主任介護支援専門員研修

**個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開**

（目的）　介護支援専門員に対する指導・支援における様々な方法と関わり方について，その具体的方法や留意点を理解するとともに，事例研究の実践的な展開方法を習得する。

（内容）・個々の事例に対する介護支援専門員のケアマネジメントについて，主任介護支

　　　　　援専門員として指導・支援を行う際の様々な方法（コーチング，チーチング）

　　　　　を習得するとともに，指導・支援を行う際の様々な場面における関わり方を理

　　　　　解する。

　　　　・指導・支援に当たっての留意点を踏まえつつ，事例検討・事例研究における指

　　　　　導・支援の実践的な展開方法（会議の設定と準備，介護支援専門員との関係構

　　　　　築，傾聴，承認，指導，支援の具体的な展開及びまとめと振り返り）を習得す

　　　　　る。

　　　　１日目　講義・演習

個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援

　　　　２日目　個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の演習

　　　　３日目　個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の演習

　　　　４日目　個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の演習

　　　　　　　　まとめ

 ふくし＠ＪＭＩ　小 湊 純 一。

（社会福祉士／介護支援専門員）

主任ケアマネジャーが行う事例検討を通じた支援・指導の方法

主任ケアマネジャーは，自分が事例検討をするのではなく，問題解決，資質向上等の目的を持って事例検討会，事例勉強会を開催し運営します。

**１　事例検討・事例勉強会の目的**

（１）利用者の問題を解決するのか。

（２）ケアマネジャーの問題を解決するのか。

（３）ケアマネジャーとしての専門性・資質の向上を図るのか。

（４）居宅介護支援事業所としての質向上を図るのか。

**２　事例検討・事例勉強会を進める時の姿勢**

（１）対人援助の基本やスーパービジョンの考え方を踏まえて対応します。

（２）介護保険の趣旨，ケアマネジャーの役割，専門性を踏まえて対応します。

①　居宅介護支援及び居宅サービス事業の運営基準，介護報酬Ｑ＆Ａなど

　　②　居宅介護支援の手引き

　　③　ケアプラン策定のための課題検討の手引き

**３　事例検討・事例勉強会を進める時の方法（例）**

**（１）居宅介護支援の過程，アセスメントを振り返り，生活全般の解決すべき課題検討の**

**確認，課題に沿った目標・サービスになっているかどうか等，居宅介護支援の基本を**

**習得する場合**

　『居宅介護支援の手引きを活用します。』

　　①　医療情報を把握しているか。

　　②　具体的支障を把握しているか。

　　③　生活支障原因を把握しているか。

　　④　支障について，本人・家族の意向を確認しているか。

　　⑤　介護の必要性，改善の可能性，悪化の危険性を検討しているか。

　　⑥　アセスメントの結果に沿った課題（ニーズ）になっているか。

　　⑦　課題（ニーズ）に沿ったケアの方向性になっているか。

　　⑧　課題（ニーズ）に沿った目標になっているか。

　　⑨　目標に沿った介護内容になっているか。

　　⑩　利用者の選択によるサービス種別・事業所選定になっているか。

　　⑪　サービス担当者会議は適切か。

　　⑫　モニタリングは適切か。

**（２）ケアマネジャーの専門性向上を目的として事例検討・事例勉強会をする場合**

　　テーマを定め，『ケアプラン策定のための課題検討の手引きを活用します。』

　　①　ケアマネジャーの役割を理解して対応しているか。

　　②　高齢者にとって問題となりやすい生活支障を具体的に理解しているか。

　　③　問題・支障把握の方法を理解して対応しているか。

　　④　問題・支障の原因把握の方法を理解して対応しているか。

　　⑤　課題検討をするための考え方を理解して対応しているか。

　　⑥　ケアの方向性を設定するための考え方を理解して対応しているか。

**（３）利用者本人以外の家族の問題や，ケアマネジャー側や介護サービス事業者の問題，**

**心情的問題，関わりに関する問題，介護保険サービス利用で解決できない問題への対**

**応について，解決やスキルアップを図る場合**

①　問題・困難の内容を具体的に整理します。

②　誰にとっての問題・困難なのか整理します。（利用者，家族，ケアマネ，事業者

　等）

③　問題の原因を明らかにします。

④　問題を抱えていることを受けとめます。

⑤　問題や困難だけに囚われることなく，対象者の生活全般について，解決すべき課

題を把握できるように支援します。

　　⑥　介護保険制度の理念，居宅介護支援及び居宅サービス事業の運営基準，介護サー

　　　ビス事業の運営基準，介護報酬Ｑ＆Ａなどを踏まえて検討できるように支援しま

　　　す。

　　⑦　ケアマネジャー，居宅介護支援事業所，介護サービス事業者，地域包括支援セン

　　　ター，行政等の役割，立ち居地を整理して考えることができるように支援します。

　　⑧　ケアマネジャーとしての立ち位置を踏まえ，関わりや対応の方法など，ケアマネ

ジャーとしての気づきと自己解決ができるように支援します。

**ケアプラン点検 ～ケアプランの振り返り～**

**１　ケアプランの２表を見てください。**

　　生活全般の解決すべき課題（ニーズ）があります。

　　「歩けるようになりたい」となっていたとします。 ある，見る立場の人（介護保険

　に詳しい家族でもいいです。）から，なぜ，「歩けるようになりたい」という課題にな

　ったのですか？と質問されました。

　　あなたは，どのように説明しますか？

　　「デイサービスでリハビリができるから」「デイサービスに行きたいという希望があ

　ったから」「歩きたいと言われたから」・・・では説明になりませんね。

　　３週間前，転んで膝を痛めたために安静にしていました。安静にして寝て過ごしてい

　たら，歩けなくなり，立っているのがやっとになってしまいました。痛みも取れたし，

　主治医の先生からも身体を動かして大丈夫と言われました。本人も，また元のように歩

　けるようになりたいという希望だったため，改善の可能性が高いと判断しました。本人

　の言葉を借りて「歩けるようになりたい」としました。

　　説明の後，「では，そのことが確認できる，アセスメントの結果を見せてくださ

　い。」と言われました。

　　対応はＯＫですか？ 理由が説明できますか？

**２　認知障害とＢＰＳＤのある利用者ですね。どこを見て，どのように検討してケアプラン**

**に反映させたのですか？**

　　対応はＯＫですか？　考え方や理由が説明できますか？

**説明できなかった，根拠を明らかにできなかった・・・**

**この場合どうしますか？**

　　改めて情報を整理し，課題検討をし直します。

　　　①　情報の整理は，国の「課題分析標準項目」を基本にします。

　　　②　プロセスは「居宅介護支援の手引き」で確認します。

　　　③　課題検討は「ケアプラン策定のための課題検討用紙」を使います。

　　　④　検討の方法は「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」を使います。

　　「居宅介護支援の手引き」（別紙）

　　「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」（別紙

**ケアプラン点検の目的**

　自立支援に向けたケアプラン策定に大切なことは，ケアマネジャーがケアマネジメントの視点を正しく踏まえ，専門家として判断の根拠を示した上でケアプランの作成ができているかどうかです。

　担当者とケアマネジャーが，共に考え，気づくことができるようにします。

　①　共に確認しあいます。

　②　一緒にレベルアップを目指します。

　③　ケアプランの根拠について確認を一緒におこないます。

　④　地域の課題を知ります。

　⑤　次回からのケアプラン作成に役立つようにします。

**ケアプラン点検の方法**

（対象）ケアマネジャーが，振り返りたいと思う事例，点検を通してスキルア

　　　ップしたい事例，対応に困っている利用者の事例等。

　①　ケアプラン表（１），（２）

　②　アセスメントシート及びアセスメントの結果がわかるもの

　　　※「ケアプラン策定のための課題検討用紙」に整理すると確認しやす

　　　　い。

（資料）気づきの根拠を持って対応するための指針

　　　※個人的主観や経験と勘で対応するのではない。

　①　「居宅介護支援の手引き」

　②　「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」

**ケアプラン点検の進め方**

１　趣旨と目的を説明して合意を得ます。

２　ケアプラン２表の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を確認します。

３　生活全般の解決すべき課題（ニーズ）にした理由を確認します。

４　アセスメントの経過を振り返り，必要性を確認します。

　※　課題検討用紙に整理してあると確認しやすいです。

　　（確認できれば７に進みます）

５　必要性が確認できなければ，改めて情報の整理をします。

６　具体的な生活支障→原因→意向→可能性→課題→ケアの方向性

* 手続き(プロセス)は「居宅介護支援の手引き」，「アセスメントは課題検討の手引き」を活用して，互いに考え，可能性・必要性を確認します。

７　課題に沿った目標かどうか確認します。

８　課題，目標に沿ったサービス内容になっているか確認します。

*2010.07.13.jk*

ケアプラン点検支援マニュアル

参考

**１　目的**

　　ケアプラン点検は，ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」

　に資する適切なケアプランとなっているかを，基本となる事項を介護支援専門員ととも

　に検証確認しながら，介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資する

　ケアマネジメント」とは何かを追求し，その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援す

　るために行うのもです。

**２　ケアプラン点検に当たっての基本姿勢**

　　保険者は，ケアプラン点検を行うに当たって，以下の点を十分に踏まえて行う必要が

　あります。

　　①点検に際して事業所側の事務の負担を考慮し，資料などは必要最小限なものとする

　　　ことが大切です。

　　②ケアプランを形式的に点検するのが目的ではないので，空欄があったからといって

　　　直ちにそれが問題となるわけではありません。

　　③点検作業は一方的ではなく双方向で行い，保険者と介護支援専門員がともに確認し

　　　あう姿勢で臨みます。

　　④介護支援専門員がどこに悩み，つまずいているのかを把握し点検を通して「気づ

　　　き」を促すことが大切です。

　　⑤介護支援専門員を批判するのではなく一緒にレベルアップを図る方法であることを

　　　認識します。

　　⑥介護支援専門員が，再度点検を受けてみたいと感じることができるよう，保険者と

　　　して継続的に支援していく姿勢が大切です。

　　⑦地域特性を意識しながら，保険者として地域で何が課題になっているかを考察しな

　　　がら進めていくことも大切です。

　　⑧不適切なプランと思われるものがあった場合，プランの根拠について確認を一緒に

　　　行う「振り返り作業」を実施し，次回からの計画作成に役立つように適切なプラン

　　　作成の視点・気づきを促すことが重要です。

　　⑨点検を効率的に実施する為に必ずしも全てのケアプランに関して点検する必要はな

　　　く，目的をはっきりさせて行うことが必要です。

　　　自立支援に向けたケアプランの作成に向けて大切なことは，介護支援専門員がケア

　　マネジメントの視点を正しく踏まえ，専門家として判断の根拠を示した上でケアプラ

　　ン作成ができているかどうかです。

　　　このマニュアルは，それらを可能な限り理解しやすいように作成してありますが，

　　基本的な事項を示したものにすぎません。このマニュアルを参考に，その趣旨を理解

　　した上で，各保険者が創意工夫して，事務負担にも配慮した独自のものを作成するこ

　　とが望まれるところです。そしてこのマニュアルを通じ，保険者と地域の介護支援専

　　門員が連携し一丸となって「質の高いケアマネジメント」を目指す足がかりになって

　　くれることを期待します。

分　析　表

１　〈アセスメントの基本〉

　介護支援専門員として，アセスメントを行う理由についてどのように理解していますか。またアセスメントを行う専門職として，その役割を十分に果たせていると感じますか？

２　〈情報収集〉

　　アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？

３　〈基本情報〉

　　アセスメントを行う上で必要だと思われる基本情報について，どのような情報を特に

　重要な情報として押さえましたか？

４　〈相談〉

　　どのような相談経緯だったのでしょうか？

５　〈生活状況〉

　　利用者の「個別性・その人らしさ」を大切にするためにも，大切な情報である生活暦

や生活状況をどのようにして聞き取りましたか？

６　〈サービスの把握〉

　　現在利用しているサービスについて，その利用状況・満足度等を把握していますか。

　またその上で介護給付以外のサービスについても把握ができていますか。

７　〈日常生活自立度〉

　　障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度について，最新の状況

　を把握していますか。

８　〈主訴〉

　　利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか。

９　〈認定〉

　　認定情報の内容を確認しましたか。

10　〈理由〉

　　今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。

11　〈健康状態〉

　　利用者の健康状態について，ケアプラン作成にあたり重要だと考えている事を教えて

　ください。

12　〈ＡＤＬ・ＩＡＤＬ〉

　　利用者のＡＤＬ・ＩＡＤＬの現状を把握するにあたり，何に気をつけてアセスメント

しましたか。またその手法・経路について教えて下さい。

13　〈認知症〉

　　物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。

14　〈コミュニケーション〉

　　友人や家族，地域の方とどのようにコミュニケーションをとっているか確認しました

か。

15　〈社会参加〉

　　利用者の友人や家族，地域の方との関わり方は良好ですか。また最近変化したこと（例：

友人の入院・入所，他界等）はありませんか。利用者が自らすすんで行っている活動や

趣味などはありますか。

16　〈排泄〉

　　利用者の排泄に関しての意向や困っているところは何ですか？またその原因や背景を

　把握していますか。

17　〈食事・口腔〉

　　食事や口腔の状態について，何か気になる点がありましたか。

18　〈問題行動〉

　　利用者が周囲を戸惑わせたり，介護者が負担に思っている行為は起こっていません

　か。

19　〈家族の心身の状況〉

　　家族の方の心身の状況は把握していますか？特にどなたか心配な方はいらっしゃいますか。

20　〈家族の介護力〉

　　家族の方の介護に対する思いをどのように捉えましたか。家族の方が話した言葉で印

　象に残った事があれば教えてもらえますか。

21　〈居住環境〉

在宅生活を続ける居住環境として，気がかりな点はありませんか？利用者・家族の意

　向はどうですか。

22　〈特別な状況〉

　　プランを作成する上で，特別に配慮したほうがよいと思われたことがあれば教えてく

　ださい。

23　〈尊重〉

　　アセスメントを通じて，利用者・介護者に現状を認識してもらえましたか。また，介

　護支援専門員として利用者の自己選択や自己決定などの主体性を尊重することができま

　したか。

居宅サービス計画書（１）

１　記載事項に漏れがないよう，常に確認をしていますか？

２　「課題」の整理はできましたか，またそれらの「課題」は「利用者及び家族の生活に

　対する意向」とに関連性はありますか？

３　家族はどのようなおもいで，利用者を支えていこうとお考えですか？

４　利用者及び家族の「生活に対する意向」は，アセスメントをすすめ，課題が明確にな

　っていく過程において，面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？

５　総合的な援助方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？

６　生活援助中心型を算定した理由を教えて下さい。

居宅サービス計画書（２）

１　「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の原因や背景を教えて下さい。

２　課題の優先順位を決める上で，大切なことはどのようなことだと思いますか？

３　生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い，取り組み

　の意欲が生まれるような記載を心がけていますか？

４　利用者・家族の「困りごと」に対してどのような働きかけを行いましたか？

５　長期目標は，どのように設定しましたか？

　　利用者自身が，課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら，自分自身も努力する到達点

　として，具体的にわかりやすく記載できていますか？

６　短期目標は長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか？

７　課題を解決するための単なるサービス内容の記載だけではなく，どのような点に注意

　するべきか，どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容とな

　っていますか？

８　計画したサービス内容を適切に提供する為に，サービス種別はどのような資源を検討

し，決定しましたか？

９　サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃，どのように行いますか？

週間サービス計画

１　週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について，どのように考えて

　いますか？

２　本人の主な日常生活について，どのように把握しましたか？またその人らしい生活が

イメージされていますか？

３　週間サービスには，利用者・家族の状況（意向，事情等）にあった計画になりました

か？

４　「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか？