

平成 28 年度厚生労働省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29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
1. 検討の背景及び目的	1
2. 検討の範囲	1
3. 検討プロセス	1
第2章 適切なケアマネジメントの検討	5
1. ケアマネジメントの標準化の想定	5
2. 標準化により目指すところ	5
3. ケアマネジメントの標準化に関する概念の整理	5
4. 標準化の意義の確認	6
第3章 対象疾患の選定	7
1. 対象疾患と選定理由	7
2. 対象疾患選定の妥当性の確認	8
第4章 期間の設定	9
1. 期間の設定理由	9
2. 期間設定の妥当性の確認	9
第5章 本調査研究の成果	10
1. 成果物の構成	10
2. 活用方法	11
3. 活用上の留意点	12
第6章 今後の課題	14
巻末資料	15
巻末資料1 検討案	
巻末資料2 項目一覧(概要版)	
巻末資料3 ケアマネジメントの標準化に関する概念図	
巻末資料4 文献リスト	

第1章 本調査研究の概要

1. 検討の背景及び目的

(1) 課題認識・背景

高齢者が要介護者等になっても尊厳を持って生活を送る為には、できる限り住み慣れた地域での生活を継続できるような環境を整備することが必要である。その為には、高齢者の状態とニーズを踏まえて、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が総合的に提供されることが求められ、介護支援専門員には、その環境整備に資する適切なケアマネジメントが期待される。

残念ながら現時点では、介護支援専門員の属性や経験、考え方、所属事業所の属性等による相違がみられ、その相違点は、ケアプランの中身や、マネジメントプロセス、利用者との関与の度合い、時間の使い方等、さまざまな部分に生じている。中には、アセスメントや多職種連携が必ずしも十分ではないなど、適切なケアマネジメントが行われておらず、疾患の再発予防の基本事項が守られていない例や、生活の困りごとの解消を優先した結果、本人の自立を損なうような支援が提供されている例がみられる。介護支援専門員の属性によって、このような不適切なケアマネジメントが行われる事がない様に、ケアマネジメントの標準化に向けた検討が必要と考えられる。

(2) 検討の目的

本調査研究によって、ケアマネジメント手法の適切化・標準化に向けた論点の明確化を行う。合わせて、モデル的なケアマネジメントにおけるアセスメント、モニタリングの方法、考え方を整理することで、介護支援専門員によるケアマネジメントを標準化し、全体のレベルを改善するための基礎資料の一つとすることを目的とする。

2. 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事は、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。

本年度は、調査研究の初年度に当たるため、考え方の枠組みの整理と、対象疾患を「脳血管疾患」と「大腿骨頸部骨折」の2疾患に絞った検討を行った。(2疾患に限定した理由は後述)

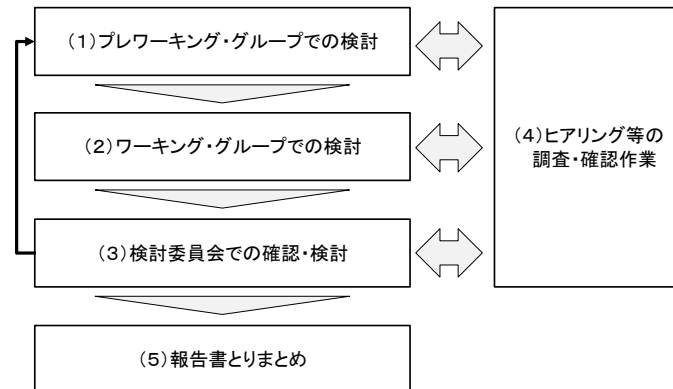
なお、ケアマネジメント手法の標準化等の検討に向けては、業務量や業務内容の把握・分析・検討の重要性が認められるところであるが、本内容は別事業にて調査・分析が予定されていることから、本事業ではこれを参考とすることとし、独自に業務量調査等は実施しないこととした。

3. 検討プロセス

本調査研究は初年度であるため、有識者へのヒアリングや枠組みの検討に多くの時間を費やした。検討の場としては、検討委員会を設置すると共に、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、ワーキング・グループでの検討作業の前段として、プレワーキ

ング・グループを実施して、たたき台の作成作業を行った。

<実施事項・推進ステップ>



(1) プレワーキング・グループでの検討

プレワーキング・グループは、ワーキング・グループの座長である落久保医師、厚生労働省及び事務局（弊社）を含めた6名を検討メンバーとした。プレワーキング・グループでは、ワーキン・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。

(2) ワーキング・グループでの検討

ワーキング・グループではケアマネジメント手法の標準化等に向けて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5名で構成した。

ワーキング・グループで集中的に討議を行って、介護支援専門員の思考プロセスを明らかにし、ケアマネジメントの標準化の概念整理や、対象疾患・時期別に「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、項目一覧表としてまとめた。項目一覧表は、今回の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、巻末記載の通り。

(3) 検討委員会での確認・検討

検討委員会ではワーキング・グループで検討した枠組みを提示した。今年度の検討は枠組みに関する部分を中心となったため、詳細の議論については今後の検討すべき課題として共通認識を得た。そのうえで、議論の方向性の確認とさらに検討すべき論点の検討を行い、いくつかの重要なご指摘をいただいた。

検討委員会で頂いたご指摘は、本年度の調査結果に可能な限り反映したが、いくつかのより詳細な検討を必要とするご指摘事項に関しては、実践者を交えたさらに詳細な議論を要することから、今後検討すべき調査研究のポイントとなる課題として取りまとめることとした。検討委員会は学識経験者、実務者等を含めた11名で構成した。

(4) ヒアリング等の調査・確認作業

標準的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を行い、本事業の意義を確認した。また、検討会開催前に、ワーキング・グループの実施と並行して先駆的取り組みを実施している事業所や有識者に対するヒアリングを実施した。ワーキング・グループや委員会で検討したツールを用いて、介護支援専門員に対するヒアリングを実施して、意義や課題について検証した。

検討会委員名簿(50音順、敬称略)

氏 名	所属先・役職名
落久保 裕之	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
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
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	公益社団法人日本医師会 常任理事
關 靖子	札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課 認知症支援担当係長
高野 直久	公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
武久 洋三	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
新田 國夫	日本在宅ケアアライアンス 議長
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:座長

検討委員会オブザーバ名簿

氏 名	所属先・役職名
三浦 明	厚生労働省 老健局 振興課 課長
遠藤 征也	厚生労働省 老健局 総務課 介護保険指導室長 老健局 振興課ケアマネジメント調整官
佐藤 美雄	厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係 課長補佐
石山 麗子	厚生労働省 老健局 振興課 介護支援専門官
丹 菜々子	厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係

ワーキングアドバイザー名簿(50 音順、敬称略)

氏 名	所属先・役職名
飯島 勝矢	東京大学 高齢社会総合研究機構 教授
川越 正平	あおぞら診療所 院長
新田 國夫	日本在宅ケアアライアンス 議長
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
平原 佐斗司	東京ふれあい医療生活協同組合 副理事長 兼 梶原診療所 在宅総合ケアセンター長
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
医療法人博仁会	
広島脳卒中地域連携の会	

ワーキング・グループ委員名簿(50 音順、敬称略)

氏 名	所属先・役職名
大峯 伸一	社会福祉法人大淀福祉会 事業統括部長
○落久保 裕之	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
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 能登北部支部 支部担当理事
村田 雄二	静岡県介護支援専門員協会 会長 兼 社会福祉法人駿河会 在宅部門居宅介護支援事業所長

○印:座長

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 老健局 総務課 介護保険指導室長 老健局 振興課ケアマネジメント調整官
石山 麗子	厚生労働省 老健局 振興課 介護支援専門官
丹 菜々子	厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係

第2章 適切なケアマネジメントの検討

1. ケアマネジメントの標準化の想定

本調査研究で想定するケアマネジメントの標準化は、本人の個性に基づくケアプランの作成を排除するものではない。むしろ、標準化された部分と個性とを融合させることで、本人の状態や環境に適合するケアプランを作成することを目指すものである。

標準化された部分があることで、本人の健康的な生活の維持や疾患の管理といった最低限の支援が標準的に実現されるが、それだけでは本人の個性が軽視される可能性がある。標準化された部分に、個性への配慮を融合させることで、本人の尊厳の維持や、本人らしい従前の暮らしを可能な限り維持するための支援が可能となるのであり、個性の配慮の視点を加えることが重要であることは言うまでもない。

2. 標準化により目指すところ

本調査研究では、ケアマネジメントの標準化によって、高齢者の機能と生理や、疾患別の留意事項を踏まえて、行われるべき支援が確実に行われ、行われるべきではない支援が排除されることを目指すこととした。また、随時適切な状態の把握によって、本人の状態の変化を確認し、目的を達成した支援サービスが見直されたり、本人の状態に合わないサービスが見直されたり排除されることを企図する。

3. ケアマネジメントの標準化に関する概念の整理

(1) 適切なケアマネジメントを行っている介護支援専門員の定義

本事業の実施にあたり、適切なケアマネジメントを行っている介護支援専門員とは、支援内容とアセスメント結果を関連付けて説明できる介護支援専門員であるとの前提をおいた。その前提を元に、優れたケアマネジメントを行っている介護支援専門員の思考プロセスを掘り下げた。

(2) 優れたケアマネジメントを行っている介護支援専門員のケアマネジメントプロセスに対する理解

ケアマネジメントは、アセスメント、プラン作成、モニタリング、必要に応じたケアプランの変更というプロセスの繰り返しである。優れたケアマネジメントを行っている介護支援専門員のケアマネジメントを確認すると、PDCA サイクルの基本に忠実なケアマネジメントを行っていた。

すなわち、ケアマネジメントのプロセスとして、まずは、アセスメントを実施し、一定の条件下において科学的に導かれる支援内容を想定する。これに、本人の意向や生活歴、生活習慣や家族関係といった個別的要素を組み合わせることで、ケアプランの原案を作成する。作成した原案を、サービス担当者会議で専門職と共に検討し、多職種による専門的視点を加えてケアプランの改善を図る。また、想定される変化（将来予測）を踏まえた日々の確認事項として、「いつ、誰が、どのように観察し、初期対応するか」と、「いつ、誰と、どのようにその情報を共有するか」を確認し、介護支援専門員に情報が集まるようにする。作成したケアプランは利用者の合意を得て最終化する。【PLAN】

ケアプランに基づく支援を実施する中で、多職種の連携によって、本人の状態が常時把握できる体制をとっておく。【DO】【CHECK】

随時行われる多職種から介護支援専門員に対する情報共有や、定期的に行うモニタリングの際に、本人の生活に対する将来予測と実際との差が生じた場合には、本人の状態の変化を踏まえたケアプランの見直しを行う必要がある。その為に、かかりつけ医をはじめとする多職種と情報を共有し、多職種のもつ専門的な知見に基づくアドバイスを得る。【ACTION】

(3) 差が生じやすいプロセスの把握、差が生じる要因の分析・検討

ケアマネジメントの標準化において、特に差が生じやすいプロセスの把握、差が生じる要因の分析・検討が必要であり、それを踏まえて標準的なモデルを検討することが必要である。また、標準的なケアマネジメントモデルを考える上では、介護支援専門員の思考のベースとなる知識や考え方、事業所・法人の意向、利用者・家族の意向等のインプットにも着目することが重要である。

この点、アセスメントとモニタリングのプロセスは、介護支援専門員の知識や有している情報によって差が生じる可能性が高いと想定し、本調査研究ではアセスメントとモニタリングに着目した検討を行った。その結果、優れた介護支援専門員は、目標を持って一定のポイントを集中的にアセスメントしている事、加えて、アセスメント結果に基づく支援メニューの仮説を前提に持って、ケアプランを作成している事がわかった。優れた介護支援専門員は知識と経験に裏付けられた視点を有して、アセスメントやケアプランの作成をしていることがわかった。

以上の結果を踏まえて、本調査研究における標準化は、アセスメントとモニタリングに着目して行うこと、また、優れた介護支援専門員が有する知識と経験に裏付けられた視点を明確化することを目指すものである。

4. 標準化の意義の確認

有識者に対するヒアリング並びに、検討会での検討を通じて、今回の取り組みの意義を検証した。その結果、本調査研究の意義と、標準化に関する概念の整理の妥当性を確認した。

加えて、本調査研究の成果物である検討案が、多職種連携の促進に貢献することや、行政による指導の際にも有意義であることなどが確認された。(検討案の活用方法は後述。)

第3章 対象疾患の選定

1. 対象疾患と選定理由

本調査研究は、第1章でも述べたように、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。疾患に着目した検討であることから、地域連携クリティカルパスに着目し、これと連携する形で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通り。

No.	都道府県	疾患					
		がん	脳血管疾患 (脳卒中)	急性心筋 梗塞	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、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、本事業における検討を行うこととした。

対象疾患	選定理由
脳血管疾患	・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	・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

2. 対象疾患選定の妥当性の確認

有識者に対するヒアリング並びに、検討会での検討を通じて、対象疾患選定の妥当性を検証した。

その結果、疾患を起点とした標準化を行うこと、そして、「脳血管疾患」「大腿骨頸部骨折」を選定したことには一定の合理性があると認められ、対象疾患選定の妥当性が確認された。

但し、後に課題として記述するように、将来的には、対象疾患の拡大が期待される。

第4章 期間の設定

1. 期間の設定理由

本調査研究では、退院後一定の期間をⅠ期とⅡ期に分けて検討を行った。期間を設定して時期を明確化することで、支援の方針を想定しやすくすると共に、状態の変化を踏まえたアセスメントやモニタリングの視点を盛り込みやすくすることを目指した。

Ⅰ期は、病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期と設定し、「脳血管疾患」、「大腿骨頸部骨折」共に、期間は概ね3ヶ月とした。時期はあくまで目安であり、当人の状態に応じて前後する可能性がある点に留意が必要である。Ⅰ期の終了時点には、本人の将来予測と状態を確認し、前倒しの場合には、目標の再設定を行うこと、後ろ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こととした。モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある点に留意が必要である。

Ⅱ期は病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期である。Ⅰ期と同様、時期はあくまで目安であり、当人の状態に応じて前後する可能性がある点に留意が必要である。

時期の設定について、脳血管疾患は地域連携クリティカルパスにおいて設定されている期間との整合性を意識しており、大腿骨頸部骨折は、退院後3ヶ月までの時期に集中的なリハビリを行うと回復が早いという経験則を根拠とした。今後、標準化を行う疾患の対象範囲を拡大する際には、疾患別の特徴を踏まえた再検証が必要である。

2. 期間設定の妥当性の確認

有識者に対するヒアリング並びに、検討会での検討を通じて、期間設定の意義と期間の妥当性を検証した。その結果、期間を設定することの意義が確認された。一方で、期間設定の妥当性については、概ね合意が得られたものの、もう少し短いスパンで区切って、状態の変化を把握する必要性がないかのご指摘を得た。

期間設定の妥当性に関しては、本調査研究の実証を行う中で、より妥当な期間を検証すること、また、疾患別に期間の設定を検討することを期待したい。

第5章 本調査研究の成果

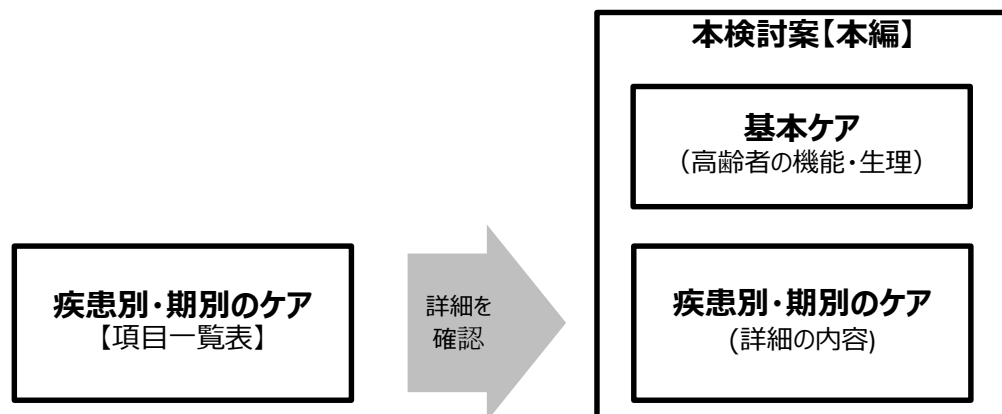
本調査研究の成果は、「ケアマネジメントの標準化に関する概念の整理」と、「一定の条件下において想定される支援内容と知識の整理」である。このうち、「ケアマネジメントの標準化に関する概念の整理」に関しては、第2章で述べた通りであるため、該当箇所を確認いただきたい。以下では、「一定の条件下において想定される支援内容と知識の整理」の結果について報告する。

1. 成果物の構成

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を「項目一覧表」として整理し、上記を理解し分析可能とするために介護支援専門員が備えておくべき知識を「検討案」としてまとめた。（添付資料を参照）

実際に個別支援事例において検討案を活用する際は、「疾患別・期別のケア」の内容に加えて「基本ケア」の内容も合わせて認識し、情報共有や検討の視点の参考として頂きたい。疾患別・期別のケアに掲載しているのはあくまでも疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容であるので、「基本ケア」に掲載しているような、高齢者の機能と生理に基づく、高齢者全般に共通する視点や支援内容を見落とさないよう、ご留意頂きたい。

疾患別・期別のケアに関して項目一覧表を作成した。ケアマネジメント実践の場面においては、まずは項目一覧表を参照して、視点や必要性が想定される支援内容を参照し、その詳細について確認する必要がある場合は、本編の該当箇所を閲覧するといった活用方法が考えられる。



検討案は、介護支援専門員あるいは介護支援専門員の指導を担当する者、地域包括支援センター、保険者（自治体）が利用することを想定している。

具体的に想定している活用方法・活用場面は以下の通り。

なお、今年度整理した内容は継続検討中である。内容の精査は今後の課題であり、完成版ではない点に留意いただきたい。

2. 活用方法

介護支援専門員による活用

- ・ 目的に示したとおり、本検討案は介護支援専門員の資質向上を目的として整理したものであるため、日々のまずはケアマネジメントの実践において介護支援専門員に検討案を活用していただきたい。具体的には、本検討案が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、本検討案を参考に支援内容の必要性を検討することを企図する。
- ・ 本検討案に記載したような内容は暗黙知として身につけている経験豊富な介護支援専門員の場合は、担当する都度、毎回参照する必要はなく、数ヶ月に一度程度、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ような活用方法が考えられる。
- ・ 一方、初任段階の介護支援専門員においては、(再) アセスメントやケアプラン原案の作成段階において持つべき視点、必要の可能性のある支援の仮説を想起できないといった課題もある。こうした場合には、該当する事例を担当する都度に、本検討案の添付一覧表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ないようにするといった活用方法も有効である。

指導担当者による活用

- ・ 介護支援専門員の成長は座学によってのみ成されるものではなく、実践を通じた学びによって知識・技術あるいは考え方・姿勢が積み重ねられていくものである。したがって、事業所や地域において初任段階の介護支援専門員の指導・支援を担う指導者においては、初任段階の介護支援専門員の「実践を通じた学びの支援 (OJT)」を重要視する必要がある。
- ・ 限られた業務時間の中で OJT を効果的なものとするためには、初任段階の介護支援専門員が「何がわからないでいるのか」「何につまずいているのか」を把握し、適切な助言や支援を提供することが重要だが、初任段階の者が「何がわからないかがわからない」ことも多く、それが OJT を難しくしている一因でもある。
- ・ そこで、初任段階の者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、前述したように本検討案の項目一覧表を情報の収集・分析、検討の視点のチェックリストとして活用し、初任段階の者のつまずきを明らかにした上で指導・支援を行うような活用方法が有効だと考えられる。

地域包括支援センターにおける活用

- ・ 後述する留意点でも示すとおり、本検討案で整理した内容を検討するには、介護支援専門員が一人で全ての情報収集や分析を行うのではなく、他の職種との協働による情報収集や検討が必要である。
- ・ したがって、地域包括支援センターが行う包括的・継続的ケアマネジメント支援において、介護支援専門員に対する多職種間での情報共有や多職種からの助言等の取り組みが重要になる。具体的には介護支援専門員向けの相談支援や研修、地域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収集や検討の視点を共有するための参考として、本検討案を活用する方法が考えられる。

保険者(自治体)における活用例

- ・ これからの地域包括ケアシステムの構築に向けたケアマネジメントの支援において、保険者（自治体）が担うべき最も重要な役割の一つに、個別支援や地域全体の定量的データに基づいて、高齢者の生活を支えていく上で必要な社会資源の整備があると言える。
- ・ 本検討案は、疾患に着目し、退院後の高齢者に提供する必要性が考えられる支援内容を整理したものである。つまり、本検討案を個別支援に適用した検討を重ねた上で、地域ケア会議等を通じて、地域に不足していると考えられる支援については、それに対応する社会資源の整備に向けた保険者（自治体）における検討に活用するといった方法が考えられる。

3. 活用上の留意点

本人の生活を総合的に捉え、個別化することが必要

- ・ 本検討案は、各疾患を持つ方について、退院後の時期ごとに、ケアプランに盛り込みうる可能性のある支援内容を整理したものである。
- ・ 先行する論文等のエビデンス及び現場におけるケアマネジメント実践に基づいて「基本（標準）的に必要と考えられる」支援内容を整理したものであり、全ての支援内容が全ての方に必要というものではない。
- ・ あくまでも疾患の療養の側面から必要と考えられる内容を整理したものであるため、高齢者の生活支援や健康管理全般に共通する支援の必要性については、この検討案とは別に確認する必要がある。また、支援の内容についてもあくまでも一般的に考えられるものを整理し記載しているため、本人の生活状況、地域の特性等を総合的に捕らえ、「個別化」の視点に立ったケアプランの作成が必要なことは言うまでもない。例えば、健康状態の確認を実施するにしても、介護給付サービスの中での実施だけでなく、同居する家族等が確認する、インフォーマル資源を活用する、自費サービスを活用する等、ケアプランに落とし込む段階では、地域資源や本人の生活の状況や生活の意向に応じた検討及び本人との合意が必要である。

多職種間で情報共有し、各職種の意見を把握する

- ・ 本検討案に挙げた支援の必要性を判断するための情報は、全て介護支援専門員が一人で集めるのではなく、他の職種との連携によって収集することが必要である。また、支援の必要性の判断においても、療養に関わる点も含まれることから、全て介護支援専門員が一人で判断するのではなく、内容に応じて、かかりつけ医をはじめ適切な職種の判断を仰ぐようにすることも留意が必要である。
- ・ 一方、他の職種における判断を円滑にするには、介護支援専門員から他の職種への情報提供も必要である。その際、どのような支援の必要性の判断のための情報共有なのかを見定めて、必要な情報をわかりやすく共有し、各職種の判断・意見を把握するよう留意する。

入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを実現する

- ・ 本検討案では、退院してから在宅での生活への移行が円滑に進み、かつそうした環境が大きく変わるタイミングに必要な可能性のあるケアが十分に検討されるよう、退院後生活が安定するまでの「Ⅰ期」と、その後生活の維持を目指す「Ⅱ期」に分けてとりまとめを行った。この前段階として、入院時から在宅へと移行するに当たり、切れ目のないケアが提供されるような体制を整えることによ

り、できる限り早期に生活を安定させ、自らできることを増やすような取り組みへと進んでいくことが期待される。

- ・ また、同居する家族がいる場合、退院直後は同居家族にとってもどのように看護や介助に関わり、生活を支えていけばよいかわからず、大きな不安を抱えることもある。こうした同居家族の不安を軽減するためにも、退院後から在宅へと移行する際に、切れ目のないケアが提供される体制を整えることが重要となる。
- ・ 一方、高齢者の多くは複数の疾患を有しているため、入退院を繰り返す場合も多い。こうした時に、それまでの在宅における生活の状況を入院先あるいは入所先に情報共有し、その人にとっての生活の目標や、必要とされるケアの内容等を伝達することも、切れ目のないケアが提供される体制整備の点で重要である。

なお、検討案の記載においては、想定される支援内容を網羅的に記載していることから、解説は重複する内容がある点についてご留意いただきたい。

第6章 今後の課題

本調査研究では、「ケアマネジメントの標準化に関する概念の整理」と、「一定の条件下において想定される支援内容と知識の整理」を行った。「ニッポン一億総活躍プラン」の工程表においては、平成28年度は概念整理が到達目標とされているが、概念整理を行うためにはいくつかの具体的な状況を想定し、その場合に想定される支援内容や知識の「標準」の検討が必要と考えられたため、具体例の検討も併せて行ったものである。

したがって、本事業においては考え方について枠組みの検討を中心としたものであり、一定の条件下において想定される支援内容と知識の整理に関し、内容の詳細とその妥当性の検証についてはさらなる検討の余地が残っている。今後、細部の確認と実地での検証作業を踏まえた、更なる改善が必要である。

以 上

巻末資料

本事業の成果物及び検討経過に使用した資料・文献等は以下の通りである。

巻末資料1 検討案

巻末資料2 項目一覧(概要版)

巻末資料3 ケアマネジメントの標準化に関する概念図

巻末資料4 文献リスト

卷末資料1 検討案
