

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	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	時間数	講義・演習 8 時間
講師			
目的	<p>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。</p>		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 実務研修を終えてからの実践の振り返り <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> </li> <li>● ケアマネジメントプロセスの重要性の確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネジメントの基本理念・意義</li> <li>・ ケアマネジメントプロセス</li> </ul> </li> <li>● ケアマネジメントを取り巻く環境等の確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネジメントプロセスに関する最新の知見</li> <li>・ 高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向</li> </ul> </li> <li>● 事例検討の意義と方法の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事例検討を通じた学習の意義</li> <li>・ 事例検討と実践の接続</li> </ul> </li> <li>● 担当事例による事例検討の実施</li> <li>● 事例検討結果を踏まえた学習課題の設定 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> </li> </ul>			
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状	時間数	講義 3 時間
講師			
目的	<p>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。</p> <p>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。</p>		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>⑤ 利用者の家族も含めた社会資源について説明できる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括ケアシステムの構築と展開における課題</li> <li>・ 介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向</li> <li>・ 介護給付サービスとそれ以外の社会資源の動向</li> <li>・ 科学的介護の推進</li> <li>・ 介護現場における生産性向上、ICTの利活用</li> <li>・ 家族等の支援に関連する制度政策や事業等の動向</li> </ul> </li> <li>● 介護支援専門員が果たすべき役割の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の意思決定を支える専門職としての役割</li> <li>・ ケアチームの一員としての役割</li> </ul> </li> <li>● 利用者のニーズに合わせた社会資源の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会資源の関連機関と専門職</li> <li>・ 地域資源</li> <li>・ 社会資源を活用する視点</li> <li>・ 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</li> </ul> </li> </ul>		
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	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）	時間数	講義 3 時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>⑥ 保険者を含む多職種との連携の必要性と、その活用における留意点を述べることができる。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> </li> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> </li> <li>● 地域ケア会議の意義と介護支援専門員の役割の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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）</li> </ul> </li> <li>● 多職種連携とネットワークづくりの理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多職種連携の必要性と展開</li> <li>・ ネットワークづくりの必要性と展開</li> </ul> </li> </ul>			
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	ケアマネジメントの実践における倫理	時間数	講義 3 時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護支援専門員の基本姿勢の再確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護支援専門員の基本倫理</li> <li>・ 介護支援専門員の倫理綱領</li> <li>・ 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</li> </ul> </li> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 権利擁護</li> <li>・ 意思決定支援</li> <li>・ 看取りにおける意思決定支援の視点</li> </ul> </li> <li>● 実践の振り返り <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 倫理的な視点に立った実践の振り返り</li> <li>・ 最新の動向を踏まえたこれからの実践のあり方の検討</li> </ul> </li> </ul>			
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	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	時間数	講義 4 時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 個別支援における医療の関わりについて説明できる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>⑤ 地域ケア会議での効果的な協働の手法を説明できる。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ コーディネートの機能とケアチーム</li> <li>・ 利用者や家族との情報共有における課題</li> <li>・ 地域ケア会議やサービス担当者会議の実践と課題</li> </ul> </li> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 医療連携に関する加算の理解と活用</li> </ul> </li> <li>● 在宅医療・介護の連携推進に関する動向の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療・介護連携推進に関する制度や事業等の動向</li> <li>・ 地域における在宅医療・介護連携の展開例</li> </ul> </li> </ul>			
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	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	時間数	講義 2 時間
講師			
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あたっての基本的な視点を理解する。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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あたっての基本的な視点に関する講義を行う。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● リハビリテーションの理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ リハビリテーションの定義、目的、種類</li> <li>・ リハビリテーションの評価や目標設定の指標</li> <li>・ 介護保険におけるリハビリテーションの位置づけ、内容</li> <li>・ 医療保険におけるリハビリテーションの位置づけ、内容</li> <li>・ リハビリテーション専門職の専門性、サービス内容</li> <li>・ 高齢者に対するリハビリテーションの基本的な考え方</li> </ul> </li> <li>● 福祉用具活用と住宅改修の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 福祉用具の導入の目的</li> <li>・ 福祉用具の種類（貸与、販売種目）と機能</li> <li>・ 住宅改修の種類と目的</li> <li>・ 福祉用具・住宅改修の効果を確保するための評価の視点</li> <li>・ 福祉用具の導入プロセスと福祉用具専門相談員の役割</li> <li>・ 福祉用具専門相談員の役割、連携方法</li> </ul> </li> <li>● リハビリテーションの実際の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活期リハビリテーションの重要性の理解</li> <li>・ 関節可動域訓練</li> <li>・ 筋力増強のための訓練</li> <li>・ 口腔機能向上のための訓練</li> <li>・ 高次脳機能障害の理解と対応</li> <li>・ 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）</li> <li>・ 手段的日常生活動作訓練（家事、買い物等）</li> </ul> </li> </ul>			
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	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	時間数	講義・演習 4時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 「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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>⑦ 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。</li> <li>⑧ 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を提案できる。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解の確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 高齢者に多い代表的な疾患や症候群</li> </ul> </li> <li>● 適切なケアマネジメント手法の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 適切なケアマネジメント手法を使う意義</li> <li>・ 適切なケアマネジメント手法の基本的な考え方</li> <li>・ 適切なケアマネジメント手法の活用方法、活用場面</li> </ul> </li> <li>● 「基本ケア」の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本ケアの位置づけ</li> <li>・ 基本ケアの構成と活用する際の留意点</li> <li>・ 基本ケアで想定される支援内容とその必要性等</li> </ul> </li> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾患別ケアマネジメントを学ぶ必要性</li> <li>・ 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</li> </ul> </li> <li>● 家族等に対する支援についての再確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族等に対する支援の重要性と必要性</li> <li>・ 家族等の支援における介護支援専門員の役割</li> </ul> </li> </ul>			
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	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	時間数	講義・演習 3 時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 脳血管疾患の特徴について説明できる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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（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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾患の理解の確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 脳血管疾患の特徴を理解する必要性</li> <li>・ 脳血管疾患の分類と主な症状</li> <li>・ 脳血管疾患の治療</li> </ul> </li> <li>● 脳血管疾患のある方のケアマネジメント <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 脳血管疾患のある方のケアマネジメントの留意点</li> <li>・ 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</li> <li>・ 医療の関わり</li> <li>・ 生活の場面での状況の把握と多職種連携</li> <li>・ 脳血管障害のリハビリテーション</li> </ul> </li> <li>● 「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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ I 期：再発防止</li> <li>・ I 期：生活機能の維持・向上</li> <li>・ II 期：継続的な再発予防</li> <li>・ II 期：セルフマネジメントへの移行</li> </ul> </li> <li>※ 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</li> <li>● 多職種協働（チームアプローチ）による対応 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医との連携</li> <li>・ 多職種連携</li> <li>・ 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</li> </ul> </li> </ul>			
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	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	時間数	講義・演習 4 時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾患の理解の確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症の特徴を理解する必要性</li> <li>・ 認知症の特徴と認知機能障害及び行動・心理症状（BPSD）</li> <li>・ 認知症の種類による特徴</li> </ul> </li> <li>● 認知症に関わる制度・政策動向の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 共生社会の実現を推進するための認知症基本法、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</li> </ul> </li> <li>● 認知症のある方のケアマネジメント <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症のある方のケアマネジメントの留意点</li> <li>・ 認知症のある方のケアにおいて想定される支援内容</li> <li>・ 権利擁護に関わる制度・事業</li> <li>・ 医療の関わり</li> <li>・ 認知症の利用者への支援とチームケア</li> <li>・ 同居家族に対する支援</li> <li>・ 同居でない家族との関わり</li> <li>・ 地域の社会資源の活用</li> <li>・ 地域への働きかけ</li> </ul> </li> <li>● 「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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 基本的な生活の支援</li> <li>・ これまでの生活の尊重と重度化の予防</li> <li>・ 行動・心理症状（BPSD）の予防・重度化防止</li> <li>・ 家族等への対応</li> </ul> </li> <li>● 多職種協働（チームアプローチ）による対応 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> </li> </ul>			
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	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	時間数	講義・演習 3時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾患の理解の確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 大腿骨頸部骨折のある方のケアを理解する必要性</li> <li>・ その他の筋骨格系疾患の種類と特徴</li> <li>・ 廃用症候群の症状と予防</li> </ul> </li> <li>● 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントの留意点</li> <li>・ 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</li> <li>・ 医療の関わり</li> <li>・ 生活の場面で活用しうる地域資源</li> </ul> </li> <li>● 「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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ I期：再骨折の予防</li> <li>・ I期：骨折前の生活機能の回復</li> <li>・ II期：再骨折の予防</li> <li>・ II期：セルフマネジメントへの移行</li> </ul> </li> <li>※ 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</li> <li>● 多職種協働（チームアプローチ）による対応 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医との連携</li> <li>・ サービス担当者会議を活用した方針共有</li> <li>・ モニタリング</li> </ul> </li> </ul>			
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	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	時間数	講義・演習 4時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 心疾患の特徴について説明できる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾患の理解の確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心疾患の特徴を理解する必要性</li> <li>・ 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</li> </ul> </li> <li>● 心疾患のある方のケアマネジメント <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心疾患のある方のケアマネジメントの留意点</li> <li>・ 心疾患のある方のケアにおいて想定される支援内容</li> <li>・ 医療の関わり</li> <li>・ 生活の場面での支援</li> <li>・ 活用しうる地域資源</li> </ul> </li> <li>● 「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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ I期：再入院の予防</li> <li>・ I期：生活機能の維持・向上</li> <li>・ II期：再入院の予防</li> <li>・ II期：生活機能の維持</li> <li>・ II期：EOL（エンドオブライフ）に向けた準備</li> </ul> </li> <li>※ 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</li> <li>● 多職種協働（チームアプローチ）による対応 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師及び医療職との連携</li> <li>・ 日常生活の継続の支援における多職種協働</li> <li>・ EOL（エンドオブライフ）の準備に向けた多職種協働</li> </ul> </li> </ul>			
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	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	時間数	講義・演習 3時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 誤嚥性肺炎の特徴について説明できる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>⑥ 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ができる。</li> <li>⑦ 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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾患の理解の確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 誤嚥性肺炎の予防を理解する必要性</li> <li>・ 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</li> </ul> </li> <li>● 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメント <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントの留意点</li> <li>・ 医療の関わり</li> <li>・ 生活の場面での予防と多職種連携</li> </ul> </li> <li>● 「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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ リスクの評価</li> <li>・ 日常的な発症及び再発の予防</li> <li>・ リスクの再評価</li> <li>・ 変化を把握したときの対応体制の構築</li> </ul> </li> </ul>			
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	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	時間数	講義・演習 3時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護サービスに関する基礎知識の向上と活用に応じた基本的な視点に関する講義を行う。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 訪問看護に関する基礎知識について説明できる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>④ 看取り等について、多様な提案を実施できる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護サービスの基礎知識の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護サービスの種類</li> <li>・ 訪問看護に携わる職種</li> <li>・ 訪問看護を受ける対象</li> <li>・ 訪問看護の活動内容</li> <li>・ 看取り等における訪問看護の活用</li> </ul> </li> <li>● 看取り等に活用する地域の社会資源の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主な在宅ケアサービス（社会資源）</li> <li>・ 訪問看護を提供する機関</li> </ul> </li> <li>● 看取り等における対応の基礎知識の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅ターミナル</li> <li>・ ターミナル期における介護支援専門員の役割</li> </ul> </li> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多職種との協働・連携</li> <li>・ チームづくり</li> <li>・ 日常生活の支援における介護支援専門員の役割</li> <li>・ 家族へのケアにおける介護支援専門員の役割</li> <li>・ 遺族へのケア</li> </ul> </li> </ul>			
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	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	時間数	講義・演習 4時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>関連する他法他制度の内容や動向に関する講義を行う。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> </li> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 他法他制度の活用が必要な事例</li> <li>・ 対応する際の留意点</li> </ul> </li> <li>● 難病のケアマネジメントの理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「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</li> </ul> </li> <li>● 難病のケアマネジメントの過程の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受付及び相談並びに契約、アセスメントとニー ズの把握</li> <li>・ 居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会 議</li> <li>・ モニタリング・評価</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者虐待に関する基本的な考え方や動向の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者虐待の定義、背景・要因</li> <li>・ 高齢者虐待防止法と関連施策</li> <li>・ 高齢者虐待における介護支援専門員に期待さ れる役割</li> </ul> </li> <li>● 障害者支援に関する基本的な考え方や動向の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢障害者の自立支援の必要性</li> <li>・ 障害者総合支援法及び精神保健福祉法と関連 施策</li> <li>・ 相談支援専門員との連携・相互理解におけるポ イント</li> </ul> </li> <li>● その他の関連する他法他制度の動向の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活困窮者施策</li> <li>・ ヤングケアラー関連施策</li> <li>・ 仕事と介護の両立支援施策</li> <li>・ 重層的支援体制整備事業関連施策</li> </ul> </li> </ul>		
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習	時間数	講義3時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>② 自らが指導を受ける態度に配慮できる。</li> <li>③ 生涯学習を意識して自己学習の計画を立案できる。</li> <li>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。</li> <li>⑤ 自己評価と他者評価の必要性について説明できる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 生涯にわたる自己研鑽の必要性の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門職としての継続的な自己研鑽の必要性</li> <li>・ 効果的な自己研鑽の実施方法</li> </ul> </li> <li>● 個人学習と相互学習の必要性の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> </li> <li>● OJTの必要性・重要性や実践における留意点の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ OJTの必要性和効果</li> <li>・ OJTの場面と技法</li> <li>・ OJTに必要な知識・態度</li> </ul> </li> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ スーパービジョン</li> <li>・ コーチング</li> </ul> </li> <li>● 地域における学びの場や機会の紹介 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> </li> <li>● 生涯学習体系の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> </li> </ul>			
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			

【研修名 専門Ⅰ・更新研修】

科目名	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	時間数	講義・演習 2 時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 指導する側と受ける側の姿勢について説明できる。</li> <li>② 学習内容や個人としての振り返りを実施できる。</li> <li>③ 地域での学習活動の振り返りを実施できる。</li> <li>④ 継続した自己研鑽の意義について説明できる。</li> <li>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。</li> <li>⑥ 研修受講者間でのネットワークの構築を実施できる。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 研修全体の振り返り <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネジメントプロセスの再確認</li> <li>・ 多様な事例からの学習</li> </ul> </li> <li>● 研修の学習効果を踏まえた今後の学習目標の設定 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 学習効果の確認</li> <li>・ 研修後の学習課題の検討</li> </ul> </li> <li>● ネットワークづくり <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ネットワークの必要性</li> <li>・ 受講者間のネットワーク形成</li> </ul> </li> </ul>			
テキスト 参考資料			
評価方法	研修記録シート、科目の理解度		
その他			