

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

# 介護支援専門員専門研修 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。

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	6
(1)	「自ら学び続ける」方法の修得支援	6
(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)	専門研修課程Ⅰにおける具体的な評価方法	36
(6)	専門研修課程Ⅱにおける具体的な評価方法	38
6	各科目の展開方法	39
(1)	科目の構成(カリキュラム):専門研修課程Ⅰ	39
(2)	科目の構成(カリキュラム):専門研修課程Ⅱ	45
(3)	適切なケアマネジメント手法について	50

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) 各科目のガイドラインの構成と各項目の見方 .....	52
7 各科目のガイドライン【専門研修課程Ⅰ】.....	53
ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定 .....	54
介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状.....	56
ソーシャルケースワーク及びコミュニティソーシャルワーク .....	58
ケアマネジメントの実践における倫理 .....	60
生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の実践 .....	62
ケアマネジメントの演習：生活の継続を支える基本的なケアマネジメント .....	64
ケアマネジメントの演習：脳血管疾患のある方のケアマネジメント.....	67
ケアマネジメントの演習：認知症のある方のケアマネジメント.....	70
ケアマネジメントの演習：大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント .....	73
ケアマネジメントの演習：心疾患のある方のケアマネジメント.....	76
ケアマネジメントの演習：誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント.....	79
ケアマネジメントの演習：他法他制度な活用が必要な事例のケアマネジメント.....	81
個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習 .....	83
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.....	85
8 各科目のガイドライン【専門研修課程Ⅱ】.....	87
介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開 .....	88
ケアマネジメントの実践における倫理 .....	90
ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：生活の継続を支える基本的なケアマネジメント.....	92
ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：脳血管疾患のある方のケアマネジメント .....	95
ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：認知症のある方のケアマネジメント.....	98
ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント .....	101
ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：心疾患のある方のケアマネジメント.....	104
ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント.....	107
ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント.....	109

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。

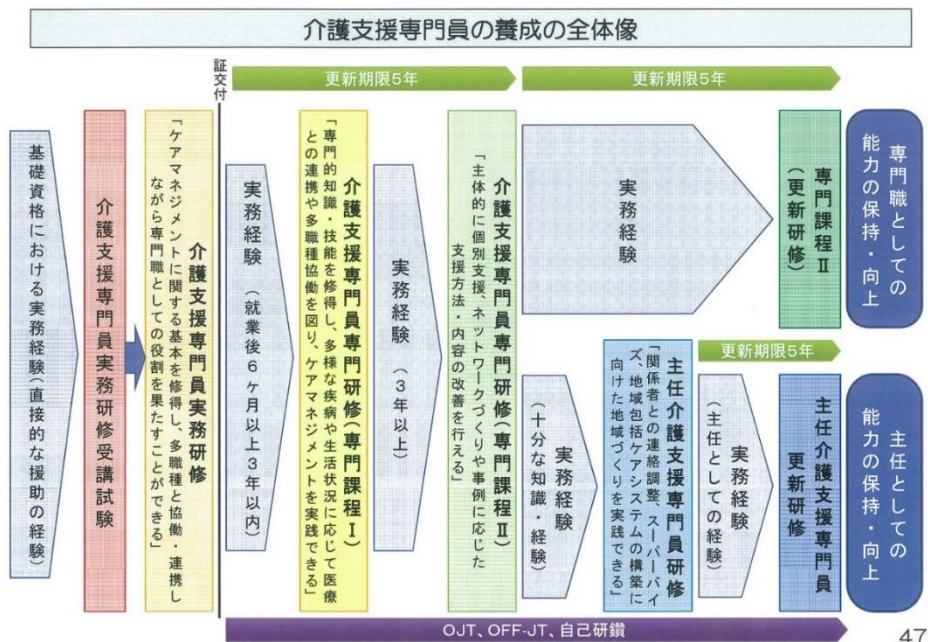
- ① 幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測や各職種の視点や知見に基づいた根拠のある支援の組み立てを行うことが介護支援専門員に求められていることを踏まえ、そのような社会的な要請に対応できる知識・技術を修得できるように科目の構成・内容を見直す
  - ・ 根拠のある支援の組み立ての基盤となる視点(適切なケアマネジメント手法や科学的介護(LIFE)等)を学ぶ内容を各科目類型に追加
  - ・ 高齢者の生活課題の要因等を踏まえた支援の実施に必要な知識や実践上の留意点を継続的に学ぶことができるように、適切なケアマネジメント手法の考え方を実務研修課程、専門研修課程Ⅰ、専門研修課程Ⅱ、主任研修課程、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

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) 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

### 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

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。

「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宝箱 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。

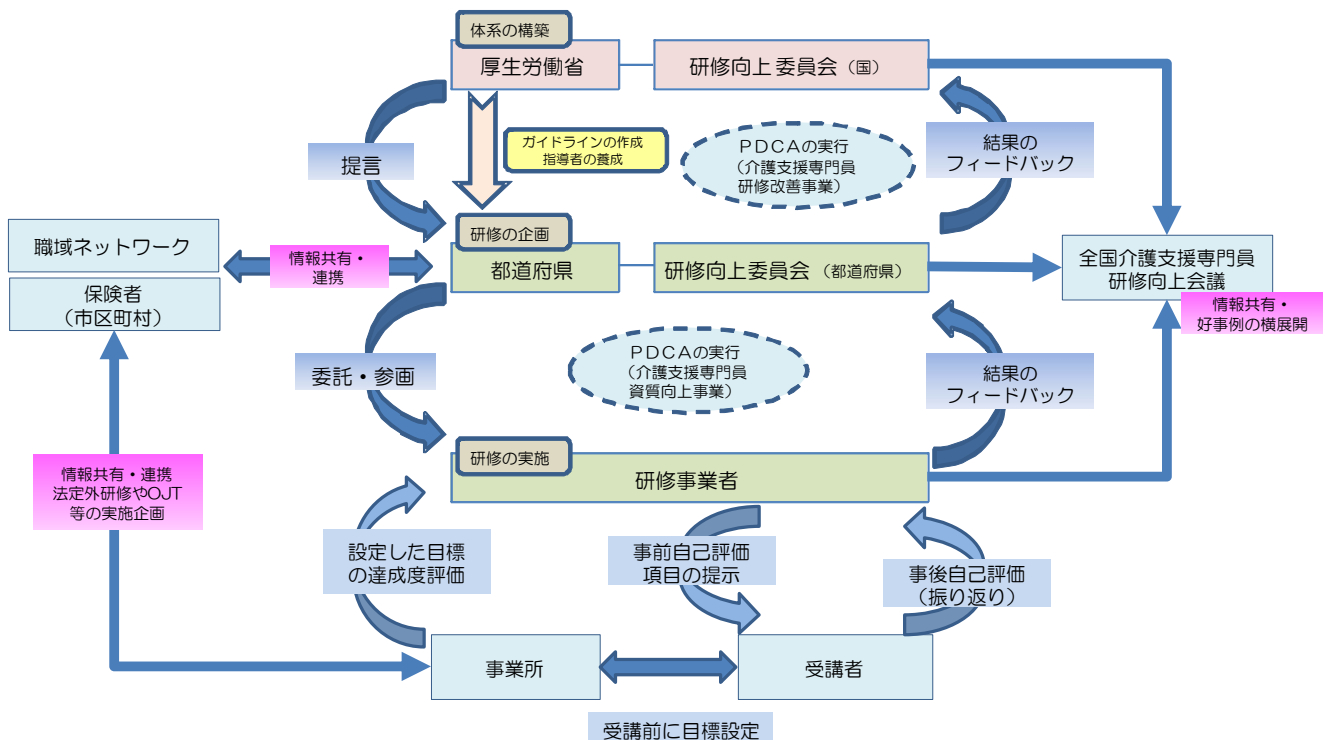
## ② PDCA サイクルによる継続的な研修の改善

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>



	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。 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ることで、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を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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>

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、専門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。

専門研修課程では、専門研修課程Ⅰの「ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定」、および専門研修課程Ⅰの「ケアマネジメントの演習」、専門研修課程Ⅱの「ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表」といった、いずれも講義・演習一体型の科目において、事例検討・事例研究のために活用することが想定される。

ただし、本様式は参考様式であるので、研修で利用する際は、専門研修課程を受講する受講者は業務において多様なアセスメントツールを利用して普段から利用しているアセスメントツールの種類によって情報の収集・整理・分析に対する視点が異なる場合もあることにも配慮が必要である。

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。

専門課程Ⅰの「ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定」では、介護支援専門員自身による振り返りとして活用することになる。一方、専門課程Ⅰの「ケアマネジメントの演習」においては、分析した要因に着目して複数の対応策の可能性を検討したりサービス担当者会議における多職種間で効果的に情報を共有したりといった活用が、専門課程Ⅱの「ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表」では地域ケア会議における事例検討や地域課題の検討を目的とした活用が期待される。

特に専門課程Ⅱにおける活用では、個別ケアの視点だけでなく、把握しながらもケアプランに反映できなかったニーズを特定することで、地域全体の課題の抽出につなげていく視点(一般化の視点)を持つためのツールの一つとして、課題整理総括表を活用することが期待される。

#### 専門研修Ⅰ・Ⅱにおける課題整理総括表を活用した学習の展開(例)

- ・自身の実践において情報の収集・整理・分析が適切かどうかを振り返り、自分の学習課題を確認する
- ・サービス担当者会議での多職種連携において、どのような情報を共有すればよいかを学習する
- ・個別事例においてケアプランに反映できなかった課題を起点として、地域の課題の抽出につなげていく視点や考え方を学習する

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](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。

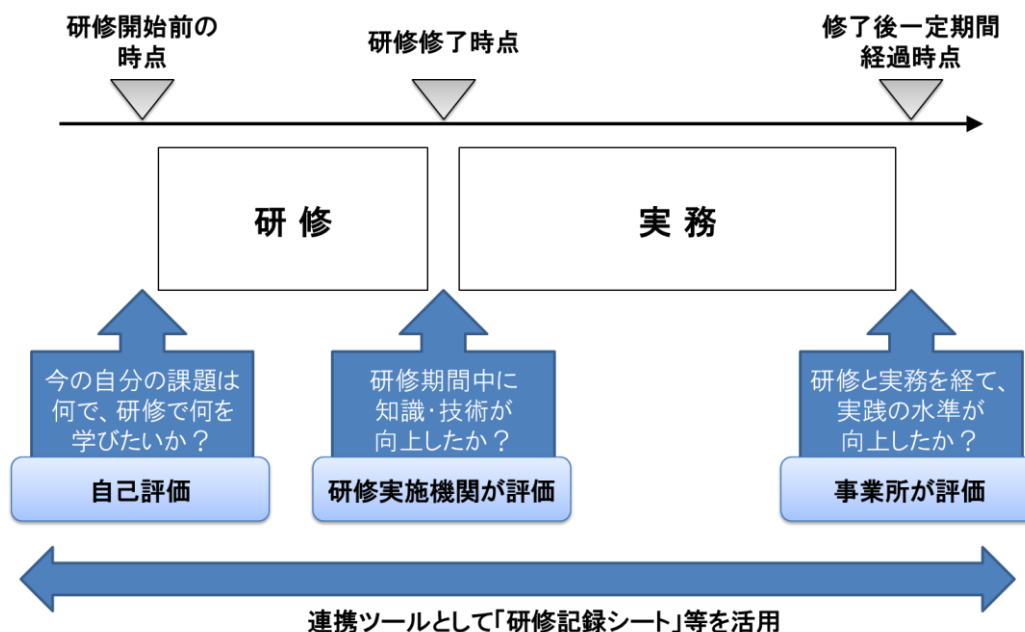
したがって、介護支援専門員養成研修における修了評価では、研修修了時点の評価だけを以て介護支援専門員の資質を測ろうとするものではなく、実務に戻ってから(又は実務を開始してから)の実践を踏まえて評価することが必要である。こうした評価を実現するために、研修修了時点の評価においては、単に「できた／できない」、「分かって

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

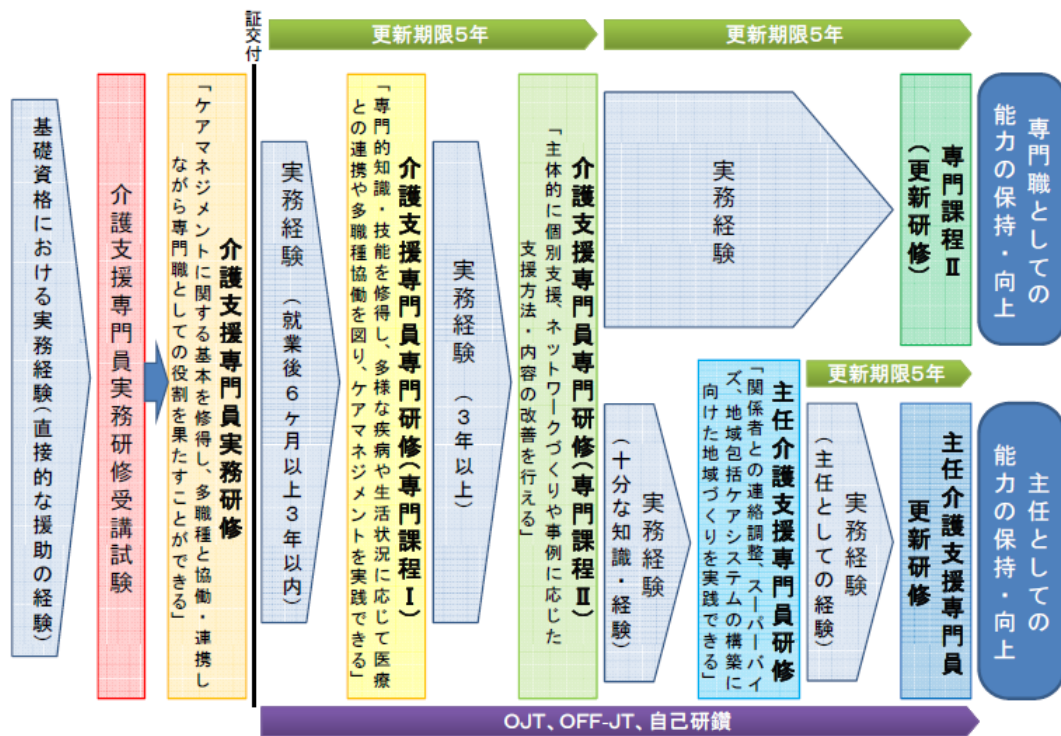
介護支援専門員養成研修カリキュラムでは、介護支援専門員の養成の全体像を図表のように整理し、この全体像を踏まえて各科目の修得目標が設定されている。

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くてはならない。

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"> <li>●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。</li> </ul> <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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■記入順は、管理者から先に記入します。</li> </ul> </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"> <li>■受講者はシート2、3を先に記入します。</li> <li>■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。</li> </ul> </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"> <li>●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。</li> <li>●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。</li> <li>●受講前・受講直後・受講後3ヶ月の時期に記入します。</li> <li>●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。</li> <li>●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。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>(1)受講前</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul> </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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul> </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"> <li>■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。</li> <li>■活用できた場面など備考欄に書き留めておきます。</li> </ul> </div>
<p>研修記録 シート3 (振り返り)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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。</li> <li>●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。</li> <li>●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。</li> <li>●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。</li> </ul>

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

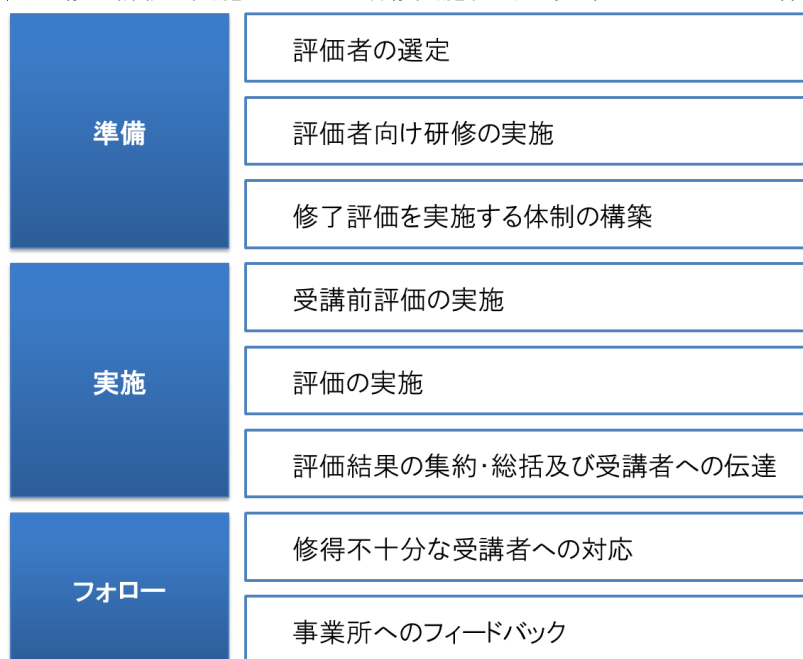
- ・ 受講前に、研修記録シート1で受講者とともに受講に際しての目標を設定し、当該研修の受講に期待することを設定し、受講者の研修受講への動機づけや、受講後の事業所での役割等を明確化する。
- ・ 受講後、実践後には、設定した目標に対する達成度や、事業所での役割等の変化を共有することで、継続した目標設定と評価を行う。

### (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

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。

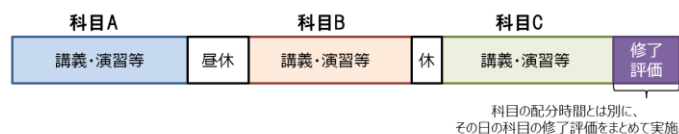
課程全体を通じた評価を行う場合は、その科目の研修が修了した最後の日に評価を実施することや、課程全体の振り返りの時間などを用いることで、効率かつ効果的な実施が可能となると考えられる。

図表8 修了評価の実施方法イメージ

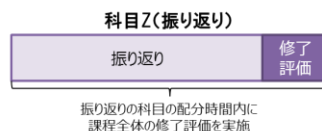
例1 各科目の配分時間内に修了評価を実施



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。

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) 専門研修課程 I における具体的な評価方法

### ① 基本方針

専門研修課程 I 全体での養成の目標は、「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」ことである。

特に、専門研修課程 I のカリキュラム見直しの視点・ポイントに(図表 7)も示す通り、「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」を重視している。また、実務研修終了後からの実務経験において、基本的な考え方や知識・技術などに大きく偏りがないかどうかを確認することも重要である。

なお、専門研修課程 I 修了後は、それまで以上により多様な事例に対し、広範な知識・技術を有して多様な情報提供・提案ができるようになることが期待されていることから、知識・技術の多様化も評価のポイントとなる。

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

専門研修課程 I 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、専門研修課程 I において、以下の評価は必ず実施すべきである。

#### < 専門研修課程 I で必ず評価すべき事項 >

##### (ア) 自身のケアマネジメント実践を振り返り自らの課題を理解していることの評価

ケアマネジメントの実践状況を振り返り、ケアマネジメントの基本に立脚した実践となっているかを確認し、各自の課題を具体的に理解する必要がある。

具体的には「ケアマネジメント実践の振り返りと学習課題の設定」科目での演習状況(持ちより事例)に基づく講師による評価とフィードバックを実施する等の方法が考えられる。

また、専門研修課程 I 修了後の継続学習効果を高めるため、全科目修了時点で自身の継続的な学習課題

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。

について、受講者各自が作成した「研修記録シート」の写しの提出を受けた上で、研修実施機関が個々の受講者の修得状況を把握する。これに加え、筆記方式により評価する。

(イ) ケアマネジメントの実践に必要な多様な知識・技術を理解・習熟していることの評価

さまざまな事例に対し、さまざまな社会資源及び介護給付サービスの活用例を理解し、それらをマネジメントする方法を理解することが必要である。

具体的には受講者自身による「研修記録シート」を活用した自己評価について、研修実施機関はその写しの提出を受け、ケアマネジメントの実践に必要な多様な知識・技術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。

これに加え全科目修了時点で、択一方式あるいは記述式の筆記試験による評価を実施し、不足する場合は補講や追加課題を課す等の方法も考えられる。

### 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、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から、「ケアマネジメント演習」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) 専門研修課程Ⅱにおける具体的な評価方法

### ① 基本方針

専門研修課程Ⅱの研修課程全体での養成の目標は、「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」ことである。

特に、専門研修課程Ⅱのカリキュラム見直しの視点・ポイント(図表 8)にも示す通り、繰り返し受講する研修となることから、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)」を重視している。つまり、個々の事例への対応における考え方や知識・技術の習熟にとどまることなく、一般化して考察し、広く対応することができる知識・技術・の修得が、評価のポイントとなる。

また、専門研修課程Ⅱには、多様な経験年数のメンバーが参加するため、評価においてもピアの視点を取り入れていく必要がある。

### ② 必ず実施すべきこと

専門研修課程Ⅱが更新研修として位置づけられていることを踏まえれば、介護支援専門員は、現場実践を行う専門職として継続的に能力の維持・向上を図ることが求められており、また上記①の基本方針も考慮すれば、専門研修課程Ⅱにおいて、以下の評価は必ず実施すべきである。

#### < 専門研修課程Ⅱで必ず評価すべき事項 >

##### (ア) 介護保険制度及び地域包括ケアシステムの最新の動向の理解の評価

介護支援専門員更新研修として、繰り返し受講する内容となることから、介護保険制度及び地域包括ケアシステムの最新の動向、自らの地域に関する直近の状況を理解することが必要である。

具体的には受講者自身による「研修記録シート」を活用した自己評価について、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、全科目を修了した時点で、択一方式あるいは記述式の筆記試験による評価を実施する等の方法も考えられる。

##### (イ) 個別支援事例から一般化して考察する姿勢や考え方の評価

専門研修課程Ⅱの修了者には、各事例への個別的な対応だけでなく、それらを一般化して考察し応用する姿勢や考え方が求められるため、演習を通じてそうした姿勢や考え方が習熟できているかを評価する必要がある。具体的には、「ケアマネジメントの実践事例の研究及び発表」のいずれかの1科目における演習(持ちより事例を利用した事例研究)の成果に基づく講師による評価とフィードバックを実施する等の方法が考えられる。

### 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から、全科目修了時点だけでなく、「介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向」科目修了時点においても、簡易な筆記試験を実施する。

さらに、事例研究に関する姿勢や考え方の習熟度を評価する観点から、「ケアマネジメントの実践事例の研究及び発表」の全科目の演習成果について評価する。

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。

## 6 各科目の展開方法

### (1) 科目の構成(カリキュラム):専門研修課程 I

専門研修課程 I について、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 56 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 2 より)

科 目	目 的	概 要	時間数
ケアマネジメン トにおける実践 の振り返り及び 課題の設定	介護支援専門員として の実践の振り返りを通 じて、ケアマネジメン トプロセスを再確認 し、専門職としての自 らの課題を理解する。 また、ケアマネジメン トプロセスに関する最 新の知見を確認し、最 新の知見を踏まえた実 践のあり方の見直しを 行う。	<ul style="list-style-type: none"> <li>各自の実践を省みる事により、ケアマネジメントプロセスにおける各項目の持つ意味と重要性に関して再確認し課題等を認識するための講義を行う。</li> <li>専門職としての知識技術を高めていく上での克服すべき課題等を認識する講義を行う。</li> <li>振り返りに当たっては、担当事例を活用することとし、担当事例におけるケアマネジメントの視点（アセスメントの結果から課題（ニーズ）を導き出すまでの考え方、当該課題（ニーズ）に対するサービスの選定理由等）を発表し、他の受講者との意見交換を通じて、自分自身の技量における課題を認識理解する。</li> <li>「科学的介護情報システム（LIFE）」をはじめとした、ケアマネジメントプロセスに関する最新の知見を確認し、最新の知見を踏まえた実践のあり方を考える講義を行う。</li> </ul>	講義・ 演習 8 時間
介護保険制度及 び地域包括ケア システムの現状	介護保険制度の最新の 動向や地域包括ケアシ ステムの構築や地域共 生社会の実現に向けた 現状の取組を理解した 上で、今後の地域包括 ケアシステムの展開に おける介護支援専門員 としての関わりを理解 する。また、地域包括ケ アシステムの中で、利 用者及びその家族を支 援していくに当たっ て、関連する制度等を 理解する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険制度の改正等の状況や地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現に向けた現状の取組及び課題に関する講義を行う。</li> <li>地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護支援専門員が果たすべき役割に関する講義を行う。</li> <li>利用者が、住み慣れた地域で自立した生活を継続するためには、利用者だけでなくその家族を支援するという視点も必要であることから、利用者の家族も含めた支援（仕事と介護の両立支援等）に関連する各種制度や社会資源に関する講義を行う。</li> <li>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。</li> <li>フォーマルだけでなくインフォーマルサポートとの連携やそれらの活用と働きかけに関する講義を行う。</li> </ul>	講義 3 時間

<p>ソーシャルケースワークコミュニティソーシャルワーク</p>	<p>ソーシャルケースワークとコミュニティソーシャルワークの違いと役割を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ソーシャルケースワークの考え方とコミュニティソーシャルワークの概念機能目的に関する講義を行う。</li> <li>・ ソーシャルケースワークに必要な知識技術及びコミュニティソーシャルワークの展開技法についての講義を行う。</li> <li>・ 個別事例の支援から地域課題の把握、課題の共有、課題解決に向けた地域づくりや資源開発などに至る一連のプロセスに関する講義を行う。</li> <li>・ 実際に取り組む場である地域ケア会議の意義や機能及び一連のプロセスの中における介護支援専門員としての役割に関する講義を行う。</li> <li>・ 個別事例の支援や地域課題の把握から解決に向け、保険者を含む多職種連携の意義やネットワーク作りの視点と方法に関する講義を行う。</li> </ul>	<p>講義 3 時間</p>
<p>ケアマネジメントの実践における倫理</p>	<p>認知症や終末期、身寄りのない方など、意思決定支援を必要とする利用者・世帯がさらに増加し、高齢者の尊厳を保持する必要性や社会的な要請が高まっていることを理解する。 また、ケアマネジメントを実践する上で感じた倫理的な課題を踏まえ、チームで対応していく際のチームアプローチの方法及び高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護支援専門員が備えるべき、利用者本位、自立支援、公正中立、権利擁護、守秘義務、利用者のニーズの代弁等の倫理に関する講義を行う。</li> <li>・ 人権の概念、利用者の尊厳の保持、介護支援専門員の倫理綱領、倫理原則、成年後見制度等に関する講義を行う。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的な課題とその課題に向き合うことの重要性を理解するための講義を行う。</li> </ul>	<p>講義 4 時間</p>
<p>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</p>	<p>実践を通じて感じた医療との連携や多職種協働に関する課題を踏まえ、今後の実践に向けて必要な知識・技術を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネジメントを実践する上で必要な疾病や医療との連携、多職種協働の必要性重要性を再確認するための講義を行う。</li> <li>・ これまでの実践を省みて課題を認識し、医療との連携や多職種協働を実践していくための課題解決の方法に関する講義を行う。</li> <li>・ 介護支援専門員から医療機関や多職種に情報を提供する際の留意点及び、医療機関や多職種から情報を収集</li> </ul>	<p>講義 4 時間</p>

		<p>する際の留意点についての講義を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス担当者会議や地域ケア会議における多職種との効果的な協働の手法に関する講義を行う。</li> </ul>	
<p>ケアマネジメントの演習</p> <p>生活の継続を支える基本的なケアマネジメント</p>	<p>高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。</p> <p>また、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踏まえたケアマネジメント手法を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネジメントを実践する上で必要な高齢者の生理、高齢者やその家族の心理、住環境や同居者の有無などそれぞれの要素と要素の関係性の重要性に関する講義を行う。</li> <li>・ それらの関係性を踏まえたアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等への具体的な展開方法など、支援に当たってのポイントを理解する。</li> <li>・ 高齢者の代表的な疾患や症候群別のケアマネジメントを学ぶことの有効性について理解する。</li> <li>・ 「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。</li> <li>・ 「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。</li> <li>・ 高齢者の生理、心理、生活環境等の構造的な理解を踏まえたケアマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策(居宅サービス計画の作成)が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。</li> </ul>	<p>講義・演習 4時間</p>
<p>ケアマネジメントの演習</p> <p>脳血管疾患のある方のケアマネジメント</p>	<p>脳血管疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。</p> <p>また、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を踏まえたケアマネジメント手法</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 脳血管疾患の特徴についての講義を行う。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 脳血管疾患の分類、症状、後遺症、生活障害の程度と身体機能の関係、廃用症候群との関係性についての講義を行う。</li> <li>・ 脳血管疾患の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用に関する講義を行う。</li> <li>・ リハビリテーションや福祉用具等、それらを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。</li> </ul>	<p>講義・演習 4時間</p>

	を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>「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。</li> <li>身体機能に制約や高次脳機能障害がある方のケアマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。</li> </ul>	
ケアマネジメントの演習 認知症のある方のケアマネジメント	認知症の特徴や療養上の留意点、起こりやすい課題の理解を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。また、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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>認知症における療養上の留意点、倫理的な対応及び起こりやすい課題に関する講義を行う。</li> <li>独居で認知症の要介護者等に対するアプローチの視点や方法を理解する。</li> <li>認知症の要介護者と同居している家族に対する支援や地域への配慮と協働の視点を持ったケアマネジメントの具体的な方法を修得する。</li> <li>認知症に伴う行動心理症状（BPSD）に対するアプローチの視点及びケアの手法を理解する。</li> <li>「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。</li> <li>認知症等より生活障害がある方のマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。</li> </ul>	講義・演習 4時間
ケアマネジメントの演習 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント	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を踏まえたケアマネジメント手法を	<ul style="list-style-type: none"> <li>筋骨格系疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害及び予防改善方法や、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。</li> <li>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。</li> <li>筋骨格系疾患や生活不活発病の要介護者等に対するリ</li> </ul>	講義・演習 4時間

	<p>修得する。</p> <p>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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。</p>	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ リハビリテーション、福祉用具などを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携協働に当たってのポイントを理解する。</li> <li>・ 「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。</li> <li>・ 生活不活発がある方のマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。</li> </ul>	
<p>ケアマネジメントの演習</p> <p>心疾患のある方のケアマネジメント</p>	<p>心不全につながる心疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。</p> <p>また、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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害及び予防改善方法に関する講義を行う。</li> <li>・ 心疾患における療養上の留意点や起こりやすい課題に関する講義を行う。</li> <li>・ 「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。</li> <li>・ 再発再入院を繰り返すリスクが大きい疾患（心疾患等）を有する方のマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識技術を修得する。</li> </ul>	<p>講義・演習 4時間</p>
<p>ケアマネジメントの演習</p> <p>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、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。</p> <p>また、誤嚥性肺炎の予防における、基本ケア</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 誤嚥性肺炎の特徴や誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントに関する講義を行う。</li> <li>・ 誤嚥性肺炎の予防における基本ケアの重要性を再確認する講義を行う。</li> <li>・ 「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</li> </ul>	<p>講義・演習 4時間</p>

	<p>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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。</p>	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。</li> </ul>	
<p>ケアマネジメントの演習 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踏まえたケアマネジメント手法を修得する。</p> <p>また、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の理解を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメントを行う際の社会資源の活用に向けた関係機関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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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）のケアマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。</li> </ul>	<p>講義・演習 4時間</p>
<p>個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習</p>	<p>指導・支援、コーチング、スーパービジョン等の違いを踏まえ、自らがそれらを受ける際の心構えや、専門職として不断に自己研鑽を行うことの重要性を理解する。</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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人で専門性を高めていく際に必要な視点、手法に関する講義を行う。</li> <li>・ 指導支援、コーチング、スーパービジョン等の基本的な考え方、内容、方法を理解するとともに、これらを受ける側と行う側双方に求められる姿勢に関する講義を行う。</li> <li>・ 個人で研鑽する場合と介護支援専門員相互間で研鑽する場合に求められる内容や手法とその関係性についての講義を行う。</li> <li>・ 専門職として継続した自己研鑽を行うことの重要性重</li> </ul>	<p>講義 4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。

	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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>要性について講義を行う。</li> <li>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。</li> </ul>	
研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	研修全体を通じた振り返りを行うことで、今後の学習課題を認識し、自己研鑽の意欲を高める。 また、研修受講者間でのネットワークの構築を図る。	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修全体の振り返りを行うに当たって、グループ又は全体で意見交換を行い、専門的助言を含めて、研修における学習の成果や今後の学習課題への意識付けのための講評を行う。</li> <li>現場で生じうる課題への対応や共同で研修する機会を作るため、研修受講者間においてネットワークの構築を図る。</li> </ul>	講義・演習 2時間

## (2) 科目の構成(カリキュラム): 専門研修課程Ⅱ

専門研修課程Ⅱについて、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 32 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2より)

科目	目的	概要	時間数
介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開	介護保険制度の最新の動向や地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現に向けた現状の取組を理解した上で、今後の地域包括ケアシステムの展開における介護支援専門員としての関わりを理解する。また、地域包括ケアシステムの中で、利用者及びその家族を支援していくに当たって、関連する制度等を理解する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険制度の改正等の最新状況や地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現に向けた現状の取組及び課題についての講義を行う。</li> <li>地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護支援専門員が果たすべき役割に関する講義を行う。</li> <li>利用者やその家族を支援する上で関連する最新の制度、動向及び社会資源に関する講義を行う。</li> <li>介護保険制度や介護支援専門員を取り巻く状況など現状で課題となっている事項に関する講義を行う。</li> </ul>	講義 4時間
ケアマネジメントの実践における倫理	ケアマネジメントの実践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、実践のあり方の見直しを行う。 また、ケアマネジメントを実践する上で感じ	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門研修課程Ⅰを終えてからの実践の振り返りを行う。</li> <li>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、実践のあり方の見直しを行う。</li> <li>ケアマネジメントを実践する上で感じた倫理的な課題の振り返りを行う。</li> <li>実践事例について、倫理的観点から振り返りを行い、自らの倫理的判断力を高める</li> </ul>	講義 2時間



	<p>た倫理的な課題の振り返りを行うとともに、高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向を確認し、実践のあり方の見直しを行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向を確認し、倫理的観点から実践のあり方の見直しを行う。</li> </ul>	
<p>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 生活の継続を支える基本的なケアマネジメント</p>	<p>高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。 また、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踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各自が担当している高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解を踏まえたケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識技術を修得する。</li> <li>・ 「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を想起し、更にケアマネジメントをすすめることに関する講義を行う。</li> </ul>	<p>講義・演習 3 時間</p>
<p>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 脳血管疾患のある方のケアマネジメント</p>	<p>脳血管疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。 また、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を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各自が担当している脳血管疾患がある方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。</li> <li>・ 「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。</li> <li>・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用することにより、生活機能の維持向上ができることに関する講義を行う。</li> </ul>	<p>講義・演習 4 時間</p>

<p>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表</p> <p>認知症のある方のケアマネジメント</p>	<p>得する。</p> <p>認知症の特徴や療養上の留意点、起こりやすい課題の理解を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。また、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を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各自が担当している認知症等により生活障害がある方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識技術を修得する。</li> <li>・ 「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。</li> <li>・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用することにより、生活機能の維持向上ができることに関する講義を行う。</li> </ul>	<p>講義・演習 4時間</p>
<p>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表</p> <p>大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント</p>	<p>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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。</p> <p>また、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を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各自が担当している大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。</li> <li>・ 「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。</li> <li>・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用することにより、生活機能の維持向上ができることに関する講義を行う。</li> </ul>	<p>講義・演習 4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>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 心疾患のある方のケアマネジメント</p>	<p>心不全につながる心疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。 また、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を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各自が担当している心疾患を有する方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。</li> <li>・ 「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。</li> <li>・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用することにより、生活機能の維持向上ができることに関する講義を行う。</li> </ul>	<p>講義・演習 4時間</p>
<p>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント</p>	<p>誤嚥性肺炎の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。 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を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各自が担当している誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。</li> <li>・ 「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。</li> <li>・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用することにより、生活機能の維持向上ができることに関する講義を行う。</li> </ul>	<p>講義・演習 3時間</p>
<p>ケアマネジメントにおける実践</p>	<p>他法他制度の活用が必要な事例（難病、虐待、</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各自が担当している他法他制度の活用が必要な方のケアマネジメント（難病、虐待、生活困窮、障害者等）に</li> </ul>	<p>講義・演習 4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>事例の研究及び 発表 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>生活困窮、障害者等)の 特徴、対応する際の留 意点を踏まえたケアマ ネジメント手法を修得 する。また、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 要性についての理解を 踏まえたアセスメント や居宅サービス計画等 作成ができ、他の事例 にも対応できる知識・ 技術を修得する。</p>	<p>関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に 関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切 なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画 等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの 留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用 する等により、別の類似の事例等にも広く対応するこ とができる知識技術を修得する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 他法他制度の活用が必要な事例の特徴、対応する際の 留意点に関する講義を行う。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用す ることにより、生活機能の維持向上ができることに関 する講義を行う。</li> </ul>	<p>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。

### (3) 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](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を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。

#### (4) 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。

## 7 各科目のガイドライン【専門研修課程Ⅰ】

# 介護支援専門員専門研修Ⅰ 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。



## ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定

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

### 1. 目的

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

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

### 2. 概要

- ・ 各自の実践を省みる事により、ケアマネジメントプロセスにおける各項目の持つ意味と重要性に関して再確認し課題等を認識するための講義を行う。
- ・ 専門職としての知識技術を高めていく上での克服すべき課題等を認識する講義を行う。
- ・ 振り返りに当たっては、担当事例を活用することとし、担当事例におけるケアマネジメントの視点（アセスメントの結果から課題（ニーズ）を導き出すまでの考え方、当該課題（ニーズ）に対するサービスの選定理由等）を発表し、他の受講者との意見交換を通じて、自分自身の技量における課題を認識理解する。
- ・ 「科学的介護情報システム（LIFE）」をはじめとした、ケアマネジメントプロセスに関する最新の知見を確認し、最新の知見を踏まえた実践のあり方を考える講義を行う。

### 3. 修得目標

- ① 自己のケアマネジメントプロセスの客観的な評価を行うことができる。
- ② ケアマネジメントプロセスの中で得意不得意を認識し活動の修正を行うことができる。
- ③ ケアマネジメントプロセスに関する最新の知見を踏まえた、実践のあり方の見直しを行うことができる。
- ④ 自己のケアマネジメントプロセスの客観的な評価結果に基づき、今後の学習課題の設定を行うことができる。

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

- 実務研修を終えてからの実践の振り返り
  - ・ 実践の振り返り、学習目標の設定への接続、研修記録シート
- ケアマネジメントプロセスの重要性の確認
  - ・ ケアマネジメントの基本理念・意義
    - 利用者の尊厳の保持、自己決定の支援と権利擁護、公平性・中立性の確保、自立支援、チームアプローチ、家族支援、専門職の責務
  - ・ ケアマネジメントプロセス
    - インテーク、アセスメント、プランニング、サービス担当者会議、モニタリング、評価、終結及びフォローアップ
- ケアマネジメントを取り巻く環境等の確認
  - ・ ケアマネジメントプロセスに関する最新の知見
    - 科学的介護、適切なケアマネジメント手法
  - ・ 高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向

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。

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

## 5. 研修展開上の留意点

- ・自己のケアマネジメントプロセスの客観的な評価を行うとともに、ケアマネジメントプロセスにおける自身の得意不得意の認識を踏まえた活動の修正を行うために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ケアマネジメントプロセスに関する最新の知見を踏まえた、実践のあり方の見直しを行うために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・自己のケアマネジメントプロセスの客観的な評価の結果に基づき、今後の学習課題の設定を行うために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する
- ・必要に応じて演習を展開する。

## 6. 法定外研修への接続

- ・地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
  - 最新の法制度改正に関する事項
  - 地域での多職種を交えた事例の振り返りや検討
  - 地域ケア会議の参加への意識づけ
  - ケアプランチェック（点検）項目に関する事項

## 介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状

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

### 1. 目的

介護保険制度の最新の動向や地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現に向けた現状の取組を理解した上で、今後の地域包括ケアシステムの展開における介護支援専門員としての関わりを理解する。また、地域包括ケアシステムの中で、利用者及びその家族を支援していくに当たって、関連する制度等を理解する。

### 2. 概要

- ・ 介護保険制度の改正等の状況や地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現に向けた現状の取組及び課題に関する講義を行う。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護支援専門員が果たすべき役割に関する講義を行う。
- ・ 利用者が、住み慣れた地域で自立した生活を継続するためには、利用者だけでなくその家族を支援するという視点も必要であることから、利用者の家族も含めた支援（仕事と介護の両立支援等）に関連する各種制度や社会資源に関する講義を行う。
- ・ 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。
- ・ フォーマルだけでなくインフォーマルサポートとの連携やそれらの活用と働きかけに関する講義を行う。

### 3. 修得目標

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

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

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

#### ルサポートの整備動向

- 介護支援専門員が果たすべき役割の理解
  - ・ 利用者の意思決定を支える専門職としての役割
    - 尊厳の保持、自己決定、意思決定支援、自立支援、相談援助過程
  - ・ ケアチームの一員としての役割
    - 状況に応じたケアチームの構成、多職種連携、地域の社会資源のコーディネーション、チームによるアセスメントとモニタリング
- 利用者のニーズに合わせた社会資源の理解
  - ・ フォーマルな社会資源の種類と活用
    - 医療機関、保健所、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、相談支援事業者（相談支援専門員）、地域活動支援センター、地域定着支援センター、医療職（医師、看護師、保健師、准看護師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、管理栄養士、栄養士）、福祉職（介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、社会福祉主事）、法曹職、司法機関
  - ・ インフォーマルサポートの種類と活用
    - 自治会、民生児童委員、社会福祉協議会・地区社会福祉協議会、ボランティア、商店街の活動、自主防災組織、地域運営組織（RMO）
  - ・ 社会資源を活用する視点
    - その人が望む生活の継続の支援、望む生活の実現に向けた社会資源の選択、虐待や支援困難事例での活用
  - ・ 地域ケア会議および包括的・継続的ケアマネジメント事業の理解と活用
- 家族に対する支援についての再確認
  - ・ 家族に対する支援の重要性と必要性
  - ・ 仕事と介護の両立支援
  - ・ ヤングケアラーへの支援
  - ・ 家族の支援に関する法制度や事業等の動向
  - ・ 家族の支援における介護支援専門員の役割

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ 介護保険制度等の改正内容とその理由について確認するとともに、地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現にむけた現状及び展開における課題について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築にむけて介護支援専門員の果たすべき役割について確認するとともに、個別支援における地域ケアチームの一員としての役割について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 利用者の家族も含めた社会資源の動向や、家族に対する支援の重要性、支援に関連する法制度や事業等の動向について確認するとともに、利用者ニーズに応じた多様な社会資源の活用について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。

## 6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
  - 最新の法制度改正に関する事項
  - 地域における地域包括ケアシステムの現状・課題に関する事項
  - 地域における地域共生社会に向けた取組の現状・課題に関する事項
  - 地域における地域ケア会議に関する取組の現状・課題に関する事項
  - 各地域の保健福祉計画や保険医療計画に関する事項

## ソーシャルケースワーク及びコミュニティソーシャルワーク

	<b>ソーシャルケースワークコミュニティソーシャルワーク</b>	<b>講義 3時間</b>

### 1. 目的

ソーシャルケースワークとコミュニティソーシャルワークの違いと役割を理解する。

### 2. 概要

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

### 3. 修得目標

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

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

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

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。

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

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ ソーシャルケースワークおよびコミュニティソーシャルワークの概念・機能・目的について確認するとともに、ソーシャルケースワークに必要な知識・技術、コミュニティソーシャルワークの展開技法について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 地域づくりや資源開発などに至る一連のプロセスについて理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 地域ケア会議における介護支援専門員の役割と、地域ケア会議の活用における留意点について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 保険者を含む多職種との連携の必要性と、連携における留意点について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。

## 6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
  - 地域特性、地域資源、地域課題に関する事項
  - 地域における地域ケア会議の実施状況・課題に関する事項
  - 地域課題を把握するためのソーシャルワーク技術に関する事項
  - 障害者福祉をはじめとする他法他制度に関する事項

## ケアマネジメントの実践における倫理

	<b>ケアマネジメントの実践における倫理</b>	<b>講義 4時間</b>
--	--------------------------	-------------------

### 1. 目的

認知症や終末期、身寄りのない方など、意思決定支援を必要とする利用者・世帯がさらに増加し、高齢者の尊厳を保持する必要性や社会的な要請が高まっていることを理解する。

また、ケアマネジメントを実践する上で感じた倫理的な課題を踏まえ、チームで対応していく際のチームアプローチの方法及び高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等を理解する。

### 2. 概要

- ・ 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 高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向を踏まえた、実践のあり方の倫理的視点からの見直しを行うことができる。
- ② 介護支援専門員としての倫理原則に基づいた、ケアマネジメントプロセスの実施ができる。
- ③ 高齢者の権利を擁護するために活用できる制度、必要な支援内容、サービス等の提案ができる。

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

- 介護支援専門員の基本姿勢の再確認
  - ・ 介護支援専門員の基本倫理
    - 基本的人権の尊重、主体性の尊重、個性の重視、利用者本位の支援、公正中立、守秘義務
  - ・ 介護支援専門員の倫理綱領
    - 一般社団法人日本介護支援専門員協会が定める倫理綱領
  - ・ ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的課題とその課題に向き合う重要性
- 高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向の理解
  - ・ 権利擁護
    - 権利擁護の必要性、高齢者虐待防止、虐待を把握したときの対応、成年後見制度
  - ・ 意思決定支援
    - 意思決定支援の必要性、意思決定支援のプロセス、意思決定支援に関する各種ガイドライン（認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン、身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン）、家族介護者の支援に関するガイドライン（市町村・地域包括支援センターによる家族介護者支援マニュアル）
- 実践の振り返り

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。

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

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ 高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向を踏まえた、実践のあり方の倫理的視点からの見直しができるように講義を行う。
- ・ 介護支援専門員としての倫理原則に基づいたケアマネジメントプロセスを実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 高齢者の権利を擁護するために活用できる制度の内容を確認するとともに、必要な支援内容、サービス等の提案に必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。

## 6. 法定外研修への接続

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



## 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の実践

<b>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</b>	<b>講義 4時間</b>
-------------------------------------	-------------------

### 1. 目的

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

### 2. 概要

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

### 3. 修得目標

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

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

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

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ 個別支援における医療の関わりについて確認するとともに、医療機関や多職種に情報を提供したり、情報を収集したりする際の留意点について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ サービス担当者会議において多職種との効果的な意見交換を実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 地域ケア会議での効果的な協働に関する手法等について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。

## 6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
  - 医療と介護の連携、多職種連携の強化に向けた最新の法制度改正に関する事項
  - 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
  - 多職種合同による研修会に関する事項

## ケアマネジメントの演習：生活の継続を支える基本的なケアマネジメント

<b>ケアマネジメントの演習</b> <b>生活の継続を支える基本的なケアマネジメント</b>	<b>講義・演習</b> <b>4時間</b>
--	----------------------------

### 1. 目的

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

### 2. 概要

- ・ ケアマネジメントを実践する上で必要な高齢者の生理、高齢者やその家族の心理、住環境や同居者の有無などそれぞれの要素と要素の関係性の重要性に関する講義を行う。
- ・ 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。
- ・ 「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。
- ・ 高齢者の生理、心理、生活環境等の構造的な理解を踏まえたケアマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。

### 3. 修得目標

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

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

- 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解の確認
  - ・ 高齢者の特性および健康状態と生活機能を構造的に捉える視点
    - ICF の理解、ICF が策定された背景、構造的に捉える必要性と有効性
  - ・ 高齢者に多い代表的な疾患や症候群
    - 認知症、脳血管疾患、骨折（大腿骨頸部骨折）、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、本人の有する疾患に関係なく共通する視点、疾患別ケアマネジメントに共通する基本的な視点、個々の専門職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、意向の把握を前提に詳細な情報収集を通じた課題抽出、視点の抜け漏れを防ぐための活用
- 基本ケアで想定される支援内容とその必要性等
  - ▶ 尊厳を重視した意思決定の支援、これまでの生活の尊重と継続の支援、家族等への支援

### ●疾患別ケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割

- 疾患別ケアマネジメントを学ぶ必要性
  - ▶ 高齢者に多い疾患や症候群、医療的支援が必要な要介護高齢者等の動向、利用者が望む生活の継続を支えるうえで必要な医療との連携
- 疾患別ケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割
  - ▶ 利用者の尊厳の保持、意思決定過程の支援、生活の継続の支援、利用者の生活の視点に立った多職種間での連携（情報の収集と共有）

## 5. 研修展開上の留意点

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

## 6. 法定外研修への接続

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

## ケアマネジメントの演習：脳血管疾患のある方のケアマネジメント

<b>ケアマネジメントの演習 脳血管疾患のある方のケアマネジメント</b>	<b>講義・演習 4時間</b>
---	----------------------

### 1. 目的

脳血管疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

また、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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

### 2. 概要

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

### 3. 修得目標

- ① 脳血管疾患の特徴について説明できる。
- ② 望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて説明できる。
- ③ 脳血管疾患のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ④ 脳血管疾患を有する方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容（環境調整、リハビリテーションを含む）を説明できる。
- ⑤ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、疾患別ケア（脳血管疾患）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。
- ⑥ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、必要な支援内容やサービス等複数の提案ができる。

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

#### ●疾患の理解の確認

- ・ 脳血管疾患の特徴を理解する必要性
  - 要介護認定の原因疾患としての脳血管疾患、脳血管疾患の特徴（生活習慣病等を背景とした再発の可能性、再発により生活機能が悪化するリスク）、本人が望む生活の実現に向けた活動・参加

#### の工夫とリハビリテーションの重要性

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

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ 脳血管疾患の特徴を確認するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて理解を深められるよう、実践

例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。

- ・ 脳血管疾患のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割を確認するとともに、脳血管疾患を有する方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容（環境調整、リハビリテーションを含む）について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（脳血管疾患）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成を実施するために必要な基本的な視点や知識を修得する
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等の提案を実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

## 6. 法定外研修への接続

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



## ケアマネジメントの演習：認知症のある方のケアマネジメント

<b>ケアマネジメントの演習 認知症のある方のケアマネジメント</b>	<b>講義・演習 4時間</b>
---	----------------------

### 1. 目的

認知症の特徴や療養上の留意点、起こりやすい課題の理解を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。また、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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

### 2. 概要

- ・ 認知症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。
- ・ 認知症等より生活障害がある方のマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。

### 3. 修得目標

- ① 認知症の特徴や療養上の留意点、起こりやすい課題について説明できる。
- ② 認知症における療養上の留意点・倫理的な対応及び、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて説明できる。
- ③ 認知症のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ④ 認知症のある方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容（家族に対する支援や地域への配慮と協働の視点を含む）を説明できる。
- ⑤ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（認知症）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。
- ⑥ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等複数の提案ができる。

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

#### ●疾患の理解の確認

- ・ 認知症の特徴を理解する必要性
  - 要介護認定の原因疾患としての認知症、認知症のある要介護高齢者の動向と将来見通し、認知症に伴う生活障害、本人を中心とした認知症ケアの重要性、意思決定支援過程の支援の必要性
- ・ 認知症の特徴と中核症状及び行動・心理症状（BPSD）
  - 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、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の理解
  - 軽度認知症障害（MCI）
- 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（モニタリング）、状況に応じた意思決定支援チームの組成、インフォーマルな地域資源を含めた状況の共有、かかりつけ医等の本人の状況を総合的に捉える医療職との連携

## 5. 研修展開上の留意点

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

## 6. 法定外研修への接続

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

## ケアマネジメントの演習：大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント

<b>ケアマネジメントの演習</b> <b>大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント</b>	<b>講義・演習</b> <b>4時間</b>
---	----------------------------

### 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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

### 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改善方法や、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。
- ・ 生活不活発がある方のマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。

### 3. 修得目標

- ① 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）を説明できる。
- ⑤ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（大腿骨頸部骨折）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。
- ⑥ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等複数の提案ができる。

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

#### ●疾患の理解の確認

- ・ 大腿骨頸部骨折のある方のケアを理解する必要性
  - 高齢者における骨折と入院治療の傾向、骨折による生活への影響の大きさ、生活不活発やフレイルを進行させるリスク、歩行回復の可能性
- ・ 筋骨格系の役割と構造及び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、骨粗鬆症、変形性股関節症、変形性膝関節症、間接リウマチ、後縦靭帯骨化症、脊髄損傷
  - ・ 生活不活発病の症状
    - 筋萎縮、骨萎縮、関節拘縮、循環器への影響、呼吸器への影響、消化器への影響、うつ・不安・見当識障害・せん妄・睡眠覚醒リズム障害、褥瘡
  - 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント
    - ・ 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントの留意点
      - 骨折の背景や経緯の把握、骨折前の生活（特に家庭や地域での役割）の把握、リハビリテーションの活用による生活機能と歩行の回復、本人の意欲やストレン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、環境整備とリハビリテーション
    - ・ 医療の関わり
      - かかりつけ医との連携（背景となる疾患の有無と治療方針の確認）、回復期リハビリテーション、転倒リスクの評価に戻づく転倒予防のためのリハビリテーション、骨粗しょう症の治療
    - ・ 生活の場面で活用しうる地域資源
      - 通所・訪問リハビリテーション、機能訓練、用具や住環境の整備、インフォーマルな地域資源も活用した社会参加の回復の支援、再転倒に対する本人の受け止めに対する心理的支援
  - 「大腿骨頸部骨折のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性の理解
    - ・ I期：再骨折の予防
      - 転倒予防、骨粗しょう症の予防
    - ・ I期：骨折前の生活機能の回復
      - 歩行の獲得、生活機能の回復、社会参加の回復
    - ・ II期：再骨折の予防
      - 転倒予防、骨粗しょう症の予防
    - ・ II期：セルフマネジメントへの移行
      - 介護給付サービスの終結に向けた理解の促進（自助・互助への移行）
- ※ I期：症状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期、II期：症状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期
- 多職種協働（チームアプローチ）による対応
  - ・ かかりつけ医との連携
    - 治療方針の確認と共有、動作や安静の指示
  - ・ サービス担当者会議を活用した方針共有
    - 治療方針と動作や安静の指示を踏まえ生活不活発とならないよう適度な活動量の維持のための具体的な支援方針の共有
  - ・ モニタリング
    - 生活機能の回復状況、生活不活発のリスクの把握、本人の認識や意向を踏まえたセルフマネジメントへの移行

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ 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、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について確認するとともに、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容（リハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用を含む）について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。

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

## 6. 法定外研修への接続

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

## ケアマネジメントの演習：心疾患のある方のケアマネジメント

<b>ケアマネジメントの演習</b> <b>心疾患のある方のケアマネジメント</b>	<b>講義・演習</b> <b>4時間</b>
---	----------------------------

### 1. 目的

心不全につながる心疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

また、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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

### 2. 概要

- ・ 心疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害及び予防改善方法に関する講義を行う。
- ・ 心疾患における療養上の留意点や起こりやすい課題に関する講義を行う。
- ・ 「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。
- ・ 再発再入院を繰り返すリスクが大きい疾患（心疾患等）を有する方のマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識技術を修得する。

### 3. 修得目標

- ① 心疾患の特徴について説明できる。
- ② 心疾患のある方のケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて説明できる。
- ③ 心疾患のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ④ 心疾患のある方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容を説明できる。
- ⑤ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（心疾患）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。
- ⑥ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等複数の提案ができる。

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

#### ●疾患の理解の確認

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

#### ●心疾患のある方のケアマネジメント

- ・ 心疾患のある方のケアマネジメントの留意点
  - 医療との連携の重要性、再発及び再入院の予防に向けた療養と日常生活の支援、フレイルを進行

させない活動と参加の支援、本人や家族の心理的な支援

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

## 5. 研修展開上の留意点

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



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。

- ・ 必要に応じて演習を展開する。

## 6. 法定外研修への接続

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

## ケアマネジメントの演習：誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント

<b>ケアマネジメントの演習</b> <b>誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント</b>	<b>講義・演習</b> <b>4時間</b>
--	----------------------------

### 1. 目的

誤嚥性肺炎の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

### 2. 概要

- ・ 誤嚥性肺炎の特徴や誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントに関する講義を行う。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防における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。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。

### 3. 修得目標

- ① 誤嚥性肺炎の特徴について説明できる。
- ② 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて説明できる。
- ③ 誤嚥性肺炎の予防における基本ケアの重要性を説明できる。
- ④ 誤嚥性肺炎の予防における介護支援専門員の役割について説明できる。
- ⑤ 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容を説明できる。
- ⑥ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（誤嚥性肺炎の予防）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。
- ⑦ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等複数の提案ができる。

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

#### ●疾患の理解の確認

- ・ 誤嚥性肺炎の予防を理解する必要性
  - 高齢者における誤嚥性肺炎の動向、誤嚥性肺炎の特徴（重症化する可能性、生活に与える影響）、予防の必要性と有効性
- ・ 誤嚥性肺炎の症状と治療および誤嚥性肺炎の予防に必要なリスク評価とケア
  - 誤嚥性肺炎の症状、医療における治療の概要、リスク評価の概要、予防のためのケア

#### ●誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメント

- ・ 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントの留意点

- リスク評価のための総合的なアセスメント、リスクの要因を捉えた予防、変化を捉える重要性、多職種連携の重要性
- ・ 医療との関わり
  - リスク評価における専門職との連携、変化を捉えた医療への繋ぎ
- ・ 生活の場面での予防と多職種連携
- 「誤嚥性肺炎の予防のためのケア」において想定される支援内容とその必要性等の理解
- ・ リスクの評価
  - 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解、リスクの評価
- ・ 日常的な発症及び再発の予防
  - 摂食嚥下機能の支援、リスクを小さくする支援、誤嚥防止のリハビリテーション
- ・ リスクの再評価
- ・ 変化を把握したときの対応体制の構築

## 5. 研修展開上の留意点

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

## 6. 法定外研修への接続

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

## ケアマネジメントの演習：他法他制度な活用が必要な事例のケアマネジメント

<b>ケアマネジメントの演習</b> <b>他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント</b>	<b>講義・演習</b> <b>4時間</b>
--	----------------------------

### 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踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

また、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の理解を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

### 2. 概要

- ・ 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ケアマネジメントを行う際の社会資源の活用に向けた関係機関との連携方法や状態に応じた多様なサービスの活用方法を理解する。
- ・ 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。
- ・ 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）のケアマネジメントに関する1つの事例について様々な状況等を勘案した、実践しうる複数の対応策（居宅サービス計画の作成）が検討できるよう、必要な知識・技術を修得する。

### 3. 修得目標

- ① 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ケアマネジメントを行う際に社会資源の活用に向けた関係機関との連携方法や状態に応じた多様なサービスの活用を実施できる。
- ④ 関連する他法他制度（高齢者虐待防止法、障害者自立支援法、生活困窮者支援法等）の内容や動向について説明できる。
- ⑤ 他法他制度の活用が必要な事例について、事例の特徴や留意点を踏まえたアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。

### 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。

- 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

- ・ 対応する際の留意点
  - スクリーニングでの対応、各制度との連携及び併用する場合の留意点
- 難病のケアマネジメントの理解
  - ・ 「難病」の定義、難病ケアマネジメントの特徴・特殊性、制度の理解、医療や障害福祉の関係機関との連携・多職種連携、療養者のQOL・社会参加に関する支援、患者・家族の会
- 難病のケアマネジメントの過程の理解
  - ・ 受付及び相談並びに契約、アセスメントとニーズの把握
    - 利用者の理解、今後の療養方針・治療方針（意思決定）の支援、家族の支援
  - ・ 居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議
  - ・ モニタリング・評価
- 高齢者虐待に関する基本的な考え方や動向の理解
  - ・ 高齢者虐待の定義、背景・要因
  - ・ 高齢者虐待防止法と関連施策
  - ・ 高齢者虐待における介護支援専門員に期待される役割
- 障害者支援・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、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 関連する他法他制度（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ケアマネジメントを行う際の社会資源の活用に向けた関係機関との連携方法や状態に応じた多様なサービスの活用方法について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 難病のケアマネジメントの基本的な考え方やプロセス、医療や障害福祉の関係機関との連携・多職種連携の必要性について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 他法他制度の活用が必要な事例について、事例の特徴や留意点を踏まえたアセスメントや居宅サービスの計画等の作成を実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

## 6. 法定外研修への接続

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

## 個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習

<b>個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習</b>	<b>講義 4時間</b>
------------------------------	-------------------

### 1. 目的

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

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

- ・ 個人で専門性を高めていく際に必要な視点、手法に関する講義を行う。
- ・ 指導支援、コーチング、スーパービジョン等の基本的な考え方、内容、方法を理解するとともに、これらを受ける側と行う側双方に求められる姿勢に関する講義を行う。
- ・ 個人で研鑽する場合と介護支援専門員相互間で研鑽する場合に求められる内容や手法とその関係性についての講義を行う。
- ・ 専門職として継続した自己研鑽を行うことの必要性重要性について講義を行う。
- ・ 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 個人学習や実践活動を促進するために指導を受けることができる。
- ② 自らが指導を受ける態度に配慮できる。
- ③ 生涯学習を意識して自己学習の計画を立案できる。
- ④ 教える為の考え方・内容・方法(コーチング・スーパービジョン等)の意義について説明できる。
- ⑤ 自己評価と他者評価の必要性について説明できる。
- ⑥ 専門職としての継続的な自己研鑽の必要性について説明できる。
- ⑦ 地域における学びの場や機会の状況について述べることができる。

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

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

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

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ 個人学習や実践活動を促進に向けた指導を受けるために必要な基本的な視点や知識・技術を習得できるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。また、自らが指導を受ける態度に配慮できるような促しを行う。
- ・ 生涯学習を意識して自己学習の計画を立案するために必要な基本的な視点や知識・技術を習得できるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 教える為の考え方・内容・方法(コーチング・スーパービジョン等) の意義について確認するとともに、自己評価と他者評価の必要性について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 専門職としての継続的な自己研鑽の必要性について確認するとともに、地域における学びの場や機会の状況について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。

## 6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
  - 地域における人材確保・育成の現状・課題に関する事項
  - OJT を含む事業所内研修の効果的な実施方法に関する事項
  - 地域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
  - 地域における生涯学習の取組に関する事項

## 研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り

	<b>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</b>	<b>講義・演習 2時間</b>
--	-------------------------------------	----------------------

### 1. 目的

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

### 2. 概要

- ・ 研修全体の振り返りを行うに当たって、グループ又は全体で意見交換を行い、専門的助言を含めて、研修における学習の成果や今後の学習課題への意識付けのための講評を行う。
- ・ 現場で生じうる課題への対応や共同で研修する機会を作るため、研修受講者間においてネットワークの構築を図る。

### 3. 修得目標

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

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

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

### 5. 研修展開上の留意点

- ・ 指導する側と受ける側の姿勢について確認する。
- ・ 学習内容についての個人としての振り返り、地域での学習活動の振り返りを実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 継続した自己研鑽の意義について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた



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。

講義を行う。

- ・ 研修受講者間での意見交換による今後の学習課題の判断、研修受講者間でのネットワークの構築を実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

## 6. 法定外研修への接続

- ・ 地域の特性に応じた知識の習得や、習得した知識の実践応用の実現に向けて以下のような事項に関する法定外研修を実施することが考えられる。
  - 地域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
  - 地域における介護支援専門員同士や多職種とのネットワークに関する事項

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【専門研修課程Ⅱ】

# 介護支援専門員専門研修Ⅱ 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。

## 介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開

	<b>介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開</b>	<b>講義 4時間</b>
--	---------------------------------	-------------------

### 1. 目的

介護保険制度の最新の動向や地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現に向けた現状の取組を理解した上で、今後の地域包括ケアシステムの展開における介護支援専門員としての関わりを理解する。また、地域包括ケアシステムの中で、利用者及びその家族を支援していくに当たって、関連する制度等を理解する。

### 2. 概要

- ・ 介護保険制度の改正等の最新状況や地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現に向けた現状の取組及び課題についての講義を行う。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護支援専門員が果たすべき役割に関する講義を行う。
- ・ 利用者やその家族を支援する上で関連する最新の制度、動向及び社会資源に関する講義を行う。
- ・ 介護保険制度や介護支援専門員を取り巻く状況など現状で課題となっている事項に関する講義を行う。

### 3. 修得目標

- ① 介護保険制度等の改正の内容とその理由について説明することができる。
- ② 地域の社会資源を活用したケアマネジメントを実施できる。
- ③ 地域包括ケアシステムの構築に向けて地域課題の解決における介護支援専門員が果たすべき役割を具体的に実施できる。
- ④ 介護保険制度の中で課題解決のために新たな社会資源と関連付けた対応を実施できる。
- ⑤ 地域包括ケアシステムの構築に向けた現状の取り組みや課題の解決のために介護支援専門員として具体的な行動を実施できる。

### 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。

- 介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状と動向の確認
  - ・ 介護保険制度および地域包括ケアシステムの動向
    - 地域包括ケアシステムが求められる背景、地域包括ケアシステム及び介護保険制度の基本理念、近年の介護保険制度改正の動向、介護保険制度に関する統計やデータ、地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み
  - ・ 介護給付サービスとそれ以外の社会資源の動向
    - 各介護給付サービスに関する制度改正、関連する他法他制度の動向、地域におけるインフォーマルサポートの整備動向
  - ・ 地域共生社会の実現に向けた取り組みの動向
- 介護支援専門員が果たすべき役割の再確認
  - ・ 利用者の意思決定を支える専門職としての役割
    - 尊厳の保持、自己決定、意思決定支援、自立支援、相談援助過程
  - ・ ケアチームの一員としての役割
    - 状況に応じたケアチームの構成、多職種連携、地域の社会資源のコーディネーション、チームによるアセスメントとモニタリング

#### ●利用者のニーズに合わせた社会資源を活用したケアマネジメントの理解

- ・ フォーマルな社会資源の種類と活用
  - 医療機関、保健所、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、相談支援事業者（相談支援専門員）、地域活動支援センター、地域定着支援センター、医療職（医師、看護師、保健師、准看護師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、管理栄養士、栄養士）、福祉職（介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、社会福祉主事）、法曹職、司法機関
- ・ インフォーマルサポートの種類と活用
  - 自治会、民生児童委員、社会福祉協議会・地区社会福祉協議会、ボランティア、商店街の活動、自主防災組織、地域運営組織（RMO）
- ・ 社会資源を活用する視点
  - その人が望む生活の継続の支援、望む生活の実現に向けた社会資源の選択、虐待や支援困難事例での活用
- ・ 地域ケア会議および包括的・継続的ケアマネジメント事業の理解と活用

### 5. 研修展開上の留意点

- ・ 介護保険制度等の改正の内容とその理由について理解を深めるとともに、地域の社会資源を活用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・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築や地域課題の解決に向けて、介護支援専門員が果たすべき役割を実践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。
- ・ 介護保険制度の中での課題解決に向けて、新たな社会資源と関連付けた対応を実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けた現状の取り組みや課題の解決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。また、介護支援専門員として具体的な行動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。

### 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
  - 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
  - 各地域の保健福祉計画や保険医療計画に関する事項

## ケアマネジメントの実践における倫理

	<b>ケアマネジメントの実践における倫理</b>	<b>講義 2時間</b>
--	--------------------------	-------------------

### 1. 目的

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、実践のあり方の見直しを行う。

また、ケアマネジメントを実践する上で感じた倫理的な課題の振り返りを行うとともに、高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向を確認し、実践のあり方の見直しを行う。

### 2. 概要

- ・ 専門研修課程 I を終えてからの実践の振り返りを行う。
- ・ 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、実践のあり方の見直しを行う。
- ・ ケアマネジメントを実践する上で感じた倫理的な課題の振り返りを行う。
- ・ 実践事例について、倫理的観点から振り返りを行い、自らの倫理的判断力を高める
- ・ 高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向を確認し、倫理的観点から実践のあり方の見直しを行う。

### 3. 修得目標

- ① 高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向を踏まえた、実践のあり方の倫理的視点からの見直しを行うことができる。
- ② ケアマネジメントプロセスに関する最新の知見を踏まえた、実践のあり方の見直しを行うことができる。
- ③ 介護支援専門員としての倫理原則に基づいた、ケアマネジメントプロセスの実施ができる。
- ④ 高齢者の権利を擁護するために活用できる制度、必要な支援内容、サービス等の提案ができる。

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

- 介護支援専門員の基本姿勢の再確認
  - ・ 介護支援専門員の基本倫理
    - 基本的な人権の尊重、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
  - ・ ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的課題とその課題に向き合う重要性
- 高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の理解
  - ・ 権利擁護
    - 権利擁護の必要性、高齢者虐待防止、虐待を把握したときの対応、成年後見制度
  - ・ 意思決定支援
    - 意思決定支援の必要性、意思決定支援のプロセス、意思決定支援に関する各種ガイドライン（認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン、身寄りが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）
- ケアマネジメント実践において直面しやすい倫理的課題とそれに向き合う重要性

- ・ 倫理的な視点に立った実践の振り返り
- ・ 倫理的課題に対する専門職としての捉え方の検討

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ 高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等の動向やケアマネジメントプロセスに関する最新の知見を踏まえた、実践のあり方の倫理的視点を含めた見直しができるように講義を行う。
- ・ 居宅サービス計画等の実践事例について、倫理的な視点で普遍化して考察し、他の事例等への応用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。
- ・ 介護支援専門員としての倫理原則に基づいたケアマネジメントプロセスを実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 高齢者の権利を擁護するために活用できる制度の内容を確認するとともに、必要な支援内容、サービス等の提案に必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。

## 6. 法定外研修への接続

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

## ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：生活の継続を支える基本的なケアマネジメント

<b>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 生活の継続を支える基本的なケアマネジメント</b>	<b>講義・演習 3時間</b>
--	----------------------

### 1. 目的

高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。  
また、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踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。

### 2. 概要

- ・ 各自が担当している高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解を踏まえたケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識技術を修得する。
- ・ 「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を想起し、更にケアマネジメントをすすめること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を踏まえたマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。
- ② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。
- ③ 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。
- ④ 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。
- ⑤ 医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。
- ⑥ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用したケアマネジメントを実施できる。
- ⑦ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、基本ケアに関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。
- ⑧ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等を提案できる。

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

- 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解の確認
  - ・ 高齢者の特性と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、本人の有する疾患に関係なく共通する視点、疾患別ケアマネジメントに共通する基本的な視点、個々の専門職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、意向の把握を前提に詳細な情報収集を通じて課題の抽出、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）
- 実践事例の研究における考え方
- 別の類似の事例等への応用
  - ▶ 各種統計データの活用や事例の共通の課題
- 地域の社会資源の活用
- インフォーマルサポートの活用

## 5. 研修展開上の留意点

- 意見交換を通じて、高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解を踏まえたケアマネジメントに関する居宅サービス計画等の実践事例を分析し評価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、分析し評価した内容を受講者間で共有することで、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断するために必要な基本的な視点や知識・技術の修得ができるように講義を行う。
- 根拠となる各種統計データを必要に応じて活用し、他の事例にも応用できる共通事項、個別性の強い事項等を明らかにすることで、別の類似の事例や医療職をはじめとする多職種との連携等にも広く対応するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用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・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、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や必要な支援内容やサービス等の提案を実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。



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。

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

## ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：脳血管疾患のある方のケアマネジメント

	<b>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 脳血管疾患のある方のケアマネジメント</b>	<b>講義・演習 4時間</b>

### 1. 目的

脳血管疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

また、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を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。

### 2. 概要

- ・ 各自が担当している脳血管疾患がある方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。
- ・ 「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。
- ・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用することにより、生活機能の維持向上ができることに関する講義を行う。

### 3. 修得目標

- ① 脳血管疾患がある方のケアマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。
- ② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。
- ③ 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。
- ④ 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。
- ⑤ 医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。
- ⑥ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用したケアマネジメントを実施できる。
- ⑦ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（脳血管疾患）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。
- ⑧ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等を提案できる。

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

#### ●疾患の理解の確認

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

- 「梗塞型」(脳梗塞)、「出血型」(脳出血)、運動麻痺と感覚麻痺、摂食嚥下障害、言語障害(失語症と構音障害)、高次脳機能障害、脳血管性認知症(概要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、適切な時期の効果的なりハビリテーション
    - ・ 脳血管疾患のある方のケアにおいて想定される支援内容
      - 概要と必要性、個別化に向けた検討のためのアセスメント/モニタリング項目
    - ・ 医療の関わり
      - 健康状態の把握、再発予防に向けた療養管理(医療系サービス、訪問看護、居宅療養管理指導、地域密着型サービス(看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型サービス等)
    - ・ 生活の場面での状況の把握と多職種連携
      - 生活の場面での状況の把握、かかりつけ医をはじめ医療職との情報共有、本人の意向や疾患の理解等を踏まえた総合的な援助の方針の共有と見直し
    - ・ 脳血管障害のリハビリテーション
      - 心身の状況の変化や経過の特徴、片麻痺の評価方法や回復段階、リハビリテーションの流れ、リハビリテーションチーム(専門医の役割、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれの役割、義肢装具士の役割、介護保険分野でのリハビリテーション(訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、その他の介護サービスにおける機能訓練の役割と機能)
    - ・ 地域の社会資源(インフォーマルサポート等)を活用したケアマネジメント
  - 「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
- 脳血管疾患のある方の実践事例の研究
  - ・ 別の類似の事例への応用
    - 各種統計データの活用、事例に共通する課題の抽出、課題解決
  - ・ 地域の社会資源(インフォーマルサポート等)の活用

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ 意見交換を通じて、脳血管疾患がある方のケアマネジメントに関する居宅サービス計画等の実践事例を分析し評価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、分析し評価した内容を受講者間で共有することで、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断するために必要な基本的な視点や知識・技術の修得ができるように講義を行う。
- ・ 根拠となる各種統計データを必要に応じて活用し、他の事例にも応用できる共通事項、個別性の強い事項等を明らかにすることで、別の類似の事例や医療職をはじめとする多職種との連携等にも広く対応するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用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・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、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や必要な支援内容やサービス等の提案を実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

## 6. 法定外研修への接続

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

## ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：認知症のある方のケアマネジメント

<b>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 認知症のある方のケアマネジメント</b>	<b>講義・演習 4時間</b>
---	----------------------

### 1. 目的

認知症の特徴や療養上の留意点、起こりやすい課題の理解を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。また、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を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。

### 2. 概要

- ・ 各自が担当している認知症等により生活障害がある方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識技術を修得する。
- ・ 「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。
- ・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用することにより、生活機能の維持向上ができることに関する講義を行う。

### 3. 修得目標

- ① 認知症等により生活障害がある方のケアマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。
- ② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。
- ③ 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。
- ④ 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。
- ⑤ 医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。
- ⑥ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用したケアマネジメントを実施できる。
- ⑦ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（認知症）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。
- ⑧ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等を提案できる。

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

#### ●疾患の理解の確認

- ・ 認知症の特徴を理解する必要性
  - 要介護認定の原因疾患としての認知症、認知症のある要介護高齢者の動向と将来見通し、認知症に伴う生活障害、本人を中心とした認知症ケアの重要性、意思決定支援過程の支援の必要性
- ・ 認知症の特徴と中核症状及び行動・心理症状（BPSD）
  - 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、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への理解
  - 軽度認知症障害 (MCI)
- 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な地域資源との連携
- ・ 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 (モニタリング)、状況に応じた意思決定支援  
チームの組成、インフォーマルな地域資源を含めた状況の共有、かかりつけ医等の本人の状況を総合的に捉える医療職との連携
- 認知症のある方の実践事例の研究
- ・ 別の類似の事例への応用

- ▶ 各種統計データの活用、事例に共通する課題の抽出、課題解決
- ・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）の活用

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ 意見交換を通じて、認知症等により生活障害がある方のケアマネジメントに関する居宅サービス計画等の実践事例を分析し評価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、分析し評価した内容を受講者間で共有することで、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断するために必要な基本的な視点や知識・技術の修得ができるように講義を行う。
- ・ 根拠となる各種統計データを必要に応じて活用し、他の事例にも応用できる共通事項、個別性の強い事項等を明らかにすることで、別の類似の事例や医療職をはじめとする多職種との連携等にも広く対応するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用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・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、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や必要な支援内容やサービス等の提案を実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

## 6. 法定外研修への接続

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

## ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント

	<b>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント</b>	<b>講義・演習 4時間</b>

### 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を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

また、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を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。

### 2. 概要

- 各自が担当している大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。
- 「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。
- 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用することにより、生活機能の維持向上ができることに関する講義を行う。

### 3. 修得目標

- ① 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。
- ② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。
- ③ 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。
- ④ 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。
- ⑤ 医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。
- ⑥ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用したケアマネジメントを実施できる。
- ⑦ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（大腿骨頸部骨折）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。
- ⑧ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等を提案できる。

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

#### ●疾患の理解の確認

- 大腿骨頸部骨折のある方のケアを理解する必要性
  - 高齢者における骨折と入院治療の傾向、骨折による生活への影響の大きさ、生活不活発やフレイルを進行させるリスク、歩行回復の可能性
- 筋骨格系の役割と構造及び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、骨粗鬆症、変形性股関節症、変形性膝関節症、間接リウマチ、



#### 後縦靭帯骨化症、脊髄損傷

- ・ 生活不活発病の症状
  - 筋萎縮、骨萎縮、関節拘縮、循環器への影響、呼吸器への影響、消化器への影響、うつ・不安・見当識障害・せん妄・睡眠覚醒リズム障害、褥瘡
- 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント
  - ・ 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントの留意点
    - 骨折の背景や経緯の把握、骨折前の生活（特に家庭や地域での役割）の把握、リハビリテーションの活用による生活機能と歩行の回復、本人の意欲やストレン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、環境整備とリハビリテーション
  - ・ 医療の関わり
    - かかりつけ医との連携（背景となる疾患の有無と治療方針の確認）、回復期リハビリテーション、転倒リスクの評価に戻づく転倒予防のためのリハビリテーション、骨粗しょう症の治療
  - ・ 生活の場面で活用しうる地域資源
    - 通所・訪問リハビリテーション、機能訓練、用具や住環境の整備、インフォーマルな地域資源も活用した社会参加の回復の支援、再転倒に対する本人の受け止めに対する心理的支援
- 「大腿骨頸部骨折のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性の理解
  - ・ I期：再骨折の予防
    - 転倒予防、骨粗しょう症の予防
  - ・ I期：骨折前の生活機能の回復
    - 歩行の獲得、生活機能の回復、社会参加の回復
  - ・ II期：再骨折の予防
    - 転倒予防、骨粗しょう症の予防
  - ・ II期：セルフマネジメントへの移行
    - 介護給付サービスの終結に向けた理解の促進（自助・互助への移行）
- ※ I期：症状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期、II期：症状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期
- 多職種協働（チームアプローチ）による対応
  - ・ かかりつけ医との連携
    - 治療方針の確認と共有、動作や安静の指示
  - ・ サービス担当者会議を活用した方針共有
    - 治療方針と動作や安静の指示を踏まえ生活不活発とならないよう適度な活動量の維持のための具体的な支援方針の共有
  - ・ モニタリング
    - 生活機能の回復状況、生活不活発のリスクの把握、本人の認識や意向を踏まえたセルフマネジメントへ
- 大腿骨頸部骨折のある方の実践事例の研究
  - ・ 別の類似の事例への応用
    - 各種統計データの活用、事例に共通する課題の抽出、課題解決
  - ・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）の活用

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ 意見交換を通じて、大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントに関する居宅サービス計画等の実践事例を分析し評価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、分析し評価した内容を受講者間で共有することで、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断するために必要な基本的な視点や知識・技術の修得ができるように講義を行う。

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。

- ・ 根拠となる各種統計データを必要に応じて活用し、他の事例にも応用できる共通事項、個別性の強い事項等を明らかにすることで、別の類似の事例や医療職をはじめとする多職種との連携等にも広く対応するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用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・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、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や必要な支援内容やサービス等の提案を実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

## 6. 法定外研修への接続

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

## ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：心疾患のある方のケアマネジメント

<b>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 心疾患のある方のケアマネジメント</b>	<b>講義・演習 4時間</b>
---	----------------------

### 1. 目的

心不全につながる心疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

また、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を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。

### 2. 概要

- ・ 各自が担当している心疾患を有する方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。
- ・ 「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。
- ・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用することにより、生活機能の維持向上ができることに関する講義を行う。

### 3. 修得目標

- ① 心疾患を有する方のケアマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。
- ② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。
- ③ 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。
- ④ 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。
- ⑤ 医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。
- ⑥ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用したケアマネジメントを実施できる。
- ⑦ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、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。
- ⑧ 適切なケアマネジメント手法の考え方に基づき、必要な支援内容やサービス等を提案できる。

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

#### ●疾患の理解の確認

- ・ 心疾患の特徴を理解する必要性
  - 高齢者の罹患者数が多いコモディ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及び心疾患による主な症状と治療  
心疾患の症状、心疾患の検査方法と診断、薬物治療と非薬物治療、動作や行動の制約)
  - 心疾患のある方のケアマネジメント
  - ・ 心疾患のある方のケアマネジメントの留意点
    - 医療との連携の重要性、再発及び再入院の予防に向けた療養と日常生活の支援、フレイルを進行させない活動と参加の支援、本人や家族の心理的な支援
  - ・ 心疾患のある方のケアにおいて想定される支援内容
    - 再入院の予防、生活機能の維持・向上、EOL（エンドオブライフ）の準備の支援
  - ・ 医療の関わり
    - かかりつけ医との連携、心疾患の進行段階に応じた療養方針の理解、日常生活での療養を支える体制の構築、再発し急激に状況が悪化した場合の連絡体制の構築
  - ・ 生活の場面での支援
    - 本人や家族の疾患及び療養内容の理解状況の把握、自己管理能力の向上の支援、医師からの指示を踏まえフレイルを進行させない暮らし方の支援、本人や家族に対する心理的な支援
  - ・ 活用しうる地域資源
    - 医療系サービス、心疾患がある方のリハビリテーション・機能訓練、健康状態の把握と確認（フォーマルな地域資源、インフォーマルな地域資源）、本人の活動と参加を支える生活支援サービス、心臓障害手帳
  - 「心疾患のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性の理解
  - ・ I期：再入院の予防
    - 疾患の理解と確実な服薬、自己管理能力の向上とリスクの管理、療養を続けるための環境・体制の整備
  - ・ I期：生活機能の維持・向上
    - 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援、心理的な支援
  - ・ II期：再入院の予防
    - 疾患の理解と確実な服薬、自己管理能力の向上とリスクの管理、療養を続けるための環境・体制の整備
  - ・ II期：生活機能の維持
    - ステージに応じた生活・暮らし方の支援、心理的な支援
  - ・ II期：EOL（エンドオブライフ）に向けた準備
- ※ I期：退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期、II期：状態が安定から不安定な状況にある時期
- 多職種協働（チームアプローチ）による対応
- ・ 医師及び医療職との連携
  - かかりつけ医との連携、通院先の医療機関及び担当の専門医の確認と連携、治療方針及び服薬内容やリハビリテーションの方針の確認
- ・ 日常生活の継続の支援における多職種協働
  - 療養と社会参加を両立する総合的な援助方針の共有、日常生活での活動と参加の状況の把握（モニタリング）、本人の受けとめや意向の把握
- ・ 緊急時の対応体制の構築
- ・ EOL（エンドオブライフ）の準備に向けた多職種協働
- 心疾患のある方の実践事例の研究
- ・ 別の類似の事例への応用
  - 各種統計データの活用、事例に共通する課題の抽出、課題解決
- ・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）の活用

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ 意見交換を通じて、心疾患がある方のケアマネジメントに関する居宅サービス計画等の実践事例を分析し評価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、分析し評価した内容を受講者間で共有することで、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断するために必要な基本的な視点や知識・技術の修得ができるように講義を行う。

- ・ 根拠となる各種統計データを必要に応じて活用し、他の事例にも応用できる共通事項、個別性の強い事項等を明らかにすることで、別の類似の事例や医療職をはじめとする多職種との連携等にも広く対応するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用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・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、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や必要な支援内容やサービス等の提案を実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

## 6. 法定外研修への接続

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

## ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント

<b>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント</b>	<b>講義・演習 3時間</b>
--	----------------------

### 1. 目的

誤嚥性肺炎の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。

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を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。

### 2. 概要

- ・ 各自が担当している誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。
- ・ 「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。
- ・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用することにより、生活機能の維持向上ができることに関する講義を行う。

### 3. 修得目標

- ① 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。
- ② 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。
- ③ 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。
- ④ 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。
- ⑤ 医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。
- ⑥ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用したケアマネジメントを実施できる。
- ⑦ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（誤嚥性肺炎の予防）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。
- ⑧ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、必要な支援内容やサービス等を提案できる。

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

#### ●疾患の理解の確認

- ・ 誤嚥性肺炎の予防を理解する必要性
  - 高齢者における誤嚥性肺炎の動向、誤嚥性肺炎の特徴（重症化する可能性、生活に与える影響）、予防の必要性と有効性
- ・ 誤嚥性肺炎の症状と治療および誤嚥性肺炎の予防に必要なリスク評価とケア
  - 誤嚥性肺炎の症状、医療における治療の概要、リスク評価の概要、予防のためのケア

#### ●誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメント

- ・ 誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントの留意点
  - リスク評価のための総合的なアセスメント、リスクの要因を捉えた予防、変化を捉える重要性、多職種連携の重要性
- ・ 医療との関わり
  - リスク評価における専門職との連携、変化を捉えた医療への繋ぎ
- ・ 生活の場面での予防と多職種連携
- 「誤嚥性肺炎の予防のためのケア」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、誤嚥防止のリハビリテーション
- ・ リスクの再評価
- ・ 変化を把握したときの対応体制の構築
- 誤嚥性肺炎の予防に関する実践事例の研究
- ・ 別の類似の事例への応用
  - 各種統計データの活用、事例に共通する課題の抽出、課題解決
- ・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）の活用

### 5. 研修展開上の留意点

- ・ 意見交換を通じて、誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントに関する居宅サービス計画等の実践事例を分析し評価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、分析し評価した内容を受講者間で共有することで、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断するために必要な基本的な視点や知識・技術の修得ができるように講義を行う。
- ・ 根拠となる各種統計データを必要に応じて活用し、他の事例にも応用できる共通事項、個別性の強い事項等を明らかにすることで、別の類似の事例や医療職をはじめとする多職種との連携等にも広く対応するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。  
地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用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・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、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や必要な支援内容やサービス等の提案を実施するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

### 6. 法定外研修への接続

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

## ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント

	<b>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント</b>	<b>講義・演習 4時間</b>
--	--	----------------------

### 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踏まえたケアマネジメント手法を修得する。また、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の理解を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。

### 2. 概要

- 各自が担当している他法他制度の活用が必要な方のケアマネジメント（難病、虐待、生活困窮、障害者等）に関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識技術を修得する。
- 他法他制度の活用が必要な事例の特徴、対応する際の留意点に関する講義を行う。
- 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。
- 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用することにより、生活機能の維持向上ができることに関する講義を行う。

### 3. 修得目標

- 他法他制度の活用が必要な方のケアマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。
- 分析し評価した内容を受講者間で共有し、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断できる。
- 各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等への応用ができる。
- 地域の各種統計データを必要に応じて活用することにより、他の事例へも応用できる。
- 医療職をはじめとする多職種との連携方法への応用ができる。
- 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用したケアマネジメントを実施できる。
- 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）の内容や動向について説明できる。
- 他法他制度の活用が必要な事例について、事例の特徴や留意点を踏まえたアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。

### 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。

- 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

- ・ 対応する際の留意点
  - スクリーニングでの対応、各制度との連携及び併用する場合の留意点
- 難病のケアマネジメントの理解
  - ・ 「難病」の定義、難病ケアマネジメントの特徴・特殊性、制度の理解、医療や障害福祉の関係機関との連携・多職種連携、療養者の QOL・社会参加に関する支援、患者・家族の会
- 難病のケアマネジメントの過程の理解
  - ・ 受付及び相談並びに契約、アセスメントとニーズの把握
    - 利用者の理解、今後の療養方針・治療方針（意思決定）の支援、家族の支援
  - ・ 居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議
  - ・ モニタリング・評価
- 高齢者虐待に関する基本的な考え方や動向の理解
  - ・ 高齢者虐待の定義、背景・要因
  - ・ 高齢者虐待防止法と関連施策
  - ・ 高齢者虐待における介護支援専門員に期待される役割
- 障害者支援・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
- 他法他制度の活用が必要な方の実践事例の研究
  - ・ 別の類似の事例への応用
    - 各種統計データの活用、事例に共通する課題の抽出、課題解決
  - ・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）の活用

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ 意見交換を通じて、他法他制度の活用が必要な方のケアマネジメントに関する居宅サービス計画等の実践事例を分析し評価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、分析し評価した内容を受講者間で共有することで、アセスメントや居宅サービス計画等の作成における留意点を判断するために必要な基本的な視点や知識・技術の修得ができるように講義を行う。
- ・ 根拠となる各種統計データを必要に応じて活用し、他の事例にも応用できる共通事項、個別性の強い事項等を明らかにすることで、別の類似の事例や医療職をはじめとする多職種との連携等にも広く対応するために必要な基本的な視点や知識・技術を修得できるよう、個々の情報だけでなく体系や相互の関連性を意識した講義を実施する。
- ・ 地域の社会資源（インフォーマルサポート等）を活用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・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。
- ・ 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理解を深めるとともに、他法他制度の活用が必要な事例について、事例の特徴や留意点を踏まえたアセスメントや居宅サービスの計画等を作成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、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。

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. 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
  - 患者・家族の会などインフォーマルサポートの関わりに対する事項