

**はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド
活用のための説明書
～使い方編～**

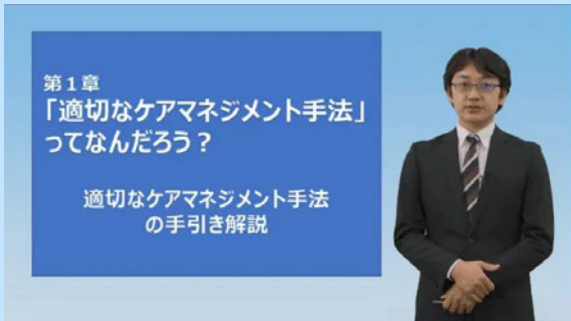
「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド」とは

- 「適切なケアマネジメント手法」は基本ケアだけでも44項目の想定される支援内容があります
- 「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド」は、**高齢者の世帯類型**に着目し、**少なくともこれだけは着目した方が良いと考えられる想定される支援内容を抜粋したものです**
- まずは本ガイドを実践することで、「適切なケアマネジメント手法」の活用のイメージを掴みましょう
- 本ガイドを実践して、個々の事例に係る悩みが出てきた場合は、**1人で判断せず、先輩ケアマネジャーにご相談ください**

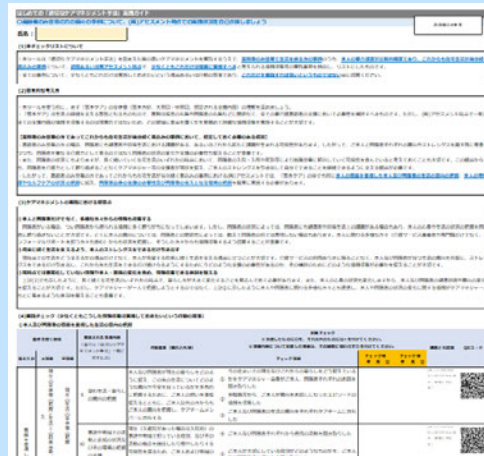
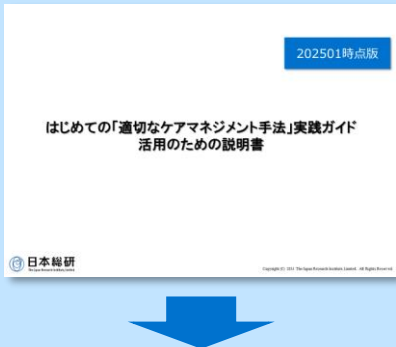


活用のフロー

- ✓ 本ガイドを使う前に、まずは
- ✓ 適切なケアマネジメント手法の手引き
- ✓ 手引きの解説動画
- ✓ ご覧ください



次に「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド活用のための説明書(本資料)」をご覧ください、
はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドを実践ください



「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド」を使ってさらに知りたいと思った箇所は下記のツール類で学習してください

- ✓ 全項目を見てみたい
 - 項目一覧
 - 自己点検シート



- ✓ 各項目の解説を見たい
 - 適切なケアマネジメント手法本編
 - 手引きその2



- ✓ 手法の活用事例を知りたい
 - 手引きその2

まずは本ガイドを活用する事例を選定しましょう

- 本ガイドは、独居世帯または高齢者のみを対象として作成しています。
- ご自身が担当されている事例のうち、独居世帯または高齢者のみ世帯の事例を1つ選定して、その事例について本ガイドを記入しましょう。

はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド

○高齢者のみ世帯の方の個々の事例について、(再)アセスメント時点での実践状況を自己点検しましょう

高齢者のみ世帯

ガイドの右上で世帯類型
を確認しましょう

(1)本ガイドについて

・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を踏まえた質の高いケアマネジメントを実践するうえで、**高齢者のみ世帯で生活を送る方の事例のうち、本人の要介護度が比較的軽度であり、これからも在宅生活が当分続く見込みの事例**について、**初回あるいは再アセスメント時点**で、**少なくともこれだけは確実に実施すべき**と考えられる情報収集等の実践事項を抽出し、リストにしたものです。
・全ての事例について、少なくともこれだけは実施しておきたいという視点あるいは行動の基準であり、**これだけを実施すれば良いというものではない点**に留意ください。

(2)基本的な考え方

・本ガイドを使う前に、まず「基本ケア」の全体像（基本方針、大項目・中項目、想定される支援内容）の理解を深めましょう。
・「基本ケア」は生活の継続を支える基盤となるものなので、原則は疾患の有無や同居者の有無などに関係なく、全ての要介護高齢者の支援において必要性を検討すべきものです。ただし、(再)アセスメント時点で一気に全ての支援内容の情報収集するのは現実的ではないため、どの領域に重点を置くかを見極めて詳細な情報収集を実施することが大切です。

【高齢者のみ世帯の方であつてこれからも在宅生活が当分続く見込みの事例において、想定しておく必要のある仮説】

・高齢者のみ世帯の方の場合、同居者にも健康面や日常生活における課題がある、あるいはこれから新たに課題が生まれる可能性があります。したがって、ご本人と同居者それぞれの意向やストレスを最大限に尊重しつつも、同居者を単なる介護力として見るのではなく同居者の状況の変化や支援の必要性も捉えることが重要です。
・また、同居者の状況にもよりますが、長く続いていく在宅生活のいずれかの時点において、同居者の入院・入所や死別等により独居世帯に移行していく可能性を含んでいると考えておくことも大切です。この観点からも、同居者を介護力として頼り過ぎることなくケアマネジャー等の支援者が現状を捉え、ご本人のストレスを引き出して自分のできることを継続できるように支える観点が必要です。
・したがって、高齢者のみ世帯の方であつてこれからも在宅生活が当分続く見込みの事例における(再)アセスメントでは、「基本ケア」の中でも特に**本人の尊厳を重視した本人及び同居者の生活の意向の把握、本人の理解度やセルフケアの状況の把握**に加え、**同居者自身の支援の必要性及び同居者の支えとなる環境の把握**を確実に実施する必要があります。

(3)ケアマネジメントの実践における留意点

①本人と同居者だけでなく、多様な方々からの情報も収集する

同居者がいる場合、つい同居者から得られる情報に多く頼りがちになってしまいます。しかし、同居者の状況によっては、同居者にも健康面や日常生活上の課題がある場合もあり、本人の心身や生活の状況の把握を同居者に頼り過ぎないことが大切です。とくに本人の意向については、同居者との関係性によっては、敢えて同居者の前では表明しない場合もあります。本人に関わる多様な方々（介護サービス事業者や専門職だけでなく、インフォーマルサポートを担う方々も含む）からも状況を把握し、そうした方々からも情報収集するよう留意することが重要です。

②将来に続く生活を支えるよう、本人のストレスをできるだけ引き出す

現時点での生活をどう支えるかの視点だけでなく、本人が希望する将来に続く生活を支える視点に立つことが大切です。介護サービスの利用ありきに陥ることなく、本人及び同居者が持つ生活の意向を前提に、ストレスをできるだけ引き出し、これから先も生活ができるだけ続けられるようにするために今のような支援の必要性があるのか、その検討のためにどのような情報収集が必要かを捉えることが大切です。

③現時点では表面化していない情報や本人・家族の変化を含め、情報収集できる体制を整える

上記(2)でも示したように、長く続く在宅生活のいずれかの時点で、暮らしが大きく変化することを見込んでおく必要があります。また、本人の心身の状況も変化しますから、本人及び同居者の健康状態や意向の変化を捉えることが大切です。ただし、ケアマネジャーが一人で把握しようとするのではなく、上記①に示したように本人や同居者に関わる多様な方々とも連携し、本人や同居者の状況の変化に関する情報がケアマネジャーのもとに集まるような体制を整えることも重要です。

はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイドは
下記よりダウンロードいただけます。

独居世帯

https://www.jri.co.jp/file/pdf/service/special/content11/corner113/2503/hazimeteno_dokkyo.xlsx



高齢者のみ世帯

https://www.jri.co.jp/file/pdf/service/special/content11/corner113/2503/hazimeteno_koreishanomi.xlsx



高齢者のみ世帯のガイドについて

手順①まずは基本的な考え方や留意点を読みましょう

- あらかじめ基本的な考え方や留意点を学ぶことで、より効果的に本ガイドを活用できます。



はじめの「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド

〇高齢者のみ世帯の方の個々の事例について、(再)アセスメント時点での実践状況を自己点検しましょう

高齢者のみ世帯

- (1)本ガイドについて
- ・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を踏まえた質の高いケアマネジメントを実施するうえで、**高齢者のみ世帯で生活を送る方の事例のうち、本人の要介護度が比較的軽度であり、これからも在宅生活が当分続く見込みの事例**について、**初回あるいは再アセスメント時点で、少なくともこれだけは確実に実施すべく**と考えられる情報収集等の実践事項を抽出し、リストにしたものです。
 - ・全ての事例について、少なくともこれだけは実施しておきたいという視点あるいは行動の基準であり、**これだけを実施すれば良いというものではありません**に留意ください。

- (2)基本的な考え方
- ・本ガイドを使う前に、まず「基本ケア」の全体像（基本方針、大項目・中項目、想定される支援内容）の理解を深めましょう。
 - ・「基本ケア」は生活の継続を支える基盤となるものなので、原則は疾患の有無や同居者の有無などに関係なく、全ての要介護高齢者の支援において必要性を検討すべきものです。ただし、(再)アセスメント時点で一気に全ての支援内容の情報収集するのは現実的ではないため、どの領域に重点を置くかを見極めて詳細な情報収集を実施することが大切です。

【高齢者のみ世帯の方であってこれからも在宅生活が当分続く見込みの事例において、想定しておく必要のある仮説】

- ・高齢者のみ世帯の方の場合、同居者にも健康面や日常生活における課題がある、あるいはこれから新たに課題が生まれる可能性があります。したがって、ご本人と同居者それぞれの意向やストレンスを最大限に尊重しつつも、同居者を単なる介護力として見るのではなく同居者の状況の変化や支援の必要性も捉えることが重要です。
- ・また、同居者の状況にもよりますが、長く続いていく在宅生活のいずれかの時点において、同居者の入院・入所や死別等により独居世帯に移行していく可能性を含んでいると考えておくことも大切です。この観点からも、同居者を介護力として頼り過ぎることなくケアマネジャー等の支援者が現状を捉え、ご本人のストレンスを引き出して自分でできることを継続できるように支える観点が必要です。
- ・したがって、高齢者のみ世帯の方であってこれからも在宅生活が当分続く見込みの事例における(再)アセスメントでは、「基本ケア」の中でも特に**本人の尊厳を重視した本人及び同居者の生活の意向の把握、本人の理解度やセルフケアの状況の把握に加え、同居者自身の支援の必要性及び同居者の支えとなる環境の把握**を確実に実施する必要があります。

(3)ケアマネジメントの実践における留意点

- ①本人と同居者だけでなく、多様な方々からの情報も収集する
- 同居者がいる場合、つい同居者から得られる情報に多く頼りがちになってしまいます。しかし、同居者の状況によっては、同居者にも健康面や日常生活上の課題がある場合もあり、本人の心身や生活の状況の把握を同居者に頼り過ぎないことが大切です。とくに本人の意向については、同居者との関係性によっては、敢えて同居者の前では表明しない場合もあります。本人に関わる多様な方々（介護サービス事業者や専門職だけでなく、インフォーマルサポートを担う方々も含む）からも状況を把握し、そうした方々からも情報収集するよう留意することが重要です。
- ②将来に続く生活を支えるよう、本人のストレンスをできるだけ引き出す
- 現時点での生活をどう支えるかの視点だけでなく、本人が希望する将来に続く生活を支える視点に立つことが大切です。介護サービスの利用ありきに陥ることなく、本人及び同居者が持つ生活の意向を前提に、ストレンスをできるだけ引き出し、これから先も生活を支え続けられるようにするために今のような支援の必要性があるのか、その検討のためにどのような情報収集が必要かを捉えることが大切です。
- ③現時点では表面化していない情報や本人・家族の変化を含め、情報収集できる体制を整える
- 上記(2)でも示したように、長く続く在宅生活のいずれかの時点で、暮らしが大きく変化することを見込んでおく必要があります。また、本人の心身の状況も変化しますから、本人及び同居者の健康状態や意向の変化を捉えることが大切です。ただし、ケアマネジャーが一人在り把握しようとするのではなく、上記①に示したように本人や同居者に関わる多様な方々とも連携し、本人や同居者の状況の変化に関する情報がケアマネジャーのもとに集まるような体制を整えることも重要です。

手順②本ガイドに出てくる基本ケアの項目を確認しましょう

- 基本ケアは44項目のうち、本ガイドでは特に高齢者のみ世帯において**必ず確認すべき項目**を絞り込んで紹介しています。

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	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	1 疾患管理の理解の支援
		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
			7 食事及び栄養の状態の確認
			8 水分の摂取状況の把握の支援
			10 家族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
	緊急時の対応のための備え	14 緊急時の対応	
意思決定過程の支援	意思の表明の支援と尊重	17 意思決定支援の必要性の理解	
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	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 これまでの生活の尊重と継続の支援	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	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
III 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	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
		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

手順③実践チェック項目を確認しましょう

- 基本方針を実現するために、具体的に何をすれば良いか確認してみましょう。

基本方針を達成するために具体的な行動を書き下したものが
行動基準や実践チェック項目です。
具体的な行動内容を確認してみましょう。

基本方針	重点を置く領域		設定される支援内容 (番号は「適切なケアマネジメント手法」一覧に示すもの)	行動基準(目的と内容)	※実施日 ※項目内容が変更された場合は、その結果に関わらず〇を付けてください。		
	大項目	中項目			項目	チェック欄 年月日	チェック欄 年月日
				本人及び同居者が現在の暮らしをどの			今の住まいでの現在及びこれからの暮らしをどう捉えた

基本方針という大きな目標から具体的な行動まで整理しています。

10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17

実践チェック項目だけでなく、基本方針
～行動基準も必ず確認しましょう

※実施日
※項目内容が変更された場合は、その結果に関わらず〇を付けてください。

基本方針を達成するために具体的な行動を書き下したものが行動基準や実践チェック項目です。

具体的な行動内容を確認してみましょう。

基本方針という大きな目標から具体的な行動まで整理しています。

実践チェック項目だけでなく、基本方針～行動基準も必ず確認しましょう

手順④実践チェック項目にチェックをつけてみましょう

- 各実践チェック項目について、選定した事例においてご自身が実践した場合は○を、そうでない場合は×をつけていきましょう。

実践チェック項目を読んで、**実践したものは結果を問わず○、それ以外のは×をつけます。**

例) 聞き取りを実施した結果、お話を伺えなかったとしても○をつけてください。

重点を置く領域		選定される支援内容 (番号は「読者のケアマネジメント手法」一覧に示すもの)	行動結果 (目的と内容)	※実施したものに○を、それ以外のものには×をつけてください。 ※項目内容について実施した場合は、その結果に関わらず○を付けてください。
基本方針	大項目	中項目	項目	チェック欄 年 月 日
高齢者の尊厳を重視した意思決定の支援	現在の生活の把握と生活上の将来予測 測 備 え	5 望む生活・暮らしの意向の把握	本人及び同居者が現在の暮らしをどのように捉え、この先の生活についてどのような意向や不安を持っているかを多角的に把握するために、ご本人の想いを直接捉えるとともに、ご本人以外の方からもご本人の意向を把握し、ケアチームメンバーに共有する	① 今の住まいでの現在及びこれからの暮らしをどう捉えているかをケアマネジャー自身がご本人、同居者それぞれのお話を聞き取りした ② 多職種等から、ご本人が意向をお話しになったエピソードの情報を収集した ③ ご本人及び同居者の生活の意向をそれぞれケアチームに共有した
		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	現在 (入退院があった場合は入院前) の家庭や地域で担っている役割、及びその活動の機会を維持したり増やしたりする可能性を探るため、ご本人および地域の多様な主体の状況を把握する	④ ご本人及び同居者それぞれから普段の活動を聞き取りした ⑤ ご本人が大切にしている役割がどのようなものかを、ご本人及び同居者それぞれから聞き取りした
	17 意思決定支援の必要性の理解	意思決定の表明の支援と尊重	日常生活を継続するうえでさまざまな意思決定 (必ずしもACPだけに留まらない) を支援する必要性を検討するため、どのようにしてご本人の意思決定を支援するかについて、同居者及び同居以外の家族等も含めてその必要性と方針を共有する	⑥ 普段の生活で利用するサービスの決定など日常的な判断に対するご本人の思い、不安について、ご本人及び同居者それぞれから聞き取りした ⑦ 普段の生活で利用するサービスの決定など日常的な判断について、相談することがある人 (ご本人から見たキーパーソン) が誰かを、ご本人 ⑧ 普段の生活で利用するサービスのキーパーソン (同居者にとを含む) が誰かを、同居者が介護サービスに使える金額の ⑨ について、ご本人及び同居者それ

チェック欄は2回分あります。まずは左側のチェック欄を使ってください。

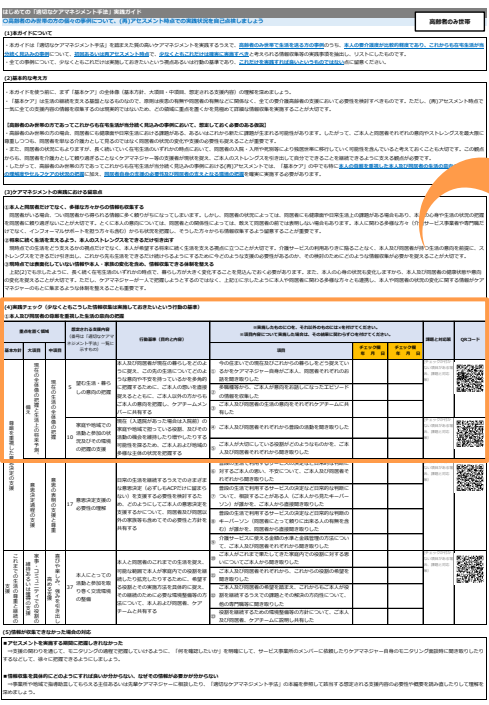
手順⑤チェックを付けながら課題・不明点を確認しましょう

- 実践チェック項目の内容がわからない場合は手法の本編などで詳細を確認しましょう。

課題はこの欄にメモしておきます。

重点を置く領域			想定される支援内容 (番号は「適切ケアマネジメント手法」一覧に示すもの)	行動基準 (目的と内容)	※実施したものに○を、それ以外のものには×を付けてください。 ※項目内容について実施した場合は、その結果に関わらず○を付けてください。		課題と対応策	QRコード
基本方針	大項目	中項目		項目	チェック欄 年 月 日	チェック欄 年 月 日		
尊厳を重視した意思決定の支援	現在の生活の全体像の把握と生活上の将来予測	5	望む生活・暮らしの意向の把握	本人及び同居者が現在の暮らしをどのように捉え、この先の生活についてどのような意向や不安を持っているかを多角的に把握するために、ご本人の想いを直接捉えるとともに、ご本人以外の方からもご本人の意向を把握し、ケアチームメンバーに共有する	今の住まいまでの現在及びこれからの暮らしをどう捉えて ① いるかをケアマネジャー自身がご本人、同居者それぞれのお話を聞き取りした ② 多職種等から、ご本人が意向をお話しになったエピソードの情報を収集した ③ ご本人及び同居者の生活の意向をそれぞれケアチームに共有した		(チェックが付かない項目がある場合は、課題と対応策)	
		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	現在（入退院があった場合は入院前）の家庭や地域で担っている役割、及びその活動の機会を維持したり増やしたりする可能性を探るため、ご本人および地域の多様な主体の状況を把握する	④ ご本人及び同居者それぞれから普段の活動を聞き取りした ⑤ ご本人が大切にしている役割がどのようなものかを、ご本人及び同居者それぞれから聞き取りした		(チェックが付かない項目がある場合は、課題と対応策)	
		17	意思決定支援の必要性の理解	日常生活を継続するうえでさまざまな意思決定（必ずしもACPだけに留まらない）を支援する必要性を検討するため、どのようにしてご本人の意思決定を支援するかについて、同居者及び同居以外の家族等も含めてその必要性と方針を共有する	⑥ 普段の生活で利用するサービスの決定など日常的な判断に対するご本人の思い、不安について、ご本人及び同居者それぞれから聞き取りした ⑦ 普段の生活で利用するサービスの決定など日常的な判断について、相談することがある人（ご本人から見たキーパーソン）が誰かを、ご本人から直接聞き取りした ⑧ 普段の生活で利用するサービスの決定など日常的な判断のキーパーソン（同居者にとって頼りに出来る人の有無を含む）が誰かを、同居者から直接聞き取りした ⑨ 介護サービスに使える金額の水準と金銭管理の方法について、ご本人		(チェックが付かない項目がある場合は、課題と対応策)	

QRコードから各想定される支援内容の詳細を確認できます。



手順⑥チェックできなかった項目は対策を検討しましょう

● チェックできなかった項目は**先輩ケアマネジャーと一緒に具体的な対策を考えましょう。**

(5)情報が収集できなかった場合の対応

■アセスメントを実施する期間に把握しきれなかった

→支援の関わりを通じて、モニタリングの過程で把握していけるように、「何を確認したいか」を明確にして、サービス事業所のメンバーに依頼したりケアマネジャー自身のモニタリング面談時に聞き取りたりするなどして、徐々に把握できるようにしましょう。

■情報収集を具体的にどのようにすれば良いかわからない、なぜその情報が必要かわからない

→事業所や地域で指導助言してもらえる主任あるいは先輩ケアマネジャーに相談したり、「適切なケアマネジメント手法」の本編を参照して該当する想定される支援内容の必要性や概要を読み直したりして理解を深めましょう。



💡 3か月～6か月後に本ガイドで再点検してみるのもおすすめです。

「はじめての『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド」を使ってさらに知りたいと思った箇所は下記のツール類で学習してください

項目一覧

項目	実施の前提、必要な情報	適切な支援内容に求められる知識やスキル、ツール類	留意点
1-1-1 利用者からの情報収集	利用者の信頼、必要な情報	適切なコミュニケーションスキル、傾聴力	利用者のプライバシーを尊重し、適切なタイミングで実施する
1-1-2 家族からの情報収集	家族の信頼、必要な情報	適切なコミュニケーションスキル、傾聴力	家族の負担を軽減し、適切なタイミングで実施する
1-1-3 サービス事業所からの情報収集	サービス事業所の信頼、必要な情報	適切なコミュニケーションスキル、傾聴力	サービス事業所の業務に支障をきたさないよう実施する
1-1-4 地域からの情報収集	地域の信頼、必要な情報	適切なコミュニケーションスキル、傾聴力	地域の資源を活用し、適切なタイミングで実施する
1-1-5 専門職からの情報収集	専門職の信頼、必要な情報	適切なコミュニケーションスキル、傾聴力	専門職の専門知識を活用し、適切なタイミングで実施する

手引きその2



手法本編



はじめの『適切なケアマネジメント手法』実践ガイド

ご利用の市町村の福祉情報センターにて、(PDF)をダウンロードいただくことが可能です。

1-1-1-1 利用者からの情報収集

1-1-2 家族からの情報収集

1-1-3 サービス事業所からの情報収集

1-1-4 地域からの情報収集

1-1-5 専門職からの情報収集

1-1-1-1 利用者からの情報収集

項目	実施の前提、必要な情報	適切な支援内容に求められる知識やスキル、ツール類	留意点
1-1-1-1-1 利用者からの情報収集	利用者の信頼、必要な情報	適切なコミュニケーションスキル、傾聴力	利用者のプライバシーを尊重し、適切なタイミングで実施する
1-1-1-1-2 家族からの情報収集	家族の信頼、必要な情報	適切なコミュニケーションスキル、傾聴力	家族の負担を軽減し、適切なタイミングで実施する
1-1-1-1-3 サービス事業所からの情報収集	サービス事業所の信頼、必要な情報	適切なコミュニケーションスキル、傾聴力	サービス事業所の業務に支障をきたさないよう実施する
1-1-1-1-4 地域からの情報収集	地域の信頼、必要な情報	適切なコミュニケーションスキル、傾聴力	地域の資源を活用し、適切なタイミングで実施する
1-1-1-1-5 専門職からの情報収集	専門職の信頼、必要な情報	適切なコミュニケーションスキル、傾聴力	専門職の専門知識を活用し、適切なタイミングで実施する

1-1-1-1-1 利用者からの情報収集

1-1-1-1-2 家族からの情報収集

1-1-1-1-3 サービス事業所からの情報収集

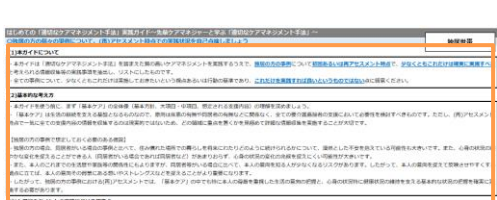
1-1-1-1-4 地域からの情報収集

1-1-1-1-5 専門職からの情報収集

独居世帯のガイドについて

手順①まずは基本的な考え方や留意点を読みましょう

- あらかじめ基本的な考え方や留意点を学ぶことでより効果的に本ガイドを活用できます。



はじめの「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド～先輩ケアマネジャーと学ぶ「適切なケアマネジメント手法」～

〇独居の方の個々の事例について、(再)アセスメント時点での実践状況を自己点検しましょう

独居世帯

(1)本ガイドについて

- ・本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を踏まえた質の高いケアマネジメントを実践するうえで、**独居の方の事例**について**初回あるいは再アセスメント時点で、少なくともこれだけは確実に実施すべき**と考えられる情報収集等の実践事項を抽出し、リストにしたものです。
- ・全ての事例について、少なくともこれだけは実施しておきたいという視点あるいは行動の基準であり、**これだけを実施すれば良いというものではない**点に留意ください。

(2)基本的な考え方

- ・本ガイドを使う前に、まず「基本ケア」の全体像（基本方針、大項目・中項目、想定される支援内容）の理解を深めましょう。
- ・「基本ケア」は生活の継続を支える基盤となるものなので、原則は疾患の有無や同居者の有無などに関係なく、全ての要介護高齢者の支援において必要性を検討すべきものです。ただし、(再)アセスメント時点で一気に全ての支援内容の情報収集するのは現実的ではないため、どの領域に重点を置くかを見極めて詳細な情報収集を実施することが大切です。

【独居の方の事例で想定しておく必要のある仮説】

- ・独居の方の場合、同居者がいる場合の事例と比べて、住み慣れた場所での暮らしを将来にわたりに続けられるかについて、漠然とした不安を抱えている可能性も大きいです。また、心身の状況の緩やかな変化を捉えることができる人（同居者がいる場合であれば同居者など）がありません、心身の状況の変化の兆候を捉えにくい可能性が大きいです。
- ・また、本人のこれまでの生活歴や家族等の関係性にもよりますが、同居者等がいる場合に比べて、本人の意向を知る人が少なくなるリスクがあります。したがって、本人の意向を捉えて反映させやすくする観点に立てば、本人の意向その背景にある想いやストレスなどを捉えることがより重要になります。
- ・したがって、独居の方の事例における(再)アセスメントでは、「基本ケア」の中でも特に本人の尊厳を重視した生活の意向の把握と、心身の状況特に健康状況の維持を支える基本的な状況の把握を確実に実施する必要があります。

(3)ケアマネジメントの実践における留意点

①本人だけでなく、多様な方々からの情報も収集する

独居だとしても、ケアマネジメント実践において留意すべき点は、基本的に変わりません。ただし、上記(2)の基本的な考え方にも示したように本人の意向の把握と本人の心身の状況の把握について、より確実に実施する必要があります。その際、ケアマネジャーが直接に情報収集（本人との面談、居宅への訪問等）するだけでなく、本人に関わる多様な方々（介護サービス事業者や専門職だけでなく、インフォーマルサポートを担う方々も含む）の状況を知り、そうした方々からも情報収集するよう留意することが重要です。

②将来に続く生活を支えるよう、本人のストレンスをできるだけ引き出す

現時点での生活をどう支えるかの視点だけでなく、本人が希望する将来に続く生活を支える視点に立つことが大切です。介護サービスの利用ありきに限ることなく、本人の生活の意向を前提に、ストレンスをできるだけ引き出し、これから先も生活ができるだけ続けられるようにするために今のような支援の必要性があるのか、その検討のためにどのような情報収集が必要かを捉えることが大切です。

③現時点では把握できない状況や変化していく状況を含め、情報収集できる体制を整える

本人の生活に関わる人が少ない事例など、現時点で把握できない場合もあると思います。また、同居者等がいる場合に比べて、本人の生活の状況の変化を捉えにくいことも想定されます。したがって、現時点では把握できない状況も含め、本人の状況の変化に関する情報がケアマネジャーのもとに集まるような情報収集の体制を整えることも重要です。

実施主体	実施時期	実施内容	実施方法	実施場所	実施回数	実施期間	実施者	実施内容
ケアマネジャー	アセスメント時点	①基本ケアの全体像の理解	基本方針、大項目・中項目、想定される支援内容の理解	面談、研修等	1回	アセスメント時点	ケアマネジャー	基本方針、大項目・中項目、想定される支援内容の理解
		②本人の意向の把握	本人の意向の把握（生活、健康、心理、社会参加等）	面談、訪問等	複数回	アセスメント時点	ケアマネジャー	本人の意向の把握（生活、健康、心理、社会参加等）
		③多様な方々からの情報収集	本人の意向の把握（生活、健康、心理、社会参加等）	面談、訪問等	複数回	アセスメント時点	ケアマネジャー	本人の意向の把握（生活、健康、心理、社会参加等）
ケアマネジャー	アセスメント時点	④本人の意向の把握	本人の意向の把握（生活、健康、心理、社会参加等）	面談、訪問等	複数回	アセスメント時点	ケアマネジャー	本人の意向の把握（生活、健康、心理、社会参加等）
		⑤多様な方々からの情報収集	本人の意向の把握（生活、健康、心理、社会参加等）	面談、訪問等	複数回	アセスメント時点	ケアマネジャー	本人の意向の把握（生活、健康、心理、社会参加等）
		⑥生活の継続を支える基盤となるもの	生活の継続を支える基盤となるもの	面談、訪問等	複数回	アセスメント時点	ケアマネジャー	生活の継続を支える基盤となるもの
ケアマネジャー	アセスメント時点	⑦生活の継続を支える基盤となるもの	生活の継続を支える基盤となるもの	面談、訪問等	複数回	アセスメント時点	ケアマネジャー	生活の継続を支える基盤となるもの
		⑧生活の継続を支える基盤となるもの	生活の継続を支える基盤となるもの	面談、訪問等	複数回	アセスメント時点	ケアマネジャー	生活の継続を支える基盤となるもの
		⑨生活の継続を支える基盤となるもの	生活の継続を支える基盤となるもの	面談、訪問等	複数回	アセスメント時点	ケアマネジャー	生活の継続を支える基盤となるもの

手順②本ガイドに出てくる基本ケアの項目を確認しましょう

- 基本ケアは44項目のうち、本ガイドでは特に独居世帯において**必ず確認すべき項目を絞り込んで紹介しています。**

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	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	1 疾患管理の理解の支援
			3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保
		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 水分の摂取状況の把握の支援
			10 家族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
	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	
	緊急時の対応のための備え	14 緊急時の対応	
	意思決定過程の支援	意思の表明の支援と尊重	17 意思決定支援の必要性の理解
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	継続的な受診と服薬の支援	24 継続的な服薬管理の支援	
	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 これまでの生活の尊重と継続の支援	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援

手順③ 実践チェック項目を確認しましょう

- 基本方針を実現するために具体的に何をすれば良いか確認してみましょう。

基本方針を達成するために具体的な行動を書き下したものが**行動基準**や**実践チェック項目**です。
具体的な行動内容を確認してみましょう。

基本方針	大項目	中項目	重点を置く領域	想定される支援内容 (番号は「適切なケアマネジメント手法」一覧に示すもの)	行動基準 (目的と内容)	※実施した以外のものには×を付けてください。 ※項目内容が実施した場合は、その結果に関わらず○を付けてください。	
						項目	チェック欄① 年 月 日
					今の住まいでの現在およびこれからの暮らしをどう捉えて		

基本方針という大きな目標から具体的な行動まで整理しています。

基本方針	大項目	中項目	重点を置く領域	想定される支援内容	行動基準 (目的と内容)	項目	チェック欄① 年 月 日	チェック欄② 年 月 日
10	6	10	現在の生活の全体像の把握	① 現在の生活の全体像の把握 ② 今後の生活の全体像の把握 ③ 今後の生活の全体像の把握 ④ 今後の生活の全体像の把握 ⑤ 今後の生活の全体像の把握 ⑥ 今後の生活の全体像の把握 ⑦ 今後の生活の全体像の把握 ⑧ 今後の生活の全体像の把握 ⑨ 今後の生活の全体像の把握 ⑩ 今後の生活の全体像の把握	① 現在の生活の全体像の把握 ② 今後の生活の全体像の把握 ③ 今後の生活の全体像の把握 ④ 今後の生活の全体像の把握 ⑤ 今後の生活の全体像の把握 ⑥ 今後の生活の全体像の把握 ⑦ 今後の生活の全体像の把握 ⑧ 今後の生活の全体像の把握 ⑨ 今後の生活の全体像の把握 ⑩ 今後の生活の全体像の把握	① 現在の生活の全体像の把握 ② 今後の生活の全体像の把握 ③ 今後の生活の全体像の把握 ④ 今後の生活の全体像の把握 ⑤ 今後の生活の全体像の把握 ⑥ 今後の生活の全体像の把握 ⑦ 今後の生活の全体像の把握 ⑧ 今後の生活の全体像の把握 ⑨ 今後の生活の全体像の把握 ⑩ 今後の生活の全体像の把握		
					① 現在の生活の全体像の把握 ② 今後の生活の全体像の把握 ③ 今後の生活の全体像の把握 ④ 今後の生活の全体像の把握 ⑤ 今後の生活の全体像の把握 ⑥ 今後の生活の全体像の把握 ⑦ 今後の生活の全体像の把握 ⑧ 今後の生活の全体像の把握 ⑨ 今後の生活の全体像の把握 ⑩ 今後の生活の全体像の把握	① 現在の生活の全体像の把握 ② 今後の生活の全体像の把握 ③ 今後の生活の全体像の把握 ④ 今後の生活の全体像の把握 ⑤ 今後の生活の全体像の把握 ⑥ 今後の生活の全体像の把握 ⑦ 今後の生活の全体像の把握 ⑧ 今後の生活の全体像の把握 ⑨ 今後の生活の全体像の把握 ⑩ 今後の生活の全体像の把握		

実践チェック項目だけでなく、**基本方針**
～**行動基準**も必ず確認しましょう

① 基本方針の作成

② 実践チェック項目の作成

③ 実践チェック項目の実施

④ 実践チェック項目の評価

⑤ 実践チェック項目の改善

⑥ 実践チェック項目の共有

⑦ 実践チェック項目の活用

⑧ 実践チェック項目の普及

⑨ 実践チェック項目の発展

⑩ 実践チェック項目の継承

⑪ 実践チェック項目の更新

⑫ 実践チェック項目の廃止

⑬ 実践チェック項目の再評価

⑭ 実践チェック項目の再確認

⑮ 実践チェック項目の再検証

⑯ 実践チェック項目の再検証

⑰ 実践チェック項目の再検証

⑱ 実践チェック項目の再検証

⑲ 実践チェック項目の再検証

⑳ 実践チェック項目の再検証

㉑ 実践チェック項目の再検証

㉒ 実践チェック項目の再検証

㉓ 実践チェック項目の再検証

㉔ 実践チェック項目の再検証

㉕ 実践チェック項目の再検証

㉖ 実践チェック項目の再検証

㉗ 実践チェック項目の再検証

㉘ 実践チェック項目の再検証

㉙ 実践チェック項目の再検証

㉚ 実践チェック項目の再検証

㉛ 実践チェック項目の再検証

㉜ 実践チェック項目の再検証

㉝ 実践チェック項目の再検証

㉞ 実践チェック項目の再検証

㉟ 実践チェック項目の再検証

㊱ 実践チェック項目の再検証

㊲ 実践チェック項目の再検証

㊳ 実践チェック項目の再検証

㊴ 実践チェック項目の再検証

㊵ 実践チェック項目の再検証

㊶ 実践チェック項目の再検証

㊷ 実践チェック項目の再検証

㊸ 実践チェック項目の再検証

㊹ 実践チェック項目の再検証

㊺ 実践チェック項目の再検証

手順④ 実践チェック項目にチェックをつけてみましょう

- 各実践チェック項目について、選定した事例においてご自身が実践した場合は○を、そうでない場合は×をつけていきましょう。

実践チェック項目を読んで、**実践したものは結果を問わず○、それ以外のは×をつけます。**
 例) 聞き取りを実施した結果、お話を伺えなかったとしても○をつけてください。

① 実践チェック項目

② 実践チェック項目

③ 実践チェック項目

④ 実践チェック項目

⑤ 実践チェック項目

⑥ 実践チェック項目

⑦ 実践チェック項目

⑧ 実践チェック項目

⑨ 実践チェック項目

⑩ 実践チェック項目

⑪ 実践チェック項目

⑫ 実践チェック項目

⑬ 実践チェック項目

⑭ 実践チェック項目

⑮ 実践チェック項目

⑯ 実践チェック項目

⑰ 実践チェック項目

⑱ 実践チェック項目

⑲ 実践チェック項目

⑳ 実践チェック項目

㉑ 実践チェック項目

㉒ 実践チェック項目

㉓ 実践チェック項目

㉔ 実践チェック項目

㉕ 実践チェック項目

㉖ 実践チェック項目

㉗ 実践チェック項目

㉘ 実践チェック項目

㉙ 実践チェック項目

㉚ 実践チェック項目

㉛ 実践チェック項目

㉜ 実践チェック項目

㉝ 実践チェック項目

㉞ 実践チェック項目

㉟ 実践チェック項目

㊱ 実践チェック項目

㊲ 実践チェック項目

㊳ 実践チェック項目

㊴ 実践チェック項目

㊵ 実践チェック項目

㊶ 実践チェック項目

㊷ 実践チェック項目

㊸ 実践チェック項目

㊹ 実践チェック項目

㊺ 実践チェック項目

㊻ 実践チェック項目

㊼ 実践チェック項目

㊽ 実践チェック項目

㊾ 実践チェック項目

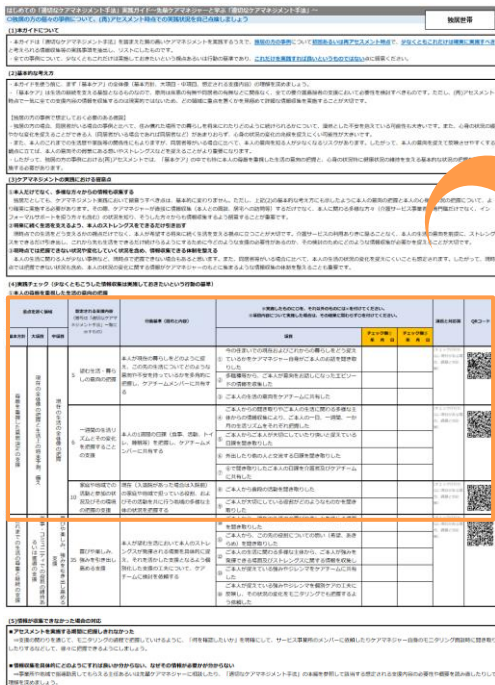
㊿ 実践チェック項目

重点を置く領域			想定される支援内容 (番号は「適切なケアマネジメント手法」一覧に示すもの)	行動基準 (目的と内容)	※実施したものに○を、それ以外のものには×をつけてください。 ※項目内容について実施した場合は、その結果に関わらず○をつけてください。		
基本方針	大項目	中項目			項目	チェック欄① 年月日	チェック欄② 年月日
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	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	本人が現在の暮らしをどのように捉え、この先の生活についてどのような意向や不安を持っているかを多角的に把握し、ケアチームメンバーに共有する	今の住まいでの現在およびこれからの暮らしをどう捉えて ① いるかをケアマネジャー自身がご本人のお話を聞き取りした ② 多職種等から、ご本人が意向をお話しになったエピソードの情報を収集した ③ ご本人の生活の意向をケアチームに共有した	
			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	本人の1週間の日課（食事、活動、トイシ、睡眠等）を把握し、ケアチームメンバーに共有する	ご本人からの聞き取りやご本人の生活に関わる多様な主体 ④ からの情報収集により、ご本人の一日、一週間、一か月の生活リズムをそれぞれ把握した ⑤ ご本人からご本人が大切にしていたり快いと捉えている日課を聞き取りした ⑥ 外出したり他の人と交流する日課を聞き取りした ⑦ ⑥で聞き取りしたご本人の日課を介護者及びケアチームに共有した	
			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	現在（入退院があった場合は入院前）の家庭や地域で担っている役割、およびその活動を共に行う地域の多様な主体の状況を把握する	⑧ ご本人から普段の活動を聞き取り ⑨ ご本人が大切にしている役割が	

チェック欄は2回分あります。まずは左側のチェック欄を使ってください。

手順⑤チェックを付けながら課題・不明点を確認しましょう

- 実践チェック項目の内容がわからない場合は手法の本編などで詳細を確認しましょう。



課題はこの欄にメモしておきます。

重点を置く領域			想定される支援内容 (番号は「適切なケアマネジメント手法」一覧に示すもの)	行動基準 (目的と内容)	※実施したものに○を、それ以外のものには×を付けてください。 ※項目内容について実施した場合は、その結果に関わらず○を付けてください。		課題と対応策	QRコード	
基本方針	大項目	中項目			項目	チェック欄① 年月日			チェック欄② 年月日
意匠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	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 本人が現在の暮らしをどのように捉え、この先の生活についてどのような意向や不安を持っているかを多角的に把握し、ケアチームメンバーに共有する	① 今の住まいでの現在およびこれからの暮らしをどう捉えているかをケアマネジャー自身がご本人のお話を聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
			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 本人の1週間の日課（食事、活動、トイレ、睡眠等）を把握し、ケアチームメンバーに共有する	④ ご本人からの聞き取りやご本人の生活に関わる多様な主体からの情報収集により、ご本人の一日、一週間、一か月の生活リズムをそれぞれ把握した			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
			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 現在（入退院があった場合は入院前）の家庭や地域で担っている役割、およびその活動を共に行う地域の多様な主体の状況を把握する	⑧ ご本人から普段の活動を聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	

QRコードから各想定される支援内容の詳細を確認できます。

まとめ：さっそく使ってみましょう！

はじめての「適切なケアマネジメント手法」実践ガイド

○高齢者のみ世帯の方の個々の事例について、(再)アセスメント時点での実践状況を自己点検しましょう

高齢者のみ世帯

(1)本ガイドについて

本ガイドは「適切なケアマネジメント手法」を踏まえた質の高いケアマネジメントを実施するうえで、**高齢者のみ世帯で生活を送る方の事例のうち、本人の要介護度が比較的低く、これらも在宅生活が当分続く見込みの事例**について、**初回あるいは再アセスメント時点で、少なくともこれだけは確実に実施すべき**と考えられる情報収集等の実践事項を抽出し、リストにしたものです。
 ・全ての事例について、少なくともこれだけは実施しておきたいという視点あるいは行動の基準であり、**これだけを実施すれば良いというものではない**点に留意ください。

(2)基本的な考え方

本ガイドを使う前に、まず「基本ケア」の全体像（基本方針、大項目・中項目、想定される支援内容）の理解を深めましょう。
 ・「基本ケア」は生活の継続を支える基盤となるものなので、原則は疾患の有無や同居者の有無などに関係なく、全ての要介護高齢者の支援において必要性を検討すべきものです。ただし、(再)アセスメント時点で一気に全ての支援内容の情報を収集するのは現実的ではないため、どの領域に重点を置くかを見極めて詳細な情報収集を実施することが大切です。
【高齢者のみ世帯の方であってこれからも在宅生活が当分続く見込みの事例において、想定しておく必要のある仮説】
 ・高齢者のみ世帯の方の場合、同居者にも健康面や日常生活における課題がある、あるいはこれから新たに課題が生まれる可能性があります。したがって、ご本人と同居者それぞれの意向やストレスを最大限に尊重しつつ、同居者を単なる介護力として見るのではなく同居者の状況の変化や支援の必要性も捉えることが重要です。
 ・また、同居者の状況にもよりますが、長く続いていく在宅生活のいずれかの時点において、同居者の入院・入所や死別等により独居世帯に移行していく可能性を含んでいると考えておくことも大切です。この観点から、同居者を介護力として頼り過ぎることなくケアマネジャー等の支援者が現状を捉え、ご本人のストレスを引き出して自分でできることを継続できるように支える視点が必要です。
 ・したがって、高齢者のみ世帯の方であってこれからも在宅生活が当分続く見込みの事例における(再)アセスメントでは、「基本ケア」の中でも特に**本人の尊厳を重視した本人及び同居者の生活の意向の把握、本人の理解度やセルフケアの状況の把握に加え、同居者自身の支援の必要性及び同居者の支えとなる環境の把握**を確実に実施する必要があります。

(4)実践チェック（少なくともこうした情報収集は実施しておきたいという行動の基準）

①本人及び同居者の尊厳を重視した生活の意向の把握

重点を置く領域			想定される支援内容 (番号は「適切なケアマネジメント手法」一覧に示すもの)	行動基準（目的と内容）	※実施したものに○を、それ以外のものには×を付けてください。 ※項目内容について実施した場合は、その結果に関わらず○を付けてください。			課題と対応策	QRコード
基本方針	大項目	中項目			項目	チェック欄 年 月 日	チェック欄 年 月 日		
高齢者を支援する一歩踏み出した実践の事例	え	現在の生活の全体像の把握(中項目上の将来予測)の把握	5 望む生活・暮らしの意向の把握	本人及び同居者が現在の暮らしをどのように捉え、この先の生活についてどのような意向や不安を持っているかを多角的に把握するために、ご本人の想いを直接捉えとともに、ご本人以外の方からもご本人の意向を把握し、ケアチームメンバーに共有する	今の住まいでの現在及びこれからの暮らしをどう捉えているか ①かをケアマネジャー自身がご本人、同居者それぞれのお話を聞き取りした ②多職種等から、ご本人が意向をお話しになったエピソードの情報を収集した ③ご本人及び同居者の生活の意向をそれぞれケアチームに共有した			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
			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	現在(入退院があった場合は入院前)の家庭や地域で担っている役割、及びその活動の機会を維持したり増やしたりする可能性を探るため、ご本人および地域の多様な主体の状況を把握する	④ご本人及び同居者それぞれから普段の活動を聞き取りした ⑤ご本人が大切にしている役割がどのようなものか、ご本人及び同居者それぞれから聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)	
	17 意思決定支援の必要性の理解	日常生活を継続するうえでのさまざまな意思決定(必ずしもACPだけに留まらない)を支援する必要性を検討するため、どのようにしてご本人の意思決定を支援するかについて、同居者及び同居以外の家族等も含めてその必要性と方針を共有する	⑥普段の生活で利用するサービスの決定など日常的な判断に対するご本人の思い、不安について、ご本人及び同居者それぞれから聞き取りした ⑦普段の生活で利用するサービスの決定など日常的な判断について、相談することがある人(ご本人から見たキーパーソン)が誰かを、ご本人から直接聞き取りした ⑧キーパーソン(同居者にとって頼りに出来る人の有無を含む)が誰かを、同居者から直接聞き取りした ⑨介護サービスに使える金額の水準と金銭管理の方法について、ご本人及び同居者それぞれから聞き取りした			(チェックが付かない項目がある場合、課題と対応策)			

(5)情報が収集できなかった場合の対応

■アセスメントを実施する期間に把握しきれなかった
 ⇒支援の関わりを通じて、モニタリングの過程で把握していけるように、「何を確認したいか」を明確にして、サービス事業所のメンバーに依頼したりケアマネジャー自身のモニタリング面談時に聞き取りしたりするなどして、徐々に把握できるようにしましょう。
 ■情報収集を具体的にどのようにすれば良いか分からない、なぜその情報が必要か分からない
 ⇒事業所や地域で指導助言してもらえる主任あるいは先輩ケアマネジャーに相談したり、「適切なケアマネジメント手法」の本編を参照して該当する想定される支援内容の必要性や概要を読み直したりして理解を深めましょう。

手順①

まずは基本的な考えや留意点をよく読みましょう。

手順②

本ガイドに出てくる基本ケアの項目を確認しましょう。

手順③

基本方針～想定される支援内容、行動基準を読んだ上で考えましょう。

手順④

チェックをつけてみましょう。
 チェック欄は2か所あります。気になった事例は、**半年～1年後に再点検してみましょう。**

手順⑤

チェックをつけて課題・不明点を確認しましょう。
項目について課題に思った点やその対応策をメモしておきましょう。また、わからない内容はQRコードから詳細を確認しましょう。

手順⑥

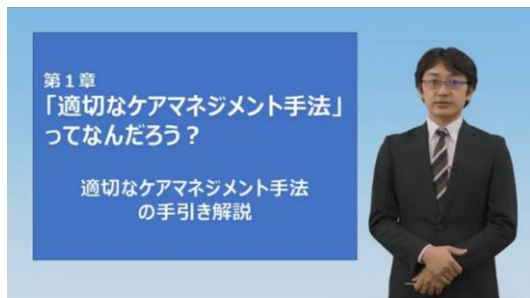
対応策が思いつかない場合は、**必ず先輩ケアマネジャーに相談してください。**

卷末參考資料

【参考】復習



適切なケアマネジメント手法の手引き



手引きの解説動画

1章 適切なケアマネジメント手法って何だろう？



2章 基本的な考え方



4章 基本ケアの説明

