

「適切なケアマネジメント手法」 について学び今後のケアマネジメント に生かす

- 南部地域圏域主任連絡会
- 総合司会 南中野地域包括支援センター 福田百合子

1 「適切なケアマネジメント手法」 って何だろう？

あいわ介護 三枝麻美

あいわ介護 山下恵美

<今、ケアマネに 求められるもの>

- ・これまで以上に幅広い情報収集、
分析とケアマネジメンツの推進
- ・経験年数に関わらず、一定以上の
水準で利用者が必要とするケアマネ
ジメンツを提供する事。

「適切なケアマネジメント手法」 とは？



・先達たちの知見の中で共通化できる知見を体系化した手法です。



ケアマネジメントの基本

利用者や家族の生活を支える上で先入観を持つことなく、網羅的に情報を収集し、解決すべき課題を捉え支援を組み立てる事

適切なケアマネジメントの手法の 特徴とは

- ①基本ケア→高齢者の生活を継続する基盤を支える
- ②疾患→要介護になる要因の上位、重症化するとその後影響が大きい疾患等（脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、認知症、誤嚥性肺炎予防）

課題

本来必要なケアの抜け漏れ
(知識のばらつき)

解決策

「疾患」 * 別に想定すべき

支援内容を体系化

* (・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

ケアプランの検討時の抜け漏れ防止

多職種協働の推進

ケアプランの見直しの円滑化

2 「適切なケアマネジメント手法」 の基本的な考え方

南中野地域包括支援センター 福田百合子

南中野地域包括支援センター 築田 晴

(1) “あたり”をつけて効率よく個別化を行う



みなさんは、初めに相談があったときに「〇〇の支援が必要かもしれない」「重点的に確認することは何か」と“あたり”をつけて「アセスメントをする」→「ケアを計画」という手順を踏んでいるはずです。

この“あたり”は、基本的にはみなさんのこれまでの経験から「こういうことが考えられるのではないか」と利用者さんの状態を推察し、リストアップしているものです。ただし、経験があっても自分の中である程度体系化されていなければ、とっさに思い浮かべることは難しくなります。



「必要性が想定される支援（仮説）」の引き出しを増やし、“あたり”の精度を高められるようにするための知識の体系化がケアマネジャーには必要です。

~~「ケアプランの標準化」~~ を目指しているものではない！

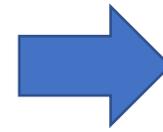


個別性の高いケアプランになる！

適切なケアマネジメント手法が土台になること
で.....

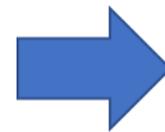
(2) 「適切なケアマネジメント手法」は「基本ケア」と「疾患別ケア」で構成される

疾患別ケア
(疾患に応じて特に留意すべき詳細の内容)



疾患に特有な検討の視点、可能性が想定される支援内容が整理されている

基本ケア
(高齢者の機能・整理)



本人が有する疾患に関係なく、在宅のケアマネジメントや多職種との情報共有において必要な視点、必要が想定される支援内容

「疾患別ケア」の5項目

知見を取り入れることでアセスメントに基づく将来予測を行い、リスクを見極めることで先回りしてケアを調整することができる

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

(3) 想定される支援内容からアセスメント/モニタリング項目 が繋がっている

「基本ケア」

尊厳の保持や自立支援に基づ
く基本方針が示されている

「疾患別ケア」

医療との関わりの程度に応じ
た「期別の考え方」が示され
ているものもある



①想定される支援内容



②支援の概要・必要性



③適切な支援内容とす
るための関連する
アセスメント/モニタリング項目

①想定される支援内容

- ◆疾患への想定される支援内容は、大項目、中項目、小項目に整理されている
- ◆医療的なアプローチにとどまらず、本人や家族への理解促進、状況が変化した際の体制構築など、ケアマネジメントが果たすべき役割を踏まえている

【概要版（項目一覧）】基本ケア ※参照

想定される支援内容			
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容
Ⅰ 尊厳を重視した意思決定の支援	Ⅰ-1現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	Ⅰ-1-1 疾病や心身状態の理解	1 疾患管理の理解の支援



②支援の概要、必要性

- ◆どのような支援をだれが行うか、またその支援がなぜ必要になるかを例挙している
- ◆個別化に向けた「仮説」のため、次の「適切な支援内容/モニタリング項目等」を踏まえてその内容を具体化している

【概要版（項目一覧）】基本ケア ※参照

支援の概要、必要性
支援の概要、必要性
・再発予防や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要。また、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすくなる等）についても知っておくことも重要である。



③適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等

- ◆想定される支援内容ごとに、その必要性判断するために確認すべき主なアセスメント/モニタリング項目、その際に相談すべき専門職を例挙している
- ◆個別化の視点に立って支援の要否や具体的内容の検討のために、ほかの職種と連携して確認する

【概要版（項目一覧）】基本ケア ※参照

適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本稿を参照	相談すべき専門職
<ul style="list-style-type: none"> ・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 	医師、看護職、薬剤師 PT/OT/ST、介護職



3 「適切なケアマネジメント手法」 どう取り入れる

弥生居宅介護支援事業所 廣末美千代

弥生居宅介護支援事業所 齊藤真知子

本町地域包括支援センター 土屋孝実

(1) こんな場面で使おう

① 介護支援専門員



アセスメント
ケアプラン原案作成

② 指導担当者



事業所内
同行訪問での指導



担当事例で支援内容をもう少し広げ
たいから確認してみよう

ここ数ヶ月の事例を振り返るときの
ポイントを見てみよう



③地域包括支援センター
職能団体

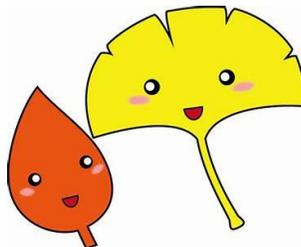


相談支援
研修
地域包括ケア会議

④保険者（自治体）



社会資源の整備に
向けた検討



情報が足りないのかな？

支援内容が考えきれてい
ないのかなあ……



初任段階の方

こういう想定される支援が
あるからここを見るよね

こういうつもりで入れたケ
アならこの点をモニタリン
グしたらどう？

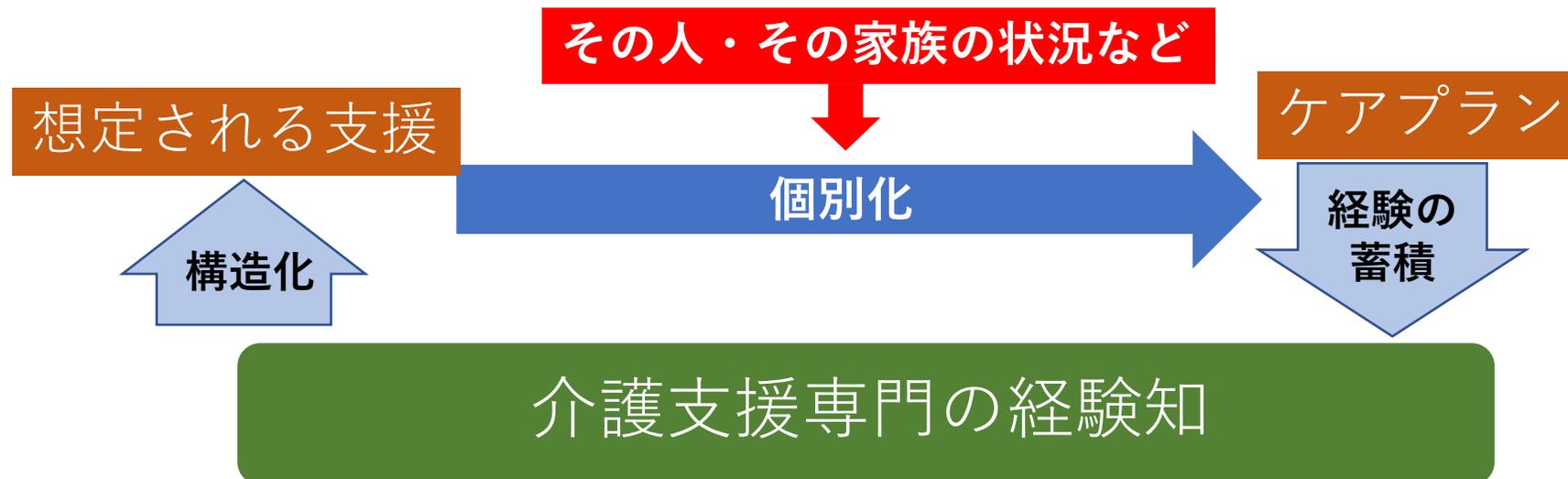


指導担当者

(2) 使う時の留意点



- ①「基本ケア」と「疾患別ケア」はセットで用いる
- ②生活の場面で取り組むべきことに意識を向ける
- ③本人の生活を総合的に捉え、個別化する



4 「基本ケア」の理解を深める

グリーンケア中野 布川文子
グリーンケア中野 千葉亜紀子

(1)「基本ケア」とは

本手法における「基本ケア」とは、生活の基盤を整えるための基礎的な視点であり、介護保険の基本的な理念である尊厳の保持と自立支援を踏まえ、現在の生活を出来るだけ継続できるようにするために想定される支援内容を体系化したものです。

したがって、利用者に疾患等がない場合でも、また疾患が複数ある場合でも共通するものです。「疾患別ケア」を検討する前にまずこの「基本ケア」を理解し、視点の抜け漏れや情報収集に不十分なものはないか確認しましょう。

(2)「基本ケア」の構成

「基本ケア」の構成は次頁の通りです。ここでは中項目までしか掲載していませんが、各中項目にそれぞれより具体的な支援内容が整理されています。

なお、「疾患別ケア」の項目には、「基本ケア」と重複するものもあります。これは、疾患の有無に関係なく重要であると同時に、**疾患がある場合には特に留意すべき項目**であることを意味します。

そうした項目が該当するときは、特に注意して現状を把握し、具体的な支援の必要性や内容を、他の職種とも連携して検討しましょう。

(3)「基本ケア」を活用する際の留意点

全ての支援内容を横並びに実施するのではなく、状況に応じて優先度や重要度が異なりますから、情報の収集・分析を踏まえて具体的な内容を組み立てることが大切です。

なお、自立支援の観点から、「これまでの生活の尊重と継続の支援」では、状況に応じた適切なり
 ハビリテーションの実施が特に重要であることに留意します。

【基本ケア】

基本方針	大項目	中項目
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
		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	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

基本方針	大項目	中項目
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

基本方針	大項目	中項目
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
		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

5 「疾患別ケア」の理解を深める

脳血管疾患：クリオケアセンター 岩根眞理子

大腿骨頸部骨折：あけぼの介護センター中野南 大原聖哲

心疾患：あけぼの介護センター中野南 佐々木みどり

認知症：弥生の園居宅介護支援事業所 石黒聡

誤嚥性肺炎：弥生の園居宅介護支援事業所 臼井充栄

(1) 脳血管疾患のある方のケア

脳血管疾患は要介護認定の原因疾患として多い疾患の一つで医療における「地域連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用が行われている例も多いです。

脳血管疾患は再発しやすい疾患であり、再発すると入院も含めて状態が悪化する傾向があります。そのため本人のQOLの維持・向上と再発防止の観点からは退院後の生活への移行をできるだけ円滑にするとともに、退院直後の生活における不安を小さくできるように調整すること、そして生活が安定してきた先はいかに再発を予防していくかが大切です。

退院後の時期によって以下のように期を分けています。

I期	● 病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようになる時期
II期	● 病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期

I 期（病状が安定して自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）

大項目	中項目
再発予防	血圧や疾病の管理の支援
	服薬管理の支援
	生活習慣の改善
生活機能の維持・向上	心身機能の回復・維持
	心理的回復の支援
	活動と参加に関わる能力の維持・改善
	リスク管理

II 期（病状が安定して個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする事期）

大項目	中項目
継続的な再発予防	血圧や疾病の自己管理の支援
	服薬の自己管理
	生活習慣の維持
セルフマネジメントへの移行	心身機能の見直しとさらなる回復・維持
	心理的回復の支援
	活動と参加に関わる能力の維持・向上
	リスク管理

連 携

退院時は病棟の多職種から在宅チームの多職種にケアを引き継いでいくこととなります。1期で示されている基本方針や支援内容について認識を合わせながら病院と在宅間の連携を取っていくことで、在宅での生活を安定させるためのケアを検討しやすくなります。



(2) 大腿骨頸部骨折のある方のケア

大腿骨頸部骨折は、脳血管疾患と同様、要介護認定の原因疾患として多い疾患の一つで、医療における「地域連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用が行われている例も多いです。大腿骨頸部骨折のある方のケアの項目は以下の通りです。

【Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）】

大項目	中項目
再骨折の予防	転倒予防 骨粗しょう症の予防
骨折前の生活機能の回復	歩行の獲得 生活機能の回復 社会参加の回復

【Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期）】

大項目	中項目
骨折の予防	転倒予防 骨粗鬆症の予防
セルフマネジメントへの移行	介護給付サービスの終結に向けた理解の促進 (自助・互助への移行)

大腿骨頸部骨折の場合、骨折そのものはいずれかのタイミングで治っていきませんが、退院直後は生活機能が落ちている場合もあるため、再骨折の予防と生活機能の早い回復が肝要です。一方、生活が安定した後は、本人の生活場面をよく見て、セルフマネジメントを出来るように支援することがもとめられます。

そこで退院後の時期によって、以下のように期を分けています。

Ⅰ期	●病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようになる時期
Ⅱ期	●病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期

退院後の生活への移行の支援では、入院時に行われていたリハビリテーションの状況などの情報を在宅ケアに携わる専門職やサービス事業所と共有し、在宅の場面で必要なリハビリテーションをいかにして継続していくかを、病棟・在宅双方の関係者が連携して検討・準備することが大切です。

また、安定したⅡ期では、支援がいずれ終結する可能性があることを意識しつつ、セルフマネジメントを定着させることも検討します。

(3) 心疾患のある方のケア

心疾患は高齢者に患者数の多い疾患であり、医療における「地域連携パス（クリティカルパス）の整備や活用が行われる例も多い。

心疾患は、繰り返し発症し易い特徴を持っている事から、再入院の予防として、掛かり付け医や専門医等と連携して医療的ケアが提供される環境を整え、何らかの制限・制約のある中でも 参加と活動場面を維持するバランスが求められます。退院後の時期により、以下の様に期を分けている。

I期 ○退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期

再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬 自己管理能力の向上とリスクの管理 療養を続けるための環境・体制の整備
--------	--

生活機能の維持・向上	心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援 心理的な支援
------------	--------------------------------

「適切なケアマネジメント手法」の手引き / 5. 「疾患別ケア」の理解を深める

II期 ○病状が安定から不安定な状況にある時期

再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬 自己管理能力の向上とリスクの管理 療養を続ける為の環境・体制の整備
生活機能の維持	ステージに応じた生活・暮らし方の支援 心理的な支援
EOL準備	EOL（エンドオブライフ）に向けた準備

心疾患の特徴で、I期とII期を繰り返す可能性が大きい為、再発・再入院を出来る限り予防する事が、ケアマネジメントの大きな柱となる。再発を恐れ不活発が進行しない様に、医療と連携して状況に応じた本人の生活・暮らし方を支援する事を意識します。

(4) 認知症のある方のケア

認知症は、要介護認定の原因疾患として多い疾患の一つです。認知症は幅が広いので、ここでは比較的数量が多い「アルツハイマー型認知症の診断があり、IADL/ADLは自立あるいは一部介助程度」の状態を念頭においています。ただし、認知症の疾患のタイプは変化したり複数のタイプが併存したりすることもあるとされることに留意が必要です。

また将来にわたる生活や介護の領域における支援、特に周囲への支援の必要性が大きいことから、本章では「比較的初期～中期」を想定しています。目安としては、ADLが自立あるいは一部介助程度までであって、認知症高齢者生活自立度でII b程度までの時期となります。



「適切なケアマネジメント手法」の手引き / 5. 「疾患別ケア」の理解を深める

認知症のある方のケアの項目は以下の通りです。

大項目	中項目
ここまでの経緯の確認	ここまでの経緯の確認
本人及び家族・支援者の認識の理解	本人と家族・支援者の認識の理解 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解
将来の準備としての意思決定の支援	本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援 意思決定支援体制の整備
必要に応じた連携体制の構築	必要に応じた連携体制の構築
基本的な生活の支援	日常生活における本人の意向の尊重 一週間の生活リズムを支えることの支援 日常的に参加する役割を整えることの支援 体調管理や服薬管理の支援 基本的なセルフケアを継続することの支援

大項目	中項目
これまでの生活の尊重と重度化の予防	本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備 合併症や併発しやすい事故の予防
行動・心理症状の予防・重度化防止	行動・心理症状の状況と背景要因の把握 背景要因に対する取り組みの支援
家族等への対応	家族支援に必要なサービスの調整支援 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援



家族等や支援者の連携を促し、彼らを支える環境を整える

認知症は、中核症状である認知機能の低下とそれに起因する生活障害に加え、状況によっては行動・心理症状が現れます。症状が変化する可能性を念頭に置いて、家族等、かかりつけ医、専門職、さらには友人・知人などが連携して支援する体制づくりが必要です。

特に家族等や支援者と本人との関わり方に着目し、状況に応じて関わり方を見直したり、家族等や支援者の不安を軽減できるよう介護者を支援する体制を整えたりすることも大切です。



(5) 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

誤嚥性肺炎とは・・・ADLや全身機能の低下、特に脳血管障害を有する場合に認められやすい嚥下機能障害を伴見に起きる肺炎

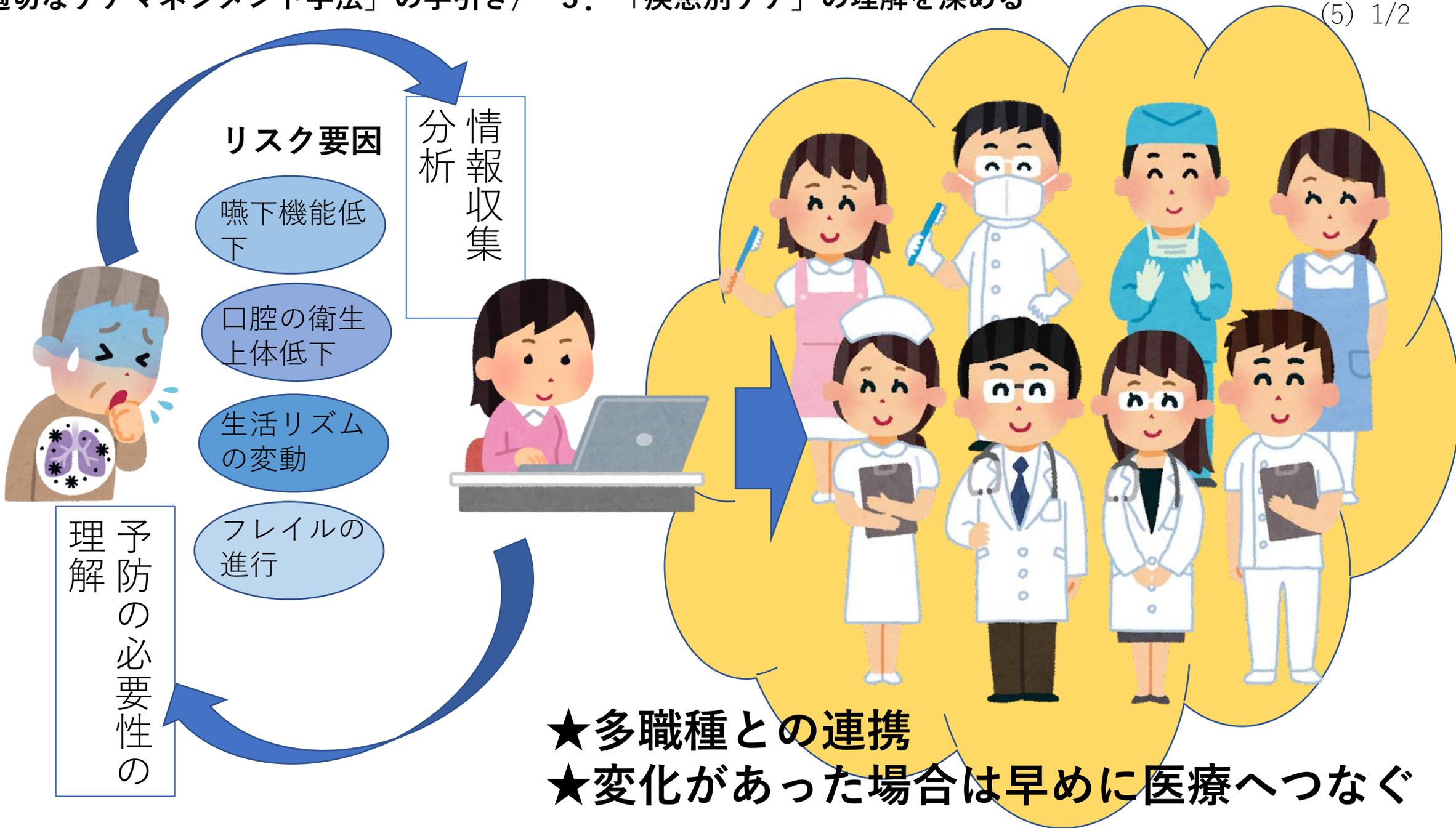
特徴・・・高齢者が発症しやすい。入院や重症化した場合は死亡リスク高い。



発症予防・再発予防が重要！

予防のためのケア項目は以下の通り

大項目	中項目
リスクの評価	<ul style="list-style-type: none">・ 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解・ リスクの評価
日常的な発症及び再発の予防	<ul style="list-style-type: none">・ 摂食嚥下機能の支援・ リスクを小さくする支援
リスクの再評価	<ul style="list-style-type: none">・ リスクの再評価
変化を把握したときの対応体制の構築	<ul style="list-style-type: none">・ 変化を把握したときの対応体制の構築



6 「適切なケアマネジメント手法」 の活用方法

あおば

皆川明美

中野すみれ園

磯野幸広

【*実践的な活用方法の紹介】

一人で始められる「自己点検」と、
事業所・地域として導入できる「研修」および
「多職種カンファレンス」の3つの場面を取り上げ、
具体的な活用プロセスや工夫・留意点を解説します。

「自己点検」

ケアプラン作成時・作成後・見直しの際に
適切なケアマネジメント手法を用いて支援内容が妥当か確認を行います。

【事例を選ぶ】

- →自己点検シート（6種類）
「基本ケア」＋
「疾患別ケア」（脳血管・大腿骨折・心疾患・認知症・誤嚥性肺炎）

それぞれのケアで想定される支援内容（項目一覧）

（該当する「疾患別ケア」がない場合、「基本ケア」だけを使って点検しても可）

*ケアプランを点検し、○×や番号を記入→振り返る手掛かりに
→今後の対応を決める

- 追加の情報収集
- 個別化の検討
- ケアプランの見直し
- 状況の推移の見守り

【研修】

- 研修（地域や職域での法定外研修、事業所や法人内での内部研修など）を通じてこの手法の意義や内容、活用方法の理解を促します
 - * 実際に使ってみることで理解が深まることから、担当事例での自己点検を事前学習あるいは演習して組み込み、参加者どうしで共有しながら“気づき”を深めていくやり方が有効
- （研修の一例）
 - 【第1回】 考え方の理解 基本的な考え方や各種シートの使い方を説明
 - 【第2回】 自己点検結果の共有 事前に自己点検。結果を持ち寄って共有
 - 【第3回】 強化すべき項目の解説理解が不足している項目を取り上げ、支援内容の詳細や留意点を解説

【自己点検に関する問い】

- 分からなかったものは何か？
 - 「抜け漏れ」はあったか？
 - 粗かった（もっと細かく情報収集しなければならない）項目はあったか？
 - 助言やアイデアがほしい項目はあったか？
- * 参加者の理解が不足している項目が浮かび上がってきたら説明してもらうことで理解を深め、提案する支援の幅を広げることができる。
- 丁寧に読み返したり情報収集のやり方を見直したり繰り返し使うことが大切。
→特に丁寧に振り返ることが、活かせる知識として身につける早道である。

【カンファレンス】

- 高齢者を取り巻く支援チームで対応する必要がある
“共通言語”として活用することで、情報収集や検討の視点を共有しやすい
- 支援チームと一緒に検討を行うカンファレンスとしては、
サービス担当者会議、
個別事例を扱う地域ケア会議、
入退院時に実施されるカンファレンスなどあり
- 本人の心身や生活環境の変化が大きく、多職種協働の必要性が大きい“退院時”

【カンファレンス活用ステップ】

- ①事前準備 CM→自己点検 相談したいことと資料を用意
 - 全員→該当する「適切なケアマネジメント手法」に目を通す

- ②カンファレンス当日 CM→相談したいこととその理由を説明
 - 全員→「手法」を念頭に置きつつ、支援の必要性やその人らしい個別化された支援内容を検討

- ③対応策の実施 CM→検討結果をふまえて、追加の情報収集やケアプランの見直し
 - 全員→検討結果をふまえ、CMへの情報提供や、自身が提供するケアの見直し

【事前準備】

- 自己点検→相談したい事絞り込む→優先順位→資料用意→見直し
- * 「適切なケアマネジメント手法」にあらかじめ目を通す
(基本情報・アセスメント・課題整理・ケアプラン・記録シート)

【カンファレンス当日】

- 事例概要とともにカンファレンスで他職種に相談したいことを議題として提示
- なぜその項目が重要だと思ったか、どの専門職等に相談したいと思ったかを説明
- 参加者全体で項目ごとに検討

【検討の視点】

- 現時点でその支援は必要か？
- 支援が必要な場合、“その人らしい個別化された支援”としてどのような内容・方法があるか？
- 今後対応すること（追加の情報収集、ケアプランの見直しなど）の合意
- 検討の経過を記録
- 予め様式を定めておくと記録の手間を小さくできその場で振り返ることが出来る。

【適切なケアマネジメント手法を活用した見直し例】

「例1 水分摂取をより具体的に把握することで脱水を予防した例」

- 自己点検に「基本ケア」活用
- より具体的に状況を把握したところ水分不足を捉えきれていなかったことが分かった
- 毎年、数回脱水
- 必要性を本人に説明。無理なく摂れるよう飲むタイミングや飲み方などを調整
- 短期目標や支援内容も変更。訪問介護でも水分摂取状況を確認

→その年の夏は脱水を起こさずに過ごす

例2 抜けていた視点を踏まえて短期目標とリハビリテーションの内容を見直した例

- 疾患別ケア（脳血管疾患）を活用
 - 「新たな機能の獲得の支援」の視点が抜けていた
 - 「家族の仕事を手伝いとしてPC操作や電話応対できるようになる」という具体的な短期目標に変更。
 - リハビリテーションをより個別的に
- 家族の仕事を手伝えるようになり、サービス終了

例3 退院時カンファレンスで利用し退院後の支援における本人のストレングスを活かす内容に見直した例

- 退院時カンファに提出するケアプラン（案）の作成と、病棟のスタッフとの間で特に議論したいポイントを整理するため活用
- 網羅的かつ円滑に進行できた
- 本人のストレングスを活かす視点が抜けていることを確認
- 本人のストレングスを反映して修正

→病棟で自分が好きだった活動を自宅に戻っても続けるケアプランを作成

参考資料

- 「適切なケアマネジメント手法」の手引き
https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/r2fukyu_betsushiryō.pdf
- 「ケアの冊子」
https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_tekisetunacare_r2kai.pdf
- 概要版
https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_r2kihoncare.pdf

動画で確認しましょう。

「適切なケアマネジメント手法」
実践研修Q & A解説
～守る方編～

従事のプロセスと
どう違うの？

全部の項目に
取り組まなければ
いけないの？

株式会社 日本社会福祉研究所

「適切なケアマネジメント手法」 実践研修Q & A解説

～実践編～

どんな場面で活用
できるの？

アセスメントシート、
課題管理図活用
との違いは？

ケアプラン点検で
活用されるの？

株式会社 日本社会福祉研究所

ご清聴ありがとうございました。

南部圏域主任ケアマネ一同

PP作成協力：川島診療所 渥美頼子