

I-11

サービスの活用と連携  
(ii) 「訪問看護・訪問リハビリテーション」

講義3.0時間

① 目的

- ・ サービス内容を再認識させるとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ。

② 内容

- ・ 自立支援を目的とする予防給付及び介護給付サービスにおける内容を再認識させるとともに、特色実態等を解説。活用の際の目標設定の仕方、サービス事業者との具体的な情報交換（提供しなければならない情報と提供を求める情報）、連携の方法と留意点、居宅サービス計画と訪問看護計画、訪問リハビリテーション計画の関連付け、各サービスの活用事例、モニタリングの方法等について講義。必要に応じて複数の講師を活用する。

### ③ 研修体系における本課目の位置づけ

- ・サービスの特色や実態等を解説する時間はこの講義に限られているため、制度上の位置づけや基礎知識、サービス内容を再認識する時間を多く配分する。
- ・居宅サービス計画書と個別援助計画書の連動等については、実際の計画書を用いた実習を行い、それぞれの立場や必要な情報はどいったものか、目標の共有化等を理解できるように工夫する必要がある。
- ・ケアマネジメントプロセスについては、実務研修や実務従事者基礎研修、専門研修Ⅰ・Ⅱでそれぞれ時間が配分されており、それらの中でサービスの活用と連携について繰り返し学習できるように工夫する必要がある。

実務研修	独立した課目なし 「介護支援サービス(ケアマネジメント)の基本」(講義2.0時間)、「介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術」(講義1.0時間)の一部で講義
実務従事者基礎研修	独立した課目なし 「ケアマネジメントのプロセスとその基本的な考え方」(講義7.0時間)の一部で講義
専門研修課程Ⅰ	『サービスの活用と連携(ⅱ)「訪問看護・訪問リハビリテーション」』(講義3.0時間)
専門研修課程Ⅱ	独立した課目なし。 「サービス担当者会議」(演習3.0時間)、「居宅介護支援」(講義6.0時間、演習6.0時間)の一部でチームケアを再確認
主任介護支援専門員研修	独立した課目なし

#### ④ 到達目標(訪問看護)

・本課目を講義した際に到達する目標を以下に示す。

##### 到達目標

- ・介護保険制度と医療保険制度のそれぞれで提供できる訪問看護サービスの特色とその効果、チームケアにおける介護支援専門員とサービス事業者・医療関係者等との連携ができるように知識・技術・態度を習得する。
- ・ターミナルケア・予防の視点や状態の改善や安定に向けた訪問看護サービスの活用を習得する。

## ⑤ 指導の視点(訪問看護)

- ・本課目の講義を行う際の、指導の視点を以下に示す。

### 総括

- ・訪問看護の制度上の位置づけ、サービスの目的・内容といった基礎知識の伝授のみに終始しないようにし、サービス利用で期待すべき効果や各地域での特色や実態などの把握ができるように留意する。
- ・利用者の生活目標に沿った「サービスの選択」や「チームケア」、また、本人の力を生かした、自立に向けたサービス利用としていくことを学ぶ。
- ・「サービス優先」ではないことを強調し、生活目標に沿った予防の視点も含めたサービス利用としていくことを学ぶ。
- ・疾病の特性、予後予測についての理解ができ、生活状況の改善や安定に向けた適切なサービス利用をしていくことを学ぶ。
- ・主治医や医療機関、各サービスとの連携や情報の共有、緊急時やターミナル期の支援方法について学ぶ。
- ・訪問看護7:制度上の位置づけに留意する。(訪問看護と訪問リハビリテーションの制度上の制限)

### 能力1 アセスメント能力

- ・訪問看護の目的や内容・効果的な活用について理解できる。
- ・利用者の望む暮らしをアセスメントで明らかにし、そのためのニーズの解決や、長期目標・短期目標の達成に向けたサービスを、あらゆる社会資源の中の選択肢として導入・活用できる。

### 能力3 カンファレンス・コーディネート能力

- ・サービス事業者や医療機関を含めた事業者とのネットワーク作りを推進できる。
- ・サービス担当者会議を経てチームケアとしての目標を共有させることができる

### 能力2 プランニング能力

- ・アセスメントから抽出された生活目標に沿って、予防の視点も含めた自立に向けたケアプラン作成ができる。

### 能力4 モニタリング能力

- ・サービス事業所との連携の必要性や効果等を理解でき、利用者の心理や不安、医学的状況等を事業者へ適切な方法で情報提供できる。

## ⑥ 具体的習得目標と方法(訪問看護)

・本課目で具体的に習得する目標を8項目挙げ、各項目が該当するスキル(知識・技術・態度)と講義方法を示す。

具体的習得目標	習得分野	方法
1 社会資源としての訪問看護サービスの目的や効果、サービス状況を的確に把握し、利用者・家族に説明できる。	知識 技術 態度	・講義 ・グループワーク ・意見交換
2 訪問看護が必要となる病態・身体変化・状況をアセスメントできる。	知識 技術 態度	
3 状況に応じて本人・家族の同意を得て、主治医と連絡を取り、意見を求め、訪問看護師と連携ができる。	知識 技術 態度	
4 本人・家族・サービス担当者から、身体変化の情報を伝えてもらう仕組みを作ることができる。	知識 技術 態度	・簡潔な講義 ・他の課目でも学習
5 利用者のニーズをサービス担当者に伝えることができる。	知識 技術 態度	・簡潔な講義 ・他の課目でも学習
6 居宅介護サービス計画と訪問看護計画の関係性が理解でき、連動性の高い計画作成ができる。	知識 技術 態度	・モデル事例
7 訪問看護と協力(連携)してモニタリングができる。	知識 技術 態度	・簡潔な講義 ・他の課目でも学習 ・グループワーク・意見交換
8 利用者の価値観、QOL, 尊厳が踏まえられていたか確認できる。	知識 技術 態度	・簡潔な講義 ・他の課目でも学習 ・グループワーク ・意見交換

### ⑦ 伝達内容(訪問看護)

・本課目で定める具体的習得目標を伝達する際の指導内容、解説を以下に示す。

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジュメ 事例の作成・選択指針
<p><b>1</b> 地域資源やサービス内容・特色や実態等の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護の(医療・介護)制度上の位置づけや活用上の留意点</li> <li>・訪問看護の専門性や期待される効果、各地域での事業者の特性など</li> <li>・訪問看護導入のポイントや提供時の留意点について(資格による業務内容、加算等を含む)</li> <li>・他の介護サービス等との関連性について(定期巡回型・随時対応型サービス、夜間対応型サービス、訪問リハビリとの連携、訪問介護による医療的ケア等)</li> <li>・ターミナル期における支援の方法</li> <li>・家族への支援</li> <li>・緊急時対応の支援方法、調整</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ等</li> <li>・訪問看護がうまく活用できた事例や活用できなかった事例、ターミナル期の事例</li> </ul>
<p><b>2</b> 訪問看護が必要となる病態・身体変化・状況のアセスメント</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護を必要とする病態・疾患、心身の状況やADLの状況、介護者の状況等について</li> <li>・導入時期の判断について</li> <li>・予後の予測と悪化の防止について</li> <li>・家族の理解、介護力について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ等</li> <li>・代表的な事例(脳血管障害など)</li> <li>・退院時指導・カンファレンスの活用方法</li> </ul>
<p><b>3</b> 主治医や専門職との連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携や情報共有における本人・家族の同意について</li> <li>・主治医の指示書(特別指示書も含め)、面談の工夫や連絡表の活用など円滑な連携のポイント</li> <li>・訪問看護師との連携や他のサービス・専門職との情報共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ等</li> <li>・主治医との面談工夫</li> <li>・連絡票の活用方法</li> <li>・具体的連携の事例</li> <li>・意見交換</li> </ul>

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジюме事例の作成・選択指針
<p><b>4</b> 本人・家族・サービス担当者から、身体変化の情報を伝えてもらう仕組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時の連絡体制の構築について</li> <li>・心身状況の改善・悪化などの変化についての気づきと報告のポイント</li> <li>・訪問看護サービスの内容、役割、限界の理解や実施する際のリスクや留意点の伝達について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジюме等</li> </ul>
<p><b>5</b> ニーズを伝える技術</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者、家族の思いを聞き取り、伝えられる技術を学ぶ。</li> <li>・ニーズとディマンズの違いを知る。</li> <li>・その人の価値観、QOL, 尊厳について理解する</li> <li>・調整役としての介護支援専門員の役割の確認する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジюме等</li> </ul>
<p><b>6</b> 居宅介護サービス計画と訪問看護計画の関係性の理解と、連動性の高い計画作成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護サービス計画における訪問看護の位置づけ、訪問看護計画との連動性と効果について</li> <li>・達成可能な具体的な目標の設定について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジюме</li> <li>・居宅介護サービス計画と訪問看護計画の具体例を用いた講義やグループワークなど</li> </ul>
<p><b>7</b> 訪問看護と協力(連携)したモニタリング</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護サービス計画と訪問看護計画との連動を図り、効果を確認する。</li> <li>・状態変化について学ぶ。</li> <li>・サービス提供状況、他のサービスとの連携の状況について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジюме等</li> </ul>
<p><b>8</b> 利用者の価値観、QOL, 尊厳が踏まえられていたか確認</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の価値観、QOL, 尊厳が踏まえられていたか確認する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジюме等</li> </ul>

【訪問看護】

⑧ 講義等の具体例(訪問看護)

・本課目を実施する際の進行の例を以下に示す。

プログラム	時間	具体的方法
1 事前チェック 導入	10分 (共通)	・本講義の予定を説明する。
2 講義	120分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護の意義や目的、期待される効果について</li> <li>・訪問看護の内容・特性・活用法について</li> <li>・主治医との連携との連携方法について</li> <li>・たんの吸引における新サービスについて</li> <li>・他の介護サービス等との関連性や連携のポイント (定期巡回・随時対応型サービス、訪問介護による医療的ケア等を含む)</li> <li>・活用事例を用いて、利用者の特性・維持改善に向けたサービス計画への立案やモニタリングを学ぶ。</li> </ul>
3 グループワーク	30分 (共通)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己の活用事例についての課題について、意見交換</li> <li>・主治医との連携について、意見交換</li> </ul>
4 振り返り ワンポイント講義	20分 (共通)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループワークの発表</li> <li>・共通課題についてコメント</li> </ul>



## ⑨ 評価(訪問看護)

- ・本課目を評価する際の区分とその方法を以下に示す。

### 評価ポイント

- ・サービスの制度上の位置づけ、基礎知識、サービス内容を理解できていること。
- ・利用者の生活目標に沿った、「チームケア」「サービスの選択」が理解できていること。
- ・本人の力を活かした、自立に向けたサービスの導入について理解できていること。
- ・自己評価、チーム評価に基づいたケアプランの見直しができていること。

評価の区分	評価方法
1 受講者の自己評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・講義の前に研修記録シート2により自己評価をする。</li> <li>・講義終了後、研修記録シートを記入する。</li> <li>・今後の業務における自己課題を明確にする。</li> </ul>
2 受講者の相互評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入した研修記録シート2を相互にチェックする。</li> <li>・チェック後本人に返却する。</li> </ul>
3 講師の自己評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受講者の理解が不十分な部分を再度講義する。</li> <li>・受講者の一部の研修記録シート2を講師が目を通し、研修で改善すべき点を把握する。</li> </ul>



#### ④ 到達目標(訪問リハビリテーション)

・本課目を講義した際に到達する目標を以下に示す。

##### 到達目標

- ・介護保険制度と医療保険制度のそれぞれで提供できる訪問リハビリテーションサービスの特色とその効果、チームケアにおける介護支援専門員とサービス事業者・医療関係者等との連携ができるように知識・技術・態度を習得する。
- ・利用者の心身機能の改善や生活機能の向上など自立支援に向けた訪問リハビリテーションサービスの活用やターミナルケア・予防の視点を学ぶとともに、訪問介護等の他のサービスとの連携による効果的な支援の方法について学ぶ。

## ⑤ 指導の視点(訪問リハビリテーション)

- ・本課目の講義を行う際の、指導の視点を以下に示す。

### 総括

- ・訪問リハビリテーションの制度上の位置づけ、サービスの目的・内容といった基礎知識の伝授のみに終始しないようにし、サービス利用で期待すべき効果や各地域での特色や実態などの把握ができるように留意する。
- ・利用者の生活課題・目標に沿った「チームケア」「サービスの選択」、また、本人の力を活かした、自立に向けたサービス利用としていくことを学ぶ。
- ・「サービス優先」ではないことを強調し、生活目標に沿った予防の視点も含めたサービス利用であることを学ぶ。
- ・疾病の特性、予後予測が理解できること。
- ・訪問看護7:制度上の位置づけに留意する。(訪問看護と訪問リハビリテーションの制度上の制限)
- ・予防的ケアの必要性を学ぶ。

能力  
1

### アセスメント能力

- ・訪問リハビリテーションの目的や内容・効果的な活用について理解できる。
- ・利用者の望む暮らしをアセスメントで明らかにし、そのためのニーズの解決や、長期目標・短期目標の達成に向けたサービスを、あらゆる社会資源の中の選択肢として導入・活用できる。

能力  
3

### カンファレンス・コーディネート能力

- ・サービス事業者や医療機関を含めた事業者とのネットワーク作りを推進できる。
- ・利用者の心理や不安、医学的状態等を事業者へ適切な方法で情報提供できる。
- ・サービス担当者会議を経てチームケアとしての目標を共有させることができる。

能力  
2

### プランニング能力

- ・アセスメントから抽出された生活目標に沿って、予防の視点も含めたケアプランを作成できる。

能力  
4

### モニタリング能力

- ・訪問リハビリテーションや連携するサービスの提供状況の確認、目標の達成状況や効果などの評価、フィードバックができる。
- ・リハビリテーション専門職等からの情報や再評価の結果を居宅介護サービス計画に反映できる。

## ⑥ 具体的習得目標と方法(訪問リハビリテーション)

・本課題で具体的に習得する目標を9項目挙げ、各項目が該当するスキル(知識・技術・態度)と講義方法を示す。

具体的習得目標	習得分野	伝達方法
1 地域資源としての訪問リハビリテーションのサービス状況を的確に把握し、利用者・家族に説明できる。	知識 技術 態度	・講義 ・グループワーク ・意見交換
2 訪問リハビリテーションが必要となる病態・身体変化・状況及びADL・IADL, 社会参加の程度をアセスメントできる。	知識 技術 態度	・講義
3 状況に応じて本人・家族の同意を得て、主治医と連絡を取り、訪問リハビリテーションの指示書を依頼できる。	知識 技術 態度	・講義 ・事例
4 本人・家族・サービス担当者から、身体変化の情報を伝えてもらう仕組みを作ることができる。	知識 技術 態度	・簡潔な講義 ・他の課題でも学習
5 利用者のニーズをサービス担当者に伝えることができる。	知識 技術 態度	・簡潔な講義 ・他の課題でも学習
6 居宅介護サービス計画と訪問リハビリテーション計画の関係性が理解でき、連動性の高い計画作成ができる。	知識 技術 態度	・講義 ・グループワーク
7 モニタリング時に、訪問リハビリテーションサービスが利用者の身体機能維持・向上に役立っているかの判断ができる。	知識 技術 態度	・講義 ・グループワーク ・意見交換
8 モニタリング時に、訪問リハビリテーションサービス提供状況が確認でき、問題点を把握してサービス担当者に伝達できる。	知識 技術 態度	・講義 ・グループワーク ・意見交換
9 利用者の満足度を確認できる。	知識 技術 態度	・簡潔な講義 ・他の課題でも学習

## ⑦ 伝達内容(訪問リハビリテーション)

・本課目で定める具体的習得目標を伝達する際の指導内容、解説を以下に示す。

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジュメ 事例の作成・選択指針
1 地域資源としての訪問リハビリテーションのサービス状況を的確に把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問リハビリテーションの(医療・介護)制度上の位置づけや活用上の留意点</li> <li>・訪問リハビリテーション導入のポイントや提供時の留意点</li> <li>・他の介護サービス等との連携や関連性(訪問看護、訪問介護との連携等)</li> <li>・基本動作能力の維持・回復及び、対人、社会交流の維持・拡大</li> <li>・廃用症候群の予防と改善、介護負担軽減についての助言</li> <li>・福祉用具利用、住宅改修についての評価や助言</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ等</li> <li>・具体的な事例を用いた助言や意見交換</li> </ul>
2 アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問リハビリテーションを必要とする病態・疾患</li> <li>・廃用症候群</li> <li>・改善の程度や予後予測、悪化の防止</li> <li>・家族の理解、介護力(介護負担の軽減についての理解)</li> <li>・環境等の把握</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ等</li> <li>・代表的な事例(脳血管障害)を用いて解説</li> <li>・研修記録シート</li> </ul>
3 主治医との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携や情報共有における本人・家族の同意について</li> <li>・主治医の指示書(特別指示書も含め)の理解</li> <li>・居宅サービス計画書に訪問リハビリテーションを位置づけるときの主治医との連携方法</li> <li>・退院時指導・カンファレンスの活用方法</li> <li>・面談の工夫、連絡票の書き方</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ等</li> <li>・指示書や連絡表などの提示や具体的な連携の事例</li> </ul>

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジュメ 事例の作成・選択指針
<p><b>4</b> 伝達システム構築</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心身状況の改善・悪化などの変化についての気づきと報告のポイント</li> <li>・緊急時の連絡体制の構築について</li> <li>・サービスの内容、役割、限界の理解</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ等</li> </ul>
<p><b>5</b> ニーズを伝える技術</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ニーズの構造と把握のための情報収集について</li> <li>・調整役としてのケアマネの役割を確認する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ等</li> </ul>
<p><b>6</b> 居宅介護サービス計画と訪問リハビリテーション計画</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護サービス計画における訪問リハビリテーションの位置づけ、訪問リハビリテーション計画との連動性と効果</li> <li>・達成可能な具体的な目標の設定</li> <li>・訪問リハビリテーション計画と他の個別援助計画の連動性、相関性について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ等</li> <li>・居宅介護サービス計画と訪問リハビリテーション計画の具体例を用いた講義やグループワークなど</li> </ul>
<p><b>7</b> モニタリング(判断)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護サービス計画と訪問リハビリテーション計画との連動を図り、効果を確認する。</li> <li>・身体機能悪化の状態とその原因について学ぶ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ等</li> <li>・居宅サービス計画と訪問リハビリテーション計画の具体例</li> </ul>
<p><b>8</b> モニタリング(フィードバック)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供事業者との情報交換をどのように行えば、適切にモニタリングを実施できるかを学ぶ。</li> <li>・連携方法の手立てを探る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ等</li> <li>・グループワーク</li> </ul>
<p><b>9</b> 利用者の満足度</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の満足度を確認できる。</li> </ul>	

【訪問リハビリテーション】

⑧ 講義等の具体例(訪問リハビリテーション)

・本課目を実施する際の進行の例を以下に示す。

プログラム	時間	方法
1 事前チェック 導入	10分 (共通)	・本講義の予定を説明
2 講義	120分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問リハビリテーションの意義や目的</li> <li>・訪問リハビリテーションの内容・特性・活用法について</li> <li>・主治医・各専門職との連携方法について</li> <li>・他の介護サービス等との関連性や連携のポイント (訪問介護との連携、退院・退所時の連携等)</li> <li>・活用事例を用いて、利用者の特性・維持改善に向けたサービス計画への立案やモニタリングをポイントを学ぶ(共通)</li> </ul>
3 グループワーク	30分 (共通)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己の活用事例の課題について意見交換</li> <li>・主治医との連携について意見交換</li> </ul>
4 振り返り ワンポイント講義	20分 (共通)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループワークの発表</li> <li>・共通課題についてコメント</li> </ul>



【訪問リハビリテーション】

⑨ 評価(訪問リハビリテーション)

・本課目を評価する際の区分とその方法を以下に示す。

評価ポイント

- ・サービスの制度上の位置づけ、基礎知識、サービス内容を理解できていること。
- ・利用者の生活目標に沿った、「チームケア」「サービスの選択」が理解できていること。
- ・本人の力を活かした、自立に向けたサービスの導入について理解できていること。
- ・自己評価、チーム評価に基づいたケアプランの見直しができていること。

評価の区分	評価方法
1 受講者の自己評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・講義の前に研修記録シート2により自己評価をする。</li> <li>・講義終了後、研修記録シートを記入する。</li> <li>・今後の業務における自己課題を明確にする。</li> </ul>
2 受講者の相互評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入した研修記録シート2を相互にチェックする。</li> <li>・チェック後本人に返却する。</li> </ul>
3 講師の自己評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受講者の理解が不十分な部分を再度講義する。</li> <li>・受講者の一部の研修記録シート2を講師が目を通し、研修で改善すべき点を把握する。</li> </ul>

# memo

I-12

サービスの活用と連携  
(iii)「居宅療養管理指導」

講義3.0時間

① 目的

- ・ サービス内容を再認識させるとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ。

② 内容

- ・ 居宅療養管理指導の内容を再認識させるとともに、主治医に伝えるべき情報、主治医から得なくてはならない情報について解説。居宅療養管理指導の活用事例、医療関係職の活用と連携の方法について講義。

③ 研修体系における本課目の位置づけ

- ・ 専門研修⑤と重複する部分もあるが、医師以外の多職種による居宅療養管理指導について本課目で学習する。

実務研修	独立した課目なし 「介護支援サービス(ケアマネジメント)の基本」(講義2.0時間)、「介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術」(講義1.0時間)の一部で講義
実務従事者 基礎研修	独立した課目なし
専門研修 課程 I	『サービスの活用と連携(iii)「居宅療養管理指導」』(講義3.0時間) 居宅療養管理指導の内容を再認識させるとともに、主治医に伝えるべき情報、主治医から得なくてはならない情報について解説 居宅療養管理指導の活用事例、医療関係職の活用と連携の方法について講義
専門研修 課程 II	独立した課目なし
主任介護支援 専門員研修	独立した課目なし

#### ④ 到達目標

・本課目を講義した際に到達する目標を以下に示す。

##### 到達目標

- ・通院困難な要支援・要介護者の居宅を訪問し、計画的かつ継続的な医学的管理に基づいて行う、  
 (1)居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)に対する、居宅サービス計画作成等に必要な情報提供  
 (2)利用者及び家族等に対する、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  
 について説明できる。
- ・通院困難な要支援・要介護者の状態変化に応じて適切に主治医と連携がとれる。
- ・通院困難な要支援・要介護者の療養上必要な医療的視点に立ったケアプランが作成できる。

## ⑤ 指導の視点

- ・本課目の講義を行う際の、指導の視点を以下に示す。

### 総括

- ・給付管理の対象とならないサービスであること
- ・医療と介護のさらなる連携とそれを生かしたケアプランの作成
- ・サービスの特性・利用の必要性などを理解し主治医との連携の推進
- ・療養上の生活課題を共有し、状態の改善・安定に向けての協働作業

### 能力 1

#### アセスメント能力

- ・医療保険と介護保険の関係性を解説する。
- ・主治医へ必要な情報をつたえる視点・内容を解説する。
- ・地域の医療連携体制とクリティカルパスについて解説する。
- ・主治医の役割と在宅医療について知る。
- ・利用者の生活課題のアセスメントに居宅療養管理指導の視点が適切に把握できていること。

### 能力 3

#### カンファレンス・コーディネート能力

- ・療養上の課題を共有する必要性を解説する。
- ・主治医機能と在宅医療との関係性の中で橋渡しの役割の重要性を解説する。
- ・事例において、主治医、関わる専門職種との情報交換を行うことができる。
- ・地域の医療体制と連携方法を知る。

### 能力 2

#### プランニング能力

- ・医療と介護の連携を行い、それを活かしたケアプランを作成する方法を解説する。
- ・主治医と授受した情報がケアプランに反映すること。
- ・サービスの特性を解説する。
- ・療養上必要な医療的視点に立ったプランニングができる。

### 能力 4

#### モニタリング能力

- ・利用者の状態の変化を伝える内容と方法を解説する。
- ・適切な時期に主治医から情報を得ていること。
- ・主治医と授受した情報がケアプランに反映できること。
- ・状態変化に応じ適切なモニタリングを行うことができる。
- ・地域の医療事業を知る。

## ⑥ 具体的習得目標と方法

・本課目で具体的に習得する目標を6項目挙げ、各項目が該当するスキル（知識・技術・態度）と講義方法を示す。

※各項目の指導内容、解説（読み解き）は「⑦伝達内容」において示す。

具体的習得目標	習得分野	伝達方法
1 居宅療養管理指導の概要、制度上の特性を説明できる。	知識 技術 態度	・講義
2 居宅療養管理指導の目的や医師・専門職による管理及び指導内容について説明できる。	知識 技術 態度	・講義
3 地域の在宅医療の現状とその連携方法について説明できる。	知識 技術 態度	・講義
4 医療連携体制と医療連携クリティカルパスについて説明できる。	知識 技術 態度	・事例を用いた講義
5 利用者の療養生活に必要な医療情報を収集・提供することができる。	知識 技術 態度	・事例を用いた講義
6 居宅療養管理指導の内容を居宅介護サービス計画に適切に反映できる。	知識 技術 態度	・事例を用いた講義 ・グループワーク

## ⑦ 伝達内容

・本課目で定める具体的習得目標を伝達する際の指導内容、解説を以下に示す。

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジュメ 事例の作成・選択指針
1 居宅療養管理指導の概要、制度上の特性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療保険、介護保険制度上での居宅療養管理指導の位置づけ</li> <li>・ケアプランの作成などに必要な医学管理にもとづいた医療情報の提供</li> <li>・利用者や家族へのサービス利用上の留意事項や介護方法の指導・助言</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ</li> </ul>
2 居宅療養管理指導の目的や医師・専門職による管理及び指導内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅療養管理指導の種類、算定条件</li> <li>・医師・歯科医師が行う居宅療養管理指導</li> <li>・薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、看護師が行う居宅療養管理指導</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ</li> <li>・実際に使われている書類等</li> </ul>
3 地域の在宅医療の現状とその連携方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者を支える在宅医療のシステムの現状について</li> <li>・主治医、かかりつけ医の役割の機能</li> <li>・入退院の移行期、自宅で生活できる安定期、ターミナル期で支援の方法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ</li> </ul>
4 医療連携体制と医療連携クリティカルパス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者にとっての医療環境のあり方や医療・介護の専門多職種連携の必要性</li> <li>・地域における医療連携体制の状況</li> <li>・地域連携クリティカルパスの目的や種類、活用の方法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ</li> <li>・実際に使われている書類等</li> </ul>
5 利用者の療養生活に必要な医療情報の収集と提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養上に必要な医療情報の共有の方法と活用</li> <li>・利用者に必要な情報を受け取る視点と情報を提供する視点</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジュメ</li> <li>・実際に使われている書類等</li> </ul>
6 居宅療養管理指導の内容の居宅介護サービス計画への反映	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅療養管理指導が導入された居宅介護サービス計画と個別支援計画書の連動性</li> <li>・医療情報を活かした居宅介護サービス計画の作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅療養管理指導の活用事例を用いた意見交換、演習</li> </ul>

## ⑧ 講義等の具体例

・本課目を実施する際の進行の例を以下に示す。

プログラム	時間	具体的方法
1 事前チェック 導入	10分	・本授業の予定、行動目標の意味するところを説明
2 講義	30分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅療養管理指導の制度上の特性</li> <li>・居宅療養管理指導の目的や指導内容                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師または歯科医師が行う居宅管理指導</li> <li>・薬剤師が行う居宅管理指導</li> <li>・管理栄養士が行う居宅管理指導</li> <li>・衛生士が行う居宅管理指導</li> <li>・看護師が行う居宅管理指導</li> </ul> </li> </ul>
	30分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の在宅医療の現状とその連携方法について</li> <li>・主治医、かかりつけ医の役割と機能について</li> <li>・医療連携体制と医療連携クリティカルパスについて</li> <li>・療養上に必要な医療情報の共有の方法と活用について</li> </ul>
3 グループワーク	30分	・居宅療養管理指導の行われている事例を用いて、居宅介護サービス計画への活かし方について意見交換
4 振り返り ワンポイント講義	20分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループワークの発表</li> <li>・最重要点、理解の難しい点を解説する。</li> </ul>



## ⑨ 評価

- ・本課目を評価する際の区分とその方法を以下に示す。

### 評価ポイント

- ・制度の理解度
- ・主治医への必要な情報の提供と取得ができること。
- ・利用者の生活課題のアセスメントに、居宅療養管理指導の視点が適切に把握できているか。
- ・医師等との連携を図り、チームケアとして目標を共有できること。
- ・ケアプランに居宅療養管理指導内容が反映され利用者の療養状況に合わせたサービス導入ができること。
- ・サービス担当者会議の中で指導内容の目的が明確にできているか。
- ・活用事例の特色を明確にできているか。

評価の区分	評価方法
1 受講者の自己評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・講義の前に研修記録シート2により自己評価をする。</li> <li>・講義終了後、研修記録シートを記入する。</li> <li>・今後の業務における自己課題を明確にする。</li> </ul>
2 受講者の相互評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入した研修記録シート2を相互にチェックする。</li> <li>・チェック後本人に返却する。</li> </ul>
3 講師の自己評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受講者の理解が不十分な部分を再度講義する。</li> <li>・受講者の一部の研修記録シート2を講師が目を通し、研修で改善すべき点を把握する。</li> </ul>

# memo

I-13

サービスの活用と連携  
(Ⅳ)「通所介護・通所リハビリテーション」

講義3.0時間

## ① 目的

- ・ サービス内容を再認識させるとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ。

## ② 内容

- ・ 自立支援を目的とする予防給付及び介護給付サービスにおける内容を再認識させるとともに、特色実態等を解説。活用の際の目標設定の仕方、サービス事業者との具体的な情報交換（提供しなければならない情報と提供を求める情報）、連携の方法と留意点、居宅サービス計画と通所介護計画、通所リハビリテーション計画の関連付け、各サービスの活用事例、モニタリングの方法等について講義。必要に応じて複数の講師を活用する。

### ③ 研修体系における本課目の位置づけ

- ・サービスの特色や実態等を解説する時間はこの講義に限られているため、制度上の位置づけや基礎知識、サービス内容を再認識する時間を多く配分する。
- ・居宅サービス計画書と個別援助計画書の連動等については、実際の計画書を用いた実習を行い、それぞれの立場や必要な情報はこういったものか、目標の共有化等を理解できるように工夫する必要がある。
- ・ケアマネジメントプロセスについては、実務研修や実務従事者基礎研修、専門研修Ⅰ・Ⅱでそれぞれ時間が配分されており、それらの中でサービスの活用と連携について繰り返し学習できるように工夫する必要がある。

実務研修	独立した課目なし 「介護支援サービス(ケアマネジメント)の基本」(講義2.0時間)、「介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術」(講義1.0時間)の一部で講義
実務従事者基礎研修	独立した課目なし 「ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方」(講義7.0時間)の一部で講義
専門研修課程Ⅰ	「ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方」(講義3.0時間)の一部で講義 「サービスの活用と連携(Ⅰ)」「通所介護・通所リハビリテーション」(講義3.0時間)
専門研修課程Ⅱ	独立した課目なし 「サービス担当者会議演習」(演習3.0時間)、「居宅介護支援」(講義6.0時間)、「居宅介護支援」(演習6.0時間)の一部でチームケアを再確認
主任介護支援専門員研修	独立した課目なし

#### ④ 到達目標

・本課目を講義した際に到達する目標を以下に示す。

##### 到達目標

・介護保険制度で提供できる通所介護・通所リハビリテーションサービスの特色と実態とその効果、チームケアにおける、介護支援専門員とサービス事業者・医療関係者等との連携ができるように、知識・技術・態度を習得する。

## ⑤ 指導の視点

- ・本課目の講義を行う際の、指導の視点を以下に示す。

### 総括

- ・通所介護・通所リハビリテーションサービスの制度上の位置づけ、基礎知識、サービス内容、特色実態等の伝授のみに終始しないように留意する。
- ・利用者の生活目標に沿った、「チームケア」「サービスの選択」、また、本人の力も活かした、自立に向けたサービス利用としていくことを学ぶ。
- ・「サービス優先」ではないことを強調し、生活目標に沿った予防の視点も含めたサービス利用としていくことを学ぶ。

能力  
1

### アセスメント能力

- ・各サービスの概念・活用における内容について理解できる。
- ・利用者の望む暮らしをアセスメントで明らかにし、そのためのニーズの解決や、長期目標・短期目標の達成に向けたサービスを、あらゆる社会資源の中の選択肢として導入・活用できる。

能力  
3

### カンファレンス・コーディネート能力

- ・サービス事業者や医療機関を含めた事業者とのネットワーク作りを推進でき、サービス担当者会議を経てチームケアとしての目標を共有させることができる。

能力  
2

### プランニング能力

- ・アセスメントから抽出された生活目標に沿って、予防の視点も含めたケアプラン作成ができる。

能力  
4

### モニタリング能力

- ・サービス事業所との連携の必要性や効果等を理解でき、利用者の心理や不安、医学的状態等を事業者へ適切な方法で情報提供できる。

## ⑥ 具体的習得目標と方法

・本課目で具体的に習得する目標を8項目挙げ、各項目が該当するスキル(知識・技術・態度)と講義方法を示す。

※ 各項目の指導内容、解説(読み解き)は「⑦伝達内容」において示す。

具体的習得目標	習得分野	伝達方法
1 地域資源としての通所介護・通所リハビリテーションサービスの状況を的確に把握し、利用者・家族に説明できる。	知識 技術 態度	・講義 ・グループワーク ・意見交換
2 インテーク面接時に、通所介護・通所リハビリテーションが必要となる病態・身体変化・生活環境およびADL・IADL、社会参加の程度をアセスメントできる。	知識 技術 態度	
3 状況に応じて本人・家族の同意を得て、主治医や専門職と連絡を取り、通所介護・通所リハビリテーションの留意点を確認できる。	知識 技術 態度	
4 本人・家族・サービス担当者から、身体変化の情報を伝えてもらう仕組みを作ることができる。	知識 技術 態度	
5 利用者のニーズをサービス担当者に伝えることができる。	知識 技術 態度	

具体的習得目標	習得分野	伝達方法
<p>6</p> <p>モニタリング時に、通所介護・通所リハビリテーションサービスが利用者の身体機能維持・向上に役立っているかの判断ができる。</p> <p>利用者が望む暮らしのためのサービス利用であることが把握でき、かつ個別援助計画にスムーズに連動する居宅サービス計画を作成できる。</p>	<p>知識 技術 態度</p>	<p>・グループワーク</p> <p>・意見交換</p>
<p>7</p> <p>モニタリング時に、通所介護・通所リハビリテーションサービスの問題点に気づき、サービス担当者にフィードバックできる。</p>	<p>知識 技術 態度</p>	<p>・グループワーク・意見交換</p>
<p>8</p> <p>通所介護・通所リハビリテーションサービスの提供だけでなく、利用者・家族とサービス担当者との人間関係についての観察ができる。</p>	<p>知識 技術 態度</p>	



## ⑦ 伝達内容(通所介護)

・本課目で定める具体的習得目標を伝達する際の指導内容、解説を以下に示す。

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジュメ 事例の作成・選択指針
<p>1 地域資源やサービス内容・特色実態等の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険での通所介護について、制度理解・制度上の位置づけ</li> <li>・地域密着型サービス(認知症対応型デイサービス)について</li> <li>・事業所の種類や要介護度、利用内容、利用時間</li> <li>・食事等の利用料</li> <li>・生活基盤を整え、自立の拡大、生活の質の維持・向上を図るサービス</li> <li>・通所介護と通所リハビリテーションの支援内容の区別ができる。</li> <li>・予防的ケアを必要とする利用者像</li> <li>・家族への支援(家族が介護から解放されることによる身体的介護負担の軽減のみならず、精神的介護負担の軽減)</li> <li>・緊急時対応の支援方法、調整の仕方</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外出を避けるようになった経緯、集団生活がどうして苦手なのか背景を探る等の事例を用い、上手くいったケース、意向と違った結果を招いたケースを、介護支援専門員・サービス提供者それぞれの立場で意見交換を行う。</li> </ul>
<p>2 アセスメント</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護が必要となる病態・身体変化・生活環境</li> <li>・個人が培ってきた生活習慣や文化、価値観</li> <li>・放置すると悪化する恐れの高い病態・疾患・生活環境</li> <li>・導入時期の判断</li> <li>・予後の予測</li> <li>・家族の理解、介護力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的な知識を理解するための教材</li> <li>・研修記録シート</li> </ul>

【通所介護】

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジュメ 事例の作成・選択指針
<p><b>3</b> 主治医や専門職との連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護サービスを利用していることを主治医へ情報提供</li> <li>・居宅サービス計画に通所介護を位置づける時の主治医や専門職との連携方法</li> <li>・連絡方法の工夫、連絡表の書き方</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的な知識を理解するための教材</li> <li>・事例を用い、具体的な助言を示す。</li> <li>・居宅サービス計画の自己点検</li> <li>・主治医や専門職との連携方法についての意見交換、モデル的主治医連絡表の提案</li> </ul>
<p><b>4</b> 伝達システムの構築</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時の連絡体制の構築</li> <li>・心身状況の改善・悪化等、変化についての気づき</li> <li>・サービスの内容、役割、限界の理解</li> </ul>	
<p><b>5</b> ニーズを伝える技術</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者、家族の思いを聞き取り、伝えられる技術を知る。</li> <li>・ニーズとディマンズの違いを知る。</li> <li>・その人の価値観、QOL、尊厳について理解する。</li> <li>・調整役としての介護支援専門員の役割を確認する。</li> </ul>	

【通所介護】

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジュメ 事例の作成・選択指針
<p><b>6</b> モニタリング(判断)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画と個別援助計画との連動を図り、効果を確認する。</li> <li>・状態変化について学ぶ。</li> <li>・居宅サービス計画書に示される短期目標が、サービスの提供によって達成できると予測される状態像や効果</li> <li>・個別援助計画書は、居宅サービス計画書に記載されているサービス内容が具体化されたものであることの認識。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画と個別援助計画を用いたモニタリング検討</li> </ul>
<p><b>7</b> モニタリング(フィードバック)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供事業者との情報交換をどのように行えば、適切にモニタリングを実施できるかを学ぶ。</li> <li>・連携方法の手立てを探る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループ討議、意見交換</li> </ul>
<p><b>8</b> 利用者・家族とサービス担当者の人間関係についての観察</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者・家族とサービス担当者の人間関係についての観察</li> </ul>	

## ⑦ 伝達内容(通所リハビリテーション)

・本課目で定める具体的習得目標を伝達する際の指導内容、解説を以下に示す。

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジュメ 事例の作成・選択指針
<p><b>1</b> 地域資源やサービス内容・特色実態等の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険での通所リハビリテーションについて、制度理解・制度上の位置づけ</li> <li>・介護老人保健施設、病院、診療所に限られ、医師の指示のもとにリハビリテーション等が行われることへの理解(みなしで行えることを要確認)</li> <li>・事業所の種類、利用時間</li> <li>・通所介護と通所リハビリテーションの支援内容の区別ができる。</li> <li>・予防的ケアを必要とする利用者像</li> <li>・家族への支援(家族が介護から解放されることによる身体的介護負担の軽減のみならず、精神的介護負担の軽減)</li> <li>・緊急時対応の支援方法、調整の仕方</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医との連携や生活意欲をどう高めていったか等の事例を用い、上手くいったケース、意向と違った結果を招いたケースを、介護支援専門員・サービス提供者それぞれの立場で意見交換を行う。</li> </ul>
<p><b>2</b> アセスメント</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所リハビリテーションが必要となる病態・身体変化・生活環境</li> <li>・個人が培ってきた生活習慣や文化、価値観</li> <li>・放置すると悪化しやすい病態・疾患・生活環境</li> <li>・他者との交流の場面</li> <li>・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の専門性</li> <li>・導入時期の判断</li> <li>・予後の予測</li> <li>・家族の理解、介護力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的な知識を理解するための教材</li> <li>・研修記録シート</li> </ul>

【通所リハビリテーション】

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジュメ 事例の作成・選択指針
<p><b>3</b> 主治医や専門職との連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所リハビリテーションサービスを利用していることを主治医へ情報提供</li> <li>・居宅サービス計画に通所リハビリテーションを位置づける時の主治医や専門職との連携方法</li> <li>・連絡方法の工夫、連絡表の書き方</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的な知識を理解するための教材</li> <li>・事例を用い、具体的な助言を示す。</li> <li>・居宅サービス計画の自己点検</li> <li>・主治医や専門職との連携方法についての意見交換、モデル的主治医連絡表の提案</li> </ul>
<p><b>4</b> 伝達システムの構築</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時の連絡体制の構築</li> <li>・心身状況の改善・悪化等、変化についての気づき</li> <li>・サービスの内容、役割、限界の理解</li> </ul>	
<p><b>5</b> ニーズを伝える技術</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者、家族の思いを聞き取り、伝えられる技術を知る。</li> <li>・ニーズとディマンズの違いを知る。</li> <li>・その人の価値観、QOL、尊厳について理解する。</li> <li>・調整役としての介護支援専門員の役割を確認する。</li> </ul>	

【通所リハビリテーション】

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジюме 事例の作成・選択指針
<p><b>6</b> モニタリング(判断)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画書と個別援助計画書との連動を図り、効果を確認する。</li> <li>・状態変化について学ぶ。</li> <li>・居宅サービス計画書に示される短期目標が、サービスの提供によって達成、近づけられると予測される状態像や効果</li> <li>・個別援助計画は、居宅サービス計画書に記載されているサービス内容が具体化されたものであることの認識</li> <li>・個別援助計画「サービス実施プラン」と介護支援専門員が立案した居宅サービス計画書「方向性を示す本プラン」との関連付け</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画と個別援助計画を用いたモニタリング検討</li> </ul>
<p><b>7</b> モニタリング(フィードバック)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供事業者との情報交換をどのように行えば、モニタリングを深められるかを学ぶ。</li> <li>・連携方法の手立てを探る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループ討議、意見交換</li> </ul>

## ⑧ 講義等の具体例

・本課目を実施する際の進行の例を以下に示す。

プログラム	時間	具体的方法
1 事前チェック 導入	10分	・本授業の予定。行動目標の意味するところを説明する。
2 講義	120分	・通所介護について ・各専門職との連携方法について ・事例等を用いて、利用者の特性・維持改善についてのモニタリングを学ぶ。
		・通所リハビリテーションについて ・各専門職との連携方法について ・事例等を用いて、利用者の特性・維持改善についてのモニタリングを学ぶ。
3 グループ討議	30分	・自己の活用事例についての解題、意見交換 ・主治医やサービス事業者との連携について意見交換
4 振り返り ワンポイント講義	20分	・グループ討議の発表 ・研修記録シートの記入、相互評価 ・最重要点、理解の難しい点の解説 ・共通課題についてのコメント

## ⑨ 評価

- ・本課目を実施する際の評価のポイントを以下に示す。

### 評価ポイント

- ・サービスの制度上の位置づけ、基礎知識、サービス内容を理解できていること。
- ・利用者の生活目標に沿った、「チームケア」「サービスの選択」が理解できていること。
- ・本人の力を活かした、自立に向けたサービスの導入について理解できていること。

評価の区分	評価方法
1 受講者の自己評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・講義の前に研修記録シート2により自己評価をする。</li> <li>・講義終了後、研修記録シートを記入する。</li> <li>・今後の業務における自己課題を明確にする。</li> </ul>
2 受講者の相互評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入した研修記録シート2を相互にチェックする。</li> <li>・チェック後本人に返却する。</li> </ul>
3 講師の自己評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受講者の理解が不十分な部分を再度講義する。</li> <li>・受講者の一部の研修記録シート2を講師が目を通し、研修で改善すべき点を把握する。</li> </ul>



I-14

サービスの活用と連携  
(v)「短期入所・介護保険施設」

講義3.0時間

① 目的

・ サービス内容を再認識させるとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ。

② 内容

・ 短期入所サービスの活用方法、活用の際の目標設定の仕方、利用前・後の情報交換（提供しなければならない情報と提供を求める情報）、連携の方法と留意点、居宅サービス計画への位置付け方、居宅サービス計画と短期入所生活介護・療養介護計画との関連付け、介護予防における考え方、各サービスの活用事例について講義。介護保険施設（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）を利用者に紹介する際の留意点や退所・退院計画を作成する際の留意点、施設担当者との連携方法等について講義。

③ 研修体系における本課目の位置づけ

・ サービスの活用と連携(v)「短期入所・介護保険施設」に関しては次のような課目で研修することとなっている。

実務研修	独立した課目なし 「介護支援サービス(ケアマネジメント)の基本」(講義2.0時間)、「介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術」(講義1.0時間)、「居宅サービス計画等の作成」(講義2.0時間)の中で講義
実務従事者基礎研修	独立した課目なし 「ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方」(講義7.0時間)、及び「ケアマネジメント点検演習」(講義14.0時間)の中で講義
専門研修課程 I	『サービスの活用と連携(v)「短期入所・介護保険施設」』(講義3.0時間)
専門研修課程 II	独立した課目なし 「サービス担当者会議演習」(演習3.0時間)、『「居宅介護支援」事例研究』(講義6.0時間)、『「居宅介護支援」演習』(演習6.0時間)の中で講義
主任介護支援専門員研修	独立した課目なし 「サービス展開におけるリスクマネジメント」(講義3.0時間)、「事例研究及び事例指導方法」(講義5.0時間、演習18.0時間)の中で講義

#### ④ 到達目標

・本課目を講義した際に到達する目標を以下に示す。

##### 到達目標

- ・短期入所サービス(短期入所生活介護・短期入所療養介護)の特性と役割を理解し、利用者の意向を尊重し、本人の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることができる。
- ・介護保険施設(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)の特性と役割を解説でき、利用者に紹介する際の留意点や退所・退院計画を作成する際の留意点を述べるができる。

## ⑤ 指導の視点

- ・本課目の講義を行う際の、指導の視点を以下に示す。

### 総括

- ・本人の状態の改善を意図し短期入所サービスを適切に利用する。
- ・レスパイトへの対応、緊急時対応の視点を持つ。
- ・短期入所療養介護の場合に利用者に対する集中的なりハビリテーションの提供、短期集中リハビリテーションの必要性を理解する。
- ・家族介護者の介護負担を把握するだけでなく、利用者本位に気を付ける。
- ・居宅介護支援専門員の視点で、短期入所を利用する際の介護保険施設の特徴を明確に説明できる講師を選ぶ。
- ・介護保険施設の入所に際して、利用者本位の生活を継続できるように連携を図る。

### 能力 1 アセスメント能力

- ・利用者の生活状況を適切に分析して在宅生活の困難な状況を把握できるようになる。
- ・何故その利用者が短期入所サービスを利用するのかの根拠や背景がわかる。

### 能力 3 カンファレンス・コーディネート能力

- ・利用者本人の生活が継続されるように、提供されるサービスの組み立てができる。
- ・自宅での生活スタイル・生活リズムを尊重し、自立向上に視点を置いた個別的援助を提供できるように目標の共有化ができる。

### 能力 2 プランニング能力

- ・入所が利用者本人の生活支援と、介護家族の負担軽減が目的であることを明確にできる。

### 能力 4 モニタリング能力

- ・利用者の暮らしの継続が図れているか継続的に確認する。
- ・利用者に合った適切なサービス利用であったか、利用者の心身の機能が維持・改善されているか等、確認できる。
- ・家族の身体的および精神的負担の軽減が図れているか確認できる。

## ⑥ 具体的習得目標と方法

・本課題で具体的に習得する目標を6項目挙げ、各項目が該当するスキル（知識・技術・態度）と講義方法を示す。

具体的習得目標	習得分野	伝達方法
1 短期入所サービスの特性と役割を説明できる。	知識 技術 態度	・講義
2 短期入所サービスの活用方法と活用の際の目標設定の仕方を説明できる。	知識 技術 態度	・講義 ・演習
3 利用前・後の情報交換を適切に行い、連携方法と留意点を説明できる。	知識 技術 態度	・講義 ・演習
4 居宅サービス計画へ短期入所を位置づけることができる。	知識 技術 態度	・演習
5 居宅サービス計画と短期入所生活介護・療養介護計画を関連付けることができる。	知識 技術 態度	・講義 ・演習
6 介護予防における短期入所サービスの役割と活用事例を説明できる。	知識 技術 態度	・講義
7 短期入所サービスを利用する時に、介護保険施設を利用者に紹介する際の留意点を説明できる。	知識 技術 態度	・講義 ・演習
8 介護保険施設から退院・退所計画を作成する際の留意点を説明できる。	知識 技術 態度	・講義 ・演習
9 介護保険施設担当者との連携方法を説明できる。	知識 技術 態度	・講義 ・演習
10 利用者の意向を尊重し、並びに家族の介護負担の軽減を図ることができる。	知識 技術 態度	・講義

## ⑦ 伝達内容

・本課目で定める具体的習得目標を伝達する際の指導内容、解説を以下に示す。

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジメ、事例の作成・選択指針
1 短期入所サービスの特性と役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期入所生活介護の特性と役割及び緊急時対応等を解説する。</li> <li>・短期入所療養介護の特性と役割及び短期集中リハビリテーションや医療ニーズの高い利用者の対応などを説明する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジメ</li> </ul>
2 短期入所サービスの活用方法と活用の際の目標設定の仕方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期入所サービスの適切な活用方法を説明する。</li> <li>・活用の際の目標設定の仕方を習得させる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジメ</li> </ul>
3 利用前・後の情報交換を適切に行い、連携方法と留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用前・後の情報共有(提供しなければならない情報と提供を求める情報)を工夫する。</li> <li>・連携方法と留意点を明確にする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジメ</li> </ul>
4 居宅サービス計画へ短期入所を位置づけ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントの結果により、居宅サービス計画への位置付け方を説明する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジメ</li> </ul>
5 居宅サービス計画と短期入所生活介護・療養介護計画を関連付け	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画と短期入所生活介護との関連付けを明確にする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジメ</li> </ul>
6 介護予防における短期入所サービスの役割と活用事例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防短期入所サービスの利用で在宅生活の継続が図られた事例の紹介と今後の利用方法を説明する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジメ</li> <li>・活用事例</li> </ul>
7 短期入所サービスを利用する時に、介護保険施設を利用者に紹介する際の留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人福祉施設の特性と役割の説明</li> <li>・介護老人保健施設の特性と役割の説明</li> <li>・介護療養型医療施設の特性と役割の説明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジメ</li> </ul>
8 介護保険施設から退院・退所計画を作成する際の留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険施設から退所・退院するときに、退所・退院計画を作成する際の留意点を説明する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジメ</li> </ul>
9 介護保険施設担当者との連携方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本位に利用者にかかる必要な情報をまとめ、施設担当者で連携する方法を学ぶ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジメ</li> </ul>
10 利用者の意向の尊重、並びに家族の介護負担の軽減	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本位に留意する。</li> <li>・家族の負担軽減を図り、在宅生活が継続できることを中心に置く。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジメ</li> </ul>

## ⑧ 講義の具体例

・本課目を実施する際の進行の例を以下に示す。

プログラム	時間	具体的方法
1 導入 事前チェック	10分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本課目の目的及び研修方法を説明する。</li> <li>・研修記録シート2を確認する。</li> </ul>
2 講義	40分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期入所生活介護・療養介護について講義する。</li> </ul>
3 講義・演習	120分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期入所サービスの必要性を認識し、居宅サービス計画の中に組み込むための講義と演習を行う。</li> <li>・活用事例を用いる。</li> </ul>
4 振り返り ワンポイント講義	10分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修記録シート2の記入</li> <li>・要点の確認</li> <li>・共通課題についてコメント</li> </ul>

## ⑨ 評価

- ・本課目を評価する際の区分とその方法を以下に示す。

### 評価ポイント

- ・サービスの制度上の位置づけ、基礎知識、サービス内容を理解できていること。
- ・介護保険施設のそれぞれの特性・役割について理解し、利用者家族に適切に紹介できていること。
- ・居宅介護サービス計画と短期入所生活介護計画が連動していることを理解できていること。
- ・利用者の状態の変化をモニタリングできていること。

評価の区分	評価方法
1 受講者の自己評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・講義の前に研修記録シート2により自己評価をする。</li> <li>・講義終了後、研修記録シートを記入する。</li> <li>・今後の業務における自己課題を明確にする。</li> </ul>
2 受講者の相互評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入した研修記録シート2を相互にチェックする。</li> <li>・チェック後本人に返却する。</li> </ul>
3 講師の自己評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受講者の理解が不十分な部分を再度講義する。</li> <li>・受講者の一部の研修記録シート2を講師が目を通し、研修で改善すべき点を把握する。</li> </ul>

# memo



I-15

サービスの活用と連携(vi)  
「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」

講義3.0時間

### ① 目的

- ・ サービス内容を再認識させるとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ。

### ② 内容

- ・ 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における施設選定の留意点、施設担当者との連携方法について講義する。また、これらの各サービス計画を作成するにあたっての留意点について講義する。

### ③ 研修体系における本課目の位置づけ

- ・ 介護支援専門員のサービスの活用と連携(vi)「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」に関しては次のような課目で研修することとなっている。
- ・ 介護保険施設（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）の特性と役割を解説できる。

実務研修	独立した課目なし 「介護支援サービス(ケアマネジメント)の基本」(講義2.0時間)、「介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術」(講義1.0時間)、「居宅サービス計画等の作成」(講義2.0時間、演習4.0時間)の一部で講義
実務従事者基礎研修	独立した課目なし 「ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方」(講義6.0時間)の一部、及び、「ケアマネジメント点検演習」(演習14.0時間)の一部で講義
専門研修課程Ⅰ	サービスの活用と連携(vi)「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」(講義3.0時間)
専門研修課程Ⅱ	独立した課目なし 「サービス担当者会議」(演習3.0時間)、「居宅介護支援」(講義6.0時間、演習6.0時間)の一部で講義
主任介護支援専門員研修	独立した課目なし 「サービス展開におけるリスクマネジメント」(講義3.0時間)、「事例研究及び事例指導方法」(講義5時間、演習18.0時間)の一部で講義

#### ④ 到達目標

・本課目を講義した際に到達する目標を以下に示す。

##### 到達目標

- ・介護保険施設(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)の特性と役割を、利用者に紹介する際の留意点を述べることができる。
- ・介護保険施設・特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護等の介護サービス計画書が作成できる

## ⑤ 指導の視点

- ・本課目の講義を行う際の、指導の視点を以下に示す。

### 総括

- ・それぞれの施設のサービス体制について理解を深める。
- ・利用者像を理解し、入所対象者かどうかのアセスメントについて理解する。
- ・利用者の適切なマッチングを理解する。
- ・看取りの視点を踏まえたケアプランの作成を学ぶ。
- ・利用料金の構成、食費や居住費の減額制度、社会福祉法人の減免制度について学ぶ。

### 能力 1 アセスメント能力

- ・利用者の生活状況を適切に分析し、在宅生活の継続が困難なことを確認できる。
- ・利用者の望む生活をアセスメントで明らかにし、これらのサービスを社会資源として活用できる。

### 能力 3 カンファレンス・コーディネート能力

- ・施設内でのチームケアについて理解し、目標を共有することができる(施設介護支援専門員の視点)。
- ・施設担当者との連携方法を理解し、多職種協働のケアについて理解できる。(居宅介護支援専門員の視点)。

### 能力 2 プランニング能力

- ・各施設サービスのサービス計画書の内容を、事例を通して理解できる。
- ・在宅復帰へのアプローチの視点を持ち、利用者の多様なニーズに対する機能について理解できる。

### 能力 4 モニタリング能力

- ・利用者の状態の変化を確認し、施設サービスの効果を判断できる。
- ・入所継続や在宅復帰について理解し、在宅サービスと連携を行うことができる。

## ⑥ 具体的習得目標と方法

・本課題で具体的に習得する目標を5項目挙げ、各項目が該当するスキル（知識・技術・態度）と講義方法を示す。

具体的習得目標	習得分野	伝達方法
1 利用者の状態像の把握、在宅生活継続の困難性を把握し、施設の特性に合わせてマッチングすることができる。	知識 技術 態度	・講義
2 看取りの視点、在宅復帰の可能性を常に視野に入れることができる。	知識 技術 態度	・講義
3 介護保険施設(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)の特性と役割を解説できる。	知識 技術 態度	・講義
4 介護保険施設を利用者に紹介する際の留意点を述べる事ができる。	知識 技術 態度	・講義
5 特定施設入居者生活介護の特性と役割を解説できる。	知識 技術 態度	・講義
6 特定施設入居者生活介護を利用者に紹介する際の留意点を述べる事ができる。	知識 技術 態度	・講義
7 認知症対応型共同生活介護の特性と役割を解説できる。	知識 技術 態度	・講義
8 認知症対応型共同生活介護を利用者に紹介する際の留意点を述べる事ができる。	知識 技術 態度	・講義
9 介護保険施設・特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護の介護サービス計画書の作成・点検ができる。	知識 技術 態度	・講義
10 入所・入院、退所・退院計画を作成する際の留意点を述べる事ができる。	知識 技術 態度	・講義

## ⑦ 伝達内容

・本課目で定める具体的習得目標を伝達する際の指導内容、解説を以下に示す。

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジュメ 事例の作成・選択指針
1 利用者の状態像の把握、在宅生活継続の困難性の把握と、施設の特性に合わせたマッチング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の望む暮らしをアセスメントによって明らかにする。</li> <li>・利用者と家族の思いの相違が存在することも確認する</li> <li>・利用者の生活状況を適切に分析する。</li> <li>・社会資源の活用と方法を考え、利用者が自己決定できるように支援。</li> <li>・利用料金の構成、食費や居住費の減額制度、社会福祉法人の減免制度など。</li> </ul>	
2 看取りの視点、在宅復帰の可能性を常に視野に入れることができる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ターミナルケア期における介護支援専門員及び施設職員の関わり方</li> <li>・主治医との連携</li> <li>・家族への支援</li> <li>・看取り後、在宅復帰後のフォロー</li> <li>・チームケアについて理解し、目標を共有</li> <li>・入所継続や在宅復帰について理解し、在宅サービスと連携</li> </ul>	
3 介護保険施設(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)の特性と役割を解説できる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・それぞれの施設概要について説明するとともに、サービス形態の特徴やケア体制の内容を説明する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人員配置基準</li> <li>・運営基準</li> </ul>
4 介護保険施設を利用者に紹介する際の留意点を述べることができる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設利用によるサービスの効果や、在宅サービスとの類似点・相違点。また連携の仕組みや方法、機能として求められていることを解説する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設サービス計画書</li> </ul>
5 特定施設入居者生活介護の特性と役割を解説できる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・それぞれの施設概要について説明するとともに、サービス形態の特徴やケア体制の内容を説明する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人員配置基準</li> <li>・運営基準</li> </ul>

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジュメ 事例の作成・選択指針
<p>6 特定施設入居者生活介護を利用者に紹介する際の留意点を述べるができる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設利用によるサービスの効果や、在宅サービスとの類似点・相違点。また連携の仕組みや方法、機能として求められていることを解説する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設サービス計画書</li> </ul>
<p>7 認知症対応型共同生活介護の特性と役割を解説できる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設の概要について説明するとともに、サービス形態の特徴や、機能、ケア体制の内容を説明する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>人員配置基準</li> <li>運営基準</li> </ul>
<p>8 認知症対応型共同生活介護を利用者に紹介する際の留意点を述べるができる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設利用によるサービスの効果や、在宅サービスとの類似点・相違点。また連携の仕組みや方法、機能として求められていることを解説する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設サービス計画書</li> </ul>
<p>9 介護保険施設・特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護の介護サービス計画書が作成できる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>それぞれの施設の介護サービス計画書の特性を理解し作成することができるように指導する。</li> <li>ケアプランが連携の上で欠かせないものであるため、事例を用い説明しながらその実践について説明する。</li> <li>また、居宅介護支援事業所との連携についても説明し、包括的・継続的ケアマネジメントについても説明する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設サービス計画書</li> <li>各種様式・記入要綱</li> </ul>
<p>10 入所・入院、退所・退院計画を作成する際の留意点を述べるができる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医との連携</li> <li>多職種協働のケアについて理解</li> <li>在宅復帰へのアプローチの視点を持ち、利用者の多様なニーズに対する機能</li> <li>入所継続や在宅復帰について理解し、在宅サービスと連携</li> <li>緊急時対応の支援方法と調整</li> </ul>	

## ⑧ 講義等の具体例

・本課目を実施する際の進行の例を以下に示す。

プログラム	時間	具体的方法
1 事前チェック 導入	10分	・本講義の予定、行動目標の意味するところを説明
2 講義	100分	・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について講義
3 講義・演習	50分	・施設サービス計画書(居住系を含む)の特徴の確認
4 振り返り ワンポイント講義	20分	・研修記録シートの記入、要点の確認 ・共通課題についてのコメント

## ⑨ 評価

- ・本課目を実施する際の評価のポイントを以下に示す。

### 評価ポイント

- ・それぞれ、サービスの役割・機能について理解できていること。
- ・利用者の望む生活ができるケアプランについて理解できていること。

評価の区分	評価方法
1 受講者の自己評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・講義の前に研修記録シート2により自己評価をする。</li> <li>・講義終了後、研修記録シートを記入する。</li> <li>・今後の業務における自己課題を明確にする。</li> </ul>
2 受講者の相互評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入した研修記録シート2を相互にチェックする。</li> <li>・チェック後本人に返却する。</li> </ul>
3 講師の自己評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受講者の理解が不十分な部分を再度講義する。</li> <li>・受講者の一部の研修記録シート2を講師が目を通し、研修で改善すべき点を把握する。</li> </ul>



I-16

サービスの活用と連携  
(vii)「福祉用具・住宅改修」

講義3.0時間

① 目的

・ サービス内容を再認識させるとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ。

② 内容

・ 福祉用具・住宅改修関係の知識の向上とその導入・活用の方法、活用のための基本的な視点、福祉用具専門相談、供給事業者等との連携方法、モニタリングの方法について講義。

③ 研修体系における本課目の位置づけ

・ 介護支援専門員の「福祉用具・住宅改修」に関しては次のような課目で研修することとなっている。

実務研修	<p>独立した課目なし</p> <p>「介護支援サービス(ケアマネジメント)の基本」(講義2.0時間)、「介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術」(講義1.0時間)、「居宅サービス計画等の作成」(講義2.0時間、演習4.0時間)の一部で講義・演習</p> <p>「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」の社会資源調査、居宅サービス計画等作成で実習</p>
実務従事者基礎研修	<p>独立した課目なし</p> <p>「ケアマネジメントのプロセスとその基本的な考え方」(講義6.0時間)の一部で講義</p>
専門研修課程Ⅰ	<p>「福祉用具・住宅改修」(講義3.0時間)</p>
専門研修課程Ⅱ	<p>独立した課目なし</p> <p>「サービス担当者会議」(演習3.0時間)、「居宅介護支援」(講義6.0時間、演習6.0時間)の一部でチームケアを再確認</p>
主任介護支援専門員研修	<p>独立した課目なし</p>

#### ④ 到達目標

・本課目を講義した際に到達する目標を以下に示す。

##### 到達目標

- ・介護保険サービス、介護保険以外のサービス・助成制度等の特色等を学び、「生活行動自立度の向上」「生活行動範囲の拡大」が期待できる住宅改修、福祉用具の導入ができるように、知識・技術・態度を習得する。
- ・疾患を理解し、予防や複数の専門家の視点、価値観を評価し、複数の案が提案できるマネジメント力を養う。

## ⑤ 指導の視点

- ・本課目の講義を行う際の、指導の視点を以下に示す。

### 総括

- ・制度の理解、サービスの特性を活かしたプラン作成としていくことを学ぶ。
- ・「サービス優先」ではないことを強調し、生活目標に沿った予防の視点も含めたサービス利用としていくことを学ぶ。
- ・疾患の特性、予後予測の理解、介護保険制度と他制度との関係性、居宅サービス計画への表記方法を学ぶ。

### 能力 1 アセスメント能力

- ・利用者の生活機能、および環境を把握できる。
- ・軽度受給者への支援が適切に行われるよう、軽度受給者の評価方法を深めることができる。
- ・専門職種との連携を図り、チームでアセスメントができる。

### 能力 3 カンファレンス・コーディネート能力

- ・リスクマネジメント(急変への対応等)について検討できる会議を開催できる。
- ・福祉用具の活用の場面を確認し、使用方法を統一できる。

### 能力 2 プランニング能力

- ・制度、およびサービスの特性を理解し、居宅サービス計画を作成できる。
- ・アセスメントから抽出された生活目標に沿って、予防の視点も含めた居宅サービス計画の作成ができる。
- ・専門職種との連携を図り、チームとしての目標設定ができる。
- ・家族の介護負担軽減も考えることができる。
- ・居宅サービス計画に導入の根拠を明示できる。

### 能力 4 モニタリング能力

- ・活用の頻度、方法、状態の変化を確認できる。
- ・新たに生じるリスクを把握できる。

## ⑥ 具体的習得目標と方法

・本課目で具体的に習得する目標を7項目挙げ、各項目が該当するスキル（知識・技術・態度）と講義方法を示す。

具体的習得目標	習得分野	伝達方法
1 福祉用具の特性、活用の際の目標設定を説明できる。	知識 技術 態度	・講義
2 住宅改修の内容、活用と条件について説明できる。	知識 技術 態度	・講義
3 利用者の身体状況、ADLやIADL、家屋環境についてアセスメントし、福祉用具や住宅改修が必要となる状況を説明できる。	知識 技術 態度	・講義 ・演習
4 リハビリ専門職、福祉用具専門相談員、福祉住環境コーディネーター、建築士等と情報交換や連携ができる。	知識 技術 態度	・講義 ・演習
5 福祉用具の利用や住宅改修によって、利用者の身体機能維持・向上、日常生活の維持・改善に役立っているかのモニタリングができる。	知識 技術 態度	・講義 ・演習
6 利用者の満足度を確認できる。	知識 技術 態度	・講義 ・演習
7 保険者への適切な申請ができる。	知識 技術 態度	・講義 ・演習

## ⑦ 伝達内容

・本課目で定める具体的習得目標を伝達する際の指導内容、解説を以下に示す。

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジュメ 事例の作成・選択指針
<p>1 地域資源やサービス内容・特色実態等の把握</p>	<p>福祉用具；</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉用具の機能、使用法の説明</li> <li>・疾患別に、サービス利用で期待できる心身状況の改善効果の説明</li> <li>・貸与と購入についての説明</li> <li>・「補装具」「日常生活用具」など、障害者施策との関係について説明</li> <li>・医療保険、労災制度に基づく医療・治療との関連性を説明</li> <li>・軽度受給についての制度説明</li> <li>・介護負担軽減についての説明</li> <li>・居宅サービス計画への記入方法</li> </ul> <p>住宅改修；</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・住宅改修の機能、使用法の説明</li> <li>・保険給付の対象となる住宅改修の種類</li> <li>・市町村独自の助成・融資制度</li> <li>・住宅改修の理由書の記載方法、居宅サービス計画への記入方法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉用具、住宅改修活用事例を用いた説明</li> <li>・市町村独自の制度、助成に関するマップ作成</li> </ul>

指導内容	解説(読み解き)	教材・レジュメ 事例の作成・選択指針
<p><b>2</b> アセスメント</p>	<p>福祉用具および介護予防福祉用具；</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉用具を必要とする利用者の特性</li> <li>・予後予測</li> <li>・家族の理解、介護力、住環境</li> <li>・福祉用具の機能、使用法</li> <li>・現状における問題点</li> </ul> <p>住宅改修および介護予防住宅改修；</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・住宅改修を必要とする利用者の特性</li> <li>・住環境</li> <li>・予後予測</li> <li>・現状における問題点</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的な知識を理解するための教材</li> </ul>
<p><b>3</b> 専門職種との連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理学療法士、作業療法士、福祉住環境コーディネーター、福祉用具専門員、建築施工業者等専門職種の理解と連携方法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的な知識を理解するための教材(DVD等の視聴覚教材を含む)</li> <li>・事例を用い、具体的な連携方法について助言を示す。</li> </ul>
<p><b>4</b> 伝達システムの構築</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・状態変化時の連絡体制の構築</li> <li>・心身状況の改善・悪化、変化についての気づき</li> <li>・サービスの内容、役割、限界の理解</li> </ul>	
<p><b>5</b> ニーズを伝える技術</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者、家族の思いを聞き取り、伝えられる技術を知る。</li> <li>・ニーズとディマンズの違いを知る。</li> <li>・その人の価値観、QOL、尊厳について理解する。</li> <li>・調整役としての介護支援専門員の役割を確認する。</li> </ul>	
<p><b>6</b> モニタリング(判断)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の心身機能の変化、家族の変化等について学ぶ。</li> <li>・居宅サービス計画と個別援助計画との連動を図り、効果を確認する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画と個別援助計画を用いたモニタリング演習</li> </ul>
<p><b>7</b> モニタリング (フィードバック)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供事業者との情報交換をどのように行えば、モニタリングを深められるかを学ぶ。</li> <li>・連携方法の手立てを探る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループワークでの意見交換</li> </ul>

## ⑧ 講義等の具体例

・本課目を実施する際の進行の例を以下に示す。

プログラム	時間	具体的方法
1 事前チェック 導入	10分	・本講義の予定、行動目標の意味するところを説明
2 講義	120分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉用具、住宅改修の意義・目的 生活動作の自立促進を主眼に置いた講義</li> <li>・福祉用具、住宅改修の内容・特性・活用法について</li> <li>・各専門職種の内容理解、連携方法について</li> <li>・福祉用具活用事例、住宅改修活用事例を用いて、 利用者の特性・環境アセスメント・維持改善について のモニタリングを学ぶ。</li> </ul>
3 グループワーク	30分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己の活用事例の課題について、意見交換</li> <li>・各専門職種との連携について、意見交換</li> </ul>
4 振り返り ワンポイント講義	20分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループワークの発表</li> <li>・共通課題についてコメント</li> </ul>

## ⑨ 評価

- ・本課目を実施する際の評価のポイントを以下に示す。

### 評価ポイント

- ・サービスの制度上の位置づけ、基礎知識、サービス内容を理解できていること。
- ・日常生活における活動と参加が維持・改善できているか確認できること。
- ・家族の負担軽減にもつながっているかの視点を理解できていること。

評価の区分	評価方法
1 受講者の自己評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・講義の前に研修記録シート2により自己評価をする。</li> <li>・講義終了後、研修記録シートを記入する。</li> <li>・今後の業務における自己課題を明確にする。</li> </ul>
2 受講者の相互評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入した研修記録シート2を相互にチェックする。</li> <li>・チェック後本人に返却する。</li> </ul>
3 講師の自己評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受講者の理解が不十分な部分を再度講義する。</li> <li>・受講者の一部の研修記録シート2を講師が目を通し、研修で改善すべき点を把握する。</li> </ul>