

介護支援専門員実務研修

実務者研修 最終日

ケアマネジメント第16章
アセスメント及び
居宅サービス計画等作成の総合演習

下巻テキスト P574～

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

下巻P574

目的

研修全体での学びを踏まえ、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。

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

下巻P574

修得目標

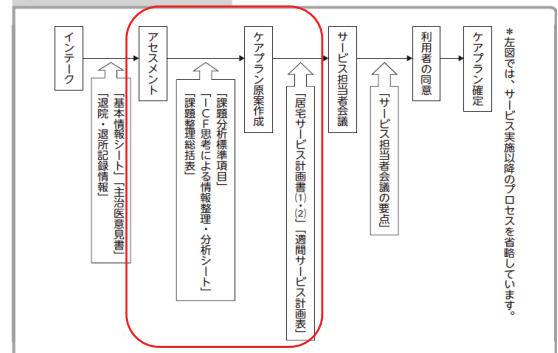
- ①事例に応じたケアマネジメントについて説明できる。
- ②課題整理総括表の記入方法が説明できる。
- ③事例を課題整理総括表に展開できる。
- ④抽出されたニーズをケアプランに展開できる。

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

下巻P574

本節で学習することの概要



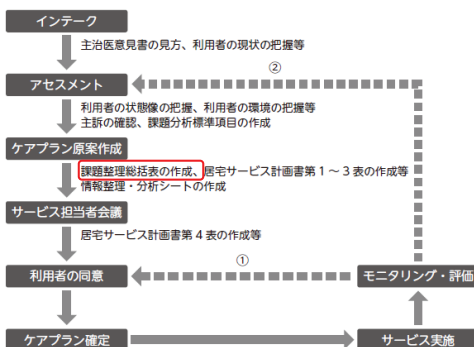
第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

下巻P575

1. ケアマネジメントプロセスの理解の復習



課題整理総括表を用いて

【課題整理総括表の目的】

居宅サービス計画書様式第2表の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を導き出すにあたって、アセスメントツールを活用して整理・抽出した利用者の現状や有する能力を勘案しつつ、利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている課題を明らかにし、自立した日常生活を支援していくにあたってその解決すべき課題を抽出するまでの間に、専門職としてどのような考えで課題分析を行ったのかを明らかにすることである。

→どのような考え方で課題分析を行ったのか

一覧できるもの

改善維持の可能性

課題整理総括表

④認定有効期間を見通して、必要な援助(フォーマル、インフォーマルなどの社会資源)を利用した場合に現在の状況がどう変化するかの評価を行う

利用者の自立生活の阻害要因(阻害要因)	①	②	③	④	⑤
経済的実態 ※1	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
移動	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
食事	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
洗濯	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
掃除	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
入浴	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
排泄	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
服装	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
健康管理	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
買い物	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
食生活	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
薬管理	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
安全管理	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
認知機能	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
コミュニケーション能力	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
社会的関わり	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
健康・生活の問題	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
行動・心機能状態(BPSD)	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
居住環境	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中

「現在」と必要な援助を利用した場合の生活行為課題の「改善/維持の可能性」を比較し、本人の生活のどこに課題があって、支援をすると何が改善するかを記載しましょう
この結果とケアプランが整合することが必要です。

備考

課題整理総括表

補足すべき情報を記入する。補足の内容や、支援の内容など、また現在使用しているサービス、家族の支援状況や生活環境なども補記する。支援ポイントになることもあるので、できるだけ具体的に記入する

利用者の自立生活の阻害要因(阻害要因)	①	②	③	④	⑤
経済的実態 ※1	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
移動	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
食事	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
洗濯	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
掃除	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
入浴	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
排泄	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
服装	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
健康管理	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
買い物	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
食生活	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
薬管理	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
安全管理	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
認知機能	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
コミュニケーション能力	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
社会的関わり	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
健康・生活の問題	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
行動・心機能状態(BPSD)	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
居住環境	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中

「現在」「改善/維持の可能性」に関して補足すべき情報を記入
・「支障あり」とした場合、具体的な支障の内容「一部介助・全介助」とした場合の支援の内容等
・「維持」や「悪化」が見込まれる項目に関して、現在利用しているサービス内容や必要な生活環境などを記入
・「改善/維持の可能性」に関して、なぜそのような可能性があるかと判断したかの根拠など

課題整理総括表を用いて

④「改善/維持の可能性※4」を記入

◆必要に応じて「備考」欄を記載

個人ワーク(10分)

見通しと本人・家族の意向

⑥本人・家族の意向として、情報をすべて整理し記載する。ケアプラン1表の「利用者の生活に対する意向」と同一である必要はない

⑤自立した日常生活を妨げている要因の解決に向けて「どのような援助を実施することにより(要因の解決のために必要と考えられる援助内容)」、状況がどのように変化すると見込まれるかを記入する。

利用者の自立生活の阻害要因(阻害要因)	①	②	③	④	⑤
経済的実態 ※1	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
移動	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
食事	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
洗濯	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
掃除	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
入浴	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
排泄	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
服装	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
健康管理	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
買い物	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
食生活	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
薬管理	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
安全管理	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
認知機能	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
コミュニケーション能力	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
社会的関わり	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
健康・生活の問題	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
行動・心機能状態(BPSD)	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中
居住環境	自立	要援助中	一部介助	全介助	要援助中

・阻害要因の解決に向けてケアプランの短期目標の期間を見据えて「どのような援助を実施することにより、状況がどのように変化すると見込まれるか」を記入する(サービス名を入れる訳ではない)
・「阻害要因」1つひとつに「見通し」をたてる
・専門職としてのケアマネジャーが判断した仮説

見通し

本欄には、「利用者の自立した日常生活を妨げている要因」の解決に向けて、多職種からのアドバイスを受けつつ、当該ケアプランの短期目標の期間を見据えて、「どのような援助を実施することにより(要因の解決のために必要と考えられる援助内容)」、「状況がどのように変化すると見込まれるか(援助を利用した場合に到達が見込まれる状態)」を記入する。



よって、阻害要因の欄に記載された数に応じた見通しを記載する必要がある。

見通し欄に記載する構文の例

自立した日常生活の阻害要因	①糖尿病のコントロール不足	②独居(家事をしたことがない)	③下肢筋力低下
見通し ※5	④	⑤	⑥
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】	<p>食事指導により食事内容を変更し、内服薬の継続と適度な運動を行うことで、体重が減少し、合併症予防ができる可能性がある</p> <p>現状できていない拭き掃除の支援を受けることで、一人暮らしの不安が軽減できる</p> <p>日中の活動や近隣までの散歩など運動量を増やすことで自宅での階段昇降の維持と、以前のように近くまで買い物に行くことができるようになる。</p>		

課題整理総括表を用いて

- ⑤「見通し」
- ⑥「利用者及び家族の生活に対する意向」を記入

個人ワーク(20分)

19

ニーズと優先順位

課題整理総括表

課題整理総括表	ニーズ				優先順位	
	①	②	③	④	⑤	⑥
移動	自立	見守り	一部介助	全介助		
食事	自立	見守り	一部介助	全介助		
服装	自立	見守り	一部介助	全介助		
排泄	自立	見守り	一部介助	全介助		
口腔	自立	見守り	一部介助	全介助		
入浴	自立	見守り	一部介助	全介助		
睡眠	自立	見守り	一部介助	全介助		
薬	自立	見守り	一部介助	全介助		
安全管理	自立	見守り	一部介助	全介助		
認知	自立	見守り	一部介助	全介助		
行動・心理状態(BPSD)	自立	見守り	一部介助	全介助		
社会参加	自立	見守り	一部介助	全介助		
居住環境	自立	見守り	一部介助	全介助		

⑦「見通し」欄の内容を踏まえて記入する

⑧優先順位プランに反映できていないニーズには「-」を記入する

課題整理総括表を用いて

- ⑦「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」
- ⑧「※6(優先順位)」

記入

個人ワーク(10分)

21

課題整理総括表を用いて

◆演習シート①

課題整理総括表を記入しての気づき

・不足している情報・視点等

個人ワーク(5分)

GW(10分)

発表

22

課題整理総括表から得られた『ニーズ』にもとづきケアプラン作成演習:ケアプラン作成

「居宅サービス計画書(1)」

■利用者及び家族の**生活**に対する意向を踏まえた課題分析の結果

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。

「居宅サービス計画」記載要領より

ケアプラン点検表

第1表

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

①利用者及び家族の生活に対する意向や希望をアセスメントで聞き取り、記載されているか。

24

ケアプラン作成

「居宅サービス計画書(1)」

■総合的な援助の方針

- 課題分析により抽出された「生活全般の解決すべき(ニーズ)」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなケアチームを行なおうとするのか、利用者及び家族を含めケアチームが確認、見当の上、総合的な援助の方針を記載する。
- あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や将来の予測やその際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。

「居宅サービス計画」記載要領より

26

ケアプラン作成

「居宅サービス計画書(1)」

■総合的な援助の方針

- 個別的・具体的な方針
- 利用者にも**分かりやすい表現**
- サービスの内容はいれない
- 利用者・家族が自分たちの目指すべき生活がイメージ出来るように記載する

ケアプラン点検表

第1表

総合的な援助の方針

①アセスメントから抽出された課題分析結果と対応しているか。また、利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認しあえる内容が記載されているか。

27

ケアプラン作成

「居宅サービス計画書(2)」

■生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題(ニーズ)についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。

「居宅サービス計画」記載要領より

28

ケアプラン点検表

第2表

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

①状態(状況)の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとにそれぞれの課題が導きだされているか。(アセスメントに情報がないのにニーズに上がっているのは不適切)

29

ケアプラン点検表

第2表

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

②介護サービスを利用するための課題抽出となっていないか。(例 転倒予防のため毎日通所サービスを受ける等)

③利用者や家族の「要望」だけに合わせた課題となっていないか。(例 家族の意向が毎日通所サービスに行ってしまう等)

30

ケアプラン点検表

第2表

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

④緊急性の高いものや、利用者及び家族が優先的に解決したいと思う課題から記載しているか。

⑤「安心・安全・安楽」等抽象的で誰にでも通用するものではなく、具体的、個別的な内容となっているか。

31

ケアプラン作成

ニーズの記載方法(例)

■「〇〇したい・・・」

デマンド(利用者本人が要求していること)やフェルトニーズ(利用者自身が必要と感じているニーズ)

■「〇〇することが必要である」または「〇〇すること」「〇〇の支援が必要である。」

ノーマティブニーズ(援助者により判断されるニーズ)

32

ケアプラン作成

「居宅サービス計画書(2)」

■目標(長期目標・短期目標)

「長期目標」「短期目標」は個々の「解決すべき課題」に対応して設定。「短期目標」は解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。

抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載する。目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

※短期目標はモニタリングの指標。サービス事業者の個別援助計画書とも連動するのでより具体的に

33

ケアプラン作成

第2表記載例

①生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

・脳出血の再発を予防し、健康に気をつけて生活したい

◆長期目標

・脳出血の再発を予防できるよう、日常生活を整えることができる

◆短期目標

・再発予防するための服薬・食生活・水分量等に気をつけて生活ができる

34

ケアプラン作成

第2表記載例

◆サービス内容

- ・血圧測定、確実な内服等の状態確認
- ・生活指導、緊急時の対応
- ・受診の送迎・同行

◆サービス種別

- ・訪問看護
- ・家族

35

ケアプラン作成

第2表記載例

②生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

・転倒することなく新築の家で自分がしたいことができるようになりたい

◆長期目標

・転倒なく1階2階両方で生活することができる

◆短期目標

・転倒の不安を解消し、自宅内を一人で移動することができる

・家事(掃除・洗濯等)ができる

36

ケアプラン作成

第2表記載例

◆サービス内容

- ・自分で移動、移乗動作ができる為の手すりの設置
- ・家事を行う為の体力、筋力、作業の訓練・指導等

◆サービス種別

- ・福祉用具貸与
- ・訪問看護

37

課題整理総括表から得られた『ニーズ』にもとづきケアプラン作成演習：ケアプラン作成

「居宅サービス計画書」の確認

ケアプラン点検表(自己検証)

第1表から第3表までの確認・加筆修正

個人ワーク (40分)

38

課題整理総括表から得られた『ニーズ』にもとづきケアプラン作成演習：ケアプラン作成

「居宅サービス計画書」の確認

(他者評価)

グループで相互に交換・確認

グループワーク(20分)

39

課題整理総括表から得られた『ニーズ』にもとづきケアプラン作成演習：ケアプラン作成

◆演習シート① 2

計画書を振り返っての気づき、改めて気づいたこと、今後意識したい視点

個人ワーク(5分)

グループワーク(10分)

発表

40

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

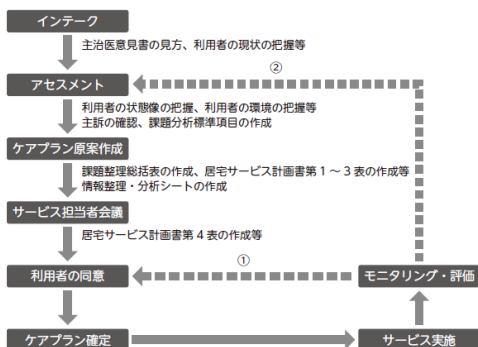
第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づき一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

下巻

P575

1. ケアマネジメントプロセスの理解の復習



第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

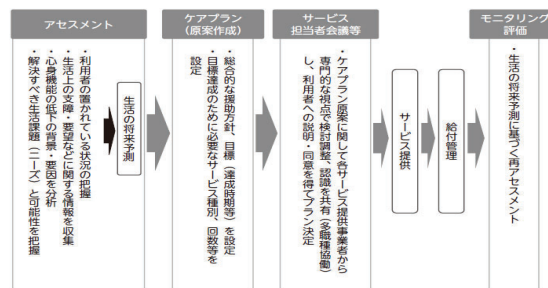
第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づき一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

下巻P589

4. ケアマネジメントプロセス

(特にアセスメント過程)の留意点や視点の点検



37

38

39

40

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

4. ケアマネジメントプロセス

(特にアセスメント過程)の留意点や視点の点検

下巻P589

アセスメントで心がけるべき五つの視点

- ①個人(身体・精神)の状態と環境の両面からの把握が大切という視点
- ②生活機能が低下する原因を見つけるという視点
- ③介助の必要性だけでなく、利用者の強み(潜在能力)にも注目する視点
- ④利用者の望む暮らしに近づけていく視点
- ⑤アセスメントは利用者との協働作業であるという視点

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

下巻P590

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

作成年月日 令和5年11月17日

No	標準項目名	アセスメント内容
10	健康状態	<ul style="list-style-type: none"> ○利用者の健康状態及び心身の状況 ・身長：153cm、体重：41.1kg(8月39.9kg) BMI：17.55(低体重) ・血圧：147/76mmHg 薬を毎日内服。体温：36.6℃、脈拍：71/分(バイタルは退院前日) ・既往歴・主病：くも膜下出血、高次脳機能障害、高血圧 ・症状・痛み：有(くも膜下出血後遺症にて左上肢に麻痺、高次脳機能障害で注意力障害、短期記憶障害が認められる) ・筋力低下等：ごく軽度だが左下肢深部感覚低下と体幹・両側股関節・左膝低下関節軽度筋力低下が認められる ・褥そう：無 ○受診に関する状況 ・かかりつけ医：U訪問診療クリニック(V内科医)2回/月 かかりつけ歯科医：無 ・その他の受診先 K 大学病院：受診頻度1回/3か月 受診方法：予約外来、夫が付き添い M リハビリ病院：受診頻度1回/3か月、通所リハ・訪問看護の指示書、夫が付き添い

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

下巻P590-591

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

	<ul style="list-style-type: none"> ○服薬に関する状況 ・管理・選択に関しては、入院中リハビリで繰り返し訓練してきたが、忘れることあり ・かかりつけ薬局：有 かかりつけ薬剤師：有 処方薬：有 ・服薬の実施状況：服薬カレンダー(訪問看護師が1週間分セット)の予定 ・服薬している薬：レベチラセタム錠500mg 2錠 朝食後(過剰な興奮を抑える薬) バルサルタン錠40mg [DSEP] 1錠 朝食後(降圧剤) ・禁忌(きんき)：アムロジピン(+), プルコン酸カリウム(+) ※薬剤使用の時の「禁忌」とは「この患者には使用しないこと」という意味 ○自身の健康に対する理解や意識の状況 ・「長い入院生活(4/4~11/18)で健康に対してかなり理解した。今後は皆さんに教えてもらい、早めに対応したい」と本人も夫も言っている(特に高次脳機能障害について)
--	---

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

下巻P591

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

11	ADL	<ul style="list-style-type: none"> ○ADL ・寝返り・起きあがり：何かにつかまる 座位保持：自立 立位保持：自立(ふらつきあり) ・立ち上がり：何かにつかまって 移乗：何かにつかまればできるが不安定 ・移動方法： 屋内…平地は自立だが、階段昇降はふらつき・つまずき有。見守り必要 屋外…見守り・一部介助が必要 ・歩行：歩行距離400~420m 10/27に棟内は連続独立歩自立となった。階段昇降や下り坂ではふらつきやつまずきがある ・階段昇降：昇段1足1段、降段2足1段で可能。自宅内階段多く、手すりがない部分もあり見守りが必要 ・食事：自立(時間もそんなにはかからない) 整容：自立(おしやれで積極的に実施) ・更衣：ほぼ自立、ズボンの着脱は難しいので一部介助 ・入浴：見守り・一部介助(洗体動作は自立、洗髪は左肩の痛み有・一部介助、浴槽をまたぐ動作に関しては、片足立位時にバランスを崩すことがあり、後方介助が必要) ・トイレ動作：自立(方向転換時や下着の上げ下げ時にふらつき有・手すりにつかまる)
----	-----	--

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

下巻P591

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

12	IADL	<ul style="list-style-type: none"> ○IADL ・複数の物事を同時に行う場面では見落とし、見誤りが発生する ・調理、掃除：現状では、他人がする。※会社の、家族同様の従業員(50代男性、40代女性)が、入院中も夫の世話に来ていた。引き続き、買物、掃除、洗濯等手伝いに来てくれる。本人は3か月後には自分でできるようになりたいと目指している。ただし、調理中に他のことが重なる、火を消し忘れてしまう等のリスクがあるので、注意が必要。包丁を使う訓練は退院1か月前から実施、少しは可能 ・洗濯：現在はたたむことはできる。ただし、収納場所がわからなくなることがある ・買物：物を持つての移動動作等の応用的日常生活動作訓練をしてきたが、ふらつきがあり見守りが必要。買物や道路の歩行は要注意で現在は見守り、付き添いが必要 ・服薬管理：服薬カレンダー活用予定(訪問看護師にセットを依頼する予定) ・金銭管理：夫と一緒に管理。会社の経理をしていたので、本人は自信あり ・電話：自分でできる。スマートフォンも使う ・交通機関の利用：主にタクシーを利用 ・車の運転：免許はあるが、運転はもととしていない。夫は運転するが運転と妻の介助は難しい
----	------	--

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

下巻P591-592

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

13	認知機能や判断能力	<ul style="list-style-type: none"> ○日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況 ・認知症：無。主治医意見書には認知症の中核症状は「問題なし」とある ・高次脳機能障害：注意・集中力不足、記憶障害等が認められる。発症当時よりはリハビリにより改善した面も見られるが、注意力散漫や短期記憶障害は現在も見られているとのこと。「複数の物事を同時に行う場面で見落とし・見誤りが発生する状態が依然として認められる」と、退院時情報として説明あり(本人・家族にも注意すべき点の説明はしたそう)
----	-----------	--

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	<input type="radio"/> コミュニケーションの理解の状況：通常のコミュニケーションは問題ない <input type="radio"/> コミュニケーションの表出の状況 ・視覚：大きな問題はない。眼鏡はかけていないが、老眼があり、細かい字を読むときは使う ・聴覚：聴力は問題ないが、注意力が他に向いていると聞き取れないこともある。本人の声は小さい ・言語・非言語における意思疎通：できる <input type="radio"/> コミュニケーション機器・方法 ・対面以外のコミュニケーションツール：スマートフォン使用、発病前はPC使用可
----	-----------------------	--

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

15	生活リズム	<input type="radio"/> 1日及び1週間の生活リズム・過ごし方 ・入院前：起床6:00 朝食7:00 出勤9:30 帰宅18:00 夕食19:00 入浴20:00 就寝24:00 ※朝食は毎朝おにぎりや4個作り、夫と2個ずつ食べる ・退院後の予定：起床6:00 朝食7:00 お茶の時間10:00 昼食12:00 おやつ15:00 夕食19:00 入浴20:00 就寝22:00と計画。長いこと食事は朝夕2回だったが、今は昼食を加え3回とし、おやつ時間も入れることを計画している <input type="radio"/> 日常的な活動の程度 ・まずは在宅生活に慣れることと生活リズムを整えることを目指す ・活動の内容・時間、活動量：最初は1階での生活に慣れる予定。並行して、歩行・階段昇降訓練を行う予定 <input type="radio"/> 休息・睡眠の状況 ・通所に通わない日は、10時、15時におやつ時間を設けて、ゆっくりしてもらう予定 ・リズム：入院中は生活リズムが整っていたので、在宅でも継続できるとよい ・睡眠の状況：22:00～6:00(8時間) ・中途覚醒、昼夜逆転：無。夜間トイレに2回起きる
----	-------	---

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

16	排泄の状況	<input type="radio"/> 排泄の場所・方法 ・トイレで自力 <input type="radio"/> 尿・便意の有無 ・尿意・便意ともに有 <input type="radio"/> 失禁の状況等 ・失禁はほとんどない。※在宅復帰にあたり、夜間はしばらく用心のため(慌てないように)尿パッドを使用 ・後始末の状況：時々拭き損じ有 <input type="radio"/> 排泄リズム ・日中・夜間の頻度：日中：7回ほど 夜間：2回 タイミング：早めに行き間に合っている <input type="radio"/> 排泄内容 ・便秘や下痢の有無：便秘気味ではあるが、内服薬が出るほどではない
----	-------	---

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

17	清潔の保持に関する状況	<input type="radio"/> 入浴や整容の状況 ・入院中は看護補助者の見守りで週2回普通浴槽に入浴。自宅では2日に1回を希望。通所サービスでの入浴も検討 ・本人はおしゃれでマニキュアをした ・ただし、身だしなみの点では以前ほどきちんとしていない <input type="radio"/> 皮膚や爪の状況 ・皮膚や爪の清潔状況：入院中は清潔。通所・訪問看護でも観察・確認してもらう ・皮膚や爪の異常の有無：無 <input type="radio"/> 寝具や衣類の状況 ・汚れの有無：きれい好きで日頃から清潔に暮らしてきたが、現状は気が回らないようだ ・交換頻度：他人が実施(会社の古くからの従業員が手伝ってくれる予定)
----	-------------	---

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

18	口腔内の状況	<input type="radio"/> 歯の状態 ・歯の本数：28本 ・欠損している歯の有無等：無 <input type="radio"/> 義歯の状況 ・義歯の有無：無 汚れ・破損の有無：ほぼない <input type="radio"/> かみ合わせの状態、口腔内の状態 ・歯の汚れ、舌苔・口臭の有無：あまりない ・口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無：無 <input type="radio"/> 口腔ケアの状況に関する項目 ・入院中、きれいにしてもらっていたので、訪問看護師にチェックしてもらう予定
----	--------	---

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

19	食事摂取の状況	<input type="radio"/> 食事摂取の状況 ・食形態：常食、米は軟飯、副食は一口大、柔らか食20分で完食、善で食べる(軟飯は入院前からの好み) ・食事回数：2回(朝夕、以前から) ・食事の内容：偏食(肉が好き、ベーコン・ハム等も好き、野菜・魚は好まない。丼物も好き、しょっぱいものが好き(医師より、塩分制限あり)：6g未満/日) ・食事量、栄養状態：偏食で栄養が偏っている ・水分量：以前から摂取量1日700mLほどで少なかった。入院中は、毎日摂取量を計測し、声かけ等で1000mLは摂取していた。夫は「妻の水分摂取不足はわかっている。今後は、声かけと一緒に飲むなどの工夫をする」と言っている ・食事の準備をする人：会社の馴染みの従業員が朝食を手伝ってくれる予定、昼・夕食は配食を予定 <input type="radio"/> 摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量 ・医師から指示有(バランスのよい食事を摂り、体重の増加を目指すこと) ・栄養：偏食で摂取量も少ない。水分量：不足 <input type="radio"/> 食事制限の有無に関する項目 ・塩分制限：6g以下
----	---------	---

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

下巻P594

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一週間のケアマネジメントプロセスの実践演習】

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

20	社会との関わり	<p>○家族等との関わり</p> <ul style="list-style-type: none"> 家庭内での役割：夫からはずっと頼られて過ごしてきた。夫婦仲がよい ○家族等との関わり 家庭内での役割：入院前は夫と仕事をしていたが、家事（一部従業員が手伝っていた）は妻であるAさんが行っていた。入院後は夫が仕事を辞めるので相談しながら検討する 同居でない家族等との関わり：一人息子（38歳、カメラマン）は結婚し別居。車で30分くらいの所に住んでいる。息子も嫁（38歳、服飾デザイナー）も海外に行くことが多く、今まではあまり来なかった ○地域との関わり 参加意欲：あまりない 現在の役割：無 参加している活動の内容：無 夫と2人で毎日仕事に出掛けたので、ご近所付き合いはあまりない ただし、夫の生まれ育った所なので近所の方はよく知っている ○仕事との関わり 夫は趣味の雑誌の小さい出版社を経営し、本人は撮影と経理を担当してきた。今回の本人の入院で、夫は事業譲渡を決めた。本人の入院の間は休業し、退院を待って事業の整理をするそうだ（本人の意向も聞きながら整理することだ）
----	---------	---

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

下巻P594

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一週間のケアマネジメントプロセスの実践演習】

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

21	家族等の状況	<p>○本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人との関係：夫とは仕事のパートナー、いつも一緒に過ごし、仲がよい。夫は仕事と趣味だけをし、日常生活のほとんどをAさんに任せてきた。結婚時から夫の高親と同居したが、その両親とも仲良く過ごし、長男の面倒もみてもらった 居住状況：夫婦二人暮らし 年代：夫（75歳） 仕事の有無：入院前に夫は会社経営。今後は会社をたたむ予定 情報共有方法：夫とは常に共有、長男も夫を通じて共有 ○家族等による支援への参加状況 参加意欲：夫はやさしいがほとんど仕事と趣味のことしかしない。介護や家事援助などについては多くは望めない。会話はよくしてくれるし、気遣いはしてくれる。長男夫婦もできることは、すると言い、退院の日は夫婦で手伝い、サービス担当者会議への参加を表明 現在の負担感：退院後は生活が大きく変わるので、夫の負担増は課題 支援への参加による生活の課題：夫は、家事等にノータッチだったため、何ができかわからない。長男夫婦は、二人とも忙しく飛び回っている。今後、相談にはのってくれるだろうが、実際の介護や手伝いは難しそう
----	--------	--

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

下巻P594

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一週間のケアマネジメントプロセスの実践演習】

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

		<p>○家族等について特に配慮すべき事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人も夫も一人っ子で、その両親たちも皆一人っ子であり、親族がほとんどいない 夫は妻の長い入院生活で、家でお酒を飲むことが多かったようで、体調を崩し始めている 長男夫婦は2人とも海外出張が多く不在がち。できるだけ手伝いたいとは言いが、なかなか難しい 事業の従業員2名（50代男性と40代女性）が家族同様で、入院中は夫の日常生活の世話をしてくれていて、今後も手伝ってくれるようだ 家族みない猫2匹も退院を待っていてくれる。2匹ともシャイで、家族にしか姿を見せないそう。長男夫婦を除き、2匹を誰も見たことがないのは有るとのこと
--	--	---

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

下巻P595

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一週間のケアマネジメントプロセスの実践演習】

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

22	居住環境	<p>○日常生活を行う環境</p> <ul style="list-style-type: none"> 夫婦の夢を込めた自分達のお城を4年前に新築したそうだ。同居の姑を見送り、息子が結婚し夫婦2人になったので、長いこと2人で描いてきた設計図で、家を建て替えた 浴室：2階にある。当面は使用が難しい。2階への階段昇降が可能になれば、手すり等を設置する予定 トイレ：1階、2階双方にある。両方のトイレとも手すりの設置は可能 食事を摂る場所：ダイニングキッチンには1階なので移動などの問題なし 生活動線：退院直後は1階の仏間に特殊寝台を置き、夫は下に布団を敷き見守り介護することになるが生活の主な場所は2階にあり、たくさんの書庫と大きな寝室、ベランダ（デッキ）があり、本人はどうしても2階に上がりたいと言ひ、退院が決まってから、急に階段昇降のリハビリを頑張りはじめた
----	------	--

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

下巻P595

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一週間のケアマネジメントプロセスの実践演習】

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

		<p>○居住環境においてリスクになりうる状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 危険箇所の有無：生活の主な場が2階であり、階段の昇降が危険。階段に手すりはあるが、階段の前後に手すりは伸びておらず手すりの延長を検討 整理や清掃の状況：退院前なので良好。床等には、物は置いていない。1階、2階とも空間ごとに机、椅子、ソファがありどこでも本が読め、書籍や写真が広げられるようになっている。疲れたらすぐ休めるとのこと 室温の保持：新しい家で床暖房や冷房も完備している。脱衣所、トイレも温度は同じに保てる こうした環境を維持するための機器：危険な所には自立保持手すりの設置を考えている ○自宅周辺の環境やその利便性 すぐ近くにスーパー・コンビニがあり、タクシーも拾いやすい。タクシーは、呼ぶことが多い
--	--	---

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

下巻P595

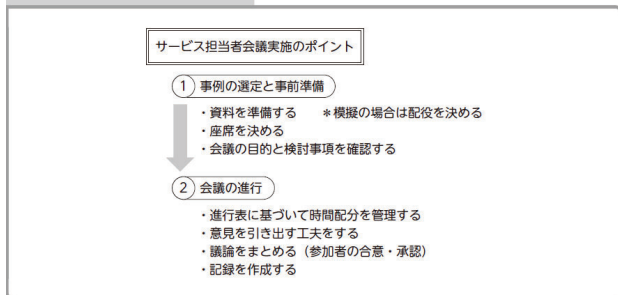
第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一週間のケアマネジメントプロセスの実践演習】

1) 「課題分析標準項目」による情報整理

23	その他留意すべき事項・状況	<p>○利用者に関連して、特に留意すべき状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 虐待：無。 経済的困窮：年金を繰り下げたくらい（まだ買っていない） 身寄りのない方：親族が少ないが、親戚みたいな会社の仲間がいる 医療依存度が高い状況：再発は命取りとなる。高次脳機能障害がどこまで改善するのか、進むのか、不安は大きい。本人は「一度は死んだ。医療に一命を助けてもらった」と話し、「医療に対する知識を学び、早期対策をしたい」と言っている 看取り：今回の緊急入院で、本人だけでなく、のんびり屋の夫も子どもも最期についても考え話し合うようになり、ケアチームにいろいろと教えてほしいと言っている ○その他生活に何らかの影響を及ぼす事項 介護をするはずの夫が、退院が決まってほっとしたのか、急に体調を崩している 本人は、「今度夫のほうに心配だ。早く一人でできるようにしたい」と言い始めているので、急ぎ過ぎないように注意も必要
----	---------------	---

本節で学習することの概要



【1 事例の選定と事前準備】

2. これまでの学習内容を踏まえた検討事項の立案

No.	目的	検討事項等	資料
1	初顔合わせの挨拶	参加者の自己紹介 (本人・家族含む)	
2	経過の共有	発症、入院、退院までの経過説明	退院・退所情報記録書など
3	利用者情報の共有	介護支援専門員による利用者の紹介	利用者基本情報など
4	医療情報の共有	主治医からの説明	主治医意見書
5	ケアプラン原案の共有	介護支援専門員による居宅サービス計画書 第1表、第2表、第3表の説明	第1表、第2表、第3表および 課題整理総括表
6	専門的見地の共有	サービス担当者からの発言や質疑応答	
7	援助方針の共有	介護支援専門員による総合的な援助の方針 の確認・修正	第1表
8	ケアプランの承認	利用者からケアプランの承認をもらう	
9	今後の予定の共有	介護支援専門員によるサービス開始までの 流れの説明	第3表
10	利用者・家族の気持ちの共有	利用者・家族からの言葉 (必要に応じて介 護支援専門員が代弁)	

【2 サービス担当者会議の模擬実践】

2. 意見を引き出す工夫

○参加者から積極的に意見を引き出す工夫

・利用者と事前に話し、会議中には、どんなときでも利用者の味方であることを伝えておく。

→利用者が安心して会議に臨める。

・意見を出してほしいサービス担当者とは、事前に意見の内容について打合わせをしておく。

→その意見が引き金になって意見が活発化する可能性がある。

・利用者に対してサポート的な発言の模範を示すように、事前に特定のサービス担当者をお願いしておく。

→その発言が模範となり、次の人の発言もサポートティブになる可能性がある。

・開始に当たって、和やかな雰囲気づくりを行う。

→意見が出やすくなる。

【2 サービス担当者会議の模擬実践】

2. 意見を引き出す工夫

・会議の冒頭で、この場での発言は、全員に守秘義務があり、個人情報については守られていることを説明する。

→プライバシー性の高い意見が出やすくなる。

・会議の冒頭で、**会議の目的を明確に説明**する。

→目的に沿った意見が出やすくなる。

・会議の冒頭で、参加者に難しい専門用語は使わないようにお願いする。また、難しい専門用語やわかりにくい表現が出てきたら、説明をしてもらう。

→利用者は会議の内容が理解でき、発言をしやすくなる。

・会議の冒頭で、限られた時間での話し合いなので、簡潔に話すようにお願いをする。

また、話が長い人には介入する。

→時間内により多くの人が発言できる。

【2 サービス担当者会議の模擬実践】

2. 意見を引き出す工夫

・介護支援専門員は利用者の横に座り、利用者がうまく言えないときは、代弁者となる。

→利用者が発言しやすくなる。

・利用者の表情を絶えず確認し、置いてきぼりになりそうな時は話の内容を利用者に説明する。

→**利用者が話の内容を理解できるとともに、参加者には会議の中心は利用者であることを意識させる。**

・発言がない(または少ない)人には、やさしく発言を促す。

→参加者全員に発言できる機会をつくる。

・参加者全員に、この会議に参加してくれたことへの感謝・ねぎらいを行う。

→次回の会議にも参加する意欲につながる。

介護支援専門員実務研修

実務者研修 最終日

ケアマネジメント第17章

「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」

下巻テキスト P620～

修得目標

- 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 受講者間のネットワークの構築を実施できる。
- ③ 専門職としての継続的な自己研鑽の必要性について説明できる。

1. 研修受講前に設定した目標の確認

○実務研修各章ごとの修得状況評価と継続的学習課題及び教育環境

●前期 章	研修科目	現在の習得状況			継続的学習課題と達成のための教育環境	
		理解不十分	理解できた	実践できる	継続的学習課題	○J・T環境 研修環境
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					
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					
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					
5	利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意					

1. 研修受講前に設定した目標の確認

○実務研修各章ごとの修得状況評価と継続的学習課題及び教育環境

6	ケアマネジメントのプロセス								
7-①	基礎ケア 提供知識及び技術	受付及び相談並びに契約							
7-②	アセスメント及びニーズの把握の方法								
7-③	居宅サービス計画等の作成								
7-④	サービス担当者会議の意義及び進め方								
7-⑤	モニタリング及び評価								
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）								
9	地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの深化及び地域の社会資源								

1. 研修受講前に設定した目標の確認

○実務研修各章ごとの修得状況評価と継続的学習課題及び教育環境

10	生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義								
11	ケアマネジメントに係る法令等の理解								
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								

習得状況を√で評価 環境：あり1、なし2、不明3

1. 研修受講前に設定した目標の確認

○実務研修各章ごとの修得状況評価と継続的学習課題及び教育環境

●後期 章	研修科目	現在の習得状況			継続的学習課題と達成のための教育環境	
		理解不十分	理解できた	実践できる	継続的学習課題	○J・T環境 研修環境
14	実習振り返り					
15-①	ケアマネジメントの展開	生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント				
15-②	脳血管疾患のある方のケアマネジメント					
15-③	認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント					
15-④	大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント					
15-⑤	心疾患のある方のケアマネジメント					

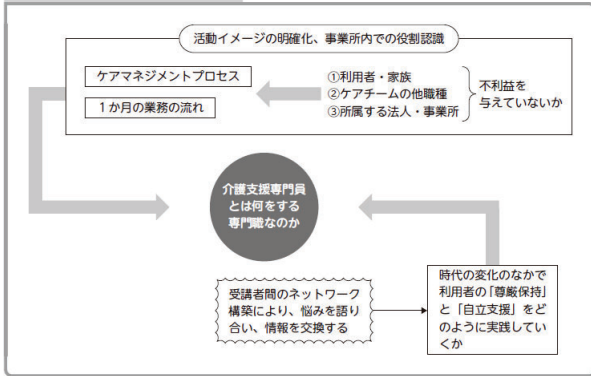
1. 研修受講前に設定した目標の確認

○実務研修各章ごとの修得状況評価と継続的学習課題及び教育環境

15-⑥	誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント								
15-⑦	高齢者に多い疾患等（糖尿病、高血圧、脂質異常症、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病、筋骨格系疾患、廃用症候群等）の留意点の理解								
15-⑧	看取りに関する事例								
15-⑨	地域共生社会の実現に向け他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント								
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								
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								

習得状況を√で評価 環境：あり1、なし2、不明3

本節で学習することの概要



○職場の先輩や仲間から助言をもらいながら、介護支援専門員としての活動が始まりまる

・まずは、実務研修で学んだケアマネジメントプロセスや介護支援専門員としての1か月の流れを実際の業務の流れと照らし合わせながら、しっかりと身につけていく

・そのなかで、常に「介護支援専門員とは、何をやる専門職なのか」を、自問自答しながら、活動することが大切

・特に介護支援専門員として駆け出しの頃は、かかわる人や所属する組織に「不利益を与えない」ことを意識していくが、その際に心がけたい、三つの視点は以下の通り

介護支援専門員としてかかわる人や組織に不利益を与えないための三つの視点

視点1：利用者・家族に不利益を与えていないか

視点2：ケアチームの他職種に不利益を与えていないか

視点3：所属する法人・事業所に不利益を与えていないか

1. 時代の変化と介護支援専門員像

○介護保険制度創設に伴い介護支援専門員が誕生したが、その後、介護給付サービスの種類や対象範囲が広がるとともに、医療ニーズの高い在宅利用者、認知症利用者、高齢者世帯および独居利用者の増加など、介護支援専門員を取り巻く環境も大きく変化している

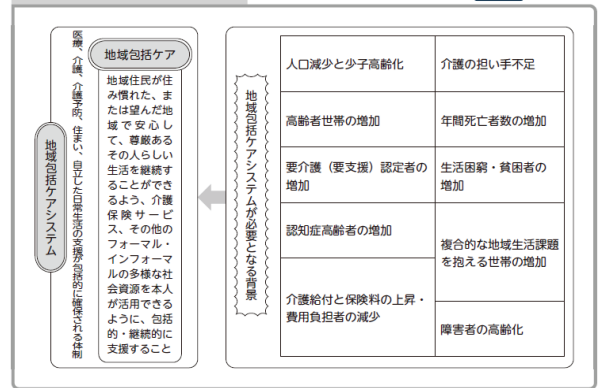
・さらに、「介護予防ケアマネジメント」への広がり、在宅での「看取り」対応、「市区町村および住民参加型サービス」など、サービス調整の幅も広がっている

・認知症のある人や終末期にある人の「意思決定支援」も喫緊の課題であり、老老介護、ヤングケアラー、8050 問題・9060 問題、2025 年問題・2040 年問題など、介護の担い手の変化などに伴う介護保険をはじめとした社会保障制度の動向にも目をこらす必要がある

・そうした時代の変化のなかで、利用者の「尊厳の保持」と「自立支援」をどのように実践していけばよいのか、変わるもの、変わらないもの、変わるべきもの、変るべきものではないもの……。時代が求める介護支援専門員への役割・期待を考えながら、これからの介護支援専門員をイメージしていく必要がある

本節で学習することの概要

参考



2. 受講者間のネットワーク構築による活動意欲の向上

・実務研修では、これから介護支援専門員を目指す仲間と学び合い、演習などを通じて、一緒に考え、ともに悩んだことだと推測される

・この研修を通じて知り合った仲間は、いわゆる「同士」である

・この研修を機会として、受講者間のネットワークをぜひ構築して頂きたい

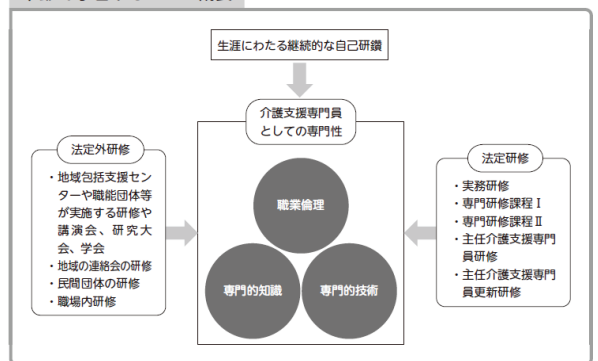
・介護支援専門員として業務を始めると、さまざまな難題に出会うが、そんな時、職場内の上司や仲間と相談することはもちろん大切だが、この研修で構築した受講者間のネットワークを利用し、悩みを語り合える仲間を得ることは、何よりも貴重な財産となる

・地域が重なれば、それぞれのネットワークを紹介し合うことも可能で、地域が異なれば、利害関係なしに胸の内を明かすことができる

・同じ時期に介護支援専門員の道を歩み始めた仲間たちのネットワークは、不安に押し潰されそうになったとき、仕事を辞めたくなくなったとき、バーンアウトしそうになったときに、それを救う力を発揮してくれるもの

・そして、ともに励まし合う仲間の存在は、介護支援専門員としての活動意欲の向上にもつながってきます

本節で学習することの概要



- ・介護支援専門員は、対人援助の専門職で、介護保険制度のなかでは、唯一無二の相談援助職でもある
- ・相談を通じて、利用者の福利の実現をサポートする仕事なので、幅広い視点で生活全般をとらえ、生活の将来予測や各職種の視点や知見に基づいた根拠のある支援の組み立てを行うことが求められる
- ・ただし、利用者それぞれの生活は異なるため、障害や疾患が及ぼす生活への影響の将来像を予測することは簡単なことではない
- ・また、各職種の視点や知見も、職種ごとに違えばかりか、同じ職種でも熟練度や学習基盤により、視点や知見が異なることもある
- ・各職種からの視点や知見に基づいた「根拠のある支援」を組み立てるわけなので、介護支援専門員には、高い知識と技術の修得が必要である
- ・当然、その知識と技術は、一朝一夕で身につくわけではなく、生涯にわたる自己研鑽への姿勢が求められる

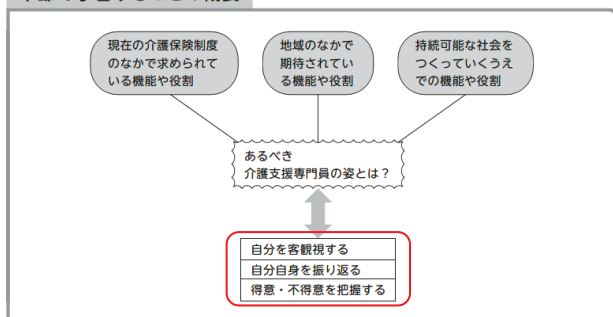
○そのため「介護支援専門員 倫理綱領」には、以下の条文が盛り込まれている

介護支援専門員 倫理綱領
(専門的知識と技術の向上)

3. 私たち介護支援専門員は、常に専門的知識・技術の向上に努めることにより、介護支援サービスの質を高め、自己の提供した介護支援サービスについて、常に専門職としての責任を負います。また、他の介護支援専門員やその他専門職と知識や経験の交流を行い、支援方法の改善と専門性の向上を図ります。

(日本介護支援専門員協会 平成19年3月25日採択)

本節で学習することの概要



1. 専門職の職業倫理、座学と実践を繰り返す継続的な学習の必要性
 - ・介護支援専門員としての生涯にわたる自己研鑽を推進する機関車のエンジンは、専門職としての職業倫理である
 - ・利用者の福利の実現を追い求める職業倫理の基に、介護支援専門員は専門的知識と技術を生涯にわたって向上させていかなければならない



1. 専門職の職業倫理、座学と実践を繰り返す継続的な学習の必要性
 - ・この職業倫理が脱線すると、利用者の福利とは無縁の知識や技術となりかねない
 - ・そして、専門的知識・技術の向上に欠かせないのが、座学と実践を繰り返す継続的な学習である
 - ・座学には、「実務研修」「専門研修課程Ⅰ、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」といった「法定研修」と地域包括支援センターや職能団体等が実施する介護支援専門員の資質向上に関する研修や講演会、研究会、学会の研修、地域の連絡会の研修、民間団体の研修、職場内研修などの「法定外研修」がある
 - ・日々の実践における課題を明確にして座学に臨み、座学で得た学びを業務で実践し、実践を通して新たな課題を明らかにし、次の座学に臨むという継続的な学習を繰り返すことが重要となる

1. 主体的な課題設定、OJTの活用、ネットワークを形成する意義
 - 1) 主体的な課題設定の重要性
 - ・いずれの学びにおいても、何よりも重要なのは、主体的に自身の課題設定を行うこと
 - ・「実務研修」や「専門研修課程Ⅰ、Ⅱ」などの法定研修や、所属法人が準備している研修カリキュラムに臨む場合も同様である
 - ・研修を受けなければ、介護支援専門員になれない、介護支援専門員を続けられない、所属法人で責任あるポジションに就けないといった受け身の姿勢ではなく、自分自身で主体的に課題を設定していく
 - ・実務研修のなかでも、「課題の明確化」を何度も繰り返してきたところであるが、実務研修を修了した後も、課題の明確化を続けていくことが大切である

1. 主体的な課題設定、OJT の活用、ネットワークを形成する意義
- 2) OJT の活用
 - ・介護支援専門員におけるOJTは、職場でのケアマネジメント実践などを通じて介護支援専門員として必要な知識・技術を身につけていく教育手法
 - ・経験豊富な上司や先輩が、業務を通じて知識や技術を計画的に伝えることで、Off-JT（「法定研修」や「法定外研修」など）やマニュアル・書籍では実践につながらない知識・技術を身につけられる
 - ・受講者も、所有するさまざまな基礎資格において実務にあたる時に、OJTを経験しているはずだが、介護支援専門員の実務においてもOJTは実践力アップに有効である
 - ・実務研修終了後に介護支援専門員の実務に就いた際にもOJTが実施されるが、その際には、この実務研修で学んだ内容をもう一度振り返り、主体的な課題設定を行い、OJTに臨んでいただきたい

1. 主体的な課題設定、OJT の活用、ネットワークを形成する意義
- 3) ネットワークの形成
 - ・介護支援専門員の立場に当てはめると、ケアチームもネットワークであり、地域ケア会議もネットワークである。地域包括ケアシステムでは、地域ネットワークの必要性が重要視されており、厚生労働省によれば、ネットワークは以下のように定義される

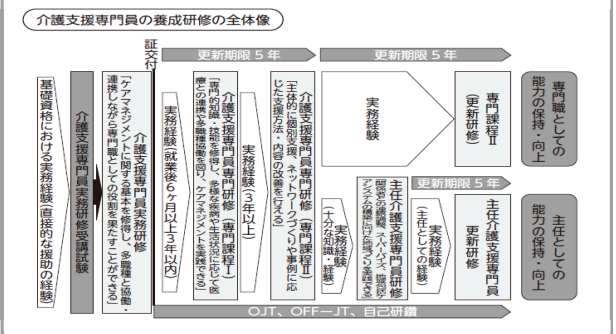
ネットワークとは基本的には各々が持っている資源（機能・役割）の相互利用のための方法であり、自己のもつ限られた範囲での支援能力や効果を、他を利用してさらに高めていくこと、同時に単なる利用関係ではなく、「共に」という連携（連帯）意識によって成り立つもの

本節で学習することの概要

地域における学びの場や機会（例）

- ・介護支援専門員の自主勉強会や交流会
- ・保険者（自治体）が実施する研修会、勉強会
- ・地域包括支援センターが実施する研修会、事例検討会
- ・社会福祉協議会が実施する研修会
- ・地域の職能団体（介護支援専門員協会、医師会、看護協会、介護福祉士会など）が実施する研修会、事例検討会
- ・地域の職能団体同士の交流会
- ・医療施設や介護施設が実施する研修会、事例検討会
- ・学会の地域支部などが実施する研修会、事例検討会、勉強会
- ・地域包括支援センターが実施する地域ケア会議
- ・特定事業所加算算定事業所が実施する事例検討会
- ・地域の主任介護支援専門員が実施する研修会、事例検討会
- ・民間企業・団体が実施する研修会、事例検討会、勉強会
- ・地域の介護支援専門員協議会・連絡会などが実施する研修会、交流会
- ・サービス事業所との連絡会、交流会
- ・多職種・多機関の連絡会、交流会
- ・医療関係、リハビリ関係、法律関係などの他職種との交流会
- ・保険者、地域包括支援センター、医療施設、介護施設などが実施する市民向けセミナー

本節で学習することの概要



1. 生涯学習体系の理解
 - 「介護支援専門員資質向上事業ガイドライン」による生涯学習体系の考え方
 - ・介護支援専門員の「生涯学習」は、Off-JT（「法定研修」や「法定外研修」等）、OJT（業務での指導・支援を通じた学び等）、自己研鑽（自主勉強会や自主的な学会発表等）の組合せからなる。
 - ・法定研修の目的
 - 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・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。

1. 生涯学習体系の理解
 - 「介護支援専門員資質向上事業ガイドライン」による生涯学習体系の考え方
 - ・法定外研修、OJT、自己研鑽の意義
 - アセスメントやモニタリングの能力、相談援助技術の専門性、さらには各地域における多職種連携や地域資源との連携は、実践における利用者・家族や地域との関わりの中で初めて体得、習熟していくものである。そのため介護支援専門員の養成にあたっては、法定研修だけではなく法定研修以外のOff-JT（法定外研修等）、OJT、自己研鑽を組み合わせ、生涯学習と実務実践を進めていくことが重要である。

第17章 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時間】
第5節 生涯学習体系の理解【15分】

下巻
P838

2. 介護支援専門員としての扉を開けましょう

- 介護支援専門員は人と人を結び、架け橋といわれています。
- また、介護支援専門員の仕事は、地域づくりであり、社会づくりであり、国づくりでもあります。
- 少々大げさかもしれませんが、介護支援専門員の先輩たちは、一人ひとりの利用者が「この国に生まれてよかった」と思ってくださるように、一生懸命に支援しています。
- 実務研修もいよいよ修了です。長い研修を無事に終える事ができ、おめでとうございます。
- 一緒に学んできた仲間とのネットワークはできましたか？ 次は専門課程Ⅰで再会です。
- その時まで、さらに人間力を磨き、再会を約束し挨拶を交わしましょう。
- 介護支援専門員としての扉を開け、未来に向かい、元気に、慎重に、そして熱くスタートを切りましょう。

振り返り・意見交換

テーマ① * 演習シート② 3

『地域のネットワーク作りについて』

～ケアマネジャーとして業務をしていく上で
どのようなネットワーク作りをしていきますか～

- 個人ワーク 10分
- グループワーク 20分
- ➡発表 10分

92

第12章 実習オリエンテーション【1時間】

下巻P9

第1節 実習の位置づけと目的の理解【15分】 【2 実習内容】

参考

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を把握

介護保険サービス	公的サービス（機関）	その他の機関
訪問介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 通所介護 通所リハビリテーション 訪問入浴介護 短期入所系 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護 定期巡回随時訪問 入所系 福祉用具貸与・住宅改修	障害福祉サービス 地域包括支援センター 各種自治体サービス 介護保険課・障害福祉課 保健所・保健センター 福祉事務所・生活保護課 年金事務所	警察署・交番・派出所 消防署、警署、銀行 電気・ガス・水道 社会福祉協議会
	ボランティアなど	民間介護サービス
	各種ボランティア団体 住民参加型福祉サービス 近隣の協力	民間の介護事業所による 介護保険外サービス シルバー人材センター 家事・買い物代行サービス 移送サービス 訪問理美容 民間配食サービス シニア向けフィットネス
医療機関	生活関連	地域ネットワーク
急性期病院 回復期リハビリテーション病棟 地域包括ケア病棟 地域のクリニック 訪問診療・訪問歯科診療 薬局・薬の配達	スーパー、コンビニエンスストア 移動販売 インターネット通販 飲食店（出前） 灯油・プロパンガス販売店 電気店、商店街	地域ケア会議 医師会などの職能団体 サービス事業者連絡会 介護支援専門員連絡会

振り返り・意見交換

テーマ② * 演習シート② 4

研修全体を振り返って
学びや気づき

- 個人ワーク 5分
- グループワーク 20分
- ➡発表 10分

94

振り返り

- 研修記録シート(振り返りシート)記入
- まとめ

95