

介護支援専門員専門研修課程 I

各科目のガイドライン

【目次構成】

ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定	2
介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状	4
対人個別援助(ソーシャルケースワーク)及び地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)	7
ケアマネジメントの実践における倫理	9
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実践	11
リハビリテーション及び福祉用具等の活用に関する理解	13
ケアマネジメントの演習: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	15
ケアマネジメントの演習:脳血管疾患のある方のケアマネジメント	18
ケアマネジメントの演習:認知症のある方のケアマネジメント	21
ケアマネジメントの演習:大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント	24
ケアマネジメントの演習:心疾患のある方のケアマネジメント	27
ケアマネジメントの演習:誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント	30
ケアマネジメントの演習:看取り等における看護サービスの活用に関する事例	32
ケアマネジメントの演習:家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント	34
個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習	37
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	39

ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定

	ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定	講義・演習 8時間
--	-----------------------------------	----------------------

1. 目的

介護支援専門員としての実践の振り返りを通じて、ケアマネジメントプロセスを再確認し、専門職としての自らの課題を理解する。

また、ケアマネジメントプロセスに関する最新の知見を確認し、実践のあり方の見直しを行う。

2. 概要

- ・ 各自の実践を省みる事により、ケアマネジメントプロセスにおける各項目の持つ意味と重要性に関して再確認し課題等を認識するための講義を行う。
- ・ 専門職としての知識技術を高めていく上での克服すべき課題等を認識する講義を行う。
- ・ 振り返りに当たっては、担当事例を活用することとし、担当事例におけるケアマネジメントの視点（アセスメントの結果から課題（ニーズ）を導き出すまでの考え方、当該課題（ニーズ）に対するサービスの選定理由等）を発表し、他の受講者との意見交換を通じて、自分自身の技量における課題を認識・理解する。
- ・ 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 自己のケアマネジメントプロセスの客観的な評価を行うことができる。
- ② ケアマネジメントプロセスの中で得意不得意を認識し活動の修正を行うことができる。
- ③ ケアマネジメントプロセスに関する最新の知見を踏まえた、実践のあり方の見直しを行うことができる。
- ④ 自己のケアマネジメントプロセスの客観的な評価結果に基づき、今後の学習課題の設定を行うことができる。

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。

- 実務研修を終えてからの実践の振り返り
 - ・ 実践の振り返り、学習目標の設定への接続、研修記録シート
- ケアマネジメントプロセスの重要性の確認
 - ・ 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、家族支援、専門職の責務
 - ・ ケアマネジメントプロセス
 - ▶ インテーク、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
- ケアマネジメントを取り巻く環境等の確認
 - ・ ケアマネジメントプロセスに関する最新の知見
 - ▶ 科学的介護情報システム（LIFE）、適切なケアマネジメント手法
 - ・ 高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向
- 事例検討の意義と方法の理解

- ・ 事例検討を通じた学習の意義
 - 事例検討の目的、事例検討の方法と準備、参加者に求められる基本姿勢、事例検討に参加する際の留意点
- ・ 事例検討と実践の接続
- 担当事例による事例検討の実施
- 事例検討結果を踏まえた学習課題の設定
- ・ 専門職教育における目標設定の意義、自らの課題の認識、学習課題と学習目標、学習目標の設定、研修記録シート

5. 研修展開上の留意点

- ・ 自己のケアマネジメントプロセスの客観的な評価を行うとともに、ケアマネジメントプロセスにおける自身の得意不得意の認識を踏まえた活動の修正を行う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。
- ・ ケアマネジメントプロセスに関する最新の知見を踏まえた、実践のあり方の見直しを行う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。
- ・ 自己のケアマネジメントプロセスの客観的な評価の結果に基づき、今後の学習課題の設定を行う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。
 - 最新の法制度改正に関する事項
 - 地域での多職種を交えた事例の振り返りや検討
 - 地域ケア会議の参加への意識づけ
 - ケアプランチェック（点検）項目に関する事項

介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状

	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状	講義 3時間
--	------------------------------	-------------------

1. 目的

介護保険制度の最新の動向、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現状の取組を理解した上で、今後の地域包括ケアシステムの展開における介護支援専門員としての関わりを理解する。

また、地域包括ケアシステムの中で、利用者及びその家族を支援していくに当たって、関連する制度等を理解する。

2. 概要

- ・ 介護保険制度の改正等の状況、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現状の取組及び課題に関する講義を行う。
- ・ 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関する講義を行う。
- ・ 利用者が、住み慣れた地域で自立した生活を継続するためには、利用者だけでなくその家族を支援するという視点も必要であることから、ヤングケアラーや仕事と介護の両立支援等利用者の家族も含めた支援に関連する各種制度や社会資源、介護支援専門員に求められる役割に関する講義を行う。
- ・ フォーマルだけでなくインフォーマルな社会資源との連携やそれらの活用と働きかけに関する講義を行う。

3. 修得目標

- ① 介護保険制度等の改正の内容とその理由について説明することができる。
- ② 地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現にむけた現状及び展開における課題について説明できる。
- ③ 地域包括ケアシステムの構築にむけて介護支援専門員の果たすべき役割について説明できる。
- ④ 個別支援における地域ケアチームの一員としての役割について説明できる。
- ⑤ 利用者の家族も含めた社会資源について説明できる。
- ⑥ 利用者ニーズに応じた多様な社会資源の活用について説明できる。
- ⑦ 家族に対する支援の重要性、支援に関連する法制度や事業等の動向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。

- 介護保険制度の現状や今後の介護保険制度を取り巻く状況の確認
 - ・ 地域包括ケアシステムの構築と展開における課題
 - ▶ 高齢化の進展、認知症対策、医療と介護の連携強化、介護予防と生活支援サービス、高齢者の住まい等の整備、介護人材の確保、地域共生社会
 - ・ 介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向
 - ▶ 地域包括ケアシステムが求められる背景、地域包括ケアシステム及び介護保険制度の基本理念、近年の介護保険制度改正の動向、介護保険制度に関する統計やデータ、地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み
 - ・ 介護給付サービスとそれ以外の社会資源の動向
 - ▶ 各介護給付サービスに関する制度改正、関連する他法他制度の動向、地域におけるインフォーマルサービスの整備動向
 - ・ 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、ヤングケアラー、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育児・介護休業法（平成3年法律第76号）

<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「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〜」

◇ 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

●介護支援専門員が果たすべき役割の理解

- ・ 利用者の意思決定を支える専門職としての役割
 - 尊厳の保持、自己決定、意思決定支援、自立支援、相談援助過程
- ・ ケアチームの一員としての役割
 - 状況に応じたケアチームの構成、多職種連携、地域の社会資源のコーディネーション、チームによるアセスメントとモニタリング

●利用者のニーズに合わせた社会資源の理解

- ・ 社会資源の関連機関と専門職
 - 医療機関、保健所、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、相談支援事業者（相談支援専門員）、地域活動支援センター、地域定着支援センター、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）、法曹職、司法機関
- ・ 地域資源
 - 自治会、民生児童委員、社会福祉協議会・地区社会福祉協議会、ボランティア、商店街の活動、自主防災組織、地域運営組織（RMO）
- ・ 社会資源を活用する視点
 - その人が望む生活の継続の支援、望む生活の実現に向けた社会資源の選択、虐待や支援困難事例での活用
- ・ 地域ケア会議及び包括的・継続的ケアマネジメント事業の理解と活用

5. 研修展開上の留意点

- ・ 介護保険制度等の改正内容とその理由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むけた現状及び展開における課題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の構築にむけて介護支援専門員の果たすべき役割について確認するとともに、個別支援における地域ケアチームの一員として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。
- ・ 利用者の家族も含めた社会資源の動向や、家族に対する支援の重要性、支援に関連する法制度や事業

等の動向について確認するとともに、利用者ニーズに応じた多様な社会資源の活用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に向けた取組の現状・課題に関する事項
 - 地域における地域ケア会議に関する取組の現状・課題に関する事項
 - 各地域の保健福祉計画や保険医療計画に関する事項

対人個別援助(ソーシャルケースワーク)及び地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)

	対人個別援助技術(ソーシャルケースワーク)及び地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)	講義 3時間
--	--	-------------------

1. 目的

対人個別援助(ソーシャルケースワーク)と地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)の違いと役割を理解する。

2. 概要

- ・ 対人個別援助(ソーシャルケースワーク)の考え方と地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)の概念・機能・目的に関する講義を行う。
- ・ 対人個別援助(ソーシャルケースワーク)に必要な知識・技術及び地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)の展開技法についての講義を行う。
- ・ 個別事例の支援から地域課題の把握、課題の共有、課題解決に向けた地域づくりや資源開発などに至る一連のプロセスに関する講義を行う。
- ・ 実際に取り組む場である地域ケア会議の意義や機能及び一連のプロセスの中における介護支援専門員としての役割に関する講義を行う。
- ・ 個別事例の支援や地域課題の把握から解決に向け、保険者を含む多職種連携の意義やネットワーク作りの視点と方法に関する講義を行う。

3. 修得目標

- ① 対人個別援助技術(ソーシャルケースワーク)、地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)の概念・機能・目的について説明できる。
- ② 対人個別援助技術(ソーシャルケースワーク)に必要な知識・技術について説明できる。
- ③ 地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)の展開技法について説明できる。
- ④ 個別事例に基づいて地域づくりや資源開発などに至る一連のプロセスについて説明できる。
- ⑤ 地域ケア会議における介護支援専門員の役割と、その活用における留意点を述べることができる。
- ⑥ 保険者を含む多職種との連携の必要性和、その活用における留意点を述べるができる。

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。

- 対人個別援助技術(ソーシャルケースワーク)に関する考え方と展開技法の理解
 - ・ 対人個別援助技術(ソーシャルケースワーク)の定義・目的、対人個別援助技術の原則、対人個別援助技術(ソーシャルケースワーク)の展開過程、対人個別援助技術の基本的な技法、バイステックの7原則、面接場面におけるコミュニケーション技法
- 地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)に関する考え方と展開技法の理解
 - ・ 地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)の定義・目的、地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)の展開過程、地域援助の基本的な技法、地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)と個別援助技術の類似点と相違点、地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)を活用するうえでの留意点
- 地域ケア会議の意義と介護支援専門員の役割の理解
 - ・ 地域ケア会議の機能と種類、地域ケア会議の展開方法、個別事例を取り上げる地域ケア会議の展開例、個別事例を取り扱う地域ケア会議の運営方法、事例情報の取り扱い上の留意点(個人情報の保護、

参加者の守秘義務)

●多職種連携とネットワークづくりの理解

- ・ 多職種連携の必要性と展開
 - 多職種連携の必要性、ケアチーム、意思決定支援チーム、介護支援専門員に期待される役割、多職種連携の実際（多職種連携の場面、連携方法の実例、サービス担当者会議、入退院時連携
- ・ ネットワークづくりの必要性と展開
 - ネットワークづくりの必要性、ネットワークの種類と機能
 - 地域における多様なネットワークの展開事例、ネットワークづくりにおける留意点、ネットワークづくりに向けた地域ケア会議の活用

5. 研修展開上の留意点

- ・ 対人個別援助技術（ソーシャルケースワーク）及び地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）の概念・機能・目的について確認するとともに、対人個別援助技術（ソーシャルケースワーク）に必要な知識・技術、地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）の展開技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。
- ・ 地域づくりや資源開発などに至る一連の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。
- ・ 地域ケア会議における介護支援専門員の役割と、地域ケア会議の活用における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。
- ・ 保険者を含む多職種との連携の必要性と、連携における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。

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。
 - 地域特性、地域資源、地域課題に関する事項
 - 地域における地域ケア会議の実施状況・課題に関する事項
 - 地域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
 - 障害者福祉をはじめとする他法他制度に関する事項

ケアマネジメントの実践における倫理

	ケアマネジメントの実践における倫理	講義 3時間
--	--------------------------	-------------------

1. 目的

ケアマネジメントを実践する上で感じた倫理的な課題や、認知症や終末期、身寄りのない高齢者など、意思決定支援の必要性を踏まえ、チームで対応していく際のチームアプローチの方法及び高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等を理解する。

2. 概要

- ・ ケアマネジメントを実践する上で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、人権の尊重、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。
- ・ ケアマネジメントを実践する上で生じる具体的な倫理的課題に対する心構えや対応方法についての講義を行う。
- ・ 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。
- ・ 倫理的な課題に対するチームアプローチの重要性を認識し、その手法に関する講義を行う。
- ・ 成年後見制度や高齢者虐待防止法等、高齢者の尊厳や権利擁護に関する講義を行う。

3. 修得目標

- ① 高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向を踏まえた、実践のあり方の倫理的視点からの見直しを行うことができる。
- ② 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。
- ③ 高齢者の権利を擁護するために活用できる制度、必要な支援内容、サービス等の提案ができる。

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再確認
 - ・ 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
 - ・ 介護支援専門員の倫理綱領
 - 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
- 高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向の理解
 - ・ 権利擁護
 - 権利擁護の必要性、高齢者虐待防止法、虐待を把握したときの対応、成年後見制度
 - ・ 意思決定支援
 - 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）、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）

<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
- 実践の振り返り
 - ・ 倫理的な視点に立った実践の振り返り
 - ・ 最新の動向を踏まえたこれからの実践のあり方の検討

5. 研修展開上の留意点

- ・ 高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向を踏まえた、実践のあり方の倫理的視点からの見直しができるように講義を行う。
- ・ 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・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。
- ・ 高齢者の権利を擁護するために活用できる制度の内容を確認するとともに、必要な支援内容、サービス等の提案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。

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）
 - 倫理的課題に対する振り返りに関する事項

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実践

	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実践	講義 4時間
--	-------------------------------------	-------------------

1. 目的

実践を通じて感じた医療との連携や多職種協働に関する課題を踏まえ、今後の実践に向けて必要な知識・技術を理解する。

2. 概要

- ・ ケアマネジメントを実践する上で必要な疾病や医療との連携、多職種協働の必要性重要性を再確認するための講義を行う。
- ・ これまでの実践を省みて課題を認識し、医療との連携や多職種協働を実践していくための課題解決の方法に関する講義を行う。
- ・ 介護支援専門員から医療機関や多職種に情報を提供する際の留意点及び、医療機関や多職種から情報を収集する際の留意点についての講義を行う。
- ・ サービス担当者会議や地域ケア会議における多職種との効果的な協働の手法に関する講義を行う。

3. 修得目標

- ① 個別支援における医療の関わりについて説明できる。
- ② 医療機関や多職種に情報を提供する際の留意点について説明できる。
- ③ 医療機関や多職種から情報を収集する際の留意点について説明できる。
- ④ サービス担当者会議では役割を持って多職種との効果的な意見交換を実施できる。
- ⑤ 地域ケア会議での効果的な協働の手法を説明できる。

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。

- 多職種協働を進めるための医療連携や多職種協働に関する課題の理解
 - ・ コーディネートの機能とケアチーム
 - ケアチームの必要性、ケアチームの構成メンバー、状況に応じたケアチーム構成の見直し、コーディネートの技法としての連絡調整・説明
 - ・ 利用者や家族との情報共有における課題
 - 説明の目的と役割、説明の技法、同意と合意の違い、利用者や家族の同意と合意、合意に向けたプロセスの留意点
 - ・ 地域ケア会議やサービス担当者会議の実践と課題
 - サービス担当者会議の実践と課題、個別事例を取り扱う地域ケア会議の実践と課題
- 医療連携において医療機関や多職種に対して情報収集及び情報提供する際の留意点の理解
 - ・ 医療連携における情報共有の必要性と共有する情報の実際
 - 情報共有の必要性、情報共有する場面、共有する情報の事例、地域で活用されている情報共有シートの事例とその活用例、医療機関や医療職、介護職との情報共有における留意点
 - ・ 医療連携に関する加算の理解と活用
- 在宅医療・介護の連携推進に関する動向の理解
 - ・ 在宅医療・介護連携推進に関する制度や事業等の動向
 - ・ 地域における在宅医療・介護連携の展開例

5. 研修展開上の留意点

- ・ 個別支援における医療の関わりについて確認するとともに、医療機関や多職種に情報を提供したり、情報を収集したりする際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。
- ・ サービス担当者会議において多職種との効果的な意見交換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。
- ・ 地域ケア会議での効果的な協働に関する手法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。
 - 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
 - 多職種合同による研修会に関する事項

リハビリテーション及び福祉用具等の活用に関する理解

	リハビリテーション及び福祉用具等の活用に関する理解	講義 2時間
--	----------------------------------	-------------------

1. 目的

リハビリテーションや福祉用具等に関する基礎知識及び活用に当たっての基本的な視点を理解する。

2. 概要

- ・ リハビリテーション（口腔リハビリテーションを含む）や福祉用具等に関する基礎知識の向上と活用
に当たっての基本的な視点に関する講義を行う。
- ・ リハビリテーション専門職及び福祉用具専門相談員等との連携方法等に関する講義を行う。

3. 修得目標

- ① リハビリテーション（口腔リハビリテーションを含む）や福祉用具等に関する基礎知識について説明
できる。
- ② リハビリテーション専門職や福祉用具専門相談員等との連携方法について説明できる。
- ③ リハビリテーション（口腔リハビリテーションを含む）や福祉用具等の活用について、アセスメント
を実施できる。
- ④ リハビリテーション（口腔リハビリテーションを含む）や福祉用具等を使用する利用者に関して、複
数の活用方法の提案を実施できる。
- ⑤ リハビリテーション（口腔リハビリテーションを含む）や福祉用具等の利用者効果について説明でき
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。

- リハビリテーションの理解
 - ・ リハビリテーションの定義、目的、種類
 - 医学的リハビリテーション、社会的リハビリテーション、教育的リハビリテーション、職業的リ
ハビリテーション
 - ・ リハビリテーションの評価や目標設定の指標
 - 国際生活機能分類（ICF）
 - ・ 介護保険におけるリハビリテーションの位置づけ、内容
 - ・ 医療保険におけるリハビリテーションの位置づけ、内容
 - ・ リハビリテーション専門職の専門性、サービス内容
 - 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
 - ・ 高齢者に対するリハビリテーションの基本的な考え方
 - 脳卒中モデルと廃用症候群モデルの理解
- 福祉用具活用と住宅改修の理解
 - ・ 福祉用具の導入の目的
 - ・ 福祉用具の種類（貸与、販売種目）と機能
 - ・ 住宅改修の種類と目的
 - ・ 福祉用具・住宅改修の効果を確認するための評価の視点
 - ・ 福祉用具の導入プロセスと福祉用具専門相談員の役割

- ・ 福祉用具専門相談員の役割、連携方法
- リハビリテーションの実際の理解
- ・ 生活期リハビリテーションの重要性の理解
- ・ 関節可動域訓練
- ・ 筋力増強のための訓練
- ・ 口腔機能向上のための訓練
- ・ 高次脳機能障害の理解と対応
- ・ 日常生活動作訓練（起居・移乗・移動、食事、排せつ、更衣、整容、入浴）
- ・ 手段的日常生活動作訓練（家事、買い物等）

5. 研修展開上の留意点

- ・ リハビリテーション（口腔リハビリテーションを含む）や福祉用具に関する基礎知識について確認するとともに、リハビリテーション専門職や福祉用具専門相談員等との連携方法、リハビリテーションや福祉用具の活用方法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。
- ・ 本科目の内容を踏まえて、ケアマネジメントの演習（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、脳血管疾患のある方のケアマネジメント、認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント、大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント、心疾患のある方のケアマネジメント、誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント、看取り等における看護サービスの活用に関する事例、家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント）のいずれかの科目においてリハビリテーション及び福祉用具それぞれの活用に関する事例を用いた演習を行うこと。

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。
 - リハビリテーションや福祉用具等に関する法制度に関する事項
 - リハビリテーション専門職や福祉用具専門相談員等との連携に関する事項

ケアマネジメントの演習：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

	ケアマネジメントの演習 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 4時間
--	---	----------------------------

1. 目的

高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

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疾患の有無に関わらず、高齢者の機能と生理に基づ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、想定される支援内容を整理した「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。
- ・ 高齢者の生理、心理、生活環境等の構造的な理解を踏まえたケアマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。

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について述べるができる。
- 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 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、生活の継続及び家族等を支えるために必要な支援内容を説明できる。
- ⑦ 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ができる。
- ⑧ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、必要な支援内容やサービス等を提案できる。

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の確認
 - ・ 高齢者の特性及び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、本人の有する疾患に関係なく共通する視点、疾患別ケアマネジメントに共通する基本的な視点、個々の専門職種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、意向の把握を前提に詳細な情報収集を通じた課題抽出、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）
- 家族等に対する支援についての再確認
- ・ 家族等に対する支援の重要性と必要性
- ・ 家族等の支援における介護支援専門員の役割

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、実践例や各地域での具体例など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。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、必要な支援内容やサービス等を提案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。
 - 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や調査等の動向に関する事項
 - 「適切なケアマネジメント手法」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
 - 「適切なケアマネジメント手法」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

ケアマネジメントの演習：脳血管疾患のある方のケアマネジメント

	ケアマネジメントの演習 脳血管疾患のある方のケアマネジメント	講義・演習 3時間
--	---	----------------------

1. 目的

脳血管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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

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。
- ・ 脳血管疾患がある方のケアマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。

3. 修得目標

- ① 脳血管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）を説明できる。
- ⑤ 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（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。
- ⑥ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、必要な支援内容やサービス等複数の提案ができる。

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。

●疾患の理解の確認

- ・ 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
- ・ 脳血管疾患の分類と主な症状
 - 「梗塞型」（脳梗塞）、「出血型」（脳出血）、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（概要及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及び維持、生活の継続を支える家族等の支援、適切な時期の効果的なリハビリテーション
- ・ 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

- ・ 脳血管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、実践例や各地域での具体例など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する
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等の提案を実施するた

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
 - 脳血管疾患に関する地域の実情や予防の取組に関する事項

ケアマネジメントの演習:認知症のある方のケアマネジメント

	ケアマネジメントの演習 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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

2. 概要

- ・ 認知症や精神疾患に関する医学的・心理的基礎知識の向上と認知症施策に関わる多職種との連携方法等に関する講義を行う。
- ・ 認知症等の特質性を踏まえた早期の対応方法や家族も含めた支援方法などを修得するとともに、地域で生活を継続していくための支援を行う上で必要な視点を理解する。
- ・ 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）」について理解する。
- ・ 認知症がある方のケアマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。

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）を説明できる。
- ⑤ 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ができる。
- ⑥ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等複数の提案ができる。

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。

●疾患の理解の確認

- ・ 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
- ・ 認知症の特徴と認知機能障害及び行動・心理症状（BPSD）
 - 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）及び若年性認知症、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及びまだら認知症、レビー小体型認知症：初期に幻覚（特に幻視）の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及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
- ・ 地域の社会資源の活用
- ・ 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及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及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（チームアプローチ）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（モニタリング）、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、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。

- ・ 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する。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等の提案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
 - 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
 - 認知症の方が住みやすい地域づくり（地域包括ケア）に関する事項

ケアマネジメントの演習:大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント

	ケアマネジメントの演習 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント	講義・演習 3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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

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。
- ・ その他の筋骨格系疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害及び予防改善方法や、廃用症候群の原因、生活をする上での障害及び予防改善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。
- ・ 大腿骨頸部骨折がある方のケアマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。

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）を説明できる。
- ⑤ 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。
- ⑥ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等複数の提案ができる。

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。

●疾患の理解の確認

- ・ 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、歩行回復の可能性
- ・ その他の筋骨格系疾患の種類と特徴
 - 筋骨格系の役割と構造
 - 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

●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ンク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、環境整備とリハビリテーション
- ・ 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づく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も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、実践例や各地域での具体例など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、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する。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、必要な支援内容やサービス等の提案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
 - 地域でのフレイル予防の取組に関する事項（地域活動やビデオ体操など）

ケアマネジメントの演習：心疾患のある方のケアマネジメント

	ケアマネジメントの演習 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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

2. 概要

- ・ 心疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害及び予防改善方法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ついて理解する。
- ・ 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。
- ・ 心疾患を有する方のケアマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。

3. 修得目標

- ① 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を説明できる。
- ⑤ 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。
- ⑥ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等複数の提案ができる。

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。

- 疾患の理解の確認
 - ・ 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ディティーズであること、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及び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
 - 本人や家族の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、健康状態の把握と確認（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、心臓障害者手帳
 - 「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、心疾患のある方のケアマネジメントにおける留意点や起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、実践例や各地域での具体例など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、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、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を修得する。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、必要な支援内容やサービス等の提案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
- 心疾患におけるリハビリテーションに関する事項

ケアマネジメントの演習：誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント

	ケアマネジメントの演習 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、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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

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関する講義を行う。
- ・ 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ためのケアマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。

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 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 誤嚥性肺炎の予防のため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説明できる。
- ⑥ 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。
- ⑦ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、必要な支援内容やサービス等複数の提案ができる。

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。

- 疾患の理解の確認
 - ・ 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、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及び誤嚥性肺炎の予防に必要なリスク評価とケア
 - 誤嚥性肺炎の症状、医療における治療の概要、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」において想定される支援内容とその必要性等の理解
- ・ 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、誤嚥防止のリハビリテーション
- ・ 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

- ・ 誤嚥性肺炎の特徴について確認するとともに、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、実践例や各地域での具体例など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、実践例や各地域での具体例など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を修得する。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、必要な支援内容やサービス等の提案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
 - 嚥下と誤嚥のメカニズムに関する事項
 - 嚥下食に関する事項
 - 口腔ケアに関する事項

ケアマネジメントの演習：看取り等における看護サービスの活用に関する事例

	ケアマネジメントの演習 看取り等における看護サービスの活用に関する事例	講義・演習 3時間
--	--	----------------------

1. 目的

看護サービスの活用が必要な事例を用いて講義・演習を行うことにより、看護サービスの活用に係る知識及びケアマネジメント手法を修得する。

2. 概要

- ・ 看護サービスに関する基礎知識の向上と活用にあたっての基本的な視点に関する講義を行う。
- ・ 訪問看護計画との関連付けや看護職との連携方法等に関する講義を行う。
- ・ 看取り等における看護サービスの活用に関する事例を用いて、適切なアセスメントを行う際の重要なポイントや地域の社会資源を活用したケアマネジメントを実践する知識・技術を修得する。
- ・ 1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。

3. 修得目標

- ① 訪問看護に関する基礎知識について説明できる。
- ② 訪問看護を通して連携についての理解や効果的な活用を実施できる。
- ③ 看取り等における看護サービスの活用方法について説明できる。
- ④ 看取り等について、多様な提案を実施できる。
- ⑤ 看取り等において利用者の気持ちの変化に応じたケアマネジメントを実施できる。
- ⑥ 看取り等における地域の社会資源（インフォーマルサービス等）を活用したケアマネジメントを実施できる。

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。

- 訪問看護サービスの基礎知識の理解
 - ・ 訪問看護サービスの種類
 - 介護保険の訪問看護、医療保険の訪問看護、自費の訪問看護
 - ・ 訪問看護に携わる職種
 - ・ 訪問看護を受ける対象
 - ・ 訪問看護の活動内容
 - ・ 看取り等における訪問看護の活用
- 看取り等に活用する地域の社会資源の理解
 - ・ 主な在宅ケアサービス（社会資源）
 - 自治体の在宅サービスや保健・福祉サービス、民間や関連機関の在宅ケアサービス、ボランティアサービス、当事者団体、各種家族会
 - ・ 訪問看護を提供する機関
 - 訪問看護ステーション、医療機関（病院・診療所）
- 看取り等における対応の基礎知識の理解
 - ・ 在宅ターミナル

- 条件、環境整備、疼痛緩和
- ・ ターミナル期における介護支援専門員の役割
 - トータルペインにおける介護支援専門員の役割
 - 必要なケアにおける連携からの介護支援専門員の役割（訪問看護師との協業・連携）
- 看取り等における利用者の気持ちの変化に応じたケアマネジメントの理解
 - ・ 多職種との協働・連携
 - ・ チームづくり
 - ・ 日常生活の支援における介護支援専門員の役割
 - ・ 家族へのケアにおける介護支援専門員の役割
 - ・ 遺族へのケア

5. 研修展開上の留意点

- ・ 看護サービスに関する基礎知識の向上と活用に当たっての基本的な視点について確認するとともに、訪問看護計画との関連付けや看護職との連携方法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。
- ・ 看取り等における看護サービスの活用に関する事例を用いて、適切なアセスメントを行う際の重要なポイントや地域の社会資源を活用したケアマネジメントについて確認するとともに、1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策の提案に必要な知識・技術を修得できるように講義を行う。
- ・ 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

ケアマネジメントの演習: 家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント

	ケアマネジメントの演習 家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント	講義・演習 4時間
--	---	----------------------------

1. 目的

家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例の特徴、関連する施策の内容や動向、対応する際の留意点等を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

2. 概要

- ・ 単なるレスパイトだけでなく今後の介護に対する不安や利用者、家族同士の軋轢への介入など家族支援における基本的な視点に関する講義を行う。
- ・ 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、ヤングケアラー支援関連施策、重層的支援体制整備事業関連施策等）の知識やインフォーマルサービスの活用に係る視点が必要な事例の特徴、対応する際の留意点について理解する。
- ・ 関連する他法他制度の内容や動向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理解する。
- ・ 他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。

3. 修得目標

- ① 家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携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（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、ヤングケアラー支援関連施策、重層的支援体制整備事業関連施策等）の知識やインフォーマルサービスの活用に係る視点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ケアマネジメントを行う際に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を実施できる。
- ④ 関連する他法他制度の内容や動向について説明できる。
- ⑤ 家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例について、事例の特徴や留意点を踏まえた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。

- 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
- 社会資源の活用に向けた関係機関との連携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、インフォーマルサービスを含む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
- ・ 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、患者・家族の会
- 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
 - ・ 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-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu/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

- ・ 家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例を学ぶ必要性について確認するとともに、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、実践例や各地域での具体例など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、ヤングケアラー支援関連施策、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。
- ・ 他法他制度の活用が必要な事例について、事例の特徴や留意点を踏まえた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。
 - 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
 - 患者・家族の会などインフォーマルサービスに関する事項

個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習

	個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習	講義 3時間
--	------------------------------	-------------------

1. 目的

指導・支援、コーチング、スーパービジョン等の違いを踏まえ、自らがそれらを受ける際の心構えや、法定研修終了後も法定外研修や OJT 等を通じて、専門職として不断に自己研鑽を行うことの重要性を理解する。

2. 概要

- ・ 個人で専門性を高めていく際に必要な視点、手法に関する講義を行う。
- ・ 指導支援、コーチング、スーパービジョン等の基本的な考え方、内容、方法を理解するとともに、これらを受ける側と行う側双方に求められる姿勢に関する講義を行う。
- ・ 個人で研鑽する場合と介護支援専門員相互間で研鑽する場合に求められる内容や手法とその関係性についての講義を行う。
- ・ 専門職として継続した自己研鑽を行うことの必要性重要性について講義を行う。
- ・ 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 個人学習や実践活動を促進するために指導を受けることができる。
- ② 自らが指導を受ける態度に配慮できる。
- ③ 生涯学習を意識して自己学習の計画を立案できる。
- ④ 教える為の考え方・内容・方法(コーチング・スーパービジョン等)の意義について説明できる。
- ⑤ 自己評価と他者評価の必要性について説明できる。
- 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。

- 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
 - 職業倫理と自己研鑽、倫理綱領
 - ・ 効果的な自己研鑽の実施方法
 - 自己研鑽の実施方法、自己研鑽の実施事例
- 個人学習と相互学習の必要性の理解
 - ・ 専門職の学習における個人学習と相互学習の意義、個人学習と相互学習の相違点及び組み合わせることの必要性、個人学習の方法、相互学習の方法
- OJTの必要性・重要性や実践における留意点の理解
 - ・ OJTの必要性と効果
 - 専門職の学習における OJT の意義、OJT の定義と特徴 (Off-JT との違い、OJT に期待される効果)
 - ・ OJT の場面と技法

- OJT が実施される場面、OJT の展開事例、OJT の展開における技法
- ・ OJT に必要な知識・態度
 - OJT を受ける際の留意点、OJT 指導者に求められる知識、OJT を提供する際の留意点
- スーパービジョンとコーチングの基本的な考え方や実践における留意点の理解
- ・ スーパービジョン
 - スーパービジョンの目的と機能、スーパービジョンの場面、スーパービジョンを受ける経験（バイジュー経験）の重要性、スーパービジョンの展開における留意点
- ・ コーチング
 - コーチングの定義、コーチングが活用される場面、専門職の学習におけるコーチングの意義。コーチングの展開における留意点
- 地域における学びの場や機会の紹介
- ・ 自己研鑽に活用できる学習機会の事例、OJT 及び Off-JT を支える取り組みの事例、スーパービジョン及びコーチングを受ける機会の事例
- 生涯学習体系の理解
- ・ 職能団体における生涯学習体系、専門的な学習機会の事例

5. 研修展開上の留意点

- ・ 個人学習や実践活動を促進に向けた指導を受けるために必要な基本的な視点や知識・技術を習得できるよう、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、自らが指導を受ける態度に配慮できるような促しを行う。
- ・ 生涯学習を意識して自己学習の計画を立案するために必要な基本的な視点や知識・技術を習得できるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 教える為の考え方・内容・方法(コーチング・スーパービジョン等) の意義について確認するとともに、自己評価と他者評価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。
- ・ 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。

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。
 - 地域における人材確保・育成の現状・課題に関する事項
 - OJT を含む事業所内研修の効果的な実施方法に関する事項
 - 地域及び職場における自己研鑽の方法や留意点に関する事項
 - 地域における生涯学習の取組に関する事項

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

	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評を行う。
- ・ 現場で生じうる課題への対応や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。

3. 修得目標

- ① 指導する側と受ける側の姿勢について説明できる。
- ② 学習内容や個人としての振り返りを実施できる。
- ③ 地域での学習活動の振り返りを実施できる。
- ④ 継続した自己研鑽の意義について説明できる。
- ⑤ 研修受講者間での意見交換により今後の学習課題を判断できる。
- ⑥ 研修受講者間でのネットワークの構築を実施できる。

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。

- 研修全体の振り返り
 - ・ ケアマネジメントプロセスの再確認
 - ・ 多様な事例からの学習
- 研修の学習効果を踏まえた今後の学習目標の設定
 - ・ 学習効果の確認
 - ▶ 設定した学習目標の達成状況の振り返り、研修課程を通じて得られた成果の点検、ケアマネジメント実践における自身の課題の振り返り、研修記録シートの活用
 - ・ 研修後の学習課題の検討
 - ▶ 今後の学習課題、継続的な学習の計画
- ネットワークづくり
 - ・ ネットワークの必要性
 - ・ 受講者間のネットワーク形成

5. 研修展開上の留意点

- ・ 指導する側と受ける側の姿勢について確認する。
- ・ 学習内容についての個人としての振り返り、地域での学習活動の振り返り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。
- ・ 継続した自己研鑽の意義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。

- ・ 研修受講者間での意見交換による今後の学習課題の判断、研修受講者間でのネットワークの構築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。
 - 地域及び職場における自己研鑽の方法や留意点に関する事項
 - 地域における介護支援専門員同士や多職種とのネットワークに関する事項