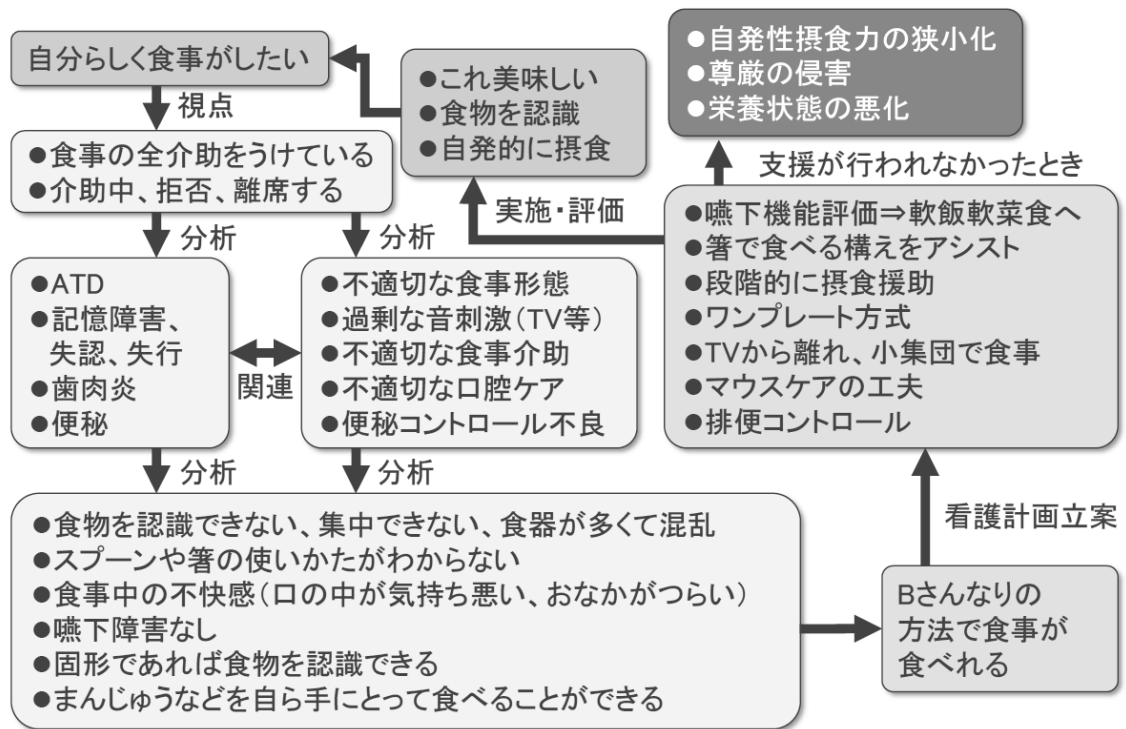


2-47 Bさんに対するケア展開



実際に事例を用いて展開してみる。Bさんは、もともと、夫と週末にはイタリアンレストランや割烹料理店に通うなど、食事への楽しみを持っていた。しかし、現在は、食事の介助を受け、時には、拒否をして離席するなど到底食事への楽しみが得られている状況ではないと推測された。そこで、Bさんは自分らしく食事をしたいのではないかとという視点に立ち、分析を行った。その結果、記憶障害をはじめ、食物（全粥刻み食）を食べる対象物としてみわける認識、食事以外に注意が向けられる、箸やスプーンの使いかたがわからないといった認知機能障害と、便秘や歯肉炎などの身体的要因が関連して、摂食困難を引き起こしているのではないかと推測した。そこで、Bさんなりの方法で食事ができるように、嚥下機能評価から軟飯軟菜食へ変更して食品を視覚的に認識できるようにした。また、箸で食べる構えをアシストすることで、上手に箸を使って食べることができた。さらにワンプレート方式で食品を盛りつけ、TVから離れた席で、仲の良い女性と向き合うように食事をするので、向かいの女性の食べ方を模倣し、会話を楽しみながら、食事をするようになった。結果、「この魚、美味しいね」と食事を認識し、かつ、自身で次に食べるものを選択するようになった。このように、全面的な介助を受けていたBさんであったが、段階的な介入を行いながら、内部・外部環境を整えることで、徐々に自発的に摂食することが可能となる。

- **摂食低下を伴うことが多い**
 - **軽度認知症:行動障害**
(セルフネグレクト、買い物をおぼれる)
 - **中等度認知症:失行、食事に注意がつかない、貯食**
 - **高度認知症:嚥下障害**

治療管理上、注意をしたい点に栄養、食事の面がある。認知症をもつ人の場合、軽度の時点から、実行機能障害が関連したセルフケア能力の低下が疑われる。中等度になると、食事中の注意の維持が困難になり、介助がないと摂取が進まない場合がある。

観察がポイント

- **注意が向かない・それる**
- **食器がつかえない**
- **食事を口元にもっていけない**
- **興奮**
- **食物の滞留**
 - **歯がない**
 - **義歯があわない**
- **口腔乾燥**

食事の摂取が進まない場合の観察ポイントをいくつかあげる。認知機能障害が関連する場合、注意の障害、道具がつかえない、BPSDの関与、等が考えられる。また、苦痛を訴えることが苦手になるため、口腔内のトラブルが摂取量の減少と関連することもある。

- **注意の低下に配慮をしてセッティングをする**
- **準備をする：
食べる前に見せる、においをかがせる**
- **患者の手をスプーンに置く、手を口元に
持って行く**
- **咀嚼を促す、声をかける**

特に、認知機能障害に配慮をした食事介助の際のポイントをあげる。注意の問題、失行・失認、実行機能障害が関連する。

たとえば、

注意の分散を防ぐために、皿の数を減らす

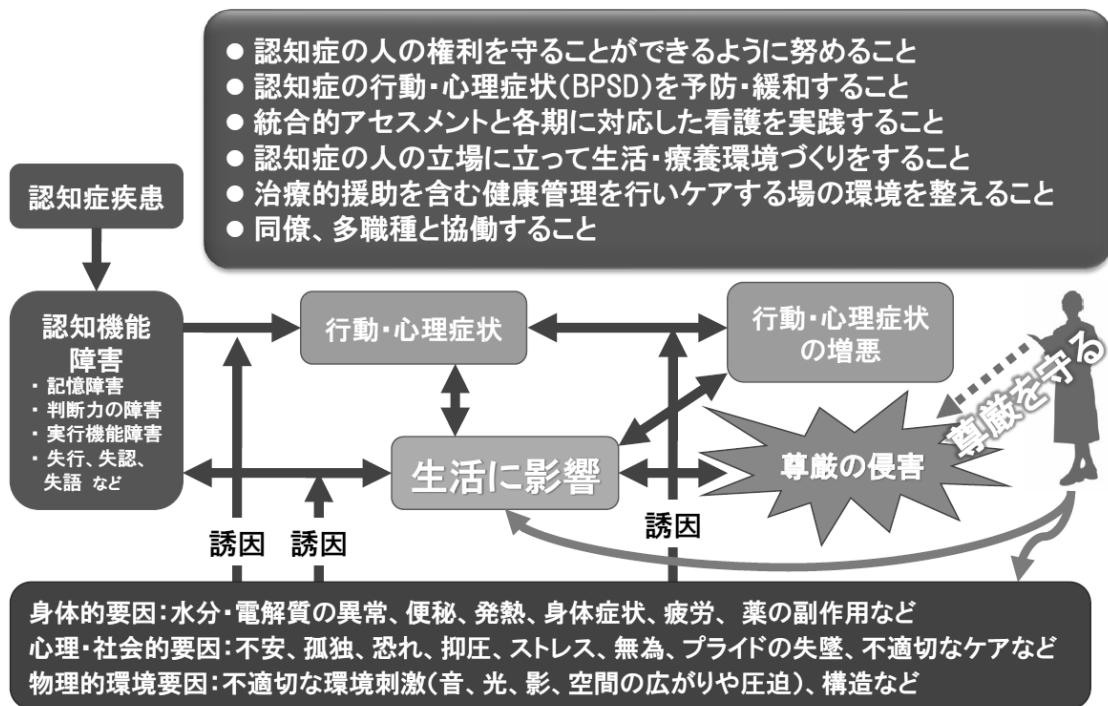
注意を促すために、みせる、においをかがせる、

実行機能障害に配慮をして、箸を持たせるなど行動を促す、声掛けをする、などがある。

- **認知症に伴う精神心理的苦痛**
 - 「本人が認識できない」との先入観から見落とされることがある
- **軽度認知症：**
 - 認知症による違和感・苦痛
 - 自律性の喪失への恐れ
- **中等度・高度認知症においても配慮**

認知症をもつ人に対しても心理的な支援が求められる。軽度の場合でも、自分の行為が今までのようにうまく進まない違和感、自分自身の自律性が失われる恐怖を感じていることがある。認知症の人を支援する場合には、患者自身の苦痛に配慮をしつつケアを進める。

2-52 認知症ケアの専門性



認知症ケアの専門性は以下も通りである。

- 認知症の人の権利を守ることができるように努めること
- 認知症の行動・心理症状 (BPSD) を予防・緩和すること
- 統合的アセスメントと各期に対応した看護を実践すること
- 認知症の人の立場に立って生活・療養環境づくりをすること
- 治療的援助を含む健康管理を行いケアする場の環境を整えること
- 同僚、多職種と協働すること

また、認知機能障害やBPSD（認知症の行動・心理症状）は、認知症の人の生活に影響をおよぼす。これまで営んできた生活が脅かされることは、認知症の人の尊厳を奪うことにもなる。それを防ぐためには、物理的環境、社会的、ケア・治療環境を整えることが大切である。



介護家族の心理状態は、「戸惑い・否定」→「混乱・怒り・拒絶」→「あきらめ・割り切り」→「受容」の経過をたどることがあります。介護が始まるまでに医療を受診した場合、家族の心の準備ができていないうちに病名の告知を受けることもあります。最初に介護家族に訪れるのは「戸惑い・否定」の段階です。その後を訪れるのは「混乱・怒り・拒絶」の段階です。誰でも大切な家族が認知症疾患の診断を受けたときに、「まさか自分の家族が認知症だなんて」と認めたくない気持ちが起ころはずです。それでも認知症の症状はそのような家族の否認とは裏腹に進行していきます。認知機能障害や行動・心理症状の出現に家族の心は疲れ、一方で、多く場合、家族はその怒りを自らのうちに秘め、周囲に語ることなく日々の介護に努めながら怒りを溜め込んでしまいます。怒りの内在化が起こりやすい熱心な介護家族ほど、あるとき怒りが形を変えて介護家族の「抑うつ」となることがあります。抑うつ状態にまで介護家族が追い詰められる前に、相談相手がいれば認知症の人に対して虐待をしたり、その人とともに命を絶とうとしたりする悲しい結末を迎えることもあります。次に「あきらめ・割り切り」の段階に進みます。家族の心に芽生えた怒りを周囲に表出することができれば、介護家族の心にはカタルシス効果が期待されるかもしれません。

介護家族が支援者や同じ立場にある介護家族との関係のなかに、自分たちの苦悩を分かち合ってくれる誰かの存在に気づくことができれば、介護を破綻なく続けられるように「適応」し、本人を見送った後、傷ついた家族の心が時間の経過とともに癒えていくなれば、家族は「受容」することができるかもしれません。

- 認知症の人が施設に入所した場合、家族は当人の健康状態や暮らしぶりについて、心配や不安、さらには自責の念をもつ場合がある
- また、面会頻度が少なくなり、家族の日常から認知症の人の存在が薄れてしまう家族もいる
- 家族にどんな事情があっても、認知症の人と家族にとって「安心して入所を任せられる場所」として存在することが求められる
- そのためには、施設全体が家族を温かく迎え入れ、認知症の人とゆっくりと過ごすことのできる空間、雰囲気をつくり、援助者の認知症人・家族へのかかわり方や提供されているケアへの満足度を高める

認知症の人が病院に入院したり、施設に入所したりした場合、家族は当人の健康状態や暮らしぶりについて、心配や不安、さらには自責の念をもつ場合があります。また、面会頻度が少なくなり、家族の日常から認知症の人の存在が薄れてしまう家族もいます。

家族にどんな事情があっても、認知症の人と家族にとって「安心して入所を任せられる場所」として存在することが求められます。そのためには、病院や施設全体が家族を温かく迎え入れ、認知症の人とゆっくりと過ごすことのできる空間、雰囲気をつくり、援助者の認知症人・家族へのかかわり方や提供されているケアへの満足度を高めることが基盤となります。

- 家族同士は似た価値観や文化をもつことが多いが、一人ひとり違う個人である。そのため家族内の意見が一致しないことや、家族で一度決定した方針・方向性が覆ることがある
- 緊急時の対応だけでなく、医療や生活全般に関連する事項の家族の連絡窓口となる人を確認し、認知症の人のケアに携わる人々が誰でもわかるように明記しておくことが大切となる
- また、家族内でその旨を周知し、変更時には早めに連絡するように伝えておくことも必要となる
- 日頃から家族と対話をもち、家族関係や家族連絡窓口に関する情報収集を適宜、意図的に行うことが大切となる

家族同士は似た価値観や文化をもつことが多いですが、一人ひとり違う個人でもあります。そのため家族内の意見が一致しないことや、家族で一度決定した方針・方向性が覆ることがあります。緊急時の対応だけでなく、医療や生活全般に関連する事項の家族の連絡窓口となる人を確認し、認知症の人のケアに携わる人々が誰でもわかるように明記しておくことが大切です。また、家族内でその旨を周知し、変更時には早めに連絡するように伝えておくことも必要です。

家族の連絡窓口の混乱は、認知症の人の適時・適切なケア提供に支障を及ぼし、家族の心労にもつながります。これらを回避するためには日頃から家族と対話をもち、家族関係や家族連絡窓口に関する情報収集を適宜、意図的に行うことが大切です。

3 認知症支援に関する社会制度

3-1 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の概要

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

7つの柱

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の促進
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
3. 若年性認知症施策の強化
4. 認知症者の介護者への支援
5. 認知症者を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
6. 認知症の予防・診断・治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
7. 認知症者やその家族の視点の重視

地域包括ケアシステムの構築を目指す中で、認知症の人においても、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた良い環境で、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現ができるよう、平成27年1月に「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」が策定された。

※詳細は、URL:<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236.html>

新オレンジプランは、7つの柱で構成されており、⑦「認知症の人やその家族の視点の重視」については、①～⑥のすべての柱にかかる横串の柱として⑦に掲げられていて、認知症の人やその家族の視点を重視することは、柱にそって施策を推進する際の共通の基本理念となっている。

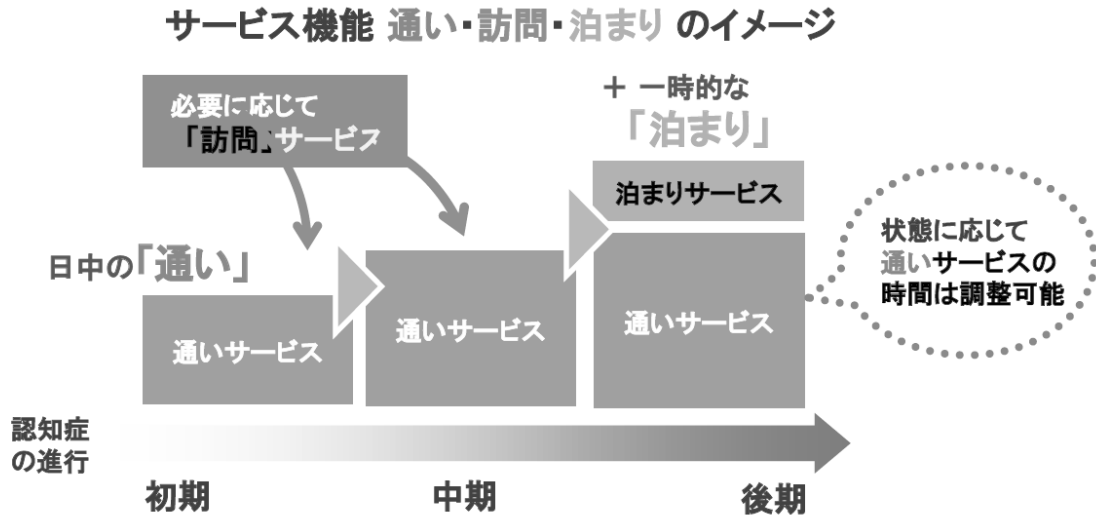
- 1. 市区町村長が事業者の指定・指導監督**
- 2. 原則、市区町村の被保険者が利用可能**
- 3. 住民に身近な生活圏域単位で整備**
- 4. 地域ごとの指定基準、介護報酬が設定可能**

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 地域密着型通所介護(H28.4～)
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
- 地域密着型特定施設入居者生活介護(29名以下)
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(29名以下)
- 看護小規模多機能型居宅介護(小規模多機能+訪看)

地域密着型サービスには、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(平成24年4月～)、夜間対応型訪問介護、認知症専用のデイサービス(認知症対応型通所会議)、小規模多機能型居宅介護、グループホーム、入居定員29名以下の介護専用型特定施設、同じく定員29名以下の小規模な特養、看護小規模多機能型居宅介護(旧複合型サービス、小規模多機能型居宅介護+訪問看護、平成24年4月～)の計8種類のサービスがある。また、平成28年度より、小規模事業所による通所介護が、「地域密着型通所介護」として加えられる。

3-3 小規模多機能型居宅介護

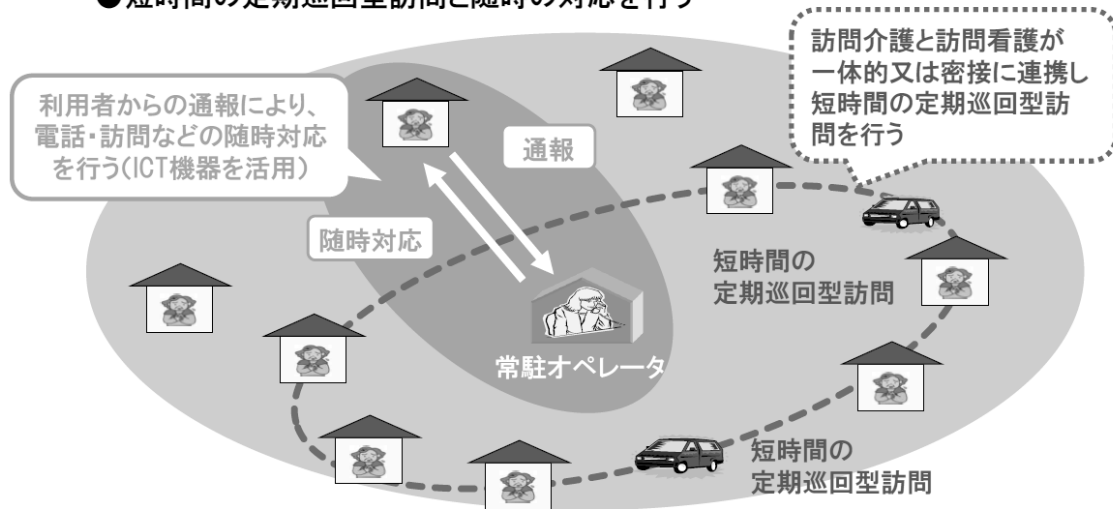
通いを中心に、要介護者の様態や希望に応じて、随時訪問や泊まりを組み合わせるサービスを提供し、中重度になっても在宅生活が継続できるように支援



小規模多機能型居宅介護は、地域密着型サービスの一つとして平成18年度制度改正で導入されたサービスである。高齢者本人の自宅での生活の継続を支えることに軸足を置きながら、気軽に通える身近な場所で、必要なサービスを継続的に提供する仕組みである。高齢者本人の要介護度が軽いうちは、週に数回の「通い」から始まり、家族が必要とする時などには時間を延長して対応する、本人の状態が重度化するのに伴って、週に数回の「泊まり」を受け入れる、という利用イメージである。その際、高齢者本人の状態の変化に応じて他の施設に移されるのではなく、通い慣れた場所でなじみの仲間と過ごし、なじみのスタッフが介護に当たることから、環境の変化に適応することが難しい認知症の高齢者にとって、リロケーションに伴うダメージを回避して、混乱を最小限にとどめることができることが大きな利点である。

3-4 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- 日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が一体的または密接に連携
- 短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う



- ※ 訪問看護についての医師の指示書が必要であり、地域の医療機関との連携が重要
- ※ 地域密着型サービスとして位置づけ、市町村が主体となり圏域ごとにサービスを整備

在宅の重度要介護者に日中・夜間を通じて定期の巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が、平成24年度制度改正の際に導入され、次の二つの類型が定義された。

1) 介護・看護一体型

一つの事業所で訪問介護と訪問看護を一体的に提供する事業形態

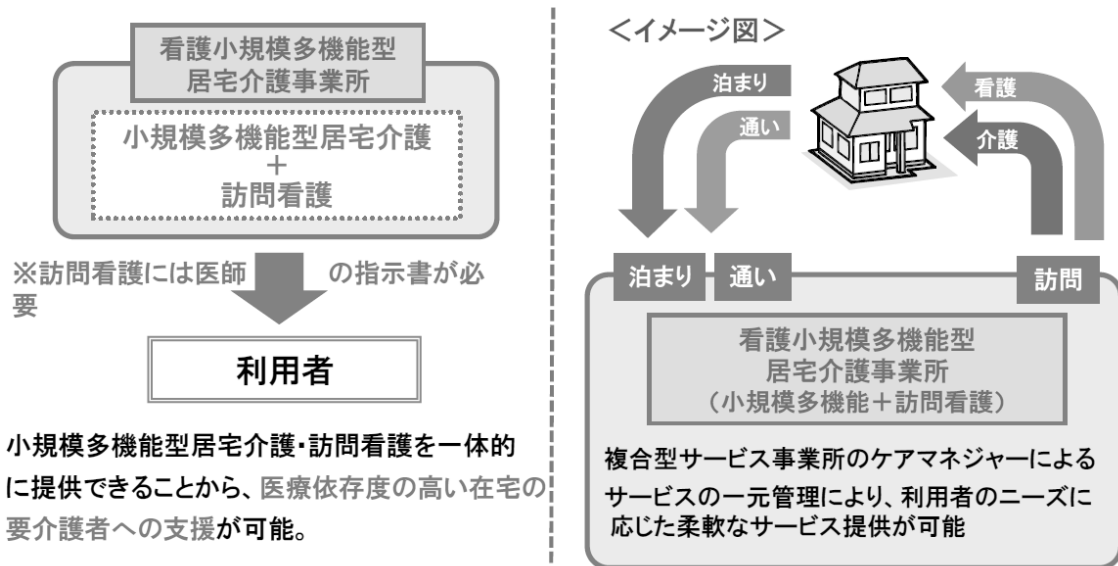
2) 介護・看護連携型

訪問介護を行う事業所が地域の訪問看護事業所と連携してサービスを提供する事業形態
その主な特徴は、

- ① いずれの事業形態においても、訪問看護を要しない（訪問介護だけの利用を必要とする）要介護者の利用も可能とされていること
- ② 訪問看護については、医師の指示（書）が必要となること
- ③ 介護報酬は、サービスの利用回数によらず、要介護度別の月額定額報酬となること
- ④ 急性増悪により医師から特別指示書が交付された場合、及び「末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する場合は、訪問看護の費用は医療保険で算定し、その分の介護報酬は減額調整されること（この場合、訪問看護は介護保険の区分支給限度額管理の対象外となるため、必要な回数の訪問看護を利用することが可能となる。）
- ⑤ 通所介護や短期入所等、他の介護サービスを利用した日については、介護報酬の減額調整が行われること などである。

3-5 看護小規模多機能型居宅介護

- 複数の居宅・地域密着型サービスを組み合わせて提供するサービス
- 医療・看護ニーズにも対応した小規模多機能型サービスなどを利用できる

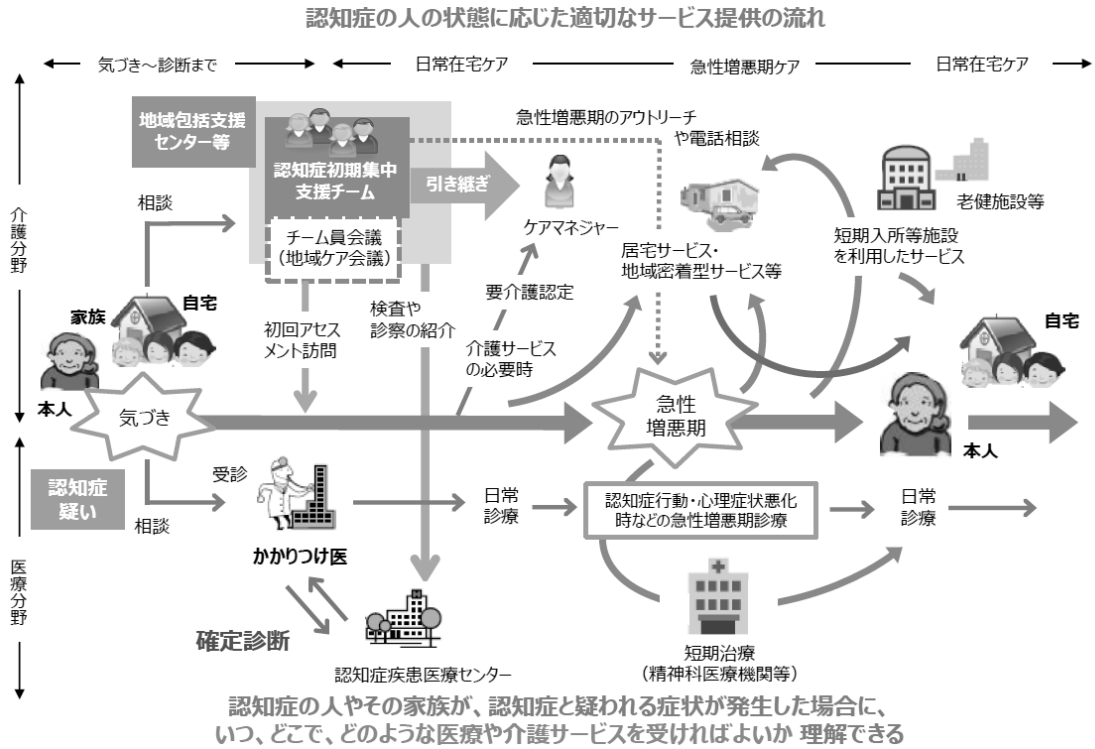


小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を併せ持つ「看護小規模多機能型居宅介護（旧称：複合型サービス）」が、平成24年度制度改正の際に導入された。このサービスは、自宅での生活を希望する本人、家族のニーズに応じて、「通い」を中心に「泊まり」「訪問」を柔軟に組み合わせて提供する小規模多機能型居宅介護に加え、「訪問看護」を一体的に提供することにより、要介護度と医療依存度がともに高い、在宅の要介護高齢者の地域での生活を支えることが意図された。

その主な特徴は、

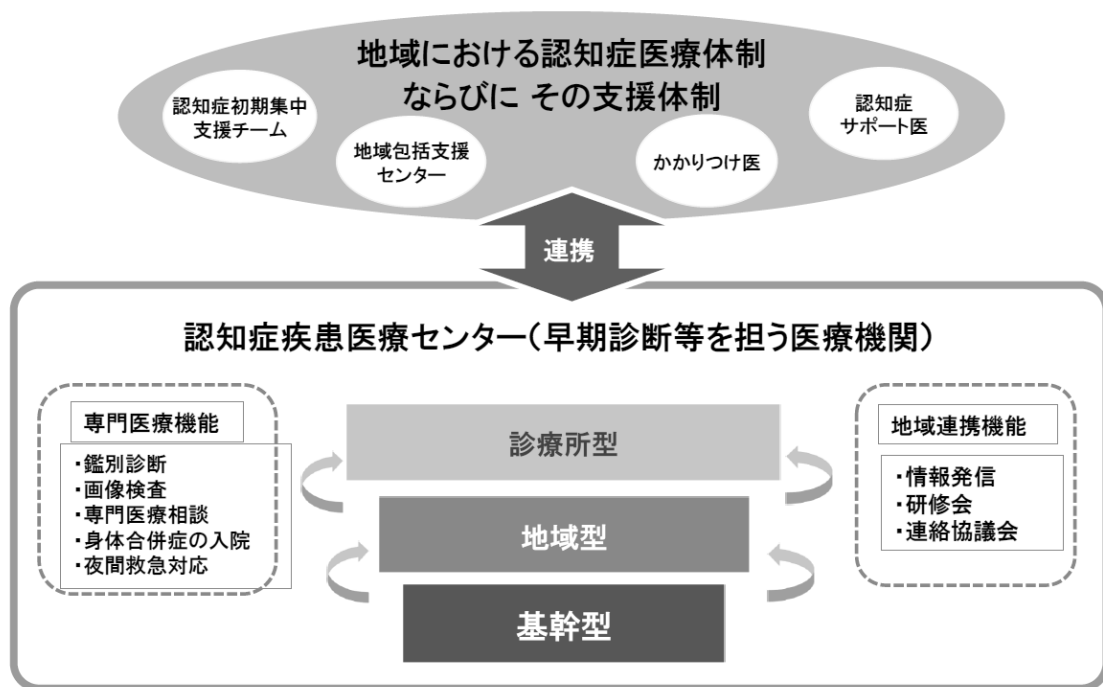
- ①ケアマネジメントは、訪問看護を含め、複合型サービス事業所に配置されるケアマネジャーが一体的に行うこと
- ②訪問看護の利用については、医師の指示（書）が必要となること
- ③介護報酬は、サービスの利用回数によらず、要介護度別の月額定額報酬となること
- ④急性増悪により医師から特別指示書が交付された場合、及び「末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する場合は、訪問看護の費用は医療保険で算定し、その分の介護報酬は減額調整されること などである。

3-6 認知症ケアパス



「認知症ケアパス」とは、認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れを表したものであり、各市町村の実情に応じて策定されるものである。認知症ケアパスには、2つの側面がある。1つはマクロのケアパス：認知症の人が地域で生活するための基盤整備として介護保険サービス、医療サービス、インフォーマルサービス、その他社会資源を整理していくためのもの。もう一つは、認知症の人への適切なケアマネジメントの実施にむけて、専門職間の情報連携のしくみや連絡ツールを作ったり、標準的な「認知症ケア」の手順を表したものである。この作成された「認知症ケアパス」は平成27年度以降には介護保険事業計画に反映されるべきものである。

3-7 認知症疾患医療センター

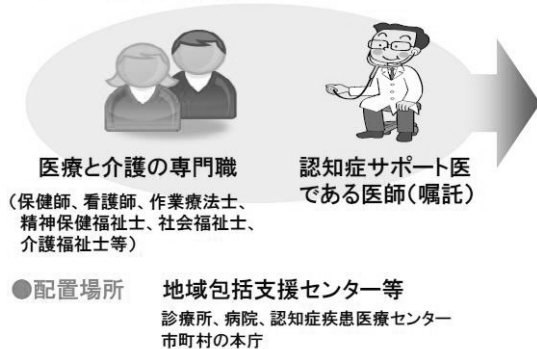


新オレンジプランの柱の一つである「早期診断・早期対応」の具体的な対応方策の一つである「早期診断等を行う医療機関」については、これまで総合病院や精神科病院等において、認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点として設置されてきた「認知症疾患医療センター（基幹型・地域型）」（平成25年12月現在で、全国250か所）について、地域拠点として機能している一方、受診までの時間が長いことやカバーする圏域が広すぎる事等課題を解決し、より地域の身近なところで、かかりつけ医と連携し、その支援を担う地域の認知症医療の拠点として、平成29年度までに約500か所整備することとされた。この考えに基づき、平成25年度には、診療所タイプの「認知症疾患医療センター」について市町村モデル事業が実施され、平成26年度より現在の「基幹型・地域型」に加え、「診療所型」として制度化されることとなった。今後、市町村において「認知症初期集中支援チーム」を中心とした早期診断・早期対応に向けた支援体制の構築が求められる中、認知症疾患医療センターには、これまで同様、かかりつけ医や認知症サポート医との連携により、こうした地域における認知症支援体制を支えていくことが求められている。

3-8 認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチーム

●認知症初期集中支援チームのメンバー



【対象者】

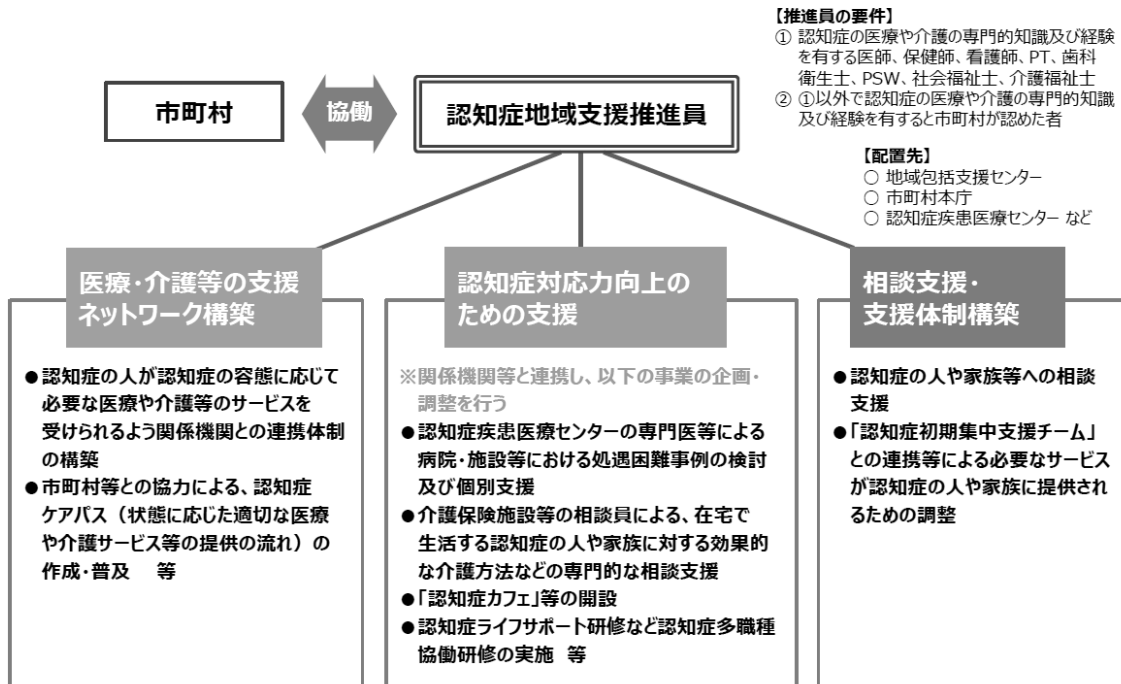
40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれか該当する人
(ア)認知症疾患の臨床診断を受けていない人
(イ)継続的な医療サービスを受けていない人
(ウ)適切な介護保険サービスに結び付いていない人
(エ)診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

新オレンジプランの柱の一つとして、認知症初期集中支援チームが創設されることになり、チームによる早期支援機能が期待されている。チームは、市町村を実施主体として、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられている。この専門職(薬剤師等の医療職や福祉・介護職)で構成される支援チームは、地域包括支援センター等に配置され、家族の訴え等により認知症が疑われる人や、認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を、専門医療機関やかかりつけ医と連携しながら、包括的、集中的に行う。また、支援チームは、対象者が必要な日常生活支援や日常診療に結びつくように支援を行い、介護支援専門員等に引き継ぐという個別支援を行うものである。チーム員は以下の3項目をすべて満たす者とし、複数の専門職(具体的な人数は地域の実情に応じて設定する)で編成される。

- ①保健師、看護師、作業療法士、介護福祉士など医療福祉に関する国家資格を有する者
 - ②認知症ケア実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者
 - ③初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、試験に合格した者
- 上記チーム員に加えて、チーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識からアドバイスが可能な医師※を確保することが求められている。

3-9 認知症地域支援推進員



地域の連携先として、重要なものに「認知症地域支援推進員」がある。この「認知症地域支援推進員」は、市町村によって配置されているものであり、認知症の行政施策の旗振り役としての役割をもち、市町村において、地域包括支援センターや市町村の担当課に配置され、専門職等が充てられている。「認知症地域支援推進員」の主な役割は、医療と介護の連携強化や、地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の推進などを担っている。

3-10 若年性認知症の特徴と現状

- 全国における若年性認知症者数は 3.78万人 と推計
- 18~64歳人口における人口10万人当たり若年認知症者数は47.6人
- 基礎疾患としては、血管性認知症39.8%、アルツハイマー病25.4%、頭部外傷後遺症7.7%、前頭側頭葉変性症3.7%、アルコール性認知症3.5%、レビー小体型認知症3.0%の順であった。

認知症高齢者との違い

- 発症年齢が若い
- 男性に多い
- 初発症状が認知症特有でなく、診断しにくい
- 異常であることには気が付くが、受診が遅れる
- 経済的な問題が大きい
- 主介護者が配偶者に集中する
- 本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護となる。
- 家庭内での課題が多い
(就労、子供の教育・結婚 等)

<認知症高齢者の電話相談と比較した際の特徴>

- ・若年性認知症及び若年認知症疑いの方からの相談では男性が多い(H24年度:39.1%)
※認知症高齢者からの相談では男性は 9.1%
- ・本人からの相談が多い(H24年度:40.0%)
※認知症高齢者からの相談では本人からは 0.9%
- ・社会資源や就労に関する情報提供や経済的な問題に関する相談が多い

※の認知症高齢者の電話相談における割合は:
「日本認知症ケア学会誌 2010」を引用

全国における若年性認知症者数は、平成21年の調査において約3.78万人と推計され、基礎疾患の内訳を見ると脳血管性認知症の割合が約4割を占めている状況であった。

若年性認知症と認知症高齢者との違いとして、

- 発症年齢が若く男性に多いこと。
- 初期の症状が認知症特有でないため診断しにくく、また異常であることには気づくが、医療への受診が遅れること。
- 経済的な問題が大きいこと。
- 主たる介護者が配偶者に集中し、本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護になること。
- 就労や子供の教育、結婚等、家庭内での課題が多い。

といったことがあげられる。

若年性認知症の課題としては、診断後の相談先が不明であること、地域で交流できる居場所の不足、自治体によって若年性認知症施策の取組にバラツキがあること、さらに一般的に診断から介護保険サービスの利用に至るまでの期間が長く、その間の就労支援や障害福祉サービスの活用、インフォーマルサービスの活用など本人の状態に応じた適切な支援が必要であるとされている。

3-11 若年性認知症の人への支援（制度）

- 精神通院医療費の助成（自立支援医療）
- 精神障害者保健福祉手帳／身体障害者手帳
 - ・税制上の優遇措置の他、自治体により種々の助成制度
- 障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援
- 障害者総合支援法によるサービス・支援
 - ・就労支援サービスや外出支援サービス等がある
- 介護保険の在宅・施設サービス
 - ・第2号被保険者（40～64歳）の特定疾病に該当する
- 障害年金
 - ・年金加入者が一定の障害状態になった場合に支給
- 若年性認知症コールセンター
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会（各都道府県支部等）

1. 精神通院医療費の助成（自立支援医療）

継続して通院医療を受ける場合、自己負担額は1割となるが、家計への影響、障害の状態に応じて自己負担の上限額が設定される。

2. 精神障害者保健福祉手帳（精神保健福祉法）／身体障害者手帳（身体障害者福祉法）

所得税、住民税などに係る税制上の優遇措置の他、自治体によっては公共交通機関の交通費助成、公営住宅使用料の減免などを受けられる場合がある。※手帳の交付申請の際は、所定の様式の診断書（精神障害者保健福祉手帳：精神保健指定医、その他精神障害の診断または治療に従事する医師が作成したもの、身体障害者手帳：身体障害者福祉法に基づく指定医が作成したもの）が必要となる。

3. 障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援

事業主に対しては障害者雇用率の算定や障害者雇用納付金制度に基づく助成金の支援があり、本人に対しては地域障害者職業センター（職業評価、職業準備支援、ジョブコーチ支援等）や障害者就業・生活支援センター、ハローワークなどの支援機関がある。

4. 障害者自立支援法によるサービス・支援（障害者自立支援法）

障害者自立支援法が定める障害福祉サービスには、全国統一的に実施される障害福祉サービスと自治体の判断により実施される地域生活支援事業がある。障害福祉サービスには就労支援を目的としたサービスも含まれており、また、地域生活支援事業では相談支援事業や障害者の外出支援、社会との交流の促進といった事業が行われている場合がある。

5. 介護保険の在宅・施設サービス（介護保険法）

認知症（特定疾病）に起因する要介護（要支援）状態であれば、40～64歳の第2号被保険者も介護保険の各種在宅・施設サービスを利用することができる。平成21年度介護

報酬改定により、施設系サービス、短期入所系サービス、通所系サービス、グループホームにおいて若年性認知症利用者（入所者/患者）受入加算が創設された。

6. 障害年金

傷病等により一定の障害状態になった場合に、加入している年金の種別に 応じ、障害基礎年金、障害厚生（共済）年金等が支給される。ただし、加入期間の3分の2以上の保険料納付期間（保険料免除期間を含む）が必要となる。国民年金制度の移行期に任意加入していなかった者については、特別障害給付金の支給を受けられる場合がある。※平成21年10月22日から認知症に係る障害の診断書の作成は精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師に限らず、精神・神経障害の診断又は治療に従事している医師であれば可能となった。

7. 若年性認知症コールセンター

平成21年10月1日に開設された。若年性認知症の人の支援に関する相談に専門教育を受けた相談員が対応する。電話(フリーコール) 0800-100-2707 月～土曜日(年末年始・祝日除く) 10～15時

8. 認知症の人と家族の会（各都道府県支部等）

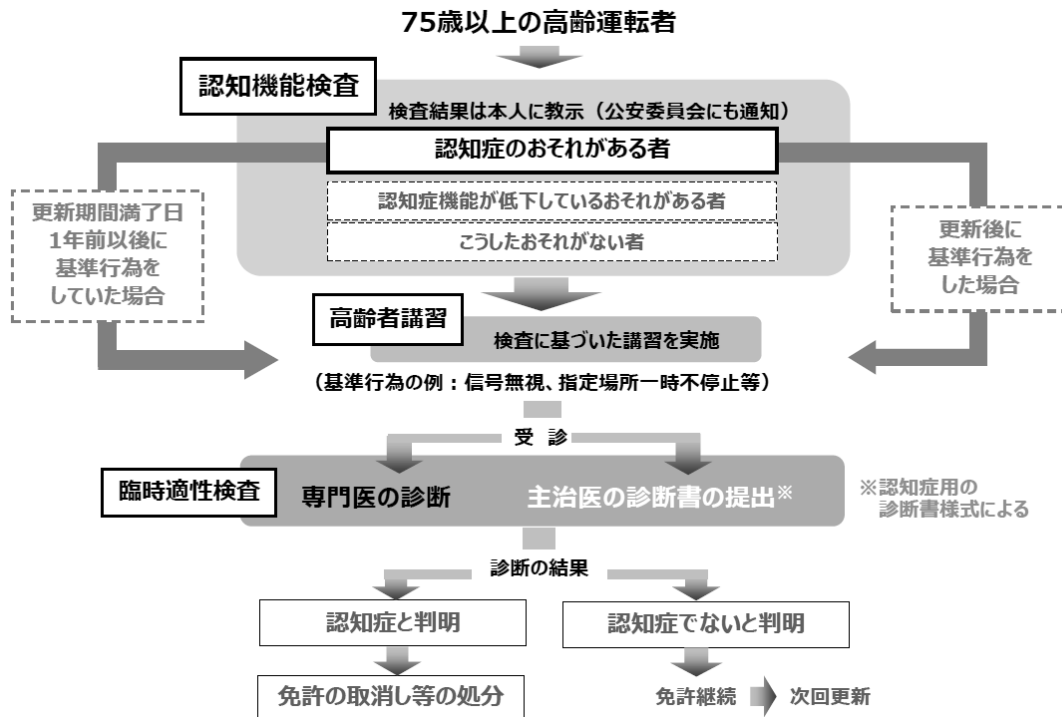
警察庁が設置した有識者検討会が 免許制度を見直すべきだとの提言

道路交通法一部改正(平成25年6月14日公布) 「一定の病気等」に罹っているドライバー対策

- 病状の虚偽申告で罰則
- 一定の病気等に該当する者を診断した医師による任意の届出制度
- 免許再取得時の試験一部免除
- 交通事故情報データベースの一部拡充

平成24年6月14日交付の道路交通法では「一定の病気等」に罹っているドライバー対策としていくつかの改訂がなされた。背景には判断力を失ったり、運転中に意識を喪失したりする疾患による大きな事故が起こってきている事実がある。認知症に関しては平成21年6月から、75歳以上の免許更新時に認知症のスクリーニングテストが行われるようになった。平成25年公布の改正では、任意ではあるが、医師が運転を危険と判断した患者情報を警察に届けられるようになった。また、病状の虚偽申告で罰則が設けられている。さらに、平成27年6月に成立した道路交通法の一部改正により、75歳以上で免許を更新する人が行う認知機能検査において、「認知症のおそれがある」と判定された人は、違反経験がなくても医師の診断が義務付けられることとなる(医師から認知症と診断された場合には、免許取り消しまたは停止となる)。また、認知症のおそれがないとの検査結果が出ていても、一定の違反をすれば、臨時の認知機能検査が義務付けられる。

3-13 75歳以上の運転者の免許証更新手続等の流れ



平成21年6月より、運転免許証の75歳時の更新時に、認知症のスクリーニング検査が導入された。検査成績で認知症が疑われる場合には、一定の条件を加味して、原則として専門医の診断または主治医の診断書を求められ（臨時適性検査）、認知症と診断された場合には、免許証が取り消しになる場合もある。また、認知症高齢者の自動車運転に関しては、様々な対応すべき課題があるが、平成19-21年厚生労働科学研究「認知症高齢者の自動車運転に対する社会支援のあり方に関する検討（研究代表者 荒井由美子）」において「家族介護者支援マニュアル」が作成され、下記よりダウンロードできる。

(URL : <http://www.ncgg.go.jp/department/dgp/index-dgp-j.htm>)

高齢者：平成12年より介護保険制度導入

障害者：平成15年度より支援費制度導入

平成18年度から 障害者自立支援法 へ

平成25年度から 障害者総合支援法 へ

「措置」から「契約」へと制度を転換

- ・高齢者、障害者が自らの意思でサービスを選択し、契約に基づき介護・福祉サービスを利用する仕組みを導入
- ・認知症等の障害により判断能力が不十分な者が行う契約という法律行為を支援する仕組みが不可欠となる

高齢者・障害者等の尊厳の保持

- ・判断能力が不十分な認知症の人の尊厳の保持のためにも、必要に応じて本人の意思を代弁しうる仕組みが不可欠
- ・高齢者虐待への対応、消費者被害等の未然防止にも有効

介護保険制度では、それまでの措置制度（行政処分としてのサービス給付）に代えて、高齢者自らがサービスを選択し、事業者との契約に基づき在宅・施設サービスを利用する仕組みが導入された。このため、判断能力が衰えた認知症の高齢者等の場合、誰かが代わって介護サービスに係る契約を締結する必要が生じることから、介護保険制度と成年後見人制度は密接なつながりを有する。両制度が車の両輪と言われ、同時実施を目指して準備が進められたゆえんである。成年後見人には財産管理の他、本人にふさわしい介護サービスを手配（契約）し、その履行状況を確認し、必要に応じて改善を求めることなどが期待される。判断能力が不十分な認知症の要介護者や知的障害者が、障害者自立支援法に基づく各種障害福祉サービス等を利用する場合も基本的に同様である。また、社会福祉法、介護保険法など福祉関連法は、いずれも個人（高齢者や障害者）の尊厳保持を旨としている。判断能力が不十分な認知症の人の尊厳を守り、本人本位の生活を営むためにも、必要に応じて本人の意思を代弁し実行しうる仕組みが不可欠である。認知症と関連の深い高齢者虐待への対応、消費者被害の防止のためにも有効であることから、成年後見制度の普及が望まれる。

3-15 成年後見制度の仕組み

○任意後見制度

本人が契約の締結に必要な判断能力を有している間に、将来、判断能力が不十分となった場合に備え、「誰に」「どのように支援してもらうか」をあらかじめ契約により決めておく制度

○法定後見制度（下表参照）

本人の判断能力に応じて、「後見」、「保佐」、「補助」の3つの類型がある。家庭裁判所に審判の申立てを行い、家庭裁判所によって、援助者として 成年後見人・保佐人・補助人 が選ばれる制度

		後見	保佐	補助
対象者		判断能力が全くない	判断能力が著しく不十分	判断能力が不十分
申立て権者		本人・配偶者・4親等内の親族、検察官、市区町村長など		
成年後見人等の権限	必ず与えられる権限	財産管理についての全般的な代理権、取消権（日常生活行為を除く）	特定の事項 ^{※1} についての同意権 ^{※2} 、取消権（日常生活行為を除く）	—
	申し立てにより与えられる権限	—	● 特定事項 ^{※1} 以外の事項についての同意権 ^{※2} 、取消権（日常生活行為を除く） ● 特定法律行為 ^{※3} についての代理権	● 特定事項 ^{※1} の一部についての同意権 ^{※2} 、取消権（日常生活行為を除く） ● 特定法律行為 ^{※3} についての代理権
制度利用の場合の資格等の制限		医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失う	医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失う	—

[法務省ホームページより]

※1 借入金、訴訟行為、相続の承認・放棄等の事項（民131）

※2 特定の法律行為を行う場合に、本人に不利益がない場合の同意権限

※3 民131に挙げられる、要同意の行為に限定されない

介護保険制度と同時期にスタートした成年後見制度は、従来の制度と比べ、個人の自己決定権の尊重を重視されていることが特徴であり、財産管理のみではなく身上監護を中心とした制度となっている。従来制度からの変更点を中心に、成年後見制度のポイントをまとめる。

- ① 任意後見制度：本人に判断能力があるときに後見人を選出し、後見の内容を自己決定することができる。内容は、財産管理以外に身上監護（医療、住居の確保、施設の入退所など、介護、生活維持、教育、リハビリなど）が含まれる。
- ② 補助類型（法定後見）の追加：軽度の認知症、知的障害、精神障害に対応でき、本人の申し立てや意見をもとに補助人の権限の内容や範囲を自由に選ぶことができる。
- ③ 財産管理から身上監護を中心とした制度：法人後見あるいは複数後見が可能となった。後見人、保佐人、補助人、任意後見人のすべてに身上配慮義務を果たす規定が設けられた。
- ④ 登記制度の導入：戸籍への記載が廃止された。
- ⑤ 申し立て権者の拡大：市区町村長にも付与された。

● 福祉サービスの利用援助

- ・福祉サービスについての情報の提供
- ・福祉サービスの利用手続き、支払い代行、苦情手続き代行

● 日常的な金銭管理サービス

- ・年金や福祉手当の手続きの代行
- ・税金、社会保険料、公共料金、医療費、家賃などの支払代行

● 書類等の預かりサービス

- ・金融機関の貸し金庫にて、以下の書類を保管
証書（年金証書、預貯金の通帳、権利証、保険証書）
印鑑（実印、銀行印）

介護保険におけるサービス利用は、サービス利用者と提供者による任意契約に基づく行為であり、自己決定と自己責任を前提として運営されている。しかし、現実には自ら決定して責任をとれない高齢者も数多くいることから、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が十分ではない人を対象として、サービスの利用手続き援助や日常的な金銭管理などを行う日常生活自立支援事業が平成11年10月から実施されている。これは各都道府県の社会福祉協議会を実施主体に行うもので、制度の対象となるのは「契約をする意思能力はあるが、福祉サービスを1人で利用するには能力が足りない」人になる。一人暮らし、あるいは高齢核家族世帯の高齢者にとっては利用価値があるが、認知症と診断されて、早晩、意思能力を喪失することが予測される場合には、成年後見制度の利用を検討する必要がある。

- **被虐待高齢者のうち、要介護認定を受けている者が67.1%であり、さらにそのうち、認知症の日常生活自立度がⅡ以上（見守りや援助が必要）の人が69.9%であった。**
- **虐待の種別・類型（複数回答）では、身体的虐待 66.9%が最も多く、以下 心理的虐待 42.1%、介護等の放棄 22.1%、経済的虐待 20.9% の順に多い。**
- **高齢者の権利擁護、介護者（養護者）の支援に向けて、早期発見・見守り機能に加え、相談・介護支援を中心にした一次的な虐待対応機能、専門的な虐待対応機能など、地域の重層的な仕組みが必要**

厚生労働省：「平成26年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」より

高齢者虐待とは、介護する家族など何らかの保護が期待できる他者からの不適切なかかわりによって、高齢者の権利利益が侵害され、生命や心身または生活に支障をきたすような行為または状況をいう。平成18年4月に高齢者虐待防止法（正式名は「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」）が施行されたことに伴い、市区町村や地域包括支援センターが相談・通報を受理する体制が整備されている。法施行初年度である平成18年度から、市区町村等への相談・通報対応件数や状況等について、厚生労働省は毎年全国調査を行い、その結果を公表している。認知症の高齢者を介護する養護者・家族等にとっては、親や配偶者が認知症になったという事実を受け入れることが困難な場合、あるいは認知症によって引き起こされる症状への対応方法がわからない場合などが考えられ、結果として虐待に至るケースもうかがえる。高齢者の権利擁護はもとより、介護を担ってきた養護者を支援するためにも、早期発見・見守りだけでなく、相談・介護支援を中心とする対応、医療や法律の専門家も参加した専門的な対応など、地域において重層的な仕組みを構築していく必要がある。

- 高齢者虐待の早期発見及び虐待防止の施策への協力
- 虐待を受けたと思われる高齢者を発見し、の生命又は身体に重大な危機が生じている場合は、速やかに市区町村・地域包括支援センターに通報する義務
（“生命・身体への重大な危機”以外の場合は努力義務）

- ・受診の機会が多く「虐待の可能性」に気づききっかけとなる場合がある
- ・身体的虐待が疑われる場合は、生命や身体の危険性や緊急性を、医学的見地から判断することが必要な場合もある
- ・虐待者の中には、行政・福祉関係者の意見は全く聞かないにも関わらず、医師の指示には従う事例も一部報告されている

▶ 虐待の早期発見・未然防止における かかりつけ医の役割は極めて重要

▶ 認知症を含め高齢者虐待への理解を深めることが必要

高齢者虐待防止法においては、以下のように定められている。

○保健医療福祉関係者は、高齢者虐待の早期発見、国や地方公共団体による高齢者虐待防止のための施策に協力すること

○養護者や養介護施設従事者等により虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、市区町村や地域包括支援センターに通報すること

実際に起きた虐待事例をみると、①高齢者が地域のかかりつけ医を受診する機会が多いことから、高齢者が「息子から頭を殴られた」と訴え受診したことがきっかけで、「虐待の可能性」に気づいた事例がある（法が規定する虐待に相当するかの判断よりも本人の権利擁護を優先）、②身体的虐待が疑われる場合に、生命・身体の危険性や緊急性を、医師の協力も得て医学的見地から判断することが必要な場合もある、③虐待者の中には、行政や福祉関係者の意見は全く聞かないにも関わらず、医師の指示には従うという事例も一部報告されている。こうしたことから虐待の早期発見や未然防止についてかかりつけ医の果たす役割は極めて重要である。

[目的]

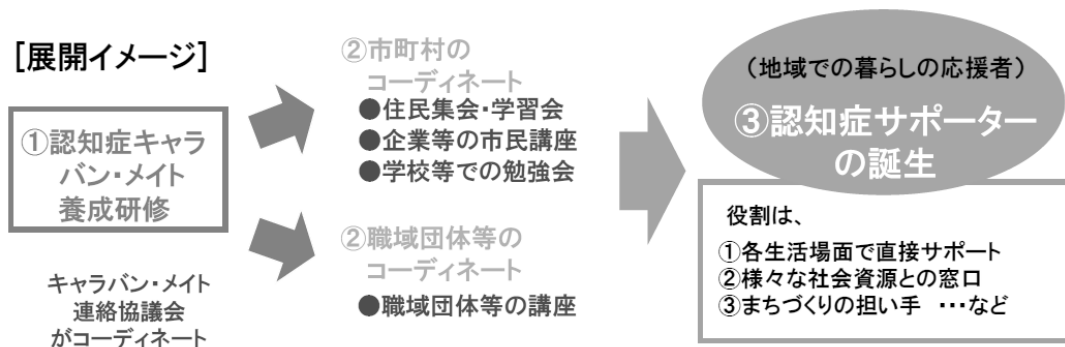
認知症を理解し、地域の中で認知症の人や家族をできる範囲内で見守り支援する人(サポーター)を育成し、地域のさまざまな生活場面において実践する



[展開方法]

- ① 認知症キャラバン・メイト養成研修を受けた者が、
- ② 地域や職域、学校などに出向き、認知症に関するミニ学習会を開催、
- ③ 地域の「認知症サポーター」を育成

[展開イメージ]



「認知症サポーター100万人キャラバン」とは、認知症を理解し、地域の中で認知症の人や家族を見守り、支援する人(サポーター)を育成しようとするものである。認知症キャラバン・メイト研修を受けた者が地域、職域の集まり、学校等への講師として出向き、認知症に関する講座を開催し、その講座受講者を認知症サポーターとして認定する仕組みである。平成21年度末までに100万人の養成を目標として推進されてきたが、新オレンジプランでは、平成29年度末までに800万人と目標が引き上げられ、平成27年6月30日現在で、634万4,299人の認知症サポーターが養成されている。最近では、社会貢献活動のひとつと位置づけ、従業者をサポーターに養成する取り組みを行う企業が増加するなど、すそ野が広がっている。このような例からも、従前と比べ、認知症に対する一般市民の関心、理解は格段に高まっていることが分かる。

4 多職種連携等の基礎的な知識

4-1 多職種連携とは

各職種が専門性を活かし、目的と情報を共有し役割を分担するとともに、互いに連携・補完しあい、状況に応じた質の高いサービスを提供する。



多職種連携とは、各職種が専門性を活かし、目的と情報を共有し役割を分担するとともに、互いに連携・補完しあい、状況に応じた質の高いサービスを提供することである。域資源を本人に利益があるように調整の上、提供することが求められます。しかし、ある職種だけで対応しようとしても知識も情報も不足し、質のよいサービスを提供することは容易ではなく、多職種協働が基本となる。多職種によるディスカッションでは、各専門職の持つ意見・価値観に相違が見られることもあるが、目標を叶えるためにそれぞれの専門性を発揮することこそが重要で、お互いの立場は対等である。価値観の相違を感じたときは、お互いを理解し、現状を多面的に理解する機会と捉え、容易に発言や提案をあきらめてしまわず、意見を交換し合意していく。

4-2 多職種連携のメリット

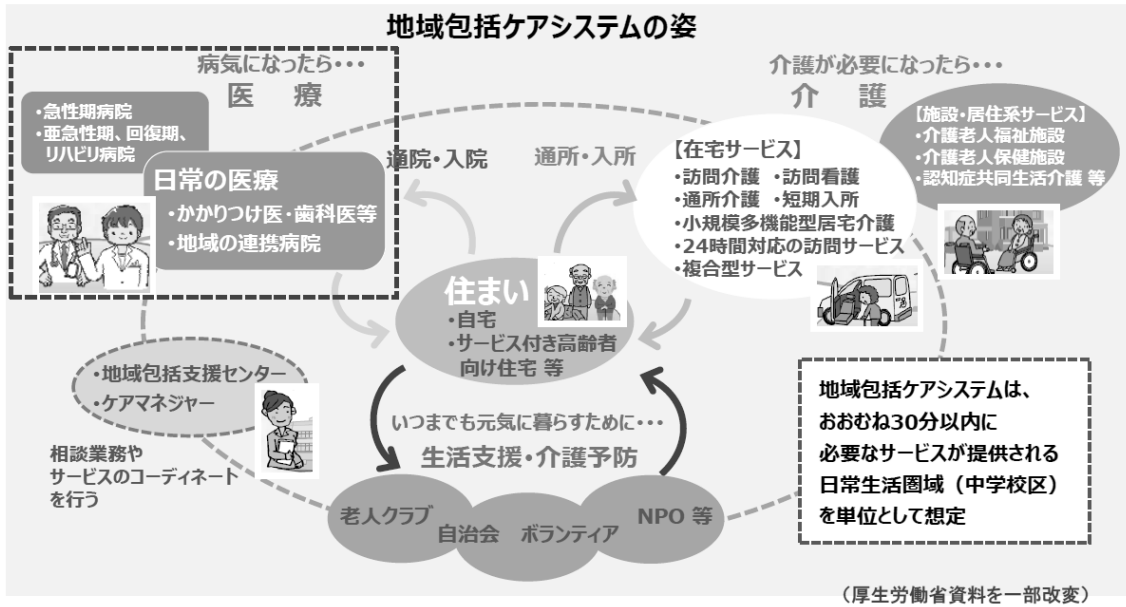
- チームで臨む目標が定まり、状況の安定化・好転に対し、相乗的効果がある
- チームで情報共有することで関わり方を共有できる
- 各職種の専門的な知識が発揮され、認知症の人と家族に生じる複雑なニーズに対応できる
- 認知症ケア実施提供体制やシステム構築の検討の場となる



認知症の人へのケアは、多職種が、認知症の人に関する全身状態や背景などに関する情報を共有し、専門性を活かして改善・維持に向けての役割分担を図り、協働することがより良いケアに結びつく。各職種の専門的、多角的な視点で認知症の人に生じている複雑なニーズが読み解かれ、チームで臨む目標が定まり、認知症の人の状況に応じた介入・対応が提供され、ケアとケアも並行して提供されるようになることが、状況の安定化や好転につながる。多職種連携は各職種の専門性が発揮され、相乗的な効果を生む。個々の高齢者に相応しい医療とケアを提供するため、各職種が有用な資源となって機能できることが重要で、より円滑に協働し合える環境づくりや認知症ケア実施提供体制について、意見交換し検討していくことが大切になる。

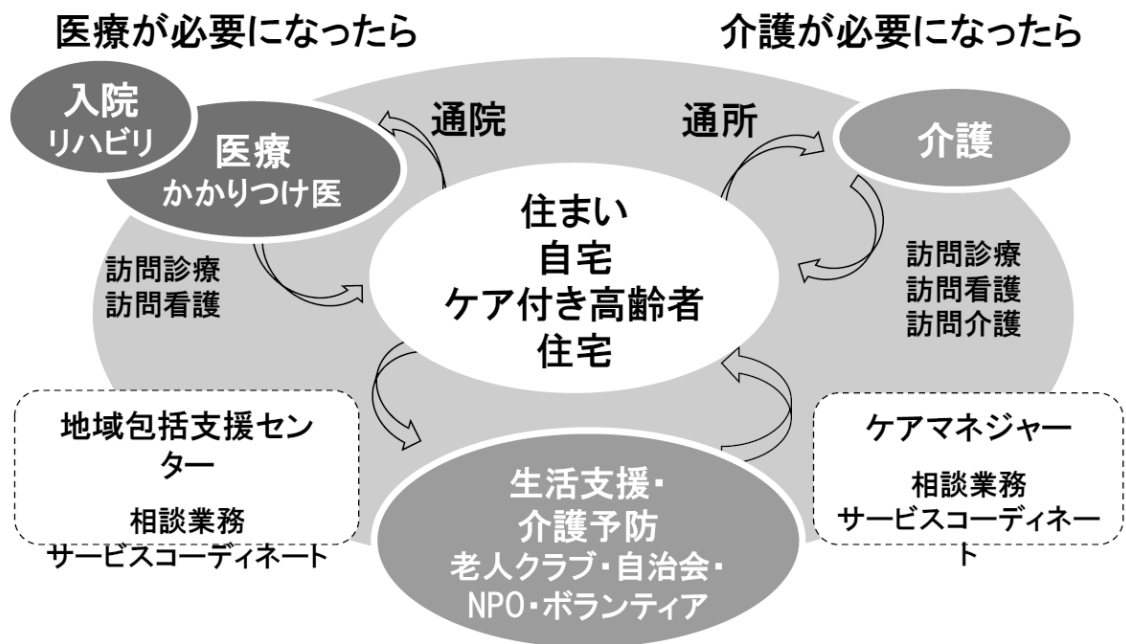
4-3 地域包括ケアシステム

「地域包括ケアシステム」とは、地域の实情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。（「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」）



日本においては、高齢化の進展にともない、2025年に向け、地域包括ケアシステムの構築を目指している。「地域包括ケアシステム」とは、地域の实情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のことである。医療機関も地域包括ケアシステムの一部であり、システムを構築する上で、重要な役割を担っている。また、認知症の人にとっても、この地域包括ケアシステムの中で、適時・適切なサービスを受けることができ、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた良い環境で、自分らしく暮らし続けることが重要であることに変わりはなく、自治体、医療機関、介護サービス事業所、住民等ボランティアなどの様々な関係機関が連携して認知症の人を支える地域づくりが求められている。

4-4 地域包括ケアシステムの仕組み

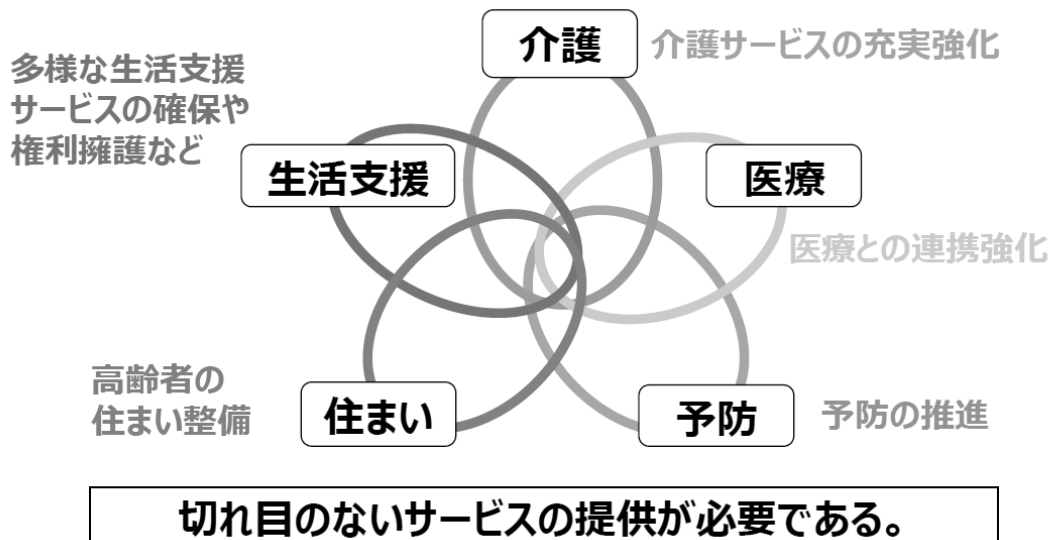


切れ目のないサービスを受けられるように、認知症患者のQOLを保障しながら、必要な医療を提供し、円滑に次の生活の場へスムーズにつなげる役割がある。

(自施設の周辺の資源について、具体的に確認して頂きたい)

4-5 地域包括ケアシステムの5つの視点による取り組み

地域包括ケアを実現するためには、5つの視点での取り組みが包括的、継続的に行われることが必須。



地域包括ケアを実現するためには、5つの視点での取り組みが包括的、継続的に行われることが必須である。図はそれぞれ以下のようなことを示している。

①医療との連携強化

24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

特養などの介護拠点の緊急整備、24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

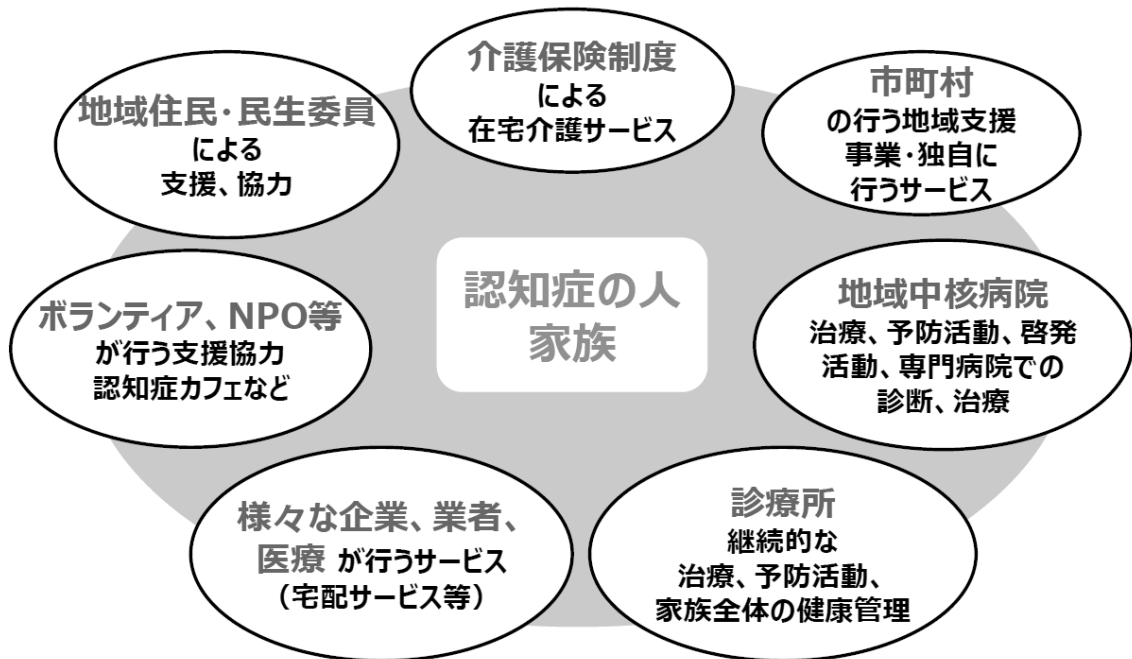
一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進。

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備

高齢者住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

入院は一つの通過点であり、入院・退院を通じて、在宅生活への切れ目のないサービスの提供が必要である。

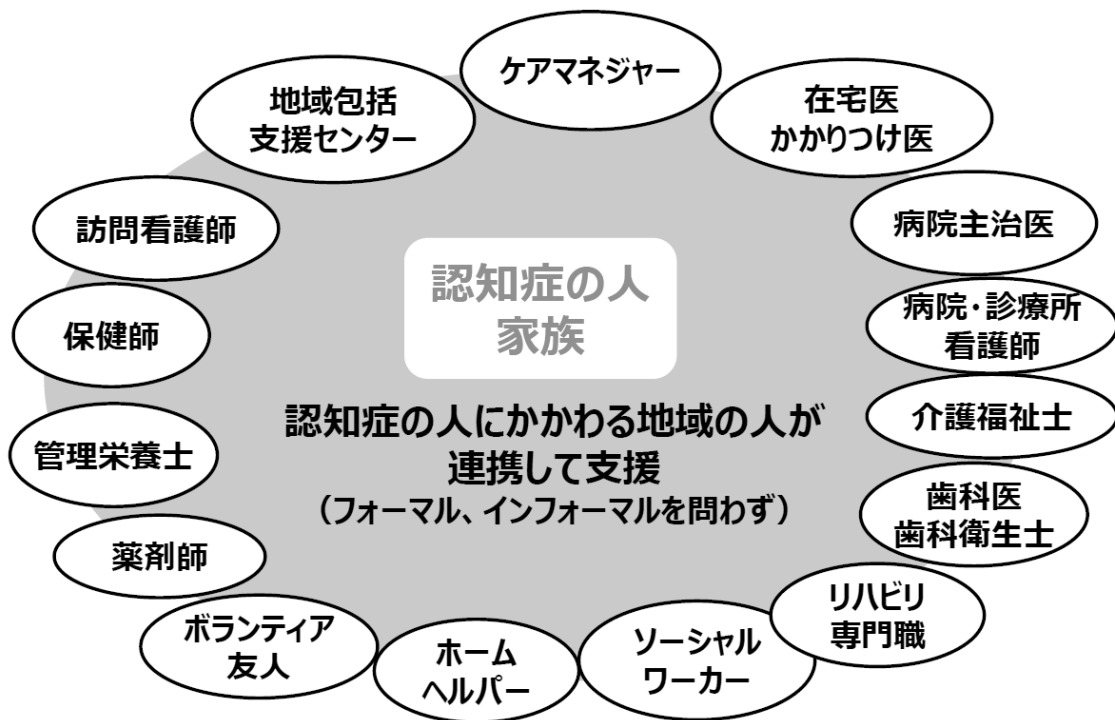
4-6 地域で高齢者を支える社会の仕組み



地域には、行政や医療だけでなく、地域住民、ボランティアやNPO、高齢者の生活を支えるための企業や業者など、様々な仕組みがある。

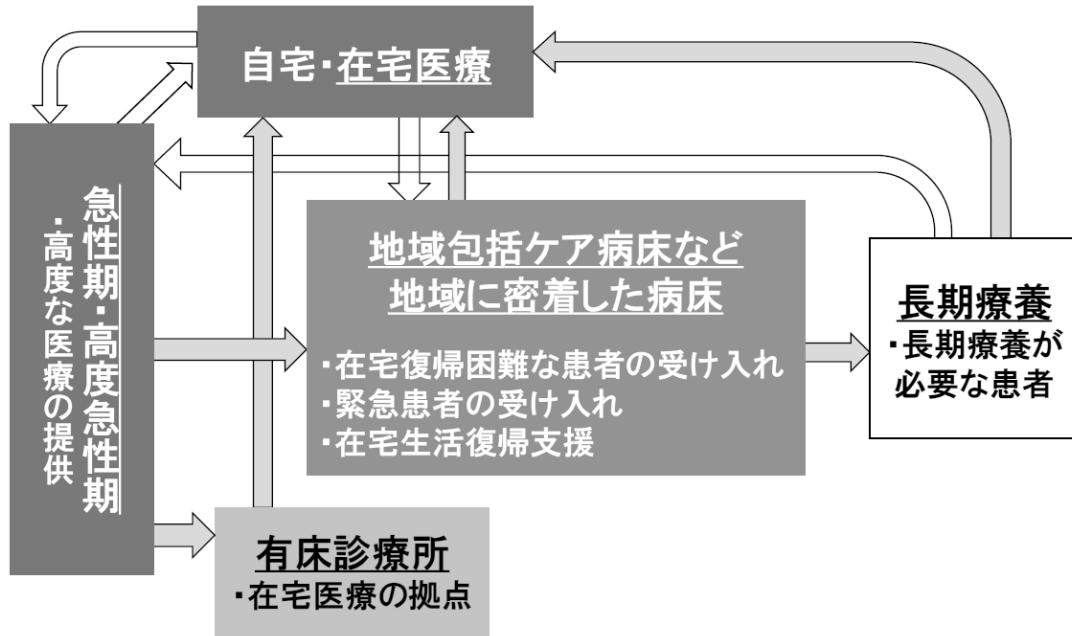
近年では、認知症カフェという認知症の人やその家族、地域の人、専門職らがともに集う場もあり、国家戦略の「新オレンジプラン」でも普及が推奨されている。デイサービスの前段階として利用している認知症患者や介護の話をする家族が集い、実施主体や形態も常設から定期開催など様々である。その他にも、地域住民による見守りや市区町村による独自のサービスなど様々あり、多職種連携がスムーズに機能するように、地域連携会議などが行われているところもある。

4-7 在宅医療を支える多職種連携



在宅療養のコーディネーターであるケアマネジャー、在宅医、病院主治医、訪問看護師、リハビリ専門職、薬剤師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、保健師、行政や医療だけでなく、地域住民、ボランティアやNPO、高齢者の生活を支えるための企業や業者など様々な仕組みがある。フォーマル、インフォーマルを問わず、在宅では医療・介護・福祉・行政が連携し一緒に支援することが可能だということを理解しておくことは重要である。

地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化



地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化のために、2014年度より、病床機能報告が始まっている。二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するために、都道府県は、地域医療のビジョン（地域医療ビジョン）を策定している。その中で2014年の診療報酬の改定により、地域包括ケア病棟が新設され、急性期治療を経過した患者および在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有している。包括診療で、急性期病院から、在宅復帰を目指す医療機関として、今後認知症患者の受け入れのひとつとなることも考えられる。

4-9 医療・療養・介護施設の種類と人員体制①

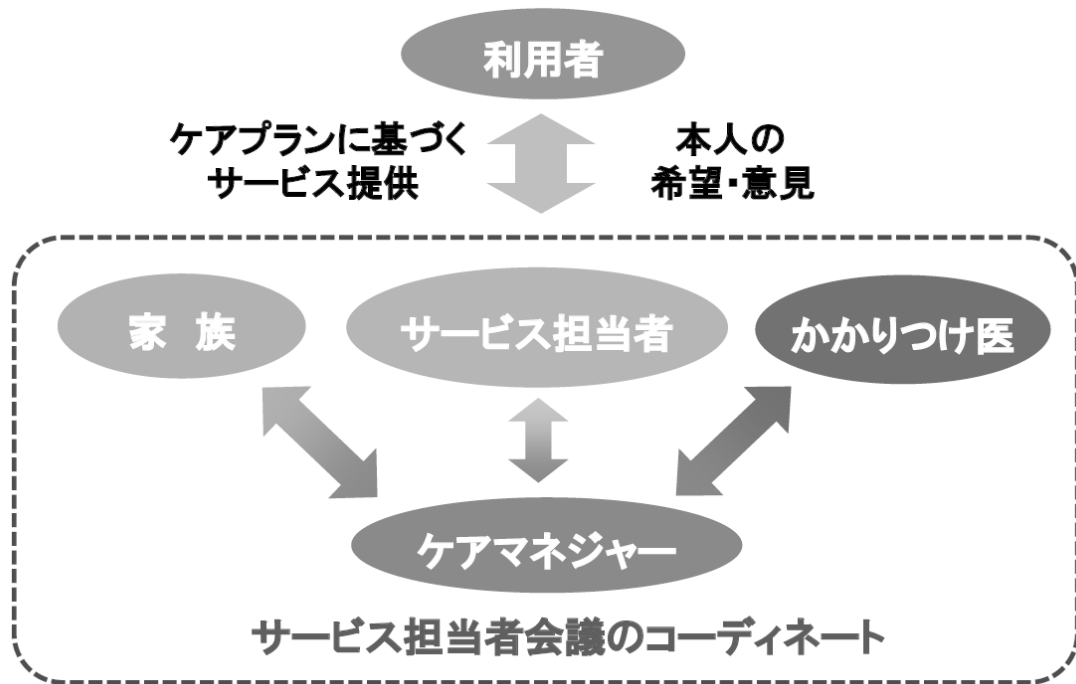
主な施設	サービス内容	医療
療養病床 介護・医療	長期療養を必要とする要介護者の療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他の必要な医療を行う。	常勤医師 必須
特別養護 老人ホーム	入浴、排せつ、食事の介護等、日常生活の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話。 (要介護3以上)「長期入所生活施設」。	非常勤 医師可 通院
介護老人 保健施設	看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話。 医療機関と在宅とを結ぶ「在宅復帰施設」	常勤医師 必須 包括診療

従来からある介護・療養施設には、生活施設、医療施設、介護保険適応、一部介護保険適応など様々な形態がある。また、医療の提供方法にも違いがあり、医療依存度の高い認知症患者の受け入れや認知症対応、看取りの体制についてなど確認が必要である。利用料金についても介護保険の割負担以外にかかる自費の部分があり、施設ごとに確認が必要である。

4-10 医療・療養・介護施設の種類と人員体制②

主な施設	サービス内容	医療
<p>有料老人ホーム ※一部介護保険利用</p>	<p>入浴、排泄、若しくは食事の介護、食事の提供又はその他日常生活上必要な事業を行う。</p>	<p>訪問診療 通院</p>
<p>グループホーム ※在宅扱い</p>	<p>要介護者であって、認知症の状態であるものについて、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う。</p>	<p>提携医 訪問診療 通院</p>
<p>小規模多機能介護 ※在宅扱い</p>	<p>通い・泊まり・訪問のサービスを受けることができる。どのサービスを利用してもなじみの職員からサービスを受けることができる。</p>	<p>訪問診療 通院</p>

4-11 ケアマネジャーとの連携



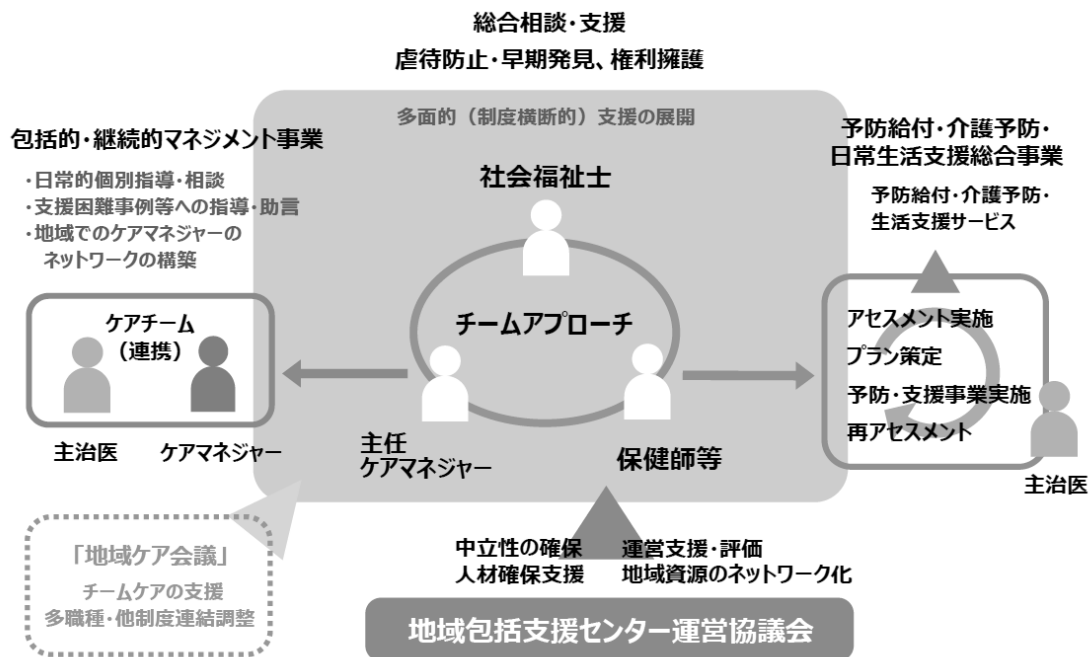
ケアマネジャーは、利用者に関わるケアチームをコーディネートし、適切な生活支援をマネジメントする。

- ① 利用者の情報はケアマネジャーに集約し、アセスメントが行われた上でケアプランに活かされる。
- ② 病気や障害を抱える利用者の生活支援は、命を守るという優先のニーズがある。疾病・障害・身体状況の把握は、常にかかりつけ医との連携が必要となる。
- ③ サービス担当者会議は、利用者にかかるケアチームの共通理解・共通認識の場として重要である。更新時やケアプラン変更時には、必ず開催しなければならない。

- 身体疾患の観察と看護
- 服薬管理
- 本人の症状観察
- リハビリテーション
- 介護者への心理的サポート

認知症の人は自らの体調の変化に気づけず、また、病状を正確に訴えられないことが多い。医療的な知識や経験を持った訪問看護師が、本人の日常生活から体調変化やサインに気づき、身体疾患の観察と看護を行うことが重要となる。認知症の人の服薬の面でも、服薬管理のみならず効果や副作用について、かかりつけ医との連絡を密に取れる立場として訪問看護師は重要な役割を果たす。また、本人だけでなく介護者の身体的、精神的なサポート役としての役割も期待される。自宅での生活の様子をよく知る訪問看護師が介護者に与えられる安心感は大きいからである。医療的知識のある訪問看護師が在宅ケアの中で役割を持つことで、かかりつけ医との調整もスムーズとなり、併せてケアマネジャー、他のスタッフ等との緊密な関係作りが期待できる。

4-13 地域包括支援センター



地域包括支援センターの業務（機能）は、以下の3つが柱となっている。

○地域支援事業による介護予防ケアマネジメント

（介護予防・日常生活支援総合事業の対象者及び要支援者アセスメントやケアプランづくり等）

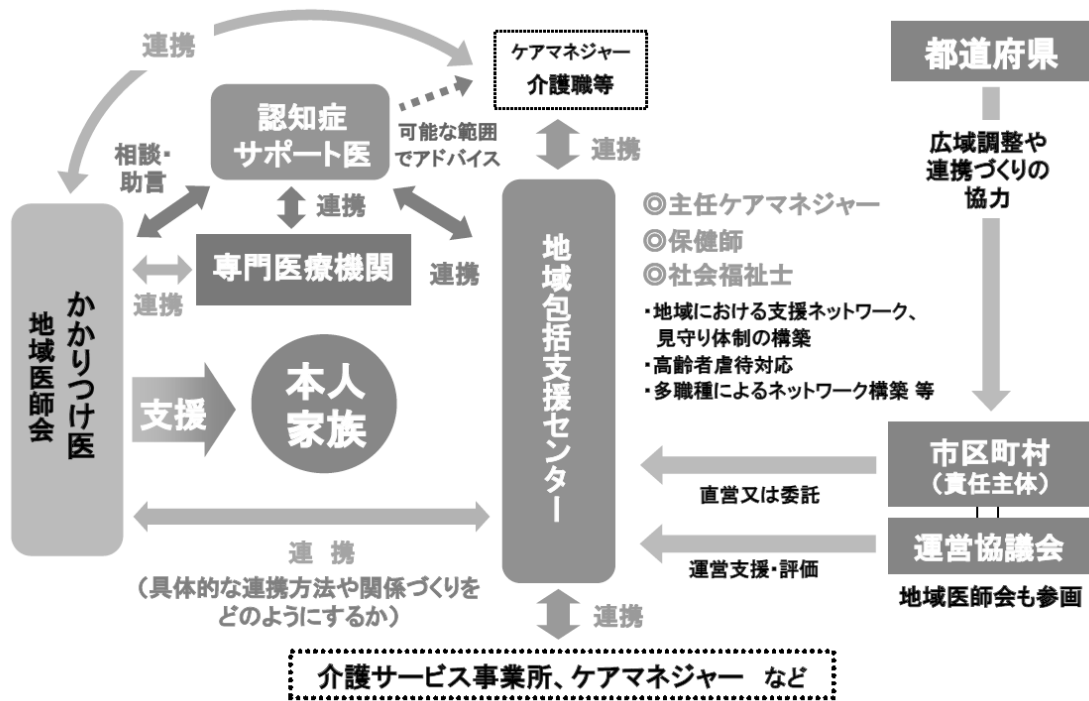
○地域における多職種によるネットワークの形成等

（個別相談や困難事例等対応、ケアマネジャーのネットワーク構築等）

○総合相談、虐待対応等の権利擁護

このような機能を果たすため、地域包括支援センターには保健師等・主任ケアマネジャー・社会福祉士の3職種が配置され、これら専門職が、かかりつけ医等の地域の社会資源とネットワークを構築することで、高齢者や家族のニーズに応じた適切なサービスを提供することが期待されている。

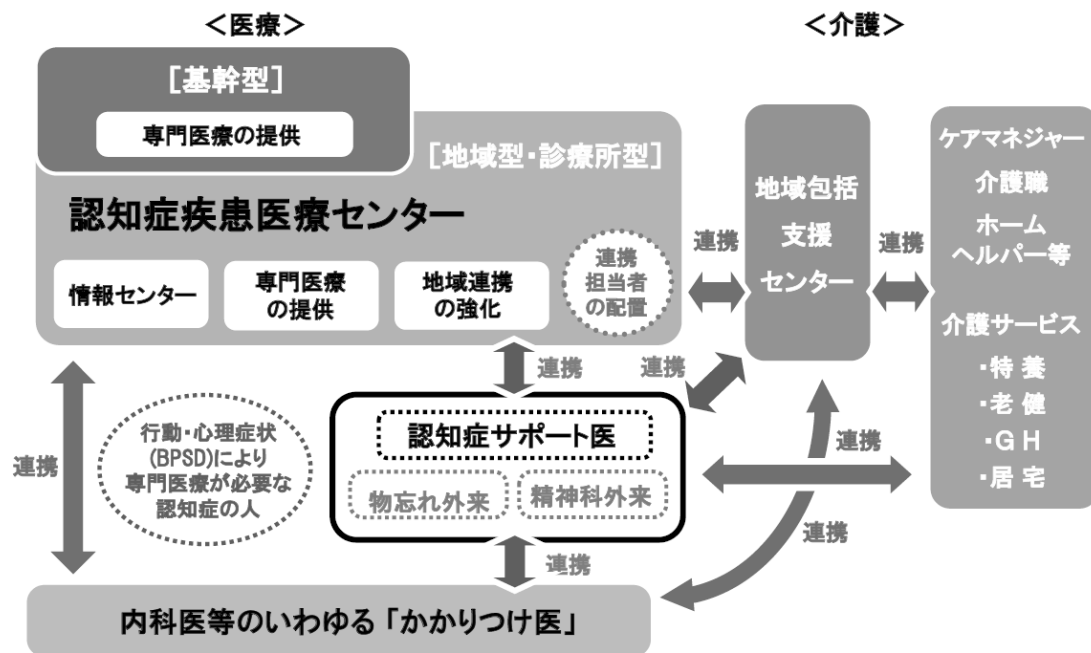
4-14 地域包括支援センターとの連携



高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしく暮らし続けるためには、介護や医療を含む様々な生活支援サービスが、高齢者のニーズや状態の変化に応じて、切れ目なく提供される必要がある。地域包括支援センターは、こうした要請に応える地域の総合機関として設置された。認知症高齢者の早期発見・早期支援のためには、早期診断のための専門医療機関受診や地域包括支援センターの相談・支援機能につながる方向、逆に地域包括支援センターが担う総合相談や地域支援ネットワークの方から、かかりつけ医に助言や医療支援を求める方向の双方向の連携が機能することが期待される。

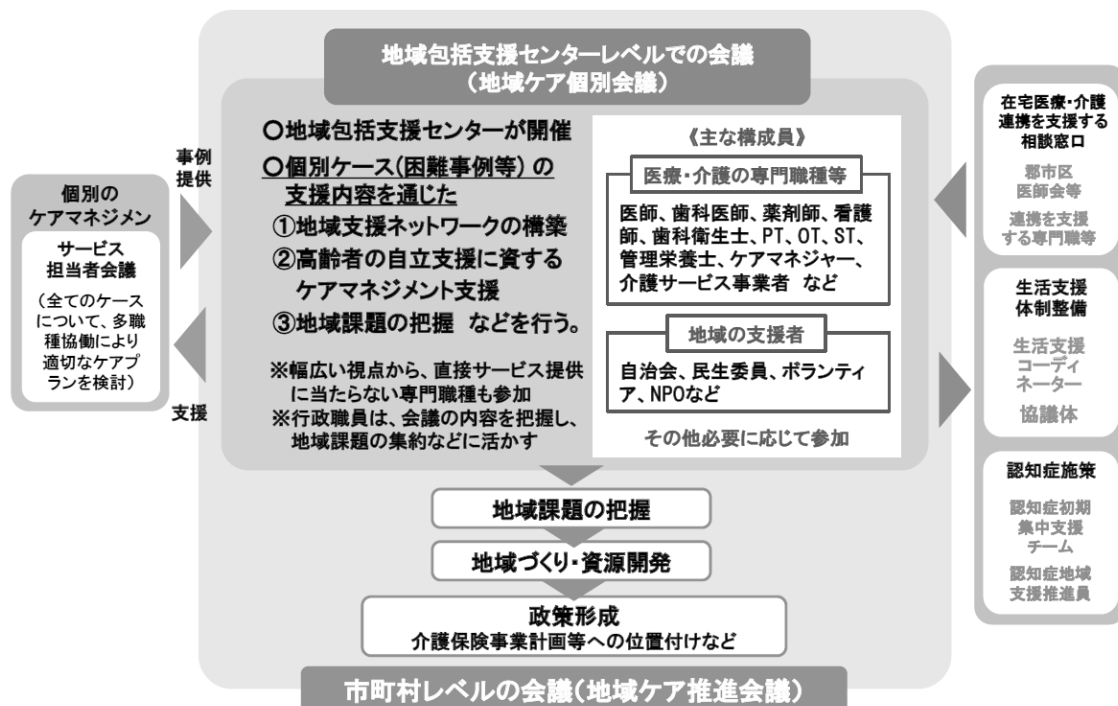
かかりつけ医認知症対応力向上研修では、かかりつけ医に「早い段階での気づき」「家族に対する理解や支援」とともに地域連携の発信者となることも目的とされている。同時に、市区町村行政と地域医師会が協力し、かかりつけ医の日常診療を、認知症サポート医や専門医療機関等が支援する体制を構築することが不可欠とされている。

4-15 認知症疾患医療センターの機能と連携



認知症疾患医療センターに求められる役割は、詳細な鑑別診断、適切な治療方針の決定、行動・心理症状(BPSD)への対応、身体合併症への対応であり、さらに地域における情報センター機能や研修会、連携協議会の開催等の地域連携の強化も求められている。「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」での提言を受け、平成 21 度には地域包括支援センター等との連絡調整を担う者の配置が定められ、平成 22 年度からは認知症の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症に対する双方の医療を担う基幹的な機能を果たす基幹型のセンターが新たに位置付けられることとなり、平成 26 年度からは、より地域の中での同機能を持つ拠点拡大の観点から、診療所型のセンターが制度化された。

4-16 地域ケア会議



地域ケア会議とは、主に市町村直営や基幹型の地域包括支援センターを中心に設置が進められ、個々の要介護者ごとに、かかりつけ医やケアマネジャー、サービス事業者などが一同に会して、また、多職種の第三者による専門的な視点も交えて、個別のケア方針を検討する会議である。認知症の人を支えるにあたっては、介護、医療、生活支援、家族関係など多面的なアプローチを要する場合が少なくなく、サービス担当者会議では課題解決が困難な例もある。直接的な関係者のみならず、市町村、民生委員、地域医師会を含む在宅医療拠点、自治会・社協など、様々な社会資源の視点で、①アセスメント内容の共有、②多角的な課題分析とケア方針の検討、③モニタリング結果と評価の共有を行うことで、認知症の人と家族の生活を、より具体的かつ継続的に支援していくことが可能となる。さらに、上記の「個別課題解決」と同時に、その協働を通じて、地域の多職種による「ネットワーク構築」や、地域に共通する課題を浮き彫りにする「地域課題発見」なども地域ケア会議の目的とされている。

認知症になっても住み慣れた地域で
安心して暮らすためには、
医療・保健・福祉に携わる専門職と地域の方々
ひとりひとりの力が必要です。

令和元年度生活困窮者就労準備支援事業費等補助 社会福祉推進事業
介護福祉士の資格取得後のキャリアアップ及び
専門性の高度化に向けた調査研究事業
別冊

認定介護福祉士養成研修 認知症に関する領域
認知症のある人への生活支援・連携 教材資料集

一般社団法人 認定介護福祉士認証・認定機構
令和2年3月発行

令和元年度 生活困窮者就労準備支援事業費等補助金
社会福祉推進事業

介護福祉士の資格取得後のキャリアアップ及び
専門性の高度化に向けた調査研究事業

別冊

認定介護福祉士養成研修 生活支援・介護過程に関する領域

個別支援計画作成と記録の演習 教材資料集

令和2年3月

一般社団法人 認定介護福祉士認証・認定機構

認定介護福祉士養成研修 生活支援・介護過程に関する領域
「個別支援計画作成と記録の演習」教材資料集

目 次

科目のねらい /	365
科目の到達目標 /	365
認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方 /	365
研修展開の考え方 /	366
研修の展開例 /	366
1 事例に沿った個別支援計画作成・評価・修正と指導……………	367
1-1 介護過程（個別支援計画作成）の目的 /	367
1-2 事例の理解 /	368
1-2-1 事例 /	368
1-2-2 ICF とは /	369
1-2-3 対象者の状況の理解 /	372
1-2-4 医学的知識や運動学等の知識の確認 /	374
1-2-5 心理的側面・身体的側面・社会的側面からの支援 /	374
1-3 個別支援計画作成・評価・修正 /	375
1-3-1 アセスメント（課題抽出、分析、統合） /	376
1-3-2 計画立案（目標達成） /	378
1-3-3 計画評価・修正 /	379
1-4 個別支援計画作成の指導 /	379
1-4-1 指導の視点・指導方法 /	379
2 個別支援計画に沿った記録様式の作成、記録方法の習得と指導……………	380
2-1 個別支援計画に沿った記録様式 /	380
2-2 記録様式の作成 /	381
2-2-1 記録方法の習得 /	381
資料1 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」 /	382
資料2 「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」 /	383

科目のねらい

認定介護福祉士は、下記の役割を果たすものだが、この科目では、特に「Ⅰ介護職チームの統括的なマネジメントと②多職種間・機関間連携のキーパーソンと」にかかわる科目である。

- ①介護職チームの統括的なマネジメント
- ②多職種間・機関間連携のキーパーソン
- ③地域における介護力の向上

生活支援・介護過程に関する領域は、認定介護福祉士養成研修Ⅰ類の研修体系に属している。Ⅰ類は、介護福祉士養成課程では学ばない新たな知識（医療、リハビリ、福祉用具と住環境、認知症、心理・社会的支援等）を習得し、多職種との連携・協働を含めた認定介護福祉士としての十分な介護実践力を完成させることを目的としている。

そのため、利用者の状態に即した個別支援計画の作成から評価までの一連の過程で重要な点を理解し、再計画の根拠となる計画に即した記録様式を開発し、記録方法を指導することを通して、介護職チームとして介護過程を展開することができる能力を養うことを目指している。

科目の到達目標

- ・医療・リハビリ・認知症など、これまでに学習した知識をふまえたうえでアセスメントを行い、課題を明確化し、個別支援計画を評価することができる。
- ・利用者の全人的理解や他専門職からの情報を統合し、個別支援計画を作成することができる。
- ・作成した個別支援計画に沿った記録様式の作成と記録方法を評価し、他職員に指導できる。
- ・チームにおいて個別支援計画作成の指導ができる。

認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方

介護福祉士養成課程では、「介護過程」についての基本的考え方は学ぶが、チームへの指導や記録様式の開発までは学んでいない。

本科目では、「認定介護福祉士としての介護実践の視点」科目を受けて、なおかつ自身の現場実践をふまえながら、認定介護福祉士自身が個別支援計画を作成できることはもとより、介護職チームのメンバーが作成した計画の指導・修正をすることができる実践的知識（＝臨床や実践に関する知識領域）と技術（SKILL）を習得することを目標とする。また、作成した個別支援計画に沿った記録様式を開発し、記録方法を評価して、介護職チームのメンバーに指導できる実践的知識（＝臨床や実践に関する知識領域）と技術（SKILL）を習得することを目標とする。

研修展開の考え方

- 「認定介護福祉士としての介護実践の視点」科目で受講者がそれぞれ作成した個別支援計画を活用することが望ましい。
- 「インストラクションの理解」と「講義の理解」の確認を行うこと。
- 講義と演習（個人ワークからのグループワーク）を組み合わせる。
- 当該領域の他科目（認定介護福祉士としての介護実践の視点、自職場事例を用いた演習）との関連性と継続性を意識した展開とする。特に、「自職場事例を用いた演習」とは関連性が深く、一体的な研修展開が望ましい。
- 本科目は課題学習を可とする時間の設定はされていない（全てを集合研修とする）。

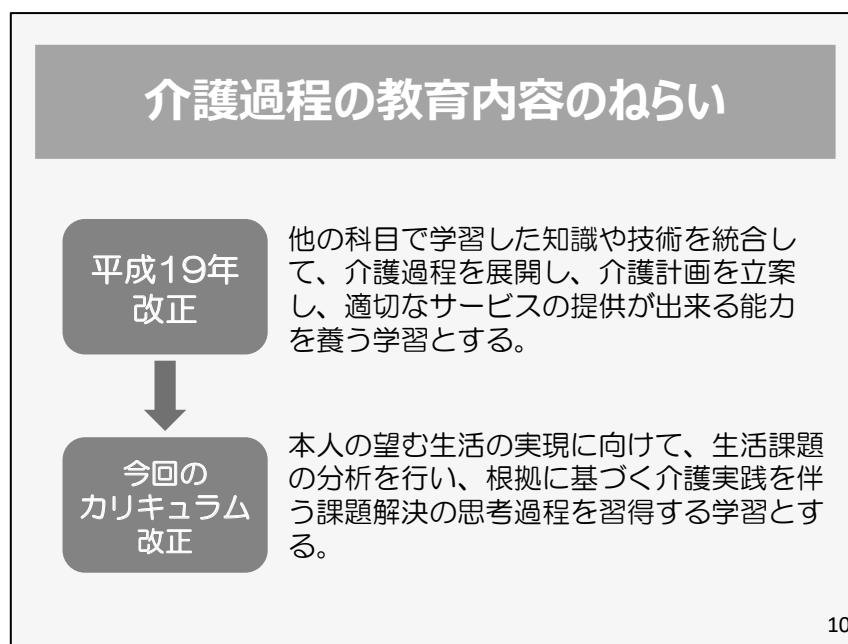
研修の展開例

テーマ・大項目	展開内容（講義のポイント、演習の展開内容）	課題学習を可とする場合の展開例
1. 事例に沿った個別支援計画の作成・評価・修正と指導	○事例の理解 <ul style="list-style-type: none"> ・ ICF ・ 対象者の状況の理解 ・ 医学的知識や運動学等の知識の確認 ・ 心理的側面・身体的側面・社会的側面からの支援 	
	○個別支援計画の作成・評価・修正 ○個別支援計画の作成の指導 <ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメント（課題抽出） ・ 計画立案（目標達成） ・ 計画評価・修正 ・ 指導の視点・指導方法 	
2. 個別支援計画に沿った記録様式の作成、記録方法の習得と指導	○記録とは <ul style="list-style-type: none"> ・ 記録の目的 ○記録様式の作成 ○記録方法の習得 ○記録の視点と記録の指導 <ul style="list-style-type: none"> ・ 記録を行う際の視点（利用者主体と多角的視点） ・ 客観性の確保（事実と推測との切り分け） ・ 記録の種類（エピソード記録、行動記録、観察記録） ・ 利用者の人権（個人情報の保護） ・ 介護実践の共有 	
		※ なし

1 事例に沿った個別支援計画の作成・評価・修正と指導

1-1 介護過程（個別支援計画作成）の目的

介護過程が介護福祉士養成教育課程に登場したのが、2007（平成19）年の改訂のときである。この教育課程は2009（平成21）年から実施された。したがって、介護過程について学んでいる介護福祉士は2011（平成23）年3月の養成施設卒業者、国家試験合格者からである。2010（平成22）年3月末の介護福祉士登録者は821,827人である。現在、2019（平成31）年3月時点の介護福祉士登録者は1,624,829人である。約半数の介護福祉士が介護過程を学んでいないことになる。



2009（平成21）年の介護福祉士養成課程で介護過程のねらいには「介護過程は、利用者を主体とする生活支援活動の展開方法であり、介護職員の専門的知識・技術を持って行われる。具体的には、利用者理解を図りながら、必要な情報収集を行い、情報の分析・解釈に基づいて介護内容や方法を計画し、実施・評価する一連の過程をいう」と記載されていた。

介護過程は利用者理解から実施・評価する一連の過程であることが示された。しかし、なぜ介護過程を実践しなければならないのか、については示されていなかった。介護過程の目的が示されたのが、2018（平成30）年の介護福祉士養成課程の改訂であった。そのなかで、介護過程のねらいでは「本人の望む生活の実現に向けて、生活課題の分析を行い、根拠に基づく介護実践を伴う課題解決の思考過程を習得する学習とする」と明記された。介護過程は本人（利用者）が望む生活の実現のために、根拠に基づく介護実践であることが教育課程の中に明確に示されたことになる。また、生活課題とは、本人が望む生活の実現に向けて課題となる内容であり、本人の客観的な課題（精神的、身体的）が生活課題となる場合もあるが、必ずしも客観的な課題が生活課題にはならないことにも注意が必要である。

1-2 事例の理解

例となる事例として、以下の内容を提示した。高齢者の事例ではなく障がい者の事例を提示した。

1-2-1 事例

事例の概要

氏名：長野つる子さん(仮名)

生年月日：平成3年6月△日(29歳)

身長 145cm 体重 54kg

障害支援区分認定：区分5

脳性麻痺(痙直型とアテトーゼ型の混合型)

過去の様子

A県B郡の、のどかな山間の町で生まれる。両親は雑貨屋を営んでいた。3歳で脳性麻痺と診断され幼稚部から高等部まで隣町の特別支援学校に通っていた。送迎は母親が車で行っていた。自宅の一階が雑貨屋で、学校が休みの時は店に来て遊んでいた。人懐っこい性格で、顔見知りのお客さんがよく声をかけてくれた。

卒業後は、在宅生活を送りながら週2回の生活介護(デイサービスセンター)を利用していた。介護職員や仲間との関係は良好で、デイサービスセンターでは趣味の油絵を書き「将来は個展を開きたい」と夢を語っていた。夏祭りやクリスマス会などの施設行事は必ず母親が出席し一緒に楽しんでいる姿が見られた。

母親の状況と考え

父親は2年前に脳梗塞で倒れ、後遺症として失語症と右片麻痺がみられる。在宅生活を送っているが、以前のように店に出て接客をすることができなくなった。母親は店の経営、夫と娘の介護から心身ともに疲労が溜まり、持病の腰椎すべり症が悪化している。最近では腰の痛みに加えて足がしびれるようになり、雑貨屋を閉めている日もある。収入も減り経済的にはゆとりがない状態である。母親はとても責任感が強いため、一人で抱え込み悩む姿がしばしば見られた。心配した近所の友人が、相談支援専門員に相談に行くことを勧めた。相談した母親は、健康状態や介護負担量、また地域のサービスの種類や内容から判断し、障害者支援施設で生活介護と施設入所支援を受けてはどうかと提案されている。

本人の様子

下肢筋力が低下し歩行にふらつきがある。介護者は本人の背中を支えながら一緒に歩くようにしている。不随意運動と筋緊張により、体力の消耗が激しく疲れやすい。疲れしている

ときは電動車椅子を使用するように勧めているが「歩かないと筋力が衰える」と言い、ほとんど使用しない。

排泄についても、バランスをくずすため、洋式トイレに座るときや立ちあがりのときは支援員が身体を支えるようにしている。しかし「できることは自分でやりたい」と一人で立ち上がろうとする姿が見られる。また、食事はスプーンを使用し自力摂取しているが、時間がかかり疲れてくると食べこぼしが多くなる。また、不随意運動があり思うように食事を口に運ぶことができず、食べこぼしてしまう。本人はそれが恥ずかしくて、もう少しきれいに食べたいと思っている。緊張が高まるとスプーンをうまく握れず落とすことがある。そのときは「もっとしっかりしないと」と自分に言い聞かせるように頭をトントンと叩いている。

週2回、午後からデイサービスに出かけ、1時間ほど油絵を描いている。思うように筆は動かないが、キャンバスに好きな色が塗れたときは嬉しそうな表情をする。他の利用者も油絵を見に来て楽しそうに話をしている。しかし、首や右股関節の痛みがあると訴えているが、我慢強く自分のことは自分でしようとしている。母親は本人の可能性に期待している。母親は努力している姿を見て励ましの言葉を掛けている。

1-2-2 ICFとは

●ICFの理解

正式名称は International Classification of Functioning, disability and Health。日本語では「国際生活機能分類」と訳されている。人間の生活機能と障害に関する状況を記述することを目的とした分類であり、健康状態、心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子、個人因子から構成されている。心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子には合計 1,424 の分類項目が示され、一方、健康状態、個人因子には提示された項目はない。下記に ICF の概念図と各用語の定義を書いておく。

図 ICFの構成要素間の相互作用

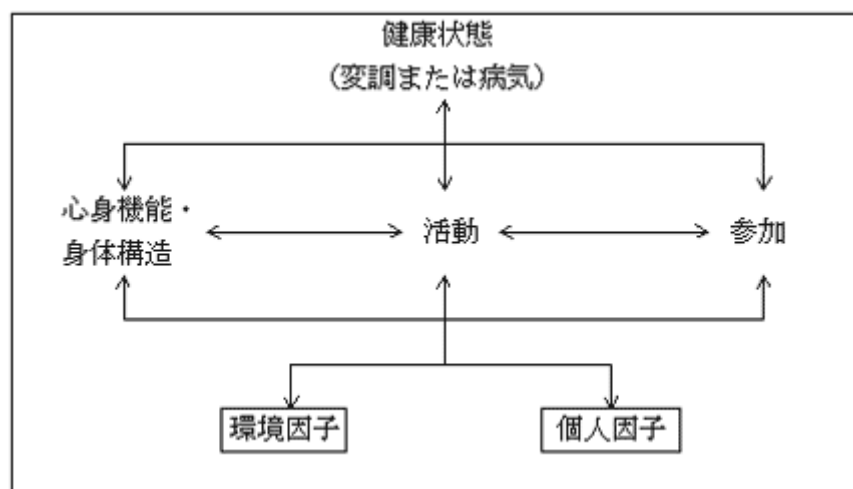


表 各要素の定義

心身機能	身体系の生理的機能（心理的機能を含む）
身体構造	器官、肢体とその構成部分などの、身体の解剖学的部分
活動	課題や行為の個人による遂行
参加	生活・人生場面への関わり

●ICIDH（国際障害分類）から ICF へ



20 世紀後半に入って、先進国での寿命の延長、慢性疾患や障害を伴う疾患の増加、戦争や災害による障害者の増加という現実と障がい者の人権尊重という機運とがあいまって、障害、すなわち「疾患が生活・人生に及ぼす影響」をみる必要があるという意識が高まった。国際障害分類の制定作業は 1972 年に始まり、種々の議論を経て、1980 年に「機能障害・能力障害・社会的不利の国際分類」(ICIDH) が「試用のため」として WHO から刊行された。1981 年の国連障害者年の前年にあたり、この新しい障害概念は「国際障害者年世界行動計画」の基本理念にも取り入れられ、一挙に世界中に知られるようになり、各方面に大きな影響を与えた。

ICIDH のモデルは上図に示すとおりで、疾患・変調が原因となって機能・形態障害が起こり、それから能力障害が生じ、それが社会的不利を起こすというものである。

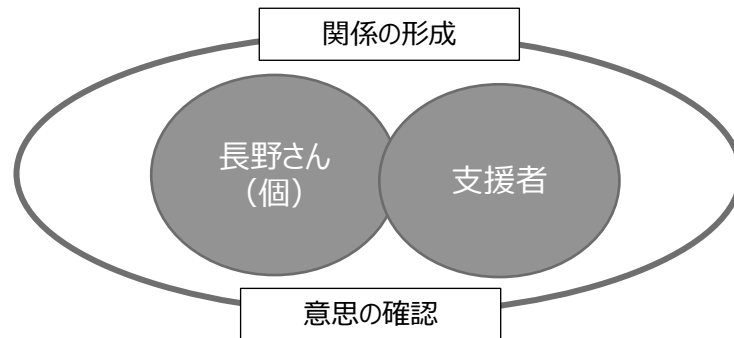
そのほか、図には一種の「バイパス」として機能・形態障害から直接に社会的不利が生じる経路が示されているが、これはたとえば顔面のあざのような形態障害が、能力障害がないにもかかわらず、社会的不利を起こしうるといった場合であると序論では述べられている。このほか、たとえば脳性マヒや脳卒中片マヒなどでの歩容異常（機能障害）が、歩行の実用性には問題がない（能力障害はない）にもかかわらず社会的不利を引き起こしうるなど、さまざまな例が考えられる。

このモデルは障害を機能・形態障害、能力障害、社会的不利の三つのレベルに分けて捉えるという、「障害の階層性」を示した点で画期的なものであった。しかし、疾患・変調が原因となって機能・形態障害が起こり、それから能力障害が生じ、それが社会的不利を起こすという一方通行が必ずしも障害の実態を表したものではないこと、障がい者、健常者を問わず、（社会）参加（孤独にならない）が生活では重要であるから、機能・形態障害や能力障害があれば、結果として社会的な不利に繋がるものではない。この視点では社会的な不利が個人に起因したものであるとしていることになる。

社会的な不利は社会の環境や人的な環境に起因していることが多いことが示されている。ユニバーサルデザインなどはそのよい例である。社会の構造や一意識を変えることで、社会的不利は大きく軽減される。このような認識で ICIDH の限界が露見し、ICF という新しい概念が提唱された。

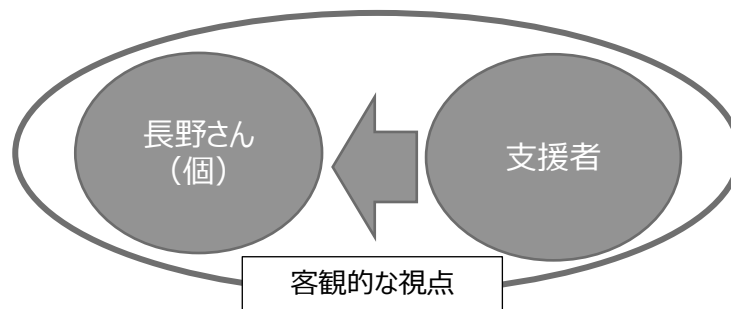
●ICFの限界

ICFを含めたアセスメントツールは利用者を客観的に見る視点では優れたものであると考えられる。しかし、利用者を客観的にみただけでは利用者理解にはつながらない。客観的な理解とは、利用者を外から見ているだけである。利用者の思いを知るには、関係を形成し、この関係の中で利用者の思いを知ることができる。関係の視点からの利用者理解が認定介護福祉士には必要だと考えられる。



この関係の形成が介護福祉士の大きな専門性である。関係の形成があるから、意思が確認できる。介護過程の目的は「本人が望む生活の実現」であるから、本人の意思を確認することが最初に必要になる。言語で意思が確認できる利用者もいれば、言語では確認できない利用者もいる。介護を基礎とした関係の形成では、言語の有無にかかわらず、関係を形成することができる。言語の能力がある利用者、言語の能力がない利用者とも意思を確認するには、関係の形成が基礎にならなければならない。

そして、この関係を基礎に「望む生活」に向けてICF等の客観的な視点で生活課題を分析し、個別支援計画（個別介護計画）を作成することになる。

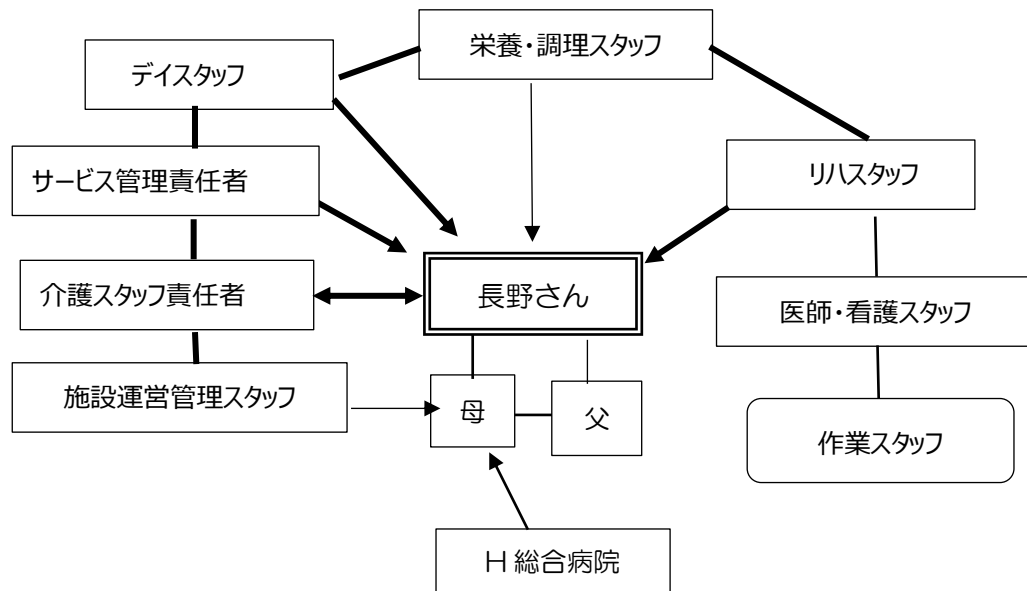


上図ではだけでは、利用者理解には繋がらないことは理解できたと思われる。この視点と、前述の関係の視点から初めて利用者理解ができることを理解しなければならない。

1-2-3 対象者の状況の理解

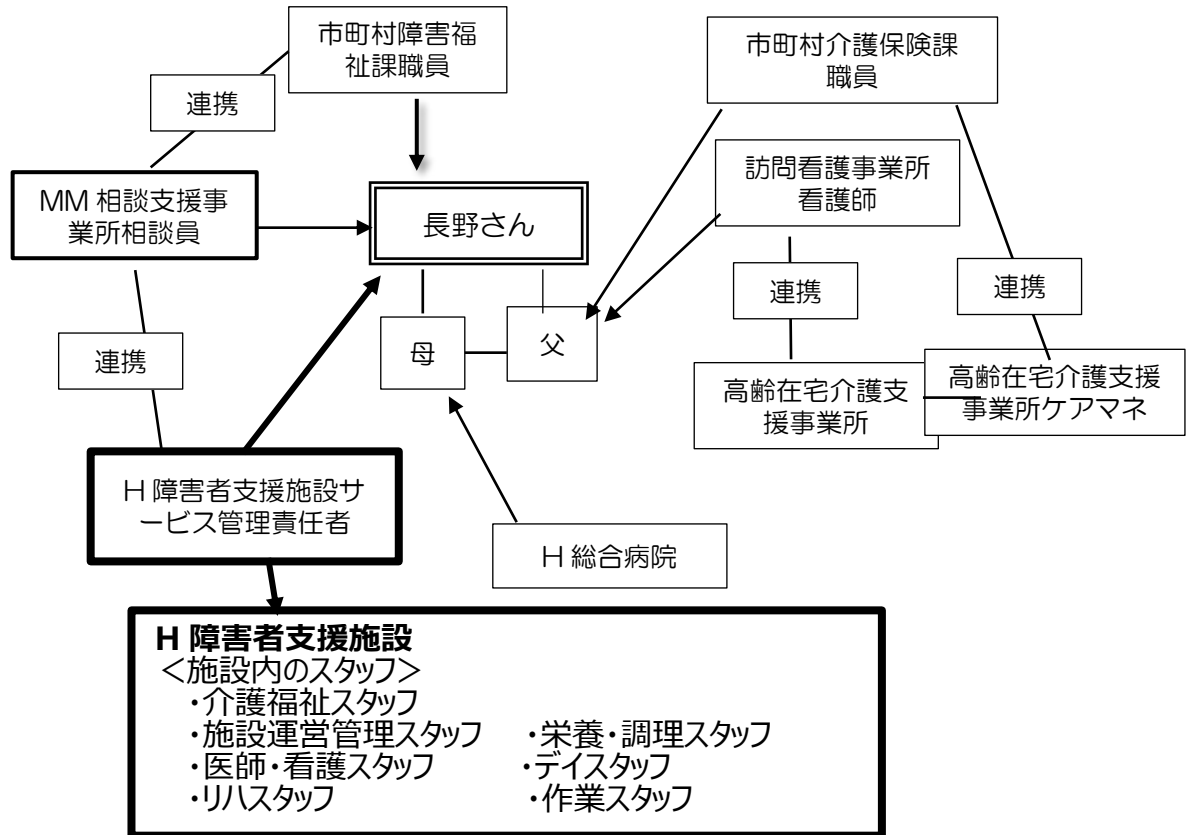
●関係の見える化

サービスの概念図（ネットワーク概念図）



事例を使って、サービス全体が長野さんに関わっているのかを示した図である。個を関係の中で理解する前提として、このようなサービス提供マップが参考になる。に支援のネットワークがどのようになっているのか、一目瞭然である。矢印の太さで関係の濃密さも表すことができる。是非、参考にされたい。

簡単なイメージ図（例）



上図は長野さんだけではなく、長野さんの家族全体の福祉・医療関係者との関連図である。長野さん個人を理解するだけではなく、個の課題は、家族の課題でもあることを理解し、個の課題の解決には家族の課題を解決することも重要である場合が多い。従って、個だけを見ているだけでは、課題が解決しない点も見逃してはならない。この図には、近隣の住民や民生委員等、地域の人々の関わりも重要である。個を家族、地域という拡がりの中で理解し、課題の解決に向けた方針を作成することも必要である。

1-2-4 医学的知識や運動学等の知識の確認

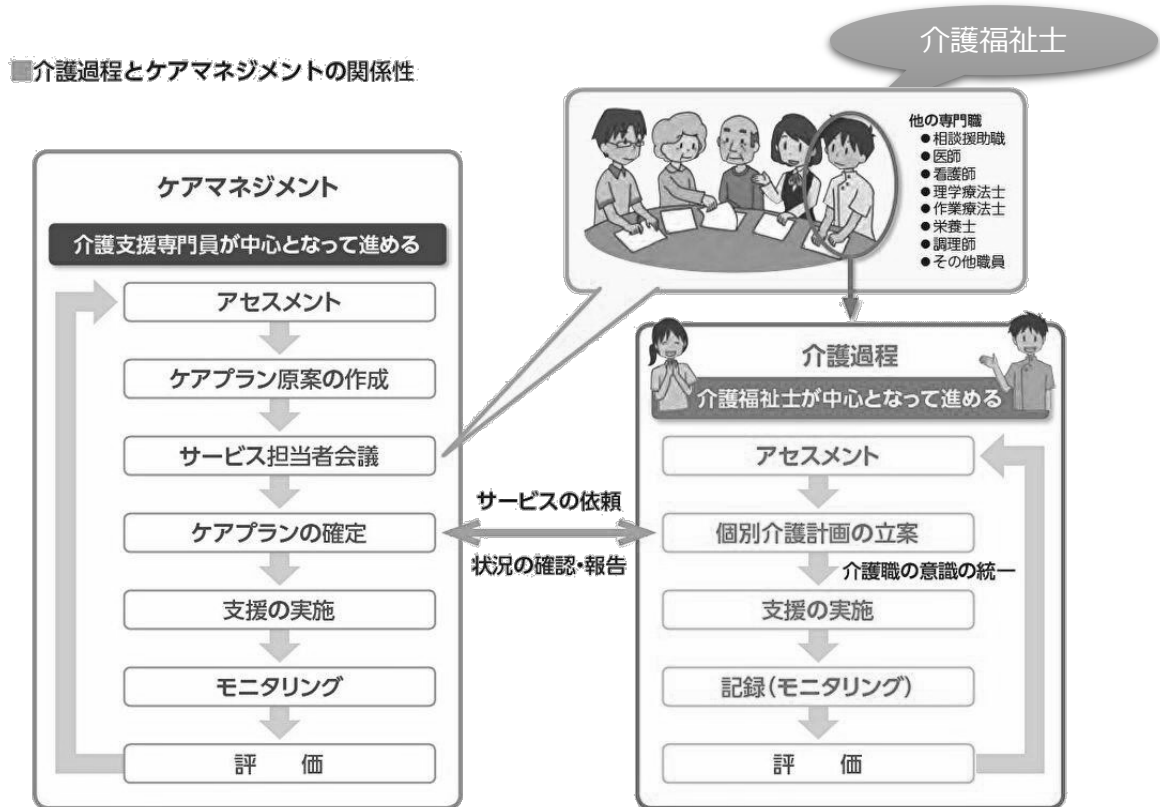
この内容はこれまでの認定介護福祉士養成研修で学んだ内容である。これまでの学習を再度確認すること。

1-2-5 心理的側面・身体的側面・社会的側面からの支援

この内容はこれまでの認定介護福祉士養成研修で学んだ内容である。これまでの学習を再度確認すること。

1-3 個別支援計画の作成・評価・修正

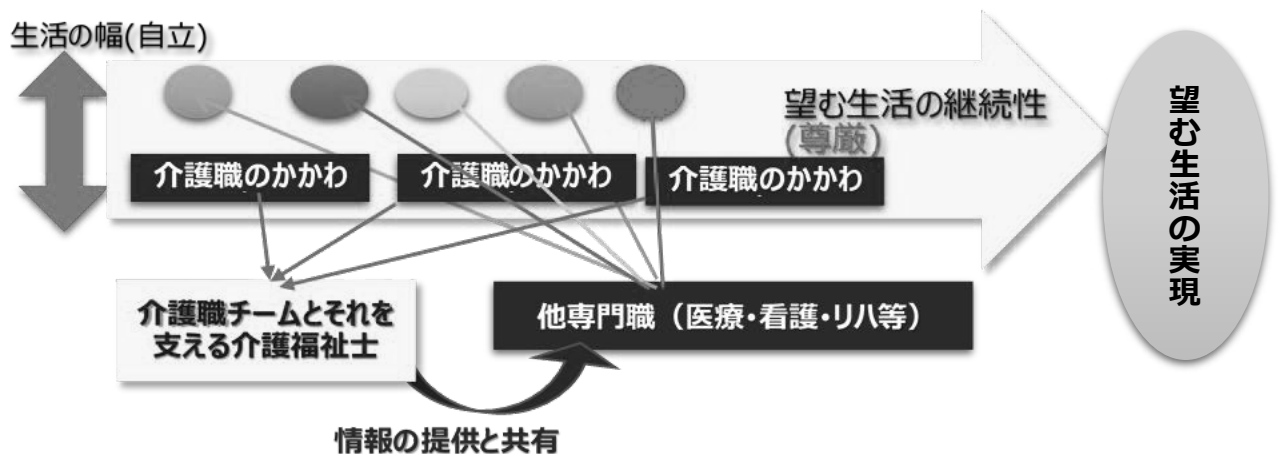
ケアプランやサービス等利用計画と個別支援計画（個別介護計画）の作成と実施過程、評価、修正等の相違などについて、最初に理解することが求められる。



2019年度 日本介護福祉士会研究資料より

上図はケアプランの作成と実施過程、個別支援計画の実施過程（介護過程）の関係を示したものである。この図からわかることは、介護支援専門員、障害相談支援専門員などが中心になり、各専門職の協働でケアプランが作成される。一方、個別支援計画は介護職（介護福祉士が中心となって）が作成することがわかる。この違いを理解することが必要となる。

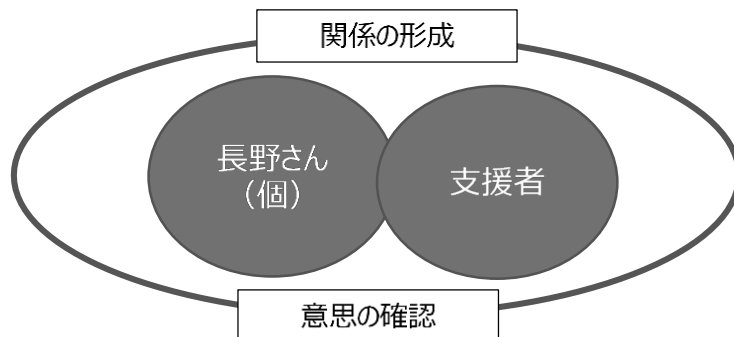
利用者の全体的支援の方向性はケアプランやサービス等利用計画が示す。次の図が理解しやすい。黄色い大きな矢印がケアプランである。利用者の尊厳と自立を守り望む生活の実現に向けて、各専門職が協働して実施するプランがケアプランであり、介護職が独自に作成し、実施するのが個別介護計画である。個別介護計画が独自に利用者支援の計画を作成するのではなく、あくまでもケアプランという大きな計画の枠内で計画を作成することを理解しなければならない。



1-3-1 アセスメント（課題抽出、分析、統合）

認定介護福祉士として個別支援計画（個別介護計画）を作成する時、最初にするのはアセスメントである。しかし、ケアプランでもアセスメントが実施されている。サービス担当者会議の際にはケアマネジャー作成したアセスメントが存在する。必要な情報はそこから借用すれば良い。再度、同じことを行うのは利用者に負担になるだけである。

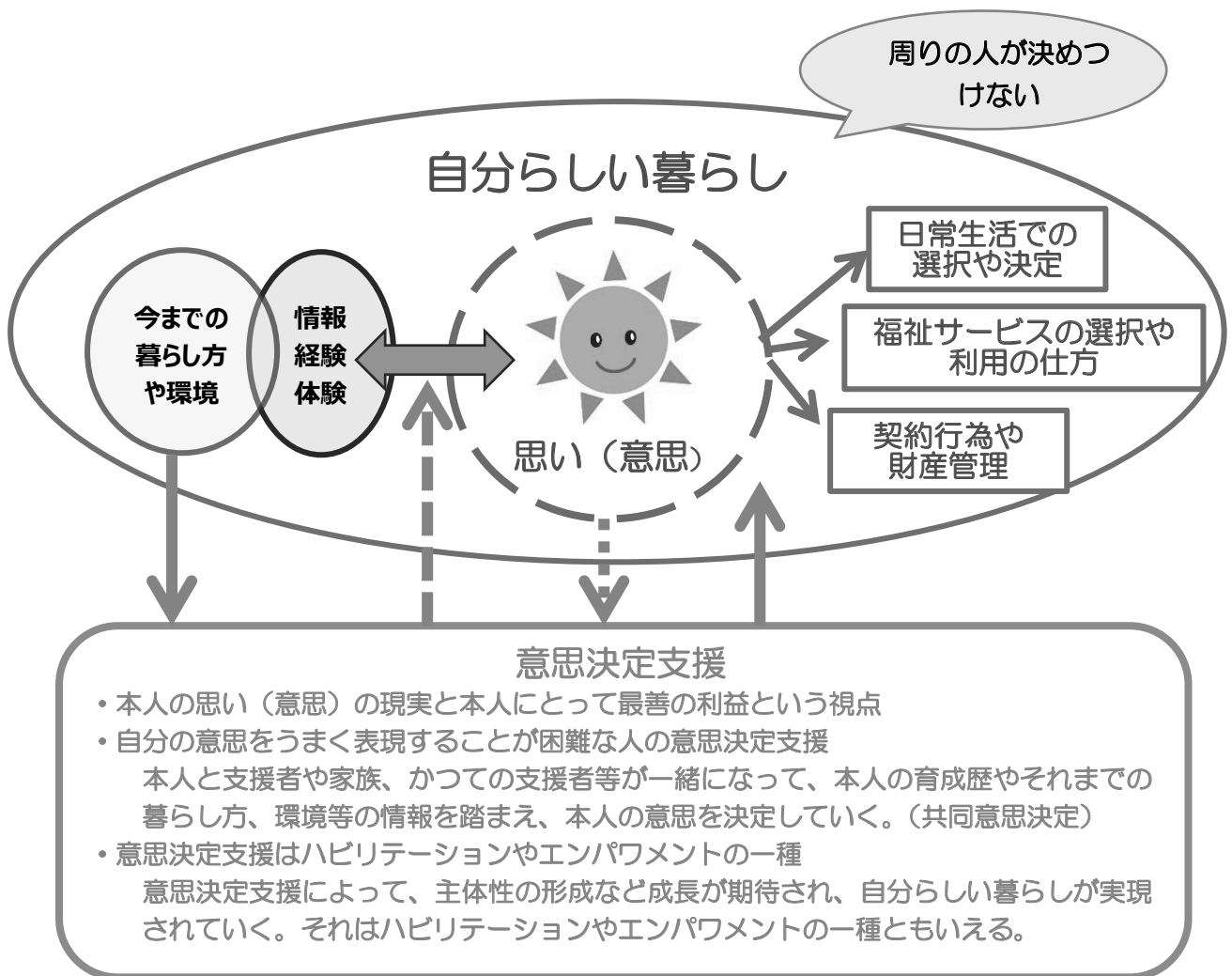
では、介護福祉士独自のアセスメントとは何かを考える必要がある。すでに、この点については述べている。前述の図を参考にすべきである。利用者の意思の確認が計画（ケアプラン・サービス等利用計画、個別支援・介護計画）の基礎となる。



利用者の生活に面がかかわる介護職は利用者との関係の形成が容易である。さらに、言語で意思が確認できなくても、介護という行為を通して意思の確認が可能となる。介護という行為は言語を必要としない。したがって、どんなに障害が重くても関係の形成が可能であり、この関係を基に意思の確認が可能となる。

この意思決定には、「認知症の意思決定ガイドライン」「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」など、意思決定のガイドラインが設けられている。知的障害では「意思形成の支援」が必要とされている。知的能力や認知能力が低下していることに関しては意思の確認が非常に難しいこととされている。長い時間利用者の生活に関与し、利用者を見続けられない限り意思の確認はできないこととされている（資料参照）。

全日本育成会 大久保顧問の私案（平成30年（2018年）5月27日 横浜市自閉症児・者親の会 総会研修会 資料）を参考に「意思決定支援とは」の図を作成し掲載する。



次に、介護福祉士独自のアセスメントは施設・事業所という環境でアセスメントが可能であるということである。ケアマネジャーや相談支援専門員のアセスメントとは家庭等で実施したアセスメントである場合が多い。新たな環境でのアセスメントが必要であり、それが介護福祉士には可能である点も見逃してはならない。

さらに、アセスメントはある一定期間に実施されると介護過程の中では説明されているが、とても大切な視点は、支援の実施そのものがアセスメントでもあることを理解する必要がある。

アセスメントの概念に関してもケアマネジャー、相談支援専門員のマネジメントに引き寄せられて介護職のアセスメントが理解された結果であると考えられる。介護職のアセスメントは支援過程全体を通して実施されなければならないことを理解することが重要である。この点も提唱されているケアマネジメントとの相違であることを自覚する必要がある。一定期間のアセスメントは支援計画作成のためのアセスメントではある。その時間しか利用者と接することができない専門職と絶えず接することができる専門職では、当然アセスメントの質も量も違うことを意識する必要がある。

1-3-2 計画立案（目標達成）

計画の立案は通常、利用者の担当職員が実施する。障害福祉ではサービス管理責任者が作成することにはなっているが、実際にはサービス管理責任者の指導のもと、担当職員が作成するのが通常である。担当職員が作成した原案を個別支援会議（介護職会議・ケアカンファレンス）にかけて、介護職全体で検討し、介護職全体がチームとなり、計画を実施していくことになる。

この際、計画を会議でプレゼンテーションすることになる。この資料の作成技術も重要である。介護職全体にわかりやすく説明する技術が必要となる。研修で使用したシートを例として提示する。この内容をどのようにプレゼンテーションし、介護職がチームとして個別支援計画を実施することができるかが、計画の成否に関わっていることを理解し、チームを作るための個別支援計画のプレゼンテーションと会議の持ち方等も検討することが必要である。

資料の作成：長野さんの事例を使って要約作成

事例検討のタイトル	
プ ロ フ ィ ー ル	長野さん 女性 25歳
	・家族構成
	・住居
	・手帳
	・障害支援区分
	・簡単な身体・精神状況
	<入所に至った理由>
	<生活歴／相談・治療歴>
本人が望んでいる暮らし、訴えや困っていること	
家族が望んでいる暮らし、訴えや困っていること	
本人の趣味指向・楽しみ・長所	
アセスメントの要約	
見立てと計画の視点	
<長期目標>	
<短期目標>	
<評価の視点と時期>	

具体的な計画作成シート

長期目標 (ケアプラン・サービス等利用計画との整合性を確認)					
短期目標 1					
具体的な計画	誰が	どこで	何をするのか	時間の設定	記録の方法と留意点
短期目標 2					
具体的な計画	誰が	どこで	何をするのか	時間の設定	記録の方法と留意点
短期目標 3					
具体的な計画	誰が	どこで	何をするのか	時間の設定	記録の方法と留意点
短期目標 3					
具体的な計画	誰が	どこで	何をするのか	時間の設定	記録の方法と留意点

1-3-3 計画評価・修正

計画の評価も個別支援会議（ケアカンファレンス）で実施することになる。評価の視点はストラクチャー、プロセス、アウトカムで評価する。

ストラクチャー評価は利用者との十分な関係の形成ができ、意思を計画に反映できたか、計画を実施するための体制が構築できたか、などである。プロセス評価は計画実施のプロセスが十分なものであったのか、チームとして機能していたのか、などである。アウトカム評価は計画の実施で利用者に変化が現れたかどうかである。評価の前提となるのが計画の実施記録である。これがないと評価はできない。この点については後に詳細に検討する。

1-4 個別支援計画の作成の指導

1-4-1 指導の視点・指導方法

これまで述べた内容が指導の視点となる。実際に指導するときには、コーチングやスーパービジョンの技術が必要になると思われる。この点については、ほかの研修で技術を獲得することが必要となる。

2 個別支援計画に沿った記録様式の作成、記録方法の習得と指導

2-1 個別支援計画に沿った記録様式

一般的な記録に関しては、さまざまな資料を参考にして学ぶこと。ここでは、介護計画に沿った記録様式について解説する。前項で個別支援計画の様式を提示した。

長期目標 （ケアプラン・サービス等利用計画との整合性を確認） 健康を維持し、施設で生活リズムを作りたい					
短期目標 1		散歩して、健康維持したい			
具体的な計画 施設の敷地内の散歩（月、水、金）	誰が 遅番者	どこで 施設の中庭	何をするのか 車いすで散歩し、決まったコースでの所要時間を記載する。体温・血圧測定をし、通常の時に実施すること	時間の設定 午後の時間帯	記録の方法と留意点 ・散歩のときの様子は必ず記載すること ・散歩の前後のプルスを測定すること。 ・2か月で評価

長期計画はケアプラン・サービス等利用計画との整合性をもった内容とすることは確認した。この長期目標に沿った短期目標を設定する。短期目標はいくつか設定することになるが、優勢順位の高い方から記載していく。そして、短期目標をより具体的にしたもの「具体的な計画」である。この具体的な計画では、誰が、どの場所を使って、何を実施するのか、時間（場面）を設定し、記録に何を記載して欲しいのかを留意点として記載する。

短期目標によって、記録方法が違ってくる。上の例であれば、以下のような記録内容になる。この内容が日ごとに蓄積され、2か月後に評価し、短期目標を修正することになる。

日時	担当者氏名	散歩前の体温・血圧の結果	散歩前後のプルス	散歩時の様子
----	-------	--------------	----------	--------

2-2 記録様式の作成

2-2-1 記録方法の習得

介護過程の記録様式は利用者の目標によって、記載内容が変化するので、施設・事業所で利用者の計画に沿って作成されなければならない。このほか、日々の記録は利用者共通の記録様式がよいと思われる。

記録方法は、記録様式を介護職員全体に周知すれば、自然と統一されたものになる。しかし、パート職員等も記録が書けないときもあるので、記録の留意事項など、何をどのように記載するのか指導する必要がある。記録は「介護の質」を守り、法律を守り（コンプライアンス）、介護保険法、障害者総合支援法では、サービス提供の記録と計画の作成、記録の整備義務が課せられている。また、記録は介護福祉士として、サービスを提供する責任を果たしている証拠となる。

資料 1

「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(厚生労働省
平成 30 年6月)

※目次だけ掲載するので参考にされたい。

I はじめに	1
1 ガイドライン策定の背景	
2 ガイドラインの趣旨	
II 基本的考え方	2
1 誰の意思決定支援のためのガイドラインか	
2 誰による意思決定支援のガイドラインか	
3 意思決定支援とは何か (支援の定義)	
III 認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則	3
1 本人の意思の尊重	
2 本人の意思決定能力への配慮	
3 チームによる早期からの継続的支援	
IV 意思決定支援のプロセス	6
1 意思決定支援の人的・物的環境の整備	
(1) 意思決定支援者の態度	
(2) 意思決定支援者との信頼関係と立ち会う人との関係性への配慮	
(3) 意思決定支援と環境	
2 適切な意思決定プロセスの確保	
(1) 本人が意思を形成することの支援 (意思形成支援)	
(2) 本人が意思を表明することの支援 (意思表明支援)	
(3) 本人が意思を実現することの支援 (意思実現支援)	
3 意思決定支援プロセスにおける家族	
(1) 家族も本人の意思決定支援者であること	
(2) 家族への支援	
4 日常生活や社会生活における意思決定支援	
5 意思決定支援チームと会議 (話し合い)	
V 認知症への理解とガイドラインの普及と改訂	13
VI 事例に基づく意思決定支援のポイント	14

資料 2

「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」

I. はじめに

1. ガイドライン策定の背景

「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係 法律の整備に関する法律」の附則第3条においては、法施行後3年を目途として障害福祉 サービスの在り方等について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずることと されており、「障害者の意思決定支援の在り方」が見直し事項の一つに挙げられている。社会保障審議会障害者部会では、平成 27 年4月から見直しに向けた検討を行い、平成 27 年 12 月に今後の取組について報告書を取りまとめた。

同報告書では、障害者の意思決定支援の今後の取組について以下の記載が盛り込まれており、「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）は、これらの内容を踏まえて作成されたものである。

※「障害者総合支援法施行3年後の見直しについて」（平成27年12月14日社会保障審議会障害者部会報告書）より抜粋

5. 障害者の意思決定支援・成年後見制度の利用促進の在り方について

(2) 今後の取組

(基本的な考え方)

○ 日常生活や社会生活等において障害者の意思が適切に反映された生活が送れるよう、障害福祉サービスの提供に関わる主体等が、障害者の意思決定の重要性を認識した上で、必要な対応を実施できるようにするとともに、成年後見制度の適切な利用を促進するため、以下のような取組を進めるべきである。

(意思決定支援ガイドライン)

○ 意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセス（サービス等利用計画や個別支援計画の作成と一体的に実施等）、留意点（意思決定の前提となる情報等の伝達等）を取りまとめた「意思決定支援ガイドライン（仮称）」を作成し、事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有し、普及を図るべきである。あわせて、意思決定支援の質の向上を図るため、このようなガイドラインを活用した研修を実施するとともに、相談支援専門員やサービス管理責任者等の研修のカリキュラムの中にも位置付けるべきである。なお、ガイドラインの普及に当たっては、その形式的な適用にとらわれるあまり、実質的な自己決定権が阻害されることのないよう留意する必要がある。

(障害福祉サービスにおける意思決定支援)

○ また、障害福祉サービスの具体的なサービス内容の要素として「意思決定支援」が含まれる旨を明確化すべきである。

2. ガイドラインの趣旨

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という。）第1条の2（基本理念）においては、障害者本人（以下「本人」という。）が「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保」される旨を規定し、指定相談支援事業者及び指定障害福祉サービス事業者等（以下「事業者」という。）に対し、障害者等の意思決定の支援に配慮するよう努める旨を規定する（第42条、第51条の22）など、「意思決定支援」を重要な取組として位置づけている。

また、障害者基本法においては、国及び地方公共団体は、障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、障害者及びその家族その他の関係者に対する相談業務、成年後見制度その他の障害者の権利利益の保護等のための施策又は制度が、適切に行われ又は広く利用されるようにしなければならないと定めている（第23条）。

ノーマライゼーション理念の浸透や障害者の権利擁護が求められるなかで、障害者の自己決定の尊重に基づいて支援することの重要性は誰もが認識するところである。しかし、自己決定が困難な障害者に対す

る支援の枠組みや方法等については必ずしも標準的なプロセスが示されていない。ガイドラインは、事業者がサービス等利用計画や個別支援計画を作成してサービスを提供する際の障害者の意思決定支援についての考え方を整理し、相談支援や、施設入所支援等の障害福祉サービス（以下「サービス」という。）の現場において意思決定支援がより具体的に行われるための基本的考え方や姿勢、方法、配慮されるべき事項等を整理し、事業者がサービスを提供する際に必要とされる意思決定支援の枠組みを示し、もって障害者の意思を尊重した質の高いサービスの提供に資することを目的とするものである。

ガイドラインは、事業者がサービスを提供する際に行う障害者の意思決定支援の枠組みを示すものであるが、本人、事業者、家族や成年後見人等（保佐人及び補助人並びに任意後見人を含む。以下同じ。）の他に、必要に応じて教育関係者や医療関係者、福祉事務所、市区町村の虐待対応窓口や保健所等の行政関係機関、障害者就業・生活支援センター等の就労関係機関、ピアサポーター等の障害当事者による支援者、本人の知人等の関係者、関係機関等（以下「関係者等」という。）、障害者に関わる多くの人々にも意思決定支援への参加を促すものである。障害者の意思決定支援については、それぞれの障害の状態等において個性が高く、その支援方法も多様なものである。事業者は、ガイドラインの内容を踏まえ、各事業者の実情や個々の障害者の態様に応じて不断に意思決定支援に関する創意工夫を図り、質の向上に努めなければならない。また、事業者の意思決定支援に関する取組の蓄積を踏まえ、ガイドラインの内容も見直していくことが必要である。

II. 総論

1. 意思決定支援の定義

本ガイドラインにおける意思決定支援は、障害者への支援の原則は自己決定の尊重であることを前提として、自ら意思を決定することが困難な障害者に対する支援を意思決定支援として次のように定義する。意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意思決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討するために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう。（以下省略）

令和元年度生活困窮者就労準備支援事業費等補助 社会福祉推進事業
介護福祉士の資格取得後のキャリアアップ及び
専門性の高度化に向けた調査研究事業
別冊

認定介護福祉士養成研修 生活支援・介護過程に関する領域
個別支援計画作成と記録の演習 教材資料集

一般社団法人 認定介護福祉士認証・認定機構
令和2年3月発行

第2節 e-learning 調査研究の目的

1. 認定介護福祉士概論の映像教材について

●科目のねらい

認定介護福祉士は、次の①～③の役割を果たすものだが、この科目は、下記の3つの○印を教育の目的として設定された科目である。

- ①介護職チームの統括的なマネジメント
- ②多職種間・機関間連携のキーパーソン
- ③地域における介護力の向上

- 研修全体の導入として、認定介護福祉士に求められる役割、本研修で獲得すべき知識、実践力と、本研修全体の組み立てについて理解させる。
- 介護現場の様々な問題がなぜ起きるのかについて、介護観・支援目標の共有化など、チーム運営の視点で把握するとともに、自立を支援するために根拠に基づいた介護を実践することの必要性を理解させる。
- 自ら考える力・自ら学ぶ力の重要性を改めて確認させる。

●科目の到達目標

- ・認定介護福祉士養成研修の体系を理解し、学習計画を立てる。
- ・認定介護福祉士に求められる役割と実践力について説明できる。
- ・介護現場でおきる問題について、チーム運営の視点で分析できる。
- ・自立を支援するために根拠に基づいた介護を実践することの必要性を説明できる。
- ・自分自身の価値観が自らのリーダーシップにどのように影響しているかを自覚する。

●研修展開の考え方

- 研修全体の導入として、認定介護福祉士の役割や実践力について理解し、本研修で獲得していく知識等に対する理解を促す。
- 事例を用いたケーススタディと講義を組み合わせ、認定介護福祉士に求められる役割や今後獲得すべき知識・実践力についての理解を促す。
例) 組織・チームをまとめるリーダーの役割(講義) → ケーススタディ
- Ⅱ類の組織行動論における理論を一部活用しながら、チームを構成する一人ひとりの構成員の能力(態度・価値観・有する専門的な知識と経験)を踏まえてチームをつくり、援助目標の立案、情報共有等の対処方法の学びを促す。
- 講義と演習及び課題学習を通して、「含むべき教育内容」の全てについて学習させる。

●研修の展開例

テーマ・大項目	展開内容（講義のポイント、演習の展開内容）	課題学習を可とする場合の展開例
1. 認定介護福祉士とは何か	<ul style="list-style-type: none"> ○認定介護福祉士制度の目的と概要 ○研修全体のカリキュラム、機構について <ul style="list-style-type: none"> ・研修全体のオリエンテーションを兼ねる ・概論として、他科目との関連性について理解する 	
2. 介護をめぐる社会的動向と介護福祉士の役割の変化	<ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケアシステムと医療・介護連携等 ○介護の専門性、介護福祉士資格制度 <ul style="list-style-type: none"> ・我が国の介護職集団と介護職チームの形成過程を理解する ・「日常生活を営むことへの支援」の際、介護職が担う職能集団としての役割と機能、支援の意味について考える ・介護福祉士資格制度、認定介護福祉士創設の経緯について、関係する制度や検討会報告書等を用いて学ぶ 	○テキストをもとに課題学習（レポート）
3. 認定介護福祉士に求められる役割と実践力	<ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケアシステムにおける認定介護福祉士が担うべき役割を学び、その役割に必要な実践力を学ぶ ○尊厳を支えるケア、自立支援の視点に基づく介護、根拠ある生活支援、チームアプローチ、チーム運営・マネジメント、職種間連携、地域連携、等 ・4の「介護現場における様々な問題とその要因」との関係にも留意させながら学ぶ 	○テキストをもとに課題学習（レポート）
4. 介護現場における様々な問題とその要因	<ul style="list-style-type: none"> ○職種間または組織間に起こりやすい問題、利用者への関わり方や介護観の相違により起きる問題 ※介護職一般の問題よりも、職種間連携や介護職チーム運営、後輩育成等、チームリーダーとして直面する問題に焦点をあてた学習が求められる ○テキスト掲載の事例や受講者に実践現場で起こる課題を提出してもらい（事前課題として想定可）、それらをもとにチーム運営に係る課題と要因を抽出させ、チームの運営に何が必要なのかを考えさせる演習、が考えられる。 	
5. チーム運営と職種間連携	<ul style="list-style-type: none"> ○チームケア・チームアプローチとは何か、チームを構成する各職種の役割・機能の理解、チームにおける介護観・援助目標の共有化、チーム内・職種間の調整、コンフリクトマネジメント、チームメンバーとのコミュニケーション等 ○ケーススタディとして以下の例が考えられる <ul style="list-style-type: none"> ①他職種との有機的な連携方法 <ul style="list-style-type: none"> ・うまくいった事例を分析し、目標立案、ケア実践と情報共有の方法、チーム作りについて学 	○一部について、自職場での事例をもとにレポート作成による課題学習を事前課題または事後課題として設定することが可能。事前課題の場合は、集

	ぶ。 ②同一組織内における価値観（介護観・看護観）の相違 <ul style="list-style-type: none"> ・チームを構成するメンバー間における課題の発生とケアへの影響や、利用者のケアへの影響やチームでの関わり方に行き詰った事例をもとに、自らの対応方法や考え方の課題に気付くようにする。 ③チームメンバーとのコミュニケーション <ul style="list-style-type: none"> ・事例をもとに、チーム内のリーダーとしての態度、他職種との連携のあり方や、認定介護福祉士に必要なコミュニケーション能力について検討する。 ④地域生活の支援と地域連携 <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活歴、培ってきた社会関係等を想像させ、地域生活の継続性を保つ介護サービスの在り方に気付くようにする。 	合研修におけるグループ演習等で使用することが想定され、事後課題の場合は研修受講による対応方法や考え方の変化を気付かせることが想定される。
6. チーム運営と求められるリーダーシップ	○リーダーシップ <ul style="list-style-type: none"> ・中堅職員やユニットリーダー等に求められるリーダーシップと認定介護福祉士に求められるリーダーシップの違いについて学ぶ ・自分自身の価値観が自らのリーダーシップにどのように影響しているかを自覚する 	
※ 7 時間以内		

●本映像教材の位置づけ

本映像教材は、上記展開例における「認定介護福祉士概論：介護をめぐる社会的動向と介護福祉士の役割、認定介護福祉士に求められる役割と実践力」の課題学習に対応したものである。

受講者は「教材資料集」を読み進めることとあわせて、本映像教材を視聴し、認定介護福祉士研修の全体像を理解し、認定介護福祉士に求められる役割と実践力の要点を学んで欲しい。そのうえで、認定介護福祉士に対する社会的な期待、期待に応えるための役割と実践力について考え、実際の現場で認定介護福祉士としての役割を発揮することの意義を理解してほしい。

2. 地域におけるプログラムの企画の映像教材について

●科目のねらい

認定介護福祉士は、下記の役割を果たすものだが、この科目は、②特に地域における機関連携)、③地域における介護力の向上に直接かかわる科目である。

- ①介護職チームの統括的なマネジメント
- ②多職種間・機関間連携のキーパーソン
- ③地域における介護力の向上

認定介護福祉士は、利用者の在宅生活を支えるため、地域のさまざまな資源を活用することが必要である(地域における、施設・事業所、ボランティア、家族介護者、介護福祉士等の介護力を引き出し、地域の介護力の向上を図る)。

また、介護福祉の視点から機関間連携の仕組みづくりや運用改善に参画したり、その延長線上には地域の政策形成の場に参画し、介護福祉の立場から提案することができる必要がある。

そうしたことができる介護福祉士となるために、この科目は設けられた。

●科目の到達目標

- ・地域包括ケアシステムの考え方、政策や制度の枠組み、推進・連携の仕組みについて説明できる。
- ・自分の地域の地域ケアシステム構築の取り組みの現状と今後の課題を踏まえ、自職場の立ち位置や役割、今後の活動方針について説明できる。
- ・地域の課題やニーズに応じた家族支援、地域連携、地域資源開発、介護職への研修支援などのプログラムを企画できる。

●認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方

介護福祉士養成課程では、「地域共生社会の実現に向けた制度や施策」や「家族・地域・社会の構造、生活と社会の関わり、(厚生労働省のいう)自助・互助・共助・公助の展開」(なおこの区分は厚生労働省特有のものであり使用にあたっては留意が必要である)を学ぶが、基本的な考え方にふれるに止まり、具体的な取り組みやしきみなどを詳しく学ぶことはできない。

本科目では、地域包括ケアシステムの各種の取り組みの具体的な展開について、全国での先進的な取り組み及び自地域における取り組みを学んだうえで(FKD)、自組織の立ち位置を理解する(FKD、PKD)。また、養成課程では十分学べない地域支援に関する基礎的な理論・視点を学ぶ(TKD)。このうえで介護福祉士としての価値・役割にたつて、介護福祉実践を通じて地域課題の改善に向けて働きかけるプログラム(家族支援、地域支援、地域の多機関連携、介護職への研修支援など)を企画できる力、事業所内におけるリーダーシップ、関係機関との協働が促進できる実践的知識を習得する(PKD)ことを目標とする。

●研修展開の考え方

- 自地域のアセスメントやプログラムの企画については、課題学習とすることが効果的・効率的である。
- 自組織のプログラムを企画する前に、講義演習で共通事例を用いるなどにより、企画の着眼点等を学べるようにする。
- 自組織のプログラムを企画する際は、地域ニーズやプログラムの内容について、チームメンバー、上司、住民等、多様な人びとに取材し、意見を求めるよう促す。
- 本科目では、プログラムを企画するまでを評価の範囲とするが、自職場で実際に展開できる／展開したいプログラムを企画し、後日、実行できることが望ましい。

●研修の展開例

テーマ・大項目	展開内容（講義のポイント、演習の展開内容）	課題学習を可とする場合の展開例
1. 地域包括ケアシステムの政策動向と介護福祉士の役割	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム構築をめざす政策動向（地域包括ケアシステムが政策課題となった背景、医療介護確保法制定に至る流れ） ・介護福祉士の役割（生活を支える専門職としての基本的な立ち位置と期待される役割の拡充） 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムに関する基本的な資料等を読ませ、介護福祉士の役割、自職場での取り組み課題等をまとめさせる
2. 地域包括ケアシステム構築にかかる具体的な実践	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム構築の具体的な実践と介護福祉の役割 医療-介護連携（地域リハ、地域連携パス・退院支援等） 認知症（初期集中支援チーム、認知症ケアパス等） 介護予防・生活支援、 居住支援 ・グループディスカッション…テーマ1・2を踏まえて、自地域・自職場の取り組みの現状と課題についてグループディスカッション 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム、医療介護連携システムについての基礎知識をテキスト・資料等で学習する ・自地域における地域包括ケアシステム構築に関する政策（介護保険事業計画等）や具体的な実践を調べ、課題を考察する
3. 自地域における地域包括ケアシステム構築の課題等の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・地域アセスメントとプログラムの企画の視点（地域アセスメントからプログラム企画までの流れとその際の視点・着眼点について講義する） ・地域アセスメントのプログラムの企画の演習（共通事例を用いて地域アセスメントからプログラム企画までのプロセスを模擬的に体験する） 	

4. プログラムの企画	<ul style="list-style-type: none"> ・自地域における地域ケアシステム構築の課題等の把握と地域ニーズ、既存資源等の調査 ・自職場におけるプログラムの企画…自地域における課題分析を踏まえ、その解決のために自職場で取り組むプログラムを企画する 	<ul style="list-style-type: none"> ・自地域における地域ケアシステム構築の課題等の把握と〔地域ニーズ、既存資源〕等の調査
5. プログラムの相互評価とブラッシュアップ	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムの評価の視点、地域住民、多職種・多機関連携の視点・留意点（講義） ・プログラムの相互評価（演習）…小グループでプログラムの相互評価を行う ・プログラムの見直し、ブラッシュアップ（個人演習）…相互評価の意見を踏まえて、プログラムを見直し、完成させる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムの見直し、ブラッシュアップを事後課題とする。
※ 14 時間以内		

●本映像教材の位置づけ

本映像教材は、上記展開例における「1 地域包括ケアシステムの政策動向と介護福祉士の役割」の課題学習に対応したものである。

受講者は「教材資料集」を読み進めることとあわせて、本映像教材を視聴し、地域包括ケアシステムの構築をめざす政策の要点を理解してほしい。そのうえで、自職場がある地域ではどのような取り組みが進められているか、介護福祉士としてどのような役割を果たす必要があるのか、考えてほしい。

第3節 認定介護福祉士養成研修の領域・科目別研究協議

- 医療に関する領域
- 地域生活の継続と家族支援
- 自職場事例を用いた演習

科目別の教授法・教材等に係る研究協議結果

① 科目名

疾患・障害等のある人への生活支援・連携 I

領域名	医療に関する領域
単位	2単位
時間	30時間(課題学習を可とする時間30時間)
形態	講義

科目の教育目的

- ・認定介護福祉士として、生活支援の場面で必要となる医療的ケアや判断及び医療職等との連携の際の根拠となる医療に関する基礎的な知識を獲得させる。

科目の到達目標

- ・生活支援場面で必要となる、解剖生理、病態生理、症候、疾病等の基礎的な内容を理解し、他者に説明できる。
- ・疾病・障害等について、その機序、主な症状、診断・治療、経過と予後等の生活支援に必要な基礎的な内容を理解し、他者に説明できる。

認定介護福祉士養成研修科目としての基本的な考え方

- ・介護福祉士養成課程では、「こころとからだのしくみ」において介護実践の根拠となる人体の構造や機能を学ぶほか、「発達と老化の理解」では高齢者に多い症状・疾病の特徴と生活上の留意点を学ぶ。しかし、「機序、症状、診断・治療、経過と予後」、「主な薬の知識」、「リスクと対応」、「生活支援の留意点・観察ポイント」、「他職種と共有すべき情報」などを臨床像とを結びつけて理解するには至っていない。
- ・本科目では、養成課程で学んだ基礎的な医学知識をベースに、医療職との連携に必要な医学知識として疾患・障害等について(=メカニズムや理論に関する知識領域)体系的に新たに習得するとともに、臨床の場面における確実な判断や他職種と共有すべき情報と、連携の際の根拠を明確に説明できるような実践的知識(=臨床や実践に関する知識領域)の習得を目標としている。

② 科目名

疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ

領域名	医療に関する領域
単位	2単位
時間	30時間(課題学習を可とする時間15時間)
形態	講義・演習

科目の教育目的

- ・【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ】における基礎的な医学的知識を活用して状態に応じた生活支援の実践や医療職等の他職種との連携について理解させる。

科目の到達目標

- ・生活支援で行う医療行為に必要な知識を理解し、状態に応じた生活支援を実践できる。
- ・症状や使用している薬から利用者の状態を分析できる。
- ・在宅療養者が使用する医療機器の取扱い上の留意点について理解し、説明できる。
- ・急変時等の病態等について学び、その対応について判断できる。
- ・医療職等の他職種との連携について判断できる。

認定介護福祉士養成研修科目としての基本的な考え方

- ・介護福祉士養成課程では、「こころとからだのしくみ」において、からだの変化の気づきのほか、医療職をはじめとする多職種との連携について学ぶ。また、「医療的ケア」において、喀痰吸引や経管栄養に関する基礎的な知識と実施手順、健康状態と急変状態の把握などについて学ぶ。ただし、生活支援における急変時の対応、服薬管理、主治医やかかりつけ薬剤師等との連携等の実践的な知識の習得までには至っていない。
- ・本科目では、養成課程における医学的知識と「疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ」の知識をベースとして、医療職との連携を進めていくための実践的知識(＝臨床や実践に関する知識領域)の習得を目標とする。具体的には、生活支援における急変時の対応、服薬管理に関する留意点、主治医やかかりつけ薬剤師等との連携、利用者・家族等への意思決定支援などである。

③ 科目名

疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅲ

領域名	医療に関する領域
単位	2単位
時間	30時間(課題学習を可とする時間15時間)
形態	講義・演習

科目の教育目的

- ・日常によくある疾患だけでなく、対応する頻度が少ない疾患や障害等を含めて、高齢者・障害者の疾患・障害等についての医学的知識を用いて、生活支援、連携、介護職への指導を実践できる力を育成する。

科目の到達目標

- ・高齢者・障害者の疾患・障害等について、機序、症状、治療法・薬理作用等を理解し、説明できる。
- ・症状から利用者の状態を分析し、医療の必要性について判断することができる。
- ・介護職への指導を行うための疾患や障害等に応じた生活支援について理解し、実践できる。
- ・利用者の人生の最終段階における生活支援に関する医療的知識を学ぶとともに、生活支援(介護職)の役割を理解し、他者に説明できる。

認定介護福祉士養成研修科目としての基本的な考え方

- ・本科目は、介護福祉士養成課程および「疾患・障害等のある人への生活支援Ⅰ・Ⅱ」では学ばない、比較的介護職による対応頻度が少ない疾患や障害等に関する医学知識を習得(=メカニズムや理論に関する知識領域)し、それを用いて生活支援、連携、介護職への指導を実践できる力(=臨床や実践に関する知識領域)を習得することを目的としている。
- ・併せて、人生の最終段階における支援については、介護福祉士養成課程の「生活支援技術」で、終末期の経過に沿った支援やチームケアの実施に関する基本的な知識と技術を学ぶが、実践的な知識の習得までは至らない。本科目では、新たに実践的知識と介護職チームへの自身の介護実践経験とを統合化させ、介護職チームを指導できるようにする(=臨床や実践に関する知識領域)。意思決定の支援においては、家族への支援も視野に入れる。
- ・また、「疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ・Ⅱ」をふまえ、介護職チームを医療面から指導・教育する実践的知識を習得する(=臨床や実践に関する知識領域)ことも、本科目の目標である。介護職の専門性を踏まえて医療職と積極的に連携できる実践力を養う。

研究会開催記録

<開催日時>

- ・2020（令和2）年3月11日（水）13時～15時
- ・於／認定介護福祉士認証・認定機構7階会議室

<出席者>（以下、順不同・敬称略）

認定介護福祉士認証・認定 機構関係者	太田貞司（京都女子大学家政学部教授）
	諏訪 徹（日本大学文理学部教授）
	上之園佳子（日本大学文理学部特任教授）
医療関係科目担当講師	小林洋子（学校法人賢昌学園群馬医療福祉大学講師）
	盛岡正博（学校法人佐久学園理事長・医師）
	高木直美（日本福祉大学中央福祉専門学校介護福祉科学科長）
実施機関関係者 （事務局等）	長野県介護福祉士会（甲田孝子）
	愛知県介護福祉士会（須名隆志）
	京都府介護福祉士会（木村晴恵）
事務局	松下能万
	比留間優子

※所属・肩書は開催当時

使用したスライド例・課題等例

① 疾患・障害等のある人への生活支援・連携 I

4.脱水症

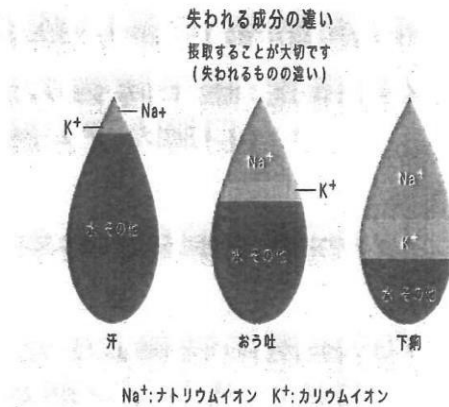
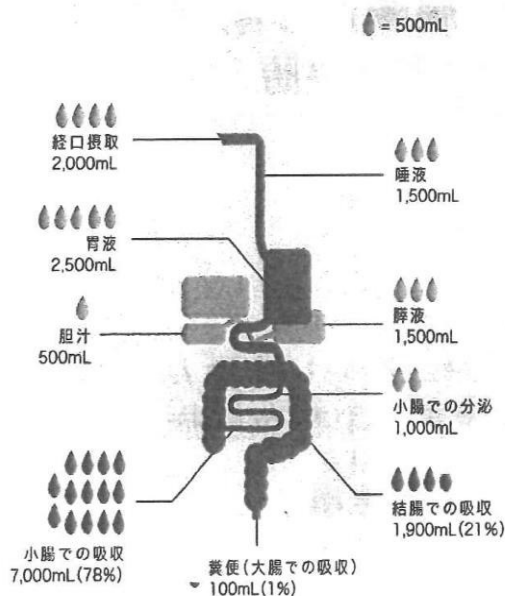
1) 高齢者が脱水症になりやすい理由

- ① 身体の水分量減少～体液を多く含む組織の筋肉量が減少する。
 - ② 喉の渇きを自覚しにくい～脳の視床下部「口渴中枢」の機能低下。
 - ③ 腎臓機能の低下～動脈硬化やホルモン環境変化に伴い、多くの水が必要となる。
 - ④ 利尿剤の影響～高血圧や心不全の薬として用いられることが多い。
 - ⑤ 食生活の変化・偏り～摂食・嚥下障害などにより、食事量も減少する。
 - ⑥ トイレ通いを気にする～回数を減らすために、水分を取らなくなる。
- * 注) 浸透圧の高い、高カロリー食(経腸栄養など)の使用している人は、体液の調節のために、多くの水を必要とする。

2) 高齢者脱水症の症状(初期～中等): 高齢者介護で観察注意が必要です

- ① 何となく元気がない、居眠りしがちである
 - ② 食欲が低下した
 - ③ 脈拍が増加した
 - ④ 微熱が続く(高齢者は平熱が低く、35℃代が多く、36.5℃代は微熱と考えられる)
 - ⑤ 皮膚が乾燥している(腋下の皮膚が乾燥していると、脱水症を疑う)
 - ⑥ 唾液(ヨダレ)、痰の量が減った
 - ⑦ 尿量の減少や尿の色が濃くなっている。
 - ⑧ 便秘になった
 - ⑨ 舌の表面に光沢がない、乾いている
 - ⑩ 指先が冷たく、青白い
 - ⑪ 体重が減少した
 - ⑫ 最近、頭痛や筋肉痛を訴える
- * 下痢の時には、特に脱水症の進行に注意すること!
- ◎ 成人は体重の60%程が水分ですが、高齢者の体液は体重の50%と云われている。体液は、血液・リンパ液・唾液・粘液・汗・尿などである。
- 水分が3%減少～口渴と食欲減少
 - 6～7%減少するとめまい、呼吸困難がおこる。
 - 10%減少すると痙攣が起こり
 - 20%以上の減少で死に至る。
- ◎ 高齢者の日常生活に必要な水分量は、2,000ml 程と云われている。

消化器系での水分出納: そのほとんどは腸で吸収される



◎ 下痢・嘔吐による脱水は塩分欠乏型脱水で、失われる電解質(ナトリウム・カリウム)を補給することが大切です。

② 疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ

研修内容 2日目
疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ

演習資料 1

1. 生活支援における急変時対応

①状況把握と観察のポイント ②急変時の判断とその対応

模擬事例

加藤さんは、93歳の女性で、アルツハイマー型認知症の診断を受けています。現在は、特養に入所中です。以前より、「苦しい」と繰り返し訴え続けることがありましたが、身体所見上の異常はありませんでした。2型糖尿病があり、血糖値を下げる内服薬を服用中です。

数日前より、加藤さんは発熱・嘔吐の症状があったため、絶飲食となり、薬の内服を中止し、脱水予防のための輸液と抗生剤治療が開始されました。新人の介護職は、昼食後に加藤さんの様子をみにいき、「いつもと比べて目を閉じていることが多く、起き上がる動作がない」と感じていましたが、様子をみていました。

夕方になり、新人の介護職が加藤さんに声をかけたところ、反応が乏しかったため、肩をゆすりながら再度呼びかけました。加藤さんは生あくびを4・5回し、身体も冷たくなっていました。そこで、バイタルサインを測定しましたが、いつもと変わりはありません。新人の介護職は「何かおかしい」と思い、あなたにすぐに報告しました。

設問 1. 事例を読んで、気づいたこと、思い、考えたことを書き出してみましょう。(個人ワーク)

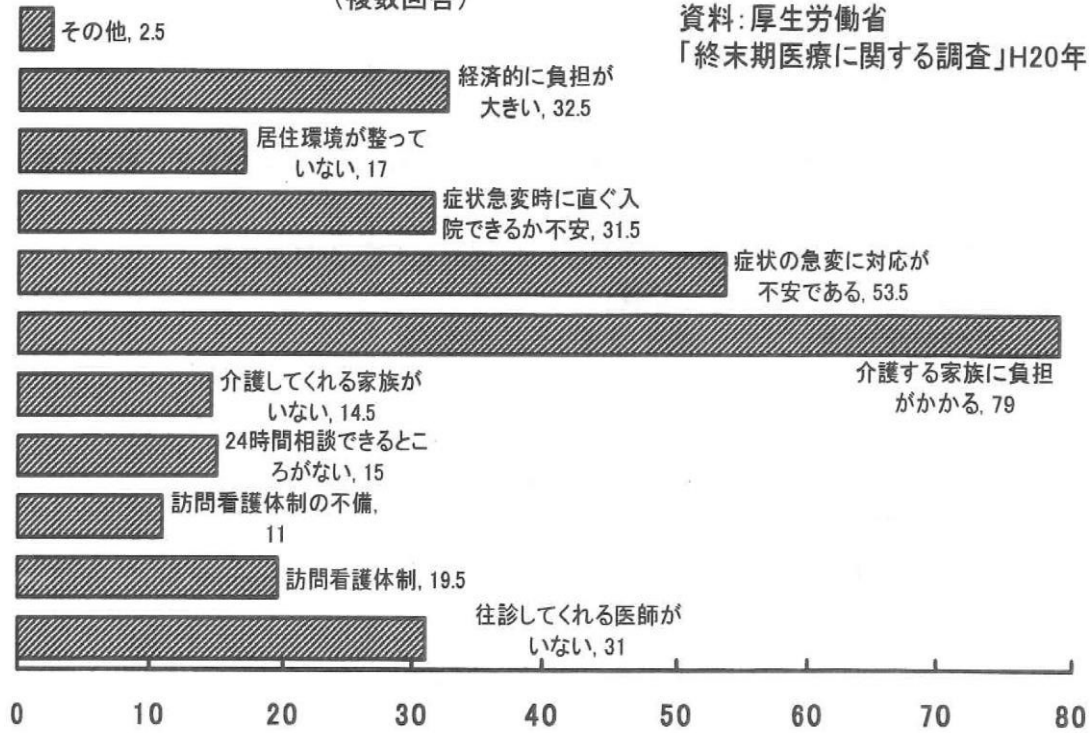
設問 2. あなたはどのような対応をしますか？話し合ってみましょう。

設問 3. 新人の介護職にどのような教育支援を行いますか？話し合ってみましょう。

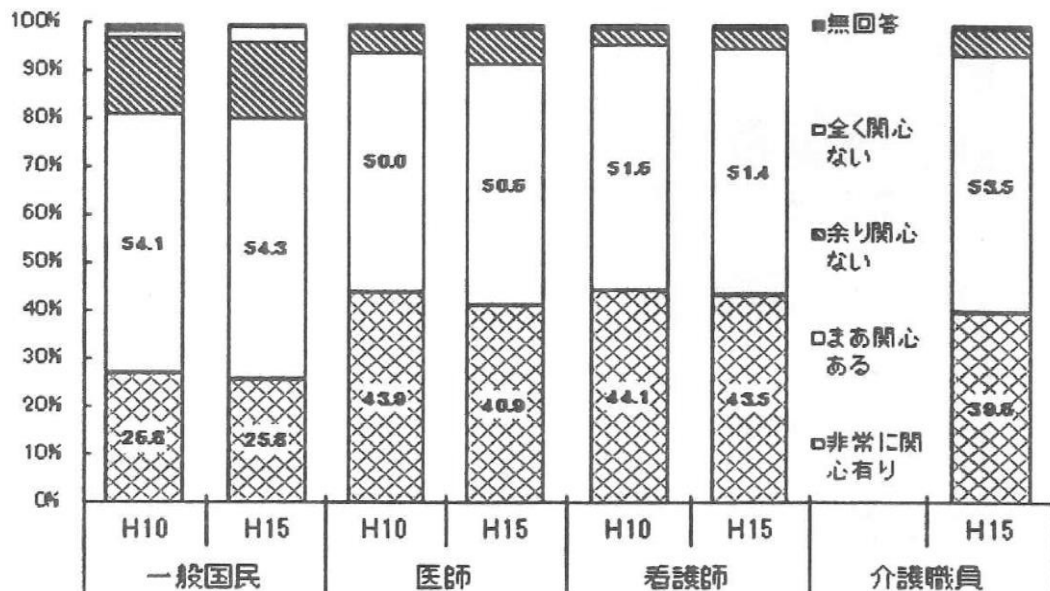
③ 疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅲ

自宅で最後まで療養することが実現困難な理由

(複数回答)



終末期医療に関心があるか？ H16調査



研究協議の主な内容

【当該領域の設定の意図について】

- ・この領域は、ミニ看護師の養成を想定して設定したわけではない。生活支援の視点に基づき、「こういう状態になっている／変化が見られる」ということを医療職との共通言語に変換して相談や報告ができるようになっていたり、利用者の状態の変化をみて「こういう理由が考えられる」といったことが想起できるようになることを目的としている。

<疾患・障害のある人への生活支援・連携Ⅰ>

【当該科目の設定の意図と養成課程との関係について】

- ・介護福祉士養成課程では、解剖生理学という科目は設定されていない。従来の「こころとからだのしくみ」は医学というよりも、食事などの行為に応じて教える形になっており、必ずしも体系的な枠組みにはなっていない。それを補うために養成課程で覚えた知識について、体系的な知識として横串を刺すという役割をもつ科目として設定されたことが確認された。

【教授すべき知識・技術について】

○以下の意見が出された。

- ・利用者の「いつもと何か違う」ということに気づき、そのことを医師や看護師に発信できるのが介護福祉士の強み。その「いつもと違う」ものが、身体の中ではどういうことが起きているのかに少しでもつなげられたら、医師や看護師が求めているものに応えることになる（TKD、PKD）。
- ・多職種連携にあたっては、①相手が何を求めているのか、②そのために必要な知識は何か、③どんな姿勢で臨めばよいのか、という視点である。これらの視点につながる知識を「生活支援・連携Ⅰ」では学ぶ（TKD、PKD）。
- ・「生活支援・連携Ⅰ」の事前課題として、医行為に関する通知を読んでもらい、介護福祉士には何ができて、何ができないのかを理解してもらう。逆にいえば、この事前課題を通じて医師や看護師はこういうことを行うということを認識してもらう（FKD、PKD）。
- ・介護福祉士が会う利用者は慢性的な病気をもつ人が多い。そのため、その人の治療内容のほか、経過や見通しについて理解する必要がある（TKD、PKD）。

【効果的な教授方法について】

- ・高齢者に多くみられる病気や障害などについては、中項目および小項目のなかにほとんど盛り込まれている。但し、授業のなかで病気そのものを深く掘り下げると、講師にも受講者にもかなりの負担がかかる。例えば、骨折を考えると、【骨折の原因→転倒→転倒の原因→白内障→神経系の障害・疾患】というように、介護福祉士が実際に出会う場面における生活の視点から異常が起こったときに「なぜか」ということの想像がつくように教える方法が効果的。

【ガイドラインにおける「含むべき教育内容」見直しの視点】

- ・大項目の整理の仕方として、食事や排泄など、生活行為に関係する切り口で整理する

ことはどうか。知識が使えるような構成にしておくことが非常に大切。そのときに、介護の利用者が生活者であるということは、介護福祉士にとって無視できないキーワードである。

- ・介護福祉士養成のための「こころとからだのしくみ」のテキストを見ると、同じ病名が重なって何度も出てくる構成になっている。当該科目では生活支援に基づいたところで医学的な知識を整理する形が、受講者には具体的に腑に落ちるのではないか。

＜疾患・障害のある人への生活支援・連携Ⅱ＞

【当該科目の設定の意図と養成課程との関係について】

- ・Ⅰの知識を意識しながら、医療職が求めていることに応じて連携、展開できるようになるのが、当該科目の到達イメージであることが確認された。

【教授すべき知識・技術について】

- ・薬について学習する機会は介護福祉士養成課程でもほとんどみられない。現場で働くうえで本当に欠かせない知識である。「生活連携・連携Ⅰ」で取り上げる疾患と関連させ、体系的にきちんと学習することが大切（TKD、PKD）。

【効果的な教授方法について】

- ・例えば糖尿病の人であれば、薬を飲んだか飲まないか。それがその後どんな影響として現れるかなども知識として整理しておくことが非常に大切。授業のなかでは、ただ薬のことを知るだけでなく、その人の生活のなかでどこに影響が及ぶのか、生活場面につなげるような展開が必要。

【ガイドラインにおける「含むべき教育内容」見直しの視点】

- ・大項目の4番目に「服薬管理に関する知識や留意点」という言葉が出てくるが、これは「服薬に関する知識や留意点」としたほうが語弊はない。

＜疾患・障害のある人への生活支援・連携Ⅲ＞

【当該科目の設定の意図について】

- ・当該科目はⅠとⅡの上級編、総まとめとして、基礎的ではないが知っておいたほうがよい知識、リーダーとして多職種連携のポイント、教育指導等を教授するねらいであることが確認された。

【効果的な教授方法について】

- ・「生活支援・連携Ⅲ」は、ⅠとⅡで学んだことの復習、総ざらいと位置づけ、大項目の3～5を中心に組み立てるのも1つの方法。
- ・課題を出してグループワーク（演習）などを行い、自分たちで解決するのはどうか。それが認定介護福祉士のリーダーシップを刺激することにもなる。講義を聞くだけでは、思考力や判断力が身につけにくい。

【ガイドラインにおける「含むべき教育内容」の整理の視点】

- ・大項目の「1 高齢者・障害者の疾患・障害等」「2 人工呼吸器の取扱い上の注意点」は再考の余地がある。なかでも、人工呼吸器の取扱いについては、「生活支援・連携Ⅱ」の医療機器の取扱いに含めてはどうか。

科目別の教授法・教材等に係る研究協議結果

科目名

地域生活の継続と家族支援

領域名	心理・社会的支援の領域
単位	2単位
時間	30時間(集合研修15時間、課題学習15時間)
形態	講義・演習

科目の教育目的

利用者本人が培ってきた社会関係、社会的役割の維持、社会参加の支援や、家族への支援が行えるとともに、介護サービスだけではない地域のインフォーマルな資源も活用して、地域生活の継続が支援できる実践力を習得させる。

科目の到達目標

- ・利用者が培ってきた社会関係や社会的役割を踏まえて、介護サービスを利用することが必要になってもそれらとの関係を断ち切らずにできるだけ維持できる支援の計画を考案することができる。
- ・インフォーマルな担い手による互助の活動について、担い手、活動内容、連携の方策や留意点について説明できる。
- ・家族介護者の負担や困難について、典型例をあげるとともに、家族介護者への支援や連携の方策について説明できる。
- ・複合的な困難を抱える家族について、典型例をあげるとともに、支援や関係機関等との連携の方策について説明できる。

認定介護福祉士養成研修科目としての基本的な考え方

- ・介護福祉士養成課程では、「社会の理解」において、社会と生活のしくみとして、家族、社会、地域の概念や構造、形態などを学ぶ。また、「介護の基本」のなかで、介護を必要とする人の生活を支えるしくみとして、地域連携やインフォーマルな支援についても学ぶ。しかし、それらを、利用者の社会参加や家族への支援に活用する実践的な知識を学ぶに至らない。
- ・本科目では、地域の多様な社会資源を活用しながら、また、利用者の家族を支援することで、それまでの社会関係を断ち切ることなく、利用者が継続的に地域での暮らしが続けられるようにするための実践的な知識(＝臨床や実践に関する知識領域)を習得することを目標とする。

研究会開催記録

<開催日時>

- ・2020（令和2）年1月9日（木）15時～17時
- ・於／認定介護福祉士認証・認定機構7階会議室

<出席者>（以下、順不同・敬称略）

講師	峯尾武巳（NPO 法人介護の会まつなみ副理事長）
心理・社会的支援の領域 部会構成員	諏訪 徹（日本大学文理学部教授）
実施機関講師	菊池健志（京都・静岡・三重で担当）
	谷口敏代（岡山で担当予定）
実施機関関係者 （事務局等）	群馬県医療福祉大学短期大学部（清水久二雄）
	長野県介護福祉士会（甲田孝子）
	三重県介護福祉士会（大田京子）
	京都府介護福祉士会（木村晴恵）
	日本介護福祉士会（白井幸久）
厚生労働省（オブザーバー）	鈴木俊文（介護人材確保・広報戦略対策官）
事務局	松下能万
	友次勝彦

※所属・肩書は開催当時

<模擬授業素材提供者>（以下、敬称略）

- ・峯尾武巳（同 上）

当該科目の授業の展開内容(例)

別紙 1

認定介護福祉士養成研修標準時間割表

【⑥-2地域生活の継続と家族支援(3/9)】

区分	科目名	時間	内容
受付		9:00~9:30	
1コマ目	社会関係、ソーシャルサポート、社会的役割、社会参加の重要性と支援	9:30~11:00	講義①(2時間) 社会的存在としての人間の特徴をライフサイクルに沿って講義する。特に高齢期における役割と居場所の必要性を理解し、人生を時間軸から捉える方法等について講義する。
	休憩	11:00~11:10	10分
2コマ目	社会関係、ソーシャルサポート、社会的役割、社会参加の重要性と支援	11:10~12:00	講義①(1時間) 社会的存在としての人間の特徴をライフサイクルに沿って講義する。特に高齢期における役割と居場所の必要性を理解し、人生を時間軸から捉える方法等について講義する。
	昼食休憩	12:00~13:00	60分
	社会関係、ソーシャルサポート、社会的役割、社会参加の重要性と支援	13:00~15:00	演習①(2時間) 持参した事前課題①を使用して講義①の内容を参考にしながら事例検討を行い、介護支援の原則や支援方法等について各日の事例から確認する。
3コマ目	休憩	15:00~15:10	10分
	社会関係、ソーシャルサポート、社会的役割、社会参加の重要性と支援	15:10~16:55	演習①(3時間) 持参した事前課題①を使用して講義①の内容を参考にしながら事例検討を行い、介護支援の原則や支援方法等について各日の事例から確認する。

【⑥-2地域生活の継続と家族支援(3/10)】

区分	科目名	時間	内容
受付		9:00~9:30	
1コマ目	地域のインフォーマルな担い手による互助活動	9:30~11:00	講義②(2時間) 家族介護者の負担感を理解し、家族を支援する必要性や社会資源等の活用及び多職種連携の必要性等について講義する。合わせて、地域包括ケアに必要な自助及び互助について講義する。
	休憩	11:00~11:10	10分
2コマ目	家族支援	11:10~12:00	演習②(1時間) 事前課題②を使用して事例検討を行い、介護する家族を支援する必要性や社会資源等の活用及び多職種連携の必要性、今後の実践目標等を確認する。
	昼食休憩	12:00~13:00	60分
	家族支援	13:00~15:00	演習②(2時間) 事前課題②を使用して事例検討を行い、介護する家族を支援する必要性や社会資源等の活用及び多職種連携の必要性、今後の実践目標等を確認する。
3コマ目	休憩	15:00~15:10	10分
4コマ目	家族支援	15:10~16:00	演習②(2時間) 事前課題②を使用して事例検討を行い、介護する家族を支援する必要性や社会資源等の活用及び多職種連携の必要性、今後の実践目標等を確認する。

【事前と事後の課題、演習の実施内容について】

○事前課題

- ・1人の利用者の生活状況を、A4判用紙3枚程度にまとめる。
- ・具体的には、要介護状態になる前の生活の様子、要介護状態に至った原因と現在までの生活の様子、本人を中心とした現在の家族関係や社会関係など。

○1日目の演習（5時間）

- ・2人一組となり、事前課題を用いてお互いの事例を読む。その際、相手は地域をどう捉えていたか、家族をどう捉えていたかという視点でコメントを書く。その後、地域の見方としてどんな意見が出されたか、グループで発表する。

○2日目の演習（5時間）

- ・現在の自分自身に影響を与えている人やものについて、エコマップを使って説明する。そのことを通じて、本人がどんな地域で暮らし、仕事をしているのか、また、どんな人たちに助けられているかということを考え、社会関係の理解につなげる。

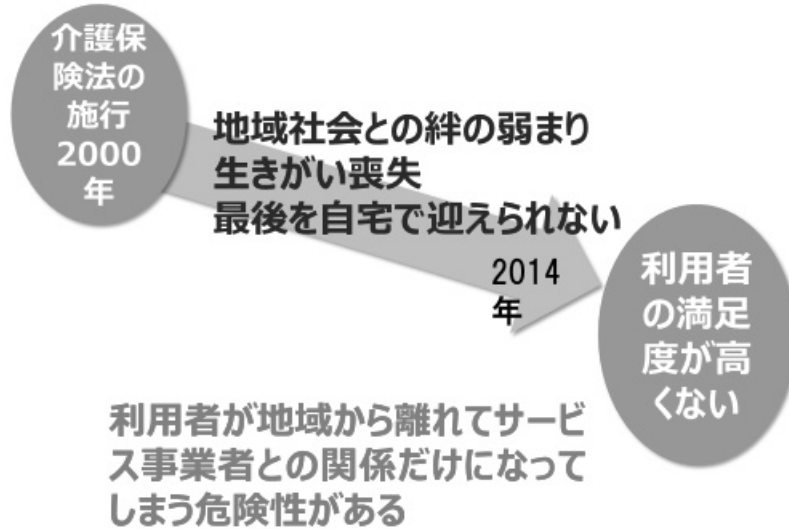
○事後課題

- ・事前課題としてまとめた事例をもとに、2日間の学びから地域や暮らし、家族支援の視点を改めて考察し直す。その結果をA4判用紙2枚程度にまとめる。

【授業を展開するにあたっての視点や考え方】

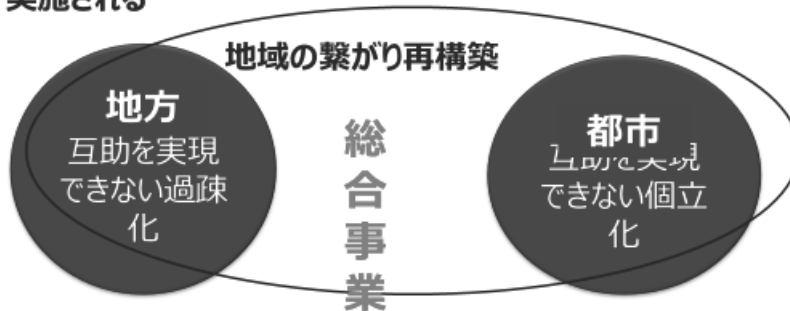
- ・この科目では、事前課題で取り上げる利用者の暮らしの場が都市部なのか農村部なのかを含めて、ICFにおける「環境因子」をどう捉えるのか、それが何かに影響しているのか、などを議論する必要がある。
- ・この科目の到達目標として、「複合的な困難を抱える家族」が取り上げられている。そうした事例が事前課題として挙げた際には、誰に相談するかについて議論する必要がある（介護福祉士は個別の支援計画を作成する役割があり、トータルな支援計画の作成は介護支援専門員の仕事になるため）。
- ・2日目の演習は、地域ケア会議を開催するというイメージ。介護福祉士として地域ケア会議に参加した経験のある人はほとんどいない現状において、具体的な参加モデルを組み立てることはこの科目の課題であり、Ⅱ類科目を担当する講師の大きなテーマになる。
- ・多職種連携のなかでの介護福祉士の位置づけなど、多職種との関係のなかで、この科目を設定する視点が重要である。
- ・「認定」と名の付く上級資格であれば、専門職として自分の実践を振り返ることは必要。リフレクション（省察）はそのための仕掛けである。

地域とのつながりを再構築



考えられる課題

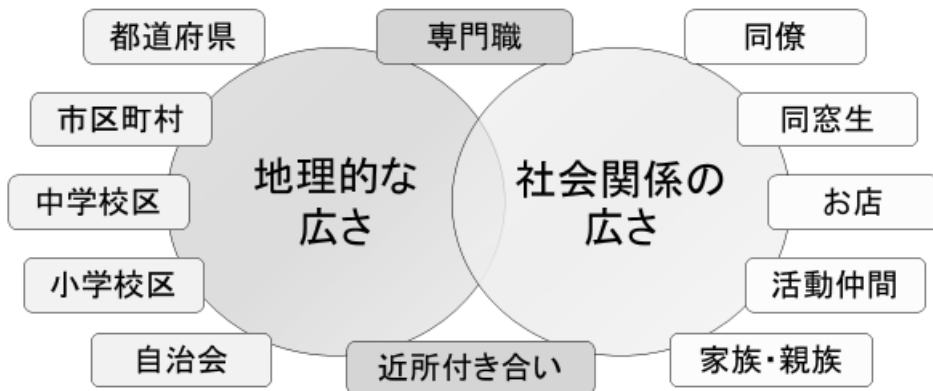
自助・互助の世界は具体的な生活の場（地域）で実施される



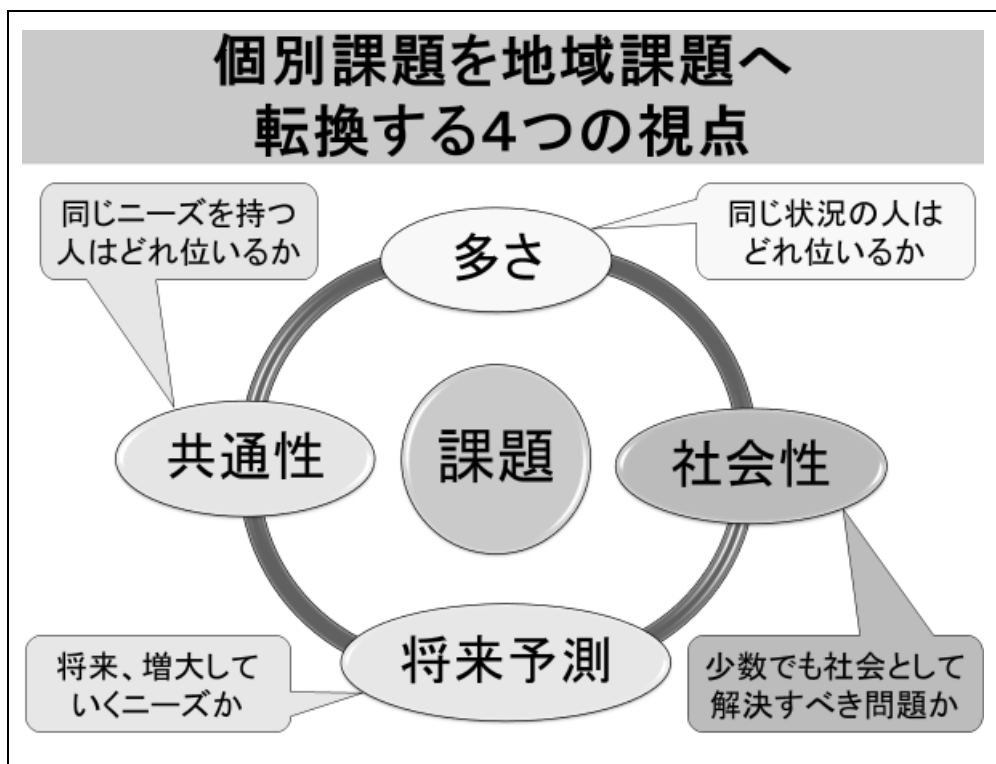
人と人の繋がりは深いが、地域に高齢者しかいない限界地域・交通手段がなく、生活を維持できない。

人と人の繋がりがなく、個立した住民同士にどのように繋がりを作るのか。・新たな住民と古くからの住民の交流がない¹²

地域の捉え方



住民の生活圏と専門職の担当圏域は同一ではない



研究協議の主な内容

【当該科目の設定の意図と領域内における位置づけについて】

○心理・社会的支援の領域で地域を取り扱う科目は、この科目以外に「地域に対するプログラムの企画」が設定されている。両科目の関係について、本科目は個の支援と個の社会関係の支援、地域との関係の支援までを行う、地域ニーズに対するより積極的な働きかけは「地域に対するプログラムの企画」で行う、という関係であることが確認された。

【養成課程との関係及び教授すべき知識・技術について】

○以下の意見が出された。

- ・養成課程では、平成 19 (2007) 年改正で社会福祉援助技術に関する内容がなくなってしまったため、この科目でソーシャルワークの視点を教授することが重要 (TKD)。
- ・養成課程でもさまざまな科目で「地域」はでてくるが、それを介護過程に落とし込むことは教えきれない。この科目では、地域での生活を介護過程に落とし込んで介護過程として展開できるようにしていくことが重要 (PKD)。
- ・養成課程では、個と家族と社会関係と地域を一体的に捉える視点を教えることは難しい。その実践的な知識については実務経験を踏まえ、認定介護福祉士のこの科目で行うという整理ができるのではないかと (PKD)。
- ・地域課題に対する対応は「地域におけるプログラムの展開」で学ぶが、個の問題を取り扱うこの科目でも、社会福祉援助技術で学ぶような、個の課題を普遍化して地域課題として捉え直すという視点は必要ではないかと (PKD)。
- ・個別支援からの発展の延長として、地域における生活を支えることはこれからより求められるため、模擬授業にあったように介護に関する歴史的発展に位置づけて理解させ

ることも大切（FKD）。

- ・地域ケア会議（個別支援会議）で多職種と伍して発言できるために、この科目では、介護福祉士が個の生活の何に着眼するのか、また、その人の地域生活の継続を守るために介護福祉士として何を主張・代弁すべきかを考えさせることが重要（PKD）。
- ・高齢者および家族のソーシャルサポートについてきちんと教えることが重要（TKD）。
- ・家族依存型の福祉だと、介護が、家族がよりよく生活することを阻害する負の要因の一つになってしまう。そのことをどう考えるのかもテーマにすべき（PKD）。
- ・ダブルケアやヤングケアラーなどの問題も、考えていかなければならない（FKD、PKD）。

【本科目の発展のために今後検討すべき課題】

- ・ファーストステップ研修の「家族」「地域と家族」「支援力の活用と強化」といった内容と、本科目の内容があまりにも飛び過ぎてしている。ファーストステップとの関連も含めた本科目の内容検討や教授法の検討が必要。
- ・介護福祉士がどこまでソーシャルワーク機能をもつのか、どのような形で発揮するのか、より明確にしていくことが必要。
- ・従来地域といえば実際に住んでいる地域だったが、地域が生活にもつ意味が時代とともに変わっている。それを踏まえ、何が生活の継続性なのかも考えなければならない。そのあたりの考えをこの検討会を通して整理していくことが必要。

科目別の教授法・教材等に係る研究協議結果

科目名

自職場事例を用いた演習

領域名	生活支援・介護過程に関する領域
単位	1単位
時間	30時間(課題学習を可とする時間20時間)
形態	講義・演習

科目の教育目的

- ・事例から個別支援計画を作成し、実施方法をチームにおいて検討することができる力を育成する。
- ・計画を実施し、チームにおいて適切な記録から計画を評価し、課題を抽出し、計画を修正することができる力を育成する。

科目の到達目標

- ・事例について、各種の知識を活用し、利用者の全人的理解や他専門職からの情報等を統合し、適切なアセスメントにより、個別支援計画を作成することができる。
- ・個別支援計画を実施するにあたり、個別支援会議を開催し、個別支援計画を全体に周知することができる。
- ・個別支援計画の実施内容を評価・指導することができる。
- ・実施内容の評価から、チームにおいて計画を修正することができる。
- ・個別支援計画と実施内容の妥当性について評価し、指導することができる。
- ・介護福祉士としての介護観・支援の考え方・倫理観を共有し、個別支援計画とその実施記録を検討することができる。

認定介護福祉士養成研修科目としての基本的な考え方

- ・介護福祉士養成課程では、介護職チームの個別支援計画作成や記録、修正の指導については学んでいない。
- ・本科目では、「個別支援計画作成と記録の演習」科目を受けて、自職場で、介護職チームにおける個別支援計画の作成・実施、実施内容や記録内容の評価・指導ができる実践的知識(＝臨床や実践に関する知識領域)と技術(SKILL)を習得することを目標とする。

研究会開催記録

<開催日時>

- ・2020（令和2）年2月9日（日）13時～15時
- ・於／認定介護福祉士認証・認定機構7階会議室

<出席者>（以下、順不同・敬称略）

講師	野田由佳里（聖隷クリストファー大学社会福祉学部教授）
生活支援・介護過程に関する領域部会構成員	本名 靖（社会福祉法人本庄ひまわり福祉会総合施設長）
	杉本浩司（メディカル・ケア・サービス株式会社西日本事業統括部岐阜事業部部长・認知症戦略室副室長）
	水谷なおみ（日本福祉大学健康科学部准教授）
実施機関講師	山田順子（川崎医療短期大学医療介護福祉科教授）
	藤原美恵子（岡山県介護福祉士会事務局次長）
実施機関関係者（事務局等）	群馬医療福祉大学短期大学部（清水久二雄）
	長野県介護福祉士会（甲田孝子）
	静岡県介護福祉士会（及川ゆりこ）
	三重県介護福祉士会（大田京子）
	京都府介護福祉士会（木村晴恵）
厚生労働省（オブザーバー）	伊藤優子（介護福祉専門官）
事務局	松下能万

※所属・肩書は開催当時

<模擬授業素材提供者>（以下、敬称略）

- ・野田由佳里（同上）

当該科目の授業の展開内容(例)

1日目【7.5時間】*シラバス上

区分	科目名	時間	内容
1コマ目	オリエンテーション	9:30~11:00	<ul style="list-style-type: none"> ・本研修内容の説明 ・事例の選択と個別支援計画の作成 ・プレゼンテーション模擬演習
	休憩	11:00~11:10	
2コマ目	個別支援計画のプレゼンテーション①	11:10~12:40	<ul style="list-style-type: none"> ・自職場での個別支援計画のまとめ ・プレゼンテーションの実際
	昼食休憩	12:40~13:40	
3コマ目	個別支援計画の実践報告	13:40~15:10	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員のチームを作成し、個別支援計画の実施、評価を通して事例検討のための資料の作成、事例検討会の準備 ・様々なプレゼンテーション技法の紹介 <p>① ワールドカフェ ② 学び合い ③ 【えんた】 等</p>
	休憩	15:10~15:20	
4コマ目	事例検討会の準備	15:20~16:50	<ul style="list-style-type: none"> ・事例検討のための資料の作成、事例検討会の準備 <p>グループ演習としてグループごとに選択設定。</p>
	休憩	16:50~17:00	
5コマ目	事例検討発表会	17:00~18:30	シラバス上はない。

2日目【7.5時間】

区分	科目名	時間	内容
1コマ目	事例検討発表会	9:30~11:00	・自職場課題の発表と検討
	休憩	11:00~11:10	
2コマ目	事例検討発表会	11:10~12:40	・グループワーク 発表内容のブラッシュアップ
	昼食休憩	12:40~13:40	
3コマ目	総括	13:40~15:10	・総括

【事前課題および演習の実施内容について】

- ・事前課題では、一定の様式を示したうえで、自職場事例をまとめてもらう。具体的には、ケアの提供場所やケアの経過、個別的な対応、チームづくりのポイントなどが書き込めるようにする。
- ・思考力、判断力、表現力を養うことが求められているため、1科目あたり10個以上の演習を提供する。具体的な演習テーマとしては、プレイングマネジャーの心得、破壊のブレインストーミング、チームビルディングスキル、介護の専門性など。
- ・演習のなかで活用できる新しいツールを紹介したり、実際に活用したりする。例えばバタフライボード（ノート型のホワイトボード）、「えんたくん」（段ボールでできた直径1mの円形のボード）、大型付箋など。これらを実際に使うことで、自職場でグループワークができる仕掛けとする。

【授業を展開するにあたっての視点や考え方】

- ・この科目は単なる知識の習得だけを目的とはしていない。受講生が演習のなかで気づきを得ながら、継続的に成長（変容）していくことが大切。
- ・「認定介護福祉士概論」の復習から授業を始めるのも1つの方法。認定介護福祉士は介護現場のマネジャーとして、ケアをマネジメントし、職員をマネジメントする。そのマネジメントに必要な知識は何なのか、自職場事例を用いた演習等を通じて確認できるようにする。
- ・グループごとの演習の展開に際しては、好事例の公表や宣伝にとどまるなど、力量のある受講者に影響される可能性が考えられる。それを防ぐ意味からも、様式を定めて事前課題に取り組んでもらい、自職場の事例を持ち寄ってもらう必要がある。
- ・I類後半の科目では思考の枠組みを習得するため、試験では思考力を試す必要があると判断している。この科目では、すべてを受講した最後の段階で試験を行うスタイルにこだわらない。例えば、授業の途中に3回試験を行い、そのうちの1回に合格すれば次に進めるなど、柔軟な対応も必要。受講者が複数回の試験を受けたことで、少しずつ伸びたことを実感できるような試験内容であるのが望ましい。

使用したスライド例・課題等例


◆◆◆「自職場事例を用いた演習」の組み立て◆◆◆

・ 認定介護福祉士のねらい（私なりの解釈）

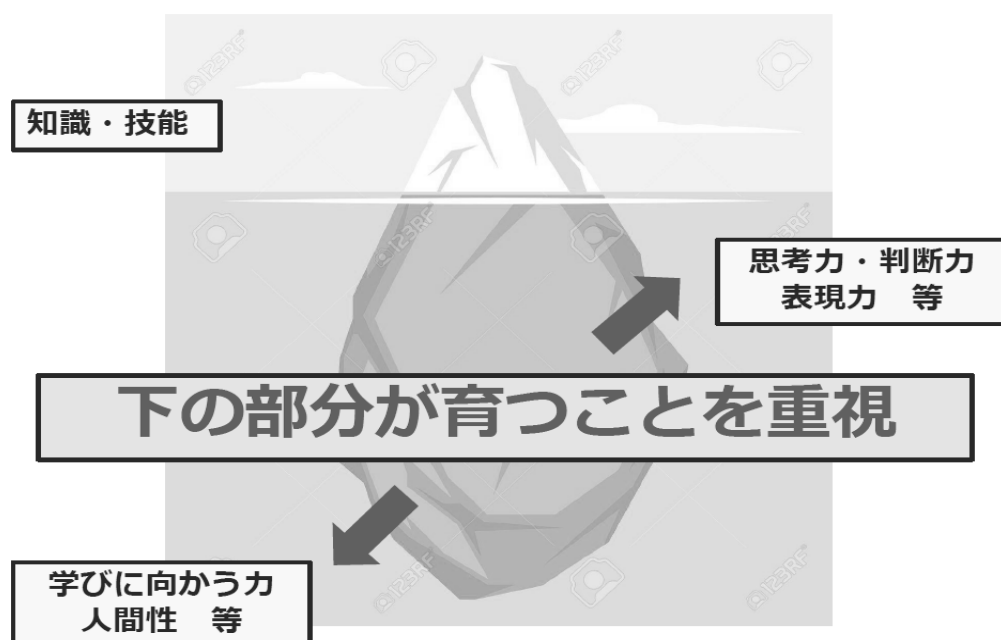
I 類前半 理解の枠組み つまり試験では知識を問う必要があると理解

I 類後半 思考の枠組み つまり試験では思考力を試す必要があると判断

II 類 統合の枠組み つまり理解し定着した（視点や技術を含む）知識を駆使し、目の前の利用者のQOL向上のためにあらゆるツールを使いこなしながら実践をし、その実践知を上位資格者として発信する力を試す必要があると推測

「自職場事例を用いた演習」模擬授業 

◆◆◆「自職場事例を用いた演習」の組み立て◆◆◆



「自職場事例を用いた演習」模擬授業 

研究協議の主な内容

【当該科目の設定の意図と他領域との関係について】

- ・当該科目はⅠ類の最後に位置づけられている。そのため、自職場事例を用いながら、これまでに学んできた知識と技術を当該科目で統合する。
- ・当該科目の後半では、事例内容をブラッシュアップするなかで、理論を理解しながら、自らが所属するチーム実践にその理論をどのように落とし込み、マネジメントに活かしていくかに結びつける。
- ・但し、この段階ではマネジメントの知識はまだ十分に理解しているわけではないので、これまでの知識を用いながら、チームをつくり、チームとして介護実践にどう取り組み、その結果どうなったかをまとめられるようにする。
- ・当該科目を修了した後は、そのままⅡ類科目につながる。具体的には、Ⅱ類の心理・社会的支援の領域には「地域に対するプログラムの企画」、また自立に向けた介護実践の指導領域には「地域における介護実践の展開」という科目が、それぞれ位置づけられている。チームとしてどのようにまとめ、チームとして地域にどのように働きかけるかを学ぶことになる。

【介護福祉士養成課程および他の研修との関係について】

- ・Ⅰ類科目の設定としては、その多くが介護福祉士養成課程に含まれる科目内容であり、ある一定のレベルにまで「個」を上げていくことを目的としている。「自職場事例を用いた演習」では、すでに学んだ知識や技術を活用し応用しながら、自職場のなかでどのようにチームをつくるかを考える。
- ・日本介護福祉士会によるファーストステップ研修では、1つのユニットを単位とするリーダーの育成を想定している。一方で、認定介護福祉士の研修では、そのリーダーをどう指導し、全体をどのようにマネジメントするかの役割を担う存在の育成を目指している。

【本科目の発展のために今後検討すべき課題】

- ・キャリア形成にあたっては、縦のキャリア（個人の資格取得や給与アップなど）と横のキャリア（職場や地域のレベルアップ）の2つの軸がある。認定介護福祉士養成研修の受講者の多くは、横を固めずに縦に伸びようとするケースが多い。個人ベースの視点にとどまることなく、「みんなで介護の現場を変える」という意識変革をするためには、当該科目はもちろん、それ以外の科目でも、認定介護福祉士概論の振返りが有効になるのではないか。
- ・受講者の背景にかなりの差が見受けられる（例えば、大規模チームのリーダーもいれば、3人程度のチームリーダーもいれば、サービス提供責任者でない訪問介護員もいるなど）。そのため、持ち寄る事例のレベルも違う。
- ・ガイドラインを踏まえううえで、授業の進め方や内容についてきっちり固める必要があるか、方向性さえ示せばよいか、また、講師に一定の裁量を与えるか。いろいろな考え方はあるが、受講者の傾向などを鑑みると、きっちり固めてしまう必要はないのではないか。
- ・カリキュラムマップを作成することで、当該科目の設定の意図が明確になるとともに、他領域・他科目との関連性もはっきりする。

資料

認定介護福祉士 研修認証基準

認定介護福祉士認証・認定機構研修認証規則第6条の規定に基づき、認定介護福祉士研修認証の基準について定める。

(認証基準)

第1条 認定介護福祉士養成研修カリキュラムは、別表1による。

第2条 研修の認証の審査は、次に掲げる事項について行う。

(1) 研修実施団体

審査項目	審査内容	備考
研修実施団体	<ul style="list-style-type: none"> ・法人格を有していること。 ・研修管理者が設置されていること。 ・研修実施に十分な体制が整っていること。 ・受講者の記録を適正に管理、保存できる体制が整っていること。 	研修全体の責任者 会場、情報共有体制 受講者の個人情報や単位 取得歴等

(2) 研修内容

審査項目	審査内容	備考
教育目的	研修の目的が、科目ごとに設定される「教育目的」を含むこと。	
到達目標	研修の到達目標が、科目ごとに設定される「到達目標」を含むこと。	認定規則第2条に掲げる能力を担保するためのものであることを前提として、科目ごとに設定された事項を含むこと。
研修内容	科目ごとに設定される「教育目的」に合致し、「到達目標」を達成できる内容であること。 科目ごとに設定される「含むべき内容」「含むべきキーワード」を含むこと。 科目ごとに示す「考えられる展開」「展開上の留意点」に留意すること。 具体的な展開案が記載されていること。	
研修方法	集合研修、課題学習の別に加え、それぞれの詳細について記載すること。	課題学習については、使用教材について明らかにすること。また、評価担当者や評価方法についても記載すること。

定員	受講定員に対し、演習の講師数は適切に配置すること。	演習等が適正に実施できる定員とすること。
研修時間	科目ごとに示す時間数以上であること。課題学習の場合は、科目ごとに示す「課題学習の可否」に示す上限を超えない時間数であること。	1単位は15時間以上とすること。 研修時間のうち、科目の含むべき内容に該当しない事項については、認証研修時間からは除くこと。
修了要件	原則として全課程の出席を要する。欠席、遅刻及び早退がある場合について、レポート等による代替措置、履修の期間延長などの取り扱いが定められていること。	欠席や遅刻、早退への対応が明確であること。
修了評価	到達目標に基づく修了評価について、その手法や評価基準を含むこと。	基準に達しなかった場合の対応についても記載すること。
講師要件	講師要件は、科目ごとに定められた要件を含むこと。	講師については、認証申請時に届け出をする事項とする。ただし、届け出た事項に対して研修認証委員会において意見を付すことがある。

(3) 受講要件

審査項目	審査内容	備考
受講要件	<p>I類</p> <p>(1) 次のアからウのいずれをも満たしていること。</p> <p>ア 介護福祉士資格取得後の実務経験5年以上(実務経験の考え方は介護福祉士国家試験の受験資格に準ずる)</p> <p>イ 介護職員を対象とした現任研修の受講歴として、100時間以上の履歴を有していること。</p> <p>ウ 研修実施団体の課すレポート課題又は受講試験において一定水準の成績を修めていること。ただし、機構の定める研修を修了している場合は免除する。</p> <p>なお、レポート課題又は受講試験の実施は、「認定介護福祉士概論」を実施する研修団体において行うこと。</p> <p>(2) 次のエ又はオを満たすことが望ましいこと。</p> <p>エ 介護職の小チーム(ユニット等、5</p>	単位取得ができるのは介護福祉士資格を有する者であること。

	<p>～10名の介護職によるサービス提供チーム)のリーダー(ユニットリーダー、サービス提供責任者等)としての実務経験を有すること。</p> <p>オ 居宅、居住(施設)系サービス双方での生活支援の経験があること。</p> <p>(3)次の科目については、受講要件を問わないものとする。</p> <p>「疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ」</p> <p>「生活支援のための運動学」</p> <p>「生活支援のためのリハビリテーションの知識」</p> <p>「福祉用具と住環境」</p> <p>「認知症のある人への生活支援・連携」</p> <p>「心理的支援の知識技術」</p> <p>Ⅱ類</p> <p>(1)次のア、イのいずれをも満たしていること。</p> <p>ア. 認定介護福祉士養成研修Ⅰ類を修了</p> <p>イ. 介護職の小チーム(ユニット等、5～10名の介護職によるサービス提供チーム)のリーダー(ユニットリーダー、サービス提供責任者等)としての実務経験を有すること</p> <p>(2)次のウを満たすことが望ましいこと。</p> <p>ウ. 居宅、居住(施設)系サービス双方での生活支援の経験をもつこと</p>	
--	--	--

2 各科目の教育目的、到達目標、時間数、含むべき内容、含むべきキーワード、考えられる展開、課題学習の可否、留意事項、修了評価の方法、受講要件、講師要件は、別表2による。

(単位の基準)

第3条 1単位は15時間以上とする。

(届出事項)

第4条 認証申請に当たっては、審査項目の他、次に掲げる事項について申請時届け出るものとする。

届出事項	内容	備考
研修の実	開催予定について申請時に届け出る。	認証申請時に予定してい

施予定	なお、認証された研修が認証有効期間内に複数回行われる場合は、複数回分の届け出が必要である。	ないが、その後開催をすることにした場合は、その開催について届け出を行う。
講師	届け出は、講師の担当部分と氏名及び経歴	届け出た事項に対して研修認証委員会において意見を付すことがある。
研修の実施体制	運営責任者、運営担当者など	実際に研修を運営する体制のことであり、いわゆる法人の執行体制ではない。法人については審査の対象となる。
研修受講履歴管理の体制	受講履歴管理の方法、管理責任者、管理担当者	

附 則

この細則は、平成28年3月1日から施行する。

(別表1) 認定介護福祉士養成研修 カリキュラム

	領域名	科目名	単位	時間(課題学習を可とする時間)	形態
I 類	認定介護福祉士養成研修導入	認定介護福祉士概論	1	15(7)	講義・演習
	医療に関する領域	疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ	2	30(30)	講義
		疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ	2	30(15)	講義・演習
	リハビリテーションに関する領域	生活支援のための運動学	2	10(10)	講義
		生活支援のためのリハビリテーションの知識		20(8)	講義・演習
		自立に向けた生活をするための支援の実践	2	30(8)	講義・演習
	福祉用具と住環境に関する領域	福祉用具と住環境	2	30(0)	講義・演習
	認知症に関する領域	認知症のある人への生活支援・連携	2	30(15)	講義・演習
	心理・社会的支援の領域	心理的支援の知識技術	2	30(15)	講義・演習
		地域生活の継続と家族支援	2	30(15)	講義・演習
	生活支援・介護過程に関する領域	認定介護福祉士としての介護実践の視点	2	30(0)	講義・演習
		個別介護計画作成と記録の演習	2	30(0)	講義・演習
		自職場事例を用いた演習	1	30(20)	演習・講義
I 類 計				345(143)	
II 類	医療に関する領域	疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅲ	2	30(15)	講義・演習
	心理・社会的支援の領域	地域に対するプログラムの企画	2	30(15)	講義・演習
	マネジメントに関する領域	介護サービスの特性と求められるリーダーシップ、人的資源の管理	1	15(7)	講義・演習
		チームマネジメント	2	30(15)	講義・演習
		介護業務の標準化と質の管理	2	30(15)	講義・演習
		法令理解と組織運営	1	15(7)	講義・演習
		介護分野の人材育成と学習支援	1	15(7)	講義・演習
	自立に向けた介護実践の指導領域	応用的生活支援の展開と指導	2	60(40)	演習・講義
		地域における介護実践の展開	2	30(0)	講義・演習
II 類 計				255(121)	
合計			37	600(264)	

認定介護福祉士養成研修の手法 -----

- 集合研修は講義、演習、課題学習によって展開する。
 - 課題学習の可否(全部可・一部可・否)は科目によって定める。
 - 課題学習の「一部可」の場合、科目ごとに上限時間を定める。
 - 課題学習の内容は次の内容が考えられる。
 - ・事前・事後課題、自職場課題…一定の課題を与えレポート等を提出させ評価する
 - ・通信教育(e-learningを含む)…教材に基づいて学習させ、テスト等により評価する。
- ※課題学習は当該科目の時間数の上限を超えない範囲を定めているが、双方向性等の機能を有し、研修の質が担保されると認められる場合はその限りではない。

認定介護福祉士養成研修 認証基準の各項目の考え方 -----

- 「科目名」…基準を満たす場合、認証を受ける科目の名称は読み替えが可能
- 「教育目的」、「到達目標」、「時間数」「含むべき内容」「含むべきキーワード」「修了評価の方法」…認証を受ける科目はこれらの内容を含むこと（以上であること）
- 「受講要件」「講師要件」…基準に合致すること
- 「考えられる展開」「展開上の留意点」…基準を踏まえ、研修実施団体の創意工夫を期待する。

別表2（第2条関係）領域・科目毎の研修内容

領域名	認定介護福祉士養成研修導入
科目名	認定介護福祉士概論（認定介護福祉士の役割と実践力）
教育目的	<ul style="list-style-type: none"> ・研修全体の導入として、認定介護福祉士に求められる役割、本研修で獲得すべき知識、実践力と、本研修全体の組み立てについて理解させる。 ・介護現場の様々な問題がなぜ起きるのかについて、介護観・支援目標の共有化など、チーム運営の視点で把握するとともに、自立を支援するために根拠に基づいた介護を実践することの必要性を理解させる。 ・自ら考える力・自ら学ぶ力の重要性を改めて確認させる。
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・認定介護福祉士養成研修の体系を理解し、学習計画を立てる。 ・認定介護福祉士に求められる役割と実践力について説明できる。 ・介護現場でおきる問題について、チーム運営の視点で分析できる。 ・自立を支援するために根拠に基づいた介護を実践することの必要性を説明できる。 ・自分自身の価値観が自らのリーダーシップにどのように影響しているかを自覚する。
時間数	15時間
含むべき内容	<ul style="list-style-type: none"> ○認定介護福祉士の社会的使命と介護の専門性 <ul style="list-style-type: none"> ・介護をめぐる社会的動向（地域包括ケアシステムと医療・介護連携等）と介護福祉士の役割の変化 ・認定介護福祉士に求められる役割と実践力（根拠ある生活支援、介護職のチーム運営・マネジメント、職種間連携、地域連携） ○介護現場における様々な問題とその要因 <ul style="list-style-type: none"> ・職種間または組織間に起こりやすい問題 ・利用者への関わり方や介護観の相違により起きる問題 ○チーム運営と職種間連携、求められるリーダーシップ <ul style="list-style-type: none"> ・チームを構成する職種間連携 各職種の役割・機能の理解 ・チームケア・チームアプローチとは何か ・チームにおける介護観・援助目標の共有化 ・チーム内・職種間の調整 ・チームメンバーとのコミュニケーション
含むべきキーワード	介護の専門性、尊厳、自立支援、チーム、チームアプローチ、連携、コミュニケーション能力、態度、価値観、専門的知識の共有、コンフリクト、調整能力
考えられる展開	<ul style="list-style-type: none"> ○講義と演習によって研修を展開する。 ○研修全体の導入として、認定介護福祉士の役割や実践力について理解し、本研修で獲得していく知識等に対する理解を促す。 ○事例を用いたケーススタディと講義を組み合わせ、認定介護福祉士に求められる役割や今後獲得すべき知識・実践力についての理解を促す。 例）組織・チームをまとめるリーダーの役割（講義）→ケーススタディ ○考えられる事例 <ul style="list-style-type: none"> ①他職種との有機的な連携方法 うまくいった事例を分析し、目標立案、ケア実践と情報共有の方法、チーム作りについて学ぶ

	<p>②同一組織内における価値観（介護観・看護観）の相違 チームを構成するメンバー間における課題の発生とケアへの影響や、利用者のケアへの影響やチームでの関わり方に行き詰った事例をもとに、自らの対応方法や考え方の課題に気づくようにする。</p> <p>③地域生活の支援と地域連携 利用者の生活歴、培ってきた社会関係等を想像させ、地域生活の継続性を保つ介護サービスの在り方に気付くようにする。</p> <p>○Ⅱ類の組織行動論における理論を一部活用しながら、チームを構成する一人ひとりの構成員の能力（態度・価値観・有する専門的な知識と経験）を踏まえてチームをつくり、援助目標の立案、情報共有等の対処方法の学びを促す。</p> <p>○認定介護福祉士の役割・実践力については、事前に教材にもとづく課題学習を事前学習も可能。</p>
課題学習の可否	全部可・一部可・否 課題学習は7時間を超えない配分とする
留意事項等	
修了評価の方法	さまざまなチームを構成し、成果をあげるためにはリーダー自らの価値観が影響する。本科目を終えて、今まで体験した事例を交えて学んだことを1600字程度（A4レポート1枚）にまとめる。
受講要件	<p>(1) 次のア～ウのいずれをも満たしていること。</p> <p>ア 介護福祉士資格取得後の実務経験5年以上（実務経験の考え方は介護福祉士国家試験の受験資格に準ずる）</p> <p>イ 介護職員を対象とした現任研修の受講歴として、100時間以上の履歴を有していること。</p> <p>ウ 研修実施団体の課すレポート課題又は受講試験において一定水準の成績を修めていること。ただし、機構の定める研修を修了している場合は免除する。</p> <p>(2) 次のエ又はオを満たすことが望ましいこと。</p> <p>エ 介護職の小チーム（ユニット等、5～10名の介護職によるサービス提供チーム）のリーダー（ユニットリーダー、サービス提供責任者等）としての実務経験を有すること。</p> <p>オ 居宅、居住（施設）系サービス双方での生活支援の経験があること。</p>
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験がある者 ・修士課程を修了している者が望ましい

科目内容

領域名	医療に関する領域
科目名	疾患・障害等のある人への生活支援・連携 I
教育目的	・認定介護福祉士として、生活支援の場面で必要となる医療的ケアや判断及び医療職等との連携の際の根拠となる医療に関する基礎的な知識を獲得させる。
到達目標	・生活支援場面で必要となる、解剖生理、病態生理、症候、疾病等の基礎的な内容を理解し、他者に説明できる。 ・疾患・障害等について、その機序、主な症状、診断・治療、経過と予後等の生活支援に必要な基礎的な内容を理解し、他者に説明できる。
時間数	30時間
含むべき内容	<p>○ 生活支援場面で必要となる解剖生理、病態生理、症候、疾病等に関する基礎的な知識</p> <p>【「疾患・障害等のある人への生活支援・連携 I」で扱う疾患・症候】</p> <p>発熱、脱水、悪心、嘔吐、下痢、便秘、失禁、頻尿、浮腫、腹痛、食欲不振 咳、痰、喘鳴、呼吸困難、誤嚥 動悸、不整脈、胸痛 難聴、視力障害、眩暈、麻痺、振戦、腰痛、膝痛 不眠 褥瘡</p> <p>○ 疾患・障害等において、生活支援に必要な基礎的な知識</p> <p>各疾患・障害等において、次の内容をふまえる</p> <ol style="list-style-type: none"> ①機序、症状、診断・治療、経過と予後 ②主な薬の知識（作用と副作用） ③リスクと対応 ④生活支援の留意点・観察ポイント ⑤他職種と共有すべき情報 等 <p>【「疾患・障害等のある人への生活支援・連携 I」で扱う疾患・障害】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・神経系疾患 <ol style="list-style-type: none"> ①神経筋疾患（パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症（ALS）等） ②脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、一過性脳虚血発作（TIA）等） ・高次脳機能障害 ・循環器系疾患（慢性虚血性心疾患・狭心症・急性心筋梗塞・高血圧性疾患） ・呼吸器疾患（慢性閉塞性肺疾患・誤嚥性肺炎・不顕性肺炎） ・代謝性疾患（脂質異常症・糖尿病） ・筋骨格系疾患 <ol style="list-style-type: none"> ①骨関節疾患（膝関節症、骨粗鬆症、関節リウマチ・腰部脊柱間狭窄症） ②高齢者に多い骨折等（大腿骨頸部骨折・橈骨遠位端骨折・腰椎圧迫骨折等） ・精神疾患（統合失調症、うつ病、せん妄、アルコール依存症候群、睡眠障害等） ・知的障害（精神遅滞） ・発達障害 ・その他の疾患：老人性白内障、緑内障、老人性難聴

含むべき キーワード	疾病、構造、機能、解剖生理、病態、機序、症状、診断・治療、経過と予後、薬の知識、リスクと対応、生活支援の留意点・観察ポイント、他職種との共有
考えられる 展開	<ul style="list-style-type: none"> ○ 集合研修（講義）又は課題学習によって研修を展開する。症状の主な原因となる疾病・障害等を元に、解剖生理、病態生理の基礎知識等の内容を展開する。 ○ 一般的に実施されている治療や用いられている薬の知識を学ぶことが目的ではない。そうした治療法や薬による生活への影響に関する知識を学び、利用者のアセスメントや他職種連携の場で実践・活用できるようにすることを目的とした研修を展開する。 ○ 看護の入門レベルの内容や在宅ケアのテキストを参考にする。
課題学習の 可否	全部可・一部可・否 ※通信学習（e-ラーニングやビデオ学習を含む）の手法も可
留意事項等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症に関する基礎的な知識は、「認知症のある人への生活支援・連携」科目で扱う ○ リハビリテーション等は他の領域の研修内容で学習するため、ここでは医療に関する内容に限定する。
修了評価の 方法	筆記試験 (50問程度、100点満点中60点以上が合格) 【特記事項】この科目は自己学習で試験だけを受けることができる。
受講要件	特になし
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・ 修士課程を修了していることが望ましい ・ 在宅支援の経験がある医師または看護師が望ましい <ul style="list-style-type: none"> 医師：大学講師以上または学会認定専門医以上が望ましい 看護師：大学講師以上または「認定看護師」以上の資格を所持していることが望ましい

科目内容

領域名	医療に関する領域
科目名	疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ
教育目的	・【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ】における基礎的な医学的知識を活用して状態に応じた生活支援の実践や医療職等の他職種との連携について理解させる
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援で行う医療行為に必要な知識を理解し、状態に応じた生活支援を実践できる ・症状や使用している薬から利用者の状態を分析できる ・在宅療養者が使用する医療機器の取扱い上の留意点について理解し、説明できる。 ・急変時等の病態等について学び、その対応について判断できる ・医療職等の他職種との連携について判断できる。
時間数	30時間
含むべき内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活支援で行う医行為や実践する際の留意点 <ul style="list-style-type: none"> ・医行為と医行為でない行為 ・介護職員等による喀痰吸引 など ○ 在宅療養者が使用する主な医療機器の取扱いに関する留意点 (吸引機、HOT、人工呼吸器等) ○ 生活支援における急変時対応 <ul style="list-style-type: none"> ・状態把握と観察のポイント ・急変時の判断とその対応 など (意識レベルの低下、発熱、脱水、悪心、嘔吐、下痢、食欲不振、喘鳴、呼吸困難、誤嚥、動悸、不整脈、胸痛、麻痺) ○ 生活支援における服薬管理に関する知識や留意点 <ul style="list-style-type: none"> ・日常の使用頻度の高い薬の目的と副作用 (消化器系、呼吸器系、循環器系、中枢神経系の薬) ・生活支援における服薬管理 ・アドヒアランス ・誤嚥の時の対応 など ○ 主治医やかかりつけの薬剤師等との連携
含むべきキーワード	医行為、医行為ではない行為、生活支援の留意点、急変時対応、介護職員等による喀痰吸引等、喀痰吸引、経管栄養、意思決定支援、生活支援における服薬管理、他職種連携、観察・記録・情報共有のポイント
考えられる展開	<ul style="list-style-type: none"> ○ 集合研修（講義）と演習によって研修を展開する。 ○ 前科目の基礎的な医学的知識を生活支援に活用するため、生活場面等にそくした内容で研修を展開する。 ○ 他職種との情報共有については、介護職と各専門職それぞれのアセスメントや計画作成の視点等の相違を理解する。(薬の知識習得・日常の健康管理を学ぶ際の視点として含める) ○ 看護の入門レベルの内容や在宅ケアのテキストを参考にする。
課題学習の可否	全部可・一部可・否 課題学習は15時間を超えない配分とする

留意事項等	○ここでは、日常生活援助、リハビリテーションは他の領域で学習するため、医療に関する内容に限定する。
修了評価の方法	筆記試験 (50問程度、100点満点中60点以上が合格)
受講要件	<ul style="list-style-type: none"> ・「認定介護福祉士概論」を修了していること ・「疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ」を修了していること
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・修士課程を修了していることが望ましい ・在宅支援の経験がある医師または看護師が望ましい 医師：大学講師以上または学会認定専門医以上が望ましい 看護師：大学講師以上または「認定看護師」以上の資格を所持していることが望ましい

科目内容

領域名	リハビリテーションに関する領域
科目名	生活支援のための運動学
教育目的	・介護福祉士として生活支援に必要な運動生理を理解し、支援することができる力を育成する
到達目標	・筋・骨・関節など運動器系や脳・脊髄・末梢神経など神経系の解剖・生理機能を理解し、支援に活用できる。 ・関節可動域や関節運動などヒトの基本的な動きについて理解し、支援に活用できる。 ・日常の諸動作の中で、身体各部の相互関係を理解し、支援に活用できる。
時間数	10時間
含むべき内容	○身体表面のランドマークの名称 ○骨、関節、筋、中枢神経、末梢神経などの解剖・生理 ○内部器官の運動時の生理 ○身体運動の基本的知識（関節可動域、筋力、運動の方向、動作） ○運動の基本的な力学的考え方（モーメントなど） ○摂食嚥下における解剖・運動生理
含むべきキーワード	身体各部の名称、骨、筋、関節、神経、解剖生理、運動、摂取と代謝、モーメント
考えられる展開	○集合研修（講義）又は課題学習によって研修を展開する。 ○身体表面のランドマーク、骨、関節、関節可動域、筋、中枢神経、末梢神経等の解剖生理は個別に課題を与え、自己学習を可とする ○その他の内容も課題学習を可とする。
課題学習の可否	全部可・一部可・否 ※通信学習（e-ラーニングやビデオ学習を含む）の手法も可
留意事項等	○なるべく広範に知識を教授すること
修了評価の方法	筆記試験(50問程度、100点満点中60点以上が合格) 【特記事項】この科目は自己学習で試験だけを受けることができる。
受講要件	特になし
講師要件	・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・修士課程を修了していることが望ましい ・日常業務で介護福祉士と共に働いた経験のあるリハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等）、または、リハビリテーション科専門医（大学講師以上）が望ましい

科目内容

領域名	リハビリテーションに関する領域
科目名	生活支援のためのリハビリテーションの知識
教育目的	・リハビリテーションの理念や知識を活用し、リハ職種と連携しつつ生活を支援することができる力を育成する
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションの理念と ICF（国際生活機能分類）の考え方を理解し、生活リハの視点を持つことができる ・関節・骨格筋・神経などの構造に関する知識を活用して運動学的に分析・評価する視点を持つことができる ・病的な状態であっても、可能な動作を考え、支援することができる ・心理的な知識・技術（人間関係論・コミュニケーション手法等）を活用し、利用者の意欲を引き出す視点を持つことができる。 ・リハ職種との連携・協働を行うために必要な視点や知識を習得し、連携・協働ができる
時間数	20時間
含むべき内容	<ul style="list-style-type: none"> ○リハビリテーションの理念 ○心身の評価とアプローチ ○各日常生活動作における各関節・筋の運動、および上肢・体幹・下肢の相互関係 ○運動学的視点を生活支援に活かす考え方 ○生活支援の中で活かすリハビリテーションの視点 ○心理的な理解を生活支援に活かす考え方 ○リハ職種との連携・協働を行うために必要な視点と知識
含むべきキーワード	リハビリテーション、運動機能、人間関係論、人間発達論、社会発達論、傾聴、アサーション、リハ職種との連携
考えられる展開	<ul style="list-style-type: none"> ○講義と演習によって研修を展開する。 ○講義は、理念、人間関係論、発達と老化、社会発達論などの理解を中心とする ○演習は事例を用いて心身の評価を行い、リハビリテーションの視点を生かし、リハ職と協働した支援の方法をGWで実施する ○評価と支援方法も事例を使い演習で実施する
課題学習の可否	全部可・一部可・否 課題学習は8時間を超えない配分とする
留意事項等	○演習は12時間程度する
修了評価の方法	筆記試験（50問程度、100点満点中60点以上が合格）＋実技試験
受講要件	特になし
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・修士課程を修了していることが望ましい ・日常業務で介護福祉士と共に働いた経験のあるリハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等）、または、リハビリテーション科専門医（大学講師以上）が望ましい

科目内容

領域名	リハビリテーションに関する領域
科目名	自立に向けた生活をするための支援の実践
教育目的	<ul style="list-style-type: none"> ・残された能力を使って、生活範囲と動作の拡大を図ることができる力を育成する ・変形・拘縮の予防などを理解し、生活の中で実施することができる力を育成する
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・更衣・食事（摂食・嚥下）・排泄・入浴・整容等の日常生活動作全般に関する考え方や知識を習得し、支援に活用できる ・高齢者や障害者にとっての栄養を理解し、支援に活用できる ・利用者の疾患・障害等に応じた、更衣・食事（摂食・嚥下）・排泄・入浴・整容等を支援する根拠を理解し、疾患・障害等に応じた適切な支援を選択・実践できる。 ・移動（移乗を含む）の意味や目的を理解し、利用者の状態に応じて適切な移動方法を選択・実践できる。 ・リハ職種との連携や介護チームの指導を行うために必要な知識・技術を身に付け、支援の根拠を言語化し、連携や指導ができる。 ・利用者の能力を活かす支援を考えることができる。 ・可能な限り利用者の社会参加の機会を作ることができる。
時間数	30時間
含むべき内容	<p>○疾患別リハビリテーションの基礎</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳神経系疾患 <ul style="list-style-type: none"> ①認知症（MCI、アルツハイマー型認知症、脳血管型認知症、レビー小体型認知症等） ②神経筋疾患（パーキンソン病、ギランバレー症候群等） ・脳血管障害（脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血、TIA等） ・高次脳機能障害 ・精神障害（統合失調症、気分障害、アルコール関連障害、等） ・循環器・呼吸器疾患 <ul style="list-style-type: none"> ①循環器・呼吸器疾患（虚血性心疾患・慢性閉塞性肺疾患・誤嚥性肺炎） ②代謝性疾患（メタボリック症候群[高血圧・脂質異常症・糖尿病・肥満） ・筋骨格系疾患 <ul style="list-style-type: none"> ①骨関節疾患（変形性関節症、骨粗鬆症、関節リウマチ） ②高齢者に多い骨折等（大腿骨頸部骨折・橈骨遠位端骨折、腰椎圧迫骨折等） ・切断・脊髄損傷 ・知的障害 ・発達障害 ・その他の疾患：白内障、緑内障、老人性難聴 <p>○日常生活動作(ADL)指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ・更衣・食事（摂食・嚥下）・排泄・入浴・整容等の日常生活動作全般についての知識 <p>○日常生活動作介助・支援</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患・障害等について、疾患・障害の特徴をふまえた日常生活動作の支援を実施するための知識 <p>○シーティング・移動（移乗を含む）支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の心身機能で行える、確実・安全な移動方法の選択 ・獲得可能な移動方法の選択 ・各移動手段獲得 ・獲得すべき移動手段に必要な能力・機能の評価 <p>○リハ職種との連携や介護チームの指導を行うために必要な知識・技術</p>
含むべきキーワード	認知症、神経筋疾患、脳血管障害、高次脳機能障害、精神障害、循環器・呼吸器疾患、筋骨格系疾患、切断・脊髄損傷、知的障害、発達障害、ADL、自立、シーティング
考えられる展開	<p>○講義と演習によって研修を展開する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・講義部分は課題学習とすることができる ・演習は代表的な疾患については事例を取り上げ、教授する
課題学習の可否	全部可・一部可・否 課題学習は8時間を超えない配分とする
留意事項等	○代表的な疾患は脳血管障害、パーキンソン、脳性まひ、精神障害、知的障害、発達障害などとする
修了評価の方法	筆記試験（50問程度、100点満点中60点以上が合格）
受講要件	<ul style="list-style-type: none"> ・「認定介護福祉士概論」を修了していること ・「生活支援のための運動学」を修了していること ・「生活支援のためのリハビリテーションの知識」を修了していること
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・修士課程を修了していることが望ましい ・日常業務で介護福祉士と共に働いた経験のあるリハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等）、または、リハビリテーション科専門医（大学講師以上）が望ましい

科目内容

領域名	福祉用具と住環境に関する領域
科目名	福祉用具と住環境
教育目的	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具に関する知識を習得して支援に活用することができる力を育成する ・住環境の知識を習得して家族や利用者に改修に関する提案できる力を育成する
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具に関する基礎的な知識を習得し、支援に活用できる ・介護場面に応じて、福祉用具等を選択し、それらを活用した支援技術を習得し、実践できる ・住環境に関する基本的な知識を習得し、支援に活用できる ・在宅や施設を問わず、利用者の生活の場となる住環境を評価し、介護場面に応じて改善を提案することができる
時間数	30時間
含むべき内容	<ul style="list-style-type: none"> ○介護場面（移動・移乗、睡眠、起居、排せつ、入浴、食事、コミュニケーション等）に応じた適切な福祉用具の選定や住環境の整備 ○福祉用具・生活支援機器・義肢装具・自助具などの種類と機能 ○利用者の障害の程度による機器の選定方法と、福祉用具を活用する際のリスクの理解 ○利用者の住環境の評価 ○利用者が自立生活を送るための障害の状況に応じた住環境の課題と対策
含むべきキーワード	移動関連用具（車いす、歩行器、杖）、ベッド、移乗関連用具（移動用リフト、スライディングボードなど）、排泄関連用具、入浴関連用具、住宅設備機器（段差解消器、階段昇降機など）、義肢・装具、自助具、コミュニケーション関連用具、福祉車両、住環境の整備、姿勢、ポジショニング、介護ロボット
考えられる展開	<ul style="list-style-type: none"> ○講義と演習によって研修を展開する。 <ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具は講義で知識を教授し、実際に演習で使用上の技術を獲得する ・住環境はできるだけ視覚教材を利用し、具体的な内容を理解しやすいように配慮する
課題学習の可否	全部可・一部可・否
留意事項等	
修了評価の方法	筆記試験（50問程度、100点満点中60点以上が合格）
受講要件	特になし
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・日常業務で介護職員と共に働いた経験があり、福祉用具・福祉住環境の知見のある方（リハビリテーション専門職（PT、OT、ST）、リハビリテーション工学技師、義肢装具士、福祉住環境コーディネーター1級以上等が望ましい

科目内容

領域名	認知症に関する領域
科目名	認知症のある人への生活支援・連携
教育目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症のある人が地域において自立した生活を営めるように実践的な知識と技術を獲得させるとともに、他の介護職への指導及び認知症のある人を取り巻く環境を形成する他職種や地域との連携を通じて支援していける力を育成する
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症に関する生活支援に必要な医療的知識を習得し、他者に説明できる。 ・ 認知症の生活支援に必要な知識・技術を習得し、実践できる。 ・ 認知症におけるリハビリテーションの重要性を理解し、他者に説明できる。 ・ 認知症支援に関する社会制度、政策等を理解し、他者に説明できる。 ・ 認知症のBPSDを理解し、よりよい対応ができる ・ 症状や使用している薬等から利用者の状態を分析し、適時・適切なケア方法や医療等の他職種連携の必要性について判断できる。
時間数	30時間
含むべき内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症（MCI、アルツハイマー病の認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉型認知症、若年性認知症等）について <ul style="list-style-type: none"> ・ その機序、主な症状、生理学的要因、診断・治療、経過・予後、よく使われる薬、生活上の留意点 ○ 認知症の生活支援に必要な知識・技術（リハビリテーションを含む） <ul style="list-style-type: none"> ・ 疾患別、ステージ別アプローチ ・ パーソンセンタードケア等の理解 ・ 環境調整 ・ BPSDに対応できるより良いケアの理解 ・ 家族介護者への支援 ○ 認知症支援に関する社会制度等 ○ 他職種連携等の基礎的な知識 <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症に関するアセスメントツール（DASC-21、Zarit 8、DBD13、HDS-R） ・ 医療職との連携 ・ リハ職との連携
含むべきキーワード	認知症の定義、症状、診断・治療・経過・予後、薬理作用、認知症状（中核症状）、行動・心理症状（BPSD）、疾患別ケア、ステージ別アプローチ、生活支援の留意点、パーソンセンタードケア、新オレンジプラン（認知症初期集中支援チーム、認知症ケアパス等）、認知症のアセスメント、観察・記録・情報共有のポイント、他職種連携、認知症予防、認知症リハ
考えられる展開	<ul style="list-style-type: none"> ○ 集合研修（講義）と演習によって研修を展開する。 ○ 演習では疾患、経過と予後、薬理作用、生活支援の留意点、他職種との情報共有の在り方について学習する。 ○ 他職種との情報共有については、介護職と各専門職それぞれのアセスメントや計画作成の視点等の相違が理解できるように展開する。（薬の知識習得・日常の健康管理を学ぶ際の視点として含める） ○ 事例を交えながら、介護場面がイメージできるよう工夫する。
課題学習の可否	全部可・一部可・否 課題学習の時間が15時間を超えない配分とする

留意事項等	なし
修了評価の方法	筆記試験 (50 問程度、100 点満点中 60 点以上が合格)
受講要件	特になし
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・修士課程を修了していることが望ましい ・在宅支援の経験がある医師または看護師が望ましい 医師：大学講師以上または学会認定専門医以上が望ましい 看護師：大学講師以上または「認定看護師」以上の資格を所持していることが望ましい

科目内容

領域名	心理・社会的支援に関する領域
科目名	心理的支援の知識・技術
教育目的	・ 援助対象者の心理を理解・支援するうえで必要な心理学に関する知識を習得し、心理的理解と支援の方法を習得させる。
到達目標	・ 人間の心理と行動に関する理論を理解し、説明できる。 ・ 自己と他者の心理を理解するための基本姿勢と生じやすいバイアスを理解する。 ・ 学習と欲求・動機づけの理論を理解し、支援に応用できる。 ・ 心理的理解や支援の基本的技法を知り、実践に取り入れる。
時間数	30時間
含むべき内容	○心理学の基本的理解 ・ ころを科学的に研究することの理解 ○自己と他者の心理的理解 ・ 自己概念の理解（社会的アイデンティティ、社会的比較など） ・ 社会的認知（他者理解のバイアス：ステレオタイプ、帰属錯誤など） ○学習と動機づけの理解 ・ 学習の基本原則と応用（行動理論の理解と自立支援への応用） ・ 欲求と適応の理解（マズローの欲求階層説、防衛機制など） ・ 動機づけの理解と応用（達成動機、内発的動機など） ○心理的支援技法の基礎と実践 ・ 心理学的面接技法の理解と応用（カウンセリング等における関わりや傾聴の技法の理解と練習など） ・ ストレスと対処方略の理解 ・ 生活支援への認知行動療法等の応用
含むべきキーワード	心の科学、自己概念、ステレオタイプ、原因帰属、行動理論、防衛機制、達成動機、内発的動機づけ、面接、傾聴、ストレスコーピング、認知行動療法
考えられる展開	○講義と演習・実習（技法の練習）によって研修を展開する。 ○講義による理論の理解とともに、理論を活用した演習・実習を行うことで、循環的に理解を深める。 ○心理的支援への展開例を用いながら演習・実習を行う。 ・ 行動理論（スモールステップや即時フィードバックなど）を用いた機能訓練 ・ 認知症の人とのコミュニケーション技法 ・ 精神障害に対する支援（統合失調症、気分障害など）
課題学習の可否	全部可・一部可・否 課題学習は15時間を超えない配分とする
留意事項等	
修了評価の方法	筆記試験（50問程度、100点満点中60点以上が合格）
受講要件	特になし
講師要件	・ 当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・ 心理学に関する教育や心理的支援を行っている者が望ましい

科目内容

領域名	心理・社会的支援に関する領域
科目名	地域生活の継続と家族支援
教育目的	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者本人が培ってきた社会関係、社会的役割の維持、社会参加の支援や、家族への支援が行えるとともに、介護サービスだけではない地域のインフォーマルな資源も活用して、地域生活の継続が支援することができる力を育成する
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が培ってきた社会関係や社会的役割を踏まえて、介護サービスを利用することが必要になってもそれらとの関係を断ち切らずにできるだけ維持できる支援の計画を考案することができる。 ・インフォーマルな担い手による互助の活動について、担い手、活動内容、連携の方策や留意点について説明できる。 ・家族介護者の負担や困難について、典型例をあげるとともに、家族介護者への支援や連携の方策について説明できる。 ・複合的な困難を抱える家族について、典型例をあげるとともに、支援や関係機関等との連携の方策について説明できる。
時間数	30時間
含むべき内容	<ul style="list-style-type: none"> ○社会関係、ソーシャルサポート、社会的役割、社会参加の重要性と支援 <ul style="list-style-type: none"> ・社会的な繋がり、人間関係、ソーシャルサポートの維持、再形成の支援 ・介護サービスによって、社会関係等を断ち切ってしまう危険性とその回避 ・社会的役割の維持、社会参加の支援 ○地域のインフォーマルな担い手による互助活動 <ul style="list-style-type: none"> ・意義と機能 ・主な担い手、活動・サービスの内容 ・連携の方策や留意点 ○家族支援 <ul style="list-style-type: none"> ・家族介護者の負担と支援 ・複合的な困難を抱える家族への支援
含むべきキーワード	地域生活支援、社会的役割、ソーシャルサポートの機能、社会参加支援、インフォーマルな担い手、互助活動の機能、家族介護者、介護負担、家族支援
考えられる展開	<ul style="list-style-type: none"> ○講義と演習によって研修を展開する。 ○次のことをあらかじめ課題学習（事前課題）としてまとめさせる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ある利用者の生活歴を聞きとりその人がどのような社会関係・社会的役割を培ってきたか、介護サービスを利用する状態となることでそれらがどのように変わってきたか。 ・自職場の周辺にはどのような地域資源（フォーマルサービス、インフォーマルな互助活動等サービス、高齢者や障害者が生活で利用する施設等）があるか。インフォーマルな互助活動や資源が高齢者や障害者の地域生活にとってどのような役割をはたしているか。 ○事例に基づいて演習を行う。 <ul style="list-style-type: none"> ・地域との関係、地域での役割を断ち切らない支援の方法 ・地域の社会資源の把握と活用 ・家族介護者への支援 ・複合的な困難を抱える家族への支援

課題学習の可否	全部可・一部可・否 課題学習は 15 時間を超えない配分とする
留意事項等	
修了評価の方法	筆記試験（50 問程度、100 点満点中 60 点以上が合格）
受講要件	<ul style="list-style-type: none"> ・「認定介護福祉士概論」を修了していること ・「心理的支援の知識・技術」を修了していること
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・修士課程を修了していることが望ましい ・地域生活支援や家族支援、相談支援業務についての実務経験がある有資格者（介護福祉士、主任ケアマネ、社会福祉士、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士等）が望ましい

科目内容

領域名	生活支援・介護過程に関する領域
科目名	認定介護福祉士としての介護実践の視点
教育目的	・介護実践が根拠に基づいていることを理解し、自立を目指した介護実践の視点を獲得させる
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・知識を統合する科目として、根拠に基づいた介護の考え方、自立支援のための介護実践の視点を理解し、支援を枠組みたてることができる ・認定介護福祉士として、医療・リハビリテーション・認知症・心理社会的支援等の各領域で学んだ知識を統合して、介護過程の展開を確認する ・地域生活を想定した介護実践が組み立てられる
時間数	30時間
含むべき内容	<ul style="list-style-type: none"> ○根拠に基づいた介護（evidence-based care；EBC）とは ○介護の科学化（支援の根拠の明確化） ○生活支援・自立支援を実践するための介護とは <ul style="list-style-type: none"> ・介護実践の視点 尊厳をもって対応し、その人らしく生きられるようにQOLの向上を図ることであることを前提に「現在の状況への対応」「機能改善の可能性の探求」「自立に必要な介護実践の探求」「地域を生活の基盤とする」等 ○生活支援・自立支援のためのアセスメント 評価すべき基本項目、目的とする動作の確認方法、目的とする動作の獲得の可能性の判断、目的とする動作ができない原因の究明および対策、目標とする動作の指導と連携、獲得できない場合の対応 ○個別支援計画作成の視pointsの獲得
含むべきキーワード	EBC、介護の科学化、生活支援、自立支援、介護過程の展開（PDCA）、評価、獲得できる動作の判断と指導、獲得できない動作に関する支援方法
考えられる展開	<ul style="list-style-type: none"> ○講義と演習によって研修を展開する。 <ul style="list-style-type: none"> ・講義は根拠に基づいた介護の視点、根拠の明確化、アセスメント、個別支援計画作成の視点等を教授する ・教授された内容を事例で演習する ・生活支援の目標を地域生活に置いて、講義と演習を実施する ・個別支援計画は他専門職の計画と整合性を視点として意識する
課題学習の可否	全部可・一部可・否
留意事項等	○介護過程（PDCAサイクル）の展開を意識する。地域生活を基礎とした介護実践を意識する専門職間の連携を意識する
修了評価の方法	事後課題を課し、提出された内容で評価する
受講要件	・I類の本領域以外の全ての科目を修了していること
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・修士課程を修了している介護福祉士であることが望ましい・将来的に：認定介護福祉士資格取得者

科目内容

領域名	生活支援・介護過程に関する領域
科目名	個別支援計画作成と記録の演習
教育目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の状態に即した個別支援計画作成・評価することができる力を育成する ・ 個別支援計画を実施する際の記録様式の作成、記録方法を評価し、新しく開発する力量を形成するとともに指導できる力を育成する ・ 個別支援計画の作成をチームにおいて指導できる力を育成する
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・リハビリ・認知症など、これまでに学習した知識をふまえたうえでアセスメントを行い、課題を明確化し、個別支援計画を評価することができる。 ・ 利用者の全人的理解や他専門職からの情報を統合し、個別支援計画を作成することができる。 ・ 作成した個別支援計画に沿った記録様式の作成と記録方法を評価し、他職員に指導できる ・ チームにおいて個別支援計画作成の指導ができる
時間数	30時間
含むべき内容	<ul style="list-style-type: none"> ○事例に沿った医学的知識、運動学の知識、介護過程の展開に沿った個別支援計画の作成と指導 ○作成した個別支援計画の評価、修正 ○個別支援計画に沿った記録様式の作成、記録方法の修得 ○記録方法の指導、
含むべきキーワード	記録の基本原則（数値で表すもの・数値記録等）、観察した内容（観察記録等）、参考となるエピソード（エピソード記録等）、SOAP・職員の行動記録・客観性の確保・アセスメント・ICF・課題抽出・目標設定・個人情報・支持的機能・介護観の統一・ケアの共有化
考えられる研修の展開	<ul style="list-style-type: none"> ○講義と演習によって研修を展開する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 講義で総合的な個別支援計画作成の考え方等を学ぶ ・ 「認定介護福祉士としての介護実践の考え方」科目で作成した個別支援計画の修正を行う ・ 個別支援計画作成の指導ができる ・ 個別支援計画に合わせた記録様式を検討する ・ 記録様式を作成する ・ 記録方法を検討する ・ 記録方法の開発と指導ができる
課題学習の可否	全部可・一部可・否
留意事項等	<ul style="list-style-type: none"> ○演習は、個人ワークとグループワークを織り交ぜて実施する。 ○個別支援計画とは、高齢者支援におけるケアプラン（介護サービス計画）や障害者支援におけるサービス等利用計画をもとに提供される各サービスにおいて介護職が作成する支援計画のことを指す。ここでは法律上規定されている用語ではなく、施設・事業者を問わず介護職が提供するサービスの個別の計画のことを包括的に指すものとして使用している。
修了評価の方法	筆記試験（「認定介護福祉士としての介護実践の考え方」科目で作成した個別支援計画の評価・修正）

受講要件	・「認定介護福祉士としての介護実践の視点」を修了していること
講師要件	・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・修士課程を修了している介護福祉士であることが望ましい

科目内容

領域名	生活支援・介護過程に関する領域
科目名	自職場事例を用いた演習
教育目的	<ul style="list-style-type: none"> ・事例から個別支援計画を作成し、実施方法をチームにおいて検討することができる力を育成する ・計画を実施し、チームにおいて適切な記録から計画を評価し、課題を抽出し、計画を修正することができる力を育成する
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・事例について、各種の知識を活用し、利用者の全人的理解や他専門職からの情報等を統合し、適切なアセスメントにより、個別支援計画を作成することができる ・計画の実施方法を検討し、適切にチームにおいて実施することができる ・実施状況を記録し、実施内容を評価・指導することができる ・実施内容の評価から、チームにおいて計画を修正することができる ・介護福祉士としての介護観・支援の考え方・倫理観を確立し、他職種と連携することができる ・個別支援計画と実施内容の妥当性について評価し、指導することができる
時間数	30時間
含むべき内容	<ul style="list-style-type: none"> ○学んだ知識・技術を統合し、利用者の全人的理解、他の専門職の情報（治療状況、看護の経過、リハビリの経過）、家族状況などを踏まえた、個別支援計画の作成（医療・看護・リハビリ等の知識の確認を含む）、 ○自職場で個別支援計画をプレゼンテーションし、介護職員の共通理解を図る ○自職場で個別支援計画を実施し、実施経過を記録する ○実施経過から事例検討のための資料を作成し、事例検討会を開催する
含むべきキーワード	全人的理解、個別支援計画の作成と展開、評価、介護職への指導、プレゼンテーション、事例検討用の資料の作成、事例検討会の開催
考えられる研修の展開	<ul style="list-style-type: none"> ○講義と自職場での演習によって研修を展開する。 ○講義・演習を通して事例検討の展開方法を伝え、自職場で事例検討会を開催させ、その結果を用いて課題や改善策の整理を行う。 ○最後に、模擬事例検討会の開催演習を実施する。
課題学習の可否	全部可・一部可・否 自職場で20時間の課題を実施
留意事項等	<ul style="list-style-type: none"> ○今まで学んだ知識・技術を統合して個別支援計画を作成する ○医療・看護・リハとの連携を重視する ○全人的な人間理解を根底とする
修了評価の方法	事後レポート（事例検討会の実施）
受講要件	・「個別支援計画作成と記録の演習」を修了していること
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・修士課程を修了している介護福祉士であることが望ましい

科目内容

領域名	医療に関する領域
科目名	疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅲ
教育目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常によくある疾患だけでなく、対応する頻度が少ない疾患や障害等を含めて、高齢者・障害者の疾患・障害等についての医学的知識を用いて、生活支援、連携、介護職への指導を実践できる力を育成する
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者・障害者の疾患・障害等について、機序、症状、治療法・薬理作用等を理解し、説明できる。 ・ 症状から利用者の状態を分析し、医療の必要性について判断することができる。 ・ 介護職への指導を行うための疾患や障害等に応じた生活支援について理解し、実践できる。 ・ 利用者の人生の最終段階における生活支援に関する医療的知識を学ぶとともに、生活支援（介護職）の役割を理解し、他者に説明できる。
時間数	30時間
含むべき内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者・障害者の疾患・障害等 （日常によくある疾患だけでなく、対応する頻度は少ないが学習しておくことが重要なもの）発生等の機序、症状、治療、看護、薬の知識、アセスメント、生活支援の留意点・観察のポイント等 ○ 難病、特定疾病の知識とその対応 ○ 人工呼吸器の取扱い上の留意点 ○ 他職種との連携や確認のポイント等 ○ 高齢者・障害者の疾患・障害等に応じた生活支援 ○ 介護職チームへの指導教育 ○ 先天性障害・乳幼児期からの障害（ポリオ等）、認知症以外の精神障害、神経難病、術後管理等 ○ 出現している症状から原因を理解する事例、症状が重複している事例 ○ 人生の最終段階における支援 <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職の役割 ・ 家族の心理と家族支援 ・ がんの理解と対応、がんの4つの苦痛に対する支援 ・ グリーフケア、意思決定支援 ・ 必要な医療的知識と連携 ・ 麻薬や睡眠剤の作用、副作用の基礎的な知識
含むべきキーワード	<p>疾病・障害の機序、症状、診断・治療、薬物療法、特定疾患、難病、生活支援、人生の最終段階における支援、人生の最終段階における家族に対する支援、グリーフケア、意思決定支援、がんの4つの苦痛に対する支援、他職種連携</p>
考えられる展開	<ul style="list-style-type: none"> ○ 講義と演習によって研修を展開する。 ○ 在宅復帰や自宅での生活場面での介護へとつなげられるよう、単なる知識の詰め込み学習とならないようにする。 ○ 日常の健康管理における観察ポイントや、情報共有するための確認ポイントなどは、受講者が考えられるように講義内に事例を用いてグループワーク等の方法をとる。 ○ グループワークはケーススタディを活用する

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病気を持つ認知症の一人暮らしの人への支援 ・ 人生の最終段階の人への支援 ・ 医師・看護師と連携を必要とする人への支援 <p>○ 在宅看護や在宅ケアの概論・技術のテキストを参考にする</p>
課題学習の可否	全部可・一部可・否 課題学習は15時間を超えない配分とする
留意事項等	○ この科目では、高齢者の特徴（解剖生理等）や日常生活援助、リハビリテーションは他の領域の研修内容で学習するため、医療に関する内容に限定する。
修了評価の方法	筆記試験 (50問程度、100点満点中60点以上が合格)
受講要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「認定介護福祉士概論」を修了していること ・ 「疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ」を修了していること
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・ 修士課程を修了していることが望ましい ・ 在宅支援の経験がある医師または看護師が望ましい <ul style="list-style-type: none"> 医師：大学講師以上または学会認定専門医以上が望ましい 看護師：大学講師以上または「認定看護師」以上の資格を所持していることが望ましい

科目内容

領域	心理・社会的支援の領域
科目名	地域に対するプログラムの企画
教育目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ケアシステムにおける介護の位置や役割を理解させ、連携の視点を形成させる。 ・ 自分の地域における家族支援、地域連携、地域資源開発などの具体的な取り組みを学習し、地域の課題やニーズに応じた自職場のプログラムを企画できる力を育成する。
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケアシステムの考え方、政策や制度の枠組み、推進・連携の仕組みについて説明できる。 ・ 自分の地域の地域ケアシステム構築の取り組みの現状と今後の課題を踏まえ、自職場の立ち位置や役割、今後の活動方針について説明できる。 ・ 地域の課題やニーズに応じた家族支援、地域連携、地域資源開発、介護職への研修支援などのプログラムを企画できる。
時間数	30時間
含むべき内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケアシステムの考え方と構築にむけた課題 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医療（認知症医療を含む）、地域リハビリテーション、生活支援サービスの開発と多様な地域資源・活動の開発、ニーズに応じた住まいの確保・マッチングと住まい方の支援等 ○ 自分の地域における地域ケアシステム構築の課題等の把握と等の調査 <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険事業計画の分析と今後の地域の課題やニーズの分析 ・ 地域における家族支援、地域支援、多機関・多職種連携、居住問題等への取り組みや課題の調査 ○ 地域の課題やニーズを踏まえた家族支援、地域連携、地域資源開発などのプログラムの企画
含むべきキーワード	地域包括ケアシステム、介護保険事業計画、地域医療、認知症医療、地域リハビリテーション、地域連携パス、退院支援、小規模多機能、地域ケア会議、地域包括支援センター、介護予防・生活支援サービス、インフォーマルな資源・活動、サービス付高齢者住宅、公営住宅、家族支援、介護者支援、地域資源開発
考えられる展開	<ul style="list-style-type: none"> ○ 講義と演習によって研修を展開する。 ○ 課題学習として自分の地域における地域ケアシステムの構築の課題の把握や取り組みについての調査を行わせる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の市町村の介護保険事業計画の内容を把握し、今後の地域課題やニーズを分析する。 ・ 地域における家族支援、地域支援、多機関・多職種連携等のプログラムについて、実施機関等を訪問し、取り組みの経過、方法、課題等を分析する。 ○ 上記の調査を踏まえ、自職場で今後行うべきプログラムを企画させる。 ○ プログラムの内容について研修で発表し、評価する。
課題学習の可否	全部可・一部可・否 課題学習は15時間を超えない配分とする
留意事項等	

修了評価の方法	筆記試験（50 問程度、100 点満点中 60 点以上が合格）
受講要件	・ I 類を修了していること
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験がある者 ・ 修士課程を修了している者が望ましい ・ 地域に対する支援プログラムを企画・実施した経験のある有資格者（介護福祉士、主任ケアマネ、社会福祉士、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士等）が望ましい

科目内容

領域	マネジメントに関する領域
科目名	介護サービスの特性と求められるリーダーシップ、人的資源の管理
教育目的	・介護サービスの特性を理解し、介護サービスのマネジメントについての考え方を獲得させるとともにそのための手法や基本的な考え方について理解させる。
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスの特性について具体例をあげて説明できる。 ・介護サービスの特性を踏まえて、求められるマネジメントの方向性について、説明できる。 ・リーダーシップに関する理論のポイントを概説できるとともに、自分や他者のリーダーシップやタイプやあり方について理論を用いて考察できる。 ・モチベーションに関する理論のポイントを概説できるとともに、自分や他者のモチベーションの現状や向上策について理論を用いて考察できる。 ・キャリアに関する基礎的な理論や考え方を理解し、他者に説明できる。
時間数	15時間
含むべき内容	<p>○介護サービスの特性と求められるマネジメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスの特性（サービスマネジメント論にもとづくサービス財の一般的特性、サービス評価の二面性、利用者の変容性、期待の不明確性、連続性）と特性に沿った提供のあり方 ・介護サービスと他サービスとの相違点の理解 ・倫理・専門性を持つことの意義、リスクマネジメント、評価、コンプライアンスの重要性 <p>○リーダーシップ、モチベーション</p> <ul style="list-style-type: none"> ・モチベーション（職員のやる気）、リーダーシップに関する基礎的な理論 ・理論を用いた自分やメンバーのリーダーシップやモチベーションの分析 <p>○キャリアと経験学習</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キャリアとは何か（様々な定義） ・初期、中期、成熟期の介護職員のキャリア課題について学ぶとともに、自分・部下・上司のキャリア意識（キャリアオリエンテーション、キャリアアンカー、仕事観）の把握の視点 ・キャリアの考え方の理解と内省：組織内のキャリアラダー（キャリアコーン）、専門職としてのキャリア、ハプンスタンスアプローチ（planned happenstance 理論） ・経験学習理論と介護職における経験学習、成長経験
含むべきキーワード	サービスマネジメント論、介護サービスの特性、リーダーシップの行動理論、リーダーシップのコンティンジェンシー理論、モチベーション、キャリア、キャリアアンカー、経験学習論
考えられる展開	<p>○集合研修（講義）と演習によって研修を展開する。</p> <p>○リーダーシップやモチベーションの理論を学んだうえで、自分や同僚・上司・部下等のリーダーシップやモチベーションについて分析し、リーダーシップの課題や改善の方向、モチベーションの向上さくについて考察させる。</p> <p>○様々なキャリア事例が掲載されているケースブックを読み、自身が目指すキャリアの形を意識する、そのうえで自身のキャリアについて考察する。</p> <p>○自身の成長経験についてまとめ、そのうえで「もっとも成長した経験」について</p>

	<p>て発表し、グループで共有する。</p> <p>○演習（ケースメソッド等）⇒基礎理論の理解⇒自分自身や職場の振り返り（自宅演習）⇒自宅演習をもとに演習</p> <p>○毎回、講義・演習の後は、リフレクションペーパーを提出させる</p>
課題学習の可否	全部可・一部可・否 課題学習は7時間を超えない配分とする
留意事項等	
修了評価の方法	<ul style="list-style-type: none"> ・基礎理論については、知識チェック（テスト）を行う ・テスト40点、リフレクションペーパーの内容30点、自己演習+演習・講義への参加貢献度30点
受講要件	<ul style="list-style-type: none"> ・「認定介護福祉士概論」を修了していること ・ユニットリーダー又はサービス提供責任者以上の職歴が3年以上の者が望ましい。
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・修士課程を修了していることが望ましい ・①介護福祉士で介護職員として10年以上の勤務歴を有する者、②介護現場をフィールドとした組織行動論に関わる研究論文（筆頭者以外を含む）を執筆している者、③その他、介護現場の実態についての理解が十分あり①②に準ずると認められる者が望ましい

科目内容

領域	マネジメントに関する領域
科目名	チームマネジメント
教育目的	・介護職のチームマネジメントについての基礎理論を獲得させるとともに、自職場において実践できるようになるための手段や知識を獲得させる。
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・チームワークや他職種連携が進むための基礎理論のポイントについて概説できる。 ・チームに関する基礎理論を踏まえて、介護サービス組織におけるチームの特性について説明できる。 ・チームに関する基礎理論を踏まえて、介護サービス組織における具体的事例におけるチームの行動や力学を分析できる。 ・組織文化の考え方、分析の方法を習得するとともに、リーダーとして組織文化を改革していく視点を学び、理解し、他者に説明できる。 ・上記を踏まえて、自組織におけるチームや職種間連携の現状と改善策について検討を行うことができる。 ・上記を踏まえて、職場における自分自身の行動について省察を行い、今後、持論（theory in use）を形成していく素地ができる。
時間数	30時間
含むべき内容	<ul style="list-style-type: none"> ○チームに関する基礎理論とその活用 <ul style="list-style-type: none"> ・チームの生成過程、チームリーダーシップ、役割理論（役割期待、役割取得、役割遂行、役割葛藤等）、チーム診断など ・組織行動論の基礎理論の視点での自分自身やメンバーの理解と複数チームのリーダーとしての行動、態度について ○他職種連携やチームが機能するための基礎知識・理論とその活用 <ul style="list-style-type: none"> ・他職種の職務とメンタルモデル、連携モデル、コンフリクトマネジメント）とその活用 ・コンフリクトの理論的な理解と介護現場に応じた解決方法・発展的解消のあり方 ・自組織のチーム及び職種間連携の現状と改善策についての検討 ○組織文化の分析 <ul style="list-style-type: none"> ・組織文化の考え方の理解と、介護現場のリーダーとして組織文化にどのように向き合うか ・組織文化の分析方法（競合価値観フレームなど）を用いた自組織の組織文化の分析 ・組織文化を職場メンバーで意識化し変えていく方法
含むべきキーワード	組織行動、チーム生成過程、チームリーダーシップ、多職種協働、コンフリクトマネジメント、組織文化
考えられる展開	<ul style="list-style-type: none"> ○集合研修（講義）と演習によって研修を展開する。 ○演習（ケースメソッド等）⇒基礎理論の理解⇒自分自身や職場の振り返り（自職場課題）⇒自職場課題をもとに演習 ○毎回、講義・演習の後は、リフレクションペーパーを提出させる
課題学習の	全部可・一部可・否 課題学習は15時間を超えない配分とする

可否	
展開上の留意事項等	
修了評価の方法	<ul style="list-style-type: none"> ・基礎理論については、知識チェック（テスト）を行う ・テスト 40 点、リフレクションペーパーの内容 30 点、自己演習+演習・講義への参加貢献度 30 点
受講要件	<ul style="list-style-type: none"> ・「認定介護福祉士概論」を修了していること ・ユニットリーダー又はサービス提供責任者以上の職歴が 3 年以上の者が望ましい。
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・修士課程を修了していることが望ましい ・①介護福祉士で介護職員として 10 年以上の勤務歴を有する者、②介護現場をフィールドとした組織行動論に関わる研究論文（筆頭者以外を含む）を執筆している者、③その他、介護現場の実態についての理解が十分あり①②に準ずると認められる者が望ましい

科目内容

領域	マネジメントに関する領域
科目名	介護業務の標準化と質の管理
教育目的	・ 自職場において実践されている介護業務を整理し、サービスの質の評価と改善に向けた検討を行うことができる力を育成する
到達目標	・ サービスの質の評価の枠組みに関する基礎的な概念について概説できる。 ・ プログラム評価の考え方について概説できる。 ・ 論理的思考に基づいて実践を整理・記述することができる。 ・ 上記を踏まえたうえで、自職場の実践を科学的・客観的に記述、評価し、サービスの質の改善に向けた検討、業務の標準化に向けた実践の基準づくりや実践の組織の検討を行うことができる。
時間数	30時間
含むべき内容	<p>○ヒューマンサービスの特性</p> <p>○サービスの質の評価の枠組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ストラクチャー、プロセス、アウトカムの考え方 ・ プロセス評価とアウトカム評価 ・ 技術的部分（科学的根拠）と対人関係的部分 ・ 既存の「評価」の意味と意義（第三者評価、報酬の加算・減算など） <p>○実践の記述と分析</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プログラム評価の考え方（インパクト理論、プロセス理論、フィディリティ評価等） ・ 経験学習に基づく実践の言語化、構造化、抽象的概念化、（演習含む） ・ 論理的思考に基づく自職場実践の記述と構造化、評価と改善策の検討（課題学習と演習） <p>○介護業務の標準化と管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 対人援助における標準化の意味、サービス標準、ケアミニマム ・ 介護業務基準、業務と実践の捉え方（演習含む） ・ 指導的立場にある者の職務（内省支援、業務支援、精神支援等）、学習する組織の重要性 ・ 可塑性を行動レベルではなく思考レベルに求めるマニュアルや手順書のあり方、実践の基準づくり、実践の組織化のあり方（演習含む）
含むべきキーワード	ヒューマンサービスの特性、質の評価の意義、質の評価（ストラクチャー・プロセス・アウトカム）、科学的根拠、プログラム評価、フィディリティ評価、サービスの標準化、実践と業務、業務基準、言語化、抽象的概念化、経験学習、評価と改善、ルール・ロール・ツール、自己評価、第三者評価
考えられる展開	<p>○集合研修（講義）と演習によって研修を展開する。</p> <p>○演習⇒基礎理論の理解⇒自分自身や職場の振り返り（自職場課題）⇒自職場課題をもとに演習など、事例に基づく理論の学習と自職場の分析・改善策の検討などの理論の活用策を循環的に学習させる。</p>
課題学習の可否	全部可・一部可・否 課題学習は15時間を超えない配分とする
展開上の留意事項等	

修了評価の方法	テスト（基礎知識の定着）20点、リフレクションペーパー20点、自宅学習40点、講義と演習への参加貢献度20点
受講要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ I類を修了していること ・ ユニットリーダー又はサービス提供責任者以上の職歴が3年以上の者が望ましい。
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・ 修士課程を修了している介護福祉士であることが望ましい ・ 介護福祉士として指導的立場で5年以上の経験があり、実践の評価と改善に取り組んでいる者が望ましい

科目内容

領域	マネジメントに関する領域
科目名	法令理解と組織運営
教育目的	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス提供の根拠となる法令について理解やリスクマネジメントの概念や対応について理解させるとともに、それらを他の介護職に指導できる力を育成する
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に適切なサービスを提供するための根拠となる、福祉・保健・医療の法令と組織運営のルールのポイントについて概説できる。 ・法規の構造と調べ方を理解し、必要な時に法令の根拠を確認することができる。 ・法令と組織運営のルールを踏まえて行動し、他の介護職に指導できる。 ・リスクマネジメントの概念について説明できる。 ・事例に基づいて、事故の要因分析、関係者や機関への説明や対応策、再発防止策について検討できる。 ・日常的に発生しやすいリスクを発見し、防止策を講ずるとともに、事故発生時の初期対応の重要性を認識し、当事者意識をもって早期に解決する姿勢を確立する。
時間数	15時間
含むべき内容	<ul style="list-style-type: none"> ○法令理解と組織運営 <ul style="list-style-type: none"> ・関係法令と運営基準を遵守の重要性 ・介護サービス組織にかかる関連法規の種類…介護保険法、障害者総合支援法、指導監査、情報公表制度、第三者評価制度、苦情解決制度、虐待防止法、労働法規、個人情報保護法、生活保護法、成年後見制度、日常生活自立支援事業等 ○法規の構造 <ul style="list-style-type: none"> ・法規の構造 ・事業関連法規 ・介護報酬・給付費の構造 ○コンプライアンス <ul style="list-style-type: none"> ・適正運営のための書類の重要性 ・自組織のサービスの根拠条文等の理解 ・自己点検シート等を用いた、運営基準、算定基準の読み方 ・法規・制度を踏まえたコンプライアンスの実践 ・コンプライアンスが実践されるための組織風土・文化 ・指導監査、外部監査、情報公表制度、第三者評価制度、苦情解決制度等外部監査及び評価の意味を活用方法 ○リスクマネジメント <ul style="list-style-type: none"> ・介護現場におけるリスク対応の意義と対策（ES、CS、コンプライアンス、利用者・家族とのコミュニケーション、事故に関わったスタッフへのケアなど） ・介護現場における事故の特性とリスク ・事故に対する分析手法（4M4E、Shel等） ・予測可能性、回避可能性と対応策 ・苦情対応とサービスの質向上、予防対策の重要性

<p>含むべき キーワード</p>	<p>介護保険関連法、労働法規、個人情報保護法、障害者総合支援法、生活保護法、成年後見制度、地域福祉権利擁護、高齢者虐待対応、通報、指導監査、情報公表制度、利用者期待、顧客満足度、従業員満足、標準化、サービスの質評価、リスクマネジメント、ひやりハット、是正対策、予防対策、継続的改善、全員参画、組織文化、介護事故、訴訟、内部告発</p>
<p>考えられる 展開</p>	<p>○集合研修（講義）と演習によって研修を展開する。 （コンプライアンス） ○日常的に現場で知識が求められる基準をクイズ形式で問い、回答及び根拠となる指定基準あるいは算定基準を記載させる。 ○法令を順守するとともに活用するという2つの展開を含める。具体的には、利用者に適正なサービス利用を促すために必要となる各種サービスの理解と、組織を運営するために必要となる制度を運営基準の理解や管理方法から展開する。 ○組織全体と共に、チームリーダーとしての職能に求められるサービスの質の管理を学ばせる。 （リスクマネジメント） ○事件事例をもとに、要因分析及び応急対応、恒久的内容を含む対応策を立案させる。</p>
<p>課題学習の 可否</p>	<p>全部可・一部可・否 課題学習は7時間を超えない配分とする</p>
<p>留意事項等</p>	
<p>修了評価の 方法</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・法令テスト（基礎的な知識の確認と法令や運営基準のポイントを知識として身につける必要性を理解させる） ・サービスの質の評価やリスクマネジメントに関する取り組みの必要性についての理解をレポートとして書いてもらう。
<p>受講要件</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・I類を修了していること ・ユニットリーダー又はサービス提供責任者以上の職歴が3年以上の者が望ましい。
<p>講師要件</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・修士課程を修了していることが望ましい ・介護保険施設における施設長、または指定事業所の管理者を統括、管理する管理職経験者が望ましい ・法令順守責任者としての実績があることが望ましい ・行政指導監査を受けたことのある経験者が望ましい ・業界に拘らず品質管理における実務経験者が望ましい ・介護事故の解決方法及び関連法規の適用などを踏まえると、法令、保険会社等の知見から指導できるものが望ましい

科目内容

領域	マネジメントに関する領域
科目名	介護分野の人材育成と学習支援
教育目的	・学習を支援する組織のあり方や学習の理論を理解させ、自職場における学習する組織づくり、地域包括ケアにおける社会環境づくりについて実践する力を育成する。
到達目標	・成長を支援する組織のあり方のポイントについて、概説できる。 ・成人の学習に関する原則のポイントについて、概説できる。 ・以上を踏まえて、自職場の人材育成の現状と課題を分析し、改善策について検討できる。 ・地域包括ケアをふまえた社会環境づくりにむけた学習プログラムを企画できる。
時間数	15時間
含むべき内容	○成長を支援する組織 ・従業員満足、顧客満足とサービスプロフィットチェーン ・専門性と組織性の統合 ○成人の学習に関する原則 ・学習のメカニズムと学習モデル…成人学習、経験学習、批判的思考、実践共同体、協調学習、学習する組織 ○人材育成の体系 ・インストラクショナルデザインと職場の環境づくり ・介護職のキャリアラダーとキャリア開発 ・教育・研修体系の構築と評価 ○地域包括ケアシステムの構築と社会環境づくり ・地域包括ケアを見据えた地域での学習の展開の必要性 ・多職種連携教育、地域住民等の学習プログラム
含むべきキーワード	学習心理学、協調学習、教育と学習の違い、学習モデル、教育制度、動機付け理論、インストラクショナル・デザイン、学習環境デザイン、評価方法、キャリア開発、他職種連携教育、住民教育、スーパービジョン
考えられる展開	○集合研修（講義）と演習によって研修を展開する。 ○講義の中で、グループワークなども活用し、対話形式の研修となるように工夫する。 ○演習⇒基礎理論の理解⇒自分自身や職場の振り返り（自職場課題）⇒自職場課題をもとに演習など、事例に基づく理論の学習と自職場の分析・改善策の検討などの理論の活用策を循環的に学習させる。 ○毎回、講義の後は、リフレクションペーパーを提出させる
課題学習の可否	全部可・一部可・否 課題学習は7時間を超えない配分とする
展開上の留意事項等	
修了評価の方法	・基礎理論については、知識チェック（テスト）を行う ・テスト40点、リフレクションペーパーの内容30点、自己演習+演習・講義への参加貢献度30点

受講要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ I 類を修了していること ・ ユニットリーダー又はサービス提供責任者以上の職歴が 3 年以上の者が望ましい。
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・ 修士課程を修了していることが望ましい ・ ①介護福祉士で介護職員として 10 年以上の勤務歴を有する者、②介護現場をフィールドとした組織行動論に関わる研究論文（筆頭者以外を含む）を執筆している者、③その他、介護現場の実態についての理解が十分あり①②に準ずると認められる者が望ましい

科目内容

領域	自立に向けた介護実践の指導領域
科目名	応用的生活支援の展開と指導
教育目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職チームにケアの目標を共有する方法を検討し、共有する力を育成する ・ 自立に向けた介護実践を介護職チームに指導する力を育成する ・ 自立に向けた介護実践を理解し、実践できる職場をつくる力を育成する ・ 他専門職と連携する力を育成する ・ 介護職の小チームのリーダーにプレゼンテーションの知識と技術を育成する ・ 介護職の小チームのリーダーにケース検討会議を指導する知識と技術を育成する
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生物として人間が代謝し、排出することの基礎を理解し、実践・指導できる ・ 認定介護福祉士としての役割を理解し、個として人間が歩き、食べ、排泄することの意味を理解し、歩行、排泄、食べることの支援（経口摂取の維持と回復を含む）、拘束しない介護等を実践できる ・ 自立するための身体機能、精神機能を評価し、適した用具の活用、他専門職種、ソーシャルサポートの連携等を含めた応用的な支援計画と自己実現を支援する実践の指導ができる ・ 自立に向けた介護実践を行うための職場のしくみを改善することができる
時間数	60時間
含むべき内容	<p>○利用者の状態の積極的な改善を目指した一連のサービス展開について、根拠となる知識（高齢者の解剖生理等）、生活支援全体のプランニング、チームケアの展開における指導の留意点など</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 代謝と排出 ・ 歩行・移動の自立 ・ 排泄の自立 ・ 食べることの支援と自立 ・ 身体拘束の廃止など ・ 虐待をしない人材育成 ・ チームとしての介護実践の理解と指導 <p>○職場を改善するための指導・育成のポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の介護職員への生活支援技術の指導方法 ・ 介護職員への研修プラン ・ 事例検討の運営に関する知識と技術 ・ プレゼンテーションの技術 ・ ファシリテーターの役割、チーム作り ・ 地域資源との関係作り
含むべきキーワード	自立支援、地域生活、介護職チームの指導、基本的人権などの倫理観、他専門職、福祉用具、医学的知識、運動学の知識、尊厳の保持、サービスの改善、職場の介護チームの再編
考えられる研修の展開	○講義と演習によって研修を展開する。
課題学習の可否	全部可・一部可・否 40時間（自職場課題の遂行）

留意事項等	<ul style="list-style-type: none"> ○他専門職の理解と活用 ○生物としての人間から社会的存在までを理解した支援 ○地域生活を目標とした支援
修了評価の方法	事後課題により行う
受講要件	<ul style="list-style-type: none"> ・Ⅱ類の本領域以外の全ての科目を修了していること
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・修士課程を修了している介護福祉士か同等の力を有する介護福祉士が望ましい

科目内容

領域	自立に向けた介護実践の指導領域
科目名	地域における介護実践の展開
教育目的	<p><以下の能力を持つリーダーを育成する></p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職チームの地域における位置づけを理解し、利用者が地域生活を継続できる支援を展開させる ・介護サービスマネジメントを実践し、提供サービスの質の向上を図る力を育成する ・地域におけるボランティア、家族介護者、介護福祉士等への介護に関する助言・支援が行えるような、地域とかかわる力を育成する
到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・地域での生活を継続するための見通しの立ったアクションプラン（介護チームづくり等を含めた利用者に対するプラン）を立てることができる介護職の小チームのリーダーの育成。 ・地域生活を継続するために、他職種に自立に向けた生活支援を指導できるリーダーの育成。 ・他職種を含む介護連携チームに事例検討が運営できるリーダーの育成。 ・伝える、伝わるプレゼンテーションを実践できるリーダーの育成。 ・地域における認定介護福祉士の役割が実践できる
時間数	30時間
含むべき内容	<ul style="list-style-type: none"> ○地域におけるそれぞれの介護実践を理解し、地域において利用者を継続的に支える支援を展開していくためのポイント <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が地域で生活する意義 ・利用者にとっての最適な場を考えた支援 ・最期まで地域での生活を継続するために必要な視点の共有 ・地域に戻るために必要な施設ケアの見直し ・在宅での生活維持のためのケアの見通しを立てる ・地域で生活を継続するために必要な視点と支援方法 ・さまざまな地域資源の活用 ○介護職チームとして、ケアカンファレンスを適切に実施し、介護チームの提供するサービスの質を向上するための指導や環境整備を行うための留意点 ○地域の介護力の向上を図るための役割 ○地域における住民等の人間的尊厳が保障され豊かな生活を送れるような地域社会をつくるための啓蒙的役割
含むべきキーワード	介護技術、自立支援、事例検討、地域での生活、ケアチームの育成、プレゼンテーション、介護サービスマネジメント、介護職リーダーの育成
考えられる研修の展開	<ul style="list-style-type: none"> ○講義と演習によって研修を展開する。 <ul style="list-style-type: none"> ・地域での支援及びファシリテーターの役割確認のための講義 ・グループワーク等演習等によって研修を展開する。
留意事項等	<ul style="list-style-type: none"> ○施設から在宅へもどす、または、一時的、段階的な施設利用も考慮した見通しのある在宅での支援などの視点について周知する ○施設を地域資源として活用する方法を共有する ○自分ができることと、人に教えること「指導力」の違いを認識し、指導者として謙虚な姿勢で学び教えることの重要性を理解させる

	○参加している全ての人々が「司会」または「ファシリテーター」を経験できるよう配慮する
課題学習の可否	全部可・一部可・否
修了評価の方法	<ul style="list-style-type: none"> ・受講後、各職場において、地域等の住み慣れた場、利用者にとって最適の場（施設から在宅復帰、または施設利用も視野に入れた在宅での生活支援の見通し）においての、自立した生活を送るためのアクションプランの作成と実施状況についてのレポートを作成し、それを評価する。 <p>【評価の視点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目標や評価の視点がしっかりと記述されている。 ・チームでのケアの視点で考えられている。 ・現状でのケアスタッフの力量について理解した上で、ケアスタッフ技術等の向上のための研修等が体系立てて組み込まれている。 ・周知のための可視化などの工夫が盛り込まれている。 ・在宅なら在宅、施設なら施設と場を限定せず、さまざまな資源を利用し、常に利用者の希望、利用者にとっての最適の場での生活のためにアクションプラン作成、実施と評価がされている。 ・目標達成とならずとも、評価した上で具体的な改善策が盛り込まれている。
受講要件	<ul style="list-style-type: none"> ・「応用的生活支援の展開と指導」を修了していること ・現在、介護福祉士として就業している者が望ましい
講師要件	<ul style="list-style-type: none"> ・当該科目における十分な知識・専門性を有し、講師等の教育経験があること ・修士課程を修了している介護福祉士であることが望ましい

令和元年度生活困窮者就労準備支援事業費等補助金 社会福祉推進事業

**介護福祉士の資格取得後のキャリアアップ及び
専門性の高度化に向けた調査研究事業 報告書**

一般社団法人 認定介護福祉士認証・認定機構

令和2（2020）年3月

