

令和元年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金(老人保健健康増進等事業)

**適切なケアマネジメント手法の策定や
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 報告書**

令和2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 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及び目的.....	1
1. 背景.....	1
2. 目的.....	1
第2節 検討プロセス.....	2
1. 多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」の活用シーンの検討	2
2. 多職種協働推進プログラムの企画・検証.....	2
第2章 多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」の活用の考え方 ...3	
第1節 支援チームの“共通言語”として活用することの効果.....	3
第2節 実践場面への「適切なケアマネジメント手法」の導入.....	4
1. 多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」の活用シーン	4
2. 多職種協働推進プログラムのターゲット.....	4
第3章 多職種協働推進プログラムの企画・検証5	
第1節 多職種協働推進プログラムの企画	5
1. プログラムの目的.....	5
2. 対象者と修得目標.....	5
3. プログラム構成.....	5
(1) 全体像.....	5
(2) 模擬退院時カンファレンス.....	6
(3) 研修会.....	6
4. 模擬退院時カンファレンスの実施内容・方法.....	6
(1) 実施内容.....	6
(2) 使用する資料.....	6
(3) 展開例（カンファレンス進行表）	7
5. 研修会の実施内容・方法	7
(1) 実施内容.....	7
(2) 使用する資料.....	7
(3) 展開例（研修会タイムテーブル）	8
第2節 多職種協働推進プログラムの検証	9
1. 実施概要.....	9
(1) 実施内容.....	9

(2) 実施時期・場所.....	9
(3) 研修会参加者の基本属性.....	10
(4) 検証の様子.....	11
2. 模擬カンファレンスの流れ.....	12
(1) 模擬事例の概要.....	12
(2) 議論の経緯.....	14
(3) 「適切なケアマネジメント手法」の活用にあたって工夫がみられた場面.....	15
3. 模擬退院時カンファレンスの検証結果.....	18
(1) プログラム企画時点の効果の仮説.....	18
(2) 「適切なケアマネジメント手法」の活用によって得られた効果.....	18
4. 研修会の検証結果.....	22
(1) 多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」への活用に向けた関心.....	22
(2) 多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」の活用に向けた課題.....	22
第4章 本調査研究事業のまとめ.....	23
第1節 多職種協働推進プログラムの検証結果.....	23
1. 退院時カンファレンスでの活用効果を確認.....	23
2. 病棟の多職種と在宅の多職種との協働が重要.....	23
第2節 今後の展開に向けた検討事項.....	25
1. 退院時に着目した「多職種協働推進プログラム」の継続検証.....	25
2. 退院時以外の多職種協働の場面への活用推進方策の検討.....	26
(1) ケアマネジャーやケアチームへの助言・指導.....	26
(2) ケアチームでの検討における認識共有.....	26
(3) 介護支援専門員の法定研修での活用.....	27
(4) 新しいケアや支援の方法を模索した際の事例検討での活用.....	27

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及び目的

1. 背景

団塊の世代が後期高齢者となる2025年を目前に、地域に暮らす高齢者の生活の質を維持しつつ、介護保険制度の理念の実現と持続性を確かなものとしていくため、これまで以上に質の高いケアマネジメントが求められている。ここで期待されるケアマネジメントの役割とは、単なる介護給付サービスの調整ではなく、高齢者及びその家族の生活全般を捉え、生活の質（QOL）を高めるべく、介護給付サービスをはじめ地域の互助的な資源や自費サービスも含めた多様な社会資源の組み合わせを担う専門的な機能を指す。

ケアマネジメントがこの機能を果たし、さらに質の高いものへと深化していくためには、以下二つの点が必要である。

○ケアマネジメントプロセスにおいて最低限踏まえるべき知識・技術の平準化

2016年度から実施されている「適切なケアマネジメント手法の策定に関する調査研究事業」では、医療分野においてエビデンスの蓄積が多いことを踏まえ、疾患に由来する介護の知見を整理する視点に立ち、要介護認定の原因疾患として取り上げられることが多い脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、認知症の各疾患群に着目し、それぞれの状態に応じた「想定される支援」の体系化の検討を行い、作成した検討案を用いたフィールド実証が進められている。

上記調査研究事業では、2018年度に、より多くのケアマネジャーにこれらの成果物を普及する方法の開発・検討が行われ、今後、ケアマネジャーへのさらなる普及・展開を目指している。

○多職種・多様な社会資源との連携あるいは活用の強化

ケアマネジメントにおける医師、歯科医師、看護師、薬剤師等の医療職との連携を十分なものとするだけでなく、管理栄養士や医療ソーシャルワーカーなどの専門職、弁護士や司法書士等の法曹、さらには地域の生活を支える担い手（民生委員、地縁団体等）、あるいは自費サービスを提供する事業者などとの連携については、実践の蓄積が必要な段階にある。

一方で、連携のためには個別支援事例における具体的な連携のあり方のデザインが不可欠であり、抽象的なネットワーキングや情報共有では実践で取り入れていくことは難しい。

この点、過去の調査研究において「適切なケアマネジメント手法」の活用は、多職種間の情報共有や連携に効果が期待できることが明らかになっており、多職種及び多様な社会資源との連携を促進する“共通言語”としてこれを活用すると良いと考えられる。

2. 目的

本調査研究事業では、今後の「適切なケアマネジメント手法」の実践現場への導入及びその効果検証に向けた方法論の検討、及びツールの開発を、多職種協働の観点から行うことを目的とする。方法論及びツールの妥当性は、モデル地域での検証を通して確認する。

第2節 検討プロセス

1. 多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」の活用シーンの検討

2019年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業）「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」において、多職種向けの普及・啓発策の検討を行い、ケアマネジャーと多職種が一堂に会して、「適切なケアマネジメント手法」の趣旨や活用方法について理解する機会の必要性が指摘された。

それを受けて、本事業では、多職種協働において「適切なケアマネジメント手法」を活用しうるシーンの検討を行った。

2. 多職種協働推進プログラムの企画・検証

上述の活用シーンの検討においては、まずは退院時カンファレンスでの導入の可能性が示唆された。そこで、退院時カンファレンスでの活用を想定し、ケアマネジャーと多職種を対象とした「多職種協働推進プログラム」を企画した。「多職種協働推進プログラム」は、「模擬退院時カンファレンス」と、それを題材とした「意見交換会」の二つから成る。

活用シーンの検討及び多職種協働推進プログラムの企画に際しては、現場での実践経験の深い専門職、アドバイザーなどとのディスカッションを通して具体化を進めた。

また広島県をモデル地域として選定し、プログラムの妥当性について検証を通して確認を行った。検証の概要及び協力団体は下記のとおりである。

検証の概要

回	日程	場所	実施内容
第1回	令和2年2月22日（土） 14時～17時	TKP 広島本通駅前カンファレンスセンター ホール7B	・ 模擬退院時カンファレンス ・ 研修会
第2回	令和2年3月7日（土） 14時～17時	広島県歯科医師会館 501・502 会議室	・ 模擬退院時カンファレンス （研修会は新型コロナウイルス感染拡大の影響で中止）

協力団体名簿（50音順）

団体名
一般社団法人 広島県介護支援専門員協会
医療法人社団朋和会 西広島リハビリテーション病院
広島脳卒中 地域連携の会

第2章 多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」の活用 の考え方

第1節 支援チームの“共通言語”として活用することの効果

「適切なケアマネジメント手法」は、利用者のその先の生活の目標を実現し、将来にわたる QOL を維持・向上するために、状況の悪化の遅延化や疾患の再発予防を目的として実施すべきケアを、疾患群別に整理したものである。アセスメントを行う前の段階で、必要性を想定すべきケアの候補を知っておくことにより、アセスメントをより具体的に実施できるほか、ケアが開始されたあとのモニタリングのポイントを絞り、その人の状況にあったマネジメントを可能とすることを目指している。

ケアマネジメントの役割とは、高齢者及びその家族の生活全般も見捉えたマネジメントである。これはケアマネジャーが一人で行えるものではなく、高齢者を取り巻く支援チームで対応する必要がある。支援チームでの対応にあたり、「適切なケアマネジメント手法」を“共通言語”として活用することで、以下のような効果が期待される。

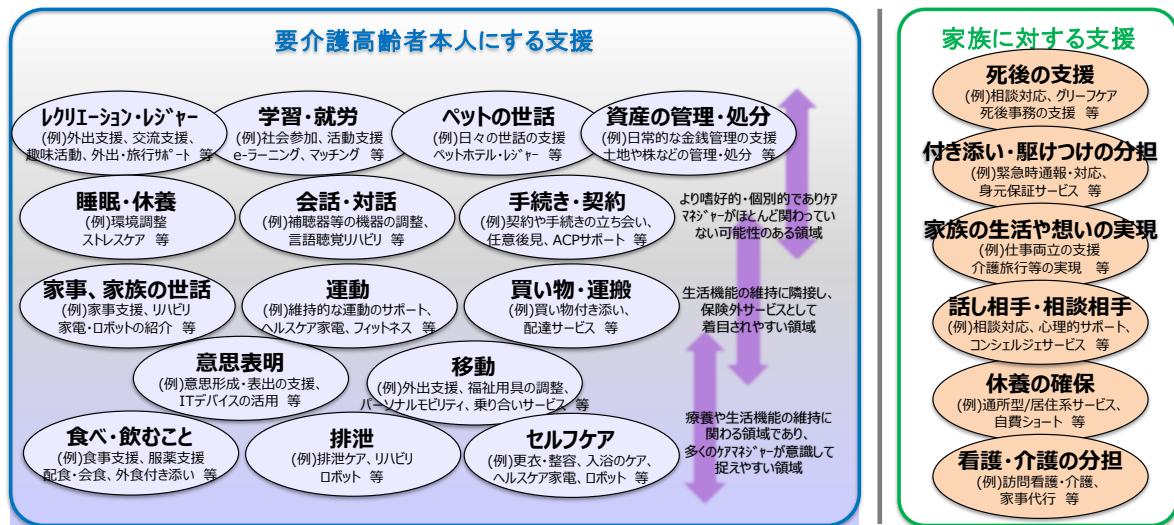
○アセスメントやモニタリング段階での効率的な情報収集

「適切なケアマネジメント手法」では、支援内容ごとに関連するアセスメント/モニタリング項目等や相談すべき専門職が示されている。ケアマネジャーは、一人で支援内容の検討や情報収集を行うのではなく、「適切なケアマネジメント手法」を踏まえながらアセスメント/モニタリング段階において多職種の視点や意見を取り入れていくことで、情報収集をより効率的にでき、観点の見落としの防止ができる。多職種にとっても、自らが確認・助言すべき項目が整理されていることで、適切な関わりができる。

○利用者のエンパワメントに資する支援内容の検討

利用者の状態を踏まえた標準的な支援内容がきちんと押さえられることで、それを踏まえつつ、利用者ごとの特性に合わせた支援の「個別化」に注力することが可能となる。利用者や家族、地域の個別の状況を踏まえつつ、介護保険にとどまらない、より利用者のエンパワメントに資する支援内容を、多職種の様々な知見に基づいて多角的に検討することが期待される。

(参考) 平成 30 年度老健事業「地域包括ケアシステムの構築に向けた保険外サービスの活用に関する調査研究事業」支援内容(サービス内容)に着目した分類・整理の枠組み



第 2 節 実践場面への「適切なケアマネジメント手法」の導入

1. 多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」の活用シーン

多職種が協働する場面としては、個別の情報共有・会議、サービス担当者会議、地域ケア会議、入退院時に実施されるカンファレンス、研修会などがあるが、このうち利用者の心身や生活環境の変化が大きく、協働の頻度が高いのが「退院時」である。「適切なケアマネジメント手法」においても疾患によっては期別（Ⅰ期（退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期）、Ⅱ期（状態が安定から不安定な状況にある時期））に設定しており、退院時においてはⅠ期を見据えた支援内容の検討が求められる。

そこで本事業では、ケアマネジャーと複数の多職種が一堂に会して情報共有を行う場面として、「退院時カンファレンス」に着目し、退院時カンファレンスでの活用を想定して、多職種協働推進プログラムを設計することとした。

多職種が協働する場面は必ずしも退院時だけではないが、現に多職種が協働してケア内容を検討する場として実施されている場であるため、退院時カンファレンスでの活用の効果や課題を踏まえつつ、さらに他の多職種協働の場面へ拡大していくことが妥当と考えられる。

2. 多職種協働推進プログラムのターゲット

退院時カンファレンスにおいて「適切なケアマネジメント手法」を活用するためにはある程度の知識と経験が求められる。そのため多職種協働推進プログラムでは、まずは中堅・リーダー層のケアマネジャーを対象とするのが望ましい。

中堅・リーダー層のケアマネジャーに、退院時カンファレンスにおける多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」の活用方法が普及することで、その下の層のケアマネジャーに対しても波及効果が期待できる。

第3章 多職種協働推進プログラムの企画・検証

第1節 多職種協働推進プログラムの企画

1. プログラムの目的

- ・ 高齢者を取り巻く支援チーム（ケアマネジャー及び在宅・病棟の多職種）が「適切なケアマネジメント手法」を多職種間での共通言語として活用することで、アセスメントやモニタリングにおいて多職種の意見や視点を踏まえ、利用者の状態に応じた支援の必要性を検討できるようになることを目指す。
- ・ 本プログラムでは、そのような方向性を見据え、ケアマネジャーや多職種に「適切なケアマネジメント手法」の活用の意義や具体的な方法を理解してもらうことを目的とする。

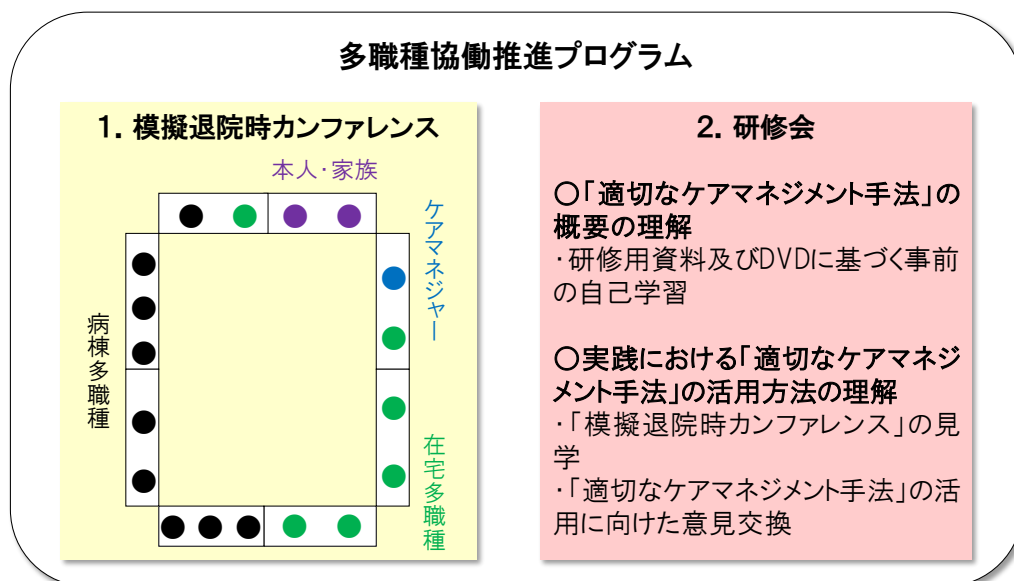
2. 対象者と修得目標

- ・ 中堅・リーダー層のケアマネジャー
 - ケアプラン作成における仮説構築及び確認項目の洗い出しの経験
 - 多職種との協働によるケアプランの充実の実感
 - 支援の個別化における新たな視点の獲得
- ・ 在宅・病棟の多職種
 - 適切なケアマネジメント手法の有用性の理解
 - ケアマネジャーが抜け漏れがちな項目の把握、それらに対する情報提供の有用性の理解
 - 支援の個別化における、各職種の視点提供の有用性の理解

3. プログラム構成

(1) 全体像

- ・ 多職種協働推進プログラムは、「適切なケアマネジメント手法」を活用した「模擬退院時カンファレンス」と、「適切なケアマネジメント手法」の概要及び活用方法の理解をうながす「ケアマネジャー研修会」という二つのコンテンツで構成される。



(2) 模擬退院時カンファレンス

- ・ 病棟側及び在宅側の多職種、本人・家族が参加する退院時カンファレンスを模擬的に実施することを通じて、カンファレンス準備段階や実施時における「適切なケアマネジメント手法」の活用の有用性を理解するもの。

(3) 研修会

- ・ 事前学習と、模擬退院時カンファレンス見学とその後の意見交換を通じて、「適切なケアマネジメント手法」の概要及び活用方法を理解するもの。

4. 模擬退院時カンファレンスの実施内容・方法

(1) 実施内容

- ・ 病棟側及び在宅側の多職種は、あらかじめ「適切なケアマネジメント手法」の概要を自己学習する。(内容はケアマネジャー研修会の自己学習と同様)
- ・ 担当ケアマネジャー役は、「適切なケアマネジメント手法」を活用しながら、模擬事例のケアプラン原案を作成する。
- ・ 病棟側及び在宅側の多職種は、退院時サマリー、ケアプラン原案、模擬事例の疾患に係る「項目一覧」に事前に目を通し、カンファレンスでの報告・確認事項を検討する。
- ・ 模擬事例を用いて、病棟側及び在宅側の多職種、本人・家族が参加する退院時カンファレンスを模擬的に実施する。
- ・ カンファレンスの内容を振り返りながら、実際の退院時カンファレンスにおいて「適切なケアマネジメント手法」を活用するうえでの効果や課題について話し合う。

(2) 使用する資料

- ・ 病棟からの情報提供資料
 - 模擬事例の内容や地域の状況に応じて選択する。
 - 後述する検証では、リハビリテーション病院からの退院時を想定し、紹介状、地域連携パス、退院に向けたヒアリングシート、リハビリテーション計画書、退院時サマリー、リハビリテーション退院報告書を用いた。
- ・ 在宅からの情報提供資料
 - 模擬事例の内容や地域の状況に応じて選択する。
 - 後述する検証では、課題分析標準項目（基本情報、アセスメント）、住宅間取り図を用いた。
- ・ ケアプラン原案（第1～3表）

(3) 展開例(カンファレンス進行表)

時間	セッション		発言者	概要・ポイント
5分	病棟からの説明 (司会： MSW)	概要説明	病棟 Dr、 病棟多職種	・ <u>退院時サマリー</u> を用いて状況の概要説明
10分		療養方針の 確認と同意	在宅 Dr、 本人・家族	・ 療養方針に関する在宅 Dr からの確認 ・ 療養方針に関する本人の確認と同意
5分	ケア方針 案の説明 (司会： 担当ケア マネジャー)	ケアプラン 案の説明	担当ケアマネ ジャー	・ <u>ケアプラン原案</u> の説明 (※特に、想定される支援内容案を説明) ・ <u>今日の会議で確認したい事項(論点)</u> を提案
35分		具体的な 支援内容の 検討	担当ケアマネ ジャー、本人・ 家族、在宅・病 棟多職種	・ 生活の意向に関する本人の意思の確認 ・ 支援内容の方向性に関する Dr や病棟多職種 からのコメント ・ ケアプランにおいて盛り込むべき支援内容 (案)の確認 ・ その人にあった支援内容にしていくための 個別化の検討およびモニタリング項目の確認 ・ 総合的な方針と支援内容、疑問・不安な点に ついての本人・家族の確認
5分		まとめ	担当ケアマネ ジャー、MSW	・ 担当ケアマネジャーから検討内容のまとめ ・ 退院後の病院問合せ窓口のご案内

5. 研修会の実施内容・方法

(1) 実施内容

- ・ 「適切なケアマネジメント手法」の概要の理解：研修用資料及び DVD に基づいて、事前に自己学習を実施する。
- ・ 実践における「適切なケアマネジメント手法」の活用方法の理解：模擬退院時カンファレンスの見学とその後の意見交換を実施する。

(2) 使用する資料

- ・ 研修用資料及び DVD：「適切なケアマネジメント手法」の概要と活用
- ・ 模擬退院時カンファレンス資料
- ・ 模擬事例の疾患に係る「項目一覧」

<研修用資料>

なぜ、適切なケアマネジメント手法が必要とされているのか

- 要介護高齢者の増加や、高齢者のニーズの多様性に応えることの必要性、介護給付サービスに限らないさまざまな社会資源の組み合わせが求められることが背景にある。
- ケアマネジャーの職域の専門性を示し、他の職種との“共通言語”を確立するためにも、ケアマネジメントの共通の事項を体系化、言語化することが必要とされている。

・ 要介護高齢者の数の増加
 ・ 自立支援に資するケアマネジメントの期待

・ 介護給付サービスに留まらない
 社会資源を組み合わせる必要性
 ・ 多職種連携の必要性

適切なケアマネジメント手法

次世代の働き方

<研修用 DVD>

疾患別ケア（脳血管疾患）の概要

- 疾患別ケア（脳血管疾患）では、再発の予防と生活機能の回復・向上が重要。
- I期では再発予防のための支援体制の整備を重視するとともに心理的回復を含めた生活機能の維持・向上に着目。一方、II期では継続的なセルフマネジメントに着目。

I期	再発予防	<ul style="list-style-type: none"> 急性期療養の継続的支援 認知機能の回復 生活リズムの改善 心身機能の回復・維持 心理的回復の支援 活動と参加に関する生活機能の維持・改善 介護支援
	生活機能の維持・向上	
II期	継続的な再発予防	<ul style="list-style-type: none"> 急性期療養の自己管理の支援 認知機能の回復 生活リズムの改善
	セルフマネジメントへの移行	<ul style="list-style-type: none"> 心身機能の回復・維持 活動と参加に関する生活機能の維持・改善 介護支援

詳しくは本編をご参照ください

次世代の働き方

(3) 展開例(研修会タイムテーブル)

時間	セッション	内容
30分	受付	
30分	事例読み込み	・ 模擬事例の読み込み
15分	開会	・ 開会、趣旨説明
60分	模擬退院時カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟からの説明 ・ ケア方針案の説明
20分	休憩・アンケート記入	
40分	意見交換	・ 実践における「適切なケアマネジメント手法」の活用に向けた意見交換
5分	閉会	・ 閉会のあいさつ

第2節 多職種協働推進プログラムの検証

1. 実施概要

(1) 実施内容

多職種協働推進プログラムの検証のため、下記二つの取り組みを実施した。

① 模擬退院時カンファレンスの実施

- ・ 脳血管疾患に係る模擬事例を用いて、退院時カンファレンスを模擬的に実施した。
- ・ 模擬事例は、脳血管疾患に係る複数の事例を参照して作成した。事例作成やカンファレンス進行方法については事前に病棟側・在宅側で事前に協議を行った。(令和2年1月21日)
- ・ ケアプラン原案は「適切なケアマネジメント手法」を活用しながら、担当ケアマネジャーが事前に作成した。
- ・ カンファレンスに参加した多職種は以下の16人
 - 病棟側：西広島リハビリテーション病院 医師(主治医役)、医療相談員、看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、薬剤師
 - 在宅側：広島県介護支援専門員協会 担当ケアマネジャー、医師(かかりつけ医役)、訪問薬剤師、訪問看護師、デイケア(理学療法士)、訪問介護、福祉用具
※別途、協会事務局が本人役、家族役を担当

② 研修会の実施

- ・ ケアマネジャーを対象とした研修会を実施した。
- ・ 対象は主任レベルのケアマネジャーとし、広島県介護支援専門員協会の協力を得て募集を行った。

(2) 実施時期・場所

脳卒中の地域連携パスが整備されており、過去に「適切なケアマネジメント手法」に係る実証を行った地域でもある広島県において、広島県介護支援専門員協会の協力を得て実施した。

実施時期は令和2年2～3月である。

- 事前学習(2月1日～2月21日)
- 模擬退院時カンファレンスは2回実施した。
 - ◇ 第1回：令和2年2月22日(土)14時～17時(TKP 広島本通駅前カンファレンスセンター ホール7B)
 - ◇ 第2回：令和2年3月7日(土)14時～17時(広島県歯科医師会館 501・502 会議室)
- 研修会は上述の第1回模擬退院時カンファレンスと合わせて実施した。
(第2回は新型コロナウイルス感染拡大の状況を鑑み、模擬退院時カンファレンスのみ実施し、研修会は中止した)

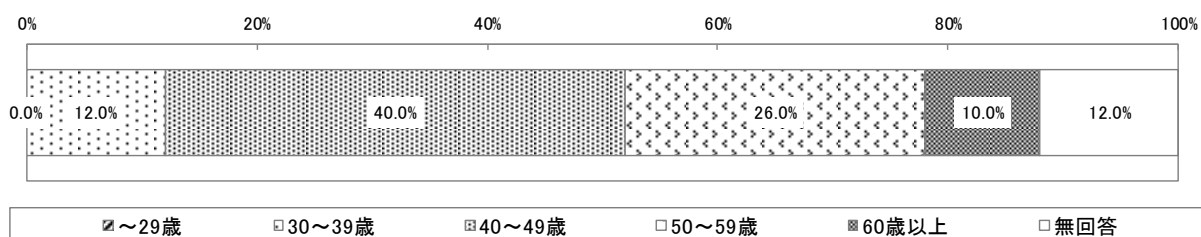
(3) 研修会参加者の基本属性

参加者は50人(模擬退院時カンファレンス参加の多職種を除く)であり、基本属性は以下のとおりである。

① 年齢

研修会参加者の年齢構成は、「40代」が40.0%と最も大きく、次いで「50代」が26.0%であった。

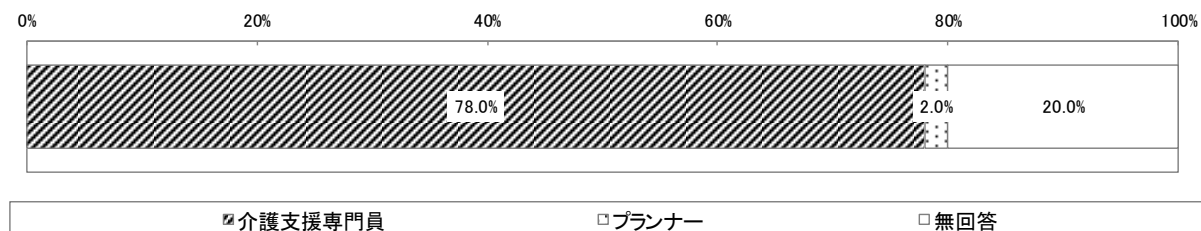
図表1. 年齢



② 主に従事している職種

主に従事している職種は、「介護支援専門員」が78.0%であった。

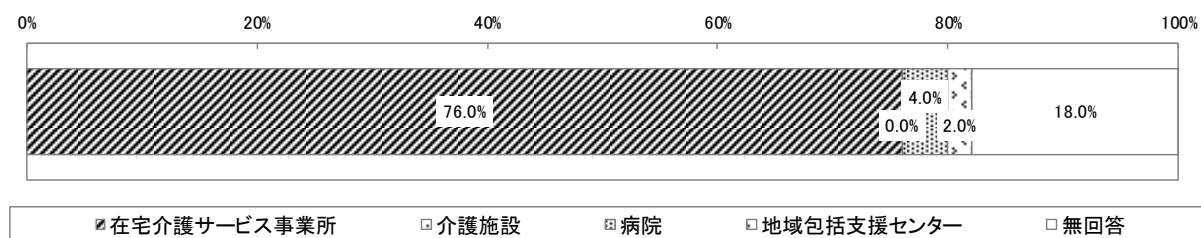
図表2. 主に従事している職種



③ 勤務先(兼務の場合は主に従事している先)

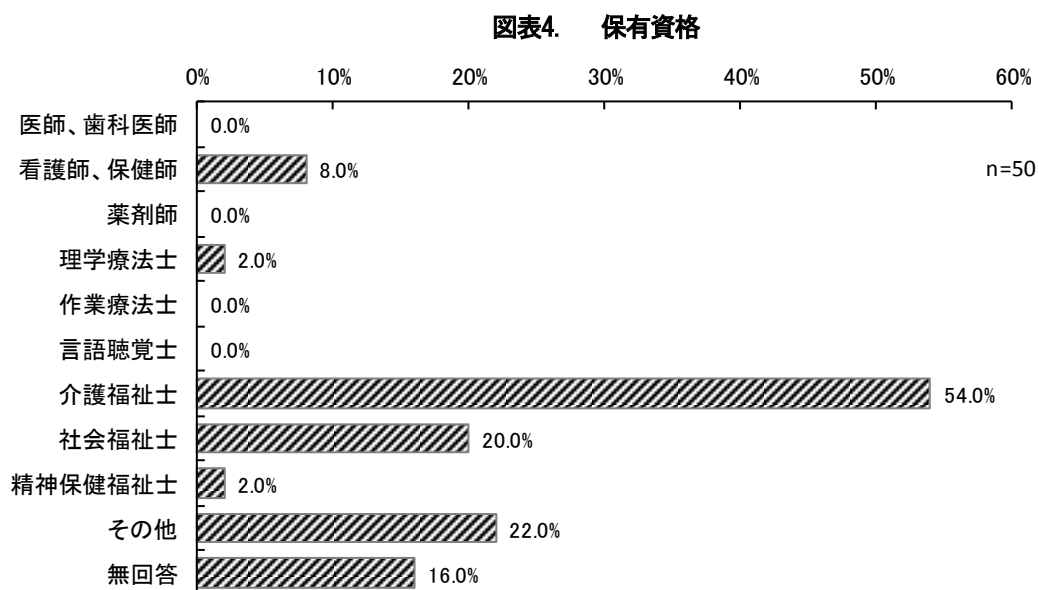
勤務先は在宅介護サービス事業所が76.0%であった。

図表3. 勤務先



④ 保有資格(あてはまるものすべて)

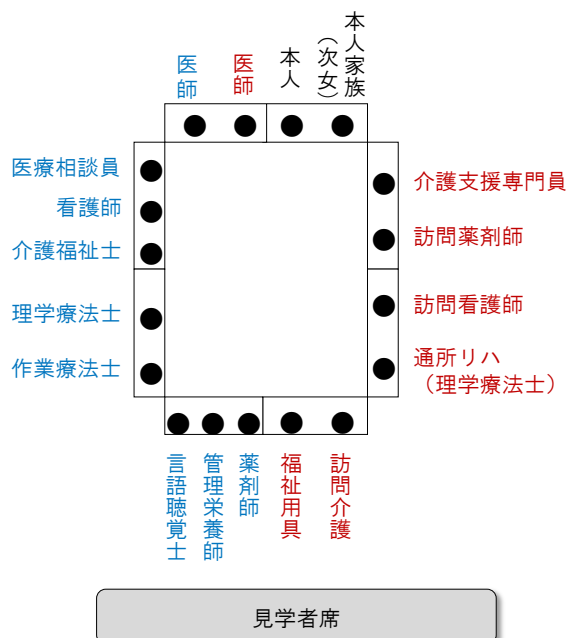
保有資格は、介護福祉士が 54.0%であった。



(4) 検証の様子

<模擬カンファレンスの席次>

<カンファレンス、研修会の光景>



2. 模擬カンファレンスの流れ

(1) 模擬事例の概要

■基本情報					
氏名	広島直彦 (ひろしま なおひこ)	年齢	75 歳	性別	男性
要介護度	要介護2 (2か月前に認定)	障害高齢者自立		A2	
居住形態	独居、戸建ての一軒家 (持ち家)	認知症高齢者自立度		I	
性格	もともとアクティブな志向。社交的であり、積極的に町内会やグランドゴルフ、いきいき百歳体操に参加。				
生活の状況	歩いて5分の公園でグランドゴルフ、500m先のコンビニによく行く スーパーと公民館は自転車5分。				
家族の状況	5年前に妻を亡くし独居、娘が2人 (長女は関東、次女は団地の隣区画在住)				
キーパーソン	次女は週2～3回のパート勤務でフラダンスの先生。 中学生と小学生の娘 (本人から見ると孫) がいる				
主な病歴	内頸動脈狭窄症、両白内障手術、脂質異常症、不安定狭心症				

■経緯	
8 月	胸痛あり受診、薬物治療
9 月 30 日	本人が倒れているのを家族が見つけ救急搬送 Y病院の脳外科に入院 (脳梗塞 (左被殻))
10 月 30 日	Z病院 (回復期リハビリテーション) へ転院
11 月 30 日	認定調査 (12 月 25 日認定、要介護2)
2 月 28 日	退院予定

■課題分析標準項目	
健康状態	脳梗塞 (左被殻)、右片麻痺、高次脳機能障害 (注意障害) 構音障害、脂質異常症、高血圧 身長 173cm、体重 63kg BMI 21.0
ADL	<p>移動：屋内車いすは自立。短下肢装具をつけて4点杖は自立。T字杖は要監視レベル。家の中は手すりを使って伝い歩き自立。屋外は車いすか4点杖いずれも次女介助。</p> <p>食事：自分で食べられるが食べこぼしあり。嚥下障害あり、水分はトロミ剤使用。滑り止めマット、エプロンやタオル使用。</p> <p>トイレ：尿意・便意は問題ない。自立。失敗なし。</p> <p>更衣：時間はかかるが端座位で行い自立。衣服の準備や片付けも自立。</p> <p>整容/口腔ケア/整容/歯磨き：自立。爪切り左手介助要。</p> <p>入浴：シャワー浴。浴槽の跨ぎは座位で監視にて行うが、今は右股関節の痛みや心疾患ゆえの疲労感がありしていない。洗体は左上肢が介助要。自宅ではしばらくは次女の介助でシャワー浴を行う予定。</p>

IADL	<p>掃除・洗濯・調理・ごみ出し：次女が行う。</p> <p>買物：買い物自体は自立。外出は車いすで次女が介助。</p> <p>整理・物品の管理：自立。</p> <p>通院：近医の月1回 往診。Y病院の通院3ヵ月に1回は次女の車で行く。</p> <p>服薬：服薬はカレンダーで行い自立だが、夕方の薬の飲忘れあり。次女が確認を行う。 錠剤は飲みにくさあり、ゼリーを使用。</p> <p>金銭管理：次女が支援。小遣い程度は自分で行う。</p> <p>電話・PC：電話、PC 使える</p>
認知	入院中は多少日時の混乱等あったが、現在は問題ない。
コミュニケーション	日常的なやり取りに問題はない。聞き取りは注意が向いていないとき、こちらの言い直しが必要。時折言葉が出てこないことや、声が小さくて聞き直しが必要なことあり。
社会とのかかわり 趣味・特技等	<p>社会活動：以前はグランドゴルフやいきいき百歳体操に参加していた。</p> <p>社交的で町内会の行事など地域の活動へも参加していた。</p>
排尿・排便	自立。排尿は、約1日6回（昼4回 夜2回）、便は、2日に1回（マグミット朝・昼）
褥瘡・皮膚の問題	特に問題なし
口腔衛生	義歯はなし。歯磨きは右側奥の磨き残しあり。時折チェックが必要。
食事摂取	自立。食べこぼしあり。自分で気をつけている。
行動障害	なし
介護力	次女が近くに住んでおり、もともと関りが多かった。次女はパート勤務を週 2～3 日しているが、できるだけ支援をしたいと考えている。次女の夫も協力的。長女は関東在住のため、相談等は乗っているが、直接の介護に参加は難しい。とりあえず自宅に退院し、次女が1週間程度一緒に暮らして様子を見る予定。
特別な状況	郊外の団地の一軒家、階段1段で幹線道路に出るが、幹線道路は緩やかな坂道。歩いて5分のところに公園があり、グランドゴルフを行っている。公民館は自転車で5分程度かかる場所。コンビニが500m先にありよく行っていた。スーパーは自転車で5分かかる。

(2) 議論の経緯

※第2回模擬退院時カンファレンス（3月7日実施分）に基づく

セクション	議論の内容
病棟からの概要説明、療養方針の確認と同意	<ul style="list-style-type: none"> 病棟の各職種から、日常生活動作ごとに現状や在宅での療養方針、留意点について説明を行い、医療相談員が要点をまとめた。 病棟 Dr が運動制限について説明を行った。 担当ケアマネジャーから本人と家族へ、病棟からの説明について疑問な点がないか確認し、本人と家族が同意を行った。
ケアプラン案の説明	<ul style="list-style-type: none"> 担当ケアマネジャーから課題分析標準項目、ケアプラン第1表の説明を行った。
生活の意向と支援の方向性の確認	<ul style="list-style-type: none"> 担当ケアマネジャーから本人と家族へ、生活に対する意向の齟齬がないか確認し、本人と家族が回答した。 担当ケアマネジャーからケアプラン第2、3表の説明を行い、再発予防、在宅でのリスク、プランに追加すべき点について意見を欲しいと伝えた。 在宅 Dr が再発予防が重要であることに言及した。
具体的な支援内容の検討	<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン第2表に記載の課題・目標ごとに、具体的な支援内容について各職種から質問、情報提供、助言を行った。 <p>(体調管理)</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅 Dr から服薬の見直しについて質問し、病棟・在宅の各職種から薬の種類や錠数、飲み込み、袋の開封、飲み忘れ防止策を議論した。 在宅 Dr から血圧について確認し、入浴時の確認の水準、在宅での血圧測定について議論した。 <p>(身の回りのセルフケア)</p> <ul style="list-style-type: none"> 食事、緊急時の連絡、入浴、屋外の移動、屋内で転倒した際の対応、調理について、本人の現在の身体機能や改善の見通し、転倒等のリスク、家族の負担軽減、自宅内や周辺環境を考慮しながら議論した。 <p>(プランに追加すべき点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人の楽しみを兼ねたリハビリテーションや、本人が不安に思っている睡眠について議論を深めた。 具体的には、喉のトレーニングを兼ねて通所リハビリテーションで演歌を歌う、公園でのグラウンドゴルフへの参加に向けて屋外移動やスティックを持つ練習を行う、睡眠剤を徐々に減らして夜のトイレを安全にするなど。
まとめ	<ul style="list-style-type: none"> 担当ケアマネジャーが支援内容の追加・改善点と、それに関連した在宅の各サービスの留意点について総括し、全員で合意した。 在宅 Dr が3ヵ月後の会議に触れ、可能であれば病棟側にも参加して欲しいと伝えた。 MSW が本人と家族に対して、退院後も困ったことがあれば窓口となる自分に連絡して欲しいと伝えた。 本人、家族が一言挨拶をした。

(3) 「適切なケアマネジメント手法」の活用にあたって工夫がみられた場面

- 「適切なケアマネジメント手法」は疾患群ごとのアプローチを採っており、アセスメント・モニタリングで収集すべき情報が列挙されている。それを多職種や本人、家族が参加する退院時カンファレンスのような場で活用する際、情報の収集・提供にとらわれ過ぎないように注意が必要である。
- また「適切なケアマネジメント手法」で示している支援の概要、必要性は、標準的な視点を提示しているものであり、それをベースとして本人や家族、地域の実情に応じた個別化を図りやすくなることを企図している。
- 今回の模擬退院時カンファレンスの進行や議論において、これらの点がよく表れている主な場面を以下に示す。

《本人・家族への確認》

- 議論の節目で、各職種から本人や家族に声かけをしたり、意向を引き出した。それによって、情報の収集・提供に意識が向きすぎて専門職だけで議論を進めたり、本人によるセルフケアや家族によるケアの不安感・負担感を見逃したりしないようにした。

(通所リハ) お風呂は好きですか？
(本人) 運動をしていたので、好きである。
(通所リハ) それでは一緒に練習していきましょう。

(在宅 Dr) 歌は好きなんでしょう？
(本人) はい

《普段と異なる状態への対応》

- 再発予防の支援内容の一つである「普段と異なる状態を把握できるよう支援体制を整える」に関連して、一人暮らしで倒れているところを発見されたという経緯も踏まえ、緊急時の連絡手段や対応体制をプランに追加した。

(病棟 Dr) 調子が悪いときにどなたかに連絡するのは大丈夫だろうか。
(言語聴覚士) 緊急のときにボタン一つで連絡できる手段があると良いかどうかは、退院されてからの課題と思われる。
(担当ケアマネジャー) いろんな種類のものがあるので、もう少し確認させて欲しい。訪問看護は24時間はつけていないが、緊急時対応はつけたほうが良いか。
(在宅 Dr) 最初はつくと良いだろう。

《服薬の準備》

- 再発予防の支援内容の一つである「服薬のうながし（声かけ）と服薬したことの確認ができる体制を整える」に関連して、右麻痺であることを踏まえて袋を開けられるか、就寝前の飲み忘れの防止策を検討した。

（訪問薬剤師）薬の袋を左手で開けられるか教えて欲しい。

（看護師）袋を縦において、はさみで開けることはできている。

（作業療法士）左手ではさみも練習している。今後も練習してもらえたらと思う。

（訪問看護師）おうちの環境を見ながら確実に飲めているか確認したい。飲み忘れがなく管理しやすい方法を検討したい。

（作業療法士）お薬カレンダーを使っているが、寝る前に忘れてしまいがちである。しばらくは娘さんに確認して欲しいが、ベッドの横に置くなど、家の様子を見て検討して欲しい。

《自分で食事の準備と家族の負担軽減》

- 本人の「簡単な調理ができるようになって、娘に迷惑をかけないようにしたい」という意向の実現に向けて、病棟で調理の訓練をしていることや、ケアプラン原案では次女が「食事の提供と摂取状況の確認」（毎日）となっていることを踏まえ、本人ができることや機能訓練の体制、次女の負担軽減に向けた配食サービスの利用を検討した。

（担当ケアマネジャー）料理の訓練をしているが、どうでしょうか？

（本人）食べるのが好きなのでチャレンジしたい。

（作業療法士）今は目玉焼きなど。火の操作が難しいとのことで、最初はレンジ、娘さんが来たときは火を使うなど。

（病棟 Dr）冷蔵庫の開け閉めのバランスはどうか。

（理学療法士）ものを持って移動となると、杖を使いにくかったりする。

（病棟 Dr）在宅での練習が必要だろう。

（訪問介護）一緒に料理をしたりなどをやる。毎日娘さんがやらないといけない内容になっているがご負担が大きいだろう。ヘルパーの方と一緒に料理をするなどもある。

（通所リハ）時々クッキングをやっている。お団子を作るなど季節の行事にも合わせてできる。

（担当ケアマネジャー）お好きなものがあたらリクエストして欲しい。

（医療相談員）配食サービスの補助などもあるので情報提供する。また冷凍食品でおかずだけ対応できるものも増えている。管理栄養士と相談しながら情報提供する。

《好きなことと関連させたリハビリテーション》

- 本人の意向である「もっとしっかり歩けるようになって公園でグラウンドゴルフがしたい」という意向の実現に向けて、当面の家族の介助で公園まで歩くという目標に加え、将来的にはスティックを持つという本人がより楽しみに感じられる目標についても検討を行った。

（在宅 Dr）グラウンドゴルフは打つスポーツである。利き手が逆のものを練習するというのはできるだろうか。

（通所リハ）スティックを持って歩くのはどうだろうか。

（理学療法士）スティックを持って打つことはできると思うが、持ちながら歩くのはなかなか難しいだろう。

(通所リハ) 様子を見ながらスティックを持つようにしたい。
(本人) 早く右も使えるようになりたい。
(通所リハ) まずはスタッフが手を添えながら、少しずつできるよくなるよ、リハに来てもらうのも楽しみになるだろう。自宅の出口の階段に手すり等はなかったか。
(理学療法士) 現時点ではお一人で外に行くのは目指していなかったのでは手すりはつけていないが、今後の様子を見ながらになる。
(通所リハ) うちに来るのは週1回のご予定である。残りをご自宅でどう過ごしていただくか。どうやって体力をつけていくか、全体の生活のバランスのところである。本人は運動は嫌いではないとのこと、訪問リハとも相談したい。
(理学療法士) リハがない時間も自主トレーニングをしている。自主トレーニングメニューを紙に書いて写真を撮ってもらっている。
(在宅Dr) お孫さんと一緒にできるメニューはどうか。
(理学療法士) それも良いと思う。あと入院中から、カレンダーに記録をつけている。続けてもらえるよう声かけしてもらえたら良い。

- 本人の意向である「話しにくさをなくしたい」という意向の実現に向けて、歌を歌うのが好きということも加味して、楽しくトレーニングできる方法について検討を行った。

(言語聴覚士) 声をしっかり出す、のどの筋力をつける意味で、高い声を出すのは喉のトレーニングに良い。演歌がお好きである。
(通所リハ) ラインナップはあるのでお好きなものを教えて欲しい。口腔ケアのプログラムもある。
(病棟Dr) しっかり口を開けた方が飲み込みにも良い。
(言語聴覚士) なるべく高い声が良い。北国の春などチャレンジして欲しい。

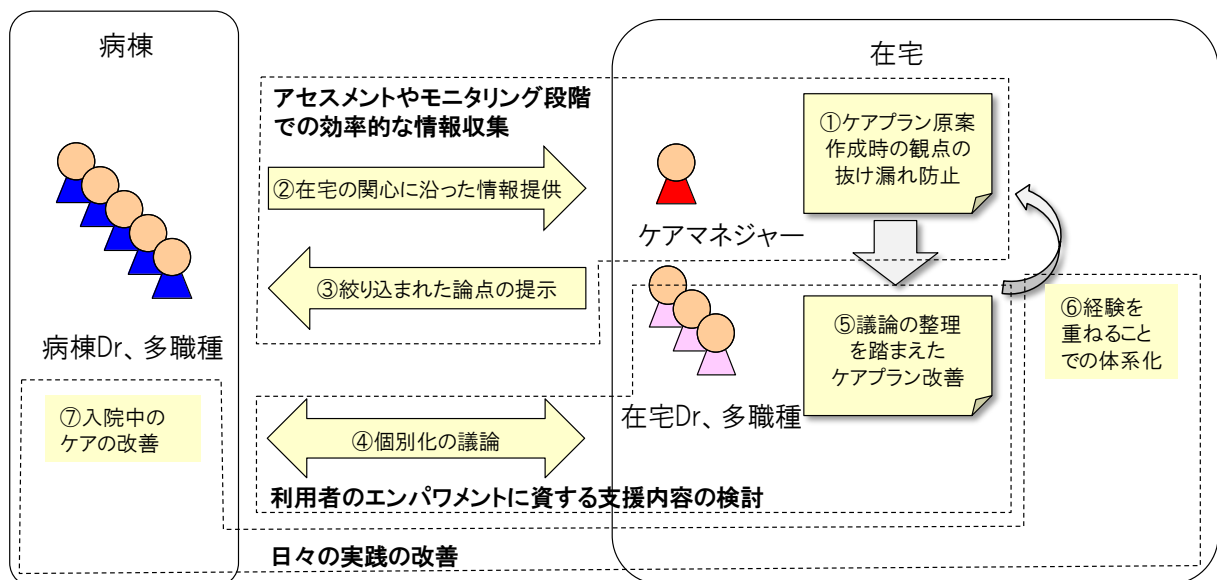
3. 模擬退院時カンファレンスの検証結果

(1) プログラム企画時点の効果の仮説

- ・ プログラム企画時点で想定した、多職種間での「適切なケアマネジメント手法」の活用による効果の仮説としては、大きく二点挙げられる。
 - アセスメントやモニタリング段階での効率的な情報収集
 - 利用者のエンパワメントに資する支援内容の検討

(2) 「適切なケアマネジメント手法」の活用によって得られた効果

- ・ 模擬退院時カンファレンスの検討及び実施を通じて、ケアマネジャー自身の認識・行動、ケアマネジャー以外の多職種の認識・行動、及び多職種間のコミュニケーションのそれぞれにおいて下記のような効果が得られた。



《アセスメントやモニタリング段階での効率的な情報収集》

① ケアプラン原案作成時の観点の抜け漏れ防止

仮説で挙げていた「判断の見逃し防止」については、自らの経験だけに寄らず、項目一覧を参照しながらケアプラン原案を作成することで、観点の抜け漏れが少なくなるという効果がみられた。

(カンファレンス参加者コメント)

- ・ やはり、自分の経験で考えたプランでは目のつけどころを再認識しなくてはいけない点が多かった。(在宅)
- ・ シートに添って考えていくと確実に悪化のリスクを軽減できる点は良かった。(在宅)

② 在宅の関心に沿った情報提供

ケアプラン原案に、「適切なケアマネジメント手法」を踏まえて想定される支援内容が盛り込まれていることで、病棟側はそれを押さえた上で在宅が必要とする情報を提供しやすくなるという効果がみられた。

(カンファレンス参加者コメント)

- ・ 様々なケアマネジャーの方がどのようなことに気をつけてケアプランを作成するかを共有できたことは良かった。(在宅)
- ・ 病棟側プレゼンが職種別でなく行為別であったため、状況がよく理解できた。(在宅)
- ・ 病院の説明で、ご利用者の状態がきちんと映像化される。映像化しているから、3ヵ月後にどうか、自分の中での見通しも作りやすかった。(在宅)
- ・ 多くのケアマネジャーが必要と感じている内容や、ケアプランを作成するうえで求めている事が分かった。(病棟)
- ・ 入院生活から在宅生活への視点の切り替えに役立つ。(病棟)
- ・ ケアプラン作成のための情報提供に関して、少ない情報と機会でアセスメントしなければならないケアマネジャーの難しさを感じた。画一的な時期ではなく、依頼があれば各種サマリー等を速やかに情報提供していくシステムが必要。(病棟)
- ・ 部屋の温度調節など、今まであまり視点になかった点が参考になる。(病棟)

③ 絞り込まれた論点の提示

ケアマネジャーはケアプラン原案を説明する際、「適切なケアマネジメント手法」を意識することで、ポイント（血圧測定、服薬、食事、入浴）を絞って支援内容の案を説明し、カンファレンス参加者に対しては再発と悪化防止の観点で抜け漏れがないかと、在宅でのリスクについて助言を求めることができた。

それに対して多職種からは、廊下の温度差への対応、嚥下を考慮したとろみ付けの必要性、栄養管理、麻痺の改善の見通しを踏まえた入浴方法などについて、質問や代替案の提案を行えた。

(カンファレンス参加者コメント)

- ・ 回復期からの情報がポイントを絞って聞けたので、とても良かった。(在宅)
- ・ 検討する課題が明確で良い。(病棟)
- ・ 最低限、抜けの少ないケアプランの作成にはとても有用だと思う。普段意識していないポイントにも気づかされる。(病棟)
- ・ 塩分摂取量は守って下さいといくら言ってもなかなか難しく、どう確認していくかが大事である。(病棟)

《利用者のエンパワメントに資する支援内容の検討》

④ 個別化の議論

参加した多職種全員が、再発と悪化防止の観点は押さえたうえで、本人や家族の状況や意向、強みを踏まえたプランになるよう検討を深めることができた。

具体的には、一人暮らしであることを踏まえた家族への連絡手段、社会的であることを踏まえた通所リハでの活動やグラウンドゴルフの場への参加、言語障害を考慮したリハビリテーションなどについて、今できることや見通し、リスクも踏まえながら提案を行えた。

(カンファレンス参加者コメント)

- ・ 本人が目指す姿にどういう情報を活かすことが必要か考えることができた。(在宅)
- ・ 本人、家族がいる場で話しにくいこと(予後や限界)がある。(在宅)
- ・ 項目一覧の内容に引っぱられて、参加の部分が抜けていて楽しくないプランになってしまっていたのを、会議を通じて見直せた。(在宅)
- ・ 患者を主体とした視点を外さない事が必要と感じた。(病棟)
- ・ 支援者は「できない事」「むずかしい事」ばかりに焦点を当てがちですが、本人の強みについてもスポットを当てながら、進行していく必要があると感じました。(病棟)

⑤ 議論の整理を踏まえたケアプラン改善

カンファレンスの議論を経て、より良いプランに改善していく過程を共有できた。またケアマネジャーは、カンファレンス後に項目一覧を見ながら振り返ることで、指摘事項を整理しやすくなるという実感を得られた。

(カンファレンス参加者コメント)

- ・ 自分が見落としがちなの視点があると気づいて、ショックでもあったし良い気づきでもあった。医療的管理に引っ張られがちだが、自宅に帰ってからはお一人で生活するので、楽しみや、一人での日々の生活の中で塩分や薬以外のことも入れないといけなかったのが反省点である。(在宅)
- ・ ケアプランがどんどん変わるの面白かった。通常はこういう根拠でこういうプランにしたと説明したら、その後にプランが大きく変わることはない。夕食を一緒に作るなど妥当なプランに変更するのがよかった。(在宅)
- ・ 専門職の意見をしっかり取り入れて、プランは話し合いののちに確定するというのを徹底しないといけない。(在宅)

《日々の実践の改善》

⑥ 経験を重ねることでの体系化

1回目のカンファレンスの反省点を踏まえ、2回目では本人や家族の意向を確認したり引き出したりしながら個別化の議論を深めることで、本人の参加や楽しみ、家族の負担軽減の観点を押さえた支援内容を検討することができた。

このように「適切なケアマネジメント手法」を活用したカンファレンスの経験値がケアマネジャー一人あるいは地域全体として高まることで、ケアマネジメントに係る知見の体系化やその活用方法の改善につながることを期待される。

⑦ 入院中のケアの改善

退院時カンファレンスで退院後3ヵ月の生活目標を見据えた議論を行うことで、病棟側の多職種は入院中（退院前）のケアの方針や内容を見直すきっかけになるという効果がみられた。

（カンファレンス参加者コメント）

- ・ 入院中の患者の退院後を見据えて、今すべき事が見えてきて良い。（病棟）
- ・ 生活期に必要な情報とケアプランを確認することで、入院中の指導・検討の不足部分が理解できる。（病棟）
- ・ 退院後を見据えたりハビリを普段から心がけないといけないと思った。（病棟）
- ・ 項目一覧はすごくよくできている。網羅されている。室内の気温など普段そこまでみることができていないので今後参考にしたい。また心理的なところも書いてありフォローしていきたい。（病棟）

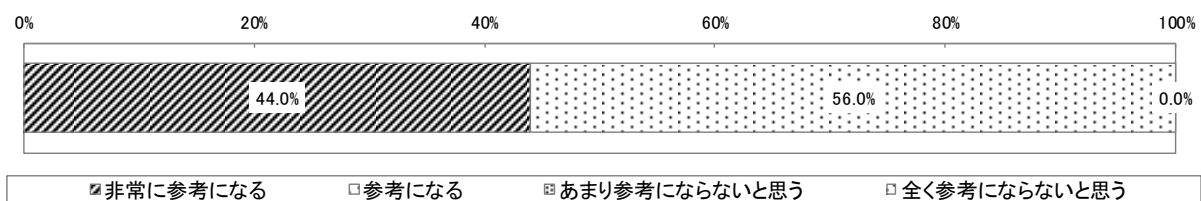
4. 研修会の検証結果

(1) 多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」への活用に向けた関心

研修会では、事前学習及び模擬退院時カンファレンスの見学を通じて、多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」の活用方法の考え方や実践例を提示した。

研修会終了後、参加者 50 名に、多職種協働の場面（アセスメントやモニタリングなど）において、「適切なケアマネジメント手法」は参考になると思うかをアンケート調査で尋ねたところ、「非常に参考になる」という回答が 44.0%、「参考になる」という回答が 56.0%であった。研修会を通じて、「適切なケアマネジメント手法」の趣旨や活用方法についての理解が高まったことがうかがえた。

図表5. 多職種協働の場面における「適切なケアマネジメント手法」の活用について



(自由記述)

- ・ 偏らず、モレなく、脳卒中回復期の支援ができる。
- ・ 提案できる選択肢をもった状態で臨める。
- ・ 病院側と在宅側の Dr、PT、OT 等の意見がつながり、在宅に帰っても継続的にケアがつながるように思った。
- ・ 何を話し合うのか絞り込みがされており、話し合うことが明確になる。
- ・ 家族が不在など、困難事例の場合のものも見たい。

(2) 多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」の活用に向けた課題

今後、多職種協働の場面において「適切なケアマネジメント手法」を活用することを想定した場合、課題となりそうなことや疑問点としては、個別化の捉え方や、退院時カンファレンスの実際の運営方法（時間や事前準備など）との整合が挙げられた。

個別化については、「適切なケアマネジメント手法」で目指しているのはケアマネジメントの標準化であり、それを進めて個別化をより図りやすくすることだが、普及段階においては趣旨の伝え方や、個別化のプロセス・具体例をわかりやすく提示していく必要があると考えられる。

退院時カンファレンスの運営方法との整合については、今回はモデルケースとして 1 時間のカンファレンスとしたが、短時間で実施する場合のポイントや、事前の情報提供の工夫なども合わせて提示していく必要があると考えられる。

(自由記述)

- ・ 必要なサービスが統一されることがいいのか悪いのか疑問。個別化をどうするか。
- ・ 病院がカンファレンスに積極的でない。
- ・ 現実には事前の情報収集、様々な職種の参加が容易でない。

第4章 本調査研究事業のまとめ

第1節 多職種協働推進プログラムの検証結果

1. 退院時カンファレンスでの活用効果を確認

本調査研究事業では、「適切なケアマネジメント手法」を実践に応用する場面の一つとして、退院時カンファレンスでの活用のための「多職種協働推進プログラム」を検討し、モデル地域での検証を行った。具体的には、回復期リハビリテーション病院の協力を得て、回復期リハビリテーション病院から自宅へ退院する脳血管疾患のある方のケアの事例において、退院後の支援内容の検討に「適切なケアマネジメント手法」を活用した。

その結果、第3章に挙げたように、今回の実証に参加した在宅側メンバー、模擬カンファレンスを傍聴したケアマネジャーだけでなく、病棟側メンバーからも、効果があるとの評価を得られた。特に重要な点は、参加者全員が事前に「適切なケアマネジメント手法」を理解し、担当のケアマネジャーもケアプラン原案をこの手法の考え方に基づいて作成・提示したことによって、情報の共有や検討が円滑に進んだことである。つまり、カンファレンスの場で、この手法に挙げた項目を一つ一つチェックするような使い方ではなく、これを参加者が理解し「共通言語」とすることによって、カンファレンスの本来の目的である、本人や家族の意向を踏まえた個別的なケア内容の検討を実現しやすくなったといえる。

なお、本調査研究事業で検証した「多職種協働推進プログラム」は、参加者全員の事前研修、事前準備（「適切なケアマネジメント手法を踏まえた情報整理、ケアプラン原案作成」）、カンファレンスの進行、振り返り（ケアプラン原案の修正、参加者自身の振り返り）で構成した。退院時カンファレンスを円滑に実施できたことは効果の一部であり、これら一連の取り組みの組み合わせに効果が認められたと捉えるべきである。

したがって、本調査研究事業の結果を踏まえて他地域でも同様の取り組みを実施するときは、退院時カンファレンスの実施方法だけでなく、事前の研修や準備を含むプログラム全体として捉え、活用を検討してもらいたい。

2. 病棟の多職種と在宅の多職種との協働が重要

本調査研究事業では、モデル地域1地域、かつ参加メンバーも限られた検証であり、今回の「多職種協働推進プログラム」がそのまま全国のあらゆる地域に適用できるとは限らない点に留意が必要である。特に、実証に参加した様々な職種の意見を踏まえると、病棟側の多職種と在宅側の多職種との協働が非常に重要であることが、改めて確認された。

今回の実証に参加した回復期リハビリテーション病院では、本実証に先立って「適切なケアマネジメント手法」の考え方や情報を共有し、在宅の多職種と協働する場面においてこれを活用する工夫を検討していた。また、本調査研究事業の実証においても、病棟側からの状況説明において、職種ごとの説明ではなく疾患及び心身の状況から ADL/IADL の状況へとといったように、領域別に整理した情報提供を行うなどの工夫を実施した。これにより、在宅側の多職種も、本人の状況や病棟内でのケアの様子、病棟でみられた本人のストレングスや意向などを理解しやすくなり、支援内容の検討も円滑に進んだ。

つまり、「適切なケアマネジメント手法」はあくまでも知識体系であり、これを多職種協働の場面で活用するためには、参加する関係者それぞれがこの手法の考え方を理解し、活用する工夫を行うことが重要

であることが、改めて確認された。

本人及び家族の意向を踏まえ、疾患の再発防止やリスク低減に取り組みつつ、その人や家族のストレン
グスを活かした生活を実現するケアマネジメントは、ケアマネジャーだけで実践できるものではない。今
回の検証でみられたように、退院の場面においては特に病棟の多職種の協力と理解、情報提供やカンファ
レンスの準備・運営における工夫といった協働が重要である。他地域でも同様の取り組みを実施しよう
とする場合は、在宅の多職種だけでなく、病棟の多職種との協働も視野に入れて、活用を検討してもらいた
い。

第2節 今後の展開に向けた検討事項

本調査研究事業では、ケアマネジメント実践の中でも特に退院時カンファレンスの場面に着目して、「適切なケアマネジメント手法」の活用プログラムを検討し、モデル地域で実証した。

その結果、今回検証した退院時カンファレンスに着目したプログラムを、広く展開しやすくしていくために今後検討すべき事項も明らかになった。併せて、退院時カンファレンス以外の場面への「適切なケアマネジメント手法」の活用を進めていくために検討すべき事項についても整理された。

本調査研究事業の検証結果の考察の最後に、これら今後の展開に向けた検討事項をまとめて記載する。今後の展開に向け、引き続きこれらの検討を進めていくことが望まれる。

1. 退院時に着目した「多職種協働推進プログラム」の継続検証

本調査研究事業で検証した「多職種協働推進プログラム」の完成度を高めていくには、今回の検証においては前提条件とした、地域における多職種が連携したケアの体制や、退院時カンファレンスの開催に係る業務上の課題への解決方策を合わせて検討する必要がある。具体的には、地域連携パスなどによる、病棟の多職種と在宅の多職種との連携体制の構築や、退院時カンファレンスを効果的・効率的に開催できるようにするための時間の調整や事前の情報共有などの業務上の工夫である。

第一に、地域における病棟の多職種と在宅の多職種との連携体制の構築である。これについては、研修等での共通認識を形成するといった取り組みも考えられるが、日々の実践での活用を見据えれば、業務負荷を減らす観点からも、日々の実践で用いる書式に定着させる必要がある。例えば今回の検証を実施した広島県では、「ひろしま脳卒中地域連携パス」を運用しており、回復期退院後の生活目標（3ヵ月後）を記載する。今回の模擬カンファレンスでは、その目標を病棟・在宅で共有したうえで、標準化で示されている退院後3ヵ月までのアセスメント項目やケアの留意点を確認し合うことで、支援内容を充実させることができた。今後各地で活用する際、地域連携パスのような既存のしくみとつながる形で「適切なケアマネジメント手法」の活用をうながすことで、病棟側と在宅側が認識を合わせて議論できるようになることが期待される。

第二に、退院時カンファレンスの開催に係る業務上の工夫である。今回の検証でも「適切なケアマネジメント手法」の活用とは別に、退院時カンファレンスそのものの開催方法についても、様々な課題が挙げられた。例えば1時間の確保は難しく30分程度である、病院が遠方の場合などケアマネジャーが事前に何度も面会するのが難しい、ケアプラン原案や退院サマリーを事前に共有することが難しいなどである。今回の実証に参加した病院では、退院サマリーの書式や情報項目を工夫することで、共有を円滑にするとともに、地域連携室が窓口となって事前の情報の整理や準備を行っていた。

地域の多職種連携の体制や状況は、地域ごと病院ごとに状況が異なるため、地域の実情に応じた連携体制の構築や業務上の工夫が必要となる。したがって、今回の実証結果を踏まえつつ、他の地域あるいは病院での検証を継続し、病棟の多職種及び在宅の多職種間の共通言語としての「適切なケアマネジメント手法」を基盤に位置づけることで、地域における多職種連携の推進やカンファレンスの準備・開催の効率的な運用にも寄与することが期待される。

「適切なケアマネジメント手法」は、各専門領域のエビデンスに基づいた知見を踏まえて整理した知識体系である。したがって、この手法を踏まえて多職種協働の体制を整えることにより、これまでの経験のみに基づいた経験的な多職種連携ではなく、根拠に基づいた連携体制の構築につなげることが期待される。

2. 退院時以外の多職種協働の場面への活用推進方策の検討

今回検証した「多職種協働推進プログラム」の導入シーンとしては、既に多職種が集まる場面として設定されている「退院時カンファレンス」を選定した。実践場面でのさらなる活用を見込むのであれば、「多職種協働推進プログラム」の導入シーンを増やし、より様々な実践場面での活用推進方策を提示することが求められる。

「適切なケアマネジメント手法」のこれまでの検討における議論、ケアマネジメント実践における多職種連携が特に必要あるいは有効な場面を踏まえ、活用推進方策を検討すべき場面やその具体化における検討事項は以下のとおりである。

(1) ケアマネジャーやケアチームへの助言・指導

本人や家族の意向を踏まえ、将来の生活を予測し、本人の目指す生活の実現の視点と疾患の再発予防やリスクの軽減の視点を併せ持ち、多面的な情報を収集・整理・分析して支援内容を組み立てるケアマネジメントは、ケアマネジャーが一人だけで実現できるものではなく、様々な職種の専門的な知見を活かした助言・指導が不可欠である。

また、ケアを実践するのがケアチーム（在宅ケアを提供するサービス提供事業所の介護職だけでなく、インフォーマルサポートを提供するスタッフ、介護にあたる家族等を含む）のメンバーであることも踏まえ、ケアマネジャーだけでなくケアチームへの助言・指導も重要になる。

こうしたケアマネジャーやケアチームに対する多職種からの助言・指導の場面（具体的には、個別事例を取り扱う地域ケア会議などが考えられる）においても、“共通言語”としての機能を発揮する「適切なケアマネジメント手法」は有効だろう。つまり、助言・指導する多職種も、自分自身の経験知だけに基づく助言・指導を行うのではなく、共通言語としての「適切なケアマネジメント手法」に基づいて、どのような場面で、誰と、何を共有することが、良い支援につながるのかを助言・指導することで、それを受けたケアマネジャーやケアチームのメンバーも理解し、実践しやすくなる。

こうした場面における活用方策を具体化するためには、まずは実践事例やモデル事例をとりまとめ、その事例を通して具体的な活用方法を提示していく検討が必要である。

(2) ケアチームでの検討における認識共有

サービス担当者会議など、ケアマネジャーとケアを実際に提供するメンバーとの間で、支援の目標や方向性、具体的なケア内容の認識を共有する場面での活用を検討する必要がある。

本調査研究事業で検証したプログラムのように、ケアマネジャーやケアチームのメンバーが「適切なケアマネジメント手法」の考え方を事前に理解したうえで、例えばケアプランの見直しのタイミングや新規の事例に取り組む際のサービス担当者会議において、この手法の理解に基づく情報共有や意見交換を行うことが考えられる。特に、疾患の再発予防やリスク低減のために取り組む支援内容の部分については、かかりつけ医等からの指示内容の共有を含め、その人の状況や生活の状況に応じた支援における留意点を確認し、モニタリングで注視すべき事項を共有する。これにより、モニタリングのポイントをケアチームのメンバー間で具体的に共有することができるため、ケアマネジャーにとっても状況を把握し、変化を捉えやすくなる効果が期待できる。

サービス担当者会議の開催方法や、そこで共有したり検討したりする事項は、地域の実情によって様々

である。地域の社会資源（特にサービス事業所）の多寡や、利用者の数、事業所の立地によって、ケアチームの顔ぶれが頻繁に入れ替わる地域もあればそうでない地域もあり、またサービス担当者会議に参加する顔ぶれや会議にかけることができる時間も様々だ。したがって、まずはモデル地域を定めて導入事例を作り、その事例を通して他の地域や事業所に展開していきやすい活用方法を検討する必要がある。

(3) 介護支援専門員の法定研修での活用

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」を活用する方針が示されたが、実際に研修を展開する場面においては、課目や事例によって、多職種の指導者（講師あるいはファシリテーター）が指導にあたることになる。「適切なケアマネジメント手法」を講義（座学）において知識として研修に取り入れるだけでなく、こうした指導実践における共通認識の基盤として活用することも考えられる。

具体的には、実務研修の後期、更新研修（専門課程ⅠおよびⅡ）、主任更新研修に設けられている、事例に基づく講義・演習一体型の課目において、疾患群別の「適切なケアマネジメント手法」の知識の学習と、それを踏まえた演習に活用することが考えられる。

法定研修の具体的な展開は、法定研修ガイドラインに基づく範囲で、各都道府県及び研修実施機関、さらには講師が検討・実施している。地域によって受講者数や受講者の背景（基礎資格別の分布や多職種連携の経験など）が異なるため、特に演習部分について、一律の研修プログラムを策定することは適当でない。したがって、まずはいくつかの地域・研修実施機関をモデルとして、講義・演習一体の研修展開のモデルを検討し、これを参考例として、研修教材とともに他の地域や研修実施機関にも共有・展開していく必要がある。

(4) 新しいケアや支援の方法を模索した際の事例検討での活用

その人本人にとってふさわしいケアの具体的な方法は、本人の状況、生活習慣や生活環境、家族の状況などによって異なり、だからこそストレスも考慮して個別的に検討し提供されることが重要である。一方、常に新しい知見が蓄積されて新しいケア手法として提案・実践されたり、ケアに活用できる用具やテクノロジーが次々に開発され普及したりしている。また、自費サービスとして利用可能なサービスも様々なものが創出されている。

「適切なケアマネジメント手法」は、現時点での、各専門領域の知見に基づく根拠のある支援内容の知識体系として整理したものであるから、ケアを個別化させる工夫や新たなケア手法、新たな用具やテクノロジー、新たなサービスの利用効果を検証する評価の視点として活用することも考えられる。

具体的には、事業所内あるいは職域や地域での事例検討において、特定の支援内容に着目し、新たに実施したケアの工夫や新たに導入した自費サービスや用具・テクノロジーの活用結果を踏まえた効果の検討を行う取り組みが考えられる。例えば、その人の状況にあった適切な水分量を把握する支援、に着目するのであれば、居宅サービスを提供するケアチームメンバーが確認するだけでなく、ペットボトルなどを事前に用意しておいてその残りから摂取水分を把握する方法、本人が水分を摂った回数を確認する方法、同居家族が把握する方法、センサーを使ってトイレの回数を把握する方法など、様々な方法が考えられる。本人や家族の状況に応じて、こうした工夫を組み合わせることによりどのような効果が得られたかを検討する際、「そもそもどのような支援内容の実現をしようとしたか、その有効性を検証するためにどのようなモニタリング項目が重要か」の共有認識として、「適切なケアマネジメント手法」を参照することで、事例の検討結果やそこで得られた知見を他の事例にも共有（一般化して応用）しやすくなる。

こうした活用方策の検討を進めるためには、「適切なケアマネジメント手法」を参照して展開する事例検討を試行し、事例検討で活用する際の留意点等を整理する必要がある。なお、「適切なケアマネジメント手法」の策定における検証を通じて、現在のケアマネジメント実践において、ケアマネジャーが情報を把握しにくい項目（情報を収集したくても情報を得る方法が限られる項目）の傾向が明らかになっている。特にこうした支援内容に着目して試行することで、ケアマネジャーが実務的に直面している課題の解決にも寄与できる。

巻末資料・別冊資料

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。

- 巻末資料1 事前学習用資料:「適切なケアマネジメント手法」の概要と活用
- 巻末資料2 標準化項目一覧「脳血管疾患」I 期

過去の研究資料成果

平成 28 年度以降、「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は、株式会社日本総合研究所 HP 内に掲載している。なお、下記 URL 内に過去のすべての資料を掲載しているが、資料名を直接検索することも可能である。

以下、株式会社日本総合研究所 ウェブサイト内

【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>

- ◆ ケアマネジメントにおけるアセスメント／モニタリング標準化「脳血管疾患及び大腿骨頸部骨折」がある方のケア
- ◆ ケアマネジメントにおけるアセスメント／モニタリング標準化「心疾患」がある方のケア
- ◆ ケアマネジメントにおけるアセスメント／モニタリング標準化「認知症」がある方のケア 【検討案】

卷末資料1 事前学習用資料:「適切なケアマネジメント手法」の概要と活用

「適切なケアマネジメント手法」の 概要と活用

株式会社日本総合研究所

次世代の国づくり

ver. 1.0

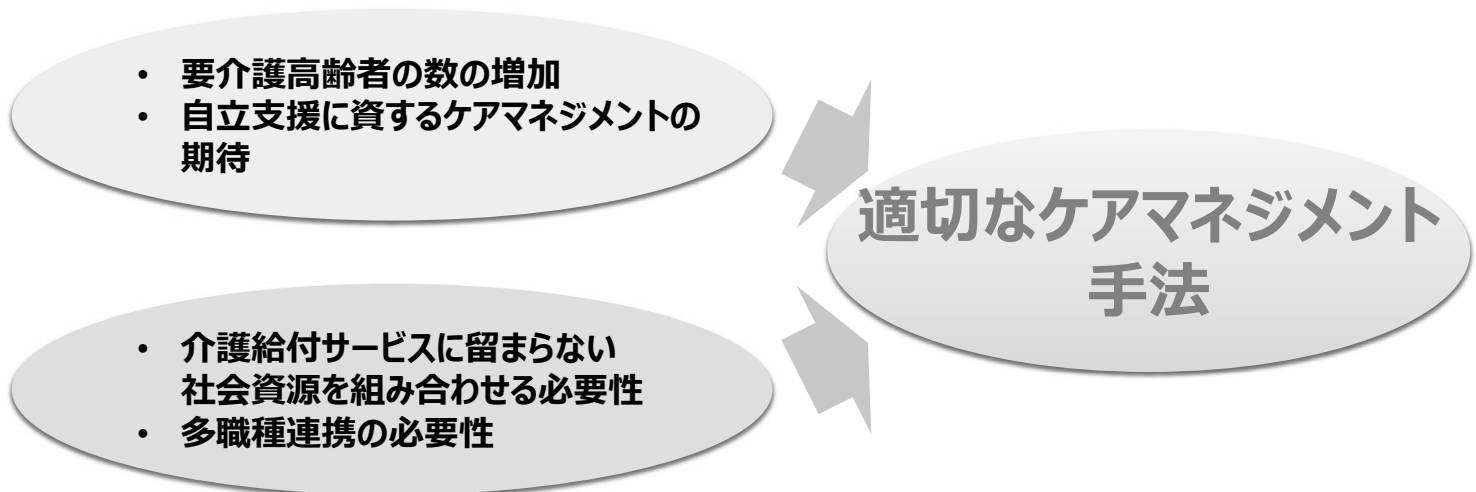
Copyright (C) 2020 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved.

背景とねらい

次世代の国づくり

なぜ、適切なケアマネジメント手法が必要とされているのか

- 要介護高齢者の増加や、高齢者のニーズの多様性に応えることの必要性、介護給付サービスに限らないさまざまな社会資源の組み合わせが求められることなどが背景にある。
- ケアマネジャーの職域の専門性を示し、他の職種との“共通言語”を確立するためにも、ケアマネジメントの共通的事項を体系化、言語化することが必要とされている。



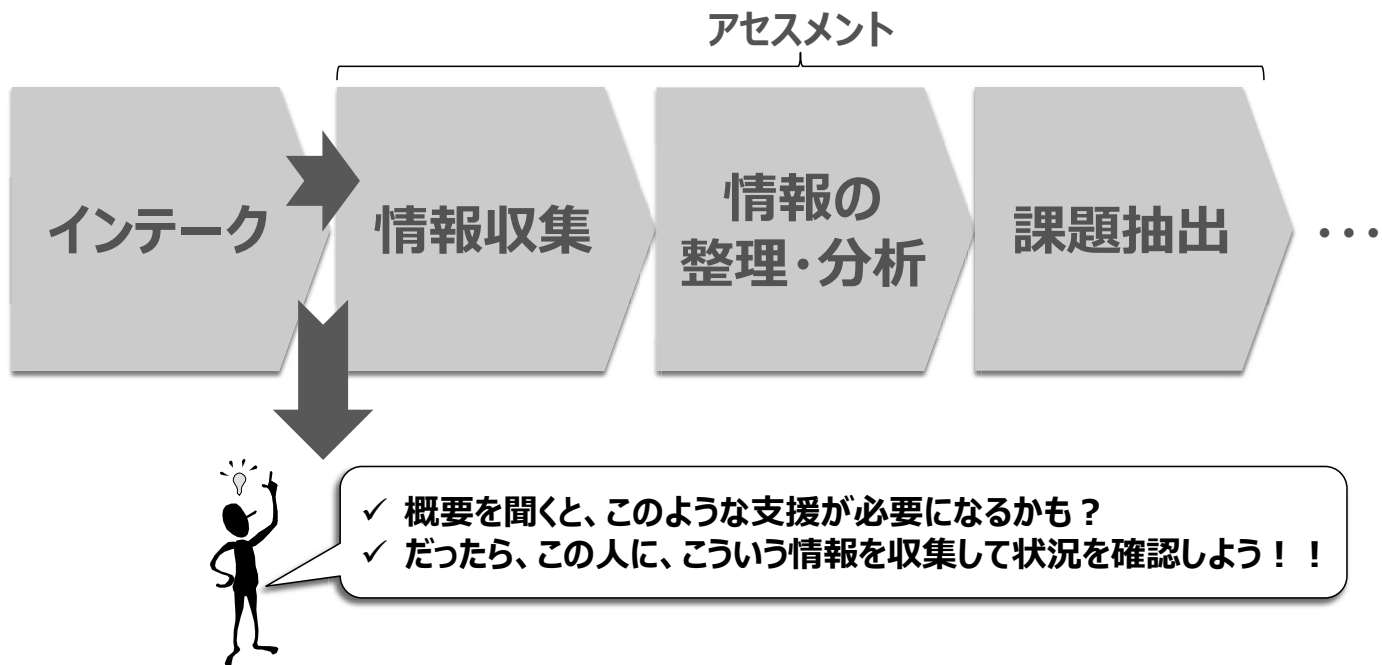
標準化がねらいとしていること

- ケアマネジメント標準化で整理した知見は、ケアマネジャーの職域が培ってきた知見を体系化し、誰もがこれを参照すれば、一定の水準のケアマネジメントが実践されるようにする「**共通化された実践知**」である。
- 体系化されているので他の職種にも示しやすく、結果的に、多職種間の連携が進むことも期待している。



ベテランのケアマネジャーがやっていること

- 知識と経験豊富なベテランのケアマネジャーは、網羅的な情報収集に手を付ける前に、限られた概要情報から、「どのような支援が必要な可能性があるか」、「どのようなことを詳しく確認する必要があるか」について、“あたり”をつけている。



【例題】 どのような支援が必要と、あなたは考えますか？

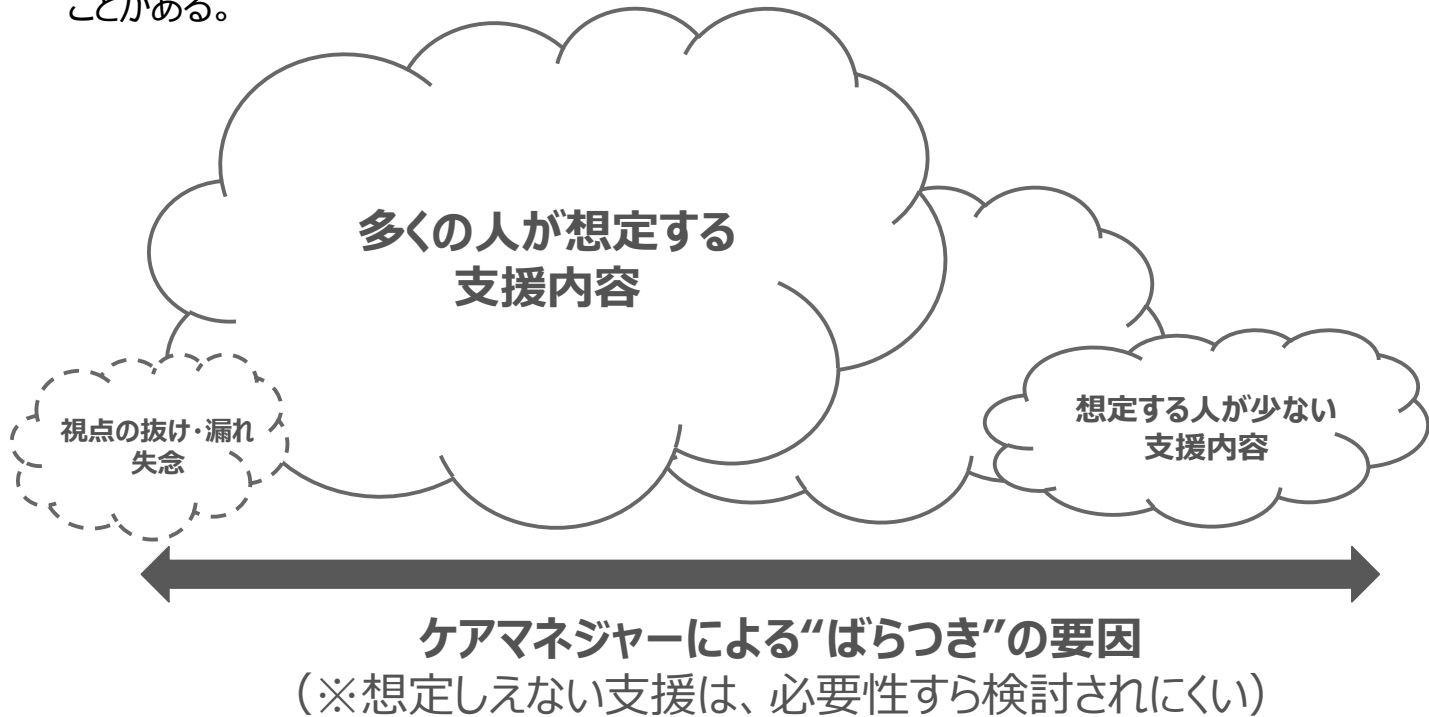
- 例えば以下のような情報が与えられ、インテークの依頼を受けたら、あなたならどのような支援の可能性、それに紐づく情報収集の必要性をどのように考えますか？

【インテーク時に伝えられた概要】

- ご本人は80歳の男性。妻（75歳）と自宅（マンション3階、EVあり）で二人暮らし、息子は他県だが娘が同じ市内に在住。
- 1か月前に脳梗塞で入院。
今回の退院に伴い、初めて要介護認定を申請、要介護2と認定された。
- 利き手だった右半身に軽い麻痺があり、食事、服薬、着替えに一部手助けが必要な状況。外出時は車椅子を利用。
- 高血圧なので、薬を定期的に飲んでいる。
- 妻は要介護ではないが小柄で体力に自信がなく、娘も働いているので介護サービスを活用したい意向がある。

誰もが想定すること／想定する人が少ないこと＝ばらつき要因

- 「想定される支援内容」として、ケアマネジャーの多くが想定することと、想定する人が少ないことがある。



ケアプランの標準化ではない

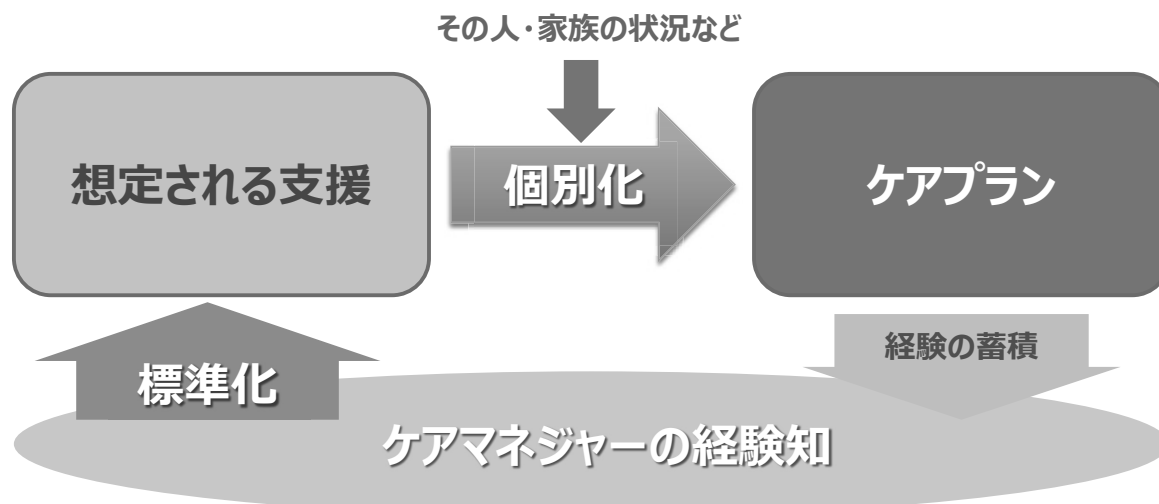
- ケアプランは一人ひとりに個別的であり、ニーズや具体的な支援内容など、極めて多様・多彩であり、かつ定性的な情報となるため、ケアプランの標準化は困難。
(少なくとも現時点では)
- ケアマネジメント標準化が目指しているのは、誰が担当ケアマネジャーとなっても、利用者から見て一定の水準のマネジメントを提供できるようになること。

× ケアプランの標準化

○ ケアマネジメントの標準化

標準化と個別化の違い

- 標準化が目指しているのは、状態に応じて必要性が高いと考えられる支援内容を押し入れられるようにすること。あくまでも想定される支援である。
- あくまでも「想定される支援」なので、どの支援が、どの程度必要かの判断は要介護高齢者一人一人異なる。また、同じような支援内容でもその人に合わせたやり方に工夫する余地がある。これが個別化である。



検討状況*と活用方法

*)検討状況は2019年12月時点のものです。

政策における位置付け

《参考》ニッポン一億総活躍プランの概要

一億総活躍社会とは、
女性も男性も、お年寄りも若者も、一度失敗を経験した方も、障害や難病のある方も、
家庭で、職場で、地域で、あらゆる場で、誰もが活躍できる、いわば全員参加型の社会である。

介護離職
ゼロの実現

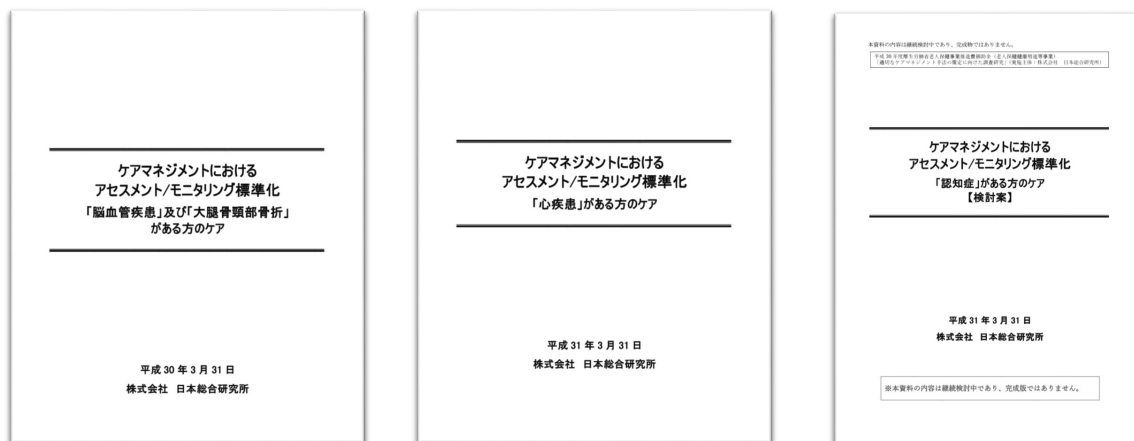
希望する介護サービスの利用(介護基盤の供給)
① 高齢者の利用ニーズに対応した介護サービス基盤の確保

- 自立支援と介護の重度化防止を推進するため、介護記録のICT化を通じた業務の分析・標準化を進める。これにより、適切なケアマネジメント手法の普及を図るとともに、要介護度の維持・改善の効果を上げた事業所への介護報酬等の対応も含め、適切な評価の在り方について検討する。

年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度以降	指標
施策	← 2016年～2026年 →											
適切なケアマネジメント手法の策定	標準化に向けた分析手法の検討/ケアマネジメントの先進事例の収集	分析、適切なケアマネジメント手法の策定	適切なケアマネジメント手法の検証・見直し、適切なケアマネジメント手法を踏まえたケアマネジメントの実施									

これまでの検討状況

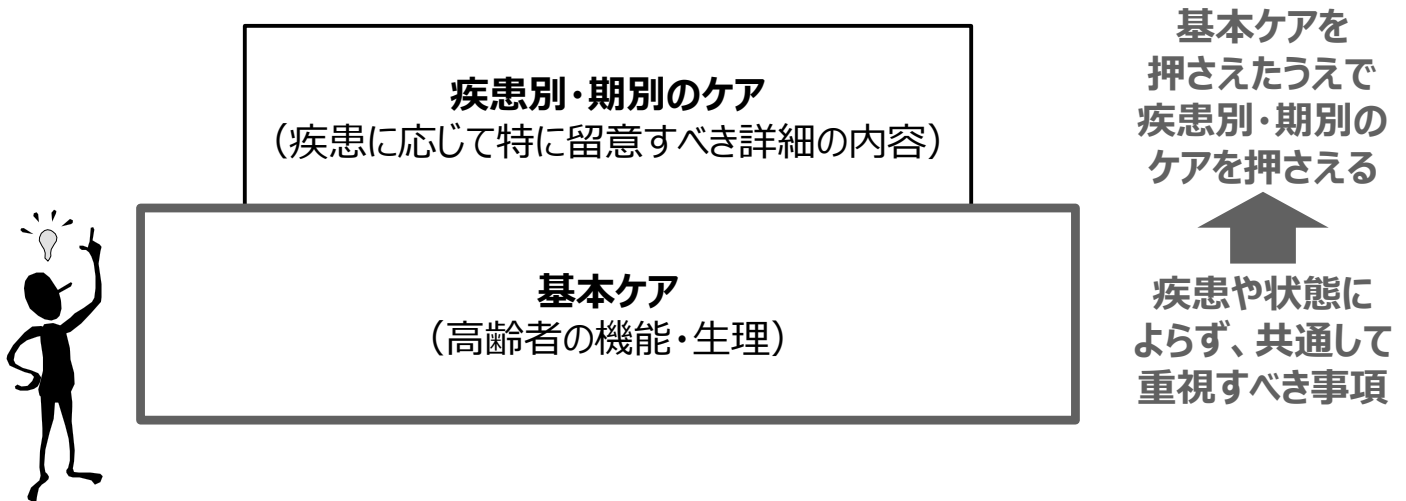
- 要介護状態となる原因疾患として多いもの、および高齢者がり患する疾患として多いものを中心に検討と検証を実施。
- 2019年度までに基本ケアに加え、疾患別の整理として「脳血管疾患」、「大腿骨頸部骨折」、「心疾患」の3疾患群の確定版と、「認知症」の【検討案】をリリースしている。



※これまでに取りまとめた資料は、株式会社日本総合研究所HPにて公開しています。

検討した項目の構造

- 基本ケアと疾患別・期別のケアで構成される。
- 疾患別・期別のケアは当該疾患・期に該当する場合に特に想定すべき支援を整理。高齢者の機能・生理にもとづく基本ケアを踏まえた上で、疾患別・期別のケアを参照する。



基本ケアの概要

- 基本ケアとは、加齢とともに変化する機能や生理を踏まえ、目指す生活の実現に向けて生活の基盤を整えるとともに、状況が大きく悪化することを防ぐ観点から必要なケアである。

大項目	中項目
病状・病態予測と予防の重要性	病状・病態予測と予防の重要性
	嚥下
	口腔ケア
	服薬管理の支援
家庭や地域での役割を見出す	身体機能の維持・向上
	排泄
	コミュニケーション
生活の場における安全管理	身体機能の低下を防ぐ
	嚥下
	口腔ケア
	感染予防
家族支援	家族の受容に対する支援
	摂食動作・認知障害
	排泄
	コミュニケーション



詳しくは本編をご参照ください

疾患別ケア（脳血管疾患）の概要

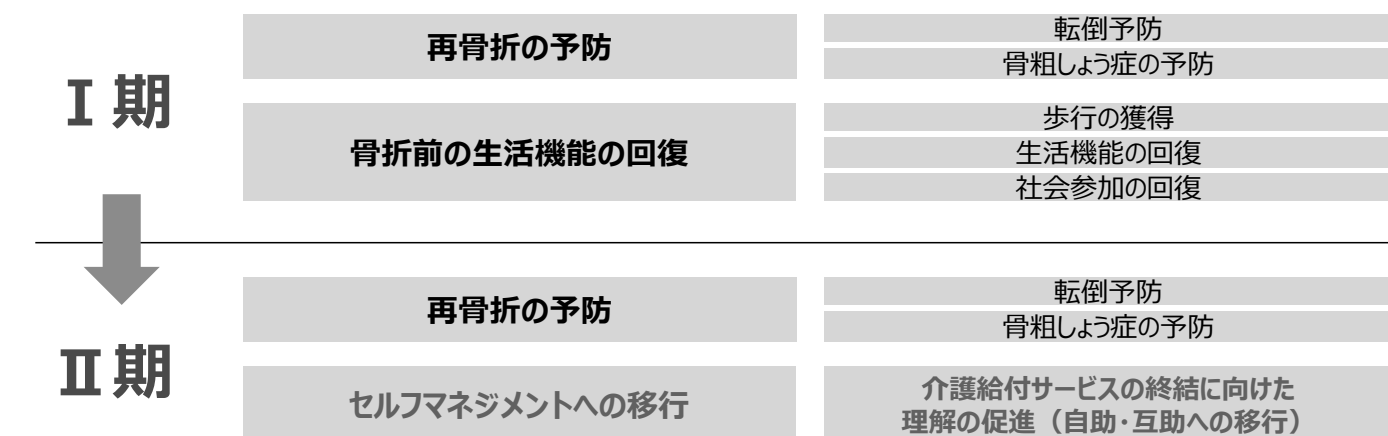
- 疾患別ケア（脳血管疾患）では、再発の予防と生活機能の回復・向上が重要。
- I期では再発予防のための支援体制の整備を重視するとともに心理的回復を含めた生活機能の維持・向上に着目。一方、II期では継続的なセルフマネジメントに着目。



詳しくは本編をご参照ください

疾患別ケア（大腿骨頸部骨折）の概要

- 疾患別ケア（大腿骨頸部骨折）では、再骨折の予防と骨折前の生活の回復が重要。
- I期では再骨折予防のために必要な支援体制の整備をするとともに生活機能の回復に着目。一方、II期では支援の終結を見据えたセルフマネジメントの移行に着目。



詳しくは本編をご参照ください

疾患別ケア（心疾患）の概要

- 疾患別ケア（心疾患）では、再入院を予防しつつ、生活機能を維持していくような支援を組み立てることが重要。
- 医療と適切に連携しつつ、心疾患の状況及びステージに応じた心理的な支援も求められる。

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



詳しくは本編をご参照ください

疾患別ケア（認知症）【案】の概要

- アルツハイマー型認知症の診断があつて、比較的初期～中期
(目安：ADLが自立あるいは一部介助程度までであつて、認知症高齢者生活自立度でⅡb程度までの時期)

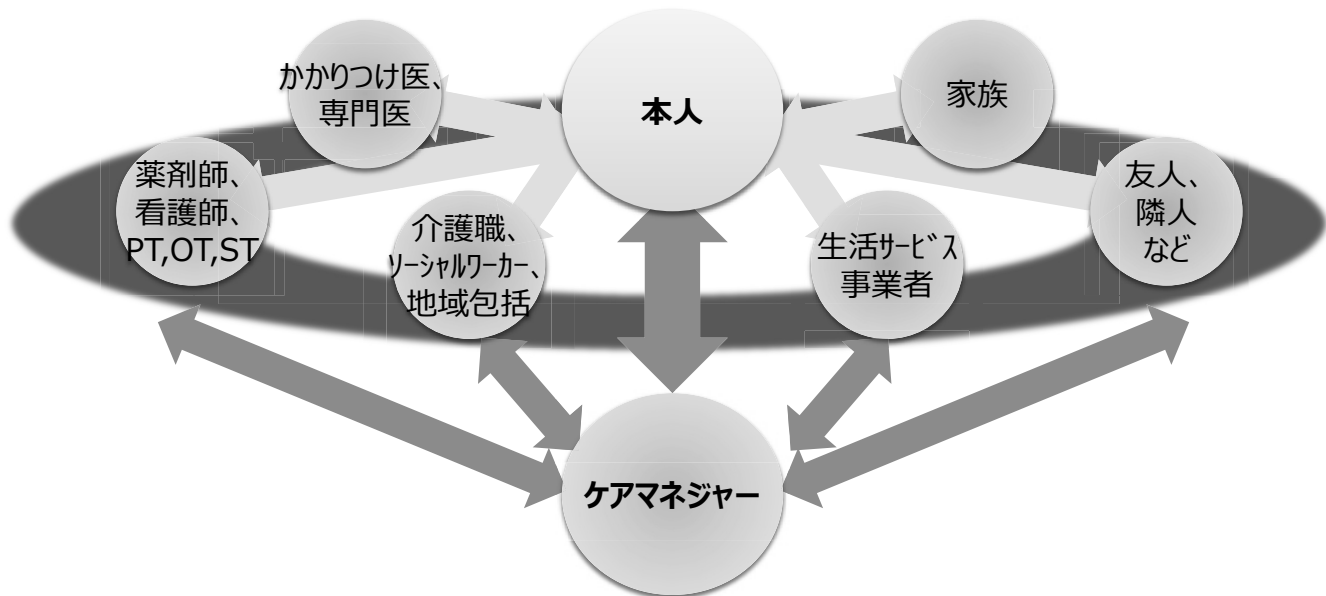
本人及び家族・支援者の認識の理解	ここまでの経緯の確認 本人と家族・支援者の認識の理解
将来の準備としての意思決定の支援	本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援
必要に応じた連携体制の構築	意思決定支援体制の整備 必要に応じた連携体制の構築
基本的な生活の支援	日常生活における本人の意向の尊重 一週間の生活リズムを支えることの支援 日常的に参加する役割を整えることの支援 体調管理や服薬管理の支援
これまでの生活の尊重と重度化の予防	基本的なセルフケアを継続することの支援 本人の役割の維持・拡充に向けた 持っている機能を発揮しやすい環境の整備
行動・心理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



詳しくは本編をご参照ください

多職種連携を円滑にする体制の構築

- モニタリングや見直しまで一貫して取り組めるよう、利用者・家族の状況を把握し、適時・適切に必要な専門職に情報が共有される体制を作ることもケアマネジャーの役割。
- 特に、認知症のケアマネジメントでは、利用者・家族の生活の状況やその変化を把握する体制を構築することが肝要。ケアマネジャーにはこうした体制構築が求められている。



モニタリング・見直しまで一連の取り組み

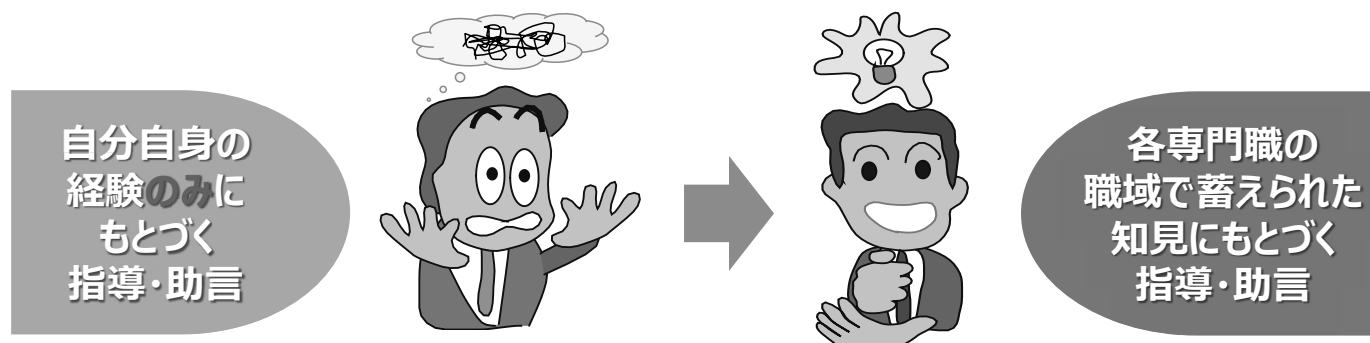
- ケアマネジメントはケアプランを作って終わりではない。ケアの提供による利用者・家族の生活の状況をモニタリングし、ケアの提供を通じて得られる新たな情報を踏まえて、よりその人にフィットしたケアへと見直していく連続的な取り組みが重要。
- 日常生活だけでなく、入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを提供する観点を持つことが求められている。



切れ目のないケアの実現

指導や助言の標準化

- ケアマネジメント標準化で整理した項目の活用場面は、個別事例を担当するケアマネジャーの知識向上や業務効率化だけに留まらない。
- 地域ケア会議（個別ケア会議）やケアプラン点検などの場で、ケアマネジャーに対して提供される指導・助言の内容のばらつきを防ぎ、多職種間での連携体制が構築されやすいよう、地域づくりの観点で活用してもらうことも想定される。



本事業に関するお問合せ先

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 事務局

株式会社日本総合研究所 創発戦略センター
齊木、辻本

Tel: 03-6833-8761 (辻本)
E-mail : saiki.dai@jri.co.jp (齊木)

「参考」これまでに取りまとめた資料の一覧と掲載先

掲載先：

株式会社日本総合研究所HP内 「適切なケアマネジメント手法にの策定に関する調査研究」

URL：

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

(上記URL内に過去のすべての資料を掲載しておりますが、資料名を直接検索いただくことも可能です。)

これまでに取りまとめた資料一覧：

- ◆ ケアマネジメントにおけるアセスメント／モニタリング標準化「脳血管疾患及び大腿骨頸部骨折」がある方のケア
- ◆ ケアマネジメントにおけるアセスメント／モニタリング標準化「心疾患」がある方のケア
- ◆ ケアマネジメントにおけるアセスメント／モニタリング標準化「認知症」がある方のケア 【検討案】

卷末資料2 標準化項目一覽「腦血管疾患」I 期

項目一覧【概要版】脳血管疾患（I期）：退院後3か月までの間

- ・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようになる時期。期間は概ね3か月（短期目標の設定時期）
- ・時期はあくまで目安である。本人の状態に応じて前後する可能性がある。
- ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
- ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

基本方針		実行が想定される主な支援と支援を行う者				関連するアセスメント項目等		
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	支援を行う者 (例示)	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント項目 (※アセスメント内容の詳細や留意点等は本編を参照)	主なモニタリング項目 (※内容の詳細や留意点等は本編を参照)	相談すべき専門職
再発予防	1 血圧や疾病の管理の支援	基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解をうながす支援体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	・説明されているか？説明されていないとしたらなぜか？ ・本人・家族の理解が不十分だったり、理解が変化していないか？なぜか？ ・疾患の管理が正しく出来なくなっていないか？管理方法に変更がないか？	医師、看護師、介護支援専門員
			2 定期的に受診がなされるよう支援体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病状に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。	・受診状況と受診を妨げる要因	・治療・検査が継続的に提供されているか？ ・医療機関への通院が続けられない状況はないか？ ・通院に関する阻害要因は変化していないか？ ・本人・家族の、起因疾患に対する理解が不十分でないか？ ・本人・家族は、理解に基づいた疾患の管理が行えなくなっていないか？ ・病状に対する不安に変化はないか？	医師、看護師、介護支援専門員
			3 普段と異なる状態を把握できるよう支援体制を整える	看護師、介護職、介護支援専門員	・本人・家族、介護者等が普段の状況と異常の状況の両方を理解することで、異常の発見、病状悪化の早期発見を目指す。	・普段の状況の把握と共有の有無 ・「異常」な状態の特徴の理解と発見、情報の共有の有無	・普段の状況の把握と共有の有無 ・「異常」な状態の特徴の理解と発見と、情報の共有の有無	看護師、介護職、介護支援専門員
			4 目標血圧が確認できる体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・血圧の変動が再発につながる重要なリスクファクターであるため、これを確認できる体制を整備。I期では病棟の状況を知ることも重要。	・目標血圧と通常の血圧の状態	・目標血圧と通常の血圧の状態	医師、看護師、介護支援専門員
			5 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える	医師、看護師、介護職、介護支援専門員	・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。 ・不整脈の発生状況の確認	・家庭で血圧を計れる環境（機材の有無など）の有無 ・家庭血圧の計測状況の確認 ・適切に計測ができていない場合の、課題	・家庭血圧の計測状況の確認 ・適切に計測ができていない場合の、課題	医師、看護師、介護職、介護支援専門員
			6 室内気温が調整できる体制を整える	看護師、介護職、介護支援専門員	・気温変化が大きくと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認。	・居住環境及び介護力に関すること全般 ・本人や家族の冷暖房や加湿器の有無と使用習慣（就寝時利用等）	・季節の変化に伴う居室空間の室温、日照時間、日当たり、湿度、風、調整の方法（保有している冷暖房器具等を含む）等の変化はどうか？	看護師、介護職、介護支援専門員
			7 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレ等）がなされるよう体制を整える	介護職、介護支援専門員	・気温差の縮小を支援する。冷暖房だけでなく、衣服の調整や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の工夫も検討。	・自宅内での本人の生活習慣（よくなる場所、動線） ・本人の温度感覚の麻痺の程度 ・室内と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度、湿度とその変化	・自宅内での本人の生活習慣（よくなる場所、動線） ・本人の温度感覚の麻痺の程度 ・室内と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度、湿度とその変化が把握されているか	介護職、介護支援専門員
			8 普段生活している居室の気温差の改善を図る	介護職、介護支援専門員	・居室内で一日の気温差は乾燥、脱水、冷えにつながり、再発リスクに加え体調悪化の要因にもなるため、これを把握し改善を図る。	・居室の状況（部屋の配置、動線、部屋の温湿度、温湿度の変化） ・居室内での本人の生活習慣（よくなる場所、導線）	・居室の状況（部屋の配置、動線、部屋の温湿度、温湿度の変化） ・居室内での本人の生活習慣（よくなる場所、導線）	介護職、介護支援専門員
			9 ※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	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。（※各疾患の個別的理解は本シートの対象外）	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員
			10 栄養摂取状況を把握できる体制を整える	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	・塩分摂取量過多は再発リスクを高める。まず日常の摂取量を把握する。※体調・意欲の低下を招かないよう、生活全体のバランスを医師に相談。	・日常の塩分摂取量 ・本人や家族の食生活と食の好み ・日常の塩分摂取量を本人・家族がどのような方法で把握しているか	・日常の塩分摂取量 ・本人や家族の食生活と食の好み ・日常の塩分摂取量を本人・家族がどのような方法で把握しているか	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員
2 服薬管理の支援	服薬支援	11 服薬が必要であることへの理解をうながす支援体制を整える	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人や家族が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支援。	・処方内容、服薬状況 ・医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか	・処方内容、服薬状況 ・医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	
		12 薬を管理できる支援体制を整える	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	
		13 服薬のうながし（声かけ）と服薬したことの確認ができる体制を整える	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員	・服薬を適切に継続できるように、本人や家族に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。	・処方されたおりに服薬できているかについて、誰が、いつ、どのように確認するか ・本人や家族が服薬の意味を理解できているか ・継続的に服薬できているか ・薬管理の留意点を理解できているか	・処方されたおりに服薬できているかの確認体制ができていないか ・本人や家族が服薬の意味を理解できているか ・継続的に服薬できているか ・薬管理の留意点を理解できているか	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員	
3 生活習慣の改善	規則正しい生活リズムの構築	14 食事・起床就寝等の生活リズムを整えることへの支援体制を整える	看護師、介護職、介護支援専門員	・生活リズムが乱れていると、再発リスクが上昇。また、服薬時間のずれは、適切な服薬に悪影響。※急に生活リズムを変えることは難しいので、過去からのリズムを把握。	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人及び家族のこれまでの生活習慣	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人及び家族のこれまでの生活習慣	看護師、介護職、介護支援専門員	
		15 日中の運動・活動の機会が確保できる支援体制を整える	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・日中の運動・活動量が少なく、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高まる可能性、動脈硬化が進んで、再発リスクが上昇。	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等） ・運動・活動の機会の有無（リハビリだけでなく、生活動作を含む）	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等） ・運動・活動の機会の有無（リハビリだけでなく、生活動作を含む）	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
		16 休養・睡眠が確保できる体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高まる可能性、動脈硬化が進んで、再発リスクが高まる可能性。	・休養・睡眠の状態	・休養・睡眠の状態	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
		17 必要水分量と日常の摂取量を把握できる体制を整える	医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。必要な水分量と日常の摂取量を把握して、水分を補給することが重要。	・日常の水分摂取量を本人・家族がどのような方法で把握するか ・必要とする水分量（摂取と排泄・発汗のバランス） ・日常摂取している水分量と不足する水分量 ・水分補給の機会	・日常の水分摂取量を把握されているか ・必要とする水分量（摂取と排泄・発汗のバランス） ・日常摂取している水分量と不足する水分量 ・水分補給の機会	医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	
		18 適切な水分を摂取することの理解を促す支援体制を整える	看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。本人・家族に対して水分摂取の重要性を伝え、理解を得ることが重要。	・水分摂取に関する本人及び家族の理解 ・水分補給に関する家族の支援	・水分摂取に関する本人及び家族の理解 ・水分補給に関する家族の支援	看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	
		19 自ら水分を摂取できるようにする支援体制を整える	看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。本人が自ら水分を摂取できるように支援体制を整えることが重要。	・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力等）と状態に合わせた支援の有無	・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力等）と状態に合わせた支援の有無	看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	
生活機能の維持・向上	1 心身機能の回復・維持	機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	20 日常生活環境における身体機能の状態の継続的な把握ができる体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・I期は、身体機能の回復が見込める一方で、日々状態が変化しやすく、機能が低下しやすい時期。身体機能の改善や維持を図るためには、状態を継続的に把握して、適切な機能訓練が必要。	・ADL/IADLの状態と、改善や維持に関する見込み ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か	・ADL/IADLの状態と、改善や維持に関する見込み ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			21 身体機能の回復に向けた機能訓練の実施（下肢筋力・麻痺、状態、構音障害・嚥下等）が行える体制を整える	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・I期は、適切な機能訓練があれば、身体機能の回復が見込める時期。身体機能の状態を継続的に把握して、適切に機能訓練を行うこと、また、本人のリハビリに対する意欲を維持・向上させることが重要。	・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 ・本人や家族のリハビリに対する意欲	・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 ・本人や家族のリハビリに対する意欲	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
	2 心理的回復の支援	受容の支援	22 受容促進のための働きかけを行う体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・過度の期待、拒否・否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立的な生活への取り組み（受容）を促進。※医師による予後の見通しと合わせた整理が重要。	・本人や家族の受容の状態、客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族との交流、事例の共有等）	・本人や家族の受容の状態、客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族との交流、事例の共有等）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			23 抑うつ状態の防止、改善が図れる支援体制を整える	医師、看護師、介護職、介護支援専門員	・脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状況を把握することが重要。	・本人のうつ状態の発症有無 ・本人の状態を確認できる家族や事業者による支援体制の有無	・本人のうつ状態の発症有無 ・本人の状態を確認できる家族や事業者による支援体制の有無	医師、看護師、介護職、介護支援専門員
	3 活動と参加に関する能力の維持・改善	機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	25 ADL/IADLの状況の定期的な把握と共有がなされる支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・ADL/IADLの状態を把握して、自分でできる事を増やすことは機能訓練につながるが、把握せずに日常生活の補完的ケアは、活動と参加の向上を損なう。多職種がでのADL/IADLの共有が重要。	・ADL/IADLの状態の確認 ・生活の補完的ケアの実施状況、必要性の確認 ・リハビリの必要性に対する家族の理解と、支援の確認	・ADL/IADLの状態の確認 ・生活の補完的ケアの実施状況、必要性の確認 ・リハビリの必要性に対する家族の理解と、支援の確認	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			26 状態に合ったADL/IADLの機能向上がなされる支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・I期は、環境が病院から自宅へ変化して、本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLの発揮をうながす機会が低下を招く。	・日常生活におけるADL/IADLの発揮をうながす機会の確認 ・本人のADL/IADLの専門職間での共有	・日常生活におけるADL/IADLの発揮をうながす機会の確認 ・本人のADL/IADLの専門職間での共有	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
		コミュニケーション能力の改善	27 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	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・コミュニケーション能力が低下すると生活が縮小するリスクが上昇。脳血管疾患なので、特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			28 コミュニケーション能力の改善を図る支援体制を整える（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・コミュニケーション能力の維持・向上を図ることで、生活の縮小リスクを軽減。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害とコミュニケーション能力回復のために必要な支援	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害とコミュニケーション能力回復のために必要な支援	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
社会参加の機会の確保		社会参加の機会の確保	29 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復がなされる支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・役割を確認することで尊厳を取り戻す。（I期はII期での社会参加の回復に向けて、どのような役割の回復が見込めようかを把握することが重要。）	・疾患発症前の本人の役割 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	・疾患発症前の本人の役割 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			30 交流の機会の確保がなされる支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・I期では生活の範囲が狭くなるため、生活が縮小しやすくなる。この時期に交流を担保することが、II期以降の移行を円滑にするために重要。	・病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段 ・地域の中で交流の機会の有無、活用可能性	・病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段 ・地域の中で交流の機会の有無、活用可能性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
	31 新たな価値・機能の獲得がなされる支援体制を整える		医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要。I期は、新しい価値・機能の獲得を見据えた目標や可能性の設定を重視。	・本人・家族の受容の程度 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	・本人・家族の受容の程度 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
4 リスク管理	食事と栄養の確保	32 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる支援体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認	医師、看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	・必要な栄養量を把握して食事を確保。不足する栄養量を補うことで、リハビリの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。	・必要な栄養量、栄養素（身長・性別・年齢、活動量）の把握 ・本人・家族の理解の状況 ・日常の食生活（摂取量、内容）の把握	・必要な栄養量、栄養素（身長・性別・年齢、活動量）の把握 ・本人・家族の理解の状況が把握できているか ・日常の食生活（摂取量、内容）の把握	医師、看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	
		転倒予防	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・生活環境と本人の状況が大きく変化する時期のため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備。	・日常生活におけるADL/IADL、麻痺等の状況 ・本人や家族の転倒に対する認識、自宅での導線、日常の生活習慣	・日常生活におけるADL/IADL、麻痺等の状況 ・本人や家族の転倒に対する認識、自宅での導線、日常の生活習慣	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	

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

令和元年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金(老人保健健康増進等事業)

適切なケアマネジメント手法の策定や
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報告書

令和2年3月

株式会社日本総合研究所
〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-10-2 東五反田スクエア
TEL: 03-6833-5204 FAX:03-5447-5695