

⑧ 自立支援のためのケアマネジメントの基本

はじめに

- 本科目は複数のチャプターに分かれています。都道府県・研修実施機関の指示・指定に従ってチャプターを順次、受講してください。
- 複数のチャプターを受講後、表示される中間テストを受けます。
- 都道府県・研修実施機関が指示・指定した全チャプターが終わった段階で、終了時の確認テストを行います。
- 確認テストが終了したら、研修記録シートに記録をして本科目の受講は終わりとなります。

※研修記録シートなど修了評価に係る事項、演習に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。

※チャプターの途中で受講をやめて再開することはできません。何らかの都合で中断する場合には、再度受講して頂く事になります。

それでは講義を始めます

【本資料の出典等に関する留意事項】

本資料は一般社団法人日本介護支援専門員協会、一般財団法人長寿社会開発センターが発行している法定研修テキスト（「二訂介護支援専門員研修テキスト」、「七訂介護支援専門員実務研修テキスト」）を参考に作成を行っています。

本科目の構成

- 本科目の構成は以下のとおりです。

Eラーニング	内容
●	(1) 本科目の目的、修得目標の確認
●	(2) ケアマネジメントの成り立ちや機能 ① ケアマネジメント誕生の背景、ケアマネジメントが求められる背景 ② ケアマネジメントに求められる多様な機能 ③ 介護保険制度とケアマネジメント ④ ケアマネジメントと介護支援専門員の役割
●	(3) 運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務
●	(4) 自立支援の考え方とケアマネジメントの役割 ① 自立と自律 ② 改善・軽減、重度化防止、介護予防 ③ ICFの視点 ④ 利用者の自立支援と家族の関係 ⑤ 「地域の支援」の講義と演習

本科目の目的、修得目標の確認

本科目の目的

- 本科目の目的は以下のとおりです。

■ ケアマネジメントの成り立ちや介護支援専門員の責務・業務

- ケアマネジメントの成り立ちや機能について理解するとともに、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に基づいて、介護支援専門員としての責務及び業務を理解することを目指します。

■ 利用者の自立支援と家族の関係

- 利用者が住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができるよう、自立支援のためのケアマネジメントを実践する上で必要な視点の修得を目指します。
- 利用者を支援する上で、家族を取り巻く環境に留意し、家族に対する支援の重要性や目的を理解することを目指します。

■ インフォーマルサービスを活用した地域支援

- インフォーマルサービスも活用したケアマネジメントに関する知識の修得を目指します。

■ 改善・軽減、重度化防止、介護予防

- 介護予防支援や、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においても、基本的な考え方やプロセスは同様であることから、これらも含めた内容としています。

修得目標

• 本科目の修得目標は以下のとおりです。

- ① 中立・公正なケアマネジメントの重要性について説明できる。
- ② 運営基準に遵守したケアマネジメントの重要性を説明できる。
- ③ 利用者本位の選択を支えるケアマネジメントの意義を説明できる。
- ④ 利用者の権利を尊重したケアマネジメントの重要性について説明できる。
- ⑤ 社会資源を活用したケアマネジメントの必要性について説明できる。
- ⑥ 利用者の能力に応じたケアマネジメントの重要性について説明できる。
- ⑦ 家族に対する支援の重要性について説明できる。
- ⑧ 介護予防ケアマネジメントの考え方について説明できる。

修得目標



【個人ワーク】
10分

- 各目標の、現時点での自分の理解度を振り返り、本科目でどのようなことを学びたいか言葉にしてみましょう。

- ①中立・公正なケアマネジメントの重要性について説明できる。
- ②運営基準に遵守したケアマネジメントの重要性を説明できる。
- ③利用者本位の選択を支えるケアマネジメントの意義を説明できる。
- ④利用者の権利を尊重したケアマネジメントの重要性について説明できる。
- ⑤社会資源を活用したケアマネジメントの必要性について説明できる。
- ⑥利用者の能力に応じたケアマネジメントの重要性について説明できる。
- ⑦家族に対する支援の重要性について説明できる。
- ⑧介護予防ケアマネジメントの考え方について説明できる。

ケアマネジメントの成り立ちや機能

1. ケアマネジメント誕生の背景、ケアマネジメントが求められる背景 (1) ケアマネジメント誕生の背景 (1/3)

- 1970年代のアメリカにおけるケースマネジメント、1990年代のイギリスのコミュニティケア改革を起因としています。
- 精神病院の病棟閉鎖、社会的入院の解消など、ノーマライゼーションの視点、脱施設化がベースとなり、ケアマネジメントが誕生しました。

誕生の背景	アメリカ	<ul style="list-style-type: none">• 1970年代後半のアメリカで、利用者の地域生活を支援するために生まれた「ケースマネジメント」です。• 具体的には、ノーマライゼーションの観点から精神病院が閉鎖されるという動きを背景に、精神障害者に対する住宅政策と地域生活を営むうえでの支援の必要性から導入されました。その後、長期ケアを必要とする人（要介護者）、HIV感染者などに対象を拡大しています。
-------	------	--

1. ケアマネジメント誕生の背景、ケアマネジメントが求められる背景 (1) ケアマネジメント誕生の背景 (2/3)

誕生の背景	イギリス	<ul style="list-style-type: none">• 1990年のイギリスで、コミュニティーケア法が制定され、「ケアマネジメント」が位置づけられました。コミュニティーケア法は、イギリスで、それ以前に提供されていた各種のサービスが、必ずしも利用者のニーズに一致していない、不要なものがあるという指摘を受け、保健・医療・福祉の分野を大幅に見直したものです。• 同法の対象者、つまり、ケアマネジメントの対象者は、保健・医療・福祉サービスを必要とするすべての人（高齢者、障害者、HIV患者・感染者、アルコール依存者、保健・福祉の介護ニーズをもつ人など、経済援助を除く）です。
-------	------	---

1. ケアマネジメント誕生の背景、ケアマネジメントが求められる背景 (1) ケアマネジメント誕生の背景 (3/3)

誕生の背景

日本

- 日本では1980年代からの研究者による論文等の影響を受けて、1994年3月高齢者福祉ビジョン懇談会報告「21世紀の福祉ビジョン－少子高齢社会に向けて」が介護保険制度創設の理論的根拠となりました。
- 1990（平成2）年に設置された在宅介護支援センターにおいて、高齢者に対するケアマネジメントが試行的に実施され、その後、2000（平成12）年4月に施行された介護保険制度において本格的に導入されました。また、障害者に対するケアマネジメントも「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」において実施されています。

1. ケアマネジメント誕生の背景、ケアマネジメントが求められる背景 (2) ケアマネジメントが求められる背景

- 介護保険制度創設、介護保険法案成立時における4つの目的は以下の通りです。

- 老後の最大不安である介護を社会全体で支える仕組みづくり
- 社会保険方式による給付と負担の明確化
- 縦割り制度の再編成、多様な保健・医療・福祉サービスを総合的に受けられる仕組みづくり
- 介護を医療から切り離し、社会的入院の解消条件の整備

2. ケアマネジメントが求められる多様な機能

- ケアマネジメントの各種理論に基づく機能として、「利用者の自己ケア能力、利用者の周辺にあるソーシャルネットワークの対応力、対人サービス提供者による対応力のアセスメント機能」、「計画作成機能」、「介入機能」、「モニタリング機能」、「効果を評価する評価機能」といった多様な機能が示されています。
- 上記に加えて、付随的機能としてコスト管理、財源調整等の機能を含めた全体を、ケアマネジメントの機能として説明されることがあります。

2. ケアマネジメントが求められる多様な機能

(1) アセスメント

- アセスメントを構成するのは、以下の三つの要素とされています。

- 利用者がどの程度の自己ケア（セルフケア）能力を有するのか、サービスにどのようなニーズをもつのかをアセスメントすること
- 利用者の周りには、どのようなソーシャルネットワークがあり、利用者のニーズにどれくらい応えられるかをアセスメントすること
- 対人サービス提供者が、その利用者のニーズに対してどのくらい応えられる能力をもつかをアセスメントすること

2. ケアマネジメントが求められる多様な機能

(2) 計画策定

- ケアマネジャーには、アセスメントに基づく総合的・包括的なサービス計画の策定が求められます。
- サービス計画には、相談援助を通じて抽出した利用者のニーズにもとづき、さまざまな対人サービス提供者とソーシャルネットワークによる支援などを統合することが求められます。

2. ケアマネジメントが求められる多様な機能

(3) 介入

- ケアマネジャーは、利用者、利用者の社会的ネットワーク、対人サービス提供者の行動のすべてについて変化させることになるため、直接的あるいは間接的に、意図した介入が求められます
- 例えば、地域生活に必要な支援を得るために必要なコミュニケーション能力あるいは自己表現力を身につけ、社会資源を活用する技術や力量を身につけたり、利用者が地域生活を送るうえで起こるさまざまな危機に介入したりすることで、乗り越えることが求められています。

2. ケアマネジメントが求められる多様な機能

(4) モニタリング

- ケアマネジャーには、サービス計画の遂行とその目標の実現を追跡していくことが求められています。
- ここで追跡とは、利用者の状態、対人サービスの提供の計画遂行、ソーシャルネットワークへの参画状況などを定期的に把握することを言います。

2. ケアマネジメントが求められる多様な機能

(5) 評価

- ケアマネジャーは、利用者に対して行われたサービス提供効果を評価します。
- そのために、例えば、サービスは利用者にとって有益なものであったか、それはどの程度であったか、あるいは、新たなアセスメントは必要ないか、計画の変更はないかといったことを把握します。

3. 介護保険制度とケアマネジメント

- 介護保険制度におけるケアマネジメント機能は、介護保険法、介護支援サービス（居宅、施設、介護予防、地域密着型サービス）運営基準、解釈通知等により介護支援専門員による必須義務、努力義務等も含めて定められています。

4. ケアマネジメントと介護支援専門員の役割（1/2）

- 介護支援専門員は、ケアマネジメントプロセスごとに求められているケアマネジメント機能を発揮しなければなりません。
- ここでは、利用者・家族との立ち位置を踏まえ、以下に示すようにそれぞれの段階での介護支援専門員の役割を見ていきます。

- インテークにおける介護支援専門員の役割
- アセスメントにおける介護支援専門員の役割
- 居宅サービス計画作成、サービス担当者会議における介護支援専門員の役割
- モニタリング、再アセスメントにおける介護支援専門員の役割

4. ケアマネジメントと介護支援専門員の役割（2/2）

- 運営基準第13条第1号から第27号に定められている内容を確認し、解釈通知も含めて正しく理解します。特に確認していただきたい、2号～16号に関しては28頁以降に記載しています。
- 厚生労働省「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」の全体については厚生労働省のホームページからご確認いただけます。
- これらは介護保険制度に基づいて実施される実務において、判断に迷う際の根拠となりますので、必ず確認してください。

4. ケアマネジメントと介護支援専門員の役割

(1) インテークにおける介護支援専門員の役割

- この段階では利用者のニーズを概略的に把握し、ケアマネジメントの目的や内容、援助者の役割や責任を利用者及び家族に説明します。そのため、必要な情報を収集しながらもパートナーシップの形成という視点から利用者に関わることが求められています。
- 介護支援専門員は、情報提供者としての役割と同時に支持者としての役割を果たす必要があります。

4. ケアマネジメントと介護支援専門員の役割

(2) アセスメントにおける介護支援専門員の役割

- アセスメントは、ケアマネジメントプロセスのうち、利用者の主訴を中心としながらも利用者の生活全般を視野に入れ、また家族に関する必要な情報を収集・整理・分析し、ニーズを導き出す過程です。
- 利用者の思いやストレンクスを見極め、エンパワメントに向けて意欲をかきたたせる支持者としての役割と同時に、権利擁護者の役割を果たすことが重要です。

4. ケアマネジメントと介護支援専門員の役割

(3) 居宅サービス計画作成、サービス担当者会議における介護支援専門員の役割

- アセスメントで明らかになった複合的なニーズに対して具体的なサービスや支援を接合（リンケージ）し、チームを形成する役割が求められます。
- 介護支援専門員は利用者の権利擁護者、代弁者、チームリーダー、コーディネーター、推進者の役割を果たします。

4. ケアマネジメントと介護支援専門員の役割

(4) モニタリング、再アセスメントにおける介護支援専門員の役割

- 介護支援専門員はこの段階では、計画した居宅サービスが期初のねらい通りに提供されているか、利用者のニーズの実現に適ったサービス提供となっているか等を確認します。
- 加えて、利用者に不利益が生じていないか、どのような効果があらわれているか評価し、新たな課題の発見、居宅サービス計画の修正を目的として再アセスメントを行います。
- ここにおいても介護支援専門員は、支援者、権利擁護者、代弁者、評価者としての役割が要求されます。

運営基準に基づく介護支援専門員 の責務・業務

1. 運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務

- 運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務のポイントは以下の通りです。
 - 介護保険制度を実践する方法論としてケアマネジメントが制度の中に組み込まれており、基本理念やこの理念を実践する役割が介護支援専門員に課せられています。
 - 具体的には、中立・公平、尊厳の保持、自立支援、利用者本位、地域主義、総合性、チーム制、計画的・目標指向性、継続的支援といった考え方が重要視されています。
 - 法令で規定されている介護支援専門員の責務・業務を、利用者の個別性に対応してどのように実践することが法令を遵守することなのか具体的に考え、実践することが求められています。
 - 運営基準における責務は、業務実施の最低基準であり、未実施、未体制のものについては、事業者としての指定取り消しや報酬の減算につながる場合があります。

1. 運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務

(1) 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 (1/3)

- 「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」では、居宅介護支援において実施すべき事項が示されています。ここではまず第13条の2～16の抜粋を紹介します。

第13条 指定居宅介護支援の具体的取扱方針

- | | |
|---|---|
| 2 | 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。 |
| 3 | 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、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。 |
| 4 | 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、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。 |
| 5 | 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。 |
| 6 | 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。 |

(出典) 厚生労働省「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」

1. 運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務

(1) 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 (2/3)

第13条 指定居宅介護支援の具体的取扱方針

- | | |
|----|--|
| 7 | <ul style="list-style-type: none">介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。 |
| 8 | <ul style="list-style-type: none">介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。 |
| 9 | <ul style="list-style-type: none">介護支援専門員は、サービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。 |
| 10 | <ul style="list-style-type: none">介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。 |

(出典) 厚生労働省「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」

1. 運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務

(1) 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 (3/3)

第13条 指定居宅介護支援の具体的取扱方針

- | | |
|----|--|
| 11 | <ul style="list-style-type: none">介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。 |
| 12 | <ul style="list-style-type: none">介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。 |
| 13 | <ul style="list-style-type: none">介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。 |
| 14 | <ul style="list-style-type: none">介護支援専門員は、第十三号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
（イ） 少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。（ロ） 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。 |
| 15 | <ul style="list-style-type: none">介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。 |
| 16 | <ul style="list-style-type: none">第三号から第十二号までの規定は、第十三号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。 |

(出典) 厚生労働省「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」

自立支援の考え方とケアマネジメン トの役割

1. 自立と自律

- 「自立支援」の内容は以下の通りです。

「自立支援」
の捉え方

- 「自立支援」とは 高齢者が自らの意思にもとづき、よりよい生活（well-being）、生活の質（QOL）の向上を目指して、自ら選択し決定していくことを支えることです。自己選択、自己決定、利用者主体が伴います。
- 強制されたり、介入されたりすることなく、自ら律する「自律」（autonomy）も含まれます。

「自立支援」
を行う上での
ポイント

- 「自立」を支えるために、高齢者の尊厳〈その人らしさ〉や、価値観を理解し、よりよい生活を可能とする選択肢を分かりやすく説明することが前提となります。
- 意思表示、意思決定が難しい状態の場合は、介護支援専門員の役割として、信頼関係が構築されているか、提供した情報が理解されているか、意思決定を阻害している要因〈ストレス、家族関係等〉があるか検討します。
- 意思決定が不可能な場合は高齢者の立場に立って考えることができる代理人、代弁者がいるか検討します。

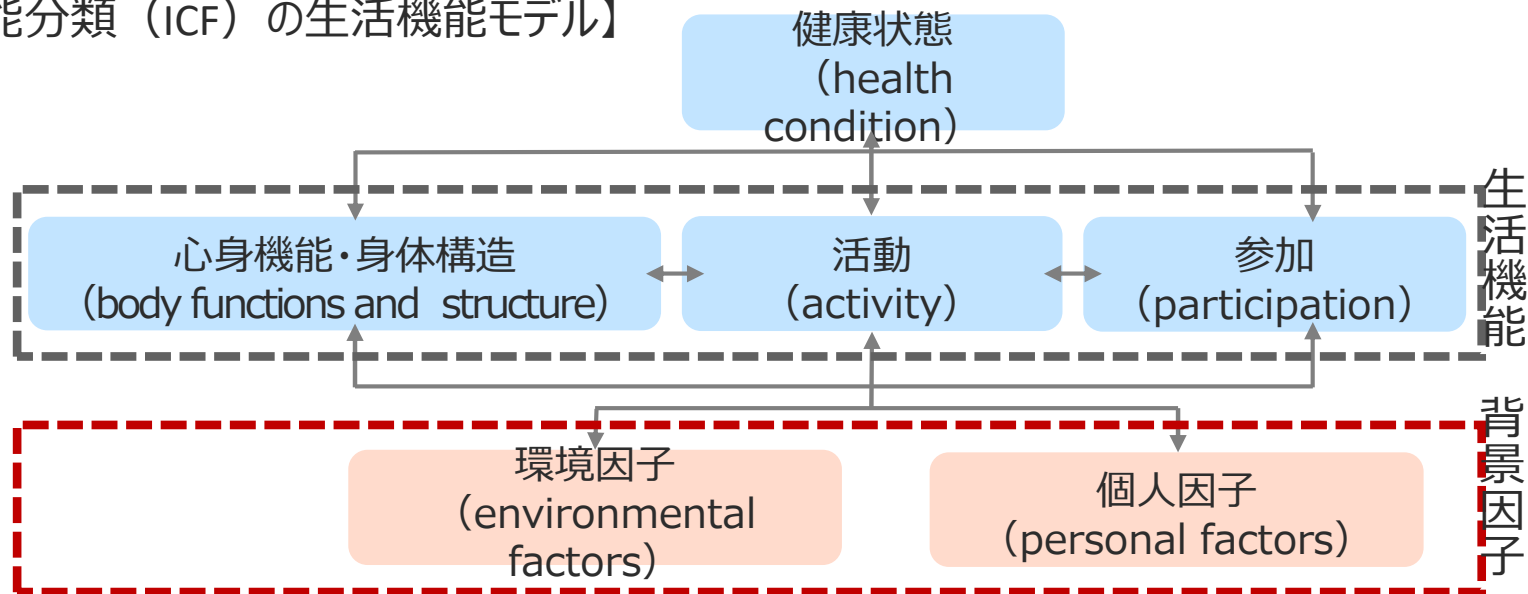
2. 改善・軽減、重度化防止、介護予防

- 要支援・要介護状態に至った高齢者自身も家族も、介護が必要な状態を改善したい、軽減したい、さらに悪化させたくないという考えは共通の願いです。
- この意向を尊重し、よりよい生活を目指す支援としては、要支援・要介護状態に至った原因や背景を分析し、阻害要因を取り除き、改善への促進策を検討しなければなりません。

3. ICFの視点

- よりよく生きる」ための考え方として、生活を全体として総合的に捉えるICF（国際生活機能分類）の考え方があり、援助する際の共通の考え方となっています。
- 「生活機能」を「心身機能・構造」「活動」「参加」の相互関係として捉え、生活機能に影響を与える因子として、健康状態、環境因子、個人因子を考えていきます。
- ICFの視点は介護支援専門員のみならず、他の専門職とチームを組む際の連携における認識や目標を共有する上で有効であるだけでなく、利用者の人間としての尊厳と自己決定を尊重するためにも必要な視点です。

【国際生活機能分類（ICF）の生活機能モデル】



(出典) 水谷信子監修 (2017) 「最新老年看護学第3版」日本介護協会出版会

4. 利用者の自立支援と家族との関係（1/2）

- 利用者の生活を支援する際に家族との関係を適切にアセスメントする必要があります。家族は生計を共にする生活の単位として考えられますが、実態は多様であり、独立した生活をしている場合もあれば、協力的な家族もあり、積極的に世話をしたり介護を行っていたりする場合もあります。
- 介護保険制度では、要介護認定も居宅サービス計画も個人単位ではありますが、利用者にとっては情緒的にも、心理的にも生計や経済等においても切り離せない関係にあり、家族もアセスメント、生活に対する意向の把握、モニタリングの対象となります。
- また就労している家族については仕事と介護の両立、就労継続の意思確認と個別の状況に応じた支援を行います。

【参考】指定居宅介護支援に係る運営基準並びに同解釈通知

「課題の把握に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない」「利用者及びその家族の生活に対する意向、（中略）を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない」「モニタリングに当たっては、利用者及びその家族（中略）との連絡を継続的に行うこととし（以下略）」と定められています。

4. 利用者の自立支援と家族との関係（2/2）

- 継続的に行われる家族の介護は居宅サービス計画に組み込まれています。介護者による介護意思、介護負担、介護内容等はアセスメントに関する「課題分析標準項目」となっています。
- 介護者の介護負担の軽減も含め、家族に対する適切な支援も利用者のニーズとなります。介護を担っている家族が自らの生活「就労や自己実現など」を犠牲にしているか、心身の健康状態は保持されているかを把握します。
- 特に働きながら介護を担っている家族の場合には、家族の就労の継続は重要な課題として捉えます。

5. 地域支援

- 地域支援のポイントは以下の通りです。
 - ケアマネジメントは、住み慣れた地域で、要支援・要介護状態になってもその人らしい生活が継続できるように支援することを基本理念としています。
 - 要介護状態になると、住み慣れた地域においても、孤立・孤独な状態に陥ることがあります。
 - したがって、ICFの視点にもあるように、自立支援においては「活動」や「参加」が重要です。ノーマライゼーションの考え方からも「共に生きる」地域社会の一員として支援していくことが大切です。
 - 「地域包括ケアシステム」が求められている中で、介護保険の給付対象となっているサービスの開始により、地域住民との関係が途切れてしまわないように留意する必要があります。
 - 要支援者に対する適切な支援のため、当該地域で行われている「介護予防・日常生活総合事業」の実施状況等について、把握しておく必要があります。

振り返り



【個人ワーク】
15分

- ここまで、「自立支援の為のケアマネジメントの基本」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ ケアマネジメントプロセスと各プロセスにおける機能
 - ✓ 自立支援の捉え方
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

終わりに

- 以上で本科目で予定された座学の内容は終了です。
- 理解が曖昧な部分は振り返りをして、確認テストを受けた後、演習の参加に備えてください。
- 演習終了後に科目のはじめに確認した修得目標が達成できたか振り返ってみましょう。
- なお、研修記録シートは演習終了後に作成してください。



※研修記録シートなど修了評価に係る事項、演習に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。



受講お疲れ様でした。