

第15章 ケアマネジメントの展開

①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]

下巻
P88

第15-①「生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント」の目的

生活の継続を支えるためのケアマネジメントは高齢者の
生理、心理、生活環境などの構造的な理解に基づいて
行われる必要があることを理解する。

また、適切なケアマネジメント手法の基本的な考え方を理解する。

第15章 ケアマネジメントの展開

①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]

下巻
P88

第15-①「生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント」の修得目標

- ① 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解に基づいたケアマネジメントの重要性について説明できる。
- ② ケアマネジメントを必要とする高齢者の特性について説明できる。
- ③ 高齢者の代表的な疾患や症候群の特徴について説明できる。
- ④ 疾患別ケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ⑤ 適切なケアマネジメント手法作成の背景、目的、基本的な考え方について説明できる。
- ⑥ 本人が有する疾患に関係なく、ケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容について説明できる。
- ⑦ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、基本ケアに関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。

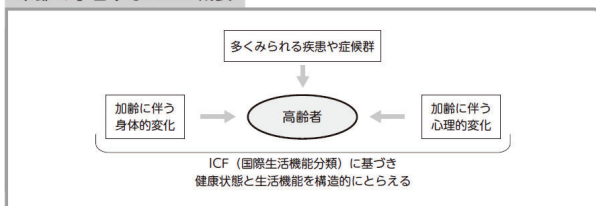
第15章 ケアマネジメントの展開

①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]

下巻
P88

第1節 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解

本節で学習することの概要



第15章 ケアマネジメントの展開

①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]

下巻
P88～90

第1節 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解

【1 高齢者の特性】

1. 加齢に伴う機能と生理の変化
 - 加齢（エイジング）とは、「歳をとること」「年齢を重ねること」
 - 老化とは、医学的には「成人以降に加齢に伴って身体の機能が徐々に衰退すること」
 - ・老化は、誰にでも起こる生命現象である
 - 加齢に伴う身体機能の衰えから表れる身体的・心理的諸症状を老年症候群という
 - ・加齢は否応なしに訪れ、筋力の低下、動作能力の低下、食欲の低下、低栄養状態になるなどの悪循環を招くことになる場合が多く、それが要介護状態につながってしまう
 - 老年症候群による悪循環を早期に断ち切り、利用者がその人らしい尊厳ある生活を送れるよう、適切なサービスを受けられるようにするのが介護支援専門員の仕事であり、ケアマネジメントの機能であるといえる
 - ・要介護（要支援）状態になることをできる限り防ぎ（発生の予防）、要介護（要支援）状態になっても、状態がそれ以上に悪化しないようにすること（維持・改善、重度化の予防）
 - 適切なケアマネジメントを行うためにも、高齢期の生理的特徴や心理的特徴、環境による特徴を熟知しておく必要がある

第15章 ケアマネジメントの展開

①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]

下巻
P90～93

第1節 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解

【1 高齢者の特性】

2. こころとからだのそれぞれにおける加齢に伴う影響

1) 加齢に伴う心理的变化

- ①老性兆候
- ②さまざまな喪失体験

2) 加齢に伴う身体的変化

- | | |
|----------|----------|
| ①運動器系の変化 | ②循環器系の変化 |
| ③呼吸器系の変化 | ④消化器系の変化 |
| ⑤泌尿器系の変化 | ⑥生殖系系の変化 |
| ⑦内分泌系の変化 | ⑧脳神経系の変化 |
| ⑨感覚器系の変化 | ⑩皮膚器官の変化 |

第15章 ケアマネジメントの展開

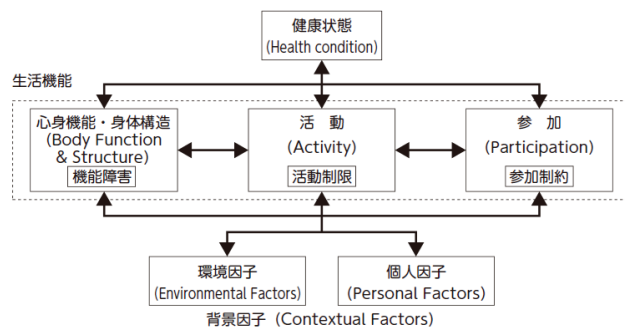
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]

下巻
P93

第1節 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解

【2 健康状態と生活機能を構造的に捉える視点】

1. ICF（国際生活機能分類）の理解



第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第1節 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解
【2 健康状態と生活機能を構造的に捉える視点】

下巻
P94

2. ICFが制定された背景

- ICF が制定される前は、国際障害分類（ICIDH：International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps）という分類が使用されていた
- ・ICIDHは疾病による障害を、①機能障害、②能力障害、③社会的不利という三つの階層に分けてとらえるという考え方
- ・障害というマイナス面を中心にみていたこと、相互の影響が考慮されていないこと、環境因子が考慮されていないことなどに対する批判があり、ICFが策定された
- ICFでは機能障害ではなく心身機能・身体構造、能力障害ではなく活動、社会的不利ではなく参加という用語になり、各々の要素が双方向の矢印で結ばれており、さらに環境因子、個人因子が加わる
- ・疾病による障害という視点だけではなく、人が生きることの全体像をみる生活機能モデル

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第1節 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解
【2 健康状態と生活機能を構造的に捉える視点】

下巻
P94

3. 構造的にとらえる必要性和有効性

- 要介護者に発生し得る骨折や誤嚥性肺炎、褥瘡などの急性疾患は、不活発な暮らしぶりや口腔ケア不足、低栄養、高次脳機能への適切な刺激不足などがその大きな誘因や増悪因子となる
- ICFの観点から要介護者に降りかかる一つひとつの急病をばらばらにとらえるのではなく、例えば、下記に例示した内容を“生活機能障害”ととらえ直し、それが原因が高まっているリスクに対して多面からアプローチすることが重要といえる

●要介護者に生じ得る“生活機能”の例

- ① 運動機能の低下
- ② 口腔・栄養・摂食嚥下機能の障害
- ③ 情動不活発や高次脳機能低下

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第1節 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解
【3 高齢者に多い代表的な疾患や症候群】

下巻
P94～99

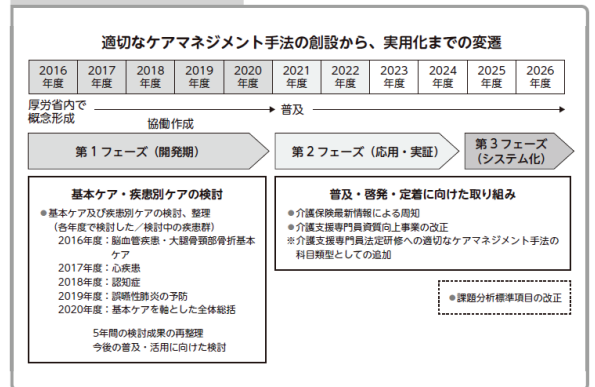
○高齢者に多い代表的な疾患や症候群

1. 認知症…（アルツハイマー型、血管性、レビー小体型、前頭側頭型）
2. 脳血管疾患…（急性期、回復期、維持期）
3. 骨折（大腿骨頸部骨折）…（頸部骨折、転子部骨折）
4. 廃用症候群（生活不活発病）…（フレイル（虚弱））
5. 心疾患（慢性心不全等）…（慢性心不全・急性増悪、急性心不全）
6. 誤嚥性肺炎…（食物、水分、唾液、嚥下機能）

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解

下巻
P100

本節で学習することの概要



第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解
【1 適切なケアマネジメント手法作成の背景と目的、制度上の位置づけ】

下巻
P100

1. ニッポン一億総活躍プランでの位置づけ

- ・わが国の健康寿命は延伸し、地域の高齢者の状況や生活のあり方は多様化している
- ・それに伴ってケアマネジメントで取り扱う社会資源の範囲は広がりを見せている
- ・そんな中、制度発足後から今日まで、介護支援専門員の経験の差やほかの職種との関係性、所属事業所の環境等によって、インテークからモニタリングまでのプロセスにおけるアプローチ方法に差異が生じているとの指摘があった
- ・ニーズを抽出する際に行う情報収集が不十分だと、その後に展開されるケアマネジメントの質に直結するため、たとえ初任段階であっても、社会保障制度のサービスを担う者として行っている以上、一定以上の水準で提供することが求められる

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解
【1 適切なケアマネジメント手法作成の背景と目的、制度上の位置づけ】

下巻
P101

1. ニッポン一億総活躍プランでの位置づけ

- ・ニッポン一億総活躍プラン（2016（平成28）年6月2日閣議決定）において、適切なケアマネジメント手法は進められることとなった。
- ・2016（平成28）年から5年をかけ、地域の介護支援専門員や多職種の団体等多くの方々の実践に基づいた知識と協力により基本ケアと疾患別ケアがつくられ、ケアマネジメントの体系化に向けた試みが行われた
- ・2024（令和6）年4月には法定研修に組み込まれ、全国のすべての介護支援専門員が学ぶ共通言語・手法となった
- ・これに伴い、介護支援専門員が行うアセスメント項目を示した課題分析標準項目も改正された

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解
【1 適切なケアマネジメント手法作成の背景と目的、制度上の位置づけ】

下巻
P101～102

2. 多職種連携の円滑化

- 多職種連携が推進され、介護支援専門員が一人ですべての領域の知見を身につけるのは現実的ではなく、むしろ連携の要としてさまざまな専門職等と円滑に連携するための基本的知識が求められている
- ・適切なケアマネジメント手法は、まさにその基本的知識としてつくられ、他職種と連携する際に、“共通言語”として活用することが想定されている
- ・適切なケアマネジメント手法の項目一覧には、アセスメント／モニタリング項目と併せて「相談すべき専門職」も明示されており、何を他職種に相談したらよいか判断できる
- ・項目一覧は、介護支援専門員と多職種と一緒に確認し、どのような情報を把握する必要があるか、誰と連携・共有したらよいか理解できる
- ・アセスメント／モニタリングが効果的に行えらると、生活課題の把握、生活の将来予測、個別化が円滑化され、それにより利用者がその人らしい生活を継続するための支援に、各職種の専門性を発揮することにつながる

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解
【1 適切なケアマネジメント手法作成の背景と目的、制度上の位置づけ】

下巻
P102

【概要版（項目一覧）】基本ケア

想定される支援内容				適切な支援内容とするための関連するアセスメント／モニタリング項目等		
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職
1 尊厳を重視した意思決定の支援	1-1現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	1-1-1疾病や心身状態の理解	1 疾患管理の理解の支援	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・日常約な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、開食の有無など）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・日常約な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）	医師、看護師、薬剤師、PT / OT / ST、介護職

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解
【1 適切なケアマネジメント手法作成の背景と目的、制度上の位置づけ】

下巻
P102

3. 根拠に基づく仮説をもつことの有効性

- 経験が豊富な介護支援専門員はアセスメントの際、インタビューで得た情報をもとに、その利用者にとって重要度の高いと思われる項目から“あたり”をつけていくが、これは個人的な勘というよりも、専門職として培ってきた知見に基づくものであると考えられる
- ・“あたり”をつけることで、限られた時間で効率的かつ重要な領域の情報を重点的に収集でき、個別化に資する情報の収集と整理を効率よく行うことができる
- 適切なケアマネジメント手法では「想定される支援内容」という項目が設けられており、起こり得る状況に対して効率的にアセスメント、モニタリングしたり、なぜその項目が必要なのか「支援の概要、必要性」が示されていることから根拠をもって説明、判断することができ項目一覧の構造となっている

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解
【1 適切なケアマネジメント手法作成の背景と目的、制度上の位置づけ】

下巻
P103

【概要版（項目一覧）】基本ケア

想定される支援内容		支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連する
基本方針	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照
1 尊厳を重視した意思決定の支援	1 疾患管理の理解の支援	・再発防止や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、原因となっている疾患の管理についての理解が必要。また、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出しやすくなる等）についても知っておくことも重要である。 ・継続的な受診の確実性により疾患の理解と、適切な食事や生活の改善を支援する体制を整える。また、本人や家族等に対して、服薬の必要性及び薬の管理方法について理解を促す支援体制も併せて整える。 ※関連して疾患の診断の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・日常約な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、開食の有無など） ・日常約な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解
【2 適切なケアマネジメント手法を使う意義】

下巻
P103

1. 個別化したケアの実現に向けた詳細な情報収集

- 要介護高齢者のニーズや具体的な支援内容は、非常に多様であるがゆえ、ケアプランは一人ひとり異なる個性の高いものとなることから、適切なケアマネジメント手法では次のようなことを目指している
- ・どの介護支援専門員が担当しても、本人から見ても一定の水準のケアマネジメントを提供できること
- ・上記を実現するために仮説をもって情報収集・分析すること
- ・適切なケアマネジメント手法をケアマネジメントの土台として活用することで、いっそう個性の高いケアマネジメントを展開すること
- これまでの経験や学習によらず、介護支援専門員として行うべき情報収集項目等を利用者・家族とともに確認することで、抜け漏れ防止につながり、丁寧な情報収集が利用者の生活を詳らかにし、個別化したケアの実現につながる

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解
【2 適切なケアマネジメント手法を使う意義】

下巻
P104

2. 情報収集における多職種やサービス事業者等との連携とチームのかかわり方の変化

- 情報収集やケアの提供は、多職種が所属するそれぞれのサービス提供事業者等と連携して行うため、適切なケアマネジメント手法には誰と何を目標して、どのような支援を行うのかが明確化されており、それをもとに検討・議論されるケア内容は具体化される
- 連携では何が有益な情報なのか、さまざまな要素が求められる
- ・介護支援専門員から多職種へのかかわり方を考え、情報収集・情報提供は細かく、ちょうどよい頻度やタイミングを探るように心がける
- ・情報の内容としては、どの職種がどのような情報を、いつ、どれくらいの情報の細かさで欲しいのかあらかじめ確認して関係者に伝えておく
- サービス事業所等から情報提供を受けた際には、受けたままにせず、御礼と内容に関するフィードバックを行う
- ・双方が適切なケアマネジメント手法を共通言語として用いて連携すると、具体性の高さを確保・維持でき、利用者を支えるケアマネジメントの個別化が可能な状況をつくり出せる

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解

下巻
P104

【2 適切なケアマネジメント手法を使う意義】

3. 個別化されたケア内容をとらえる視点の獲得

- 個別化されたケア内容を見いだす観点として、利用者に対する介護支援専門員の姿勢とアセスメントの二つがある
 - ・本人や家族から利用者の生活を教えてもらうという姿勢で臨むようにする
 - ・利用者のできないことや困っていることなどネガティブな面に目を向けるのではなく、利用者が営んでいる生活に目を向ける
- アセスメント項目ごとに介護の程度（見守り・一部介助・全介助）をはかるのではなく、生活の具体的な内容をみていくこととなる
- 利用者は介護支援専門員に問われることで、自ら考え、語る機会を得、そのプロセスは利用者にとって、自分自身の生活を客観的にとらえることにつながる
 - ・前提として、生活の細部に関する情報は極めてプライベートなことなので、本人から話してもらえるよう信頼関係の構築が不可欠

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解

下巻
P105

【3 適切なケアマネジメント手法の基本的な考え方】

1. 根拠に基づく体系的な知識

- 適切なケアマネジメント手法は、介護支援専門員の実践知の体系化といえる
 - ・この手法の体系化にあたっては、高齢者の生活基盤を支える「基本ケア」は老年学等の知見に基づいて作成され、併せて多職種協働がいつそう求められる「疾患別ケア」が作成された
 - ・「疾患別ケア」は、要介護状態の原因疾患の上位を占める、あるいは重度化すると命に影響を及ぼすおそれのある疾患群や状況として、脳血管疾患、大腸骨頸部骨折、心疾患、認知症、誤嚥性肺炎の予防が作成されている
 - ・限られた疾患群ではありつつも、要介護高齢者の多くに適用できるよう工夫された

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解

下巻
P105

【3 適切なケアマネジメント手法の基本的な考え方】

2. 情報収集においてもつべき視点

- 介護支援専門員がアセスメントを行う際には、利用者像や支援内容の仮説を立てては、組み替えて面接を進めていく
 - ・適切に判断するには、情報が十分であること、つまり抜け漏れをなくすることが大切
 - ・介護支援専門員が適切なケアマネジメント手法を参照することで、支援情報収集の抜け漏れ防止につながる
- 大切なことは、単に情報を収集するのではなく、仮説をもちながら情報収集を行うこと
 - ・このような取り組みにより、どの利用者に対してもしも一定水準以上のケアマネジメントを提供できるようになる

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解

下巻
P106

【3 適切なケアマネジメント手法の基本的な考え方】

3. 必要性や個別性の検討のための情報収集と多職種連携

- ケアの必要性を判断するに際しては、判断に足りるだけの情報が必要だが、この情報は介護支援専門員が一人ではなく、項目ごとにどの職種がよく知っているのかを検討し、情報収集の方法を調整するのが介護支援専門員の役割となる
 - ・アセスメント項目や実際の行為によって情報を知り得る職種は異なるため、介護支援専門員自身が確認するほか、ケアチームをマネジメントして情報を共有できるようにする
- 利用者の個別性は、その人の生活の細部に現れるため、積極的に介護支援専門員が自身及びチームから情報収集に努めなければ、目の前に存在している利用者の個性に気づけないという状況に陥ることになる
- 適切なケアマネジメント手法の基本ケアでは、「尊厳の重視」が基本方針の一つとして示されており、介護支援専門員は利用者の何気ない毎日の言動を価値あるものとしてとらえ、ケアチームとともに取りこぼさないように対応することが求められている

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解

下巻
P106

【4 適切なケアマネジメント手法の活用方法、活用場面】

- 適切なケアマネジメント手法は介護支援専門員の日頃の実践、サービス担当者会議等の個別のカンファレンスのほか、地域ケア会議や、事例検討会、保険者が行うケアプラン点検や運営指導等での使用が想定されている

1. 個別支援での活用

- ・介護支援専門員として日々ケアマネジメントの実践を行う際に、介護支援専門員が自ら点検を行うチェックリストの用途としての活用
- ・ケアプラン作成では支援方針を効率的に見きわめることにも役立つ
- ・情報収集や支援の抜け漏れがあっても早めに気づけることから、個別化のための情報収集や調整により注力しやすくなる
- ・個別支援での活用場面は、サービス担当者会議、モニタリング等、個別のケアマネジメントなどプロセスの全般についてあげられる

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第2節 適切なケアマネジメント手法の理解

下巻
P107

【4 適切なケアマネジメント手法の活用方法、活用場面】

2. QJT や研修での活用

- 適切なケアマネジメント手法は、介護支援専門員が自分自身で確認できるという側面もあるが、事業所内や地域でのQJTや研修での活用も期待される
 - ・初任段階の介護支援専門員は、自分は何がわからないのかかわからず言葉にできない、何につまずいているか気づいていないといったことがある
 - ・経験年数を経た介護支援専門員にとっては、自分が日頃もっている視点や方法以外はあまりもち合わせていない
 - ・根拠に基づく体系的な実践知である適切なケアマネジメント手法をチェックリストのように活用することで、同行訪問時のQJTや研修等の育成場面で視点の抜け漏れ防止が可能となる

3. カンファレンスや地域ケア会議での活用

○適切なケアマネジメント手法は、介護支援専門員と他職種との共通言語として活用できる

- ・当然行政職との連携にも活用できるため、医療機関での退院時のカンファレンス、サービス担当者会議、地域ケア会議や事例検討会など、地域行政がかかわるさまざまな場面での活用が可能となる

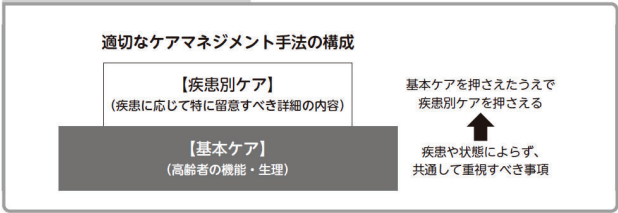
○ケアマネジメントの実践を想定し、適切なケアマネジメント手法をどのように活用できると感じましたか。

個人ワーク 5分

参考例

- 介護支援専門員が自ら点検を行うチェックリスト
- 個別化のための情報収集や調整
- 指導担当者への相談や同行訪問時

本節で学習することの概要



- 適切なケアマネジメント手法は、基本ケアと疾患別ケアから構成される
- 基本ケアは高齢者の機能と生理を踏まえ、介護支援専門員自身が行うこと、多職種と情報共有するうえで必要な視点と想定される支援内容を整理したもの
- 基本ケアは、病気があるか無いか、複数の疾患があるか、病態がどうか等にかかわらず、すべての要介護高齢者に対して共通の取扱い事項
- 適切なケアマネジメント手法はわが国の高齢者支援の領域で行うケアマネジメントの基礎となる手法
- ・なかでも基本ケアはすべての要介護高齢者に共通して行うもので、いわばわが国の高齢者支援の領域のケアマネジメントの基礎とも言える
 - ・適切なケアマネジメント手法を取り扱う場合の原則は、最初に基本ケアを理解・実行し、その後、必要に応じて疾患別ケアを組み合わせるという構成となる
 - ・疾患別ケアから着手することや、疾患別ケアだけを行うことはない

1. 生活の基盤を支えるための基礎的な視点
- 基本ケアは、高齢者と家族等の生活基盤を支えるための基礎的な視点で、介護保険制度の理念である「尊厳の保持」と「自立支援」を踏まえ、これまで送ってきたその人の生活をできるだけ継続できるようにするために「想定される支援内容」を確認すべくアセスメント項目、モニタリング項目として整理された
- ・高齢者の生活基盤を支える際に必要なことは、こことからだの機能を維持する視点をもつこと
 - ・専門職がそこにかかわる価値とは、予見可能なことは予見し、高齢化に伴うリスクを最小限にすることで、望まない形での生活を選び、これまでの生活を継続する支援体制を整えること
 - ・このような知識・技能と対応力を備え、それを発揮できることが専門職としての介護支援専門員の対応といえる

下卷
R109

【1 適切なケアマネジメント手法における基本ケアの位置づけ】

1. 生活の基盤を支えるための基礎的な視点

○介護支援専門員としての基本的な知識を有したうえで、一人ひとりの高齢者の生活を支え、その高齢者が家庭や地域での役割をもちながら、その人らしい生活を送れるよう支援する体制づくりのための「活動と参加」の視点が必要

- ・疾患や状態により適切とされるリハビリテーションは異なるなど、本人のストレスとトレーニングに配慮しながら、その高齢者を取り巻く心的・物的環境を整えていく
- ・何よりも、生活全般を支えるという幅広い視点をもってケアチームを編成し、本人の尊厳を重視しながら、家族も含めたQOLの維持・向上にも配慮した意思決定支援を行える体制をつくることが重要
- ・どのような医療やケアを受けたいか、住む場所をどうするかといった大きな選択だけでなく、日常生活の小さな選択も介護支援専門員がかわかる意思決定の範囲となる

○適切なケアマネジメント手法の基本ケアでは、人が人としての尊厳をもちながら、一人の個性ある無二の存在として高齢期を生きること、そのセルフマネジメントを支援するという考え方に基づいている

下卷
P110

【2 基本ケアの構成と活用する際の留意点】

[illegible]

下卷
B110

【2 基本ケアの構成と活用する際の留意点】

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

下卷
B110

【2 基本ケアの構成と活用する際の留意点】

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
	日常的な生活の継続の支援	感染予防の支援
		生活リズムを整える支援
		食事の支援
	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援
		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	

下卷
P110

【2 基本ケアの構成と活用する際の留意点】

家族等への支援	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
	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

下卷
2110

【2 基本ケアの構成と活用する際の留意点】

1. 基本方針・大項目・中項目・想定される支援内容の構成

○適切なケアマネジメント手法では、基本となる方針をもとに大項目・中項目・想定される支援内容の構成になっている

○最も重要なのは、基本方針と想定される支援内容で、それぞれを相互に関連づけながら考えること

○想定される支援内容では「〇〇の状態なら、～～という支援内容を想定しておく」とい
 いうことを体系的にまとめている

・例えば、想定される支援内容の「望む生活・暮らしの意向の把握」は、「I 尊厳を重視した意思決定の支援」に紐付けられている

・基本的なことこそ、どの介護支援専門員であっても同じように答えられる必要がある

- ・「なぜその支援が必要なのか」を説明したのが「支援の概要、必要性」の項目である

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第3節 「基本ケア」の理解

下巻
P111

【2 基本ケアの構成と活用する際の留意点】

想定される支援内容				支援の概要、必要性
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
I 尊厳を重視した意思決定の支援	I-1現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-2現在の生活の全体像の把握	5 望む生活・暮らしの意向の把握	・本人の尊厳を尊重し本人が望む暮らしの実現には、暮らしやすくするための環境の改善も、本人の活動能力を踏まえて実施することが重要である。 ・暮らしの中で常に継続したいことや実現したいことを要を本人から把握したい。家族等から本人のこれまでの嗜好や暮らし方、これらからについて本人が家族等に表明している意思を把握したりする。また、サービス事業者とも連携し、サービス利用中の利用者の様子も把握する。

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第3節 「基本ケア」の理解

下巻
P112

【2 基本ケアの構成と活用する際の留意点】

2. 想定される支援内容の検証に必要なアセスメント項目／モニタリング項目
○想定される支援内容ごとに必要性と妥当性を判断するために確認すべき項目が、「主なアセスメント項目」「主なモニタリング項目」
○それを相談したり確認したりする専門職種を示したのが「相談すべき専門職」
・専門性の高い実践を行い、併せて個別化の視点に立った支援の要否や具体的内容の検討のためにほかの職種と連携する
○介護支援専門員としてすべての高齢者を対象として把握すべき基本ケアが体系的に適切なケアマネジメント手法にとりまとめられたことで、初めて介護支援専門員になったときから、すでに先達の知恵と技術をコンピテンシーとして学び、実践する際に助けとすることができるようになった。
○介護支援専門員として確認すべきことをあらかじめ学習し、知識として蓄えておくことで、実践力を高めることができるとともに、日本全国のどの介護支援専門員に担当してもらっても、確認事項の抜け漏れを予防できるメリットがある

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第3節 「基本ケア」の理解

下巻
P112

【2 基本ケアの構成と活用する際の留意点】

想定される支援内容	適切な支援内容とするための関連するアセスメント／モニタリング項目等		
想定される支援内容	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職
5 望む生活・暮らしの意向の把握	・本人・家族等が望む生活・暮らし（1日／1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント） ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在でできること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など） ・望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無・ADL/IADLの状況（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の現況など） ・本人の自決（自給能力）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、頻度、内容など） ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家族外）での本人の役割 ・（関係者がいる場合）関係者による本人の生活リズムの把握状況	・本人・家族等が望む生活・暮らし（1日／1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント） ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在でできること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など） ・望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無・ADL/IADLの状況（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の現況など） ・本人の自決（自給能力）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、頻度、内容など） ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家族外）での本人の役割	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第3節 「基本ケア」の理解

下巻
P112

【2 基本ケアの構成と活用する際の留意点】

3. 仮説をもつ
○経験豊富な介護支援専門員は、アセスメントシートの項目順に総てを確認するのではなく、インタビューや面談から得られた情報から、利用者が現在どのような状況にあるのかを把握し、さらに確認すべき情報は何か、その後必要になりそうな支援は何かなどを想定する
・「あたり」をつつけながら効率よく個別化したアセスメントを行っている
・例えば、退院カンファレンスでは、心疾患のある人が退院するため、その後の生活の相談をしたいという依頼を電話で受けたときから、今後の大きな方向性を想定し、何を確認しないといけないか……ということが頭に浮かんでいる
○このような仮説をもち、実践していくことが適切なケアマネジメント手法である
・利用者と家族等のQOLの維持・向上を図ることが可能になると同時に、介護支援専門員の仕事も効率化されます。
○ただし、あくまで「想定される支援内容」は仮説に過ぎないため、実際にアセスメントやモニタリングをして個別の状況を確認することが大切である

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第3節 「基本ケア」の理解

下巻
P113

【2 基本ケアの構成と活用する際の留意点】

介護支援専門員の日頃の実践	アセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議でのディスカッション、モニタリング等の際に使用する。
指導担当者への相談や同行訪問時	事業所で先輩や指導担当者に相談するときや、同行訪問の際に持参し、一緒に確認する。
地域包括支援センターへの相談	地域包括支援センターへのケースの相談を行う際に使用する。
事例検討会	事業所内、地域等で事例検討会を行う際に、参加者全員で準備し、一緒に確認する。
地域包括支援センターや保険者との地域資源の整備の検討	この手法を専門職と行政の共通言語として活用し、エビデンスに基づく地域ケアマネジメントの知見を集約したうえで不足する地域資源を検討する。

第15章 ケアマネジメントの展開
①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間]
第3節 「基本ケア」の理解

下巻
P113

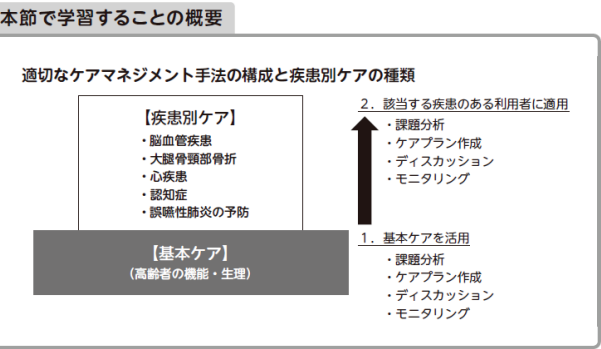
【2 基本ケアの構成と活用する際の留意点】

4. 意向の把握を前提とした詳細な情報収集を通じた課題の抽出
○介護支援専門員の主要業務は、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）に対して、社会資源を調整していくことで、そこには利用者の意向がつながっている
・利用者の生活状況を、詳らかにしていくプロセスのなかで、利用者の本当の気持ちや葛藤を知ることにつながる
・基本ケアの三つの基本方針
Ⅰ 尊厳を重視した意思決定の支援
Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援
Ⅲ 家族等への支援
を確認することで、意思決定の支援が最初にあることがわかるとともに関連性も見出せる

5. 視点の抜け漏れを防ぐための活用
- 適切なケアマネジメント手法は、介護支援専門員がこの手法を活用することで自分の実践の抜け漏れを防ぐとともに、多職種協働を促す特徴があり、利用者の生活の質の向上へとつながる
- ・それは、介護支援専門員が日常業務で実際にこの手法を活用することから始まる
 - ・実践を想定すると、特に実務研修受講修了者は、
①「介護支援専門員の日頃の実践」
②「指導担当者への相談や同行訪問時」
などで活用していくのが望ましい

- 適切なケアマネジメント手法の基本ケアについて考えてみましょう。
- 想定される支援内容
3. 「口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保」の主なアセスメント項目を確認し、介護支援専門員としてアセスメントを行う時に、どのアセスメント項目の実行が難しいと感じましたか。
- また、あなたならどのように対応するかを考えてください。
- 個人ワーク 10分

- 「口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保」の主なアセスメント項目
- ・（入院していた場合）入院中の食事の種類、内容
 - ・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度
 - ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）
 - ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）
 - ・唾液の状態、貯留の状況の有無（唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある）
 - ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど
 - ・息切れの有無
 - ・口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無
 - ・日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無
 - ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
 - ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など
 - ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
 - ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
 - ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
 - ・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき点
 - ・連絡先（かかりつけ医等）、専門機関での対応体制
 - ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）
 - ・現在利用している専門的なサービス（訪問歯科、訪問歯科衛生士等）



1. 利用者が望む生活の継続を支えるうえで必要な医療と連携
- 要介護高齢者には、要介護となった原因疾患がある
- ・原因疾患以外にも併存疾患を抱えているのも特徴にある
- 介護保険法では医療との連携が義務づけられている
- ・医療と連携しなければ高齢者の生活と命を守ることはできない
 - ・予見可能性を高め、リスクを低減することが、その利用者が望む生活を実現することにつながる

2. 高齢者に多い疾患や症候群と医療的支援が必要な要介護高齢者等の動向
- 介護支援専門員の7割以上が福祉系の基礎資格の保有者で、医療知識に基づく予見や、医療情報に基づく利用者情報を医師等に確認する際の内容は、介護支援専門員としての経験の多寡や学習の頻度・深度によって、ばらつきがあるとの指摘がある
- 疾患別ケアを介護支援専門員の標準的な知識、確認項目とすることで、リスク確認の抜け漏れの防止とともに多職種協働の促進につながり、結果として利用者にとって病気の再発や悪化の防止などのメリットが大きくなる
- 適切なケアマネジメント手法では、要介護高齢者の多い疾患群への対応について整理されている
- ・要介護の原因となった主な疾患は次の表のとおり（今後は後期高齢者の増加に伴い、心不全の患者が増加することが予測される、死亡原因として嚥性肺炎が増加傾向）

【1 疾患別ケアマネジメントを学ぶ必要性】

P115

総 数	認知症	16.6	脳血管疾患（脳卒中）	16.1	骨折・転倒	13.9
要支援者	関節疾患	19.3	高齢による衰弱	17.4	骨折・転倒	16.1
要支援1	高齢による衰弱	19.5	関節疾患	18.7	骨折・転倒	12.2
要支援2	関節疾患	19.8	骨折・転倒	19.6	高齢による衰弱	15.5
要介護者	認知症	23.6	脳血管疾患（脳卒中）	19.0	骨折・転倒	13.0
要介護1	認知症	26.4	脳血管疾患（脳卒中）	14.5	骨折・転倒	13.1
要介護2	認知症	23.6	脳血管疾患（脳卒中）	17.5	骨折・転倒	11.0
要介護3	認知症	25.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.6	骨折・転倒	12.8
要介護4	脳血管疾患（脳卒中）	28.0	骨折・転倒	18.7	認知症	14.4
要介護5	脳血管疾患（脳卒中）	26.3	認知症	23.1	骨折・転倒	11.3

【2 疾患別ケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割】

P116

- ・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようになる時期。
- ・時期はあくまで目安である。本人の状態に応じて前後する可能性がある。
- ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
- ・セメンタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

[illegible]

【2 疾患別ケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割】

P117

【2 疾患別ケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割】

P115~116

・シートは、次表のように記載されている。

【2 疾患別ケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割】

下卷
P116

Journal of Management Inquiry 23(1) 3-16

【2 疾患別ケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割】

P117

第15章 ケアマネジメントの展開 ①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間] ミニワーク③ ○適切なケアマネジメント手法の基本ケアについて考えてみましょう。 想定される支援内容の「8」と「21」は、どちらも水分摂取に関することが書かれていますが、どのように違うと思いますか。 個人ワーク 10分 発表	第15章 ケアマネジメントの展開 ①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間] ミニワーク③ 8. 水分摂取状況の把握の支援の主なアセスメント項目 ・水分の摂取に関する失敗のエピソード ・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度(適切な量、日常的な食事の塩分含有量など) ・日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど) ・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する 活動量、不足する水分量など) ・排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など) ・室内の状況(温湿度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・支援者の関わり状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)
第15章 ケアマネジメントの展開 ①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間] ミニワーク③ 21 水分の摂取の支援の主なアセスメント項目 ・水分の摂取に関する失敗のエピソード ・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度(適切な量、日常的な食事の塩分含有量など) ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・本人の水分摂取能力(水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など)と状態に合わせた支援の有無 ・排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など) ・日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど) ・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) ・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など) ・室内の状況(温湿度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・日常の水分摂取量の確認方法(本人の確認方法、家族等の確認方法など) ・支援者の関わり状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)	第15章 ケアマネジメントの展開 ①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間] まとめ (1) 講義・演習を通しての気づき (2) 介護支援専門員としての役割、自己の課題 個人ワーク 10分 発表
第15章 ケアマネジメントの展開 ①生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント[3時間] ○研修の目的・修得目標に対する自己評価 研修記録シートを記入しましょう	