

令和6年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(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策定、普及推進に向けた
調査研究事業 報告書**

令和7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策定、普及推進に向けた調査研究事業 報告書

目 次

第1章 本調査研究事業の概要	1
第1節 本調査研究事業の背景とねらい	1
第2節 過年度の調査研究事業の具体的な実施内容	4
第3節 本事業の実施内容	6
1. 本調査研究事業の検討範囲	6
2. 検討プロセス	6
第4節 検討委員会における議論の概要	12
1. 第1回委員会	12
2. 第2回委員会	13
第2章 全国で活用可能なツールの拡充	15
第1節 はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの成案化	17
1. はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの検討経緯	17
2. はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの公開に向けた検討	18
第2節 疾患別ケアに関するツールの作成	23
第1項 自己点検シートの作成	23
1. 作成のねらい	23
2. 使い方と構成	23
3. 活用効果	24
第2項 項目一覧（ページ分割版）の公開	26
第3項 「適切なケアマネジメント手法」の手引きその3の作成	28
1. 作成のねらい	28
2. 構成と内容	29
3. 各章の作成のポイント	30
第3章 手法の拡充	36
第1節 参照した知見のアップデート箇所の特定	36
1. 手法のアップデートの必要性	36
2. 参照した知見のアップデート箇所の特定方法	36
3. 今後のアップデートの方針	37
第2節 事例に応じて着目すべき視点の検証	38
1. 背景と目的	38
2. 検証の概要	40
3. 事例収集	40

4. 事例レビュー.....	42
5. 今後の検証に向けて.....	53
第4章 他の職種・保険者への普及.....	56
1. 背景と目的.....	56
2. 地域における多職種との連携事例の調査.....	56
3. 今後に向けた課題.....	59
第5章 本調査研究事業のまとめ.....	60
第1節 本調査研究事業の成果.....	60
1. 全国で活用可能なツールの拡充.....	61
2. 適切なケアマネジメント手法の拡充.....	61
3. 普及に向けた取り組み状況の把握.....	62
第2節 今後実施すべきこと.....	63
1. 「適切なケアマネジメント手法」令和7年度改訂版の作成.....	63
2. 多職種協働による実践での手法の活用.....	63
3. 業務への組み込み検討.....	64
4. 手法の普及・活用状況の実態把握.....	64
5. 手法のメンテナンスも含めた長期的な体制等の検討.....	64
巻末資料・別冊資料	

第1章 本調査研究事業の概要

第1節 本調査研究事業の背景とねらい

長寿化に伴い、要介護高齢者の状態はますます多様化している。従来のような在宅から医療機関や介護施設への入院・入所と一方通行で進んでいく流れではなく、自宅と医療機関や介護施設を行き来する高齢者も増えている。また在院日数の減少もあり、介護施設や在宅における医療ニーズの高い高齢者が増加している。加えて、認知症の高齢者の支援ニーズや、介護に関わる家族の支援ニーズも増大している。

今般の診療報酬・介護報酬改定に向けた議論においても、医療と介護の相互のコミュニケーションの重要性が示され、医療機関・介護施設・在宅と高齢者の生活の場や利用する制度が変わっても切れ目のない支援を継続できる体制の構築が求められている。このような状況下で介護支援専門員には、介護の知識だけでなく、医療と円滑に連携するために必要な知見も備えたうえで、医療介護連携のハブ機能となることが期待されている。

一方、独居や高齢者のみ世帯の増加など高齢者の世帯類型や住まい方の多様化への対応等も含めると、医療だけでなくインフォーマルサポートも含めた地域の多様な主体との連携も不可欠である。このように、介護支援専門員が求められるカバー範囲が、これまで以上に多岐に広がっている。介護支援専門員の人材不足も勘案すれば、ケアマネジメントプロセスにおける要介護高齢者に関わる様々な情報の収集・共有を、介護支援専門員が一人ですべて担うことは難しい。むしろ、多職種間で分担して収集・共有し、必要なタイミングで必要な専門職が関わられるような連携体制を構築することが重要となる。こうした体制を構築するためには、介護支援専門員が経験の長短や基礎資格の種類によらず、一定の根拠に基づいた幅広い視点と基礎的な知見を有し、他の専門職との間で、「なぜ、どのような情報の共有が必要なのか」「何のためにどのような支援を実現したいのか」といった視点で、多職種間のコミュニケーションを促し、円滑化させることが求められる。

（「適切なケアマネジメント手法」の検討）

「ニッポン一億総活躍プラン」で2026年度までと予定された「適切なケアマネジメント手法に関する調査研究」は、期別・疾患群別に「想定される支援内容」を整理することにより、将来の生活予測における介護支援専門員の知識水準を確保するとともに、多職種連携の推進を目的としている。

令和2年度には、今後の全国的な普及・浸透を見据え、「わかりやすく」かつ「簡素化」するため、項目間の重複等を整理するなど基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理を行い、「基本ケア」及び5つの「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）を取りまとめた。

これまでに「適切なケアマネジメント手法」をはじめて学ぶ介護支援専門員を対象に「基本ケア」に着目したツール（項目一覧、自己点検シート、適切なケアマネジメント手法の手引き、適切なケアマネジメント手法の手引きその2、（仮称）初学者向けチェックリスト（案））を作成した。また、令和4年度には本手法の活用方法を体得するための研修プログラム「適切なケアマネジメント手法実践研修」を公開した。

（法定研修への「適切なケアマネジメント手法」の内容の追加）

厚生労働省老健局長「「厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準及び介護保険法施行令第三十七条の十五第二項に規定する厚生労働大臣が定める基準の一部を改正する告示」の告示及び適用について（通知）」（令和5年2月22日）において、令和6年4月1日を適用日として、介護支援専門

員の法定研修に「適切なケアマネジメント手法」の内容が追加されることとなった。

図表1. 厚生労働省老健局長「厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準及び介護保険法施行令第三十七条の十五第二項に規定する厚生労働大臣が定める基準の一部を改正する告示」の告示及び適用について(通知)」(令和5年2月22日)

厚生労働省老健局長「厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準及び介護保険法施行令第三十七条の十五第二項に規定する厚生労働大臣が定める基準の一部を改正する告示」の告示及び適用について(通知)」(老発0222第2号、令和5年2月22日)(抜粋)

第1 本告示の趣旨

介護支援専門員に求められる能力や役割の変遷及び昨今の施策動向等を踏まえ、介護支援専門員及び主任介護支援専門員に係る法定研修について、権利擁護・意思決定支援の視点の強化及び適切なケアマネジメント手法(※)に関する内容の追加等を行うため、厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準(平成18年厚生労働省告示第218号)及び介護保険法施行令第三十七条の十五第二項に規定する厚生労働大臣が定める基準(平成18年厚生労働省告示第265号)の一部を改正するもの。

(※)「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」(令和2年度老人保健健康増進等事業)の成果物である「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」等を指す。

(課題分析標準項目の改正)

厚生労働省「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について(令和5年10月16日)において、課題分析標準項目の一部改正¹が示された。

上記改正に関連して、厚生労働省「課題分析標準項目の改正に関するQ&A」の発出について(令和5年10月16日)において、「適切なケアマネジメント手法」との関係性が言及された。

図表2. 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課「課題分析標準項目の改正に関するQ&A」の発出について(令和5年10月16日)

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課「課題分析標準項目の改正に関するQ&A」の発出について(令和5年10月16日)(抜粋)

【全体に関連する内容】

問1 今回、課題分析標準項目を改正することとなった理由如何。

(答)

課題分析標準項目については、これまで大幅な改正は行ってこなかったが、項目の名称や「項目の主な内容(例)」の記載が一部現状とそぐわないものになっていることや、令和6年4月から開始される新たな法定研修カリキュラムにおいて「適切なケアマネジメント手法」が盛り込まれることを踏まえ、当該手法との整合性を図る必要がある(※)ことから、文言の適正化や記載の充実を図ったものである。なお、情報収集項目がこれまでと変わるわけでない。また、「項目の主な内容(例)」について、各項目の解釈の違いにより把握する内容に差異が生じないよう、全体的に具体的な加筆を増やしているが、これらの内容についてすべての情報収集を行うことを求めるものではなく、各利用者の課題分析に必要な情報を判断するための例示であることに留意されたい。

¹ 課題分析標準項目は、「平成11年11月12日老企29号厚生省老人保健福祉局企画課長通知」における「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」において示された内容であり、平成11年以降、大幅な改正は行われていない。

(ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会における「適切なケアマネジメント手法」への言及)

令和6年度に6回にわたり行われた「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会」において、「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会中間整理」(令和6年12月12日)が示され、「4. ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の促進」の一つとして適切なケアマネジメント手法の普及促進について言及がされた。

図表3. 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会中間整理」(令和6年12月12日)

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会中間整理」(令和6年12月12日) (抜粋)
4. ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の促進 (適切なケアマネジメント手法の普及促進)
○「適切なケアマネジメント手法」は、利用者の生活の継続を支えるために、ケアマネジャーの実践知と各職域で培われてきた知見に基づいて想定される支援内容を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメントやモニタリングの項目を整理したものである。
○ ケアマネジャーの質の向上に向けては、この適切なケアマネジメント手法について、適切に理解していくことが重要であり、令和6年4月から施行された法定研修カリキュラムにも盛り込まれたところである。これまでも国や地方自治体において周知が行われてきたところであるが、引き続き、適切なケアマネジメント手法について、ケアマネジャーだけでなく、医療等の関係職種や地方自治体等の関係者も含めて周知することが重要である。

第2節 過年度の調査研究事業の具体的な実施内容

図表4. 過年度の調査研究事業の実施内容一覧

実施年度	実施事項
平成 28 年度	・適切なケアマネジメント手法の検討 ・「脳血管疾患」検討案の作成 ・「大腿骨頸部骨折」検討案の作成
平成 29 年度	・「脳血管疾患」検討案、「大腿骨頸部骨折」検討案の活用効果の検証 ・「心疾患」検討案の作成
平成 30 年度	・「心疾患」検討案の活用効果の検証 ・「認知症」検討案の作成 ・「介護支援専門員向け普及プログラム」の開発
令和元年度	・「認知症」検討案の活用効果の検証 ※新型コロナウイルス感染症の影響により研修が一部中止となったため、翌年も継続実施。 ・「誤嚥性肺炎の予防」検討案の作成 ・「多職種連携促進プログラム」の開発
令和 2 年度	・「認知症」検討案及び「誤嚥性肺炎の予防」検討案の活用効果の検証 ・基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理 ・今後の普及・活用に向けた検討
令和 3 年度	・モデル地域における連続的な実践研修 ・全国展開に向けた普及活動 ・令和 2 年度までに確立した手法の充実
令和 4 年度	・全国を対象とした実践研修によるデータ検証 ・全国的な普及推進活動 ・「適切なケアマネジメント手法」の拡充 ・課題分析標準項目の整理・検討
令和 5 年度	・手法の認知・導入に向けたツールの整備 ・「適切なケアマネジメント手法」の拡充 ・手法の普及に向けた取り組み状況の把握 ・今後に向けた実施事項の整理・検討

平成 28 年度に実施された「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」では、「適切なケアマネジメント手法の検討」に向け、要介護認定の原因疾患の上位であり、地域連携パスが作成されている、「脳血管疾患」及び「大腿骨頸部骨折」について、優れたケアマネジメントを行う介護支援専門員の思考プロセスに関する調査結果を踏まえて、一定の条件下において想定される支援内容が「項目一覧」として整理され、介護支援専門員が備えておくべき知識が「検討案」としてまとめられた。

平成 29 年度の同研究事業では、平成 28 年度の調査研究で作成された「脳血管疾患」及び「大腿骨頸部骨折」の検討案の完成に向けた実践現場における活用効果の検証、及び新たな疾患群として「心疾患（心不全）」の検討案の作成を行った。

平成 30 年度の同研究事業では、検証済みの本手法（「脳血管疾患」及び「大腿骨頸部骨折」）を用いた普及プログラムの開発、平成 29 年度の調査研究事業で作成された「心疾患」の検討案の完成に向けた実践現場における活用効果の検証、及び新たな疾患群として「認知症」の検討案の作成を行った。

令和元年度の同研究事業では、平成 30 年度の調査研究事業で作成された「認知症」の検討案の完成に向けた実践現場における活用効果の検証（新型コロナウイルス感染症の影響で検証が一部中止となったため、翌年度にも継続実施）、及び新たな疾患群として「誤嚥性肺炎の予防」の検討案の作成、「適切なケアマネジメント手法」を多職種協働の場で活用するための「多職種連携促進プログラム」の開発を行った。

令和 2 年度の同研究事業では、平成 28 年度から令和 2 年度までの 5 ヶ年を「第 1 期」として捉え、第 1 期のまとめとして、これまでに作成した基本ケア及び疾患別ケアの再整理及び改訂版の作成、及び平成 30 年度の調査研究事業で作成された「認知症」及び令和元年度の調査研究事業で作成された「誤嚥性肺炎の予防」の検討案の完成に向けた実践現場における活用効果の検証、令和 3 年度以降の「第 2 期」からより多くの介護支援専門員に普及・啓発するため方針の検討を行った。

令和 3 年度の「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業」では、「適切なケアマネジメント手法」の全国的な普及推進や実践での活用を見据えた検討を重点的に行う方向を示した。これらの方針に基づき、「適切なケアマネジメント手法」を体得するための連続的な研修プログラムとして「適切なケアマネジメント手法 実践研修」を開発し、モデル地域において検証を行った。また、今後の手法の全国展開に向け、20 本以上の動画の作成・公開、令和 2 年度に作成した「適切なケアマネジメント手法」の手引きの冊子の配布等を行った。加えて、令和 2 年度までに確立した「適切なケアマネジメント手法」について、さらなる充実の方向性について検討を行った。

令和 4 年度の同研究事業では、「適切なケアマネジメント手法」の実践での活用に向け、令和 3 年度にモデル地域で試行した「適切なケアマネジメント手法 実践研修」について、全国規模での有用性の検証を行った。また、「適切なケアマネジメント手法」の全国的な普及推進活動として、オンラインセミナーの開催や各種 YouTube 動画の作成・公開を実施するとともに、普及状況に関するアンケート調査等を実施し実態把握を行った。そのうえで、地域のケアマネジメントに関わる関係者（介護支援専門員、多職種、保険者、本人・家族など）向けの普及方策の検討として、「適切なケアマネジメント手法」の概要資料を作成し、今後の連携に向けた方策を検討した。加えて、「適切なケアマネジメント手法」の拡充として、拡充方針を検討し、より広い職種・事業者との連携に向けた考え方を整理した。さらに、既存の「課題分析標準項目」について、課題の整理・修正案の作成を行った。

令和 5 年度の同研究事業では、介護支援専門員による「適切なケアマネジメント手法」の実践での活用を念頭に、具体的な活用例を掲載した事例集の作成や初学者も活用可能な（仮称）初学者向けチェックリスト（案）の検証を実施するとともに、「適切なケアマネジメント手法」自体の拡充として知見の改訂箇所の特定や事例の特徴に応じて着目すべき視点のデータセットの作成方法の検証、「適切なケアマネジメント手法」に関する各地域の取り組み状況の把握、今後の方向性についての検討を目的として実施した。

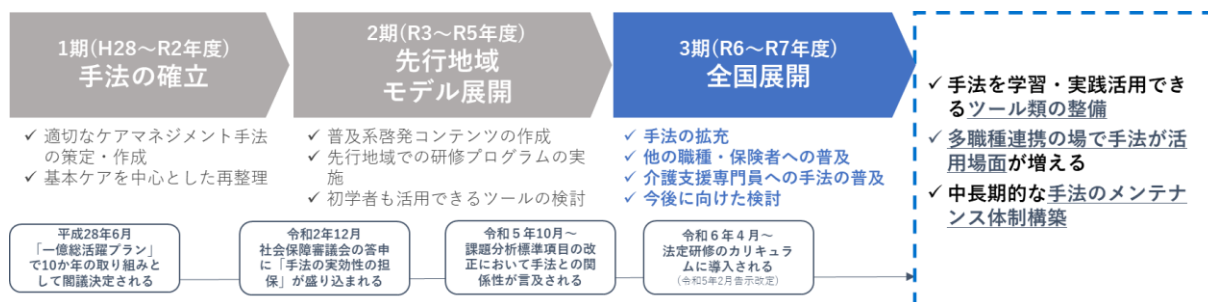
第3節 本事業の実施内容

1. 本調査研究事業の検討範囲

本調査研究事業では、令和6年度から施行された法定研修のカリキュラムに本手法の内容が位置づけられたことを踏まえ、全国的な展開に注力する第3期として、「適切なケアマネジメント手法」のエントリーツール「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド」の成案化や疾患別ケアに関する冊子「適切なケアマネジメント手法の手引き」その3の作成を行った。

また、これまでに作成してきた「適切なケアマネジメント手法」の拡充に向け、これまで参照した知見（ガイドライン・文献等）のアップデートの確認を行うとともに、実践での活用を見据えたデータベース作成に向けた検証を実施した。加えて、地域のケアマネジメントに関わる関係者（介護支援専門員、他の職種、保険者）への「適切なケアマネジメント手法」の普及に向けた先進事例の探索や今後に向けた検討を行った。

図表5. 本事業の展開及び実施事項

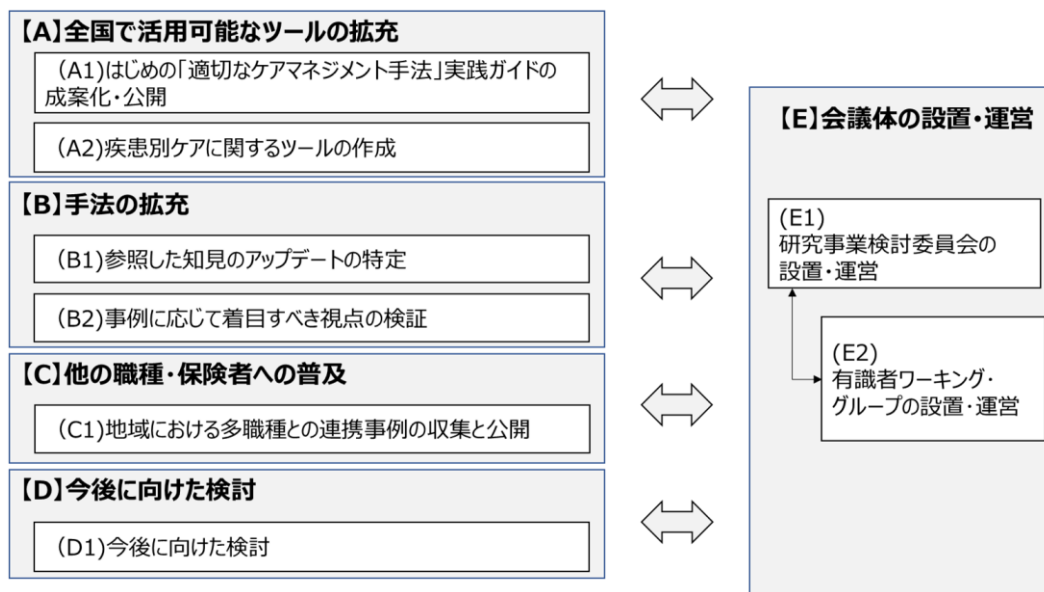


2. 検討プロセス

本調査研究事業では検討の場として、検討委員会を設置するとともに、効果的な検討を行うために、有識者からなるワーキング・グループを設置した。

ワーキング・グループでは、はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド、「適切なケアマネジメント手法の手引き」その3の監修の検証手順及び結果の示し方の検討等について取り扱った。データ検証等は、検討委員会に計画を提出のうえ、具体的な内容についてはワーキング・グループの助言や協力を受けながら実施した。

図表6. 本事業の実施プロセス



(資料) 日本総研作成

(1) 全国で活用可能なツールの拡充

① はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの成案化・公開

過年度事業において「適切なケアマネジメント手法」をはじめて学ぶ介護支援専門員を想定し作成したはじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドについて、令和5年度の試行検証結果を踏まえ、成果に向けて項目内容や表現、実践ガイドの構成の修正を行った。また、実践ガイドの公開に際し、付属するツールとして、実践ガイドの考え方や使い方、留意点についてまとめた説明資料を作成した。

② 疾患別ケアに関するツールの作成

令和6年度より、介護支援専門員の法廷研修のカリキュラムの内容に本手法が組み込まれたことも踏まえ、「基本ケア」だけではなく「疾患別ケア」についての解説を求める声も多く寄せられている。

疾患別ケアのツールとして、「適切なケアマネジメント手法」疾患別ケアについて、疾患別ケアに関する概要版項目一覧(冊子版)、自己点検シートを作成した。また、「疾患別ケア」の各項目の解説をはじめ、「基本ケア」との関係性や「疾患別ケア」を活用した多職種との連携事例の解説等を盛り込んだ冊子「適切なケアマネジメント手法の手引き」その3を作成した。

(2) 手法の拡充

① 参照した知見のアップデートの特定

「適切なケアマネジメント手法」の作成にあたり参照した知見について、①過去に参照したガイドライン、テキスト等の改定の反映、②新たに発行されたガイドライン類の知見の取り組みの観点から、手法への反映の必要性等を検討した。また、今後の手法のブラッシュアップ方針についても整理した。

② 事例に応じて着目すべき視点の検証

「適切なケアマネジメント手法」の基本ケアの「想定される支援内容」44項目は、高齢者の生活の継続

を支援するうえで基盤となる支援内容を整理したものである。ケアマネジメントの実践においては、「想定される支援内容」の44項目をまんべんなく取り組むのではなく、高齢者の状況や状態を踏まえて優先順位をつけながら支援を行う必要がある。本手法の実践での活用を見据えるのであれば、高齢者の状況や状態の特徴に応じて「想定される支援内容」の優先順位のつけ方のガイドや、優先的に着目すべき「想定される支援内容」の提示も検討が必要である。

今後の実践での活用を見据え、「適切なケアマネジメント手法」の基本ケアを活用する際に、「事例概要からどのような視点に着目すべきかを示すデータセット」の整備をすることを目指し、令和5年度事業では、パイロットスタディを実施し、スペシャリストレビュー形式のデータセット作成方法案を取りまとめた。

今年度の検証では、昨年度のデータセット作成方法案について検証規模を拡大し、全国から事例レビュー検証の材料となる事例462件を収集し、そのうち160事例について事例レビュー検証を実施した。

(3) 他の職種・保険者への普及

今後の検討材料とするため、①過年度のヒアリング結果、②公開情報（HP等）による調査、③地域の介護支援専門員からの問い合わせや情報提供を基に、各地域における「適切なケアマネジメント手法」の普及・活用状況を把握した。特に、「適切なケアマネジメント手法」について、現在担当している事例を基に実践的に学ぶ取り組みや多職種とともに手法を活用する取り組みを中心に情報収集を行った。

また、令和5年度事業にて作成した「適切なケアマネジメント手法の手引き」その2について、全国の研修実施機関等へ8,985部配付した。

(4) 今後に向けた検討

「適切なケアマネジメント手法」は、「ニッポン一億総活躍プラン」において2026年度までの実施と予定された事業である。平成28年度から令和2年度の5ヵ年を第1期とし、手法の策定を行った。また、令和3年度から令和5年度までは第2期と定め、普及推進に取り組んできた。令和5年度に発表された介護支援専門員の法定研修のカリキュラム改定により、令和6年度より介護支援専門員の法定研修に「適切なケアマネジメント手法」が組み込まれたことにより、これまで以上に多くの介護支援専門員が「適切なケアマネジメント手法」を学ぶことになる状況も踏まえて、第3期の活動を進めてきた。

最終年度となる令和7年度に向け、本事業の到達すべき点などについて検討委員会、ワーキング・グループで議論した。

(5) ワーキング・グループでの検討

ワーキング・グループでは、全国で活用可能なツールの拡充の検討（はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド、「適切なケアマネジメント手法の手引き」その3の監修）、「適切なケアマネジメント手法」の拡充の検討、普及に向けた取り組み状況の把握、今後に向けた検討を行った。ワーキング・グループはケアマネジメントの実務に明るい有識者で構成した。

図表7. 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6年8月21日	● 今年度事業の実施内容について ● 全国で活用可能なツールの拡充について ● 手法の拡充について
第2回	令和6年10月4日	● 全国で活用可能なツールの拡充について ● 手法の拡充について ● 他の職種・保険者への普及 ● 今後に向けて実施すべき事項
第3回	令和6年11月21日	● 全国で活用可能なツールの拡充について ● 手法の拡充について ● 他の職種・保険者への普及
第4回	令和7年1月10日	● 全国で活用可能なツールの拡充について ● 手法の拡充について
第5回	令和7年2月26日	● 全国で活用可能なツールの拡充について ● 手法の拡充について

(6) 検討委員会での確認・検討

検討委員会では、本調査研究事業の方向性や、手法のさらなる実践活用や多職種連携に向けた方策の検討、令和7年度以降の方向性について議論を行った。

図表8. 検討委員会における検討経緯

回	日程	主な検討事項
第1回	令和6年9月19日	● 本調査研究事業と本年度の実施事項の概要について ● 各実施事項について ①他の職種・保険者への普及 ②手法の認知・導入に向けたツールの整備 ③手法の拡充 ④今後に向けた検討
第2回	令和7年3月19日	● 本年度の実施事項の概要について ● 各実施事項について ① 全国で活用可能なツールの拡充 ② 手法の拡充 ③ 手法の普及・活用に向けた取り組み状況の把握 ④ 今後に向けた検討

検討委員会委員名簿(50 音順、敬称略)

図表9. 検討委員会委員名簿

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
井深 宏和	公益社団法人日本薬剤師会 理事
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
遠藤 征也	一般財団法人長寿社会開発センター 事務局長
川越 正平	松戸市医師会 会長
清水 恵一郎	医療法人社団清令会 阿部医院 理事長
鈴木 邦彦	医療法人博仁会 志村大宮病院 理事長・院長
武久 洋三	平成医療福祉グループ 会長
田母神 裕美	公益社団法人日本看護協会 常任理事
新田 國夫	一般社団法人全国在宅療養支援医協会 会長 兼 一般社団法人日本在宅ケアアライアンス 理事長
野村 圭介	公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
濱田 和則	一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
東 祐二	一般社団法人日本作業療法士協会 事務局長
○三浦 久幸	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部 部長

○印：委員長

ワーキング・グループ委員名簿（50 音順、敬称略）

図表10. ワーキング・グループ委員名簿

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 事務局長
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 兼 一般社団法人広島県介護支援専門員協会 会長
○川越 正平	松戸市医師会 会長
齊藤 眞樹	社会医療法人仁生会 西堀病院 経営企画部・在宅事業部 部長
高田 陽介	武蔵野市 健康福祉部 高齢者支援課 介護保険係長
能本 守康	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
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 理事

○印：座長

オブザーバ名簿(敬称略)

図表11. ワーキング・グループオブザーバ名簿

氏 名	所属先・役職名
松山 政司	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 課長補佐
上柳田 雪花	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 人材研修係長
首藤 俊彰	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 人材研修係
鈴木 加奈子	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 人材研修係
村山 いずみ	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 人材研修係

第4節 検討委員会における議論の概要

1. 第1回委員会

(1) 議事

- 本調査研究事業と本年度の実施事項の概要について
- 各実施事項について
 - ①他の職種・保険者への普及
 - ②手法の認知・導入に向けたツールの整備
 - ③手法の拡充
 - ④今後に向けた検討

(2) 委員意見概要

① 他の職種・保険者への普及

- 行政の担当者には手法の細かな部分を理解していただくよりも、連携事例を通じて手法を理解してもらいたい。
- 市町村の担当者向けにケアマネジメント及び手法に関する講義等を実施することで、市町村の職員への手法の普及につながる。
- 現在は手法の普及方法が各地域に委ねられているが、手法の本質的な部分については、法定研修の講師が共通の質で指導できるような体制を整備すべきだ。また、ケアマネジメントは事例の状況に応じて変化するものであるため、手法を画一的に適用するのではなく、個々の事例に応じたケアマネジメントが重要であるという点は強調する必要がある。
- サービス担当者会議、退院前カンファレンス、多職種研修会、地域ケア個別会議など多様な会議体において手法を活用して実施することができると、手法の普及が進むだろう。

② 手法の認知・導入に向けたツールの整備

((仮称) 初学者向けチェックリスト (案) の成案化・公開)

- 経験の少ない介護支援専門員を対象とすると難しいと感じる方もいるだろう。一定の経験はあるが、実践において手法をはじめて学ぶ介護支援専門員を対象とするのが良い。
- 本ツールは最低限確認すべきものだと理解していただけるよう、留意点や使い方を示したマニュアルが必要である。また、小規模な居宅支援事業所が多い中で、どのように活用していくかを示すことができると良い。
- 利用者の大切な人生に関わるものであるため、「チェックリスト」という名称は再考すべきだ。

(疾患別ケアに関するツールの作成)

- 法定研修のカリキュラムには疾患別ケアに関する内容も含まれる。疾患別ケアのツール類については早めに作成・公開を進めると良い。
- 疾患別ケアに関する手引きの中では、リハビリテーション・栄養・口腔の一体的な取り組みの好事例を掲載できると良い。

③ 手法の拡充

(参照した知見のアップデートの特定)

- 認知症の人の意思決定支援ガイドラインの改訂は確認すべきだ。
- ガイドライン等は随時アップデートがされている。介護支援専門員が最新の主な知見にアクセスできるようにしくみが重要である。

(事例に応じて着目すべき視点の検証)

- レビューはそれぞれ所有資格や価値観に違いがあるため、視点のすり合わせには難しさもある。

④ 今後に向けた検討

- これまで策定を進めてきた手法について、継続的なアップデートの体制について検討すべきだ。取り組みを継続できるようにしかるべき機関に引き継ぐ必要がある。
- 知見のアップデートや今後の手法のメンテナンスの体制検討が重要だ。また、手法を正しく理解する介護支援専門員を増やすことも重要だ。
- 手法を通じて、多職種に介護支援専門員の学習内容・考えていることを知ってもらうことが必要だ。地域ケア会議等で専門職との共通言語として手法を活用することができると、介護支援専門員の専門性や生活の視点の重要性が多職種に伝わる。
- 介護支援専門員の人材不足が懸念される中で、介護支援専門員に求められることは増えている。人材不足という問題にも考慮しながら取り組みを進めていくことが重要である。

2. 第2回委員会

(1) 議事

- 本年度の実施事項の概要について
- 各実施事項について
 - ① 全国で活用可能なツールの拡充
 - ② 手法の拡充
 - ③ 手法の普及・活用に向けた取り組み状況の把握
 - ④ 今後に向けた検討

(2) 委員意見概要

① 全国で活用可能なツールの拡充

(はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの作成・公開)

- 適切なケアマネジメント手法のねらいや基本ケアを十分に理解していない段階で実践ガイドを学び、手法を理解したと誤解しないような工夫が必要だ。
- 実践現場で指導的な立場になることが期待される主任介護支援専門員に向けた周知等を検討しても良いだろう。

(疾患別ケアに関するツールの作成・公開)

- 適切なケアマネジメント手法を学習する際には、まず手法のねらいや活用する意義などを理解することが重要だ。また疾患別ケアの前には、基本ケアを学習すべきであるという点は十分に強調するべきである。
- 疾患別ケアで取り扱う疾患では、食事や栄養の関わりも大きい。今後は管理栄養士の意見も取り入れられると良い。
- 複数疾患を持つ利用者や終末期を迎えた利用者など、本手法では整理しきれない部分もある。今後の検討課題としていただきたい。

② 手法の拡充

(適切なケアマネジメント手法のブラッシュアップ方針)

- 適切なケアマネジメント手法のブラッシュアップに際しては、現職の介護支援専門員より伝わりやすい書き方・表現などについて聴取した方が良い。

(事例に応じて着目すべき視点の検証)

- 事例概要情報の記入内容やレビュー検討会での議論の方法は改善の余地があると感じた。
- ケアマネジメントの実践の過程では複雑な思考過程がある。想定される支援内容の項目番号以外

を検討する思考過程も重要であると伝えることが必要だ。

③ 手法の普及・活用に向けた取り組み状況の把握

- リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取り組みが強化される中で、口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防にも関連するため重要である。
- リハビリテーションについては、運動面・機能面の向上だけでなく、実生活での活動や参加につなげていくことが重要であると考えている。
- 適切なケアマネジメント手法は多職種の共通言語としての活用が見込まれる。介護支援専門員が多く連携するのは介護職員だ。介護職員との連携を見込んだ研修の実施も検討が必要だ。
- 適切なケアマネジメント手法は保険者による活用も想定される。医療や介護の専門職でない担当者であっても手法の活用方法が理解できるよう、保険者向けの研修も検討が必要だ。

④ 今後に向けた検討

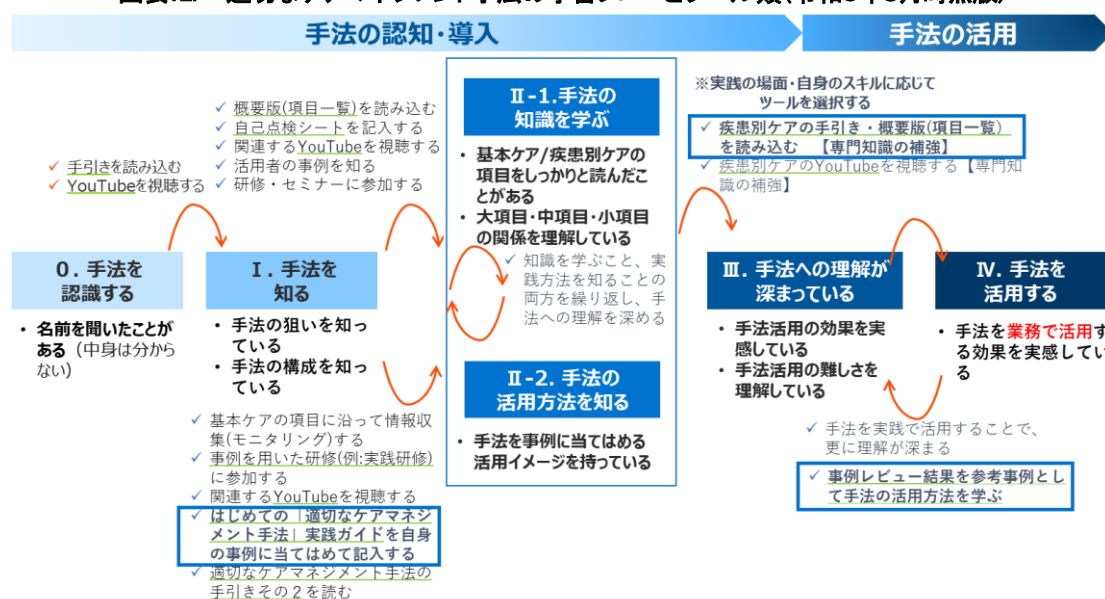
- 適切なケアマネジメント手法が目指す姿や10年間の取り組みの評価指標、目指す姿に対する現時点の課題などを再整理する必要がある。
- 10ヵ年の事業が終了した令和8年度以降も継続的に適切なケアマネジメント手法をメンテナンスする体制の構築を検討する必要がある。
- 適切なケアマネジメント手法を広く普及するには、各地域で多職種とともに研修を実施するのが良いだろう。自治体や研修実施機関が主体となって進める事例が増えると良い。
- 適切なケアマネジメント手法の普及に向けては、手法を指導する講師の養成も重要である。

第2章 全国で活用可能なツールの拡充

過年度の適切なケアマネジメント手法に関する事業では、適切なケアマネジメント手法の普及・活用に向けて様々なツール類を整備してきた。ツール類について適切なケアマネジメント手法を認知し、実際に実践活用するための学習フローに沿って整理をした。

適切なケアマネジメント手法の学習フローをそれぞれの過程において学ぶべきツールは図表 12 のとおりである。

図表12. 適切なケアマネジメント手法の学習フローとツール類(令和6年3月時点版)



0. 手法を認知する

適切なケアマネジメント手法の名前を聞いたことがあるが、中身はわからない

I. 手法を知る

手法の狙いや構成を知っている

ここに至るまでに活用できるツール等:

- ✓ 「適切なケアマネジメント手法の手引き」
- ✓ 解説動画「適切なケアマネジメント手法の概要と活用」

II-1. 手法の知識を学ぶ

基本ケア/疾患別ケアの項目をしっかりと読んだことがある

大項目、中項目、小項目の関係を理解している

ここに至るまでに活用できるツール等:

- ✓ 概要版(項目一覧)
- ✓ 自己点検シート
- ✓ 適切なケアマネジメント手法の手引きの解説動画、実践セミナー
- ✓ 適切なケアマネジメント手法の手引きその3 疾患別ケアを学ぶ

Ⅱ-2. 手法の活用方法を知る

手法を事例に当てはめる活用イメージを持っている

ここに至るまでに活用できるツール等:

- ✓ 適切なケアマネジメント手法 実践研修
- ✓ 適切なケアマネジメント手法の手引きその2 実践事例に学ぶ手法の使い方
- ✓ はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド

Ⅲ. 手法への理解が深まっている

手法活用の効果を実感している

手法活用の難しさを理解している

ここに至るまでに活用できるツール等:

- ✓ 事例レビュー結果のデータベース(未公開、今年度事業にて方法を検討)

Ⅳ. 手法を活用する

手法を業務で活用する効果を実感している

ここに至るまでに活用できるツール等:

- ✓ 業務での活用

特に今年度事業では、「Ⅰ. 手法を知る」から「Ⅱ-2. 手法の活用方法を知る」に至るための「はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド」や「Ⅱ-1. 手法の知識を学ぶ」から「Ⅲ. 手法への理解が深まっている」に至るための疾患別ケアに関するツール類の作成に取り組んだ。令和6年度より法定研修のカリキュラムに疾患別ケアを含めた手法が導入されたことを踏まえると、手法の活用方法を知るためのツールや疾患別ケアの知識を学び深めるためのツールの作成は非常に重要であると考え。以降では、各ツールの具体的な内容について説明する。

第1節 はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの成案化

1. はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの検討経緯

令和3、4年度の「適切なケアマネジメント手法 実践研修」の試行実証及び全国的な検証により、「適切なケアマネジメント手法」について一定の学習経験を有する介護支援専門員であれば、対象となる利用者の状況を踏まえて仮説を構築したうえで、基本ケア 44 項目の中から優先的に取り組みが必要な項目を選定し、詳細な情報収集に取り組むことができるとわかった。

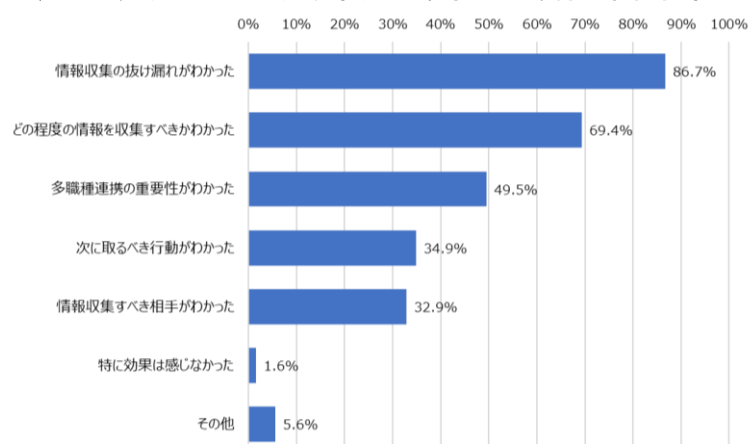
一方、実践研修で「適切なケアマネジメント手法」をはじめて学んだ介護支援専門員からは、「事例の状況を踏まえてどの内容に着目したら良いかわからなかった」「項目を選ぶことはできたが、その先の情報収集において、具体的にいつ・誰に・どのような伝え方・声かけをすれば良いかわからなかった」という意見も挙げられた。「適切なケアマネジメント手法」を実践での活用につなげるためには、「適切なケアマネジメント手法」の学習状況も考慮したうえで、手法の活用をサポートするようなツール・プログラムが必要であると考えられる。

令和6年度から法定研修のカリキュラムに「適切なケアマネジメント手法」が位置づけられたことを踏まえると、「適切なケアマネジメント手法」をはじめて学ぶ介護支援専門員がこれまで以上に増えることが想定される。そこで、「適切なケアマネジメント手法」をはじめて学ぶ介護支援専門員に対しても、「適切なケアマネジメント手法」の実践での活用をより簡単にイメージできるような「適切なケアマネジメント手法」のエントリーツールとして令和3年度より検討を開始した。

はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドは、高齢者の生活状況に応じて一定の類型を設定²したうえで、その類型の特徴を踏まえて、最低限取り組むべき「想定される支援内容」（12～13 項目）と各項目において実施すべき事項を取りまとめた。はじめて手法を学ぶ介護支援専門員からの課題としてよく挙がる「何を目指して」「誰に対して」「何を行うべきか」等の具体的な行動指針まで示している。

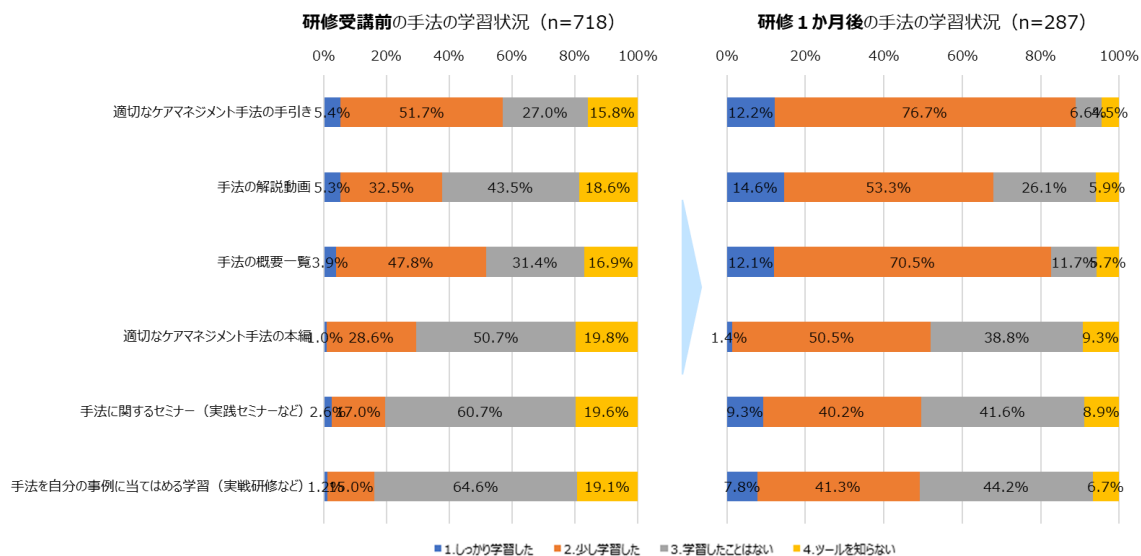
令和5年度事業では、介護支援専門員 859 名の協力を得て、はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの項目構成や内容、難易度の妥当性、活用における負担感を検証し、実践ガイドの妥当性を確かめるとともに、ケアマネジメントにおける視点の抜け漏れに気がつく効果や適切なケアマネジメント手法の学習につながる効果が確認された。

図表13. 実践ガイドの活用効果(n=751, 令和5年度事業検証結果より)



² 令和3年度は「独居世帯」、令和4年度は「高齢者のみ世帯」について（仮称）初学者向けチェックリスト（案）の検討を行った。

図表14. 実践ガイド活用前後での学習状況の変化(令和5年度事業検証結果より)



2. はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの公開に向けた検討

(1) はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの位置づけ

はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドは、適切なケアマネジメント手法のエントリーツールとしてケアマネジメントにおける視点の抜け漏れに気がつく効果や適切なケアマネジメント手法の学習につながる効果が確認されている。一方、手法をはじめて学ぶ介護支援専門員が一人で実践ガイドを使うことにより手法本編の学習へ上手く進むことができない、わからなかった点について確認することができない等の課題があることもわかった。

そこで、実践ガイドの対象者を「手法をはじめて学ぶ介護支援専門員とそれを指導・助言する人」と定めた。また、実践ガイドのねらいや対象者を踏まえ、位置づけを下記のとおり定めた。

- ✓ 法定研修で手法を学んだ介護支援専門員が手法の実践での活用イメージを持つ
- ✓ 情報の抜け漏れや多職種と連携した情報収集・情報共有へ意識を向けることをうながす
- ✓ 手法に関する他の学習ツールを学習するきっかけとする

なお、上記対象者や位置づけは検討委員会での意見を踏まえ、昨年度までの「(仮称) 初学者向けチェックリスト (案)」という呼称を「はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド」と修正した。

(2) はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの成案化

① 項目内容の修正

令和5年度の検証結果を踏まえ、項目のチェック率が低い(30%未満)項目や記入者がチェックに迷う項目について表現や難易度の修正を行った。主な修正点は下図のとおりである。

図表15. 実践ガイド(高齢者のみ世帯)の主な修正点

項目番号	修正前	修正後（変更点は青太字）	修正した理由
⑰	本人から、自身の療養上の留意点の認識を聞き取りした	ご本人から、自身の療養上の留意点への理解の状況を聞き取りした	・「本人の病気に対する理解」といった表現の方がわかりやすいという意見があったため
⑲	普段の食事の量と内容に関する情報を、カロリーや栄養のバランスの概略がわかる程度に収集した	ご本人や同居者、ケアチームから、普段の食事の量と内容に関する情報を、おおまかな摂取カロリーや栄養のバランスの概要がわかる程度に収集した	・誰に聞くと良いかわからないという意見があったため ・正確なカロリーの把握は難しくチェック率が低かったため
⑳	普段とっている食事の内容を踏まえ、フレイル予防の観点に立ったリスクチェックをかかりつけ医や他の専門職に依頼した	普段とっている食事の内容を踏まえ、フレイル予防の観点に立ったリスクチェック（例：栄養状態、摂食嚥下の状況、口腔内の状況などの確認）をかかりつけ医や他の専門職に依頼した	・リスクチェックが何を指すかを明示するため
㉒	ご本人の普段の排泄量を推計した	ご本人の普段の排泄回数の確認を通じて、排泄量を推計した	・排泄量の推計は難しくチェック率が低かったため ・何を基に考えると良いかわからないという意見があったため
㉔	水分収支に課題がある場合に課題解決の方策を検討し、ご本人及び同居者、ケアチームに共有した	水分収支に課題がある場合に課題解決の方針をケアチームで検討・共有し、ご本人及び同居者にも共有した	・介護支援専門員が一人で考えるような印象を与える項目であったため
㉗	ご本人あるいは同居者から体調管理（体重、体温、血圧等）の実施状況を聞き取りした	ご本人や同居者、ケアチームから体調管理（体重、体温、血圧等）の実施状況を聞き取りした	・ケアチームから情報提供も多い事項であるため

図表16. 実践ガイド(独居世帯)の主な修正点

項目番号	修正前	修正後（変更点は青太字）	修正した理由
⑦	介護者及びケアチームに本人の日課を共有した	⑥で聞き取りした本人の日課を介護者及びケアチームに共有した	・⑥（本人への日課の聞き取りの項目）と重複感があるとの意見により違いをはっきりさせるため
⑩	ご本人と共に活動する地域の多様な主体から、活動時のご本人の状況を情報収集した	削除	・多様な主体への聞き取りは難しくチェック率が低かったため ・⑧（本人への活動状況の聞き取り）重複感があるとの意見があったため
⑮	個別ケアの工夫に反映し、その状況の変化をモニタリングでも把握するよう依頼した	ご本人が捉えている強みやジレンマを個別ケアの工夫に反映し、その状況の変化をモニタリングでも把握するよう依頼した	・質問の意図が捉えにくいという意見があり説明を補ったため

②①	ケアマネジャー自身で本人の口腔内の様子を観察した	ケアマネジャー自身で本人の口腔内の様子（例：歯の状態、かみ合わせの状態、口腔内の状態）を簡単に観察した	・口腔内で確認すべき事項を明示するため ・口腔内をじっくり観察するのではなく少し見せてもらうというニュアンスを伝えるため
②④	普段の食事の量と内容に関する情報を、カロリーや栄養のバランスの概略がわかる程度に収集した	ご本人やケアチームから、普段の食事の量と内容に関する情報を、おおまかな摂取カロリーや栄養のバランスの概要がわかる程度に収集した	・誰に聞くと良いかわからないという意見があったため ・正確なカロリーの把握は難しくチェック率が低かったため
②⑤	普段とっている食事の内容摂取嚥下リスクのチェックを専門職に依頼した	削除	・③①と重複感があり、統合するため
②⑧	ご本人の普段の排泄量を推計した	ご本人の普段の排泄回数を通じて、排泄量を推計した	・排泄量の推計は難しくチェック率が低かったため ・何を基に考えると良いかわからないという意見があったため
②⑨	水分収支に課題がある場合に、課題解決の方策を検討し、ケアチームに共有した	水分収支に課題がある場合に課題解決の方針をケアチームで検討・共有し、ご本人及び同居者にも共有した	・介護支援専門員が一人で考えるような印象を与える項目であったため
③①	懸念がある場合について、専門職にリスクチェックを依頼した	摂食嚥下の状況に懸念がある場合について、専門職にリスクチェック（例：栄養状態、摂食嚥下の状況、口腔内の状況などの確認）を依頼した	・リスクチェックが何を指すかを明示するため
③②	リスクチェックの結果をケアチームに共有するとともに、定期的なリスクチェックを依頼した	リスクチェックの結果をケアチームに共有するとともに、定期的なリスクチェック（例：食事内容、摂食嚥下の状況、口腔内の状況などの確認）を依頼した	・定期的なリスクチェックが何を指すかを明示するため
④①	介護サービスに使える金額の水準と金銭管理の方法について、ご本人から聞き取りした	介護サービスに使える金額の水準と金銭管理の方法について、ご本人あるいは家族等から聞き取りした	・ご本人には聞き取れないケースの場合もあるため

② 項目構成の修正

令和5年度の検証の結果を踏まえ、実践ガイドの構成について下記の修正を行った。

A. 実践ガイドの継続的な利用

同一の事例について継続的なチェックを実施できるように2回分のチェック欄を設けた。

B. 適切なケアマネジメント手法の他の学習ツールにつなげる工夫

実践ガイドで挙げられている「想定される支援内容」の項目番号の詳細を確認したいと思った際に、すぐに参照できるように各項目の詳細を紹介するページへのリンク（QRコード）を掲載した。

C. チェックがつかない場合の対応の追記

チェックがつかない場合の個別事例の対応については、周囲や地域の相談できる介護支援専門員とともに検討し、時間をかけて追加の情報収集を実施する必要がある点を追記した。

(3) はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの説明書の作成

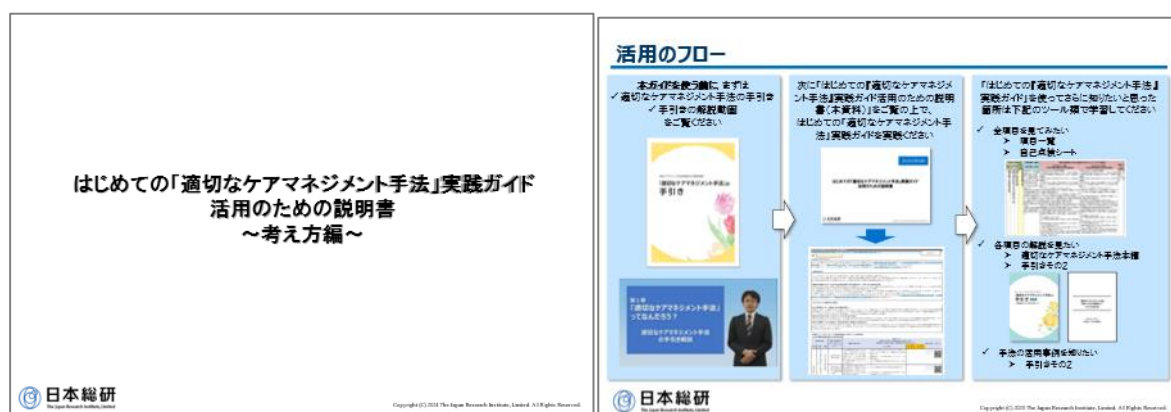
実践ガイドの活用には、事前に適切なケアマネジメント手法や実践ガイドのねらいや概要を知っておくことが重要である。令和5年度の検証の際も、すべての検証参加者に事前資料として適切なケアマネジメント手法の手引きや項目一覧を配布し、事前講義として手法のねらい、概要、構成及び実践ガイドのねらいや使い方を説明したうえで、実践ガイドを記入した。

実践ガイドが広く公開された後も、同様に手法や実践ガイドのねらいや概要を知ったうえで活用してもらうために、実践ガイド活用のための説明書を作成した。説明書は手法のねらい・概要、実践ガイドのねらいや構成などを中心に説明する「考え方編」と、実践ガイドの使い方を説明する「使い方編」に分けて作成した。

説明書においては、①事前に手引きや解説動画を見て手法を知ること、②手法のねらいや構成等の最低限の知識を伝えること、③実践ガイドで取り扱っている内容は基本ケアの一部であり手法のすべてではないこと、④指導・助言をする介護支援専門員と相談しながら活用すること、をしっかりと強調し、手法本編の学習へ上手に進むことができない、わからなかった点について確認することができない等がないように十分留意して作成した。

図表17. 実践ガイド活用のための説明書～考え方編～の構成

1	「適切なケアマネジメント手法」ねらいと概要
2	「基本ケア」の構成と項目
3	想定する活用場面
4	本ガイドのねらいと概要



図表18. 実践ガイド活用のための説明書～使い方編～

1	はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドとは
2	実践ガイド活用のフロー
3	本ガイドの構成
4	高齢者のみ世帯の実践ガイドの使い方
5	独居世帯の実践ガイドの使い方



(4) はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの活用方法と公開方法

令和5年度の検証結果を踏まえ、実践ガイドは手法をはじめて学ぶ介護支援専門員が一人で活用するのではなく、下記のような場面での使い方を推奨する。

- 日常のOJT指導の場面
 - 手法をはじめて学ぶ介護支援専門員のアセスメント・モニタリングの抜け漏れを、指導・助言する介護支援専門員と一緒に確認するためのツール
 - 指導・助言する介護支援専門員が、手法をはじめて学ぶ介護支援専門員に手法を教える際の共通言語とする
- 研修の場面での活用
 - 手法をはじめて学ぶ介護支援専門員が手引きや解説動画を見たうえで、説明書を読み、実践ガイドを記入する等の研修パッケージとして手法を学ぶ

そこで、実践ガイドと一緒に活用することを推奨するツールとして、下記のツール類を一式で提示することとした。

- ① はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド
- ② 実践ガイド活用のための説明書 ～考え方編～
- ③ 実践ガイド活用のための説明書 ～使い方編～
- ④ 適切なケアマネジメント手法の手引き
- ⑤ 項目一覧（概要版）基本ケア
- ⑥ 自己点検シート 基本ケア

第2節 疾患別ケアに関するツールの作成

第1項 自己点検シートの作成

1. 作成のねらい

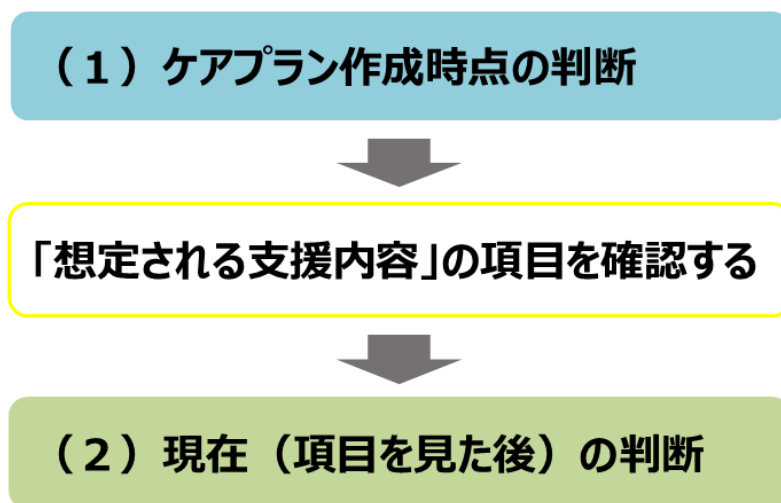
過年度の検討・実証等により、担当する実事例を本手法にあてはめて実施する「自己点検」が本手法の理解や体得において有効であるとわかった。令和3年度・令和4年度に実施した「適切なケアマネジメント手法 実践研修」では、研修参加者が研修期間中に複数回「自己点検」を実施することで、本手法への理解の高まりや、本手法による情報収集の充実などの効果が確認できた³。

令和6年度より、法廷研修のカリキュラムに「適切なケアマネジメント手法」の内容が追加されたことを踏まえ、「疾患別ケア」についても、介護支援専門員が実事例にあてはめた「自己点検」を行えるよう、「自己点検シート」を作成し公開した。

2. 使い方と構成

「自己点検シート」を活用した「自己点検」は、(1) ケアプラン作成時点の判断を振り返って記入したうえで、改めて本手法の「想定される支援内容」の項目を確認し、その後、(2) 現在（項目を見た後）の判断を記入する流れで実施する。

図表19. 「自己点検シート」を活用した「自己点検」の流れ



「(1) ケアプラン作成時点の判断」では、本手法の「想定される支援内容」の各項目に関して、①情報収集を行ったか、②支援の必要があると判断したかどうか、(②で支援の必要があると判断した場合) ③ケアプランへの位置づけを行ったかどうかを記入する。

「(2) 現在（項目を見た後）の判断」では、本手法の「想定される支援内容」の各項目に関して、④現時点で支援の必要性があるかどうか、⑤支援内容の見直しの必要性があるかどうかを記入する。そのうえで、(支援内容の見直しの必要があると判断した場合) ⑥追加すべき支援内容や⑦縮小すべき支援内容を具体的に記入する。

³ 「基本ケア」の自己点検シートは、令和4年度に公開済み。

図表20. 自己点検シート案(脳血管疾患Ⅰ期)

自己点検シート案(脳血管疾患Ⅰ期) 令和6年12月1日時点版				「自己点検」で回答する項目						
「適切なケアマネジメント手法」疾患別ケアの項目(脳血管疾患Ⅰ期)										
想定される支援内容				(1) ケアプラン作成時点の判断			(2) 現在(項目を見た後)の判断			
大項目	中項目	小項目	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	④現時点で支援の必要性	⑤支援内容の見直しの必要性	⑥追加すべき支援内容	⑦縮小すべき支援内容
				○: 情報収集を行った ×: 情報収集を行っていない ⇒全員【設問3へ】	○: 支援が必要だと判断した ⇒【設問3へ】 ×: 支援は必要だと判断した ⇒【設問3へ】 ▲: 検討しなかった ⇒【設問3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 ⇒全員【設問3へ】 ▲: 検討しなかった ⇒【設問3へ】	○: 支援が必要である ⇒【設問3へ】 ×: 支援は不要である ⇒【回答終了】	1: 支援内容は当初のままで良いと考えた ⇒【回答終了】 2: 支援内容を見直す(追加あるいは縮小する)必要があると考えた ⇒【設問3へ】	追加が必要と思われる具体的な支援内容(自由記述)	縮小が必要と思われる具体的な支援内容(自由記述)
1再発予防	1-1 血圧や疾病の管理の支援	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	1 基本的な疾患管理の支援 ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施							
		1-1-2 血圧等の体調の確認	2 目標血圧が確認できる体制を整える							
			3 家庭(日中)血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える							
		1-1-3 環境整備	4 室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施							
		1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供	5 高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施							

「自己点検シート」を用いた「自己点検」の方法は、過年度に公開した YouTube 動画内でも解説している。(動画内では「基本ケア」の自己点検シートを用いて解説している。「自己点検シート」の構成は「基本ケア」と「疾患別ケア」とともに同じである。)

図表21. 「自己点検」「実践研修」効果・意義について(日本総研公式 YouTube)



<https://youtu.be/SShQ-fY6o0Q?si=Tf-ZEe9kZ9SnLvIU>



3. 活用効果

「自己点検シート」を用いた「自己点検」では、ケアプラン作成時点の視点の抜け漏れに気づくこと、情報収集の深掘り・再確認ができること、多角的な視点による情報の充実につながる事が期待できる。

ケアプラン作成時点の視点の抜け漏れに気づく

「適切なケアマネジメント手法」の項目を確認したうえで改めてケアプランを見直すことで、ケアプラン作成時点での視点の抜け漏れ、情報収集が不足している項目に気づくことができる。

情報収集の深掘り・再確認

自己点検の中で情報収集を行ったと回答した項目であっても、本当に十分な情報収取ができているか、もっと深掘りする必要はないか、改めて考えることが重要である。改めて考えることで、更に事例を掘り下げることに繋がる。

多角的な視点による情報の充実

本人やご家族のみから情報を収集している場合、他の専門職からも状況を聞いてみるなど多角的な視点で情報収集してみることも重要となる。他の専門職からの情報を総合して考えることで、事例の方の状況が変わって見えることもあり得る。複数からの情報収集を心がけることが有効である。

第2項 項目一覧(ページ分割版)の公開

「適切なケアマネジメント手法」の概要版(項目一覧)について、これまでに「(A3 サイズに印刷してもなお)文字が小さくて見づらい」「持ち運ぶ際にA3 サイズは大きくて持ち運びづらい」「見たい項目の内容をピンポイントで読みたい」などの現場からの声が寄せられている。

実践の場での活用がより進むよう、従来のA3判の一覧表に加えページ分割版を新たに作成した。ページ分割版は、1ページ目に目次(各項目の基本方針(大項目)～想定される支援内容)を掲載し、それぞれの想定される支援内容を1ページに収まる形で構成した。また、アセスメント項目とモニタリング項目については、表形式で該当する場合は「○」と表記することで視認性の向上を図った。

図表22. 概要版(項目一覧)基本ケアの目次と想定される支援内容のページ

【概要版(項目一覧)】基本ケア			
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容
I. 病態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.現在の病状や心身状態の理解	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・骨折のリスクや経路の確認
		I-1-2.現在の生活の全体像の把握	5.望む生活・暮らしの意向の把握 6.一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援 7.食事及び栄養状態の把握 8.水分摂取状況の把握の支援 9.コミュニケーション状況の把握の支援 10.家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援
		I-1-3.目指す生活を踏まえたリスクの予測	11.口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測 12.転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測
		I-1-4.緊急時の対応のための備え	13.感染症の早期発見と治療 14.緊急時の対応
		I-2.意思決定過程の支援	15.本人の意思を促すためのエピソード等の把握 16.日常生活における意向の尊重 17.意思決定支援体制の必要性の理解 18.意思決定支援体制の整備
		I-2-1.本人の意思を促す支援	19.将来の生活の見通しを立てることの支援
		I-2-2.意思の表明の支援と尊重	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
		I-2-3.意思決定支援体制の整備	21.水分の摂取の支援 22.口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
		I-2-4.将来の生活の見通しを立てることの支援	23.継続的な受診・療養の支援 24.継続的な服薬管理の支援 25.体調把握と変化を伝えることの支援
		I-2-5.感染症予防の支援	26.フレイルを予防するための活動機会の維持 27.継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施 28.感染症の予防と対応の支援体制の構築 29.一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援 30.休養・睡眠の支援 31.口から食事を摂り続けることの支援 32.フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援
II.これまでの生活の振り返りと継続の支援	II-1.予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重症化の予防の支援	II-1-1.水分と栄養を摂ることの支援	33.清潔を保つ支援 34.排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援 35.喜びや楽しみ、強みを引き出し、高める支援
		II-1-2.継続的な受診と服薬の支援	36.コミュニケーションの支援
		II-1-3.継続的な自己管理の支援	37.本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
		II-1-4.心身機能の維持・向上の支援	38.持っている機能を発揮しやすい環境の整備
		II-1-5.感染症予防の支援	39.本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
		II-2.日常生活の継続の支援	40.家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備
		II-2-1.生活リズムを整える支援	41.将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援
		II-2-2.食事の支援	42.本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援
		II-2-3.暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	43.本人を取り巻く支援体制の整備
		II-2-4.コミュニティでの役割の維持・向上の支援	44.同意してケアに参画するひとへの支援
III.家族等への支援	III-1.家族等への支援	III-1-1.支援を必要とする家族等への対応	
		III-1-2.家族等の理解者を増やす支援	
		III-2.ケアに参画するひとへの支援	
		III-2-1.本人をとりまく支援体制の整備	
III-2-2.同意してケアに参画するひとへの支援			

I. 病態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		1.疾患管理の理解の支援	
I-1-1.疾病や心身状態の理解			
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	
支援の概要、必要性		主なアセスメント/モニタリング項目	アセスメント/モニタリング項目
支援の概要、必要性		※内容の詳細や留意点などは本編を参照	
・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(出血しやすい等)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	○	○
・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。	生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度	○	○
※ 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。	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・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など)	○	○
	本人の日常生活(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、固食の有無など)	○	○
	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、発汗などに関連する活動量、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、日常生活での制約の有無、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、量、いつ、どのように確認するかなど)	○	○
	・介護者の関わり方の状況(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)	○	○

図表23. ページ分割版一覧(URL 及び QR コード)

基本ケア ページ分割版 (PDF)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/230403_kihoncare.pdf	
脳血管疾患Ⅰ期 ページ分割版 (PDF)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_noukekanshikkan1.pdf	
脳血管疾患Ⅱ期 ページ分割版 (PDF)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_noukekanshikkan2.pdf	
大腿骨頸部骨折Ⅰ期 ページ分割版 (PDF)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_daitaikotsukeibukossetsu1.pdf	
大腿骨頸部骨折Ⅱ期 ページ分割版 (PDF)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_daitaikotsukeibukossetsu2.pdf	
心疾患Ⅰ期 ページ分割版 (PDF)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_shinsikkan1.pdf	
心疾患Ⅱ期 ページ分割版 (PDF)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_shinsikkan2.pdf	
認知症 ページ分割版 (PDF)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_ninchisho.pdf	
誤嚥性肺炎の予防 ページ分割版 (PDF)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_goenseihaienyobo.pdf	

第3項 「適切なケアマネジメント手法」の手引きその3の作成

1. 作成のねらい

過年度事業において、「適切なケアマネジメント手法」の手引き（その1）として、本手法のねらいや概要など基本的な事項について説明する小冊子、「適切なケアマネジメント手法」の手引きその2として、基本ケアの考え方や各項目の詳細、実践での具体的な活用事例を解説した小冊子を作成した。

図表24. 「適切なケアマネジメント手法」の手引きその1、その2



令和6年度より、介護支援専門員の法廷研修のカリキュラムの内容に本手法が組み込まれたことも踏まえ、「基本ケア」だけではなく「疾患別ケア」についての解説を求める声も多く寄せられている。

今年度事業では、「疾患別ケア」の各項目の解説をはじめ、「基本ケア」との関係性や「疾患別ケア」を活用した多職種との連携事例の解説等を盛り込んだ小冊子を、「適切なケアマネジメント手法の手引き」その3として作成した。

2. 構成と内容

「適切なケアマネジメント手法」の手引きその3の作成にあたっては、本手引きのみを手にとった場合でも、本手法に対して一定の理解が得られる内容となるように作成した。そのため、過年度に作成した「適切なケアマネジメント手法」の手引き（その1）や「適切なケアマネジメント手法」の手引きその2の内容とも一部重複する部分がある。章立てと主な内容は以下のとおり。

章立て	概要	主なねらい
第1章 「適切なケアマネジメント手法」を知ろう	- 手法のなりたち - 手法のねらい - 手法の活用方法	<u>手法活用の基礎となる考え方（なりたちやねらい）</u>を理解する
第2章 「適切なケアマネジメント手法」の構成を理解しよう	- 手法の構成 「基本ケア」のおさらい 「疾患別ケア」の構成 「基本ケア」と「疾患別ケア」の関係性と考え方	<u>「基本ケア」の構成、「基本ケア」と「疾患別ケア」の関係性と考え方</u>について学ぶ
第3章 「疾患別ケア」の各項目について学ぼう	「疾患別ケア」の各疾患がある方のケアにおける留意点・想定される支援内容	各疾患がある方の<u>ケアマネジメントにおける留意点や、それぞれの小項目・想定される支援内容</u>を理解する
第4章 事例を通じて多職種連携のポイントを知ろう	- 多職種連携のポイント - 具体事例の紹介	多職種と連携した具体事例を解説することで、<u>手法を活用した多職種連携のイメージ</u>が持てるようにする

図表25. 「適切なケアマネジメント手法」の手引き その3の表紙及び目次



3. 各章の作成のポイント

(1) 第1章「適切なケアマネジメント手法」を知ろう

第1章は、本手法のなりたちやねらいについて伝える章として作成した。検討過程では、ワーキング・グループ委員等から、以下のような意見があった。

- ・ 手引きその1、手引きその2を読んでいない介護支援専門員が、担当する利用者の疾患をきっかけに本手法に関心を持ち、疾患別ケアの手引き（その3）を手にする可能性もある。本手引きから本手法を学び始める介護支援専門員がいる可能性がある点に留意して欲しい。

上記意見も踏まえ、手引きその1、手引きその2を読んでいない介護支援専門員が、本手引きから読み始めることも想定し、過年度に作成した手引き等と重複する内容についても、改めて本手法に関するポイントをまとめて掲載した。

第1章 「適切なケアマネジメント手法」を知ろう

(1) 「適切なケアマネジメント手法」のなりたち

「適切なケアマネジメント手法」の基本ケア及び疾患別ケアの冊子・一覧表



介護支援専門員の役割に対する期待の変化

人口減少と高齢化が進み、地域に暮らす高齢者の生活のありようが大きく変化していくなか、ご本人や家族等の介護者のニーズも多様化しています。同時に、ケアマネジメントで取り扱う社会資源の範囲は、介護給付サービスをはじめとするフォーマルサービスだけでなく、地域の互助の取り組みや自費サービスなどに広がっています。

介護支援専門員はこれまで以上に幅広く情報を収集・分析し、さまざまな社会資源を組み合わせることで効果的・効率的な支援を調整することが期待されます。

介護支援専門員の知見を体系化し、言語化した「適切なケアマネジメント手法」

さまざまな社会資源を組み合わせ、一定以上の水準でケアマネジメントを提供するために、これまで介護支援専門員が培ってきた知見を整理するためにまとめたのが「適切なケアマネジメント手法」です。

「適切なケアマネジメント手法」では、想定される支援について“あたり”をつけやすくするために、これまでに介護支援専門員をはじめ関連する多くの職域の中で培われてきた知見を体系化し、言語化しています。

「適切なケアマネジメント手法」って、何か新しいことが始まったのかと思ったけど、そうではないですね！

介護支援専門員

そうですね。これまで、私たち介護支援専門員が取り組んできたことを、改めて文字に整理したものです。よく内容を見ると、実はどれもなじみがある内容ですね。

介護支援専門員

30

(2) 第2章「適切なケアマネジメント手法」の構成を理解しよう

第2章は、手法の構成について理解をうながす章として作成した。検討の過程で、第2章については以下のような意見があった。

- ・ 基本ケアと疾患別ケアの項目内容は重複も多い。基本ケアと疾患別ケアの両方とも学ぶことで、重複する項目の重要性を理解してもらうことが必要だ。基本ケア、疾患別ケアのどちらから手法を学び始めた場合でも、手法の重要性が理解できるようにすることが必要だ。
- ・ 手法において、基本ケアの基本方針が最も重要であり、その上に疾患別ケアがあるという構成を整理して伝えるべきだ。疾患別ケアの手引きから手に取ってしまう場合があることは考えられるが、基本ケアが最も重要である点は絶対に外してはいけないと考える。
- ・ 介護支援専門員においては基本ケアのような生活の視点が重要である。手引きは介護支援専門員を対象としているため、手引きその3でも基本ケアについてもしっかり説明すべきだ。
- ・ 基本ケアも当初は多くの項目が検討されていたが、重複している項目を削って44項目にしている。また、多くの疾患で重複しているために、その重要性の高さを受けて疾患別ケアから基本ケアの項目にした項目もある。本来は、その項目が疾患別ケアの中に記載されている理由を丁寧に説明すべきだ。介護支援専門員として欠いてはならない項目が基本ケアであり、各論として疾患別ケアがあるという構成だ。多職種に手法を広めることは重要だが、手法として押さえなければいけない点はぶれてはいけない。

上記意見を踏まえ、第2章は以下をポイントとして、「適切なケアマネジメント手法」の構成や考え方を解説したうえで、「基本ケア」と「疾患別ケア」の関係性について解説した。

・ 「適切なケアマネジメント手法」の構成や考え方の解説（手引きその1と重複する内容だが掲載）

本手法が「基本ケア」と「疾患別ケア」の2階建ての構造になっていることや、それぞれの考え方を改めて解説した。なお、「基本ケア」と「疾患別ケア」の別については、図示や色分けにより視覚的にも理解できるよう配慮した。これらの内容は「適切なケアマネジメント手法の手引き」（その1）とも重複するが、本手引きから学び始める介護支援専門員がいる可能性も考慮し敢えて掲載した。

・ 「基本ケア」の構成の解説（手引きその2と重複する内容だが掲載）

本手法の「基本ケア」を理解したうえで「疾患別ケア」の理解に進む流れを想定し、「基本ケア」の3つの基本方針と大項目～想定される支援内容の項目について解説した。これらの内容は「適切なケアマネジメント手法の手引き その2」とも重複するが、本手引きから学び始める介護支援専門員がいる可能性も考慮し敢えて掲載した。

・ 「基本ケア」と「疾患別ケア」の関係性と考え方の解説

本手法の活用にあたっては、「基本ケア」を理解することが重要であることを強調したうえで、「疾患別ケア」の視点の活用場面について解説した。また、各地の研修等で寄せられることの多い質問である「基本ケア」と「疾患別ケア」で重複する項目についての考え方についても、具体的な例を挙げて解説した。

第2章 「適切なケアマネジメント手法」の構成を理解しよう

(1) 「適切なケアマネジメント手法」の構成

「基本ケア」と「疾患別ケア」で構成されている

「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、疾患や状態によらず共通して重視すべき事項です。高齢者の機能・生理の視点を踏まえ、想定される支援内容やそれを検討する必要性、さらに多職種連携による情報収集において必要な視点、連携すべき専門職の例などを整理しています。

「疾患別ケア」は、疾患に応じて特に留意すべき支援内容を体系的に整理したものです。疾患によっては、期別（退院後3カ月、退院後4カ月以降など）の視点を盛り込んでいます。



「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」を踏まえたうえで、ご本人の状態に応じて「疾患別ケア」を参照することが大切です。

(2) 基盤となる「基本ケア」のおさらい

基本ケアの3つの方針

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、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。

その体系の基礎として、介護保険法の理念及び地域包括ケアシステムの理念規定を踏まえた、以下の3つの基本方針を掲げています。

3つの基本方針

Ⅰ. 尊厳を重視した意思決定の支援

Ⅱ. これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅲ. 家族等への支援

この3つの基本方針に基づいて、「基本ケア」の項目は構成されているんですね。



基本ケアの構成

基本方針を「理念」として、これらの理念を目指した支援を、「大項目」「中項目」「想定される支援内容」に細分化しています。理念を実現するための大項目、大項目を実現するための中項目…という構成です。

(3) 第3章「疾患別ケア」の各項目について学ぼう

第3章は、「疾患別ケア」について、各疾患の項目内容を解説する章とした。検討過程では、第3章に関して以下のような意見があった。

- 各疾患の全体像の理解は重要だが、介護支援専門員に十分理解してもらうためには、研修を行うなど相当な準備や時間が必要だ。疾患別ケアの手引きでは、各疾患におけるケアの必要性を考える中で、疾患自体への知識を深めることの必要性に気がつくこともあり得る。まずは、必ず理解しておくべき点にしばってまとめると良いだろう。
- 疾患への基本的な理解は必要だが、各疾患自体の学習等は各自で行うよう注記し、手引き3章では各疾患のケアを中心に記載いただきたい。
- イメージ（案）には、基本ケアと疾患別ケアで重複している項目は重要だという旨が簡単に書いてあるが、なぜその項目が重要なのかを丁寧に説明しないといけない。基本ケアには、一人の生活している人間として利用者の生活をみるということが書いてある。疾患別ケアの手引きでは、疾患別ケアについての留意点だけではなく、なぜその項目が重要なのかを基本ケアの視点で書く方が良いだろう。
- 想定される支援内容の概要やその必要性についての記載は必要だ。経験によるものではなく、根拠まで理解したうえでケアマネジメントできるようになることが重要だ。

上記意見も踏まえ、第3章では各疾患における「ケアマネジメントの概要の解説」と具体的な項目内容（小項目～想定される支援内容）について解説する構成とし、以下をポイントとして作成した。

・ 「疾患別ケア」を取り入れる意義・場面等の解説

「疾患別ケア」のねらいを改めて解説するとともに、「疾患別ケア」で取り上げている5つの疾患について、その選定理由を掲載した。また、「疾患別ケア」を活用した多職種連携の場面を掲載することで、後述する各疾患のケアマネジメントについて、実践でのイメージが想起できるよう工夫した。

・ 各疾患における「マネジメントの考え方」「留意すべきこと」「疾患の特徴」を再編集して掲載

各疾患がある方のケアマネジメントについて、「マネジメントの考え方」と、「マネジメントにおいて留意すべきこと」を解説したうえで、その「疾患の特徴」をコラムとして紹介している。これらの内容は、令和2年度の全体的な再整理の際に「疾患別ケア」の章において作成した内容を再編集したものである。特に、介護支援専門員が実践において理解・留意するべきことを前半に掲載し、知識として知っておくと望ましいと考えられることを「疾患の特徴」としてまとめている。

・ 疾患別ケアの小項目単位でページ掲載

「疾患別ケア」の各項目について、小項目ごとにページに掲載することとした。本冊子の作成にあたり、各小項目の内容に関する概要（その支援の内容の重要性や必要性）を新たに作成するとともに、各想定される支援内容に対しても、概要や実施内容について再編集を行った。

また、各想定される支援内容について、具体的なアセスメント・モニタリング項目が確認できるよう、QRコードを掲載し、項目一覧（ページ分割版）に容易にアクセス可能とした。

第3章 「疾患別ケア」の各項目について学ぶ

脳血管疾患がある方のケア

15

16

「疾患別ケア」の活用場面

「疾患別ケア」は、疾患における療養上の留意点を押さえたうえでかかりつけ医をはじめ他の専門職との情報共有・連携するといった多職種連携の場面での活用が見込まれます。

「疾患別ケア」を活用する観点では、とりわけ以下に示す在宅医療介護連携の4つの場面を想定して活用すると、より大きな効果が期待されます。

日常の療養支援

日々の暮らしの継続を支えるうえで留意すべき点を押さえられるよう、かかりつけ医をはじめとする他の専門職と連携する

入院時支援

入院が必要になりその後退院するときも、それまでの暮らしから継続的に支援が受けられるように、医療機関の専門職と円滑に連携する

急変時の対応

急変して医療による対応が必要になったときに、それまでのご本人の暮らしの状況や情報を的確に伝え、その後の治療が円滑なものとなるよう連携する

看取り

かかりつけ医をはじめとする専門職と連携し、最期まで、ご本人の尊厳を保持し意思を踏まえた支援を実現するよう連携する

本手法におけるマネジメントの考え方

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、再発しやすい疾患です。仮に再発して入院すると、状態が悪くなりフレイルの進行にもつながる可能性があります。

そのため、ご本人のQOLの維持・向上と再発予防の観点から、退院後の生活への移行をできるだけ円滑にし、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後は、再発の予防が大切です。

したがって、本手法における脳血管疾患がある方のマネジメントでは、「再発予防」と「生活機能の維持・向上」の2つを「大項目」とし、重視すべき基本的な考え方として位置づけています。さらに入院して治療した後に、退院して生活の場に移行するタイミングから介護の関わりが始まる場合が多いことを踏まえ、退院後の時期に応じて2つの段階に分けて支援内容を整理しています。

時期に応じたマネジメントの考え方

本手法では、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できるようにする時期

I期は、症状が安定し自宅での生活を送ることができる時期ということで、退院してから安定するまでの時期です。

この時期は特に生活が安定して送れるようにしていく、その療養に慣れていくということが大事な時期です。そのため、再発予防の中でも健康の管理や療養、生活機能の回復が重要になります。また、特に心理的な側面での回復も重要となります。

II期

病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充実に向けた設計をする時期

II期は、少し状態が安定してきて、継続的に暮らすためのセルフマネジメントに移行する時期です。

この時期になると、療養管理や生活機能の維持や服薬、食事、活動参加による役割の維持など、自分ですべてマネジメントを行っていく必要があります。また、リスク管理も重要な視点です。

脳血管疾患がある方のケア

マネジメントにおいて留意すべきこと

- 脳血管疾患の具体的な症状と障害の残りはそれぞれ異なるため、ご本人の症状と生活障害の状況について、かかりつけ医等や病棟の専門職から情報を得ることが重要です。
- 脳血管疾患の療養では、まず再発予防が重要であり、そのためには血圧の管理とともに水分や栄養の状況の把握が基本となります。また、脳血管疾患の発症の原因となった生活習慣を捉えて多職種と共有したうえで、かかりつけ医等によるリスク評価に基づいて生活習慣の見直しを検討することも重要です。その際、ご本人の尊厳の保持や生活の意向も捉えた合意形成に留意しましょう。
- 生活機能の改善・維持も重要です。特に、麻痺等による歩行障害がある場合など、病前と比べてADLが下がったことによって日常の活動量が落ちてしまい、結果的にフレイルが進行するリスクもあります。適切な水分や栄養を確保したうえで、活動量を維持するような観点に立った生活機能の維持にも留意しましょう。
- 高次脳機能障害やうつ症状がみられる場合などは、ふさわしい専門職を交えた評価と生活を継続するうえでの留意点を把握する必要があります。ご本人の日常生活の状況についての情報を収集・共有することで、専門職間での連携が円滑になるよう調整することも重要です。

脳血管疾患の特徴

介護はあくまで生活の場面での取り組みの支援をマネジメントするものですが、疾患に応じて特に留意すべき点を捉えるために、疾患の特徴を理解しておきましょう。

- 脳血管疾患とは、脳動脈の異常を原因とする疾患の総称で、脳出血と脳梗塞に分類されます。脳動脈の異常の原因は、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患であるとされており、発症の背景には生活習慣の影響が大きいとされています。
- 脳内での異常が脳の機能に影響を与えるため早期の治療が必要とされますが、症状やその後の経過等により、脳機能に影響が残る、麻痺や視野狭窄とそれに伴う歩行等の障害、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害などがあらわれる場合があります。そのため、要介護状態の原因疾患の上位となります。
- 脳血管疾患の治療では、疾患の種別や症状、発症後の経過時間によって薬物療法や外科治療が選択されるとともに、栄養状態や血圧の管理が行われます。その後、急性期や回復期におけるリハビリテーションや治療を経て、生活期の療養につながります。
- 生活期における療養では、まず疾患の再発を予防することが重要であり、その実現のためには血圧を下げたり水分や栄養を確保したりすることが必要です。また、脳血管疾患の発症の背景には高血圧、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患があるとされるため、ご本人の生活習慣や基礎疾患の状況について情報を共有するとともに、かかりつけ医等の指示に基づいて基礎疾患の治療の継続およびその背景にある生活習慣の見直しを検討することも重要です。

17

18

脳血管疾患がある方のケア

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容
1. 再発予防	1-1. 血圧や疾病の管理の支援	1-1-1. 基本的な疾患管理の支援	1. 基本的な疾患管理の支援
		1-1-2. 血圧等の状態の確認	2. 目標血圧が達成できる体制を整える
		1-1-3. 薬の管理	3. 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える
		1-1-4. その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供	4. 薬内服量の調整や薬の服用の支援ができる体制を整える
	1-2. 服薬管理の支援	1-2-1. 服薬支援	5. 薬の服用、糖尿病等の併発疾患の管理の支援について別添資料参照
		1-2-2. 服薬管理の支援	6. 服薬管理の支援
	1-3. 生活習慣の改善	1-3-1. 脱水予防	7. 必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える
		1-3-2. 脱水予防	8. 適切な水分を摂取することの理解を促す体制を整える
	2-1. 心身状態の回復・維持	2-1-1. 認知機能（認知力）の回復・改善に向けた支援	9. 自ら水分を摂取できるようにする体制を整える
		2-1-2. 認知機能（認知力）の回復・改善に向けた支援	10. ADL/AALの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える
2. 生活機能の維持・向上	2-2. 心理的回復の支援	2-2-1. 受容の支援	11. 受容促進のための働きかけを行う体制を整える
		2-2-2. 受容の支援	12. 閉じこもり等の防止、改善が図れる体制を整える
		2-2-3. 認知機能（認知力）の回復・改善に向けた支援	13. リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える
		2-2-4. 認知機能（認知力）の回復・改善に向けた支援	14. ADL/AALの状態の定期的な把握と共有がなされる体制を整える
	2-3. 社会参加の維持・向上	2-3-1. 認知機能（認知力）の回復・改善に向けた支援	15. 状態に合ったADL/AALの機能向上がなされる体制を整える
		2-3-2. コミュニケーション能力の改善	16. コミュニケーション能力の状況の継続的な把握ができる体制を整える
		2-3-3. コミュニケーション能力の改善	17. コミュニケーション能力の改善を図る体制を整える（認知機能・コミュニケーション能力の両方）
		2-3-4. コミュニケーション能力の改善	18. 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える
	2-4. リスク管理	2-4-1. 食事と栄養の確保	19. 外出や交通の機会が確保できる体制を整える
		2-4-2. 転倒予防	20. 新たな認知・機能の獲得がなされる体制を整える

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

1. 再発予防

1-1. 血圧や疾病の管理の支援

1-1-1. 基本的な疾患管理の支援

脳血管疾患は、その起因となっている生活習慣病への理解も重要です。また、定期的な受診の継続や病状に対する不安を取り除く支援も求められます。さらに、本人・家族等の介護者が病状悪化のサインを早期に捉えられるような支援も重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

1. 基本的な疾患管理の支援

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

- 再発予防や生活の質の低下を防ぐため、背景にある生活習慣病の管理が必要であることを、本人・家族等の介護者が理解できるよう支援を行う。
- 併せて、生活の縮小を防ぎ、生活改善につなげるため、病状に対する不安を取り除く支援を行う。
- 病状悪化の早期発見のため、本人・家族等の介護者が日常の状態と通常ではない状態の両方を理解し、健康状態の変化を把握できるように支援を行う。
- 定期的な受診が可能となるよう、通院する環境や手段を整える。

相談すべき専門職

医師 内科医師 看護師 薬剤師 PT/OT/ST 医師（脳神経・MS） 脳科医士 管理栄養士 介護職

19

20

(4) 第4章 事例を通じて多職種連携のポイントを知ろう

第4章は、「疾患別ケア」を活用した事例を掲載し、疾患別ケアの活用や多職種連携への理解を深める章とした。検討過程では、第4章について以下のような意見があった。

- ・ 第4章「具体事例の紹介」では、適切なケアマネジメント手法を用いたことによる支援内容の変化だけでなく、手法を活用することによって得られる効果も強調できると良い。
- ・ 事例の中で、担当介護支援専門員や多職種が適切なケアマネジメント手法をどのように意識したのかが伝わるようにすることが重要だ。
- ・ 疾患ごとに事例をまとめるよりも、「疾患別ケア」をどのように活用したのか、その活用効果を示すことの方が重要だ。

上記意見も踏まえ、第4章は、以下をポイントとして作成した。

・ 「疾患別ケア」の活用効果に着目した事例の整理

「疾患別ケア」を多職種連携で活用する効果を「視点の抜け漏れの防止」「掘り下げた情報の収集」「具体的な支援の工夫の検討」「尊厳の保持と意向の尊重の実践」と整理し、効果ごとに事例を掲載した。

・ 多職種連携での具体的なやり取りを掲載

「疾患別ケア」を活用した多職種連携の場面について、連携場面を設定したうえで、他の専門職とどのようなやり取りがあったのかを対話形式で掲載した。また、他の専門職については、所属先や職種も掲載することで、よりイメージが沸きやすいよう工夫した。

事例1 地域ケア会議で他の専門職と検討をする中で、視点の抜け漏れに気が付いた事例

事例概要

- 要支援1、78歳男性。独居、妻は難別、長女が遠方在住。
- 既往に狭心症（カテーテル治療あり）あり。
- 知人の助けを借りながら1人で生活してきたが、昨年脱水にて緊急搬送。
- 入院時は体調が安定するが、退院後の自宅生活では食事が減ってしまう。デイサービスでは食事を全量摂取できる。

(家族等の状況)

- 知人が市内に在住し、買い物や外出支援をしている。

(支援の状況)

- 【介護予防・生活支援サービス事業（訪問型）】週1回、調理支援。
- 【介護予防・生活支援サービス事業（通所型）】週1回。

～個別事例について検討する地域ケアマネジメント会議の場面～

担当介護支援専門員：心疾患がある方のケアについて、自宅に戻っても療養を継続できるよう、1番「疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える」の体制整備を行い、関連するサービスの方々へも情報共有をしています。

歯科医師：独居のため、体調不良の兆候をご本人で把握するなどのセルフマネジメントも重要になります。例えば、8番「血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える」について、かかりつけ医等と相談のうえ、異常な血圧の数値や注意すべき症状など、具体的な内容で相談の目安をご本人と共有してはどうでしょうか。

担当介護支援専門員：関連する介護サービスの方々への共有や依頼を考えていましたが、ご本人によるセルフマネジメントの観点は抜けていました…。

介護士：ご本人に認知機能の低下はまだ見られないので、十分にセルフマネジメントができると思います。かかりつけ医等に体調不良の兆候や疾患管理の留意点を説明してもらうことで、ご本人も納得感をもってセルフマネジメントに取り組めるのではないのでしょうか。

第4章 事例を通じて多職種連携のポイントを知ろう

自宅での食事が減っているというのですが、6番「食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える」を考えてみてはどうでしょうか。義歯が合っていないと、かみ合わせ等の問題から食事がうまく取れず、食後の低下につながる可能性があります。口腔機能に関して再度アセスメントを行ってはどうでしょうか。

歯科医師

担当介護支援専門員：口腔機能や義歯の状態に関するアセスメントの観点は持っていないで、歯科受診をうながしてみたいと思います。

歯科医師：疾患の管理はもちろん大切ですが、在宅での療養継続や活動参加の維持・継続に向けては、栄養摂取の状況の確認も重要です。これは、基本ケアの22番「口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援」に含まれる内容です。疾患別ケアを用いた疾患特有の視点も大切ですが、高齢者の生活を支援するための基礎となる基本ケアも併せて確認することが重要です。

取り組み実施後

かかりつけ医等：かかりつけ医等からの説明でご本人の安心と納得が深まった様子です。具体的な確認内容がわかったため、毎日の血圧測定や体調についてのメモをノートに記録するようになりました。記録をとることで、服薬を忘れる心配も減ったようです。

着目した疾患別ケアの結び

- 心疾患1番・1「疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える」
- 心疾患1番・6「食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える」
- 心疾患1番・8「血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える」

担当介護支援専門員の気づき

専門職だけで疾患を管理しなくてはいけないと思いつき、視野が狭くなっていたと反省しています。疾患別ケアを用いて他の専門職と連携することで、セルフマネジメントの観点が抜けていたことに気づきました。

また、疾患の管理に目がいっていましたが、在宅での療養継続という観点では、疾患別ケアだけでなく基本ケアも併せて活用することが重要だと改めて気づきました。

第3章 手法の拡充

第1節 参照した知見のアップデート箇所の特定

1. 手法のアップデートの必要性

適切なケアマネジメント手法は平成 28 年度に検討を開始し、令和 2 年度に全体的な再整理として、基本ケアと 5 つの疾患別ケア（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）を取りまとめた。

適切なケアマネジメント手法は、平成 28 年度の検討から令和 2 年度の全体的な再整理に至るまで、各年度の検討において様々な文献（テキスト・ガイドライン等）を参考に検討を重ねてきた。ただ、これまで参照した参考文献の一部は、その根拠となったエビデンスや研究のアップデートにより改訂がなされていること、例えば意思決定に関するガイドラインのように手法にも関連する内容について令和 2 年度以降に新たに公表されたガイドライン等もあることを踏まえると、将来のしかるべき時点において本手法の改訂版を作成・公表することを見据えて、根拠としたガイドライン等について新たに知見がアップデートされた箇所を特定し、反映の要否を検討しておくことの必要がある。

2. 参照した知見のアップデート箇所の特定方法

(1)過去に参照した知見の改訂箇所の特定

「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」で参照した文献 57 件のうち、令和 2 年度以降に改訂のあった文献は下表に示す 15 件があり、各文献について改訂箇所を確認した。ただし、一部のガイドライン類の改訂箇所については専門性の高い箇所もあったため、介護支援専門員と関連があり、適切なケアマネジメント手法に反映すべき改訂箇所を特定した。

図表26. 適切なケアマネジメント手法(令和2年度改訂版)の参考文献(改訂のあった文献を抜粋)

No.	文献名	編著者
1	[十訂]介護支援専門員基本テキスト 下巻 高齢者保健医療・福祉の基礎知識	介護支援専門員テキスト編集委員会
2	家族看護を基盤とした地域・在宅看護論 第6版	渡辺裕子他
3	最新 老年看護学 第4版 2023年版	水谷信子他
4	脳卒中治療ガイドライン 2021	一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会
5	2023年改訂版 冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン	日本循環器学会他
6	2021年改訂版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン	日本循環器学会他
7	2021年 JCS/JHFS ガイドライン フォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療	日本循環器学会他
8	4訂／介護支援専門員研修テキスト 専門研修課程Ⅰ	4訂／介護支援専門員研修テキスト編集委員会
9	4訂／介護支援専門員研修テキスト 専門研修課程Ⅱ	4訂／介護支援専門員研修テキスト編集委員会

10	4訂／介護支援専門員研修テキスト 主任介護支援専門員更新研修	4訂／介護支援専門員研修テキスト編集委員会
11	薬剤師認知症対応力向上研修テキスト 令和3年度改訂版	認知症対応力向上研修の研修教材及び実施方法に関する調査研究事業(令和3年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)
12	「優しさを伝えるケア技術：ユマニチュード」 第56回日本心身医学会総会ならびに学術講演会 教育講演	本田美和子
13	呼吸器の病気 感染性呼吸器疾患「誤嚥性肺炎」	一般社団法人日本呼吸器学会 WEB ページ
14	成人肺炎診療ガイドライン 2024	日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2024 作成委員会
15	嚥下障害診療ガイドライン 2024 年版	一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会

3. 今後のアップデートの方針

今後、適切なケアマネジメント手法の改訂版を作成する場合、下記の2つの観点で進めていく必要がある。なお、令和6年度より法定研修に本手法が導入され、手法をはじめて学ぶ介護支援専門員が多い段階での大幅な改訂は避けた方が良い。直近の改訂は最小限に留め、継続的なメンテナンスにて改訂すべき点等については別途取りまとめが必要である。

(適切なケアマネジメント手法のブラッシュアップ方針)

- ① 参照した知見のアップデートの反映
 - 過去に参照した文献や令和2年度以降に公表された文献のうち、本手法に反映すべき箇所を特定し、反映する
- ② 表現・表記の統一
 - 各想定される支援内容の解説やアセスメント・モニタリング項目内の表記揺れ、表現の揺れなどを修正する

第2節 事例に応じて着目すべき視点の検証

1. 背景と目的

(1) 本検証の実施の背景

本事業の成り立ちの背景でも触れられているように、「適切なケアマネジメント手法」は、例えば初任段階の介護支援専門員を含め、どの介護支援専門員も共通して視点の見落としが無く必要な情報の収集・分析を多職種協働で実施でき、それによって一定の水準以上のケアマネジメントが実践されるようになることを目指すものである。

これまで、本手法の策定とブラッシュアップに加え、多くの介護支援専門員に本手法が普及・定着するよう、わかりやすく解説する「適切なケアマネジメント手法の手引き」や、本手法をはじめて学ぶ介護支援専門員でも事例の特徴に応じて具体的に着目すべき視点を示した「はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド」の作成を進めてきた。また、令和4年度には自分が担当する事例の自己点検とそれに基づく追加の情報収集、継続的なグループスーパービジョンを組み合わせ、4～5ヵ月程度かけて実施する「実践研修」の研修プログラムの検証・公開をした。こうした取り組みにより、本手法を体系的に学び実践で活用するまでの学習フローが整理された。

ただし、本手法を実践的に活用するうえで残された大きな課題が、数ある「想定される支援内容」のうちどの項目に着目すると良いか迷うというものである。本手法は基本ケアだけでも「想定される支援内容」が44項目ある。例えば、「実践研修」では自己点検の結果により44項目の中から1～2個の項目に着目して、より掘り下げた追加的な情報収集を実施していた。つまり、44項目の中から事例の状況に応じて着目すべき数項目を選ぶ方法の確立が求められる。

着目すべき「想定される支援内容」を選ぶ際、事例の特徴（有する疾患、世帯状況、意思決定支援の必要性、ご本人の生活や健康状況の変化の程度など様々な側面があり得る）により優先すべき（あるいは重視すべき）項目が変わる。また、その事例において、それまでにどの程度の情報が収集できているかによって、着目すべき項目が異なる。このように多様な側面を考慮したうえで、優先すべき項目や見落としはならない項目を判断する際には、熟練した介護支援専門員のような思考が要求される。実際、「実践研修」では、事例を担当する介護支援専門員が選んだ項目に対し、指導役となる介護支援専門員が他の項目に着目した方が良いことを助言・指導するケースもあった。

本手法は、令和2年度までに一連の策定が完了した。「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」でも言及されているように、今後は、より多くの介護支援専門員が実践で活用しやすくなるようなブラッシュアップが求められている。こうした方向性を踏まえると、「このような状況の事例では、どの想定される支援内容の項目に着目する必要があるか」のデータの組み合わせ（データセット）を、本手法を熟知した介護支援専門員の思考を反映した形で整備する必要がある。

(2) 令和4年度事業におけるパイロットスタディ

前述の背景及び課題認識を踏まえ、ある状況の事例に対してどの「想定される支援内容」に着目すべきなのかを組み合わせたデータセットの作成、及びそうしたデータを大量に整備する手法の確立を目指し、データを作成する方法の検討を目的として、「適切なケアマネジメント手法」を熟知した介護支援専門員によるスペシャリストレビューの形式でデータ作成の検証を実施した。8名の手法を熟知した介護支援専門員により 10 事例について事例レビュー検証を実施し、スペシャリストレビューにより事例の概要情報と着目すべき想定される支援内容の項目を紐づけるデータセットの作成に資する結果が得られることがわかった。

(3) 本検証の目的

今年度の検証では、令和4年度のパイロットスタディを踏まえ、より多くの事例を収集し、事例レビュー結果を集積し、事例の概要情報と着目すべき想定される支援内容の項目を紐づけるデータセットの作成に向けた検証手順のブラッシュアップ及びデータセットの取りまとめ方法の検討を行った。

2. 検証の概要

概要

今年度の検証では、まず事例レビュー検証の材料となる事例概要情報を全国の介護支援専門員より収集した。事例の収集に用いた情報収集フォーマットは日本総合研究所にて作成をした。

次に、収集した事例を用い、令和4年度検証と同様の手順で本手法を熟知した介護支援専門員によるスペシャリストレビューにより、事例レビュー検証を実施した。最後に、レビュー結果を取りまとめ、データセットとして整理するための方法を検討した。

3. 事例収集

(1) 事例収集フォーマットの作成

① 進め方

事例レビュー検証に用いる事例を収集するため、本検証のための事例収集フォーマットを作成した。

令和4年度検証では、事例レビュー検証の際に、すべての事例について十分な情報量かつ同程度の情報量があること、客観的な情報であること、支援経過など複数時点の情報ではなく単一時点の情報であることが重要であるとわかった。そこで、今年度検証では、課題分析標準項目、及び適切なケアマネジメント手法の基本ケアの想定される支援内容に則った事例収集フォーマットを作成した。

大規模な事例収集を実施する前に、作成した事例収集フォーマットのブラッシュアップと妥当性の検証のために、小規模に事例収集を実施した。

② 結果

事例収集フォーマットは、下図のように課題分析標準項目の23項目と、適切なケアマネジメント手法の基本ケアの想定される支援内容44項目の内容を含んだ内容とした。令和4年度事例レビュー検証に参加したワーキング・グループ委員からは、本事例収集フォーマットの情報が集まれば十分に事例レビュー検証が実施できるだろうとの意見もあった。

図表27. 事例収集フォーマットの概要と情報収集項目例

No.	概要	具体的な情報収集項目例
1	基本情報	相談者、相談経緯など
2	これまでの生活と現在の状況	居住形態、生活歴など
3	利用者の社会保障制度の利用情報	被保険者丈夫尾、年金の受給状況など
4	現在知用している支援や社会支援の状況	介護保険サービスなど
5	日常生活自立度（障害）	—
6	日常生活自立度（認知症）	—
7	主所・意向	利用者や家族等の主訴や意向
8	認定情報	要介護状態区分
9	今回の事例に関わるきっかけ	現在の担当ケアマネジャーが事例に関わるきっかけ
10	健康状態	主な疾患、フレイルの状況がわかるエピソードなど
11	ADL	—
12	IADL	—
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能など
14	コミュニケーションの状況	コミュニケーションの理解、体調の変化を伝えられる能

		力など
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方など
16	排泄の状況	排尿・排便の状況や場所・方法など
17	清潔の保持に関する状況	入浴の状況・頻度・場所・方法など
18	口腔内の状況	歯科受診の有無、欠損・義歯の有無など
19	食事の状況	食事回数、食欲、1日の食事の内容・量など
20	社会との関わり	家庭内での役割、地域の活動の参加意欲など
21	家族等の状況	家族構成図、家族等に参加意思など
22	居住環境	住居形態、居室の場所など
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して特に留意すべき状況など
24	介護サービス提供事業所との連携状況	連携内容、連携方法など
25	かかりつけ医との連携状況	連携状況、連携方法など
26	意思決定支援の必要性の理解	日常生活における決定の本人の関与・関心など

小規模な事例収集では、事例提供者やワーキング・グループ委員より、項目数の多さや自由記述欄への記載内容に迷う情報項目などについて意見があった。また、回答負担を軽減するために選択式の情報収集項目を増やし、自由記述欄を減らしたが、選択肢が選びにくい情報収集項目については自由記述欄を設けた方が補足説明をしやすいとの意見もあった。事例提供者などの意見を踏まえ、大規模な事例収集に向け、情報収集項目の大幅な項目変更はせず、情報収集項目の絞り込み、自由記述欄の回答例の提示、選択肢を設定した情報収集項目への備考欄（自由記述）の設定などを修正した。

事例提供者・WG の意見

全体について

- ・事例収集フォーマットの内容がすべて集まれば十分に事例レビュー検証が実施できそう。
- ・項目数が多く、後半の項目では回答精度が落ちそう。
- ・項目数は多かったが、普段行っているアセスメントシートの作成と大きな違いはなかった。
- ・選択式の情報収集項目は選択肢に迷うこともあるため、自由記述欄がある方が良い。
- ・入力には手間がかかるため、協力いただく介護支援専門員には丁寧に説明・依頼する必要がある。

具体項目について

- ・活動量や栄養・水分量・排泄量などは具体数値を記入するのが難しかった。
- ・緊急連絡先や家族との連絡手段などは、単一選択ではなく、複数選択の方が良い。
- ・事例収集フォーマットを記入した介護支援専門員に関する情報も含まれると良い。

(2) 大規模な事例収集

事例レビュー検証の際に、地域の偏りが事例レビュー結果に影響しないように、留意をしながら大規模な事例収集を実施した。また、事例レビューの際には十分な情報量が揃っている方がより精緻なレビュー結果を得られると考えられる。よって、事例収集については本事業の過年度の検証などにご協力いただいた介護支援専門員の職能団体を中心に依頼をした。なお、依頼の際には、本検証の背景や目的を説明したうえで、十分な情報量の事例を収集したい旨を伝えた。

大規模な事例収集には下図の 11 地域の介護支援専門員が協力し、462 事例を収集した。

図表28. 事例収集協力団体一覧

No.	団体名	事例数（件）
1	北見地域介護支援専門員連絡協議会	36
2	公益社団法人青森県介護支援専門員協会	96
3	一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会	56
4	一般社団法人茨城県介護支援専門員協会	35
5	特定非営利活動法人静岡県介護支援専門員協会	62
6	滋賀県介護支援専門員連絡協議会	50
7	公益社団法人京都府介護支援専門員協会	20
8	一般社団法人広島県介護支援専門員協会	27
9	一般社団法人徳島県介護支援専門員協会	20
10	公益社団法人福岡県介護支援専門員協会	20
11	特定非営利活動法人大分県介護支援専門員協会	40

4. 事例レビュー

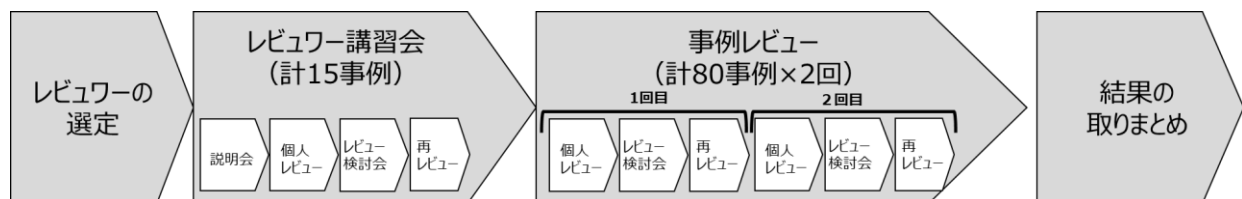
(1) 目的

収集した事例データを用いて、事例の状況に応じてどのような視点に着目すべきと考えているかのデータの集積、及び集積したデータの取りまとめ手法の確立を目指して実施した。

(2) 検証の概要

本検証では、事前に事例レビューに協力いただくレビューワーを選定し、レビューの実施背景や方法を理解するため、事例レビューと同じ流れでレビューワー講習会（プレ検証）を実施した。その後、レビューワー講習会で聴取した意見をもとに進め方を修正したうえで事例レビュー（本検証）を2回行った。事例レビューは、個人レビュー、レビュー検討会、再レビューの流れで実施した。最後に、レビュー結果の集計、取りまとめを行った。なお、レビューワー講習会実施後に、レビューワーの特徴及びレビューワー講習会の効果を把握するためレビューワー向けアンケートを実施した。

図表29. 事例レビューの実施フロー



(3) レビューワーの選定

① レビューワー選定の進め方

レビューワーは、（ア）本手法の検討背景・経緯、ねらい、内容等を熟知している、（イ）本手法を事例に基づいて学習した経験がある、（ウ）事前にレビューワー講習会に参加できる介護支援専門員 31 名を選定した。

レビューワーの選定にあたっては、令和5年度にレビューワーを務めた方、過年度に本事業に協力いただき地域で指導的立場を務めている方、及び令和3、4年度に「適切なケアマネジメント手法 実践研修」を

開催した団体等にて指導的立場を務めた方に協力を依頼した。協力団体は下記のとおりである。

図表30. レビュー어의推薦に協力いただいた団体一覧

団体名（順不同）
一般社団法人ケアネット OHMY
特定非営利活動法人静岡県介護支援専門員協会
一般社団法人広島県介護支援専門員協会、
一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会
特定非営利活動法人大分県介護支援専門員協会

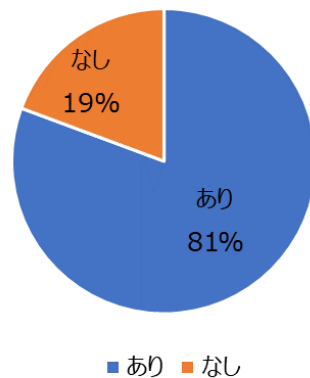
② 結果

今年度検証に参加したレビュー어は10年以上の実務経験のある介護支援専門員が90%、主任介護支援専門員が81%であり、経験豊富な介護支援専門員が多かった。

図表31. レビュー어의介護支援専門員としての経験年数(n=30)

	人数	割合 (%)
1 1年未満	0	0.0%
2 1年以上2年未満	0	0.0%
3 2年以上3年未満	0	0.0%
4 3年以上4年未満	0	0.0%
5 4年以上5年未満	0	0.0%
6 5年以上10年未満	3	10.0%
7 10年以上	27	90.0%
合計	30	100.0%

図表32. 主任介護支援専門員資格の有無(n=31)



所有資格としては介護福祉士、社会福祉士が最も多く、勤務先は居宅介護支援事業所が最も多かった。

図表33. レビュー어의所有資格(n=31)

基礎資格	人数
医師・歯科医師	0
看護師・保健師	6
薬剤師	0
理学療法士	0
作業療法士	0
言語聴覚士	0
介護福祉士	15
社会福祉士	15
精神保健福祉士	2
その他	3 (栄養士、公認心理士、歯科衛生士)

図表34. レビュー어의勤務先(n=30)

	人数	割合 (%)
1 地域包括支援センター	4	13.3%
2 居宅介護支援事業所	21	70.0%
3 施設（特別養護老人ホーム、介護付き有料老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム）	4	13.3%
4 その他	1	3.3%
合計	30	100.0%

今年度の検証では、経験豊富な介護支援専門員がレビュー者を務めており、適切なケアマネジメント手法の内容を理解したうえで議論を深めることができた。今年度検証におけるレビュー者の選定要件は、レビュー結果の質を一定担保できるものであったと示唆される。

また、レビュー者からは、所有資格や勤務先などによって事例の中で着目するキーワードや項目を選ぶ際の考え方に違いがある可能性があるとの意見があった。レビュー者ごとの事例へのアプローチの違いがレビュー結果に表れることは良いが、所有資格の偏ったレビュー者が集まることによるレビュー結果の偏りがないようにレビュー者選定時に留意する、レビュー検討会の際に十分に視点をすり合わせる等の工夫が必要である。

(ワーキング・グループ委員の意見)

- ・ レビュー者は基本ケアの想定される支援内容の項目を共通言語として用いた具体的な議論ができていた。

(レビュー者の意見)

- ・ 所有資格や勤務先、自身の過去の経験によって、レビュー者により事例の中で着目する視点に傾向がありそうだ。

(4) レビュー講習会(プレ検証)

① 実施概要

事例レビュー検証の前に、レビューの実施背景や方法を理解するため、レビュー講習会を実施した。

レビューは、事前の説明会で本検証実施の背景や目的、事例レビューの手順の解説を聞いたうえで、実際の事例レビューと同様の流れ（個人レビュー、レビュー検討会）を実施した。

レビュー講習会は、昨年度検証の参加者のうち希望者及び今年度検証からの参加者を対象とし、27名が参加した。

② レビュー講習会の進め方

事前の説明会では、レビューに事例レビュー実施の背景や目的、手順を解説した。説明会では、個人レビューの実施にあたり、レビューに下記の注意点を強調して伝えた。

(事例レビュー時の注意点)

- ・ 配布した事例概要情報の一部ではなく、全体に目を通したうえで検討する。
- ・ 事例を提出した介護支援専門員への指導の視点ではなく、自身がこの事例の担当介護支援専門員であれば何に着目するかという視点で検討する。
- ・ 配布した事例の情報のみを判断材料とする。追加の情報提供等はせず、不足する情報は「情報が把握できていない」と捉える。

レビュー講習会で用いる事例を15事例選定し、各事例について4～7名がレビューするようにレビュー者を割り振った。レビューには、一人3事例の「事例概要資料」とレビュー結果を記入する「レビュー結果記入票」を配布した。

レビュー方法を十分に理解するため、事例レビュー（本検証）よりも1事例当たりのレビュー時間を長くできるように、3事例の個人レビューに対して1週間～1週間半程度の期間を設け、個人レビューを行った。個人レビューでは、各事例に対する情報収集項目として①新たに情報収集したい項目、及び②深掘りしたい項目を最大3つ、③継続的に確認しておきたい項目を最大5つ選択した。それぞれの情報収集項目について、選定した基本ケアの想定される支援内容の項目、着目した事例概要情報のキーワード（事例概要情報より抜粋）、着目した理由（自由記述）をレビュー結果記入票に記載した。

個人レビュー後には、レビューによる事例レビューの視点の違いをすり合わせるためにレビュー検討会を実施した。同じ事例をレビューした4～7名のレビュー者同士で、自身が選んだ基本ケアの想定される支援内容の項目と選んだ理由について90分程度議論した。また、事例レビュー検証の手順のブラッシュアップのため、レビュー者から意見を聴取した。

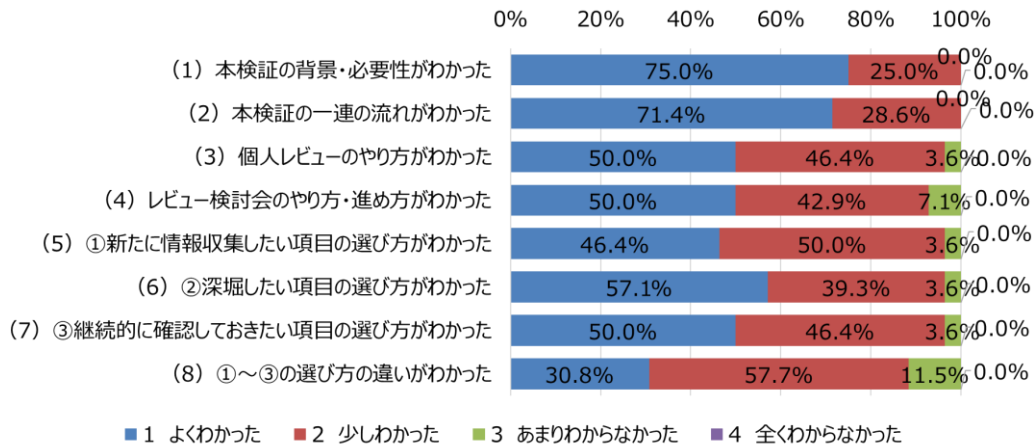
最後に、1週間程度の期限を設けて、必要に応じて再レビューを実施した。

③ 結果

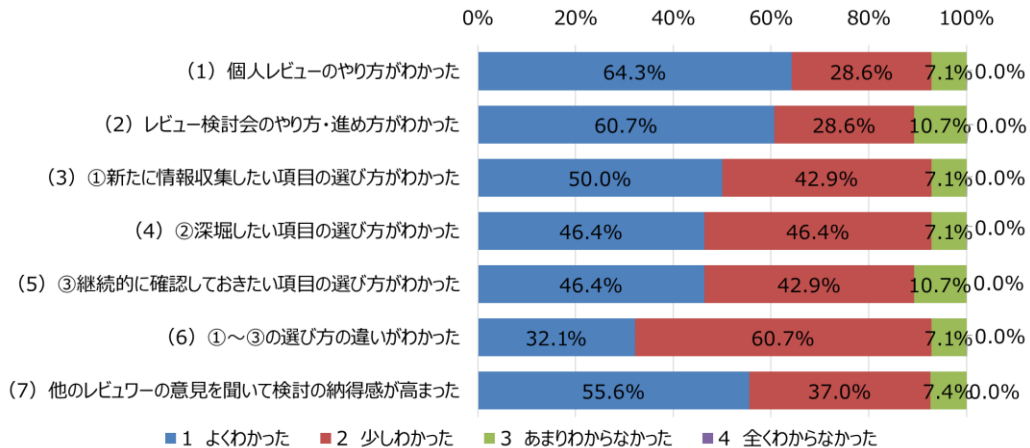
レビュー向けアンケートの結果、レビュー講習会の参加により、事例レビューの背景・必要性、進め方、選び方などほとんどの項目について、約90%のレビュー者が「よくわかった」または「少しわかった」と回答した。

レビュー講習会を通して事例レビューの実施方法への理解度を高めることができたことから、事前にレビュー講習会を実施することが有効であるとわかった。

図表35. レビュー向け講習会(説明パート)の効果(n=28)



図表36. レビュー検討会(プレ検証)の効果(n=28)



個人レビューの際に参照する資料としては、事例概要情報だけでなく、事例を記入した介護支援専門員が作成したケアプラン（第1表～第3表）も参照したいという意見や②深掘りたい項目として選ぶ想定される支援内容を3つに絞り込むことが難しいため、最大5つまでとして欲しいという意見もあった。また、レビュー講習会（プレ検証）では各事例4～7名がレビューするように振り分けたが、レビュー結果を集計したところ、レビュー者の人数が少なく、共通する視点・項目の集約・集計が難しいこともわかった。

(レビュー者の意見)

- ・ 情報量の多い事例が多かったため、「①新たに情報収集したい項目」を選ぶことが難しかった。ただし、レビュー検討会の中で、情報が十分収集できていると判断した場合は選ばなくても良いという点をレビュー者間ですり合わせる事ができた。
- ・ 事例を記入した介護支援専門員の支援の検討状況などを把握する参考としてケアプラン（第1表～第3表）も配布して欲しい。
- ・ 本検証で収集した事例はしっかり情報収集できている事例が多い。そのため、情報収集項目①新たに情報収集したい項目として挙げたい想定される支援内容の項目は少なく、②深掘りしたい項目として挙げたい想定される支援内容の項目は多い。②深掘りしたい項目として選ぶ想定される支援内容を3つに絞り込むことが難しいため、最大5つまでとして欲しい。
- ・ 検証の流れは理解できたが、レビュー結果の活用方法はわからなかった。

(5) 事例レビュー(本検証)

① 実施概要

事例レビュー(本検証)は、レビュー講習会同様、個人レビュー、レビュー検討会、再レビューの流れで行った。より多くの事例のレビューを行うため、時期をずらして2回実施した。

なお、事例レビュー(本検証)では、レビュー講習会で聴取した意見を踏まえ、レビュー講習会(ブレ検証)より下記3点を変更して実施することとした。

(事例レビュー(本検証)での変更点)

- ・ 事例を収集した介護支援専門員の支援の検討状況などを把握する参考として、ケアプラン(第1表～第3表)を追加配布した。
- ・ 「②深掘りしたい項目」として選ぶ想定される支援内容を3つに絞り込むことが難しいため、最大5つまでとした。
- ・ 1事例あたりのレビュー数が4名～5名では人数が少なく、共通する視点・項目の集約・集計が難しいため、1事例あたりのレビュー数を7名～9名とした。

② 事例レビューの進め方

事前準備

レビュー結果記入票、事例概要資料、参考資料としてケアプラン(第1表～第3表)をレビュー者に配布した。資料は各回一人20事例分、計80事例分を配布した。

個人レビュー

事例レビュー(本検証)の各回では80事例を選定し、20事例ごとに7～9名ごとのレビュー者を振り分けた。2回の事例レビュー(本検証)で計160事例のレビューを実施した。個人レビューの期間は2～3週間程度とした。

各事例では、情報収集項目として、①新たに情報収集したい項目を最大3つ、②深掘りしたい項目、及び③継続的に確認しておきたい項目を最大5つ選択した。それぞれの情報収集項目について、選定した基本ケアの想定される支援内容の項目、着目した事例概要情報のキーワード(事例概要資料より抜粋)、着目した理由(自由記述)をレビュー結果記入票に記載した。

図表37. 事例レビュー(本検証)で使したレビュー結果記入票のイメージ(一部抜粋)

事例ID	事例名	事例概要	① 新たに情報収集したい項目(最大3つ選択してください)			② 深掘りしたい項目(最大5つ選択してください)			③ 継続的に確認しておきたい項目(最大5つ選択してください)		
			項目名 (事例概要資料より抜粋)	支援内容 (事例概要資料より抜粋)	着目した理由 (自由記述)	項目名 (事例概要資料より抜粋)	支援内容 (事例概要資料より抜粋)	着目した理由 (自由記述)	項目名 (事例概要資料より抜粋)	支援内容 (事例概要資料より抜粋)	着目した理由 (自由記述)
1-18	71	事例1									
1-17	72	事例2									
1-18	85	事例3									
1-20	80	事例4									
1-38	86	事例5									

レビュー検討会

レビュワーによる事例レビューの視点の違いをすり合わせるため、レビュー検討会を実施した。事前に各レビュワーのレビュー結果を事例ごとに一覧にしてみることができるように取りまとめ、同じ事例をレビューしたグループ内で、事務局が選定した数事例について、各事例 15 分を目途に、自身が選んだ基本ケアの想定される支援内容の項目とその項目を選んだ理由を議論した。

レビュー検討会で議論する事例は、レビュワーが着目した項目が揃っている傾向にある事例と着目した項目にばらつきがある事例を数事例選定した。レビュー検討会では、1 事例あたり 7～8 名のレビュワーを 2 グループに分けて議論を行った。なお、事例レビュー 1 回目のレビュー検討会では、レビュワー同士でより多くの意見を聞くため、うち 2 事例に関しては議論するレビュワーを入れ替え、より多くのレビュワーと議論した。

再レビュー

レビュー検討会で議論した結果を受けて、必要に応じて再レビューを実施した。期間は 2 週間程度とした。また、レビュー検討会の所要時間の関係上、レビューした 20 事例のうち一部事例のみを議論したため、検討会で議論していない事例について他のレビュワーの意見を聴取したい場合はメールにて意見を追加聴取する形とした。

③ 結果

事例レビューの手順について

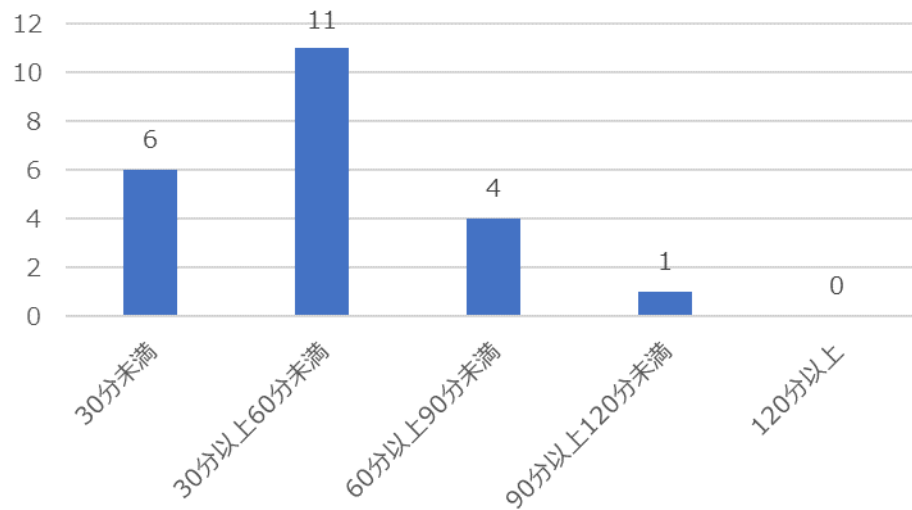
今年度の検証では、レビュワーの人数やレビューする事例の数を増やし検証規模を拡大した場合も、本検証の事例レビュー手順（個人レビュー、レビュー検討会、再レビュー）によって事例情報に応じて着目すべき項目やその理由のデータを収集することがわかった。また、各レビュワーのレビュー結果において共通して着目した視点や項目を集計するには、1 事例当たり少なくとも 7 名以上でレビューすることが望ましいことがわかった。

レビュワーからは、20 事例を 2 週間程度でレビューすることは負担が大きく、一つ一つの事例について十分な時間をかけてレビューができないとの意見が挙がった。これは個人レビューのために設けた期間が短かったことが原因であると考えられる。

また、今年度の検証では、個人レビューの期限を設定したものの、1 事例あたりのレビューに使う欲しい時間などは例示しておらず、レビュワーにより 1 事例のレビューにかかる時間に違いがあった。レビューにかかる時間の差異がレビュー結果に影響を与える可能性も懸念された。

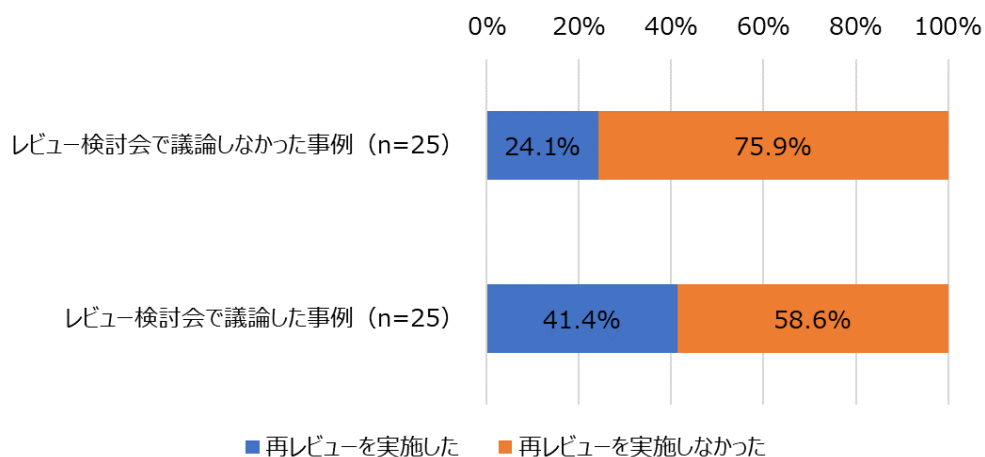
今後は、1 事例のレビューに必要な時間を確認したうえで、1 事例あたりにかけるレビュー時間の目安を示すなどの個人レビューの時間を十分に確保するための工夫が必要であると考えられる。

図表38. 事例レビュー1 回目の個別レビューで1 事例あたりにかけた時間



さらに、レビュー検討会で議論した事例を再レビューした割合が41.4%であるのに比べ、議論しなかった事例は24.1%と低かった。レビュー検討会は会議時間が限られるため、20 事例のうち数事例のみを議論したが、レビュー検討会での議論を実施しなかった事例についての再レビューは難しいことがわかった。レビュー検討会で議論する事例や再レビューできる事例を増やすためのしくみづくりも必要だと考えられる。

図表39. 再レビューの実施状況



(ワーキング・グループ委員からの意見)

- ・ レビュー検討会では、議論する事例を事前に連絡した方が有意義な議論ができるだろう。
- ・ 限られた時間の中で十分にレビューに時間を割けなかったという意見を聞いた。一人あたりの事例数を減らすことも検討いただきたい。
- ・ 各自の視点の発表だけでなく、視点に着目した理由について、時間を取ってより深く議論して視点を揃えていくと良いだろう。また、事例収集・事例レビューは参加する介護支援専門員の負担が大きいため、今後拡大する際には、より多くの地域へレビューの推薦を依頼するといった工夫も検討いただきたい。

(レビューの意見)

- ・ 通常業務の中では十分にレビューする時間を作るのが難しいため、個人レビューの期間をより十分にとって欲しい。
- ・ 事例数が多く、十分に再レビューする時間がとれなかった。

個人レビュー及びレビュー検討会の実施方法について

今年度の検証では、事例概要情報から着目すべき想定される支援内容の項目の選定と選んだ理由のデータを収集した。情報が抜け漏れているため「①新たに着目すべき項目」、情報自体はあるが少し不足しており支援を考えるのにもっと情報が必要であるため「②深掘りしたい項目」、今すぐに取り組みずとも生活を継続するうえで確認しておきたい「③継続的に確認したい項目」の3つの視点で項目を選んだ。レビュー者によっては、「情報が抜け漏れている」や「情報が不足している」と判断する基準や取り組むべき想定される支援内容の優先度の判断に迷うという意見があった。また、レビュー結果記入票には、事例において着目したキーワードや項目を選んだ理由を記載した。特に項目を選んだ理由を記入する欄には、事例への見立てや項目を選ぶに至った思考回路を細かく記入しているレビュー者もいれば、項目選びの理由やその項目番号において収集したい情報を端的に記入するレビュー者もいた。人によって記載量や記載内容の粒度などに違いがあったため、どのように記載すると良いか迷うレビュー者もいた。

加えて、ワーキング・グループ委員からは、実践で活用できる精度のデータセットとして整理するためには、レビュー者ごとの事例の捉え方を十分すり合わせられるよう、議論の進め方をブラッシュアップする必要があるとの意見があった。

今年度のレビュー検討会では、着目した想定される支援内容の項目番号やその項目において、どのような追加情報を収集すると良いかという議論が中心になっているグループが多かった。また、様々なレビュー者と意見交換をするという目的で議論するメンバーを固定しなかったため、各回で議論内容などに違いがある、レビュー者間の関係性構築が不十分であるという課題もあった。本検証を継続するのであれば、レビュー検討会では、事例の全体像を見たうえでの見立てや想定される支援内容を選ぶに至った思考回路、複数項目を選んだ場合は一緒に取り組むべき理由等を議論することで、より実践活用に資するレビュー結果となると考えられる。そのため、上記のような議論して欲しいポイントに絞った内容をレビュー結果記入票に記載してもらうための工夫（記入欄を分ける、記入例を提示する等）やレビュー者間でスムーズに議論が進められるような工夫（事前に議論して欲しい内容を提示する、発表時の雛形を作成する、議論メンバーを固定して話しやすい雰囲気を作る等）が必要となる。加えて、レビュー者が個別レビューの際に判断に迷うことがないように少数の事例については他の事例よりも時間をかけてレビュー検討会を実施し、互いの判断基準のすり合わせを実施することも重要である。

(ワーキング・グループ委員の意見)

- ・ 想定される支援内容の項目を中心とした議論になっており、事例の捉え方をすり合わせる詳細な議論が不十分だと感じた。
- ・ レビュー検討会での議論方法によって、得られるレビュー結果が異なる可能性がある。現場で活用できる精度のものとするためには、レビュワー同士で十分視点のずれをすり合わせられるよう、適切なケアマネジメント手法の考え方や基本方針に沿って議論すると良いのではないかと。

(レビュワーの意見)

- ・ 情報収集項目①新たに情報収集したい項目と②深掘りしたい項目、②深掘りしたい項目と③継続的に確認したい項目の違いがわからず、迷ってしまった。
- ・ 多くの項目について情報収集されている事例が多いため、情報収集項目の①新たに情報収集したい項目と②深掘りしたい項目の選び方に迷った。①新たに情報収集したい項目については、「想定される支援内容に関する情報を全く収集できていない場合」と「想定される支援内容に関する情報収集はできているが本来必要と思われる内容の多くが抜け落ちている場合」とで区別するとレビュワーの選び方の精査が図られると感じた。
- ・ レビュー結果記入票の記入方法が人によって異なり、迷うことが多かった。記入例があると良い。
- ・ レビュー結果記入票が横に長いと、印刷しやすいサイズにしてもらえると確認しやすくなる。

(6) 結果の取りまとめ

① 実施概要

集計

レビューデータを事例ごとにまとめ、各事例の情報収集項目である①新たに情報収集したい項目、②深掘りしたい項目、③継続的に確認したい項目において、どの想定される支援内容の項目が選ばれているのか、またどの項目と一緒に選ばれやすいのかについて集計を行った。

取りまとめ

◎事例概要（元の情報）

レビュワーに渡した事例概要情報（A4 用紙 10 ページ程度）を 1 ページに要約した。さらに、多くのレビュワーが着目した情報を強調し、その情報に対してレビュワーが感じたことを記載した。

◎この事例について複数のレビュワーが着目した項目

情報収集項目①新たに情報収集したい項目、及び②深掘りしたい項目で選ばれている想定される支援内容の票数を合計し、レビュワーが 5 人以上選んでいる想定される支援内容の項目、4 人以上選んでいる想定される支援内容の項目、3 人以上選んでいる想定される支援内容の項目を大きさの異なる楕円で表現し、中心にいくほど多くのレビュワーが選んでいることがわかるようにした。③継続的に確認したい項目としてレビュワーが 3 人以上選んでいる想定される支援内容の項目も楕円で表現し、外側に配置した。

また、上記の多くのレビュワーが選定した想定される支援内容について、その想定される支援内容と着目した理由や事例概要情報のキーワードも簡潔に記載した。中でも、50%以上のレビュワーが①新たに情報収集したい項目として選んだ想定される支援内容は、情報の抜け漏れとして明示した。

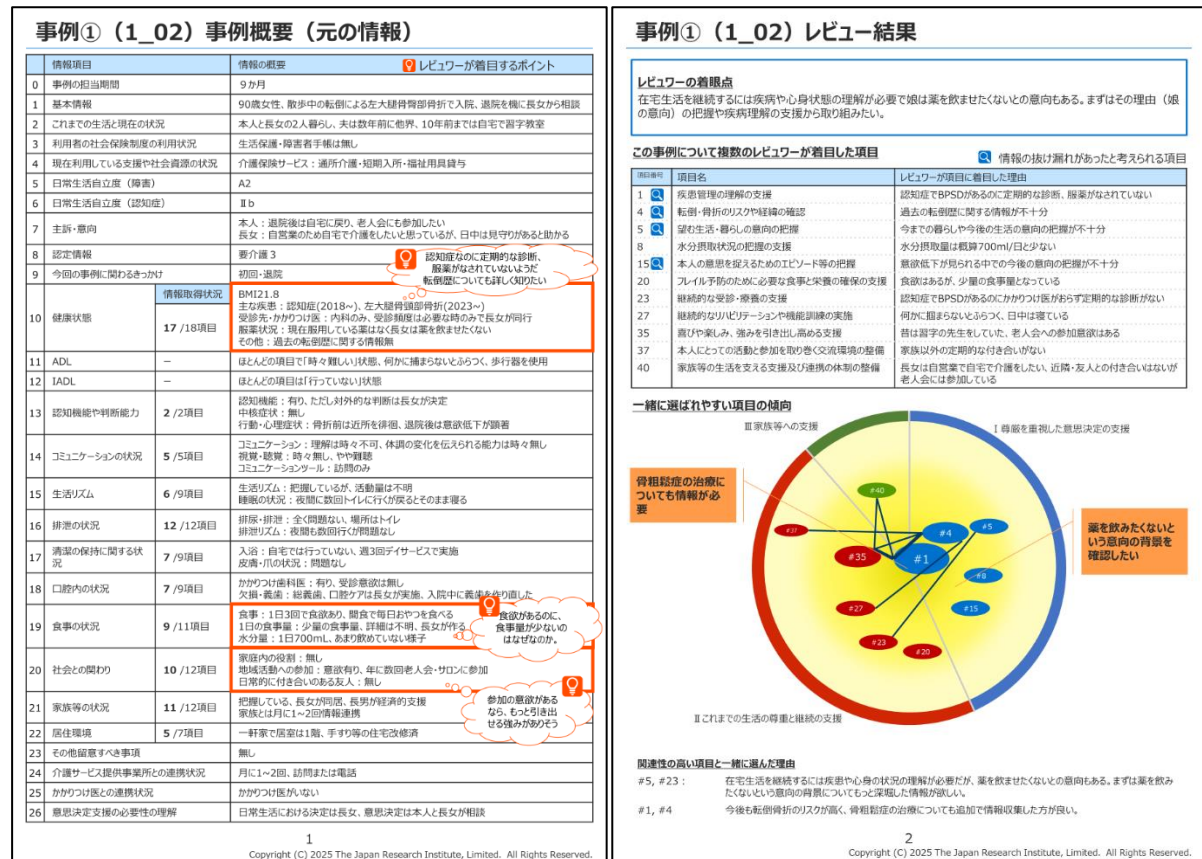
◎関連性の高い項目

多くのレビュワーが選んだ想定される支援内容の中で 3 人のレビュワーが同時に選んでいる想定される支援内容の項目同士、及び 4 人以上のレビュワーが同時選んでいる想定される支援内容の項目同士を

線でつなぎ、一緒に選んだ理由を説明した。

さらに、レビューの検討に至る思考を表現するため、「レビューの着眼点」としてその事例の捉え方を記載した。併せて、レビューが着目した事例概要情報を強調し、事例概要情報からレビューが考えた思考過程がわかるように記載した。

図表40. アウトプットイメージの例



② 結果

今年度の検証では、160 事例についてレビュー結果を蓄積し、レビュー結果を取りまとめた。レビュー結果を取りまとめるに際して、個別事例において抜け漏れやすい想定される支援内容の項目や、多くのレビューが着目すべきと考える想定される支援内容の項目と一緒に確認している想定される支援内容の項目を示すことができた。これらの結果は、模擬事例として適切なケアマネジメント手法の研修などで活用することが見込まれる。ただし、実際の研修資料などとして活用するには、各事例についてレビューが着目したキーワードから想定される支援内容の項目を選ぶまでの思考過程などのより詳細な解説を追記するなどの工夫が必要である。

今年度の検証方法では、レビュー結果記入票の「項目を選んだ理由」の欄は自由記述欄であったため、レビューの思考過程が明文化されていない事例もあった。一部の事例については、レビュー検討会の中でレビューより口頭での説明があったが、その思考過程をデータとして整理することは難しかった。現場での活用を目指すには、事例概要情報と選ばれた想定される支援内容間のつながりや、レビューが想定される支援内容に着目した理由や背景の考え方をデータとして得られるよう、大量のレビ

ユーデータに対する集計・分析に耐えうるレビュー結果記入票のフォーマットの改善やレビュー検討会での発言内容のルール整備が必要である。

(ワーキング・グループ委員の意見)

- ・ 個別の事例ではなく、事例概要をある程度一般化したうえでどの視点に着目すべきかを示すことが必要だろう。
- ・ 多くのレビューヤーが選んでいるから重要な項目だとは限らない点に注意が必要だ。
- ・ 一緒に選ばれている項目は、複数の課題を網羅している場合や内容が関連している場合など複数のケースが考えられる。一緒に選ばれた理由等をどのように整理して示すか検討が必要だ。
- ・ レビューや議論の時間が十分に取れず、説明不足なものも含まれるため、レビューデータを公開し介護支援専門員に現場で活用してもらうためには、各事例に対する詳細な解説が必要だ。
- ・ 介護支援専門員自身が正しくあたりをつけるための訓練としても事例データを活用できるのではないか。

5. 今後の検証に向けて

今年度の検証は、事例の状況に応じてどの「想定される支援内容」に着目すべきかを組み合わせたデータセットの作成、及びそうしたデータを大量に整備する手法の確立が目的であった。

経験の豊富な介護支援専門員による事例レビューにより、各事例に対して多くのレビューヤーが着目したキーワードや想定される支援内容の項目や関連性の高い想定される支援内容の項目、その理由を示すアウトプットイメージを作成した。作成したアウトプットイメージは、さらに詳細な説明等を書き加えることで、適切なケアマネジメント手法を用いた模擬事例として研修での活用が見込まれる。一方、事例の特徴に応じてレビューヤーの選んだ想定される支援内容の項目番号や選ぶに至る思考過程を示唆するデータセットの取りまとめには至らなかった。ただし、今後レビュー結果の収集・集約方法を工夫し、よりデータセットとして取りまとめやすい内容にブラッシュアップすることで、データセットとしての整理も可能であると考えられる。

また、今年度の検証によって、より大規模に検証を実施した場合にも事例のスペシャリストレビューによる検証手順が一定機能することがわかった。今後さらなるレビューデータの整備に向けても同様の手順で、経験豊富な介護支援専門員の着目する視点のデータを蓄積できると考えられる。ただし、今後の検証に向けては、レビューヤーの負担軽減のため一人あたりのレビュー事例数の削減、レビューヤーの思考過程の明文化とそのレビュー結果への落とし込み、十分に視点をすり合わせられるような議論の工夫等、事例レビュー検証手順のブラッシュアップが必要である。各手順における具体的な課題・検討事項は以下に示すとおりである。

(1) 事例収集

今年度作成した事例収集フォーマットの一定量の情報が揃うことで、事例レビュー検証の材料として用いる事例概要情報として用いることができるとわかった。一方、事例概要情報をデータセットとして取りまとめることを見据えると、自由記述欄の多さや人による記載方法の違いなどによって、集計が難しいという課題があった。また、事例概要情報の中には、記入した介護支援専門員が本人・家族等から直接得た情報、他の職種から聞いた情報、直接見て確認した情報、得られた情報から考えた内容などが混在していた。今後、事例収集規模をさらに拡大する場合は、集計やデータ処理に耐えうるように、自由記述欄の記載ルール（定型文を用意する、誰から聞いた情報なのか明記する等）を定めるなどの工夫が必要である。

また、今年度の事例収集では、情報量が十分な事例であること以外の条件を定めなかった。データセットとして整備を進めるのであれば、事例の特徴（疾患、世帯類型など）ごとに一定数の事例を集めて、事例の特徴ごとにレビュー結果を集計することも想定される。今後の検証では、いくつかの事例の特徴に限って事例収集規模を拡大することも考えられる。

(2) 事例レビュー

① レビュー者の選定

レビュー者の選定要件は一定機能し、適切なケアマネジメント手法を用いて事例のレビュー結果を集積することができた。一方で、ワーキング・グループ委員からはレビュー者による視座や手法の学習経験の違いについても指摘があった。さらに、今後検証規模を拡大するのであれば、レビュー者の数をさらに増やすことが必要となる。レビュー結果の質を担保しつつレビュー者の数を増やすのであれば、「手法の検討背景・経緯、ねらいや内容を熟知している」、「手法を事例に基づいて学習した経験がある」という要件に加えて、「地域で手法を指導する立場である」、「適切なケアマネジメント手法実践研修でグループ進行役（サブ講師）を複数回務めた経験がある」等のより具体的な要件を定めることも重要である。加えて、レビュー向けの講習会では手法の検討背景・経緯やねらい、内容やレビュー手順をより詳細に解説することや、「個人レビュー」についても集合して実施し、その場で疑問点を解決するなどの工夫が必要となる。

② 事例レビュー

今年度の事例レビュー手順（個人レビュー、レビュー検討会、再レビュー）によって事例概要情報に依拠して着目すべき項目やその理由のデータを収集できることがわかった。一方で、実践で活用できる精度の高いレビュー結果を大量に整備するには、レビュー者への負担軽減、レビュー者間の十分な視点のすり合わせができるようブラッシュアップが必要だとわかった。

レビュー者の負担軽減策としては、1事例にかけるレビュー時間の目安を15～30分程度などとし、うえで、レビュー者に過度な負担なくレビューができるよう、個人レビューの期間設定を延ばすことや、1回の事例レビュー検証あたりの事例数を減らすこと、レビュー結果記入票のフォーマットを定めて記入の負担を削減するなどの見直しを実施する。

また、レビュー者同士の視点を十分にすり合わせるためには、レビュー者の事例への見立てや思考過程を予めレビュー結果記入票に記載してもらう、レビュー検討会では、具体的な情報項目等の議論に偏らず、事例の見立てや思考過程などの議論を中心にして、視点のすり合わせを行うことが必要である。レビュー検討会でレビュー者間の視点のすり合わせに議論を焦点化するため、レビュー検討会での発表内容のひな形を定めておく、少数の事例については十分な議論時間を確保し議論の流れや話すべきポイントなどを十分に把握してもらう、議論するメンバーを固定して話しやすい雰囲気を作り議論を活性化する等の工夫をする。

なお、今年度の検証でレビュー者講習会を実施したことで、事例レビュー実施前にレビュー者自身にレビューの進め方を理解してもらうことができた。一方、検証背景の理解や想定される支援内容の項目番号の選び方については、レビュー検討会を通じて理解が十分でないレビュー者もいたことがわかった。

来年度の検証で規模の拡大を見込むにあたってはレビュー者講習会内でレビュー者へ、手法の検討背景・経緯、ねらいや構成、本検証の背景やねらい、項目番号の選び方の視点を習熟してもらうための講義

なども検討が必要である。

③ 結果の取りまとめ・分析

今年度の検証では、得られたレビュー結果を集計し、個別事例に対して多くのレビューワーが着目したキーワードや想定される支援内容の項目、関連性の高い想定される支援内容の項目、その理由を示すアウトプットイメージを作成した。ただし、収集した事例概要情報は人によって記載内容や書き方などに違いがあった。また、想定される支援内容の項目を選んだ理由の情報が自由記述であったため、データセットとして整備するには向かない複雑な情報になっていた。そのため、データセットとして整理することが難しく、個別事例での整理にとどまった。今後は、よりデータセットとして整備しやすくするため、事例収集フォーマットは、記入例を定める、完全な自由記述ではなく記入して欲しい情報を明示する、誰から聞いた情報が明示する等の修正を行い、レビュー結果記入票についても事例の見立て、項目を選ぶに至った思考過程・理由、複数項目を一緒に取り組むべき理由等を書き分けてもらう等のブラッシュアップが必要である。これらのブラッシュアップを踏まえ、事例概要情報とそれに応じて着目すべき想定される支援内容との対応関係を示すことができるデータセットとして整理を目指し、一定数の事例レビューを継続して実施すべきだと考えられる。

第4章 他の職種・保険者への普及

1. 背景と目的

適切なケアマネジメント手法はこれまで介護支援専門員を中心に普及を進めており、動画や学習ツール等の準備・法定研修への導入等により、一定の普及が進んできた。手法の更なる普及・活用の促進に向けては、介護支援専門員だけでなく、様々な職種が関わる場でも手法を活用してもらうことが重要である。

そこで、多職種で適切なケアマネジメント手法を活用している事例を調査し、先進的に取り組んでいる事例に関しては他の地域での取り組みの参考としてもらうことを目的として、調査結果の取りまとめを行った。

2. 地域における多職種との連携事例の調査

今年度から適切なケアマネジメント手法が法定研修に導入された。法定研修の実施状況について、公開情報をもとにデスクリサーチを行った結果、すべての都道府県で適切なケアマネジメント手法をカリキュラムに取り入れており、介護支援専門員の学習に手法を導入していることがわかった。法定研修の実施にあたっては、地域によりオンデマンド視聴、リモート研修、集合研修など実施方法は様々であった。また、全国における適切なケアマネジメント手法に関する研修・セミナー等の実施状況を、公開情報や弊社への情報提供等から調査したところ、全国で42件の研修・セミナーが実施されていた。うち、14件は実践研修のような連続形式の研修であった。研修の実施主体は、県や支部単位の職能団体、大規模法人など、様々であった。ただし、本調査は悉皆調査の結果ではない。

とくに多職種とともに適切なケアマネジメント手法の活用に取り組む地域について詳細な調査をした。多職種とともに手法活用する場面としては、下記のように①研修・セミナー、②地域ケア会議、③サービス担当者会議、④日常業務に整理することができる。今年度の調査範囲では、サービス担当者会議や日常業務といった実践活用に近い場面での手法の活用事例は把握することができなかった。一方、個別事例について多職種との共通言語として適切なケアマネジメント手法を用いている事例として北見市の地域ケア会議の事例があった。そこで、他地域で展開できるよう、北見市での適切なケアマネジメント手法を活用した地域ケア個別会議を視察し、取り組み概要の取りまとめを行った。

北見市では、行政や多職種と連携することで、多職種に適切なケアマネジメント手法を理解してもらうとともに、基本ケアの想定される支援内容を用いて相談、助言を行っていた。さらに、地域ケア個別会議での助言の前後で挙げられた想定される支援内容の項目を記録、蓄積することで、事例集としての取りまとめや、北見市の事業評価も行っていた。（詳細な実施方法は巻末資料参照）

図表41. 多職種連携で手法を活用する主な場面と事務局が把握できた取り組み地域(一部)

連携場面	概要	取り組み地域 (一部)
①研修・セミナー	- 適切なケアマネジメント手法に基づき、多職種の専門職が各疾患についての専門的な講義を行う。 - 適切なケアマネジメント手法について、介護専門職や行政職員等と合同で研修を行う。	青森県 神奈川県 愛知県 小田原市 広島県福山ブロック
②地域ケア会議	介護支援専門員が相談したい事例を適切なケアマネジメント手法の項目に沿って整理し、専門職が項目ごとに助言を行う。	北見市
③サービス担当者会議	退院時カンファレンスやサービス担当者会議において、医療職と介護職が適切なケアマネジメント手法を共通言語としてコミュニケーションをとる。	事務局が把握する事例はなし
④日常業務	日常業務で多職種へ相談等を行う際に、適切なケアマネジメント手法を共通言語として、コミュニケーションをとる。	事務局が把握する事例はなし

図表42. 北見市「自立支援型地域ケア会議」での活用事例

実施主体	北海道北見市（保健福祉部地域包括ケア推進担当、介護福祉課）
取り組み名	自立支援型地域ケア会議
連携した職種	薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士 等
事例の概要	令和5年度より北見市自立支援型地域ケア個別会議で介護支援専門員と専門職が基本ケアの項目に沿って相談や助言を行っている。会議の前後で、相談・助言内容、利用者の変化や気づき等を記載した「適切なケアマネジメント手法を活用した自立支援型地域ケア個別会議 事例検討シート」を作成し、事例集として取りまとめた。
実施内容	主に下記のような流れで自立支援型地域ケア会議を実施していた。 〈自立支援型地域ケア会議〉1回の会議では30分×3事例取り扱うこととしていた。 - 事例説明 - 事例概要のプレゼンテーション（担当介護支援専門員） - 相談したい論点（基本ケアの想定される支援内容）の提示（担当介護支援専門員） - 事実確認 - 本事例の状況について事実関係の質問（多職種） （必要に応じて）本人の意向や強み、意思決定状況の確認（司会） - 要点・論点の検討 - この事例における要因（解決すべき課題）は何か（多職種） - この事例において他に検討したら良さそうな論点は何か（多職種） - 工夫の提案 - 追加の情報収集でできる工夫の助言、提案（多職種） - この事例での支援の工夫やアイデアの助言、提案（多職種） - 追加された支援内容は基本ケアの想定される支援内容の何番に該当するか（司会） - まとめ - 本日の意見の受け止め、次のアクションのまとめ（担当介護支援専門員） - 総括コメント（司会） 〈事業評価〉 アンケート及び事例検討シートをもとに、北見市は事業の達成度評価、次年度の修正点について協議し、助言を行った専門職及び団体に対し今年度事業に対する意見を聴取する予定であった。北見市医療介護支援センターは、評価結果と事例検討シートをもとに、事例集を作成し、居宅介護支援事業所や各関係団体に送付する予定であった。
事例の特徴	- 基本ケアの想定される支援内容の項目番号を用いて議論することで、多職種間で効率的なやり取りが可能になった。参加している多職種からは、適切なケアマネジメント手法を知ることによって介護支援専門員が何を学んでいるのかが理解できるようになった、共通言語として手法を活用することで相談内容や助言内容をより理解してもらいやすいとの声があった。 - 事例検討シートには、論点とされる想定される支援内容の番号や助言の前後での利用者の変化を記載した。事例検討シートの内容は事例集として蓄積することで、北見市全体での事例の特徴把握や事業評価を行っていた。

3. 今後に向けた課題

今年度の調査結果により、デスクリサーチの範囲内ではあるが、多職種との連携場面を見据えた法定外研修などの取り組みを行っている地域があることがわかった。また、北見市では多職種との連携の場である地域ケア個別会議で適切なケアマネジメント手法を活用していることがわかった。本手法は、介護支援専門員のみが活用するのではなく、介護支援専門員と多職種の共通言語として活用することが効果的である。今年度調査では、日常業務の中で、多職種で本手法を活用している事例はなかったが、先行地域での取り組み事例を他の地域でも展開し、実践の中で多職種とともに本手法を活用することで、介護支援専門員の多職種連携を促進することが望ましい。

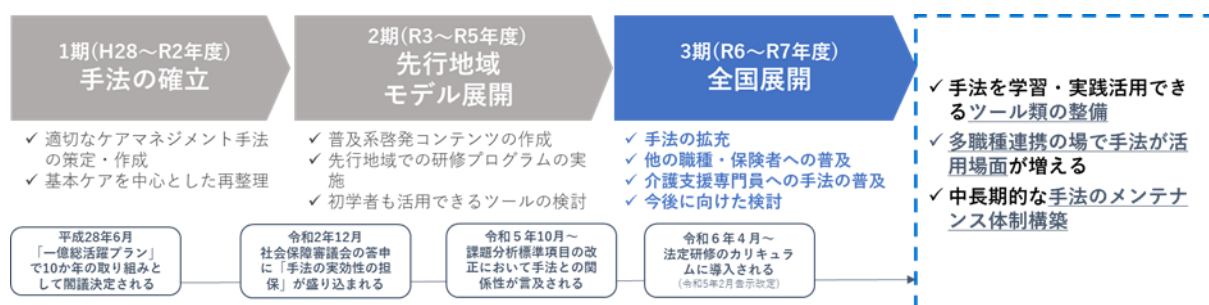
第5章 本調査研究事業のまとめ

第1節 本調査研究事業の成果

「適切なケアマネジメント手法」に関する調査研究では、平成28年度から令和2年度までの5ヵ年を「第1期」として捉え、令和2年度に、基本ケア及び5つの疾患別ケア（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）について再整理を行った。令和3年度からの「第2期」では、今後の実践での活用を見据え、普及・活用促進を行ってきた。

令和6年度より、介護支援専門員の法定研修のカリキュラムに適切なケアマネジメント手法が組み込まれること、令和5年10月に適切なケアマネジメント手法と整合を取る形で課題分析標準項目が改定されたことを踏まえ、令和6年度事業では、より多くの介護支援専門員に手法を活用いただく全国展開の「第3期」として、①全国で活用可能なツールの拡充、②適切なケアマネジメント手法の拡充、③他の職種・保険者への普及に関する検討を行った。

図表43. 本事業の展開及び実施事項



（資料）日本総研作成

1. 全国で活用可能なツールの拡充

(1) はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの成案化・公開

本事業では、令和5年度事業に851名の介護支援専門員が検証に参加した「はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド」について、その名称や位置づけ、成案化に向けた項目内容や実践ガイドの構成の修正、公開時のツールの作成の検討を行った。

実践ガイドは、対象者を「手法をはじめて学ぶ介護支援専門員とそれを指導・助言する人」と定め、①手法の実践での活用イメージを持つ、②情報の抜け漏れや多職種と連携した情報収集・情報共有へ意識を向けることをうながす、③他の学習のきっかけとするためのツールと位置づけた。また、実践ガイドの誤用を防ぐため、一緒に活用できる説明資料も作成し、OJT指導や手法に関する研修の場面での活用を目的として適切なケアマネジメント手法の手引きや基本ケアの概要版（項目一覧）・自己点検シートと一緒に公開することとした。

(2) 疾患別ケアに関するツールの作成

① 自己点検シートの作成・公開

担当する実事例を適切なケアマネジメント手法にあてはめて実施する「自己点検」は適切なケアマネジメント手法の理解や体得において有効である。これまで「基本ケア」に関する自己点検シートを公開してきたが、適切なケアマネジメント手法の内容が法定研修のカリキュラムに導入されたことを踏まえ、「疾患別ケア」についても自己点検が行えるように、「自己点検シート」を作成し、公開した。

② 項目一覧(ページ分割版)の作成・公開

これまで公開していた「適切なケアマネジメント手法 概要版（項目一覧）」は、字が小さい、持ち運びがしにくいという声が寄せられていた。そこで、実践現場での活用促進に向け、疾患別ケアについても1ページに各項目の想定される支援内容とアセスメント・モニタリング項目を掲載した冊子形式の項目一覧を作成し、公開した。

③ 「適切なケアマネジメント手法」の手引きその3の作成

令和6年度より介護支援専門員の法定研修のカリキュラムに適切なケアマネジメント手法の内容が導入されたことにより、「基本ケア」だけでなく「疾患別ケア」についても解説を求める声が増えている。そこで、本事業では、「適切なケアマネジメント手法」疾患別ケアの初学者にとって手に取りやすく、疾患別ケアの各項目の解説や基本ケアとの関係性、疾患別ケアを活用した多職種との連携事例の解説等を盛り込み、「適切なケアマネジメント手法」の手引きその1、その2の続編として、新たな小冊子「適切なケアマネジメント手法」の手引きその3 ～疾患別ケアについて学ぶ～を作成した。なお、本手引きのみを手にとった場合でも疾患別ケア以外の本手法に関して一定の理解を得られるような内容とした。

2. 適切なケアマネジメント手法の拡充

(1) 適切なケアマネジメント手法の作成にあたり参照した知見のアップデート箇所の特定

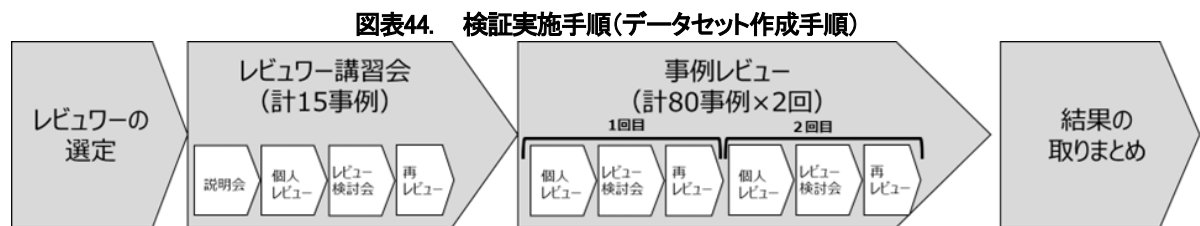
「適切なケアマネジメント手法」は、平成28年度の検討開始から令和2年度に至るまで、様々な文献（テキスト・ガイドライン等）を参考に検討を重ねてきた。参照した文献の一部の改訂や令和2年度以降

に新たに発刊されたガイドライン類があることを踏まえ、本手法のブラッシュアップを見据え、知見のアップデートがなされた箇所、本手法に反映すべき箇所を特定した。

(2) 事例の特徴に応じて着目すべき視点の検証

事例の概要に応じて着目すべき「適切なケアマネジメント手法」の想定される支援内容を示唆するしくみの構築及びそのバックデータとなるデータセットの作成を目指し、検証を行った。

検証は、①レビュー事例の収集・選定、②レビュー者の選定・養成、③事例レビューの実施、④結果の取りまとめの流れで実施した。



本事業の検証では、令和5年度に実施したパイロットスタディの方法を踏まえ、大規模に事例レビュー検証を実施することで、事例概要情報とレビュー者が着目する想定される支援内容の項目番号をデータセットとして整理できる可能性が示唆された。一方、今年度時点では、個別事例においてレビュー者が着目する項目番号やその理由を示すに留まっている。また、検証の実施手順においてもより大規模に検証拡大をする場合の課題が明らかとなった。今後、事例の概要に応じて着目すべき「適切なケアマネジメント手法」の想定される支援内容を示唆するしくみの整備に向けては、データセットとしての整備を見据えた事例概要情報やレビュー結果記入票の精緻化、レビュー者の負担軽減、レビュー検討会における議論内容の精緻化などを進める必要がある。

3. 普及に向けた取り組み状況の把握

各地域での本手法の普及・活用状況について、公開情報のデスクリサーチ、各地域の介護支援専門員からの問い合わせや情報提供などの取りまとめによって調査した。本手法について介護支援専門員に向けたセミナーや単発研修等は昨年度より実施件数が増えており、全国で40件以上の実施があった。過年度から継続的に手法の学習に取り組んでいる地域では、多職種とともに本手法を活用している先進的な事例もあり、例えば研修・セミナーに多職種を講師として招く、地域ケア会議などの会議体で手法を多職種の共通言語として用いるという事例が確認できた。

第2節 今後実施すべきこと

本年度事業成果、検討委員会及びワーキング・グループでの議論を踏まえると、今後実施すべきこととして以下のような点を挙げることができる。

1. 「適切なケアマネジメント手法」令和7年度改訂版の作成

「適切なケアマネジメント手法」は令和2年度の再整理の際に改訂版が発行されて以降、大幅な改訂等を行われていない。10ヵ年計画の最終年度である令和7年度には、新たな知見等を踏まえた適切なケアマネジメント手法の改訂版を作成することが重要であると考え。具体的には、令和2年度以降に改訂のあった参考文献や新たに発行された文献類の内容を踏まえた手法の内容や、アセスメント・モニタリング項目内で表現・表記の揺れがある箇所などについて改訂が必要である。

2. 多職種協働による実践での手法の活用

(1) 多職種間の「共通言語」としての活用

① 多職種協働事例の取りまとめ

「適切なケアマネジメント手法」を多職種間で活用する取り組みについては、先進的に行っている地域もある。例えば、地域ケア個別会議などの枠組みを活用して、適切なケアマネジメント手法を用いて複数の職種の目で事例の検討を行ったり、介護支援専門員以外の専門職による手法の研修等が行われている地域などもある。

令和6年度から法定研修のカリキュラムに手法が導入され、各地域における手法への関心が高まっている状況を踏まえ、先進的な取り組みを研究し、どのような枠組みで企画・運営・実行しているのかを取りまとめて示すことは、今後の各地域における多職種連携において有効だと考える。

② 多職種への手法の普及

「適切なケアマネジメント手法」は、「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会」においても、他の職種や自治体を含めた周知の重要性が言及されている。これまで手法の検討に関わった多職種とともに手法を周知するセミナー等を実施することは、より多くの職種へ手法を普及するために有効であると考えられる。また、介護支援専門員を取り巻く多くの職種に手法を周知することで、介護支援専門員への普及もより進むことが期待される。セミナー等で普及促進する。

(2) 自治体での手法の活用

① 保険者への普及

全国での「適切なケアマネジメント手法」の普及・活用促進においては、保険者による「適切なケアマネジメント手法」の理解促進と活用場面の検討も必要である。例えば、保険者が地域の介護支援専門員による手法を活用した「自己点検」の結果を取りまとめることで、地域の介護支援専門員が苦手な情報収集の分野や情報連携の課題を把握し、地域の多職種連携のしくみやケアマネジメント支援のしくみの検討につなげるなどの活用が考えられる。そのためには、保険者の「適切なケアマネジメント手法」への理解促進に向けた研修プログラム等の整備も必要である。保険者が地域で「適切なケアマネジメント手法」を取り入れることによる効果や意義が学べる内容が盛り込まれると望ましい。

② 法定研修における手法の適切な活用

「適切なケアマネジメント手法」の普及においては、介護支援専門員の法定研修において「適切なケアマネジメント手法」の内容や活用方法を適切に伝えることも重要である。法定研修における適切なケアマネジメント手法の取り扱い状況を確認し、講師養成や共通教材等の検討を試みることも必要である。

3. 業務への組み込み検討

「適切なケアマネジメント手法」について、全国の研修等での活用・普及を見込むのであれば、業務ソフト等への本手法の組み込みについても検討を進めるべきである。本手法は書類作成業務の業務負荷を下げることを目的に開発されたものではないが、本手法の活用を通して、本来の介護支援専門員が行うべきケアマネジメントに注力できるようになることは望ましい形である。

① 事例の特徴に応じて着目すべき視点をまとめたデータセットの活用

本年度検証を進めた「事例情報と着目すべき「想定される支援内容」の項目のデータセット」を拡充することで、既存のアセスメントシートや業務ソフト等と接続し、「適切なケアマネジメント手法」の考え方をういた視点をレコメンドするようなくみの検討も可能である。介護支援専門員の対応すべき範囲が拡大している状況を勘案すると、単にツールの種類を増やすのではなく、現在の業務の中にどのように組み込んでいくかについても検討を重ねる必要がある。

② ケアマネジメント実務における手法の活用場面の特定

「適切なケアマネジメント手法」に関連する事業では、これまで様々なツールを作成してきた。作成したツールの中には、介護支援専門員の日常業務においても役立てることが可能なツールも複数あり、先行的に取り組む介護支援専門員は日常業務の振り返りにおける自己点検シート活用や、地域ケア会議やサービス担当者会議での想定される支援内容の活用などに取り組んでいる。手法の各ツールについて活用場面を特定し取りまとめることは、手法の実践での活用促進に向けて非常に有効であると考えられる。

4. 手法の普及・活用状況の実態把握

これまで「適切なケアマネジメント手法」について、介護支援専門員向けに様々な普及推進施策を実施してきた。さらに、令和6年度からは法定研修のカリキュラムに手法の内容が導入され、さらに手法の普及が進んでいると考えられる。それらを踏まえ、介護支援専門員における手法の普及状況を確認することが重要である。また、手法の活用効果として、多職種から見た介護支援専門員やケアマネジメントの変化を観測することも重要であると考えられる。

5. 手法のメンテナンスも含めた長期的な体制等の検討

本手法は「ニッポン一億総活躍プラン」において、令和7年度までの実施を予定された事業であり、本事業の総まとめを行う必要がある。一方、令和3、4年度に実施した「適切なケアマネジメント手法 実践研修」では、手法を活用することで利用者の状態に変化があったという事例もあり、任意の事例について手法の活用による状態等の改善について経時的なデータを分析する手法の活用効果の長期的な検証も求められている。また、令和8年度以降も知見のアップデートや制度改定に沿った本手法の定期的な見直しが必要であるとの指摘もあり、本手法について定期的な見直しができるような体制の検討も必要である。

巻末資料・別冊資料一覧

本事業の成果物及び検討経過に使用した資料・文献等は以下のとおりである。

- 参考文献
- 巻末資料1 本調査研究事業における「適切なケアマネジメント」の考え方
- 巻末資料2 はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド
～先輩ケアマネジャーと学ぶ「適切なケアマネジメント手法」
～ 独居世帯
- 巻末資料3 はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド
～先輩ケアマネジャーと学ぶ「適切なケアマネジメント手法」
～ 高齢者のみ世帯
- 巻末資料4 はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド
活用のための説明書 ～考え方編～
- 巻末資料5 はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド
活用のための説明書 ～使い方編～
- 巻末資料6 令和6年度 レビュー結果(抜粋)
- 巻末資料7 令和6年度 北見市自立支援型地域ケア個別会議実施マニュアル
- 別冊資料1 「適切なケアマネジメント手法」の手引き その3
～疾患別ケアについて学ぶ～

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/2504_mhlwkrouken_report_15_2.pdf

参考文献

本手法の検討にあたり、参考とした主な文献は以下のとおり。

【ケアマネジメント全般】

- 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（改訂平成 30 年 3 月、厚生労働省）
- 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（平成 30 年 6 月、厚生労働省）
- 専門職のための認知症の本人と家族が共に生きることを支える手引き（平成 30 年 3 月、厚生労働省）

【高齢者の機能と生理】

- [八訂] 介護支援専門員基本テキスト 第 3 巻 高齢者保健医療・福祉の基礎知識（2018 年 6 月、介護支援専門員テキスト編集委員会、一般財団法人 長寿社会開発センター）
- 介護職員スキルアップ研修 2016 年（平成 28 年度介護職員スキルアップ研修 研修運営委員会、東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課）
- 家族看護を基盤とした在宅看護論Ⅰ概論編第 4 版（平成 30 年 2 月、渡辺裕子他、株式会社日本看護協会出版会）
- 家族看護を基盤とした在宅看護論Ⅱ実践編第 4 版（平成 30 年 2 月、渡辺裕子他、株式会社日本看護協会出版会）
- 最新 老年看護学 第 3 版 2020 年版（令和 2 年 1 月、水谷信子他）
- 実践看護技術学習支援テキスト 老年看護学（平成 18 年、中島紀恵子他、株式会社日本看護協会出版会）

【脳血管疾患】

- 脳卒中治療ガイドライン 2015 [追補 2019 対応]（令和元年 11 月 25 日、日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会、株式会社協和企画）
- 高血圧治療ガイドライン 2019（平成 31 年 4 月 25 日、日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会、日本高血圧学会 ライフサイエンス出版 鉄谷書店）
- 作業療法ガイドライン 2018 年度版（平成 31 年 2 月、一般社団法人日本作業療法士協会）
- 介護職員スキルアップ研修 2016 年（平成 28 年度介護職員スキルアップ研修 研修運営委員会、東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課）
- 医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成 25 年 8 月 8 日、日本医師会・四病院団体協議会）

【大腿骨頸部骨折】

- 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 2021 改訂第 3 版（令和 3 年 2 月 27 日、日本整形外科学会 日本骨折治療学会 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会 大腿骨頸部/転子

部骨折診療ガイドライン策定委員、南江堂)

- 作業療法ガイドライン 2018 年度版 (平成 31 年 2 月、一般社団法人日本作業療法士協会)
- 大腿骨近位部骨折のリハビリテーション (平成 30 年、林泰史 末永健一、インターメディカ)
- 医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言 (平成 25 年 8 月 8 日、日本医師会・四病院団体協議会)

【心疾患】

- 高齢心不全患者の治療に関するステートメント (平成 28 年、日本心不全学会ガイドライン委員会)
- 在宅医療テキスト第 3 版 (平成 27 年、在宅医療テキスト編集委員会)
- 2016 年度版心臓サルコイドーシスの診療ガイドライン (平成 28 年、日本循環器学会他)
- 脳血管障害、慢性腎臓病、末梢血管障害を合併した心疾患の管理に関するガイドライン 2014 年改訂版 (平成 26 年、日本循環器学会他)
- ペースメーカ、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン 平成 25 年改訂版 (平成 25 年、日本循環器学会他)
- 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 年改訂版 (平成 24 年、日本循環器学会他)
- 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン (平成 24 年、日本循環器学会他)
- 急性・慢性心不全診療ガイドライン 2017 年改訂版 (平成 30 年 3 月 23 日、日本循環器学会他)
- 在宅医療 午後から地域へ (平成 22 年、日本医師会雑誌 第 139 巻・特別号 (1))
- 高齢者診療マニュアル (平成 21 年、日本医師会雑誌 第 138 巻・特別号 (2))
- 家族看護を基盤とした在宅看護論 I 概論編第 4 版 (平成 30 年 2 月、渡辺裕子他、株式会社日本看護協会出版会)
- 最新 老年看護学 第 3 版 2020 年版 (令和 2 年 1 月、水谷信子他)
- 心臓リハビリテーション (日本リハビリテーション学会 HP)
- 医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言 (平成 25 年 8 月 8 日、日本医師会・四病院団体協議会)

【認知症】

- 2 訂／介護支援専門員研修テキスト 専門研修課程 I (2 訂／介護支援専門員研修テキスト編集委員会、一般社団法人日本介護支援専門協会)
- 2 訂／介護支援専門員研修テキスト 専門研修課程 II (2 訂／介護支援専門員研修テキスト編集委員会、一般社団法人日本介護支援専門協会)
- 2 訂／介護支援専門員研修テキスト 主任介護支援専門員更新研修 (2 訂／介護支援専門員研修テキスト編集委員会、一般社団法人日本介護支援専門協会)
- 認知症疾患診療ガイドライン 2017 総論 (一般社団法人日本神経学会 など)
- 認知症ケアマニュアル (公益社団法人大阪府看護協会)

- 認知症・せん妄サポートチームマニュアル（国立長寿医療研究センター）
- 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（厚生労働省）
- 作業療法ガイドラインー認知症 第1版（平成31年4月20日、一般社団法人日本作業療法士協会 学術部、一般社団法人日本作業療法士協会）
- -研究報告- 介護老人保健施設における認知症ケアガイドラインの開発（原祥子 他）
- 「認知症家族・介護者」のための認知症・BPSD 介護マニュアル（平成27年4月発行/令和元年改訂、一般社団法人 葛飾区医師会 認知症対策委員会）
- 「認知症の薬物療法」第105回日本精神神経学会総会 教育講演（中村 祐（香川大学医学部精神神経医学講座））
- 薬剤師認知症対応力向上研修テキスト（薬剤師分科会（平成27年度 老健事業））
- 優しさを伝えるケア技術：ユマニチュード（本田美和子（第56回日本心身医学会総会ならびに学術講演会資料））
- ユマニチュードを学ぶ（一條智康）
- 認知症ケアガイドブック（平成28年6月、公益社団法人日本看護協会 ※一部のみ WEB 公開、<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/ninchisyo/pdf/careguide.pdf>）
- 認知症を理解する（厚生労働省ホームページ 政策レポート、<https://www.mhlw.go.jp/seisaku/19.html>）
- 専門職のための認知症の本人と家族がともに生きることを支える手引き（認知症介護研究・研修仙台センター（平成29年度厚生労働省老人健康保健増進等事業））
- 医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日、日本医師会・四病院団体協議会）

【誤嚥性肺炎の予防】

- 成人肺炎診療ガイドライン 2017（平成29年4月2日、日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン2017作成委員会 編集、一般社団法人日本呼吸器学会（JRS））
- ナース専科 2017年8月号（平成29年7月12日、株式会社エス・エム・エス）
- 作業療法マニュアル 55 摂食嚥下障害と作業療法ー吸引の基本知識を含めて（平成25年3月31日、一般社団法人日本作業療法士協会）
- 生活支援がわかるケアマネジャーの医療知識（平成23年4月5日、ケアマネットふじのくに 編著、中央法規出版株式会社）
- 嚥下障害診療ガイドライン 2018年版（平成30年9月10日、一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会 編集、金原出版株式会社）
- 先生、誤嚥性肺炎かもしれません 嚥下障害、診られますか？（平成27年9月20日、谷口洋 編集、株式会社羊土社）
- 米国感染症学会ガイドライン成人市中肺炎管理ガイドライン第2版（平成17年1月1日、ジョン G. バートレット他 著/河野茂 監訳、株式会社医学書院）
- 家族看護を基盤とした在宅看護論Ⅱ実践編第4版（平成30年2月、渡辺裕子他、株式会社日本看護協会出版会）
- 在宅医療と訪問看護・介護のコラボレーション（改訂2版）（平成27年4月、前川厚子 編

著、株式会社オーム社)

- 実践看護技術学習支援テキスト老年看護学 (平成 14 年 5 月 31 日、中島紀恵子 監修、株式会社日本看護協会出版会)
- 家族看護を基盤とした在宅看護論 I 概論編第 4 版 (平成 30 年 2 月、渡辺裕子他、株式会社日本看護協会出版会)
- Monthly Book MEDICAL REHABILITATION No. 238 摂食嚥下障害患者の食にチームで取り組もう! (令和元年 7 月 15 日、栢下淳 編集、株式会社全日本病院出版会)
- 臨床の口腔生理学に基づく摂食嚥下障害のキュアとケア 第 2 版 (平成 29 年 9 月 15 日、舘村卓 著、医歯薬出版株式会社)
- ICF 国際生活機能分類－国際障害分類改定版－ (平成 14 年 8 月 15 日、障害者福祉研究会 編集、中央法規出版株式会社)
- 「よくする介護」を実践するための ICF の理解と活用－目標指向的介護に立って (平成 21 年 7 月 27 日、大川弥生 著、中央法規出版株式会社)
- 生活 7 領域から考える自立支援アセスメント・ケアプラン作成マニュアル (ver. IV) (平成 20 年 4 月 1 日、中社団法人日本介護福祉士会 編集、中央法規出版株式会社)
- 呼吸器の病気「誤嚥性肺炎」 (平成 28 年 12 月、一般社団法人日本呼吸器学会 WEB ページ https://www.jrs.or.jp/uploads/uploads/files/disease_qa/disease_a12.pdf)
- 基本チェックリスト (厚生労働省)
- 摂食・嚥下機能障害チェックシート (平成 19 年、東京都福祉保健局、https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/shikahoken/pamphlet/hoken_josakusei.html)
- 医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言 (平成 25 年 8 月 8 日、日本医師会・四病院団体協議会)

巻末資料1 本調査研究事業における 「適切なケアマネジメント」の考え方

本調査研究事業における「適切なケアマネジメント」の考え方

令和元年度「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」においてとりまとめたもの。

1. 本調査研究事業における「適切なケアマネジメント」の考え方

(1) 「適切なケアマネジメント」が目指すもの

○尊厳を保持し、質の高い生活を実現する

ケアマネジメントが目指すことは、介護保険法第一条にも示されているように、「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」にある。これは、本人及びその家族が、尊厳のある、その人自身にとっての本人らしい生活、すなわち質（QOL）の高い生活を実現できるよう、セルフケアや生活の実現に必要な支援、さらには意思形成及び意思決定の支援などを利用できるようにすることと言い換えることもできる。

あくまでも、本人の尊厳ある生活の実現こそが、ケアマネジメントを通じて目指すべきことなのである。

○将来にわたるQOLを維持・向上させるマネジメント

人的資源や財政資源に限られる中、地域で続いていく高齢者本人とその家族の生活を支えるためには、将来にわたり必要な支援を継続的に提供できる体制と方法の実現も求められる。

このような視点に立てば、「適切な」ケアマネジメントでは、現時点で利用者・家族が困っていることの支援だけでなく、本人の持つ潜在能力やストレングスに着目して自分でできることの範囲を増やしていけるような支援が求められる。さらに将来の介護の発生を予防するための支援のあり方やケアといった、先に続く生活を見据え組み立てることに重点をおいた取り組みが重要になる。つまり、その人や家族の将来の生活を見据え、将来のQOL低下を防ぐ、あるいは将来の介護の発生可能性を抑えることができるような支援の実現が求められている。

具体的には、将来の生活に関する本人の意向を捉えたうえで、自分でできることを増やすとともに、疾患の再発の予防あるいは重度化の遅延化、転倒や誤嚥などのリスクの低減といった視点から支援を組み立てることが重要である。

○セルフケアへの移行を見据えたマネジメント

生活はあくまでも本人のものであり、サービス利用によってその人らしい生活が実現できないようであれば、それは尊厳が保持された状態とは言えない。QOLを生活の自由度を確保することだと捉えるならば、必要な外部サービスを利用しつつも、本人や家族の能力を踏まえたできる範囲でセルフケアへと移行できるように環境を整えるという視点も重要になる。

大切なことは、状態を維持したり再発を予防したりするために、予防やリスク軽減のための取り組みを継続的に実施できるよう支援することである。ただし、居宅における予防やリスク軽減の取り組みのすべてをフォーマルサービスだけで提供することは非現実的である。本人が自らあるいは同居者のサポートを得ながらセルフケアとして継続して実施できるようにすることを意識する必要がある。

なお、これは一律にセルフケアに移行することの意味するのではない。むしろ、時期によっては、将来の生活においてセルフケアを継続しやすいようにするために集中的にフォーマルサービスを活用する必

要もあることを意味する。セルフケアの継続は、社会参加の実現と維持にとっても重要であり、地域におけるその人らしい生活の実現につながる。

○資源の充実

個別支援における目の前の一人の支援だけではなく、ケアチームや地域の力を高め、将来のニーズに対応できる資源を充実させていくことも、ケアマネジメントが目指す取り組みの一つである。

具体的には、個別支援からみえてくる地域の課題に対し、それらの解決のために必要な社会資源の具体的な内容を地域ケア会議などで検討し、ケアマネジャーどうしで共有し、他の専門職や保険者（自治体）とも連携し、社会資源の充実に向けた取り組みを進めていく。

ここで社会資源とは、共助・公助のサービス提供体制だけでなく、地域における互助の活動、あるいは自助として活用する自費サービスなどの資源が当然含まれる。しかし、こうしたサービスや活動だけでなく、例えば多職種間の円滑な関係性（ネットワーク・リンケージ）や、ケアチームのメンバー間での基本的な倫理観や尊厳の保持に対する基本的な姿勢を共有する規範的統合といった目に見えにくい資源も、その地域における社会資源として捉えることができる。

個別支援を起点としたこうした取り組みは、地域包括ケアシステムの構築の推進においても重要な活動となる。

(2) 「適切なケアマネジメント」を実現するために必要な機能

このような適切なケアマネジメントを実現するために、ケアマネジメントには以下のような三つの機能が求められる。

①情報を収集し、状況を分析し、見通しを立てること

適切なケアマネジメントが目指すところは、将来志向のマネジメントであり、セルフケアを見据えて状況に応じてケアの関わり方を変えていくマネジメントである。そのときに必要な支援、ADL／IADLの改善を目指す支援、重度化や再発などの予防に重点をおくケア、セルフケアを実現するケアといったように、ケアの関わり方を変えていくためには、本人の心身の状況及び生活の状況を捉えるために必要な情報を収集・整理して分析し、見通しを立てることが必要になる。

なお、状況の把握と分析のどちらも、ケアマネジャーが一人で行えるものではなく、その人の生活に関わる支援者の協働体制で実現するものである。ここで支援者とは、専門職だけを指すものではない。むしろ、認知症のある高齢者が地域で生活することを支えていくためには、家族や近隣の住民などのインフォーマルな支援者もより重要になる。

したがって、ケアマネジメントに求められる機能としては、「状況を的確に分析し、見通しを立てられるチーム体制を整え、運用すること」ということができる。

適切な見通しを立てるためには、疾患群ごとに把握すべき情報を確実に把握し、それを判断できる専門職と共有する必要がある。判断できる知見を持つ専門職が判断できるための必要な情報を共有する、そのような関わり方として医療介護連携が必須になるのである。

②地域の実情に応じて社会資源をコーディネートすること

尊厳を保持した、その人が望む生活の実現に向け、状況の分析結果と見通しに基づき、地域の実情に応

じて本人を支える社会資源をコーディネートする。ここでいう社会資源とは、介護給付サービスに加え、他の制度や公的サービスはもちろん、地域で利用可能な自費サービス、さらにはインフォーマルサポートなども含まれる。さらに、本人だけでなく家族の支援に必要な社会資源も含める。

ただし、地域に必要とされ、かつ、利用可能な社会資源は地域によって異なる。地域にはその地域の歴史や生活文化があり、社会資源もそうした経緯を背景として、限られた人的資源の中で生まれたものであるため、地域によって社会資源の種類や量、それぞれの特徴は異なるものになる。

セルフケアの実現を支える視点に立てば、対人援助サービスだけでなく、その人が自らセルフケアを継続できるような環境整備（生活環境、用具、情報提供などの環境の整備）の実現に資する社会資源も含めて捉えることが重要である。これらに加え、個別支援で活用しうる社会資源の整備に向け、地域の課題を捉える視点も大切となる。地域に暮らす人びとの生活の支援をこれからも継続していくには、個別支援の実践のみならず、地域の課題を抽出し、その解決に資する社会資源を考え、資源の充実に向けた取り組みも求められる。

ケアマネジャーには、こうした取り組みを組織的に実施することが期待される。つまり、個別支援を起点として共有し、ケアの実践の場からみえてくる課題を保険者（自治体）に伝えとともに、社会資源を構成する様々な主体のネットワークを構築していくといった取り組みが期待される。ここで大切なことは、社会資源が連携したシームレスな体制を作ることにある。人的資源が今後限られていく環境下では、社会資源が縦割りになって分断されてしまうと、地域に暮らす人びとを支える役割や機能を果たし切れなくなる。

全国一律にすべての社会資源の整備を目指すのではなく、地域の実情を踏まえ、地域にある社会資源が相互に連携し、地域で求められる役割・機能を補い合っていくような体制を作っていく必要がある。

③意思の形成・表出・決定・実行を支援すること

本人の尊厳を保持し、利用者やその家族が目指す生活を実現するためには、意思決定を支援する機能がまず必要である。具体的には意思の形成を支え、それをくみ取って周囲に伝え、意思決定を支援すること、そして決定した意思の実現を支えることが求められる。認知症の高齢者など、意思決定支援を必要とする高齢者が増えることが見込まれる社会において、この機能は今後特に重要になる。

多くの高齢者は何らかの疾患を有するため、治療・療養に関わる意思決定を支えるためには、医療から介護へと必要な情報を提供する医療介護連携が当然必要になる。一方で、医療における判断を支えるためには、生活の場面での情報（その人の生活の様子、普段の志向、大切にしていることなどの情報）を収集・集約して共有することも必要だ。つまり、介護から医療へと情報を共有する医療介護連携の実現も求められる。今後ますます双方向での連携が重要となってくる。

2. 「適切なケアマネジメント」を実現するための方法

(1) 職業倫理

前述「2. 本調査研究事業における「適切なケアマネジメント」の考え方」で示したケアマネジメントを実現するために、ケアマネジャーには、専門的な知識・技術はもちろん、人権と尊厳を支える専門職に求められる姿勢を認識し、介護支援専門員としての職業倫理に基づき、日常業務で直面する倫理的課題に対応する実践力が求められている¹。

人は、心身を病み、介護を必要とする状態となっても、一人の「人」として尊重されるべきかけがえのない存在であることは言うまでもない。本報告書で取り扱う支援の対象者は、要介護状態にあり、常に医療やケア、さらには人生の選択を迫られる状況にある。ケアマネジャーは、人生にさえ関与しうる重要な支援を行っていることを再認識し、本人にとっての最善の選択が行われるよう、利用者本位、公正中立、利用者の代弁といった職業倫理に立ち返り、ケアマネジメントプロセスを省察しながら取り組む姿勢が求められる。

今後、認知症のある高齢者の数の増加が見込まれる中で、多職種連携においては、意思形成から意思表示、意思決定・遂行までの各プロセスに困難を伴う方への支援の必要性が高まっている。ケアマネジャーには、本人、家族、専門職を含めた関係者の間に生じる価値の調整にも目を向け、ときには倫理的ジレンマを適切に捉える倫理的な感受性、実践倫理の知識や技術も求められている。

(2) ケアマネジメントプロセス

これまでの実践を通じて、ケアマネジメントプロセスが確立されてきた。これは正解がないものを捉える際の方法論として依って立つべきものである。大切なことは、プロセスを守れば良いのではなく、前述したような考え方を実現するための方法としてプロセスがあると捉えることである。

つまり、プロセスの各要素、特にアセスメントやモニタリングにおいては、前述した考え方の実現のために行うということを意識すべきである。具体的には、その人の目指す生活の実現に向け、将来にわたるQOLを維持するために、今どのような情報を把握し分析すべきなのか、またどのような支援の可能性を考えるべきなのかを意識することが重要になる。

「適切なケアマネジメント手法」の調査研究では、疾患や状況に応じ状態の維持・改善の可能性、生活が継続できるような支援を軸に整理してきた。この知識体系を用いて、アセスメントやモニタリングに取り組むことが求められる。

(3) 多職種連携・多職種協働

ここまで整理してきたような取り組みを実践するためには、各専門職域が培ってきた幅広い知見と視点が必要であり、これをケアマネジャーが一人ですべて身につけることは難しい。つまり、「適切なケアマネジメント手法」を実践するには、情報の収集・判断とその後の経過の把握などが共有できる各段階における多職種協働が必要不可欠である。

特に重要なことが、想定される支援の必要性を判断し、その人に合った個別化されたケアを検討し提供するアセスメントプロセスにおける協働と、その後の経過に基づいてケアの内容を見直すモニタリングブ

¹ 老発 0704 第 2 号：平成 26 年 7 月 4 日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」別添 1 介護支援専門員実務研修 「人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理」

ロセスにおける協働である。

自宅で生活する要介護高齢者の場合、判断できる知見を持つ専門職といえども 24 時間 365 日の生活のすべての様子を把握できない。したがって、それぞれ異なるタイミングでその人に接している専門職の情報を共有することが重要になる。したがって、ここでいう多職種には、介護保険における在宅サービスを提供する介護職や医療職だけでなく、病棟の医師・歯科医師やコメディカル（看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護福祉士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーなど）も含まれる。各職種で背景が異なるが、「適切なケアマネジメント手法」で整理したように、共通の考え方や想定される支援内容を普及することにより、単語・用語の認識共有が進み、情報共有やコミュニケーションを円滑化することが期待される。

また、状態の維持・悪化の防止に向けた方向性や方針、個別の支援内容、さらにそうした支援内容を判断するために収集すべき情報をどのようにつなげて考えるべきかの視点が共有されることで、その人の状態や生活に合ったケアの見直しをタイムリーに行いやすくなることも期待される。

(4) ケアの実践を支える体制の構築

高齢者本人のその人らしい生活の実現を支えるためには適切なケアマネジメント手法に基づいて整理されたケアが実践される必要がある。したがって、多職種連携・多職種協働によってケアのねらいや位置づけ、本人に合った支援方法などを共有し、確実にケアが実践されるような体制を構築する必要がある。

具体的には、サービス担当者会議などを通じて、本人の目指す生活の実現におけるケアの必要性や位置づけ、その人に合ったケアとするための方法や留意点などの情報を共有できるケアチームを作ることが大切である。

なお、適切なケアマネジメント手法で整理したケアは、必ずしも専門職によって提供されるものばかりではなく、本人や同家族などが実施するものも含めて捉えている。さらには、近隣住民や友人知人などのインフォーマルな関係者にも関わってもらう必要がある支援内容も含まれる。

したがって、専門職ではない本人や家族、そのほかの関係者が、必要なケアを継続して実施できるような体制を整えることも重要である。具体的には、必要な情報やケアの方法を伝えたり、本人や家族などの支援者からの相談に応じたり、普段と違う状況を把握したときには専門職が対応できる体制を整えたりといった体制構築の取り組みが重要となる。

3. 「適切なケアマネジメント」の実現に向けて保険者(自治体)に期待される役割

「適切なケアマネジメント手法」は、各職種における既存の知見や現場の実践で培われた知見に基づいて必要と考えられる支援内容を整理したいわば理想形である。実際にはこれらすべての知見を短期間に体得することは難しく、また支援を提供する社会資源が不足する場合もあるため、すべてのケアマネジャーがこのすべてを実践できるわけではない。つまり、理想と現実にギャップがある。

地域包括ケアシステムの構築を目指して、理想と現実のギャップを解消していくためには、ケアマネジャーや他の職種による取り組みだけでなく、保険者(自治体)もともに、以下のような取り組みを進めていく必要がある。

①「適切なケアマネジメント手法」の共有

まず、ケアマネジャーが「適切なケアマネジメント手法」の考え方や内容を理解し、共有する必要がある。なお、共有の方法は研修だけでなく、地域ケア会議や事例研究など、既存の実践的な場面を活用し、実務経験年数などに応じて段階的に理解し、共有できるようにすることが重要である。

②多職種連携・多職種協働に必要なネットワークの構築

「適切なケアマネジメント手法」はケアマネジャーだけで実現を目指すものではなく、多職種との連携・協働が一緒になってはじめて実現できる。

多職種連携・多職種協働を促進するためには、各専門職の間でのネットワークを構築し、その継続に向けた取り組みを描くことが必要である。

なお、個別支援における多職種連携・多職種協働を円滑に行うには、各職種の業務を効率化するためにICTによる情報共有なども活用することが有効である。

③社会資源の把握と充実

地域の実情によっては、「適切なケアマネジメント手法」で整理された支援内容には、地域の中で利用可能な社会資源がわかりにくかったり、提供可能なサービスの量が少なかったりする場合もある。したがって、まずは地域で利用可能な社会資源を把握し、その情報をケアマネジャーが活用できるようにすることが重要である。

また、例えば地域ケア会議などを通じて、地域で不足している社会資源を具体的なケアのレベルで捉え、こうしたケアを実現できる社会資源の充実に取り組むことが期待される。

ただし、社会資源の充実と言っても、必ずしも新たな社会資源を創出する必要はない。むしろ、既存の社会資源が対応できるケアの範囲を広げたり、これまでは公的サービスが担っていたものを民間のサービスや互助的な活動が担えるようにしたり、といった取り組みが重要である。

4. 「適切なケアマネジメント」の期待される効果

前述してきたように当該事業において期待される効果は多々あるが、これによりケアマネジメントプロセス(アセスメント～モニタリング)が共有化されたことにより、質の向上による自立支援の推進や業務の効率化も期待できる。

巻末資料2・3 はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド

～先輩ケアマネジャーと学ぶ「適切なケアマネジメント手法」～

(1)本ガイドについて

- ・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を踏まえた質の高いケアマネジメントを実践するうえで、[独居の方の事例](#)について[初回あるいは再アセスメント時点](#)で、[少なくともこれだけは確実に実施すべき](#)と考えられる情報収集等の実践事項を抽出し、リストにしたものです。
- ・全ての事例について、少なくともこれだけは実施しておきたいという視点あるいは行動の基準であり、[これだけを実践すれば良いというものではない](#)点に留意ください。

(2)基本的な考え方

- ・本ガイドを使う前に、まず「基本ケア」の全体像（基本方針、大項目・中項目、想定される支援内容）の理解を深めましょう。
 - ・「基本ケア」は生活の継続を支える基盤となるものなので、原則は疾患の有無や同居者の有無などに関係なく、全ての要介護高齢者の支援において必要性を検討すべきものです。ただし、(再)アセスメント時点で一気に全ての支援内容の情報を収集するのは現実的ではないため、どの領域に重点を置くかを見極めて詳細な情報収集を実施することが大切です。
- 【独居の方の事例で想定しておく必要のある仮説】
- ・独居の方の場合、同居者がいる場合の事例と比べて、住み慣れた場所での暮らしを将来にわたりどのように続けられるかについて、漠然とした不安を抱えている可能性も大きいです。また、心身の状況の緩やかな変化を捉えることができる人（同居者がいる場合であれば同居者など）があまりおらず、心身の状況の変化の兆候を捉えにくい可能性が大きいです。
 - ・また、本人のこれまでの生活歴や家族等の関係性にもよりますが、同居者等がいる場合に比べて、本人の意向を知る人が少なくなるリスクがあります。したがって、本人の意向を捉えて反映させやすくする観点に立てば、本人の意向その背景にある想いやストレングスなどを捉えることがより重要になります。
 - ・したがって、独居の方の事例における(再)アセスメントでは、「基本ケア」の中でも特に本人の尊厳を重視した生活の意向の把握と、心身の状況特に健康状況の維持を支える基本的な状況の把握を確実に実施する必要があります。

(3)ケアマネジメントの実践における留意点

- ①**本人だけでなく、多様な方々からの情報も収集する**
- 独居だとしても、ケアマネジメント実践において留意うすべき点は、基本的に変わりません。ただし、上記(2)の基本的な考え方にも示したように本人の意向の把握と本人の心身の状況の把握について、より確実に実施する必要があります。その際、ケアマネジャーが直接に情報収集（本人との面談、居宅への訪問等）するだけでなく、本人に関わる多様な方々（介護サービス事業者や専門職だけでなく、インフォーマルサポートを担う方々も含む）の状況を知り、そうした方々からも情報収集するよう留意することが重要です。
- ②**将来に続く生活を支えるよう、本人のストレングスをできるだけ引き出す**
- 現時点での生活をどう支えるかの視点だけでなく、本人が希望する将来に続く生活を支える視点に立つことが大切です。介護サービスの利用ありきに陥ることなく、本人の生活の意向を前提に、ストレングスをできるだけ引き出し、これから先も生活をできるだけ続けらるようにするために今どのような支援の必要性があるのか、その検討のためにどのような情報収集が必要かを捉えることが大切です。
- ③**現時点では把握できない状況や変化していく状況を含め、情報収集できる体制を整える**
- 本人の生活に関わる人が少ない事例など、現時点で把握できない場合もあると思います。また、同居者等がいる場合に比べて、本人の生活の状況の変化を捉えにくいことも想定されます。したがって、現時点では把握できない状況も含め、本人の状況の変化に関する情報がケアマネジャーのもとに集まるような情報収集の体制を整えることも重要です。

(4)実践チェック（少なくともこうした情報収集は実施しておきたいという行動の基準）

①本人の尊厳を重視した生活の意向の把握

重点を置く領域			想定される支援内容 （番号は「適切なケアマネジメント手法」一覧に示すもの）	行動基準（目的と内容）	※実施したものに○を、それ以外のものには×を付けてください。 ※項目内容について実施した場合は、その結果に関わらず○を付けてください。			課題と対応策	QRコード
基本方針	大項目	中項目			項目	チェック欄① 年 月 日	チェック欄② 年 月 日		
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	現在の生活の全体像の把握	5望む生活・暮らしの意向の把握	本人が現在の暮らしをどのように捉え、この先の生活についてどのような意向や不安を持っているかを多角的に把握し、ケアチームメンバーに共有する	①今の住まいでの現在およびこれからの暮らしをどう捉えているかをケアマネジャー自身がご本人のお話を聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					②多職種等から、ご本人が意向をお話しになったエピソードの情報を収集した				
					③ご本人の生活の意向をケアチームに共有した				
			6一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援	本人の1週間の日課（食事、活動、トイレ、睡眠等）を把握し、ケアチームメンバーに共有する	ご本人からの聞き取りやご本人の生活に関わる多様な主体からの情報収集により、ご本人の一日、一週間、一か月の生活リズムをそれぞれ把握した			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					⑤ご本人からご本人が大切にしていたり快いと捉えている日課を聞き取りした				
					⑥外出したり他の人と交流する日課を聞き取りした				
					⑦⑥で聞き取りしたご本人の日課を介護者及びケアチームに共有した				
			10家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援	現在（入退院があった場合は入院前）の家庭や地域で担っている役割、およびその活動を共に行う地域の多様な主体の状況を把握する	⑧ご本人から普段の活動を聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					⑨ご本人が大切にしている役割がどのようなものかを聞き取りした				
これまでの生活の尊重と継続の支援	家事・コミュニケーション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	35喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	本人が望む生活において本人のストレングスが発揮される場面を具体的に捉え、それを活かした支援となるよう個別化した支援の工夫について、ケアチームに検討を依頼する	⑩ご本人から、現在の生活での喜びや楽しみを感じる場面を聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					⑪ご本人から、この先の役割についての思い（希望、あきらめ）を聞き取りした				
					⑫ご本人の生活に関わる多様な主体から、ご本人が強みを発揮できる場面及びストレングスに関する情報を収集した				
					⑬ご本人が捉えている強みやジレンマをケアチームに共有した				
					⑭ご本人が捉えている強みやジレンマを個別ケアの工夫に反映し、その状況の変化をモニタリングでも把握するよう依頼した				

②心身の状況特に健康状況の維持を支える基本的な状況の把握

重点を置く領域			想定される支援内容 (番号は「適切なケアマネジメント手法」一覧に示すもの)	行動基準（目的と内容）	※実施したものに○を、それ以外のものには×を付けてください。 ※項目内容について実施した場合は、その結果に関わらず○を付けてください。			課題と対応策	QRコード
基本方針	大項目	中項目			項目	チェック欄 年 月 日	チェック欄 年 月 日		
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	疾病や心身状態の理解	1 疾病管理の理解の支援	かかりつけ（医師、歯科医師、薬剤師）の有無を確認し、本人の療養上の留意点を把握し、介護者及びケアチームメンバーに共有する	⑮ かかりつけ医の有無を確認した			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					⑯ 医師等からご本人の療養上の留意点に関する情報を収集した				
					⑰ ご本人から、自身の療養上の留意点の認識を聞き取りした				
					⑰ ⑯、⑰で把握した情報を介護者及びケアチームに共有した				
		口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保	3	口腔内の異常の有無および歯科受診の状況を把握する	⑲ ご本人が口腔内の異常を感じているかどうかを聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					⑳ ケアマネジャー自身でご本人の口腔内の様子（例：歯の状態、かみ合わせの状態、口腔内の状態）を簡単に観察した				
					㉔ かかりつけ歯科医の有無を確認した				
					㉔ ご本人あるいは歯科医師等から歯科受診の状況に関する情報を収集した				
		現在の生活の全体像の把握	7	食事及び栄養の状況の確認	ご本人やケアチームから、普段の食事の量と内容に関する情報を、おおまかな摂取カロリーや栄養のバランスの概要が分かる程度に収集した			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					ご本人の生活の継続における、食事内容に関するモニタリング項目をケアチームに共有した				
		水分摂取状況の把握の支援	8	普段の水分摂取状況を把握して、水分の不足傾向がないかどうかを確認し、課題があればケアチームに共有する	㉕ ご本人の普段の摂取水分量を推計した			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					㉖ ご本人の普段の排泄回数を通じて、排泄量を推計した				
					水分収支に課題がある場合に課題解決の方針をケアチームで検討・共有し、ご本人及び家族等にも共有した				
		目指す生活を踏まえたリスクの予測	11	口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測	⑳ 介護者等から、摂食嚥下の状況に関する情報を収集した			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					摂食嚥下の状況に懸念がある場合について、専門職にリスクチェック（例：栄養状態、摂食嚥下の状況、口腔内の状況などの確認）を依頼した				
					リスクチェックの結果をケアチームに共有するとともに、定期的なリスクチェック（例：食事内容、摂食嚥下の状況、口腔内の状況などの確認）を依頼した				
		緊急時の対応のための備え	14	緊急時の対応	㉑ 普段から連絡を取る家族等の有無、その相手と連絡先を、ご本人から聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					体調の急な変化などの緊急時に連絡すべき家族等の有無、その相手と連絡先を、ご本人からの聞き取り及び家族等からの情報収集で把握した				
					かかりつけ医の有無とその連絡先を、ご本人からの聞き取り及び他の職種からの情報収集で把握した				
	意思決定過程の支援	意思の表明の支援と尊重	17	意思決定支援の必要性の理解	普段の生活で利用するサービスの判断など日常的な意思決定に対するご本人の思い、不安について、ご本人から聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					普段の生活での意思決定と介護サービスの契約などの比較的まとまった契約の意思決定におけるキーパーソンについて、ご本人からの聞き取りと家族等からの情報収集を行った				
					介護サービスに使える金額の水準と金銭管理の方法について、ご本人あるいは家族等から聞き取りした				
	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	継続的な受診と服薬の支援	24	継続的な服薬管理の支援	㉗ ご本人から、定期的な服薬の有無、内容、留意点を聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					㉘ かかりつけ医等からご本人の服薬管理における留意点、指導事項等の情報を収集した				
					㉙ ご本人が自ら服薬管理を継続するうえでの課題を把握し、その課題とご本人の把握の状況をケアチームに共有した				
		継続的な自己管理の支援	25	体調把握と変化を伝えることの支援	㉚ ご本人やケアチームから体調管理（体重、体温、血圧等）の実施状況を聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					㉛ かかりつけ医等からご本人の体調管理における留意点、指導事項等の情報を収集した				
					㉜ ご本人の体調管理の方法と留意すべき水準についてケアチームで共有した				
					㉝ 変化の兆候が見られたときに連絡・共有する方法を定めた				

(5)情報が収集できなかった場合の対応

■アセスメントを実施する期間に把握しきれなかった
⇒支援の関わりを通じて、モニタリングの過程で把握していけるように、「何を確認したいか」を明確にして、サービス事業所のメンバーに依頼したりケアマネジャー自身のモニタリング面談時に聞き取りしたりするなどして、徐々に把握できるようにしましょう。

■情報収集を具体的にどのようにすれば良いか分からない、なぜその情報が必要かが分からない
⇒事業所や地域で指導助言してもらえる主任あるいは先輩ケアマネジャーに相談したり、「適切なケアマネジメント手法」の本編を参照して該当する想定される支援内容の必要性や概要を読み直したりして理解を深めましょう。

(1)本ガイドについて

- ・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を踏まえた質の高いケアマネジメントを実践するうえで、[高齢者のみ世帯で生活を送る方の事例](#)のうち、[本人の要介護度が比較的軽度であり、これからも在宅生活が当分続く見込みの事例](#)について、[初回あるいは再アセスメント時点](#)で、[少なくともこれだけは確実に実施すべき](#)と考えられる情報収集等の実践事項を抽出し、リストにしたものです。
- ・全ての事例について、少なくともこれだけは実施しておきたいという視点あるいは行動の基準であり、[これだけを実践すれば良いというものではない](#)点に留意ください。

(2)基本的な考え方

- ・本ガイドを使う前に、まず「基本ケア」の全体像（基本方針、大項目・中項目、想定される支援内容）の理解を深めましょう。
- ・「基本ケア」は生活の継続を支える基盤となるものなので、原則は疾患の有無や同居者の有無などに関係なく、全ての要介護高齢者の支援において必要性を検討すべきものです。ただし、(再)アセスメント時点で一気に全ての支援内容の情報を収集するのは現実的ではないため、どの領域に重点を置くかを見極めて詳細な情報収集を実施することが大切です。

- 【[高齢者のみ世帯の方であってこれからも在宅生活が当分続く見込みの事例](#)において、[想定しておく必要のある仮説](#)】
- ・高齢者のみ世帯の方の場合、同居者にも健康面や日常生活における課題がある、あるいはこれから新たに課題が生まれる可能性があります。したがって、ご本人と同居者それぞれの意向やストレングスを最大限に尊重しつつも、同居者を単なる介護力として見るのではなく同居者の状況の変化や支援の必要性も捉えることが重要です。
 - ・また、同居者の状況にもよりますが、長く続いていく在宅生活のいずれかの時点において、同居者の入院・入所や死別等により独居世帯に移行していく可能性を含んでいると考えておくことも大切です。この観点からも、同居者を介護力として頼り過ぎることなくケアマネジャー等の支援者が現状を捉え、ご本人のストレングスを引き出して自分でできることを継続できるように支える観点が必要です。
 - ・したがって、高齢者のみ世帯の方であってこれからも在宅生活が当分続く見込みの事例における(再)アセスメントでは、「基本ケア」の中でも特に[本人の尊厳を重視した本人及び同居者の生活の意向の把握](#)、[本人の理解度やセルフケアの状況の把握](#)に加え、[同居者自身の支援の必要性及び同居者の支えとなる環境の把握](#)を確実に実施する必要があります。

(3)ケアマネジメントの実践における留意点

- ①**本人と同居者だけでなく、多様な方々からの情報も収集する**
- 同居者がいる場合、つい同居者から得られる情報に多く頼りがちになってしまいます。しかし、同居者の状況によっては、同居者にも健康面や日常生活上の課題がある場合もあり、本人の心身や生活の状況の把握を同居者に頼り過ぎないことが大切です。とくに本人の意向については、同居者との関係性によっては、敢えて同居者の前では表明しない場合もあります。本人に関わる多様な方々（介護サービス事業者や専門職だけでなく、インフォーマルサポートを担う方々も含む）からも状況を把握し、そうした方々からも情報収集するよう留意することが重要です。
- ②**将来に続く生活を支えるよう、本人のストレングスをできるだけ引き出す**
- 現時点での生活をどう支えるかの視点だけでなく、本人が希望する将来に続く生活を支える視点に立つことが大切です。介護サービスの利用ありきに陥ることなく、本人及び同居者が持つ生活の意向を前提に、ストレングスをできるだけ引き出し、これから先も生活をできるだけ続けられるようにするために今どのような支援の必要性があるのか、その検討のためにどのような情報収集が必要かを捉えることが大切です。
- ③**現時点では表面化していない情報や本人・家族の変化を含め、情報収集できる体制を整える**
- 上記(2)でも示したように、長く続く在宅生活のいずれかの時点で、暮らし方が大きく変化することを見込んでおく必要があります。また、本人の心身の状況も変化しますから、本人及び同居者の健康状態や意向の変化を捉えることが大切です。ただし、ケアマネジャーが一人で把握しようとするのではなく、上記①に示したように本人や同居者に関わる多様な方々とも連携し、本人や同居者の状況の変化に関する情報がケアマネジャーのもとに集まるような体制を整えることも重要です。

(4)実践チェック（少なくともこうした情報収集は実施しておきたいという行動の基準）

①本人及び同居者の尊厳を重視した生活の意向の把握

重点を置く領域			想定される支援内容 (番号は「適切なケアマネジメント手法」一覧に示すもの)	行動基準（目的と内容）	※実施したものに○を、それ以外のものには×を付けてください。 ※項目内容について実施した場合は、その結果に関わらず○を付けてください。			課題と対応策	QRコード
基本方針	大項目	中項目			項目	チェック欄① 年 月 日	チェック欄② 年 月 日		
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	現在の生活の全体像の把握	5望む生活・暮らしの意向の把握	本人及び同居者が現在の暮らしをどのように捉え、この先の生活についてどのような意向や不安を持っているかを多角的に把握するために、ご本人の想いを直接捉えるとともに、ご本人以外の方からもご本人の意向を把握し、ケアチームメンバーに共有する	今の住まいでの現在及びこれからの暮らしをどう捉えている			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					①かをケアマネジャー自身がご本人、同居者それぞれのお話を聞き取りした				
					②多職種等から、ご本人が意向をお話しになったエピソードの情報を収集した				
			10家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援	現在（入退院があった場合は入院前）の家庭や地域で担っている役割、及びその活動の機会を維持したり増やしたりする可能性を探るため、ご本人および地域の多様な主体の状況を把握する	③ご本人及び同居者の生活の意向をそれぞれケアチームに共有した			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					④ご本人及び同居者それぞれから普段の活動を聞き取りした				
	意思決定過程の支援	意思の表明の支援と尊重	17意思決定支援の必要性の理解	日常生活を継続するうえでのさまざまな意思決定（必ずしもACPだけに留まらない）を支援する必要性を検討するため、どのようにしてご本人の意思決定を支援するかについて、同居者及び同居以外の家族等も含めてその必要性和方針を共有する	⑤ご本人が大切にしている役割がどのようなものかを、ご本人及び同居者それぞれから聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					⑥普段の生活で利用するサービスの決定など日常的な判断に対してご本人の思い、不安について、ご本人及び同居者それぞれから聞き取りした				
					⑦普段の生活で利用するサービスの決定など日常的な判断について、相談することがある人（ご本人から見たキーパーソン）が誰かを、ご本人から直接聞き取りした				
					⑧普段の生活で利用するサービスの決定など日常的な判断のキーパーソン（同居者にとって頼りに出来る人の有無を含む）が誰かを、同居者から直接聞き取りした				
これまでの生活の尊重と継続の支援	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	37本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	本人と同居者のこれまでの生活を捉え、可能な範囲で本人が家庭内での役割を継続したり拡充したりするために、希望する役割とその実施方法を具体的に捉え、その継続のために必要な環境整備等の方法について、本人および同居者、ケアチームと共有する	⑨介護サービスに使える金額の水準と金銭管理の方法について、ご本人及び同居者それぞれから聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					⑩ご本人がこれまで果たしてきた家庭内での役割に対する思いについてご本人から聞き取りした				
					⑪ご本人及び同居者それぞれから、これからの役割の希望を聞き取りした				
					⑫ご本人及び同居者の希望を踏まえ、これからもご本人が役割を継続するうえでの課題とその解決の方向性について、他の専門職等に聞き取りした				
					⑬役割を継続するための環境整備等の方針について、ご本人及び同居者、ケアチームに説明し共有した				

②心身の状況特に健康状況の維持を支える基本的な状況の把握

重点を置く領域			想定される支援内容 (番号は「適切なケアマネジメント手法」一覧に示すもの)	行動基準（目的と内容）	※実施したものに○を、それ以外のものには×を付けてください。 ※項目内容について実施した場合は、その結果に関わらず○を付けてください。			課題と対応策	QRコード
基本方針	大項目	中項目			項目	チェック欄 年 月 日	チェック欄 年 月 日		
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	疾病や心身状態の理解	1 疾病管理の理解の支援	ご本人自身が出来るかぎり自身の管理の内容や必要性を理解できるようにするため、かかりつけ（医師、歯科医師、薬剤師）の有無を確認し、本人の療養上の留意点を把握し、同居者、介護者及びケアチームメンバーに共有する	⑭ かかりつけ医の有無を確認した			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					⑮ 医師等からご本人の療養上の留意点に関する情報を収集した				
					⑯ ご本人から、自身の療養上の留意点への理解の状況を聞き取りした				
					⑰ 把握した情報を介護者及びケアチームに共有した				
		現在の生活の全体像の把握	7 食事及び栄養の状態の確認	ご本人の普段の食事の状況と低栄養のリスクを検討するため、普段の食事の内容と、摂食嚥下に係るリスクを把握し、食事及び栄養に係る課題を同居者及びケアチームに共有する	⑱ ご本人や同居者、ケアチームから、普段の食事の量と内容に関する情報を、おおまかな摂取カロリーや栄養のバランスの概要が分かる程度に収集した			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					⑲ 普段とっている食事の内容を踏まえ、フレイル予防の観点に立ったリスクチェック（例：栄養状態、摂食嚥下の状況、口腔内の状況などの確認）をかかりつけ医や他の専門職に依頼した				
					⑳ 他の専門職から得られた情報に基づき、普段の食事内容に関する課題や留意点の有無（課題や留意点がある場合はその対応策も含む）をご本人及び同居者に伝えた				
			8 水分摂取状況の把握の支援	ご本人の脱水のリスクを検討するため、普段の水分摂取状況を把握して、水分の不足傾向がないかどうかを確認し、課題があればケアチームに共有する	㉑ ご本人の普段の摂取水分量を推計した			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					㉒ ご本人の普段の排泄回数の確認を通じて、排泄量を推計した				
					㉓ 水分収支に課題がある場合に課題解決の方針をケアチームで検討・共有し、ご本人及び同居者にも共有した				
		緊た急め時の備えの対応	14 緊急時の対応	ご本人の体調の急な変化などの際の対応体制を整えるため、緊急時に急ぎ連絡すべき先を具体的に把握しておき、緊急時に必要な連絡が届く体制を整える	㉔ 体調の急な変化などの緊急時に連絡すべき同居者以外の家族等の有無、その相手と連絡先を、ご本人あるいは同居者からの聞き取りで把握した			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					㉕ かかりつけ医の有無とその連絡先を、ご本人あるいは同居者からの聞き取り及び他の職種からの情報収集で把握した				
	持予・測に基づくフレイルや心身機能の度維持の予防の支援	継続的な自己管理の支援	25 体調把握と変化を伝えることの支援	ご本人や同居者が緩やかな体調の変化の兆候を捉えられるようにするため、体調の管理に関するモニタリング項目をケアチームと共有し、変化があれば連絡できる体制を整える	㉖ ご本人や同居者、ケアチームから体調管理（体重、体温、血圧等）の実施状況を聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					㉗ かかりつけ医等から、ご本人の体調管理における留意点、指導事項等の情報を収集した				
					㉘ ご本人の体調管理の方法と留意すべき水準について同居者及びケアチームで共有した				
					㉙ 変化の兆候が見られたときに連絡・共有する方法をご本人及び同居者とともに定めた				

③同居者の支援の必要性及び同居者の支えとなる環境の把握

重点を置く領域			想定される支援内容 (番号は「適切なケアマネジメント手法」一覧に示すもの)	行動基準（目的と内容）	※実施したものに○を、それ以外のものには×を付けてください。 ※項目内容について実施した場合は、その結果に関わらず○を付けてください。			課題と対応策	QRコード
基本方針	大項目	中項目			項目	チェック欄 年 月 日	チェック欄 年 月 日		
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	40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備	同居者が、不安やストレスの緩和のために相談できる相手がいると感じられる体制を整えるため、普段の生活リズムを把握したうえで、同居者が現在抱えている気持ちを受け止めるとともに、相談出来る先があることをお伝えする	③⑩ 介護に対する同居者の気持ちについて、同居者から聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					③⑪ ご本人および同居者それぞれの生活リズムを、双方それぞれから聞き取りした				
					③⑫ 同居者が不安に感じたときはケアマネジャーに相談して欲しいこと、またケアマネジャー以外にも利用することができる地域の相談窓口があることを、ご本人及び同居者に伝えた				
			41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	将来にわたる生活の継続を支えるために活用可能な地域資源があることを同居者が知ることができるようにするため、その意思決定には本人の意向を尊重するとともに同居者も関わって行われることを、同居者も理解できるように情報提供する	③⑬ 将来の生活の意向について、ご本人及び同居者それぞれから聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					③⑭ ご本人及び同居者の生活の意向を踏まえ、その生活を実現するために地域で利用可能なフォーマル／インフォーマルな資源について、ご本人及び同居者に情報を提供した				
					③⑮ 認知症がある場合、認知症の程度によって意思決定を支える体制を変えていく可能性があること、その際利用可能な地域の資源があることを、ご本人及び同居者に伝えた				
		家族等の理解者を増やす支援	42 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援	ご本人や同居者にとって一人で抱え込むことなく地域で相談することができる先が複数あると感じられるよう、本人及び同居者にとっての地域における理解者の状況を把握したうえで、地域のインフォーマルな資源等の情報を提供する	③⑯ ご本人や同居者の生活に関わっている人、地域におけるキーパーソン（普段の生活での判断や困ったときに頼ることができる人）の有無について、ご本人あるいは同居者から聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
					③⑰ 地域とのかかわり方に関するご本人及び同居者の意向を、双方それぞれから聞き取りした				
					③⑱ 同居者が不安を抱いたり相談したいと思ったときに利用可能な地域の資源（主にインフォーマルな資源）の有無、有る場合はその概要の情報をご本人及び同居者に伝えた				

(5)情報が収集できなかった場合の対応

■アセスメントを実施する期間に把握しきれなかった
⇒支援の関わりを通じて、モニタリングの過程で把握していけるように、「何を確認したいか」を明確にして、サービス事業所のメンバーに依頼したりケアマネジャー自身のモニタリング面談時に聞き取りしたりするなどして、徐々に把握できるようにしましょう。

■情報収集を具体的にどのようにすれば良いか分からない、なぜその情報が必要かが分からない
⇒事業所や地域で指導助言してもらえる主任あるいは先輩ケアマネジャーに相談したり、「適切なケアマネジメント手法」の本編を参照して該当する想定される支援内容の必要性や概要を読み直したりして理解を深めましょう。

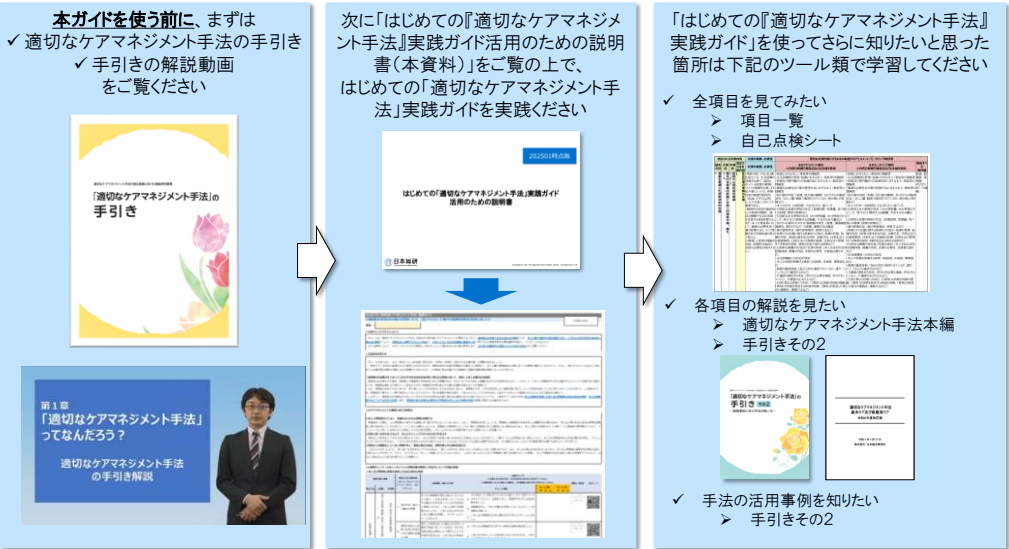
巻末資料4 はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド
活用のための説明書 ～考え方編～

はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド 活用のための説明書 ～考え方編～

「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド」とは

- 「適切なケアマネジメント手法」は基本ケアだけでも44項目の想定される支援内容があります
- 「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド」は、**高齢者の世帯類型**に着目し、**少なくともこれだけは着目した方が良いと考えられる想定される支援内容を抜粋したものです**
- まずは本ガイドを実践することで、「適切なケアマネジメント手法」の活用のイメージを掴みましょう
- 本ガイドを実践して、個々の事例に係る悩みが出てきた場合は、**1人で判断せず、先輩ケアマネジャーにご相談ください**

活用のフロー



目次

- 1. 「適切なケアマネジメント手法」のねらいと概要
- 2. 「基本ケア」の構成と項目
- 3. 想定する活用場面
- 4. 本ガイドのねらいと概要

1. 「適切なケアマネジメント手法」のねらいと概要

4

「適切なケアマネジメント手法」とは

- 「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**
- **根拠に基づいた知見と、それを踏まえた「仮説」を持ってから情報収集・共有を進める**という考え方に基いてまとめられている
- 介護支援専門員だけではなく、**他の職種とともに地域全体で活用**することを目指している

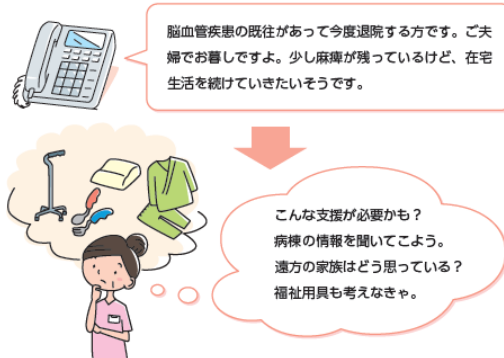


5

“あたり”をつけて効率よく個別化を行う

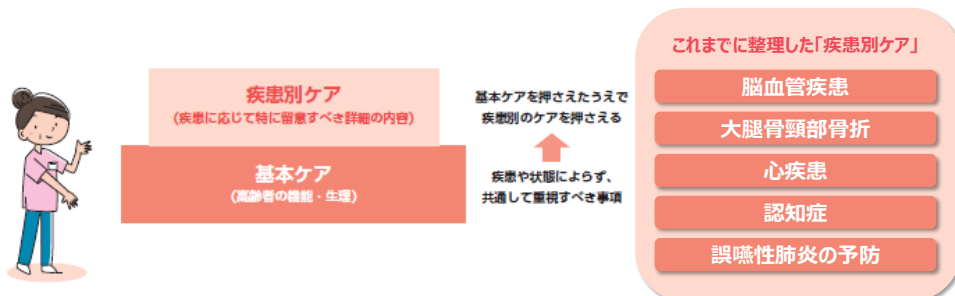
- 情報収集の前に根拠のある“あたり”を持つことは、専門職としての知識と経験に裏付けられた意味のあるもの。「適切なケアマネジメント手法」は、根拠のある知見を整理しているので“あたり”の精度を高めるために活用できる

(インタビューの一例)



「基本ケア」と「疾患別ケア」で構成される

- 「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ある
- 「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る
- まず「基本ケア」を踏まえ、本人の状態に応じて「疾患別ケア」を参照することが望ましい



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アセスメント/モニタリング項目 等を整理している

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

2. 「基本ケア」の構成と項目

「基本ケア」とは

- 「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、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
- 「疾患別ケア」を検討する前に、「基本ケア」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する

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

「基本ケア」の構造

- 介護保険法や地域包括ケアシステムの基本理念を踏まえ、「なぜ、その支援内容を想定すべきなのか？」を示しているのが「基本方針」である
- そして、基本方針のの実現のために何をすべきかを示すのが「大項目」、「中項目」である
- この構造を念頭に、「想定される支援内容」の上位の項目も併せて読み込み、「何のための支援」として整理されているかを意識して捉えていただきたい



「基本ケア」の概要

- 「基本ケア」は、基本方針から始まり、大項目、中項目と具体化され、その下にさらに具体的な支援内容が整理されている

基本方針		大項目	中項目
I	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 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
		意思決定過程の支援	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 生活リズムを整える支援
II	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	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 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
		日常的な生活の継続の支援	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
		家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	
III	家族等への支援	家族等への支援	
		ケアに参画するひとへの支援	

☒ 具体的な項目はこちらをご覧ください
基本ケア項目一覧

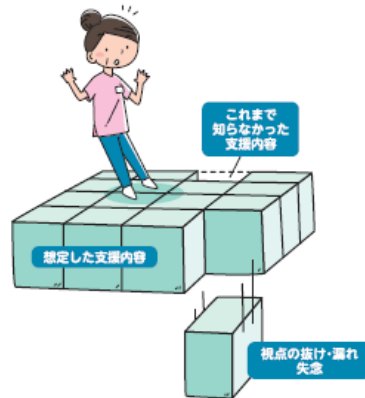

 日本総研
The Japan Research Institute, Limited

Copyright (C) 2025 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved.

3. 想定する活用場面

「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、
 - 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



本人や家族に合わせた
個別的な支援内容を
実現しやすくなる

こんな場面で使おう ～介護支援専門員：アセスメントやケアプラン原案作成～

- 「適切なケアマネジメント手法」を、自分の普段のケアマネジメント実践を振り返る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る
- 気づいた視点について、サービス事業所や他職種とともに情報収集・共有を進めることで、個別化のための掘り下げた情報の把握や具体的な支援内容の検討がやりやすくなる



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



4. 本ガイドのねらいと概要

16

【再掲】「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド」とは

- 「適切なケアマネジメント手法」は基本ケアだけでも44項目の想定される支援内容があります
- 「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド」は、**高齢者の世帯類型**に着目し、**少なくともこれだけは着目した方が良いと考えられる想定される支援内容を抜粋したものです**
- まずは本ガイドを実践することで、「適切なケアマネジメント手法」の活用のイメージを掴みましょう
- 本ガイドを実践して、個々の事例に係る悩みが出てきた場合は、**1人で判断せず、先輩ケアマネジャーにご相談ください**

17

本ガイドの構成

- ・ 行動基準やチェック項目の他に、利用における基本的な考え方やケアマネジメント実践における留意点をまとめています

- (1) 本ガイドについて
- (2) 本ガイドの基本的な考え方
- (3) ケアマネジメントの実践における留意点
- (4) 実践チェック
 - 重点を置く領域
 - 想定される支援内容
 - 行動基準（目的と具体的な内容）
 - チェック項目
- (5) 情報が収集できなかった場合の対応

基本的な考え方①独居世帯の初回アセスメントでの活用例

- ・ 本ガイドは、高齢者の世帯類型に着目し、ケアマネジメントのある場面において、「適切なケアマネジメント手法」の中でもどのような項目に着目し、どのような取り組みが考えられるのかを例示したものです。
- ・ 「独居世帯」の初回アセスメントでは、以下のような可能性を想定したうえで情報収集することが大切ですから、本手法に照らすと、まず次頁に示すような項目に着目することになります。

独居世帯で想定しておく必要のある仮説

- ・ 同居者がいる場合の事例と比べて、住み慣れた場所での暮らしを将来にわたりどのように続けられるかについて、**漠然とした不安を抱えている**可能性も大きい。また、心身の状況の緩やかな変化を捉えることができる人（同居者がいる場合であれば同居者など）があまりおらず、**心身の状況の変化の兆候を捉えにくい**可能性が大きい。
- ・ 同居者等がいる場合に比べて、**本人の意向を知る人が少なくなるリスク**がある。したがって、**本人の意向その背景にある想いやストレスなどを捉えることがより重要**になります。
- ・ 「基本ケア」の中でも特に**本人の尊厳を重視した生活の意向の把握と、心身の状況特に健康状況の維持を支える基本的な状況の把握**を確実に実施する必要がある。

本ガイドに出てくる基本ケアの項目

- 基本ケアの44項目のうち、「独居世帯」の初回アセスメントにおいて、必ず確認すべき項目を絞り込むと、特に以下のような項目が考えられます

独居世帯に登場する項目

基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容
I 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	疾病や心身状態の理解	1 疾患管理の理解の支援 3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保
		現在の生活の全体像の把握	5 望む生活・暮らしの意向の把握 6 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援 7 食事及び栄養の状態の確認 8 水分の摂取状況の把握の支援 10 家族や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援
			11 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測
			14 緊急時の対応
			17 意思決定支援の必要性の理解
			24 継続的な服薬管理の支援
			25 体調把握と変化を伝えることの支援
		意思の表明の支援と尊重	
		意思決定過程の支援	
		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	
II これまでの生活の尊重と継続の支援	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	35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援

20

基本的な考え方②高齢者のみ世帯の初回アセスメントでの活用例

- 本ガイドは、高齢者の世帯類型に着目し、ケアマネジメントのある場面において、「適切なケアマネジメント手法」の中でもどのような項目に着目し、どのような取り組みが考えられるのかを例示したものです。
- 「高齢者のみ世帯」の初回アセスメントでは、以下のような可能性を想定したうえで情報収集することが大切ですから、本手法に照らすと、まず次頁に示すような項目に着目することになります。

高齢者のみ世帯で想定しておく必要のある仮説

- 同居者にも健康面や日常生活における課題が生じる可能性がある。同居者を単なる介護力として見るのではなく同居者の状況の変化や支援の必要性も捉えることが重要である。
- 同居者の入院・入所や死別等により独居世帯に移行していく可能性を考えておくことも重要だ。同居者を介護力として頼り過ぎることなくケアマネジャー等の支援者が現状を捉え、ご本人のストレングスを引き出して自分でできることを継続できるように支える観点が必要である。
- 「基本ケア」の中でも特に本人の尊厳を重視した本人及び同居者の生活の意向の把握、本人の理解度やセルフケアの状況の把握に加え、同居者自身の支援の必要性及び同居者の支えとなる環境の把握を確実に実施する必要がある。

21

本ガイドに出てくる基本ケアの項目

- 基本ケアの44項目のうち、各世帯類型において、必ず確認すべき項目を絞り込み、チェック項目としてまとめたものです

高齢者のみ世帯に登場する項目

基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容
I 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	疾病や心身状態の理解	1 疾患管理の理解の支援
		現在の生活の全体像の把握	5 望む生活・暮らしの意向の把握
			7 食事及び栄養の状態の確認
			8 水分の摂取状況の把握の支援
			10 家族や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援
II これまでの生活の尊重と継続の支援	意思決定過程の支援	緊急時の対応のための備え	14 緊急時の対応
		意思の表明の支援と尊重	17 意思決定支援の必要性の理解
		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	25 体調把握と変化を伝えることの支援
III 家族等への支援	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	37 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
		支援を必要とする家族等への対応	40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備
			41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援
		家族等の理解者を増やす支援	42 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援

22

本ガイドを活用する際の留意点

- 本ガイドは、適切なケアマネジメント手法を事例に即して活用するに当たり、活用のイメージを持ちやすいように検討されたものです
- 一方、本ガイドに載っている視点は、適切なケアマネジメント手法の「基本ケア」及び「疾病別ケア」のごく一部に過ぎません
- したがって、本ガイドを活用する際は以下の点にご留意いただき、ご使用ください

本ガイドが
全てではない

- 本ガイドは、「独居世帯」あるいは「高齢者のみ世帯」の初回インタビューの場面を想定して、「基本ケア」の中でも特に重視すべきと考えられる視点を示したものです
- 本来、「基本ケア」も44項目理解し、事例の状況に応じて活用すべきで、本ガイドはあくまでも学習のきっかけとして活用ください

「適切なケアマネジメント
手法」本編の学習に繋ぐ

- 本ガイドの活用により、事例に即してこの手法の活用イメージを持った後は、ぜひ「適切なケアマネジメント手法」の本編を手にとって学びを深めましょう
- また、本ガイドに関連して、個々の事例に係る悩みが出てきた場合は、先輩ケアマネジャーにご相談ください

23

本ガイドを活用する効果

- 回答を通じて情報収集・共有の抜け漏れに気が付く、回答をきっかけに多職種と連携した情報収集・情報共有を意識するなどの効果が確認されています

情報収集・共有の抜け漏れに気が付く

多職種と連携した情報収集・情報共有を意識するきっかけになる

適切なケアマネジメント手法の構造を簡単に学ぶことができる

各世帯類型のケアマネジメントの留意点を学ぶことができる

適切なケアマネジメント手法を学ぶきっかけとなる



Copyright (C) 2025 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved.

さっそく使ってみましょう！

【はじめに】「実践的ケアマネジメントガイド」の活用方法

(1)本ガイドについて

【基本的事項】

【実践的ケアマネジメントの手続き】

【実践的ケアマネジメントの手続き】

高齢者のみ活用

まずは基本的な考えや留意点をよく読んでください。

実践チェック項目だけを読むのではなく、基本方針～想定される支援内容、行動基準を読んだ上で考えましょう。

チェック欄は2か所準備しています。気になった事例は、半年～1年後に再点検してみましょう。

チェックが付かなかった項目、よくわからなかった項目はQRコードから詳細を確認しましょう。

項目について課題に思った点やその対応策をメモしておきましょう。思いつかない場合は、必ず先輩ケアマネジャーに相談してください。



Copyright (C) 2025 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved.

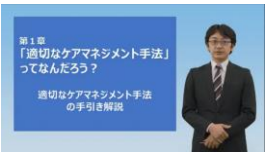
巻末参考資料

26

【参考】復習



適切なケアマネジメント手法の手引き



手引きの解説動画

1 章 適切なケアマネジメント手法って何だろう？



2 章 基本的な考え方



4 章 基本ケアの説明



27

巻末資料5 はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド
活用のための説明書 ～使い方編～

はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド 活用のための説明書 ～使い方編～

「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド」とは

- 「適切なケアマネジメント手法」は基本ケアだけでも44項目の想定される支援内容があります
- 「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド」は、**高齢者の世帯類型**に着目し、**少なくともこれだけは着目した方が良いと考えられる想定される支援内容を抜粋したものです**
- まずは本ガイドを実践することで、「適切なケアマネジメント手法」の活用のイメージを掴みましょう
- 本ガイドを実践して、個々の事例に係る悩みが出てきた場合は、**1人で判断せず、先輩ケアマネジャーにご相談ください**

活用のフロー

本ガイドを使う前に、まずは

- ✓ 適切なケアマネジメント手法の手引き
 - ✓ 手引きの解説動画をご覧ください

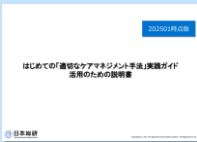
次に「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド活用のための説明書(本資料)」をご覧ください、はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドを実践ください

「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド」を使ってさらに知りたいと思った箇所は下記のツール類で学習してください

- ✓ 全項目を見てみたい
 - 項目一覧
 - 自己点検シート
- ✓ 各項目の解説を見たい
 - 適切なケアマネジメント手法本編
 - 手引きその2
- ✓ 手法の活用事例を知りたい
 - 手引きその2



















本ガイドの構成

- 行動基準やチェック項目の他に、利用における基本的な考え方やケアマネジメント実践における留意点をまとめています
- 次のページからは具体的な使い方を解説します。

- (1) 本ガイドについて
- (2) 本ガイドの基本的な考え方
- (3) ケアマネジメントの実践における留意点
- (4) 実践チェック
 - 重点を置く領域
 - 想定される支援内容
 - 行動基準（目的と具体的な内容）
 - チェック項目
- (5) 情報が収集できなかった場合の対応

[illegible]

まずは本ガイドを活用する事例を選定しましょう

- 本ガイドは、独居世帯または高齢者のみを対象として作成しています。
- ご自身が担当されている事例のうち、独居世帯または高齢者のみ世帯の事例を1つ選定して、その事例について本ガイドを記入しましょう。

はじめの「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド

高齢者のみ世帯の方の暮らしの事例について、(再)アセスメント時点での実践状況を自己表現しましょう

高齢者のみ世帯

ガイドの右上で世帯類型を確認しましょう

(1)本ガイドについて

・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を基に、高齢者のみ世帯で生活を送る方の実情や、本人の意向や生活の状況に合わせて、必要に応じて活用してください。
・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を基に、高齢者のみ世帯で生活を送る方の実情や、本人の意向や生活の状況に合わせて、必要に応じて活用してください。
・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を基に、高齢者のみ世帯で生活を送る方の実情や、本人の意向や生活の状況に合わせて、必要に応じて活用してください。

(2)基本理念

・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を基に、高齢者のみ世帯で生活を送る方の実情や、本人の意向や生活の状況に合わせて、必要に応じて活用してください。
・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を基に、高齢者のみ世帯で生活を送る方の実情や、本人の意向や生活の状況に合わせて、必要に応じて活用してください。
・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を基に、高齢者のみ世帯で生活を送る方の実情や、本人の意向や生活の状況に合わせて、必要に応じて活用してください。

(3)ケアマネジメントの実践における留意点

・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を基に、高齢者のみ世帯で生活を送る方の実情や、本人の意向や生活の状況に合わせて、必要に応じて活用してください。
・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を基に、高齢者のみ世帯で生活を送る方の実情や、本人の意向や生活の状況に合わせて、必要に応じて活用してください。
・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を基に、高齢者のみ世帯で生活を送る方の実情や、本人の意向や生活の状況に合わせて、必要に応じて活用してください。

はじめの「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドは下記よりダウンロードいただけます。

独居世帯

https://www.jri.co.jp/file/pdf/service/special/content11/corner113/2503/h/azimetenno_dokkyo.xlsx



高齢者のみ世帯

https://www.jri.co.jp/file/pdf/service/special/content11/corner113/2503/h/azimetenno_koreishanomi.xlsx

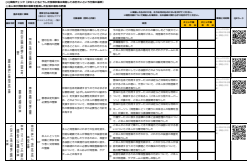


Copyright (C) 2025 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved.

高齢者のみ世帯の実践ガイドの使い方

手順①まずは基本的な考え方や留意点を読みましょう

- あらかじめ基本的な考え方や留意点を学ぶことで、より効果的に本ガイドを活用できます。



はじめの「適切なケアマネジメント手続」実践ガイド

○高齢者のみ世帯の方の個々の事例について、(再)アセスメント時点での実況を自己点検しましょう

高齢者のみ世帯

(1)本ガイドについて

～本ガイドは「適切なケアマネジメント手続」を踏まえた際の高いケアマネジメントを実施するうえで、**高齢者のみ世帯と生活を送る方の事例のうち、本人の意向が比較的明確であり、これらも在宅生活が当分長く見込まれる事例について、適切なケアマネジメント時点で、少なくともこれだけは確実に実施すべき点と**考えられる情報収集等の実践事項を抽出し、リストにしたものです。

～全ての事例について、少なくともこれだけは実施しておきたいという視点あるいは行動の基準であり、**これらは先実施すれば良いというものではない点に留意ください。**

(2)基本的な考え方

～本ガイドを使う前に、まず「基本ケア」の全体像(基本方針、大項目・中項目、想定される支援内容)の理解を深めましょう。

～「基本ケア」は生活の継続を支える基盤となるもので、原則は病気の発現や障害の有無などに依存なく、全ての要介護高齢者の支援において必要性を検討すべきものです。ただし、(再)アセスメント時点で一人に全ての支援内容の情報を収集するのは現実的ではないため、この領域に重点を置くかを見極めて詳細な情報収集を実施することが大切です。

【高齢者のみ世帯の方であってこれらも在宅生活が当分続く見込みの事例において、留意しておく必要がある留意点】

～高齢者のみ世帯の方の場合、高齢者にも健康面や日常生活における課題がある、あるいはこれから新たに課題が生ずる可能性があります。したがって、ご本人と関係者それぞれの意向やストレスを最大限に尊重しつつも、関係者を単なる介護力として見るのではなく関係者の状況の変化や支援の必要性も捉えることが重要です。

～また、関係者の状況にもよりますが、長く続いていく在宅生活のいずれかの時点で、関係者の入居・入所や他機関による施設サービスに移行していく可能性を念頭に考えておくことも大切です。この観点からも、関係者を介護力として頼り過ぎることなくケアマネジャー等の支援者が現状を捉え、ご本人のストレスを軽減して自分でできることを継続できるように支える必要があります。

～したがって、高齢者のみ世帯の方であってこれらも在宅生活が当分続く見込みの事例における(再)アセスメントでは、「基本ケア」の中でも特に**本人の意向を尊重し本人及び関係者の生活の意向の把握、本人の健康状態やセルフケアの状況の把握に加え、関係者自身の支援の必要性及び関係者の意見と異なる場合の把握**を確実に実施する必要があります。

(3)ケアマネジメントの実践における留意点

①**本人と関係者だけでなく、参画の方々からの情報も収集する**

関係者がいる場合、ケアマネジャーから得られる情報に多く盛り込まれてしまいます。しかし、関係者の状況によっては、関係者にも健康面や日常生活上の課題がある場合もあり、本人の心身や生活の状況の把握を関係者に頼り過ぎないことが大切です。とくに本人の意向については、関係者との関係性によっては、教えて関係者の前では表明しない場合もあります。本人に関わる多様な方々(介護サービス事業者や専門職だけでなく、インフォーマルサポートを担う方々も含む)からも状況を把握し、そうした方々からも情報収集するよう留意することが重要です。

②**将来に続く生活を支えるよう、本人のストレスをできるだけ引き出す**

現時点での生活を支えるための観点だけでなく、本人が希望する将来に続く生活を支える観点に立つことが大切です。介護サービスの利用ありきに限ることなく、本人及び関係者が持つ生活の意向を前向きに、ストレスをできるだけ引き出し、これらからも生活を支えるために活かすようにするためにどのような支援の必要性があるのか、その検討のためにどのような情報収集が必要かを見えることが大切です。

③**現時点では表面化していない情報や本人・家族の変化を含め、情報収集できる体制を整える**

上記(2)で示したように、長く続く在宅生活のいずれかの時点で、抱え込みが大きくなることを見込んでおく必要があります。また、本人の心身の状況も変化します。本人及び関係者の健康状態や意向の変化を見逃すことが大切です。ただし、ケアマネジャー一人で把握しようとするのではなく、上記(2)に示したように本人や関係者に関わる多様な方々とも連携し、本人や関係者の状況の変化に関する情報にケアマネジャーのみに基づくような体制を整えることが重要です。

手順②本ガイドに出てくる基本ケアの項目を確認しましょう

- 基本ケアは44項目のうち、本ガイドでは特に高齢者のみ世帯において**必ず確認すべき項目を絞り込んで**紹介しています。

基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容
I 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	疾病や心身状態の理解	1 疾患管理の理解の支援
		現在の生活の全体像の把握	5 望む生活・暮らしの意向の把握
			7 食事及び栄養の状況の確認
			8 水分の摂取状況の把握の支援
II これまでの生活の尊重と継続の支援	意思決定過程の支援	緊急時の対応のための備え	10 家族や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援
			14 緊急時の対応
			17 意思決定支援の必要性の理解
	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	継続的な自己管理の支援	25 体調把握と変化を伝えることの支援
III 家族等への支援	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	37 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
			40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備
			41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援
	家族等への支援	支援を必要とする家族等への対応	42 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援

手順③実践チェック項目を確認しましょう

- 基本方針を実現するために、具体的に何をすれば良いか確認してみましょう。

基本方針を達成するために具体的な行動を書き下したものが
行動基準や実践チェック項目です。
具体的な行動内容を確認してみましょう。

基本方針という大きな目標から具体的な行動まで整理しています。

実践チェック項目だけでなく、基本方針
～行動基準も必ず確認しましょう

基本方針	大項目	中項目	行動基準（目的と内容）	実践チェック項目（目的と内容）	チェック欄
暮らしの生活の安定と向上の促進	17	暮らしの生活の安定と向上の促進	暮らしの生活の安定と向上の促進	暮らしの生活の安定と向上の促進	暮らしの生活の安定と向上の促進
		暮らしの生活の安定と向上の促進	暮らしの生活の安定と向上の促進	暮らしの生活の安定と向上の促進	暮らしの生活の安定と向上の促進



手順④実践チェック項目にチェックをつけてみましょう

- 各実践チェック項目について、選定した事例においてご自身が実践した場合は○を、そうでない場合は×をつけていきましょう。

実践チェック項目を読んで、実践したものは結果を問わず○、
それ以外のものは×をつけます。
例）聞き取りを実施した結果、お話を伺えなかったとしても○をつけてください。

チェック欄は2回分あります。
まずは左側のチェック欄を使ってください。

基本方針	大項目	中項目	行動基準（目的と内容）	実践チェック項目（目的と内容）	チェック欄
暮らしの生活の安定と向上の促進	17	暮らしの生活の安定と向上の促進	暮らしの生活の安定と向上の促進	暮らしの生活の安定と向上の促進	暮らしの生活の安定と向上の促進
		暮らしの生活の安定と向上の促進	暮らしの生活の安定と向上の促進	暮らしの生活の安定と向上の促進	暮らしの生活の安定と向上の促進



手順⑤チェックを付けながら課題・不明点を確認しましょう

- 実践チェック項目の内容がわからない場合は手法の本編などで詳細を確認しましょう。

課題はこの欄にメモしておきます。

QRコードから各想定される支援内容の詳細を確認できます。

手順⑥チェックできなかった項目は対策を検討しましょう

- チェックできなかった項目は先輩ケアマネジャーと一緒に具体的な対策を考えましょう。

(5)情報が収集できなかった場合の対応

■アセスメントを実施する期間に把握できなかった
⇒支援の関わりを通じて、モニタリングの過程で把握していけるように、「何を確認したいか」を明確にして、サービス事業所のメンバーに依頼したりケアマネジャー自身のモニタリング面談時に聞き取りしたりするなどして、徐々に把握できるようにしましょう。

■情報収集を具体的にどのようにすれば良いかわからない、なぜその情報が必要かわからない
⇒事業所や地域で指導助言してもらええる主任あるいは先輩ケアマネジャーに相談したり、「適切なケアマネジメント手法」の本編を参照して該当する想定される支援内容の必要性や概要を読み直したりして理解を深めましょう。

💡 3か月～6か月後に本ガイドで再点検してみるのもおすすめです。

「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド」を使ってさらに知りたいと思った箇所は下記のツール類で学習してください

項目一覧

手引きその2

手法本編

独居世帯の実践ガイドの使い方

12

～独居世帯編～

手順①まずは基本的な考え方や留意点を読みましょう

- あらかじめ基本的な考え方や留意点を学ぶことでより効果的に本ガイドを活用できます。



はじめの「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド～先居ケアマネジャーと学ぶ「適切なケアマネジメント手法」～

③独居の方の様々な事例について、(再)アセスメント時点での実践状況を自己点検しましょう

独居世帯

(1)本ガイドについて

- ・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を踏まえた質の高いケアマネジメントを実施するうえで、**独居の方の事例について初期あるいは再アセスメント時点で、少なくともこれだけは確実に実施すべきと考えられる情報収集等の実施事項を抽出し、リストにしたものです。**
- ・全ての事例について、少なくともこれだけは実施しておきたいという観点あるいは行動の基準であり、**これだけを実施すればよいというものではない点に留意ください。**

(2)基本的な考え方

- ・本ガイドを使う前に、まず「基本ケア」の全体像（基本方針、大項目・中項目、想定される支援内容）の理解を深めましょう。
- ・「基本ケア」は生活の領域を支える基盤となるもので、原則は成患の有無や同居者の有無などに関係なく、全ての居介護利用者の支援において必要性を検討すべきものです。ただし、(再)アセスメント時点で一人に全ての支援内容の情報収集するは現実的ではないため、どの領域に重点を置くかを具体的に詳細な情報収集を実施することが大切です。

【独居の方の事例で想定しておく必要のある留意点】

- ・独居の方の場合、同居者がいる場合の事例と比べて、住み慣れた場所での暮らしを簡単にわたりのように続けられるかについて、突然とした不安を抱えている可能性も大きいです。また、心身の状況の緩やかな変化を捉えることができる人（同居者がいる場合であれば同居者など）がありません。心身の状況の変化の兆候を捉えにくい可能性が大きいです。
- ・また、本人のこれまでの生活型や家族等の関係性にもよりますが、同居者がいる場合に比べて、本人の意向を知る人が少なくなるリスクがあります。したがって、本人の意向を捉えて反映させやすくする観点に立てば、本人の意向との衝突がある懸念やストレスリスクなどを捉えることがより重要になります。
- ・したがって、独居の方の事例における(再)アセスメントでは、「基本ケア」の中でも特に本人の尊厳を重視した生活の意向の把握と、心身の状況特に健康状況の維持を支える基本的な状況の把握を確実に実施する必要があります。

(3)ケアマネジメントの実践における留意点

- ①本人だけでなく、多様な方々からの情報も収集する
独居だけでなく、ケアマネジメント実践において留意すべき点は、基本的に変わりません。ただし、上記(2)の基本的な考え方にも示したように本人の意向の把握と本人の心身の状況の把握について、より確実に実施する必要があります。その際、ケアマネジャーが直接に情報収集（本人との面談、居宅への訪問等）するだけでなく、本人に関わる多様な方々（介護サービス事業者や専門職だけでなく、インフォーマルサポートネットワークの状況を知り、そうした方々からも情報収集するよう留意することが重要です。
- ②関係性に強く生活を支えるよう、本人のストレスをできるだけ軽減する
関係性での生活はどう支えるかの観点だけでなく、本人が希望する将来に続く生活を支える観点に立つことが大切です。介護サービスの利用ありきに限ることなく、本人の生活の意向を前向きに、ストレスをできるだけ引き出し、これから先も生活できる限り続けるようにするためにどのような支援の必要性があるのか、その検討のためにどのような情報収集が必要かを捉えることが大切です。
- ③現時点では把握できない状況や変化していく状況を念め、情報収集できる体制を整える
本人の生活に関わる人が少ない事例など、現時点で把握できない場合もあると思います。また、同居者がいる場合と比べて、本人の生活の状況の変化を捉えにくいことも想定されます。したがって、現時点では把握できない状況も含め、本人の状況の変化に関する情報がケアマネジャーのもとに集まるような情報収集の体制を整えることも重要です。

13

手順②本ガイドに出てくる基本ケアの項目を確認しましょう

- 基本ケアは44項目のうち、本ガイドでは特に独居世帯において必ず確認すべき項目を絞り込んで紹介しています。

基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容
I 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	疾病や心身状態の理解	1 疾患管理の理解の支援 3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保
		現在の生活の全体像の把握	5 望む生活・暮らしの意向の把握 6 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援 7 食事及び栄養の状態の確認 8 水分の摂取状況の把握の支援
			10 家族や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援
			11 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測
			14 緊急時の対応
		意思決定過程の支援	17 意思決定支援の必要性の理解
		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	24 継続的な服薬管理の支援
II これまでの生活の尊重と継続の支援	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	継続的な自己管理の支援	25 体調把握と変化を伝えることの支援
		喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援

手順③実践チェック項目を確認しましょう

- 基本方針を実現するために具体的に何をすれば良いか確認してみましょう。

基本方針を達成するために具体的な行動を書き下したものが行動基準や実践チェック項目です。
具体的な行動内容を確認してみましょう。

基本方針	大項目	中項目	行動基準（目的と内容）	項目	チェック欄① 年 月 日	チェック欄② 年 月 日
基本方針という大きな目標から具体的な行動まで整理しています。					今の住まいでの環境およびこれからの暮らしをどう整えて	
I 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	現在の生活の全体像の把握	ケアチームメンバーに共有する	① 信頼を築くこと		
			本人の1週間の生活リズムとその他の変化を把握することの支援	② 本人からの聞き取りや本人の生活に接する多様な主体からの情報収集により、本人の一日、一週間、一か月の生活リズムを把握し、ケアチームメンバーに共有する		
			希望や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援	③ 外出したり他の人と交流する日曜を聞き取り、④で聞き取りました本人の生活リズムやケアチームに共有する		
			緊急時の対応の備え	⑤ 本人から信頼の置ける聞き取り		
II これまでの生活の尊重と継続の支援	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	継続的な自己管理の支援	喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	⑥ 本人が大切にしている役割がどのようなものかを聞き取り、		

実践チェック項目だけでなく、基本方針～行動基準も必ず確認しましょう

手順④実践チェック項目にチェックをつけてみましょう

- 各実践チェック項目について、選定した事例においてご自身が実践した場合は○を、そうでない場合は×をつけていきましょう。

実践チェック項目を読んで、**実践したものは結果を問わず○、それ以外のものは×をつけます。**
例) 聞き取りを実施した結果、お話を伺えなかったとしても○をつけてください。

選定される支援内容 (番号は「個別ケアプログラムシート」に統一します)			行動結果 (目的と内容)	※実践したものは○でも、それ以外のものは×をつけてください。 ※欄外について実践した場合は、その結果に○をつけてください。		
基本方針	大項目	中項目	項目	チェック欄 (年・月・日)	チェック欄 (年・月・日)	
独居世帯と関係する課題 課題の生活の多様性の確保と生活の安定の確保	課題の生活の多様性の確保と生活の安定の確保	5 望む生活・暮らしの意向の把握	本人が現在の暮らしをしどどのように捉え、この先の生活についてどのような意向や不安を持っているかを多角的に把握し、ケアチームメンバーに共有する	① 今の住まいでの環境およびこれからの暮らしをどう捉えているかをケアマネジャー自身が本人のお話を聞き取りした ② 多職種等から、ご本人が意向をお話になったエピソードの情報を収集した ③ ご本人の生活の意向をケアチームに共有した		
		6 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援	本人の1週間の日課(食事、活動、トイレ、睡眠等)を把握し、ケアチームメンバーに共有する	④ ご本人からの聞き取りやご本人の生活に関する多様な主体からの情報収集により、ご本人の一日、一週間、一か月の生活リズムをそれぞれ把握した ⑤ ご本人からご本人が大切にしていたり興味と捉えている日課を聞き取りした ⑥ 外出したり他の人と交流する日課を聞き取りした ⑦ 全て聞き取りしたご本人の日課を介護施設及びケアチームに共有した		
		10 家族や地域での活動や参加の状況及びその環境の把握の支援	現在(入居前であった場合は入居前)の家族や地域で起っている役割、およびその活動と共に行う地域の多様な主体の状況を把握する	⑧ ご本人から職務の活動を聞き取りした ⑨ ご本人が大切にしている役割や活動がどのようなものかを聞き取りした		

チェック欄は2回分あります。
まずは左側のチェック欄を使ってください。

手順⑤チェックを付けながら課題・不明点を確認しましょう

- 実践チェック項目の内容がわからない場合は手法の本編などで詳細を確認しましょう。

課題はこの欄にメモしておきます。

選定される支援内容 (番号は「個別ケアプログラムシート」に統一します)			行動結果 (目的と内容)	※実践したものは○でも、それ以外のものは×をつけてください。 ※欄外について実践した場合は、その結果に○をつけてください。		課題と対応策	QRコード	
基本方針	大項目	中項目	項目	チェック欄 (年・月・日)	チェック欄 (年・月・日)			
独居世帯と関係する課題 課題の生活の多様性の確保と生活の安定の確保	課題の生活の多様性の確保と生活の安定の確保	5 望む生活・暮らしの意向の把握	本人が現在の暮らしをしどどのように捉え、この先の生活についてどのような意向や不安を持っているかを多角的に把握し、ケアチームメンバーに共有する	① 今の住まいでの環境およびこれからの暮らしをどう捉えているかをケアマネジャー自身が本人のお話を聞き取りした ② 多職種等から、ご本人が意向をお話になったエピソードの情報を収集した ③ ご本人の生活の意向をケアチームに共有した			① 今の住まいでの環境およびこれからの暮らしをどう捉えているかをケアマネジャー自身が本人のお話を聞き取りした ② 多職種等から、ご本人が意向をお話になったエピソードの情報を収集した ③ ご本人の生活の意向をケアチームに共有した	
		6 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援	本人の1週間の日課(食事、活動、トイレ、睡眠等)を把握し、ケアチームメンバーに共有する	④ ご本人からの聞き取りやご本人の生活に関する多様な主体からの情報収集により、ご本人の一日、一週間、一か月の生活リズムをそれぞれ把握した ⑤ ご本人からご本人が大切にしていたり興味と捉えている日課を聞き取りした ⑥ 外出したり他の人と交流する日課を聞き取りした ⑦ 全て聞き取りしたご本人の日課を介護施設及びケアチームに共有した			④ ご本人からの聞き取りやご本人の生活に関する多様な主体からの情報収集により、ご本人の一日、一週間、一か月の生活リズムをそれぞれ把握した ⑤ ご本人からご本人が大切にしていたり興味と捉えている日課を聞き取りした ⑥ 外出したり他の人と交流する日課を聞き取りした ⑦ 全て聞き取りしたご本人の日課を介護施設及びケアチームに共有した	
		10 家族や地域での活動や参加の状況及びその環境の把握の支援	現在(入居前であった場合は入居前)の家族や地域で起っている役割、およびその活動と共に行う地域の多様な主体の状況を把握する	⑧ ご本人から職務の活動を聞き取りした ⑨ ご本人が大切にしている役割や活動がどのようなものかを聞き取りした			⑧ ご本人から職務の活動を聞き取りした ⑨ ご本人が大切にしている役割や活動がどのようなものかを聞き取りした	

QRコードから各想定される支援内容の詳細を確認できます。

手順⑥チェックできなかった項目は対策を検討しましょう

- チェックできなかった項目は**先輩ケアマネジャーと一緒に**具体的な対策を考えましょう。

(5)情報が収集できなかった場合の対応

■アセスメントを実施する期間に把握しきれなかった

⇒支援の関わりを通じて、モニタリングの過程で把握していけるように、「何を確認したいか」を明確にして、サービス事業所のメンバーに依頼したりケアマネジャー自身のモニタリング面談時に聞き取りしたりするなどして、徐々に把握できるようにしましょう。

■情報収集を具体的にどのようにすれば良いかわからない、なぜその情報が必要かわからない

⇒事業所や地域で指導助言してもらえる主任あるいは先輩ケアマネジャーに相談したり、「適切なケアマネジメント手法」の本編を参照して該当する想定される支援内容の必要性や概要を読み直したりして理解を深めましょう。

💡 3か月～6か月後に本ガイドで再点検してみるのもおすすめです。

「はじめの『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド」を使ってさらに知りたいと思った箇所は下記のツール類で学習してください

項目一覧



手引きその2



手法本編



Copyright (C) 2025 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved.

まとめ：さっそく使ってみましょう！

このガイドは「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドの活用を支援するためのツール類です。

①基本方針について

②基本方針の活用

③実践ガイドの活用

④実践ガイドの活用

⑤実践ガイドの活用

⑥実践ガイドの活用

⑦実践ガイドの活用

⑧実践ガイドの活用

⑨実践ガイドの活用

⑩実践ガイドの活用

⑪実践ガイドの活用

⑫実践ガイドの活用

⑬実践ガイドの活用

⑭実践ガイドの活用

⑮実践ガイドの活用

⑯実践ガイドの活用

⑰実践ガイドの活用

⑱実践ガイドの活用

⑲実践ガイドの活用

⑳実践ガイドの活用

㉑実践ガイドの活用

㉒実践ガイドの活用

㉓実践ガイドの活用

㉔実践ガイドの活用

㉕実践ガイドの活用

㉖実践ガイドの活用

㉗実践ガイドの活用

㉘実践ガイドの活用

㉙実践ガイドの活用

㉚実践ガイドの活用

㉛実践ガイドの活用

㉜実践ガイドの活用

㉝実践ガイドの活用

㉞実践ガイドの活用

㉟実践ガイドの活用

㊱実践ガイドの活用

㊲実践ガイドの活用

㊳実践ガイドの活用

㊴実践ガイドの活用

㊵実践ガイドの活用

㊶実践ガイドの活用

㊷実践ガイドの活用

㊸実践ガイドの活用

㊹実践ガイドの活用

㊺実践ガイドの活用

㊻実践ガイドの活用

㊼実践ガイドの活用

㊽実践ガイドの活用

㊾実践ガイドの活用

㊿実践ガイドの活用

- 手順①
まずは基本的な考えや留意点をよく読みましょう。
- 手順②
本ガイドに出てくる基本ケアの項目を確認しましょう。
- 手順③
基本方針～想定される支援内容、行動基準を讀んだ上で考えましょう。
- 手順④
チェックをつけてみましょう。チェック欄は2か所あります。気になった事例は、半年～1年後に再点検してみましょう。
- 手順⑤
チェックをつけて課題・不明点を確認しましょう。項目について課題に思った点やその対応策をメモしておきましょう。また、わからない内容はQRコードから詳細を確認しましょう。
- 手順⑥
対応策が思いつかない場合は、必ず先輩ケアマネジャーに相談してください。

Copyright (C) 2025 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved.

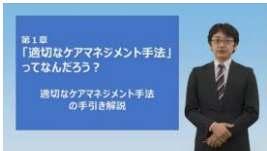
巻末参考資料

20

【参考】復習



適切なケアマネジメント手法の手引き



手引きの解説動画

1 章 適切なケアマネジメント手法って何だろう？



2 章 基本的な考え方



4 章 基本ケアの説明



21

卷末資料6 令和6年度 レビュー結果(抜粋)

事例①事例概要（元の情報）

情報項目		情報の概要	🔍 レビューが着目するポイント
0	事例の担当期間	9か月	
1	基本情報	90歳女性、散歩中の転倒による左大腿骨臀部骨折で入院、退院を機に長女から相談	
2	これまでの生活と現在の状況	本人と長女の2人暮らし、夫は数年前に他界、10年前までは自宅で習字教室	
3	利用者の社会保険制度の利用状況	生活保護・障害者手帳は無し	
4	現在利用している支援や社会資源の状況	介護保険サービス：通所介護・短期入所・福祉用具貸与	
5	日常生活自立度（障害）	A2	
6	日常生活自立度（認知症）	Ⅱ b	
7	主訴・意向	本人：退院後は自宅に戻り、老人会にも参加したい 長女：自営業のため自宅で介護をしたいと思っているが、日中は見守りがあると助かる	
8	認定情報	要介護 3	
9	今回の事例に関わるきっかけ	初回・退院	💡 認知症なのに定期的な診断、服薬がなされていないようだ 転倒歴についても詳しく知りたい
10	健康状態	情報取得状況	BMI21.8 主な疾患：認知症(2018～)、左大腿骨頸部骨折(2023～) 受診先・かかりつけ医：内科のみ、受診頻度は必要な時のみで長女が同行 服薬状況：現在服用している薬はなく長女は薬を飲ませたくない その他：過去の転倒歴に関する情報無し
		17 / 18項目	
11	ADL	－	ほとんどの項目で「時々難しい」状態、何かに捕まらないとふらつく、歩行器を使用
12	IADL	－	ほとんどの項目は「行っていない」状態
13	認知機能や判断能力	2 / 2項目	認知機能：有り、ただし対外的な判断は長女が決定 中核症状：無し 行動・心理症状：骨折前は近所を徘徊、退院後は意欲低下が顕著
14	コミュニケーションの状況	5 / 5項目	コミュニケーション：理解は時々不可、体調の変化を伝えられる能力は時々無し 視覚・聴覚：時々無し、やや難聴 コミュニケーションツール：訪問のみ
15	生活リズム	6 / 9項目	生活リズム：把握しているが、活動量は不明 睡眠の状況：夜間に数回トイレに行くが戻るとそのまま寝る
16	排泄の状況	12 / 12項目	排尿・排泄：全く問題ない、場所はトイレ 排泄リズム：夜間も数回行くが問題なし
17	清潔の保持に関する状況	7 / 9項目	入浴：自宅では行っていない、週3回デイサービスで実施 皮膚・爪の状況：問題なし
18	口腔内の状況	7 / 9項目	かかりつけ歯科医：有り、受診意欲は無し 欠損・義歯：総義歯、口腔ケアは長女が実施、入院中に義歯を作り直した
19	食事の状況	9 / 11項目	食事：1日3回で食欲あり、間食で毎日おやつを食べる 1日の食事量：少量の食事量、詳細は不明、長女が作る 水分量：1日700mL、あまり飲めていない様子 💡 食欲があるのに、食事量が少ないのはなぜなのか。
20	社会との関わり	10 / 12項目	家庭内の役割：無し 地域活動への参加：意欲有り、年に数回老人会・サロンに参加 日常的に付き合いのある友人：無し 💡
21	家族等の状況	11 / 12項目	把握している、長女が同居、長男が経済的支援 家族とは月に1～2回情報連携 💡 参加の意欲があるなら、もっと引き出せる強みがありそう
22	居住環境	5 / 7項目	一軒家で居室は1階、手すり等の住宅改修済
23	その他留意すべき事項	無し	
24	介護サービス提供事業所との連携状況	月に1～2回、訪問または電話	
25	かかりつけ医との連携状況	かかりつけ医がいない	
26	意思決定支援の必要性の理解	日常生活における決定は長女、意思決定は本人と長女が相談	

事例①レビュー結果

レビュワーの着眼点

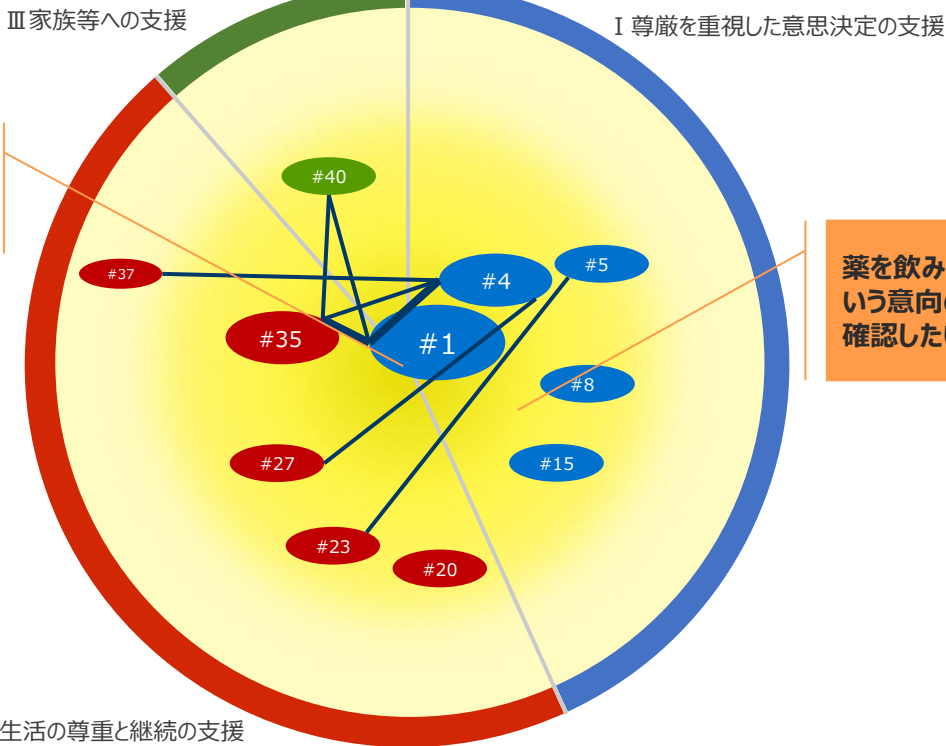
在宅生活を継続するには疾病や心身状態の理解が必要で娘は薬を飲ませたくないとの意向もある。まずはその理由（娘の意向）の把握や疾病理解の支援から取り組みたい。

この事例について複数のレビュワーが着目した項目

情報の抜け漏れがあったと考えられる項目

項目番号	項目名	レビュワーが項目に着目した理由
1	疾患管理の理解の支援	認知症でBPSDがあるのに定期的な診断、服薬がなされていない
4	転倒・骨折のリスクや経緯の確認	過去の転倒歴に関する情報が不十分
5	望む生活・暮らしの意向の把握	今までの暮らしや今後の生活の意向の把握が不十分
8	水分摂取状況の把握の支援	水分摂取量は概算700ml/日と少ない
15	本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	意欲低下が見られる中での今後の意向の把握が不十分
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	食欲はあるが、少量の食事量となっている
23	継続的な受診・療養の支援	認知症でBPSDがあるのにかかりつけ医がおらず定期的な診断がない
27	継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施	何かに拘まらないとふらつく、日中は寝ている
35	喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	昔は習字の先生をしていた、老人会への参加意欲はある
37	本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	家族以外の定期的な付き合いがない
40	家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備	長女は自営業で自宅で介護をしたい、近隣・友人との付き合いはないが老人会には参加している

一緒に選ばれやすい項目の傾向



関連性の高い項目と一緒に選んだ理由

- #5, #23 : 在宅生活を継続するには疾患や心身の状況の理解が必要だが、薬を飲ませたくないとの意向もある。まずは薬を飲みたいという意向の背景についてもっと深掘した情報が欲しい。
- #1, #4 今後も転倒骨折のリスクが高く、骨粗鬆症の治療についても追加で情報収集した方が良い。

事例②事例概要（元の情報）

情報項目		情報の概要	🔍 レビューが着目するポイント
0	事例の担当期間		20か月
1	基本情報		80歳女性、物忘れが多く食材を腐敗させる等のトラブルが増え、心配した長女からの相談で支援開始。
2	これまでの生活と現在の状況		独居、長女は県外在住、次女が1年前に他界。夫は有料老人ホームに入居中。
3	利用者の社会保険制度の利用状況		生活保護・障害者手帳は無し
4	現在利用している支援や社会資源の状況		訪問介護、訪問看護、通所介護
5	日常生活自立度（障害）		J2
6	日常生活自立度（認知症）		Ⅱb
7	主訴・意向		本人：1人で過ごしたいが、頭がぼーっとすることがある 家族：出来る限り在宅生活を続けられるように支援して欲しい
8	認定情報		要介護 2
9	今回の事例に関わるきっかけ		初回
10	健康状態	情報取得状況	BMI 28.9、受診等への拒否はないが診察結果は覚えていない 主な疾患：アルツハイマー型認知症、高血圧症、骨粗鬆症（全て疾患時期不明） 受診先・かかりつけ医：内科のみ、月1～3回、訪問介護orケアマネジャーが〇行 服薬状況：週6日は訪問看護で管理、管理のない日は飲み忘れ有
		18 / 18項目	
11	ADL	－	ほとんど自立、歩行・入浴のみ時々難しい ○
12	IADL	－	問題ないものも多いが、買物・服薬・金銭感覚等は認知症の影響で時々難しい
13	認知機能や判断能力	2 / 2項目	買物等の日常生活の判断は可能だが、治療方針やケアプラン等の場合は理解力低下 中核症状：見当識障害、記憶障害（食事、デイサービスに通っていること等を忘れる）
14	コミュニケーションの状況	5 / 5項目	コミュニケーション：問題なし、ツールは電話
15	生活リズム	6 / 9項目	生活リズム：把握しているが、活動量は不明、日中は離床している 睡眠の状況：物取られ妄想により夜間の起床有
16	排泄の状況	10 / 10項目	排尿・排便：日中・夜間ともに自立・トイレ 排泄リズム：日中は30分おきにトイレに行くことがある、夜間トイレ覚醒の可能性有
17	清潔の保持に関する状況	9 / 9項目	入浴：記憶力低下により入浴を忘れる、日中デイサービスでの入浴は拒否、皮膚状態の悪化に伴い訪問介護による下半身のみ週2回シャワー浴を実施 皮膚等の状況：定期的な入浴ができないためかゆみ・湿疹 汚れ等の状況：寝具・衣服の交換ができていない その他：こだわりが強く拒否が多い、入浴していないことへの理解がなく衛生保持が難しい
18	口腔内の状況	8 / 9項目	かかりつけ歯科医：無、過去痛み等があった際も受診意欲なし 口腔内の状況：確認していないが欠損・かみ合わせの問題・痛みは無し、デイサービスでは歯磨きを実施
19	食事の状況	10 / 11項目	食事：1日5回以上、常に何かを食べている、水分量は不明 ○○ その他：高血圧症、肥満であるため考えた食事をするように指導あり
20	社会との関わり	12 / 12項目	家庭内での役割：自分のことは自分で行う、庭の手入れも実施 その他：近所への被害妄想、花壇の花を取る・人から物をもらおうとする等のトラブル有
21	家族等の状況	12 / 12項目	長女が月1帰省、できない部分はサービス利用を希望、緊急時の帰省難しい可能性有 隣人も様子を見ており、何かあれば長女へ連絡してくれる
22	居住環境	7 / 7項目	一軒家で居室は1階、バス停・かかりつけ医は徒歩圏内、スーパーはタクシー利用
23	その他留意すべき事項		病識が乏しく体重増加や血圧に問題あり、病気発症のリスクが高い
24	介護サービス提供事業所との連携状況		月20回程度、電話・メールで連携
25	かかりつけ医との連携状況		月1回、訪問・電話で連携
26	意思決定支援の必要性の理解		意志決定は基本的に本人

事例②レビュー結果

レビュワーの着眼点

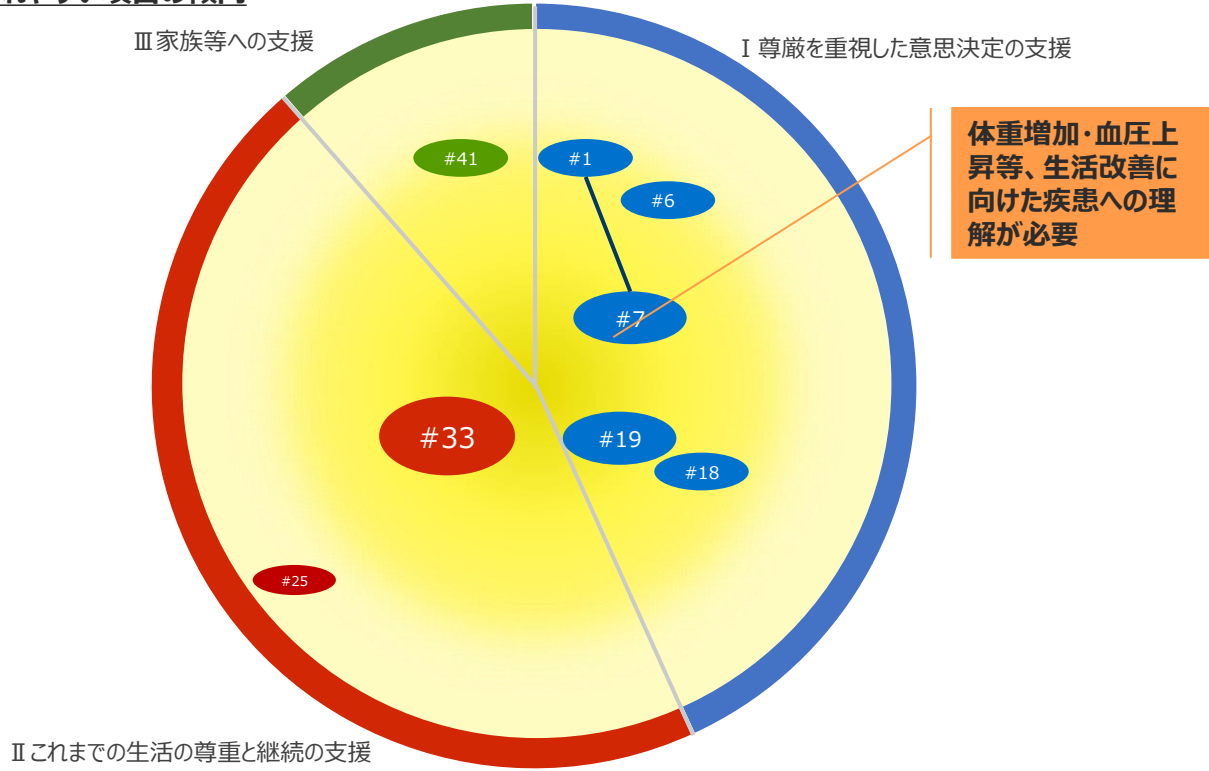
本人の喪失感と不安で認知症が進行しやすくなっているのではないかと。不安になる事柄、時間帯等を把握しその軽減が必要。また口腔衛生状態が確認されていないとあるが、誤嚥性肺炎や感染症罹患のリスクが高いと思われる。食事内容と量の把握が認知症の進行予防のために必要である。

この事例について複数のレビュワーが着目した項目

情報の抜け漏れがあったと考えられる項目

項目番号	項目名	レビュワーが項目に着目した理由
1	疾患管理の理解の支援	体重増加・血圧上昇等の問題がある。在宅生活継続に向けた悪化予防・生活改善のため疾患への正しい理解が重要
6	一週間の生活のリズムとその変化を把握することの支援	認知症で忘れていることも多いが、本人の不安や周囲への影響を考慮した支援体制を整えるためにも日課や食事、活動量の把握が必要
7	食事及び栄養の状況の確認	肥満や高血圧症に関連して食事への指示があり、詳細な食事内容やカロリーについて詳細な情報の把握が必要
18	意思決定支援体制の整備	物忘れが深刻化しており、自分で正しい判断ができなくなった場合の体制整備に向けた情報の把握が必要
19	将来の生活の見通しを立てることの支援	治療や金銭に関する判断が難しく、今後の生活への意向把握が必要
25	体調把握と変化を伝えることの支援	認知症・独居のため日常の体調変化に対応できる体制を検討したい
33	清潔を保つ支援	入浴や清潔保持に問題があり、現状精査の上、清潔を保つ支援が必要
41	将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	治療や金銭に関する判断が難しく、今後の生活への意向把握が必要

一緒に選ばれやすい項目の傾向



関連性の高い項目と一緒に選んだ理由

#1, #7 : 体重増加・血圧上昇等の問題があり、在宅生活継続に向けた悪化予防・生活改善等のため疾患や適切な食事への理解についてもっと深掘した情報が欲しい。特に、食生活については改善が必須であり追加で情報収集した方が良い。

事例③事例概要（元の情報）

情報項目		情報の概要	🔍 レビューが着目するポイント
0	事例の担当期間	42か月	
1	基本情報	90歳女性、前任のケアマネジャーから引継ぎの相談があり担当	
2	これまでの生活と現在の状況	長男嫁と同一敷地内に居住、子供は4人おり、夫と農業・石材店を営む、夫・長男・長女は他界、手先が器用で趣味は手芸。	
3	利用者の社会保険制度の利用状況	生活保護・障害者手帳は無し	
4	現在利用している支援や社会資源の状況	通所リハ	
5	日常生活自立度（障害）	J2	
6	日常生活自立度（認知症）	Ⅱb	
7	主訴・意向	本人：毎日運動を頑張っている、家にいるよりデイに行くとなので行こうと思う 家族：しっかりした義母だったが物忘れがひどい、デイに行ってくれるとありがたい、できることはしてあげたいがもう少し言うことを聞いて欲しい	
8	認定情報	要介護 1	💡 疾患について本人の自覚がない、痩せている
9	今回の事例に関わるきっかけ	要介護認定の更新	
10	健康状態	情報取得状況	BMI 17.9、本人はどれも悪くないと思っている 主な疾患：子宮がん(1955),変形性膝関節症(2009),高血圧・慢性心不全(2009),アルツハイマー型認知症(2015),右上腕骨通過骨折(2021) 受診先・かかりつけ医：内科、月1〜3回、同行者無し 服薬状況：長男嫁が管理、薬は医師の指示で仕方なく飲んでいる その他：散歩の頻度減、転倒歴有、デイケアでバランス・筋力増強等訓練実施
		18 / 18項目	
11	ADL	－	問題ない項目も多いが、移動(シルバーカー)、整容、更衣、入浴、トイレ動作は難しい
12	IADL	－	ほとんど行っていない、長男嫁が行っている
13	認知機能や判断能力	2 / 2項目	日常の意思決定はできるが、物忘れや妄想がある、心理症状は把握していない
14	コミュニケーションの状況	5 / 5項目	体調変化は伝えられるが、理解や聴覚に問題あり、コミュニケーションは筆談
15	生活リズム	8 / 9項目	生活リズム：把握しているが活動量は不明、歩行時間は概ね60分程度/1日、日中離床睡眠の状況：夜中に目覚めてデイに行くとして主張することがある
16	排泄の状況	10 / 10項目	排尿・排便：トイレだが時々難しく、尿失禁や排便の後始末が不十分なときもある
17	清潔の保持に関する状況	9 / 9項目	入浴：自宅シャワー月2回、デイケアの清拭・足浴。ドライシャンプー 清潔の状況：皮膚はきれではない、排便の後始末の失敗があったときなど更衣・リハパンの交換拒否あり
18	口腔内の状況	9 / 9項目	かかりつけ歯科医・受診意欲は無し、総義歯で歯磨きはデイ利用時のみ
19	食事の状況	10 / 11項目	食事：1日3回、食欲はあるが、夏バテ等で栄養は不足している 水分量：500mL/日、脱水傾向有、体調不良時は受診して補液
20	社会との関わり	12 / 12項目	家族との関わり：長男嫁・孫娘と同じ敷地内に住んでいる、気が強く家族に怒ることもある 地域との関わり：参加意欲は無し、トラブルも無し、日常的な付き合いの友人無し
21	家族等の状況	12 / 12項目	把握している、次男が月1回帰省、長男嫁は自分の言うことを聞いてくれないと思っており負担感もあるが、近所の友人に相談できている
22	居住環境	6 / 7項目	一軒家で居室は2階、階段昇降(手すり有)が必要、家の前の道路は交通量が多い
23	その他留意すべき事項		清潔の保持が不十分で尿路感染症に不安有
24	介護サービス提供事業所との連携状況		訪問・電話・メールで随時連携
25	かかりつけ医との連携状況		訪問で随時連携
26	意思決定支援の必要性の理解		日常生活の決定・意思決定は本人

事例③レビュー結果

レビュー者の着眼点

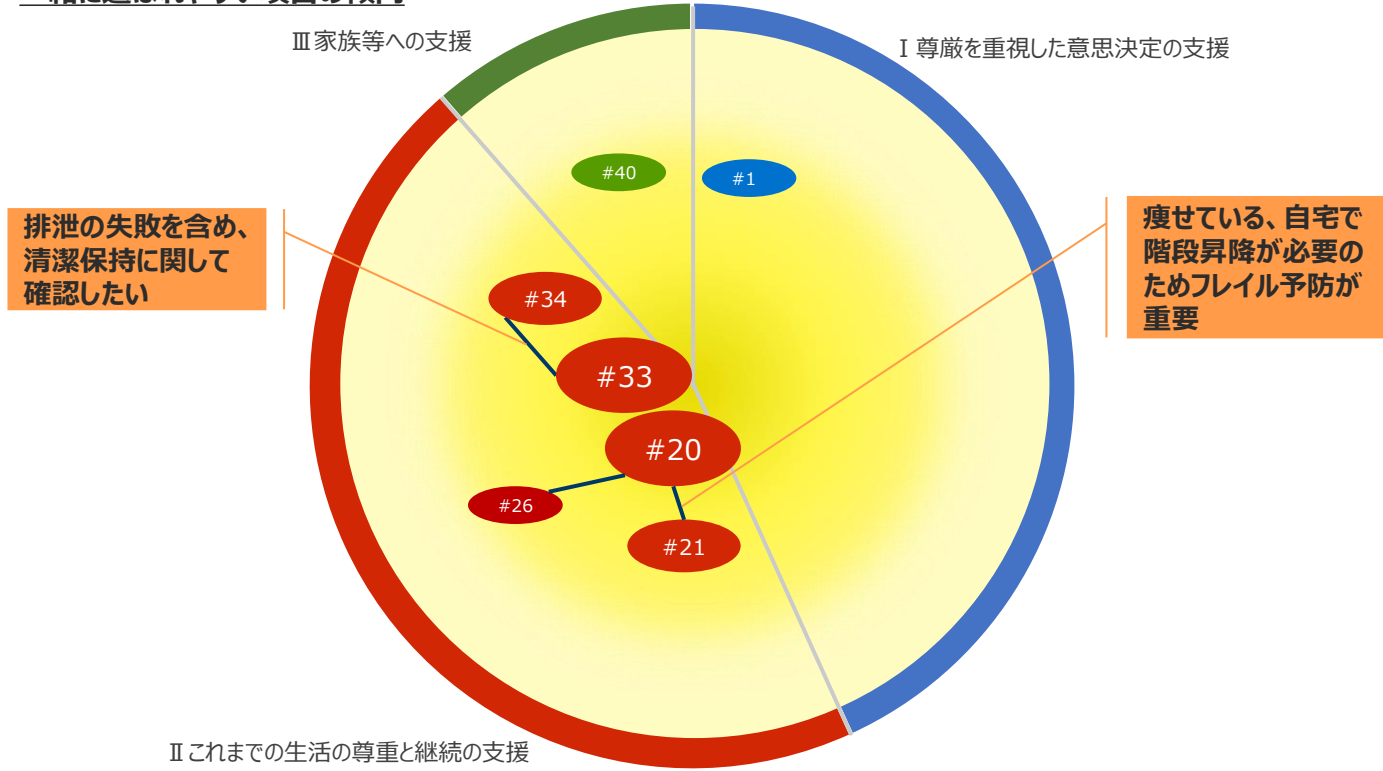
疾患に対して本人の自覚等がないようなので、現段階の認知症状、息上がりや血圧の変動等を確認して、リスク評価を行い今後の生活継続のために備えておきたい。また、頻回な尿失禁の理由・原因と入浴や着替えの拒否の理由・原因整理によって不十分な保清状況の改善策を講じたい。

この事例について複数のレビュー者が着目した項目

情報の抜け漏れがあったと考えられる項目

項目番号	項目名	レビュー者が項目に着目した理由
1	疾患管理の理解の支援	疾患に対して本人の自覚等がない、今後の生活継続に向けたリスク評価のため現在の認知症状、血圧の変動等の確認が必要
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	高齢で痩せているが、階段昇降が必要が自宅で生活するためにもフレイル予防の検討が必要
21	水分の摂取の支援	1日の水分量が少なく、脱水傾向もあるため、水分量を増やす方法を検討する必要がある
26	フレイルを予防するための活動機会の維持	高齢で痩せているが、階段昇降が必要が自宅で生活するためにもフレイル予防の検討が必要
33	清潔を保つ支援	清潔を保つ支援のため入浴・清潔保持への本人の思いの確認が必要
34	排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援	失禁の現状を把握し清潔を維持する方法の検討が必要
40	家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備	排泄・入浴。清潔等の全面的な支援が必要な状況だが、長男嫁の負担軽減に向けた検討が必要

一緒に選ばれやすい項目の傾向



関連性の高い項目と一緒に選んだ理由

- # 20 # 21 痩せているが、階段昇降が必要な自宅での生活が続けるためにも、フレイル予防が重要である。フレイル予防の視点で食事・水分・活動等の状況について深掘した情報が欲しい。
- # 33, # 34 入浴や失禁、排便の後始末やそれに伴う更衣の状況等、清潔の保持に関して深掘した情報が欲しい。

事例④事例概要（元の情報）

情報項目		情報の概要	🔍 レビューが着目するポイント
0	事例の担当期間	35か月	
1	基本情報	82歳女性、ご本人は両変形性膝関節症の手術にて入院中に夫から介護保険申請あり	
2	これまでの生活と現在の状況	結婚を機に現地域に居住。三世帯同居。兄弟が近くに住んでいる。	
3	利用者の社会保険制度の利用状況	国民年金、生活保護や障害者手帳無し	
4	現在利用している支援や社会資源の状況	通所介護、短期入所	
5	日常生活自立度（障害）	A2	💡 本人、夫、娘で 意向の相違あり
6	日常生活自立度（認知症）	Ⅲb	
7	主訴・意向	本人：家のことは自分です。デイにはあまり行きたくない。 夫：週3回のデイの送り出しに苦勞。 娘：毎日デイでも構わないが、父が寂しくなり役割もなくなる。時々短期入所してほしい。	
8	認定情報	要介護3	
9	今回の事例に関わるきっかけ	初回	💡 転倒歴があり、両ひざの痛み、認知症 もあるため、転倒リスクが高い状態だ
10	健康状態	情報取得状況	BMI：28.4 主な疾患：高血圧症、高脂血症（2010）、変形膝関節症、右ひざ人工関節置換術（2013）、アルツハイマー型認知症（2021） 受診先：月に1～3回内科・胃腸クリニック受診、娘が同行 服薬状況：夫と娘が管理 その他：以前から両膝痛認め、2021年8月屋外で転倒してから両膝痛増悪。9月より壁伝いでないと歩けなくなり人工関節置換術を施行。
		18 / 18項目	
11	ADL	💡 自宅と短期入所の行き来の生活を送っている	歩行器を使いたがらず移動には介助が必要。入浴・トイレ動作は指示がなければ困難。
12	IADL		調理、飲み物の用意、後片付け、掃除は夫が行う。買い物、金銭管理は夫か娘が行う。
13	認知機能や判断能力	2 / 2項目	寝る、トイレに行く、食事をする等の認知機能はあるが、それ以外は声かえ見守りが必要。記憶障害、見当識障害（ショート先の居室不明）、失行（トイレの場所不明）、判断力障害あり。トイレの失敗をごみ箱以外の場所に隠す（週1回）
14	コミュニケーションの状況	5 / 5項目	相手がだれかわからずとも取り繕った会話が可能。体調の変化の訴え可能。幻覚あり。
15	生活リズム	9 / 9項目	何もせずにベッドで横になり、声かけしても何もしようとしない。夜間、自宅内を徘徊することがある。週3回半日通所。1か月のうち半月ほど短期入所。眠剤の使用あり。
16	排泄の状況	10 / 10項目	把握している。リハビリパンツ使用しているが、尿漏れ、失敗を隠すことがある。
17	清潔の保持に関する状況	9 / 9項目	入浴：2日に1回夫と一緒に入る。 寝具・衣類の汚れ：なし
18	口腔内の状況	9 / 9項目	歯科受診：なし（かかりつけ歯科医は有り）口腔ケアは1日1回程度夫の声掛けで行う 欠損・義歯：総義歯紛失、歯茎で噛んで食べる
19	食事の状況	11 / 11項目	食事：1日3回で食欲あり。一日約1500カロリー 水分量：1000mL/日、水分不足
20	社会との関わり	12 / 12項目	家庭内の役割：家事や介護はほぼ夫。声掛けしてもしようとしない。 地域活動への参加：コロナ前は月1回参加していたが、現在は意欲なし
21	家族等の状況	12 / 12項目	娘や孫は就労のため、夫一人に介護負担あり、介護疲れしている。夫は、コロナ以降体調不良、食欲・意欲低下あり。
22	居住環境	6 / 7項目	一軒家、居室1階。窓を全開にするときがあるので、夫が注意している。
23	その他留意すべき事項	認知症の問題行動について注意が必要	
24	介護サービス提供事業所との連携状況	介護施設は月1、2回、電話で連携	
25	かかりつけ医との連携状況	3か月に1回訪問にて、ケアプランの提示、受診同席、健康状態や変化の情報授受	
26	意思決定支援の必要性の理解	本人の気持ちを尊重しているが、実質的には夫と娘が行う。なんでもできるというが、実際は何もしたくなく夫が何でもしてくれと思っている。	

事例④レビュー結果

レビュー者の着眼点

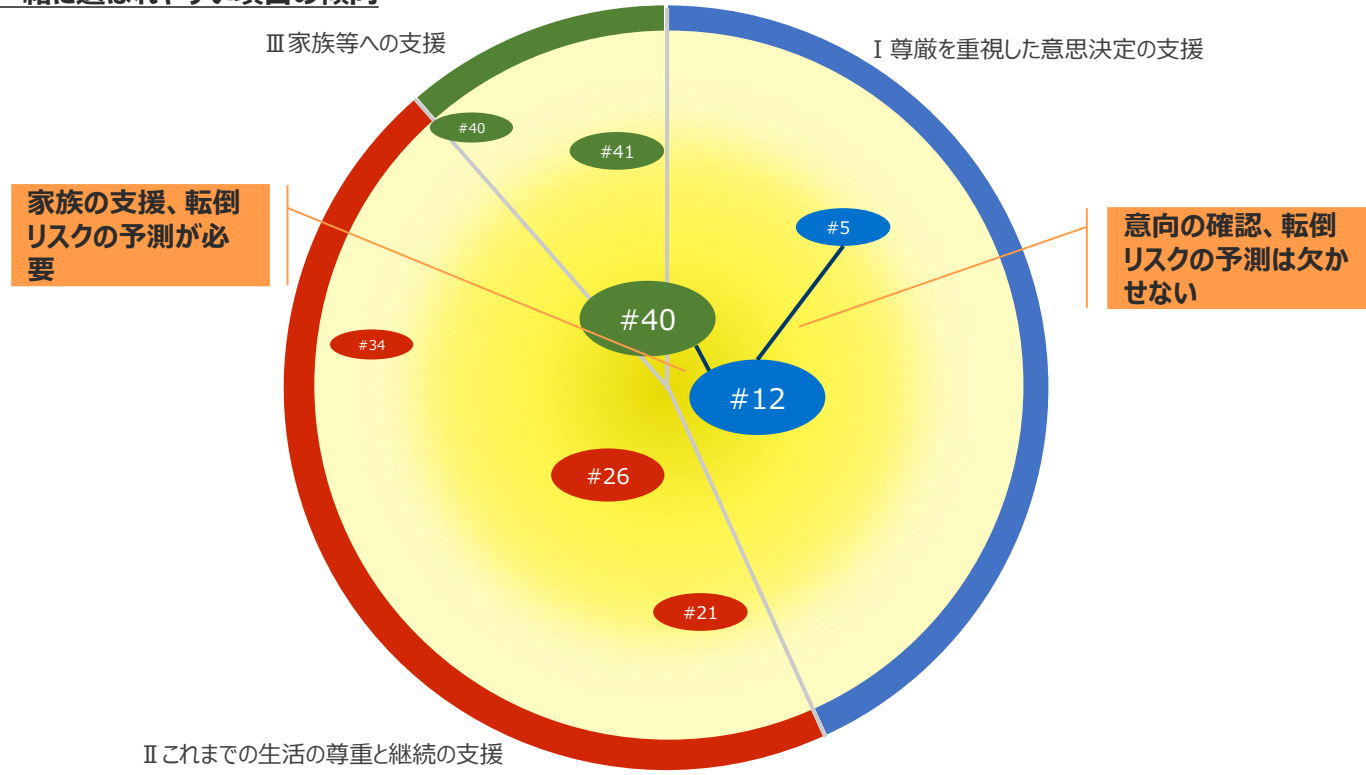
今までの生活歴、地域でのことや家庭の事を本人から聞くこと、深堀することで本人の意欲を引き出すきっかけが見つけれ
れる。認知症自立度がⅢ以上の場合、疾患の理解と今後の変化予測をし理解してもらう事で対応について随時相談し
やすくなる。

この事例について複数のレビュー者が着目した項目

情報の抜け漏れがあったと考えられる項目

項目番号	項目名	レビュー者が項目に着目した理由
5	望む生活・暮らしの意向の把握	短期入所施設と自宅における環境変化・生活動線の混乱が考えられ、現状把握の程度や意向を確認し、本人・家族支援につなげたい。
12	転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測	転倒リスクが高いため、転倒に対する本人・家族の理解度確認、移動や痛みの状況や住宅環境を把握して早急に検討を進める必要がある。
21	水分の摂取の支援	水分量が不足、夜の自宅内の徘徊から、水分量不足と考えるエピソードを深掘りし、覚醒レベル改善のために水分摂取につなげる支援が必要
26	フレイルを予防するための活動機会の維持	何もせずベッドで過ごし、夫が全てやってくれると思っているということから、家族の介護方法を深掘りし、本人の活動機会の維持向上が必要。
34	排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援	今後の負担に備え、トイレの操作方法不明時や汚染物を隠さないための対処法を検討し、夫の介護負担を減らしたい
40	家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備	夫が介護疲れし、夫と娘の意向に相違がある可能性があるため、世帯全体での認知症進行の受容度合い、意向の情報収集が必要。
41	将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	在宅介護継続のためには、夫以外の分担や公的支援が必要であるため、認知症に対する理解度と今後の負担や対応について検討したい

一緒に選ばれやすい項目の傾向



関連性の高い項目と一緒に選んだ理由

- #5, #12 : 認知症で、夫の負担が大きく、転倒リスクがあることから、家族支援、清潔保持、転倒予防を図るため、本人・家族の今後の生活への意向や、歩行・痛み・住環境に関する状況に関して、追加で情報収集した方が良い。
- #12, #40 転倒リスクがあり、夫と娘の意向に相違があることから、自宅での生活を継続するため、意向のすり合わせや転倒予防などの利用者を支える体制の整備をした方が良い。そのうえで、家族等の意向や生活を支える支援についてもっと深掘した情報が欲しい。

事例⑤事例概要（元の情報）

情報項目		情報の概要	🔍 レビューが着目するポイント
0	事例の担当期間	11か月	
1	基本情報	71歳男性、長男から地域包括支援センターに相談あり	
2	これまでの生活と現在の状況	独居、離婚歴有、子供は3人、趣味はPCや電気関係、建築関係、自作PCを作成	
3	利用者の社会保険制度の利用状況	生活保護受給	
4	現在利用している支援や社会資源の状況	介護保険サービス：訪問看護、通所リハ その他：自治体が独自に提供する公的サービス	
5	日常生活自立度（障害）	A2	
6	日常生活自立度（認知症）	Ⅲa	
7	主訴・意向	本人：施設には行きたくない、今の家で生活を続けたい、PC作りは続けたい 家族等：本当は施設に入所して欲しい、家族を顧みない人だが親だから面倒を見るしかないと思っている、リハビリの機会を持って欲しい、清潔面が心配で支援して欲しい	
8	認定情報	要介護 2	
9	今回の事例に関わるきっかけ	介護支援専門員の変更	
10	健康状態	情報取得状況	BMI 20.2 主な疾患：アルツハイマー型認知症(2023)、高血圧症(2023) 受診先・かかりつけ医：脳神経外科、3か月に1回だが毎回受診が遅れ、薬が不足する 服薬状況：服薬カレンダーで訪問介護・通所リハ等で服薬支援、週6回は確実に服薬 その他：転倒歴、認知症もあり病識・内服等の理解はない、通所リハにてマシントレーニング等しているが運動意欲は低い
		18 / 18項目	
11	ADL	－	ほとんど問題ないが、歩行・階段昇降・入浴は行っていない
12	IADL	－	ほとんどが時々難しい、服薬管理・買い物は行っていない
13	認知機能や判断能力	1 / 2項目	認知機能：有 中核症状：記憶障害、清潔保持への関心の薄れ
14	コミュニケーションの状況	5 / 5項目	コミュニケーションは問題なし、ツールは電話
15	生活リズム	6 / 9項目	生活リズム：決まった時間はなく、正確に把握していない、活動量等も不明 睡眠の状況：睡眠は浅く、一晩中テレビをつけている 離床：日中は離床、タバコを吸うために布団から起きている
16	排泄の状況	8 / 10項目	排尿：リハビリに失禁有、トイレだが立って排尿するため床汚染有 排便：把握してない、本人からは問題ないとの報告があるが、認知症のため整合性不明 排泄リズム：特に夜間の排泄リズムは不明
17	清潔の保持に関する状況	9 / 9項目	入浴：週4回施設入浴 汚れの状態：寝具は交換されていない、衣服は尿失禁による汚れ有 その他：住まいが古く損壊している
18	口腔内の状況	9 / 9項目	かかりつけ歯科医・受診意欲は無し 欠損・義歯：残歯は4本、義歯は無し 口腔内の状況：自宅での歯磨きは未実施、通所リハにて週4回昼のみ口腔ケア実施、噛み合わせにより食べにくいときがある、歯肉の炎症、舌苔の付着、口腔内の乾燥あり
19	食事の状況	9 / 11項目	食事：1日2～3回、インスタント食品や菓子パンが多い、配食は偏食で食べないことが多い、栄養は不足している懸念あり 水分量：通所利用時は550mL、脱水傾向は不明
20	社会との関わり	12 / 12項目	家族との関わり：長男はこれまで関わりなかったが買物・受診等支援、実弟が最終的な支援をしている
21	家族等の状況	12 / 12項目	把握している、家族は支援の意思はあるが金銭的な問題が発生している
22	居住環境	5 / 7項目	一軒家、家屋に破損や汚れがある、室温管理が難、近隣に公共機関・スーパーがない
23	その他留意すべき事項		経済的困窮あり、光熱費・通信費等の未納金あり
24	介護サービス提供事業所との連携状況		月10回、訪問・電話・メールで連携
25	かかりつけ医との連携状況		受診機会年2～4回と少ないが、受診時に同行して連携
26	意思決定支援の必要性の理解		こだわりが強く決定は本人が実施

🔍 尿失禁による汚れ等に関する支援は？

🔍 口腔ケアの習慣がない、噛み合わせにより食事にも影響が出ている

🔍 長男の介護負担や金銭的な問題は支援の検討が必要そう

事例⑤レビュー結果

レビュー者の着眼点

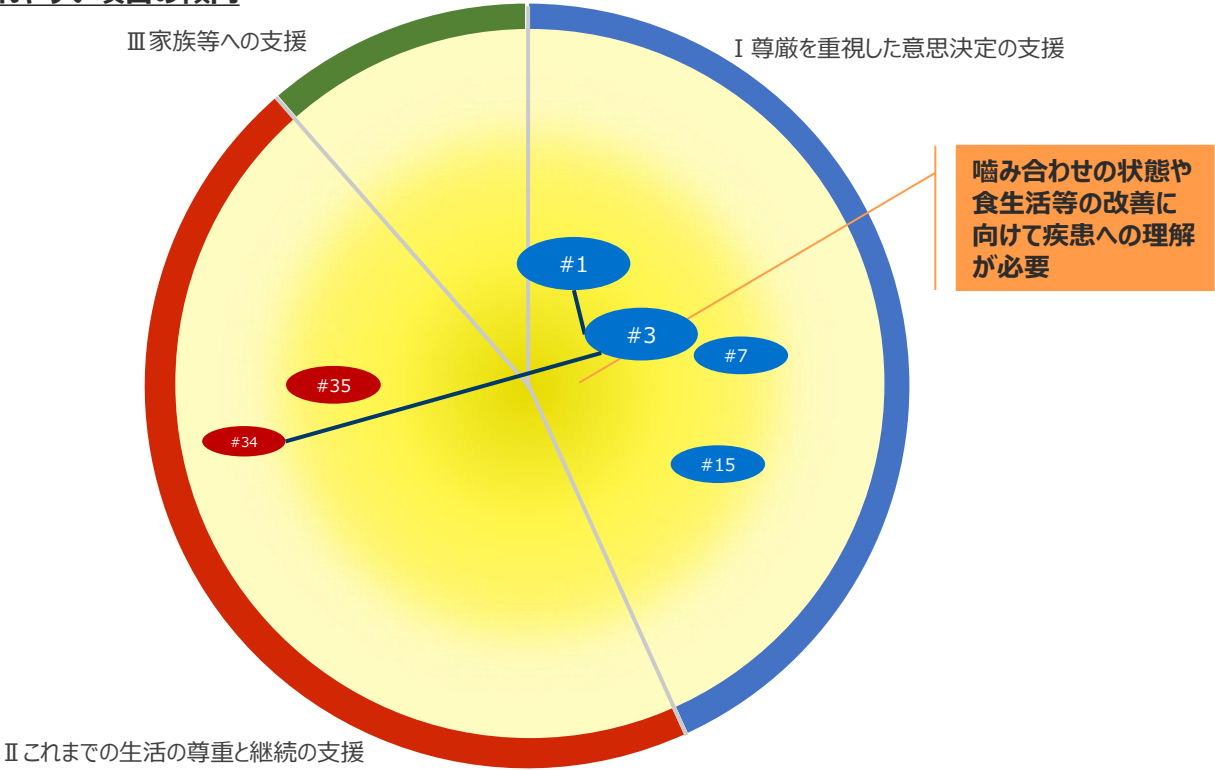
自宅の「環境が住めない状態になったときなど今後の本人の居場所やその時に実際に動ける人を考えると今から検討したほうが良いと感じた。また、食事内容などを考えるとデータなどある程度の把握をしたい。そのうえで食事内容なども検討したい。

この事例について複数のレビュー者が着目した項目

情報の抜け漏れがあったと考えられる項目

項目番号	項目名	レビュー者が項目に着目した理由
1	疾患管理の理解の支援	認知症や高血圧症があるが、健康への関心が薄く、食生活の偏りや水分量が少ない等の問題があるため情報の把握が必要
3	口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保	口腔ケア習慣がなく、食事の際に食べにくさもあるため支援の検討が必要
7	食事及び栄養の状況の確認	食事による病気の進行もあり得るため、食事の詳細について情報が必要
15	本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	認知症でこだわりの強さもあるため、意思決定を捉える上でエピソードなどで確認したい
19	将来の生活の見通しを立てることの支援	金銭的な問題やキーパーソンの複雑な心境を踏まえると今後の支援体制等について検討が必要
34	排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援	尿失禁の状況等は清潔保持に関わる点であり継続的に確認する必要がある
35	喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	趣味や嗜好についてもう少し詳しく情報収集することで、本人の強みを見つけられる能性が高い

一緒に選ばれやすい項目の傾向



関連性の高い項目と一緒に選んだ理由

#1, #3 食生活や生活習慣の問題は疾患への理解が薄いことが原因である可能性もあるため背景や本人の理解の状況について追加で情報収集した方が良い。特に噛み合わせの状況等は食生活にも関連性が高く、深掘した情報が欲しい。

事例⑥事例概要（元の情報）

情報項目		情報の概要	💡 レビューが着目するポイント
0	事例の担当期間	3か月	
1	基本情報	90歳男性、自宅で介護サービス利用だったが、新型コロナウイルス感染症発症に伴い、器質性肺炎を併発し入院。投薬のみで症状改善せず、在宅酸素療法開始、入院に伴いADLも低下。在宅生活に不安がありリハビリテーション目的で施設入所。	
2	これまでの生活と現在の状況	妻(要介護5)と長女夫婦と同居、70歳までは自宅兼店舗で仕事、週末はドライブや趣味(釣り・ウエイトリフティング)を楽しんでいた。妻と長男が脳梗塞で麻痺残存。長女が呼び寄せる形で同居開始した。	
3	利用者の社会保険制度の利用状況	生活保護・障害者手帳は無し	
4	現在利用している支援や社会資源の状況	介護保険サービス：老人保健施設サービス	
5	日常生活自立度（障害）	B1	
6	日常生活自立度（認知症）	I	
7	主訴・意向	本人：思うように動けず歯がゆい、迷惑をかけず自分のことは自分で、家に帰りたい 家族：排泄面を自分でできるようにできれば本人の意向を尊重して自宅介助したい	
8	認定情報	要介護 3	💡 各疾患についてもう少し情報があると良い
9	今回の事例に関わるきっかけ	入所	
10	健康状態	情報取得状況	BMI23.6、必要な治療は積極的に行いたい 主な疾患：アテローム血栓性脳梗塞(2023～)、慢性閉塞性肺疾患(2024～)、陳旧性心筋梗塞（2012～）、高血圧症（1986頃～）、2型糖尿病（1992頃～） 受診先・かかりつけ医：内科のみ、週1回以上、入所前は長女が次女が同行 服薬状況：看護師が薬を管理、内服薬の内容は理解している
		17 / 18項目	
11	ADL	－	歩行は行っていない、歩行器を使って歩行可能だが息上がり顕著により歩行は5分以内
12	IADL	－	施設対応のためほとんどの項目は「行っていない」状態
13	認知機能や判断能力	2 / 2項目	認知機能：有り、HDS-R26点、判断は本人に直接説明、家族も本人の意向を仰ぐ
14	コミュニケーションの状況	5 / 5項目	コミュニケーション：問題なし、コミュニケーションツールは電話
15	生活リズム	6 / 9項目	生活リズム：把握しているが、活動量は不明 睡眠の状況：排泄のため一度覚醒あり、日中は離床だがお昼に午睡
16	排泄の状況	12 / 12項目	排尿・排泄：日中は30分に1回トイレで介助不要、夜間は排尿パッド・交換介助必要 排泄リズム：排泄間隔が短い
17	清潔の保持に関する状況	8 / 9項目	入浴：施設入浴、週2回 その他：毎朝前進更衣してから離床
18	口腔内の状況	7 / 9項目	かかりつけ歯科医：無、受診意欲は有り、月2回歯科衛生士がメンテナンス 欠損・義歯：総義歯、一部介入有で本人がケア
19	食事の状況	9 / 11項目	食事：1日3回＋おやつ 1日の食量：糖尿病食でエネルギーコントロール(1,450kcal)～ 水分量：1日1,400mL、脱水傾向無 💡 参加の意欲あるのでは何かできることがありそう
20	社会との関わり	10 / 12項目	家庭内の役割：要介護5の妻の希望を家族に伝える 地域活動への参加：参加意欲はあるが、近隣氏からの転居のため地域との関わりなし 日常的に付き合いのある友人：現在は2人で電話でやり取り、元々は知人も多かった
21	家族等の状況	11 / 12項目	把握している、長女夫婦が同居、長女夫は自宅介助へ難色を示している 家族とは月に10回程度都度面談
22	居住環境	5 / 7項目	自宅は一軒家で居室は2階、手すり等はなし、自宅前に5段の段差がある
23	その他留意すべき事項		在宅酸素療法の継続が必要だが、SpO2の低下は自覚なし
24	介護サービス提供事業所との連携状況	月1回、電話	💡 長女夫婦で意向が異なっている
25	かかりつけ医との連携状況	月4回、介護老人保健施設内で連携	
26	意思決定支援の必要性の理解		日常生活における決定は本人、意思決定は本人だが長女・次女が代理をし得る

事例⑥レビュー結果

レビュー者の着眼点

自身の疾患（生活習慣病も含めて）についての理解度や日常生活の中で注意が必要なポイントについて、どの程度把握されているか確認したい。また、長女の責任感と長女夫の難色とあり今後の家族の生活の在り方を確認し長女夫の思いなども確認が必要と感じた。

この事例について複数のレビュー者が着目した項目

情報の抜け漏れがあったと考えられる項目

項目番号	項目名	レビュー者が項目に着目した理由
2	併存疾患の把握の支援	疾患が多く、治療にも積極的だが、疾患や治療に関する情報量が不十分
27	継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施	連続した歩行は5分以内だが、本人は自力での歩行を希望している
34	排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援	排尿間隔が短い、オムツ介助であれば在宅生活もあり得るため支援が必要
35	喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	元々は趣味も多く、自宅の時には知り合いも多かったが、転居や施設入所により知り合いと会っていない
40	家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備	長引く介護での長女の負担が増えている中、今後も在宅での介護を検討しており、支援の検討が必要
41	将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	長女夫は在宅での介護に難色を示しているが、長女は在宅介護を検討している
42	本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援	長女夫は在宅での介護に難色、転居・施設入所のため地域との繋がりが少ない

一緒に選ばれやすい項目の傾向

Ⅲ 家族等への支援

Ⅰ 尊厳を重視した意思決定の支援

長女の介護負担減
に向けて理解者を増
やす必要がある

疾患について注意が
必要なポイントとそれ
に伴う長女の介護負
担について確認が必
要

Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

関連性の高い項目と一緒に選んだ理由

- #2, #35, #40
現在の疾患について注意が必要なポイントはあるのか、それに伴う長女の介護負担の変化はどうかを確認するなど、もっと深掘した情報が欲しい
- #35, #40, #42
友人も趣味も多かったが転居により繋がりが少ない、長女の介護負担が増える中で喜び・楽しみや理解者を増やすことが重要であり。もっと深掘した情報が欲しい

事例⑦事例概要（元の情報）

情報項目		情報の概要	💡 レビューが着目するポイント
0	事例の担当期間	19か月	
1	基本情報	86歳女性、くも膜下出血により易怒性が出現、サービス利用で在宅生活を送っていたが、大腿骨頸部骨折により入院、せん妄、意欲・活動量低下があり支援が増大、現在は特養入所	
2	これまでの生活と現在の状況	特養入所中、兄弟が多く、家事や兄弟を世話をしていた、子供は2人、商店を営んでいた、話好きで料理が得意、演歌好きでカラオケ・合唱サークルに参加、野菜・花を育てる好き	
3	利用者の社会保険制度の利用状況	生活保護・障害者手帳は無し	
4	現在利用している支援や社会資源の状況	老人福祉施設	
5	日常生活自立度（障害）	B2	
6	日常生活自立度（認知症）	M	
7	主訴・意向	本人：「どうしてここにいるのか」 家族等：以前は穏やかで人に不快を抱かせる性格ではなかった、穏やかに過ごして欲しい、1日に何度か笑ってくれると嬉しい	
8	認定情報	要介護4	💡 大腸がんや服薬拒否による影響について詳しく知りたい
9	今回の事例に関わるきっかけ	初回	
10	健康状態	情報取得状況	BMI 19.3、病気への理解がなく、点滴・注射等に激しく抵抗するときもある 主な疾患：脳出血後遺症 脳血管性認知症(2007)、大腿骨頸部骨折(2017)、大腸がん(2023～)、新型コロナウイルス(2023) 受診・かかりつけ医：整形外科(かかりつけ医、月1～3回)、内科(必要なときのみ)、施設看護師が同行、内科のみ家族も同行 服薬管理：全介助、拒否あり、医師了承の上何かに混ぜて服薬する その他：体重減少により体力低下、歩行すると転倒する、痛みあり
		18 / 18項目	
11	ADL	—	ほとんど時々難しく介助が必要、寝返り・座位保持は問題ない、歩行・階段昇降・更衣は行っていない
12	IADL	—	全て行っていない、施設スタッフが実施
13	認知機能や判断能力	2 / 2項目	💡 認知機能は無いが、嫌なものは拒否できる 中核症状：記憶障害 💡 なんとか本人の意志を捉えたい
14	コミュニケーションの状況	4 / 5項目	倦怠感があるときは不機嫌で難しい、体調変化を言葉で伝えることはない
15	生活リズム	9 / 9項目	生活リズム：施設のため把握している、活動量800kcal、日中は離床 睡眠の状況：夜間覚醒あり
16	排泄の状況	10 / 10項目	排尿・排便：時々難しい、日中はトイレ・夜間はオムツ、失禁も多い
17	清潔の保持に関する状況	9 / 9項目	入浴：週2回、洗身・衣服の着脱は全介助 その他：オムツ内を触り、手に便が付くことがある 💡 体重減少が気になる、栄養・水分が確保できないか
18	口腔内の状況	9 / 9項目	欠損・義歯：総義歯、1日3回全介助にて口腔ケア実施、抵抗があるときは実施しない
19	食事の状況	11 / 11項目	食事：1日3回1,200kcal、全量摂取することはない、体調により食欲が変化拒否があるときは摂取しない、栄養は不足しており体重減少が見られる 水分量：800mL/日、脱水傾向は無し
20	社会との関わり	11 / 12項目	参加意欲等はなし、娘が月2回面会、他の入居者・施設スタッフのみと交流
21	家族等の状況	12 / 12項目	娘は就業のため時間調整が必要、必要なときに見守り・意思決定をする覚悟あり、負担感是不明だが、施設入所継続ができなくなった場合について心配している
22	居住環境	7 / 7項目	施設3階の個室、ロビーから居室が遠い
23	その他留意すべき事項		大腸がんのため余命宣告を受けている、娘は医療等について希望を話すことがない、ACPが足りていない
24	介護サービス提供事業所との連携状況		月4回、施設内で常に多職種で情報共有している
25	かかりつけ医との連携状況		月3階、受診時
26	意思決定支援の必要性の理解		日常生活における簡単な決定は本人、意思決定について本人の想いは不明、代理は娘

事例⑦レビュー結果

レビュー者の着眼点

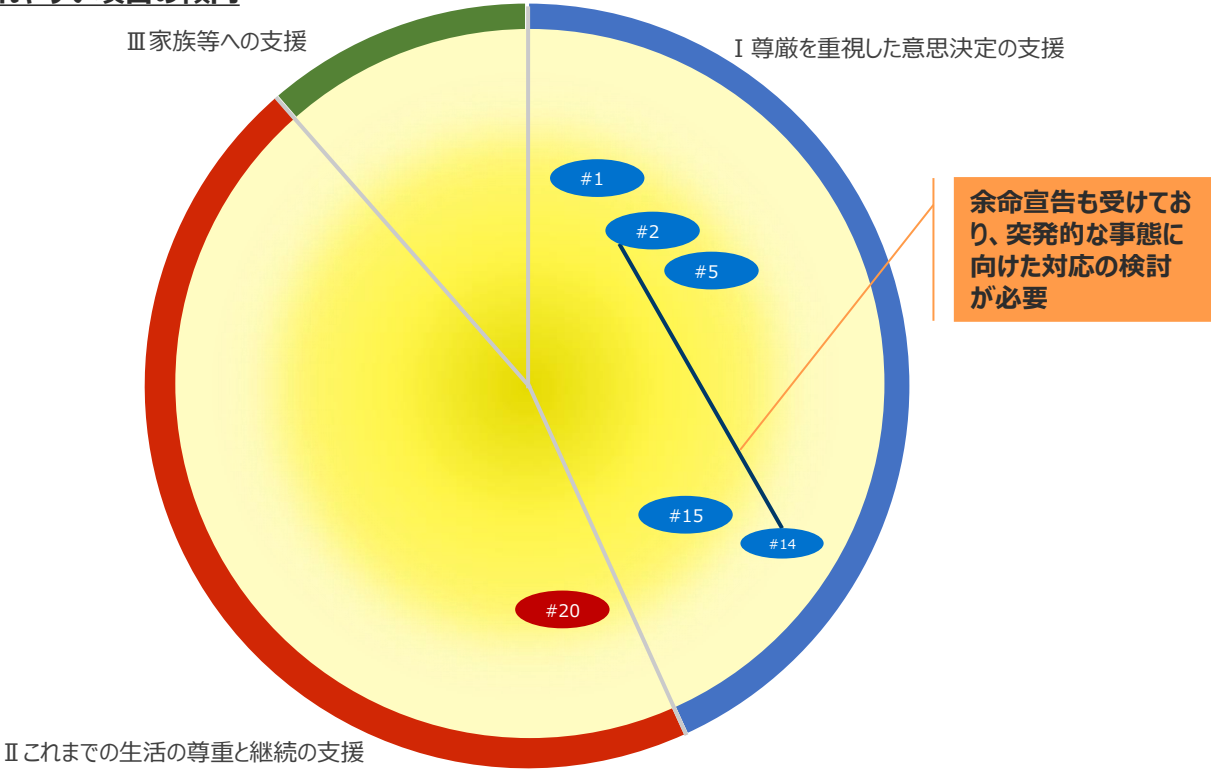
大腸がんの余命宣告をうけており、貧血の進行や体重減少が見られているが、キーパーソンからの医療に関するアクションはない。家族としての病気の受け止め方や今後についてどう考えているのか。また施設入所が継続できるのか心配しており、家族の心配事の深堀が必要である。

この事例について複数のレビュー者が着目した項目

情報の抜け漏れがあったと考えられる項目

項目番号	項目名	レビュー者が項目に着目した理由
1	疾患管理の理解の支援	ターミナル終末期ケアであり、痛みもあるため、疾患病状の理解についてはしっかり確認したい
2	併存疾患の把握の支援	脳血管性認知症による気分の落ち込みや服薬拒否による影響について詳細に確認した方が良い
5	望む生活・暮らしの意向の把握	今後の生活への想いを検討するに当たって発病前の暮らしや生活習慣等、性格が変わった原因の分析が重要
14	緊急時の対応	ACPの確認も含め緊急時の対応を今後も検討、施設と娘の連携についても検討が必要
15	本人の意志を捉えるためのエピソード等の把握	本人の意志を捉えるに当たって、発病前の役割や生育歴、本人のエピソードをより掘り下げるのが重要
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	食事や水分の摂取量が少なく体重減少もあるため、栄養確保に向けて好きなメニューやタイミングなどを確認して改善につなげたい

一緒に選ばれやすい項目の傾向



関連性の高い項目と一緒に選んだ理由

#2, #14 余命宣告から10か月以上延命しているが、突発的な事が起こった際の対応について継続的な検討が必要である。特に大腸がんについては病状等を正確に理解すべく深堀した情報が欲しい。

事例⑧事例概要（元の情報）

情報項目		情報の概要	💡 レビューが着目するポイント
0	事例の担当期間	31か月	
1	基本情報	88歳女性。長女より地域包括センターに相談。	
2	これまでの生活と現在の状況	独居。2人の子供がいる。衣料品店で勤務していた。洋服を買うことと編み物が好き。	
3	利用者の社会保険制度の利用状況	厚生年金、生活保護や障害者手帳無し	
4	現在利用している支援や社会資源の状況	通所介護、短期入所	
5	日常生活自立度（障害）	J2	
6	日常生活自立度（認知症）	Ⅱa	
7	主訴・意向	本人：夫の死後、独居にも慣れてきた。栄養面等を改善できるよう頑張りたい。 子：母の意向に沿っていきたい。独居をが継続できるようにリハビリ等頑張って欲しい。	
8	認定情報	要介護 1	
9	今回の事例に関わるきっかけ	初回	
10	健康状態	情報取得状況	BMI：17.1 主な疾患：高血圧症、高コレステロール血症、てんかん複雑部分発作、変形膝関節症（時期不明） 受診先：月に1～3回、循環器・麻酔科受診、同行者無し 服薬状況：服薬カレンダーで自身で管理。飲み忘れ無し。（薬10種類） リハビリ：病院デイサービスとも把握している。筋力増強・バランス能力向上・歩行の訓練 その他：食事・運動に気を付けている。管理栄養士の助言をで、栄養補助食品を毎日飲む。運動機会の減少、夫の急死による意欲低下。1年前転倒し、右手指靭帯損傷。
		18 / 18項目	
11	ADL	—	屋内は独歩、屋外はシルバーカー使用。階段昇降は手すりあれば介助無しで可能。食事摂取は自立だが栄養面の偏りあり。腰痛により、足先等の部分的な洗身介助が発生。
12	IADL	—	簡単な調理は可能だが億劫。腰痛で掃除機掛けはしていない、定期的な外出は可能。
13	認知機能や判断能力	2 / 2項目	日常の認知機能はあり。夜になると、監視されているなどと言い、長女に電話することがある。夫との死別及び栄養状態が悪いことが起因するのではないかと推測。
14	コミュニケーションの状況	5 / 5項目	常に可能
15	生活リズム	6 / 9項目	一日の活動量不明。毎日外出。月2回体操教室、週3回デイサービス、月1回2泊3日のショートステイ。22時には寝ている。昼夜逆転はない。
16	排泄の状況	10 / 10項目	全く問題ない
17	清潔の保持に関する状況	7 / 9項目	入浴：不審者を恐れ自宅で入浴できないため、週3回のデイサービスで入浴。 寝具・衣類の汚れ：なし
18	口腔内の状況	9 / 9項目	歯科受診：なし（かかりつけ歯科医有り） 口腔ケア：朝昼はうがい、デイで歯磨き。夜は義歯を洗浄剤につけて寝る 欠損・義歯：部分入れ歯。デイにて定期的に評価実施、問題ない。
19	食事の状況	11 / 11項目	食事：把握している。食欲常になし。 1000Kcal。偏食。主治医からは貧血気味のため肉類を食べよう助言あり 水分量：1,000mL/日（かかりつけ医から指示）
20	社会との関わり	7 / 12項目	家庭内の役割：本人が担う。月に1、2回市内に住む娘と交流。 地域活動への参加：参加意欲あり、月1回以上参加
21	家族等の状況	12 / 12項目	本人と家族の価値観の違いあり。
22	居住環境	6 / 7項目	一軒家、居室1階。徒歩10分圏内にバス停やスーパーがある。自宅周辺は平地。
23	その他留意すべき事項		賞味期限切れの調味料や食材があり、処分できているのか知らずに食べているのか不明。
24	介護サービス提供事業所との連携状況		介護施設は月1、2回、電話で連携
25	かかりつけ医との連携状況		半年に1回訪問にて、ケアプランの提示、受診同席、健康状態や変化の情報授受
26	意思決定支援の必要性の理解		自分で決定するものの、決定したことで誰かに迷惑をかけるのではと不安に思うことがある。

事例⑧レビュー結果

レビュー者の着眼点

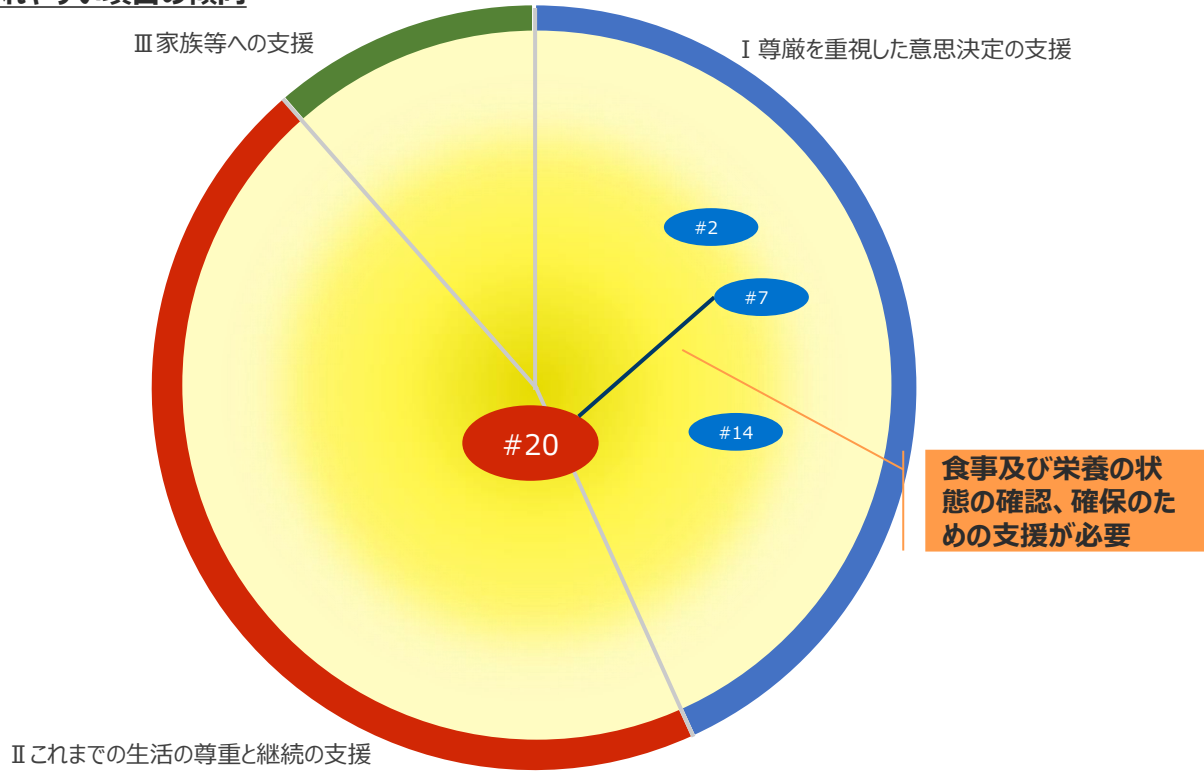
買い物や食材調達はしているが、調理をしていないのか、食事内容・活動など日中の過ごし方の掘り下げをしたい。
加えて、今後どのように過ごしたいかなどの確認をしたい。

この事例について複数のレビュー者が着目した項目

情報の抜け漏れがあったと考えられる項目

項目番号	項目名	レビュー者が項目に着目した理由
2	併存疾患の把握の支援	不安が強いことから、併存疾患がないか医療と確認・連携のための支援をし、貧血の原因や症状、本人の理解を深掘りしたい。
7	食事及び栄養の状態の確認	食欲なく栄養の偏りがあるため、本人の理解の変化を確認し、食べられるもの、時間、以前の食習慣を深掘りしたい。
14	緊急時の対応	独居でてんかん発作の既往があるため、緊急時の対応の確認が必要。
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	継続的なリハを行う一方で、栄養が偏り、BMIも低いため、フレイル予防に向け、調理の状況、食事内容を掘り下げて支援したい。

一緒に選ばれやすい項目の傾向



関連性の高い項目と一緒に選んだ理由

#7 #20 : 偏食により栄養面に偏りがあるため、食事や栄養の状態に関して包括的な支援が必要。そのうえで、フレイル予防のため、調理や食事内容、食べられるものについてもっと深掘した情報が欲しい。

事例⑨事例概要（元の情報）

情報項目		情報の概要	🔍 レビューが着目するポイント
0	事例の担当期間	90か月	
1	基本情報	67歳女性。担当していた地域包括支援センター職員が退職のため引継ぎ。	
2	これまでの生活と現在の状況	独居。知的障害があるが手帳無し。長女は東京在住。長男・次女は音信不通。	
3	利用者の社会保険制度の利用状況	障害者手帳無し。生活保護受給。	
4	現在利用している支援や社会資源の状況	訪問介護、通所介護、福祉用具貸与	
5	日常生活自立度（障害）	B2	
6	日常生活自立度（認知症）	Ⅱ b	
7	主訴・意向	本人：助けてもらいながら自分でできる事は頑張る。腰もまだ痛く外を歩くのが怖い。医師から痩せるために運動するよう言われたため、デイに行って痛みを取りながら痩せたい。 家族：把握していない。	
8	認定情報	要介護 3	
9	今回の事例に関わるきっかけ	居宅介護支援事業所の変更	
10	健康状態	情報取得状況	BMI：27.7 主な疾患：変形性膝関節症（2009）、外傷性てんかん(2006)、認知症（2009） 受診先：数か月に1回内科、担当CM同行 服薬状況：薬の種類は未把握。訪問介護で服薬カレンダーに配薬し、自身で服薬。 リハビリ：なし その他：自宅内でふらつき転倒する。（大きな外傷はなし）
		16 / 18項目	
11	ADL	本人への丁寧な説明が必要	ほぼ部分的に介助。屋内は伝い歩き。腰痛・膝痛時は這って移動。屋外は歩行器。
12	IADL		洗濯、金銭管理は全く問題ない。調理せず、訪問介護で買い物、掃除、洗い物を支援。
13	認知機能や判断能力	2 / 2項目	理解力の低下や判断力の低下があり、自己解釈して判断してしまう
14	コミュニケーションの状況	5 / 5項目	コミュニケーションの理解が時々不可。意見を聞かず言いたいことを話すときがある。
15	生活リズム	6 / 9項目	寝たり起きたりの生活。週4日デイサービス、訪問介護を利用。一日の活動量、歩数は把握していない。医師からは一日2km歩くよう指示あり。眠剤の使用無し。
16	排泄の状況	10 / 10項目	昼夜紙パンツ使用。失禁時は自分で交換。下痢気味でまれに便失禁あり。
17	清潔の保持に関する状況	9 / 9項目	入浴：週4回デイサービスで入浴。一般浴で洗身一部介助、洗髪全介助 皮膚や爪の状況：爪白癬あり 衣類・寝具の汚れ：排泄失敗時の汚れあり。数日放置することもあり。
18	口腔内の状況	7 / 9項目	口腔ケア：歯科受診、かかりつけ歯科医なし。うがいのみ。口臭等はなし。 欠損・義歯：残存歯なく、歯肉で咀嚼。
19	食事の状況	10 / 11項目	食事：把握している。朝昼は、本人炊飯し、訪問介護職員が調理。夕は配食。食欲あり。野菜はあまり好まない。 水分量：1,200mL/日
20	社会との関わり	10 / 12項目	家庭内の役割：洗濯、炊飯、戸締り。 家族等との関わりの状況：長女とは数年に一度の連絡のみ。長男・次女は音信不通 地域活動への参加：参加意欲あるが、参加していない。
21	家族等の状況	12 / 12項目	KPの長女も知的能力弱い。子育て（子供四人、最年少5歳）もあり、頻繁に本人宅に来られない。緊急時は子供の保護先も確保しなくてはならない。
22	居住環境	5 / 7項目	借家、1階。手すり設置。公共交通機関は大通りに出てバス利用。
23	その他留意すべき事項		まれに来訪する長女が、本人から現金をもらっている。
24	介護サービス提供事業所との連携状況		月2回、訪問、電話で全ての情報について共有し連携。
25	かかりつけ医との連携状況		月1回、受診に同席しかかりつけ医と連携
26	意思決定支援の必要性の理解		意思決定は本人が関与。面談で本人の心配事をくみ取り確認している。

事例⑨レビュー結果

レビュー者の着眼点

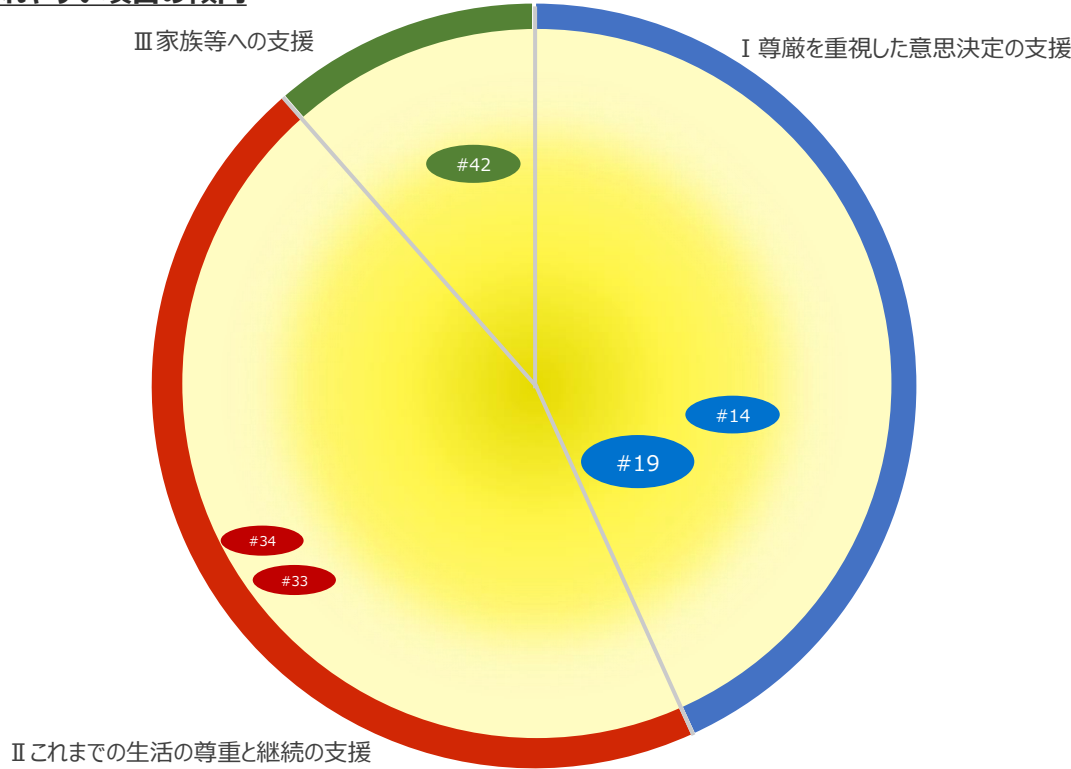
長女が遠方であり、緊急時には長女の子どもの保護の検討も必要であるため、緊急時の対応について深掘りが必要。インフォーマルな支援ができないか検討し、理解者・支援者を増やす支援も欠かせない。また、排便の失敗があり、それにより着衣や寝具に汚染があるため、排泄状況や介入可能な範囲を確認し深掘りしたい。

この事例について複数のレビュー者が着目した項目

情報の抜け漏れがあったと考えられる項目

項目番号	項目名	レビュー者が項目に着目した理由
14	緊急時の対応	長女は遠方に住み緊急時しか対応できないうえ、その際は長女の子供の保護も検討が必要であるため、緊急時の体制について深掘りしたい。
19	将来の生活の見通しを立てることの支援	家族との関係性も薄い状況のなか、理解力が乏しく自己解釈してしまうため、今後の生活について丁寧に説明し、生活の見通しを付けたい。
33	清潔を保つ支援	排泄の失敗による汚染があるため、訪問介護での介入範囲を確認し、施設入所も検討しながら継続的に見ていく必要がある。
34	排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援	排便の失敗があるため、軟便の原因の確認や、排泄状況、失敗のエピソード等について継続して確認する必要がある。
42	本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援	長女の訪問が限定的であるため、インフォーマルに着目し、理解者・支援者を増やしたい。

一緒に選ばれやすい項目の傾向



関連性の高い項目と一緒に選んだ理由

なし

事例⑩事例概要（元の情報）

情報項目		情報の概要	🔦 レビューが着目するポイント
0	事例の担当期間	38か月	
1	基本情報	81歳男性。ごみ捨て等を手伝っている近所の友人が、一人暮らしは難しいと感じ相談。	
2	これまでの生活と現在の状況	独居。ラグビーをしており、中学卒業後、工場に就職。42歳の時に妻を亡くし、男手一つで3人の子供を育てた。平成2年に今の家を購入。その後、次女を交通事故で亡くす。	
3	利用者の社会保険制度の利用状況	障害者手帳無し。厚生年金。	
4	現在利用している支援や社会資源の状況	訪問介護、通所介護	
5	日常生活自立度（障害）	A2	💡 本人と娘の認識に相違がある
6	日常生活自立度（認知症）	Ⅱb	
7	主訴・意向	本人：身の回りのことはできており困っていない。できるだけ住み慣れた家で生活したい 家族：サービスを利用しながら在宅生活を続けられるとよい。頑固なので人の言うことは聞かず困る。病院受診や買い物は援助できる。	
8	認定情報	要介護 1	💡 転倒歴がある上、認知症、緑内障があり転倒リスク高い。アルコール摂取量や各疾患の状況を詳しく知りたい。服薬管理も支援が必要。
9	今回の事例に関わるきっかけ	初回	
10	健康状態	情報取得状況	BMI：20.7
		17 / 18項目	主な疾患：緑内障(2021～)、アルコール性肝機能障害(不詳)、認知症(2021～) 受診先：数か月に1回内科（かかりつけ医）、数か月に1回眼科、月に1～3回脳神経外科、長女同行 服薬状況：ドパコール配合錠L アリセプトD錠 フェキソフェナジン塩酸塩錠。残薬あるが、怒りだすため、娘も確認や配薬を諦めている その他：自宅で転倒し、打撲、骨にひびが入ったことがある。夏祭り後に転倒し擦り傷。
11	ADL	💡 体調の変化を早期発見する体制の構築が必要	ほぼ自立。伝い歩きに近いが杖は未使用。階段昇降、15分の歩行は難しい。
12	IADL		ほとんどヘルパーか娘が行う。
13	認知機能や判断能力	2 / 2項目	自分の意思表示は可能だが、現実が理解できていない。思い込みが激しく、修正できない。娘曰く元々の性格とのことだが、何度注意しても、デいの消耗品を持ち帰ろうとする。
14	コミュニケーションの状況	5 / 5項目	意思表示ははっきりしているが、他者の意見を聞かず双方向のコミュニケーションは困難。自分から体調不良を訴えることがなく、転倒等の傷はデいの入浴時に発覚することが多い。右目はほとんど見えないが、左目だけで生活できている。視野が狭くなっている。
15	生活リズム	6 / 9項目	活動量未把握。週3回デイ利用。月1、2回娘と外出し、受診と買い物。
16	排泄の状況	9 / 10項目	日中は布パンツにパットを当てている。外出時は紙パンツの着用を勧めている。尿漏れがあるが、本人自覚なく、交換はデイで行うことが多い。排便は問題なし。
17	清潔の保持に関する状況	6 / 9項目	入浴：週3回デイサービスで入浴し、洗身一部介助。 衣類・寝具の汚れ：特になし。紙パンツやパッドが適切に使用できていない
18	口腔内の状況	7 / 9項目	💡 尿漏れへの受け止めは？ 口腔ケア：歯科受診、かかりつけ歯科医ありだが、娘が対応しており内容不明。欠損・義歯：欠損している歯は不明。義歯無し。汚れの有無不明。
19	食事の状況	10 / 11項目	食事：デイでは普通食。週1回訪問介護、週2回娘が食事の対応。配食はやめた。体重は低いが以前と大きく変化なし。 水分量：1,500mL/日。水分制限なし。
20	社会との関わり	12 / 12項目	💡 在宅が難しくなった時の対応策の検討が必要 家族等との関わり：娘が週2回仕事終わりに来宅。 地域活動への参加：参加意欲なし。 地域とのトラブル：数年前、外で隣家の方向に排尿していて、隣の窓から注意されている。 家族以外の付き合い：面倒見のいい近所の人、時々声をかけてくれる。
21	家族等の状況	11 / 12項目	本人が助言を聞き入れないため、長女は好きなようにすればよいとも思っている。長女は支援が難しくないが、長男は他県在住で年に1、2回しか来られない。
22	居住環境	5 / 7項目	一軒家。玄関、居住スペースは2階、浴室・洗濯機は1階。手すり無し。
23	その他留意すべき事項		子供たちは父親思い。優しい反面、人の言うことは聞かない性格。
24	介護サービス提供事業所との連携状況		月1回、電話で利用者の心身状態、事業所への要望、トラブル等に関して情報連携。
25	かかりつけ医との連携状況		なし。娘からの情報に頼っている。
26	意思決定支援の必要性の理解		娘が実質的に意思決定。聞き入れないこともあるため、長男の方が良い場合もあるかも。

事例⑩レビュー結果

レビュワーの着眼点

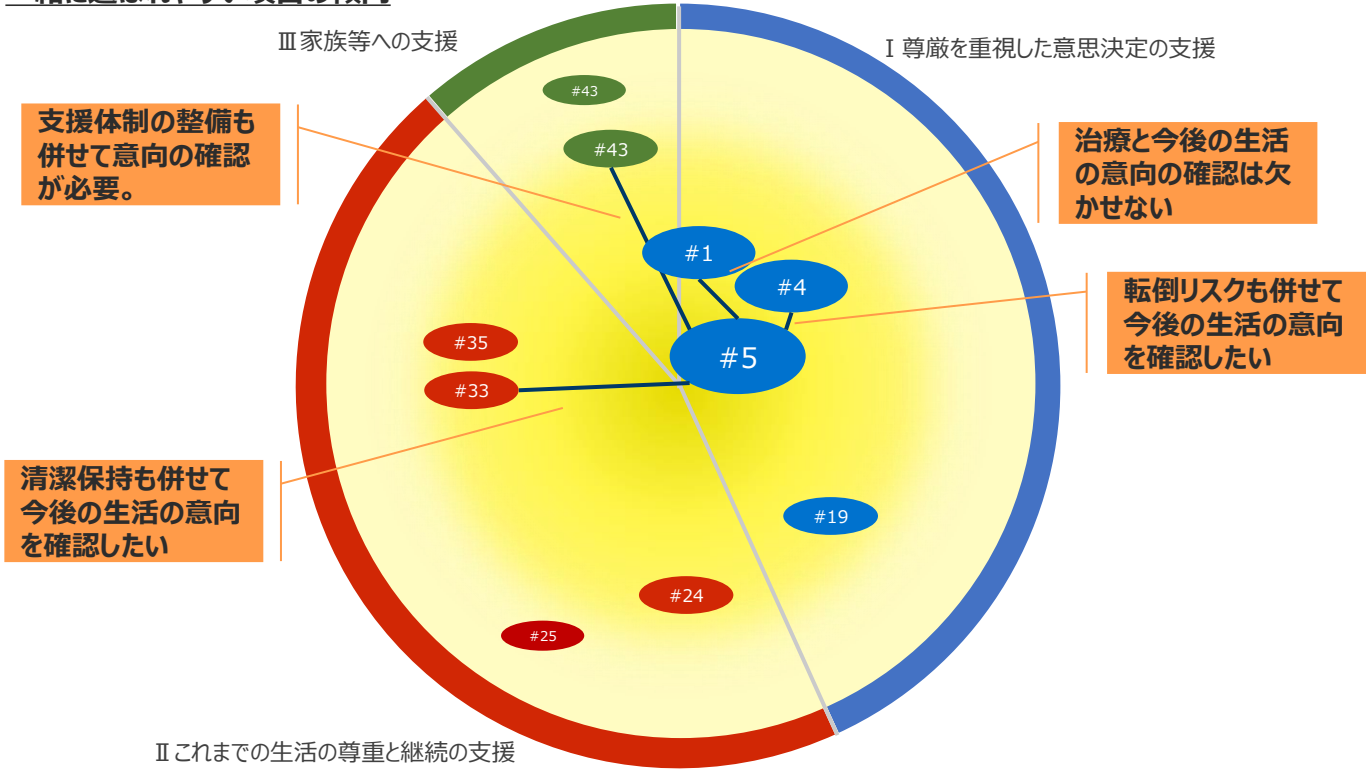
各疾患の状態の把握について追加の情報収集が必要。転倒歴、認知症、緑内障があるため、転倒リスクが高いうえ、尿漏れがあることから清潔保持の支援も必要だ。周囲の助言を聞き入れず、服薬もできていないため、本人の強みや楽しみを引き出しつつ本人の意向を把握し、認知症が進行したのちの将来の生活も勘案した支援体制の整備が必要。

この事例について複数のレビュワーが着目した項目

情報の抜け漏れがあったと考えられる項目

項目番号	項目名	レビュワーが項目に着目した理由
1	疾患管理の理解の支援	アルコール性肝炎、タバコールの服用、認知症、緑内障があり、各疾患の状態の把握が必要。
4	転倒・骨折のリスクや経緯の確認	転倒リスクが高いため、歩行状態や転倒状況を確認し対策を検討したい
5	望む生活・暮らしの意向の把握	本人の意向や尊厳を尊重しつつ、どう生活していきたいかを共に考えたい
19	将来の生活の見通しを立てることの支援	現在は本人の好きなように暮らしているが、今後は長女が意思決定をすることになるため、将来の見通せる支援や意思形成支援を検討したい。
24	継続的な服薬管理の支援	服薬が必要だが、薬の話題や配薬を拒否するため支援が必要
25	体調把握と変化を伝えることの支援	体調変化を伝えないため、周囲が早期発見できる体制を作りたい
33	清潔を保つ支援	尿漏れへの認識や清潔の必要性の理解度、皮膚状態を知りたい。
35	喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	活動量不明、通所の利用拒否はなしであることから、人生観や過去の苦労話等を聞き、強み、日常の楽しみを引き出し個別支援につなげたい。
43	本人を取り巻く支援体制の整備	在宅介護が困難になった際の社会資源や長男の状況を把握したい。

一緒に選ばれやすい項目の傾向



関連性の高い項目と一緒に選んだ理由

- #1, #5： 病気や治療に対する意向と併せて、今後の生活の意向について追加で情報収集した方が良い。
- #4, #5： 在宅での生活の継続には、転倒予防も必要であるため、転倒リスクに関してもっと深堀した情報が欲しい。
- #5, #33： 清潔状態が不安定であるため、今後の生活をどうするかも含めて追加で情報収集した方が良い。
- #5, #43： 本人の意向と支援体制の両面が重要であり、在宅介護が困難になった際の支援についてもっと深堀した情報が欲しい。

巻末資料7 令和6年度北見市自立支援型地域ケア個別会議 実施マニュアル

令和 6 年度 北見市自立支援型地域ケア個別会議実施マニュアル

1. 目的

本マニュアルは地域におけるケアマネジメントの質の向上を図ることを目的に開催される「北見市自立支援型地域ケア個別会議」の実施にあたり、その運営方法をまとめたものである。なお、本会議は介護保険法の理念に基づき、高齢者の自立支援・介護の重度化予防に資する多職種による助言を通じ、以下を達成することを目的とする。

- 1) 地域におけるケアマネジメントの質の向上
- 2) 地域における課題の抽出
- 3) 適切なケアマネジメント手法の普及と活用の拡大

2. 実施主体

北見市（担当：保健福祉部地域包括ケア推進担当、介護福祉課）

3. 対象とする事例

要介護者・要支援者・サービス事業対象者等

4. 開催日程（年 6 回、原則第 3 火曜日）

- | | | |
|----------------|-----------------|-----------------|
| 1) 7 月 16 日(火) | 3) 9 月 17 日(火) | 5) 11 月 19 日(火) |
| 2) 8 月 20 日(火) | 4) 10 月 15 日(火) | 6) 12 月 17 日(火) |

5. 開催時間

15 時 00 分～16 時 30 分（90 分程度）

6. 開催場所

北見市役所 5 階 501 会議室 および zoom ミーティングによるオンライン参加の両者で実施する。

7. 検討事例数

1 回につき 3 事例行う。

8. 検討事例の内容と方法

- 1) 検討事例の提出は北見地域介護支援専門員連絡協議会を通じ、居宅介護支援事業所の介護支援専門員より提出される。
- 2) 検討される事例は、提出する介護支援専門員がケアマネジメントにおいて、高齢者の自立支援・介護の重度化予防に対する支援内容を検討するにあたり、多職種へ助言を求めたい事例とする。

9. 会議参加者及び事例提供者

- 1) 地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員、小規模多機能型居宅介護職員。
- 2) 助言者（専門職）職能団体：医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（言語聴覚士は事例の状況により依頼）、管理栄養士、歯科衛生士

※毎回全ての職種が参加する必要はないが、幅広い観点から助言をもらえるように助言者を依頼する

- 3) 司会
 - ① 地域包括支援センターに配置されている主任介護支援専門員
 - ② 北見地域介護支援専門員連絡協議会から推薦された介護支援専門員
 - ③ 北見市医療・介護連携支援センター(コーディネーター)
- 4) 事務局(市)
 - ① 保健福祉部地域包括ケア推進担当、介護福祉課
 - ② 保健福祉部等関係者(事例に応じて)
- 5) その他
 - ① 第2層生活支援コーディネーター
 - ② 認知症地域支援推進員

10. 会議の主な流れ

- 1) 前項8に基づき、北見地域介護支援専門員連絡協議会は事例を事務局へ提出する。
- 2) 会議において、事例提供者は事例概要及び相談内容を説明する。
- 3) 司会者は17.会議当日の流れ・時間の「自立支援型地域ケア個別会議の流れ」に基づき会議を進行する。
- 4) 助言者は自立支援・介護の重度化予防と、適切なケアマネジメント手法の基本ケア項目を用いて事例に対する支援内容の助言を行う。

11. 事例資料

- 1) 適切なケアマネジメント手法を活用した自立支援型地域ケア個別会議 事例検討シート(資料あり)
- 2) ケアプラン(個人情報及びサービス事業所名等を秘匿したもの)

12. モニタリング

- 1) 自立支援型地域ケア個別会議終了後、本会議の効果評価と事例集作成のためモニタリングを実施する。
- 2) 事例提供者はモニタリング内容を「北見市自立支援型地域ケア個別会議事例振り返りシート」(シート項目3～5を記載のもの)を市へ提出する。
- 3) 提出された事例は当該年度末に事例集として作成し、関係者で共有する。

13. 個人情報の取り扱い

- 1) 本会議で取り扱われる事例は、事例提供者は利用者と「個人情報使用同意書」で同意内容を締結する。
- 2) 前項で締結していない場合、事例提供者は本会議への事例提供について、利用者の同意を得る。
- 3) なお前項の同意書が締結された場合であっても、提供する事例の氏名、生年月日、住所、個人識別符号等、個人を識別する情報を取り除くことで、特定の個人を識別できないようにしておく。
- 4) 会議参加者は、個人情報の保護に関する誓約書(または Google フォームの誓約書)にて守秘義務に同意し、本会議において知り得た個人情報を他に漏らしてはいけない。

14. 事例選定について

- 1) 事例を検討するにあたり、検討事例の主たる区分は適切なケアマネジメント手法における基本ケアである 44 項目に基づき相談内容を定め、事例を提出する。

15. 会議の傍聴について

- 1) 本会議の目的である「地域におけるケアマネジメントの質の向上」及び「適切なケアマネジメント手法の普及と活用の拡大」の観点より、本会議の傍聴を希望する地域包括支援センターの職員、居宅介護支援事業所の職員、助言者予定の専門職等は、あらかじめ市へ申し出た上で参加できる。

16. 会議開催等のスケジュール

No.	項目	担当	期日
1	■ 事例提供者・参加者の依頼 1) 北見市は事例提出依頼を地域包括支援センター、居宅介護支援事業所および小規模多機能型居宅介護へ行う。 2) 北見市は助言を行う専門職・団体に対し、会議期日の出席依頼を行う。(地域包括支援センターも含む)	1) 北見市 2) 北見市	令和 6 年 4 月中旬まで
2	■ 事例提供者・助言者のとりまとめ 1) 北見地域介護支援専門員連絡協議会、北見市地域包括支援センター連絡協議会、は事例提出の事業所名及び提出者名ならびに会議参加期日(全日程分)を取りまとめ北見市へ報告する。 2) 助言を行う専門職は会議参加期日と氏名(所属機関含む)を北見市へ報告する。 3) 地域包括支援センターは、司会、認知症支援推進員および生活支援コーディネーターを北見市へ報告する。	1) 北見地域介護支援専門員連絡協議会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所および小規模多機能 2) 助言を行う専門職 3) 地域包括支援センター	令和 6 年 5 月末まで
3	■ 事例提供者・専門職への会議案内(全 6 回分) 1) 北見市は事例提供者へ会議の参加案内を行う。 2) 北見市は助言を行う専門職の参加者へ案内を行う。 3) 北見市は全 6 回分の事例提供者名、及び助言を行う専門職の参加者名簿を作成し会議参加者へ周知する。 4) 出席者の変更があった場合は北見市へ連絡する。	1) 北見市 2) 北見市 3) 北見市 4) 事例提供者・専門職	令和 6 年 6 月中旬まで 出席者の変更は随時連絡する
4	■ 事例の提出 1) 事例提供者は各開催回の前月末までに「北見市自立支援型地域ケア個別会議事例検討シート」を北見市へメールにて提出する。(シート項目 1～2 を記載したもの) 検討シートはワードファイル、ケアプランは PDF でよい。 2) 北見市は事例提出後、事例検討シートを医療・介護連携支援センターへメールにて送付する。 3) 事例提供者は事例提出後、必要に応じ検討内容について北	1) 事例提供者 2) 北見市 3) 医療・介護連携支援センター	(提出期限) 1 回(6/28) 2 回(7/31) 3 回(8/30) 4 回(9/30) 5 回(10/31) 6 回(11/29)

	見市と調整を行う。(医療介護支援センターが担当する)		
6	■ 参加者への会議案内(全 6 回分) 1) 北見市は「適切なケアマネジメント手法を活用した自立支援型地域ケア個別会議 事例検討シート」を添付し会議参加者(オンライン傍聴者)の参加案内を行う。 2) 参加者は希望する回の会議へ申し込む(Google フォーム)。 https://forms.gle/BvrF591kamF15G3j7	1) 北見市 2) 会議参加者 	会議の各 10 日前まで
7	会場設営・記録等(オンラインにで動画撮影)	北見市	当日
8	■ 開催記録の提供 1) 北見市は事例提供者へ会議動画を提供する(YouTube アドレス) 2) 事例提供者は動画を確認し「適切なケアマネジメント手法を活用した自立支援型地域ケア個別会議 事例検討シート」のシート項目(3.助言内容と変更した支援内容)を記載する(提出はまだ不要)。	1) 北見市 2) 事例提供者	会議開催後 1 週間以内
9	■ アンケートの実施 会議参加者(オンライン傍聴者)は会議開催後 1 週間以内に「適切なケアマネジメント手法を活用した自立支援型地域ケア個別会議アンケート」へ回答する。(Google フォーム) https://forms.gle/9oJshFsp5vm23o8A9	会議参加者(オンライン傍聴者) 	会議開催後 1 週間以内
10	■ モニタリング 1) 事例提供者は会議開催 60 日後に「適切なケアマネジメント手法を活用した自立支援型地域ケア個別会議事例検討シート」のシート項目(4.取り組み後の利用者等の変化、5.ケアマネジャーの気づき・今後の取り組み)を記載し、北見市へ提出する。 2) 北見市は内容を確認後、事例集作成のため、医療介護支援センターへ上記の事例検討シートをメールにて送付する。	1) 事例提供者 2) 北見市	(提出期限) 1 回(9/17) 2 回(10/21) 3 回(11/18) 4 回(12/16) 5 回(1/20) 6 回(2/17)
11	■ 事業評価 1) 北見市は完成した以下の資料を基に令和 6 年度の当該事業の達成度を評価するとともに、次年度の修正点について協議を行う。 ➢ 適切なケアマネジメント手法を活用した自立支援型地域ケア個別会議 事例検討シート ➢ 適切なケアマネジメント手法を活用した自立支援型地域ケア個別会議アンケート 2) 北見市は助言を行った専門職および団体に対し今年度の事業に対する意見を聴取する。 3) 医療介護支援センターは上記の評価結果と事例検討シートを基に「令和 6 年度適切なケアマネジメント手法を活用した自立	1) 北見市 2) 各助言者・専門職団体 3) 医療介護支援センター 4) 北見市	令和 7 年 3 月中旬まで

	支援型地域ケア個別会議 事例集」を作成する。		
	4) 北見市は居宅介護支援事業所や各関係団体へ上記をメールにて送付する。		

17. 会議当日の流れ・時間

1) 1 事例は 30 分を標準とする。(1 回の会議では 30 分×3 事例取り扱う)

2) 会議の流れ

適切なケアマネジメント手法を活用した自立支援型地域ケア個別会議の進め方			
目的 (前提)			● 本人の意欲や強みを引き出し、生活の継続を支えられるような支援に近づけていくことが最も重要な目的である。 ● 加えて、担当ケアマネジャーの納得感を高め、多職種とのやり取りを通じて視点の共有化を図ることも大切な視点である（事例担当ケアマネジャーだけでなく傍聴者も含む）。
基本 ルール			● あくまでもご本人や家族の生活の安定や改善のための検討であることを忘れない。 ● また、ご本人や家族、担当ケアマネジャーの頑張りや強みを認め応援する姿勢で、意見や助言する。
会議の流れ			
1	事例説明	3 分	① 事例概要のプレゼンテーション【担当 CM】 ② 相談したい論点（適ケア「基本ケア」項目）の提示【担当 CM】
2	事実確認	5 分	③ 本事例の状況について事実関係の質問【多職種より】 ④ (必要に応じて)本人の意向や強み、意思決定状況の確認【司会】
3	要因・論点 の検討	15 分	⑤ この事例における要因（解決すべき課題）は何か【多職種より】 ⑥ この事例において他に検討したら良さそうな論点は何か【多職種より】
4	工夫の提案	5 分	⑦ 追加の情報収集で出来る工夫の助言、提案【多職種より】 ⑧ この事例での支援の工夫やアイデアの助言、提案【多職種より】 ⑨ 追加された支援内容は基本ケア項目の何番に該当するか【司会】
5	まとめ	2 分	⑩ 本日の意見の受け止め、次のアクションのまとめ【担当 CM】 ⑪ 総括コメント（エール!!）【司会】

【参考資料】

1. 多職種による自立に向けたケアプランに係る論議の手引き（H30.10.9 厚生労働省老健局振興課）
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(日本総合研究所)概要版（項目一覧）(日本総合研究所)
3. 適切なケアマネジメント手法の手引き vol.1 vol.2 および解説動画(以下参照)
 - 1) 【手引きその 2 解説】はじめに/1 章/2 章_適切なケアマネジメントってどう活用できるの？構成を理解しよう
<https://www.youtube.com/watch?v=YSh4jHJIotI>
 - 2) 【手引きその 2 解説】3 章_事例を通じて「適切なケアマネジメント手法」のポイントを知ろう
<https://www.youtube.com/watch?v=in5GU6KqtlS>
 - 3) 【手引きその 2 解説】4 章_「基本ケア」の項目を見てみよう
<https://www.youtube.com/watch?v=76CJeXqNBvc>

適切なケアマネジメント手法を活用した自立支援型地域ケア個別会議 事例検討シート			
事例テーマ：（支援の経過、利用者の変化の様子やケアマネジャーの気づきなどをタイトルにする）			
会議実施日	ケアプラン提出	事業所名	氏名
2024.★.	☒ 有 ・ ☐ 無	北見居宅介護支援事業所	北見太郎
1. 事例の概要			
● 年齢(〇〇代)、性別、要介護度、世帯構成 ● 主病名、主な既往歴(最低限でよい) ● 利用サービス(種類/週回数) ● 簡単な生活歴、本人の性格など			
2. 提案に至る経過と自立支援型地域ケア個別会議で検討したいこと 基本ケア項目を用いて記載			
● 基本ケア項目（番号）：(基本ケア項目のタイトル) ● なぜこの項目を選んだのか（本人のニーズとケアマネジメント上のアセスメントや理由） ● 困っていることではなく、適切なケアマネジメント手法自己点検シートや基本ケア項目を見て、支援が必要だと感じたことを検討内容として提出してください。			
3. 助言内容と変更した支援内容 基本ケア項目を用いて記載			
● 基本ケア項目（番号）：(基本ケア項目のタイトル) ➤ 助言内容(会議の助言を簡潔に) ➤ 支援内容(助言に対する支援) ➤ 支援内容をどのように実施したか(方法・声かけ・関わり) ● 基本ケア項目（番号）：(基本ケア項目のタイトル) ➤ 助言内容(会議の助言を簡潔に) ➤ 支援内容(助言に対する支援) ➤ 支援内容をどのように実施したか(方法・声かけ・関わり)			
4. 取り組み後の利用者等の変化			
● (実施した支援に対する利用者や家族の変化、発言など) ➤ ● (ケアチームのメンバーの変化など) ➤			
5. ケアマネジャーの気づき・今後の取り組みに活かせること			
● 助言で得て新しく気づいたこと、適切なケアマネジメント手法についての意見や今後取り組みそうなことを記載してください。			

適切なケアマネジメント手法を活用した自立支援型地域ケア個別会議 事例検討シート（記載例）

事例テーマ： 独居利用者の生活リズムを把握していないことに気がつき、記録表を使って生活を把握した事例

会議実施日	ケアプラン提出	事業所名	氏名
2024. 7. 16	☒ 有 ・ ☐ 無	北見居宅介護支援事業所	北見太郎

1. 事例の概要

- 80 代女性・要介護 1・独居
- 主な疾患：慢性心不全、骨粗鬆症
- 利用サービス：訪問介護（月 12 回）、通所リハ（月 4 回）

2. 提案に至る経過と自立支援型地域ケア個別会議で検討したいこと 基本ケア項目を用いて記載

- 基本ケア項目 6：一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援
 - 80 代独居の利用者で、家で過ごしたいという気持ちが強く、心不全を悪化させないことが重要だと考え検討したいと思いました。
- なぜこの項目を選んだのか（理由）
 - 医師から「このままだと施設に入らないといけないよ」と言われ、生活習慣を整える支援が必要だと考えていたが、自己点検シートで振り返ってみて、そもそも家でいつ何をしているのか、利用者本人もケアチームも把握していないことに気がついたので選びました。

3. 助言内容と変更した支援内容 基本ケア項目を用いて記載

- 基本ケア項目 6：一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援
 - 生活記録表の作成(助言内容と変更した支援内容)
独居の利用者の生活を把握したいと会議で相談。「ご本人に生活記録表を書いてもらうのがよいのでは」とアドバイスを受けた。その後、トイレの回数、水分摂取量、薬を飲んだ時間、運動量などを書いてもらう生活記録表を作った。
 - 利用者に記入を依頼(支援内容をどのように実施したか)
利用者に協力してもらうため、「今のままだと状態が悪化して施設に入らないといけなくなるかもしれない」「家での生活を続けるためにまずは生活習慣を整えることが大事。表を書いてみよう」と声をかけた。

4. 取り組み後の利用者等の変化

- 生活記録表の記入
 - 利用者が自分の体調に関心を持つようになり、ケアチームにも進んで教えてくれるようになりました。ケアチームも利用者の体調と生活リズムを知り、よりよい支援内容を検討できるようになり、利用者との距離が近づいたように思います。
 - 「ケアマネジャーさんがそこまで言うならやってみよう」と言い、利用者は生活記録表を毎日記入しました。数日やってみると、利用者が工夫しながら記入するようになった。例えば、最初はトイレの回数を正の字で書いていましたが、回数だけでなく時間や尿量なども書くようになりしました。
- ケアチームへの共有
 - 生活記録表を利用者からケアチームで共有した結果、ケアチームが同じ認識を持ってケアに当たり、利用者の体調に応じてアドバイスをするようになった。

5. ケアマネジャーの気づき・今後の取り組みに活かせること

- これまでは心不全という病気にはしか見ておらず、手法を学ぶまで、利用者の生活リズムを把握するという意識がありませんでした。独居の利用者でもあり、ケアチームで知っておくことができてよかったです。
- また、心不全があったとしても本人らしく暮らすとは何かを考えるきっかけになりました。また、生活リズムを把握することにより、利用者が自身の体調に関心を持つという変化が起きたことが一番の驚きでした

参考資料

「適切なケアマネジメント手法」に関連する YouTube 動画

1. 「適切なケアマネジメント手法」に関する動画再生リスト



<https://youtube.com/playlist?list=PLN9FPW9wR0UGcjJ1YPCX6Dmv9Z4NUQa32>

2. 「適切なケアマネジメント手法 実践研修」に関する動画再生リスト



https://www.youtube.com/playlist?list=PLN9FPW9wR0UHrYmH6Rx2UFcNSCvsJ_TD3

3. 「適切なケアマネジメント手法 手引き解説」に関する動画再生リスト



<https://www.youtube.com/playlist?list=PLN9FPW9wR0UHI19IchjHkJWS-5576WCUn>

4. 「適切なケアマネジメント手法の手引き その2」解説動画

	【手引きその2 解説】はじめに/1章/2章_適切なケアマネジメントってどう活用できるの? 構成を理解しよう https://youtu.be/YSh4jHJIotI 
	【手引きその2 解説】3章_事例を通じて「適切なケアマネジメント手法」のポイントを知ろう https://youtu.be/in5GU6KqtIs 
	【手引きその2 解説】4章_「基本ケア」の項目を見てみよう https://youtu.be/76CJeXqNBvc 

5. 「適切なケアマネジメント手法」に関する解説動画

適切なケアマネジメント 手法の 活用と概要 28:59	適切なケアマネジメント手法の概要及び活用について https://youtu.be/knEfiXiJbkk
第1章 「適切なケアマネジメント手法」 ってなんだろう？ 適切なケアマネジメント手法 の手引き解説 5:50	【手引きその1解説】1 章_適切なケアマネジメント手法って何だろう？ https://youtu.be/Y5ExbRb2v5w
第2章 「適切なケアマネジメント手法」 の基本的な考え方 適切なケアマネジメント手法 の手引き解説 5:36	【手引きその1解説】2 章_適切なケアマネジメント手法の基本的な考え方 https://youtu.be/aKXcg4VIMRs
第3章 「適切なケアマネジメント手法」 をどう取り入れる？ 適切なケアマネジメント手法 の手引き解説 11:53	【手引きその1解説】3 章_適切なケアマネジメント手法をどう取り入れる？ https://youtu.be/_7Dw01FBao8
第4章 「基本ケア」の理解を深める 適切なケアマネジメント手法 の手引き解説 5:48	【手引きその1解説】4 章_基本ケアの理解を深める https://youtu.be/DWd4S2Ss2KU
第5章 「疾患別ケア」の理解を深める ～脳血管疾患編～ 適切なケアマネジメント手法 の手引き解説 2:39	【手引きその1解説】5 章①_脳血管疾患 https://youtu.be/ciu43-LBM7o

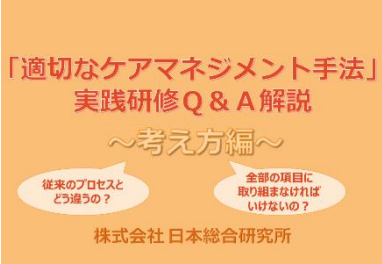
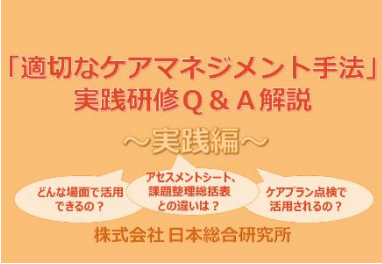
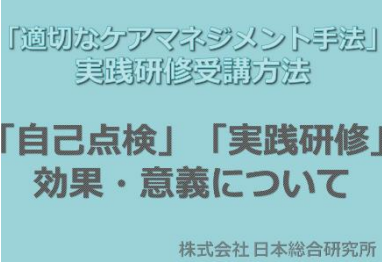
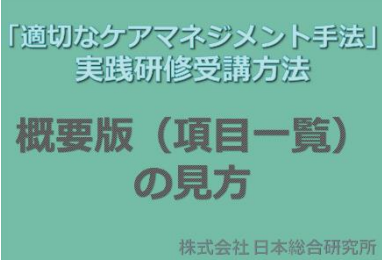
	5 章②_大腿骨頸部骨折【適切なケアマネジメント手法の手引き解説】  https://youtu.be/yXLdPEidX1M
	【手引きその1解説】5 章③_心疾患  https://youtu.be/qVsRsTTAu5w
	【手引きその1解説】5 章④_認知症  https://youtu.be/TwjbxXa-XO3E
	【手引きその1解説】5 章⑤_誤嚥性肺炎の予防  https://youtu.be/Uqw1DmzzdWY
	【手引きその1解説】6 章_適切なケアマネジメント手法の活用方法  https://youtu.be/RhoPD8zOEdg

6. 「適切なケアマネジメント手法」委員インタビュー動画

 「適切なケアマネジメント手法」 委員インタビュー動画 高齢者の意思決定支援 適切なケアマネジメント 10:48 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 高齢医療研究部 部長 三浦久幸	高齢者の意思決定支援と適切なケアマネジメント【適切なケアマネジメント手法委員インタビュー_三浦久幸】 https://youtu.be/XfJ5eTtZa0 
 「適切なケアマネジメント手法」 委員インタビュー動画 地域における 医療介護連携のあり方 22:19 医療法人博仁会 北村大宮病院 理事長 鈴木邦彦	地域における医療介護連携のあり方と今後【適切なケアマネジメント手法委員インタビュー_鈴木邦彦】 https://youtu.be/sIJJuli1ulg 
 「適切なケアマネジメント手法」 委員インタビュー動画 医療介護の役割分担 適切なケアマネジメント 10:34 医療法人 平成博愛会 福岡記念病院 理事長 武久洋三	医療介護の役割分担と適切なケアマネジメント【適切なケアマネジメント手法委員インタビュー_武久洋三】 https://youtu.be/WPXfIdZxR0I 
 「適切なケアマネジメント手法」 委員インタビュー動画 在宅で暮らす人たちのための ケアマネジメント ～在宅医療～ 10:39 一般社団法人 全国在宅医療支援協会 会長 新田國夫	在宅で暮らす人たちのためのケアマネジメント～在宅医療の視点から～【適切なケアマネジメント手法委員インタビュー_新田國夫】 https://youtu.be/3cRcU8XIDh8 
 「適切なケアマネジメント手法」 委員インタビュー動画 尊厳の保障 10:11 公益社団法人日本医師会 常任理事 江澤和彦	尊厳の保障【適切なケアマネジメント手法委員インタビュー_江澤和彦】 https://youtu.be/XRiiTzaxne0 

	行政・ケアマネジャー・多職種の協働によるケアマネジメントの展開【適切なケアマネジメント手法委員インタビュー_石山麗子】 https://youtu.be/p5mA5y2MiXc 
	在宅生活における医療と介護の連動と主治医機能の考え方について【適切なケアマネジメント手法委員インタビュー_川越正平】 https://youtu.be/33CTFNthGHU 
	リハの目線から見るケアマネジメント【適切なケアマネジメント手法委員インタビュー_東祐二】 https://youtu.be/Hsp4thFAERc 
	ケアマネジャーとしての誇りを持ったケアマネジメントを【適切なケアマネジメント手法委員インタビュー_濱田和則】 https://youtu.be/WIb_rfTAQg0 

7. 「適切なケアマネジメント手法」実践研修ご紹介・Q & A解説・受講方法

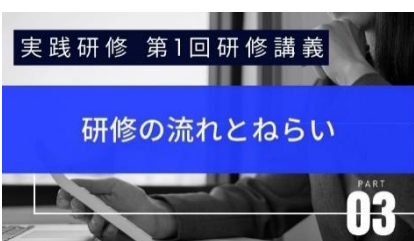
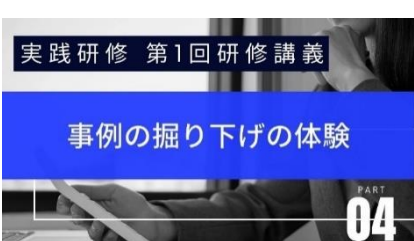
「適切なケアマネジメント手法」 実践研修のご紹介 ～地域で支える ケアマネジメントの実現 に向けて～  株式会社 日本総合研究所 シニアマネージャー 齊木 大 © 日本総研	「適切なケアマネジメント手法」実践研修のご紹介 ～地域で支えるケアマネジメントの実現に向けて～ https://youtu.be/LChn4zOSKWM 
 株式会社 日本総合研究所	【適切なケアマネジメント手法】実践研修 Q&A 解説～考え方編～ https://youtu.be/MAVD7j9gxoo 
 株式会社 日本総合研究所	【適切なケアマネジメント手法】実践研修 Q&A 解説～実践編～ https://youtu.be/-CjCL4QBPIA 
 株式会社 日本総合研究所	【実践研修受講方法】「自己点検」「実践研修」効果・意義について https://youtu.be/SShQ-fY6o0Q 
 株式会社 日本総合研究所	【実践研修受講方法】概要版（項目一覧）の見方 https://youtu.be/kDvAkj_yMcQ 

「適切なケアマネジメント手法」 実践研修受講方法 現場実践振り返りシート の書き方 株式会社 日本総合研究所	【実践研修受講方法】現場実践 振り返りシートの書き方 https://youtu.be/vIMV26PaSA8 
「適切なケアマネジメント手法」 実践研修受講方法 実践研修の グループワークの 進め方と留意点 株式会社 日本総合研究所	【実践研修受講方法】実践研修のグループワークの進め方と留意点 https://youtu.be/K9hbvlDlyw4 

8. 実践研修グループワークデモ動画

「適切なケアマネジメント手法実践研修」 グループワークデモ動画 ～第2回研修編～ 	【実践研修】グループワークデモ動画～第2回研修～ https://youtu.be/HHEaODVb6q8 
「適切なケアマネジメント手法実践研修」 グループワークデモ動画 ～第3回研修編～ 	【実践研修】グループワークデモ動画～第3回研修～ https://youtu.be/fHZowKjmwKQ 

9. 実践研修講義動画

 実践研修 第1回研修講義 適切なケアマネジメント手法の ねらいと概要の確認 PART 01	【実践研修講義_1】「適切なケアマネジメント手法」のねらいと概要の確認（第1回研修講義） https://youtu.be/XikXhnJbWiQ 
 実践研修 第1回研修講義 基本ケアの内容と捉え方 PART 02	【実践研修講義_2】基本ケアの内容と捉え方（第1回研修講義） https://youtu.be/VThUhKN2X7I 
 実践研修 第1回研修講義 研修の流れとねらい PART 03	【実践研修講義_3】実践研修の進め方①研修の流れとねらい（第1回研修講義） https://youtu.be/uGfyn9m-MIU 
 実践研修 第1回研修講義 事例の掘り下げの体験 PART 04	【実践研修講義_4】実践研修の進め方②事例の掘り下げの体験（第1回研修講義） https://youtu.be/9ydp-wbMHd8 

10. 「適切なケアマネジメント手法」研修担当者向けセミナー・実践セミナー

「適切なケアマネジメント手法」 研修担当者セミナー 開催日：令和4年10月22日（土）配信分 開催者：日本総合研究所 社会福祉法人 社会福祉事業推進機構（社）（学術研究推進委員会） 「適切なケアマネジメント手法」実践セミナー、第1回セミナー「適切なケアマネジメント手法」実践セミナー ©2022 The Japan Research Institute, Limited	「適切なケアマネジメント手法」研修担当者向けセミナー 【2022年10月22日開催】 https://youtu.be/BsWKxIbmf9g 
「適切なケアマネジメント手法」 実践セミナー 開催日：令和4年11月15日（火）配信分 開催者：日本総合研究所 社会福祉法人 社会福祉事業推進機構（社）（学術研究推進委員会） 「適切なケアマネジメント手法」実践セミナー、第1回セミナー「適切なケアマネジメント手法」実践セミナー ©2022 The Japan Research Institute, Limited	「適切なケアマネジメント手法」実践セミナー 【2022年11月15日開催】 https://youtu.be/VSitmcHD1YI 
「適切なケアマネジメント手法」 研修担当者セミナー 開催日：令和4年12月15日（土）配信分 開催者：日本総合研究所 社会福祉法人 社会福祉事業推進機構（社）（学術研究推進委員会） 「適切なケアマネジメント手法」実践セミナー、第1回セミナー「適切なケアマネジメント手法」実践セミナー ©2022 The Japan Research Institute, Limited	「適切なケアマネジメント手法」研修担当者向けセミナー 【2022年12月15日開催】 https://youtu.be/k-9G1lwgu7A 
「適切なケアマネジメント手法」 実践セミナー 開催日：令和5年1月21日（土）配信分 開催者：日本総合研究所 社会福祉法人 社会福祉事業推進機構（社）（学術研究推進委員会） 「適切なケアマネジメント手法」実践セミナー、第1回セミナー「適切なケアマネジメント手法」実践セミナー ©2022 The Japan Research Institute, Limited	「適切なケアマネジメント手法」実践セミナー 【2023年1月21日開催】 https://youtu.be/CM79vo4PiVM 

11. 「適切なケアマネジメント手法」普及推進セミナー

「適切なケアマネジメント手法」 普及推進セミナー ～時代が求めるケアマネジメントのあり方と実践～ 開催日：令和5年3月16日（木） 開催者：日本総合研究所 社会福祉法人 社会福祉事業推進機構（社）（学術研究推進委員会） 「適切なケアマネジメント手法」実践セミナー、第1回セミナー「適切なケアマネジメント手法」実践セミナー ©2022 The Japan Research Institute, Limited	「適切なケアマネジメント手法」普及推進セミナー 【令和5年3月16日配信アーカイブ版】 https://youtu.be/Etw8hQzj-U8 
---	---

1 2. 「適切なケアマネジメント手法」の手引き その2 解説セミナー動画

	「適切なケアマネジメント手法」の手引きその2 解説セミナー (2024 年 3 月 20 日開催) ※以下はアーカイブ版として再編集したものです。 https://youtube.com/live/q7qe0H_Zuzg 
	「適切なケアマネジメント手法」の手引きその2 解説セミナー (2024 年 3 月 21 日開催) ※以下はアーカイブ版として再編集したものです。 https://youtube.com/live/s1hpJabJHII 

過去の研究資料成果

平成 28 年度以降の「適切なケアマネジメント手法」に関して実施した調査研究事業の成果については、株式会社日本総合研究所 HP 内に掲載している。なお、資料名を直接検索いただくことも可能である。

以下、株式会社日本総合 HP 内

【平成 28 年度「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」】

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=31083>

【平成 29 年度「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」】

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=34346>

【平成 30 年度「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」】

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=34346>

【令和元年度「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」】

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=36013>

【令和元年度「適切なケアマネジメント手法の策定や多職種協働マネジメントの展開に向けた実証的な調査研究事業」】

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=36018>

【令和 2 年度「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」】

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=38679>

【令和 2 年度「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」】

URL : <https://www.jri.co.jp/column/opinion/detail/12569/>

【令和 3 年度「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業」】

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=102436>

【令和 4 年度「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業」】

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=104921>

【令和 5 年度「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業」】

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=107661>

関連する資料等 URL 一覧

1. 「適切なケアマネジメント手法」の本編、手引き

タイトル	URL
令和2年度 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	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_tekisetunacare_r2kai.pdf
「適切なケアマネジメント手法」の手引き	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/r2fukyu_betsushiryo.pdf
「適切なケアマネジメント手法」の手引き その2 ～実践事例に学ぶ手法の使い方～	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/caremanageme nt/240307.pdf
「適切なケアマネジメント手法」の手引き その3 ～疾患別ケアについて学ぶ～	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/2504_mhlwkrouken_report_15_2.pdf

2. 「適切なケアマネジメント手法」概要版(項目一覧)、自己点検シート

タイトル	URL
基本ケア	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_r2kihoncare.pdf
基本ケア(冊子版)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/230403_kihoncare.pdf
「適切なケアマネジメント手法」自己点検シート案(基本ケア)	https://www.jri.co.jp/file/column/opinion/pdf/220408_8_zikotenken.xlsx
脳血管疾患Ⅰ期	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_r2noukekkan_I.pdf
脳血管疾患Ⅱ期	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_r2noukekkan_II.pdf
脳血管疾患Ⅰ期(冊子版)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_noukekanshikkan1.pdf
脳血管疾患Ⅱ期(冊子版)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_noukekanshikkan2.pdf
「適切なケアマネジメント手法」自己点検シート案(脳血管疾患Ⅰ期・Ⅱ期)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_noukekanshikkan.xlsx
大腿骨頸部骨折Ⅰ期	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_r2daitaikotsu_I.pdf
大腿骨頸部骨折Ⅱ期	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_r2daitaikotsu_II.pdf

大腿骨頸部骨折Ⅰ期(冊子版)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_daitaikotsukeibukossetsu1.pdf
大腿骨頸部骨折Ⅱ期(冊子版)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_daitaikotsukeibukossetsu2.pdf
「適切なケアマネジメント手法」自己点検シート案 (大腿骨頸部骨折Ⅰ期・Ⅱ期)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_daitaikotsukeibukossetsu.xlsx
心疾患Ⅰ期	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_r2sinsikkan_I.pdf
心疾患Ⅱ期	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_r2sinsikkan_II.pdf
心疾患Ⅰ期(冊子版)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_shinsikkan1.pdf
心疾患Ⅱ期(冊子版)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_shinsikkan2.pdf
「適切なケアマネジメント手法」自己点検シート案 (心疾患Ⅰ期・Ⅱ期)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_shinsikkan.xlsx
認知症	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_r2ninchisho.pdf
認知症(冊子版)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_ninchisho.pdf
「適切なケアマネジメント手法」自己点検シート案 (認知症)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_ninchisho.xlsx
誤嚥性肺炎の予防	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_r2goensei2.pdf
誤嚥性肺炎の予防(冊子版)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_goenseihaienyobo.pdf
「適切なケアマネジメント手法」自己点検シート案 (誤嚥性肺炎の予防)	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_goenseihaienyobo.xlsx

3. 「適切なケアマネジメント手法 実践研修」に関する資料

タイトル	URL
「適切なケアマネジメント手法 実践研修」研修テキスト (第1回～第4回)	https://www.jri.co.jp/file.jsp?id=104893
「適切なケアマネジメント手法 実践研修」参加者ガイド	https://www.jri.co.jp/file.jsp?id=104894
「適切なケアマネジメント手法 実践研修」開催者ガイド	https://www.jri.co.jp/file.jsp?id=104895
「適切なケアマネジメント手法 実践研修」 自己紹介&目標設定シート	https://www.jri.co.jp/file.jsp?id=104886
「適切なケアマネジメント手法 実践研修」 現場実践①振り返りシート	https://www.jri.co.jp/file.jsp?id=104887
「適切なケアマネジメント手法 実践研修」 現場実践②振り返りシート	https://www.jri.co.jp/file.jsp?id=104888
「適切なケアマネジメント手法 実践研修」 現場実践③振り返りシート	https://www.jri.co.jp/file.jsp?id=104889
「適切なケアマネジメント手法 実践研修」 今後の実践宣言シート	https://www.jri.co.jp/file.jsp?id=104890
「適切なケアマネジメント手法 実践研修」 第1回研修アンケート(案)	https://www.jri.co.jp/file.jsp?id=104816
「適切なケアマネジメント手法 実践研修」 第2回研修アンケート(案)	https://www.jri.co.jp/file.jsp?id=104817
「適切なケアマネジメント手法 実践研修」 第3回研修アンケート(案)	https://www.jri.co.jp/file.jsp?id=104818
「適切なケアマネジメント手法 実践研修」 第4回研修アンケート(案)	https://www.jri.co.jp/file.jsp?id=104819

4. はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドに関する資料

タイトル	URL
はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド ～先輩ケアマネジャーと学ぶ「適切なケアマネジメント 手法」～ 独居世帯	https://www.jri.co.jp/file/pdf/service/special/content11/corner113/2503/hazimetenno_dokkyo.xlsx
はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド ～先輩ケアマネジャーと学ぶ「適切なケアマネジメント 手法」～ 高齢者のみ世帯	https://www.jri.co.jp/file/pdf/service/special/content11/corner113/2503/hazimetenno_koreishanomi.xlsx
はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド 活用のための説明書 ～考え方編～	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/2503/hazimetenno_kangaekata.pdf
はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド 活用のための説明書 ～使い方編～	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/2503/hazimetenno_tsukaikata.pdf

※本調査研究事業は、令和6年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金において実施したものです。

令和6年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(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策定、普及推進に向けた
調査研究事業報告書

令和7年3月

株式会社日本総合研究所
創発戦略センター

〒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: 080-9436-3638 FAX:03-6833-9481 E-mail:100860-care@ml.jri.co.jp