

【研修名 未経験更新・再研修】

科目名	介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	時間数	講義 3 時間
講師			
目的	<p>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。</p> <p>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。</p>		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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といった一連の関係性についての講義を行う。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 介護保険制度創設の背景や基本理念について説明できる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険制度の理念と現状 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護保険制度創設のねらい</li> <li>・ 介護保険制度の基本理念</li> <li>・ 近年の制度改正のポイント</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>● ケアマネジメントの基本理念・意義 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> </li> <li>● 介護保険制度におけるケアマネジメント <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅介護支援の定義と実施事項</li> <li>・ 介護保険制度における給付管理までのプロセス</li> <li>・ 居宅サービス計画及び施設サービス計画作成の目的</li> <li>・ 介護報酬に関する基本的な考え方と給付管理</li> </ul> </li> <li>● 地域包括ケアシステム <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括ケアシステムの基本的な考え方</li> <li>・ 関連する法制度等</li> <li>・ 取組事例</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 未経験更新・再研修】

科目名	自立支援のためのケアマネジメントの基本	時間数	講義・演習 5 時間
講師			
目的	<p>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。</p>		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</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 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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネジメントの成り立ちや機能の理解               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネジメント誕生の背景</li> <li>・ ケアマネジメントが求められる背景</li> <li>・ ケアマネジメントに求められる多様な機能</li> <li>・ ケアマネジメントと介護支援専門員の役割</li> </ul> </li> <li>● 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               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指定居宅介護支援の基本方針、人員基準、運営基準</li> </ul> </li> <li>● 自立支援の考え方とケアマネジメントの役割               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立支援の基本的な考え方</li> <li>・ 生活全体を総合的に捉える視点</li> <li>・ 家族との関係</li> <li>・ 根拠に基づくケアマネジメントの展開</li> </ul> </li> <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               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族等に対する支援の重要性</li> <li>・ 仕事と介護の両立支援の必要性</li> <li>・ ヤングケアラーへの支援の必要性</li> <li>・ 家族等の支援に関連する法制度や事業等の動向</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護予防ケアマネジメントの意義・目的</li> <li>・ 介護予防ケアマネジメントの対象者</li> <li>・ 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</li> <li>・ 介護予防支援事業者と関係機関・関係者との連携</li> </ul> </li> <li>● 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               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「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</li> <li>・ 「科学的介護情報システム（LIFE）」の意義、目的、活用イメージ</li> <li>・ 「科学的介護情報システム（LIFE）」に入力するデータ項目</li> <li>・ 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</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 未経験更新・再研修】

科目名	人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理	時間数	講義 3 時間
講師			
目的	<p>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。</p>		
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、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。</li> <li>・ 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。</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。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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護支援専門員の基本姿勢の理解             <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>● 利用者の権利擁護と成年後見制度等             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の権利擁護</li> <li>・ 苦情処理</li> <li>・ 虐待対応</li> <li>・ 成年後見制度</li> <li>・ 日常生活自立支援事業</li> </ul> </li> <li>● 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             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 意思決定支援の必要性</li> <li>・ 意思決定支援のプロセス</li> <li>・ 意思決定支援に関する各種ガイドライン</li> <li>・ 看取りにおける意思決定支援の視点</li> <li>・ 家族介護者の支援に関するガイドライン</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 未経験更新・再研修】

科目名	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）	時間数	講義・演習 2 時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>③ インフォーマルサービスの役割について説明できる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>⑥ チームにおける情報共有を実施できる。</li> <li>⑦ 円滑なチーム運営を実施できる。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● チームアプローチの意義と目的の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ チームを編成する必要性</li> <li>・ 介護保険制度におけるチームアプローチ</li> </ul> </li> <li>● 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</li> <li>● チームのマネジメントの理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ チーム編成</li> <li>・ チームでの活動</li> <li>・ コンフリクトの対応</li> </ul> </li> <li>● チームアプローチの実際 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ チーム編成の各時期に応じた運営</li> <li>・ チームの運営に関する相談先</li> </ul> </li> <li>● 意思決定支援に関わるチームマネジメント <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 意思決定過程の支援におけるチームの必要性</li> <li>・ チーム運営の留意点</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 未経験更新・再研修】

科目名	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	時間数	講義 3 時間
講師			
目的	<p>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。</p> <p>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。</p>		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>③ 利用者の地域の社会資源の調査を実施できる。</li> <li>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。</li> <li>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ができる。</li> </ol>		
内容			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 地域包括ケアシステムを構築する意義と目的の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括ケアシステムの基本理念</li> <li>・ 地域包括ケアシステムの定義や基本的な考え方</li> <li>・ 地域包括ケアシステムの構成要素</li> </ul> </li> <li>● 地域共生社会 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域共生社会の基本的な考え方</li> <li>・ 関連する法制度等</li> </ul> </li> <li>● 地域包括支援センターの概要の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括支援センターの役割</li> <li>・ 地域包括支援センターの事業内容</li> </ul> </li> <li>● 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多職種協働による地域のネットワーク</li> <li>・ 介護予防・日常生活支援総合事業</li> </ul> </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の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 地域ケア会議への参加</li> </ul> </li> <li>● 地域の社会資源の把握方法と活用</li> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 関係しうる専門職</li> <li>・ 多様な関係機関</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 未経験更新・再研修】

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意義	時間数	講義 3 時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 医療との連携の意義と目的について説明できる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>④ 多職種協働の意義と目的について説明できる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療機関の役割の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢化の進行に伴う社会背景変化</li> <li>・ 医療機関の種類と概要</li> <li>・ かかりつけ医機能</li> </ul> </li> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師との連携</li> <li>・ 医療専門職（医師以外）との連携</li> <li>・ サービス担当者会議等における多職種協働</li> <li>・ 医療介護連携の意義と介護・医療・予防の一体的な提供</li> </ul> </li> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 急病時、急変時、入院時、退院時、退院後</li> <li>・ 家族の休息が必要になったとき</li> <li>・ ターミナル期、死亡時</li> </ul> </li> <li>● 医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬の理解</li> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療の制度概要</li> <li>・ 医行為に関連する法律や制度</li> <li>・ 医療専門職間の連携</li> <li>・ 個人情報を取り扱う上での留意点</li> <li>・ 生活機能の向上にむけた医療介護連携</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 未経験更新・再研修】

科目名	ケアマネジメントに係る法令等の理解	時間数	講義 2 時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。)</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 介護保険法の意義と目的について説明できる。</li> <li>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。</li> <li>③ 利用者を取り巻く諸制度について説明できる。</li> <li>④ 実践上の法令遵守について説明できる。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険制度に関する法令と関係性の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 法令等を理解する意義と目的</li> <li>・ 法令等の関係性</li> <li>・ 介護支援専門員の業務や役割と法令等の関係</li> </ul> </li> <li>● 地方自治体による条例等の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 条例の位置づけ</li> <li>・ 地方分権改革の経緯</li> </ul> </li> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会福祉法（昭和 26 年法律第 45 号）</li> <li>・ 老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）</li> <li>・ 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）</li> <li>・ 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）</li> <li>・ 生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）</li> <li>・ 生活困窮者自立支援法（平成 25 年法律第 105 号）</li> <li>・ 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）</li> <li>・ 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）</li> <li>・ その他税法関係など</li> </ul> </li> <li>● 法令遵守の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 法令順守の意味と位置づけ</li> <li>・ 法令遵守に関する事業者の体制整備</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 未経験更新・再研修】

科目名	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	時間数	講義・演習 3時間
講師			
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。		
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>・ 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> </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の特徴を述べることができる。</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 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。</li> <li>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。</li> <li>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。</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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者の特性</li> <li>・ 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> </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 未経験更新・再研修】

科目名	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	時間数	講義・演習 4時間
講師			
目的	<p>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。</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）」の内容を理解する。</p>		
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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</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）を述べることができる。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾患の理解 <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</li> <li>・ 脳血管疾患の主な症状</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> </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をする時期</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>・ 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 未経験更新・再研修】

科目名	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	時間数	講義・演習 4時間
講師			
目的	<p>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。</p> <p>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。</p>		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</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。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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</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）を述べることができる。</li> <li>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（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> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾患の理解 <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</li> <li>・ 認知機能障害と行動・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</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> <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およ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</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 未経験更新・再研修】

科目名	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	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。</p>		
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>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</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）を述べることができる。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾患の理解 <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> </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 未経験更新・再研修】

科目名	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	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。</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）」の内容を理解する。</p>		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</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関する講義を行う。</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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 心不全につながる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ことができる。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾患の理解 <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</li> <li>・ 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>・ 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> </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 未経験更新・再研修】

科目名	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	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、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。</p>		
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。</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。</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。</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 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ができる。</li> <li>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> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 疾患の理解 <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</li> <li>・ 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> </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 未経験更新・再研修】

科目名	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	時間数	講義 2 時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者に多い疾患の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者に多い主な疾患</li> <li>・ 高齢者に多い疾患の理解の必要性</li> <li>・ 糖尿病の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法</li> <li>・ 高血圧症の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法</li> <li>・ 脂質異常症の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法</li> <li>・ 呼吸器疾患の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法</li> <li>・ 腎臓病の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法</li> <li>・ 肝臓病の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法</li> <li>・ 高齢者に多い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>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医との連携</li> <li>・ 多職種連携の体制の確認</li> <li>・ 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</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 未経験更新・再研修】

科目名	ケアマネジメントの展開 看取りに関する事例	時間数	講義・演習 4時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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ことができる。</li> <li>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ことができる。</li> <li>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ことができる。</li> <li>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ことができる。</li> <li>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ことができる。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看取りの概観</li> <li>・ 介護支援専門員に求められる姿勢</li> </ul> </li> <li>● 多職種との連携・協働の留意点の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅での看取りを可能にする要件</li> <li>・ 在宅での看取りの際に提供されるケア</li> <li>・ チームアプローチ</li> </ul> </li> <li>● 利用者及び家族との段階的な関わりの変化の理解</li> <li>● 在宅生活の支援において起こりやすい課題の理解 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 症状の出現と変化</li> <li>・ 疼痛緩和・疼痛コントロール</li> <li>・ 呼吸困難（息苦しさ）</li> <li>・ その他の症状およびADLの低下</li> <li>・ 利用者及び家族の心の揺らぎ・動きへの寄り添い</li> </ul> </li> <li>● 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 総合的な視点</li> <li>・ 家族への視点</li> <li>・ 検査・治療促進のための支援の視点</li> <li>・ リスク対応の視点</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 未経験更新・再研修】

科目名	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	時間数	講義・演習 3時間
講師			
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。		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <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の講義を行う。</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> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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ことができる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 他法他制度の活用が必要な事例を学ぶ必要性の理解</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</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> <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>・ 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</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 未経験更新・再研修】

科目名	アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習	時間数	講義・演習 4時間
講師			
目的	<p>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。</p> <p>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。</p>		
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>		
修得目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 事例に応じたケアマネジメントについて説明できる。</li> <li>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。</li> <li>③ 講評を受け、今後の自己課題の設定を実施できる。</li> <li>④ 自己の課題に応じた解決策について説明できる。</li> <li>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。</li> </ol>		
内容			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアマネジメントプロセスの実践 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ ケアマネジメントプロセスで使用する様式等の理解</li> <li>・ ケアマネジメントプロセスごとの課題の振り返り</li> </ul> </li> <li>● サービス担当者会議の模擬実践 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事例選定と事前準備</li> <li>・ サービス担当者会議の模擬実施</li> <li>・ サービス担当者会議における課題の振り返り</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			