

○ 演題名：チームあしたかを目指して

所 属：あしたか地域包括支援センター

職 種：主任介護支援専門員

発表者：佐藤 智道

要旨

- ①あしたか地域包括支援センター圏域には、介護保険で定められたサービスのほとんどが存在する。また、医療機関についても総合病院、薬剤師会が経営する薬局などがある。
- ②そのなかでも特に、居宅介護支援事業所のケアマネが、10年以上メンバーがほとんど変わっていない。
- ③圏域内の居宅に所属する主任ケアマネの数は6名。看護師、薬剤師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士など、基礎資格が多種多様。
- ④そのような圏域に、平成26年から平成27年にかけて、一人ケアマネで、新しく資格を取得した方が配属された事業所が2事業所作られた。実務的なことに関する相談をする相手がおらず、また、自分が行っているマネジメントが適正なのかもよく分からない、更にはネットワークも自分で作ることができない等のことが観られるようになった。

①、②、③の強みを利用し、④の課題を解消できないかと考えた。結果、圏域内の主任ケアマネと協力し、また、その他の先輩ケアマネから色々なことを教わり、実践力の向上を、地域の医療・福祉の事業所にも協力を得て、研修を行い、ネットワークの形成を図ることを目的とし、現場実習を中心とした「あしたか地域包括支援センター圏域新任介護支援専門員研修」を実施した点についての発表を行う。

# チームあしたかを目指して

～新任介護支援専門員研修における取り組み～



沼津市北部中地区

あしたか地域包括支援センター

センター長

主任介護支援専門員 佐藤 智道

## 平成26年度 あしたか包括へ異動

主任介護支援専門員として配属

包括的・継続的  
ケアマネジメント支援って  
何すればいいんだ？



マニュアルを読んで、自分なりに  
理解してみよう。



## 【佐藤の解釈】

ケアマネさんたちが働きやすい地域づくりをする

### こんなことから始めました

- ・サービス事業所に出向き、色々なお話を聞く。
- ・医療の専門職の方々のところへ行って、色々なお話を聞く。
- ・主任介護支援専門員の皆様と定期的な会合を持ち、色々なお話を聞く。

## 【見えてきた課題】

### ➤ 職種間を越えた、課題の共有、ネットワークが必要

あしたか地域包括支援センター圏域には多くの福祉・医療の期間が点在しており、ある一定のネットワークがあるものの、互いの職種の理解や分野を超えた課題の共有にまでは至っていない。（「連携」という言葉だけが独り歩きしている様子がみられる。）国が目指す、地域包括ケアシステムの構築に向けた、ネットワーク構築の方法について検討をしていく必要がある。

### ➤ 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の役割が不明確

- ・「地域包括支援センターがケアマネジメント支援をする」という意識が強く、「困ったら包括」が合言葉のようになっている。
- ・あしたか地域包括支援センター圏域の居宅介護支援事業所には、6名（H.26時点）の主任介護支援専門員がいる。それぞれが、主任介護支援専門員の研修修了後に、地域での活動をしていきたいと考えていたが、具体的に何をすればよいのかわからない、地域における立ち居地が分からないという意見が多くみられる。

# 担当圏域の介護・医療・福祉機関

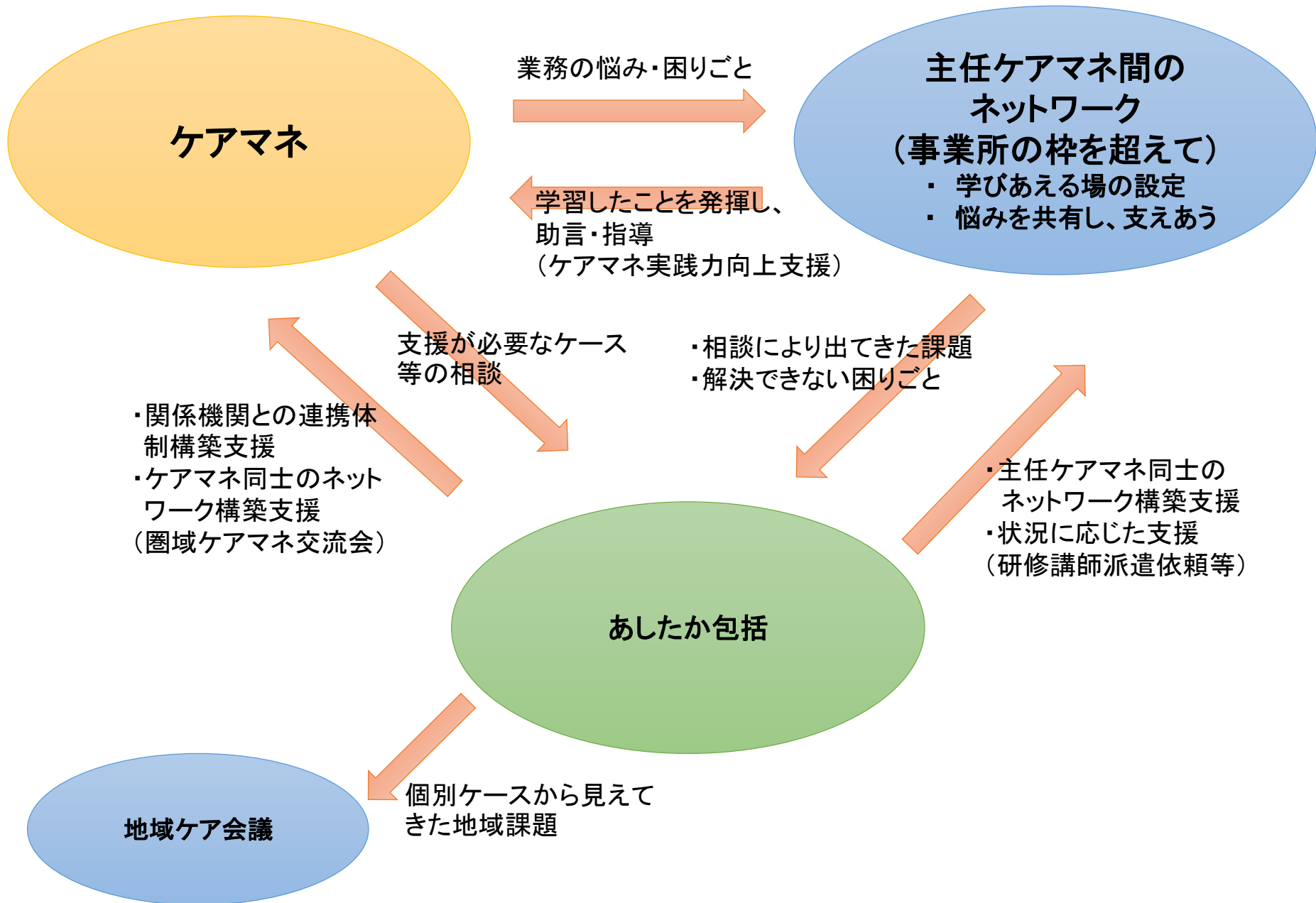
介護サービス(在宅)	数	
居宅介護支援	10	ケアマネジャー16名
訪問介護	4	
訪問看護	2	PT訪問有
通所介護	8	うち1認知症対応併設 うち3お泊りデイ
通所リハビリ	3	
福祉用具	2	
短期入所	3	特養併設1 老健併設2
小規模多機能型居宅介護	1	

高齢者入所施設	数	
特別養護老人ホーム	2	うち1地域密着型
老人保健施設	3	
認知症グループホーム	1	
有料老人ホーム	4	健康型・住宅型・介護付

医療機関	数	
総合病院	1	在宅支援室 医療連携室 NS, MSW
医院	6	内・外・皮・婦
歯科	4	
薬局	6	

障害者関係	
あしたか太陽の丘	入所、通所、グループホーム
のぞみの里	入所、通所
沼津虹の家	通所
あしたか学園	児童入所
児童発達支援センターみゆき	児童通所
サポートセンター(相談)	ひまわり、こげら

# 【こうなったらいいな】



気がついたら

2年目





平成27年度スタート！！

圏域内に新しい居宅介護支援事業所が2ヶ所できました。しかし、2事業所とも資格を取得したばかりで、実務経験のない方が配属されました。色々大変な様子がみられました。

### 【共通した困りごと】



- ・ 1人しかいないため、業務のことを教えてくれる人がいない。  
(やっていることが合っているのかわからない)
- ・ 地域の資源が良く分からず、またネットワークを作ることも難しい。

これらのことを解決することが、課題の解決への足がかりになるのではないかな？



## 【佐藤のご提案内容】

地域の強みを活かして、新任ケアマネさんを育ててしまおう。

で、ついでに昨年挙げがった課題を解消してしまえ！

### イメージ

- ① 経験豊富なケアマネさんが多いので、その方々から実務的なことを教えてもらう。
- ② 医療の専門職から、ケアマネとの連携について講義や意見交換等をしてもらう。
- ③ 介護保険サービス事業所に行って、実習。
- ④ これらを通じて学んだことなどを、主任ケアマネさんと共に振り返る。ついでに、色々な悩み相談などにもものってもらおう。
- ⑤ 包括は事務局的に、これらの環境作りを行う。

# 研修体系

ケアマネジメント研修Ⅰ－１

## 【アセスメントを学ぶ】

- アセスメントについて講義。その後、課題整理総括表を使用し、自分のアセスメントについて分析



ケアマネジメント研修Ⅰ－２

## 【担当者会議・モニタリング】

- 担当者会議、モニタリングの意義について講義。その後、自宅訪問し、実際の場面について見学。



振り返り

- 主任介護支援専門員とともに、振り返り。ここで得た学びを実務にどのように生かすか等を意見交換。実習担当者も一緒に話し合いを行う。



ケアマネジメント研修Ⅱ

## 【多職種連携について考える】

- 医療機関、介護サービス事業所への実習を通じ、多職種連携について考える。

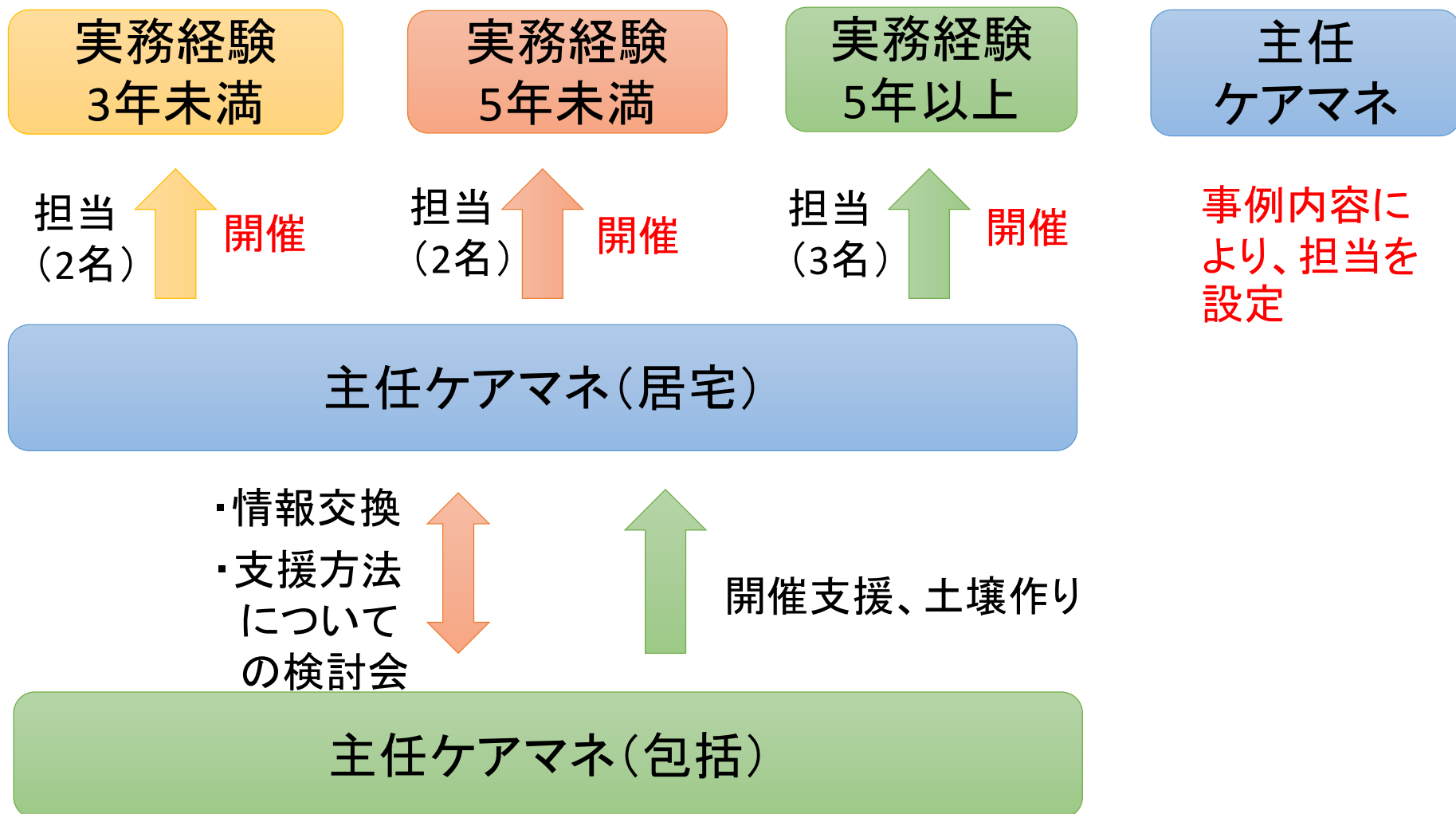


振り返り

- 実習で学んだこと、実習を通じ、考え方がどのように変化したか等を振り返る

# 【今後について】

## 事例検討会の開催方法(案)



## あしたか地域包括支援センター圏域 新任者介護支援専門員研修実施要綱

### 1. 目的

- 1) 新任者介護支援専門員が、地域の介護・医療のサービス事業所に実習に行き、業務についての研修等を行うことにより、自法人だけでは得られないケアマネジメントの知識や考え方を習得する。
- 2) 新任者介護支援専門員が、実習等を通じ、同職種・多職種・他業種との交流を図ることで、自分の勤務する地域の社会資源を知ることができるとともに、今後の連携関係の構築を図れるようにする。

### 2. 対象者

居宅介護支援事業所に介護支援専門員として配属されている者のうち

- ①専従の介護支援専門員であること
- ②居宅介護支援事業所の経験が0～3年未満

の上記2点を満たす者とする。

### 3. 実施方法及び研修体系

#### 1) 基本的な考え方

介護支援専門員は、「要介護者などからの相談に応じ、要介護者などの心身の状況に応じた適切な介護サービスが利用できるよう、市町村や居宅サービス事業者、介護保険施設などの調整を行うもの」であって、「要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門知識及び技術を有する者」と定められている。

したがって、自立支援を基本としたケアマネジメントの過程に沿った各段階での必要な視点、手法を修得できるものであること、介護保険の事業所だけでなくフォーマル・インフォーマルを含めた社会資源との連携について考えられるものとしなくてはならない。

#### 2) 研修体系等

各事業所に訪問し、実習を行うことを基本とする。具体的な研修体系等については、新任者介護支援専門員研修ガイドラインのとおりであり、各過程における目的及び指導内容については、以下のとおりとする。尚、この研修において1日とは、午前10時00分から午後3時00分とし、半日は1日のうちの2時間程度を原則とする。\*事業所との話し合いにより、時間帯を変更することは可

### 3) 目的及び指導に対する視点

#### ① ケアマネジメント研修Ⅰ-1 「アセスメントを学ぶ」 実習期間：1日

アセスメントにより解決すべき生活全般の課題が明らかになることを理解し、的確な情報の把握と分析の必要性について指導を行う。また、情報の収集にあたり、利用者の希望や要望の背景を把握し、理解することの必要性についても併せて指導を行う。

指導方法としては、実習担当者のケースを1名選出し、自宅訪問し、アセスメントを行う。アセスメント様式は、実習生が普段使用しているアセスメント表を使用。その後、課題整理総括表を使用し、課題の分析を行う。

#### ② ケアマネジメント研修Ⅰ-2 「担当者会議・モニタリングを学ぶ」 実習期間：1日

サービス担当者会議は、ケースにかかわるサービス機関が一堂に会する貴重な場であり、チームケアを進めるうえで欠かせないものである。また、作成した計画の原案を確定する場でもある。そのため、介護支援専門員は、関係者の招集や司会進行等を行う必要がある。

また、利用者の状態や生活状況は刻々と変化するため、モニタリングによって当初のケアプランどおりでよいのかどうかを確認していくことも重要である。

そのようなことから、本項目においては、実習担当者が担当者会議・モニタリングにおける役割、必要な視点について指導を行い、実習生の理解を深めていく。

#### ③ ケアマネジメント研修Ⅱ 「多職種連携を考える」 実習期間：半日～1日

高齢者は健康、身体機能、認知機能、居住環境などにおいて多様な課題を抱えており、「介護サービス」「医療サービス」「金銭管理サービス」というように、特定のサービスのみを利用するだけでは、一人の高齢者が地域で安全に安心して暮らし続けられることはなく、高齢者の課題に合わせて地域におけるさまざまな社会資源を活用することが必要になってくる。また、介護支援専門員が自立支援に資するケアプランを作成していくためには、各関係機関とのネットワークの構築、連携強化を図る必要がある。

そのようなことから、医療機関においては、各職種の理解、連携の大切さ、留意事項等に対する指導、福祉サービス事業所においては、各事業所の役割、特色等の指導を行い、地域の資源についての理解を得ていく。

**\*各過程修了後、主任介護支援専門員等による振り返りを行う。**

4. 研修における個人情報の取扱について

個人情報の取扱については、個人情報保護に関する誓約書に示すとおりであり、オリエンテーション時に取り交わしを行うとともに、知り得た情報について、洩らすことのないよう、指導を行うこととする。尚、実習協力施設には、誓約書の複写を渡すこととする。

5. その他留意点

介護支援専門員の基本姿勢として、自立支援、利用者本位、人権の尊重についての理解を深めることについても配慮すること。