

# 主任介護支援専門員更新研修

長崎県介護支援専門員協会



## 適切なケアマネジメント手法 について

適切なケアマネジメント手法  
基本ケア 項目一覧

株式会社日本総合研究所  
令和5年6月版

適切なケアマネジメント手法  
基本ケア及び特設ケア  
中級ケア項目一覧

令和5年3月第2版  
株式会社 日本総合研究所

## 1. 適切なケアマネジメント手法の背景

地域包括ケアシステムの構築を進めるとともに、2025 5 年よりも先の社会を見据えた取組として**住み慣れた地域でできる限り暮らし続けられる地域づくり**に向けた取り組みが進められている。また、**社会資源を充実させる取り組み、介護給付サービスだけでなく、自助や互助など様々な社会資源の組み合わせが必要**。これをすべての高齢者が自ら行うのは現実的ではないため、**効果的かつ効率的組み合わせを支援する機能として、介護支援専門員がこれまで以上に多様な社会資源の組み合わせを考え、提供することが期待されている**。

多様な社会資源の組み合わせを実現するには、多職種あるいは多様なサービスとの連携が欠かせないため、介護支援専門員に対し、各職種が円滑に連携できるよう、ケアチームを組織し連携・協働を促進させていく役割の期待も高まる。

こうした背景を踏まえ「ニッポン一億活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）において、自立支援と重度化防止を促進するために「ケアマネジメントの標準化に向けた分析手法の検討」を行うこととした。



### ケアマネジメントの標準化 分析手法の検討

#### <背景及び目的>

ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定)において、自立支援と介護の重度化防止を推進するため、今年度は「ケアマネジメントの標準化に向けた分析手法の検討」を行うこととされている。

#### <方法>

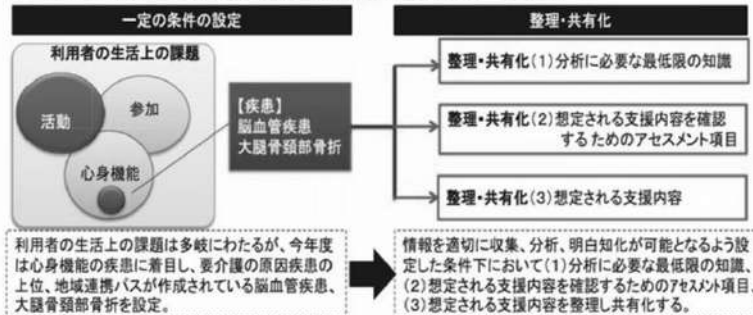
介護支援専門員個々が作成する要介護者のケアプランの内容やケアマネジメントについて「差違」を少なくするため、一定の条件下において「想定される支援内容」を整理し、共有化を試みる。

- ・ケアマネジメントの標準化について概念の整理を行う
- ・一定の条件を定め、「想定される支援内容」を整理する
- ・上記を理解し分析可能とするために介護支援専門員が備えておくべき知識を整理する。【知識の共有】

#### <具体的な取り組み>

利用者の生活上の課題は多岐にわたるが、今年度は要介護認定の原因疾患の上位、また地域連携パスが作成されている疾患に着目し、脳血管疾患及び大腿骨頸部骨折について整理し、報告書を作成する。

ケアマネジメントの標準化における条件設定と、設定した条件下において整理・共有化すべき事項のイメージ



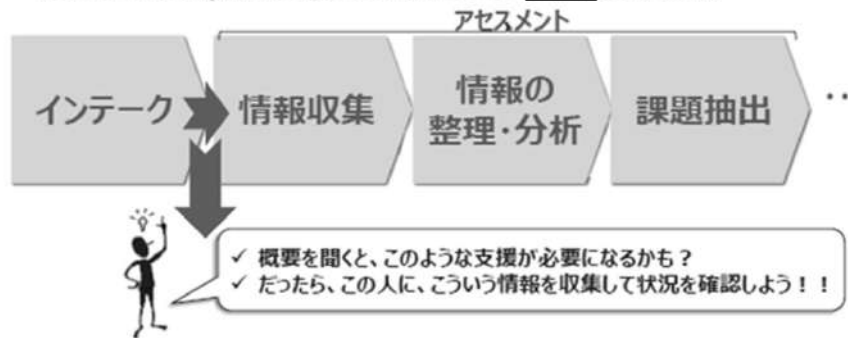
図：厚生労働省(遠藤・石山)作成

### 課題認識

高齢者本人の尊厳の保持を前提して、**将来の生活予測を踏まえた自立支援と重度化防止を実現する**には、かかりつけ医など多職種との連携をこれまで以上に円滑化することが求められ、その実現のために**適切なケアマネジメントに関する知識を体系化し、多職種間で共有し活用できるようにすることが重要**。ケアマネジメントの質の平準化を図るためには、各専門職領域で蓄積された「必要と想定される支援内容」の知見を統合し、ケアマネジメントプロセスの中でも特にアセスメントやモニタリングの過程で収集・分析すべき情報が何かを整理することが重要。

## 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。



齊木大氏(株式会社日本総合研究所 創発戦略センター部長(新事業開発担当)エグゼクティブマネジャー)資料より

## 適切なケアマネジメント手法のねらい

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「共通化された実践知」を整理したもの

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。

知見の平準化

ケアマネジメントの  
質の向上

多職種間の  
連携推進

齊木大氏(株式会社日本総合研究所 創発戦略センター部長(新事業開発担当)エグゼクティブマネジャー)資料より

これまでの調査研究で取り組んできたこと

「適切なケアマネジメント手法に関する調査研究」は、平成28年度に開始し、整理する手法の検討や、検討において持つべき視点・アプローチの整理を行ってきた。

**第一に、ケアマネジメントの実践知、特に支援内容の知識を根拠に基づいて整理し共有できるよう体系化**

**第二に、疾患群ごとのアプローチ**

**第三に、多職種連携の円滑化に向けた工夫**

このような視点を多職種間で共有することで、**情報を授受する多職種協働にとどまらず、共有すべき情報の漏れを防ぎ支援内容の必要性を判断するなど、チーム構成しやすくなる。**

手法の意味

自立支援に資する適切なケアマネジメントの推進、具体的には**介護支援専門員個々が作成するケアプランの内容やケアマネジメントに関するばらつきの縮小を目的**としている。

尊厳の保持と自立支援を踏まえたうえで、高齢者の生活の継続の支援のために必要な支援内容について、**ケアマネジメントだけでなく医療や看護、リハビリテーション、介護やソーシャルワークなど、各職域における知見に基づいて体系的に整理したもの**である。いわば、各職域の実践と研究を通じて「**根拠のある共通的な知見**」である。

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

適切なケアマネジメント手法  
基本ケア及び疾患別ケア  
(ケアの冊子)



適切なケアマネジメント手法  
「項目一覧」（概要版）

#### 基本ケア

これまでに整理した「疾患別ケア」

- ・ 脳血管疾患
- ・ 大腿骨頸部骨折
- ・ 心疾患
- ・ 認知症
- ・ 誤嚥性肺炎の予防



「適切なケアマネジメント手法」  
の手引き



11

## 2. 適切なケアマネジメント手法」の活用

「適切なケアマネジメント手法」  
をこれから学んでいきます。手  
法に難しいイメージを持ってお  
り、取り入れることに不安を感じ  
ています。



介護支援専門員 太郎さん



介護支援専門員 花子さん

「適切なケアマネジメン  
ト手法」を活用して、手  
法を取り入れることの効  
果を実感しています。



適切なケアマネジメント手法の手引きその2より引用

#### コラム 「ケアプランの標準化」ではない

本人のニーズや具体的な支援内容はさまざま・多彩であるため、ケアプランは一人ひとりに個別적입니다。

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

個別性の高いケアプランを作りやすくなる



適切なケアマネジメント  
手法が土台となることで……

「適切なケアマネジメント手法」のねらいと概要の確認

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



基本ケアを押さえたうえで  
疾患別のケアを押さえる

↑

疾患や状態によらず、  
共通して重視すべき事項

これまでに整理した「疾患別ケア」

脳血管疾患

大腿骨頭部骨折

心疾患

認知症

誤嚥性肺炎の予防

13

「適切なケアマネジメント手法」のねらいと概要の確認

「適切なケアマネジメント手法」では、「基本ケア」あるいは各「疾患別ケア」において、以下の3項目を整理している。

- ①想定される支援内容
- ②支援の概要、必要性
- ③適切な支援内容とするためのアセスメント/モニタリング項目 等

①想定される支援内容

疾患への医療的なアプローチにとどまらず、本人や家族の疾患への理解促進や、状況が変化した際の体制構築など、ケアマネジメントが果たすべき役割を踏まえたもの

②支援の概要、必要性

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

③適切な支援内容とするためのアセスメント/モニタリング項目

想定される支援内容ごとに、その必要性や妥当性を判断するために確認すべき主なアセスメント/モニタリング項目、その際に相談すべき専門職を列挙したもの

「適切なケアマネジメント手法」のねらいと概要の確認の実践（特にアセスメントやケアプラン原案の作成）で活用できる。

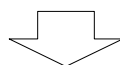
- 「適切なケアマネジメント手法」をチェックリストのような形で活用することで、支援の方法を効率的に見極めたり、情報収集や支援の抜け漏れの可能性に早めに気づくことができる。
- その結果、個別化のための情報収集や調整に注力しやすくなる。



適切なケアマネジメント手法の手引きその2より引用

- 「基本ケア」とは、生活の基盤を整えるための基礎的な視点。
- 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」を理解し、視点の抜け漏れや情報収集に不十分がないかを確認する。

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





### 基本方針①尊厳を重視した意思決定の支援

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

19

### 基本方針②これまでの生活の尊重と継続の支援

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

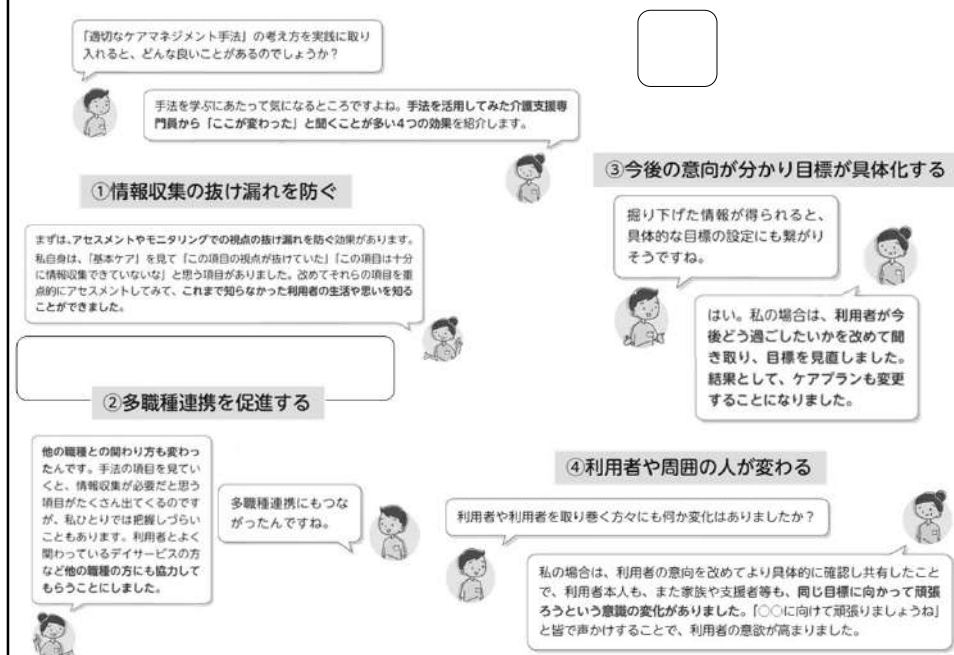
20

### 基本方針③家族等への支援

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

21

### 適切なケアマネジメント手法の活用による4つの効果



### (参考) 脳血管疾患のある方のケア

最終回復の生活に近ける小数を小さくできるように調整する。生活が安定してきた後は再発の予防が大切

【目標】「症状が安定し、発作での生活を送ることが出来るようになる時期」

大項目	中項目
再発予防	脳血管疾患の発症の予防 生活習慣の改善 薬物療法の管理
生活機能の維持・向上	心身の健康の維持・向上 社会参加の促進 家族・介護者との関係の構築



【目標】「症状が安定し、療育活動を通して発作の発症に気づくための準備をする時期」

大項目	中項目
再発予防	脳血管疾患の発症の予防 生活習慣の改善 薬物療法の管理
生活機能の維持・向上	心身の健康の維持・向上 社会参加の促進 家族・介護者との関係の構築

(注) 療育活動の内容は、発作の種類や発症の状況によって異なる。

### (参考) 心疾患のある方のケア

再発予防の観点から、心臓の機能の低下を防ぐことが大切。生活が安定してきた後は再発の予防が大切

【目標】「症状が安定し、療育活動を通して発作の発症に気づくための準備をする時期」

大項目	中項目
再発予防	心臓の機能の低下を防ぐ 生活習慣の改善 薬物療法の管理
生活機能の維持・向上	心身の健康の維持・向上 社会参加の促進 家族・介護者との関係の構築



【目標】「症状が安定し、療育活動を通して発作の発症に気づくための準備をする時期」

大項目	中項目
再発予防	心臓の機能の低下を防ぐ 生活習慣の改善 薬物療法の管理
生活機能の維持・向上	心身の健康の維持・向上 社会参加の促進 家族・介護者との関係の構築

(注) 療育活動の内容は、発作の種類や発症の状況によって異なる。

### (参考) 大腿骨頸部骨折のある方のケア

生活が安定した後は再発の予防が大切。生活が安定してきた後は再発の予防が大切

【目標】「症状が安定し、療育活動を通して発作の発症に気づくための準備をする時期」

大項目	中項目
再発予防	骨折の再発の予防 生活習慣の改善 薬物療法の管理
生活機能の維持・向上	心身の健康の維持・向上 社会参加の促進 家族・介護者との関係の構築



【目標】「症状が安定し、療育活動を通して発作の発症に気づくための準備をする時期」

大項目	中項目
再発予防	骨折の再発の予防 生活習慣の改善 薬物療法の管理
生活機能の維持・向上	心身の健康の維持・向上 社会参加の促進 家族・介護者との関係の構築

### (参考) 認知症のある方のケア

認知機能が低下しても本人の尊厳が保たれるような生活の実現を目指すことが基本

大項目	中項目
認知機能の維持・向上	認知機能の維持・向上 生活習慣の改善 薬物療法の管理
生活機能の維持・向上	心身の健康の維持・向上 社会参加の促進 家族・介護者との関係の構築

大項目	中項目
認知機能の維持・向上	認知機能の維持・向上 生活習慣の改善 薬物療法の管理
生活機能の維持・向上	心身の健康の維持・向上 社会参加の促進 家族・介護者との関係の構築

大項目	中項目
認知機能の維持・向上	認知機能の維持・向上 生活習慣の改善 薬物療法の管理
生活機能の維持・向上	心身の健康の維持・向上 社会参加の促進 家族・介護者との関係の構築

大項目	中項目
認知機能の維持・向上	認知機能の維持・向上 生活習慣の改善 薬物療法の管理
生活機能の維持・向上	心身の健康の維持・向上 社会参加の促進 家族・介護者との関係の構築

(注) 療育活動の内容は、発作の種類や発症の状況によって異なる。

### (参考) 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

誤嚥性肺炎は、発症するリスクの大きい高齢者が多く、発症すると入院のリスクあるいは重症化した場合の死亡リスクが高い

まずは、本人や家族等に肺炎の予防の大切さを理解してもらうとともに、要介護高齢者の心身や生活の状況は定化する。専門職がリスクを評価（再評価）できるように体制を整え、日常生活の中でリスクを低減できるようにする支援を行う

大項目	中項目
リスクの評価	誤嚥性肺炎の予防のためのリスクの評価
リスクの評価	誤嚥性肺炎の予防のためのリスクの評価
リスクの評価	誤嚥性肺炎の予防のためのリスクの評価
リスクの評価	誤嚥性肺炎の予防のためのリスクの評価



齊木大氏(株式会社日本総合研究所 創発戦略センター部長(新事業開発担当)エグゼクティブマネジャー)資料より