

## 科目別シラバス

### 生活支援の理念と介護における尊厳の理解

#### ア到達目標・評価の基準

行動目標	<p>1 尊厳を与えるための専門職としての意識を持った行動がとれる。</p> <p>2 利用者一人ひとりがその人らしい生活が継続できるよう、尊厳を支える介護を提供することができる。</p> <p>3 利用者の生活意欲を引き出し、自立支援や介護予防の視点で介護を提供することができる。</p> <p>4 学習した生活支援を目標に、創意工夫のある取り組みを行うことができる。</p> <p>5 市民としての権利と義務をもち、社会生活を送る主体として利用者をとらえ、適切に対応、支援することができる。</p>
修了時の評価ポイント	<p>1 - 1 生活とは何かを説明でき、多様な生活を支援する重要性について、事例に基づいて説明できる。 例：生活とは人によって違うこと、その人らしい生活を尊重すること、これまでの生活の継続の重要性など</p> <p>1 - 2 ノーマライゼーションの概念を、高齢者や障害者の事例に基づいて説明できる。</p> <p>1 - 3 QOLの意味を説明でき、高齢者や障害者の生活の事例に基づいて説明できる。 例：主体性の尊重、自己決定、生活の質の向上を目指すということ</p> <p>1 - 4 家族による介護と専門職による介護の違いを説明でき、専門職が介護することの意義を、事例に基づいて説明できる。 例：自立支援、介護予防の重要性、虐待防止、身体拘束の禁止</p> <p>1 - 5 介護の目指すものは何かを説明でき、具体的な例をあげ、そのなかに含まれている介護の専門性を事例に基づいて説明できる。 例：生命の維持を中心とした介護からその人らしい生活を支援する介護への転換、生活の場を建物内に限定せず全ての人に地域生活支援を行うこと、介護の原則、機能・役割等</p> <p>1 - 6 自立支援やICFの概念について、高齢者や障害者の事例に基づいて説明できる。</p> <p>1 - 7 すべての人に対する地域生活支援の意義、役割について概説することができる。</p> <p>1 - 8 高齢者や障害者が、地域で生活を継続するために、各種の保健・医療・福祉サービスや地域のインフォーマルなサービス・活動とのトータルなネットワークの重要性について概説できる。 例：公的サービスとしてのフォーマルサービス、ボランティアや近隣の人々などによるインフォーマルサービスについて</p> <p>1 - 9 高齢者や障害者の近隣の人々や地域の人々に対して、意識啓発が必要な場面や状況を具体的に説明でき、啓発の方法について説明できる。</p> <p>1 - 10 虐待の定義、身体拘束及びサービス利用者の尊厳、プライバシー等を傷つける介護を説明でき、対応策を説明できる。</p>

イ内容例

<p>指導の視点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人間観や人間像の理解に基づいた尊厳を支える介護・福祉について理解させる。</li> <li>・ 介護・福祉サービスを提供するにあたっての基本的視点の形成を促す。</li> </ul>
<p>内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人間理解と尊厳 人間理解の視点、豊かな人間観、多様な価値観、 老い、 尊厳、 死生観、 性</li> <li>・ 生活の考え方 生活の定義、 生活支援の考え方</li> <li>・ 福祉の支援の考え方 これまでの福祉の考え方の流れ、 ノーマライゼーション、 QOL、 家族介護から社会介護へ、 エンパワメント、 共生</li> <li>・ 介護の基本的な視点と意義 尊厳を支えるケア、 介護の定義、 介護職員の専門性、 健康かつ主体的・能動的な生活に向けた支援（自立支援、 尊厳の保持・自立支援のために保障すべきケアの水準）、 ICFの視点に基づく援助、 介護の専門性とチームケア</li> <li>・ 地域生活支援と保健・医療・福祉サービス及びインフォーマルな活動等とのトータルなネットワーク すべての人を対象とする地域生活支援、 地域アセスメント、 資源調整と啓発、 フォーマルサービスやインフォーマル活動等のトータルなネットワークの重要性</li> <li>・ 利用者の権利と尊厳 利用者の権利擁護・アドボカシー、 虐待の防止、 身体拘束の禁止</li> </ul>
<p>展開</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害があっても地域のなかでの望ましい暮らしを続けるために、 尊厳を支えるケアや生活支援のあり方・方法等について、 自分自身の生活に照らして考察できるように展開すること。</li> <li>・ 市民として社会生活を送る高齢者や障害者等へのインタビューなどを通して、 それぞれが歴史を重ね、 さまざまな社会関係を持ち、 主体的に暮らす市民であることが理解できるように展開すること。</li> <li>・ 介護職員へのインタビューなどを通して介護の意義や専門性、 働きがいなどを考察できるように展開すること。</li> <li>・ 虐待、 身体拘束がおきてしまう背景、 権利擁護のあり方などについて、 事例をもとに考察できるように展開すること。</li> </ul>

## 認知症の理解

### ア到達目標・評価の基準

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">行動目標</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 認知症の利用者がもつ生活機能を積極的に見出してその機能が発揮できるよう支援し、利用者の尊厳を保持する。</li> <li>2 認知症の医学的背景を理解した上で、介護の専門職として、認知症の利用者の行動、生活状況を的確に把握することができる。</li> <li>3 認知症の障害や特徴を踏まえ、認知症の利用者が構築している認知的世界を理解し、安定した状態で過ごせるように介護を提供できる。</li> <li>4 認知症の障害や行動を踏まえ、常に心身の状態の観察や行動を見守り、適切に対応することができる。</li> <li>5 認知症の利用者に対して生活上の不適切な制限を行わないよう、対応・配慮ができる。</li> <li>6 認知症利用者の家族の負担を理解し、適切に対応できる。</li> </ol>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">修了時の評価ポイント</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4 - 1 健康な高齢者の「物忘れ」と、認知症による記憶障害の違いについて説明できる。</li> <li>4 - 2 認知症の基本障害と二次的に発生している問題とみなされがちな行動等の基本的特性、及びそれに影響する要因について説明できる。</li> <li>4 - 3 認知症と間違えられやすい症状について説明できる。</li> <li>4 - 4 認知症の心理・行動の理解の考え方、ポイントについて説明できる。 例：「できなくなってしまった」とみなすのではなく、人間として役割や行動を行うことのできる存在であるとみなし、共感的に理解し、受け入れ、尊重する。二次的に発生している問題とみなされがちな行動等の多くは、そのような状況に置かれれば、人間として当然発生する行動等であること。他者に対する信頼感の向上に努めること。自信や現実感、生活感の向上に努めること等</li> <li>4 - 5 認知症の利用者への対応、および介護の原則について、事例に基づいて説明できる。また、若年性認知症の特徴についても、同様に説明できる。 例：本人の気持ちを推察する、プライドを傷つけない、成功感・達成感による自信を形成する、相手の世界に合わせる、説得しない、失敗しないような状況をつくる、閉じこめる等不当な制限を加えない等</li> <li>4 - 6 認知症の利用者の健康管理上の留意点、廃用性症候群予防について、事例に基づいて説明できる。</li> <li>4 - 7 認知症の利用者の生活環境の意義やそのあり方について、事例に基づいて説明できる。 例：生活習慣や生活様式の継続、なじみの空間、プライバシーの確保と団らんの場の確保等、地域を含めて生活環境とすること</li> <li>4 - 8 認知症の利用者とのコミュニケーション（言語、非言語）の原則、ポイントについて説明でき、具体的な関わり方（良い関わり方、悪い関わり方）を、事例に基づいて説明できる。 例：相手の構築している認知的世界を推察し、共感を伴った会話を進めること、現実を示して頭から否定しない、悪口を言わない、いい加減にあしらわない、ごまかさない、すべての援助行為がコミュニケーションであること、身体を通じたコミュニケーション、相手の様子、表情、視線、姿勢などから気持ちを洞察する。</li> <li>4 - 9 認知症の利用者への音楽療法、回想法、動作法、バリデーション、レクリエーション、アクティビティ等のねらい、内容、および生活場面での活用の視点について概説できる。</li> <li>4 - 10 認知症の利用者への音楽療法、回想法、動作法、バリデーション、レクリエーション、アクティビティ等の実技演習を経験している。</li> <li>4 - 11 認知症の利用者の基本的障害の典型的な事例について、対応の考え方や方法、ポイントなどについて、具体的に説明できる。</li> <li>4 - 12 認知症の利用者の問題とみなされがちな行動の典型的な事例について、対応の考え方や方法、ポイントなどについて、具体的に説明できる。</li> <li>4 - 13 認知症介護における医療・保健・福祉サービスとの連携の必要性および実際について、事例に基づいて説明できる。 例：主治医・保健師等との連携、地域福祉権利擁護事業・成年後見制度・消費者保護制度等の活用、地域のインフォーマルサービスの活用等</li> <li>4 - 14 家族の気持ちや、家族が受けやすいストレスについて説明でき、さらに専門家として、家族との関わり方、対応について、事例に基づいて説明できる。</li> </ol>

イ内容

<p>指導の視点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の病理や症状、治療について学ばせる。</li> <li>・認知症の利用者の支援の視点、介護の原則について学ばせる。</li> <li>・認知症の利用者への援助方法を学ばせる。</li> <li>・認知症の利用者の家族の立場を理解させる。</li> <li>・認知症を支える専門職の役割を学ばせる。</li> </ul>
<p>内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の医学的背景の理解 年齢相応の物忘れと疾患としての認知症の区別等、認知症の問題となる基本障害と行動、認知症を引き起こす原因疾病（脳血管性認知症、アルツハイマー病、ピック病、ヤコブ病など）、発生誘因、認知症とまちがえられやすい症状、若年性認知症</li> <li>・認知症の心理・行動の理解 認知症の心理・行動モデル、症状と障害の考え方、問題とみなされがちな行動のとらえ方と対応</li> <li>・認知症の利用者への支援・介護の考え方 介護の原則と観察（寄り添うケア、身体面・精神面・社会関係・服薬状況などを含む観察）、健康管理、廃用性症候群予防、生活環境、社会活動、コミュニケーション（言語的・非言語的コミュニケーション等）、音楽療法、回想法、動作法、パレード、レクリエーション、アクティビティ等、問題とみなされがちな行動と介護職員としてのとらえ方（せん妄、妄想、作話、帰宅願望、徘徊、昼夜逆転、不潔行為、興奮、大声・奇声、異食、自傷・他害、収集癖、性的問題行動等）</li> <li>・認知症介護における医療・保健・福祉、関係機関、地域資源との連携、および自立支援のための地域による支え合い</li> <li>・家族へのケア 家族の心理の共感的な理解、専門家としての関わり、対応の方法（疾病の理解、サービスの活用、家族のストレスケア、助言）</li> </ul>
<p>展開</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・視聴覚教材の活用、グループワークなどによって、認知症による生活上の障害を具体的なイメージをもって理解させるとともに、専門職としての支援の着眼点・関わりのあるあり方について具体的に考察できるよう展開すること</li> <li>・コミュニケーションや回想法等の実技演習、ケアプランの事例研究や模擬立案などによって、具体的な支援のあり方を考察できるよう展開すること。</li> <li>・介護者と同じ生活の状態を体験したり、介護を受けるなど、利用者の気持ちを理解できるよう展開すること。</li> <li>・コミュニケーションについては視聴覚教材の活用、ロールプレイなどをまじえて展開すること。苦情等の事例の検討をまじえて展開し、行為や言葉の裏側にある利用者の心情やニーズを踏まえた対応策を検討させること。</li> <li>・基本的な介護技術については、実技演習を行うとともに、各介護の基本やなぜその介護を行うのかをチェックリスト・ワークシート等を利用して振り返り、技術と知識を一体的に確認すること。</li> <li>・基本的な介護技術については、自立を支援する観点から、介護度の軽いほうから徐々に重度化していく順に支援・介助のあり方を学ばせること（単に最重度の全介助を要する利用者への介護技術だけを学ばせることがないように留意する）。</li> </ul>

介護におけるコミュニケーションと介護技術

到達目標・評価の基準

<p>行動目標</p>	<p>1 利用者の心身の状態やありのままの生活を理解し、介護過程に沿って尊厳を支える介護を展開できる。                  基本的な介護技術について、理論を踏まえた上で、それを応用して、自立支援の視点で介護を展開できる。                  心身機能の低下に沿った介護方法の事例や理論を踏まえた上で、それを応用して、自立支援の視点で介護を展開できる。                  介護予防の考え方と方法を理解し、利用者の状況に応じて実践できる。                  適切なコミュニケーションに基づく利用者との協働によって、介護を展開できる。</p> <p>2 福祉用具、住宅改修等についての知識を持ち、利用者の生活を支えるという視点から、チームの中で助言や提案ができる。</p>
<p>修了時の評価ポイント</p>	<p>5 - 1 介護の目標や目的について尊厳や自立支援、ICFの考え方を取り入れて説明できる。</p> <p>5 - 2 共感、受容、傾聴の態度、気づきなど、基本的なコミュニケーション上のポイントと技法について、事例に基づいて説明できる。</p> <p>5 - 3 言語、視覚、聴覚障害者とのコミュニケーション上の留意点について、事例に基づいて説明できる。</p> <p>5 - 4 高齢者、障害者（児）の心理的特徴について、社会面、身体面、精神面、知的能力面などの変化に着目して概説できる。                  例：退職による社会的立場の喪失感、運動機能の低下による無力感や羞恥心、感覚機能の低下によるストレスや疎外感、知的機能の低下による意欲の低下等</p> <p>5 - 5 「寄り添う」ケア、「黒子として支える」ケアと、必要なケアを行わない「放任」ケアの違いを説明できる。</p> <p>5 - 6 ターミナルにおける心理的な変化、死の受容について説明できる。</p> <p>5 - 7 障害の受容のプロセスについて概説でき、障害の受容プロセスを踏まえた介護職員としての対応の仕方、関係性の持ち方、心のケア等について、事例に基づいて説明できる。</p> <p>5 - 8 高齢者に多い障害の特性を理解し、基本的な介護方法（対応）を、事例に基づいて説明できる。</p> <p>5 - 9 要介護度の変化に沿った基本的な介護技術の原則（方法、留意点、その根拠等）について、事例に基づき説明でき、実際に実施できる。</p> <p>5 - 10 生活の中の介護予防、および介護予防プログラムによる機能低下の予防の考え方や方法について、事例に基づいて説明できる。</p> <p>5 - 11 利用者の心的安定と活性化を図る介護のあり方（なじみの関係・生活環境、地域に開かれたケア）について、概説できる。</p> <p>5 - 12 在宅の生活における福祉用具・住宅改修の意義について説明できる。主な福祉用具の種類をあげ、その活用法について説明できる。住宅改修の基本的な考え方や具体的方法、配慮点等について、高齢者の障害の種類や程度、行動特性などに着目して説明できる。</p>

イ内容

<p>指導の視点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護の考え方、視点を理解させる。</li> <li>・利用者とのコミュニケーション、心のケアのための、基礎的態度、技術を習得させる。</li> <li>・利用者を尊重し、個々人の尊厳を支えるケアの実際を学ばせる。</li> <li>・利用者の自立支援・地域生活支援の観点から、心身機能の低下プロセスに沿って、介護の意味と基本的介護技術を習得させる。</li> <li>・介護予防の考え方と方法を習得させる。</li> <li>・福祉用具、住宅改修の意義、活用法について理解させる。</li> </ul>
<p>内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護の考え方・視点 介護過程の理解、 I C F の考え方の理解</li> <li>・介護におけるコミュニケーションと信頼関係形成 他者理解と共感、受容、傾聴的態度、自己覚知、気づき、言語コミュニケーションと非言語コミュニケーション、言語、視覚、聴覚障害者とのコミュニケーション、アセスメントにつながるコミュニケーションのとり方、専門職としての効果的なアドバイス</li> <li>・高齢者、障害者（児）の理解と心のケア 高齢者、障害者（児）の心理の理解、高齢者、障害者（児）の人間関係、日常生活における心的安定と活性化の視点と技術、「寄り添う」ことの意義と実際、感情表現できるような働きかけ、利用者のペースや居場所の尊重など自立支援への配慮、治療的かわりの可能性、障害の受容の理解、ターミナル・死の受容の理解・基本的な介護技術の習得 歩行、移動、移乗、外出、睡眠、夜間のケア、食事、口腔ケア、排泄、入浴、衣服の着脱、整容、清潔（褥瘡の防止を含む）</li> <li>・介護予防の考え方と方法 生活の中の介護予防（心理的安定と活性化、身体機能の維持・向上等）、介護予防プログラム（閉じこもり予防、筋力向上、栄養改善、口腔ケア等）の基礎</li> <li>・福祉用具の活用と住宅改修による自立支援 生活環境の捉え方、在宅の生活と福祉用具・住宅改修の意義、福祉用具、住宅改修の基礎</li> </ul>
<p>展開</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護者と同じ生活の状態を体験したり、介護を受けるなど、利用者の気持ちを理解できるよう展開すること。</li> <li>・コミュニケーションについては視聴覚教材の活用、ロールプレイなどを交えて展開すること。苦情等の事例の検討を交えて展開し、行為や言葉の裏側にある利用者の心情やニーズを踏まえた対応策を検討させること。</li> <li>・基本的な介護技術については、実技演習を行うとともに、各介護の基本やなぜその介護を行うのかをチェックリスト・ワークシート等を利用して振り返り、技術と知識を一体的に確認すること。</li> <li>・基本的な介護技術については、自立を支援する観点から、介護度の軽いほうから徐々に重度化していく順に支援・介助のあり方を学ばせること（単に最重度の全介助を要する利用者への介護技術だけを学ばせることがないよう留意する）。</li> </ul>

医療及び看護を提供する者との連携

A到達目標・評価の基準

行動目標	<p>1 介護職員としての役割とその範囲を十分に踏まえた上で、医療・看護との連携の必要性を理解し、医療ニーズを持つ利用者に対して、チームの一員として適切な連携をとりながら介護を展開できる。</p> <p>2 医療ニーズを持つ利用者に対して、介護を行う上での留意事項や報告事項を理解し、適切な観察、および報告、記録ができる。</p> <p>3 非医行為の範囲について理解し、現場で適切な緊急時対応および応急処置を実践できる。</p> <p>4 ターミナルケアについて、本人・家族への説明と理解を得るなど、チームの一員として対応することができる。</p>
修了時の評価ポイント	<p>7 - 1 医療・看護との連携の必要性について説明でき、その具体的な連携のとり方、および介護職員の役割について、事例に基づいて説明できる。</p> <p>7 - 2 非医行為の範囲について具体的に説明できる。</p> <p>7 - 3 訪問看護の制度、援助内容について説明できる。</p> <p>7 - 4 医療機器、医療用具の使用目的や利用者の生活上の留意点について概説できる。</p> <p>7 - 5 主な薬の種類と効能、主な注意事項（服用方法、保管方法など）について概説できる。</p> <p>7 - 6 褥そうの要因について概説でき、褥そう予防・悪化予防における介護職の役割と医療職との連携について説明できる。</p> <p>7 - 7 リハビリテーション医療の理念、目的、体系について説明できる。</p> <p>7 - 8 リハビリテーション医療の過程（急性期、回復期、維持期）ごとの特徴、リハビリテーションのあり方について、概説できる。</p> <p>7 - 9 リハビリテーションチームを構成する職種とそれぞれの役割、連携のしかたについて、事例に基づいて説明できる。</p> <p>7 - 10 緊急時にとるべき行動、応急処置の方法や留意点等について、事例に基づいて説明できる。</p> <p>7 - 11 ターミナルケアの考え方、対応のしかた・留意点、本人・家族への説明と理解、ならびに介護職員の役割や他の職種との連携（ボランティアを含む）について、事例に基づいて説明できる。</p>

イ内容

指導の視点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療・看護との連携の必要性とチームの一員としての介護職員の役割を理解させる。</li> <li>・介護職員がふれる機会の多い医療機器や薬、リハビリテーション医療等に関する基礎知識を習得させる。</li> <li>・医療ニーズを持つ利用者に対して、医療・看護との連携の下で行う介護技術を習得させる。</li> <li>・ターミナルケアへの対応について理解させる。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療・看護との連携の基礎的理解             <ul style="list-style-type: none"> <li>医療、看護との連携の必要性の理解と方法、非医行為の範囲と対応の基礎</li> </ul> </li> <li>・訪問看護の基礎的な理解             <ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護制度、訪問看護の援助内容、在宅医療・在宅看護の進展</li> </ul> </li> <li>・医療機器、医療用具、薬の基礎的理解             <ul style="list-style-type: none"> <li>胃瘻、腸瘻、鼻腔栄養、中心静脈栄養、点滴、吸入、吸引、人工呼吸器、在宅酸素、浣腸、摘便、人工肛門、人口膀胱、薬（種類と服用方法、副作用とリスク、多剤併用での相互作用）</li> </ul> </li> <li>・褥そう予防に関する基礎的な理解             <ul style="list-style-type: none"> <li>要求と発生機序、介護職が行う褥そう予防・悪化の防止、医療職が行う褥そうの治療・処置</li> </ul> </li> <li>・リハビリテーション医療の基礎的理解             <ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションの理念、基礎、リハビリテーション医療の過程（急性期、回復期、維持期）とリハビリテーションマネジメント、脳卒中モデル、廃用性症候群モデル、リハビリテーションチーム職種との連携</li> </ul> </li> <li>・緊急時の対応方法             <ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時における連絡・連携と介護職員の役割</li> </ul> </li> <li>・ターミナルケアの対応             <ul style="list-style-type: none"> <li>ターミナルケアの条件と介護職員の役割</li> </ul> </li> </ul>
展開	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療・看護との連携については、事例から実際の対応方法や留意点、介護職員としての役割とその範囲（提案や調整等を含む）等について考察すること。</li> <li>・視聴覚教材の活用、在宅や介護施設で用いられる頻度の高い機器や用具の活用などによって、具体的なイメージをもって理解できるよう展開すること。</li> <li>・主な応急処置を実技で模擬経験すること。</li> </ul>

介護における社会福祉援助技術

ア到達目標・評価の基準

行動目標	<p>1 利用者・家族のニーズや心情をくみ取り、その主体性を引き出すことができる。</p> <p>2 チームの一員として、社会資源との連携・活用をしつつ、利用者・家族に対して働きかけや関わりを持つことができる。</p> <p>3 利用者・家族のニーズを把握し、社会資源に適切につなげるために、チームの中で提案をすることができる。</p>
修了時の評価ポイント	<p>8 - 1 介護におけるソーシャルワークの重要性と、介護職員としてもつべき視点について説明できる。</p> <p>8 - 2 「バイスティックの7原則」について概説でき、実際の介護場面において、「バイスティックの7原則」が活かされる状況について、具体例をあげて説明できる。</p> <p>8 - 3 家族が抱きやすい心理や葛藤について概説でき、それに応じた適切なコミュニケーションや働きかけについて、事例に基づいて説明できる。</p> <p>8 - 4 利用者の生活の場（施設、居宅）に応じて、利用者の生活空間を地域に広げるための具体的な方法やその際の留意点について、説明できる。</p> <p>8 - 5 困難事例において、具体的な利用者や場面を設定して、様々な角度から、その対応方法について説明できる。</p> <p>8 - 6 利用者の代行的な援助ではなく、動機づけやエンパワメント、社会資源の活用等により、自立支援を行う方法について、具体的な利用者や場面を設定して、説明できる。</p> <p>8 - 7 虐待、消費者被害等が疑われる典型的な徴候・場面などについて説明できるとともに、虐待、消費者被害等が疑われる場合の原則的な対応の考え方を説明できる。</p>

イ内容

指導の視点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護において求められるソーシャルワークについて、理念を理解し実践的援助技術を習得させる。</li> <li>・地域を含めた生活環境づくりの視点と方法を理解させる。</li> <li>・困難事例等への対応において、チームケアの一員として、どのような役割を果たすべきか考え、連携の具体的方法を学ばせる。</li> <li>・利用者家族とのコミュニケーション技術、家族支援の具体的方法を学ばせる。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護におけるソーシャルワークの基礎的理解 介護におけるソーシャルワークの必要性、 ソーシャルワークの目的と内容、 ソーシャルワークの展開（ケースワーク、グループワーク、コミュニティワーク）</li> <li>・介護における相談援助技術の習得 相談援助とバイスティックの7原則、 高齢者、障害者（児）の家族支援、 高齢者、障害者（児）の家族の心理の理解</li> <li>・地域に根ざした包括的なケアの必要性 地域生活を支える総合的な在宅ケアシステム（24時間・365日の地域生活の支援、利用者・家族のニーズと地域密着型サービス等各種サービス・機関の連携）、 各種社会資源・インフォーマルサービスの活用・開発（市民活動・NPO、生協、農協等）、 事業者間連携、 施設から在宅へのサービス展開</li> <li>・地域生活支援の実際 利用者の生活空間を地域に広げる視点、 利用者のインフォーマルなつながりの重要性、 近隣への依頼・連携の方法、 地域環境を生かしたケアの実際（地域との交流、外出プログラム等）、 地域資源とのネットワークづくり</li> <li>・困難事例に対する援助活動の展開 サービス拒否、多問題ケース、家族とのトラブル、 不適正事例</li> <li>・虐待防止、消費者被害、権利擁護への対応 介護サービスを通じての問題発見、 問題が疑われる場合の対応、 相談機関等との連携、エンパワメント、アドボケイト</li> </ul>
展開	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事例やビデオ教材などを用いて具体的な利用者像を想定し、ソーシャルワーク技術を活用した具体的な援助方法、介護職員の役割等について討議し、ロールプレイなどを行うこと。</li> </ul>

生活支援のためのアセスメントと計画

ア到達目標・評価の基準

<p>行動目標</p>	<p>1 アセスメント、ケアプラン作成、各サービス計画の関係や流れを理解し、生活全体を支援するという観点から、どのような援助が必要かを考えることができる。</p> <p>2 適切なアセスメント、モニタリング、カンファレンスを行うために、基本的な観察、記録、情報伝達を行うことができる。</p>
<p>修了時の評価ポイント</p>	<p>9 - 1 「生活全体をアセスメントする」ことやニーズの把握の仕方について、事例に基づいて説明できる。</p> <p>9 - 2 生活の活性化やQOLの向上につながる生活プラン、ケアプラン、サービス計画作成の重要性、および関係を説明できる。 介護目標の明確化 ICFの視点 重度化の予防 サービスの効果測定、評価が可能となる 生活プランが欠如することの問題</p> <p>9 - 3 ケアマネジメントのプロセスとケアプランの内容、作成手順について、説明できる。</p> <p>9 - 4 アセスメントの意義、目的、留意点について説明できる。 利用者・家族の主体的参加 科学的な視点 生活全般で捉える 生活ニーズの明確化 優先順位の確定・アセスメントの継続</p> <p>9 - 5 地域との繋がりやフォーマルサービス、インフォーマルサービスなどの社会資源の活用をケアプランに反映することの意義と、その視点、方法について説明できる。</p> <p>9 - 6 ICFの視点を生かしたケアプランの作成ポイント、ツールの使い方、既存ツールへの応用のしかた等について、事例に基づいて説明できる。</p> <p>9 - 7 各サービス計画（訪問介護計画、通所介護計画等）の位置づけ、意義、および作成手順について、説明できる。</p> <p>9 - 8 サービス担当者会議やケアカンファレンスの意義について説明できる。</p> <p>9 - 9 アセスメント、モニタリング、カンファレンスをする上での、コミュニケーション、観察・記録の重要性およびポイントについて、事例に基づいて説明できる。</p> <p>9 - 10 ケアプラン等に基づいたサービスの流れにおける、介護職員の役割、および事業所、職種間の連携のあり方について、事例に基づいて説明できる。</p> <p>9 - 11 地域生活支援のための地域環境等のアセスメント、家族への説明等の視点・方法・留意点について説明できる。</p>

イ内容

<p>指導の視点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「ケアプラン」のアセスメント、作成方法を学び、生活全体をプランする「生活プラン」について学ばせる。</li> <li>・アセスメントからケアプラン作成の流れと居宅サービス計画（在宅の場合個別サービス計画（訪問介護計画等））との関係を理解させる。</li> <li>・ケアプランに基づいたサービスの流れと、事業所と職種間の連携について理解させる。</li> </ul>
<p>内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活プランの考え方 生活全体のアセスメント、生活全体のプランニング支援、生活プランとケアプラン</li> <li>・ケアプランとサービス計画の内容・機能 施設ケアプランと居宅ケアプランの内容、居宅・施設サービス計画・各サービス計画（訪問介護計画、通所介護計画等）とサービスの関係</li> <li>・ケアプランとサービス計画の作成手順 アセスメントとニーズの把握、居宅ケアプランの作成、ICFに基づくアセスメントや実践への展開、各サービス計画（訪問介護計画、通所介護計画等）の作成</li> <li>・ケアプラン・サービス計画とサービス提供の実際 ケアプラン・サービス計画に基づいたモニタリングと記録、介護職員のアセスメントと連携、ケアプラン・サービス計画の見直し</li> <li>・地域生活支援のための地域環境のアセスメント技術と留意点 利用者の希望を把握・推測するための視点・方法、利用者のインフォーマルなつながりの把握の視点・方法、外出支援のプログラム等における安全への配慮の視点・方法、地域生活支援の際の利用者・家族への説明・同意・契約</li> </ul>

展 開	<ul style="list-style-type: none"><li>・事例などを用いて具体的な利用者像を想定し、情報収集、アセスメント、ケアプラン・サービス計画策定などの演習を行うこと。</li><li>・一つの事例に対する複数のケアプランを比較検討するなど、生活全体を支援するという考え方からどのようなプランが求められるのかを考察できるよう展開すること。</li></ul>
--------	--