

令和3年度 介護支援専門員 再研修 カリキュラム

1	研修名	令和3年度 介護支援専門員 再研修			
2	目的	介護支援専門員として実務に就いていない者又は実務から離れている者が実務に就く際に、介護支援専門員としての必要な知識及び技能を再修得することを目的とする。			
3	対象者	次のいずれかに該当する者とする。			
		①介護支援専門員として都道府県知事の登録を受けた者であり、登録後5年以上実務に従事したことがない者又は実務経験はあるがその後5年以上実務に従事していない者で、今後、新たに介護支援専門員証の交付を受けようとする者。			
		②実務経験はあるが、その後実務に従事する予定がないとして更新を行わなかった者等で、実務経験後5年を経過する前に再度実務に従事するため介護支援専門員証の交付を受けようとする者。			
③また、介護支援専門員実務研修修了後、相当の期間を経過した者についても、本研修の対象者として行うことができる。					
4	時間数	時間数54時間以上。			
5	研修内容	研修科目	目的	内容	時間数
		①介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	介護保険制度の理念等を理解するとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の現状を理解する。 また、介護保険制度における利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの役割を理解し、地域包括ケアシステムにおける介護支援専門員の役割を認識する。	・介護保険制度の基本理念を理解し、介護保険制度における利用者の尊厳の保持、自立支援に資するケアマネジメントの役割、ケアマネジメントを担う介護支援専門員に求められる機能や役割に関する講義を行う。 ・介護保険制度の現状と地域包括ケアシステムが求められる背景とその考え方、構築に向けた取組状況に関する講義を行う。 ・介護サービスの利用手続き(要介護認定等に関する基本的な視点と概要)、居宅サービス計画等の作成、保険給付及び給付管理等の仕組みといった一連の関係性についての講義を行う。	講義 3時間
		②自立支援のためのケアマネジメントの基本	利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの視点を理解する。 また、利用者が住み慣れた地域で主体的な生活を送ることができるように支援することの重要性を理解するとともに、在宅生活を支援する上で、家族に対する支援の重要性を理解する。	・ケアマネジメントの成り立ちや機能について理解するとともに、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準に基づいて、介護支援専門員としての責務及び業務を理解し、ケアマネジメントの中心的な役割を担う立場であることを認識するための講義を行う。 ・利用者が住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができるよう、自立支援のためのケアマネジメントを実践する上で必要な視点を理解する。 ・インフォーマルサービスも活用したケアマネジメントを理解する。 ・利用者を支援する上で、家族を取り巻く環境に留意し、家族に対する支援の重要性や目的を理解する。 ・介護予防支援や、介護予防・日常生活支援総合事業におけるケアマネジメントにおいても、基本的な考え方やプロセスは同様であることから、これらも含めた形での講義を行う。	講義 及び 演習 6時間

5	研修内容	③人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理	<p>人権と尊厳を支える専門職に求められる姿勢を認識する。</p> <p>また、介護支援専門員としての職業倫理を理解するとともに、日常業務で直面する倫理的課題等を認識する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員が備えるべき、利用者本位、自立支援、公正中立、権利擁護、守秘義務、利用者のニーズの代弁等の倫理に関する講義を行う。 ・人権の概念、利用者の尊厳の保持、介護支援専門員の倫理綱領、倫理原則、成年後見制度等に関する講義を行う。 ・ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的な課題とその課題に向き合うことの重要性を理解するための講義を行う。 	講義 2時間
		④介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）	<p>多職種に対する理解・尊重に基づいてチームを組成し、円滑に機能させるための基本的な技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及びその家族の支援に際し、チームアプローチの意義を理解するとともに、介護支援専門員には、ケアのマネジメントだけでなく、チームのマネジメントも求められることを認識するための講義を行う。 ・チームアプローチに際し、チームを組成する各職種の専門性と各々に求められる役割を理解するとともに、チームにおける介護支援専門員の役割を理解し、チーム運営において想定される課題や対応策を含め、チームを円滑に機能させるために必要な知識・技術を修得する。 	講義 及び 演習 2時間
		⑤地域包括ケアシステム及び社会資源	<p>地域包括ケアの理念を踏まえ、地域包括ケアを推進していくに当たり介護支援専門員に求められる役割を理解する。</p> <p>また、利用者を支援する上で知っておくべき各種制度や地域の社会資源の重要性を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムの構築が求められる背景及び地域包括ケアシステムが目指す姿についての講義を行う。 ・地域包括ケアシステムを構築していく中で介護支援専門員に求められる役割(自立支援に資するケアマネジメント、インフォーマルサービスを含めた社会資源の活用、多職種や地域包括支援センター等との連携、不足している地域資源の提案等)に関する講義を行う。 ・地域包括ケアを実現していくためのケアマネジメントを行う上で、必要な保健・医療・福祉サービスに関する講義を行う。 ・地域包括ケアシステムの構築に関して、地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を把握する事が大切であることから介護保険事業計画、地域ケア会議の重要性や内容に関する講義を行う。 ・生活保護制度、障害施策、老人福祉施策、地域ケア会議などの概要について理解するとともに、関連する機関やボランティア等との連携・協力・ネットワークの構築についての講義を行う。 	講義 3時間

5	研修内容	⑥ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義	<p>医療との連携や多職種協働の意義を踏まえ、具体的な連携の場面で必要となる基本的な知識や連携の手法を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療との連携に当たって早い段階から連携の重要性を理解し、利用者の医療に係る情報や状態の改善可能性に係る意見等を把握しておく必要があることから、医療機関や医療職からの情報収集の方法等についての講義を行う。 ・医療との連携に当たっての留意点を理解するとともに、介護支援専門員から医療機関や医療職への情報提供の方法及び内容（生活状況、サービスの利用状況等）に関する講義を行う。 ・地域における、在宅医療・介護の連携を推進する役割を担っている機関の概要に関する講義を行う。 ・多職種協働の意義を理解するとともに、多職種間で情報を共有することの重要性を理解し、情報共有に当たり個人情報を取り扱う上での利用者やその家族の同意の必要性についての講義を行う。 	講義 3時間
		⑦ケアマネジメントに係る法令等の理解	<p>法令を遵守し、介護支援専門員の業務を適切に遂行できるよう、介護保険制度に係る法令等を正しく理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法、介護保険法施行令、介護保険法施行規則、厚生労働省告示、居宅サービス等の運営基準、居宅介護支援等の運営基準に関しその位置付けや業務との関連を俯瞰する講義を行う。（特に、介護支援専門員及びケアマネジメントに関する部分の規定について、業務と関連づけて理解する。） ・事業所の指定取消や介護支援専門員の登録消除などの不適切事例を参考に、ケアマネジメントを実践する上での法令遵守（コンプライアンス）の重要性を認識するための講義を行う。 ・介護報酬に係る関係告示や通知等の概要についての講義を行う。 	講義 2時間
		⑧ケアマネジメントの展開 (1)基礎理解	<p>ケアマネジメントは高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解に基づいて行われる必要があることを理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントを実践する上で必要な高齢者の生理、高齢者やその家族の心理、住環境や同居者の有無などそれぞれの要素と要素の関係性の重要性に関する講義を行う。 ・それらの関係性を踏まえたアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等への具体的な展開方法など、支援に当たってのポイントを理解する。 ・高齢者本人が望む生活の実現のための意思決定の支援方法について修得する。 ・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。 	講義 及び 演習 3時間

5	研修内容	(2)脳血管疾患に関する事例	<p>脳血管疾患の特性や療養上の留意点, 起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・脳血管疾患における療養上の留意点や起こりやすい課題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。 ・脳血管疾患の事例におけるアセスメント, 課題分析の視点, 居宅サービス計画等の作成, サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点, モニタリングでの視点を理解する。 	講義及び演習 5時間
		(3)認知症に関する事例	<p>認知症の特性や療養上の留意点, 起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の器質的障害種類別の原因, 症状, 改善可能性, 症状の進行並びに薬物療法の有効性, 留意点及び副作用について理解する。 ・認知症における療養上の留意点, 倫理的な対応及び起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・認知症ケアにおける医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・認知症の事例におけるアセスメントや課題分析の視点, 居宅サービス計画等の作成, サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 ・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。 	講義及び演習 5時間

5	研修内容	(4)筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例	筋骨格系疾患及び廃用症候群の特性や療養上の留意点, 起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・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, 廃用症候群の原因, 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。 ・筋骨格系疾患や廃用症候群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。 ・筋骨格系疾患や廃用症候群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。 ・筋骨格系疾患や廃用症候群の事例におけるアセスメント, 課題分析の視点, 居宅サービス計画等の作成, サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 	講義及び演習 5時間
		(5)内臓の機能不全(糖尿病, 高血圧, 脂質異常症, 心疾患, 呼吸器疾患, 腎臓病, 肝臓病等)に関する事例	内臓の機能不全に係る各疾患・症候群(糖尿病, 高血圧, 脂質異常症, 心疾患, 呼吸器疾患, 腎臓病, 肝臓病等)の特性や療養上の留意点, 起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・内臓の機能不全に係る各疾患・症候群(糖尿病, 高血圧, 脂質異常症, 心疾患, 呼吸器疾患, 腎臓病, 肝臓病等)の原因や症状, 症状の進行, 生活障害の程度と身体機能の関係についての講義を行う。 ・疾患相互の影響, 高齢者の生理(生活上の留意点)との関係, 療養上の留意点及び起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・内臓の機能不全に係る疾患・症候群を有する方に対するアセスメント, 課題分析の視点, 居宅サービス計画等の作成, サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点を理解する。 ・各疾患・症候群における生活習慣を改善する為のアプローチの方法(本人の動機付け, 家族の理解の促進等)を修得する。 	講義及び演習 5時間
		(6)看取りに関する事例	看取りにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りのケースについて支援を行う際における介護支援専門員の役割や適切な姿勢についての講義を行う。 ・看取りに関連する各種サービス等の活用方法や, 医療職をはじめとする多職種との連携・協働を効果的に行うためのポイントを理解する。 ・看取りに向けた利用者及びその家族との段階的な関わりの変化(生活動作の負担や痛みの軽減, 主治医との連携や多職種協働, 急変時の基本的な対応等)を認識する。 ・看取りのケースにおいて, 在宅生活の支援を行う際の起こりやすい課題を理解し, アセスメント, 課題分析の視点, 居宅サービス計画等の作成, サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 	講義及び演習 5時間

5	研修内容	<p>◎アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習</p> <p>研修全体での学びを踏まえ、アセスメントから居宅サービス計画等の作成からモニタリングまでを一貫して行い、ケアマネジメントプロセスについて更なる理解を深める。</p>	<p>・これまでの研修の中で修得した知識・技術を確認するため、事例に即したアセスメント、ニーズの把握、居宅サービス計画等の作成及びモニタリングを一貫して行うことにより、ケアマネジメントプロセスの理解を深めるとともに、理解が不足しているものがないか自己評価を行う。</p> <p>・作成した居宅サービス計画等を原案として、サービス担当者会議の演習を行う。</p>	講義及び演習 5時間
6	開催日程	令和3年4月～令和4年3		
7	会場	仙台市内		
8	その他	日時及び会場については講師等との調整により、変更になる場合があります。 また、感染症等の蔓延状況によりウェブセミナー等による研修に変更になる場合があります。		