

介護支援専門員実務研修
ガイドライン

平成 28 年 11 月

1	ガイドライン作成の背景	1
	(1)介護支援専門員の研修の目的	1
	(2)介護支援専門員の研修制度の見直し	1
	(3)本ガイドラインの位置付け	3
2	本ガイドラインの基本的な考え方	5
	(1)ケアマネジメントの目的と意義	5
	(2)研修の目的	5
	(3)本ガイドラインの構成	6
3	PDCAサイクルの構築	7
	(1)研修向上委員会の設置	7
	①国において設置される研修向上委員会	7
	②都道府県において設置される研修向上委員会	8
	(2)PDCA サイクルによる継続的な改善	9
	(3)研修の計画と評価	11
	①研修計画の必要性	11
	②研修効果の測定と研修記録シートの活用	16
4	研修の具体的な展開方法	23
	(1)介護支援専門員実務研修の目標	23
	①各課程の対象者	23
	②研修全体の最終目標(アウトカム)	25
	③研修各段階における受講者の熟達度	26
	④修得目標の意味	27
	(2)実務研修実施上の留意点	28
	①本ガイドラインで取り上げる研修手法の特徴と留意点	28
	②事例を用いた講義・演習一体型の科目の展開の考え方について	30
	③課題整理総括表及び評価表の活用方法	33
	④事例検討と事例研究の展開	34
5	各科目の展開方法	37
	(1)実務研修課程における科目の構成(カリキュラム)	37
	(2)各科目のガイドラインの構成と各項目の見方	47

6 各科目のガイドライン	49
7 研修記録シート(学習の振り返り)	239
参考資料.....	293

01

ガイドライン作成の背景

1

ガイドライン作成の背景

(1) 介護支援専門員の研修の目的

要介護者ができる限り住み慣れた地域で、最後まで尊厳をもって自分らしい自立した日常生活を送るためには、医療・介護・予防・住まい・生活支援といった多様なサービスが一体的に提供されるとともに、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら要介護者等を支援できるよう、適切にケアマネジメントを行うことが重要である。介護支援専門員は適切なケアマネジメントの実現に向けて日々、日常の業務の中で多様な地域の資源の情報を収集・把握したり、多職種とのネットワークの拡充に努めたりしている。しかし、地域包括ケアシステムの構築に向けて、より多くの主体と連携したケアマネジメントの実践がこれまで以上に期待される中、介護支援専門員の資質について必ずしも十分でないとの指摘もある。

そこで、ケアマネジメントにおいてその中核的な役割を担う介護支援専門員について、その養成段階で行われる介護支援専門員実務研修や現任者を対象とした研修等を体系的に実施することにより、介護保険制度の基本理念である利用者本位、自立支援、公正中立等の理念を徹底し、専門職としての専門性の向上を図ることにより、利用者の自立支援に資する適切なケアマネジメントの実現に資することを目的とする。

また、主任介護支援専門員については、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域課題の把握から社会資源の開発等の地域づくりや地域の介護支援専門員の人材育成等の役割を果たすことができる専門職の養成を図ることを目的とする。

(老発 0704 第 2 号:平成 26 年 7 月 4 日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」より)

(2) 介護支援専門員の研修制度の見直し

地域包括ケアシステムの中で、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら、利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジメントを実践できる専門職を養成するため、介護支援専門員に係る研修制度を見直す。

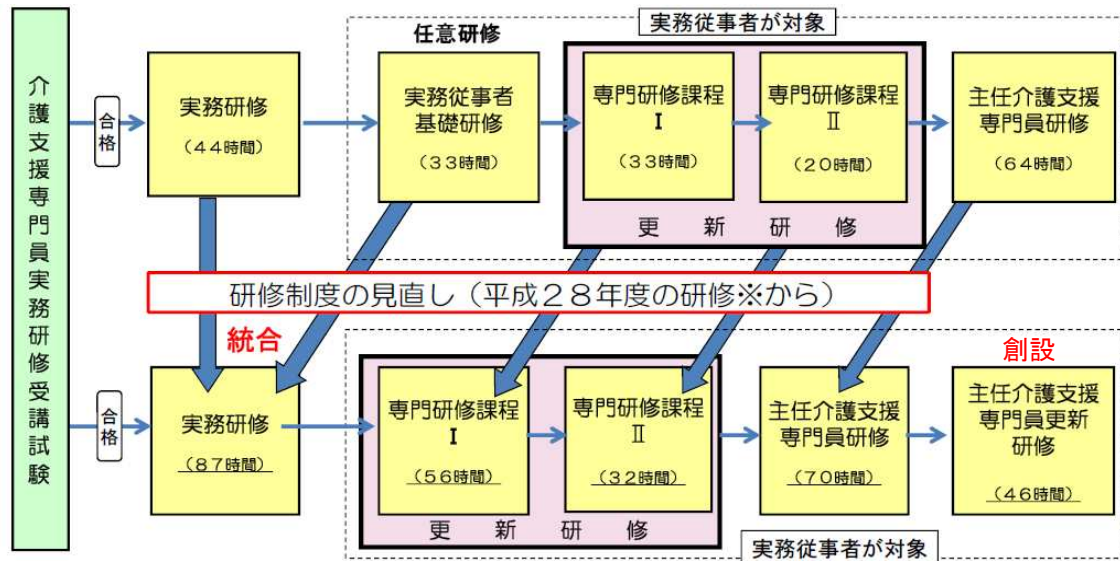
入口の研修である介護支援専門員実務研修を充実するため、任意の研修となっている介護支援専門員実務従事者基礎研修を介護支援専門員実務研修に統合。

主任介護支援専門員に更新制を導入し、更新時の研修として更新研修を創設。

専門職として修得すべき知識、技術を確認するため、各研修修了時に修了評価を実施。

介護支援専門員（ケアマネジャー）の研修制度の見直し

※平成 26 年 6 月 2 日告示公布



※実務研修等は平成 28 年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から、専門研修等は平成 28 年度 4 月 1 日から施行。

介護支援専門員実務研修の見直しについて

研修課目（介護支援専門員実務研修）		時間
講義	介護保険制度の理念と介護支援専門員	2
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基本	2
	要介護認定等の基礎	2
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術	
	受付及び相談と契約	1
	アセスメント、ニーズの把握の方法	2
	居宅サービス計画等の作成	2
	モニタリングの方法	2
	実習オリエンテーション	1
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の展開技術	
相談面接技術の理解	3	
地域包括支援センターの概要	2	
演習	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術	
	アセスメント、ニーズの把握の方法	4
	アセスメント、居宅サービス計画等作成演習	6
	居宅サービス計画等の作成	4
	介護予防支援（ケアマネジメント）	4
実習	介護支援サービス（ケアマネジメント）の展開技術	
	チームアプローチ演習	3
	意見交換、講評	1
実習	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術に関する実習	
合計		44

任意研修であった実務従事者基礎研修を統合（＝実務研修の充実）

研修課目（新・介護支援専門員実務研修）		時間	
講義	介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	3	
	ケアマネジメントに係る法令等の理解（新）	2	
	地域包括ケアシステム及び社会資源（新）	3	
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義（新）	3	
	人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理（新）	2	
	ケアマネジメントのプロセス（新）	2	
	実習オリエンテーション	1	
	自立支援のためのケアマネジメントの基本	6	
	相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎	4	
	利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意（新）	2	
演習	介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）（新）	2	
	ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術		
	受付及び相談並びに契約	1	
	アセスメント及びニーズの把握の方法	6	
	居宅サービス計画等の作成	4	
	サービス担当者会議の意義及び進め方（新）	4	
	モニタリング及び評価	4	
	実習振り返り	3	
	ケアマネジメントの展開（新）		
	基礎理解	3	
実習	脳血管疾患に関する事例	5	
	認知症に関する事例	5	
	筋骨格系疾患と廃用症候群に関する事例	5	
	内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例	5	
	看取りに関する事例	5	
	アセスメント、居宅サービス計画等作成の総合演習（新）	5	
	研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	2	
	実習	ケアマネジメントの基礎技術に関する実習	
	合計		87

(3)本ガイドラインの位置付け

介護支援専門員の資質向上については、これまで、必要な知識・技能の修得を目的とし、都道府県が実施主体となって、実務に就いたあとも継続的に研修の機会を提供できるよう体系的な研修を行ってきたところである。

一方、介護支援専門員に係る研修については、都道府県ごとに実施されていることから、研修内容に格差が生じているとの指摘がある。そこで、都道府県が行っている研修の質の平準化を図るため、国として研修実施の指導者用のガイドラインを策定することにより、介護支援専門員の更なる資質向上に資する研修とするとともに、研修内容の不断の見直しを実施し、介護支援専門員の研修実施の実効性を確保する必要がある。

このため、研修の企画・立案、研修の実施、評価、その後の研修への反映といった研修実施のサイクルを都道府県において効果的に実行していくことが必要である。すなわち都道府県においても研修実施の PDCA サイクルを構築することによって、研修の実をあげることを目指した。

本ガイドラインを、都道府県における介護支援専門員に係る研修実施の際の手引書として活用いただき、また指導者の養成にも資することができれば幸いである。

MEMO

02

本ガイドラインの基本的な考え方

2

本ガイドラインの基本的な考え方

(1) ケアマネジメントの目的と意義

ケアマネジメントの成り立ちや介護保険制度における位置づけについては多様な解釈が存在するが、それらを総合すると、ケアマネジメントとは、生活全般の状況を総合的に把握し、自立した日常生活に向けての希望を十分に把握し、それを踏まえてニーズに応じたサービスを一体的に提供する専門的な機能ということができる。介護保険制度におけるケアマネジメントの目的は、介護保険制度が目指す「自立支援」の理念を実現することにあるということもできよう。

ただし、高齢者のニーズは多様であり、ニーズに応じた各種サービスの総合的、一体的、効率的な提供が必要である。また、介護保険においては、利用者本位のサービスの提供が基本理念であり、どのようなサービスを選択し利用するか最終的な意思決定は利用者に委ねられている。

しかし、各サービスは専門分化しており多職種間の連携にも課題が残る。それゆえ、高齢者やその介護者が各種サービスの情報を自ら収集し、自らの状況に最もふさわしいサービスを選択し継続的に利用していくことが難しい。

だからこそ、全ての要介護者が等しく、サービスの利用における権利を有することを担保することにケアマネジメントの意義があり、その意義を実現するために他の介護保険給付とは異なり、居宅介護支援は全額が保険給付で提供されているといえよう。

(2) 研修の目的

介護支援専門員は、要介護者からの相談に応じて、要介護者等が日常生活の状況に応じて適切なサービスを利用できるようサービス利用の連絡調整等を行う者であって、日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識や技術を有する者とされている。

つまり、介護支援専門員には、専門的な知識や技術を生かして前述したようなケアマネジメントの価値を実現していくことが期待されているのである。一方ケアマネジメントが、介護保険において全国統一的な仕組みとして導入され、現物給付となった(自己負担ゼロとなった)背景には、利用者の立場に立って、サービスの決定を支援することによって全ての要介護者が等しく、サービスの利用における権利を保持することを担保しようとの考え方がある。

したがって、全ての介護支援専門員には、利用者の決定を支援するに足る一定水準以上の知識や技術を有することが求められ、それゆえ「介護支援専門員として利用者の自立支援に資するケアマネジメントに関する必要な知識及び技能を修得し、地域包括ケアシステムの中で医療との連携をはじめとする多職種協働を実践できる介護支援専門員の養成を図ることを目的とする」法定研修の受講が義務付けられている。

(3)本ガイドラインの構成

本ガイドラインは総論と各論で構成されている。総論部分は研修の計画と評価、および研修向上委員会の活用などについて述べた研修 PDCA サイクルの構築方法と、研修の目標の考え方、研修実施上の留意点や事例を用いた研修の工夫について述べている。

各論部分は次のような内容になっている

各科目ガイドラインの主な内容

- 介護支援専門員実務研修実施要綱に従った目的、概要
- 介護支援専門員の熟達度に合わせた研修の修得目標
- 科目の内容
- 科目のポイント
- 講義・演習の展開例

また、これまでの研修の評価方法を見直し、有効性・適正性を計る新たな評価システムを目指している。

- 受講者の理解度を知るための事前アンケートを実施する
- 所属先の管理者等に対してアンケート(研修において修得してほしい内容等)を実施し、受講者の意識向上を図る
- 受講後の研修科目ごとに研修内容の効果を検証する

03

PDCAサイクルの構築

3

PDCA サイクルの構築

(1) 研修向上委員会の設置

介護支援専門員の研修実施の実効あるものとするため、研修の企画、立案、実施、評価、その後の研修の反映といった研修実施の PDCA サイクルを新たに構築することにより、継続的に研修内容の見直しを図ることが求められる。

研修向上委員会は、研修の実施後の評価をもとに、更なる効率的・効果的な研修の実施方策を検討する国及び都道府県に設置される委員会である。

① 国において設置される研修向上委員会

国における研修向上委員会

都道府県からの事業評価をもとに、研修における課題の整理を行うとともに、改善に向けた検討を行う。

- 研修体系の内容の検討と提示
- ガイドラインの作成
- 各研修項目の目標設定と提示
- 指導要領・指導技術・研修の修了評価方法の検討
- 効率的・効果的な研修の実施方策の検討
- 指導者に関する要件の検討
- 介護支援専門員研修向上委員会の運営

想定される
構成委員

学識者、行政担当者、職能団体、都道府県担当者
介護支援専門員、実施事業者、学会 等

厚生労働省

- 資質向上事業における研修実施のガイドラインの提示
- 実施結果の分析・課題の整理
- ガイドラインの修正

都道府県
研修事業者

- ガイドラインを参考とした研修の企画・実施
- 厚生労働省へ事業評価をフィードバック
- 次回以降の研修に反映

②都道府県において設置される研修向上委員会

都道府県における研修向上委員会

1)国との関係

ガイドラインを参考に研修企画・実施・評価に関する事務を担う。

- 効率性・実効性の高い研修の実施に関する検討
- 実施状況及び事業評価について国へフィードバック(教材・指導者・実施状況等)

2)研修実施機関との関係

- 研修内容の適正性について調整
- 指導者(講師)評価

想定される
構成委員

学識者、介護支援専門員、職能団体の指導者、都道府県担当者、実施機関、地域包括支援センター 等

都道府県

- ガイドラインを参考とした研修実施(事業委託)
- 研修企画への参画
- 事業評価
- 次回以降の研修(事業委託内容)に反映

研修事業者

- ガイドラインを参考とした研修実施
- 都道府県へ結果を報告
- 次回以降の研修に反映

(2)PDCA サイクルによる継続的な改善

現在、介護支援専門員の資質向上に伴う取り組みは、実施主体である都道府県のおかれている現状によるところが大きい。研修内容の見直しを図り、介護支援専門員の更なる資質向上を図るためには、幅広い視点から研修内容の見直しを行い、研修の質の平準化を図ることが必要であり、そのためには、「都道府県」と「研修実施事業者」、「厚生労働省」と「都道府県等」における各々の研修向上の体制が、両輪で行われることが重要である。具体的には、各都道府県からの事業評価を国において検討し、随時ガイドラインの修正を図りながら、介護支援専門員に係る研修の効果的な実施に向けて、実施主体である都道府県との連携を図ることが望ましい。

なお、都道府県に設置する研修向上委員会とは、新たに設置するものではなく、これまで研修を実施する際に設けられていた各都道府県の会議及び委員会等を指すものである。

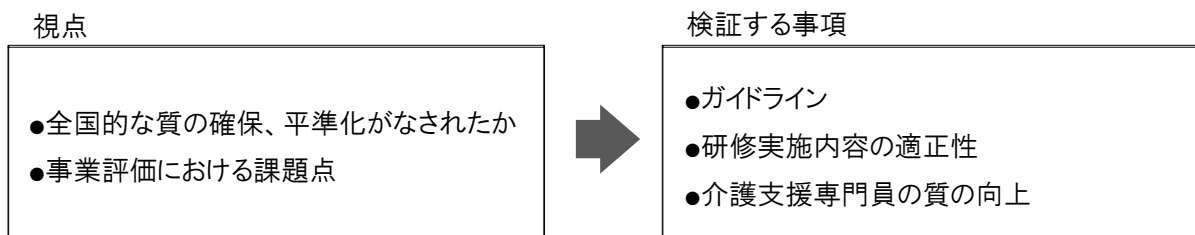
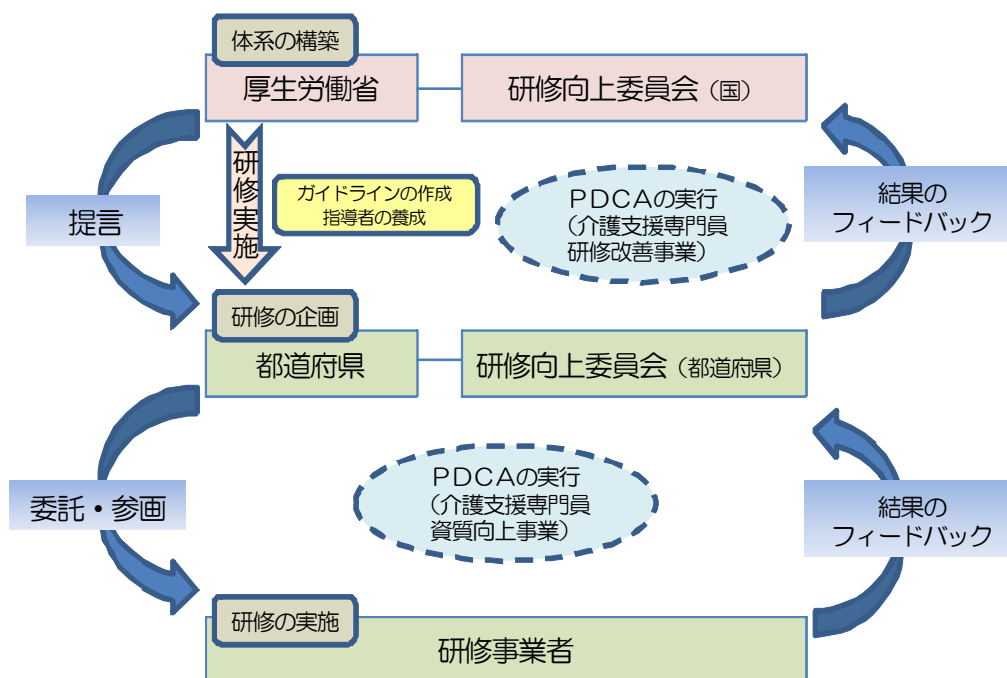


図-1 介護支援専門員関連研修のPDCA サイクルの確立と研修実施支援イメージ

都道府県における事業評価は、実施内容に関する評価と、研修終了後に学習したことが日々の業務への程度反映しているかを評価することが必要である。研修時に確認された自己の課題に「どのように取り組んでいるか」、また、その成果が「どのように表れているか」を一定期間後、事前アンケートをもとに自己評価及び管理者または主任介護支援専門員等による評価(研修記録シートとアンケート等)を研修実施機関にフィードバックし、研修実施機関は効果を検証した後、結果を都道府県へ報告する。

研修改善事業 介護支援専門員関連研修のPDCAサイクルの確立

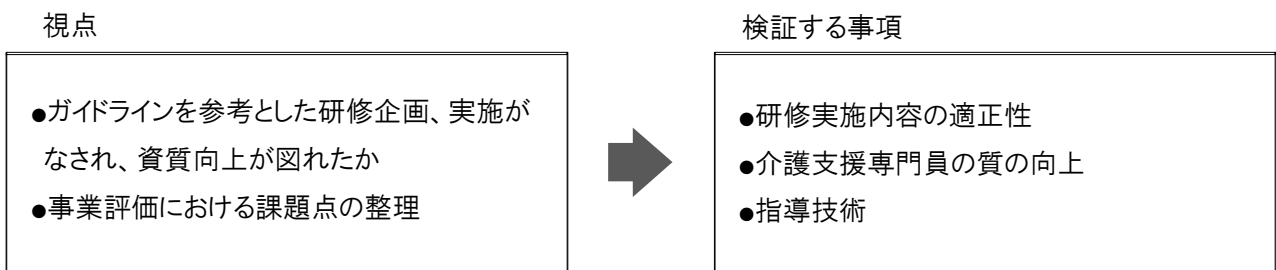
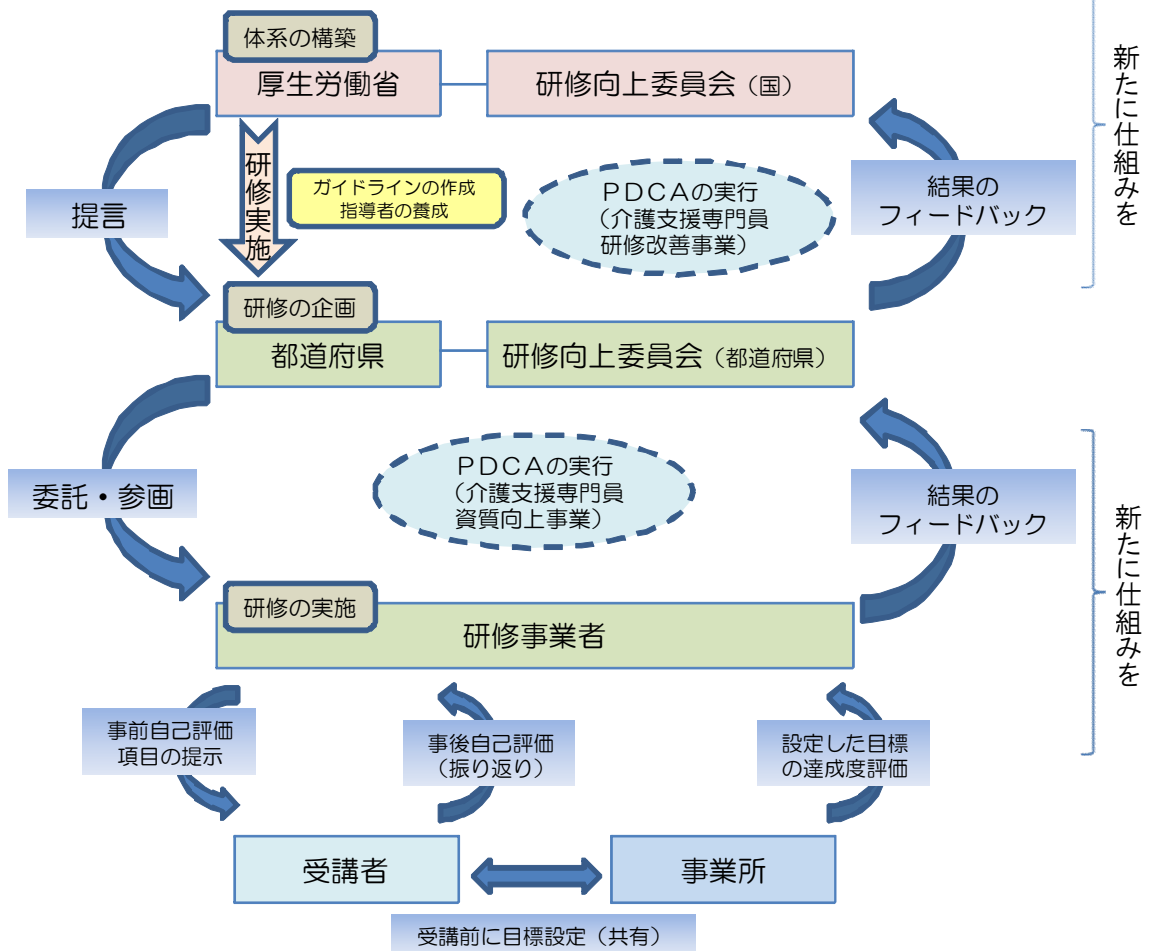


図-2 都道府県における2段階の研修評価

(3) 研修の計画と評価

① 研修計画の必要性

科目の特性に合わせ、講義、演習、実習を組み合わせて展開すること。

1) 事前準備

- 実施要綱には、その科目の目的、内容が示されている。その要綱に沿ってガイドラインには具体的修得目標と評価方法を明示している。ガイドラインに沿って研修を組み立てる。

2) 講義に使用する資料

- 使用する教材やスライド、パワーポイント、レジュメ等は、講義をわかりやすくするものとして準備する。

3) 講義の実施計画

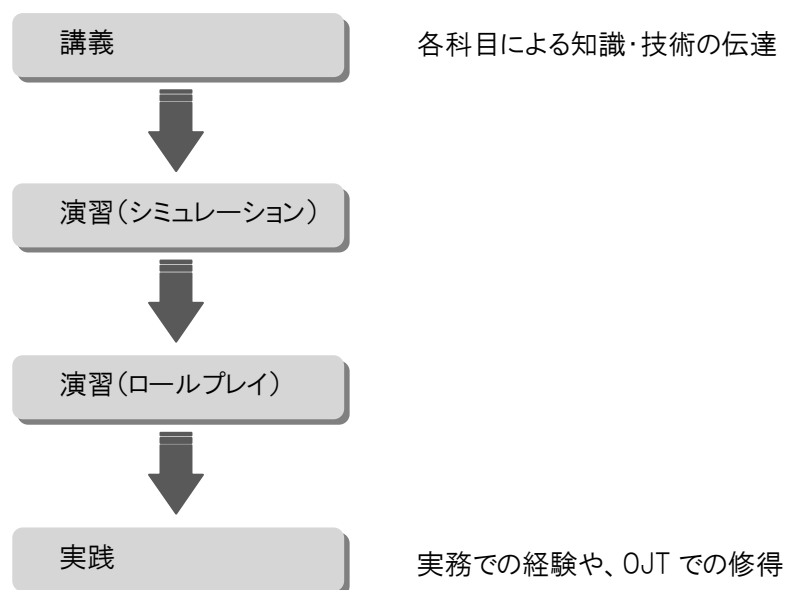
事前に講義の実施計画(組み立て)を作成する。

講義に当たっては、ガイドラインに沿って事前アンケートを実施。

- 事前のアンケートから受講者の知識の修得状況等について、受講者像を明らかにし、適切な講義を構成する。
- 講義・演習の時間は要綱に定められた時間若しくはそれ以上とする。
- 講義の中に適宜事例を盛り込み、わかりやすい内容とする。
- 講義の終了時には振り返りの時間(グループワーク)を設ける。
- 講義の中で理解が難しかった点について再度指導し、理解を定着させる。

4) 演習

- 技術の修得では、次の順に展開することが望ましい。



実施要綱に定められている通り、研修計画を作成する上では、以下の内容を盛り込む必要がある。

1) 目的

介護支援専門員として利用者の自立支援に資するケアマネジメントに関する必要な知識及び技能を修得し、地域包括ケアシステムの中で医療との連携をはじめとする多職種協働を実践できる介護支援専門員の養成を図ることを目的とする。

(老発 0704 第 2 号:平成 26 年 7 月 4 日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」別添 1 より)

2) 対象者

法第69条の2第1項に規定する介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者とする。

(老発 0704 第 2 号:平成 26 年 7 月 4 日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」別添 1 より)

3) 実施方法

介護支援専門員は、法第7条第5項において、「要介護者又は要支援者(以下「要介護者等」という。)からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第69条の7第1項の介護支援専門員証の交付を受けたもの」とされ、その養成課程である介護支援専門員実務研修(以下「実務研修」という。)は、施行規則第113条の4第1項において、「介護支援専門員として必要な専門的知識及び技術を修得させることを目的とし」、同条第2項において、「居宅サービス計画、施設サービス計画及び介護予防サービス計画に関する専門的知識及び技術の修得に係るものをその主たる内容」とすると定められているところである。

したがって、実務研修の内容は、利用者の自立支援を図るために、アセスメントの重要性を認識し、居宅サービス計画、施設サービス計画及び介護予防サービス計画の作成、サービスの利用、モニタリングの実施等のいわゆる「ケアマネジメント」の過程に沿った各段階で必要な視点や手法を修得するとともに、地域包括ケアシステムの中で医療との連携をはじめとする多職種協働の手法を修得できるものでなければならない。

(老発 0704 第 2 号:平成 26 年 7 月 4 日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」別添 1 より)

4) 研修実施上の留意点

1) 介護支援専門員実務研修の要綱に記載された内容研修実施方法

ア 研修の全体構成

ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術における「アセスメント及びニーズの把握の方法」、「モニタリング及び評価」、ケアマネジメントの展開における「脳血管疾患に関する事例」、「認知症に関する事例」、「筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例」、「内臓の機能不全(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)に関する事例」、「看取りに関する事例」及び「アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習」について、アセスメントからニーズを把握する過程及びモニタリングでの評価に関する知識・技術についての講義・演習を行うに当たっては、別途通知する「課題整理総括表」及び「評価表」等を活用し行うものとする。

なお、演習を行うに当たっては、受講者が積極的に演習に参加するよう小規模な班編制により実施することとし、班編制に当たっては保健、医療、福祉の各職種の均衡に配慮すること。

イ 実習における留意点

実習先としては、特定事業所加算を取得している事業所のような指導体制が整っている事業所で行うことが適切であり、主任介護支援専門員が配置されている事業所に協力してもらうことが適当である。

実習に当たっては、一つの事例だけではなく、複数の事例についてケアマネジメントプロセスを経験することが効果的であり、アセスメントからモニタリングまでの一連のケアマネジメントプロセス(同行等による利用者の居宅訪問、サービス担当者会議開催のための準備や当該会議への同席も含む)を経験することが適当である。なお、実習期間中にサービス担当者会議が開催される機会がなく、会議に同席できなかった場合には、実習先の指導者によって、サービス担当者会議の準備や会議当日の議事進行の方法等を説明することにより理解を促すこと。

実習においては、事前に実習に係る対象者等の同意を得るとともに、特に対象者の安全の確保や知り得た秘密の厳守について万全を期すよう受講者に周知徹底すること。

(老発 0704 第 2 号:平成 26 年 7 月 4 日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」別添 1 より)

4) 研修実施上の留意点

2) 講師

講師については、原則アからキまでのとおりとする。

なお、相当の知見を有する者とは、

- ① 施行規則第113条の2第1項第1号に規定する資格を有する実務経験が長い主任介護支援専門員
- ② 地域包括支援センターにおいて介護支援専門員に対し相談・支援に従事している者
- ③ 大学教員又は法人内において研修の責任者として指導に従事している者
- ④ その他上記に準ずる者とする。

ア 「介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント」及び「ケアマネジメントに係る法令等の理解」の講師については、原則として、介護保険制度について相当の知見を有する者又は都道府県職員を充てること。

イ 「自立支援のためのケアマネジメントの基本」、「相談援助の専門職として基本姿勢及び相談援助技術の基礎」、「ケアマネジメントのプロセス」、ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術における「受付及び相談並びに契約」、「アセスメント及びニーズの把握の方法」、「居宅サービス計画等の作成」、「サービス担当者会議の意義及び進め方」及び「モニタリング及び評価」並びにケアマネジメントの展開における「基礎理解」及び「アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習」の講師については、ケアマネジメントについて相当の知見を有する者を充てること。

ウ 「人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理」、「利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意」及び「実習振り返り」の講師については、原則として、相当の実務経験のある現任の介護支援専門員を充てること。

エ 「介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント)」の講師については、介護支援専門員に関するチームマネジメントについて相当の知見を有する者を充てること。

オ 「地域包括ケアシステム及び社会資源」の講師については、地域包括ケアシステムについて相当の知見を有する者又は都道府県職員を充てること。

カ 「ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義」の講師については、在宅介護に知見のある医療関係者又は病院等において医療連携業務に従事している者を充てること。

キ ケアマネジメントの展開における「脳血管疾患に関する事例」、「認知症に関する事例」、「筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例」、「内臓の機能不全(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)に関する事例」及び「看取りに関する事例」の講師については、医師又は医療関係職種の基礎資格を有する介護支援専門員又は各事例に関し相当の知見を有する者を充てること。

(老発 0704 第 2 号:平成 26 年 7 月 4 日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」別添 1 より)

4) 研修実施上の留意点

3) 修了評価

研修の実施に当たっては、各科目における修得目標を達成しているかについて修了評価を実施すること。

4) その他留意点

ア 介護支援専門員実務研修修了者とは、実務研修の全科目を受講した受講者とする。

なお、受講者がやむを得ない事情により、実務研修の一部又は全部を受講できなかった場合には、別途実施する実務研修の際に当該未受講の科目を受講することとして差し支えない。この場合、当該受講者から試験受験地の都道府県に申し出ることにより、他の都道府県で受講することを認めるなど、都道府県間で連携の上、受講者の便宜を図るものとする。

イ 実務研修の研修受講地については、当該試験受験地の都道府県であるが、当該試験合格後の勤務地等の異動に伴い、必ずしも試験受験地と研修受講地を同一とする考え方では合理的でない場合が想定される。このような場合には、当該受講者から試験受験地の都道府県宛て「研修受講地変更願」を提出させ、やむを得ないと認められるときは、希望する研修受講地の都道府県と連携の上、受講者の便宜を図るものとする。

(老発 0704 第 2 号:平成 26 年 7 月 4 日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」別添 1 より)

②研修効果の測定と研修記録シートの活用

1) 評価の考え方

研修を通して修得したことを確認したうえで、自己の今後の活動にフィードバックし、自信を持って実務に必要な能力を獲得することが目標であり、現時点で達成できないことを把握し、今後の実践につなげるために評価を実施する。

- ・研修科目の習熟度については、各科目で設ける修得目標に照らして受講前、受講中、受講後のそれぞれの時期に評価を行う。
- ・修了時評価は受講者が修得した効果を研修記録シートで確認する。修了評価の実施方法は研修向上委員会、研修実施機関で検討する。
- ・研修全体での評価の際は、各科目の習熟度に加えて、介護支援専門員としての資質の前提として、研修での受講姿勢(講師や他受講者とのコミュニケーション、自己研鑽の意欲等)も考慮する。

2) PDCA サイクルにおける研修記録シートを用いた評価の考え方

①都道府県

- ・研修実施機関において回収・集計した研修記録シートを基に、都道府県の研修向上委員会において次回以降の研修の企画・実施に向けて改善点・課題点の検討に活用する。
- ・上記の検討結果は、都道府県の研修への反映とともに、国へフィードバックすることで、研修実施のガイドライン等の全国の研修の質の向上のための検討に活用する。

②講師

- ・受講者の事前評価の集計結果を基に各科目の修得目標(研修記録シート2の設問項目)の理解度を把握することで、講義・演習の重点項目の調整を行うことで、受講者の修得度を向上させる。
- ・研修中に研修記録シート2を記入する時間(振り返りの時間など)を設け、数件のサンプルから受講者の自己評価を把握することで、補足説明をし、受講者の修得度を向上させる。

③受講者

- ・受講前には、研修記録シート1により、受講に当たっての目標を事業所管理者等とともに設定し、また、研修記録シート2により、各科目で学ぶ項目に対する自己評価を行うことで、研修で学ぶべきことを明確化する。
- ・受講後、実践後には、設定した目標に対する達成度を振り返ることで、さらなる資質向上への目標の設定に活用する。また、継続的な自己評価により、自身の不足する分野を認識するなど、学習課題の明確化に活用する。

④事業所管理者

- ・受講前に、研修記録シート1で受講者とともに受講に際しての目標を設定し、当該研修の受講に期待することを設定し、受講者の研修受講への動機づけや、受講後の事業所での役割等を明確化する。
- ・受講後、実践後には、設定した目標に対する達成度や、事業所での役割等の変化を共有することで、継続した目標設定と評価を行う。

2) 評価の方法

各研修の特性、都道府県の実情に合わせ、評価方法を選択する。

- ・テスト
- ・レポート
- ・口頭試問
- ・受講者間の相互評価
- ・実技
- ・講師・ファシリテーター等による評価(習熟度、受講姿勢、意欲等による総合的な評価)
- ・研修記録シート(活用方法は事項参照)
- ・その他

3) 研修記録シートの活用方法

研修の受講による学習を効果的なものとするためには、受講者自身が研修を通じて得たいこと(学習課題)を設定し、その達成状況を研修終了後に評価することが重要である。達成状況を踏まえ、その後の継続学習やOJT等において補足的な学習を行うことも重要である。

学習課題の設定やその振り返りには、「研修記録シート」を活用することが有効である。このシートは、これまでのカリキュラムにおいて実施された介護支援専門員研修において実際に活用されてきたものであり、その有効性は実証されている。

「研修記録シート」は、研修前に受講者自身とその管理者が学習課題を設定するとともに、研修受講終了時点と、受講終了後3か月時点において、それぞれ学習課題の達成状況やカリキュラムにおける修得目標の達成状況を評価し、その結果をその後のOJT等の計画に反映するものである。「研修記録シート」の概要と活用方法は後述の通り。

なお、全受講生に共通して「研修記録シート」を活用することにより、個々の受講生の学習の質を高めるだけでなく、研修の主催者が研修内容を振り返って継続的に研修の質を高めていくことも期待できる。

具体的には、研修受講前に受講者自身あるいはその管理者が設定している学習課題を把握した上で研修の内容やその展開の工夫を担当講師との調整や、受講終了後や終了後3か月時点での評価結果を踏まえ、研修内容や教材、講師選定の見直し等に活用する。

① 研修記録シートの活用の流れ

i) 受講前【受講申し込み時】

- ・受講者は、「研修記録シート1(目標)」の受講前記入欄に受講前の目標を記入する。
- ・管理者(または地域包括支援センター主任介護支援専門員等)は、「研修記録シート1(目標)」の受講前記入欄に受講者に期待することを記入する。
- ・受講者は、「研修記録シート2(評価)」の受講前記入欄に受講前の自己評価を記入する。
- ・記入した「研修記録シート1(目標)、2(評価)」を研修主催者に提出してもらう。

ii) 受講中【各科目講義・演習時】

- ・講師は提出された「研修記録シート1(目標)、2(評価)」により、受講者の理解度を把握し、理解度を考慮して講義・演習を実施する。
- ・受講者は、「研修記録シート3(振り返り)」に気づいたことを記入する。

iii) 受講直後

- ・講師は、講義・演習の最後に振り返りの時間を設け、受講者は「研修記録シート2(評価)」「研修記録シート3(振り返り)」に受講直後欄に自己評価を記入する。

iv) 受講後【受講の一定期間後(3か月程度)】

- ・受講者は、「研修記録シート1(目標)」の受講後(3ヶ月後程度)記入欄に目標の達成度と実践への活用の状況を記入する。
- ・管理者(または地域包括支援センター主任介護支援専門員等)は、「研修記録シート1(目標)」の受講後(3ヶ月後程度)記入欄に受講者の目標の達成度と実践への活用の状況を記入する。
- ・受講者は、「研修記録シート2(評価)」の実践評価(3ヶ月後)記入欄に自己評価を、「研修記録シート3(振り返り)」に受講後からの気づいた点などを記入する(ポートフォリオの作成)。
- ・記入した「研修記録シート1(目標)、2(評価)」を研修主催者に提出してもらう。

②研修記録シートの活用方法

1)研修時の評価

i. 研修記録シート2(評価)の活用

【受講前】

- ・講師は、「受講前記入欄」の集計結果を利用し、受講者の理解度を点検する。
- ・受講者に、研修記録シートにより「修得目標」を点検(現状課題を認識)させる。

【受講直後】

- ・受講者に、研修記録シートにより「修得目標」を改めて点検(受講後の自己評価)させる。
- ・各科目の振り返りの時間に、学習したことや課題を少人数で共有(受講者同士で研修記録シートをチェック)させ、リアルタイムでの気づきを促す。
- ・講義・演習時間の最後に補足説明・講義を行う。(ガイドラインの「講義等の具体例」を参考)

ii. 研修記録シート3(振り返り)の作成・活用

- ・受講者に、研修受講時から継続的に記録し振り返えさせることで、研修時の課題についてこれからどう学習に取り組むか今後の自己研鑽に活用させる。
- ・一番勉強になったこと、理解したこと、理解できなかったこと等を記載させる。
- ・この記録をもとにグループ内2、3人で相互に評価を行わせる。

iii. 講義の評価

- ・講義終了後、振り返りの時間を導入し、グループで評価を行わせ、その結果浮かび上がった多くの受講者が理解できなかったことや疑問点について、最後のまとめの講義において再度触れる。

iv. 講師の評価

- ・講義内容が伝わったか研修記録シートをグループで数枚程度サンプリングし、講義終了後に理解しにくかったポイントを確認し、講師の自己評価の参考にする。
- ・研修直後の受講者の自己評価を踏まえ、見落としやすいポイントとして講義内容にフィードバックする。

2)研修修了後の評価

- ・評価は、自己評価と管理者による他者評価を行わせる。
- ・研修修了後、所属先において研修記録シート等で再度自己評価を行わせる。
- ・管理者は、研修内容が実務に反映されているかをアンケート、ヒアリング等で管理者に確認させるとともに、その結果について研修記録シート等に記載させる。

表-2 研修記録シートの記入方法

シート名	内容
研修記録 シート1 (目標)	<ul style="list-style-type: none"> ●研修受講前に「受講者」と「管理者」が受講に当たっての目標を共有し、一定期間後にその成果を確認するためのものです。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>(1)受講前</p> <ul style="list-style-type: none"> ■当該課程を受講する前に、受講者と管理者が面談の上、研修に期待すること、目標、成果等を記入します。 ■管理者は、受講者に「学んできてほしいこと」「研修に期待すること」をイメージして目標を記入します。 ■受講者は、「研修後にどのような行動ができるようになりたいか」をイメージして目標を記入します。 ■記入順は、管理者から先に記入します。 </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>(2)受講後3ヶ月</p> <ul style="list-style-type: none"> ■受講者はシート2、3を先に記入します。 ■管理者との面談は、記入した「シート2、3」を基に相談し、それぞれ評価を記入します。 </div>

シート名	内容
研修記録 シート2 (評価)	<ul style="list-style-type: none"> ●科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。 ●各科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返します。 ●受講前・受講直後・受講後3ヶ月の時期に記入します。 ●評価は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入します。 ●理解度が増し、学ぶべき範囲が見えた事で自己評価が下がる場合もあります。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>(1)受講前</p> <ul style="list-style-type: none"> ■当該科目で学ぶべきことの理解の程度を自己評価します。 ■どんなことを学べばいいか理解しているなどの評価結果を記入します。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>(2)受講直後</p> <ul style="list-style-type: none"> ■当該科目を受講した直後に、受講前と比べてどの様に変化したか自己評価します。 ■受講したことで、より多くのことを学ぶべきだと気付いた、受講前に理解していた通りだったなどの評価を記入します。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>(3)受講後3ヶ月</p> <ul style="list-style-type: none"> ■研修で学んだことを実践した後の自己評価を記入します。 ■活用できた場面など備考欄に書き留めておきます。 </div>
研修記録 シート3 (振り返り)	<ul style="list-style-type: none"> ●各科目の受講後から継続して記入することで自身の記録を残します。 ●各科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返します。 ●一番勉強になったこと、理解したこと、理解できなかったこと等を記入します。 ●研修時の課題について、これからどう学習するか、取り組むか記入します。

MEMO

04

研修の具体的な展開方法

4

研修の具体的な展開方法

(1)介護支援専門員実務研修の目標

①各課程の対象者

介護支援専門員資質向上事業における各課程は、連続した育成の視点を持って構成されている。実務研修の実施にあたっては、他の課程の対象者と比較し、各科目の研修内容を準備する必要があるため、参考までに以下の通り各課程の対象者を一覧できるようにした。

介護支援専門員資質向上事業 各課程の受講対象者

研修課程	設定時間数	対 象
実務研修	87 時間以上	法第 69 条の 2 第 1 項に規定する介護支援専門員実務研修受講試験に合格したものとする。
専門研修 課程Ⅰ	56 時間以上	原則として、介護支援専門員としての実務に従事している者であって、就業後 6 か月以上の者とする。 なお、介護支援専門員として、効果的にその専門性を高めるためには早期に受講することが適当であり、就業後 3 年以内に受講することが望ましい。
専門研修 課程Ⅱ	32 時間以上	原則として、介護支援専門員としての実務に従事しているものであって、専門研修課程Ⅰを修了している就業後 3 年以上の者とする。
主任介護 支援専門 員研修	70 時間以上	介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する介護支援専門員とする。 具体的には、主任介護支援専門員としての役割を果たすことができる者を養成する観点から、居宅サービス計画書等を提出させることにより、研修実施期間において内容を確認し、利用者の自立支援に資するケアマネジメントが実践できていると認められる者のうち、以下の①から④のいずれかに該当し、かつ、「介護支援専門員専門研修実施要綱」に基づく専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ又は「介護支援専門員更新研修実施要綱」の3の(3)に基づく実務経験者に対する介護支援専門員更新研修を修了した者とする。 ① 専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して 5 年(60 ヶ月)以上である者(ただし、管理者との兼務は期間として算定できるものとする。) ② 「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」(平成 14 年 4 月 24 日老発第 0424003 号厚生労働省老健局長通知)に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者又は日本ケアマネジメント学会等が認定する認定ケアマネジャーであって、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して 3 年(36 ヶ月)以上である者(ただし、管理者との兼務は期間として算定できるものとする。) ③ 施行規則第 140 条の 66 第 1 号イ(3)に規定する主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている者 ④ その他、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者 また、受講対象者の選定に当たっては、特に質の高い研修を実施する観点から、上記の要件以外に、都道府県において実情に応じた受講

研修課程	設定時間数	対 象
		要件を設定することは差し支えないものとする。
主任介護支援専門員更新研修	46 時間以上	<p>研修対象者は、次の①から④までのいずれかに該当するものであって、主任介護支援専門員研修終了証明書の有効期間がおおむね 2 年以内に満了する者とする。</p> <p>なお、特に質の高い研修を実施する観点から、上記の要件以外に、都道府県において実情に応じた受講要件を設定することは差し支えないものとする。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者 ② 地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年 4 回以上参加した者 ③ 日本ケアマネジメント学会等が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者 ④ 日本ケアマネジメント学会等が認定する認定ケアマネジャー ⑤ 主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者

(老発 0704 第 2 号:平成 26 年 7 月 4 日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」より)

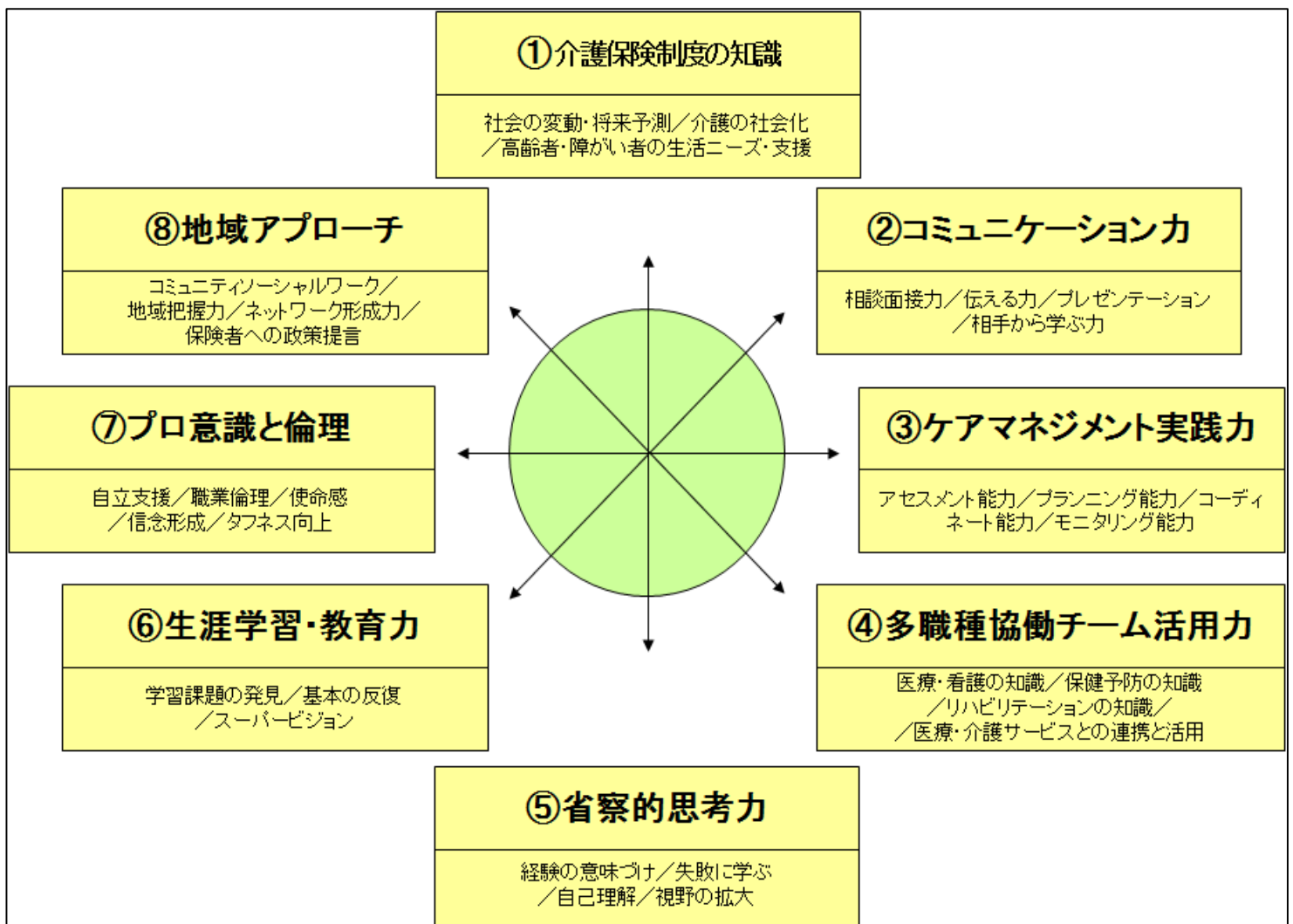
②研修全体の最終目標(アウトカム)

研修成果をあげるためには、介護支援専門員が細かい技術の一つ一つを完璧に実施できることよりも、総合的な力を身につけ利用者や家族から信頼される人材に成長することが求められる。介護支援専門員研修の最終目標の例として8項目を図に示した。

ガイドラインには科目ごとに5から10程度の具体的な修得目標があげている。その科目を履修するにあたり、受講者が個々の修得目標を達成できるように指導することは当然であるが、より大切なことは個々の学びが個人の総合力の養成に役立つように指導することである。

たとえば実務研修では科目ごとに多くの知識を受講者に伝えることを目的にすべきではなく、ケアマネジメントの対象である利用者が少しでも自立した生活が送れるように支援するために、知識を活用した③ケアマネジメント実践力が身につくことをめざすべきである。また③を身につけるためには基礎として①②の修得が必須である。その上で④⑤を身につけていくことが求められる。

介護支援専門員研修の最終目標(アウトカム)



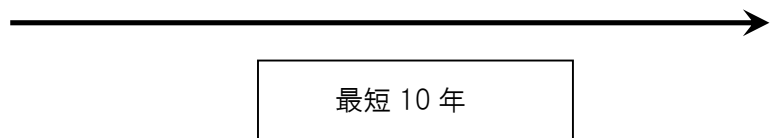
③研修各段階における受講者の熟達度

どのような職種であっても研修の最終目標を達成するには時間がかかる。介護支援専門員は総合的、多面的な能力を身につけなければならないため、熟達した技術を修得するには最短でも約10年の期間が必要と思われる。当然個人差は大きい。

研修の各段階においては、受講者がどの程度熟達しているかを知り、弱点を補強し、強みをさらに伸ばすように努めることが望ましい。そのため概略ではあるが、熟達度からみた各研修課程の受講前における受講者像を示すことにした。

アウトカム項目によっては熟達の表現が難しいものもある。それぞれ右の列になるにしたがって熟達度が高いことを示している。知識については広く深くなることを示している。コミュニケーションに関しては対象事例が複雑化困難化しても対応できることを示している。

		研修課程				
		実務	専門Ⅰ	専門Ⅱ	主任	主任更新
介護支援専門員育成のアウトカム項目	①介護保険制度の知識	部分的	部分的	全体的	専門的	専門的
	②コミュニケーション力	部分的	単純な事例	複雑な事例	支援困難事例	支援困難事例
	③ケアマネジメント実践力	経験不足	部分的	全体的	全体的	全体的
	④多職種協働チーム活用力	経験不足	未熟	部分的	包括的	包括的
	⑤省察的思考力	未熟	不十分	多面的	多面的	多面的
	⑥生涯学習力・教育力	未熟	不十分	意欲的	指導的	指導的
	⑦プロ意識と倫理	未熟	未熟	不十分	実践的	実践的
	⑧地域アプローチ	未熟	未熟	不十分	試行的	政策提言



④ 修得目標の意味

1) 各科目のねらいを科目ごとにできるだけ具体的に表現した修得目標が設定されている。これは、受講者が講義、演習、実習後、およびその後の日常業務を通して修得すべきものを提示した。主語はすべて受講者で、理解しやすく、理想ではなく実現可能で、評価しやすいよう行動的で測定可能な言葉を用いている。

したがって、研修の受講終了時点における達成を目標とするが、研修の内容を踏まえた実践の中においてその技術を身につけていくものであり、むしろ、介護支援専門員に求められる知識や技術、態度等は、実践を通じて常に研鑽していく性質のものである。こうした目標が達せられるよう、受講修了後の継続学習(自己学習やOJTやOff-JT、職域団体や地域で行われる研修への参加等)につながるような研修内容が望ましい。

2) 修得目標は、ヘッド(知識・論理)、ハート(思い、姿勢、態度)、ハンド(技術)がバランスよく示される必要がある。教育評価の考え方では「認知領域」(知識や理解の獲得や判断に関わる評価領域)、「情意領域」(姿勢や感情に関わる評価領域)、「精神運動領域」(技能の獲得と実践に関わる評価領域)の3つの領域に分類されている。このうち「認知領域」についてはさらに「想起」(知識の獲得、問われて思い出せるかどうか)、「解釈」(理念や考え方を理解して説明できるかどうか)、「問題解決」(さまざまな情報を踏まえて問題解決に向けた判断ができるかどうか)の3つの領域で構成している。これらの各評価領域での修得目標の表現とその意味は以下のとおりである。

※受講者への継続的な学習にあたり、本ガイドラインでは受講者自身が自己評価、振り返り、今後の目標設定等、一連の学習プランを計画出来るよう、修得目標をもとにした研修記録シートの活用を示している

表-1 修得目標の意味

領域	修得目標の表現	意味
認知領域 「想起」	「～を述べることができる」	必要な知識を記憶しており、具体的な用語や実例等を回答できるレベル
認知領域 「解釈」	「～について説明できる」	必要な理念や考え方について理解しており、その理念や考え方について自分の言葉で具体的に説明できるレベル
認知領域 「問題解決」	「～を判断できる」	さまざまな情報と、理念や考え方に基づき、専門職として、問題解決に向けた妥当な判断を行うことができるレベル
情意領域	「～に配慮できる」	専門職として持つべき姿勢や態度を有して実践できるレベル
精神運動領域	「～を行うことできる」 「～(動作を)できる」	必要な技能を有し、専門職として具体的に実践できるレベル

(2)実務研修実施上の留意点

①本ガイドラインで取り上げる研修手法の特徴と留意点

実務研修では以下に挙げるような研修手法の活用が盛り込まれている。各科目のねらいや修得目標に照らして、各研修手法の特徴や留意点を踏まえた研修の実施が求められる。

表-1 研修手法

名称	手法と特徴	留意点
座学(講義)	<ul style="list-style-type: none"> ●介護支援専門員として理解すべき原理原則やルール、方法論や考え方を説明したり、基礎的な知識を解説したりする。 ●単に知識を付与するだけでなく、知識の体系やその基盤となる基本的な考え方を解説することにより、その後のさまざまな学習の基盤を形成することが出来る。 ●講義で使用する教材は、研修受講修了後の実践においても、適宜振り返って知識を確認したり定着させたりするために活用出来る。 ●単に講義形式の座学を続けるだけでなく、ミニワーク(個人学習)やグループワーク等を交えて組み立てることで学習効果を高めることが必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ●科目の目的に合わせて知識の解説と知識に基づいた活用方法の教授を行う。 ●実務研修では、介護支援専門員としての実務経験が無い受講生を対象にすることから、基本的な事項から丁寧に説明することが必要。 ●受講者が主体的に学ぶ姿勢を持ち、学習できるように工夫する。 ●主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修では介護支援専門員へ指導するためのケアマネジメントに関する指導に向けての知識を学習できるように工夫する。
講義・演習(一体型)	<ul style="list-style-type: none"> ●実務を想定して行う訓練や体験。 ●また、演習だけでなく講義と組み合わせで展開することにより、知識の定着と更なる獲得を図る。 ●技能の修得では、慣れるまで繰り返し学習することで実践力の修得を図る。 ●ロールプレイとシミュレーションを適切に組み合わせることで、より実践的な学習とすることが出来る。 ●主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修においては、演習、講義の組み合わせの展開や技能の修得で実践指導の獲得および修得を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ●講義で得た知識を実務に活用する。 ●受講者が、円滑に実践を始められるよう、具体的な演習となるよう工夫する。 ●継続的な学習の基盤とするため、介護支援専門員の業務の基盤となる基本的な考え方や知識(例:ケアマネジメントプロセスなど)、指導方法等は、演習を通じて繰り返し定着と確認を行うことが重要。 ●主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修においては講義で得た知識を実践指導に活用する。
実習	<ul style="list-style-type: none"> ●実習を通じて得られる具体的、個人的な経験を、学んできた知識、技術、態度と結び付け、実務が展開できるようにする。 ●介護支援専門員の実務経験が無い受講者に対し、介護支援専門員の業務の実際を経験してもらうことにより、自らが実践を始める際の心構えを持ってもらうことが出来る。 ●高齢者個人や事業所の利用者等の協力を得て学習していることを考慮する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●指導者がその状況を総合的にとらえてどのような学習が可能かを判断しながら、意図的に関わること。 ●介護支援専門員の実務の概観が具体的に理解できるよう、実習で参加する場면을工夫する。

名称	手法と特徴	留意点
事例検討	<ul style="list-style-type: none"> ●一般化された知識や考え方の理解を具体的に深めたり、具体的な実務を想定して模擬的に判断の訓練を行ったりする研修手法。 ●主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修では、一般化された知識や考え方の理解を具体的に深めたり、具体的な実践指導の振り返りや実践指導を想定して模擬的に判断の訓練を行ったりする研修手法。 ●一般的な理解を踏まえた上で、具体的に問題解決や気づきを目指した検討を進めることが特徴。 ●事例検討の目的に応じて、用いる事例の準備方法(共通事例とするか、受講者各自の持ち寄り事例とするか)、準備する情報の範囲を調整することで、理解度を高めることが出来る。 	<ul style="list-style-type: none"> ●具体的な判断方法を解説する際には、指導者の経験値だけでなく、一般化された知識や考え方に基づいた解説を行うこと。 ●実務研修課程では、介護支援専門員の実務経験が無い受講者であることから、個々の事例における問題解決の方策を深める以上に、ケアマネジメントプロセスの理解や、類似の事例における検討(特に情報の収集・分析と課題抽出)の留意点の理解に重点を置くことが望ましい。 ●実務研修課程の中で行われる事例検討では、基本的に研修機関が準備する共通事例を用いる。情報の分析と課題抽出に力点を置く科目では幅広い情報を提供した上でそれをどう分析するかを演習を展開することが望ましい。一方、情報の収集(多職種連携を含む)に力点を置く科目では必ずしも十分でない情報を提示した上で「どのような情報を追加収集すれば良いか」考えてもらうといった展開も有効である。なお、本ガイドラインに掲載する事例は事例検討で用いる共通事例の資料の提示例として示したものであり、必ずしもこの事例をそのまま用いなくてはならないというものではない。 ●主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修の演習においては、介護支援専門員への指導方法について知識、技術を学べるように工夫する。 ●主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修では、地域づくりの視点も合わせて演習に組み入れる

②事例を用いた講義・演習一体型の科目の展開の考え方について

《実務研修》

○各課程の講義・演習一体型の科目で重点を置く内容

各課程の講義・演習一体型の科目では、以下の内容に重点を置くこととする。

各課程の講義・演習一体型の科目で重点を置く内容

要介護認定で上位に挙がる疾患ごとに、**特に情報の収集・分析、ニーズの把握(アセスメント)に関する具体的な留意点の修得**に重点を置く。

- 講義では、介護支援専門員に必要な基本的な知識・技術を一通り身につけることを目指す。
- その上で演習では、特に情報の収集・分析、ニーズの把握(アセスメント)に重点を置く。

○講義の展開例

取り上げる事例ごとに多少の違いはあるとしつつ、各課程のねらいを踏まえて以下のような展開例を基本とする。

講義の展開例 実務(300分)

※養成機関が用意した事例を使用

- ①基本的な知識・技術の講義(120分)
 - ・各疾患の特徴、療養上の留意点、各ケアマネジメントプロセスにおける留意点を解説する。
- ②アセスメント等の演習(150分)
 - ・疾患ごとに、情報の収集・分析、ニーズの把握における具体的な留意点の修得を促す。
 - ・十分な情報量がある事例を示し、どのような情報を収集しそれを分析すれば良いかを理解してもらうような展開例を基本形とする。
- ③プロセスの展開とまとめの講義(30分)
 - ・アセスメント結果に基づいた居宅サービス計画の作成例やモニタリング・評価の展開例を示し、アセスメント以降の各プロセスにおける留意点を解説する。
 - ・本科目で修得した内容を振り返ってまとめ、確認する。

○事例の例として示す資料

各課程で用いる事例の例及び資料としては、以下のようなものを取り上げることとする

事例の例として示す資料

【事例】

- ・疾患ごとに、介護支援専門員が多く直面する可能性が大きい状態像の事例

【資料】

- ・支援経過記録
- ・課題分析標準項目(23項目)
(基本情報及びアセスメント情報)
- ・ジェノグラム、エコマップ
- ・主治医意見書
- ・地域資源に関する情報
(社会資源調査票)

- ・追加情報
(疾患別の情報提供ツール等)
- ・課題分析総括表
- ・居宅サービス計画書
- ・評価表

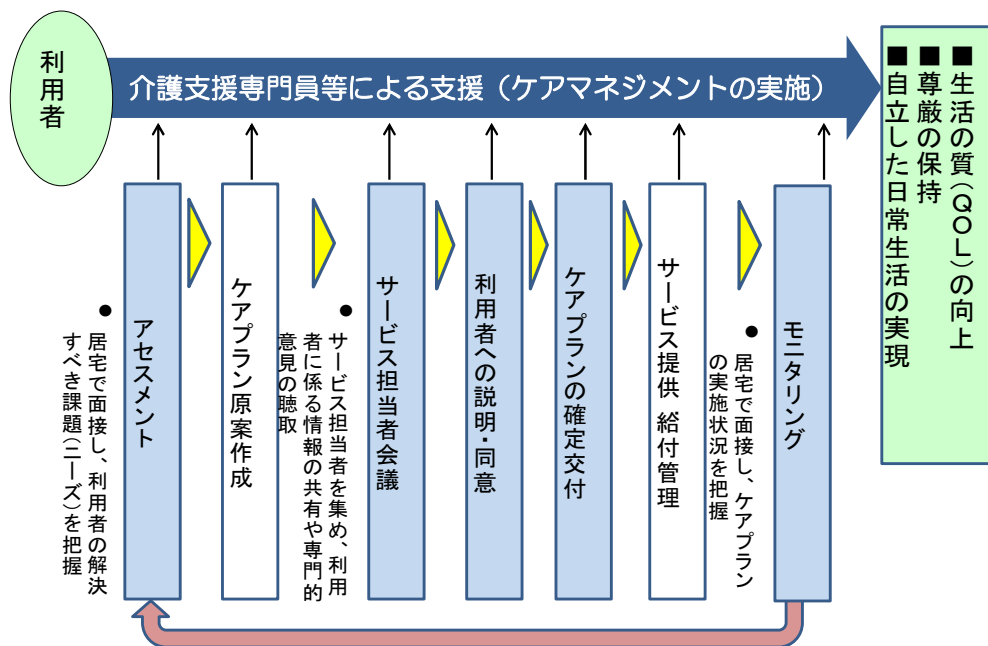
○原稿の内容を整える上での調整(共通)

- ・「各ケアマネジメントプロセスにおける留意点」の「アセスメント」部分については、ICFの枠組みに基づいて留意点を整理して示す。
- ・展開例では、休憩時間を含めずに各科目で示されている時間数となるようにする。

【参考】ケアマネジメントプロセスについて

実務研修課程は、前期にケアマネジメントプロセスに沿って基本的な知識や考え方を理解し、実習で実践の様子を経験した上で、後期には要介護認定状態となる原因として多くみられる疾患群別に、ケアマネジメントの具体的な展開を学ぶ。このように、介護支援専門員の業務にとって最も重要なケアマネジメントプロセスについては繰り返し学習する機会が設けられている。

このようなカリキュラムの特徴を踏まえ、研修を展開する際は「ケアマネジメントプロセス」の考え方を、関連する科目の講師間で共有しておくことが重要である。本ガイドラインでは以下に示す居宅介護支援の流れに基づいて各科目の研修内容を展開している。



③課題整理総括表及び評価表の活用方法

実施要綱に定められている通り、実務研修課程では課題整理総括表及び評価表を活用することとされている。課題整理総括表はアセスメント結果をもとに、介護支援専門員がどのような事実に基づいてケアの見通しを考えて課題を抽出したかを、多職種向けに総括的に示すことを目的とした書式である。一方、評価表は、ケアプランに位置付けた短期目標の達成状況を、短期目標の終期の時点で振り返り、その要因をサービス担当者会議等で検討することによって、再アセスメントをより効果的なものとするを目的としたものである。課題整理総括表及び評価表のそれぞれの活用方法については、平成26年6月17日に厚生労働省から示された「課題整理総括表及び評価表の活用の手引き(以下、手引きと表記)」に記載されている。

実務研修課程では、主として講義・演習一体型科目における事例検討において、基本情報や居宅サービス計画書等の情報とともに、課題整理総括表及び評価表を提示して活用することが想定されるが、本様式は参考様式であり、この様式を活用するためには既に活用されているアセスメントツールを十分に理解し活用することも必要となることから、研修における活用においては受講者の理解度も勘案して設計する。

なお、課題整理総括表については、手引きにおいて、実践における活用場面として「介護支援専門員自身による振り返りとOJT」「サービス担当者会議における多職種間での情報共有」「地域ケア会議における事例検討や地域課題の検討」といった場面が挙げられている。このうち、実務研修課程を修了した初任段階の介護支援専門員が多く直面すると考えられる場面は、「介護支援専門員自身による振り返りとOJT」であると考えられる。

さらに、初任段階の介護支援専門員にとっては、ケアマネジメントプロセスの中でも特に「アセスメント(情報の収集・分析と課題抽出)」を難しいと捉える傾向があることを踏まえれば、アセスメントが十分に出来ているかどうかの確認とそれに関するOJTのために課題整理総括表を活用する機会が多くなると考えられる。

実務研修で課題整理総括表及び評価表を活用する際は、このような研修修了後の実務における活用を念頭において、活用例を提示したり解説したりすることが望まれる。具体的には例えば以下のような展開が考えられる。

実務研修における課題整理総括表を活用した学習の展開(例)

- ・利用者の生活の状況を把握するためにどのような情報を収集すべきかを学習する
- ・利用者の現在の生活の状況の根本的な要因が何かを分析する考え方を学習する
- ・生活の状況の見通しを検討するにはどのような職種からどのような情報を収集すれば良いかを学習する

④事例検討と事例研究の展開

1) 事例研究科目の狙い

初期段階(実務課程等)で行う事例検討とは異なり、経験を積む中で身につけてきた価値・倫理・知識や技術といった専門性を、他の受講者と共に学ぶ中で、確認しあい、今後の実践における活動目標を掴むことである。事例研究は発表者主導型の研究となってしまう要素を含んでいることから、発表者が主観的な視点や思考のみに陥ることのないよう留意することが重要となる。

2) 経緯

多様な高齢者の暮らしの中で、介護保険制度を利用する一人一人の高齢者主体的な生活を選択することを支援する役割を持つ介護支援専門員は、今以上の複眼的な視点を持つことを期待されていることから、演習を通じた介護支援専門員間での意見交換や、担当以外の事例に向き合い、共学の精神で研修を受講することが重要となる。

このため、介護支援専門員の働いている場に応じてマネジメントを提供する視点だけではなく、実務3年目以上の介護支援線専門員の実践の場を超えて、実践事例を分析し、高齢者の生活像を複眼的な視点を持ち、地域での介護支援専門員の活動を拡大することを促進し、介護支援専門員自らが考える力、解釈する幅、実践力を強化することを目的として、専門研修課程Ⅱにおいて、新たに「ケアマネジメントの実践事例の研究及び発表」科目を設けたところである。

各事例のテーマについては、地域包括ケアシステム構築に向け重要な視点や課題となるテーマを科目として設定した。

介護支援専門員専門研修の見直しについて

研修科目(専門研修Ⅰ)		時間
講義	介護保険制度論	2
	対人個別援助	2
	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	1
	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	3
	保健医療福祉の基礎理解「高齢者の疾病と対処及び主治医との連携」	4
	保健医療福祉の基礎理解「社会資源活用」	3
	保健医療福祉の基礎理解「人格の尊重及び権利擁護」 ※	2
	保健医療福祉の基礎理解「リハビリテーション」 ※	3
	保健医療福祉の基礎理解「認知症高齢者・精神疾患」 ※	3
	サービスの活用と連携「訪問介護・訪問入浴介護」 ※	3
	サービスの活用と連携「訪問看護・訪問リハビリテーション」 ※	3
	サービスの活用と連携「居宅療養管理指導」 ※	3
	サービスの活用と連携「通所介護・通所リハビリテーション」 ※	3
	サービスの活用と連携「短期入所・介護保険施設」 ※	3
	サービスの活用と連携「介護保険施設・認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護」 ※	3
	サービスの活用と連携「福祉用具・住宅改修」 ※	3
演習	対人個別援助技術(ソーシャルケースワーク)	9
※3科目を選択して受講		合計 33

研修科目(専門研修Ⅱ)		時間
講義	介護支援専門員特別講義	2
	介護支援専門員の課題	3
	「居宅介護支援」事例研究 ※1	6
	「施設介護支援」事例研究 ※2	6
演習	サービス担当者会議演習	3
	「居宅介護支援」演習 ※1	6
	「施設介護支援」演習 ※2	6
	※1か※2を選択して受講	

研修科目(専門研修Ⅰ)		時間	
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状	3	
	ソーシャルケースワークとコミュニティソーシャルワーク	3	
	ケアマネジメント実践倫理	2	
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実践(新)	4	
	個人学習と相互学習(新)	2	
講義・演習	ケアマネジメント実践の振り返りと学習課題の設定	12	
	ケアマネジメント演習(新)		
	リハビリテーション・福祉用具の活用に関する事例	4	
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	4	
	認知症に関する事例	4	
	入退院時等における医療との連携に関する事例	4	
	家族支援の視点が必要な事例	4	
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	4	
	状態に応じた多様なサービス(地域密着型サービス、施設サービス等)の活用に関する事例	4	
	研修全体を振り返っての意見交換、調評、ネットワーク作り(新)		2
	合計 56		

研修科目(専門研修Ⅱ)		時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開	4
講義・演習	ケアマネジメントの実践事例の研究及び発表(新)	
	リハビリテーション・福祉用具の活用に関する事例	4
	看取り等における看護サービス活用に関する事例	4
	認知症に関する事例	4
	入退院時等における医療との連携に関する事例	4
	家族支援の視点が必要な事例	4
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	4
	状態に応じた多様なサービス(地域密着型サービス、施設サービス等)の活用に関する事例	4
合計 32		

3) 介護支援専門員法定研修での事例研究の考え方

現在すでに行われている事例検討と事例研究については、言葉の厳密な定義をせずに事例検討と事例研究の2つの用語を並べてきた。研究概念としては、あらゆる事象の心理や原理を明らかにするために行われる知的な行為の事で、研究という時は、人間が認識可能なあらゆる事柄が対象になると言われている。特に介護支援専門員が扱う研究の対象は、国が明記した課題分析標準項目23項目又はICFでの生活機能分類を対象とすれば、無数な事象が研究対象となる。

今回介護支援専門員研修課程Ⅱで取り扱う事例研究については、介護支援専門員が担当する個別または、そのネットワーク(集団)について詳細な資料を収集し、特長やその利用者又はネットワークが変化していくプロセスについて、総合的・系統的・力動的に分析・検討し、それによって得られた知識を実践の場であるいは学術的に生かしていく事である。今まで行われていた事例検討は、具体的には、個別または、そのネットワーク(集団)において、生活課題を検討し、どのように支援していくかについて方向性を明確にする事である。研究はそれに加え介護支援専門員のあり方や支援の過程と結果について評価を行う事である。その意味では、事例研究は事例検討を含んでいると言える。

具体的に現時点での事例研究の意義は以下の通りである。

- ①自分が気づいていなかった個別または、そのネットワーク(集団)とその解決の道筋について複眼的な視点で理解する。
- ②個別または、そのネットワーク(集団)について理解を深める。
- ③実践を体験する事で、対応の基本的視点、支援過程、支援結果、反省点を分析する。そのプロセスにおいて自分以外の介護支援専門員の実践についての理解と共有化を図る。
- ④事例を共に深める事によって、知識や技術の向上に役立て実践に反映させる。
- ⑤支援の原則を皆で導き出す。
- ⑥自分たちの実践を客観的に評価する力をつける。
- ⑦実践の振り返りを通じ、個別の課題から地域の課題、社会への課題の認識へとつなぐ。
- ⑧地域における総合的な支援・トータルケア力を他の専門職や関係者と共に高めていくうえでの介護支援専門員の果たす役割について、確認する。
- ⑨説明責任を果たせるようにする。(援助過程の説明ができる事、情報開示ができる事、サービス決定に対する説明責任に対応する力量を備える。)
- ⑩組織の力をつける。

＝引用：中央法規出版 介護支援専門員の為のスキルアップテキスト～専門研修課程Ⅱ対応版～2010年6月20日発行 第3章

4) 事例研究カリキュラムの基本理解について

研究を具体的に始めるには、事例の作成が必要となる。今回の研修体系に沿って説明を行うと、実務研修受講試験に合格後、受講する実務課程で、事例に対するアセスメントとケアプラン作成について、運営規定を勘案して記述する事が修得される。次に就労後6ヶ月を経て専門研修課程Ⅰの受講となる。専門研修課程Ⅰでは、担当高齢者の事例を、現時点での社会的支援の課題解決が必要なテーマに沿って講義・演習を通して多様なケアマネジメントの展開について修得をする。そして就労後3年以上を経て専門研修課程Ⅱ受講により、事例研究を行う。ここでは、研究の意義を踏まえ、介護支援専門員が直面している高齢者支援の場面での事象を研究する。

研修体系の流れにおいて事例研究の理解をするならば、専門課程Ⅱにおいて単独で研究が行われるものではなく、これまでの研修体系や実践による習熟度を踏まえて研究に触れる事となる。

参考資料

- ・平成25年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業「介護支援専門員の資質向上及びケアマネジメントの質の向上に資する研修制度に関する調査研究事業報告書」一般財団法人 長寿社会開発センター 平成26年1月
- ・中央法規出版 介護支援専門員の為のスキルアップテキスト～専門研修課程Ⅱ対応版～2010年6月20日発行 第3章

MEMO

05

各科目の展開方法

5

各科目の展開方法

(1)実務研修課程における科目の構成(カリキュラム)

実務研修で行うべき科目については、「厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準」(平成18年厚生労働省告示第218号)第1号に規定されているところであるが、科目、目的、内容及び時間数については以下のとおりであり、合計87時間以上とする。

(老発 0704 第2号:平成26年7月4日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」別添1より)

科 目	目 的	内 容	時間数
【 前 期 】			
○介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	<p>介護保険制度の理念等を理解するとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の現状を理解する。</p> <p>また、介護保険制度における利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの役割を理解し、地域包括ケアシステムにおける介護支援専門員の役割を認識する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険制度の基本理念を理解し、介護保険制度における利用者の尊厳の保持、自立支援に資するケアマネジメントの役割、ケアマネジメントを担う介護支援専門員に求められる機能や役割に関する講義を行う。 介護保険制度の現状と地域包括ケアシステムが求められる背景とその考え方、構築に向けた取組状況に関する講義を行う。 介護サービスの利用手続き（要介護認定等に関する基本的な視点と概要）、居宅サービス計画等の作成、保険給付及び給付管理等の仕組みといった一連の関係性についての講義を行う。 	講義3時間
○自立支援のためのケアマネジメントの基本	<p>利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの視点を理解する。</p> <p>また、利用者が住み慣れた地域で主体的な生活を送ることができるように支援することの重要性を理解するとともに、在宅生活を支援する上で、家族に対する支援の重要性を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジメントの成り立ちや機能について理解するとともに、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準に基づいて、介護支援専門員としての責務及び業務を理解し、ケアマネジメントの中心的な役割を担う立場であることを認識するための講義を行う。 利用者が住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができるよう、自立支援のためのケアマネジメントを実践する上で必要な視点を理解する。 インフォーマルサービスも活用したケアマネジメントを理解する。 利用者支援する上で、家族を取り巻く環境に留意し、家族に対する支援の重要性や目的を理解する。 	講義及び演習6時間

科 目	目 的	内 容	時間数
		<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防支援や、介護予防・日常生活支援総合事業におけるケアマネジメントにおいても、基本的な考え方やプロセスは同様であることから、これらも含めた形での講義を行う。 	
○相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎	<p>ケアマネジメントにおける相談援助の専門性を理解し、直接援助職から相談援助職への視座の転換を行う。</p> <p>また、利用者のニーズを把握する上で、利用者を多面的に捉える視点の必要性を理解し、利用者の自立支援に向けた相談援助技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・直接援助を行う職種と相談援助を行う職種の各々の役割や視点の違いを認識することにより、相談援助の職種における専門性を理解する為の講義を行う。 ・相談援助を行う上での留意点として、感情移入することなく自己を客観視することの重要性とそのための方法等に関する講義を行う。 ・利用者のニーズを把握する上で、利用者を多面的に捉える視点(身体的・心理的状況、生活環境、社会参加状況等)について理解する。 ・相談援助に係る基本的な技法を理解する。 	講義及び演習 4 時間
○人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理	<p>人権と尊厳を支える専門職に求められる姿勢を認識する。</p> <p>また、介護支援専門員としての職業倫理を理解するとともに、日常業務で直面する倫理的課題等を認識する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員が備えるべき、利用者本位、自立支援、公正中立、権利擁護、守秘義務、利用者のニーズの代弁等の倫理に関する講義を行う。 ・人権の概念、利用者の尊厳の保持、介護支援専門員の倫理綱領、倫理原則、成年後見制度等に関する講義を行う。 ・ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的な課題とその課題に向き合うことの重要性を理解するための講義を行う。 	講義 2 時間
○利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意	<p>利用者及びその家族に対する適切な説明と合意形成の手法を修得する。</p> <p>また、サービス担当者会議、地域ケア会議等様々な場面においても説明と合意が得られる技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及びその家族、利用者を支援するサービスの担当者等の多職種に対する説明の意義・目的を理解するための講義を行う。 ・サービス担当者会議や地域ケア会議等における場面ごとに求められる説明の意味・目的を理解するとともに説明の技法(話の構成、姿勢、スピード、言葉の選択等)を修得する。 ・説明から利用者の合意に向かうまでのプロセスの重要性とポイントを理解するとともに、多職種協働における説明責任を理解する。 	講義及び演習 2 時間

科 目	目 的	内 容	時間数
○ケアマネジメントのプロセス	ケアマネジメントプロセスの全体像を理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントプロセスの構成と流れを理解するとともに、各プロセスにおける意義・目的に関する講義を行う。 ・ケアマネジメントプロセスにおける各プロセスの相互の関係についての講義を行う。 	講義 2 時間
○ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 ・受付及び相談並びに契約	受付及び初期面接相談(インテーク)、契約の各場面で求められる実践的な技術を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> ・受付及び初期面接相談(インテーク)の場面における相談援助の視点と技術を修得するとともに、利用者及びその家族との信頼関係の構築の重要性について講義を行う。 ・契約は重要事項の説明を経た法律行為であることから、利用者が主体となる契約の意義とそれを保障するための仕組み(苦情申し立て、権利擁護等)についての講義を行う。 ・契約に関する制度上の位置付けや留意事項に関する講義を行う。 	講義及び演習 1 時間
・アセスメント及びニーズ把握の方法	<p>利用者及びその家族並びに多職種からの情報収集とその分析を通じて、介護支援専門員としての専門的な判断の根拠を説明できる技術を修得する。</p> <p>また、アセスメントにおいて収集した情報から、専門職としてニーズを導くための技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントからニーズを導き出すまでの思考過程の全体像に関する講義を行う。 ・アセスメントにおける情報収集の項目の内容、目的、主治医意見書の記載内容を理解するとともに、情報収集の方法・技術を修得する。 ・収集した情報を的確に分析することにより、課題の明確化、改善及び悪化の可能性などを導き出せることを理解する。 ・利用者の生活全体を捉える視点の重要性を理解するとともに、利用者の生活の現況から生活機能(WHO国際生活機能分類による)と背景を把握し、理解する視点を修得する。 ・課題整理総括表等を用いてADLやIADL等の状況から利用者が抱える課題を明確化し、状態の維持改善及び悪化の可能性の判断と予測を立て、適切なニーズを導くための技術を修得する。 	講義及び演習 6 時間

科 目	目 的	内 容	時間数
<p>・ 居宅サービス計画等の作成</p>	<p>ニーズを踏まえた目標の設定と目標を実現するための居宅サービス計画等の作成技術を修得する。</p> <p>また、居宅サービス計画等と訪問介護計画等の個別のサービス計画との連動の重要性を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者及び家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針を記載するに当たっての留意点に関する講義を行う。 ・ アセスメントから導いたニーズを解決するための視点と達成するための目標の関係についての講義を行う。 ・ インフォーマルサービスも含めた社会資源の種類及び内容を理解するとともに、インフォーマルサービスの活用も含めた居宅サービス計画等を作成する方法を理解する。 ・ 保健医療サービス利用時の主治医等からの意見収集、リハビリテーション専門職からの意見収集など多職種との連携に当たっての留意点に関する講義を行う。 ・ 訪問介護計画等の個別サービスの計画は、居宅サービス計画に記載したニーズや目標に基づいて作成され、利用者を支援するサービス提供につながっていくものであることから、居宅サービス計画との連動の重要性を理解するとともに、個別サービスの計画につながる目標の立て方等を修得する。 	<p>講義及び演習 4 時間</p>
<p>・ サービス担当者会議の意義及び進め方</p>	<p>多職種とのアセスメント結果の共有や、居宅サービス計画等の原案に対する専門的見地からの意見収集の意義を理解し、会議の開催に係る具体的な方法を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会議を開催するに当たり、事前の準備や開催当日の準備など、必要な業務を理解するとともに、会議の進行の手法等に関する講義を行う。 ・ サービス担当者会議は、利用者及び家族並びにサービス担当者も含めて、利用者を支援していくための方向性を定める場であることから、介護支援専門員によるアセスメントの結果を共有することの重要性を理解する。 ・ 会議での意識の共有に当たり、居宅サービス計画と訪問介護計画等の個別サービス計画との内容の整合性を確認することの重要性を理解する。 ・ 複数のサービスを利用する場合には、各サービスの個別サービス計画ごとの内容を確認することの重要性を理解する。 ・ 新規ケース、更新ケース、要介護状態等の区分変更ケースごとのサービス担当者会議における検討の留意点についての講義を行う。 	<p>講義及び演習 4 時間</p>

科 目	目 的	内 容	時間数
・モニタリング及び評価	ケアマネジメントプロセスにおけるモニタリングの意義・目的や、多職種との連携によるサービス実施の効果を検証することの重要性を理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及びその家族、サービス担当者等との継続的な連絡や、居宅を訪問し利用者と面接することの意味を理解するための講義を行う。 ・モニタリングにおける視点や手法、状況の変化への対応を理解する。 ・評価表等を活用し目標に対する各サービスの達成度（効果）の検証の必要性と評価手法を修得する。 ・居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術についての講義を行う。 ・モニタリングにおける多職種との役割分担と連携の重要性を理解する。 ・モニタリング結果の記録作成の意味と、記録に当たっての留意点を理解するための講義を行う。 	講義及び演習 4 時間
○介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）	多職種に対する理解・尊重に基づいてチームを構成し、円滑に機能させるための基本的な技術を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及びその家族の支援に際し、チームアプローチの意義を理解するとともに、介護支援専門員には、ケアのマネジメントだけでなく、チームのマネジメントも求められることを認識するための講義を行う。 ・チームアプローチに際し、チームを構成する各職種の専門性と各々に求められる役割を理解するとともに、チームにおける介護支援専門員の役割を理解し、チーム運営において想定される課題や対応策を含め、チームを円滑に機能させるために必要な知識・技術を修得する。 	講義及び演習 2 時間
○地域包括ケアシステム及び社会資源	地域包括ケアの理念を踏まえ、地域包括ケアを推進していくに当たり介護支援専門員に求められる役割を理解する。 また、利用者を支援する上で知っておくべき各種制度や地域の社会資源の重要性を理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムの構築が求められる背景及び地域包括ケアシステムが目指す姿についての講義を行う。 ・地域包括ケアシステムを構築していく中で介護支援専門員に求められる役割（自立支援に資するケアマネジメント、インフォーマルサービスを含めた社会資源の活用、多職種や地域包括支援センター等との連携、不足している地域資源の提案等）に関する講義を行う。 ・地域包括ケアを実現していくためのケアマネジメントを行う上で、必要な保健・医療・福祉サービスに関する講義を行う。 ・地域包括ケアシステムの構築に関して、地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を把握する事が大切であることから介護保険事業計画、地域ケア会議の重要性や内容に関する講義を行う。 	講義 3 時間

科 目	目 的	内 容	時間数
		<ul style="list-style-type: none"> 生活保護制度、障害施策、老人福祉施策、地域ケア会議などの概要について理解するとともに、関連する機関やボランティア等との連携・協力・ネットワークの構築についての講義を行う。 	
○ケアマネジメント に必要な医療との連携及び多職種協働の意義	医療との連携や多職種協働の意義を踏まえ、具体的な連携の場面で必要となる基本的な知識や連携の手法を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> 医療との連携に当たって早い段階から連携の重要性を理解し、利用者の医療に係る情報や状態の改善可能性に係る意見等を把握しておく必要があることから、医療機関や医療職からの情報収集の方法等についての講義を行う。 医療との連携に当たっての留意点を理解するとともに、介護支援専門員から医療機関や医療職への情報提供の方法及び内容（生活状況、サービスの利用状況等）に関する講義を行う。 地域における、在宅医療・介護の連携を推進する役割を担っている期間の概要に関する講義を行う。 多職種協働の意義を理解するとともに、多職種間で情報を共有することの重要性を理解し、情報共有に当たり個人情報を取り扱う上での利用者やその家族の同意の必要性についての講義を行う。 	講義 3 時間
○ケアマネジメント に係る法令等の理解	法令を遵守し、介護支援専門員の業務を適切に遂行できるよう、介護保険制度に係る法令等を正しく理解する。	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険法、介護保険法施行令、介護保険法施行規則、厚生労働省告示、居宅サービス等の運営基準、居宅介護支援等の運営基準に関しその位置付けや業務との関連を俯瞰する講義を行う。（特に、介護支援専門員及びケアマネジメントに関する部分の規定について、業務と関連づけて理解する。） 事業所の指定取消や介護支援専門員の登録消除などの不適切事例を参考に、ケアマネジメントを実践する上での法令遵守（コンプライアンス）の重要性を認識するための講義を行う。 介護報酬に係る関係告示や通知等の概要についての講義を行う。 	講義 2 時間
○実習オリエンテーション	研修における実習の位置付けと目的、実施方法を理解し、効果的な実習に結びつける。	<ul style="list-style-type: none"> 実習は、ケアマネジメントの実践現場を通して様々なことを学ぶことができる機会であるとともに、これまでの講義や演習を通じて身につけた知識・技術を試行する機会でもあり、効果的な実習となるよう、実習の目的についての講義を行う。 実習の流れや実習時の心構えなどに関する講義を行う。（実習を通じて、地域ごとの社会資源等の状況や現場での倫理的課題などについても意識を 	講義 1 時間

科 目	目 的	内 容	時間数
		向けるよう認識する。)	
○ケアマネジメントの基礎技術に関する実習	実習現場でのケアマネジメントプロセスの経験を通じて、実践に当たっての留意点や今後の学習課題等を認識する。	<ul style="list-style-type: none"> ・実習に当たっては、利用者への居宅訪問を行い、アセスメントの実施、居宅サービス計画の作成、サービス担当者会議の準備・同席、モニタリングの実施、給付管理業務の方法など一連のケアマネジメントプロセスの実習を行う。 	
【 後 期 】			
○実習振り返り	実習を通して得られた気付きや課題を客観的に振り返り、発表することを通じて今後の学習課題を認識する。	<ul style="list-style-type: none"> ・実習で行ったアセスメントや居宅サービス計画の作成など、一連のケアマネジメントプロセスの実践事例を発表することにより、実習を通じて感じた気づきや不足している知識・技術といった課題、現場で生じうる倫理的な課題を共有する。 ・受講者間で共有した課題や実習に関する講師からの総評を踏まえて、今後、専門職として身につけていくべき知識・技術についての学習課題を認識する講義を行う。 	講義及び演習 3 時間
○ケアマネジメントの展開 ・基礎理解	ケアマネジメントは高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解に基づいて行われる必要があることを理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントを実践する上で必要な高齢者の生理、高齢者やその家族の心理、住環境や同居者の有無などそれぞれの要素と要素の関係性の重要性に関する講義を行う。 ・それらの関係性を踏まえたアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等への具体的な展開方法など、支援に当たってのポイントを理解する。 ・高齢者本人が望む生活の実現のための意思決定の支援方法について修得する。 ・高齢者の代表的な疾患や症候群別のケアマネジメントを学ぶことの有効性について理解する。 	講義及び演習 3 時間
・脳血管疾患に関する事例	脳血管疾患の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・脳血管疾患の分類、症状、後遺症、生活障害の程度と身体機能の関係、廃用症候群との関係性についての講義を行う。 ・脳血管疾患における療養上の留意点や起こりやすい課題についての講義を行う。 ・脳血管疾患の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用に関する講義を行う。 ・リハビリテーションや福祉用具等、それらを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 	講義及び演習 5 時間

科 目	目 的	内 容	時間数
		<ul style="list-style-type: none"> ・脳血管疾患の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点、モニタリングでの視点を理解する。 	
・認知症に関する事例	認知症の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の器質的障害種類別の原因、症状、改善可能性、症状の進行並びに薬物療法の有効性、留意点及び副作用について理解する。 ・認知症における療養上の留意点、倫理的な対応及び起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・認知症ケアにおける医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・認知症の事例におけるアセスメントや課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 ・独居で認知症の要介護者等に対するアプローチの視点や方法を理解する。 ・認知症の要介護者と同居している家族に対する支援や地域への配慮と協働の視点を持ったケアマネジメントの具体的な方法を修得する。 ・認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）に対するアプローチの視点及びケアの手法を理解する。 	講義及び演習 5 時間
・筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例	筋骨格系疾患及び廃用症候群の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・筋骨格系疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害及び予防・改善方法や、廃用症候群の原因、生活をする上での障害及び予防・改善方法に関する講義を行う。 ・筋骨格系疾患や廃用症候群における療養上の留意点や起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・筋骨格系疾患や廃用症候群の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用方法等についての講義を行う。 ・リハビリテーション、福祉用具などを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・筋骨格系疾患や廃用症候群の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 	講義及び演習 5 時間

科 目	目 的	内 容	時間数
・内臓の機能不全(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)に関する事例	内臓の機能不全に係る各疾患・症候群(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・内臓の機能不全に係る各疾患・症候群(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)の原因や症状、症状の進行、生活障害の程度と身体機能の関係についての講義を行う。 ・疾患相互の影響、高齢者の生理(生活上の留意点)との関係、療養上の留意点及び起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・内臓の機能不全に係る疾患・症候群を有する方に対するアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点を理解する。 ・各疾患・症候群における生活習慣を改善する為のアプローチの方法(本人の動機付け、家族の理解の促進等)を修得する。 	講義及び演習 5 時間
・看取りに関する事例	看取りにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りのケースについて支援を行う際における介護支援専門員の役割や適切な姿勢についての講義を行う。 ・看取りに関連する各種サービス等の活用方法や、医療職をはじめとする多職種との連携・協働を効果的に行うためのポイントを理解する。 ・看取りに向けた利用者及びその家族との段階的な関わりの変化(生活動作の負担や痛みの軽減、主治医との連携や多職種協働、急変時の基本的な対応等)を認識する。 ・看取りのケースにおいて、在宅生活の支援を行う際の起こりやすい課題を理解し、アセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 	講義及び演習 5 時間
○アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習	研修全体での学びを踏まえ、アセスメントから居宅サービス計画等の作成からモニタリングまでを一貫して行い、ケアマネジメントプロセスについて更なる理解を	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでの研修の中で修得した知識・技術を確認するため、事例に即したアセスメント、ニーズの把握、居宅サービス計画等の作成及びモニタリングを一貫して行うことにより、ケアマネジメントプロセスの理解を深めるとともに、理解が不足しているものがないか自己評価を行う。 ・作成した居宅サービス計画等を原案として、サービス担当者会議の演習を行う。 	講義及び演習 5 時間

科 目	目 的	内 容	時間数
	深める。		
○研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	<p>研修全体を通じた振り返りを行うことで、今後の学習課題を認識し、自己研鑽の意欲を高める。</p> <p>また、研修受講者間でのネットワークの構築を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・研修全体の振り返りを行うに当たって、グループ又は全体で意見交換を行い、専門的助言を含めて、研修における学習の成果や今後の学習課題への識付けのための講義を行う。 ・現場で生じうる課題への対応や共同で研修する機会を作るため、研修受講者間においてネットワークの構築を図る。 	講義及び演習 2 時間

(2)各科目のガイドラインの構成と各項目の見方

1)目的

・介護支援専門員実務研修実施要綱に掲げられている、本科目を履修する目的を示している(要綱の内容の再掲)。

2)概要

・介護支援専門員実務研修実施要綱に掲げられている本科目を達成するための研修内容の概要を示している(要綱の内容の再掲)。

3)関連科目と修得目標

・本課程及び連続する他の課程において、本科目の内容と関連が大きい科目名を示している。研修実施機関における講師選定及び、講師間での研修内容の調整を行う際の指針として活用いただきたい。

4)修得目標

・科目全体を通して修得する内容を示している。なお、前章「修得目標の意味」にも記載した通り、修得目標とは、研修の受講終了時点での到達点を意味するものではなく、受講者が実務に携わり始めてしばらく(目安として1年程度)した時点での到達点を示している。したがって、研修の受講終了後も実務における継続学習(自己学習、OJT等)につながるような研修の展開とすることが重要である。

・修得目標の表現の意味は「修得目標の意味」に記載の通りであるので、担当講師にはこちらも併せて確認していただきたい。

5)内容

・修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき内容を具体的に列記している。

・なお、知識・技術については本研修及びその後の実務における継続学習を通じて修得が期待される基本的な事項を全て列記している。あくまでも受講終了後の継続学習も含めた修得を目指しているため、ここに掲げられている内容の全てを、本科目の研修時間内に無理に触れようとする必要はない。

6)科目のポイント

・研修を展開する上で、特に留意すべき点、指導上のポイント等を示している。

・前述の通り「内容」は、受講終了後の継続学習も含めた修得を目指した事項を示しているため、研修時間内に特にどのような内容に力点を置くべきかを検討する指針として捉え、活用いただきたい。

7)講義・演習の展開例

・前述した「修得目標」「内容」「科目のポイント」を踏まえた、研修の展開例を示している。この展開例はあくまでも例であってこの通り展開しなければならないというものではないが、具体的な展開を考える指針として捉え、活用いただきたい。

・なお、要綱に定められた研修時間は正味の研修時間であり、休憩時間は時間数に含まれない。したがって、長時間の科目であって、昼休みを挟んだり、2日間にまたがって本科目を展開したりする場合等には留意が必要である。

MEMO

06

各科目のガイドライン

6. 各科目のガイドライン

【前期】

①介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	49
②自立支援のためのケアマネジメントの基本	55
③相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎	63
④人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理	69
⑤利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意	75
⑥ケアマネジメントのプロセス	81
⑦-1 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 「受付及び相談並びに契約」	87
⑦-2 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 「アセスメント及びニーズの把握の方法」	92
⑦-3 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 「居宅サービス計画等の作成」	98
⑦-4 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 「サービス担当者会議の意義及び進め方」	104
⑦-5 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 「モニタリング及び評価」	111
⑧介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント)	119
⑨地域包括ケアシステム及び社会資源	125
⑩ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義	133
⑪ケアマネジメントに係る法令等の理解	142
⑫実習オリエンテーション	150
⑬ケアマネジメントの基礎技術に関する実習	158

【後期】

⑭実習振り返り	165
⑮-1 ケアマネジメントの展開 「基礎理解」	169
⑮-2 ケアマネジメントの展開 「脳血管疾患に関する事例」	174
⑮-3 ケアマネジメントの展開 「認知症に関する事例」	187
⑮-4 ケアマネジメントの展開 「筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例」	199

⑮-5 ケアマネジメントの展開	
「内臓の機能不全(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)に関する事例」	208
⑮-6 ケアマネジメントの展開	
「看取りに関する事例」	220
⑯ アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習	232
⑰ 研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	236

前期	①介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	講義 3時間
-----------	--------------------------------	-------------------

1. 目的

介護保険制度の理念等を理解するとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の現状を理解する。また、介護保険制度における利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの役割を理解し、地域包括ケアシステムにおける介護支援専門員の役割を認識する。

2. 内容

- ・介護保険制度の基本理念を理解し、介護保険制度における利用者の尊厳の保持、自立支援に資するケアマネジメントの役割、ケアマネジメントを担う介護支援専門員に求められる機能や役割に関する講義を行う。
- ・介護保険制度の現状と地域包括ケアシステムが求められる背景とその考え方、構築に向けた取組状況に関する講義を行う。
- ・介護サービスの利用手続き(要介護認定等に関する基本的な視点と概要)、居宅サービス計画等の作成、保険給付及び給付管理等の仕組みといった一連の関係性についての講義を行う。

3. 関連科目と修得目標

(1) 関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	⑨地域包括ケアシステム及び社会資源
専門研修課程Ⅰ	②「介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状
専門研修課程Ⅱ	①介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開
主任介護支援専門員研修	①主任介護支援専門員の役割と視点
主任介護支援専門員更新研修	①介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向

(2) 修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①介護保険制度創設の背景や基本理念について説明できる。	●	●	●	(1)
②ケアマネジメントの導入の意義と介護支援専門員の役割について説明できる。	●			(2)
③地域包括ケアシステムが求められる背景や基本理念について説明できる。	●			(3)
④自らの地域の地域包括ケアシステムの現状を把握する方法を述べることができる。	●	●		(3)
⑤介護サービスの利用手続き(要介護認定等に関する基本的な視点と概要)を述べるができる。	●	●		(2)
⑥居宅サービス計画等の重要性を述べるができる。	●	●	●	(2)
⑦保険給付及び給付管理等の仕組みを述べることができる。	●	●	●	(1)(2)
⑧継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べるができる。	●	●		※具体的内容には対応しないが、本科目の振り返りで確認できること (研修記録シートへの記入等)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。**(1) 基本的理解**

①介護保険制度創設のねらい
<ul style="list-style-type: none"> ・社会保険方式の導入 ・利用者本位のサービス提供
②「利用者本位」「利用者の選択の尊重」「自立支援」などの基本理念
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険制度は、高齢者自身によるサービスの選択という基本的権利を明確にし、適切な介護サービスが円滑にかつ効果的に利用できる仕組みを確立することが前提となっている。 ・利用者本位におけるケアマネジメントの役割は、高齢者自身の選択を基本として専門職がこれを支援するものである。 ・利用者の選択を尊重し支援するには、利用者との信頼関係の構築が前提となる。 ・利用者の選択の尊重においては、自己決定の原則が重視されるが、介護支援専門員の支援方針と異なる場合もある。専門員としての考え方を押しつけるのではなく、根拠を示し説明した上で選択肢として提示するなど、利用者による自己決定を適切に支援することが重要である。 <ul style="list-style-type: none"> ※自傷行為や他害行為など自他の生命に危害が及ぶことが予測できる場合には、行政による措置も検討する。 ・自立支援においては、身体的な自立だけでなく、自己を律する自律(自己決定を含む)に対する支援を含

み、利用者のエンパワメントにも留意しながら支援を進めていくことが求められる。

③2005年、2011年、2014年の制度改正のポイント

(ア)2005年

- ・予防重視型システムの確立
- ・施設給付の見直し
- ・地域密着型サービス・地域包括支援センターの創設などの新たなサービス体系の確立

(イ)2011年

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・看護小規模多機能型居宅介護の創設
- ・介護予防・日常生活支援総合事業の導入

(ウ)2014年

- ・新たな基金の創設と医療・介護の連携強化
- ・地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化
 - (a) 地域支援事業の充実と、全国一律の予防給付の一部(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行
 - (b) 特別養護老人ホームを、中重度の利用者を支える機能に重点化
 - (c) 一定以上の所得を有する利用者の自己負担を1割から2割へ引き上げ
 - (d) 低所得者の施設利用者の食費・居住費を補助する「補足給付」の要件に資産などを追加

(2)介護保険制度におけるケアマネジメント

①介護保険制度におけるケアマネジメントの定義及びケアマネジメントプロセス

- ・ケアマネジメントの定義
- ・ケアマネジメントプロセス

②ケアマネジメントの基本的理念・意義

- ・利用者の主体性尊重、公平性、中立性
- ・自立支援、家族支援、チームアプローチ、社会資源の適切な活用、ニーズの優先
- ・権利擁護、秘密保持、信頼関係の構築

③介護保険制度における給付管理までのプロセス

- ・介入(情報提供、苦情対応、事故対応等)
- ・要支援・要介護認定
- ・ケアマネジメントプロセス(インテーク、アセスメント、プランニング、サービス担当者会議、モニタリング及び評価、終結及びフォローアップ)
- ・保険給付及び給付管理

④居宅サービス計画及び施設サービス計画作成の目的と留意点

- ・課題分析における生活課題の明確化
- ・生活課題とサービス計画における支援目標との整合性
 - ※生活課題を取り除くための支援内容と利用者が望む(目指す)目標との整合性
- ・支援目標を達成するためのサービス選択(手段の選択)
- ・サービス利用者の選択の尊重
- ・適切な支援目標の設定のためのサービス担当者会議の開催
- ・サービス利用者からの同意

⑤介護報酬に関する基本的な考え方と給付管理に関する留意点

- ・介護報酬の基本構成

- ・介護報酬の加算・減算の意義
- ・支給限度額管理
- ・単位数単価(地域差)
- ・サービス種類相互の算定関係
- ・退所日・入所日における居宅サービス費の算定
- ・算定上の端数処理

(3) 地域包括ケアシステム

①背景と基本的な考え方
<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムが求められるようになった背景 ・地域包括ケアシステムの基本的な考え方 ・地域包括ケアの五つの視点
②取り組み状況
<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアの五つの視点による取り組み状況、取り組み例
<ul style="list-style-type: none"> (ア) 医療との連携強化 <ul style="list-style-type: none"> ・24時間対応の在宅医療・訪問看護やリハビリテーションの充実
<ul style="list-style-type: none"> (イ) 介護サービスの充実強化 <ul style="list-style-type: none"> ・特別養護老人ホームなどの介護拠点整備 ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設
<ul style="list-style-type: none"> (ウ) 予防の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・要介護とならないための予防の取り組みや自立支援型介護の推進
<ul style="list-style-type: none"> (エ) 見守り・配食・買い物など、多様な生活サービスの確保や権利擁護 <ul style="list-style-type: none"> ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症高齢者の増加を踏まえ、様々な生活支援サービスの推進
<ul style="list-style-type: none"> (オ) 高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まい整備 <ul style="list-style-type: none"> ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅を、サービス付き高齢者向けの住宅として高齢者の居住の安定確保に関する法律の整備
③介護保険制度の改正(平成26年改正)の主な内容
<p>地域包括ケアシステムの構築</p> <p>高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。</p>
<ul style="list-style-type: none"> (ア) サービスの充実 <ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護連携の推進 ・認知症施策の推進 ・地域ケア会議の推進 ・生活支援サービスの充実・強化
<ul style="list-style-type: none"> (イ) 重点化・効率化 <ul style="list-style-type: none"> ○全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化 <ul style="list-style-type: none"> ・既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

5. 科目のポイント

①介護保険制度の理念と現状

- ・介護保険制度創設のねらいを明確に理解し、制度改正のポイントについて理解を深める。
- ・試験で取り扱っている内容との重複も多いため、本科目では特に重要な内容の確認を主とする。

②介護保険制度におけるケアマネジメント

- ・ケアマネジメントの基本的理念及び意義やケアマネジメントプロセスに関する知識の確認などを行うとともに、チームアプローチの重要性の理解を深める。また、居宅サービス計画及び施設サービス計画作成の目的や留意点について理解を深めるとともに、サービス利用に関係する介護報酬の基本的な考え方や給付管理の留意点についても理解を深める。
- ・これらの一連のケアマネジメントプロセスの説明を行うとともに、サービス利用者に対する支援体制を整えていくために、チームアプローチを用いながら、介護支援専門員がチームをマネジメントする役割を担い、サービス調整を行っていくことの必要性の説明を行う。

③地域包括ケアシステム

- ・地域包括ケアシステムの考え方の基本である「医療、介護、予防、住まい、生活支援サービス」が包括的に確保される体制構築の重要性の理解とともに、介護支援専門員がサービス利用者の生活全般を捉えることの必要性に関する理解を深める。
- ・本科目では全体的な背景と基本的な考え方、取り組みの状況や例示の理解に留め、各種の制度や社会資源の各論は「⑨地域包括ケアシステム及び社会資源」で扱う。

6. 講義・演習の展開例 (180分)

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	5分	○本科目の目的・修得目標の確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
講義	35分	(1)知識・技術の基本的理解 ○介護保険制度創設のねらい ○「利用者本位」「利用者の選択の尊重」「自立支援」など、介護保険制度の基本理念とそれに関する留意点 ○これまでの制度改正 ●理解を深めるミニワーク	①⑦
講義	45分	(2)介護保険におけるケアマネジメントの定義及びケアマネジメントプロセス ○介護保険制度におけるケアマネジメントの定義とケアマネジメントプロセス ○ケアマネジメントの基本的理念・意義 ○介護保険制度における給付管理までのプロセス ●理解を深めるミニワーク	①②⑤⑦
講義	45分	(2)介護保険におけるケアマネジメントの定義及びケアマネジメントプロセス ○居宅サービス計画及び施設サービス計画の目的と留意点 ○介護報酬に関する基本的な考え方と給付管理に関する留意点 ●理解を深めるミニワーク	⑥⑦
講義	30分	(3)地域包括ケアシステム ○背景と基本的な考え方 ○地域における取り組み状況 ●理解を深めるミニワーク	③④
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

前期	②自立支援のためのケアマネジメントの基本	講義・演習 6時間
-----------	-----------------------------	----------------------

1. 目的

利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの視点を理解する。

また、利用者が住み慣れた地域で主体的な生活を送ることができるように支援することの重要性を理解するとともに、在宅生活を支援する上で、家族に対する支援の重要性を理解する。

2. 内容

- ・ケアマネジメントの成り立ちや機能について理解するとともに、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準に基づいて、介護支援専門員としての責務及び業務を理解し、ケアマネジメントの中心的な役割を担う立場であることを認識するための講義を行う。
- ・利用者が住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができるよう、自立支援のためのケアマネジメントを実践する上で必要な視点を理解する。
- ・インフォーマルサービスも活用したケアマネジメントを理解する。
- ・利用者を支援する上で、家族を取り巻く環境に留意し、家族に対する支援の重要性や目的を理解する。
- ・介護予防支援や、介護予防・日常生活支援総合事業におけるケアマネジメントにおいても、基本的な考え方やプロセスは同様であることから、これらも含めた形での講義を行う。

3. 関連科目と修得目標

(1) 関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	③相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎 ⑧介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント)
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	

(2) 修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①中立・公平なケアマネジメントの重要性について説明できる。	●	●	●	(2)
②運営基準に遵守したケアマネジメントの重要性を説明できる。	●	●	●	(1)(2)
③利用者本位の選択を支えるケアマネジメントの意義を説明できる。	●	●	●	(2)
④利用者の権利を尊重したケアマネジメントの重要性について説明できる。	●	●	●	(3)
⑤社会資源を活用したケアマネジメントの必要性について説明できる。	●	●	●	(3)
⑥利用者の能力に応じたケアマネジメントの重要性について説明できる。	●	●	●	(3)
⑦家族に対する支援の重要性について説明できる。	●	●	●	(3)
⑧介護予防ケアマネジメントの考え方について説明できる。	●	●		(3)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。**(1) ケアマネジメントの成り立ちや機能****① ケアマネジメント誕生の背景**

- ・1970年代のアメリカにおけるケースマネジメント、1990年代のイギリスのコミュニティケア改革を起因として精神病院の病棟閉鎖、社会的入院の解消など、ノーマライゼーションの視点、脱施設化がベースとなり、ケアマネジメントが誕生した。
- ・日本では1980年代からの研究者による論文等の影響を受けて、1994年3月 高齢者福祉ビジョン懇談会報告「21世紀の福祉ビジョンー少子高齢社会に向けて」が介護保険制度創設の理論的根拠となった。

② ケアマネジメントが求められる背景

- ・介護保険制度創設の目的、介護保険法案成立時における4つの目的が、「老後の最大不安である介護を社会全体で支える仕組み」、「社会保険方式による給付と負担の明確化」、「縦割り制度の再編成、多様な保健・医療・福祉サービスを総合的に受けられる仕組み」、「介護を医療から切り離し、社会的入院の解消条件の整備」であった。

③ ケアマネジメントに求められる多様な機能

- ・ケアマネジメントの各種理論に基づく機能として、「利用者の自己ケア能力、利用者の周辺にあるソーシャルネットワークの対応力、対人サービス提供者による対応力のアセスメント機能」、「計画作成機能」、「介入機能」、「モニタリング機能」、「効果を評価する評価機能」といった多様な機能が示されているが、ケアマネジメ

ント求められている機能について理解する。

- ・上記に加えて、付随的機能としてコスト管理、財源調整等の機能を付加していく仕組みも考えられる。

④介護保険制度とケアマネジメント

- ・介護保険制度におけるケアマネジメント機能としては、介護保険法、介護支援サービス(居宅、施設、介護予防、地域密着型サービス)運営基準、解釈通知等により介護支援専門員による必須義務、努力義務等も含めて定められている。

⑤ケアマネジメントと介護支援専門員の役割

- ・介護支援専門員は、ケアマネジメントプロセスごとに求められているケアマネジメント機能を発揮しなければならないが利用者・家族との立ち位置を考えると以下の役割を果たすことが求められている。
- ・運営基準第13条第1号から第27号に定められている内容を確認し、解釈通知も含めて正しく理解し実務において判断に迷う際の根拠、手引きとして活用する。

(ア) インテークにおける介護支援専門員の役割

- ・この段階では利用者のニーズを概略的に把握し、ケアマネジメントの目的や内容、援助者の役割や責任を利用者及び家族に説明するので、必要な情報を収集しながらもパートナーシップの形成という視点から利用者に関わることが求められている。
- ・介護支援専門員は、情報提供者としての役割と同時に支持者としての役割を果たす必要がある。

(イ) アセスメントにおける介護支援専門員の役割

- ・アセスメントは、ケアマネジメントプロセスのうち、利用者の主訴を中心としながらも利用者の生活全般を視野に入れ、また家族に関する必要な情報収集し、ニーズを導き出す過程である。利用者の思いやストレングスを見極め、エンパワメントに向けて意欲をかきたたせる支持者と権利擁護者の役割を果たすことが重要である。

(ウ) 居宅サービス計画作成、サービス担当者会議における介護支援専門員の役割

- ・アセスメントで明らかになった複合的なニーズに対して具体的なサービスや支援を接合(リンケージ)し、チームを形成する役割が求められる。ここでも利用者の権利擁護者、代弁者、チームリーダー、コーディネーター、推進者の役割を果たす。

(エ) モニタリング、再アセスメントにおける介護支援専門員の役割

- ・介護支援専門員はこの段階においては、利用者には不利益が生じていないか、どのような効果があらわれているか評価し、新たな課題の発見、居宅サービス計画の修正を目的として再アセスメントを行う。
- ・ここにおいても介護支援専門員は、支援者、権利擁護者、代弁者、評価者としての役割が要求される。

(2) 運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務

- ・介護保険制度を実践する方法論としてケアマネジメントが制度の中に組み込まれており、基本理念やこの理念を実践する役割が介護支援専門員に課せられている。
- ・具体的には、中立・公平、尊厳の保持、自立支援、利用者本位、地域主義、総合性、チーム制、計画的・目標指向性、継続的支援といった考え方が重要視されている。
- ・法令で規定されている介護支援専門員の責務・業務を、利用者の個別性に対応してどのように実践することが法令を遵守することなのか具体的に考え、実践することが求められている。
- ・運営基準における責務は、業務実施の最低基準であり、未実施、未体制のものについては、事業者としての指定取り消しや報酬の減算につながる場合もある。

(3) 自立支援の考え方とケアマネジメントの役割

① 自立と自律

- ・「自立支援」とは 高齢者が自らの意思にもとづき、よりよい生活(well-being)、生活の質(QOL)の向上を目指して、自ら選択し決定していくことを支えること。自己選択、自己決定、利用者主体が伴う。
- ・強制されたり、介入されることなく、自ら律する「自律」(autonomy)も含まれる。
- ・「自立」を支えるために、高齢者の尊厳(その人らしさ)や、価値観を理解し、よりよい生活を可能とする選択肢を分かりやすく説明することが前提となる。
- ・意思表示、意思決定が難しい状態の場合は、介護支援専門員の役割として、信頼関係が構築されているか、提供した情報が理解されているか、意思決定を阻害している要因(ストレス、家族関係等)があるか検討する。
- ・意思決定が不可能な場合は高齢者の立場に立って考えることができる代理人、代弁者がいるか検討する。

② 改善・軽減、重度化防止、介護予防

- ・要支援・要介護状態に至った高齢者自身も家族も、介護が必要な状態を改善したい、軽減したい、さらに悪化させたくないという考えは共通の願いである。この意向を尊重し、よりよい生活を目指す支援としては、要支援・要介護状態に至った原因や背景を分析し、阻害要因を取り除き、改善への促進策を検討しなければならない。

③ ICFの視点

- ・「よりよく生きる」ための考え方として、生活を全体として総合的に捉える ICF(国際生活機能分類)の考え方があり、援助する際の共通の考え方となっている。
- ・「生活機能」を「心身機能・構造」「活動」「参加」の相互関係として捉え、生活機能に影響を与える因子として、健康状態、環境因子、個人因子を考えていく。(ICFのモデル図を提示)
- ・ICFの視点は介護支援専門員のみならず、他の専門職とチームを組む際の連携における認識や目標を共有する上で有効であるだけでなく、利用者の人間としての尊厳と自己決定を尊重するためにも必要な視点である。

④ 利用者の自立支援と家族との関係

- ・利用者の生活を支援する際に家族との関係を適切にアセスメントする必要がある。
家族は生計を共にする生活の単位として考えられるが、実態は多様であり、独立した生活をしている場合もあれば、協力的な家族もあり、積極的に世話をしたり介護を行っている場合もある。
介護保険制度では、要介護認定も居宅サービス計画も個人単位であるが、利用者にとっては情緒的にも、心理的にも生計や経済等においても切り離せない関係にあり、家族もアセスメント、生活に対する意向の把握、モニタリングの対象となる。また就労している家族については仕事と介護の両立、就労継続の意思確認と個別の状況に応じた支援を行う。
- ・指定居宅介護支援に係る運営基準並びに同解釈通知においても、「課題の把握に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない」「利用者及びその家族の生活に対する意向、(中略)を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない」「モニタリングに当たっては、利用者及びその家族(中略)との連絡を継続的に行うこととし(以下略)」と定められている。
- ・継続的に行われる家族の介護は居宅サービス計画に組み込まれる。介護者による介護意思、介護負担、介護内容等はアセスメントに関する「課題分析標準項目」となっている。
- ・介護を担っている家族が自らの生活(就労や自己実現など)を犠牲にしているか、心身の健康状態は保持されているかを把握し、介護者の介護負担の軽減も含め、家族に対する適切な支援も利用者のニーズとなる。特に働きながら介護を担っている家族の場合には、就労は日常生活を営む上で重要な要素であることから、介護を担っている家族の就労の継続は重要な課題として捉える。

- ・利用者と家族の考え方が異なったり、葛藤状態にある場合は介護支援専門員が悩むところである。利用者の意向を尊重しながらも、信頼関係を高めるように努め、継続的に話し合いを続けて、両者が一致するニーズを導き出していく。
- ・家族による介護の実態が強引で、要介護状態を悪化させている場合などは、注意を促したり、よりよい介護方法を提案する必要があるが、改善されない場合等は利用者の権利擁護の立場から虐待の恐れがある状態として関係機関に報告する。このような場合、家族も様々な課題を抱えていることが考えられ、留ることから、家族に対する支援についても考慮する必要がある。

⑤地域支援

- ・ケアマネジメントは、住み慣れた地域で、要支援・要介護状態になってもその人らしい生活が継続できるように支援することを基本理念としている。
- ・要介護状態になると、住み慣れた地域においても、孤立・孤独な状態に陥ることがある。
- ・ICF の視点にもあるように、自立支援においては「活動」や「参加」が重要であり、ノーマライゼーションの考え方からも「共に生きる」地域社会の一員として支援していくことが大切である。
- ・「地域包括ケアシステム」が求められている中で、介護保険の給付対象となっているサービスの開始により、地域住民との関係が途切れてしまわないように留意する必要がある。
- ・要支援者に対する適切な支援のため、当該地域で行われている「介護予防・日常生活総合事業」の実施状況等について、把握しておく必要がある。

※権利擁護に関しては「(3) -④利用者の自立支援と家族との関係」で基本的な考え方までを取扱い、具体的な内容として「高齢者虐待防止法の枠組みと特徴」及び「虐待の種類」については「実務研修⑨地域包括ケアシステム及び社会資源」で、「虐待対応の実際」については「実務研修④人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理」でそれぞれ取り扱う。

5. 科目のポイント

①知識・技術の基本的理解

(ア) ケアマネジメントの成り立ちや機能として、アメリカ、イギリスなどのケアマネジメントの紹介に終わらず、我が国の高齢者を対象に導入されたケアマネジメントについて海外の制度との共通点、相違点を説明する。

我が国の障害者や子育て支援の分野において、総合的にニーズを導き出し、継続的・計画的にチームにより自立を支援していくケアマネジメントが求められていることを理解する。

介護支援専門員と関係する機会が多い、福祉事務所のケースワーカー、社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカー(地域支援員)、障害者関係の相談員、病院のMSW、PSWにおいてもケアマネジメントは重要な機能であり、ソーシャルワーク機能を有する専門職との関係を理解し、ネットワークを構築していきけるように心がけることが大切であることを学ぶ。

(イ) 介護支援専門員がケアマネジメントの中心的な役割を担う立場に立つことについては、共通事例を用いて、チームの構成員を記載してそれぞれに対して介護支援専門員としてどのような役割を果たしているのかについて講義と演習の一体型で進める。

(ウ) ケアマネジメントの基本事項として運営基準、解釈通知に定められている法令用語を、具体的に各自の実務においてどのように実践することなのか、共通事例を用いて自らの実践課題として捉えるように指導する。

②演習における指導の視点と方法

(ア) 事前学習として、共通事例の基本情報、アセスメント概要、支援経過を読み込ませる。

(イ) 講義のテーマごとに振り返り、ワークシートに記載する。記載事項を数人の受講者に発表させ、講師がコメントする。

(ウ) 自立支援、インフォーマルサポート、家族への支援については、共通事例を用いて個人ワーク、グループワーク、発表、コメントを展開する。

(エ) グループワークを活性化し、学習効果を高めるためには、促進役として各グループに一人のファシリテーターの配置が望ましい。

6. 講義・演習の展開例 (360分)

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の目的、修得目標の確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
講義	30分	(1)ケアマネジメントの成り立ちや機能 ○ケアマネジメント誕生の背景、ケアマネジメントが求められる背景 ○ケアマネジメントに求められる多様な機能 ○介護保険制度とケアマネジメント ●理解を深めるミニワーク	②
講義・演習	75分	(1)ケアマネジメントの成り立ちや機能 (2)運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務 ○ケアマネジメントと介護支援専門員の役割 ○運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務 ●「介護支援専門員の責務」についての講義・理解度についてグループワーク(責務を果たさないことのリスクの検討) ●「ケアチームと介護支援専門員」について共通事例を用いて説明 ・共通事例について「ケアチームメンバーの構成と役割」を考え、ワークシートに記載、数人の発表とコメント	①②③
講義・演習	75分	(3)自立支援の考え方とケアマネジメントの役割 ○自立と自律 ○改善・軽減、重度化防止、介護予防 ○ICFの視点 ●共通事例の尊厳と自立支援について考える。個人ワーク ●「意思表示、判断が困難な認知症」「地域で孤立しているごみ屋敷の要支援者」「利用者と家族の意向が不一致」「終末期における寝たきりの要介護」の自立を考えるグループワーク、発表とコメント	④⑥⑧
講義・演習	75分	(3)自立支援の考え方とケアマネジメントの役割 ○利用者の自立支援と家族との関係 ●「利用者と家族と家族の生活状況(生活スタイル)を考慮した支援」 「家族に対する支援」を考えるグループワーク、発表とコメント	⑦
講義・演習	75分	(3)自立支援の考え方とケアマネジメントの役割 ○「地域の支援」の講義と演習 ●地域のインフォーマルサポートを洗出す。その活用方法をグループで検討。	⑤
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

<参考文献>

- 竹内孝仁、白澤政和、橋本泰子監修『ケアマネジメント講座(2) ケアマネジメントの実践と展開』、中央法規出版、2000
- 『ケアマネジメント論』(全国社会福祉協議会 「新版・社会福祉学習双書」編集委員会編)、全国社会福祉協議会、2006
- 『対人援助職をめざす人のケアマネジメント Learning 10』(太田貞二、國光登志子編)、(株)みらい、2007

前期	③相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎	講義・演習 4時間
-----------	-------------------------------------	----------------------

1. 目的

ケアマネジメントにおける相談援助の専門性を理解し、直接援助職から相談援助職への視座の転換を行う。
また、利用者のニーズを把握する上で、利用者を多面的に捉える視点の必要性を理解し、利用者の自立支援に向けた相談援助技術を修得する。

2. 内容

- ・直接援助を行う職種と相談援助を行う職種の各々の役割や視点の違いを認識することにより、相談援助の職種における専門性を理解する為の講義を行う。
- ・相談援助を行う上での留意点として、感情移入することなく自己を客観視することの重要性とそのための方法等に関する講義を行う。
- ・利用者のニーズを把握する上で、利用者を多面的に捉える視点(身体的・心理的状況、生活環境、社会参加状況等)について理解する。
- ・相談援助に係る基本的な技法を理解する。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	②自立支援のためのケアマネジメントの基本
専門研修課程Ⅰ	③対人個別援助技術及び地域援助技術
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	

(2) 修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①直接援助を行う職種と相談援助を行う職種との役割や視点の違いについて説明できる。	●		●	(1)
②相談援助を行う職種の基本姿勢について説明できる。	●	●	●	(1)
③相談援助を行う上での留意点について説明できる。	●	●	●	(2)
④利用者を多面的に捉える視点の重要性について説明できる。	●	●	●	(1)
⑤相談援助を行う上で自己を客観視することの重要性について説明できる。	●	●	●	(2)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。**(1) 知識・技術の基本的理解****① 相談援助の専門性とその効果**

(ア) 相談援助を行う職種の基本理解

- ・社会福祉援助技術の全体構造を理解し、ソーシャルワークの全体像を捉える。
- ・直接援助技術、間接援助技術、関連援助技術の関連性から、ケアマネジメントの位置づけを理解する。
- ・対人援助職には、大別すると直接援助を行う職種と相談援助を行う職種があるが、「介護支援専門員は相談援助職」であり、利用者にサービスや介護技術等を提供する直接援助職ではない。
- ・相談援助を行う職種である介護支援専門員は、利用者の生活の再構築を支えるチーム形成が業務である。
- ・チームが機能するためには、生活上の困りごとを客観的に捉えること(生活課題の把握)が必要である。
- ・生活課題を把握するための手法としてケアマネジメントにおいてはソーシャルワーク技術を活用している。

(イ) 相談援助を行う職種の基本姿勢

- ・相談援助を行う職種の基本である、バイスティックの7原則(個別化、自己決定の原則、受容、非審判的態度、情緒関与、意図的な感情表出、秘密保持)を理解する。
- ・バイスティックの7原則を踏まえ、相談援助職としての自己を客観的に振り返る(自己覚知)
- ・利用者の感情の揺らぎを大切に受け止めながら、介護支援専門員自身の感情のコントロールが求められる。
- ・必要な情報は、五感と知識を活用して得る(見る・聴く・話す・触れる・嗅ぐなどの活用)。
- ・相談援助を行う職種は、常に自己を振り返り、誠実で真摯な相談援助を行う職種を目指す姿勢が求められる。
- ・基本は個別ケースワークであり、人間理解が最も重要である。
- ・利用者の生活の全体像が把握できること、人・物・空間・時間等様々な角度から生活を捉える視点を持つことが求められる。

(ウ) 相談援助の目的

- ・利用者・家族自身が気づいていない生活課題を客観的に把握することで、生活の再構築への道筋を探る。
- ・相談援助を繰り返す過程において、利用者・家族と介護支援専門員との信頼関係が生まれる。

- ・生活を多面的に捉える視点が入ることで、様々な関係性から利用者の生活課題を探る。
- ・相談援助を行う職種の介入により、利用者の意欲を引き出し、生活に良い変化をもたらすきっかけとなることを目指す。
- ・相談援助を行う職種のコミュニケーション技術により、利用者の顕在的・潜在的ニーズを引き出す働きかけを行う。
- ・相談援助を行う職種の介入により、今後の生活の見立て、リスクマネジメントを行う。

②利用者を多面的に捉える視点の必要性

(ア)利用者個人を理解する

- ・利用者を「個」として捉え、個別性を重要視する。同じ人間は一人もいないことを理解する。
- ・利用者を歴史的経過の中にいる生活者として捉える視点が重要である。
- ・援助者の価値観を、決して押しつけてはならない。

(イ)利用者の生活を理解する

- ・現在に至るまでの利用者の歴史を踏まえて、今の利用者の生活があることを理解する。
- ・利用者の生活を、多面的に捉えることが重要である。
- ・利用者は生活の中にある様々な社会資源との関係の中で存在している。
- ・社会生活においては、社会資源を活用し生活をしている。

(ウ)利用者を生活者として理解する

- ・利用者は病気や障害を患っているが、病人や障害者ではなく、「生活者」という視点で理解する。
- ・生活者としてこれからの暮らしをどのように再構築していきたいと考えているかを探り、意欲の引き出しにつながるようアプローチし続けることが重要である。

(2)実践的に活用する上での留意点

①あるべき介護支援専門員の姿の理解

(ア)自己の客観視の重要性と方法

- ・自分という人間は、どのような特徴を持っているのか、自己を客観的に分析する。
- ・利用者とのコミュニケーションを通して、自己の特徴を知る。
- ・ケアマネジメントにおいては、介護支援専門員自身が社会資源であり、支援における構成の一部であることを理解する。介護支援専門員のケアマネジメント力を常に磨く姿勢は大変重要であり、ケースワークを通してケアマネジメント力を磨く努力が求められていることを理解する。

(イ)相談援助において自分をどのように活かすか

- ・挨拶、身なり、立ち振る舞い等、対人援助者である前に、1人の社会人としての姿勢が問われる。
- ・常に自分自身を振り返る。得意不得意等を把握しておく。

(ウ)どのような介護支援専門員を目指すのか

- ・直接援助を行う職種と相談援助を行う職種の違いを再度理解する。
- ・自分が相談をしたくなる、もしくは自分の家族の相談をしたくなる介護支援専門員とは、どのような介護支援専門員なのかをイメージする。
- ・個としての自分と、介護支援専門員としての自分を、客観的に振り返る姿勢の重要性を確認する。

②ケアマネジメントにおける利用者の相談援助技術

- ・初回面接場面の演習を通して、コミュニケーション技術のトレーニングをする。
- ・利用者を生活者として捉える視点を養う。生活を構成する様々な要素は、複雑に絡みあいながら相互関係の中で生活を構成していることを理解する。同様に、人間関係を平面的な関係で捉えるのではなく、多面的な視点で捉えるトレーニングをする。

5. 科目のポイント

① 全般的な指導の視点

- ・講義・演習形式を組み合わせる。
- ・直接援助職として培ってきた視点や姿勢、高齢者の状態像の捉え方の特徴・傾向を客観視した上で、相談援助職として求められる基本的な視点や知識・技術の修得と、今後の学習課題の設定を促す。
- ・利用者を生活者として多面的な角度から捉えるためのポイントを指導する。
- ・生活は、生活を構成する要素と、関わる人間関係によって、多面的な相互関係の中で営まれていることを伝達する。

② 演習における指導の視点と方法

- ・相談面接は利用者との信頼関係を構築するための方法であることを伝える。
- ・初回面接場面においては、相手に不快な印象を与えないよう配慮する。
- ・初回面接場面においては、自分が何者であるかを利用者に理解してもらおう。
- ・相談面接場面の演習を通して、コミュニケーション技法を学ぶ重要性を伝える。
- ・面接の目的を理解し、相談援助職として面接に向かう姿勢に留意する。
- ・利用者の言語・非言語コミュニケーションの捉え方を意識する。
- ・開かれた質問、閉ざされた質問の繰り返しを通し、あいづち、共感、励まし、言い換え、要約などを活用できるようにする。

③ 個別内容に関する指導の視点と方法

(ア) 相談援助の専門性とその効果

- ・社会福祉援助技術の全体構造を示し、ケアマネジメントの位置づけを理解できるように伝える。
- ・ケアマネジメントはソーシャルワークの一部であり、生活課題と社会資源を結びつける手法であることがわかるように伝える。
- ・介護支援専門員は、相談援助職であることを理解できるように伝える。
- ・介護支援専門員の役割は、生活の再構築を支えるチーム形成であり、利用者の自立支援の視点に立って、利用者のニーズと社会資源をつなぐことが仕事であることを理解してもらおう。
- ・対人援助の基本であるバイスティックの7原則を理解できるように伝える。
- ・相談援助職は、常に自己を見つめ、振り返り、まずは自分自身を知ることが重要であることを伝える(自己覚知)
- ・介護支援専門員は、常に「真摯さ」を忘れないことが重要であると理解してもらおう。
- ・利用者・家族との信頼関係を築き上げることが、最重要であることを理解してもらおう。
- ・利用者の生活の時間軸との関係を踏まえながら捉える視点が重要であることを理解してもらおう。

(イ) 利用者を多面的に捉える視点の必要性

- ・利用者の個別性を大切にすることの意義と重要性を伝える。
- ・援助者の価値観を、決して押し付けてはならないことを伝える。

6. 講義・演習の展開例（240分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の目的、修得目標の確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認と記載	
講義	50分	(1)知識・技術の基本的理解 ○相談援助職の専門性とその効果 ●理解を深めるミニワーク	①②
講義・演習	60分	(1)知識・技術の基本的理解 ○利用者を多面的に捉える視点の必要性を理解するための講義 ●利用者の理解、利用者の生活歴の理解、生活者としての利用者の理解などジェノグラム、エコマップで、生活における人間関係を多面的に捉える演習	④
講義・演習	50分	(2)実践的に活用する上での留意点 ○あるべき介護支援専門員の姿の理解 ○ケアマネジメントにおける利用者の相談援助技術 ●目指すべき介護支援専門員像をイメージする演習 ・初回面接場面を想定した演習 テーマ「どのような介護支援専門員になりたいと考えている人か」 ・2人一組のペアになり、相互に相手の特徴や考え方を捉えるための面談場面を想定した演習。 ・聞く側は、聞き方の難しさ、間の取り方、聞かれる側は、質問のされ方、聞かれる時の心境などを体感する。	③⑤
講義・演習	50分	(2)実践的に活用する上での留意点 ●多面的客観的な視点の重要性を理解する演習 ・自己紹介で得た情報を活用し、他己紹介を行う ・2人一組のペアが2組で1グループをつくり、どのような介護支援専門員になりたいと考えている人か、相互にグループ内でプレゼンテーションしあう。 ・紹介する側、される側、それぞれ、どのような気持ちになるのかを体感し、感想を発表し合う。	⑤
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

※「目指すべき介護支援専門員像をイメージする演習」では、相談援助技術をアップさせる以前に、人に質問をされる側の気持ちを理解する体験と、人に質問をする時の配慮などを学ぶ機会とする。また、「多面的客観的な視点の重要性を理解する演習」では、人が自分のことを紹介するときに感じる感情を理解する体験と、人に他人のことを紹介(プレゼン)する時の配慮などを学ぶ機会とする。

<参考文献>

- バイスティック、F.P.著 尾崎、福田、原田訳『ケースワークの原則 援助関係を形成する技法』誠信書房、1996
- 渡部律子『高齢者援助における相談面接の理論と実際 第2版』医歯薬出版株式会社、2011
- 奥川幸子『身体知と言語』中央法規、2007
- 高山俊雄『現場で磨くケースワークの技 「バイスティックの原則」を基に』、現代書館、2015

前期	④人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理	講義 2時間
-----------	----------------------------------	-------------------

1. 目的

人権と尊厳を支える専門職に求められる姿勢を認識する。
また、介護支援専門員としての職業倫理を理解するとともに、日常業務で直面する倫理的課題等を認識する。

2. 内容

- ・介護支援専門員が備えるべき、利用者本位、自立支援、公正中立、権利擁護、守秘義務、利用者のニーズの代弁等の倫理に関する講義を行う。
- ・人権の概念、利用者の尊厳の保持、介護支援専門員の倫理綱領、倫理原則、成年後見制度等に関する講義を行う。
- ・ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的な課題とその課題に向き合うことの重要性を理解するための講義を行う。

3. 関連科目と修得目標

(1) 関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	
専門研修課程Ⅰ	④ケアマネジメントの実践における倫理
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	②ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援
主任介護支援専門員更新研修	

(2) 修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①人権と尊厳を支える専門職として求められる姿勢について説明できる。	●		●	(1)
②守秘義務を順守したケアマネジメントの意義・重要性について説明できる。	●		●	(1)
③日常業務において起こり得る倫理的課題に対し向き合うことの重要性について説明できる。	●		●	(2)
④利用者の生活を守るための制度の内容や利用方法について説明できる。	●	●		(1)
⑤人権等を踏まえ、利用者本位のケアマネジメントの重要性について説明できる。	●		●	(1)
⑥チームケアを行う際の倫理の必要性を判断できる。	●	●		(2)
⑦介護保険制度で求められる利用者のニーズの代弁機能の意義について説明できる。	●	●	●	(1)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。**(1) 知識・技術の基本的理解****① 介護支援専門員の基本姿勢**

(ア) 介護支援専門員として備えるべき基本的な姿勢

- ・介護支援専門員にとっての絶対的な倫理は、利用者の人権を尊重することであり、一貫して必要な姿勢は、高齢者に対する尊敬の姿勢を持つことである。
- ・基本的人権は、国民一人ひとりが持つ犯すことのできない永久の権利として憲法によって保証されている。権利の濫用、公共の福祉に反しない限り、十分に尊重されなければならない。

(イ) 介護支援専門員の基本倫理

- ・介護支援専門員は、その支援の全ての過程において、利用者とその家族の主体性を尊重し、同時に個性を重視して、利用者本位の支援を行う。(基準第1条)
- ・介護支援専門員は、業務の全ての過程において公正中立な立場をまもる。公正中立とは、二つの観点があり、一つ目に利用者と介護支援専門員または利用者をめぐる関係者の間にあって公正中立の立場でなければならない。二つ目にサービスの利用援助においてサービス事業所、各種機関との関係において公正中立でなければならない。そのためには介護支援専門員の自己覚知が欠かせない。実践上では、利害が対立し、介護支援専門員として葛藤を感じることもあるが、その葛藤と向き合う姿勢が求められる。(基準第1条の2)
- ・介護支援専門員は、利用者の権利を擁護し利用者との信頼関係を構築するうえで守秘義務、プライバシー保護が求められる。(基準第23条)

- ・介護支援専門員は、利用者の自立支援を目的とした支援を行う。介護保険制度における介護の理念は自立支援である。(基準第1条の2)
- ・介護支援専門員は、利用者が心身機能の低下、あるいは周囲の関係性等、何等かの理由により利用者の意思を十分に表現できない場合には、利用者の立場にたつて代弁(アドボカシー)することが求められている。
- ・指定居宅介護支援事業者は、正当な理由がなく利用者を選別してサービスの提供を拒否することは禁じられている。(基準第5条)
- ・介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない。また、サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。(基準第25条)

(ウ) 介護支援専門員の倫理綱領

- ・一般社団法人日本介護支援専門員協会は、倫理綱領として、専門職として自立支援、利用者の権利擁護、専門的知識と技術の向上、公正中立な立場の堅持、社会的信頼の確立、秘密保持、法令遵守、説明責任、苦情への対応、他の専門職との連携、地域包括ケアの推進、より良い社会づくりへの貢献を挙げている。
- ・介護支援専門員だけでなく、介護保険制度に携わる専門職は倫理綱領を定め、自らを律し社会に対する責任を果たしている。公益社団法人日本社会福祉士会、公益社団法人日本看護協会等。

② 利用者の権利擁護と成年後見制度等

(ア) 利用者の権利擁護

- ・介護支援専門員は、利用者の立場に立ち介護サービス利用における権利行使を支援する。
- ・利用者自身による自己決定ができるように、理解しやすい懇切丁寧な情報の提供と説明、その人に見合った複数の選択肢を提示する。
- ・高齢者の自己決定に際しては、介護支援専門員自身の価値観や考えを押し付けない。
- ・介護支援専門員は、利用者が安全で安心できる生活を送ることができるように、介護支援におけるリスクマネジメントをケアマネジメントのプロセスを通じて、多職種で行う。
- ・介護支援専門員は、利用者との関係においても、利用者との関係においても利用者の意向が尊重されるよう、利用者の権利擁護の視点にたつて支援する。

(イ) 苦情処理

- ・運営基準第26条に定められている。
- (迅速な対応、記録の整備、市町村への報告と指導助言に従っての改善、改善内容の市町村への報告、苦情の国保連への申し立てに関する利用者への援助、国保連の指導に従い改善を行い、報告する)
- ・指定居宅介護支援事業者は、自ら提供した指定居宅介護支援又は自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等に対する利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならない。
- ・利用者の不満や苦情に適切に対応する。利用者との関係において、苦情の受け付けに関して契約書に記載しなければならない。
- ・利用者が苦情の申し立てを行う際には、事業所、保険者、都道府県に行くことができる。
- ・利用者から介護支援専門員に対して苦情を言いやすい関係をつくっておく。
- ・苦情の対象と内容、利用者の心情に配慮し、事実確認、緊急性の判断、原因の把握、対応、報告、再発の予防など組織的に対応する。

(ウ) 虐待対応

- ・高齢者虐待防止法の規定により、高齢者は、65歳以上を差し、虐待者となり得る者は、「養護者」と「養介護施設従事者等」である。
- ・虐待となる行為は、5つ(身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、放棄・放任)に分類されている。

- ・市町村と地域包括支援センターは、関係機関と協力・連携しながら対応する。地域包括支援センターは介護保険法において「権利擁護のための必要な援護を行う事業」を行うとされており、その役割が明記されている。
- ・高齢者虐待をめぐる状況について、高齢者本人、主な虐待者の状況、虐待の種類、虐待に関する相談・通報状況に関するデータにより把握しておく。
- ・介護支援専門員は、虐待の疑いがある場合には、地域包括支援センター等に通報の義務がある。その後、地域包括支援センターその他関係機関と協力しながら、高齢者及び養護者の支援を行う。
- ・虐待対応は、虐待の解消と高齢者の生活の安定までの支援であり、終結を目指して実施する。

(エ) 成年後見制度

- ・実施主体は家庭裁判所である。
- ・民法改正により成年後見制度が施行される前は、禁治産・準禁治産制度があり、戸籍に表示される等をはじめ複数の問題があった。
- ・成年後見制度の基本理念は、自己決定の尊重と本人保護である。
- ・成年後見制度は、本人に代わって行う代行や支援の内容や程度を三類型に分類している。
- ・介護保険制度は契約制であり、利用にあたり本人の意思決定が不可欠であるが、高齢者本人による判断が難しい場合には、介護サービスの利用が適切に行われるように支援する。

(オ) 日常生活自立支援事業

- ・実施主体は都道府県・指定都市社会福祉協議会である。
- ・対象は成年後見制度を利用するほどではない軽度の認知症等の者である。
- ・介護支援専門員は、必要に応じて日常生活自立支援事業の情報を高齢者等に情報提供すると共に、ケアマネジメントプロセスにおいて、日常生活自立支援の生活支援員等と連携する。

(2) 実践的に活用する上での留意点

① ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的な課題とその課題に向き合う重要性

- ・介護支援専門員は、利用者と家族、サービス事業所の多職種や関係機関との調整を担うことから、様々な立場や利害、力関係の狭間で利用者の利益を考えなければならない場面に直面する。
- ・利用者の意思決定や受益のためには、丁寧にコミュニケーションを重ねることが不可欠である。倫理的課題や葛藤を放置せず、利用者にとって最善の状態をもたらすためのコンセンサスを導き出すために倫理的課題や葛藤を共有し、話し合う必要がある。
- ・倫理的課題や葛藤は介護支援専門員だけが感じるものではない。チームの一員が感じる倫理的課題や葛藤も介護支援専門員は吸い上げて、共有し、話し合い、コンセンサスを得ていく役割を担う。
- ・常にそれぞれの人の立場にたち、倫理的熟考を重ねる。そのためには感情的反応に陥るのではなく、倫理的課題の要素を見出すことが重要である。互いの価値観を認め、効果的な話し合いに導く。

5. 科目のポイント

①知識・技術の基本的理解

(ア)介護支援専門員の倫理綱領

- ・憲法に定められる人権、介護保険法に定められる人格尊重義務の概念を理解できるように法令上の位置付けを規範とし、意識して実行できるよう、具体例を示し、受講者に業務上の身近なことであるというイメージが湧くように説明する。
- ・実務研修科目「⑩ケアマネジメントに係る法令等の理解」「①介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント」「②自立支援のためのケアマネジメントの基本」の科目間の関連やつながり、専門研修課程Ⅰ「①ケアマネジメントの実践における倫理」、主任介護支援専門員研修「②ケアマネジメントにおける倫理的課題に対する支援」との関係性に留意し、理解を深められるようにする。

(イ)成年後見制度

- ・介護支援専門員として、高齢者の権利を擁護する基本的視点と姿勢が具体的にどのようなことか日ごろ起こりうる例を挙げて説明し、受講者にイメージしやすい工夫をする。
- ・成年後見制度は、図表を示しながらフローを確認し全体の手順を理解できるようにする。金銭管理だけでなく、身上監護を行うことを説明する。その実行のため、ケアマネジメントのプロセスにおける連携の重要性に関連して理解できるように説明する。
- ※要綱の「内容」及び人権と倫理との関係性を踏まえ、成年後見制度と日常生活自立支援事業の概要や利用の手続き等については本科目で触れることとし、「⑨地域包括ケアシステム及び社会資源」では制度や事業の存在を触れることとする。

②実践的に活用する上での留意点

倫理的な課題に直面することは、特別な出来事ではなく、日常業務において誰もが感じ得ることであることを受講者が理解できるように伝える。その倫理的な感受性を高めることの重要性、倫理的な葛藤や課題に向かい合う重要性を理解できるように促す。日ごろ多くの介護支援専門員が経験する具体的な事例を用いながら講義を行う。

(ア)自分自身にとって倫理的に適切な行動だと思っても、別の観点からは異なる考えもある。感情的に捉えるのではなく、他者の立場に立ち、異なる意見や価値への理解力や想像力が必要であることに気づきを得られるように解説する。

(イ)倫理的な課題を解決していくためには、コミュニケーションが不可欠であり、チームとして話し合うための場の設定が必要であることを認識するよう講義する。

6. 講義・演習の展開例（120分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	5分	○本科目の目的、修得目標の確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
講義	35分	(1)知識・技術の基本的理解 ○介護支援専門員の基本姿勢 ●理解を深めるミニワーク	①② ⑤⑦
講義	30分	(1)知識・技術の基本的理解 ○利用者の権利擁護と成年後見制度等 ・利用者の権利擁護 ・苦情処理 ・虐待対応 ・成年後見制度 ・日常生活自立支援事業 ●理解を深めるミニワーク	④
講義	30分	(2)実践的に活用する上での留意点 ○ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的な課題とその課題に向き合う重要性 ●理解を深めるミニワーク	③⑥
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

<参考文献>

- 『六訂 介護支援専門員基本テキスト』（介護支援専門員テキスト編集委員会）、長寿社会開発センター、2012
- 『介護支援専門員養成研修教本 基礎編 三訂版』、東京都福祉保健財団、2012
- 『一般社団法人日本介護支援専門員協会 倫理綱領』、日本介護支援専門員協会
- 『公益社団法人日本社会福祉士会 倫理綱領』、日本社会福祉士会
- 『公益社団法人日本看護協会 倫理綱領』、日本看護協会
- 浜渦辰二、宮脇美保子『シリーズ生命倫理学 第14巻 看護倫理』、丸善出版、2012

前期	⑤利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意	講義・演習 2時間
-----------	--------------------------------	----------------------

1. 目的

利用者及びその家族に対する適切な説明と合意形成の手法を修得する。
また、サービス担当者会議、地域ケア会議等様々な場面においても説明と合意が得られる技術を修得する。

2. 内容

- ・利用者及びその家族、利用者を支援するサービスの担当者等の多職種に対する説明の意義・目的を理解する為の講義を行う。
- ・サービス担当者会議や地域ケア会議等における場面ごとに求められる説明の意味・目的を理解するとともに説明の技法(話の構成、姿勢、スピード、言葉の選択等)を修得する。
- ・説明から利用者の合意に向かうまでのプロセスの重要性とポイントを理解するとともに、多職種協働における説明責任を理解する。

3. 関連科目と修得目標

(1) 関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	⑦-1 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術「受付及び相談並びに契約」 ⑦-4 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 「サービス担当者会議の意義及び進め方」
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員 研修	
主任介護支援専門員 更新研修	

(2) 修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①介護支援専門員として行う説明の意義・目的・責任について説明できる。	●		●	(1)
②利用者や家族に対し、理解度に配慮した説明を行うことの重要性について説明できる。	●	●	●	(1)
③多職種及び場面に応じた説明を行うことができる。	●	●		(1)
④説明から合意に向かうプロセスの重要性について説明できる。	●	●	●	(2)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。**(1) 知識・技術の基本的理解****① 説明****(ア) 説明の目的と役割**

- ・説明は、相手の理解度に合わせてわかりやすく伝えることである。
- ・説明は、同意や合意形成に向けて行われる。
- ・何のために、なぜ説明をする必要があるのか、説明の目的を明らかにする。
- ・説明は一方的ではなく理解度を確認しながら行う。
- ・説明責任を果たすことは、専門職としての責務である。
- ・説明前と説明後の理解度の変化を確認することで、同意や合意形成にむけたアプローチの方法や今後の説明の仕方を工夫する。
- ・説明を通し利用者との信頼関係の構築と利用者の自己決定を支援する。

(イ) 説明を行う場面**(a) ケアマネジメントプロセスにおける説明場面**

(受付時、契約時、アセスメント時、サービス調整時、サービス担当者会議時、居宅サービス計画確定時、モニタリング時、再アセスメント時等)

- ・介護支援専門員は、まず自己紹介を通して自らの役割を説明することが重要である。

(b) ケアマネジメントプロセス以外の説明場面

(地域ケア会議、ケアプラン点検、事業所内事例検討会、保険者実地指導、苦情対応時等)

- ・説明をする相手の理解度を踏まえ、説明場面に応じた説明の仕方の工夫が必要である。

(ウ) 事前準備の重要性

- ・説明する相手が誰か、対象者を把握する。
- ・説明をする相手の特性を把握する(聞き手の理解力、知識レベル等を確認する)。
- ・説明の内容と構成を組み立てる。
- ・何をどこまで伝えるか、手順を確認する。

②同意と合意

(ア) 同意と合意の違い

(a) 同意とは

- ・同じ意味。動議
- ・相手と同じ意見・考え。また同じ考えであることを意思表示すること
- ・他の者の行為について賛成ないし是認の意思表示をすること

(b) 合意とは

- ・二人以上の者の意見が一致すること
- ・当事者の意思が一致すること

(イ) 利用者の同意と合意

- ・ケアマネジメントプロセスにおいて、最初に利用者の同意を確認することは重要である。
- ・ケアマネジメントプロセスにおける同意は、介護支援専門員が説明した内容等について、利用者自身から同じ意見や考えであるという意思表示を受けることである。
- ・利用者が、介護支援専門員から説明された内容等に、どの程度納得し、同意できたかを確認することが必要になる。
- ・利用者の同意は、合意形成へ向けてアプローチを積み重ねていく段階である。同意できていない部分(非同意)があっても否定や批判をせず、なぜ非同意という意思表示になったのか、確認することが大切である。
- ・ケアマネジメントプロセスにおける合意は、利用者と介護支援専門員が、同じ目標に向かって進んでいくという双方の意思が一致することである。
- ・合意形成のためには、同意のプロセスが重要である。
- ・ケアマネジメントプロセスにおける利用者の合意では、介護支援専門員の説明に利用者自身が納得し、同意し、そして介護支援専門員と共に主体的に自分の居宅サービス計画の作成とそこに掲げた目標の達成に向けた取組に参画していくという意思を確認することが重要である。

(ウ) 多職種間の合意

- ・ケアマネジメントにおける多職種の合意形成は、今後のチームアプローチにとって最も重要なプロセスである。
- ・ケアマネジメントにおいて、居宅サービス計画に位置付けられるチームのメンバーが、利用者支援の目的を共有し、意思を一致させることができなければチームアプローチにはならない。
- ・合意形成をするための多職種(参加メンバー)の選定を行う。
- ・多職種間で目的を共通認識し、情報を共有する。
- ・多職種間の合意形成においては、それぞれに役割分担があり、各々が自分の役割に責任をもつことが重要である。
- ・非合意の部分は、その理由を確認し、合意へのすり合わせを行う。
- ・合意した結果については、多職種間で共有し、責任はチーム全体にあることを理解する。
- ・こちらが説明したい内容だけでなく、相手が必要とする内容を説明することで、同意の意思表示を確認することができ、合意形成に近づくことにつながる。
- ・同意から合意への展開を繰り返すことによって、多職種間の信頼関係が構築されていく。

(2)実践的に活用する上での留意点**①説明の技法****(ア)説明の技法**

- ・身振り、手振り、表情、声のトーン、目の動き、相槌、反復、間の取り方、スピード、姿勢などに工夫をする。
- ・相手に合わせた話のスピードで、相手の理解度に合わせた説明を行う。
- ・相手がわかりやすい言葉を選びながら、共通言語で説明ができるように工夫する。
- ・聞き手の理解力、判断力のアセスメントを行いながら説明をする。
- ・聞き手の反応を見ながら、説明の仕方、順序、言い回し等を変化させる。
- ・難しい専門用語の羅列や略語の多様、逆に平易な言葉の羅列による説明は、相手の理解度によっては逆効果になることもある。
- ・理解できない相手を責めるのではなく、相手に合わせた説明力が不足していると認識する。

②合意に向けたプロセスの留意点

- ・合意に向けたプロセスにおいては、強引な説得や誘導をするような説明の仕方は避けなければならない。
- ・非同意の場合は、なぜ同意できないのかを、丁寧に確認することが重要である。
- ・誠意ある説明、丁寧な説明を心がけることで、利用者・家族の納得が得られ、合意につながるきっかけとなる。

5. 科目のポイント

①知識・技術の基本的理解

(ア)説明の目的と役割

- ・説明の目的を明らかにする。
- ・説明は、相手の理解と納得が必要である。
- ・説明は、ポイントを押さえて簡潔にわかりやすく行う。
- ・介護支援専門員として行う説明を意識する。
- ・説明と同意を繰り返すことは、利用者・家族、関係者間に、信頼関係が生まれ、合意形成につながっていく重要なプロセスである。
- ・相手に合わせた丁寧な説明と、誠実な対応を心がける。
- ・説明は、一方的な説明にならないよう心掛ける。

(イ)説明を行う場面

- ・1対1で行う説明や、多職種間で行う説明など、様々な場面がある。
- ・相手の理解度と状況に応じて説明の仕方を変える必要がある。

(ウ)事前準備の重要性

- ・誰に、何を、どの程度理解してもらう必要があるかを確認しながら、説明の順序や構成を考えることが重要である。

(エ)利用者との合意

- ・同意と合意の違いを理解する。
- ・ケアマネジメントにおける同意と合意の関係性を理解する。

(オ)多職種間の合意

- ・サービス担当者会議や地域ケア会議等では、誰に何を説明する必要があるのか、予め整理して臨むことが重要である。

②実践的に活用する上での留意点

- ・介護支援専門員自身がケアマネジメントの仕組みを構成する一つである。説明をする際にも、自分自身の特徴や個性を最大限活用して説明を行うことが重要である。
- ・説明は一方通行ではいけない。相手とのやりとりの中で、理解度を確認しながら、行きつ戻りつしながら進めることが重要である。
- ・説明の最後には、必ず相手がどの程度理解できているかを確認する姿勢も必要である。
- ・理解度が低い内容については、どこかの理解が難しかったのかを確認することが大切である。

6. 講義・演習の展開例（120分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の目的、修得目標の確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
講義	40分	(1)知識・技術の基本的理解 ○説明 ○同意と合意 ●理解を深めるミニワーク	①②③
講義・演習	50分	(2)実践的に活用する上での留意点 ○説明の技法 ○合意に向けたプロセスの留意点 ●共通の事例を使い、説明場面を実際に展開してみる。 （場面設定例：①利用者への説明場面、②サービス担当者会議における説明場面） ※対象者の選定、説明をする側、される側の立場を経験するため、役を交代して行う。 ●振り返り(グループワークで感想を出し合う)	④
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

※振り返りでは、相手がわかるように説明することの難しさに気付くことができること、説明したつもりで終わらせないことの重要性を理解できているか確認すること。

<参考文献>

- Web あなたの話が伝わらない理由。言いたいことを最大限に伝える説明力（前編・中編・後編）
株式会社日立ソリューションズ ビジネスコラム 工藤昌幸先生
<http://www.hitachi-solutions.co.jp/column/tashinami2/setsumeii/>
- 説明がうまいと思わせる人の7つの共通点（NEVERまとめ）
<http://matome.naver.jp/odai/2134726517996555301>

前期	⑥ケアマネジメントのプロセス	講義 2時間
-----------	-----------------------	-------------------

1. 目的

ケアマネジメントプロセスの全体像を理解する。

2. 内容

- ・ケアマネジメントプロセスの構成と流れを理解するとともに、各プロセスにおける意義・目的に関する講義を行う。
- ・ケアマネジメントプロセスにおける各プロセスの相互の関係についての講義を行う。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	⑦ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	

(2)修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①ケアマネジメントプロセスの構成と流れについて説明できる。	●	●	●	(1)
②各プロセスの意義と目的について説明できる。	●	●		(1)

③各プロセスの関連性を述べることができる。	●	●		(1)
④ケアマネジメントプロセスの全体像について説明できる	●	●		(1)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

(1)知識・技術の基本的理解

①ケアマネジメントプロセスの全体像と各過程の関連

- ・ケアマネジメントのプロセスは、初期面接「インテーク」に始まり、「アセスメント」、「居宅サービス計画の作成」、「居宅サービス計画の実施」、「モニタリング」、「評価」である。評価の結果、支援の必要性がなくなった場合、「終結」となる。
- ・このプロセスは、実践の場面では、それぞれのプロセスが必ずしもそれぞれ独立して行われるわけではない。例えばインテークと契約、インテークとアセスメント、契約とアセスメント、インテークと契約とアセスメント、アセスメントと居宅サービス計画作成、モニタリングと再アセスメント等、同時に行われることがある。

②各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割

(ア) インテーク

- ・受付及び初期面接相談をインテークと言い、申し出や通報による最初の援助の受付である。
- ・利用者や家族との信頼関係を構築する重要な最初の段階である。
- ・スクリーニングの機能をもつ。
- ・スクリーニングに必要な情報を収集する。
- ・ケアマネジメントによる援助の妥当性、相談を受けた機関で引き受けることが適切か、緊急性の有無等の判断を行う。
- ・相談を受けた機関で引き受けることができない相談内容であった場合には、適切な機関を紹介する。
- ・スクリーニングが適切に機能するために介護支援専門員は、所属する機関の機能や業務内容の十分な理解、相談内容の判断に必要な情報収集力、判断力、関係する法令の知識、地域その他機関の情報の収集力などが必要である。
- ・契約は重要事項の説明を経た上で行われる法律行為であり、利用者が主体となる契約の意義とそれを保障するための仕組みがある。(詳細は「④人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理」の 4-①-(1)-②利用者の権利擁護と成年後見制度等)

(イ) アセスメント

- ・アセスメントとはニーズの抽出に向けた情報収集と課題分析の機能がある。
- ・利用者にとっては、アセスメントを通して自らの置かれた状況や課題に気付くプロセスである。
- ・利用者の現在の生活状況を正確に把握するための情報を収集する。
- ・利用者や利用者の家族の意思や想いを聞きとる。
- ・利用者のストレングスを見出す。
- ・利用者の生活全体を支えるために、上記の情報を基にして、利用者や家族と共に利用者が抱える生活ニーズや生活課題を明らかにする。
- ・明らかにした生活ニーズや生活課題について、介護支援専門員として総合的に判断し、課題分析を行う。
- ・利用者や家族と共にどうすればニーズを解決できるか考える。
- ・介護支援専門員自身が、どうすればニーズを解決できるか考える。

- ・アセスメントそのものが利用者とその家族が自らの置かれた状況、課題、解決策を認識する過程であり、介護支援専門員は、利用者や家族に気づきをうながす関わりを持つことが必要である。
- ・アセスメントを通して利用者とその家族が専門的援助関係として介護支援専門員との信頼関係を構築すると共に、課題解決に向けた利用者とその家族が意欲を高めていく過程であり、介護支援専門員は、専門的援助関係として利用者とその家族との信頼関係の構築、利用者とその家族の意欲を高める関わりに留意しなければならない。
- ・利用者の情報、意思や思い、ストレングスは一度の面接で収集できるものではなく、また変化していくものであるため、継続して行う。

(ウ) プランニング

- ・介護支援専門員は、アセスメントを基にして利用者やその家族と共に、ニーズを解決するための援助方針、援助目標、解決のための具体策を検討する。その際に緊急性、重要度、利用者の希望を勘案して対応すべき優先順位をつける。
- ・利用者とその家族の意見等、利用者の援助に関わる(又は関わるのが想定される)専門職の各専門的見地からの意見等を踏まえ、援助方針、援助目標、解決のための具体策について、計画案を作成する。
- ・解決に必要なサービスについては、介護給付対象サービスのみでなく、インフォーマル等の社会資源の活用も含め、計画に位置付ける。
- ・居宅サービス計画に基づいて作成される個別サービス計画の目標やサービスの展開に留意して作成する。
- ・利用者及び家族の意向を踏まえた関係者の意見をすり合わせたサービス計画(居宅サービス計画)に利用者とその家族の同意を得る。

(エ) サービス担当者会議

- ・サービス担当者会議は、利用者や家族の参加を原則として、多職種と共に利用者を支援していくための方向性を定める場である。
- ・利用者に関する情報について多職種と情報を共有する。
- ・介護支援専門員が実施したアセスメントの結果並びに多職種が実施したアセスメントの結果の共有や居宅サービス計画の原案に対する専門的見地からの意見収集を行い、利用者に対して多角的な視点で総合的な支援を行うために必要かつ適切なサービスを位置づける。
- ・居宅サービス計画原案と原案を基に作成される個別サービス計画の整合性を確認する。
- ・要介護更新認定の申請、要介護状態区分の変更の申請に伴うサービス担当者会議においては、利用者や家族の状態の変化に関する情報を共有し、居宅サービス計画の変更の必要性について確認する。

(オ) モニタリング及び評価

(a) モニタリング

- ・サービスの利用開始とともに介護支援専門員は、実施状況をモニタリングする。
- ・居宅サービス計画の実施状況や利用者や家族の状況について利用者やその家族、またサービス担当者等との継続的な連絡調整を行い、また、少なくとも一月に一回利用者宅を訪問し面接する。
- ・多職種の多角的な視点、サービス提供によって明らかになったことや課題等について確認する。
- ・サービス実施状況のモニタリングの視点は、目標達成のために設定したサービスが妥当であるか、サービスの実施状況が援助方針や援助目標に向けた内容であるか、目標をどの程度達成しているか等である。
- ・利用者やその家族へのモニタリングの視点は、サービスの実施に効果があり、生活が支えられていると利用者やその家族が実感しているか、介護支援専門員から見て効果の有無を判断することである。
- ・介護支援専門員は、モニタリングにより利用者が適切かつ効果的にサービスが利用できるように援助する。
- ・現在の援助内容で生活を支えられていない場合は、再アセスメントを行う。
- ・新たに別の生活課題が発生している場合は、再びアセスメントに戻り、ケアマネジメントプロセスを踏む。

(b) 評価

- ・モニタリングによる観察の積み重ねに基づき、一定期間のサービスの利用状況(実施状況)について総括する。
- ・介護支援専門員自身が行った利用者とその家族に対する支援やサービス実施機関の諸活動について、利用者とその家族の生活にどの程度効果的であったか、目標達成度、利用者とその家族の介護支援専門員への満足度、利用者の意欲を引き出せたのか、ストレングスを活かした支援であったか、反省、改善すべき点は何かを検証する。
- ・居宅サービス計画を構成する各要素について、適切に分析、設定、選択されていたか検証する。

(カ) 終結及びフォローアップ

- ・利用者のニーズが解消されたり、当面サービスの利用の必要性がなくなったりした場合、ケアマネジメントの援助は終結する。
- ・終結としては、ニーズが解決しサービス利用せずに生活できる、他機関等への紹介、転居、死亡等といった場合がある。

(キ) 各プロセスにまたがって生じる業務

(a) 介入

- ・利用者や家族の状況等に関する随時の情報提供、苦情や事故発生時には、迅速に運営基準や保険者の定めに応じて対応する。

(b) 給付管理

- ・居宅介護支援事業者の業務として、毎月市町村(国保連が委託を受けて実施)に対し、居宅サービス計画に位置付けられている指定居宅サービスに関する情報を記載した文書を提出しなければならない。(基準第14条)
- ・要介護認定に基づく要介護度に応じて、保険給付の額に制限がある、区分支給限度額が設定されており、サービスの利用状況により、当該額を超える場合には、超えた分のサービス利用に係る費用は利用者負担となる。

(c) その他の業務

□居宅介護支援事業者は、従業者、設備、備品、会計に関する記録を整備するほか、利用者に関する文書はその完結の日から二年間保管しなければならない。ただし、条例により保管年月は異なる。

- ・保管する文書は次のとおり

(i) サービス事業者等との連絡調整に関する記録

(ii) 居宅介護支援台帳

- ・居宅サービス計画
- ・アセスメントの結果の記録
- ・サービス担当者会議等の記録
- ・モニタリングの結果の記録
- ・苦情の内容等の記録
- ・事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録

- ・サービス担当者会議の運営に係る支援

(i) 所属する事業所のスーパーバイザーの指導を仰ぐ。

(ii) 利用者の生活上の課題が多岐に渡る場合や、虐待の疑いやインフォーマルな支援が必要な場合など支援困難な事例については、地域包括支援センターに協力を仰ぐ。

(iii) 地域ケア会議を活用する。

(2)実践的に活用する上での留意点

- ・介護保険制度において、介護支援専門員の業務上の責務、最低限の業務内容及び手順は、指定基準及び解釈通知に定められている。
- ・前述のケアマネジメントプロセスと運営基準の条文を照らし合わせて、制度上、各手順で介護支援専門員が行うべきことを理解することが重要である。

5. 科目のポイント

①知識・技術の基本的理解

- ①初期面接相談(インテーク)に始まるケアマネジメントプロセスの全体像と各過程の機能および介護支援専門員としての役割を理解し、実践できるようにエピソードをまじえて解説する。
- ②初期面接相談、アセスメントにおいては、総合的判断、緊急性の判断が必要であるため、特に初任段階では、熟達者に相談し、指示を仰いで介護支援専門員としての機能と責任を果たす視点も必要であることを指導する。
- ③全ての過程が独立しているわけではなく、実践上では、行き来しながら各過程の機能を果たしていることを説明する。
- ④全ての過程は、プロセスを実行することが目的ではなく、利用者の自立、ニーズの解決にむけた取り組みであり、目的と手段の逆転がおきないように介護支援専門員自身の認識が重要であることを説明する。
- ⑤④のために介護支援専門員やサービス提供事業者・社会資源と利用者・家族との信頼関係、利用者・家族のエンパワメントがベースとなることを説明する。

②実践的に活用する上での留意点

- ・運営基準上の手順とケアマネジメントプロセスの関係性を理解し、手順を実行することが介護支援専門員の業務の目的とならないことを認識できるように指導する。
- ・本科目ではケアマネジメントプロセスの流れや相互の関連性の理解を促すことに重点を置き、業務に関連付いた運営基準等の体系については「⑩ケアマネジメントに係る法令等の理解」で、運営基準に基づいた介護支援専門員に課せられた責務の理解(条文と照らし合わせた指導)は、「⑦-1 受付及び相談並びに契約」から「⑦-5 モニタリング及び評価」の各科目で取り扱うこととする。

6. 講義・演習の展開例（120分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	5分	○本科目の目的、修得目標の確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
講義	75分	(1)知識・技術の基本的理解 ○ケアマネジメントプロセスの全体像と各過程の関連 ○各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割 ・インテーク ・アセスメント ・プランニング ・サービス担当者会議 ・モニタリング及び評価 ・終結及びフォローアップ ●理解を深めるミニワーク	①②③
講義	20分	(1)知識・技術の基本的理解 ○各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割 ・各プロセスにまたがって生じる業務 (2)実践的に活用する上での留意点 ・実践的に活用する上での留意点 ●理解を深めるミニワーク	④⑤
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

<参考文献>

- 『六訂 介護支援専門員テキスト』（介護支援専門員テキスト編集委員会）、長寿社会開発センター、2012
- 白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁『ケアマネジメント講座（1） ケアマネジメント概論』、中央法規出版、2000
- 岡田進一『ケアマネジメント原論—高齢者と家族に対する相談支援の原理と実践方法』、ワールドプランニング、2011
- 『介護保険施設等実地指導マニュアル（平成22年改訂版）』、厚生労働省、2012

前期	⑦-1 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 「受付及び相談並びに契約」	講義・演習 1時間
-----------	---	----------------------

1. 目的

受付及び初期面接相談（インテーク）、契約の各場面で求められる実践的な技術を修得する。

2. 内容

- ・受付及び初期面接相談（インテーク）の場面における相談援助の視点と技術を修得するとともに、利用者及びその家族との信頼関係の構築の重要性について講義を行う。
- ・契約は重要事項の説明を経た法律行為であることから、利用者が主体となる契約の意義とそれを保障するための仕組み（苦情申し立て、権利擁護）についての講義を行う。
- ・契約に関する制度上の位置づけや留意事項に関する講義を行う。

3. 関連科目と修得目標

(1) 関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	⑤利用者、多くの種類の専門職種等への説明及び合意 ⑥ケアマネジメントのプロセス
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	

(2) 修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
① インテークの意義と目的について説明できる。	●	●	●	(1)
② 受付及び相談と面接の場面における援助の留意点について説明できる。	●	●	●	(1)
③ 利用者及び家族との信頼関係の構築の重要性について説明できる。	●	●	●	(1)
④ 契約行為を行うにあたっての留意事項について説明できる。	●	●	●	(2)
⑤ 契約の仕組みが利用者主体であることの意義と仕組みについて説明できる。	●	●	●	(1)
⑥ 利用者の状況に合った面接に必要な情報や書類の準備を実施できる。	●	●	●	(2)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。**(1) 知識・技術の基本的理解****① インテーク、受付及び相談****(ア) ケアマネジメントプロセスの入り口****(a) ケースの発見・受付**

- ・ケースの発見・受付はケアマネジメントの過程の入り口である。迅速かつ適切に援助を行ううえで重要な過程である。問題の解決困難度の重度化予防にもつながる。
- ・受付・ケースの発見のルートは、家族や親族からの相談、本人からの相談、関係機関からの相談、民生委員や地域住民からの相談・連絡・通報等があげられる。
- ・支援者自身が地域に出向き、発見するアウトリーチという手法もある。

(b) 受付で行うこと

- ・自己紹介と介護支援専門員の役割の説明
- ・相談者の主訴の把握(言葉の背景の理解)
- ・スクリーニングに必要な情報収集
- ・スクリーニング
- ・信頼関係の構築
- ・動機づけ
- ・緊急性の判断と対応
- ・今後の流れの説明

(c) スクリーニング

- ・初期面接相談では、スクリーニングを行う。

- ・スクリーニングは、(i) 緊急性の判断、(ii) 介護保険制度によるケアマネジメントの必要性の判断、(iii) 介護支援専門員の所属する事業所での対応可能かの判断とこれらの判断による対応を行う。
- ・要支援・要介護認定結果が要支援の者、またはチェックリスト該当者の場合には、地域包括支援センターを紹介する。また、所属事業所での対応できない生活ニーズを抱えている場合には、適切な機関を探し、紹介する。
- (i) 緊急性の判断と対応を行う
 - ・心身状態の確認
 - ・急病、虐待、飢え等の生存ニーズの有無の確認と対応
 - ・判断に迷う場合の事業所への連絡と相談、一時対応後の事業所への報告。介護支援専門員が個人のみで判断し対応するのではなく、事業所としての判断を仰ぎ、対応する。また、地域包括支援センターへの連絡・相談により対応する。
- (ii) 介護保険制度によるケアマネジメントの必要性の判断
 - ・主訴の把握(言葉の背景の理解)
 - ・相談者と対象者の心身状態
 - ・生活ニーズの有無
 - ・要介護認定申請の支援の必要性
- (iii) 介護支援専門員の所属する事業所での対応可能かの判断
 - ・要介護認定申請の確認
 - ・対象者の心身状態に照らし、介護支援専門員や居宅介護支援事業所の業務内容に基づく対応が可能であるか。
 - ・相談者側からの選別として信頼してケアマネジメントを依頼できる対応力のある介護支援専門員・事業所であるか

(イ) 初期面接相談

- ・初期面接相談に際しては、効果的な相談となるよう事前の準備が必要である。
- ・初期面接相談では、以下の内容を実施する。
 - (a) 観察(自宅周辺、玄関、室内、家族関係等)
 - (b) 利用者に信頼される態度で接する(マナー)
 - ※介護支援専門員がとるべき態度(バイステックの七原則)
 - (c) 良質なコミュニケーションに最適な参加者との位置取り
 - (d) 本日の面接の目的の説明
 - (e) 介護支援専門員としての信頼関係の構築
 - (f) 労い
 - (g) 対象者の意向、家族の意向の確認(言葉の背景を探る)
 - (h) 生活ニーズを探る
 - (i) ストレngthsを探る
 - (j) 人間関係を把握する(家族関係、近隣、知人、友人、宗教、その他)
 - (k) 今後の支援について

② 契約の意義

- ・介護保険制度施行に伴う契約制度の導入の背景。
 - ・生活をサポートする介護サービスに関する自己選択と意思決定は、利用者の自律を保障したものである。
 - ・介護サービスにおける重要事項の説明は運営基準に定められている。(第4条、第18条)
- (事業の目的及び運営の方針、職員の職種及び職務内容、営業日及び営業時間、指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他費用の額、通常の事業の実施地域、その他運営に関する重要事項)

- ・介護サービス重要事項説明書には、苦情の受付と連絡先など苦情処理の体制及び手順等を記載する必要があり、居宅介護支援事業所やにはそれを示すことになっている。利用者の苦情を受け付ける環境を整備しなければならない。
- ・事業所は、利用者からの苦情を貴重な意見と捉え、改善に向けて努力し事業所の質を向上し、利用者やその家族と良好な関係を築いていけることが求められる。
- ・苦情は、事業所に直接、言いにくい実態がある。その場合、保険者、国保連、都道府県に苦情を申し出ることができる。

(2)実践的に活用する上での留意点

①インテーク、受付及び相談

(ア)相談の手段の相違による配慮

(a)電話相談

- ・介護支援専門員の相談の準備状態
- ・聴覚情報のみであるため、相手の声の調子や背景の音などを注意深く聞き取り、波長を合わせて対応する。
- ・理解度を確認しながら相手のペースに合わせて相談を進行する。

(b)来所相談

- ・家族や地域住民など利用者以外の相談の場合、敢えて来所を選んだ相談の背景を確認する。
- ・介護支援専門員自身がとる態度が相手の心情にかなうものであるように配慮して対応する。

(イ)初期面接相談の事前準備における留意点

- ・初期面接相談の日時調整は、受付から時間をあけずに実施する
- ・初期面接相談は、利用者の自宅を訪問して行うことを原則とするが、入院・入所中の場合には医療機関や施設で行う。
- ・初期面接相談で特に確認すべきことや話し合うべきことを受付時に得られた情報を基に整理する。
- ・初期面接相談に同席が必要なメンバーを整理する。

②契約における留意点

- ・介護支援専門員が居宅サービス計画を作成するだけでなく、利用者や家族自身で居宅サービス計画を作成できることを情報提供する。
- ・インテークを受け付けた事業所だけでなく、地域の他の事業所を選択し、契約できることを情報提供する。
- ・利用者の個人情報の同意書も併せて説明する。
- ・重要事項の説明は、文書で提示し、相手の理解に合わせた懇切丁寧な説明を行うと共に、判断を急がせない。
- ・利用者が主体であることを、介護支援専門員自身が常に認識して対応する。

5. 科目のポイント

①初期面接相談

(ア)ケアマネジメントプロセスにおける受付、初期相談面接(インテーク)の位置づけを受講者が理解し、初期段階の早期対応や相談者に与える介護支援専門員の印象がその後の支援の成功の可否に影響することを理解できるように説明する。

(イ)スクリーニングの視点を養うことの重要性和難しさを理解すると共に、初任者は事業所管理者や主任介護支援専門員等へ相談し、事業所として適切な判断ができるように、インテークに対応する責任と対応方法

を認識できるように講義する。
(ウ)スクリーニングは、事業所の都合で行ってはならないこと(サービス提供の拒否)、相談者の側からもスクリーニングされていることを認識し、介護支援専門員としての倫理やあるべき姿を想起できるように講義する。
(エ)受付から初期面接相談までの配慮と準備の項目を整理することで、介護支援専門員が意識して効果的な初期面接相談に導くことを理解できるように講義する。
②契約と権利擁護
(ア)法律行為としての契約および重要事項説明書の位置付けを明確に理解できるよう、基準省令や条例等を用いて説明する。
(イ)利用者の権利としての苦情申し立て、介護支援専門員の役割、初期段階での説明など権利擁護との関連性についても図などを用いて関連する機関や窓口が具体的にわかるよう、実務として対応できるようにすることに配慮する。
(ウ)倫理的な課題を解決していくためには、コミュニケーションが不可欠であり、チームとして話し合うための場の設定が必要であることを認識するよう講義する。

6. 講義・演習の展開例 (60分)

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	5分	○本科目の目的、修得目標の確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
講義	30分	(1)知識・技術の基本的理解 ○インテーク、受付および相談 ○契約の意義	①②③⑤
講義	15分	(2)実践的に活用する上での留意点 ○インテーク、受付及び相談 ○契約における留意点	④⑥
演習	5分	●理解を深めるミニワーク	
振り返り	5分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

<参考文献>

- 『六訂 介護支援専門員基本テキスト』(介護支援専門員テキスト編集委員会)、長寿社会開発センター、2012
- 『介護支援専門員養成研修教本 基礎編 三訂版』、東京都福祉保健財団、2012
- 白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁『ケアマネジメント講座(1) ケアマネジメント概論』、中央法規出版、2000
- 岡田進一『ケアマネジメント原論—高齢者と家族に対する相談支援の原理と実践方法』、ワールドプランニング、2011
- 『新・社会福祉士養成講座(7) 相談援助の理論と方法I』(社会福祉士養成講座編集委員会)、中央法規出版、2014

前期	⑦-2 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 「アセスメント及びニーズの把握の方法」	講義・演習 6時間
-----------	---	----------------------

1. 目的

利用者及びその家族並びに多職種からの情報収集とその分析を通じて、介護支援専門員としての専門的な判断の根拠を説明できる技術を修得する。

また、アセスメントにおいて収集した情報から、専門職としてニーズを導くための技術を修得する。

2. 内容

- ・アセスメントからニーズを導き出すための思考過程の全体像に関する講義を行う。
- ・アセスメントにおける情報収集の項目の内容、目的、主治医意見書の記載内容を理解するとともに、情報収集の方法・技術を修得する。
- ・収集した情報を的確に分析することにより、課題の明確化、改善及び悪化の可能性などを導き出せることを理解する。
- ・利用者の生活全体を捉える視点の重要性を理解するとともに、利用者の生活の現況から生活機能 (WHO国際生活機能分類による) と背景を把握し、理解する視点を修得する。
- ・課題総括表等を用いてADLやIADL等の状況から利用者が捉える課題を明確化し、状態の維持改善及び悪化の可能性の判断と予測を立て、適切なニーズを導くための技術を修得する。

3. 関連科目と修得目標

(1) 関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	⑥ケアマネジメントのプロセス
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	

(2) 修得目標				
修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①アセスメントの意義と目的について説明できる。	●	●	●	(1)(2)
②アセスメントにおける情報収集の項目や目的を説明できる。	●	●	●	(3)
③アセスメントからニーズを導き出す思考過程を説明できる。	●	●	●	(3)
④利用者・家族の意向の確認を実施できる。	●	●	●	(3)
⑤状態の維持・改善・悪化の可能性を予測できる。	●	●	●	(3)
⑥利用者、家族から得た情報に基づく課題の抽出を実施できる。	●	●	●	(3)
⑦利用者、家族の持っている力を把握できる。	●	●	●	(3)(4)
⑧多職種による情報を関連づけたアセスメントを実施できる。	●	●	●	(3)
⑨利用者、家族のニーズの優先順位を判断できる。	●	●	●	(3)
⑩再アセスメントの重要性について説明できる。	●	●	●	(4)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

(1) ケアマネジメントにおける基本プロセスの位置づけ

- ・PDCA循環サイクルにおけるアセスメントの前後を理解し、ケアマネジメントの中核として位置づけられていることを意識してケアマネジメントを実践する。
- ・「アセスメントに始まり、アセスメントに終わる」の意義を理解する。

(2) 受付、相談場面から始まるアセスメント

- ・緊急性の判断
- ・通報者・依頼人と利用者・家族との関係
- ・相談時点における関係機関の把握
- ・居所、地域における居住環境の把握
- ・受付員、インテークワーカー等(面接員)

(3)アセスメントとは

・解決すべき課題を、生活の全体像から把握するために、情報収集と課題分析から組み立てられている。

①アセスメントに関する基本的項目
(ア) 情報収集の領域・項目 <ul style="list-style-type: none"> ・課題分析標準項目(運営基準と別表) ・主治医意見書
(イ) アセスメントシート <ul style="list-style-type: none"> ・項目と内容と特記事項 ・生活課題を総合的に把握
(ウ) アセスメントと家庭訪問
②情報収集の方法
(ア) 双方向のコミュニケーション、信頼関係の構築
(イ) 利用者・家族の意向・要望の把握 <ul style="list-style-type: none"> ・その人らしさを理解する姿勢
(ウ) 情報提供と情報収集 <ul style="list-style-type: none"> ・課題解決に対する多様な方法や手段があることを情報提供することにより、利用者・家族が自らの課題を理解し、認識する手立てにもなる。 ・多職種連携・協働に対する専門家チームの意見は、日常的なネットワークや事例検討会、研修等への参加により知識や技術の向上を図ることができる。 ・多様な社会資源やサービスの質の見極め、利用効果、活用状況等の情報は日頃からのネットワークにより得られるものが多い。 ・情報収集と情報提供は、双方向のコミュニケーションによる相互関係にある。 ・ケアマネジメントは、ニーズオリエンテッド、目標指向型アプローチである。
(エ) 個人情報と情報管理
(オ) 情報共有と同意
③課題分析
(ア) 要支援・要介護状態に至った原因・背景
(イ) 残存機能、ストレングスの視点、リフレーミング
(ウ) 改善可能性、重度化防止
(エ) 今後の予測、見立て
(オ) 専門多職種の意見集約
(カ) ICFの視点に立った分析 <ul style="list-style-type: none"> ・身体・心理・社会の相互関係として生活を捉える
(キ) 生活機能に対する促進要因と阻害要因
④分析した課題の説明と合意、表記
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者・家族の求めと介護支援専門員をはじめ多職種による必要な支援の一致点 ・尊厳の保持、利用者本位を尊重
(ア) 優先順位の合意
(イ) 専門的意見についての説明技術
(ウ) 緊急性、差し迫ったリスクに対する理解促進
(エ) 解決すべき課題(ニーズ)に対する利用者主体の表記

【項目のポイント】

- ・ アセスメントの留意点
- 1. 緊急課題の見落としはないか
- 2. アセスメントは自立支援を目指す利用者と介護支援専門員との協働作業
- 3. アセスメント力の向上は、自己評価、自己研鑽
- 4. アセスメント情報の整理
- 5. アセスメント情報は変化する
- 6. プラスの変化を促進するために、関わり方、情報提供に対する反応、手応えを見逃さない記録

(4) アセスメントを経て居宅サービス計画へ

① アセスメントに関する基本的項目
(ア) 解決すべき課題に対する利用者・家族の理解度、主体性
(イ) 目標に対する意欲
(ウ) 自立支援

【項目のポイント】

- ・ <再アセスメント>
- ・ 要支援・要介護状態の変化のみならず、モニタリングを通して、その時々利用者・家族の考え方と介護支援専門員の判断に対して、改善可能性、悪化防止の視点からタイミングを失ないように再アセスメントを行いニーズの見直しを行う。
- ・ サービスや支援が開始されると利用者・家族はサービス等に対する意見は具体的に述べるができる。
- ・ これを受け止める介護支援専門員は、再アセスメントなしにサービス調整に着手することがあるが、ニーズが変化しているのではないか、新たなニーズが発生しているのではないか、常にニーズに対応したサービスになっているか確認が必要である。

5. 科目のポイント

- ① 受講者自身の「アセスメント、ニーズ把握に対する自己評価」をポートフォリオ(研修記録シート)に書き込んで持参する。
- ② 講義が一方的にならないように、講義のポイントごとにミニワーク演習を組み入れる。
- ③ ミニワークを考え、記載するシートをレジュメ、テキストの間に設計する。
- ④ ミニワークの報告は、受講者数人にマイクを向けて、発表し、講師はコメントする。
- ⑤ 多様な事例に即して、情報収集からニーズの抽出までの一連の流れを介護支援専門員として説明できるように、課題整理総括表等を活用しながら講義・演習を行う。
- ⑥ 講師が受講者の関心をつかみ、ミニワークへの参加状況を把握するためには、100人を超える受講者の場合はサブ講師の配置が望ましい。
- ⑦ 講義と演習を組み合わせる科目においては、照明、机等の環境設備にも配慮が必要である。

6. 講義・演習の展開例 (360分)

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の目的、修得目標の確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
講義	60分	(1)ケアマネジメントにおける基本プロセスの位置付け ・アセスメントの定義、必要性、法令上の定義(運営基準、解釈通知) ・アセスメントの目的 (2)受付、相談場面から始まるアセスメント ・緊急性の判断 (3)アセスメントとは ○アセスメントとは ・アセスメントに関する基本的項目 ・情報収集の方法 ●理解を深めるミニワーク	①②
演習	55分	●演習 Q1 アセスメントでは、なぜ多岐にわたる情報を収集しなければならないのか、利用者から質問されたら、なんと答えますか Q2 情報収集が苦手な領域・項目は何ですか Q3 苦手意識をどのように克服しますか Q4 一人暮らしの認知症の利用者の場合、誰から情報収集すればいいですか ●発表、コメント	①②
講義	65分	(3)アセスメントとは ○アセスメントとは ・課題分析 ・分析した課題の説明と合意、表記 ●理解を深めるミニワーク	③④⑤⑥ ⑦⑧⑨
演習	45分	●演習 Q1 サービスを指定して、「早く使わせてくれ、分析なんて必要ない」という家族に対して、どのように理解を促しますか Q2 改善可能性、重度化防止については自信をもって発言できないし、結果に対しても責任が持てない。それでも初回から説明するためには、どのように対応すればいいか Q3 病気や薬、治療については家族が対応しているので忙しい介護支援専門員の手を煩わせなくてもいい、と主治医連携に同意しない家族に、どのように必要性を理解してもらいますか ●発表、コメント	③④⑤⑥ ⑦⑧
講義	65分	(4)アセスメントを経て居宅サービス計画へ ○アセスメントに関する基本的項目	⑩

		●理解を深めるミニワーク	
演習	40分	●演習 Q1 「解決すべき課題」の表記について、どのような工夫や努力をしていますか Q2 「〇〇できない」「〇〇に困っている」は、その時点の状況説明に止まっている	
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

前期	⑦-3 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 「居宅サービス計画等の作成」	講義・演習 4時間
-----------	--	----------------------

1. 目的

ニーズを踏まえた目標の設定と目標を実現するための居宅サービス計画等の作成技術を修得する。
また、居宅サービス計画等と訪問介護計画等の個別のサービス計画との連動の重要性を理解する。

2. 内容

- ・利用者及び家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針を記載するに当たっての留意点に関する講義を行う。
- ・アセスメントから導いたニーズを解決するための視点と達成するための目標の関係についての講義を行う。
- ・インフォーマルサービスも含めた社会資源の種類及び内容を理解するとともに、インフォーマルサービスの活用も含めた居宅サービス計画等を作成する方法を理解する。
- ・保健医療サービス利用時の主治医等からの意見収集、リハビリテーション専門職からの意見収集など、多職種との連携に当たっての留意点に関する講義を行う。
- ・訪問介護計画等の個別サービス計画は、居宅サービス計画に記載したニーズや目標に基づいて作成され、利用者を支援するサービス提供につながっていくものであることから、居宅サービス計画との連動の重要性を理解するとともに、個別サービスの計画につながる目標の立て方等を修得する。

3. 関連科目と修得目標

(1) 関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	⑥ケアマネジメントのプロセス
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員 研修	
主任介護支援専門員 更新研修	

(2) 修得目標				
修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①居宅サービス計画の意義と目的について説明できる。	●	●	●	(1)
②居宅サービス計画等の様式における記載の目的について説明できる。	●	●		(1)
③利用者、家族の意向を踏まえた課題の解決に向けた目標の設定を実施できる。	●	●	●	(2)
④居宅サービス計画実施後の生活の変化を予測できる。	●	●		(5)(7)
⑤居宅サービス計画等に必要な社会資源(インフォーマルサービス等)を位置付けることができる。	●	●		(6)
⑥生活目標に応じた必要なサービスを判断できる。	●	●		(3)(5)
⑦生活目標を達成するための期間の設定を判断できる。	●	●		(5)
⑧利用者、家族が合意できる居宅サービス計画書の作成を実施できる。	●	●	●	(3)(4)(7)
⑨居宅サービス計画等と個別サービス計画の連動の重要性について説明できる。	●	●		(5)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

(1) 居宅サービス計画の意義と目的
<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援と尊厳の保持につながる利用者の望む暮らしを明らかにし、利用者の意欲を高めること。 ・自立した生活の継続とそのためのサービス、社会資源等の活用がプランに位置づけられる。 ・利用者の望む暮らしの提案・確認をすることにより、自立した生活を実現すること。 ・課題と対応する目標と具体策及び、総合的な援助の方針の提案・確認の合意形成を図るツールであること。 ・支援方法やサービスの明確化、スケジュールや手順を明確化すること。

【項目のポイント】

- ・あくまでも利用者自身の居宅サービス計画であり、意思疎通が十分に図れない状況でも、利用者、家族の選択や自己決定を促せるようにする。
- ・認知症が進行している場合などは、利用者の生活歴や過去の暮らしの様子などを参考に支援チームで利用者の望む暮らしについての考えや意向を協議する。
- ・支援者及びサービス主導の居宅サービス計画にならないように留意する。

(2) 利用者・家族の意向の把握

- ・利用者の意向の把握は、望む暮らしと生活の継続性を把握するために、主訴だけで判断せず、生活歴の聴取と利用者理解が必要である。
- ・生活の目標の設定については、利用者の自己像の共有と利用者自身の語り、言葉の理解をした上で、整理し、利用者自身の言葉にならない時は、提案する。
- ・家族の意向の把握は、利用者への思いと家族自身の利用者理解を踏まえ、家族自身が置かれている状況の理解も必要である。

【項目のポイント】

- ・利用者の意向が何より重要であるが、自分自身のニーズやリスクを十分に理解できた上での判断ではない場合は、注意が必要である。また、家族自身各々の生活や人生があることも忘れてはならない。

(3) 総合的な援助の方針

- ・総合的な援助の方針は、生活の目標の実現のためのものであり、支援チームの合意形成と支援チーム全体が共有する理念を含む援助の指針を具体的に明らかにした上で記載することを理解する。
- ・利用者が納得しない課題、もしくは解決策がない課題など残された課題も整理し、説明できるように、総合的な援助の方針に書き加え、忘れないように意識化し、居宅サービス計画の見直し時に再度検討する。
- ・ターミナルケアや認知症などでリスクが高い独居の場合等は、緊急時の連絡体制等を記載することもある。

【項目のポイント】

- ・総合的な援助の方針は、利用者・家族の意向及び生活の目標に対するものがメインであるため、サービス利用の羅列にはならないように留意する。

(4) 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の整理

- ・アセスメントの結果導き出されたニーズを利用者・家族とともに整理し、同意形成を図り、優先順位をつける。
- ・優先順位をつけるときは、専門的判断のほかに、利用者の行動習慣や性格、社会的役割(仕事、家庭、地域等)などの個別化を図るようにする。
- ・自立支援を目指した居宅サービス計画を作成するために、生活の目標を実現するニーズが記載されている必要がある。

【項目のポイント】

- ・ニーズは、解決すべき課題であり、「ヘルパーを利用したい」などというサービス利用が目的になるような利用者のお願ひ事項にならないように注意する。
- ・サービスを利用する際は、どんなニーズを実現することになるかを考えていけるようにする。
- ・目標思考型の考えは重要であり、単に「〇〇したい」という記載にとらわれず、利用者の意向や意欲により、「〇〇する」、「〇〇できるようになる」、「〇〇したい」など、その状況に応じて表現が異なる。
- ・利用者の意欲を高めるために、利用者自身が納得し、その時点の利用者の認識に応じた記述となる。

(5) 長期目標と短期目標の設定

- ・長期目標は、生活の目標の実現につながり、利用者自身の生活の質が向上した状態を表した内容となる。
- ・短期目標は、長期目標につながる、具体的で短期間での実現可能な目標である。
- ・短期目標は、特に明確な期限設定を行い、各サービスの個別サービス計画へとつながることを認識する。
- ・短期目標の段階的な実現により、長期目標が実現することになるため、短期目標と長期目標が連動することを認識する。
- ・短期目標は、長期目標を実現するための段階的なプロセスであることを認識する。

【項目のポイント】

- ・だれが評価してもわかるものが望ましく、個別サービス計画で位置づけられ、数値など具体的な目安が入っていると評価しやすい。
- ・また、達成しやすい目標にしておくことで、利用者の自信と意欲を向上させることにもつながりやすい。

(6) 社会資源の説明

- ・社会資源は、利用者の地域や周囲にあるすべてのものを指す。フォーマルな資源、インフォーマルな資源、利用者自身の内的な資源も含まれることを理解した上で活用する。
- ・導き出したニーズから、社会資源を考えることが重要で、サービスにニーズを無理やり合わそうとしないこと。
- ・ニーズ優先アプローチを図るためには、社会資源のアセスメントが必要であり、サービスがなければ地域で創ることも提案する必要がある。地域ケア会議にかけるなど、地域包括支援センターなどと協議することも重要である。
- ・多職種との連携方法や留意点としては、医療サービス利用時の主治医等からの意見収集や福祉用具利用時のリハビリテーション専門職種からの意見収集による妥当性の検討や導入が必要な理由の記載等が必要である。

【項目のポイント】

- ・既存のサービスありきのプランにならないように注意する必要がある。
- ・利用者が今まで活用してきた地域の関わりやネットワークをアセスメントし、活用できるようにマネジメントする視点も重要であることを伝える。

(7) 居宅サービス計画作成演習

- ・利用者についてのアセスメント結果に基づくニーズを踏まえた生活の目標を明確化する。
- ・サービス担当者会議で意見交換するための居宅サービス計画原案を作成する。
- ・ニーズの整理を行い、優先順位を付ける。
- ・長期目標と短期目標の具体的な目標設定とそれぞれの連動性を踏まえ、利用者・家族及び支援チームにもわかりやすく記述する。
- ・短期目標は特に、具体的でわかりやすく、モニタリング及び評価時に目標の達成状況が評価できるものにする。
- ・サービスの組み合わせ方法については、地域でのサービス等の提供体制のアセスメントをすることと、存在しないサービスや社会資源については、地域で検討することも提案できる必要があることを理解する。

【項目のポイント】

- アセスメント、ニーズ把握の方法から、引き続きの事例で居宅サービス計画作成を実施していく。
- 基本的には、個人作業で考えることができ、グループワークで多様な視点や意見などがあることを気づいていくことができる。その上で話し合い、最善の方法を合意形成できる。
- 実際に計画書に記載することにより、言語化の技術やトレーニングの必要性を感じることができ、実習につなぐことができる。
- 基本的な作成の流れやアセスメント情報の重要性にも気が付くことができるようにグループファシリテーターは介入していく。

5. 科目のポイント

① 全般的な指導の視点

- ケアマネジメントプロセスを意識した上で、アセスメント、ニーズ把握をし、居宅サービス計画作成につながることを理解が十分にできるようにする。
- 利用者の意向は、今後の生活の目標が考えられ、または、提案したものについて同意できるものになるように相談面接を丁寧に行う必要がある。
- 信頼関係を築くためには、利用者の人生や生活に共感をもち、個別性を大事にした上でともに考えていく姿勢が重要であることを認識する。
- 主訴がそのまま、生活の目標にはならないことが多いことも理解し、粘り強く利用者に関わることが重要である。

② 演習における指導の視点と方法

- 共通事例で一通りの居宅サービス計画作成を個人ワーク、グループワークで演習していくため、数か所のグループが代表で発表したものに基づき、講師が適切にコメントし、必要な解説や助言、指導を行う。
- 参加者が全員、プロセスを一通り理解し、居宅サービス計画原案を作成できるようになることが目標であるため、タイムリーな指導・助言が必要となる。

6. 講義・演習の展開例（240分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の目的、修得目標を確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
講義	30分	○居宅サービス計画の意義と目的 ○利用者・家族の意向の把握 ○総合的援助の方針。	①②③
演習	50分	●居宅サービス計画作成演習（第1表） ・個人ワーク ・その後グループワークを実施する。 ・代表グループが発表し、グループファシリテーターがコメント、指導及び助言等をする。時間を区切って実施する。	③
講義	20分	○生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の整理 ○長期目標と短期目標の設定	④③⑨
演習	50分	●居宅サービス計画作成演習（第2表の短期・長期目標設定まで） ・居宅サービス計画第2表のニーズを優先順位で上位3つ選定し選定したニーズについて長期目標と短期目標を個人ワーク ・その後グループワークした上で、代表グループが発表する ・グループファシリテーターがコメント、指導及び助言等をする	④⑤ ⑥⑦
講義	20分	○社会資源の説明	⑤⑥⑦
演習	40分	●居宅サービス計画作成演習（第2表の全て） ・居宅サービス計画（2）表を最後まで完成 ・個人ワーク ・グループワーク ・代表グループが発表 ・グループファシリテーターがコメント、指導及び助言	③④⑤ ⑥⑦⑧
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

前期	⑦-4 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 「サービス担当者会議の意義及び進め方」	講義・演習 4時間
-----------	---	----------------------

1. 目的

多職種とのアセスメント結果の共有や、居宅サービス計画等の原案に対する専門的見地からの意見収集の意義を理解し、会議の開催に係る具体的な方法を修得する。

2. 内容

- ・会議を開催するに当たり、事前の準備や開催当日の準備など、必要な業務を理解するとともに、会議の進行の手法等に関する講義を行う。
- ・サービス担当者会議は、利用者及び家族並びにサービス担当者も含めて、利用者を支援していくための方向性を定める場であることから、介護支援専門員によるアセスメントの結果を共有することの重要性を理解する。
- ・会議での意識の共有に当たり、居宅サービス計画と訪問介護計画等の個別サービス計画との内容の整合性を確認することの重要性を理解する。
- ・複数のサービスを利用する場合には、各サービスの個別サービス計画ごとの内容を確認することの重要性を理解する。
- ・新規ケース、更新ケース、要介護状態等の区分変更ケースごとのサービス担当者会議における検討の留意点についての講義を行う。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	⑤利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意 ⑥ケアマネジメントのプロセス
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	

(2) 修得目標				
修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
① サービス担当者会議の目的と意義について説明できる。	●	●	●	(1)
② サービス利用におけるチームアプローチの重要性について説明できる。	●	●		(1)
③ サービス担当者会議開催のプロセスに基づき、開催準備及び会議の進行ができる。	●	●	●	(1)(2)
④ 個別サービス計画との整合性を確認することの重要性について説明できる。	●	●	●	(1)
⑤ サービス担当者会議に関わる内容の記録の作成ができる。	●	●	●	(1)
⑥ 多職種と、今後の課題に関する確認を実施できる。	●	●	●	(1)
⑦ 利用者の状態像や運営基準に合わせたサービス担当者会議の意義について理解した上で、会議の開催に向けた準備ができる。	●	●		(1)
⑧ サービス担当者会議開催理由に合わせた検討の留意点について説明できる。	●	●		(1)(2)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

(1) 知識・技術の基本的理解

① サービス担当者会議の意義と目的

サービス担当者会議には、次のような意義がある。利用者及び家族の生活全体を共通理解し、課題を達成するための方法を検討し、利用者および家族への説明と同意を得ること。また総合的な援助の方針についてチームで共通理解し、役割を共有化することで、チームアプローチを促進することである。

(ア) 利用者を支援していくための方向性を定める場

- ・サービス担当者会議は、利用者及び家族並びにサービス担当者も含めて、介護支援専門員によるアセスメントの結果を共有できる。
- ・サービス担当者会議に参加するサービス事業所の専門職がそれぞれの立場からの専門的意見を出すことで、居宅サービス計画を利用者の望む生活を達成するものへと練り上げられる。

(イ)利用者及び家族へ説明し同意を得る場

- ・居宅サービス計画原案を基にサービス担当者会議にて意見交換した結果に基づき、利用者及び家族へ説明し合意を得る。
- ・利用者・家族の意向を計画に反映し実施していく上、で専門的意見によりサービス利用の根拠が裏付けられる。それにより利用者および家族の安心へとつながる。
- ・特に医学的なリスク管理、または日常生活上で起こり得るリスクを専門的見地から明確にしてもらい、利用者・家族およびサービス担当者にとどのような留意事項があるか明確にしていくことができる。

(ウ)チームアプローチを促進する場

(a)関係者間の相互理解

- ・サービス担当者からの専門的意見を反映させることで、支援の必要性(アセスメントの結果)が共通理解される。それぞれのサービス担当者が実際の支援に根拠を持ち積極的に取り組むことができる。
- ・居宅サービス計画が、サービス間の個別サービス計画とどのように連動しているか明確になることで、役割が明確になる。各々のサービスの役割、居宅サービス計画上の位置が分かる。

(b)利用者中心の居宅サービス計画

- ・利用者・家族もチームの一員として主体的に取り組むことが出来る。

(エ)介護保険制度におけるサービス担当者会議

- ・運営基準に定められているケアマネジメントプロセスの1つである。
- ・サービス担当者会議は、法令順守の観点から実施するだけではなく、ケアマネジメントを促進する大きな機能を持つものである。

②サービス担当者会議のプロセスの実施

(ア)利用者の状態像に合わせたサービス担当者会議の開催

- ・利用者の状態像が大きく変わった時など、ケアマネジメントプロセスのアセスメントに戻り、プロセスを繰り返し循環していく。タイムリーに情報共有、居宅サービス計画が変更されるためのひとつの手法としてサービス担当者会議がある。そのため、ケアマネジメントプロセスに沿った目的で開催される。

(a)ケアマネジメントプロセスに応じた目的で開催する場合

- ・利用者や家族の全体像を理解する。
- ・「本人や家族の生活に対する意向」「総合的な方針」について共通理解する。
- ・生活全般の解決すべき課題を共有する。
- ・計画内容を相互に理解する。
- ・役割分担を理解する。

(b)利用者との関わりという側面で開催する場合

(i)最初のサービス計画作成時

- ・最初のサービス計画作成時には、とくに生活上の課題とサービスとの関連、各サービスとの関連などをていねいに確認していく。
- ・リスク管理をしていく上で、専門的見地を居宅サービス計画に反映させる。

(ii)多くのサービス事業所がかかわる時

- ・多くのサービス事業所がかかわる時は、利用者の生活全般を見渡しながら、各サービス担当者の役割を関連づける。
- ・複数のサービスを利用する場合には、居宅サービス計画のどのケア内容になるのか、また、同時に各サービスの個別サービス計画ごとの内容を確認することで、それぞれのサービス事業所の役割を共通認識する。

(c) ケースの状況から開催する場合

(i) 支援困難ケースの時

- ・支援困難ケースの時は、一人で抱え込まず、事業所内で指導を受け客観的にアドバイスを受けてつ、ケアチーム内の誰がキーパーソンとなるのか、どのように会議を展開し、会議の到達点にもっていくのかを整理する。
- ・地域包括支援センターの協力を得たり、事業所内のスーパーバイザーにサービス担当者会議の司会を依頼するものひとつである。

(ii) 利用者の状況が大きく変わる時

- ・利用者の状況が大きく変わる時は、変わった状況を再アセスメントする
- ・専門的見地からの意見を踏まえアセスメントする。

(iii) 更新認定の時

- ・更新の時期だからというだけで会議を開くのではなく、居宅サービス計画の評価ができる会議として捉える。
- ・その方法のひとつとして、課題整理総括表等を用い、各専門職から課題にそって利用者の現状を話してもらい、改善の可能性を探る。
- ・また事前に、上記の視点で情報を持参してもらえよう調整しておく。
- ・会議での意識の共有にあたり、居宅介護サービス計画と訪問介護計画等の個別サービス計画との内容の整合性を確認することで、支援の課題が新たに明確化することがある。

(iv) 区分変更の時

- ・状態がどのように変化しているのか、会議に参加する専門職からの専門的見地からの意見が得られるようにする。その際、課題整理総括表を活用しつつ悪化の予測と改善の可能性を整理し、各サービス事業所の支援の視点を明確にしていく。
- ・また、悪化時の緊急連絡先とその方法について明確にする。特に医療依存度の高い事例については、その観察点と対処、連絡先、順番等を確認する。

(イ) サービス担当者会議開催の実際

(a) サービス担当者会議に関わる介護支援専門員の役割

- ・サービス担当者会議の運営、司会や時間管理などがある。
- ・サービス担当者会議前中後における利用者・家族をサポートする。
- ・サービス担当者会議開催の目的に応じて参加者から意見を引き出す。
- ・個人情報保護、プライバシー保護に留意する。

(ウ) サービス担当者会議の準備における留意点

- ・連携のための情報提供について、利用者(本人、家族)の同意を得る。
- ・利用者および家族の状況を第一に会議開催日や場所・時間を設定する。
- ・フォーマルサービスもインフォーマルサービスもあわせてチームを構成するサービスであるという認識を持ち、居宅サービス計画にあるインフォーマルサービスの担当者とも調整をはかり参加を促す。
- ・会議の目的を明確にし、各専門職に専門的見地からの意見が述べられるよう事前に説明し参加してもらう。
- ・会議の所要時間・参加者を伝え、参加しやすいように配慮する。

(エ) サービス担当者会議の進め方における留意点

(a) 全般的な留意点

- ・関係者全員が参加できる工夫
意見が出やすい雰囲気、特定の人意見に集中しない、全員が発言できる
- ・予定した時間で終了できる時間管理

- ・分かりやすい説明
- ・会議の主旨に合わせたキーパーソンの確保

(b) 進め方

- ・前後のあいさつと参加者の紹介
- ・今回の会議の目的(形態)
- ・利用者・家族からの意向
- ・課題分析の説明と確認
- ・各サービス事業所からの専門的見地と意見交換
- ・居宅サービス計画原案修正と利用者・家族の合意確認
- ・各サービス担当者の役割確認
- ・残された課題の確認
- ・次回開催の確認

(オ) サービス担当者会議後における留意点

- ・残された課題を明確にする。
- ・決定したことを確認する。言葉にし、決定した事が共通理解されるようにする。
- ・残された課題を確認する。それにより、次回の目的を持てる。
- ・資料を回収する。
- ・記録に残す。会議録で明確にすることで、参加者が居宅サービス計画配布時に、その経緯が理解できる。

(カ) 開催理由に合わせた検討の留意点

- ・参加するメンバーを選定する際に、サービス担当者会議の開催意義を踏まえて決定する。

(2) 実践的に活用する上での留意点

- ・会議の目的が達成されるための運営であることを押さえて柔軟に会議を進める。マニュアル通りではなく、柔軟に運営しつつ、開催目的を押さえて進めていく。
- ・会議に際し、フォローしてくれるスーパーバイザーに参加してもらうことも、ひとつの方法である。
- ・会議で決定したこと・役割、残された課題の解釈がそれぞれで認識が異なることのないよう、会議終了時に言葉で反覆し確認し共通認識を図る。
- ・会議の目的を明確にし会議を進めたが、偏った意見に集中し、途中で会議の目的がずれてしまう場合は、会議の主旨に戻り、軌道修正を図る。または、次回の会議でも問題ない場合は、保留とする。
- ・サービス担当者会議の運営に係る支援
 - (i) 所属する事業所のスーパーバイザーの指導を仰ぐ。
 - (ii) 利用者の生活上の課題が多岐に渡る場合や、虐待の疑いやインフォーマルな支援が必要な場合など支援困難な事例については、地域包括支援センターに協力を仰ぐ。
 - (iii) 地域ケア会議を活用する。

5. 科目のポイント

① 全般的な指導の視点

- ・会議を開催するにあたり、事前の準備や開催当日の準備などを理解し実施できるようにする。
- ・会議の進行の手法等だけに終わるのではなく、サービス担当者会議は、利用者及び家族並びにサービス担当者も含めて、利用者を支援していくための方向性を定める場であることから、介護支援専門員によるアセスメントの結果を共有することに留意する。
- ・居宅介護サービス計画と訪問介護計画等の個別サービス計画との内容の整合性を確認する。
- ・複数のサービスを利用する場合には、各サービスの個別サービス計画ごとの内容を確認する。
- ・新規ケース、更新ケース、要介護状態等の区分変更ケースごとのサービス担当者会議における検討の留意点について理解する。
- ・その時々を利用者の状態に応じ開催すること。また、開催できるよう日頃から情報等を整理しておくこと。
- ・各基礎職種の実務の中で実施されているカンファレンス等との比較・関連させることで理解を促し、その持つ機能をどのように介護保険制度におけるサービス担当者会議として活用していくといいのか、介護保険制度と関連して理解してもらう。

② 演習における指導の視点と方法

- ・本科目ではケアマネジメントプロセスにおける「会議開催の方法」の「会議の運営」に視点を置き、共通事例を用いて指導する。

6. 講義・演習の展開例 (240分)

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の目的、修得目標を確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いて、それぞれの目標を確認	
講義	50分	(1)知識・技術の基本的理解 ○サービス担当者会議の意義と目的 ●理解を深めるミニワーク	①②
講義	50分	(1)知識・技術の基本的理解 ○サービス担当者会議のプロセスの実施 (ア)利用者の状態像に合わせたサービス担当者会議の開催 (イ)サービス担当者会議開催の実際 (ウ)サービス担当者会議の準備における留意点 (エ)サービス担当者会議の進め方における留意点 (オ)サービス担当者会議後における留意点 (カ)開催理由に合わせた検討の留意点 ●理解を深めるミニワーク	③④⑤⑥ ⑦⑧
演習	30分	○事例の読み込み ・事例の概要、支援記録(相談記録)、基本情報 ・役割分担 ・多職種の見立てのすり合わせ、方向性・方針・根本の要因の共有	③⑦⑧
演習	40分	○会議の進行から、必要な情報の共有及び認識共有 (ロールプレイング) ○サービス担当者会議の目的の達成度合いの分析 (グループワーク、グループ発表) ※課題整理総括表等を活用し専門的見地が必要な個所を明確にする	
演習	40分	○サービス担当者会議の模擬の実施 ・サービス担当者会議での参加者の役割を確認する。 ・居宅サービス計画と個別サービス計画の整合性を確認する。 ※課題整理総括表等を活用し、各サービスの位置づけを整理する。 ○グループワーク、グループ発表 ・運営の問題点・重要点を理解する。	
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

<参考文献>

白澤政和・渡辺裕美・福富昌城編著 福祉キーワードシリーズケアマネジメント、中央法規出版 2002
野中猛；図説ケアマネジメント、中央法規出版、2003
白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁、ケアマネジメント概論、中央法規出版、2000

前期	⑦-5 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 「モニタリング及び評価」	講義・演習 4時間
-----------	--	----------------------

1. 目的

ケアマネジメントプロセスにおけるモニタリングの意義・目的や多職種との連携によるサービス実施の効果を検証することの重要性を理解する。

2. 内容

- ・利用者及びその家族、サービス担当者等との継続的な連絡や、居宅を訪問し利用者と面接することの意味を理解するための講義を行う。
- ・モニタリングにおける視点や手法、状況の変化への対応を理解する。
- ・評価表等を活用し目標に対する各サービスの達成度(効価)の検証の必要性和評価手法を修得する。
- ・居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術についての講義を行う。
- ・モニタリングにおける多職種との役割分担と連携の重要性を理解する。
- ・モニタリング結果の記録作成の意味と、記録に当たっての留意点を理解するための講義を行う。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	⑥ケアマネジメントのプロセス
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	

(2) 修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①モニタリングの意義と目的について説明できる。	●	●	●	(1)
②目標に対する各サービスの達成度（効果）の検証の必要性について説明できる。	●	●		(1)
③目標に対する各サービスの達成度（効果）について評価できる。	●	●	●	(1)
④モニタリング結果の記録作成の意味と重要性について説明できる。	●	●	●	(1)(2)
⑤居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術について説明できる。	●	●		(1)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。**(1) 知識・技術の基本的理解****①モニタリングの意義と目的****(ア) ケアマネジメントの側面から**

- ・居宅サービス計画に位置付けられた各種のサービスの実施により生活上の課題が解決しているかまたは解決に向かっていているかを確認し、評価をする。
- ・利用者の生活が変化し、新たな課題が発生していないかを確認する。
- ・居宅サービス計画に基づくサービスが実施されていない場合は、利用者の生活上の課題と合っていないのか、利用者の状態の変化や環境の変化、またはサービス提供側による不具合などが原因なのかなど、実施されていない様々な要因を確認していく。
- ・居宅サービス計画に基づくサービスが実施されていない要因を発見し、居宅サービス計画の修正を行う。
- ・生活上の課題とそれを解決するサービスが合わずにサービス提供が行われることは、利用者の望む生活の達成にはならない。
- ・居宅サービス計画は作成した段階で終了ではなく、実施状況の確認、利用者の状態に応じた修正があってはじめて居宅サービス計画が利用者のもとなっていく。

(イ) モニタリングにおける利用者との関係性の側面から

- ・モニタリングを行っていくことで、利用者や家族の理解が深まり、また信頼関係が築かれていく。その中で、最初のアセスメントでわからなかった利用者の思いや家族との関係、また問題状況の背景が見えてくることがある。これもモニタリングの重要な役割のひとつである。
- ・モニタリングを繰り返しながら利用者を理解し、問題状況の理解を深めていくことによって、適切な居宅サービス計画へと修正していくことができる。

(ウ)介護保険制度におけるモニタリングの位置づけ

<モニタリングの方法とモニタリング記録の作成>

・「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」(平成11年厚生省令第38号)(以下「運営基準」という。)第13条第14号において、モニタリングに当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次の通り行わなければならないと定められている。

(i)少なくとも1か月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること

(ii)少なくとも1か月に1回、モニタリングの結果を記録すること

②モニタリングにおける視点

(ア)ケアマネジメントプロセスに沿ったモニタリング

(a)居宅サービス計画どおりにサービスが提供されているかどうかを確認する

・居宅サービス計画は契約関係において利用者に対する支援の方針とその方法を約束したものであるため、その居宅サービス計画に基づくサービスの実施状況を確認し、契約どおりのサービス提供を調整する。

(b)サービス内容が適切か否かを確認する。

(c)個々の生活ニーズに対する目標が達成されているかどうかを確認する。

・解決すべき課題(ニーズ)に対しては長期目標、短期目標が設定されており、長期・短期の目標が達成されているか否かを評価する。

(d)総合的な援助の方針に沿った支援となっているかを確認する。

・居宅サービス計画は、利用者の望む暮らしの実現のための方針と方法を明記したものである。利用者の望む暮らしの実現は、利用者の尊厳が保持され、より自立的な暮らしができる生活の形であることから、方針の適切性を確認するとともに、方針に沿った支援となっているかを確認する。

(e)居宅サービス計画の内容を修正する必要があるかどうかを判断する

・モニタリングの結果に基づき、居宅サービス計画の内容の修正の有無を判断し、修正が必要と判断した場合は、修正には軽微なものから生活ニーズや総合的な援助の方針事態を変更する大幅なものまで様々なレベルがあることから、適切にケアマネジメントプロセスを踏み、居宅サービス計画の変更を行う。

(イ)利用者および家族の側面から行うモニタリング

(a)生活全体からみた居宅サービス計画の位置から評価する

・利用者的一天の中でどのように居宅サービス計画が位置づいているかを再確認し、居宅サービス計画が生活上の課題解決に向けて適切かどうかを居宅サービス計画と各種サービスの実施状況を関連づけて確認する。

・一日の生活から、一週間、一か月と時間の経過において評価し、利用者および家族の生活上の課題解決に向かっているかどうかを評価する。

(b)家族関係から評価する

・モニタリングを通して、利用者と介護支援専門員の関係を築いて行く中で、利用者と家族との関係が徐々に明らかになることがある。この場合、サービス内容や目標を修正する必要があると判断したときは、それぞれの関係性に留意し、適切な修正時期を見極めて対応する。

③モニタリングの手法

モニタリングは、居宅サービス計画の実施状況について継続的に把握することであることから、少なくとも一月に一回利用者の居宅を訪問し、利用者に面接するとともに、サービス提供場面への訪問、電話、サービス担当者会議等を組み合わせて実施する。

(ア) 訪問

(a) 利用者および家族の家へ訪問する場合

- ・居宅サービス計画の目標、援助を必要とする契機となった状況、生活上の課題と長期・短期目標、居宅サービス計画に位置づけられているサービスの実施状況などについて生活状況等を確認することで再確認する。
- ・利用者の変化(改善・維持・悪化)を生活の現場で確認することで、生活環境を再評価し、利用者のニーズの変化及び予測されるニーズの変化を確認する。

(b) サービス提供場面へ訪問する場合

- ・サービス利用場面での利用者の様子を把握する。
実際の提供場面を確認することで、言葉では伝わらない状況を確認できる。サービス内容によっては、提供している最中に訪問することがサービス提供を停止させる場合もあるため、サービス提供機関への確認が必要である。
サービスの提供内容が目標達成に向けた内容となっているかを確認する。

(イ) 電話連絡

次のような場合には電話によるモニタリングも併用していく。

- ・週に数回の確認が必要な場合
- ・確認の内容が簡易な場合
- ・一時的に遠方に住んでいる家族に身を寄せている場合
- ・遠方に住んでいる家族に確認する場合など

(ウ) サービス担当者会議

- ・サービス担当者会議を通じて、モニタリングを行う。
- ・利用者の状況が大きく変わり、情報を共有する必要がある場合や、サービス提供機関が変わり役割が変化する場合、また一同に集まり専門的見地からの意見が必要な場合などに実施する。

④ 状況変化に伴う評価の必要性

(ア) 互いの連絡

介護支援専門員からの働きかけによるモニタリングだけではなく、利用者や家族、またサービス提供機関からの情報提供というように、日頃から介護支援専門員へ連絡がくるという体制を整備しておくことが大切である。介護支援専門員がモニタリングするまで、状況変化が分からなかったという事がないよう、どんな場合が想定され、どのような視点で経過を確認しなければならないのか、利用者や家族、またサービス提供機関に理解を促しておく必要がある。

(イ) 再アセスメント

(a) 状態変化にともなう再アセスメント

居宅サービス計画作成時と状況が変化し、利用者の状況を全体的にとらえ直す必要がある場合は、アセスメントからケアマネジメントプロセスに沿って居宅サービス計画の変更を行う。補足的または部分的に居宅サービス計画内容を見直すだけでは、必要とする支援項目が抜け落ちるなど不十分な者となる。このことは的確に利用者の状況をつかめていないことにより起きることであり、サービス内容が生活上の課題に沿ったものにはならないため、十分にアセスメントを行う必要がある。

<再アセスメントが必要となる例>

(i) 身体的な状態変化

- ・転倒、骨折または肺炎など、ADL が低下した場合。

(ii) 主介護者、家族の変化

- ・介護者が入院などにより、介護者の不在や変更があった場合。

(iii) 生活環境の変化

- ・引っ越し、住み替えで生活している環境に変更があった場合

(b) 経過とともに全体評価としての再アセスメント

利用者は時間と共に年齢を重ね、変化していくものである。その点を踏まえたうえで居宅サービス計画上のサービス提供が無難に予定通りに実施されていても、主治医から健康状態の情報を得ることなどにより、利用者の望む生活に変化を生じていないか評価していく。

⑤モニタリング結果の記録作成

(ア) 必要性

- ・運営基準第 13 条第 14 号
- ・記録から経過を確認する

(イ) 記録の留意点

- ・評価の視点が分かるような記載
- ・今後の展開に向けた視点について介護支援専門員としてどう判断したのかが分かる記録

(ウ) 評価表等の活用

- ・評価表等を活用し、出来ている事、出来るがしていない事、出来るようになった事を整理し、居宅サービス計画修正の必要性について判断する。
- ・評価表等により、他の専門職との情報の共有を可能とすることで、専門的見地からの意見を導きだし、それを根拠とした居宅サービス計画へと修正していく。

⑥多職種との連携

(ア) 主治医を含む医療関係者との連携

- ・利用者の望む暮らしの実現のために、利用者の健康状態の維持改善が大きな要因になる。
- ・健康の維持改善には主治医及び医療関係者との連携が欠かせない。
- ・介護支援専門員は主治医及び医療関係者と話し合い、利用者の健康状態等について、ケアマネジメントにおける必要な情報を得るため、医療関係者に伝えるべき情報を整理する。
- ・利用者またはその家族、サービス提供機関とその情報把握に関しても役割分担を決めておくことを考える。
- ・このことによって、起こり得るリスクの管理につながり、利用者への安全・安心なサービス提供に資するものとなる。

(イ) サービス提供機関との連携

- ・サービス提供機関は、サービスを提供していることで、日々の利用者の変化をとらえやすい。状況をいち早く把握し、対応するには、サービス提供機関の連携なくては出来ないことである。
- ・変化は、悪化という側面から捉えるだけでなく、改善という視点をもつことが必要である。改善している状況を把握し、その情報を共有することで、それぞれのサービス提供者が意欲をもって関わることにつながる。

(ウ) インフォーマルサポートとの連携

- ・利用者は、サービス提供機関だけでなく、地域の民生委員や、近所の方による見守りなど、地域の様々な方からの支援といった地域における関わりを持っている。このため、地域の中で利用者に関わっている者は、サービス提供機関以上の身近な存在として、利用者の生活状況を把握していることから、モニタリングの大きな資源となり得る。

(エ) 地域包括支援センターや行政機関との連携

- ・介護保険制度以外の保健医療サービスや福祉サービスを利用している場合は、行政の担当者や実施機関との連携を図っておくことで、情報を得やすい体制を整えておく。
- ・連携体制を整えておくことで、介護給付で対応できない場合などは、他サービスへ円滑につなぐことが可能となる。
- ・支援困難ケースや虐待ケースなどは、行政や地域包括支援センターとの連携が重要となる。
- ・地域ケア会議へ課題の提出を求められた場合は、積極的に協力する。
- ・利用者を支援する上で課題となる地域の情報について提供するとともに、課題解決に向けた提案をすることも重要となる。

⑦ 終結と評価

(ア) 終結とは

支援の期間は、利用者の状態や状況によって短期間であったり長期間であったりするが、終結は期間が決まっているわけではない。終結には、利用者側の状況の変化により、以下のような場合が考えられる。

- ・生活上の課題が解決され、介護保険給付による支援の必要がなくなった場合。
- ・支援をうける場が変わる場合。例えば、病院への入院、施設への入所等の場合。
- ・死亡した場合。
- ・小規模多機能の利用によりケアマネジメント機関が変わる場合
- ・施設入所によりケアマネジメント機関が変わる場合
- ・要介護から要支援によりケアマネジメント機関が変わる場合

(イ) 終結時の評価

(a) 評価の視点

- ・利用者の望む生活の視点で評価
- ・ADL の観点からの評価
- ・QOL の観点からの評価

(b) 評価時の留意事項

- ・終結と判断した介護支援専門員の評価の視点を明確にした記録を作成する。

(2) 実践的に活用する上での留意点

- ・モニタリング・評価の結果、居宅サービス計画を修正し新たな内容のサービスを利用し始める利用者の場合、利用者、サービス提供機関ともに初めてなためにリスクを伴いやすい。そのため注意してモニタリングを行う。
- ・よい変化には、利用者に意欲をもたせることにつながる。しかし、それにより行動範囲が広がり新たな危険性を招くことも考慮し、制限するのではなくリスク管理していく。
- ・再アセスメントは、居宅サービス計画の修正を導くものであること。モニタリング → 再アセスメント → 居宅サービス計画の修正 → 居宅サービス計画の実施という一連の援助過程を経ることによって、居宅サービス計画の内容は再アセスメントが行われる以前の居宅サービス計画よりも、利用者の援助においてより有効なものになっていることが大切である。

5. 科目のポイント

①全般的な指導の視点

- ・利用者及び家族、サービス担当者等との継続的な連絡や、居宅を訪問し利用者と面接することの意味を理解するよう指導する。
- ・モニタリングの手法だけではなく、なぜ必要なのか、何のために行うのかを十分理解すること。それにより、単なる利用票配布に終わらない意識づけとすること。
- ・モニタリングにおける視点や手法、状況の変化への対応を理解できるようにする。特に居宅サービス計画との関連で押さえる。
- ・評価表等を活用し目標に対する各サービスの達成度(効果)の検証の必要性和評価手法を修得できるようにする。
- ・居宅サービス計画の再作成を行う方法としての再アセスメントについて押さえる。
- ・モニタリングにおける多職種との連携についてその重要性を理解することで、役割分担ができるようにする。
- ・モニタリング結果の記録作成の意味と、記録に当たっての留意点を理解してもらおう。
- ・各基礎職種の実務の中で実施されているモニタリングと関連せることで理解を促し、どのようにケアマネジメントプロセスとしてのモニタリングをしていくといいのか、介護保険制度と関連して理解してもらおう。

②演習における指導の視点と方法

- ・本科目ではケアマネジメントプロセスにおける「モニタリング」の方法に視点を置き、共通事例を用いて指導する。

6. 講義・演習の展開例（240分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の目的、修得目標を確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いて、それぞれの目標を確認	
講義	50分	(1)知識・技術の基本的理解 ○モニタリングの意義と目的 ○モニタリングにおける視点 ○モニタリングの手法 ●理解を深めるミニワーク	①② ③④
演習	30分	(1)知識・技術の基本的理解 ●事例の経過記録の読み込み(個人ワーク) ●ロールプレイ ・課題整理総括表、評価表等を用い、居宅サービス計画の評価をする	④
演習	45分	●グループワーク、グループ発表 ・モニタリングに必要な情報とどのように収集するか問題点を整理・理解する。	④
講義	45分	(1)知識・技術の基本的理解 ○状況変化に伴う評価の必要性 ○モニタリング結果の記録作成 ○多職種との連携 ○終結と評価 ●理解を深めるミニワーク+コンサル(15分)	④⑤ ⑥⑦
演習	40分	○グループワーク、グループ発表 ・再アセスメントに必要な情報とどのように収集するか問題点を整理・理解する。 ・課題整理総括表、評価表等を用い、評価からアセスメントへと戻るケアマネジメントプロセスのPDCAを押さえながら、再アセスメントへつなげる	⑤⑥⑦
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

<参考文献>

- 『五訂 介護支援専門員実務研修テキスト』（介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会）、長寿社会開発センター、2013
- 竹内孝仁、白澤政和、橋本泰子監修『ケアマネジメント講座（2） ケアマネジメントの実践と展開』、中央法規出版
- 白澤政和、渡辺裕美、福富昌城『福祉キーワードシリーズ ケアマネジメント』、中央法規出版、2002

前期	⑧介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント)	講義・演習 2時間
-----------	--	----------------------

1. 目的

多職種に対する理解・尊重に基づいてチームを組成し、円滑に機能させるための基本的な技術を修得する。

2. 内容

- ・利用者及びその家族の支援に際し、チームアプローチの意義を理解するとともに、介護支援専門員には、ケアのマネジメントだけでなく、チームのマネジメントも求められることを認識するための講義を行う。
- ・チームアプローチに際し、チームを組成する各職種の専門性と各々に求められる役割を理解するとともに、チームにおける介護支援専門員の役割を理解し、チーム運営において想定される課題や対応策を含め、チームを円滑に機能させるために必要な知識・技術を修得する。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	

(2)修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①利用者及び家族の支援に際し、チームアプローチの意義と目的について説明できる。	●	●	●	(1)

②チームを構成する各専門性についての役割について説明できる。	●	●		(1)
③チームにおける介護支援専門員の役割について説明できる。	●	●		(1)
④アセスメントに基づく必要なチームの形成を実施できる。	●	●	●	(1)(2)(3)(4)(5)
⑤チームにおける情報共有を実施できる。	●	●	●	(1)(2)(3)
⑥円滑なチーム運営を実施できる。	●	●	●	(1)(2)(3)(5)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

(1)知識・技術の基本的理解

①チームアプローチの意義と目的

(ア)チームを編成する必要性

- ・利用者及びその家族に対する支援は、その状況等に応じ様々な人々による種々の方法により支援が行われることから、チームを編成し共通認識の基に支援する必要がある。
- ・支援に当たっては、目標を設定しその目標達成に向け支援することとなるが、チームとして支援するには、ただ集まればばらばらに行動するのではチームとはならず、役割や分担、ルールを決めて各々が行動する必要がある。

(イ)介護保険制度におけるチームアプローチ

- ・ケアマネジメントでは、支援方針を決定していくプロセスにおいて、利用者の生活上の課題を解決するために定めた目標を達成するという目的のために、利用者及びその家族を支援するため集まった人たちがチームとなる。
- ・利用者の生活は、24時間365日継続しており、その中で必要なときに必要な支援をしていく。必要な支援を必要な時に誰がいつ行うのか、適切に無駄なく効果的にチームのメンバーが支援していくために、居宅サービス計画を作成していく過程において、役割分担がなされる。

②チームアプローチにおける介護支援専門員の役割

- ・同じ目標を持ったメンバーが集まってもばらばらに支援しては、メンバーの専門性は十分に発揮されない。メンバーの行動が無駄になるだけでなく、利用者への負担になってしまう。このため、チームをマネジメントしていくこともケアマネジャーの役割として重要であり、居宅サービス計画においてチームのメンバーの役割を明確にすることが必要である。
- ・支援に当たってどんな職種のどんな専門性に基づき実施してもらうのか、一日の生活上のいつが良いのか、一週間のどの時期にどんな頻度で支援してもらうことが効果的なのかについて、利用者の生活を踏まえ、アセスメントした結果に基づきチームとなるメンバーの専門性や役割を踏まえ、共通認識を図りつつ

ームを編成していく。

- ・チームとなったメンバーが各々の役割に応じて利用者を支援(サービス提供)していくこととなるが、そのサービスの提供状況を把握するとともに、チームのメンバーに共有し、チームとして支援していることの必要性の認識を継続して図ることも重要である。

③チームのマネジメント

(ア)チームは利用者を支援するために必要なサービスを提供する者により編成されることになる。また、利用者への支援の目標の変更があった場合等は、それに従いチームが再編成されることになり、チームとして機能するようマネジメントしていくことが重要である。

※チーム編成またはチームの再編成が必要となる場合の例

- ・利用者へ初めて支援を開始する場合は、その利用者に対するチーム編成は初めてとなる。
- ・利用者の状態が急に变化した時は、その変化に合わせて、新たな支援が必要となることから、新たなメンバーがチームの一員となる場合がある。
- ・目標が達成された時には、次の目標に向けた支援となり、支援の方法が変わる場合もある。
- ・利用者の要望等で、サービスの種類自体を変更になる場合がある。また、サービスの種類が同じでも、提供機関が変更になる場合もあり、チームのメンバーが更となる。

(イ)地域の社会資源の把握

- ・アセスメントから居宅サービス計画作成における過程において、チームのメンバーが選定される。
- ・アセスメントから生活上の課題を解決するために、必要な支援内容に応じて、その支援を実施するためのサービスを居宅サービス計画に位置づけ、これに基づきチームを編成することとなるが、アセスメントを行うに当たっては、利用者の必要な情報を地域の様々な社会資源から入手することになることから、既にこの時点からチーム編成はは始まっている
- ・介護支援専門員は、各サービス事業所のサービスの提供内容の特性、各専門職の専門性を理解しておく必要がある。また、専門職については、どのような機関に配属され手いるか、そこでどのような役割を担っているかを把握しておく必要がある。例えば理学療法士は、病院、保健センター、施設、サービス事業所など様々なところに所属していることから支援内容に応じてチームの編成を検討委する必要がある。
- ・サービス提供事業所ごとに提供する内容や時間が異なる。それぞれの事業所の特徴をつかみ、どのサービス提供事業所が適切かを検討し、選定した事業所のサービス担当者をチームメンバーとしてチームを編成していく。

④チームアプローチの実際

(ア)チームの運営

- ・アセスメントが十分なされ、居宅サービス計画に基づき役割分担ができ、支援方針が共有されても、最初からチームがうまく機能するとは限らない。初めてのチームは、お互いをよく知らない場合もあり、その中でチームの機能(役割)を果たさなければならない。適切機能するようチームアプローチとしてのモニタリングが必要になる。利用者へのケアマネジメントだけでなく、チームのマネジメントが重要である。

- ・チーム編成の各時期に応じた運営
準備期においては、支援に当たっての共通認識を図る。
開始期においては、目標に応じた役割の確認をし、方針を共有する。
実施期においては、適宜チーム内のコミュニケーションを図り、情報を共有する。
目標設定期間の終了期においては、チームとしての評価をし、その評価に基いた次の方針を検討する。
- ・チームマネジメントにおいて考慮すべき点
作業期の前半は、混乱期でもある。様々なチーム内の課題が出てくる。お互いの専門性の理解不足やコミュニケーション不足による摩擦や葛藤が起きる場合も有り、その調整が必要となる。また、チームのメンバーは所属する機関の一員であることを考慮する。

(2) 実践的に活用する上での留意点

① 実践していく上でのポイント

(ア) チーム編成におけるポイント

- (a) 地域にある資源と利用者の生活上の課題を解決するために必要な支援内容をマッチングしチームを編成できること。
- (b) 利用者の状態像から、サービス事業所の地理的位置、サービス提供内容、サービスを利用している利用者層などを勘案して選択する。

② チーム活動が進む上でのポイント

- (ア) 利用者の生活状況やニーズは一樣ではなく、時間の推移によって変化することを考慮し、
- ・必要時に連絡し合える関係性を構築しておくことが重要である。
 - ・必要なチームメンバー編成ができる柔軟性があること。また、状況に応じたチーム編成が柔軟にできるよう、日頃から地域の中で顔の見える関係を作っておくことが重要である。

(3) 現場で直面しやすい課題

① チーム編成におけるポイント

- ・サービス自体を理解していないことにより適切なサービス種別を選択できない。
- ・地域にある資源を知らないことで、サービスを提供するサービス種別が限定されてしまう。
- ・新しいチームを編成するための調整手段が分からず、介護支援専門員の現在関わりのあるまたは、同一法人の範囲に留まってしまう。

② チーム活動が進む上でのコンフリクト

- ・利用者が困難な状況に陥った時、解決方法でチームメンバー同士がぶつかることがある。
- ・チーム間でのコミュニケーション不足により、チームに亀裂が入る。
- ・利用者の生活上の課題を解決するために必要なサービス提供が、そのサービスが所属している組織の在り方で制約を受けてしまう。または統一できない事で課題が発生してしまう。

(4) 対応の方針や行動

- ・想定される課題と対応方法を予め具体化しておく。
- ・連絡先・ルートを明確にしておく。
- ・緊急時の受け入れ先を決め、情報を提供し、受け入れてもらえるような体制を作っておく。
- ・個別ケアに関わる場面だけでなく、連絡会や研究会などの場を通じて共に学ぶ機会を作っておく。
- ・「ケアマネタイム」のように連絡がつく時間帯とその連絡先を設定する。
- ・夜間を含めた緊急時連絡先を決めて共有しておく。
- ・連絡に用いる文書の様式を統一しておく。(※在宅ケアチーム以外の専門チームとの連携において特に重要)

① チーム編成におけるポイント

- ・新しい事業所へ実際に見学に行くことで、顔見知りの関係を築いておく。または、事業所内で社会資源集を作成し意見交換しておく。
- ・事業所内でのケースカンファレンス等から、様々なチーム(多職種)の編成と、それがどう居宅サービス計画に結びつか理解しておく。

② チーム活動が進む上でのコンフリクト

- ・どんな連絡をいつどのようにとるかを、あらかじめ決定しておく。
- ・気になることを言える関係であること、またはその調整ができること。

(5) 相談先等

- ・事業所内でのスーパービジョン、カンファレンス、事例検討会。
- ・地域での研修会、事例検討会への参加。
- ・地域包括支援センターへの相談、指導を受ける。
- ・地域ケア会議への参加。

5. 科目のポイント

① 全般的な指導の視点

- ・チームアプローチの意義を理解し、利用者および家族に説明できるようにする。
- ・介護支援専門員には、ケアのマネジメントだけでなく、チームのマネジメントも求められることを認識してもらう。
- ・チームアプローチに際し、チームを組成する各職種の専門性と各々に求められる役割を理解するよう講義し、そのそれを踏まえた演習展開ができるようにする。
- ・チームにおける介護支援専門員の役割を理解し、チーム運営において想定される課題や対応策を含め、チームを円滑に機能させるために必要な知識を講義する。

② 演習における指導の視点と方法

(ア) 本科目の演習で重視すべき点の考え方

(イ) 具体的な展開

- ・本科目では「チームアプローチの方法」の「チーム編成」と「チームアプローチを円滑に進めるための留意点」に力点を置き、その点を説明しやすい事例を選択して用いる。

6. 講義・演習の展開例（120分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の講義・演習の目的、修得目標を確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いて、それぞれの目標を確認	
講義	60分	(1) 知識・技術の基本的な理解 ○チームアプローチの意義と目的 ○チームアプローチにおける介護支援専門員の役割 ○チームのマネジメント ○チームアプローチの実際 (2) 実践的に活用する上での留意点 ○実践していく上でのポイント ○チーム活動が進む上でのポイント (3) 現場で直面しやすい課題 ○チーム編成におけるポイント ○チーム活動が進む上でのコンフリクト (4) 対応の方針や行動 ○チーム編成におけるポイント ○チーム活動が進む上でのコンフリクト (5) 相談先等	①②③ ④⑤⑥
演習	30分	○簡単な事例からチーム編成を検討する グループワーク、発表	④
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

<参考文献>

- 『五訂 介護支援専門員実務研修テキスト』（介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会）、長寿社会開発センター、2013
- 竹内孝仁、白澤政和、橋本泰子監修『ケアマネジメント講座（2） ケアマネジメントの実践と展開』、中央法規出版、2000
- 白澤政和、福富昌城、渡辺裕美『ケアマネジメント』、2002
- 岡田進一『ケアマネジメント原論—高齢者と家族に対する相談支援の原理と実践方法』、ワールドプランニング、2011

前期	⑨地域包括ケアシステム及び社会資源	講義 3時間
-----------	--------------------------	-------------------

1. 目的

地域包括の理念を踏まえ、地域包括ケアを推進していくに当たり介護支援専門員に求められる役割を理解する。また、利用者を支援する上で知っておくべき各種制度や地域の社会資源の重要性を理解する。

2. 内容

- ・地域包括ケアシステムの構築が求められる背景及び地域包括ケアシステムが目指す姿について講義を行う。
- ・地域包括ケアシステムを構築していく中で介護支援専門員に求められる役割(自立支援に資するケアマネジメント、インフォーマルサービスを含めた社会資源の活用、他職種や地域包括支援センター等との連携、不足している社会資源の提案等)に関する講義を行う。
- ・地域包括ケアを実現していくためのケアマネジメントを行う上で、必要な保健・医療・福祉サービスに関する講義を行う。

3. 関連科目と修得目標

(1) 関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	①介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント
専門研修課程Ⅰ	②介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状
専門研修課程Ⅱ	①介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	①介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向

(2) 修得目標				
修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①地域包括ケアシステムの構築に向けた取組が求められる背景について説明できる。	●			(1)
②地域包括ケアシステムを構築する意義と目的について説明できる。	●		●	(2)(3)
③利用者の地域の社会資源の調査を実施できる。	●	●	●	(3)(5)
④地域包括ケアシステムの構築に向けて介護支援専門員が果たすべき役割について説明できる。	●			(4)
⑤地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を述べるができる。	●			(6)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組が求められる背景

①高齢化の進行に伴う社会背景変化
<p>(ア) 日本の人口問題に関する最新情報 <例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・65歳以上の人口は、現在3,000万人を超えており(国民の約4人に1人)、2042年の約3,900万人でピークを迎え、その後も、75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。 ・このような状況の中、団塊の世代(約800万人)が75歳以上となる2025年(平成37年)以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。 <p>(イ) 日本の社会構造の変化</p>
②高齢者の尊厳についての目的
<p>(ア) 高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目指す。</p> <p>(イ) 可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを行う。</p> <p>(ウ) 自ら住まいを選択し、その人らしい生活の実現を支援する。</p>

(2) 地域包括ケアシステムを構築するの意義と目的

<p>①地域包括ケアシステムシステムの基本理念</p> <p>(ア) 高齢者ができるだけ住み慣れた地域で生活を送れるように支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、適切なサービス、多様な支援を提供することが必要である。</p> <p>(イ) 自助努力を基本にしながら、介護保険を中心としつつも保健・福祉・医療の専門職間相互の連携が必要である。</p> <p>(ウ) ボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた地域の様々な資源を統合、ネットワーク化し、高齢者を継続的かつ包括的にケアする必要がある。</p>
<p>②地域包括ケアシステムとは</p> <p>(ア) 2025年の高齢者ケアにむけて、地域包括ケアシステムの推進を図る趣旨の条文が加わり、地域ケアシステムに法的な根拠が整備された。</p> <p>(イ) 在宅医療の推進や住宅施策もサービス付き高齢者住宅が創設されるなど、地域包括ケアシステムの推進が進んでいる。</p> <p>(ウ) ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とし、生活上の安全・安心・健康を確保するために保健・医療・福祉の様々な生活支援サービスが日常生活圏域で適切に提供できる地域での体制である。</p> <p>(エ) 地域包括ケアシステムでは、生活の基盤として必要な住まいが整備され、高齢者の希望にかなった住まい方が確保される必要がある。</p> <p>(オ) 総合的なケアの提供の視点を基に、住み慣れた地域で利用者の意思に基づいた生活の継続が出来ることを目指している。</p> <p>(カ) 地域包括ケアシステムは、地域の実情に応じて構成されるもので、大都市部、中小都市、中山間地などで具体的な形や実践は大きく異なる。</p>
<p>③地域包括ケアシステムの構成要素</p> <p>(ア) 5つの構成要素</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護・リハビリテーション ・医療・看護 ・保健・予防 ・福祉・生活支援 ・住まいと住まい方 <p>(イ) 4つの視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「自助」～自分のことは自分です。自ら健康管理を行う。当事者団体による取り組み。 ・「互助」～ボランティアや住民組織の活動。 ・「共助」～介護保険に代表される社会保険制度、及びサービス。 ・「公助」～公的扶助 <p>(ウ) 地域包括ケアシステムの連携図</p> <p>地域包括ケアシステムの概念図に基づき、以下の構成組織について説明する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域すべての住民 ・本人(利用者) ・介護者(家族等) ・地域、住民組織 ・市町村(保険者) ・都道府県 ・国

- ・介護事業者
- ・民間企業

(3) 地域包括支援センターの概要

① 地域包括支援センターの役割

- (ア) 地域包括ケアシステムと地域包括支援センター
- (a) 地域包括支援センターセンターの位置づけ・基本視点
- ・地域包括ケアシステムの中核的機関
 - ・地域の社会資源の統合
 - ・地域のネットワーク構築
 - ・地域包括支援センターの事業内容
- (b) 地域包括支援センターの基本視点
- ・日常生活圏域の相談窓口
 - ・地域の関係機関との連携
 - ・将来の課題を見据えた予防的対応

- (イ) 地域包括支援センターの事業内容
- (a) 介護予防マネジメント
- ・事業対象者の把握
 - ・指定介護予防支援
- (b) 総合相談支援
- ・専門的援助機能
 - ・3職種の配置
 - ・利用者と地域との一体的支援
- (c) 権利擁護
- ・成年後見制度等の活用促進
 - ・高齢者虐待への対応
 - ・支援困難事例への対応
 - ・消費者被害の防止
- (d) 包括的・継続的ケアマネジメント支援
- ・介護支援専門員への日常的個別指導・相談
 - ・地域における介護支援専門員のネットワークの活用
 - ・地域のケアマネジメント力の強化

② 地域包括ケアシステムの構築に向けて

- (ア) 多職種協働による地域のネットワーク
- (a) 医療と介護の連携
- ・医療機関との連携体制づくり
 - ・入院・退院時の連携
- (b) 社会資源の発掘と開発
- ・社会資源の情報収集
 - ・関係機関との連携体制づくり
 - ・地域の特性理解

(c) 地域ケア会議の設置・運営

- ・サービス担当者会議開催支援
- ・地域のネットワークの活用

(イ) 介護予防・日常生活支援総合事業

(a) 事業の目的・考え方

- ・多様な生活支援の充実
- ・高齢者の社会参加と地域における支えあい体制づくり
- ・介護予防の推進
- ・市町村・住民等の関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開
- ・認知症施策の推進
- ・共生社会の推進

(b) 総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

・介護予防・生活支援サービス事業

対象者: ①要支援認定を受けた者、②基本チェックリスト該当者(事業対象者)

・一般介護予防事業

対象者: 第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者

(c) 市町村による効果的・効率的な事業実施

- ・住民主体の多様なサービスの充実
- ・住民主体のサービス利用の促進
- ・重度化予防の推進
- ・費用の効率化

(4) 地域包括ケアシステムの構築に向けて介護支援専門員が果たすべき役割

地域包括ケアシステムを構築していく中で、介護支援専門員には、自立支援に資するケアマネジメントのもと多様な社会資源を結びつける、インフォーマルサービスを含めた社会資源の活用、他職種や地域包括支援センター等との連携、不足している社会資源の提案といった役割が期待される。不足している社会資源の提案においては、特に地域ケア会議を通じて提案していくことが有効である。

①生活支援を基盤とした地域包括ケアシステムの方向性(介護支援専門員の役割)

- ・住み慣れた地域での生活を支援する。
- ・個々の高齢者の状況を把握する。
- ・住民から求められる介護サービスと住まいに関するニーズを的確に把握し、高齢者に情報提供する。
- ・地域内には潜在しているボランティアや住民グループなど地域資源を発掘し、高齢者に情報提供する。

②地域ケア会議への参加

(ア) 地域ケア会議の目的

- ・多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築
- ・個別ケースの支援内容の検討に通じた地域の介護支援専門員の法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援
- ・高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築
- ・個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握

(イ) 地域会議の機能の要点

(5) 利用者の地域の社会資源の調査

① 社会資源の把握方法と活用

社会資源とは社会的要求の充足や問題解決のために利用することが出来る制度、施設、人、物、資金、情報など、人的・物的資源の総称である。

(ア) 社会資源を社会で活用する視点(社会での活用の視点)

- ・生活基盤を整える（経済、住居、生活用具など）
- ・自身の健康を保つ（予防、治療、機能訓練、健康維持など）
- ・日常の生活行動を支える（歩行、排せつ、入浴、食事、整理整頓、買い物など）
- ・家族を支える（介護相談・指導、介護の代替・休養など）
- ・他者との交流を深める（コミュニケーション手段、外出手段、対人関係など）
- ・社会参加をする（教育、就労、趣味活動、旅行、社会的活動など）
- ・安全・安心して暮らす（緊急通報システム、安否確認、安全装置、金銭管理など）
- ・権利を守る（権利擁護、成年後見制度、苦情処理窓口など）

(イ) 社会資源を利用者が活用する視点(利用者が利用する視点)

- ・その人が望む生活に向けた視点
- ・望む生活を実現するために必要な社会資源の活用の視点
- ・虐待や支援困難ケースへの対応策への活用
- ・地域包括ケアシステムの5つの視点
 - (i) 医療との連携強化
 - (ii) 介護サービスの充実強化
 - (iii) 予防の推進
 - (iv) 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
 - (v) 高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備

(ウ) 社会資源の種類

- ・相談・申請する機関(公的機関、その他の機関・施設、地域の相談員など)
- ・経済を支える(年金、手当、助成など)
- ・医療を受ける(医療費、医療給付など)
- ・健康な生活を楽しむ(健康増進、就労・生きがい・楽しみなど)
- ・介護を予防する(健診、予防プログラムなど)
- ・在宅型援助(訪問介護、福祉用具給付と貸与、入浴サービス、給食サービス、紙おむつ等の支給、理美容サービス、ふとん乾燥・丸洗いサービス、緊急通報装置システム、福祉電話(電話の貸与と安否確認)友愛訪問(ボランティア))等
- ・通所型援助(デイサービス、移送・送迎サービス、通院通所の付き添い)
- ・入所型援助(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型老人保健施設、介護療養型医療施設、認知症対応型入所施設、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホーム、高齢者集合住宅、民間シニア住宅、サービス付き高齢者住宅など、ショートステイ)

(6) 地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等

① 社会資源の関連機関と専門職

- ・医療機関、社会福祉協議会、保健所

- ・医療機関、社会福祉協議会、保健所
- ・地域包括支援センター、在宅介護支援センター
- ・地域活動支援センター
- ・地域定着支援センター
- ・相談支援事業者（相談支援専門員）
- ・医療職（医師、看護師、保健師、准看護師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、管理栄養士、栄養士）
- ・福祉職（介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、社会福祉主事）
- ・その他（ホームヘルパー、柔道整復師、あん摩マッサージ師、はり灸師）

②地域資源

- ・自治会
- ・民生児童委員
- ・地区社協
- ・ボランティア
- ・商店街の活動等

5. 科目のポイント

①地域包括ケアシステムが求められる背景について説明できる。

- ・地域包括ケアシステムの構築が求められる背景及び地域包括ケアシステムが目指す姿について講義を行う。
- ・高齢者関連法の理解はもちろんだが、他法との関係性および連携に伴う役割を理解できるよう指導する。

②地域包括ケアシステムの意義と目的について説明できる。

- ・講義形式で、地域包括ケアシステムの概念的な理解にとどまらず、地域の実態を踏まえた理解を促す。

③利用者の地域の社会資源の調査を実施できる。

- ・適切なケアマネジメントをするためにも各資源の機能及び役割、公的機関の役割の理解や専門職の役割、特徴を把握できるよう指導する。

④地域包括ケアシステムにおける介護支援専門員の役割について説明できる。

- ・どのような生活を送りたいかという利用者と家族の意思を確認し、その意思を尊重した社会資源の活用を援助することが大切。利用者の自己決定を助けるという姿勢で、その人に必要な社会資源を結びつけることを伝える。
- ・地域の高齢者の在宅生活の継続や療養場所に関する意向を踏まえ、意思決定の支援や地域が目指す姿の共有を行うことの重要性について理解を促す。

⑤地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を述べることができる。

- ・地域包括ケアシステムの構築に関して、地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を把握することが大切であることから、介護保険事業計画、地域ケア会議の重要性や内容について講義を行う。

6. 講義・演習の展開例（180分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の目的、修得目標の確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
講義	50分	(1) 地域包括ケアシステムが求められる背景 ○高齢化の進行に伴う社会背景変化 ○高齢者の尊厳についての目的 (2) 地域包括ケアシステム構築の意義と目的 ○地域包括ケアシステムの基本理念 ○地域包括ケアシステムとは ○地域包括ケアシステムの構成要素 (3) 地域包括支援センターの概要 ○地域包括支援センターの概要 ○地域包括ケアシステムの構築に向けて ●理解を深めるミニワーク	①②③
講義	50分	(4) 地域包括ケアにおける介護支援専門員の役割 ○生活支援を基盤とする地域包括ケアシステムの方向性 （介護支援専門員の役割） ○地域ケア会議への参加 ●理解を深めるミニワーク	④
講義	50分	(5) 利用者に係る地域の社会資源の調査 ○社会資源の把握方法と活用 (6) 地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等 ○社会資源の関連機関と専門職 ○地域資源 ●理解を深めるミニワーク	③⑤
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

<参考文献>

- 『地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書』、地域包括ケア研究会、2014
- 『日常生活圏域ニーズ調査の実施及び第6期介護保険事業計画の策定準備について』、厚生労働省、2013
- 『介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案』、厚生労働省、2014
- 『地域包括支援センター業務マニュアル』、長寿社会開発センター、2011

前期	⑩ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義	講義 3時間
-----------	--------------------------------------	-------------------

1. 目的

医療との連携や多職種協働の意義を踏まえ、具体的な連携の場面で必要となる基本的な知識や連携の手法を修得する。

2. 内容

- ・医療との連携に当たって早い段階から連携の重要性を理解し、利用者の医療に係る情報や状態の改善可能性に係る意見等を把握しておく必要があることから、医療機関や医療職からの情報収集の方法等についての講義を行う。
- ・医療との連携に当たっての留意点を理解するとともに、介護支援専門員から医療機関や医療職への情報提供の方法及び内容(生活状況、サービスの利用状況等)に関する講義を行う。
- ・地域における、在宅医療・介護の連携を推進する役割を担っている機関の概要に関する講義を行う。
- ・多職種協働の意義を理解するとともに、多職種間で情報を共有することの重要性を理解し、情報共有に当たり個人情報を取り扱う上での利用者やその家族の同意の必要性についての講義を行う。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	
専門研修課程Ⅰ	⑤ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実践
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	⑦ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現
主任介護支援専門員更新研修	②主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践

(2) 修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①医療との連携の意義と目的について説明できる。	●		●	(1)(3)
②医療機関や医療職からの情報収集及び提供の方法及び内容について説明できる。	●	●		(2)(4)(6)
③地域の在宅医療・介護の連携を促進する仕組みについて説明できる。	●	●	●	(1)(4)(5)(6)
④多職種協働の意義と目的について説明できる。	●		●	(3)
⑤多職種間で情報を共有することの重要性について説明できる。	●	●		(2)(3)
⑥多職種協働における個人情報を取り扱う上での利用者とその家族の同意の必要性について説明できる。	●	●	●	(7)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。**(1) 医療機関の役割****① 高齢化の進行に伴う社会背景変化**

- ・救急指定病院: 救急医療を要する傷病者のための専用病床等を有し、救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事している病院。
- ・地域医療支援病院: 紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用の実施等を通じて、地域医療を担うかかりつけ医を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備を有する病院。
- ・認知症疾患医療センター: 認知症専門医療の提供と介護サービス事業者との連携を担う中核医療機関として指定を受けた医療機関。
- ・がん診療連携拠点病院: 専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の構築、がん患者に対する相談支援及び情報提供等を担う病院。
- ・特定機能病院: 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を備え、病床数 400 床以上、10 以上の診療科、来院患者の紹介率 30% 以上などを要件とする、高度先端医療行為を必要とする患者に対応する病院。
- ・回復期リハビリテーション病棟: 脳血管疾患や大腿骨頸部骨折などの疾患の急性期治療後に、集中的にリハビリテーションを提供することにより在宅復帰を目指す病棟。
- ・緩和ケア病棟: 主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させて緩和ケアを提供するとともに、在宅や外来への円滑な移行を支援する病棟。
- ・地域包括ケア病棟: 急性期病床からの患者の受け入れ、在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、在宅への復帰支援の 3 つの機能を担う病棟。
- ・在宅療養支援診療所等。

(2) 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働**① 医師との連携****(ア) 主治医からの情報収集や主治医意見書の活用**

- ・生活機能低下の直接の原因となっている傷病の経過、投薬内容を含む治療内容、身体の状態、今後発生の可能性の高い状態とその処方針、生命や機能の予後に関する予測等について、主治医から情報を収集し、得られた情報を居宅サービス計画立案に役立てる。
- ・市町村の開示手続きに従い、申請者ならびに主治医の同意のもと、介護支援専門員が主治医意見書を入手することができる。

(イ) 居宅療養管理指導(医師)から得られる情報

- ・当該指導の趣旨は、介護支援専門員に対する、1)居宅サービス計画作成に必要な情報提供、2)居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導・助言である。
- ・算定要件であるサービス担当者会議への医師の参加または文書等での情報提供を通じて、医師から得られた情報を居宅サービス計画立案に役立てる。

(ウ) 主治医への情報提供

- ・食事・排泄・睡眠など生活の様子、移動能力などの身体機能、主たる疾患の症状やその変化等について、最も身近な利用者家族から得た情報や、サービスを提供する医療専門職や介護職員から得た情報を整理して、必要に応じて主治医に提供する。
- ・生活に関連する情報やその変化を主治医に伝えることによって、病態変化の把握や治療方針への反映などの効果が期待される。
- ・介護支援専門員より主治医に「居宅サービス計画等介護の提供状況に関する情報」を提供することによって、医師との連携が円滑になることが期待される。

② 医療専門職(医師以外)との連携**(ア) 医療系サービスを提供する医療専門職からの情報収集**

- ・訪問看護やリハビリテーション等の医療系サービスを利用している場合、サービス提供を通じて看護師やリハビリテーション専門職が把握している利用者の体調やその変化、サービス介入の効果や今後予想される経過等に関する情報を収集することは、その後の居宅サービス計画立案に役立つ。
- ・歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などの医療専門職が居宅療養管理指導として提供した内容は、サービス担当者会議への参加または文書等での情報提供によって介護支援専門員に伝えられる。

(イ) 多職種協働におけるハブ機能

- ・医療介護に関わる様々な職種が把握した情報は、介護支援専門員に集約されることになるため、介護支援専門員はそれらの内容を必要に応じて関わる他の専門職と共有する、いわゆるハブ機能を果たすことが期待される。
- ・そのためには、地域における多職種との関係性構築の一步である「顔の見える関係づくり」が重要であり、日頃から地域の講演会や研修会、会議等で多職種と交流する機会を持つことが望ましい。

③ サービス担当者会議等における多職種協働

- ・利用者が有する課題に基づき、生活面全般に関する療養指導や、服薬遵守、リハビリテーション、栄養ケア、口腔ケア、高次脳機能への適切な刺激や社会参加等について、サービス提供に関わるすべての事業者から事前に情報を収集しておく。
- ・会議を通して医療の方針と介護の方針を統一し、提供すべき医療と介護の内容について関係者全員で確認する。

- ・中でも主治医の参加が鍵になることから、主治医の医療機関で開催する方法や訪問診療にあわせて利用者宅で開催する方法も考慮する。
- ・様々な職種から専門的アドバイスを受けることによりケアマネジメントの質を高めるというプロセスを経験するために、地域ケア会議への参加が効果的である。

(3) 医療介護連携の意義と介護・医療・予防の一体的な提供

① 医療専門職にとっての医療介護連携の意義

- ・介護支援専門員は、利用者・家族や介護職員より、食事や排泄、睡眠、移動、清潔などの利用者の生活に関する情報を継続的に収集する。利用者の生活に関する情報やその変化を医療専門職に遅滞なく伝えることによって、病態の適切な見極めや必要な医療提供、意思決定の支援等につながることを期待される。
- ・介護支援専門員は利用者や家族により近い立場にあることから、医療専門職には言いづらい意向等を利用者家族から聴取するなど、意思決定支援においても重要な役割を果たしうる。

② 介護職員にとっての医療介護連携の意義

- ・介護支援専門員は、医療専門職から、治療方針や治療目標の設定、機能および予後の予測等の診療にまつわる判断や情報を収集する。利用者の医療に関する情報を介護サービス事業者や担当する介護職員に伝えることによって、回復の可能性や起こりうる合併症・急性増悪など今後予測される経過や予後等を踏まえ、状態に即した適切な介護の提供が期待される。

③ 介護・医療・予防の一体的な提供

- ・介護支援専門員が束ねる介護サービスと、医師・看護師・薬剤師・歯科医師等が主に関わる治療と、リハビリ・栄養・口腔ケアなど予防等に力を発揮する医療専門サービスが、統一された方針に基づいて一体的に提供されることにより、その医療や介護の質、そして効率性の向上が期待される。在宅限界点は利用者の状態だけでなく、家族の事情、さらには地域のサービス資源の状況とその確保のいかんに左右されることを理解する。

(4) ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の実際

① 急病時(緊急時等居宅カンファレンス加算)

- ・利用者が急病を生じた場合や、診療方針を大幅に変更する必要がある場合に、カンファレンスを開催する。医師による疾病管理や予後の見通し、看護師による医療処置やケアの必要性に基づき、治療方針や居宅サービス計画の変更等について話し合い、関係者間で新たな方針を統一する。

② 急変時

- ・救急搬送などの緊急事態に備えて、家族等の緊急連絡先、主治医や訪問看護師、薬局等の緊急連絡先をあらかじめ把握しておくことが望ましい。在宅療養支援診療所、24時間対応体制加算や24時間連絡体制加算を算定する訪問看護ステーション、基準調剤加算を算定している薬局、事業所加算を算定している居宅介護支援事業所等との連携のもと、利用者ごとに緊急時対応体制を構築しておくことが望ましい。なじみの関係の重要性は、認知症ケアのみならずすべての高齢者に通じる要素であることから、療養場所が変わることに伴うデメリットである「リロケーションダメージ」の重要性について理解しておく。

③ 入院時(入院時情報連携加算)

・病院の職員に対して、利用者の心身の状況(疾患・病歴、認知症の有無、徘徊等の行動異常の有無)、生活環境(家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の情報など)およびサービスの利用状況等について情報提供する。治療方針の決定や意思決定支援に役立てるべく、利用者や家族の医療に対する意向や療養に関する希望などについて、これまでの関わりから把握している情報も共有する。

④退院時(退院・退所加算)

・医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師、入院している病棟の医師や看護師等から、入院後の身体状況の変化や退院後も継続する必要がある医療的処置等、医療に関する情報を入手する。家屋の構造や家族が有する条件等を考慮した上で、退院後の居宅サービス計画原案を作成する。退院時共同指導の際などにこの原案を呈示し、医療面と考え合わせた上で、退院後の居宅サービス計画を完成させる。

⑤家族の休息が必要になったとき

・利用者が不安定な病態を有している場合には、ショートステイでは対応が困難な場合もありうる。後方支援機能を有する病院や緩和ケア病棟等を有する医療機関と連携して、所定の目的のもと利用者を一時的に入院させることにより、家族の休息期間を確保する方法もあり得る。

⑥ターミナル期

・終末期にあたり、予後予測や予想される今後の経過について医師から情報を得るとともに、主治医や訪問看護師と緊密に連携し、利用者家族に対して適切な病状説明がなされるよう配慮する。終末期に必要となる医療的ケアを適切に把握し、同時期に関わることになる介護職員に対して、介護を提供するにあたっての注意点等について周知を図る。この時期を迎えた利用者の介護を担当することは、提供する側にとっても心理的負担が小さくないため、利用者家族への対応方法や介護職員に求められる配慮等を伝え、医療専門職と歩調を合わせた統一的な対応ができるよう心がける。

⑦死亡時

・医師が死亡の際に立ち会っておらず、生前の診察後24時間以上を経過した場合であっても、主治医医療機関の医師が死後改めて診察を行い、生前に診療していた疾病に関連する死亡であると判定できる場合には、死亡診断書を交付できる。在宅で看取りが発生した場合、速やかに主治医と連絡をとれる体制をあらかじめ整えておく。かかりつけではない医師や救急隊員が対応するに及んだ場合、上記のような判断はできないことから、警察に届け出て検死を行う必要が生じてしまうことに留意する。

(5) 医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬

①入院時情報連携加算

・介護支援専門員が医療機関に出向いて、当該医療機関の職員に対して必要な情報提供を行った場合(I)(200単位を加算)介護支援専門員が医療機関に出向かず、通信手段等により、当該医療機関の職員に対して必要な情報提供を行った場合(II)(100単位を加算)

②退院・退所加算

・医療機関または介護保険施設からの退院・退所時に、利用者の退院・退所後の円滑な在宅生活への移行と、早期からの医療機関等との関係を構築していくため、情報共有を行った場合(1回に300単位を加算、要件を満たせば入院期間中に3回まで算定可能)

③緊急時等居宅カンファレンス加算

・病院または診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合(1回に200単位を加算、利用者1人につき1月に2回まで算定可能)

(6)在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携

①在宅医療の制度概要
(ア)訪問診療と往診 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療とは、通院が困難な患者に対してあらかじめ計画を立てて医師が居宅に赴く診療のことである。往診とは、患者の求めに応じて医師が臨時に居宅に赴く診療のことである。
(イ)在宅時医学総合管理料 <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医が提供すべき包括的かつ計画的な医学管理を継続的に提供することに対する診療報酬であり、月2回以上訪問診療を行った場合に算定できる。
(ウ)在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院 <ul style="list-style-type: none"> ・患者の求めに応じて24時間往診・訪問看護を提供できる体制を確保している診療所または200床未満の病院
②医行為に関連する法律や制度
(ア)医行為ではないと考えられる行為 <ul style="list-style-type: none"> ・通知に基づき、介護職員が身体的ケアに従事するにあたっての不安を解消するとともに、利用者の安全を確保するべく配慮する。(参考資料:医政局長通知「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」)
(イ)介護職員等が喀痰吸引等の医療行為を実施するための研修制度 <ul style="list-style-type: none"> ・制度の概要について理解して、登録特定行為事業者や登録特定行為業務従事者と連携する。
③医療専門職間の連携
(ア)医師と看護師の連携 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護指示書とは、主治医が訪問看護の必要性を認めた場合、患者の病態や指示内容を記載する文書のことである。 ・特別訪問看護指示書とは、急性増悪を生じるなど頻回の訪問看護が必要と判断された場合に発行される文書のことであり、これにより14日間に限り医療保険から頻回の訪問看護が提供される(月1回に限る)。 ・真皮を超える褥瘡を有する患者と気管カニューレを使用している患者に限り、特別訪問看護指示書を月2回発行できる。 ・厚生労働大臣が定める疾病等として示されている患者、すなわち末期の悪性腫瘍、神経難病、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態等を含む患者に対する訪問看護は医療保険から提供される。
(イ)医師と薬剤師の連携 <ul style="list-style-type: none"> ・処方せんだけでは患者の病態や処方意図はわからないことから、医師は薬局宛に訪問薬剤管理指導にかかる診療情報提供書を発行する。薬剤師は、提供された診療情報に基づいて訪問薬剤管理指導を行う。
(ウ)医師とリハビリテーション専門職の連携 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションに所属するリハビリテーション専門職と連携する場合、訪問看護と同様に医師が訪問看護指示書を発行する。 ・病院や診療所、介護老人保健施設など医療機関に所属するリハビリテーション専門職と連携する場合、主治医が当該医療機関の医師宛に診療情報提供書を発行する。 ・リハビリテーション専門職が所属する医療機関の医師は、3か月に一度患者を診療して自機関に所属するリハビリテーション専門職に対して直接指示を出す必要がある。
(エ)医療機関間の連携 <ul style="list-style-type: none"> ・主治医以外の病院、診療所、歯科医院を受診する場合には、主治医から相手先医療機関宛の診療情報

提供書が出され、診療結果について主治医宛の診療情報提供書が戻される。介護支援専門員は、必要に応じてこれらの内容を把握して居宅介護支援に反映させることが望ましい。

(7) 個人情報を取り扱う上での留意点

- ・介護支援専門員は利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者家族の個人情報を用いる場合には当該家族の同意をあらかじめ文書により得ておかなければならない。
- ・介護支援専門員は業務上知り得た利用者またはその家族の個人情報を外部に漏らすことのないように、必要な措置を講じなければならない。

5. 科目のポイント

① 実践的に活用する上での留意点

- ・医療機関の役割を解説する際には、都道府県内の資源をまとめた一覧表や地図を追加資料として用意する方法を用いて、受講者がより具体的に把握できるよう配慮することが望ましい。
- ・医師との連携については、医師と介護支援専門員の連携を促進するためのアンケート結果一覧表を作成している地域があり、その活動が地域における連携促進に一役買っている等、実践的な取り組みを例示することが効果的である。
- ・サービス担当者会議にあたっては主治医の参加が鍵になることから、主治医医療機関で開催する方法や訪問診療にあわせて利用者宅で開催する方法なども考慮する。
- ・医療専門職にとっての医療介護連携の意義を解説するにあたっては、たとえば「嚥下機能障害の出現が投与中の薬剤の副作用であることに気づき、主治医が処方を変更した」、「認知症の中核症状の進行が認められたことから、作業療法の強化や認知症治療薬の投与または変更を検討する」などの具体例を紹介することにより、受講者の理解を深めることが期待できる。
- ・介護職員にとっての医療介護連携の意義を解説するにあたっては、たとえば「維持期におけるリハビリテーションの継続に効果が期待されることから、専門的な機能訓練だけでなく、利用者や家族・介護職員も生活の中で広義のリハビリテーションに取り組むように配慮する」、「終末期が近づいたと判断された場合、緩和ケアの観点から、全身状態の改善よりも苦痛の緩和をより重視した介護の提供を心がける」などの具体例を紹介することにより、受講者の理解を深めることが期待できる。

6. 講義・演習の展開例（180分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	5分	○本科目の講義の目的、修得目標を確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
講義	55分	(1) 医療機関の役割 ○高齢化の進行に伴う社会背景変化 (2) 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働 ○医師との連携 ○医療専門職（医師以外）との連携 ○サービス担当者会議等における多職種協働 ●理解を深めるミニワーク	①②③⑤
講義	60分	(3) 医療介護連携の意義と介護・医療・予防の一体的な提供 ○医療専門職にとっての医療介護連携の意義 ○介護職員にとっての医療介護連携の意義 ○介護・医療・予防の一体的な提供 (4) ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の実際 ○急病時 ○急変時 ○入院時 ○退院時 ○家族の休息が必要になったとき ○看取り期 ○死亡時 ●理解を深めるミニワーク	①②③ ④⑤
講義	40分	(5) 医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬 ○入院時情報連携加算 ○退院・退所加算 ○緊急時等居宅カンファレンス加算 (6) 在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携 ○在宅医療の制度概要 ○医行為に関連する法律や制度 ○医療専門職間の連携 (7) 個人情報を取り扱う上での留意点 ○個人情報を取り扱う上での留意点 ●理解を深めるミニワーク	②③⑥
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

<参考文献>

- 『地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書』、地域包括ケア研究会、2014
- 『日常生活圏域ニーズ調査の実施及び第6期介護保険事業計画の策定準備について』、厚生労働省、2013
- 『地域包括支援センター業務マニュアル』、長寿社会開発センター、2011

前期	⑪ケアマネジメントに係る法令等の理解	講義 2時間
-----------	---------------------------	-------------------

1. 目的

法令を遵守し、介護支援専門員の業務を適切に遂行できるよう、介護保険制度に係る法令等を正しく理解する。

2. 内容

- ・介護保険法、介護保険法施行令、介護保険法施行規則、厚生労働省告示、居宅サービス等の運営基準、居宅介護支援等の運営基準に関しその位置付けや業務との関連を俯瞰する講義を行う。(特に、介護支援専門員及びケアマネジメントに関する部分の規定について、業務と関連づけて理解する。)
- ・事業所の指定取消や介護支援専門員の登録消除などの不適切事例を参考に、ケアマネジメントを実践する上での法令遵守(コンプライアンス)の重要性を認識するための講義を行う。
- ・介護報酬に係る関係告示や通知等の概要についての講義を行う。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	

(2) 修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①介護保険法の意義と目的について説明できる。	●	●	●	(1)(2)
②介護保険法に遵守したケアマネジメントを実施できる。	●	●	●	(1)(2)
③利用者を取り巻く諸制度について説明できる。	●	●	●	(3)
④実践上の法令遵守について説明できる。	●	●	●	(4)
⑤介護報酬に係る関係告示や通知等の概要について説明できる。	●	●	●	(1)(2)(4)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。**(1) 介護保険制度に関する法令等と階層についての理解（参照：資料-1、2）**

- ・介護保険制度に関する法令等と階層について説明を行う。
- ・法令等の階層について、次の説明を行う。
 - ①法律 > ②政令 > ③省令 > ④告示 > ⑤通知 > ⑥事務連絡、⑦Q&A
- ・特に「居宅介護支援」に関する法令等を例示し、内容について説明する。
- ・資料-1、2により、「居宅介護支援」以外の法令等についても階層ごとに説明する。
- ・以下、①法律、②政令、③省令までが法令である。（ただし、条例を除く）

①法律（国会が定める・全てのサービスに共通）

- ・介護保険法（平成9年法律第123号）

②政令（内閣が定める・全てのサービスに共通）

- ・介護保険法施行令（平成10年政令第412号）

③省令（大臣が定める）

- (ア) 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号・すべてのサービスに共通）
- (イ) 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営等に関する基準（平成11年厚生省令第38号）
（運営基準）
- ※「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」（平成23年法律第105号。以下「整備法」）により、従来は国の省令で定められていた居宅介護支援に関する基準については、地方自治体（都道府県、政令指定都市、中核都市）の条例で定めることになった。

④告示

- (ア) 指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成11年厚生省告示第20号）
（算定基準）
- (イ) 厚生労働大臣が定める基準（平成24年厚生労働省告示第96号）

⑤通知
(ア) 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営等に関する基準について(平成11年老企第22号)
(イ) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年老企第36号)
⑥事務連絡
⑦Q&A

【項目のポイント】

- ここでの学習すべきポイントは、法令等の階層とそれらの関係、また介護支援専門員の業務や役割と法令等の関係を理解することである。

(2) 地方自治体(都道府県や政令指定都市、中核都市、市区町村)による条例等の理解

- 国による法令等の他、地方自治体で制定等されている条例等について説明する。
- 地方分権の推進により、これまで国が定めていた施設やサービス、事業などに関する基準が地方自治体の条例で定められている。
- 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」には、平成30年4月に居宅介護支援事業者の指定権限を市区町村に移譲することが規定されている。
- 市区町村(保険者)においては、「地域包括支援センター運営協議会」などについても条例を制定しているところがある。

① 地方分権により地方自治体が運営基準を条例制定するもの

決定年度	一括法	都道府県 政令指定都市 中核市	市町村	備考
23	第1次 一括法	・居宅(介護予防)サービス ・施設サービス	・地域密着型(介護予防) サービス	※指定・指導権限も併せて ※自治体の条例制定は 平成24年度末まで
25	第3次 一括法	・居宅介護支援	・介護予防支援 ・包括的支援事業	※指定・指導権限も併せて ※自治体の条例制定は平成26年 度末まで

※平成24年度の第2次一括法では、政令都市・中核市にある介護保険サービス事業所・施設の指定権限を、都道府県から政令指定都市・中核市に移譲することを決定

【項目のポイント】

- ここでの学習すべきポイントは、地域分権の推進に伴う大きな流れを理解することである。また、地方自治体が条例を定めることにより地域の実情を反映させた独自の条例(基準)を設けていることや市区町村(保険者)では、条例以外に事業運用上の独自規定を設けているところもあり、介護支援専門員の業務上、その解釈も含めて常に確認が必要なことも伝達する。

(3) ケアマネジメントの実践上、必要となる関連他法について

- ・介護支援専門員の業務上、介護保険制度以外の関連他制度についての理解は必須である。
- ・この項では、関連他制度に関する法令等について説明をする。
- ・主な関連他制度に関する法令等は、次の4つである。

①生活保護法関係、②障害者自立支援法関係、③老人福祉法関係、④税法関係、⑤育児・介護休業法関係

①生活保護法関係
(ア)境界層該当者
(イ)介護扶助、介護券
②障害者総合支援法関係
(ア)「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等」について
③老人福祉法関係
(ア)特に措置制度について
④税法関係
(ア)医療費控除
(イ)障害者控除
⑤育児・介護休業法関係
(ア)「育児休業、介護休業等育児又は課家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」に基づく就労する家族が介護を行う場合の仕事と介護の両立支援制度

【項目のポイント】

- ・ここでの学習すべきポイントは、介護保険制度以外の関連他制度について理解を深めることである。また、関連他制度を理解し活用することにより、介護支援専門員として業務が広がることを伝達する。

(4) 法令遵守について

- ・法令遵守の意味を理解する
- ・法令遵守に関する事業者の体制整備について理解する。
- ・法令を遵守した適正な事業運営のため、指導(集団指導、実地指導)が行われるとともに不適正な事業運営に対しては罰則が適用される。

①法令遵守の意味
(ア)介護支援専門員の義務(介護保険法第69条の34)
(イ)指定居宅サービス事業者等の義務(介護保険法第74条第6項)

【項目のポイント】

- ・ここでの学習すべきポイントは、①法令遵守の意味(指定の取消処分等の事由になるような行為をしないこと、「人員、設備及び運営の基準」等を遵守すること)を伝達すること。特に「人員、設備及び運営の基準」は、最低限度遵守すべきものであるとともに、これを遵守することをもって足りるとしない意識が必要である。また、②業務管理体制について、その整備を図ることが法令遵守にとって重要であることを伝達する。

②法令遵守に関する事業者の体制整備
(ア)業務管理体制の整備

【項目のポイント】

- ・ここでの学習すべきポイントは、①法令遵守の意味(指定の取消処分等の事由になるような行為を

しないこと、「人員、設備及び運営の基準」等を遵守すること)を伝達すること。特に「人員、設備及び運営の基準」は、最低限度遵守すべきものであるとともに、これを遵守することをもって足りるとしない意識が必要である。また、②業務管理体制について、その整備を図ることが法令遵守にとって重要であることを伝達することである。

5. 科目のポイント

①視点

法令等を理解することは、単に知識を増やすということではなく結果として根拠に基づいた「適切な居宅サービス計画作成」につながり、利用者の自立支援に資することになる。また、ケアマネジメントプロセス(過程・展開)と関連していることに重点を置く。さらに利用者の権利を守ることもつながることを意識付ける。

②方法

法令等については、なじみが薄いものであることやその階層も含めて関連性の理解が難しい点があるため、資料-1、2のような「図表」等を活用する。

また、法令遵守については、事業所の指定取消や介護支援専門員の登録消除などの不適切事例を具体的にあげる。

図表ー1「介護福祉制度法令等の全体イメージ1」

区分等	居宅サービス	居宅介護支援サービス	介護予防サービス	居宅介護予防支援サービス	地域密着型サービス	地域密着型予防サービス	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
法律	①介護保険法(平成9年法律第123号) (※平成26年6月25日法律第83号による改正以前の介護保険法)								
政令	②介護保険法施行令(平成10年政令第412号)								
省令	③介護保険法施行規則(平成11年省令第36号)								
「運営基準」	運営基準(居宅)	運営基準(支援)	運営基準(予防)	運営基準(予防支援)	運営基準(密着)	運営基準(密着予防)	運営基準(老健)	運営基準(老健)	運営基準(療養)
	①平成11年省令第37号	①平成11年省令第38号	②平成18年省令第35号	①平成18年省令第37号	①平成18年省令第34号	①平成18年省令第36号	①平成11年省令第39号	①平成11年省令第40号	①平成11年省令第41号
「算定基準」	報酬告示(居宅)	報酬告示(支援)	報酬告示(予防)	報酬告示(予防支援)	報酬告示(密着)	報酬告示(密着予防)	報酬告示(老健)	報酬告示(老健)	報酬告示(療養)
	①平成12年告示第19号	①平成12年告示第20号	①平成18年告示第127号	①平成18年告示第129号	①平成18年告示第126号	①平成18年告示第128号		①平成12年告示第21号	
告示	報酬告示(居宅・単独) ④平成27年告示第93号								
厚生労働省大臣が定めるもの	報酬告示(利用者基準) ④平成27年告示第94号								
	報酬告示(加算基準) ④平成27年告示第95号								
	報酬告示(施設基準) ④平成27年告示第96号								
「運営基準」の報酬通知	報酬通知(居宅・予防)	報酬通知(居宅・支援)	報酬通知(居宅・予防)	報酬通知(予防支援)	報酬通知(密着)	報酬通知(密着)	報酬通知(老健)	報酬通知(老健)	報酬通知(療養)
	③平成11年告示第25号	③平成11年告示第22号	③平成11年告示第25号	③平成18年告示第1003号・老老規則0331016号	③平成18年告示第1004号・老老規則0331003号・老老規則0331017号		③平成12年告示第43号	③平成12年告示第44号	③平成12年告示第45号
「算定基準」の報酬通知	報酬通知(居宅・支援)			報酬通知(居宅・予防)			報酬通知(居宅・高設)		
	③平成12年告示第36号								③平成12年告示第40号

法律	介護保険法(平成9年法律第123号)
政令	介護保険法施行令(平成10年政令第412号)
省令	介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)
	特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第46号)
	要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令(平成11年省令第58号)
省令(サービスの提供に関する省令)	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)
	指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号)
	指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)
	指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)
	指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第37号)
	指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号)
	指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年省令第39号)
	介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)
告示	厚生労働大臣が定める基準(平成24年告示第96号)
	厚生労働大臣が定める施設基準(平成24年告示第97号)
告示(サービス費の算定に関する告示)	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生労働省告示第19号)
	指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生労働省告示第20号)
	指定施設サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生労働省告示第21号)
	指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第126号)
	指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第127号)
	指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第128号)
	指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第129号)
解釈通知	指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について(平成11年老企第22号)
	指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について(平成11年老企第25号)
	指定居宅サービス等基準について(平成12年老企第25号)
	介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について(平成11年老企第29号)
	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年老企第36号)
	指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引の取扱いについて(平成12年老企第39号)
	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年老企第40号)
	平成12年老企第43号・平成12年老企第44号・平成12年老企第45号
	通所介護等における日常生活費に要する費用の取扱いについて(平成12年老企第54号)
	平成18年老振発第0331003号・老老発第0331018号、平成18年老計発・老振発・第0331004号・老老発第0331017号、平成18年老計発・老振発・老老発第0317001号、平成18年老計発・老振発第0331005号・老老発第0331018号
介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について(平成18年老振発 第0331009号)	
生活保護法関係	生活保護法昭和25年5月4日 法律第144号、改正平成23年12月14日 法律第122号
	生活保護法施行令昭和25年5月20日 政令第148号、改正平成18年11月22日 政令第361号
	生活保護法施行規則昭和25年5月20日 厚生省令第21号、改正平成24年1月30日 厚生労働省令第10号
	「境界層該当者の取扱いについて」の一部改正について(平成12年社保発第75号)
障害者自立支援法関係	介護扶助と障害者自立支援法に基づく自立支援給付との適用関係等について(平成19年社保発第0328004号)
老人福祉法関係	老人福祉法(昭和38年法律第133号)
	老人福祉法施行令(昭和38年政令第247号)
	老人福祉法施行規則(昭和38年省令第28号)

6. 講義・演習の展開例（120分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	5分	○本科目の目的、修得目標の確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
講義	30分	(1)介護保険制度に関する法令等と階層についての理解 ・介護保険制度に関する法令等と階層について説明を行う。 ・特に運営基準に関連して介護支援専門員の業務と役割についても説明を行う。	①②⑤
講義	20分	(2)地方自治体による条例等の理解 ・地方自治体で制定されている条例等について説明を行う。	①②⑤
講義	20分	(3)ケアマネジメントの実践上、必要となる関連法について ○生活保護法関係 ○障害者総合支援法関係 ○老人福祉法関係 ○税法関係	③
講義	25分	(4)法令遵守について ○法令順守の意味 ○法令順守に関する事業者の体制整備	④⑤
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントを講義する	

前期	⑫実習オリエンテーション	講義 1時間
-----------	---------------------	-------------------

1. 目的

研修における実習の位置付けと目的、実施方法を理解し、効果的な実習に結びつける。

2. 内容

- ・実習は、ケアマネジメントの実践現場を通して様々なことを学ぶことができる機会であるとともに、これまでの講義や演習を通じて身につけた知識・技術を試行する機会でもあり、効果的な実習となるよう、実習の目的についての講義を行う。
- ・実習の流れや実習時の心構えなどに関する講義を行う。(実習を通じて、地域ごとの社会資源等の状況や現場での倫理的課題などについても意識を向けるよう認識する。)

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員 研修	
主任介護支援専門員 更新研修	

(2) 修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①研修における実習の位置づけと目的について説明できる。	●	●	●	(1)
②実習協力者に実習内容について説明できる。	●	●	●	(2)
③実習における心構えについて説明できる。	●	●	●	(3)
④実習に取り組む姿勢について説明できる。	●	●	●	(4)
⑤個人情報保護をはじめとした実習に必要な資料の準備ができる。	●	●	●	(5)
⑥実習協力者の状況に合わせて実習を行うことの必要性について説明できる。	●	●	●	(6)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。**(1) 研修における実習の位置付けと目的の理解****①知識・技術の基本的理解**

- ・後期の講義演習の理解を深めるため、前期の講義演習において理解した一連のケアマネジメントプロセスを実践的に学ぶこと。
- ・多様な要介護高齢者の生活に対応したケアマネジメントを見学を通じて理解すること。

②実践的に活用する上での留意点

- ・実習協力者に実習の目的や、受講者としての理解をして頂く為の説明と書面による同意が必要である。
- ・実習に参加する受講者が自ら研修課題を設定して目標を持って実習に臨まなければ、学習効果は高まらない。
- ・前期課程で学んだ内容を振り返るとともに、実習においてどのような課題を設定するのかについて、時間を割いて丁寧に検討することが重要である。
- ・「実習オリエンテーション」の科目においては、実習に関する手続きや日程の確認等の事務的な連絡のみとするのではなく、受講者が自ら前期科目の学びを振り返るとともに実習の目的を設定する時間として活用することが重要である。

(2) 実習受入事業所・実習協力者への実習内容の説明

① 都道府県又は研修実施団体による実習受入事業所への実習受入体制等に関する説明

- ・実習の受入には、①実習指導ができる知識や見識を持つ職員の育成、②実習を受け入れられるための業務量の調整、③実習を受け入れた場合のサービス規程等の受入体制の整備を求めること。
- ・実習受入体制の整備は、実習を受け入れるか否かに関係なく、事業所に所属する介護支援専門員の資質向上や業務効率化に資する取り組みであり、事業所に対しては、法定研修の実習の受入の可否検討をきっかけとして、受入を想定した組織・業務の環境整備への取り組みを促すことが望ましい。

② 実践的に活用する上での留意点

- ・受講者に対して実習の目的を説明するとともに、前期課程の科目で学んだ内容(特にケアマネジメントプロセスの内容)を振り返り、実習における受講者一人ひとりの課題を、受講者自ら設定してもらう必要がある。
- ・その上で、実習を円滑に進めるため、実習に参加する上での心構えや基本的な振る舞いに関する注意事項も指導することが必要である。
- ・前期課程で学ぶ一連のケアマネジメントプロセスに関する知識・技術、基本的な考え方等の修得状況については、例えば、実習に入る前にその状況を評価し、修得状況が十分でない場合には補修を課すことで、実習に臨む受講者の修得状況の平準化を図る工夫を行うことが望ましい。

(3) 実習における姿勢の理解と実践

① 知識・技術の基本的理解

- ・実習は、実務を行う環境に身をおいて、実践的な研修を行うことで、それまでに学んできた知識・技術や基本的な考え方を実践的に統合する方法を修得するとともに、実務の様子を知ることにより、実務研修終了後の円滑な業務の実践に結びつける。
- ・実習の内容は、①一連のケアマネジメントプロセスや必要となる社会資源の把握を実践的に学ぶこと、②多様な要介護高齢者の生活に対応したケアマネジメントを経験すること(見学)である。
- ・実習に入る前に実習の目的や受講者自身が課題認識を確認した上で、ケアマネジメントの実務の全体像を理解し、実習対象者となる事例について事前学習するといった準備が重要である。
- ・単に現場体験をするだけでは気づきや学びが偏ったり不足したりするため、「事前準備」と「事後の振り返り」が極めて重要であるが、「事前準備」については、具体的に何を学んでもらいたいのかについて、定めることが重要である。

② 効果的な実習にするために実習受入事業所に求められるの留意点

- ・実習においては、居宅介護支援事業所におけるケアマネジメントの実務の全体像を理解するうえで、実践上必要となる受入事業所における業務の流れ、各事業所において整備している職務上のルール等を具体的に説明し、実務に対する理解を深められるようにする。
- ・介護支援専門員としての対応や姿勢について予め確認するとともに、具体的な留意点について、例示等を含めながら説明する。
- ・実習指導者から、訪問する利用者の概略を説明するとともに、受講者が自ら利用者に関する情報が記載された種々の資料を読み込んで理解する時間を確保する。
- ・受講者とともに、その訪問でどのような情報を把握するのか、また実務における各場面から何を把握するのかなど、その意味も含め学ぶべき課題として設定する。

- ・一連のケアマネジメントプロセスとその実行に必要な社会資源の把握を実践的に学ぶためには、実習に入る前に、それまでの各科目で学んだ知識・技術、基本的な考え方等を振り返った上で、実習を通じて特にどのような学びを得たいのかという目標設定を、受講者が自ら行うことが重要である。
- ・多様な要介護高齢者の生活に対応したケアマネジメントを経験する「見学」については、受講者が、これまで携わってきた職務によって高齢者等との関わり方も異なることから、要介護高齢者等の多様な生活状況や環境について必ずしも知っているわけではないことに配慮が必要である。
- ・つまり、受講者のそれまでの職務経験のばらつきも考慮しつつ、実習受入事業所と協力して、できる限り多様な要介護高齢者の生活の様子を知ることが出来るようにすることが重要である。

(4) 実習協力者との誓約書及び同意書の取り交わし

① 知識・技術の基本的理解

- ・実習受入事業所は、実習協力者に対し、実習の目的や内容、期間等についての説明を適切に行い、同意を得る。
- ・研修実施主体は、実習受入事業所に対して実習生に関する個人情報が必要最小限の範囲で提供するものとし、実習受入事業所は実習生の個人情報について守秘義務を負う。
- ・研修実施主体は、実習生に対し、実習期間中に知り得た事実について、実習期間中はもとより、実習終了後においても、個人情報保護法並びに介護保険法の趣旨に則り、守秘義務を負う。
- ・実習期間中の実習日および実習時間は、実習受入事業所の職員の勤務日および勤務時間、実習内容等を勘案し、実習受入事業所の実習指導者と実習生で定める。

② 実践的に活用する上での留意点

- ・実習期間中は実習指導者の通常業務に係る業務料を考慮する必要があるため、実習指導者の通常業務を他の職員でカバーするなど、業務分担の調整を行い、事業所内で共有する。
- ・事業所宣伝の禁止を伝える。

(5) 実習協力者の状況に合わせた実習

① 知識・技術の基本的理解

- ・実習協力者の体調や生活状況に実習日を合わせる事を理解し実行する。
- ・研修受講中の者としての姿勢で実践する。
- ・後期課程、専門研修との連続性も踏まえ、「一人暮らしの事例」、「認知症の人の事例」、「入退院／入退所の事例」、「インフォーマルサービスによる支援を活用している事例」、「ターミナルケアの事例」といった事例があれば、それらを積極的に取り上げる。さらに、今後の地域包括ケアシステムの構築に向けた動き等を踏まえれば、地域の介護保険サービス以外の多様な社会資源との連携のある事例を取り上げる。

② 実践的に活用する上での留意点

- ・実習受入事業所は、実習指導者によって、実習における指導内容に大きなばらつきが出ないようにするため、実習指導者に対して、実習中に指導すべき内容について、事前に研修等を通じて共通認識を作っておくことが必要である。
- ・実習の位置づけや目的の認識を合わせるため、実務研修ガイドラインの記載内容について事前の研修等を通じて全ての実習指導者に共有させる。

- ・実習指導者自身の実習指導における不安や迷いを同じ立場で相談できる関係性を構築しておくことも実習を円滑に行うためには有効であると考えられるため、実習指導者を対象とした集合研修を行うことが望ましい。

5. 科目のポイント

①視点

- ・実習協力者に、事前に書面による同意と理解を得た上で実践を行うこと。
- ・統一した書式(実習記録用紙)に受講者が、実習中に気づいたこと、感じたことなどを記録し、提出・評価できること。
- ・実習協力者である(主任)介護支援専門員の指導のもと行われること。
- ・実習協力者が所属する事業所の協力を仰ぐこと。

②方法

- ・社会資源調査等については、どのような方法があるか提示する。
- ・居宅計画書については、実習前に前期の講義・演習を踏まえて作成し、受講者間で振り返りを行う。
- ・実習の準備・運営においては、実習協力者だけに任せるのではなく、研修実施主体が環境を整える。

③ポイント

- (ア) 各都道府県の実習構築体制の説明を行い、実習における文書提出の必要性と提出すべき文書や作成・提出上の留意点を明確化する。
- (イ) 居宅訪問における介護支援専門員としての姿勢に関する講義を振り返り、理解を深めておく。
- (ウ) 実習協力者の確認の方法を提示する。(誓約書・承諾書の作成方法等、各都道府県の定める規定に則って実施)
- (エ) 実習の自己評価を行う。(前期の学習と実践との比較)
- (オ) 実習協力者が居住する地域の社会資源を確認し、予め取りまとめておく。(一定の書式・書き方の提示)
- (カ) 研修実施機関は、個人情報保護書類の具体的な記載方法について提示する。
- (キ) 利用者宅の訪問やサービス担当者会議等への参加を通じて、利用者の生活の多様性を理解する。
- (ク) 問い合わせや相談に応じられるようにする。(講師又は事務局でも可能とする)

④実習の目的について

- ・介護支援専門員実務研修における実習は、座学や演習だけでなく、実際に要介護状態等にある方(実習協力者)の協力を得て、アセスメントやニーズの把握、居宅サービス計画作成などの業務を実行し、ケアマネジメントの実践を、より具体的に理解することを目的としている。
- ・このため、実習においては、ケアマネジメントプロセスの一連の流れを現場で経験することから、新規の利用者もしくはケアプランの変更が必要となった利用者を中心として、後期課程、専門研修との連続性も踏まえ、「一人暮らしの事例」、「認知症患者の事例」、「入退院／入退所の事例」、「インフォーマルサービスによる支援を活用している事例」、「ターミナルケアの事例」といった事例があれば、それらを積極的に取り上げる。
併せて、今後の地域包括ケアシステムの構築に向けた動き等を踏まえ、地域の介護保険サービス以外の多様な社会資源と連携のある事例を取り上げることも必要である。
- ・その後、課題分析・居宅サービス計画等原案の作成を行い、実務研修における後期科目である「アセスメント・居宅サービス計画等作成の総合演習」において演習事例として用いることも可能である。
- ・前半で学んだことを振り返りつつ、疑問点などを明確にすることによって、後半の研修でさらに理解を深める

ことが目的である。

- また、実習では、実習協力者のプライバシーに深く関わることから、事前に注意事項をしっかりと確認し、書面による同意を取得するなど、円滑に実習ができるよう努める。

○実習対象とする事例の選定の方法は、別添に示す、実習受入に関する指針のとおりであるが、以下については、仮に受講者自ら実習の対象事例を選定する場合の例として示すものである。

実習対象となる協力者の選定等の方法は、都道府県、研修実施機関、研修向上委員会等において協議し、取り決めることができる。

■実習協力者の対象(例)■

＜実習協力者に必要な条件＞

[1]介護保険の被保険者であり、かつ、要介護認定(要介護1～5)を受けている人

- 実習受入事業所が、これから要介護認定申請の代行を行う者であって、受講者が実習実施期間内に、アセスメントやケアプランの作成、サービス担当者会議への対応といった、ケアマネジメント業務を行う見込みのある者も含めることができます。

[2]居宅で生活している人

- 居宅サービスであっても、認知症対応型共同生活介護や特定施設入居者生活介護の利用者は対象外とします。
- 対象者が入院中の場合でも、実習期間中において、実習協力者が退院し、実習生が指導者とともに自宅を訪問し、アセスメントやサービス担当者会議等を見学することができる場合は対象とします。
入院医療機関内においてのみ実施されるアセスメントやサービス担当者会議は、実習の対象としては望ましくありません。

入院医療機関内においてのみ実施されているアセスメントやサービス担当者会議は、実習の対象としては望ましくありません。

■受講者が実習協力者を見つける場合の方法の提示(例)■

- 自宅や実家等におられる両親などの親族に協力してもらおう。
 - 知人等から実習協力者を紹介してもらおう。
 - 知人等から居宅介護支援事業所や居宅サービス事業所を紹介してもらい、そこから実習協力者を紹介してもらおう。
 - 居宅介護支援事業所や居宅サービス事業所に実習協力者を紹介してもらおう。
- ※市町村介護保険担当課などにあるパンフレット等により、管内の居宅介護支援事業所の所在地などを確認することができますが、市町村に対し、要介護認定を受けた方の紹介を求めても、その方の個人情報を守るために、紹介することはありませんのでご注意ください。

■実習協力者から承諾を得る際の注意(例)■

- ・実習協力者に対して、実習であることを十分に説明し利用者の了解を得ること。
- ・実習協力者に対して、実務研修受講者であることを受講票などで示し、実習の趣旨や内容を十分に説明すること。
- ※「介護支援専門員実務研修実習について承諾する旨の文書」及び「介護支援専門員実務研修の実習に関する誓約書」等、必要となる文書を交わし、実習協力者に承諾を得ること。
- ※研修の実施にあたっては、実習協力者の心身の状況等を把握することや、プライバシーに深く関わることから、利用者の自尊心を傷つけたり、不快な思いをさせたりすること等がないようにすること。
- ※実習の協力については、実習協力者の自由な意思に基づくものであることから、利用者の意思を尊重し、必要に応じて家族への説明と同意を得ること。※実習によって知り得た個人情報を他に漏らしてはならない。また、実習で得た情報は本研修以外には使用してはならない。

■実習に関する承諾及び実習に関する誓約等の文書の交わり方(例)■

[1]実習に関する承諾についての文書(以下、「実習承諾書」という。)の記入方法

- ・実習承諾書は、原則として、実習協力者である利用者が記入すること。
- ・やむを得ない理由により実習協力者である利用者による記入が困難な場合は、その家族等が、実習協力者である利用者の承諾を得たうえで記入して差し支えないこと。
- ・代理者が記入した場合は、代理者の氏名等を記入する。その際、実習協力者との関係(続柄)を記入すること。

[2]実習に関する誓約(以下、「実習誓約書」という。)の記入方法

- ・実習誓約書で書かれている内容は、実習協力者が適切に理解できるよう、十分に配慮して説明し、研修受講者が記入すること。
- ※ 実習承諾書、実習誓約書は2通作成し、1通を実習協力者に交付する。
- ※ 作成した実習承諾書、実習誓約書の、研修実施団体や実習受入事業所への提出の必要性の有無については、研修実施団体等の指示に従い、保管の方法についても、同様に指示に従う。

[3]実習の事前準備

- ・テキストを熟読し、実習に向けて事前に勉強しなければならないこと、実習協力者に聞く項目を整理しておく。
- ・実習協力者は、要介護高齢者等であることを十分に考慮する。
- ・研修実施機関や実習受入事業所は、実習開始前に、受講者に改めて、そのことを確認するとともに、実習期間中の受講者の行動が、実際に、実習協力者の状況に応じ、負担がかからないように配慮する。
- ・受講者は、実習受入事業所が定める業務手順やルールに則り、指導者や事務所職員への業務の妨げとならないように留意して行動する。

6. 講義・演習の展開例（60分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
講義	40分	①実習の位置付けと目的 ②実習全体の流れ ③実習の提出書類等の内容・記載方法 ④前期研修での学習結果を踏まえた課題設定 ⑤実習中の留意事項、実習協力者への配慮事項	①②③ ④⑤
質疑応答	20分	説明事項の内容についての質問・補足説明	

前期	⑬ケアマネジメントの基礎技術に関する実習	3日程度 ※連続する 必要はない
-----------	-----------------------------	-------------------------------

1. 目的

実習現場でのケアマネジメントプロセスの経験を通じて、実践に当たっての留意点や今後の学習課題等を認識する。

2. 内容

・実習に当たっては、利用者への居宅訪問を行い、アセスメントの実施、居宅サービス計画の作成、サービス担当者会議の準備・同席、モニタリングの実施、給付管理業務の方法など一連のケアマネジメントプロセスの実習を行う。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	⑫実習オリエンテーション
専門研修課程 I	
専門研修課程 II	
主任介護支援専門員 研修	
主任介護支援専門員 更新研修	

(2) 修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
① ケアマネジメントプロセスの実践にあたっての留意点を踏まえ、観察した結果を盛り込んだ実習報告書の作成ができる	●	●	●	(1)(4)
② ケアマネジメントプロセスについて、指導者のもと、実習先で体験した結果を盛り込んだ実習報告書の作成ができる。	●	●	●	(1)(2)(4)
③ 実際の生活環境を観察した結果を盛り込んだ実習報告書の作成ができる。	●	●	●	(3)
④ 実習協力者の状況に合わせて実習を実施できる。	●	●	●	(4)
⑤ 給付管理業務の流れを述べることができる。	●	●	●	(1)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。**(1) 実習先におけるケアマネジメントのプロセスの体験****① 知識・技術の基本的理解**

- ・実習前に実習生としての姿勢についての説明を受け、目的を理解する。
- ・実習先の環境について実習の前準備として理解をする。
- ・実習協力者の住居環境等に関わらず、ケアマネジメントプロセスの実践を体験し学んだ事を、研修実施機関等が示す書式に沿って提出する

② 実践的に活用する上での留意点

- ・実習先で、実習指導者と、同席する実習協力者(利用者)及びその家族の同意を得る。
- ・実習先とは事前に打ち合わせ、服装等社会的マナーを順守して実習を行う。
- ・実習受入事業所の指導者は、原則として、主任介護支援専門員研修を修了し、実習内容について説明を受けていること(受講者に対し、適切な知識・技術を提供するだけでなく、業務に対する姿勢や倫理観の模範となる者であること)。

(2) 各プロセスの前準備と事後評価の実践の見学と、前期の講義演習の振り返り、後期講義演習の研修目標の設定

①知識・技術の基本的理解

- ・実習において学んだ事は、個人情報保護に注意する。
- ・後期課程の講義演習内容を踏まえ、後期課程の演習における自己の研修目標を設定する。

②実践的に活用する上での留意点

- ・前期課程で学んだ一連のケアマネジメントプロセスについて、実習の中で実践的に応用できなかった点については、その課題を明らかにし、後期課程に入る前にフォローアップ(自習、補習等)が必要である。

(3) 高齢者の環境によるケアマネジメントの取り組みの多様性を知る。

①知識・技術の基本的理解

- ・実習の実施においては、実際のケアマネジメント業務の現場(高齢者の生活の場)に入り、一連のケアマネジメントプロセスを体験するとともに、高齢者の多様な生活の実態を理解する。

②実践的に活用する上での留意点

- ・実習中は、現場でしか得られない情報の収集や受講者自身が感じとった内容の収集に注力するとともに、後に適切な振り返りを行えるよう、記録の作成が重要である。
- ・実習中に気づいたこと、感じたことなどを、受講者自身がその日のうちに実習の状況や気づきを記録できる用紙(以下、「実習記録用紙」という。)に記入するよう周知する。
- ・例えば、実習記録用紙は「受講者用」と「実習指導者用(受け入れ事業所用)」の2種類を用意するなどし、実習受け入れ事業所に対しても、原則としてその日のうちに実習記録用紙を作成するよう、事前に依頼しておく。
- ・実習指導者は、実務研修後期課程での学習効果が高まるよう、振り返りで確認した内容を踏まえて、受講者自らが、今後学んでいくべきことを具体化できるよう、適切に支援することが必要である。

(4) 利用者像の多様なプロセスと方法の実践見学

①知識・技術の基本的理解

- ・新カリキュラムにおける実習では、「ケアプランの作成」に加えて「見学」を実施する。
- ・介護支援専門員として必要な業務に対する姿勢や倫理観などを実感的に理解するとともに、要介護高齢者の多様な生活を知ることが目的である。

②実践的に活用する上での留意点

- ・実習指導者のもと、実習協力者及び家族の同意をとることを前提とする。
- ・実習生としての社会的マナーを順守する。

5. 科目のポイント

- ・介護支援専門員が行う、一連のマネジメントプロセス中、利用者に対して行うインテーク、アセスメント、計画作成、サービス担当者会議やモニタリング、給付管理などの各場面に、主任介護支援専門員とともに同席するが、一連のケアマネジメントプロセスについて、各項目の準備の段階も含めて見学する(3日程度で連続しての実習でなくてもよい、実習の場面は同一の実習協力者が望ましいが、同一の実習協力者でなくてもよい)。
- ・主任介護支援専門員研修において、主任介護支援専門員研修の受講者に対して、介護支援専門員や実務研修受講者に対する事例指導において、実習指導者としての講義・演習を行う。
- ・実習場面では、主任介護支援専門員の研修を受講修了している人材に、実習指導者として実践をすることを位置づけることが望ましい。
- ・実習における見学の対象は、居宅介護支援を利用する又は利用する予定の、在宅の要介護高齢者を原則とする。

※実習先の選定、準備、実施、フォローアップの各段階において、研修実施機関や実習受入機関がそれぞれ実施すべき事項については、「実習の受入に係る指針」も参照し、各都道府県において定めること。

6. 講義・演習の展開例 (3日間程度 ※連続している必要はない)

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

①実習の種類

- (ア) 受講生が、実習協力者(在宅に居住している要介護認定を受けた高齢者)を対象に居宅サービス計画の作成プロセスに沿って、居宅サービス計画書を作成する実習
 - (イ) 受講者が、実習協力事業者を対象に居宅サービス計画の作成プロセスの各の場面を3日程度*で見学する実習
- ※ケアマネジメントプロセスに係る業務(給付管理を含む)の見学期間を積算した日数とし、連続していなくても構わない。

【項目のポイント】

- ・(ア) は従来カリキュラムで実施している。
- ・(イ) は新カリキュラムで創設された実習であり、新カリキュラムでは①②の両方を実施する。

②「①-(イ)」の実習開始までの環境準備の例

- (ア) 都道府県単位で、実習受け入れ事業者の確定を行う。
 - ・方法例: アンケート調査・事業者連絡協議会・保険者等の活用
- (イ) 実習受講者には、期間設定を設け「①-(イ)」の実習後のレポート報告書の提出を双方に設定して評価を行う。
 - ・方法例: 3か月等の期間設定をおこない、実務前期受講修了後レポートに実習報告書の提出を双方から確認後、新カリキュラム後期の受講を行う。
- (ウ) 実習受け入れ事業者の、実習指導者は、すでに主任介護支援専門員研修受講修了者が望ましいとする。

③実習成果物報告書の活用例

- (ア) 学習の振り返り等の科目で活用する。
- (イ) 研修検証向上委員会等で活用する。
- (ウ) 講師等におけるカリキュラム検討会で活用する。

④レポート実習報告書の提出例

(ア) 実習で学んだことを具体化するために、実習後の振り返りは必須である。特に、受講者がすぐには言葉にできないが気がついたこと、感じたことに着目し、これを言語化することが重要である。

(イ) 振り返りの基本材料は研修記録シートと実習記録用紙であり、実習期間中は毎日、実習記録用紙の作成を徹底することが必要である。

※実習先の選定、準備、実施、フォローアップの各段階において、研修実施機関や実習受入機関がそれぞれ実施すべき事項については、「実習の受け入れに係る指針」も参照し、各都道府県において定めること。

■具体的な実習記録用紙(受講者側)(例)■

※実習記録用紙及び行動観察評価(例)

※網掛けの記入内容も一例です。

受講者氏名	G 番号 No. 班	実習指導者名		
提出期限 ○/○	次回研修受講日 ○/○	1	3	
		2	4	
前期講義演習を終えて実習に向けての自己目標				
1.				
2.				
3.				
日付	場所	場面と内容	理解出来た事又は見習いたいと思った事(印象深い事も可)	指導者コメント④
○/○	○○介護施設	インテーク場面 初回面談 アセスメント実施場面	<ul style="list-style-type: none"> いつも笑顔で利用者と接しているところは見習いたい。 言葉使いが丁寧であるところを見習いたい。 どのような課題分析シートの活用の仕方を学んだ 	服装や態度等挨拶ができていた。 ○○○○④
○/○	○○居宅	居宅サービス計画の作成場面 PC 入力 サービス担当者会議の場面 初回会議 モニタリング場面 同行訪問	<ul style="list-style-type: none"> 入力までの準備についてたくさんの重要事項を入力する必要があると理解した。 準備段階での調整・準備に時間がかかる事を実感し、後期では、多様な疾患に関してどのような準備が必要かを学びたいと思った。 会議は要点を絞って行う事の必要性を理解できた。 短期目標の確認の仕方や観察点を実感できた。 	メモを活用し、質問も活発に行っていた。 サービス担当者会議場面では、アセスメント分析の必要性を実感したようだ。 ○○○○④
○/○	○○地域包括支援センター	相談場面	<ul style="list-style-type: none"> 基本情報を活用し、アセスメントにつなげた分析の仕方を見学できた 	…… ○○○○④
実習の振り返り感想				
後期講義演習研修の目標				
1.				
2.				
3.				

※記入ポイント① プロセスごとに理解できたことを整理する

※記入ポイント② 前期研修を経て自己目標を設定してから後期講義演習研修目標を設定する。

■具体的な実習記録用紙(事業者側)(例)■

※実習記録用紙及び評価(例)

※網掛けの記入内容も一例です。

評価項目	定義	ウエイト	評価ポイント					計	
			0	1	2	3	4		
プロセス能力	服装・身だしなみ	服装・髪型等がふさわしいか	2						8/
	挨拶・言葉づかい	挨拶・会話・声掛けは適切か	6						24/
	実習協力者対応	関係性を保ちコミュニケーションが取れたか	7						28/
	実践力	前期講義演習を理解し見学できたか	3						12/
	運営協力	実習内容以外の事業所環境にも配慮したか	1						4/
	業務関心	実習指導者の見学に興味はあったか	4						16/
	規則順守	実習報告提出及び実習内容のルールに関心があるか	2						8/

実習指導者〇〇名

全体評価 (ポイント設定の根拠等)

0=課題なし

1=ほぼ課題なし

2=気になる課題が数個あり

3=課題の無い状況が半分

4=早急に課題を認識し改善が必要

※100に近いほど実習先での課題が大きい。

後期	⑭実習振り返り	講義・演習 3時間
-----------	----------------	----------------------

1. 目的

実習を通して得られた気付きや課題を客観的に振り返り、発表することを通じて今後の学習課題を認識する。

2. 内容

- ・実習で行ったアセスメントや居宅サービス計画の作成など、一連のケアマネジメントプロセスの実践事例を発表することにより、実習を通じて感じた気付きや不足している知識・技術といった課題、現場で生じる倫理的な課題を共有する。
- ・受講者間で共有した課題や実習に関する講師からの総評を踏まえて、今後、専門職として身につけていくべき知識・技術についての学習課題を認識する講義を行う。

3. 関連科目と修得目標

(1) 関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	⑫実習オリエンテーション ⑬ケアマネジメントの基礎技術に関する実習
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	

(2) 修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①今後の学習課題について説明できる。	●	●	●	(1)
②ケアマネジメントプロセスに沿って、実習で作成した居宅サービス計画について説明できる。	●	●	●	(1)
③実習を通じて倫理課題について説明できる。	●	●	●	(1)(2)
④受講者間相互の話し合いにおいて、不足している知識について説明できる。	●	●	●	(2)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。**(1) 実習の振り返りと後期課程における自己の目標設定****① 実習の振り返り**

- ・実習の学習効果を高めるためには、実習を通じて体感する、言語化しにくい「迷い」、「悩み」、「不安」などについては、実習終了後の「振り返り」を通じて、受講者による言語化を助ける必要がある。
- ・このため、「実習振り返り」の科目において、(ア)ケアマネジメントプロセスの実践について課題となったことの振り返り、(イ)主観的に気づいたこと感じたことの共有、(ウ)後期課程に向けた学習課題の設定、の3点を実施する。
- ・実習については、いわゆる知識や技術と異なり、実習で得られる業務に対する姿勢や倫理観、要介護高齢者の生活を目の当たりにして感じたことなどは、実体験に基づきそれを事後に言語化することが重要である。
- ・実習中に作成した実習記録用紙の内容に基づき、実習中に感じたこと、疑問に思ったこと等がどのようなものだったか、前期課程で学んできた基本的な知識・技術に照らすとどのような解釈が可能となるのかについて振り返り、「理解が深まったこと」、「明らかになった今後の学習課題」を言語化できているかについて確認する。

② 後期課程における自己の目標設定

- ・「研修記録シート」等を活用し受講前の時点における、各課程・各科目で取り扱う内容の理解度・習熟度を自己評価するとともに、研修で改善する課題、研修における目標を自ら設定する。

(2) 受講者間の意見交換による知識・技術の拡充と具体化**① 基本的理解**

- ・受講者のその後の学習効果を高めるため、後期研修課程の科目や学習内容を参照し、受講者自ら具体化した学習課題が具体的にどの科目に関連するのかを示すことが望ましい。
- ・実習中作成したケアプランについては、後期課程で行うケアマネジメントプロセスの実践的な展開の科目につなげるためにも、フィードバックの中で、改善案を併せて示すことが望ましい。

②留意点

- ・受講者は、自らの実習を振り返り、意見を述べることで実習での経験を知識・技術の修得に役立てることができるようにする。
- ・他の受講者の実習の体験や気づきについての意見を聞くことにより、自分自身の実習では体験できなかったことや、視点を知ることができるようにする。
- ・他の受講者の実習協力者の状態や生活、ケアマネジメントの実施状況等について意見を聞くことで、高齢者の状態や生活の多様性を知ることができるようにする。

5. 科目のポイント**①視点**

- ・シートの活用は、受講者の負担も勘案し、実習記録用紙と同一のものとする。
- ・実習記録用紙を実習先に提出し、グループワーク実施時に持参し、その資料を基に、演習を行う。
- ・ワークシートを再度確認し、①実習での体験場面の振り返り → ②マネジメントの進め方についてグループ検討 → ③グループでまとめる → ④各グループでの検討内容を発表 → ⑤講師がまとめる。

②方法

- ・実習の振り返りには、見学実習の時のレポート用紙を活用する。
- ・当日に発想する自己の目標設定については、グループ内、コース間で共有することで、後期の研修に関する心構えが明確になる。

6. 講義・演習の展開例（180分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の目的、修得目標を確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
演習①	80分	(1) 実習の振り返りと後期課程における自己の目標設定 ●個別で行った居宅サービス計画に関するプレゼンテーションを順番に行う(グループ8名で、一人10分程度) (2) 受講者間の意見交換による知識・技術の拡充と具体化 ●他の受講者のプレゼンテーション中に気づいた事(良い事・難しい事)シートを活用し記載しながら聴く	②③④
演習②	30分	(2) 受講者間の意見交換による知識・技術の拡充と具体化 ●見学実習での提出書類を持寄り個人ワーク(プロセスの中で強化したいこと・難しかった事等) (1) 実習の振り返りと後期課程における自己の目標設定 ●後期課程における学習目標の設定	①②③④
演習③	40分	(2) 受講者間の意見交換による知識・技術の拡充と具体化 ①演習②で行った個人ワークシートを用いて意見交換 ②グループで、介護支援専門員としての活動目標の設定 ③数グループの発表	④
振り返り	20分	○演習③を受けて講師のまとめ ○後期課程に向けたエールを送る	

後期	⑮-1 ケアマネジメントの展開 「基礎理解」	講義・演習 3時間
-----------	-----------------------------------	----------------------

1. 目的

ケアマネジメントは、高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解に基づいて行われることが重要であることを理解する。

その上で、初任者が最低限の実践力を修得する際の、基本的な視点の1つである疾患・症候群別のケアマネジメントを理解することの有効性を認識する。

2. 内容

- ・ケアマネジメントを実践する上で必要な高齢者の生理、高齢者やその家族の心理、住環境や同居者の有無などそれぞれの要素と要素の関係性の重要性に関する講義を行う。
- ・それらの関係性を踏まえたアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等への具体的な展開方法など、支援に当たってのポイントを理解する。
- ・高齢者本人が望む生活の実現のための意思決定の支援方法について修得する。
- ・高齢者の代表的な疾患や症候群別のケアマネジメントを学ぶことの有効性について理解する。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	

(2) 修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
① ケアマネジメントを必要とする高齢者を取り巻く背景や特性について説明できる。	●	●		(1)
② 高齢者に見られる生理、心理、生活環境等の関係性について説明できる。	●	●		(1)
③ 居宅サービス計画作成のためのプロセスに沿って、支援にあたってのポイントについて説明できる。	●	●	●	(2)
④ 高齢者の自己決定を尊重したケアマネジメントを実施できる。	●	●	●	(1)(2)
⑤ 高齢者に多い代表的な疾患や症候群別ケアマネジメントを学ぶことの有効性について説明できる。	●	●	●	(1)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。**(1) 知識・技術の基本的理解****① 疾患別ケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割**

- ・介護支援専門員が、疾患別ケアマネジメントを学ぶ必要性を理解する。
- ・2025年に向けては医療的支援が必要な要介護高齢者が増加していく。
- ・介護保険法第1条、第2条を踏まえ、これからの要介護高齢者とはどのような状態像を指しているか確認する。
- ・高齢者は、1つの疾患だけでなく、複合的に疾患を抱えている場合が多い。認知症をはじめ、複合的疾患に対応したケアマネジメントができる。
- ・医療的視点の見落としのない居宅サービス計画を作成できることが介護支援専門員として急務である。

② 高齢者の生理、心理、生活環境(住環境、同居者の有無等)などの構造的な理解**(ア) 高齢者の特性を知る**

- ・高齢者の生理、心理、疾患の特徴を知る。
- ・「加齢(老いる)」ということへの心理的配慮が重要。加齢を受け入れることの難しさを理解する。
- ・高齢者の疾病に限らず、病気や怪我、障害を自ら望む人はいない、と再確認する。
- ・高齢者の生活環境の多様性を知る(住環境、家族形態、地域とのつながり、人間関係、療養場所)。

(イ) 構造的に捉える視点(ICFの理解)

- ・「生活」は、生活を構成する様々な要素が相互に、複雑に関係しあって創られている。
- ・生活は、「個別性」が大前提であり、「1人として同じ生活をしている人はいない」と理解する必要がある。
- ・生活は、一側面からだけでなく、様々な角度から立体構造的に捉えることが重要である。
- ・高齢者の生活は、健康状態、生活機能(心身機能、身体構造、活動、参加)、個人因子、環境因子等のバランスや関係性が崩れている場合が多いことを踏まえる必要がある。
- ・ケアマネジメントにおいては、健康状態、生活機能、個人因子、環境因子等の「相互関係」を踏まえ、生活

の「全体像」を捉えることが求められる。

- ・自立支援においては、マイナス面(出来ないこと、障害)より、プラス面(できる活動(能力)、している活動(実行状況))に着目しながら、個々の生活の全体像を捉えることが重要である。

(ウ) 高齢者の代表的な疾患や症候群を理解する

- ・高齢者が要介護状態となる代表的な疾患や症候群を知る。
- ・生活を支えるために必要な医療の視点として、代表的な疾患の基礎を理解する。
- ・望む暮らしを実現できるレベルの病状と、できないレベルの病状があることを理解する。
- ・在宅看取りを視野にいれたケアマネジメントの重要性を理解する。

(2) 実践的に活用する上での留意点

① 基本的な視点

- ・5つの基本ケア(起居動作、飲食、排泄、清潔、活動)を踏まえたアセスメントができるようにする。
- ・5つの基本ケア(起居動作、飲食、排泄、清潔、活動)を踏まえて居宅サービス計画を作成する視点をもつ。
- ・利用者、家族の潜在的ニーズを介護支援専門員として把握する。アセスメントにおいて医療の視点が抜け落ちていないかを常に確認し、医療職の専門的意見を居宅サービス計画に反映する視点をもつ。
- ・自分の人生は自分で決める。自己決定、自立(自律)をどのように支えるかを確認することが重要である。

② 医療的な視点

- ・疾患や障害が、高齢者自身や、介護者の生活にどのような支障をきたしているか確認する。
- ・疾患や障害があっても、自分らしい暮らしを実現したいという意欲を支え続ける。
- ・疾患や障害だけを見るのではなく、生活の様々な関係性の中で疾患を捉える視点をもつ。
- ・疾病や障害に対し、このまま何も手立てを講じないとどうなるか、生活上の変化を予測する。
- ・疾病に加え、身体、心理、環境、人間関係の変化等が、生活に及ぼす影響を確認する。
- ・疾病や障害に対する心理的配慮をしながら、高齢者の不安や焦り、諦め等の感情を、きちんと受け止める。
- ・利用者の疾病や障害に対して、利用者と家族は、それぞれにどのようなニーズをもっているかを把握する。
- ・利用者及び介護者の、疾患に対する認識のズレに気付く視点をもつ。
- ・疾病や障害を抱えている高齢者に対し、悪化防止、予防の視点が入った居宅サービス計画を作成する。

5. 科目のポイント

① 全般的留意点

- ・高齢者の代表的な疾患の基礎知識は、ケアマネジメントに活かせる知識として理解するよう伝える。
- ・疾患別ケアマネジメントにおいては、医療職を含めたチーム形成が介護支援専門員の重要な役割であることを伝える。
- ・サービス担当者会議や地域ケア会議、事例検討会等において、介護支援専門員として医療職に対し、必要な意見や確認ができるようにトレーニングをすることが重要である。

② 個別内容に関する留意点

(ア) 基本的な知識・技術

- ・高齢者の生活は多様であり、疾病に対する意識も多様であることを理解してもらう。
- ・住環境や介護者によって、同じ疾病でも対応方法が異なることを理解してもらう。
- ・多様な生活環境を捉える際にICFの枠組み等が活用できることを理解してもらう。
- ・介護支援専門員が医療職と同程度の知識を有するのではなく、あくまでも「ケアマネジメントに活かせる医療

知識」として、高齢者が要介護状態となる代表的な疾患や症候群の基本理解が必要であることを伝える。

(イ) 実践的に活用する上での留意点

- 介護支援専門員のアセスメントにおいては、あくまでも「生活を支える医療の視点」を欠かしてはいけないことを理解してもらおう。
- 介護支援専門員に医療的な判断が求められているわけではなく、必要に応じて主治医等の医療職と連携できるスキルが求められていることを伝える。
- 利用者や家族が、安心して最期まで療養生活ができるように支えることがチーム全体の目的であり、その目的がぶれないように調整することが介護支援専門員の重要な役割であることを伝える。

6. 講義・演習の展開例（180分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の目的、修得目標を確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標を確認	
講義	50分	(1)知識・技術の基本的理解 ○疾患別ケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割 ・今後増え続ける高齢者のケアマネジメントにおいて、医療的視点が欠如している居宅サービス計画では対応できない。2025年を視野に置いて、疾患別ケアマネジメントの重要性を説明 ●理解を深めるミニワーク	④⑤
講義・演習	50分	(1)知識・技術の基本的理解 ○高齢者の生理、心理、生活環境(住環境、同居者の有無等)などの構造的な理解 ①高齢者の特性 ②高齢者ケアにおいて代表的な疾患や症候群 ・高齢者の生活環境、高齢者の人間関係、高齢者の疾患・症候群別ケアマネジメントのポイントについて説明 ○「加齢(老い)に伴う疾病」の理解に関する考察(グループワーク)	①②
講義・演習	50分	(2)実践的に活用する上での留意点 ○アセスメント(課題分析)の視点、居宅サービス計画への具体的な展開方法など支援にあたってのポイント ・疾患別ケアマネジメントへ展開していくうえで、どの疾患群においても押さえておくべきポイントを確認する。 ○現在の仕事や、周囲の状況を通じて、地域で問題になっている高齢者の医療的課題に関する意見交換(グループワーク) ○疾患別ケアマネジメントを学ぶ上での心構えの確認 ・生活を支えるために必要な医療の基礎知識と、疾患別のケアマネジメントを学ぶ重要性を講義	③④
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントについて講義 ●理解を深めるミニワーク	

<参考文献>

○在宅医療バイブル 編著：川越正平 日本医事新報社

後期	⑮-2 ケアマネジメントの展開 「脳血管疾患に関する事例」	講義・演習 5時間
-----------	--	----------------------

1. 目的

脳血管疾患の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

2. 内容

- ・脳血管疾患の分類、症状、後遺症、生活障害の程度と身体機能の関係、廃用症候群との関係性についての講義を行う。
- ・脳血管疾患における療養上の留意点や起こりやすい課題についての講義を行う。
- ・脳血管疾患の利用者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用に関する講義を行う。
- ・リハビリテーションや福祉用具等、それらを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。
- ・脳血管疾患の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点、モニタリングでの視点を理解する。

3. 関連科目と修得目標

(1) 関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	
専門研修課程Ⅰ	⑥ケアマネジメント演習 (特に「リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例」)
専門研修課程Ⅱ	②ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 (特に「リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例」)
主任介護支援専門員研修	⑦ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現 ⑨個別事例を通じた介護支援専門員への指導・支援の展開
主任介護支援専門員更新研修	②主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導・支援の実践 (特に「リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例」)

(2) 修得目標				
修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①脳血管障害の特徴について説明できる。	●			(1)
②脳血管障害における生活障害の特徴について説明できる。	●			(1)
③脳血管障害における療養上の留意点や起こりやすい課題について説明できる。	●			(1)
④脳血管障害における環境の調整（福祉用具・住宅改修を含む）の必要性について説明できる。	●	●	●	(1)
⑤脳血管障害におけるリハビリテーションの必要性について説明できる。	●	●		(1)
⑥医療職をはじめとする多職種との連携・協働のポイントについて説明できる。	●	●	●	(1)(2)
⑦脳血管障害の特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法を実施できる。	●	●	●	(2)(3)
⑧継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べるができる。	●	●	●	※具体的内容には対応しないが、本科目の振り返りで確認できること（研修記録シートへの記入等）

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

(1) 知識・技術の基本的理解

①脳血管障害の分類
<p>(ア) 脳血管障害には、大別して「梗塞型」(脳梗塞)と「出血型」(脳出血)が見られる。</p> <p>(a) 梗塞型には、ラクナ梗塞、アテローム血栓性梗塞、心原性梗塞、一過性脳梗塞などがあり、それぞれに原因や症状の特徴が異なる。</p> <p>(b) 出血型には、脳出血やくも膜下出血などがあり、それぞれに原因や症状の特徴が異なる。</p>
<p>【項目のポイント】</p> <p>・ここでは、基本的な内容で受講者の知識を確認することを中心とする。脳血管障害の種類により、診断や治療、予後を含めた支援において留意すべき事柄に違いが出てくることを意識できるように講義を行う。</p>
②脳血管障害の主な症状
<p>(ア) 脳血管障害では、損傷の場所や範囲によって、意識障害、麻痺、失語症、高次脳機能障害、認知症など多様な症状が見られる。</p> <p>(a) 麻痺には、運動野の障害による運動麻痺と感覚野の障害による感覚麻痺に大別される。</p> <p>(b) 球麻痺や仮性球麻痺により、嚥下障害を呈する場合がある。</p>

- (c)脳血管障害による言語障害には、失語症と構音障害に大別される。
- (i)失語症に多く見られる運動失語の他、感覚性失語やその他の失語がある。
 - (ii)構音障害は、主に運動障害によるものが多く、その種類により症状が異なる。
- (d)脳血管障害などの脳の損傷により、高次脳機能障害が見られることがある。
- (i)高次脳機能障害は認知障害全般を指し、失語・失行・失認(巣症状)のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などが含まれる。
 - (ii)高次脳機能障害の具体的症状として、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、半側空間無視、病識欠落が挙げられる。
 - (iii)症状として、失語症の他、失認(目は見えるのに物の色や形が理解できない、人の顔が見分けられない、字を読めない。)、失行(麻痺はないのに道具が上手に使えなかったり、極端に間違った使い方をする。)が挙げられる。
 - (iv)社会的行動障害としては、依存性・退行、欲求コントロール低下、感情コントロール低下、対人技能拙劣、固執性、意欲・発動性の低下などが見られる。
- (e)脳血管性認知症
- (i)脳血管障害によって生じる認知症を脳血管性認知症といい、アルツハイマー型認知症等との症状の違いが見られる。
- (f)その他
- (i)病巣の場所や範囲などにより、失調症やパーキンソン様症状などが見られることがある。

【項目のポイント】

- ・脳血管障害によって起きる様々な心身の機能障害について学習する。症状の多様性や個別性を理解した上で、対象者の生活機能に大きな影響を及ぼすものであることから、医師やリハビリテーション専門職、看護師等に確認しておくべき事柄を理解できるように学習する。

③脳血管障害の治療

- (ア)脳梗塞と脳出血の治療と注意点
- (a)脳梗塞と脳出血の主な治療の流れ
 - (b)再発を防止するため、薬物療法などの継続的治療の必要性
 - (c)薬物治療についての注意点やリスク
- (イ)原因疾患や合併症の理解と治療
- (a)脳血管障害に関連して、特に把握しておくべき疾患
 - (b)高血圧症や心疾患、糖尿病などについて

【項目のポイント】

- ・脳血管障害に関する主な治療の違いや注意すべき原因疾患、合併症などについて学習する。特に、対象者が疾病を持ちながらも安定して生活を継続していくことの支援について学習する。

④脳血管障害によく見られる医療的ケア

- (ア)医療的ケア
- (a)人工呼吸器や酸素療法、中心静脈栄養、胃瘻・経管栄養など重症度の高い対象者の医療的ケアの概要
 - (b)点滴、尿カテーテル、褥瘡の処置や排便のコントロールなどよく見られる医療的ケアの概要
 - (c)健康状態の把握の必要性
- (イ)在宅生活を支える医療系サービスの概要
- (a)居宅療養管理指導
 - (i)医師・歯科医師による居宅療養管理指導(要件、往診との違いなど)
 - (ii)薬剤師による居宅療養管理指導
 - (iii)看護師による居宅療養管理指導

- (iv) 管理栄養士による居宅療養管理指導
- (b) 訪問看護
 - (i) 介護保険による訪問看護の種類や概要。医療機関等からの訪問看護と訪問看護ステーションからのサービスの特性や違い。
 - (ii) 医療保険による訪問看護の要件。介護保険制度優先を理解しながら、条件に応じて医療保険からの訪問看護サービスを活用できることなど。
- (c) 看護小規模多機能型居宅介護及び24時間の定期巡回・随時対応型サービス等
 - (i) 看護小規模多機能型居宅介護の特徴と介護支援専門員の役割。医療ニーズの高い利用者が在宅生活を継続していくための選択肢の一つであることを説明する。
 - (ii) 24時間の定期巡回・随時対応型サービスの特徴と介護支援専門員の役割。

【項目のポイント】

- ・脳血管障害による医療的ケアが必要なケースが多いことから、特によく見られる医療的ケアを把握することの重要性を説明するとともに、在宅生活を支えるための多様な医療系サービスと活用のポイントについて説明する。

⑤脳血管障害のリハビリテーション

- (ア) リハビリテーション医療
 - (a) 脳血管障害における障害と回復過程
 - (i) 発症時からの心身の状況の変化や経過の特徴。(身体状況と心理的状況、生活機能の回復が必ずしも一致しないなど)
 - (ii) 片麻痺の評価方法や回復段階について(麻痺の重症度や回復状況の目安となっているなど)
 - (iii) 片麻痺の機能的予後について
 - (b) リハビリテーションチーム
 - ・医学的リハビリテーションでは、リハビリテーション専門医等を始め、様々なリハビリテーション関連専門職等がチームを作ってアプローチをしている。
 - (i) リハビリテーション専門医の役割
 - (ii) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれの役割と違い
 - (iii) 義肢装具士の役割、その他のリハビリテーション関連職種とその役割
 - (c) 脳血管障害の経過とリハビリテーションの流れ
 - (i) 急性期リハビリテーションでは、特に全身管理や廃用症候群の防止をしながら、早期からリハビリテーションアプローチを行っていく。
 - (ii) 回復期リハビリテーションでは、利用者の運動機能や言語機能、高次脳機能等の回復を助け、日常生活機能を高めていくための集中的なリハビリテーションや失われた機能の代替や補完をしながら、在宅復帰へのアプローチを行っていく。
 - (iii) 維持期リハビリテーションでは、在宅等での生活機能の維持や拡大を目的とし、福祉用具の活用や住宅改修などの環境整備、生活範囲の縮小や活動性の低下に伴う廃用症候群の防止を行っていく。

【項目のポイント】

- ・典型的な脳血管障害発症からの経過を辿りながら、各過程でのリハビリテーションの概要や必要性を学習する。リハビリテーションは単なる機能訓練だけでなく、各専門職がそれぞれ役割を持ってチームとして機能していることを前提に、リハビリテーション前置の考え方を学習する。

⑥介護保険分野でのリハビリテーション

- ・介護保険制度におけるリハビリテーションに関連するサービスについて、それぞれの役割や機能、特性などを整理し説明する。

(ア) 訪問リハビリテーション

- (a) 訪問リハビリテーションでは、利用者の実際の生活場面において、その能力をできるだけ活用し、生活機能を維持・拡大していく。
- (b) 利用者の有する能力を活用することや生活機能の向上の可能性、低下の防止、介護者等への介護やケアに関する助言が必要になってくる。
- (c) 医療機関や老人保健施設、訪問看護ステーションのリハビリテーション専門職によるサービスがある。

(イ) 通所リハビリテーション

- (a) 通所リハビリテーションには、利用者の心身状況及び生活状況に合わせた個別リハビリテーションの機能や集団リハビリテーションの機能の他、日常生活の具体的なケア・援助の中でのリハビリテーションの機能、通所サービスとしての機能がある。
- (b) 利用者の生活機能の向上や低下の防止を念頭に、具体的な ADL や IADL の維持・向上を図るとともに通所による生活パターンの改善や引きこもりの防止、活動性の向上、対人・社会的活動の維持・拡大を行う。

(ウ) 介護老人保健施設

- (a) 介護老人保健施設では、特にリハビリテーションを中心とした在宅復帰機能、在宅生活支援機能が重要である。
- (b) 在宅生活との連続性から入退所時の連携が重要である。

(エ) その他の介護サービスにおける機能訓練

- (a) 通所介護や短期入所生活介護等でも個別機能訓練が実施されているため、通所リハビリテーション等との目的や役割の違いを説明する。
- (b) 訪問介護における自立支援、効果的なサービスに向けた助言など。

【項目のポイント】

- ・比較的理解しやすい脳血管障害のリハビリテーションから、介護保険サービスでのリハビリテーションの種類や役割、特に混同しやすい他のサービスとの機能の違いなどを学ぶ必要性を理解できるように学習する。

⑦多職種協働(チームアプローチ)による対応

- ・介護保険制度におけるリハビリテーションに関連するサービスについて、それぞれの役割や機能、特性などを整理し説明する。

(ア) 主治医との連携

- ・ケアマネジメントを行っていく上での多職種協働。
 - (a) 主治医からの情報収集
 - (i) 現在の病状と生活上の留意点
 - (ii) 支援目標や内容に対する医療的な視点(アドバイス)
 - (iii) 今後の治療方針(服薬などの内容)
 - (iv) 予後
 - (b) 主治医への情報提供。
 - (i) 日常生活上みられる症状の変化
 - (ii) 治療のコンプライアンスに関する事
 - ・服薬の状況や活動の状況など(リスクに関する事を含む)
 - (iii) 精神的不安や認知症の悪化の有無、程度、主な症状

【項目のポイント】

- 多職種協働（チームアプローチ）の基本的な考え方を踏まえながら、脳血管障害の利用者に必要な主治医や専門職種など医療との連携、様々な制度やサービス、地域の社会的資源の活用の必要性を学習する。

(イ) 専門職種との連携と協働**(a) 看護職との連携**

- (i) 健康状態や医療的ケアの状況などについての情報共有
- (ii) ケア上の留意点、方法などのアドバイス

(b) リハビリテーション専門職との連携

- (i) 心身機能の維持や向上へのアプローチ
- (ii) 機能的予後予測
- (iii) ケアの留意点、方法などのアドバイス

(iv) 住宅改修や福祉用具の活用**(c) サービス事業者との連携**

- (i) 利用者の心身状況、生活に関する変化の把握
- (ii) 専門的アドバイスのケアへの反映

(d) その他

- (i) 利用者に対する支援に必要な様々な制度やサービス、社会的資源の活用

(2) 実践的に活用する上での留意点**① インテーク****(ア) 初回面接のポイント**

- (a) 脳血管障害の発症からの過程、経過を念頭に置きながら、利用者の心理的状況を意識しておく必要性を説明する。
- (b) 必要に応じて、医師や看護師、リハビリテーション専門職等と同席し、必要な情報の共有をはかる。

【項目のポイント】

- 利用者との信頼関係を構築していくための最初の関係作りであり、初回面接の重要性を意識しながら、脳血管障害の利用者の心身状態や心理的状況から、特に配慮すべき事柄について学習する。

② アセスメント**(ア) 情報の収集**

- 必要な情報を適切に収集することが大切であり、種々のアセスメントシートを活用するとともに、医師やリハビリテーション専門職や看護師などからの情報や助言を得ていく。

(a) 疾病や健康に関する情報（必要に応じて主治医等から情報収集する）

- (i) 病名（脳血管障害の種類など）や発症からの経過や病気の程度など
- (ii) 合併症を含む既往歴、特に配慮すべき疾患・健康状態の有無と程度
- (iii) 治療の経過や現在の治療の状況、服薬の状況

(iv) 疾病や健康に関する医師からの情報（禁忌・リスク、相談連絡の基準など）**(b) 心身機能・身体構造に関する情報（必要に応じて、医師、リハビリテーション専門職等から情報収集する）**

- (i) 運動障害（片麻痺など）や感覚障害の有無と部位、程度、回復状況（見込み）について
- (ii) 関節拘縮など脳血管障害で起きやすい関節の状態、筋緊張の程度や筋力低下の有無や程度、今後のリスク（悪化の可能性など）

- (iii) 麻痺による痛みや関節等の痛みの有無や程度、生活への影響
 - (iv) 失語症などの言語障害の有無と種類、程度、コミュニケーション上の留意点など
 - (v) 口腔機能や口腔の状態、生活での影響
 - (vi) 認知能力、高次脳機能障害の有無や種類、程度、生活への影響
 - (vii) 視力や視野(半盲など)、聴力の程度と生活への影響
 - (viii) 動作の巧緻性や協調性の問題
 - (ix) 意欲やうつ傾向の有無や程度、これまでの経過(よくなっているのか、悪化しているのかなど)、治療の必要性
- (c) 活動に関する情報(実際の状況と必要に応じてリハビリテーション専門職等から情報収集する)
- (i) 寝返りや起き上がり、立ち上がりなどの動作能力
 - ・行えるのか、どのように行うのか、どのように介助されているのか、動作の頻度や等
 - (ii) 座位保持や移乗・移動、歩行の能力
 - ・行えるか、どのように行うか、介助の必要性や方法・頻度、安定性、車いすなどの福祉用具の活用、時間や頻度、距離、疲労など
 - (iii) ADL の能力と実際の状況
 - ・食事: 可否や方法、介助の必要性や程度、食器や自助具
 - ・排泄: 尿便意、失禁の有無や種類・程度、排泄の方法と介助の必要性と頻度・注意点、補助具の活用や住宅改修の必要性等
 - ・入浴: 可否と(自立の)方法、特に浴槽の出入りや洗身の方法、介助の必要性と程度・注意点、補助具の活用や住宅改修の必要性等
 - ・着替え: (自立の)方法、介助の必要性や程度と注意点、頻度等
 - ・整容: 口腔清潔、洗顔、髭剃りなど項目ごとの(自立の)方法と介助の必要性
 - (iv) IADL の能力と実際の状況
 - ・食事の準備や後片付け、掃除や洗濯など、これからの生活についての必要性や介助者の有無、役割など踏まえて評価する。
- (d) 参加に関する情報
- (i) 日中や夜間の過ごし方、就眠の状況、日課や1日の楽しみ、外出の頻度や行先・方法など。退院時や環境の変化により変化が見られたり、意欲の低下などにより表現ができない場合もある。
 - (ii) 趣味や社会活動、就労の状況など
- (e) 環境因子に関する情報
- (i) 物的環境に関する情報:
 - ・住環境(所有形態、構造、周辺環境、交通機関、バリアフリー化など)
 - ・福祉用具の活用、自助具や補装具に必要性や使用状況など。
 - (ii) 人的な環境に関する情報
 - ・介護者の有無や年齢、健康状態、介護に関する知識や技術、協力者の有無や頻度・健康状態、家族関係など。
 - ・病気の発症により、環境がどのように変化したか、また考え方が変化しているかも把握。
- (f) 個人因子に関する情報
- (i) 病前の性格や物の考え方の傾向、嗜好など
 - (ii) 趣味や社会活動、就労などの状況や経験など

【項目のポイント】

- ・「(1) 基本的理解」で示したように、脳血管障害では、多様な障害や症状が見られることを踏まえ、事例に基づいて、利用者の情報収集におけるポイントについて、個人ワーク・グループワークを通じて学習する。特に基礎資格やこれまでの経験などから、情報収集についての自らの傾向を知り、不得手な部分を意識できるように進める。

(イ) 情報の分析

(a) 情報の整理と関係性の理解

- (i) 利用者の要望と意向の確認: 脳血管障害の発症からの経過や心理的状況からの抑圧などの可能性を配慮しながら同意を得る。
- (ii) 生活課題の困難性や悪循環の原因となっている要因がないか確認する。
- (iii) 利用者自身のストレングスについての評価を行う。
- (iv) 利用者の能力の改善の可能性、代替の方法、生活状況の改善につながる環境整備など
- (v) 利用者の生活全体を構成している要素の関係性から、生活課題を捉える。

(b) 脳血管障害の利用者で見落としがちなこと

- (i) 麻痺などで失われた機能や能力ばかりでなく、新たに獲得できる能力や代償、代替の方法などについての検討を行う。
- (ii) 転倒や基礎疾患の悪化など、生活状況の悪化につながりやすい要因(リスク)に関する評価を行う。
- (iii) 基礎疾患を有していることが多く、生活習慣やその指導の必要性を理解する。
- (iv) 脳血管障害に見られる抑うつや意欲低下による生活機能の低下の可能性を理解する。

【項目のポイント】

- ・ICF の考え方に基づき、収集した情報を整理し関係性を理解していく。事例を通して、脳血管障害でよくみられる心身障害、動作能力、日常生活活動などの関係性、環境因子や個人因子、健康状態の影響などについて、個人ワーク・グループワークを通して学習する。

(ウ) 生活ニーズと目標

(a) 生活ニーズの把握

- (i) 利用者や介護者等との面接、アセスメントの結果から、利用者の生活上の困りごととその要因を明らかにしながら、生活ニーズを抽出していく。
- (ii) 脳血管障害では、これまでの治療やリハビリテーションの結果などから、利用者の残存能力や代償の方法などから、より自立した生活を支援する視点を重要視する。
- (iii) 利用者の様々な可能性を重視し、生活の質の向上を意識する。
- (iv) 脳血管障害の生活障害は多様であるため、潜在化しているニーズの把握が重要であることを理解する。

(b) 目標の設定

- (i) 利用者の希望、現在の能力や到達可能な能力、生活状況などから、具体的な目標を設定する。
- (ii) 脳血管障害発症からの過程で、身体機能の回復と生活機能の向上、心理状態の回復の過程が一致しないため、目標の設定は到達可能であることの重要性を理解する。
- (iii) 段階的な目標設定により、より意欲的な生活を支援する。

【項目のポイント】

- ・アセスメントの結果から生活ニーズを把握し目標を設定していく。事例を通して、利用者自身が意識している生活課題と潜在化しているニーズを把握することの重要性と、脳血管障害の回復過程に応じた具体的で到達可能な目標の設定の必要性について、個人ワーク・グループワークで学習する。

③居宅サービス計画原案作成	
(ア)利用者・家族の意向	(a) 基本的なケアマネジメントのプロセスに沿って、利用者や介護者等との面接などの結果から、言語化し、同意を得た内容を記載する。
(イ)総合的援助方針	(a) 脳血管障害の回復の過程や経過などから、利用者や介護者の心理的状況に配慮し、自立を支援するとともに意欲的に取り組める内容とする。 (b) 脳血管障害の発症により、生活が大きく変容していること。利用者自身の生活の質の向上を念頭に置きながら、介護者の介護負担にも配慮し、その軽減の方法を検討し、在宅生活の継続性を意識する。
(ウ)解決すべき課題	(a) 生活ニーズを列挙した上で、特に利用者の希望や要望、悪循環の原因となるもの、生活上で欠かせないものなどの解決の優先性を説明する。 (b) 合意にいたらないニーズについても支援の過程で、必要性について意識できるように支援する。
(エ)長期目標と短期目標	(a) 生活課題の解決に向けて、具体的で到達可能な目標になっているか。 (b) 利用者や介護者・家族等が理解しやすく、段階的に意欲的に取り組むことができる内容になっているか。 (c) サービス事業者にとっても、各個別サービス計画において、設定しやすい内容になっているか。
(オ)サービス内容と種別・期間	(a) サービス内容全体が自立支援に向けた内容になっているか。 (b) 目標達成に向けたサービス種別の選択、サービス内容になっているか。 (c) 目標達成に必要な期間設定されており、また妥当な期間となっているか。 (d) 利用者のストレングスや家族の役割、インフォーマルサービスなど多様な内容となっているか。

【項目のポイント】

- ・ 脳血管障害の典型的な事例について、居宅サービス計画書を作成していく。面接やアセスメントの結果、脳血管障害の回復過程に応じた具体的で意欲的に取り組める内容になるよう、また目標やサービス内容が具体的で、利用者や介護者、インフォーマルサービスを含めた適切で多様なサービス種別が設定できるか、個人ワーク・グループワークで学習する。

④サービス担当者会議	
(ア)サービス計画に対する情報・意見の反映、調整	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者や介護者・家族の意向はもとより、医師からの意見(主治医意見書の内容を含む)やリハビリテーション専門職、看護師、栄養士等からの情報や助言を参考に同意を進めていく必要がある。 ・脳血管障害の利用者では、多くの専門各種が関わっていることが多く、それらの意見や助言を踏まえながら、利用者の意向に沿う形での調整を行う。
(イ)退院退所時を含めたカンファレンスの必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・脳血管障害に限らず、在宅生活に向けた意見調整が非常に重要である。 ・そのため、入院時の情報提供を行うとともに、退院退所に向けたカンファレンスに出席するとともに必要な情報提供に努める。

【項目のポイント】

- ・ 脳血管障害の典型的な事例について、サービス担当者会議の基本的な流れに沿って学習する。退院退所時を含めた医療機関等で実施されるカンファレンスとの関連も含めて、利用者や介護者・家族、主治医やリハビリテーション専門職など多様な意見調整の必要性を学習する。

⑤サービスの提供や介入
(ア) サービス計画の反映 (a) 各サービスの個別サービス計画との関連性 (i) 個別リハビリテーション計画との関連性 ・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション等を利用する際には、居宅サービス計画との連動性と共に、各サービス計画同士の関連性にも配慮する。 (ii) 個別サービス計画の確認とそれぞれの計画の整合性 ・他の介護サービスとの関連性についても、自立に向けた適切な計画となるように配慮する。 (iii) 具体的な目標及びサービス内容の確認 (b) 調整の必要性
(イ) サービスの実施と報告 (a) 適切なサービス実施状況の把握 (b) サービス内容についての問題の有無の把握
(ウ) 介護支援専門員の間接的関与

【項目のポイント】

- ・脳血管障害の典型的な事例について、作成したサービス計画に沿って設定した目標に対して、適切なサービス内容であることを把握するとともに、介護支援専門員も間接的に関与していくことの必要性を学習する。

⑥モニタリング
(ア) サービスの提供状況 (a) 計画に沿った、適切なサービス提供状況の把握 (b) サービス提供上の問題や課題の有無の把握
(イ) 目標の達成状況 (a) 短期目標の到達状況の把握 (i) 設定した短期目標をどの程度達成しているか (ii) 短期目標を達成していない場合の原因と修正の必要性 (b) 利用者の生活状況全体と変化の把握 (i) 特に、リハビリテーションサービスを利用している場合は、利用者の心身機能や生活機能の改善などの効果について把握する。 (c) 介護者や家族の介護状況及び変化の把握 (d) 新たな課題の有無や保留していた課題が顕在化していないかを確認
(ウ) サービス計画の修正の検討 (a) 修正の必要性を検討し、必要に応じた修正を行う。 (b) 計画を継続する場合にも確認し、利用者や家族等に説明し合意を得る。

【項目のポイント】

- ・サービス担当者会議の基本的な流れに沿って学習する。退院退所時を含めた医療機関等で実施されるカンファレンスとの関連も含めて、利用者や介護者・家族、主治医やリハビリテーション専門職など多様な意見調整の必要性を学習する。

⑦ 終結・フォローアップ
(ア) 終結 (a) 利用者の死亡 (b) 利用者の転居、施設入所 (c) 再評価の結果による終結
(イ) フォローアップの必要性
【項目のポイント】
・ 実際のケアマネジメントの中で、看取りや施設入所等との変更がある。ケアマネジメント全体の評価を行うとともに終結の可能性を探る。サービス終了後のフォローアップの必要性を検討する。
(2) 地域包括ケアシステムへの展開
地域包括ケアシステムは、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が一体的に提供され、利用者の住み慣れた地域で暮らすことができることを目的としている。ここでは、この5つの視点に沿って、自立支援に資するケアマネジメントを実践していく必要性に触れていく。
ア すまい
(ア) 利用者や家族の希望や生活機能などに基づいて、住み慣れた地域で暮らし続けることができるための支援となっているか
(イ) 自宅での生活を中心に、サービス付き高齢者住宅などを含む様々な住まい方の提案や検討がされているか
(ウ) 脳血管障害の利用者では、病前の生活状況との変化が大きい場合が多いため、利用者の生活機能に応じ、またその能力の維持向上が図れる生活環境であることを考慮する
② 医療
(ア) 利用者の疾病の状態、発症からの期間、関連する疾患の有無などに応じて、必要な医療が適切に提供されているか
(イ) 利用者の心身機能や能力の向上が十分に図られるように適切な助言・指導が得られているか
(ウ) 脳血管障害の多くは、高血圧症や糖尿病などの疾患との関係性が高いため、病状の悪化や再発のリスクを考慮した内容となっているか
③ 介護
(ア) 利用者の心身機能、能力の向上や維持に資する介護サービスの内容となっているか
(イ) 介護者・家族の介護負担の軽減を踏まえ、適切な介護方法の検討や指導、レスパイト等が考慮されているか
(ウ) 介護保険サービス以外のサポートも含めたサービス内容の検討となっているか
④ 予防
(ア) 脳血管障害に伴う様々な心身機能の維持・向上が図られる内容となっているか
(イ) 特に、閉じこもりや生活不活発病に伴う心身機能や活動性の低下の防止の必要性を考慮しているか
⑤ 生活支援
(ア) 利用者の生活上の困り事は、生活全般において検討が必要である。
(イ) 脳血管障害においては、身体機能や動作能力ばかりでなく、高次脳機能や心理面も含めた生活全般での暮らしにくさがないかを検討しておく必要がある。
(ウ) 介護保険外のサービスや制度、インフォーマルサポートなどを活用し、利用者の生活全体を支援していく必要性を考慮しているか

5. 科目のポイント

- 本研修の受講者像を踏まえて、今後必要となる基本的な知識や技術の必要性を理解できるように研修を実施する。
- 本研修をもって、知識を増やすというよりも、医療職その他の専門職との連携の中での情報収集、助言等の必要性を理解し、継続的かつ主体的に学習を行えるように配慮する。
- 受講者自身が現在の状況を振り返りながら、地域の中での指導や助言を受けながら、徐々に実践力を高めるための準備を行う。
- 脳血管障害の利用者のケアマネジメントを行っていく上で、疾病や心身症状の特性、療養上の留意点など継続的に学習することの重要性を踏まえ、受講者自身が主体的に取り組めるように講義・振り返りを行う。
- リハビリテーションや医療的ケアを含めた、チームアプローチの必要性が理解できるように、また、ケアマネジメントの各プロセスで見られやすい状態や見落としがちなポイント・留意点を解説する。
- 脳血管障害の事例を用いて、情報の収集と分析を重点的に行う。
- 見られやすい状態や見落としがちなポイントを踏まえて、情報が不足している場合のアセスメントや居宅サービス計画を用いて問題点を解説する。
- 適切に収集された情報に基づいたアセスメントや居宅サービス計画との比較から、情報収集と分析の重要性とポイントを解説する。
- 課題分析の視点、居宅サービス計画への具体的な展開方法など支援に当たってのポイントを振り返る。

6. 講義・演習の展開例 (300分)

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の目的、修得目標を確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標を確認	
講義	40分	(1)知識・技術の基本的理解 ○脳血管障害の分類、主な症状 ○脳血管障害の治療、よく見られる医療的ケア ○脳血管の障害発表	①②③
講義・演習	45分	(1)知識・技術の基本的理解 ○脳血管障害のリハビリテーション ○介護保険分野でのリハビリテーション ○多職種協働(チームアプローチ)による対応 ●理解を深めるミニワーク	③⑤⑥
講義	40分	(2)実践的に活用する上での留意点 ○ケアマネジメント各プロセスにおける留意点	⑥⑦
演習	55分	(2)実践的に活用する上での留意点 ○脳血管障害に関する事例の情報収集のポイント ●事例の読み込み 事例の概要、支援記録(相談記録)、基本情報	⑥⑦
演習	60分	(2)実践的に活用する上での留意点 ●脳血管障害に関する事例の情報収集と課題抽出ポイント① ・情報が不十分な事例のアセスメント記録、居宅サービス計画例 ・情報が不十分な事例から必要な情報が得られているかを分析する ・情報収集と分析、課題抽出の問題点を理解する。	⑥⑦
講義・演習	30分	(2)実践的に活用する上での留意点 ●脳血管障害に関する事例の情報収集と課題抽出のポイント② ・情報を追加した事例のアセスメント記録、居宅サービス計画例 ・情報が追加されたことで、整理・分析、課題抽出にどう影響したか	⑥⑦
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントについて講義	

<参考文献>

- 脳卒中合同ガイドライン委員会(篠原幸人委員長)編『脳卒中治療ガイドライン』、2009
- 木村彰男監修『脳卒中のリハビリと生活』、主婦と友社、2008
- 東京都リハビリテーション協議会 研修テキスト検討部会(安保雅博部長)編『事例から学ぶ!脳卒中のリハビリテーション』、東京都地域リハビリテーション支援事業、2014
- 高橋泰・遠藤征也・木村隆次 編著『疾患別 ケアマネジメント基礎講座 Vol.1 脳血管障害、糖尿病、がん末期』、一般社団法人 日本介護支援専門員協会、2010

後期	⑮-3 ケアマネジメントの展開 「認知症に関する事例」	講義・演習 5時間
-----------	--	----------------------

1. 目的

認知症の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

2. 内容

- ・認知症の器質的障害種類別の原因、症状、改善可能性、症状の進行並びに薬物療法の有効性、留意点及び副作用について理解する。
- ・認知症における療養上の留意点、倫理的な対応及び起こりやすい課題に関する講義を行う。
- ・認知症ケアにおける医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。
- ・認知症の事例におけるアセスメントや課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。
- ・独居で認知症の利用者等に対するアプローチの視点や方法を理解する。
- ・認知症の利用者と居宅している家族に対する支援や地域への配慮と協働の視点を持ったケアマネジメントの具体的な方法を修得する。
- ・認知症に伴う行動・心理症状(BPSD)に対するアプローチの視点及びケアの手法を理解する。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	
専門研修課程Ⅰ	⑥ケアマネジメント演習「認知症に関する事例」
専門研修課程Ⅱ	②ケアマネジメントにおける実践事例の研究および発表「認知症に関する事例」
主任介護支援専門員研修	⑨個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開
主任介護支援専門員更新研修	②-3 主任介護支援専門員としての実践に振り返りと指導・支援「認知症に関する事例」

(2) 修得目標				
修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
① 4つの代表的な認知症について、その特徴とケアのポイントを述べることができる。	●			
② 認知症における療養上の留意点・倫理的な対応及び、起こりやすい課題について説明できる。	●		●	
③ 独居で認知症の利用者等におけるアプローチの視点や方法について説明できる。	●			
④ 認知症の利用者と同居している家族に対する支援や地域への配慮と協働の必要性について説明できる。	●		●	
⑤ 認知症ケアの考え方にに基づき、ケアマネジメントへの展開方法のポイント（倫理的な対応、医療職をはじめとする多職種連携、行動・心理症状（BPSD）、環境調整へのアプローチ等について説明できる。	●	●	●	
⑥ 認知症の特性に応じたポイントを踏まえてケアマネジメントプロセスを実施できる。	●	●	●	
⑦ 継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べるができる。	●	●	●	※具体的内容には対応しないが、本 科目の振り返りで確認できること (研修記録シートへの記入等)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

(1) 知識・技術の基本的理解

① 知症とは

- ・認知症は、ICD-10 および DSM-IV-TR 等において定義づけされている。
- ・認知症の原因疾患別は 70 種類以上あるが、代表的な認知症はアルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などである。
- ・治療可能な認知症としては正常圧水頭症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症、ビタミン B12 欠乏症、髄膜炎・脳炎などがある。
- ・統合失調症、双極性障害など精神疾患は認知症と異なる。
- ・認知症と区別すべき病態としては、うつ状態、せん妄がある。
- ・MCI(軽度認知障害)について理解する。
- ・若年性認知症の特徴を理解する。

②中核症状と行動・心理状況(BPSD)

(ア)中核症状

(a)記憶障害

- ・即時記憶、近時記憶、遠隔記憶、陳述記憶、エピソード記憶、意味記憶、手続き記憶、作業記憶など

(b)失語

- ・健忘性失語、感覚性失語、運動性失語など

(c)失行

- ・構成失行、着衣失行など

(d)失認

(e)遂行機能障害

(f)見当識障害

- ・時間の見当識障害、場所の見当識障害、人物の見当識障害

(イ)BPSD

(a)行動症状

- ・攻撃的行動、暴言、不穏・興奮、焦燥、徘徊、収集癖、脱抑制、異食・過食、不潔行為、意欲低下、睡眠障害

(b)心理症状

- ・不安、うつ状態、幻覚、幻視、幻聴、妄想

(c)身体的情報

- ・麻痺等の有無、拘縮の有無、口腔の状況、嚥下の状況、視覚・聴覚、痛み、便秘、不眠、空腹

(d)コミュニケーション能力

② 認知症の特徴

- ・アルツハイマー型認知症:緩徐に進行する記憶障害がある。
- ・血管性認知症:認知症が段階的に悪化する。意欲低下、まだら認知症
- ・レビー小体型認知症:初期に幻覚(特に幻視)や妄想が出現、パーキンソン症状がある。
- ・前頭側頭型認知症:行動抑制がきかなくなる。

【項目のポイント】

- ・介護支援専門員が認知症の利用者の担当する場合に、診断名が付いていないことが少なくない。しかし、原因疾患によってケアの方向性が異なるために、出来るだけ診断を受ける事が望ましい。そのために、主治医との連携を図り認知症疾患センターなどで診断を受ける事も視野に入れておく。
- ・基礎資格となる実務経験や介護支援専門員実務研修受講資格試験でも一定程度学習している内容である。限られた時間で効果的な研修とするため、後述の内容を理解する上で最低限必要な内容の確認に留める。知識の確認のために必要に応じて事前課題や簡単な筆記試験を活用することも考えられる。

④認知症と医療及びケア

(ア)認知症の療養上の留意点

- ・認知症の治療には薬物療法と非薬物療法がある。
- ・主な非薬物療法としては、バリデーション療法、リアリティーオリエンテーション、回想法、音楽療法、認知刺激療法、運動療法、絵画療法、園芸療法、リハビリテーションなどがある。
- ・薬物療法を採用している場合は、薬物の有効性、留意点、薬の副作用を把握しておくことが重要であり、それを主治医に確認しておく必要がある。
- ・高齢者が認知症以外の慢性疾患を有している場合は、認知症状がそうした慢性疾患の療養に影響を与え

る恐れがあるため、療養上の留意点を把握しておくことが重要である。

- ・療養上把握しておくべき医療関係の情報としては、現病歴、既往歴、かかりつけ医、受診状況、バイタルサイン等の一般状況、治療上の注意点(特に禁忌事項等)、健康上の留意点、(認知症進行阻害薬以外の)服薬状況がある。

(イ) 認知症のケアのポイントと留意点

- ・パーソンセンタードケアの重要性を理解する。
- ・認知症の利用者の尊厳を保持する事に留意する。
- ・認知症の利用者の意向を適切に把握する。
- ・介護している家族の意向を把握し、利用者の意向と対立しないように調整することができるようにする。

【項目のポイント】

- ・本科目で学習すべきポイントは、認知症を有する高齢者が療養および日常生活を送る上でどのような具体的な影響があるかを理解してもらうことにある。したがって、認知症の疾患の分類や治療法の知識の説明以上に、療養上留意すべき点つまり主治医等に確認すべき事項が何かを伝えることに重点を置く。

⑤ 認知症の利用者と家族への支援

(ア) 独居の認知症利用者への支援

- ・認知症である利用者の生活上の課題を適切に把握し居宅サービス計画を作成する。
- ・独居生活で予測されるリスクを関係者全員で共有し、あらかじめ排除できるようにする。
- ・担当の民生児童委員と連携を図り、それまでの生活上で利用者が大事にしていることを把握する。
- ・フォーマルサービスやインフォーマルサービスを組み合わせたチームでの支援の重要性を理解する。

(イ) 同居家族に対する支援

- ・認知症要介護者の家族がたどる4段階の心理的過程を知る。
- ・同居家族の介護負担軽減に取り組む。
- ・家族が閉じこもらないように、地域への働きかけを行う。

【項目のポイント】

- ・認知症のケアは、利用者中心の考え方を守る事が重要である。認知症で利用者の意思の確認が出来なくても、利用者の権利侵害が起きないように配慮する。また、家族を第2の対象者として捉え、介護負担の軽減を図る事で在宅生活の限界点の引き上げを意識するように伝える。

⑥ 認知症ケアの視点及びケアマネジメントへの展開のポイント

(ア) BPSDへのアプローチの視点

- ・BPSDへのアプローチでは、現にあるBPSDを抑え込もうとするのではなく、BPSDを起こす原因と背景を把握・分析し、その課題を解決するために必要なケアをコーディネートすることが基本となる。
- ・BPSDを起こす原因と背景を把握・分析する際に活用できるツールとしては、センター方式、ひもときシートといったものがある。
- ・BPSDへの理解と対応方法を介護している家族に説明し、取り組んでいけるようにサポートする。BPSDは改善できることをきちんと伝える。(イ) 認知症ケアにおける多職種協働)
- ・認知症ケアは、多職種が協働して取り組むことが基本である。
- ・連携する医療職として、かかりつけ医、認知症専門医、認知症サポート医、訪問歯科医師、訪問看護師、訪問薬剤師、訪問リハ職などがある。
- ・地域包括支援センターや、認知症地域生活推進員、認知症初期集中支援チームなどの専門職が関わる。
- ・地域においては、認知症サポーターや民生児童委員や地域住民なども支援のチームに関わることもある。

【項目のポイント】

- 本科目で学習すべきポイントは、認知症を有する高齢者が療養および日常生活を送る上でどのような具体的な影響があるかを理解してもらうことにある。したがって、認知症の疾患の分類や治療法の知識の説明以上に、療養上留意すべき点つまり主治医等に確認すべき事項が何かを伝えることに重点を置く。
- BPSD は誰にでも起こることではなく、色々な阻害要因が合って引き起こされることを説明する。介護支援専門員が説明出来ない場合は、主治医との連携で説明してもらう事も必要になる。また、主治医だけでなく認知症専門医の協力を得る事も視野に入れておく。

(ウ) 認知症に関わる社会資源

- 認知症に関わる社会資源は、介護保険サービスに関わる資源だけでなく、医療に関する資源、インフォーマルな支援など様々なものがある。
- 認知症高齢者のケアに活用されることが多い介護保険サービスとしては、地域包括支援センターをはじめ、デイサービス、デイケア、認知症デイ、訪問介護、訪問看護、ショートステイ、福祉用具、小規模多機能型サービス、グループホーム、老人保健施設、特別養護老人ホームといったものがある。
- 認知症に関わる医療資源としては認知症疾患医療センターがある。
- 認知症に関わるインフォーマル支援として特に理解しておくべきものとしては認知症サポーター、見守り隊、傾聴ボランティアなどがある。
- 認知症である利用者の支援は地域全体で取り組むことが重要である。地域のサポートとは、認知症である利用者を直接支える地域の見守り体制、認知症サポーター、徘徊高齢者 SOS ネットワークといったものがある。
- 介護する家族を地域が支える仕組みや、認知症高齢者のケアに携わる介護職同士の連携を支える仕組み、介護職と他の専門職との連携を支える仕組みなど、重層的な仕組みを構築し、それを活用することが必要である。
- 認知症カフェや認知症の人と家族の会が主催する「つどい」など、地域で行われる支援活動を紹介する。
- 電話相談や市町村が行っている相談場所を紹介する。

(エ) 介護保険制度以外の他制度の活用

- 認知症に関して活用できる他制度として、日常生活自立支援事業、成年後見制度などがある。経済状態の困窮など必要な場合は生活保護制度なども活用する。
- 若年性認知症においては、障害者制度が活用できることを理解する。
- 認知症の新しい施策「オレンジプラン」を理解する。
- 認知症ケアパス、認知症初期集中支援チーム、若年性認知症施策などを理解する。

【項目のポイント】

- 受講者によって基礎資格における認知症高齢者への援助経験に差異があることを踏まえ、BPSD に対するケアの基本的な方針を確認することが必要である。また、認知症高齢者のケアは多職種協働で進めるものであるとの基本認識をしっかりとってもらうことが重要である。
- その上で、介護支援専門員には、認知症高齢者の生活の状況に応じて多様な社会資源をコーディネートすることが期待されることから、介護保険サービスはもとより医療や福祉、インフォーマル支援等様々な社会資源を活用した認知症ケアの展開方法を知ってもらうことに重点を置く。なお、理解を深めるため、事例を活用して、様々な社会資源の具体的な活用方法を示すといった工夫も効果的である。
- 他制度の利用にも目を向けるように指導する。

(2) 実践的に活用する上での留意点**① インテーク**

- ・初回面接においては、認知症のある利用者と家族との信頼関係を樹立することが最も重要である。
- ・認知症である利用者の会話能力を判断しながら、利用者及び家族の主訴を確認する。

② セサメント**(ア) アセスメントの手法**

- ・アセスメントは情報の収集・整理と分析、ニーズの抽出で構成される。
- ・アセスメントの過程の中で、認知症の利用者および家族の意向を把握する。
- ・アセスメントは利用者・家族だけではなく、関わっているチームメンバーが協働で行う。
- ・言語的アセスメントだけではなく、利用者の行動を観察し、行動の意図を探る。
- ・情報を収集・整理する際は、センター方式の活用方法などが有効である。
- ・収集・整理した情報を分析しニーズを抽出する際は、ひもときシートや課題整理総括表等を活用することが有効である。

【項目のポイント】

- ・まず、アセスメントには情報収集・整理から分析、ニーズ把握といった複合的な作業が含まれていることを確認する。その上で、認知症のアセスメントでは情報の収集と分析が特に難しいことを踏まえ、情報の収集と分析に活用できる具体的なツールを紹介する。また、地域ケア会議への参加など多専門職から指導を受ける機会を増やすことも重要である。
- ・実際の介護現場では、認知症の初期には家族の拒否や否定が起こる事を理解し、家族の心理的過程を学ぶ事も重要である。
- ・なお情報の収集や分析へのツールの活用においては、受講者に実務で活用してもらうことを念頭に、事例を交えた演習を行い、後述するように留意すべきアセスメント項目が何かを理解してもらうように工夫する。

(イ) アセスメント上の留意点**(a) 情報収集の方法**

- ・主介護者・キーパーソンを中心に多職種で情報を収集する。
- ・利用者利用者の言葉や行動を丁寧に観察する。
- ・これまでの生活歴や生活習慣を知っている人から出来るだけ多く情報を収集する。

(b) 基本情報

- ・氏名・年齢・性別、要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、住所など。
- ・経済状況は介護だけでなく、これからの生活をどの様に継続していくかに関わるので、丁寧に説明をして必要最小限の情報を聞き取る。

(c) 生活歴等

- ・生活歴、職歴、趣味、スポーツ、社交、宗教、入院・入所前の生活状況などを聞き取る。
- ・これまでの人生の中でどのような変化があったか聞き取る。
- ・利用者の特徴を明確にするようなエピソードを聞き取る。
- ・ライフスタイルや利用者のこだわりも聞き取る。

(d) 人間関係

- ・主介護者・キーパーソンとの関係性、家族構成、友人・知人、周囲の人、援助者などを聞き取る。
- ・介護力は、現在介護を行っている人だけではなく、サポートしてくれる人がいるか聞き取る。

- (e) 留意すべき疾患と治療
- ・認知症者の生活に影響を与える一般的疾患(糖尿病、心疾患)、かかりつけ医、受診状況、バイタルサインなどの一般状況を聞き取る
 - ・治療上の注意点、(認知症進行阻害薬以外の)服薬状況、薬の副作用の可能性などを聞き取る。
- (f) 留意すべき心身の状況
- ・睡眠障害、脱水、嚥下障害、肺炎、感染症、排泄障害、転倒リスク、口腔機能の低下、皮膚トラブル、低栄養、摂食障害、便秘などの影響がないか把握する。
- (g) コミュニケーション能力
- ・言語的理解と非言語的メッセージの理解がどのくらい可能か把握する。
 - ・長い文章の理解が出来なくても簡単な単語の理解は出来る事があるので、必ず最初に利用者に話しかける。
- (h) 五感への影響
- ・視覚、聴覚、味覚、嗅覚、触覚に対する影響がどのようにあるか把握する。
 - ・五感への影響は、利用者が自覚しないうちに行動変化を起こす可能性があるため、様子観察を丁寧に行う。騒々しい場所では落ち着かなくなったり、視野に利用者の恐怖心を刺激するような場面が映ったりすると突然逃げ出そうとすることもあるので、日常生活の変化に気を付ける。
 - ・利用者にとっての居心地の良い状態はどのような状態なのか知っておく。
- (i) 精神・心理的側面
- ・心理的背景、性格、気質などの影響を把握する。
- (j) 留意すべき活動と参加の状況
- (i) ADL・セルフケア
- ・食事、身体的清潔、排泄、更衣、口腔ケアなどがどのくらい自立して行えるか把握する。
- (ii) IADL 全般
- ・服薬、買い物、調理、掃除・片づけ・ゴミ出し、役割、ペットの世話などを把握する。
- (k) 物的環境
- ・住環境、住まい方・生活様式、なじみの器具・物品、居住地周辺環境などを把握する。

③ 居宅サービス計画原案作成

- (ア) 利用者・家族の意向
- ・優先順位のつけ方、介護保険サービスの選び方、他制度の活用方法、チームアプローチが認知症である利用者の意向を反映できているか、家族の意向が中心になっていないか確認する。
- (イ) 総合的援助方針
- ・認知症利用者利用者の意向に添い自立支援を目標としたケアの方向を明確にする。
 - ・徘徊のリスクなどがある場合は緊急連絡先や連絡網を記載しておく。
- (ウ) 解決すべき課題
- ・生活ニーズに関して介護支援専門員が専門職として把握したものと利用者・家族のニーズの摺合せを行う。
 - ・出来ないところだけを抽出したり、BPSD の対応だけにならないように気を付けて、利用者が楽しく暮らせるようなニーズを把握する。
- (エ) 長期目標と短期目標
- ・長期目標では、具体的で居宅サービス計画の期間で到達可能な目標を設定するよう意識する。
 - ・短期目標では、段階的に取り組んでいく事で、長期目標の達成が可能になるような内容にする。
 - ・短期目標は評価出来るように具体的に記載し、少しでも達成感を感じる事が認知症でも出来るという自己効力感につながることを理解する。

(オ) サービス内容と種別・期間

- ・サービス内容は具体的で、認知症利用者が一緒に取り組めるように配慮する。
- ・サービス種別は公的介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサービスなどが含まれているか確認する。

【項目のポイント】

- ・介護保険サービスの選び方、他制度の活用方法など留意点を検討しながら原案を作成していく。認知症の典型的な事例を用いて、アセスメントの留意点や居宅サービス計画作成の手法を学べるように演習を組み立てる。
- ・チームアプローチでサポートできるようにサービス種別を工夫しながら作成する。

④ サービス担当者会議

- ・利用者の意向の確認、家族の介護負担の軽減、対応方法の明確化・共有を図り、主治医や多専門職の意見を参考にして、目標の共有化を図る。

⑤ サービスの提供や介入

- ・個別サービス計画の確認、具体的サービス内容の確認を行う。
- ・認知症の要介護者にとって、なじみの関係や適切な環境作りが重要なので、細かな利用者の情報を共有しておく。

⑥ モニタリング

- ・利用者の状況変化、家族の介護状況、修正の必要性、サービスの提供状況などを把握する。
- ・目標の達成状況を把握する。認知症である利用者に直接尋ねても回答がない場合は、サービス提供時の様子から、利用者に合っているか、楽しんでいるかなどを確認する。

⑦ 評価

- ・短期目標の到達状況、利用者の生活状況が安定しているか確認する。
- ・利用者主体の選択と決定ができていることを確認する。
- ・虐待の疑いにおける通報義務などを理解している。

【項目のポイント】

- ・実際のケアマネジメントの過程では、介護支援専門員が一人で行う事よりも多職種チームで情報を共有しながら行うということをグループワークを通して学んでもらう。

(3) 地域包括ケアシステムへの展開

① 今後の認知症施策の方向性について

- ・「認知症になっても利用者の意思が尊重され、出来る限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続ける事が出来る社会」の実現を目指すという基本目標を理解する。
- ・この基本目標の実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進める事により、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパスを構築する事を、基本目標とする。
- ・早期診断・早期対応が重要であることを理解する。
- ・地域生活を支える医療サービスや介護サービスの構築を図っていく。

② 地域包括ケアシステムの5つの視点と4つの支援

- ・介護サービス及びリハビリテーションの組み合わせにより、認知症のリハビリテーションの効果がある事を知る。
- ・認知症においては医療との連携が重要であることを知る。
- ・認知症予防の推進に配慮する。
- ・地域における見守りなど多様な生活支援サービスを確保する。
- ・認知症になっても自宅で暮らし続ける支援や、それまでの人間関係が途切れないような住み替えを支援する。
- ・地域の中で、「自助」「互助」「共助」「公助」を組み合わせる支援する事を理解する。

5. 科目のポイント

① 講義におけるポイント

- ・認知症の種類別の原因、生活行為の改善可能性および進行、薬物療法・非薬物療法の有効性と留意点、副作用についての講義を行った上で演習を展開する。
- ・演習に当たっては、課題整理総括表、評価表等を活用し、課題分析を通じたニーズの抽出やモニタリング時の評価における考え方の理解につなげる。
- ・認知症の特性等に関しては、医療的な内容に踏み込みすぎず、ケアマネジメントを行う上で必要な基本的知識についての理解につながるよう留意する。

② 演習におけるポイント

(ア) 本科目の演習で重視すべき点の考え方

- ・実務研修の修了者は指導的な立場の熟練介護支援専門員や主任介護支援専門員のいる環境で従事する機会が多いと考えられる。
- ・また、認知症高齢者のケアマネジメントにおいて、まずは利用者・家族との関係構築が何よりも重要である。
- ・したがって、本科目の演習では、各プロセスにおける留意点の中でも特に、以下の点の修得が確実に行われるように展開する。
 - (a) 認知症高齢者の活動と参加の具体的状況の理解(普段の生活における現れ方、リスクの理解)
 - (b) 利用者中心の考え方に基づく情報収集の視点(BPSDにとらわれ過ぎない情報収集の視点)
 - (c) 介護支援専門員の役割の説明

(イ) 具体的な展開

- (a) 本科目では、「(2)実践的に活用する上での留意点」のうち、特に情報収集と分析の部分の修得に力点を置き、その点を説明しやすい事例を選択して用いることとする。

【本科目の演習において特に修得すべき点】

演習で用いる事例には、以下のような点を説明できる事例を選択する。

- 見落としがちな認知症高齢者における活動と参加への影響の表れ方があること
- 利用者視点の情報と家族視点の情報が異なる場合があること
- 主介護者とキーパーソンが異なる場合があること

(b) 演習で利用する素材の例

- 相談記録、基本情報、アセスメント、居宅サービス計画

※いずれも不十分なパターン(前)と十分なパターン(後)の2種類を用意する。

(c) 演習の具体的な展開例

(i) まずは情報収集が不足している場合の相談記録等を示した上で、表面的に分析した場合のアセスメントや居宅サービス計画を示し、その問題点を解説する。

(ii) 次に、追加された情報に基づいて適切に情報の整理と分析を行った場合の、見直し後のアセスメントや居宅サービス計画を示し、情報の収集と分析の重要性の理解を促す。

なお、学習効果を高めるため、見直し後の事例を示す際に基本的な知識と理解の振り返りと確認のためのミニワークを挟むといった工夫も行う。

6. 講義・演習の展開例 (300分)

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○講義の目的、修得目標を確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
講義	30分	(1) 知識・技術の基本的理解 ○認知症とは ○主な認知症の特徴 ○認知症と医療及びケア	①②
講義	30分	(1) 知識・技術の基本的理解 ○中核症状と行動・心理症状(BPSD)、 ○認知症である利用者と家族への支援 ○認知症ケアの視点及びケアマネジメントの展開のポイント	③④⑤
講義・演習	50分	(2) 実践的に活用する上での留意点 ●事例の読み込み ※以下の講義・演習の学習効果を高めるため、事例(相談記録、基本情報)の読み込みの時間を取る。 ○インテークとアセスメント ・利用者の能力の把握 ●認知症による生活場面への影響と、活動と参加の理解 (グループワーク)	③④⑤⑥
講義・演習	60分	(2) 実践的に活用する上での留意点 ○アセスメント ・個人因子(生活歴、今までの役割、性格)を把握することの重要性の理解 ・利用者視点と家族視点の情報の違いの理解 ●主介護者とキーパーソンが異なる場合があることの理解 (グループワーク)	②③④ ⑤⑥
講義・演習	50分	(2) 実践的に活用する上での留意点 ○居宅サービス計画原案作成～評価 ・望ましい療養環境の整備と、在宅生活を継続させる視点の理解 ・認知症ケアに関わる社会資源の理解 ・認知症ケアにおける医療連携をはじめとする多職種協働のポイントの理解 ●理解を深めるミニワーク ※基礎資格における実務経験が異なることに配慮し、受講者から多職種協働や社会資源の具体例を出し合ってもらおう等の工夫を行う。	③④⑤⑥
講義・演習	50分	(3) 地域包括ケアシステムへの展開 ○今後の認知症施策の方向性	③⑤⑥⑦

		<p>○地域包括ケアシステムの5つの視点と4つの支援</p> <p>(2) 実践的に活用する上での留意点</p> <p>○認知症に関する事例における情報の収集と分析、課題抽出のポイントの理解</p> <p>○ポイントを理解するための演習</p> <p>・不十分事例と十分事例を用いた、情報の収集・分析と課題抽出のポイントの解説 (グループワーク)</p>	
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントについて講義	

<参考文献>

○山口晴保編著、佐土根郎・松沼記代・山上哲也著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント第2版」共同医書出版社、2010

後 期	⑮-4 ケアマネジメントの展開 「筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例」	講義・演習 5時間
----------------	--	----------------------

1. 目的

筋骨格系疾患及び廃用症候群の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

2. 内容

- ・筋骨格系疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害及び予防・改善方法や、廃用症候群の原因、生活をする上での障害及び予防・改善方法に関する講義を行う。
- ・筋骨格系疾患や廃用症候群における療養上の留意点や起こりやすい課題に関する講義を行う。
- ・筋骨格系疾患や廃用症候群の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用方法等についての講義を行う。
- ・リハビリテーション、福祉用具などを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。
- ・筋骨格系疾患や廃用症候群の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員 研修	
主任介護支援専門員 更新研修	

(2) 修得目標				
修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
① 筋骨格系の疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害及び予防・改善方法や特徴について説明できる。	●			(1)
② 廃用症候群の原因、生活をする上での障害及び予防・改善方法について説明できる。	●			(1)
③ 筋骨格系疾患や廃用症候群の予防や改善方法について説明できる。	●	●	●	(1)
④ 筋骨格系疾患や廃用症候群における療養上の留意点について説明できる。	●	●		(1)
⑤ 筋骨格系疾患や廃用症候群におけるリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用方法について説明できる。	●	●		(2)
⑥ 筋骨格系疾患や廃用症候群の特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法を実施できる。	●	●	●	(2)
⑦ 継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べることができる。	●	●	●	※具体的内容には対応しないが、本科目の振り返りで確認できること (研修記録シートへの記入等)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

(1) 知識・技術の基本的理解

① 筋骨格系疾患

(ア) 筋骨格系(運動器障害)の役割と構造

- ・生活動作や行為は、ヒトの運動によるものである。
- ・運動器とは、身体運動に関わる骨、筋肉、関節、神経などの総称で、ヒトの移動や生活上の種々の動作を円滑に行うためにそれぞれの役割をもっている。
- ・運動器のうち特に関節(骨、関節、靭帯、付着する筋肉や腱)の構造と機能及び末梢神経系の働きについて理解する。

【項目のポイント】

- ・高齢者に多い骨関節系の疾患を理解するために必要な運動器の最小限度の構造と機能を、図等を用いて説明する。

<高齢者に多い疾患>

- ・変形性股関節症、変形性膝関節症、関節リウマチ、骨粗鬆症、脊椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折、後縦靭帯骨化症、脊髄損傷

(イ) 変形性股関節症

- ・股関節の構造(関節軟骨の変性・摩耗、滑膜の炎症、関節周囲の骨軟骨形成等)が障害され、痛みや歩行障害をきたす。
- ・原因:先天性要因(先天性股関節脱臼、臼蓋形成不全)または後天性要因(大腿骨頸部骨折、化膿性関節炎、突発性大腿骨頭壊死など)
- ・症状:股関節の痛み、股関節の可動域制限、歩行障害(跛行)、股関節の可動域は内旋外転の制限から起こり、伸展・屈曲制限が見られるようになる。
- ・治療:薬物療法(消炎鎮痛剤)、杖の使用、減量を含めた生活指導、温熱療法、股関節周囲筋の筋力強化等の運動療法、外科的手術(骨切り術、人工関節全置換術等)

【項目のポイント】

- ・起居、移乗、移動の生活上の困難さ(起床時の痛み、歩行開始時の痛み(歩いていると軽減する)、症状が進むと長歩さで痛みが続くようになる、悪化すると痛みのために歩行制限が出てくる等)について具体的に説明する。
- ・肥満の解消のための栄養指導、運動習慣の獲得、杖等の歩行補助具の活用について解説する。

(ウ) 変形性膝関節症

- ・膝関節の構造(関節軟骨の変性・摩耗、滑膜の炎症、関節周囲の骨軟骨形成等)が障害され、痛みや歩行障害をきたす。
- ・高齢女性に多く、高齢者の痛みを伴う膝関節疾患で最も多い。
- ・原因は、関節軟骨の加齢による変形と摩耗等の退行性変化に、骨棘形成などの増殖性変化や滑膜炎が加わり、疼痛と機能障害をきたす。
- ・症状:膝関節の痛み、引っかかり感、膝関節の腫れ、可動性制限、歩行障害、筋力低下(膝の慢性疼痛が続くと筋肉の委縮を生じ、とくに大腿四頭筋の筋力低下が著名となる)。
- ・治療:減量を含めた生活指導、運動療法、理学療法、装具療法(内反型に対する外側楔状足底板アーチサポート、杖、膝装具)、薬物療法、外科的療法(骨切り術、人工膝関節置換術等)

【項目のポイント】

- ・症状の進行に伴う生活上の困難さ(初期はこわばり感、朝の起床時、歩行開始時の疼痛。進行により階段昇降、和式トイレや正座などで膝を強く曲げた時や長時間の歩行などでの疼痛、末期では平地歩行でも疼痛がみられる等)について具体的に説明する。

(エ) 関節リウマチ

- ・進行性の多発性関節炎で、進行により骨や軟骨が破壊され、関節の痛み、腫れ、変形により日常生活の障害をきたす。関節だけでなく、微熱、食欲不振、貧血などを生じる全身性の疾患である。
- ・女性に多い。
- ・症状:関節の痛み、腫れ、変形。運動は、動作の始めは関節等がこわばって動かしにくく、使っているうちに動かせるようになるといった「こわばり」、症状の日内変動や日差変動があるのが特徴である。
- ・治療:根本的な治療法はなく、日常生活をできるだけ不自由なく送れるようにすることを目標に、薬物療法(非ステロイド系抗炎症剤、副腎皮質ステロイド剤、抗リウマチ剤)、リハビリテーション(温熱療法、関節可動域訓練、筋力増強訓練、補装具や自助具の活用、関節保護テクニックの指導)、手術療法(滑膜切除術、人工関節置換術)などが行われる。

【項目のポイント】

- 定期的に医療機関にかかり、適切な治療を継続する必要があること、また、関節保護のための環境整備（住宅改修、福祉用具の活用）や動作（関節に負担をかけない起居・移動動作等）を習慣づけることの重要性の理解を促す。
- 日内変動や日差変動及び運動と安静のバランスに留意した居宅サービス計画作成の重要性を説明する。

(オ) 骨粗鬆症

- カルシウム不足から骨密度が減少し、骨折しやすくなる病気で、寝たきりの重要な原因である。
- 骨量（骨密度）は、18歳をピークに徐々に減るが、20～30%減って骨折しやすくなると初めて骨粗鬆症と診断される。女性に多く、年齢とともに頻度が増加する。
- 症状：通常、更年期以降に自覚症状が現れ、立ち上がりや重い物を持つときの背中や腰の痛みから始まり、徐々に背中が曲がっていきます。進行すると激しい腰痛で寝込んだり、少しの転倒で骨折を起こしたりしやすくなる。
- 予防・治療：適度な運動、食生活の改善（カルシウム、を多く含む食品（乳製品、魚類、豆腐、納豆、炒り胡麻、小松菜等）の摂取）、日光浴、薬物療法（骨吸収を抑える、骨形成を助ける薬剤）。

【項目のポイント】

- おむつ交換の他動的な股関節の開排動作や移乗介助のときなどに加わる少しの外力で骨折を起こしてしまうことがあるなどの生活上の留意点を理解してもらう。
- 居宅サービス計画では、食生活の改善と適度な運動を促すとともに、転倒しにくい環境を整え、骨折を予防することが重要であることを説明する。

(カ) 脊椎圧迫骨折

- 脊椎の椎体が上下方法に圧迫変形した状態で、胸椎の中ほどと胸椎・腰部移行部付近が好発部位である。
- 骨粗鬆症による骨折のうち脊椎の圧迫骨折がもっとも多い。
- 症状：急性期の疼痛は背部痛や腰痛で、日常的な活動に大きな支障をきたす。急性期の疼痛を伴わずに変形のみが進行することもある。脊椎の圧迫骨折による変形は、ほとんどが脊椎後弯の増強である。（東京大学出版新老年学第3版2010年1月）
- 治療：コルセット等による保存療法が基本である。

【項目のポイント】

- 身長低下や外見の変化のみならず、重心が前方に移動するため、起居・移乗・移動時にバランスが悪く転倒しやすくなる。また、脊柱の後弯により腹腔が圧迫され、逆流性食道炎の頻度が上昇する、「前かがみ」の姿勢は、腹筋群の緊張を低下させやすい状態をもたらす、便秘の原因につながる可能性もあるなどの生活障害について理解を促す。（東京大学出版新老年学第3版2010年1月）

(キ) 大腿骨頸部骨折

- 大腿骨頸部骨折は、転倒して受傷することが多く、内側骨折と外側骨折に分類される。
- 単純X線写真、断層写真、MRIなどにより診断される。全国の年間発生頻度は、1987年の5万人強から2002年には11万人以上に増加しており、特に65歳以上で急激な増加がみられている。
- 大腿骨頸部骨折は、寝たきりの主要な原因であり、臥床に伴い、認知症の引き金になる。

- ・加齢による視力低下、筋力・平衡感覚の低下、薬物の副作用、不適切な生活環境などにより転倒して受傷することが多い。
- ・治療：一般に内側骨折では人工関節置換術、外側骨折では強固な内固定具による骨接合術が行われる。全身状態の評価が済み次第、可能な限り早期に手術を行い、適切な術前術後のリハビリテーションにより早期離床が図られる。
- ・転倒予防のための環境整備が重要である。

【項目のポイント】

- ・骨粗鬆症の予防・治療とともに住環境整備による転倒予防の対策を具体的に示し、その重要性について理解を促す。

(ク)後縦靭帯骨化症

- ・脊椎椎体後面を上下に走る後縦靭帯の骨化により、脊髓の通り道である脊柱管が狭くなり、神経が圧迫されて知覚障害や運動障害が起こる。また、脊椎の可動性が制限される。
- ・好発部位は頸椎で、次いで胸椎にみられ、腰椎には少ない。一方黄色靭帯骨化は下部胸椎に多く、頸椎ではまれである。
- ・40歳以上の男性に多く、徐々に増悪する。原因は不明。
- ・頸椎部の骨化では、頸部・肩、上肢の痛みやしびれから始まり、進行すると上下肢の麻痺、排尿・排便障害が加わる。転倒を契機として急に症状が悪化することもあり、注意が必要である。
- ・治療：頸椎装具、頸椎牽引、消炎鎮痛剤、筋弛緩剤などにより治療されるが、症状が強い場合は神経の圧迫を取る、又固定する手術が行われる。

【項目のポイント】

- ・運動障害（頸髄圧迫または胸髄圧迫による下肢の長策路徴候（longtractsign）、錐体路障害）、感覚障害（温痛覚障害、深部感覚障害）による、日常生活の困難さを具体的に示し、障害の理解を促す。
例）階段を下りるのが怖くなり手すりを要する。ちょっとした段差につまずきやすい、スリッパが脱げやすい。
- ・ボタンが留めにくい、箸で小さいものをつまみにくい、書字がしにくい、小銭が扱いにくい等。

(ケ)脊髄損傷

- ・外力により脊髄が損傷され、運動麻痺、感覚障害等を生じる疾患である。
- ・損傷部位により障害程度が異なり、頸髄損傷では四肢麻痺、それ以下では両下肢麻痺（対麻痺）となり、排尿・排せつ障害、起立性低血圧などの自律神経系の障害などがみられる。
- ・転落、交通事故、スポーツ事故により起こるが、転倒などの軽微な外傷によって頸髄損傷となることもある。
- ・損傷の程度は、完全麻痺、不全麻痺など様々であるが、軽微な外傷による高齢者の頸髄損傷では中心性頸髄損傷となることもしばしばみられる。（東京大学出版新老年学第3版 2010年1月廃用症候群）
- ・中心性頸髄損傷は、上肢の異常感覚が主症状で、上肢の筋力低下も併発する。下肢の症状はないか、あっても軽度である。
- ・治療：急性期には、損傷部位を牽引、コルセットまたは手術による固定。呼吸障害、尿路感染、褥瘡、腸の麻痺（イレウス）などの合併症が起こりやすく、その予防と治療が大切である。日常生活の自立度を高めるために早期からのリハビリテーションが不可欠である。

【項目のポイント】

- ・第6頸髄損傷以下では車いすでの日常生活自立、第12胸髄損傷では松葉杖での歩行、第3腰髄損傷では装具や杖を使つての歩行が可能など、損傷部位と機能障害レベルの関連性の理解とともに、交感神経系の障害、排尿・排せつ障害等の理解を促す。

②廃用症候群(生活不活発病)

(ア) 症状

- ・身体の不活動状態により生ずる二次的障害を廃用症候群(生活不活発病)という。
- ・廃用症候群が呈する症候は、運動器系、循環器系、呼吸器系、消化器系、泌尿器系、内分泌・代謝系、精神・神経系など多岐にわたる。
- ・長期にわたる不活動は、骨格筋の機能低下により移動能力障害をもたらし活動性を低下させる。心肺機能をはじめとする諸臓器機能低下による生理的变化が進行し、活動性の低下を助長させ、不活動の悪循環が生じる。(東京大学出版新老年学第3版 2010年1月廃用症候群)
- ・廃用症候群(活動性の低下、不動による臓器への影響)
- ・運動器系への影響(筋力低下、筋萎縮、骨萎縮、関節拘縮)
- ・循環器系への影響(起立性低血圧)
- ・呼吸器系への影響(無気肺、沈下性肺炎、誤嚥性肺炎)
- ・消化器系への影響(逆流性食道炎、食欲低下、栄養障害、便秘)
- ・泌尿器系への影響(尿路結石、尿路感染症、尿失禁)
- ・内分泌・代謝系への影響(耐糖能・代謝率の低下、易感染電解質・ホルモンバランス・タンパク質の変化)
- ・精神・神経系への影響(うつ、せん妄、見当識障害、不安、幻覚、睡眠覚醒リズム障害)
- ・皮膚(褥瘡)

【項目のポイント】

- ・身体を動かさないこと、不活動による各器官・臓器への影響とともに、悪循環に陥ることを示す。たとえ介助が必要な状況であっても、生活上でなるべく自身の心身を動かすことの重要性の理解を促す。
- ・また、廃用症候群は、規則的運動習慣と活動量の拡大によって回復しうるため、早期に身体的・精神的活動量を見直し、多くの人と接触できる機会や精神的賦活化ができる環境づくりの重要性を示す。

(イ) 筋萎縮

- ・筋繊維数の減少ではなく筋繊維径の縮小により生じ、姿勢の保持と歩行に関係する抗重力筋に強く起こる。高齢者の骨格筋においても、運動負荷により筋繊維の肥大を伴う筋力増強が起こり、運動効果が期待できる。
- ・不要な臥床をさせず日常の活動性を高めることが予防として重要である。(東京大学出版新老年学第3版 2010年1月廃用症候群 pp659)

(ウ) 骨萎縮

- ・不動・非荷重下では、骨吸収が亢進し骨萎縮が進み、骨折しやすくなる。
- ・骨量を維持・増加させるためには、荷重運動が効果的であり、短時間で間隔をあげながら頻回に行う負荷がよい。(東京大学出版新老年学第3版 2010年1月廃用症候群 pp659)

(エ) 関節拘縮

- ・関節の可動性の低下は、関節周囲の皮膚や筋肉、靭帯等の軟部組織変性により拘縮と呼ばれる。関節自体の軟骨や骨端部が直接癒着すると強直と呼ばれ、不可逆的変化となる。

<ul style="list-style-type: none"> ・予防と改善には早期から関節可動域訓練を開始し、各関節で全可動域について 1 日 1-2 回動かすとよい。高齢者では生理的可動域減少があることに注意し、痛みや違和感の出現をみながら負荷をかけないようにする。(東京大学出版新老年学第 3 版 2010 年1月廃用症候群 pp659)
<p>(オ)循環器への影響(起立性低血圧)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不活発、不動による循環血量低下と血管運動調整機能障害、心筋機能の低下は、起立性低血圧を引き起こす。(東京大学出版新老年学第 3 版 2010 年1月廃用症候群 pp659)
<p>(カ)呼吸器への影響</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不活発、不動による筋力低下は呼吸筋にも生じ、とくに、背臥位による胸郭の可動性制限は肺活量や最大換気量を減少させる。(東京大学出版新老年学第 3 版 2010 年1月廃用症候群 pp659)
<p>(キ)消化器への影響</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不活発、不動による交感神経系亢進の結果、腸管蠕動運動は低下し、括約筋の収縮が増加するため、栄養吸収率は低下し、体重減少、便秘等が認められる。とくに臥床の姿勢は食物の通過時間を遅延させ、胃での通過時間は立位に比較して約 60%延長し、逆流性食道炎や食欲低下に影響する。
<p>(ク)うつ、不安、見当識障害、せん妄、睡眠覚醒リズム障害</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅内閉じこもりは、身体活動の低下と感覚入力の減少、社会的孤立状態を作り出す。 ・脳機能は低下し、不安や意欲低下、集中力の低下、感覚鈍麻、うつ状態、知的機能の活動性減退をきたし、やがては認知症へと進行する。とくに時間や場所などの社会的・時間的手がかりについての感覚が低下すると、見当識や睡眠覚醒リズムが阻害される。また、現実の認識ができなくなると幻覚や妄想が出現しやすい。(東京大学出版新老年学第 3 版 2010 年1月廃用症候群 pp659)
<p>(ケ)褥瘡</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発生要因: 圧迫、不潔・湿潤、摩擦・ずれ、栄養不良 ・好発部位: 後頭、肩、肩甲骨、脊椎、腸骨、仙骨、大腿骨大転子、尾骨、踵骨 ・予防: 長時間同じ姿勢でないように配慮すること、発生要因を改善、除去する。 ・外的刺激に対する皮膚の耐久性を高めるためにスキンケアと栄養状態の管理が必要である。 ・スキンケア: ①失禁の原因追求と対処②機械的刺激の除去③皮膚浸軟の防止④科学的刺激の除去(適切な失禁用具の選択)(医学書院総合リハビリテーション 35 巻 10 号pp1153~11592007 褥瘡大桑麻由美立野勝彦)

(2) 実践的に活用する上での留意点

① インテーク

- ・特に関節リウマチなど慢性進行性の経過を示す疾患の場合は、既往歴とともに生活歴の聞き取りが大切である。

② アセスメント

- ・骨折や脊髄損傷などの急性発症で生活上の障害が生じたのか、その他の筋骨格系疾患や廃用症候群で生じた障害なのかあるいは双方が原因であるのかを把握する。
- ・急性発症の場合は回復期～生活期での状態像の変化、慢性進行性の場合はこれまでの経過からの障害の今後の変化を念頭に置き、アセスメントすることが大切である。
- ・疾患の医学的管理が適切に行われているかを把握する。
- ・関節リウマチなど、状態像が一日の間や週の間で変化するため、丁寧にアセスメントを行う。

③ 居宅サービス計画原案作成

- ・廃用症候群では、心身の活動性を上げることともに、これまでの生活習慣を変更するために楽しみ・やりがい等の意欲の向上にも着目したプランを作成する。
- ・廃用症候群では活動性の向上により状態が改善するため、生活動作をできる限り自力で行うといった短期目標を定めるようにする。

④ サービス担当者会議

- ・かかりつけ医、看護師、理学療法士、作業療法士等の医療専門職から関節疾患等による痛み等への対応について意見をもらい、行ってよい動作、避けたほうがよい動作、安静の仕方等、日常生活の支援方法を検討する。
- ・とくに、過度な安静や生活動作を他人に依存することは廃用症候群を助長することになることを常に念頭に置き、支援内容を検討する。

⑤ モニタリング

- ・廃用症候群は適切な支援により改善し、状態像が変化することを念頭におき、モニタリングを実施する。

(3) 地域包括ケアシステムへの展開

① 多職種協働、地域での活動やアプローチ、地域課題、併用する制度と活用のポイント

- ・骨関節系疾患及び廃用症候群は、生活習慣の改善による予防が有効である。
- ・予防には、食習慣の改善、運動機会の確保、生きがいの創出が大切で、スポーツジム、健康教室、自治会活動等の介護保険サービスに依らない社会資源の活用が必要である。

5. 科目のポイント

① 筋骨格系疾患及び廃用症候群の医学的知識に関する理解の促進

- ・運動器の構成要素、機能について図等を用いて示すとともに、各疾患の原因と症状について説明する。
- ・廃用症候群は、筋力低下、関節拘縮等、運動器の機能低下については、骨格系疾患と関連づけて解説してもよい。
- ・疾患の背景として、加齢に伴う心身の変化については解説するとともに、予防的視点をおさえる。
- ・とくに、廃用症候群では、脳血管障害・外傷等の急性発症疾患とは異なり、風邪をひいて臥床する、気分の落ち込みで外出を控えることなどが悪循環のきっかけになりうることを示し、適切なタイミングでの介入の必要性を示す。

②演習におけるポイント

- ・疾患特性による生活障害を予測し、できることを増やす視点でのプランを促す。
- ・筋骨格系疾患では発症からの経緯、診療情報が生活障害の状況把握に必須であるため、医療情報の収集を促す。

6. 講義・演習の展開例（300分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の講義・演習の目的、修得目標を確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
講義・演習	80分	(1)知識・技術の基本的理解 ○筋骨格系疾患 ・筋骨格系疾患の種類、原因、症状、生活について ・筋骨格系疾患における予防・改善方法 ・筋骨格系疾患における療養上の留意点や起こりやすい課題 ●理解を深めるミニワーク	①②③④
講義・演習	80分	(1)知識・技術の基本的理解 ○廃用症候群 ・廃用症候群の原因、生活について ・廃用症候群における予防・改善方法 ・廃用症候群における療養上の留意点や起こりやすい課題 ●理解を深めるミニワーク	①②③④
演習	80分	(2)実践的に活用する上での留意点 ●事例概要説明 ●事例の読み込み ●事例の情報収集と課題分析	⑤⑥
演習	30分	●発表・解説	⑤⑥
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントについて講義	

<参考文献>

- 『新老年学第3版』(大内尉義、秋山弘子、折茂肇編)、東京大学出版、2010
- 『六訂 介護支援専門員基本テキスト』(介護支援専門員テキスト編集委員会)、長寿社会開発センター、2012
- 『新老年学第3版』(大内尉義、秋山弘子、折茂肇編)、廃用症候群、東京大学出版、2010

後期	⑮-5 ケアマネジメントの展開 「内臓の機能不全(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)に関する事例」	講義・演習 5時間
-----------	--	----------------------

1. 目的

内臓の機能不全に係る各疾患・症候群(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

2. 内容

- ・内臓の機能不全に係る各疾患・症候群(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)の原因や症状、症状の進行、生活障害の程度と身体機能の関係についての講義を行う。
- ・疾患相互の影響、高齢者の生理(生活上の留意点)との関係、療養上の留意点及び起こりやすい課題に関する講義を行う。
- ・医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。
- ・内臓の機能不全に係る疾患・症候群を有する方に対するアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点を理解する。
- ・各疾患・症候群における生活習慣を改善する為のアプローチの方法(利用者の動機付け、家族の理解の促進等)を修得する。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	

(2) 修得目標				
修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①内臓の機能不全に係る各疾患・症候群(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病)の種類、原因、症状について説明できる。	●			(1)
②内臓の機能不全等の生活をする上での障害及び予防・改善方法について説明できる。	●			(1)
③内臓の機能不全等における療養上の留意点について説明できる。	●			(1)
④内臓の機能不全等における生活習慣を改善するための方法について説明できる。	●	●		(1)
⑤内臓の機能不全等の特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法を実施できる	●	●	●	(2)(3)
⑥継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べることができる。	●	●		※具体的内容には対応しないが、本科目の振り返りで確認できること (研修記録シートへの記入等)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

(1) 知識・技術の基本的理解

①内臓の機能不全とは

- ・本講義での「内臓の機能不全」とは、高齢者が一般的に罹患している可能性が高い内科的疾患を総称する。具体的には、糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病とし、それらの各疾患・症候群について学習する。

【項目のポイント】

- ・本講義での「内臓の機能不全」という言葉の定義を明確にして、講義を開始する。

②糖尿病

(ア) 糖尿病の概要

- ・糖尿病は、インスリン作用の絶対的あるいは相対的不足によって、糖の代謝障害(血糖値の異常)を来す疾患である
- ・1型糖尿病(インスリン依存型)と2型糖尿病(インスリン非依存型)に大別される。
- ・高齢期に発症の糖尿病は2型糖尿病が多く、遺伝が関与していると言われ、肥満、運動不足、老化、妊娠、感染症、ストレスなどが発症因子となる。[よくわかる内科, ページ: 238]

(イ) 糖尿病の症状

- ・主要症状は、口渇、多飲、多尿、全身倦怠感などである。
- ・血糖のコントロールの悪化が遷延すると体重減少も認められる。
- ・糖尿病の3大合併症として、網膜症、神経障害、腎障害がある。
- ・高血糖が悪化すると糖尿病性昏睡となることもある。

(ウ) 診断および治療

- ・糖尿病の診断は慢性の高血糖を確認し、症状、検査所見、家族歴、体重歴などを参考として総合的に判断する [科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013]
- ・検査では、空腹時血糖、HbA1c、糖負荷試験などがある。
- ・HbA1c は2014年から国際標準値 (NGSP) が用いられており、HbA1c (NGSP) 6.5%以上を糖尿病型と判定する。 [糖尿病治療ガイド 2014-2015, ページ: 18]
- ・糖尿病の治療は食事療法、運動療法及び薬物療法を行う。
- ・食事療法は必要なカロリーを患者それぞれに検討し、各種栄養素が適正に含まれるよう指導する。
- ・薬物療法は血糖降下剤などの内服治療とインスリンを自己注射するインスリン療法がある。近年多くの内服薬が開発されており、必要に応じて処方される。

(エ) アセスメント及び居宅サービス計画作成における留意点

- ・主治医と連携し、利用者の糖尿病コントロールの状態を把握することが重要である。
- ・糖尿病の場合、食事療法が治療の基本となる。必要摂取カロリーなども確認し、それに応じた食生活を支援する。
- ・インスリンを投与している利用者の場合、特に低血糖症状の発現は生命に関わることも多い。低血糖症状が起きた場合の対処方法なども確認する。

【項目のポイント】

- ・糖尿病の概要を理解し、一般的な症状や治療方法を理解できるようにする。また、食事療法、服薬やインスリン治療に関する注意点などを理解しアセスメントできるようになることが重要である。

③ 高血圧

(ア) 高血圧の概要

- ・高血圧症とは血圧が正常範囲を超えて高く維持されている状態である。
- ・本態性高血圧症と二次性高血圧症とがある。
- ・本態性高血圧とは老化に伴う動脈硬化によって高血圧を起こす疾患である。
- ・本態性高血圧症の原因は不明であるが、生活習慣なども影響する。
- ・二次性高血圧症は腎疾患や神経疾患など血圧上昇を招く疾患により高血圧状態となる。
[よくわかる内科, ページ: 72]
- ・現在日本では4300万人が高血圧と推定されており、脳卒中、心臓病、腎臓病の強力な原因疾患である。
[高血圧治療ガイドライン 2014, ページ: 7]
- ・日本人の高血圧の特徴として食塩の過剰摂取があげられている。
[高血圧治療ガイドライン 2014, ページ: 12]

(イ) 高血圧の症状

- ・高血圧は一般的に無症状のことも多い。
- ・高血圧自体での症状は心悸亢進(動機)、息切れなどである。
- ・脳の細動脈硬化により脳の循環障害をきたすと頭痛、めまい、耳鳴りなどを来すことがある。
[よくわかる内科, ページ: 72]

(ウ) 診断および治療

- ・高血圧と診断するには正しい血圧測定が必要である。
- ・血圧測定は安静座位の状態で行う。
- ・診察時の血圧は高い値となることも多く、白衣高血圧とも呼ばれている。
- ・診察室血圧と家庭血圧の間に差がある場合、家庭血圧を重視する場合もある。
- ・目標する血圧の値は患者の年齢、基礎疾患などにより異なる。
- ・高血圧治療ガイドラインを参照し、治療を行うことが多い。

- ・高血圧治療は、生活習慣の修正と降圧薬治療により行われ、降圧薬治療の開始時期は個々の患者の状態に応じて決定される。[高血圧治療ガイドライン 2014, ページ: 32]

(エ) アセスメント及び居宅サービス計画作成における留意点

- ・主治医と連携し、利用者の血圧コントロールの状態を把握することが重要である。
- ・食事における塩分制限の有無などを確認し、必要に応じて減塩食などを検討する。
- ・現行のガイドラインでは、病院以外での血圧も治療の参考にされており、関係者に血圧測定の実施の必要性を周知することも重要である。

【項目のポイント】

- ・もっとも多く遭遇する疾病のひとつである高血圧の概要を正しく理解する。
- ・目標とする血圧は利用者それぞれ異なっていることが多く、また多剤内服する場合も多いために、かかりつけ医との連携が重要となる。血圧管理の重要性を、生活習慣を含めアセスメントできるように指導する。

④脂質異常症

(ア) 脂質異常症の概要

- ・脂質異常症は、血液中に含まれる脂質が過剰、もしくは不足している状態を指す。
- ・2007年7月に高脂血症から脂質異常症に改名された。
- ・LDL コレステロール(いわゆる悪玉コレステロール)の高値だけでなく、HDL コレステロール(善玉コレステロール)の低値も異常として取り扱われるようになった。
- ・脂質異常症は、動脈硬化を進行させ、狭心症、心筋梗塞などの心疾患や脳血管疾患の原因となる。
[今日の治療薬 2014, ページ: 361]

(イ) 脂質異常症の症状

- ・脂質異常症自体は症状を呈さないことが多い。
- ・著明な LDL コレステロール上昇では、眼瞼、肘・膝関節、アキレス腱などに黄色腫(黄色に盛り上がる結節)が見られることがある。[ガイドライン外来診療 2010, ページ: 211]

(ウ) 診断および治療

- ・空腹時の血液検査にて LDL、HDL、中性脂肪の値を測定して診断する。
- ・狭心症などの冠動脈疾患や糖尿病、腎臓病、脳血管疾患などを罹患している状況により脂質管理目標値が異なる。
- ・食事療法、運動療法を基本とし、患者の状態に応じて薬物療法を行う。
[今日の治療薬 2014, ページ: 367]

(エ) アセスメント及び居宅サービス計画作成における留意点

- ・主治医と連携し、利用者の脂質異常の状態を把握することが重要である。
- ・脂質異常症は、症状を呈することがほとんどなく、利用者自身が疾患を意識することが少ない。しかし狭心症や脳梗塞症などを罹患されている場合、再発予防のためには、適切にコントロールされることが求められたために、食事の適正化や確実な服薬が必要となる。

【項目のポイント】

- ・脂質異常症の概要を理解することができるようになる。その他の疾患と同様、生活習慣管理への介入の重要性を理解する。

⑤心疾患

(ア)心疾患の概要

- ・心疾患は心臓機能が障害される病気の総称である。
- ・心臓は休むことなく動き続けるポンプであり、同じリズムをできるだけ維持し続けて、全身に血液を送り酸素や栄養を循環させる。
- ・ポンプの力が低下したり、拍動するリズムが不整となることにより、全身に有効な血液を送ることができなくなる状態を心疾患として扱う。
- ・心疾患には、虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞)、心臓弁膜症、不整脈などがあり、それぞれの疾患が原因となり心機能が悪化し、心拍出量が低下した状態を心不全という。
- ・虚血性心疾患とは、心臓の筋肉に血液を送る動脈(冠状動脈)が狭くなったり(狭窄)、塞がったりする(閉塞)ために、心筋が血流(酸素)不足に陥る状態である。冠状動脈が狭窄により、心筋が一時的に酸素不足に陥るのが狭心症で、冠状動脈が完全に閉塞してしまう状態が心筋梗塞である。
- ・心臓は4つの部屋(心房・心室)があり、各部屋の出口には膜でできた弁により血液の逆流を防いでいる。心臓弁膜症とは、何らかの原因により弁が損傷し、血液の通過障害や逆流が起きている状態ある。損傷する弁膜の部位や状態(狭窄・閉鎖不全)により症状は異なる。
- ・不整脈とは、心拍数やリズムが一定でない状態のことである。症状を呈さず、治療を必要としないものから、致命的な状態となり早急に対処が必要なものもある。高齢者で多くみられる不整脈のひとつに心房細動がある。心房細動は心臓の中に血栓を形成し、脳梗塞の原因となることもあるので、しっかりとした管理が必要である。
- ・心疾患により心臓のポンプ機能が低下する状態が心不全である。心不全には急性心不全と慢性心不全とがある。

(イ)心疾患の症状

- ・急性心不全の症状は急激な心機能の低下により起こり、低血圧、尿量の低下、四肢冷感などや肺に血液が停滞しておこる肺水腫により呼吸困難、起座呼吸などを呈する。
- ・慢性心不全では、易疲労感、四肢冷感、浮腫、労作時呼吸困難あるいは食欲不振なども見られることがある。
- ・心不全の状態を表すために、NYHA 心臓機能分類(ニューヨーク心臓協会/NewYork Heart Association)を用いられることも多い。

(a) I 度

- ・心疾患はあるが身体活動に制限はない。
- ・日常的な身体活動では著しい疲労、動悸、息切れ、呼吸困難あるいは狭心痛を生じない。

(b) II 度

- ・軽度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。
- ・日常的な身体活動で疲労、動悸、息切れ、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。

(c) III 度

- ・高度な身体活動の制限がある。安静時には無症状。
- ・日常的な身体活動以下の労作で疲労、動悸、息切れ、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。

(d) IV 度

- ・心疾患のためいかなる身体活動も制限される。
- ・心不全症状や狭心症状が安静時にも存在する。わずかな労作でこれらの症状は増悪する。

[ガイドライン外来診療 2010, ページ: 427]

- ・虚血性心疾患(狭心症)の症状は胸痛のほか、重苦しさ、圧迫感、締めつけ感、息苦しさなどの不快感も多い。糖尿病患者や高齢者では胸痛を訴えない(無症候性心筋虚血)こともある。胸痛の部位は前胸部が多く、放散痛としては下顎、頸部、左肩、心窩部などに出現する。

(ウ) 診断および治療

- ・心臓の検査は胸部レントゲン、心電図、心エコーなどを行う。胸部レントゲンでは、心臓の大きさや肺うっ血の状態の把握を行う。心電図は、不整脈の有無や虚血性心疾患の診断に用いる。また心エコーでは心臓弁膜症の状態や心臓の収縮力などが詳細に把握できる。その他必要に応じて、入院にて冠動脈造影検査を行う。
- ・治療は疾患やその状態により異なるが、心疾患を有する在宅の高齢者は内服治療が基本となる。症状の変化や状態の悪化に応じて入院治療が必要となる。虚血性心疾患の場合は、心臓カテーテル治療や外科的手術などが行われる。入院治療の判断は主治医が決定するが、症状の報告や内服状況など、正確な情報提供が、入院治療の可否に大変重要となる。

(エ) アセスメント及び居宅サービス計画作成における留意点

- ・主治医と連携し、利用者の循環器疾患の状態を把握することが重要である。
- ・心機能が低下している場合、可能な運動量などを把握し、日常生活動作の支援や運動プログラムなどを検討する。
- ・心疾患の場合、状態の変化が急激に起こり、重篤な状態になることも多いため、緊急時の対応なども確認することが望ましい。

【項目のポイント】

- ・心臓機能の基本的なことを理解し、心疾患の概要について説明する。心疾患は広範であるため、詳細な内容は適時追加する。急変時の症状を医療職に正確に伝えることの重要性を理解する。

⑥ 呼吸器疾患

(ア) 呼吸器疾患の概要

- ・呼吸器疾患とは、呼吸器(上気道、気管・気管支、肺、胸膜など)に起こる疾患の総称である。
- ・呼吸器の機能は、大気から酸素を取り込み、体内に生じた二酸化炭素を大気中に放出する営みであり、それをガス交換という。1回あたり500ml程度、1分間に7L程度大気を吸入換気する。
- ・加齢に伴い換気機能やガス交換機能が低下する。感染防御力の低下が起こる。
- ・高齢者は上気道炎や肺炎などの感染性呼吸器疾患に罹患しやすい。
- ・慢性閉塞性肺疾患(COPD)は肺気腫、慢性気管支炎を総称するものである。喫煙が原因となることが多く、男性に多い。

[日本医師会, 2008年]

(イ) 呼吸器疾患の症状

- ・呼吸器疾患の症状で多いものは、咳嗽、喀痰、労作時息切れなどがある。感染性の場合は発熱を伴うことも多い。
- ・高齢者の場合、かぜ症候群(急性鼻炎、急性咽喉頭炎、急性気管支炎など)を契機に、肺炎を罹患することがある。

(ウ) 診断および治療

- ・呼吸器疾患の検査は胸部レントゲン、胸部CTなどのレントゲン検査の他、肺機能の検査として肺活量や換気能力を測定するスパイロメトリーなどがある。
- ・呼吸器疾患の治療は、疾病病態に応じて、抗菌薬や気管支拡張剤などが用いられるが、近年ステロイドや気管支拡張剤の吸入薬を使用することが多くなっている。
- ・COPDなど罹患した患者で、酸素の取り込みが悪化している場合は、在宅酸素療法(HOME OXYGEN THERAPY: HOT)を行う。HOTは在宅に設置する酸素濃縮型と外出時にも使用できるボンベ型がある。患者の状態、生活範囲などにより、吸入流量や使用する機器が決められる。

(エ) アセスメント及び居宅サービス計画作成における留意点

- ・主治医と連携し、利用者の呼吸器疾患の状態を把握することが重要である。
- ・呼吸器疾患をもつ利用者は、感冒などにより容易に呼吸状態が悪化することもあり、感染予防なども検討することが必要である。
- ・吸入治療は呼吸器疾患においては大変重要となっているが、高齢者には理解しにくい場合もある。吸入服薬などの支援も検討する。
- ・在宅酸素療法が行われている場合、その留意点などを医療関係者に確認し、適正な利用を支援する。

【項目のポイント】

- ・呼吸器の基本的な機能を説明し、高齢者に特徴的な疾患を中心に説明する。また、治療では吸入薬や在宅酸素療法などを用いることも多くなっており、その支援の重要性などを理解する。

⑦ 腎臓病

(ア) 腎臓病の概要

- ・腎臓の機能は、体内の老廃物を血液から濾過し尿として排出する。老廃物とは、蛋白質が体内で代謝・分解されてできた窒素化合物(尿素やクレアチニン、尿酸)、体内での新陳代謝で生じた物質、体内に入った不要な薬物や毒物などである。
- ・腎臓は体内の水分やナトリウム、カルシウム、カリウムなどの電解質を常に一定に保つように、腎臓からの排泄量を調整している。また、血圧の調節や赤血球の成熟、骨の代謝に関与するホルモンを産生している。
- ・腎機能が慢性に障害されることを慢性腎臓病(CKD)という。腎機能がさらに悪化し、尿毒症症状を呈する病態を慢性腎不全という。
- ・急性腎不全とは急性(時間一日の単位)で悪化する状態で、急激な老廃物蓄積や体液電解質異常が起こり様々な症状を呈する。

(イ) 腎臓病の症状

- ・腎臓病の主な症状としては、たんぱく尿、血尿、浮腫、高血圧、尿量の変化(多尿・乏尿)などがみられる。
- ・腎臓病が著しく進行すると、老廃物の蓄積などにより尿毒症症状を呈する。
- ・尿毒症症状は全身倦怠感、疲労感、食欲低下、嘔気嘔吐、高血圧、呼吸困難、昏睡などがある。

(ウ) 診断および治療

- ・基本的に血液検査、及び尿検査で診断する。腎臓の形態異常などを調べるために超音波検査、CT検査なども行われる。
- ・腎臓病の治療の基本は食事療法、薬物療法である。食事療法は病態などにて異なるが、一般的に蛋白質、水分、食塩、カリウムなどを制限する。
- ・慢性腎不全で尿毒症症状が強くなる場合は、人工透析療法が行われる。透析療法には血液透析、腹膜透析などがある。[よくわかる内科, 2014年]他

(エ) アセスメント及び居宅サービス計画作成における留意点

- ・主治医と連携し、利用者の腎臓病の状態を把握することが重要である。
- ・腎臓病の場合、蛋白、ミネラル制限などの食事管理が重要となるため、各サービスで食事内容について十分な検討が求められる。
- ・透析療法が行われている利用者は、透析にかかる身体精神的負担を理解し、透析日、非透析日の対応など、医療関係者と十分に連携し居宅サービス計画を検討する必要がある。

【項目のポイント】

- ・腎疾患の基本的な概要を説明する。慢性腎不全の病態及び症状を理解し、食事療法の重要性を認識できるよう指導する。

⑧肝臓病

(ア)肝臓病の概要

- ・肝臓の機能は三大栄養素(タンパク質、脂質、糖質)の代謝及び貯蔵、胆汁の産生排出、薬剤、アルコール、あるいは腸管で産生された有害物質の解毒作用がある。
- ・肝臓の主な疾患には肝炎、肝硬変、肝細胞がん、脂肪肝などがある。
- ・B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルスによるものは慢性化することが多く、肝硬変、肝細胞がんなどを引き起こすことがある。肝細胞がんの80%近くは、これらの持続感染による。[消化器疾患診療のすべて、2013、ページ: 250]
- ・肝硬変は肝細胞が持続的に障害され、壊死してしまい結節状に硬化してしまう状態である。栄養の蓄積、解毒などの機能が低下する。
- ・肝細胞がんで、年間3万人程度が死亡し、ウイルス性肝炎が原因となっている場合がほとんどである。[消化器疾患診療のすべて、2013、ページ: 280]
- ・脂肪肝は、過食やアルコール多飲がその主な原因と言われている。

(イ)肝臓病の症状

- ・肝臓病で肝臓の機能が低下すると、食欲不振、倦怠感、腹部膨満感、赤褐色尿、黄疸、発熱、皮膚のかゆみなどがあらわれる。
- ・慢性肝炎の初期は症状を呈さないことも多い。
- ・肝硬変が悪化・進行すると腹水、浮腫、黄疸、肝性脳症などの肝不全症状を呈する。

(ウ)診断および治療

- ・肝疾患の検査では血液検査、腹部エコー、腹部CT検査などが行われる。
- ・ウイルス性肝炎ではインターフェロンなどの抗ウイルス治療が行われる場合がある。その場合、専門医による治療選択が必要となる。

(エ)アセスメント及び居宅サービス計画作成における留意点

- ・主治医と連携し、利用者の肝臓病の状態を把握することが重要である。
- ・肝疾患の状態に応じた対応が必要となるが、特に肝硬変の場合は、浮腫などの体液量や便の性状なども重要な項目であるために、利用者の状態の確認方法などを検討する。
- ・慢性C型肝炎の利用者の場合、血液暴露に注意する必要がある、関係者にしっかりと周知することが求められる。

【項目のポイント】

- ・肝臓病に対しての基本的な概要を説明する。肝臓病や各疾患の治療や生活上の注意点を理解できるよう指導する。

(2)ケアマネジメントの各プロセスにおける留意点

基本的なケアマネジメントプロセスに沿って実施していくが、内臓の機能不全に関わる疾患(以下内科的疾患と言い換え)は多くの高齢者が罹患している疾患群であり、また複数の疾患を重ねて加療されていることも多い。病態の維持改善並びに悪化予防の視点など主治医を中心とした医療関係職種よりの情報を活用することが重要である。

①インテーク

- ・高齢者の生活の維持には、疾病治療は不可欠であるが、常に最優先の課題となるわけではない。生活状況の聞き取りをする上で、治療状況や服薬状況などを確認しながら、病状状態を理解するように努める。
- ・利用者との信頼関係を構築していくための最初の関係作りであり、拙速に病気の事ばかりを伺うのではなく、生活状況の一部として疾患確認をする姿勢が必要である。

【項目のポイント】

- ・利用者との信頼関係を構築していくための最初の関係作りであり、拙速に病気の事ばかりを伺うのではなく、全体の生活状況の一部として疾患確認をする姿勢を理解できるようにする。

②アセスメント

- ・異なる内科的疾患を複数治療されていることもあるために、疾患毎の利用者の症状や治療状況を把握する。
- ・医療的課題のニーズの優先順位を検討するためには、疾患の状態が慢性期で安定している状態かあるいは不安定で治療方法が変化している状態かなどを確認することが重要である。
- ・高齢者の治療において服薬管理は重要であるが、利用者自身の状況によっては難しいこともあり、現在の服薬状況などは正確に把握する。
- ・医療機関への受診状況や頻度、手段なども確認する。
- ・利用者が自身の病気について理解していない事も多いため、家族などの関係者必要に応じて主治医を始め医療関係職種より、病状等について確認しアセスメントを行う必要がある。

③居宅サービス計画原案作成

- ・内科的疾患が安定している場合は、状態の維持を図るために生活上の支援で可能な内容をプランに盛り込むことが重要である。
- ・医療機関への受診、服薬管理、状態の変化時の対応など、病状や疾患それぞれのリスクに応じた内容を検討する。
- ・利用者が望む生活の実現のため、一つの重要なパーツが医療であり、状態に応じてその優先順位が変化することを理解し、居宅サービス計画を作成する。

④サービス担当者会議

- ・利用者、家族、主治医及び医療関係職種、介護サービス関係者が欠かさず参加することが望ましい。
- ・特にかかりつけ医から、病状の説明、予想されるリスクなどの説明を受け、関わる関係者が共通の理解を得ることが重要となる。
- ・服薬に援助を必要とする場合は、その服薬支援の方法、残薬の確認、かかりつけ医への報告の手段などを確認することができれば、有益な会議となる。

⑤サービス提供・介入

- ・課題に解決に当たっては、医療と介護の支援が連動して支援することが必要な場合もあることを踏まえ、支援の必要性や継続の必要性、医学的管理の必要性などの理解を促しつつ、自己決定を促す関わり、介入が重要である。

【項目のポイント】

- ・サービス担当者会議の基本的な流れに沿って学習する。退院退所時を含めた医療機関等で実施されるカンファレンスとの関連も含めて、利用者や介護者・家族、主治医やリハビリテーション専門職など多様な意見調整の必要性を学習する。

⑥モニタリング

- ・病状の変化はないか、服薬管理は問題なくてきていたか服薬における副作用等が原因で新たな課題が生じていないか、新たな疾患の可能性が生じていないかどうか等を把握し、予測できる課題の早期発見、早期対応となるように努める。

⑦終結・フォローアップ

- 一般的なケアマネジメントプロセスの終結に準ずることとなるが、疾患別の視点で考えると、疾患が治癒となる場合はそれに対しての支援は終了となる。しかし、疾患においては再発も起こりえるために、病状病態の変化を引き続きフォローすることも、ケアマネジメントにおいて重要な視点となる。

【項目のポイント】

- ・高齢者は複数疾患を罹患していることが多く、それぞれの疾患の重要性や関係性について、主治医をはじめとする医療職に確認しながらアセスメントする姿勢が重要である。介護支援専門員自身の医療職の経験の有無に関わらず、利用者を現在治療している医療職との連携は不可欠である。
- ・内臓の機能不全に係る慢性疾患の多くは普段の食事など生活習慣により改善、機能維持が可能となることも多いため、介護支援専門員として疾病のコントロールの視点を持つことも必要となる。食事療法の視点は各疾患が重篤となるに従い、重要性を増す。各サービスに食事提供について、どのような対応を求めるか、あるいはどのような対応ができるかなどをしっかりと把握する。
- ・高齢者は服薬管理が困難となる場合が多く、その服薬状況の確認やその手段や分担を検討し、しっかりと主治医へ伝えることも重要である。利用者の状態によっては服薬がどうしても難しい場合もあり、内服回数や薬剤の形態等を薬剤師とも連携し、変更を検討できるように促す。
- ・また、通院が不定期となり病状が不安定となる利用者に対しては、通院への支援や主治医への状態報告の手段を検討するなど、利用者の病気の状態を医療関係者と共有することがより求められる。サービス担当者会議では、退院退所時を含めた医療機関等で実施されるカンファレンスとの関連も含めて、利用者や介護者・家族、主治医やリハビリテーション専門職など多様な意見調整の必要性を学習する。

(3) 地域包括ケアシステムへの展開

平成 26 年に成立した医療と介護の総合的な確保に関する法律における趣旨は「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う」とある。医療と介護の充実した連携は法律レベルだけでなく、ケアマネジメントプロセスによる支援の場の場においてもより重要性を増し、必要となる。そのためには主治医を中心とした医療関係職が生活機能の理解と地域包括ケアシステムへの積極的な参加が必要となる。一方インターネット等の普及により医療の情報を容易に取得できる時代でもあり、介護支援専門員においても基本的な医療の知識を持つことは必須とも言える。介護支援専門員が医療関係職とも十分に協働できるチームを作り、連携の統合化を図ることで、ケアマネジメントプロセスを効果的かつ充実したものにするのが重要である。

5. 科目のポイント

①内臓の機能不全についての医学的知識と基本的理解についての指導の視点と方法

- ・座学による基本的知識を講義し、その上で講義では理解できなかった項目を自身あるいはグループで確認することにより疾病に対する知識習熟度を上げる。

②演習におけるポイント

- ・高齢者は複数の疾病を合併している場合が多く、治療の必要性を主治医に確認することが重要である。疾病の悪化防止あるいは改善に向けた内容を検討する。また、高齢者の場合必ずしも治療が必須目標とならないこともあり、生活の意向などを十分に踏まえた上で対応することも求められる。

6. 講義・演習の展開例（300分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の講義・演習の目的、修得目標を確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いて、それぞれの目標を確認	
講義・演習	120分	(1) 知識・技術の基本的理解 ○内臓の機能不全とは ○糖尿病 ○高血圧 ○脂質異常症 ○心疾患 ○呼吸器疾患 ○腎臓病 ○肝臓病について ●理解を深めるミニワーク ※病態に関する知識のみに偏るのではなく、予防・改善方法や療養上の留意点、生活習慣の改善の方法など、ケアマネジメントに関連する知識を重視した講義とする	①②③④
講義	50分	(2) 実践的に活用する上での留意点 ○ケアマネジメント各プロセスにおける留意点 ・内臓の機能不全の利用者によく見られる状況やポイント ・特に見落としがちなポイントについて (3) 地域包括ケアシステムへの展開 ○地域包括ケアシステムへの展開	⑤
演習	70分	(2) 実践的に活用する上での留意点 ●事例の読み込み ・事例の概要、支援記録、基本情報 ●内臓の機能不全に関する事例の情報収集及び課題分析 ・事例の読み込みから、どんな情報が必要であるか抽出する ・疾病に関する必要な関係職種との連携方法の確認など ・課題分析票の作成及びニーズ抽出	⑤
演習	30分	○グループ発表	
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントについて講義	

<参考文献>

- 福山裕三、高杉佑一『よくわかる内科』、金原出版、2004
- 『科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2013』(日本糖尿病学会編)、南江堂、2013
- 『糖尿病治療ガイド 2014-2015』(日本糖尿病学会編)、文光堂、2014
- 『高血圧治療ガイドライン 2014』(日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編)、ライフサイエンス出版、2014
- 『今日の治療薬 2014』(浦部晶夫、島田和幸、川合眞一編)、南江堂、2014
- 『ガイドライン外来診療 2010』(編集主幹/泉孝英)、日経メディカル開発、2010
- 『呼吸器疾患診療マニュアル』(日本医師会編)、南山堂、2008
- 『消化器疾患診療のすべて』(日本医師会編)、メジカルビュー社、2012

後期	⑮-6 ケアマネジメントの展開 「看取りに関する事例」	講義・演習 5時間
-----------	--	----------------------

1. 目的

看取りにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

2. 内容

- ・看取りのケースについて支援を行う際における介護支援専門員の役割や適切な姿勢についての講義を行う。
- ・看取りに関連する各種サービス等の活用方法や、医療職をはじめとする多職種との連携・協働を効果的に行うためのポイントを理解する。
- ・看取りに向けた利用者及びその家族との段階的な関わりの変化(生活動作の負担や痛みの軽減、主治医との連携や多職種協働、急変時の基本的な対応等)を認識する。
- ・看取りのケースにおいて、在宅生活の支援を行う際の起こりやすい課題を理解し、アセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	
専門研修課程Ⅰ	⑤ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実践 ⑥-2 ケアマネジメントの演習「看取り等における看護サービスの活用に関する事例」
専門研修課程Ⅱ	②-2 ケアマネジメントにおける実践事例の研究および発表 「看取り等における看護サービスの活用に関する事例」
主任介護支援専門員研修	③ターミナルケア
主任介護支援専門員更新研修	②-2 主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導・支援の実践 「看取り等における看護サービスの活用に関する事例」

(2) 修得目標 本科目において修得する目標は以下の通りである。

修得目標	修得分野		
	知識	技術	態度
①看取りにおける介護支援専門員の役割や適切な姿勢について説明できる。	●	●	●
②看取りに関する各種サービス等の活用方法や、医療職をはじめとする多職種との連携・協働を効果的に行うためのポイントについて説明できる。	●		
③看取りに向けた利用者及び家族との段階的な関わりの変化について説明できる。	●		
④看取りのケースにおいて、在宅生活の支援において起こりやすい課題について説明できる。	●		
⑤看取りの特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法を実施できる。	●	●	●
⑥継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べることができる。	●	●	●

(2) 修得目標

修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①看取りにおける介護支援専門員の役割や適切な姿勢について説明できる。	●	●	●	(1)
②看取りに関する各種サービス等の活用方法や、医療職をはじめとする多職種との連携・協働を効果的に行うためのポイントについて説明できる。	●			(1)
③看取りに向けた利用者及び家族との段階的な関わりの変化について説明できる。	●			(1)
④看取りのケースにおいて、在宅生活の支援において起こりやすい課題について説明できる。	●			(1)
⑤看取りの特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法を実施できる。	●	●	●	(1)(2)(3)
⑥継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べることができる。	●	●		※具体的内容には対応しないが、本 科目の振り返りで確認できること (研修記録シートへの記入等)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

(1) 知識・技術の基本的理解

① 看取りにおける介護支援専門員の役割や適切な姿勢

(ア) 看取りの対象

- ・看取りとは、辞書によると「病人のそばにいて世話をすること。また、死期まで見守り看病すること。看護。」とある。
- ・死期まで見守り看病することという事から、近い時期に死に至ることが予測される人に対し援助することと言える。
- ・どのように死期まで見守り看病するのか。どのように死期まで過ごすのかは、利用者および家族が決定していく。その際に利用者の身体的・精神的苦痛、苦悩をできるだけ緩和し、死に至るまでの期間、利用者および家族なりに充実して納得して生き抜くことができるように日々の生活ができるよう援助することが求められる。
- ・介護支援専門員は、利用者と家族の望む死に至るまでの期間を支えるためのケアマネジメントを展開することが役割と言える。

(イ) 死に至る経過

- ・死に至る経過には下記のようなパターンがある。
- (a) がんの場合、死の数週間前までは機能が保たれ、ある時点から急速に悪化する場合が多い
- (b) 慢性疾患(臓器障害(心臓・肺など))の場合、急性増悪と緩解を繰り返し、徐々に2～5年で悪化する場合が多い
- (c) 老衰や認知症の場合、5年以上にわたり徐々に機能が低下する場合が多い
 - ・いつから看取りの時期なのか、という事ではなく、利用者の病態をアセスメントし、今生きていることに対してケアマネジメントしていく。一般的な経過を理解しつつ、その利用者に応じた対応が求められる。
 - ・正確な予後予測は難しい。目の前にいる利用者と家族が何を望んでいるのか、多職種チームで考え、常に寄り添う。その姿勢が、経過に伴う変化に対して、利用者、家族自ら向き合っていくことを支える。

(ウ) 多様化する死を迎える場所

- ・これまでは病院死が多かったが、これからは在宅や、在宅に代わる多様な居住の場での看取りが増えてくる。
- ・病院ではない場所での看取りは、そう簡単ではない。経過に伴う身体的変化への対応や管理には多職種チームにおけるアプローチが欠かせない。その調整役としての介護支援専門員の重要性がある。
- ・在宅以外では、高齢者住宅を含む居住の場や特別養護老人ホームなど、医療機関以外の場所での看取りがある。またグループホームや特定施設入居者介護(有料老人ホーム)、ケアハウスなどに、医療保険を用いた訪問看護が適用されるようになったことから、各施設による看取りも今後ますます増えていく。その看取りを充実させていく要が介護支援専門員である。

(エ) 介護支援専門員に求められる姿勢

- ・がんの疼痛管理や看取りに関して、治療や症状コントロールなど医療は日々変化している。看取られる利用者や看取る家族に様々な情報が入り、死の直前までこのように生きたい、家族はこのように看取りたいという思いがあって在宅での看取りを希望してくる。
- ・今後、病院での死がふつうではなく、在宅での看取りが多くなるかも知れない。様々な背景を持つ利用者や家族の看取り支援を行う機会が増える。ひとつとして同じ看取りはないだろう。ひとつひとつのケースに真摯に向き合い、利用者と家族とともに死の直前まで望む生き方を支えられるよう、ケアマネジメントを振り返り、そしてまた新たな一人の利用者に向き合う必要がある。

②多職種との連携・協働	
(ア)在宅での看取りを可能にする要件	<ul style="list-style-type: none"> (a)利用者その家族が「家で過ごしたい、家で過ごさせてやりたい」という意思があること (b)医療チームの体制(往診・訪問診療、訪問看護)が整っていること (c)介護力(介護職の支援を含む)が整っていること (d)24時間体制のケアができること (e)医療機関との連携ができること <ul style="list-style-type: none"> ・在宅で死を迎える決意をもってそれまで生きるなか、利用者であれ家族であれ、施設等であれば施設で世話をする職員であれ、それぞれに思い悩むことが出てくる。上記のような多職種との連携があり体制が整い、始めて在宅での看取りが可能となる。
(イ)在宅での看取りの際に提供されるケア	<ul style="list-style-type: none"> (a)医師の訪問診療、看護師の訪問看護 (b)必要に応じた日常生活支援などその他の職種のサービス <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の苦痛や痛みを対象とした症状緩和のために、医師の訪問診療、看護師の訪問看護が大きな役割を果たす。 ・在宅を中心とした24時間の継続した対応のケアのために、医療関係だけではなく、必要に応じた日常生活支援などその他の職種のサービスの活用が必要である。
(ウ)医療保険の制度との併用	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護での末期癌のケア(再発予後不良など)、癌以外の疾患の急性増悪期のケアなど、医療保険が適用されるものがある保険の適用の組み合わせなど制度の理解が必要である。
(エ)チームアプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護・福祉用具貸与・訪問入浴・通所介護など様々なサービスと連携し、チームづくりが必要となる。 ・医療との関連で、訪問薬剤師や医療機器の担当者などにも、在宅で接することもある。 ・24時間体制の在宅支援診療所の医師は在宅の看取りには必ず必要とされるため、病院から退院時には地域の医師と連携し、訪問診療や往診に対応してもらえるようにしておく必要がある。 ・この緊急体制が整わず、往診が望めない病院の医師のみが主治医の場合には、亡くなった際に死亡診断書を書いてもらえずに検死となり、つらい思いをすることもあるので注意が必要である。 ・必要に応じて調剤薬局や訪問薬剤指導を組み入れる。
③利用者及び家族との段階的な関わりの変化	
(ア)症状が落ち着いている時期	<ul style="list-style-type: none"> ・家族は、病名告知に関する悩みを持つ。告知された利用者は死を受けとめるための経過があり、その支援が必要となる。 ・痛みのコントロールの時期であり、痛み以外の症状への緩和を治療する時期と共に、在宅での生活など看取りの場所を決定していく。
(イ)ADLが低下し苦痛が出現する時期	<ul style="list-style-type: none"> ・苦痛が増したことへの治療が追加され、ADLの低下が出てくる。そのための支援や、精神的な支援が必要となってくる。 ・家族は、延命と苦痛を緩和することを考え、在宅生活での葛藤が起きる。
(ウ)死が近づいていることが分かる時期	<ul style="list-style-type: none"> ・益々ADLが低下してくる。安楽への配慮が必要となる。また意識レベルが低下してくる。 ・家族は、この頃から介護疲れが現れてくることが多い。
(エ)死が目前の時期	<ul style="list-style-type: none"> ・手を握る、声をかけるなど、聴覚は最期まで残っていることを伝え、家族が出来ることや、死亡直前期の症

状などを説明し、家族が心残りのない死の看取りが出来るよう支援する時期である。

④在宅生活の支援において起こりやすい課題

(ア)症状の出現、変化

(a)疼痛緩和

- ・ターミナル期において必要とされる援助は、癌末期などの場合は特に、症状緩和のための疼痛コントロールであり、医師や薬剤師との協働で行う必要がある。
- ・癌のターミナル期の患者・家族にとって、不快や苦痛を伴う症状の中でも、特に疼痛が十分にコントロールされることが、在宅療養を安心して継続するための条件となる。
- ・疼痛コントロールは、WHO 方式癌疼痛治療法指針(1986年)に基づいて行うことで、70～90%の痛みが緩和されるといわれている。
- ・在宅で一般に実施可能な疼痛緩和の方法は、薬剤の投与である。
- ・WHO3段階除痛ラダーでは、非オピオイド、弱オピオイド、強オピオイドと、疼痛の程度に応じた鎮痛薬の段階的使用方法を提示している。モルヒネ塩酸塩、強オピオイド鎮痛薬の代表である。

(b)呼吸困難(息苦しさ)

- ・がんそのものによる呼吸面積の減少、気道の閉塞や狭窄、胸水の貯留など
- ・肺炎や、喀痰の増加など
- ・在宅酸素療法(HOT)による酸素療法、薬剤投与、鎮静薬がある。

(c)その他の変化

- ・消化管閉塞、嚥下障害、食思不振・栄養状態の悪化、全身倦怠感などがある。

(イ)ADLの低下

- ・上記のような症状の出現とともに、やがてベッドで過ごす時間がほとんどとなる。また、病状が進行していくにつれ、体力の消耗はさらに進み、トイレに行くことや、食事だけではなく水分をとることすら難しくなり、意識レベルが落ちていく。

(ウ)利用者及び家族

- ・死に向けて在宅で生活していくなか、上記のような症状が、家族の目の前で起きてくると、利用者自身は死を覚悟していてもその苦痛に不安は高まる。家族は、利用者の変化に驚き、利用者の苦痛に戸惑う。そのまま在宅での生活を継続することがいいのだろうか、利用者を見捨てていることにならないかと、在宅での看取りを継続していくことに迷いを生じる。
- ・それらを可能な限り取り除くのは医療専門職である。介護支援専門員は直接のケアはできないが、そのような利用者や家族の心の揺れ、動きに寄り添い、医療関係者へとつなげていくことが必要である。

⑤看取りの特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法

(ア)ADLの低下の視点

- ・経過とともに出現する身体的症状によりADLが低下する。主治医や訪問看護師との情報共有からアセスメント、居宅サービス計画へと反映させていく。
- ・低下するADLのアセスメントから、清潔、食生活、排泄、療養環境の整備、寝たきり予防のための支援を組み入れる。「気持ちよく生活すること」を支えることが重要である。
- ・QOLの観点から、自分で出来る体力と意志をアセスメントしつつ、体位交換、関節などの運動や動かし方の指導、福祉用具(ベッド・ポータブルトイレ・補聴器・車椅子・食器など)の利用相談、外出・レクリエーションの支援などが必要となる。
- ・食事の形態の工夫や、排泄の状況の変化に応じた援助は、個別に計画されなければならない。状況が変化の中で、利用者や家族の思いを尊重しながら、できるだけ最期まで、いつもの生活ができるように支えることが必要であり、用具の工夫や、介護職との連携なども重要となる。
- ・排泄は、自尊感情に対して大変重要な要素なために、おむつではなく、トイレにどうしても行きたいと言わ

れるのを支えながら介助することもよくある。
(イ)リスクへの視点 ・予測される症状へのリスクをおさえ、多職種との連携を図りリスク管理する。
(ウ)総合的な視点 ・寝たきりであっても、家族の一員としての役割が果たせて、心理的にも心が落ち着き、利用者は自分がそこに在ることの意味を見いだすことができ、その相互作用で身体的な苦痛も軽減されることがある。 ・痛みを緩和させるため、マッサージ、タッチング、音楽療法、散歩など、リラクゼーションできる方法を併用するための支援を居宅サービス計画へ組み入れるのもひとつの方法である。
(エ)家族への視点 ・看取り期にある利用者を抱えた家族は、不安を抱えている。家族の思いに耳を傾けること、家族が安心して介護できるように、家族が一生懸命やれていることを支持できる(指示ではない)ことが重要である。 ・家族の思いと患者利用者の思いがずれる場合もあり、調整が必要な場合もある。 ・反対に、家族の意見に同調しすぎて、利用者の状態が無視されることもある。 ・家族よりも近い存在の友人・知人がいる場合もある。 ・利用者のそれまで生きてきた過程での関係性が色濃く反映するため、後で混乱を生じないよう把握に努める必要がある。看取りの時期だからこそ、今までとは違った家族模様が展開される。家族との関係がアセスメントには必要となってくる。 ・看取りの中心はあくまでも、その中心にいる利用者とその家族であり、家族も同じように不安や緊張や悲嘆の中にあり、支援の対象として接していく必要がある。
(オ)認知症状からの視点 高齢になると、認知症状が出現することがある。 ・認知症状に対する支援・介護相談 ・生活リズムの調整 ・コミュニケーションの援助
(カ)検査・治療促進のための支援の視点 ・経過と療養生活の相談 ・医療機器や器具使用への支援 ・服薬管理

(2)実践的に活用する上での留意点

①インテーク

(ア)初回面接のポイント

<利用者・家族>

- ・告知をうけているかどうか、死について利用者、家族の受けとめ
- ・告知されている場合は、どのような死を迎えたいかの意向
- ・告知されていない場合の家族の意向、利用者への説明

<医療者との情報共有>

- ・入院中の経過、治療、看護、考えられるリスクと状態変化
- ・今後の通院先、フォローアップ先・・・緊急時の連絡先
- ・介護報酬上の加算

【項目のポイント】

- ・かかわりはじめの時期に、家族が介護役割をどのように担い、どのような看取り方を希望するのか、介護に対する希望や期待度を確認する。期待度に応じたケアを行い、介護負担の軽減に努めるとともに、死別の準備ができるようなかかわりが必要となることを押さえる。

②アセスメント
(ア)健康状態 ・病気の状況(悪性新生物、心疾患、脳疾患、肺炎、腎不全、糖尿病ほか) ・痛み(強さ・場所・種類・痛みの日常生活への影響)
(イ)呼吸状態 ・呼吸数・呼吸パターン・呼吸困難感・咳
(ウ)循環機能(体温・脈拍数・脈のリズム・血圧・浮腫) ・全身倦怠感 ・水分バランス(水分摂取量・嘔吐・下痢) ・栄養状態(食欲・経口摂取量・食べたい食べ物) ・口腔内の状態(口内炎・苦答・乾燥) ・睡眠時間等
(エ)心身機能 ・排便の状態(便の性状・回数・量)
(オ)身体構造・排尿の状態(尿の性状・回数・量) ・皮膚の状態(乾燥・色・緊張・じょく瘡) ・筋の状態(収縮・弛緩・弾力性)
(カ)神経系機能(見当識障害・言語障害・めまい・嚥下障害)
(キ)参加 ・死までにやりたいことは何か等
(ク)活動 ・食事摂取方法、排泄方法、入浴方法 ・歩行可能かどうか、歩行器・車いすの使用状況 ・意識レベル ・コミュニケーション能力等
(ケ)参加 ・やりたいことが実現できる支援体制があるか等
(コ)環境因子 ・家族を含め周囲の者が終末期だと理解しているか(死の教育がなされているか) ・死までの支援体制が整えられているか ・家族のつらさを支援する体制があるか ・経済面はどうか ・公的・私的サービス、制度・政策はどうか等
(サ)個人因子 ・利用者が死をどのようにとらえているか ・スピリチュアルな痛みについて(死への恐れ・人生の後悔) ・人間関係の悩み・生きる意味の喪失)等

【項目のポイント】

- ・安定期から看取りまでの過程、経過を念頭に置きながら、利用者と家族の心理的状況を意識しておく必要性を説明する。
- ・高齢者の死の迎え方の希望を尊重し、家族や重要他者とケアチームが意思決定のプロセスを共有する。
- ・高齢者利用者の希望や意思を確認し、十分な情報提供に基づく自己決定を尊重し関係者間で合意形成するプロセスが重要である。
- ・高齢者は自己表明しないことも多く、家族の意向がより重視されるなどの課題があることを指摘しておく。

③ 居宅サービス計画原案作成

(ア) 利用者

- ・今後予想されるリスクを医療者側から整理してもらい、居宅サービス計画に反映させる。
- ・悪化時、急変時の連絡ルートを明確にしておく。
- ・悪化時、急変時の症状の出現や対処について専門の見地から居宅サービス計画押さえておく。

(イ) 家族支援のポイント

- ・利用者、家族にとってつらい事実であっても、その状況を踏まえて、ともに真実を分かちあえるよう協力体制をプランする。
- ・家族一人ひとりが過去に何を体験し、お互いがどのような考えをもって生きてきたかを知り居宅サービス計画に反映させる。
- ・主介護者だけではなく、幼い子どもも含めた家族介護全体の生活の変化とストレスを知り、チームで統一した支援方針を立てる。
- ・家族の関係性から身体的な痛みが増強することを知り、支援する役割分担をプランする。
- ・より良い家族の関係性の中で生活が継続できるよう、必要なサービスを導入し、方針を利用者、家族の同意を得ながら調整する。
- ・不安なく最期を看取することができるようサービス調整をとり役割分担、支援する。

④ サービス担当者会議

- ・特に医療的見地から、家族やサービス事業者が支援する際のポイントを整理し、安心して支援できるようにする。
- ・急変時に不安が大きくなるので、連絡ルートを共有しておく。
- ・チームとして決まった方針に則って活動できるよう、方針を明確にする。
(個人的な思い入れだけでケアをしてはいけない)
- ・ケアや日々の状況をチーム全体が確認閲覧できる記録などの方法を提案する。
- ・ほかの職種に報告すべき事柄は速やかに報告する体制への協力を求める。

⑤ モニタリング・評価

- ・関わる人たちが常日頃から情報を共有すること。家族との情報共有で一番大切なことは、利用者の死が近づいてきた時期を知ることが大切である。
- ・看取りにおける介護支援専門員の役割は、「利用者の人生の最期に、苦痛を軽減し、安心感をもってもらう」ことである。ターミナルケアは、他職種と協働のなかで、利用者がいつ亡くなっても混乱がないよう、緊張感のあるなかで進める。
- ・介護支援専門員自身が利用者・家族の不安や悲しみを一人で抱え込んでしまうことがある。自分が経験した支援内容を話し合い、分かち合える場として、一人で燃え尽きてしまわないよう、同僚や先輩、管理者などと話し合うことが必要となる。
- ・関わった専門職で、ケースカンファレンスを開催し振り返ることもひとつの方法である。

⑥ 終結・フォローアップ

- ・人の死は、実に様々な思いを家族のなかに残す。それを考え、よりよい別れができるよう、個々に合わせた援助が必要となってくる。遺族へねぎらいの言葉をかけ、助言者ではなく悲しみを共有するよき聞き手になることに留意する。とくに、生前の利用者との関係、看取りの問題に関して遺族が罪悪感をもたないように配慮する。

(3) 地域包括ケアシステムへの展開

- ・地域包括ケアシステムの基本理念である、住み慣れた地域でできるだけ住み慣れた地域で看取りを送れるように支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、適切なサービス、多様な支援を提供することが必要である。
- ・看取りにおいて、地域包括ケアシステムの構成要素である「医療・看護」の部分を中心に展開される。
- ・介護保険を中心としつつも医療制度との併用を考慮しながら、保健・福祉・医療の専門職間相互の連携を図る。
- ・利用者および家族が望む看取りを支援するには、ボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた地域の様々な資源を統合、ネットワーク化し、利用者を継続的かつ包括的にケアする。

5. 科目のポイント**① 全般的な指導の視点**

- ・看取りのケースについて支援を行う際における介護支援専門員の役割や適切な姿勢について理解し、家族の心情の変化を支えていけるようにする。
- ・看取りに関連する各種サービス等の活用方法を理解することで、医療職をはじめとする多職種との連携・協働を効果的に行えるようにする。
- ・看取りに向けた利用者及びその家族との段階的な関わりの変化(生活動作の負担や痛みの軽減、主治医との連携や多職種協働、急変時の基本的な対応等)を認識することで、医療職をはじめとする多職種との連携・協働をスムーズにする。
- ・看取りのケースにおいて、在宅生活の支援を行う際の起こりやすい課題を理解することで、アセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点がわかるようにする。

② 演習におけるポイント

(ア) 本科目の演習で重視すべき点の考え方

- ・在宅での看取りの経験そのものがない介護支援専門員と考え、死のプロセスとその時々役割を理解していくことを重視する
- ・看取りの場面では、医療者が中心となり、介護支援専門員が横に置かれてしまうため、訪問看護師や在宅医師との連携により、利用者・家族の思いが最期まで支えられるよう、連携・協働を図る立場にあることを踏まえる。

(イ) 具体的な展開

- 本科目では「看取りに関連する各種サービス等の活用方法を理解することで、医療職をはじめとする多職種との連携・協働を効果的に行える」ことに力点を置き、その点を説明しやすい事例を選択して用いる。
- 本科目の演習において特に修得すべき点
演習で用いる簡単な事例には、以下のような点を考慮して事例を選択する。
 - 安定期から看取りの時期に入り最期を自宅で迎える事例。

- (ii) 告知を受けていて、看取りの迎え方が利用者・家族ともに一致していること。
- (iii) 利用者も主介護者も在宅での看取りを強く希望している。
- (iv) 主介護者が、看取りの経験がなく、不安がある。

(ウ) 以上から、次の点を修得できるように展開する。

- ・医療機関から在宅へ移行する情報の共有ができること。
- ・在宅での看取りにおいて、医療機関と生活支援の協働が明確なこと。
- ・主介護者が、看取りの経験がなく、不安があることをサービス提供者と情報共有でき統一した支援ができること(チームアプローチが組めること)。

6. 講義・演習の展開例 (300分)

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の講義・演習の目的、修得目標を確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いて、それぞれの目標を確認	
講義・演習	50分	(1)知識・技術の基本的な理解 ○看取りにおける介護支援専門員の役割や適切な姿勢 ○多職種との連携・協働 ●看取りの体験について(ミニワーク)	①②
講義・演習	50分	(1)知識・技術の基本的な理解 ○利用者及び家族との段階的な関わりの変化 ○在宅生活の支援において起こりやすい課題 ○看取りの特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法 (3)地域包括ケアシステムへの展開 ○地域包括ケアシステムへの展開 ●看取る家族の思いについて(ミニワーク)	③④⑤
演習	70分	(2)実践的に活用する上での留意点 ●事例の読み込み ・事例の概要、支援記録(相談記録)、基本情報 ●看取りに関する事例の情報収集のポイント ・事例の読み込みから、どんな各種サービス等の活用方法や、医療職をはじめとする多職種との連携・協働が必要であるか抽出する(説明、個人ワーク、グループワーク、まとめ)	⑤
演習	60分	(2)実践的に活用する上での留意点 ●サービス担当者会議(模擬)① ・情報が不十分な事例のアセスメント記録、居宅サービス計画例 ・情報が不十分な事例から、必要な情報・連携が得られているかを分析する (事例読み込み、グループワーク)	⑤
講義・演習	40分	(2)実践的に活用する上での留意点 ●サービス担当者会議(模擬)② ・情報を追加した事例のアセスメント記録、居宅サービス計画例 ・情報が追加されたことで、整理・分析、課題抽出にどう影響したか ・情報収集と分析、課題抽出の問題点を理解する。 看取りのケースにおいて、在宅生活の支援を行う際の起こりやすい課題(グループワーク、グループ発表)	⑤
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントについて講義する。	

＜参考文献＞

- 櫻井尚子他編『在宅看護論：地域療養を支えるケア 第3版』、6 事例にみる在宅看護、ターミナル期の援助、メディカ出版、2013
- 奥野滋子『ひとりで死ぬのだって大丈夫』、朝日新聞出版、2014
- 石飛 幸三『「平穏死」のすすめ 口から食べられなくなったらどうしますか』、講談社文庫文庫、2013
- 川越厚、伊勢英子、松本武敏他『家で生きることの意味—在宅ホスピスを選択した人・支えた人』(柳田邦男、川越厚編)、青海社、2005

後期	⑩アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習	講義・演習 5時間
-----------	----------------------------------	----------------------

1. 目的

研修全体での学びを踏まえ、アセスメントから居宅サービス計画等の作成からモニタリングまでを一貫して行いケアマネジメントプロセスについて更なる理解を深める。

2. 内容

- これまでの研修の中で修得した知識・技術を確認するため、事例に即したアセスメント、ニーズの把握、居宅サービス計画等の作成及びモニタリングを一貫して行うことにより、ケアマネジメントプロセスの理解を深めるとともに、理解が不足しているものがないか自己評価を行う。
- 作成した居宅サービス計画等を原案として、サービス担当者会議の演習を行う。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	⑦ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 ⑩ケアマネジメントの展開
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	

(2)修得目標				
修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①事例に応じたケアマネジメントについて説明できる。	●			(1)
②ケアマネジメントプロセスごとの課題について説明できる。	●	●	●	(1)
③講評を受け、今後の自己課題の設定を実施できる。	●	●	●	(2)
④自己の課題に応じた解決策について説明できる。	●		●	(2)
⑤事例を基にサービス担当者会議、モニタリング場面等を模擬的に実施できる。	●	●	●	(2)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

(1)ケアマネジメントプロセスの実践

①知識・技術の基本的理解
<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議を行う事例選定についての留意点を理解する。 ・利用者の生活目標である短期目標の具体化を図り、サービス担当者会議に関しての検討項目を立案する。
②実践的に活用する上での留意点
<ul style="list-style-type: none"> ・当事者の模擬体験を通して理解を深める。 ・記録のまとめ方についても必ず振り返りと理解を深める。

(2)会議等の模擬実施と、自己課題及び解決策の設定

①知識・技術の基本的理解
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の居宅サービス計画書第2表の短期目標に沿って利用者・家族に何を確認し、評価するのかを明確にする。 ・モニタリング評価の情報の入手方法についての知識の幅を広げる。
②実践的に活用する上での留意点
<ul style="list-style-type: none"> ・短期目標の評価と利用者との信頼性の構築について再度理解する。 ・受講者間での観察や意見等を受け入れ自己の足りないところを補える。

5. 科目のポイント

①視点

- ・ケアマネジメントのプロセスに沿って思考や記録また書式のつながりを理解する。
- ・利用者の自立支援を基本にケアマネジメントプロセスは利用者との協働作業であることを振り返る。
- ・利用者の抱えている課題を解決する為の方法についてチームアプローチの必要性を振り返る。
- ・一定の書式に記録を残すことの必要性を振り返る。

②方法

- ・マネジメントプロセスに沿った自己評価の仕方を学ぶ。
- ・多職種への理解の為に情報をまとめる課題整理総括表等を活用しプレゼンテーション能力の必要性を学ぶ。
- ・受講者間でのグループワークや他者評価によって自己覚知の機会を充分得る。
- ・模擬体験を通して見学や実践のイメージを確認し、実践に向けての準備をする。

6. 講義・演習の展開例（300分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	○本科目の目的、修得目標を確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認	
講義・演習	40分	(1)ケアマネジメントプロセスの実践 ●知識・技術の基本的理解 ・事例に応じて一連のケアマネジメントプロセスを実践し、居宅サービス計画等を作成する ※情報の収集・分析の確認のため、適宜、課題整理総括表等のツールを活用する ※必要に応じてケアマネジメントプロセスについての補足説明を行う	①②
講義・演習	90分	(1)ケアマネジメントプロセスの実践 ●実践的に活用する上での留意点 ・6名程度でのグループでのグループワーク ・1人10分の程度のプレゼンテーションとグループ内での1人5分程度の質疑を行う ・プレゼンテーションについては、課題整理総括表等を活用して説明すべきポイントを明確にする ・他の受講者質疑に関しては1人1問とするなど、一定のルール設定について講義する ※自分が作成した居宅サービス計画案だけでなく、他の受講者が作成した居宅サービス計画案も共有することで学習効果を高める	①②

講義・演習	90分	<p>(2)会議等の模擬実施と、自己課題及び解決策の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ○知識・技術の基本的な理解 ・模擬サービス担当者会議の事例を受講者間の中で決定するに関して、どのような事例を選定するするのかを講義する ○実践的に活用する上での留意点 ・受講者間で事例を1つ選定する ・ロールプレイの準備(役割の決定) (選定事例の介護支援専門員が、利用者役をグループ内で決定する) ・役作りの時間をとる (様式4の検討内容や出席者等は記載しておく) ・模擬サービス担当者会議(ロールプレイ実施) ・グループ内で一人記録者を選定しロールプレイの記録を行う ・ロールプレイを振り返り、ロールプレイで演じた当事者の意見交換 ・サービス担当者会議での進行についての振り返り 	③④⑤
講義・演習	50分	<p>(2)会議等の模擬実施と、自己課題及び解決策の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ○実践的に活用する上での留意点 ・選定した事例に関して、1か月後の想定を行い、模擬モニタリングを行う 	③④⑤
振り返り	20分	○本科目全体を振り返り、ポイントについて講義	

後期	⑰研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	講義・演習 2時間
-----------	--------------------------------------	----------------------

1. 目的

研修全体を通じた振り返りを行うことで、今後の学習課題を認識し、自己研鑽の意欲を高める。
また、研修受講者間でのネットワークの構築を図る。

2. 内容

- ・研修全体の振り返りを行うに当たって、グループ又は全体で意見交換を行い、専門的助言を含めて、研修における学習の成果や今後の学習課題への意識付けのための講義を行う。
- ・現場で生じうる課題への対応や共同で研修する機会を作るため、研修受講者間においてネットワークの構築を図る。

3. 関連科目と修得目標

(1)関連科目 研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	実務研修における全科目
専門研修課程 I	
専門研修課程 II	
主任介護支援専門員 研修	
主任介護支援専門員 更新研修	

(2) 修得目標				
修得目標	修得分野			対応する研修内容 ※次項の番号に対応しています
	知識	技術	態度	
①受講を通しての自らの今後の学習課題・目標の設定を実施できる。	●	●	●	(1)
②研修を通じ、自分の活動意欲の向上を実施できる。	●		●	(2)
③学習課題を基にケアマネジメントプロセスを実施できる。	●	●	●	(1)(2)
④自己の介護支援専門員としての活動の準備を実施できる。	●		●	(1)(2)
⑤受講者間のネットワークの構築を実施できる。	●	●	●	(2)

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

(1) 研修修了後の学習課題の設定と実践

①知識・技術の基本的理解
<ul style="list-style-type: none"> ・研修記録シートの活用についての理解をする。 ・期間設定を行い、研修目標設定できる。(3か月後・6か月後・1年後等)
②実践的に活用する上での留意点
<ul style="list-style-type: none"> ・記録や評価については、研修機関が保管や活用をすることについて伝達を行う。 ・事業所内の指導者や次回の研修についても役立せ、活用する。

(2) 介護支援専門員としての活動イメージの明確化と活動意欲

①知識・技術の基本的理解
<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員の個別支援・地域支援についてイメージと理解ができる。 ・実務研修では、チームケアを基本として活動する事を誓う。
②実践的に活用する上での留意点
<ul style="list-style-type: none"> ・専門職種間の理解が深まる。 ・事業者内での役割を認識する。 ・次世代の介護支援専門員像をイメージできる。 ・ネットワークを形成し、さらなる活動意欲とつなげることができる。

5. 科目のポイント

①視点
<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員の仕事に興味や関心を持つ。 ・介護支援専門員の仕事にあこがれを持つ。
②方法
<ul style="list-style-type: none"> ・実務課程で学んだ知識を受講者間で共有し自己目標立案し、実行する勇気を得る。

6. 講義・演習の展開例（120分）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

構成	時間	内容	修得目標
導入	10分	<ul style="list-style-type: none"> ○本科目の目的、修得目標を確認 ・アイスブレイク ・研修記録シートを用いてそれぞれの目標の確認 	
講義・演習	20分	<p>(1) 研修修了後の学習課題の設定と実践</p> <ul style="list-style-type: none"> ●個人ワーク ・研修記録シートの確認 ・研修記録シートを振り返って (得意な部分と不得意な部分を各3つぐらい整理する) 	①③④
講義・演習	70分	<p>(2) 介護支援専門員としての活動イメージの明確化と活動意欲</p> <ul style="list-style-type: none"> ●グループワーク ・受講者間で個人ワークの内容を発言し、共有する。(共感) ・受講者間の意見を収束する。 ・実務研修受講直後の介護支援専門員はどのようなことができるのか、複眼的な視点からできるだけ多く出す。(職業倫理の提示) ・受講者一人一人の目標をマイクでリレーをして発表 ・発表を受け講師は、受講者にエールを送る 	②③④⑤
振り返り	20分	<ul style="list-style-type: none"> ○本科目全体を振り返り、ポイントについて講義 	

07

研修記録シート(学習の振り返り)

研修記録シート1(目標)

この事前提出シートは、研修受講前に「受講者」と「管理者」が受講に当たっての目標を共有するためのものです。研修に期待すること、目標、成果等を記入してください。赤枠内を入力してください。

研修名:

実務研修

日程		～		氏名	
会場				番号	

1. 受講前

受講者記入欄 : 受講目標(研修後にどのような行動ができるようになりたいか)を記載してください。

入力日

--

管理者記入欄 : 受講者に研修で学んでほしいこと・期待することを記載してください。

記入者氏名		所属先及び役職	
入力日		役職	

--

2. 受講後(3カ月後程度)

受講者記入欄 : 受講成果(目標の達成と実践への活用の状況)の自己評価を記載してください。

入力日

--

管理者記入欄 : 受講成果(受講者の目標の達成と実践への活用状況)を記載してください。

記入者氏名		所属先及び役職	
入力日		役職	

--

※受講目標は受講者と管理者で相談して決めてください。

※管理者欄は、受講者が管理者本人、または、実務に就いていない等の理由により、記入できない場合、地域の主任介護支援専門員に相談して記入をお願いします。

※「受講後」の欄は、実務に就かない方は、未就労である旨を記載の上ご提出いただき、就労後にご活用ください。

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名：実務研修

科目名：①介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目		受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)					
①	介護保険制度の創設の背景や基本理念について説明できる				
②	ケアマネジメントの導入の意義と介護支援専門員の役割について説明できる。				
③	地域包括ケアシステムが求められる背景や基本理念について説明できる。				
④	自らの地域の地域包括ケアシステムの現状を把握する方法を述べるができる。				
⑤	介護サービスの利用手続き(要介護認定等に関する基本的な視点と概要)を述べるができる。				
⑥	居宅サービス計画等の重要性を述べるができる。				
⑦	保険給付及び給付管理等の仕組みを述べるができる。				
⑧	継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べるができる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょ。

研修名: 実務研修

科目名: ②自立支援のためのケアマネジメントの基本

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目		受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)					
①	中立・公平なケアマネジメントの重要性について説明できる。				
②	運営基準に遵守したケアマネジメントの重要性を説明できる。				
③	利用者本位の選択を支えるケアマネジメントの意義を説明できる				
④	利用者の権利を尊重したケアマネジメントの重要性について説明できる。				
⑤	社会資源を活用したケアマネジメントの必要性について説明できる。				
⑥	利用者の能力に応じたケアマネジメントの重要性について説明できる。				
⑦	家族に対する支援の重要性について説明できる。				
⑧	介護予防ケアマネジメントの考え方について説明できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名：実務研修

科目名：③相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎

受講日	1		時間	1	～		氏名	
	2			2	～			
会場	1					番号		
	2							

項目		受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)					
①	直接援助を行う職種と相談援助を行う職種との役割や視点の違いについて説明できる。				
②	相談援助を行う職種の基本姿勢について説明できる。				
③	相談援助を行う上での留意点について説明できる。				
④	利用者を多面的に捉える視点の重要性について説明できる。				
⑤	相談援助を行う上で自己を客観視することの重要性について説明できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名：実務研修

科目名：④人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1					番号		
	2							

項目	受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)				
① 人権と尊厳を支える専門職として求められる姿勢について説明できる。				
② 守秘義務を順守した、ケアマネジメントの意義・重要性について説明をできる。				
③ 日常業務において起こり得る倫理的課題に対し向き合うことの重要性について説明できる。				
④ 利用者の生活を守るための制度の内容や利用方法について説明できる。				
⑤ 人権等を踏まえ、利用者本位のケアマネジメントの重要性について説明できる。				
⑥ チームケアを行う際の倫理の必要性を判断できる。				
⑦ 介護保険制度で求められる利用者のニーズの代弁機能の意義について説明できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名：実務研修

科目名：⑤利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意

受講日	1		時間	1	～		氏名	
	2			2	～			
会場	1					番号		
	2							

項目	受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)				
① 介護支援専門員として行う説明の意義・目的・責任について説明できる。				
② 利用者や家族に対し、理解度に配慮した説明を行うことの重要性について説明できる。				
③ 多職種及び場面に応じた説明を行うことができる。				
④ 説明から合意に向かうプロセスの重要性について説明できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名：実務研修

科目名：⑥ケアマネジメントのプロセス

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1					番号		
	2							

項目		受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)					
①	ケアマネジメントプロセスの構成と流れについて説明できる。				
②	各プロセスの意義について説明できる。				
③	各プロセスの目的について説明できる。				
④	居宅サービス計画書標準様式の考え方を説明できる。				
⑤	ケアマネジメントプロセスの全体像について説明できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名：実務研修

科目名：⑦-1ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術「受付及び相談並びに契約」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目		受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)					
①	インテークの意義と目的について説明できる。				
②	受付及び相談と面接の場面における援助の留意点について説明できる。				
③	利用者及び家族との信頼関係の構築の重要性について説明できる。				
④	契約行為を行うにあたっての留意事項について説明できる。				
⑤	契約の仕組みが利用者主体であることの意義と仕組みについて説明できる。				
⑥	利用者の状況に合った面接に必要な情報や書類の準備を実施できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名：実務研修
科目名：法

受講日	1		時間	1	～		氏名	
	2			2	～			
会場	1		番号					
	2							

項目	受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)				
① アセスメントの意義と目的について説明できる。				
② アセスメントにおける情報収集の項目や目的を説明できる。				
③ アセスメントからニーズを導き出す思考過程を説明できる。				
④ 利用者・家族の意向の確認を実施できる。				
⑤ 状態の維持・改善・悪化の可能性を予測できる。				
⑥ 利用者、家族から得た情報に基づく課題の抽出を実施できる。				
⑦ 利用者、家族の持っている力を把握できる。				
⑧ 多職種による情報を関連づけたアセスメントを実施できる。				
⑨ 利用者、家族のニーズの優先順位を判断できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名：実務研修

科目名：⑦-3ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術「居宅サービス計画等の作成」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1					番号		
	2							

項目		受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)					
①	居宅サービス計画の意義と目的について説明できる。				
②	居宅サービス計画等の様式における記載の目的について説明できる。				
③	利用者、家族の意向を踏まえた課題の解決に向けた目標の設定を実施できる。				
④	居宅サービス計画実施後の生活の変化を予測できる。				
⑤	居宅サービス計画等に必要な社会資源(インフォーマルサービス等)を位置付けることができる。				
⑥	生活目標に応じた必要なサービスを判断できる。				
⑦	生活目標を達成するための期間の設定を判断できる。				
⑧	本人、家族が合意できる居宅サービス計画書の作成を実施できる。				
⑨	居宅サービス計画等と個別サービス計画の連動の重要性について説明できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名：実務研修

科目名：⑦-4ケアマナジメントに必要な基礎知識及び技術「サービス担当者会議の意義及び進め方」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目		受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)					
①	サービス担当者会議の意義と目的について説明できる。				
②	サービス利用におけるチームアプローチの重要性について説明できる。				
③	サービス担当者会議開催のプロセスに基づき、開催準備及び会議の進行ができる。				
④	個別サービス計画との整合性を確認することの重要性について説明できる。				
⑤	サービス担当者会議に関わる内容の記録の作成ができる。				
⑥	多職種と、今後の課題に関する確認を実施できる。				
⑦	利用者の状態像や運営基準に合わせたサービス担当者会議の意義について理解した上で、会議の開催に向けた準備ができる。				
⑧	サービス担当者会議開催理由に合わせた検討の留意点について説明できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名：実務研修

科目名：⑦-5ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術「モニタリング及び評価」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1					番号		
	2							

項目	受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)				
① モニタリングの意義と目的について説明できる。				
② 目標に対する各サービスの達成度(効果)の検証の必要性について説明できる。				
③ 目標に対する各サービスの達成度(効果)について評価できる。				
④ モニタリング結果の記録作成の意味と重要性について説明できる。				
⑤ 居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術について説明できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名：実務研修

科目名：⑧介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント)

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1					番号		
	2							

項目	受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)				
① 利用者及び家族の支援に際し、チームアプローチの意義と目的について説明できる。				
② チームを構成する各専門性についての役割について説明できる。				
③ チームにおける介護支援専門員の役割について説明できる。				
④ アセスメントに基づく必要なチームの形成を実施できる。				
⑤ チームにおける情報共有を実施できる。				
⑥ 円滑なチーム運営を実施できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名：実務研修
科目名：⑨地域包括ケアシステム及び社会資源

受講日	1		時間	1	～		氏名	
	2			2	～			
会場	1						番号	
	2							

項目		受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)					
①	地域包括ケアが求められる背景について説明できる。				
②	地域包括ケアの意義と目的について説明できる。				
③	利用者の地域の社会資源の調査を実施できる。				
④	地域包括ケアにおける介護支援専門員の役割について説明できる。				
⑤	地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を述べる事ができる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目「」の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名：実務研修

科目名：⑩ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)				
① 医療との連携の意義と目的について説明できる。				
② 医療機関や医療職からの情報収集及び提供の方法及び内容について説明できる。				
③ 地域の在宅医療・介護の連携を促進する仕組みについて説明できる。				
④ 多職種協働の意義について説明できる。				
⑤ 多職種間で情報を共有することの重要性について説明できる。				
⑥ 多職種協働における個人情報を取り扱う上での利用者のその家族の同意の必要性について説明できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名：実務研修

科目名：⑪ケアマネジメントに係る法令等の理解

受講日	1		時間	1	～		氏名	
	2			2	～			
会場	1					番号		
	2							

項目	受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)				
① 介護保険法の意義と目的について説明できる。				
② 介護保険法に遵守したケアマネジメントを実施できる。				
③ 利用者を取り巻く諸制度について説明できる。				
④ 実践上の法令遵守について説明できる。				
⑤ 介護報酬に係る関係告示や通知等の概要について説明できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑫実習オリエンテーション

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1					番号		
	2							

項目	受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)				
① 研修における実習の位置づけと目的について説明できる。				
② 実習協力者に実習内容について説明できる。				
③ 実習における心構えについて説明できる。				
④ 実習に取り組む姿勢について説明できる。				
⑤ 個人情報保護をはじめとした実習に必要な資料の準備を実施できる。				
⑥ 実習協力者の状況に合わせて実習を行うことの必要性について説明できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名：実務研修

科目名：⑬ケアマネジメントの基礎技術に関する実習

受講日	1		時間	1	～		氏名	
	2			2	～			
会場	1					番号		
	2							

項目	受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)				
① ケアマネジメントプロセスの実践にあたっての留意点を踏まえ観察した結果を盛り込んだ実習報告書の作成を実施できる。				
② ケアマネジメントプロセスを実習先で指導者のもと体験した結果を盛り込んだ実習報告書の作成を実施できる。				
③ 実際の生活環境を観察した結果を盛り込んだ実習報告書の作成を実施できる。				
④ 実習協力者の状況に合わせて実習を実施できる。				
⑤ 給付管理業務の流れを述べることができる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名：実務研修
科目名：⑭実習振り返り

受講日	1		時間	1	～		氏名	
	2			2	～			
会場	1					番号		
	2							

項目	受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)				
① 今後の学習課題について説明できる。				
② ケアマネジメントプロセスに沿って、実習で作成したケアプランについて説明できる。				
③ 実習を通じて倫理課題について説明できる。				
④ 受講者間相互の話し合いにおいて、不足している知識について説明できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名：実務研修

科目名：⑮-1ケアマネジメントの展開「基礎理解」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目		受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)					
①	ケアマネジメントを必要とする高齢者を取り巻く背景や特性について説明できる。				
②	高齢者に見られる生理、心理、生活環境等の関係性について説明できる。				
③	居宅サービス計画作成のためのプロセスに沿って、支援にあたってのポイントについて説明できる。				
④	高齢者の自己決定を尊重したケアマネジメントを実施できる。				
⑤	高齢者に多い代表的な疾患や症候群別ケアマネジメントを学ぶことの有効性について説明できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名：実務研修

科目名：⑮-2ケアマネジメントの展開「脳血管疾患に関する事例」

受講日	1		時間	1	～		氏名	
	2			2	～			
会場	1						番号	
	2							

項目		受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)					
①	脳血管障害の特徴について説明できる。				
②	脳血管障害における生活障害の特徴について説明できる。				
③	脳血管障害における療養上の留意点や起こりやすい課題について説明できる。				
④	脳血管障害における環境の調整(福祉用具・住宅改修を含む)の必要性について説明できる。				
⑤	脳血管障害におけるリハビリテーションの必要性について説明できる。				
⑥	医療職をはじめとする多職種との連携・協働のポイントについて説明できる。				
⑦	脳血管障害の特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法を実施できる。				
⑧	継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べることができる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょ。

研修名: 実務研修

科目名: ⑮-3ケアマネジメントの展開「認知症に関する事例」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)				
① 4つの代表的な認知症について、その特徴とケアのポイントを述べるができる。				
② 認知症における療養上の留意点・倫理的な対応及び、起こりやすい課題について説明できる。				
③ 独居で認知症の要介護者等におけるアプローチの視点や方法について説明できる。				
④ 認知症の要介護者と同居している家族に対する支援や地域への配慮と協働の必要性について説明できる。				
⑤ 認知症ケアの考え方にに基づき、ケアマネジメントへの展開方法のポイント(倫理的な対応、医療職をはじめとする多職種連携、行動・心理症状(BPSD)、環境調整へのアプローチ等について説明できる。				
⑥ 認知症の特性に応じたポイントを踏まえてケアマネジメントプロセスを実施できる。				
⑦ 継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べるができる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名：実務研修

科目名：⑮-4ケアマネジメントの展開「筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1					番号		
	2							

項目	受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)				
① 筋骨格系の疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害及び予防・改善方法や特徴について説明できる。				
② 廃用症候群の原因、生活をする上での障害及び予防・改善方法について説明できる。				
③ 筋骨格系疾患や廃用症候群の予防や改善方法について説明できる。				
④ 筋骨格系疾患や廃用症候群における療養上の留意点について説明できる。				
⑤ 筋骨格系疾患や廃用症候群におけるリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用方法について説明できる。				
⑥ 筋骨格系疾患や廃用症候群の特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法を実施できる。				
⑦ 継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べることができる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名: 実務研修

科目名: ⑤-5ケアマネジメントの展開「内臓の機能不全(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)に関する事例」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			

会場	1		番号	
	2			

項目		受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)					
①	内臓の機能不全に係る各疾患・症候群(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病)の種類、原因、症状について説明できる。				
②	内臓の機能不全等の生活をする上での障害及び予防・改善方法について説明できる。				
③	内臓の機能不全等における療養上の留意点について説明できる。				
④	内臓の機能不全等における生活習慣を改善するための方法について説明できる。				
⑤	内臓の機能不全等の特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法を実施できる。				
⑥	継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べることができる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名：実務研修

科目名：⑮-6ケアマネジメントの展開「看取りに関する事例」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)				
① 看取りにおける介護支援専門員の役割や適切な姿勢について説明できる。				
② 看取りに関する各種サービス等の活用方法や、医療職をはじめとする多職種との連携・協働を効果的に行うためのポイントについて説明できる。				
③ 看取りに向けた利用者及び家族との段階的な関わりの変化について説明できる。				
④ 看取りのケースにおいて、在宅生活の支援において起こりやすい課題について説明できる。				
⑤ 看取りの特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法を実施できる。				
⑥ 継続学習の必要性和、具体的な学習方法を述べることができる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。

【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょ。

研修名: 実務研修

科目名: ⑩アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1					番号		
	2							

項目		受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)					
①	事例に応じたケアマネジメントについて説明できる。				
②	ケアマネジメントプロセスごとの課題について説明できる。				
③	講評を受け、今後の自己課題の設定を実施できる。				
④	自己の課題に応じた解決策について説明できる。				
⑤	事例を基にサービス担当者会議、モニタリング場面等を模擬的に実施できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート2(評価)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょ。

研修名：実務研修

科目名：⑰研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り

受講日	1		時間	1	～		氏名	
	2			2	～			
会場	1					番号		
	2							

項目	受講前	受講直後	実践評価 (3ヶ月後)	備考
記入日(入力日)				
① 受講を通しての自らの今後の学習課題・目標の設定を実施できる。				
② 研修を通じ、自分の活動意欲の向上を実施できる。				
③ 学習課題を基にケアマネジメントプロセスを実施できる。				
④ 自己の介護支援専門員としての活動の準備を実施できる。				
⑤ 受講者間のネットワークの構築を実施できる。				

※研修は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入してください。
【選択肢】 4. できる 3. 概ねできる 2. ほとんどできない 1. 全くできない

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ①介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ②自立支援のためのケアマネジメントの基本

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名: 実務研修
科目名: ③相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ④人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑤利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑥ケアマネジメントのプロセス

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑦-1ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術「受付及び相談並びに契約」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑦-2ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術「アセスメント及びニーズの把握の方

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑦-3ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術「居宅サービス計画等の作成」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑦-4ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術「サービス担当者会議の意義及び進め方」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名：実務研修

科目名：⑦-5ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術「モニタリング及び評価」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑧介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント)

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1		番号					
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑨地域包括ケアシステム及び社会資源

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑩ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑪ケアマネジメントに係る法令等の理解

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑫実習オリエンテーション

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑬ケアマネジメントの基礎技術に関する実習

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑭実習振り返り

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑮-1ケアマネジメントの展開「基礎理解」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑮-2ケアマネジメントの展開「脳血管疾患に関する事例」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑮-3ケアマネジメントの展開「認知症に関する事例」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑮-4ケアマネジメントの展開「筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名:	実務研修
科目名:	⑮-5ケアマネジメントの展開「内蔵の機能不全(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)に関する事例」

受講日	1		時間	1		~		氏名	
	2			2		~			
会場	1							番号	
	2								

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑮-6ケアマネジメントの展開「看取りに関する事例」

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましよう。

研修名: 実務研修
科目名: ⑩アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	

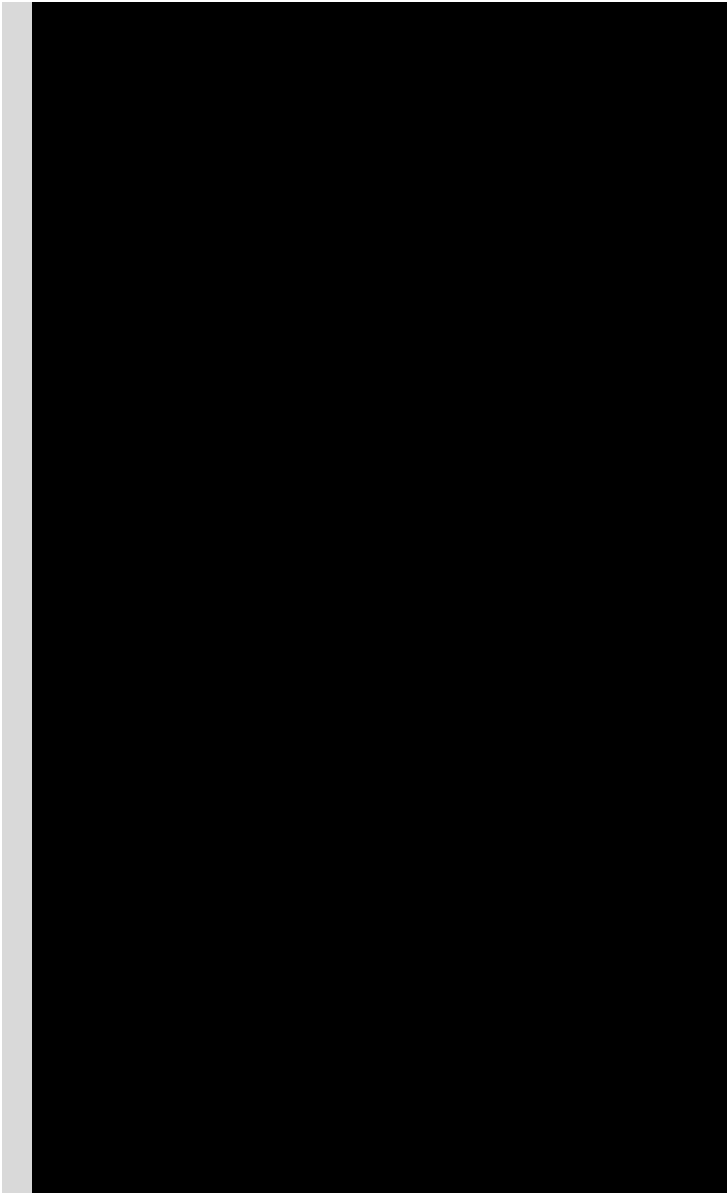
研修記録シート3(振り返り)

この振り返りシートは、科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。本科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返してみましょう。

研修名：実務研修
科目名：①研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り

受講日	1		時間	1	~		氏名	
	2			2	~			
会場	1						番号	
	2							

項目	内容
① あなたのケアマネジメント実践を高めるために得たことは何ですか	
② 得たことを実践でどのように活かそうですか	
③ 本科目に関連して、あなたが更に学んでいく必要があると考えることは何ですか	
④ その他、この科目で感じたことは何ですか	



參考資料

「介護支援専門員資質向上事業の実施について」の一部改正の概要

1. 主任介護支援専門員更新研修のポイント

○ 研修カリキュラム等の見直しにあたっての基本的な考え方

主任介護支援専門員には、介護支援専門員に対するスーパーバイズ、地域包括ケアシステムを実現するために必要な情報の収集・発信、事業所や職種間の調整といった役割が求められている。このような役割を果たすことをより一層進めることが重要であり、その資質の向上を図っていくことが必要である。

そのため、主任介護支援専門員が継続的に知識・技術等の向上に努めているかを確認し、また、自らの実践に足りないものを認識し、更なる資質向上を図ることが重要であると、更新制を導入し、更新時における新たに研修を創設することとした。

○ 新たな主任介護支援専門員更新研修カリキュラムの内容については別紙1のとおりとする。

2. 研修カリキュラム等の見直しの背景とそれに伴う要綱改正の背景

○ 「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会（以下、「検討会」という。）」を行い、平成25年1月に中間とりまとめを行ったところである。

○ 検討会においては、介護支援専門員に係る研修制度について、研修カリキュラムを見直すことにより研修内容の充実を図るべきとされた。

○ そこで、検討会で提言された内容等を踏まえ、平成18年度から実施されている介護支援専門員に係る研修のカリキュラムや実施方法を見直すこととした。

○ 「介護支援専門員実務研修」、「介護支援専門員実務従事者基礎研修」、「介護支援専門員専門（更新）研修」、「主任介護支援専門員研修」の4つの研修については、平成26年7月4日老発0704第2号本職通知により、通知を行ったところであり、今般、新たに導入することとした「主任介護支援専門員更新研修」について研修カリキュラム等の検討を行った。

3. 平成26年7月4日老発0704第2号本職通知にて通知した研修の変更

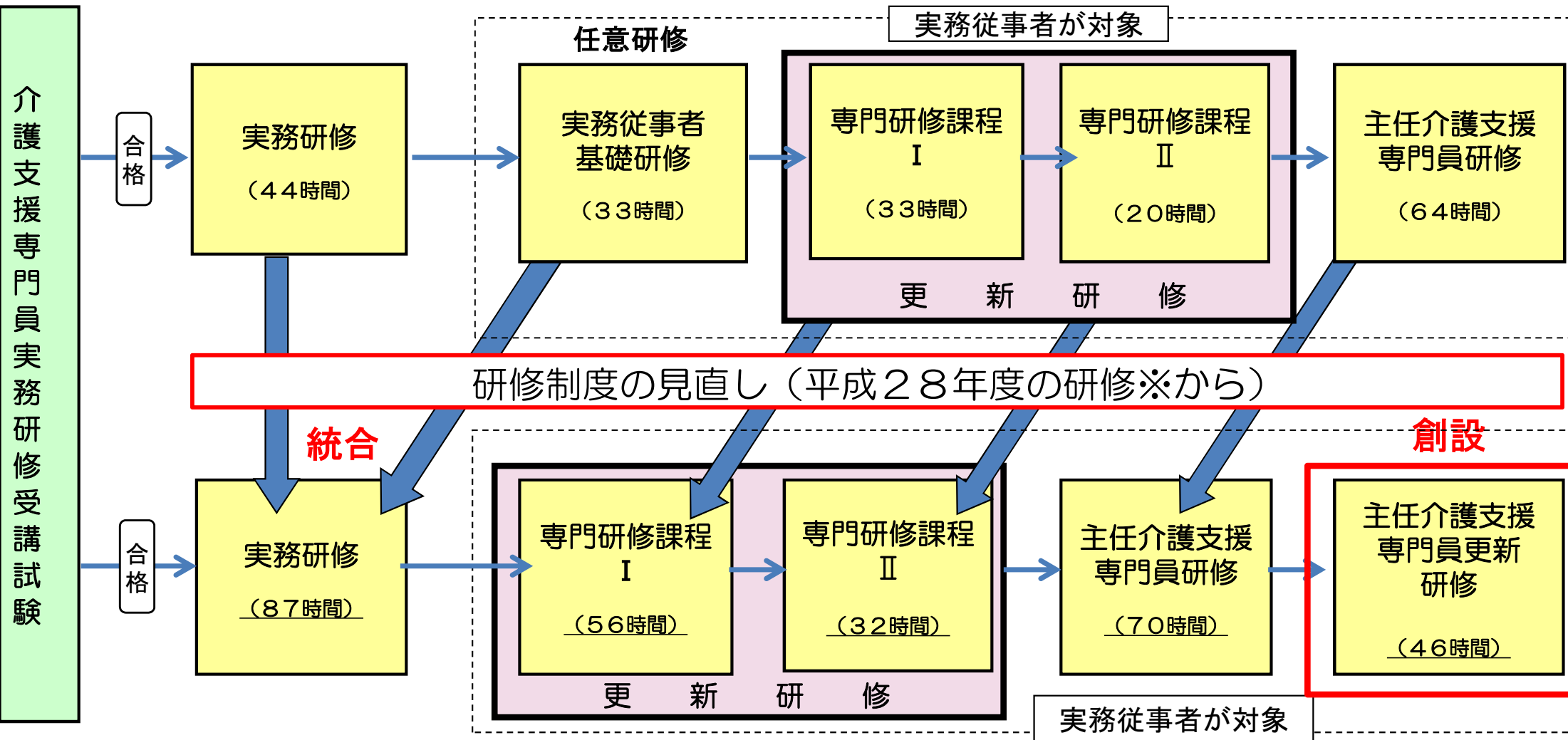
○ 平成26年7月4日老発0704第2号本職通知にて通知している「介護支援専門員実務研修」、「介護支援専門員専門研修」、「主任介護支援専門員研修」については、別紙2のとおり変更した。

介護支援専門員（ケアマネジャー）の研修制度の見直し

別紙1

- 地域包括ケアシステムの中で、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら、利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジメントを実践できる専門職を養成するため、介護支援専門員に係る研修制度を見直す。
- 入口の研修である介護支援専門員実務研修を充実するため、任意の研修となっている介護支援専門員実務従事者基礎研修を介護支援専門員実務研修に統合。
- 主任介護支援専門員に更新制を導入し、更新時の研修として更新研修を創設。
- 専門職として修得すべき知識、技術を確認するため、各研修修了時に修了評価を実施。

※赤枠が今回の改正部分



(※) 実務研修等は平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から、専門研修等は平成28年4月1日から施行。

(注) 今回の主任更新研修以外の研修については、告示(平成26年6月2日)及び局長通知(平成26年7月4日)にて改正済。

主任介護支援専門員研修の見直しについて

別紙1

研修課目		時間
講義	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ターミナルケア	3
	人事・経営管理	3
	サービス展開におけるリスクマネジメント	3
	地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）	3
	対人援助者監督指導（スーパービジョン）	6
	事例研究及び事例指導方法	5
演習	地域援助技術	3
	対人援助者監督指導	12
	事例研究及び事例指導方法	18
合計		64

研修課目		時間
講義	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援	2
	ターミナルケア	3
	人材育成及び業務管理	3
	運営管理におけるリスクマネジメント	3
	地域援助技術	6
講義・演習	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現（新）	6
	対人援助者監督指導	18
	個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開	24
合計		70

主任介護支援専門員更新研修として創設

研修課目		時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向（新）	4
講義・演習	主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践（新）	
	リハビリテーション及び福祉用具活用に関する事例	6
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	6
	認知症に関する事例	6
	入退院時等における医療との連携に関する事例	6
	家族への支援の視点が必要な事例	6
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	6
	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービスや施設サービス等）の活用に関する事例	6
合計		46

【変更点】

○別紙 介護支援専門員資質向上事業実施要綱

3 事業内容

追加：（6）主任介護支援専門員更新研修（別添6）

4 事業実施上の留意点

（7）追加：なお、3の（5）及び（6）の研修修了者に交付する修了証明書（以下「主任介護支援専門員研修修了証明書」という。）については、主任介護支援専門員研修修了証明書の有効期間を設けることとし、その期間は5年とする。

5 研修の費用

旧：本事業の実施に要する経費については、別に定めるところにより補助する。

→新：本事業は、地域医療介護総合確保基金を充てて実施する事業のうち、介護従事者の確保に関する事業として実施することが可能である。

○別添 1 介護支援専門員実務研修実施要綱

(2) 研修内容

科目	内 容	
	新	旧
利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意	利用者及びその家族、利用者を支援するサービスの担当者等の多職種に対する説明の意義・目的を理解する <u>ため</u> の講義を行う。	利用者及びその家族、利用者を支援するサービスの担当者等の多職種に対する説明の意義・目的を理解する <u>為</u> の講義を行う。

○別添 2 介護支援専門員専門研修実施要綱

(2) 研修内容

ア 専門研修課程 I

科 目	内 容	
	新	旧
ケアマネジメ ントの演習 ・リハビリテ ーション及び福 祉用具の活用 に関する事例	リハビリテーション（口腔リ ハビリテーションを含む。）や 福祉用具等に関する基礎知識 の向上と活用にあたっての基 本的な視点に関する講義を行 う。	リハビリテーション（口腔リ ハビリテーションを含む。）や 福祉用具に関する基礎知識の 向上と活用にあたっての基本 的な視点に関する講義を行う。
	リハビリテーションや福祉用 具等の活用に関する事例を用 いて、適切なアセスメントを 行う際の重要なポイントや地 域の社会資源を活用したケア マネジメントを実践する知 識・技術を修得する。	リハビリテーションや福祉用 具の活用に関する事例を用い て、適切なアセスメントを行 う際の重要なポイントや地域 の社会資源を活用したケアマ ネジメントを実践する知識・ 技術を修得する。

イ 専門研修課程 II

科 目	内 容	
	新	旧
ケアマネジメ ントにおける 実践事例の研 究及び発表 ・認知症に関 する事例	認知症である要介護者等 の支 援方法 を検討するに当たり、 効果的なものとなるようイン フォーマルサービスも含めた 地域の社会資源を活用したケ アマネジメントの展開に関す る講義を行う。	認知症である要介護者等を検 討するに当たり、効果的なも のとなるようインフォーマル サービスも含めた地域の社会 資源を活用したケアマネジメ ントの展開に関する講義を行 う。

○別添 5 主任介護支援専門員研修実施要綱

2 対象者

③ 旧：施行規則第 140 条の 66 第 2 号ハ

→新：施行規則第 140 条の 66 第 1 号イの (3)

老発0212第1号
平成27年2月12日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長
(公印省略)

「介護支援専門員資質向上事業の実施について」の一部改正について

介護支援専門員の実務研修等の研修実施については、「介護支援専門員資質向上事業の実施について」(平成26年7月4日付け老発0704第2号厚生労働省老健局長通知)において、介護支援専門員及び主任介護支援専門員に係る各研修の実施方法等の見直しを行ったところである。

主任介護支援専門員については、地域包括ケアの推進など、求められる役割がこれまで以上に大きくなることが見込まれ、実践を通じた能力向上を担保する必要がある。そのため、主任介護支援専門員が継続的に知識・技術等の向上に努めているかを確認し、また、自らの実践に足りないものを認識し、更なる資質向上を図ることが重要であることから、介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)及び介護保険法施行令第37条の15第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準(平成18年厚生労働省告示第265号)の一部改正を行い、主任介護支援専門員更新研修を導入したところであり、主な改正内容は下記のとおりである。

これを踏まえ、今般、「介護支援専門員資質向上事業実施要綱」の一部を別紙のとおり改め、平成28年4月1日より適用することとしたので、その取り扱いに遺漏なきようお願いする。

記

- 1 主任介護支援専門員更新研修を5年を超えない期間ごとに受ける。
- 2 主任介護支援専門員更新研修を修了したものは、介護支援専門員更新研修を修了したものとする。

(別紙)

介護支援専門員資質向上事業実施要綱

1 目的

要介護者等ができる限り住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい自立した日常生活を送るためには、医療・介護・予防・住まい・生活支援といった多様なサービスが一体的に提供されるとともに、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら要介護者等を支援できるよう、適切にケアマネジメントを行うことが重要である。その中核的な役割を担う介護支援専門員について、その養成段階で行われる介護支援専門員実務研修や現任者を対象とした研修等を体系的に実施することにより、介護保険制度の基本理念である利用者本位、自立支援、公正中立等の理念を徹底し、専門職としての専門性の向上を図ることにより、利用者の自立支援に資する適切なケアマネジメントの実現に資することを目的とする。

また、主任介護支援専門員については、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域課題の把握から社会資源の開発等の地域づくりや地域の介護支援専門員の人材育成等の役割を果たすことができる専門職の養成を図ることを目的とする。

2 実施主体

実施主体は、都道府県又は都道府県知事の指定した研修実施機関（以下「都道府県等」という。）とする。

3 事業内容

本事業の事業内容は以下のとおりとする。

- (1) 介護支援専門員実務研修（別添1）
- (2) 介護支援専門員専門研修（別添2）
- (3) 介護支援専門員再研修（別添3）
- (4) 介護支援専門員更新研修（別添4）
- (5) 主任介護支援専門員研修（別添5）
- (6) 主任介護支援専門員更新研修（別添6）

4 事業実施上の留意点

(1) 各研修の実施に当たっては、施行規則及び施行規則に基づく告示のほか、別添の研修実施要綱により行うものとする。

(2) 一の研修日程の分割については、各都道府県の実情に即して適宜分割して行うものとする。

特に、現任の介護支援専門員を対象としている研修については、研修開催日程、研修開催期間、研修定員等の規模等の設定に当たっては、選択的な受講が可能となるよう各講義を個別に開講したり、開講日（曜日）、時間等についても工夫をする等、各都道府県の実情に応じて受講者が受講しやすいよう適宜配慮をすること。

また、やむを得ない事情により研修の一部を受講できない者に対しては、適切な方法による代替措置をとることができるものとする。

(3) 受講者の負担や各都道府県の実情に応じて、各研修における講義の一部又は全部を通信学習とすることができるものとする。なお、通信学習を実施する場合には、適切な教材及び適切な方法により、指導及び評価を行うこと。

(4) 各研修事業の実施主体である都道府県等は、介護支援専門員が行う業務を常に念頭におき、介護支援専門員がその業務を行う上で効果的な研修となるよう、その内容や実施方法等について留意しなければならない。

(5) 各研修事業の実施主体である都道府県等は、各研修の実施に当たっては、他の研修の研修内容とも相互に連携を図り、受講者の業務の習熟度に応じて必要な知識を修得するために体系的な研修内容となるよう配慮しなければならない。

(6) 本事業で行う研修のうち、次のア、イの各々の研修については、研修科目が同一であることから、研修開催日程、研修場所、研修定員等の規模等の設定に当たっては、適切な研修が行われるよう配慮することを前提に、同一の日程等で行うことは差し支えない。

ア 別添1「介護支援専門員実務研修実施要綱」に基づく介護支援専門員実務研修（一部科目）、別添3「介護支援専門員再研修実施要綱」に基づく介護支援専門員再研修及び別添4「介護支援専門員更新研修実施要綱」の3の（2）に基づく実務未経験者に対する介護支援専門員更新研修

イ 別添2「介護支援専門員専門研修実施要綱」に基づく介護支援専門員専門研修及び別添4「介護支援専門員更新研修実施要綱」の3の（3）に基づく実務経験者に対する介護支援専門員更新研修

(7) 都道府県知事又は指定研修実施機関の長は、研修修了者に対し、修了証明書を交付するとともに、研修修了者について、修了証明書番号、修了年月日、氏名、生年月日

等必要事項を記載した名簿を作成し、管理する。

なお、3の(5)及び(6)の研修修了者に交付する修了証明書(以下「主任介護支援専門員研修修了証明書」という。)については、主任介護支援専門員研修修了証明書の有効期間を設けることとし、その期間は5年とする。

5 研修の費用

本事業は、地域医療介護総合確保基金を充てて実施する事業のうち、介護従事者の確保に関する事業として実施することが可能である。

ただし、本研修に使用する教材等に係る実費相当分、研修会場までの受講者の旅費及び宿泊費については、受講者が負担するものとする。

6 研修実施機関の指定に係る留意事項

(1) 研修実施機関の指定に係る要件

都道府県知事は、介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)、介護保険法施行令(平成10年政令第412号)及び施行規則で定める要件の他、以下についても適切に行われるよう指導すること。

- ・ 講師、会場等の研修体制及び事務処理体制の確保
- ・ 会計帳簿、決算書類等の整備及び適正な経理処理
- ・ 研修修了者名簿等の継続的な管理

なお、研修実施機関の指定を行うに当たっては、研修の円滑な実施の観点から、保健、医療、福祉の主要な関係団体の意向を十分踏まえた上で調整を行うこと。

(2) 研修実施機関に係る要件

研修実施機関は、法及び施行規則に定める要件の他、以下についても適切に行うこと。

- ① 研修事業を継続的に毎年一回以上実施すること。
- ② 研修受講者に研修内容等を明示するため、少なくとも次に掲げる事項を明らかにした規程を定めること。
 - ・ 開講目的
 - ・ 研修事業の名称
 - ・ 実施場所
 - ・ 研修期間
 - ・ 研修科目

- ・ 講師氏名
 - ・ 研修修了の認定方法
 - ・ 受講資格
 - ・ 受講手続き
 - ・ 受講料等
- ③ 研修の出席状況等研修受講者に関する状況を確実に把握し保存すること。
- ④ 事業運営上知り得た研修受講者に係る秘密の保持については、厳格に行うこと。
- ⑤ 演習等において知り得た個人の秘密の保持について、厳格に行うとともに、研修受講者が十分に留意するよう指導すること。

(別添 1)

介護支援専門員実務研修実施要綱

1 目的

介護支援専門員として利用者の自立支援に資するケアマネジメントに関する必要な知識及び技能を修得し、地域包括ケアシステムの中で医療との連携をはじめとする多職種協働を実践できる介護支援専門員の養成を図ることを目的とする。

2 対象者

法第69条の2第1項に規定する介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者とする。

3 実施方法及び研修課程

(1) 基本的な考え方

介護支援専門員は、法第7条第5項において、「要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第69条の7第1項の介護支援専門員証の交付を受けたもの」とされ、その養成課程である介護支援専門員実務研修（以下「実務研修」という。）は、施行規則第113条の4第1項において、「介護支援専門員として必要な専門的知識及び技術を修得させることを目的とし」て、同条第2項において、「居宅サービス計画、施設サービス計画及び介護予防サービス計画に関する専門的知識及び技術の修得に係るものをその主たる内容」とすると定められているところである。

したがって、実務研修の内容は、利用者の自立支援を図るために、アセスメントの重要性を認識し、居宅サービス計画、施設サービス計画及び介護予防サービス計画の作成、サービスの利用、モニタリングの実施等のいわゆる「ケアマネジメント」の過程に沿った各段階で必要な視点や手法を修得するとともに、地域包括ケアシステムの中で医療との連携をはじめとする多職種協働の手法を修得できるものでなければならない。

(2) 研修内容

実務研修で行うべき科目については、「厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準」（平成18年厚生労働省告示第218号）第1号に規定されているところであるが、科目、目的、内容及び時間数については以下のとおりであり、合計87時間以上とする。

科 目	目 的	内 容	時間数
【 前 期 】			
○介護保険制度の理念・現状及びケアマ	介護保険制度の理念等を理解するととも	・介護保険制度の基本理念を理解し、介護保険制度における利用者の尊厳の保持、自立支援に資する	講義3時間

<p>ネジメント</p>	<p>に、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の現状を理解する。 また、介護保険制度における利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの役割を理解し、地域包括ケアシステムにおける介護支援専門員の役割を認識する。</p>	<p>ケアマネジメントの役割、ケアマネジメントを担う介護支援専門員に求められる機能や役割に関する講義を行う。 ・介護保険制度の現状と地域包括ケアシステムが求められる背景とその考え方、構築に向けた取組状況に関する講義を行う。 ・介護サービスの利用手続き（要介護認定等に関する基本的な視点と概要）、居宅サービス計画等の作成、保険給付及び給付管理等の仕組みといった一連の関係性についての講義を行う。</p>	
<p>○自立支援のためのケアマネジメントの基本</p>	<p>利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの視点を理解する。 また、利用者が住み慣れた地域で主体的な生活を送ることができるように支援することの重要性を理解するとともに、在宅生活を支援する上で、家族に対する支援の重要性を理解する。</p>	<p>・ケアマネジメントの成り立ちや機能について理解するとともに、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準に基づいて、介護支援専門員としての責務及び業務を理解し、ケアマネジメントの中心的な役割を担う立場であることを認識するための講義を行う。 ・利用者が住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができるよう、自立支援のためのケアマネジメントを実践する上で必要な視点を理解する。 ・インフォーマルサービスも活用したケアマネジメントを理解する。 ・利用者を支援する上で、家族を取り巻く環境に留意し、家族に対する支援の重要性や目的を理解する。 ・介護予防支援や、介護予防・日常生活支援総合事業におけるケアマネジメントにおいても、基本的な考え方やプロセスは同様であることから、これらも含めた形での講義を行う。</p>	<p>講義及び演習 6 時間</p>
<p>○相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎</p>	<p>ケアマネジメントにおける相談援助の専門性を理解し、直接援助職から相談援助職への視座の転換を行う。 また、利用者のニーズを把握する上で、利用者を多面的に捉える視点の必要性を理解し、利用者の自立支援に向けた相談援助技術を修得する。</p>	<p>・直接援助を行う職種と相談援助を行う職種の各々の役割や視点の違いを認識することにより、相談援助の職種における専門性を理解する為の講義を行う。 ・相談援助を行う上での留意点として、感情移入することなく自己を客観視することの重要性とそのための方法等に関する講義を行う。 ・利用者のニーズを把握する上で、利用者を多面的に捉える視点(身体的・心理的状況、生活環境、社会参加状況等)について理解する。 ・相談援助に係る基本的な技法を理解する。</p>	<p>講義及び演習 4 時間</p>

○人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理	<p>人権と尊厳を支える専門職に求められる姿勢を認識する。</p> <p>また、介護支援専門員としての職業倫理を理解するとともに、日常業務で直面する倫理的課題等を認識する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員が備えるべき、利用者本位、自立支援、公正中立、権利擁護、守秘義務、利用者のニーズの代弁等の倫理に関する講義を行う。 ・人権の概念、利用者の尊厳の保持、介護支援専門員の倫理綱領、倫理原則、成年後見制度等に関する講義を行う。 ・ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的な課題とその課題に向き合うことの重要性を理解するための講義を行う。 	講義 2 時間
○利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意	<p>利用者及びその家族に対する適切な説明と合意形成の手法を修得する。</p> <p>また、サービス担当者会議、地域ケア会議等様々な場面においても説明と合意が得られる技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及びその家族、利用者を支援するサービスの担当者等の多職種に対する説明の意義・目的を理解するための講義を行う。 ・サービス担当者会議や地域ケア会議等における場面ごとに求められる説明の意味・目的を理解するとともに説明の技法（話の構成、姿勢、スピード、言葉の選択等）を修得する。 ・説明から利用者の合意に向かうまでのプロセスの重要性とポイントを理解するとともに、多職種協働における説明責任を理解する。 	講義及び演習 2 時間
○ケアマネジメントのプロセス	ケアマネジメントプロセスの全体像を理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントプロセスの構成と流れを理解するとともに、各プロセスにおける意義・目的に関する講義を行う。 ・ケアマネジメントプロセスにおける各プロセスの相互の関係についての講義を行う。 	講義 2 時間
○ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 ・受付及び相談並びに契約	<p>受付及び初期面接相談（インテーク）、契約の各場面で求められる実践的な技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・受付及び初期面接相談（インテーク）の場面における相談援助の視点と技術を修得するとともに、利用者及びその家族との信頼関係の構築の重要性について講義を行う。 ・契約は重要事項の説明を経た法律行為であることから、利用者が主体となる契約の意義とそれを保障するための仕組み（苦情申し立て、権利擁護等）についての講義を行う。 ・契約に関する制度上の位置付けや留意事項に関する講義を行う。 	講義及び演習 1 時間
・アセスメント及びニーズの把握の方法	<p>利用者及びその家族並びに多職種からの情報収集とその分析を通じて、介護支援専門員としての専門的な判断の根拠を説明できる技術を修得する。</p> <p>また、アセスメント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントからニーズを導き出すまでの思考過程の全体像に関する講義を行う。 ・アセスメントにおける情報収集の項目の内容、目的、主治医意見書の記載内容を理解するとともに、情報収集の方法・技術を修得する。 ・収集した情報を的確に分析することにより、課題の明確化、改善及び悪化の可能性などを導き出せることを理解する。 	講義及び演習 6 時間

	<p>において収集した情報から、専門職としてニーズを導くための技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の生活全体を捉える視点の重要性を理解するとともに、利用者の生活の現況から生活機能（WHO国際生活機能分類による）と背景を把握し、理解する視点を修得する。 ・ 課題整理総括表等を用いてADLやIADL等の状況から利用者が抱える課題を明確化し、状態の維持改善及び悪化の可能性の判断と予測を立て、適切なニーズを導くための技術を修得する。 	
<p>・ 居宅サービス計画等の作成</p>	<p>ニーズを踏まえた目標の設定と目標を実現するための居宅サービス計画等の作成技術を修得する。</p> <p>また、居宅サービス計画等と訪問介護計画等の個別のサービス計画との連動の重要性を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者及び家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針を記載するに当たっての留意点に関する講義を行う。 ・ アセスメントから導いたニーズを解決するための視点と達成するための目標の関係についての講義を行う。 ・ インフォーマルサービスも含めた社会資源の種類及び内容を理解するとともに、インフォーマルサービスの活用も含めた居宅サービス計画等を作成する方法を理解する。 ・ 保健医療サービス利用時の主治医等からの意見収集、リハビリテーション専門職からの意見収集など、多職種との連携に当たっての留意点に関する講義を行う。 ・ 訪問介護計画等の個別サービスの計画は、居宅サービス計画に記載したニーズや目標に基づいて作成され、利用者を支援するサービス提供につながっていくものであることから、居宅サービス計画との連動の重要性を理解するとともに、個別サービスの計画につながる目標の立て方等を修得する。 	<p>講義及び演習 4 時間</p>
<p>・ サービス担当者会議の意義及び進め方</p>	<p>多職種とのアセスメント結果の共有や、居宅サービス計画等の原案に対する専門的見地からの意見収集の意義を理解し、会議の開催に係る具体的な方法を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会議を開催するに当たり、事前の準備や開催当日の準備など、必要な業務を理解するとともに、会議の進行の手法等に関する講義を行う。 ・ サービス担当者会議は、利用者及び家族並びにサービス担当者も含めて、利用者を支援していくための方向性を定める場であることから、介護支援専門員によるアセスメントの結果を共有することの重要性を理解する。 ・ 会議での意識の共有に当たり、居宅サービス計画と訪問介護計画等の個別サービス計画との内容の整合性を確認することの重要性を理解する。 ・ 複数のサービスを利用する場合には、各サービスの個別サービス計画ごとの内容を確認することの重要性を理解する。 	<p>講義及び演習 4 時間</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ・新規ケース、更新ケース、要介護状態等の区分変更ケースごとのサービス担当者会議における検討の留意点についての講義を行う。 	
・モニタリング及び評価	<p>ケアマネジメントプロセスにおけるモニタリングの意義・目的や、多職種との連携によるサービス実施の効果を検証することの重要性を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及びその家族、サービス担当者等との継続的な連絡や、居宅を訪問し利用者と面接することの意味を理解するための講義を行う。 ・モニタリングにおける視点や手法、状況の変化への対応を理解する。 ・評価表等を活用し目標に対する各サービスの達成度（効果）の検証の必要性和評価手法を修得する。 ・居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術についての講義を行う。 ・モニタリングにおける多職種との役割分担と連携の重要性を理解する。 ・モニタリング結果の記録作成の意味と、記録に当たったの留意点を理解するための講義を行う。 	講義及び演習 4 時間
○介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）	<p>多職種に対する理解・尊重に基づいてチームを組成し、円滑に機能させるための基本的な技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及びその家族の支援に際し、チームアプローチの意義を理解するとともに、介護支援専門員には、ケアのマネジメントだけでなく、チームのマネジメントも求められることを認識するための講義を行う。 ・チームアプローチに際し、チームを組成する各職種の専門性と各々に求められる役割を理解するとともに、チームにおける介護支援専門員の役割を理解し、チーム運営において想定される課題や対応策を含め、チームを円滑に機能させるために必要な知識・技術を修得する。 	講義及び演習 2 時間
○地域包括ケアシステム及び社会資源	<p>地域包括ケアの理念を踏まえ、地域包括ケアを推進していくに当たり介護支援専門員に求められる役割を理解する。</p> <p>また、利用者を支援する上で知っておくべき各種制度や地域の社会資源の重要性を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムの構築が求められる背景及び地域包括ケアシステムが目指す姿についての講義を行う。 ・地域包括ケアシステムを構築していく中で介護支援専門員に求められる役割（自立支援に資するケアマネジメント、インフォーマルサービスを含めた社会資源の活用、多職種や地域包括支援センター等との連携、不足している地域資源の提案等）に関する講義を行う。 ・地域包括ケアを実現していくためのケアマネジメントを行う上で、必要な保健・医療・福祉サービスに関する講義を行う。 ・地域包括ケアシステムの構築に関して、地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を把握する事が大切であることから介護保険事業計画、地域ケア会議の重要性や内容に関する講義 	講義 3 時間

		<p>を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活保護制度、障害施策、老人福祉施策、地域ケア会議などの概要について理解するとともに、関連する機関やボランティア等との連携・協力・ネットワークの構築についての講義を行う。 	
○ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義	<p>医療との連携や多職種協働の意義を踏まえ、具体的な連携の場面で必要となる基本的な知識や連携の手法を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療との連携に当たって早い段階から連携の重要性を理解し、利用者の医療に係る情報や状態の改善可能性に係る意見等を把握しておく必要があることから、医療機関や医療職からの情報収集の方法等についての講義を行う。 医療との連携に当たっての留意点を理解するとともに、介護支援専門員から医療機関や医療職への情報提供の方法及び内容（生活状況、サービスの利用状況等）に関する講義を行う。 地域における、在宅医療・介護の連携を推進する役割を担っている機関の概要に関する講義を行う。 多職種協働の意義を理解するとともに、多職種間で情報を共有することの重要性を理解し、情報共有に当たり個人情報を取り扱う上での利用者やその家族の同意の必要性についての講義を行う。 	講義 3 時間
○ケアマネジメントに係る法令等の理解	<p>法令を遵守し、介護支援専門員の業務を適切に遂行できるよう、介護保険制度に係る法令等を正しく理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険法、介護保険法施行令、介護保険法施行規則、厚生労働省告示、居宅サービス等の運営基準、居宅介護支援等の運営基準に関しその位置付けや業務との関連を俯瞰する講義を行う。（特に、介護支援専門員及びケアマネジメントに関する部分の規定について、業務と関連づけて理解する。） 事業所の指定取消や介護支援専門員の登録消除などの不適切事例を参考に、ケアマネジメントを実践する上での法令遵守（コンプライアンス）の重要性を認識するための講義を行う。 介護報酬に係る関係告示や通知等の概要についての講義を行う。 	講義 2 時間
○実習オリエンテーション	<p>研修における実習の位置付けと目的、実施方法を理解し、効果的な実習に結びつける。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 実習は、ケアマネジメントの実践現場を通して様々なことを学ぶことができる機会であるとともに、これまでの講義や演習を通じて身につけた知識・技術を試行する機会でもあり、効果的な実習となるよう、実習の目的についての講義を行う。 実習の流れや実習時の心構えなどに関する講義を行う。（実習を通じて、地域ごとの社会資源等の状況や現場での倫理的課題などについても意識を向けるよう認識する。） 	講義 1 時間
○ケアマネジメント	<p>実習現場でのケアマ</p>	<ul style="list-style-type: none"> 実習に当たっては、利用者への居宅訪問を行い、 	

の基礎技術に関する 実習	ネジメントプロセスの 経験を通じて、実践に 当たっての留意点や今 後の学習課題等を認識 する。	アセスメントの実施、居宅サービス計画の作成、 サービス担当者会議の準備・同席、モニタリング の実施、給付管理業務の方法など一連のケアマネ ジメントプロセスの実習を行う。	
【 後 期 】			
○実習振り返り	実習を通して得られ た気づきや課題を客観 的に振り返り、発表す ることを通じて今後の 学習課題を認識する。	・実習で行ったアセスメントや居宅サービス計画の 作成など、一連のケアマネジメントプロセスの実 践事例を発表することにより、実習を通じて感じ た気づきや不足している知識・技術といった課 題、現場で生じる倫理的な課題を共有する。 ・受講者間で共有した課題や実習に関する講師から の総評を踏まえて、今後、専門職として身につけ ていくべき知識・技術についての学習課題を認識 する講義を行う。	講義及び演 習 3 時間
○ケアマネジメント の展開 ・基礎理解	ケアマネジメントは 高齢者の生理、心理、 生活環境などの構造的 な理解に基づいて行わ れる必要があることを 理解する。	・ケアマネジメントを実践する上で必要な高齢者の 生理、高齢者やその家族の心理、住環境や同居者 の有無などそれぞれの要素と要素の関係性の重要 性に関する講義を行う。 ・それらの関係性を踏まえたアセスメント、課題分 析の視点、居宅サービス計画等への具体的な展開 方法など、支援に当たってのポイントを理解する。 ・高齢者本人が望む生活の実現のための意思決定の 支援方法について修得する。 ・高齢者の代表的な疾患や症候群別のケアマネジメ ントを学ぶことの有効性について理解する。	講義及び演 習 3 時間
・脳血管疾患に関する 事例	脳血管疾患の特性や 療養上の留意点、起こ りやすい課題を踏まえ た支援に当たってのポ イントを理解する。	・脳血管疾患の分類、症状、後遺症、生活障害の程 度と身体機能の関係、廃用症候群との関係性につ いての講義を行う。 ・脳血管疾患における療養上の留意点や起こりやす い課題についての講義を行う。 ・脳血管疾患の要介護者等に対するリハビリテーシ ョンや福祉用具、住宅改修の効果的な活用に関す る講義を行う。 ・リハビリテーションや福祉用具等、それらを活用 する際の医療職をはじめとする多職種との連携・ 協働に当たってのポイントを理解する。 ・脳血管疾患の事例におけるアセスメント、課題分 析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス 担当者会議における情報共有に当たっての留意 点、モニタリングでの視点を理解する。	講義及び演 習 5 時間
・認知症に関する事 例	認知症の特性や療養 上の留意点、起こりや	・認知症の器質的障害種類別の原因、症状、改善可 能性、症状の進行並びに薬物療法の有効性、留意	講義及び演 習 5 時間

	<p>すい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。</p>	<p>点及び副作用について理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症における療養上の留意点、倫理的な対応及び起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・認知症ケアにおける医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・認知症の事例におけるアセスメントや課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 ・独居で認知症の要介護者等に対するアプローチの視点や方法を理解する。 ・認知症の要介護者と同居している家族に対する支援や地域への配慮と協働の視点を持ったケアマネジメントの具体的な方法を修得する。 ・認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）に対するアプローチの視点及びケアの手法を理解する。 	
<p>・筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例</p>	<p>筋骨格系疾患及び廃用症候群の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。</p>	<p>・筋骨格系疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害及び予防・改善方法や、廃用症候群の原因、生活をする上での障害及び予防・改善方法に関する講義を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋骨格系疾患や廃用症候群における療養上の留意点や起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・筋骨格系疾患や廃用症候群の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用方法等についての講義を行う。 ・リハビリテーション、福祉用具などを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・筋骨格系疾患や廃用症候群の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 	<p>講義及び演習 5時間</p>
<p>・内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例</p>	<p>内臓の機能不全に係る各疾患・症候群（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。</p>	<p>・内臓の機能不全に係る各疾患・症候群（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）の原因や症状、症状の進行、生活障害の程度と身体機能の関係についての講義を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疾患相互の影響、高齢者の生理（生活上の留意点）との関係、療養上の留意点及び起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・内臓の機能不全に係る疾患・症候群を有する方に 	<p>講義及び演習 5時間</p>

		<p>対するアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点を理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 各疾患・症候群における生活習慣を改善する為のアプローチの方法(本人の動機付け、家族の理解の促進等)を修得する。 	
・看取りに関する事例	<p>看取りにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 看取りのケースについて支援を行う際における介護支援専門員の役割や適切な姿勢についての講義を行う。 看取りに関連する各種サービス等の活用方法や、医療職をはじめとする多職種との連携・協働を効果的に行うためのポイントを理解する。 看取りに向けた利用者及びその家族との段階的な関わりの変化(生活動作の負担や痛みの軽減、主治医との連携や多職種協働、急変時の基本的な対応等)を認識する。 看取りのケースにおいて、在宅生活の支援を行う際の起こりやすい課題を理解し、アセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 	<p>講義及び演習 5 時間</p>
○アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習	<p>研修全体での学びを踏まえ、アセスメントから居宅サービス計画等の作成からモニタリングまでを一貫して行い、ケアマネジメントプロセスについて更なる理解を深める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> これまでの研修の中で修得した知識・技術を確認するため、事例に即したアセスメント、ニーズの把握、居宅サービス計画等の作成及びモニタリングを一貫して行うことにより、ケアマネジメントプロセスの理解を深めるとともに、理解が不足しているものがないか自己評価を行う。 作成した居宅サービス計画等を原案として、サービス担当者会議の演習を行う。 	<p>講義及び演習 5 時間</p>
○研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	<p>研修全体を通じた振り返りを行うことで、今後の学習課題を認識し、自己研鑽の意欲を高める。</p> <p>また、研修受講者間でのネットワークの構築を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 研修全体の振り返りを行うに当たって、グループ又は全体で意見交換を行い、専門的助言を含めて、研修における学習の成果や今後の学習課題への意識付けのための講義を行う。 現場で生じる課題への対応や共同で研修する機会を作るため、研修受講者間においてネットワークの構築を図る。 	<p>講義及び演習 2 時間</p>

4 研修実施上の留意点

(1) 研修実施方法

ア 研修の全体構成

ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術における「アセスメント及びニーズの把握の方法」、「モニタリング及び評価」、ケアマネジメントの展開における「脳血管疾患に関する事例」、「認知症に関する事例」、「筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例」、「内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例」、「看取りに関する事例」及び「アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習」について、アセスメントからニーズを把握する過程及びモニタリングでの評価に関する知識・技術についての講義・演習を行うに当たっては、別途通知する「課題整理総括表」及び「評価表」等を活用し行うものとする。

なお、演習を行うに当たっては、受講者が積極的に演習に参加するよう小規模な班編制により実施することとし、班編制に当たっては保健、医療、福祉の各職種の均衡に配慮すること。

イ 実習における留意点

実習先としては、特定事業所加算を取得している事業所のような指導体制が整っている事業所で行うことが適切であり、主任介護支援専門員が配置されている事業所に協力してもらうことが適当である。

実習に当たっては、一つの事例だけではなく、複数の事例についてケアマネジメントプロセスを経験することが効果的であり、アセスメントからモニタリングまでの一連のケアマネジメントプロセス（同行等による利用者の居宅訪問、サービス担当者会議開催のための準備や当該会議への同席も含む）を経験することが適当である。なお、実習期間中にサービス担当者会議が開催される機会がなく、会議に同席できなかった場合には、実習先の指導者によって、サービス担当者会議の準備や会議当日の議事進行の方法等を説明することにより理解を促すこと。

実習においては、事前に実習に係る対象者等の同意を得るとともに、特に対象者の安全の確保や知り得た秘密の厳守について万全を期すよう受講者に周知徹底すること。

(2) 講師

講師については、原則アからキまでのとおりとする。

なお、相当の知見を有する者とは、

- ① 施行規則第113条の2第1項第1号に規定する資格を有する実務経験が長い主任介護支援専門員
 - ② 地域包括支援センターにおいて介護支援専門員に対し相談・支援に従事している者
 - ③ 大学教員又は法人内において研修の責任者として指導に従事している者
 - ④ その他上記に準ずる者
- とする。

ア 「介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント」及び「ケアマネジメントに係る法令等の理解」の講師については、原則として、介護保険制度について相当の知見を有する者又は都道府県職員を充てること。

イ 「自立支援のためのケアマネジメントの基本」、「相談援助の専門職として基本姿勢及び相談援助技術の基礎」、「ケアマネジメントのプロセス」、ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術における「受付及び相談並びに契約」、「アセスメント及びニーズの把握の方法」、「居宅サービス計画等の作成」、「サービス担当

者会議の意義及び進め方」及び「モニタリング及び評価」並びにケアマネジメントの展開における「基礎理解」及び「アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習」の講師については、ケアマネジメントについて相当の知見を有する者を充てること。

ウ 「人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理」、「利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意」及び「実習振り返り」の講師については、原則として、相当の実務経験のある現任の介護支援専門員を充てること。

エ 「介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）」の講師については、介護支援専門員に関するチームマネジメントについて相当の知見を有する者を充てること。

オ 「地域包括ケアシステム及び社会資源」の講師については、地域包括ケアシステムについて相当の知見を有する者又は都道府県職員を充てること。

カ 「ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義」の講師については、在宅介護に知見のある医療関係者又は病院等において医療連携業務に従事している者を充てること。

キ ケアマネジメントの展開における「脳血管疾患に関する事例」、「認知症に関する事例」、「筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例」、「内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例」及び「看取りに関する事例」の講師については、医師又は医療関係職種の基礎資格を有する介護支援専門員又は各事例に関し相当の知見を有する者を充てること。

(3) 修了評価

研修の実施に当たっては、各科目における到達目標を達成しているかについて修了評価を実施すること。

(4) その他留意点

ア 介護支援専門員実務研修修了者とは、実務研修の全科目を受講した受講者とする。

なお、受講者がやむを得ない事情により、実務研修の一部又は全部を受講できなかった場合には、別途実施する実務研修の際に当該未受講の科目を受講することとして差し支えない。この場合、当該受講者から試験受験地の都道府県に申し出ることにより、他の都道府県で受講することを認めるなど、都道府県間で連携の上、受講者の便宜を図るものとする。

イ 実務研修の研修受講地については、当該試験受験地の都道府県であるが、当該試験合格後の勤務地等の異動に伴い、必ずしも試験受験地と研修受講地を同一とする考え方では合理的でない場合が想定される。このような場合には、当該受講者から試験受験地の都道府県宛て「研修受講地変更願」を提出させ、やむを得ないと認められるときは、希望する研修受講地の都道府県と連携の上、受講者の便宜を図るものとする。

(別添2)

介護支援専門員専門研修実施要綱

1 目的

現任の介護支援専門員に対して、一定の実務経験をもとに、必要に応じた専門知識及び技能の修得を図ることにより、その専門性を高め、多様な疾病や生活状況に応じて、医療との連携や多職種協働を図りながらケアマネジメントを実践できる知識・技術を修得し、もって介護支援専門員の資質向上を図ることを目的とする。

2 対象者

ア 専門研修課程Ⅰ

専門研修課程Ⅰの研修対象者は、原則として、介護支援専門員としての実務に従事している者であって、就業後6か月以上の者とする。

なお、介護支援専門員として、効果的にその専門性を高めるためには早期に受講することが適当であり、就業後3年以内に受講することが望ましい。

イ 専門研修課程Ⅱ

専門研修課程Ⅱの研修対象者は、原則として、介護支援専門員としての実務に従事している者であって、専門研修課程Ⅰを修了している就業後3年以上の者とする。

3 実施方法等

(1) 実施に当たっての基本的な考え方

個々の介護支援専門員の経験・知識等を考慮し、介護支援専門員専門研修の研修課程を専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱに区分し、それぞれ介護支援専門員の習熟度に応じて実施すること。

また、介護支援専門員が実際に直面している問題を把握し、実際のサービスや施策の状況、介護支援専門員の状況を踏まえた研修内容とすること。

なお、本研修は、介護支援専門員実務研修から連続する一連の研修体系の中に位置付けられるものであり、それぞれ対象となる現任の介護支援専門員の全員が受講することが望ましい。また、専門研修課程Ⅱは、1回の受講で修了するものではなく、一定の期間ごとに、技術の再確認及び向上のために繰り返し受講することが望ましい。

(2) 研修内容

ア 専門研修課程Ⅰ

専門研修課程Ⅰについて、科目、目的、内容及び時間数については以下のとおりであり、合計56時間以上とする。

科 目	目 的	内 容	時間数
○ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定	介護支援専門員としての実践の振り返りを通じて、ケアマネジメントプロセスを再確認した上で、専門職としての自らの課題を理解する。	・各自の実践を省みる事により、ケアマネジメントプロセスにおける各項目の持つ意味と重要性に関して再確認し課題等を認識するための講義を行う。 ・専門職としての知識・技術を高めていく上での克服すべき課題等を認識する講義を行う。	講義及び演習12時間

		<ul style="list-style-type: none"> ・振り返りに当たっては、担当事例を活用することとし、担当事例におけるケアマネジメントの視点（アセスメントの結果から課題（ニーズ）を導き出すまでの考え方、当該課題（ニーズ）に対するサービスの選定理由等）を発表し、他の受講者との意見交換を通じて、自分自身の技量における課題を認識・理解する。 	
○介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状	<p>介護保険制度の最新の動向や地域包括ケアシステムの構築に向けた現状の取組を理解した上で、今後の地域包括ケアシステムの展開における介護支援専門員としての関わりを理解する。</p> <p>また、地域包括ケアシステムの中で、利用者及びその家族を支援していくに当たって、関連する制度等を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険制度の改正等の状況や地域包括ケアシステムの構築に向けた現状の取組及び課題に関する講義を行う。 ・地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護支援専門員が果たすべき役割に関する講義を行う。 ・利用者が、住み慣れた地域で自立した生活を継続するためには、利用者だけでなくその家族を支援するという視点も必要であることから、利用者の家族も含めた支援に関連する各種制度や社会資源に関する講義を行う。 ・フォーマルだけでなくインフォーマルな社会資源との連携やそれらの活用と働きかけに関する講義を行う。 	講義 3 時間
○対人個別援助技術及び地域援助技術	<p>対人個別援助技術（ソーシャルケースワーク）と地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）の違いと役割を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・対人個別援助技術（ソーシャルケースワーク）の考え方と地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）の概念・機能・目的に関する講義を行う。 ・対人個別援助技術（ソーシャルケースワーク）に必要な知識・技術及び地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）の展開技法についての講義を行う。 ・個別事例の支援から地域課題の把握、課題の共有、課題解決に向けた地域づくりや資源開発などに至る一連のプロセスに関する講義を行う。 ・実際に取り組む場である地域ケア会議の意義や機能及び一連のプロセスの中における介護支援専門員としての役割に関する講義を行う。 ・個別事例の支援や地域課題の把握から解決に向け、保険者を含む多職種連携の意義やネットワーク作りの視点と方法に関する講義を行う。 	講義 3 時間

<p>○ケアマネジメントの実践における倫理</p>	<p>ケアマネジメントを実践する上で感じた倫理的な課題を踏まえ、チームで対応していく際のチームアプローチの方法及び高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントを実践する上での介護支援専門員としての倫理原則（利用者本位、自立支援、人権の尊重、公正中立等）に関する講義を行う。 ・ケアマネジメントを実践する上で生じる具体的な倫理的課題に対する心構えや対応方法についての講義を行う。 ・利用者の人権と倫理に配慮した意思決定のプロセスに関する講義を行う。 ・倫理的な課題に対するチームアプローチの重要性を認識し、その手法に関する講義を行う。 ・成年後見制度や高齢者虐待防止法等、高齢者の尊厳や権利擁護に関する講義を行う。 	<p>講義 2 時間</p>
<p>○ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実践</p>	<p>実践を通じて感じた医療との連携や多職種協働に関する課題を踏まえ、今後の実践に向けて必要な知識・技術を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントを実践する上で必要な疾病や医療との連携、多職種協働の必要性・重要性を再確認するための講義を行う。 ・これまでの実践を省みて課題を認識し、医療との連携や多職種協働を実践していくための課題解決の方法に関する講義を行う。 ・介護支援専門員から医療機関や多職種に情報を提供する際の留意点及び、医療機関や多職種から情報を収集する際の留意点についての講義を行う。 ・サービス担当者会議や地域ケア会議における多職種との効果的な協働の手法に関する講義を行う。 	<p>講義 4 時間</p>
<p>○ケアマネジメントの演習 ・リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例</p>	<p>リハビリテーションや福祉用具等の活用が有効な事例を用いて講義・演習を行うことにより、リハビリテーションや福祉用具等の活用に係る知識及びケアマネジメント手法を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション（口腔リハビリテーションを含む。）や福祉用具等に関する基礎知識の向上と活用に当たっての基本的な視点に関する講義を行う。 ・リハビリテーション専門職並びに福祉用具専門相談員等との連携方法等に関する講義を行う。 ・リハビリテーションや福祉用具等の活用に関する事例を用いて、適切なアセスメントを行う際の重要なポイントや地域の社会資源を活用したケアマネジメントを実践する知識・技術を修得する。 ・1つの事例について様々な状況等を勘案 	<p>講義及び演習 4 時間</p>

		した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。	
・看取り等における看護サービスの活用に関する事例	看護サービスの活用が必要な事例を用いて講義・演習を行うことにより、看護サービスの活用に係る知識及びケアマネジメント手法を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> ・看護サービスに関する基礎知識の向上と活用に当たっての基本的な視点に関する講義を行う。 ・訪問看護計画との関連付けや看護職との連携方法等に関する講義を行う。 ・看取り等における看護サービスの活用に関する事例を用いて、適切なアセスメントを行う際の重要なポイントや地域の社会資源を活用したケアマネジメントを実践する知識・技術を修得する。 ・1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。 	講義及び演習 4 時間
・認知症に関する事例	認知症に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、認知症に関する知識及び認知症の要介護者等に有効なサービスを活用したケアマネジメント手法を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症や精神疾患に関する医学的・心理的基礎知識の向上と認知症施策に関わる多職種との連携方法等に関する講義を行う。 ・認知症等の特質性を踏まえた早期の対応方法や家族も含めた支援方法などを修得するとともに、地域で生活を継続していくための支援を行う上で必要な視点を理解する。 ・認知症に関する事例を用いて、認知症に鑑みた適切なアセスメントを行う際の重要なポイントや、地域の社会資源を活用したケアマネジメントを実践する知識・技術を修得する。 ・1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。 	講義及び演習 4 時間
・入退院時等における医療との連携に関する事例	入退院時等における医療との連携に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、医療との連携に必要な知識及び医療との連携を踏まえたケアマネジメント手法を修得す	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者に多い疾病の特徴とその対処法、感染予防に関する講義を行う。 ・医療職（特に主治医）や医療機関との連携方法等に関する講義を行う。 ・入退院時等における医療との連携に関する事例を用いて、適切なアセスメントを行う際の重要なポイントや、社会資源を最大限に活用したケアマネジメントを実 	講義及び演習 4 時間

	る。	<p>践する知識・技術を修得する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1つの事例について様々な状況等を勘察した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。 	
・家族への支援の視点が必要な事例	<p>家族への支援の視点が必要な事例を用いて講義・演習を行うことにより、家族への支援の視点も踏まえたケアマネジメント手法を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 単なるレスパイトだけでなく今後の介護に対する不安や利用者、家族同士の軋轢への介入など家族支援における基本的な視点に関する講義を行う。 ・ 関係行政機関等との連携方法、家族支援に有効な制度等についての講義を行う。 ・ 障害等のある家族や働きながら介護を担う家族に対する支援が必要な事例などを用いて、適切なアセスメントを行う際の重要なポイントや、地域の社会資源を最大限に活用したケアマネジメントを実践する知識・技術を修得する。 ・ 1つの事例について様々な状況等を勘察した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。 	講義及び演習 4 時間
・社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	<p>社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、利用者が活用しうる制度に関する知識及び関係機関等との連携を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活保護制度、障害者施策、成年後見制度などの他法他施策に関する制度の知識やインフォーマルサービスの活用に係る視点に関する講義を行う。 ・ 虐待が発生している事例、他の制度（生活保護制度、成年後見制度等）を活用している事例、インフォーマルサービスを提供する事業者との連携が必要な事例等を用いて、適切なアセスメントを行う際の重要なポイントや、地域の社会資源を最大限に活用したケアマネジメントを実践する知識・技術を修得する。 ・ 1つの事例について様々な状況等を勘察した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。 	講義及び演習 4 時間
・状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例	<p>状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスなど新しく導入されたサービス及び小規模多機能型居宅介護の意義・効果に関する講義を行う。 ・ これらのサービスを活用する際の視点の重要性や連携方法等についての講義を行 	講義及び演習 4 時間

	介護保険で提供される地域密着型サービス等の活用に係る知識及びケアマネジメントの手法を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例を用いて、適切なアセスメントを行う際の重要なポイントや、地域の社会資源を最大限に活用したケアマネジメントを実践する知識・技術を修得する。 ・ 1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画、施設サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。 ・ その他、施設サービス等を活用する際の留意点等について理解する。 	
○個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習	指導・支援、コーチング、スーパービジョン等の違いを踏まえ、自らがそれらを受ける際の心構えや、専門職として不断に自己研鑽を行うことの重要性を理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人で専門性を高めていく際に必要な視点、手法に関する講義を行う。 ・ 指導・支援、コーチング、スーパービジョン等の基本的な考え方、内容、方法を理解するとともに、これらを受ける側と行う側双方に求められる姿勢に関する講義を行う。 ・ 個人で研鑽する場合と介護支援専門員間で研鑽する場合に求められる内容や手法とその関係性についての講義を行う。 ・ 専門職として継続した自己研鑽を行うことの必要性・重要性について講義を行う。 	講義 2 時間
○研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	<p>研修全体を通じた振り返りを行うことで、今後の学習課題を認識し、自己研鑽の意欲を高める。</p> <p>また、研修受講者間でのネットワークの構築を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修全体の振り返りを行うに当たって、グループ又は全体で意見交換を行い、専門的助言を含めて、研修における学習の成果や今後の学習課題への意識付けのための講評を行う。 ・ 現場で生じうる課題への対応や共同で研修する機会を作るため、研修受講者間においてネットワークの構築を図る。 	講義及び演習 2 時間

イ 専門研修課程Ⅱ

専門研修課程Ⅱについて、科目、目的、内容及び時間数については以下のとおりであり、合計 32 時間以上とする。

科 目	目 的	内 容	時間数
○介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開	介護保険制度の最新の動向や地域包括ケアシステムの構築に向けた現状の取組を理解し	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険制度の改正等の最新状況や地域包括ケアシステムの構築に向けた現状の取組及び課題についての講義を行う。 ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて、 	講義 4 時間

	<p>た上で、今後の地域包括ケアシステムの展開における介護支援専門員としての関わりを理解する。</p> <p>また、地域包括ケアシステムの中で、利用者及びその家族を支援していくに当たって、関連する制度等を理解する。</p>	<p>介護支援専門員が果たすべき役割に関する講義を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者やその家族を支援する上で関連する最新の制度、動向及び社会資源に関する講義を行う。 ・介護保険制度や介護支援専門員を取り巻く状況など現状で課題となっている事項に関する講義を行う。 	
<p>○ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表</p> <p>・リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例</p>	<p>リハビリテーションや福祉用具等の活用事例を用いて演習等を行うことにより、リハビリテーションや福祉用具等の活用に係る知識及び効果的なケアマネジメント手法を修得する。</p> <p>また、演習等で得られたリハビリテーションや福祉用具等の活用に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各自が担当しているリハビリテーションや福祉用具等を組み入れた居宅サービス計画等を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。 ・リハビリテーションや福祉用具等を活用するに当たって重要となる関連知識や歯科医師、リハビリテーション専門職等との連携方法に関する講義を行う。 ・リハビリテーションや福祉用具等の活用を検討するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。 	<p>講義及び演習 4 時間</p>
<p>・看取り等における看護サービスの活用に関する事例</p>	<p>看護サービスの活用が必要な事例を用いて講義・演習を行うことにより、看護サービスの活用に係る知識及び効果的なケアマネジメント手法を修得する。</p> <p>また、演習等で得られた看護サービスの活用に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することがで</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各自が担当している看護サービスを組み入れた居宅サービス計画等を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。 ・看取り等を含む看護サービスを活用するに当たって重要となる各種知識や医師、 	<p>講義及び演習 4 時間</p>

	<p>きる知識・技術を修得する。</p>	<p>看護師等との連携方法に関する講義を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看取り等を含む看護サービスを検討するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。 	
・認知症に関する事例	<p>認知症に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、認知症に関する知識及び認知症の要介護者等に有効なサービスを活用した効果的なケアマネジメント手法を修得する。</p> <p>また、演習等で得られた認知症の要介護者等に対して有効なサービスの活用に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各自が担当している認知症である要介護者等の居宅サービス計画等を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。 ・認知症の要介護者等及び家族を支援するに当たり重要となる各種知識及び医療職をはじめとする多職種や地域住民との連携方法に関する講義を行う。 ・認知症である要介護者等の支援方法を検討するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。 	講義及び演習 4 時間
・入退院時等における医療との連携に関する事例	<p>入退院時等における医療との連携に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、医療との連携に必要な知識及び医療との連携を踏まえた効果的なケアマネジメント手法を修得する。</p> <p>また、演習等で得られた入退院時等における医療との連携に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各自が担当している入退院時等におけるケースの居宅サービス計画等を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。 ・入退院時等の支援に当たり重要となる各種知識や医療職をはじめとする多職種との連携方法に関する講義を行う。 ・入退院時のケースを検討するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講 	講義及び演習 4 時間

		義を行う。	
・家族への支援の視点が 必要な事例	<p>家族への支援の視点が特に必要な事例を用いて講義・演習を行うことにより、家族への支援の視点も踏まえた効果的なケアマネジメント手法を修得する。</p> <p>また、演習等で得られた家族への支援に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 各自が担当している家族支援が特に必要なケースの居宅サービス計画等を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。 家族に対する支援に当たり重要となる各種知識や関係機関、地域住民をはじめとする多職種との連携方法に関する講義を行う。 家族支援が必要なケースを検討するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。 	講義及び演習 4 時間
・社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	<p>社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、利用者が活用することができる制度に関する知識及び関係機関等との連携を踏まえた効果的なケアマネジメント手法を修得する。</p> <p>また、演習等で得られた社会資源の活用に向けた関係機関との連携に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 各自が担当している、他の制度（生活保護制度、成年後見制度等）を活用している事例、インフォーマルサービスを提供する事業者との連携が必要な事例等の居宅サービス計画等を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。 他の制度を活用するに当たり重要となる各種知識や関係機関、多職種との連携方法に関する講義を行う。 他の制度を活用するケースを検討するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。 	講義及び演習 4 時間
・状態に応じた多様なサービス（地域密着	状態に応じた多様なサービス（地域密着型	各自が担当している地域密着型サービス等の多様なサービスを活用している事例	講義及び演習 4 時間

型サービス、施設サービス等)の活用に関する事例	サービス、施設サービス等)の活用に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、介護保険で提供される地域密着型サービス等の活用に係る知識及びケアマネジメントの手法を修得する。	等の居宅サービス計画等を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。 ・状態に応じて多様なサービスを活用するに当たり重要となる各種知識や関係機関・介護サービス事業者との連携方法に関する講義を行う。 ・状態に応じて多様なサービスを活用するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。	
-------------------------	---	--	--

4 実施上の留意点等

- (1) ケアマネジメントの演習及びケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表に係る科目について、アセスメントからニーズを把握する過程及びモニタリングでの評価に関する知識・技術についての講義・演習を行うに当たっては、別途通知する「課題整理総括表」及び「評価表」等を活用し行うものとする。また、看護、認知症、リハビリテーション、福祉用具等に関する基本的な知識を講義した上で演習を展開すること。

なお、演習を行うに当たっては、受講者が積極的に演習に参加するよう小規模な班編制により実施することとし、班編制に当たっては保健、医療、福祉の各職種の均衡に配慮すること。

- (2) ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表においては、基本的に各受講者が担当している事例を持ち寄ることとするが、科目に適合する事例を担当していないことも考えられるため、研修実施機関においては事例を用意しておくこと。

(3) 講師

講師については、原則ア及びイのとおりとする。

なお、相当の知見を有する者とは、

- i 施行規則第113条の2第1項第1号に規定する資格を有する実務経験が長い主任介護支援専門員
 - ii 地域包括支援センターにおいて介護支援専門員に対する相談・支援に従事している者
 - iii 大学教員又は法人内において研修の責任者として指導に従事している者
 - iv その他上記に準ずる者
- とする。

但し、対人個別援助技術及び地域援助技術の科目に関しては、iの資格を社会福祉士に、iiの介護支援専門員を地域活動と読み替える。

ア 専門研修課程Ⅰ

- ① 「ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定」及び「ケアマネジメントの実践における倫理」の講師については、相当の実務経験のある現任の主任介護支援専門員を充てること。
- ② 「介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状」の講師については、介護保険制度について相当の知見を有する者又は都道府県職員を充てること。
- ③ 「対人個別援助技術及び地域援助技術」の講師については、当該研修科目に関して相当の知見を有する者を充てること。
- ④ 「ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実践」の講師については、在宅介護に知見のある医療関係者又は病院等において医療連携業務に従事している者を充てること。
- ⑤ ケアマネジメントの演習に係る項目については、相当の実務経験のある現任の主任介護支援専門員又は法人内において研修の責任者として指導に従事している者又は在宅介護に知見のある医療関係者を充てること。
- ⑥ 「個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習」の講師については、相当の実務経験のある主任介護支援専門員を充てること。

イ 専門研修課程Ⅱ

- ① 「介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開」の講師については、介護保険制度について相当の知見を有する者又は都道府県職員を充てること。
- ② 「ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表」に係る科目の講師については、相当の実務経験のある現任の主任介護支援専門員又は法人内において研修の責任者として指導に従事している者又は在宅介護に知見のある医療関係者を当てること。

(4) 修了評価

研修の実施にあたっては、各科目における到達目標を達成しているかについて修了評価を実施すること。

(5) その他留意点

当該研修の研修受講地については、原則として介護支援専門員の登録を行っている都道府県とする。なお、受講者がやむを得ない事情により、専門研修の一部又は全部を受講できなかった場合には、別途実施する専門研修の際に当該未受講の科目を受講することとして差し支えない。この場合、当該受講者から登録地の都道府県に申し出ることにより、他の都道府県で受講することを認めるなど、都道府県間で連携の上、受講者の便宜を図るものとする。

(別添3)

介護支援専門員再研修実施要綱

1 目的

介護支援専門員として実務に就いていない者又は実務から離れている者が実務に就く際に、介護支援専門員としての必要な知識及び技能を再修得することを目的とする。

2 対象者

次のいずれかに該当する者とする。

- ① 介護支援専門員として都道府県知事の登録を受けた者であり、登録後5年以上実務に従事したことがない者又は実務経験はあるがその後5年以上実務に従事していない者で、今後、新たに介護支援専門員証の交付を受けようとする者
- ② 実務経験はあるが、その後実務に従事する予定がないとして更新を行わなかった者等で、実務経験後5年を経過する前に再度実務に従事するため介護支援専門員証の交付を受けようとする者

また、介護支援専門員実務研修修了後、相当の期間を経過した者についても、本研修の対象者として行うことができる。

3 実施方法等

(1) 実施に当たっての基本的な考え方

一定期間、介護支援専門員の実務に就いていない者については、実務から離れて相当の時間が経過していることから、直近の介護保険制度等を理解するとともに、地域包括ケアシステムの中で医療との連携をはじめとする多職種協働を図りながら行うケアマネジメントについて、再度必要な視点や手法を修得する。

(2) 研修内容

介護支援専門員再研修で行うべき科目については、「厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準」（平成18年厚生労働省告示第218号）第2号に規定されているところであるが、科目、目的、内容及び時間数については以下のとおりであり、合計54時間以上とする。

科 目	目 的	内 容	時間数
○介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	介護保険制度の理念等を理解するとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の現状を理解する。 また、介護保険制度における利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの役割を理解し、地域包括ケアシステムにおける介護	・介護保険制度の基本理念を理解し、介護保険制度における利用者の尊厳の保持、自立支援に資するケアマネジメントの役割、ケアマネジメントを担う介護支援専門員に求められる機能や役割に関する講義を行う。 ・介護保険制度の現状と地域包括ケアシステムが求められる背景とその考え方、構築に向けた取組状況に関する講義を行う。 ・介護サービスの利用手続き（要介護認定等に関する基本的な視点と概要）、居宅サービス計画等の作成、保険給付及び給付管理等の仕組みといった一連の関係性についての講義を行う。	講義3時間

	支援専門員の役割を認識する。		
○自立支援のためのケアマネジメントの基本	<p>利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの視点を理解する。</p> <p>また、利用者が住み慣れた地域で主体的な生活を送ることができるように支援することの重要性を理解するとともに、在宅生活を支援する上で、家族に対する支援の重要性を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの成り立ちや機能について理解するとともに、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準に基づいて、介護支援専門員としての責務及び業務を理解し、ケアマネジメントの中心的な役割を担う立場であることを認識するための講義を行う。 ・利用者が住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができるよう、自立支援のためのケアマネジメントを実践する上で必要な視点を理解する。 ・インフォーマルサービスも活用したケアマネジメントを理解する。 ・利用者を支援する上で、家族を取り巻く環境に留意し、家族に対する支援の重要性や目的を理解する。 ・介護予防支援や、介護予防・日常生活支援総合事業におけるケアマネジメントにおいても、基本的な考え方やプロセスは同様であることから、これらも含めた形での講義を行う。 	講義及び演習 6 時間
○人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理	<p>人権と尊厳を支える専門職に求められる姿勢を認識する。</p> <p>また、介護支援専門員としての職業倫理を理解するとともに、日常業務で直面する倫理的課題等を認識する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員が備えるべき、利用者本位、自立支援、公正中立、権利擁護、守秘義務、利用者のニーズの代弁等の倫理に関する講義を行う。 ・人権の概念、利用者の尊厳の保持、介護支援専門員の倫理綱領、倫理原則、成年後見制度等に関する講義を行う。 ・ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的な課題とその課題に向き合うことの重要性を理解するための講義を行う。 	講義 2 時間
○介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）	<p>多職種に対する理解・尊重に基づいてチームを構成し、円滑に機能させるための基本的な技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及びその家族の支援に際し、チームアプローチの意義を理解するとともに、介護支援専門員には、ケアのマネジメントだけでなく、チームのマネジメントも求められることを認識するための講義を行う。 ・チームアプローチに際し、チームを構成する各職種の専門性と各々に求められる役割を理解するとともに、チームにおける介護支援専門員の役割を理解し、チーム運営において想定される課題や対応策を含め、チームを円滑に機能させるために必要な知識・技術を修得 	講義及び演習 2 時間

		する。	
○地域包括ケアシステム及び社会資源	<p>地域包括ケアの理念を踏まえ、地域包括ケアを推進していくに当たり介護支援専門員に求められる役割を理解する。</p> <p>また、利用者を支援する上で知っておくべき各種制度や地域の社会資源の重要性を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムの構築が求められる背景及び地域包括ケアシステムが目指す姿についての講義を行う。 ・地域包括ケアシステムを構築していく中で介護支援専門員に求められる役割（自立支援に資するケアマネジメント、インフォーマルサービスを含めた社会資源の活用、多職種や地域包括支援センター等との連携、不足している地域資源の提案等）に関する講義を行う。 ・地域包括ケアを実現していくためのケアマネジメントを行う上で、必要な保健・医療・福祉サービスに関する講義を行う。 ・地域包括ケアシステムの構築に関して、地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を把握する事が大切であることから介護保険事業計画、地域ケア会議の重要性や内容に関する講義を行う。 ・生活保護制度、障害施策、老人福祉施策、地域ケア会議などの概要について理解するとともに、関連する機関やボランティア等との連携・協力・ネットワークの構築についての講義を行う。 	講義 3 時間
○ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義	<p>医療との連携や多職種協働の意義を踏まえ、具体的な連携の場面で必要となる基本的な知識や連携の手法を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療との連携に当たって早い段階から連携の重要性を理解し、利用者の医療に係る情報や状態の改善可能性に係る意見等を把握しておく必要があることから、医療機関や医療職からの情報収集の方法等についての講義を行う。 ・医療との連携に当たっての留意点を理解するとともに、介護支援専門員から医療機関や医療職への情報提供の方法及び内容（生活状況、サービスの利用状況等）に関する講義を行う。 ・地域における、在宅医療・介護の連携を推進する役割を担っている機関の概要に関する講義を行う。 ・多職種協働の意義を理解するとともに、多職種間で情報を共有することの重要性を理解し、情報共有に当たり個人情報を取り扱う上での利用者やその家族の同意の必要性についての講義を行う。 	講義 3 時間
○ケアマネジメント	法令を遵守し、介護	・介護保険法、介護保険法施行令、介護保険法	講義 2 時間

<p>トに係る法令等の理解</p>	<p>支援専門員の業務を適切に遂行できるよう、介護保険制度に係る法令等を正しく理解する。</p>	<p>施行規則、厚生労働省告示、居宅サービス等の運営基準、居宅介護支援等の運営基準に関しその位置付けや業務との関連を俯瞰する講義を行う。（特に、介護支援専門員及びケアマネジメントに関する部分の規定について、業務と関連づけて理解する。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の指定取消や介護支援専門員の登録消除などの不適切事例を参考に、ケアマネジメントを実践する上での法令遵守（コンプライアンス）の重要性を認識する為の講義を行う。 ・介護報酬に係る関係告示や通知等の概要についての講義を行う。 	
<p>○ケアマネジメントの展開 ・基礎理解</p>	<p>ケアマネジメントは高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解に基づいて行われる必要があることを理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントを実践する上で必要な高齢者の生理、高齢者やその家族の心理、住環境や同居者の有無などそれぞれの要素と要素の関係性の重要性に関する講義を行う。 ・それらの関係性を踏まえたアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等への具体的な展開方法など、支援に当たってのポイントを理解する。 ・高齢者本人が望む生活の実現のための意思決定の支援方法について修得する。 ・高齢者の代表的な疾患や症候群別のケアマネジメントを学ぶことの有効性について理解する。 	<p>講義及び演習 3時間</p>
<p>・脳血管疾患に関する事例</p>	<p>脳血管疾患の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・脳血管疾患の分類、症状、後遺症、生活障害の程度と身体機能の関係、廃用症候群との関係性についての講義を行う。 ・脳血管疾患における療養上の留意点や起こりやすい課題についての講義を行う。 ・脳血管疾患の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用に関する講義を行う。 ・リハビリテーションや福祉用具等、それらを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・脳血管疾患の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点、モニタリングでの視点を理解する。 	<p>講義及び演習 5時間</p>

<p>・認知症に関する事例</p>	<p>認知症の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の器質的障害種類別の原因、症状、改善可能性、症状の進行並びに薬物療法の有効性、留意点及び副作用について理解する。 ・認知症における療養上の留意点、倫理的な対応及び起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・認知症ケアにおける医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・認知症の事例におけるアセスメントや課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 ・独居で認知症の要介護者等に対するアプローチの視点や方法を理解する。 ・認知症の要介護者と同居している家族に対する支援や地域への配慮と協働の視点を持ったケアマネジメントの具体的な方法を修得する。 ・認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）に対するアプローチの視点及びケアの手法を理解する。 	<p>講義及び演習 5 時間</p>
<p>・筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例</p>	<p>筋骨格系疾患及び廃用症候群の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・筋骨格系疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害及び予防・改善方法や、廃用症候群の原因、生活をする上での障害及び予防・改善方法に関する講義を行う。 ・筋骨格系疾患や廃用症候群における療養上の留意点や起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・筋骨格系疾患や廃用症候群の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用方法等についての講義を行う。 ・リハビリテーション、福祉用具などを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・筋骨格系疾患や廃用症候群の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 	<p>講義及び演習 5 時間</p>
<p>・内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、</p>	<p>内臓の機能不全に係る各疾患・症候群</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・内臓の機能不全に係る各疾患・症候群（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾 	<p>講義及び演習 5 時間</p>

脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)に関する事例	(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	<p>患、腎臓病、肝臓病等)の原因や症状、症状の進行、生活障害の程度と身体機能の関係についての講義を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疾患相互の影響、高齢者の生理（生活上の留意点）との関係、療養上の留意点及び起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・内臓の機能不全に係る疾患・症候群を有する方に対するアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点を理解する。 ・各疾患・症候群における生活習慣を改善するためのアプローチの方法（本人の動機付け、家族の理解の促進等）を修得する。 	
・看取りに関する事例	看取りにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りのケースについて支援を行う際における介護支援専門員の役割や適切な姿勢についての講義を行う。 ・看取りに関連する各種サービス等の活用方法や、医療職をはじめとする多職種との連携・協働を効果的に行う為のポイントを理解する。 ・看取りに向けた利用者及びその家族との段階的な関わりの変化（生活動作の負担や痛みの軽減、主治医との連携や多職種協働、急変時の基本的な対応等）を認識する。 ・看取りのケースにおいて、在宅生活の支援を行う際の起こりやすい課題を理解し、アセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 	講義及び演習5時間
○アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習	研修全体での学びを踏まえ、アセスメントから居宅サービス計画等の作成からモニタリングまでを一貫して行い、ケアマネジメントプロセスについて更なる理解を深める。	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでの研修の中で修得した知識・技術を確認するため、事例に即したアセスメント、ニーズの把握、居宅サービス計画等の作成及びモニタリングを一貫して行うことにより、ケアマネジメントプロセスの理解を深めるとともに、理解が不足しているものがないか自己評価を行う。 ・作成した居宅サービス計画等を原案として、サービス担当者会議の演習を行う。 	講義及び演習5時間

4 実施上の留意点等

(1) ケアマネジメントの展開における「脳血管疾患に関する事例」、「認知症に関する事例」、「筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例」、「内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例」及び「看取りに関する事例」並びに「アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習」について、アセスメントからニーズを把握する過程及びモニタリングでの評価に関する知識・技術についての講義・演習を行うに当たっては、別途通知する「課題整理総括表」及び「評価表」等を活用し行うものとする。

なお、演習を行うに当たっては、受講者が積極的に演習に参加するよう小規模な班編制により実施することとし、班編制に当たっては保健、医療、福祉の各職種の均衡に配慮すること。

(2) 講師

講師については、原則アからキまでのとおりとする。

なお、相当の知見を有する者とは、

- ① 施行規則第113条の2第1項第1号に規定する資格を有する実務経験が長い主任介護支援専門員
- ② 地域包括支援センターにおいて介護支援専門員に対する相談・支援に従事している者
- ③ 大学教員又は法人内において研修の責任者として指導に従事している者
- ④ その他上記に準ずる者

ア 「介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント」及び「ケアマネジメントに係る法令等の理解」の講師については、原則として、介護保険制度について相当の知見を有する者又は都道府県職員を充てること。

イ 「自立支援のためのケアマネジメントの基本」並びにケアマネジメントの展開における「基礎理解」及び「アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習」の講師については、ケアマネジメントについて相当の知見を有する者を充てること。

ウ 「人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理」の講師については、原則として、相当の実務経験のある現任の介護支援専門員を充てること。

エ 「介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）」の講師については、介護支援専門員に関するチームマネジメントについて相当の知見を有する者を充てること。

オ 「地域包括ケアシステム及び社会資源」の講師については、地域包括ケアシステムについて相当の知見を有する者又は都道府県職員を充てること。

カ 「ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義」の講師については、在宅介護に知見のある医療関係者又は病院等において医療連携業務に従事している者を充てること。

キ ケアマネジメントの展開における「脳血管疾患に関する事例」、「認知症に関する事例」、「筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例」、「内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例」及び「看取りに関する事例」の講師については、医師又は医療関係職種の基礎資格を有する介護支援専門員又は各事例に関し相当の知見を有する者を充てること。

(3) 修了評価

研修の実施に当たっては、各科目における到達目標を達成しているかについて修了評価を実施すること。

(4) その他留意点

当該研修の研修受講地については、原則として介護支援専門員の登録を行っている都道府県とする。なお、受講者がやむを得ない事情により、再研修の一部又は全部を受講できなかった場合には、別途実施する再研修の際に当該未受講の科目を受講することとして差し支えない。この場合、当該受講者から登録地の都道府県に申し出ることにより、他の都道府県で受講することを認めるなど、都道府県間で連携の上、受講者の便宜を図るものとする。

(別添4)

介護支援専門員更新研修実施要綱

1 目的

介護支援専門員証に有効期限が付され、更新時に研修の受講を課すことにより、定期的な研修受講の機会を確保し、介護支援専門員として必要な専門知識及び技術の修得を図ることにより、専門職としての能力の保持・向上を図ることを目的とする。

2 対象者

研修対象者は、次のいずれかに該当するものであって、介護支援専門員証の有効期間がおおむね1年以内に満了する者とする。

- ① 介護支援専門員証の交付を受けてから、その有効期間が満了するまでに介護支援専門員として実務に従事した経験を有しない者(以下「実務未経験者」という。)
- ② 介護支援専門員証の有効期間中に、介護支援専門員として実務に従事している者又は従事していた経験を有する者(以下「実務経験者」という。)

3 実施方法等

(1) 実施に当たっての基本的な考え方

介護支援専門員として実務経験がない者と実務に従事している者又はその経験を有する者がそれぞれ有する経験・知識等の差異を考慮し、介護支援専門員更新研修(以下「更新研修」という。)の研修課程を実務未経験者に対する研修と実務経験者に対する研修に区分して実施すること。

(2) 実務未経験者に対する更新研修内容

実務未経験者に対する更新研修で行うべき科目については、「厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準」(平成18年厚生労働省告示第218号)第2号に規定されているところであるが、科目、目的、内容及び時間数については、別添3「介護支援専門員再研修実施要綱」3(2)「研修内容」と同様であり、合計54時間以上とする。

(3) 実務経験者に対する更新研修内容

実務経験者に対する更新研修で行うべき科目については、「厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準」第3号に規定されているところであるが、科目、目的、内容及び時間数については、別添2「介護支援専門員専門研修実施要綱」3(2)「研修内容」と同様である。

なお、実務経験者として初めての更新研修は、専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱと同内容であり、合計88時間以上とする。また、実務経験者としての更新研修が2回目以降の者に対する更新研修は、専門研修課程Ⅱと同内容であり、合計32時間以上とする。

4 修了評価

研修の実施に当たっては、各科目における到達目標を達成しているかについて修了評価を実施すること。

5 実施上の留意点等

- (1) 介護支援専門員証の有効期間中に、別添2「介護支援専門員専門研修実施要綱」に基づく研修を修了している者については、法第69条の8第2項ただし書きの規定に基づき、実務経験者に対する更新研修のうち、介護支援専門員専門研修で履修した科目と同内容の科目を免除することができる。
- (2) 当該研修の研修受講地については、原則として介護支援専門員としての登録を行っている都道府県とする。なお、受講者がやむを得ない事情により、更新研修の一部又は全部を受講できなかった場合には、別途実施する更新研修の際に当該未受講の科目を受講することとして差し支えない。この場合、当該受講者から登録地の都道府県に申し出ることにより、他の都道府県で受講することを認めるなど、都道府県間で連携の上、受講者の便宜を図るものとする。

(別添5)

主任介護支援専門員研修実施要綱

1 目的

介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務に関する知識及び技術を修得するとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりを実践できる主任介護支援専門員の養成を図ることを目的とする。

2 対象者

介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する介護支援専門員とする。

具体的には、主任介護支援専門員としての役割を果たすことができる者を養成する観点から、居宅サービス計画等を提出させることにより、研修実施機関において内容を確認し、利用者の自立支援に資するケアマネジメントが実践できていると認められる者のうち、以下の①から④のいずれかに該当し、かつ、(別添2)「介護支援専門員専門研修実施要綱」に基づく専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ又は(別添4)「介護支援専門員更新研修実施要綱」の3の(3)に基づく実務経験者に対する介護支援専門員更新研修を修了した者とする。

- ① 専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年(60ヶ月)以上である者(ただし、管理者との兼務は期間として算定できるものとする。)
- ② 「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」(平成14年4月24日老発第0424003号厚生労働省老健局長通知)に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者又は日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであって、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年(36ヶ月)以上である者(ただし、管理者との兼務は期間として算定できるものとする。)
- ③ 施行規則第140条の66第1号イの(3)に規定する主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている者
- ④ その他、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者

また、受講対象者の選定に当たっては、特に質の高い研修を実施する観点から、上記の要件以外に、都道府県において実情に応じた受講要件を設定することは差し支えないものとする。

3 実施方法等

(1) 実施に当たっての基本的な考え方

主任介護支援専門員研修は、他の介護支援専門員に適切な指導・助言、さらに事業所における人材育成及び業務管理を行うことができ、また、地域包括ケアシステムを構築していくために必要な情報の収集・発信、事業所・職種間の調整を行うことにより地域課題を把握し、地域に必要な社会資源の開発やネットワークの構築など、個別支援を通じた地域づくりを行うことができる者を養成するための研修であることから、適切なケアマネジメントを実践できていることを前提とし、介護支援

専門員が実際に直面している問題や地域包括ケアシステムを構築していく上での課題を把握することにより、本研修の修了者が、主任介護支援専門員として役割を果たすことができるよう、効果的な研修内容とすること。

(2) 研修内容

主任介護支援専門員研修で行うべき科目については、「介護保険法施行令第37条の15第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準」（平成18年厚生労働省告示第265号）に規定されているところであるが、その科目、目的、内容及び時間数については以下のとおりであり、合計70時間以上とする。

科 目	目 的	内 容	時間数
○主任介護支援専門員の役割と視点	地域包括ケアシステムの構築や地域包括ケアを実現するケアマネジメントを展開するに当たり、主任介護支援専門員が果たすべき役割を認識するとともに、その役割を担う上で必要な視点、知識及び技術を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等における主任介護支援専門員の役割（地域や事業所の介護支援専門員に対する個別支援、地域や事業所における人材育成の実施、多職種等とのネットワークづくりや社会資源の開発などの地域づくり及びセルフケア・セルフマネジメントに関する地域住民の意識づくり）について講義を行う。 ・介護支援専門員に対する指導・支援の視点及び地域包括ケアシステムの構築に当たっての地域づくりに関する講義を行う。 ・事業所におけるケアマネジメントと地域包括ケアシステムにおいて求められるケアマネジメントの違いに関する講義を行う。 ・介護保険制度や利用者支援に係る周辺制度について、最新の制度改正等の動向に関する講義を行う。 	講義 5 時間
○ケアマネジメント（居宅介護支援、施設における施設サービス計画の作成、サービスの利用援助及び施設サービス計画の実施状況の把握並びに介護予防支援をいう。以下同じ。）の実践における倫理的な課題に対する支援	介護支援専門員が直面しやすい倫理的課題に対し、どのような姿勢で対応すべきかについて指導・支援する技術を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員倫理綱領の意義・内容を再確認し、介護支援専門員が備えるべき倫理を実践例を交えて講義を行う。 ・ケアマネジメントを行う際に直面する倫理的課題と対応方法について講義を行う。 ・個別支援において生じた倫理面の課題に対する指導・支援方法について講義を行う。 	講義 2 時間
○ターミナルケア	ターミナルケアに関する現状・課題、介護支援専門員が関わる際	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケアの基本を理解し、居宅及び施設におけるターミナルケアの課題や必要な視点について講義を行う。 	講義 3 時間

	に必要な視点・支援の技術及び支援に当たっての指導方法を習得する。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及びその家族等に対する介護支援専門員としての適切な支援方法について講義を行う。 ・ターミナルケアで必要な看護サービス等を活用する際の視点や医療職をはじめとする多職種との連携方法・協働のポイントについて講義を行う。 	
○人材育成及び業務管理	質の高いマネジメントを提供し、事業所の適正な運営等を図るための「人事管理」「経営管理」に関する知識の修得及び「人材育成」「業務管理」の手法を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域や事業所内における介護支援専門員の人材育成に関する留意事項、効果的な取組及び方法（研修計画の作成、OJTとOff-JT、事例検討会等）について講義を行う。 ・地域において人材育成を行うに当たって必要なネットワークの構築方法に関する講義を行う。 ・事業所内における介護支援専門員に対する業務管理の意義・方法及び課題と対応策について講義を行う。 	講義 3 時間
○運営管理におけるリスクマネジメント	ケアマネジメントを実践する上で発生するリスクに対して、組織や地域として対応する仕組みの構築に必要な知識・技術を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハットの事例に基づき、ケアマネジメントを行う上で発生しうるリスクの予測とその評価の手法について講義を行う。 ・地域や事業所におけるリスク軽減に向けた仕組みや体制の構築の手法について講義を行う。 ・介護支援専門員に課せられている秘密保持義務の規定を再確認し、個人情報の取扱に係るリスクと関連制度について講義を行う。 ・自然災害が発生した場合の対応に関する基本的な考え方や方法、対応体制の構築に向けて必要な知識や方法について講義を行う。 	講義 3 時間
○地域援助技術	地域において、地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）の実践が進むよう地域づくりの重要性と主任介護支援専門員の役割を理解するとともに、地域課題の把握方法、地域づくりに向けた具体的な取組内容等に係	<ul style="list-style-type: none"> ・地域づくりの意義と手法及び地域課題を把握するための情報の入手・活用する方法について講義を行う。 ・地域課題の解決に向けた関係者によるネットワークの機能や構築方法について講義を行う。 ・地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）に関する介護支援専門員に対する指導・支援方法を修得する。 ・地域ケア会議等を通じて把握した地域課 	講義及び演習 6 時間

	る必要な知識・技術を修得する。	題を解決するための地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）の展開について、基本的な考え方や方法を修得する。	
○ケアマネジメントに必要医療との連携及び多職種協働の実現	地域において、医療との連携や多職種協働が進むよう、他の介護支援専門員や多職種に対する働きかけ、連携・協働の仕組みづくりに必要な知識・技術を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> ・医療職をはじめとした多職種との協働における工夫と留意点など成功例と失敗例を参考にして連携・協働の仕組みづくりの重要性を理解する。 ・地域ケア会議が有している機能と、当該会議を効果的に開催するための運営方法に関する講義を行う。 ・行政との連携・協働に当たっての留意点に関する講義を行う。 ・多職種協働において関わりが強い他法他施策（障害者総合支援法、生活困窮者自立支援法等）の概要と他法他施策を活用する際の関係機関等との連携・協働に当たっての留意点に関する講義を行う。 ・日常的な実践における医療職をはじめとした多職種協働に関する介護支援専門員への指導・支援方法を修得する。 	講義及び演習 6 時間
○対人援助者監督指導	対人援助者監督指導（スーパービジョン）の機能（管理や教育、支援）を理解し、実践できる知識・技術を修得するとともに、スーパーバイザーとして主任介護支援専門員に求められる姿勢を理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・対人援助者監督指導（スーパービジョン）の内容と方法に関する講義を行う。 ・対人援助者監督指導（スーパービジョン）の効果、介護支援専門員に対して対人援助者監督指導（スーパービジョン）を行う際の留意点及びスーパーバイザーとしての主任介護支援専門員の心構えと視点を理解する。 ・個人対人援助者監督指導（個人スーパービジョン）と集団対人援助者監督指導（グループスーパービジョン）の方法等を修得する。 	講義及び演習 18 時間
○個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開	介護支援専門員に対する指導・支援における様々な方法と関わり方について、その具体的方法や留意点を理解するとともに、事例研究の実践的な展開方法を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の事例に対する介護支援専門員のケアマネジメントについて、主任介護支援専門員として指導・支援を行う際の方法（コーチング、ティーチング等）を修得するとともに、指導・支援を行う際の方法における関わり方を理解する。 ・指導・支援に当たっての留意点を踏まえつつ、事例検討・事例研究における指導・支援の実践的な展開方法（会議の設定と準備、介護支援専門員との関係構築、 	講義及び演習 24 時間

		傾聴、承認、指導・支援の具体的な展開及びまとめと振り返り)を修得する。	
--	--	-------------------------------------	--

4 実施上の留意点

(1) 講師

講師については、原則アからエまでのとおりとする。

ア 「主任介護支援専門員の役割と視点」、「人材育成及び業務管理」、「運営管理におけるリスクマネジメント」、「地域援助技術」、「対人援助者監督指導」及び「個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開」の講師については、相当の実務経験のある主任介護支援専門員、大学教員又は法人内における研修の責任者として指導に従事している者を充てること。

イ 「ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援」の講師については、相当の実務経験のある現任の主任介護支援専門員を充てること。

ウ 「ターミナルケア」の講師については、ターミナルケアに関し知見のある医療関係者又は病院等において医療連携業務に従事している者を充てること。

エ 「ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現」の講師については、在宅介護に知見のある医療関係者又は病院等において医療連携業務に従事している者を充てること。

(2) 修了評価

研修の実施に当たっては、各科目における到達目標を達成しているかについて修了評価を実施すること。

(3) その他留意点

当該研修の研修受講地については、原則として介護支援専門員としての登録を行っている都道府県とする。なお、受講者がやむを得ない事情により、主任介護支援専門員研修の一部又は全部を受講できなかった場合には、別途実施する主任介護支援専門員研修の際に当該未受講の科目を受講することとして差し支えない。この場合、当該受講者から登録地の都道府県に申し出ることにより、他の都道府県で受講することを認めるなど、都道府県間で連携の上、受講者の便宜を図るものとする。

(別添6)

主任介護支援専門員更新研修実施要綱

1 目的

主任介護支援専門員に対して、主任介護支援専門員研修修了証明書の有効期限の更新時に併せて、研修の受講を課すことにより、継続的な資質向上を図るための定期的な研修受講の機会を確保し、主任介護支援専門員の役割を果たして行くために必要な能力の保持・向上を図ることを目的とする。

2 対象者

研修対象者は、次の①から⑤までのいずれかに該当するものであって、主任介護支援専門員研修修了証明書の有効期間がおおむね2年以内に満了する者とする。

なお、特に質の高い研修を実施する観点から、上記の要件以外に、都道府県において実情に応じた受講要件を設定することは差し支えないものとする。

- ①介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者
- ②地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年4回以上参加した者
- ③日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者
- ④日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャー
- ⑤主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者

3 実施方法等

(1) 実施に当たっての基本的な考え方

主任介護支援専門員としての役割を果たすには、多職種との連携や介護支援専門員に対する助言・指導や地域での活動等の実務を通じて、主任介護支援専門員として必要な知識・技術等を高めていくことが必要不可欠であり、地域包括ケアシステムの構築や地域包括ケアの推進など、主任介護支援専門員に求められる役割がこれまで以上に大きくなることを見込まれることを踏まえると、実践を通じた能力向上を担保する必要があることから、継続的な知識・技術等の向上を図るとともに、実践の振り返りにより、更なる資質向上を図る研修内容とする。

(2) 研修内容

主任介護支援専門員更新研修で行うべき科目については、「介護保険法施行令第37条の15第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準」(平成18年厚生労働省告示第265号)第2号により、規定されているところであるが、その科目、目的、内容及び時間数については以下のとおりであり、合計46時間以上とする。

科 目	目 的	内 容	時間数
○介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向	介護保険制度の最新の動向を踏まえ、地域包括ケアシステムの構築に向けた現状の取組と課題を理解し、主任	・介護保険制度の最新の動向や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組や課題、地域包括ケアシステムの構築における介護支援専門員及び主任介護支援専門員の役割について講義を行う。	講義4時間

	介護支援専門員として果たすべき役割を再認識する。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者やその家族を支援する上で関連する最新の制度、動向及び社会資源の活用並びに関係機関等との連携やネットワーク構築に関する講義を行う。 ・介護保険制度並びに介護支援専門員を取り巻く状況など現状で課題となっている事項を踏まえた、介護支援専門員に対する指導、支援に関する講義を行う。 	
○主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践 ・リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	<p>リハビリテーションや福祉用具等の活用事例を用いて主任介護支援専門員としての実践の振り返りを行うことにより、リハビリテーションや福祉用具等の活用に係る実践上の課題や不足している視点を認識し分析する手法を深める。</p> <p>また、分析結果を踏まえた資質向上に必要な取組と実践における改善策を講じることが出来る知識・技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各自が担当しているリハビリテーションや福祉用具等の活用に関する主任介護支援専門員としての実践事例について振り返り、意見交換等を通じて、課題や不足している視点を認識し分析することにより改善策を講じ、資質向上に向けた介護支援専門員に対する指導及び支援を実践することができる知識・技術を修得する。 ・リハビリテーションや福祉用具等の活用をするに当たって重要となる医師やリハビリテーション専門職等との連携方法等ネットワークづくりの実践について、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善指導に関する講義を行う。 ・リハビリテーションや福祉用具等の活用を検討するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの実践において、社会資源の開発など地域づくりの視点を含め、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善指導に関する講義を行う。 	講義及び演習 6 時間
・看取り等における看護サービスの活用に関する事例	<p>看護サービスの活用が必要な事例を用いて主任介護支援専門員としての実践の振り返りを行うことにより、看護サービスの活用に係る実践上の課題や不足している視点を認識し分析する手法を深める。</p> <p>また、分析結果を踏まえた資質向上に必要な</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各自が担当している看護サービスの活用に関する主任介護支援専門員としての実践事例について振り返り、意見交換等を通じて、課題や不足している視点を認識し分析することにより改善策を講じ、資質向上に向けた介護支援専門員に対する指導及び支援を実践することができる知識・技術を修得する。 ・看取り等を含む看護サービスを活用するに当たって重要となる医師や看護師等との連携方法等ネットワークづくりの実践 	講義及び演習 6 時間

	<p>な取組を実践における改善策を講じることができる知識・技術を修得する。</p>	<p>について、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善指導に関する講義を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看取り等を含む看護サービスの活用を検討するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの実践において、社会資源の開発など地域づくりの視点を含め、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善指導に関する講義を行う。 	
・認知症に関する事例	<p>認知症に関する事例を用いて主任介護支援専門員としての実践の振り返りを行うことにより、認知症の要介護者等に関する実践上の課題や不足している視点を認識し分析する手法を深める。</p> <p>また、分析結果を踏まえた資質向上に必要な取組と実践における改善策を講じることができる知識・技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各自が担当している認知症ケースに関する主任介護支援専門員としての実践事例について振り返り、意見交換等を通じて、課題や不足している視点を認識し分析することにより改善策を講じ、資質向上に向けた介護支援専門員に対する指導及び支援を実践することができる知識・技能を修得する。 ・認知症の要介護者等及び家族を支援するに当たり重要となる医療職をはじめとする多職種や地域住民との連携方法等ネットワークづくりの実践について、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善指導に関する講義を行う。 ・認知症である要介護者等の支援方法を検討するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの実践において、社会資源の開発など地域づくりの視点を含め、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善指導に関する講義を行う。 	講義及び演習 6 時間
・入退院時等における医療との連携に関する事例	<p>入退院時等における医療との連携に関する事例を用いて主任介護支援専門員としての実践の振り返りを行うことにより、医療との連携に関する実践上の課題や不足している視点を認識し分析する手法</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各自が担当している入退院時等における医療との連携に関する主任介護支援専門員としての実践事例について振り返り、意見交換等を通じて、課題や不足している視点を認識し分析することにより改善策を講じ、資質向上に向けた介護支援専門員に対する指導及び支援を実践することができる知識・技能を修得する。 	講義及び演習 6 時間

	<p>を深める。</p> <p>また、分析結果を踏まえた資質向上に必要な取組と実践における改善策を講じることができる知識・技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時等において重要となる医療職をはじめとする多職種との連携方法等ネットワークづくりの実践について、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善指導に関する講義を行う。 ・入退院時における支援を検討するに当たり、効果的なものになるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの実践において、社会資源の開発など地域づくりの視点を含め、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善指導に関する講義を行う。 	
<p>・家族への支援の視点が必要な事例</p>	<p>家族への支援の視点が特に必要な事例を用いて主任介護支援専門員としての実践の振り返りを行うことにより、家族への支援の視点も踏まえた実践上の課題や不足している視点等を認識し分析する手法を深める。</p> <p>また、分析結果を踏まえた資質向上に必要な取組と実践における改善策を講じることができる知識・技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各自が担当している家族支援が特に必要なケースに関する主任介護支援専門員としての実践事例について振り返り、意見交換等を通じて、課題や不足している視点を認識し分析する。分析に必要な根拠を明確にすることにより改善策を講じ、資質向上に向けた介護支援専門員に対する指導及び支援を実践することができる知識・技能を修得する。 ・家族に対する支援に当たり重要となる関係機関や地域住民をはじめとする多職種との連携方法等ネットワークづくりの実践について、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善指導に関する講義を行う。 ・家族支援が必要なケースを検討するに当たり、インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの実践において、社会資源の開発など地域づくりの視点を含め、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善指導に関する講義を行う。 	<p>講義及び演習 6 時間</p>
<p>・社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例</p>	<p>社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例を用いて主任介護支援専門員としての実践の振り返りを行うことにより、利用者が活用することができる制度に関する知</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各自が担当している他の制度（生活保護制度、成年後見制度等）を活用している主任介護支援専門員としての実践事例について振り返り、意見交換等を通じて、課題や不足している視点を認識し分析する。分析に必要な根拠を明確にすることにより改善策を講じ、資質向上に向けた介護支援専門員に対する指導及び支援を 	<p>講義及び演習 6 時間</p>

	<p>識及び関係機関等との連携に係る実践上の課題や不足している視点等を認識し分析する手法を深める。</p> <p>また、分析結果を踏まえた資質向上に必要な取組と実践における改善策を講じることができる知識・技術を修得する。</p>	<p>実践することができる知識・技能を修得する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他の制度を活用するに当たり重要となる関係機関や多職種との連携方法等ネットワークづくりの実践について、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善指導に関する講義を行う。 ・他の制度を活用するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの実践において、社会資源の開発など地域づくりの視点を認め、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善指導に関する講義を行う。 	
<p>・状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例</p>	<p>状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例を用いて主任介護支援専門員としての実践の振り返りを行うことにより、多様なサービスの活用に係る実践上の課題や不足している視点を認識し分析する手法を深める。</p> <p>また、分析結果を踏まえた資質向上に必要な取組と実践における改善策を講じることができる知識・技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各自が担当している地域密着型サービス等の多様なサービスを活用している主任介護支援専門員としての実践事例について振り返り、意見交換等を通じて、課題や不足している視点を認識し分析する。分析に必要な根拠を明確にすることにより改善策を講じ、資質向上に向けた介護支援専門員に対する指導及び支援を実践することができる知識・技能を修得する。 ・状態に応じて多様なサービスを活用するに当たり重要となる関係機関や介護サービス事業者との連携方法等ネットワークづくりの実践について、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善指導に関する講義を行う。 ・状態に応じて多様なサービスを活用するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの実践において、社会資源の開発など地域づくりの視点を認め、課題や不足している視点を認識し分析する手法及び改善指導に関する講義を行う。 	<p>講義及び演習 6 時間</p>

4 実施上の留意点

- (1) 主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践に係る科目について、アセスメントからニーズを把握する過程及びモニタリングでの評価に関する知識・技術についての講義・演習を行うに当たっては、別途通知する「課題整理総括表」及び「評価表」等を活用し行うものとする。また、各自の実践方法を共有するとともに、自らの実践において不足している視点を認識することにより、今後の活用の改善

につながるよう演習を展開すること。

なお、演習を行うに当たっては、受講者が積極的に演習に参加するよう小規模な班編制により実施することとし、班編制に当たっては保健、医療、福祉の各職種の均衡に配慮すること。

- (2) 主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践においては、基本的に各受講者が担当している事例を持ち寄ることとするが、科目に適合する事例を担当していないことも考えられるため、研修実施機関においては事例を用意しておくこと。

(3) 講師

講師については、原則ア及びイのとおりとする。

なお、相当の知見を有する者とは、

- ①国家資格を有する実務経験が長い主任介護支援専門員
- ②地域包括支援センターにおいて介護支援専門員に対し相談・支援に従事している者
- ③大学教員又は法人内において研修の責任者として指導に従事している者
- ④その他上記に準ずるもの

とする。

ア 「介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向」の講師については、介護保険制度について相当の知見を有する者又は都道府県職員を充てること。

イ 主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践に係る科目の講師については、相当の実務経験のある主任介護支援専門員又は大学教員、法人内において研修の責任者として指導に従事している者を充てること。

(4) 修了評価

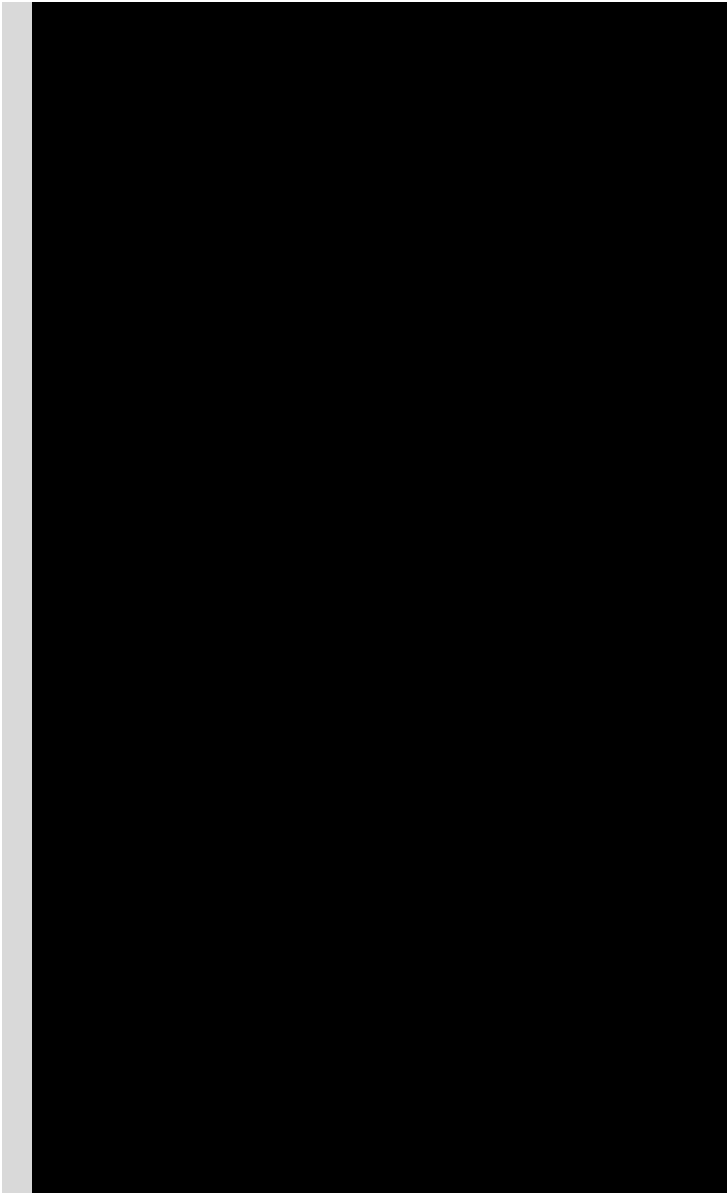
研修の実施に当たっては、各科目における到達目標を達成しているかについて修了評価を実施すること。

(5) その他留意点

ア 当該研修の研修受講地については、原則として介護支援専門員の登録を行っている都道府県とする。なお、受講者がやむを得ない事情により、主任介護支援専門員更新研修の一部又は全部を受講できなかった場合には、別途実施する主任介護支援専門員研修の際に当該未受講の課程を受講することとして差し支えない。この場合、当該受講者から登録地の都道府県に申し出ることにより、他の都道府県で受講することを認めるなど、都道府県間で連携の上、受講者の便宜を図るものとする。

イ 当該研修の修了者は、施行規則第113条の18に規定する更新研修を受けた者とみなされることから、「介護支援専門員更新研修」の受講については免除する。

また、当該研修の修了者の介護支援専門員証については、主任介護支援専門員研修修了証明書の有効期間に置き換えて交付するものとする。



委員名簿

平成 26 年度 介護支援専門員研修改善事業
研修向上委員会 委員名簿

1. 研修向上委員会

栗田 主一	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 研究部長
石黒 秀喜	一般財団法人 長寿社会開発センター 審議役
岡田 進一	大阪市立大学大学院 生活科学研究科総合福祉科学コース 教授
榑 美智子	東京都 福祉保健局 高齢社会対策部 介護保険課長
繁田 雅弘	首都大学東京 副学長
白澤 政和	一般社団法人 日本ケアマネジメント学会 理事長
鈴木 邦彦	公益社団法人 日本医師会
鷲見 よしみ	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 会長
中 恵美	公益社団法人 日本社会福祉士会
中村 健治	北海道社会福祉協議会 生活困窮者自立支援担当部長
沼田 美幸	公益社団法人 日本看護協会 医療政策部 部長
◎前沢 政次	一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会 名誉理事長
八田 冷子	鹿児島県 保健福祉部 介護福祉課 参事

※50 音順、◎委員長

平成 26 年度 介護支援専門員研修改善事業
研修向上委員会 委員名簿

2. ワーキンググループ

石山 麗子	東京海上日動ベターライフサービス株式会社 営業部 シニアケアマネジャー博士
伊藤 重夫	多摩市 健康福祉部 高齢支援課 課長
岡田 進一	大阪市立大学大学院 生活科学研究科 総合福祉学科コース 教授
奥田 亜由子	日本福祉大学 社会福祉学部 非常勤講師
落久保 裕之	医療法人裕心会 落久保外科 循環器科クリニック 院長
川越 正平	医療法人財団 千葉健愛会 理事長
國光 登志子	特定非営利活動法人 日本地域福祉研究所 主任研究員・理事
齊藤 眞樹	医療法人社団仁生会 西堀病院 企画室・地域包括支援部 次長
○助川 未枝保	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
高岡 里佳	医療法人財団緑秀会 田無病院 医療福祉連携部 部長
橘 康彦	山口市中央地域包括支援センター センター長
●福田 弘子	公益社団法人 大阪介護支援専門員協会 研修センター一部長兼事務局次長
●松川 竜也	NPO法人神奈川県介護支援専門員協会 副理事長 主任介護支援専門員
◎水上 直彦	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長
南川 幸範	三笠市社会福祉協議会 社協ケアプラン相談センター 主任介護支援専門員
村岡 真由美	社団法人慈恵会 青森市地域包括支援センターのぎわ 所長
●村田 雄二	NPO法人静岡県介護支援専門員協会 会長 社会福祉法人駿河会ラポーレ駿河居宅介護支援事業所 管理者
渡邊 慎一	社会福祉法人横浜市リハビリテーション事業団 横浜市総合リハビリテーションセンター医療部 担当部長

※50 音順、◎座長、○副座長、●主査

