか？
- **どんなことを目指して**その支援内容を行いますか？

情報収集の工夫

- **情報収集が漏れている項目**はないですか？
- その確認のためには**どんな工夫**ができそうですか？
- **誰に何を聞いたら**、その確認ができそうですか？

個別化のアイデア

- **この利用者の場合（個別化）**には、**〜〜〜**といった**方法も効果がありそう**ですね。



現場実践の振り返り

②全体共有

- 以下の2つを実施しましょう

全体共有



10分

①グループワーク結果の共有

いくつかのグループから、グループワークで話し合ったことを全体に共有しましょう。

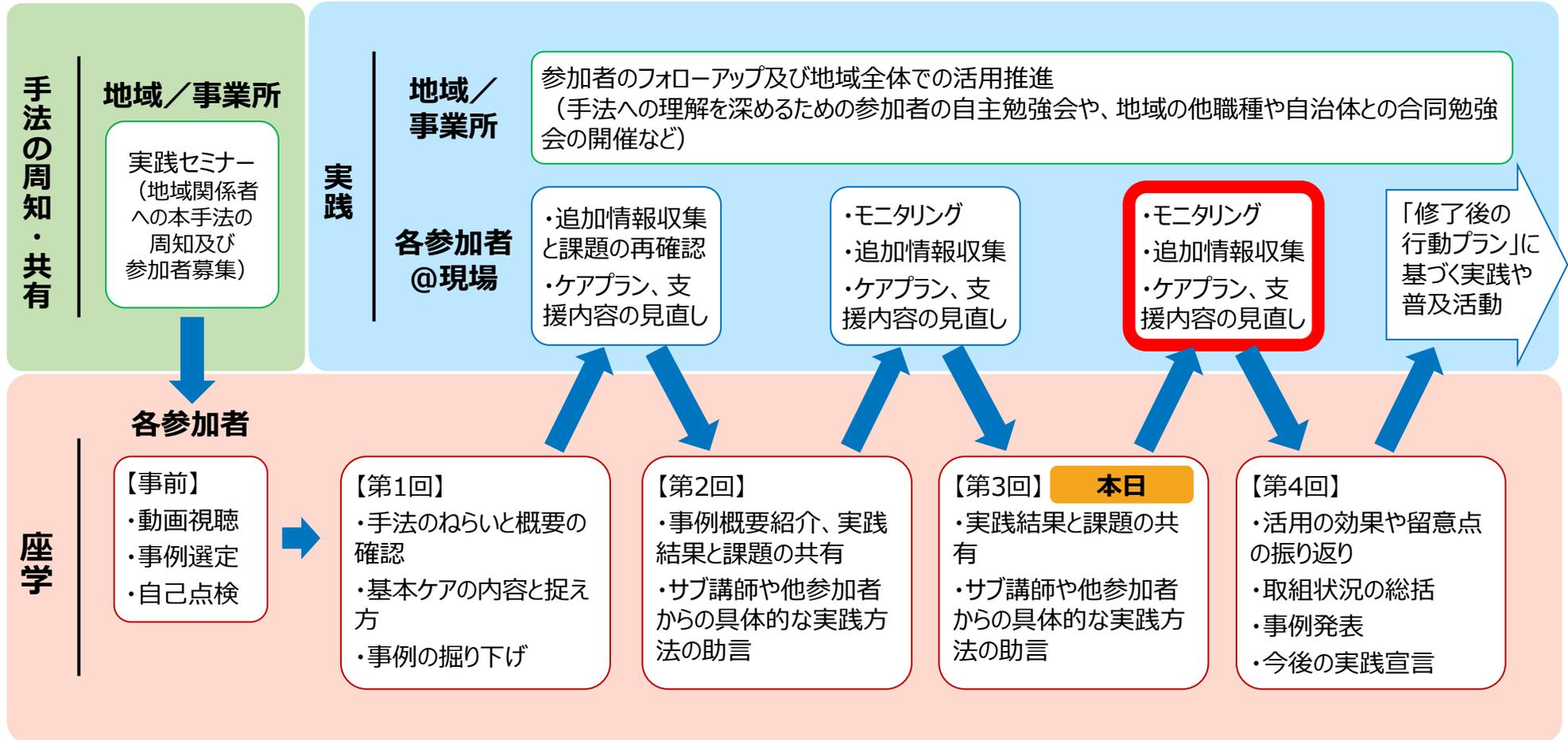
②全体での質疑応答

個人ワークやグループワークを通して疑問に思ったこと、気になることなどを質問しましょう。



本日のまとめと今後の進め方

- 本日の研修を踏まえ、持参事例を掘り下げるための取り組み（モニタリング、追加情報収集、ケアプラン・支援内容の見直し等）を行います。



今後の実践宣言シート

第4回
事前課題

地域名（都道府県 or 市町村）

参加者/サブ講師番号

※付与されている場合、わからなければ空欄

今回の事例について、今後取り組んでいきたいこと（宣言）

今後、ケアマネジメントにおいて自分自身が取り組みたいこと・今回の研修で見た自身の課題

- 第4回研修の1週間前までに、下記をご提出ください。
 - ① 基本情報・モニタリング表（4回目）
 - ② 自己点検シート（基本ケア）※（3）を記入して提出してください
 - ③ 最新のケアプラン（提出は任意）
 - ④ 現場実践③振り返りシート
 - ⑤ 今後の実践宣言シート

参照

提出方法については、「「適切なケアマネジメント手法」実践研修 参加者ガイド」のP.38を参照してください。

7 資料の授受方法

資料の提出は原則として電子ファイルをメールで提出してください。

グループワークに必要な資料である「最新のケアプラン」、「現場実践振り返りシート」、「今後の実践宣言シート」については、サブ講師および同じグループの他の参加者にも共有します。

「最新のケアプラン」の電子ファイルでの提出が困難な場合は、開催者にお問い合わせください。

参加者ガイド : P.38

- 今後のスケジュールは以下のとおりです。

	日時
第4回研修	

- 第3回研修アンケートは、**1週間以内**に開催者にご提出ください。

参照

提出方法については、「**「適切なケアマネジメント手法」実践研修 参加者ガイド**」のP.38を参照してください。

参加者ガイド：P.38

7 資料の授受方法

資料の提出は原則として電子ファイルをメールで提出してください。

グループワークに必要な資料である「最新のケアプラン」、「現場実践振り返りシート」、「今後の実践宣言シート」については、サブ講師および同じグループの他の参加者にも共有します。

「最新のケアプラン」の電子ファイルでの提出が困難な場合は、開催者にお問い合わせください。

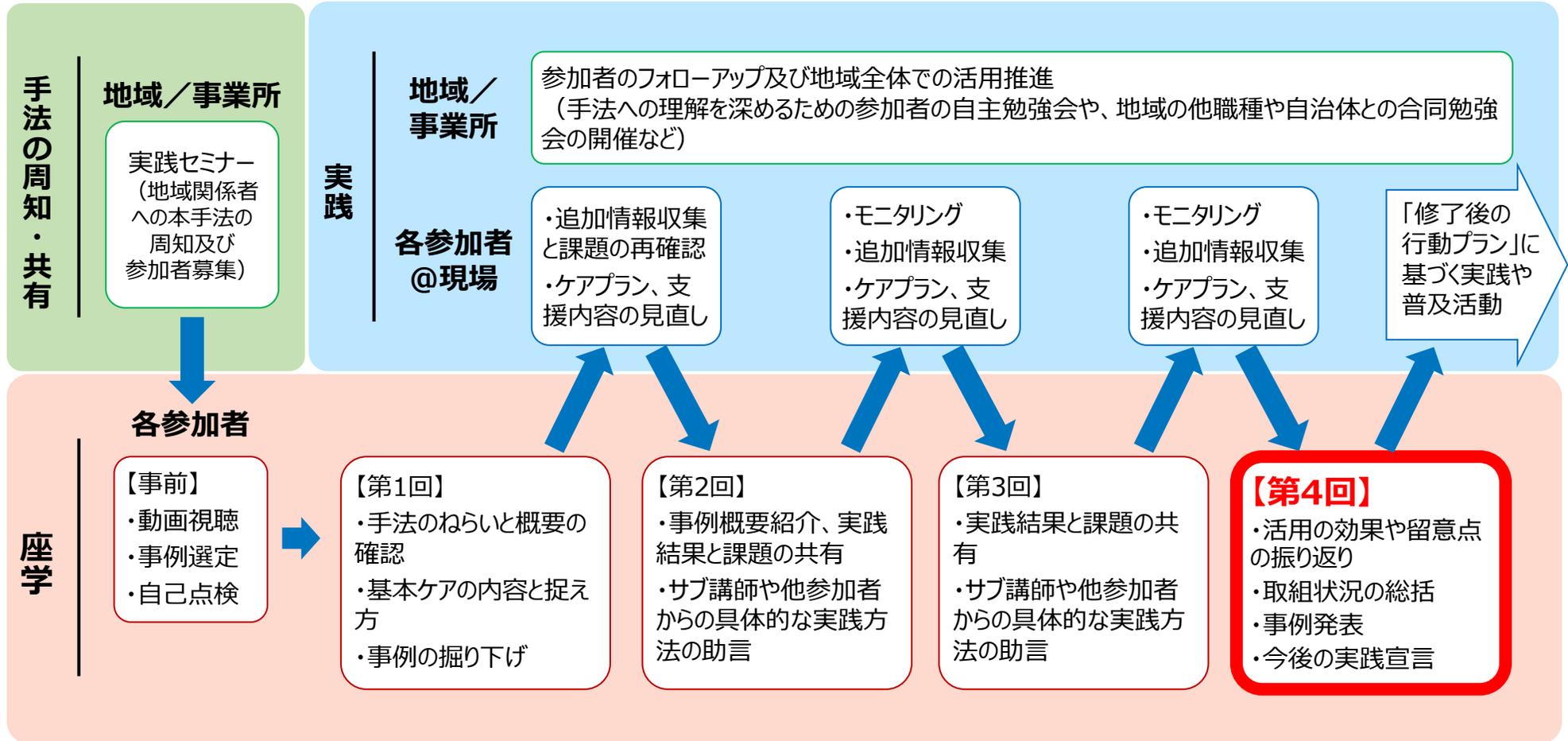
「適切なケアマネジメント手法」実践研修 【第4回】

開催日：

開催者：

本日の研修の位置づけ

- これまでの取り組み状況を総括し、今後の実践について考えます。



- 以下のような流れで進めていきます。

時間		セクション	内容
	8'	開会	本研修のねらいの振り返り、本日の進め方の説明
	67'	演習	現場実践の振り返り
	65'	演習	取り組み事例の発表と意見交換
	10'	休憩	
	30'	講義	実践状況の総括
	30'	演習	今後の実践宣言、研修の振り返り
	30'	講義	総括

- 自分の事例において「適切なケアマネジメント手法」を実際に適用し、研修での学びや振り返りを重ねることで、**活用にあたっての工夫や留意点**を見出します。
- 「適切なケアマネジメント手法」の実践において**相談・連携しあえるネットワーク**を地域内に作ります。

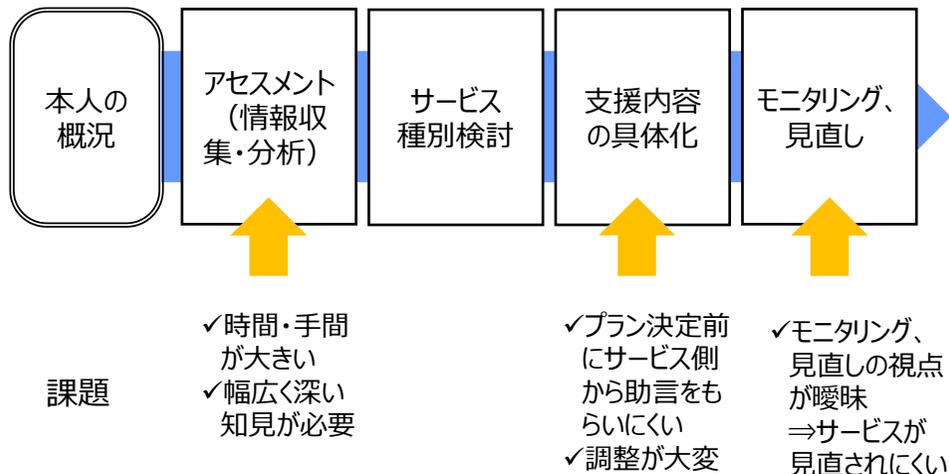
「適切なケアマネジメント手法」を使う意義

- 「適切なケアマネジメント手法」を活用することで、アセスメント／モニタリングが効果的にでき、以下の3つが可能となります。

- ① 支援内容やアセスメント項目の「抜け漏れ」を防げる
- ② 他の職種との協働や役割分担を進めやすくなる
- ③ ケアプランの見直し（状態の変化に応じた支援の見直しや追加の判断）がしやすくなる

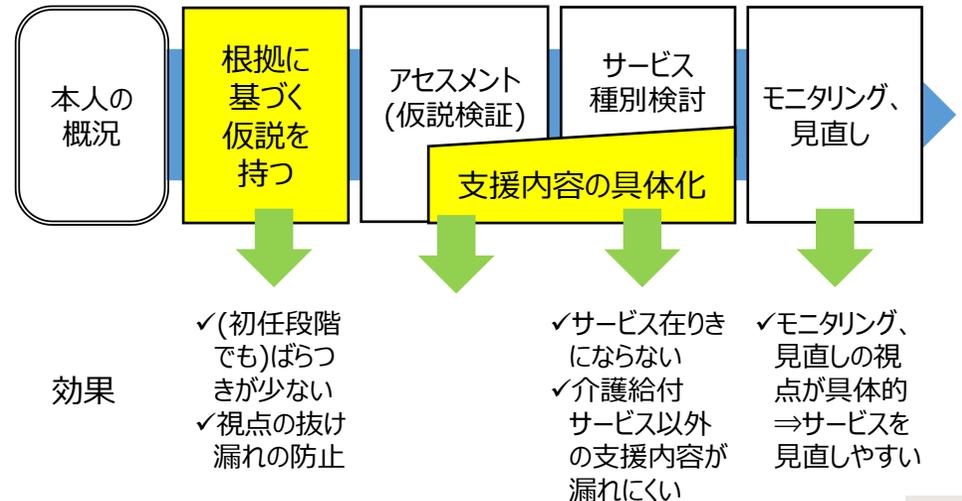
一般的な手法（ケアマネジメントプロセス）

- 先入観なく包括的に把握分析し、多様なサービスの意見も取り入れて具体的支援内容を整理する考え方
- 担当ケアマネジャーに深い知見と、調整力が求められ、また支援内容の決定までに時間を要する



「適切なケアマネジメント手法」

- まず、知見に基づいた、支援内容レベルの仮説を持ち、その検証と並行して支援内容を具体化する考え方
- “サービス種別ありき”にならず、必要な支援内容が検討されやすく、検討に要する時間も短縮できる可能性がある



ケアプラン作成時点での抜け漏れに気づいた支援内容を理解する

ケアプラン作成時点では想定していなかった（抜け漏れに気付いた）箇所については、その支援の概要、必要性、アセスメント／モニタリングで捉えるべき項目を読み込みましょう。

アセスメント／モニタリングを通じて「想定される支援内容」を具体化する

「想定される支援内容」は、本人や世帯の状況に合わせて具体化（個別化）が必要です。

重要性が高い項目に着目して掘り下げる

基本ケアは生活の継続を支える基盤であり、幅広い項目を含みます。そのため事例ごとに重要性が高い項目に着目して掘り下げましょう。

- 実践状況の総括

参加者の実践状況の振り返りや、いくつかの取り組み事例の共有を行い、本手法の活用の効果や留意点について考えます。

- 自己評価・振り返り

研修を総括して、今後の実践で行いたいことを表明します（事前に記入した「現場実践③振り返りシート」と「今後の実践宣言シート」をもとに、考えを深めます）。

本日の目標

自身の実践結果や他の参加者との意見交換を踏まえて、**今後の実践宣言をする。**

現場実践の振り返り

グループワーク



60分

- 実践結果を共有しましょう。
- 「現場実践③振り返りシート」はサブ講師もしくは発表者から画面共有をお願いします

共有の流れ 1人あたりの持ち時間：10～15分 ×繰り返し（※グループの人数によって調整してください）

実践結果の共有

- 実践した支援内容の項目番号
- 実践結果の発表

発表時間の目安

1人：6～8分



意見交換

- 具体的な支援内容の助言
- 目標、課題、取り組みたいことに対する感想・助言

発表時間の目安

1人：4～7分

時間配分の目安

発表人数

- 4人の場合：1人あたり合計15分（共有8分、意見交換7分）
- 5人の場合：1人あたり合計12分（共有6分、意見交換6分）
- 6人の場合：1人あたり合計10分（共有6分、意見交換4分）

- 個人の発表では、「現場実践③振り返りシート」の内容を共有しましょう。
- 発表の最後に、**次回の現場実践に向けた取り組みの宣言**をしてください。

現場実践③振り返りシート		第4回 事前課題
地域名（都道府県 or 市町村）		
参加者/サブ講師番号 ※付与されている場合、わからなければ空欄		
前回研修会での実践宣言内容(重点的に取り組もうと思ったこと)		
今回の現場実践での具体的な取り組み内容 ※取り組みにあたって意識した項目内容・番号も記入して下さい。		
グループワークで他の参加者に共有・相談したいこと（取り組む過程での気づき・悩みなど）		

<発表する方>
支援内容の項目番号を用いることを心がけましょう。

<他の参加者>
 発表者の「共有・相談したいこと」について、**コメントや助言**をお願いします。

参照

項目番号については次のページを参照してください。

取り組み事例の紹介

性別		認定区分		主な疾患	
年齢		居住形態			

研修開始 時点での 主な課題	
-------------------------------	--

利用している 介護サービス	
--------------------------	--

この事例を 選んだ理由	
------------------------	--



今回意識して取り組んだ項目（想定される支援内容の番号）

--

取り組みのエピソード（悩んだことや難しかったこと、工夫したことなど）

--



本人や家族、ケアチームのメンバーの行動や発言に見られた変化

Blank area for notes or observations related to changes in behavior or statements.

支援内容やケアプランの変更（現時点で検討中のものを含む）

Blank area for notes or observations related to changes in support content or care plans.



実践を通じて気づいたこと

Blank area for notes on what was realized through practice.

**他のケアマネジャーに伝えたいこと
(自分がやってみて良かったと思った工夫、本手法の捉え方/考え方など)**

Blank area for notes on what to share with other care managers.



自己評価・振り返り

- 研修を通じて、どのような学びや出会いがあったでしょうか？
- 各自で「今後の実践宣言シート」（加筆・修正があれば）及び「アンケート」を記入しながら、振り返りを行きましょう。



研修期間を通じて
どんな変化があった？

- 「今後の実践宣言シート」に基づいて、今後取り組みたいことを共有しましょう。

グループワーク



25分

共有の流れ

1人あたりの持ち時間：4～6分

×繰り返し（※グループの人数によって調整してください）

各自の実践宣言

- ・ 今後の目標、課題、取り組みたいこと
（「今後の実践宣言シート」に基づく）

発表時間の目安

1人：2～3分



研修全体に関する感想の共有

- ・ 他の参加者の宣言へのコメント
- ・ 研修全体に関する感想

発表時間の目安

1人：2～3分

時間配分の目安

発表人数

- ・ 4人の場合：1人あたり合計6分
（実践宣言3分、共有3分）
- ・ 5人の場合：1人あたり合計5分
（実践宣言2分、共有3分）
- ・ 6人の場合：1人あたり合計4分
（実践宣言2分、共有2分）

- 個人の発表では、「今後の実践宣言シート」の内容を共有しましょう。

今後の実践宣言シート		第4回 事前課題
地域名（都道府県 or 市町村）		
参加者/サブ講師番号 ※付与されている場合、わからなければ空欄		
今回の事例について、今後取り組んでいきたいこと（宣言）		
今後、ケアマネジメントにおいて自分自身取り組みたいこと・今回の研修で見えた自身の課題		

<発表する方>
具体的な行動を宣言することを
心がけましょう。

研修を通じて気が付いた、自分
自身の課題などを発表してくださ
い。

今後に向けて

- 第4回研修アンケートは、**1週間以内**に開催者にご提出ください。

参照

提出方法については、「**「適切なケアマネジメント手法」実践研修 参加者ガイド**」のP.38を参照してください。

参加者ガイド：P.38

7 資料の授受方法

資料の提出は原則として電子ファイルをメールで提出してください。

グループワークに必要な資料である「最新のケアプラン」、「現場実践振り返りシート」、「今後の実践宣言シート」については、サブ講師および同じグループの他の参加者にも共有します。

「最新のケアプラン」の電子ファイルでの提出が困難な場合は、開催者にお問い合わせください。