

「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



背景とねらい

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。

- **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**

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。

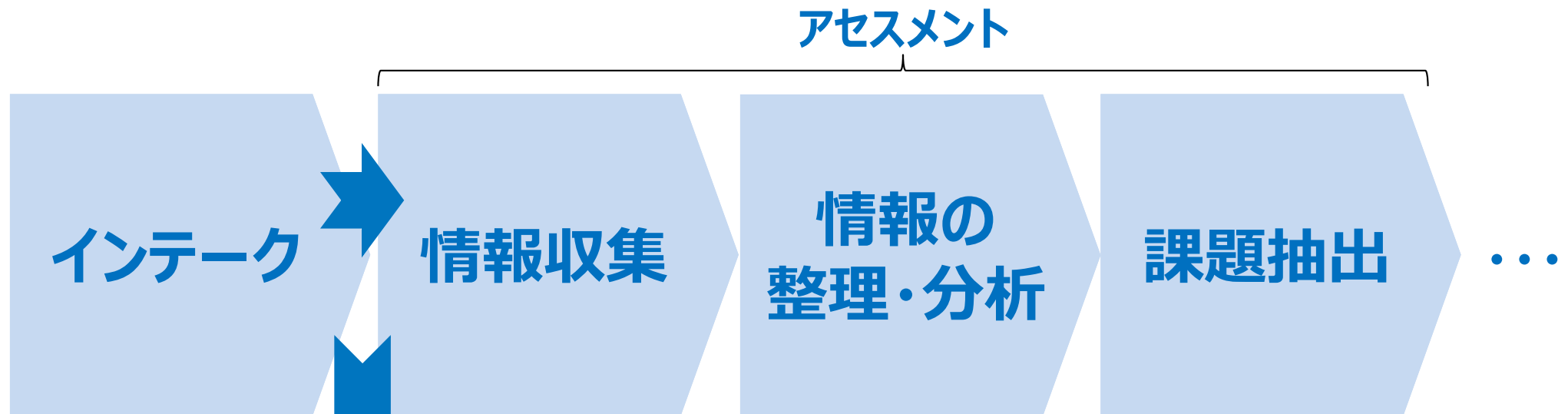
知見の平準化

ケアマネジメントの
質の向上

多職種間の
連携推進

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。



- ✓ 概要を聞くと、このような支援が必要になるかも？
- ✓ だったら、この人に、こういう情報を収集して状況を確認しよう！！

【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＝ばらつきの要因

- 「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。



ケアマネジャーによる“ばらつき”の要因
(※想定しえない支援は、必要性すら検討されにくい)

ケアプランの標準化ではない

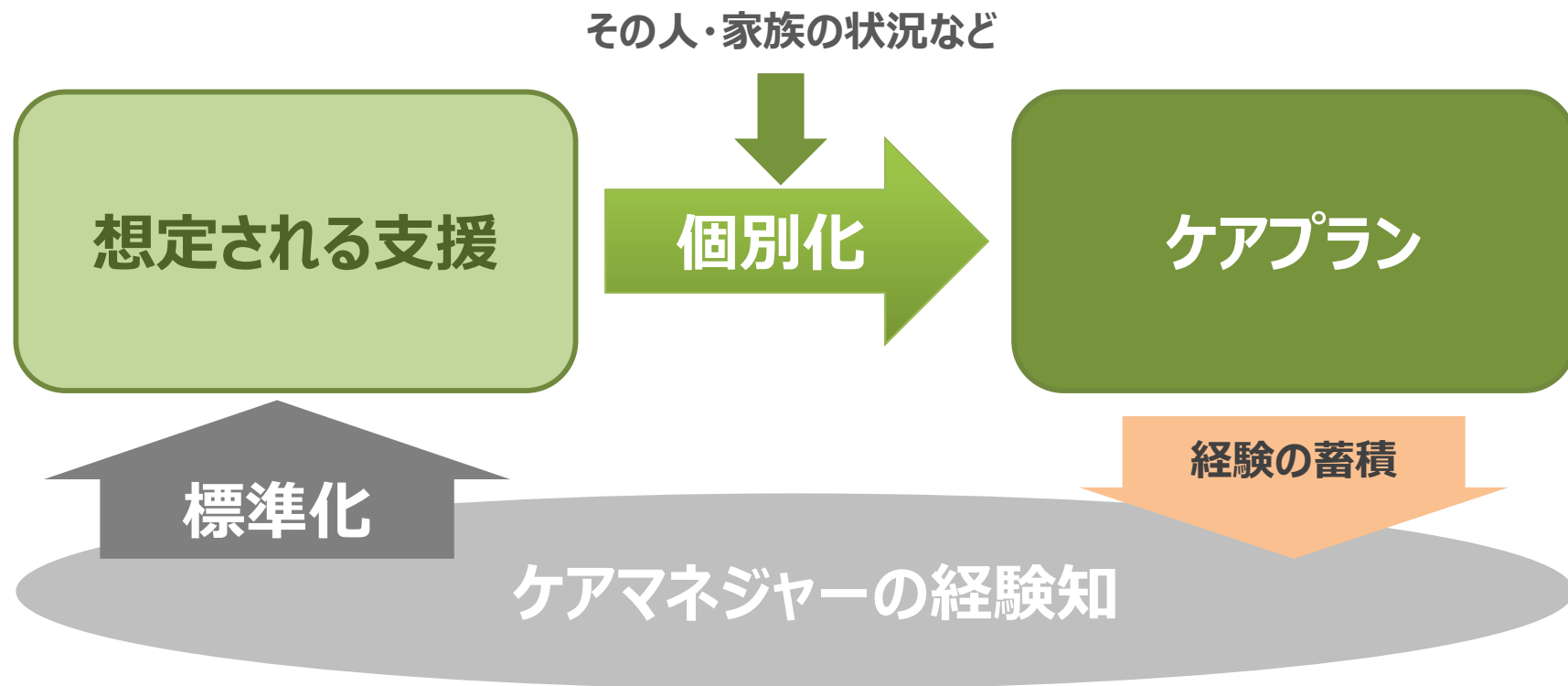
- ケアプランは一人ひとりに個別的であり、ニーズや具体的な支援内容など、極めて多様・多彩であり、かつ定性的な情報となるため、ケアプランの標準化は困難。
(少なくとも現時点では)
- ケアマネジメント標準化が目指しているのは、誰が担当ケアマネジャーとなっても、利用者から見て一定の水準のマネジメントを提供できるようになること。

× 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さえ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

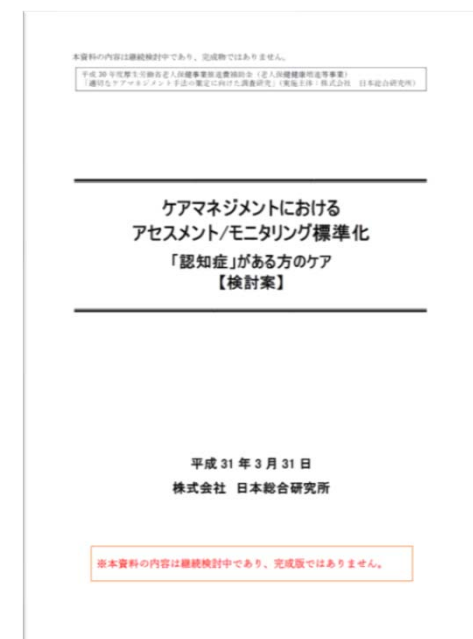
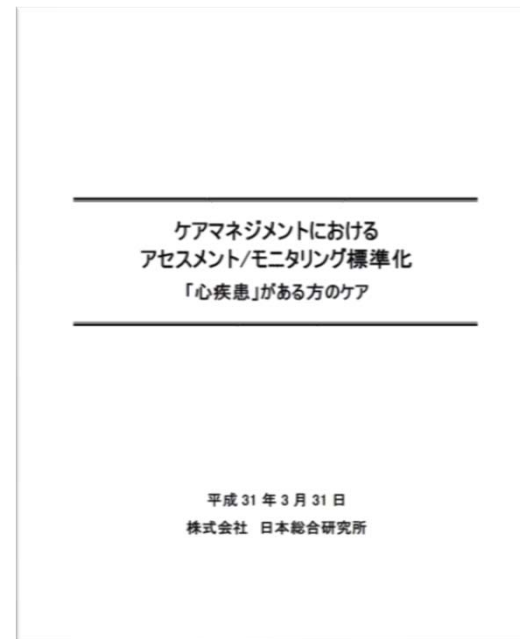
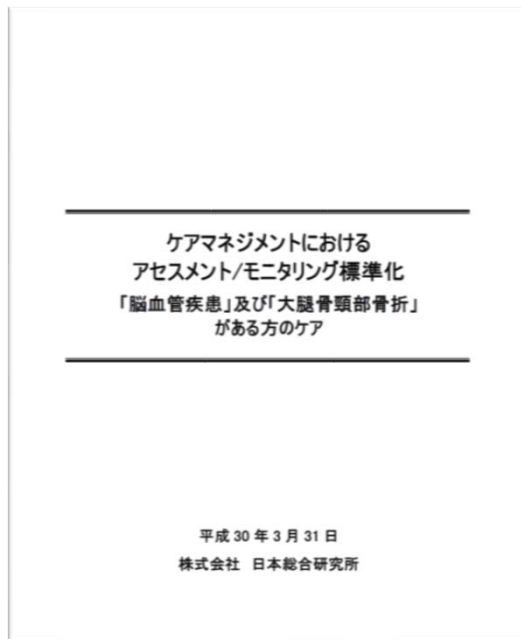
- 自立支援と介護の重度化防止を推進するため、介護記録のICT化を通じた業務の分析・標準化を進める。これにより、適切なケアマネジメント手法の普及を図るとともに、要介護度の維持・改善の効果を上げた事業所への介護報酬等の対応も含め、適切な評価の在り方について検討する。

施策	年度												指標
	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		
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。

疾患別・期別のケア
(疾患に応じて特に留意すべき詳細の内容)

基本ケア
(高齢者の機能・生理)

**基本ケアを
押さえたうえで
疾患別・期別の
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**



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

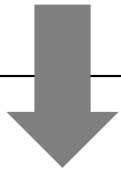


詳しくは本編をご参照ください

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。

I 期



II 期

再発予防

血圧や疾病の管理の支援
 服薬管理の支援
 生活習慣の改善

生活機能の維持・向上

心身機能の回復・維持
 心理的回復の支援
 活動と参加に関わる能力の維持・改善
 リスク管理

継続的な再発予防

血圧や疾病の**自己**管理の支援
 服薬の**自己**管理
 生活習慣の**維持**

セルフマネジメントへの移行

心身機能の**見直しとさらなる回復・維持**
 心理的回復の支援
 活動と参加に関わる能力の維持・改善
 リスク管理



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。

I 期

再骨折の予防

転倒予防

骨粗しょう症の予防

骨折前の生活機能の回復

歩行の獲得

生活機能の回復

社会参加の回復

II 期

再骨折の予防

転倒予防

骨粗しょう症の予防

セルフマネジメントへの移行

介護給付サービスの終結に向けた
理解の促進（自助・互助への移行）



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。

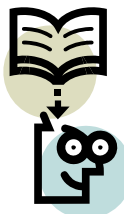


詳しくは本編をご参照ください

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って、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って、認知症高齢者生活自立度でⅡb程度までの時期）

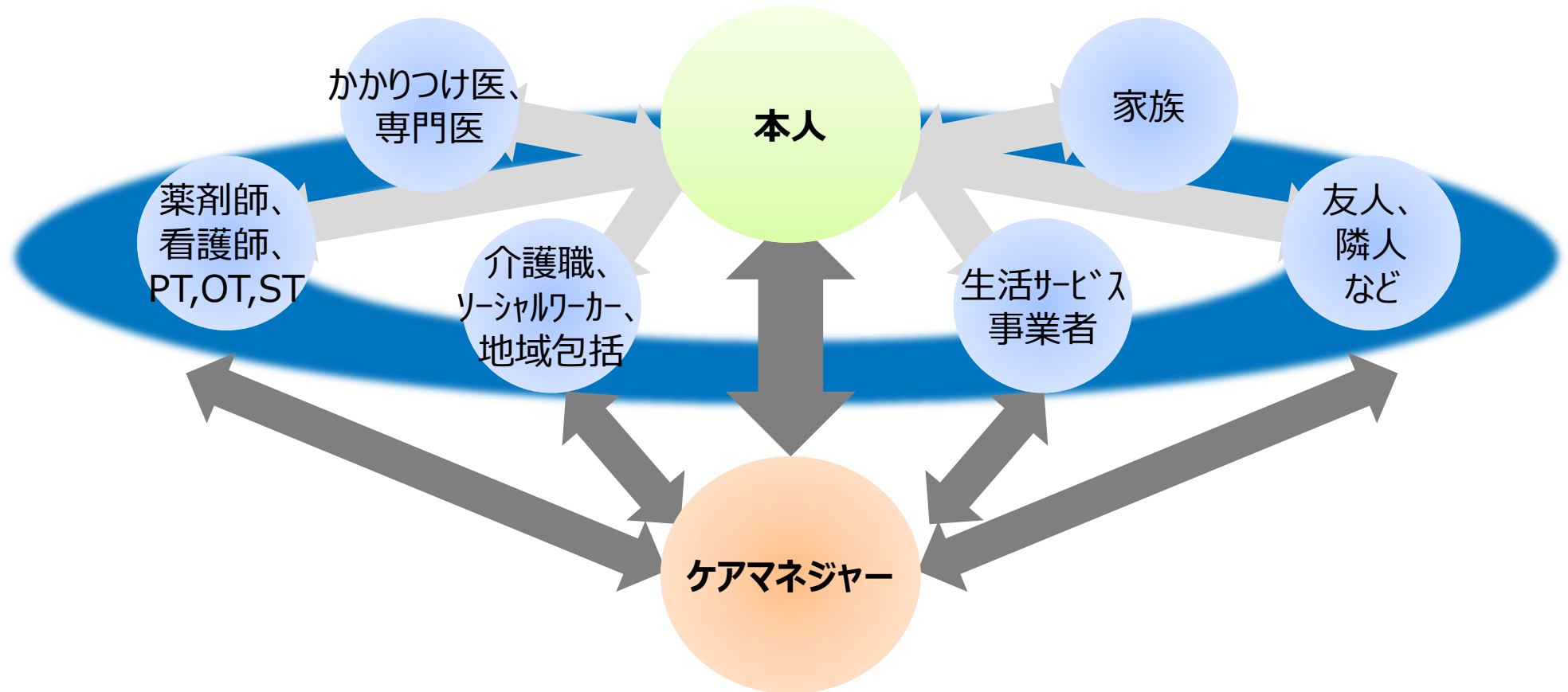
本人及び家族・支援者の認識の理解	ここまでの経緯の確認
将来の準備としての意思決定の支援	本人と家族・支援者の認識の理解 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援
必要に応じた連携体制の構築	意思決定支援体制の整備 必要に応じた連携体制の構築
基本的な生活の支援	日常生活における本人の意向の尊重 一週間の生活リズムを支えることの支援 日常的に参加する役割を整えることの支援 体調管理や服薬管理の支援
これまでの生活の尊重と重度化の予防	基本的なセルフケアを継続することの支援 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備
行動・心理症状の予防・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

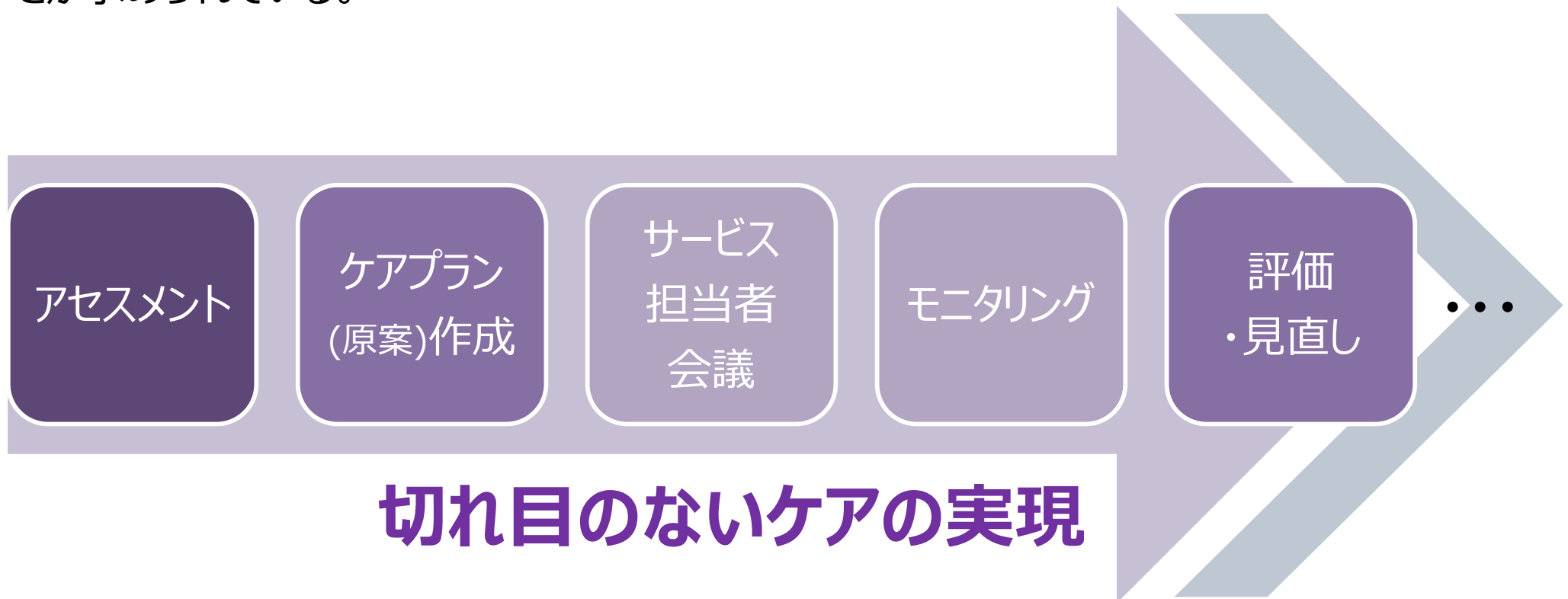
多職種連携を円滑にする体制の構築

- 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で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。



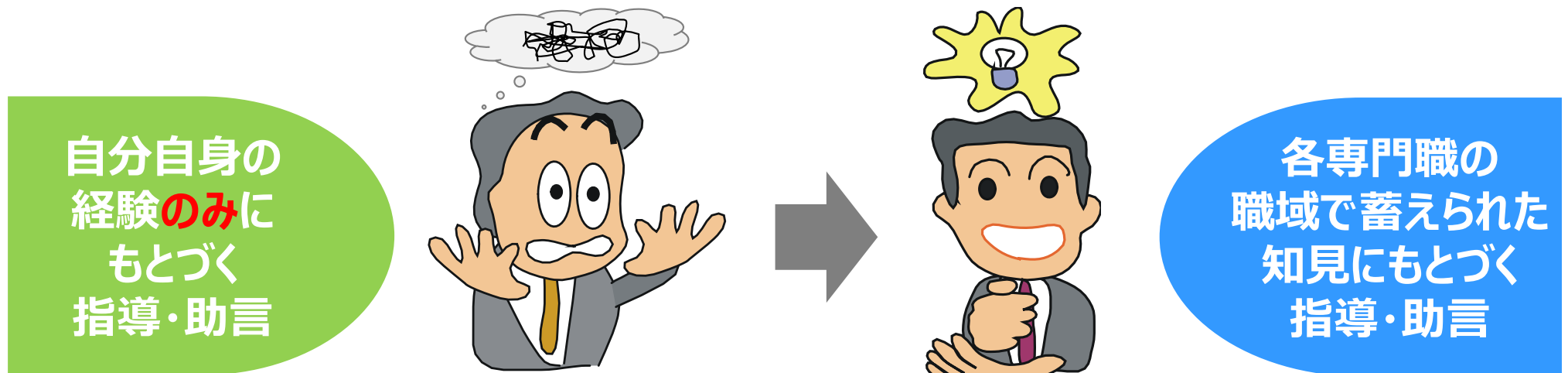
モニタリング・見直しまで一連の取り組み

- 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。
- 日常の生活だけでなく、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。



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】