

# 介護支援専門員専門研修課程Ⅱ

## 各科目のガイドライン

## 【目次構成】

介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開.....	2
ケアマネジメントの実践における倫理 .....	5
リハビリテーション及び福祉用具等の活用に関する理解 .....	7
ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント .....	9
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.....	12
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 .....	15
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 .....	18
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 .....	21
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 .....	24
ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：看取り等における看護サービスの活用に関する事例.....	26
ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント .....	28

## 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 3時間</b>
--	---------------------------------	-------------------

### 1. 目的

介護保険制度の最新の動向、地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現に向けた現状の取組を理解した上で、今後の地域包括ケアシステムの展開における介護支援専門員としての関わりを理解する。

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、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の課題解決のために新たな社会資源と関連付けた対応を実施できる。
- 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
- ・ 介護保険制度及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
  - 認知症対策、医療と介護の連携強化、高齢者の住まい等の整備、介護人材の確保、地域包括支援センターとの連携
- ・ 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ービスの整備動向
- ・ 地域共生社会の実現に向けた取り組みの動向
- ・ 科学的介護の推進
  - LIFE（科学的介護情報システム）
- ・ 介護現場における生産性向上、ICTの利活用
  - ICT導入支援、ケアプランデータ連携システム

- ・ 家族等の支援に関連する制度政策や事業等の動向
  - 「仕事と介護の両立支援カリキュラム」の活用、ヤングケアラー、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律育児・介護休業法（平成3年法律第76号）
- ＜参考資料＞
- ◇ 厚生労働省 HP「ケアマネジャー研修 仕事と介護の両立支援カリキュラム」  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/koyoukintou/ryouritsu/kaigo.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/ryouritsu/kaigo.html)
- ◇ 厚生労働省 HP「ヤングケアラーについて」  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/young-carer.html>
  - ※同ページ下部「ヤングケアラーに関する調査研究事業（外部サイト）」⇒「多機関連携によるヤングケアラーへの支援の在り方に関する調査研究（有限責任監査法人トーマツ）」⇒「多機関・多職種連携によるヤングケアラー支援マニュアル～ケアを担う子どもを地域で支えるために～」
- ◇ 厚生労働省 HP「市町村・地域包括支援センターにおける家族介護者支援マニュアル」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000307003.pdf>
  - ※「労働施策や地域資源等と連携した市町村、地域包括支援センターにおける家族介護者支援取組ポイント」（令和2年度老人保健健康増進等事業 介護・労働施策等の活用による家族介護者支援に関する調査研究事業 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社実施）も参照のこと
- 介護支援専門員が果たすべき役割の再確認
- ・ 地域ケア会議の理解と活用
  - 地域ケア会議の目的、取り上げる事例、機能、介護支援専門員としての活用、地域ケア会議の運営
- ・ 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ト、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活用
- ・ 社会資源の関連機関と専門職
  - 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
- ・ 地域資源
  - 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
- ・ 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
  - 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

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

### 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、人権の尊重、守秘義務、利用者のニーズの代弁等の倫理に関する講義を行う。
- ・ 高齢者の権利擁護や意思決定支援（認知症、身寄りのない高齢者、看取りのケース等）に関する制度等に関する講義を行う。
- ・ 倫理的な視点を含めたケアマネジメントの実践のあり方についての講義を行う。

### 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
    - 基本的人権の尊重、尊厳の保持、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、高齢者虐待防止法、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）

<参考資料>

- ◇ 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

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html>

◇ 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

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/miyorinonaihitohenotaio\\_u.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/miyorinonaihitohenotaio_u.html)

◇ 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

◇ 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解説編

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>

- ・ 看取りにおける意思決定支援の視点
  - 意思決定支援の必要性の判断、意思決定支援体制の構築、ACP の理解
- ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的課題とそれに向き合う重要性
- ・ 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

## リハビリテーション及び福祉用具等の活用に関する理解

	<b>リハビリテーション及び福祉用具等の活用に関する理解</b>	<b>講義 2時間</b>
--	----------------------------------	-------------------

### 1. 目的

リハビリテーションや福祉用具等を活用するに当たっての知識や関連職種との連携方法、インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントについて理解する。

### 2. 概要

- ・ リハビリテーションや福祉用具等を活用するに当たって重要となる関連知識や歯科医師、リハビリテーション専門職等との連携方法に関する講義を行う。
- ・ リハビリテーションや福祉用具等の活用を検討するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。

### 3. 修得目標

- ① リハビリテーションや福祉用具等に関する関連知識や歯科医師・リハビリテーション専門職・福祉用具専門相談員等との連携方法への応用を実施できる。
- ② リハビリテーションや福祉用具等の地域の社会資源（インフォーマルサービス等）を活用したケアマネジメントを実施できる。

### 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。

- リハビリテーションや福祉用具等を活用するための関連知識
  - ・ 疾患・障害別のリハビリテーションと生活支援の実際
    - 脳卒中モデルにおける医療機関との連携、廃用症候群モデルにおける早期リハビリテーションの重要性、慢性進行性疾患（関節リウマチ、パーキンソン病等）の生活支援とリハビリテーションの実際、急性進行性疾患（筋萎縮性側索硬化症、がん末期等）の生活支援とリハビリテーションの実際
    - 生活期リハビリテーションの重要性の理解
- 福祉用具、住宅改修を活用するための視点
  - ・ 廃用症候群及び誤用症候群の防止
  - ・ リスクマネジメントのための福祉用具における事故情報の活用
  - ・ 質の高い福祉用具サービスとするための福祉用具の価格情報の活用
  - ・ 福祉用具の安全、安心な使用方法
  - ・ 自立支援のための福祉用具、住宅改修の活用
- 医師、リハビリテーション専門職等との連携
  - ・ 医師との連携
  - ・ 歯科医師との連携
  - ・ リハビリテーション専門職との連携
  - ・ 福祉用具専門相談員との連携
- インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源の活用
  - ・ スポーツ施設の利用による運動や社会参加の確保
  - ・ 市町村社会福祉協議会等が提供するボランティア活動への参加
  - ・ 介護保険、障害者総合支援法等の公的給付対象となっていない福祉用具の活用



## 5. 研修展開上の留意点

- ・ リハビリテーション や福祉用具等を活用するに当たって重要となる関連知識や歯科医師、リハビリテーション専門職等との連携方法等について確認するとともに、インフォーマルサービスを含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に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。
- ・ 本科目の内容を踏まえて、ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表（生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント、脳血管疾患のある方のケアマネジメント、認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント、大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント、心疾患のある方のケアマネジメント、誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント、看取り等における看護サービスの活用に関する事例、家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント）のいずれかの科目においてリハビリテーション及び福祉用具それぞれの活用に関する事例を用いた演習を行うこと。

## 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。
  - リハビリテーションや福祉用具等に関する法制度に関する事項
  - リハビリテーション専門職や福祉用具専門相談員等との連携に関する事項

<b>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表</b> <b>生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント</b>	<b>講義・演習</b> <b>2時間</b>
---	----------------------------

## 1. 目的

「適切なケアマネジメント手法」の「基本ケア」の内容を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等の作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。

## 2. 概要

- ・ 「適切なケアマネジメント手法」の基本的な考え方及び高齢者が有する疾患に関係なく想定される支援内容及び多職種との情報共有において必要な視点を整理した「基本ケア」について理解する。
- ・ インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。
- ・ 各自が担当している事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、「基本ケア」の内容を踏まえ、事例の分析、発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識技術を修得する。

## 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（インフォーマルサービス等）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、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）、廃用症候群（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
- ・ インフォーマルサービスの活用
- 家族等に対する支援についての再確認
- ・ 家族等に対する支援の重要性と必要性
- ・ 家族等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

- ・ 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（インフォーマルサービス等）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。

- ・ 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
  - 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

<b>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表</b> <b>脳血管疾患のある方のケアマネジメント</b>	<b>講義・演習</b> <b>3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、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（脳血管疾患がある方のケア）」の内容を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等の作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。

## 2. 概要

- ・ 脳血管疾患に特有な検討の視点や想定される支援内容を整理した「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（脳血管疾患がある方のケア）」について理解する。
- ・ インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。
- ・ 各自が担当している脳血管疾患がある方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、「疾患別ケア（脳血管疾患がある方のケア）」の内容を踏まえ、事例の分析、発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。

## 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（インフォーマルサービス等）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（概要及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及び維持、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
  - ・ 地域の社会資源（インフォーマルサービス等）を活用したケアマネジメント
- 「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（インフォーマルサービス等）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（インフォーマルサービス等）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 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント</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「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（認知症がある方のケア）」の内容を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等の作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。

### 2. 概要

- ・ 認知症の要介護者等及び家族を支援するに当たり重要となる各種知識及び医療職をはじめとする多職種や地域住民との連携方法に関する講義を行う。
- ・ 認知症に特有な検討の視点や想定される支援内容を整理した「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（認知症がある方のケア）」の内容を理解する。
- ・ インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。
- ・ 各自が担当している認知症等により生活障害がある方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、「疾患別ケア（認知症がある方のケア）」の内容を踏まえ、事例の分析、発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。

### 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（インフォーマルサービス等）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
- ・ 認知症の特徴と認知機能障害及び行動・心理症状（BPSD）
  - 認知症の定義（ICD-10、NIA-AA 及び DSM-V 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)及び若年性認知症、認知症の症状と生活障害、認知機能障害の理解、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及びまだら認知症、レビー小体型認知症：幻覚（特に幻視）と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、複数の疾患が併発する場合があることへの理解
- 認知症に関わる制度・政策動向の理解
- ・ 認知症施策推進大綱、認知症総合支援事業（認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、チームオレンジ）等の理解
- 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及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及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及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（インフォーマルサービス等）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（インフォーマルサービス等）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 3時間</b>
--	---	----------------------

### 1. 目的

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

また、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（大腿骨頸部骨折がある方のケア）」の内容を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等の作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。

### 2. 概要

- ・ 大腿骨頸部骨折に特有な検討の視点や想定される支援内容を整理した「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（大腿骨頸部骨折がある方のケア）」の内容を理解する
- ・ インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。
- ・ 各自が担当している大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、「疾患別ケア（大腿骨頸部骨折がある方のケア）」の内容を踏まえ、事例の分析、発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。

### 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（インフォーマルサービス等）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

#### ●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る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にならないよう適度な活動量の維持のための具体的な支援方針の共有
  - ・ モニタリング
    - 生活機能の回復状況、生活不活発のリスクの把握、本人の認識や意向を踏まえたセルフマネジメントへ
- 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（インフォーマルサービス等）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。
- ・ 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（インフォーマルサービス等）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 3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、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（心疾患がある方のケア）」の内容を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等の作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。

### 2. 概要

- ・ 心疾患に特有な検討の視点や想定される支援内容を整理した「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（心疾患がある方のケア）」の内容を理解する。
- ・ インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。
- ・ 各自が担当している心疾患を有する方のケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、「疾患別ケア（心疾患がある方のケア）」の内容を踏まえ、事例の分析、発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。

### 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（インフォーマルサービス等）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（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（インフォーマルサービス等）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（インフォーマルサービス等）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、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、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（誤嚥性肺炎の予防のためのケア）」の内容を踏まえたアセスメントや居宅サービス計画等の作成ができ、他の事例にも対応できる知識・技術を修得する。

### 2. 概要

- ・ 誤嚥性肺炎の予防における「適切なケアマネジメント手法」の「基本ケア」の重要性を再確認する講義を行う。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防における検討の視点や想定される支援内容を整理した「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（誤嚥性肺炎の予防のためのケア）」の内容を理解する。
- ・ インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。
- ・ 各自が担当している誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントに関する事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、「疾患別ケア（誤嚥性肺炎の予防のためのケア）」の内容を踏まえ、事例の分析、発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。

### 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（インフォーマルサービス等）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及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（インフォーマルサービス等）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（インフォーマルサービス等）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：看取り等における看護サービスの活用に関する事例

	<b>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表 看取り等における看護サービスの活用に関する事例</b>	<b>講義・演習 3時間</b>
--	--	----------------------

### 1. 目的

看護サービスの活用が必要な事例を用いて講義・演習を行うことにより、看護サービスの活用に係る知識及び効果的なケアマネジメント手法を修得する。

また、演習等で得られた看護サービスの活用に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。

### 2. 概要

- ・ 各自が担当している看護サービスを組み入れた居宅サービス計画等を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。
- ・ 看取り等を含む看護サービスを活用するに当たって重要となる各種知識や医師、看護師等との連携方法に関する講義を行う。
- ・ 看取り等を含む看護サービスを検討するに当たり、効果的なものとなるようインフォーマルサービスを含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。

### 3. 修得目標

- ① 看護サービスを組み入れた居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。
- 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、別の類似の事例などへの応用ができる。
- 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 看取り等を含む看護サービスを活用するにあたって各種知識や医師、看護師等との連携方法への応用ができる。
- ⑥ 看取り等を含む看護サービスの地域の社会資源（インフォーマルサービス等）を活用したケアマネジメントを実施できる。

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

- 看取りを取り巻く動向の理解
  - ・ 在宅医療に関するニーズ
  - ・ 関連する各種統計データ
    - 死亡数・死亡率、訪問看護の利用状況、在宅で死亡する割合 等
  - ・ 訪問看護の連絡先
  - ・ 看取りの対象
  - ・ 看取りの場所
- 在宅看取りに関する理解
  - ・ 在宅看取りに必要な条件
  - ・ 地域の社会資源の活用

- 医療保険・介護保険、訪問看護師との協働・連携、多職種との連携、その他の社会資源
- 在宅看取りにおけるケアの理解
  - ・ 必要なケアの視点
  - ・ 疼痛緩和、トータルペインの理解
  - ・ 家族へのケア
  - ・ 遺族へのケア
- ケアマネジメントの各プロセスにおける留意点

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ 看取り等を含む看護サービスを活用するに当たって重要となる各種知識や医師、看護師等との連携方法について確認するとともに、インフォーマルサービスを含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開について理解を深められるよう、実践例や各地域での具体例なども交えた講義を行う。
- ・ 必要に応じて演習を展開する。

## 6. 法定外研修への接続

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

ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表：家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント

	<p><b>ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表</b>  <b>家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が</b>  <b>必要な事例のケアマネジメント</b></p>	<p><b>講義・演習</b>  <b>4時間</b></p>
--	---	-------------------------------------

## 1. 目的

家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例の特徴、関連する施策の内容や動向、対応する際の留意点を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。  
 また、演習等で得られた家族への支援や他法他制度の活用に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。

## 2. 概要

- ・ 家族に対する支援に当たり重要となる各種知識や関係機関、地域住民をはじめとする多職種との連携方法に関する講義を行う。
- ・ 他法他制度（難病施策、高齢者虐待防止関連施策、障害者施策、生活困窮者施策、仕事と介護の両立支援施策、ヤングケアラー支援関連施策、重層的支援体制整備事業関連施策等）の活用が必要な事例の特徴、対応する際の留意点に関する講義を行う。
- ・ 関連する他法他制度の内容や動向に関する講義を行う。
- ・ インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源を活用したケアマネジメントの展開に関する講義を行う。
- ・ 各自が担当している家族への支援の視点や他法他制度の活用が必要な事例（居宅サービス計画等）を持ち寄り、事例に関して分析した内容の発表、意見交換等を通じて、適切なアセスメントを行う際の留意点や居宅サービス計画等の作成における留意点を理解、再確認する。それらの留意点や必要に応じ根拠となる各種統計データを活用する等により、別の類似の事例等にも広く対応することができる知識・技術を修得する。

## 3. 修得目標

- ① 家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な方のケアマネジメントに関するケースの居宅サービス計画等の実践事例について意見交換を通して分析し評価できる。
- 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（インフォーマルサービス等）を活用したケアマネジメントを実施できる。
- ⑦ 関連する他法他制度（難病施策、高齢者虐待防止関連施策、障害者施策、生活困窮者施策、仕事と介護の両立支援施策、ヤングケアラー支援関連施策、重層的支援体制整備事業関連施策等）の内容や動向について説明できる。
- ⑧ 家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例について、事例の特徴や留意点を踏まえたアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。

## 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。

- 家族等に対する支援の必要性や支援における介護支援専門員の役割や留意事項の理解

- 社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例を学ぶ必要性の理解
  - ・ 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
  - ・ 障害者総合支援法及び精神保健福祉法と関連施策
  - ・ 相談支援専門員との連携・相互理解におけるポイント
- <参考資料>
  - ◇ 「相談支援従事者研修事業の実施について」（厚生労働省障発 0331 第 10 号）（令和 4 年 3 月 31 日）
    - ※P19～20 が触法関係の事項、P26～が相談支援専門員と介護支援専門員との連携に関する事項
  - ◇ 「精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修事業」について
    - ・ 精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について（公益社団法人日本精神保健福祉士協会）  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakuiouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/seika03.pdf>
    - ・ 精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等の研修ニーズに関する調査報告書（一般社団法人日本介護支援専門員協会）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000521925.pdf>  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000521929.pdf>
- 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（インフォーマルサービス等）の活用
- その他の関連する他法他制度の動向の理解
  - ・ 生活困窮者施策
  - ・ ヤングケアラー関連施策
- <参考資料>
  - ◇ 厚生労働省 HP「ヤングケアラーについて」  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/young-carer.html>
  - ※同ページ下部「ヤングケアラーに関する調査研究事業（外部サイト）」⇒「多機関連携によるヤングケアラーへの支援の在り方に関する調査研究（有限責任監査法人トーマツ）」⇒「多機関・多職

種連携によるヤングケアラー支援マニュアル～ケアを担う子どもを地域で支えるために～」

- ・ 仕事と介護の両立支援施策
  - 介護休業・介護休暇を活用する際のポイント（仕事と介護を両立させる体制を整えるための準備期間）
- ＜参考資料＞
- ◇ 厚生労働省 HP「ケアマネジャー研修 仕事と介護の両立支援カリキュラム」  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/koyoukintou/ryouritsu/kaigo.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/ryouritsu/kaigo.html)
- ・ 重層的支援体制整備事業関連施策

## 5. 研修展開上の留意点

- ・ 意見交換を通じて、家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な方のケアマネジメントに関する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（インフォーマルサービス等）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（難病施策、高齢者虐待防止関連施策、障害者施策、生活困窮者施策、仕事と介護の両立支援施策、ヤングケアラー支援関連施策、重層的支援体制整備事業関連施策等）の内容や動向について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（インフォーマルサービスを含む）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
  - 障害者支援及び相談支援専門員との連携に関する事項
  - 患者・家族の会などインフォーマルサービスの関わりに対する事項