



ケアマネジメントの 理論と実際

2024年2月3日

慶應義塾大学看護医療学部
永田智子

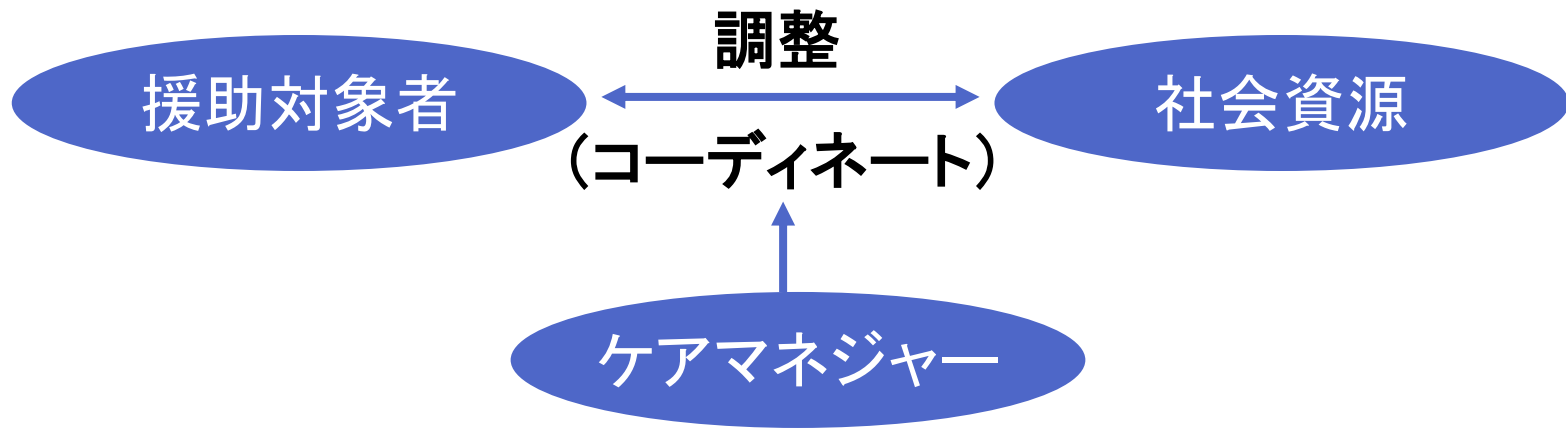
内容

- 「ケアマネジメント」の定義や理論的な背景
- ケアマネジメントにおける課題と対応



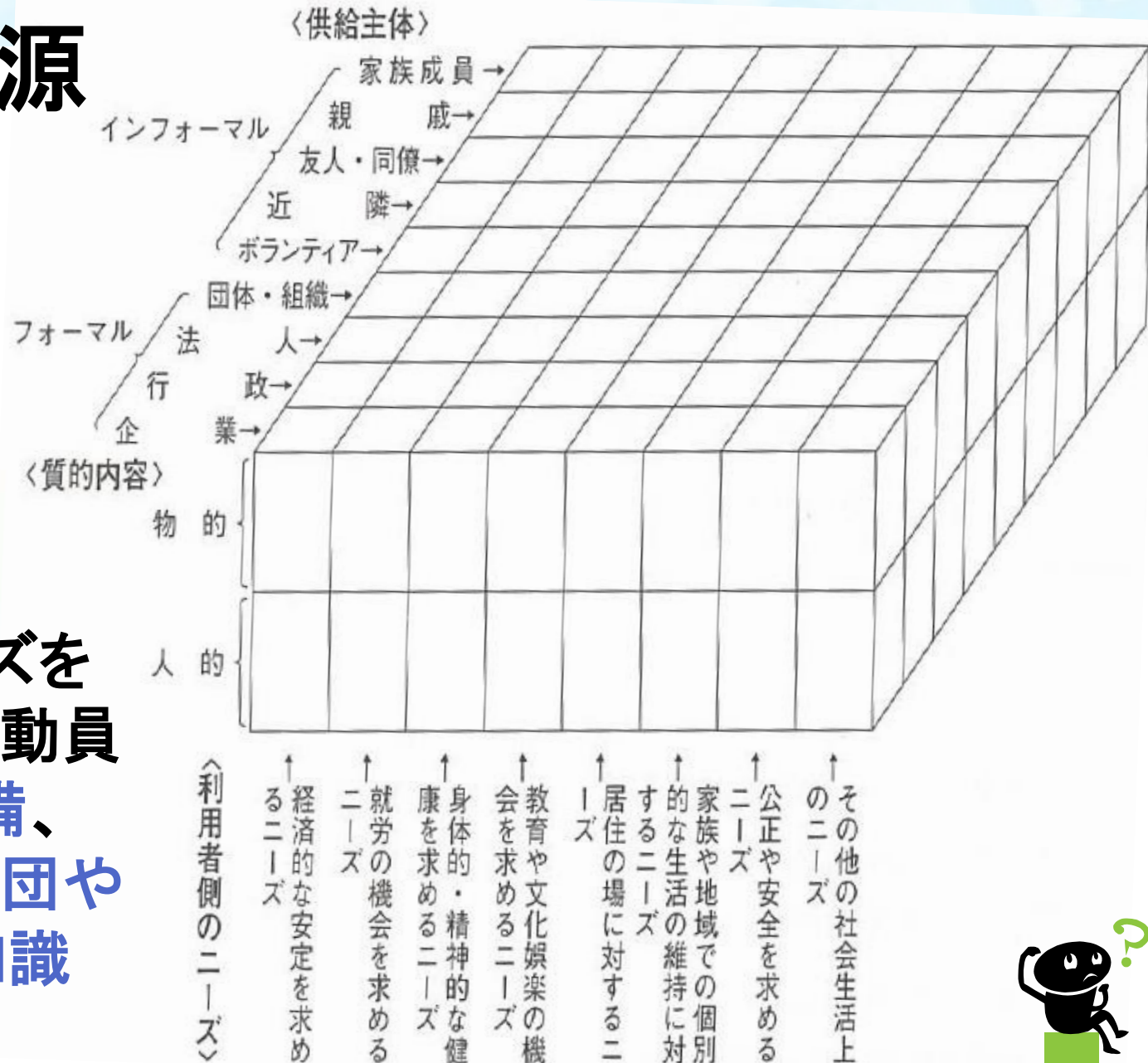
ケアマネジメントとは

- 利用者の生活課題（ニーズ）と社会資源とを調整（コーディネート）、あるいは結びつけることにより、地域での生活を継続的に支援していくこと（2002、白澤ら）



- 利用者がその人なりに自立し、質の高い生活を送ることを目標に、利用者が持つ多様で複雑なニーズに対して、適切な社会資源・サービスを結びつける援助機能の総称

社会資源



ソーシャルニーズを充足するために動員される**施設・設備、資金や物資、集団や個人の有する知識や技能の総称**

図 社会資源の構造

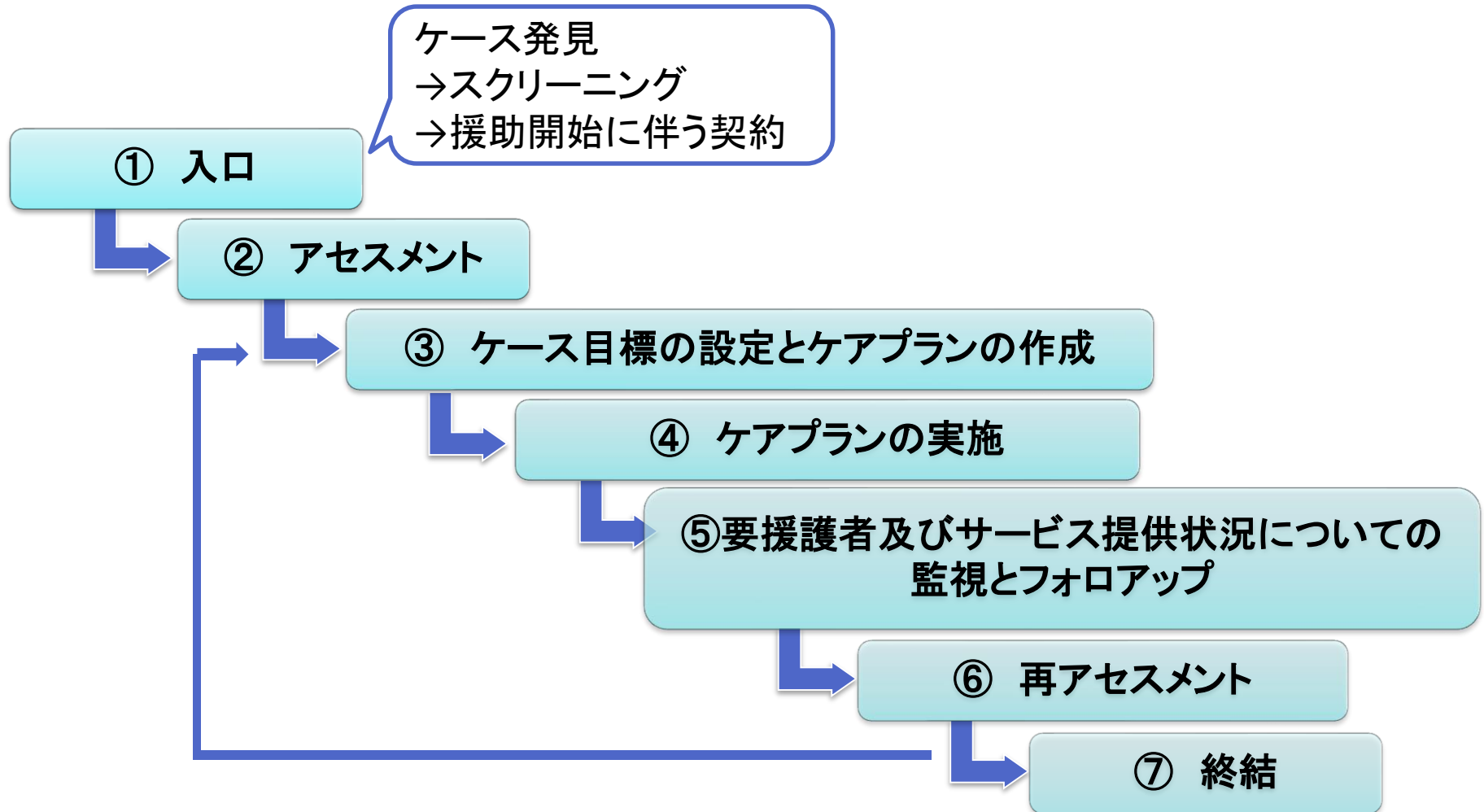
出典: 白澤正和「ケースマネジメントの理論と実際」中央法規



ケアマネジメントの歴史

- 1970年代 米国 精神障害者のコミュニティケア推進
 - 障害者が生活できる住宅の整備
 - 各人のニーズに合ったサービスを結びつける支援
=ケースマネジメント
 - 長期ケアを要する高齢者、障害者などへ発展
 - 先進国へと普及
- 1990年 英国 コミュニティケア法 National Health and Community Act
ケアマネジメント
 - ← マネジメントされるのはケアであり、人間ではない
 - 実際にはほぼ同義

ケアマネジメントの過程



ケアプラン立案

- アセスメントツール

包括的な情報収集を通して、利用者のニーズを多角的にアセスメントし、必要なサービス・適切なケアプランにつなげていくためのツール

- MDS-HC
- JAC-LTC方式(訪問看護振興財団)
- ケアマネジメント実践記録様式(日本社会福祉士会)
- 日本介護福祉士会方式アセスメント・ケアプラン用紙
- 居宅サービス計画ガイドライン様式(全社協)
- 包括的自立支援プログラム様式(介護療養型医療施設・老人福祉施設・老人保健施設)

事例 Aさん

- 82歳男性、81歳の妻と二人暮らし
- 脳卒中の既往有り、当初はADL自立していたが、5～6年前から寝たりおきたりの生活、79歳頃から要介助。80歳頃から、トイレに間に合わないことがあり「おむつ」使用
- 現在は、軽い右片麻痺があるものの、食事は箸とスプーンで自立。その他の日常生活は全て介助を受けている。
- 妻の腰痛が悪化し、介護保険申請。おむつ交換の支援を求めている。
- 年金暮らしで家計は厳しい。

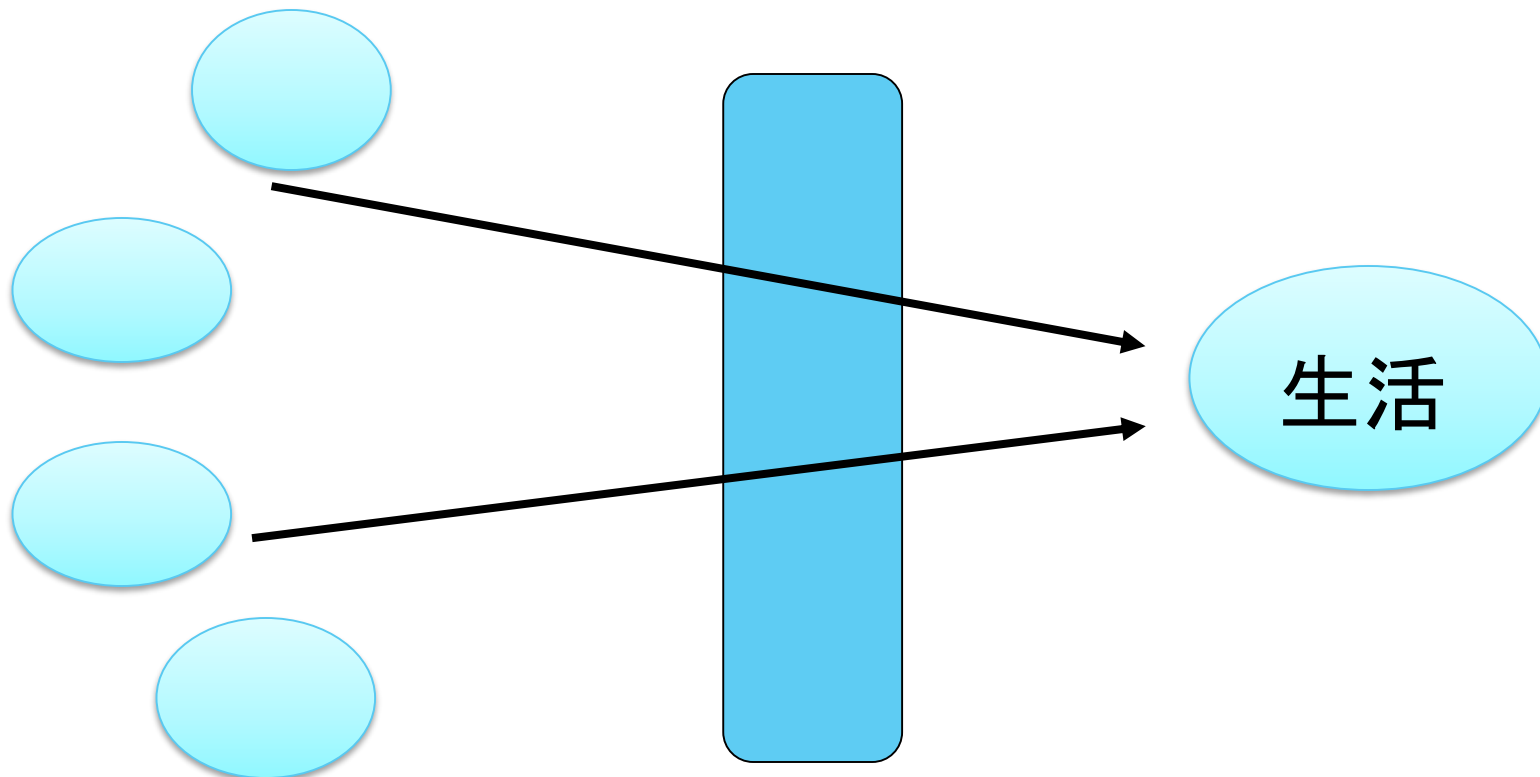
「ニーズ」の種類

- 利用者が捉えるニーズ: Felt needs
- 専門家が捉えるニーズ: Professional needs
 - 専門的な知識や経験から把握したニーズ
- 真のニーズ: real needsを導き出すには、利用者との信頼関係を築き、生活全般を理解することにより、利用者の捉えるニーズと専門家が捉えるニーズを合致させることが必要。
- 今解決を図るべきニーズ
vs 将来の自立・QOLのためのニーズ



Aさんの場合は？

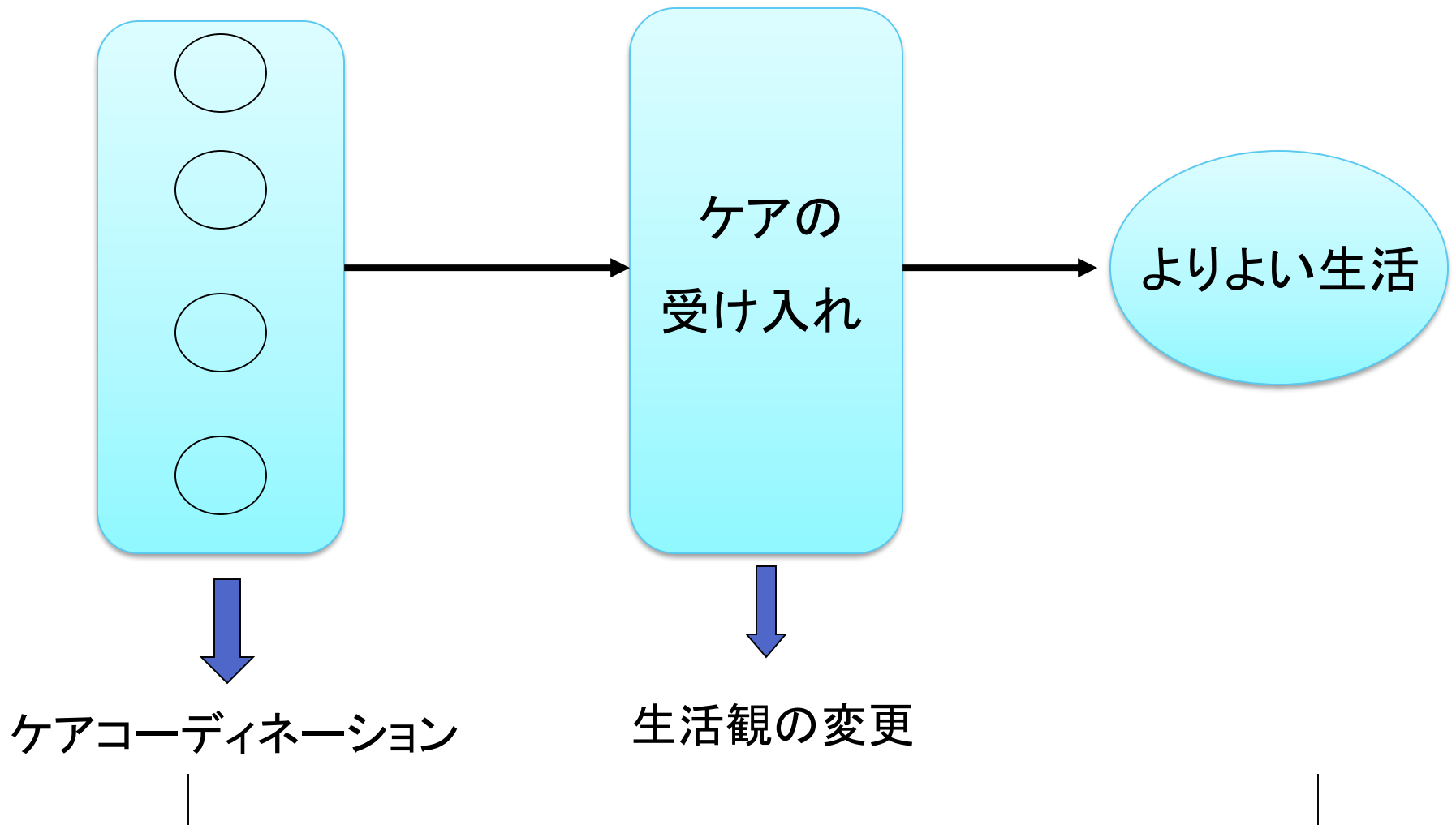
外部資源・情報



私たちの生活

“価値観のフィルター”
価値観、生活観、慣習 (竹内)

ケア資源の配置



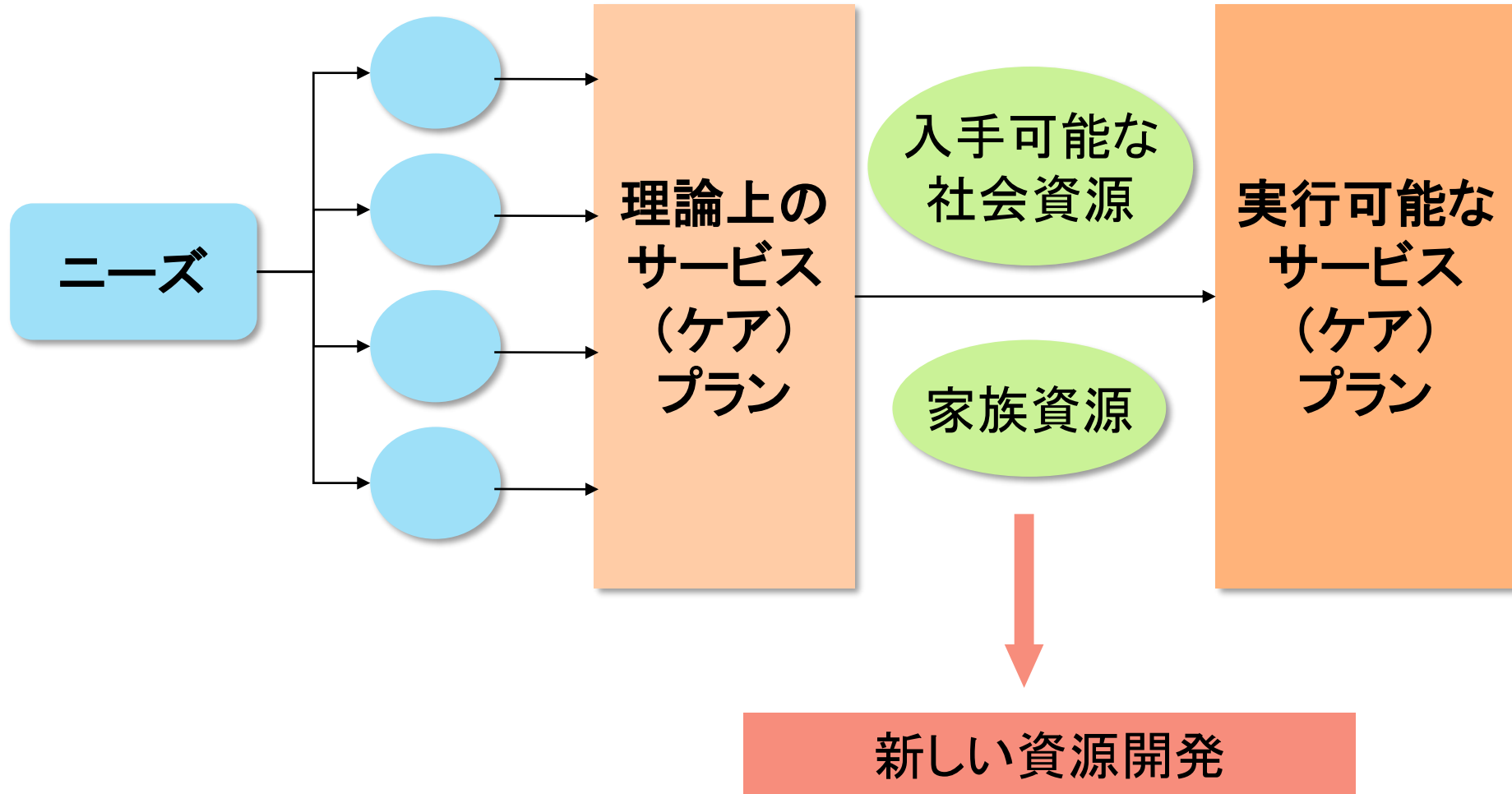
ケアマネジメント

(竹内(一部改変))

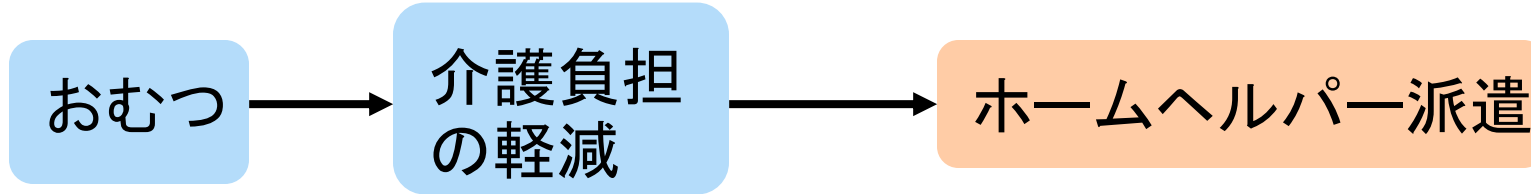
ケアプランの立案

[解決要因]

[社会資源評価]

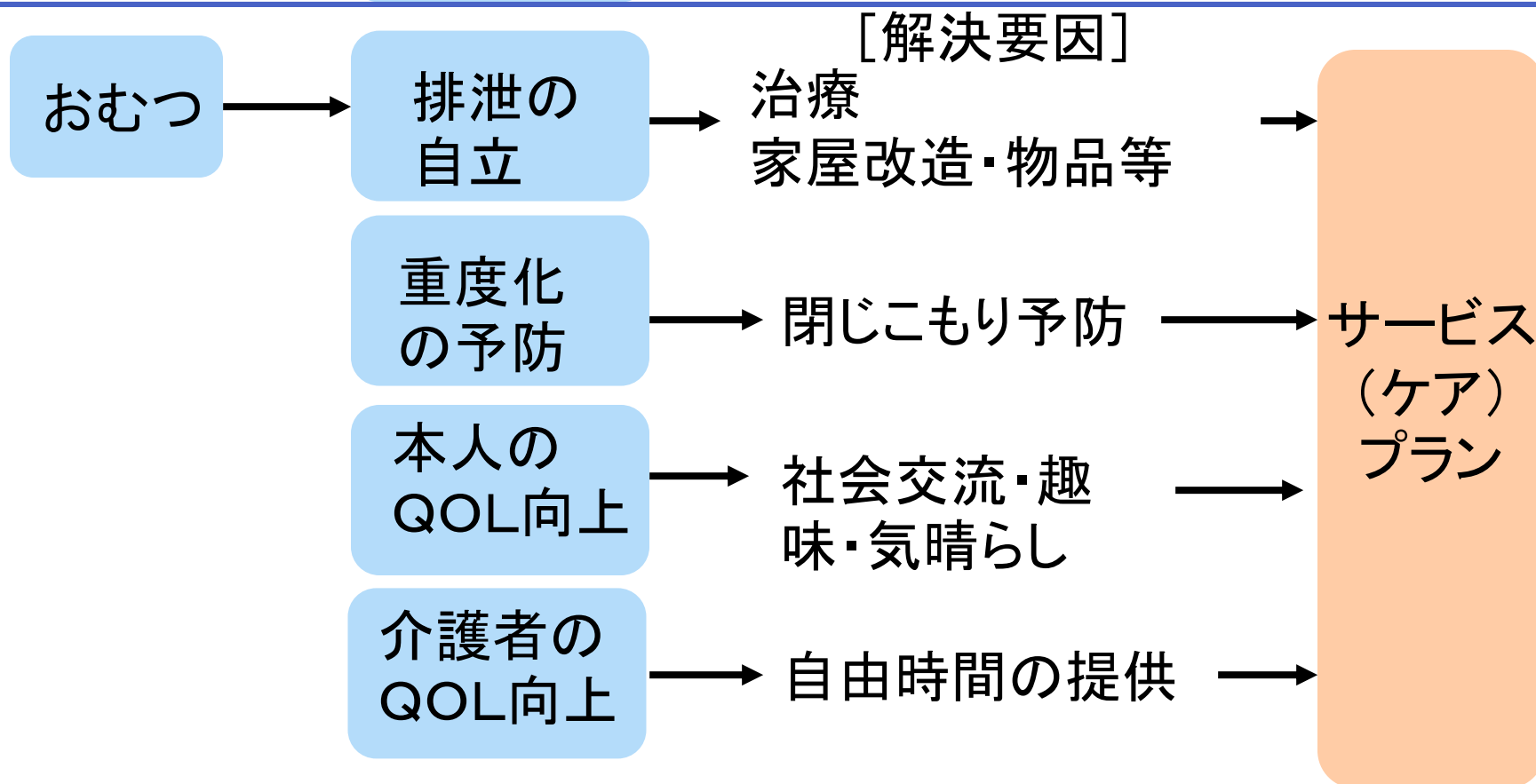
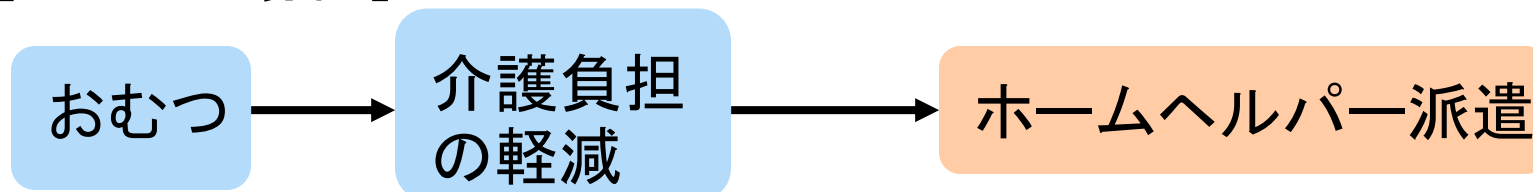


[Aさんの場合] [ニーズ]



アセスメント: ニーズから出発し、その解決要因を分析 (竹内)

[Aさんの場合] [ニーズ]

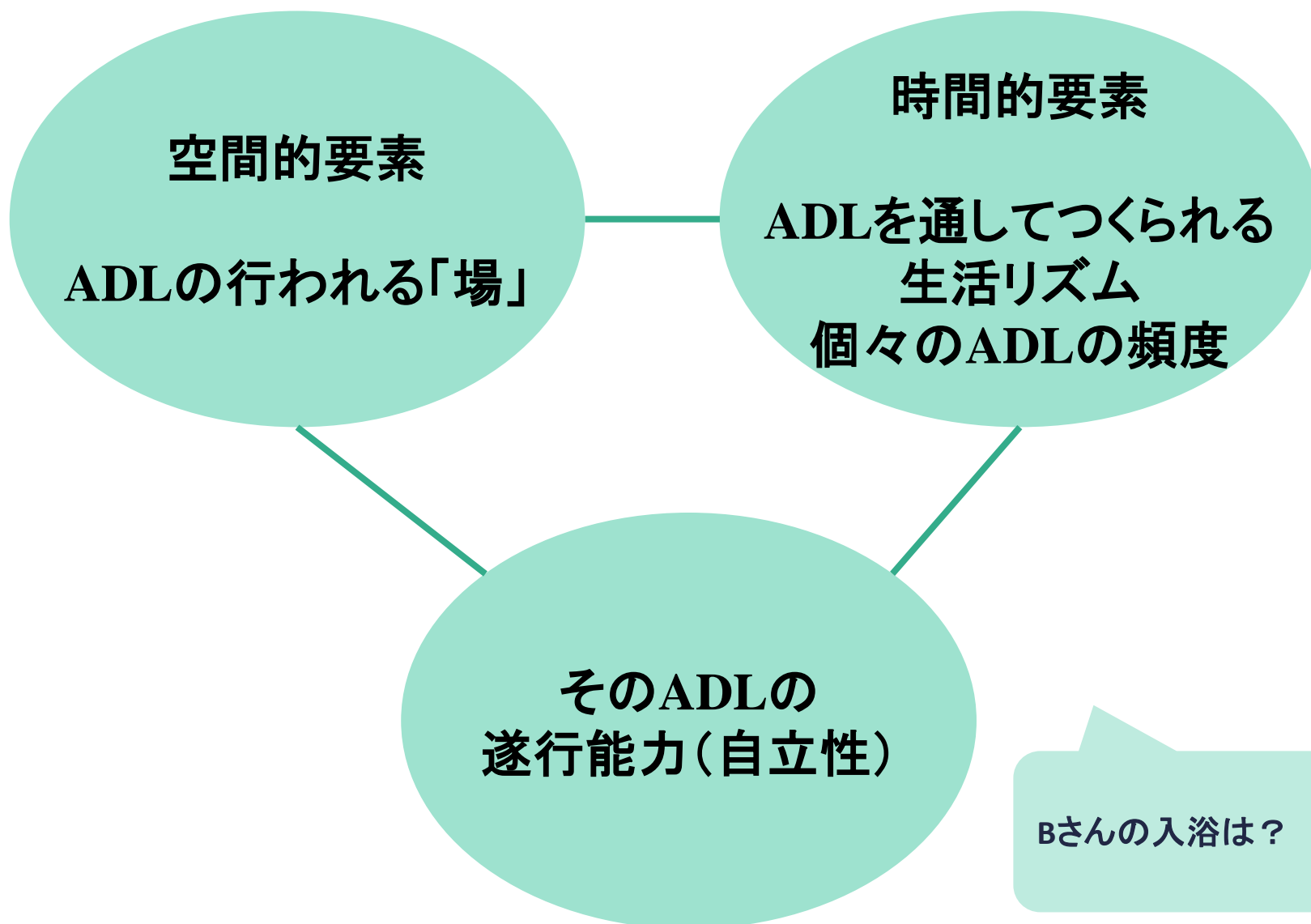


アセスメント: ニーズから出発し、その解決要因を分析 (竹内)

事例 Bさん

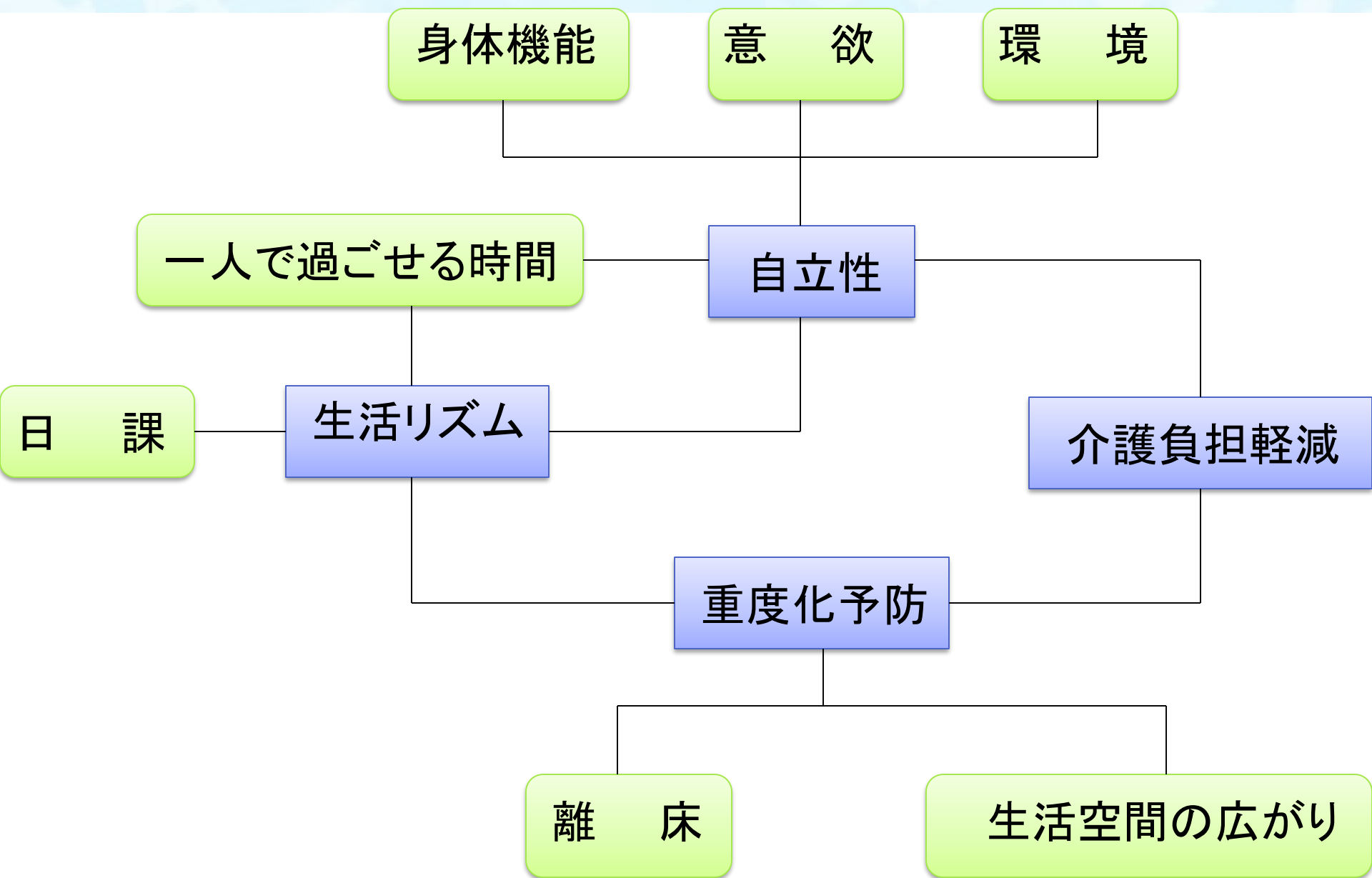
- 80歳女性、独居
- 狭心症で入院していた。
- 退院後、体力が落ちて足が上がらないので、浴槽をまたげない。
- 入浴中に発作が起きたらと考えると心配。

在宅でのADLを考える3要素



Bさんの入浴は？





在宅でのADL

(竹内)

24時間訪問看護・介護計画作成フロー

X:家事援助のニーズ

- 本人・家族の家事力

家事援助が必要な時刻・回数

(介護職による)

家事は自分で出来そう？

Y:身辺ケアのニーズ

- 日常生活行動の自立度
- 生活リズム
- 社会との係わり維持
- 家族介護者の介護状況と負担感

身辺ケアが必要な時刻・回数

(介護職または看護職による)

入浴はどのくらいの頻度で何回実施？

Z:医療処置のニーズ

- 病状の安定性
- 医療処置の必要性
- 医師の指示内容

医療処置が必要な時刻・回数

(看護職による)

発作が起きたときの緊急対応は？

使えるサービスは・・・

● 介護保険

- 訪問介護
- 訪問看護
- 訪問入浴
- 通所介護
- 通所リハビリ
- 住宅改修
- 福祉機器貸与

● その他

- 緊急通報システム



Bさんに
適しているのは？



[Bさんの場合]

[ニーズ]

[解決要因]

浴槽をまたげない

ホームヘルパー

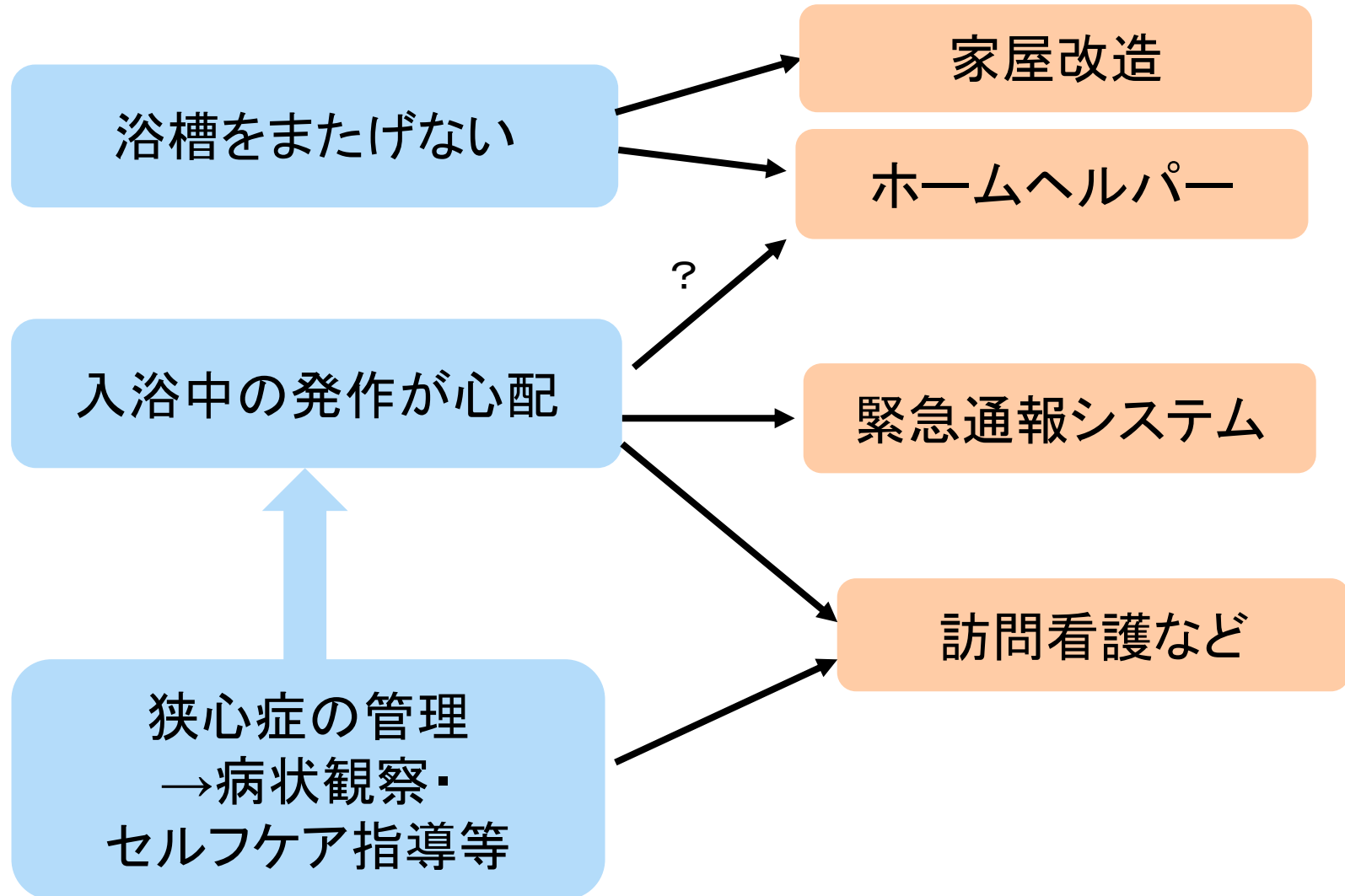
入浴中の発作が心配

?

[Bさんの場合]

[ニーズ]

[解決要因]



サービス利用のBarrier

- Availability 使えるサービスが存在しているか？
- Accessibility 利用できるか？
- Affordability 支払えるか？
- Acceptability 受け入れられるか？
- Knowledge サービスが必要という知識はあるか？
- Perception サービスを認識しているか？



必要なのになぜ
使わないの？

Diwan S, Moriarty D (1995).

ケアマネジメント機能を支える4要素

- ①**適用修正**： 利用者の個別性を考慮、最適な方法でサービスを提供
- ②**分析評価**： 適切なケアプランとサービス提供のためのアセスメントと評価
- ③**情報収集・提供**： 利用者が必要なサービスを選択できるように、情報を収集、提供
- ④**相談・助言**：
利用者の相談に乗り、心理的な支えとなる

ケアマネジャーの役割(ケアマネジメントの機能)

①サービスの連結 (リンキング)

利用者が必要とする全てのサービスと利用者を、
公式・非公式なシステムにより確実に結びつける

②利用者の権利擁護 (アドボカシー)

利用者が公正にサービスを受けれるようにする

③サービス内容の監視 (モニタリング)

利用者の満足度とその変化を継続的に評価

④ネットワークづくり (ネットワークキング)

利用者支援のネットワークを発展させる

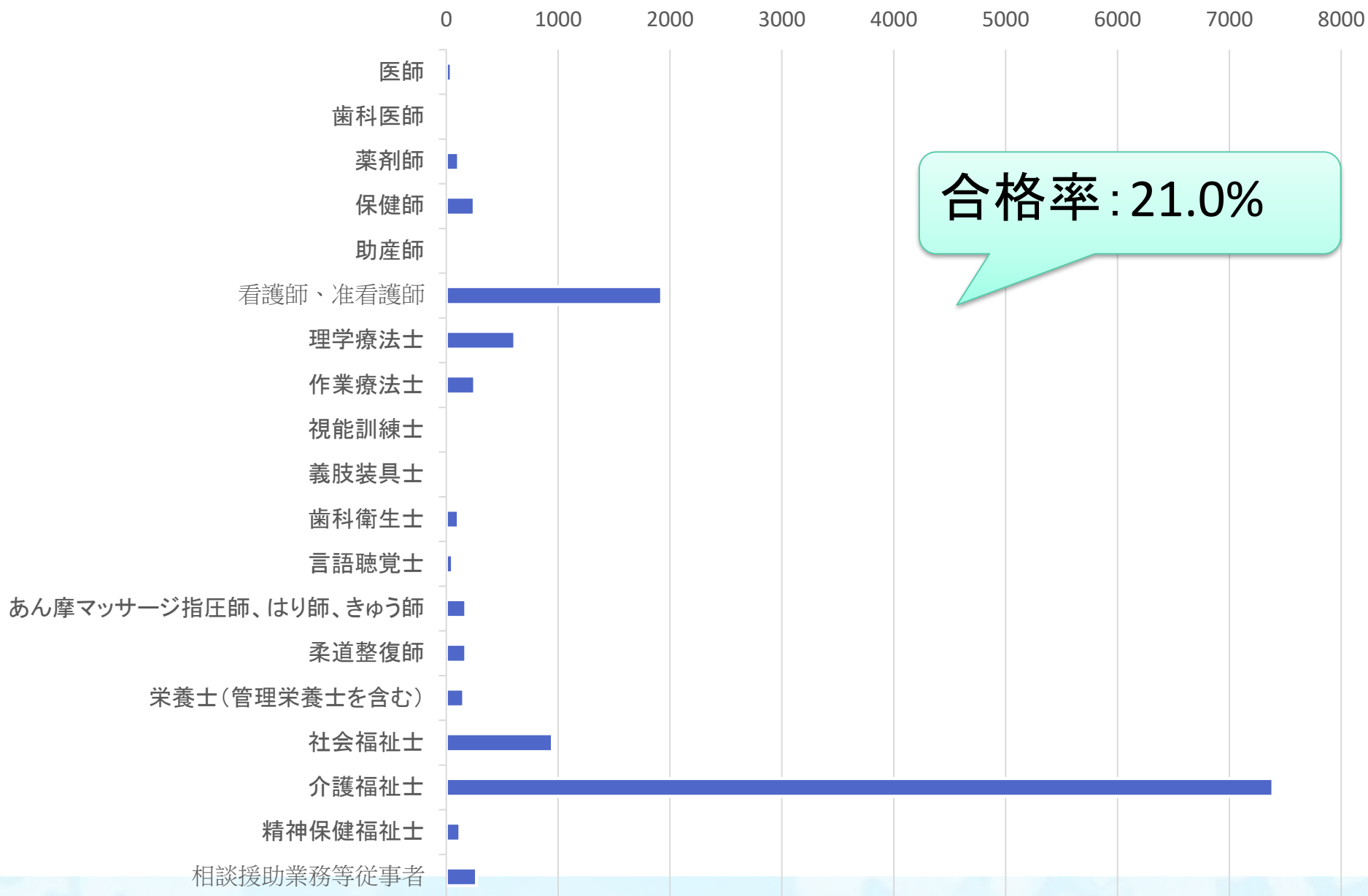
⑤地域ケアの組織化 (オーガニゼーション)

利用者ニーズにあった社会資源を選択・開発・組織化

介護支援専門員

- 所定の資格を満たすと、試験(都道府県による)を受けられる。
- 受験資格：
 - 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士又は精神保健福祉士であり、その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間が通算して5年以上
 - この他、「別に定める相談援助または介護等の業務に従事する者」として、社会福祉主事任用資格、ホームヘルパー2級等も含む
 - さらに、それ以外の介護等の業務に従事する者で、10年以上の実務経験を有する者も含む
- 試験に合格したら、所定の研修を受ける。

介護支援専門員 職種別合格者数(第26回(令和5年度))



ケアマネジャーを取り巻く課題

- 「利用者本位のサービスがつかぬけない」といった業務遂行に関する悩み、公正中立に業務を遂行することが困難な場面
- 重度者・医療の必要性の高い利用者が増加する中、ケアマネジャーと医療者との連携がますます重要
- 「相談できる相手がない」「記録する書式が多く手間がかかる」「困難ケースへの対応に手間取る」
- 市町村がケアプラン点検を行うこととなっており、居宅介護支援事業所の指定権限も都道府県から市町村に移ったが、市町村の人員も不足している

適切なケアマネジメント手法の

普及推進に向けた調査研究事業 (令和2年度老人保健健康増進等事業)

- これまでケアマネジメントの分野で培われてきた介護支援専門員の知見を共通化・体系化
- 経験や業務環境などに関わらず、利用者が必要とするケアマネジメントを一定以上の水準で提供できるようにするため手法（「適切なケアマネジメント手法」）の策定

適切なケアマネジメント手法の普及推進に向けた調査研究事業

「適切なケアマネジメント手法」の 手引き



課題

本来必要なケアの抜け漏れ
(知識のばらつき)

例) 脳血管疾患のある方の栄養面の
支援: 情報収集していない51.2%

解決策

「疾患」*別に想定すべき
支援内容を体系化

*これまでの検討範囲

- ・基本ケア
- ・脳血管疾患
- ・大腿骨頸部骨折
- ・心疾患
- ・認知症
- ・誤嚥性肺炎の予防



ねらい

- ケアプラン検討時の「抜け漏れ」の防止
- 多職種協働の推進
- ケアプランの見直しの円滑化

前頁手引きからの抜粋

2. 「適切なケアマネジメント手法」の基本的な考え方

(1) “あたり”をつけて効率よく個別化を行う

経験豊富な介護支援専門員は、網羅的な情報収集の前に、インタビューで得られた限られた情報から、「どのような支援が必要そうか」、「何を詳しく確認すべきか」の“あたり”をつけています。

(インタビューの一例)



脳血管疾患の既往があって今度退院する方です。ご夫婦でお暮しですよ。少し麻痺が残っているけど、在宅生活を続けていきたいそうです。



こんな支援が必要かも？
病棟の情報を聞いてこよう。
遠方の家族はどう思っている？
福祉用具も考えなきゃ。

想定される支援

その人・家族の状況など

個別化

ケアプラン

経験の蓄積

構造化

介護支援専門の経験知

【基本ケア】

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

前頁手引きからの抜粋

5. 「疾患別ケア」の理解を深める 24

- (1) 脳血管疾患のある方のケア 24
- (2) 大腿骨頸部骨折のある方のケア 26
- (3) 心疾患のある方のケア 28
- (4) 認知症のある方のケア 30
- (5) 誤嚥性肺炎の予防のためのケア 34

まとめ

- ケアマネジメントにおいては、アセスメントと利用者本位のケアコーディネートが重要
- ケアマネジャーの役割はケアプラン立案だけでなく、利用者の権利擁護やネットワークなど多様
- ケアマネジャーの職種は多様だが、利用者の重度化など課題が複雑化しており、知見の共通化・体系化とその共有が急務

