

令和7年度
熊本県介護支援専門員実務研修

【Zoom 研修 9日目】
参考資料

一般財団法人 保健福祉振興財団

適切なケアマネジメント手法の策定、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 **その2**

～実践事例に学ぶ手法の使い方～





はじめに

「適切なケアマネジメント手法」は、要介護高齢者本人と家族の生活の継続を支えるために、介護支援専門員の先達たちが培ってきた知見に基づき、想定される支援を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメント／モニタリングの項目を整理したものです。この手法のねらいや概要を知っていただくため、令和2年度に「適切なケアマネジメント手法」の手引きを作成しました。その後、各地で手法を活用した研修などの取り組みが行われ、「手法を活用してみて学びがあった」「利用者の意識も変わった」といった声が聞こえてきています。

今回の「適切なケアマネジメント手法」の手引き その2」は、実際に手法を活用した介護支援専門員の皆様の声をもとに作成したものです。「適切なケアマネジメント手法」の手引き」とあわせてご活用ください。




「適切なケアマネジメント手法」 の手引き

ダウンロードは
こちらから



https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/r2fukyu_betsushiryo.pdf



冊子の作成にあたっては、以下の皆様にご協力いただきました。

■令和3年度、令和4年度「適切なケアマネジメント手法実践研修」
開催地域の介護支援専門員および開催団体

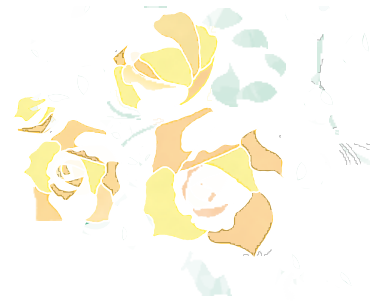
- 北見地域介護支援専門員連絡協議会
- 一般社団法人東京ケアマネジャー実践塾
- 一般社団法人広島県介護支援専門員協会
- 特定非営利活動法人大分県介護支援専門員協会

■令和5年度厚生労働省老人健康増進等補助事業
適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業
ワーキング・グループ 委員（五十音順・敬称略）

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
遠藤 征也	一般財団法人長寿社会開発センター 事務局長
大峯 伸一	一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会 副会長
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 会長
○川越 正平	松戸市医師会 会長
齊藤 眞樹	社会医療法人仁生会 西堀病院 企画部・地域包括支援部 部長
高田 陽介	武蔵野市 健康福祉部 高齢者支援課 介護保険係長
能本 守康	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
水上 直彦	石川県介護支援専門員協会 副会長
村田 雄二	特定非営利活動法人 静岡県介護支援専門員協会 理事

○印：座長

目次



第1章

「適切なケアマネジメント手法」ってどう活用できるの？ …… 1

— 「適切なケアマネジメント手法」に関する疑問を解消します

- (1) 「適切なケアマネジメント手法」って何だろう？
- (2) なぜ「適切なケアマネジメント手法」の考え方を取り入れるの？
- (3) 「適切なケアマネジメント手法」はどんな場面で活用したら良いの？

第2章

「適切なケアマネジメント手法」の構成を理解しよう ……10

— 「適切なケアマネジメント手法」のポイントとなる構成を詳しく解説します

第3章

事例を通じて「適切なケアマネジメント手法」のポイントを知ろう…16

— 実践で「適切なケアマネジメント手法」を活用した事例から、取り組みイメージやポイントを解説します

- (1) 生活リズムの情報収集を追加し、本人の健康への意識を高めた事例
- (2) 家族の状況を再確認し、本人の意欲を引き出しながら家事習得を支援した事例
- (3) ショートステイと連携して収集した情報を医師に伝え、利用者の生活を改善した事例
- (4) 理学療法士と連携し、利用者が自宅に戻って生活を続けることへの家族の不安を軽減した事例
- (5) 以前の本人の楽しみを手がかりに目標を具体化し、利用者の日々の活動を促した事例
- (6) 本人の趣味を再開するために目標を具体化し、リハビリへの意欲を高めた事例

第4章

「基本ケア」の項目を見てみよう ……31

— 「適切なケアマネジメント手法」基本ケアの44項目を1つずつ解説します

参考資料…77

第1章

「適切なケアマネジメント手法」って どう活用できるの？

「適切なケアマネジメント手法」という言葉を聞いたことがあっても、どんなものなのか、どうやって活用するのが分からない方も多いのではないのでしょうか。

この章では、二人の介護支援専門員と一緒に「適切なケアマネジメント手法」についての疑問を解消していきましょう。

「適切なケアマネジメント手法」をこれから学んでいきます。手法に難しいイメージを持っており、取り入れることに不安を感じています。



介護支援専門員 太郎さん



介護支援専門員 花子さん

「適切なケアマネジメント手法」を活用して、手法を取り入れることの効果を実感しています。

(1) 「適切なケアマネジメント手法」って何だろう？

「適切なケアマネジメント手法」って最近よく聞くけど、何だろう。



「適切なケアマネジメント手法」は、介護支援専門員の培ってきた知見を整理したものです。

具体的にイメージしてみましょう。

普段の業務で概要を聞いて「こんな支援が必要になりそうだ」「この辺りの話を詳しく聞いてみよう」といった“あたり”をつけることはありませんか？



たしかに、新しく担当する方の情報を事前に聞いたとき、「インテークでこれを聞いた方がよさそうだな」と思って準備しておくことがあります。



そうですね、この“あたり”をつけやすくするために、**介護支援専門員の先達たちが培ってきた知見や多くの職域の知見を言語化してまとめたのが「適切なケアマネジメント手法」**なのです。



そうすると、これまで私たちが行ってきたケアマネジメントプロセスと全く違うことをするわけではないんですね。



その通りです。以下のQRコードから「適切なケアマネジメント手法」の**「基本ケア」項目一覧**を見てみましょう。

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_r2kihoncare.pdf



次のページでは、項目一覧の抜粋を示します。

最初に見たときは分量が多くてびっくりするかもしれませんが、ひとつひとつの内容を見ていくと、**「確かにこれは大事だ」と感じられるものが多い**と思います。



「基本ケア」の基本方針・大項目・中項目・想定される支援内容

基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	
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-1-1. 疾病や心身状態の理解	1. 疾患管理の理解の支援 2. 併存疾患の把握の支援 3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保 4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認	
		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 6. 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援 7. 食事及び栄養の状態の確認 8. 水分摂取状況の把握の支援 9. コミュニケーション状況の把握の支援 10. 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援	
		I-1-3. 目指す生活を踏まえたリスクの予測	11. 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測 12. 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測	
		I-1-4. 緊急時の対応のための備え	13. 感染症の早期発見と治療 14. 緊急時の対応	
	I-2. 意思決定過程の支援	I-2-1. 本人の意思を捉える支援	15. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	
		I-2-2. 意思の表明の支援と尊重	16. 日常生活における意向の尊重 17. 意思決定支援の必要性の理解	
		I-2-3. 意思決定支援体制の整備	18. 意思決定支援体制の整備	
		I-2-4. 将来の生活の見通しを立てることの支援	19. 将来の生活の見通しを立てることの支援	
	II. これまでの生活の尊重と継続の支援	II-1. 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	II-1-1. 水分と栄養を摂ることの支援	20. フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援 21. 水分の摂取の支援 22. 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
			II-1-2. 継続的な受診と服薬の支援	23. 継続的な受診・療養の支援 24. 継続的な服薬管理の支援
II-1-3. 継続的な自己管理の支援			25. 体調把握と変化を伝えることの支援	
II-1-4. 心身機能の維持・向上の支援			26. フレイルを予防するための活動機会の維持 27. 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施	
II-1-5. 感染予防の支援			28. 感染症の予防と対応の支援体制の構築	
II-2. 日常的な生活の継続の支援		II-2-1. 生活リズムを整える支援	29. 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援 30. 休養・睡眠の支援	
		II-2-2. 食事の支援	31. 口から食事を摂り続けることの支援 32. フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援	
		II-2-3. 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	33. 清潔を保つ支援 34. 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援	
II-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援		II-3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	35. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	
		II-3-2. コミュニケーションの支援	36. コミュニケーションの支援	
		II-3-3. 家庭内での役割を整えることの支援	37. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	
		II-3-4. コミュニティでの役割を整えることの支援	38. 持っている機能を発揮しやすい環境の整備 39. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	
III. 家族等への支援		III-1. 家族等への支援	III-1-1. 支援を必要とする家族等への対応	40. 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備 41. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援
			III-1-2. 家族等の理解者を増やす支援	42. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援
		III-2. ケアに参画するひとへの支援	III-2-1. 本人をとりまく支援体制の整備	43. 本人を取り巻く支援体制の整備
	III-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援		44. 同意してケアに参画するひとへの支援	

「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アセスメント／モニタリング項目」・「相談すべき専門職」は項目一覧をご覧ください。

(2) なぜ「適切なケアマネジメント手法」の考え方を取り入れるの？

「適切なケアマネジメント手法」の考え方を実践に取り入れると、どんな良いことがあるのでしょうか？



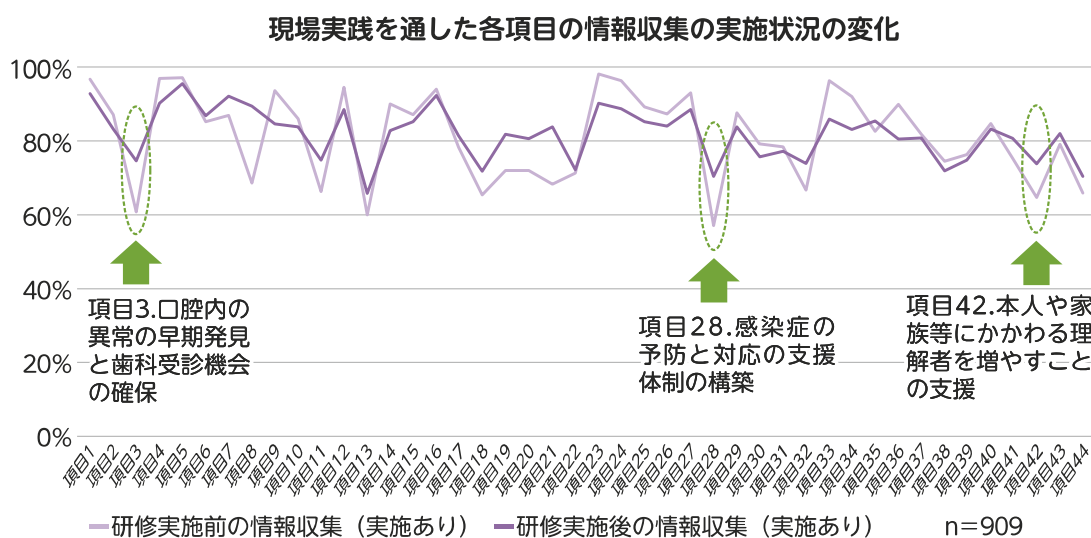
手法を学ぶにあたって気になるところですよ。手法を活用してみた介護支援専門員から「ここが変わった」と聞くことが多い4つの効果を紹介します。



① 情報収集の抜け漏れを防ぐ

項目別の情報収集率（令和4年度実践研修*の結果より）

実践研修では、手法を学んだ後、情報収集率が低かった項目のいくつかで情報収集する人が増えるという結果が見られました。



まずは、**アセスメントやモニタリングでの視点の抜け漏れを防ぐ**効果があります。私自身は、「基本ケア」を見て「この項目の視点が抜けていた」「この項目は十分に情報収集できていないな」と思う項目がありました。改めてそれらの項目を重点的にアセスメントしてみて、**これまで知らなかった利用者の生活や思いを知ることができました。**



* 実践研修：介護支援専門員が手法を使いながら学んでいく「適切なケアマネジメント手法実践研修」を指します。研修の詳細はP.18をご覧ください。

②多職種連携を促進する

他の職種との関わり方も変わったんです。手法の項目を見ていくと、情報収集が必要だと思う項目がたくさん出てくるのですが、私ひとりでは把握しづらくもあります。利用者によく関わっているデイサービスの方など他の職種の方にも協力してもらおうことにしました。



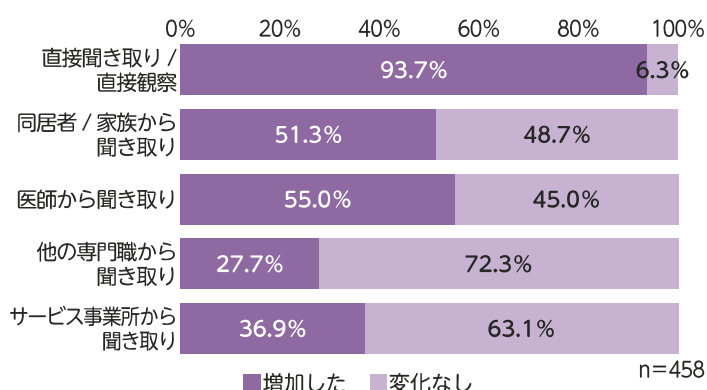
多職種連携にもつながったんですね。



情報収集方法の変化（令和4年度実践研修の結果より）

「医師からの聞き取り」が増加した参加者が55%、「サービス事業所からの聞き取り」が増加した参加者が36.9%など、他の職種からの情報収集が加速したという結果が確認されています。

実践研修前後での連携状況の変化（連携先別の情報収集状況）



③今後の意向が分かり目標が具体化する

掘り下げた情報が得られると、具体的な目標の設定にも繋がりますね。

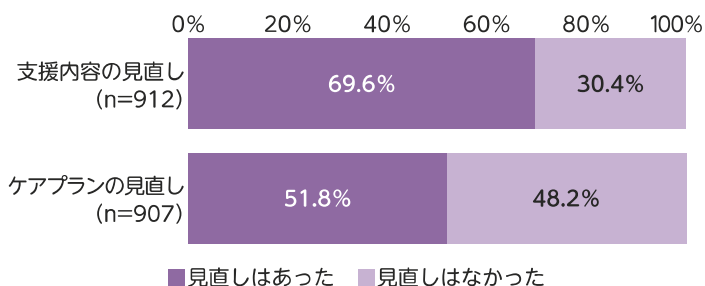


はい。私の場合は、利用者が今後どう過ごしたいかを改めて聞き取り、目標を見直しました。結果として、ケアプランも変更することになりました。

支援内容の見直し割合（令和4年度実践研修の結果より）

研修を通じて支援内容を見直した事例が69.6%、ケアプランを見直した事例が51.8%という結果が出ています。

現場実践を通じた支援内容の有無（研修終了時のアンケート結果より）



支援内容の見直しとは、支援内容の追加／縮小／内容変更／サービス事業所の個別計画への反映などを指しケアプランを変更していない場合も含まれます。

④利用者や周囲の人が変わる

利用者や利用者を取り巻く方々にも何か変化はありましたか？



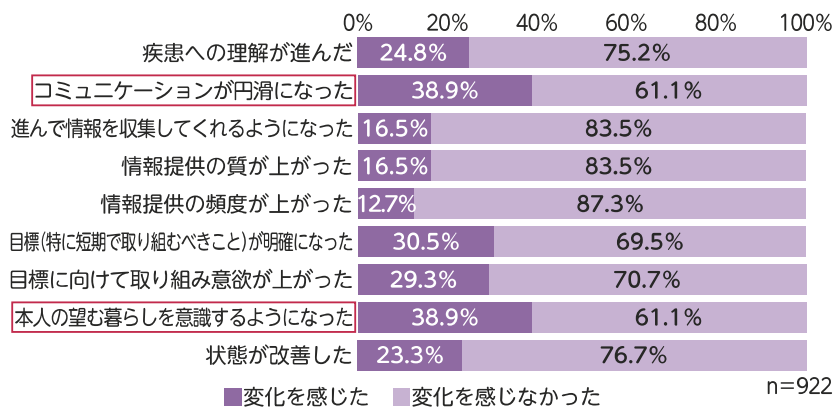
私の場合は、利用者の意向を改めてより具体的に確認し共有したことで、利用者本人も、また家族や支援者等も、**同じ目標に向かって頑張ろうという意識の変化がありました**。「〇〇に向けて頑張りましょうね」と皆で声かけすることで、利用者の意欲が高まりました。



研修後の変化（令和4年度実践研修の結果より）

令和4年度の実践研修後のアンケートから、利用者に「**コミュニケーションが円滑になった**」「**本人の望む暮らしを意識するようになった**」といった変化を感じた参加者が多いことが分かっています。

研修を通じて見られた利用者の変化



家族・支援者等は「本人の望む暮らしを意識するようになった」、ケアチームは「進んで情報を収集してくれるようになった」という変化を感じた利用者が多い結果でした。

(3) 「適切なケアマネジメント手法」は どんな場面で活用したら良いの？



「適切なケアマネジメント手法」はいつ、どのような場面で活用すると良いのでしょうか。

「適切なケアマネジメント手法」の手引きでは、手法を活用する4つの場面が紹介されています。



自分が担当する事例の振り返り、確認で活用する

アセスメントやケアプラン原案作成にあたり、「適切なケアマネジメント手法」の考え方を振り返り、視点として活用します。支援の方針を効率的に見極めたり、情報収集や支援の抜け漏れがあるかもしれないと早めに気づいたりすることで、個別化のための情報収集や調整により注力しやすくなります。

指導担当者が事業所内や同行訪問での指導で活用する

事業所内や同行訪問での指導で、チェックリストとして活用します。初任段階の介護支援専門員がどこにつまづいているのか、手法を活用して明らかにすることで、指導担当者は具体的な助言を行いやすくなります。

地域のケアマネジメント支援の場面で活用する

地域包括支援センターが行う介護支援専門員向けの相談支援や研修、地域ケア会議や、職能団体が行う研修などで活用することで、事例検討の支援を共有しやすくなります。

地域全体での社会資源の整備に向けた検討で活用する

保険者（自治体）を中心に手法を“共通言語”として使い、地域におけるケアマネジメントの知見の集約に活用します。

具体的にどのような支援内容を提供できる資源が不足しているのか、それを提供できるようにするにはどんな課題を解決すべきなのか検討しやすくなります。

先ほど紹介した場面の中で、まずは**自己点検に使う**のがおすすめです。

自己点検シートを使って自分のアセスメントを確認してみましょう。自己点検シートは、本冊子の「参考資料」でも紹介しています。



自己点検シートには、44項目が並んでいますね。ひとつひとつの項目をチェックしながら、自分のアセスメントを振り返ることができそうです。



どのような項目があるかが分かってくると、**課題に直面したときに「あの項目を見てみよう」と思えるようになります。**私も、例えばこの事例でフレイル予防の支援がポイントになりそうだったときに、フレイル予防に関わる項目を見直すといった使い方をしています。



事例の課題に合わせて項目を見る使い方もあるんですね。活用にあたって、項目の名前や順番は覚えなければならぬのでしょうか。



いきなり覚える必要はなく、**まずはどのような項目があって、その内容がどのようなものであったかが分かれば良い**と思います。私も、項目名や内容を暗記しているわけではありません。「この項目はあのあたりにあったな」と必要なときに必要な項目が確認できる状態を目指しましょう。



ミニワーク① 自己点検をやってみよう

ステップ1：事例を選ぶ

担当事例の中から自己点検する事例を選びましょう。

ステップ2：自己点検シートに記入する

自己点検シートに沿って、自分が情報収集できているかどうか、別の支援の必要性があるかなど、各項目に関する判断を記入しましょう。

ステップ3：今後の対応を決める

対応が十分でないと思った項目について、項目一覧やこの手引きの第4章を確認しながら、追加の情報収集や検討を行う、あるいはケアプランを見直すなど今後の対応を決めましょう。

自己点検シートはこちらからダウンロードできます。
<https://www.jri.co.jp//file.jsp?id=106959>



項目一覧の「主なアセスメント項目」「主なモニタリング項目」を見てみると、全て自分で情報収集をするのは難しいなと思ってしまいました。

そんなときは、**他の職種の力が借りられないかも考えてみましょう**。デイサービスやヘルパーの方が利用者に接する機会が多い場合もあると思います。一度連携すると、他の利用者のケースでも同じ視点で関わってもらえそうですね。具体的な取り組みは、第3章や第4章も参考にしてみましょう。



第2章

「適切なケアマネジメント手法」の構成を理解しよう

「適切なケアマネジメント手法」を活用するうえでは、構成を理解することが重要です。「適切なケアマネジメント手法」は

- ・基本方針
- ・大項目
- ・中項目
- ・想定される支援内容

という構成になっています。

第2章では、この構成を理解しましょう。



P.3 で見た項目一覧の抜粋は、3色に色分けされていますね。3つのグループに分かれているように見えます。

その通りです。「基本ケア」には3つの大きな方針があり、その下に「大項目」「中項目」「想定される支援内容」が並んでいます。

①基本方針、②大項目・中項目、③想定される支援内容の順に、それぞれの意味を見ていきましょう。



1

基本方針

「基本ケア」には、3つの基本方針があります。

「基本ケア」は生活の基盤を整えるための基礎的な視点をまとめたもので、基本方針が3つの大きな柱になっています。



「尊厳の保持」「生活の継続」「家族等への支援」が3つの柱ということですね。この3つが重要だというのは納得感があります。



3つの基本方針は、介護保険制度の理念、地域包括ケアシステムの理念を踏まえて設定されたものです。



3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

2

大項目・中項目

基本方針は、いわば理念です。この3つの理念を実現するための大項目、大項目を実現するための中項目、という構成になっています。逆向きに見れば、中項目が目指すのは大項目であり、大項目が目指すのは基本方針でもあります。この構造を理解しましょう。



3つの基本方針の大項目・中項目

基本方針	大項目	中項目
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-1-1. 疾病や心身状態の理解
		I-1-2. 現在の生活の全体像の把握
		I-1-3. 目指す生活を踏まえたリスクの予測
		I-1-4. 緊急時の対応のための備え
	I-2. 意思決定過程の支援	I-2-1. 本人の意思を捉える支援
		I-2-2. 意思の表明の支援と尊重
		I-2-3. 意思決定支援体制の整備
		I-2-4. 将来の生活の見通しを立てることの支援
II. これまでの生活の尊重と継続の支援	II-1. 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	II-1-1. 水分と栄養を摂ることの支援
		II-1-2. 継続的な受診と服薬の支援
		II-1-3. 継続的な自己管理の支援
		II-1-4. 心身機能の維持・向上の支援
		II-1-5. 感染予防の支援
	II-2. 日常的な生活の継続の支援	II-2-1. 生活リズムを整える支援
		II-2-2. 食事の支援
		II-2-3. 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援
	II-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	II-3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
		II-3-2. コミュニケーションの支援
		II-3-3. 家庭内での役割を整えることの支援
		II-3-4. コミュニティでの役割を整えることの支援
	III. 家族等への支援	III-1. 家族等への支援
III-1-2. 家族等の理解者を増やす支援		
III-2. ケアに参画するひとへの支援		III-2-1. 本人をとりまく支援体制の整備
		III-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援

3

想定される支援内容

「中項目」の内容を実現するために必要な支援内容を具体的にしたので次の「想定される支援内容」です。

想定される支援内容は数が多いので、中項目 I -1-1 を例にしますね。「I -1-1. 疾病や心身状態の理解」を実現するための具体的な支援が並んでいることが分かると思います。



想定される支援内容の例（抜粋）

基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容
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 -1-1. 疾病や心身状態の理解	1. 疾患管理の理解の支援
			2. 併存疾患の把握の支援
			3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保
			4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認

左から順に「そのためにどうする」と見ていくと分かりやすいですね。ただ、44項目の「想定される支援内容」を見たときに、同じような項目があるなと思いました。

例えば、項目8「水分摂取状況の把握の支援」と項目21「水分の摂取の支援」はどちらも水分の項目です。



次のページで見るように、**項目8と項目21は同じ水分に着目したのですが、基本方針やそれに基づく大項目・中項目が異なりますね。**項目8は「尊厳を重視した意思決定の支援」を目指した支援内容、項目21は「これまでの生活の尊重と継続の支援」を目指した支援内容なのです。



なるほど、この2つは目指すところが違ったんですね。



基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容
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-1-1. 疾病や心身状態の理解	1. 疾患管理の理解の支援
			2. 併存疾患の把握の支援
			3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保
			4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認
	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	
		6. 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援	
		7. 食事及び栄養の状態の確認	
		8. 水分摂取状況の把握の支援	
		9. コミュニケーション状況の把握の支援	
		10. 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援	
	I-1-3. 目指す生活を踏まえたリスクの予測	11. 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測	
		12. 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測	
	I-1-4. 緊急時の対応のための備え	13. 感染症の早期発見と治療	
		14. 緊急時の対応	
I-2-1. 本人の意思を捉える支援		15. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	
		I-2-2. 意思の表明の支援と尊重	16. 日常生活における意向の尊重
17. 意思決定支援の必要性の理解			
I-2-3. 意思決定支援体制の整備	18. 意思決定支援体制の整備		
	I-2-4. 将来の生活の見通しを立てることの支援	19. 将来の生活の見通しを立てることの支援	
II. これまでの生活の尊重と継続の支援	II-1. 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	II-1-1. 水分と栄養を摂ることの支援	20. フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援
			21. 水分の摂取の支援
			22. 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
		II-1-2. 継続的な受診と服薬の支援	23. 継続的な受診・療養の支援
			24. 継続的な服薬管理の支援
	II-1-3. 継続的な自己管理の支援	25. 体調把握と変化を伝えることの支援	
	II-1-4. 心身機能の維持・向上の支援	26. フレイルを予防するための活動機会の維持	
		27. 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施	
	II-1-5. 感染予防の支援	28. 感染症の予防と対応の支援体制の構築	
	II-2. 日常的な生活の継続の支援	II-2-1. 生活リズムを整える支援	29. 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援
			30. 休養・睡眠の支援
		II-2-2. 食事の支援	31. 口から食事を摂り続けることの支援
			32. フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援
	II-2-3. 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	33. 清潔を保つ支援	
34. 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援			
II-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	II-3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	35. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	
		36. コミュニケーションの支援	
	II-3-2. コミュニケーションの支援	37. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	
		38. 持っている機能を発揮しやすい環境の整備	
II-3-3. 家庭内での役割を整えることの支援	39. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備		
	40. 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備		
II-3-4. コミュニティでの役割を整えることの支援	41. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援		
	42. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援		
III. 家族等への支援	III-1. 家族等への支援	43. 本人を取り巻く支援体制の整備	
		44. 同意してケアに参画するひとへの支援	
	III-2. ケアに参画するひとへの支援	40. 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備	
		41. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	
III-1-2. 家族等の理解者を増やす支援	42. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援		
	43. 本人を取り巻く支援体制の整備		
III-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援	44. 同意してケアに参画するひとへの支援		



項目一覧を見ていると、44項目の想定される支援内容に目が向いてしまうのですが、その上にある基本方針や大項目・中項目との関係性を理解することが重要なのだと思いました。

そうですね。**大項目・中項目と交互に見ると、複数の想定される支援内容が関係すると気づく場合もあります。**

例えば、フレイルの予防が必要だと考えたとしましょう。

「フレイル」という言葉が出てくる支援内容は項目20、26ですね。ただし、大項目レベルで見ると、「Ⅱ-1. 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」があります。この大項目の中にある中項目、想定される支援内容は、全てフレイル予防に関係するものです。



想定される支援内容だけではなく、その支援内容が何を
目指しているかを知るのが大事なんですね。



ミニワーク② 項目一覧を丁寧に読んでみよう

「基本ケア」の構成を理解するために、以下の3通りの読み方をしてみましょう。

- 「基本方針」⇒「大項目」⇒「中項目」⇒「想定される支援内容」の順に、**「上位の考え方を実現するために、どのような支援内容が必要とされているのか」**を考えながら読む。
- 44項目の「想定される支援内容」に目を通し、**「全体としてどのような項目があるのか」**を意識しながら読む。
※内容が分からないものがあれば、第4章を見て概要や必要性を確認しましょう。
- 「想定される支援内容」⇒「中項目」⇒「大項目」⇒「基本方針」の順に、**「この支援は何のために位置付けられているのか」**を考えながら読む。

第3章

事例を通じて「適切なケアマネジメント手法」の ポイントを知ろう

「適切なケアマネジメント手法」について少しずつ分かってきたところで、実践での活用方法が気になってきたのではないのでしょうか。

この章では、実践で手法を活用した介護支援専門員の事例を紹介しています。取り組みの流れを参考に、自分の業務に手法を取り入れるイメージを持ちましょう。

第1章(2)で見たように、手法を活用することにより大きく4つの効果があります。それぞれの事例でどのような効果があったのかも意識して、事例を見てみましょう。

この章で見る事例は、「適切なケアマネジメント手法」の「**基本ケア**」の項目に着目したものです。疾患特有の視点について理解を深めたい場合は、「**疾患別ケア**」の項目を参照しましょう。






疾患別ケアについて知りたい方は、「適切なケアマネジメント手法」の手引き」の「5「疾患別ケア」の理解を深める」を読んでみましょう。



第3章で紹介する事例

	事例タイトル	着目した項目	手法活用のポイント	手法活用の効果
(1)	生活リズムの情報収集を追加し、本人の健康への意識を高めた事例	項目6（一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援）	<ul style="list-style-type: none"> ●これまで把握できていなかった生活の様子を確認し、ケアチームで共有する ●情報収集がきっかけで利用者の意識が変化する 	  
(2)	家族の状況を再確認し、本人の意欲を引き出しながら家事習得を支援した事例	項目40（家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備） 項目35（喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援）	<ul style="list-style-type: none"> ●家族の状況に目を向けたことで、本人への支援の視点が変化する ●施設職員が利用者で目標を共有し、目標達成に向けて励ます 	  
(3)	ショートステイと連携して収集した情報を医師に伝え、利用者の生活を改善した事例	項目8（水分摂取状況の把握の支援） 項目34（排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援）	<ul style="list-style-type: none"> ●丁寧な情報収集により、水分摂取量が少ない背景にある課題を特定する ●ショートステイや医師と情報連携する 	  
(4)	理学療法士と連携し、利用者が自宅に戻って生活を続けることへの家族の不安を軽減した事例	項目41（将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援）	<ul style="list-style-type: none"> ●リハビリ状況を専門職から家族に説明する ●家族支援で家族の意識が変わり、本人の支援にも繋がる 	 
(5)	以前の本人の楽しみを手がかりに目標を具体化し、利用者の日々の活動を促した事例	項目15（本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握）	<ul style="list-style-type: none"> ●利用者について、家族から情報収集する ●利用者本人が手が届きそうだと思う目標を設定する 	 
(6)	本人の趣味を再開するために目標を具体化し、リハビリへの意欲を高めた事例	項目5（望む生活・暮らしの意向の把握） 項目27（継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施）	<ul style="list-style-type: none"> ●デイサービスと連携した情報収集の結果、リハビリを見直す ●目標の具体化により利用者のリハビリ意欲が向上し、家族も応援できるようになる 	  

【手法活用の効果】 …詳細は第1章(2)を参照

-  ①情報収集の抜け漏れを防ぐ
  ②多職種連携を促進する
  ③今後の意向が分かり目標が具体化する
  ④利用者や周囲の人が変わる



この章では、過去に「適切なケアマネジメント手法実践研修」に参加した介護支援専門員の取り組みを紹介します。

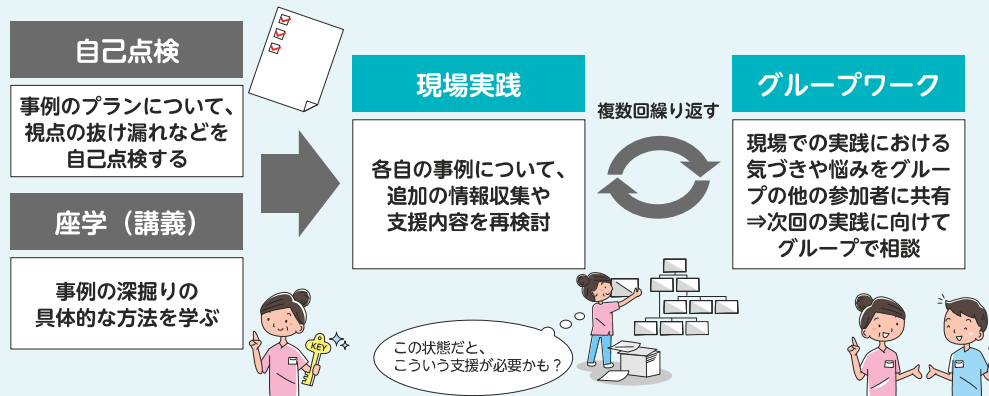
コラム

「適切なケアマネジメント手法実践研修」とは

「適切なケアマネジメント手法実践研修」は、座学と現場の実践を通じて、「適切なケアマネジメント手法」を体得するためのプログラムです。令和3年度にモデル地域で試行を、令和4年度に全国での広域実証を行いました。

研修では「適切なケアマネジメント手法」を実事例で活用する中で取り組んだこと、考えたことをグループワークで共有します。グループで振り返りを重ねることで、活用方法の習得を図ります。

「適切なケアマネジメント手法」実践研修の流れ



第1章の(3)で見たように、手法には

- チェック項目としての使い方**
- 事例の課題に合わせて項目を見る使い方**

があります。

それぞれの事例がどのような使い方をしているかも見てみましょう。

「チェック項目としての使い方」は、特に視点の抜け漏れ防止に繋がります。



(1) 生活リズムの情報収集を追加し、 本人の健康への意識を高めた事例

利用者の概要

- 基本情報：80代女性・要介護1・独居
- 主な疾患・既往歴：心不全、骨粗鬆症
- 利用サービス：訪問介護（月12回）
通所リハビリ（週1回）

疾患特有の支援についてはこちら



疾患別ケア
「心疾患」

取り組みの経緯

- 特に着目した項目：

項目6「一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援」

利用者は「家で過ごしたい」という気持ちが強く、心不全が悪化することに不安を感じていました。

自己点検シートで振り返ってみて、在宅生活を続けるためには生活習慣を整える支援が必要であり、まずは家でいつ何をしているのか、利用者本人とケアチームで把握することが必要だと気づいたので、項目6に着目しました。



介護支援専門員 Aさん

取り組み後の変化・気づき

生活リズムを確認したことで、気づきはありましたか？



これまでは心不全という病気しか見ておらず、手法を学ぶまで、利用者の生活リズムを把握するという意識がありませんでした。

利用者の体調と生活リズムを確認し、ケアチームで同じ認識を持つことで、生活習慣を整えるためのよりよい支援内容を検討できるようになりました。利用者との距離も近づいたように思います。



介護支援専門員 Aさん

取り組みの流れ

① 生活記録表の作成

- 研修のグループワークで独居の利用者の生活を把握したいと発表したところ、「本人に生活記録表を書いてもらうのがよいのでは」とアドバイスを受けた。
- トイレの回数、水分摂取量、薬を飲んだ時間、外出のエピソードなどを書いてもらう生活記録表を作った。

② 利用者に記入を提案

- 利用者に対し「家での生活を続けるためにまずは生活習慣を整えることが大事。表を書いてみよう」と、利用者が前向きになれる言葉で表の記入を提案した。
- 利用者は生活記録表を毎日記入した。

★意識したアセスメント項目・モニタリング項目
(項目6)本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方

③ ケアチームが変化

- 利用者が記入した生活記録表をケアチームに共有した。
- ケアチームが同じ認識を持ってケアにあたり、**利用者の生活を整えるためのアドバイスをするようになった。**

④ 利用者が変化

- 記録を通して、**利用者が自身の体調に気を付けるようになった。**
- 記録表にも工夫が見られるようになり、例えば、最初はトイレの回数を正の字で書いていたが、回数だけでなく尿量が多いか少ないかなども書くようになった。

利用者自身に記録を依頼したことで、利用者の意識も変わったようですね。



利用者が自分の体調を気にし、ケアチームに自ら教えてくれるようになりました。

介護支援専門員が生活リズムの情報を収集することにより、利用者自身も生活リズムを意識するようになり、さらに自身の体調に関心を持つという変化が起きたことが一番の驚きでした。



介護支援専門員 Aさん

(2) 家族の状況を再確認し、本人の意欲を引き出しながら家事習得を支援した事例

利用者の概要

- 基本情報：90代男性・要介護2・施設（グループホーム）
- 主な疾患・既往歴：アルツハイマー型認知症、高血圧症
- 利用サービス：グループホーム

疾患特有の支援についてはこちら



疾患別ケア
「認知症」

取り組みの経緯

- 特に着目した項目：

項目 40 「家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備」

項目 35 「喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援」

グループホームで過ごしながら、時々奥さんが暮らす自宅に帰る利用者です。入所時に家族の状況を確認しましたが、自己点検シートを記入して**家族の最近の状況を把握できていない**と思い、**項目 40**に着目しました。

家族の状況を確認した結果、家族の生活を支えられるよう、**本人の強みを活かして支援したい**と思い、**項目 35**を意識しました。

介護支援専門員 Bさん

取り組み後の変化・気づき

利用者の家族に着目した理由を教えてください。



施設利用者を担当している私の場合、生活リズムや生活環境の把握は比較的しやすいのですが、**今後の生活に対する意向や家族との関係という視点が抜けがち**でした。

手法を学び、家族の支援も重要だと思ったことから、研修では基本方針Ⅲ「家族等への支援」を意識してみました。

介護支援専門員 Bさん

取り組みの流れ

① 奥さんに関する情報収集

- 奥さんとの面会時に、奥さん自身の生活の様子を尋ねたところ、これまで通りの生活が難しくなり、奥さんも介護サービスの利用を始めたことが分かった。
- 利用者の入所前から家事は主に奥さんが担っていたものの、一人で全てこなすのが難しくなっていることを聞き取った。

★意識したアセスメント項目・モニタリング項目
(項目40)ADL/IADLの状態

② 家事動作の提案

- 一時帰宅した際に利用者が奥さんと一緒に家事が行えるよう、家事動作を練習することを利用者に提案した。
- 施設で練習できそうな家事動作をいくつか選び、利用者に試してもらいながら、本人が「これならできる」と思った家事動作を習得することを目標にした。

★意識したアセスメント項目・モニタリング項目
(項目35)本人が強みを発揮できる状況や状態

③ 手紙によるやりとりの提案

- 研修のグループワークで、「奥さんに手紙を書いてもらい、本人のやる気高めるとともに、手紙からキーワードを見つけて職員の声かけを統一するのはどうか」という助言があった。
- 奥さんに「旦那さんに励ましのお手紙を書いてもらいたい」と依頼して、利用者と奥さんの手紙のやりとりを実現した。

④ 利用者・施設職員の変化

- 利用者から手紙を見せてもらい、利用者のやる気に繋がりそうなキーワードを利用者に関わる施設職員に共有した。
- 職員が奥さんの言葉を意識して利用者に声をかけるようになり、利用者が家事動作の練習に前向きに取り組むようになった。

利用者と職員の関係性にも変化はありましたか？



奥さんからの励ましの言葉が、利用者と職員の間で共通した目標になりました。関わる職員が同じキーワードで利用者を励ますことで、利用者が意欲的に家事動作の練習に取り組んでいます。

できることが増えると本人の自信にも繋がり、「何か手伝おうか」と職員に声をかけてくれるようになりました。



介護支援専門員 Bさん

(3) ショートステイと連携して収集した情報を医師に伝え、利用者の生活を改善した事例

利用者の概要

- **基本情報**：80代女性・要介護1・長女夫婦との三人暮らし
- **主な疾患・既往歴**：骨折
(左大腿骨頸部、胸椎、腰椎)
- **利用サービス**：通所リハビリ（週3回）
デイサービス（月8日）
福祉用具貸与利用（歩行器・手すり）

疾患特有の支援についてはこちら



疾患別ケア
「大腿骨頸部骨折」

取り組みの経緯

- **特に着目した項目**：

項目8「水分摂取状況の把握の支援」

項目34「排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援」

骨折を経験した利用者で、これまで骨折からの回復に注力した支援をしてきました。自己点検シートを記入して、**水分摂取状況に目が向いていなかったことに気が付いたので、項目8に着目しました。**

水分摂取の状況を確認したところ、水分摂取量が少ない背景に**排泄への不安があることが分かり、項目34も意識して取り組むことになりました。**



介護支援専門員 Cさん

取り組み後の変化・気づき

水分摂取量の情報収集がきっかけとなって、他の課題が見えてきたんですね。



情報収集が不十分だと感じた水分摂取量を確認した後、「水分摂取量が少ない」に終わらせず、**なぜ少ないのかを深掘りして聞き取ったことで、排泄の課題が見えてきました。**

抜け漏れをなくすとともに、**一步踏み込んで情報収集することの大切さを感じました。**



介護支援専門員 Cさん

取り組みの流れ

① 水分摂取の状況の確認

- 利用者と娘さんに「いつもどのコップで飲んでいるの?」「どのくらい入れている?」など、日々の水分摂取の状況を尋ねた。
- 利用者の一日の水分摂取量を確認して、目安となる数値と比べたところ、大幅に足りていないことが分かった。

★意識したアセスメント項目・モニタリング項目
(項目8)日常的な水分摂取の状況

② 水分摂取量が少ない理由の聞き取り

- 利用者に水分摂取量が少ないことを伝え、なぜ水分をあまり摂らないのかを聞き取った。
- 「トイレが近くなるから飲めないよ」という回答があり、夜に何度もトイレに行っていること、そのたびに転倒を心配する娘さんが起きて付き添ってくれるのが申し訳ないと思っていることが聞き取れた。

③ ショートステイ・医師との情報連携

- 利用者がショートステイを利用する際、ショートステイに利用者が寝ている間のトイレの回数を確認するよう依頼した。結果、1時間おきにトイレに起きることが分かった。
- その情報を医師に伝え、夜間の排泄について相談した。医師からは、夕方以降は水分摂取を控えるよう指示があり、薬の種類を変更しようと言った。

★意識したアセスメント項目・モニタリング項目
(項目34)排泄リズム

④ 利用者が変化

- 水分摂取のタイミングや薬の種類の変更後、利用者から「夜に起きる回数が減りよく眠れるようになった」と報告があった。
- 夜間の排泄への不安が和らいだことで、水分摂取量も増えている。

他の職種との連携について、手法を使ったことによる気づきはありましたか？



医師に相談するにあたり、「1時間おきにトイレに起きる」といった具体的な情報があると、相談しやすいと感じました。

今回は、具体的な情報を得るためにショートステイの職員に情報収集を依頼しました。介護支援専門員だけでは得られなかった情報を得られ、他の職種を巻き込む重要性が理解できました。



介護支援専門員 Cさん

(4) 理学療法士と連携し、利用者が自宅に戻って生活を続けることへの家族の不安を軽減した事例

利用者の概要

- 基本情報：80代女性・要介護3・施設（介護老人保健施設）
- 主な疾患・既往歴：脳出血（左半身麻痺）、認知症
- 利用サービス：介護老人保健施設

疾患特有の支援についてはこちら



疾患別ケア
「脳血管疾患」



疾患別ケア
「認知症」

取り組みの経緯

- 特に着目した項目：

項目 41 「将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援」

入院中、麻痺により歩行が不安定になったため、リハビリのためにしばらく施設を利用することになりました。

利用者本人は自宅に戻りたいと思うと同時に、近所に住む娘さんに迷惑をかけたくないと思っていました。利用者が自宅に戻って生活を継続するためには娘さんの協力が欠かせないため、**項目41を意識して、娘さんの意向も踏まえて寄り添った支援をしようと考えました。**

介護支援専門員 Dさん

取り組み後の変化・気づき

リハビリの様子は、理学療法士からも伝えてもらったんですね。



動画の撮影・共有は私（介護支援専門員）が行い、専門的な部分は理学療法士から伝えるという役割分担をしていました。

リハビリの状況を専門家から伝えてもらうことで、娘さんも安心できたようでした。

介護支援専門員 Dさん

取り組みの流れ

① 娘さんの意向の確認

- 娘さんに利用者が自宅に帰りたいたいと思っているようだと言ったところ、娘さんは利用者の自宅での生活を支えたいと思っていることが分かった。
- 自宅に戻るにあたって心配なことはないかを尋ねると、「退院してから施設で車椅子を使っているのに、家に戻って来られるのが心配」との話があった。

★意識したアセスメント項目・モニタリング項目
(項目41)将来の生活に対する本人・家族等の意向

② 福祉用具専門相談員に情報提供を依頼

- 娘さんが利用者の自宅にいる日に合わせて、利用者が施設で使っているものと同じ車椅子を利用者の自宅に持ってきてもらうよう福祉用具専門相談員に依頼した。
- 家の中に車椅子を入れ、廊下などを車椅子で通れることを娘さんとともに確認した。

③ 自宅に戻るためのリハビリを検討

- 理学療法士とともに自宅を訪問し、自宅の段差の高さを測り、同じ高さを越える練習をリハビリに取り入れた。

④ 娘さんが変化

- リハビリに取り組む利用者の様子を介護支援専門員が動画で撮影して娘さんに共有した。
- 理学療法士からもリハビリの効果が出ていることを伝えてもらうと、娘さんから「そろそろ家に戻って来られそうですね」という言葉が聞かれた。

家族への支援を通して、利用者にも変化はありましたか？



退院直後の利用者は、家に帰ったら娘さんに迷惑をかけるのではないかと思い悩んでいる様子でした。

娘さんが利用者「リハビリをもう少し頑張って、あの段差が越えられるようになったら家に帰ってみよう」と声をかけてくれたことで、利用者も気持ちが明るくなったようでした。

介護支援専門員 Dさん

(5) 以前の本人の楽しみを手がかりに目標を 具体化し、利用者の日々の活動を促した事例

利用者の概要

- 基本情報：80代男性・要介護3・
施設（介護老人福祉施設）
- 主な疾患・既往歴：心不全、腰椎圧迫骨折
- 利用サービス：介護老人福祉施設

疾患特有の支援についてはこちら



疾患別ケア
「心疾患」

取り組みの経緯

- 特に着目した項目：

項目 15 「本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握」

利用者の要介護認定前の趣味が「ゴルフ」「犬の散歩」であることは把握していましたが、車椅子を使いながら生活する利用者にとって、かつての趣味を再開することは難しい状況でした。

ここ数カ月は病状が安定していましたが、生活意欲の低下が見られたため、改めて**本人の意思を捉えて生活面から支援しよう**と**考え、項目 15 に着目しました。**

介護支援専門員 Eさん

取り組み後の変化・気づき

家族から情報収集したことで、気づきはありましたか？



日常的に会っていた利用者本人ではなく、奥さんから情報収集したことで「年賀状」という新たなアイデアが得られました。

多方面から丁寧にアセスメントすることの重要性を感じました。

介護支援専門員 Eさん

取り組みの流れ

① 入所前の生活の聞き取り

- 入所前の生活を改めて知るため、奥さんと姪御さんに、利用者がよくやっていたことや楽しみにしていたことがないか尋ねた。
- 奥さんから「昔は年賀状を毎年たくさん出していた」というエピソードが聞き取れた。

② 年賀状への想いを確認

- 年賀状のエピソードを研修のグループワークで共有したところ、「また年賀状を書いてみたらどうか」「昔の年賀状を見たらやる気が出るのでは」とアドバイスを受けた。
- 奥さんに昔の年賀状を施設に持ってきてもらい、利用者に渡したところ、ずっと年賀状を眺めており、**心の変化が見受けられた。**

★意識したアセスメント項目・モニタリング項目
(項目15)本人の趣味・嗜好

③ 年賀状を書くという目標を設定

- 「また年賀状を書いてみませんか」と利用者に声をかけ、年末に年賀状を書くため、**毎日字を書く練習**をすることを提案した。
- 施設職員にも「奥さんに年賀状を出すために文字を書く」を目標にすることを共有した。

④ 利用者が変化

- 最初は消極的だった利用者は、関わる職員が「以前は年賀状でたくさんの人とやりとりされていたんですね」「また書いてみませんか」と働きかける中で、**文字を書く練習を始めるようになった。**
- 年末には奥さんだけでなく、姪御さんにも年賀状を出すことができた。

目標の具体化にあたって、ポイントはありましたか？



利用者が手に届くと思える目標設定が大事だと気づきました。
「毎日文字を書いてみる」「歯磨きするために車椅子から立ち上がる」など、今の利用者の状態でも実現できると思える目標設定にしたことで、取り組み意欲が上がったようでした。

施設職員にも「声かけを工夫すると利用者が変わる」という意識の変化がありました。

介護支援専門員 Eさん

(6) 本人の趣味を再開するために目標を具体化し、リハビリへの意欲を高めた事例

利用者の概要

- 基本情報：70代男性・要支援2・妻と二人暮らし
- 主な疾患・既往歴：脳梗塞（左半身不全麻痺）、糖尿病
- 利用サービス：介護予防通所リハビリ（週1回）
介護予防福祉用具貸与利用（歩行器・手すり）

疾患特有の支援についてはこちら



疾患別ケア
「脳血管疾患」

取り組みの経緯

- 特に着目した項目：

項目5「望む生活・暮らしの意向の把握」

項目27「継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施」

ケアプランを見直すタイミングでした。食べるのが好きな方なのに、糖尿病のため食事による楽しみが得られにくい状態で、他に本人のやりたいことを見つけて支援したいと思い、項目5を意識しました。

やりたいことを把握した結果、項目27に着目して、リハビリを見直すことになりました。

介護支援専門員 Fさん

取り組み後の変化・気づき

デイケアと連携して情報収集をした背景を教えてください。



担当してから日が浅く、利用者とまだ関係性ができていないように思っていました。チェックシートも、週に1回通っているデイケアで渡す方が抵抗なく書いてもらえると考えたので、デイケアの職員に協力を依頼しました。

その結果、今まで知らなかった本人の趣味を知ることができ、リハビリの見直しにまで繋がりました。

介護支援専門員 Fさん

取り組みの流れ

① デイケアと連携した情報収集

- 研修のグループワークで「興味・関心チェックシート®」*を覚えてもらい、デイケアの職員にチェックシートを渡し、聞き取りを依頼した。
- チェックシートで、「写真」に関心があるとチェックがついた。

★意識したアセスメント項目・モニタリング項目
(項目5)望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動

② 昔の趣味について情報収集

- 自宅訪問時に奥さんにチェックシートを見せたところ、写真を撮るのが好きだったという話が聞け、前に使っていた一眼レフカメラを見せてくれた。
- さらに、カメラが重く、麻痺でぶれてしまうことから本人が写真をあきらめていることが分かった。

③ 目標の具体化

- 三脚を使うことも考えたものの、本人への聞き取りで「カメラを手で持って写真を撮りたい」という意向が確認できた。
- 写真の趣味を再開するため、1kgの一眼レフカメラを手にとって持てるようになることを目標として設定した。

★意識したアセスメント項目・モニタリング項目
(項目27)リハビリテーションに対する本人・家族等の意向

④ 利用者の変化

- 理学療法士に相談し、カメラを手で持つためのリハビリメニューを取り入れた。
- 利用者に「また写真を撮れるようになるためのリハビリです」と伝えたところ、**利用者が嫌がらずにリハビリに通うようになった。**

目標が具体化したことによる気づきがありましたか？



カメラを手で持って写真を撮るといった目標が明確になったことで、**利用者が「リハビリを頑張ろう」という気持ちになれたようでした。**
また、奥さんも「写真を撮るためにリハビリを頑張っておいで」といった声かけをしてくれるようになりました。**目標を具体化して言語化したことにより、利用者に関わる支援者同士で同じ目標を持つことができている。**

介護支援専門員 Fさん

*「興味・関心チェックシート®」は日本作業療法士協会が作成したもので、本人が持つ興味や関心を引き出す際に活用できます。
URL : <https://www.jaot.or.jp/files/news/wp-content/uploads/2014/05/seikatsukoui-2kyoumikanshin-checksheet.pdf>



第4章

「基本ケア」の項目を見てみよう

「基本ケア」の各項目について、どのような支援内容を示しているのか、なぜその項目を考える必要があるのかを紹介します。また、各項目に着目して情報収集や支援内容の掘り下げに取り組んだ介護支援専門員の例を紹介します。

なお、ここからのページは、1から順に読む必要はありません。気になった項目、知りたい項目から見ていきましょう。

利用者や状況によって最適な方法は異なるので、取り組み例は実践で活用するうえでの、あくまで参考として読んでいきましょう。



基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容
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-1-1. 疾病や心身状態の理解	1. 疾患管理の理解の支援
			2. 併存疾患の把握の支援
			3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保
			4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認
	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	
		6. 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援	
		7. 食事及び栄養の状態の確認	
		8. 水分摂取状況の把握の支援	
		9. コミュニケーション状況の把握の支援	
		10. 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援	
	I-1-3. 目指す生活を踏まえたリスクの予測	11. 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測	
		12. 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測	
	I-1-4. 緊急時の対応のための備え	13. 感染症の早期発見と治療	
		14. 緊急時の対応	
I-2-1. 本人の意思を捉える支援		15. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	
		I-2-2. 意思の表明の支援と尊重	16. 日常生活における意向の尊重
17. 意思決定支援の必要性の理解			
I-2-3. 意思決定支援体制の整備	18. 意思決定支援体制の整備		
	I-2-4. 将来の生活の見通しを立てることの支援	19. 将来の生活の見通しを立てることの支援	
II. これまでの生活の尊重と継続の支援	II-1. 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	II-1-1. 水分と栄養を摂ることの支援	20. フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援
			21. 水分の摂取の支援
			22. 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
		II-1-2. 継続的な受診と服薬の支援	23. 継続的な受診・療養の支援
			24. 継続的な服薬管理の支援
	II-1-3. 継続的な自己管理の支援	25. 体調把握と変化を伝えることの支援	
	II-1-4. 心身機能の維持・向上の支援	26. フレイルを予防するための活動機会の維持	
		27. 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施	
	II-1-5. 感染予防の支援	28. 感染症の予防と対応の支援体制の構築	
	II-2. 日常的な生活の継続の支援	II-2-1. 生活リズムを整える支援	29. 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援
			30. 休養・睡眠の支援
		II-2-2. 食事の支援	31. 口から食事を摂り続けることの支援
			32. フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援
	II-2-3. 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	33. 清潔を保つ支援	
		34. 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援	
	II-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	II-3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	35. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
			36. コミュニケーションの支援
		II-3-2. コミュニケーションの支援	37. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
			38. 持っている機能を発揮しやすい環境の整備
II-3-3. 家庭内での役割を整えることの支援	39. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備		
	40. 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備		
II-3-4. コミュニティでの役割を整えることの支援	41. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援		
	42. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援		
III. 家族等への支援	III-1. 家族等への支援	43. 本人を取り巻く支援体制の整備	
		44. 同意してケアに参画するひとへの支援	
	III-2. ケアに参画するひとへの支援	40. 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備	
		41. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	

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 -1-1. 疾病や心身状態の理解

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

1. 疾患管理の理解の支援

疾患の再発予防や生活の悪化防止のため、本人や家族等に対して疾患についての理解を促し、服薬や受診の必要性を伝えるとともに、生活の改善を支援する体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

疾患を持つ利用者の食生活を改善するため、訪問看護に同行を依頼し、利用者と家族に看護師から食事や療養のリスクを説明してもらいました。本人と家族が納得感を持って聞いている様子が見られ、食生活の改善に向けた提案もスムーズに受け入れてもらえました。



専門職から利用者にリスクを伝えてもらうことで、納得感を持ってもらえた事例ですね。

●支援の概要、必要性

- 再発予防や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起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(出血しやすくなる等)についても知っておくことも重要である。
- 継続的な受診の確保等により疾患の理解と、適切な療養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。

※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。

この項目の詳細はこちら



I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測しにくい心身機能の持向上
II-1-1 ツールや悪化の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

2. 併存疾患の把握の支援

疾患の再発予防や生活の悪化防止のため、本人や家族が併存疾患についても情報を把握できるよう受診機会の確保や専門職間の連携体制を支援します。

●この項目の具体的な取り組み例

脳血管疾患で入院した利用者の家族から、持病の糖尿病の治療については本人に任せていたと聞き、利用者の通院に同行することを提案しました。かかりつけ医に状況を共有し、かかりつけ医から家族に糖尿病の治療状況を説明してもらいました。

●支援の概要、必要性

- 再発予防や生活の悪化防止のためには、起因となっている生活習慣病や他の併発疾患の理解が必要である。
- かかりつけ医及び各疾患の主治医を把握したうえで、本人や家族等が、かかりつけ医等の指示を踏まえて併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報を把握できるよう、継続的な受診の確保や専門職間の連携体制を整える。

疾患を抱える利用者の場合、**中項目Ⅱ-1-2「継続的な受診と服薬の支援」**が必要になることも多いので、併せて確認しましょう。



この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく心機能の維持向上
フレイルや重度の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

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 -1-1. 疾病や心身状態の理解

I -1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I -2 意思決定過程の支援

II -1 予測と心身機能の維持・向上

II -2 日常生活の継続

II -3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III -1 家族等への支援

III -2 ケアに参画するひとへの支援

3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保

口腔内の異常は、肺炎や感染症のリスクになりうるだけでなく、対人交流や運動機能減少の要因ともなるため、異常を早期に発見し、歯科受診機会の確保を支援します。

●この項目の具体的な取り組み例

初回アセスメント時に利用者の口元を観察したところ、外から見ても口腔内の汚れが分かったため、言語聴覚士に状況の確認を依頼しました。歯の状態が悪化していることが分かり、利用者に歯科受診を提案しました。

利用者が歯科受診を前向きに捉えられるよう、本人の困りごとと結び付けられないかと考え、義歯を話題に出したところ「義歯が合っておらず、食べにくい」との話がありました。歯科で義歯を診てもらおうよう勧め、歯科受診に繋げることができました。

●支援の概要、必要性

- 口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増えて、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすくなる。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。
- 口腔清掃が不十分であると、口臭が発生して、対人交流の減少につながったり、虫歯や誤嚥につながる。
- 正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。
- 異常の早期発見と、適切な受診機会の確保が求められる。



口腔に関する項目は、項目3のほか項目11「口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測」、項目22「口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援」があります。基本方針、大項目、中項目を見比べてみましょう。

この項目の詳細はこちら



4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認

転倒・骨折を予防するため、本人が自らの身体機能の状況を把握し、状況にあった生活動作を身につける機会・体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者の歩行状態を撮影し、その動画を利用者と理学療法士に確認してもらいました。理学療法士から「この歩き方だとこのような場面で転倒のリスクがある」と伝えてもらったところ、利用者が積極的にリハビリに参加するようになりました。

動画で共有する方法は、他の専門職との情報共有の手段として活用できそうですね。



●支援の概要、必要性

- 転倒やそれに伴う骨折の予防のためには、自らの身体機能（反射、平衡感覚、視覚等）の状態を理解し、それにあった生活動作を身につけるよう支援する必要がある。
- 自らの身体機能の状態を理解するための支援、そのための体制を整える。具体的には、本人の身体状況を定期的に測定する機会をつくったり、身体機能が低下している場合はそれを前提とした日常的な動作を行えるような機能訓練等の体制を整える。

この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく心機能の維持・向上
レベルや重症の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・ミニミニでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

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

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測しにくい心身機能の維持・向上

II-2 日常的な生活の継続

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひと

5. 望む生活・暮らしの意向の把握

本人が望む暮らしを実現するため、本人だけでなく家族等、サービス事業者などからも、本人の意思や様子をより具体的に確認します。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者と二人きりで面談する機会を持ち「これだけはしたい、と思うことはありますか」と尋ねたところ、家族にも伝えていない本人の意向を聞くことができました。本人に確認の上、意向を家族に伝え、本人の望む生活を実現できるよう支援内容を見直しました。

●支援の概要、必要性

- 本人の尊厳を尊重した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を、本人の活動能力を踏まえて支援することが重要である。
- 暮らしの中で特に継続したいことや重視したいこと等を本人から把握したり、家族等から本人のこれまでの嗜好や暮らしぶり、これ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。



望む生活・暮らしが把握できたら、目指す状態に応じて支援を検討していきましょう。
例えば、心身機能の維持・向上を目指すなら**項目 27「継続的なりハビリテーションや機能訓練の実施」**、家庭内での役割を持つことを目指すなら**項目 37「本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備」**などが考えられます。

この項目の詳細はこちら



6. 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援

本人を中心とした支援体制を構築するため、一週間の生活や日課等の状況あるいは変化を把握します。

●この項目の具体的な取り組み例

通所リハビリとショートステイの職員に依頼して、利用者の一日の活動を共通の用紙に記入してもらいました。食事や趣味はどの時間に行うことが多いのかを見て、本人にとって自然な生活リズムを確認しました。

利用者の携帯電話の万歩計機能を利用することで、歩数から利用者の生活リズムや年間を通じた活動が把握できるようになりました。いつもと違う行動があった場合はすぐ気づけるよう、別居の家族にも万歩計を確認することを勧めています。

●支援の概要、必要性

- 本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地良い場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えることが重要である。
- 特に認知症のある高齢者の場合は、睡眠・覚醒リズムが乱れやすく、また自分で生活リズムを整える事は難しいため、生活リズムを規則正しくする支援が受けられる環境の整備が必要となる。
- 本人の日常的な一週間の生活のリズム、日課等を把握する。そのうえで、認知症の進行や健康状態の変化により生活リズムが崩れた場合に、その状況を把握して改めて本人にとって心地良い生活リズムを取り戻せるよう支援する体制を整える。

生活リズムが把握できたら、本人にとって心地良いリズムを整える視点から、**項目 29 「一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援」**も確認してみましょう。



この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく心機能の維持向上
レベルや重症の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・ミニミニでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

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

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測・リスク・心機能の維持・向上
ITツールやデジタルの予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションなどの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

7. 食事及び栄養の状態の確認

身体の健康や心の状態の変化に気づくため、本人の食欲の有無や栄養状態等の状況、またその変化を把握し、他の職種と連携する体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

食事の摂取状況を確認するために体重変化を把握したいと考え、かかりつけ医と相談の上、訪問看護に体重測定を依頼しました。なぜ把握したいかを、適切なケアマネジメント手法の基本方針や大項目をもとに説明すると、快く引き受けてくれました。

利用者の必要エネルギー量を知るために、日々の活動で消費するカロリー量を測定したいと考えました。「洗濯物を干した」「料理を何分行った」などの活動を入力するとカロリー計算を自動で行ってくれるアプリを利用し、数値化することができました。



栄養状態や必要量の確認に使える便利なアプリなども出てきていますね。必要に応じて使いやすいものを探してみましょう。

●支援の概要、必要性

- 食欲の有無は身体の健康や心の状態を図るうえで重要である。高齢者の身体の異常や心の状態の変化にいち早く気づくために、日頃から観察して変化を見逃さないようにする。
- 体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソードを把握する等して状況を把握し、関連する他職種と共有する。
- 咀嚼、嚥下力の低下や薬の副作用で食欲が落ちて低栄養の状態に陥る場合もあることを考慮し、専門職と連携する体制を整える。

この項目の詳細はこちら



8. 水分摂取状況の把握の支援

必要な水分量と日常の摂取量を把握するとともに、状況の変化を把握できる体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

一日の水分摂取量を確認するため、普段使用しているコップの容量や一日に飲む回数を本人に聞き取りました。かかりつけ医に聞き取り結果を共有したところ「この方はもう少し水分を摂った方が良い」とのアドバイスがあり、本人に目安の量を伝えました。

サービス事業所の職員に、利用者がサービス利用中に持参する水筒の水を飲み切れているかを見てもらうよう依頼しました。サービス利用後に、家族とケアチームに共有してもらっています。

●支援の概要、必要性

- 必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である。
- 日常生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える。

項目7や項目8で栄養や水分の摂取状況が把握できたら、**中項目Ⅱ-1-1「水分と栄養を摂ることの支援」**の項目も確認してみましょう。



この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく認知機能の維持・向上
フレイルや重度の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

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

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測し、長く心機能の持向上
フレイルや重度の予防支援

II-2 日常的な生活の継続
の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

9. コミュニケーション状況の把握の支援

本人が意向や気持ちを周囲に伝えやすい環境を整えるため、日常生活におけるコミュニケーションの状況を把握します。

●この項目の具体的な取り組み例

病院やケアチームから「会話が続かない」と聞いていた利用者の近所の人とのコミュニケーション状況を観察すると「聞く、話す、見る」は問題ないことが分かりました。本人と普段関わる人たちに、本人が答えやすい質問を投げかけるなど会話の内容を工夫するよう働きかけました。

●支援の概要、必要性

- 本人が感じていることを周囲に伝え、周囲もまた本人の心情を把握しやすい状態であるためには、本人のコミュニケーションの状況を把握しコミュニケーションが取りやすいような環境を整えることが重要になる。
- 日常生活におけるコミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況を把握する。



コミュニケーションの状況が把握できたら、**項目 36 「コミュニケーションの支援」** も確認してみましょう。

この項目の詳細はこちら



10. 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援

本人が地域や家庭の一員として役割を担い続けられるよう、それまでの役割と現在の実行状況とその変化を把握し、必要に応じて専門職が判断できる体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

担当になって間もない頃、独居の利用者をとりまく人間関係を把握するために自宅に頻回に通い、利用者を訪ねてくる近所の住民と話しながら、利用者が地域でどのような役割を担っているかを情報収集しました。

「施設には行きたくない」と話す利用者にその理由を尋ねたところ、利用者は毎日同居家族の食事の準備をしていることが分かりました。家族の面倒を見ることが生き甲斐であることを別居の家族にも共有し、本人の役割を尊重して見守ることにしました。

●支援の概要、必要性

- 本人の状況によらず、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人のIADLや社会参加を支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握する必要がある。
- 生活環境と本人の状況が大きく変化する時期のため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備する。

役割を担い続けられることへの支援は、**大項目Ⅱ-3「家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援」**も関係しそうですね。



この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく機能の維持・向上
フレイルや重度の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

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 -1-3. 目指す生活を踏まえたリスクの予測

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測し、身機能の向上

II-2 日常生活の継続

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

11. 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測

肺炎や感染症、運動機能低下等の予防の観点から、口腔内の状況を把握し、異常を発見した場合に連携する体制を整えるとともに、口腔ケアを継続できるような環境を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者のむせ込みが多かったため、通所リハビリの際に言語聴覚士に依頼して口腔や嚥下の状態を評価してもらいました。言語聴覚士から肺炎のリスクがあると評価されたため、利用者に肺炎予防の必要性を説明した上で、歯科受診の機会を作りました。

●支援の概要、必要性

- 口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増えて、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすくなる。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。
- また、正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。
- 口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか等の状況を把握し、異常を発見した場合には歯科医等に連携する支援体制を整える。
- また、適切な口腔ケアを継続できるように、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保したり、本人による口腔ケアが難しい場合には必要に応じて介助が得られる環境を整える。



摂食嚥下機能の維持・改善が必要な場合は、**項目 22 「口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援」**も確認してみましょう。

この項目の詳細はこちら



12. 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測

適度な日常生活の活動継続に向けて、阻害要因となりうる転倒等を未然に防ぐ観点から、本人の日常生活の状況を把握し、専門職も含めて判断できる体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者から「以前のように近所のお店に歩いていきたい」という意向を聞き取り、通所リハビリの理学療法士に相談して、お店までの道を確認してもらいました。坂道での転倒リスクが高いとのことで、坂道を歩くためのリハビリを加えることになりました。

「あのお店に行く」という具体的な目標があると、本人のリハビリの意欲も高まりそうですね。



●支援の概要、必要性

- 継続的な在宅生活を継続するためには、適度な日常生活の活動が必要である。骨折などにより活動量が低下することは、身体機能の低下につながる恐れがあるため、その要因となりうる転倒を未然に防ぐことが必要である。
- 生活環境と本人の状況が変化していくため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備する。
- そのうえで、転倒しやすい状況や負荷の大きい活動の環境を改善したり、日常的な動作において気をつけるべき点を本人及び家族等と確認し必要なリハビリテーションを継続する支援体制を整えたりする。
- なお、環境や動作の改善に際しては、支援の必要性及び本人・家族等の意向も確認する。

この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく心機能の維持・向上
II-2 レベルや重症化の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

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 -1-4. 緊急時の対応のための備え

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測し、基く心身機能の持向上
フレイルや重度の予防支援

II-2 日常的な生活の継続
の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

13. 感染症の早期発見と治療

高齢者は発熱や痛みの訴えが弱い場合があることに留意し、感染症の初期症状が現れた際に状況を共有し、医療機関をすみやかに受診できるよう体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

感染症を早期発見するための観察ポイントを医師に確認するとともに、本人・家族を含むケアチームで共有し、気になることがあったらすぐに連絡を取り合うというルールを決めました。

●支援の概要、必要性

- 高齢者は、生体防御機能の低下が起こる。炎症反応が弱く、発熱や痛みの訴えが弱い場合があることに留意する。
- 感染症の初期症状が表れた場合に医療機関を受診できるように、家族等やかかりつけ医及び関連する専門職と情報を共有したり、必要なときに連携できる体制を整える。



感染症の予防と対応については、**項目 28 「感染症の予防と対応の支援体制の構築」**を確認してみましょう。

この項目の詳細はこちら



14. 緊急時の対応

緊急時でも連絡すべき人に必要な連絡が届くよう、事前に連絡先や連絡方法を取り交わします。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者と相談して自宅に緊急通報装置を設置し、転倒した場合は装置のボタンを押して通報することを確認しました。また、近所に住む民生委員に相談し、緊急連絡先として登録させてもらうことにしました。

緊急時の対応の検討をきっかけに、利用者を支える人を増やすことにも繋がっていますね。



●支援の概要、必要性

- 本人の体調が急変して入院が必要になる等の状況では、特に独居の場合など、本人の意思の確認が難しくなる場合もある。急ぎの対応でも必要な人に必要な連絡が届くよう、連絡体制を整備する必要がある。
- 緊急時に連絡すべき家族等、かかりつけ医などの連絡体制を本人や家族等とも確認し、事前に連絡先と連絡方法を取り交わしておく。

この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく心機能の維持・向上
II-2 レベルや重症の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

I . 尊厳を重視した意思決定の支援

I -2. 意思決定過程の支援

I -2-1. 本人の意思を捉える支援

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく身体機能の維持・向上
II-2 日常生活の継続

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひと

15. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握

本人の意思の形成や表明を支援するため、本人の何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソード等を捉えて、蓄積・共有できる体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

モニタリング面談時に利用者の以前の職業を話題に出したところ、利用者が仕事での経験について生き生きと話してくれ、当時の仕事仲間に会いたいという意向が聞き取れました。歩行器をタクシーに積みやすいよう軽いものに変更するなど、外出の後押しとなる支援を行いました。



利用者の過去の仕事、趣味など、利用者が話していて楽しいと思える話題を提示することが、本人の意向を捉えるきっかけになることも多いようです。

●支援の概要、必要性

- 意思決定支援においては、本人が理解しやすいように伝え、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて把握することが重要であり、それを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要である。
- 本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積・共有し、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて、本人の意思の形成や表明を支援できるようにするための体制を整える。

この項目の詳細はこちら



I-2-2. 意思の表明の支援と尊重

16. 日常生活における意向の尊重

日々の小さな選択にも本人の意向が反映されるよう、意思の表明や実現を支える体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

認知症の利用者が自分の意向が反映されていると思えるように、家族やケアチームと相談して「カレンダーは利用者本人に書いてもらう」というルールを決めました。自分の字で書いてあると「思い出せないけどこんな予定があったのね」と抵抗なく受け入れられています。

この事例の利用者は、取り組み前は「誰かが勝手に予定を書いた」と怒り出してしまうことがあったそうです。ルールを決めてから、利用者も家族もケアチームも和やかに過ごせるようになったようです。



●支援の概要、必要性

- 日々の小さな選択において本人の意向が表明され反映されることは、日常生活における本人のストレスを軽減することにもつながり重要である。
- 日常生活における選択（食事や服を選ぶこと、外出先を選ぶこと、その日にすることを決めること等）において、本人の意向が表明され反映されるように、意向の表明を支える体制を整える。

この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく心身の維持・向上
II-2 レベルや重症度の予測・支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

I . 尊厳を重視した意思決定の支援

I -2. 意思決定過程の支援

I -2-2. 意思の表明の支援と尊重

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

17. 意思決定支援の必要性の理解

将来を含む日常生活を継続する上での意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援するとともに、状況に応じて必要な支援体制を整えます。

I-2 意思決定過程の支援

●この項目の具体的な取り組み例

初めて利用者と面談する際に「ケアチームはあなたの味方です。こうしたいという気持ちを聞かせてください」と声かけしました。利用者自身が意思決定権を持っているということを伝えると、本人の生活の意向が具体的に聞き取れました。

II-1 予測し、基く心身機能の維持・向上
フレイルや重度の予防支援



この事例の利用者は、これまで家族の意向を優先することが多い方だったそうです。利用者自身の意思決定が大切だと分かってもらったのがポイントですね。

II-2 日常的な生活の継続の支援

●支援の概要、必要性

- 将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要である。
- 意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援する。
- なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。また、状況に応じて必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要があることに留意する。

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援



体制を整える支援については、**項目 18 「意思決定支援体制の整備」** も確認しましょう。

III-2 ケアに参画するひとへの支援

この項目の詳細はこちら



I -2-3. 意思決定支援体制の整備

18. 意思決定支援体制の整備

意思決定支援（あるいは意思推定支援）の必要性が大きくなった場合にチームで対応できるように、意思決定支援チームに参加すべき人を把握し、体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者の奥さんは、以前から利用者が生活の中で「こう考えている」「こうしたい」などと発言した際にメモを取っていました。利用者の認知機能が低下し、意思決定支援の必要性が高まってきたため、奥さんの日々のメモを担当者会議で共有することにしました。

●支援の概要、必要性

- 意思決定支援（あるいは意思推定支援）は一人でできるものではなく、チーム体制を整備することが重要である。
- 意思決定支援あるいは意思推定支援の必要性が大きくなった場合に、その支援を行う体制を整える。
- なお、ここでいう意思決定支援チームとは専門職のみで構成される固定的なチームではない。状況が変化するにつれて、意思決定支援チームに参加すべき人も変化することから、まずは誰が意思決定支援（あるいは意思推定支援）の体制に入るのかを把握することに留意する。

項目 17 と項目 18 はどちらも意思決定支援の項目です。項目 17 は必要性の理解、項目 18 は体制整備で、一緒に取り組めるとスムーズな支援に繋がるかもしれませんね。



この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく認知機能の維持・向上
II-2 レベルや重症度の予測・支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

I . 尊厳を重視した意思決定の支援

I -2. 意思決定過程の支援

I -2-4. 将来の生活の見通しを立てることの支援

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

19. 将来の生活の見通しを立てることの支援

本人や家族等が将来の生活の見通しを持てるよう、情報提供や感じていることの聞き取りを通じて、本人や家族が意思を形成する支援を行います。

I-2 意思決定過程の支援

●この項目の具体的な取り組み例

利用者が今できていることを確認し、本人、家族とともに「トイレに行けなくなったら」「買い物に行けなくなったら」など「これができなくなったら施設に入る」という**目安を考えて箇条書きのリストを作成しました**。将来の見通しが立ったことで利用者と家族の不安が和らぎました。

複数の疾患を抱え、周囲から在宅生活は厳しいと言われていた利用者から「自宅で過ごしたい」という強い希望が聞かれました。**医師に相談すると、リハビリ次第で在宅生活を送れる可能性がある**と助言されたため、利用者と家族に説明した上で、自宅で過ごすことを目的としたリハビリを始めることにしました。

II-1 予測しにくい心身機能の維持・向上
II-2 日常的な生活の継続



利用者や家族等が将来に対して感じている不安を和らげることが、支援の一つになりそうですね。

II-2 日常的な生活の継続

●支援の概要、必要性

- 本人や家族等の生活は将来にわたって続くが、経験したことがない将来の生活の見通しを持つことは、多くの人にとって難しい。したがって、情報を提供したり、これまでに本人や家族等が感じていることを聞き取ったりすることを通じて、本人や家族等が意思を形成する支援を行う必要がある。
- 本人や家族等自身が判断できるよう支援するためには、状況に応じた介護の選択肢があることを知らせたり、本人や家族等の意向を引き出す相談援助を行う。

II-3 家事・コミュニケーションなどの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

この項目の詳細はこちら



Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-1. 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

Ⅱ-1-1.水分と栄養を摂ることの支援

20. フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援

フレイル予防や重度化防止の観点から、必要な水分や栄養を確保できる体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者の体重が減少傾向にあったため、管理栄養士に相談し、一日の食事の目安を一覧表にしてもらいました。一覧表を本人・家族に渡したところ、家の壁に貼って参考にしているようで、利用者の体重が徐々に増加してきました。

●支援の概要、必要性

- 高齢者は代謝機能の変化によって、水や電解質のバランスを保つ調整能力の低下や、細胞内の水分量の低下がみられる。そのため、高齢者は水分のバランスを崩して脱水状態を起こしやすい状態にある。一方で、排尿回数を減らすために、水分を控える傾向がみられたり、のどの渇きの認識が遅れる等、身体が必要とする水分の補給が難しくなる場合があり、水分補給に留意が必要である。
- また、食事は身体に必要な栄養を補い、健康な身体を維持するために必要である。栄養改善は、疾患の予防、悪化防止、リハビリを行うための基礎体力づくりにもつながるため重要である。
- 本人や家族の日常的な食生活や飲み物の摂取状況、排泄や発汗によって失われる水分量を把握し、必要な水分や栄養を確保できているかを把握できる体制を整える。
- 必要な水分を確保できるような支援を確保する。また、食事については食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。

項目 20 は心身機能の維持・向上を狙いとしたものです。**項目 32 「フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援」**は、生活の継続に重点が置かれています。「支援の概要、必要性」を見比べてみましょう。



この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

Ⅱ-1 予測に基づく心身機能の維持・向上

Ⅱ-2 日常的な生活の継続の支援

Ⅱ-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

Ⅲ-1 家族等への支援

Ⅲ-2 ケアに参画するひとへの支援

Ⅱ. これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-1. 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

Ⅱ-1-1. 水分と栄養を摂ることの支援

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

Ⅱ-1 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

Ⅱ-2 日常的な生活の継続の支援

Ⅱ-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

Ⅲ-1 家族等への支援

Ⅲ-2 ケアに参画するひとへの支援

21. 水分の摂取の支援

フレイル予防や重度化防止の観点から、把握した水分量を踏まえ、継続的に摂取できるよう支援する体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者の水分摂取量が足りていないことが分かりました。利用者と家族に今のままでは摂取量が足りないことを伝え、飲んだ量が分かるように200mlのコップを用意し、一日5杯を目標に飲んでもらうことにしました。後日家族に確認すると、毎日無理なく飲めているようです。



「このコップで、一日〇杯を目安に飲んでみましょう」といった具体的な提案は、利用者や家族にとっても分かりやすいですね。

●支援の概要、必要性

- 必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である。
- 日常生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える。

この項目の詳細はこちら



22. 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援

肺炎予防や摂食嚥下機能の維持・改善のため、専門職によるリスク評価の結果も踏まえ、セルフケアを含むリハビリテーションや口腔ケアが継続される体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

食事の飲み込みに不安があったため、かかりつけの**歯科医に飲み込みに問題がないか確認を依頼**しました。また、ベッドの上でできる嚥下体操や呼吸リハビリを教えてもらいました。

この事例の利用者は、身体を起こすよりも横になる方が負担なくリハビリに取り組みました。専門職と相談して、本人の状況に合った支援を検討しましょう。



●支援の概要、必要性

- 適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。水分不足や薬の副作用によって、口腔乾燥の症状が表れることがある。口腔乾燥が生じると、肺炎のリスクが高まるほか、本人の不快感や口臭の起因ともなるため適切に口腔ケアが継続される必要がある。
- 専門職によるリスク評価結果を踏まえ、摂食嚥下機能を維持・改善するためのリハビリテーション（専門職によるリハビリテーションだけでなく、口腔体操などの取り組みを含む）が提供されるようなケア体制を整える。
- セルフケアとして自身で実施可能なリハビリテーションについては、その実施方法や留意点を把握し、家族等の介護者にも共有する。
- 口腔乾燥を防止するため、口腔内に適切な水分が保たれるように環境を見直す。唾液腺のマッサージや、保湿剤の活用等の口腔乾燥の防止の必要性も考慮し、歯科医師等と状況を共有し連携する体制を整える。

この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 意識・心身の維持・向上

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・ミニミニでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-1. 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

Ⅱ-1-2. 継続的な受診と服薬の支援

23. 継続的な受診・療養の支援

再入院や急激な状態の悪化を予防するため、本人・家族等によるセルフマネジメントの一環として、疾患への理解を促すとともに、継続的に受診できる体制（環境や手段等も含む）を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者の認知症の進行により、病院受診のタイミングが分からなくなっている様子が見られました。一人での通院が困難になってきた現状を医師に報告して受診を継続するための対応を相談したところ、訪問診療に切り替えることになりました。

●支援の概要、必要性

- 日常生活を通じて再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）を図るには本人・家族等によるセルフマネジメントが重要であり、疾患及び疾病管理に関して本人・家族等の理解と管理が正確に行われる必要がある。これを確保するためには、本人・家族等に対して、起因となった疾病についてかかりつけ医をはじめとする専門職から説明がなされていること、本人・家族等がそれを理解して、疾患の管理を行うことが大切である。
- 通院する環境やその手段を整えることで継続的な受診を維持する体制を整える。必要なケアを見定め、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除くことで、生活の縮小ではなく、生活の改善をうながす。
- また、通院に家族等が付き添っている場合についても、家族等が働いている場合等は通院に付き添う家族等の負担も考慮して、代替手段を提案できるような情報提供にも配慮した支援体制を整える。

この項目の
詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と
生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

Ⅱ-1 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

Ⅱ-2 日常的な生活の継続
の支援

Ⅱ-3 家事・コミュニケーション等の役
割の維持あるいは獲得の支援

Ⅲ-1 家族等への支援

Ⅲ-2 ケアに参画するひと
への支援

24. 継続的な服薬管理の支援

疾患の再発防止あるいは重度化防止のため、専門職とも連携して、処方された薬が適切に管理・服薬される体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

複数の薬を飲み忘れないようにする工夫を薬剤師に相談したところ、お薬カレンダーから薬を取り、飲む順番に並べてみてはどうかとアドバイスを受けました。同居家族に対し、利用者は持病があるため毎日欠かさず薬を飲む必要があることを伝え、**出かける前に机に薬を並べてもらうよう依頼**しました。

薬の飲み忘れを防ぐため、薬剤師に相談の上、一日おきに訪問している**訪問介護に、訪問日にその日の分の服薬を見守ること、次の日の薬をお薬カレンダーに貼ることを依頼**しました。訪問介護の協力のもと、利用者が毎日薬を飲めるようになりました。

服薬の必要性を利用者や家族等に分かってもらうことも、ポイントの一つになりそうですね。



●支援の概要、必要性

- 併発している疾患の再発防止あるいは重度化防止のためには服薬が重要であり、それを本人が可能な限り理解できるように支援することも重要になる。
- 処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備する。

この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測とリスクの把握と心身の維持・向上

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-1. 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

Ⅱ-1-3. 継続的な自己管理の支援

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

Ⅱ-1 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支援

Ⅱ-2 日常的な生活の継続の支援

Ⅱ-3 家事・コミュニケーションなどの役割の維持あるいは獲得の支援

Ⅲ-1 家族等への支援

Ⅲ-2 ケアに参画するひとへの支援

25. 体調把握と変化を伝えることの支援

長期的な状態の変化やフレイルの進行も把握した上で、日々の体調を把握し、管理できるように支援します。また、必要な相手へ変化を伝えられるような体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

ケアチームで検討した結果、日々の食事が体調の指標になると考え、最も訪問頻度が高い訪問介護に冷蔵庫の中身と台所の様子を確認するよう依頼しました。確認結果は家族にも共有することにしています。

認知症利用者の別居家族に、利用者の過去の体調不良について聞き取りを行いました。「体調が悪いと食べなくなる」「寝そべりがちになる」など、本人の不調に気が付くための視点を確認し、ケアチームに共有しました。



利用者本人が気づけない変化を含めて把握する体制を整えることが重要です。

●支援の概要、必要性

- 高齢者全般の基本的な機能と生理として長期的に状態が変化しフレイルが進行するが、認知症のある高齢者の場合、その変化を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、長期的な変化と日常の状況を捉える体制を整えておくことが重要である。
- 日常的な体調がどのようなものか、特に長期的にみたフレイルの進行や状態の変化がどのようなものかを把握し、そのうえで日々の体調を管理できるように支援する体制を整える。
- また、日常とは異なる体調がみられた場合に、それを把握し必要な相手にその変化を伝えられるような体制を整える。

この項目の詳細はこちら



II-1-4. 心身機能の維持・向上の支援

26. フレイルを予防するための活動機会の維持

フレイル予防のための心身機能の維持・向上の観点から、日常生活の中で本人のできることはなるべく本人自身が行えるよう、家族等や専門職等とも共有の上、役割の設定やサービス内容の調整により支援の体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

退院後の利用者が火を扱う料理を行っても大丈夫か、理学療法士に評価を依頼しました。評価の結果をもとに、家族と相談の上で簡単な料理は利用者で作ることにしたところ、料理を楽しんでいる様子が見られ、料理だけでなく近所のスーパーまで買い物に行くなど本人の活動増加に繋がりました。

家にこもりがちな利用者に外出に不安があるかを聞いたところ、外出先での排泄の失敗を心配していると分かりました。普段より大きな尿吸収パッドの使用を提案したところ外出が実現しました。一度外出すると自信がついたようで、外出の機会が増えました。

●支援の概要、必要性

- 日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながる。
- したがって、家族等介護者が、過度の支援をすることは、本人の身体能力を発揮する機会を奪う場合もあることに留意が必要であり、家族等介護者である家族等が、本人のできることはなるべく本人自身が行えるよう見守り、必要な支援を見極める姿勢が重要である。
- また、高齢者は、数日動かないだけでも筋力の低下や関節の拘縮を引き起こしてしまうため、閉じこもりや活動が極端に少ないような状況にならないよう、日常生活の中で活動を確保することも重要である。
- 専門職と連携して、本人・家族等の、動くことに対する心理的不安を軽減するとともに、本人の身体能力に応じて、家事等の役割分担を設定する。
- また、家族等介護者である家族等と、本人の状態を共有し、本人ができること、できないことを見極められるようになることを支援する体制を整える。そのために、本人のADL/IADLの状態を把握して専門職等と連携する体制を整え、必要な支援あるいはサービス内容を調整する。

この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予備感・心機能の維持・向上
フレイルや重度の予防の支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-1. 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

Ⅱ-1-4. 心身機能の維持・向上の支援

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

Ⅱ-1 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

Ⅱ-2 日常的な生活の継続の支援

Ⅱ-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

Ⅲ-1 家族等への支援

Ⅲ-2 ケアに参画するひとへの支援

27. 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施

生活機能の維持に向けて、必要なりハビリテーションや機能訓練を通じてセルフケアの継続ができるような環境を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

施設入居中の利用者のリハビリ目標を「家に帰り、台所で家族の料理を手伝う」に具体化しました。自宅の玄関の段差や台所の高さを計測し、リハビリの際には「これが玄関の高さだよ」「台所の高さで作業できるように練習しよう」など、利用者が自宅での生活をイメージできるように声かけしました。



この事例の取り組みは、介護支援専門員が利用者との会話の中から「また家族に料理を作ってあげたい」という意向を確認したことがきっかけになったそうです。項目5「望む生活・暮らしの意向の把握」から繋がった事例ですね。

●支援の概要、必要性

- 日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながる。
- 生活機能の維持に向けて、必要なりハビリテーションやセルフケアの継続ができるような環境を整える。
- また、必要に応じて現在受けているリハビリテーションや実施しているセルフケアに対する本人や家族等の継続意向を確認し、関連する専門職やサービス事業者と共有する、リハビリテーションやセルフケアが生活機能の維持に必要なことを本人・家族等に改めて説明するなどの連携体制を整える。

この項目の詳細はこちら



II-1-5. 感染予防の支援

28. 感染症の予防と対応の支援体制の構築

感染症を予防するため、居室の環境が清潔に保たれ、手洗いうがい等を継続できるような体制を整えます。また、感染症にかかった際に対応する体制も整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

家を清潔に保つことが感染症の予防に繋がると利用者と家族に話したところ、帰宅時は玄関で手を消毒する、定期的に除菌シートでドアや手すりなどを拭くなど、**家族が感染症予防を徹底するようになりました。**

感染症が疑われる際の対応について、**事前に訪問看護とかかりつけ医に確認しました。本人・家族と、感染が疑われる場合はまず主治医に電話をかける対応とすることを決めました。**

●支援の概要、必要性

- 高齢者は抵抗力が低下して、様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一旦疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したりすることがあるため、感染症を予防することが重要である。
- 家族等の協力を得て、居室の環境が清潔に保たれるような体制を整える。また、外出によって本人や家族等が外部からウイルスや細菌を持ち込むため、手が触れる箇所の清掃を念入りに行ったり、手洗いうがいを継続できるような支援体制を整える。

感染予防の支援は、感染症そのものの予防だけではなく、感染症にかかった際の情報共有体制を整えることも含まれます。



この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予防・感染リスクの維持・向上

II-2 日常的な生活の継続

II-3 家事・ミニミニでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-2. 日常的な生活の継続の支援

Ⅱ-2-1. 生活リズムを整える支援

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく心機能の維持・向上
フレイルや重度の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションなどの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

29. 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援

日常的な生活を継続するため、本人の一週間の生活リズムを把握し、本人にとって心地良いリズムで生活が送れるよう、支援者の関わりも含めて体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

訪問介護が利用者の以前の職業を聞いたところ、夜間の仕事で、長年夜型生活を続けていたことがわかりました。本人にとって自然な生活リズムをケアチームにも共有し、夜間対応の訪問介護を導入するなど夜に活動することを前提とした支援に変更したところ、利用者の状態が改善していきました。

利用者の奥さんから、デイサービスのない日は生活リズムが崩れがちであることを聞き取りました。作業療法士に相談の上、終日家にいる日は無理のない範囲で散歩に出かけることを提案すると、利用者が決まった時間に散歩に出るようになり、起床・食事・入浴のリズムが整いました。



その人にとっての心地良いリズムは、これまでの生活に紐づくことも多いようですね。

●支援の概要、必要性

- 規則正しい生活は、睡眠や排泄のリズムを整えることに役立つ。本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地よい場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えたうえで、あくまでも本人の心地良いリズムにそった生活を支えられるよう、支援を提供することが重要となる。
- 本人の日常の生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び日常の生活における支援者の関わり方の状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送れるような支援を提供できる体制を整える。

この項目の詳細はこちら



30. 休養・睡眠の支援

本人の休養・睡眠の状況や寝室の環境、生活リズム等を把握して必要な支援を検討します。

●この項目の具体的な取り組み例

睡眠不足を訴える利用者の睡眠環境を確認したところ、居間のソファで寝ていることが分かりました。担当者会議で共有し、検討した結果、利用者へ介護用ベッドの利用を勧めることにしました。

●支援の概要、必要性

- 不眠症をはじめとする多くの睡眠障害が循環器疾患のリスク要因であることが示されている。また、十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高くなったりする可能性があり、再入院のリスクが高まる。
- 本人の休養・睡眠の状況及びその変化を把握し、適宜、専門医等と連携して必要な支援につなげられる体制を整える。
- また、状況に応じて、寝室の明るさ・温度や寝具の状況、休養・睡眠のタイミングやリズムの把握、同居者の生活リズムの把握や休養・睡眠を阻害する要因を解決する支援についても検討する。

睡眠不足は、運動量の不足や薬の影響を受けている場合があります。
項目 24 「継続的な服薬管理の支援」、項目 29 「一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援」などに繋がる可能性も頭に置きつつ、情報収集や専門職への相談を進めましょう。



この項目の
詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と
生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく機能の維持・向上
レベルや重症の予防支援

II-2 日常的な生活の継続
の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割
の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひと
への支援

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-2. 日常的な生活の継続の支援

Ⅱ-2-2. 食事の支援

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく身体機能の維持・向上
フレイルや重症の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

31. 口から食事を摂り続けることの支援

口から食事を摂り続けるため、栄養状態を把握する体制を整備し、食事の内容や環境を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者の食事の時間に合わせて訪問し、食べている様子を確認しました。椅子に対して机が低く、前のめりの姿勢で食べていたため、**家族に相談して机の高さを変えたところ**、利用者から「食べやすくなった」という声が聞かれ、食事の量も増えました。



実際に食べている様子を確認したことで、一步踏み込んだ情報収集ができていますね。

●支援の概要、必要性

- 食欲の有無は身体健康や心の状態を因るうえで重要である。特に、みずからの口を通じて食事を摂り続けられるようにすることは、食欲だけでなく本人の心の状態にも影響が大きい。
- 体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソードを把握する等して状況を把握し、関連する他職種と共有する。
- なお、食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。

この項目の詳細はこちら



32. フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援

日常の食生活で必要な栄養量を確保できるよう支援する体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

認知症の利用者のごみ箱に捨てられているごみを見て、食事内容を確認しました。一週間分の食事内容を管理栄養士に共有し、栄養バランスを整えるための助言をもらいました。また、継続的に食事内容を確認するため、訪問介護に訪問時のごみの確認を依頼しました。

低体重気味の利用者の食事の様子を見せてもらうと、少しずつしか食べられないものの、家族が作った料理を出すと嬉しそうに食べることが分かりました。管理栄養士に相談し、簡単に作れるレシピや手間なく品数を増やす方法を家族に伝えてもらいました。

●支援の概要、必要性

- 食事は心身の健康を維持するために重要な要素である。生活習慣病の起因となる食生活が行われている場合もあることから、食生活について確認して改善を指導することが必要となる。また、栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要である。
- 本人や家族等の疾病に対する理解をうながす環境を整え、日常の生活で必要な栄養を量及びバランスともに十分に取れているか把握する体制を整備する。その際、食べる意欲を維持し、豊かな食生活を実現するために、必要以上の制限が行われないうように留意する。

この項目の
詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と
生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく心機能の維持・向上
フレイルや重度の予防支援

II-2 日常的な生活の継続
の支援

II-3 家事・ミニミニでの役割
の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひと
への支援

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-2. 日常的な生活の継続の支援

Ⅱ-2-3. 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

Ⅱ-1 予測しにくい身体機能の持向上
フレイルや重度の予防支援

Ⅱ-2 日常的な生活の継続の支援

Ⅱ-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

Ⅲ-1 家族等への支援

Ⅲ-2 ケアに参画するひとへの支援

33. 清潔を保つ支援

本人や家族等の清潔に対する意識や清潔ケアの状態を確認し、必要な清潔ケアが受けられる環境を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

家族への聞き取りで、利用者は転倒への不安が大きいため自宅では入浴できず、入浴は週一回のデイサービス利用時のみであると分かりました。作業療法士と相談の上で、訪問介護を導入して自宅での入浴を練習することを提案しました。

●支援の概要、必要性

- 清潔に対する意識は、本人や家族等の生活習慣や生活歴、家族等背景、住環境、経済状況によって異なるため、本人や家族等の特徴や背景、生活環境や要望を把握して柔軟に対応することが必要となる。
- 清潔ケアの状態を確認して、必要な清潔ケアが受けられる環境を整える。なお、本人の健康状態に応じて入浴の安全性とリスクが変化する場合もあることから、かかりつけ医や看護師等と連携して、本人の状態を把握し、必要に応じて補助用具や入浴介助等の活用を検討する。

この項目の詳細はこちら



34. 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援

排泄をできるだけ自分で続けられるよう、排泄リズムや排泄方法を把握し、本人がそのリズムを理解できるよう体制を整えます。また、必要に応じて、排泄する環境や水分摂取、服薬、運動・活動等について支援できる体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

認知症がある利用者の夜間の排泄状況を確認するため、ショートステイを一晩利用することを提案しました。 ショートステイの職員に協力してもらい、夜間のトイレの回数と、トイレに行く間隔を確認してもらいました。

重要ですが聞きづらい項目ですね。排泄の失敗を気にする利用者に対し、気持ちに配慮しながら聞き取りを行ったという事例もありました。



●支援の概要、必要性

- 排泄は人間の生命を維持するうえで重要な機能であり、排泄の自立を保つことは、本人の自尊心を高めることにもつながる。一方、家族等にとっても排泄の世話は、精神的、身体的に負担が大きい介護となる。排泄上の障害を取り除き、排泄の自立を高める事が期待される。
- 同時に、排泄は病気のバロメーターにもなるため、本人の日常的な排泄パターンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。
- 排泄をできるだけ自分で続けられるようにするため、排泄リズムや排泄方法を把握し、本人がそのリズムを理解できるよう支援する体制を整える。
- 具体的には、トイレ等の排泄する環境を整えるとともに、食事や水分を摂ったり薬を飲んだりするタイミングの調整や、日常生活の中での適度な運動・活動が確保されるよう支援体制を整える。
- なお、排泄補助用具の活用においては、本人の自尊心を傷つける場合があるほか、本人の不快感を助長する場合もあることに留意する。

この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく心身の維持・向上
II-2 レベルや重症度の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援

Ⅱ-3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

Ⅱ-1 予測に基づく心身機能の維持・向上
ITツールや態度の予防支援

Ⅱ-2 日常的な生活の継続の支援

Ⅱ-3 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援

Ⅲ-1 家族等への支援

Ⅲ-2 ケアに参画するひとへの支援

35. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援

本人からの情報収集にもとづいて、本人の喜びや楽しみを引き出し、強みを発揮しやすい環境や状況が整えられるよう支援します。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者から「数字やデータを扱う仕事が好きだった」と聞き、利用者には**本人と奥さんの二人分の血糖値の記録を付けてもらうことにしました**。自身の健康状態に目が向くようになっただけでなく、一番身近な家族である奥さんの役にも立っていることを嬉しく思っているようです。

家にこもりがちな利用者が以前は地域活動に積極的に参加していたことが分かり、**外出の機会として週4回ごみを出しに行くことを提案**しました。奥さんに付き添ってもらいながら坂の上にあるごみ捨て場までごみ出しに行くようになると、**地域の方々とお話をする機会ができて、人に関わるのが好きだった利用者が元気を取り戻していきました**。



利用者の好きなものや得意なことを把握して、それを活かす取り組みになっていますね。

●支援の概要、必要性

- 本人の尊厳を尊重した生活を実現するには、支援の内容を個別化する過程で、本人の強みが活かされる支援方法を工夫する必要があり、その前提としてまずは本人の強みを引き出すための情報収集が重要となる。
- 本人からの情報収集にもとづき、本人が強みを発揮しやすい環境や状況を捉え、生活の中でそうした環境や状況が整えられるような支援体制を整える。
- なお、本人の強みは、置かれた環境によって発揮されやすいこともあれば発揮しにくい場合もあることに留意し、継続的に強みが発揮されるようにするためには本人の環境を整える支援体制を整える。

この項目の詳細はこちら



II-3-2. コミュニケーションの支援

36. コミュニケーションの支援

本人と他者とのコミュニケーションの状況を把握した上で、家族や介護者等を含む他者とコミュニケーションがとれるよう環境を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

これまで難聴のために上手くコミュニケーションが取れなかった利用者に、地域包括支援センターから借りた対話支援システムを利用しました。利用者が「初めて支援者の声が聞き取れた。自分の意向も伝えることができた」と喜んでくれました。

利用者と施設職員の間で会話が弾まない様子が見られました。利用者はスポーツ観戦が趣味だと聞き、施設職員が利用者と一緒に新聞のスポーツ欄を見ながら話しかけるようにしたところ、スポーツの話が弾み、生活面のコミュニケーションもとれるようになりました。

●支援の概要、必要性

- コミュニケーションが阻害されると、本人と家族等が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族等が心身共に強いストレスを抱えた状態になりやすい。また、本人が心身の不調を感じていてもそれを他者に伝えることが難しい状況が生じて、異常に気づくことが遅れる。
- 本人と最も身近な家族等を含む他者とのコミュニケーションの状態を観察して、コミュニケーションをとることができているかを把握する。
- そのうえで、本人が日常的に接する機会の多い家族等や介護者等とコミュニケーションをとることができる環境を整える。
- また、家族等や介護者等に対しても、本人の現在の状況を理解し、今後の見通しやコミュニケーションをとるうえでの留意点を理解できるよう支援及び連携の体制を整える。

この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく心身の維持・向上
レベルや重症の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援

Ⅱ-3-3. 家庭内での役割を整えることの支援

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測し、心身の機能の維持・向上
II-2 ツールや態度の予防支援

II-2 日常的な生活の継続

II-3 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

37. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備

家庭内での役割の維持・獲得に向けて、日常生活で本人が感じる快・不快の状況も把握した上で、本人が家庭内で慣れ親しんだ役割を継続できるよう支援体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

息子さんと同居する利用者は、洗濯はするものの自分の分しか洗わず、家事の大部分を息子さんに任せていました。理学療法士に家事動作の評価を依頼し、「今洗濯ができおり、リハビリの観点からも続けた方が良い。家族の分も洗濯するのはどうか」と提案してもらうと、利用者が納得して役割を受け入れ、実行するようになりました。

利用者の奥さんに、奥さんが買い物から帰ってきた際に荷物を玄関から冷蔵庫まで運ぶ役割を本人に任せることを提案しました。奥さんは最初「自分でやった方が早い」と思っていたようですが、家庭で役割を持つことが本人にとって大切だと説明したところ、理解して提案を受け入れてくれました。

●支援の概要、必要性

- 本人の心身の状況に関わらず、できるかぎり本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要である。
- 本人が役割を継続できるよう、役割を担い続けられるように支援体制を整える。また、地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないよう、本人が清潔を保つことの認識や状況を把握する。
- なお、本人にとってのストレスを把握するため、必要に応じて日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況を把握できるよう、他職種等との連携体制を整える。



項目 37 と項目 39 は「想定される支援内容」の表記は同じですが、中項目が異なり（家庭内か地域か）「支援の概要、必要性」も異なります。2つの項目を見比べてみましょう。

この項目の詳細はこちら



II-3-4. コミュニティでの役割を整えることの支援

38. 持っている機能を発揮しやすい環境の整備

活動を継続する上での留意点も踏まえ、本人の心身の状況にあったコミュニティにおける活動を継続しやすいよう環境を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

訪問リハビリとデイサービスを利用する利用者について、訪問リハビリで医師の助言を受けて歩く様子をビデオで撮影し、デイサービスの職員に共有しました。デイサービスの職員に、利用者が歩く際のコツを理解してもらえ、デイサービスでも歩く練習をするようになりました。

この事例は、訪問リハビリとデイサービスという2つのサービス間の情報共有を進めた事例ですね。



●支援の概要、必要性

- 将来のフレイルの進行を出来るだけ予防するためには、疾患に関わる留意点を踏まえたうえで、日常の活動量の低下を抑える必要がある。
- かかりつけ医等からの療養上の留意点と、本人のそれまでの生活での活動範囲を把握したうえで、活動を継続するうえでの課題を把握することが重要である。
- 活動量の低下を防ぐため、本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境と具体的な活動の継続を支援する体制を整える。

この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく心身の維持・向上
フレイルや重症化の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援

Ⅱ-3-4. コミュニティでの役割を整えることの支援

I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測しにくい身体機能の持向、上

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

39. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備

日常生活での周囲との交流の状況や本人の快・不快心理状況を把握した上で、円滑に交流関係を継続できるよう体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

友人とカラオケに行くことが趣味だった利用者が、脳血管疾患で入院した後、「歌が下手になったから友人の前では歌いたくない」とカラオケに行かなくなりました。デイサービスの職員と相談し、デイサービスでカラオケ大会を開催したところ、利用者が歌う楽しみを思い出し、明るさを取り戻しました。

●支援の概要、必要性

- 障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要である。
- また、認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、本人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である。
- 日常の生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びととの交流の状況と、そうした交流機会における本人の心理的な困惑や葛藤を把握する。そのうえで、本人の活動と参加を可能なかぎり継続できるような人間関係に対する支援を検討し、本人の交流関係を継続するための支援や連携体制の構築と、交流を円滑にできるような本人に対する支援体制の整備を行う。

この項目の詳細はこちら



Ⅲ. 家族等への支援

Ⅲ-1. 家族等への支援

Ⅲ-1-1. 支援を必要とする家族等への対応

40. 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備

支援する家族等の生活を継続する観点から、家族等の不安とストレスを軽減するため、情報面の支援や情緒的支援（ねぎらい）を行います。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者の奥さんと二人でいるときに話を聞いてみると、家での家事は奥さんがほぼ全て担っており、友人と出かけたくても出かけることができないとのことでした。奥さんへ利用者によってもらえる助かる家事は何かを聞き取り、奥さんと一緒に声かけをしながら、利用者に前向きに家事に取り組んでもらえるようにしました。

利用者の旦那さんと二人で話し、「最近介護負担を感じており、息抜きの旅行に行きたい」という意向が確認できました。利用者自身も「旦那さんに息抜きしてもらいたい」と話していたため、訪問介護の追加やショートステイの利用により、旦那さんが家を空ける間利用者を支えられる体制を整えました。

家族だけと話す機会を持つことで、利用者の前では言っていなかった家族の気持ちが確認できることも多いようです。



●支援の概要、必要性

- 日々介護に携わっている家族介護者の不安とストレスを軽減し、家族介護者自身の生活の継続を実現するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要になる。
- 家族介護者が感じる不安を緩和できるよう、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）を提供する。
- また、家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を捉えたうえで、その生活リズムに対する影響を小さくできるような社会資源を紹介する等の支援を行う。

この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく心身の維持・向上
レベルや重症の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

Ⅲ. 家族等への支援

Ⅲ-1. 家族等への支援

Ⅲ-1-1. 支援を必要とする家族等への対応

41. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

将来にわたり生活を継続できるよう、本人の意向に加えて、意思決定にかかわる家族等の意向も把握し踏まえた上で、活用可能な資源の情報を提供する等の支援を行います。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者夫婦との関わりが長くなる中で改めて娘さんと面談したところ、娘さんは、両親が二人で生活できなくなったら自分の家に来てほしい、それまでは定期的に実家を訪ね見守りたいと考えていることが分かりました。娘さんの意向を踏まえ、娘さんと密に連絡を取って利用者夫婦の様子を伝えるようになりました。



この事例は、利用者夫婦は「娘に迷惑をかけるのは申し訳ない」と思っていたそうです。娘さん本人の気持ちを確認したことで、皆が安心して関われるようになっていきますね。

●支援の概要、必要性

- 本人の尊厳のある生活を支えていくのは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、本人を中心に家族等とともに行われる意思決定を支援することが重要である。
- 本人の尊厳を尊重する観点から、できる限り今の生活を継続できるようまずは本人の意向を把握するが、介護に関わる意思決定には本人自身に加えて家族等がかかわって行われることを考慮し、意思決定にかかわる家族等（キーパーソン）の意向を把握する。
- 本人や意思決定にかかわる家族等の意向を踏まえたうえで、将来にわたる生活の継続のために活用可能な地域資源が存在すること、またその情報を提供する等の支援体制を整える。

この項目の
詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく機能維持・向上
II-2 レベルや重症化の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションなどの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

Ⅲ-1-2. 家族等の理解者を増やす支援

42. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援

本人の生活の継続を家族等が一人で抱え込まなくて良いよう、家族等以外にも本人を理解し、ともに関わることができる理解者を増やす等、支援体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

キーパーソン変更のタイミングで、利用者と疎遠だった親族一人ひとりと面談する機会を設定しました。利用者のケアにどこまで関わりたいか、家族のそれぞれの意向を確認することができ、キーパーソン以外で何かあった際に頼みごとができる人も増えました。

介護サービス事業者以外にも、利用者や家族に日常的に関わる人たちを巻き込めると良いですね。



●支援の概要、必要性

- 本人が地域での生活を継続できるように支えることが重要であり、かつ家族等が一人で抱え込まなくて良いように、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要である。
- 家族等が一人で抱え込まなくて良いよう、家族等だけでなく、本人を理解しともに関わることができる理解者を増やすとともに、それまでに交友があった近隣住民等にも理解する関係性を作ってもらえるよう支援体制を整える。

この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく心身の維持向上
レベルや重症化の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・ミニミニでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

Ⅲ. 家族等への支援

Ⅲ-2. ケアに参画するひとへの支援

Ⅲ-2-1. 本人をとりまく支援体制の整備

43. 本人を取り巻く支援体制の整備

本人のそれまでの生活や交流と今の状況を踏まえて、インフォーマルサポートも交えた支援体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者から近所にできた飲食店に行ってみたいとの意向を聞き、訪問リハビリの職員と共に店内の環境を確認しました。店主に事情を説明し、必要に応じて利用者の手助けをすることはできるか相談したところ、店主は快諾してくれ、利用者が来店する際は温かく見守ってくれています。

利用者の日頃の会話の機会を増やすため、お弁当の宅配サービスを提案しました。お弁当の宅配業者には、家の中にお弁当を置き、利用者に声かけをしてもらうことを依頼しました。サービスを導入して以来、利用者が会話を楽しみにしている様子が見られます。

●支援の概要、必要性

- 本人の状況にもよるが、家族等あるいは専門職による支援（フォーマルサービス）だけで支援を継続するのは資源が不足するため、さまざまなインフォーマルサポートも交えた支援体制を整える必要がある。特に、インフォーマルサポートが提供される体制を整えることは、本人のそれまでの生活の継続を尊重し、尊厳ある生活を実現する観点からも重要である。
- 家族等に加えてインフォーマルサポートを提供する人など、本人の状況を踏まえ、多様な専門職以外の人々が支援に関わる体制を整える。

この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく機能の維持・向上
フレイルや重度の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションなどの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

Ⅲ-2-2.同意してケアに参画するひとへの支援

44. 同意してケアに参画するひとへの支援

同意して本人の支援に関わってもらえる人(支援者)がケアに継続して関わられるよう、支援者の状況を把握し、必要に応じて負担感や不安感の軽減を図るような支援が提供される体制を整えます。

●この項目の具体的な取り組み例

利用者が住むアパートの大家さんに、利用者に認知症の傾向が見られていることを伝え、日々の生活を見守ると申し出てくれました。利用者を訪問する際は大家さんにも声をかけ、大家さんに過度な負担がかかっていないかを確認しています。

●支援の概要、必要性

- 本人の生活の継続を実現するには、本人の生活を支える人がケアに継続して関わることが出来るようにする必要がある。レスパイトだけでなく、情報の支援、情緒面での支援などの相談援助も併せて提供し、家族等や介護者等の負担感や不安感の軽減を図ることが重要である。
- 家族等をはじめ本人の支援に関わる人に対し、ケアマネジャーを中心に、さまざまな情報の提供、不安や課題を聞く相談援助等の支援が提供される体制を整える。

「同意してケアに参画するひと」は、例えば認知症で独居の利用者において、その方の生活を見守ったり支えたりしても良いと申し出て関与してくれる近所の住民や友人など、広く本人に関わる人が該当します。

「同意して」は、契約関係などではなく、協力しても良いという意志表明するくらいのイメージです。



この項目の詳細はこちら



I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I-2 意思決定過程の支援

II-1 予測に基づく機能の維持・向上
レベルや重症の予防支援

II-2 日常的な生活の継続の支援

II-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援

III-1 家族等への支援

III-2 ケアに参画するひとへの支援

「適切なケアマネジメント手法」に関する資料

「適切なケアマネジメント手法」の手引き

令和2年度に作成した手引きで、「適切なケアマネジメント手法」の考え方や概要を紹介しています。



https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/r2fukyu_betsushiryo.pdf



自己点検シート

第1章でふれた「適切なケアマネジメント手法」の自己点検シートは、以下からダウンロードできます。



<https://www.jri.co.jp//file.jsp?id=106959>

「適切なケアマネジメント手法」基本ケアの項目				「自己点検」で調査する項目							
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	(1) ケアプラン作成時点の判断			(2) 現在(項目を見た後)の判断				
				①情報収集	②支援の必要性の判断	③ケアプランへの支援を位置づけ	④現時点で支援の必要性	⑤支援内容の見直しの必要性	⑥追加すべき支援内容	⑦縮小すべき支援内容	
1 目標を審議した意思決定の支援	1-1 現在の全体的把握 ① 現在の全体的把握 ② 過去の将来予測、現状	1-1-1 疾病や心身状態の理解	1 疾患管理の理解の支援 2 併存疾患の把握の支援	○：情報収集を行った ●：情報収集を行っていない →追加[①追加]へ ○：支援が必要だと判断した △：判断しなかった →判断[②]へ ○：ケアプランに支援を位置付けた ×：ケアプランに支援を位置付けなかった △：判断しなかった →追加[③追加]へ	○：現時点で支援が必要である →追加[④]へ ×：支援は不要である →追加[④]へ	○：支援内容の見直しが必要である →追加[⑤]へ ○：追加すべき支援内容 →追加[⑥]へ ○：縮小すべき支援内容 →追加[⑦]へ	○：現時点で支援が必要である →追加[④]へ ×：支援は不要である →追加[④]へ	○：現時点で支援が必要である →追加[④]へ ×：支援は不要である →追加[④]へ	○：現時点で支援が必要である →追加[④]へ ×：支援は不要である →追加[④]へ	○：現時点で支援が必要である →追加[④]へ ×：支援は不要である →追加[④]へ	○：現時点で支援が必要である →追加[④]へ ×：支援は不要である →追加[④]へ

基本ケアの44つの想定される支援内容について、以下の7つの観点から自分のケアマネジメントを振り返りながら記入してみましょう。

- | | |
|------------------|-------------------|
| (1) ケアプラン作成時点の判断 | (2) 現在(項目を見た後)の判断 |
| ①情報収集を行ったか | ④現時点で支援が必要か |
| ②支援が必要だと判断したか | ⑤支援内容の見直しの必要性があるか |
| ③ケアプランに支援を位置付けたか | ⑥追加すべき支援内容 |
| | ⑦縮小すべき支援内容 |

ケアの冊子（適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア令和2年度改訂版）

「適切なケアマネジメント手法」の目的や基本的な考え方、基本ケアおよび疾患別ケアの詳細を記載した冊子です。



https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_tekisetunacare_r2kai.pdf

「適切なケアマネジメント手法」に関連する動画

「適切なケアマネジメント手法」に関する動画を日本総研公式 YouTube にアップロードしています。

「適切なケアマネジメント手法」や「適切なケアマネジメント手法実践研修」などの理解にご活用ください。



<https://www.jri.co.jp/service/special/content11/corner113/caremanagement/05/>

その他の参考資料

課題分析標準項目

令和5年10月に厚生労働省より課題分析標準項目の一部改正およびQ&Aが発表されました（介護保険最新情報 Vol.1178・Vol.1179）。

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について



<https://www.mhlw.go.jp/content/001157205.pdf>

「課題分析標準項目の改正に関するQ&A」の発出について



<https://www.mhlw.go.jp/content/001157102.pdf>

令和5年度厚生労働省老人健康増進等補助事業
適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業
検討委員会 委員名簿（五十音順・敬称略）

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
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
遠藤 征也	一般財団法人長寿社会開発センター 事務局長
荻野 構一	公益社団法人日本薬剤師会 常務理事
川越 正平	松戸市医師会 会長
清水恵一郎	医療法人社団清令会 阿部医院 理事長
鈴木 邦彦	医療法人博仁会 志村大宮病院 理事長・院長
武久 洋三	医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長
田母神裕美	公益社団法人日本看護協会 常任理事
新田 國夫	一般社団法人全国在宅療養支援医協会 会長 兼 一般社団法人日本在宅ケアアライアンス 理事長
野村 圭介	公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
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	一般社団法人日本作業療法士協会 事務局長
○三浦 久幸	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部 部長

○印：委員長

※本調査研究事業は、令和5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。

令和5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、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 その2
～実践事例に学ぶ手法の使い方～

令和6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2-18-1 大崎フォレストビルディング

