

平成 30 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 報告書**

平成31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に向けた調査研究 報告書

目次

第1章 本調査研究の概要	1
第1節 本調査研究の背景及び目的.....	1
1. 背景.....	1
2. 目的.....	2
第2節 検討の範囲.....	2
第3節 検討プロセス.....	4
1. ケアマネジメント標準化項目の普及プログラムの開発.....	4
2. 平成29年度検討案（心疾患）の活用効果の検証.....	4
3. 新たな疾患群（認知症）の検討案の作成.....	4
4. 多職種意見交換.....	5
5. ワーキング・グループでの検討.....	5
6. 検討委員会での確認・検討.....	5
第2章 ケアマネジメント標準化項目の普及プログラムの開発	8
第1節 普及・活用促進の考え方の整理.....	8
1. 想定される活用シーンとターゲット.....	8
2. 想定される普及方法.....	8
3. 想定される活用促進方法.....	9
第2節 普及プログラムの開発と検証.....	10
1. 普及プログラムの開発.....	10
(1) プログラムの目的.....	10
(2) 対象者と法定研修への組み込み方.....	10
(3) 実施方法.....	10
(4) 学習内容.....	10
(5) 展開例.....	10
(6) 研修テキスト.....	12
2. 普及プログラムの検証.....	13
(1) 検証の実施概要.....	13
(2) 参加者の属性.....	13
(3) 標準化項目に関するアンケート結果.....	15
(4) 実践者・有識者の意見収集.....	19
3. 検証の総括と提言.....	24
(1) 検証結果の総括.....	24
(2) 今後の課題.....	25

第3章 平成29年度検討案（心疾患）の活用効果の検証	27
第1節 「効果」の捉え方.....	27
第2節 検証の目的と内容.....	28
1. 検証の目的.....	28
2. 検証の内容.....	28
(1) 検証の流れ.....	28
(2) 検証で用いた資料.....	29
第3節 平成29年度検討案（心疾患）の活用効果の検証.....	31
1. 検証の概要.....	31
(1) 検証の実施方法.....	31
(2) 参加者の属性.....	32
2. 介護支援専門員からの評価.....	33
(1) 介護支援専門員からみた使いやすさ・わかりやすさ.....	33
(2) 実務における有用性の認識.....	34
(3) 評価のまとめ.....	34
3. 検討案の活用効果.....	35
(1) 情報収集の状況の「見える化」.....	35
(2) 支援の見直しの必要性への気づき.....	35
(3) 各期の検証結果.....	35
4. 検討案の見直し及び今後の普及に向けた取り組み.....	38
第4章 新たな疾患群（認知症）の検討案の作成	39
第1節 対象疾患の選定.....	39
1. 選定方針.....	39
(1) これまでに検討した対象疾患と選定理由.....	39
(2) 今回設定した対象の範囲・定義.....	40
第2節 検討案の作成.....	42
1. 検討の進め方.....	42
2. 検討結果.....	42
(1) 認知症のある方のケアマネジメントの基本的な考え方.....	42
(2) 認知症のある方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.....	43
第5章 本調査研究のまとめ	44
第1節 本調査研究の成果.....	44
第2節 今後実施すべきこと.....	44
1. 今後の長期プラン.....	44
2. 2019年度以降に実施すべきこと.....	45

第1章 本調査研究の概要

第1節 本調査研究の背景及び目的

1. 背景

高齢者が要介護者等になっても尊厳を持って、できる限り住み慣れた地域での生活を継続できるように、自立に向けた適切な介護サービス、保健医療サービス、インフォーマルサービス等を総合的に提供することは非常に重要である。このために、介護支援専門員により適切なケアマネジメントがなされることが重要である。一方で、ケアマネジメントにおけるアセスメントや多職種連携が十分ではない面があるために、利用者にとって適切なケアマネジメントが行われていないことがあるといった指摘もあり、一層の質的向上が期待されている。ケアマネジメント内容は介護支援専門員が所属する事業所属性や個々の介護支援専門員の属性あるいは経験、考え方によって相違がある部分もあり、その相違点はケアプランの中身のみではなく、マネジメントプロセスや利用者との関与の度合い、時間の使い方等、様々な部分に生じているものと考えられる。

近年、介護支援専門員の従事者数は増加傾向にあり、平成27年10月時点で約10万人となっており、平成18年時点と比較しておよそ2万人の増加である。介護保険の利用者の増加に伴い、介護支援専門員数も大きく増加しており、中長期的にケアマネジメントの質的担保を図るためにも、適切なケアマネジメント手法を確立することの必要性は大きい。

適切なマネジメント及びマネジメントの質的向上を考えるうえでは、利用者が誰であっても同様の対応を行うべきであり標準化を進めるべき部分と、利用者の個別事情を考慮して検討を行うべき部分に大別して考えていくことが重要と考えられる。ケアについて考えると、個別性が重要であることは確かであるが、最低限実施すべきと考えられる事項については、標準的に実施されるべきである。例えば、アセスメント内容に不備がある場合、利用者にとって過剰なサービスを位置づけてしまう、あるいは必要な対応が漏れてしまう可能性が想定されるが、アセスメントの視点、方法を統一的なものにできれば、これらを削減できる可能性は高まる。

なお、ケアマネジメントは利用者のその時点での状態と想定される変化等も考慮して検討することが重要であり、置かれている環境や状況を考慮せずに一律に標準化することは有効ではない。したがって利用者の有する疾患・疾病を考慮する等、一定の前提条件を設けて検討を進めることが効果的と考える。現在、ニッポン一億総活躍プランにおいて、自立支援と介護の重度化防止の推進のために、介護記録のICT化を通じた業務の分析、標準化の推進、それによる適切なケアマネジメント手法の普及、適切な評価のあり方を検討するという長期視点での施策が示されており、それぞれで検討が進められている。適切なケアマネジメント手法の策定については、平成28年度に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収集、平成29年度に分析、適切なケアマネジメント手法の策定、平成30年度以降で手法の検証・見直し、適切なケアマネジメントの推進が掲げられている。

これらの計画に基づき、平成28年度以降でケアマネジメント手法についての調査、分析、検討が行われ、特定の疾患に対するアセスメント・モニタリングに関する標準化項目が整理されている。

平成30年度介護報酬改定においても医療と介護の連携の強化、質の高いケアマネジメントの推進等が主な改定事項に含まれており、多職種連携、人材育成がより重視されつつあると考えられる。多職種連携の強化、人材育成の推進の観点からも適切なマネジメント手法を確立することは重要である。

2. 目的

本調査研究は、自立支援に資する適切なケアマネジメントを推進し、ケアマネジメントの質の向上と多職種連携の推進を目指して実施するものである。

適切なケアマネジメント手法として、ケアマネジメントプロセスの中でもアセスメント過程に着目し、利用者の状態に合わせて可能性を想起すべき支援内容の仮説を体系的に整理し、各事例において具体的にどの程度、どのような支援が必要かを判断するためのアセスメント項目を、要介護認定の原因疾患として多い疾患群別にとりまとめた。

本調査研究はあくまでもアセスメントにおいて介護支援専門員が仮説として想定すべき共通的な支援内容を整理したものであり、ケアプランの画一化を目的とするものではない。ケアプランはあくまでも、その人・家族の生活を尊重し、その強みを生かして個別的に作成すべきである。

なお、平成 28 年度以降の検討を経て整理した適切なケアマネジメント手法について、多くの介護支援専門員向けに普及するための研修プログラムの開発も目的の一つとした。

こうした整理により、介護支援専門員に対し必要な知識を付与することで、既に実施しているケアマネジメントプロセスにおいて、かかりつけ医等多職種の助言、情報を有効に活用できる。また、効果的なアセスメントを可能にし、サービス担当者会議の機能を高め、結果として、現在の生活課題の把握及び生活の将来予測が可能となり、多職種との役割分担や協働の推進、ひいてはケアマネジメントの質の向上を図ろうとするものである。

なお、行われるべき支援として想定される支援内容の中には、基礎疾患の種類にもよるが、必然的に医療によるケアを必要とするものが多く含まれる。療養に係る判断や利用者の状態が悪化したときの対応等は、当然、まず「医療につなぐこと」が重要であることは言うまでもない。ただし、そうした連携を円滑に行うことができるようにするためにも、介護支援専門員が医療によるケアが必要な場面について基礎的な知識を持つておくことが求められる。ケアマネジメントの標準化により、介護支援専門員が医療との関わりについて理解しやすくなることを企図する。

第 2 節 検討の範囲

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。

本年度は、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。

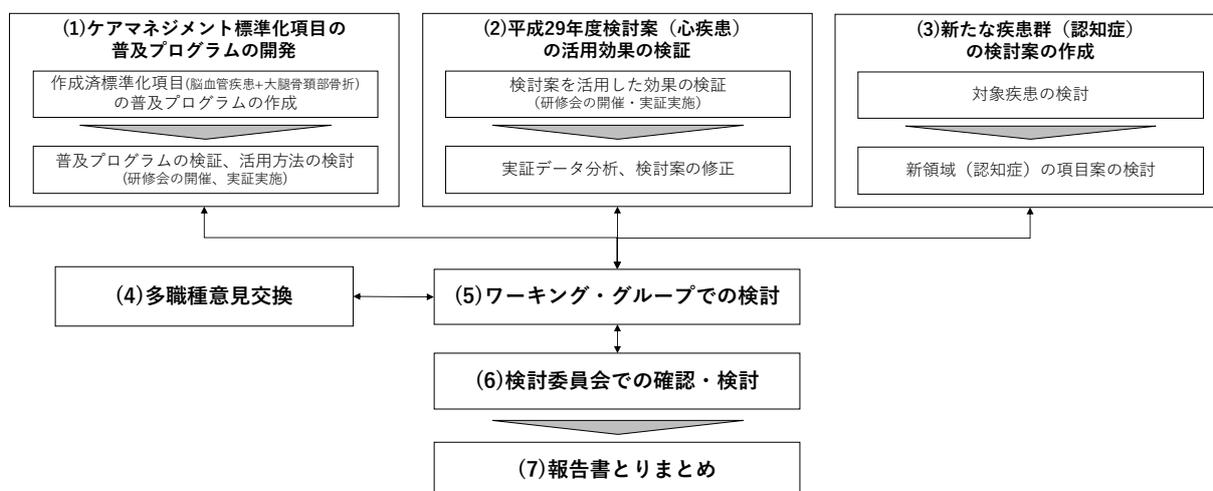
なお、平成 28 年度、平成 29 年度の調査研究事業と同様に、ケアマネジメント手法の標準化等の検討に向けては、業務量や業務内容の把握・分析・検討の重要性が認められるところであるが、本内容は別事業にて調査・分析が予定されていることから、本調査研究ではこれを参考とすることとし、独自に業務量調査等は実施しないこととした。

第3節 検討プロセス

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

また、平成 29 年度検討案の活用効果の検証に関しては、検証の場として、全国の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・分析を行った。検証データの分析結果をもとに昨年度検討案の修正を行い、新たな疾患群（認知症）の検討案と併せて、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. ケアマネジメント標準化項目の普及プログラムの開発

作成済標準化項目（「脳血管疾患」及び「大腿骨頸部骨折」）を用いて、ケアマネジメント標準化項目の普及プログラムの作成を行った。

作成した普及プログラムを用いて、全国で介護支援専門員を対象とした研修会を開催し、検証データの収集及び、プログラムの修正を行った。

2. 平成 29 年度検討案(心疾患)の活用効果の検証

平成 29 年度検討案（心疾患）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実施し、分析結果をもとに平成 29 年度検討案の修正を行った。

3. 新たな疾患群(認知症)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。

「認知症」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」を整理し、項目一覧としてまとめた。項目一覧は、本調査研究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. 多職種意見交換

適切なケアマネジメント手法を検討する際の参考となるような事例のヒアリングや先行調査の確認を行い、本調査研究の意義を確認した。特に、普及プログラムの開発にあたっては、現場の実践経験の豊かな多職種（医師、看護師、作業療法士、理学療法士、社会福祉士等）を交えた意見交換会を開催し、様々な視点からの意見をもらうことで検討の参考とした。

5. ワーキング・グループでの検討

ワーキング・グループの実施に際し、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	平成30年10月4日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 長期方針について ・ 平成29年度検討案（心疾患）及び普及プログラムの検証状況 ・ 検討案（認知症）について
第2回 準備会	平成30年11月3日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検討案（認知症）について（継続検討）
第2回	平成30年11月23日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検討案（認知症）について（継続検討）
第3回	平成31年3月2日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検討案（認知症）について ・ 平成29年度検討案（心疾患）の修正案について ・ 来年度の進め方（案）について

6. 検討委員会での確認・検討

検討委員会では、普及プログラムの検証結果、平成29年度検討案（心疾患）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（認知症）を提示し、議論を行った。また、今後の長期プラン、2019年度以降に実施すべきことについて議論を行った。

検討委員会の指摘は、本年度の調査結果に可能な限り反映したが、いくつかの事項に関しては実践

者を交えた詳細な議論を要することから、今後検討すべき課題として取りまとめた。

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	平成30年12月27日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本調査研究の概要 ・ 今後に向けた全体方針の検討 ・ 普及プログラムの開発 ・ 平成29年度検討案（心疾患）の検証 ・ 新たな疾患群（認知症）の検討案の作成
第2回	平成31年3月20日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本調査研究の概要の確認と実施事項の報告 ・ 全体討議 <ul style="list-style-type: none"> （1）今後に向けた全体方針の検討 （2）検討案（認知症）についての検討

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
荒木 暁子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
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
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 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 在宅連携医療部長 兼 在宅医療・地域連携診療部長
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
大峯 伸一	宮崎県介護支援専門員協会 副会長
奥山 恵理子	株式会社浜松人間科学研究所 代表取締役
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 副会長
○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
水上 直彦	石川県介護支援専門員協会 副会長

○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
栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム D研究部長
法人名	
	医療法人博仁会
	医療法人和香会
	広島大学病院心不全センター

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
遠藤 征也	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 施設管理室長 老健局 振興課 ケアマネジメント調整官
川部 勝一	厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐
杉浦 康友	厚生労働省 老健局 振興課

第2章 ケアマネジメント標準化項目の普及プログラムの開発

第1節 普及・活用促進の考え方の整理

1. 想定される活用シーンとターゲット

適切なケアマネジメント手法は、介護支援専門員の資質向上を目的として標準化項目を整理したものであり、今後広く定着していくためには、手法の検討と並行して介護支援専門員に対する普及・活用促進のための取り組みが必須である。

平成29年度の調査研究では、想定される活用シーンを以下のとおり整理した。

図表8. 想定される活用シーン(例)

活用主体	想定される活用シーン(例)
介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none">標準化項目で想定した状態の本人を担当することとなったときに、(再)アセスメントあるいはケアプラン原案の作成の段階で、標準化項目を参考に支援内容の必要性を検討する。数カ月に一度程度、自らのケアマネジメント実践を振り返る機会に参照する。該当する事例を担当都度に、標準化項目をチェックリストのような形で活用して、情報の収集・分析、検討の視点に抜け漏れが内容にする。
指導担当者	<ul style="list-style-type: none">初任段階のものが担当する事例について、事業所での指導あるいは同行訪問等の指導の場面において、検討案をチェックリストのような形で活用し、初任段階の者のつまづきを明らかにした上で指導・支援を行う。
地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none">介護支援専門員向けの相談支援や研修、ケア会議等の場面において、介護支援専門員及び多職種の間で情報共有や検討の視点を共有するための参考として、検討案を活用する。

上述のような日々の業務やケアプラン点検、地域ケア会議等における活用をうながすには、初任段階から指導的な立場の者に至るまで、すべての介護支援専門員が適切なケアマネジメント手法を理解していることが必要となる。

一方、地域の介護支援専門員に対する普及・活用促進を進めるうえでは、当該地域の介護支援専門員の養成上の課題に応じて、初任者に重点を置く方法もあれば、中堅クラス、あるいは指導者に重点を置く方法も考えられる。

また適切なケアマネジメント手法では多職種との連携が重要であることから、介護支援専門員に対する普及・活用促進に加え、多職種への普及・啓発も併せて行うことが望まれる。

2. 想定される普及方法

適切なケアマネジメント手法の考え方や、「脳血管疾患」及び「大腿骨頸部骨折」がある方のケアに係る標準化項目はこれまでの調査研究事業を通じて公表されているが、介護支援専門員や多職種への普及はまだ着手されていない。今後検討していく手法を含め、その有用性・効果が確認できた段階で

順次、介護支援専門員の研修体系に組み込むなどして、普及を図っていくことが求められる。

すべての介護支援専門員に普及し、業務の基盤としての活用をうながす観点からは、適切なケアマネジメント手法の基本的な考え方や標準化項目の活用方法に対する理解をうながす「普及プログラム」を法定研修に組み込んで実施する方法が有効と考えられる。

そのうえで、介護支援専門員や多職種を対象に事業者や職能団体が実施する法定外研修において普及プログラムを実施する、あるいは既存の各種研修の講義・演習等において標準化項目を活用するやり方も考えられる。

本調査研究では、適切なケアマネジメント手法の普及が着手段階であることを踏まえ、より多くの介護支援専門員に対して基本的な考え方や活用方法を伝えることを重視し、法定研修に組み込む想定で普及プログラムの開発・検証を行った。

3. 想定される活用促進方法

ケアマネジメントにおける標準化項目の活用促進にあたっては、介護支援専門員が業務や研修に取り入れやすい解説書・テキストや、活用事例やその効果の提示、多数の標準化項目を確認しやすいような閲覧・記入ツールを用意することが考えられる。また介護支援専門員とともに多職種や保険者の理解もうながす観点からは、ケアプラン点検や地域ケア会議での活用の事例や手順を提示する方法が考えられる。

ケアプラン点検や地域ケア会議での活用にあたっては、各地域のケアマネジメントの課題に応じて、特定の疾患群から活用を図るといった工夫も考えられる。

本調査研究では、普及プログラムの検証に参加した介護支援専門員や、実践者・有識者の意見を収集し、効果的な活用促進方法について検討を行った。

第2節 普及プログラムの開発と検証

前述の普及・活用促進の考え方の整理を踏まえ、事務局にてプログラムの原案を作成したうえで、検討委員会及びワーキング・グループでの検討を経て、下記のとおり、普及プログラムの開発と検証を行った。

1. 普及プログラムの開発

(1) プログラムの目的

介護支援専門員が標準化項目の背景・趣旨・内容を理解し、日々の業務やケアプラン点検、地域ケア会議等での活用イメージを獲得することを目的とする。

(2) 対象者と法定研修への組み込み方

すべての介護支援専門員を対象とするが、法定研修に組み込んで実施することを踏まえ、特に以下の対象を想定する。

①実務研修受講者（あるいは実務研修修了したばかりの初任者）

実務研修受講者に対しては、実務研修（後期）「疾患別ケアマネジメント【講義・演習一体型】」に組み込んで実施することを想定する。

②更新研修（専門Ⅰ・Ⅱ）受講者（業務経験年数が概ね3～5年程度の現任者）

専門研修Ⅰ及びⅡ「状態に応じたケアマネジメント実践【講義・演習一体型】」の課目の一部に組み込んで実施することを想定する。

(3) 実施方法

Off-JT（集合研修）形式による講義＋演習一体型の座学研修（100分程度）とする。
各課目の規定の内容・時間等を阻害しないよう、100分程度で完結したパッケージとする。

(4) 学習内容

ケアマネジメントにおいて標準化項目が必要とされた背景や過去の経緯についての理解を深め、適切なケアマネジメントを達成するための標準化項目の活用方法を学習できる内容とする。

そのため現任の介護支援専門員がこれまでに取り扱った事例を用い、「何を支援の仮説として考えるか」に重点をおいたワーク形式の研修とする。演習の機会を通じて、自分の頭の中にある知見と、標準化で整理された知見を比較し、捉え、気づきを得られるようにする。

(5) 展開例

プログラムの展開例は以下のとおりとする。

図表9. 普及プログラム展開例

セクション		時間	内容(質疑応答を含む)
0. イントロ	講義 (60分)	5分	研修の目的・流れの説明
1. 適切なケアマネジメント手法開発の背景とねらい		5分	ケアマネジメント標準化の背景
		20分	ケアマネジメント標準化の考え方
		10分	ケアマネジメント標準化のねらいと意味
2. ケアマネジメント標準化の検討状況		3分	検討の経緯
		10分	ケアマネジメント標準化の主な内容
		5分	ケアマネジメント標準化を活用する際の留意点
	2分	ケアマネジメント標準化の活用シーン	
3. ケアマネジメント標準化を活用した事例検討	演習 (40分)	20分	事例概要の確認、該当する標準化の項目の読み込み、検討の視点の点検(チェックシートへの記入)
		20分	振り返りを通じて気づいた点の確認、その事例への反映方法の検討

セクション1. 適切なケアマネジメント手法開発の背景と狙い

適切なケアマネジメント手法が開発された背景、高齢化の進展と個別化の必要性を述べる。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、そのためには、できるだけ自分でできることを増やす自立支援を目標とし、誰が担当しても一定水準以上のケアマネジメントを提供できる専門職となることが望ましいことを解説する。

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はなく、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解説する。

セクション2. ケアマネジメント標準化の検討状況

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う。そのうえで、平成28年度に検討案作成、平成29年度に確定版を作成した「脳血管疾患」「大腿骨頸部骨折」の2疾患について、検討の経緯及び、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う。

「脳血管疾患」「大腿骨頸部骨折」の標準化項目の解説では、標準化項目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、活用が期待できる場面について、具体例を用いながら解説する。

セクション3. ケアマネジメント標準化を活用した事例検討

参加者が持参した「脳血管疾患」あるいは「大腿骨頸部骨折」の事例に基づいて、各自で標準化項目を読み込み、自己チェックを行う。自己チェックでは、「項目一覧評価シート」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標準化項目を見た時点で改めて見直すとどのような判断を行ったかを記録する(個人ワーク)。

また、各自の作業終了後に、標準化項目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行う。

さらに、今後継続して学習する場合に参照すべきテキストの該当箇所や法定外研修について紹介する。

(6) 研修テキスト

研修テキストとしては、講義内容や演習の実施方法を示したプレゼンテーション資料に加え、演習に用いる「活用実践シート」を用いる。

活用実践シートは、標準化項目のそれぞれの項目に関して、(1) ケアプラン作成時点での支援の検討内容の確認、(2) 標準化項目を見た後での支援の見直しの必要性の検討のために用いる。

活用実践シートは以下の内容で構成する。

(1) ケアプラン作成時点での判断

- ①情報収集の状況：ケアプラン作成時点において、情報収集を行ったかどうか
- ②支援の必要性の判断：ケアプラン作成時点において、当該項目の支援が必要だ（不要だ）と判断したかどうか
- ③支援の位置づけ：ケアプラン作成時点において、当該項目の支援をケアプランに位置づけたかどうか

(2) 標準化項目を見た後での判断

- ⑤（標準化項目を見た後）支援の必要性の判断：標準化項目を見た後で、当該項目の支援が必要だ（不要だ）と判断するかどうか
- ⑥（標準化項目を見た後）支援の見直しの必要性の判断：標準化項目を見た後で、当初のケアプランの当該項目について見直しが必要だ（不要だ）と判断するかどうか

図表10. 活用実践シート例

基本方針			実行が想定される主な支援			(1)ケアプラン作成時点での判断			(2)現在(標準項目(案)を見た後)での判断		
			①情報収集	②支援の必要性の判断	③支援の位置づけ	④現時点での支援の必要性	⑤支援内容の見直しの必要性				
長期	短期	キーワード	他の専門家、本人、家族等に依頼すべき支援内容	○：情報収集を行った ×：情報収集を行っていない ⇒全員【説明3へ】	○：支援が必要だと判断した ⇒【説明3へ】 ×：支援は不要だと判断した ⇒【説明3へ】	○：ケアプランに支援を位置付けた ⇒【説明3へ】 ×：ケアプランに支援を位置付かなかった ⇒【説明3へ】	○：支援が必要である ⇒【説明3へ】 ×：支援は不要である ⇒【回答終了】	1：支援内容は当初のままで良い 2：支援内容を見直す（追加する）必要がある 3：支援内容を見直す（縮小する）必要がある ⇒【回答終了】			
継続的な再発予防	1 血圧や疾病の自己管理の支援	基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解を促す支援体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×	○・○・×	1・2・3			
			2 定期的な受診の支援体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×	○・○・×	1・2・3			
			3 普段と異なる状態を把握できるよう体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×	○・○・×	1・2・3			
	血圧確認		4 目標血圧が確認できる体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×	○・○・×	1・2・3			
			5 家庭（日常）血圧の把握ができる体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×	○・○・×	1・2・3			
	環境の維持		6 室内気温の調整できる体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×	○・○・×	1・2・3			
			7 気温差の縮小（室内と廊下、洗濯所、トイレ）がなされるよう体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×	○・○・×	1・2・3			
			8 普段生活している居室の温度差の改善を図る	○・○・×	○・○・×	○・○・×	○・○・×	1・2・3			
	その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供		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	○・○・×	○・○・×	○・○・×	○・○・×	1・2・3			
			10 塩分摂取状況が把握できる体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×	○・○・×	1・2・3			

2. 普及プログラムの検証

(1) 検証の実施概要

検証の実施日程、開催地域、参加者数は以下の表のとおりである。

図表11. 検証の実施日程・開催地域・参加者数

日程	開催地域	参加者数
平成30年11月15日	京都府京都市	28名
平成30年12月12日	宮崎県宮崎市	54名
平成31年2月10日	広島県広島市	48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。

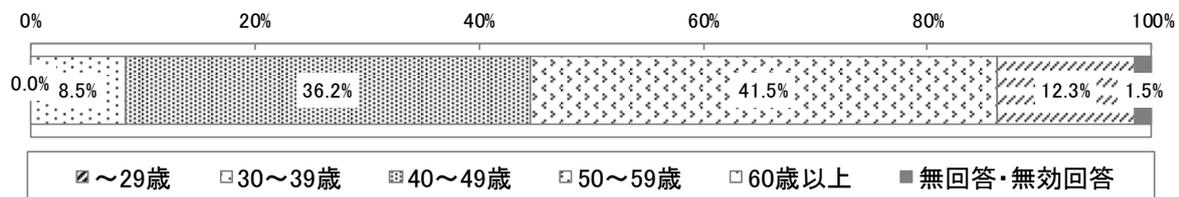
(2) 参加者の属性

検証に参加した介護支援専門員130名の属性は以下のとおりである。

① 年齢

参加者130名のうち、41.5%が50代、36.2%が40代であった。

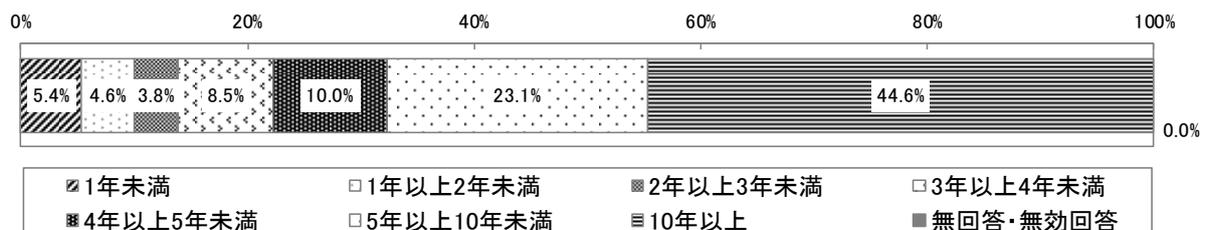
図表12. 参加者の年齢



② 介護支援専門員としての業務経験年数(累積)

参加者130名のうち、44.6%が10年以上の業務経験のある介護支援専門員であり、次いで5年以上10年未満の業務経験のある介護支援専門員が23.1%であった。比較的経験の豊かな介護支援専門員が参加したといえる。

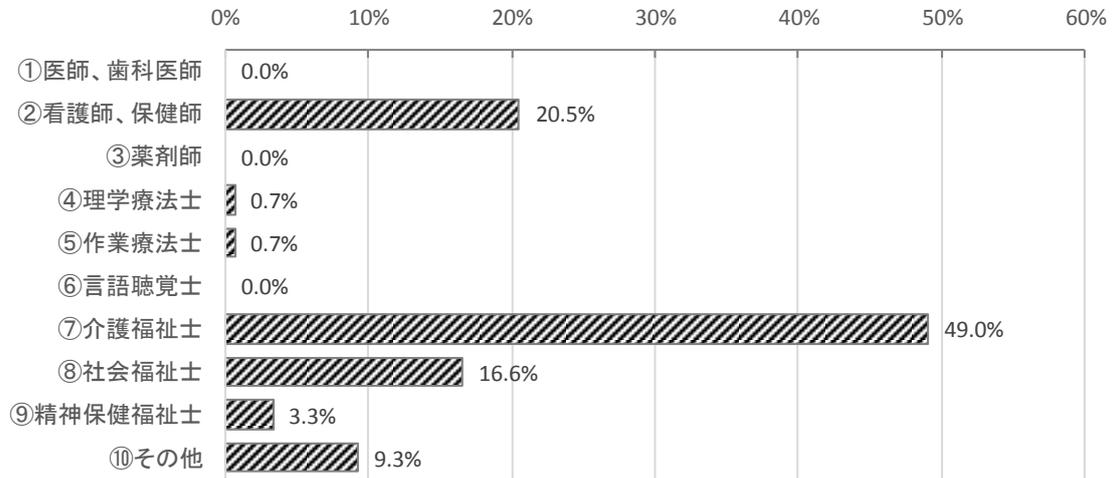
図表13. 参加者の介護支援専門員としての業務経験年数(累積)



③ 所有資格(当てはまるものすべて)

所有資格は、介護福祉士が49.0%と最も多く、次いで看護師、保健師が20.5%であった。

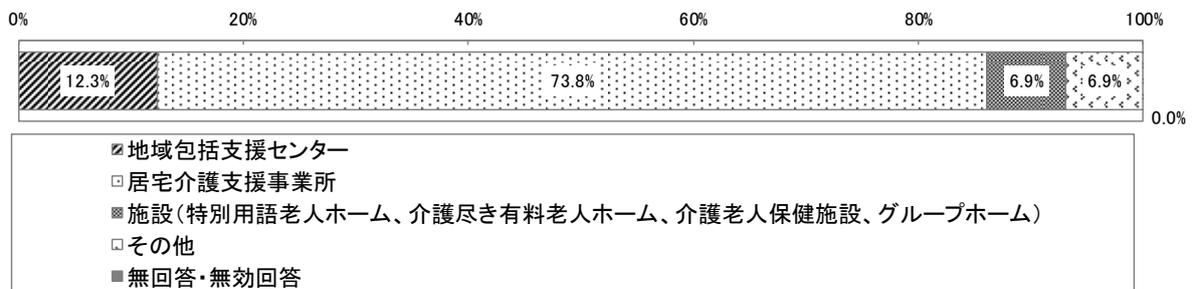
図表14. 所有資格



④ 勤務先

勤務先についてみると、居宅介護支援事業所に勤務している介護支援専門員が73.8%と最も多く、次いで地域包括支援センターに勤務している介護支援専門員が12.3%だった。施設に勤務している介護支援専門員も6.9%参加した。

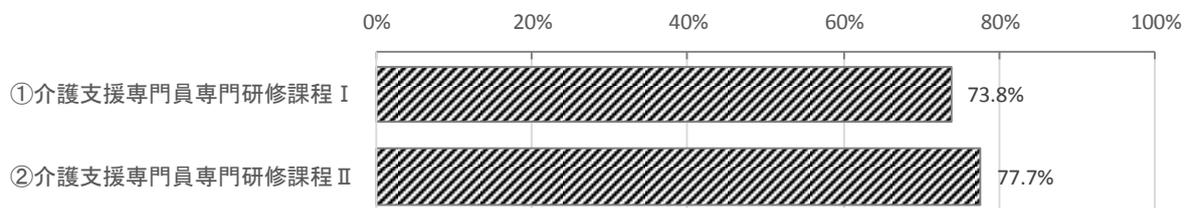
図表15. 勤務先



⑤ 研修の受講状況(受講済)

受講済の研修状況については、専門研修課程Ⅰを受講済の人が73.8%、専門研修過程Ⅱを受講済の人が77.7%であった。

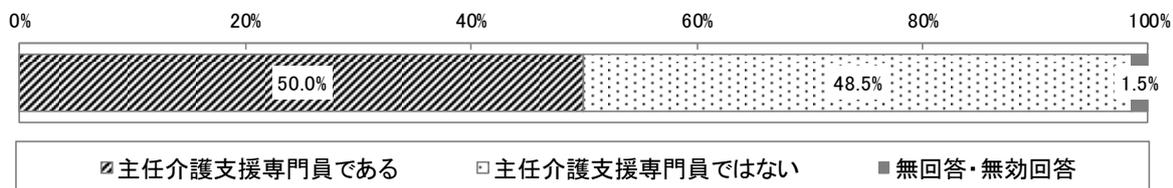
図表16. 研修の受講状況(受講済)



⑥ 主任の有無

参加者のうち、50.0%が主任介護支援専門員であった。

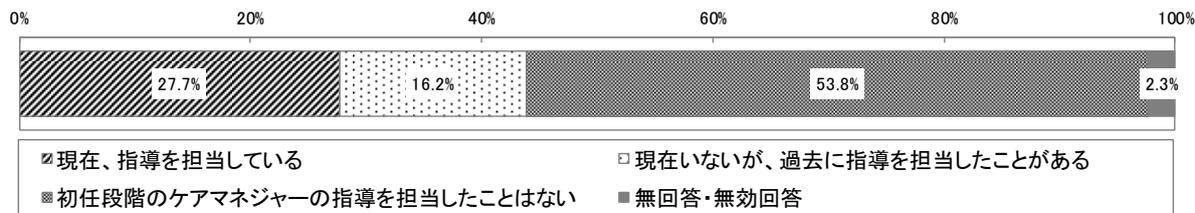
図表17. 主任の有無



⑦ 初任段階の介護支援専門員の指導経験

「初任段階の介護支援専門員の指導を担当したことはない」が53.8%、「現在指導を担当している」が27.7%であった。また、「現在もしくは過去に担当したことがある」は43.9%であった。

図表18. 初任段階の介護支援専門員の指導経験



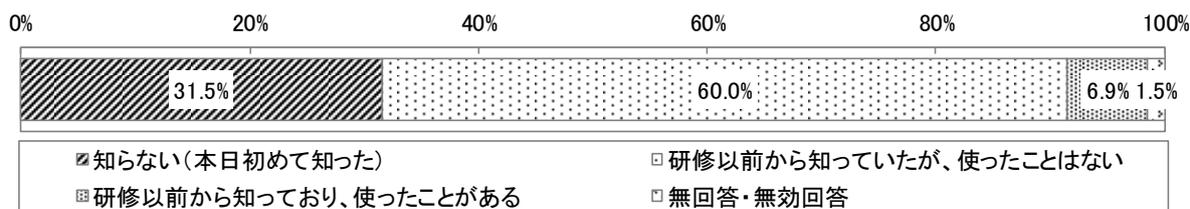
(3) 標準化項目に関するアンケート結果

検証に参加した介護支援専門員 130 名に対して実施した、標準化項目や研修会に関するアンケート結果は以下のとおりである。

① 標準化項目の認知・利用状況

標準化項目を研修以前から知っていた人は66.9%だったが、使ったことがある人は6.9%にとどまった。一方、研修会で初めて知ったと回答した人は31.5%であった。これまでの調査研究の検証で協力を得ている地域であることから、他の地域と比べると認知度は高いと考えられる。

図表19. 標準化項目の認知・利用状況

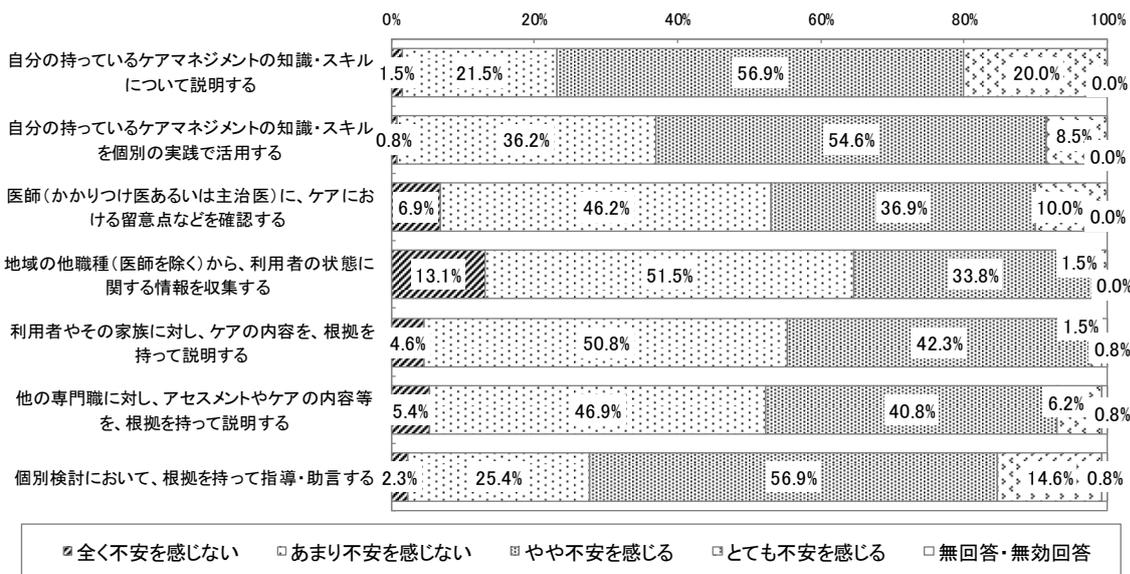


② ケアマネジメントの取り組みに対する不安感(受講前)

受講前の回答をみると、ケアマネジメントの取り組みのうち、「自分の持っているケアマネジメントの知識・スキルについて説明する」や「個別検討において、根拠を持って指導・助言する」ことに不安を感じている介護支援専門員の割合が大きかった。

一方、「地域の多職種（医師を除く）から、利用者の状態に関する情報を収集する」ことについては、他の項目と比べると不安を感じている介護支援専門員の割合が小さかった。

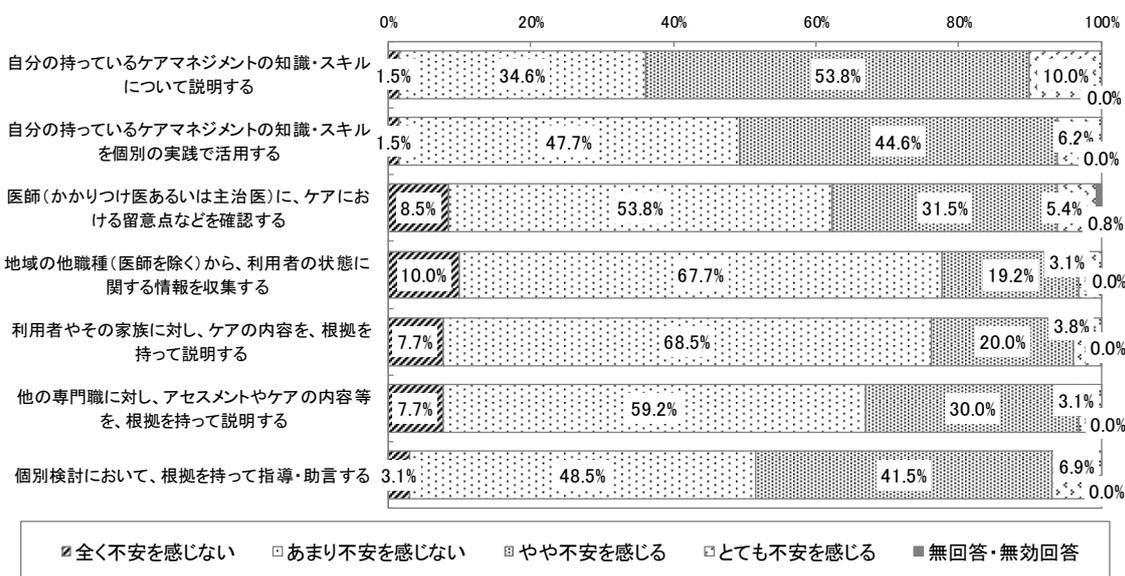
図表20. ケアマネジメントの取り組みに対する不安感（受講前）



③ ケアマネジメントの取り組みに対する不安感(受講直後)

受講後に再度、ケアマネジメントの取り組みの不安感を回答してもらったところ、すべての項目において「全く不安を感じない」「あまり不安を感じない」と回答した人の割合が上昇した。

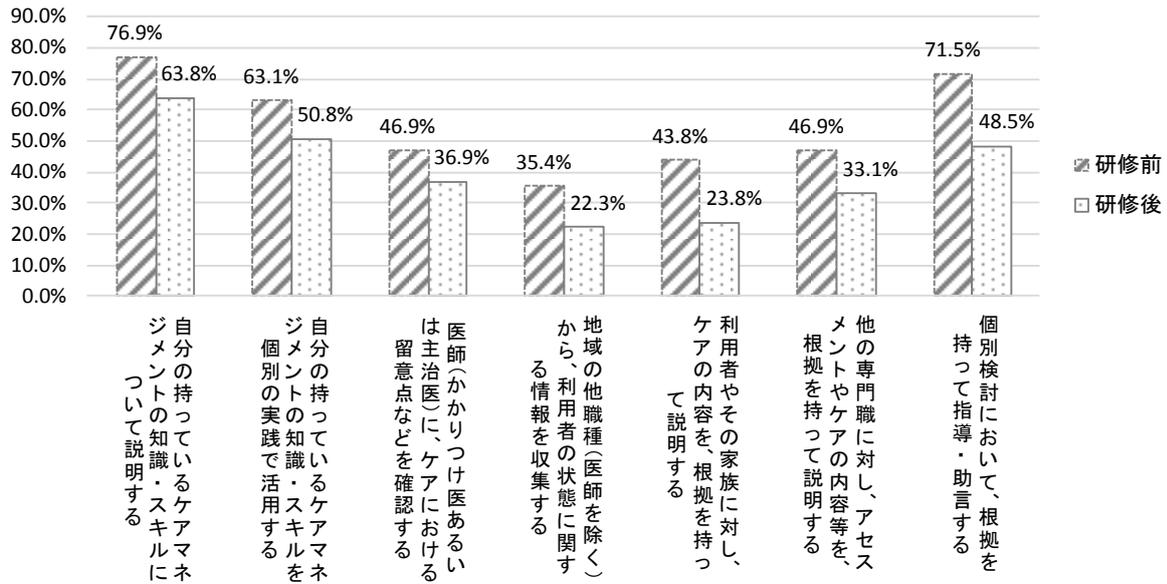
図表21. ケアマネジメントの取り組みに対する不安感（受講直後）



④ ケアマネジメントの取り組みに対する不安感の変化

研修前後での、ケアマネジメントの取り組みに対する不安感（「とても不安を感じる」「やや不安を感じる」の割合を足し合わせた値）の変化をみると、研修前に比べて、概して不安感の減少がみられた。研修の中長期的な効果を測定するには、研修で得たことをどの程度実務にしているか、不安の解消が持続しているのかといったデータを継続的に把握していく必要がある。

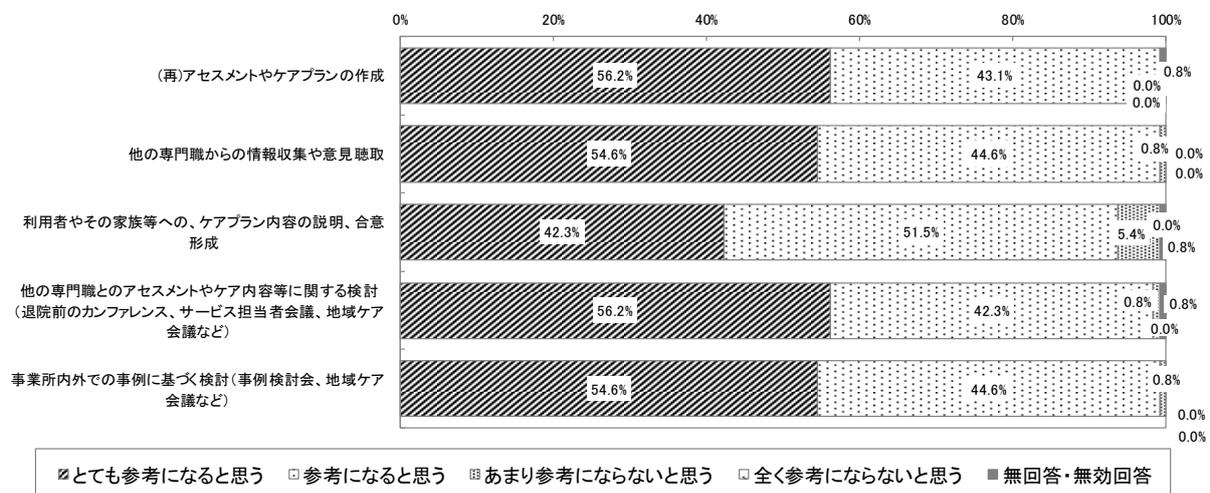
図表22. ケアマネジメントの取り組みに対する不安感（研修前後）



⑤ 今後のケアマネジメントにおける標準化項目の活用場面

標準化項目の活用場面について尋ねたところ、すべての場面に置いて「とても参考になると思う」「参考になると思う」という回答が多かった。標準化項目は、様々なケアマネジメント業務において活用が期待されていると言える。

図表23. 今後のケアマネジメントにおける標準化項目の活用場面



⑥ 標準化項目を活用するにあたって、課題となりそうなことや疑問点 (自由記述抜粋)

1) ケアマネジメント支援について

《標準化項目の提示による気づきについて》

- ・ アセスメントを頭の中でしているが、言語化していなかったことが分かった。自分では思いついていない視点もあり、参考にしたいと思う。
- ・ 細かい部分に捉われそうになりますが、それはベースとなることだと思うので、その部分を基本に(標準化項目を頭に入れながら)何を優先していかなければならないかを考えるのかなと解釈しました。
- ・ 利用者は疾患別に把握することで、どういう支援を考えたら良いのか、その根拠を示すことができる。自分が考える仮設と、実行が想定される仮説を照らし合わせて気づきや不足を補うことができる。
- ・ ケアプランではなくケアマネジメントの標準化というのがとても納得できる講義でした。

《標準化項目の実践での活用について》

- ・ 2度目の受講でよく理解できました。「チェックリスト」と考えて活用したいと思います。
- ・ 見落としやすい項目や支援内容についてのデータがあれば知りたいと思いました。
- ・ 標準になることがしっかりあることで自信を持って説明できます。
- ・ 日常の塩分摂取量などを把握することは決まった食事などに置き換えると難しいと思う。具体的な方法例なども集積していくとプランにも活用しやすくなっていくと思う。

《他の様式との関係について》

- ・ 実際に標準化項目を勉強した後に、ケアプランの1～3表への結びつけ方の記載例があると良い。
- ・ アセスメント項目として参考になると思われるが、既に使用しているアセスメントツールもある為、どのように取り入れていくかが課題になると思う。

《別の疾患に関する標準化項目について》

- ・ 基本ケアの部分も、何らかの形で示してもらえるとありがたいです。
- ・ 現在検討中の認知症等についてもぜひ学びたい。
- ・ 複数の疾患がある利用者さんに対しての判断が難しい。
- ・ パーキンソン、リウマチなどの疾患の方も多と感じる。多疾患について検討を進めて頂きたい。

2) 介護支援専門員の育成について

- ・ 初任段階の介護支援専門員指導の参考としたい。
- ・ 今までに標準化一覧をみる機会があり、チェック項目などとても参考になると思っていたのですが、今日のご講義で何故この標準化が有効なのかが理解できたように思います。自身のケアマネジメントにおいて不足しているものがよく分かりました。これを自事業所の中でどのように指導説明して行けば良いのかを今考えています。
- ・ 仮設を考えるうえで、私自身も他の介護支援専門員から気づきをもらうこともありますし、現場でのアドバイスをすることもあります。介護支援専門員の力量や着眼点にも差があるので、この標準化は活用していき、伝達もしていきます。

3) 本人・家族との関わりについて

- 本人のストレングスを引き出す過程で、家族や地域（隣近所などの）資源の活用をどのように入れていったら良いか。今は専門職が中心に記載されているので。
- 予防的な視点から、元気なうちから家族のありかたが考えられるようなことはないのかと思う。

4) 多職種・他事業所の連携について

- 他のサービス事業所に利用者さんの状況を聞いたり伝えたりする際に、共通言語があった方が良いというのはとても納得しました。後は項目一覧がどれだけ周知されていくかと、今後はこのような疾患について作成されていくかだと思いました。
- ケアプラン原案に必要と思われる支援内容をあげて、集まった専門職種間で根拠のある話し合いが期待できると思います。
- 医師へ面談をするが、中には「時間がない」など必要な情報が得られないことがある。”情報収集シート”のような見本や案があると良い。

5) 標準化項目の普及について

《具体的な活用事例の提示》

- 内容としてはとても分かりやすかった。実際の事例や例えばといった具体的な話を聞くとより理解しやすいと感じた。
- アセスメントをより深くほりさげたものだと感じた。内容によっては”ここまで？”という部分もあったが、これが標準化なのだと自分のケアマネジメントの未熟さを感じた。実際にどう活用したのか、活用したことでどう支援がかわったのか実体験が聞いてみたい。
- 共通化された実践知の具体例がテキストに反映できると良いと思いました。

《実践で活用しやすいツールの検討》

- ケアマネジメントに活用できるツールを全国で統一してもらえれば、最低限のケアマネジメントができると思う。
- 項目が多いのでAIなどを活用し、すぐにチェックできるシステムができれば良い。
- 標準化項目の活用は役立つと思うが、ケアマネ業務は書類が多く簡素化が言われる中、これ以上の手間は極力なくしたい。簡単だが分りやすいものにして欲しい。

(4) 実践者・有識者の意見収集

普及プログラムの検証結果を踏まえつつ、普及プログラムにとどまらない普及・活用促進策について、現場の実践者（多職種も含む）との意見交換、検討委員会での検討を行った。

図表24. 意見交換会の概要

日程	開催地域	参加職種
平成30年12月12日	茨城県常陸大宮市	医師、看護師、作業療法士、理学療法士、介護支援専門員
平成31年3月7日	岡山県倉敷市	看護師、社会福祉士、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員

① 意見交換会で挙げられた意見

1) 仮説構築力の向上に対する期待

- ・ リハビリテーション職が身近にいと、利用者がどのように良くなっていくのかということを念頭にプランニングをするが、医療やリハビリテーションの現場との接点が少ない介護支援専門員は、そもそもそういう発想に至らない。標準化項目を用いて、仮説を立てながらプランニングができると良い。
- ・ 介護支援専門員はPDCAの「C」(評価)が特にできていないと感じる。プランを立てて、実行して、それに対する評価ができていないことが課題である。
- ・ 仮説検証型の場合、プランニングの際の情報を元に判断している。その点が改善されていくと、全体がうまく回っていくのではないか。例えば、担当者会議などで重要な項目を決める、などができると良い。
- ・ リハビリテーション職としては、後々に確認しなくてはいけない内容なので、こういった情報が予め共有できるとありがたい。あとは、どのように介護支援専門員がこの項目を収集できるようになるかということだろう。
- ・ サービス事業所からのアドバイスを踏まえて、ケアプランを修正する場合があると聞く。良いケアプランのためには、そういうサービス事業者側の視点もあっても良いかもしれない。
- ・ 標準化項目を行政に提示した際に、標準化項目の内容をすべてケアプランに書くことが必要という誤解は避けなければいけない。標準化項目はあくまでも疾患に着目した場合のケアの視点を提示しているものであり、それを用いてマネジメントした個別化の結果がケアプランであるという認識を行政にも伝えていく必要がある。

2) 多職種との連携促進に対する期待

- ・ 標準化項目を活用して、多職種間で共通してみるべき視点を共有し、それぞれが情報を取れるタイミングで収集していくことが理想である。
- ・ ケアチームとしての体感をしてもらう研修の開催も効果的だろう。研修を通して、多職種間で実務に活用していくイメージが作れる。そのうえで、実践の中で役割を振り分けていくのだろう。
- ・ リーダーシップをとるのが介護支援専門員で、ケアチームで支援体制を完成させていく、介護支援専門員がそのマネジメント役を担うのが理想形である。
- ・ どの段階でどの専門職が関わっているか把握できるようになると良いだろう。関わるべき専門職が関わっているかどうかを確認することで、早期に対応していくことができる。

3) 普及・活用促進方法の工夫や留意点

《研修・指導のタイミング》

- ・ 標準化手法は、今後どうやって研修プログラムに組み込んでいくのか。研修講師の立場としては、そこが気になっている。仮に標準化手法の研修を専門Ⅱに組み込んだ場合、既に学習内容が多いため、薄く浅くしか伝えられない懸念がある。
- ・ 専門Ⅰで重点的に実施する方法もある。実践の見直しとして、ある程度業務に慣れてきた段階で標準化の考え方を取り入れるのも良いだろう。
- ・ 課題整理総括表の普及状況を見ると、初任段階で利用したツールは、あたり前として利用している傾向がある。その意味では、初任段階で教えた方が身につくかもしれない。

《研修・指導の方法》

- ・ 研修は座学ではない形で実施したほうが良いだろう。また、事例の持ち寄りは、事例の傾向が個人により異なり、正解がないため講師側での評価が難しい。
- ・ 1年間必ず実施することとしたら身につくと思う。1回の研修受講だけでは身にはつかない。普段の業務に組み込んでいかないと、普及していくのは難しいのではないかと。
- ・ 看護も、リハビリテーションも学生時代にまずは型にはめて、そこから実践でそれぞれ学んでいく。介護支援専門員も、まずは型にはめるような方法もある。
- ・ 日々10分、15分で手軽にやってもらえるようなのも良いだろう。始めてや久しぶりに経験する人が項目を参照できると安心感につながるだろう。その場合、紙や研修ではなく、システム化していないと使いづらいだろう。

② 検討委員会で挙げられた意見

1) 普及・活用促進を通じて目指す姿

《仮説構築型のケアマネジメント》

- ・ ケアマネジメントの実践においては、リーズニング（推論）を行うことが求められる。つまり、自分の中の知識のデータベースと表れている事象をつなげ、どのようなケアが必要なのか仮説を立てることが重要となる。
- ・ 標準化項目は、ケアマネジメントの実践において、表れている事象と介護支援専門員の知識をつなげ、ガイドする役割を担うものとして期待できる。
- ・ 介護保険が制定された当時と比べると、介護支援専門員に求められるスキルや要求事項が変わってきている。そのような状況を踏まえて、根拠を持ってケアの実践ができなくてはいけない。

《チームケアで取り組むケアマネジメント》

- ・ 現場の実践では、リハビリテーション職をはじめとした多職種との連携は必須である。自立支援や重度化防止といった目的を達成するためにも、介護支援専門員だけではなく、地域の多職種との協働が必要である。複数の専門職の視点を入れることで、より良いケアプランとなっていくのだろう。そのためにも、介護支援専門員として、しっかりと仮説を持ってケアプランを作成する考え方を身につけることは、多職種への情報提供の円滑化につながるだろう。
- ・ 医療に関する知識を介護支援専門員がすべて身につけることは現実的でないが、疾患に着目した標準化項目の活用を通して、最低限の知識を学ぶとともに、利用者のケアに必要な情報を収集するノウハウも身につけていけると良いだろう。
- ・ チームケアマネジメントとして、多職種が合同でケアマネジメントに取り組むのが良いのではないかと。介護支援専門員はその司令塔になってはどうか。
- ・ 本質的には組織・専門機関の担う役割は何なのかを考える時期に来ている。「周りの人の支え」や「コミュニティ」とも連携することも検討していく必要がある。

2) 普及・活用促進に向けた今後の検討課題

《実践で活用する際の工夫》

- ・ 標準化項目を用いて、どのようにケアプランに落とし込むのかについて、実践における具体的な使い方を検討する必要がある。特に、社会資本と介護保険を組み合わせるなども見据えていかなければいけない。
- ・ 標準化項目の項目数はかなり多い。実際に現場の介護支援専門員が使うためには、標準化項目に記載している表現を分かりやすくしたり、項目数を絞ったりなどの工夫が必要だろう。

《研修等の実施方法》

- ・ 演習中心の研修でこそ身につくだろう。自ら作成したケアプランと比較して差異を確認するのが、事例検討よりも有効なのではないか。自分の弱点についてもチェックできると望ましい。
- ・ 学習の際にも、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ような内容を入れると良いだろう。自己チェックができるしくみは非常に大切である。
- ・ 知識を研修などの場で詰め込むだけでなく、繰り返すことで身につくだろう。
- ・ 標準化項目を用いて、どうやって具体的なケアプランの作成までつなげるかも示していくべきである。想定される支援内容の提示のみで止めてしまうと、実際のケアプランの変更にまで至らないだろう。
- ・ 主任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。
- ・ 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入れられたり、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。
- ・ 研修講師を誰が担っていくのかについても検討すべきである。普及のためには、広い地域での研修が必要となる。
- ・ 普及については介護支援専門員や研修実施機関に対して、ケアプランではなく「ケアマネジメント」で活用することを強調すべきである。

《普及の取り組みの対象者》

- ・ 標準化項目を普及するにあたり、対象となる介護支援専門員層について検討が必要である。ベテランの介護支援専門員であれば、標準化項目なしでも実践知として実施している可能性もある。
- ・ 例えば、各地域で先頭に立って研修などを実施しているようなリーダー層から、標準化項目を活用し始めてもらう方法もある。

《多職種連携時の活用イメージ・方法の具体化》

- ・ 標準化項目は、ケアマネジメントにおける多職種との共通言語として用いることを想定して検討を開始した。かかりつけ医を始め多職種との連携において、標準化項目をどのように活用していくのかについては検討が必要である。
- ・ 多職種協働のイメージを具体的に提示することも必要だろう。例えば、初動でかかりつけ医からの情報をもらいつつ、支援の必要性を考える段階で関係しそうな多職種に相談するなどである。そういった動きをする際に、標準化項目を活用できるといえると良い。

- ・ 多職種との連携について、法定研修に関する局長通知も出ており、すべての研修で多職種との連携が定められているので、それを踏まえてテキストに反映できると良い。

《活用効果の検証》

- ・ 適切なケアマネジメント手法の効果として検証すべきは、標準化項目の活用によりプランが変わり、利用者に対してどういう効果が出たかということである。それが最終的なアウトカムである。知識を踏まえてプランにどのように反映し、利用者の生活がどのように変わったかということである。知識として知っていても実行できるかどうかは別である。
- ・ アセスメント項目は大きく、測定が可能なもの、測定が難しいもの（意思表示の状況など）がある。それらを整理しつつ、測定可能なものはシステム化できるようなくみも検討していくべきではないか。

3. 検証の総括と提言

(1) 検証結果の総括

① 普及プログラムの妥当性

研修受講前後でケアマネジメント業務の取り組みに対する不安感の低減がみられた。参加者は研修を通じて標準化項目の使い方がある程度習得でき、このような結果につながったと考えられる。特に、根拠を持った指導助言や根拠を持った説明に関する不安感が減少していることから、標準化項目を活用する意義やその方法を学ぶことができたといえる。

参加者アンケートでは、プログラム内容・方法に対する問題点は特に指摘がなく、今後の実践での活用の意向や具体的な活用方法について多くの意見が出された。また、「持参事例を標準化項目に照らして見直しを行う個人ワークを通じて、自分の見落としがちな視点が明らかとなり勉強になった」という意見もあった。参加者も実感できる形で、適切なケアマネジメント手法の有用性を伝えることができたといえる。

これらを踏まえると今回開発したプログラムは妥当と評価できる。ただし、研修後の実践で標準化項目を活用できるようになったかどうかは、単発で実施した本検証では明らかにできなかった。

② 普及プログラムの対象者

今回開発した普及プログラムの想定対象者は、「実務研修受講者（あるいは実務研修修了したばかりの初任者）」、及び「②更新研修（専門Ⅰ・Ⅱ）受講者（業務経験年数が概ね3～5年程度の現任者）」と設定した。

検証を通じて、初任段階から考え方を理解し、ツールを知っておくほうが業務で利用するという指摘が挙がった一方、ある程度業務を習熟した段階で実践を振り返る手法として取り入れると効果的だろうという指摘もみられた。

③ 介護支援専門員の教育・指導場面における活用促進

検証参加者のうち、4割以上は10年以上の業務経験があり、また5割が新任の介護支援専門員の指導を行った経験があった。指導・助言を行っている（行ったことがある）立場の参加者から、初任段階の指導教材として活用したい、ケアプランに対して気づきを得るために有効であるという意見が挙げられた。指導・助言を行う際に標準化項目があることで、指導側も根拠を持った説明を行いやすくなることが理解されたといえる。

また今回の検証を通して、現在はケアプランを改めて見返す機会が少なく、ケアプランの確認・見直しを行う際のツールとして標準化項目を活用できるという意見が多く寄せられた。

介護支援専門員がケアプランの自己点検を行う、あるいは指導・助言を行う際に標準化項目を活用することは賛同を得られたが、それを進めるうえでは、標準化項目の表現を分かりやすくしたり項目数を絞ったりするなど、視認性の向上や記入作業の簡素化を検討する必要があることが示唆された。

④ 多職種との協働場面における活用促進

標準化項目の活用場面について、9割以上の介護支援専門員が、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や、事業所内外での事例に基づく検討などにおいて参考になると回答した。よ

り具体的には、多職種との共通言語となりうる、長期・短期で目標設定がされているため何を目指したケアなのかを共有しやすいといった意見が挙がった。

標準化項目は、ケアマネジメントにおいて介護支援専門員と多職種との共通言語となることを目指して作成されたものだが、今回の検証を通じて、そのねらいが参加者に伝わり、賛同を得ることができたといえる。

今後、多職種に対しても標準化項目を普及させていくうえでは、介護支援専門員と多職種によるチームケアマネジメントの視点から、具体的な実践の場でどのように標準化項目を活用するかを設計する必要があることが示唆された。

(2) 今後の課題

① 普及プログラムの展開方法

今回開発した普及プログラムは、①実務研修受講者、②更新研修（専門Ⅰ・Ⅱ）受講者を想定している。適切なケアマネジメント手法の考え方や基本的なツールは、養成の早い段階、すなわち実務研修受講者に対して周知したうえで、実践的な活用方法は更新研修（専門Ⅰ・Ⅱ）の段階で演習などを交えて習得をうながすといった、段階的な普及・活用促進方法を今後検討していく必要がある。

法定研修への組み込みにあたっては、実務者研修の後期研修の疾患別での演習や、更新研修の専門研修Ⅱでの実践事例の検討での活用を想定して、具体的な研修展開や講師の育成・支援を検討する必要がある。

また法定研修にとどまらず、法人内での研修や法定外研修において普及プログラムを組み込む方法も考えられる。今回は紙ベースの「活用実践シート」を用いた演習としたが、E ラーニングなどを用いた学習機会を提供する方法もあるだろう。

② 実務や教育・指導場面で活用しやすいツールの整備

適切なケアマネジメント手法を実務に取り入れるにあたっては、項目数の多さが課題となる。標準化項目は、一つの疾患につき約 50 項目の支援内容があり、アセスメント項目やモニタリング項目はそれぞれの支援内容につき 3～5 種類ある。すべての内容について介護支援専門員が一度に一人に対応することは、面談時間などを考慮すると難しい。また高齢者の多くは複数疾患を併発している場合が多く、複数の疾患分の標準化項目を用いることにもなる。前述の総括において「視認性の向上や記入作業の簡素化の検討」が挙がっていたとおり、標準化項目を介護支援専門員が実践で使いやすい形にすることが今後求められる。

標準化項目の視認性の向上に関しては、優先して確認すべき項目や多くの介護支援専門員が見落としがちな項目を抽出した概略版を提示する、複数疾患がある場合に重複部分を除いた項目一覧を提示する、利用者の状態や介護支援専門員の特徴を踏まえて面談当日にみるべきポイントを抽出して提示するといった方法が考えられる。

自らの業務の振り返りや自己学習、教育・指導場面での活用をうながす観点からは、これまでのケアマネジメント業務の傾向から見落としがちな項目を強化する学習教材を提供する、簡易な点検ツール・チェックリストを提示する方法が考えられる。

なお、これらの工夫を行う際は IT ツールを積極的に用いるなどの工夫をすることで、介護支援専門員の業務の負荷を軽減し、本来担うべき個別化に注力できるようにすることが重要である。

③ 地域全体で活用する機運・仕掛けづくり

今回の検証では、多職種との協働場面において標準化項目の活用をうながすには、介護支援専門員と多職種によるチームケアマネジメントの視点から、具体的な実践の場でどのように標準化項目を活用するかを設計する必要があるという示唆が得られた。

ケアマネジメントの具体的な実践のうち、特に情報収集の場面では多職種からの情報提供が欠かせない。標準化項目を共通の基盤として、いつ、どの職種が、どの情報項目を提供するか予め設計することで、地域において効率的かつ効果的なケアマネジメントが実践しやすくなることが期待される。標準化項目のうち IT 機器などを用いて計測可能なものについては、機器を用いて日々のモニタリングとチームケアに関わる職種間での共有を行う方法も考えられる。

また地域全体で適切なケアマネジメント手法への理解と活用をうながしていくには、介護・高齢者医療・高齢福祉に携わる専門職が一堂に介する研修会を開催するのが効果的と考えられる。地域の事例に関して標準化項目を活用しながら検討する経験を共有することで、実践の場においても標準化項目を活かして連携しやすくなることが期待される。

④ 普及・活用促進の効果検証

適切なケアマネジメント手法の普及・活用促進が一定程度進んだ際には、その効果を検証する必要がある。検証にあたっては、特定の地域をモデルとして、標準化項目の地域全体での活用の促進と継続的なデータ収集を行うことで、地域のケアマネジメントに対してどのような効果がもたらされるかを把握する方法が考えられる。このように中長期的に効果検証を行うことで、実務で標準化項目を活用する際の具体的な課題やその解決策も把握しやすくなることが期待される。

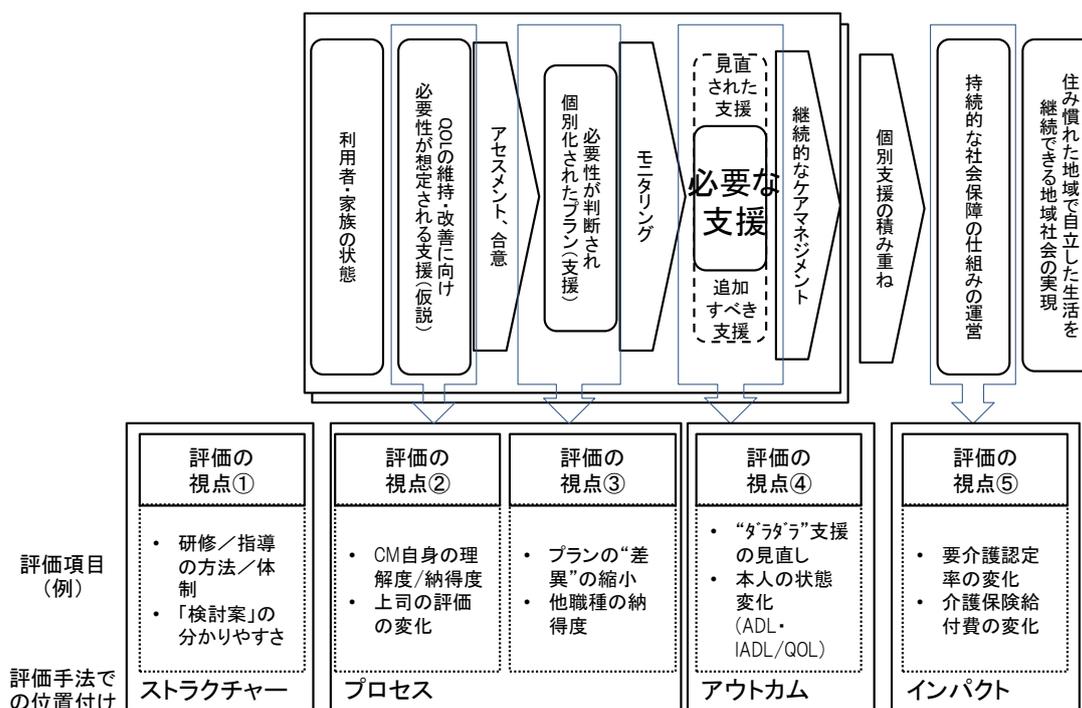
第3章 平成29年度検討案（心疾患）の活用効果の検証

第1節 「効果」の捉え方

本調査研究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25. 「効果」の捉え方の概念図



第2節 検証の目的と内容

1. 検証の目的

本調査研究では、前述の考え方のもと、現場で活動する介護支援専門員に実際に「心疾患」の検討案を活用してもらい、今後の「心疾患」の検討案の項目の改善につなげることを目的とした。

2. 検証の内容

検証は講義と演習で構成した。講義では、本調査研究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、「心疾患」の事例を無作為選定のうえ持参してもらい、その事例を対象に昨年度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）

(1) 検証の流れ

検証は以下の流れで実施した。

図表26. 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(「心疾患」)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はなく、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29年度に作成した「心疾患（心不全）」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。「心疾患」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「心疾患」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）を見た時点で改めて見直すかどうか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）を見た後）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 平成29年度検討案(心疾患)の活用効果の検証

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5回検証を実施し、合計165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。

図表27. 検証実施日程・開催地域・参加者数

日程	開催地区	検証参加者数
平成30年11月21日	京都府京都市	28名
平成30年12月12日	宮崎県宮崎市	55名
平成31年1月30日、2月6日	神奈川県横浜市	33名
平成31年2月10日	広島県広島市	49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、「心疾患」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。

図表28. 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	
		心疾患Ⅰ期	心疾患Ⅱ期
160件	160件	45件	108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。

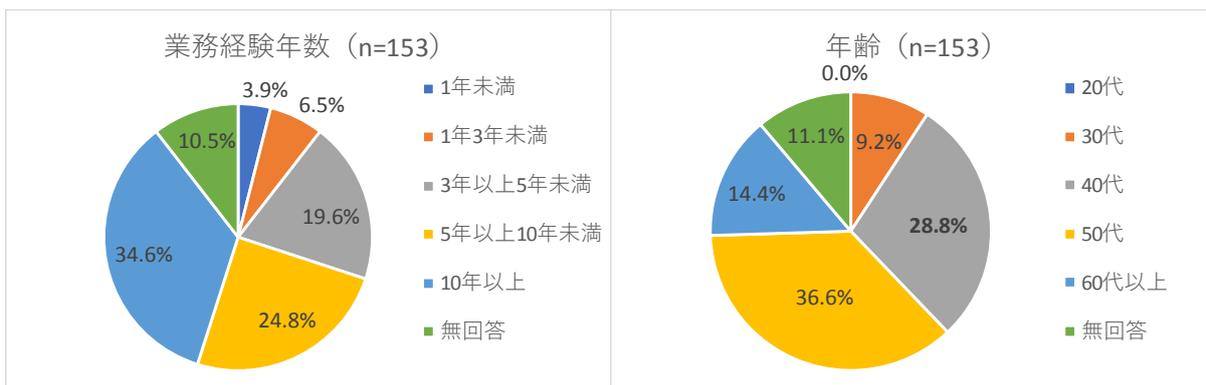
(2) 参加者の属性

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34.6%と最も大きく、次いで、「5年以上10年未満」が24.8%だった。

年齢構成は、「50代」が36.6%と最も大きく、次いで「40代」が28.8%であった。

図表29. 介護支援専門員としての業務経験・年齢

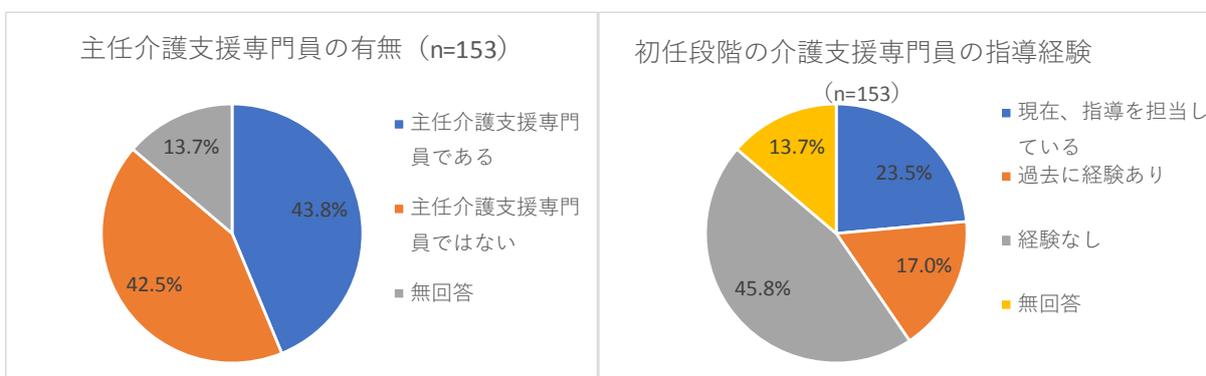


② 主任介護支援専門員の有無・初任段階の介護支援専門員の指導経験

検証参加者のうち、「主任介護支援専門員である」は43.8%、「主任介護支援専門員でない」が42.5%であった。

初任段階の介護支援専門員の指導経験は、「現在、指導をしている」が23.5%、「過去に経験あり」が17.0%、「経験なし」が45.8%であった。

図表30. 主任の有無・初任段階の介護支援専門員の指導経験



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31. 保有資格

医師、歯科医師	0名	理学療法士	1名	介護福祉士	91名
看護師、保健師	23名	作業療法士	2名	社会福祉士	21名
薬剤師	0名	言語聴覚士	0名	精神保健福祉士	6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」が9.8%、「使いやすい」が64.7%と、肯定的な回答が全体の74.5%であった。

自由記述においても、「確認すべき項目がまとまっており、気づきになった」、「アセスメント・モニタリング項目が具体的で実行しやすい」、「必要な項目を参照して確認できるのが良い」といった評価がみられた。一方で、今後の活用に向けて、「項目が多くすべてには対応しきれない」、「チェックシートとして利用しやすい形にして欲しい」、「複数の疾患を併発している利用者に対応して欲しい」といった指摘もみられた。

図表32. 検討案の使いやすさ・わかりやすさの評価（全体）

N		とても使いやすい	使いやすい	使いにくい	とても使いにくい	無回答
153	件数	15	99	26	3	10
	比率	9.8%	64.7%	17.0%	2.0%	6.5%

《主要な自由記述回答》

- 『とても使いやすい』または『使いやすい』と回答された方
 - ◇ アセスメント項目や主なモニタリング項目が具体手的で参考になる。
 - ◇ 介護支援専門員同士で情報共有する場合も、項目に基づく課題がわかりやすい。
 - ◇ 忘れ物チェックとして使いやすい。
 - ◇ 目次から必要な項目を引いて確認できるのが良い。
 - ◇ 医学的な留意点が箇条書きで分かりやすく、自分が思いつかなかった項目も多かった。視点をそろえるという点では有効だと思う。
- 『使いにくい』または『とても使いにくい』と回答された方
 - ◇ 多量なので読み込むのに時間がかかる。
 - ◇ 居宅と施設では異なる内容もあるので、その点が少し分かりにくかった。（居宅と施設用と分けて欲しい）
 - ◇ 仮説を立てて想定するということはとても賛成。表は視点としてはほしいが同じ意味に思える項目がいくつかあるように思えるので記入時に進みづらさを感じた。

(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8割以上であった。心疾患の検討案について、実務において活用が見込まれることが確認できた。

図表33. 各活用場面における検討案の有用性 (n=153)

		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	70	79	2	0	2
	比率	45.8%	51.6%	1.3%	0.0%	1.3%
他の専門職からの情報収集や意見聴取						
	件数	67	81	3	0	2
	比率	43.8%	52.9%	2.0%	0.0%	1.3%
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	53	81	16	1	2
	比率	34.6%	52.9%	10.5%	0.7%	1.3%
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	65	81	4	0	3
	比率	42.5%	52.9%	2.6%	0.0%	2.0%
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	60	84	5	0	4
	比率	39.2%	54.9%	3.3%	0.0%	2.6%

(3) 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。また、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。今後の普及に向けては、自由記述で言及されていたような項目の多さや細かさ、実践で使用しやすい形でのツール開発など、今後の課題として検討すべき事項も明らかとなった。

3. 検討案の活用効果

(1) 情報収集の状況の「見える化」

検証結果より、項目によって情報収集の実施状況には差があることが明らかになった。本来は全項目について情報収集を行っていることが望ましいが、実際には差が生じた。

参加者の42.8%は、業務経験年数が5年以上の主任介護支援専門員であり、初任段階の介護支援専門員の指導経験があった。このような介護支援専門員は、他の介護支援専門員と比較すると、情報収集ができていない項目数が相対的に多い傾向がみられた。

一方で、介護支援専門員の経験や属性に関わらず情報収集ができていない割合が小さい項目もあり、ケアプラン作成時に見落としがちな項目といえる。

(2) 支援の見直しの必要性への気づき

検証結果より、「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。

「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第二の効果といえる。

(3) 各期の検証結果

各期の詳細な検証結果は以下のとおり。(検証結果のグラフは巻末に掲載)

① 心疾患Ⅰ期

- 併発する疾患、予防接種、飲酒、喫煙、生活習慣に関する項目は、ケアプラン作成時に情報収集を十分に行っていない傾向がみられた。
- 栄養管理、塩分摂取、環境調整(気温差、動線)、生活習慣、支援体制に関する項目は、検討案の提示により支援の見直しの必要性が認識された項目といえる。

共通項目

◇ 心疾患Ⅰ期、Ⅱ期に共通する「共通項目」について情報収集の状況をみると、「7. 腎機能の低下にかかわる疾患、あるいは糖尿病(糖尿病性腎症)の疾患の管理を徹底できる体制を整える」

「13. 塩分の摂取状況を把握できる体制を整える」「14. 日常的な食事における塩分含有量の理解を支援する体制を整える」「22. 予防接種等の受診を支援する体制を整える」「24. 長時間の活動が必要な場合の注意事項を理解できるよう支援する体制を整える」の項目で、情

報収集を実施できていない傾向があった。

- ◇ また、支援の見直しの必要性についてみると、「13. 塩分の摂取状況を把握できる体制を整える」

「14. 日常的な食事における塩分含有量の理解を支援する体制を整える」「25. 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」「26. 強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する」の項目で、支援の見直しが必要な割合が大きかった。

- ◇ 特に情報収集ができていない割合が小さく、支援の見直しが必要である割合が大きい項目は、「13. 塩分の摂取状況を把握できる体制を整える」「14. 日常的な食事における塩分含有量の理解を支援する体制を整える」であった。

心疾患Ⅰ期の項目

- ◇ 心疾患Ⅰ期の項目について情報収集の状況を見ると、「33. 心臓リハビリテーションを受けることを支援する体制を整える」「38. 日常の社会的活動の活動量を把握できる環境を整える」「46. 飲酒量のコントロールの重要性の理解をうながす支援体制を整える」「47. 多量の飲酒等を避ける支援体制を整える」「48. 禁煙の必要性の理解をうながす支援体制を整える」「49. 禁煙を支援する体制を整える」「50. 本人・家族が生活習慣を変えることを受け入れられるよう支援する」の項目で、情報収集を実施できていない傾向があった。

- ◇ また、支援の見直しの必要性についてみると、「33. 心臓リハビリテーションを受けることを支援する体制を整える」「45. 栄養バランスの管理が継続的に実施される支援体制を整える」「50. 本人・家族が生活習慣を変えることを受け入れられるよう支援する」「51. 心理的な支援の必要性を把握する」「52. 必要に応じた支援を提供できる体制を整える」の項目で、支援の見直しが必要な割合が大きかった。

- ◇ 特に情報収集ができていない割合が小さく、支援の見直しが必要である割合が大きい項目は、「33. 心臓リハビリテーションを受けることを支援する体制を整える」「50. 本人・家族が生活習慣を変えることを受け入れられるよう支援する」であった。

② 心疾患Ⅱ期

- 併発する疾患、塩分摂取、支援体制、気温差、飲酒、喫煙、EOLケアに関する項目は、ケアプラン作成時に情報収集を十分に行えていない傾向がみられた。
- 体重管理、塩分摂取、排泄、感染予防、気温差、EOLケアに関する項目は、検討案の提示により支援の見直しの必要性が認識された項目といえる。
- 特に、Ⅱ期では、EOLケアについて情報収集を行っている割合も小さいことから、検討案の提示により、新たに気づきを与えることができたといえる。

共通項目

- ◇ 心疾患Ⅰ期、Ⅱ期に共通する「共通項目」について情報収集の状況を見ると、「7. 腎機能の低下にかかわる疾患、あるいは糖尿病（糖尿病性腎症）の疾患の管理を徹底できる体制を整える」「11. 日々の体重管理が継続できるよう支援する」「13. 塩分の摂取状況を把握でき

る体制を整える」「14. 日常的な食事における塩分含有量の理解を支援する体制を整える」
「22. 予防接種等の受診を支援する体制を整える」「24. 長時間の活動が必要な場合の注意
事項を理解できるよう支援する体制を整える」「25. 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」の項目で、情報収集を実施できていない傾
向があった。

- ◇ また、支援の見直しの必要性についてみると、「9. 体重管理の重要性の理解をうながす」
「10. 体重を管理する環境を整える」「11. 日々の体重管理が継続できるよう支援する」「12.
適切な塩分・水分摂取量が理解できていることを確認する」「13. 塩分の摂取状況を把握で
きる体制を整える」「14. 日常的な食事における塩分含有量の理解を支援する体制を整える」
「16. 普段と異なる排泄の状態（尿量や便の回数の変化等）を把握できるよう支援体制を整
える」「21. 感染症の予防の必要性を理解する支援体制を整える」「22. 予防接種等の受診を
支援する体制を整える」「23. 排泄時のリスクを軽減するため便秘等にならないようにする
支援の体制を整える」「25. 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」の項目で、支援の見直しが必要な割合が大きかった。
- ◇ 特に情報収集ができていない割合が小さく、支援の見直しが必要である割合が大きい項目は、
「11. 日々の体重管理が継続できるよう支援する」「13. 塩分の摂取状況を把握できる体制
を整える」「14. 日常的な食事における塩分含有量の理解を支援する体制を整える」「22. 予
防接種等の受診を支援する体制を整える」「25. 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」であった。

心疾患Ⅱ期の項目

- ◇ 心疾患Ⅱ期の項目について情報収集の状況を見ると、「38. 飲酒量のコントロールの重要
性の理解をうながす支援体制を整える」「39. 多量の飲酒等を避ける支援体制を整える」
「40. 禁煙の必要性の理解をうながす支援体制を整える」「41. 禁煙治療を支援する体制
を整える」「46. 末期心不全のEOLケアをどのようにするか的心構えをする支援を行う」
の項目で、支援の見直しが必要な傾向があった。
- ◇ また、支援の見直しの必要性についてみると、「46. 末期心不全のEOLケアをどのよう
にするか的心構えをする支援を行う」の項目で、支援の見直しが必要な傾向があった。
- ◇ 特に情報収集ができていない割合が小さく、支援の見直しが必要である割合が大きい項目は、
「46. 末期心不全のEOLケアをどのようにするか的心構えをする支援を行う」であった。

4. 検討案の見直し及び今後の普及に向けた取り組み

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、ワーキング・グループで検討案の見直しを行った。主な見直しの視点は以下のとおりである。

- **項目の簡素化**

検討案では項目数が多く、学習のための資料としては良いが実務で参照するには煩雑との意見が多くみられた。そこで、介護支援専門員を対象とした検証の結果を踏まえて、現在のケアマネジメントにおける情報収集や支援の必要性の判断、あるいは介護支援専門員から見た気づきの効果が同様である項目をまとめることで、項目の簡素化を図った

- **ケアマネジメント実践の現場にとって受けとめやすい内容への見直し**

検討案では、心疾患のある方のケアマネジメントにおいて想定すべき支援内容として、より望ましいものとして整理を行った。しかし、今後全国のケアマネジメント実践の現場に普及を考えた場合に、多くの地域で活用しうる地域資源がないものは現場にとって受けとめにくい、分かっていても活用しにくいものとなってしまう。そこで、検証の結果と地域資源の普及状況を勘案し、「心臓リハビリテーション」等の支援内容については記載を削除することとした。

- **生活や介護の領域における支援内容への表現の見直し**

検討案では、医療も含めた全般的な支援内容を想定して項目検討を行ったが、前に挙げたように項目の簡素化と併せ、より生活や介護の領域において想定すべき支援内容として、ケアマネジメント実践の現場に伝わりやすいよう、支援内容の表現の見直しを行った。

このような検討の結果とりまとめた修正後の「心疾患」の項目一覧は巻末資料のとおりである。また、今回の修正を踏まえて「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」の冊子を作成した。

今後はこれを成案とし、先んじてとりまとめた「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」と同様に、介護支援専門員向けの研修等において活用していく。

第4章 新たな疾患群（認知症）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34. 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)
1	北海道	○	○	○	○	-	-
2	青森県	○	○	○	-	○	○
3	岩手県	○	○	○	予定	-	-
4	宮城県	○	○	-	予定	○	-
5	秋田県	○	○	-	-	-	検討
6	山形県	○	○	-	-	-	検討
7	福島県	○	○	-	-	-	-
8	茨城県	○	○	-	-	○	検討
9	栃木県	○	○	○	○	-	検討
10	群馬県	○	○	○	○	-	予定
11	埼玉県	○	○	-	-	-	-
12	千葉県	○	○	○	○	-	予定
13	東京都	○	○	-	○	-	検討
14	神奈川県	○	○	-	○	-	-
15	新潟県	○	○	-	-	-	予定
16	富山県	○	○	○	○	-	予定
17	石川県	○	○	○	○	-	検討
18	福井県	○	○	○	○	-	-
19	山梨県	○	○	○	-	○	-
20	長野県	○	○	○	○	-	○
21	岐阜県	○	○	○	○	-	○
22	静岡県	○	○	○	○	-	検討
23	愛知県	○	○	○	○	-	-
24	三重県	予定	○	○	予定	-	-
25	滋賀県	○	○	○	○	-	-
26	京都府	○	○	-	-	○	-
27	大阪府	○	○	○	○	-	予定
28	兵庫県	○	○	○	○	○	○
29	奈良県	○	○	○	-	-	-
30	和歌山県	-	○	○	○	-	予定
31	鳥取県	○	○	○	予定	-	予定
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	○	○	予定
38	愛媛県	○	○	予定	-	○	予定
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	○	○	-	○	-	予定
44	大分県	○	○	-	-	-	予定
45	宮崎県	○	○	○	○	-	-
46	鹿児島県	○	○	○	○	-	○
47	沖縄県	○	○	検討	○	-	-

(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35. 「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36. 「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

(2) 今回設定した対象の範囲・定義

本年度の検討では、要介護認定の原因疾患として多い疾患として「認知症」を選んで検討を行った。ただし、一口に認知症と言っても幅が広いので、本年度の検討においては、アルツハイマー型認知症の診断があり、比較的初期～中期の状態の方（目安としては、ADL が自立あるいは一部介助程度であり、認知症高齢者生活自立度がⅡb 程度までの時期の方）を想定し、検討を進めることとした。

これは、認知症のタイプとしてアルツハイマー型認知症とされる方の割合が多いこと、また、比較的初期～中期においてはその後の生活の継続に向けた支援、つまり将来にわたる生活や介護の領域における支援の必要性が大きいことから、ケアマネジメントの実践においてもこうした事例と向き合う必要性が大きいと考えられるためである。

なお、認知症の方のケアマネジメントにおいては、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、その人の生活で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である。

そうした周囲への支援を組み立て実施していく際は、ケアマネジメントが果たすべき役割の重要性が大きいことも、本年度の検討において、比較的初期～中期程度の認知症の方を取り上げた理由の一

つである。

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) 認知症のある方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、認知症のある方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 認知症の特徴

認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまい、働きが悪くなったために様々な障害が起こり生活するうえで支障が出ている状態（およそ6ヵ月以上継続）を指す。中核症状である思考、推理、判断、適応、問題解決などの認知機能の障害に加え、健康状態や環境などの影響を受けながら、状況によっては行動・心理症状が現れる¹。

認知症の原因として多いのが、脳の神経細胞がゆっくりと死んでいく「変性疾患」と呼ばれる疾患であり、アルツハイマー病、前頭・側頭型認知症、レビー小体型認知症などがある。ただし、これ以外の疾患等が認知機能の低下に影響を与えたり、時間の経過とともに複数の原因疾患が認められ、症状が進行したり複雑になる場合もあり、固定的に捉えず変化する可能性があることを認識しておくことが大切である。したがって、本人の状況の変化を適切に捉え共有できるよう、かかりつけ医をはじめ本人を支える専門職、さらには近隣住民や友人・知人等のネットワークを構築していく必要がある。

認知症に伴う行動・心理症状の治療においては、服薬による薬物療法よりもリハビリテーション等による非薬物療法が優先とされているが、治療そのものだけでなく、むしろ普段の生活を支える環境や人間関係への支援、将来の生活を見据えた情報提供といった支援が重要とされる²。専門職だけでなく、むしろインフォーマルサポートを含めた、日常生活で接点を持つ様々な支援者とのネットワークの構築が大切となる。具体的には、認知症の症状に伴う日常生活や社会での役割への影響や、その人本人や家族が感じる不安を軽減できるよう、その人本人の普段の暮らしを支える環境を整えたり、支援体制を整えたりすることが重要である。

② 認知症のある方のケアマネジメントにおいて留意すべきこと

認知症のある方の支援では、中核症状や行動・心理症状の影響により、一見して意思決定が困難であるとみられる場合であっても、その人本人にとって適切な意思決定がなされながら尊厳を持って暮らしていくことを重視すべきである³。疾患や様々な機能障害への対応というよりもむしろ、その人ら

¹ 厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/a01.html>) より

² 「認知症疾患診療ガイドライン2017」（日本神経学会監修）

³ 「認知症の人の日常生活・社会における意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省）

しさを残存機能を活かした生活の継続を支えるという姿勢を基本とすべきである。

したがって、ケアマネジメントにおいてもまずは、その人のこれまでの生活や果たしてきた役割、普段の生活のリズムや良く過ごす場所、日々の生活における人間関係、そうした生活の中でその人自身が感じているであろう感情などを総合的に捉え、共感の姿勢を持って、理解しようとするのが求められる。そのうえで、総合的なアセスメントに基づいて、認知症にともなう生活障害を小さくできるよう、また行動・心理症状がおきる要因を少なくできるよう、必要な支援を組み立てていく。また、その際には、不要なストレスや失敗体験に配慮しながら、本人のストレングス（強み、残存機能等）を可能な限り活かし、その人らしい自立した生活が継続できような個別化された支援内容を考えることが重要である。

なお、行動・心理症状への対応においては、その人本人が感じる不安や不快、ストレス等が原因となる場合も多いことから、本人に対する直接的なケアだけでなく、本人の日常生活に関わる人（家族やその他の支援者、地域で関わる人、ケアを提供する専門職など）の本人に対する関わり方を見直す取り組みの必要性も考慮する。

また、将来にわたる長い生活を支えていくうえでは、介護者や家族が感じる不安を軽減することも大切である。本人や介護者・家族だけで不安を抱え込まずに済むよう、その人と家族の生活を支えるチーム⁴を構築することが重要である。その際、認知症の生活機能への影響の現れ方は多様で、また変化するものであり、その状況に応じて関わる必要のある支援者や専門職も変化していくことに留意する。

(2) 認知症のある方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

認知症のある方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、つまり認知症のある方のケアマネジメントにおいて「想定される支援」として仮説を持ってその必要性を情報収集・分析すべき事項の一覧とその整理結果については、巻末資料に掲載のとおりである。

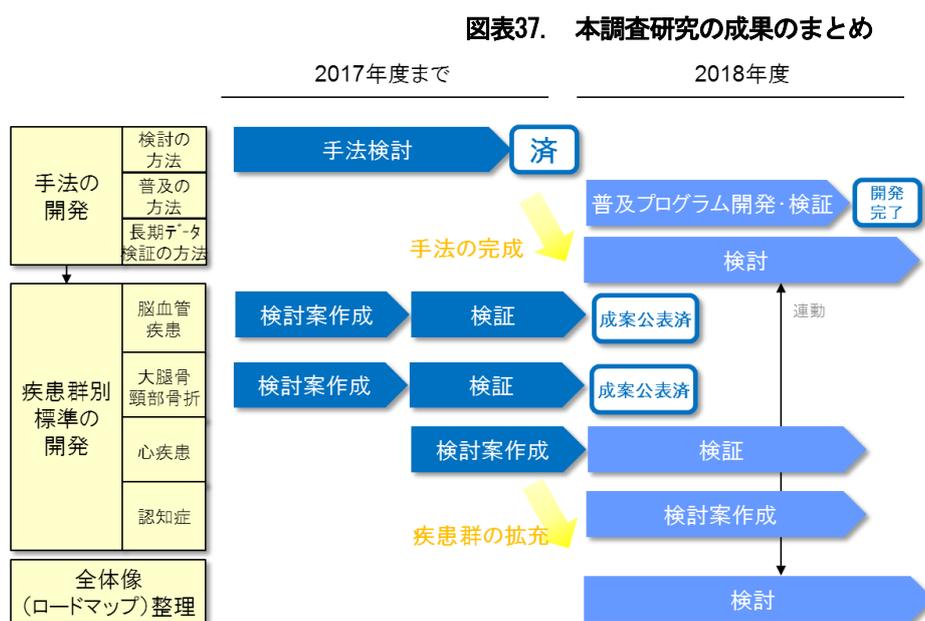
なお、本案はあくまでも検討案であり、今後検証を重ねて成案化する必要がある。

⁴ ここでいうチームとは、専門職で構成される固定的なチームではない。本人の生活の支援に関わっている専門職以外の様々な支援者で構成し、さらに状況に合わせてその構成員も変化するものである。

第5章 本調査研究のまとめ

第1節 本調査研究の成果

2016年度から実施してきた本調査研究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新たな疾患群として「認知症のある方のケアマネジメント」について検討案を作成、②心疾患の検討案の成案化、③本研究成果を介護支援専門員に普及するプログラムの検証、の3点を挙げることができる。



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

(長期的な効果を検証するための評価設計及びデータ蓄積のしくみづくり)

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。

(他の疾患群等に着目した項目一覧の充実)

本年度までの検討において、四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。

また、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。

(アセスメント/モニタリングにおける多職種連携のあり方の検討)

これまでに検討してきた疾患群別に想定される支援、及びその必要性や具体的内容を検討するために着目すべきアセスメント/モニタリング項目を見ても、これら全てを介護支援専門員が単独で情報収集・分析することは現実的ではない。

多面的かつ継続的な状況の把握やその変化をどう捉えるかの分析においては多職種連携が必須であり、ケアマネジメントに求められる様々な活動を、介護支援専門員と他の職種との間でどのように分担するかを実践的に整理する必要がある。

ケアマネジメントプロセスの中でも特に、多職種連携の重要性が大きいアセスメントとモニタリングの過程において、本調査研究で整理した「アセスメント/モニタリング項目」に沿った情報の収集・共有・分析を具体的にどのように進めると実効性が高いのか、そのあり方を検討する必要がある。

なお、こうした検討においては、特に情報の収集や共有において近年、介護現場での導入が積極的に進められている 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重要である。

2. 2019 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、2019 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。

(普及に向けたわかりやすいツールや展開方法の検討)

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。また、展開方法としては、法定研修の中で本項目を副教材として活用したり、事業所内あるいは地域における事例検討等の法定外研修で取り上げたりすることが考えられる。

研修だけでなく、実務における活用と普及も検討すべきである。例えば、サービス担当者会議及びその前後における多職種連携での活用が考えられる。介護支援専門員が、まずインテーク情報を踏まえて本項目に照らした検討と情報の整理を行い、その結果を踏まえてサービス担当者会議において「各職種で情報把握あるいは状況の分析に助言をいただきたい内容」を提示し、各職種及び地域住民等を含めたステークホルダーからの情報提供や助言を集約したうえでケアプラン原案を作る、こうした一

連の工程を本調査研究で整理した項目を踏まえて実施する具体的な手法を整理することが考えられる。

なお、これら具体的な展開方法の検討においては 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。

（新たな疾患群あるいは状態に着目した検討の充実）

本調査研究ではこれまでに、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、これまでの検討では取り上げなかったが、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疾患群あるいは状態に着目し、検討を充実させる必要がある。

具体的には、疾患群としては「呼吸器疾患」、より具体的には「肺炎の予防」を取り上げることが考えられる。要介護高齢者のケアにおいては特に誤嚥性肺炎の予防を取り上げることが考えられる。あるいは、経験が浅い介護支援専門員にとって支援内容をどのように想定すれば良いかが分かりにくい、生活の領域における支援の重要性が大きい「難病」に着目した検討も一案として考えられる。

さらに、疾患ではなく状態に着目した検討も考えられる。具体的には「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全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。

※本調査研究事業は、平成 30 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。

平成 30 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
調査研究報告書

平成 31 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