

令和7年度 介護支援専門員 実務研修 実習指導者研修会

令和7年12月19日
宮崎県介護支援専門員協会

本日の流れ

- 1.介護保険制度におけるケアマネジメントの意味の再確認
- 2.適切なケアマネジメント手法の理解
- 3.地域の中でケアマネを育てるということ
・指導・支援のポイント

1.介護保険制度におけるケアマネジメントの意味の再確認

3

ケアマネジメントの必要性

ケアマネジメントとは・・・

- 生活全般の状況を総合的に把握し、自立した日常生活に向け、それを踏まえてニーズに応じたサービスを一体的に提供する

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、

介護保険制度におけるケアマネジメントの目的は、

介護保険制度が目指す「自立支援」の理念を実現すること

多様なニーズに応じた各種サービスの総合的、一体的、効率的な選択を支援すること

利用者本位の決定となるよう、利用者の尊厳を守ること

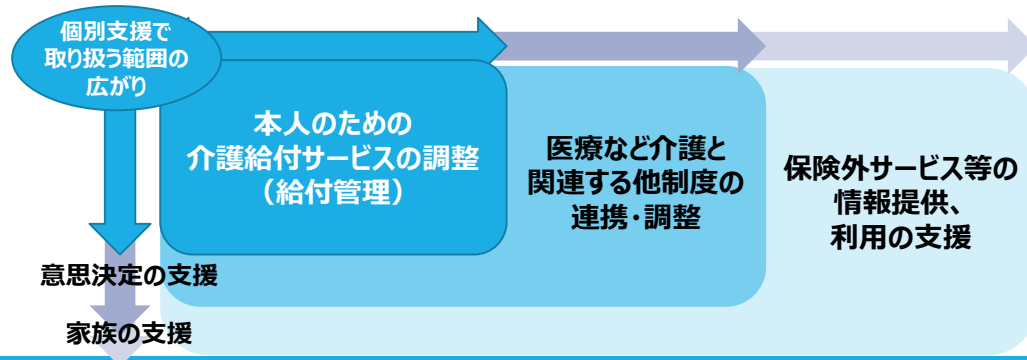
全ての要介護者が等しく、サービスの利用における権利を有することを担保すること

4

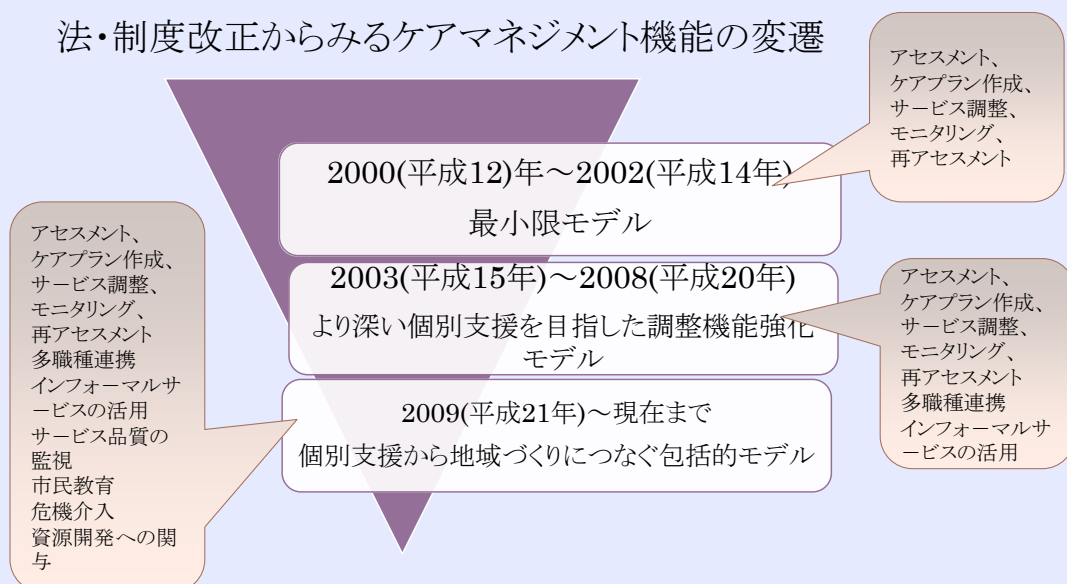
ケアマネジメントへの期待

地域差はあるものの、さまざまな社会資源が登場しており、同じ支援内容を実現するにも複数の選択肢がある場合が増えてきた。

幅広い視野を持ってサービスを調整していくためには、サービス種別ではなく、「どのような支援（内容）が必要か」を、根拠を持って説明できることが重要になる。



法・制度改正からみるケアマネジメント機能の変遷

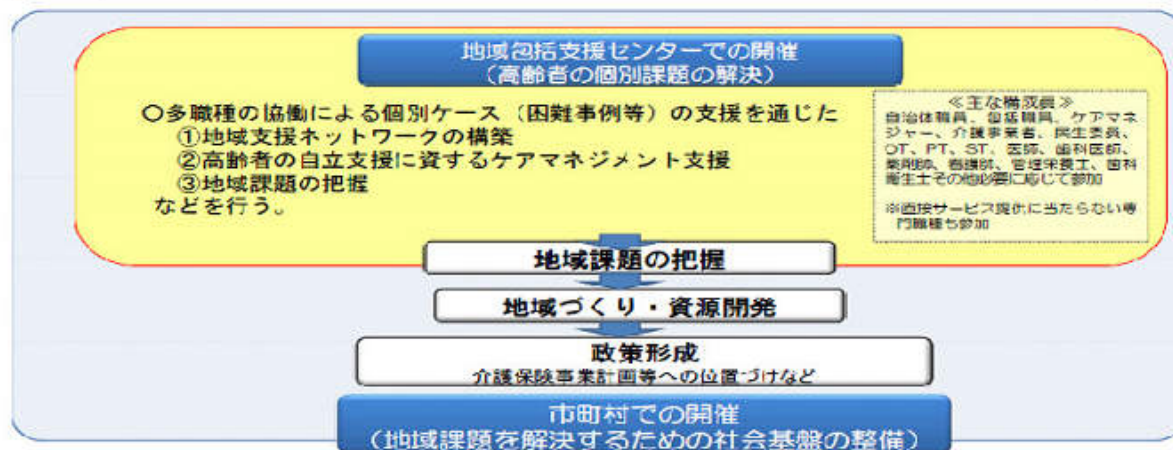


地域ケア会議について

地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。

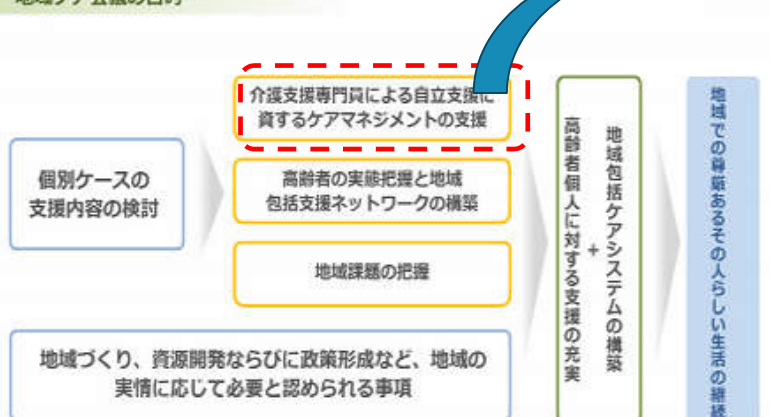
具体的には、地域包括支援センター等が主催し、

- 医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。
- 個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する。
- 共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。



7

地域ケア会議の目的



【出典】「地域包括支援センター職員研修」(長寿社会開発センター)

地域ケア会議 5つの機能



8

あらためてケアマネジメントとは？

決して私たちのやるべき事として、サービスを調整することをゴールとしない。
サービス調整はあくまでこのプロセスの一場面。目的はあくまで利用者・家族の自立した質の高い生活の組み立ての実現。

目的…利用者・家族のQOLを高めること

その為にやること…①支援の方向性を抽出し、解決の為にどのような支援が必要かを言語化)
②その上で誰がどのように担うか適切に調整すること

昨年度からの介護支援専門員に関わる変革

- その① ガイドライン及び法廷研修カリキュラムの改定

カリキュラム見直しの方向性

- **社会的な要請に対応する知識・技術の修得のための見直し**
 - ・ 根拠のある支援の組み立ての基盤となる視点（適切なケアマネジメント手法や科学的介護（LIFE）等）を学ぶ内容の追加
 - ・ 認知症や終末期などで意思決定支援を必要とする利用者・世帯がさらに増えることを踏まえた、職業倫理についての視点の強化
- **制度・政策、社会資源等の近年の動向を踏まえた見直し**
 - ・ 制度・政策、社会資源等についての近年の動向に関する内容の反映
 - ・ ケアマネジメントプロセス等に関する最新の知見を確認し、実践のあり方の見直しを行うための科目の新設（専門Ⅱ、主任更新）
- **継続研修を前提とした時間配分の見直し**
 - ・ 限られた法定研修の時間数を考慮し、法定研修は継続研修への接続を意識した知識の獲得に重きをおいた内容となるよう時間配分を見直し

（資料）介護支援専門員資質向上事業ガイドライン（令和5年4月）、5頁をもとに作成

昨年度からの介護支援専門員に関わる変革

■ その② 課題分析標準項目の見直し

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第13条第1項

第6号

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

アセスメント(課題分析)は国が示す課題分析標準項目(介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について(平成11年11月12日老企第29号))に基づいて行うこととされている。

13

課題分析標準項目の見直し

- 令和5年10月16日「介護保険最新情報Vol.1178」で、課題分析標準項目の見直しが示された
- 課題分析標準項目は、これまで大幅な改正は行われていなかったが、以下の背景を踏まえ文言の適正化や記載の充実を狙いとして行われたもの
 - ✓ 項目の名称や「項目の主な内容(例)」の記載が一部現状とそぐわないものになっていること
 - ✓ 令和6年4月から開始される新たな法定研修カリキュラムにおいて「適切なケアマネジメント手法」が盛り込まれることを踏まえ当該手法との整合性を図る必要があること
- 情報収集項目がこれまでと変わるわけではない。各項目の解釈の違いにより把握する内容に差異が生じないようにするため、「項目の主な内容(例)」について全体的に具体的な例示が加筆

背景には、利用者の意思決定支援が今まで以上に大切にされる時代になり、その中心で活躍する介護支援専門員が、日々のケアマネジメントプロセスを通じて、利用者の意思決定支援を遂行できるよう改定された。

14

(別添)

○介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について（平成 11 年 11 月 12 日老企第 29 号）（抄）

新			旧		
(別紙 4) 課題分析標準項目について (別添)			(別紙 4) 課題分析標準項目について (別添)		
課題分析標準項目			課題分析標準項目		
基本情報に関する項目			基本情報に関する項目		
No.	標準項目名	項目の主な内容(例)	No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目	1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目	2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、年金の受給状況（国民年金、厚生年金等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目	3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用している支援やサービス状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目	4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	日常生活自立度（障害）	障害老人の日常生活自立度について記載する項目	5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目

時間軸の視点

元気に時にしていた生活
⇒ したい生活へのヒント

15

13	認知機能や判断能力	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、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目	13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目	14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	生活リズム	1 日及び 1 週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）に関する項目	15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目	16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目	17	褥瘡・皮膚の問題	褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状況（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアに関する項目			歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事内容、食量、栄養状態、食力の量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養・水分量等）、食事制限の有無に関する項目	19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目

理想と現状に
ギャップが
無いか

16

指導のポイント その①

私達のアセスメントは課題分析標準項目に則ることが規定されている。その事実をしっかりと受け止め、改定された背景を理解し、その項目の意味と捉え方が説明できるようになる。

2.適切なケアマネジメント手法の理解

適切なケアマネジメント手法の目的

19

適切なケアマネジメント手法のねらい

ケアマネジャーの職域が培ってきた知見を体系化し、誰もがこれを参照すれば、一定の水準のケアマネジメントが実践されるよう「**共通化された実践知**」を整理したもの

体系化されているので他の職種にも示しやすく、結果的に、多職種間の連携が進むことも期待している。

知見の平準化

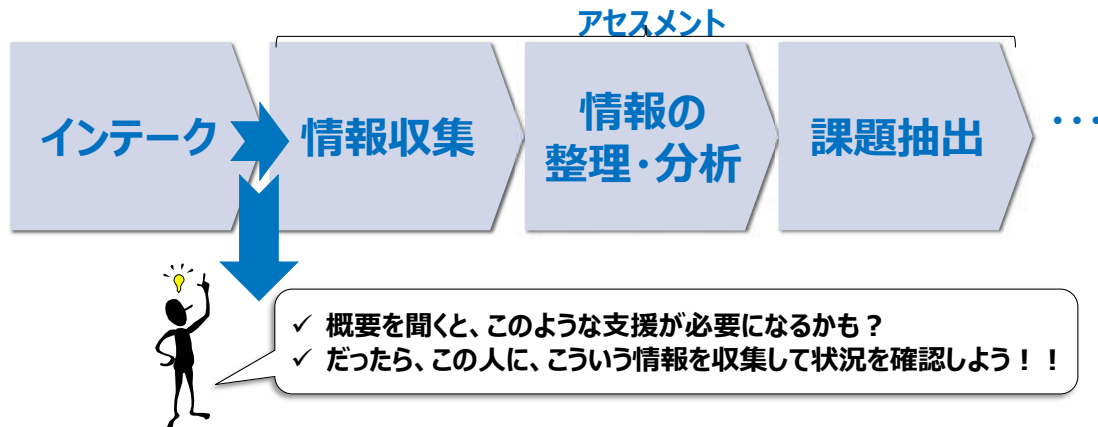
ケアマネジメントの
質の向上

多職種間の
連携推進

20

ベテランのケアマネジャーがやっていること

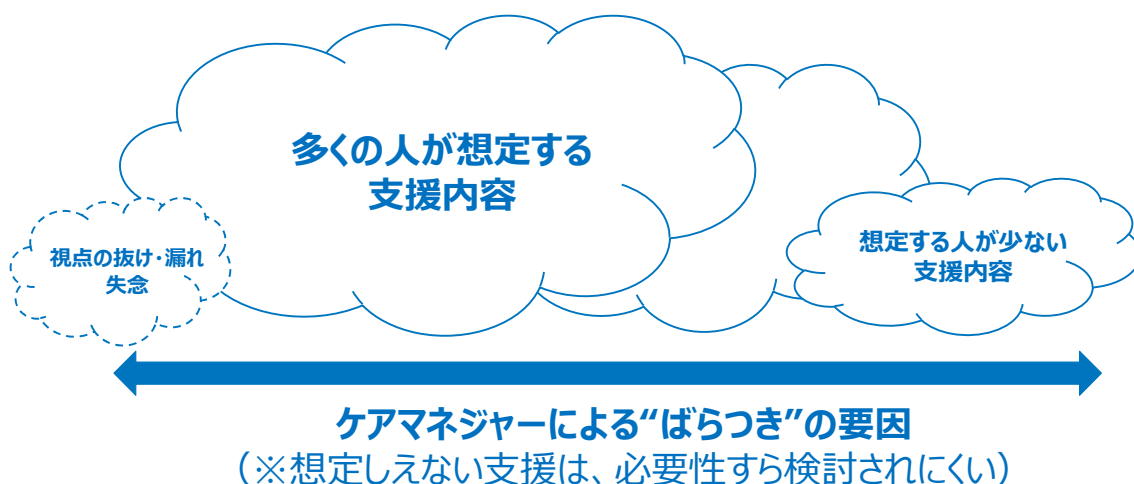
知識と経験豊富なベテランのケアマネジャーは、網羅的な情報収集に手を付ける前に、限られた概要情報から、「どのような支援が必要な可能性があるか」、「どのようなことを詳しく確認する必要があるか」について、“あたり”をつけている。



21

誰もが想定すること／想定する人が少ないこと＝ばらつきの要因

「想定される支援内容」として、ケアマネジャーの多くが想定することと、想定する人が少ないことがある。

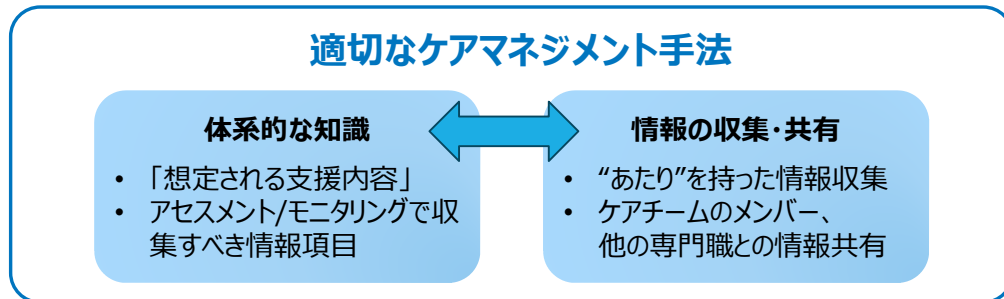


22

適切なケアマネジメント手法の内容

「適切なケアマネジメント手法」は、ケアマネジャーが“あたり”を付けるために必要な知識を体系的に整理したものであり、これを活用してより具体的、個別的な情報の収集・共有をより丁寧に実施する考え方/方法。

知識の体系には、「想定される支援内容」とその概要・必要性、検討のためにアセスメント/モニタリングで収集すべき情報項目、が含まれる。



23

「基本ケア」と「疾患別ケア」で構成される

- ・「基本ケア」は、本人の生活の継続を支援する基盤となる支援内容であり、高齢者の機能と生理を踏まえたケアである
- ・「疾患別ケア」は、疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容を整理している
- ・ まず「基本ケア」を踏まえ、本人の状態に応じて「疾患別ケア」を参照することが望ましい



適切なケアマネジメント手法の内容の理解

- 基本ケアの構造と内容の理解

25

「基本ケア」とは

「基本ケア」とは、生活の基盤を整えるための基礎的な視点であり、利用者に疾患等がない場合でも、また疾患が複数ある場合でも共通するもの

「疾患別ケア」を検討する前に、「基本ケア」理解し、視点の抜け漏れや情報収集に不十分がないかを確認する

尊厳の保持 自立支援
生活の継続をできるだけ実現



生活の基盤を整えるための基礎的な視点

26

「基本ケア」の構造

- 介護保険法や地域包括ケアシステムの基本理念を踏まえ、「なぜ、その支援内容を想定すべきなのか？」を示しているのが「基本方針」である
- そして、基本方針のの実現のために何をすべきかを示すのが「大項目」、「中項目」である
- この構造を念頭に、「想定される支援内容」の上位の項目も併せて読み込み、「何のための支援」として整理されているかを意識して捉えていただきたい



27

- 「基本ケア」は、基本方針から始まり、大項目、中項目と具体化され、その下にさらに具体的な支援内容が整理されている

基本方針		大項目	中項目
I	尊厳を重視した意思決定の支援	現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	病気や心身状態の理解 現在の生活の全体像の把握 目指す生活を踏まえたりリスクの予測 緊急時の対応のための備え 本人の意思を捉える支援 意思の表明の支援と尊重 意思決定支援体制の整備
		意思決定過程の支援	将来の生活の見通しを立てることの支援 水分と栄養を摂ることの支援 継続的な受診と服薬の支援
II	これまでの生活の尊重と継続の支援	予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	継続的な自己管理の支援 心身機能の維持・向上の支援 感染予防の支援
		日常的な生活の継続の支援	生活リズムを整える支援 食事の支援 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
		家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	コミュニケーションの支援 家庭内での役割を整えることの支援 コミュニティでの役割を整えることの支援
III	家族等への支援	家族等への支援	支援を必要とする家族等への対応 家族等の理解者を増やす支援
		ケアに参画するひとへの支援	本人をとりまく支援体制の整備 同意してケアに参画するひとへの支援

28

想定される支援内容	支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
		主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき 専門職
1 疾患管理の理解の支援	再発予防、や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要。また、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすい等）についても叩ておくことも重要である。 継続的な受診の確保等により疾患の理解と、適切な療養や生活の改善を支援する体制を整える。また、本人や家族等に対して、服薬の必要性及び薬の管理方法について理解を促す支援体制も併せて整える。 ※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など） ・本人の自覚（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な食事の摂取状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常的な水分摂取状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確保 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制約の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応状況 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など） ・本人の自覚（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制約の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応状況 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
2 併存疾患の把握の支援	再発予防や生活の悪化防止のためには、起因となっている生活習慣病や他の併存疾患の理解が必要である。 かかりつけ医及び各疾患の主治医を把握したうえで、本人や家族等が、かかりつけ医等の指示を踏まえて併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報を把握できるよう、継続的な受診の確保や専門職間の連携体制を整える。	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・併存疾患や慢性疾患（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容 ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確保 ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応状況	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容 ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応状況	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保	口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増え、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすい。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。	・（入院していた場合）入院中の食事の種類、内容 ・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状況の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・嚥下の状況、貯留の状況の有無（嚥下を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある）	・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状況の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・嚥下の状況、貯留の状況の有無（嚥下を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある） ・嚥下時の制約、飲みかけ時のタイミング（嚥下・嚥下後、食事の進み方など） ・飲みかけ	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職

想定される支援内容	支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
		主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき 専門職
1 疾患管理の理解の支援	再発予防、や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要。また、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすい等）についても叩ておくことも重要である。 継続的な受診の確保等により疾患の理解と、適切な療養や生活の改善を支援する体制を整える。また、本人や家族等に対して、服薬の必要性及び薬の管理方法について理解を促す支援体制も併せて整える。 ※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など） ・本人の自覚（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な食事の摂取状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常的な水分摂取状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確保 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制約の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応状況 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など） ・本人の自覚（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制約の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応状況 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
2 併存疾患の把握の支援	再発予防や生活の悪化防止のためには、起因となっている生活習慣病や他の併存疾患の理解が必要である。 かかりつけ医及び各疾患の主治医を把握したうえで、本人や家族等が、かかりつけ医等の指示を踏まえて併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報を把握できるよう、継続的な受診の確保や専門職間の連携体制を整える。	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・併存疾患や慢性疾患（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容 ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確保 ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応状況	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容 ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応状況	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保	口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増え、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすい。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。	・（入院していた場合）入院中の食事の種類、内容 ・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状況の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・嚥下の状況、貯留の状況の有無（嚥下を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある）	・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状況の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・嚥下の状況、貯留の状況の有無（嚥下を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある） ・嚥下時の制約、飲みかけ時のタイミング（嚥下・嚥下後、食事の進み方など） ・飲みかけ	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職

想定される支援内容	支援の概要、必要性	適切な支援内容とするためのアセスメント/モニタリング項目等			相談すべき専門職
		主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職	
1 疾患管理の理解の支援	・再発予防、や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要。また、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすい等）についても知っておくことも重要である。 ・継続的な受診の確保等により疾患の理解と、適切な療養や生活の改善を支援する体制を整える。また、本人や家族等に対して、服薬の必要性及び薬の管理方法について理解を促す支援体制も併せて整える。 ※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など） ・本人の自覚（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な食事の摂取状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常的な水分摂取状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連絡方法の確認 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応状況 ・本人の状況を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など） ・本人の自覚（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応状況 ・本人の状況を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	医師、看護士、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
2 併存疾患の把握の支援	・再発予防や生活の悪化防止のためには、起因となっている生活習慣病や他の併存疾患の理解が必要である。 ・かかりつけ医及び各疾患の主治医を把握したうえで、本人や家族等が、かかりつけ医等の指示を踏まえて併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報を把握できるよう、継続的な受診の確保や専門職間の連携体制を整える。	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・併存疾患や慢性疾患（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況 ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連絡方法の確認 ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応状況	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況 ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応状況	医師、看護士、薬剤師、管理栄養士、介護職	
3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保	・口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が繁殖し、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすい。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。	・（入院している場合）入院中の食事の種類、内容 ・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や歯の腐敗、清潔な状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合状況、嚥下等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・唾液の状況、口腔の状況の有無（唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある）	・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や歯の腐敗、清潔な状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合状況、嚥下等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・唾液の状況、口腔の状況の有無（唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある）	医師、歯科医師、看護士、歯科衛生士、介護職	

想定される支援内容からアセスメント/モニタリング項目が繋がっている

- 「適切なケアマネジメント手法」では、「基本ケア」あるいは各「疾患別ケア」において、
 - ① 想定される支援内容
 - ② 支援の概要、必要性
 - ③ 適切な支援内容とするためのアセスメント/モニタリング項目 等を整理している

① 想定される支援内容

疾患への医療的なアプローチにとどまらず、本人や家族の疾患への理解促進や、状況が変化した場合の体制構築など、ケアマネジメントが果たすべき役割を踏まえたもの

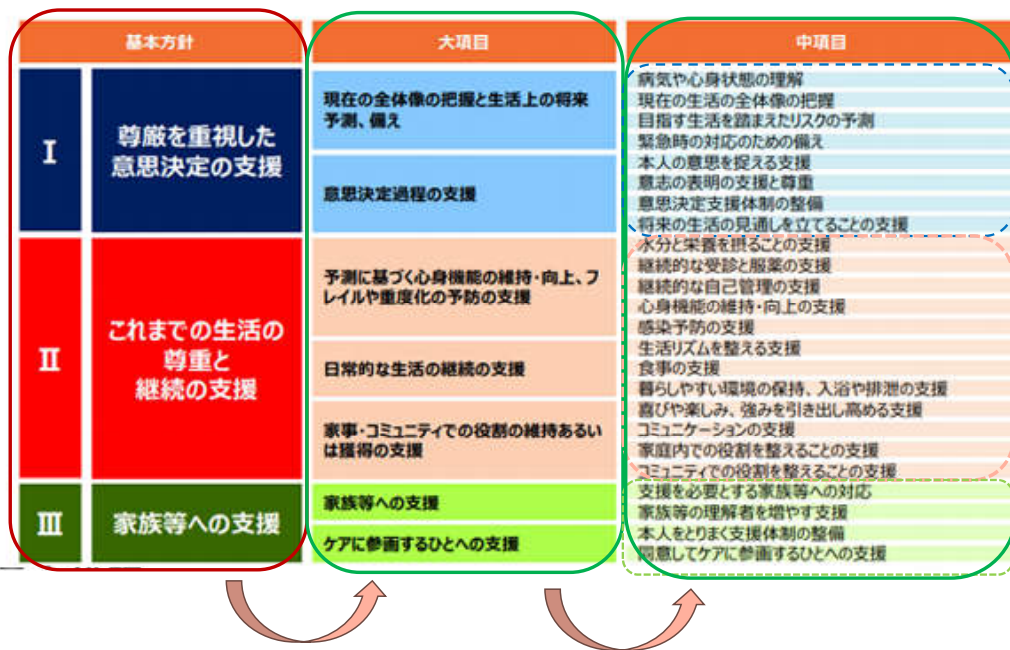
② 支援の概要、必要性

どのような支援を、誰が行うか、さらにはその支援がなぜ必要になりうるかを列挙したもの

③ 適切な支援内容とするためのアセスメント/モニタリング項目

想定される支援内容ごとに、その必要性や妥当性を判断するために確認すべき主なアセスメント/モニタリング項目、その際に相談すべき専門職を列挙したもの

- 「基本ケア」は、基本方針から始まり、大項目、中項目と具体化され、その下にさらに具体的な支援内容が整理されている



33

指導のポイント その②

単に「想定される支援内容」の44項目だけ見るのではなく、中項目、大項目、基本方針の繋がりと意識することが何より重要。

適切なケアマネジメント手法の内容の理解

■「見立て」と「当たり」のつけ方

35

要支援2の認定を受けている一人暮らしの82才の女性から、「最近食事を作るのが面倒くさくなって……。食事も三度三度食べたくないのよね。食欲も落ちたのかもね」と相談を受けたとします。

皆さんは頭のなかで、どんなことを考えますか？

食事を作らなくなったことで、摂取量が落ちている。このままでは体力の低下が心配。



- ・配食サービス
- ・訪問介護
- ・家族へのサポート

結局これって、サービス種別の検討になっている。



36

表面の困りごとに目を向けると、ついその解決策を真っ先に考えてしまう。
これだとサービス種別の議論にしかない。

37

表面の困りごとに目を向けると、ついその解決策を真っ先に考えてしまう。

表面の困り事を見てその対応策を考えるということは…
「作らないこと」を前提としてそれを補うサービスを考えるということ。例えば配食サービスとか。でもそれだと「作りたくなかったこと」の検証は行われない。
つまり、今本人に起こっている根本的課題への支援の検討がなされないことになる。

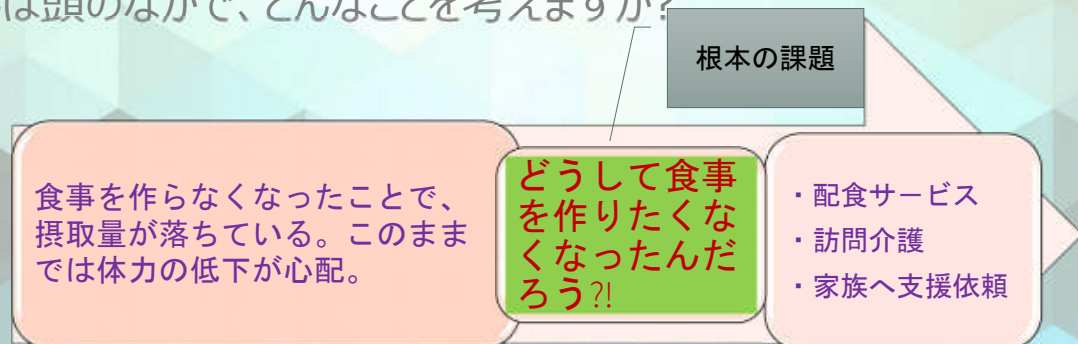
「困り事を補う支援策」だけではなく、「困り事を引き起こした根本の原因は何か」を考える。このケースだと「作りたくなかった原因」。そこから「この根本の原因を解決するにはどんな支援が必要か？」に繋げる。このケースだと「どうやったらまた作りたいたいと意欲が持てるようになるか!」

この思考のプロセスを大切にすると、「補うサービス」だけではなく、「主体的な生活を送る上で、根本の課題を解決する為の支援」に自ずと目が行くようになる。

38

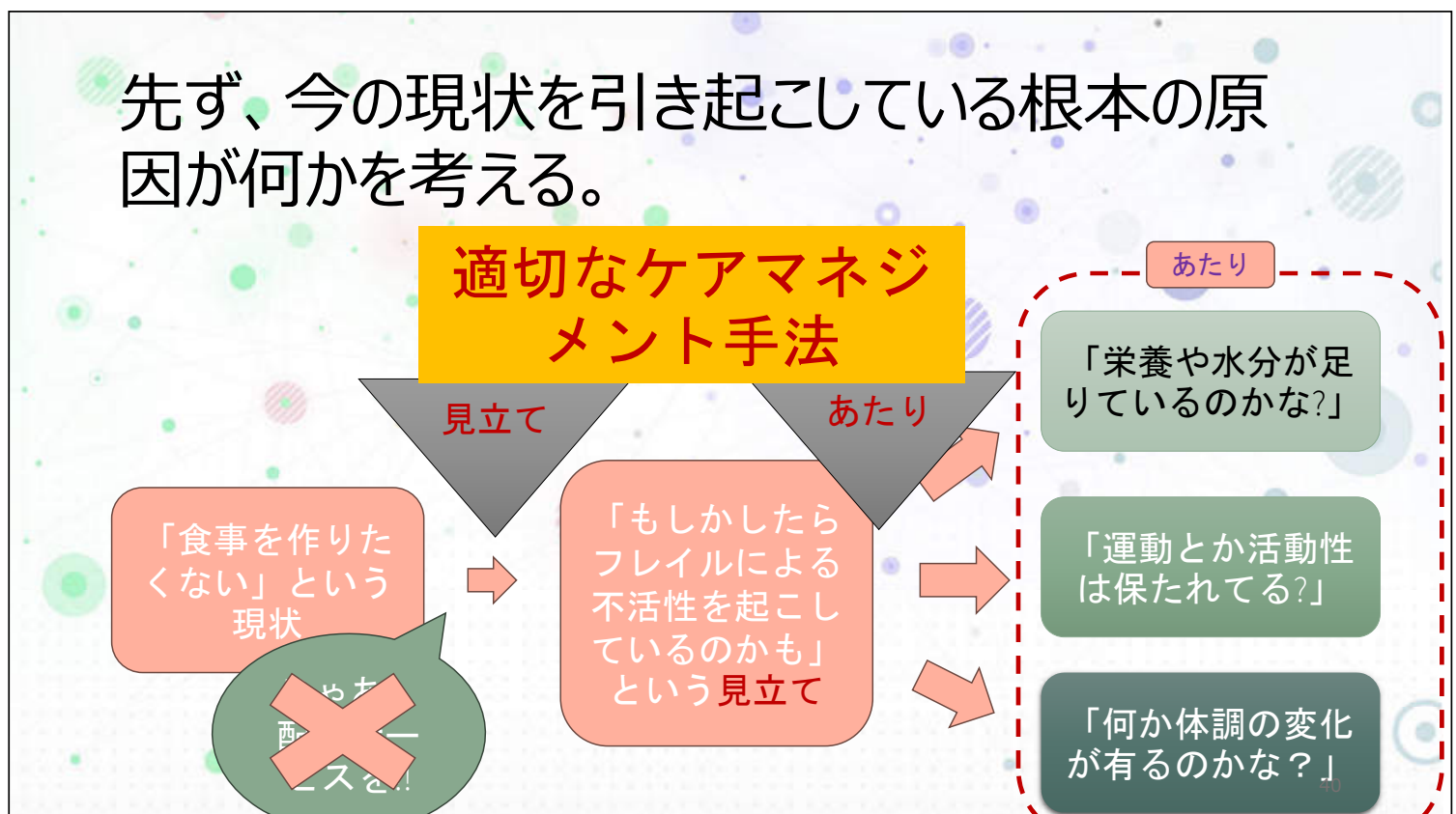
要支援 2 の認定を受けている一人暮らしの 82 才の女性から、「最近食事を作るのが面倒くさくなって……。食事も三度三度食べたくないのよね。食欲も落ちたのかもね」と相談を受けたとします。

皆さんは頭のなかで、どんなことを考えますか？



39

まず、今の現状を引き起こしている根本の原因が何かを考える。



根本の原因に対しての**見立て**が出来たら、そこから、それを解決する為には「どんな支援が必要だろう?」を検討する。

「あたり」から具体的支援に繋げる

「もしかしたらフレイルによる不活性を起こしているのかも」という見立て

あたり

適切な摂取量なのかの評価の支援

適切なケアマネジメント手法「基本ケア」

想定される支援内容⁷及び⁸

それを解決して到達する姿(=目標)は、自立支援の視点をベースにして、イメージすること。例えば

「再び食事をつくれる生活の獲得」

41

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目標				援助内容		
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別
フレイルによる不活性から、食事を作る意欲が低下している	再び食事を作れるようになる		まずは、水分をどれ位飲んでいるかの把握と、それが適切な摂取量なのかの評価を行う。	1か月	お茶、飲料の提供、摂取の記録、食事の作成	その人を見た個別的支援内容	
			一日に必要な水分がしっかりと摂取できる		達成	どうやって摂取して頂くかが次の支援内容(想定される支援内容 ²¹)	

42

指導のポイント その③

課題抽出から「見立て」を立て、さらに支援の方向性の「あたり」をつける。そこに抜け漏れがないかを適切なケアマネジメント手法で深掘りする。その時の目線は常に**支援内容**に向けること。決してサービス種別にしない!!

43

基本ケアを深ぼる

■ 思考の展開のポイント

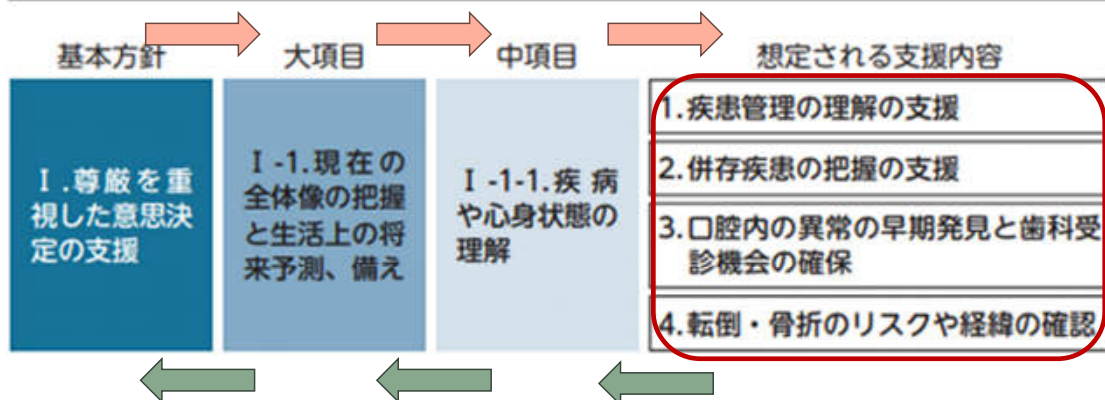
44

「中項目」の内容を実現するために必要な支援内容を具体的にしたのが次の「想定される支援内容」です。

想定される支援内容は数が多いので、大項目Ⅰ-1を例にしますね。「Ⅰ-1-1.疾病や心身状態の理解」を実現するための具体的な支援が並んでいることが分かります。



(例) 中項目Ⅰ-1-1の想定される支援内容



Ⅰ. 尊厳を重視した意思決定の支援

Ⅰ-1. 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

Ⅰ-1-2. 現在の生活の全体像の把握

5. 望む生活・暮らしの意向の把握

本人が望む暮らしを実現するため、本人だけでなく家族等、サービス事業者などからも、本人の意思や様子を確認します。

単に生活の意向を聞くことが目的ではない。何故なら、この項目の目指すところは「将来の生活を見据えて、意思決定の過程を支援する」。だから、その為に少し先の生活の見通し等について話をする→将来の生活をみずからの意志で決めていく支援に繋げる。

6	日常生活自立度 (認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を施設した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等)について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由(初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、その他生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等)について記載する項目

課題分析(アセスメント)に関する項目		
No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況(身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥瘡の有無等)、受診に関する状況(かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等)、服薬に関する状況(かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等)、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法(杖や車椅子の利用有無等を含む)、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等)に関する項目

6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等)について記載する項目
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目

課題分析(アセスメント)に関する項目		
No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主傷病、症状、痛み等)について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目

47

3.地域の中でケアマネを育てるということ

48

指導・支援のポイント

49

<考えてみよう③>

あなたは今回実務研修に合格した新人です。これからいろいろな指導を受ける立場ですが、その時、こんな指導はしてほしくないと思う事を書き出して下さい。

①

②

③

④

⑤

⑥

50

居宅介護支援事業所における主任介護支援専門員の役割と視点

(ア)居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員が有する地域の社会資源やネットワークに関する情報は、地域包括支援ネットワークを構築する際に非常に重要なものであり、多種多様な社会資源の連携包括的・継続的ケアマネジメントの実践を可能にするためには、地域における多種多様な社会資源の連携を可能にするための基盤を構築することが求められる。

- ・地域包括ケア体制作り
- ・地域に不足している社会資源の把握、開発
- ・包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備における地域包括支援センターとの協働
- ・地域の保健、医療、福祉サービス等に関する情報提供
- ・地域の支援体制づくり
- ・関係機関との連携体制構築
- ・医療機関との連携体制構築
- ・多職種との連携体制構築
- ・地域のインフォーマルサービスとの連携体制構築
- ・地域における介護サービス事業者同士のネットワークづくり
- ・主任介護支援専門員同士の連携
- ・研修時の開催支援（講師、ファシリテーター等）
- ・特定事業所加算算定における管理監督
- ・介護予防・日常生活支援総合事業における ケアマネジメント
- ・高齢者のセルフケア・セルフマネジメントに向けた支援

51

介護支援専門員への活動支援

- # 1 介護支援専門員に対する身近な相談対応
- # 2 介護支援専門員のニーズ等の把握
- # 3 介護支援専門員への個別指導・同行訪問
- # 4 サービス担当者会議の開催支援
- # 5 介護支援専門員と地域包括支援センター
職員との調整
- # 6 支援困難ケースへの助言、対応
- # 7 地域における介護支援専門員の資質向上
に向けた取り組み（事例検討会等）
- # 8 介護支援専門員への継続的サポート

52

「ケアマネ」と「主任」の違い

ケアマネ・・・個別課題を的確に抽出し自立的な生活(個別のケアマネジメント)の実現にその専門性と責任がある。

主任・・・ケアマネジャー全体の発展に寄与する責任がある。

53

介護支援専門員研修課程の見直しに伴い、実務研修の実習については、

- ・ケアマネジメントの実践現場の実態を認識する機会
- ・実施上の効果を高めるため、指導方法を強化

という目的達成の為に実習が行われるということであれば、大切なのは「**指導**」と「**育成**」

指導とは、必要とされる解決法や手法、知識、技術、情報について、**根拠ある明確な理由のもとで**、伝えること、教えること。

育成は、「やる気にさせること」。困難に対しても勇気を持ってチャレンジしていく自立型姿勢を身に付けさせること。**自らの力で問題や課題を把握し解決していく能力の支援(エンパワメント)**

54

OJTの正確な定義は「上司が部下に対して、知識、技術、職場における役割、取組姿勢、態度、マナー等の向上を仕事の間を通して、“計画的”“継続的”“意識的”に指導、援助すること」というものです。言い方を変えると、「無計画で思いつきの」「最初だけで尻すぼみになる」「流れに任せただけの」指導をOJTとは言わない。

OJTで新人を教育するために大切なこと

1. OJTで新人の意識を変える
2. 新人は、分からないことが分からない
3. 新人が質問しやすい環境をつくる
4. 実践を見せる

※OJTを通して自分も成長しよう！

55

主任介護支援専門員に求められる能力

1)言語化する能力

- ・ケアマネジメント実践から見えてきた地域の課題を明らかにし、他機関・他職種に伝えていくために必要な能力。
- ・自身のケアマネジメント実践を他の介護支援専門員に伝えていく能力。

2)話を聞く能力

地域課題を明らかにしていくために、地域の高齢者、利用者や家族、事業所、関係機関など様々な人の話を聴くことで、個々の課題を地域の課題として認識できる。

3)ケアマネジメント実践能力

利用者の生活への意向から生活ニーズを明らかにし、それに対しての支援を、チームで協働できるような実践を行うことで、介護支援専門員の示しとなる。

56

介護支援専門員支援を行う際の留意点

主任介護支援専門員に求められるのは、「**介護支援専門員の話聞くこと**」になります。主任介護支援専門員が介護支援専門員に対して「指導をしなくては」という思いが強くなってしまうと、介護支援専門員の話あまり聞かずに一方的に話すという状況になってしまいます。しかし、このような状況では介護支援専門員が抱えている課題に対して自ら考える事をしなくなり、主任介護支援専門員の指示を待つようになってしまう危険性があります。主任介護支援専門員が介護支援専門員の話聞くようにすれば介護支援専門員が抱えている課題に対してみずから考えて言葉にするようになります。そうすることで介護支援専門員が抱えている課題に対して主体的に行動を起こすことが可能になるのです。

もう一つの効果は、話を聞いてもらった介護支援専門員が、自らのケアマネジメント実践の場面で今度は利用者の話を聞くことができるという点です。介護支援専門員が抱えているケースの課題を主任介護支援専門員に伝え、その話を主任介護支援専門員がしっかりと聞いてくれたら皆さんはどのように感じるでしょうか？「話を聞いてもらえた」「私の悩みを分かってもらえた」などと感じる人も多いと思います。このような体験があれば介護支援専門員は話を聞く事の重要性を実感できます。そして自らがケアマネジメント実践の面接場面において利用者の話を聞くことが可能になるのです。

-介護支援専門員研修テキスト 主任介護支援専門員研修より⁵⁷

指導・育成のためのポイント

- ・まずは褒めることをみつけること
- ・あなたにとって当たり前の事でも「何も知らない人が理解できるように」を意識すること
- ・自己の知識をひけらかさない
- ・個人の価値観で話をしない
- ・自分に不足(苦手)していることを認識し工夫すること(例:法的根拠に疎い・・・テキストで確認する)

58

育てよう、地域の力で、
夢と希望を持ったケアマネを!!

