

介護支援専門員実務研修 各科目のガイドライン

【目次構成】

前期:介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント.....	2
前期:自立支援のためのケアマネジメントの基本.....	5
前期:相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎.....	8
前期:人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理.....	10
前期:利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意.....	12
前期:ケアマネジメントのプロセス.....	14
前期:受付及び相談並びに契約.....	16
前期:アセスメント及びニーズ把握の方法.....	18
前期:居宅サービス計画等の作成.....	20
前期:サービス担当者会議の意義及び進め方.....	23
前期:モニタリング及び評価.....	25
前期:介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント).....	27
前期:地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの深化及び地域の社会資源.....	29
前期:生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義.....	32
前期:ケアマネジメントに係る法令等の理解.....	34
前期:実習オリエンテーション.....	36
前期:ケアマネジメントの基礎技術に関する実習.....	38
後期:実習振り返り.....	40
後期:ケアマネジメントの展開:生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント.....	42
後期:ケアマネジメントの展開:脳血管疾患のある方のケアマネジメント.....	45
後期:ケアマネジメントの展開:認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント.....	48
後期:ケアマネジメントの展開:大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント.....	51
後期:ケアマネジメントの展開:心疾患のある方のケアマネジメント.....	54
後期:ケアマネジメントの展開:誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント.....	57
後期:ケアマネジメントの展開:高齢者に多い疾患等(糖尿病、高血圧、脂質異常症、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病、筋骨格系疾患、廃用症候群等)の留意点の理解.....	59
後期:ケアマネジメントの展開:看取りに関する事例.....	61
後期:ケアマネジメントの展開:地域共生社会の実現に向け他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント.....	63
後期:アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習.....	66
後期:研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り.....	68

前期:介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント

前期	介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	講義 3時間
-----------	-------------------------------	-------------------

1. 目的

介護保険制度創設の背景や基本理念等を理解するとともに、地域包括ケアシステムの構築取組の現状を理解する。

また、介護保険制度における利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの役割を理解し、地域包括ケアシステムにおける介護支援専門員の役割を認識する。

2. 概要

- ・ 介護保険制度の基本理念を理解し、介護保険制度における利用者の尊厳の保持、自立支援に資するケアマネジメントの役割、ケアマネジメントを担う介護支援専門員に求められる機能や役割に関する講義を行う。
- ・ 介護保険制度の現状と地域包括ケアシステムが求められる背景とその考え方、構築に向けた取組状況に関する講義を行う。
- ・ 介護サービスの利用手続き（要介護認定等に関する基本的な視点と概要）、居宅サービス計画等の作成、保険給付及び給付管理等の仕組みといった一連の関係性についての講義を行う。

3. 修得目標

- ① 介護保険制度創設の背景や基本理念について説明できる。
- ② 地域包括ケアシステムが求められる背景とその考え方について説明できる。
- ③ 地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現に向けた自らの地域における取組状況（関連する法制度や事業等の動向等）について述べることができる。
- ④ 介護保険制度におけるケアマネジメントの役割や機能について説明できる。
- ⑤ 介護サービスの利用手続き（要介護認定等に関する基本的な視点と概要）を述べることができる。
- ⑥ 居宅サービス計画等の作成の目的と留意点を述べることができる。
- ⑦ 保険給付及び給付管理等の仕組みを述べることができる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

●介護保険制度の理念と現状

- ・ 介護保険制度創設のねらい
 - 介護保険制度創設に至った社会背景、社会保険方式の意義
- ・ 介護保険制度の基本理念
 - 利用者本位および尊厳の保持、自己決定、自立支援
- ・ 近年の制度改正のポイント
 - 2005年：予防重視型システムの確立、施設給付の見直し、地域密着型サービス・地域包括支援センターの創設などの新たなサービス体系の確立
 - 2011年：定期巡回・随時対応型訪問介護看護・看護小規模多機能型居宅介護の創設、介護予防・日常生活支援総合事業の導入
 - 2014年：地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化、新たな基金の創設と医療・介護の連携強化
 - 2017年：地域共生社会の実現に向けた取組の推進、現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し

- 2020年：市町村の包括的な支援体制の構築、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

- ・ 科学的介護の推進
 - LIFE（科学的介護情報システム）
- ・ 介護現場における生産性向上、ICTの利活用
 - ICT導入支援、ケアプランデータ連携システム
- ・ 家族等の支援に関連する制度政策や事業等の動向
 - 「仕事と介護の両立支援カリキュラム」の活用

<参考資料>

- ◇ 厚生労働省 HP「ケアマネジャー研修 仕事と介護の両立支援カリキュラム」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/ryouritsu/kaigo.html

● ケアマネジメントの基本理念・意義

- ・ 利用者の尊厳の保持、自己決定の支援と権利擁護、公平性・中立性の確保、自立支援、チームアプローチ、社会資源の適切な活用、ニーズの優先、秘密保持、信頼関係の構築、家族支援、専門職の責務

● 介護保険制度におけるケアマネジメント

- ・ 居宅介護支援の定義と実施事項
 - 居宅介護支援の定義、運営基準
- ・ 介護保険制度における給付管理までのプロセス
 - 介入（情報提供、苦情対応、事故対応等）、要支援・要介護認定、ケアマネジメントプロセス（インタビュー、アセスメント、プランニング、サービス担当者会議、モニタリング、評価、終結及びフォローアップ）、保険給付及び給付管理
- ・ 居宅サービス計画及び施設サービス計画作成の目的
 - 生活課題の明確化、生活課題とサービス計画における支援目標との整合性、課題解決に資する手段の選択、利用者の選択の尊重、サービス担当者会議、説明と同意
- ・ 介護報酬に関する基本的な考え方と給付管理
 - 介護報酬の基本構成、支給限度額管理、サービス種類相互の算定関係

● 地域包括ケアシステム

- ・ 地域包括ケアシステムの基本的な考え方
 - 地域包括ケアシステムが求められる背景、基本理念
- ・ 関連する法制度等
 - 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律52号）、高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実
- ・ 取組事例
 - 地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み事例

5. 研修展開上の留意点

- ・ 介護保険制度創設の背景や基本理念について確認するとともに、制度改正のポイントについて理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 地域包括ケアシステムが求められる背景とその考え方について確認するとともに、地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現に向けた取組状況について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 介護保険制度におけるケアマネジメントの役割や機能について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 一連の介護サービスの利用手続きについて確認するとともに、居宅サービス計画等の作成の目的と留意点、保険給付及び給付管理等の仕組みについて理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行

う。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。

【介護保険制度の理念と現状】

- 最新の法制度改正に関する事項

【地域包括ケアシステム】

- 地域における地域包括ケアシステムの現状・課題に関する事項

【地域共生社会】

- 地域における地域共生社会の実現に向けた取組の現状・課題に関する事項

前期：自立支援のためのケアマネジメントの基本

前期	自立支援のためのケアマネジメントの基本	講義・演習 6時間
-----------	----------------------------	----------------------

1. 目的

利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの視点を理解する。

また、利用者が住み慣れた地域で主体的な生活を送ることができるように支援することの重要性を理解するとともに、在宅生活を支援する上で、家族に対する支援の重要性を理解する。

2. 概要

- ・ 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し、ケアマネジメントの中心的な役割を担う立場であることを認識するための講義を行う。
- ・ 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を理解する。
- ・ インフォーマルサービスも活用したケアマネジメントを理解する。
- ・ 利用者を支援する上で、家族を取り巻く環境に留意し、ヤングケアラーや仕事と介護の両立支援を含む家族に対する支援の重要性や目的、関連する支援施策の動向、介護支援専門員に求められる役割について理解する。
- ・ 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（介護予防ケアマネジメント）の基本的な考え方やプロセスを理解するための講義を行う。
- ・ 質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供に向けた現状の取組及び課題についての講義を行う。

3. 修得目標

- ① ケアマネジメントの成り立ちや機能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 自立支援の考え方や自立支援のためのケアマネジメントの必要性について説明できる。
- ④ インフォーマルサービス等も含めた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。
- ⑤ 家族等に対する支援の重要性や支援における介護支援専門員の役割について説明できる。
- ⑥ 家族等の支援に関連する法制度や事業等の動向について述べることができる。
- ⑦ 介護予防ケアマネジメントの意義や目的、対象者について説明できる。
- ⑧ 介護予防ケアマネジメントの流れとケアマネジメントプロセスについて述べることができる。
- ⑨ 「科学的介護情報システム（LIFE）」をはじめとした、各種データやITをケアマネジメントプロセスに活用することの意義や目的について説明できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

●ケアマネジメントの成り立ちや機能の理解

- ・ ケアマネジメント誕生の背景
 - 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、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」

- ・ ケアマネジメントが求められる背景
 - 介護保険制度創設の目的、介護保険制度におけるケアマネジメント機能
- ・ ケアマネジメントに求められる多様な機能
 - 相談援助を通じたニーズの形成、アセスメント、エンパワメントに向けた社会資源の編成、ソーシャルネットワーク、モニタリングと評価、社会保険制度におけるコスト管理・財源調整等
- ・ ケアマネジメントと介護支援専門員の役割
- 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く介護支援専門員の責務・業務
- ・ 指定居宅介護支援の基本方針、人員基準、運営基準
- 自立支援の考え方とケアマネジメントの役割
- ・ 自立支援の基本的な考え方
 - 自立支援、自律と自立、意思決定過程の支援における介護支援専門員の役割、改善・軽減、重度化防止、介護予防、地域支援
- ・ 生活全体を総合的に捉える視点
 - ICF（国際生活機能分類）、活動と参加の重要性、ノーマライゼーション、地域資源
- ・ 家族との関係
 - 家族との関係のアセスメント、仕事と介護の両立、利用者の権利擁護
- ・ 根拠に基づくケアマネジメントの展開
 - 適切なケアマネジメント手法、科学的介護情報システム（LIFE）
- 家族等に対する支援の必要性や支援における介護支援専門員の役割や留意事項の理解
- ・ 家族等に対する支援の重要性
- ・ 仕事と介護の両立支援の必要性
- ・ ヤングケアラーへの支援の必要性
- ＜参考資料＞
- ◇ 厚生労働省 HP「ヤングケアラーについて」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/young-carer.html>
 - ※同ページ下部「ヤングケアラーに関する調査研究事業（外部サイト）」⇒「多機関連携によるヤングケアラーへの支援の在り方に関する調査研究（有限責任監査法人トーマツ）」⇒「多機関・多職種連携によるヤングケアラー支援マニュアル～ケアを担う子どもを地域で支えるために～」
- ・ 家族等の支援に関連する法制度や事業等の動向
 - 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）
 - 「仕事と介護の両立支援カリキュラム」の活用
 - 介護休業・介護休暇を活用する際のポイント（仕事と介護を両立させる体制を整えるための準備期間）
- ＜参考資料＞
- ◇ 厚生労働省 HP「ケアマネジャー研修 仕事と介護の両立支援カリキュラム」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/ryouritsu/kaigo.html
- ◇ 厚生労働省 HP「市町村・地域包括支援センターにおける家族介護者支援マニュアル」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000307003.pdf>
 - ※「労働施策や地域資源等と連携した市町村、地域包括支援センターにおける家族介護者支援取組ポイント」（令和2年度老人保健健康増進等事業 介護・労働施策等の活用による家族介護者支援に関する調査研究事業 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社実施）も参照のこと
- 介護予防ケアマネジメントの意義や基本的なプロセス等の理解
- ・ 介護予防ケアマネジメントの意義・目的
 - 介護予防の考え方、介護予防事業に関する制度上の位置づけ・関連法等
- ・ 介護予防ケアマネジメントの対象者
 - 対象者の種類、対象者の把握・決定の流れ

- ・ 介護予防ケアマネジメントの流れとケアマネジメントプロセス
 - 介護予防ケアマネジメントの流れ、介護予防ケアマネジメントのプロセス
- ・ 介護予防支援事業者と関係機関・関係者との連携
 - 指定居宅介護支援事業者、保険者・介護予防サービス事業者・かかりつけ医等との連携、インフォーマルサービスとの連携
- 各種データや IT のケアマネジメントプロセスへの活用に関する理解
 - ・ 「科学的介護情報システム (LIFE)」に関する制度政策、加算の動向
 - ・ 「科学的介護情報システム (LIFE)」の意義、目的、活用イメージ
 - ・ 「科学的介護情報システム (LIFE)」に入力するデータ項目
 - ・ その他の各種データや IT のケアマネジメントプロセスへの活用の視点

5. 研修展開上の留意点

- ・ ケアマネジメントの成り立ちや機能について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 自立支援の考え方や自立支援のためのケアマネジメントの必要性について確認するとともに、インフォーマルサービス等も含めた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理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 家族等に対する支援の重要性や支援における介護支援専門員の役割について確認するとともに、家族の支援に関連する法制度や事業等の動向について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 介護予防ケアマネジメントの意義や目的、対象者について確認するとともに、介護予防ケアマネジメントの流れとケアマネジメントプロセスについて理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 科学的介護情報システム (LIFE) をはじめとした、各種データや IT をケアマネジメントプロセスに活用することの意義や目的について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 【運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務】
 - 最新の運営基準等の改正に関する事項
 - 【自立支援の考え方とケアマネジメントの役割】
 - 地域における高齢者の自立支援の実現に向けた社会資源や取組の現状・課題に関する事項
 - 【家族等に対する支援】
 - ヤングケアラーや 8050 問題に関する事項
 - 仕事と介護の両立支援に関する事項
 - 【介護予防ケアマネジメント】
 - 介護予防ケアマネジメント業務の実践に関する事項
 - 介護予防ケアマネジメント業務の実践における関係機関・関係者との連携に関する事項

前期:相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎

前期	相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎	講義・演習 4時間
-----------	------------------------------------	----------------------

1. 目的

ケアマネジメントにおける相談援助の専門性を理解し、直接援助職から相談援助職への視座の転換を行う。また、利用者のニーズを把握する上で、利用者を多面的に捉える視点の必要性を理解し、利用者の自立支援に向けた相談援助技術を修得する。

2. 概要

- ・ 直接援助を行う職種と相談援助を行う職種の各々の役割や視点の違いを認識することにより、相談援助の職種における専門性を理解する為の講義を行う。
- ・ 相談援助を行う上での留意点として、感情移入することなく自己を客観視することの重要性とそのための方法等に関する講義を行う。
- ・ 利用者のニーズを把握する上で、利用者を多面的に捉える視点(身体的・心理的状況、生活環境、社会参加状況等)について理解する。
- ・ 相談援助に係る基本的な技法を理解する。

3. 修得目標

- ① 直接援助を行う職種と相談援助を行う職種との役割や視点の違いについて説明できる。
- ② 相談援助を行う職種の基本姿勢について説明できる。
- ③ 相談援助を行う上での留意点について説明できる。
- ④ 利用者を多面的に捉える視点の重要性について説明できる。
- ⑤ 相談援助を行う上で自己を客観視することの重要性について説明できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 相談援助の専門性の理解
 - ・ 相談援助の基本姿勢
 - 社会福祉援助技術の全体構造、直接援助技術、間接援助技術、関連援助技術の関連性とケアマネジメントの位置づけ
 - チームアプローチ、ソーシャルワーク
 - ・ 相談援助における基本的な考え方
 - 相談援助の目的、バイステックの7原則、生活課題の客観的な把握、顕在的・潜在的ニーズや意欲の抽出、生活の見通しの作成、リスクマネジメント
- 利用者を多面的に捉える視点の必要性の理解
 - ・ 利用者個人の理解
 - ・ 利用者の生活の理解
 - ・ 生活者としての利用者の理解
- あるべき介護支援専門員の姿の理解
 - ・ 自己の客観視の重要性と方法
 - ・ 自分自身の振り返り、得意不得意等の把握
 - ・ あるべき介護支援専門員の姿の検討
 - どのような介護支援専門員を目指すのか

●ケアマネジメントにおける相談援助技術の理解

- ・ 利用者を生活者として捉える視点
- ・ コミュニケーション技術
 - 初回面接場面での演習を通じたトレーニング

5. 研修展開上の留意点

- ・ 直接援助を行う職種と相談援助を行う職種との役割や視点の違いについて確認するとともに、相談援助を行う職種の基本姿勢や相談援助を行う上での留意点について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 利用者を多面的に捉える視点の重要性や相談援助を行う上で自己を客観視することの重要性について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 地域における相談援助職の取組の現状・課題に関する事項
 - 信頼関係を築くためのコミュニケーション技法に関する事項
 - 生活課題を把握するためのソーシャルワーク技術に関する事項

前期:人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理

前期	人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理	講義 3時間
-----------	---------------------------------	-------------------

1. 目的

人権と尊厳を支える専門職に求められる姿勢を認識する。
また、介護支援専門員としての職業倫理を理解するとともに、日常業務で直面する倫理的課題等を認識する。

2. 概要

- ・ 介護支援専門員が備えるべき、利用者本位、自立支援、公正中立、権利擁護、守秘義務、利用者のニーズの代弁等の倫理に関する講義を行う。
- ・ 人権の概念、利用者の尊厳の保持、介護支援専門員の倫理綱領、倫理原則、成年後見制度等に関する講義を行う。
- ・ 認知症、身寄りのない高齢者、看取りのケース等における意思決定支援の必要性や意思決定に向けた支援プロセスに関する講義を行う。ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的な課題とその課題に向き合うことの重要性を理解するための講義を行う。

3. 修得目標

- ① 人権と尊厳を支える専門職として求められる姿勢について説明できる。
- ② ケアマネジメントを実践する上での介護支援専門員としての倫理原則について説明できる。
- ③ 日常業務において起こりうる倫理的課題に対し向き合うことの重要性について説明できる。
- ④ 高齢者の人権や尊厳を守るための制度の内容や利用方法について説明できる。
- ⑤ 高齢者の意思決定支援の必要性や基本的なプロセスについて説明することができる。
- ⑥ (先輩や上司の指導を受けながら、) 介護支援専門員としての倫理原則に基づいた、ケアマネジメントプロセスの実施ができる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 介護支援専門員の基本姿勢の理解
 - ・ 介護支援専門員の基本倫理
 - 基本的人権の尊重、尊厳の保持、主体性の尊重、個性の重視、利用者本位の支援、公正中立、守秘義務
 - ・ 倫理綱領
 - 一般社団法人日本介護支援専門員協会が定める倫理綱領
 - ・ ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的課題とその課題に向き合う重要性
- 利用者の権利擁護と成年後見制度等
 - ・ 利用者の権利擁護
 - ・ 苦情処理
 - 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 26 条、組織的な対応の必要性
 - ・ 虐待対応
 - 高齢者虐待防止法、虐待となる行為、地域包括支援センター等への通報の義務、連携の必要性
 - ・ 成年後見制度

- 制度の基本理念、制度の対象、ケアマネジメントプロセスにおける連携
 - ・ 日常生活自立支援事業
 - 制度の基本理念、制度の対象、ケアマネジメントプロセスにおける連携
 - 高齢者の意思決定支援の必要性や基本的なプロセス等の理解
 - ・ 意思決定支援の必要性
 - ・ 意思決定支援のプロセス
 - ・ 意思決定支援に関する各種ガイドライン
 - 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン、身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
- ＜参考資料＞
- ◇ 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html>
 - ◇ 身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/miyorinonaihitohenotaio_u.html
 - ◇ 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
 - ◇ 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
 - ・ 看取りにおける意思決定支援の視点
 - 意思決定支援の必要性の判断、意思決定支援体制の構築、ACP の理解
 - ・ 家族介護者の支援に関するガイドライン
 - 市町村・地域包括支援センターによる家族介護者支援マニュアル

5. 研修展開上の留意点

- ・ 人権と尊厳を支える専門職として求められる姿勢について確認するとともに、ケアマネジメントを実践する専門職としての倫理原則、生じやすい倫理課題について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 高齢者の人権や尊厳を守るための制度の内容や利用方法について確認するとともに、高齢者の意思決定支援の必要性や基本的なプロセスについて理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 介護支援専門員としての倫理原則に基づいた、ケアマネジメントプロセスを実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 地域における利用者の権利擁護等の取組の現状・課題に関する事項
 - 利用者の権利擁護等に資する最新の法制度等の動向に関する事項（成年後見制度、意思決定支援等）

前期:利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意

前期	利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意	講義・演習 2時間
-----------	-------------------------------	----------------------

1. 目的

利用者及びその家族に対する適切な説明と合意形成の手法を修得する。また、サービス担当者会議、地域ケア会議等様々な場面においても説明と合意が得られる技術を修得する。

2. 概要

- ・ 利用者及びその家族、利用者を支援するサービスの担当者等の多職種に対する説明の意義・目的を理解するための講義を行う。
- ・ サービス担当者会議や地域ケア会議等における場面ごとに求められる説明の意味・目的を理解するとともに説明の技法（話の構成、姿勢、スピード、言葉の選択等）を修得する。
- ・ 説明から利用者の合意に向かうまでのプロセスの重要性とポイントを理解するとともに、多職種協働における説明責任を理解する。

3. 修得目標

- ① 介護支援専門員として行う説明の意義・目的・責任について説明できる。
- ② 利用者や家族に対し、理解度に配慮した説明を行うことの重要性について説明できる。
- ③ 多職種及び場面に応じた説明を行うことができる。
- ④ 説明から合意に向かうプロセスの重要性について説明できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 説明の基本的な考え方や技法の理解
 - ・ 説明の目的と役割
 - ・ 説明を行う場面
 - ケアマネジメントプロセスに沿った説明の場面、事例検討等の場面
 - ・ 事前準備の重要性
 - ・ 説明の技法
 - 説明の方法、相手の理解度に合わせた説明の方法の選択
- 同意と合意の基本的な考え方や実践における留意点の理解
 - ・ 同意と合意の違い
 - ・ 利用者の同意と合意
 - ・ 多職種間の同意と合意
 - ・ 合意に向けたプロセスの留意点
 - 強引な説得や誘導の禁止、非同意の場合の対応方法、家族への説明時の工夫

5. 研修展開上の留意点

- ・ 介護支援専門員として行う説明の意義・目的・責任について理解を深めるとともに、利用者や家族に対し、理解度に配慮した説明を行うことの重要性について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 多職種及び場面に応じた説明を実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう講義を実施する。
- ・ 説明から合意に向かうプロセスの重要性について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 効果的な説明・合意形成に資する技法に関する事項
 - 合意形成を行う職種や場面ごとの説明のポイントに関する事項

前期:ケアマネジメントのプロセス

前期	ケアマネジメントのプロセス	講義 2時間
-----------	----------------------	-------------------

1. 目的

ケアマネジメントプロセスの全体像を理解する。

2. 概要

- ・ ケアマネジメントプロセスの構成と流れを理解するとともに、各プロセスにおける意義・目的に関する講義を行う。
- ・ ケアマネジメントプロセスにおける各プロセスの相互の関係についての講義を行う。

3. 修得目標

- ① ケアマネジメントプロセスの構成と流れについて説明できる。
- ② 各プロセスの意義と目的について説明できる。
- ③ 各プロセスの関連性を述べるができる。
- ④ ケアマネジメントプロセスの全体像について説明できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- ケアマネジメントプロセスの全体像と各過程の関連
 - ケアマネジメントプロセスの全体像
 - ケアマネジメントプロセスの意義・重層性
 - 運営基準上の手順とケアマネジメントプロセスの関係性
- 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割
 - ・ インテーク
 - スクリーニング機能、利用者が主体となる契約の意義とその保障の仕組み
 - ・ アセスメント
 - 情報収集と課題分析の機能、利用者・家族の意思や思い及びストレングスの把握、利用者自身が課題認識する機能、課題解決に向けた利用者とその家族の意向を形成する機能、生活の将来の見通しに基づく情報収集・分析、情報収集・分析における多職種連携、継続的なアセスメントの必要性
 - ・ プランニング
 - 将来の生活の見通しに基づく方針・目標の設定、個別性を踏まえた具体策を検討する機能、優先順位付けの機能、インフォーマル等の社会資源の活用支援内容の具体化における多職種連携、利用者とその家族の同意取得
 - ・ サービス担当者会議
 - 利用者と家族の参加の原則、チーム形成の機能、多職種連携と意見共有の機能、居宅サービス計画原案と個別サービス計画の整合性を確認する機能、要介護更新認定の申請等におけるサービス担当者会議の役割
 - ・ モニタリング及び評価
 - モニタリング機能、目標に照らした状況を評価し次の方針を明確化する機能
 - ・ 終結及びフォローアップ
 - ・ 各プロセスにまたがって生じる業務

- ▶ 利用者や家族の状況等に関する随時の情報提供、苦情や事故発生時の対応、給付管理、記録の整備・保存

●適切なケアマネジメント手法

5. 研修展開上の留意点

- ・ ケアマネジメントプロセスの全体像、構成、流れについて確認するとともに、各プロセスの意義と目的、各プロセス間の関係性について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - ▶ ケアマネジメントプロセスの実践に関連する最新の法制度やツール等の動向に関する事項

前期:受付及び相談並びに契約

前期	ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 受付及び相談並びに契約	講義・演習 1時間
-----------	---------------------------------------------	----------------------

1. 目的

受付及び初期面接相談(インテーク)、契約の各場面で求められる実践的な技術を修得する。

2. 概要

- ・ 受付及び初期面接相談(インテーク)の場面における相談援助の視点と技術を修得するとともに、利用者及びその家族との信頼関係の構築の重要性について講義を行う。
- ・ 契約は重要事項の説明を経た法律行為であることから、利用者が主体となる契約の意義とそれを保障するための仕組み(苦情申し立て、権利擁護等)についての講義を行う。
- ・ 契約に関する制度上の位置付けや留意事項に関する講義を行う。

3. 修得目標

- ① インテークの意義と目的について説明できる。
- ② 受付及び相談と面接の場面における援助の留意点について説明できる。
- ③ 利用者及び家族との信頼関係の構築の重要性について説明できる。
- ④ 契約行為を行うにあたっての留意事項について説明できる。
- ⑤ 契約の仕組みが利用者主体であることの意義と仕組みについて説明できる。
- ⑥ 利用者の状況に合った面接に必要な情報や書類の準備を実施できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 受付及び初期面接相談(インテーク)の基本的な考え方と実践における留意点の理解
 - ・ ケアマネジメントプロセスの入り口としての重要性
 - ケースの発見・受付、信頼関係の構築、主訴の把握、スクリーニング、緊急性の判断と対応、事業所での対応の判断、アウトリーチ
 - ・ 初期面接相談の意義と目的
 - 信頼関係の構築、相談援助職として取るべき態度、バイステックの七原則、コミュニケーション技術、意向とストレングスの把握、人間関係の把握、ニーズの顕在化
 - ・ 相談の手段の違いによる配慮
 - ・ 初期面接相談の事前準備における留意点
 - 実施場所の選択、確認事項の事前整理、同席者の検討
- 契約の基本的な考え方と実践における留意点の理解
 - ・ 契約の意義
 - 自己選択と意思決定、利用者の自立の保障、重要事項の説明に関する運営基準
 - ・ 契約における留意点
 - 利用者主体の原則、判断に必要な情報の提供、他の事業所を選択できることの説明、個人情報取り扱いの同意、文書による重要事項の説明

5. 研修展開上の留意点

- ・ インテークの意義と目的について確認するとともに、受付及び相談と面接の場面における援助の留意点について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 利用者及び家族との信頼関係の構築の重要性について理解を深められるよう講義を行う。
- ・ 契約の仕組みが利用者主体であることの意義と仕組みについて確認するとともに、契約行為を行うにあたっての留意事項について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 利用者の状況に合った面接に必要な情報や書類の準備を実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 地域における受付及び相談等の現状・課題に関する事項（地域特有の相談事例の共有、対応時のポイントの解説等）
 - 契約行為に関連する最新の法制度の動向や留意点に関する事項

前期:アセスメント及びニーズ把握の方法

前期	ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 アセスメント及びニーズ把握の方法	講義・演習 6時間
-----------	--------------------------------------------------	----------------------

1. 目的

利用者及びその家族並びに多職種からの情報収集とその分析を通じて、介護支援専門員としての専門的な判断の根拠を説明できる技術を修得する。

また、アセスメントにおいて収集した情報から、専門職としてニーズを導くための技術を修得する。

2. 概要

- ・ アセスメントからニーズを導き出すまでの思考過程の全体像に関する講義を行う。
- ・ アセスメントにおける情報収集の項目の内容、目的、主治医意見書の記載内容を理解するとともに、情報収集の方法・技術を修得する。
- ・ 収集した情報を的確に分析することにより、課題の明確化、改善及び悪化の可能性などを導き出せることを理解する。
- ・ 利用者の生活全体を捉える視点の重要性を理解するとともに、利用者の生活の現況から生活機能（WHO国際生活機能分類による）と背景を把握し、理解する視点を修得する。
- ・ 課題整理総括表等を用いてADLやIADL等の状況から利用者が抱える課題を明確化し、状態の維持改善及び悪化の可能性の判断と予測を立て、適切なニーズを導くための技術を修得する。
- ・ 情報収集やアセスメント時に必要な視点の抜け漏れを防止することの必要性を理解する。

3. 修得目標

- ① アセスメントの意義と目的について説明できる。
- ② アセスメントにおける情報収集の項目や目的を説明できる。
- ③ アセスメントからニーズを導き出す思考過程を説明できる。
- ④ 利用者・家族の意向の確認を実施できる。
- ⑤ 状態の維持・改善・悪化の可能性を予測できる。
- ⑥ 利用者・家族から得た情報に基づく課題の抽出を実施できる。
- ⑦ 利用者・家族の持っている力を把握できる。
- ⑧ 多職種による情報を関連づけたアセスメントを実施できる。
- ⑨ 利用者、家族のニーズの優先順位を判断できる。
- ⑩ 再アセスメントの重要性について説明できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- ケアマネジメントプロセスにおけるアセスメントの位置づけの理解
 - ケアマネジメントの中核としてのアセスメントの意義
 - ケアマネジメントにおける PDCA サイクル
 - 支援を通じたアセスメントの段階的進展
- 受付、相談場面から始まるアセスメントの理解
 - インテークでの緊急性の判断
 - 人間関係や地域の資源との関わりの把握
 - 信頼関係の構築
- アセスメントの理解

- ・ アセスメントに関する基本的項目
 - 情報収集項目、課題分析標準項目、主治医意見書、適切なケアマネジメント手法（基本ケア・疾患別アセスメント項目）、アセスメントツール、生活課題の総合的な把握
- ・ 情報収集の方法
 - 双方向のコミュニケーション、信頼関係の構築、利用者・家族の意向・要望の把握、その人らしさを理解する姿勢、情報提供と情報収集、利用者・家族等への情報提供、ニーズオリエンテッド、目標指向型アプローチ、個人情報と情報管理、多職種からの情報、多職種連携と同意
- ・ 課題分析
 - 要支援・要介護状態となった背景、残存機能およびストレングス、重度化防止と改善可能性、生活の将来予測、多職種連携による意見集約、ICFの視点に立った分析、生活機能に対する促進要因と阻害要因、根拠に基づく支援の必要性の判断
- ・ 分析した課題の説明と合意
 - 尊厳の保持、利用者本位の尊重、優先順位の合意、専門的意見の説明、緊急性や差し迫ったリスクに対する理解醸成、解決すべき課題（ニーズ）に対する利用者主体の表記
- アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開
 - 解決すべき課題に対する利用者・家族の理解
 - 目指す生活の目標に対する意欲
 - 継続的なモニタリングの視点
 - 適切なケアマネジメント手法の視点

5. 研修展開上の留意点

- ・ アセスメントの意義や目的、情報収集の項目や各項目の目的について確認するとともに、アセスメントからニーズを導き出す思考過程について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 利用者・家族の意向の確認、利用者・家族等から得た情報に基づく課題の抽出、利用者・家族のニーズの優先順位の判断をするために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。また、家族の持っている力を把握するために必要な基本的な視点や知識を修得する。
- ・ 状態の維持・改善・悪化の可能性の予測をするために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 多職種による情報を関連づけたアセスメントを実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - アセスメント及びニーズ把握に関連する最新の法制度やツール等の動向に関する事項
 - 地域独自のアセスメントシート等のツールの活用に関する事項
 - 要支援・事業対象者に対するアセスメント方法・考え方に関する事項
 - 適切なケアマネジメント手法の活用に関する事項

前期:居宅サービス計画等の作成

前期	ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 居宅サービス計画等の作成	講義・演習 3時間
-----------	----------------------------------------------	----------------------

1. 目的

ニーズを踏まえた目標の設定と目標を実現するための居宅サービス計画等の作成技術を修得する。
また、居宅サービス計画等と訪問介護計画等の個別のサービス計画との連動やサービス事業者間の連携の重要性を理解する。
介護予防サービス・支援計画の関連様式の作成方法、作成のための課題分析の考え方を理解する。

2. 概要

- ・ 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果及び総合的な援助の方針を記載するに当たっての留意点に関する講義を行う。
- ・ アセスメントから導いたニーズを解決するための視点と達成するための目標の関係についての講義を行う。
- ・ インフォーマルサービスも含めた社会資源の種類及び内容を理解するとともに、インフォーマルサービスの活用も含めた居宅サービス計画等を作成する方法を理解する。
- ・ 保健医療サービス利用時の主治医等からの意見収集、リハビリテーション専門職からの意見収集など多職種との連携に当たっての留意点に関する講義を行う。
- ・ 訪問介護計画等の個別サービスの計画は、居宅サービス計画に記載したニーズや目標に基づいて作成され、利用者を支援するサービス提供につながっていくものであることから、居宅サービス計画との連動の重要性を理解するとともに、個別サービスの計画につながる目標の立て方等を修得する。
- ・ 介護予防サービス計画の関連様式の作成方法、作成のための課題分析の考え方（基本チェックリストの活用方法等）に関する講義を行う。

3. 修得目標

- ① 居宅サービス計画の意義と目的について説明できる。
- ② 居宅サービス計画等の様式における記載の目的について説明できる。
- ③ 利用者、家族の意向を踏まえた課題の解決に向けた目標の設定の方法について説明できる。
- ④ 居宅サービス計画実施後の生活の変化を予測する際の留意点を説明できる。
- ⑤ 居宅サービス計画等に必要な社会資源（インフォーマルサービス等）を位置付けることの必要性について説明できる。
- ⑥ 生活目標に応じた必要な支援内容（サービス内容）を判断できる。
- ⑦ 生活目標を達成するための期間の設定を判断できる。
- ⑧ （先輩や上司の指導を受けながら、）利用者、家族が合意できる居宅サービス計画書の作成を実施できる。
- ⑨ 居宅サービス計画等と個別サービス計画の連動の重要性について説明できる。
- ⑩ 介護予防サービス・支援計画の関連様式の作成方法、作成のための課題分析の考え方について説明できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 居宅サービス計画の意義と目的
 - ・ 利用者の望む暮らしの提案・確認・実現
 - ・ 目指す生活の実現に向けた社会資源の活用
 - 生活の将来予測、地域の社会資源の活用、支援方法やサービスの明確化
 - ・ 利用者・家族の意向の尊重
 - 主訴の把握、利用者の自己像の共有と利用者自身の語りの理解、家族が置かれている状況の理解、家族が持つ利用者への思いと利用者理解、利用者や家族の意欲の向上
 - ・ チームの方向性の提案・確認・実現
- 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解
 - ＜参考資料＞
 - ◇ 介護保険最新情報 vol.1049（「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」の一部改正等について（介護保険最新情報 Vol.958等の再周知）（令和4年3月24日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課事務連絡）
<https://www.mhlw.go.jp/content/000918580.pdf>
 - ・ 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果
 - ・ 総合的な援助の方針
 - 総合的な援助の方針を定める意義、チームでの理念の共有・合意形成、解決策がない課題など残された課題の整理、緊急時の連絡体制等の確認
 - ・ 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の整理
 - ニーズの整理、優先順位付け、個別化、生活の目標を実現するニーズの記載
 - ・ 長期目標と短期目標の設定
 - 目標を設定する意義、短期目標と長期目標の連動性の認識、個別サービス計画への接続
 - ・ 社会資源
 - フォーマルな資源とインフォーマルな資源、利用者自身の内的な資源、ニーズ優先アプローチ、地域ケア会議や地域包括支援センターの活用と連携、多職種連携
- 居宅サービス計画作成演習
 - アセスメント結果に基づくニーズを踏まえた生活の目標の明確化、居宅サービス計画原案の作成、ニーズの整理と優先順位付け、長期目標と短期目標の具体的な設定、地域でのサービス等の提供体制のアセスメント、インフォーマルサービスの活用
- 介護予防サービス・支援計画の作成方法の理解
 - 介護予防サービス・支援計画作成のための課題分析、基本チェックリストの活用、介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法

5. 研修展開上の留意点

- ・ 居宅サービス計画等の様式の意義と目的について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 利用者、家族の意向を踏まえた課題の解決に向けた目標の設定の方法について確認するとともに、居宅サービス計画実施後の生活の変化を予測する際の留意点について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 居宅サービス計画等に必要な社会資源（インフォーマルサービス等）を位置付けることの必要性について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 生活目標を達成するためのサービス内容・サービス種別・期間設定の判断をするために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 利用者、家族が合意できる居宅サービス計画書の作成を実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 居宅サービス計画等と個別サービス計画の連動の重要性について理解を深められるよう、実践例も

交えた講義を行う。

- ・ 介護予防サービス・支援計画の関連様式の作成方法、作成のための課題分析の考え方について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

前期:サービス担当者会議の意義及び進め方

前期	ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 サービス担当者会議の意義及び進め方	講義・演習 3時間
-----------	---------------------------------------------------	----------------------

1. 目的

多職種とのアセスメント結果の共有や、居宅サービス計画等の原案に対する専門的見地からの意見収集の意義を理解し、会議の開催に係る具体的な方法を修得する。

2. 概要

- ・ 会議を開催するに当たり、事前の準備や開催当日の準備など、必要な業務を理解するとともに、会議の進行の手法等に関する講義を行う。
- ・ サービス担当者会議は、利用者及び家族並びにサービス担当者も含めて、利用者を支援していくための方向性を定める場であることから、介護支援専門員によるアセスメントの結果を共有することや、各サービス担当者との情報共有の重要性を理解する。
- ・ 会議での意識の共有に当たり、居宅サービス計画と訪問介護計画等の個別サービス計画との内容の整合性を確認することの重要性を理解する。
- ・ 複数のサービスを利用する場合には、各サービスの個別サービス計画ごとの内容を確認することの重要性を理解する。
- ・ 新規ケース、更新ケース、要介護状態等の区分変更ケースごとのサービス担当者会議における検討の留意点についての講義を行う。

3. 修得目標

- ① サービス担当者会議の目的と意義について説明できる。
- ② サービス利用におけるチームアプローチの重要性について説明できる。
- ③ (先輩や上司の指導を受けながら、) サービス担当者会議開催のプロセスに基づき、開催準備及び会議の進行ができる。
- ④ 個別サービス計画との整合性を確認することの重要性について説明できる。
- ⑤ サービス担当者会議に関わる内容の記録の作成方法を説明できる。
- ⑥ 多職種と、今後の課題に関する確認を行う際の留意点について説明できる。
- ⑦ (先輩や上司の指導を受けながら、) 利用者の状態像や運営基準に合わせたサービス担当者会議の意義について理解した上で、会議の開催に向けた準備ができる。
- ⑧ サービス担当者会議開催理由に合わせた検討の留意点について説明できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- サービス担当者会議の意義と目的の理解
 - ・ サービス担当者会議の意義・目的
 - ・ 利用者を支援していくための方向性を定める場
 - ・ 利用者及び家族へ説明し同意を得る場
 - ・ チームアプローチを促進する場
- サービス担当者会議の実施
 - ・ 利用者の状況に合わせたサービス担当者会議の開催
 - 利用者との関係性及び緊急性、最初のサービス計画作成時、多様な主体がケアに関わるケー

- ス、支援困難ケース、利用者の状況の大きく変化するケース、更新認定及び区分変更
- ・ サービス担当者会議開催の実際
 - 介護支援専門員の役割、サービス担当者会議の運営手順、サービス担当者会議の前中後における利用者・家族のサポート、会議の目的に応じたファシリテーション、個人情報及びプライバシー保護
- ・ サービス担当者会議の準備における留意点
 - 情報提供の同意の取得、会議開催日や場所・時間の設定、会議の目的の明確化、各専門職との事前調整
- ・ サービス担当者会議の進め方における留意点
 - 関係者全員が参加できる工夫、意見を出しやすい運用の工夫、分かりやすい説明の工夫、支援内容をより良いものとするための多職種連携、次回に向けた課題整理
- ・ サービス担当者会議後における留意点
 - 残された課題の明確化、個人情報やプライバシーの保護のための資料の回収と処分、記録（会議録）の作成
- ・ スーパービジョン
 - 検討した結果についての指導・支援、進め方に関するスーパービジョン
- ・ 地域ケア会議の活用
- ・ 状況に応じた開催方法の検討
 - 対面・集合での開催、オンライン（ビデオ会議）での開催

5. 研修展開上の留意点

- ・ サービス担当者会議の目的と意義について確認するとともに、サービス利用におけるチームアプローチや個別サービス計画との整合性を確認することの重要性について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ サービス担当者会議開催のプロセスに基づき、開催準備及び会議の進行するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ サービス担当者会議に関わる内容の記録の作成方法について確認するとともに、多職種と今後の課題に関する確認を行う際の留意点について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 利用者の状態像や運営基準に合わせたサービス担当者会議の意義について理解した上で、会議の開催に向けた準備をするために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう講義を実施する。また、サービス担当者会議開催理由に合わせた検討の留意点について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - サービス担当会議の効果的な運営に関する事項
 - ケースごとのサービス担当者会議における検討の留意点に関する事項
 - 他職種が実施しているカンファレンス等の概要に関する事項

前期:モニタリング及び評価

前期	ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 モニタリング及び評価	講義・演習 3時間
-----------	--------------------------------------------	----------------------

1. 目的

ケアマネジメントプロセスにおけるモニタリングの意義・目的や、多職種との連携によるサービス実施の効果を検証することの重要性を理解する。

2. 概要

- ・ 利用者及びその家族、サービス担当者等との継続的な連絡や、居宅を訪問し利用者と面接することの意味を理解するための講義を行う。
- ・ モニタリングにおける視点や手法、状況の変化への対応を理解する。
- ・ 評価表等を活用し目標に対する各サービスの達成度（効果）の検証の必要性と評価手法を修得する。
- ・ 居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術についての講義を行う。
- ・ モニタリングにおける多職種との役割分担と連携の重要性を理解する。
- ・ モニタリング結果の記録作成の意味と、記録に当たっての留意点を理解するための講義を行う。

3. 修得目標

- ① モニタリングの意義と目的について説明できる。
- ② 目標に対する各サービスの達成度（効果）の検証の必要性について説明できる。
- ③ 目標に対する各サービスの達成度（効果）についての評価方法について説明できる。
- ④ モニタリング結果の記録作成の意味と重要性について説明できる。
- ⑤ 居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術について説明できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- モニタリングの意義と目的の理解
 - ・ 介護保険制度におけるモニタリングの位置づけ
 - ・ ケアマネジメントの側面からの意義と目的
 - ・ モニタリングにおける利用者との関係性の側面からの意義と目的
- モニタリングにおける視点の理解
 - ・ ケアマネジメントプロセスに沿ったモニタリング
 - 居宅サービス計画どおりにサービスが提供されているかどうかの確認、サービス内容が適切か否かの確認、個々の生活ニーズに対する目標が達成されているかどうかの確認、総合的な援助の方針に沿った支援となっているかの確認、居宅サービス計画の内容を修正する必要があるかどうかの判断
 - ・ 利用者および家族の側面から行うモニタリング
 - 生活全体からみた居宅サービス計画の位置づけ、家族関係の変化
- モニタリングの手法の理解
 - ・ 訪問
 - ・ 電話会議
 - ・ オンライン（ビデオ会議等）
 - ・ サービス担当者会議

- 状況変化に伴う評価の必要性
 - 定期的なコミュニケーション、連絡体制の整備、状態変化にともなう再アセスメントの必要性の判断、再アセスメント
- モニタリング結果の記録作成方法の理解
 - ・ 記録方法
 - 記録の必要性、評価の視点が明確になる記載方法、今後の展開に向けた視点について介護支援専門員としてどう判断したのかが分かる記録方法
- 多職種との連携における留意点の理解
 - ・ 主治医を含む医療関係者との連携における留意点
 - ・ サービス提供機関との連携における留意点
 - ・ インフォーマルサービスとの連携における留意点
 - ・ 地域包括支援センターや行政機関との連携における留意点
- 評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解
 - ・ モニタリングと評価の違い
 - ・ 評価表等の活用
 - 評価表の活用方法、活動と参加の状況の変化、居宅サービス計画修正の必要性の判断、評価表等による他の専門職との情報の共有
 - ・ 終結の具体的な場面
 - 介護保険給付による支援の必要がなくなった場合、入院や入所など支援をうける場が変わる場合、小規模多機能の利用によりケアマネジメント機関が変わる場合、要介護から要支援によりケアマネジメント機関が変わる場合、死亡の場合
 - ・ 終結時の評価
 - 終結時の評価の意義と視点、利用者の望む生活に照らした評価

5. 研修展開上の留意点

- ・ モニタリングの意義と目的について確認するとともに、目標に対する各サービスの達成度（効果）の検証の必要性について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 目標に対する各サービスの達成度（効果）についての評価方法について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ モニタリング結果の記録作成の意味と重要性について確認するとともに、居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - モニタリング及び評価に関連する最新の法制度やツール等の動向に関する事項
 - 課題整理総括表、評価表等の活用に関する事項
 - 地域独自のモニタリングや評価に関するシート等の活用に関する事項
 - 適切なケアマネジメント手法の活用に関する事項

前期:介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント)

前期	介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント)	講義・演習 2時間
-----------	---------------------------------------	----------------------

1. 目的

多職種に対する理解・尊重に基づいてチームを組成し、円滑に機能させるための基本的な技術を修得する。

2. 概要

- ・ 利用者及びその家族の支援に際し、チームアプローチの意義を理解するとともに、介護支援専門員には、ケアのマネジメントだけでなく、チームのマネジメントも求められることを認識するための講義を行う。
- ・ チームアプローチに際し、チームを組成する各職種の専門性と各々に求められる役割を理解するとともに、チームにおける介護支援専門員の役割を理解し、チーム運営において想定される課題や対応策を含め、チームを円滑に機能させるために必要な知識・技術を修得する。
- ・ インフォーマルサービスを取り入れた居宅サービス計画における多職種連携についての講義を行う。

3. 修得目標

- ① 利用者及び家族の支援に際し、チームアプローチの意義と目的について説明できる。
- ② チームを構成する各専門性の役割について説明できる。
- ③ インフォーマルサービスの役割について説明できる。
- ④ チームにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ⑤ アセスメントに基づく必要なチームの形成を実施できる。
- ⑥ チームにおける情報共有を実施できる。
- ⑦ 円滑なチーム運営を実施できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- チームアプローチの意義と目的の理解
 - ・ チームを編成する必要性
 - ・ 介護保険制度におけるチームアプローチ
- チームアプローチにおける介護支援専門員の役割の理解
 - 居宅サービス計画におけるチームメンバーの役割の明確化、専門性や役割を踏まえたチーム編成、チームメンバー間の情報共有、介護支援専門員の役割、インフォーマルサービスの位置づけ
- チームのマネジメントの理解
 - ・ チーム編成
 - チームマネジメントの重要性、地域の社会資源の把握、利用者の生活課題の解決に必要な支援内容とのマッチング、時間の推移によって変化する利用者の生活状況やニーズの考慮、関係性の構築、チーム編成の柔軟性の確保
 - ・ チームでの活動
 - 想定される課題と対応方法の具体化、連絡先・ルート of 明確化、相談できるタイミングの整理、緊急時の体制の構築、夜間を含めた緊急時連絡先の決定・共有、連絡に用いる文書の様式の統一、共に学ぶ機会の構築、災害時の対応の確認
- ・ コンフリクトの対応

- チーム活動におけるコンフリクトの意味、現場で直面しやすい課題の例、コンフリクトへの対応

●チームアプローチの実際

- ・ チーム編成の各時期に応じた運営
 - 準備期：支援に当たっての共通認識を図る
 - 開始期：目標に応じた役割の確認をし、方針を共有
 - 実施期：適宜チーム内のコミュニケーションを図り、情報を共有
 - 目標設定期間の終了期：チームとしての評価、評価に基づいた次の方針の検討
- ・ チームの運営に関する相談先
 - 事業所内でのスーパービジョンや事例検討、地域での研修会、事例検討、地域包括支援センターへの相談、地域ケア会議の活用
- 意思決定支援に関わるチームマネジメント
- ・ 意思決定過程の支援におけるチームの必要性
 - 意思決定支援チーム、キーパーソンの把握、利用者との関わりにおける方針の共有
- ・ チーム運営の留意点
 - チーム編成の柔軟性、インフォーマルサービスを取り入れた居宅サービス計画における連携、権利擁護

5. 研修展開上の留意点

- ・ 利用者及び家族の支援に際し、チームアプローチの意義と目的について確認するとともに、チームを構成する各専門性についての役割、チームにおける介護支援専門員の役割について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ アセスメントに基づく必要なチームの形成、チームにおける情報共有、円滑なチーム運営を実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ インフォーマルサービスを取り入れた居宅サービス計画における多職種連携に必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - コミュニケーション技術の理論・技法の現場への適応に関する事項
 - 地域におけるチームアプローチの現状・課題に関する事項
 - 地域におけるフォーマル・インフォーマルな資源の特性に関する事項

前期:地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの深化及び地域の社会資源

前期	地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの深化及び地域の社会資源	講義 3時間
-----------	--------------------------------------------	-------------------

1. 目的

地域包括ケアの理念を踏まえ、地域包括ケアを推進していくに当たり介護支援専門員に求められる役割を理解する。

また、利用者の生活の継続を支える上で知っておくべき各種制度や地域の社会資源の重要性を理解する。

2. 概要

- ・ 地域包括ケアシステムの構築が求められる背景及び地域包括ケアシステムが目指す姿についての講義を行う。
- ・ 地域包括ケアシステムを構築していく中で介護支援専門員に求められる役割（自立支援に資するケアマネジメント、インフォーマルサービスを含めた社会資源の活用、多職種、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター等との連携、不足している地域資源の提案等）に関する講義を行う。
- ・ 地域包括ケアを実現していくためのケアマネジメントを行う上で、必要な保健医療福祉サービスに関する講義を行う。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に関して、地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を把握する事が大切であることから介護保険事業計画、地域ケア会議の重要性や内容に関する講義を行う。
- ・ 地域共生社会の実現に向けた他法他制度の活用や他の職種との連携相互理解についての講義を行う。
- ・ 生活保護施策、障害者施策、老人福祉施策、難病施策、生活困窮者施策、仕事と介護の両立支援施策、ヤングケアラー関連施策、重層的支援体制整備事業関連施策などの概要について理解するとともに、関連する機関やボランティア等との連携協力ネットワークの構築についての講義を行う。

3. 修得目標

- ① 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組が求められる背景について説明できる。
- ② 地域包括ケアシステムを構築する意義と目的について説明できる。
- ③ 利用者の地域の社会資源の調査を実施できる。
- ④ 地域包括ケアシステムの構築に向けて介護支援専門員が果たすべき役割について説明できる。
- ⑤ 地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を述べる事ができる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組が求められる背景の理解
 - 高齢化の進行に伴う社会背景変化、日本の人口構成・社会構造の変化、高齢者の尊厳の保持、住み慣れた地域での暮らしの継続の尊重
- 地域包括ケアシステムを構築する意義と目的の理解
 - ・ 地域包括ケアシステムの基本理念
 - ・ 地域包括ケアシステムの定義や基本的な考え方
 - ・ 地域包括ケアシステムの構成要素
 - 5つの構成要素、自助・互助・共助・公助の視点、多様な社会資源の連携、地域医療構想との

関係性

●地域共生社会

- ・ 地域共生社会の基本的な考え方
 - 地域共生社会に向かう背景、基本理念、介護支援専門員の関わり
- ・ 関連する法制度等
 - 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 29 年法律 52 号）、地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律（令和 2 年法律第 52 号）
 - 生活保護施策、障害者施策、老人福祉施策、難病施策、生活困窮者施策、仕事と介護の両立支援施策、ヤングケアラー関連施策、重層的支援体制整備事業関連施策、自殺総合対策大綱等

<参考資料>

☆ 厚生労働省 HP「ヤングケアラーについて」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/young-carer.html>

※同ページ下部「ヤングケアラーに関する調査研究事業（外部サイト）」⇒「多機関連携によるヤングケアラーへの支援の在り方に関する調査研究（有限責任監査法人トーマツ）」⇒「多機関・多職種連携によるヤングケアラー支援マニュアル～ケアを担う子どもを地域で支えるために～」

●地域包括支援センターの概要の理解

- ・ 地域包括支援センターの役割
 - 法制度上の位置づけ、地域包括ケアシステムの中核的機関としての地域包括支援センター、地域のネットワーク構築、日常生活圏域の相談窓口、地域の関係機関との連携、将来の課題を見据えた予防的対応
- ・ 地域包括支援センターの事業内容
 - 介護予防ケアマネジメント、事業対象者の把握、指定介護予防支援、総合相談支援、専門的援助機能、権利擁護及び成年後見制度等の活用促進、高齢者虐待や支援困難事例への対応、消費者被害の防止、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護支援専門員への日常的個別指導・相談、地域における介護支援専門員のネットワークの活用、地域のケアマネジメント力の強化

●地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の理解

- ・ 多職種協働による地域のネットワーク
 - 医療と介護の連携、社会資源の発掘と開発、地域ケア会議の設置・運営
- ・ 介護予防・日常生活支援総合事業
 - 総合事業を構成する各事業の内容及び対象者、市町村による効果的・効率的な事業実

●地域包括ケアシステムの構築に向けて介護支援専門員が果たすべき役割の理解

- ・ 生活支援を基盤とした地域包括ケアシステムにおける役割
 - 住み慣れた地域での生活の支援、生活支援コーディネーターとの連携、個々の高齢者の状況の把握、ニーズの的確な把握、地域資源の発掘、高齢者への情報提供
- ・ 地域ケア会議への参加
 - 地域ケア会議の目的、地域ケア会議の機能の要点
 - 介護支援専門員が地域ケア会議に参加する意義

●地域の社会資源の把握方法と活用

- 社会資源を活用する意義、社会資源の種類

●地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等の理解

- ・ 関係しうる専門職
 - 医療職（医師、看護師、保健師、准看護師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、管理栄養士、栄養士）
 - 福祉職（介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、社会福祉主事）
 - 相談支援専門員、民生児童委員、ホームヘルパー、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師
- ・ 多様な関係機関
 - 医療機関、社会福祉協議会、保健所、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、地域

活動支援センター、地域定着支援センター、相談支援事業者、地縁団体、地区社協、ボランティア団体、商店街・商店会)

5. 研修展開上の留意点

- ・ 地域共生社会の実現に向けて、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組が求められる背景について確認するとともに、地域包括ケアシステムを構築する意義と目的について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。また、地域包括ケアシステムの構築に向けて介護支援専門員が果たすべき役割について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 利用者の地域の社会資源の調査を実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう講義を実施する。
- ・ 地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 最新の法制度改正に関する事項
 - 地域における地域包括ケアシステムの現状・課題に関する事項
 - 地域における地域共生社会の実現に向けた取組の現状・課題に関する事項
 - 地域における社会資源の動向に関する事項
 - 相談支援専門員との連携に関する事項

前期:生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義

前期	生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義	講義 3時間
-----------	-------------------------------------	-------------------

1. 目的

医療との連携や多職種協働の意義を踏まえ、具体的な連携の場面で必要となる基本的な知識や連携の手法を修得する。

2. 概要

- ・ 医療との連携に当たって早い段階から連携の重要性を理解し、利用者の医療に係る情報や状態の改善可能性に係る意見等を把握しておく必要があることから、医療機関や医療職からの情報収集の方法等についての講義を行う。
- ・ 医療との連携に当たっての留意点を理解するとともに、介護支援専門員から医療機関や医療職への情報提供の方法及び内容（生活状況、サービスの利用状況等）に関する講義を行う。
- ・ 地域における、在宅医療・介護の連携を推進する役割を担っている機関の概要に関する講義を行う。
- ・ 多職種協働の意義を理解するとともに、多職種間で情報を共有することの重要性を理解し、情報共有に当たり個人情報を取り扱う上での利用者やその家族の同意の必要性についての講義を行う。

3. 修得目標

- ① 医療との連携の意義と目的について説明できる。
- ② 医療機関や医療職からの情報収集及び提供の方法及び内容について説明できる。
- ③ 地域の在宅医療・介護の連携を促進する仕組みについて説明できる。
- ④ 多職種協働の意義と目的について説明できる。
- ⑤ 多職種間で情報を共有することの重要性について説明できる。
- ⑥ 多職種協働における個人情報を取り扱う上での利用者とその家族の同意の必要性について説明できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 医療機関の役割の理解
 - ・ 高齢化の進行に伴う社会背景変化
 - ・ 医療機関の種類と概要
 - 救急指定病院、地域医療支援病院、認知症疾患医療センター、がん診療連携拠点病院、特定機能病院、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟、地域包括ケア病棟、在宅療養支援診療所等
 - ・ かかりつけ医機能
- 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解
 - ・ 医師との連携
 - 医師からの聞き取りや主治医意見書の活用、居宅療養管理指導（医師）から得られる情報、医師への情報提供
 - ・ 医療専門職（医師以外）との連携
 - 医療系サービスを提供する医療専門職からの情報収集、多職種協働におけるハブ機能
 - ・ サービス担当者会議等における多職種協働

- 事前の情報収集、医療の方針と介護の方針の統一
- ・ 医療介護連携の意義と介護・医療・予防の一体的な提供
 - 医療専門職にとっての医療介護連携の意義、介護職にとっての医療介護連携の意義、介護・医療・予防の一体的な提供
- ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実際についての理解
 - ・ 急病時、急変時、入院時、退院時、退院後
 - ・ 家族の休息が必要になったとき
 - ・ ターミナル期、死亡時
- 医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬の理解
 - 入院時情報連携加算、退院・退所加算、通院時情報連携加算、緊急時等居宅カンファレンス加算、ターミナルケアマネジメント加算、在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携
- 在宅医療の法令や制度の概要と医療専門職種間の連携における留意点の理解
 - ・ 在宅医療の制度概要
 - 訪問診療と往診、在宅時医学総合管理料、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院
 - ・ 医行為に関連する法律や制度
 - 医行為の理解、医行為ではないと考えられる行為、介護職員等が喀痰吸引等の医療行為を実施するための研修制度、登録特定行為事業者や登録特定行為業務従事者と連携
 - ・ 医療専門職間の連携
 - 医師と看護師の連携、訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書、医療保険から提供される訪問看護、医師と薬剤師の連携、訪問薬剤管理指導、医師とリハビリテーション専門職の連携、訪問看護ステーションや医療機関に所属するリハビリテーション専門職との連携
 - 医療機関間の連携、診療情報提供
 - ・ 個人情報を取り扱う上での留意点
 - 利用者・家族の同意、文書主義（文書による同意取得の必要性）
 - 個人情報保護のために必要な措置の実施
 - ・ 生活機能の向上にむけた医療介護連携
 - 生活機能向上連携加算（リハビリ職と訪問系・通所系サービスとの連携）

5. 研修展開上の留意点

- ・ 医療との連携の意義と目的について確認するとともに、医療機関や医療職からの情報収集及び提供の方法及び内容、地域の在宅医療・介護の連携を促進する仕組みについて理解を深められるよう講義を行う。
- ・ 多職種協働の意義と目的について確認するとともに、多職種間で情報を共有することの重要性について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。また、多職種協働における個人情報を取り扱う上での利用者とその家族の同意の必要性について理解を深められるよう講義を行う。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 医療と介護の連携、多職種連携の強化に向けた最新の法制度改正に関する事項
 - 医療と介護の連携、多職種連携の強化に資するツール等に関する事項
 - 地域における医療との連携及び多職種協働の現状・課題に関する事項

前期:ケアマネジメントに係る法令等の理解

前期	ケアマネジメントに係る法令等の理解	講義 2時間
-----------	--------------------------	-------------------

1. 目的

法令を遵守し、介護支援専門員の業務を適切に遂行できるよう、介護保険制度に係る法令等を正しく理解する。

2. 概要

- ・ 介護保険法、介護保険法施行令、介護保険法施行規則、厚生労働省告示、居宅サービス等の運営基準、居宅介護支援等の運営基準に関しその位置付けや業務との関連を俯瞰する講義を行う。(特に、介護支援専門員及びケアマネジメントに関する部分の規定について、業務と関連づけて理解する。)
- ・ 事業所の指定取消や介護支援専門員の登録消除などの不適切事例を参考に、ケアマネジメントを実践する上での法令遵守(コンプライアンス)の重要性を認識するための講義を行う。
- ・ 介護報酬に係る関係告示や通知等の概要についての講義を行う。

3. 修得目標

- ① 介護保険法の意義と目的について説明できる。
- ② 介護保険法に遵守したケアマネジメントを実施できる。
- ③ 利用者を取り巻く諸制度について説明できる。
- ④ 実践上の法令遵守について説明できる。
- ⑤ 介護報酬に係る関係告示や通知等の概要について説明できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 介護保険制度に関する法令と関係性の理解
 - ・ 法令等を理解する意義と目的
 - ・ 法令等の関係性
 - ①法律 > ②政令 > ③省令 > ④告示 > ⑤通知 > ⑥事務連絡、⑦Q&A
 - 国と都道府県及び自治体の関係性
 - ・ 介護支援専門員の業務や役割と法令等の関係
- 地方自治体による条例等の理解
 - ・ 条例の位置づけ
 - 条例の意味、条例に関する基準
 - ・ 地方分権改革の経緯
 - 介護保険制度における地方分権の意味、地方分権一括法等により条例に委任された事項
- ケアマネジメントの実践において関連する介護保険法以外の法律等の理解
 - ・ 社会福祉法(昭和26年法律第45号)
 - ・ 老人福祉法(昭和38年法律第133号)
 - ・ 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(令和元年法律第64号)
 - ・ 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(平成17年法律第123号)
 - ・ 生活保護法(昭和25年法律第144号)
 - ・ 生活困窮者自立支援法(平成25年法律第105号)
 - ・ 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)

- ・ 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）
- ・ その他税法関係など
- 法令遵守の理解
- ・ 法令順守の意味と位置づけ
 - 介護支援専門員の義務（介護保険法第69条の34）
 - 指定居宅サービス事業者等の義務（介護保険法第74条第6項）
- ・ 法令遵守に関する事業者の体制整備

5. 研修展開上の留意点

- ・ 介護保険法の意義と目的について確認するとともに、介護保険法に遵守したケアマネジメントを実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 利用者を取り巻く諸制度、法令遵守の実践の留意点、介護報酬に係る関係告示や通知等の概要について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 最新の法制度改正に関する事項
 - 最新の運営基準等の改正に関する事項

前期:実習オリエンテーション

前期	実習オリエンテーション	講義 1時間
-----------	--------------------	-------------------

1. 目的

研修における実習の位置付けと目的、実施方法を理解し、効果的な実習に結びつける。

2. 概要

- ・ 実習は、ケアマネジメントの実践現場を通して様々なことを学ぶことができる機会であるとともに、これまでの講義や演習を通じて身につけた知識技術を試行する機会でもあり、効果的な実習となるよう、実習の目的についての講義を行う。
- ・ 実習の流れや実習時の心構えなどに関する講義を行う。(実習を通じて、地域ごとの社会資源等の状況や現場での倫理的課題などについても意識を向けるよう認識する。)

3. 修得目標

- ① 研修における実習の位置づけと目的について説明できる。
- ② 実習協力者に実習内容について説明できる。
- ③ 実習における心構えについて説明できる。
- ④ 実習に取り組む姿勢について説明できる。
- ⑤ 個人情報保護をはじめとした実習に必要な資料の準備ができる。
- ⑥ 実習協力者の状況に合わせて実習を行うことの必要性について説明できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 実習の位置づけと目的の理解
 - ・ 実習の位置づけと目的
 - 前期に学んだ一連のケアマネジメントプロセスの実践の様子の理解
 - 見学を通じて多様な要介護高齢者の生活に対応したケアマネジメントの理解
 - ・ 実習内容
 - 一連のケアマネジメントプロセスや必要となる社会資源を把握するための実践的な学習
 - 多様な要介護高齢者の生活に対応したケアマネジメントの経験（見学）
- 実習受入事業所・実習協力者への説明内容の共有
- 実習に取り組む姿勢の確認
 - これまでの学習内容の実践応用の視点の獲得
 - 実務研修修了後の業務のイメージの獲得
 - 後期課程との連続性も踏まえた事例の選定
- 実習協力者との誓約書及び同意書の取り交わし
 - 実習受入事業所が求める同意に了承することの必要性
 - 個人情報の取り扱いと守秘義務、実習受入事業所の実習指導者と実習生との協議
- 実習協力者の状況に合わせた実習
 - 実習協力者の体調や生活状況に実習日を合わせることの理解
 - 信頼関係の構築、研修受講中の者としての姿勢で臨むことの重要性

5. 研修展開上の留意点

- ・ 研修における実習の位置づけと目的について確認するとともに、実習における心構え、実習に取り組む姿勢について理解を深められるよう講義を行う。
- ・ 実習協力者に実習内容について説明するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、また、実習協力者の状況に合わせて実習を行うことの必要性について理解を深められるよう講義を行う。
- ・ 個人情報保護をはじめとした実習に必要な資料の準備を実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう講義を実施する。

前期:ケアマネジメントの基礎技術に関する実習

前期	ケアマネジメントの基礎技術に関する実習	—
-----------	----------------------------	---

1. 目的

実習現場でのケアマネジメントプロセスの経験を通じて、実践に当たっての留意点や今後の学習課題等を認識する。

2. 概要

- ・ 実習に当たっては、利用者への居宅訪問を行い、アセスメントの実施、居宅サービス計画の作成、サービス担当者会議の準備・同席、モニタリングの実施、給付管理業務の方法など一連のケアマネジメントプロセスの実習を行う。

3. 修得目標

- ① ケアマネジメントプロセスの実践にあたっての留意点を踏まえ、観察した結果を盛り込んだ実習報告書の作成ができる
- ② ケアマネジメントプロセスについて、指導者のもと、実習先で体験した結果を盛り込んだ実習報告書の作成ができる。
- ③ 実際の生活環境を観察した結果を盛り込んだ実習報告書の作成ができる。
- ④ 実習協力者の状況に合わせて実習を実施できる。
- ⑤ 給付管理業務の流れを述べることができる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 実習先におけるケアマネジメントのプロセスの体験
 - ・ 事前の理解
 - 実習前に実習生としての姿勢についての説明を受けての目的の理解、実習先の環境についての実習の前準備としての理解
 - ・ ケアマネジメントプロセスの体験
- 利用者の多様な生活とケアマネジメントプロセスの理解
 - ・ 専門職としての基本的姿勢の理解
 - 専門職としての倫理、コミュニケーションと信頼関係の構築
 - 守秘義務や情報管理など業務の基本
 - ・ ケアプランの作成
 - ケアマネジメントプロセスの体験
 - ・ 多様なケアマネジメント実践の見学
 - 要介護高齢者の多様な生活像の理解
- 振り返りに活用するための記録の作成
 - 体験を通じて得られた事項の研修実施機関等が示す書式に沿った記録・提出

5. 研修展開上の留意点

- ・ ケアマネジメントプロセスの実践にあたっての留意点を踏まえ、観察した結果を盛り込んだ実習報

告書を作成するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。また、給付管理業務の流れについて理解を深められるよう講義を行う。

- ・ ケアマネジメントプロセスについて、指導者のもと、実習先で体験した結果を盛り込んだ実習報告書を作成するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう講義を実施する。
- ・ 実際の生活環境を観察した結果を盛り込んだ実習報告書を作成するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう講義を実施する。
- ・ 実習協力者の状況に合わせて実習をするために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう講義を実施する。

後期:実習振り返り

後期	実習振り返り	講義・演習 3時間
-----------	---------------	----------------------

1. 目的

実習を通して得られた気付きや課題を客観的に振り返り、発表することを通じて今後の学習課題を認識する。

2. 概要

- ・ 実習で行ったアセスメントや居宅サービス計画の作成など、一連のケアマネジメントプロセスの実践事例を発表することにより、実習を通じて感じた気づきや不足している知識技術といった課題、現場で生じうる倫理的な課題を共有する。
- ・ 受講者間で共有した課題や実習に関する講師からの総評を踏まえて、今後、専門職として身につけていくべき知識・技術についての学習課題を認識する講義を行う。

3. 修得目標

- ① 今後の学習課題について説明できる。
- ② ケアマネジメントプロセスに沿って、実習で作成した居宅サービス計画について説明できる。
- ③ 実習を通じて倫理課題について説明できる。
- ④ 受講者間相互の話し合いにおいて、不足している知識について説明できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 実習の振り返り
 - ・ 実習の振り返りのねらい
 - 実習を通じて体感した言語化しにくい「迷い」、「悩み」、「不安」などを言語化、自分の理解が深まった点／習熟できていない点の明確化、後期に向けた研修目標の設定
 - ・ 研修記録シート、実習記録及び実習で作成したケアプランの振り返り
 - ・ 実習で得た視点や課題認識の振り返り
 - ケアマネジメントプロセスの実践における自身の課題、ケアマネジメントの実践に対して専門職としての姿勢や倫理の観点から気づいたこと感じたこと、後期課程に向けた学習課題
- 受講者間の意見交換による知識・技術の拡充と具体化
 - 実習で感じた事項の言語化
 - 他の受講者の認識と相対化することによる自分の課題の認識
 - 後期過程に向けた目標設定
- 後期課程における自己の目標設定
 - 振り返り及び意見交換等を踏まえた後期過程の目標設定
 - 研修記録シートへの記入

5. 研修展開上の留意点

- ・ 実習の振り返りを通じて、今後の学習課題や実習を通じて感じた倫理課題について確認するとともに、受講者間相互の話し合いにおいて、不足している知識について理解を深められるよう講義を行う。

- ケアマネジメントプロセスに沿って、実習で作成した居宅サービス計画について説明するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- 必要に応じて演習を展開する。

後期:ケアマネジメントの展開:生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント

後期	ケアマネジメントの展開 生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント	講義・演習 3時間
-----------	---------------------------------------------------	----------------------

1. 目的

生活の継続を支えるためのケアマネジメントは高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解に基づいて行われる必要があることを理解する。

また、適切なケアマネジメント手法の基本的な考え方を理解する。

2. 概要

- ・ ケアマネジメントを実践する上で必要な高齢者の生理、高齢者やその家族の心理、住環境や同居者の有無などそれぞれの要素と要素の関係性の重要性に関する講義を行う。
- ・ 「適切なケアマネジメント手法」の基本的な考え方及び高齢者が有する疾患に関係なく想定される支援内容及び多職種との情報共有において必要な視点を整理した「基本ケア」について理解する。
- ・ それらの関係性を踏まえたアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等への具体的な展開方法など、支援に当たってのポイントを理解する。
- ・ 高齢者の代表的な疾患や症候群別のケアマネジメントを学ぶことの有効性について理解する。

3. 修得目標

- ① 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解に基づいたケアマネジメントの重要性について説明できる。
- ② ケアマネジメントを必要とする高齢者の特性について説明できる。
- ③ 高齢者の代表的な疾患や症候群の特徴を述べることができる。
- ④ 疾患別ケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ⑤ 適切なケアマネジメント手法作成の背景、目的、基本的な考え方について説明できる。
- ⑥ 適切なケアマネジメント手法の「基本ケア」の位置づけ、構成を述べることができる。
- ⑦ 本人が有する疾患に関係なく、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容を述べることができる。
- ⑧ (先輩や上司の指導を受けながら、) 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、基本ケアに関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解
 - ・ 高齢者の特性
 - 加齢に伴う機能と生理の変化、こころとからだのそれぞれにおける加齢に伴う影響
 - ・ 健康状態と生活機能を構造的に捉える視点
 - ICF の理解、ICF が策定された背景、構造的に捉える必要性と有効性
 - ・ 高齢者に多い代表的な疾患や症候群
 - 認知症、脳血管疾患、骨折 (大腿骨頸部骨折)、廃用症候群 (フレイル)、心疾患 (慢性心不全など)、誤嚥性肺炎
- 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作成の背景と目的、制度上の位置づけ

- ニッポン一億総活躍プランでの位置づけ、多職種連携の円滑化、根拠に基づく仮説を持つことの有効性
- ・ 適切なケアマネジメント手法を使う意義
 - 個別化したケアの実現に向けた詳細な情報収集、情報収集における多職種やサービス事業者等との連携、チームの関わり方の変化、個別化されたケア内容を捉える視点の獲得
- ・ 適切なケアマネジメント手法の基本的な考え方
 - 根拠に基づく体系的な知識、情報収集において持つべき視点、必要性や個別性の検討のための情報収集と多職種連携
- ・ 適切なケアマネジメント手法の活用方法、活用場面
 - 個別支援での活用、OJTや研修での活用、カンファレンスや地域ケア会議での活用
- 「基本ケア」の理解
- ・ 基本ケアの位置づけ
 - 生活の基盤を支えるための基礎的な視点、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視点、疾患別ケアマネジメントに共通する基本的な視点、個々の専門職域で培われた実践知見に基づく知見の体系化
- ・ 基本ケアの構成と活用する際の留意点
 - 基本方針・大項目・中項目・想定される支援内容の構成、想定される支援内容の検証に必要なアセスメント/モニタリング項目、想定される支援内容はあくまでも仮説、意向の把握を前提とした詳細な情報収集を通じた課題の抽出、視点の抜け漏れを防ぐための活用
- ・ 基本ケアで想定される支援内容とその必要性等
 - 尊厳を重視した意思決定の支援、これまでの生活の尊重と継続の支援、家族等への支援
- 疾患別ケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割
- ・ 疾患別ケアマネジメントを学ぶ必要性
 - 高齢者に多い疾患や症候群、医療的支援が必要な要介護高齢者等の動向、利用者が望む生活の継続を支えるうえで必要な医療との連携
- ・ 疾患別ケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割
 - 利用者の尊厳の保持、意思決定過程の支援、生活の継続の支援、利用者の生活の視点に立った多職種間での連携（情報の収集と共有）

5. 研修展開上の留意点

- ・ 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解に基づいたケアマネジメントの重要性について確認するとともに、ケアマネジメントを必要とする高齢者の特性、高齢者の代表的な疾患や症候群について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 疾患別ケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 適切なケアマネジメント手法作成の背景、目的、基本的な考え方について確認するとともに、本人が有する疾患に関係なく、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、基本ケアに関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成をするために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解に資する最新の研究等の動向に関する事項
 - 「適切なケアマネジメント」に関する最新の動向に関する事項
 - 「適切なケアマネジメント」を用いた担当事例等の自己点検、気づきの共有に関する事項
 - 「適切なケアマネジメント」をカンファレンス（サービス担当者会議、個別事例を扱う地域ケア会議、入退院時など）で活用する方法や留意点に関する事項

後期:ケアマネジメントの展開:脳血管疾患のある方のケアマネジメント

後期	ケアマネジメントの展開 脳血管疾患のある方のケアマネジメント	講義・演習 4時間
-----------	-------------------------------------------	----------------------

1. 目的

脳血管疾患に関する身体機能の制約や高次脳機能障害が生じやすい疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

また、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（脳血管疾患がある方のケア）」の内容を理解する。

2. 概要

- ・ 脳血管疾患の分類、症状、後遺症、生活障害の程度と身体機能の関係、廃用症候群との関係性についての講義を行う。
- ・ 脳血管疾患における療養上の留意点や起こりやすい課題について理解する。
- ・ 脳血管疾患に特有な検討の視点や想定される支援内容を整理した「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（脳血管疾患がある方のケア）」について理解する。
- ・ 脳血管疾患の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用に関する講義を行う。
- ・ リハビリテーションや福祉用具等、それらを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携協働に当たってのポイントを理解する。
- ・ 脳血管疾患の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点、モニタリングでの視点を理解する。

3. 修得目標

- ① 疾患の性質上、身体機能の制約や高次脳機能障害が生じやすい疾患の特徴について説明できる。
- ② 望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて説明できる。
- ③ 脳血管疾患のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ④ 脳血管疾患を有する方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容（環境調整、リハビリテーションを含む）を述べることができる。
- ⑤ （先輩や上司の指導を受けながら、）適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（脳血管疾患）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

●疾患の理解

- ・ 脳血管疾患の特徴を理解する必要性
 - 要介護認定の原因疾患としての脳血管疾患、脳血管疾患の特徴（生活習慣病等を背景とした再発の可能性、再発により生活機能が悪化するリスク）、本人が望む生活の実現に向けた活動・参加の工夫とリハビリテーションの重要性
- ・ 脳血管疾患の分類
 - 「梗塞型」（脳梗塞）、「出血型」（脳出血）

- ・ 脳血管疾患の主な症状
 - 運動麻痺と感覚麻痺、摂食嚥下障害、言語障害（失語症と構音障害）、高次脳機能障害、脳血管性認知症（概要およびアルツハイマー型認知症等との症状の違い）
- ・ 脳血管疾患の治療
 - 脳梗塞と脳出血の主な治療の流れ、再発を防止するための薬物療法などの継続的治療の必要性、薬物療法の留意点、原因疾患や合併症の理解と治療、併発疾患（高血圧症、糖尿病、心疾患など）がある場合の留意点）
- 脳血管疾患のある方のケアマネジメント
 - ・ 脳血管疾患のある方のケアマネジメントの留意点
 - 意向の把握と望む生活の継続、状況に応じた活動・参加の支援、再発の予防と生活機能の回復および維持、生活の継続を支える家族等の支援
 - ・ 脳血管疾患のある方のケアにおいて想定される支援内容
 - 概要と必要性、個別化に向けた検討のためのアセスメント/モニタリング項目
 - ・ 医療の関わり
 - 健康状態の把握、再発予防に向けた療養管理（医療系サービス、訪問看護、居宅療養管理指導、地域密着型サービス（看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型サービス等）
 - ・ 生活の場面での状況の把握と多職種連携

生活の場面での状況の把握、かかりつけ医をはじめ医療職との情報共有、本人の意向や疾患の理解等を踏まえた総合的な援助の方針の共有と見直し）
 - ・ 脳血管障害のリハビリテーション
 - 心身の状況の変化や経過の特徴、片麻痺の評価方法や回復段階、リハビリテーションの流れ
 - リハビリテーションチーム（専門医の役割、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）のそれぞれの役割、義肢装具士の役割
 - 介護保険分野でのリハビリテーション（訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、その他の介護サービスにおける機能訓練の役割と機能）
- 「脳血管疾患のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性等の理解
 - ・ I期：再発防止
 - 血圧や疾病の管理の支援、服薬管理の支援、生活習慣の改善
 - ・ I期：生活機能の維持・向上
 - 心身機能の回復・維持、心理的回復の支援、活動と参加に関わる能力の維持・改善、リスク管理
 - ・ II期：継続的な再発予防
 - 血圧や疾病の自己管理の支援、服薬の自己管理、生活習慣の維持
 - ・ II期：セルフマネジメントへの移行

心身機能の見直しとさらなる回復・維持、心理的回復の支援、活動と参加に関わる能力の維持・向上、リスク管理

※ I期：症状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期、II期：症状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期
- 多職種協働（チームアプローチ）による対応
 - ・ かかりつけ医との連携
 - ・ 多職種連携
 - リハビリテーション専門職との連携、看護師との連携、薬剤師との連携、管理栄養士等との連携、サービス事業者との連携
 - ・ 望む生活の実現と継続に向けたインフォーマルな地域資源との連携

5. 研修展開上の留意点

- ・ 疾患の性質上、身体機能の制約や高次脳機能障害が生じやすい疾患の特徴を確認するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当た

ってのポイントについて理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。

- ・ 脳血管疾患のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割を確認するとともに、脳血管疾患を有する方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容（環境調整、リハビリテーションを含む）について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（脳血管疾患）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成を実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 疾患の理解に資する最新の研究や調査等の動向に関する事項
 - 地域の医療における「地域連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用状況に関する事項
 - 「適切なケアマネジメント手法」を用いた担当事例等の自己点検、気づきの共有に関する事項

後期:ケアマネジメントの展開:認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント

後期	ケアマネジメントの展開 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント	講義・演習 4時間
-----------	-------------------------------------------------	----------------------

1. 目的

認知症の特徴や療養上の留意点、多職種との情報共有において必要な視点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

また、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（認知症がある方のケア）」の内容を理解する。

2. 概要

- ・ 認知症の原因となる疾患、症状、改善可能性、症状の進行並びに薬物療法の有効性、留意点及び副作用について講義を行う。
- ・ 認知症における療養上の留意点、倫理的な対応及び起こりやすい課題について理解する。
- ・ 認知症ケアにおける医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。
- ・ 認知症に特有な検討の視点や想定される支援内容を整理した「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（認知症がある方のケア）」の内容を理解する。認知症の事例におけるアセスメントや課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。
- ・ 独居で認知症の要介護者等に対するアプローチの視点や方法を理解する。
- ・ 認知症の要介護者と同居している家族に対する支援や地域への配慮と協働の視点を持ったケアマネジメントの具体的な方法を修得する。
- ・ 認知症に伴う行動心理症状（BPSD）に対するアプローチの視点及びケアの手法を理解する。

3. 修得目標

- ① 認知症の特徴や療養上の留意点、起こりやすい課題について説明できる。
- ② 認知症における療養上の留意点・倫理的な対応及び、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて説明できる。
- ③ 認知症のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ④ 認知症のある方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容（家族に対する支援や地域への配慮と協働の視点を含む）を述べることができる。
- ⑤ （先輩や上司の指導を受けながら、）適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、疾患別ケア（認知症）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

●疾患の理解

- ・ 認知症の特徴を理解する必要性
 - 要介護認定の原因疾患としての認知症、認知症のある要介護高齢者の動向と将来見通し、認知症に伴う生活障害、本人を中心とした認知症ケアの重要性、意思決定支援過程の支援の必要性
- ・ 認知症の特徴
 - 認知症の定義（ICD-10、NIA-AA 及び DSM-V 等）、代表的な認知症の種類、統合失調症や双極性障害などの精神疾患との相違点、認知症と区別すべき病態（うつ状態、せん妄）、MCI（軽

度認知障害) および若年性認知症の理解

- ・ 認知機能障害と行動・心理症状 (BPSD)
 - 認知症の症状と生活障害、認知機能障害の理解
 - 行動・心理症状 (BPSD) の概要とその背景要因の理解
- ・ 認知症の種類による特徴
 - アルツハイマー型認知症：緩徐に進行する記憶障害
 - 血管性認知症：段階的な悪化と意欲低下およびまだら認知症
 - レビー小体型認知症：幻覚（特に幻視）と妄想の出現とパーキンソン症状
 - 前頭側頭型認知症：行動抑制がきかなくなる
 - 複数の疾患が併発する場合があることの理解
- 認知症に関わる制度・政策動向の理解
 - 認知症施策推進大綱、認知症総合支援事業（認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、チームオレンジ）等の理解
- 認知症のある方のケアマネジメント
- ・ 認知症のある方のケアマネジメントの留意点
 - 尊厳の保持、意思決定の支援、介護している家族の認識および意向の適切な把握、パーソンセンタードケア
- ・ 認知症のある方のケアにおいて想定される支援内容
 - 本人や家族の認識及び意向の把握、意思決定の支援、本人及び家族をとりまく連携体制の構築、生活の支援、生活の尊重と重度化予防、行動・心理症状 (BPSD) の予防と重度化防止
- ・ 権利擁護に関わる制度・事業
 - 成年後見制度、日常生活自立支援事業
- ・ 医療の関わり
 - 非薬物療法と薬物療法、認知症以外の慢性疾患への影響、医療に関わる意思決定の支援
- ・ 認知症の利用者への支援とチームケア
 - 独居の認知症利用者への支援、認知症である利用者の生活上の課題の適切な把握と居宅サービス計画への反映、民生児童委員などインフォーマルサービスとの連携
- ・ 同居家族に対する支援
 - 認知症要介護者の家族がたどる 4 段階の心理的過程
 - 同居家族の介護負担軽減、情動的支援と情緒的支援
- ・ 同居でない家族との関わり
- ・ 地域への働きかけ
- 「認知症のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性の理解
- ・ ここまでの経緯の確認と本人及び家族・支援者の認識の理解
 - 経緯の確認、本人と家族・支援者の認識の理解および取り巻く環境の理解
- ・ 将来の準備としての意思決定の支援および必要に応じた連携体制の構築
 - 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援、意思決定支援体制の整備
 - 必要に応じた連携体制の構築
- ・ 基本的な生活の支援
 - 日常生活における本人の意向の尊重、一週間の生活リズムを支えることの支援日常的に参加する役割を整えることの支援、体調管理や服薬管理の支援、基本的なセルフケアを継続することの支援
- ・ これまでの生活の尊重と重度化の予防
 - 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備
- ・ 行動・心理症状 (BPSD) の予防・重度化防止
 - 行動・心理症状 (BPSD) の状況と背景要因の把握、背景要因に対する取り組みの支援
- ・ 家族等への対応
 - 家族支援に必要なサービスの調整支援、将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

●多職種協働（チーアプローチ）による対応

- 本人の認識や意向を捉えるためのチームでの情報共有
- 状況に応じた意思決定支援チームの組成
- インフォーマルな地域資源を含めた状況の共有
- かかりつけ医等の本人の状況を総合的に捉える医療職との連携

5. 研修展開上の留意点

- ・ 認知症の特徴や療養上の留意点、起こりやすい課題について確認するとともに、認知症における療養上の留意点・倫理的な対応及び、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて理解を深められるよう、実践例を交えた講義を行う。
- ・ 認知症のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について確認するとともに、認知症のある方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容（家族に対する支援や地域への配慮と協働の視点を含む）について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（認知症）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成を実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特성에 応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 疾患の理解に資する最新の研究や調査等の動向に関する事項
 - 地域の医療における「地域連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用状況に関する事項
 - 認知症に関する最新の法制度等の動向に関する事項
 - 「適切なケアマネジメント手法」を用いた担当事例等の自己点検、気づきの共有に関する事項

後期:ケアマネジメントの展開:大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント

後期	ケアマネジメントの展開 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント	講義・演習 4時間
-----------	---------------------------------------------	----------------------

1. 目的

大腿骨頸部骨折の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

また、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（大腿骨頸部骨折がある方のケア）」の内容を理解する。

2. 概要

- ・ 大腿骨頸部骨折の原因、症状、生活をする上での障害及び予防方法に関する講義を行う。
- ・ 大腿骨頸部骨折における療養上の留意点や起こりやすい課題について理解する。
- ・ 大腿骨頸部骨折に特有な検討の視点や想定される支援内容を整理した「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（大腿骨頸部骨折がある方のケア）」の内容を理解する。
- ・ 大腿骨頸部骨折の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用方法等についての講義を行う。
- ・ リハビリテーション、福祉用具などを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携協働に当たってのポイントを理解する。
- ・ 大腿骨頸部骨折の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。

3. 修得目標

- ① 大腿骨頸部骨折の特徴や療養上の留意点、起こりやすい課題について説明できる。
- ② 大腿骨頸部骨折のある方の療養上の留意点・倫理的な対応及び、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて説明できる。
- ③ 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ④ 大腿骨頸部骨折のある方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容（リハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用を含む）を述べることができる。
- ⑤ （先輩や上司の指導を受けながら、）適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（大腿骨頸部骨折）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

●疾患の理解

- ・ 大腿骨頸部骨折のある方のケアを理解する必要性
 - 高齢者における骨折と入院治療の傾向、骨折による生活への影響の大きさ、生活不活発やフレイルを進行させるリスク、回復による歩行回復の可能性

●大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント

- ・ 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントの留意点
 - 骨折の背景や経緯の把握、骨折前の生活（特に家庭や地域での役割）の把握、リハビリテーションの活用による生活機能と歩行の回復、本人の意欲やストレスを踏まえた社会参加の回復、セルフマネジメントの支援

- ・ 大腿骨頸部骨折のある方のケアにおいて想定される支援内容
 - 再骨折の予防骨折前の生活機能の回復、セルフマネジメントへの移行
 - ・ 医療の関わり
 - かかりつけ医との連携（背景となる疾患の有無と治療方針の確認）、回復期リハビリテーション、転倒リスクの評価に戻る転倒予防のためのリハビリテーション、骨粗しょう症の治療
 - ・ 生活の場面で活用しうる地域資源
 - 通所・訪問リハビリテーション、機能訓練、用具や住環境の整備、インフォーマルな地域資源を活用した社会参加の回復の支援、再転倒に対する本人の受け止め（不安）に対する心理的支援
 - 「大腿骨頸部骨折のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性の理解
 - ・ I期：再骨折の予防
 - 転倒予防、骨粗しょう症の予防
 - ・ I期：骨折前の生活機能の回復
 - 歩行の獲得、生活機能の回復、社会参加の回復
 - ・ II期：再骨折の予防
 - 転倒予防、骨粗しょう症の予防
 - ・ II期：セルフマネジメントへの移行
 - 介護給付サービスの終結に向けた理解の促進（自助・互助への移行）
- ※ I期：症状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期、II期：症状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期
- 多職種協働（チームアプローチ）による対応
 - ・ かかりつけ医との連携
 - 治療方針の確認と共有、動作や安静の指示
 - ・ サービス担当者会議を活用した方針共有
 - 治療方針と動作や安静の指示を踏まえ生活不活発とならないよう適度な活動量の維持のための具体的な支援方針の共有
 - ・ モニタリング
 - 生活機能の回復状況、生活不活発のリスクの把握、本人の認識や意向を踏まえたセルフマネジメントへの移行

5. 研修展開上の留意点

- ・ 大腿骨頸部骨折の特徴や療養上の留意点、起こりやすい課題について確認するとともに、大腿骨頸部骨折のある方の療養上の留意点・倫理的な対応及び、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について確認するとともに、大腿骨頸部骨折のある方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容（リハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用を含む）について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（大腿骨頸部骨折）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成を実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特성에 応じた知識の習得や、習得した知識の實踐応用の實現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を實施することが考えられる。
 - 疾患の理解に資する最新の研究や調査等の動向に関する事項
 - 地域の医療における「地域連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用状況に関する事項
 - 「適切なケアマネジメント手法」を用いた担当事例等の自己点検、気づきの共有に関する事項

後期:ケアマネジメントの展開:心疾患のある方のケアマネジメント

後期	ケアマネジメントの展開 心疾患のある方のケアマネジメント	講義・演習 4時間
-----------	-----------------------------------------	----------------------

1. 目的

心不全につながる心疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。
また、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（心疾患がある方のケア）」の内容を理解する。

2. 概要

- ・ 心不全につながる心疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害や留意点に関する講義を行う。
- ・ 心疾患における療養上の留意点や起こりやすい課題に関する講義を行う。
- ・ 心疾患に特有な検討の視点や想定される支援内容を整理した「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（心疾患がある方のケア）」の内容を理解する。
- ・ 心疾患の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。

3. 修得目標

- ① 心不全につながる心疾患の特徴について説明できる。
- ② 心疾患のある方のケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて説明できる。
- ③ 心疾患のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ④ 心疾患を有する方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容を述べるができる。
- ⑤ （先輩や上司の指導を受けながら、）適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（心疾患）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 疾患の理解
 - ・ 心疾患の特徴を理解する必要性
 - 高齢者の罹患者数が多いコモンディゼーズであること、再発と急激な重症化から治療・改善を繰り返して死に向かっていく傾向を辿る特徴、進行段階に応じた動作や行動の制約とフレイルの予防の両立が生活場面で重要であること、本人や家族の不安に対する心理的な支援も重要であること
 - ・ 心疾患の特徴と進行段階
 - ・ 心疾患による主な症状と治療
 - 心疾患の症状、心疾患の検査方法と診断、薬物治療と非薬物治療、動作や行動の制約
- 心疾患のある方のケアマネジメント
 - ・ 心疾患のある方のケアマネジメントの留意点
 - 医療との連携の重要性、再発及び再入院の予防に向けた療養と日常生活の支援、フレイルを進行させない活動と参加の支援、本人や家族の心理的な支援
 - ・ 心疾患のある方のケアにおいて想定される支援内容

- 再入院の予防、生活機能の維持・向上、EOL（エンドオブライフ）の準備の支援
- ・ 医療の関わり
 - かかりつけ医との連携、心疾患の進行段階に応じた療養方針の理解、日常生活での療養を支える体制の構築、再発し急激に状況が悪化した場合の連絡体制の構築
- ・ 生活の場面での支援
 - 本人や家族による疾患及び療養内容の理解状況の把握、自己管理能力の向上の支援、医師からの指示を踏まえフレイルを進行させない暮らし方の支援、本人や家族に対する心理的な支援
- ・ 活用しうる地域資源
 - 医療系サービス、心疾患がある方のリハビリテーション・機能訓練、フォーマルな地域資源、インフォーマルな地域資源
 - 本人の活動と参加を支える生活支援サービス
- 「心疾患のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性の理解
- ・ I期：再入院の予防
 - 疾患の理解と確実な服薬、自己管理能力の向上とリスクの管理、療養を続けるための環境・体制の整備
- ・ I期：生活機能の維持・向上
 - 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援、心理的な支援
- ・ II期：再入院の予防
 - 疾患の理解と確実な服薬、自己管理能力の向上とリスクの管理、療養を続けるための環境・体制の整備
- ・ II期：生活機能の維持
 - ステージに応じた生活・暮らし方の支援、心理的な支援
- ・ II期：EOL（エンドオブライフ）に向けた準備
- ※ I期：退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期、II期：状態が安定から不安定な状況にある時期
- 多職種協働（チームアプローチ）による対応
- ・ 医師及び医療職との連携
 - かかりつけ医との連携、通院先の医療機関及び担当の専門医の確認と連携、治療方針及び服薬内容やリハビリテーションの方針の確認
- ・ 日常生活の継続の支援における多職種協働
 - 療養と社会参加を両立する総合的な援助方針の共有、日常生活での活動と参加の状況の把握（モニタリング）、本人の受けとめや意向の把握
- ・ 緊急時の対応体制の構築
- ・ EOL（エンドオブライフ）の準備に向けた多職種協働

5. 研修展開上の留意点

- ・ 心疾患の特徴について確認するとともに、心疾患のケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 心疾患のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について確認するとともに、心疾患を有する方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（心疾患）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成を実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 疾患の理解に資する最新の研究や調査等の動向に関する事項
 - 地域の医療における「地域連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用状況に関する事項
 - 「適切なケアマネジメント手法」を用いた担当事例等の自己点検、気づきの共有に関する事項

後期:ケアマネジメントの展開:誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント

後期	ケアマネジメントの展開 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント	講義・演習 3時間
-----------	------------------------------------------	----------------------

1. 目的

誤嚥性肺炎の特徴を理解するとともに、誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントにおける留意点等を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

また、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（誤嚥性肺炎の予防のためのケア）」の内容を理解する。

2. 概要

- ・ 誤嚥性肺炎の特徴や誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントにおける留意点等を踏まえた支援に当たってのポイントについて理解する。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防における「適切なケアマネジメント手法」の「基本ケア」の重要性を再確認する講義を行う。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防における検討の視点や想定される支援内容を整理した「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（誤嚥性肺炎の予防のためのケア）」の内容を理解する。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。

3. 修得目標

- ① 誤嚥性肺炎の特徴について説明できる。
- ② 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントにおける留意点等を踏まえた支援に当たってのポイントについて説明できる。
- ③ 誤嚥性肺炎の予防における基本ケアの重要性を説明できる。
- ④ 誤嚥性肺炎の予防における介護支援専門員の役割について説明できる。
- ⑤ 心誤嚥性肺炎の予防に向けたケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容を述べることができる。
- ⑥ （先輩や上司の指導を受けながら、）適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、疾患別ケア（誤嚥性肺炎の予防）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

●疾患の理解

- ・ 誤嚥性肺炎の予防を理解する必要性
 - 高齢者における誤嚥性肺炎の動向、誤嚥性肺炎の特徴（重症化する可能性、進行の速さ、生活に与える影響）、予防の必要性と有効性
- ・ 誤嚥性肺炎の症状と治療
 - 誤嚥性肺炎の症状、医療における治療の概要
- ・ 誤嚥性肺炎の予防に必要なリスク評価とケア
 - リスク評価の概要、予防のためのケア

●誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメント

- ・ 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントの留意点
 - リスク評価のための総合的なアセスメント、リスクの要因を捉えた予防、変化を捉える重要

性、多職種連携の重要性

- ・ 医療との関わり
 - リスク評価における専門職との連携、変化を捉えた医療への繋ぎ
- ・ 生活の場面での予防と多職種連携
- 「誤嚥性肺炎の予防のためのケア」の理解（想定される支援内容とその必要性等）
- ・ リスクの評価
 - 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解、リスクの評価
- ・ 日常的な発症及び再発の予防
 - 摂食嚥下機能の支援、リスクを小さくする支援
- ・ リスクの再評価
- ・ 変化を把握したときの対応体制の構築

5. 研修展開上の留意点

- ・ ADLや全身機能低下により、高齢者が発症しやすい疾患の特徴について確認するとともに、ADLや全身機能低下により、高齢者が発症しやすい疾患のケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて理解を深められるよう、実践例や各地域も交えた講義を行う。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防における基本ケアの重要性について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防における介護支援専門員の役割について確認するとともに、誤嚥性肺炎の予防に向けたケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（誤嚥性肺炎の予防）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成を実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 疾患の理解に資する最新の研究や調査等の動向に関する事項
 - 地域の医療における「地域連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用状況に関する事項
 - 「適切なケアマネジメント手法」を用いた担当事例等の自己点検、気づきの共有に関する事項

後期:ケアマネジメントの展開:高齢者に多い疾患等(糖尿病、高血圧、脂質異常症、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病、筋骨格系疾患、廃用症候群等)の留意点の理解

後期	ケアマネジメントの展開 高齢者に多い疾患等(糖尿病、高血圧、脂質異常症、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病、筋骨格系疾患、廃用症候群等)の留意点の理解	講義 2時間
-----------	------------------------------------------------------------------------------------	-------------------

1. 目的

高齢者に多い疾患等の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

2. 概要

- ・ 高齢者に多い疾患等の原因や症状、症状の進行、生活障害の程度と身体機能の関係についての講義を行う。
- ・ 疾患相互の影響、高齢者の生理(生活上の留意点)との関係、療養上の留意点及び起こりやすい課題に関する講義を行う。
- ・ 医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントについての講義を行う。
- ・ 各疾患症候群における生活習慣を改善する為のアプローチの方法(本人の動機付け、家族の理解の促進等)についての講義を行う。

3. 修得目標

- ① 高齢者に多い疾患(糖尿病、高血圧、脂質異常症、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病、筋骨格系疾患、廃用症候群等)の種類、原因、症状について述べるができる。
- ② 高齢者に多い疾患等の生活をする上での障害及び予防・改善方法について述べるができる。
- ③ 高齢者に多い疾患等における療養上の留意点について述べるができる。
- ④ 高齢者に多い疾患等の特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法について述べるができる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 高齢者に多い疾患の理解
 - ・ 高齢者に多い主な疾患
 - 高齢者に多い疾患の罹患状況
 - ・ 高齢者に多い疾患の理解の必要性
 - 疾患の進行による生活機能への影響(疾患の重篤化、慢性疾患による脳・心疾患やがんの発症リスク、動作や行動への制約に伴うフレイルのリスク)
 - ・ 糖尿病の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法
 - 糖尿病のステージと進行段階、重度化による健康障害(失明、壊疽)、重度化防止のための療養上の留意点、薬物療法と非薬物療法(食環境の見直し)、インスリン自己注射
 - ・ 高血圧症の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法
 - 高血圧の定義、高血圧症による脳・心疾患等の発症リスク、薬物療法と非薬物療法、状況に応じた動作の制約
 - ・ 脂質異常症の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法
 - 診断方法と主な症状、薬物療法と非薬物療法、他疾患の発症リスク
 - ・ 呼吸器疾患の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法

- COPD の概要と診断、COPD の治療と生活への影響、在宅酸素療法の概要、誤嚥性肺炎の概要とリスク評価の必要性
- ・ 腎臓病の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法
 - 腎臓病の種類と進行段階、透析治療の概要、重度化防止のための療養上の留意点、薬物療法と非薬物療法、心疾患などの他疾患と併発している場合の療養上の留意点
- ・ 肝臓病の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法
 - 肝臓病の種類と進行段階、重度化防止のための療養上の留意点、薬物治療と非薬物治療、他疾患と併発している場合の療養上の留意点
- ・ 高齢者に多い筋骨格系疾患の種類と特徴
 - 筋骨格系の役割と構造
 - 大腿骨頸部骨折、脊椎圧迫骨折、骨粗しょう症、変形性股関節症、変形性膝関節症、関節リウマチ、後縦靭帯骨化症、脊髄損傷
- ・ 廃用症候群の症状と予防
 - 筋萎縮、骨萎縮、関節拘縮、循環器への影響、呼吸器への影響、消化器への影響、うつ・不安・見当識障害・せん妄・睡眠覚醒リズム障害、褥瘡
- 高齢者に多い疾患に関するアセスメント及び居宅サービス計画作成における留意点の理解
- ・ かかりつけ医との連携
 - 疾患の進行段階を踏まえた治療方針の把握、生活の場面における療養上の留意点、併発疾患がある場合の相互影響の理解、動作や行動への制約がある場合のフレイル予防との両立
- ・ 多職種連携の体制の確認
 - 疾患ごとの通院先等の確認、かかりつけ薬剤師等の有無の確認、本人の療養状況等の情報の共有
- ・ 疾患の理解や治療方針に関する本人や家族の理解の状況の把握
 - 本人や家族の認識や理解の状況の把握、自身での療養の継続を支援する体制の検討

5. 研修展開上の留意点

- ・ 高齢者に多い疾患（糖尿病、高血圧、脂質異常症、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病、筋骨格系疾患、廃用症候群等）の種類、原因、症状について確認するとともに、高齢者に多い疾患等の生活をする上での留意点及び予防・改善方法について理解を深められるよう講義を行う。
- ・ 高齢者に多い疾患等における療養上の留意点、高齢者に多い疾患等の特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法について理解を深める。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 高齢者に多い疾患の理解に資する最新の研究や調査等の動向に関する事項
 - 地域の医療における高齢者に多い疾患への対応状況等に関する事項
 - 疾患の予防の取組に関する事項

後期:ケアマネジメントの展開:看取りに関する事例

後期	ケアマネジメントの展開 看取りに関する事例	講義・演習 4時間
-----------	----------------------------------	----------------------

1. 目的

看取りにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

2. 概要

- ・ 看取りのケースについて支援を行う際における介護支援専門員の役割や適切な姿勢についての講義を行う。
- ・ 看取りに関連する各種サービス等の活用方法や、医療職をはじめとする多職種との連携協働を効果的に行うためのポイントについての講義を行う。
- ・ 看取りに向けた利用者及びその家族との段階的な関わりの変化（生活動作の負担や痛みの軽減、主治医との連携や多職種協働、急変時の基本的な対応等）についての講義を行う。
- ・ 看取りのケースにおいて、在宅生活の支援を行う際の起こりやすい課題、アセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点についての講義を行う。

3. 修得目標

- ① 看取りにおける介護支援専門員の役割や適切な姿勢について述べるができる。
- ② 看取りに関する各種サービス等の活用方法や、医療職をはじめとする多職種との連携・協働を効果的に行うためのポイントについて述べるができる。
- ③ 看取りに向けた利用者及び家族との段階的な関わりの変化について述べるができる。
- ④ 看取りのケースにおいて、在宅生活の支援において起こりやすい課題について述べるができる。
- ⑤ 看取りの特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法について述べるができる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 看取りにおける介護支援専門員の役割や適切な姿勢の理解
 - ・ 看取りの概観
 - 看取りの捉え方、死に至る経過のパターン、多様化する死を迎える場所
 - ・ 介護支援専門員に求められる姿勢
- 多職種との連携・協働の留意点の理解
 - ・ 在宅での看取りを可能にする要件
 - ・ 在宅での看取りの際に提供されるケア
 - 訪問診療、訪問看護、必要に応じた日常生活支援などその他の職種のサービス、医療保険の制度との併用に関する理解、末期がんにおける訪問看護でのケア、がん以外の疾患の急性増悪期のケア
 - ・ チームアプローチ
 - 訪問看護・訪問介護・福祉用具貸与・訪問入浴・通所介護など様々なサービスと連携したチームづくり、かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師との連携（訪問薬剤管理指導の活用）、24時間体制の在宅支援診療所の医師・地域の医師との連携
- 利用者及び家族との段階的な関わりの変化の理解
 - 症状が落ち着いている時期、ADL が低下し苦痛が出現する時期、死が近づいていることが分か

る時期、死が目前の時期

- 在宅生活の支援において起こりやすい課題の理解
 - ・ 症状の出現と変化
 - ・ 疼痛緩和・疼痛コントロール
 - WHO 方式がん疼痛治療法指針、WHO3 段階除痛ラダー
 - ・ 呼吸困難（息苦しさ）
 - がんそのものによる呼吸面積の減少、気道の閉塞や狭窄、胸水の貯留、肺炎や喀痰の増加、在宅酸素療法（HOT）による酸素療法、薬剤投与、鎮静薬の利用
 - ・ その他の症状およびADLの低下
 - 消化管閉塞、嚥下障害、食思不振・栄養状態の悪化、全身倦怠感など
 - ・ 利用者及び家族の心の揺らぎ・動きへの寄り添い
- 看取りの特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法の理解
 - ・ 総合的な視点
 - 死についての利用者・家族の受けとめ、利用者及び家族の意向、かかりつけ医との情報共有
 - ・ 家族への視点
 - これまでの経緯と家族の受けとめの理解、時期に応じて起こりうる変化に応じた受けとめの変化へのサポート、予想されるリスクに関する適切な情報提供、情緒的支援、グリーフケア
 - ・ 検査・治療促進のための支援の視点
 - かかりつけ医をはじめ医療職との連携体制の構築、迅速な情報共有
 - ・ リスク対応の視点
 - 予想されるリスクに関する情報収集、悪化時・急変時の連絡ルートの明確化、緊急時の連絡体制の整備

5. 研修展開上の留意点

- ・ 看取りにおける介護支援専門員の役割や適切な姿勢について確認するとともに、看取りに関する各種サービス等の活用方法や、医療職をはじめとする多職種との連携・協働を効果的に行うためのポイントについて理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 看取りに向けた利用者及び家族との段階的な関わりの変化について確認するとともに、看取りのケースにおいて、在宅生活の支援において起こりやすい課題や看取りの特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法について理解を深められるよう講義を行う。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 看取りに関する最新の法制度等の動向に関する事項
 - グリーフケアの実践に関する事項
 - ACP や人生会議等の実践に関する事項
 - 地域における看取りの現状・課題に関する事項

後期:ケアマネジメントの展開:地域共生社会の実現に向け他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント

後期	ケアマネジメントの展開 地域共生社会の実現に向け他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント	講義・演習 3時間
-----------	------------------------------------------------------------	----------------------

1. 目的

他法他制度（難病施策、高齢者虐待防止関連施策、障害者施策、生活困窮者施策、仕事と介護の両立支援施策、ヤングケアラー関連施策、重層的支援体制整備事業関連施策等）の活用が必要な事例の特徴、対応する際の留意点を理解する。

2. 概要

- ・ 他法他制度の活用が必要な事例の特徴、対応する際の留意点に関する講義を行う。
- ・ 他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメントを行う際の社会資源の活用に向けた関係機関や多職種との連携、相互理解の必要性、状態に応じた多様なサービスの活用方法についての講義を行う。
- ・ 関連する他法他制度の内容や動向に関する講義を行う。
- ・

3. 修得目標

- ① 他法他制度の活用が必要な事例を学ぶ必要性について説明できる。
- ② 他法他制度の活用が必要な事例の特徴、対応する際の留意点について説明できる。
- ③ 他法他制度の活用が必要な事例のマネジメントを行う際の社会資源の活用に向けた関係機関との連携方法や状態に応じた多様なサービスの活用方法について述べるができる。
- ④ 関連する他法他制度（難病施策、高齢者虐待防止関連施策、障害者施策、生活困窮者施策、仕事と介護の両立支援施策、ヤングケアラー関連施策、重層的支援体制整備事業関連施策等）の内容や動向について述べるができる。
- ⑤ 難病のケアマネジメントの基本的な考え方やプロセス、医療や障害福祉の関係機関との連携・多職種連携の必要性について説明できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 他法他制度の活用が必要な事例を学ぶ必要性の理解
 - ニーズオリエンテッド、制度が提供できる範囲の限界、複数の社会資源を組み合わせるケアマネジメント、介護給付サービスだけでは対応が難しい事例の存在
- 他法他制度の活用が必要な事例の特徴、対応する際の留意点の理解
 - ・ 他法他制度の活用が必要な事例
 - 難病のある方のマネジメント、高齢者虐待防止の対応、高齢障害者の方のケアマネジメント、経済的に困窮状態にある高齢者のケアマネジメント等
 - ・ 対応する際の留意点
 - スクリーニングでの対応、各制度との連携及び併用する場合の留意点
- 難病のケアマネジメントの理解
 - 「難病」の定義、難病ケアマネジメントの特徴・特殊性、制度の理解、医療や障害福祉の関係機関との連携・多職種連携、療養者の QOL・社会参加に関する支援
- 難病のケアマネジメントの過程の理解

- ・ 受付及び相談並びに契約、アセスメントとニーズの把握
 - 利用者の理解、今後の療養方針・治療方針（意思決定）の支援、家族の支援
- ・ 居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議
- ・ モニタリング・評価
- 高齢者虐待に関する基本的な考え方や動向の理解
 - ・ 高齢者虐待の定義、背景・要因
 - ・ 高齢者虐待防止法と関連施策
 - ・ 高齢者虐待における介護支援専門員に期待される役割
- 障害者支援に関する基本的な考え方や動向の理解
 - ・ 高齢障害者の自立支援の必要性
 - ・ 障害者総合支援法及び精神保健福祉法と関連施策
 - ・ 介護保険優先原則、障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行におけるポイント
 - ・ 相談支援専門員との連携・相互理解におけるポイント
- ＜参考資料＞
 - ◇ 「相談支援従事者研修事業の実施について」（厚生労働省障発 0331 第 10 号）（令和 4 年 3 月 31 日）
 - ※P19～20 が触法関係の事項、P26～が相談支援専門員と介護支援専門員との連携に関する事項
 - ◇ 「精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修事業」について
 - ・ 精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について（公益社団法人日本精神保健福祉士協会）
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/seika03.pdf>
 - ・ 精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等の研修ニーズに関する調査報告書（一般社団法人日本介護支援専門員協会）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000521925.pdf>
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000521929.pdf>
- その他の関連する他法他制度の動向の理解
 - ・ 生活困窮者施策
 - ・ ヤングケアラー関連施策
- ＜参考資料＞
 - ◇ 厚生労働省 HP「ヤングケアラーについて」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/young-carer.html>
 - ※同ページ下部「ヤングケアラーに関する調査研究事業（外部サイト）」⇒「多機関連携によるヤングケアラーへの支援の在り方に関する調査研究（有限責任監査法人トーマツ）」⇒「多機関・多職種連携によるヤングケアラー支援マニュアル～ケアを担う子どもを地域で支えるために～」
 - ・ 仕事と介護の両立支援施策
 - 介護休業・介護休暇を活用する際のポイント（仕事と介護を両立させる体制を整えるための準備期間）
- ＜参考資料＞
 - ◇ 厚生労働省 HP「ケアマネジャー研修 仕事と介護の両立支援カリキュラム」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/ryouritsu/kaigo.html
 - ・ 重層的支援体制整備事業関連施策

5. 研修展開上の留意点

- ・ 地域共生社会の実現に向け、他法他制度の活用が必要な事例を学ぶ必要性について確認するとともに、他法他制度の活用が必要な事例の特徴、対応する際の留意点について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 関連する他法他制度（難病施策、高齢者虐待防止関連施策、障害者施策、生活困窮者施策、仕事と介

護の両立支援施策、ヤングケアラー関連施策、重層的支援体制整備事業関連施策等) の内容や動向について確認するとともに、他法他制度の活用が必要な事例のマネジメントを行う際の社会資源の活用に向けた関係機関との連携方法や状態に応じた多様なサービスの活用方法について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。

- ・ 難病のケアマネジメントの基本的な考え方やプロセス、医療や障害福祉の関係機関との連携・多職種連携の必要性について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 他法他制度の最新の動向に関する事項
 - 地域の社会資源の現状・課題に関する事項
 - 地域の多様なサービス（インフォーマルサービスを含む）の現状・課題に関する事項
 - 難病のケアマネジメントの実践に関する事項
 - 障害者支援及び相談支援専門員との連携に関する事項
 - 複合的課題を抱えている利用者とその家族等のケアマネジメントに関する事項

後期:アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習

後期	アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習	講義・演習 4時間
-----------	---------------------------------	----------------------

1. 目的

研修全体での学びを踏まえ、アセスメントから居宅サービス計画等の作成からモニタリングまでを一貫して行い、ケアマネジメントプロセスについて更なる理解を深める。

また、「科学的介護情報システム (LIFE)」をはじめとした、各種データや IT のケアマネジメントプロセスの活用の視点について理解する。

2. 概要

- ・ これまでの研修の中で修得した知識・技術を確認するため、事例に即したアセスメント、ニーズの把握、居宅サービス計画等の作成及びモニタリングを一貫して行うことにより、ケアマネジメントプロセスの理解を深めるとともに、理解が不足しているものがないか自己評価を行う。
- ・ 作成した居宅サービス計画等を原案として、サービス担当者会議の演習を行う。
- ・

3. 修得目標

- ① 事例に応じたケアマネジメントについて説明できる。
- ② ケアマネジメントプロセスごとの課題について説明できる。
- ③ 講評を受け、今後の自己課題の設定を実施できる。
- ④ 自己の課題に応じた解決策について説明できる。
- ⑤ 事例を基にサービス担当者会議、モニタリング場面等を模擬的に実施できる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

●ケアマネジメントプロセスの実践

- ・ 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習
 - ケアマネジメントプロセスの理解の復習、与えられた事例に関する情報の理解、ケアマネジメントの各プロセス（特にアセスメント過程）の留意点や視点の点検、ケアプラン作成の演習
 - ・ ケアマネジメントプロセスで使用する様式等の理解
 - 主な様式の理解、記録の必要性・重要性の理解、記入演習に基づく不明点等の課題の明確化
- <参考資料>
- ◇ 介護保険最新情報 vol.1049（「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」の一部改正等について（介護保険最新情報 Vol. 9 5 8 等の再周知））（令和 4 年 3 月 24 日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課事務連絡）
<https://www.mhlw.go.jp/content/000918580.pdf>
 - ・ ケアマネジメントプロセスごとの課題の振り返り
 - 自身のこれまでの学習と演習結果を踏まえた不明点等の課題の明確化

●サービス担当者会議の模擬実践

- ・ 事例選定と事前準備

- 事例の選定と事前準備、これまでの学習内容を踏まえた検討項目の立案
- ・ サービス担当者会議の模擬実施
 - 会議の進行、意見を引き出す工夫、議論のまとめ、記録作成
- ・ サービス担当者会議における課題の振り返り
 - 模擬実践を踏まえた不明点や不得意な点等の課題の明確化

5. 研修展開上の留意点

- ・ 事例に応じたケアマネジメントについて確認するとともに、ケアマネジメントプロセスごとの課題について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 講評を受け、今後の自己課題の設定を実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。また、自己の課題に応じた解決策について理解を深められるよう講義を行う。
- ・ 事例を基にサービス担当者会議、モニタリング場面等を模擬的に実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - アセスメント及びニーズ把握に関連する最新の法制度やツール等の動向に関する事項
 - 地域独自のアセスメントシート等のツールの活用に関する事項
 - 要支援・事業対象者に対するアセスメント方法・考え方に関する事項
 - 居宅サービス計画等の作成に関連する最新の法制度やツール等の動向に関する事項
 - 施設系サービスに従事する介護支援専門員向けの施設サービス計画の作成に関する事項
 - 介護予防サービス・支援計画作成の実践に関する事項
 - 介護予防ケアマネジメント関連様式の活用方法に関する事項

後期:研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り

後期	研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	講義・演習 2時間
-----------	-------------------------------------	----------------------

1. 目的

研修全体を通じた振り返りを行うことで、今後の学習課題を認識し、自己研鑽の意欲を高める。また、研修受講者間でのネットワークの構築を図る。

2. 概要

- ・ 研修全体の振り返りを行うに当たって、グループ又は全体で意見交換を行い、専門的助言を含めて、研修における学習の成果や今後の学習課題への意識付けのための講義を行う。
- ・ 現場で生じうる課題への対応を共同で研修する機会を作るため、研修受講者間においてネットワークの構築を図る。
- ・ 研修において獲得した知識・技術について、更なる実践力を身につけるため、法定外研修やOJT等を活用した具体的な自己研鑽の実施方法、地域における学びの場や機会の状況等についての講義を行う。

3. 修得目標

- ① 受講を通しての自らの今後の学習課題・目標の設定を実施できる。
- ② 研修を通じ、自分の活動意欲の向上を実施できる。
- ③ 学習課題を基にケアマネジメントプロセスを実施できる。
- ④ 自己の介護支援専門員としての活動の準備を実施できる。
- ⑤ 受講者間のネットワークの構築を実施できる。
- ⑥ 専門職としての継続的な自己研鑽の必要性について説明できる。
- ⑦ 地域における学びの場や機会の状況について述べる事ができる。

4. 内容 修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

- 研修修了後の学習課題の設定と実践
 - ・ 研修全体の振り返り
 - 研修受講前に設定した目標の確認
 - 研修課程を通じて得られたことの振り返り、今後の継続学習課題の明確化
 - ・ 研修記録シートを活用する意義の理解
 - 実践を踏まえた3か月後の振り返りの意義
 - ・ 期間ごとの自己研鑽の目標設定
 - 3か月後・6か月後・1年後等
- 介護支援専門員としての活動イメージの明確化と活動意欲の醸成
 - 介護支援専門員としての活動イメージの明確化、事業所内での役割の認識
 - 介護支援専門員像のイメージの理解、受講者間のネットワーク構築、活動意欲の向上
- 生涯にわたる自己研鑽の必要性の理解
 - ・ 専門職としての継続的な自己研鑽の必要性
 - 専門職の職業倫理、座学と実践を繰り返す継続的な学習の必要性
 - ・ 効果的な自己研鑽の実施方法

➤ 主体的な課題設定、OJTの活用、ネットワークを形成する意義

● 地域における学びの場や機会の紹介

● 生涯学習体系の理解

5. 研修展開上の留意点

- ・ 受講を通しての自らの今後の学習課題・目標の設定、学習課題を基にケアマネジメントプロセスの実践を実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 研修を通じ、自分の活動意欲の向上を図るとともに、自己の介護支援専門員としての活動の準備を行う。
- ・ 専門職としての継続的な自己研鑽の必要性について確認するとともに、地域における学びの場や機会の状況について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 地域および職場における自己研鑽の方法や留意点に関する事項
 - 地域および職場における生涯学習に関する事項