

【研修名 専門Ⅱ・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今後の展開	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最新状況、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ついての講義を行う。</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>・ 利用者やその家族を支援する上で関連する最新の制度、動向及び社会資源に関する講義を行う。</li> <li>・ 介護保険制度や介護支援専門員を取り巻く状況など現状で課題となっている事項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 地域の社会資源を活用したケアマネジメントを実施できる。</li> <li>③ 地域包括ケアシステムの構築に向けて地域課題の解決における介護支援専門員が果たすべき役割を具体的に実施できる。</li> <li>④ 介護保険制度の中での課題解決のために新たな社会資源と関連付けた対応を実施できる。</li> <li>⑤ 地域包括ケアシステムの構築に向けた現状の取り組みや課題の解決のために介護支援専門員として具体的な行動を実施できる。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状と動向の確認 <ul style="list-style-type: none"> <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>・ 地域共生社会の実現に向けた取り組みの動向</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再確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域ケア会議の理解と活用</li> <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活用 <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>・ 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Ⅱ・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 2 時間
講師			
目的	高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向を確認するとともに、ケアマネジメントを実践する上で感じた倫理的な課題の振り返りを行い、実践のあり方の見直しを行う。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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>・ 高齢者の権利擁護や意思決定支援（認知症、身寄りのない高齢者、看取りのケース等）に関する制度等に関する講義を行う。</li> <li>・ 倫理的な視点を含めたケアマネジメントの実践のあり方についての講義を行う。</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 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>③ 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>④ 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>・ 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>● 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れに向き合う重要性 <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>・ 倫理的課題に対する専門職としての捉え方の検討</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Ⅱ・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を活用するに当たっての知識や関連職種との連携方法、インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントについて理解する。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ リハビリテーションや福祉用具等を活用するに当たって重要となる関連知識や歯科医師、リハビリテーション専門職等との連携方法に関する講義を行う。</li> <li>・ リハビリテーションや福祉用具等の活用を検討するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開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や福祉用具等に関する関連知識や歯科医師・リハビリテーション専門職・福祉用具専門相談員等との連携方法への応用を実施できる。</li> <li>② リハビリテーションや福祉用具等の地域の社会資源（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>● リハビリテーションや福祉用具等を活用するための関連知識 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾患・障害別のリハビリテーションと生活支援の実際</li> </ul> </li> <li>● 福祉用具、住宅改修を活用するための視点 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 廃用症候群及び誤用症候群の防止</li> <li>・ リスクマネジメントのための福祉用具における事故情報の活用</li> <li>・ 質の高い福祉用具サービスとするための福祉用具の価格情報の活用</li> <li>・ 福祉用具の安全、安心な使用方法</li> <li>・ 自立支援のための福祉用具、住宅改修の活用</li> </ul> </li> <li>● 医師、リハビリテーション専門職等との連携 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師との連携</li> <li>・ 歯科医師との連携</li> <li>・ リハビリテーション専門職との連携</li> <li>・ 福祉用具専門相談員との連携</li> </ul> </li> <li>● インフォーマルサービスを含めた地域の社会資源の活用 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ スポーツ施設の利用による運動や社会参加の機会の確保</li> <li>・ 市町村社会福祉協議会等が提供するボランティア活動への参加</li> <li>・ 介護保険、障害者総合支援法等の公的給付対象となっていない福祉用具の活用</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Ⅱ・更新研修】

科目名	ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 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 2時間
講師			
目的	「適切なケアマネジメント手法」の「基本ケア」の内容を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等の作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「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。</li> <li>・ インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。</li> <li>・ 各自が担当している事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、「基本ケア」の内容を踏まえ、事例の分析、発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる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を踏まえたマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。</li> <li>② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。</li> <li>③ 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。</li> <li>④ 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。</li> <li>⑤ 医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。</li> <li>⑥ 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> <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>・ 高齢者の特性と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>● 実践事例の研究における考え方 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 別の類似の事例等への応用</li> </ul> </li> <li>● 地域の社会資源の活用 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ インフォーマルサービスの活用</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Ⅱ・更新研修】

科目名	ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 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	<p>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。</p> <p>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）」の内容を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等の作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。</p>		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <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>インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。</li> <li>各自が担当している脳血管疾患がある方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、「疾患別ケア（脳血管疾患がある方のケア）」の内容を踏まえ、事例の分析、発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 脳血管疾患がある方のケアマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。</li> <li>② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。</li> <li>③ 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。</li> <li>④ 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。</li> <li>⑤ 医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。</li> <li>⑥ 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> <li>⑦ 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>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>● 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> <li>・ 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</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <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> <li>● 脳血管疾患のある方の実践事例の研究 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 別の類似の事例への応用</li> <li>・ 地域の社会資源（インフォーマルサービス等）の活用</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Ⅱ・更新研修】

科目名	ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 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	認知症の特徴や療養上の留意点、起こりやすい課題の理解を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。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）」の内容を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等の作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症の要介護者等及び家族を支援するに当たり重要となる各種知識及び医療職をはじめとする多職種や地域住民との連携方法に関する講義を行う。</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）」の内容を理解する。</li> <li>・ インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。</li> <li>・ 各自が担当している認知症等により生活障害がある方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、「疾患別ケア（認知症がある方のケア）」の内容を踏まえ、事例の分析、発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 認知症等により生活障害がある方のケアマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。</li> <li>② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。</li> <li>③ 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。</li> <li>④ 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。</li> <li>⑤ 医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。</li> <li>⑥ 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> <li>⑦ 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>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>● 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>・ 地域への働きかけ</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <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> <li>● 認知症のある方の実践事例の研究 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 別の類似の事例への応用</li> <li>・ 地域の社会資源（インフォーマルサービス等）の活用</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Ⅱ・更新研修】

科目名	ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 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	<p>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。</p> <p>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）」の内容を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等の作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。</p>		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <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>・ インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。</li> <li>・ 各自が担当している大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、「疾患別ケア（大腿骨頸部骨折がある方のケア）」の内容を踏まえ、事例の分析、発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。</li> <li>② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。</li> <li>③ 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。</li> <li>④ 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。</li> <li>⑤ 医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。</li> <li>⑥ 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> <li>⑦ 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>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>● 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> </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> <p>※ 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</p> </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> <li>● 大腿骨頸部骨折のある方の実践事例の研究 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 別の類似の事例への応用</li> <li>・ 地域の社会資源（インフォーマルサービス等）の活用</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Ⅱ・更新研修】

科目名	ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 心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	<p>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。</p> <p>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）」の内容を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等の作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。</p>		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <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>インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。</li> <li>各自が担当している心疾患を有する方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、「疾患別ケア（心疾患がある方のケア）」の内容を踏まえ、事例の分析、発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>心疾患を有する方のケアマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。</li> <li>分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。</li> <li>各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。</li> <li>地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。</li> <li>医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。</li> <li>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> <li>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>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>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 <ul style="list-style-type: none"> <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> </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> </ul> <p>※ 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</p>		<ul style="list-style-type: none"> <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>緊急時の対応体制の構築</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> <li>心疾患のある方の実践事例の研究 <ul style="list-style-type: none"> <li>別の類似の事例への応用</li> <li>地域の社会資源（インフォーマルサービス等）の活用</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Ⅱ・更新研修】

科目名	ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 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	<p>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。</p> <p>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）」の内容を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等の作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。</p>		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <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>・ インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。</li> <li>・ 各自が担当してい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事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、「疾患別ケア（誤嚥性肺炎の予防のためのケア）」の内容を踏まえ、事例の分析、発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。</li> <li>② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。</li> <li>③ 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。</li> <li>④ 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。</li> <li>⑤ 医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。</li> <li>⑥ 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> <li>⑦ 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>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>● 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>・ 医療との関わり</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」の理解（想定される支援内容とその必要性等） <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> <li>● 誤嚥性肺炎の予防に関する実践事例の研究 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 別の類似の事例への応用</li> <li>・ 地域の社会資源（インフォーマルサービス等）の活用</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Ⅱ・更新研修】

科目名	ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 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	<p>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効果的なケアマネジメント手法を修得する。</p> <p>また、演習等で得られた看護サービスの活用に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。</p>		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各自が担当している看護サービスを組み入れた居宅サービス計画等を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。</li> <li>・ 看取り等を含む看護サービスを活用するに当たって重要となる各種知識や医師、看護師等との連携方法に関する講義を行う。</li> <li>・ 看取り等を含む看護サービスを検討するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスを含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 看護サービスを組み入れた居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。</li> <li>② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。</li> <li>③ 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例などへの応用ができる。</li> <li>④ 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。</li> <li>⑤ 看取り等を含む看護サービスを活用するにあたって各種知識や医師、看護師等との連携方法への応用ができる。</li> <li>⑥ 看取り等を含む看護サービスの地域の社会資源（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>● 看取りを取り巻く動向の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療に関するニーズ</li> <li>・ 関連する各種統計データ</li> <li>・ 訪問看護の連絡先</li> <li>・ 看取りの対象</li> <li>・ 看取りの場所</li> </ul> </li> <li>● 在宅看取りに関する理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅看取りに必要な条件</li> <li>・ 地域の社会資源の活用</li> </ul> </li> <li>● 在宅看取りにおけるケアの理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必要なケアの視点</li> <li>・ 疼痛緩和、トータルペインの理解</li> <li>・ 家族へのケア</li> <li>・ 遺族へのケア</li> </ul> </li> <li>● ケアマネジメントの各プロセスにおける留意点</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Ⅱ・更新研修】

科目名	ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。 また、演習等で得られた家族への支援や他法他制度の活用に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族に対する支援に当たり重要となる各種知識や関係機関、地域住民をはじめとする多職種との連携方法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。</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>・ インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。</li> <li>・ 各自が担当している家族への支援の視点や他法他制度の活用が必要な事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・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方のケアマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。</li> <li>② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。</li> <li>③ 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。</li> <li>④ 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。</li> <li>⑤ 医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。</li> <li>⑥ 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> <li>⑦ 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説明できる。</li> <li>⑧ 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、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>● 他法他制度の活用が必要な方の実践事例の研究                         <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 別の類似の事例への応用</li> <li>・ 地域の社会資源（インフォーマルサービス等）の活用</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			