

別紙 2

介護支援専門員更新研修（実務未経験者）・再研修における希望科目の選択について

群馬県介護支援専門員更新研修（実務未経験者）・再研修では、厚生労働省が示した研修カリキュラムには含まれていませんが、これから介護支援専門員として活動する上で必要と思われる科目が含まれています。

具体的には、平成28年12月21日（水）の①「介護保険認定調査員研修」4時間、平成29年1月23日（月）又は24日（火）の②「アセスメントツールによる居宅サービス計画の作成手法について」3時間です。受講することで受講日数及び受講時間は増加しますが、今後、介護支援専門員として活動する上で、必要と思われる方は、参加申込書希望欄に〇印をつけてください。（追加料金等は発生しません。）

当面、介護支援専門員として働く予定の無い方、平成21年度以降に群馬県で実施している実務研修を修了している方※、既に所属事業所等でアセスメントツールを使用している方等は、敢えて受講する必要がありません。

希望科目は受講しなくとも介護支援専門員証の交付申請はできます。

※認定調査の内容は平成21年10月から現在実施されている内容に変更されています。介護支援専門員登録番号の最初の4桁が1008以前の方は、現在行われている認定調査の研修を受講することにより、認定調査員として活動することができます。

◎介護保険認定調査員研修について

「認定調査員研修実施要綱」（国）に基づき実施します。市町村が認定調査を事業所等に委託する場合、調査を行う介護支援専門員はこの研修を修了している必要があります。

修了者には、本研修のみの修了証明書を交付します。

なお、介護支援専門員登録番号の最初の4桁が1009～1015の方は、既に、ご自身が受講された実務研修の中で受講済ですので、今回の研修を受講しなくても調査を行うことができます。再度受講を希望する場合は受講可能です。認定調査を行う見込がない方は受講不要です。

◎アセスメントツールによる居宅サービス計画の作成手法について

「利用者の置かれている状況の把握」、「生活上の支障・要望などに関する情報を収集」、「心身機能の低下の背景・要因を分析」、「解決すべき生活課題（ニーズ）と可能性を把握」といった要援護者へのアセスメントを行う上でアセスメントツールを活用した居宅サービス計画書の作成手法を5つの方式（「インターライ方式」、「包括的自立支援プログラム（三団体ケアプラン研究会方式）」、「ケアマネジメント実践記録様式（日本社会福祉士会方式）」、「日本訪問看護振興財団方式」、「全国社会福祉協議会方式「居宅サービス計画ガイドライン」」）の中からどれかを選択し受講します。

選択にあたっては、現在所属している法人・事業所で使用しているアセスメントツール、一般に使用されている割合、自らの基礎資格等を参考に選択することが多いようです。

下記の表及び別紙「課題分析方式の概要」も参考にしてください。

●過去の受講割合

課題分析方式	平成27年度	平成26年度
インターライ	38%	48%
全社協	36%	22%
三団体	16%	21%
社会福祉士会 ※1月23日（月）のみ	6%	6%
訪問看護 ※1月24日（火）のみ	4%	3%

※「日本社会福祉士会方式」を選択される場合は、1月23日（月）のみとなります。また、「日本訪問看護振興財団方式」を選択される場合は、1月24日（火）のみとなります。

課題分析方式の概要

参考

	インターライ方式	包括的自立支援プログラム (三団体ケアプラン研究会方式)	ケアマネジメント実践記録様式 (日本社会福祉士会方式)
開発の経緯	<p>インターライ方式の前身であるMDS方式は、多職種による利用を前提に共通な言語で開発され、また施設と在宅の連携も施設版(MDS2.1)と在宅版(MDS-HC2.0)の基本項目を同じにすることで、切れ目のないケアを提供するうえで、最適なアセスメント方式という評価を得てきた。これをさらに発展させ、すべての版を再構築した新しい方式が2009年に開発された。</p>	<p>1995年より全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会、介護力強化病院連絡協議会の三団体の現場の医師、看護婦、介護職、リハビリテーション職、ソーシャルワーク職による「三団体ケアプラン策定研究会」を発足させ検討を重ねて作成された。</p>	<p>日本社会福祉士会が1995年から「ケアマネジメント研究会」を設置して、主に在宅介護支援センターでの事例を収集して検討を重ねた。1996年には「ケアマネジメント実践記録様式」を作成し、在宅介護支援センターでケアマネジメントを実践している社会福祉士や保健婦等によって使用され、改訂が加えられた。</p>
特徴	<p>1) 居宅、施設などの様々な場で共通に用いるべきコア項目から出発し、それに各版において追加的に必要なアセスメント項目をモジュール式に加えたので、概念的にも、実際の項目においても、さらに共通化が図られた。</p> <p>2) これまで施設と在宅で分かれていたRAP/CAPの指針を、新CAP(Clinical Assessment Protocol, ケア指針)に一本化することによって、切れ目のないケアプランを作成するうえで、課題の検討をいっそう行いやすくなった。</p> <p>3) 高齢者住宅用のアセスメント方式を整備し、居宅・施設の中間に位置づけるとともに、同住宅に固有な項目としてインターネット利用等の活動、生活への満足を加えた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本プログラムで用いる「介護サービス調査票」は、要介護認定調査の介護サービス調査票や主治医意見書と連動した内容で、これにより介護サービスの種類と量を推定するシステムになっているため情報の互換性と効率化が図られる。 ・施設用ケアプランであるが、在宅復帰のためのケアプランも作成でき、入所から退所後まで一貫した計画作成が可能。 ・すでに家族から提供されているケアや、サービス提供機関において提供されているケアの現状をチェックするので、ケアの継続性が確保されやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護支援センターのノウハウを生かし、在宅生活の継続・施設から家庭への復帰を目指している。 ・対象者の正確な状態像が把握できるように自由記述欄を設けている。記述する部分が多いため、アセスメントに時間がかかる。 ・利用者の心身の状態だけでなく、介護者の健康状態や介護負担など、家族の介護状況や住宅環境も詳細にアセスメントするようになっている。 ・モニタリング用紙も開発されており、ケアプランの立てっぱなし、サービスのやりっぱなしを予防できる。
アセスメント項目	<p>A.基本情報 B.相談受付表 C.認知 D.コミュニケーションと視覚 E.気分と行動 F.心理社会面 G.機能状態 H.失禁 I.疾患 J.健康状態 K.口腔および栄養状態 L.皮膚の状態 M.アクティビティ N.薬剤 O.治療とケアプログラム P.意思決定権と事前指示 Q.支援状況 R.退所の可能性 S.環境評価 T.今後の見通しと全体状況 U.利用の終了 V.アセスメント情報</p>	<p>I. 介護サービス調査票 1) 概況調査票 2) 基本調査票 要介護認定調査 3) 特記事項 と連動した内容 4) 主治医意見書 II. 在宅復帰及び在宅支援の検討 ・ステップ1：介護力の検討 ・ステップ2：生活環境の検討 ・ステップ3：利用できる社会資源の検討 ・ステップ4：社会活動への参加 ・ステップ5：緊急時の対応 ・ステップ6：家族への指導 III. ケアチェック表 1) 食事、おやつ、栄養、水分摂取のケア 2) 排泄に関するケア 3) 入浴、清潔に関するケア 4) 洗面、口腔清潔、整容、更衣に関するケア 5) 基本動作、リハビリテーションに関するケア 6) 医療・健康に関するケア 7) 心理・社会面などに関するケア</p>	<p>I. アセスメント票 1) フェースシート 2) 健康状態 3) 精神状態、見当識障害、行動障害 4) ADL (日常生活動作) 5) 家事及びIADL (手段的日常生活動作) 6) 活動、対人交流 7) 介護状況 (在宅のみ) 8) 日課 9) 居住環境 (在宅のみ) II. アセスメント要約表 アセスメント項目ごとに設けられた対応レベルを下記の5段階でチェックする。 「0：未チェック」、「1：問題なし」、 「2：問題があげられているが、当面はニーズにつながらない」、「3：対応すべき問題がある」、「4：緊急に対応すべき問題がある」</p>

	日本訪問看護振興財団方式	全国社会福祉協議会方式 「居宅サービス計画ガイドライン」
開発の経緯	<p>1992年に日本看護協会が開発した「看護協会版高齢者訪問看護アセスメント用紙」とMDS/RAPsを比較検討して、両者の不足や重複を避けて検討した。</p> <p>1993年から94年、さらに95年と実地調査を行って、項目の検討、妥当性と信頼性の検証を加えていった。</p>	<p>大阪市立大学教授の白澤政和氏が、ケアマネージャー養成に向け、ケアマネジメント能力とケアプラン作成能力の向上を目指す目的で開発した。</p> <p>在宅介護支援センター、全国社会福祉協議会をはじめ、様々な研修で使用されている。</p>
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・主に在宅で生活している成人・高齢者が中心であるが、施設でも使用できる（MDSとの整合性を保っているため）。 ・ターミナルから在宅医療を受けている人まで幅広い対象者のケアプラン作成が可能。 ・本人のみならず家族や介護者の状況が把握でき、社会資源まで容易につなげられるため、家事援助など生活支援から疾病の管理まで、幅広いニーズを把握できる。 ・医療、看護、介護に関わる多職種が使用できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護者本人の思い、家族の思いを大切に展開する。 ・アセスメント用紙から問題点を抽出することによって、本人と家族の困りごとが総合的に見えてくる。 ・専門職は本人と家族の困りごとを中心にそれぞれの問題点を結びつけ、具体的なケアプランを作成する。 ・マスターケアプラン（生活全体を把握したケアプラン）と直接サービスプラン（各専門職が各職場で利用するもの）の2段階で、生活全体のマスターケアプランで全てを解決するのではなく、直接ケアプランへと段階的に問題解決するように工夫されている。
アセスメント項目	<p>323項目（フルアセスメントした場合）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設内でのアセスメント <ul style="list-style-type: none"> ；ターミナルの場合：276項目 ；ターミナルでない：264項目 ・在宅でのアセスメント <ul style="list-style-type: none"> ；ターミナルの場合：323項目 ；ターミナルでない：311項目 <p>I. 基本情報</p> <p>II. 家族・介護者情報（在宅のみ）</p> <p>III. 療養・生活情報</p> <p>A. コミュニケーション・認知・聴視覚</p> <p>B. 身体機能・リハビリテーション</p> <p>C. 皮膚の状態と排泄コントロール</p> <p>D. 栄養状態と口腔ケア</p> <p>E. 社会生活意欲と行動</p> <p>F. 痴呆の状態やケア上の問題発生</p> <p>G. 健康管理・問題の兆候</p> <p>IV. ターミナルケア情報</p> <p>V. 社会資源導入情報（在宅のみ）</p>	<p>1. アセスメント用紙1～3（フェースシート）</p> <ol style="list-style-type: none"> ①生活歴 ②健康状態 ③医療機関情報 ④身体障害などの情報・状況 ⑤本人・家族の希望 <p>2. アセスメント用紙4～9</p> <ol style="list-style-type: none"> ①日常生活動作の状況と援助の必要性 ②精神・身体状態 ③家族構成と介護状態の問題点 ④インフォーマルな支援活用状況 ⑤生活環境 ⑥各種施策・利用状況票 <p>3. ケアプラン用紙</p> <p>アセスメント用紙1～9によって抽出された問題点などを具体的に記入する。 4</p> <p>・ケアプラン実施承諾書、ケアプラン管理表</p>