

## 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

講義4時間

### 1. 目的

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関わりを理解する。

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、関連する制度を理解する。

### 2. 内容

- ・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ついて講義を行う。
- ・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。

### 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	
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介護保険制度等の改正の内容とその理由について説明することができる。	●	●	●	(1)
②地域の社会資源を活用したケアマネジメントを実施できる。	●	●	●	(2)
③地域包括ケアシステムの構築に向けて地域課題の解決における介護支援専門員が果たすべき役割を具体的に実施できる。	●	●	●	(3)
④介護保険制度の中での課題解決のために新たな社会資源と関連付けた対応を実施できる。	●	●	●	(4)
⑤地域包括ケアシステムの構築に向けた現状の取り組みや課題の解決のために介護支援専門員として具体的な行動を実施できる。	●	●	●	(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) 介護保険制度等の改正の内容

###### ① 介護保険制度の現状と課題(現時点での最新情報)

- (ア) 介護保険制度の変遷
- ・要介護度別の認定者数、サービス利用者数、保険料の推移
  - ・医療連携の促進の必要性
- (イ) 介護支援専門員を取り巻く環境と姿勢について

##### (2) 地域の社会資源を活用したケアマネジメント

- (ア) 社会資源の活用例
- ・医療との連携における活用
  - ・インフォーマルサービスの活用
  - ・認知症高齢者の地域サポートの活用
  - ・仕事と介護の両立を支援する既存サービスの活用、潜在ニーズの把握と開発
  - ・その他様々なサポートの活用
  - ・新たな社会資源の開発と活用
- (イ) 地域包括ケアシステムの構築ための視点
- ・医療と介護の連携強化等
  - ・地域包括ケアシステムの実現のためには、地域において多面的な在宅医療・介護連携を展開していくことが不可欠である。
  - ・地域の医療・福祉資源の把握及び活用
  - ・24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
- (ウ) 介護人材の確保とサービスの質の向上
- ・介護に関する資格見直しや、介護人材の質の向上を目指す。
- (エ) 高齢者の住まい等の整備
- ・住民それぞれのニーズに合った住宅が提供され、その中で自己決定による尊厳が確保された生活が実現できる。
  - ・持ち家か借家か、バリアフリー等の配慮の有無、ライフステージに応じた適切な住み替えなど、様々な観点から住まいを検討する。
- (オ) 認知症対策の推進
- ・認知症対策等総合支援事業の実施についての取り組みが具体的に地域でどのように促進されているかを調査し、提示する。
- (カ) 保険者による主体的な取組の推進
- (a) 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、これらのニーズを踏まえてそれぞれの施策の目標が整合するように計画が作成されなければならない。
  - (b) 所得や資産を持たない高齢者、家族による支援が期待できない高齢者等には、居住支援と生活支援を合わせて考えていく必要がある。

## (キ) 地域の社会資源の把握

- (a) サービス化された支援だけではなく、活動や参加、安否確認や見守りなど、心身の状況や家族構成の変化などによって喪失してしまう機能もある。
- (b) 地域内には潜在しているボランティアや住民グループがあり、社会参加や地域貢献をしたいと思いつつもきっかけがないまま活動につながっていない場合もあるため、地域資源の発掘も重要である。
- (c) 日常生活圏域ニーズ調査などを活用して高齢者の健康状態や社会資源等について把握し、課題やニーズを分析、必要な社会資源に関するアセスメント(地域診断)を行うことが求められる。
- (d) 地域におけるニーズが明らかになり、発掘された地域資源を地域包括ケアシステムに取り込むため地域資源をつなぐことが重要である。

## (ク) 地域包括支援センターとの連携

- (a) 地域包括支援センターが開催する地域ケア会議や、関係者が集まる機会を活用しながら地域資源を生み出すことも必要である。
- (b) 地域の資源だけでは地域の課題とニーズに対応できない状況も想定できる。このよう場合には新たにサービスや仕掛けを生み出すことも必要である。

**(3) 介護支援専門員の果たすべき役割****① 地域ケア会議**

## (ア) 地域ケア会議の目的

- (a) 地域包括ケアシステムの5つの枠組みの推進
- (b) 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築
- (c) 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
- (d) 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
- (e) 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) 地域ケア会議で取り上げる事例

- (a) サービス未利用で支援を必要とする高齢者等
- (b) 周辺住民が困っている事例
- (c) 支援者が困っている事例
- (d) 支援のための資源調整や環境整備が必要な事例
- (e) 高齢者の心身の健康や権利が侵害されている事例
- (f) 保険者からみてサービス提供内容に課題がある事例

## (ウ) 地域ケア会議の機能

- (a) 個別課題解決機能
  - (b) 個別ケースについて多機関・多職種が多様な視点から検討を行うことにより、
    - (i) 住民の問題解決を支援する。
    - (ii) 解決へのプロセスを通して、地域包括センター職員や介護支援専門員等の実践上の課題解決力向上を図ることで、被保険者への支援の質を高める。
    - (iii) 取り上げる個別ケースについて(例として)
- 解決優先型:** 地域ごとの課題の優先順位や関係機関の関心等に応じて、テーマを絞って(例えば、介護予防、認知症、虐待等)選定する。
- 課題抽出型:** あまりテーマを絞らず参加する関係機関が対応に困っている事例を持ち寄る。検討を通して、個別課題の解決のみならず、次の(d) 地域課題発見機能や、(c) 地域包括支援ネットワーク構築機能、(e) 地域づくり・資源開発機能、(f) 政策形成機能につなげていく。

## (c) 地域包括支援ネットワーク構築機能

- (i) 個別ケースの背後に、同様のニーズを抱えた要援護者やその予備群を見出し、かつ関連する事実や課題、地域の現状等を総合的に判断して、解決すべき地域課題を明らかにする機能。
- (ii) 発見された課題(例えば、認知症の独居や虐待等)に対して、どのような解決策・改善策が可能かを検討するプロセスのなかで、関係機関の必要な取組み・役割等が明らかになり、連絡調整機能につながる。
- (iii) どのような公的サービスやインフォーマルサービス等が必要かを検討することが、地域づくり・資源開発機能や政策形成機能につながる。
- (iv) 検討した解決策や改善策の実現を妨げる要因が見つかる場合、そのこと自体も、地域課題として関係者に認識が共有される。

## (d) 地域課題発見機能

- (i) 地域の関係機関等の連携を高める機能。
- (ii) 個別課題・地域課題を解決するために必要な関係機関等の役割が、個別ケースの検討を通じて明らかになる。
- (iii) 課題解決に向けて関係機関が具体的に連携を行うことによって、連携が強固かつ実践的なものになる。
- (iv) 関係機関だけでは課題の解決や予防が十分に行えないという場合、必要な公的サービスやインフォーマルサービス等が明らかになり、(e) 地域づくり・資源開発機能や (f) 政策形成機能につながる。

## (e) 地域づくり・資源開発機能

- (i) インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、必要な地域資源を地域で開発していく機能。
- (ii) 地域の実態や特性に応じて状況が異なるため、地域ごとに個別的な地域課題があり、これらに応じた個々の解決策が必要である。
- (iii) 地域ケア会議を通じて関係者・グループに個別的要素を踏まえた働きかけをすることで、個別的要素を活かした地域づくり・資源開発につながる。
- (iv) 地域づくり、資源開発を行うことで、個人に対する支援のネットワークの網の目は細かくなり、それがさらに (a) 個別課題解決機能の向上につながる。
- (v) 地域づくり、資源開発に対しての必要な行政のサポートや関係機関の役割等が明らかになれば、(f) 政策形成機能にもつながる。

## (f) 政策形成機能

狭義には、市町村による地域に必要な政策の立案・実施につなげる機能。広義には、市町村以外の関係機関等による各種の事業等の実施につなげることまでを含む機能。

具体的には、(d) 地域課題発見機能で発見された地域課題の解決に向けて、優先順位や利用可能な地域資源等を検討して、解決のための政策等を立案したり、(c) 地域包括支援ネットワーク構築機能や (e) 地域づくり・資源開発機能を十分に発揮するための施策等を立案する。

## (エ) 介護支援専門員として、地域ケア会議の活用

- (a) 地域の特性を理解する。
- (b) ケアマネジメントの倫理等の原則に基づく分析を行う。
- (c) 類似事例の情報提供や、関わりの中での成功体験の蓄積を行う。
- (d) 個別レベル、日常生活圏域内レベル、日常生活圏域を超えたレベルなどの構成があり、地域ケア会議の実践例などを活用する。
- (e) 地域アセスメントを行い、市町村へ提言も行う。

## (オ) 地域ケア会議の運営

- (a) 会議の事前準備
  - (i) 会議の目的の明確化
  - (ii) 会議の参加者の召集と選定
  - (iii) キーパーソンとの打ち合わせ

- (iv) 課題解決・支援の方向性
- (v) 課題配布資料の準備
- (b) 会議開催・進行
  - (i) 事例概要の報告
  - (ii) 事実確認
  - (iii) 事例概要の共有化
  - (iv) 課題の検討
  - (v) 支援方針の確認
  - (vi) まとめ
- (c) 会議終了
  - (i) 支援内容・取り組みの検証
  - (ii) 新たなニーズの発見
  - (iii) 参加者の役割分担
  - (iv) モニタリング
  - (v) 次回会議への備え
- (d) 地域ケア会議の課題
  - (i) 会議の進行要領
  - (ii) 介護支援専門員の質の向上
  - (iii) 互助力・地域力の再評価
  - (iv) 個人情報保護
- (e) 高齢者の心身の健康や権利が侵害されている事例
- (f) 保険者からみてサービス提供内容に課題がある事例
- (g) 既存会議の活用
  - (i) 事例検討会の手法を充実させ、地域課題発見の視点も入れる
  - (ii) 処遇困難事例の検討に、様々な立場からの知恵やノウハウを集結させながら解決に向かう視点を取り入れる。
  - (iii) 地域関係機関との連絡会議に、地域課題の共有や好事例の共有を入れる。
  - (iv) センター長会議等で、区市町村職員との地域課題の共有を行う
  - (v) 利用者本人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。

#### (4) 地域包括ケアシステムにおける社会資源

##### ① 地域包括ケアシステムの諸主体

- (ア) 地域すべての住民
- (イ) 利用者
- (ウ) 介護者(家族)
- (エ) 地域、住民組織
- (オ) 地域包括支援センター
- (カ) 市町村
- (キ) 都道府県
- (ク) 国
- (ケ) 介護事業者
- (コ) 民間企業

## (5) 社会資源の把握と活用

### ①社会資源とは

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・物的の総称である。

### ②社会資源を活用する目的

- (ア)生活基盤を整える(経済、住居、生活用具など)
- (イ)健康を保つ(予防、治療、機能訓練、健康維持など)
- (ウ)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)
- (エ)家族を支える(介護相談、仕事と介護の両立支援、介護の代替・休養など)
- (オ)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)
- (カ)社会参加をする(教育、就労、趣味活動、旅行、社会的活動など)
- (キ)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)
- (ク)権利を守る(権利擁護、成年後見制度、苦情処理窓口など)

### ③社会資源を活用する視点

- (ア)その人が望む生活に向けた視点
- (イ)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
- (ウ)虐待や支援困難ケースへの対応策への活用
- (エ)地域包括ケアシステムの5つの視点の確認と振り返り
  - (a)医療との連携強化
  - (b)介護サービスの充実強化
  - (c)予防の推進
  - (d)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
  - (e)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

### 【項目のポイント】

- ・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。

## 5. 科目のポイント

- (1)介護保険制度の現状や課題について最新の資料を用い講義を行う。
- (2)地域包括ケアシステムの構築に向け介護支援専門員に求められている役割、目指す姿について説明する。
- (3)地域ケア会議の目的や機能を整理して、介護支援専門員として地域ケア会議に参加できるようにする。
- (4)介護保険制度の現状について、統計的データや介護保険事業計画等を示し、地域の実情に合った講義を行う。
- (5)介護保険制度の改正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介護支援専門員の課題に関する講義を行う。
- (6)「介護保険情報」等の介護保険に関する情報を積極的に収集できるようにする。

## ②-1 ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 「リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例」

講義・演習  
4時間

### 1. 目的

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。

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、他の事例に対応することができる知識・技術を修得する。

### 2. 内容

- ・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を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。

### 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	⑮-2 ケアマネジメントの展開「脳血管疾患に関する事例」 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」
専門研修課程Ⅰ	⑥-1～7 ケアマネジメント演習 ⑥-1 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	
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	②-1 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 「リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例」



<b>(2)修得目標</b>				
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リハビリテーション(口腔リハビリテーションを含む)福祉用具を組み入れた居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し、評価できる。	●	●	●	(1)
②分析し、評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。	●	●	●	(1)(4)
③各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用を実施できる。	●	●	●	(1)
④地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。	●	●	●	(1)
⑤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関連知識や歯科医師・リハビリテーション専門職・福祉用具専門相談員等との連携方法への応用を実施できる。	●	●	●	(2)
⑥リハビリテーションや福祉用具等の地域の社会資源(インフォーマルサービス等)を活用したケアマネジメントを実施できる。	●	●	●	(3)(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) 基本的な知識の内容

#### ① リハビリテーションや福祉用具等を活用するための関連知識

- (ア) 疾患・障害別のリハビリテーションと生活支援の実際について事例を用いて解説する。・脳卒中モデルにおける医療機関との連携
- ・病棟と実生活では人的、物理的環境が異なり、退院後に日常生活活動の自立度は変化することが多い。このため、退院直後からの生活機能の変化を見越した対応が必要である。
  - ・廃用症候群モデルにおける早期リハビリテーションは重要性である。
  - ・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きっかけで閉じこもりがちになり、廃用症候群や閉じこもり症候群を生じることがある。早期に対応することの重要性とともに、適切な対応により廃用症候群や閉じこもり症候群の予防や改善する可能性があることを示す。
  - ・慢性進行性疾患（関節リウマチ、パーキンソン病等）の生活支援とリハビリテーションの実際
  - ・疾患の管理に医療機関との連携が大切である。
  - ・日内変動等の状態像の変化に留意して、居宅サービス計画を立案する必要があり、利用者の生活に対する様々な工夫に配慮することが大切である。
  - ・急性進行性疾患（筋萎縮性側索硬化症、がん末期等）の生活支援とリハビリテーションの実際を学ぶ。
  - ・症状の進行により急激に生活活動の低下をきたす。短期間でのモニタリングが必要で、タイミングよく居宅サービス計画を変更することが大切である。

#### ② 福祉用具、住宅改修を活用するための視点

- ・廃用症候群及び誤用症候群を防ぐ
- ・過度な福祉用具の利用による廃用症候群、自分で行う機会を奪うことへの注意喚起
- ・福祉用具が身体に合っていないことによる誤用症候への注意喚起
- ・リスクマネジメントのための福祉用具における事故情報の活用
- ・消費者庁、独立行政法人製品評価技術基盤機構が公表する福祉用具に係る事故情報を用いて、福祉用具の安全な使用について解説する。  
日本福祉用具・生活支援用具協会(JASPA) <http://www.jaspa.gr.jp/index.html>
- ・質の高い福祉用具サービスとするための福祉用具の価格情報の活用
- ・公益財団法人テクノエイド協会が運営する福祉用具情報システム(TAIS)の介護保険福祉用具の貸与価格情報を利用し、貸与しようとする福祉用具の価格の適正性を判断する。
- ・福祉用具を安全に、安心して使用するためのチェックポイント
- ・姿勢が不安定になる、あるいは姿勢が崩れないか
- ・足部や肘等の身体の一部が福祉用具、設備、家具などにぶつからないか
- ・臀部、手指等の身体の一部が、福祉用具、設備等の物と物の間に挟まらないか
- ・自立支援のための福祉用具、住宅改修の活用

## (2) 医師、リハビリテーション専門職等との連携

### ① 医師との連携

- ・生活上の障害の原因となる疾患の治療・管理などを担う医師から、生活上の障害の予後予測、禁忌事項の確認。
- ・通院、訪問診療・往診の目的・頻度とともに、看護、理学療法、作業療法、言語聴覚療法を実施している場合は、その必要性及び効果の確認。

### ② 歯科医師との連携

- ・誤嚥性肺炎の予防・口腔ケア・8020運動における歯の重要性・食べることの大切さなど歯科医師との連携の重要性の確認。

### ③ リハビリテーション専門職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)との連携

- ・それぞれの療法の内容と効果を確認する。とくに理学療法では日常生活活動の基礎となる運動器の機能向上、作業療法では日常生活動作、家事動作等の自立の支援、言語聴覚療法では、失語症等のコミュニケーション能力の向上、口腔器の機能向上のための支援の実際について、実際の事例を通じて内容と効果を示す。
- ・福祉用具の適応について理学療法士、作業療法士に確認する。
- ・リハビリテーション専門職と多職種との連携と役割分担についても確認する。とくに利用者のできる動作と援助すべき動作について、介護福祉士等との連携についての重要性を示す。

### ④ 福祉用具専門相談員との連携

- ・より効果的な福祉用具サービスを提供するため、福祉用具の新しい製品、機能についての情報を、福祉用具専門相談員から得る。
- ・福祉用具貸与サービスは、利用者や介護者等の状況の変化に応じて福祉用具を交換・追加できることが特徴である。このため、支援スタッフは福祉用具の利用状況をモニタリングし、状況の変化について福祉用具専門相談員に連絡することが大切である。
- ・福祉用具専門相談員の質を確認する方法の一つである「研修受講状況」については、一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会がホームページで公開している情報システム(福祉用具専門相談員の研修ポイント制度)を活用する。

## (3) インフォーマルサービスを含めた地域社会資源を活用したケアマネジメントの展開

### ① スポーツ施設の利用による運動や社会参加の機会の確保

- ・県、市町村等の助成するスポーツ施設の活用、スポーツプログラムへの参加。
- ・民間のスポーツ施設の利用、スポーツプログラムへの参加。

### ② 市町村社会福祉協議会等が提供するボランティア活動への参加

- ・ボランティア活動に参加することで、活動性の向上を図る。
- ・自治会活動、地域の交流会等への参加を促す。

### ③ 介護保険、障害者総合支援法等の公的給付対象となっていない福祉用具の活用

- ・介護実習普及センターの展示、相談機能により福祉用具の情報を得る。
- ・福祉機器展、展示会、福祉用具説明会等で、情報を得る。

## (4) ケアマネジメントの各プロセスにおける留意点

### ① インテーク

- ・特に機能障害や身体障害が目に見えた利用者が多いため、相談面接時の身体的な配慮を必要とする。

### ② アセスメント

- (ア) 治療中で改善が見込めるのか、あるいは進行性の疾患であるのかによって居宅サービス計画の目標や実施期間の設定が異なるため、生活障害の原因である疾患(脳血管障害、進行性疾患、筋骨格系疾患等)、経過について把握する。
- (イ) 脳卒中等で入院加療中の利用者では、医学的禁忌事項、病棟で実際にしている日常生活活動の自立度について確認し、屋外・屋内移動、入浴、排せつ等での福祉用具の利用状況を把握する。
- (ウ) 慢性に進行する疾患(パーキンソン病、関節リウマチ等)では、利用者や家族の生活上の障害へのこれまでの対応を丁寧に聞き取り、生活障害の全体像を把握する。

### ③ 居宅サービス計画原案作成

- (ア) 脳血管障害は、60～70歳代の発症が多く、加齢に伴う機能の低下が生活機能に大きく関与する。社会参加の機会を確保し、廃用症候群を生じないような生活スタイルの確立が必要。
- (イ) 症状に日内変動があるパーキンソン病や関節リウマチ等の疾患に対しては、症状の変動に配慮した居宅サービス計画を立案する。
- (ウ) 急激に進行する疾患(筋委縮性側索硬化症、がん末期等)では、自立を支援するための福祉用具を積極的に活用する。最期までコミュニケーション手段を確保し、自己表現が可能になる。

### ④ サービス担当者会議

- (ア) 失語症、注意障害、記憶障害といった高次脳機能障害は、運動麻痺とは異なり、目に見えない障害であるので、リハビリテーション専門職に障害像を確認することが大切である。
- (イ) 脊髄損傷は、損傷の部位や程度によって、姿勢の保持や食事・整容などの動作も一人ひとり異なるため、リハビリテーション専門職からの情報収集を怠らないようにする。
- (ウ) 進行性疾患では、医師等から生活上の障害の予後予測を確認する。

### ⑤ サービス提供や介入

- ・道具や電子機器の使用等様々な機器の活用が、個別に展開されることを踏まえ、役割や使用説明責任において専門性を重視することが望ましいことを提示する。

### ⑥ モニタリング・再評価

- (ア) 急性発症タイプ(脳血管障害等)においては、退院後の実生活において、生活機能が変化することに留意してモニタリングの計画を立案する。
- (イ) 筋委縮性側索硬化症、がん末期等では症状の進行により急激に生活活動の低下をきたすため、短期間でのモニタリングが必要である。

### ⑦ 終結・フォローアップ

- ・当事者として心身状況や身体状況が改善したら、障がい受容が困難な利用者への勇気づけや役割を持つことも考えられることを提示する。

## 5. 科目のポイント

(1)リハビリテーション専門職と職務内容について理解を促す。

- 医療機関、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、老健施設等の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の内容と効果的な活用について、慢性進行性疾患、廃用症候群を生じている事例を用いて説明する。

(2)福祉用具、住宅改修等の住環境整備の重要性、効果について確認する。

- 福祉用具、住宅改修の目的(効果)について実際の事例を示して具体的に解説する。

<b>②-2 ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 「看取り等における看護サービスの活用に関する事例」</b>	<b>講義・演習 4時間</b>
--	----------------------

### 1. 目的

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。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きる知識・技術を修得する。

### 2. 内容

- ・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、看護師等との連携方法に関する講義を行う。
- ・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。

### 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	⑮-5 ケアマネジメントの展開「看取りに関する事例」
専門研修課程Ⅰ	⑥-2 ケアマネジメント演習「看取り等における看護サービスの活用にかかる事例」
専門研修課程Ⅱ	
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」

<b>(2)修得目標</b>				
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看護サービスを組み入れた居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。	●	●	●	(2)(4)(5)
②分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。	●	●	●	(7)
③各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。	●	●	●	(1)
④地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる	●	●	●	(1)
⑤看取り等を含む看護サービスを活用するにあたって各種知識や医師、看護師等との連携方法への応用ができる。	●	●	●	(3)
⑥看取り等を含む看護サービスの地域の社会資源（インフォーマルサービス等）を活用したケアマネジメントを実施できる。	●	●	●	(6)(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) 看取りを取り巻く動向

#### ①在宅医療に関するニーズ調査

在宅医療に関するニーズ調査について終末期医療に関する調査(各年)によると、自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答している。また要介護状態になっても、自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた。住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある、としている。

注;調査対象及び客体は、全国の区市町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出したもの

#### ②死亡数・死亡率について

- 平成23年の死亡数・死亡率(人口10万対)を死因順位別にみると、第1位は悪性新生物で35万7185人、283.1、第2位は心疾患19万4761人、154.4、第3位は肺炎12万4652人、98.8、第4位は脳血管疾患で、12万3784人、98.1となっている。
- 主な死因の年次推移をみると、悪性新生物は、一貫して上昇を続け、昭和56年以降死因順位第1位となり、平成23年の全死亡者に占める割合は28.5%となっている。全死亡者のおよそ3.5人に1人は悪性新生物で死亡したことになる。
- 心疾患は、昭和60年に脳血管疾患にかわり第2位となり、その後も死亡数・死亡率ともに上昇傾向であったが、平成21年に減少した。平成22年から再び上昇し、平成23年の全死亡者に占める割合は15.5%となっている。
- 肺炎は昭和50年に不慮の事故にかわって第4位となり、上昇と低下を繰り返しながら上昇傾向を示してきたが、平成23年は脳血管疾患にかわり第3位となり、平成23年の全死亡者に占める割合は9.9%となっている。
- 脳血管疾患は、昭和26年に結核にかわって第1位となったが、昭和45年をピークに低下しはじめ、昭和56年には悪性新生物にかわり第2位となった。昭和60年には心疾患にかわって第3位となり、その後も死亡数・死亡率ともに低下傾向であったが、平成23年には、肺炎にかわり第4位となり、全死亡者に占める割合は9.9%となっている。

#### ③訪問看護の利用

各年「患者調査」によると、退院後、在宅療養に移行し、訪問診療または訪問看護を利用した患者の在院日数を経年変化で見ると、10年で約20日間短縮しており、すべての退院患者の在院日数よりも短縮率が高い。そこから、今後は在院日数短縮に向けて、訪問看護導入の上、急性期病院から直接、在宅へというケースが増えてくる。

#### ④訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

- 県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は地域特性や状況により格差がある。
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。  
老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所の基盤強化に関する調査研究事業」平成22年
- 訪問看護指示書を受けている医療機関数は平均26.8件だった。



### ⑤訪問看護の連携先

老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所の基盤強化に関する調査研究事業」平成 22 年では、

- ・居宅サービス計画書を受け取っている居宅介護支援事業所は平均 17.3 件だった。
- ・訪問看護に関し、直接の報酬につながらない相談の頻度について、「頻繁に」と「たまに」の合計でみると、介護支援専門員からは 96.7%、医師からは 77%、他機関の看護師からは 64.6%だった。
- ・報酬なしの相談は、訪問看護師は医療・介護の連携拠点としての機能を果たしている。

訪問看護を取り巻く動向、人口動向等をもみても、ますます介護支援専門員は訪問看護との連携を図る必要が出てくる。在宅での支援において医療との調整を図る介護支援専門員の役割は大きい。

### ⑥看取りの対象

リン(J.Lym)らは、高齢者の死に至る経過に次の三つのパターンがあることを示した。

- ・がん: 死亡の数週間前に全身の機能が急激に悪化するパターン
- ・慢性疾患(臓器障害(心臓・肺など)): 急性増悪と緩解を繰り返し、徐々に 2~5 年で悪化するパターン(経過の後半になると治療して改善するかどうかの予測は困難)
- ・老衰や認知症: 5 年以上にわたり徐々に機能が低下するパターン

### ⑦看取りの場所

- ・死亡数・死亡率
- ・21 世紀は、総死亡数が増加する「多死の時代」といわれ、超高齢化社会においてその看取りをどこで迎えるかは大きな問題となっている
- ・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含まれる。
- ・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。
- ・今後、多様な居住の場での在宅ケアと看取りの充実がいつそう重要になる。

## (2)在宅看取りについて

(ア)条件

- ・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。
- ・医療チームの体制(往診・訪問診療、訪問看護など)が整っていること。
- ・介護力(介護職の支援を含む)が整っていること。
- ・24 時間体制のケアができること。
- ・病院(ホスピス等)との連携ができること。

### (3) 社会資源について

#### ① 医療保険・介護保険等

- ・介護保険制度の利用の過程の中で、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による看取りのケアなど、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をしたうえで、看取りのケアマネジメントしていくことが必要である。

#### ② 訪問看護師との協働・連携

- ・訪問看護師と看取りの支援開始後も継続的にこまやかなアセスメントと評価をする。
- ・全体的な視点(ICF)からアセスメントし、訪問看護との情報交換により、さまざまな側面からアプローチをする
- ・QOLを向上させるケアの為に社会資源活用を考慮し取り入れてみる。
- ・治療における予想される副作用や急変に対して観察を行い、徴候があれば直ちに医師に報告し、対処の指示を仰ぐようルートを確認し訪問看護師と確認する。
- ・できるだけ予防的に対処し、苦痛や不安を生じないようにすることが重要である。

#### ③ 多職種との連携

利用者や家族は様々な思いを抱えながら看取りの時期を迎える。看取りの時期に入っても、気持ちは揺れ動くことがある。利用者や家族の思いを聞き支えていくには、多職種の連携が大きな支えとなっていく。その事を自覚し、多職種との連携を図ることが大切になる。

- ・訪問介護・福祉用具貸与・訪問入浴・通所介護などさまざま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時間体制の在宅療養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確認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。
- ・必要によっては調剤薬局また訪問薬剤管理指導を組み入れる。
- ・苦痛や不安除去・緩和の方法を多職種とともに検討する。
- ・医療処置や治療の副作用症状、自覚症状などを観察できるよう多職種との役割を明確にしておく。
- ・痛みや不安を緩和させるため、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。

#### ④ 他の社会資源の活用

- ・看取りにおいて、医療的なサポートだけでは、利用者・家族の支援は難しいこともある。QOLを高めるためにも、様々なインフォーマルサポート・サービスと共に社会資源の活用が必要である。活用における詳細については、「専門研修課程Ⅱ②-6 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」の章を参照のこと。

## (4) 疼痛緩和について

- ・看取りにおいて必要とされる援助は、癌末期の場合は特に、症状緩和のための疼痛コントロールであり、医師や薬剤師等との協働で行う必要がある。癌患者だけではなく、他の疾患においても症状が悪化した場合には、もちろん何らかの痛みの緩和ケアが必要となる。
- ・看取りの利用者・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。

### ※トータルペインの理解

- ・癌末期の利用者の疼痛はトータルペインと呼ばれ、身体的のみならず、さまざまな要因が絡み合っている。十分なアセスメントが必要である。上記で述べているが、癌末期に限らず、看取りの時期では様々な痛みが伴う。その場合にも全体的な捉えとしてのアセスメントが必要となる。
- ・ただし、在宅では、心理的・社会的な部分で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、心理的にも落ち着き、ひいては霊的スピリチュアルな意味での、自分がそこに在ることの意義を見いだすことができ、その全体的な統合で、身体的な苦痛・不安も軽減されることがある。

## (5) ケアについて

### ① 必要なケアの視点

- ・疼痛治療の原理原則を十分に理解する。
- ・訪問看護師との連携により、疼痛治療の効果を最大限に有効に使用できるよう調整する。
- ・副作用を最小限にするために、使用前に十分に医療職との共通認識、調整をはかり居宅サービス計画に反映させ、利用者が家族とともに実践できるよう支援する。
- ・薬物の取り扱い等についても薬剤師等の導入の必要性を理解する。

## (6) 地域の社会資源を活用したケアマネジメントについて

### ① 家族へのケア

- ・看取りの時期にある利用者を抱えた家族は、ことに癌患者の場合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、家族が一生懸命できていることを支持する事が重要である。
- ・家族の思いと利用者本人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。
- ・看取りの時期にある利用者や家族は、時間の余裕がなく、これらの状況が生じた場合に修正が不可能な場合がある。
- ・家族といってもさまざま、今まであまり介護に参加しなかった遠くにいる家族がキーパーソンであることもあり、後で混乱を生じたりすることがある。
- ・家族よりも近い存在の友人・知人がいる場合もある。
- ・様々な情報を考慮して利用者と家族に決定してもらう。
- ・支援体制を提示し、状況を把握し安心して決定できるよう支援していくことが大切になる。
- ・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、把握に努める。
- ・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ことを理解する。
- ・秘密保持と、利用者にとっての権利擁護が必要となる場面は、調整役として重要であることを指導する。
- ・ケア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、ケアの対象として接していく必要がある。

### ② 遺族へのケアについて

- ・亡くなった後の遺族へのケアは、現在は医療保険・介護保険の適用とはなっていない。
- ・遺族の中には、身体症状として胃潰瘍を起こしたり、血圧の変動があったり、またうつ状態に陥ったりと、家族を失った喪失の悲しみから立ち直れない状態になる人もいる。利用者の死亡後の遺族のケアが必要な場合は十分モニタリングして遺族の心情の理解を図る事が重要である。
- ・介護支援専門員は共に遺族をフォローし、当事者組織の集まり(遺族会等)を紹介したりすることも重要となる。
- ・治療や介護に関する清算やその他各種手続きについても情報提供し、対応する事が必要である。

## (7) ケアマネジメントの各プロセスにおける留意点

### ① インテーク

＜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

### ② アセスメント

(ア) 様々な健康状態の把握

- ・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)・呼吸状態(呼吸数・呼吸パターン・呼吸困難感・咳)・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

(イ) 参加の意志や環境因子についての重要事項

- ・死までにやりたいことは何か等・やりたいことが実現できる支援体制があるか等
- ・家族を含め周囲の者が終末期だと理解しているか
- ・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
- ・利用者が死をどのようにとらえているか
- ・精神的な痛みについて(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。
- ・利用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
- ・利用者本人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。
- ・利用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

- ・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的見地からの情報を居宅サービス計画に記載しておく。
- ・利用者、家族にとってはつらい事実であっても、その状況を踏まえて、協力体制をあらかじめ確認しておく。
- ・家族1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作成する。
- ・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、のちの療養方針を利用者、家族の同意を得ながら調整する。
- ・不安なく最期を看取ることができるようサービス調整を図り役割分担、支援する。

#### ④サービス担当者会議

- ・現状の理解をできるだけ事前に行い、利用者や家族の意志が理解されるようにおこなう。
- ・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。

#### ⑤サービス提供や介入

- ・急変時に不安が大きくなるので、連絡先を共有しておく。
- ・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。
- ・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し、専門職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。

#### ⑥モニタリング・評価について

- ・ターミナル期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、多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られていくことを理解できるようにする。
- ・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意見交換し、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。
- ・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。

#### ⑦終結・フォローアップについて

- ・人の死は、実にさまざま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。
- ・ターミナルケアにかかわった専門職チーム全員で、遺族のために、遺族と利用者の生前のさまざまなことを共有する事もある。いつでも支援する姿勢があることを遺族に伝えることもひとつの支援であることを伝える。

## 5. 科目のポイント

- 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、再確認できるよう、事例からデータと比較し持ち寄り事例を分析できるよう示唆する。
- 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、持ち寄った事例が一般的な看取りの留意点と同じ所はどこか、個別性のつよい所はどこかを明らかにすることで、別の類似の事例等にも広く対応することができるようにする。関わった看取り事例から、現象を読み取れる力をつけていく。
- 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。
- 医師、看護師等との連携方法を振り返ることで、看取り等を含む看護サービスの活用方法を理解していけるよう結びつけていく。
- 持ち寄った事例から、看取り等を含む看護サービスの検討により、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の必要性を理解できるよう説明していく。また看護サービスを活用したケアマネジメントの展開が理解できるよう指導していく。
- 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、再確認できるよう、事例からデータと比較し持ち寄り事例を分析できるよう示唆する。

<b>②-3 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」</b>	<b>講義・演習 4時間</b>
--	----------------------

### 1. 目的

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。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。

### 2. 内容

- ・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。

### 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	⑮-3 ケアマネジメントの展開「認知症に関する事例」
専門研修課程Ⅰ	⑥-3 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	
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への指導・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の振り返りと指導・支援の実践「認知症に関する事例」



<b>(2)修得目標</b>				
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認知症である要介護者等の居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。	●	●	●	(1)
②分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。	●	●	●	(2)(4)
③各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用を実施できる。	●	●	●	(1)
④地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。	●	●	●	(3)
⑤医療職をはじめとする多職種や、地域住民との連携方法への応用を実施できる。	●	●	●	(3)
⑥地域の社会資源（インフォーマルサービス等）を活用したケアマネジメントを実施できる。	●	●	●	(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) 認知症に関する基本的理解

#### ① 認知症の基礎知識の確認

- ・介護現場で多くみられる認知症には、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があり、その疾患の特徴を説明する。
- ・認知症の中核症状、行動・心理症状の特性を理解する。
- ・専門研修課程 I やそれ以降の実務経験でも一定程度学習している内容である。しかし、介護現場では認知症の利用者が増えている現状があり、その基本的知識の重要性を伝える。

#### ② 認知症の原因疾患以外の疾患の影響

- ・慢性疾患による影響を伝える。
- ・体調の不調(脱水、不眠、便秘など)が、行動に影響を与える事を説明する。合わせて持つ疾患や体調不良が、行動に影響を与える事を伝える。

#### ③ 利用者本人、家族の意向の確認

- ・認知症であっても、利用者本人の意向を引き出す努力をする。
- ・家族の意向を確認する。
- ・利用者、家族の意向に沿った目標になっているか確認する。
- ・利用者本人の意思確認において、日常的な会話が出来る場合は必ず利用者に尋ねる事を伝える。勝手にわからないと決めつける事はおこなわない。家族の意向を伺う際は、介護をしている家族に確認をすることが重要である。

#### ④ 家族の介護状況の把握及び支援方法

- ・認知症の場合、その家族の介護負担を軽減する視点を持つことが重要である。
- ・家族の介護状況を適切に把握し、身体的、精神的負担を軽減する方法を一緒に検討する。

#### 【項目のポイント】

- ・家族は第2の対象者である。利用者だけでなく、家族の状況も確認する。また、逆に家族の訴えだけをとり上げないようにする。

#### ⑤ 認知症の適切なアセスメントと地域の社会資源を活用したケアマネジメント

##### (ア) 適切なアセスメントの視点

- ・認知症のアセスメントはチームアプローチで行い、多職種協働で情報収集及び分析する事を説明する。
- ・BPSDについては、表面的な現象に目を奪われて問題対処だけを検討するのではなく、原因と背景を把握して利用者本人に一番適切な方法を選択しているか検討する。
- ・BPSDに対するケアの基本的な方針を全員で共有しているか、確認することが必要である。また、認知症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理解してもらう。

##### (イ) 地域の社会資源の活用

- ・様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策が示せる。
- ・認知症の利用者を支援するためには、公的介護保険サービス以外に多様な地域のインフォーマルサービスが必要である。生活支援サービス、地域の見守り体制、認知症サポーター、徘徊高齢者 SOS ネットワークというような地域の力を活かしたケアマネジメントができる。

## 【項目のポイント】

- ・介護支援専門員は、事例を活用して、さまざまな社会資源の具体的な活用方法を示すことが必要である。

**(2) ケアマネジメントの各プロセスにおける留意点****① インテーク**

- ・相談内容の確認及び主介護者とキーパーソンの確認
- ・信頼関係を樹立
- ・コミュニケーションの工夫や家族、キーパーソンの同席等の留意

**② アセスメント**

- ・適切なアセスメントを行い、身体状況、精神的状況、利用者の意向の確認や利用者の思いを明らかにすることが出来る。
- ・収集、整理した情報を分析しニーズを抽出する際は、センター方式やひもときシートなどを活用し、課題整理総括表等で整理する。

**③ 居宅サービス計画原案作成**

- ・利用者の自立支援・家族の介護負担の軽減
- ・公的介護保険サービスやインフォーマルサービスの活用
- ・優先順位のつけ方
- ・チームアプローチ

**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
- ・地域の社会資源の活用に関する多専門職の意見聴取

**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、なじみの関係、適切な環境作り

**⑥ モニタリング**

- ・利用者の生活状況、家族の介護状況・サービス提供状況の確認
- ・修正の必要性

**⑦ 評価**

- ・短期目標の到達状況、利用者の生活状況の確認
- ・認知症に伴う行動や精神不安の軽減が図れているか確認

### (3) 個別支援を取り巻く環境

#### ① 多職種協働

- ・地域ケア会議等の活用  
介護支援専門員、地域包括支援センター職員、行政、かかりつけ医、サービス提供事業所、友人・知人

#### ② 地域づくり

- ・地域生活を支える医療サービス、地域生活を支える介護サービス
- ・地域において認知症の正しい理解の促進
- ・見守りネットワーク体制の構築、ボランティアなど

### (4) 事例による展開

※前項(1)～(3)の内容を踏まえて事例を用いて展開する

## 5. 科目のポイント

#### (1) 全体的な科目のポイント

- ・各自が担当している認知症である要介護者等の事例を持ち寄り、お互いに内容を分析し、意見交換等を通じてアセスメントや居宅サービス計画等の留意点を再確認する。
- ・演習に当たっては、課題整理総括表等や評価表等を活用し、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を確認する。

#### (2) 演習時のポイント

- ・専門研修Ⅱの受講者は、すでに事業所内で指導的な立場に従事し、経験を積んできたと考えられる。情報収集の視点を説明する能力を確認する。
- ・演習で得られた示唆や留意点から、他の事例にも対応できるようにする。
- ・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、支援経過  
担当者会議録 等

<b>②-4 ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 「入退院時等における医療との連携に関する事例」</b>	<b>講義・演習 4時間</b>
--	----------------------

## 1. 目的

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。

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。

## 2. 内容

- ・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・技術について講義を行う。
- ・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。

## 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	⑦-1～5 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 ⑮-1～6 ケアマネジメントの展開
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 ⑥-4 ケアマネジメントの演習「入退院時における医療との連携に関する事例」
専門研修課程Ⅱ	②-1～7 ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表
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	②-1～7 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、 ②-4 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 「入退院時等における医療との連携に関する事例」

(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入退院時におけるケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。	●	●	●	(1)
②分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。	●	●	●	(2)
③各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。	●	●	●	(1)
④地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。	●	●	●	(1)
⑤医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。	●	●	●	(1)
⑥地域の社会資源（インフォーマルサービス等）を活用したケアマネジメントを実施できる。	●	●	●	(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) 知識の修得・基本理解

#### ①入院から退院までの、場面に応じた連携

##### (ア)入院時の連携

- ・利用者や家族又は病院から入院したという一報がスムーズに入っているか確認する
- ・入院先の医療機関の機能や特徴、医療連携の窓口を、速やかに確認する。
- ・医療機関の連携担当窓口を確認し、入院までの経緯を説明する。
- ・入院先の医療機関が必要とする情報を確認し、情報提供をする。
- ・連携担当窓口(例:地域医療連携室や医療福祉相談室等)に出向き、今後の連携について相談する。

##### (イ)入院中の連携

- ・連携担当窓口(例:地域医療連携室や医療福祉相談室等)に出向き、リアルタイムに情報共有ができる。
- ・医療機関に確認した情報を、家族に対して再確認をすることができる。
- ・医療職と連携し、退院準備に向けて必要な情報を収集することができる(医師、看護師、リハビリ職、管理栄養士、薬剤師、MSW、医療事務等)。
- ・利用者・家族の状況を確認し、特に家族の心境や状況の変化に配慮しながら、居宅サービス計画の作成準備をすることができる。
- ・入院中の情報について、利用者家族の了解を得て、在宅主治医や関係機関に状況報告をすることができる。
- ・病状変化等がある場合、速やかにMSWや病棟看護師に状況確認をすることができる。
- ・今後の退院に向けた動きを踏まえ、退院前カンファレンスに参加する。場合により、開催を要望する。

##### (ウ)退院に向けた連携

- ・退院後の居宅サービス計画作成を視野に入れて、積極的に退院前カンファレンスに参加できる。
- ・退院前カンファレンスの目的を理解できる。
- ・退院前カンファレンスにおいて介護支援専門員が担う役割や立ち位置を理解している。
- ・退院後の在宅生活を予測しながら、病院側に必要な情報提供をすることができる。
- ・介護者の状況や環境整備の状況等について、病院側に情報提供をすることができる。
- ・退院後、病院側はどのような立ち位置で在宅チームと関わるか、確認することができる
- ・利用者の病状変化の可能性を踏まえ、緊急時の対応や役割分担等の確認ができる。
- ・退院後の居宅サービス計画に、どの専門職種を位置付ける必要があるか判断することができる
- ・優先的に対応すべき事項について、具体的に居宅サービス計画に反映することができる。
- ・医療ニーズを抱えた状態で退院する場合には、特に居宅療養管理指導との連携の必要性があるか確認することができる。
- ・診療情報提供書と看護サマリーを必要に応じて依頼することができる。
- ・診療情報提供書と看護サマリーの取り扱い方法について理解している。
- ・退院前カンファレンスの内容を、居宅サービス計画に反映することができる。
- ・居宅療養管理指導(医師・薬剤師・歯科医師・管理栄養士)の視点から、連携や必要性の理解も深める事で、より専門的視点に立った取り組みができる事を提示する。

## (2) ケアマネジメントの各プロセスにおける留意点

- ・医療機関の専門的取組に関して介護支援専門員がどのように関わったか、事例を通して展開する。
- ・医療機関における書類等に関して、どのようなものがあるかまたそれを介護支援専門員の情報収集としてどのように扱うかの過程を提示する。

## 5. 科目のポイント

- ・複数の対応策を検討し、その中から最適なものを選択する視点をもつ必要性がわかる。
- ・多様な保健・医療・福祉サービス、社会資源を組み込んだ居宅サービス計画を示すことができる。
- ・退院後、どのような生活に戻れるかをイメージし、見立てることができる。
- ・医療機関から得た情報を、ケアマネジメントに活かすことができる。
- ・退院後のリスクマネジメントを踏まえ、医療機関との連携の継続を意識できる。
- ・退院後の状況変化に対応できる体制を整えることができる。
- ・退院後の住み替えや住環境の整備についても検討を協働して行う事を提示することができる。



<b>②-5 ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 「家族への支援の視点が必要な事例」</b>	<b>講義・演習 4時間</b>
--	----------------------

### 1. 目的

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。

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。

### 2. 内容

- ・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等の活用等により、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。

### 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」
専門研修課程Ⅰ	⑥-5 ケアマネジメント演習「家族への支援の視点が必要な事例」
専門研修課程Ⅱ	
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への指導・支援の展開
主任介護支援専門員更新研修	②-5 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 「家族への支援の視点が必要な事例」

(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 家族支援が特に必要なケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。	●	●	●	(1)
② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。	●	●	●	(2)
③ 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。	●	●	●	(1)
④ 地域の各種統計データ必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。	●	●	●	(1)
⑤ 家族に対する支援にあたり、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への応用ができる。	●	●	●	(1)(3)
⑥ 地域の社会資源（インフォーマルサービス等）を活用したケアマネジメントを実施できる。	●	●	●	(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) 家族への支援に関する知識の修得・基本理解

###### ① 家族観と家族の歴史・価値

- ・自己の体験に基づく家族とケースを支援する対象としての家族についての理解
- ・家族の歴史と価値の形成、家族独自の心情・規範・規則等が在宅介護に与える影響に関する理解

###### ② 家族システム論的アプローチの紹介

- ・1940年代、ベルタランフィーによって提唱された一般システム理論と1950代に誕生した家族療法
- ・システムと家族システム
- ・一般システム理論
- ・家族システムの3つの視点(発達の視点、構造の視点、機能の視点)
- ・関係性を示す構造(全体性・境界・階層性)
- ・過程を示す制御(資源・恒常性・フィードバック)
- ・円環的因果関係、非累積性

###### ③ 役割構造と勢力構造

- ・役割期待、役割認知、役割規定、役割遂行
- ・グループの勢力構造と決定権、規範的・経済的・個人的・認知的資源の活用

**④家族コミュニケーションの紹介**

- ・ワツラヴィックらによる家族コミュニケーションの原則
- ・佐藤著の「健康な家族に見られるコミュニケーションの枠組み」
- ・モーテンセンの5つのコミュニケーションネットワーク

**⑤家族を支援するために有効なさまざまなサービスや機関**

介護支援専門員は、家族を支援するための地域のサービスを把握し、必要に応じて家族に紹介し、居宅サービス計画に位置づけるなどする。

- ・日本ケアラー連盟・家族介護者の会(地域)
- ・家族介護支援プログラム(地域)
- ・家族介護者の会の立ち上げ支援(地域)
- ・家族介護者の会の運営支援(地域)
- ・介護者のための臨床心理士による相談(地域)

**⑥家族介護支援に関する調査研究等の紹介**

- ・全国国民健康保険診療施設協議会「家族介護者の実態と支援方策に関する調査研究事業」等

**(2)ケアマネジメントの各プロセスにおける留意点****①インテーク**

- ・相談に来ることができない、来ない家族(地域包括支援センター、アウトリーチ)
- ・語られない家族の内情、背景があることへの気づきと洞察

**②アセスメント**

- ・家族の健康・精神・社会とのつながりの状態

家族の健康・精神・社会とのつながりの状態(健康状態、セルフケア能力、価値観、就労・子育ての有無、24時間の生活状況等)

※仕事と介護の両立の支援を行うためには、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律の理解が必要

- ・家族関係と家族システムの構造、役割、日常生活維持能力、力関係、家族周期、家族コミュニケーション
- ・家族の潜在的な力
- ・アセスメント情報の限界と変化を続ける家族のアセスメントの視点
- ・家族環境システムの視点からのアセスメント
- ・仮説を前提とした居宅サービス計画作成への準備

**③居宅サービス計画原案作成**

- ・利用者の自立
- ・家族の負担のかかる介護や時間帯への配慮
- ・家族の価値観や家族の関係性への配慮
- ・家族以外のシステムの活用

**④ サービス担当者会議**

- ・多職種からみた家族像、家族アセスメントとニーズの確認
- ・多職種(担当者)と家族の関係性のアセスメントと多職種を資源とした活用
- ・必要な資源と家族のつなぎ
- ・必要な資源だが足りない資源の確認

**⑤ サービスの提供や介入**

(ア) 家族への働きかけ(介入)

- ・家族を労う・家族の不安や悩みを話し解決する態度
- ・対象となる家族へのアプローチ・家族のエンパワメント・家族のレジリエンス
- ・パートナーシップと交渉・家族と利用者の情緒的結びつきを支える・必要な資源と家族をつなぐ

**⑥ モニタリング**

- ・家族の負担感、介護への意欲の度合
- ・家族の健康・精神・社会とのつながりの状態

家族の健康・精神・社会とのつながりの状態(健康状態、セルフケア能力、価値観、就労・子育ての有無、24時間の生活状況等)

- ・サービス利用による家族の生活の状況、達成度や負担感
- ・サービス利用に伴う家族の相互作用の変化

**⑦ 終結・フォローアップ**

- ・自立したのち、予防的な観点での生活の提案
- ・施設へ入所した後、家族の介護への振り返り
- ・亡くなった後の遺族へのお悔やみと労い、悲嘆の程度と立ち直りの見込みの確認
- ・必要に応じて、関係機関に繋いだり、インフォーマルサポートを紹介し、引き続き家族が支援を受けられるような支援

**(3) 地域包括ケアシステムへの展開**

- ・現在、地域に存在する家族を支援するサービスの洗い出しと他の介護支援専門員との共有
- ・利用者や家族の社会との繋がりについて、アセスメントにおける課題の確認
- ・ケアマネジメントの各プロセスにおける地域とのつながりの再構築や新たなつなぎ役としての介護支援専門員としての役割や課題の分析
- ・公的制度で充足されない一般化されうるニーズの共有と解決策の検討

## 5. 科目のポイント

### (1) 知識・技術の基本的理解

介護力にとどまらず、家族をアセスメントするツールを知り、家族のアセスメント力を高めることができる。また家族との面接においては、語られない内情や背景に着目して支援することや、介護支援専門員だけでなく、家族支援を行うさまざまな機関やインフォーマルサポートを活用できる。

### (2) 実践的に活用する上での留意点

家族の支援は介護支援専門員の相談援助に関する技術が問われる。実務研修で学習した「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」「受付及び相談並びに契約」の諸技術を高度なレベルで実践できる力が求められる。また、家族の支援を介護支援専門員だけで行うことは実質的には不可能であり、多職種がみた家族のアセスメントを把握するほか、具体的な支援については、地域にある家族の支援を行う諸機関やインフォーマルサポートの資源を把握しておくことが必要性である。

## ②-6 ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 「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」

講義・演習  
4時間

### 1. 目的

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。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。

### 2. 内容

- ・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。

### 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	⑥-6 ケアマネジメント演習 「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」
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	⑥地域援助技術
主任介護支援専門員更新研修	②-6 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 「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」

(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について意見交換を通して分析し評価できる。	●	●	●	(1)
②分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を再確認できる。	●	●	●	(2)(4)
③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応用することができる。	●	●	●	(2)
④地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。	●	●	●	(2)
⑤他の制度を活用するにあ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応用できる。	●	●	●	(3)(5)
⑥地域の社会資源（インフォーマルサービス等）を活用したケアマネジメントを実践できる。	●	●	●	(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) 社会資源について再確認

###### ① 多職種との連携および協働

- (ア) その人らしい生活を実現するための連携
- (イ) 多角的な視点
- (ウ) 共通した目標に向けて円滑なコミュニケーション
- (エ) 地域関係者との協働
- (オ) 支援困難ケースへの対応
- (カ) チームアプローチ

###### 【項目のポイント】

- ・ 利用者が利用できる制度に関する知識及び関係機関の役割が説明でき、活用できる。状況が悪化しないための連携や協働（チーム編成）についての方法が理解できる。

**(2) 事例研究**

(ア) 事例研究の意義 (a) 支援困難事例及び地域課題からサンプルを抽出し、特徴や変化、対応策へのプロセスを検討し、今後 に活かすこと。 (b) スーパービジョンとしての役割
(イ) 事例研究の枠組みと役割の理解 司会、事例提供者、記録、参加者、スーパーバイザー、ファシリテーターそれぞれの役割の実践
(ウ) 事例研究の展開(一般化へ) (a) 事例の提示、共有化、研究テーマの決定、論点の明確化、論点の検討、まとめ
(エ) 提出事例の個人情報の取り扱い (a) 個人が特定されないよう配慮する (b) 事例提出の同意(利用者、家族等)
(オ) エコマップ、ジェノグラムの活用

**(3) 地域ケア会議の活用****① 地域ケア会議の目的**

(ア) 地域包括ケアシステムの5つの枠組み研修科目である「介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開」参照
(イ) 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築
(ウ) 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
(エ) 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
(オ) 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

**② 地域ケア会議の機能についての理解****③ ささまざまな事例への連携先と活用機関**

(ア) 連携機関先	
(a) フォーマル	
(i) 警察	(ii) 消防署
(iii) 保健所	(iv) 福祉事務所、担当ワーカー
(v) 病院、病院関係者	(vi) 行政
(vii) 法テラス	(viii) 保護施設、女性相談所 (緊急時への対応での措置)
(ix) 地域の介護サービス事業所 (居宅介護支援事業所、相談支援事業者)	(x) 地域包括支援センター 在宅介護支援センター
(xi) 地域活動支援センター	
(b) インフォーマル	
(i) 町会長、民生委員	(ii) 地域の駐在所
(iii) 地域の消防団	(iv) 地域住民
(v) 商店会	(vi) タクシー



(vii) NPO	(viii) ボランティア団体
(ix) 学校(小、中、高)	(x) 市民センター、市民館等
(xi) 認知症カフェ、サロン	(xii) 認知症サポーター養成講座 (キャラバンメイト)
(xiii) 徘徊模擬訓練 (一人歩き者への対策訓練等)	(xiv) 宗教関係
(イ) 制度の活用	
(a) 生活保護制	
(b) 成年後見人制度	
(c) 生活困窮者支援制度	
(d) 障害者総合支援法	
(e) 日常生活支援事業	
(f) 老人福祉法	
(g) その他社会保障制度(雇用保険、傷害保険、年金保険)	
(h) 刑事罰と民事的訴訟の視点	
(ウ) 市町村介護事業計画、市町村地域福祉計画、市町村老人福祉計画	
(エ) 高齢者特有の疾患との関連性	
(a) 糖尿病、認知症、うつ、脳出血、生活習慣等	
(b) 廃用性症候群	
(c) 若年性認知症	
これらの疾病の身体状況や精神状況により虐待や支援困難ケースへ移行しやすい	
(オ) 個人情報の取り扱い	
(a) 誓約書	
(b) 事例提出の同意(本人、家族等)	
(c) 個人が特定されないよう配慮する	

#### (4) ケアマネジメントプロセスの各プロセスの留意点

<b>① インテーク</b>
(ア) 地域資源の把握(利用者が生活している地域の特徴や地域包括支援センターとの連携等)
(イ) 必要な資源の把握
(ウ) 利用者及び家族の関係性、地域との関係性
(エ) 活用できる地域での活動(地域での見守り体制や地域活動の状況等)

<b>② アセスメント</b>
(ア) 地域(町会)行事への参加、老人クラブなど地域独自の活動への参加、家族との会話、コミュニケーション 特に参加の内容は、地域資源と密着した関係性があるので、慎重に取り扱う事が必要。
(イ) 地域(町会)活動、老人クラブなど地域独自の活動での役割、回覧板、孫や子どもの面倒を見る。
(ウ) 利用者のストレングス、家族のストレングスの情報収集も必要。
(エ) 出来ないこと、出来ること、やれること、やらないこと、やれるけど援助者がしてしまっていること、してもらっていることなど。
(オ) 現状の状態だけではなく、介護状態となる前の情報(どのように生活してきたのか、趣味や性格など)を現状の状態との変化も情報収集をする。
(カ) 事例の場合、病気や状況悪化になる前の日常生活はどのような状況だったか、家族との関係性、地域と

の関わりなどの情報を得ることも重要。

(キ) 地域の中の一人の個人という捉え方と、個人からみた地域の関わりという観点から一人の社会人としてどのような生活を送ることができるのか、(活動・参加) 今後の予後予測ができる。

### ③ 居宅サービス計画原案作成

- (ア) フォーマルサービスのみの設定にせず、インフォーマルサービスの活用を設定する。
- (イ) 他の制度(生活保護制度、成年後見人制度等)の活用の検討も視野に入れて作成する。
- (ウ) インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源の活用を設定する。
- (エ) 町内会長、民生委員との連携(見守り体制含む)の設定。

### ④ サービス担当者会議

- (ア) 利用者の意向確認、家族の介護負担および出来る支援の確認、対応方法の明確化・共有、インフォーマルサービスの活用と確認。
- (イ) インフォーマルサービスを含めた社会資源の活用に向けた関係機関との連携の確認。
- (ウ) 他制度(生活保護制度、成年後見人制度等)の担当者との連携の確認。

### ⑤ サービス提供や介入

- (ア) 個別サービス計画の確認、具体的サービス内容の確認、なじみの関係、適切な環境作り
- (イ) インフォーマルサービスを含めた地域の社会貢献の活用の展開
- (ウ) 他制度の導入

### ⑥ モニタリング・再評価

- (ア) 利用者の状況の変化、家族の介護状況、サービス提供の満足度、サービス提供の適正、修正の必要性
- (イ) インフォーマルサービスを含めた地域の社会資源の活用を展開した結果の評価及び必要な資源の確認
- (ウ) 短期目標の到達状況、本人の生活状況及び心身機能状態の確認、利用者主体の選択と決定、虐待の可能性

### ⑦ 終結・フォローアップ

- (ア) 安定した生活の継続への提案
- (イ) 施設入所した場合の利用者支援と家族支援
- (ウ) 死亡した場合の原因についての振り返りと家族への支援
- (エ) 地域資源の開発への支援
- (オ) 虐待に至った経過の検証および家族支援

## 【項目のポイント】

- ・ 課題整理総括表等を活用し、根拠あるサービス介入ができる。

**(5) 地域包括ケアシステムへの展開(必要な社会資源の開発、提案ができる)**

① 地域ケア会議の活用、個別課題から地域課題の抽出

② 介護支援専門員からの提案

③ 医療・福祉・保健のコーディネートへの介入

④ 地域包括支援センターとの連携

**5. 科目のポイント**

## (1) 全般的な科目のポイント

- ・社会資源の振り返り、各関連法律、地域資源の講義を行った上で演習を展開する。
- ・演習に当たっては、事例からサンプルを抽出し、対応策の検討を行い一般化し、類似した事例への対応ができるような支援方法を検討する。
- ・さまざまなケースの事例を用いる。

## (2) 演習時のポイント

- (ア) 専門研修課程Ⅱの受講者は、実務研修、専門研修課程Ⅰ終了後、継続的な学習および指導的な立場の先輩介護支援専門員や主任介護支援専門員がいる環境の中で従事し、また後輩への指導を行いながら経験を積んできたと考えられる。
- (イ) 社会資源の情報についてもケアマネジメントの実践から知識として得られることも多いが、フォーマルサービス重視傾向になり、インフォーマルサービスを見落としがちになっている。そのため、さまざまなケースへの対応をフォーマルサービスで補おうとし、無理なケアマネジメント展開となっていることがある。
- (ウ) ICFの視点をもとに社会資源をどのように活用し展開していくのか多角的な視点への転換ができるような演習方法を展開する。
- (エ) 社会資源の活用展開・開発への提案

<b>②-7 ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 「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」</b>	<b>講義・演習 4時間</b>
--	----------------------

## 1. 目的

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、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。

## 2. 内容

- ・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。

## 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	⑥-7 ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 「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」
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	②-7 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 「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」

(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等の居宅サービス計画等について意見交換を通して分析し評価できる。	●	●	●	(1)
②分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。	●	●	●	(3)
③各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。	●	●	●	(1)
④地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。	●	●	●	(2)
⑤状態に応じて多様なサービスを活用するにあ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への応用ができる。	●	●	●	(2)
⑥地域の社会資源（インフォーマルサービス等）を活用したケアマネジメントを実施できる。	●	●	●	(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)知識の修得・基本理解

###### ①多様なサービス(地域密着型サービスや施設サービス等)の再確認

###### (ア)施設サービス

###### (a)介護保険施設

- ・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
- ・介護老人保健施設(老人保健施設)
- ・介護療養型医療施設(療養病床など)

###### (イ)地域密着型サービス

###### (a)定期巡回・随時対応型訪問介護看護

###### (b)夜間対応型訪問介護

###### (c)地域密着型通所介護

###### (d)認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

###### (e)小規模多機能型居宅介護施設・介護予防小規模多機能型居宅介護

###### (f)看護小規模多機能型居宅介護

###### (g)認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

###### (h)地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

###### (i)複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)

###### (ウ)居宅サービス

###### (a)訪問介護

###### (b)訪問入浴介護

###### (c)訪問看護

###### (d)訪問リハビリテーション

###### (e)居宅療養管理指導

###### (f)通所介護

###### (g)通所リハビリテーション

###### (h)短期入所生活介護

###### (i)短期入所療養介護

###### (j)特定施設入居者生活介護

###### (k)福祉用具貸与

###### (l)福祉用具購入

###### (エ)その他支援(サービス)

###### (a)フォーマル

- ・居宅介護(ホームヘルプ)
- ・福祉用具の給付または貸与
- ・入浴サービス
- ・給食サービス
- ・紙おむつなどの支給
- ・理美容サービス
- ・ふとん乾燥・丸洗いサービス
- ・緊急通報システム
- ・福祉電話(電話の貸与と安否確認)

など

(b) インフォーマル

- ・老人クラブ・女性部
- ・老人福祉センター
- ・教養講座・スポーツ教室
- ・囲碁・将棋クラブ、ダンスサークルなど趣味に関すること
- ・市民センターの活動
- ・認知症カフェ
- ・認知症の人の家族のつどい

など

### 【項目のポイント】

- ・状態に応じたサービスを選択するには、サービスによる特徴や期待できる効果を理解することが重要であることから、施設サービスや地域密着型サービスを中心とした各サービスの特徴を再確認すると共に、多くのサービスや支援の中から効果的な支援を選択することができることが大切である。社会資源については、研修科目「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」を参照する。

## (2) 関係機関・介護サービス事業者との連携

### ① 居宅介護支援事業所との連携

- ・小規模多機能型居宅介護の利用に伴う介護支援専門員の交替

### ② 医療機関との連携

- ・入院、退院に伴う医療機関担当者との連携

### ③ 介護保険施設との連携

- ・入所、退所に伴う施設介護支援専門員と居宅介護支援専門員、小規模多機能型居宅介護における介護支援専門員との連携

### ④ 居宅サービス事業所との連携

### ⑤ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護における訪問介護事業所及び訪問看護事業所との連携

- ・一体型、連携型における地域の訪問看護事業所との連携

### ⑥ 介護保険以外のサービス、支援との連携

### ⑦ 関係機関との連携

- ・保険者、保健所、認知症初期集中支援チーム等との連携

**⑧地域の連携**

## (a) 運営推進会議

- ・利用者
- ・利用者の家族
- ・地域住民の代表者(町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等)
- ・該当サービス事業所が所在する市町村の職員
- ・地域包括支援センター職員
- ・当該サービスについて知見を有する方

## (b) 介護医療連携推進会議

- ・利用者
- ・利用者の家族
- ・地域住民の代表者(町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等)
- ・地域の医療関係者
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が所在する市町村の職員
- ・地域包括支援センター職員
- ・当該サービスについて知見を有する方



### 【項目のポイント】

- ・多様なサービスを活用する上で、連携するにあたっての留意点やポイント、連携する関係機関や連携について検討する会議の役割について確認する。

## (3) ケアマネジメントプロセスの各プロセスの留意点

### ① インテーク

- (ア) 地域資源の把握(地域密着型サービス、介護保険施設等の整備状況)
- (イ) 緊急性、切迫性の確認
- (ウ) 医療における支援の優先の必要性の確認(治療、手術、入院等)
- (エ) 利用者における受給資格等の確認

### ② アセスメント

- (ア) 利用者の状態像の把握
  - ・医療依存度が高い
  - ・認知症
  - ・家族の支援が困難
  - ・虐待を受けている、もしくは虐待が疑われる
  - ・課題が複数ある
 など
- (イ) 多職種によるアセスメント
  - ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護における看護職員による
  - ・状態像に応じた多職種による
  - ・関係機関の専門職による

### ③ 居宅サービス計画原案作成

- ・利用者における課題に対する支援の方法
- ・利用者の課題に対する解決を可能とするサービス
- ・地域における社会資源の活用
- ・複数の支援の必要性
- ・多様なサービス活用による複数の対応策
- ・環境が変わる中での生活の継続性(居宅から施設、施設から居宅、施設から他の施設)

### ④ サービス担当者会議

- ・インフォーマルサービスを含めた社会資源の活用に向けた関係機関との連携の確認
- ・関係機関やサービス担当者との連携の確認
- ・居宅サービスによる対応が困難となった場合の施設との連携
- ・関係機関やサービス事業者、地域住民等がチームとなり、利用者の社会参加の機会が作られるための検討
- ・状態や状況の変化に伴う早期発見、柔軟な対応ができる体制作り

**⑤ サービス提供や介入**

- ・個別サービス計画の連動性の確認、社会参加の機会づくり
- ・なじみの関係による社会参加の機会づくりと利用者の意欲向上へのアプローチ
- ・関わる支援者達による目標の共有と一体的な支援

**⑥ モニタリング・再評価**

- ・支援を受けることによる利用者の変化とその対応
- ・支援の内容や量、頻度の検証
- ・状態変化に臨機応変に対応できるための状況把握
- ・新たな課題への早期発見
- ・他の支援による効果的な支援の可能性の検討
- ・利用者・家族の満足度の把握

**⑦ 終結・フォローアップ**

- (ア) 生活の継続への提案(施設、居宅共に)
- (イ) 入院入所・退院退所に伴う利用者支援と家族支援、関係機関との連携
- (ウ) 地域資源課題の把握と地域において不足している社会資源の開発への提案
- (エ) 看取りの際の利用者、家族への支援

**5. 科目のポイント**

- ・多様なサービスの活用を学ぶ科目であるが、介護保険におけるサービスだけでなく、フォーマル、インフォーマルといった多くの社会資源から支援を検討する。
- ・多様なサービスの活用においては、複数の支援による課題の解決の効果も検討する。
- ・24時間・365日の切れ目のないサービス等の活用により、利用者の自己実現に向けた支援を行う。
- ・地域社会との関係の継続性や地域との支えありといった視点を持ち、住み慣れた環境における生活の継続の視点が大切である。
- ・月額報酬のサービスや施設サービスのように給付管理が伴わないサービスであっても、介護保険の理念である自立支援の視点を踏まえ、常に支援の必要性や過不足ない支援となるように適宜、居宅サービス計画を変更する。
- ・居宅と施設や施設間同士のといった環境の変化に伴う連携のポイントや関係機関、サービス事業者との連携の方法とサービスの特性に応じた留意点について理解する。
- ・施設サービスの場合、課題の解決だけでなく、在宅復帰の可能性を検討すると共に、在宅生活をする上での課題の検討も必要である。