

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

令和3年度厚生労働省老人保健事業進費等補助金(老人保健健康増進等事業)
介護支援専門員の資質向上に資する研修等のあり方に関する調査研究事業

介護支援専門員実務研修 ガイドライン

【検討案】

※本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、
正式なガイドラインとして確定したものではありません。

【目次構成】

1	ガイドライン作成の背景	1
(1)	ケアマネジメントの目的と意義	1
(2)	介護支援専門員の養成研修の目的	1
(3)	本ガイドラインの位置づけ	1
(4)	介護支援専門員の資質向上に係る現状認識	2
(5)	今回のカリキュラムの見直しの方向性	3
(6)	用語の定義	4
2	本ガイドラインの基本的な考え方	5
(1)	専門職としての自己研鑽の必要性	5
(2)	法定研修の目的	5
(3)	法定外研修の位置づけと意義	5
(4)	生涯学習を支える環境の整備の必要性	6
(5)	本ガイドラインの構成	6
3	効果的な養成のための企画・実施・評価の考え方	7
(1)	「自ら学び続ける」方法の修得支援	7
(2)	学びと実践をつなげる工夫	7
(3)	記憶に残しやすくする研修や教材の展開方法	8
(4)	学習領域に応じた効果的な教え方	8
(5)	改善を意識した研修の推進	8
(6)	研修のPDCA サイクル推進に向けた体制	10
4	法定研修の対象及び実施上の留意点	13
(1)	介護支援専門員研修の対象	13
(2)	研修実施上の留意点	14
(3)	オンライン研修環境の活用上の留意点	22
5	修了評価の考え方	24
(1)	修了評価における基本的な考え方	24
(2)	介護支援専門員養成研修における修了評価の基準と方法	25
(3)	研修記録シートの活用方法	29
(4)	修了評価を実施するために研修実施機関が取り組むべきこと	32
(5)	実務研修課程における具体的な評価方法	36
6	実習受入の考え方	39
(1)	基本的な考え方	39
(2)	都道府県及び研修実施機関における準備と実習の展開方法	41
(3)	実習受け入れ事業所に求められる準備と実習の展開方法	47

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

7	各科目の展開方法.....	54
(1)	科目の構成(カリキュラム).....	54
(2)	適切なケアマネジメント手法について.....	66
(3)	各科目のガイドラインの構成と各項目の見方.....	68
8	各科目のガイドライン.....	69
前期:	介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント.....	70
前期:	自立支援のためのケアマネジメントの基本.....	73
前期:	相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎.....	76
前期:	人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理.....	78
前期:	利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意.....	80
前期:	ケアマネジメントのプロセス.....	82
前期:	受付及び相談並びに契約.....	84
前期:	アセスメント及びニーズ把握の方法.....	86
前期:	居宅サービス計画等の作成.....	88
前期:	サービス担当者会議の意義及び進め方.....	90
前期:	モニタリング及び評価.....	92
前期:	介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント).....	94
前期:	地域包括ケアシステムの深化及び地域の社会資源.....	96
前期:	生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義.....	99
前期:	ケアマネジメントに係る法令等の理解.....	101
前期:	実習オリエンテーション.....	103
前期:	ケアマネジメントの基礎技術に関する実習.....	105
後期:	実習振り返り.....	107
後期:	ケアマネジメントの展開:生活の継続を支える基本的なケアマネジメント.....	109
後期:	ケアマネジメントの展開:脳血管疾患のある方のケアマネジメント.....	112
後期:	ケアマネジメントの展開:認知症のある方のケアマネジメント.....	115
後期:	ケアマネジメントの展開:大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント.....	118
後期:	ケアマネジメントの展開:高齢者に多い慢性疾患の留意点の理解.....	121
後期:	ケアマネジメントの展開:看取りのケアマネジメントの理解.....	123
後期:	ケアマネジメントの展開:心疾患のある方のケアマネジメント.....	125
後期:	ケアマネジメントの展開:誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント.....	128
後期:	ケアマネジメントの展開:他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント.....	130
後期:	アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習.....	132
後期:	研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り.....	134

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

1 ガイドライン作成の背景

(1) ケアマネジメントの目的と意義

ケアマネジメントの成り立ちや介護保険制度における位置づけについては多様な解釈が存在するが、それらを総合すると、ケアマネジメントとは、生活全般の状況を総合的に把握し、自立した日常生活に向けての希望を十分に把握し、それを踏まえてニーズに応じたサービスを一体的に提供する専門的な機能とすることができる。介護保険制度におけるケアマネジメントの目的は、介護保険制度が目指す「自立支援」の理念を実現することにあるということもできよう。ただし、高齢者のニーズは多様であり、ニーズに応じた各種サービスの総合的、一体的、効率的な提供が必要である。また、介護保険においては、利用者本位のサービスの提供が基本理念であり、どのようなサービスを選択し利用するか最終的な意思決定は利用者に委ねられている。

しかし、各サービスは専門分化しており多職種間の連携にも課題が残る。それゆえ、高齢者やその介護者が各種サービスの情報を自ら収集し、自らの状況に最もふさわしいサービスを選択し継続的に利用していくことが難しい。

だからこそ、全ての要介護者が等しく、サービスの利用における権利を有することを担保することにケアマネジメントの意義があり、その意義を実現するために他の介護保険給付とは異なり、居宅介護支援は全額が保険給付で提供されているといえよう。

(2) 介護支援専門員の養成研修の目的

要介護者ができる限り住み慣れた地域で、最後まで尊厳をもって自分らしい自立した日常生活を送るためには、医療・介護・予防・住まい・生活支援といった多様なサービスが一体的に提供されるとともに、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら要介護者等を支援できるよう、適切にケアマネジメントを行うことが重要である。介護支援専門員は適切なケアマネジメントの実現に向けて日々、日常の業務の中で多様な地域の資源の情報を収集・把握したり、多職種とのネットワークの拡充に務めたりしている。地域包括ケアシステムの構築に向けて、より多くの主体と連携したケアマネジメントの実践がこれまで以上に期待されている。

そこで、ケアマネジメントにおいてその中核的な役割を担う介護支援専門員について、その養成段階で行われる介護支援専門員実務研修や現任者を対象とした研修等を体系的に実施することにより、介護保険制度の基本理念である利用者本位、自立支援、公正中立等の理念を徹底し、専門職としての専門性の向上を図ることにより、利用者の自立支援に資する適切なケアマネジメントの実現に資することを目的とする。

また、主任介護支援専門員については、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域課題の把握から社会資源の開発等の地域づくりや地域の介護支援専門員の人材育成等の役割を果たすことができる専門職の養成を図ることを目的とする。

(老発 0704 第 2 号:平成 26 年 7 月 4 日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」より一部改編)

(3) 本ガイドラインの位置づけ

介護支援専門員の資質向上については、これまで、必要な知識・技術の修得を目的とし、都道府県が実施主体となって、実務に就いたあとも継続的に研修の機会を提供できるよう体系的な研修を行ってきたところである。

一方、介護支援専門員に係る研修については、都道府県ごとに実施されていることから、研修内容に格差が生じているとの指摘がある。そこで、都道府県が行っている研修の質の平準化を図るため、国として研修実施の指導者用のガイドラインを策定することにより、介護支援専門員の更なる資質向上に資する研修とするとともに、研修内容の不

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

断の見直しを実施し、介護支援専門員の研修実施の実効性を確保する必要がある。

このため、研修の企画・立案、研修の実施、評価、その後の研修への反映といった研修実施のサイクルを都道府県において効果的に実行していくことが必要である。すなわち都道府県においても研修実施のPDCAサイクルを構築することによって、研修の質をあげることを目指した。

本ガイドラインを、都道府県における介護支援専門員に係る研修実施の際の手引書として活用いただき、また指導者の養成にも資することができれば幸いである。

(4) 介護支援専門員の資質向上に係る現状認識

① ケアマネジメントを取り巻く環境の変化

介護及び医療や福祉の実践の方法や技術、介護保険をはじめとする社会保障制度やそれを取り巻くさまざまな環境は、常に変化しており、介護支援専門員が修得すべき事項や期待される役割も同様に変化している。

加えて、後期高齢者の増加、独居、認知症、医療処置を要する要介護高齢者等の増加、精神疾患、家族の支援等、介護支援専門員が実際に現場で対応している利用者像も多様化し、複雑化している。

② ケアマネジメントに期待される役割の広がり

介護保険制度創設以降、介護給付サービスの種類や対象範囲が広がるとともに、利用者の状態も変化し、介護支援専門員に求められる役割・期待も広がってきている。当初は保健・医療・福祉との連携を念頭に置いた介護給付サービスの調整を中心に考えられていたが、「介護予防ケアマネジメント」への広がり、在宅での「看取り」の対応、「継続的な治療・リハビリテーションの実現」に掛かる調整の必要性が大きくなっている。

要介護高齢者の平均年齢の高まりや世帯人口の減少に伴い、認知症のある方への支援あるいは身寄りのない独居高齢者への支援の必要性が大きくなり、「家族介護者の支援」「(特に認知症に対する理解を広げる)地域づくり」「意思決定支援」といった領域での役割期待が高まっている。

③ 制度・政策の背景に対する深い理解やケア実践における倫理の必要性の高まり

「尊厳の保持」、「自立支援」の実践のためには、専門的な知識とともに介護保険制度をはじめとした関連する制度・政策の理解も必要である。そして、そうした知識や理解は、表面的な知識に留まらず、「なぜそうしたケアが必要あるいは有効なのか」、「なぜそうした制度・政策になっているのか」、「尊厳が保持されるとはどのようなものなのか」といった、理由や背景に対する深い理解や、ケア実践における倫理観を持つことが求められる。

社会環境の変化に伴い、これからの介護保険制度のありようが見直される環境において、介護支援専門員には、こうした問いに対して自分なりに説明できる資質が求められていることから、こうした説明ができる資質の向上の必要性が高まっている。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

(5) 今回のカリキュラムの見直しの方向性

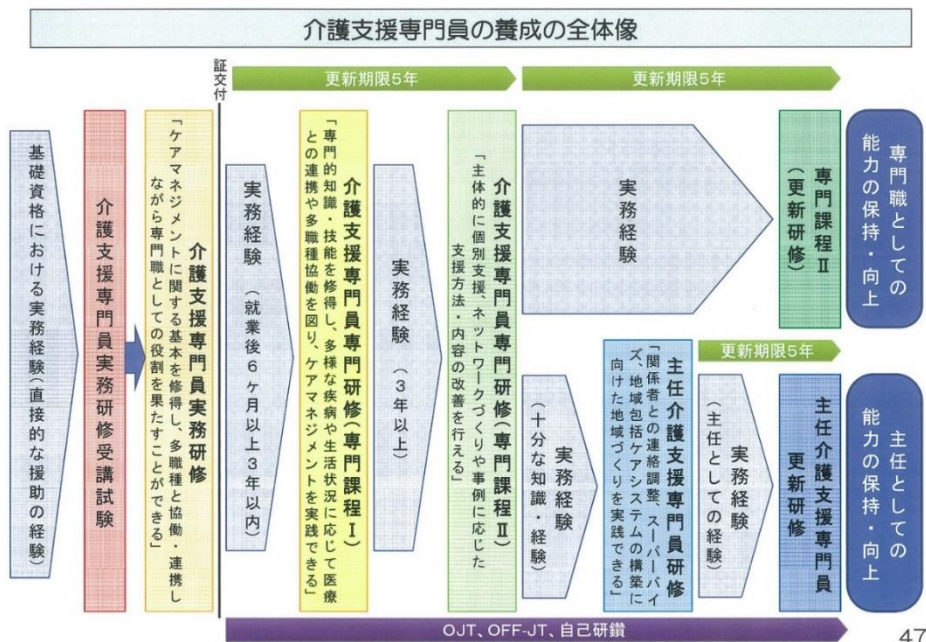
上記の介護支援専門員の資質向上に係わる現状認識を踏まえ、以下の①～③の方向性で今回カリキュラムの見直しを実施した。

- ① 幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測や各職種の視点や知見に基づいた根拠のある支援の組み立てを行うことが介護支援専門員に求められていることを踏まえ、そのような社会的な要請に対応できる知識・技術を修得できるように科目の構成・内容を見直す
 - ・ 根拠のある支援の組み立ての基盤となる視点(適切なケアマネジメント手法や科学的介護(LIFE)等)を学ぶ内容を各科目類型に追加
 - ・ 高齢者の生活課題の要因等を踏まえた支援の実施に必要な知識や実践上の留意点を継続的に学ぶことができるように、適切なケアマネジメント手法の考え方を実務研修課程、専門研修課程Ⅰ、専門研修課程Ⅱ、主任研修課程、主任更新研修課程に横ぐしをさして学ぶ科目類型を追加
 - ・ 認知症や終末期などで意思決定支援を必要とする利用者・世帯がさらに増えるとともに、根拠のある支援の組み立てに向けて学ぶべき知識・技術の変化が今後も進むと考えられる。そのような変化の中では、職業倫理の重要性は一層高まることを見込まれる。そのため、職業倫理についての視点を強化
- ② 介護保険外の領域も含めて、制度・政策、社会資源等についての近年の動向(地域共生社会、認知症施策大綱、ヤングケアラー、仕事の介護の両立、科学的介護、身寄りがいない人への対応、意思決定支援等)を定期的に確認し、日々のケアマネジメントの実践のあり方を見直すための内容の充実・更新を行う
 - ・ 制度・政策、社会資源等についての近年の動向に関する内容を反映
 - ・ 専門研修課程Ⅱ、主任更新研修課程にケアマネジメントの実践の振り返りを行うとともに、ケアマネジメントプロセス等に関する最新の知見を確認し、実践のあり方を見直しを行うための科目を新設
- ③ 法定研修修了後の継続研修(法定外研修、OJT 等)で実践力を養成することを前提に、カリキュラムの内容を幅広い知識の獲得に重きを置いた時間配分(＝講義中心)に見直す
 - ・ 限られた法定研修の時間数を考慮し、法定研修の内容は継続研修への接続を意識した知識の獲得に重きをおいた内容とする
 - ・ 継続研修での実践力の養成の基盤となる幅広い知識の獲得が行われるように、主に実務課程について、「必要な知識を記憶しており、具体的な用語や実例等を述べることができるレベル」又は「必要な理念や考え方について理解しており、その理念や考え方について自分の言葉で具体的に説明できるレベル」を修得目標として設定

(6) 用語の定義

介護支援専門員の「生涯学習」は、Off-JT(「法定研修」や「法定外研修」等)、OJT(業務での指導・支援を通じた学び等)、自己研鑽(自主勉強会や自主的な学会発表等)の組合せからなる。法定研修には、「実務研修」、「専門研修(専門研修課程Ⅰ、Ⅱ)」、「更新研修(専門研修課程Ⅰ、Ⅱ)」、「主任介護支援専門員研修」、「主任介護支援専門員更新研修」が含まれる。

図表1 介護支援専門員の養成の全体像



(出所)厚生労働省「介護支援専門員研修改善事業及び研修体系の見直しの考え方」
(平成 27 年 2 月 24 日)

上記の整理を前提に、本ガイドラインで「生涯学習」又は「養成研修」との表現を用いる場合には、介護支援専門員の資質向上に向けた養成の取組みの全体を指し、OJT、Off-JT、自己研鑽を含む。また、Off-JT のうち、「介護支援専門員資質向上事業の実施について」(平成 26 年 7 月 4 日老発 0704 号第 2 号厚生労働省老健局長通知)に基づき、都道府県等が実施主体となり、厚生労働省が定める実施要綱に沿って実施されている研修のみを指す場合には、「法定研修」との表現を用いている。また、地域包括支援センターや職能団体等が実施する介護支援専門員の資質向上に関する研修や講演会又は研究大会等の法定外の研修等を指す場合には、「法定外研修」との表現を用いている。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

2 本ガイドラインの基本的な考え方

(1) 専門職としての自己研鑽の必要性

介護支援専門員は、要介護者等からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるように市町村、サービス事業者等との連絡調整等を行う「専門職」である。専門職は、専門職の責務として、生涯を通じた自己研鑽による継続的な能力維持・開発に努めるものであり、これは「介護支援専門員倫理綱領(日本介護支援専門員協会 平成19年3月25日採択)」にも掲げられているとおりである。

したがって、介護支援専門員の知識・技術、あるいはそうした知識・技術の基盤となる基本的な考え方や倫理観などの修得や研鑽は、法定研修の有無にかかわらず、専門職が専門職として自ら実施すべきとの考えを基本とすべきである。そこで、本ガイドラインは、法定研修の受講前後に継続的な自己研鑽を受講者である介護支援専門員が積んでいくことを前提に作成している。

(2) 法定研修の目的

介護支援専門員は、要介護者等からの相談に応じて、要介護者等が日常生活の状況に応じて適切なサービスを利用できるようサービス利用の連絡調整等を行う者であって、日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識・技術を有する者とされている。

つまり、介護支援専門員には、専門的な知識・技術を生かして前述したようなケアマネジメントの価値を実現していくことが期待されているのである。一方ケアマネジメントが、介護保険において全国統一的な仕組みとして導入され、現物給付となった(自己負担ゼロとなった)背景には、利用者の立場に立って、サービスの決定を支援することによって全ての要介護者等が等しく、サービスの利用における権利を保持することを担保しようとの考え方がある。

したがって、全ての介護支援専門員には、利用者の決定を支援するに足る一定水準以上の知識・技術を有することが求められ、それゆえ「介護支援専門員として利用者の自立支援に資するケアマネジメントに関する必要な知識及び技能を修得し、地域包括ケアシステムの中で医療との連携をはじめとする多職種協働を実践できる介護支援専門員の養成を図ることを目的とする」法定研修の受講が義務付けられている。

さらに、主任介護支援専門員には、介護支援専門員の人材育成や地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりといった役割が求められていることから、主任介護支援専門員として継続的な資質向上を図る必要があるため、主任介護支援専門員に更新制を導入し、更新時に研修を実施するために、主任介護支援専門員更新研修が創設されたところである。

(3) 法定外研修の位置づけと意義

アセスメントやモニタリングの能力、相談援助技術の専門性、さらには各地域における多職種連携や地域資源との連携は、実践における利用者・家族や地域との関わりの中で初めて体得、習熟していくものである。そのため介護支援専門員の養成にあたっては、法定研修だけではなく法定研修以外の Off-JT(法定外研修等)、OJT、自己研鑽を組み合わせ、生涯学習と実務実践を進めていくことが重要である。

現に、各地域の保険者(自治体)や地域包括支援センター、職能団体等が主催する各種研修が実施されているほか、各層の職域研修でも生涯学習が実施されている。さらに、特定事業所加算取得事業所を中心に、事業所(あるいは法人)内の研修も展開されている。こうした法定研修以外の Off-JT(法定外研修等)は、法定研修で学ぶ必要最低限の知見に加え、より実践的な知見や、地域の特性を踏まえた知見やネットワークの修得を目指すことに意義がある。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

(4) 生涯学習を支える環境の整備の必要性

① 生涯を通じた自己研鑽を確保する環境の整備

介護支援専門員には専門職として、生涯にわたる自己研鑽に取り組むことが求められるが、これを従来の個人学習や集合対面形式の研修のみで実現するのは、時間や費用の負担があり、その地域差も大きい。

したがって必然的に、オンライン研修環境などの、時間や場所の制約が小さく、移動時間や費用の負担も軽くて済む環境を活用することが重要になる。初めてオンライン研修環境を利用する者にとっては、学習環境の整備や学習環境への習熟が必要だが、これからの専門職の生涯学習にとっては必要不可欠なツールであると捉え、前向きに取り組む必要がある。オンライン研修環境などの新しい学習環境の活用においては、事業所または法人の理解と協力も必要である。具体的には、業務の一環として事業所からオンライン形式で開催される研修にも参加しやすいよう、通信環境や機器の整備等を通じて、所属する介護支援専門員の資質向上に配慮した取組を推進することが求められる。

② 地域として資質向上に取り組む体制の整備

保険者(自治体)や職能団体等の地域全体の整備に係る主体は、介護支援専門員の役割や機能に対する共通理解を普及し、介護支援専門員が連携する相手方となるさまざまな専門職や関係機関等との相互連携が円滑化するような連携体制づくりの推進が求められる。

また、地域の介護支援専門員の資質の状況を捉えて、生涯学習の機会が確保されるよう、法定研修以外の Off-JT(法定外研修等)の企画・運営や自己研鑽の推進、講師・ファシリテーターの養成等に取り組んでいくことも求められる。

(5) 本ガイドラインの構成

本ガイドラインは総論と各論で構成されている。総論部分は効果的な養成のための企画・実施・評価の考え方、法定研修の対象及び実施上の留意点、修了評価の考え方等について述べている。

各論部分は次のような内容になっている。研修向上委員会の設置をはじめ、各県またはオンライン形式の研修でも講師による副教材の統一的な整備が進んできたこと、研修実施機関では研修実施にあたりガイドラインの内容を見直しているケースが多いことを考慮し、各論部分の記述をコンパクト化して読みやすくするとともに、科目による分量のばらつきを整える見直しを行っている。

各科目のガイドラインの主な内容

- ・ 実施要綱に掲げられている目的、概要
- ・ 修得目標
- ・ 科目の内容
- ・ 研修展開上の留意点
- ・ 法定外研修への接続

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

3 効果的な養成のための企画・実施・評価の考え方

(1) 「自ら学び続ける」方法の修得支援

自ら学び続ける専門職を養成するには、新しい知識・技術をどのような手順や方法で学ぶと効果的なのかという「学び方」についても、法定研修や法定外研修の受講を通じて身に付けてもらうことが望ましい。受講者は自分に合った学び方を理解することで、OJT や自己研鑽のやり方を工夫しながら続けやすくなる。

例えば法定研修や法定外研修で事前・事後の自己評価や達成度評価を行うことは、生涯学習の節目において知識・技術の程度を確認し、各研修とその後の OJT・自己研鑽の学習目標を設定する機会となる。また研修を通じて仲間や講師とのつながりを作ることで、自己研鑽の際に共に学んだり相談したりしやすくなる。さらに研修で良い学び方や学習コンテンツに触れることで、自らの学び方を振り返り、今後の OJT や自己研鑽の方法を改善できるようになる。

このように法定研修や法定外研修の企画・実施・評価においては、受講者がその後の OJT や自己研鑽を能動的に行えることも意識する必要がある。

(2) 学びと実践をつなげる工夫

介護支援専門員の養成にあたっては、知識・技術を実際に活用できる実践力の向上が求められる。主に実務研修課程について、法定研修が講義中心の内容に見直されることを踏まえると、養成の体系や個々の研修において、学びと実践をつなげる工夫を盛り込むことはますます重要となる。

学びと実践をつなげる上では、「ID(インストラクショナルデザイン)第一原理」という教育設計の基本的な指針を意識することが有効である。

<ID(インストラクショナルデザイン)第一原理>

- 問題: 現実に起こりそうな問題に挑戦する
- 活性化: すでに知っている知識を動員する
- 例示: 例示がある
- 応用: 応用するチャンスがある
- 統合: 現場で活用し、振り返るチャンスがある

出所: 鈴木克明監修、市川尚・根本淳子編著「インストラクショナルデザインの道工具箱 101」

具体的には、ケアマネジメントの実践で直面しうる問題を示し、「この解決に役立つなら学びたい」という意欲を高め、これまでの経験に基づいた対応策だけでは不十分だという気づきをもたらすといった工夫が考えられる。また具体例で理解を促し、演習や実習、OJT を通じて実際に取り組む機会を提供することで、学んだことを業務で活かせるという手応えを得やすくなる。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

(3) 記憶に残しやすくする研修や教材の展開方法

受講者が新しい知識・技術に触れ、それを自分のものとして十分に修得していくためには、受講者の関心や理解を深める仕掛けを研修や教材に組み込むことが有用である。教育設計の理論においては様々な仕掛けが存在するが、その一つに「9 教授事象」という考え方がある。これは、研修や教材の展開を考える上で意識すべき、学びを促す 9 つの取り組みである。

図表2 9教授事象

導入	事象 1	学習者の注意を獲得する
	事象 2	授業の目標を知らせる
	事象 3	前提条件を思い出させる
情報提示	事象 4	新しい事項を提示する
	事象 5	学習の指針を与える
学習活動	事象 6	練習の機会をつくる
	事象 7	フィードバックを与える
まとめ	事象 8	学習の成果を評価する
	事象 9	保持と移転を高める

出所：鈴木克明監修、市川尚・根本淳子編著「インストラクショナルデザインの道具箱 101」

(4) 学習領域に応じた効果的な教え方

法定研修の修得目標は、教育評価の考え方を踏まえ、5 つの評価領域(認知領域「想起」、認知領域「解釈」、認知領域「問題解決」、情意領域、精神運動領域)から成る。教育設計の理論においては領域毎に効果的な教え方が提示されており、研修や教材の展開を考える際は「何を」「どのように」教えると学びが深まるか意識することが重要である。

例えば各種制度の理解を促す内容であれば、学習の成果は言語情報(評価領域は認知領域「想起」)であり、学習者が覚えやすい枠組みで情報を提示する、既に知っている情報との類似点を説明するといった教え方が有効である。あるいは相談援助技術に関する内容であれば、学習の成果は運動技能(評価領域は精神運動領域)であり、小さいステップから始め、手本を見せたり、繰り返し練習させたりする教え方が有効である。

(5) 改善を意識した研修の推進

介護支援専門員が修得すべき事項や期待される役割は、前述の通り徐々に変化していく。また法定研修や地域の職域研修は様々な事業所から多くの受講者が参加し、事業所内研修のように業務の様子から学習目標を決めることはできない。また学びを支援する観点からは、当事者である学習者からの反応を得て、より学習者に役立つものにしていく必要がある。

そのため、企画時に養成のニーズを把握して学習目標を明確にし、その達成に向けて理論に基づく教授方法を取り入れ、評価結果を踏まえて養成の仕組みを改善していく営みが重要である。

① 企画

まずは地域における養成の現状と課題を分析し、理想とする状態に照らして受講者はどのような状況にあり、研修

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

を通じてどのような知識・技術を修得すべきかを明らかにする。各科目のガイドラインに修得目標が提示されているので、それを基に地域の実情に応じて意味づけを行う過程と言える。この際に重要なのは、アンケートやヒアリング、過去に行った研修の評価結果等をもとに、問題点や目標を関係者間で議論し、合意することである。

次に、分析を通じて明確にした受講者像や修得目標に基づいて、養成の全体像を設計する。具体的には、地域における養成体系、各研修の全体像(研修計画)、各科目の全体像(実施計画)が該当する。いずれの場合も、以下のような項目を具体化する必要がある。

- 目的
- 修得目標と評価方法
- 対象者の要件・人数
- 実施やフォローアップの期間・方法
- 講師・ファシリテーターの要件・人数
- 研修の内容・方法

研修計画や実施計画を取りまとめたら、それに基づいて教材や研修記録シート、試験、アンケートなどを開発する。また実習先の手配、オンライン環境の準備なども行う。

なお、研修計画を作成する上では、実施要綱で定められている以下の内容を踏まえる必要がある。

※実施要綱から抜粋掲載(省略)

1)目的、2)対象者、3)実施方法、4)研修実施上の留意点

② 実施

受講者が修得目標に到達できるように意識しながら研修を実施する。また評価に活用できるよう、研修実施機関や講師は受講者の反応を把握するように努める。

③ 評価

研修記録シートや試験、アンケートなどを用いて、学習者が修得目標を達成できたか評価を行う。また研修効果を計る上では、研修修了後一定期間経過後の時点に評価を行うことも有効である。

評価結果を基に、今後の研修の各プロセス(分析、設計、開発、実施)の改善を図る。なお、改善にあたっては講師・ファシリテーター間の情報共有の機会を積極的に設ける等、教授方法や教育評価についての知見の共有や蓄積(ファカルティ・ディベロップメント)の実施に努めることが望ましい。それは講師・ファシリテーターの養成と確保の観点からも有用である。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

(6) 研修のPDCA サイクル推進に向けた体制

① 研修向上委員会の設置

介護支援専門員の研修実施を実効性があるものとするため、研修の企画、実施、評価と、評価に基づく改善といった研修実施のPDCA サイクルを構築することにより、継続的に研修内容の見直しを図ることが求められる。

研修向上委員会は、研修の実施後の評価をもとに、更なる効率的・効果的な研修の実施方策を検討する国及び都道府県に設置される委員会である。

国において設置される研修向上委員会

国における研修向上委員会

都道府県からの事業評価をもとに、研修における課題の整理を行うとともに、改善に向けた検討を行う。

- 研修体系の内容の検討と提示
- ガイドラインの作成
- 各研修項目の目標設定と提示
- 指導要領・指導技術・研修の修了評価方法の検討
- 効率的・効果的な研修の実施方策の検討
- 指導者に関する要件の検討
- 介護支援専門員研修向上委員会の運営

想定される
構成委員

学識者、行政担当者、職能団体、都道府県担当者
介護支援専門員、実施事業者、学会 等

厚生労働省

- 資質向上事業における研修実施のガイドラインの提示
- 実施結果の分析・課題の整理
- ガイドラインの修正

都道府県
研修事業者

- ガイドラインを参考とした研修の企画・実施
- 厚生労働省へ事業評価をフィードバック
- 次回以降の研修に反映

都道府県において設置される研修向上委員会

都道府県における研修向上委員会

1) 国との関係

ガイドラインを参考に研修企画・実施・評価に関する事務を担う。

- 効率性・実効性の高い研修の実施に関する検討
- 実施状況及び事業評価について国へフィードバック(教材・指導者・実施状況等)

2) 研修実施機関との関係

- 研修内容の適正性について調整
- 指導者(講師)評価

想定される
構成委員

学識者、介護支援専門員、職能団体の指導者、都道府県担当者、実施機関、地域包括支援センター 等

厚生労働省

- ガイドラインを参考とした研修実施(事業委託)
- 研修企画への参画
- 事業評価
- 次回以降の研修(事業委託内容)に反映

都道府県
研修事業者

- ガイドラインを参考とした研修実施
- 都道府県へ結果を報告
- 次回以降の研修に反映

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

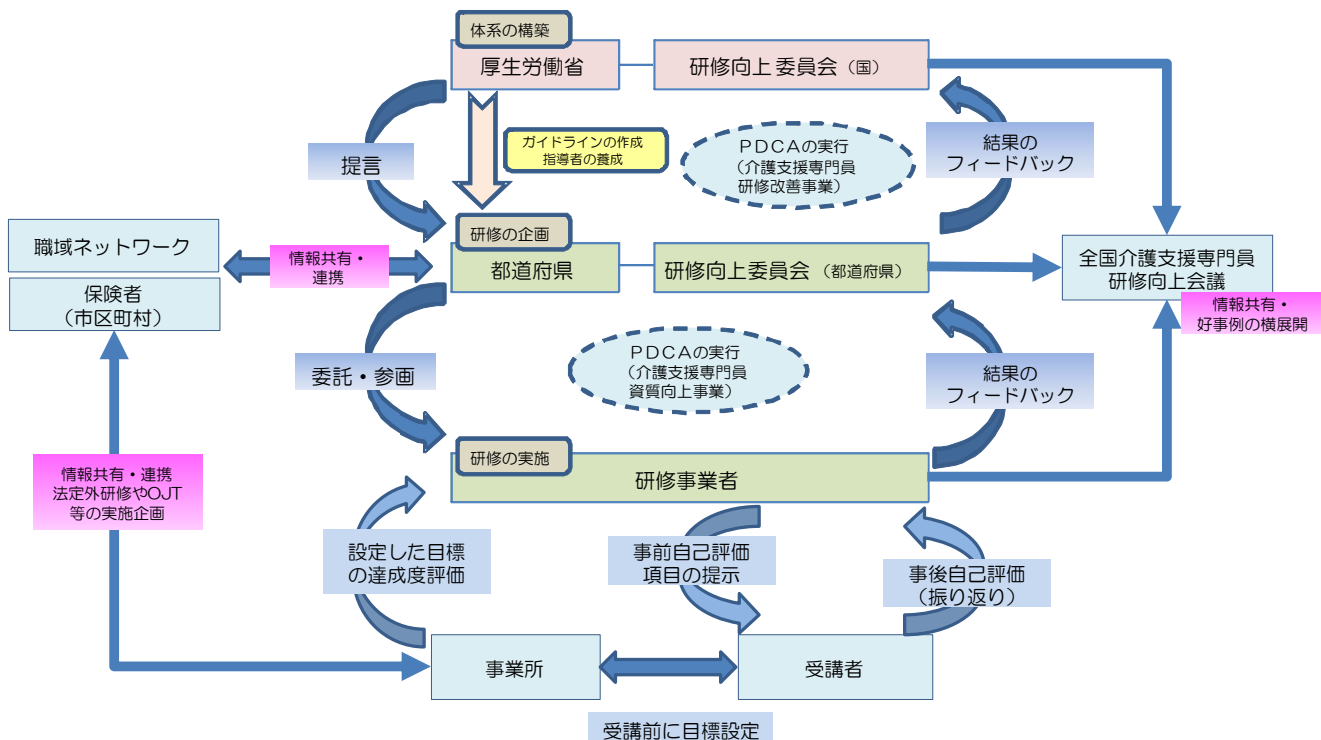
② PDCA サイクルによる継続的な研修の改善

現在、介護支援専門員の資質向上に伴う取り組みは、実施主体である都道府県ごとに実施状況が異なる。研修内容の見直しを図り、介護支援専門員の更なる資質向上を図るためには、幅広い視点から研修内容の見直しを行い、研修の質の平準化を図ることが必要であり、そのためには、「都道府県」と「研修実施事業者」、「厚生労働省」と「都道府県等」における各々の研修向上の体制が、両輪で行われることが重要である。具体的には、各都道府県からの事業評価を国において検討し、随時ガイドラインの修正を図りながら、介護支援専門員に係る研修の効果的な実施に向けて、実施主体である都道府県との連携を図ることが望ましい。

また、地域の特性に応じた知識(例: その地域における具体的な社会資源や関係する他法他制度等の理解)の修得や、習得した知識の実践応用の実現(法定外研修や OJT 等の実施)は、職能団体、地域の職域ネットワークあるいは事業所(職場、法人)が保険者(自治体)と連携して担うことが期待される。

都道府県における事業評価においては、実施内容に関する評価に加え、研修での学びが修了後の業務でどの程度活かされているかの評価も必要である。受講者は研修の際に確認された自己の課題に「どのように取り組んでいるか」、また、その成果が「どのように表れているか」を一定期間後、事前アンケートをもとに自己評価する。自己評価の結果は、管理者または主任介護支援専門員等による評価(研修記録シートとアンケート等)と合わせて研修実施機関にフィードバックされ、研修実施機関は研修の効果を検証した後、その結果を都道府県へ報告する。

図表3 研修改善事業 介護支援専門員関連研修のPDCA サイクルのイメージ



4 法定研修の対象及び実施上の留意点

(1) 介護支援専門員研修の対象

① 各課程の対象者

介護支援専門員資質向上事業における各課程は、連続した育成の視点を持って構成されている。各研修課程の実施にあたっては、他の課程の対象者と比較し、各科目の研修内容を準備する必要があるため、参考までに以下の通り各課程の対象者を一覧できるようにした。

介護支援専門員資質向上事業 各課程の受講対象者

研修課程	対象
実務研修	法第 69 条の 2 第 1 項に規定する介護支援専門員実務研修受講試験に合格したものとす。
専門研修 課程Ⅰ	原則として、介護支援専門員としての実務に従事している者であって、就業後 6 か月以上の者とする。なお、介護支援専門員として、効果的にその専門性を高めるためには早期に受講することが適当であり、就業後 3 年以内に受講することが望ましい。
専門研修 課程Ⅱ	原則として、介護支援専門員としての実務に従事しているものであって、専門研修課程Ⅰを修了している就業後 3 年以上の者とする。
主任介護支援 専門員研修	<p>介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する介護支援専門員とする。</p> <p>具体的には、主任介護支援専門員としての役割を果たすことができる者を養成する観点から、居宅サービス計画書等を提出させることにより、研修実施期間において内容を確認し、利用者の自立支援に資するケアマネジメントが実践できていると認められる者のうち、以下の①から④のいずれかに該当し、かつ、「介護支援専門員専門研修実施要綱」に基づく専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ又は「介護支援専門員更新研修実施要綱」の3の(3)に基づく実務経験者に対する介護支援専門員更新研修を修了した者とする。</p> <p>① 専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年(60ヶ月)以上である者(ただし、管理者との兼務は期間として算定できるものとする。)</p> <p>② 「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」(平成 14 年 4 月 24 日老発第 0424003 号厚生労働省老健局長通知)に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者又は日本ケアマネジメント学会等が認定する認定ケアマネジャーであって、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年(36ヶ月)以上である者(ただし、管理者との兼務は期間として算定できるものとする。)</p> <p>③ 施行規則第 140 条の 66 第 1 号イ(3)に規定する主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている者</p> <p>④ その他、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者</p> <p>また、受講対象者の選定に当たっては、特に質の高い研修を実施する観点から、上記の要件以外に、都道府県において実情に応じた受講要件を設定することは差し支えないものとする。</p>
主任介護 支援専門員 更新研修	<p>研修対象者は、次の①から④までのいずれかに該当するものであって、主任介護支援専門員研修終了証明書の有効期間がおおむね 2 年以内に満了する者とする。</p> <p>なお、特に質の高い研修を実施する観点から、上記の要件以外に、都道府県において実情に</p>

	<p>応じた受講要件を設定することは差し支えないものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者 ② 地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年 4 回以上参加した者 ③ 日本ケアマネジメント学会等が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者 ④ 日本ケアマネジメント学会等が認定する認定ケアマネジャー ⑤ 主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者
--	---

(老発 0704 第 2 号:平成 26 年 7 月 4 日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」より)

(2) 研修実施上の留意点

① 本ガイドラインで取り上げる研修手法の特徴と留意点

研修では以下に挙げるような研修手法の活用が盛り込まれている。各科目のねらいや修得目標に照らして、各研修手法の特徴や留意点を踏まえた研修の実施が求められる。

1) 座学(講義)

<手法と特徴>

- ・ 介護支援専門員として理解すべき原理原則やルール、方法論や考え方を説明したり、基礎的な知識を解説したりする。
- ・ 単に知識を付与するだけでなく、知識の体系やその基盤となる基本的な考え方を解説することにより、その後のさまざまな学習の基盤を形成することが出来る。
- ・ 講義で使用する教材は、研修受講修了後の実践においても、適宜振り返って知識を確認したり定着させたりするために活用出来る。
- ・ 単に講義形式の座学を続けるだけでなく、ミニワーク(個人学習)やグループワーク等を交えて組み立てることで学習効果を高めることが必要である。

<留意点>

- ・ 科目の目的に合わせて知識の解説と知識に基づいた活用方法の教授を行う。
- ・ 実務研修では、介護支援専門員としての実務経験が無い受講生を対象にすることから、基本的な事項から丁寧に説明することが必要。
- ・ 受講者が主体的に学ぶ姿勢を持ち、学習できるように工夫する。
- ・ 主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修では介護支援専門員へ指導・支援するためのケアマネジメントに関する指導・支援に向けての知識を学習できるように工夫する。
- ・ 専門研修Ⅱ、主任介護支援専門員更新研修など、繰り返しの受講が想定される課程や今回見直したカリキュラムの研修の受講経験のある受講者とそうでない受講者が混在する可能性がある課程については、地域ごとの受講者の属性等に応じて次のような配慮や工夫を行うことが考えられる(演習も同様)。なお、具体的な配慮の方法や工夫の可否や内容については地域の実情等に応じて研修実施機関で判断して差し支えない。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

【繰り返しの受講が想定される課程】

- 同課程で複数コースを設置している場合は初回受講者と複数回受講者のコース設定を行う 等

【今回見直したカリキュラムの研修の受講経験のある受講者とそうでない受講者が混在する可能性がある課程】

- 同課程で複数コースを設置している場合は受講状況に応じたコース設定を行う
- 事前学習用の教材を整備する
- 関連する研修課程の振り返りを行う
- 適切なケアマネジメント手法など新たにカリキュラムに盛り込まれた事項に関する特別講義を実施する 等

2) 講義・演習(一体型)

<手法と特徴>

- ・ 実務を想定して行う訓練や体験。
- ・ また、演習だけでなく講義と組み合わせて展開することにより、知識の定着と更なる獲得を図る。
- ・ 技術の修得では、慣れるまで繰り返し学習することで実践力の修得を図る。
- ・ ロールプレイとシミュレーションを適切に組み合わせることで、より実践的な学習とすることが出来る。
- ・ 主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修においては、演習、講義の組み合わせの展開や技術の修得で実践指導の獲得および修得を図る。

<留意点>

- ・ 講義で得た知識を実務に活用する。
- ・ 受講者が、円滑に実践を始められるよう、具体的な演習となるよう工夫する。
- ・ 継続的な学習の基盤とするため、介護支援専門員の業務の基盤となる基本的な考え方や知識(例:ケアマネジメントプロセスなど)、指導方法等は、演習を通じて繰り返し定着と確認を行うことが重要。
- ・ 主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修においては講義で得た知識を実践指導に活用する。
- ・ 専門研修 I 以降の実践事例を用いた演習において施設系サービスで従事している介護支援専門員が受講の難しさを感じているとの指摘があることから、地域ごとの受講者の属性等に応じて次のような配慮や工夫を行うことが考えられる。なお、具体的な配慮の方法や工夫の要否や内容については地域の実情等に応じて研修実施機関で判断して差し支えない。
 - 施設系サービスで従事している介護支援専門員同士でグループワークを実施できるようにグループ分けを行う(施設と居宅の介護支援専門員が混在してワークをした方が良い科目も存在する点には留意する)
 - 同課程で複数コースを設置している場合は施設系サービスで従事している介護支援専門員向けのコース設定を行う 等

3) 実習

<手法と特徴>

- ・ 実習を通じて得られる具体的、個人的な経験を、学んできた知識、技術、態度と結び付け、実務が展開できるようにする。
- ・ 介護支援専門員の実務経験が無い受講者に対し、介護支援専門員の業務の実際を経験してもらうことにより、

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

自らが実践を始める際の心構えを持ってもらうことが出来る。

- ・ 高齢者個人や事業所の利用者等の協力を得て学習していることを考慮する。

<留意点>

- ・ 指導者がその状況を総合的にとらえてどのような学習が可能かを判断しながら、意図的に関わること。
- ・ 介護支援専門員の実務の概観が具体的に理解できるよう、実習で参加する場面を工夫する。

4) 事例検討

<手法と特徴>

- ・ 一般化された知識や考え方の理解を具体的に深めたり、具体的な実務を想定して模擬的に判断の訓練を行ったりする研修手法。
- ・ 主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修では、一般化された知識や考え方の理解を具体的に深めたり、具体的な実践指導の振り返りや実践指導を想定して模擬的に判断の訓練を行ったりする研修手法。
- ・ 一般的な理解を踏まえた上で、具体的に問題解決や気づきを目指した検討を進めることが特徴。
- ・ 事例検討の目的に応じて、用いる事例の準備方法(共通事例とするか、受講者各自の持ち寄り事例とするか)、準備する情報の範囲を調整することで、理解度を高めることが出来る。

<留意点>

- ・ 具体的な判断方法を解説する際には、指導者の経験値だけによらず、一般化された知識や考え方に基づいた解説を行うこと。
- ・ 実務研修課程では、介護支援専門員の実務経験が無い受講者であることから、個々の事例における問題解決の方策を深める以上に、ケアマネジメントプロセスの理解や、類似の事例における検討(特に情報の収集・分析と課題抽出)の留意点の理解に重点を置くことが望ましい。
- ・ 実務研修課程の中で行われる事例検討では、基本的に研修機関が準備する共通事例を用いる。情報の分析と課題抽出に力点を置く科目では幅広い情報を提供した上でそれをどう分析するか演習を展開することが望ましい。一方、情報の収集(多職種連携を含む)に力点を置く科目では必ずしも十分でない情報を提示した上で「どのような情報を追加収集すれば良いか」考えてもらうといった展開も有効である。なお、本ガイドラインに掲載する事例は事例検討で用いる共通事例の資料の提示例として示したものであり、必ずしもこの事例をそのまま用いなくてはならないというものではない。
- ・ 主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修の演習においては、介護支援専門員への指導方法について知識、技術を学べるように工夫する。
- ・ 専門研修課程Ⅱ、主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修では、地域づくりの視点も合わせて演習に組み入れる。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

② 事例を用いた講義・演習一体型の科目の展開の考え方について

1) 各課程の講義・演習一体型の科目で重点を置く内容

各課程の講義・演習型一体型科目では、以下の内容に重点を置くこととする。

研修課程	各課程の講義・演習型一体型の科目で重点を置く内容
実務研修	<p>要介護認定で上位に挙がる疾患ごとに、特に情報の収集・分析、ニーズの把握(アセスメント)に関する具体的な留意点の修得に重点を置く。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・講義では、介護支援専門員に必要な基本的な知識・技術を一通り身につけることを目指す。 ・その上で演習では、特に情報の収集・分析、ニーズの把握(アセスメント)に重点を置く。
専門研修 課程Ⅰ	<p>多職種協働の重要性を理解し、予防的な視点や体系的アセスメントを身に着けた上で、特に様々な状況等を勘案した実践しうる複数の対応策を提案するために必要な知識・技術や留意点の修得に重点を置く。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・講義では、実務課程で取り扱わなかった知識・技術を一通り身につけることを目指す。 ・その上で演習では、特にさまざまな状況等を勘案した実践しうる複数の対応策(居宅サービス計画等)の提案に重点を置く。
専門研修 課程Ⅱ	<p>自らの実践を振り返り、特に個別事例に基づいて他の事例にも対応できる事項を抽出したり、地域課題を捉えて多職種連携や地域課題の解決に向けた社会資源への働きかけへと展開したりする方法の修得に重点を置く。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・講義は、専門Ⅰで取り扱った知識・技術の確認・振り返りに留める。 ・演習では、普遍化や社会資源への働きかけに重点を置く。一般的な「研究」の考え方や方法論は、法定外研修等を通じて本課程受講前に修得していることを前提とする。
主任介護支援 専門員研修	<p>初めて主任介護支援専門員となる者が主任介護支援専門員として直面しやすい活用場面を想定し、介護支援専門員が自ら行う自身のケアマネジメントの振り返りを通じて情報の整理・分析、見通しの検討や課題の整理等、ポイントを明確にした指導・支援を展開する方法の学習に重点を置く。</p>
主任介護 支援専門員 更新研修	<p>介護支援専門員に対する自らの指導等の実践を振り返り、主任課程までの内容を確認し、特に地域づくりに向けた課題の把握やその改善・指導の実践に関する分析・評価に重点を置く。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・講義は、介護支援専門員が身につける専門Ⅰ・Ⅱ課程の内容の確認、主任課程の内容の振り返りに留める。 ・演習では、地域づくりに向けた課題の把握やその改善・指導の実践に関する分析・評価に重点を置く。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

2) 各課程で用いる事例及び資料(例)

各課程で用いる事例及び資料(例)は、以下のとおり。事例の提出は振り返りの点からも重要であるため、実務研修課程以外は原則持ち寄り事例を用いる。また、受講者自身が持ち寄ることができる事例がない場合(例:科目に関連する担当事例がない等)は、個人情報等の取扱いに十分に配慮したうえで、事業所や地域の介護支援専門員から事例を借りる等の対応を行うことが望ましい。なお、やむを得ない事情がある場合には研修実施機関や研修向上委員会が検討して事例を準備する。

研修課程	各課程で用いる事例及び資料(例)
実務研修	<p>※基本的に<u>養成機関が用意した事例</u>を使用</p> <p>【事例】 疾患ごとに、介護支援専門員が多く直面する可能性が大きい状態像の事例</p> <p>【資料】 支援経過記録、課題分析標準項目(23項目)(基本情報及びアセスメント情報)、ジェノグラム、エコマップ、主治医意見書、社会資源に関する情報(社会資源調査票)、追加情報(疾患別の情報提供ツール等)、課題整理総括表、居宅サービス計画、評価表</p>
専門研修 課程Ⅰ	<p>※基本的に<u>養成機関が用意した事例及び持ち寄り事例</u>を使用</p> <p>【事例】 様々な状況等を勘案した実践しうる複数の対応策(居宅サービス計画等)が検討できる事例</p> <p>【資料】 支援経過記録、課題分析標準項目(23項目)(基本情報及びアセスメント情報)、ジェノグラム、エコマップ、主治医意見書、課題整理総括表【作成例】、評価表、居宅サービス計画書等(支援方針の提案)【作成例】、サービス担当者会議録</p>
専門研修 課程Ⅱ	<p>※基本的に<u>持ち寄り事例</u>を使用</p> <p>【事例】 ケアマネジメントを実践する上で、介護支援専門員が悩んだり対応に苦慮したりした事例</p> <p>【資料】 支援経過記録、課題分析標準項目(23項目)(基本情報及びアセスメント情報)、ジェノグラム、エコマップ、主治医意見書、課題整理総括表、評価表、居宅サービス計画書、サービス担当者会議録</p>
主任介護支援 専門員研修	<p>※基本的に<u>持ち寄り事例</u>を使用</p> <p>【事例】 受講者による介護支援専門員の指導・支援の実践事例</p> <p>【資料】 指導事例の個別支援記録一式(支援経過記録、課題分析標準項目、ジェノグラム、エコマップ、主治医意見書、課題整理総括表、サービス担当者会議録、居宅サービス計画書、評価表)※事前に利用者の同意を得て提出すること</p>
主任介護 支援専門員 更新研修	<p>※基本的に<u>持ち寄り事例</u>を使用</p> <p>【事例】 受講者による介護支援専門員の指導・支援の実践事例</p> <p>【資料】 指導事例の個別支援記録一式(支援経過記録、課題分析標準項目、ジェノグラム、エコマップ、主治医意見書、課題整理総括表、サービス担当者会議録、居宅サービス計画書、評価表)※事前に利用者の同意を得て提出すること</p>

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

③ 課題整理総括表及び評価表の活用方法

実施要綱に定められている通り、実務研修課程では課題整理総括表及び評価表を活用することとされている。課題整理総括表はアセスメント結果をもとに、介護支援専門員がどのような事実に基づいてケアの見通しを考えて課題を抽出したかを、多職種向けに総括的に示すことを目的とした書式である。一方、評価表は、ケアプランに位置付けた短期目標の達成状況を、短期目標の終期の時点で振り返り、その要因をサービス担当者会議等で検討することによって、再アセスメントをより効果的なものとするを目的としたものである。課題整理総括表及び評価表のそれぞれの活用方法については、平成 26 年 6 月 17 日に厚生労働省から示された「課題整理総括表及び評価表の活用の手引き(以下、手引きと表記)」に記載されている。

実務研修課程では、主として講義・演習一体型科目における事例検討において、基本情報や居宅サービス計画書等の情報とともに、課題整理総括表及び評価表を提示して活用することが想定されるが、本様式は参考様式であり、この様式を活用するためには既に活用されているアセスメントツールを十分に理解し活用することも必要となることから、研修における活用においては受講者の理解度も勘案して設計する。

なお、課題整理総括表については、手引きにおいて、実践における活用場面として「介護支援専門員自身による振り返りとOJT」「サービス担当者会議における多職種間での情報共有」「地域ケア会議における事例検討や地域課題の検討」といった場面が挙げられている。このうち、実務研修課程を修了した初任段階の介護支援専門員が多く直面すると考えられる場面は、「介護支援専門員自身による振り返りとOJT」であると考えられる。

さらに、初任段階の介護支援専門員にとっては、ケアマネジメントプロセスの中でも特に「アセスメント(情報の収集・分析と課題抽出)」を難しいと捉える傾向があることを踏まえれば、アセスメントが十分に出来ているかどうかの確認とそれに関するOJTのために課題整理総括表を活用する機会が多くなると考えられる。

実務研修で課題整理総括表及び評価表を活用する際は、このような研修修了後の実務における活用を念頭に置いて、活用例を提示したり解説したりすることが望まれる。具体的には例えば以下のような展開が考えられる。

実務研修における課題整理総括表を活用した学習の展開(例)

- ・利用者の生活の状況を把握するためにどのような情報を収集すべきかを学習する
- ・利用者の現在の生活の状況の根本的な要因が何かを分析する考え方を学習する
- ・生活の状況の見通しを検討するにはどのような職種からどのような情報を収集すれば良いかを学習する

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

④ 事例検討と事例研究の展開

1) 事例研修科目の狙い

初期段階(実務課程等)で行う事例検討とは異なり、経験を積む中で身につけてきた価値・倫理・知識・技術といった専門性を、他の受講者と共に学ぶ中で、確認しあい、今後の実践における活動目標を掴むことである。

事例研究は発表者主導型の研究となってしまう要素を含んでいることから、発表者が主観的な視点や思考のみに陥ることのないよう留意することが重要となる。

2) 経緯

多様な高齢者の暮らしの中で、介護保険制度を利用する一人一人の高齢者主体的な生活を選択することを支援する役割を持つ介護支援専門員は、今以上の複眼的な視点を持つことを期待されていることから、演習を通じた介護支援専門員間での意見交換や、担当以外の事例に向き合い、共学の精神で研修を受講することが重要となる。

このため、介護支援専門員の働いている場に応じてマネジメントを提供する視点だけではなく、実務 3 年目以上の介護支援線専門員の実践の場を超えて、実践事例を分析し、高齢者の生活像を複眼的な視点を持ち、地域での介護支援専門員の活動を拡大することを促進し、介護支援専門員自らが考える力、解釈する幅、実践力を強化することを目的として、専門研修課程Ⅱにおいて、新たに「ケアマネジメントの実践事例の研究及び発表」科目を設けたところである。

3) 介護支援専門員法定研修での事例研究の考え方

現在すでに行われている事例検討と事例研究については、言葉の厳密な定義をせずに事例検討と事例研究の 2 つの用語を並べてきた。研究概念としては、あらゆる事象の心理や原理を明らかにするために行われる知的な行為の事で、研究という時は、人間が認識可能なあらゆる事柄が対象になると言われている。特に介護支援専門員が扱う研究の対象は、国が明記した課題分析標準項目 23 項目又は ICF での生活機能分類を対象とすれば、無数の事象が研究対象となる。

今回介護支援専門員研修課程Ⅱで取り扱う事例研究については、介護支援専門員が担当する個別または、そのネットワーク(集団)について詳細な資料を収集し、特長やその利用者又はネットワークが変化していくプロセスについて、総合的・系統的・力動的に分析・検討し、それによって得られた知識を実践の場であるいは学術的に生かしていく事である。今まで行われていた事例検討は、具体的には、個別または、そのネットワーク(集団)において、生活課題を検討し、どのように支援していくかについて方向性を明確にする事である。研究はそれに加え介護支援専門員のあり方や支援の過程と結果について評価を行う事である。その意味では、事例研究は事例検討を含んでいると言える。

具体的に現時点での事例研究の意義は以下の通りである。

- ①自分が気づいていなかった個別または、そのネットワーク(集団)とその解決の道筋について複眼的な視点で理解する。
- ②個別または、そのネットワーク(集団)について理解を深める。
- ③実践を追体験する事で、対応の基本的視点、支援過程、支援結果、反省点を分析する。そのプロセスにおいて自分以外の介護支援専門員の実践についての理解と共有化を図る。
- ④事例を共に深める事によって、知識・技術の向上に役立て実践に反映させる。
- ⑤支援の原則を皆で導き出す。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

- ⑥自分たちの実践を客観的に評価する力をつける。
- ⑦実践の振り返りを通じ、個別の課題から地域の課題、社会への課題の認識へとつなぐ。
- ⑧地域における総合的な支援・トータルケア力を他の専門職や関係者と共に高めていくうえでの介護支援専門員の果たす役割について、確認する。
- ⑨説明責任を果たせるようにする。(援助過程の説明ができる事、情報開示ができる事、サービス決定に対する説明責任に対応する力量を備える。)
- ⑩組織の力をつける。

＝引用：中央法規出版 介護支援専門員の為のスキルアップテキスト～専門研修課程Ⅱ対応版～2010年6月20日発行 第3章

4) 事例研究カリキュラムの基本理解について

研究を具体的に始めるには、事例の作成が必要となる。今回の研修体系に沿って説明を行うと、実務研修受講試験に合格後、受講する実務課程で、事例に対するアセスメントとケアプラン作成について、運営規定を勘案して記述する事が修得される。次に就労後6ヶ月を経て専門研修課程Ⅰの受講となる。専門研修課程Ⅰでは、担当高齢者の事例を、現時点での社会的支援の課題解決が必要なテーマに沿って講義・演習を通して多様なケアマネジメントの展開について修得をする。そして就労後3年以上を経て専門研修課程Ⅱ受講により、事例研究を行う。ここでは、研究の意義を踏まえ、介護支援専門員が直面している高齢者支援の場面での事象を研究する。

研修体系の流れにおいて事例研究の理解をするならば、専門課程Ⅱにおいて単独で研究が行われるものではなく、これまでの研修体系や実践による習熟度を踏まえて研究に触れる事となる。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

(3) オンライン研修環境の活用上の留意点

厚生労働省が実施する「令和 2 年度介護支援専門員研修等オンライン化等普及事業」等により介護支援専門員の養成研修のオンライン研修環境の整備が行われたところである。オンライン研修環境を活用することの有効性は主に研修受講者の負担軽減、研修にかかる費用の削減、研修講師の負担軽減と質の平準化であり、オンライン研修環境の活用を念頭に、実施方法・実施体制を具体的に見直すことも、より効果的な養成研修の実施においては有効である。

以下にオンライン研修環境を活用することの有効性、企画・運営における基本的な考え方、研修企画・運営の留意点を示す。なお、オンライン研修環境の活用に関する詳細については「介護支援専門員研修オンライン実施の手引き」を参照いただきたい。

参考：都道府県・研修実施機関・研修向上委員会向け介護支援専門員研修オンライン実施の手引きについて（令和3年6月12日事務連絡）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/hoken/jissi_00004.html

① オンライン研修環境を活用することの有効性

介護支援専門員研修のさらなる充実が指摘される一方、これまでに厚生労働省等が実施している調査研究等から、法定研修等に係る課題も明らかになっている（介護支援専門員研修改善に係る調査や介護報酬改定・検証調査等の結果より）。

特に研修の開催に係る主な課題としては以下の 3 点が挙げられる。

- ・ 研修受講者の移動時間等の受講に係る負担
- ・ 研修会場の確保及びその費用の負担
- ・ 研修講師の講義用資料の作成負担、研修内容のばらつきの平準化

オンライン研修環境は上記課題の解決に資するものである。すなわち、本研修環境を活用することの有効性は主に研修受講者の負担軽減、研修にかかる費用の削減、研修講師の負担軽減と質の平準化であるといえるが、以下に概説する。

（研修受講者の負担軽減）

オンライン研修環境を活用することにより、受講者はオンライン上で講義（座学）については場所や時間の制約なく、PC 等で研修の受講を行うことが可能となる。また、演習についても Web 会議の仕組みを活用することにより、自宅や事業所から受講することが可能となる。このように、研修受講者は移動時間等の受講に係る負担が大きく軽減されることになる。

（研修にかかる費用の削減）

オンライン研修環境を活用することにより、従来の研修にかかっていた会場費等の一部費用が削減されることが想定される。従前の集合形式では研修を実施するための会場確保が課題となっている地域も多く見られたが、そのような課題への解決策としてオンライン研修環境を活用することも考えられる。

（研修講師の負担軽減と質の平準化）

オンライン研修環境で提供される標準資料（副教材）は従前の研修で使用されていた副教材（講義用資料）に相

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

当するものであり、標準資料(副教材)を活用することにより、副教材の作成に要していた負担が軽減されることが想定される。

地域によって高齢者福祉を取り巻く環境には相違があるため、一定の地域差が生じることを否定するものではない。しかし、例えば介護保険制度に関する内容等については、全国的にある程度統一された内容となるべきであり、講義(座学)・演習ともに、今一度ガイドラインの記載内容に立ち返って見直しを図るべき部分もあるものと考えられる。このように、法定研修の位置づけを前提とすると、質の平準化を図り、研修内容のばらつきを抑制することも重要である。オンライン研修環境を通じて、ある程度統一した標準資料(副教材)が研修において活用されることにより、研修内容のばらつきの抑制、水準の底上げが図られることも想定される。

② オンライン研修の企画・運営における基本的な考え方

オンライン研修環境はあくまで法定研修の実施方法の選択肢として提供するものであり、各地域における法定研修の実施方法に対して何らかの制約を与えるものではない。オンライン研修環境という新たな選択肢を踏まえて、法定研修のあり方について各地域で検討することが必要である。

なお、介護支援専門員に求められる能力や専門性は法定研修だけで完成されるものではない。したがって、職能団体などが主導して法定外研修を組合せ、地域でのレベルアップを図ることが期待される点は、従来の集合・対面形式を前提とした研修の企画・運営と同様である。

③ オンライン研修環境を活用した研修企画・運営の留意点

オンライン研修においても従前と同様、研修向上委員会を中核として、都道府県・研修実施機関が一体となり、研修の企画、実施、評価、今後の研修への反映というPDCAサイクルを構築することにより、継続的に研修内容の改善を図ることが求められる。オンライン研修の企画・運営にあたっては、以下の点に特に留意する必要がある。

(講師・ファシリテーター向け研修の実施)

オンライン研修においては、講師・ファシリテーターには現行の要件に加えて、オンライン研修環境の特性に対応するスキルが求められる。オンライン研修の学習効果は、講師・ファシリテーターの運営ノウハウに大きく左右されることから、講師・ファシリテーターを対象とした操作説明等の研修をあらかじめ実施し、必要なノウハウ習得を促すことが重要である。

(受講者向けの支援体制の整備)

オンライン研修を導入する初期段階においては、通信エラーなど従前の集合・対面形式の研修とは異なるトラブルが発生することが想定される。特定の受講者の通信エラーが研修全体の進行に影響する場合もあるため、従前以上に受講者に対する支援体制を整備することが重要である。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

5 修了評価の考え方

修了評価の具体的な方法や内容については、各地域における受講者数や受講者の属性等に違いが大きいことから、研修実施機関と協議の上、都道府県において決定することとする。

< 修了評価の方法の例 >

- ・ 研修記録シート
- ・ テスト
- ・ レポート
- ・ 口頭試問
- ・ 受講者間の相互評価
- ・ 実技
- ・ 講師・ファシリテーター等による評価(習熟度、受講姿勢、意欲等による総合的な評価)
- ・ その他

以下の内容を参照し、各都道府県が地域の状況を踏まえながら創意工夫し、介護支援専門員の資質向上に資する修了評価を実施することを期待する。

(1) 修了評価における基本的な考え方

介護支援専門員養成研修は、介護支援専門員としてその職務に就こうとする者及び介護支援専門員を対象として、ケアマネジメントの実務における実践に関する知識・技術を習得するとともに資質の向上を図るために実施されるものである。つまり、単なる知識・技術の修得ではなく実践的な能力を高めることが目的である。

実務研修課程の受講者は研修受講試験に合格してケアマネジメントに関する基礎的な知識を有していることが確認された者であり、その他の課程の受講者も介護支援専門員としての実務経験に基づき、実践的な知識・技術、考え方を修得している。したがって、研修の評価においては、研修で新たに得る知識・技術の習熟度を確認することも必要であるが、それに加え、受講者が持つ知識・技術、考え方などを振り返り、専門職として自ら継続的に学ぼうとする態度や姿勢を再認識することにも重点をおいて修了評価を実施すべきである。なお、後述のとおり、各科目の修得目標は評価しやすいように、測定可能な知識・技術に重点をおいて設定している。

また、研修修了時点で各科目が目指す知識・技術の到達度の評価を行うだけでなく、「研修に参加する前の時点でどのような課題認識と学習目標を持っていたか」、「研修終了後に、実務においてその実践的な能力がどの程度向上したか」を測ることも重要である。

つまり図表に示すように、修了評価の基本的な考え方として「研修修了時点での評価」だけでなく、「研修開始前の時点での評価」と「研修修了後、実務に戻ってから(又は実務を開始してから)一定期間経過時点での評価」を加えた3つの時点の評価が存在する。これは介護支援専門員養成研修が実務に資する研修を目的としているものであるため、受講者自身が課題設定をして研修に臨み、研修修了後も Off-JT(実務を離れての研修)で得た成果を実務で活用できるようになることが重要という、実務者を対象とした教育研修の考え方に基づくものである。

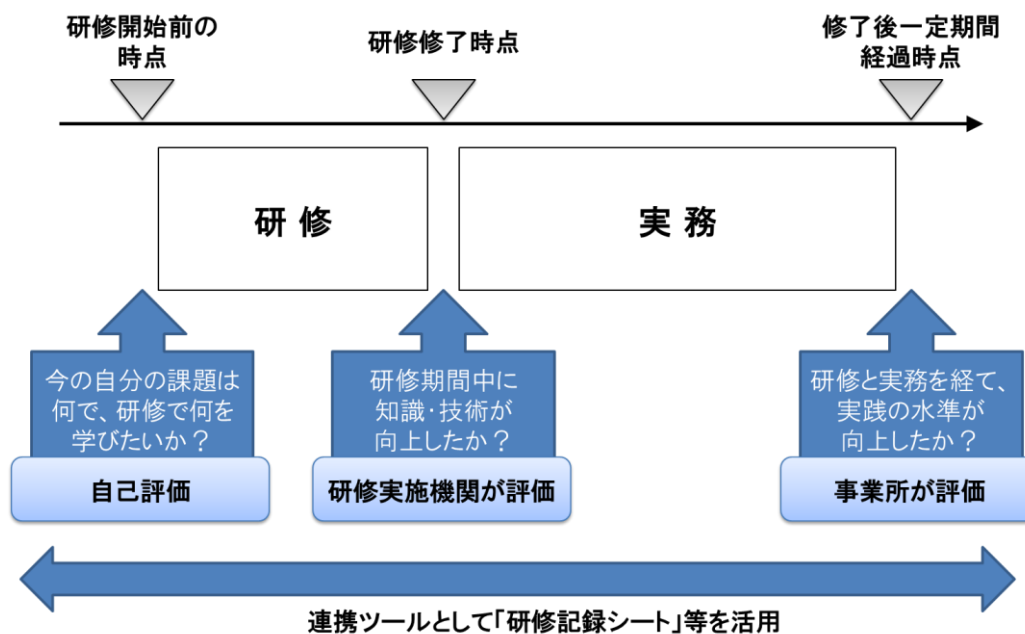
したがって、介護支援専門員養成研修における修了評価では、研修修了時点の評価だけを以て介護支援専門員の資質を測ろうとするものではなく、実務に戻ってから(又は実務を開始してから)の実践を踏まえて評価することが必要である。こうした評価を実現するために、研修修了時点の評価においては、単に「できた／できない」、「分かって

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

いる／分かっていない」で評価するのではなく、各受講者の今後の課題を明確にし、その後の実務における改善につながるような視点を持つことが重要である。

具体的には、修了後の実務における修得状況を研修実施機関が把握するのは実務的に困難であるため、受講者自身の自己評価や所属する事業所の上司や先輩からの評価を把握する仕組みが必要であり、例えば「研修記録シート」の活用が考えられる。

図表4 修了評価の基本的な考え方(模式図)



(2) 介護支援専門員養成研修における修了評価の基準と方法

① 介護支援専門員養成研修における修了評価の基準

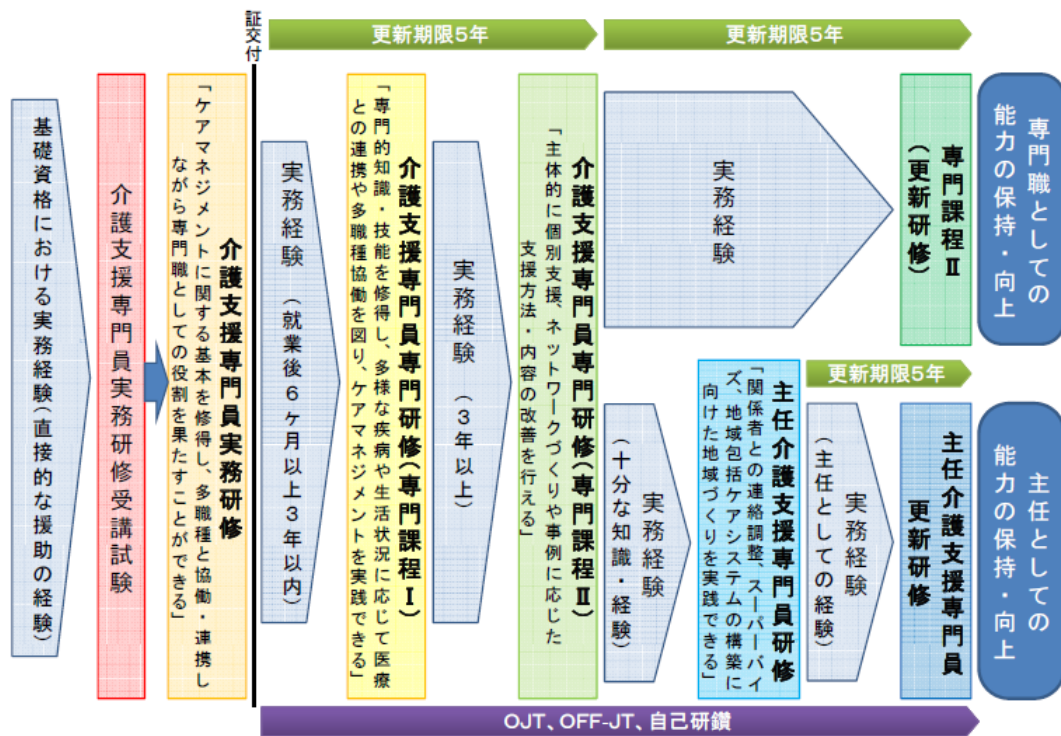
介護支援専門員養成研修カリキュラムでは、介護支援専門員の養成の全体像を図表のように整理し、この全体像を踏まえて各科目の修得目標が設定されている。

前述の通り、今般のカリキュラムの見直しで修了評価が盛り込まれた背景には、修了者の能力の底上げがある。したがって、修了評価の設計の前提として、まずは各課程全体で、修了者がどのような状態を目指すべきなのかを共有し、この状態に向けて各科目での修了評価を実施する必要がある。

なお、図表のように専門職を体系的に養成するためには、個々の研修内容をより良いものにするだけでなく、講師やファシリテーターの確保及び質の向上など実施体制の整備や、実務におけるスーパービジョンを実施できる体制の整備、実習の受け入れや事例提供などで協力できる質の高い介護事業所の整備といった環境整備の視点が必要不可欠となる。

こうした環境整備の視点を効果的に盛り込むためには、より現場実践に近い活動をしている関係機関と連携して研修体系を構築することが必要である。具体的には、保険者(自治体)や職能団体・民間企業・NPO など地域の諸団体等とのネットワークを作り、それら多様な主体が持つ情報や知見等を研修の中で活用するといった工夫が考えられる。

図表5 介護支援専門員の養成の全体像



(資料)介護支援専門員研修全国指導者養成研修資料より

② 修得目標設定の考え方

各科目のねらいを科目ごとにできるだけ具体的に表現した修得目標が設定されている。これは、受講者が講義、演習、実習後、およびその後の日常業務を通して修得すべきものを提示した。主語はすべて受講者で、理解しやすく、理想ではなく実現可能で、評価しやすいよう行動的で測定可能な言葉を用いている。

したがって、研修の受講終了時点における達成を目標とするが、研修の内容を踏まえた実践の中においてその技術を身につけていくものであり、むしろ、介護支援専門員に求められる知識・技術、態度等は、実践を通じて常に研鑽していく性質のものである。こうした目標が達せられるよう、受講修了後の継続学習(自己学習やOJTやOff-JT、職域団体や地域で行われる研修への参加等)につながるような研修内容が望ましい。

なお、複数研修課程に共通して設けられている科目(適切なケアマネジメント手法に関する疾患別事例についての科目、倫理に関する科目等)については、上記の各研修課程の養成の目標を念頭に、実務では「理解・説明」、専Ⅰでは「実践」、専Ⅱでは「評価・分析、応用」、主任更新では「指導・地域づくり」についての修得を促すようにそれぞれ修得目標を設定している。

修得目標は、ヘッド(知識・論理)、ハート(思い、姿勢、態度)、ハンド(技術)がバランスよく示される必要がある。教育評価の考え方では「認知領域」(知識や理解の獲得や判断に関わる評価領域)、「情意領域」(姿勢や感情に関わる評価領域)、「精神運動領域」(技術の獲得と実践に関わる評価領域)の3つの領域に分類されている。このうち「認知領域」についてはさらに「想起」(知識の獲得、問われて思い出せるかどうか)、「解釈」(理念や考え方を理解して説明できるかどうか)、「問題解決」(さまざまな情報を踏まえて問題解決に向けた判断ができるかどうか)の3つの領域で構成している。これらの各評価領域での修得目標の表現とその意味は以下のとおりである。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

※受講者への継続的な学習にあたり、本ガイドラインでは受講者自身が自己評価、振り返り、今後の目標設定等、一連の学習プランを計画出来るよう、修得目標をもとにした研修記録シートの活用を示している

図表6 修得目標の意味

領域	修得目標の表現	意味
認知領域 「想起」	「～を述べることができる」	必要な知識を記憶しており、具体的な用語や実例等を回答できるレベル
認知領域 「解釈」	「～について説明できる」	必要な理念や考え方について理解しており、その理念や考え方について自分の言葉で具体的に説明できるレベル
認知領域 「問題解決」	「～を判断できる」	さまざまな情報と、理念や考え方に基づき、専門職として、問題解決に向けた妥当な判断を行うことができるレベル
情意領域	「～に配慮できる」	専門職として持つべき姿勢や態度を有して実践できるレベル
精神運動領域	「～を行うことできる」 「～(動作を)できる」	必要な技術を有し、専門職として具体的に実践できるレベル

③ 介護支援専門員養成研修における修了評価の方法の考え方

(ア) 研修実施機関による修了評価の時点

前述の通り、修了評価の基本的な考え方に立てば、修了評価は少なくとも、「研修修了時点」と「研修修了後一定期間経過時点」の2つの時点で実施する必要がある。

このうち、「研修修了後一定期間経過時点」の評価については、介護支援専門員が所属する事業所が実施することになるため、研修実施機関は「研修修了時点」の評価について、その後に事業所が評価を実施しやすいように工夫する必要がある。例えば研修記録シートを活用するなどして、修了時点に実施したときの評価結果に連動して評価できるようにすることが重要になる。

研修実施機関が実施する「研修修了時点」の評価は、その課程の各科目で取り扱う知識、技術、考え方等の理解度・習熟度の把握が主となるが、修了評価が「その受講者の今後の課題を明らかにしてフィードバックし、今後の実践における自己研鑽につなげる」ことを目的としていることから、理解度・習熟度を多面的に評価することが有効である。

具体的には、理解度・習熟度を研修修了時点のみで評価するのではなく、受講前や受講中(研修期間の途中)においても各科目で取り扱う内容の理解度・習熟度を評価することが有効である。

(イ) 科目別の評価と課程全体での評価

前述の通り、ガイドライン(案)では、各課程全体での養成の目標とともに、その目標の達成に向けて、科目ごとについても修得目標が具体的に示されている。他の科目で取り扱う内容を前提とした内容を含む科目については、科目間の連携についても示されている。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

したがって、このガイドラインに沿った研修の修了評価は基本的に、各科目について科目の修了ごとに実施する。ただし、科目の時間数が短い科目もあることから、効率的かつ効果的な評価の実施を前提とし、複数の科目についてまとめて評価を実施することでも差し支えない。具体的には、毎日、その日に実施した分の科目についてまとめて評価を実施するといった方法が考えられる。

しかし、介護支援専門員養成研修が目指すのはあくまでも実務における実践的な能力の向上であるため、各科目で取り扱う内容をそれぞれ関連付けて実践できるようにはならない。

こうした観点に立てば、科目ごとの評価を実施するだけでなく、その各研修課程が目指す養成の目標に向けて、全体的にどの程度の理解度・習熟度にあるかについても評価し、知識・技術・考え方の各領域について偏りがあれば、それを受講者にフィードバックすることが必要である。

このため各研修課程において全体を通しての評価を行う場合、研修全体の振り返りの科目が設定されている研修課程においては振り返りの効果を高めるため、当該時間を活用することが有効であると考えられる。また、振り返りの科目が設定されていない研修課程においては、全体修了時に行うことで振り返りの科目を実施した場合と同じ効果が期待できる。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

(3) 研修記録シートの活用方法

前述の通り、学習課題の設定やその振り返りには、「研修記録シート」を活用することが有効である。このシートは、これまでのカリキュラムにおいて実施された介護支援専門員研修において実際に活用されてきたものであり、その有効性は実証されている。

「研修記録シート」は、研修前に受講者自身とその管理者が学習課題を設定するとともに、研修受講修了時点と、受講修了後 3 か月時点において、それぞれ学習課題の達成状況やカリキュラムにおける修得目標の達成状況を評価し、その結果をその後のOJT等の計画に反映するものである。なお、全受講生に共通して「研修記録シート」を活用することにより、個々の受講生の学習の質を高めるだけでなく、研修の主催者が研修内容を振り返って継続的に研修の質を高めていくことも期待できる。

具体的には、研修受講前に受講者自身あるいはその管理者が設定している学習課題を把握した上で研修の内容やその展開の工夫を担当講師との調整や、受講修了後や修了後 3 か月時点での評価結果を踏まえ、研修内容や教材、講師選定の見直し等に活用する。

① 研修記録シートの記入方法

シート名	内容
研修記録 シート1 (目標)	<ul style="list-style-type: none"> ●研修受講前に「受講者」と「管理者」が受講に当たっての目標を共有し、一定期間後にその成果を確認するためのものです。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>(1)受講前</p> <ul style="list-style-type: none"> ■当該課程を受講する前に、受講者と管理者が面談の上、研修に期待すること、目標、成果等を記入します。 ■管理者は、受講者に「学んできてほしいこと」「研修に期待すること」をイメージして目標を記入します。 ■受講者は、「研修後にどのような行動ができるようになりたいか」をイメージして目標を記入します。 ■記入順は、管理者から先に記入します。 </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>(2)受講後3ヶ月</p> <ul style="list-style-type: none"> ■受講者はシート2、3を先に記入します。 ■管理者との面談は、記入した「シート2、3」を基に相談し、それぞれ評価を記入します。 </div>

シート名	内容
<p>研修記録 シート2 (評価)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●科目の受講前後で各自の理解度を把握し、受講中の学習効果の向上と、受講後の学習のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるものです。 ●各科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返します。 ●受講前・受講直後・受講後3ヶ月の時期に記入します。 ●評価は自己評価とし、4段階評価で、数字が大きいほど高評価、数字が小さいほど低評価として記入します。 ●理解度が増し、学ぶべき範囲が見えた事で自己評価が下がる場合もあります。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>(1)受講前</p> <ul style="list-style-type: none"> ■当該科目で学ぶべきことの理解の程度を自己評価します。 ■どんなことを学べばいいか理解しているなどの評価結果を記入します。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>(2)受講直後</p> <ul style="list-style-type: none"> ■当該科目を受講した直後に、受講前と比べてどの様に変化したか自己評価します。 ■受講したことで、より多くのことを学ぶべきだと気付いた、受講前に理解していた通りだったなどの評価を記入します。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>(3)受講後3ヶ月</p> <ul style="list-style-type: none"> ■研修で学んだことを実践した後の自己評価を記入します。 ■活用できた場面など備考欄に書き留めておきます。 </div>
<p>研修記録 シート3 (振り返り)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●各科目の受講後から継続して記入することで自身の記録を残します。 ●各科目を学習した時点で感じた事を書き留め、今後の学習方針や課題への取り組みを考える際に見返します。 ●一番勉強になったこと、理解したこと、理解できなかったこと等を記入します。 ●研修時の課題について、これからどう学習するか、取り組むか記入します。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

② 受講前、受講中、受講直後、受講後の研修記録シート活用の流れ

I. 受講前【受講申し込み時】

- ・ 受講者は、「研修記録シート1(目標)」の受講前記入欄に受講前の目標を記入する。
- ・ 管理者(または地域包括支援センター主任介護支援専門員等)は、「研修記録シート1(目標)」の受講前記入欄に受講者に期待することを記入する。
- ・ 受講者は、「研修記録シート2(評価)」の受講前記入欄に受講前の自己評価を記入する。
- ・ 記入した「研修記録シート1(目標)、2(評価)」を研修主催者に提出してもらう。

II. 受講中【各科目講義・演習時】

- ・ 講師は提出された「研修記録シート1(目標)、2(評価)」により、受講者の理解度を把握し、理解度を考慮して講義・演習を実施する。
- ・ 受講者は、「研修記録シート3(振り返り)」に気づいたことを記入する。

III. 受講直後

- ・ 講師は、講義・演習の最後に振り返りの時間を設け、受講者は「研修記録シート2(評価)」「研修記録シート3(振り返り)」に受講直後欄に自己評価を記入する。

IV. 受講後【受講の一定期間後(3か月程度)】

- ・ 受講者は、「研修記録シート1(目標)」の受講後(3ヶ月後程度)記入欄に目標の達成度と実践への活用の状況を記入する。
- ・ 管理者(または地域包括支援センター主任介護支援専門員等)は、「研修記録シート1(目標)」の受講後(3ヶ月後程度)記入欄に受講者の目標の達成度と実践への活用の状況を記入する。
- ・ 受講者は、「研修記録シート2(評価)」の実践評価(3ヶ月後)記入欄に自己評価を、「研修記録シート3(振り返り)」に受講後からの気づいた点などを記入する(ポートフォリオの作成)。
- ・ 記入した「研修記録シート1(目標)、2(評価)」を研修主催者に提出してもらう。

③ 研修のPDCA サイクルにおける研修記録シートを用いた評価の考え方

I. 都道府県

- ・ 研修実施機関において回収・集計した研修記録シートを基に、都道府県の研修向上委員会において次回以降の研修の企画・実施に向けて改善点・課題点の検討に活用する。
- ・ 上記の検討結果は、都道府県の研修への反映とともに、国へフィードバックすることで、研修実施のガイドライン等の全国の研修の質の向上のための検討に活用する。

II. 講師

- ・ 受講者の事前評価の集計結果を基に各科目の修得目標(研修記録シート2の設問項目)の理解度を把握することで、講義・演習の重点項目の調整を行うことで、受講者の修得度を向上させる。
- ・ 研修中に研修記録シート2を記入する時間(振り返りの時間など)を設け、数件のサンプルから受講者の自己評価を把握することで、補足説明をし、受講者の修得度を向上させる。

III. 受講者

- ・ 受講前には、研修記録シート1により、受講に当たっての目標を事業所管理者等とともに設定し、また、研修記録シート2により、各科目で学ぶ項目に対する自己評価を行うことで、研修で学ぶべきことを明確化する。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

- ・ 受講後、実践後には、設定した目標に対する達成度を振り返ることで、さらなる資質向上への目標の設定に活用する。また、継続的な自己評価により、自身の不足する分野を認識するなど、学習課題の明確化に活用する。

IV. 事業所管理者

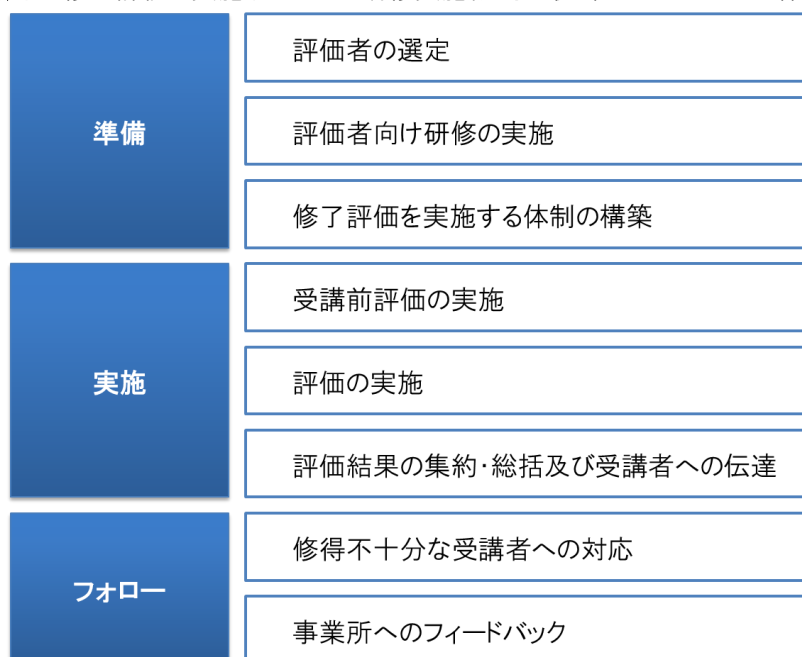
- ・ 受講前に、研修記録シート1で受講者とともに受講に際しての目標を設定し、当該研修の受講に期待することを設定し、受講者の研修受講への動機づけや、受講後の事業所での役割等を明確化する。
- ・ 受講後、実践後には、設定した目標に対する達成度や、事業所での役割等の変化を共有することで、継続した目標設定と評価を行う。

(4) 修了評価を実施するために研修実施機関が取り組むべきこと

① 研修実施機関に期待される取り組み

修了評価を実施するために、準備・実施・フォローの各段階で研修実施機関が取り組むべきことの全体像は以下の通りである(各取り組みの具体的な内容は後述)。

図表7 修了評価を実施するために研修実施機関が取り組むべきことの全体



② 具体的な取り組み内容

(ア) 評価者の選定

修了評価を実施し、評価情報を収集する担当者を選定する。各課程の科目ごとに評価を実施する場合は各科目の講師がそのまま評価者となることが想定されるが、複数科目の評価をまとめて実施する場合は、評価を担当する講師の選定や、講師が評価しない場合の評価方法について定めておく必要がある。

講義＋演習一体型の科目などで、講師のほかにファシリテーターを配置する科目については、評価を担当する者の選定や分担による評価など評価体制を定めておく。なお、演習を主体とした科目の場合、その研修内容により必ずしも講師が評価者でなくても差し支えない。むしろ、講師以外を評価者として選定することにより、講義

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

を担当しない分、受講者の状況を良く観察することができ、評価の円滑な実施につながるという利点もある。

研修の水準を保つためにも、評価を公平かつ意義のあるものとするのが重要であることから、選定した評価者に対して次に掲げる評価者向け研修を行い、評価の目的や視点、方法等の共有を図る。

(イ) 評価者向け研修の実施

前項で選定した評価者を対象に、評価の目的、評価の前提となる各課程の養成の目標や各科目の修得目標、評価方法や評価情報の集約手順等を共有するための研修を実施する。

このとき、特に筆記試験以外の評価方法(例えばレポートや演習等の実施状況の評価)を行う場合、関連する科目間で評価基準を具体的にすり合わせておくことでばらつきのない一貫した評価につながる。特に演習の状況を講師が観察して評価する場合には、どの程度の理解度・習熟度を以て、その科目が目指す水準に達しているとするかなど評価の視点をすり合わせておくことが重要である。

(ウ) 修了評価を実施する体制の構築

前述の通り、各研修課程において目指す養成の目標を達成するには、各研修課程における各科目の内容をそれぞれ関連付けて習得できているかを評価することが重要であることから、各科目における評価結果を収集・集約し、受講者の全体的な評価を決定する担当者や仕組みが必要となる。

例えば、前項で示した評価者向け研修の受講者のうち中核となるメンバー(例えば、研修企画に携わっていたメンバー)で構成する「評価委員会」を設置し、各科目の評価方法や評価の基準の設定、評価結果の集約とその活用方法の決定、各科目の評価結果の関連づけを行い、全体的な評価を決定する等の機能を持たせることが考えられる。

評価を行うに当たっては、各科目の修得目標に基づき行うことになる。研修内容やその修得目標は、研修の企画段階において検討・決定することになるため、これらを実施する委員会(例えば「研修企画委員会」と「評価委員会」)は連携することが重要であることから、重複しても差し支えないと考えられる。

各科目について評価者から上がってくる情報を評価委員会等で集約し、全体的な評価をすることで、効率的・効果的な評価につながるるとともに、公平性を担保することが可能と考えられる。

(エ) 受講前評価の実施

前述の通り、研修を通じてどの程度、理解度・習熟度が向上したかを把握するため、受講者に対し、受講前評価を実施する。

具体的には「研修記録シート」等を活用し受講前の時点における、各課程・各科目で取り扱う内容の理解度・習熟度を自己評価してもらうとともに、研修で改善する課題、研修における目標を自ら設定してもらう。

受講者各自が記入した「研修記録シート」等については研修実施機関に写し等を提出してもらうこととし、研修実施機関はこれらを踏まえて受講者の学習効果が高まるような研修の運営を行う。

なお、自己評価を行うことにより、受講前の状況を把握することで、受講者自らが研修の目標や研修課題を自覚でき、学習効果が高まることが期待される。

(オ) 評価の実施

実施要綱に記載の通り、基本的に各科目について評価を実施する。ただし、科目の時間数が短い科目もある

ことから、各科目の受講の直後に評価を実施するのではなく、効率的かつ効果的な評価の観点から複数の科目についてまとめて評価を実施することでも差し支えない。

なお、評価は、受講者の学習効果を高めるとともに受講者自身が自らの課題に気づくことを目的として実施されることから、効率化の視点にのみとられるのではなく、科目の受講から評価の実施までの間隔については、その目的の効果が発揮されるよう適切に設定することが重要である。

具体的には、その日に行われた研修についてはその日のうちに評価を行う。例えば1日に2科目を実施した日は、その日の2科目目の終了後に2科目分についてまとめて筆記試験(小テスト形式等)の評価を実施するといった方法が考えられる。

なお、科目の時間数が長いために複数日に渡って研修が実施される場合は、その日に受講した内容について、その日の最後に振り返りの時間を設け、当該科目修了後に評価を行う。

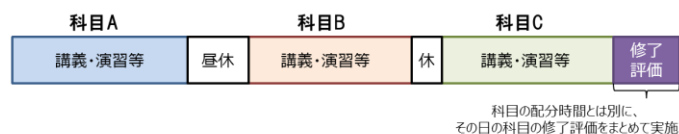
課程全体を通じた評価を行う場合は、その科目の研修が修了した最後の日に評価を実施することや、課程全体の振り返りの時間などを用いることで、効率かつ効果的な実施が可能となると考えられる。

図表8 修了評価の実施方法イメージ

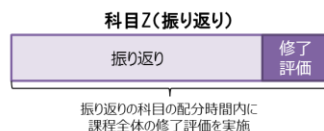
例1 各科目の配分時間内に修了評価を実施



例2 その日に実施した複数科目の修了評価をまとめて実施



例3 振り返り科目を活用して課程全体の修了評価を実施



※修了評価においては、各科目の修得目標が記載された「研修記録シート」を活用することを原則とし、都道府県と研修実施機関との協議の上、必要に応じて筆記試験やレポート等による効果的な修了評価を実施するものとする。

(カ) 評価結果の集約・総括及び受講者への伝達

収集した評価結果は評価者から即時回収して写しを作成し、原本は受講者に返却した上で、写しを受講者別に「評価委員会」が集約して保管する。当該科目の後に関連する科目が予定されている場合には、当該科目の「研修記録シート」の写し等の評価結果を、次の科目の講師に引き継ぎ、受講者の修得状況の確認に活用する。

受講者ごとの評価結果の総括については、原則として研修課程修了前に実施する。なお、実務研修など研修期間が長期にわたる研修については、期中でのフィードバックも考慮して「評価委員会」を開催し、受講者ごとの評価の総括とフィードバックの内容を決定する。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

基本的に各課程の最後(修了式や全体の振り返り科目を設定している研修課程においてはその科目)において、各受講者へフィードバックを実施する。

フィードバックに当たっては、受講前や受講中の理解度・習熟度の自己評価を記録した「研修記録シート」に評価者コメントを加筆し、提示する。ただし、最終日に実施する科目については、後日、郵送等でフィードバックすることとして差し支えない。

(キ) 修得不十分な受講者への対応

研修課程全体を通して修得状況が不十分と判断できる受講者に対しては、総括した評価に基づいて修得すべき知識・技術の不足部分や課題などを明確にしたうえで伝達するとともに、補講やレポートの提出などによって補う。

なお、補講やレポートの提出などについて、研修期間の最終日に実施することが難しい場合には、少なくとも受講修了後1カ月程度以内を目安として実施するとともに、その評価結果についてもフィードバックを実施する。

(ク) 事業所へのフィードバック

冒頭に記載した通り、実務的な内容を取り扱う介護支援専門員養成研修の評価は、研修修了後一定期間経過後の時点で評価をすることが研修効果を計る上で有効であり、その評価主体は事業所となる。

したがって、「研修記録シート」等の連携ツールを活用して、当該事業所に所属する修了者の理解度・習熟度とともに、研修修了後の実務や OJT、継続学習において取り組むべき課題を明記し、修了者を介して事業所にもフィードバックを行う。

(5) 実務研修課程における具体的な評価方法

① 基本方針

実務研修課程全体での養成の目標は、「ケアマネジメントに関する基本を修得し、多職種と協働・連携しながら専門職としての役割を果たすことができる」ことである。

特に、実務研修課程のカリキュラム見直しの視点・ポイントにも示す通り、「自立支援に必要なケアマネジメントの基本」を修得するとともに、「諸制度を理解して多職種と連携すること」を重視している。こうした視点を押さえた上で、実務研修修了時点で一定程度の実務実践能力を有していることを確認することが評価のポイントとなる。

なお、実務研修課程修了後は、先輩や上司の指導や支援を受けながらケアマネジメントの実践を行うことになるため、事業所の先輩や上司からの指導・支援の意味を咀嚼して、実践の改善につなげていけるだけの理解力を有することが修了時点で求める実務実践能力の水準となる。

図表9 各課程の養成の目標

研修課程	各研修課程の養成の目標
実務研修	ケアマネジメントに関する基本を修得し、多職種と協働・連携しながら専門職としての役割を果たすことができること(特に、「自立支援に必要なケアマネジメントの基本」を修得するとともに、「諸制度を理解して多職種と連携すること」を重視)
専門研修課程Ⅰ	専門的知識・技術を修得し、多様な疾病や生活状況に応じて医療との連携や多職種協働を図り、ケアマネジメントを実践できること(特に、「ケアマネジメントを実践する上で必要となる多様な知識・技術の修得」と「自己研鑽の重要性を意識づけること」を重視)
専門研修課程Ⅱ	主体的に個別支援、ネットワークづくりや事例に応じた支援方法・内容の改善を行えること(特に、「居宅と施設を分けることなく個々の事例を踏まえて一般化を考察する視点(事例研究の視点)」を重視)
主任介護支援専門員研修	関係者との連絡調整、スーパーバイズ、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりを実践できること(特に、「主任介護支援専門員としての役割の認識」と「スーパーバイズを通じた人間育成及び地域づくりへの貢献」を重視)
主任介護支援専門員更新研修	主任介護支援専門員の目標で掲げられた「目指す姿」の状態をもとに、さらに能力を保持・向上させること(特に、「主任介護支援専門員に求められる役割について、継続的に資質向上を図ること」を重視)

② 必ず実施すべきこと

実務研修を修了した介護支援専門員の能力の底上げというカリキュラム見直しの目的を踏まえ、上記の基本方針に基づけば、実務研修課程において、以下の評価は必ず実施すべきである。

<実務研修課程で必ず評価すべき事項>

(ア) 相談援助の役割を担うことへの理解度の評価

基礎資格における実務経験とは異なり、マネジメントという相談援助としての関わりを行うことの意味、役割の違いを理解していることを必ず確認する。実習でケアマネジメントの実践に触れることから、実習を行う前に評価を実施し、課題等で明らかにしておく必要がある。

具体的には受講者自身による「研修記録シート」を活用した記録を行い、研修実施機関はその写しの提出を受け、相談援助の役割について受講者一人ひとりの自己評価に基づく理解度の状況を必ず把握すること。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

これに加え可能な範囲で、「相談援助職としての基本姿勢と相談援助技術の基礎」修了時点あるいは前期の全科目(実習を除く)を修了した時点で、記述式の筆記試験による評価を実施する等の方法を併用する。

(イ) ケアマネジメントのプロセスの理解度の評価

ケアマネジメントの実務を円滑に開始できるよう、ケアマネジメントプロセスの基本の理解(運営基準における規定の理解を含む)を必ず確認する。実習でケアマネジメントの実践を経験することから前期課程で評価を実施する必要があり、ケアマネジメントプロセスの理解は実務研修課程において最も重要な視点の一つであるため、全課程修了時点でも改めて評価する必要がある。

具体的には受講者自身による「研修記録シート」を活用した記録を行い、研修実施機関はその写しの提出を受け、ケアマネジメントプロセスについて受講者一人ひとりの自己評価に基づく理解度の状況を必ず把握すること。

これに加え可能な範囲で、前期修了時点で択一方式か記述式の筆記試験による評価を実施する等で評価を実施した上で、全課程修了時点で記述式の筆記試験による評価あるいは後期課程の「ケアマネジメントの展開」の演習(個人ワーク等)に基づく講師による評価を実施する等の方法を併用する。

(ウ) 多職種との役割分担及び協働の基本的理解の評価

ケアマネジメントの実務において多職種と円滑に連携できるよう、多職種との役割分担の考え方や協働し、チームケアを実施する上で介護支援専門員が持つべき姿勢の理解を必ず確認する。

具体的には受講者自身による「研修記録シート」を活用した記録を行い、研修実施機関はその写しの提出を受け、他職種との役割分担及び協働の基本的理解について受講者一人ひとりの自己評価に基づく理解度の状況を必ず把握すること。

これに加え可能な範囲で、前期の全科目を修了した時点または全課程を修了した時点で、記述式または択一方式の筆記試験を実施する等の方法が考えられる。

(エ) 前期課程における基本的知識の理解の評価

ケアマネジメントの実践に当たっての必要な基本的知識の理解度・習熟度を必ず確認する。実務研修では、前期課程においてケアマネジメントの基礎・基本を学んだ上で、実習における現場でのケアマネジメントプロセスの経験を踏まえ、後期課程において具体的な事例を用いた講義・演習一体型の科目を受講することから、前期課程(実習を除く)、実習、後期課程(ケアマネジメントの展開)の各々において確認する。

具体的には受講者自身による「研修記録シート」を活用した記録を行い、研修実施機関はその写しの提出を受け、前期課程における基本的知識について受講者一人ひとりの自己評価に基づく理解度の状況を必ず把握すること。さらに可能な範囲で、前期の各科目の終了時もしくは、前期課程(実習を除く)終了時に択一方式による筆記試験を実施し、評価を行う。

(オ) 実習における評価

実習では、ケアマネジメントの実践の経験を通じて、実践に当たっての留意点や今後の学習課題を意識することから、実習から得られた理解や気付き等を研修記録シートに受講者が記入した内容について、実習指導者もしくは研修実施機関の評価者が評価する。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

(カ) 後期課程における基本的知識の理解の評価

後期課程では、複数の個別事例を用いてその特性に応じた支援を行うに当たってのポイントを理解することから、受講者自身による「研修記録シート」を活用した記録を行い、研修実施機関はその写しの提出を受け、後期課程における基本的知識について受講者一人ひとりの自己評価に基づく理解度の状況を必ず把握すること。

これに加え、可能な範囲で後期課程(ケアマネジメントの展開)終了時に事例の特性を踏まえた留意点や課題の捉え方の基本的な理解に関する択一式による筆記試験を実施し、評価を行う。なお、筆記試験の問題を作成するに当たっては、各項目の修得目標に留意すること。

③ 実施が望ましいこと

上記に加えて、各科目で取り扱った内容の理解度・習熟度を確認し、修了後の継続的学習につなげる観点に立てば、前期・後期ともに各科目修了時点で簡易な筆記試験を実施する。

さらに、実務実践能力を高める観点に立てば、後期課程の「ケアマネジメントの展開」及び「アセスメント、居宅サービス計画等の作成の総合演習」で作成する個人ワークの成果物を評価し、添削してフィードバックする。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

6 実習受入の考え方

「介護支援専門員資質向上事業の実施について」(平成26年7月4日付け老発0704第2号厚生労働省老健局長通知。以下「実施要綱」という。)で示された、介護支援専門員養成研修カリキュラムについて、カリキュラムのねらいを踏まえ効果的に「実習」が実施されるようにするため、その基本的な考え方や実習の具体的な実施方法等を以下に示す。

(1) 基本的な考え方

① 実習見直しのねらい

実習については、実務に入る前にできるだけ多くの要介護高齢者の生活を知ることが必要との考え方から、現行のカリキュラムにおいてはケアマネジメントプロセスの一連の流れについて、一つの事例に基づいてケアプラン作成を実践することに加え、様々な利用者の生活の様子を知ることが重要であることから、複数の事例についてケアマネジメントプロセスを経験する「見学」の内容が追加された。

つまり、実務研修の前期に展開されるケアマネジメントプロセスの学習を踏まえてケアプランの作成までの一連のプロセスを実体験するとともに、多様な要介護高齢者の生活実態を知ることにも重点が置かれており、実践に当たっての留意点や今後の学習課題等と認識する場として実習が位置付けられている。

② 特定事業所加算の加算算定要件に「実習の受け入れ」が追加されたことの意義

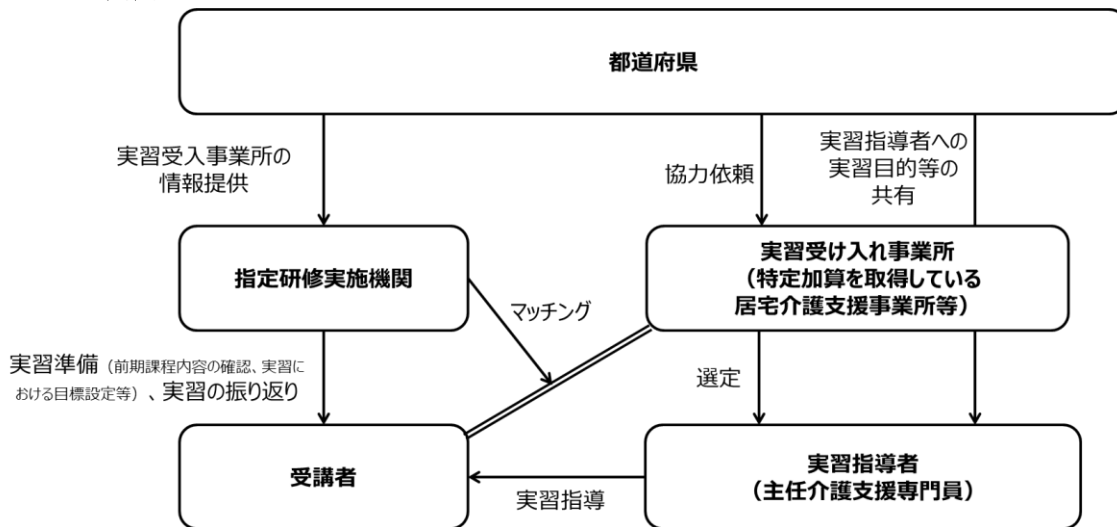
平成27年介護報酬改定では、居宅介護支援事業における特定事業所加算の算定要件に「実習の受け入れ」が追加された。

特定事業所加算の趣旨は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするものである。

今般の改定で要件に追加された「実習の受け入れ」については、実務研修の質を高め、ひいては地域全体のケアマネジメントの水準を底上げしていくという、特定事業所加算取得事業所の地域への貢献が期待されて盛り込まれたものであり、こうした趣旨を理解して、積極的に実習を受け入れる必要がある。

なお、こうした趣旨であるため、図表に示す通り、実習の受け入れは事業所として取り組むべき事項であり、実習指導者が個人として実習を受け入れるわけではない。実習指導者には、経験豊富な主任介護支援専門員を選定することが望ましいが、実習の準備・運営においては実習指導者だけに任せるのではなく、事業所全体として適切な実習環境を整えられるよう取り組む必要がある。

図表10 実習の実施における都道府県、研修実施機関、実習受け入れ事業所の主な役割(例)



③ 実習方式による研修の基本的な考え方

実習は、実務を行う環境に身をおいて実践的な研修を行うことで、それまでに学んできた知識・技術や基本的な考え方を、実践的に統合する方法を修得することができる。また、実務の様子を知ることにより、実務研修修了後の円滑な業務の実践に結び付けることを目指すものである。

実施要綱に示されている通り、カリキュラムの実習においては、①一連のケアマネジメントプロセスを実践的に学ぶこと、②多様な要介護高齢者の生活に対応したケアマネジメントを経験すること(見学)の2つの内容が盛り込まれている。

第一に、一連のケアマネジメントプロセスを実践的に学ぶことについては、実習に入る前に、それまでの各科目で学んだ知識・技術、基本的な考え方等を振り返った上で、実習を通じて特にどのような学びを得たいのかという目標設定を、受講者が自ら行うことが重要である。

第二に、介護支援専門員となる基礎資格が多様であるため、多様な要介護高齢者の生活に応じたケアマネジメントを経験する「見学」については、受講者が、これまで携わってきた職務によって高齢者等との関わり方も異なることから、要介護高齢者等の多様な生活状況や環境について必ずしも知っているわけではないことに配慮が必要である。

つまり、受講者のそれまでの職務経験のばらつきも考慮しつつ、実習受け入れ事業所と協力して、できる限り多様な要介護高齢者の生活の様子を知ることが出来るようにすることが重要である。

(2) 都道府県及び研修実施機関における準備と実習の展開方法

実習を実施するために、準備・実施・フォローの各段階で都道府県及び研修実施機関が取り組むべきことの全体像は以下の通りである(各取組の具体的な内容は後述)。

図表11 実習を実施するために都道府県及び研修実施機関が取り組むべきことの全体像

準備	実習受け入れ事業所の選定・決定
	実習指導者向け研修等の実施
実施	受講者に対する実習準備、受講者と実習受入事業所のマッチング
	実習状況の把握、実習結果の収集・集約
フォロー	実習後の振り返り、受講者へのフィードバック
	実習の実施全体の振り返り
	実習受け入れ実績のフィードバック

① 実習受け入れ事業所の選定・決定

(ア) 基本的な考え方

カリキュラムは、介護支援専門員の資質向上に向けて、実務研修修了者の水準を底上げするため、実践能力の強化に重点が置かれている。中でも実習は、一連のケアマネジメントプロセスの実践能力修得のための学習効果を高めるとともに、要介護高齢者の多様な生活について、実体験を以て知ることに重点が置かれている。

したがって、実習の受け入れ先には、受講者に対する指導を十分に実施できるだけの、知識・技術やその基本的な考え方を有するとともに、十分な経験と指導実績のある主任介護支援専門員が在籍し、多様な要介護高齢者(利用者)を担当しているといった要件を満たす事業所を選定する必要がある。具体的にこの要件を満たす事業所としては、実施要綱に示されている通り、特定事業所加算取得事業所が適当である。

なお、都道府県域が広範であるなどにより、受講者数が非常に多い都道府県においては、実習受け入れ機関の所在地が偏ることが想定されるため、必要に応じて、特定事業所加算を取得していない事業所の中から、十分な指導体制と多様な利用者を有している事業所を選定する。

(イ) 必ず実施すべきこと

まず都道府県が、特定事業所加算取得事業所を中心に、実習受け入れ先の候補となる事業所をリストアップし、アンケート調査、事業者連絡会、保険者等を通じて、実習受け入れの依頼と受け入れ可否の意思確認を行い、実習受け入れ可能な事業所を選定する。

その上で研修実施機関と協議の上、受講者の特性(特に基礎資格における実務経験の中で、実際に支援した要介護高齢者の状況や関わり方等を考慮しマッチングした上で、実習受け入れ事業所を決定する。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

一事業所当たりの実習受け入れ可能な受講者数は、事業所の規模や実習指導者の力量によって変わるが、実習の質を確保しつつ、効率的・効果的に実習を実施する観点に立ち、実習指導者1人につき適切な人数の受講者が配置されるよう考慮する必要がある。実習受け入れ先事業所の確保のためには実習受け入れ先の候補となる事業所が実習環境として期待される質を満たしているかどうかを確認し、必要に応じて居宅介護支援事業所の質を高めていく取り組みも必要となる。

今後は居宅介護支援事業所の指定権限が都道府県から指定都市・中核市以外の市町村へも移ることも考慮すれば、実習受け入れ事業所の把握及び選定・決定において、都道府県と市町村との間で、実習受け入れ先の候補となる事業所について情報を共有し、連携して行うといった取り組みも居宅介護支援事業所の資質の向上に有効であると考えられる。

(ウ) 実施が望ましいこと

どの受講者がどの実習受け入れ機関において実習を行うかについては、受講者の希望に基づくものではなく、その受講者の基礎資格における高齢者との関わり方など実務経験を考慮して、研修実施機関が決定する方法が望ましい。

② 実習指導者向け研修等の実施

(ア) 基本的な考え方

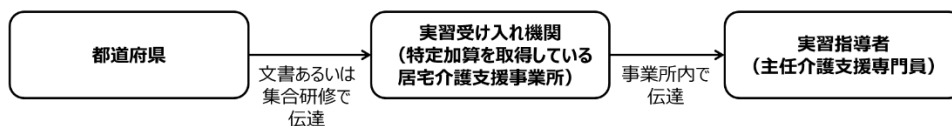
実習受け入れ事業所において受講者の実習指導を担当する実習指導者は、ケアマネジメントの実務経験が豊富であり、かつ実務研修受講者に対して、ケアマネジメントの実践を分かりやすく説明し、受講者一人ひとりの実践上の課題に応じた指導を行うことが求められるため、原則として、主任介護支援専門員とする。その上で、実習指導者によって、実習における指導内容に大きなばらつきが出ないようにするため、実習指導者に対して、実習中に指導すべき内容について、事前に研修等を通じて共通認識を作っておくことが必要である。

(イ) 必ず実施すべきこと

実習の位置づけや目的の認識を合わせるため、実務研修ガイドライン及び本ガイドラインの記載内容について事前の研修等を通じて全ての実習指導者に共有させる。具体的には次に示すような方法が考えられる。

図表12 実習を実施するために都道府県及び研修実施機関が取り組むべきことの全体像

< 実習の目的等の伝達方法(例) >



※少なくとも上記の方法による伝達は必ず実施する。これに加えて、都道府県が実習指導者を対象にした集合研修を実施するといった工夫が行われると望ましい。

< 伝達すべき内容 >

- ・ **実務研修ガイドライン**
 - ・ 実習の目的、修得目標、実施に当たっての留意点
- ・ **本ガイドライン**
 - ・ 実習の準備、実施、フォローアップにおいて実習指導者が実施すべきことや留意点

※少なくとも上記の内容の伝達は必ず実施する。これに加えて、実習の手順や考え方を詳細化した副教材（テキスト）を作成・配布するといった工夫が行われると望ましい。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

(ウ) 実施が望ましいこと

実習指導者自身の実習指導における不安や迷いを同じ立場で相談できる関係性を構築しておくことも実習を円滑に行うためには有効であると考えられるため、実習指導者を対象とした集合研修を行うことが望ましい。

ただし、都道府県域が広範であるなどにより、自治体や実習指導者数が非常に多く集合研修の実施が困難な自治体においては、実習の手順や考え方等を詳細化した副教材(テキスト)を作成・配布するなどにより、対応することが望ましい。

なお、集合研修については、市町村が主任介護支援専門員などの実習指導者となりうる層を対象とした研修を実施している場合は、その中に組み込んで実施することにより、実習指導者の負担を軽減するといった効果も期待できる。

③ 受講者に対する実習準備、受講者と実習受入事業所のマッチング

(ア) 基本的な考え方

実習は実践的かつ統合的な学習であるため、実習に参加する受講者が自ら研修課題を設定して目標を持って実習に臨まなければ、学習効果は高まらない。したがって、前期課程で学んだ内容を振り返るとともに、実習においてどのような課題を設定するのかについて、時間を割いて丁寧に検討することが重要である。

したがって、「実習オリエンテーション」の科目においては、実習に関する手続きや日程の確認等の事務的な連絡のみとするのではなく、受講者が自ら前期科目の学びを振り返るとともに実習の目的を設定する時間として活用することが重要である。

(イ) 必ず実施すべきこと

受講者に対して実習の目的を説明するとともに、前期課程の科目で学んだ内容(特にケアマネジメントプロセスの内容)を振り返り、実習における受講者一人ひとりの課題を、受講者自ら設定してもらうことが必要である。

その上で、実習を円滑に進めるため、実習に参加する上での心構えや基本的な振る舞いに関する注意事項も指導することが必要である。

(ウ) 実施が望ましいこと

前期課程で学ぶ一連のケアマネジメントプロセスに関する知識・技術、基本的な考え方等の修得状況については、実習に入る前にその状況を評価し、修得状況が十分でない場合には補習を課すことで、実習に臨む受講者の修得状況の平準化を図る。

④ 実習状況の把握、実習結果の収集・集約

(ア) 基本的な考え方

実習の実施においては、実際のケアマネジメント業務の現場(高齢者の生活の場)に入り、一連のケアマネジメントプロセスを体験するとともに、高齢者の多様な生活の実態を知る。

実習中は、現場でしか得られない情報の収集や受講者自身が感じとった内容の収集に注力するとともに、後に適切に振り返りを行えるよう、記録の作成が重要である。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

(イ) 必ず実施すべきこと

実習に参加する都度、原則としてその日のうちに実習記録用紙を作成するよう、オリエンテーションで伝達する。

実習中に気づいたこと、感じたことなどをどのような形でも良いので、受講者自身がその日のうちに実習記録用紙に記入するよう周知する。ここで記入した内容が、後程の振り返りの材料となるため、当日のうちにできるだけ細かく記入することが重要である。

実習記録用紙は「受講者用」と「実習指導者用(受け入れ事業所用)」の2種類を用意し、実習受け入れ事業所に対しても、原則としてその日のうちに実習記録用紙を作成するよう、事前に依頼しておくことが必要である。

(ウ) 実施が望ましいこと

実習に充てる期間を長く設定する場合は、実習の評価を行う際の効率化の観点から、例えば一週間ごとなど一定期間ごとに、実習受け入れ機関から実習記録用紙を回収し、受講者の実習への取り組み状況を収集・整理しておく。

⑤ 実習後の振り返り、受講者へのフィードバック

(ア) 基本的な考え方

実習の学習効果は、実習中に得られる体験や学びに加えて、実習修了後に丁寧な振り返りとフォローアップを行うことで高めることができる。特に、実習を通じて体感する、言語化しにくい「迷い」「悩み」「不安」などについては、実習修了後の振り返りを通じて受講者による言語化を助ける必要がある。

また、前期課程で学んだ一連のケアマネジメントプロセスについて、実習の中で実践的に応用できなかった点については、その課題を明らかにし、後期課程に入る前にフォローアップ(自習、補習等)が必要である。

(イ) 必ず実施すべきこと

「実習振り返り」の科目において、ケアマネジメントプロセスの実践について課題となったことの振り返り、主観的に気づいたこと感じたことの共有、後期課程に向けた学習課題の設定、の3点を実施すること。

(ウ) 実施が望ましいこと

実習中の実践への取り組み姿勢やケアマネジメントの基本的な考え方などに関する課題については、実習受け入れ事業所から受講者の実習状況についての報告を受け、その内容を踏まえて受講者自身の振り返りを支援し、フォローアップにつなげる。

⑥ 実習の実施全体の振り返り

(ア) 基本的な考え方

新カリキュラムにおける実習では、前述のとおり「ケアプランの作成」に加えて「見学」を実施する。いずれも、ケアマネジメントの実務に就く前段階である受講者に対し、ケアマネジメントの現場を体験(体感)してもらうことにより、介護支援専門員として必要な業務に対する姿勢や倫理観などを実感的に理解するとともに、要介護高齢者の多様な生活を知ることが目的である。

いわゆる知識・技術と異なり、実習で得られる業務に対する姿勢や倫理観、要介護高齢者の生活を目の当

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

たりにして感じたことなどは、実体験に基づきそれを事後に言語化することが重要である(経験的学習)。

したがって、実習の学習効果を高めるためには、単に実習を実施するだけでは不足であり、実習実施後に、実習中に感じたことを振り返り、言語化することが必要不可欠であり、その言語化した内容について適切に評価することが必要である。

(イ) 必ず実施すべきこと

- ・ 実習で作成した実習記録用紙に基づく振り返り

…実習中に作成した実習記録用紙の内容に基づき、実習中に感じたこと、疑問に思ったこと等がどのようなものだったのか、前期課程で学んできた基本的な知識・技術に照らすとどのような解釈が可能となるのかについて振り返り、「理解が深まったこと」、「明らかになった今後の学習課題」を言語化できているかについて確認する。

- ・ 実習指導者あるいは講師によるフィードバック

…受講者が行った振り返りの結果や実習記録用紙の記入内容、実習を通じて作成したケアプランを踏まえ、後期課程におけるその受講者の学習課題について、実習指導者あるいは研修実施機関の講師が評価・フィードバックする。

(ウ) 実施が望ましいこと

後期課程で受講するケアマネジメントプロセスの実践的な展開に関する科目(講義+演習一体型科目)における学習効果を高める観点から、研修実施機関あるいは実習指導者が、実習中に作成したケアプランについて、どのような改善が可能なのか(改善案)を作成し、フィードバックする。

⑦ 実習受け入れ実績のフィードバック

(ア) 基本的な考え方

特定事業所加算の新たな算定要件には実習の受け入れが追加されているため、確かに実習を受け入れた事業所として実績を証明することが必要となる。

また、主任介護支援専門員が実習指導者となった場合については、この実績が主任介護支援専門員更新研修の受講要件ともなることから、実習指導に当たった実績の証明も必要である。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

(イ) 必ず実施すべきこと

- ・ 実習受け入れ証明の発行

…実習先となった事業所が確かに実習を受け入れたこと、その事業所に在籍する(主任)介護支援専門員が実習指導者として実習指導に当たったことを証明する文書を研修実施機関が発行する。特定事業所加算の算定要件及び主任介護支援専門員の更新研修の受講要件の証明として活用できるようにするため、文書には以下の情報を盛り込むこととする。

図表13 実習受け入れ証明に盛り込むべき事項

特定事業所加算の算定要件に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所名(事業所番号) ・ 実習受け入れ期間 ・ 実習受け入れ人数 ・ 管理者あるいは実習受け入れの責任者(以下、「管理者等」とする)の氏名
主任介護支援専門員更新研修の受講要件に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修指導者名(及び介護支援専門員/主任介護支援専門員の別) ・ 各研修指導者が担当した実習者数 ・ 各研修指導者が実習で提供した事例数、事例概要
研修実施機関(本文書の作成者)に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修実施機関名 ・ 当該研修の実施に係る研修実施機関の責任者名

※実習を通じて作成・提出された実習記録用紙に基づき、研修実施機関が作成・発行する

(ウ) 実施が望ましいこと

前項⑥の振り返り結果を踏まえ、当該事業所における実習受け入れ体制、及び実習における指導内容について、評価すべき点や、改善すべき点があれば、上記の実績証明と併せて研修実施機関からフィードバックすることも有効である。

(3) 実習受け入れ事業所に求められる準備と実習の展開方法

実習を実施するために、準備・実施・フォローの各段階で実習受け入れ事業所が取り組むべきことの全体像は以下の通りである(各取組の具体的な内容は後述)。

図表14 実習を実施するために実習受け入れ事業所が取り組むべきことの全体像

準備	実習受け入れ事業所としての協力
	実習指導者の選定、指導者向け研修等への参加
実施	オリエンテーション、訪問へ向けた実習準備
	実習の実施(同行訪問を通じた指導、記録の作成支援等)
フォロー	実習後の振り返り、受講者へのフィードバック
	実習の実施全体の振り返り

① 実習受け入れ事業所としての協力

(ア) 基本的な考え方

実習は、受講者にケアマネジメントの実践現場を体験(体感)してもらい、介護支援専門員の職業倫理や業務に対する姿勢、要介護高齢者の多様な生活の実態などを知ることが目的である。

したがって、これから介護支援専門員となる受講者に対し、ケアマネジメント業務に対する姿勢や職業倫理の模範を示すとともに、多様な要介護高齢者の生活実態を見せることができる環境が要求される。

こうした環境を提供できる事業所として、主任介護支援専門員が配置されており指導体制が整っている特定事業所加算取得事業所が適切であり、その役割を果たすことが求められることから平成27年度介護報酬改定では、特定事業所加算の算定要件に「実習の受け入れ」が追加されたところである。

また、地域全体のケアマネジメントの水準を底上げしていくという、地域への貢献も期待されており、特定事業所加算取得事業所は、こうした趣旨を理解して積極的な実習受け入れへの協力を求める。

なお、特定事業所加算取得事業所が偏在しているなどにより、地域における受講者数に比べて受入可能な事業所数が不足する地域においては、上記のような要件を満たす事業所であれば実習受け入れ事業所として差し支えない。

(イ) 必ず実施すべきこと

- ・ 都道府県が実施する受入可能調査への協力
…実習実施に先立ち、居宅介護支援事業所に対し、実習の受け入れに関する調査を実施する。特定事業所加算事業所に対して、地域のケアマネジメントの質の向上への貢献が期待されているという背景も考慮し、協力を求めること。

また、特定事業所加算事業所以外の事業所に対しても、後進の育成は必要不可欠なものであること

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

から、積極的な対応を求めること。

実習の受け入れには、実習指導ができる知識や見識を持つ職員の育成、実習を受け入れられるための業務量の調整、実習を受け入れた場合の服務規程等の受入体制の整備を求めること。

(ウ) 実施が望ましいこと

実習受入体制の整備は、実習を受け入れるか否かに関係なく、事業所に所属する介護支援専門員の資質向上や業務効率化に資する取り組みとなる。具体的には、新しい介護支援専門員を採用する場合の職場見学や試用期間、採用直後の新任者に対する OJT の体制整備やポイントを絞ったミーティングの実施につながる。

したがって、事業所に対しては、法定研修の実習の受け入れの可否検討をきっかけとして、受入を想定した組織・業務の環境整備への取り組みを促すことが望ましい。

② 実習指導者の選定、指導者向け研修等のへの参加

(ア) 基本的な考え方

実習指導者には、受講者に対し、適切な知識・技術を提供するだけでなく、業務に対する姿勢や倫理観の模範となることが求められる。また、利用者訪問の際に受講者を同行させて多様な要介護高齢者の生活を「見学」することから、利用者ごとの関係性を適切に構築していることを、身を以て示すことが必要である。

実習指導者は、原則として主任介護支援専門員であるが、単に主任であるかどうかだけでなく、実習指導者として上記を踏まえた対応ができる人材を選定することが必要である。

(イ) 必ず実施すべきこと

- ・ 実習指導者の選定
…経験や知識・技術、倫理観、利用者との関係構築の実績等を考慮して選定する。
- ・ 実習対象事例の選定
…実習対象とする事例を選定する。実習の目的は大きく2つあり、1つはアセスメントやケアプランの作成といった業務を実行し、ケアマネジメントの実践をより具体的に理解することである。もう1つは、ケアマネジメントの実践までは行わずとも、利用者宅の訪問やサービス担当者会議等への参加を通じて、利用者の生活の多様性を理解することである。前者の場合は、ケアマネジメントプロセスの一連の流れを現場で経験することから、新規の利用者もしくはケアプランの変更が必要となった利用者を取り上げる。また、後者の場合は、後期課程、専門研修との連続性も踏まえ、「一人暮らしの事例」「認知症の人の事例」「入退院／入退所の事例」、「インフォーマルサービスによる支援を活用している事例」「ターミナルケアの事例」といった事例があれば、それらを積極的に取り上げる。さらに、今後の地域包括ケアシステムの構築に向けた動き等を踏まえれば、地域の介護保険サービス以外の多様な社会資源との連携のある事例を取り上げる。
- ・ 実習対象事例となる高齢者への事前同意の取得
…実習の中で受講者とともに訪問することになる高齢者に対し、事前に書面による同意を取得する。
- ・ サービス担当者会議等での合意
…サービス担当者会議等に受講者が出席することについて、事前に関係機関からの同意を取得する。
- ・ 実習指導者の業務量の平準化
…実習期間中は実習指導者の通常業務に係る業務量を考慮する必要があるため、実習指導者の通常

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

業務を他の職員でカバーするなど、業務分担の調整を行い、事業所内で共有する。

- ・ 実習指導者への説明
…実習指導者に対し、介護支援専門員法定研修ガイドライン及び本指針を説明し、法定研修における実習の目的や意義、具体的な展開方法などを共有するとともに、事業所内の認識を共有する。

(ウ) 実施が望ましいこと

都道府県や研修実施機関が当該地域の実習指導者を集めて説明会を開催する場合、管理者等は、実習の目的や指導の視点等を実習指導者に理解させるため、実習指導者をこの説明会に参加させること。

③ オリエンテーション、訪問へ向けた実習準備

(ア) 基本的な考え方

実習の効果を高めるには、実習に入る前に実習の目的や受講者各自の課題認識を確認した上で、ケアマネジメントの実務の全体像を理解し、実習対象となる事例について事前学習するといった準備が重要である。

単に現場体験をするだけでは気づきや学びが偏ったり不足したりするため、「事前準備」と「事後の振り返り」が極めて重要となる。中でも事前準備では、訪問日程の確認や利用者への接し方・マナーだけでなく、事前に実習指導者が把握している実習対象となる利用者の情報に基づき、実際に訪問した場合に、指導者自らが高齢者にどのように対応するのかを想定することにより、具体的に何を学んでもらいたいのか(学習のねらい)について、定めることが重要である。

したがって、訪問に出る前に必ず事前研修の時間を取り、利用者に関する情報の共有とともに学習のねらいを設定し、その内容は研修記録シート等を活用して記録する。

(イ) 必ず実施すべきこと

- ・ ケアマネジメントの実務の全体像の説明
…実習では、居宅介護支援事業所におけるケアマネジメントの実務の全体像を理解することも重要である。したがって、受入事業所における業務の流れ、各事業所において整備している職務上のルール等を具体的に説明し、実務に対する理解を深められるようにする。
- ・ 訪問時のコミュニケーションに対する留意点の確認
…各受講者は基礎資格における実務従事期間に一定程度、高齢者との接点を持っていると考えられるが、介護支援専門員としての対応姿勢について予め確認するとともに、留意点について説明する。
- ・ 利用者情報の共有
…訪問する利用者の情報について、実習指導者が事前に把握している情報を適切に伝達する。具体的には実習指導者から、その利用者の概略を説明するとともに、受講者が自ら利用者に関する情報が記載された種々の資料を読み込んで理解する時間を確保する。
- ・ 実習を通じて学ぶべき課題(学習のねらい)の設定
…訪問に臨む前に研修時間を確保し、受講者とともに、その訪問でどのような情報を把握するのか、また実務における各場面から何を把握するのかなど、その意味も含め学ぶべき課題として設定する。特に実習の目的の2点目である多様な高齢者の生活実態を知るための訪問については、モニタリングの場面での訪問となることから、その訪問におけるモニタリングのポイントを具体的に設定し、それをどのように把握するの

かなどの実習を通じて学ぼうとする課題を設定する。

(ウ) 実施が望ましいこと

学ぶべき課題の設定においては打合せ形式で検討する方法に加えて、より具体的な課題を効果的に設定するため、訪問場面を想定したシミュレーション(ロールプレイング)も活用することが望ましい。

④ 実習の実施(同行訪問を通じた指導、記録の作成支援等)

(ア) 基本的な考え方

実習の実施においては、実際のケアマネジメント業務の現場(高齢者の生活の場)に入り、一連のケアマネジメントプロセスを体験するとともに、高齢者の多様な生活の実態を知る。

実習中は、現場でしか得られない情報の収集や受講者自身が感じることの収集に注力するとともに、後に適切な振り返りを行えるよう、記録の作成が重要である。

なお、実施要綱では実習期間は「3日程度」と示されているが、これは連続する3日間で実施しなければならないということではなく、例えば半日や数時間程度の訪問を複数の日にまたがって実施し、結果として合計の実習時間数が3日程度相当になればよい。

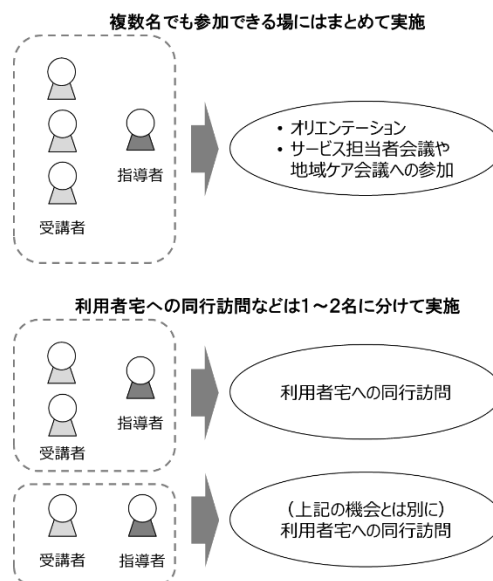
(イ) 必ず実施すべきこと

高齢者の自宅への訪問やサービス担当者会議への参加の前に、その方についての情報を事前に理解し確認しておくよう徹底する。

実習記録用紙については、原則として実習実施後、その日のうちに作成する。

実習指導者1人で複数の受講生を担当する場合、オリエンテーションやサービス担当者会議等への参加など複数名でまとめて実施できる環境ではまとめて実施して差し支えないが、利用者宅への同行訪問などの場合には実習環境に配慮し、1人あるいは数名ずつの参加といった工夫を行うこと。

図表15 実習指導者1人が複数の受講者を担当する場合の実習実施方法(例)





(ウ) 実施が望ましいこと

介護支援専門員として求められる高齢者との接し方、職業倫理に基づく姿勢について、自身の行動を以て示すだけでなく、具体的な現場での自身の対応方法及びその背景にある考え方を、できるだけ各場面において、その都度、その現場で説明することが望ましい。

図表16 実習スケジュールの組み立て方(イメージ)

	9:00-	10:30-	13:00-	14:30-	16:00-	17:30-
1日目	事務所でオリエンテーション		訪問	訪問	振り返り	
2日目	訪問	担当者会議	担当者会議	訪問	振り返り	
3日目	ケア会議	訪問	担当者会議	事務所で振り返り		

-  事前の
実習目標の設定
-  事後の
振り返り

例2

	9:00-	10:30-	13:00-	14:30-	16:00-	17:30-
1日目	事務所でオリエンテーション		訪問	訪問	振り返り	
2日目			担当者会議	訪問	振り返り	
3日目					担当者会議	訪問
4日目	ケア会議	担当者会議				
5日目			訪問	事務所で振り返り		

- 必ずしも
3日間連続で
実施しなくても良い
- 実習にかける
時間の合計を、
3日程度相当を
目安とすること

⑤ 実習後の振り返り、受講者へのフィードバック

(ア) 基本的な考え方

実習で学んだことを具体化するために、実習後の振り返りは必須である。特に、受講者がすぐには言葉にできないが気づいたこと、感じたことに着目し、これを言語化することが重要である。

一事業所で複数の受講生の実習を受け入れた場合には、複数の受講生をまとめて実習後の振り返りを実施することを基本とする。これは他の受講者が経験した実習での学びも共有することで学習効果を高めることが期待できる。

(イ) 必ず実施すべきこと

- 研修記録シート等の作成・まとめ

…振り返りの基本材料は研修記録シートと実習記録用紙である。したがって、実習期間中は毎日、実習記

録用紙の作成を徹底することが必要である。「介護支援専門員地域同行型研修」を実施する地域においては、この研修で活用するシートを利用して研修記録を作成しても差し支えない。

- ・ 振り返りの時間の確保
…実習を通じて感じたことや気づいたことを振り返るとともに、当初設定した学習のねらいに対してどのような成果があったかを評価する時間を確保する。受講者がうまく言語化しにくいことを少しずつ具体化するプロセスこそが重要であるため、利用者との面談と同じように、落ち着いて面談できるような環境と時間の確保が必要である。
- ・ 振り返り結果のフィードバック
…実習指導者は、学習課題の具体化に向けた支援を行う。ここでは受講者の習熟度の判断ではなく、実務研修後期課程での学習効果が高まるよう、その受講者自らが今後さらに学んでいくべきことを具体化することが重要であることから、振り返りで確認した内容を踏まえて、受講者が自ら具体化できるよう適切に支援することが必要であり、その支援したポイントについて研修記録シートに記載する。
- ・ (一事業所で複数の受講者を受け入れている場合)他の受講者の学びの共有
…一事業所で複数の受講者を受け入れている場合は、前述2項の取り組みを複数の受講者について共同でまとめて実施する。実習指導者からのフィードバックも受講者一人ひとりではなく、まとめて実施することにより、他の受講者の学習内容も共有することでより幅広い視点で振り返りが行えることから、具体的には各受講者の研修記録シートを共有し、実習で得たことを共有する。

(ウ) 実施が望ましいこと

受講者のその後の学習効果を高めるため、後期研修課程の科目や学習内容を参照し、受講者自ら具体化した学習課題が具体的にどの科目に関連するのかが示すことが望ましい。

実習中作成したケアプランについては、後期課程で行うケアマネジメントプロセスの実践的な展開の科目につなげるためにも、フィードバックの中で、改善案を併せて示すことが望ましい。

⑥ 実習の実施全体の振り返り

(ア) 基本的な考え方

次年度以降の実習の受け入れをより効果的なものとしていくためには、個々の受講者へのフィードバックだけでなく、その期間の実習受け入れ全体について、実施体制や指導体制についてどのような成果と課題が見られたかを振り返ることが必要である。

特に、実習指導者が十分に実習指導を展開できるような、事業所としての業務環境整備に関わる課題については、次年度以降の実習受け入れに向けての改善事項として具体的に整理しておくことが重要であり、研修実施機関や都道府県と共有することも必要である。

(イ) 必ず実施すべきこと

- ・ 管理者等と実習指導者での実習受け入れ全体の振り返り
…実習期間が終了した後に、事業所の管理者と実習指導者が集まり、実習受け入れ全体の振り返りを実施する。具体的には訪問に関するトラブルや課題の有無、実習指導者の業務量の調整などについて振り返り、課題を整理する。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

- ・ 都道府県あるいは研修実施機関への実習受け入れに係る課題の報告
…前項で振り返った結果を踏まえ、整理された課題について都道府県あるいは研修実施機関へ報告する。

(ウ) 実施が望ましいこと

実習受け入れ準備の項でも触れた通り、実習受け入れ体制を整えることは、事業所における新たな介護支援専門員の採用や OJT の体制整備につながる。

したがって、実習全体を振り返った結果明らかになった課題については、次年度の円滑な実習受け入れに向け、事業所の組織・業務環境の改善として速やかに取り組むことが望ましい。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

7 各科目の展開方法

(1) 科目の構成(カリキュラム)

実務研修で行うべき科目については、「厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準」(平成18年厚生労働省告示第218号)第1号に規定されているところであるが、科目、目的、内容及び時間数については以下のとおりであり、合計87時間以上とする。

(老発 0704 第 2 号:平成 26 年 7 月 4 日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」別添 1 より)

科 目	目 的	概 要	時間数
【 前 期 】			
介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	<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や地域共生社会の実現が求められる背景とその考え方、取組状況を理解する。</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>	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険制度の基本理念を理解し、介護保険制度における利用者の尊厳の保持、自立支援に資するケアマネジメントの役割、ケアマネジメントを担う介護支援専門員に求められる機能や役割に関する講義を行う。 介護保険制度の現状と地域包括ケアシステムや地域共生社会が求められる背景とその考え方、構築に向けた取組状況に関する講義を行う。 介護サービスの利用手続き（要介護認定等に関する基本的な視点と概要）、居宅サービス計画等の作成、保険給付及び給付管理等の仕組みといった一連の関係性についての講義を行う。 	講義 3 時間
自立支援のためのケアマネジメントの基本	<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。</p> <p>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>	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジメントの成り立ちや機能について理解するとともに、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準に基づいて、介護支援専門員としての責務及び業務を理解し、ケアマネジメントの中心的な役割を担う立場であることを認識するための講義を行う。 利用者が住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができるよう、自立支援のためのケアマネジメントを実践する上で必要な視点を理解する。 インフォーマルサポートも活用したケアマネジメントを理解する。 利用者を支援する上で、家族等を取り巻く環境に留意し、家族等に対する支援（仕事と介護の両立支援等）の 	講義・ 演習 6 時間

		<p>重要性や目的を理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ヤングケアラーへの支援の必要性や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ための講義を行う。 ・ 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。 	
相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎	ケアマネジメントにおける相談援助の専門性を理解し、直接援助職から相談援助職への視座の転換を行う。また、利用者のニーズを把握する上で、利用者を多面的に捉える視点の必要性を理解し、利用者の自立支援に向けた相談援助技術を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 直接援助を行う職種と相談援助を行う職種の各々の役割や視点の違いを認識することにより、相談援助の職種における専門性を理解する為の講義を行う。 ・ 相談援助を行う上での留意点として、感情移入することなく自己を客観視することの重要性とそのための方法等に関する講義を行う。 ・ 利用者のニーズを把握する上で、利用者を多面的に捉える視点(身体的・心理的状況、生活環境、社会参加状況等)について理解する。 ・ 相談援助に係る基本的な技法を理解する。 	講義・演習 4時間
人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員が備えるべき、利用者本位、自立支援、公正中立、権利擁護、守秘義務、利用者のニーズの代弁等の倫理に関する講義を行う。 ・ 人権の概念、利用者の尊厳の保持、介護支援専門員の倫理綱領、倫理原則、成年後見制度等に関する講義を行う。 ・ 高齢者の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。 ・ 権利擁護に関する課題として、身寄りのない高齢者等への対応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。 	講義 3時間
利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意	利用者及びその家族に対する適切な説明と合意形成の手法を修得する。また、サービス担当者会議、地域ケア会議等様々な場面において	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者及びその家族、利用者を支援するサービスの担当者等の多職種に対する説明の意義・目的を理解するための講義を行う。 ・ サービス担当者会議や地域ケア会議等における場面ごとに求められる説明の意味・目的を理解するとともに説明の技法（話の構成、姿勢、スピード、言葉の選択等） 	講義・演習 2時間

	も説明と合意が得られる技術を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> を修得する。 説明から利用者の合意に向かうまでのプロセスの重要性とポイントを理解するとともに、多職種協働における説明責任を理解する。 	
ケアマネジメントのプロセス	ケアマネジメントプロセスの全体像を理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジメントプロセスの構成と流れを理解するとともに、各プロセスにおける意義・目的に関する講義を行う。ケアマネジメントプロセスにおける各プロセスの相互の関係についての講義を行う。 	講義 2時間
受付及び相談並びに契約	受付及び初期面接相談（インテーク）、契約の各場面で求められる実践的な技術を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> 受付及び初期面接相談（インテーク）の場面における相談援助の視点と技術を修得するとともに、利用者及びその家族との信頼関係の構築の重要性について講義を行う。 契約は重要事項の説明を経た法律行為であることから、利用者が主体となる契約の意義とそれを保障するための仕組み（苦情申し立て、権利擁護等）についての講義を行う。 契約に関する制度上の位置付けや留意事項に関する講義を行う。 	講義・演習 1時間
アセスメント及びニーズ把握の方法	利用者及びその家族並びに多職種からの情報収集とその分析を通じて、介護支援専門員としての専門的な判断の根拠を説明できる技術を修得する。 また、アセスメントにおいて収集した情報から、専門職としてニーズを導くための技術を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> アセスメントからニーズを導き出すまでの思考過程の全体像に関する講義を行う。 アセスメントにおける情報収集の項目の内容、目的、主治医意見書の記載内容を理解するとともに、情報収集の方法・技術を修得する。 収集した情報を的確に分析することにより、課題の明確化、改善及び悪化の可能性などを導き出せることを理解する。 利用者の生活全体を捉える視点の重要性を理解するとともに、利用者の生活の現況から生活機能（WHO国際生活機能分類による）と背景を把握し、理解する視点を修得する。 課題整理総括表等を用いてADLやIADL等の状況から利用者が抱える課題を明確化し、状態の維持改善及び悪化の可能性の判断と予測を立て、適切なニーズを導くための技術を修得する。 情報収集やアセスメント時に必要な視点の抜け漏れを防止することの必要性を理解する。 	講義・演習 6時間

<p>居宅サービス計画等の作成</p>	<p>ニーズを踏まえた目標の設定と目標を実現するための居宅サービス計画等の作成技術を修得する。 また、居宅サービス計画等と訪問介護計画等の個別のサービス計画との連動やサービス事業者間の連携の重要性を理解する。介護予防サービス・支援計画の関連様式の作成方法、作成のための課題分析の考え方を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果及び総合的な援助の方針を記載するに当たっての留意点に関する講義を行う。 ・ アセスメントから導いたニーズを解決するための視点と達成するための目標の関係についての講義を行う。 ・ インフォーマルサポートも含めた社会資源の種類及び内容を理解するとともに、インフォーマルサポートの活用も含めた居宅サービス計画等を作成する方法を理解する。 ・ 保健医療サービス利用時の主治医等からの意見収集、リハビリテーション専門職・歯科医師・薬剤師・管理栄養士からの意見収集など多職種との連携に当たっての留意点に関する講義を行う。 ・ 訪問介護計画等の個別サービスの計画は、居宅サービス計画に記載したニーズや目標に基づいて作成され、利用者を支援するサービス提供につながっていくものであることから、居宅サービス計画との連動の重要性を理解するとともに、個別サービスの計画につながる目標の立て方等を修得する。 ・ 介護予防サービス支援計画の関連様式の作成方法、作成のための課題分析の考え方（基本チェックリストの活用方法等）に関する講義を行う。 	<p>講義・演習 3時間</p>
<p>サービス担当者会議の意義及び進め方</p>	<p>多職種とのアセスメント結果の共有や、居宅サービス計画等の原案に対する専門的見地からの意見収集の意義を理解し、会議の開催に係る具体的な方法を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会議を開催するに当たり、事前の準備や開催当日の準備など、必要な業務を理解するとともに、会議の進行の手法等に関する講義を行う。 ・ サービス担当者会議は、利用者及び家族並びにサービス担当者も含めて、利用者を支援していくための方向性を定める場であることから、介護支援専門員によるアセスメントの結果を共有することや、各サービス担当者との情報共有の重要性を理解する。 ・ 会議での意識の共有に当たり、居宅サービス計画と訪問介護計画等の個別サービス計画との内容の整合性を確認することの重要性を理解する。 ・ 複数のサービスを利用する場合には、各サービスの個別サービス計画ごとの内容を確認することの重要性を理解する。 ・ 新規ケース、更新ケース、要介護状態等の区分変更ケー 	<p>講義・演習 3時間</p>

		<p>スゴとのサービス担当者会議における検討の留意点についての講義を行う。</p>	
モニタリング及び評価	<p>ケアマネジメントプロセスにおけるモニタリングの意義・目的や、多職種との連携によるサービス実施の効果を検証することの重要性を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 利用者及びその家族、サービス担当者等との継続的な連絡や、居宅を訪問し利用者と面接することの意味を理解するための講義を行う。 モニタリングにおける視点や手法、状況の変化への対応を理解する。 評価表等を活用し目標に対する各サービスの達成度（効果）の検証の必要性和評価手法を修得する。 居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術についての講義を行う。 モニタリングにおける多職種との役割分担と連携の重要性を理解する。 モニタリング結果の記録作成の意味と、記録に当たっての留意点を理解するための講義を行う。 	<p>講義・演習 3時間</p>
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）	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 利用者及びその家族の支援に際し、チームアプローチの意義を理解するとともに、介護支援専門員には、ケアのマネジメントだけでなく、チームのマネジメントも求められることを認識するための講義を行う。 チームアプローチに際し、チームを組成する各職種の専門性と各々に求められる役割を理解するとともに、チームにおける介護支援専門員の役割を理解し、チーム運営において想定される課題や対応策を含め、チームを円滑に機能させるために必要な知識・技術を修得する。 インフォーマルサポートを取り入れたチームづくりに必要な知識・技術を修得する。 	<p>講義・演習 2時間</p>
地域包括ケアシステムの深化及び地域の社会資源	<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。また、利用者の暮らし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>	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケアシステムの構築が求められる背景及び地域包括ケアシステムが目指す姿についての講義を行う。 地域包括ケアシステムを構築していく中で介護支援専門員に求められる役割（自立支援に資するケアマネジメント、インフォーマルサポートを含めた社会資源の活用、多職種や地域包括支援センター等との連携、不足している地域資源の提案等）に関する講義を行う。 地域包括ケアを実現していくためのケアマネジメントを行う上で、必要な保健医療福祉サービスに関する講 	<p>講義 4時間</p>

		<p>義を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケアシステムの構築に関して、地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を把握する事が大切であることから介護保険事業計画、地域ケア会議の重要性や内容に関する講義を行う。 ・ 地域共生社会の実現が求められる背景及び地域共生社会が目指す姿について講義を行う。 ・ 地域共生社会の実現に向けた他法他制度の活用や相談支援専門員との連携相互理解についての講義を行う。 ・ 生活保護制度、障害施策、老人福祉施策、地域ケア会議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。 	
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	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療との連携に当たって早い段階から連携の重要性を理解し、利用者の医療に係る情報や状態の改善可能性に係る意見等を把握しておく必要があることから、医療機関や医療職からの情報収集の方法等についての講義を行う。 ・ 医療との連携に当たっての留意点を理解するとともに、介護支援専門員から医療機関や医療職への情報提供の方法及び内容（生活状況、サービスの利用状況等）に関する講義を行う。 ・ 地域における、在宅医療介護の連携を推進する役割を担っている機関の概要に関する講義を行う。 ・ 多職種協働の意義を理解するとともに、多職種間で情報を共有することの重要性を理解し、情報共有に当たり個人情報を取り扱う上での利用者やその家族の同意の必要性についての講義を行う。 	講義 3 時間
ケアマネジメントに係る法令等の理解	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険法、介護保険法施行令、介護保険法施行規則、厚生労働省告示、居宅サービス等の運営基準、居宅介護支援等の運営基準に関しその位置付けや業務との関連を俯瞰する講義を行う。（特に、介護支援専門員及びケアマネジメントに関する部分の規定について、業務と関連づけて理解する。） ・ 事業所の指定取消や介護支援専門員の登録消除などの不適切事例を参考に、ケアマネジメントを実践する上での法令遵守（コンプライアンス）の重要性を認識する 	講義 2 時間

		<p>ための講義を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 	
実習オリエンテーション	研修における実習の位置付けと目的、実施方法を理解し、効果的な実習に結びつける。	<ul style="list-style-type: none"> 実習は、ケアマネジメントの実践現場を通して様々なことを学ぶことができる機会であるとともに、これまでの講義や演習を通じて身につけた知識技術を試行する機会でもあり、効果的な実習となるよう、実習の目的についての講義を行う。 実習の流れや実習時の心構えなどに関する講義を行う。(実習を通じて、地域ごとの社会資源等の状況や現場での倫理的課題などについても意識を向けるよう認識する。) 	講義 1 時間
ケアマネジメントの基礎技術に関する実習	実習現場でのケアマネジメントプロセスの経験を通じて、実践に当たっての留意点や今後の学習課題等を認識する。	<ul style="list-style-type: none"> 実習に当たっては、利用者への居宅訪問を行い、アセスメントの実施、居宅サービス計画の作成、サービス担当者会議の準備・同席、モニタリングの実施、給付管理業務の方法など一連のケアマネジメントプロセスの実習を行う。 	—
【 後 期 】	目 的	概 要	時間数
実習振り返り	実習を通して得られた気づきや課題を客観的に振り返り、発表することを通じて今後の学習課題を認識する。	<ul style="list-style-type: none"> 実習で行ったアセスメントや居宅サービス計画の作成など、一連のケアマネジメントプロセスの実践事例を発表することにより、実習を通じて感じた気づきや不足している知識技術といった課題、現場で生じる倫理的な課題を共有する。 受講者間で共有した課題や実習に関する講師からの総評を踏まえて、今後、専門職として身につけていくべき知識・技術についての学習課題を認識する講義を行う。 	講義・ 演習 3 時間
ケアマネジメントの展開 生活の継続を支える基本的なケアマネジメント	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と	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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 	講義・ 演習 3 時間

	<p>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する。</p>	<p>を学ぶことの有効性について理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「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。 「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、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関する講義を行う。 	
<p>ケアマネジメントの展開</p> <p>脳血管疾患のある方のケアマネジメント</p>	<p>疾患の性質上、身体機能の制約や高次脳機能障害が生じやすい疾患の特徴を理解するとともに、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たのポイントを理解する。</p> <p>また、典型的な疾患として脳血管疾患を例にとり、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する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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の講義を行う。 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たのポイントについての講義を行う。 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。 脳血管疾患の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用に関する講義を行う。 リハビリテーションや福祉用具等、それらを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携協働に当たったのポイントを理解する。 「適切なケアマネジメント手法」の疾患別ケア（脳血管疾患）の内容を踏まえ、脳血管疾患に特有な、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関する講義を行う。 	<p>講義・演習 4時間</p>
<p>ケアマネジメントの展開</p> <p>認知症のある方のケアマネジメント</p>	<p>認知症の特徴や療養上の留意点、起こりやすい課題を理解する。</p> <p>また、認知症に特有な、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する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の器質的障害種類別の原因、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理解する。 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関する講義を行う。 独居で認知症の要介護者等に対するアプローチの視点や方法を理解する。 認知症の要介護者と同居している家族に対する支援や地域への配慮と協働の視点を持ったケアマネジメントの具体的な方法を修得する。 	<p>講義・演習 4時間</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 「適切なケアマネジメント手法」の疾患別ケア（認知症）の内容を踏まえ、認知症に特有な、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関する講義を行う。 	
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	生活不活発病及び筋骨格系疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。 また、典型的な疾患として大腿骨頸部骨折を例にとり、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する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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方法や、生活不活発病の原因、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。 ・ 筋骨格系疾患や生活不活発病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。 ・ 筋骨格系疾患や生活不活発病の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用方法等についての講義を行う。 ・ リハビリテーション、福祉用具などを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携協働に当たってのポイントを理解する。 ・ 「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）の内容を踏まえ、大腿骨頸部骨折に特有な、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関する講義を行う。 	講義・演習 4時間
ケアマネジメントの展開 高齢者に多い慢性疾患の留意点の理解	高齢者に多い慢性疾患（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者に多い慢性疾患（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）の原因や症状、症状の進行、生活障害の程度と身体機能の関係についての講義を行う。 ・ 疾患相互の影響、高齢者の生理（生活上の留意点）との関係、療養上の留意点及び起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・ 医療職をはじめとする多職種との連携協働に当たってのポイントについての講義を行う。 ・ 高齢者に多い慢性疾患に対するアセスメント、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の講義を行う。 ・ 各疾患症候群における生活習慣を改善する為のアプロ 	講義 2時間

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

		一斉の方法(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。	
ケアマネジメントの展開 看取りのケアマネジメントの理解	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取りのケースについて支援を行う際における介護支援専門員の役割や適切な姿勢についての講義を行う。 ・ 看取りに関連する各種サービス等の活用方法や、医療職をはじめとする多職種との連携協働を効果的に行うためのポイントについての講義を行う。 ・ 看取りに向けた利用者及びその家族との段階的な関わりの変化(生活動作の負担や痛みの軽減、主治医との連携や多職種協働、急変時の基本的な対応等)についての講義を行う。 ・ 看取りのケースにおいて、在宅生活の支援を行う際の起こりやすい課題、アセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点についての講義を行う。 	講義 2 時間
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	心不全につながる心疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。 また、典型的な疾患として心疾患を例にとり、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する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心不全につながる心疾患の種類、原因、症状、生活をすすめる上での障害や留意点に関する講義を行う。 ・ 心疾患の種類、原因、症状、生活をすすめる上での障害に関する講義を行う。 ・ 心疾患における療養上の留意点や起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・ 「適切なケアマネジメント手法」の疾患別ケア(心疾患)の内容を踏まえ、心疾患に特有な、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関する講義を行う。 	講義・ 演習 4 時間

<p>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</p>	<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、誤嚥性肺炎の予防における、基本ケアの重要性、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する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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関する講義を行う。 ・ 誤嚥性肺炎の予防における基本ケアの重要性を再確認する講義を行う。 ・ 「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）の内容を踏まえ、誤嚥性肺炎の予防に特有な、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関する講義を行う。 	<p>講義・演習 3時間</p>
<p>ケアマネジメントの展開 他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント</p>	<p>他法他制度の活用が必要な事例（難病、虐待、生活困窮、障害者等）の特徴、対応する際の留意点を理解する。関連する他法他制度の内容や動向、対応時の他職種との連携・相互理解の必要性について理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他法他制度の活用が必要な事例（難病、虐待、生活困窮、障害者等）の特徴、対応する際の留意点に関する講義を行う。 ・ 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を理解する。 ・ 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を理解する。 ・ 関連する他法他制度（高齢者虐待防止法、障害者自立支援法、生活困窮者自立支援法等）の内容や動向に関する講義を行う。 ・ 障害者支援や生活困窮者支援を行う際の相談支援専門員との連携、相互理解の必要性についての講義を行う。 	<p>講義・演習 3時間</p>
<p>アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習</p>	<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。 また、「科学的介護情報システム（LIFE）」をは</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ これまでの研修の中で修得した知識技術を確認するため、事例に即したアセスメント、ニーズの把握、居宅サービス計画等の作成及びモニタリングを一貫して行うことにより、ケアマネジメントプロセスの理解を深めるとともに、理解が不足しているものがないか自己評価を行う。 ・ 作成した居宅サービス計画等を原案として、サービス担当者会議の演習を行う。 ・ 「科学的介護情報システム（LIFE）」をはじめとした、 	<p>講義・演習 5時間</p>

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

	<p>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>	<p>各種データやITのケアマネジメントプロセスでの活用の視点について講義を行う。</p>	
<p>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</p>	<p>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とともに、研修受講者間でのネットワークの構築を図る。</p> <p>また、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理解を通じて、法定研修修了後の継続研修の活用につなげる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修全体の振り返りを行うに当たって、グループ又は全体で意見交換を行い、専門的助言を含めて、研修における学習の成果や今後の学習課題への意識付けのための講義を行う。 ・ 現場で生じうる課題への対応を共同で研修する機会を作るため、研修受講者間においてネットワークの構築を図る。 ・ 法定研修修了後の継続研修の活用を見据えて、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。 	<p>講義・演習 2時間</p>

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

(2) 適切なケアマネジメント手法について

上記の科目の構成(カリキュラム)に示しているように、今回のカリキュラムの見直しでは、根拠のある支援の組み立ての基盤となる視点として、「適切なケアマネジメント手法(以下、(本手法)」を学ぶ科目、内容の追加を行っている。以下で本手法の意味、構成等について概説する。科目ごとの目的、概要、修得目標、内容、研修展開上の留意点等については各科目のガイドラインに記載し添付。なお、本手法の策定、普及推進に関する最新の動向(関連する事務連絡、手引き、動画等)については以下の厚生労働省 HP を参照いただきたい。

参考:適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進(厚生労働省 HP)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/hoken/jissi_00006.html

① 本手法の意味

- ・ 本手法は、自立支援に資する適切なケアマネジメントの推進、具体的には介護支援専門員個々が作成するケアプランの内容やケアマネジメントに関するばらつきの縮小を目的としている。具体的には、尊厳の保持と自立支援を踏まえたうえで、高齢者の生活の継続の支援のために必要な支援内容について、ケアマネジメントだけでなく医療や看護、リハビリテーション、介護やソーシャルワークなど、各職域における知見に基づいて体系的に整理したものである。いわば、各職域の実践と研究を通じて、「根拠のある共通的な知見」である。
 - この手法を活用することで、介護支援専門員に対し必要な知識を付与することで、既に実施しているケアマネジメントプロセスにおいて、かかりつけ医等多職種との助言、情報を有効に活用でき、効果的なアセスメントを可能にし、サービス担当者会議の機能を高め、結果として、現在の生活課題の把握及び生活の将来予測が可能となり、多職種との役割分担や協働の推進、ひいてはケアマネジメントの質の向上を図ろうとするものである。
 - なお、行われるべき支援として想定される支援内容の中には、疾患の種類にもよるが、必然的に医療によるケアを必要とするものが多く含まれる。療養に係る判断や利用者の状態が悪化したときの対応などは、当然、まず「医療につなぐこと」が重要であることは言うまでもない。ただし、そうした連携を円滑に行うことができるようにするためにも、介護支援専門員が医療によるケアが必要な場面について基礎的な知識を持つておくことが求められる。ケアマネジメントの標準化により、介護支援専門員が医療との関わりについて理解しやすくなることを企図する。

出所:株式会社日本総合研究所「適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア 令和2年度改訂版」

② 本手法の構成

- ・ 適切なケアマネジメント手法は、「基本ケア」と「疾患別・期別のケア(認知症、脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、誤嚥性肺炎の予防)」で構成される(2022年3月現在)。
- ・ 基本ケアは、高齢者の機能と整理を踏まえ、その高齢者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整理している。
- ・ 一方、疾患別・期別のケアについては、該当する疾患を有する高齢者の期別(退院後の時期別)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整理している。疾患に着目した理由は、どのような支援を検討しておくか将来の再発や重度化のリスクを小さくすることができるかという知見が疾患ごとに整理されているからである。

出所:株式会社日本総合研究所「適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア 令和2年度改訂版」

③ 疾患別ケアの対象疾患の選定理由

- ・ 本手法では、利用者の有する疾患別に標準的なモデルを検討することを目指している。そのため、これまでに手法において検討されている対象疾患は、第一に、要介護認定の原因疾患として上位の疾患であること、第二に、既に医療と介護の地域連携がある程度実践されている疾患であることに着目して選定されている。
- ・ 対象疾患の選定理由はそれぞれ以下のとおり。

【脳血管疾患】

- ◇ 要介護認定の原因疾患の最上位である
- ◇ 医療から介護につながりにくいとの課題意識がある
- ◇ 地域連携クリティカルパスが普及している
- ◇ 再発予防が重要である

【大腿骨頸部骨折】

- ◇ 適切な支援を提供することによって改善の可能性が高い
- ◇ 医療から介護につながりにくいとの課題意識がある
- ◇ リハビリテーションの重要性や生活機能の視点から、介護支援専門員が理解しておく必要がある

【心疾患】

- ◇ 地域連携クリティカルパスが普及している
- ◇ 医療と介護の連携の重要性が高い
- ◇ 要介護認定の原因疾患の上位ではないが、発症率が高く、患者数が多い

【認知症(アルツハイマー型認知症の診断があつて、比較的初期～中期)】

- ◇ 対象となる高齢者の数が多い
- ◇ 居宅での生活をできる限り継続できるよう重症化の防止に向け生活の領域における関わり的重要性が大きい
- ◇ これからの進行度に応じて、その状況を医師をはじめ関係者間で共有し、本人への関わり方も変えていく必要がある、その準備と支援においてマネジメントの重要性が大きい

【誤嚥性肺炎の予防】

- ◇ 対象となる高齢者の数が多い
- ◇ 入院のリスクあるいは重症化した場合死亡のリスクが大きい
- ◇ 医療的アプローチだけではなく、日常的な生活や健康管理、セルフケアの領域における対応も重要となる

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

(3) 各科目のガイドラインの構成と各項目の見方

各科目のガイドラインの構成と各項目の見方は以下のとおりである。

① 目的・概要

実施要綱に掲げられている、本科目を履修する目的、本科目を達成するための研修内容の概要を示している(要綱の内容の再掲)。

② 時間数

実施要綱に掲げられている、本科目の標準的な時間数を示している(要綱の内容の再掲)。

カリキュラム及び本ガイドラインに掲載している時間数は標準時間としての位置づけであり、あくまで目安や程度である。したがって、地域の状況や修得目標の達成状況等を踏まえ、研修向上委員会等と協議の上、都道府県の判断で独自の時間数を設定することは可能である。(例:標準時間数に満たない時間設定であっても、修得目標の達成が担保できるのであれば修了を認める等)

③ 修得目標

科目全体を通して修得する内容を示している。なお、前章「修得目標の意味」にも記載した通り、修得目標とは、研修の受講終了時点での到達点を意味するものではなく、受講者が実務に携わり始めてしばらく(目安として1年程度)した時点での到達点を示している。したがって、研修の受講終了後も実務における継続学習(自己学習、OJT等)につながるような研修の展開とすることが重要である。修得目標の表現の意味は「修得目標の意味」に記載の通りであるので、担当講師にはこちらも併せて確認していただきたい。

④ 内容

修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき内容を具体的に列記している。なお、知識・技術については本研修及びその後の実務における継続学習を通じて修得が期待される基本的な事項を全て列記している。あくまでも受講終了後の継続学習も含めた修得を目指しているため、ここに掲げられている内容の全てを、本科目の研修時間内に無理に触れようとする必要はない。

⑤ 研修展開上の留意点

研修を展開する上で、特に留意すべき点、指導・支援上のポイント等を示している。前述の通り「内容」は、受講終了後の継続学習も含めた修得を目指した事項を示しているため、研修時間内に特にどのような内容に力点を置くべきかを検討する指針として捉え、活用いただきたい。また、一部の科目では、本項目において、研修の展開例を示している。この展開例はあくまでも例であってこの通り展開しなければならないというものではないが、具体的な展開を考える指針として捉え、活用いただきたい。

⑥ 法定外研修への接続

本科目の受講前後に、法定外研修等を通じて理解を踏めるべき事項を参考として列記している。法定外研修を含めた地域での介護支援専門員の資質向上に係わる研修企画等を行う際に活用いただきたい。

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

8 各科目のガイドライン

介護支援専門員実務研修 各科目のガイドライン

【検討案】

※本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、
正式なガイドラインとして確定したものではありません。

前期:介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント

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

1. 目的

介護保険制度創設の背景や基本理念等を理解するとともに、地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現が求められる背景とその考え方、取組状況を理解する。

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

- 介護保険制度の理念と現状
 - ・ 介護保険制度創設のねらい
 - 介護保険制度創設に至った社会背景、社会保険方式の意義
 - ・ 介護保険制度の基本理念
 - 利用者本位および尊厳の保持、自己決定、自立支援
 - ・ 近年の制度改正のポイント
 - 2005年：予防重視型システムの確立、地域密着型サービス・地域包括支援センターの創設などの新たなサービス体系の確立
 - 2011年：定期巡回・随時対応型訪問介護看護・看護小規模多機能型居宅介護の創設、介護予防・日常生活支援総合事業の導入
 - 2014年：地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化
 - 2017年：地域共生社会の実現に向けた取組の推進、現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し
 - 2020年：市町村の包括的な支援体制の構築、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提

供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

●ケアマネジメントプロセス

- ・ 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

●介護保険制度におけるケアマネジメント

- ・ 居宅介護支援の定義と実施事項
 - 居宅介護支援の定義、運営基準
- ・ 介護保険制度における給付管理までのプロセス
 - 介入（情報提供、苦情対応、事故対応等）、要支援・要介護認定、ケアマネジメントプロセス、保険給付及び給付管理
- ・ 居宅サービス計画及び施設サービス計画作成の目的
 - 生活課題の明確化、課題解決に資する手段の選択、利用者の選択の尊重、サービス担当者会議、説明と同意
- ・ 介護報酬に関する基本的な考え方と給付管理
 - 介護報酬の基本構成、支給限度額管理、サービス種類相互の算定関係

●地域包括ケアシステム

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

●地域共生社会

- ・ 地域共生社会の基本的な考え方
 - 地域共生社会に向かう背景、基本理念、介護支援専門員の関わり
- ・ 関連する法制度等
 - 平成 29 年改正社会福祉法、居宅介護支援事業者と特定相談支援事業者の連携の努力義務（平成 30 年度報酬改定）、令和 2 年改正社会福祉法

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

【介護保険制度の理念と現状】

- 最新の法制度改正に関する事項
- ヤングケアラーや8050問題に関する事項

【地域包括ケアシステム】

- 地域における地域包括ケアシステムの現状・課題に関する事項

【地域共生社会】

- 地域における地域共生社会の実現に向けた取組の現状・課題に関する事項
- 重層的継続的支援における相談支援専門員との連携に関する事項
- 複合的課題を抱えている利用者とその家族等のケアマネジメントに関する事項

【他法他制度】

- 生活保護・高齢者虐待防止法・成年後見制度等に関する事項

前期：自立支援のためのケアマネジメントの基本

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

1. 目的

利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの視点を理解する。
また、利用者が住み慣れた地域で主体的な生活を送ることができるように支援することの重要性を理解するとともに、在宅生活を支援する上で、家族に対する支援の重要性を理解する。

2. 概要

- ・ ケアマネジメントの成り立ちや機能について理解するとともに、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準に基づいて、介護支援専門員としての責務及び業務を理解し、ケアマネジメントの中心的な役割を担う立場であることを認識するための講義を行う。
- ・ 利用者が住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができるよう、自立支援のためのケアマネジメントを実践する上で必要な視点を理解する。
- ・ インフォーマルサポートも活用したケアマネジメントを理解する。
- ・ 利用者を支援する上で、家族等を取り巻く環境に留意し、家族等に対する支援（仕事と介護の両立支援等）の重要性や目的を理解する。
- ・ ヤングケアラーへの支援の必要性や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ための講義を行う。
- ・ 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。

3. 修得目標

- ① ケアマネジメントの成り立ちや機能について説明できる。
- ② 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。
- ③ インフォーマルサポート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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。

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

●ケアマネジメントの成り立ちや機能の理解

- ・ ケアマネジメント誕生の背景
 - 1970年代のアメリカにおけるケースマネジメント、1990年代のイギリスのコミュニティケア改革、1994年3月 高齢者福祉ビジョン懇談会報告「21世紀の福祉ビジョンー少子高齢社会に向けて」
- ・ ケアマネジメントに求められる多様な機能
 - 相談援助を通じたニーズの形成、アセスメント、エンパワメントに向けた社会資源の編成、ソーシャルネットワーク、モニタリングと評価、社会保険制度におけるコスト管理・財源調整等

- ・ ケアマネジメントと介護支援専門員の役割
- 自立支援の考え方とケアマネジメントの役割
- ・ 自立支援の基本的な考え方
 - 自立支援、自律と自立、意思決定過程の支援における介護支援専門員の役割
- ・ 生活全体を総合的に捉える視点
 - ICF（国際生活機能分類）、活動と参加の重要性、ノーマライゼーション、地域資源
- ・ 家族との関係
 - 家族との関係のアセスメント、仕事と介護の両立、利用者の権利擁護
- ・ 根拠に基づくケアマネジメントの展開
 - 適切なケアマネジメント手法、科学的介護（LIFE）
- 家族等に対する支援の必要性や支援における介護支援専門員の役割の理解
- ・ 家族等に対する支援の重要性
- ・ 仕事と介護の両立支援の必要性
- ・ ヤングケアラーへの支援の必要性
- ・ 家族等の支援に関連する法制度や事業等の動向
 - 改正育児・介護休業法
- ・ 家族等の支援における介護支援専門員の役割
- 介護予防ケアマネジメントの意義や基本的なプロセス等の理解
- ・ 介護予防ケアマネジメントの意義・目的
 - 介護予防の考え方、介護予防事業に関する制度上の位置づけ・関連法等
- ・ 介護予防ケアマネジメントの対象者
 - 対象者の種類、対象者の把握・決定の流れ
- ・ 介護予防ケアマネジメントの流れとケアマネジメントプロセス
 - 介護予防ケアマネジメントの流れ、介護予防ケアマネジメントのプロセス
- ・ 介護予防支援事業者と関係機関・関係者との連携
 - 指定居宅介護支援事業、保険者・介護予防サービス事業者・かかりつけ医等との連携、インフォーマルサポートとの連携

5. 研修展開上の留意点

- ・ ケアマネジメントの成り立ちや機能について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 自立支援の考え方や自立支援のためのケアマネジメントの必要性について確認するとともに、インフォーマルサポート等も含めた社会資源を活用したケアマネジメントの必要性について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 家族等に対する支援の重要性や支援における介護支援専門員の役割について確認するとともに、家族の支援に関連する法制度や事業等の動向について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 介護予防ケアマネジメントの意義や目的、対象者について確認するとともに、介護予防ケアマネジメントの流れとケアマネジメントプロセスについて理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 【運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務】
 - 最新の運営基準等の改正に関する事項
 - 【自立支援の考え方とケアマネジメントの役割】
 - 地域における高齢者の自立支援の実現に向けた社会資源や取組の現状・課題に関する事項

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

【介護予防ケアマネジメント】

- 介護予防ケアマネジメント業務の実践に関する事項
- 介護予防ケアマネジメント業務の実践における関係機関・関係者との連携に関する事項

前期:相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎

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

1. 目的

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

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

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

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

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

前期: 人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理

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

1. 目的

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

2. 概要

- ・ 介護支援専門員が備えるべき、利用者本位、自立支援、公正中立、権利擁護、守秘義務、利用者のニーズの代弁等の倫理に関する講義を行う。
- ・ 人権の概念、利用者の尊厳の保持、介護支援専門員の倫理綱領、倫理原則、成年後見制度等に関する講義を行う。
- ・ 高齢者の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。
- ・ 権利擁護に関する課題として、身寄りのない高齢者等への対応に関する講義を行う。
- ・ ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的な課題とその課題に向き合うことの重要性を理解するための講義を行う。

3. 修得目標

- ① 人権と尊厳を支える専門職として求められる姿勢について説明できる。
- ② ケアマネジメントを実践する上での介護支援専門員としての倫理原則、生じやすい倫理課題について説明できる。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ (先輩や上司の指導を受けながら、) 介護支援専門員としての倫理原則に基づいた、ケアマネジメントプロセスの実施ができる。

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

- 介護支援専門員の基本姿勢の理解
 - ・ 介護支援専門員の基本倫理
 - 基本的人権の尊重、主体性の尊重、個性の重視、利用者本位の支援、公正中立、守秘義務
 - ・ 倫理綱領
 - 一般社団法人日本介護支援専門員協会が定める倫理綱領、ソーシャルワーカー倫理綱領
 - ・ ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的課題とその課題に向き合う重要性
- 利用者の権利擁護と成年後見制度等
 - ・ 利用者の権利擁護
 - ・ 苦情処理
 - 運営基準第 26 条、組織的な対応
 - ・ 虐待対応
 - 高齢者虐待防止法、虐待となる行為、地域包括支援センター等への通報の義務、連携の必要性
 - ・ 成年後見制度
 - 制度の基本理念、日常生活自立支援事業、制度の対象、ケアマネジメントプロセスにおける連携
- 高齢者の意思決定支援の必要性や基本的なプロセス等の理解

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

- ・ 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

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

前期:利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意

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

1. 目的

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

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

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

前期:ケアマネジメントのプロセス

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

1. 目的

ケアマネジメントプロセスの全体像を理解する。

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

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

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

●適切なケアマネジメント手法

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

前期: 受付及び相談並びに契約

前期	受付及び相談並びに契約	講義・演習 1時間
-----------	--------------------	----------------------

1. 目的

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

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

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

前期:アセスメント及びニーズ把握の方法

前期	アセスメント及びニーズ把握の方法	講義・演習 6時間
-----------	-------------------------	----------------------

1. 目的

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

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

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

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

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

前期:居宅サービス計画等の作成

前期	居宅サービス計画等の作成	講義・演習 3時間
-----------	---------------------	----------------------

1. 目的

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

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

5. 研修展開上の留意点

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

前期:サービス担当者会議の意義及び進め方

前期	サービス担当者会議の意義及び進め方	講義・演習 3時間
-----------	--------------------------	----------------------

1. 目的

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

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

支援困難ケース、利用者の状況の大きく変化するケース、更新認定及び区分変更

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

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

前期:モニタリング及び評価

前期	モニタリング及び評価	講義・演習 3時間
-----------	-------------------	----------------------

1. 目的

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

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

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

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

前期:介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント)

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

1. 目的

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

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

●意思決定支援に関わるチームマネジメント

- ・ 意思決定過程の支援におけるチームの必要性
 - 意思決定支援チーム、キーパーソンの把握、利用者との関わりにおける方針の共有
- ・ チーム運営の留意点
 - チーム編成の柔軟性、インフォーマルサポートとの連携、権利擁護

●チームアプローチの実際

- ・ チーム編成の各時期に応じた運営
 - 準備期：支援に当たっての共通認識を図る
 - 開始期：目標に応じた役割の確認をし、方針を共有
 - 実施期：適宜チーム内のコミュニケーションを図り、情報を共有
 - 目標設定期間の終了期：チームとしての評価、評価に基づいた次の方針の検討
- ・ チームの運営に関する相談先
 - 事業所内でのスーパービジョンや事例検討、地域での研修会、事例検討、地域包括支援センターへの相談、地域ケア会議の活用

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

前期:地域包括ケアシステムの深化及び地域の社会資源

前期	地域包括ケアシステムの深化及び地域の社会資源	講義 4時間
-----------	-------------------------------	-------------------

1. 目的

地域包括ケアの理念を踏まえ、地域包括ケアを推進していくに当たり介護支援専門員に求められる役割を理解する。また、利用者の暮らしの継続を支える上で知っておくべき各種制度や地域の社会資源の重要性を理解する。

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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。

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組が求められる背景の理解
 - 高齢化の進行に伴う社会背景変化、日本の人口構成・社会構造の変化、高齢者の尊厳の保持、住み慣れた地域での暮らしの継続の尊重
- 地域包括ケアシステムを構築する意義と目的の理解
 - ・ 地域包括ケアシステムの基本理念
 - ・ 地域包括ケアシステムの定義や基本的な考え方
 - ・ 地域包括ケアシステムの構成要素
 - 5つの構成要素、自助・互助・共助・公助の視点、多様な社会資源の連携、地域医療構想との関係性
- 地域包括支援センターの概要の理解
 - ・ 地域包括支援センターの役割
 - 法制度上の位置づけ、地域包括ケアシステムの中核的機関としての地域包括支援センター、地域のネットワーク構築、日常生活圏域の相談窓口、地域の関係機関との連携、将来の課題を見据えた予防的対応
 - ・ 地域包括支援センターの事業内容
 - 介護予防ケアマネジメント、事業対象者の把握、指定介護予防支援、総合相談支援、専門的援助機能、権利擁護及び成年後見制度等の活用促進、高齢者虐待や支援困難事例への対応、消費者被害の防止、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護支援専門員への日常的個別指導・相談、地域における介護支援専門員のネットワークの活用、地域のケアマネジメント力の強化
- 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の理解
 - ・ 多職種協働による地域のネットワーク
 - 医療と介護の連携、社会資源の発掘と開発、地域ケア会議の設置・運営
 - ・ 介護予防・日常生活支援総合事業
 - 総合事業を構成する各事業の内容及び対象者、市町村による効果的・効率的な事業実
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて介護支援専門員が果たすべき役割の理解
 - ・ 生活支援を基盤とした地域包括ケアシステムにおける役割
 - 住み慣れた地域での生活の支援、個々の高齢者の状況の把握、ニーズの的確な把握、地域資源の発掘、高齢者への情報提供
 - ・ 地域ケア会議への参加
 - 地域ケア会議の目的、地域ケア会議の機能の要点
 - 介護支援専門員が地域ケア会議に参加する意義
- 地域の社会資源の把握方法と活用
 - 社会資源の定義と範囲、社会資源を活用する意義
- 地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等の理解
 - ・ 関係しうる専門職
 - 介護職（介護福祉士、ホームヘルパー）
 - 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）
 - 相談支援専門員、民生児童委員
 - ・ 多様な関係機関
 - 医療機関、社会福祉協議会、保健所、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、地域活動支援センター、地域定着支援センター、相談支援事業者、地縁組織、地区社協、ボランティア団体、商店街・商店会）

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

前期:生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義

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

1. 目的

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

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

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

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

前期:ケアマネジメントに係る法令等の理解

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

1. 目的

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

- 介護保険制度に関する法令と関係性の理解
 - ・ 法令等を理解する意義と目的
 - ・ 法令等の関係性
 - ①法律 > ②政令 > ③省令 > ④告示 > ⑤通知 > ⑥事務連絡、⑦Q&A
 - 国と都道府県及び自治体の関係性
 - ・ 介護支援専門員の業務や役割と法令等の関係
- 地方自治体による条例等の理解
 - ・ 条例の位置づけ
 - 条例の意味、条例に関する基準
 - ・ 地方分権改革の経緯
 - 介護保険制度における地方分権の意味、地方分権一括法等により条例に委任された事項
- ケアマネジメントの実践において関連する介護保険法以外の法律等の理解
 - ・ 社会福祉法
 - ・ 老人福祉法および医療介護総合確保法
 - ・ 障害者自立支援法
 - ・ 生活保護法および生活困窮者自立支援法
 - ・ 育児・介護休業法
 - ・ 税法など

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

●法令遵守の理解

- ・ 法令順守の意味と位置づけ
 - 介護支援専門員の義務（介護保険法第 69 条の 34）
 - 指定居宅サービス事業者等の義務（介護保険法第 74 条第 6 項）
- ・ 法令遵守に関する事業者の体制整備

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

前期:実習オリエンテーション

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

1. 目的

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

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

5. 研修展開上の留意点

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

前期:ケアマネジメントの基礎技術に関する実習

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

1. 目的

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

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

5. 研修展開上の留意点

- ・ ケアマネジメントプロセスの実践にあたっての留意点を踏まえ、観察した結果を盛り込んだ実習報告書を作成するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。また、給付管理業務の流れについて理解を深められるよう講義を行う。
- ・ ケアマネジメントプロセスについて、指導者のもと、実習先で体験した結果を盛り込んだ実習報告書を作成するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう講義を実施する。
- ・ 実際の生活環境を観察した結果を盛り込んだ実習報告書を作成するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう講義を実施する。
- ・ 実習協力者の状況に合わせて実習をするために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう講義を実施する。

後期:実習振り返り

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

1. 目的

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

●実習の振り返り

- ・ 実習の振り返りのねらい
実習を通じて体感した言語化しにくい「迷い」、「悩み」、「不安」などを言語化、自分の理解が深まった点／習熟できていない点の明確化、後期に向けた研修目標の設定)
- ・ 研修記録シート、実習記録及び実習で作成したケアプランの振り返り
- ・ 実習で得た視点や課題認識の振り返り
 - ケアマネジメントプロセスの実践における自身の課題、ケアマネジメントの実践に対して専門職としての姿勢や倫理の観点から気づいたこと感じたこと、後期課程に向けた学習課題

●受講者間の意見交換による知識・技術の拡充と具体化

- 実習で感じた事項の言語化
- 他の受講者の認識と相対化することによる自分の課題の認識
- 後期過程に向けた目標設定

●後期課程における自己の目標設定

- 振り返り及び意見交換等を踏まえた後期過程の目標設定
- 研修記録シートへの記入

5. 研修展開上の留意点

- ・ 実習の振り返りを通じて、今後の学習課題や実習を通じて感じた倫理課題について確認するとともに、受講者間相互の話し合いにおいて、不足している知識について理解を深められるよう講義を行う。
- ・ ケアマネジメントプロセスに沿って、実習で作成した居宅サービス計画について説明するために必

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。

- ・ 必要に応じて演習を展開する。

後期:ケアマネジメントの展開:生活の継続を支える基本的なケアマネジメント

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

1. 目的

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

また、適切なケアマネジメント手法の基本的な考え方を理解するとともに、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。
- ・ 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。
- ・ 「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。
- ・ 「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、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関する講義を行う。

3. 修得目標

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

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

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

など)、誤嚥性肺炎

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

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

後期:ケアマネジメントの展開:脳血管疾患のある方のケアマネジメント

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

1. 目的

疾患の性質上、身体機能の制約や高次脳機能障害が生じやすい疾患の特徴を理解するとともに、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、典型的な疾患として脳血管疾患を例にとり、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する。

2. 概要

- ・ 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の講義を行う。
- ・ 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の講義を行う。
- ・ 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。
- ・ 脳血管疾患の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用に関する講義を行う。
- ・ リハビリテーションや福祉用具等、それらを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携協働に当たってのポイントを理解する。
- ・ 「適切なケアマネジメント手法」の疾患別ケア（脳血管疾患）の内容を踏まえ、脳血管疾患に特有な、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関する講義を行う。

3. 修得目標

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

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

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

- ・ 脳血管疾患の主な症状
 - 運動麻痺と感覚麻痺、摂食嚥下障害、言語障害（失語症と構音障害）、高次脳機能障害、脳血管性認知症（概要およびアルツハイマー型認知症等との症状の違い）
 - ・ 脳血管疾患の治療
 - 脳梗塞と脳出血の主な治療の流れ、再発を防止するための薬物療法などの継続的治療の必要性、薬物療法の留意点、原因疾患や合併症の理解と治療、併発疾患（高血圧症、糖尿病、心疾患など）がある場合の留意点
 - 脳血管疾患のある方のケアマネジメント
 - ・ 脳血管疾患のある方のケアマネジメントの留意点
 - 意向の把握と望む生活の継続、状況に応じた活動・参加の支援、再発の予防と生活機能の回復および維持、生活の継続を支える家族等の支援
 - ・ 脳血管疾患のある方のケアにおいて想定される支援内容
 - 概要と必要性、個別化に向けた検討のためのアセスメント/モニタリング項目
 - ・ 医療の関わり
 - 健康状態の把握、再発予防に向けた療養管理（医療系サービス、訪問看護、居宅療養管理指導、地域密着型サービス（看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型サービス等）
 - ・ 生活の場面での状況の把握と多職種連携
 - 生活の場面での状況の把握、かかりつけ医をはじめ医療職との情報共有、本人の意向や疾患の理解等を踏まえた総合的な援助の方針の共有と見直し
 - ・ 脳血管障害のリハビリテーション
 - 心身の状況の変化や経過の特徴、片麻痺の評価方法や回復段階、リハビリテーションの流れ
 - リハビリテーションチーム（専門医の役割、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）のそれぞれの役割、義肢装具士の役割
 - 介護保険分野でのリハビリテーション（訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、その他の介護サービスにおける機能訓練の役割と機能）
 - 「脳血管疾患のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性等の理解
 - ・ I期：再発防止
 - 血圧や疾病の管理の支援、服薬管理の支援、生活習慣の改善
 - ・ I期：生活機能の維持・向上
 - 心身機能の回復・維持、心理的回復の支援、活動と参加に関わる能力の維持・改善、リスク管理
 - ・ II期：継続的な再発予防
 - 血圧や疾病の自己管理の支援、服薬の自己管理、生活習慣の維持
 - ・ II期：セルフマネジメントへの移行
 - 心身機能の見直しとさらなる回復・維持、心理的回復の支援、活動と参加に関わる能力の維持・向上、リスク管理
- ※ I期：症状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期、II期：症状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期
- 多職種協働（チームアプローチ）による対応
 - ・ かかりつけ医との連携
 - ・ 多職種連携
 - リハビリテーション専門職との連携、看護師との連携、薬剤師との連携、管理栄養士等との連携、サービス事業者との連携
 - ・ 望む生活の実現と継続に向けたインフォーマルな地域資源との連携

5. 研修展開上の留意点

- ・ 疾患の性質上、身体機能の制約や高次脳機能障害が生じやすい疾患の特徴を確認するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 脳血管疾患のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割を確認するとともに、脳血

管疾患を有する方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容（環境調整、リハビリテーションを含む）について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。

- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、疾患別ケア（脳血管疾患）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成を実施するために必要な基本的な視点や知識を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

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

後期:ケアマネジメントの展開:認知症のある方のケアマネジメント

後期	ケアマネジメントの展開 認知症のある方のケアマネジメント	講義・演習 4時間
-----------	---	----------------------

1. 目的

認知症の特徴や療養上の留意点、起こりやすい課題を理解する。
また、認知症に特有な、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する。

2. 概要

- ・ 認知症の器質的障害種類別の原因、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理解する。
- ・ 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関する講義を行う。
- ・ 独居で認知症の要介護者等に対するアプローチの視点や方法を理解する。
- ・ 認知症の要介護者と同居している家族に対する支援や地域への配慮と協働の視点を持ったケアマネジメントの具体的な方法を修得する。
- ・ 認知症に伴う行動心理症状（BPSD）に対するアプローチの視点及びケアの手法を理解する。
- ・ 「適切なケアマネジメント手法」の疾患別ケア（認知症）の内容を踏まえ、認知症に特有な、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関する講義を行う。

3. 修得目標

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

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

●疾患の理解

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

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

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特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

後期:ケアマネジメントの展開:大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント

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

1. 目的

生活不活発病及び筋骨格系疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

また、典型的な疾患として大腿骨頸部骨折を例にとり、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する。

2. 概要

- ・ 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方法や、生活不活発病の原因、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。
- ・ 筋骨格系疾患や生活不活発病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。
- ・ 筋骨格系疾患や生活不活発病の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用方法等についての講義を行う。
- ・ リハビリテーション、福祉用具などを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携協働に当たってのポイントを理解する。
- ・ 「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）の内容を踏まえ、大腿骨頸部骨折に特有な、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関する講義を行う。

3. 修得目標

- ① 生活不活発病及び筋骨格系疾患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 生活不活発が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 生活不活発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 生活不活発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）を述べるができる。
- ⑤ （先輩や上司の指導を受けながら、）適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（大腿骨頸部骨折）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。

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

●疾患の理解

- ・ 大腿骨頸部骨折のある方のケアを理解する必要性
 - 高齢者における骨折と入院治療の傾向、骨折による生活への影響の大きさ、生活不活発やフレイルを進行させるリスク、回復による歩行回復の可能性
- ・ 筋骨格系の役割と構造
- ・ 高齢者に多い筋骨格系疾患の種類と特徴
 - 大腿骨頸部骨折、脊椎圧迫骨折、骨粗しょう症、変形性股関節症、変形性膝関節症、関節リウマチ、後縦靭帯骨化症、脊髄損傷
- ・ 生活不活発病の症状と予防
 - 筋委縮、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グスを踏まえた社会参加の回復、セルフマネジメントの支援
- ・ 大腿骨頸部骨折のある方のケアにおいて想定される支援内容
 - 再骨折の予防骨折前の生活機能の回復、セルフマネジメントへの移行
- ・ 医療の関わり
 - かかりつけ医との連携（背景となる疾患の有無と治療方針の確認）、回復期リハビリテーション、転倒リスクの評価に基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を活用した社会参加の回復の支援、再転倒に対する本人の受け止め（不安）に対する心理的支援

● 「大腿骨頸部骨折のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性の理解

- ・ I期：再骨折の予防
 - 転倒予防、骨粗しょう症の予防
- ・ I期：骨折前の生活機能の回復
 - 歩行の獲得、生活機能の回復、社会参加の回復
- ・ II期：再骨折の予防
 - 転倒予防、骨粗しょう症の予防
- ・ II期：セルフマネジメントへの移行
 - 介護給付サービスの終結に向けた理解の促進（自助・互助への移行）

※ I期：症状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期、II期：症状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期

● 多職種協働（チームアプローチ）による対応

- ・ かかりつけ医との連携
 - 治療方針の確認と共有、動作や安静の指示
- ・ サービス担当者会議を活用した方針共有
 - 治療方針と動作や安静の指示を踏まえ生活不活発とに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

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

6. 法定外研修への接続

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

後期:ケアマネジメントの展開:高齢者に多い慢性疾患の留意点の理解

後期	ケアマネジメントの展開 高齢者に多い慢性疾患の留意点の理解	講義 2時間
-----------	--	-------------------

1. 目的

高齢者に多い慢性疾患(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

2. 概要

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

3. 修得目標

- ① 高齢者に多い慢性疾患(糖尿病、高血圧、脂質異常症、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)の種類、原因、症状について述べることができる。
- ② 高齢者に多い慢性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ことができる。
- ③ 高齢者に多い慢性疾患等における療養上の留意点について述べることができる。
- ④ 高齢者に多い慢性疾患等の特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法について述べるができる。

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

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

- 診断方法と主な症状、薬物療法と非薬物療法、他疾患の発症リスク
- ・ 呼吸器疾患の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法
 - COPD の概要と診断、COPD の治療と生活への影響、在宅酸素療法の概要、誤嚥性肺炎の概要とリスク評価の必要性
- ・ 腎臓病の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法
 - 腎臓病の種類と進行段階、透析治療の概要、重度化防止のための療養上の留意点、薬物療法と非薬物療法、心疾患などの他疾患と併発している場合の療養上の留意
- ・ 肝臓病の概要、症状、診断および治療、予防・改善方法
 - 肝臓病の種類と進行段階、重度化防止のための療養上の留意点、薬物治療と非薬物治療、他疾患と併発している場合の療養上の留意点
- 高齢者に多い慢性疾患に関するアセスメント及び居宅サービス計画作成における留意点の理解
 - ・ かかりつけ医との連携
 - 疾患の進行段階を踏まえた治療方針の把握、生活の場面における療養上の留意点、併発疾患がある場合の相互影響の理解、動作や行動への制約がある場合のフレイル予防との両立
 - ・ 多職種連携の体制の確認
 - 疾患ごとの通院先等の確認、かかりつけ薬剤師等の有無の確認、本人の療養状況等の情報の共有
 - ・ 疾患の理解や治療方針に関する本人や家族の理解の状況の把握
 - 本人や家族の認識や理解の状況の把握、自身での療養の継続を支援する体制の検討

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

後期:ケアマネジメントの展開:看取りのケアマネジメントの理解

後期	ケアマネジメントの展開 看取りのケアマネジメントの理解	講義 2時間
-----------	--	-------------------

1. 目的

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

2. 概要

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

3. 修得目標

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

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

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

る時期、死が目前の時期

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

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

後期:ケアマネジメントの展開:心疾患のある方のケアマネジメント

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

1. 目的

心不全につながる心疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

また、典型的な疾患として心疾患を例にとり、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する。

2. 概要

- ・ 心不全につながる心疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害や留意点に関する講義を行う。
- ・ 心疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害に関する講義を行う。
- ・ 心疾患における療養上の留意点や起こりやすい課題に関する講義を行う。
- ・ 「適切なケアマネジメント手法」の疾患別ケア（心疾患）の内容を踏まえ、心疾患に特有な、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関する講義を行う。

3. 修得目標

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

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

●疾患の理解

- ・ 心疾患の特徴を理解する必要性
 - 高齢者の罹患者数が多いコモディージーズであること、再発と急激な重症化から治療・改善を繰り返して死に向かっていく傾向を辿る特徴、進行段階に応じた動作や行動の制約とフレイルの予防の両立が生活場面で重要であること、本人や家族の不安に対する心理的な支援も重要であること
- ・ 心疾患の特徴と進行段階
- ・ 心疾患による主な症状と治療
 - 心疾患の症状、心疾患の検査方法と診断、薬物治療と非薬物治療、動作や行動の制約

●心疾患のある方のケアマネジメント

- ・ 心疾患のある方のケアマネジメントの留意点
 - 医療との連携の重要性、再発及び再入院の予防に向けた療養と日常生活の支援、フレイルを進行させない活動と参加の支援、本人や家族の心理的な支援
- ・ 心疾患のある方のケアにおいて想定される支援内容

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

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

後期:ケアマネジメントの展開:誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント

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

1. 目的

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

また、誤嚥性肺炎の予防における、基本ケアの重要性、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する。

2. 概要

- ・ 誤嚥性肺炎の特徴や誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントにおける留意点等を踏まえた支援に当たってのポイントに関する講義を行う。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防における基本ケアの重要性を再確認する講義を行う。
- ・ 「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）の内容を踏まえ、誤嚥性肺炎の予防に特有な、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関する講義を行う。

3. 修得目標

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

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

●疾患の理解

- ・ 誤嚥性肺炎の予防を理解する必要性
 - 高齢者における誤嚥性肺炎の動向、誤嚥性肺炎の特徴（重症化する可能性、進行の速さ、生活に与える影響）、予防の必要性と有効性
 - ・ 誤嚥性肺炎の症状と治療
 - 誤嚥性肺炎の症状、医療における治療の概要
 - ・ 誤嚥性肺炎の予防に必要なリスク評価とケア
 - リスク評価の概要、予防のためのケア
- #### ●誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメント
- ・ 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントの留意点
 - リスク評価のための総合的なアセスメント、リスクの要因を捉えた予防、変化を捉える重要性、多職種連携の重要性

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

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

後期:ケアマネジメントの展開:他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント

後期	ケアマネジメントの展開 他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント	講義・演習 3時間
-----------	--	----------------------

1. 目的

他法他制度の活用が必要な事例（難病、虐待、生活困窮、障害者等）の特徴、対応する際の留意点を理解する。関連する他法他制度の内容や動向、対応時の他職種との連携・相互理解の必要性について理解する。

2. 概要

- ・ 他法他制度の活用が必要な事例（難病、虐待、生活困窮、障害者等）の特徴、対応する際の留意点に関する講義を行う。
- ・ 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を理解する。
- ・ 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を理解する。
- ・ 関連する他法他制度（高齢者虐待防止法、障害者自立支援法、生活困窮者自立支援法等）の内容や動向に関する講義を行う。
- ・ 障害者支援や生活困窮者支援を行う際の相談支援専門員との連携、相互理解の必要性についての講義を行う。

3. 修得目標

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

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

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

●難病のケアマネジメントの過程の理解

- ・ 受付及び相談並びに契約、アセスメントとニーズの把握
 - 利用者の理解、今後の療養方針・治療方針（意思決定）の支援、家族の支援
- ・ 居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議
- ・ モニタリング・評価

●高齢者虐待に関する基本的な考え方や動向の理解

- ・ 高齢者虐待の定義、背景・要因
- ・ 高齢者虐待防止法と関連施策
- ・ 高齢者虐待における介護支援専門員に期待される役割

●障害者支援・生活困窮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
- ・ 障害者自立支援法及び生活困窮者支援法と関連施策
- ・ 相談支援専門員との連携・相互理解におけるポイント

5. 研修展開上の留意点

- ・ 他法他制度の活用が必要な事例を学ぶ必要性について確認するとともに、他法他制度の活用が必要な事例の特徴、対応する際の留意点について理解を深められるよう、実践例も交えた講義を行う。
- ・ 関連する他法他制度（高齢者虐待防止法、障害者自立支援法、生活困窮者自立支援法等）の内容や動向について確認するとともに、他法他制度の活用が必要な事例のマネジメントを行う際の社会資源の活用に向けた関係機関との連携方法や状態に応じた多様なサービスの活用方法について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 難病のケアマネジメントの基本的な考え方やプロセス、医療や障害福祉の関係機関との連携・多職種連携の必要性について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
 - 他法他制度の最新の動向に関する事項
 - 地域の社会資源の現状・課題に関する事項
 - 地域の多様なサービス（インフォーマルサポートを含む）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

後期:アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習

後期	アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習	講義・演習 5時間
-----------	---------------------------------	----------------------

1. 目的

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

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

2. 概要

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

3. 修得目標

- ① 事例に応じたケアマネジメントについて説明できる。
- ② ケアマネジメントプロセスごとの課題について説明できる。
- ③ 講評を受け、今後の自己課題の設定を実施できる。
- ④ 自己の課題に応じた解決策について説明できる。
- ⑤ 事例を基にサービス担当者会議、モニタリング場面等を模擬的に実施できる。
- ⑥ 「科学的介護情報システム (LIFE)」をはじめとした、各種データや IT をケアマネジメントプロセスに活用することの意義や目的について説明できる。

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

- ケアマネジメントプロセスの実践
 - ・ 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習
 - ケアマネジメントプロセスの理解の復習、与えられた事例に関する情報の理解、ケアマネジメントの各プロセス（特にアセスメント過程）の留意点や視点の点検、ケアプラン作成の演習
 - ・ ケアマネジメントプロセスで使用する様式等の理解
 - 主な様式の理解、記録の必要性・重要性の理解、記入演習に基づく不明点等の課題の明確化
 - ・ ケアマネジメントプロセスごとの課題の振り返り
 - 自身のこれまでの学習と演習結果を踏まえた不明点等の課題の明確化
- サービス担当者会議の模擬実践
 - ・ 事例選定と事前準備
 - 事例の選定と事前準備、これまでの学習内容を踏まえた検討項目の立案
 - ・ サービス担当者会議の模擬実施
 - 会議の進行、意見を引き出す工夫、議論のまとめ、記録作成
 - ・ サービス担当者会議における課題の振り返り
 - 模擬実践を踏まえた不明点や不得意な点等の課題の明確化

- 各種データや IT のケアマネジメントプロセスへの活用に関する理解
 - ・ 「科学的介護情報システム (LIFE)」に関する制度政策、加算の動向
 - ・ 「科学的介護情報システム (LIFE)」の意義、目的、活用イメージ
 - ・ 「科学的介護情報システム (LIFE)」に入力するデータ項目
 - ・ その他の各種データや IT のケアマネジメントプロセスへの活用の視点

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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

後期:研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り

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

1. 目的

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

また、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理解を通じて、法定研修修了後の継続研修の活用につなげる。

2. 概要

- ・ 研修全体の振り返りを行うに当たって、グループ又は全体で意見交換を行い、専門的助言を含めて、研修における学習の成果や今後の学習課題への意識付けのための講義を行う。
- ・ 現場で生じる課題への対応を共同で研修する機会を作るため、研修受講者間においてネットワークの構築を図る。
- ・ 法定研修修了後の継続研修の活用を見据えて、具体的な自己研鑽の実施方法、地域における学びの場や機会の状況等についての講義を行う。

3. 修得目標

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

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

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

本資料は本事業の成果を取りまとめたものであり、正式なガイドラインとして確定したものではありません。

➤ 主体的な課題設定、OJT の活用、ネットワークを形成する意義

- 地域における学びの場や機会の紹介
- 生涯学習体系の理解

5. 研修展開上の留意点

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

6. 法定外研修への接続

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