

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に向けた
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

適切ケアマネジメント手法の策定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 「適切なケアマネジメント」の考え方.....	1
1. 背景と課題認識.....	1
(1) 背景.....	1
(2) 課題認識.....	1
(3) これまでの調査研究で取り組んできたこと.....	1
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.....	3
(1) 「適切なケアマネジメント」が目指すもの.....	3
(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.....	4
3. 「適切なケアマネジメント」を実現するための方法.....	6
(1) 職業倫理.....	6
(2) ケアマネジメントプロセス.....	6
(3) 多職種連携・多職種協働.....	6
(4) ケアの実践を支える体制の構築.....	7
4. 「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.....	8
5. 「適切なケアマネジメント」の期待される効果.....	8
第2節 本事業の実施内容.....	9
1. 過去の調査研究事業における検討範囲.....	9
2. 本調査研究事業における検討範囲.....	9
3. 検討プロセス.....	10
(1) 「適切なケアマネジメント」の考え方のとりまとめ.....	10
(2) 平成30年度検討案（認知症）の活用効果の検証.....	10
(3) 新たな疾患群（誤嚥性肺炎の予防）の検討案の作成.....	10
(4) 多職種協働推進プログラムの企画・検討.....	11
(5) ワーキング・グループでの検討.....	11
(6) 検討委員会での確認・検討.....	12
第2章 平成30年度検討案（認知症）の活用効果の検証	15
第1節 「効果」の捉え方.....	15
第2節 検証の実施方法.....	16
1. 検証の設計.....	16
(1) 検証の目的.....	16
(2) 検証の設計.....	16
2. 検証の手順.....	17

(1) 検証の流れ.....	17
(2) 検証で用いた資料.....	18
第3節 令和元年度検討案（認知症）の活用効果の検証.....	20
1. 検証の概要.....	20
(1) 検証の実施方法.....	20
(2) 参加者の属性.....	21
2. 介護支援専門員からの評価.....	22
(1) 介護支援専門員からみた使いやすさ・わかりやすさ.....	22
(2) 実務における有用性の認識.....	24
(3) 意思決定支援チームとの関わり.....	24
(4) 評価のまとめ.....	27
3. 検討案の検証結果.....	28
4. 検討案の見直しと今後の取り組みに向けた視点.....	31
第3章 新たな疾患群（誤嚥性肺炎の予防）の検討案の作成.....	32
第1節 対象疾患の選定.....	32
1. 選定方針.....	32
(1) これまでに検討した対象疾患と選定理由.....	32
(2) 今回設定した対象の範囲・定義.....	33
第2節 検討案の作成.....	35
1. 検討の進め方.....	35
2. 検討結果.....	35
(1) 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントの基本的な考え方.....	35
(2) 誤嚥性の肺炎の予防のための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.....	36
第4章 多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」の活用.....	38
第1節 多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」の活用に向けた検討.....	38
1. 支援チームの“共通言語”として活用することの効果.....	38
2. 実践場面への「適切なケアマネジメント手法」の導入.....	39
第2節 多職種協働推進プログラムの推進に向けて今後実施すべきこと.....	40
1. モデル地域での実証検証.....	40
2. 多職種協働での活用場面の検討.....	40
3. 多職種協働に関する指導等への活用.....	40
第5章 本調査研究事業のまとめ.....	41
第1節 本調査研究事業の成果.....	41
第2節 今後実施すべきこと.....	42
1. 今後の長期プラン.....	42
(1) 現場での活用に向けた取り組み.....	42
(2) 手法の周知・啓発のための取り組み.....	42

(3) 手法の活用によるエビデンスの蓄積.....	43
(4) 他の疾患群での開発.....	43
2. 2020年度以降に実施すべきこと.....	45

巻末資料・別冊資料

第1章 本調査研究事業の概要

第1節 「適切なケアマネジメント」の考え方

1. 背景と課題認識

(1) 背景

地域包括ケアシステムの構築を進めるとともに、2025年よりも先の社会を見据えた取り組みとして、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。

高齢化が進展し、同居あるいは近くに住む家族がいない高齢者の世帯も増える中、心身の機能が低下していく高齢期の生活の質（QOL）を維持するために、本人自身が様々な社会資源を組み合わせ、目指す生活の実現に向けた本人の潜在能力を高めていくことが必要とされている。

また、社会資源を充実させる取り組みも重要である。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である。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、効果的かつ効率的な組み合わせを支援する機能として、ケアマネジャーがこれまで以上に多様な社会資源の組み合わせを考え、提案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、ケアマネジャーに対し、各職種が円滑に連携できるよう、ケアチームを組成し連携・協働を促進させていく役割の期待も高まっている。

こうした背景を踏まえ、「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、自立支援と重度化防止を推進するために「ケアマネジメントの標準化に向けた分析手法の検討」を行うこととされた。

(2) 課題認識

高齢者本人の尊厳の保持を前提として、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、その実現のためには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である。

利用者の生活全般を支える介護は、様々な専門領域のケアが組み合わさって構成される。したがって、ケアマネジメントの質の平準化を図るためには、各専門領域で蓄積された「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・分析し、共有すべき情報が何かを整理することが重要になる。

介護保険制度の創設から約20年が経ち、介護現場の実践を通じて多くの経験やノウハウが蓄積されてきた今こそ、改めて、介護給付サービスの範囲にとどまらず、高齢者の生活全般を広く捉え、支えていくケアマネジメントの在り方を描きなおすことが求められている。

(3) 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2016年度に開始し、これまでに調査研究において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。具体的には以下の3点である。

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することである。ケアマネジメントで重要なことは、本人の尊厳を保持したうえで将来の生活を予測し、必要な支援内容の個別的な提供にある。本人の状況にあった必要な支援内容を選択するためには、ケアマネジャーの個人的な経験知だけに基づいた実践では、必要な支援の偏りや見落としが起こりうる。様々な専門領域でエビデンスに基づいて蓄積されてきた知見を整理し、共有できるよう体系化することで、必要な支援内容を多職種協働によって検討しやすくなる。

第二に、疾患群ごとのアプローチである。前述のとおり、将来の生活を予測するためには、リスク対応や予防の観点に立って必要な情報を集めることが重要である。人の生活は、当然、疾患だけから捉えられるものではないが、疾患群別に整理することにより、医療をはじめ各専門職の領域で蓄積されてきた将来の見通しを予測する知見を活用しやすくなる。

第三に、多職種連携の円滑化に向けた工夫である。本調査研究では、根拠にもとづく想定される支援内容を体系的に整理するとともに、支援内容の必要性を判断するためのアセスメント・モニタリングで収集すべき情報についても整理した。こうした視点を多職種間で共有することで、単に情報を授受する多職種協働にとどまらず、共有すべき情報の洩れを防ぎ、支援内容の必要性を判断したり、本人に合った個別化されたケアを検討し提供したりする場面においても機能する多職種協働チームを構成しやすくなる。

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

(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を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はできないものではなく、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）に伝えるとともに、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。

3. 「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」

プ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。

4. 「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、理想と現実にはギャップがある。

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。

5. 「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。

第2節 本事業の実施内容

1. 過去の調査研究事業における検討範囲

ケアマネジメントは利用者本人の生活全般に関わるため、その対象は広範であり、また考慮すべき要素が多岐にわたる。その為、生活全般に対する標準化から検討を始めることは、議論が散漫となり、整理がされないことが懸念され、まずは一定の前提を置いた検討が必要と考えた。この点、利用者である本人の健康を守る観点から、最も標準化の必要性が高いのは、疾患に関わるケアであると考え、まずは利用者の有する疾患別に標準的なモデルを検討することとした。

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、「標準化に向けた分析手法の検討」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事業」では、平成 28 年度の調査研究で作成された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、検証済みの標準化項目（「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。

2. 本調査研究事業における検討範囲

本調査研究事業では、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²、及び新たな疾患群として「誤嚥性肺炎の予防」の検討案の作成を行った。また、今後の「適切なケアマネジメント手法」の普及促進に向け、平成 28 年度からの検討を踏まえ本調査研究事業における「適切なケアマネジメント」の考え方を示した。さらに、「適切なケアマネジメント手法」の実践における多職種との活用を見据え、「多職種協働推進プログラム」の企画・検討を行った。

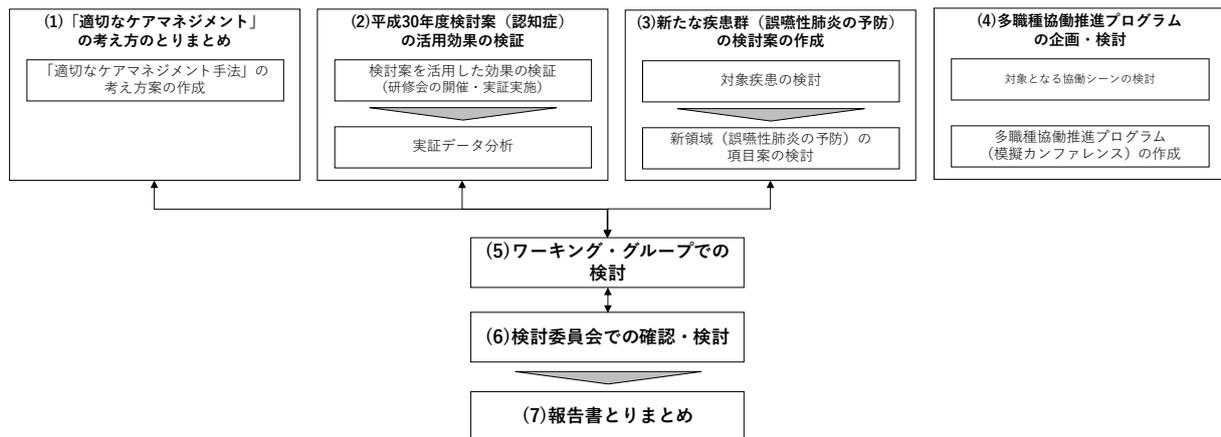
² 事業実施当初は、令和元年度事業において作成した「認知症」の検討案の修正（成案化）を目指していたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う会議等の自粛の影響により、予定していた実証検証会をすべて実施することができず、十分なサンプルを回収することができなかった。これらの状況を踏まえ、本調査研究事業においては実証検証会を開催できた分のデータに基づく分析のみを行い、検討案の成案化は、翌年度以降の検討とすることを検討委員会において決定した。

3. 検討プロセス

本調査研究事業では検討の場として、有識者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・グループを開催した。

平成30年度検討案の活用効果の検証は、全国の介護支援専門員を対象とした研修会(実証検証)を開催し、検証データの収集・分析を行った。また、「適切なケアマネジメント」の考え方、新たな疾患群(誤嚥性肺炎の予防)及び「多職種協働プログラム」は、ワーキング・グループにおいて検討案を作成し、検討委員会にて、確認・検討を実施した。

図表1. 実施事項・推進ステップ



(1) 「適切なケアマネジメント」の考え方のとりまとめ

本調査研究事業における「適切なケアマネジメント」の考え方を取りまとめた。平成28年度からの検討を踏まえ、ワーキング・グループにおいて「適切なケアマネジメント」の考え方(案)を作成のうえ、検討委員会の議論により決定した。

(2) 平成30年度検討案(認知症)の活用効果の検証

平成30年度検討案(認知症)の活用効果の検証を目的とし、全国で介護支援専門員を対象とした研修会を開催し、検証データの収集を行った。収集した検証データの分析を行った³。

(3) 新たな疾患群(誤嚥性肺炎の予防)の検討案の作成

新たな疾患群の選定は、検討委員会委員や厚生労働省、ワーキング・グループメンバーとの協議により決定した。

「誤嚥性肺炎の予防」の検討案の作成については、ワーキング・グループで集中的に討議を行い、「基本方針」「実行が想定される主な支援と支援を行う者」「アセスメント項目」「モニタリング項目」を整

³ 本年度調査研究事業では、当初、平成30年度事業において作成した「認知症」の検討案の修正(成案化)を目指していたが、新型コロナウイルス(COVID-19)感染症の感染拡大に伴う会議の開催自粛等の影響により、予定していた実証検証会をすべて実施することができず、十分なサンプルを回収することができなかった。状況を勘案し、委員会の判断で今年度の調査研究事業では、実証を実施できた検証データの分析までを行い、検討案の修正(成案化)は来年度の実施事項とした。

理し、項目一覧（案）としてまとめた。項目一覧（案）は、本調査研究事業の中核となる成果物である。

なお、ワーキング・グループでの検討を踏まえて、学会や学会出版が取りまとめた書籍によって、エビデンスを確認した。参考とした書籍のリストは、巻末記載のとおりである。

(4) 多職種協働推進プログラムの企画・検討

実践における「適切なケアマネジメント手法」の多職種との活用のシーンは、既に多職種が集まる場として設定されているシーンの中から、検討委員会委員や厚生労働省、ワーキング・グループメンバーとの協議により「退院時カンファレンス」と設定した。

多職種が「適切なケアマネジメント手法」を活用して「退院時カンファレンス」を行う理想的なモデルケースを示すためのプログラムをワーキング・グループ、検討委員会の検討により作成した⁴。

(5) ワーキング・グループでの検討

ワーキング・グループの実施に際し、ワーキング・グループ準備会を組成した。準備会は、ワーキング・グループの座長である川越医師、厚生労働省及び事務局（日本総合研究所）を検討メンバーとし、ワーキング・グループで具体的検討を行う事前準備として、各種論点の検討・整理、資料案の方向性を検討した。

ワーキング・グループでは、適切なケアマネジメント手法の策定に向けた論点確認やプロセス等の差異要因の検討、差をなくすための要点、プロセスの在り方等に関して検討した。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。

また、ワーキング・グループでの検討内容について、ワーキング・アドバイザーより意見をもらい、検討の参考とした。

図表2. 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	令和元年11月7日	<ul style="list-style-type: none">本調査研究事業の概要誤嚥性肺炎の予防（検討案）について基本ケアの見直しについて今後について
プレ 第2回	令和元年12月21日	<ul style="list-style-type: none">誤嚥性肺炎の予防項目一覧（案）について
第2回	令和2年1月13日	<ul style="list-style-type: none">本調査研究事業の概要「適切なケアマネジメント手法」とは今後のスケジュール
第3回	令和2年2月11日	<ul style="list-style-type: none">誤嚥性肺炎の予防検討案の作成適切なケアマネジメントの考え方認知症検討案の修正方針

⁴ 本調査研究事業で作成した「多職種協働推進プログラム」の「退院時カンファレンス」のモデルケースは、令和元年度老健事業「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」において、モデル地域で「模擬退院時カンファレンス実証」として実施している。

(6) 検討委員会での確認・検討

検討委員会では、「適切なケアマネジメント」の考え方案、平成30年度検討案（認知症）の活用効果の検証結果、ワーキング・グループで作成した検討案（誤嚥性肺炎の予防）、多職種協働推進プログラム企画案を提示し、議論を行った。また、今後の長期プランについて議論を行った。

図表3. 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	令和元年10月25日	<ul style="list-style-type: none">・ 本調査研究事業の概要・ 検討案の検証【実施予定のご報告】・ 新たな疾患群の検討案の作成・ 多職種協働推進プログラムの検討
第2回	令和2年3月12日	<ul style="list-style-type: none">・ 本調査研究事業の概要と本年度の実施事項・ 論点に沿っての議論（1）「認知症」検討案の取り扱い及び「誤嚥性肺炎の予防」検討案について（2）「適切なケアマネジメント手法」の普及と活用に向けた課題と取り組みについて

検討委員会委員名簿(50音順、敬称略)

図表4. 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
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
遠藤 征也	国立障害者リハビリテーションセンター 管理部長 国立障害者リハビリテーションセンター研究所 (併)
岡島 さおり	公益社団法人日本看護協会 常任理事
川越 正平	あおぞら診療所 院長
小玉 剛	公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
清水 恵一郎	一般社団法人日本臨床内科医会 特任常任理事
鈴木 邦彦	医療法人博仁会 志村大宮病院 理事長
武久 洋三	医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長
新田 國夫	一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会 会長 兼 日本在宅ケアアライアンス 議長
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	国立障害者リハビリテーションセンター研究所 障害工学研究部長
○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
吉田 力久	公益社団法人日本薬剤師会 常務理事

○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5. 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	国立障害者リハビリテーションセンター 管理部長 国立障害者リハビリテーションセンター研究所（併）
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	あおぞら診療所 院長
齊藤 眞樹	社会福祉法人仁生会 西堀病院 企画室・地域包括支援部 室長
細野 純	公益社団法人日本歯科医師会 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 会長

○印：座長

ワーキング・アドバイザー名簿（50音順、敬称略）

図表6. ワーキング・アドバイザー名簿

氏名	所属先・役職名
舘村 卓	一般社団法人 TOUCH 代表

オブザーバ名簿

図表7. ワーキング・グループオブザーバ名簿

氏名	所属先・役職名
川部 勝一	厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐
原 雄亮	厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係
高田 陽介	厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係
杉浦 康友	厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係

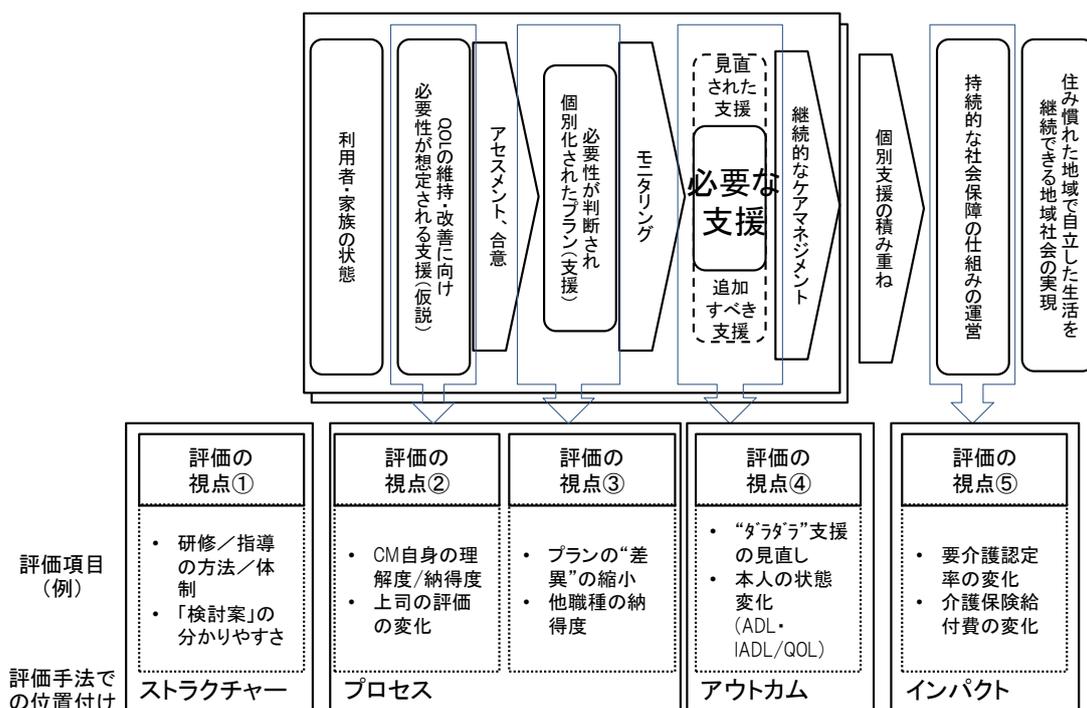
第2章 平成30年度検討案（認知症）の活用効果の検証

第1節 「効果」の捉え方

本調査研究事業が目指す標準化は実務における標準化であるため、本来ならばその「効果」は、下図でいう「アウトカム」や「インパクト」をみるべきものである。しかし、そうした効果を把握するためには相当の時間が必要であり、さらに、そのような「アウトカム」や「インパクト」に影響を与える要因は多岐にわたるため、本調査研究事業における標準化の「効果」を正確に評価するためには、他の要因を精査するデータの整備が必要となる。

本調査研究事業では、標準化の手法自体が受け入れられるものであるかどうかを検証するために、下図の「プロセス」に着目することとした。具体的には、第一に、標準化の手法を介護支援専門員自身が理解し、納得できるかどうかである。第二に、こうした介護支援専門員の標準化に向けた取り組みを他の職種が受けとめることができるかどうかである。

図表8. 「効果」の捉え方の概念図



第2節 検証の実施方法

1. 検証の設計

(1) 検証の目的

本調査研究事業では、前述の「効果」に関する考え方のもと、現場で活動する介護支援専門員に実際に「認知症」の検討案を活用してもらう実証検証を実施した。実証検証は、①「適切なケアマネジメント手法」について理解を深めてもらうこと、②現場実践者から意見をもらうことで、今後の「認知症」の検討案の項目の改善につなげること、③「認知症」のケアマネジメントにおいて現場実践者が見落としがちな項目などの傾向の把握を行うことを目的とした。

(2) 検証の設計

実証検証は講義と演習で構成した。

講義では、本調査研究事業の概要や標準化の狙いの説明を行った。演習では、各介護支援専門員に担当事例の中から、「認知症」の事例を無作為選定のうえ持参してもらい、その事例を対象に検討案を活用してケアマネジメントプロセスの振り返りを行った。

演習の結果は、「検証ヒアリング調査票（介護支援専門員調査票）」、「個別ケース基本情報確認シート」、「項目一覧（案）評価シート」の3種類の調査票に記入してもらい、検証データとして収集した。（各調査票の概要は後述）

2. 検証の手順

(1) 検証の流れ

検証は以下の流れで実施した。

図表9. 検証の流れ

セクション	時間	内容(質疑応答を含む)
標準化の意味(講義)	20分	標準化が開発された背景、標準化の考え方の講義・説明
標準化の概説(講義)	20分	「基本ケア」に加え、疾患別(「認知症」)の標準化の主な内容等を解説
事例に基づく活用(演習)	50分	実際の事例に基づいて各標準化項目を読み込み、自己チェック(個人ワーク)
気づきの確認(演習)	10分	標準化を確認して気づいたこと(自分が見落としていた点⇨自己の継続学習課題)の整理・確認
アンケートの記入(演習)	20分	個別ケース基本情報確認シート、検証ヒアリング調査票の記入

「ケアマネジメント標準化」の意味

標準化が開発された背景として、高齢化の進展と個別化の必要性について講義を行った。特に、適切なケアマネジメント手法は、ケアプランの標準化ではなく、ケアの標準化を目指しており、できるだけ自分でできることを増やす自立支援を目指していることなどを説明した。

また、ケアマネジメントにおいて期待される役割としては、介護保険サービスの調整だけでなく、自立支援に向けた生活全体の調整が必要であること、そのためには、介護保険サービス以外の社会資源(事業としてのサービス、保険外サービス、ボランティア団体等)の活用も検討する必要があることを説明した。

「ケアマネジメント標準化」の概説

基本ケアの意味と基本ケアに含まれる主な項目とその必要性の解説を行った。そのうえで、平成30年度に作成した「認知症」の検討案を用いて、疾患の特徴と「期別」に捉えるべき大まかな支援方針の解説を行った。「認知症」の検討案の解説では、標準化に含まれる主な項目とその必要性を説明したうえで、ケアマネジメント実践における多職種協働の重要性と留意点についても説明した。

事例に基づく活用と気づきの確認

参加者が持参した「認知症」の事例に基づいて、各自で標準化項目を読み込み、自己チェックを行った。自己チェックでは、「項目一覧(案)評価シート」に、①ケアプラン作成時点ではどのような判断を行ったか、②標準化項目(案)をみた時点で改めて見直すときどのような判断を行ったかを記録した。(個人ワーク)

また、各自の作業終了後に、標準化項目(案)を用いて気づいたこと(特に自分が見落としていた点や自己の継続学習における課題など)について、周囲の人と意見交換をしたうえで、気づきについて、

「検証ヒアリング調査票」に記入した。

(2) 検証で用いた資料

① 項目一覧(案)評価シート

「項目一覧(案)評価シート」では、介護支援専門員が持参したケアプランに関して、「項目一覧(案)」に記載している支援項目ごとに、主に以下の(ア)～(エ)について確認した。

I. ケアプラン作成時の判断

(ア) 「情報収集」の有無

ケアプランを作成時の、該当項目に関する情報収集の有無について尋ねた。

選択肢：情報収集を行った、情報収集を行っていない

(イ) 「支援の必要性」の判断

ケアプランを作成時の、該当項目に関する支援の必要性の判断について尋ねた。

選択肢：支援が必要だと判断した、支援は不要だと判断した

(ウ) 「支援の位置づけ」の有無

ケアプランを作成時の、該当項目に関する支援をケアプランに位置づけたかどうかについて尋ねた。

選択肢：ケアプランに支援を位置づけた、ケアプランに支援を位置づけなかった

(エ) 「具体的な支援内容」

ケアプランに位置づけた場合、ケアプラン2表の「援助内容(支援内容)」の記載事項について尋ねた。

II. 現在(標準化項目(案)をみた後)の判断

(ア) 現時点での「支援の必要性」の有無

現時点での、該当項目に関する支援の必要性の判断について尋ねた。

選択肢：支援が必要である、支援は不要である

(イ) 現時点での「支援内容の見直し」の必要性

現時点で支援が必要だと判断した場合、持参したケアプランではどのように支援内容を見直すべきと考えるかについて尋ねた。

選択肢：支援内容は当初のままで良い、支援内容を見直す(追加する)必要がある、支援内容を見直す(縮小する)必要がある

(ウ) 追加すべき支援内容

支援内容を見直す(追加する)必要があると判断した場合、追加が必要と考える具体的な支援内容について尋ねた。

(エ) 縮小すべき支援内容

支援内容を見直す(縮小する)必要があると判断した場合、縮小が必要と考える具体的な支援内容について尋ねた。

② 事例基本情報シート

「基本情報確認シート」では、参加者が持参した事例の利用者について、基本属性やサービスの利用

実績等、持参したケアプラン等の情報を確認した。

③ 参加者アンケート

「参加者アンケート」では、検討案の活用が想定される場面ごとに、その有用性に対する評価を確認した。そのうえで、検討案の内容について、実際に活用してみた感想及び改善要望、今後の普及・活用に向けた要望などについての確認を行った。

第3節 令和元年度検討案(認知症)の活用効果の検証

『認知症』検討案の成案化に向けた検討は、翌年度の検討事項とする」と第2回検討委員会において決定したため、本報告書では、実証結果の分析と、その考察までを記載する。

1. 検証の概要

(1) 検証の実施方法

① 実施日程・開催地域・参加者数

全国4ヵ所ですべて4回検証を実施し、合計166名が参加した。検証の実施日程、開催地域、参加者数は以下の表のとおり。(有効回答者数は159件)

図表10. 検証実施日程・開催地域・参加者数

日程	開催地域	検証参加者数
令和元年11月1日	京都府京都市	22名
令和元年11月18日	宮崎県宮崎市	69名
令和2年1月31日	神奈川県横浜市	34名
令和2年2月10日	京都府木津川市	41名

※開催地域は集合研修を開催した地域であり、検証参加者数には他市町村からの参加者も含まれる。

② 検証地域・対象者の選定の考え方

検証地域は、ワーキング・グループ委員を中心に介護支援専門員のネットワークが形成されており、短期間に多くの参加動員が見込める地域を選定した。なお、検証実施に際しては開催地域の偏りがでないよう配慮した。

対象となる介護支援専門員の選定は、当該地域の職域団体から広く呼びかけを行い、保有資格、経験年数等を問わず、任意に参加を求めた。対象となる事例は、参加者の担当事例の中から、「認知症」に該当する事例を無作為選定のうえ、持参してもらった。

③ 調査票の回収状況

調査票の回収状況は以下の表のとおり。

⁵ 本年度調査研究事業では、当初、平成30年度事業において作成した「認知症」の検討案の修正(成案化)を目指していたが、新型コロナウイルス(COVID-19)感染症の感染拡大に伴う会議の開催自粛等の影響により、予定していた実証検証会をすべて実施することができず、十分なサンプルを回収することができなかった。

図表11. 調査票の回収状況

検証ヒアリング調査票 (介護支援専門員調査票)	個別ケース基本情報 確認シート	評価シート 認知症
159 件	159 件	159 件

※回収した調査票のうち、記述内容が有効と判断されたもの。

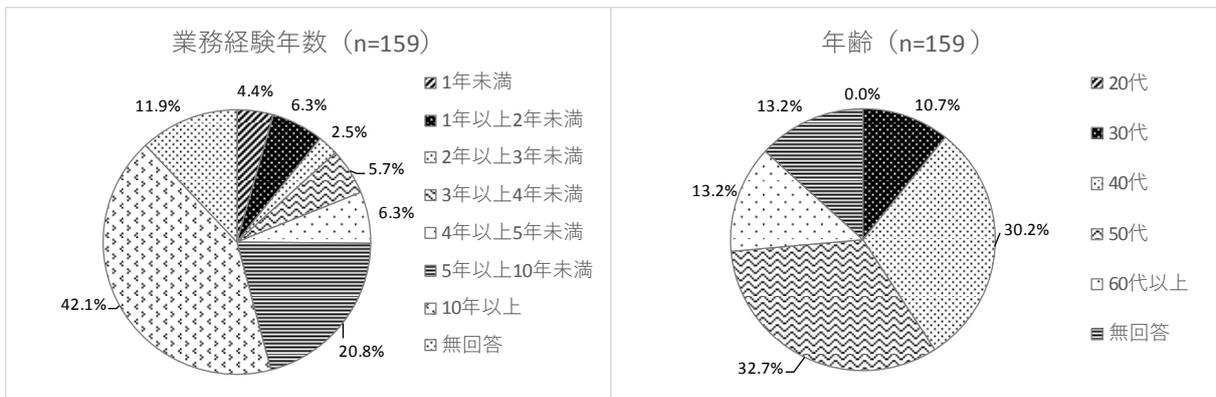
(2) 参加者の属性

① 介護支援専門員としての業務経験年数・年齢

検証参加者は、介護支援専門員としての業務経験年数が「10年以上」が42.1%と最も大きく、次いで、「5年以上10年未満」が20.8%だった。

年齢構成は、「50代」が32.7%と最も大きく、次いで「40代」が30.2%であった。

図表12. 介護支援専門員としての業務経験年数・年齢

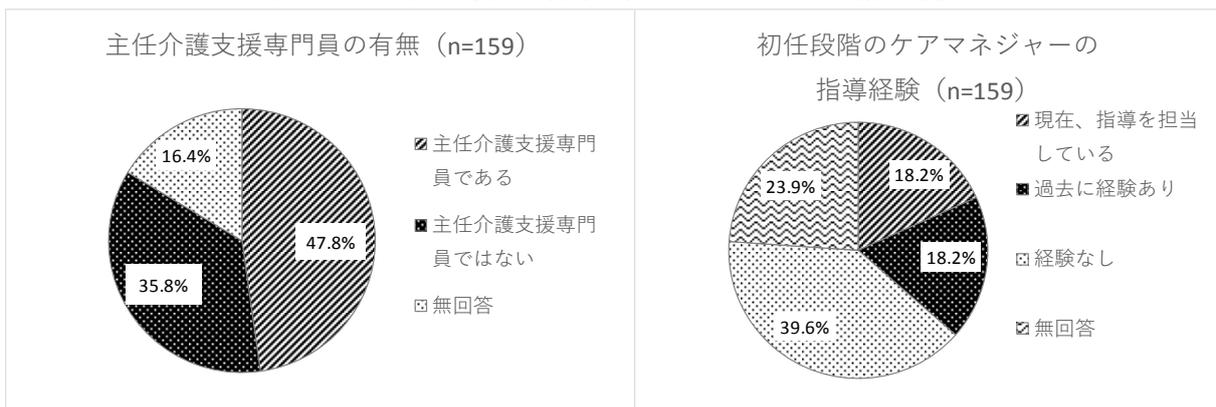


② 主任介護支援専門員の有無・初任段階の介護支援専門員の指導経験

検証参加者のうち、「主任介護支援専門員である」は47.8%、「主任介護支援専門員ではない」が35.8%であった。

初任段階のケアマネジャーの指導経験は、「現在、指導を担当している」が18.2%、「過去に経験あり」が18.2%、「経験なし」が39.6%であった。

図表13. 主任の有無・初任段階のケアマネジャーの指導経験



③ 保有資格

検証参加者の保有資格の状況は以下の表のとおり。

図表14. 保有資格

介護福祉士	97名	社会福祉士	32名
看護師、保健師	20名	精神保健福祉士	4名

2. 介護支援専門員からの評価

(1) 介護支援専門員からみた使いやすさ・わかりやすさ

検討案の使いやすさ・わかりやすさの評価をみると、「とても使いやすいと思う」が2.5%、「使いやすいと思う」が50.3%と、肯定的な回答が全体の52.8%であった。

自由記述においても、「項目ごとに掘り下げて、アセスメントの視点が記されているため使いやすい。」(項目一覧(案))、「ポイントも整理され検討案の使いやすさしているので、確認しやすいツールだと思う。」(ケアの冊子)といった評価がみられた。一方で、今後の活用に向けて、「記載事項も多く、ケアマネ業務の負担が大きい。」(項目一覧(案))、「項目が多く、もう少し具体的な事例など記載があればわかりやすい。」(ケアの冊子)といった指摘もみられた。

図表15. 検討案の使いやすさ・わかりやすさの評価 (n=159)

N		とても使いやすい と思う	使いやすいと思う	使いにくいと思う	とても使いにくい と思う	無回答
159	件数	4	80	52	2	21
	比率	2.5%	50.3%	32.7%	1.3%	13.2%

《主要な自由記述回答》

- 項目一覧(案)について『とても使いやすいと思う』または『使いやすいと思う』と回答された方

【現場で活用する際の使いやすさ】

- ◇ 項目ごとに掘り下げて、アセスメントの視点が記されているため使いやすい。
- ◇ チェック項目で自己点検ができ、整理ができるので見落とししていた部分や「必要ない」と判断していた部分も再検討できる。
- ◇ チェックしながら聞き取りができるので、視点の漏れが少なくなると思う。

【情報共有等への活用】

- ◇ 初任者及び現任者の研修資料として活用できると思う。
- ◇ 情報管理のツールとして活用できると思う。
- ◇ 認知症の利用者、家族の支援も早目に考えられ、家族やまわりの方の協力も得られやすいと思う。

- 項目一覧（案）について『使いにくいと思う』または『とても使いにくいと思う』と回答された方

【一覧項目の細かさや多さ】

- ◇ 評価シートの支援内容の項目が細かすぎて、わかりにくいと思った。
- ◇ 文字数と質問項目が多すぎる為、重要な項目が何なのかわかりにくい気がする。
- ◇ 項目が細かくてどの場面に当てはまるのか逆に判断しにくい。

【現場で活用する際の課題】

- ◇ 記載事項も多く、ケアマネ業務の負担が大きい。
- ◇ 普段の実務に活用することは時間的に難しいように思った。
- ◇ 考え方の統一をしないとバラつきがでる恐れがある。

- ケアの冊子について『とても使いやすいと思う』または『使いやすいと思う』と回答された方

【見やすさやわかりやすさ】

- ◇ わかりやすく記載されている。しっかり読み込んで指導や助言に活用を今後できればと思う。
- ◇ 冊子であるため、見やすい。
- ◇ ポイントも整理されているので、確認しやすいツールだと思う。

【必要な視点の理解の促進】

- ◇ どのような視点で考えれば良いのか、何のために必要なのかの根拠が記されており、支援の指標となり得る。
- ◇ 内容確認や迷ったときに調べるという意味で活用できると思う。
- ◇ 悩んだときに、ふり返られる統一した文献、マニュアルがあるのは基礎の理解ができ非常にマネジメントにも参考になる。

- ケアの冊子について『使いにくいと思う』または『とても使いにくいと思う』と回答された方

【内容のわかりづらさや難しさ】

- ◇ 「本人、家族に依頼すべき支援内容」の表現があいまいであるため具体的に何をどう依頼するのが難しい。
- ◇ 項目が多く、もう少し具体的な事例など記載があればわかりやすい。
- ◇ 内容がわかりにくく量が多すぎる。

【認知症特有の事情の反映】

- ◇ 「認知症」として活用するのであれば、認知症の人の行動、症状の原因等もっと具体的に生活に密接した内容が良いと思う。
- ◇ 認知症の方は特にこれまでの生活歴、価値感、住環境など、ADL、IDAL、疾患以外の情報がケアに大きく影響する。その人の人となりが見える情報の確認が少ないと思う。

(2) 実務における有用性の認識

実務において想定される活用場面ごとに、昨年度検討案に対する介護支援専門員の評価をみると、いずれの活用場面においても「とても参考になると思う」または「参考になると思う」の肯定的な回答の割合が7割以上であった。認知症の検討案について、実務において活用が見込まれることが確認できた。

図表16. 各活用場面における検討案の有用性 (n=159)

		とても参考になると 思う	参考になると 思う	あまり参考になら ないと思う	全く参考にならない と思う	無回答
(再)アセスメントやケアプランの作成						
	件数	33	105	15	0	6
	比率	20.8%	66.0%	9.4%	0.0%	3.8%
他の専門職からの情報収集や意見聴取						
	件数	32	101	18	0	8
	比率	43.8%	52.9%	2.0%	0.0%	1.3%
非専門職からの情報収集や意見聴取						
	件数	28	87	30	0	14
	比率	17.6%	54.7%	18.9%	0.0%	8.8%
利用者やその家族等への、ケアプラン内容の説明、合意形成						
	件数	27	94	28	2	8
	比率	42.5%	52.9%	2.6%	0.0%	2.0%
他の専門職とのアセスメントやケア内容等に関する検討（退院前のカンファレンス、サービス担当者会議、地域ケア会議など）						
	件数	38	97	13	0	11
	比率	23.9%	61.0%	8.2%	0.0%	6.9%
非専門職を交えたアセスメントやケア内容等に関する検討						
	件数	24	93	27	0	15
	比率	15.1%	58.5%	17.0%	0.0%	9.4%
事業所内外での事例に基づく検討（所内の事例検討会、地域ケア会議など）						
	件数	37	102	13	0	7
	比率	23.3%	64.2%	8.2%	0.0%	4.4%

(3) 意思決定支援チームとの関わり

① 意思決定支援チームとして関わりうる人との留意点の確認状況(持参事例に関して)

研修当日に持参いただいた事例について、意思決定支援チームとして関わりうる人に「留意点を確認した」が39.6%であった。

意思決定支援チームとして関わりうる人の属性としては、家族や医療関係者、福祉関係者、近隣者等含むその他関係者が挙げられていた。

図表17. 意思決定支援チームとして関わりうる人との留意点の確認（持参事例）（n=159）

N		意思決定チームとして関わりうる人を特定できていない	留意点を確認した	留意点を確認していない	わからない/覚えていない	無回答
159	件数	29	63	35	8	24
	比率	18.2%	39.6%	22.0%	5.0%	15.1%

《主要な自由記述回答》

意思決定支援チームとして関わりうる人の属性（組織名含む）について

- 意思決定支援チームとして関わりうる人に『留意点を確認した』と回答された方
 - ◇ 家族
 - 配偶者、本人や配偶者の兄弟姉妹、子ども、子どもの配偶者、孫、その他の親族
 - ◇ 医療関係者
 - 主治医、看護師、薬剤師
 - ◇ 福祉等関係者
 - 介護士、介護ヘルパー、介護支援専門員、サービス事業所相談員、デイサービス職員、生活保護ワーカー、高齢ケースワーカー、地域包括支援センター、通所介護スタッフ、社会福祉課職員、民生委員、認知症初期集中支援チーム、訪問マッサージ師、管理栄養士、機能訓練指導員、社協（日常生活自立支援、安心サポート）
 - ◇ 上記以外の地域関係者
 - 近隣者、ガソリンスタンド職員、スーパーレジ担当者、本人が出入りする店の店主やスタッフ、大家

② 意思決定支援チームとして関わりうる人との留意点の確認状況（普段の業務に関して）

普段の実践（認知症を有する方のケア）において、意思決定支援チームとして関わりうる人に留意点を確認している頻度として、「ほぼ毎回行っている」が25.2%、「半数程度は行っている」が21.4%、「一部は行っている」が23.9%で、全体の70.5%であった。

意思決定支援チームとして関わりうる人に留意点を確認していない理由について、自由記述のなかでは、「意思決定支援チームはどのようなメンバーなのか意識したことがない。」、「意思決定支援チームというが、誰をリーダー的存在にするのかわからない。」、「介護支援専門員の役割が不明であるとともに、意見を取りまとめていくことに課題がある。」といった理由が挙げられていた。

図表18. 意思決定支援チームとして関わりうる人との留意点の確認（普段）（n=159）

N		ほぼ毎回行っている	半数程度は行っている	一部は行っている	行ったことはない	無回答
159	件数	40	34	38	24	23
	比率	25.2%	21.4%	23.9%	15.1%	14.5%

- 普段の実践（認知症を有する方のケア）において、意思決定支援チームとして関わりうる人に留意点を『ほぼ毎回行っている』、『半数程度は行っている』、『一部は行っている』と回答された方

- ◇ 症状が人それぞれであり、行動なども違う。介護支援専門員より、サービス事業所の方がわかっている面もあり、情報を共有し様々な事故等からも守れるように努めている。
- ◇ 認知症に対する理解も温度差が激しく、今後の見通しや予測される危険性等についてあいまいな理解をそのままにしておくと後々、大きな問題となる。
- ◇ 自分は介護分野の専門職なので、多職種に確認しないと不足する視点があると考えている。
- ◇ 独居の方は、特に民生委員や地域住民、月1回のボランティア支援職員からの情報収集をするようにしている。

- 普段の実践（認知症を有する方のケア）において、意思決定支援チームとして関わりうる人に留意点を『行ったことはない』と回答された方
 - ◇ 意志決定支援チームはどのようなメンバーなのか意識したことがない。
 - ◇ 意思決定支援チームというが、誰をリーダー的存在にするのかわからない。
 - ◇ ケアマネジャーの役割が不明であるとともに、意見を取りまとめていくことに課題がある。

③ 今後の実践における意思決定支援チームとして関わりうる人とのケアにおける留意点の確認の促進

今後の実践（認知症を有する方のケア）において、項目一覧（案）の活用により、意思決定支援チームとして関わりうる人とのケアにおける留意点の確認の促進について「かなり促進されると思う」が14.5%、「やや促進されると思う」が50.3%、で、全体の64.8%であった。

図表19. 意思決定支援チームとして関わりうる人とのケアにおける留意点の確認の促進 (n=159)

N		かなり促進される と思う	やや促進されると思う	あまり促進されない と思う	全く促進されない と思う	無回答
159	件数	23	80	25	1	30
	比率	14.5%	50.3%	15.7%	0.6%	18.9%

- 今後の実践（認知症を有する方のケア）において、項目一覧（案）の活用により、意思決定支援チームとして関わりうる人とのケアにおける留意点の確認が『かなり促進されると思う』または『やや促進されると思う』と回答された方
 - ◇ 職種間において、支援にあたっての視点にばらつきがあるのでそれが改善されることが期待される。
 - ◇ 項目別にわかれているため確認する部分では、わかりやすいと思う。また、具体的に書いてあるため応用しやすい。
 - ◇ 本人を中心とした認知症ケアのあり方、基本的な考えに立ち戻ることができるのではないかなと思う。
 - ◇ ケアマネが意識することで今よりは確実に進むと思う。
 - ◇ ケアプラン作成時に単なる意向確認ではなく、意思決定として本人家族がどこまでの能力があり、それに沿った支援をチームで関わることで進めていくことができる。

- 今後の実践（認知症を有する方のケア）において、項目一覧（案）の活用により、意思決定支援チームとして関わりうる人とのケアにおける留意点の確認が『あまり促進されないと思う』または『全く促進されないと思う』と回答された方
 - ◇ 介護支援専門員が中心となって連携を取るようになるが、身近な方へのアプローチにとどまると思う。知識や実践が足りていないので自信がない。
 - ◇ 専門職はまだバラバラなツールで動いているため、よほど強く意識しないと一覧表の活用には至らないだろう。
 - ◇ どのレベルにおける意思決定なのかによるため、段階的に具体的に評価する項目が必要かと思う。

(4) 評価のまとめ

今回の検証により、介護支援専門員からみて概ね検討案が使いやすく、わかりやすいものであることが示された。併せて、実務において想定される各活用場面において有用性も確認できた。実証検証会の意見交換でも、「自分が見落としがちな項目に気づけるのが良い」「体系的にまとまっていて、理解が促進される」という意見があった。一方で「項目数が多くて全部は覚えられない」「一覧を持ち歩くのは大変だ」という意見もあった。

また、認知症の方のケアにおいては、意思決定支援チームとの連携が重要であるが、検証の結果より「意思決定支援チームを特定できており留意点を確認した」割合は39.6%、「意思決定支援チームを特定できていない/特定できていても留意点を確認していない」割合は40.2%と、意思決定支援チームとの連携が必ずしもうまく進んでいないことが示唆された。実証検証会での意見交換では、「意思決定支援チームとは各利用者においては具体的に誰を指すのかわからない」「留意点の確認とはどんなことを聞けば良いのかわからない」という意見もあった。

今後の普及に向けては、実践での活用を見据えた使いやすいツール（項目数の多さや細かさなどをわかりやすい形で提示）の開発や、個別の実践における関係者との連携方法についての手引き等の作成も検討する必要がある⁶。

⁶ 意思決定支援チームに関しては、平成30年6月「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」でも必要性が言及されている。

3. 検討案の検証結果

① 適切なケアマネジメント手法の効果が期待できる項目

検証結果より、「情報収集の実施」の割合が比較的少ない項目、「支援の見直しの必要性」の割合が比較的大きい項目がいくつかみられた。「支援の見直しの必要性」は、

①ケアプラン作成時にはみるべき項目として認識しておらず、項目案の提示により新たに視点を得た

②検証でケアプランを改めて見直すことで、当該項目における支援の必要性を再認識した

という二つのケースが推測される。特に、「情報収集の実施」の割合が比較的少なく、「支援の見直しの必要性」の割合が比較的大きい項目は、ケアプラン作成時点からみるべき項目として認識していなかった可能性が高い。

「アウトカム」としての効果を生むためには、介護支援専門員が実際にケアプランの修正を行うことが必要である。そのためには、「支援の見直しの必要性」を認識することが前提となるだろう。その意味において、支援の見直しの必要性の気づきを介護支援専門員に与えることは、検討案の活用による効果といえる。

情報収集の実施が少ない傾向の項目

以下の項目については、情報収集の実施が少ない傾向にある。⁷

- 10. 意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える
- 13. 意思決定支援チームによる支援体制を整える
- 15. かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職との連携
- 32. 必要な水分量及び日常的に摂取する水分量の把握
- 33. 水分を摂取することの支援
- 41. 新たな役割・機能を獲得することの支援
- 46. 背景要因に対する対応策の実施の支援
- 47. 背景要因に対する家族の理解を深めることの支援
- 50. 本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援

支援の見直しの必要性が大きい傾向の項目

以下の項目については、支援の見直しの必要性が大きい傾向があった。⁸

- 9. 意思決定支援の重要性への本人及び家族の理解をうながす支援体制を整える
- 10. 意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える
- 15. かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等との連携
- 41. 新たな役割・機能を獲得することの支援
- 47. 背景要因に対する家族の理解を深めることの支援
- 50. 本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援
- 51. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

⁷ ケアプラン作成時に情報収集を行ったと回答した割合が75%以下の項目を「情報収集の実施が少ない傾向」とした。

⁸ 「適切なケアマネジメント手法」を踏まえて、改めてケアプランを見返したときに、ケアプランに記載した支援の内容を見直す必要があると回答した割合が45%以上の項目を、「支援の見直しの必要性が大きい傾向」とした。

情報収集の実施が少なく、かつ、支援の見直しの必要性が大きい傾向の項目

以下の項目については、情報収集の実施が少なく、かつ、支援の見直しの必要性が大きい傾向があった。

- 10. 意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える
- 15. かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等との連携
- 41. 新たな役割・機能を獲得することの支援
- 47. 背景要因に対する家族の理解を深めることの支援
- 50. 本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援

② 意思決定支援チームへのケアの留意点の確認の効果

実証の結果を、

「意思決定支援チームへ留意点を確認した群 (n=63)」と「意思決定支援チームを特定できていない/留意点を確認していない群 (n=64)」に分けて分析した。「支援の見直しの必要性」について比較すると、「意思決定支援チームを特定できていない/留意点を確認していない群」よりも、「意思決定支援チームへ留意点を確認した群」の方が、「支援の見直しの必要性」が大きい傾向の項目の数が少ない。

このことから、「認知症」の方のケアにおいて、意思決定支援チームが果たす役割は大きいといえる。意思決定支援チームも巻き込んで本人を支援できる体制を構築することは、「認知症」の方のケアにおいて必要であり、そういった役割を担うのがケアマネジメントの“マネジメント”機能であるともいえる。

「意思決定支援チームへ留意点を確認した群 (n=63)」の支援の見直しの必要性が大きい傾向の項目

以下の項目について、支援の見直しの必要性が大きい傾向があった。

- 9. 意思決定支援の重要性への本人及び家族の理解をうながす支援体制を整える
- 15. かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等との連携
- 47. 背景要因に対する家族の理解を深めることの支援
- 50. 本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援

「意思決定支援チームを特定できていない/留意点を確認していない群 (n=64)」の支援の見直しの必要性が大きい傾向の項目

以下の項目について、支援の見直しの必要性が大きい傾向があった。

- 9. 意思決定支援の重要性への本人及び家族の理解をうながす支援体制を整える
- 10. 意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える
- 13. 意思決定支援チームによる支援体制を整える
- 15. かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等との連携
- 41. 新たな役割・機能を獲得することの支援
- 45. 本人の不安やストレスの把握
- 46. 背景要因に対する対応策の実施の支援
- 47. 背景要因に対する家族の理解を深めることの支援
- 50. 本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援
- 51. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

③ 認知症のケアマネジメントにおける特徴の示唆

平成30年度の「認知症」検討案の作成は、「認知症のケアマネジメントは、その人本人に対する直接的なケア（特に専門職によって提供される医療・介護サービス）だけでは不足であり、むしろ、その人の生活に関わる家族をはじめとする人間関係や活動の環境を捉え、そうした周囲に対する支援、周囲の人の本人への関わり方を変えていくことに着目すべき」の観点のもと検討を進めた。

実証検証会における現場からの意見からも、認知症においては「ケアプランに位置づかない支援」が特に重要であるという指摘が多く寄せられた。今回の実証結果からもその点が明らかになったといえる。

「支援の必要性」を認めているが、「ケアプランに位置づけていない」割合が大きい項目

以下の項目について、ケアプラン作成時に「支援の必要性がある」ことを認めているものの、「ケアプランに位置づける」ことは行っていない割合が大きい傾向の項目である。⁹

- 5. 疾患に対する家族・支援者の理解を深めることの支援
- 7. 本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握
- 9. 意思決定支援の重要性への本人及び家族の理解をうながす支援体制を整える
- 10. 意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える
- 47. 背景要因に対する家族の理解を深めることの支援
- 48. 家族に対し相談支援が提供される体制を整える
- 50. 本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援
- 51. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

⁹ ケアプラン作成時に「支援の必要性がある」と回答した割合から、「ケアプランに位置づけていない」と回答した割合の差分が25%以上の項目について、『支援の必要性』を認めているが、『ケアプランに位置づけていない』割合が大きい」とした。

4. 検討案の見直しと今後の取り組みに向けた視点

検証結果及び多職種へのヒアリングを通じて得られた意見を踏まえて、認知症検討案の見直しと今後の取り組みに向けた視点は以下のとおりである。

- 「認知症がある方のケアマネジメント」の特徴の理解の促進

「認知症」のケアにおいては、ケアプランに位置づけられない（具体的なサービスとしては記載されない）が重要な支援内容が複数あることが明らかとなった。過去に検討した疾患群と比較すると、これは認知症のケアの特徴であるといえる。

こういった「ケアプランに位置づけられない支援内容」は、単に提供されるサービスを記載したケアプランを作成する場合には必要ないかもしれない。一方で、本人のQOL向上や自立支援を目指し、各自の個別性を考慮したケアマネジメントにおいては、ケアプランへの位置づけに関わらず、必要な支援内容を提供する視点を持つことが求められる。

「認知症がある方のケア」において、特に気をつけるべきことや持つべき視点を、正しく現場の介護支援専門員に伝えていくことが、今後求められていく。

- 認知症の方が増えることを前提とした地域づくり、チーム作りの具体化

実証の結果からも、認知症の方のケアにおいては、意思決定支援チームを作っていくこと、意思決定支援チームと連携していくことが重要である。一方で、現場の目線では、誰とどのようにチームを構成していくのかについて、具体的な手法がわからないという課題もある。適切なケアマネジメント手法の今後の普及を見込むならば、現場でどのように実践していくのかについての方法論の検討も求められる。

厚生労働省からは意思決定支援のガイドライン、老年医学会からはACPのガイドラインが出されている。社会的な課題感も高まっている。また、今後認知症の高齢者が増加していくことを見据えると、適切なケアマネジメント手法をベースにどのように地域で高齢者を支えていくのかという広い視点での具体施策の検討も必要となる。

- 基本ケアと疾患群の項目整理

認知症の検討案、誤嚥性肺炎の予防の検討案の作成では、基本ケアと重複する内容も検討されている。基本ケアが重要であることを大前提とし、基本ケアをベースとしたうえで、疾患群ごとの特徴を踏まえ、各疾患群において特に実施すべき事項や気をつけるべき事項を取りまとめる再整理が必要である。

第3章 新たな疾患群（誤嚥性肺炎の予防）の検討案の作成

第1節 対象疾患の選定

1. 選定方針

(1) これまでに検討した対象疾患と選定理由

本調査研究事業でこれまでに検討した対象疾患と選定理由は以下のとおりである。

第一に、本年度に認知症を選定したものと同じく、要介護認定の原因疾患として上位にある疾患であること、第二に、既に医療と介護の地域連携がある程度実践されている疾患であること、である。

地域連携については具体的には地域連携クリティカルパスの活用状況に着目し、これと連携する形での取り組みを起点とすることを狙った。各都道府県の疾患別の地域連携クリティカルパスの普及状況は次図表のとおり。

図表20. 都道府県における疾患別の地域連携クリティカルパスの普及状況

NO.	都道府県	疾患						
		がん	脳血管疾患 (脳卒中)	急性心筋梗塞 (心不全)	糖尿病	大腿骨骨折	精神疾患 (認知症)	慢性腎臓病 (腎不全)
1	北海道	○	○	○	○	○	○	-
2	青森県	○	○	○	○	○	○	-
3	岩手県	○	○	○	予定	○	○	-
4	宮城県	○	○	-	予定	○	-	予定
5	秋田県	○	○	-	-	-	予定	-
6	山形県	○	○	○	-	○	予定	-
7	福島県	○	○	-	-	○	-	-
8	茨城県	○	○	-	○	○	○	○
9	栃木県	○	○	○	○	-	検討	-
10	群馬県	○	○	○	○	○	○	-
11	埼玉県	○	○	-	-	○	-	-
12	千葉県	○	○	○	○	-	○	-
13	東京都	○	○	-	○	-	検討	-
14	神奈川県	○	○	-	-	-	-	-
15	新潟県	○	○	-	○	-	○	-
16	富山県	○	○	○	○	○	○	-
17	石川県	○	○	○	○	-	検討	-
18	福井県	○	○	○	○	○	-	-
19	山梨県	○	○	○	○	○	-	検討
20	長野県	○	○	○	○	-	○	-
21	岐阜県	○	○	○	○	○	○	-
22	静岡県	○	○	○	○	○	予定	○
23	愛知県	○	○	○	○	○	-	-
24	三重県	○	○	○	○	○	○	-
25	滋賀県	○	○	○	○	○	予定	○
26	京都府	○	○	○	-	○	-	-
27	大阪府	○	○	○	○	○	○	○
28	兵庫県	○	○	○	○	○	○	-
29	奈良県	○	○	○	○	-	-	-
30	和歌山県	○	○	○	○	○	○	-
31	鳥取県	○	○	○	○	○	○	-
32	島根県	○	○	-	○	○	-	-
33	岡山県	○	○	○	○	○	○	○
34	広島県	○	○	○	○	○	○	○
35	山口県	○	○	○	○	○	-	-
36	徳島県	○	○	○	○	○	○	-
37	香川県	○	○	○	○	○	予定	-
38	愛媛県	○	○	○	-	○	○	-
39	高知県	○	○	検討	予定	○	○	-
40	福岡県	○	○	○	-	○	予定	○
41	佐賀県	○	○	○	○	○	-	-
42	長崎県	○	○	○	○	○	予定	○
43	熊本県	○	○	-	○	○	○	-
44	大分県	○	○	-	-	○	○	○
45	宮崎県	○	○	○	○	○	○	-
46	鹿児島県	○	○	○	○	○	○	-
47	沖縄県	○	○	○	○	○	-	○

(出所) 各都道府県レベルの医療計画（最新版）

※注 各都道府県の医療計画に記載があるかどうかをまとめたものであり、県内一部圏域で展開されているものは反映できていない可能性がある点に留意が必要。

こうした状況を踏まえ、平成 28 年度の調査研究では地域連携クリティカルパスがある程度普及している疾患のうち、以下の理由から「脳血管疾患」と「大腿骨頸部骨折」の 2 疾患を対象とし、検討を行った。

図表21. 「脳血管疾患」と「大腿骨頸部骨折」の選定理由

対象疾患	選定理由
脳血管疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護認定の原因疾患の最上位 ・ 医療から介護につながりにくいとの課題意識 ・ 地域連携クリティカルパスが普及している ・ 再発予防が重要である
大腿骨頸部骨折	<ul style="list-style-type: none"> ・ 適切な支援を提供することによって改善の可能性が高い ・ 医療から介護につながりにくいとの課題意識 ・ リハビリテーションの重要性や生活機能の視点から、介護支援専門員が理解しておく必要がある

平成 29 年度は、地域連携クリティカルパスがある程度普及している疾患のうち、以下の理由から「心疾患」を対象とし、検討を行った。

図表22. 「心疾患」の選定理由

対象疾患	選定理由
心疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携クリティカルパスが普及している ・ 医療と介護の連携の重要性が高い ・ 要介護認定の原因疾患の上位ではないが、発症率が高く、患者数が多い

平成 30 年度は、要介護認定の原因疾患として多い疾患のうち、以下の理由から「認知症」を対象とし、検討を行った。

図表23. 「認知症」の選定理由

対象疾患	選定理由
認知症 (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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象となる高齢者の数が多い ・ 居宅での生活をできる限り継続できるよう重症化の防止に向け生活の領域における関わりの重要性が大きい ・ これからの進行度に応じて、その状況を医師をはじめ関係者間で共有し、本人への関わり方も変えていく必要がある、その準備と支援においてマネジメントの重要性が大きい ・

(2) 今回設定した対象の範囲・定義

本年度の検討では、対象となる高齢者の数が多く、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という観点から「誤嚥性肺炎の予防」を選んで検討を行った。

誤嚥性肺炎の予防は、医療的なアプローチだけではなく、日常的な生活や健康管理、セルフケアの領域における対応が重要である。入院時の管理された環境とは異なり、在宅での生活においてはすべてのリスクを取り除くことはできない。そのため、その人の普段の様子や生活の状況を把握し、普段の元気なときと比べて何か変化が見受けられた場合には、迅速に医療につないでいく必要がある。

本人の様子や状況の変化に、介護支援専門員をはじめとした周囲の人が気づき、適切なタイミングで医療につないでいくことができる体制の構築は、まさにケアマネジメントが果たすべき役割である。

第2節 検討案の作成

1. 検討の進め方

既存の医療及び介護の各領域における、認知症の療養、ケア及びケアマネジメントに関するガイドラインや文献を収集・整理したうえで、ケアマネジメントの実践者で構成されるワーキング・グループでの検討、検討委員会やワーキング・グループアドバイザーの意見・助言を踏まえて、検討案を作成した。

2. 検討結果

(1) 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントの基本的な考え方

本検討においては、誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントについて、以下を基本的な考え方とした。

① 誤嚥性肺炎の特徴

誤嚥性肺炎は、摂食嚥下機能の低下した高齢者、脳梗塞後遺症やパーキンソン病などの神経疾患や寝たきりの患者に多く発生する。口腔内の清潔が十分に保たれていなかったり、摂食嚥下機能が低下している場合、誤嚥によって口腔内の細菌が肺へと至り、肺炎が発症しやすくなる。このように誤嚥性肺炎の発症の背景には、基礎となる病態があるため、ひとたび肺炎を治癒できてもまた繰り返してしまう可能性が大きい。また、誤った口腔ケアの方法によって誤嚥性肺炎が生じることもある。例えば、横になった姿勢のまま口腔ケアを行うことによって、歯垢で汚染された唾液を誤嚥してしまい、肺炎になることもある。さらに、寝室や普段の居場所に行っている部屋の陽射しや、サービスの提供時間、同居する家族の生活時間や生活スタイルなどの影響を受けて、特定の日に、普段と違う生活リズムが生じ、それが原因となって誤嚥性肺炎につながる場合もある。

高齢者の場合、回復に時間を要することで、結果的に入院期間が長くなり、長い入院生活にともなう生活不活発も懸念される。例えば治療のために口から食事を摂ることをしばらく中止したことによる影響や、病床上に寝ている時間が長くなることに伴う重力の影響や全身の筋力低下の影響も、摂食嚥下機能の低下に関係することがある。結果として、自宅への復帰が難しくなるなど、発症前に比べて状態が悪くなってしまう場合も多いとされる。誤嚥性肺炎はひとたび発症するとその影響が非常に大きいため、誤嚥性肺炎の発症に至るリスクを小さくすることを目指した、日常的な予防の取り組みが重要になる。

誤嚥性肺炎の発症原因は、本人の心身の状況、生活環境や生活リズム、口腔ケアの方法など、多種多様である。したがって介護支援専門員には、複数の専門職の視点から情報を多面的に収集し、分析することが求められる。

② 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントにおいて留意すべきこと

重篤な誤嚥性肺炎の治療は医療の対象となるものだが、その要因は多様であるため、幅広い視点から、予防のために取り組むべきことを整理し、本人がそれを実行できるようにすることが重要である。なお、早期に普段との違いを把握するためには、気づきが重要である。例えば、歯垢で汚染された唾液や口腔内の食べ残しの不顕性誤嚥があると、これが原因となって誤嚥性肺炎を発症する場合もある。

具体的にどのようなケアや対応を実施すべきかについては、その人の状態ごとに異なることから、疾患の診断と治療のように明確に指し示すことは難しい。したがって、誤嚥性肺炎に直接的・間接的に関

連する可能性のある要因に注意して、現在の状況を把握し、他の専門職とともに予防のための取り組みを検討する必要がある。具体的には、本人の普段の健康状態や生活状態、食事の様子、摂食嚥下機能とその障害などの情報を、可能であれば一時点ではなく変化を捉えるために一定の期間において収集し、それをリスク評価に関わりうる専門職と共有し、判断してもらうことが重要になる。誤嚥リスクや誤嚥による肺炎のリスク評価に関わりうる専門職としては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士などが考えられる。

具体的な情報に基づくリスク評価を踏まえて、その人にとって必要なケアや環境の改善を実現できるようにコーディネートすることが、誤嚥性肺炎のリスクがある方あるいは過去に誤嚥性肺炎を発症したことがある方のケアマネジメントに求められる役割となる。

なお、リスク評価とその結果を踏まえた対応策は、その人の普段の健康状態や生活状態、食事の様子など具体的な状況に基づいて決まるため、その人の普段の状態の変化を捉えることも重要になる。ここで変化には大きく二つの観点がある。つまり、短期的で急な変化と長期的で緩やかな変化である。

短期的で急な変化がみられる場合は遅滞なく把握して医療につなぎ、治療を受けられるよう支援することが求められる。一方、長期的で緩やかな変化は、月の単位や年の単位で体重の減少や筋力の低下、行動範囲の縮小など、その人のフレイルの進行が疑われる場合であり、誤嚥性肺炎のリスクの高まりを捉えた、専門職との連携や再評価、必要なケア体制の再構築が求められる。つまり、アセスメント時点で状況を把握して終わり、ではなくモニタリングを通じて継続的に状況把握することが必要である。

入院や入所の環境と異なり、自宅で生活を送る要介護者の場合、専門職が常時、その人の状況を把握できるわけではないので、普段の状態の変化を捉えるまでに時間差が発生しうる。したがって、在宅サービスに携わる専門職はもちろん、同居者がいる場合はその同居者やその他その人の普段の様子を把握できる関係者を把握し、普段の样子の把握やその変化の兆候に気づきやすい体制を整えることも、ケアマネジメントに求められる役割となる。

特に、誤嚥性肺炎の予防において重要となる口腔清潔の状態や摂食嚥下の状況（咳や痰がらみの様子、むせなどトラブルのエピソード等）、普段の食事の様子（食べ方、食事時の咀嚼や飲み込みの様子等）、食事介助が行われている場合は食事介助の方法（食べさせ方）等の状況を把握し、医師・歯科医師などに共有することが求められる。

誤嚥性肺炎は予防によって発症リスクを一定程度抑えることができるものであり、かつ体制を整えておくことで発症しても重度化を防ぎその後の回復を円滑にしたりすることができる。したがって、その人にとって必要な予防上の留意点を踏まえ、日常生活におけるその人の状況を多職種と共有し、予防を重視した連携体制を構築することが重要となる。いうなれば、療養と再発予防（二次予防）以上に、発症の予防（一次予防）に着目したマネジメントが求められる。

（2）誤嚥性の肺炎の予防のための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

誤嚥性肺炎を発症した高齢者の治療後の対策では、生活を取り戻す支援と、再発の予防が重要になる。療養場所にもよるが、療養期間の長期化に伴う生活不活発の助長がみられる恐れもある。退院後に本人が望む生活を取り戻すことが目標になるが、その道程として摂食嚥下機能の回復や口腔ケア、食事からの栄養摂取のやり方などケア内容と関わる専門職の範囲が、入院前と大きく変わりうる点に留意が必要

である。また、ひとたび誤嚥性肺炎を発症したことがある高齢者は、再発のリスクが大きいことから、予防上の留意点を踏まえ、特に再発の予防に重点をおく必要がある。

入院して治療する場合、退院後の生活へと円滑につなげるためには、入院前の在宅での健康や生活の状況に関する情報を、病院へ提供することも大切である。同時に、退院後の生活の回復を円滑に行うため、入院後の早い段階、例えば診断や治療方針が定まった時点から退院に向けた調整を始めることも重要である。

なお、在宅でのケア内容、特に退院後間もない期間のケア内容は、本人の健康状態や在宅での生活状況、介護者の状況はもちろん、入院中にどのようなケアが行われていたか（あるいは、行われていなかったか）によっても変化する。したがって、退院時カンファレンスなどの機会も活用し、病棟でケアにあたった専門職からの情報提供や助言を踏まえて退院後のケア内容を検討することが重要である。

第4章 多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」の活用

第1節 多職種協働での「適切なケアマネジメント手法」の活用に向けた検討

1. 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。これは介護支援専門員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。

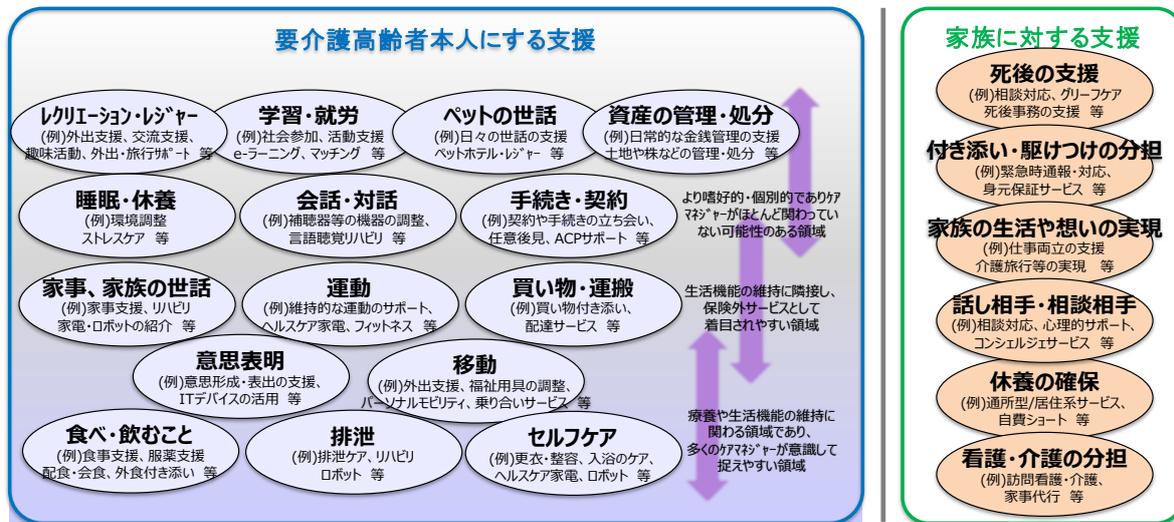
○アセスメントやモニタリング段階での効率的な情報収集

「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。介護支援専門員は、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



2. 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。

介護支援専門員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は、まずは「退院時カンファレンス」に着目するのが妥当と考えられる。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期待できる。

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・リーダー層の介護支援専門員を対象とするのが望ましい。

中堅・リーダー層の介護支援専門員に、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、その下の層の介護支援専門員に対しても波及効果が期待できる。

第2節 多職種協働推進プログラムの推進に向けて今後実施すべきこと

1. モデル地域での実証検証

本調査研究事業で開発した「多職種協働推進プログラム」について、モデル地域を選定し、実証検証を行うことでプログラムの完成度を高めていく必要がある。

特に、①多職種協働の場面で適切なケアマネジメント手法が有効に活用されたかどうか、②より効果的に活用するためにはどのような工夫が必要かといった点を明らかにしていく必要がある。

そのうえで、モデル的な実証の結果を踏まえて、全国に普及させていくための方法論の検討も必要である。

2. 多職種協働での活用場面の検討

本調査研究事業では、「多職種協働推進プログラム」の導入シーンとして、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事例を提示することが求められる。

3. 多職種協働に関する指導等への活用

多職種協働のやり方は、介護支援専門員に限らずどの職種においても、比較的これまでの経験に由来することが多い。しかしながら、「適切なケアマネジメント手法」が目指すように、介護支援専門員の経験知や環境によらない協働が行われることが、ケアマネジメントとしては望ましい。

多職種協働におけるこういった課題においても、“共通言語”としての機能を発揮する標準化項目は有効だろう。どのような場面で、誰と、何を共有することが、良いマネジメントにつながるのかについて、「適切なケアマネジメント手法」に基づいた指導が期待できる。

そのためにも、実践事例やモデル事例を通して具体的な活用方法を提示していくことが必要である。

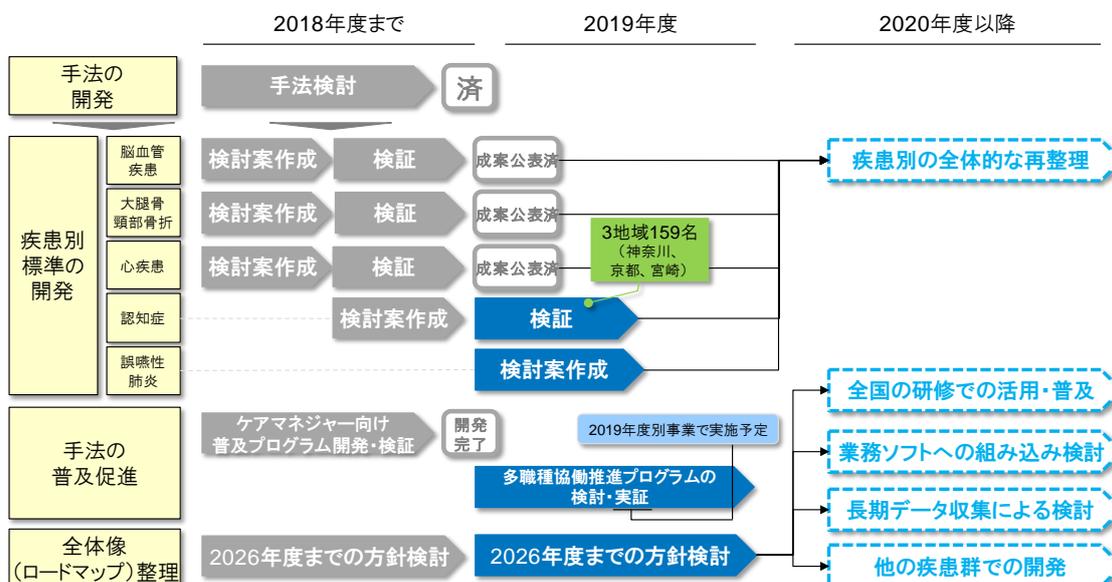
第5章 本調査研究事業のまとめ

第1節 本調査研究事業の成果

2016年度から実施してきた本調査研究事業の成果を整理すると図表のとおり。

特に本年度の成果としては、①「適切なケアマネジメント」の考え方のとりまとめ、②新たな疾患群として「誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメント」について検討案を作成、③本調査研究事業の成果を多職種協働に活用するプログラムの企画・検討、の三点を挙げるができる。

図表24. 本調査研究事業の成果のまとめ



第2節 今後実施すべきこと

検討委員会での検討を踏まえると、今後実施すべきこととして以下のような点を挙げるができる。

1. 今後の長期プラン

(1) 現場での活用に向けた取り組み

(標準化項目を活用するためのツールの整備)

現在の標準化項目は項目が体系的に整理されており、専門的見地からはこのくらいの項目数が必要ということが検証を通じて確認されたが、今後、さらに多くの介護支援専門員が活用できるよう普及していくためには、普及に向けたわかりやすいツールやその展開方法を検討する必要がある。

具体的には、支援の可能性が考えられる項目だけをわかりやすく一覧化し、ポイントを説明した簡易テキストやアセスメントの結果を入力することでチェックすべき点をハイライトする簡易なアプリケーションのようなツールが考えられる。

今後の具体的な検討にあたっては、ICT ツールや IoT 機器等の活用を前提として検討することが、研修や実務における省力化・効率化だけでなく、現場の介護支援専門員及び他の職種にとっての取り組みやすさを高める観点からも重要である。例えば研修であれば e-ラーニングや電子的な教材・ツールの活用、実務であれば情報の整理や分析をサポートする業務支援ツールの活用、情報の収集や共有であれば多職種間情報連携ツールやコミュニケーションツール（コミュニケーションアプリだけでなく WEB 会議の活用なども含む）、IoT センシング機器等の活用も考えられる。

(多職種協働の現場における手法の活用方法の検討)

これまでの多職種ヒアリング等からも、標準化項目は多職種の立場からみても有用な内容であると評価されている。特に、多職種間の“共通言語”としての活用が期待される。介護支援専門員にとっては、標準化項目を多職種間で活用することで、アセスメントやモニタリングの場面で、多職種の視点や意見を取り入れていくことが可能となる。また、多職種にとっても、必要な支援内容を共有するためには有用であると考えられる。

今年度の調査研究事業では、多職種間で標準化項目を活用することで「適切なケアマネジメント手法」の活用の意義や具体的な活用方法を理解してもらうことを目的に、「多職種協働推進プログラム」を開発した。「多職種協働推進プログラム」では、退院時カンファレンスを活用場面と想定している。

今後の検討にあたっては、多職種で手法を活用する場面を増やすとともに、どのように活用することで情報共有や連携が促進されるのかを具体的に示していくことが必要である。

(2) 手法の周知・啓発のための取り組み

(全国の研修での活用・普及)

平成 28 年度以降、対象とする疾患群の範囲を増やししながら「適切なケアマネジメント手法」の検討を重ねてきた。また、平成 30 年度には適切なケアマネジメント手法について介護支援専門員に研修・講習を行うための教材として「介護支援専門員向けの研修プログラム」の開発も行っている。今後、全国の介護支援専門員に「適切なケアマネジメント手法」を普及し、実践の場で活用してもらうことが必要となる。これまでの検討案の実証検証などの結果を踏まえると、演習中心の研修において、自ら作成したケアプラ

ンと比較して差異を確認する方法が有効であると考えられる。「適切なケアマネジメント手法」の学習においては、情報収集を行ったうえで仮説を立てていく演習を取り入れ、それができていたかを確認する内容が組み込まれることが望ましいだろう。これは、「適切なケアマネジメント手法」の企図する仮説検証の考え方とも合致する。特に、介護支援専門員が、自分の仮説やケアプランの内容を、自己チェックできるしくみは非常に大切である。単に知識を詰め込むだけでなく、自ら考え確認することを繰り返すことで身につけていく。

具体的な研修の場面としては、主任介護支援専門員の法定外研修として、標準化を理解する研修をシリーズで提供するという方法もあるだろう。法定研修では考え方を伝える。そのうえで、日常的な業務や活動の中で使える学習体系を考える必要がある。地域包括が主催する研修で取りいれたり、特定加算の要件として事業所内研修に取り入れるなどが考えられる。

適切なケアマネジメント手法の普及においては、介護支援専門員や研修実施期間に対して、ケアプランではなく「ケアマネジメント」の標準化として活用してもらうことを強調するべきである。本調査研究事業では、第1章において本調査研究事業における「適切なケアマネジメント手法」の考え方を取りまとめている。

(業務ソフト等への組み込みの検討)

前述のとおり、「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。

これまでの様々な調査研究においても、介護支援専門員の書類作成業務の負荷が大きいことは指摘されている。この原因として、保険者ごとに提出すべき帳票が異なっていること、事業所によって帳票のフォーマットがバラバラであることなどが指摘されている。

適切なケアマネジメント手法の全国での活用を見込むならば、全国統一で業務ソフト等へ組み込むことを検討する必要があるだろう。標準化項目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、標準化項目の活用を通して、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。

(3) 手法の活用によるエビデンスの蓄積

(長期データ収集による検討)

本年度の検証では、介護支援専門員にとっての理解度・納得度を中心に、本項目を活用することによるプロセスの視点での効果検証を行った。今後、アウトカムやインパクトの評価を行うため、必要な評価項目の設計や、評価に必要なデータを蓄積するしくみづくりを検討する必要がある。

具体的には、本項目を適用することによって、その事例における利用者・家族のQOL、あるいは健康状態、ADL/IADL等がどのように変化したか等を時系列で分析できるようなデータセットの整備に向けた検討が必要である。

(4) 他の疾患群での開発

(疾患群別の項目の充実)

本年度までの検討において、五つの疾患群に着目した項目案の作成、及び検証を進めてきた。このような手法によって項目一覧を作成していくことの妥当性・有効性が確認されたことから、今後、引き続き他

の疾患群等に着目した項目一覧の充実を進めていく必要がある。

これまでの検討では、要介護認定の原因疾患として多く挙げられ、また高齢者に多く罹患者が多い疾患群に着目して、疾患群別の検討を行ってきた。これはつまり介護支援専門員が現場実践において直面する可能性が大きい状態を取り上げて、その支援内容を検討する際に想定すべき支援内容を整理したということである。こうした観点に立てば、介護支援専門員が要介護高齢者のケアにおいて多く取り扱う可能性が大きい状態や状況に着目し、検討を充実させる必要がある。

具体的には、状態としては、「フレイル」に着目し、その状態の改善あるいは悪化の予防、そのために必要な支援を整理することが考えられる。これまでの検討では「基本ケア」として整理した内容と重複する部分も多くなると考えられるが、フレイルは疾患に関係なくすべての要介護高齢者のケアに共通する課題となりうることから、こうした視点での検討も有効だろう。

また、状況としては、本人だけではなく世帯に対するケアを含めた検討、具体的には制度横断的な対応が必要な事例（障害、困窮、8050問題など）の支援を取り上げる視点もある。これらの支援は、ある程度応用的な知見も求められるケアマネジメントである。しかしながら、今後の独居世帯が増加し、高齢化が進む状況を鑑みると、こういった事例に対する知見を標準化・平準化し、多くの介護支援専門員で共有できるよう体系化することは意義があるだろう。

（複数の項目一覧を活用する場合の検討）

要介護高齢者の多くは、単一の疾患のみではなく、複数の疾患を有している。したがって、項目一覧の種類が増えるに伴い、複数の項目を重ね合わせて活用する場面が増える。こうした場合に、確認すべき項目の総数が多くなることから、それら重複の整理や、あるいは項目によってはどちらの項目を優先するか判断が求められるため、複数の項目一覧を併せて活用する場合の実務的な課題や工夫についても併せて検討・検証する必要がある。

2. 2020 年度以降に実施すべきこと

前項で挙げた長期的な視点を踏まえつつ、現在のケアマネジメント実践の状況を考慮すると、2020 年度以降の当面の取り組みとして、以下に示すような取り組みが必要と考えられる。

(これまで作成した疾患群別標準化項目の再整理)

これまで適切なケアマネジメント手法として検討してきた疾患群「脳血管疾患」「大腿骨頸部骨折」「心疾患」「認知症（検討案）」「誤嚥性肺炎の予防（検討案）」について、再整理が必要である。

特に、「認知症」及び「誤嚥性肺炎の予防」の検討を通して、すべての疾患に共通となる「基本ケア」（平成 28 年度の検討でとりまとめ）と重複する内容についても議論を重ねた。平成 28 年度以降の複数の疾患群の検討経緯を踏まえ、今一度、すべての疾患群に共通となる「基本ケア」を再整理し、その「基本ケア」を前提としたうえで、各疾患群において特に留意すべき支援内容や気をつけるべき点の再整理に取り組む必要がある。

(研修等の実施方法の検討)

今後、「適切なケアマネジメント手法」を全国的に展開するのであれば、法定研修等へ組み込むことが必要となる。研修の目的、ターゲットを明確にしたうえで、実施方法についても検討する必要がある。

特に、これまでの検討も踏まえると、受講者が実際に標準化項目を活用し、自ら有用性を体感できるような研修の設計であることが望ましい。また、従来どおりの集合研修に限らず、e-ラーニングや電子的な教材・ツールの活用も見込んだ研修体系とするべきだろう。さらに、研修としての受講だけではなく、どのように現場の OJT で活用していくか、OJT の場面でどのように指導していかについても併せて検討が必要がある。

(長期データ収集に向けた方法論の検討)

これまでの項目一覧に関する検証は介護支援専門員から見た有用性の検証にとどまっており、本手法の活用による支援内容の標準化・平準化に伴う利用者への効果（ADL/IADL や QOL の維持または改善）については、エビデンスベースの研究は行われていない。本手法の妥当性や正当性を強固なものとするためには、本手法を活用した事例のデータを長期的に収集、分析する営みが必要である。今後、本手法の普及を見込むならば、長期的なデータに基づく検証は必須である。有識者委員会においても、これらの長期的なデータ収集及び分析の必要性は指摘されている。

※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に向けた
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