

統合アセスメントの推進に関する研究
—多職種の視点を入れたアセスメントに向けて—
報告書

令和 2(2020)年 3 月

公立大学法人埼玉県立大学

研究開発センター

目次

I	研究概要	1
II	研究プロジェクト実施の方向性	2
	1. 背景・目的	2
	2. 実施体制	5
	3. 研究プロジェクトの進め方	6
III	研究事業の実施と成果	9
	＜研究事業1＞	
	介護支援専門員におけるアセスメント実施方法の現状と課題の把握	
	1. 介護支援専門員とリハビリテーション専門職におけるアセスメント実施の際の着目項目に関する調査	9
	2. 多職種検討会（含ヒアリング等）による介護支援専門員のアセスメント・多職種連携マネジメントにおける課題	13
	3. 介護支援専門員におけるアセスメント実施方法の現状と課題のまとめ	15
	＜研究事業2＞	
	介護支援専門員に必要なアセスメントの視点と多職種によるアセスメントの統合方法の基本的コンセプトの提案	
	1. 「課題」の発見・整理・解決方法の思考プロセスに必要と思われるアセスメント項目	20
	2. 介護支援専門員向け研修会の基本コンセプト	23
	3. アセスメント項目（全体把握のための統合アセスメント）と課題の構造化のための概念図の提案	24
	4. 統合アセスメントに向けたアセスメントシートの提案	26
	＜研究事業3＞	
	介護支援専門員のマネジメント力強化を目指した研修会の研修内容評価、および新たな「疾患別課題整理総括表」の作成・提案	
	1. 介護支援専門員対象の研修会プログラムの構築と研修教材の作成	29
	2. 研修会プログラムの目的と実施方法	30
	3. 介護支援専門員のマネジメント力強化を目指した研修会内容の評価	36
	4. 新たな「疾患別課題整理総括表」の作成・提案	45
IV	研究事業の総括	49
	参考資料	

I 研究概要

本研究では、介護支援専門員のケアマネジメント力強化を目指して、「介護支援専門員におけるアセスメントの現状と課題把握」、「介護支援専門員に必要なアセスメントの視点と多職種によるアセスメントの統合方法の基本的コンセプトの提案」、「介護支援専門員のマネジメント力強化を目指した研修会の研修内容評価、および新たな「疾患別課題整理総括表」の作成・提案」を目的とした。

介護支援専門員におけるアセスメントの課題としては、「包括的アセスメント機能」、「継続的ケアマネジメント機能」、「多職種の相互理解を促すための通訳機能」を発揮するうえで、「課題抽出」と「アセスメント」の非連動（思考の分離）、疾患別アセスメント項目の未整理、専門職との連携協働したアセスメントの未実施があげられた。また、介護支援専門員対象の実務研修会の課題として、介護支援専門員に馴染まないアセスメントポイントの解説、個別性に焦点が当てられた事例検討などがあげられた。

これらの課題を解決するため、統合アセスメント（全体像把握）の概念図を作成し、「課題分析」「要因分析」を経由した利用者の「課題解決」プロセスに向かえる「アセスメントシート（案）」を作成した。これらを基に介護支援専門員対象の研修会プログラム（パーキンソン病、脳梗塞）を構築して、2回の研修会を開催した。本研修会では、「疾患に応じたアセスメント項目とその理由の理解等を通じて、「課題」と「アセスメント」の連動を図り、介護支援専門員の実践的なアセスメント力と連携力の強化を図る」ことを主な目的とした。研修会内容に関するアンケート調査結果から、概ね目的を達成できる研修会内容であったことが確認できた。

これまでの研究事業を基にして、本研究ではさらに、疾患（パーキンソン病）に特徴的な「課題抽出」のためのアセスメント項目の気づきを促し、アセスメント内容の整理や「要因分析」のための思考プロセス順に導き、専門職と連携協働したアセスメントが必然的に行われるよう構成した「疾患別課題整理総括表（パーキンソン病）」を作成した。

II 研究プロジェクト実施の方向性

1. 背景・目的

団塊の世代が90歳代に入る2040年に向けて、85歳以上高齢者（以下、超高齢者）が急増し、総人口の約1割に達することが見込まれている。

超高齢者では、①複数の慢性疾患や症状を保有している者が多く、複数の疾患の問題が交錯した②日常生活活動（ADL：Activity of daily living）や手段的ADL（IADL：Instrumental activity of daily living）を中心とした課題を有する者が多く、また、その課題に対するニーズも③医療と介護のニーズを併せ持つ特徴を有し、④入院や死亡リスクが高いなどの特徴を有している。さら

に、本人を取り巻く様々な環境に個人差が存在しており、⑤日常生活を送る際には、多種様々な支援を必要とする者も多い。このように医療、介護、生活支援に対して**包括的なニーズを有する超高齢者の増加に対応**するため、現在、地域包括ケアや地方づくりの推進が重要な政策課題となっている。

多領域に課題を有する要支援・要介護高齢者の生活機能の維持・向上を図ることを目的に、介護保険制度ではケアマネジメントの仕組みが導入された。しかしながら、介護支援専門員（ケアマネジャー）による①アセスメントが必ずしも十分でない、②サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していないといった課題が指摘されてきた。こうした課題に対応すべく、**介護支援専門員のマネジメント力強化**を目的に、①地域ケア会議の導入、②課題整理総括表の導入、③主任介護支援専門員の機能強化などが図られてきた。しかし、**必ずしも効果を上げている**

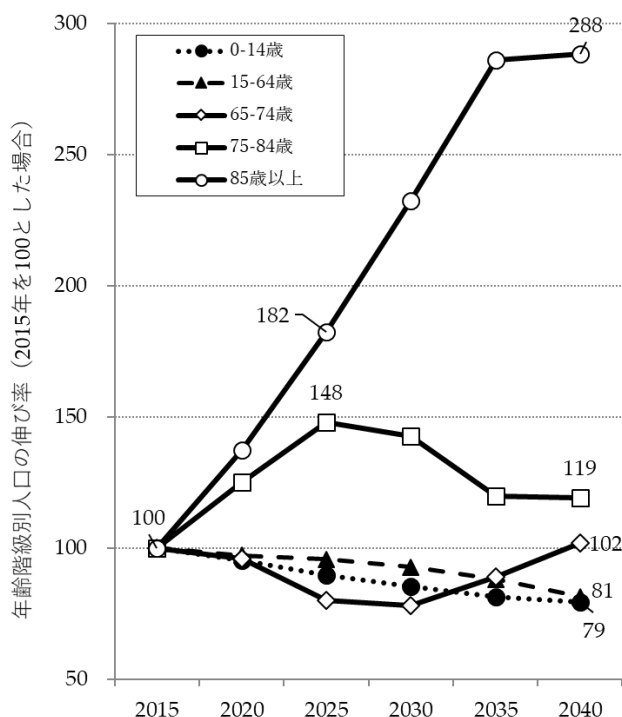


図1. 年齢階級別人口の伸び率の推移

出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」より作成

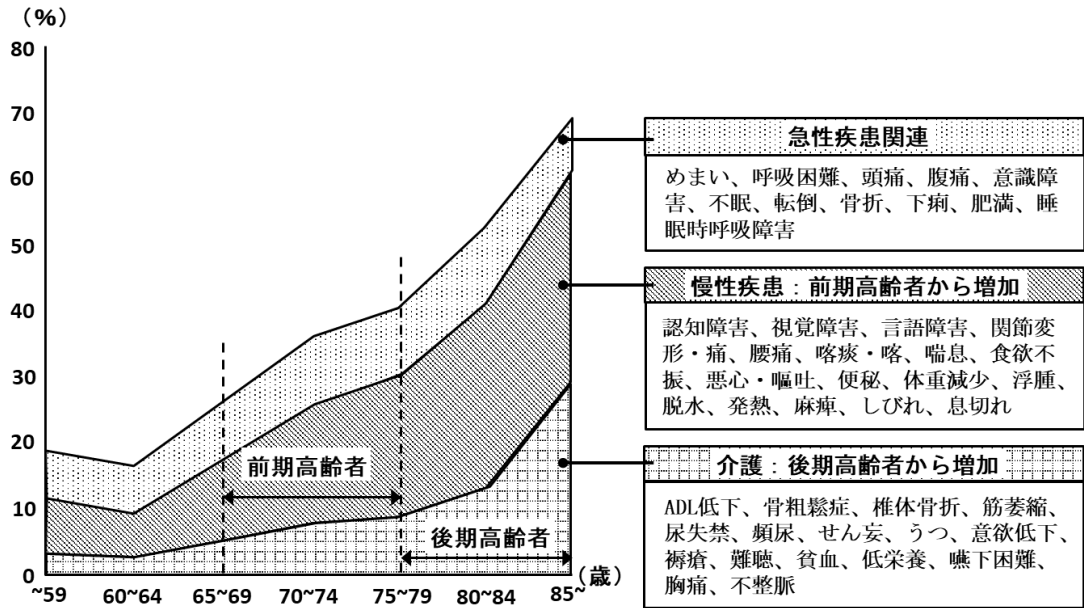


図2. 年代による全身状態の変化

(出所) 鳥羽研二：老年症候群と総合的機能評価，日本内科学会雑誌，98 (3)，p. 101-106，2009を引用

とは言えない状況にある。また、効果的なケアマネジメントを展開するためには、全体的な（包括的な）計画を策定する介護支援専門員と、個別援助計画を策定する個々の事業所の協働が必須となるため、個別援助計画の質向上に向けた対策も現在進められている。このように、個々の利用者のマネジメントに関係するすべての職種に対し「マネジメント力の機能強化」が求められている。

マネジメントプロセスは、①インテーク（本人・家族の意向確認）⇒②アセスメント⇒③課題抽出・整理⇒④要因分析⇒⑤ケアプラン原案作成⇒⑥関係者間での共有（サービス担当者会議）⇒⑦対策の検討・共有⇒⑧サービス提供⇒⑨モニタリング⇒⑩計画見直しなどで構成される。このプロセスにおいて、適切な対策が実行されるためには③課題抽出・整理におけるアセスメントの質が、ケアマネジメントの質向上に向けた重点課題の一つである。アセスメントは「解

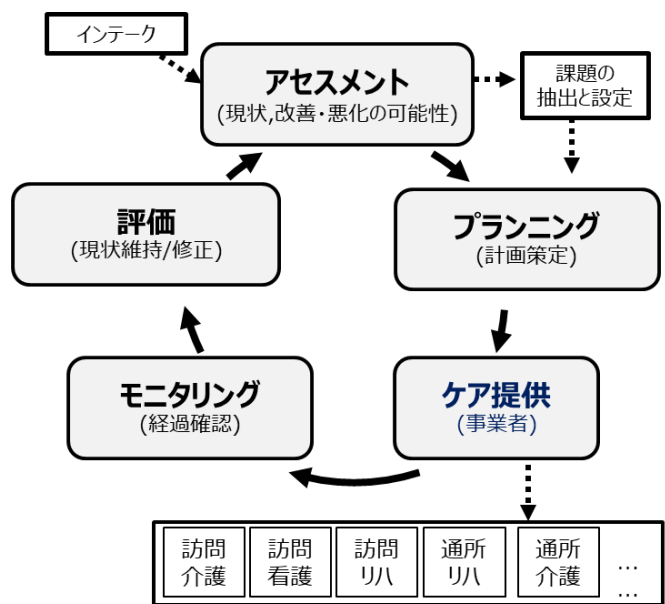


図3. マネジメントプロセス

決すべき課題」を把握するために重要なプロセスである。しかし、現状におけるケアマネジメントのアセスメントの多くは、「困っていること」「できないこと」を把握したあと、「課題」として整理せずに、すぐにこれらに対する解決策として「サービス提供」をケアプランに盛り込んでしまっている。アセスメントの質向上を目指したアセスメント内容には、「困っていること」「できないこと」の把握後、「課題整理」を行い、その課題や目標を導き出した思考プロセス、および

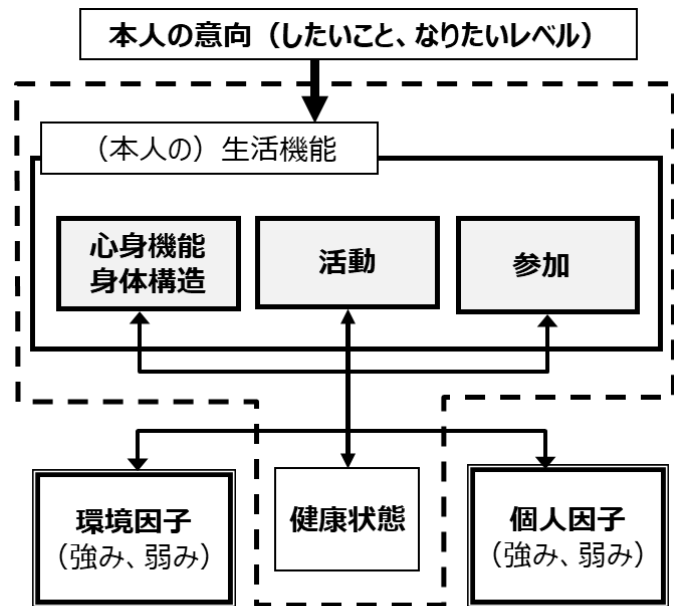


図4. . ICF (国際生活機能分類) の構成図

根拠を明確に説明できる要素が含まれる必要がある。このように質の高いアセスメントが可能となれば、サービス担当者会議においてもサービス計画（ケアプラン）の原案内容について、多職種による専門的な見地からの議論を行うことが可能となり、モニタリングにおいても目標の達成状況（課題の解決状況）を総括したサービス計画の見直しにもつなげることが可能となると考える。

そこで本研究では、以下の3つを目的として実施した。

第1目的：介護支援専門員におけるアセスメントの現状と課題把握

第2目的：介護支援専門員に必要なアセスメントの視点と多職種によるアセスメントの統合方法の基本的コンセプトの提案

第3目的：介護支援専門員のマネジメント力強化を目指した研修会の研修内容評価、および新たな「疾患別課題整理総括表」の作成・提案

2. 実施体制

1) 研究代表者

川越雅弘（大学院保健医療福祉学研究科・教授）

2) 研究分担者（学内メンバー）

田口孝行（理学療法学科・教授）、臼倉京子（作業療法学科・准教授）、柴山志穂美（看護学科・准教授）、丸山優（看護学科・准教授）、河合綾香（研究開発センター・研究員）、堀内まゆみ（研究開発センター・研究員）

3) 外部委員

伴正海（医師・横浜市立大学医学部）、阿部佳子（医師・日吉慶友クリニック）、柴崎智美（医師/教授、埼玉医科大学医学部）、金田光平（医師/助教、埼玉医科大学医学部）、磯野祐子（看護師、地域まるごとケアステーション川崎）、野上めぐみ（看護師・越谷市医療と介護の連携窓口）、神原舞子（理学療法士、株式会社ピュア・ハート訪問看護ステーション・青い空）、竹澤直城（理学療法士・とちぎメディカルセンター訪問看護ステーション）、茂木有希子（作業療法士、株式会社ハート&アート リハビリ&デイサービスダイアリー）、横山誠治（作業療法士、介護老人保健施設ハートケア市川）、山崎勇太（言語聴覚士、らいおんハート整形外科リハビリクリニック）、細谷治（薬剤師/准教授、城西大学薬学部）、阿久津勝則（薬剤師・株式会社アインホールディングス）、井上まや（管理栄養士、つくば栄養医療調理製菓専門学校）、白島智子（主任介護支援専門員、株式会社トータルサポート・ノダ）、佐々木千賀子（主任介護支援専門員、にじの里居宅介護支援センター）、野口祐子（教授・日本工業大学生活環境デザイン学科）、勝木祐二（准教授、日本工業大学生活環境デザイン学科、村上佑順（理事長、一般財団法人オレンジクロス）

3. 研究プロジェクトの進め方（表1）

研究事業1：介護支援専門員におけるアセスメントの現状と課題把握

介護支援専門員がケアプランの作成、および多職種連携のマネジメントを行うにあたって、アセスメントの実施方法（アセスメント項目と内容、課題の捉え方、課題整理の思考プロセス、専門職の活用方法等）の現状における具体的な課題を把握した。

このために、介護支援専門員とリハビリテーション専門職を対象とした脳卒中（脳血管疾患）とパーキンソン病のアセスメントで着目（重要視）する項目についてアンケート調査を実施した。また、多職種による検討会、および介護支援専門員等に対するヒアリングを実施し、介護支援専門員による質の高いアセスメントが実施されるうえでの課題（課題の捉え方、課題整理の思考プロセス、専門職の活用方法等）を抽出した。

研究事業2：介護支援専門員に必要なアセスメントの視点と多職種によるアセスメントの統合方法の基本的コンセプトの提案

把握された介護支援専門員におけるアセスメント実施方法の現状と課題を基にして、介護支援専門員がマネジメントする上で必要なアセスメントの視点の整理、および多職種と連携して「課題」の整理と根拠あるケアサービス導入に向けたアセスメントができることを目指した研修内容の基本的なコンセプトを導いた。

このために、多職種による検討会にて、介護支援専門員における「課題抽出」と「アセスメント」とを連結させる思考プロセスを理解しやすくするため、アセスメントの視点やポイントについて検討し、介護支援専門員に求められる思考プロセス、および多職種による統合アセスメントの概念の見える化（視覚化）を行った。また、多職種と連携協働したアセスメント（統合アセスメント）やケアプランの立案を可能とするための介護支援専門員が実施するアセスメント上の強化ポイントについて検討した。

研究事業3：介護支援専門員のマネジメント力強化を目指した研修会の研修内容評価、および新たな「疾患別課題整理総括表」の作成・提案

介護支援専門員に求められる3つの機能（包括的アセスメント機能、継続的ケアマネジメント機能、多職種連携における通訳機能）を実践の場で発揮できるマネジメント能力の開発・強化を目的としたテキスト・研修カリキュラムの作成と実際の試行研修会を通して、研修内容の評価を行った。

このために、医療専門職の学習プロセスとは異なる介護支援専門員の学習プロセスに馴染む**研修教材**（ビデオ教材を含む『疾患別アセスメント方法テキスト（パーキンソン病、脳梗塞）』）の作成と「**研修カリキュラム**」について検討した。また、作成した『疾患別アセスメント方法テキスト（パーキンソン病、脳卒中）』を用いて、研修カリキュラムに則った研修会を県関係部署及び県内職能団体の協力を得て試行的に開催し、介護支援専門員のマネジメント能力の開発・強化につながる研修内容であったか否かについて評価（アンケート調査、意見交換会）を行った。

さらに、これまでの総合的なまとめとして、介護支援専門員の「課題抽出」と「アセスメント」を連結させる思考プロセスの一助、および多職種と連携協働したアセスメントや根拠あるケアプラン立案（サービス導入）につながる**新たな「疾患別課題整理総括表」を提案**した。

表 1. 本研究プロジェクトの進め方

研究事業内容	研究事業の方法と内容
研究事業 1：介護支援専門員におけるアセスメント実施方法の現状と課題の把握	
1. アセスメントおよび現行研修の実態把握（課題の具体化が重要）	1) A 市の全会議支援専門員を対象として、アンケート調査を実施し、アセスメントの実施状況を確認した。 2) 多職種による事例検討会を定期開催し、介護支援専門員の現状における「課題抽出」と「アセスメント」に関する思考プロセスを確認した。 3) 主任介護支援専門員等へのインタビューおよび多職種による検討会を開催し、介護支援専門員のアセスメントの現状や実務研修会の方法・内容の現状と課題を把握した。
研究事業 2：介護支援専門員に必要なアセスメントの視点と多職種によるアセスメントの統合方法の基本的コンセプトの提案	
2. 課題とアセスメントの構造化と具体化	4) 介護支援専門員における「課題抽出」と「アセスメント」とを連結させる思考プロセスを理解しやすくするために、主な疾患（パーキンソン病・脳梗塞）についてのアセスメント内容およびそのポイント（視点・根拠・理由）を具体化した。 5) 介護支援専門員のアセスメントに関する実態把握、および実務研修会に関する現状把握の結果をもとに、介護支援専門員が実施するアセスメント上の強化ポイント（介護支援専門員向け研修会・使用テキストの基本コンセプト）を整理した。 6) 多職種による検討会にて、ICF6 要素を総合的に捉える課題領域およびアセスメント項目の全体像を構造化し、介護支援専門員に求められる思考プロセス、および多職種との統合アセスメントの概念を見える化（視覚化）した。
研究事業 3：介護支援専門員対象のマネジメント力強化を目指した研修会の研修内容評価、および新たな「疾患別課題整理総括表」の作成・提案	
3. 研修教材の作成	7) 介護支援専門員における「課題抽出」と「アセスメント」とを連結させる思考プロセスの獲得を目指して、主な疾患（パーキンソン病・脳梗塞）を有する患者に対する具体的なアセスメント項目を整理した「アセスメントシート」を作成し、研修教材（テキスト）、および視覚的理解を促すための疾患別の ADL 場面ビデオ教材を作成した。
4. 研修会の試行および評価	8) さいたま市介護支援専門員協会との共催として 2 回の研修会を開催した。また、研修会終了後の意見や要望を踏まえ、研修内容を再検討と「アセスメントシート」を再検討した「課題整理総括表」を作成した。 9) 研修会実施時のアンケート調査、研修会終了後の参加者の意見、1 ヶ月後の事後アンケート調査結果をもとに研修内容や方法に対する評価を実施した。

Ⅲ 研究事業の実施と成果

<研究事業1>

介護支援専門員におけるアセスメント実施方法の現状と課題の把握

1. 介護支援専門員とリハビリテーション専門職におけるアセスメント実施の際の着目項目に関する調査

介護支援専門員によるケアマネジメントにつなげる際のアセスメントにおける現状の課題について検討するために、介護支援専門員（n=83）とリハビリテーション専門職（n=89）を対象として、脳卒中（脳血管疾患）とパーキンソン病のアセスメントで着目（重要視）している項目についてのアンケート調査を実施した。

1) 脳卒中（脳血管疾患）における介護支援専門員とリハビリテーション専門職のアセスメント実施項目の差異（図5）

介護支援専門員がリハビリテーション専門職と比較して着目（重要視）している主なアセスメント項目は、「主介護者の介護内容や方法の確認（19.0ポイント増）」「処方内容・服薬状況の確認（17.8ポイント増）」「便秘の有無とその頻度（10.9ポイント増）」「1日・1週間の過ごし方の確認（5.5ポイント増）」であった。

一方、リハビリテーション専門職が介護支援専門員と比較して着目（重要視）している脳卒中の主なアセスメント項目としては、「脳の損傷部位や損傷の程度の確認（41.5ポイント増）」「心疾患・不整脈の有無と程度の確認（26.9ポイント増）」「血圧の状況とその変化の確認（24.2ポイント増）」「排尿回数、尿の変化の確認（23.2ポイント増）」「再発リスクの確認（14.1ポイント増）」「病型や発症原因の確認（12.0ポイント増）」「心身機能・ADL等の改善可能性の確認（10.7ポイント増）」「病前生活の確認（10.6ポイント増）」であった。

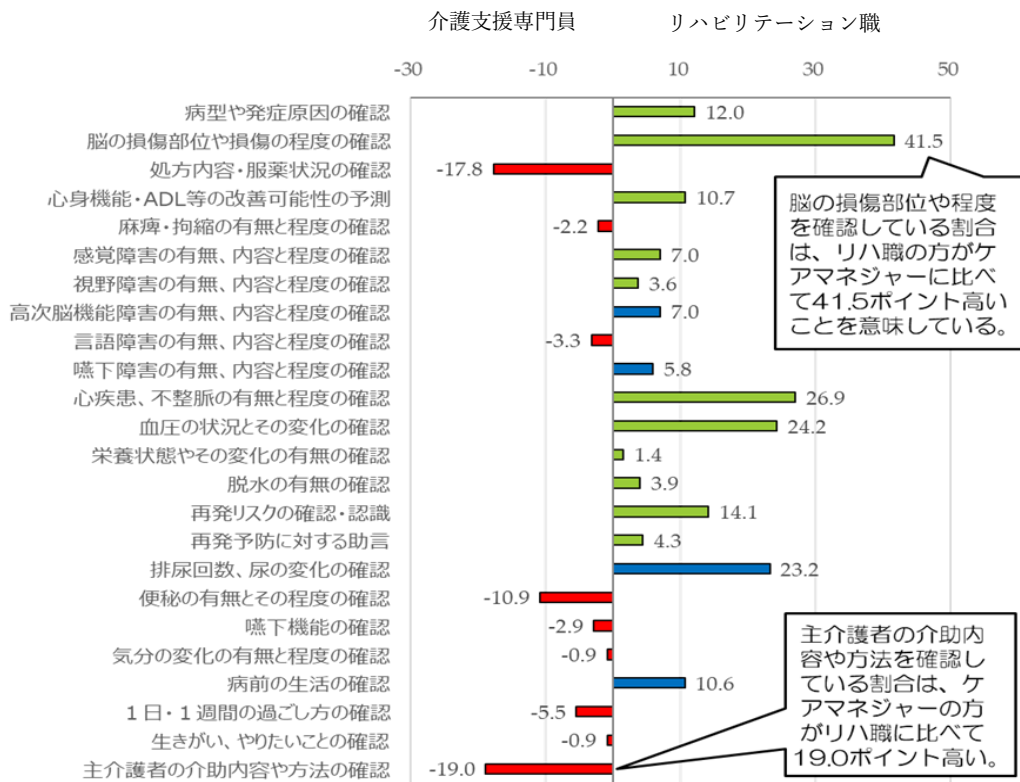


図5. 脳卒中（脳血管疾患）における介護支援専門員とリハビリテーション専門職のアセスメント着目（重要視）項目の差異

2) パーキンソン病における介護支援専門員とリハビリテーション専門職のアセスメント実施項目の差異（図6）

介護支援専門員がリハビリテーション専門職と比較して着目（重要視）している主なアセスメント項目は、「主介護者の介護内容や方法の確認（7.7ポイント増）」「栄養状態とその変化の確認（3.9ポイント増）」「嚥下機能の確認（3.1ポイント増）」「1日・1週間の過ごし方の確認（3.1ポイント増）」であった。

一方、リハビリテーション専門職が介護支援専門員と比較して着目（重要視）しているパーキンソン病の主なアセスメント項目としては、「ヤールの重症度の確認（46.8ポイント増）」「姿勢反射障害の確認（42.6ポイント増）」「症状記録の確認（40.5ポイント増）」「今後の進行具合の予測・確認（33.6ポイント増）」「姿勢変化の有無と程度の確認（27.8ポイント増）」「重症度に応じたサービス提供調整（18.4ポイント増）」「薬の効き目状況の確認（16.9ポイント増）」「薬が効いている状況でのサービス提供調整（16.5ポイント増）」であった。

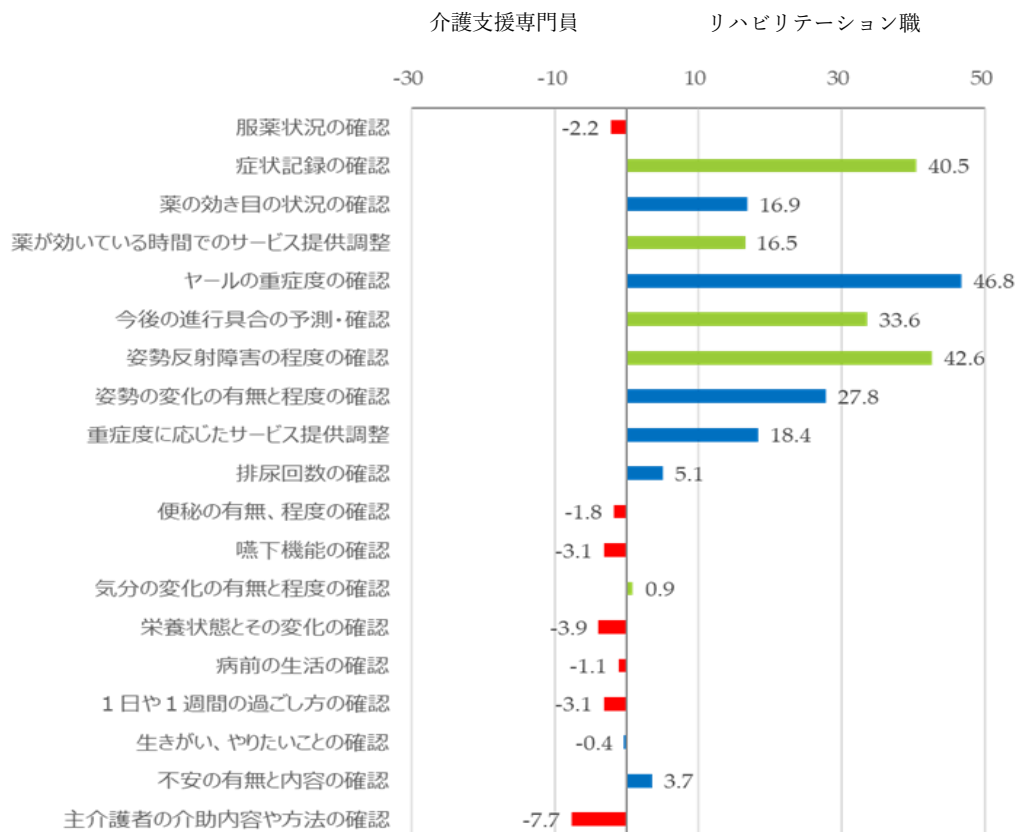


図 6. パーキンソン病における介護支援専門員とリハビリテーション専門職のアセスメント着目（重要視）項目の差異

3) 介護支援専門員とリハビリテーション専門職のアセスメント着目（重要視）項目の差異についてのまとめ

脳卒中（脳血管疾患）では、介護支援専門員はリハビリテーション専門職に比して、「介護支援」を中心としたケアサービス導入（ケアプラン立案）に必要な「服薬状況」「便秘状況」「1日・1週間の過ごし方」「介護状況」等に関するアセスメント項目に着目（重要視）していることが多岐にわたることが明らかとなった。しかし、介護支援専門員はリハビリテーション専門職に比して、主に「原疾患に関する状況把握」や「再発予防に関係する医療情報の確認」等の「医療的管理（リスクマネジメント）に関するアセスメント」、および「改善可能性・自立可能性に関するアセスメント」項目への着目（重要視）が少ないことが明らかとなった。

パーキンソン病では、介護支援専門員はリハビリテーション専門職に比して、脳卒中と同様に「介護支援」を中心としたケアサービス導入（ケアプラン立案）に必要な「便秘状況」「栄養状

態」「1日・1週間の過ごし方」「介護状況」等に関するアセスメント項目に着目（重要視）していることが多いことが明らかとなった。しかし、介護支援専門員はリハビリテーション専門職に比べて、「服薬管理」等に関する「医療的管理に関するアセスメント」や、「予後予測」「転倒予防」等のリスク管理も含めた「改善可能性・自立可能性に関するアセスメント」項目に着目（重要視）が少ないことが明らかとなった。

これからの調査結果から、介護支援専門員は「介護支援」に関するアセスメント項目については十分に着目した情報収集がなされていた。一方、「医療的管理（リスクマネジメント）に関するアセスメント」や「改善可能性・自立可能性に関するアセスメント」は、介護支援専門員にとって比較的着目されにくいアセスメント項目であることが明らかとなった。

この調査結果から導き出される介護支援専門員のアセスメント実施状況の課題としては、利用者が現在、介護支援が必要な「困っていること」への**直接的な介護・ケアサービス導入**を導き出すアセスメントが中心的に（偏って）行われてしまっていることがあげられた。また、「**改善可能性・自立可能性**」「**予後予測**」「**医療的管理（リスクマネジメント）**」については、着目したアセスメントがなされておらず、課題整理がなされにくく、リハビリテーション専門職を含めた**医療専門職に一任**してしまっているアセスメント実施状況であることが推測できた。そのため、ケアプラン立案・導入にあたって、「課題」の発見・整理・解決方法（サービス導入）を**総合的なアセスメント結果**から導き出す基本的な**ケアマネジメント思考プロセス**がなされにくいアセスメント実施となっている状況が考えられた。

2. 多職種検討会(含ヒアリング等)による介護支援専門員のアセスメント・多職種連携マネジメントにおける課題

ケアマネジメントに必要なアセスメント課題、および多職種が連携したサービスのマネジメントにおける「課題」を抽出・整理するため、外部委員を中心とした多職種による検討会を実施した。外部委員の参加者としては以下の通りである。

参加外部委員：阿部佳子（医師）、野上めぐみ（看護師・越谷市医療と介護の連携窓口）、井上まや（管理栄養士）、横山誠治（作業療法士）、茂木有希子（作業療法士）、白島智子（主任介護支援専門員）、磯野祐子（訪問看護師）、阿久津勝則（薬剤師）、竹澤直城、神原舞子（訪問理学療法士）

1) 介護支援専門員による質の高いアセスメントが実施されるうえでの課題の抽出

外部委員を中心とした多職種による検討会において、介護支援専門員による質の高いアセスメントが実施されるうえでの課題（アセスメント項目と目的(根拠)の理解、課題の捉え方、課題整理の思考プロセス、専門職の活用方法等）について検討した。検討会における議事録から下記のようにまとめられた。

<議事録のまとめ>

- ・本人が望んでいるゴール設定の必要性、および目指す姿（ゴール）と現状とのギャップの縮小化と拡大防止（ケアマネジメントの基本の確認）
- ・介護支援専門員は、関わる全職種の支援内容を把握し、本人・家族の意向や価値観を踏まえて、各専門職（主に医療専門職）が専門領域に特化した支援にならないよう「本人・家族のための自立生活支援」にひき戻す役目が重要（ケアマネジメントの基本の確認）
- ・ICF 分類に基づくアセスメントの視点において、リハビリテーション職は心身機能、活動、参加を重要視する傾向があり、介護支援専門員は環境因子（特に家族との関係）や個人因子を重要視する傾向あり（リハ専門職と介護支援専門員のアセスメント視点の相違）

- ・アセスメントする際、個別性が高い部分（環境・個人因子）と心身機能、活動、参加とを分離して考える思考の必要性（**介護支援専門員の課題整理思考の必要性**）
- ・介護支援専門員は、医療職のアセスメント内容について詳細に把握する必要は無いが、課題解決（支援）を目指すうえで、心身機能、活動参加状況をどの専門職に依頼・相談・確認・報告するのかを知る必要あり（**介護支援専門員の課題整理思考、専門職活用方法の重必要性**）
- ・「再発予防」などが課題としてあげられるが、医療専門職に任せる際にも医師や看護師、リハビリテーション専門職が何に注意を払い、何を重要視しているのか等の視点について介護支援専門員は理解する必要あり（**介護支援専門員の医療的管理思考の必要性**）
- ・医師等の医療職の対象は「病気」であるが、介護支援専門員の対象は「生活課題」であるという違いの理解が必要（**医療専門職と介護支援専門員の対象の相違**）
- ・介護支援専門員の基礎資格は介護・福祉職が約3分の2（約75%）を占めている。医療系専門職はベースとなる医療的知識を基にした課題抽出が可能であるが、介護・福祉系専門職は当然のことながら医療的知識が医療専門職と比較して不足しているため、このような課題抽出方法が馴染まない（**医療専門職と介護支援専門員の医療的管理における課題抽出方法の相違**）
- ・介護支援専門員は、「基本情報9項目（生活状況、主訴など）」及び「アセスメントに関する14項目」がアセスメントすべき標準項目として設定されているが、決められた項目をアセスメントすること自体が目的化している可能性がある（**介護支援専門員の思考プロセスの欠落、研修内容における課題**）
- ・再発予防は医療が行う部分であり、介護支援専門員としてできる範囲（通院確保、服薬確認）を行えばよいという意識や思考になっている可能性がある（**介護支援専門員の医療知識不足、医療専門職への依存**）
- ・「何をアセスメントすべきか」→「なぜアセスメントすべきか」→「その際に必要な医療的知識は何か」の順に研修内容を整理すべき（**介護支援専門員の課題抽出方法に合わせた研修内容の再考**）

3. 介護支援専門員におけるアセスメント実施方法の現状と課題のまとめ

ピーター・ドラッカーはマネジメントを「人と組織を活かして成果を上げること」と定義している。介護保険におけるケアマネジメントの目的は、人が望む自分らしい生活が送れるよう（＝成果）、本人の生活機能の維持・向上を出来るだけ支援することとされている。これによって、結果として要介護度の維持・向上にも貢献することができる。したがって、介護支援専門員には、「本人が望む自分らしい生活とは何か」を情報収集したうえで、①現状とのギャップの評価（課題の抽出）、②解決すべき課題の絞り込み（整理）、それら課題を生じさせている③原因の追求（課題分析）、そして課題改善／解決策の検討と実践を通じて、④「課題」を実際に改善・解決に向かわせる技術が望まれている。しかし、現状としては直接的に「困っている事柄」に対して、直接的に「何のサービスや支援を導入するか」をすぐに考えてしまう、いわゆる「当てはめ」のサービス提供の思考プロセスになってしまっているのが現状である。

医療が「疾患」を対象とするのに対して、マネジメントとは「課題」を対象とするものであり、「課題」とは望む姿と現状のギャップのことである。したがって、「利用者が望む姿の設定」が必須となる。その課題解決のための対策としては、①改善（課題の縮小）を目指すもの、②リスク回避により現状維持を目指すものがある。前者は現状を目指したい姿に近づけることで、課題の改善ないし解決を図るものである。一方、後者は課題が拡大するリスク（例：再発による生活機能低下）がある場合に、こうした事象が起きないようにするもの（いわゆるリスクマネジメント）である。

上述のことを前提として、ケアマネジメントに求められる機能は下記に示した3つである。

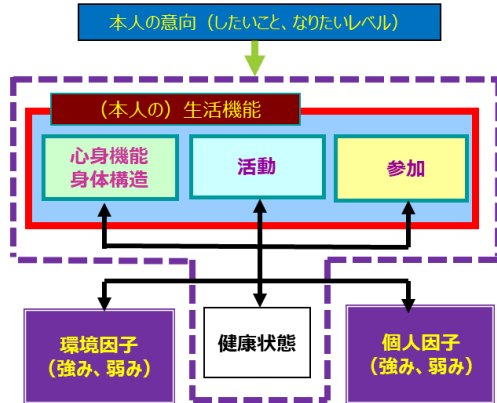
機能1 包括的アセスメント機能：国際生活機能分類（ICF）に沿った生活機能（機能／活動／参加）と関連3要素（健康状態／個人因子／環境因子）の包括的アセスメントの実施。

機能2 継続的ケアマネジメント機能：入退院時など、状態像や療養場所の時間的変化が起こる際の継続的ケアマネジメントの推進。

機能3 多職種相互理解を促すための通訳機能：多職種協働の目標や課題の共有、多職種間の情報や情報に対する認識の共有の推進。

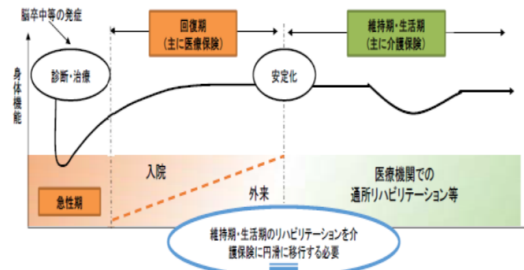
機能①：包括性

- ▶ 包括性には、
 - ①ICFの6要素を包括的に捉える
(人物と状態の全体像を俯瞰する)
 - ②課題解決に向け、サービスや支援を統合する
(専門職と非専門職による支援を融合する)
 といった側面がある。
- ▶ 専門職は、自身の「介入」に関連する部分を主にアセスメントする。必ずしも**全体像を見ている訳ではない。**



機能②：継続性

- ▶ 本人の状態像、意向・思いなどは時間経過とともに変化していく。こうした変化に寄り添いながら支援を適宜見直していく必要がある。
- ▶ 専門職の場合、提供体制が縦割り構造のため、限定された時期における関与となりがち（例：急性期／回復期／生活期に関わるリハ職は原則異なる）。
- ▶ **継続的関与が可能な職種は、ケアマネジャーと主治医のみ。従って、両者の連携は必須となる。**
- ▶ 継続的支援を適切に行うためには、①本人の状態像が今後どのように変化していくのか、②今後何が起こり得るのかなどの**見通し(イメージ)を持った上で対応が必要**となる。

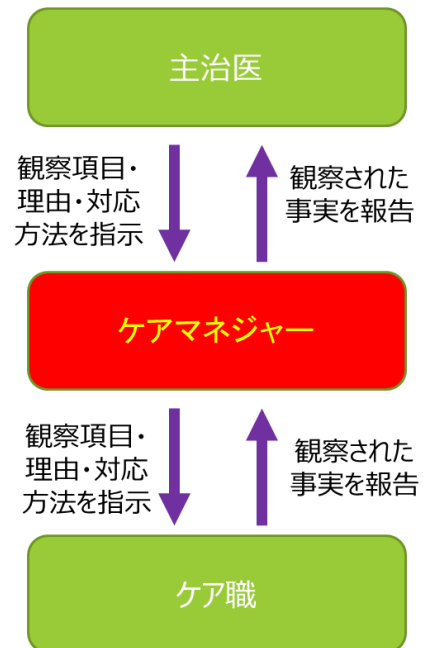


機能③：通訳機能

- ▶ **平時からの医療との連携強化**の観点から、「**主治医師等が適切な判断を行える**よう、訪問介護事業所等から**伝達を受けた利用者の状態**や、モニタリングの際にケアマネジャー自身が**把握した利用者の状態**等について、ケアマネジャーから主治医師等に必要な**情報伝達**を行う（主治医師等がケアプランに医療サービスを位置付ける）

※第152回介護給付費分科会(2017.11.22)

- ▶ 主治医とケア職の中間に位置するケアマネジャーには、適切な情報収集に対するケア職への指示と、客観的事実の主治医への報告機能が求められる。
- ▶ ただ、伝達には、①**報告レベル**（主治医からの指示をそのままケア職に伝える、ケア職から聞いたことをそのまま主治医に伝える）、②**通訳レベル**（指示された内容とその意図を理解し、ケア職がその意味を理解し、意識をもって観察しに行くといった行動に移せるように翻訳して伝える）がある。マネジメントの専門家であれば、本来、通訳レベルが期待されることになる。



今回の介護支援専門員とリハビリテーション専門職へのアンケート結果、外部委員を中心とした多職種による検討会、介護支援専門員へのヒアリングを通して、上記のケアマネジメントに求められる機能を実践に適用するための介護支援専門員におけるアセスメントに関する課題、および（疾患別）介護支援専門員実務研修の課題を捉えた。

1) 介護支援専門員におけるアセスメントに関する課題について

介護支援専門員は「基本情報 9 項目（生活状況、主訴など）」及び「アセスメントに関する 14 項目」（①健康状態、②ADL、③IADL、④認知、⑤コミュニケーション能力、⑥社会との関わり、⑦排尿・排便、⑧褥瘡・皮膚の問題、⑨口腔衛生、⑩食事摂取、⑪問題行動、⑫介護力、⑬居住環境、⑭特別な状況）が標準アセスメント項目として設定されている。

しかし、アンケート結果から、「医療的管理（リスクマネジメント）」「改善可能性・自立可能性」「予後予測」に関するアセスメント実施率は低く、この面についてはリハビリテーション専門職を含めた医療専門職に一任してしまっている実施状況であることが問題としてあげられた。たとえば脳梗塞患者について、介護支援専門員では脳梗塞の病型や梗塞に至った理由（リスクマネジメント）、重症度（改善可能性）などのアセスメント実施率が低い。この理由について、多職種による検討会、および主任介護支援専門員等にヒアリングにおいて、「決められた 14 項目はアセスメントしているが、脳梗塞の場合に何をアセスメントすべきか整理されていないし、研修等でも教わっていない」「決められた項目をアセスメントすること自体が目的化している可能性がある」「再発予防は医療が行う部分であり、介護支援専門員としてできる範囲（通院確保、服薬確認）を行えばよいという意識や思考になっている可能性がある」という意見が挙げられた。

これらのことから、**介護支援専門員におけるアセスメントに関する課題**については、以下の課題が仮説として挙げられた。

- ①本来は、「課題抽出（目的）」という目的を意識した上で「アセスメント（手段）」を行う必要があるが、国から指定された項目をアセスメントすること自体が目的化し、「**課題抽出**」と「**アセスメント**」の両者が連動していない（思考の分離）。つまり、介護支援専門員として「何をアセスメントすべきか」「なぜアセスメントすべきか」が整理されていない。
- ②アセスメントすべき項目は疾患によって異なるはずだが、それら**疾患別アセスメント項目の整理は行われていない**。（一方、疾患に関わらず、アセスメントすべき共通項目もあるはず）
- ③介護支援専門員の約 7 割は福祉系の専門をオリジナル専門職とする出身者であり、健康状態や疾患に関するアセスメント力が弱い傾向が認められる。また、介護支援専門員間でアセス

メント実施率に差が生じている現状がある。特に医療的管理に関するアセスメント実施率が相対的に低くなっている（医療職に依存）。

④介護支援専門員は、通常、約 30 例程度もの担当を抱えており、利用者と直接会う機会は少ない。そのため、ADL や IADL 等の状況を自身で確認する機会は少ない。また、訪問・通所リハでのリハビリテーション専門職の介入内容（場面）などを直接的に観察する機会、および療養場所による ADL 等の相違点を観察する機会も少ない状況にある。

ケアマネジャーの基礎資格

ケアマネジャーの主な保有資格

	保健師	看護師	准看護師	社会福祉士	介護福祉士	訪問介護員
2003年	3.5	30.4	7.2	6.5	32.6	12.8
2015年	0.9	9.6	3.3	11.1	59.3	3.3

出所）厚生労働省：「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業（結果概要）」、第129回介護給付費分科会、資料1-5、p.5より作成

2) 介護支援専門員実務研修の課題について

現在実施されている介護支援専門員の実務者研修会の流れを図 7 に示した。

介護支援専門員の実務研修体系、および実務研修ガイドでは、事例を用いた講義・演習を一体化させた研修方法にて、「ケアマネジメントプロセスを振り返ることより、各プロセスの意味と重要性を再確認し、自己の業務と照らし合わせて業務を振り返るようにする」ことが明記されている。現在の疾患別実務研修会の主な実施方法について、300～500 名の受講者の一斉集合研修会として実施され、研修会の前半に講義、後半に演習・事例検討が行われる。講義内容としては、医師や看護師による医療的知識についての講義「疾患の理解」がなされる。次いで、10～20 分間程度の講義内容の振り返りの後に、「ケアマネジメントの展開（演習・事例検討）」として「事例」が提供され、グループ（1 グループ 6 名程度）に分かれた事例ワークにて、ケアマネジメントプロセスに沿った「ケアプラン作成上のポイント＝寄り添う」を中心にグループ討議する一般的な「事例研究」的に実施されている。

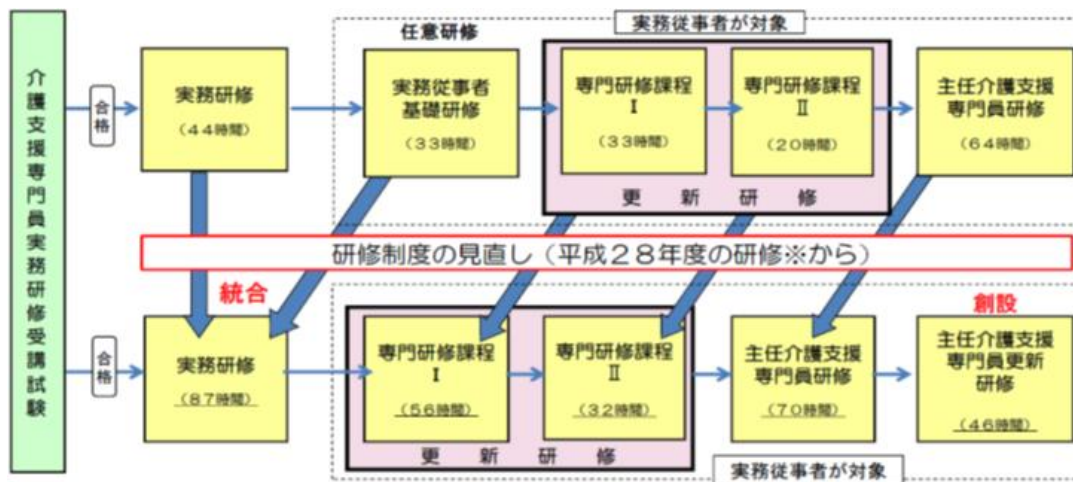


図7. 介護支援専門員の実務研修会の流れ

このような研修会について、多職種による検討会、および主任介護支援専門員等にヒアリングにおいて、「講義において、医師等の医療職の対象は「病気・疾患」であるが、介護支援専門員の対象は「生活課題」であるという違いの理解が必要」、「介護支援専門員は、医療職のアセスメント内容を詳細に把握する必要は無いが、課題解決（支援）を目指すうえでは知る必要あり」、「医療系専門職は医療的知識を基にした課題抽出が可能であるが、介護・福祉系専門職は医療的知識が不足しているため、このような課題抽出方法は馴染まない」「何をアセスメントすべきか・なぜアセスメントすべきか・その際に必要な医療的知識は何かの順に研修内容を整理すべき」などの意見が挙げられた。そこで、アセスメント力強化の視点からみた現行の介護支援専門員の実務研修の課題について、以下の課題が仮説として挙げられた。

- 講義は、医療専門職（医師・看護師等）による疾患を対象とした知識（主に治療のための医療知識）の習得に焦点が当たっており、その疾患を有する利用者について介護支援専門員が把握すべきアセスメントのポイントを解説するような内容にはなっていない。（ケアマネジメントを理解した上で、何を押さえるべきかの視点から講義が行われることはあまりない）
- 演習・事例検討（ケアマネジメントの展開（含アセスメント））は、事例検討形式で行われており、その進行において、個別性（個人因子、生活環境、個別の活動等）にアセスメントの視点が集中してしまう可能性が高く（一般化できる進行になっていない）、その事例から一般化されたアセスメントすべき項目を学ぶような事例検討（ケーススタディ）の進行になっていない。

<研究事業 2 >

介護支援専門員に必要なアセスメントの視点と多職種によるアセスメントの統合方法の基本的コンセプトの提案

1. 「課題」の発見・整理・解決方法の思考プロセスに必要と思われるアセスメント項目

本検討会では、「課題」の発見・整理・解決方法を結合させるための思考プロセスに必要と思われるアセスメント項目、および多職種が連携したサービス提供のマネジメントに必要と思われるアセスメント項目について検討した。

検討会にて、介護支援専門員が利用者の状況を「課題」としてとらえ、その課題解決のためのケアプラン立案、およびサービスの選定・導入への思考プロセスとして必要と思われるアセスメント項目やその根拠・アセスメントの視点について、外部委員を中心とした多職種から抽出した。脳梗塞について抽出された結果を**表 2**にまとめて示した。

多職種から列挙されたアセスメント項目を領域別、課題別に整理した。大きな領域としては、1. 再発予防、2. 日常生活活動の再構築、3. 生活環境の再構築、4. ケア体制・支援体制の構築という4領域に分類できた。また、それぞれの領域別に課題を分類したところ、1. 再発予防領域では、(1) 疾病管理・健康管理、(2) 症状管理、(3) 服薬管理、(4) 自己管理に分類できた。2. 日常生活活動の再構築では、(1) ADL (起居移乗移動動作・基本動作・ADLの自立)、(2) IADL、(3) 自己管理 (ADLの自立) に分類できた。3. 生活環境の再構築では、生活環境 (退院後の本人を取り巻く環境)、4. ケア体制・支援体制の構築では、(1) 本人の意向・希望・理解 (自己管理、生きがい・希望・意向・役割)、(2) 再発時の早期対応、(3) ケア体制/支援体制 (社会資源) に分類できた。

また、本検討会では、介護支援専門員が実施した (実施すべき) アセスメントから課題整理を経てケアプラン立案・サービス導入に必要な思考プロセスを構築できるようにするために、特に「アセスメントが必要な根拠 (理由) やアセスメントの視点」について重要視して整理した。

表 2. 脳梗塞におけるアセスメント項目 (例)

領域	課題	根拠 (理由) ・アセスメントの視点	アセスメント項目
1. 再発予防	1-1. 疾病管理・健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 重症度による再発リスク・予後 (見直し) への影響 再発リスク・予後に影響する発症原因・発症時の状況把握、現 ADL・症状等の把握 既往疾患・合併症 (高血圧・糖尿病・心疾患等) による再発・悪化リスクへの影響 再発・悪化リスクに影響する既往疾患・合併症の状況把握 口腔内状態による誤嚥性肺炎リスクへの影響 誤嚥性肺炎を含む口腔内感染リスクの把握 脱水による再発リスク、低栄養による体力やリハビリへの影響 再発リスク・体力低下に影響する水分・食事摂取の状況把握 生活習慣による再発リスクへの影響 入院前生活習慣を把握 	<p>梗塞巣・脳梗塞種類、初発・再発、発症時期と経過、意識レベル等</p> <p>高血圧、脂質異常、糖尿病、心疾患の有無、バイタルサイン等</p> <p>義歯の使用状況、適合性、口腔ケアの方法・頻度等</p> <p>水分・食事摂取量、食形態、摂取方法、皮膚状態、口渴等</p> <p>生活習慣 (飲酒・喫煙の有無・量・頻度、食習慣、栄養の理解、入院前運動習慣の有無等)</p>
	1-2. 症状管理	<ul style="list-style-type: none"> 障害による予後 (リスク・改善可能性) 現在の症状・障害から予後 (リスク・改善可能性) に関する情報収集・把握 随伴症状・合併症による ADL/QOL への影響 疾病に伴う症状や合併症の状況把握 コミュニケーション能力による支援方法の選択 意思疎通状況 (程度、手段、質、量) の把握 うつ症状・睡眠障害の併発リスク 精神・心理面の ADL への影響状況の把握 後遺症による嚥下障害の併発リスク 摂食・嚥下状況の把握 排泄障害 排泄 (尿・便) 状況の把握 	<p>障害部位、運動・感覚障害、言語障害、高次脳機能障害、失調、視野障害等</p> <p>障害の予後予測 (リハビリ等での回復の見込み)</p> <p>疼痛、しびれ、ふらつき、場所、程度、認知症、うつ、褥瘡、排尿障害、脳血管性パーキンソン症候群、てんかん等</p> <p>失語、構音障害、認知機能 (長谷川式・MMSE)、意思伝達方法、コミュニケーションの質 (会話・応答、量、機会) 等</p> <p>睡眠障害 (昼夜逆転、夜間せん妄、睡眠時間、熟睡程度、睡眠薬服用等)、精神・心理面 (気力低下・うつ状態等)</p> <p>むせの有無、食べこぼしや流涎等</p> <p>排尿・排便、尿意、カテーテル、オムツ使用、便秘等</p>
	1-3. 服薬管理 (服薬管理・副作用管理)	<ul style="list-style-type: none"> 服薬による再発・悪化への影響 (再発・悪化予防) 服薬コンプライアンスの把握、服薬管理指導の必要性 副作用による体調悪化の早期発見 副作用の状況把握 	<p>服薬の種類・容量・用法、管理者 (かかりつけ薬局等)、嚥下状態等</p> <p>食欲不振、倦怠感、発熱、空咳、浮腫、皮膚湿疹、血液データ等</p>
	1-4. 自己管理 (疾病理解・再発予防理解・生活習慣の再構築)	<ul style="list-style-type: none"> 医師の説明内容と本人・家族の理解内容の差異による目標設定・再発予防策・異常の早期発見への影響 再発・悪化予防、生活習慣再構築についての本人・家族理解の把握 	<p>疾病・予後の理解、定期的診察、血圧測定 of 必要性理解、随伴症状・合併症の理解、生活習慣上の課題の認識、課題解決に対する意欲等</p>

2. 日常生活活動の再構築	2-1. ADL (起居移乗移動動作・基本動作の自立、ADLの自立) 2-2. IADL 2-3. 自己管理 (ADLの自立)	<ul style="list-style-type: none"> 運動麻痺等による起居移動動作・基本動作・ADLへの影響 (生活目標設定・支援内容) 発症前後の可能動作の差異把握 (できる動作とできない動作の把握) 運動麻痺等による生活関連動作への影響 (生活目標設定・支援内容) 発症前後の可能動作の差異把握 (できる動作とできない動作の把握) リハビリへの取り組み・予後への影響 (目標設定) 普段の生活動作の実施状況と受け入れ状況の把握 	運動機能 (麻痺・バランス能力の程度)、起居移乗動作 (起き上がり、立ち上がり、ベッド-車椅子間移乗、座位・立位保持)、移動動作 (屋内・屋外、歩行・車椅子操作等)、ADL (排泄・食事・整容・更衣・入浴動作等) の可否 (含方法) 等 掃除、調理、洗濯、金銭管理、買い物等の習慣や方法
3. 生活環境の再構築	生活環境 (退院後の本人を取り巻く環境)	<ul style="list-style-type: none"> 在宅生活環境の適否、転倒・転落リスクへの影響 住宅改修・福祉用具導入の必要性、周辺環境の状況、転倒・転落リスクの把握 	住環境 (戸建て・集合住宅の別、玄関・居室・寝室・トイレ・浴室の間取りや段差、床材・床の状況、手すり設置の可否等)、立地環境 (近隣店、交通手段、最寄り駅等)、
4. ケア体制 / 支援体制の構築	4-1. 本人の意向・希望・理解 (自己管理、生きがい・希望・意向・役割) 4-2. 再発時の早期対応	<ul style="list-style-type: none"> 本人の生きがい・希望・役割、生活意欲の目標設定・サービス選択への影響 廃用症候群の予防 病識・疾患理解・意欲、今後の希望、社会参加に関する把握 異常の早期発見、重症化予防 疾患理解、再発症状・急変時の対応の理解度の把握 	病識・疾患理解 (医師の説明理解、機能回復への拘り・意欲、生活習慣改善への認識・意欲)、今後の生活への意思表示、趣味、生活リズム、家庭内役割、人と会う機会等 再発症状 (顔のゆがみ、ろれつ、手足に力が入らない、身体が片側に倒れる等) の理解・観察、急変時対応の理解、意思の説明の理解
	4-3. ケア体制 / 支援体制 (社会資源)	<ul style="list-style-type: none"> 具体的支援体制・社会資源の具体的導入 本人・家族の支援必要性の理解、介護力、家族関係、地域資源の把握 	意思の説明理解、家族介護力・意欲・負担感、家族の本への期待・希望、社会資源導入に対する意向 (期待・拒否)、キーパーソン、家族構成、家族の生活リズム、親戚関係、金銭的資源、社会資源の受け入れ状況等

2. 介護支援専門員向け研修会の基本コンセプト

前述までで提示した介護支援専門員におけるアセスメントに関する課題、介護支援専門員実務研修の課題を基にして、ケアマネジメントに求められる3つの機能（機能1：包括的アセスメント機能、機能2：継続的ケアマネジメント機能、機能3：多職種連携における通訳機能）を実践で最大限に適用できるようにするため、**介護支援専門員のアセスメント力強化を目的とした研修内容の基本コンセプト**が挙げられた。

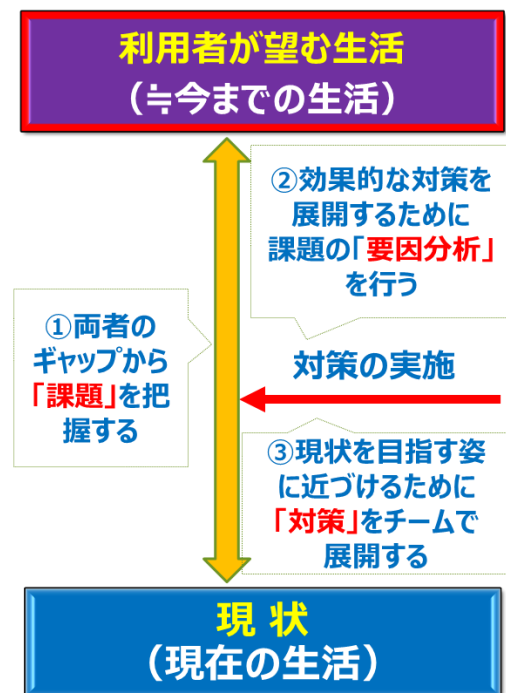
- ①「課題抽出（目的）」と「アセスメント（手段）」の両者をつなぐ一般化された思考プロセスを獲得させることが最重要課題である。この思考プロセス獲得のポイントは、「課題」に対して①何をアセスメントすべきか、②なぜアセスメントすべきなのかを一般化して理解させる（個別性は基本的に除外）ことである。
- ②「国際生活機能分類（ICF）」に沿った「基本情報9項目（生活状況、主訴など）」「アセスメントに関する14項目」のアセスメント項目（全体把握のための統合アセスメント）と、それらを総合的に捉えて抽出する「課題」の構造化が必要であると思われた。
- ③アセスメント項目には、①疾患によって異なるもの、②疾患に関わらず共通するものがあるため、主な疾患別にアセスメント項目とアセスメント根拠を学習できる必要がある。
- ④一連のケアマネジメントプロセス（①本人の意向確認⇒②アセスメントに基づく課題抽出⇒③ケアプランの原案作成⇒④要因分析⇒⑤対策の検討・共有・実施⇒⑥モニタリング⇒⑦計画修正など）において、介護支援専門員のICF6要素を総合的に捉える力（統合アセスメント力）の向上に資する研修内容とする必要がある。
- ⑤介護支援専門員が実際の専門職の介入場面を観察する機会が少ないことに対して、ADL等におけるアセスメント項目の必要性（①何をアセスメントすべきか、②なぜアセスメントすべきなのか）を認識させる研修方法の一つとして、実際の（模擬的）映像を用いた学習方法が有用であると考えた。

3. アセスメント項目（全体把握のための統合アセスメント）と課題の構造化のための概念図の提案

ケアマネジメントが目指す本来の目的は、生活課題の解決・改善を図ることである。疾患による生活機能や状態変化に伴って生じた以前の生活と現在の生活のギャップ、本人の望む生活・目指す姿（ゴール）と現状とのギャップ（＝生活課題）の最小化または拡大防止を目指すものであると考えられる。解決（ギャップの最小化または拡大防止）のためのマネジメントの方法としては、①「現状」を「利用者が望む姿」に近づける（改善策／解決策）、②「現状」と「利用者が望む姿」のギャップの拡大を防ぐ（リスクマネジメント）が挙げられる。これらの方法をケアマネジメントの視点から整理し直すと、①現在の「心と体／生活／環境／支援体制」を適切な状態に整える、②身体に起こる可能性が高い「リスク」に備える、とすることができる。

したがって、マネジメントの対象の枠組みとしては、下記のように分類・整理できる。

課題の捉え方と要因分析・対策の関係性



I. 心身の状態／生活／環境／支援体制を「整える」

課題1：心と体を整える（呼吸、循環、生活リズム、睡眠、不安など）

課題2：日常生活を整える（基本動作、IADL・ADL、役割など）

課題3：生活環境を整える（住環境、ケア環境など）

課題4：支援体制を整える（専門職・非専門職による支援体制）

II. 身体に起こるリスクに「備える」

課題5：悪化予防・再発予防（転倒・機能低下・再発・合併症の予防など）

基本的に生活課題の抽出には ICF 分類が採用され、各領域における情報収集（アセスメント）が行われ、総合的な課題整理がなされた結果として、生活課題（ニーズ）の抽出、ケアプラン立案が行われる。しかし、今回の「リハビリテーション専門職と介護支援専門員におけるアセスメント実施状況の差異、および「多職種による検討会議の結果」でも明らかなように、医療専門職は ICF 分類における「健康状態」「心身機能・身体構造」「活動・参加」に着目し、また、介護支援専門員は実務研修会での研修状況でも明らかなように「環境因子」「個人因子」に着目する傾向が確認された。さらに、介護支援専門員では、「国際生活機能分類（ICF）」に沿った「基本情報 9 項目（生活状況、主訴など）」「アセスメントに関する 14 項目」をアセスメントしてはいるが、それらを総合的に捉えて「課題」を抽出する思考プロセスが獲得されていないことが明らかとなった。

そこで、ICF 分類における各 6 領域のアセスメント領域を総合して、介護支援専門員が全体像を把握しやすく、具体的な生活課題を抽出しやすい形として「解決すべき課題領域（ニーズ）」を明確にした統合アセスメント（全体像把握）の概念図を作成して見える化（視覚化）した（図 8）。

この概念図を提示することによって、介護支援専門員における「課題抽出（目的）」と「アセスメント（手段）」の連結関係や位置づけを提示でき、「ケアプラン立案・導入」への思考プロセスの一助なることを期待している。

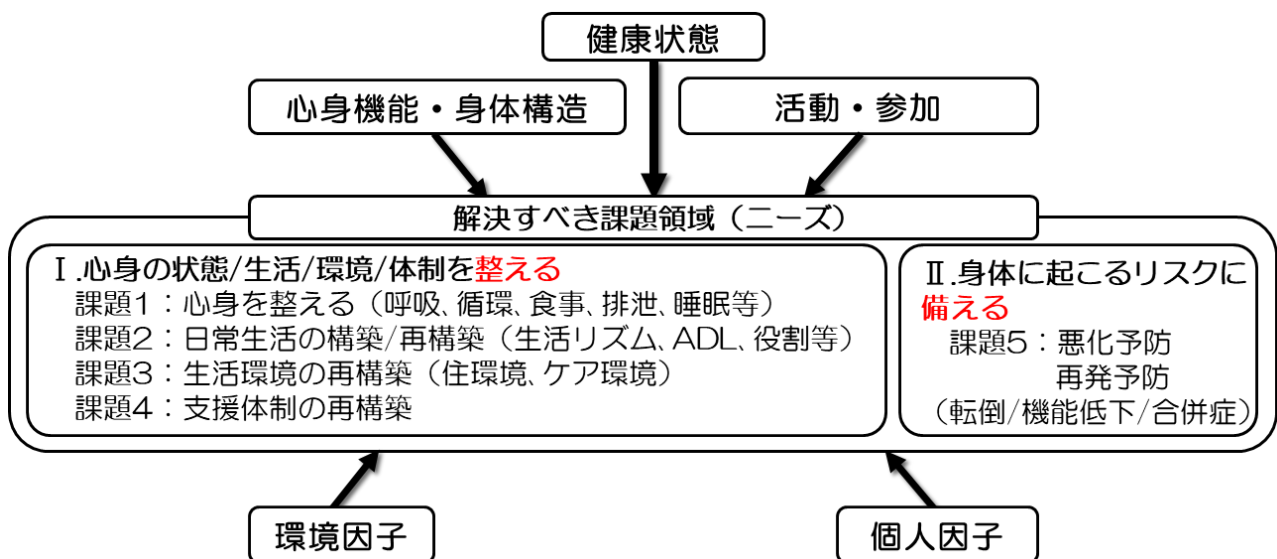


図 8. 統合アセスメント（全体像把握）の概念図

4. 統合アセスメントに向けたアセスメントシートの提案

介護支援専門員は、利用者の問題点や課題に対して直接的に介入することはなく、利用者の課題解決に向けた専門職介入のマネジメントをすることに役割の本質がある。その際、**専門職と連携協働したアセスメント**も必要となる。このアセスメントにおいて、実際の介入に必要な専門職による詳細なアセスメント内容を理解する必要はない。しかし、**専門職が何をアセスメントし、予後（見通し）をどのように捉え、目標をどこに置き、どのような介入を選択したか**について、**把握（理解）**したうえでマネジメントすることで、「課題分析」「要因分析」を経由した利用者の「課題解決」プロセスに向かうことができる。この**思考プロセス、および専門職と連携した具体的な行動例**を以下に示した。この行動の習慣化が必要であると考えている。

①できないことの発見

②介護支援専門員によるアセスメントに基づいて、できない理由を分析

※および、専門職に尋ねる、**専門職によるアセスメントを依頼**

③専門職によるアセスメント結果を踏まえて、「できないこと」を解決すべき課題領域（ニーズ）の「課題」として**把握（課題抽出）**

※課題抽出のために、**専門職に対して質問（含ディスカッション）**する

④課題解決の方法を探る（**専門職への質問、専門職からの助言**）

⑤「**課題解決**」に向けたサービスの選定・導入

※「できないこと」を「してくれる」サービスの選定・導入では無いことに注意

⑥**モニタリング（専門職にアセスメントを依頼）**

※「サービスが上手く実施できているかどうか」ではないことに注意

※**専門職によるアセスメント結果も踏まえて「課題解決」されているかを確認**

このような**思考プロセス、および専門職と連携協働したアセスメント**ができるように統合アセスメントの概念図を基に「アセスメントシート」（案）を作成した。概念図の「環境因子」「個人因子」は個別性が高く、一般化が困難なため、シートの項目から除外した。

パーキンソン病の利用者に対する「アセスメントシート」(案)

本シートは、3つの課題（心身の状態を整える、日常生活の構築/再構築、身体に起こるリスクに備える）における問題を明確化し、各専門職から対応策を引き出すために、介護支援専門員として最低限アセスメントすべき項目を整理したものです（※個性の高い「個人因子」や「環境因子」は、これと別に把握）

アセスメント項目	チェック欄
【課題 1】心身の状態を整える	
1：自律神経のバランス悪化による影響への対応	
①便秘の有無	<input type="checkbox"/>
②頻尿の有無	<input type="checkbox"/>
③起き上がりや立ち上がり時の“めまい”や“ふらつき”の有無	<input type="checkbox"/>
④睡眠不足の有無	<input type="checkbox"/>
2：精神面への対応	
①活動意欲の低下の有無	<input type="checkbox"/>
②不安な様子の有無	<input type="checkbox"/>
③幻覚や妄想の有無	<input type="checkbox"/>
④認知症症状の有無	<input type="checkbox"/>
【課題 2】日常生活の構築/再構築	
1：適切な服薬コントロールの実現	
①処方薬の種類と用法	<input type="checkbox"/>
②動けない時間（無動）	<input type="checkbox"/>
③ジスキネジア（不随意運動）の有無	<input type="checkbox"/>
2：歩行動作/ADL・IADL/活動性の維持	
①小刻み歩行（小さい歩幅の歩行）の有無	<input type="checkbox"/>
②すくみ足（歩いている途中で止まってしまう）の有無	<input type="checkbox"/>
③突進歩行（前のめりに突っ込むような加速した歩行）の有無	<input type="checkbox"/>
【課題 5】身体に起こるリスクに備える	
1：転倒予防	
①転倒の有無・頻度	<input type="checkbox"/>
2：重症度の進行予防	
①発症時期及び経過期間	<input type="checkbox"/>
②ふるえ（振戦）の有無	<input type="checkbox"/>
③転倒しそうになった経験の有無	<input type="checkbox"/>
3：二次的合併症の発症予防	
①むせ、痰がらみの有無	<input type="checkbox"/>
②食事摂取量の減少・体重減少の有無	<input type="checkbox"/>
③褥瘡の有無	<input type="checkbox"/>
④発熱の有無・頻度	<input type="checkbox"/>

脳梗塞の利用者に対する「アセスメントシート」(案)

本シートは、3つの領域（心身の状態を整える、日常生活の構築/再構築、身体に起こるリスクに備える）における問題を明確化し、各専門職から対応策を引き出すために、介護支援専門員として最低限アセスメントすべき項目を整理したものです（※個別性の高い「個人因子」や「環境因子」は、これと別に把握）

アセスメント項目	チェック欄
【課題1】心身の状態を整える	
1：適切な健康管理の実現	
①血圧のコントロール状況（目標値、変動の有無、定期的測定の有無）	<input type="checkbox"/>
②便秘・下痢の有無	<input type="checkbox"/>
③口腔内出血・舌苔の有無	<input type="checkbox"/>
2：精神面への対応	
①不安やストレスの有無	<input type="checkbox"/>
②うつ症状の有無	<input type="checkbox"/>
③認知症状の有無	<input type="checkbox"/>
【課題2】日常生活の構築/再構築	
1：適切な生活習慣の実現（見直し） ※食事／睡眠／運動／禁煙／適度な飲酒	
①過食・粗食傾向の有無	<input type="checkbox"/>
②塩分過多・栄養バランス不良傾向の有無	<input type="checkbox"/>
③水分摂取量の把握	<input type="checkbox"/>
④脱水症状の有無	<input type="checkbox"/>
⑤体重変化の有無	<input type="checkbox"/>
⑥運動（リハビリ、散歩など）実施の有無	<input type="checkbox"/>
⑦適量の飲酒／禁煙の順守状況	<input type="checkbox"/>
⑧睡眠不足の有無	<input type="checkbox"/>
2：機能／ADL・IADLの維持・向上	
①機能障害の有無（麻痺／感覚／嚥下／半側空間無視／高次脳機能など）	<input type="checkbox"/>
②ADL障害の有無（尿失禁／更衣／食事など）	<input type="checkbox"/>
【課題5】身体に起こるリスクに備える	
1：再発予防と早期発見・早期対処（生活習慣の見直し、および服薬管理と連動）	
①以前発症した脳梗塞のタイプの確認（ラクナ梗塞・アテローム血栓性・心原性）	<input type="checkbox"/>
②以前発症した脳梗塞の原因の把握（高血圧・糖尿病・脂質異常症・心疾患等）	<input type="checkbox"/>
③一過性脳虚血発作（TIA ^{注1} ）の有無	<input type="checkbox"/>
④定期受診の有無	<input type="checkbox"/>
⑤処方通りの服用の有無	<input type="checkbox"/>
⑥再発予防・早期発見・早期対処に対する本人・家族の認識	<input type="checkbox"/>
2：合併症の発症予防と早期発見（誤嚥性肺炎、廃用症候群、褥瘡、尿路感染、心不全など）	
①むせ・痰がらみの有無	<input type="checkbox"/>
②発熱の有無	<input type="checkbox"/>
③起き上がり時のめまいや立ちくらみの有無	<input type="checkbox"/>
④動悸・息切れ・胸の痛み、むくみの有無	<input type="checkbox"/>
⑤褥瘡の有無	<input type="checkbox"/>

注1) 一過性脳虚血発作とは、以下の症状（※）が一時的に発生した後、症状が消失することを指す
 ※呂律が回らない、言葉が出ない、口がうまく閉められない、顔に歪みが出る、片方の手足に力が入らない、視野が狭くなる、物が二重に見える、人の言うことがうまく理解できない、思ったように字が書けないなど

<研究事業3>

介護支援専門員のマネジメント力強化を目指した研修会の研修内容評価、 および新たな「疾患別課題整理総括表」の作成・提案

1. 介護支援専門員対象の研修会プログラムの構築と研修教材の作成

介護支援専門員における「課題抽出（目的）」と「アセスメント（手段）」を連結させる思考プロセスの獲得、多職種と連携協働した質の高いアセスメント、およびマネジメントができる技能の獲得を目指して、研修会プログラムを構築し、それに即した研修教材（テキスト）、疾患別（パーキンソン病、脳梗塞）アセスメントシート、および視覚的理解を促すための疾患別の模擬的ADL場面ビデオ教材を作成した。

本研究において、医療知識（疾患・障害の特徴）を学習させたいうえで、アセスメントの必要性とアセスメント項目を提示して、課題抽出につなげる技術的合理性（Technical rationality：Donald A. Schön）を求めた学習方法（いわゆるボトムアップ的な学習方法）は、福祉系の専門を基礎資格に持つ多くの介護支援専門員には馴染まないことが明らかとなった。この学習方法では、例えば医療的知識として「血圧チェック」のアセスメント項目が上がったとしても「再発予防」という「生活課題」の抽出には至らず、したがって「課題」の要因分析もなされず、「医療専門職が関わるサービス導入は何か」という短絡的かつ医療専門職に依存的なケアプラン立案に至ってしまう危険性が高い。

そこで、今回の研修テキスト作成においては、疾患別によくある具体的課題（障害）を設定した上で、「何をアセスメントすべきか」⇒「なぜアセスメントすべきか」⇒「必要な医療情報は何か」の順の学習方法（いわゆるトップダウン的な学習方法）になるよう構成を検討した。例えば、「再発予防」という具体的な課題を提示し、「何をする必要があるのか」、「何の情報を収集すべきか」、「なぜその情報を収集すべきか」「どの専門職と連携すべきか」の順に学習する構成とすることに務めた。

2. 研修会プログラムの目的と実施方法

介護支援専門員を対象とした本研修会は、「アセスメントと実践をつなぐケアマネジメント研修会」と題して、パーキンソン病と脳卒中（脳梗塞）の2疾患を題材とした2回シリーズで実施する構成とした。

研修会プログラムについて、主な研修目的としては、「疾患に応じたアセスメント項目とその理由の理解等を通じて、「課題」と「アセスメント」の連動を図り、その結果として、介護支援専門員の実践的なアセスメント力と連携力の強化を図る」とし、「疾患とアセスメントポイントの両者をつなぐことに力点を置いた」研修会とすることを目指した。

第1回研修会（12月21日）では、第1部で「マネジメントの基本」について解説し、第2部で「事例から学ぶ具体的アセスメント（パーキンソン病）」の事例検討を実施した。

第1回の研修会終了後、研修内容についての一部の参加者との意見交換、研究班の会議にて振り返り（リフレクション）を行い、第2回研修会内容について再検討した。

第2回研修会（1月11日）では、この研修会からの参加者への考慮、および前回参加者の復習も兼ねて、第1部で「マネジメントの基本」と「パーキンソン病のアセスメントの振り返り（復習）」を実施した。続いて、第2部で「事例から学ぶ具体的アセスメント（脳梗塞）」の事例検討を実施した。

埼玉県立大学・さいたま市介護支援専門員協会共催

アセスメントと実践をつなぐ ケアマネジメント研修

理解しやすく、思考がつながり、明日からの実践に生かせる
《ケアマネジャーの行動変容》を目指しませんか！

✦利用者さんの課題（ニーズ）に対するアセスメントポイントについて
ビデオを見ながら具体的に学べます。「どこをみるのか」「なぜみるのか」
利用者さんをイメージしながら学ぶことができます。

40名
（申込み順）


第1回	総論とパーキンソン病 令和元年12月21日（土）10時～16時半 埼玉産産研修センター会議室200（JR浦和駅より徒歩10分）
第2回	総論と脳梗塞 令和2年1月11日（土）10時～16時半 北浦和ターミナルビル3階・カルタスホール第1会議室 （JR北浦和駅より徒歩2分）

講師：埼玉県立大学大学院・研究開発センター 教授 川越 雅弘
埼玉県立大学 保健医療福祉学部 准教授 柴山 志穂美

*1回のみ単発の参加も可能です。

アンケート調査について
本研修は、埼玉県立大学プロジェクト「統合アセスメントの推進に関する研究」の一環として実施するものであり、アンケートを通して研修プログラムの効果を検証し、今後の介護支援専門員教育に貢献したいと考えております。詳細はアンケート調査にご協力頂く際に改めてご説明致しますが、本プロジェクトの主旨をご理解のうえご参加下さい。なお、謝金等は発生しませんのでご了解下さい。

お申込み HPお申込みフォーム、メール、またはFAXで、お申込みください。
HP: <https://business.form-mailer.jp/fms/25663546103391>
E-Mail: Research_c@sou.ac.jp TEL・FAX: 048-973-4362



問い合わせ先 埼玉県立大学研究開発センター（上記E-Mailまたは電話番号へ）
※メールアドレスは、シンポジウムやセミナー等のご案内に利用させていただく予定です

1) 第1回 アセスメントと実践をつなぐケアマネジメント研修会（パーキンソン病）

<第1回 研修会次第と内容>

日 時：2019年12月21日（土）10:00～16:30

会 場：埼玉建産連研修センター会議室 200

参加者：介護支援専門員 17名（平均経験年数：11.9年）

	内容	担当
オリエンテーション(10分)	研修にいたる経緯・研修目的、研修会実施の流れ	川越
講義(70分)	第1部「マネジメントとその基本」 アセスメントの全体像」把握のための概念図の解説	川越 柴山
演習・解説(35分)	・解決すべき課題の具体化、要因分析(と対策) 例) 自宅で入浴できない～週2回デイサービス入浴	柴山
講義・動画(35分)	第2部「事例から学ぶ具体的アセスメント（パーキンソン病）」 ・パーキンソン病の具体的アセスメント、進行性疾患のイメージ 把握	柴山
動画・演習（50分） 発表(15分)	グループワーク1:「何をみるか」（パーキンソン病の利用者の気 になるところ、見るべき視点を考える） グループワーク2:「見るべき視点」の共有～分類	柴山
講義(30分)	・専門職のアセスメント1（リハビリ職の視点：運動性症状の解 説、アセスメントチェックリスト（重症度別））	臼倉
講義(25分)	・専門職のアセスメント2（看護職の視点：非運動性症状、アセ スメントチェックリスト（重症度別））	柴山
まとめ(10分)	専門職のアセスメントを統合、まとめ	川越

※研修会終了後、一部の受講者と研修内容に関する意見交換会

<第1回研修プログラム（パーキンソン病）内容の概略>

第1部 マネジメントの基本

マネジメントに求められる機能（包括的アセスメント機能、継続的ケアマネジメント機能、多職種連携における通訳機能）について解説。

ケアマネジメントの現状における問題点（課題設定の考え方、抽象的な課題設定、要因・課題分析の適切性、課題解決策の展開、主治医の指示内容の理解、具体的サービスの導入、経過や見通しのイメージ化等）について解説。

ICF分類の各アセスメント領域を総合して、アセスメントの全体像を把握し、「解決すべき課題領域（ニーズ）」を明確にした統合アセスメント（全体像把握）の概念図について解説。

第2部 事例から学ぶ具体的アセスメント「パーキンソン病」

I. パーキンソン病の利用者のケアマネジメントのポイント

介護支援専門員のアセスメントで押さえるべき疾患の特徴（難病、進行性、慢性的経過等）について解説し、統合アセスメント（全体像把握）の概念図に沿って、課題解決に向けたケアマネジメントの際のポイント（経過と見通しやリスク、日常の過ごし方、服薬管理等）を絞って解説。

II. パーキンソン病の全体像

介護支援専門員のアセスメントで押さえるべきパーキンソン病の最低限の症状（4大徴候等）について解説し、生活に大きく影響する症状の出現をコントロールする服薬について解説。

III. 基本的なアセスメント（何をみるか）

後述するビデオ教材を用いて、パーキンソン病のトイレ動作（ベッドから起き上がって、トイレまで移動して、用を足すまでの動作）を例として、専門職の視点を加えた具体的なアセスメントのポイント、進行状況（重症度別）による多職種との関わり方、専門職から得られるアセスメント情報を統合した課題抽出の考え方について解説。

また、参考資料として、パーキンソン病の主な症状（運動症状・非運動症状）とそれらをアセスメントする理由についてQ&A方式でまとめた。

2) 第2回 アセスメントと実践をつなぐケアマネジメント研修会

<第2回研修会次第と内容>

日 時：2020年1月11日（土）10:00～16:30

会 場：北浦和カルタスホール第1会議室

参加者：介護支援専門員：14名（平均経験年数：12.4年）

	内容	担当
オリエンテーション(10分)	研修にいたる経緯・研修目的、研修会実施の流れ	川越
講義(60分)	第1部「マネジメントとその基本」	川越
講義(80分)	第2部「パーキンソン病のアセスメントの振り返り（復習）」 ・「パーキンソン病版アセスメントシート」（p33）の解説	川越 田口
演習(40分)	第3部「事例から学ぶ具体的アセスメント（脳梗塞）」 グループワーク：脳梗塞の具体的なアセスメント	柴山
講義（60分）	脳梗塞に対するマネジメントの基本 ・「脳梗塞版アセスメントシート」（p34）の解説	川越
講義(30分)	脳梗塞のアセスメントシートの看護的視点からの解説	柴山
講義(20分)	脳梗塞のアセスメントシートのリハビリ的視点からの解説	田口

※研修会終了後、一部の受講者と研修内容に関する意見交換会



研修会の様子（左：講義、右：演習）

<第2回研修プログラム（脳卒中：脳梗塞）内容の概略>

第1部 マネジメントの基本

※第1回研修会と同様の内容

第2部 パーキンソン病のアセスメントの振り返り（復習）

第1回研修会で実施したパーキンソン病のアセスメント方法について、振り返りの解説を行い、また、「パーキンソン病版アセスメントシート」（p33）を基にして、パーキンソン病の症状と生活課題との対応関係の解説を行いながら、本シートの構成や活用方法について解説。

第3部 事例から学ぶ具体的アセスメント「脳卒中（脳梗塞）」

I. 脳卒中（脳梗塞）の利用者のケアマネジメントのポイント

介護支援専門員のアセスメントで押さえるべき疾患（脳梗塞）の特徴について解説し、統合アセスメント（全体像把握）の概念図に沿って、課題解決に向けたケアマネジメントの際のポイント（経過と見通し、日常の過ごし方、再発リスク等）を絞って解説。

II. 脳卒中（脳梗塞）の全体像

介護支援専門員のアセスメントで押さえるべき脳卒中（脳梗塞）の最低限の生活に大きく影響する症状（運動麻痺、言語障害、精神障害、高次脳機能障害等）について解説し、予後の見通しのイメージを持たせるために脳卒中の生活機能の経時的変化（脳卒中モデル）について解説。

III. 基本的なアセスメント（何をみるか）

ビデオ教材を利用して、脳卒中の入浴動作を例として、専門職の視点を加えた具体的なアセスメントのポイント、多職種との関わり方、専門職から得られるアセスメント情報を統合した課題抽出の考え方について解説。また、脳卒中は再発率が高いことから、再発リスク、および再発予防に向けたケアマネジメントを行う際のアセスメントの視点（ポイント）について解説。

※今回の研修会では、ビデオ教材は使用しなかった。

3) ビデオ教材について

介護支援専門員が利用者の実際の状況をアセスメントする際、その利用者は「どこまでできて」「どこができないのか」「介護が必要なポイントはどこか」などの判断基準が不明確であること、実際の状況を観察したとしても、これまで学習した机上の知識と観察した状況との連結が困難であること、一つの動作で出現している異常な現象を他の動作でも出現する可能性や影響と関連（含予測）づけて考えることが困難であることが指摘されている。また、そのため「判断に困ったときにどの専門職にどのように相談すればよいのか」が分からず、「動作が不安定」ということのみで、「介護が必要」または「専門職に一任」という「課題分析」「要因分析」がなされない状況に陥ってしまっていることが多い。

そこで、疾患別の主な特徴的な症状が自宅内でどのように観察されるのか、観察された現象を専門職にどのように伝え、専門職から何を聞き出すかの思考ができるように、観察によるアセスメントのポイントの視覚的理解を促す疾患別ビデオ教材を作成した。

作成した疾患別ビデオ教材は、①パーキンソン病者のトイレ動作（起き上がり、移動動作を含む）、②脳卒中者の入浴動作、③閉塞性肺疾患（COPD）者の掃除・洗濯動作、④高次脳機能障害者の買

い物動作、⑤高次脳機能障害者の身支度動作の5種類である。

今回の研修会では、①パーキンソン病者のトイレ動作のみ活用した。



- 歩き始め
 - ・最初の一步が出にくい→すくみ足
- 廊下(平地)歩行
 - ・つま先が上がらない歩行になる→すり足
 - ・歩幅が狭い→小刻み歩行
 - ・不安定 →姿勢反射障害
 - 手すりが無い
 - 介助者が毎回つけるわけではない
- ドアノブに手を伸ばす
 - ・ドアノブに十分に近づけない
 - すくみ足
- ズボンを下ろす
 - ・しっかり下ろしきれない
 - 姿勢反射障害・振戦・固縮
 - ズボンのゴムが硬い
 - ・両手でズボンを下す際にふらつく
 - 姿勢反射障害・振戦

パーキンソン病者のトイレ動作ビデオの一部（模擬患者）

3. 介護支援専門員のマネジメント力強化を目指した研修会内容の評価

1) 第1回研修会内容に関する参加者アンケート調査

第1回研修会終了直後に、参加者17名（女性14名、男性3名）に対して研修会内容に関するアンケート調査を実施した。参加者17名全ての回答を得た。参加者の基本属性としては、介護支援専門員としての経験年数は平均11.7年（最大19年、最小2年）であった。参加者17名のうち主任介護支援専門員の有資格者は13名（76.5%）であり、参加者の多くは指導的立場の者であった。参加者の基礎職種は、介護福祉士10名（58.8%）、看護師5名（29.4%）、社会福祉士2名（11.8%）であった。

研修会全体としてのアンケート調査結果を**表3**に示した。研修会への期待、講義内容、講義・演習時間について全て肯定的な回答が得られた。また、本研修会で目的とした「アセスメント全体像の理解」「疾患とアセスメントの連結」についても、1名の無回答者を除いてすべて肯定的回答であった。

パーキンソン病の症状とアセスメントポイントの思考のつながりについての自由記述の回答結果（一部抜粋）を**表4**に示した。本研修会で主目的とした「疾患の症状とアセスメントの連結思考」について、知識としては主な症状を知ってはいるが、「課題分析」につなげるためのアセスメント理由の理解ができたと思われる回答が得られた。また、運動症状、非運動症状、服薬についての専門職に確認する事項など専門職と連携する具体的なアセスメント項目が理解できたようである。特に今後の見通しやリスクについてはアセスメントが現状ではなされておらず、進行状況（経過）の確認（見逃さない）や専門職へのアセスメント（情報収集）、サービス担当者間での共有が必要であることが理解できたことが確認できた。

今回の研修会では、アセスメントを総合的に解釈し、利用者の本質的な「課題」を抽出することの重要性の理解も目的とした。回答結果から、「困っている、大変という言葉の内容を総合的に考える必要（全体像をみる）」が得られたことから、この目的も達成できる研修会プログラムであったことが示唆された。

表 3. 第 1 回研修会全体としてのアンケート調査結果

調査内容	4. とてもそう思う	3. そう思う	2. あまりそう思わない	1. そう思わない	肯定的な回答者数; 割合
1. 全体的に期待した通りであった	9名 (52.9%)	8名 (47.1%)	0名	0名	17名 (100.0%)
2. 講義内容はわかりやすかった	11名 (64.7%)	6名 (35.3%)	0名	0名	17名 (100.0%)
3. 講義の時間は丁度良かった	7名 (41.2%)	10名 (58.8%)	0名	0名	17名 (100.0%)
4. 演習の時間は丁度良かった	9名 (52.9%)	8名 (47.1%)	0名	0名	17名 (100.0%)
5. アセスメント全体像のイメージが理解できた	10名 (58.8%)	7名 (41.2%)	0名	0名	17名 (100.0%)
6. 疾患とアセスメントポイントが繋がった	9名 (52.9%)	7名 (41.2%)	0名	0名	16名※ (94.1%)

※ 1名無回答

表 4. パーキンソン病の症状とアセスメントポイントについての思考のつながり（わかっていたこと・わかっていたが研修を受講してつながったこと）についての自由記述による回答結果（抜粋）

<p>1) 運動症状について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・すくみ足、小刻み歩行、ふるえ、方向転換時に転倒しやすい ・どの部分ができないかを見極めることは大切と分かっているが、細かく見る必要があると認識した ・自分自身で知っていた症状が整理できた ・進行に合わせて予防が必要、薬との関係性も確認できた ・薬、リハビリ、身体状況、リスク等についてのアセスメントは、他職種の協力を得る必要がある
<p>2) 非運動症状について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・便秘があると吸収が妨げられる可能性（病気と便秘の関係性）があることを学べた ・排尿障害についてもアセスメントする ・声のカスレが誤嚥の可能性があるとという視点が分かっていたがなかった ・経過を追って見ていく、日々の様子を見ていくことが重要と学べた
<p>3) 治療・投薬について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医と訪問看護、家族が関わって服薬できているかの確認だけだったが、今後しっかり聞き取る ・服薬指示内容と本人の服薬量が違っていた時、担当医・担当者に報告したことが連携だと思った ・服薬管理、薬の効いている時間、食事時に薬の効果、多職種のアセスメントを統合する ・便秘を簡単に考えすぎっていた（処方時期、処方医の確認が必要）
<p>4) 今後の見通し・リスクについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今が精一杯で今後のことはその時で良いと考えていた。見通しやリスクを考えることが大切 ・予測される症状を支援者内で具体的に共有し、低下してきたと思われる症状を見逃さない ・悪化の予防や異常や変化を予測して対応する、経過を見ていくことの重要性 ・現状把握と多職種へのアセスメント（情報収集）が重要
<p>5) その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・困っている、大変という言葉の内容を総合的に考える必要（全体像をみる） ・ケアマネ自身が異常や変化を感じるよりもサービス担当者の方が関わる回数が多いので、より発見しやすいので、専門職への確認が必要 ・全体像をとらえておくことがケアマネとして大事

2) 第2回研修会内容に関する参加者アンケート調査

第2回研修会終了直後に、参加者14名（女性12名、男性2名）に対して研修会内容に関するアンケート調査を実施した。参加者14名全ての回答を得た。参加者の基本属性としては、介護支援専門員としての経験年数は平均12.2年（最大20年、最小2年）であった。参加者14名のうち主任介護支援専門員の有資格者は10名（71.4%）であり、参加者の多くは指導的立場の者であった。参加者の基礎職種は、介護福祉士8名（57.1%）、看護師6名（42.9%）であった。

研修会全体としてのアンケート調査結果を**表5**に示した。研修会への期待、講義内容、講義・演習時間について全て肯定的な回答が得られた。また、本研修会で主目的とした「アセスメント全体像の理解」「疾患とアセスメントの連結」についても全て肯定的回答が得られた。

脳梗塞の症状とアセスメントポイントの思考のつながりについての自由記述の回答結果（一部抜粋）を**表6**に示した。本研修会で主目的とした「疾患の症状とアセスメントの連結思考」について、脳梗塞においても「課題分析」につなげるためのアセスメント理由の理解ができたと思われる。また、**専門職からアセスメント（情報）を得て共有することの必要性**、**具体的情報項目についての理解が得られ、専門職との連携協働への意欲が認められた。**

今回の研修会では、「疾患別アセスメントシート（パーキンソン病、脳梗塞）」（p28-29）を提示して意見を求めた。その結果を**表7**に示した。活用方法については、**ケアマネジメントプロセスのどこで活用するのか、介護支援専門員が活用するための解説が必要との意見が聞かれた。**アセスメント項目・内容・構成については、介護支援専門員にとって見極めが困難な現象（用語）があり、「いつ」「どの程度」「期間」等も記載できるスペースが必要、**どの専門職から得た情報かの記載欄が必要、アセスメントする理由や項目間の関連が分かるような工夫が必要などの意見が聞かれた。**これらの意見からも、本研修会の目的が理解された意見が得られたと考えられた。

表 5. 第 1 回研修会全体としてのアンケート調査結果

調査内容	4. とても 思う	3. そう 思う	2. あまり そう 思わない	1. そう 思わ ない	肯定的な回 答者数；割合
1. 全体的に期待した通りであった	8名 (57.1%)	6名 (42.9%)	0名	0名	14名 (100.0%)
2. 講義内容はわかりやすかった	9名 (64.3%)	5名 (35.7%)	0名	0名	14名 (100.0%)
3. 講義の時間は丁度良かった	8名 (57.1%)	6名 (42.9%)	0名	0名	14名 (100.0%)
4. 演習の時間は丁度良かった	9名 (64.3%)	5名 (35.7%)	0名	0名	14名 (100.0%)
5. アセスメント全体像のイメージが理解できた	8名 (57.1%)	6名 (42.9%)	0名	0名	14名 (100.0%)
6. 疾患とアセスメントポイントが繋がった	10名 (71.4%)	4名 (28.6%)	0名	0名	14名 (100.0%)

表 6. 脳梗塞の症状とアセスメントポイントについての思考のつながり（わかっていたこと・わかっていなかったが研修を受講してつながったこと）についての自由記述による回答結果（抜粋）

<p>1) 身体面について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発症タイプの確認や原因把握をアセスメントすることで再発予防や早期発見につながると分かった ・脳梗塞のケースはとて多いので、アセスメントポイントがつながりやすかった。 ・口腔内の視点が抜けていたことに気づいた ・基本知識が整理できてとてもよかった
<p>2) ADL 面について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・どの部分でどの程度介助が必要か、実際にどうやっているか、どのくらい時間がかかるか確認したい ・専門職にアセスメントしてケアプランに繋げ、更にケア職に伝達できるようになれたらと思う ・一過性も見逃さないように細かい視点が必要 ・ほぼ実践で聞き取りが行えていた ・在宅と施設では見立てが違うこともあると思う
<p>3) 治療・投薬について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・合併症や長い経過で別の疾病が生じたりするので、医師と確認していく必要があると思う ・発症時の情報を掘り下げてアセスメントしていきたいと思った ・再発予防に向けた重要なことは理解していたが講義により再確認した ・薬の種類でどんな理由で服薬しているか知ることができるまで知識を深めたい
<p>4) 今後の見通し・リスクについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再発予測や脱水、便秘など注意しているがケアチームで共有したい ・再発予防については、生活場所で本人の思いに寄り添いながら、生活指導につなげたい ・起き上がり、立ち上がりのめまいに関して、廃用性が関係あることを再認識 ・予測に対して各専門職がどのような見解を持っているかアセスメントシートで情報を共有したい ・生活習慣の見直し等、モニタリングも注意しないといけないと思った ・門職につっこんで聞くことにつくる

表 7. 疾患別アセスメントシート（パーキンソン病、脳梗塞）についての意見

<p>(活用方法について)</p> <ul style="list-style-type: none">・発症時期、経過期間は医療の方が良く知っていると思うが、ケアマネが知っているのかどうかの、それともお互いの確認のためか？・医師、看護師、理学療法士、ケースワーカーなど誰にでもこの視点で聞き取りしていけばよいのか？・ケアマネが全体像と ICF をベースとした構造を理解していることが前提になると感じる。そのための知識とスキルを備えるという目標課題があると思う。・アセスメントシートは自分自身の確認する必要がある問題点をまとめとなっているが、ケアマネが分かりやすい回答やケアマネジメントに繋がられるか不安を感じた・生活面は排泄、食事、睡眠、二次的合併症は毎月のモニタリングで必ず確認するため使いやすい。しかし、精神面の対応、認知症症状の有無（変化）には気づきにくい <p>(アセスメント項目・内容・構成について)</p> <ul style="list-style-type: none">・体重について何キロ減少、BMI をいれたらどうか・処方薬は変更されることが多く、適切に内服しているかの方が、わかりやすい・「自分で調べる」「しつこいケアマネ」と思われそうにも感じた・「今後について」の質問があまりなされていなかったことに気づけた。今後についての質問項目が示されていることが、アセスメントシートを活用したいと思えた部分です・項目と質問内容のつながりがとても重要だと思った・重度化予防、軽度者への対応、進行予防の対応を具体的に知りたい・「有無」をチェックする際、「いつ」「どの程度」「期間」等を聞きたくなる。となるとなぜそれを聞く必要があるのかこのシートに記載（反映）する必要があるように思う・ICF を意識された項目分類（領域）になっているが、シートとしては軽～重度に並んでいた方が使いやすいように思う・不随意運動と振戦の見極めが困難な場合があるので解説が必要・パーキンソンの症状か副作用か本人もはっきりしない・チェックだけではなくて、どんな時とか程度とか書けるスペースがあっても良いと思う・チェック欄＋質問の答えを記入する欄が欲しい。どの専門職に聞いたのかわかるようにしたい。

3) 研修会前調査と研修会后 1 ヶ月後の事後調査結果

2 回の研修会の参加者に対して、研修会前と研修会 1 ヶ月後にアセスメント内容に関するアンケート調査を実施した。その調査結果を表 8 と表 9 に示した。

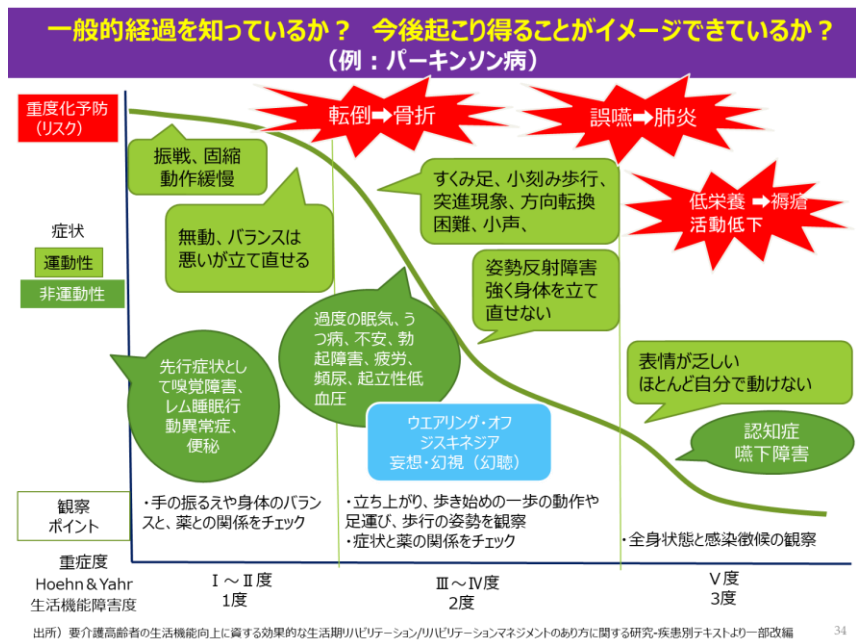
第 1 回研修会（パーキンソン病）について、1 ヶ月後に有意に肯定的な変化を示した項目は、「5) ヤールの重症度を訪問時（初回を含む）に確認している」、「6) 初期症状と現在までの経過をもとに今後の進行具合を予測している」、「7) 姿勢反射障害の程度を確認している」、「18) 利用者さんがどのような不安を抱えているか確認している」の 4 項目であった。

本研修会では、統合アセスメントの概念図「課題 1：心と体を整える」に関連して、パーキン

ソン病は進行性疾患であることから、心身機能の現状およびそれまでの経過、身体状況の今後の見通し（予後予測）が重要であり、それによって課題が変化することが学習された結果と解釈できる。また、「課題5：悪化予防」に関連して、症状の進行によって不可能となる動作多くなることや転倒が多くなることから、本疾患の利用者はその点に不安を感じやすいこと、また、転倒にいたる要因として「姿勢反射障害」が挙げられることのように「課題分析」・「要因分析」の思考プロセスが学習されていることが推測できた。

その他、有意差は認められなかったが、多くの項目で概ね肯定的な回答にシフトしていることが確認できた。有意差は認められなかったが、否定的な回答にシフトしていると思われた項目として、「13) 気分の変化や落ち込みの有無とその程度を確認している」、「15) 利用者さんの病前の生活をj確認している」が抽出

できた。前者については、感覚的・雰囲気的・利用者の主観的であるため、明確で客観的なアセスメントに迷った結果と考えられ、後者については、アセスメントする理由や具体的な確認内容が理解できていない可能性を伺わせた。



第2回研修会（脳梗塞）について、1ヶ月後に有意に肯定的な変化を示した項目は、「16) 過食・粗食傾向の有無/塩分過多・栄養バランス不良傾向の有無（食事摂取・栄養）」、「19) 体重の変化の有無」であった。本研修会では、脳梗塞について特に「課題2：適切な生活習慣の見直し」と「課題5：再発予防」の関連性を取り上げ、再発予防には高血圧・糖尿病・心房細動・脂質異常などの「合併症」の確認や、食事や栄養、運動などの「生活習慣」の確認が必要であることを強調した。また、再発の予兆を見逃さないことについても強調して解説した。そのため、このような結果になったと考えられた。その他、有意差は認められなかったが、多くの項目で概ね肯定的な回答にシフトしていることが確認できた。

脳梗塞については、有意差は認められなかったが、否定的な回答にシフトした項目は認められなかった。

一方、有意差が出なかった項目について、否定的な回答（2. ややあてはまらない、1. あてはまらない）の回答者に対して、「なぜアセスメントしていないのか」、また、肯定的であっても「3. ややあてはまる」の回答者に対しては、「なぜ 4. あてはまる」に回答できなかったのか詳細に聞き取り調査を行い、それを補う研修内容の再検討材料とする必要がある。

また、事前調査時には「できている（4. あてはまる）」と思っていたことが、今回の研修会で学習したことによって、「今までの実施方法では、あまりできていなかった（3. ややあてはまる）」と判断した可能性もある。このような判断での回答だったとすれば、本研修会はアセスメント方法の考え方を変革させうる（変革途中の）研修内容であったと考えられる。

4) データ解釈の限界と留意点

今回、未回答項目が無かった回答者のデータに限って分析に採用したため、分析データ数が少なかった。また、回答者の多くは経験年数 10 年以上の主任介護支援専門員であったため、指導的な立場であり、また、職務について問題意識が高い者であったことが考えられた。そのため、分析データとしては、ポジティブデータであった可能性に留意が必要である。

課題 2 : 適切な生活習慣の実現（見直し）

高血圧	①塩分過剰摂取、②喫煙、③過度の飲酒、④肥満、⑤運動不足、⑥ストレス、⑦睡眠不足、⑧脱水、⑨急激な温度差 ⑩排泄時の動作 など
糖尿病	①食事内容、②過食、③喫煙、④過度の飲酒、⑤肥満、⑥運動、⑦ストレス、⑧脱水、⑨風邪 ⑩下痢 など
心房細動（不整脈）	①食事内容、②カフェインの過剰摂取、③喫煙、④肥満、⑤過度の飲酒、⑥睡眠不足、⑦ストレス、⑧疲労、⑨入浴 など
脂質異常症	①食事内容、②過食、③喫煙、④過度の飲酒、⑤肥満、⑥運動不足、⑦ストレス など

課題5 : 脳梗塞の再発予防に必要なこと

再発の原因となる病気の管理	<ul style="list-style-type: none"> 高血圧, 糖尿病, 心房細動, 脂質異常症の治療 治療薬の服薬状況の確認と医療連携 血糖異常などに伴う症状の確認と医療連携
生活習慣の改善	<ul style="list-style-type: none"> 喫煙, 食事, 運動などの生活習慣に対する指導 指導内容に基づく食事などの提供 日常生活における生活習慣の確認と医療連携
抗血栓薬の服用	<ul style="list-style-type: none"> 心臓での血栓予防薬（抗凝固薬）の処方 心臓以外での血栓予防薬（抗血小板薬）の処方 抗血栓薬の服薬状況の確認と医療連携

表 8. 第 1 回研修会（パーキンソン病）における事前・1 ヶ月後調査結果

上段：事前、下段：1 ヶ月後

n=12 (未回答除く)	4. あてはまる	3. ややあてはまる	2. ややあてはまらない	1. あてはまらない	平均 (SD)	p
1) 利用者さんが、いつ、何の薬を、どれくらい飲んでいるか確認している	5名 (41.7%)	5名 (41.7%)	2名 (16.7%)	0名	3.25 (.75)	ns
	7名 (58.3%)	4名 (33.3%)	1名 (8.3%)	0名	3.50 (.67)	
2) 利用者さんの症状の記録を確認している	5名 (41.7%)	7名 (58.3%)	0名	0名	3.42 (.52)	ns
	4名 (33.3%)	8名 (66.7%)	0名	0名	3.33 (.49)	
3) 薬の効き目の状況(日内・日間変動)を確認している	3名 (25.0%)	7名 (58.3%)	2名 (16.7%)	0名	3.08 (.67)	ns
	4名 (33.3%)	7名 (58.3%)	1名 (8.3%)	0名	3.25 (.62)	
4) 薬が効いている時間にリハビリや介護を提供できるようにケアプランで調整・工夫している	1名 (8.3%)	7名 (58.3%)	3名 (25.0%)	1名 (8.3%)	2.67 (.78)	ns
	4名 (33.3%)	4名 (33.3%)	4名 (33.3%)	0名	3.00 (.85)	
5) ヤールの重症度を、訪問時(初回を含む)に確認している	3名 (25.0%)	4名 (33.3%)	2名 (16.7%)	3名 (25.0%)	2.58 (1.17)	*
	7名 (58.3%)	4名 (33.3%)	1名 (8.3%)	0名	3.50 (.67)	
6) 初期症状と現在までの経過をもとに、今後の進行具合を予測している	1名 (8.3%)	8名 (66.7%)	2名 (16.7%)	1名 (8.3%)	2.75 (.75)	*
	6名 (50.0%)	5名 (41.7%)	1名 (8.3%)	0名	3.42 (.67)	
7) 姿勢反射障害の程度を確認している	2名 (16.7%)	3名 (25.0%)	5名 (41.7%)	2名 (16.7%)	2.42 (1.00)	*
	5名 (41.7%)	5名 (41.7%)	1名 (8.3%)	1名 (8.3%)	3.17 (.94)	
8) 姿勢の変化の有無とその程度を確認している	2名 (16.7%)	7名 (58.3%)	3名 (25.0%)	0	2.92 (.67)	ns
	6名 (50.0%)	4名 (33.3%)	1名 (8.3%)	1名 (8.3%)	3.25 (.97)	
9) 重症度に応じた形で、リハビリテーションや介護をケアプランに入れている	4名 (33.3%)	6名 (50.0%)	1名 (8.3%)	1名 (8.3%)	3.08 (.90)	ns
	6名 (50.0%)	5名 (41.7%)	1名 (8.3%)	0名	3.42 (.67)	
10) 排尿の回数を確認している	3名 (25.0%)	3名 (25.0%)	5名 (41.7%)	1名 (8.3%)	2.67 (.99)	ns
	2名 (16.7%)	7名 (8.3%)	1名 (8.3%)	2名 (16.7%)	2.75 (.97)	
11) 便秘の有無、程度を確認している	6名 (50.0%)	3名 (25.0%)	3名 (25.0%)	0名	3.25 (.87)	ns
	6名 (50.0%)	4名 (33.3%)	1名 (8.3%)	1名 (8.3%)	3.23 (.97)	
12) 嚥下機能を確認している	5名 (41.7%)	5名 (41.7%)	2名 (6.7%)	0名	3.25 (.75)	ns
	7名 (58.3%)	4名 (33.3%)	1名 (8.3%)	0名	3.42 (.90)	
13) 気分の変化や落ち込みの有無とその程度を確認している	8名 (66.7%)	4名 (33.3%)	0名	0名	3.67 (.49)	ns
	4名 (33.3%)	7名 (58.3%)	1名 (8.3%)	0名	3.17 (.84)	
14) 栄養状態やその変化の有無を確認している	7名 (58.3%)	4名 (33.3%)	1名 (8.3%)	0名	3.50 (.67)	ns
	5名 (41.7%)	5名 (41.7%)	1名 (8.3%)	1名 (8.3%)	3.17 (.94)	
15) 利用者さんの病前の生活を確認している	8名 (66.7%)	3名 (25.0%)	1名 (8.3%)	0名	3.58 (.67)	ns
	5名 (41.7%)	6名 (50.0%)	1名 (8.3%)	0名	3.33 (.65)	
16) 利用者さんが現在、1日や1週間をどのように過ごされているか 具体的に確認している	5名 (41.7%)	4名 (33.3%)	3名 (25.0%)	0名	3.17 (.84)	ns
	4名 (33.3%)	7名 (58.3%)	1名 (8.3%)	0名	3.25 (.62)	
17) 利用者さんの生きがい、やりたいことなどを確認している	5名 (41.7%)	6名 (50.0%)	0名	1名 (8.3%)	3.25 (.87)	ns
	6名 (50.0%)	5名 (41.7%)	1名 (8.3%)	0名	3.33 (.89)	
18) 利用者さんがどのような不安を抱えているか、確認している	5名 (41.7%)	6名 (50.0%)	0名	1名 (8.3%)	3.25 (.87)	*
	9名 (75.0%)	2名 (16.7%)	1名 (8.3%)	0名	3.58 (.90)	
19) 家族の介護力や介護内容を把握している	7名 (58.3%)	5名 (41.7%)	0名	0名	3.58 (.52)	ns
	10名 (83.3%)	2名 (16.7%)	0名	0名	3.83 (.39)	

Wilcoxon 符号付順位和検定 * : $p < 0.05$ ns : no significance

表 9. 第 2 回研修会（脳梗塞）における事前・1 ヶ月後調査結果

上段：事前、下段：1 ヶ月後

n=7（未回答除く）	4. あてはまる	3. ややあてはまる	2. ややあてはまらない	1. あてはまらない	平均 (SD)	p
1)脳梗塞のタイプを確認(ラクナ梗塞・アテローム血栓性・心原性)	3名(42.9%)	2名(28.6%)	2名(28.6%)	0名	3.14(.90)	ns
	5名(71.4%)	1名(14.3%)	1名(14.3%)	0名	3.57(.79)	
2)脳梗塞の原因を確認(高血圧、糖尿病、脂質異常症、心疾患)	3名(42.9%)	3名(42.9%)	1名(14.3%)	0名	3.29(.76)	ns
	3名(42.9%)	4名(57.1%)	0名	0名	3.43(.54)	
3)障害(運動麻痺、言語障害、嚥下障害、感覚障害、視野障害、高次脳機能障害)の有無	5名(71.4%)	2名(28.6%)	0名	0名	3.71(.49)	ns
	7名(100.0%)	0名	0名	0名	4.00(.00)	
4)定期的な受診(医療機関、頻度、通院方法)	5名(71.4%)	1名(14.3%)	1名(14.3%)	0名	3.57(.79)	ns
	6名(85.7%)	1名(14.3%)	0名	0名	3.71(.76)	
5)血圧コントロール(血圧の目標値、変動の有無、内服薬の有無、塩分制限の有無)	4名(57.1%)	2名(28.6%)	1名(14.3%)	0名	3.43(.79)	ns
	4名(57.1%)	3名(42.9%)	0名	0名	3.57(.54)	
6)定期的な血圧の測定の有無、測定値の変化の有無	3名(42.9%)	4名(57.1%)	0名	0名	3.43(.54)	ns
	4名(57.1%)	3名(42.9%)	0名	0名	3.57(.54)	
7)食事・栄養状態の把握(食事摂取量、栄養バランスの偏りがないか)	4名(57.1%)	2名(28.6%)	1名(14.3%)	0名	3.43(.79)	ns
	5名(71.4%)	2名(28.6%)	0名	0名	3.71(.49)	
8)水分摂取状況の把握(いつ、何を、どの位、どのように、1日の合計量)	3名(42.9%)	3名(42.9%)	1名(14.3%)	0名	3.29(.76)	ns
	3名(42.9%)	4名(57.1%)	0名	0名	3.43(.54)	
9)排泄状況の把握(便秘や下痢、失禁の有無)	4名(57.1%)	2名(28.6%)	1名(14.3%)	0名	3.43(.79)	ns
	5名(71.4%)	2名(28.6%)	0名	0名	3.71(.49)	
10)睡眠状況の把握(苦痛や不安で不眠になっていないか)	4名(57.1%)	2名(28.6%)	1名(14.3%)	0名	3.43(.79)	ns
	6名(85.7%)	1名(14.3%)	0名	0名	3.86(.38)	
11)口腔内の状態(出血や舌苔がないか)	2名(28.6%)	3名(42.9%)	2名(28.6%)	0名	3.00(.82)	ns
	2名(28.6%)	4名(57.1%)	1名(14.3%)	0名	3.14(.69)	
12)口腔ケアの頻度・方法、義歯の使用の有無について把握	2名(28.6%)	3名(42.9%)	2名(28.6%)	0名	3.00(.82)	ns
	2名(28.6%)	4名(57.1%)	1名(14.3%)	0名	3.14(.69)	
13)ADL(食事、排泄、入浴、移動、更衣、整容、の生活行為)がどこまで行っているか	5名(71.4%)	2名(28.6%)	0名	0名	3.71(.49)	ns
	7名(100.0%)	0名	0名	0名	4.00(.00)	
14)処方薬の種類・用法(治療中の病名とあわせて確認)	4名(57.1%)	2名(28.6%)	1名(14.3%)	0名	3.43(.79)	ns
	5名(71.4%)	1名(14.3%)	1名(14.3%)	0名	3.57(.79)	
15)服薬管理(残薬がないか、誰が管理しているか確認)	5名(71.4%)	1名(14.3%)	1名(14.3%)	0名	3.57(.79)	ns
	6名(85.7%)	1名(14.3%)	0名	0名	3.89(.38)	
16)過食・粗食傾向の有無／塩分過多・栄養バランス不良傾向の有無(食事摂取・栄養)	2名(28.6%)	5名(71.4%)	0名	0名	3.29(.49)	*
	6名(85.7%)	1名(14.3%)	0名	0名	3.86(.38)	
17)脱水症状経験(水分摂取量:いつ、どのくらい飲んでいるか、具体的に確認)	3名(42.9%)	3名(42.9%)	1名(14.3%)	0名	3.29(.76)	ns
	5名(71.4%)	2名(28.6%)	0名	0名	3.71(.49)	
18)運動(リハビリ、散歩、など)の実施の有無	4名(57.1%)	3名(42.9%)	0名	0名	3.57(.54)	ns
	5名(71.4%)	2名(28.6%)	0名	0名	3.71(.49)	
19)体重の変化の有無	1名(14.3%)	6名(85.7%)	0名	0名	3.14(.38)	*
	5名(71.4%)	2名(28.6%)	0名	0名	3.71(.49)	

Wilcoxon 符号付順位和検定 * : $p < 0.05$ ns : no significance

4. 新たな「疾患別課題整理総括表」の作成・提案

本研究事業を通して、外部委員や研修会参加者の意見も参考にして、介護支援専門員がケアマネジメントプロセスにおいて活用可能な「疾患別課題整理総括表（パーキンソン病）」を作成した。

本総括表を活用することによって、疾患（パーキンソン病）に特徴的な「課題抽出」のためのアセスメント項目の気づき（「何をアセスメントすべきか」「なぜアセスメントすべきか」「必要な医療情報は何か」）を促し、アセスメント内容の整理や「要因分析」のための思考プロセス順に導き、専門職と連携協働したアセスメント（情報共有、質問－応答）の実施が必然的に行われる構成となるよう工夫した。また、介護支援専門員に必要とされる包括的アセスメント機能、継続的ケアマネジメント機能、多職種相互理解を促すための通訳機能が発揮されるような構成とした。

本総括表に含ませた課題領域は、統合アセスメントの概念図で示した一般化される「課題1：心と体を整える」「課題2：日常生活を整える」「課題5：悪化予防・再発予防」についてのみであることに注意が必要である。残りの「課題3：生活環境を整える」「課題4：支援体制を整える」についても、利用者個人の「生活課題」を検討するためのアセスメント課題として必然的な要素である。

本総括表の具体的な活用のタイミングとしては、「アセスメント」、「サービス担当者会議」、「ケアプラン作成」にて、専門職の視点を取り入れたマネジメントを行う際、および「モニタリング」にて、「課題」の解決程度把握を行う際に活かされると考えている。

(図9)

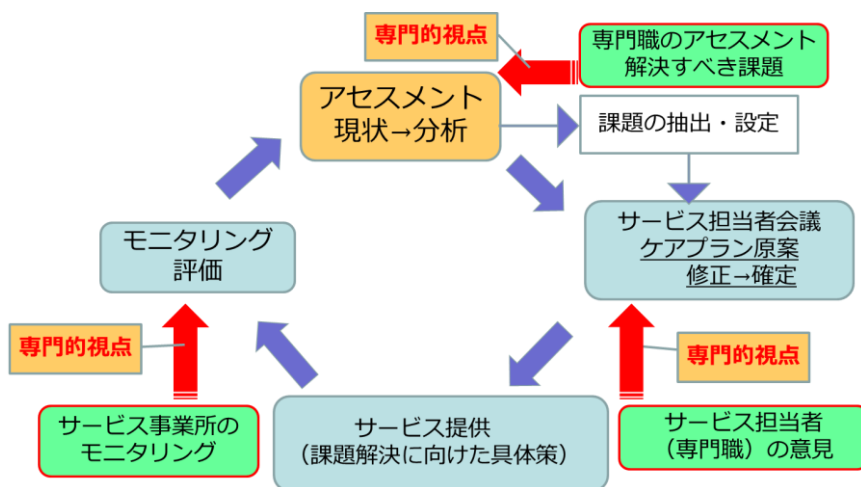


図9. 「疾患別課題整理総括表」の活用のタイミング

疾患別課題整理総括表 (パーキンソン病)

課題番号	利用者の意向 (目指す生活)	アセスメント項目	現状 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	利用者				家族の意向				備考 (現状の詳細など)	
				課題が否か <input checked="" type="checkbox"/>	優先度高 <input checked="" type="checkbox"/>	専門職と一緒に考える見直し	原因阻害要因		見通し		要解決課題 <input checked="" type="checkbox"/>		CM 生活全般の解決すべき課題 (コース) 案
							改善	悪化	見通し <input checked="" type="checkbox"/>	見通し <input type="checkbox"/>			
課題 1	自律神経	①便秘	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		②頻尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		③めまい・ふらつき	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		④睡眠不足	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑤活動意欲の低下	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑥不安な様子	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑦幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑧認知の問題	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑨服薬が守られていない	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑩動けない時間がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
課題 2	歩行	⑪不随意運動 (ジ・ス・サ・ア)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑫小刻み歩行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑬すくみ足	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑭突進歩行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑮屋内歩行	<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一介 <input type="checkbox"/> 全介	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑯屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一介 <input type="checkbox"/> 全介	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑰トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一介 <input type="checkbox"/> 全介	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑱入浴	<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一介 <input type="checkbox"/> 全介	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑲衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一介 <input type="checkbox"/> 全介	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		⑳発症から10年が経過	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
課題 5	合併症予防	㉑手足の震え(振戦)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		㉒転倒歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		㉓"むせ"	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		㉔食事量の減少	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		㉕半年間で2-3kgの体重減少	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		㉖褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		㉗ここ2週間に37℃以上の発熱	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

作成者：埼玉県立大学研究開発センタープロジェクト「統合アセスメントの推進に関する研究」委員会 (2020.03.06)

疾患別課題整理総括表（パーキンソン病）の解説

「課題（ニーズ）抽出」のための疾患の特徴を踏まえたアセスメントの気づきを促し、「原因・阻害要因」から今後の見通しとして、「改善・悪化」を分析し、具体的な改善策を検討する過程で、**専門職と一緒に考える**ことで連携協働したアセスメントが必然的に行われるよう構成した。

利用者の意向（目指す生活） 単に利用者の「○○したい」の言葉だけでなく、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）が解決した後をイメージして、目指す生活・あるべき姿として、記入する。

アセスメント項目 疾患の特徴から最低限必要な項目と、そのアセスメントがどの課題につながるかを課題番号で示した。

専門職と一緒に考える見通し アセスメント項目～現状の介護支援専門員のアセスメントと、専門職のアセスメントを統合する

原因・阻害要因 現状の背景・原因を分析する

・課題解決に向けた対策のために必要となるアセスメントとして、利用者の状態について専門的な情報を具体的に把握する。

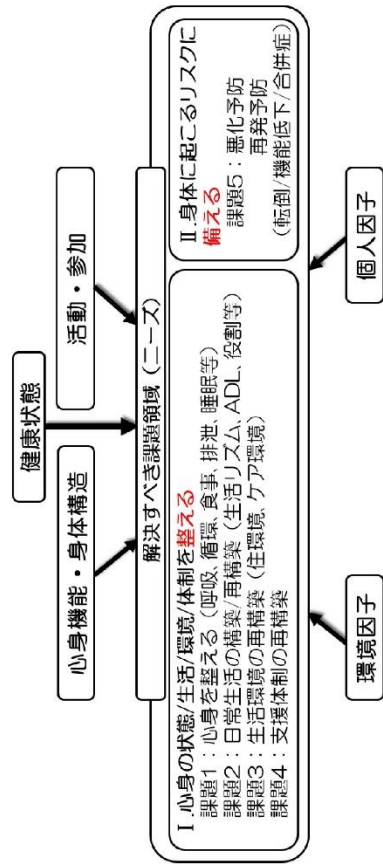
・現在の「できない」「困っている」ことについて、どの部分について、なぜこの状態が生じているのか、根本的な原因について相談する。

見通しの具体的な改善策 現状を分析（改善可能性、悪化のリスク・予後予測）

- ・**見通し（改善・悪化）**の見通しによって、現在の状態に対して具体的にどのようなようにすることで改善が見込まれ、悪化を防ぐことができるのか、
- ・見通しが**改善が悪化**によって、ケアプランで設定する目標が変わってくる。目標達成のための具体的な方法を検討する根拠となる。
- ・改善の可能性や悪化のリスク・予後予測について、それぞれの専門職の得意な部分の見立てを確認する。

例)「リハビリ時に、めまい・ふらつきや特有の歩行障害がないかどうか教えてください」「今の状態から、改善・悪化の見通しはどうでしょうか？」
「訪問の時に“むせ”の状態について詳しく見てもらえますか」など

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）案 要解決課題について、課題を統合して表現する（ケアプランのニーズにつながる部分）



統合アセスメント（全体像把握）の概念図

＜記入例＞ 疾患別課題整理総括表（パーキンソン病）

課題番号	利用者の意向 (目指す生活)	家族の意向										備考 (現状の詳細など)	
		アセスメント項目		現状	課題か否か	優先度高	専門職と一緒に考える見直し		見通しの改善	悪化	見通しの具体的な改善策		CM 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)案
		原因	阻害要因				見直し	見直し					
課題 1	自律神経	①便秘	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	夕方から夜にかけて動きにくくなってきたことやめまいのため、一人で入浴することでの転倒リスクがある
		②頻尿	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の影響または疲労などから夜に動作緩慢となる		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		③めまい・ふらつき	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	レビ-小体型認知症の診断されており幻覚や認知の低下による発言が時々ある		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		④睡眠不足	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	服薬時間によって動きが出ている		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		⑤活動意欲の低下	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	右側屈、前傾位固縮による関節可動域の制限		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		⑥不安な様子	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在は自立～見守りだが、座位保持も上肢支持が必要なき状態に低下している		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		⑦幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		⑧認知の問題	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		⑨服薬が守られていない	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		⑩動けない時間がある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
課題 2	歩行	⑪不随意運動(ｼﾞﾀｸｼ)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	薬の効き具合によって身体の動きが変わるため、夕方トイレに行くのが心配
		⑫小刻み歩行	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		⑬すくみ足	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		⑭突進歩行	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
課題 5	ADL	⑮屋内歩行	<input checked="" type="checkbox"/> 自見守	<input type="checkbox"/> 一介	<input type="checkbox"/> 全介	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	手の震えや時々むせがあり、食事摂取量が減少し体重も減少しており低栄養の心配がある
		⑯屋外歩行	<input checked="" type="checkbox"/> 自見守	<input type="checkbox"/> 一介	<input type="checkbox"/> 全介	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		⑰トイレ動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自見守	<input type="checkbox"/> 一介	<input type="checkbox"/> 全介	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		⑰入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 自見守	<input type="checkbox"/> 一介	<input type="checkbox"/> 全介	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		⑰衣服着脱	<input checked="" type="checkbox"/> 自見守	<input type="checkbox"/> 一介	<input type="checkbox"/> 全介	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		⑲発症から10年が経過	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
課題 5	合併症予防	⑳手足の震え(振戦)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	手の震えや時々むせがあり、食事摂取量が減少し体重も減少しており低栄養の心配がある
		㉑転倒歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	バランス不良のため嚔下障害が出ている		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		㉒"むせ"	時々	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		㉓食事量の減少	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		㉔半年間で2-3 kgの体重減少	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		㉕褥瘡	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		㉖ここ2週間に37℃以上の発熱	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

作成者：埼玉県立大学研究開発センタープロジェクト「統合アセスメントの推進に関する研究」委員会（2020.03.06）

IV. 研究事業の総括

1) 研究事業の背景とその進め方

複数領域に課題を有する超高齢者に対して、適切な対応を行うためには、得意領域が異なる多職種との協働が必須となる。介護保険では、こうした多職種協働を機能させるキーパーソンの1人として介護支援専門員を置いたが、アセスメントに基づく課題認識が十分でないなど、様々な問題点が指摘されている。

こうした状況を改善すべく、国も、様々なマネジメントスキル向上策の展開（課題整理総括表や地域ケア会議の導入など）、研修体系の見直しを実施してきたものの、十分効果を発揮しているとは言い難く、その方法論を見直す必要があった。

さて、ケアマネジメントプロセスは、「多職種の視点や見立てを統合したアセスメントに基づく課題抽出（診断プロセスに相当）」と「多職種協働による課題解決策の推進（治療に相当）」に大別されるが、本研究事業では、介護支援専門員の質に直結する前者に焦点を当て、その機能強化策（機能強化につながる研修方法やツール開発）を提案することを目指した。

ただし、これを果たすためには、①現行のケアマネジメントと研修の実態を知り、課題の所在を具体化すること、②明らかになった具体的課題を解決するための方法論を検討すること、③検討した方法論を試行・評価し、方法論を確立することが必要となる。そこで、本研究事業では、以下の3つの研究事業

- **研究事業1**：介護支援専門員におけるアセスメントの現状と課題把握
- **研究事業2**：介護支援専門員に必要なアセスメントの視点と多職種によるアセスメントの統合方法の基本的コンセプトの提案
- **研究事業3**：介護支援専門員のマネジメント力強化を目指した研修会の研修内容評価、および新たな「疾患別課題整理総括表」の作成・提案

を設定し、推進することとした。

2) 主な結果

(1) 課題の具体化と研修で強化すべきポイントについて

まず、介護支援専門員のアセスメントの現状と課題を把握するため、3つの調査（アンケート、事例検討、インタビュー）を実施した。その結果、①ICFの6要素のアセスメントに偏りがあること、特に、健康面や機能面に対するアセスメントが弱いこと、②国が決めた項目をア

セズメントすること自体が目的化している可能性があることなどがわかった。前者に関しては、疾患に対するアセスメント項目が整理されていないこと、後者に関しては、アセスメントの目的意識が弱いことが原因と考えられた。したがって、「なぜその項目をアセスメントするのか」「何をアセスメントすべきか」を徹底すること、すなわち、「目的意識をもってアセスメントすることを促すこと」が研修のポイントであると考えた。

次に、インタビューを通じて、現行研修の現状を把握した。その結果、①病気に関する知識の習得が講義の主目的で、アセスメントの目的や対象を教える内容にはなっていないこと、②事例検討も個別性を重視したもので、その事例からアセスメントの目的や対象を学ぶもの（ケーススタディ）になっていないことがわかった。

また、アセスメント力の脆弱性に関しては、①課題とアセスメントの関係性が体系化（構造化）されていないこと、②ADL等の動作や行為に対するアセスメント方法をリハビリテーション職（以下、リハ職）から学ぶ機会が少ないことも影響していることが、インタビュー等からわかった。

（２） 研修ツールの開発について

上述したアセスメント上の課題を改善するための研修で使用するツールの検討を行い、①基本的考え方やその方法を学ぶためのテキスト、②ADL等のアセスメントのポイントを学ぶためのビデオ教材、③具体的な項目を整理した「アセスメントシート」を開発することとした。また、リハ職や看護職のアセスメントの視点を学ぶための「④疾患別課題整理総括表」の試案も作成した。

なお、対象とする疾患に関しては、介護支援専門員の意見も参考に、パーキンソン病と脳梗塞の２つとした。

（３） 研修の試行とその評価について

今回、パーキンソン病と脳梗塞を対象に、合計２回の研修会を開催した。なお、参加者の約７割は主任介護支援専門員であった。また、研修受講前と受講直後、受講から１か月後のアセスメント実施状況等を、受講者へのアンケートから把握し、その内容から研修の効果を検証した。

その結果、研修の最も主テーマに関連する質問“疾患とアセスメントポイントが繋がったか？”に対し、第１回目参加者の約５割、第２回目の参加者の約７割が“とてもそう思う”と回答するなど、ほぼ当初期待した効果が得られていた。

約8割は継続参加者であったが、上記質問に対する評価が2回目に上がったことから、複数回参加することで、基本的考え方がより身に付く可能性も示唆された。逆に言えば、アセスメント自体が目的化した従来の思考を、目的から手段を考える思考に変えるには少し時間がかかることを示唆した結果とも解釈できる。

3) 今後に向けて

(1) 継続的な研修の実施に向けて

今回は、さいたま市介護支援専門員協会との共催の形で研修を実施した。参加者の反応も良く、介護支援専門員協会が年間計画している各種研修会との連動を今後図っていく予定である。また、埼玉県、ならびにさいたま市以外の地域の介護支援専門員協会の研修との連携も今後進めていきたいと考えている。

(2) 多職種のアセスメントの視点の統合推進に向けて

現在、課題整理総括表の活用が介護支援専門員には求められているものの、「今後の見通し」などの記載欄があるため、介護支援専門員だけでこれを評価することは実質困難であり、その結果、活用されていない（記載できていない）状況にある。

これを改善するための対策は、「リハ職や看護職と一緒に同表を共同で作成すること」である。本研究では、研修会に参加した介護支援専門員からの要望を受けて、「疾患別課題整理総括表（パーキンソン病）」の試案を作成したが、来年度開催予定の「多職種が参加する研修会」を通じて、同表を共同作成する練習を行い、リハ職や看護職のアセスメントの視点を学ぶことで、結果的に介護支援専門員と専門職間の相互理解と連携促進を図りたいと考えている。

本研究で作成した「疾患別課題整理総括表（パーキンソン病）」において、アセスメント項目は「課題抽出」、「要因分析」、専門職と連携協働したアセスメント（情報共有、質問－応答）において、**最低限必要と思われる項目**である。また、本総括表は思考プロセスの「マニュアル」ではなく、あくまで一般化した思考プロセスの「ガイド」であることを念頭に置き、今後多くのケアマネジメント業務の経験を盛り込んで、再検討を繰り返して、介護支援専門員にとって**活用しやすく**、利用者の「より良い生活」を導き出せる「疾患別課題整理総括表」に発展することを期待している。

参考文献

- 1) 国立社会保険・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」
- 2) 鳥羽研二：老年症候群と総合的機能評価，日本内科学会雑誌，98（3），p.101-106，2009
- 3) 厚生労働省：居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業（結果概要），第129回介護給付費分科会，資料1-5，p.5
- 4) 要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/リハビリテーションマネジメントのあり方に関する研究-疾患別テキスト
- 5) 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省：2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)，2018年5月21日
- 6) 株式会社日本能率協会 平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業：入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き，2017年3月
- 7) 第152回介護給付費分科会：資料1「居宅介護支援の報酬・基準について（案）」，2017年11月22日
- 8) 「地域包括ケアシステムの構築に向けて」，第46回介護保険部会 資料3，2013年8月28日
- 9) 第149回介護給付費分科会 資料1「訪問介護の報酬・基準について」，2017年11月1日
- 10) 第156回介護給付費分科会 資料1「平成30年度介護報酬改定に関する審議報告の概要(案)」，2017年12月13日
- 11) 厚生労働省老健局：介護保険最新情報 Vol.657「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.4）」，2018年5月29日
- 12) 山内和江「多職種連携の視点から介護支援専門員の役割を考える：医療ニーズの高い利用者の情報収集・アセスメントについて」，第17回近畿ブロック研究大会 in 滋賀，2018年3月17日