

令和6年度 主任介護支援専門員 更新研修 第4章-1

- ・ 主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践
生活の継続及び家族等を支える
基本的なマネジメント

日時	令和6年11月28日（木曜日）	9：30～11：30
場所	オンライン研修	
主催	NPO鹿児島県介護支援専門員協議会	

鹿児島県介護支援専門員指導者 古城裕喜

目的

「適切なマネジメント手法」の「基本ケア」の内容を踏まえ、主任介護支援専門員としての実践の振り返りを行うことにより、実践上の課題や不足している視点を認識し分析する手法を深める。また、分析結果を踏まえた資質向上に必要な取り組みと実践における改善策を講じる知識・技術を習得する

あるものに意識が向けられる
とそれ以外の物は背景に沈み
非顕在化する

だから

適切なケアマネジメント手法の普及推進に向けた調査研究事業

「適切なケアマネジメント手法」の 手引き



介護支援専門員の先輩たちが
培ってきた知見の中で共通化
できる『知見』に 着目し、
それを『体系化』



介護支援専門員によるケアマネジ
メントの質のばらつき（属人的）

＊特に経験年数の浅い
介護支援専門員だと資
格や知識によって視点
に『抜け漏れ』が生じ
ることがある



ねらい

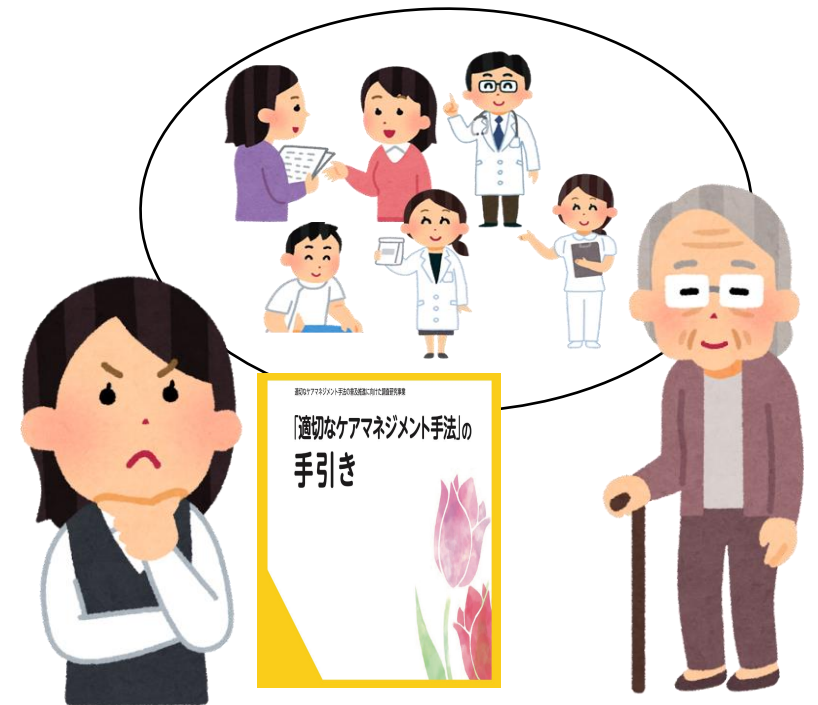
- ・ ケアプラン検討時の「抜け漏れ」の防止
- ・ 多職種連携の推進
- ・ ケアプラン見直しの円滑化

情報収集に入る **前の仮説を立てられる知見**

もしかしたら、骨折後初めて自宅に帰ることになる。転倒⇒再骨折が心配で活動量が低下してしまうのではないかな！閉じこもりがちな生活で生活リズムが乱れてしまうのではないかな！

根拠の基づき体系的に整理

とすれば、施設（介護・看護職）から歩行やトイレ移動などADL（運動機能）やIADL（排せつや睡眠パターン）など情報収集必要。また、退所前に施設（セラピスト・ケアマネ）と協働して家屋調査で福祉用具・住宅改修などの必要性の評価を協働できるように依頼をする必要がるかも！



体系的な知識

- * 想定される支援内容
- * 想定される支援チーム

支援の必要性和概要

情報収集項目（アセスメント/モニタリング）及び連携すべき他の専門職

『適 ケ ア』の基本構造

① 疾患に特有な検討の視点

② 可能性が想定される支援内容

P12

*疾患によっては期別（退院後3か月・4カ月目以降など）の視点

脳血管疾患

大腿骨頸部骨折

心疾患

認知症

誤嚥性肺炎の予防

疾患別ケア

（疾患に応じて特に留意すべき詳細の内容）

*医療との連携が必要な内容が多い

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

『疾患別ケア』はあく
でも疾患に応じた視点、
ケアの全てではない



全人的ケア！

高齢者の機能と生理（高齢者の一般的な特徴）を踏まえたケア⇒「生活を継続性する視点」『多職種』との情報共有において

① 必要な視点（情報収集・共有）

② 必要性が想定される支援内容

『基本ケア』生活の基盤を整えるための基礎的な視点

P23

令和5年6月版

基本方針	大項目	中項目
尊厳を重視した意思決定の支援	現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	疾病や心身状態の理解 現在の生活の全体像の把握 目指す生活を踏まえたリスクの予測 緊急時の対応のための備え
	意思決定過程の支援	本人の意思を捉える支援 意思の表明の支援と尊重 意思決定支援体制の整備 将来の生活の見通しを立てることの支援
これまでの生活の尊重と継続の支援	予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	水分と栄養を摂ることの支援 継続的な受診と服薬の支援 継続的な自己管理の支援 心身機能の維持・向上の支援 感染予防の支援
	日常的な生活の継続の支援	生活リズムを整える支援 食事の支援 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援
	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援 コミュニケーションの支援 家庭内での役割を整えることの支援 コミュニティでの役割を整えることの支援
	家族等への支援	支援を必要とする家族等への対応 家族等の理解者を増やす支援
家族等への支援	ケアに参画するひとへの支援	本人をとりまく支援体制の整備 同意してケアに参画するひとへの支援

*全ての支援内容を横並びに実施するのではなく、状況に応じて優先度や重要度を吟味して情報収集や分析を行う



STEP 2 『疾患別ケア』を知る

① 疾患に特有な検討の視点 ② 可能性が想定される支援内容 P12

*疾患によっては期別（退院後3か月・4カ月目以降など）の視点

脳血管疾患

大腿骨頸部骨折

心疾患

認知症

誤嚥性肺炎の予防

疾患別ケア

（疾患に応じて特に留意すべき詳細の内容）

*医療との連携が必要な内容が多い

基本ケア

（高齢者の機能・生理）

基本ケアを押さえたうえで
疾患別のケアを押さえる

『疾患別ケア』はあく
でも疾患に応じた視点、
ケアの全てではない

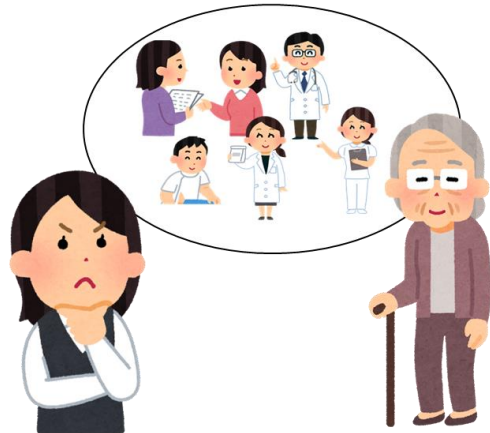
疾患や状態によらず、
共通して重視すべき事項

全人的ケア！

高齢者の機能と生理（高齢者の一般的な特徴）を踏まえたケア⇒「生活を継続性する視点」『多職種』との情報共有において

① 必要な視点（情報収集・共有）

② 必要性が想定される支援内容



目的（医療との連携）
⇒根拠に基づいた多職種連携の推進

4疾患

- 脳血管疾患（介護認定上位）
- 大腿骨頸部骨折（生活の不活性化）
- 心疾患（発症・再発時の機能低下が著しい）
- 認知症（介護認定上位）

1予防

- 誤嚥性肺炎の予防（肺炎入院が多い）



『疾患別ケア』根拠に基づいた多職種連携の視点

脳卒中

- ・要介護認定の最も多い疾患
- ・再発リスクが高い

- ・退院後の生活への移行の円滑化
- ・退院直後の生活不安の軽減
- ・再発予防

P24～25

I 期

- ・再発予防のための支援体制の整備
- ・心理的回復を含めた生活機能の維持・向上

II 期

自立に向けて

- ・継続的なセルフマネジメント

【I 期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）】

大項目	中項目
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

【II 期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期）】

大項目	中項目
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・向上
	リスク管理

『疾患別ケア』根拠に基づいた多職種連携の視点

大腿骨頸部骨折

P26

＊退院直後は生活機能が落ちている場合があるため、再骨折の予防と生活機能の早い回復が肝要

＊生活が安定した後は、本人の生活場面をよく見て、セルフマネジメントができるように支援

【Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）】

大項目	中項目
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（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期）】

大項目	中項目
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）

『疾患別ケア』根拠に基づいた多職種連携の視点

心疾患

P28～29

*再発をくり返しやすい疾患

I 期

再発しやすい

II 期

- 2疾患以上の医療の関わりが強い傾向
- 再入院の予防として、かかりつけ医あるいは担当の専門医と連携

- 状態が安定し医療連携が弱まる時期もある。しかし再発の可能性が大きく突然の発症に対する心理的負担がある。

- ステージによってエンドオブライフ

【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）】

大項目	中項目
再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬
	自己管理能力の向上とリスクの管理
	療養を続けるための環境・体制の整備
生活機能の維持・向上	心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援
	心理的な支援

【II 期（状態が安定から不安定な状況にある時期）】

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

『疾患別ケア』根拠に基づいた多職種連携の視点

認知症

P30～33

＊以下のような状態の方を
想定した支援内容等を検討

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自立又は一部
介助までで、認知症高齢
者自立度Ⅱb程度まで)

- ・ 家族等や支援者の連携を促し、彼
らを支える環境を整える
- ・ 尊厳を保持し、その人らしさや残
存機能を生かした生活を支える

大項目	中項目
ここまでの経緯の確認	ここまでの経緯の確認
本人及び家族・支援者の 認識の理解	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
将来の準備としての意思 決定の支援	本人の意思決定能力を尊重した意思決定 支援
	意思決定支援体制の整備
必要に応じた連携体制の 構築	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
	基本的なセルフケアを継続することの支援
これまでの生活の尊重と 重度化の予防	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
	合併症や併発しやすい事故の予防
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

『疾患別ケア』根拠に基づいた多職種連携の視点

誤嚥性肺炎の予防

*ADLや機能低下、脳卒中後遺症など嚥下機能低下に伴う肺炎
オーラルフレイル リスクの大きい高齢者が多い

* 予防 / 再発予防の重要性から『予防』に着目

ケア項目

大項目

中項目

P30～33

リスクの評価

誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解

リスクの評価

日常的な発症及び再発の予防

摂食嚥下機能の支援

リスクを小さくする支援

リスクの再評価

リスクの再評価

変化を把握したときの対応体制
の構築

変化を把握したときの対応体制の構築

リスク要因

⇒摂食嚥下機能の低下 口腔衛生状態の低下 生活環境・生活リズムの変動 フレイルなど
⇒普段の

早めに気づいて速やかに医療に繋ぐ（医師・歯科医師）



『適 ケ ア』どんな場面で活用されるのか？

1. 自己点検 *全ての項目をチェックする必要はない！

P36～39

作成する時点（ケアプラン原案）、作成後（モニタリング）の見直しの時点で『適 ケ ア』を活用して担当事例の支援が妥当か自己点検する

事例を選ぶ

担 当 事 例 か ら 自 己 点 検 を 選 定 す る

自己点検シート記入

点 検 シ ー ト に 沿 っ て 、 各 項 目 を チ ェ ッ ク す る

今後の対応

追加の情報収集検討、今後の対応の検討（ケアプラン変更）

- ☑アセスメントで情報収集したか？
- ☑支援の必要性を吟味したか？
- ☑ケアプランに位置付けたか？
- ☑具体的な内容だったか？
- ☑見直しが必要か？
- ☑具体的に追加すべきか？縮小か？

対
応
検
討

追加の情報収集はどうか？

個別化の検討（多職種協働で）

ケアプラン見直し（追加？・終了？）

状況推移の見守り（協働モニタリング）

活用場面② 研修 (P 4 0 ~ 4 1)

＊地域で「適ケア」をケアマネジメントを定着させるには、研修会（地域・職域・法人内）で意義や内容、活用方法の理解を促す

第1回：考えの理解

「適ケア」の基本的考え方や各種シートの使い方の理解

第2回：自己点検共有

事前に自己点検を行い、その結果を持ち寄って共有する

☑抜け漏れは

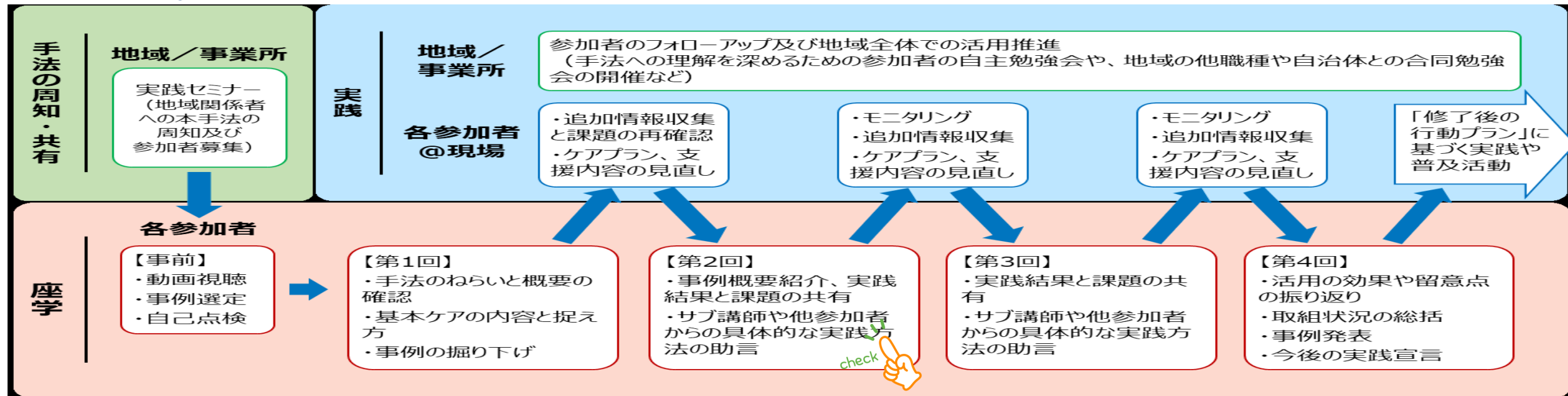
☑深めるべき情報は

☑個別化で助言が必要な項目は

☑内容の変更は

第3回
強化すべき項目説明

結果を踏まえ、理解が不足している支援項目の詳細や留意点の解説



活用場面③カンファレンス（P42～49）

高齢者を取り巻く支援チームで『適ケア』を共通言語として活用することで、他の専門職等と情報収集の検討の視点を共有できる

サービス担当者会議 地域ケア個別会議 入退院時カンファレンス

事前準備	介護支援専門員	全 員
	自己点検し相談したい内容を準備	「適ケア」を目を通す
カンファ当日	介護支援専門員	全 員
	相談したい理由の説明	「適ケア」を念頭に、その人らしい個別化された支援内容検討
基本情報 アセスメント 課題整理総括表 ケアプラン 記録シート	視点 ☑現時点でその支援は必要か？ ☑支援が必要な場合 ‘ <u>その人らしい</u> 個別化された支援’ としてどのような内容・方法があるか？	
対応策の実施 （多職種協働）	介護支援専門員	他 の 職 種
	追加の情報収集やケアプラン見直し	検討結果からCMへの情報提供と提供サービスの見直し

『適切なケアマネジメント手法』を使う意義

1. 支援内容やアセスメント項目の『抜け漏れ』を防ぐ

P8・9

アセスメントやケアプラン原案検討の場面で『適ケア』を参照することで、支援内容の仮説（もしかしたら、後遺症後初めての在宅生活だから精神的援助『受容の支援』が必要かもしれない）や、その必要性を判断するためのアセスメントの視点（アセスメント項目・相談すべき専門職）が抜け漏れを防ぐ

⇒一定水準以上のケアマネジメントの提供（平準化）

2. 他の職種との協働や役割分担を進めやすくなる

アセスメント/モニタリングが効果的に行われる⇒生活課題の把握や生活の将来予測、個別化がしやすくなる⇒生活の継続支援にそれぞれの専門職が専門性をより発揮できる

アセスメント/モニタリングの項目に合わせ

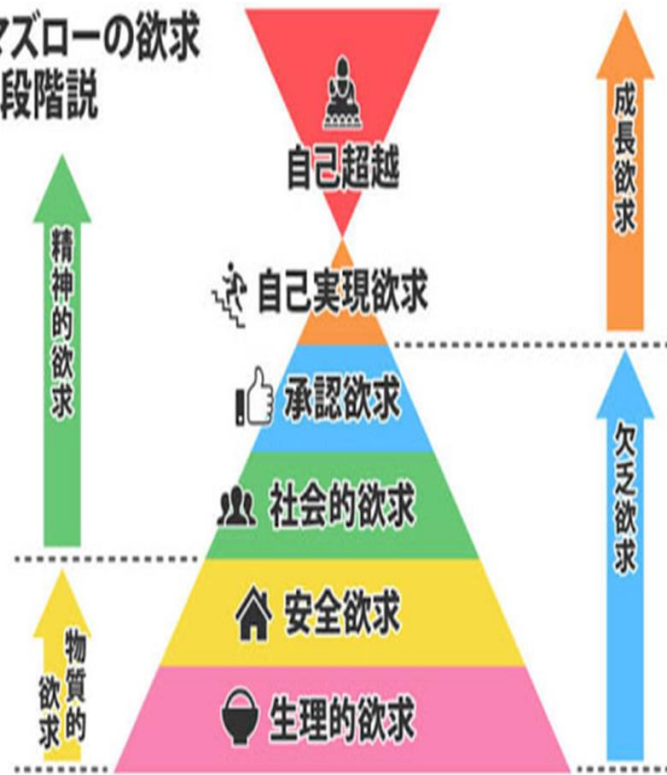
「相談すべき専門職」（協働アセスメント「何の情報を誰と連携・協働すべきか」）示してある

3. ケアプランの見直しをしやすくなる

『適ケア』をを参照することで、状況の変化に応じて①引き続き必要な支援や、②見直す支援、③新たに追加する支援を判断しやすくなる

『適ケア』だけに、着目した支援では、利用者は『幸福』や『満足』を感じにくい

マズローの欲求
5段階説



*その人の、その人生の
『幸福・満足』を**想**
定することなど**到底**
できない。その人らしさ
(人生のこだわり)は対人
援助(その人との語り合い
「ナラティブ」が重要では
ないか？

《ケアの本質》

一人の人格をケアするとは、最も深い意味で人が成長すること、自己実現することを助けることである

ミルトン・メイヤロフ「ケアの本質」

生活の質（QOL）

ある人がどれだけ『人間らしい生活』や『自分らしい生活』を送り人生に『幸福』を見出しているかという尺度

質を向上し、目指すもの



地域包括ケアシステム



基本的知識の 共有化



多職種連携 の推進



固有のニーズの 実現

根拠の不明瞭な属人的な思い込みの是正

①

Step I 知識

実務経験や知識の格差によって生じる、支援の格差(ばらつき)を少なくするために、根拠に基づいた続いた支援が可能となるよう、『知識の共有化』をはかる

根拠の明確な内容提示(支援内容の格差の縮小)

②

step II 実践

根拠のある体系化した知識を理解し習得することにより、『多職種』との連携や協働がスムーズになり効果的なチームアプローチが可能

多様で個別的なニーズの合意、全人的ケアの推進

③

step III 効果

多様な価値・知識を活用した協働アセスメントが実践されることで、個別的・固有のニーズが支えられる『幸福感』『満足感』のケアマネジメントの実現