

令和2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

**多様化する介護ニーズに即した
介護福祉士の専門性の更なる高度化・
キャリアアップ促進に向けた調査研究事業**

報告書

令和2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
多様化する介護ニーズに即した介護福祉士の専門性の更なる高度化・
キャリアアップ促進に向けた調査研究事業 報告書

目 次

第1部 調査研究事業の概要

第1節 調査研究の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

第2節 調査研究の内容

～認定介護福祉士養成研修にける学習コンテンツ等の開発～・・・・・・・・ 3
(1) 学習コンテンツ等の開発についての全体像・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
(2) 学習コンテンツ等の開発方針の検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
(3) 学習コンテンツ等の検討と作成・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10

第3節 調査研究の体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12

第2部 調査研究の成果

(1) 疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ/Ⅱ・・・・・・・・・・・・ 21
(2) 自立に向けた生活をするための支援の実践・・・・・・・・・・・・・・ 51
(3) 福祉用具と住環境・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 105
(4) 認知症のある人への生活支援・連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 119
(5) 心理的支援の知識・技術・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 137
(6) 生活支援・介護過程に関する領域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 153
(7) 疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅲ・・・・・・・・・・・・・・ 163
(8) 介護業務の標準化と質の管理・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 187
(9) 法令理解と組織運営・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 201
(10) 介護分野の人材育成と学習支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 219
(11) 自立に向けた介護実践の指導領域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 243

第1部 調査研究事業の概要

第1節 調査研究の目的

認定介護福祉士の仕組みは、2007年の社会福祉士及び介護福祉士法改正時の国会付帯決議（2007年）、厚生労働省「今後の介護人材の養成の在り方に関する検討会報告」（2011年1月）等に基づいて創設されたもので、介護福祉士の資格取得後のキャリアアップと専門性の高度化に対応する仕組みである。介護福祉士に資格取得後の継続的な教育機会を提供し、介護福祉士の資質向上を図ることで①利用者のQOLの向上、②介護と医療の連携強化と適切な役割分担の促進、③地域包括ケアの推進等の介護サービスの高度化に対する社会的要請に応えていくことを目的としている。

認定介護福祉士制度は、職能団体、事業者団体、教育団体等が共同して2015年に設立した本機構が研修の認証等を行っており、2018年度までに職能団体、大学等13団体が認証を受け、60名の認定介護福祉士が誕生している。2020年度には新たに3団体が認証を受け、計17団体が認定介護福祉士養成研修を行っており、多くの方が認定介護福祉士をめざして受講しているところである。地域包括ケアの推進が求められる現在、介護人材の中核的な役割を担う介護福祉士の専門性の高度化による資質の向上は重要な課題であり、認定介護福祉士養成研修の早急な普及を図ることが求められている。

認定介護福祉士養成研修の普及のためには、各地の多様な教育資源（事業者団体、介護福祉士養成校・大学、職能団体等）を活用して研修が行われることで、介護福祉士が働きながら身近な場所で認定介護福祉士の研修が受講できる環境整備を進めると同時に、研修の質の担保策を講ずることが必要不可欠である。

そこで、本事業では、認定介護福祉士養成研修が受講しやすい環境を整備するために、これまで社会福祉推進事業で開発した「研修の企画・展開の手引き（講師用ガイドライン）」を踏まえ、受講生が自宅・自職場等で行う課題学習等について、より効率的かつ効果的に学習できる環境を整備するため、効果的な学習コンテンツのあり方を検討し、モデル的な教材開発を行う。

併せて、各研修実施団体で行われている研修の質を向上させるため、講師（候補者含む）を対象によりよい教授法・教材等について研修及び研究協議の場を設け、より効果的な研修とするための検討を行う。この成果は、「研修の企画・展開の手引き（講師用ガイドライン）」の充実や学習コンテンツの内容に反映させ、研修内容の継続的な発展を図る。

これらにより、介護人材の中核的な役割を担う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一層の高度化を促進する。

第2節 調査研究の内容

～認定介護福祉士養成研修における学習コンテンツ等の開発～

(1) 学習コンテンツ等の開発についての全体像

本事業は認定介護福祉士養成研修の普及及び質の担保が目的であり、そのために認定介護福祉士養成研修について、受講者の習得度を高めつつ、より効率的・効果的なものとする手法（例えば、教材資料集、演習課題、WEB コンテンツのような学習コンテンツ）を検討・開発し、研修実施機関に対してこれを提供することとする。そのため、これまでに実施されてきたモデル研修や既に研修が行われている実施機関の実績を参考にしつつ、2018年度の社会福祉推進事業で開発した「研修の企画・展開の手引き（講師用ガイドライン）」を踏まえながら、学習コンテンツ等の開発を検討してきた。

本事業の推進体制は、「推進委員会」で事業全体の方向性の確認、成果物及び報告書の確認等を行い、推進委員会の下に設置された「教材開発部会」において教材等の開発方針の検討、レベルの均一化に向けた調整等を行い、教材開発部会の下に認定介護福祉士養成研修の「領域・科目別教材作成チーム」を設けて具体的な学習コンテンツ等の検討や作成を行ってきた。領域・科目別教材作成チームは10のチームに分かれるため、領域・科目別教材作成チームを取りまとめる「作業部会」を設け、各チームの進め方の検討や整理、教材作成の調整や確認等を行った。

本事業は2年計画の2年目として、1年目に整理した全体の学習コンテンツ等の開発方針を踏まえ、改めて本教材開発方針の検討を行ったうえで、認定介護福祉士養成研修のうち、まだ教材開発がされていない科目を中心に学習コンテンツ等の検討・開発を行った。

(2) 学習コンテンツ等の開発方針の検討

推進委員会の下に設置された教材開発部会において、昨年度整理した学習コンテンツ等の開発に向けた全体的な方針を踏まえ、改めて本方針を検討した。具体的には、科目ごとの①教材資料集の検討と作成、②一部分の展開例の検討と作成、③e-learning コンテンツの検討と作成、の3点を主要検討事項とした。教材開発部会において検討した学習コンテンツ等の開発方針は表1-1のとおりである。

本年度の教材開発の方針に追加した、「②一部分の展開例」は、各科目の担当講師が、本展開例を参考することで、当該科目で求められている内容のうち一部分（例えば、重要な演習部分や、医療系科目で一部疾患を取り上げることで他の疾患にも応用できる展開方法を示すなどを想定）について、介護福祉士向けに効果的に教授する方法を例示することを目的として作成するものとした。

さらに、各教材において、例えば、介護実践と理論をいかに結びつけるか、介護福祉士が他職種に対して果たすべき役割に照らして、どのような教え方が望ましいか等の「介護福祉

士に教授するうえでの留意点」を新たに明示することとした。

この「教材開発方針」に基づき、認定介護福祉士養成研修科目について「領域・科目別教材作成チーム」を編成し、学習コンテンツ等の具体的な検討・作成を依頼することとした。基本的には研修科目ごとであるが、例えば、「自立に向けた生活をするための生活の実践」科目を2つのチームとするなど、各科目の課題を踏まえたチーム編成とした（領域・科目別教材作成チーム担当一覧は表1-2参照）。

表 1-1 ● 教材開発部会における学習コンテンツ等の開発方針

1. 科目ごとの特性や必要性に応じて次の学習コンテンツ（教材等）の開発を行う。
①教材資料集、②一部分の展開例、③e-learning コンテンツ
2. ①教材資料集は、各科目の担当講師が、当該科目で想定されるすべての内容について、本教材資料集を参考にすることで、当該科目で伝えるべき内容・レベル感等について理解できる内容として作成する。
3. ②一部分の展開例は、各科目の担当講師が、本展開例を参考することで、当該科目で求められている内容のうち一部分（例えば、重要な演習部分や、医療系科目で一部疾患を取り上げることで他の疾患にも応用できる展開方法を示すなどを想定）について、介護福祉士向けに効果的に教授する方法を例示することを目的として作成する。
4. ③e-learning コンテンツは、認定介護福祉士養成研修において、「課題学習」で使用することや予習・復習等、受講者の自宅学習での活用を目的に作成する。
5. 教材開発部会は推進委員会の指示により開発方針等の検討を行い、作業部会による検討結果・作成状況等を取りまとめて適宜推進委員会に報告を行い、アドバイスを受ける。
6. 作業部会は教材開発部会の依頼により学習コンテンツの検討・作成について具体的な調整・進捗管理・整理を行い、適宜教材開発部会に報告を行うこととする。
7. 作業部会は科目ごとに学習コンテンツの作成のための科目別教材開発検討会を設置して、科目ごとの学習コンテンツ（教材等）の作成を依頼する。
8. 各研修実施団体の研修の質を向上させるため、講師（候補者含む）を対象に、よりよい教授法・教材等について研究協議する場を設け、より効果的な研修とするための検討を行う。

表 1-2 ● 領域・科目別教材作成チーム担当一覧

担当チーム名	研修領域名	担当する研修科目名
医療領域チーム	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
		疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ
		疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅲ
「自立に向けた生活をするための支援の実践」科目・日常生活動作チーム	リハビリテーションに関する領域	自立に向けた生活をするための支援の実践
「自立に向けた生活をするための支援の実践」科目・シーティングチーム		
「認知症のある人への生活支援・連携」科目チーム	認知症に関する領域	認知症のある人への生活支援・連携
「福祉用具と住環境」科目・住環境チーム	福祉用具と住環境に関する領域	福祉用具と住環境
「心理的支援の知識・技術」科目チーム	心理・社会的支援の領域	心理的支援の知識・技術
「地域生活の継続と家族支援」科目チーム		地域生活の継続と家族支援
マネジメントに関する領域チーム	マネジメントに関する領域	介護業務の標準化と質の管理
		介護分野の人材育成と学習支援
「法令理解と組織運営」科目チーム	マネジメントに関する領域	法令理解と組織運営
生活支援・介護過程領域及び自立に向けた介護実践の指導領域チーム	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
		個別支援計画作成と記録の演習
		自職場事例を用いた演習
	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
		地域における介護実践の展開

前記「領域・科目別教材作成チーム」への学習コンテンツ等の検討・作成の依頼は、教材開発部会の方針に基づき、①教材資料集の作成、②一部分の展開例の検討と作成、③e-learning コンテンツの作成、の3つについて検討・作成を依頼することとした（領域・科目別教材作成チームへの依頼内容は、表 1-3、1-4、1-5 参照）。

表 1-3 ● 領域・科目別教材作成チームへの依頼内容①教材資料集

- ① 認定介護福祉士養成研修の科目ごとに作成を行う。
- ② 教材資料集の作成は、制度等の細かな変更への対応、講師ごとの裁量の自由度を担保、受講生の主体的な学習を促す等の目的から、文章による説明中心のいわゆる“テキスト”ではなく、科目の学習・研修に必要となる資料（図表や用語等の解説等）を中心に編集することを主眼とする。
- ③ 教材資料集の構成は、以下のとおりとする。
- 1) 科目の概要（①科目のねらい、②科目の到達目標、③認定介護福祉士養成研修としての基本的考え方、④研修展開の考え方、⑤介護福祉士に教授するうえでの留意点、⑥研修の展開例）
- ※ ⑤介護福祉士に教授するうえでの留意点については、例えば、介護実践と理論をいかに結び付けるか、介護福祉士が他職種に対して果たすべき役割に照らして、どのような教え方が望ましいか等を明示することが考えられる。
- ※ 平成 30 年度補助金事業「報告書（研修の企画・展開の手引き）」を参照
- 2) 教材資料部分
- ※ 見本となる資料：平成 30 年度・令和元年度補助金事業「教材資料集」を参照
- ④ 作成にあたっての留意点は以下のとおりとする。
- 1) 認証基準で定められている各科目の研修時間を考慮し、想定される研修展開に沿って「研修当日の講義・演習」と「課題学習（「課題学習を可とする時間」が設定されている場合）」の双方で活用できるものを作成することが望ましい。また、受講者が予習、復習することを目的とした資料を加えることが望ましい。
- 2) 科目の特性に応じて、知識の伝達（⑤参照）やロジカル・シンキング（論理的思考）の視点だけでなく、クリティカル・シンキング（多面的・多角的視点から捉えた批判的思考）に基づく専門的実践が可能となるような教材資料集が望ましい。
- 3) 教材資料集は、制度や社会情勢の変化に対応するために将来的には資料の差し替えを行うことや加除式での提供も視野に入れており、取り上げる資料等の作成時期等を明示しておくことが望ましい。
- ⑤ 認定介護福祉士養成研修の教材資料であることから、その独自性が明確となるよう作成すること。特に、平成 30 年度補助金事業で作成した「研修の企画・展開の手引き（講師用ガイドライン）」における「認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方」を参照し、「factual knowledge domain（＝事実に関する知識領域）」と「theoretical knowledge domain（＝メカニズムや理論に関する知識領域）」を中心に学習できるよう構成するとともに、「practical knowledge domain（＝臨床や実践に関する知識領域）」については自職場等での実践を通して気付きが得られる内容（演習課題等）が含まれることが求められる。

表 1-4 ● 領域・科目別教材作成チームへの依頼内容②一部分の展開例

- ① 平成 30 年度補助金事業「報告書（研修の企画・展開の手引き）」の研修展開例で示されている一部分の展開例を作成する。
- ② 当該一部分の展開例としては、演習部分や、医療系科目の一部疾患を取り上げるなどを想定し、具体的な内容で示すこととするが、講師ごとの裁量の自由度を担保する観点から、例示的な内容として整理する。
- ③ 一部分の展開例の構成は、以下のとおりとする。
- 1) 科目の概要（①科目のねらい、②科目の到達目標、③認定介護福祉士養成研修としての基本的考え方、④研修展開の考え方、⑤介護福祉士に教授するうえでの留意点、⑥研修の展開例）
- ※ ⑤介護福祉士に教授するうえでの留意点については、例えば、介護実践と理論をいかに結び付けるか、介護福祉士が他職種に対して果たすべき役割に照らして、どのような教え方が望ましいか等を明示することが考えられる。
- ※ 平成 30 年度補助金事業「報告書（研修の企画・展開の手引き）」を参照
- 2) 一部分の展開例の概要（①研修の展開例のうち取り上げた項目の指定、②演習のねらい、③演習の到達目標、④演習展開の考え方、⑤介護福祉士に教授するうえでの留意点）
- 3) 一部分の展開例の部分
- ④ 認定介護福祉士養成研修の教材資料であることから、その独自性が明確となるよう作成すること。特に、平成 30 年度補助金事業で作成した「研修の企画・展開の手引き（講師用ガイドライン）」における「認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方」を参照したうえで、
- ・ 講義部分については、「factual knowledge domain（＝事実に関する知識領域）」と「theoretical knowledge domain（＝メカニズムや理論に関する知識領域）」を中心に学習できるよう構成するとともに、「practical knowledge domain（＝臨床や実践に関する知識領域）」については自職場等での実践を通して気付きが得られる内容（演習課題等）が含まれることが求められる。
 - ・ 演習部分については、「自職場等での実践を通じた気付き」を促す内容とすることで、講義部分で中心に学習する「factual knowledge domain（＝事実に関する知識領域）」と「theoretical knowledge domain（＝メカニズムや理論に関する知識領域）」、そして「practical knowledge domain（＝臨床や実践に関する知識領域）」を統合する内容で、または、「practical knowledge domain（＝臨床や実践に関する知識領域）」や「skills（＝技術）」の習得に資する内容で構成すること。

表 1-5 ● 領域・科目別教材作成チームへの依頼内容②e-learning コンテンツ

- ① 認定介護福祉士養成研修の科目ごとに作成を行う。
- ② 主として、当該科目の「課題学習（「課題学習を可とする時間」として認証基準で時間が設定）」での利用、または受講者の予習や復習での使用を想定し、受講生が Web を通して視聴できる映像コンテンツ及び映像コンテンツを通じた学習時に使用する教材（パワーポイント資料等）とする。
※ e-learning は、サーバー上での教材管理、学習者管理、履修・評価管理を LMS（Learning Management System：学習管理システム）を用いて行うものである。本事業では LSM については含まず、Web 学習のためのコンテンツ作成を主眼とする。
- ③ e-learning コンテンツの作成にあたっては、当該科目の集合研修で想定される内容を考慮して企画するとともに、「教材資料集」との連動も考慮しておくこと。
- ④ 認定介護福祉士養成研修の教材資料であることから、その独自性が明確となるよう作成すること。特に、平成 30 年度補助金事業で作成した「研修の企画・展開の手引き（講師用ガイドライン）」における「認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方」を参照すること。e-learning の特性を活かし、「theoretical knowledge domain（＝メカニズムや理論に関する知識領域）」の理解が進むよう構成するとともに、「factual knowledge domain（＝事実に関する知識領域）」について学習者自らが学習できるよう資料等で補足することが望まれる。また、「practical knowledge domain（＝臨床や実践に関する知識領域）」については自職場等での実践を通して気づきが得られる内容が含まれることが望ましい。

(3) 学習コンテンツ等の検討と作成

① これまでの取組

認定介護福祉士養成研修を広く展開していくためには、統一的な教材としてテキストの必要性はある。しかし、これまでの認定介護福祉士養成研修の実績や社会福祉推進事業における調査研究を通して、次のようなことを指摘されてきた。すなわち、①科目によっては既存の文献等が活用可能であること、②演習や自職場の実践事例を多く活用する科目では、統一的なテキストだけでは限界があり、むしろ個々の背景や経験が異なっている受講生の演習の方法について講師向けの情報提供を優先すべきこと、③法令や制度を扱う科目では常に新しい法令を使用するためにテキストでは頻繁に改訂が必要となってしまう、④課題学習を可とする時間のある科目では主に当該科目の学習で求められる知識面について課題学習とし、集合研修ではそれを踏まえた演習等が展開される場合が多いものの、課題学習の内容や成果にばらつきがみられることから集合研修における演習の展開に影響を与えることがある、⑤認証基準において科目内容が定められてはいるものの、担当講師により内容が異なると研修成果にぶれが生じる可能性があること、などである。

そこで、2017年度の社会福祉推進事業において、既存の文献等が存在していない「認定介護福祉士概論」についてテキスト開発を行った。2018年度の社会福祉推進事業では、認定介護福祉士研修認証基準別表2「領域・科目毎の研修内容」をより詳細にし、認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方や研修展開例、活用可能な既存文献等を書き加えた講師用のガイドラインとして「研修の企画・展開の手引き」の開発を行った。また、各科目の到達目標を細分化して網羅することで到達度を明示するとともに、知識を問う評価の参考教材としての活用も視野に置いた「習得すべき知識」の開発を行った。併せて、受講者の自習用としての研修教材を試行的に開発することとし、「認定介護福祉士としての介護実践の視点」と「地域に対するプログラムの企画」の2科目についての研修教材を開発した。

この教材資料は受講者の課題学習で活用されるとともに、集合研修で必要となる知識や考え方についての学習ガイドとしても有意義であり、集合研修における演習教材を含むことから、学習コンテンツとしては高い価値が認められた。

これらを踏まえ、2019年度は、認定介護福祉士養成研修の学習コンテンツとして、制度等の細かな変更への対応、講師ごとの裁量の自由度を担保、受講生の主体的な学習を促す等の目的から、文章による説明中心のいわゆる“テキスト”ではなく、科目の学習・研修に必要な資料（図表や用語等の解説等）を中心に編集することを主眼とした教材資料集を検討・開発した。また、各領域・科目別教材作成チームにおける検討を通して、映像教材としての学習コンテンツ等の作成が適当と判断された範囲における e-learning コンテンツの作成、そして学習コンテンツや教授方法についての研究協議を行うなどした。

その結果、2019年度には、6科目の教材資料集及び2科目の e-learning コンテンツを成果物とした。

②今年度の取組

2020年度は、認定介護福祉士養成研修の学習コンテンツとして、科目の学習・研修に必要な資料（図表や用語等の解説等）を中心に編集することを主眼とした教材資料集ではなく、各科目の担当講師に対し、当該科目で求められている内容のうち一部分（例えば、重要な演習部分や、医療系科目で一部疾患を取り上げることで他の疾患にも応用できる展開方法を示すなどを想定）について、介護福祉士向けに効果的に教授する方法を例示することを目的とした研修の一部分の展開例を検討・作成することとした。その際、領域・科目別教材作成チームによっては、学習コンテンツや教授方法について研究協議も併せて行うなどした。

また、学習コンテンツの補助教材として、文章ではなく映像で伝えることがより効果的と判断された範囲にあっては、映像コンテンツの開発も併せて行った。

その結果、2020年度は、15科目を視野に入れた11の学習コンテンツを成果物とした。

第3節 調査研究の体制

本事業においては、以下の目的により「推進委員会」「教材開発部会」「作業部会」「領域・科目別教材作成チーム」を設置し、認定介護福祉士養成研修の教材等の開発に向けた検討及び作成を行った。

○推進委員会

- ・親委員会として事業全体の方向性の検討や、部会の進捗、成果物及び報告書内容の確認。
- ・有識者、事業者団体（全国老人保健施設協会、全国社会福祉法人経営者協議会、全国介護事業者協議会等）、教育団体（介護人材キャリア開発機構、日本介護福祉士養成施設協会等）、職能団体（日本介護福祉士会等）からなる機構の理事で構成し、本事業全体の方向性を定めた。

○教材開発部会

- ・推進委員会の定めた方向性を踏まえ、学習コンテンツの作成方針を検討し作業部会や領域・科目別教材作成チームに対して伝えるとともに、領域・科目別教材作成チームにおいて作成した教材等についての確認・全体調整を行った。
- ・推進委員会委員と作業部会メンバー、領域・科目別教材作成チームの責任者等で構成。

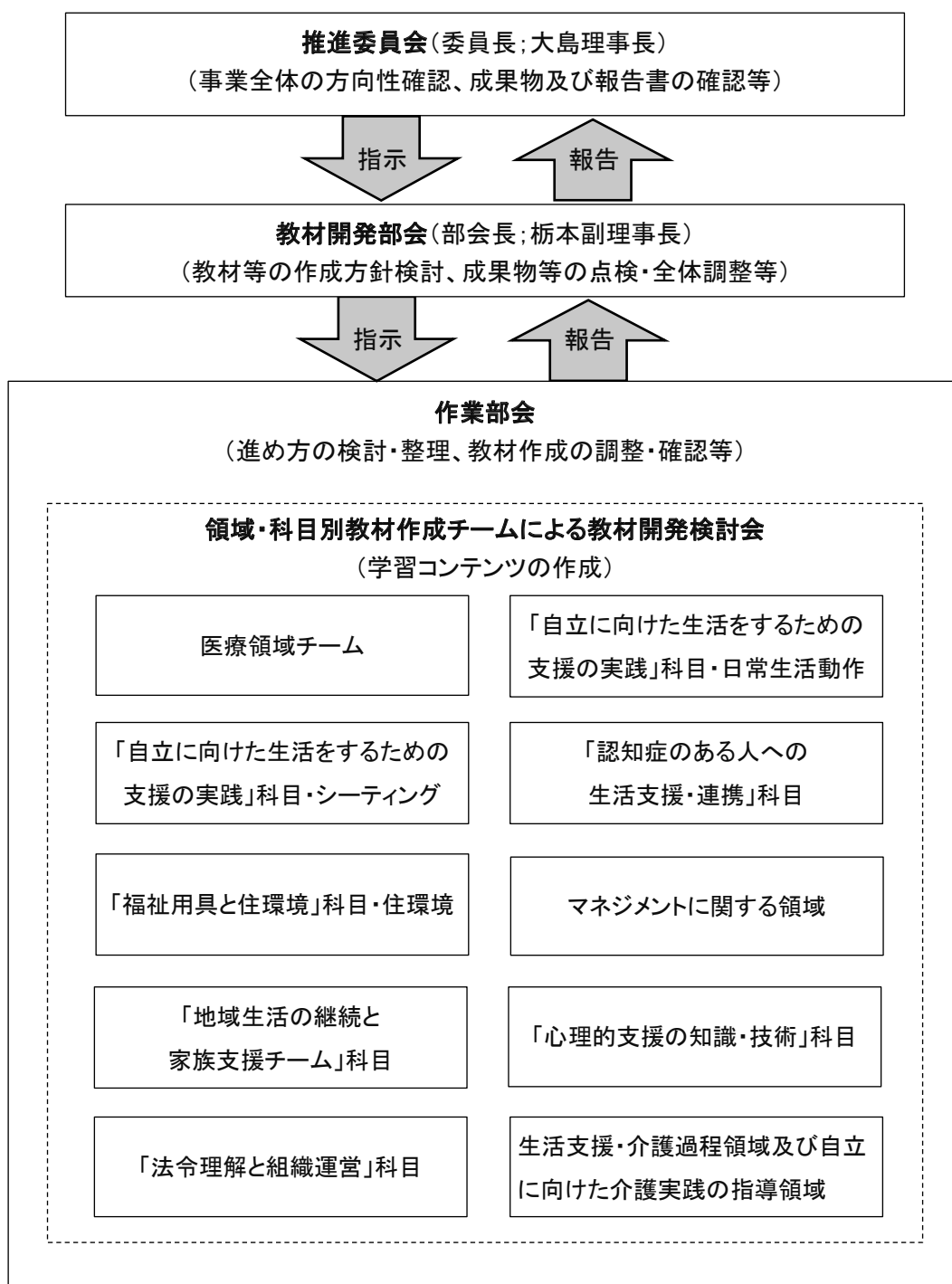
○作業部会

- ・領域・科目別教材作成チームの作成する学習コンテンツの進捗管理や具体的調整作業等を横断的に行うため作業部会を設置した。

○領域・科目別教材作成チーム

- ・教材開発部会の方針に基づき、各科目の学習コンテンツを作成するチームとして養成研修の領域・科目等別に10のチームに分けて設置した。
- ・各領域に専門的な知見をもつ有識者や認定介護福祉士養成研修のカリキュラム構築時に関わっていた各分野の委員等により構成。

図 1-1 ● 推進委員会、教材開発部会、作業部会等の構造



○推進委員会、教材開発部会、作業部会、領域・科目別教材開発検討会の実施状況

推進委員会

委員会・部会名	内容	開催日
推進委員会	第1回推進委員会	書面にて開催
	第2回推進委員会	2021年3月29日

教材開発部会

委員会・部会名	内容	開催日
教材開発部会	第1回教材開発部会	2020年11月19日
	第2回教材開発部会	2021年3月22日

作業部会

委員会・部会名	内容	開催日
作業部会	第1回作業部会	2020年10月6日
	第2回作業部会	2021年3月16日
	第3回作業部会	2021年3月29日

領域・科目別教材開発検討会

委員会・部会名	内容	開催日
医療領域教材開発検討会	第1回検討会	2020年11月20日
	第2回検討会	2020年12月25日
	第3回検討会	2021年1月28日
	第4回検討会	2021年2月22日
「自立に向けた生活をするための支援の実践」科目・日常生活動作教材開発検討会	第1回検討会	2020年12月4日
	第2回検討会	2020年12月23日
	第3回検討会	2021年2月3日
「自立に向けた生活をするための支援の実践」科目・シーティング教材開発検討会	第1回検討会	2020年11月13日
	第2回検討会	2020年11月27日
	第3回検討会	2020年12月17日
	第4回検討会	2020年12月18日
	第5回検討会	2021年2月19日
「認知症のある人の生活支援・連携」科目教材開発検討会	第1回検討会	2021年1月20日
	第2回検討会	2021年2月11日

委員会・部会名	内容	開催日
「福祉用具と住環境」科目・ 住環境教材開発検討会	第1回検討会	2020年12月16日
「心理的支援の知識・技術」 科目教材開発検討会	第1回検討会	2020年11月30日
	第2回検討会	2020年12月21日
	第3回検討会	2021年1月27日
「地域生活の継続と家族支 援」科目教材開発検討会	第1回検討会	2020年12月10日
	第2回検討会	2021年1月14日
マネジメントに関する領域教 材開発検討会	第1回検討会	2020年11月17日
	第2回検討会	2020年12月13日
	第3回検討会	2021年1月12日
	第4回検討会	中止
「法令理解と組織運営」科目教 材開発検討会	第1回検討会	2020年11月21日
	第2回検討会	2020年12月12日
	第3回検討会	2021年1月8日
	第4回検討会	2021年1月25日
生活支援・介護過程領域及び 自立に向けた介護実践の指導 領域教材開発検討会	第1回検討会	2021年1月22日
	第2回検討会	2021年2月12日
	第3回検討会	2021年2月26日
	第4回検討会	2021年3月2日

※作業等の性質から、チーム等による検討会開催とは別に構成員個々に対する作業の依頼、連絡調整を主として本事業を展開した。

表1-6 ● 推進委員会委員名簿

「多様化する介護ニーズに即した介護福祉士の専門性の
更なる高度化・キャリアアップ促進に向けた調査研究事業」
推進委員会 委員名簿

氏名	所属・役職	機構での役職
○大島 伸一	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 名誉総長	理事長
石橋 真二	公益社団法人日本介護福祉士会 前名誉会長	副理事長
太田 貞司	神奈川県立保健福祉大学 名誉教授	副理事長
※栃本 一三郎	上智大学総合人間科学部 教授	副理事長
※諏訪 徹	日本大学文理学部 教授	理事
阿部 節夫	「民間事業者の質を高める」一般社団法人全国介護事業者協議会 副理事長	理事
石本 淳也	公益社団法人日本介護福祉士会 前会長	理事
※及川 ゆりこ	認定介護福祉士（公益社団法人日本介護福祉士会 会長）	理事
野田 由佳里	公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会 理事	理事
八須 祐一郎	認定介護福祉士（社会福祉法人慶美会 特別養護老人ホーム マイホーム習志野 施設長）	理事
平川 博之	公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長	理事
藤野 裕子	公益社団法人日本介護福祉士会 生涯研修体系検討委員長	理事
※本名 靖	社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 総合施設長	理事
宮島 俊彦	岡山大学 客員教授	理事
※山田 尋志	NPO法人介護人材キャリア開発機構 理事長	理事
山田 雅人	社会福祉法人全国社会福祉協議会 全国社会福祉法人経営者協議会 福祉人材対策委員長	理事
※朝倉 京子	東北大学大学院医学系研究科 教授	監事
村田 幸子	社会福祉評論家	監事

※印の委員は教材開発部会委員を兼ねる

表 1-7 ● 教材開発部会 委員名簿

教材開発部会

氏 名	所 属・役 職
朝倉 京子	東北大学大学院医学系研究科 教授
及川 ゆりこ	公益社団法人日本介護福祉士会 会長
太田 貞司	神奈川県立保健福祉大学 名誉教授
川手 信行	昭和大学藤が丘リハビリテーション病院 リハビリテーション医学講座 教授
諏訪 徹	日本大学文理学部 教授
○栃本 一三郎	上智大学総合人間科学部 教授
内藤 佳津雄	日本大学文理学部 教授
本名 靖	社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 総合施設長
山田 尋志	NPO 法人介護人材キャリア開発機構 理事長

表 1-8 ● 作業部会 委員名簿

作業部会

氏 名	所 属 ・ 役 職
太田 貞司	神奈川県立保健福祉大学 名誉教授
諏訪 徹	日本大学文理学部 教授
本名 靖	社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 総合施設長

表 1-9 ● 領域・科目別教材開発検討会 委員名簿

医療領域教材開発検討会 委員名簿

氏 名	所 属 ・ 役 職
上之園 佳子	日本大学文理学部 教授
太田 貞司	神奈川県立保健福祉大学 名誉教授
川手 信行	昭和大学医学部 教授
柴山 志穂美	埼玉県立大学保健医療福祉学部 准教授
諏訪 徹	日本大学文理学部 教授

「自立に向けた生活をするための支援の実践」科目・日常生活動作教材開発検討会

氏名	所属・役職
本名 靖	社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 総合施設長
中村 大介	昭和大学保健医療学部 教授
古川 和稔	東洋大学ライフデザイン学部 教授

「自立に向けた生活をするための支援の実践」科目・シーティング教材開発検討会

氏名	所属・役職
繁成 剛	長野大学社会福祉学部 教授
本名 靖	社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 総合施設長

「認知症のある人への生活支援・連携」科目教材開発検討会

氏名	所属・役職
北村 世都	聖徳大学心理・福祉学部 准教授
永井 華織	小規模多機能ホームル・ソレイユ函南

「福祉用具と住環境」科目・住環境教材開発検討会

氏名	所属・役職
繁成 剛	長野大学社会福祉学部 教授
大島 千帆	埼玉県立大学保健医療福祉学部 准教授

「心理的支援の知識・技術」科目教材開発検討会

氏名	所属・役職
大谷 佳子	昭和大学保健医療学部 講師
諏訪 徹	日本大学文理学部 教授
谷口 敏代	公立大学法人島根県立大学看護栄養学部 教授
内藤 佳津雄	日本大学文理学部 教授
宮島 渡	日本社会事業大学専門職大学院 特任教授

「地域生活の継続と家族支援」科目教材開発検討会

氏名	所属・役職
菊池 健志	実践ソーシャルワーク塾 塾長
諏訪 徹	日本大学文理学部 教授
谷口 敏代	公立大学法人島根県立大学看護栄養学部 教授
宮島 渡	日本社会事業大学専門職大学院 特任教授

マネジメントに関する領域教材開発検討会

氏名	所属・役職
井上 由起子	日本社会事業大学専門職大学院 教授
梅津 寛子	日本生活協同組合連合会組織推進本部福祉事業推進部
杉原 優子	社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋 統括施設長
諏訪 徹	日本大学文理学部 教授
丸山 晃	立教大学コミュニティ福祉学部 特任准教授

「法令理解と組織運営」科目教材開発検討会

氏名	所属・役職
諏訪 徹	日本大学文理学部 教授
村岡 裕	社会福祉法人佛子園 専務理事

生活支援・介護過程領域及び自立に向けた介護実践の指導領域教材開発検討会

氏名	所属・役職
上平 佳代子	社会福祉法人サン・ビジョン
笠原 奈美	諏訪赤十字病院
神林 克彦	ローマンうえだグループホーム豊里
杉浦 公紀	三重県介護福祉士会
出口 達也	三重県介護福祉士会
本名 靖	社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 総合施設長
八木 裕子	東洋大学ライフデザイン学部 准教授

第2部 調査研究の成果

(1) 疾患・障害等のある人への生活支援・連携 I / II

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

疾患・障害等のある人への生活支援・連携 II

科目のねらい

認定介護福祉士は、下記の①～③の役割を果たすものである。

- ①介護職チームの統括責任者・マネージャー
- ②多職種間・機関間連携の中核となる役割（キーパーソン）
- ③地域における介護力の向上への働きかけの役割

ここでの2科目は、特に「①介護職チームの統括責任者、②多職種間・機関間連携の中核となる役割」にかかわる科目である。そのため、認定介護福祉士が生活支援の場面で必要となる医療に関する基本的知識と医療職等との連携に際し根拠となる医療の基礎的な知識を習得することで、状態に応じた生活支援の実践を医療職等の多職種と連携・協働のうえ日常生活を営めるように支援する介護実践力を習得させる。

さらに、「③地域における介護力の向上への働きかけの役割」についても地域包括ケアシステムでは医療と介護の連携が推進されていることを踏まえると、医療を継続しながら自分らしい地域生活をおくる場面では生活支援の介護専門職は医療に関連する多職種との情報共有・連携のもと地域生活を継続するための協働に必要な「医療に関する基礎知識」の習得が求められてくる。その意味では①②③も視野に入れた科目である。

また、これらの科目は、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 類の科目は下記を学ぶ位置づけである。なかでもこの科目は、下線部に関係している。

- 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。
- 利用者の尊厳の保持や自立支援等における考え方に立った介護過程の展開を介護職の小チーム（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

に対して指導するために必要な知識を獲得する。

したがって、『医療に関する領域』においても介護福祉士養成課程では学ばない新たな医療に関する知識を習得し、医療の多職種への連携・協働の際に、認定介護福祉士として根拠となる医療に関する基礎的な知識と介護実践力を高めることができるようにする。

また、認定介護福祉士として利用者の主体的な生活が営めるように介護職チームで支援するための介護過程で重要なアセスメント（情報の収集、観察・気づき等と分析）で機能の低下による生活での状態等や生活支援の留意点などを医療専門職との情報共有や協働のための知識を獲得することが重要である。

科目の到達目標

【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ】

- ①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。
- ②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。

【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ】

- ①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。
- ②症状や使用している薬から利用者の状態を分析できる。
- ③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。
- ④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。
- ⑤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考え方

【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ】

- 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。

【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ】

- 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。

推奨するテキストや基本文献

教材・参考テキスト

- 伊藤進ほか（編著）『メディカルスタッフのための内科学〔第4版〕』医学出版,2013.
- 菱沼典子『形態機能学 生活行動からみるからだ〔第4版〕』日本看護協会出版会,2019.
- 上之園佳子「人体の恒常性の維持（ホメオスタシス）と生活」「バイタルサイン（生命徴候）の理解」、鈴木聖子ほか「第5章介護福祉の基礎となる病態」太田貞司（監修）『生活支援の基礎理論Ⅱ』光生館,2015.

基本資料（法令）

- 「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（厚生労働省医政局長通知）」（平成17年7月26日医政発第0726005号）

研修展開の考え方

【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ】

- 日々利用者と接する機会のある介護福祉士にとって「気付き」は重要であり、疾患に関する症状・症候に気づくことは認定介護福祉士の専門性を高めるものである。バイタルサイン（Vital signs）を理解し正常と疾病症状を理解する。各疾患の機序、主な症状、診断・治療、経過と予後を理解する。各疾患が生活への影響に関する知識を学び、利用者の生活をアセスメントへ反映することができるようになる。また、日常生活上の注意点や生活支援する場面で対応や専門職へ報告・連携することができるようにする。

【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ】

- 介護福祉士として必要な基礎的な解剖生理・病態生理・疾患・障害について理解したうえで、状態に応じた生活支援の実践ができるよう、医行為に必要な知識に対する理解を促す。
- 生活支援場面で必要となる解剖生理・病態生理・症候・疾病等を一部活用しながら急変時対応、服薬管理に関する知識の理解を促す。

○ケーススタディと講義を組み合わせて、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。

*意思決定支援（事前課題）→（講義）→グループワーク（演習）

*介護現場における急変時対応（事前課題）→グループワーク（演習）→（講義）

*主治医やかかりつけの薬剤師等との連携（事前課題）→（講義）→グループワーク（演習）

本科目を介護福祉士に教授するうえでの留意点

認定介護福祉士が医療に関する基礎的な知識を習得するのは、（一般的な疾病や治療、薬の知識を学ぶだけのためではなく）本来の利用者の日常生活を支援するために必要な疾患・疾病による症状や状態、また生活行動への影響とその人体のしくみを理解し、より充実した介護実践となるように実践力をつけることである。また、介護職チームに適切な指導と多職種への根拠をもとに説明・情報共有し、連携・協働をするためである。

新たな医療に関する知識としては、介護職チームで指導的な役割や多職種間での連携の中核の役割を果たすため、日常生活での利用者の支援に必要な医療に関する知識、身体の機能や構造（人体のメカニズム等）身に付けるためである。認定介護福祉士の実践力とするには、これまでの介護福祉士養成課程での教育や実践経験を踏まえ、さらに新たに医療に関する体系的な学習が重要となる。それは、日常生活の介護実践の質を高め、多職種との連携・協働を含む充分な介護実践力、またその指導的役割を遂行するための研修科目といえる。

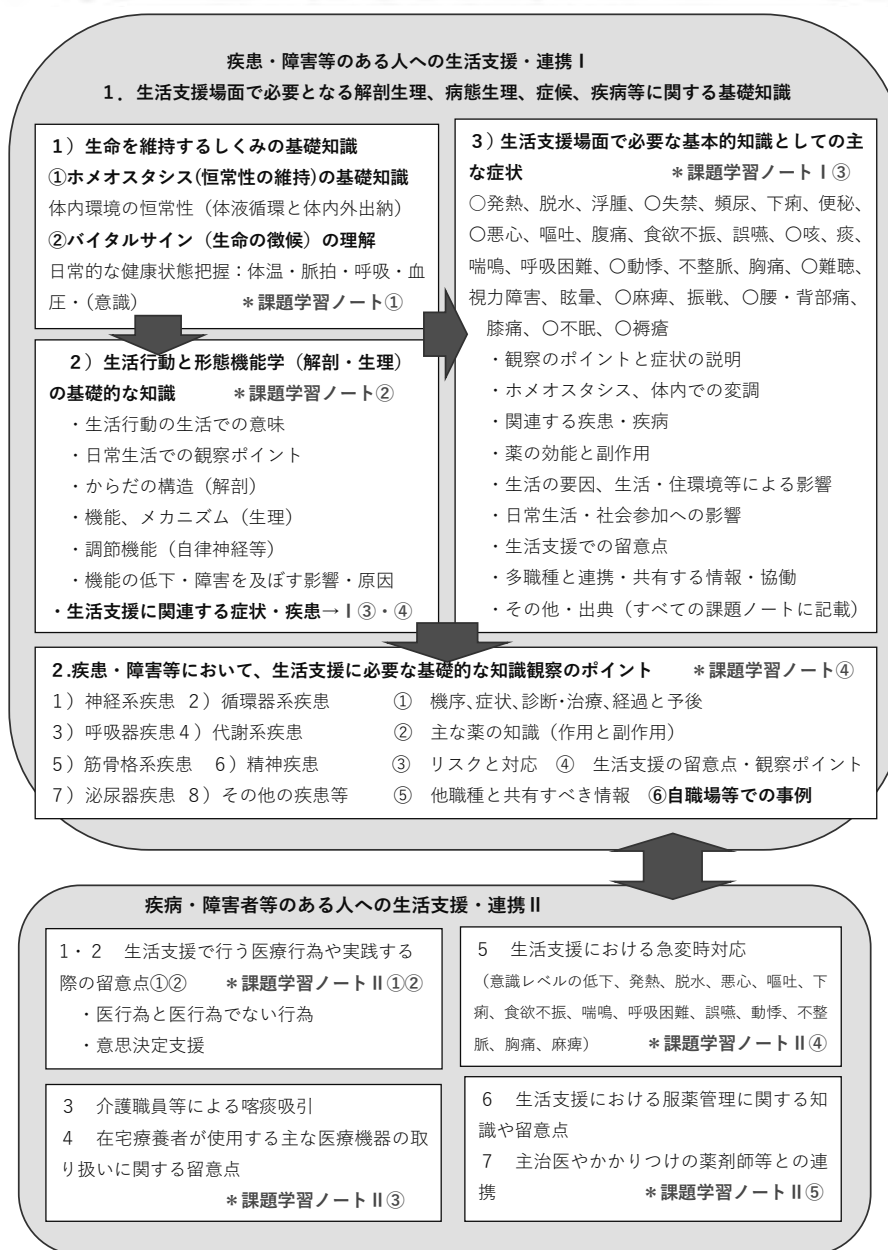
具体的な科目の目的としては、【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ】は、「認定介護福祉士として、生活支援の場面で必要となる医療的ケアや判断及び医療職等との連携の際の根拠となる医療に関する基礎的な知識を獲得させる」となる。

それに続く【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ】では、「【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」ことを教育目的としている。

このように、医療に関する領域Ⅰ類の【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ】と【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ】の内容は、順次性を示し、連動させて習得することが重要である。

これらの「医療に関する領域Ⅰ類」の【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ】と【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ】の内容の関連性、順次性を表した「研修展開の全体像」は次のようになる。

疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ・Ⅱ「研修展開の全体像」



「研修展開の全体像」の解説

【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ】では、「1. 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知識」の基盤として下記の項目を設けている。

- 1) 生命を維持するしくみの基礎的な知識
- 2) 生活行動と形態機能学(解剖・生理)の基礎的な知識
- 3) 生活支援場面で必要な基本的知識としての主な症状

1) 生命を維持するしくみの基礎知識 **課題学習ノート I ①**

日常生活の生活行動・生活機能を支援するために必要な人体のメカニズムの基礎である、「①ホメオスタシス(恒常性の維持)の基礎知識」「②バイタルサイン(生命の徴候)のメカニズム」とそれを踏まえたより正確な測定方法など、利用者の健康状態や身体的機能の状態と関連させて理解できるようにする。

2) 生活行動と形態機能学(解剖・生理)の基礎的な知識 **課題学習ノート I ②**

「息をする」「食べる」「トイレに行く」など生活行動の形態機能学の視点から、利用者の日常生活での行動の枠組みで身体機能の基礎知識(解剖・生理)の理解が深まるように構成(課題学習ノート I ②)し、介護福祉士の生活支援と関連させて人体のメカニズムの基本を習得する道筋を示している。

3) 生活支援場面で必要な基本的知識としての主な症状 **課題学習ノート I ③**

「1)・2)」の知識を基に、「生活支援場面で必要な基本的知識としての主な症状」では、介護福祉士が現場で遭遇することのある代表的な症状について各自で調べるとともに情報を整理(*課題学習ノート I ③)し、理解していくことで主体的な学習となるようにする。

「1. 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知識」を踏まえ「2. 疾患・障害等において、生活支援に必要な基礎的な知識」観察のポイントでは、各疾患の機序、症状、診断・治療、経過と予後や主な薬の知識、リスクと対応、生活支援の留意点・観察ポイント、他職種との連携共有すべき情報を項目ごとにまとめ(課題学習ノート I ④)、受講生自身の実践で利用者の生活支援の経験と照らし合わせて知識を統合できるようにする。

【疾患・障害等のある人への生活支援・連携 II】では、【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多職種との連携について理解させる、と教育目的を設定している(課題学習ノート II ①②)。

1. 生活支援で行う医療行為や実践する際の留意点
 - 1) 医行為と医行為でない行為(課題学習ノート II ①)
 - 2) 意思決定支援(課題学習ノート II ②)
 - 3) 介護職員等による喀痰吸引と医療
2. 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(課題学習ノート II ③)
3. 生活支援における急変時対応
 - 1) 状態の把握と観察のポイント
 - 2) 急変時の判断とその対応(課題学習ノート II ④)
4. 生活支援における服薬管理に関する知識や留意点
5. 主治医やかかりつけの薬剤師等との連携(課題学習ノート II ⑤)など

医療に関する基礎的知識をベースにより具体的で実践的な知識として習得する。さらに、その日常生活の利用者の生活支援での実践的知識を基に積極的に医療職との連携を図ることができるようにする。

このように、受講者が、医療に関する領域の【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ／Ⅱ】の研修展開の全体像を理解し描けたうえで積極的に介護専門性を高める自己学習ができるように指導する。

* 課題学習ノートの活用

【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ】の研修内容の展開に対応した課題学習（事前学習）を「課題学習ノートⅠ①②③」を活用することで、情報や知識を単に調べるという受動的な作業とならないようにする。

- 医療的な基礎知識が認定介護福祉士の生活援助とどのように関連していくのか、利用者の状態や生活行動の背景にある体内のメカニズムや形態機能学の視点を持ち、利用者の生活を観察するポイント、生活支援の留意点等の実践に結びつけていけるように体系的な学習となるようにする。
- 「課題学習ノート」は、学習ポートフォリオとして研修中の学習の過程、事後学習として追記、さらに実践での知見、不足する知識は調べ修正、更新を継続し知識を確かなものとしていくことが知識の定着・実践での活用として重要である。
- 自己研鑽のツール、また新人教育・プリセプターや職場での介護職への指導・研修等の資料として活用することも考えられる。

参 照

疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰの展開に合わせた「課題学習ノート」

*「課題学習ノート」の項目については講師の講義目的等に応じて変更することも可能である。これらの項目を今後の認定介護福祉士の教育・養成研修の改善に活かすようにする。また、すべての疾患・疾病ではなく、講師の研修計画による重点に応じた選択等の工夫は妨げない。

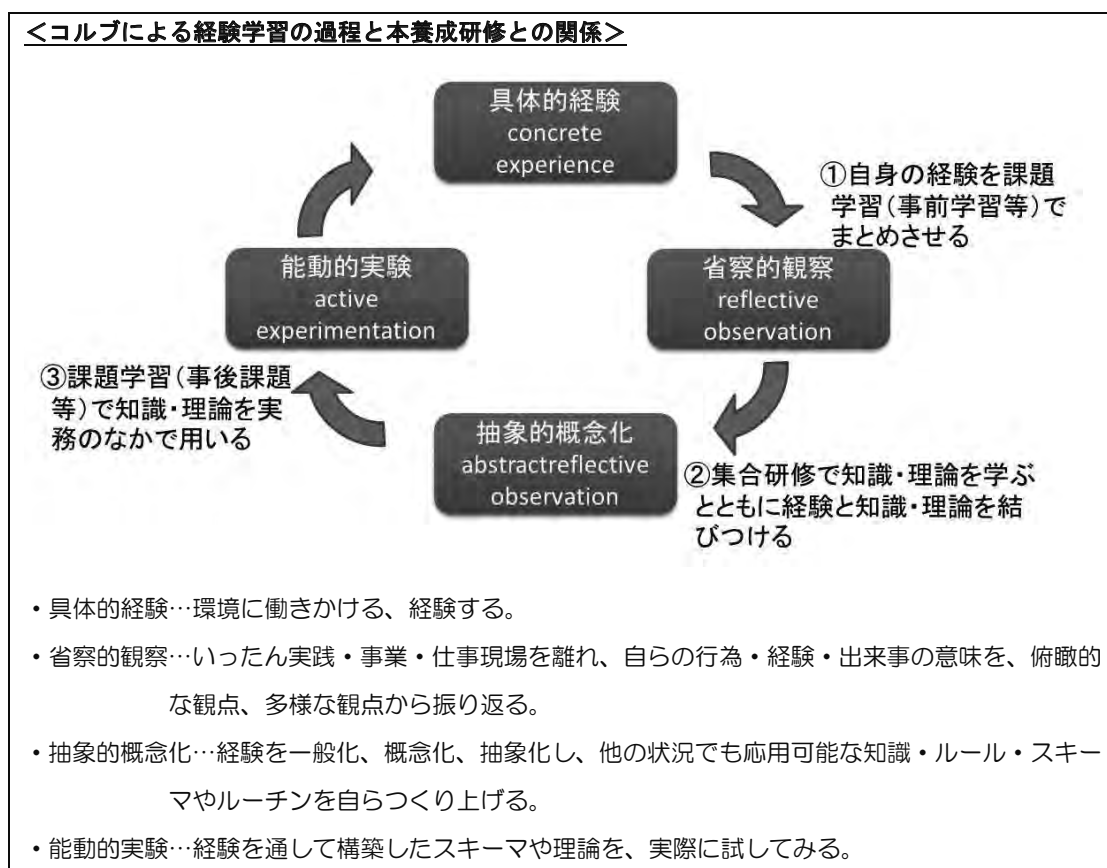
*課題学習シート項目と合わせての「研修の目標」を説明する。

【参考】認定介護福祉士養成研修の展開デザインと経験学習

認定介護福祉士養成研修の受講者は、一定の実務経験を有する現任の介護福祉士である。各科目の展開のデザインにあたっては、下記の経験学習の考え方を参照されたい。

- 介護福祉士（受講者）が業務で実際に遭遇する場面と、知識・理論を結びつけるような学習を行わせることで、実務において知識・理論を想起し、知識・理論を用いて実務を分析できるような思考枠組みを獲得させる。
- そのために、①まず受講者に自身の経験を課題学習（事前学習等）でまとめさせる、②集

合研修で知識・理論を学ぶとともに経験と知識・理論を結びつける演習を行う、③課題学習（事後課題等）で知識・理論を実務のなかで用いることで知識・理論の応用力を身に着けさせる、という流れが基本となる【経験学習サイクル】。



- 必要な知識・理論のすべてを集合研修で教授することはできないため、課題学習の時間に有効に割り当てることが必要である。
- 実務経験があるがゆえに、専門職としての視点のみに立ち、利用者、家族、地域住民、他の専門職や行政など、多様なステークホルダーからの視点・価値観に気づかない場合がある。研修によって、多様なステークホルダーそれぞれの見方やニーズに気づかせることで、これまで培われた自身の見方・価値観・思考枠組みを相対視させることが重要となる。
- 実務経験があるがゆえに、自身の実務経験に基づいて習得した方法を絶対視し、知識・理論に基づく思考枠組みの形成や、物の見方の転換・相対化が困難な場合がある。研修によって他者の経験から学ぶことで、これまで培われた自身の見方・思考枠組みを相対視させることが重要となる。
- 受講者がどのような施設・事業所で実務経験を重ねたかによって、経験した業務内容にかなりの違いがある。このことが介護福祉士の役割についての理解や介護観等に大きな影響を与えている。講師はこのことを理解したうえで、受講者が互いの経験を共有し、これ

まで培われた自身の見方・思考枠組みを相対視させるとともに、施設・事業所の違いにかかわらず介護福祉士として共有すべき介護観や役割、アイデンティティについて、受講者が十分に省察できるよう支援することが重要となる。

【疾患・障害等のある人への生活支援・連携 I】

研修の展開例

医療に関する領域	疾病・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	①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。 ②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考え方	○介護福祉士養成課程では、「こころからだのしくみ」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」、「多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多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。			
テーマ・大項目	展開内容 (講義のポイント、演習の展開内容)	集合研修	課題学習	時間
1. 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知識	○移動、移乗、歩行、食事、整容、更衣、トイレ動作、入浴に関連した身体機能の基礎知識（解剖・生理）とバイタルサイン（vital signs）及び疾患の代表的な症状を学習	講義① ○医療に関する基礎的な知識を理解する必要性 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に関する基本的な知識、人体の機能や構造（メカニズム等）をホメオスタシス（恒常性の維持）、バイタルサイン（生命徴候、生活行動と形態機能学（構造と機能）視点から生活行動のしくみを体系的に理解でき、説明をすることができ。また、それらの医療に関する基礎的な知識がなぜ必要なのかのような知識が医療関連の多職種との連携・協働に必要なことを理解する。 * 医療に関する領域 I・II 学習の全体像について描けたうえで積極的に介護専門性を高める自己学習ができるように指導する。	課題学習（事前課題）① 1) 人体メカニズムの基礎知識 ① ホメオスタシス（恒常性の維持と調節機能） ② バイタルサインの理解 * 課題学習ノート I ① 2) 生活行動と身体機能の基礎的な知識 □息（呼吸）をする □食べる □トイレに行く * 生活行動の形態機能（構造と機能） * 機能の低下・障害が生活に及ぼす影響 * 生活行動、支援に関連する症状・疾病 * 課題学習ノート I ②	
	○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 「疾患・障害等のある人への生活支援・連携 I」で扱う疾病・症候 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	演習（グループワーク）① 課題学習ノート①②③で調べた人体のメカニズム、形態機能学での生活行動の理解の踏まえ、利用者の生活支援で出会う代表的な症状に関する医療の基本知識を深める。さらに、介護福祉士が日常生活での観察のポイント・状態（介護過程）等の実践の振り返りと結びつけてグループ内で発表、意見交換をすることで実践的知識として習得できるようにする。【利用者の症状に関する医療の基礎知識：添付資料 4】のような、図式を活用しグループで症状をアセスメント分析する思考の枠組みを習得する。	3) 生活支援場面で必要な基本的知識としての主な症状 * 課題学習ノート I ③ ○発熱、脱水、浮腫 ○失禁、頻尿、下痢、便秘 ○悪心、嘔吐、腹痛、食欲不振、誤嚥 ○咳、痰、喘鳴、呼吸困難 ○動悸、不整脈、胸痛 ○難聴、視力障害、眩暈 ○麻痺、振戦 ○腰・背部痛、膝痛 ○不眠 ○褥瘡、など	
2. 疾患・障害等において、生活支援に必要な基礎的な知識 * 各疾患・障害等において、次の内容をふまえる 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多職種と共有すべき情報 等	①感染症・感染症が局所的、全身的疾患であることを理解する。 ・感染症の種類、概念、病態、診断を理解する。感染症の治療、予防について理解する。 ②神経・筋疾患 ・中枢神経疾患の原因病態を理解する。 ・末梢神経疾患の原因、病態を理解する。 ・筋疾患：筋委縮には神経原性と筋原性がある事を理解する。 ③高次脳機能障害 ・脳血管障害、頭部外傷などの器質的損傷により失語・失行・失認といった局所的巣症状、注意障害や記憶障害などの欠落症状、判断・遂行機能障害・社会的行動障害などを呈する状態像を理解する	講義② 課題学習② でまとめた疾患・障害における生活支援に必要な基礎的な知識（機序・症状・診断・治療・経過と予後・服薬の作用と副作用・リスクへの対応・生活支援者としての留意点と観察のポイント）について講義で理解を深める。また、受講生が積極的に課題学習の訂正、追加、更新し正確な知識の取得を心掛けることができるようにする。 演習（グループワーク）② 集合研修時にグループ演習で、 課題ノート④ を活用し、グループ内で報告、より他者にその説明が出来るようにする。他者への説明は、アセスメントや多職種との連携・協働に際して、根拠を示して情報提供等実践で活用できるようにする。	課題学習② * 課題学習ノート ④ 課題学習① を理解の上、各疾患ごとに介護現場での具体的事例を取り上げ、その疾病について「各疾患・障害等のふまえるべきポイント」項目に沿って調べ 課題学習ノート④ に記載する。また、事例での症状の観察・対応、多職種への連絡等について記載する。 具体的事例がない場合は、仮想事例を調べ手設定することも可能である。 * ここでの課題学習は、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事が目的ではない。そうした治療法や薬による影響に関する知識を学び、利用者のアセスメントや生活支援、多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する	

<p>2. 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> <p>①機序、症状、診断・治療、経過と予後</p> <p>②主な薬の知識（作用と副作用）</p> <p>③リスクと対応</p> <p>④生活支援の留意点・観察ポイント</p> <p>⑤多職種と共有すべき情報等</p>	<p>④○循環器疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心電図を通して不整脈を理解する。心不全の病態、治療について理解する。虚血性心疾患狭心症心筋梗塞の症状診断治療について理解する。 ○呼吸器疾患 <ul style="list-style-type: none"> ・気管支、肺の感染症について理解する。呼吸不全を生じる慢性の肺炎について理解する。肺循環障害による疾患について理解する。肺の腫瘍性疾患について理解する。 	<p>講義② 演習（グループワーク）②</p> <p>課題学習②でまとめた疾患・障害における生活支援に必要な基礎的知識（機序・症状・診断・治療・経過と予後・服薬の作用と副作用・リスクへの対応・生活支援者としての留意点と観察のポイント）を理解し、集合研修時にグループ演習で、課題ノート④を活用し他者にその説明が出来、アセスメントや多職種との連携・協働に際して、根拠を示して情報提供等実践で活用できるようにする。</p> <p>* 演習内容については、介護福祉士は在宅・施設において利用者に継続的に関り一番近い立場におかれている。利用者の急変、異変を発見した際、医療職等に速やかに連携をとるために必要なアセスメントの取り方をGWを通じて学ぶことを目標としてほしい。また、医療職として「このような介護福祉士、介護職員に期待しているということ」をGWで気づかせていただきたい。</p>	<p>課題学習② * 課題学習ノート④</p> <p>課題学習①を理解の上、各疾患ごとに介護現場での具体的事例を取り上げ、その疾病について「各疾患・障害等のふまえるべきポイント」項目に沿って調べ課題学習ノート④に記載する。</p> <p>また、自職場等事例での症状の観察・対応、多職種への連絡等について記載する。</p> <p>具体的事例がない場合は、仮想事例を設定、情報収集、調べた知識を基に記載することも可能である。</p>	
	<p>⑤○消化器疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ・消化器の炎症性疾患、感染症について理解する。消化器の腫瘍性疾患を理解する。肝臓胆膵臓疾患について理解する。 ○代謝系疾患 <ul style="list-style-type: none"> ・代謝疾患の成因と病体を理解。肥満と生活習慣病の関連性を理解する。メタボリックシンドロームの概念を理解する。代謝異常の進展と動脈硬化性疾患の発生機序を理解する 			
	<p>⑥○泌尿器疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ・腎臓の機能を学習し腎不全時に見られる症状・重傷度を理解する。大頭症（腎透析）を理解する。糖尿病腎症の病態を理解する。膀胱機能を理解し、頻尿失禁の病態を理解する。 			
	<p>⑦○筋骨格系疾患・骨の構造と仕組みを理解し骨折の症状、分類、治癒、骨折による合併症状を理解する。骨粗鬆症、関節リウマチ、変形性関節症、脊柱管狭窄症を理解する。</p>			
	<p>⑧○筋骨格系疾患・高齢者に多い骨折等（大腿骨頭部骨折・橈骨遠位端骨折、腰椎圧迫骨折、等）を理解する。</p>			
	<p>⑨○精神的疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ○発達障害 <ul style="list-style-type: none"> ・知的障害・自閉症・アスペルガー症候群・広汎性発達障害・学習障害、注意欠陥多動性障害病態、を理解しライフステージ(life stage)に応じた支援の違いを理解する。 ・知的障害の評価を理解しライフステージ(life stage)に応じた支援の違いを理解する 			
	<p>⑩○その他の疾患・感覚器系の解剖および疾患を理解する。白内障・緑内障、老人性難聴</p>			
		<p>事後課題</p> <p>研修（講義・演習・課題学習）を受講して「疾病・障害のある人への生活支援・連携Ⅰ」を振り返り、「課題ノート」の学習内容を追加・補強し、「疾病・障害のある人への生活支援・連携Ⅱ」の事前学習とする。また実践での経験や知識を継続して追記していくこと。</p>		
<p>* 京都府介護福祉士会の認定介護福祉士研修の講師のための資料（医療系Ⅰ）を参考に改変作成</p>				

課題学習(事前課題)の例

課題のねらい

- ・課題学習の過程で、症状や疾患について基礎的な医療知識の学習をすることだけが目的ではなく、症状・疾患に応じた利用者の生活支援について、振り返りにより認定介護福祉士として実践力を高めるため、主体的な学習への導入とする。
- ・医療に関する基礎的な知識を教材・参考テキスト、インターネット検索等で必要な知識を調べる経験を通して、実務でも常に生活支援・実践で必要となった医療知識・情報を確認していく重要性とスキルを習得させる。
- ・利用者の日常生活の支援で症状・疾患等に関する知識を「課題学習ノート」を活用し、各自が収集した情報と実践での気づき、観察のポイント、個別に対応した生活支援の留意点を整理していくことで実践的知識として統合・体系化して取得させる。
- ・課題学習ノートを自職場の教育や職場内研修等で活用することは、認定介護福祉士養成研修に関する理解を深め、認定介護福祉士をめざす意義を伝達することになる。

メカニズムや理論に関する知識領域

臨床や実践に関する知識領域

課題の内容

事前課題 1

教材・参考テキスト、インターネットでの検索など収集した情報を各課題ごとの「課題学習ノート I ①②③」の項目に従い整理させることで理解させる。。

1. 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知識

1) 生命を維持するしくみの基礎知識 **課題学習ノート I ①**

①ホメオスタシス(恒常性の維持)の基礎知識

体内環境の恒常性 (体液循環と体内外出納)

②バイタルサイン (生命の徴候) の理解

日常的な健康状態把握：体温・脈拍・呼吸・血圧・(意識)

認定介護福祉士研修（課題学習）ノート 医療に関する領域 1-1・2

認定介護福祉士研修（課題学習）ノート

提出日時	2021年 月 日	受講番号
氏名		

医療に関する領域：

疾病・障害等のある人への生活支援・連携 I

1. 生活支援場面で必要となる解剖生理、病態生理、症状、疾病等に関する基礎知識

1) 人体メカニズムの基礎知識 *課題学習ノート ①

① ホメオスタシス（恒常性の維持と調節機能）
 ② バイタルサインの理解（生命の徴候）

2) 生活行動と身体機能の基礎的な知識 *課題学習ノート ②

息（呼吸）をする
食べる、
トイレに行く
 *生活行動の形態機能（解剖・生理：構造と機能）
 *機能の低下・障害が生活に及ぼす影響
 *生活行動、生活支援（介護）に関連する主な症状、疾患・疾病

3) 生活支援場面で必要な基本的知識としての主な症状 *課題学習ノート ③

発熱、脱水、浮腫 失禁、頻尿、下痢、便秘 悪心、嘔吐、腹痛、食欲不振、誤嚥
咳、痰、喘鳴、呼吸困難 動悸、不整脈、胸痛 難聴、視力障害、眩暈
麻痺、振戦 腰・背部痛、膝痛、不眠、褥瘡、など

記入に際しての注意事項 出典・URL等を記載、個人情報の保護等

参考テキスト・教材
 伊藤進ほか（編著）『メディカルスタッフのための内科学（第4版）』医学出版,2013.
 栗沼典子『形態機能学 生活行動からみるからだ（第4版）』日本看護協会出版会,2019.
 上之関佳子『人体の恒常性の維持（ホメオスタシス）と生活』『バイタルサイン（生命徴候）の理解』、鈴木聖子ほか「第5章介護福祉の基礎となる病態」太田貞司（監修）『生活支援の基礎理論II』光生館,2015.

認定介護福祉士研修（課題学習）ノート 医療に関する領域 1-1・2

1. 生活支援場面で必要となる解剖生理、病態生理、症状、疾病等に関する基礎知識

1) 人体メカニズムの基礎知識

*課題ノート①「ホメオスタシス」

① ホメオスタシス Homeostasis（恒常性維持のための調節機能）	
体内環境の恒常性（ホメオスタシス）とは	*神経性調節、液性（ホルモン）調節等があるが介護福祉士に必要な基礎知識
体内の体液の循環	*体内環境のうち、ここでは体液のみ（それ以外に電解質 pH、酸素分圧等）
体内外の水分の出納	
細胞と体液、血液	
その他・出典	

*課題ノート②「バイタルサイン」

② 健康状態把握 バイタルサイン Vital signs（生命を維持する徴候）の理解	
体温 (熱産生・熱放射、 体温調節中枢等)	*体温調節等に関連する用語を記載しておく、その用語についても理解する
脈拍 (心拍、心臓の機能、 自律神経系)	
呼吸 (吸気・呼気、気道、 ガス交換、O ₂ ・CO ₂)	
血圧 (心拍出量、末梢血管 抵抗、収縮期血圧・拡張 期血圧と心室機能)	
その他・出典	

2) 生活行動と形態機能学（解剖・生理）の基礎的な知識

課題学習ノート I ②

- ・生活行動の生活での意味
- ・日常生活での観察ポイント
- ・からだの構造（解剖）
- ・機能、メカニズム（生理）
- ・調節機能（自律神経等）
- ・機能の低下・障害を及ぼす影響・原因
- ・生活支援に関連する症状・疾患→ I ③・④を学習時に追記

認定介護福祉士研修（課題学習）ノート		医療に関する領域1-1・2
2) 生活行動と身体機能の基礎的な知識（形態機能学：解剖・生理）、疾患の代表的な症状		
*課題ノート②「息をすること」		
息をすること（呼吸をすること）に関連した形態機能学（解剖・生理機能）、疾患の代表的な症状		
呼吸することの意味		
日常生活での呼吸の観察		
呼吸運動と呼吸中枢		
気道・肺、胸郭、横隔膜		
ガス交換 外呼吸と内呼吸		
呼吸に関連する主な症状、疾患・疾病	今後学習する「1.症状」「2.疾患・疾病」での下記の項目と関連する。 *研修中に学習して追加し、もしくは下記の項目をつなげて纏り、体系的に理解をする。 1. 主な症状 ○咳、痰、喘鳴、呼吸困難 呼吸器疾患（慢性閉塞性肺疾患・誤嚥性肺炎・不顕性肺炎） 2. 疾患・疾病 ○呼吸器疾患 気管炎、肺の感染症について理解する。呼吸不全を生じる慢性的肺疾患について理解する。肺循環障害による疾患について理解する。肺の腫瘍性疾患について理解する。	
その他・出典		

認定介護福祉士研修（課題学習）ノート		医療に関する領域1-1・2
*課題ノート③「食べること」		
食べる（食事をする）に関連した形態機能学（解剖・生理機能）、疾患の代表的な症状		
生活での食べることを意味		
日常生活での食べるに関する観察・アセスメント		
食欲・食行動（口に運ぶ）		
咀嚼、飲み込む（嚥下） 嚥下機能の障害		
消化と吸収		
「食べる」に関連する主な症状、疾患・疾病	○悪心、嘔吐、下痢、便秘、腹痛、食欲不振、誤嚥 ○消化器疾患 消化器の炎症性疾患、感染症について理解する。消化器の腫瘍性疾患を理解する。 肝臓胆膵臓疾患について理解する。	
その他・出典		

3) 生活支援場面で必要な基本的知識としての主な症状 **課題学習ノート I ③**

- 発熱、脱水、浮腫、○失禁、頻尿、下痢、便秘、
 - 悪心、嘔吐、腹痛、食欲不振、誤嚥、
 - 咳、痰、喘鳴、呼吸困難、○動悸、不整脈、胸痛、
 - 難聴、視力障害、眩暈、○麻痺、振戦、
 - 腰・背部痛、膝痛、○不眠、○褥瘡
- ・観察のポイントと症状の説明
 - ・ホメオスタシス、体内での変調
 - ・関連する疾患・疾病
 - ・薬の効能と副作用
 - ・生活の要因、生活・住環境等による影響
 - ・日常生活・社会参加への影響
 - ・生活支援での留意点
 - ・多職種と連携・共有する情報・協働
 - ・その他・出典（すべての課題ノートに記載）

認定介護福祉士研修（課題学習）ノート		医療に関する領域1-1・2
3) 生活支援場面で必要な基本的知識としての主な症状		
*課題ノート③「○○」		
症 状 : ○ ○		
「日常生活」での観察のポイント・状態の説明		
ホメオスタシス体内での変調		
関連する疾患・疾病		
薬の効能と副作用 生活への影響		
生活の要因 生活スタイル・住環境等による影響		
日常生活（社会参加）への影響		
生活支援での留意点		
多職種と連携・共有する情報・協働		
その他・出典		

事前課題 2

教材・参考テキスト、インターネットでの検索など収集した情報を各課題ごとの「課題学習ノート I ④」の項目に従い整理しなさい。

2. 疾患・障害等において、生活支援に必要な基礎的な知識観察のポイント 課題学習

ノート I ④

- 1) 神経系疾患
- 2) 循環器系疾患
- 3) 呼吸器疾患
- 4) 代謝系疾患
- 5) 筋骨格系疾患
- 6) 精神疾患
- 7) 泌尿器疾患
- 8) その他の疾患等

記載する項目

- 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
- ⑥ 自職場等での事例

認定介護福祉士研修（課題学習）ノート 医療に関する領域 I-1-2

認定介護福祉士研修（課題学習）ノート

医療に関する領域：
疾病・障害等のある人への生活支援・連携 I

2. 疾患・障害等において、生活支援に必要な基礎的な知識 *課題学習ノート ④

*各疾患・障害等のふまえるべきポイント

- 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

- 1) 神経系疾患
 - 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）
- 2) 循環器系疾患 ①慢性虚血性心疾患、狭心症、急性心筋梗塞、高血圧性疾患
- 3) 呼吸器疾患 ①慢性閉塞性肺疾患、びまん性肺炎、不顕性肺炎
- 4) 代謝系疾患 ①脂質異常症、糖尿病
- 5) 筋骨格系疾患 ①骨関節疾患（膝関節炎、骨粗鬆症、関節リウマチ、腰部脊柱管狭窄症）
 - ②高齢者に多い骨折等（大腿骨頭部骨折・機骨遠位端骨折、腰椎圧迫骨折、等）
- 6) 精神疾患 ①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
- 7) 泌尿器疾患 ①頻尿、失禁、腎炎、人工透析
- 8) その他の疾患等
 - ①老人性白内障、緑内障
 - ②老人性難聴
 - ③高次脳機能障害
 - ④感染症
 - ⑤消化器疾患
 - ⑥発達障害・知的障害

記入に際しての注意事項 出典・URL等を記載、個人情報保護等
参考テキスト・教材
伊藤進ほか（編著）『メディカルスタッフのための内科学（第4版）』医学出版2013.

認定介護福祉士研修（課題学習）ノート 医療に関する領域 I-1-2

*課題ノート④「息をする」

1) 神経系疾患 ①神経筋疾患 パーキンソン病（例）	
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	
⑥自職場等での事例	
気づき・観察（生活の様子、言動）アセスメント・分析	
生活支援での具体的な対応、留意点	
多職種への連携方法や具体的な説明協働	
その他・出典	

課題の活用

・事前課題1で作成した課題学習ノート I ①②③は、事前に提出させ体系的に研修内容を展開する講義のポイントを確認するとともに、研修中に課題学習ノート追記、更新して研修後実践でも活用させる。

- ・課題学習ノート I ③は、事前に提出させ演習（グループワーク）の資料として活用する。
- * 今後、各自の学習ノートとして、「その他・出典」を記入の上保存できるようにしていく。
- ・事前課題 2 の課題学習ノート I ④は、課題学習ノート I ①②③を踏まえて疾患別、疾病別に理解しておくべき項目の知識を自己学習で調べ確認することと並行して、各自実務を通じた具体的な事例（⑥自職場等での事例）で生活支援の介護福祉士としての実践での「気づき・観察（生活の様子、言動）」、「アセスメント・分析」、「生活支援での具体的な対応、留意点」、「多職種への連携方法や具体的な説明・協働」と関連づけて知識を確実なものとしていく。

集合研修の展開例

※午前中 3 時間（9 時～12 時）のイメージ

1. 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知識

メカニズムや理論に関する知識領域

臨床や実践に関する知識領域

1 コマ目 講義(60～75 分)

医療に関する領域 I・II の学習の全体像を明確にするために課題学習ノート（事前課題）を活用しながら学習の順次性を解説をする。

○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に関する基本的な知識、人体の機能や構造（メカニズム等）をホメオスタシス（恒常性の維持）、バイタルサイン（生命徴候、生活行動と形態機能学（構造と機能）視点から生活行動のしくみと構造を体系的に理解する。。

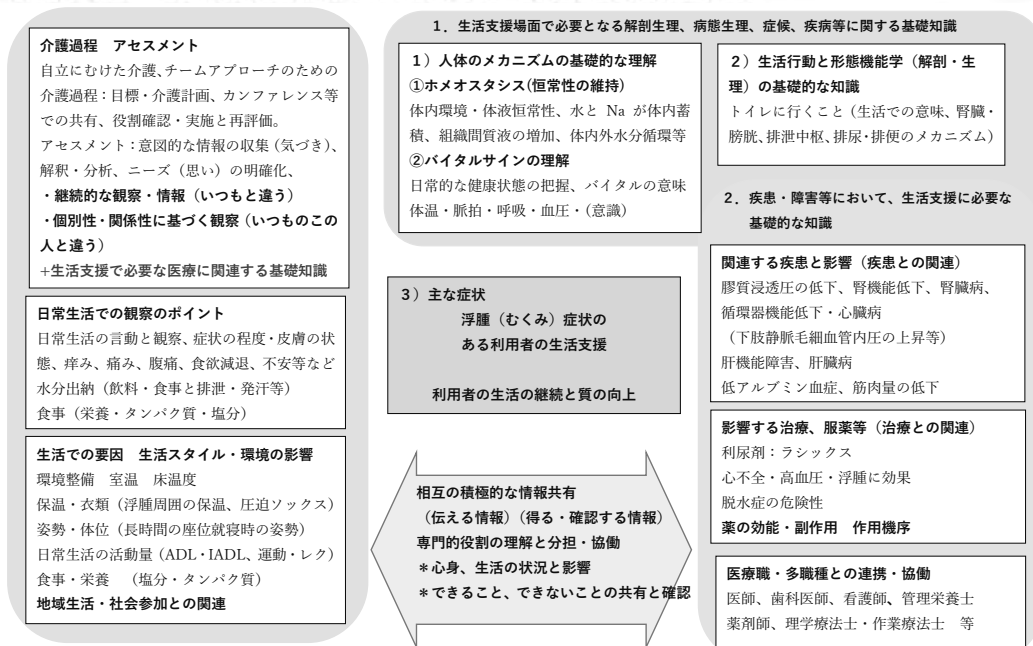
○それらの医療に関する基礎的な知識がなぜ必要なのか、どのような知識が医療関連の多専門職種との連携・協働に必要なかを理解する。

2 コマ目 演習(105～120 分)

1-3) 生活支援場面で必要な基本的知識としての主な症状 **演習（グループワーク）①**

課題学習ノート①②③で調べまとめた人体のメカニズム、形態機能学での生活行動の理解の踏まえ、利用者の生活支援で出会う代表的な症状に関する医療の基本知識を深める。さらに、介護福祉士が日常生活での観察のポイント・状態（介護過程）等の実践の振り返りと結びつけてグループ内で発表、意見交換をすることで実践的知識として習得できるようにする。【利用者の症状に関する医療の基礎知識：添付資料】のような、図式を活用しグループで症状をアセスメント分析する思考の枠組みを習得する。

【別添資料4】疾患・障害等のある人への生活支援・連携！ 利用者の症状に関する医療の基礎知識と連携・協働



3) 生活支援場面で必要な基本的知識としての主な症状

- 発熱、脱水、浮腫 ○失禁、頻尿、下痢、便秘 ○悪心、嘔吐、腹痛、食欲不振、誤嚥
- 咳、痰、喘鳴、呼吸困難 ○動悸、不整脈、胸痛 ○難聴、視力障害、眩暈
- 麻痺、振戦 ○腰・背部痛、膝痛、 ○不眠、 ○褥瘡、など

【添付資料】（学習の目的と体系）の説明

主な症状の「浮腫」を例にすると、日常的に生活支援を行うなかでの「むくみのある利用者」の「いつもと違う（継続的な観察・情報）」、「いつものこの人と違う（個別性、関係性に基づく観察）」などの「日常生活での観察のポイント・状態の説明」を実践の振り返りと結びつけて記載していく。

さらに「ホメオスタシス、体内での変調」では、学習した1)人体のメカニズムの基礎的な理解①ホメオスタシス(恒常性の維持)と関連させて考え、「関連する疾患・疾病」「薬の効能と副作用、生活への影響」についてはテキストや文献、インターネット（医療・健康等の学会、公的機関ホームページなど推奨）での主体的な学習により、整理し理解を深める。

また、生活での場面でのそれらの症状が「生活での要因、生活スタイル・住環境等による影響」、「日常生活（社会参加）への影響」をまとめ、具体的な「生活支援での留意点」、「多職種と連携・共有する情報・協働」を介護専門職として整理して記載していく。日常生活を支援している介護福祉士が利用者の生活の変化、状態の変化、変調などを多職種へ積極的に連絡・伝達する力を養えるようにする。

これらにより、症状を踏まえ利用者の生活支援での観察・留意点を介護職チームに介護プロセス(実践やカンファレンス等)で伝え指導できるようになる。そして最終目標としては、介護の専門性である利用者の主体的生活の継続と生活の質向上に資する認定介護福祉士をめざすことである。

- 日々の利用者と接する機会のある介護福祉士にとって「気づき」は重要であり、日常生活での場面(場所・空間)で、日常的に継続的(頻度・関係性の深化)による観察の特性を踏まえ、チームでの観察を共有し統合する介護過程による個別介護計画(個別支援計画等)で明確化していく。
- 出典・URL等の記載を求めることで、医療系Ⅲ類の事前学習や自己研鑽、職場での研修・教育に活用する。

【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ】

研修の展開例

医療に関する領域		疾病・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多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 ・医療職等の多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考え方	<p>○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。</p> <p>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。</p> <p>○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。</p>		
テーマ・大項目	展開内容（講義のポイント、演習の展開内容）	集合研修	課題学習（事前課題）
1 生活支援で行う医療行為や実践する際の留意点	1) 医行為と医行為ではない行為 ・介護福祉士として行える医行為と医行為ではない行為 厚生労働省から提出された通知をもとに、介護福祉士として実施してよい医行為について学びを深める。	演習（グループワーク）① 事前課題①を演習とするか、講義での質疑にする。 講義① <ul style="list-style-type: none"> ・医行為と医行為でない行為の通知の趣旨・解釈 ・生活支援で行う医行為でない行為を安全に実践する留意点・医療職との連携と実施条件を理解する。 ・医行為でない行為で実施条件により生活支援で医療職と連携・協働が必要な利用者の状態 * 本人、家族への説明と同意 * 医師・看護師等の状態確認（実施条件）	事前課題① * 課題学習ノートⅡ① 「厚生労働省医政局長通知(医政初第0726005号)平成17年7月26日」を厚生労働省「法令等データベースサービス-通知検索-」で入手し解読したうえで、介護現場で行われている医行為でない行為について、①現場での対応、②多職種との連携・協働、③具体的な課題についてレポート形式用紙A4に800字程度にまとめる。
	2) 意思決定支援 ・利用者の尊厳と意思決定支援について 意思決定支援については、利用者の尊厳を守る（尊重すること）が重要であり、尊重した関わりを行うにはチーム全体での調整が必要である。また療養上の意思決定支援についても、「介護福祉士倫理綱領」にも掲げられている『利用者本位・自立支援』にもつながり、職能集団としての役割・機能でもあるという点も理解を促す。	演習（グループワーク）② 事前課題②、意思決定支援に関する事例についてグループワーク（報告・意見交換） ・事前課題または事例を提示する方法でグループワークを通じて意思決定支援を介護福祉士としての役割・機能を踏まえ、どのようにしていけばよいか学びを深められるようにする。 講義② <ul style="list-style-type: none"> ・「介護福祉士倫理要領」介護福祉士として利用者の尊厳を尊重した生活支援のあり方とチームケア ・療養中の意思決定支援での介護職 介護職の医行為（医行為でない条件つき項目含む）に関する説明と同意 ・介護現場で医療機器の使用時（人工呼吸器、吸引の必要な状態待など）に際し、相手の意思決定についての多職種チームで相談し関わることの重要性について理解する。 	事前課題② * 課題学習ノートⅡ② 「介護福祉士倫理綱領」「倫理基準(行動規範)」を読み、利用者の尊厳、および療養上の意思決定支援について自己学習し、これまでの経験から①介護福祉士としての意思決定支援と課題、②現場での多職種連携・協働での意思決定支援体制についてレポート形式で用紙A4に600字程度にまとめる。
	3) 介護職員による喀痰吸引等 ○喀痰吸引・経管栄養 ・解剖生理について ・個人の尊厳・利用者家族の気持ちの理解 ・多職種連携（チーム医療） ・清潔保持と感染予防について	講義③ <ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携（チーム医療） 法令や「介護福祉士倫理綱領」の『4、総合的福祉サービスの提供と積極的な連携・協力』と掲げられているように、介護職だけでは判断できないことも多々あると考えられるため、どのように連携していけばよいかについても理解を深めるようにする。	○事前課題①②と講義①②③、演習①②を組み合わせて実施するなど、講師の研修計画等に応じて実施する。
2 在宅療養者が使用する主な医療機器の取り扱いに関する留意点	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅療養者が使用する主な医療機器 ・在宅療養者が医療機器を必要とする疾患、障害について ・医療機器（酸素濃縮装置、酸素ボンベ、パルスオキシメーター、カニューレ、吸引器、人工呼吸器等）を使用する上で起こりうる問題と対処方法について ・医療機器の取り扱い時の留意点について 	講義④ <ul style="list-style-type: none"> ・介護現場で使用している主な医療機器の取り扱いに関する留意点について理解する。特に在宅酸素療法を必要としている利用者の状態（COPD慢性閉塞性肺疾患・症状等）と機器（酸素濃縮装置、酸素ボンベ、パルスオキシメーター、カニューレ）の取扱い注意事項と生活支援での留意点、生活リハビリなどを理解する。さらに多医療専門職との医療機器とそれを使用する利用者の状態把握等の連携・協働についての考え方、具体的な方法について理解を深めるようにする。 	事前課題③ * 課題学習ノートⅡ③ 介護現場で使用している①医療機器（酸素濃縮装置、酸素ボンベ、パルスオキシメーター、カニューレ等）の取り扱い、②医療機器を使用して生活している利用者への生活支援での観察・対応の留意点、③医療関連職種との連携についてレポート形式：用紙A4に800字程度にまとめる。

<p>3 生活支援における急変時対応</p>	<p>1) 状況把握と観察のポイント ・介護現場で起こりうる急変について 疾病・症候に関する知識を基盤として、その上に急変とは何かについて学びを深める。 ・急変とはどのような状態か、急変時に観察すべきポイント 疾病・症候がどんな疾患と関連があるか、また体調の急変を見分けるための目安についても理解を深める。 2) 急変時の判断とその対応 ・介護職として急変時どんな対応が求められるか ・他職種連携（チーム医療、医療と介護の連携） 「在宅医療・介護連携推進事業について」より、在宅療養生活に関わる医療や介護スタッフとの連携・情報共有は非常に重要とされており、介護職として24時間体制で在宅医療を提供する期間がどの程度あるかも理解を深める。</p>	<p>演習（グループワーク）⑤ 事前学習④を各自発表し、利用者の急変時に、介護職としてどのような対応ができるか、また他職種とどのように連携を図っていけばよいかグループワークを通して学びを深める。それを踏まえ、各職場の緊急時対応体制とマニュアルの改善点を考える。</p> <p>講義⑤ ・誤嚥に関連する基本的知識 ・状態の把握と観察のポイント ・誤嚥時の対応をデモンストレーションする ・医療職との日常的な利用者の状態把握、予想される緊急時対応などの連携・協働 ・職場の事故防止・急変時対応マニュアル ・介護計画、個別支援計画、ケアプラン ・誤嚥事故に関する判例の情報（事故予測・対応）</p>	<p>事前課題④ *課題学習ノートII④ 介護現場での誤嚥の事例から、①急変時の利用者の状態把握、観察、②介護職として急変時にできる対応、③職場での急変時対応体制とマニュアルについてレポート形式で用紙A4に800字程度にまとめる。</p> <p>誤嚥の事例に遭遇したことがない場合は、その他の緊急時の対応方法と課題をまとめる。</p>	
<p>4 生活支援における服薬管理に関する知識や留意点</p>	<p>・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 ・誤薬の時の対応 など</p>	<p>演習（グループワーク）⑥ 事前学習⑥の報告と課題解決に向けて認定介護福祉士にできることをグループワーク</p> <p>講義④ ○高齢者に多い病気について：疾患・障害についての知識を確認し、特徴について理解を深める。 ○処方される薬について：どの疾患にどんな薬が処方されるのか学びを深める。 ○薬の副作用について：飲み合わせ・食べ合わせ等、薬によって禁忌となる事柄について理解を深める。生活支援をするうえで、利用者の生活に影響を及ぼす副作用に対する留意点。 ○アドヒアランス：利用者がどのように治療方針の決定に参加していくのか、具体的な事例を用いて理解を促す。 ○誤嚥時の対応：誤嚥したと何で判断すれば良いのか、観察すべきポイントや対処時に留意事項についても学びを深める。 ○多職種連携（チーム医療、医療と介護の連携）</p>	<p>事前課題⑤ *課題学習ノートII⑤ 介護現場で利用者の服薬に関する課題について、レポート用紙A4に400字程度にまとめる。</p>	
<p>5 主治医やかかりつけの薬剤師等との連携</p>	<p>・多職種連携 ・観察・記録・情報共有のポイント</p>	<p>演習⑦ 事前課題⑦を踏まえ、多職種（医師、薬剤師等）との連携の情報共有のポイント（観察、アセスメント、記録）についてグループワークをする。</p> <p>講義⑦ ○主治医やかかりつけ薬剤師と薬局の役割について地域包括ケアシステムにおいて「医療と介護の一体改革」があり、医療機能の分化/強化/連携を求められている。地域包括システムの概要とその中で介護職が求められる役割についても学びを深める。 ○観察、記録、情報共有のポイント 薬の効果や体調の変化をみて薬の調整・管理をかかりつけ薬剤師は行っているため、日々の利用者の状態を観察し聞きつけた事柄を記録に残し、いつもの違いにいち早く気づける体制を整える。またその変化を多職種へ発信・共有することも介護職の役割である。 ○多職種連携を視野に観察・記録・情報共有のポイント</p>	<p>事前課題⑦ *課題学習ノートII⑥ 多職種とどう連携を図っていけばよいか、連携を図る上で日々どんなことを観察し記録に残していけば良いか自職場での実際の記録を踏まえ800字程のレポートにまとめ提出をする。</p>	
<p>総 括</p>	<p>事後課題II 研修（講義・演習・課題学習）を受講して「疾病・障害のある人への生活支援・連携I・II」を振り返り、「課題ノート」の学習内容を追加・補強しておくこと。また自職場での実践での経験や知識を継続的に追記・更新していくこと。 さらに、自職場のリーダーとして新人教育やカンファレンス等での資料となるよう最新のノートファイリングして活用できるようにすること。</p>			
<p>* 京都府介護福祉士会の認定介護福祉士研修の講師のための資料（医療系II）を参考に改変作成</p>				

事前課題(課題学習)の例

課題のねらい

- ・ 課題学習の過程で、【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知識を活用して利用者の状態に応じた生活支援の実践力や医療専門職等の多職種との連携と協働について理解することである。
- ・ 在宅療養者や介護現場での療養者、医療を必要としている人に対して認定介護福祉士として生活支援上で必要となる医療に関連する知識を理解する。さらに介護職へ説明・指導ができるように各職場に応じた事例を踏まえ改善・考察などをレポートとしてまとめる。
- ・ 医療に関する基礎的な知識を教材・参考テキスト、インターネット検索等で必要な知識を調べる経験を通して、実務でも常に生活支援・実践で必要となった医療知識・情報を確認していく重要性とスキルを習得させる。
- ・ 【疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ】では、項目を指定した形式ではなく、レポート形式での課題提出とする。しかし、「課題学習ノートⅠ」で関連するところを活用して追記し、その後の現場での医療に関する実践的な知識として振り返り、更新できるようにする。

臨床や実践に関する知識領域

課題の内容

事前課題 1

教材・参考テキスト、通知等の法令の資料をインターネットで検索して、収集した情報を整理まとめ、さらに現場での実践と関連させて「課題学習ノートⅡ」としてレポート形式で記述しなさい。(※講師が、参加者のレベルを把握)

1 生活支援で行う医療行為や実践する際の留意点

1) 医行為と医行為でない行為

- ・ 介護福祉士として行える医行為と医行為でない行為

事前課題①

課題学習ノートⅡ① (レポート形式)

「厚生労働省医政局長通知(医政初第 0726005 号)平成 17 年 7 月 26 日*」を厚生労働省「法令等データベースサービスー通知検索ー」で入手し解読したうえで、介護現場で行われている医行為でない行為について、①現場での対応、②多職種との連携・協働、③具体的な課題についてレポート形式で A4 判用紙に 800 字程度にまとめる。

* 法令 (通知) 資料

「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について (厚生労働省医政局長通知)」(平成 17 年 7 月 26 日医政発第 0726005 号)

2) 意思決定支援

- ・利用者の尊厳と意思決定支援について

事前課題②

課題学習ノートⅡ② (レポート形式)

「介護福祉士倫理綱領」「倫理基準(行動規範)」を読み、利用者の尊厳、および療養上の意思決定支援について自己学習し、これまでの経験から①介護職としての意思決定支援と課題、②現場での多職種連携・協働での意思決定支援体制についてレポート形式で A4 判用紙に 600 字程度にまとめる。

* 意思決定支援に関する資料

「障害福祉サービスの利用等に当たっての意思決定支援ガイドラインについて」(障発 033 第 15 号) 平成 29 年 3 月 31 日

「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

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」厚生労働省 改訂平成 30 年 3 月

2. 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

事前課題③

課題学習ノートⅡ③ (レポート形式)

介護現場で使用している①医療機器(酸素濃縮装置、酸素ボンベ、パルスオキシメーター、カニューレ等)の取り扱い、②医療機器を使用して生活している利用者への生活支援での観察・対応の留意点、③医療関連職種との連携についてレポート形式:A4判用紙に800字程度にまとめる。

事前課題 2

教材・参考テキスト、通知等の法令の資料をインターネットで検索して、収集した情報を整理まとめ、さらに現場での実践と関連させて「課題学習ノートⅡ④⑤⑥」としてレポート形式で記述しなさい。

3. 生活支援における急変時対応

事前課題④

課題学習ノートⅡ④ (レポート形式)

介護現場での誤嚥の事例から、①急変時の利用者の状態把握の観察と対応のポイント、②職場での急変時対応体制とマニュアルについてレポート形式で A4 判用紙に 800 字程度にまとめる。

誤嚥の事例に遭遇した経験がない場合は、その他の急変時対応で①②をまとめる。

4. 生活支援における服薬管理に関する知識や留意点

事前課題⑤

課題学習ノートⅡ⑤（レポート形式）

介護現場で利用者の服薬に関する課題について、レポート形式で A4 判用紙に 400 字程度にまとめる。

5. 主治医やかかりつけの薬剤師等との連携

事前課題⑥

課題学習ノートⅡ⑥（レポート形式）

多職種とどう連携を図っていけばよいか、連携を図るうえで日々どんなことを観察し記録に残していけばよいか自職場での実際の記録を踏まえ 800 字程度のレポートにまとめ提出をする。

*法令（通知）資料

「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3」厚生労働省老健局老人保健課 令和 2 年 9 月

課題の活用

- ・事前課題 1 では、作成した事前課題（課題学習ノートⅡ①②③）は、事前に提出させ体系的に研修内容を展開する講義のポイントを確認するとともに、研修中に課題学習ノート追記、更新して研修後実践でも活用させる。
- ・課題学習ノートⅡ③は、事前に提出させ演習（グループワーク）の資料として活用する。
- *各自の学習ノートとして、「その他・出典」を記入の上保存できるようにしていく。
- ・事前課題 2 の課題学習ノートⅡ④は、課題学習ノートⅠ①②③を踏まえて疾患別、疾病別に理解しておくべき項目の知識を自己学習で調べ確認することと並行して、各自実務を通じた具体的な事例（⑥自職場等での事例）で生活支援の介護福祉士としての実践での「気づき・観察（生活の様子、言動）」、「アセスメント・分析」、「生活支援での具体的な対応、留意点」、「多職種への連携方法や具体的な説明・協働」と関連づけて知識を確実なものとしていく。

集合研修の展開例

※午前中 3 時間（9 時～12 時）のイメージ

1 生活支援で行う医行為や実践する際の留意点

1) 医行為と医行為でない行為

- ・介護福祉士として行える医行為と医行為でない行為
- ・医行為と医行為でない行為の趣旨・解釈
- ・生活支援で行う医行為でない行為を安全に実践する留意点・医療職との連携と実施条件を理解する。

2) 意思決定支援

- ・利用者の尊厳と意思決定支援について
意思決定支援については、利用者の尊厳を守る（尊重する）ことが重要であり、尊重した関わりを行うにはチーム全体での調整が必要である。また療養上の意思決定支援についても、「介護福祉士倫理綱領」にも掲げられている『利用者本位・自立支援』にもつながり、職能集団としての役割・機能でもあるという点も理解を促す。
- ・医行為と医行為でない行為の本人、家族への説明と同意、意思決定支援のための医師・看護師等の状態確認（実施条件）と情報共有

事実に関する知識領域

臨床や実践に関する知識領域

1 コマ目 講義(105～120 分)

1-1) 医行為と医行為でない行為 講義①

ここで取り上げる研修内容（下記）の全体像を説明する。とともに【疾患・障害等のある人への生活支援・連携 I】での研修内容と関連づけ、「課題学習ノート I」を活用しながら認定介護福祉士として医療に関する知識を確実なものとしていくけるようにする。

厚生労働省から提出された通知「厚生労働省医政局長通知(医政初第 0726005 号)平成 17 年 7 月 26 日*」を厚生労働省「法令等データベースサービス-通知検索-」をもとに、介護現場で行われている医行為でない行為について、①現場での対応、②多職種との連携・協働、③具体的な課題について、講義の進行に合わせて受講生に事前課題①でのレポート結果を発表させ質疑、意見交換をさせる。

通知で取り上げられている医行為でない行為が医行為となる利用者の状態と安全な実施について十分に理解しているか確認をしつつ、不足分について事前課題①での具体的な実践事例などを用いて介護福祉士として実施してよい医行為でない行為とその条件について学びを深める。

1-2) 意思決定支援 **講義②**

ACP (アドバンス・ケア・プランニング「人生会議」)、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」厚生労働省(改訂平成30年3月)のように、医療や生活のあり方について本人・家族の主体的な選択への支援としてインフォームド・コンセントや意思決定支援が重要視されていることを理解させる。さらに利用者の尊厳を尊重することが重要であり、尊重した関わりを行うにはチーム全体での調整が不可欠であること理解できるようにする。介護福祉士として療養生活場面で生活支援は利用者の身近で継続して接するという生活の質に直結する特色と役割を認識し、かつ多職種との積極的な連携への理解を促すようにする。

さらに、「1-1) 医行為と医行為でない行為」、「1-3) 介護職員等による喀痰吸引」「2. 在宅療養者が使用する主な医療機器の取り扱いに関する留意点」での介護現場で医療機器の使用時(在宅酸素療法、吸引の必要な状態など)に際し、相手の意思決定についての多職種チームで相談し関わることの重要性、「3. 生活支援における急変時対応」にも関連する個人の尊厳や利用・家族の気持ちの理解、介護職の医行為(医行為でない条件つき項目含む)に関する説明と同意、事前の意思確認と支援にもつながる基本の考え方であることの理解を深める。

2コマ目 演習(60~75分)

1-1) 医行為と医行為でない行為 **演習(グループワーク)①**

グループワーク演習で事前課題①でのレポート結果①現場での対応、②多職種との連携・協働、③具体的な課題について各自発表と意見交換を通じ生活支援で行う医行為でない行為を安全に実践する留意点・医療職との連携と実施条件など多様な知識の必要性を理解させる。

1-2) 意思決定支援 **演習(グループワーク)②**

事前課題②「介護福祉士倫理綱領」「倫理基準(行動規範)」を読み、利用者の尊厳、および療養上の意思決定支援について自己学習したうえで、これまでの介護福祉士としての経験から、①介護職としての意思決定支援と課題、②現場での多職種連携・協働での意思決定支援体制について、グループワークを通じて意思決定支援を介護福祉士としてどうしていけばよいか学びを深める。

あわせて実施するなど、講師の研修計画等に応じて実施する。

3 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

- ・介護現場で起こりうる急変について

疾病・症候に関する知識を基盤として、その上に急変とは何かについて学びを深める。

- ・急変とはどのような状態か、急変時に観察すべきポイント疾病・症候がどんな疾患と関連があるか、また体調の急変を見分けるための目安についても理解を深める。

2) 急変時の判断とその対応

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、動機、不整脈、胸痛、麻痺

- ・介護職として急変時どんな対応が求められるか
- ・他職種連携（チーム医療、医療と介護の連携）

臨床や実践に関する知識領域

1 コマ目 講義(60～75分)

【疾患・障害者等のある人への生活支援・連携Ⅰ】での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に関する基本的な知識、人体の機能や構造（メカニズム等）をホメオスタシス（恒常性の維持）、バイタルサイン（生命徴候、生活行動と形態機能学（構造と機能）視点から症状や疾患との関連性を各自での復習を促す。また、多専門職種との連携・協働に必要なかを理解する。

講義としては、事前課題④で取り上げた「介護現場での誤嚥の事例」について誤嚥に関連する基本的知識の復習・確認、状態の把握と観察のポイント、誤嚥時の対応をあげデモンストラーションする、医療職との日常的な利用者の状態把握、予想される事故防止・緊急時対応とマニュアルなど体制づくり連携・協働の重要性を講義する。また、個別の予測される緊急時対応を介護計画、個別支援計画、ケアプランなど観察ポイントと対応、連絡・連携についても解説し実践での知識として定着する必要性を理解させる。認定介護福祉士としてこれまでの介護事故（誤嚥事故）に関する判例の情報（事故回避予測・対応）について理解し、教育指導や職場での利用者と介護職員の安全な環境を整備する視点につなげる。

さらに、「在宅医療・介護連携推進事業について」より、在宅療養生活にかかわる医療や介護スタッフとの連携・情報共有は非常に重要とされており、介護職として24時間体制で在宅医療を提供する機関がどの程度あるかも理解を深める。

2コマ目 演習(105～120分)

3. 生活支援における急変時対応

演習（グループワーク）⑤

事前課題④「介護現場での誤嚥」の事例から、①急変時の利用者の状態把握、観察、②介護職として急変時にできる対応、③職場での急変時対応体制とマニュアルについてレポート」の結果を各自発表し、利用者の急変時に、介護職としてどのような対応ができるか、また多職種とどのように連携を図っていけばよいかグループワークを通して学びを深める。それを踏まえ、各職場の緊急時対応体制とマニュアルの改善点を確認し合いながら各職場へ提案できるように考えてみる。

執筆担当者

上之園 佳子（日本大学文理学部 教授）

(2) 自立に向けた生活をするための支援の実践

科目名

自立に向けた生活をするための支援の実践

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であるが、この科目は、特に「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」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

この科目は、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類における科目は下記を学ぶ位置づけである。

- 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）を修得し、他職種との連携・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。
- 利用者の尊厳の保持や自立支援等における考え方にたった介護過程の展開を、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）のリーダーに対して指導するために必要な知識を獲得する。

認定介護福祉士は医療、リハビリ、福祉用具と住環境、認知症、心理・社会的支援等、介護福祉士養成課程で学んだ内容のレベルアップを図り、より深化した知識を用いて、多職種連携のなかで「利用者の自立に向けた生活を支援する」ことが求められている。

特に、この科目では利用者の疾患・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・実践することで、生活範囲を制限する恐れのある関節拘縮や変形を予防し、生活範囲の維持・拡大を図ることが重要となる。

したがってこの科目は、「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」ことを目的としている。

科目の到達目標

- ①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。
- ②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。
- ③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。
- ④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。
- ⑤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。
- ⑥利用者の能力を生かす支援を考えることができる。
- ⑦可能な限り利用者の社会参加の機会をつくることができる。

認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方

- 介護福祉士養成課程では、「介護の基本」において、リハビリテーションの考え方と実際にふれる程度であり、疾患・障害別のリハビリテーションの知識やそれを活用した生活支援の展開を行う技術の習得には至っていない。
- 本科目では、「生活支援のための運動学」「生活支援のためのリハビリテーションの知識」で習得した内容をふまえ、疾患・障害別にリハビリテーションの基礎的な知識を身につけるとともに、その知識を活用した生活支援の展開を行える実践的知識（＝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。特に、各種の疾患・障害に合わせて、残存能力を活用した生活範囲と動作の拡大を図ることができる技術の習得が、認定介護福祉士独自の内容である。
- これにより、自らが、利用者の疾患・障害を踏まえた生活支援が展開できる（＝臨床や実践に関する知識領域）とともに、介護職チームへの指導（＝臨床や実践に関する知識領域）やリハビリテーション専門職との連携（＝臨床や実践に関する知識領域）が図れるようになることを目標とする。

研修展開の考え方

- 「生活支援のための運動学」と「生活支援のためのリハビリテーションの知識」を修了後に受講する科目であるので、これらの科目の内容を踏まえて、利用者の状況に応じて自立に向けた生活をするための支援が実践できるよう総合的な内容とする。
- 介護福祉士として一対一で支援するという視点ではなく、リーダーとしてリハ職種との連携や介護チームの指導を行うことを通した支援実践ができるよう演習（事例）で学ばせる。そのため知識の伝達ではなく、問題解決能力や思考能力の育成に主とした内容である。

本科目における介護福祉士に教授するうえでの留意点

- 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、介護福祉士養成課程で学んだ内容のレベルアップを図り、より深化した知識を用いて、多職種連携のなかで「利用者の自立に向けた生活を支援する」ことが認定介護福祉士には求められている。
- 特に、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・実践することで、生活範囲を制限する恐れのある関節拘縮や変形を予防し、生活範囲の維持・拡大を図ることが重要となる。

【参考】認定介護福祉士養成研修の展開デザインと経験学習

認定介護福祉士養成研修の受講者は、一定の実務経験を有する現任の介護福祉士である。各科目の展開のデザインにあたっては、下記の経験学習の考え方を参照されたい。

- 介護福祉士（受講者）が業務で実際に遭遇する場面と、知識・理論を結びつけるような学習を行わせることで、実務において知識・理論を想起し、知識・理論を用いて実務を分析できるような思考枠組みを獲得させる
- そのために、①まず受講者に自身の経験を課題学習（事前学習等）でまとめさせる、②集合研修で知識・理論を学ぶとともに経験と知識・理論を結びつける演習を行う、③課題学習（事後課題等）で知識・理論を実務のなかで用いることで知識・理論の応用力を身に着けさせる、という流れが基本となる【経験学習サイクル】。

<コルブによる経験学習の過程と本養成研修との関係>



- ・具体的経験…環境に働きかける、経験する。
- ・省察的観察…いったん実践・事業・仕事現場を離れ、自らの行為・経験・出来事の意味を、俯瞰的な観点、多様な観点から振り返る。

- ・抽象的概念化…経験を一般化、概念化、抽象化し、他の状況でも応用可能な知識・ルール・スキーマやルーチンを自らつくり上げる。
- ・能動的実験…経験を通して構築したスキーマや理論を、実際に試してみる。

- 必要な知識・理論のすべてを集合研修で教授することはできないため、課題学習の時間に有効に割り当てることが必要である。
- 実務経験があるがゆえに、専門職としての視点のみに立ち、利用者、家族、地域住民、他の専門職や行政など、多様なステークホルダーからの視点・価値観に気づかない場合がある。研修によって、多様なステークホルダーそれぞれの見方やニーズに気づかせることで、これまで培われた自身の見方・価値観・思考枠組みを相対視させることが重要となる。
- 実務経験があるがゆえに、自身の実務経験に基づいて習得した方法を絶対視し、知識・理論に基づく思考枠組みの形成や、物の見方の転換・相対化が困難な場合がある。研修によって他者の経験から学ぶことで、これまで培われた自身の見方・思考枠組みを相対視させることが重要となる。
- 受講者がどのような施設・事業所で実務経験を重ねたかによって、経験した業務内容にかなりの違いがある。このことが介護福祉士の役割についての理解や介護観等に大きな影響を与えている。講師はこのことを理解したうえで、受講者が互いの経験を共有し、これまで培われた自身の見方・思考枠組みを相対視させるとともに、施設・事業所の違いにかかわらず介護福祉士として共有すべき介護観や役割、アイデンティティについて、受講者が十分に省察できるよう支援することが重要となる。

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. 疾患別リハビリテーションの基礎 (6時間)	○各疾患によって生じる障害と、リハビリテーション方法について講義によって学ぶ。 (①脳神経系疾患と脳血管障害 ②高齢者 ③循環・呼吸疾患 ④筋骨格・切断・脊髄損傷 ⑤精神障害・知的障害・発達障害・高次脳機能障害)	○課題学習(レポート課題)
2. 日常生活動作(ADL)指導 (2時間)	○ADL・IADLの概念、分類について講義で学ぶ。 ○ADL・IADLの評価方法について講義で学ぶ。 ○更衣・食事・排泄・入浴・整容等の各場面でのADLについてと支援方法について理解する。	○課題学習(レポート課題)
3. 日常生活動作介助・支援① <講義> (4時間)	○疾患別に支援方法を講義で学ぶ。 ○支援の根拠を言語化するためになぜその支援方法がよいのか身体構造・身体の動きについても学びを深める。 ○利用者の疾患・障害等に応じた、行為・食事・排泄・入浴・整容等の場面で、疾患・障害等に応じた適切な支援を学ぶ。	

<p>4. 日常生活動作 介助・支援② <実習> (12時間)</p>	<p>○疾患別にADL支援方法を実技・演習で学ぶ。 ○事例をもとに介助・支援方法についてグループワークを行い、実技をまじえて発表する。 ○事例としては、「脳卒中片麻痺」「脊髄損傷」「脳性麻痺」「関節リウマチ」等を想定する。 ○支援の根拠を言語化するためになぜその支援方法がよいのか身体構造・身体の動きについても学びを深める。</p>	
<p>5. シーティング・ 移動（移乗を含む）支援 (2時間)</p>	<p>○座位、移動、移乗に関する福祉用具、補装具について講義と実際の用具を用いた演習にて学ぶ。 ○変形・麻痺等に応じたシーティング（座位保持）について、椅子、車いす、クッションなどを用いて演習にて学ぶ。</p>	
<p>6. シーティング・ 移動（移乗を含む）支援 (2時間)</p>	<p>○移動の支援について実践的な学習を行う（歩行、いざり等への支援について）。</p>	
<p>7. リハ職種との 連携やチームの 指導を行うため に必要な知識・ 技術 (2時間)</p>	<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・技術としてコミュニケーションやコーチング等の技術を学び、支援の根拠を言語化し、連携や指導ができるようにする。</p>	
<p>※ 30 時間以内</p>		

課題学習(事前学習)の例

2. 日常生活動作 (ADL) 指導

課題のねらい

- 支援の根拠を言語化するためになぜその支援方法がよいのか身体構造・身体の動きについても学びを深める。
その理解のためには、これまでに習得した「運動学」「リハビリテーション」の分野についても一度、復習を行い、わかるレベルから、実践できる段階への習得が望まれる。
- 利用者の疾患・障害等に応じた、更衣・食事・排泄・入浴・整容等の場面で、疾患・障害等に応じた適切な支援を学ぶ。

臨床や実践に関する知識領域

技術 (SKILL)

課題の内容

具体的な課題 (事前課題) の内容やポイントとしては、下記の項目が挙げられる。

- 日常生活動作 (ADL) の指導、支援
 - 1 ADL は身の回りの動作 (身辺処理) と移動動作、およびその他の活動などに分けられる。ADL 評価方法について整理する。
 - 2 食事動作は摂食動作と嚥下機能の両方が必要である。
 - 3 嚥下は先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期の5期に分けられる。
 - 4 食事動作の自立支援では食物が認知されるかどうか観察する。
 - 5 排泄動作は性別、尿・便の違いによって動作の姿勢や過程が異なる。
 - 6 排泄動作時に立ち上がりが困難な場合に使用する福祉用具がある。
 - 7 入浴動作は運動機能や認知機能も要求される。
 - 8 浴槽出入りについて歩行が安定していても立位で跨ぐ動作は転倒につながるため座位で跨ぐ方法を選択する。
 - 9 更衣動作は季節、場所、目的にあった衣服を選ぶことが自立支援の一步である。
 - 10 更衣動作の自立支援にはリーチャーやボタンエイドなどの福祉用具の使用を検討する。
 - 11 整容動作は個人の好みや習慣などが反映されやすい。
 - 12 整容動作の自立支援を考えると、対象者の好みや習慣も把握しておく。
 - 13 コミュニケーションは言語によるコミュニケーションと非言語コミュニケーションがある。
 - 14 コミュニケーション障害は失語症、構音障害など原因はさまざまである。
 - 15 パーキンソン病では徐々に字が小さくなる小字症がみられる。
 - 16 聴覚障害者とのコミュニケーションは手話やジェスチャー、筆談などでコミュニケーションをとる。

- 17 スプリング・バランサーは、頸髄損傷により皿へのリーチが困難な場合に用いる自助具である。
- 18 食事時は頸部が軽度前屈した姿勢がよい。
- 19 排泄動作にて立ち上がりが困難な場合、補高便座、昇降便座などを使用して便座を高くする。
- 20 ループ付きタオルは、片麻痺患者の洗体動作に有用な自助具である。
- 21 片麻痺患者が浴槽へ入る動作の順序は健側下肢からである。
- 22 片麻痺患者が前開き上衣を着るときに袖を通す順序は麻痺側上肢からである。
- 23 整容動作時、道具を把持することが困難な場合、柄を太くすることも有用な方法である。
- 24 失語症者の聴覚的理解の障害を補うために、話し手側は簡単な言葉を用いた短い文で伝える。

課題の活用

上記の課題を事前学習することで、利用者の疾患・障害等に応じた、更衣・食事・排泄・入浴・整容等の場面で、疾患・障害等に応じた適切な支援を再確認するだけでなく、わかるレベルから、実践できる段階への習得につながる。

集合研修の展開例

3. 日常生活動作介助・支援① <講義>
4. 日常生活動作介助・支援② <実習>

集合研修のねらい

- 疾患別に ADL 支援方法を実技・演習で学ぶ。
- 事例をもとに介助・支援方法についてグループワークを行い、実技をまじえて発表する。
- 事例としては、「脳卒中片麻痺」「パーキンソン症候群」「脊髄損傷」「脳性麻痺」「関節リウマチ」「骨折後の人工骨頭置換術後」等を想定する。
- 支援の根拠を言語化するために、なぜその支援方法がよいのか、身体構造・身体の動きについても学びを深める。

臨床や実践に関する知識領域

技術 (SKILL)

上記の展開事例案から、「日常生活動作介助・支援」の①と②を2日間（講義16時間：実習4時間と12時間）で実施する計画案とする。

（1コマ90分で2時間換算だとすると、1日4コマ）

集合研修のタイム・テーブル例

集合研修のタイム・テーブル例を、次頁に提示する。

タイム・テーブル 第〇〇回認定介護福祉士養成研修 進行表(案)

<1日目>

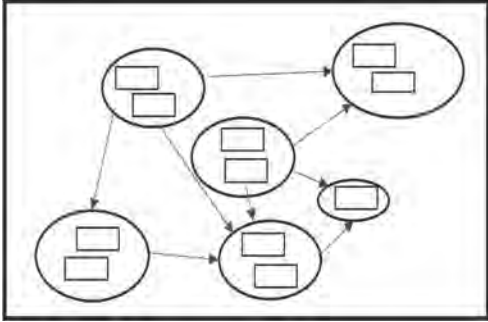
時間	分	事項(テーマ)	内容	実施方法	担当	備考
8:30-8:50	0:20:00	参加者受付				
8:50-8:55	0:05:00	プレアンケート		全体会	〇〇	
9:00-9:10	0:10:00	開会式	挨拶	全体会	〇〇	
			タスクフォース自己紹介			
9:10-9:20	0:10:00	本養成研修の進め方	説明	全体会	〇〇	
9:20-9:25	0:05:00	アイスブレイク	説明	全体会	〇〇	
9:25-10:00	0:35:00	これまでの最も印象に残る	グループ作業	グループ		発表8分×〇グループ(60秒/人)
10:00-10:20	0:20:00	対象者との関り	全体発表	全体会	〇〇	(グループ数により延長)
10:20-10:25	0:05:00	(自己紹介も兼ねる)	まとめ			
10:30-11:30	1:00:00	ADL評価 (BI・FIM)	講義	全体会	〇〇	
		事例を踏まえた解説含む				
11:30-12:30	1:00:00	昼食・休憩				食堂
12:30-12:40	0:10:00	事例の提示	説明	全体会	〇〇	
12:40-13:40	1:00:00	ステップ1	グループ作業	グループ	〇〇	
		ステップ2				
13:40-13:50	0:10:00	コーヒープレイク				
13:50-14:20	0:30:00	事例疾患の特性・KJ法説明	講義・説明	全体会	〇〇	
14:20-15:10	0:50:00	ステップ3	グループ作業	グループ	〇〇	
15:10-15:30	0:20:00	ステップ4	全体発表	全体会	〇〇	発表4分・討論5分×〇グループ
15:30-15:45	0:15:00		まとめ・講義			(グループ数により延長)
15:45-16:00	0:15:00	第1日の評価	説明・質疑応答等	全体会	〇〇	
		第2日の日程確認等				

<2日目>

時間	分	事項(テーマ)	内容	実施方法	担当	備考
8:30-8:50	0:20:00	参加者受付				
9:00-9:10	0:10:00	第1日を振り返って		全体会	〇〇	
9:10-9:40	0:30:00	支援計画の考え方	講義・説明	全体会	〇〇	
9:40-11:10	1:30:00	ステップ5	グループ作業	グループ	〇〇	適宜コーヒープレイク
11:10-11:30	0:20:00	ステップ6	全体発表	全体会	〇〇	発表6分・討論4分×〇グループ
11:30-11:50	0:20:00		グループ作業	グループ	〇〇	
11:50-12:50	1:00:00	昼食・休憩(食堂)				
12:50-13:10	0:20:00	社会復帰に向けた支援	講義・説明	全体会	〇〇	発表6分・討論4分×〇グループ
13:10-13:50	0:40:00	ステップ7	グループ作業	グループ	〇〇	*適宜コーヒープレイク
13:50-14:30	0:40:00	ステップ8	全体発表	全体会	〇〇	
14:30-14:45	0:15:00		まとめ		〇〇	
14:45-14:55	0:10:00		講習会総合評価	全体会	〇〇	
15:00-15:10	0:10:00	総合ポストアンケート			〇〇	
15:10-15:30	0:20:00	確認テスト				
15:30-15:50	0:20:00	閉会式	参加者感想(決意表明)	全体会	〇〇	※感想:40秒/人
15:50-16:00	0:10:00		修了証・アンケート振り返り			
16:00-		解散				

【講義・演習の展開（1日目）】

<p>1) <u>オープニング・[演習]</u> (90分)</p>	<p>①開会后、参加者が自己紹介（15分） ②グループワーク・演習の進め方の説明（15分） ③アイスブレイク（発表入れて60分程度） 思い出に残る対象者とのエピソード → 絵画にして発表</p>
<p>2) <u>[講義]ADL評価の実際</u> (60分)</p>	<p>①ADL評価方法（バーセル、FIM） ②ADL能力別に見た各疾患の特性</p>
<p>3) <u>[演習]事例の概要および共有</u> (70分)</p>	<p>①紙ベースの事例を提示 → 事例は1パターンまたは2パターン用意する。 ステップ1) ・キーワード・記載項目でわからないことを各グループで共有する。 ・ホワイトボード使用し、できるだけ共有する。 ・知っているものが教える。ファシリテータ・講師に確認する。</p> <div data-bbox="836 994 1145 1173" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>重要なキーワード ○○○ ○○○○ 追記を記載 ○○○ ○○○○</p> </div> <p style="text-align: center;">図1 ホワイトボードの利用方法</p> <p>②動画視聴と確認 → わからない語句を調べる、共有する 演習事例に即した事例の生活動画を視聴する。または詳細資料を提示する。 ステップ2) 生活動作の確認と共有。ホワイトボードに追記。</p>
<p>4) <u>[講義]演習方法の講義</u> (30分)</p>	<p>事例疾患の特性について講義 KJ法の説明</p>
<p>5) <u>(演習)事例の展開</u> (90分)</p>	<p>→ KJ法で事例の整理 ステップ3) カード、ホワイトボードに記載し、全体像がわかるマップを作製。 #1 生活者の伸ばしたい点、良いところ #2 問題点、気になるところ</p>

	 <p>図2 ステップ3)の演習事例整理方法例</p>
<p>6) (演習)発表会 (30分)</p>	<p>→ 各グループで全体発表+修正 ステップ4) マップを用いて各班発表 (5分×班)。 発表後に各班に戻って、プロダクトの修正 ファシリテータから助言、まとめ、要点整理として講義</p>
<p>*1日目のまとめ</p>	

【講義・演習の展開（2日目）】

* 1日目の振り返り（10分）	
7) (講義)支援計画の考え方 (30～40分)	動作、生活面からの支援方法 各疾患の特性からみた支援方法 (これまでの座学講義内容の整理)
8) (演習)各支援計画の演習 (90分 → 発表準備を含む)	アセスメントは介護福祉士が実際に使用するツールを使用して実施。 ステップ5) 重要な生活動作について、介助・自立支援方法など解決法を提案 生活動作の想定は、食事、移動・移乗、トイレ動作（排泄管理含む）、入浴動作、基本動作・移乗など動作面からの支援方法 → 動作指導方法を含めて提案 ADL側面の生活面からの支援方法 → 生活のなかでできる支援方法（実践的な支援方法）
9) (演習)発表会 (30分:グループ数に応じて対応)	→ 実技を交えた支援方法の提案 ステップ6) 各班の発表（10分×班） ファシリテータから助言、まとめ
10) (演習)自立支援に向けた提案 (70分)	ステップ7) 自立に向けた生活の提案 社会参加プランの提案 福祉用具を活用した支援方法の提案 → その使い方まで提案 ステップ8) 各班からの提案を発表（10分×班） 可能な限り対象者の社会参加の方法ならびに操作指導も踏まえて提案を発表する。
11)まとめ・整理（50分）	確認テスト 閉会式（時間があれば参加者からの各自の感想を聞く）

集合研修時の演習事例の提示

- 支援の根拠を言語化するためになぜその支援方法がよいのか身体構造・身体の動きについても学びを深めるためには、身体機能障害が特徴的な脳卒中片麻痺者、パーキンソン症候群のある者、関節リウマチ者などの演習が望ましい。
- 事例は、一度に大量の情報を提示せずに、演習の進行を考慮しながら2～3段階に分けて、提示することが望ましい。
- 演習では、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ようになるために、看護師、セラピストなどの他職種のファシリテータを配置することが望ましい。

ここでは、代表的な事例の提示を行うが、それに従う必要はない。現場により近い事例演習を通して、利用者の状況に応じて自立に向けた生活をするための支援が実践できる能力を身につけてほしい。

他専門職種の評価の理解について

認定介護福祉士として、リハビリテーション専門職種とチームでケアを行っていく場合に、共通言語として他職種の評価内容を理解していることは重要である。また、評価された内容を理解することで、より正確に対象者の把握が可能となり、根拠に基づいたケアにつながる可能性がある。

本テキストで紹介している評価では不十分な面がみられた場合には、講師の説明しやすいように適宜、内容を増やしてほしい。

事例の演習を進めるにあたっての注意

本テキストでは、演習事例案として下記に4つの例を提示している。それぞれの施設の特徴を生かしつつ、認定介護福祉士に理解してほしい内容について、さまざまな視点から学習できるように設定している。本事例を演習で利用することで、各ステップに沿ったスムーズな演習を進めることができる。しかし、この案をそのまま演習で利用するよりも、演習では講師自身の説明しやすいようなアレンジをし、具体的な画像・映像資料を加えることで、効果的でよりわかりやすい資料の作成をお願いしたい。

事例の基本情報（年齢・性別）はもとより、文化・生活環境の違いによっても演習の進め方や到達度の設定の自由度は増し、演習の幅を広げることが可能となる。

演習事例1 施設(病院)から自宅退院する者への支援

「脳梗塞による右片麻痺者の自宅退院への支援」

演習事例2 施設(病院)から施設に戻る者への支援

「腰痛があり、転倒による骨折者への支援」

演習事例3 在宅生活を継続する者への支援

「関節リウマチ患者に対する IADL 拡大への支援」

演習事例4 施設入所する者への支援 (ビデオ映像あり)

「脳梗塞片麻痺者への支援」

確認テストの実施

○介護職チームへの指導(＝臨床や実践に関する知識領域)やリハビリテーション専門職との連携(＝臨床や実践に関する知識領域)が図れるようになる演習中の講義(各疾患別の指導の考え方など)から問題を作成する。

ポイントの整理

- 残存している運動機能を活用する。
- 生体力学を活用する。テコの利用、トルク作用、自重の利用エネルギー効率を考える。
- 起居動作・移乗動作・移動動作のバリエーションを活用し、可能な方法・パターンを利用する。

食事動作

- ・食事動作は、身の回り動作のなかで最後まで保たれる動作である。
- ・障害によって活動制限、参加制約を余儀なくされている人にとっては、食事の時間は大きな楽しみである。
- ・食事を介助する場合、対象者ができるだけ五感を働かせる機会を与え、摂取する順序やお茶を飲むタイミングにも配慮したい。

食事動作は、①姿勢保持、②食器および食事道具の操作、③食物の運搬、④取り込み、⑤咀嚼、⑥嚥下の6段階に分けられる。食事の意欲があることを前提とする。

<姿勢保持>

- ・姿勢（頭部、頸部、体幹の位置関係や角度）が摂食・嚥下に大きく影響する。
- ・座位保持を持続できる耐久性も必要である。

<食器および食事道具の操作>

- ・一般的には利き手で食事道具（箸、フォーク、スプーン）を把持し、非利き手で食器を把持・固定する。
- ・把持した食事道具の操作には、分ける（切る）、集める、まぜる、はさむ、すくう、刺すなどがある。

<食物の運搬>

- ・食物や食器（飲み物、汁物など）を口に運ぶ動作である。
- ・口に取り込まれるまでこぼさないように、食事道具や食器の把持・操作が必要である。

<取り込み>

- ・口を開け、口まで運ばれた食物を口の中に取り込み、口を閉じる動作である。
- ・取り込みに必要なだけ十分に口を開き、取り込み残しがないように口を閉じる。
- ・食事道具を引くとき、口を閉じる強さとタイミングも大切である。タイミングがずれたり強さが足りないと、こぼしたり取り残しがでる。

<咀嚼>

- ・咀嚼能力と、咀嚼している間、口を閉じ続ける能力が必要である。

- ・咀嚼には食物の固さや量、歯の有無、咬合状態、義歯の適合、咀嚼筋の機能などが影響する。
- ・十分に咀嚼されることで、食物の消化吸収がよくなる。
- ・咀嚼には、奥歯に食物をのせるための舌の横への動き、歯の外側（口腔前庭）に食物がこぼれないように舌の中央に集める頬の役割も大切である。

<嚥 下>

- ・嚥下障害は誤嚥性肺炎を誘発しやすい。
- ・誤嚥の原因としては嚥下反射の欠如・遅延、嚥下力（圧）の低下、嚥下筋の筋力低下などが考えられる。
- ・対策としては軟口蓋へのアイスマッサージや頸部を前屈位にする、食物の形態や性状の工夫（ゼリー状、とろみをつける）、口の運動（膝下筋の筋力増強）などがあげられる。

トイレ動作

- ・排泄は老廃物を体外に排出して生命を保持する役割があり、重要な行為である。
- ・トイレ動作は1日に数回は必要で、便器への移乗動作も含まれるため、当事者にとっても介助者にとっても負担の大きい動作である。
- ・人にみられたくない動作であり、介助が必要となった場合には自尊心が傷つき、自身喪失につながる可能性がある。また排泄コントロールの障害（尿意・便意がない、あるいは尿漏れなどコントロールや管理が困難）は、当事者、介助者双方にとって心理的にも介護のうえでも影響が大きい。
- ・トイレ動作には、①便器に対して適切な位置取り、②衣服を下げる、③便器に座る、④排泄、⑤後始末、⑥衣服を上げる、⑦便器から離れる（歩行、車いすへの移乗）が含まれる。

入浴動作

- ・入浴動作は複雑な動作が組み合わされたものであるため、身の回り動作のなかで最も初期から障害を受けやすい。
- ・また入浴時は裸体となるため、他人からの介助が必要となった場合、トイレ動作と同じく自尊心が傷つけられる場合がある。対象者の尊厳が守られるように配慮し、入浴が楽しみな時間となるようにしなければならない。
- ・浴室までの移動と更衣は除く。
- ・入浴動作は以下の動作からなる。①浴室での移動、②浴槽への出入り、③湯につかる、④洗体、⑤洗髪、⑥身体を拭く、髪を乾かす。

整容動作

- ・身だしなみと個人衛生の二つが大きな目的である。
- ・洗顔、整髪、髭剃り、爪切り、歯磨き、化粧などが含まれる。

- ・整容動作はほとんどの場合用具を使用するため、上肢機能（可動域や巧緻性）に問題がある場合は自助具など用具への工夫が必要となる。

更衣動作

- ・衣服には体温保持など環境から身を守る働きと、社会生活を円滑に営むための手段としての働きがある。
- ・パジャマ（就寝時の服装）のまま1日を過ごすのではなく、起床時、就寝時に着替えることが大切である。
- ・更衣動作が複雑なことに加え、着脱の準備（衣服の前後、左右の認識）や手順などが理解できるなど、高次の精神機能の確認が必要である。
- ・動作としては、①上衣の着脱、②下衣の着脱、③その他（靴下、靴、装具）がある。

歩行(おもにT字杖歩行)

- ・「正常歩行」ではなく、歩行に必要な機能の低下や不随意運動のような阻害因子があることを念頭に入れる。
- ・運動耐性能が低下している場合が多いので、運動の前後にはバイタルサイン（血圧、脈拍など）を確認する。
- ・残存能力での歩行が不可能な場合は、障害に合わせて下肢装具などの補装具の利用を検討する。
- ・可能な限り実際の場面を想定して指導する。
- ・移動する環境のチェックは重要であり、障害物がないこと、滑りやすい床でないこと、十分な幅員があることなどを確認する。
- ・T字杖歩行は動的バランスが不安定な患者が対象となる。
- ・手関節部が不安定なために杖の固定が十分できない場合は、ロフストランド杖などを用いることを考える。
- ・脳卒中片麻痺者のように麻痺側（患側）、非麻痺側（健側）が明らかな場合は非麻痺側に杖をもつ。
- ・歩行介助が必要な場合には、安全のため腰ベルトなどを使用し、患側より支持をする。
- ・坂道の昇りは、健脚→杖→患脚、降りは患脚→杖→健脚の順を原則とする。
- ・台の昇りは、杖→健脚→患脚、降りは、杖→患脚→健脚の順を原則とする。
- ・溝またぎは、杖→患脚→健脚の順を原則とする。

移乗動作

- ・これまでに学修している「リハビリテーションの知識」を復習すること。

1) 脳卒中

<概要>

- ・脳卒中は脳血流の不足や脳血管の破綻により、脳細胞が壊死する疾患である。
- ・一側の大脳が損傷されると、損傷と反対側の上下肢に運動麻痺や感覚障害を生じやすい。
- ・脳の損傷部位によって、半側空間無視や注意障害などの高次脳機能障害を伴うことがある。
- ・運動麻痺を有する片麻痺患者は、残存機能を活かした代償動作の再学習を考慮する必要がある。
- ・再学習において過度な努力を要する方法は、心身機能への負担を生じさせ、変形や痛みを招くおそれがある。
- ・潜在能力を引き出すと同時に、福祉用具の利用や環境整備についても考慮する。
- ・在宅生活では、物理的な環境や人的援助が病院や施設の場合と異なる。
- ・日によって体調は変化するため、「何とかできる」レベルの動作能力を退院後の生活に取り入れることは難しい。したがって動作練習によって達成可能な能力レベルを予測し、発症前の生活状況を加味したうえで退院後の生活を想定し、「やや楽にできる」レベルで行える動作方法を習得させることが重要である。

<指導方法の考え方と工夫>

寝返り動作

- ・背臥位の状態から非麻痺側（健側）上下肢を利用して、非麻痺側方向へ側臥位となるのが一般的である。

起き上がり動作

- ・非麻痺側下肢で麻痺側下肢を後方より押し出すようにしてベッド端へ垂らす。
- ・非麻痺側前腕でベッドを押して体幹をベッドから離し、次に手掌でベッドを押しながら肘関節を伸展し、体幹を起こす。



写真1 健側（非麻痺側が下）



写真2 健側下肢で患側（麻痺側）を誘導



写真3 健側（非麻痺側）を利用して起き上がる

立ち上がり動作

- ・座位保持の場合には、深めに腰を掛けて安定させるが、立ち上がり動作などの場合には、次の動作へ移行しやすいように、やや浅めに腰掛けて足底全体をしっかりと床につき。支持面を安定させる。
- ・力が入りやすいように足部を膝関節よりも引く。
- ・お辞儀をするように体幹を前屈して足底への荷重量を増加し、殿部を浮かせながら膝関節を伸展して立ち上がる。

移乗

- ・移乗動作では非麻痺側（健側）へ移乗するのが基本である。
- ・ベッドから車いすへ移乗する場合には、非麻痺側に車いすを斜めに配置し、非麻痺側上肢でアームサポートをつかんで立ち上がり、非麻痺側下肢を軸に回転して車いすに座る。

歩行

- ・歩行は運動麻痺の程度やバランス能力などのほか、さまざまな要因の影響を受けるため、各患者の身体機能に応じた歩行パターンや歩行補助具の使用を検討する。
- ・杖は非麻痺側にもつ。

更衣の着脱

- ・着衣時は「麻痺肢→非麻痺肢」、脱衣時は「非麻痺肢→麻痺肢」の順に行う。
- ・セーターのような被りものの上衣を着る場合には、両上肢を通した後に首を通す。脱ぐ場合には、セーターを胸までたくし上げ、襟の後ろをもって首を抜いた後に「非麻痺側→麻痺側」の順に行う。

痺側」を抜く。

- ・衣服は大きめのボタンやマジックテープ式のもののほうが動作を行いやすい。

浴槽への出入り

- ・浴槽をまたいで入る場合には「非麻痺側下肢→麻痺側下肢」、浴槽から出る場合には「麻痺側下肢→非麻痺側下肢」の順に行う。
- ・またぎ動作が困難な場合はバスボードを使用する。この場合には、体を洗い場に向けたままバスボードに腰かけ、「非麻痺側下肢→麻痺側下肢」の順に浴槽に入れる。

2) パーキンソン病

<概要>

- ・パーキンソン病とは、中脳黒質緻密層のドパミン性神経細胞の変性を主体とする進行性変性疾患である。
- ・振戦、筋強剛、無動、姿勢反射障害を4大徴候とし、これに伴い歩行障害や仮面様顔貌、小字症などの運動障害と、自律神経障害（便秘、排尿障害、起立性低血圧、嚥下障害など）や睡眠障害、精神症状、高次脳機能障害などの運動障害以外の症状を伴うことが多い。
- ・パーキンソン病ではドパミン血中濃度に関係なく、日内で症状の改善（on）や悪化（off）を繰り返し（on-off現象）、進行に伴いoffの時間が長くなる。
- ・発症後、徐々に運動障害に伴う関節拘縮、筋力低下、歩行障害、バランス障害や持久力低下が出現し、ADLにおいてもさまざまな制限が起こる。

<指導方法の考え方と工夫>

- ・パーキンソン病患者に対するADL練習は、運動障害や運動障害以外の障害の進行段階に応じて変化させる必要がある。ホーエンとヤールの重症度分類が用いられる。

1 度	症状は一側性であり、歩行障害はみられない。
2 度	症状は両側性であるが運動障害は軽度であり、歩行障害はないか、あってもごく軽度である。
3 度	姿勢反射障害が出現し、歩行障害もみられるが、日常生活は自力で可能である。
4 度	機能障害が進行し日常生活の一部に介助が必要であるが、起立や歩行は何とか自力で可能である。
5 度	自力で起き上がることができず、日常生活のすべてにおいて介助が必要である。

表1 ホーエン・ヤールの重症度分類

中等度の症例(3~4度)の場合

- ・筋強剛や無動により体幹機能障害が出現し、体幹の可動性も低下する。
- ・on-off現象も著明となるため、on時とoff時の運動障害の違いを把握し、対応を考慮する。

- ・動作の実行計画や二重課題が困難となるため、動作を区切り、具体的なわかりやすい指示を与えることが重要である。

寝返り動作

- ・体幹の可動性が低下しているため、部分的な回旋を行わず、体幹全体で丸太様に寝返りする。
- ・両膝を立て、上肢を左右に振りながら反動をつけ、寝返る方向に顔を向け、上肢と下肢を同時に倒す。
- ・下肢を倒す代わりに、寝返る側と反対の足底でベッドを蹴りながら体幹を回旋する方法も有用である。

起き上がり動作

- ・側臥位にて上側の上肢でベッド柵を把持し、体幹を回旋させながら引き寄せる。
- ・下側の前腕に体重を乗せ、上側の上肢をベッドから離し、手掌でベッドを押すようにして頭部、体幹の順にベッドから離す。
- ・下側の手掌でさらにベッドを押し、肘関節を伸展しながら前腕をベッドから離す。
- ・体幹をさらに起こしながら、下肢をベッドから下ろす。

立ち上がり動作

- ・この時期にはパーキンソン病患者に特徴的な体幹の前屈姿勢がみられやすく、一見重心が前方に位置しているように見えるが、骨盤は後傾しているため重心が後方に位置し、立ち上がりは困難である。動作の誘導や立ち上がり介助バーなどの誘導が必要である。

歩 行

- ・この時期には徐々に歩行障害が出現し、歩幅が狭く足の運びが細かい小刻み歩行や、歩き始めの一步が出せないすくみ足がみられる。
- ・外的刺激の利用として、リズムに合わせて足を出したり、横に引いた線をまたぐように足を踏み出したりするなど、聴覚や視覚情報を与え、外的刺激を利用すると足を出しやすくなる。また、T字杖の先に杖と直角にまたぐ目安を設置し、またぐように指示すると、最初の一步を出しやすくなる。
- ・歩行開始時に両足を揃えた位置から足を踏み出すことが困難であるが、足を前方へ出すよりも後方へ引く動作のほうが比較的容易である。したがって、まず片足を後方へ一歩引いて足を前後させ、ついで後方の足を前方へ踏み出すとよい。
- ・立位では座位よりもさらに重心が後方へ移動しやすくなるため踵を補高し、下腿を前傾させる。
- ・急激な方向転換を行わず、斜め前方へ横歩きをするように大回りをする。

3) 関節リウマチ

<概 要>

- ・関節リウマチは多発性の関節痛と腫脹を主症状とする進行性炎症性関節疾患である。

- ・炎症状態の軽減と増悪が繰り返されて、関節軟骨や骨の破壊から関節変形が起こる。
- ・疼痛、運動制限、筋力低下が生じて動作や活動が阻害される。
- ・最近では薬により、炎症や痛みの軽減に加え、病気の進行の抑制が可能になっている。
- ・ADL 指導を行う際は、関節の保護をふまえた日常生活の動作指導が大切になる。
- ・関節保護の原則は、疼痛に配慮して動作時に関節に急激な外力や持続的に過度の負担が加わらないように、①大関節を使う、②道具や自助具による代償を考える、③姿勢動作を指導するなどである。
- ・動作に対する過度の努力を避けることが体力の消耗を防ぐことにもつながる。

<指導の考え方と工夫>

起き上がり動作

- ・ベッドでの起き上がり動作では、背臥位から片側の肘立ち位になることが多いが、体力の消耗が激しく、関節への負担も大きくなる。
- ・方法としては、①両足をベッドから下ろし、片側の肘か前腕を支えにして起き上がる、②片足をベッドの端や縁に引っ掛けて身体を起こす、③両下肢を挙上して、振り下ろす反動で起き上がる、などの種類がある。
- ・それぞれ、身体に負担がかかる部分が異なるため、対象者の能力をふまえた方法を選ぶ。

いすからの立ち上がり

- ・下肢の筋力低下がある場合の立ち上がり動作は、上肢の力を利用して行うが、手や手指でいすやテーブルを押す際の負担を減らすために前腕を使って押すようにする。

歩 行

- ・下肢は膝関節の内反・外反変形、足部の扁平足や外反母趾などの変形がみられる。歩行の際には補装具を使用することで関節の保護や荷重による疼痛の軽減をはかる。
- ・膝関節の変形には膝装具、足部の変形にはアーチサポートを入れた靴などの装具を使用する。
- ・杖は下肢の支持性に合わせて種類を選択する。関節リウマチにはプラットホーム杖や軽量で上部を脇にはさんで荷重を分散する杖が使用しやすい。

食事動作

- ・上肢は、肘関節屈曲の可動域制限が起こりやすい。屈曲の制限により食物を口に運ぶ動作ができなくなるため、スプーンやフォークなどの工夫が必要になる。
- ・また、手・手指関節の変形による把持能力の低下に対して柄を太くするような工夫も必要になる。

整容動作

- ・食事動作と同様に上肢の可動域制限による問題が現れる。具体的には歯磨きや洗顔・髪をとかすなどであり、長い柄の歯ブラシやくしが使用される。
- ・洗顔時の水道を利用する際にはレバー式の水栓が使用しやすい。

更衣動作

- ・ 上肢の可動域制限によりシャツの袖を通すことや、手指の変形でシャツのボタンを通すことなどが困難になる。そのためにソックスエイド、ボタンエイド、リーチャーなどの自助具を使用して動作を可能にする。
- ・ 頸椎症（環軸椎亜脱臼など）がある場合には、頸部への負担を軽減するために、着脱しやすい衣服などへの配慮を行う。

トイレ動作

- ・ トイレ動作は、座位姿勢に注意をする。下肢の支持性が低下している場合、便器から立ち上がる際の膝関節への負担を減らすために便座の位置を高くする。ほかに、手すりを使用も選択する。

入浴動作

- ・ 入浴は温熱効果やリラックス効果があり、リウマチ患者には大切である。上肢の可動域制限により洗えない部位が生じることであり、対策として長い柄のブラシやループをつけたタオルを利用する。

<ADL 指導の工夫例>



写真4 悪いカップの持ち方

手指に負担がかかるため、手全体でホールドするように持つほうがよい。



写真5 悪い荷物の持ち方



写真6 良い荷物の持ち方

手指に負担がかかるため、写真6のように上肢全体を利用するほうが関節の負担は軽減する。

4) 大腿骨頸部骨折

<概要>

- ・大腿骨頸部骨折は転倒などによって受傷し、70歳以降の高齢者に多い。
- ・大腿骨頸部骨折は関節内骨折であり骨癒合が難しく、偽関節や大腿骨頭壊死を生じることが少なくない。
- ・治療法として人工骨頭置換術を選択することがある。
- ・大腿骨頸部骨折では、人工骨頭置換術後の股関節脱臼の可能性があり、関節可動域の制限、下肢の筋力低下によるADLへの影響がみられる。
- ・人工骨頭置換術後の脱臼しやすい動作は、股関節屈曲・内転・内旋が同時に含まれる複合的な動作である。この動作以外でも屈曲・内転・内旋運動が過剰になると危険性が増す。
- ・注意すべき肢位や可動範囲を知るために構造、および手術情報の確認が必要である。
- ・脱臼しやすい動作を日常生活の連続的な動作のなかで意識することは難しい。危険性の高い動きを十分に理解してもらう必要がある。

<指導の考え方と工夫>

寝返り

- ・一般的な寝返り動作は上半身と下半身の捻れが生じるため、骨折側（患側）股関節の脱臼肢位に注意する。

起き上がり動作

- ・起き上がり動作も、身体のねじれを少なくして行うほうがよい。背臥位から上体を起こして、肘立ち位から肘を伸展させて長座位になる方法を指導する。この方法は体幹の回旋が少なく、股関節脱臼の危険性が低い。

立ち上がり動作

- ・立ち上がり動作は、①座位姿勢から体幹を前方に屈曲させる、②頭部を傾斜させることで重心を前方に移動させる、③座面から殿部を離し、体幹・股関節・膝関節の伸展を行いながら立位姿勢になる動作である。
- ・骨折側への荷重は、殿部が座面から離れる際に最も大きくなる。
- ・骨折側股関節屈曲の可動域は、座位姿勢から体幹を前屈させて、殿部が座面から離れる際に最も大きくなる。
- ・指導は、骨折側への過度の荷重と骨折側股関節屈曲方向の過剰な可動域を制限する。
- ・方法は、①殿部を前方に移動する、②非骨折側（健側）足部をやや事前に位置させる、③非骨折側下肢に荷重しながら立ち上がる、の順となる。加えて、両上肢で座面を押して身体を持ち上げるようにする。このときに体幹の前屈は少なくして行う。

トイレ動作

- ・トイレ動作は、洋式便器を使用するほうが行いやすい。
- ・便座からの立ち上がり動作の方法は、いすからの立ち上がり動作と同様である。

- ・トイレ動作を支援する用具として、①補高便座、②簡易昇降便座、③便座、④ポータブルトイレなどがある。
- ・便座からの立ち上がり動作だけでなく、下着の上げ下げの動作を楽に行うために、手すりを利用するほうがよい。

入浴動作

- ・入浴動作では、浴槽への出入りと浴室内での洗体の問題がある。
- ・洗い場で使用する台座は低いものが多く、座面の高さを考慮したシャワーチェアの利用を考える。
- ・身体の洗体では、股関節屈曲の可動域制限により同側下肢の遠位は洗体が難しい部位となる。手が届きにくい部位は、柄の長いブラシなどを使用する。
- ・浴槽の出入りは、浴槽の縁を越える動作が難しく危険性も高い。
- ・指導は、①浴槽の縁に腰掛ける、②非骨折側下肢から縁をまたぎ、つぎに骨折側下肢を入れる、③浴槽から出るときは骨折側下肢から外に出る、となる。
- ・浴槽と同じ高さのいすを利用すると行いやすい。

住環境整備

- ・高齢者に多い本疾患では、転倒などに配慮した家屋などの住環境の整備は特に重要である。
- ・家庭内での転倒要因は、①敷居などの段差につまずく、②ふとんや絨毯などに足をとられる、③床の上に置いたままの新聞紙ですべる、④風呂場や洗面所ですべる、⑤着衣の裾を踏んでしまう、⑥立ち上がりや歩行の際につかまったものが動く、などである。これらの要因に対する注意とともに転倒を引き起こす要因を少なくする。

研修事例の解釈に伴う用語の解説

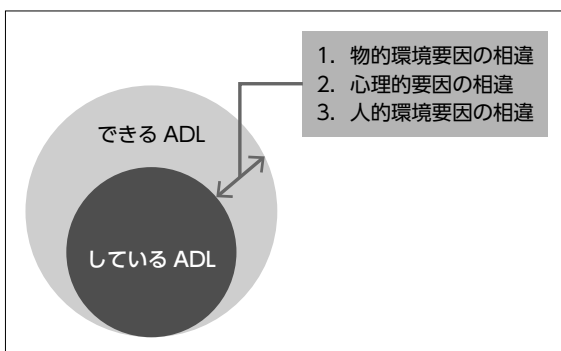
ADL 評価

〈なぜ ADL 評価を理解しておく必要があるのか〉

介護福祉実践現場においては、「している ADL→できる ADL (→する ADL)」の考え方が重要である。「できる ADL」の評価ができないと根拠のないゴール設定（支援計画）になってしまう可能性が高いが、現場ではこの「できる ADL」を評価していない、あるいは評価できないことが多い。また、「している ADL」を評価するためには、日常生活を支援している専門職である介護福祉士が行う必要がある。

介護福祉士は、日常生活支援を通して、ADL の維持・改善に積極的に関わる必要が求められているが、ADL 評価に関する知識や技術についての学習が不十分な場合が多いため、ここでしっかりと理解しておく必要がある。

ADL 評価には多くの評価法があるが、ここでは下記 2 点の説明を中心に整理する。



〈なぜバーセルインデックスを理解しておく必要があるのか〉

ADL 評価は、介護福祉実践現場では介護福祉士が行うべき業務と捉える必要がある。通所介護等においては、バーセルインデックスを用いた評価が加算に関連することがあるが、リハビリテーション専門職者が不在の現場が多いことも理由の一つである。

また、「できる ADL」と「している ADL」を評価することにより、「している ADL」を「できる ADL」に近づける支援計画の根拠となりうる。バーセルインデックスは比較的難易度の低い課題で構成されており、「できる ADL」を評価しやすいという特長があることから、介護福祉士は理解し、実際に評価できる能力を身につける必要がある。

バーセルインデックス

- ・「できる ADL」を評定しやすい。
- ・ADL 動作の自立の程度を評価する（IADL は含まれない）。
- ・食事、車いす・ベッド間の移乗、整容、トイレ動作、入浴、移動、階段昇降、更衣、排便

自製、排尿自製といった身の回り動作を中心とした 10 項目より構成されている。

- ・各項目は、基本的に「自立」「部分介助」「全介助」の 3 段階の順序尺度になっている。
- ・各項目の配点には、15 点から 0 点の重みづけがなされており、総得点は 100 点となる。

(利点)

- ・脳血管障害、神経疾患、整形外科疾患をはじめとするあらゆる疾患に適応できる。
- ・リハビリテーション介入効果の検証や予後予測などに使用できる。
- ・評価は簡便に実施でき、実施時間は 30 分以内で可能である。

(欠点)

- ・2～4 段階に分けるので感度が低く、わずかな機能的な変化をとらえにくい。
- ・比較的難易度の低い課題で構成されていることから、天井効果が生じる。
- ・能力が高い対象者では課題が満点になってしまい、各々の差が出にくい。

＜なぜ FIM を理解しておく必要があるのか＞

バーセルインデックスでは、かなり大まかな ADL 評価になることから、ADL 維持・改善に着目して支援計画を立てる際には、FIM は有効なツールである。ただし、バーセルインデックスと比較すると評価項目が細かく、わかりにくい点もあることから、まずは採点方法の概要を説明した後に、個々の評価項目の解説をお願いしたい。

ADL には運動機能だけでなく、認知機能も関連していることを、採点方法の解説を合わせて理解を促す。

また、採点方法に加えて、実際に想定される場面を例に挙げて解説する必要がある。例えば、実践現場で経験する、トイレ誘導時の「空振り」は減点の対象にならないが、そのような「想定される場面」についての説明が必要となる。

講義内ですべて解説することが難しい場合には、「想定される場面」を具体的に紹介している、以下の参考図書を受講者に紹介するとよい。

- ① 実践リハビリテーション・シリーズ 脳卒中の機能評価 SIAS と FIM [基礎編] : 千野直一他 : 金原出版, 2012 年 12 月、2,600 円+税
- ② 実践リハビリテーション・シリーズ 脳卒中の機能評価 SIAS と FIM [応用編] : 千野直一他 : 金原出版, 2020 年 5 月、2,800 円+税

FIM: 機能的自立度評価法(functional independence measure)

- ・認知項目や介助量が評価でき、「日常生活で実際にしているかどうか」を評価する尺度のため「している ADL」の経過を追いやすい。
- ・介護負担度の概念が明確にされている。
- ・評価項目はセルフケア (6 項目)、排泄コントロール (2 項目)、移乗 (3 項目)、移動 (2 項目) の運動項目 13 項目、コミュニケーション (2 項目)、社会的認知 (3 項目) の認知

項目 5 項目を加えた合計 18 項目から構成されている。総得点は最高 126 点、最低 18 点である。

- ・自立度（依存度）を示す評定尺度の定義のなかに、所要時間、安全性、自助具の有無の問題を包含している。

（利点）

- ・脳血管障害、脊髄損傷などあらゆる疾患に適用可能である。
- ・医師や看護師、理学療法士などさまざまな職種で活用されている。
- ・地域や在宅でのリハビリテーションにおいても、適切なリハビリテーションサービスを提供する際の基礎となる介護負担度を評価できる。
- ・すべての項目が 7 段階で採点されるため、BI の欠点である採点が粗く細かな変化がとらえにくい点が補われている。

項目	判定	点数
食事	自立	10
	部分介助	5
	全介助	0
車いす・ベッド間の 移乗	自立	15
	最小限の介助	10
	移乗の介助	5
	全介助	0
整容	自立	5
	全介助	0
トイレ動作	自立	10
	部分介助	5
	全介助	0
入浴	自立	5
	全介助	0

項目	判定	点数
移動	自立	15
	部分介助	10
	車いす使用	5
	全介助	0
階段昇降	自立	10
	部分介助	5
	全介助	0
更衣	自立	10
	部分介助	5
	全介助	0
排便自制	自立	10
	部分介助	5
	全介助	0
排尿自制	自立	10
	部分介助	5
	全介助	0

[Mahoney FI, Barthel DW:Functional evaluation:Barthel Index. Md Med J 14:61-65. 1965 より作成]

表2 バーセルインデックス

	評価項目	
運動項目（13項目）	セルフケア（6項目）	<ul style="list-style-type: none"> ■ 食事 ■ 整容 ■ 清拭 ■ 更衣（上半身） ■ 更衣（下半身） ■ トイレ動作
	排泄コントロール（2項目）	<ul style="list-style-type: none"> ■ 排尿管理 ■ 排便管理
	移乗（3項目）	<ul style="list-style-type: none"> ■ ベッド、いす、車いす ■ トイレ ■ 浴槽、シャワー
	移動（2項目）	<ul style="list-style-type: none"> ■ 歩行、車いす ■ 階段
認知項目（5項目）	コミュニケーション（2項目）	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理解 ■ 表出
	社会的認知（3項目）	<ul style="list-style-type: none"> ■ 社会的交流 ■ 問題解決 ■ 記憶

表3 FIM 評価項目

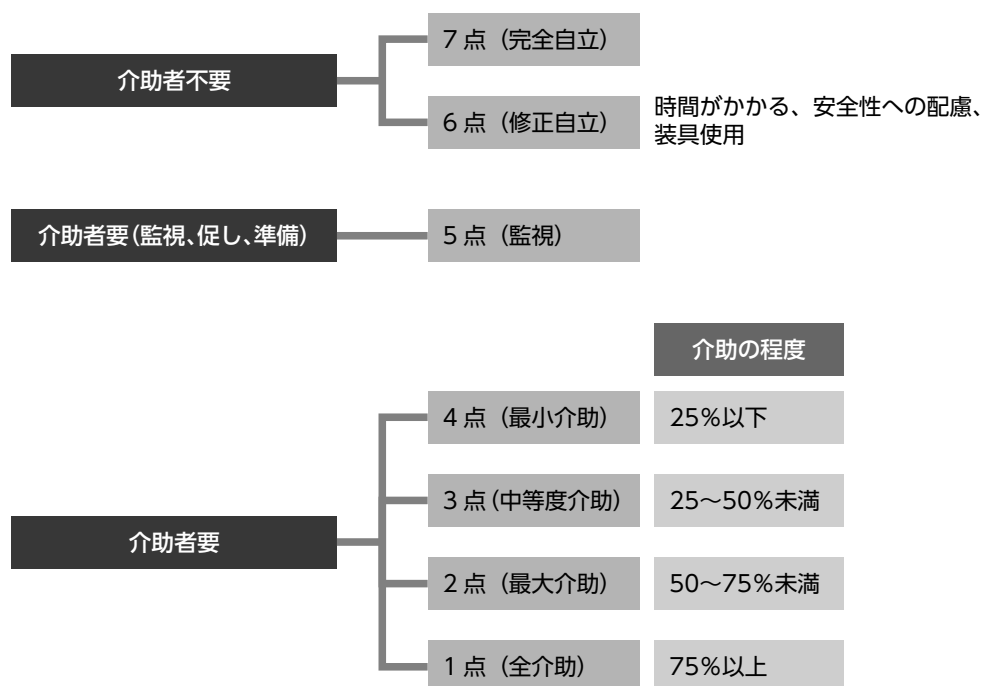


図3 FIM 評価尺度と点数

四肢長・周径の計測

上肢長の計測

- ・上肢全体の長さは、肩峰より橈骨茎状突起までの距離を測る。

下肢長の計測

- ・上前腸骨棘と内果との距離を測る棘果長（spina malleolar distance : SMD）と、大腿骨大転子と外果との距離を測る転子果長（trochanter malleolar distance : TMD）がある。

四肢周径の計測

- ・上肢周径の計測では、上腕周径は上腕二頭筋最大膨隆部で計測し、前腕周径は近位部最大周径を計測する。
- ・下肢周径の計測では、大腿周径は膝蓋骨上線（〇〇cm（標準値：大人 15cm、子供 10cm）と記載する。下腿周径は腓腹筋最大膨隆部を計測する。

<周径の計測での留意点>

介護福祉実践現場においては、四肢の浮腫が課題になる場合が多い。その浮腫の程度を測定する目的で周径を測定することがあるが、周径のみをもって浮腫の有無を判断することは危険である。浮腫の原因となっている、体内に貯留している水分量を測定するのであれば、毎日、決まった時刻に体重測定を行う方が、確実なデータとなる。

関節可動域計測

日本整形外科学会と日本リハビリテーション医学会は、各関節の基本的肢位をすべて 0° として表示する統一的測定方法を定め、それが一般的に使用されている。通常、5 度刻み程度で測定する。

<関節可動域計測での留意点>

介護福祉士が正確に関節可動域を計測できれば望ましいが、現実には難しいと考えられる。そこで、介護福祉士はリハビリテーション専門職者と連携して、以下のような知識をもつことが望まれる。

- ① 大まかに関節可動域を把握できる。
- ② 関節可動域制限がある場合、その原因（拘縮なのか、強直なのか）を理解したうえで支援を行う。
- ③ 利用者の許可を得た上で写真や動画を撮影し、それをもとにリハビリテーション専門職者と連携する。

徒手筋力テストによる筋力の表示方法

筋力の評価には、特別な測定器具を使用することなく、簡便で場所を選ばず、妥当性のある徒手筋力テスト（manual muscle test：MMT）が用いられる。アルファベットあるいは数字による6段階表示が使われている。

上肢では、[3]は食事や入浴などの基本的ADLを遂行するのに必要な臨界筋力である。下肢では、体重負荷をして正常に歩行ができるためには、筋力は[4]が必要で、[3]以下で実用的に使用する場合には、装具や杖などの外的支持が必要になる。

5	N	normal	100%	正常	強い抵抗に逆らって、完全に運動できる
4	G	good	75%	優	若干の抵抗に打ち勝って完全に運動できる
3	F	fair	50%	良	重力に抗して完全に運動できる
2	P	poor	25%	可	重力を除くと完全に運動できる
1	T	trace	10%	不可	わずかな筋収縮はあるが関節は動かない
0	O	zero	0%	ゼロ	筋収縮なし

表4 徒手筋力テスト（MMT）

＜なぜMMTを理解しておく必要があるのか＞

ADLを制限する原因は、筋力以外にも、関節可動域、バランス、動作の方法がわからないなど、さまざまな要因が考えられる。例えば、抗重力位での動作が可能な筋力がありながらも、その動作ができない理由を筋力低下とみなし、支援計画に筋力強化を位置づけているような例もある。あるいは、装具等を用いればADL改善が期待できる例でも、そこにつなげて考えられていない場合もある。

そこで、簡便な測定方法であるMMTについては介護福祉士も理解し、ADLの維持・改善において、筋力も考慮した、根拠のある支援計画を立てることができるようになる必要がある。

＜なぜブルンストロームの麻痺の回復ステージを理解しておく必要があるのか＞

介護福祉士が支援する対象者の麻痺の程度は実にさまざまである。どの程度分離運動ができるのかによって、支援計画のゴールは異なることから、痙縮の程度、分離運動のレベルを把握する必要がある。また、共通言語を用いてリハビリテーション専門職者と連携するためにも理解しておく必要がある。

ブルンストロームステージは、次の図のように弛緩性麻痺から連合運動、共同運動へ、さらに分離運動から協調運動へ、質的に異なる回復課程をステージ分類したものである。

stage I	随意運動がみられない。筋は弛緩性である。
stage II	共同運動がわずかに出現した状態。痙縮が出始める。
stage III	随意的な共同運動として関節の運動が可能。痙性は高度。
stage IV	共同運動パターンがくずれ、分離運動が可能となる。痙縮は弱くなる。
stage V	分離運動が上手になり、複雑な逆共同運動の組み合わせが可能となる。
stage VI	分離運動が自由に、早く、協調性をもって行える状態、正常に近い運動が可能。痙縮は消失、またはほとんどみられない。

図4 プルンストロームステージ

感覚障害

感覚には、①体性感覚（皮膚表在感覚と深部感覚）、②特殊感覚（嗅覚、視覚、聴覚、味覚、平衡感覚）、③内臓感覚（臓器感覚と内臓痛覚）の3つがある。

感覚障害の表記方法は、左右での比較で行い、十進法で表記することが多い。

痛みの評価

経時的な評価を行うために、簡便な視覚表現スケール（Visual Analog Scale : VAS）か、表情スケール法が比率交的多く使われている。前者では 10cm の線上で、左端の「痛みなし」と右端の「これ以上ない痛み」の間で、いまどのくらいの痛みかを想定してスケール上に指を置き、左端から 3 cm なら疼痛スケール 3 とする。

<なぜ VAS を理解しておく必要があるのか>

日々、あるいは時間帯によって疼痛の状態が変化する利用者は多い。VAS を用いることにより、痛みの有無だけでなく、主観的とはいえ、その程度を評価することが可能になることから、介護福祉士も理解し、適切に使用する必要がある。

認知症の評価

認知症の評価には、改訂長谷川式簡易知能評価スケール、ミニメンタルテスト（Mini-Mental State Examination : MMSE）が用いられる。

<なぜ MMSE を理解しておく必要があるのか>

介護福祉実践現場でもっとも普及している評価方法は HDS-R であるが、医療職では MMSE を使用していることも多い。チームケアの実践においては、共通言語として、介護福祉士も MMSE について理解しておく必要がある。

質問内容		配点	
1	お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0, 1	
2	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ (年、月、日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年	0, 1
		月	0, 1
		日	0, 1
		曜日	0, 1
3	私たちがいまいる所はどこですか？ (自発的にできれば2点、5秒おいて家ですか？病院ですか？施設ですか？のなかから正しい選択をすれば1点)	0, 1, 2	
4	これから言う3つの言葉を言ってみて下さい。あとでまた聞きますのでよく覚えておいて下さい。 (以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく) 1: a) 桜 b) 猫 c) 電車 2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車	0, 1	
		0, 1	
		0, 1	
5	100から7を順番に引いて下さい。 (100-7は？、それからまた7をひくと？と質問する。最初の答えが不正解の場合、打ち切る。 それぞれ1点。)	(93)	0, 1
		(86)	0, 1
6	私がこれから言う数字を逆から言って下さい。 (6-8-2、3-5-2-9を逆に言ってもらおう。3桁逆唱に失敗したら、打ち切る)	2-8-6	0, 1
		9-2-5-3	0, 1
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみて下さい。(自発的に回答があれば各2点、もし回答が無い場合以下のヒントを与え正解であれば1点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物	a: 0, 1, 2 b: 0, 1, 2 c: 0, 1, 2	
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますのでなにがあったか言って下さい。 (時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)	0, 1, 2, 3, 4, 5	
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言って下さい。(答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まったり、約10秒間待っても答えない場合はそこで打ち切る) 0~5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点	0, 1, 2, 3, 4, 5	
満点30点 20点以下-認知症 21点以上-非認知症		合計点数	

図5 改訂長谷川式簡易知能評価スケール

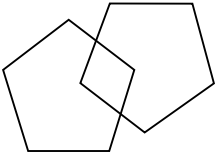
1. 日時 (5点)	今年は何年ですか。 いまの季節は何ですか。 今日は何曜日ですか。 今日は何月何日ですか。
2. 現在地 (5点)	ここは何県ですか。 ここは何市ですか。 ここは何病院ですか。 ここは何階ですか。 ここは何地方ですか。
3. 記憶 (3点)	相互に無関係な物品名を3個聞かせ、それをそのまま復唱させる。1個答えられるごとに1点。 すべて言えなければ6回まで繰り返す。
4. 7シリーズ (5点)	100から順に7を引いていく。5回できれば5点。間違えた時点で打ち切り。 あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。
5. 想起 (3点)	3で示した物品名を再度復唱させる。
6. 呼称 (2点)	時計と鉛筆を順に見せて、名称を答えさせる。
7. 読字 (1点)	次の文章を繰り返す。「みんなで、力を合わせて綱を引きます」
8. 言語理解 (3点)	次の3つの命令を口頭で伝え、すべて聞き終わってから実行する。 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分折りたたんでください」 「机の上に置いてください」
9. 文章理解 (1点)	次の文章を読んで実行する。「眼を閉じなさい」
10. 文章構成 (1点)	何か文章を書いてください。
11. 図形把握 (1点)	次の図形を書き写してください。 

図6 ミニメンタルテスト (MMSE)

バランステスト

バランステストには、Romberg 試験、Mann 試験、片足立ち検査、機能的上肢到達検査 (functional reach test : FR-test)、time up and go (TUG) test、機能的バランス指標 (functional balance scale : FBS) などがある。

<なぜバランステストを理解しておく必要があるのか>

上記のすべての用語を理解しておく必要性は低いかもしれないが、例えば、在宅復帰を射程にした支援を行う場合などには、TUG-test や FR-test については理解しておく必要がある。安全な実施方法や、そのスコアが意味することなどについては、介護福祉士が理解しておき、根拠のある支援のデータとして用いる必要がある。

事例1 施設から自宅に退院する者への支援（脳梗塞による右片麻痺者の自宅退院への支援）

ステップ① 基本情報・医学的情報

<基本情報(70 病日のカルテ情報から)>

- 【診断名】脳梗塞
- 【障害名】右片麻痺
- 【性別・年齢】60 歳代・男性
- 【体格】身長 166 cm、体重 65 kg
- 【職業】2 年前に定年退職をした後は、週 3 回警備（ビル管理）の仕事をしていた
- 【主訴】右手と右足の動きが悪い
- 【家族構成】妻（60 歳代）、キーパーソンは妻
- 【趣味】家庭菜園、ドライブ
- 【本人の希望】外を歩けるようになりたい。できれば仕事をしたい
- 【家族の希望】お風呂やトイレが自分でできるようになってほしい
- 【家屋】持ち家、一軒家
- 【病前 ADL】公共交通機関を用いた移動自立

<医学的情報(70 病日のカルテ情報から)>

- 【現病歴】自宅内で倒れているところを発見され、救急搬送される。搬送先で脳梗塞と診断され、保存的加療を行う。第 5 病日よりリハビリテーションを開始し、第 24 病日に当院（回復期病院）を転院した。
- 【既往歴】高血圧（5 年前より）、不整脈、脂質異常症
- 【服薬情報】ノルバスク®、マイスリー®、アムロジピン®、プルゼニド®、マグミット®
- 【画像データ】MRI の FLAIR 画像（図 1）で ACA（左前大脳動脈）領域梗塞

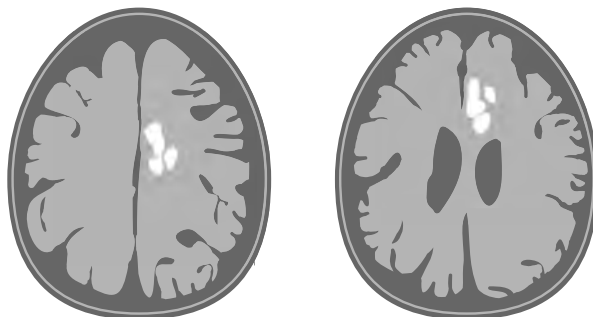


図 7 MRI 画像

<他部門情報>

- ・ **医師**：現在は入院中であるが、2週間後に自宅退院の予定である。
予後としては、杖と装具を使用した屋外歩行自立が目標となる。
- ・ **看護師**：車いすからの移乗時にめまいとふらつきを訴えることがある。
服薬は自己管理できている。
- ・ **理学療法士**：軽監視レベルで屋外歩行練習まで実施している。言語理解は問題ない。
屋外歩行自立を目指している。
- ・ **作業療法士**：軽度の注意障害がある。右手は補助手レベルであり、ADL 動作に利用できている。夜間のトイレはポータブルトイレで自立している。
- ・ **言語聴覚士**：入院当時は「読む」「書く」ができなかったが現在は改善傾向にある。
復唱はみられない。
- ・ **医療相談員**：経済的な問題はなく、家族も協力的で自宅退院への移行は強い。
住宅改修に関しても必要に応じて実施したいとのこと。

ステップ② 理学療法士のカルテ上の評価（68－70 病日）

心身機能・身体構造

全体像

バイタルサイン（座位にて計測）

安静時血圧（140/78）、脈拍数（71/分）

歩行後の血圧（164/82）、脈拍数（94/分）

麻痺の程度

右上肢 IV、右手指 IV、右下肢 IV

右下肢は膝屈曲位での足関節の背屈が可能であるが、随意的に動かせる範囲は可動域の半分程度。

疼 痛

静止時、運動時ともに疼痛なし

感覚検査

1) 表在感覚（左側を 10 として比較）：軽度鈍麻

右上肢/右下肢：(8/10)

2) 深部感覚：中等度鈍麻

位置覚：上肢 3/5、下肢 4/5

運動覚：上肢 3/5、下肢 4/5

関節可動域

		右	左
股関節	屈曲	130°	130°
	伸展	5°	10°
	外転	10°	25°
	内転	10°	10°
膝関節	屈曲	110°	130°
	伸展	-5°	0°
足関節	底屈	10°	15°
	背屈	0°	15°

徒手筋力検査 (MMT) 左下肢のみ

股関節屈曲 4、伸展 4、外転 4、膝関節伸展 4、その他 5

認知機能

ミニメンタルステート検査 (MMSE) : 27 点

減点項目 : 記憶、計算

注意機能

Trail making test-A : 82 秒 (60 歳カットオフ値 2 分 30 秒)

姿勢観察 (動作資料 別途作成)

- 1) 立位
- 2) 座位

基本動作評価 (資料 別途作成)

起き上がり : 自立

立ち上がり : 自立

歩行観察

- 1) 屋内歩行 : T 字杖、2 動作前型歩行。短下肢装具は現在作成中。

ADL 評価

- 1) バーセルインデックス (BI) : 95 点

減点項目 : 階段昇降 5 点、口頭指示・見守りが必要。

- 2) 機能的自立度評価表 (FIM) : 119/126 点 (運動項目 84 点、認知項目 34 点)

減点項目 : 排便 6 点、トイレ動作 6 点、浴槽移乗 4 点 (またぎ動作介助)、移動 6 点、階段昇降 5 点、記憶 6 点

家屋状況

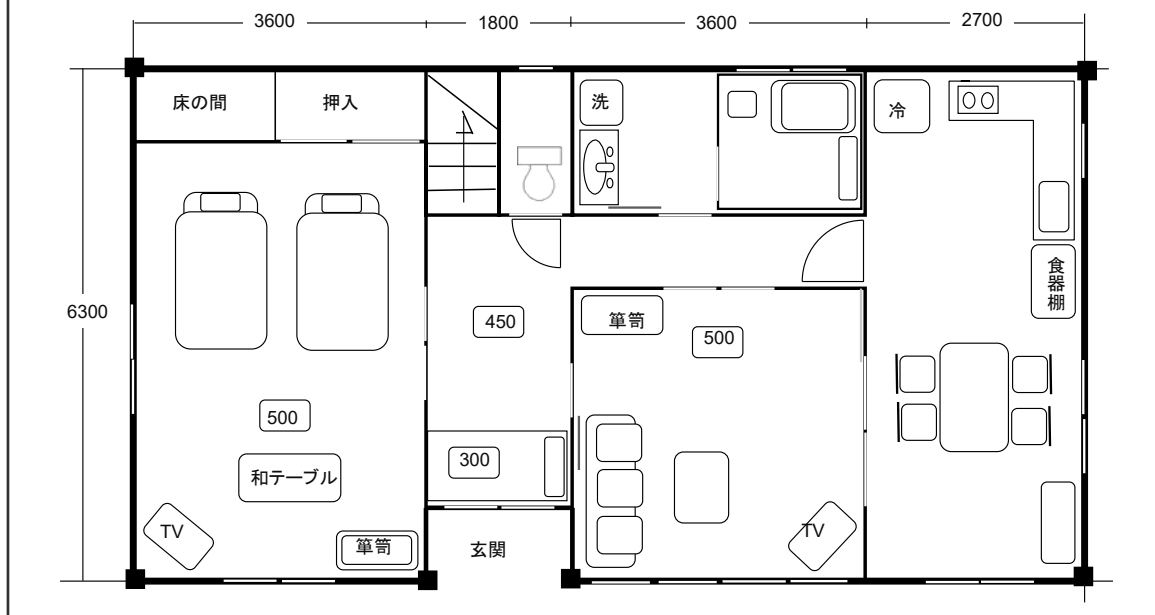
玄関の上がり框の段差 30 cm

洋式トイレ、寝具は布団

和式浴槽で深さ 60 cm、手すりなし

玄関・トイレ。お風呂入口に段差あり

自宅簡易平面図例



事例2 施設入所者への支援（転倒による骨折者への支援）

ステップ① 基本情報・医学的情報

<基本情報>

【年齢・性別】80歳代・女性

【体格】身長154cm、体重42kg、BMI17.7（痩せ型）

【職業】専業主婦

【主訴】体重をかけると左足が痛い。腰が痛い。

【家族構成】キーパーソンは長女（近所）

【趣味】施設内のレクで歌を歌うこと

【本人の希望】元通りになりたい。

【家族の希望】歩けるようになってほしい。

【施設の方針】自分でできることはできるようになって欲しい。

【家屋】施設入所中 8名のユニットの1室で過ごしている。部屋にはトイレ、お風呂はないが、ユニット内にはトイレ、個浴があり。

【病前ADL】施設入所で、食事や整容など身の回りのことは自分で行っていた。以前から腰痛があり、歩行は伝い歩きでユニット内を歩いていた。

<医学的情報>

【診断名】左大腿骨頸部骨折（Garden分類stageⅢ）、
左人工骨頭置換術後（図）、骨粗しょう症、認知症



写真7 術後のレントゲン像

【現病歴】施設内のベッド脇でつまずき転倒し、救急搬送にて入院となる。受傷直後から左股関節周囲の痛みが強く、起立・歩行は不可能であった。第2病日後、左人工骨頭置換術を施行し、手術翌日より急性期病院での理学療法開始となり、第40病日に本施設に戻ってきた。

<p>【既往歴】 第1腰椎圧迫骨折（1年前，保存的治療）、高血圧。</p> <p>【服薬状況】 ロキソニン®（消炎鎮痛作用）、ムコスタ®（胃粘膜保護作用）、フロモックス®（抗菌作用）、リクシアナ®（抗凝固作用）。</p> <p>【血液データ】（退院時） 総たんぱく質[g/dL]5.8(標準値 6.7~8.3)、アルブミン[g/dL]3.1(標準値 3.8~5.3)、 CRP[mg/dL]2.0(標準値 0.3 以下)、Dダイマー[μg/dL]8.0(標準値 1.0 以下)。</p> <p>【入院病院からの情報】 医師：後方侵入法を用いた。術中屈曲 130°、内旋 40° で脱臼を確認。外旋筋は切離。術後より全荷重可能。 看護師：病棟 ADL 見守りまたは一部介助。起居動作や移乗動作でふらつきは少ない。下衣更衣に介助が必要。病棟生活では、ベッドで臥床していることが多い。 理学療法士：杖歩行の練習を行っていた。50mほどは連続歩行が可能であったが、易疲労感が強く、休みながら実施していた。 医療相談員：経済的に問題なし。介護保険は要介護 2。このまま施設に入所予定。</p>

ステップ②

<身体状況の評価>(50 病日目)

<p>・全体像 車いすで生活。やせ型の女性。発語などしっかりしている。 ただし、大きな声で質問しないと聞き直すことがある。</p> <p>・バイタルサイン（安静時） 血圧（130/70）、脈拍数（76/分）、呼吸数（16/分）。</p> <p>・認知機能検査 長谷川式簡易知能スケール：19点 減点項目：記憶、計算、逆唱、物品記銘。</p> <p>・疼痛 安静時痛：腰背部（2/10）、左股関節外側部（3/10） 動作時痛：左股関節屈曲時に左股関節外側（6/10） 寝返り時に腰背部（5/10） 荷重時に腰背部（4/10）・左股関節外側（6/10）</p> <p>・視診・触診 左術創部周囲に腫脹、熱感あり。 左下腿に浮腫あり。</p> <p>・形態計測 下肢長(cm)：棘果長(右 68.0、左 68.5)、大腿長(左右とも 31.0)、下腿長(左右とも 30.0)</p>

周径(cm)：膝蓋骨上縁（右左とも 35.0）、膝蓋骨上縁 10 cm（右 40.0、左 38.0）

・ 関節可動域

		右	左
股関節	屈 曲	130°	80° P
	伸 展	10°	-10° P
	外 転	25°	10° P
	内 転	10°	0° P
膝関節	屈 曲	150°	130° P
	伸 展	0°	0° P

P：痛み

・ 筋 力

		右	左
股関節	屈 曲	4	2 P
	伸 展	3	2 P
	外 転	2	2 P
	内 転	2	2 P
膝関節	屈 曲	4	3
	伸 展	4	4

P：痛み

・ 筋緊張検査

触 診：右に比べ左の内転筋群が硬い。

右に比べ左の大腿筋膜張筋が硬い。

腹筋群の低緊張。

・ 感覚検査

表在感覚・深部感覚：左右ともに正常。

・ 深部腱反射

正 常：左右差なし。

・ 姿勢観察（イメージの写真添付を別途作成を想定）

安静立位姿勢：荷重検査；右 24kg、左 18kg

体幹左側屈、骨盤右側方偏位、左傾斜

右股関節内転位

左股関節外転位

左足関節回内位

・ 動作観察（動画または写真等を別途作成し、受講者のイメージをふくらませることを想定）

【寝返り】自立（右側のみ）。腰痛増強。

外転枕を利用し、頸部と体幹の屈曲・右回旋後、遅れて骨盤の右回旋が生じる。

【立ち上がり】見守り。

重心は右に偏位し、右手でベッドを押し、骨盤の前傾と左股関節の屈曲が少ない状態で右下肢中心に殿部離床する。

【歩行】サークル歩行器にて見守り。30m程度連続歩行可能。

10m 歩行：20.5 秒、30 歩。

左立脚期では両上肢で歩行器のハンドルを強く押し、免荷している。

右立脚期に比べ左立脚期の時間は短縮している。

左荷重応答期から左立脚後期にかけて体幹と骨盤が左傾斜し、デュシユンヌ歩行となる。

・ バランス検査

FRT：5cm

バーグバランススケール：36 点

減点項目：立ち上がり 3 点、着座 3 点、前方リーチ 3 点、移乗 2 点、閉脚立位 3 点、拾い上げ 2 点、振り返り 3 点、360° 方向転換 2 点、段差昇降 0 点、タンDEM立位 3 点、片足立ち 2 点。

・ ADL 評価

BI：75/100 点

減点項目：移乗 10 点、入浴 0 点、階段昇降 0 点、更衣 5 点。

FIM：合計 88/126 点

運動項目 55/91 点、認知項目 33/35 点。

減点項目：清拭 2 点（下肢部分介助）、下衣更衣 2 点（中等度介助）、トイレ動作 5 点（手すり使用）、ベッド移乗 3 点（軽度介助）、トイレ移乗 3 点（軽度介助）、浴槽移乗 0 点（未実施）、移動 5 点（車いす）、階段昇降 0 点（未実施）、記憶 5 点。

事例3 在宅生活者への支援 (関節リウマチ患者に対する IADL 拡大への支援)

ステップ① 基本情報・医学的情報

<基本情報>

【年齢・性別】70歳代・女性

【体格】身長151cm、40kg、BMI 17.5 (低体重)

【職業】専業主婦

【主訴】右肘が痛い。

【家族構成】夫(70歳代)と長男(独身)。キーパーソンは夫であり、協力的。

【趣味】料理、友人とのカラオケ。

【本人の希望】痛みの少ない生活をしたい。

【家族の希望】自分のことは自分でできるようになってほしい。

【家屋】マンション5階(エレベーターあり)、持ち家。

玄関の上がりがまちの段差10cm、洋式トイレ、寝具はベッド、和洋折衷型の浴槽(深さ50cm) 玄関、トイレ、風呂に手すり設置済み。

【術前 ADL】屋外歩行はフリーハンドで短距離自立。家事動作は実施していたが、疼痛が強いときは夫が行っていた。

<医学的情報>

医学的情報

【診断名】慢性リウマチ(スタインブロッカー ステージIII、ClassIII)、右人工肘関節置換術後。

【現病歴】50歳代にリウマチを発症。リウマチ専門のクリニックにて投薬治療を行っている。今回、右肘の徐々に関節破壊が進行し疼痛が増強したため、右人工肘関節置換術を施行し、35病日で自宅退院となった。

【既往歴】両人工膝関節置換術(3年前、2年前)

【血液・生化学検査】(術後5日)

WBC100,100/ μ L、RBC350万/ μ L、Hb9.4g/dL、TP5.4g/dL、Alb3.0g/dL、CRP5.0mg/dL。

【服薬状況】リウマトレックス®(抗リウマチ薬)、セレコックス®(NSAIDs)。

【他部門情報】

- ・主治医：術後の経過が良好で術後5週間で退院となった。自宅での生活が始まり、術前に手指や手関節の疼痛の訴えがあるため、負担がかからない自助具を選んでほしい。
- ・訪問看護師：バイタルサインは安定している。服薬は自己管理可能。日中、夜間ともに疼痛は軽減している。トイレ動作は、移動も含めて自立。

・訪問リハビリ（作業療法士）：現在、手指・手関節の疼痛はない。ただし、変形により手指の巧緻性は低下している。家事動作の希望は強く、自助具を選定予定。

ステップ② 身体状況の評価（作業療法士の記載から）

・全体像

明るく話し、コミュニケーションは良好。リハビリには慣れている様子。

・バイタルサイン（座位にて測定）

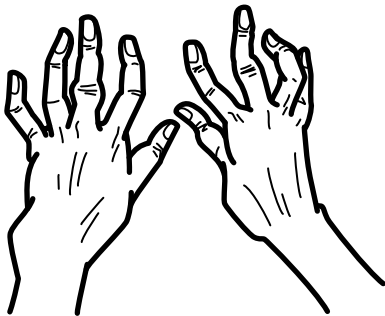
安静時血圧（130/74）、脈拍数（72/分）。

歩行後の血圧（152/82）、脈拍数（94/分）。

・視診・御診

右肘関節：腫脹、熱感。

手指：Z変形、示指スワンネック変形、中・環指ボタン穴変形、尺側偏位。



・疼痛

右肘関節：安静時痛（2/10）、肘関節伸展時の自動運動時の痛み（5/10）。

手指：現在、疼痛はないが、術前は（4/10）、左股関節荷重時痛（2/10）。

・感覚検査

表在感覚、深部感覚ともに正常。

・関節可動域検査

手指：左右の中指と環指の PIP 関節は伸展制限。

		右	左			右	左
肩関節	屈曲	120°	120°	股関節	外転	25°	25°
	伸展	20°	30°		内転	20°	15°
	外転	95°	90°		外旋	40°	30° P
肘関節	屈曲	110°	140°		内旋	40°	20° P
	伸展	-40°	-20°	膝関節	屈曲	110°	115°
股関節	屈曲	100°	90°		伸展	0°	-10°
		伸展	0°	0°			

P：痛み

DIP 関節は過伸展。

・筋力検査

握力：(右/左)：8kg (pain) /11kg

		右	左			右	左
肩関節	屈曲	4	4	股関節	屈曲	4	4
	伸展	3P	4		伸展	3	3
	外転	4	4		外転	3	3
肘関節	屈曲	3	4		内転	3	3
	伸展	2P	4	膝関節	屈曲	4	4
					伸展	4	4

P：痛み

・認知機能検査

MMSE：28点（減点項目：記憶、計算）

・姿勢観察（立位・裸足 [平行棒内]） *イメージの写真・映像を別途作成することを想定

頭部伸展・頸部屈曲・右側屈

胸椎後彎増強・腰椎前彎増強

体幹右側屈・骨盤前傾

両肘関節屈曲位

両股関節屈曲位・内転、内旋

両膝関節伸展位

両足関節底屈位・回内位

・基本動作評価

*イメージの写真・映像資料を別途作成することを想定

【起き上がり】：自立。

左側臥位から左片肘立ちになった後、両下肢をベッドから下ろし、起き上がる。

【立ち上がり】：自立。

両手をベッドに押し付けて、体幹の前傾が少ない状態で立ち上がる。

【歩行評価】

屋内歩行：フリーハンド自立。

屋外歩行：T杖にて見守り、50m程度可能。

・バランス検査

FRT：10cm

バーグバランススケール：48点

減点項目：前方リーチ3点、踏み台昇降3点、継ぎ足立位1点、片足立位1点。

・ADL 評価：

食 事：自助具を使用すれば自立。

整 容：歯磨きは左手で柄が長く、太いブラシ使用で疼痛なく実施可能、手洗い、洗顔（左手）、整髪（左手で柄の長いブラシ使用）、化粧は左手で自立。

上衣更衣：ボタンの着脱に時間を要する。

下衣更衣：リーチャーを使用して自立。

トイレ動作：ズボンの上げ下げは左手中心に実施して自立、立ち上がりでは手すり使用。

排尿・排便管理：自立

ベッド移乗・トイレ移乗：自立

浴槽移乗：見守り

歩 行：屋内歩行 50m、フリーハンドで自立。

認知領域：問題なし

手段的日常生活活動（調理動作）：

右手で包丁を使用する際、疼痛が生じ、強く振ることができなかった。

事例4 施設入所者への対応（施設入所している脳梗塞の方の事例）

ステップ① 食事動作や生活状況については映像資料2に提示

<基本情報>

氏名：梅野 里子（85歳、女性、142cm、42kg）
疾患名：脳梗塞、高血圧、QT延長症候群、発作性上室性頻脈
障害面：脳梗塞による右片麻痺
現病歴：80歳より高血圧症があった。3年前に脳梗塞にてA病院へ入院。
入院中に再梗塞となり右片麻痺を呈する。2年半前から当施設に入所。
要介護度：4
日常生活自立度：B2
認知症者の日常生活自立度：IIb
キーパーソン：独身の次男。仕事帰りに毎日、面会を行っている。長男は県外で、支援は望めない。

ステップ② 施設的环境（居室、トイレ、浴室）については映像資料3に提示

<評価(アセスメント)>

意識：JCS（ジャパコーマスケール）は、0（清明）
GCS（グラスゴーコーマスケール）は、E4V5M6
血圧：通常のバイタルは120台で安定。体温も36℃台で安定。
疼痛：右上肢（肩から手指まで）、左膝に運動痛あり。
運動麻痺：ブルンストロームの麻痺の回復ステージは、
上肢II、手指II、肢IV
筋力：健側の筋力は、MMTで上肢下肢とも4レベル。
患側は未評価。
拘縮：右肩関節屈曲90度、伸展5度。右股関節伸展0度、右足関節背屈5度。
左側のROM制限なし。
感覚：右上下肢とも5/10、中等度鈍麻。
認知：言語は理解・表出とも日常生活可能なレベル。
視力・聴力障害はない。
高次脳機能障害：なし。長谷川式19点。
心理面：意欲も高く、年齢相当の問題解決能力はあり。入所当時はうつ傾向がみられたが、
いまは自分でできることはするなど、積極的である。

日常生活活動：

バーセルインデックス (BI) 35 点

食事 10、移乗 0、整容 5、トイレ 0、入浴 0、移動 5、階段 0、更衣 5、排便 5、排泄 5

FIM (機能的自立度評価法)

食 事：右片麻痺はあるが、自助具 (滑り止めマットと自助食器使用)・スプーンを利用して自立。5 点

刻み食だが、とろみなし。水分制限なし。

整 容：毎朝、車いす移乗後に、鏡の前で整容を行う。

義歯の取り外しは自力で行うが、洗浄は介助。3 点

更 衣：一部介助。右肩の疼痛があり、袖通しは介助が必要。2 点

入 浴：特浴。1 点

排 泄：おむつはしているが、尿意・便意はある。トイレで排泄。未排便でセンノシド内服。トイレで排泄。2 点

移 動：フロアー内は車いすで移動。他は介助。2 点

移 乗：トランスファーボードを利用して介助を受けている。1 点
本人の不安感ある。

<薬(服薬)>

メインテート 1 錠 (降圧剤)、バイアスピリン 1 錠 (抗血栓)、アダラート 1 錠 (降圧剤)、メリスロン 2 錠 (めまい)、センノシド 1 錠

<基本動作>

座 位：支えがあれば端座位は可能。

立 位：5 秒ほどの保持は可能。左膝の疼痛を訴えることがある。

座位からの起き上がり:一部介助。できる時もあるが、毎回だと疲れるようで、介助が必要。

移 動：車いす利用。ユニット内の移動は、自立。他は介助。

移 乗：全介助。

<一日の過ごし方>

おおむね施設の日課スケジュールに沿って生活している。他者への気遣いもみられる。日中は、フロアーでテレビを見たり、他者と会話したりして穏やかに過ごす。

<総合コメント>

- ・脳梗塞の後遺症による右片麻痺によって、排泄や入浴、移動・移乗などに介助を要している。食事はセッティングをすれば自立、更衣や車いす自走なども自分でできることには積極的ではあるものの、疲れやすいため、おおむね介助となっている。
- ・年相応の認知機能の低下はあるも、目立った周辺症状もなく穏やかな気質で、他者とのトラブルもみられない。以前、再脳梗塞発症後に気分の落ち込みがみられ、一時期に内服治療を受けていたが、いまは落ち着いている。

集合研修の展開例

5. シーティング・移動（移乗を含む）支援〈シーティング〉

演習のねらい・内容(指導のポイント)

演習時のシーティングにかかる指導のポイントは、以下の通りである（ビデオ映像参照のこと）。

- ・車いすの種類と特徴について確認する。
- ・車いす上の座位姿勢を変換する機能として、リクライニングとティルトの違いを理解する。
- ・シーティングの目的について確認する。
- ・シーティングで活用する車いす用クッションの種類と特徴について理解する。
- ・円背傾向にある高齢者の姿勢を改善するシーティング技術として、バックサポートの張り調整機構を使った方法を理解する。
- ・滑り座りになっている車いす利用者の姿勢を改善するために、バスタオルや三角マットを使って対応する一時的なシーティング技術について理解する。
- ・体幹が前屈する車いす利用者の姿勢を改善するために、バスタオルや三角マットを使って対応する一時的なシーティング技術について理解する。
- ・体幹が側屈する車いす利用者の姿勢を改善するために、バスタオルや三角マットを使って対応する一時的なシーティング技術について理解する。

臨床や実践に関する知識領域

メカニズムや理論に関する知識領域

技術（SKILL）

執筆担当者

中村 大介（昭和大学保健医療学部 教授）

繁成 剛（長野大学社会福祉学部 教授）

(3) 福祉用具と住環境

科目名

福祉用具と住環境

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であるが、この科目は、特に「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」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

この科目は、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類における科目は下記を学ぶ位置づけである。

- 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）を修得し、他職種との連携・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。
- 利用者の尊厳の保持や自立支援等における考え方にたった介護過程の展開を、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）のリーダーに対して指導するために必要な知識を獲得する。

Ⅰ類は、今後の介護福祉士に求められる職務を遂行するために必要な知識・技術・実践力を獲得する部分であり、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が求められる。

したがってこの科目は、「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」「住環境に関する知識を習得して家族や利用者の支援に活用できる力を育成する」ことを目的としている。

科目の到達目標

- ①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。
- ②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。
- ③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。
- ④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、利用者の生活や介護場面に応じた改善案を提案することができる。

認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方

- 介護福祉士養成課程では、「生活支援技術」において、福祉用具の意義と活用について学ぶが、多くの場合、基礎的な知識の習得が中心であり、具体的な使用方法の習得はシミュレーションにとどまっている。また、同じ「生活支援技術」において、自立に向けた居住環境の整備を学ぶが、居住環境整備の意義と目的をはじめとする基礎的な知識の習得に留まり、実践的知識の習得までは至らない。
- 本科目では、養成課程で習得した基礎的な知識を踏まえて、介護場面に応じ、利用者の状況や障害程度によって福祉用具を選択し、活用できる自薦的知識（＝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。併せて、施設や在宅を問わず、利用者の生活の場となる住環境を評価し、利用者や家族の状況に応じた改善を提案できる実践的知識（＝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。

研修展開の考え方

- 講義で紹介した福祉用具は、可能な限り実物を使った実技を行う。
- 移動と移乗に関連する福祉用具は二人でペアになり、介護者と被介護者になって体験する。
- 住環境は具体的にイメージできるようイラスト、写真や映像などの資料を用いた教材が望ましい。
- 学んだ知識を活かしたグループワークによる事例検討（受講者が事例を持ち寄り、あるいは講師が提供する事例）を行い、自らの環境評価の視点の特徴を理解するとともに、他者の視点を学びながら具体的なプランを提案することが望ましい。

本科目を介護福祉士に教授するうえでの留意点(住環境の範囲)

- 介護福祉士が守備範囲とする住環境整備あるいは支援の範囲については、取り扱う分野・領域によりばらつきがあり、共通の定義が存在しない。「介護福祉士が何らかのかたちで関与する」、つまり介護福祉士が守備範囲とする住環境整備、あるいは支援の範囲の一つの例（構造レベル～小物レベル）を以下に示すので参考にされたい。

- ・ 構造レベル（壁や床など建物の構造に関わる内容に相当）
- ・ 準構造レベル（手すりや段差の解消などの住宅改修や軽微な改造に相当）
- ・ 福祉用具や家具レベル
- ・ 小物レベル（絵や写真を飾る、貼り紙をする、など）

※構造レベルのほうが住環境整備あるいは支援の規模が大きく、他専門職（特に建築関係の職種）との連携が必要になると考えられる。逆に小物レベルに近づくほど、規模はおおむね小さくなる。小物レベルの住環境整備あるいは支援に整理整頓なども含

まれると考えると、住環境整備以外のケアとの接点が大きくなるレベルともとらえることができる。

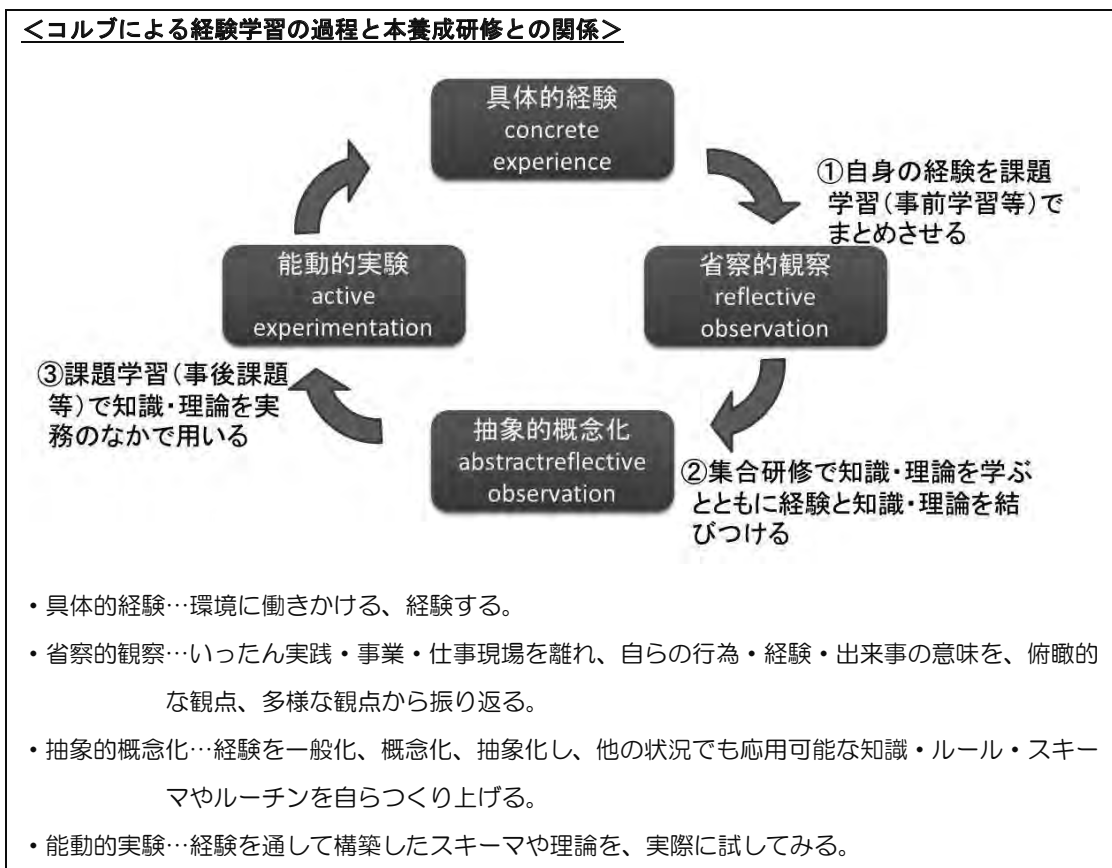
上記の点は、介護福祉士の活躍の場や立場により違いが生じると考えられるが、演習を展開する際に、住環境整備あるいは支援の範囲の一つの例として記すものである。

- 住環境に関する支援は、介護福祉士としてすでに実践しているが、研修を通して改めて環境をとらえる自らの視点への気づきを促す演習が求められる。なぜなら、環境をとらえる視点には、介護福祉士という専門職として培われた視点のほか、受講者自身が育ってきた住環境、文化、価値観が住環境の良し悪しの判断に影響を与えているからである。端的にいうと、「自分が好ましいと思う環境は、必ずしも他の人が好ましいと感じるとは限らない」ということである。したがって、他の受講生の視点を知ること演習を展開していくうえでは重要な視点である。そのため、事前課題等を共有する機会を設けることが効果的である。
- 環境を多面的にとらえる視点も認定介護福祉士には求められると考えられる。例えば、「安全確保という視点では優れた環境であるが、利用者の自立や自己選択という視点では好ましい環境とはいえない」というように、同じ環境であっても多様な視点でとらえることなどが挙げられる。また、同じ環境であっても使う人／暮らす人の立場（利用者、専門職、家族など）が変わると環境のとらえ方や評価が変わることを学び、よりよい住環境支援の提案や実践に結びつけることが認定介護福祉士には求められよう。したがって、事例を提示・説明するだけでなく、受講者の気づきや発見を促す演習の展開が求められる。
- 福祉用具と住環境に関連する支援については、介護福祉士が主体的にあるいは中心になって行う住環境に関する支援と、他の専門職と連携しながら進めていく住環境支援が想定される。他の専門職との連携については、介護福祉士がかかわる立場や勤務先により異なるが、理学療法士などのリハビリテーション専門職、建築関係の職種（建築士、工務店の大工）、福祉用具専門相談員などとチームを組み、連携して支援を進めていく機会が比較的多いと考えられる。これらの職種と介護福祉士の違いを挙げると、理学療法士や建築関係の職種等は、住環境整備を実施している期間に重点的に利用者にかかわるスペシャリストと位置づけられる。それに対して介護福祉士は、日常的に利用者の生活を支援する立場、あるいは生活全体を把握しているジェネラリストと位置づけられることが多い。認定介護福祉士として学ぶ住環境に関する知識や技術は、スペシャリストと同じ知識や技術を学ぶことで、共通言語を得て、より効果的な連携を生み出すきっかけになる。同時にチームのなかで、ジェネラリストの介護福祉士のもつ情報を他の職種と共有する際、利用者の想いや希望を代弁する際に、介護福祉士だからこそチームのなかで果たすことのできる役割をより深く理解する材料になるであろう。

【参考】認定介護福祉士養成研修の展開デザインと経験学習

認定介護福祉士養成研修の受講者は、一定の実務経験を有する現任の介護福祉士である。各科目の展開のデザインにあたっては、下記の経験学習の考え方を参照されたい。

- 介護福祉士（受講者）が業務で実際に遭遇する場面と、知識・理論を結びつけるような学習を行わせることで、実務において知識・理論を想起し、知識・理論を用いて実務を分析できるような思考枠組みを獲得させる
- そのために、①まず受講者に自身の経験を課題学習（事前学習等）でまとめさせる、②集合研修で知識・理論を学ぶとともに経験と知識・理論を結びつける演習を行う、③課題学習（事後課題等）で知識・理論を実務のなかで用いることで知識・理論の応用力を身に付けさせる、という流れが基本となる【経験学習サイクル】。



- 必要な知識・理論のすべてを集合研修で教授することはできないため、課題学習の時間に有効に割り当てることが必要である。
- 実務経験があるがゆえに、専門職としての視点のみに立ち、利用者、家族、地域住民、他の専門職や行政など、多様なステークホルダーからの視点・価値観に気づかない場合がある。研修によって、多様なステークホルダーそれぞれの見方やニーズに気づかせることで、これまで培われた自身の見方・価値観・思考枠組みを相対視させることが重要となる。

- 実務経験があるがゆえに、自身の実務経験に基づいて習得した方法を絶対視し、知識・理論に基づく思考枠組みの形成や、物の見方の転換・相対化が困難な場合がある。研修によって他者の経験から学ぶことで、これまで培われた自身の見方・思考枠組みを相対視させることが重要となる。
- 受講者がどのような施設・事業所で実務経験を重ねたかによって、経験した業務内容にかなりの違いがある。このことが介護福祉士の役割についての理解や介護観等に大きな影響を与えている。講師はこのことを理解したうえで、受講者が互いの経験を共有し、これまで培われた自身の見方・思考枠組みを相対視させるとともに、施設・事業所の違いにかかわらず介護福祉士として共有すべき介護観や役割、アイデンティティについて、受講者が十分に省察できるよう支援することが重要となる。

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. 移動関連用具 (1) (2時間)	<ul style="list-style-type: none"> ○（講義）車いすの種類と機能的特徴を理解する。 ○（演習）車いすの操作方法を実技によって確認する。 <ul style="list-style-type: none"> ・手動型車いすの種類には、自走式と介助式があり、それぞれの操作方法の違いを理解していること。 ・車いすの乗車姿勢を変える機構として、リクライニング、ティルト、フットサポート挙上機構の特徴と操作の注意点について理解していること。 ○（演習）車いすの介助方法を実技によって確認する。 	
2. 移動関連用具 (2) (2時間)	<ul style="list-style-type: none"> ○（講義）歩行器と杖の種類と機能的特徴を理解する。 ○（演習）歩行器と杖の操作方法を実技によって確認する。 ○（演習）歩行器と杖の介助方法を実技によって確認する。 <ul style="list-style-type: none"> ・四脚歩行器と4輪歩行車（ローレイター）の特徴と適用の注意点について把握していること。 ・多脚（多点）杖と歩行器型杖（サイドケイン）の適用例と使用上の注意点について説明できること。 	
3. 移乗関連用具 (1) (2時間)	<ul style="list-style-type: none"> ○（講義）トランスファーボードとスライディングシートの有効な使用方法について理解する。 ○（講義）トランスファーボードとスライディングシートの使用方法を実技によって確認する。 <ul style="list-style-type: none"> ・トランスファーボードを使って、ベッドと車いすの移乗を安全に確実に介助できること。 ・スライディングシートを使ったベッド上の体位変換と、車いすなどへの移乗介助が習得できていること。 	

<p>4. 移乗関連用具 (2) (2時間)</p>	<p>○(講義) リフトと吊り具の種類と特徴を理解する。</p> <p>○(講義) リフトと吊り具の使用方法について理解する。</p> <p>○(演習) リフトと吊り具を用いた介助方法を実技によって確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・床走行リフト、固定式リフト、据え置き型リフト、天井走行式リフトの特徴と使用上の注意点について理解していること。 ・ベルト型、脚分離型、シート型のそれぞれの吊り具(スリングシート)の特徴を理解し、介助方法について習得していること。 	
<p>ADL 関連用具 (2時間)</p>	<p>○(講義) ベッド及び付属品の種類と特徴について理解する。</p> <p>○(演習) ベッド及び付属品の操作方法を実技によって確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護用(電動)ベッドの高さと背上げと脚上げ機構の有効な使用方法と注意点を理解していること。 <p>○(講義) 体位変換器、褥瘡予防マット、姿勢保持クッションの種類と使用方法を理解する。</p> <p>○(講義) 排泄関連用具の種類と特徴を理解する。</p> <p>○(講義) 入浴関連用具の種類と特徴を理解する。</p> <p>○(講義) 食事関連用具の種類と特徴を理解する。</p>	
<p>コミュニケーション関連用具 (2時間)</p>	<p>○(講義) コミュニケーションボードの種類と特徴について理解する。</p> <p>○(講義) 音声出力型会話補助装置の種類と特徴について理解する。</p> <p>○(講義) 重度障害者用意思伝達装置の種類と特徴について理解する。</p> <p>○(講義) 環境制御装置の種類と特徴について理解する。</p>	
<p>その他の福祉用具 (4時間)</p>	<p>○(講義) 姿勢保持装置の種類と特徴について理解する。</p> <p>○(講義) 義肢装具の種類と特徴について理解する。</p> <p>○(講義) 福祉車両の種類と特徴について理解する。</p> <p>○(講義) 介護ロボットの種類と特徴について理解する。</p>	
<p>住環境を取り巻く状況 (1時間)</p>	<p>○(講義) 高齢期の住まいや住環境に関する意識の多様性を理解する。</p> <p>○(講義) 家庭内事故の状況を理解する。</p>	
<p>住環境整備の基礎知識 (2時間)</p>	<p>○(講義) 日本の生活様式や住宅の特徴を学ぶ。</p> <p>○(講義) 住宅改造の基礎知識(手すりの設置、段差の解消、開口部の確保、スペース)を理解する。</p>	

	○（講義）利用者の身体特性に配慮した温熱環境、光の環境、音の環境について理解する。	
住環境の評価 （2時間）	○（演習）事例あるいは受講者の自宅を題材に、住環境の評価を行う。 ○（演習）利用者の生活を想定し、住宅の安全性、暮らしやすさをチェックする。	
住環境整備の基礎知識 （2時間）	○（講義）住宅改造の基礎知識（手すりの設置、段差の解消、開口部の確保、スペース）を理解する。 ○（講義）高齢期の身体特性に配慮した温熱環境、光の環境、音の環境について理解する。	
生活場面に応じた住環境整備 （2時間）	○（講義）要介護状態の人への生活や介護と関連の深い主要な空間（トイレ、浴室、居室・寝室、玄関やアプローチ）ごとに求められる住環境整備を理解する。	
疾病や障害の状況に応じた住環境の課題と対策 （3時間）	○（講義）事例を用いて、疾病や障害の状況に応じた住環境の課題と利用者の自立生活を支援する具体的な整備例について理解する。 ・片麻痺、認知症、パーキンソン病、視覚障害など	
事例検討 （4時間）	○（演習）事例を用いて、アセスメントに基づいて福祉用具と住環境に関する支援計画を立案する。 ○（演習）グループワークにより支援計画を立案し、計画の発表、講評を行う。	
※ 30 時間以内		

課題学習(事前学習)の例

「住環境の評価」(2時間)

課題のねらい

- ・受講者がかかわっている事例、あるいは自宅の環境を評価する。

臨床や実践に関する知識領域

課題の内容

例) よいと思う環境、よくない(好ましくない)と思う環境の写真を撮影(イラストでも可)し、なぜよいと思うのか(あるいは、よくないと思うのか)理由を記す。受講者が介護福祉士として関わっている事例の場合は、事例の基本情報もあるとよい。

留意点

- ・未見の環境について、言葉だけで説明した場合、他の受講者に十分に伝わらない可能性がある。写真やイラストがあることで、演習を実施する際、イメージが共有しやすくなる。

集合研修の展開例(1)「住環境の評価」(2時間)

演習のねらい

- 事例あるいは受講者の自宅を題材に、住環境の評価を行う。
- 利用者の生活を想定し、住宅の安全性、暮らしやすさをチェックする。

臨床や実践に関する知識領域

技術 (SKILL)

展開内容(講義のポイント、演習の展開例)

○個人ワーク

講義編で触れられた住環境をとらえる視点を講師が提示(安全性、快適性、利便性など。既存のガイドラインや指針などの活用も考えられる)し、事前課題を作成した環境はどの視点に当てはまるか(あるいは関係しているか)について、受講者に考えてもらう。

○グループワーク

各々の事前課題の内容と個人ワークで考えた点をグループメンバーと共有する。さらに、グループワークによって得た気づきをグループでまとめる演習、個人で振り返る演習に発展させることもできる。振り返ることで、自らの環境をとらえる視点の特徴、環境は多面的にとらえられること、立場多面性、使う人/暮らす人の立場により評価が異なる、といった気づきにつなげていく。

留意点

- 個人ワークを行ってからグループワークを行うほうが、自らの視点と他の受講者の視点の違いに気づきやすくなる。
- グループワークでは、写真やイラストがあるとイメージしやすくなる反面、写真やイラストに写らない点に気づきにくくなる。音やにおい、時間経過による変化など、写真にあらわれていない情報も共有できるよう適宜講師から促すことや、グループメンバーで質問し合うことのできる雰囲気づくりが必要になることもある。

集合研修の展開例(2)「事例検討」(4時間)

演習のねらい

- 事例を用いて、アセスメントにもとづいた福祉用具と住環境に関する支援計画を立案する。
- グループワークにより支援計画を立案し、計画の発表、講評を行う。

臨床や実践に関する知識領域

技術 (SKILL)

展開内容(講義のポイント、演習の展開例)

例 1. 講師が提示した事例を用いる場合

- 講師が用意した同一事例(複数あってもよい)をもとに、複数のグループで事例検討を行う。
- 講師が事例を用意する。提示した事例を講師が説明したのち、①提示された環境の評価、②情報の整理・分析、③住環境整備や支援の目標、④具体的な住環境に関する支援計画を立案する。適宜ワークシートを用意するとよい。
- 各グループの検討結果を発表する。
- 講師が発表内容に対する講評を行う。その際、実在する事例を用いた場合は、公表可能な範囲でどのような実践が行われたのかをフィードバックする。
- さらに、事例検討を行って得られた気づきを共有する展開も可能である。

例 2. 講師が提示した事例を用いる場合

- ①提示された環境の評価、②情報の整理・分析、③住環境整備や支援の目標、④具体的な住環境に関する支援計画を立案する、という演習が考えられる。
- 事例検討より前の演習で①を実施している場合は②から開始、未実施の場合は①から実施する。
- 検討しやすい人数のグループに分かれ、①を行っただけで、グループメンバーのいずれかの事例をもとにグループで検討を行う。
- ④が終了した後、各グループの検討結果を発表する。
- 講師が発表内容に対する講評を行う。
- さらに、事例検討を行って得られた気づきを共有する展開も可能である。

演習を展開する際のヒント(例1・例2共通)

- ②で整理・分析する情報には、①で実施した住環境の評価、事例(暮らす人/使う人)の基本情報、必要に応じ地域の情報などが含まれる。

- ③については、「誰にとって」「どのような環境」を目指す住環境整備や支援であるのか明記できるとよい。
- ④については、先に述べた住環境整備あるいは支援の範囲を参考にするなど、幅広く検討されることが望ましい。

留意点

- ガイドラインでは、福祉用具の学ぶパートと住環境を学ぶパートに分かれている。しかしながら、実践においては、福祉用具と住環境は一体的に提供されており、福祉用具を導入する際には、住環境の要素を検討して導入する。また、福祉用具の提供や導入を住環境支援の一つの方法としてとらえる場合もある
- こうした状況を踏まえると、本科目のまとめに位置づけられる事例検討では、福祉用具のみ、あるいは住環境のみではなく、両方を含む住環境の支援計画を立案することが望ましいと考えられる。
- 講師が事例を用意する場合、対象となる環境の写真やイラスト（多いほうがイメージしやすい）、利用者（暮らす人）に関連する情報の両方があることが求められる。住宅や施設の建築図面（平面図）もあると全体像がつかみやすい。建築図面が用意できる場合は、演習の前に、図面の読み方や記号について説明する講義を行う展開も考えられる。
- 事例検討をする際、環境評価やアセスメント、目標設定を省いて具体的な支援計画の作成に取り組む場合（取り組むグループ）がある。認定介護福祉士の研修では、根拠のある実践につなげていくためにも、具体的な支援計画作成に至るプロセスの重要性も受講者に理解してもらう必要がある。

執筆担当者

大島 千帆（埼玉県立大学保健医療福祉学部 准教授）

(4) 認知症のある人への生活支援・連携

科目名

認知症のある人への生活支援・連携

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であるが、この科目は、特に「①介護職チームの統括的なマネジメント」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

この科目は、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類における科目は下記を学ぶ位置づけである。

- 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）を修得し、他職種との連携・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。
- 利用者の尊厳の保持や自立支援等における考え方にたった介護過程の展開を、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）のリーダーに対して指導するために必要な知識を獲得する。

この領域は、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、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、認知症のメカニズムと、その病態が生活に及ぼす影響を理解し、認知症のある人への生活支援・連携に関する実践的な知識と技術の習得ができるような構成とした。また、認定介護福祉士として、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実践力が得られる内容を目指している。

科目の到達目標

- ①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。
- ②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。
- ③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。

- ④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。
- ⑤認知症のBPSDを理解し、よりよい対応ができる。
- ⑥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。

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、認知症の人の心理や身体機能、社会的側面に関する基礎的な知識を習得するとともに、認知症の人を中心に据え、本人や家族、地域の力を活かした認知症ケアについて理解するための基礎的な知識は習得するが、実践的な知識・技術の習得までは至らない。
- 本科目では、養成課程で学んだ知識を踏まえ、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）。

研修展開の考え方

- 認定介護福祉士として、医学的知識や社会制度など、認知症ケアに関するさまざまな知識を習得することは重要であるが、ただ知識を習得するだけでなく、そうした知識を活かし、認知症の人の置かれている状況を適切にアセスメントして、その人の地域での生活を支援する視点がもてるようにする。
- 認知症ケアの基本理念を理解したうえで、地域で生じる典型事例を通して、チームケアによって「地域での認知症の人への生活支援」を実現していく具体的な方法を学ぶことができるようにする。
- 認知症の基礎知識を習得するなかで多職種との連携において共有できる知識を増やすとともに、生活支援のための医療的知識の活用を提案・説明できるようにする。

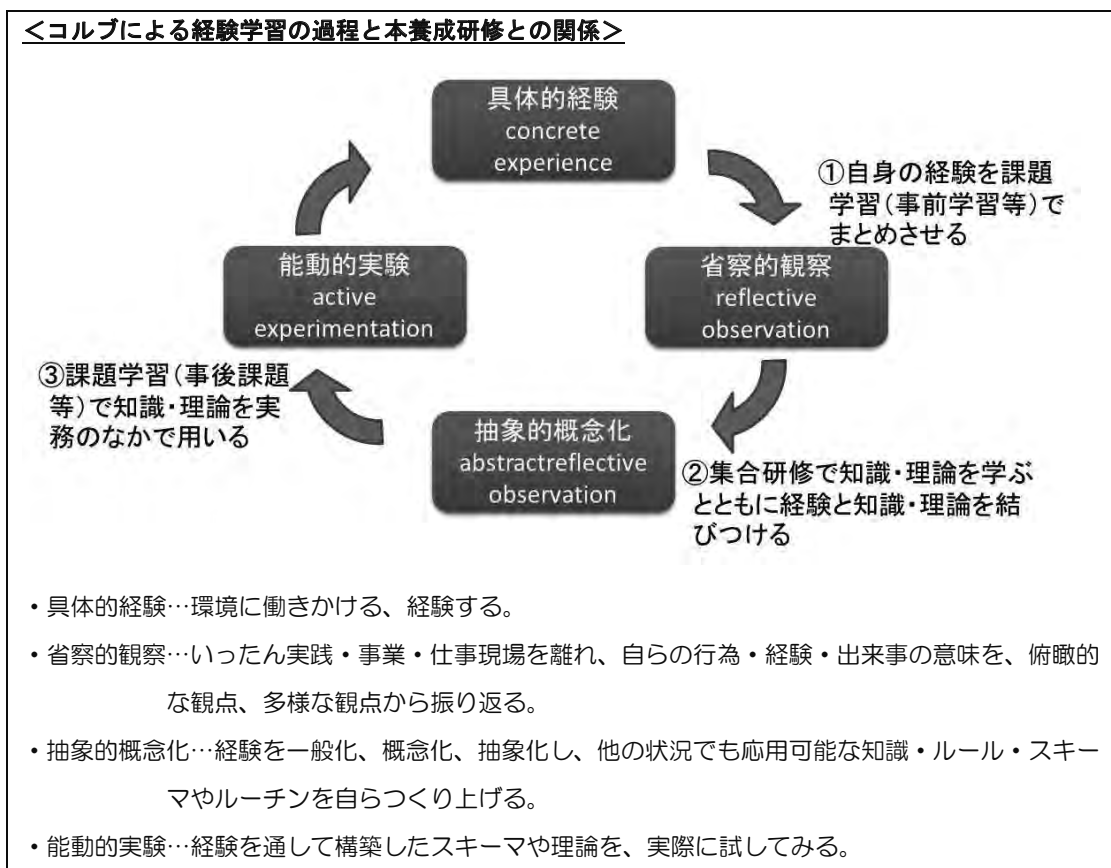
本科目を介護福祉士に教授するうえでの留意点

- 本科目の講義内容には、現行の介護福祉士養成カリキュラムと重なる範囲もあるが、資格取得ルートによっては十分な医学的な知識が習得されていない可能性があること、知識の活用方法の理解が進んでいない実態があること等から、講師には、医学的知識をただ解説する講義ではなく、医療的知識を介護と結び付けた講義をしていただくことが重要となる。
- 本科目では、「地域での認知症の人への生活支援」を実現していく具体的な方法を学ぶことができるようにすることを目的としていることから、事例学習では、支援方針として、できる限り地域や認知症の人の自己決定を尊重することを重視したものとなるよう解説していただくことが重要である。

【参考】認定介護福祉士養成研修の展開デザインと経験学習

認定介護福祉士養成研修の受講者は、一定の実務経験を有する現任の介護福祉士である。各科目の展開のデザインにあたっては、下記の経験学習の考え方を参照されたい。

- 介護福祉士（受講者）が業務で実際に遭遇する場面と、知識・理論を結び付けるような学習を行わせることで、実務において知識・理論を想起し、知識・理論を用いて実務を分析できるような思考枠組みを獲得させる。
- そのために、①まず受講者に自身の経験を課題学習（事前学習等）でまとめさせる、②集合研修で知識・理論を学ぶとともに経験と知識・理論を結びつける演習を行う、③課題学習（事後課題等）で知識・理論を実務のなかで用いることで知識・理論の応用力を身につけさせる、という流れが基本となる【経験学習サイクル】。



- 必要な知識・理論のすべてを集合研修で教授することはできないため、課題学習の時間に有効に割り当てることが必要である。
- 実務経験があるがゆえに、専門職としての視点のみに立ち、利用者、家族、地域住民、他の専門職や行政など、多様なステークホルダーからの視点・価値観に気づかない場合がある。研修によって、多様なステークホルダーそれぞれの見方やニーズに気づかせることで、

- これまで培われた自身の見方・価値観・思考枠組みを相対視させることが重要となる。
- 実務経験があるがゆえに、自身の実務経験に基づいて習得した方法を絶対視し、知識・理論に基づく思考枠組みの形成や、物の見方の転換・相対化が困難な場合がある。研修によって他者の経験から学ぶことで、これまで培われた自身の見方・思考枠組みを相対視させることが重要となる。
 - 受講者がどのような施設・事業所で実務経験を重ねたかによって、経験した業務内容にかなりの違いがある。このことが介護福祉士の役割についての理解や介護観等に大きな影響を与えている。講師はこのことを理解したうえで、受講者が互いの経験を共有し、これまで培われた自身の見方・思考枠組みを相対視させるとともに、施設・事業所の違いにかかわらず介護福祉士として共有すべき介護観や役割、アイデンティティについて、受講者が十分に省察できるよう支援することが重要となる。

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. 認知症について (6時間)	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症の病態生理と臨床診断 ・認知症の疫学、定義、用語について理解を深める。 ・認知症で認められる認知機能障害および認知症の行動・心理症状(BPSD)について理解を深める。 ・認知症や類似した精神神経疾患の症候と病態、および検査方法について理解を深める。 ○認知症をきたす疾患と治療 ・認知症治療の概要と、非薬物療法および薬物療法について理解を深める。 ・認知症や認知症様の症状をきたす疾患の特徴と治療について理解を深める。 	<ul style="list-style-type: none"> ○参考・課題文献等から課題学習(6時間)
2. 認知症の生活支援に必要な知識・技術 (6時間)	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症の発症からエンドオブライフに対応した症状マネジメント ・認知症の発症からエンドオブライフに対応し、認知症の人が継続した生活を送ることができるようにマネジメントできる。 ○パーソンセンタードケア ・認知症の人の自立と自己決定を中心としたケアの基本理念を確認し、その人の健康と尊厳ある生活を支援するために必要とされる認知症ケアの専門性と役割について理解を深める。 ○生活・療養環境に求められるケアマネジメント ・認知症の人にとっての環境の意味を理解したうえで、認知症 	<ul style="list-style-type: none"> ○下記事前課題作成(1時間) ○事前課題 実践の場における認知症の人の生活に支障をきたしている誘因・要因を分析し、生活機能の維持・向上に向けたケア計画を立案する。 ○事前課題 立案したケア計画を基に実践した内容と結果、評価についてまとめる。

	<p>の特性を踏まえた生活・治療環境の調整方法について理解を深める。</p> <p>○認知症の人の生活機能に焦点をあてたアセスメントとケア</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人の生活に支障をきたしている誘因・要因を分析し、生活機能の維持・向上に向けたケア計画を立案する。 ・生活機能に焦点をあてた生活支援について理解を深める。 <p>○認知症の行動・心理症状(BPSD)のアセスメントとケア</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の行動・心理症状(BPSD)を悪化させる要因・誘因に働きかけ、予防・緩和する方策について理解を深める。 <p>○認知症の人の家族支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人と家族に対する支援の方策について理解を深める。 	
3. 認知症支援に関する社会制度 (4時間)	<p>○認知症の人と家族を支えるための諸制度と社会資源</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人と家族を支えるための諸制度と社会資源について理解を深める。 	○参考・課題文献等から課題学習(4時間)
4. 多職種連携等の基礎的な知識 (5時間)	<p>○認知症ケアにおける組織内外の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアにおける組織内外の連携を推進するための方策について理解を深める。 <p>○認知症に関するアセスメントツール</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人と家族を把握するうえで必要なアセスメントツールを理解し、組織内外の連携に活用できる。 <p>○認知症ケアにおける情報共有</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアにおける観察・記録のポイントを理解したうえで、認知症の人が継続した生活を送れるように情報共有ができる。 	
事例学習(1) 事例テーマ①「同居の軽度認知症高齢者」 (2時間)	<p>○事例紹介</p> <p>○参加者のレポートの発表</p> <p>○グループワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ・課題の抽出／支援目標の設定／支援方法の検討／発表 <p>○講義</p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループワークの講評 ・事例の考え方のポイント ・必要な知識の確認(認知症の医学的理解／疾患別、ステージ別アプローチ／パーソンセンタードケア／人間性心理学／総合事業) 	○事前課題(1時間) テーマ①の事例を読み各自のツールを用いてアセスメントを行い、その分析結果(課題)を導き出す。
事例学習(2) 事例テーマ②「BPSDの強い高齢者」 (2時間)	<p>○事例紹介</p> <p>○参加者のレポートの発表</p> <p>○グループワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ・課題の抽出／支援目標の設定／支援方法の検討／発表 <p>○講義</p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループワークの講評 ・事例の考え方のポイント ・必要な知識の確認(BPSDのアセスメント／環境調整／行動理論に基づいた支援／多職種連携と留意点／ファシリテーション技術／認知症の人への生活支援の専門性) 	○事前課題(1時間) テーマ②の事例を読み各自のツールを用いてアセスメントを行い、その分析結果(課題)を導き出す。
事例学習(3) 事例テーマ③「介護負担感が強い家族」 (2時間)	<p>○事例紹介</p> <p>○参加者のレポートの発表</p> <p>○グループワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ・課題の抽出／支援目標の設定／支援方法の検討／発表 <p>○講義</p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループワークの講評 	○事前課題(1時間) テーマ③の事例を読み各自のツールを用いてアセスメントを行い、その分析結果(課題)を導き出す。

	<ul style="list-style-type: none"> ・事例の考え方のポイント ・必要な知識の確認(家族の心理(ストレス・喪失と悲嘆)／地域における家族支援のための社会資源(認知症カフェ、家族介護者支援事業など)) 	
<p>事例学習(4) 事例テーマ④「多職種連携」 (2時間)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○事例紹介 ○参加者のレポートの発表 ○グループワーク ・課題の抽出／支援目標の設定／支援方法の検討／発表 ○講義 ・グループワークの講評 ・事例の考え方のポイント ・必要な知識の確認(各職種の専門性を踏まえた協働と連携／社会資源の活用／アセスメントツールの活用／記録と情報共有／カンファレンス) 	<p>○事前課題(1時間)</p> <p>テーマ④の事例を読み各自のツールを用いてアセスメントを行い、その分析結果(課題)を導き出す。</p>
<p>知識と実践の統合 (1時間)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○全体の振り返り ・本科目で習得した知識が実践でどのように活かせるかについて理解を深める。 ・「地域において認知症の人をどのように支援するか」という視点の重要性について理解を深める。 	
<p>※ 15 時間以内</p>		

事例学習(1) 事例テーマ①「独居の軽度認知症高齢者」(2時間)

事例学習にかかる介護福祉士に教授する際の留意点

- ・講師は、医療的知識のみを講義するのではなく、医療的知識を認知症の人の自立支援や自己決定、パーソンセンタードケアの理念に基づいてどのように活用し、生活支援につなぐことができるのかを解説する必要がある。

※事例学習は、事例テーマに基づいた事例を講師が用意する。

※グループワークでは、各グループにおいて、①自立支援と自己決定の理念に基づいた支援目標を立てられているか、②支援方法において学んだ知識を踏まえた提案ができているか、を確認する。特に支援の目標設定では、必ず支援する側の目標ではなく、認知症の人の目標となっているかを確認する。

臨床や実践に関する知識領域

事例学習の流れ

- 事前課題において事例を読みワークシートを活用して、その分析結果(課題)を書き出し、事前学習で取り組んだワークシートを活用した演習を展開する

【事例・ワークシート・解説（例）】

事例 A さん （90 歳・女性）

(1) 事例化する前の様子								
日中独居の A さんは、6 年ほど前からデイサービスを使い始め、2 年前からは週 3 回デイサービスと週 2 回訪問介護サービスを使って日中の一人の時間を過ごしてきた。								
障害老人自立度	A 2	ADL	食事	自立	着脱	自立	排泄	自立
認知症老人自立度	IIIa		入浴	一部 介助	移動	一部 介助	整容	一部 介助
要介護度	2		家の中ではだいたい動くことができ、一人で身の回りことはなんとかできる。整容は忘れてしまったり、同じ服をずっときていたりする。					
疾病	【認知症】 アルツハイマー型認知症		【現病歴】 骨粗しょう症					
	【既往歴】 不明		【服薬状況】 特になし					
生活の様子と家族	21 歳で夫（10 年前に死亡）と結婚、夫の実家である現在の場所に引っ越してくる。子どもが好きで、乳母のような仕事をしていた時期もあるようだが詳細は分からない。 子どもは 5 人。 A さんの夫が亡くなったのをきっかけに、家建て替えて長男夫婦（共働き・子どもはいない）が同居し始める。 長男夫婦は朝 7 時半から夜 7 時過ぎまで仕事に出ており、A さんは日中独居。週末は長男夫婦とともに過ごす。 81 歳のときに軽度のアルツハイマー型認知症と診断されたが、物忘れや勘違いは増えているものの、日中は自宅でなんとか一人で過ごすことができている。				家族構成			
現在の支援	通所介護 3 回/週		訪問介護 2 回/週（着替え・整容の介助）					

(2) 事例化した経緯
<p>2 か月前、訪問介護員が自宅を訪ねると、吐血していたため、救急搬送されそのまま入院となった。</p> <p>精密検査の結果、胃潰瘍が見つかった。1 か月入院している間、「とにかく家に早く帰りたい」と強い希望があり、2 週間たったころから頻りにナースコールを押して、退院を訴えるようになった。明け方から午前中にかけては混乱が強くなり、「早くしないと、乗り遅れる」とか「もう許してください」などの発言が見られたが、昼食時までに落ち着くことが多かった。</p> <p>病院では、胃潰瘍を考慮したおかゆなどの軟食だったが口合わず、2 割程度しか食べていないことが多かった。また、入院中は安静の指示があり、ベッドにいる時間が長かったため、足元がふらつくようになった。入院 2 週間目に、手すりにつかまりながらトイレに向かう途中で転倒し、レントゲンでは圧迫骨折が見つかった。</p> <p>退院後は、3 週間のショートステイを利用したのちに、自宅に戻ってこれまで通りのサービスを利用しながら生活することを目指すことになった。なお、今後は、服薬の継続、2 週間に一度の通院が必要である。</p>

障害老人自立度	A 2	ADL	食事	自立	着脱	自立	排泄	自立
認知症老人自立度	III a		入浴	一部 介助	移動	一部 介助	整容	一部 介助
要介護度	3		・ふらつきや筋力の低下で、5 mくらい、つかまって歩くのが限界。					
疾病	【認知症】 アルツハイマー型認知症 【現病歴】 胃潰瘍・骨粗しょう症 【既往歴】 不明 【服薬状況】 胃潰瘍と骨粗しょう症の薬							

事例 A ワークシート

<p>(1) 現在起きている課題は何でしょうか？ 箇条書きで書き出してみましょう。</p>
<p>(2) (1) の課題が生じている要因は何でしょうか？</p>
<p>(3) 支援の目標</p>
<p>(4) 各介護サービスの支援目標と具体的な支援内容（できるだけ行動で書く）</p>
ショートステイ
通所介護

訪問介護
その他の支援

事例 A ワークシート記入例

(1) 現在起きている課題は何でしょうか？箇条書きで書きだしてみましょう。
<ul style="list-style-type: none"> ●筋力が低下していること、転倒の危険があることに加え、自宅では疲れて生活できない可能性がある。 ●食事が減っていることから、このままではさらに体力が低下する危険性がある。 ●病院生活から退院後の生活に変化するので、再びせん妄が出現する可能性がある。 ●退院後に今までなかった服薬や通院が必要である。
(2) (1) の課題が生じている要因は何でしょうか？
<ul style="list-style-type: none"> ●入院中の安静生活のため筋力低下、転倒により圧迫骨折している ●入院中、食形態の制限あり、口に合わず食事が低下。活動量減少しており、食欲が湧かない。 ●虚弱な状態に、環境の変化による心理的ストレスが引き金因子なる可能性がある。 ●アルツハイマー型認知症のため、服薬の管理が困難。介護者は仕事をしており日中、独居状態である。
(3) 支援の目標
Aさんが自宅に戻って、身体機能を維持しながら、生活を続けること。
(4) 各介護サービスの支援目標と具体的な支援内容（できるだけ行動で書く）
<p>ショートステイ</p> <p>支援目標：自宅での生活に戻ることへの意欲を高め、在宅生活に必要な体力をつけて、生活リズムを整える。</p> <p>支援内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護職員は、Aさん「自宅でどんな風に暮らしていたのか」を多く話題にして、Aさんが在宅生活のイメージをよりはっきりともてるようにして、在宅復帰への意欲を高める。 ●機能訓練指導員とケアマネジャー、介護職員は、病院担当者から医療的ケアの留意点について聞き、さまざまな生活上の場面を想定して、医療的ケアをスムーズに行えるようにする。 ●機能訓練指導員とケアマネジャー、介護職員は、Aさんと一緒に自宅を訪問し、何ができるようになれば実際に自宅で生活できそうか話し合っ、リハビリの内容を決める。 ●機能訓練指導員の意見を聞いて、生活のなかでリハビリになるような活動を取り入れる。 ●自宅に戻る練習のため、週末の長男夫婦がいるときに、自宅で過ごして、問題が生じないか家族とともに観察し、生じそうな問題への対処方法をAさん、家族と事業所スタッフとで共有する。
<p>通所介護</p> <p>支援目標：身体機能の状態を確認して、安全に筋力維持のための活動に意欲的に参加できるようにする。</p> <p>支援内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ●入浴時に、筋肉の状況や体重などに変化がないかを確認する。 ●Aさんが好む活動を知るために、本人や家族にこれまでの生活歴を尋ねるとともに、好みの活動や話題に参加できる機会をつくる。 ●食事の形態を工夫して、できるだけ固形に近いものを食べることができるよう、咀嚼回数について声をかけ、見守る。

訪問介護

支援目標：生活の変化や心身の変化に気づき、生じそうな問題への対処と、心身機能の維持向上を図る。

支援内容

- 生活環境と身体状況に普段との変化がないか確認し、変化があれば関係者と共有する。
- できるだけ以前と同じ生活ができるよう、今できることよりもう少しできることを増やす。

その他の支援：地域への働きかけ

支援目標：これまでの地域での人間関係を絶やさないようにする。

支援内容

- Aさん自身や家族に、Aさんがこれまで関係のあった地域の人との人間関係を聞き、その関係を継続できるように、Aさんへの電話や訪問などを関係者にお願いします。

事例 A さんの解説

日中独居で認知症のある女性の退院後の在宅復帰支援の事例

この事例では、認知症はまだ軽度ではあるものの、胃潰瘍に伴う吐血で入院加療によって、身体機能も低下した状態での退院となりました。退院後は本人の希望もあり、元の自宅での生活を望んでいます。転倒の危険性、服薬の継続、食事量の回復などの課題がありそうです。

1. 支援のポイント

- 高齢者本人の希望を簡単にあきらめずに実現を目指すことを目標とする必要があります。認知症の人が「自宅で暮らしたい」と望んだときに、危ないから、もう無理だから、と安易に元の暮らしを断念しては、地域での生活は継続できません。地域包括ケアシステムのもとでは、認知症だからという理由で本人の望まない暮らしを押しつけることがないよう、まずは本人の希望を尊重し、できるだけ事例化する前の習慣や暮らし方を継続できるようにすることを目標とします。

- 在宅復帰に向けた心身のリハビリテーションが必要です。在宅生活を念頭に置いた支援を行います。

入院生活や病気の影響で、①下肢の筋力の低下、②食欲の低下、③せん妄、が生じています。したがって在宅に復帰するためには、自宅で暮らしていけるだけの筋力をつけ、食生活を改善し、生活リズムを整えてゆく必要があります。ショートステイでは、「自宅に戻りたい」という本人の強い訴えに働きかけて、「戻るために体力をつけよう」ということを繰り返し伝えるなどして、Aさん自身にリハビリテーションのやる気を高めて、行動変容を図る必要があります。また、やがて在宅に戻ることを念頭に置いたリハビリテーションを行うためには、自宅への訪問は欠かせません。機能訓練指導員とともに介護福祉士が同行して家のつくりに応じた機能訓練を行えるようにします。食事量の低下については、よく咀嚼する練習を行うことで、軟食よりも固めの食事が可能になるかもしれません。

- 病院からショートステイ、ショートステイから通所介護や訪問介護へと情報や支援目標を共有し、スムーズに在宅に戻れるようにします。

病院の担当者との会議には、ケアマネジャーだけではなく、ショートステイ職員や、可能ならば今後利用が予定されている通所・訪問のスタッフにも参加します。介護福祉士は、Aさんの在宅生活をイメージしながら、必要な情報を積極的に質問したり、提案したりして、支援全体の目標を関係者で共有します。

特に、認知症の人の退院後の支援では、医療的ケアや配慮、また危険の回避が優先されてしまうあまり、高齢者の希望やそれまでの生活習慣から大きくはずれた支援を行いがちです。そのようなときにも介護福祉士が本人の希望を繰り返し伝えて、できるだけそれに沿うことができないかを話し合うようにします。

2. 必要な知識の確認

- 認知症ケアの理念と目指すべき方向性：地域包括ケアシステム・パーソンセンタードケア
- 認知症の医学的理解：せん妄と認知症の違い、せん妄への対応
- リハビリテーション：身体機能のリハビリテーション（在宅生活を念頭に置いたリハビリテーション）、心理機能のリハビリテーション（行動変容のための動機づけ支援）
- 多職種連携（目標の共有、情報の共有、情報の発信・提案）
- 認知症の人への生活支援の専門性

執筆担当者

北村 世都（聖徳大学心理・福祉学部 准教授）

永井 華織（小規模多機能ホームル・ソレイユ函南）

