

令和 8 年度介護支援専門員 再研修 実施要綱

1. 目的

介護支援専門員として実務に就いていない方又は実務から離れている方が実務に就く際に、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。

2. 実施主体

秋田県

3. 運営主体

特定非営利活動法人 秋田県介護支援専門員協会

4. 対象者

介護支援専門員として都道府県の登録を受けた方で、介護支援専門員証の有効期間が既に満了している方。又は再研修開催期間中に、有効期間満了日を迎える方。

※介護支援専門員証を申請し交付を受けることにより、実務に就くことができますが、交付を受ける前に実務に就きますと登録が取り消されますので注意してください。

5. 申込方法

日本介護支援専門員協会のホームページを經由し、オンラインでお申し込みいただけます。

下記の QR コードまたは URL よりお申込みください。電話や来局でのお申し込みは受け付けておりません。

【申込専用 QR コード】



【申込専用 URL】

<https://www.jcma.or.jp>

申込みが完了すると、申込時に登録したメールアドレス宛てに「申込完了」の自動配信メールが届きます。

自動配信メールが届かない場合は、事務局までご連絡ください。

※詳細は、当協会ホームページ「法定研修」に掲載の「研修申込方法（受講管理システムについて）」をご参照ください。

申込期間：令和 8 年 4 月 1 日（水）～ 5 月 29 日（金）

6. 受講手数料

受講手数料 23,000 円

テキスト代 8,800 円（税込）

7. 納付方法および納付期限

- ① 申込期限後、おおむね 2 週間を目途に、申込時に各自が指定した送付先へ「テキスト」「受講決定通知書」を送付いたします。「振込依頼書」も同封しますので、銀行窓口・ATM・インターネットバンキング等にて、記載の金額をお振り込みください。

- ② 「受講決定通知書」に記載の納付期限日までに、期限厳守でお振り込みください。
- ③ テキストは、中央法規出版株式会社から受講者宛てに発送されます。
- ④ 期限日までに納付できない場合、事務局までご連絡ください。
- ⑤ 一度お振り込みいただいた受講手数料及びテキスト代は、いかなる理由があっても返金できません。あらかじめご了承ください。

8. 研修形式

全日程オンラインでの研修となります。会場での受講はありません。

講義及び演習科目（Zoom ミーティングシステムによるオンライン研修）：54 時間（10 日間）

9. 研修方法

再研修

（1）講義及び演習科目（オンライン）＜別表 1＞

下記の日程にて、Zoom ミーティングシステムを使用したオンライン研修を受講してください。

再研修 研修日程	研修方法	定員
令和 8 年 7 月 29 日（水）～ 7 月 31 日（金）	オンライン研修	80 名
令和 8 年 8 月 4 日（火）～ 8 月 6 日（木）		
令和 8 年 8 月 25 日（火）～ 8 月 28 日（金）		

<時間割> 合計 54 時間（10 日間）

	時間	科目	時間数
1 日 目	9:30	介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	3
	12:30	休憩	
	13:30	ケアマネジメントに係る法令等の理解	2
2 日 目	9:30	自立支援のためのケアマネジメントの基本	3
	12:30	休憩	
	13:30	自立支援のためのケアマネジメントの基本	2
3 日	9:30	地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの深化及び地域の社会資源	3

目	12:30	休憩	
	13:30	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)	2
	15:30		
4 日 目	9:30	人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理	3
	12:30	休憩	
	13:30	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	3
	16:30		
5 日 目	9:30	ケアマネジメントの展開：生活の継続及び家族等を支える基 本的なケアマネジメント	3
	12:30	休憩	
	13:30	脳血管疾患のある方のケアマネジメント	4
	17:30		
6 日 目	9:30	認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント 休憩（11:30～12:30）	4
	14:30		
7 日 目	9:00	大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント	3
	12:30	休憩	
	13:30		
	16:30	心疾患のある方のケアマネジメント	3
8 日 目	9:30	誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント	3
	12:30	休憩	
	13:30	高齢者に多い疾患等（糖尿病、高血圧、脂質異常症、呼吸 器疾患、腎臓病、肝臓病、筋骨格系疾患、廃用症候群等） の留意点の理解	2
	15:30		
9 日 目	9:30	看取りに関する事例 休憩（11:30～12:30）	4
	14:30	地域共生社会の実現に向け他法他制度の活用が必要な事 例のケアマネジメント	3
	17:30		
10 日 目	9:30	アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習 休憩（11:30～12:30）	4
	14:30		

10. 研修内容

再研修 合計 54 時間（10 日間）

<別表 1>

科目	目的	内容	時間数
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険制度の基本理念を理解し、介護保険制度における利用者の尊厳の保持、自立支援に資するケアマネジメントの役割、ケアマネジメントを担う介護支援専門員に求められる機能や役割に関する講義を行う。 ・介護保険制度の現状と地域包括ケアシステムが求められる背景とその考え方、構築に向けた取組状況に関する講義を行う。 ・介護サービスの利用手続き（要介護認定等に関する基本的な視点と概要）、居宅サービス計画等の作成、保険給付及び給付管理等の仕組みといった一連の関係性についての講義を行う。 	講義 3 時間
自立支援のためのケアマネジメントの基本	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの成り立ちや機能について理解するとともに、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準に基づいて、介護支援専門員としての責務及び業務を理解し、ケアマネジメントの中心的な役割を担う立場であることを認識するための講義を行う。 ・利用者が住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができるよう、自立支援のためのケアマネジメントを実践する上で必要な視点を理解する。 ・インフォーマルサ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、ヤングケアラーや仕事と介護の両立支援を含む家族に対する支援の重要性や目的、関連する支援 	講義及び演習 5 時間

		<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防支援や、介護予防・日常生活支援総合事業におけるケアマネジメント（介護予防ケアマネジメント）の基本的な考え方やプロセスを理解するための講義を行う。 ・質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供に向けた現状の取組及び課題についての講義を行う。 	
<p>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>	<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。 ・認知症、身寄りのない高齢者、看取りのケース等における意思決定支援の必要性や意思決定に向けた支援プロセスに関する講義を行う。 ・ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的な課題とその課題に向き合うことの重要性を理解するための講義を行う。 	<p>講義 3 時間</p>
<p>介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）</p>	<p>多職種に対する理解・尊重に基づいてチームを構成し、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、チームを構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。 	<p>講義及び 演習 2 時間</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ・インフォーマルサービスを取り入れた居宅サービス計画における多職種連携についての講義を行う。 	
<p>地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの深化及び地域の社会資源</p>	<p>地域包括ケアの理念を踏まえ、地域包括ケアを推進していくに当たり介護支援専門員に求められる役割を理解する。 また、利用者の生活の継続を支える上で知っておくべき各種制度や地域の社会資源の重要性を理解する。</p>	<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、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター等との連携、不足している地域資源の提案等）に関する講義を行う。 ・地域包括ケアを実現していくためのケアマネジメントを行う上で、必要な保健・医療・福祉サービスに関する講義を行う。 ・地域包括ケアシステムの構築に関して、地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を把握する事が大切であることから介護保険事業計画、地域ケア会議の重要性や内容に関する講義を行う。 ・地域共生社会の実現に向けた他法他制度の活用や他の職種との連携相互理解についての講義を行う。 ・生活保護施策、障害者施策、老人福祉施策、難病施策、生活困窮者施策、仕事と介護の両立支援施策、ヤングケアラー関連施策、重層的支援体制整備事業関連施策などの概要について理解するとともに、関連する機関やボランティア等との連携・協力・ネットワークの構築についての講義を行う。 	<p>講義 3 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>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。 	<p>講義 3 時間</p>
<p>ケアマネジメントに係る法令等の理解</p>	<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。 	<p>講義 2 時間</p>

<p>ケアマネジメントの展開</p> <p>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</p>	<p>生活の継続を支えるためのケアマネジメントは高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解に基づいて行われる必要があることを理解する。</p> <p>また、適切なケアマネジメント手法の基本的な考え方を理解する。</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。 ・「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。 ・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、支援に当たった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。 	<p>講義及び演習 3 時間</p>
<p>脳血管疾患のある方のケアマネジメント</p>	<p>脳血管疾患に関する身体機能の制約や高次脳機能障害が生じやすい疾患の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たったポイントを理解する。</p> <p>また、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（脳血管疾患がある方のケア）」の内容を理解する。</p>	<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理解する。 ・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。 ・脳血管疾患の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用に関する講義を行う。 ・リハビリテーションや福祉用具等、それらを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携協働に当たった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 	<p>講義及び演習 4 時間</p>

		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。	
認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント	<p>認知症の特徴や療養上の留意点、多職種との情報共有において必要な視点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。</p> <p>また、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（認知症がある方のケア）」の内容を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の原因となる疾患、症状、改善可能性、症状の進行並びに薬物療法の有効性、留意点及び副作用について講義を行う。 ・認知症における療養上の留意点、倫理的な対応及び起こりやすい課題について理解する。 ・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。 ・認知症に特有な検討の視点や想定される支援内容を整理した「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア(認知症がある方のケア)」の内容を理解する。 ・認知症の事例におけるアセスメントや課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 ・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 4 時間

<p>大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント</p>	<p>大腿骨頸部骨折の特徴を理解するとともに、望む生活を継続するためのケアマネジメントにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。</p> <p>また、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア(大腿骨頸部骨折がある方のケア)」の内容を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・大腿骨頸部骨折の原因、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。 ・大腿骨頸部骨折における療養上の留意点や起こりやすい課題について理解する。 ・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。 ・大腿骨頸部骨折の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用方法等についての講義を行う。 ・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。 ・大腿骨頸部骨折の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 	<p>講義及び 演習 3 時間</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や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。また、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア(心疾患がある方のケア)」の内容を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・心不全につながる心疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害や留意点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ついて理解する。 ・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。 ・心疾患の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 	<p>講義及び 演習 3 時間</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、誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントにおける留意点等を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。また、「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア(誤嚥性肺炎の予防のためのケア)」の内容を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・誤嚥性肺炎の特徴や誤嚥性肺炎の予防のためのケアマネジメントにおける留意点等を踏まえた支援に当たってのポイントについて理解する。 ・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。 ・誤嚥性肺炎の予防の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 	<p>講義及び 演習 3 時間</p>
<p>高齢者に多い疾患等(糖尿病、高血圧、脂質異常症、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病、筋骨格系疾患、廃用症候群等)の留意点の理解</p>	<p>高齢者に多い疾患等の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者に多い疾患等の原因や症状、症状の進行、生活障害の程度と身体機能の関係についての講義を行う。 ・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。 ・各疾患・症候群における生活習慣を改善するためのアプローチの方法(本人の動機付け、家族の理解の促進等)についての講義を行う。 	<p>講義 2 時間</p>
<p>看取りに関する事例</p>	<p>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。</p>	<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 	<p>講義及び 演習 4 時間</p>

		<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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た留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 	
地域共生社会の実現に向け他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント	他法他制度(難病施策、高齢者虐待防止関連施策、障害者施策、生活困窮者施策、仕事と介護の両立支援施策、ヤングケアラー関連施策、重層的支援体制整備事業関連施策等)の活用が必要な事例の特徴、対応する際の留意点を理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメントを行う際の社会資源の活用に向けた関係機関や多職種との連携、相互理解の必要性、状態に応じた多様なサービスの活用方法についての講義を行う。 ・関連する他法他制度の内容や動向に関する講義を行う。 	講義及び演習 3 時間
アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでの研修の中で修得した知識・技術を確認するため、事例に即したアセスメント、ニーズの把握、居宅サービス計画等の作成及びモニタリングを一貫して行うことにより、ケアマネジメントプロセスの理解を深めるとともに、理解が不足しているものがないか自己評価を行う。 ・作成した居宅サービス計画等を原案として、サービス担当者会議の演習を行う。 	講義及び演習 4 時間

11. 更新手続きについて

- (1) 再研修を修了された方には、後日、秋田県より修了証明書を郵送いたします。
- (2) 再研修を修了された方は、介護支援専門員証の交付の申請を秋田県介護支援専門員協会へ行ってください。

研修を受講および修了しただけでは、更新されません。

手続方法は、秋田県のホームページ「美の国あきたネット」に掲載の手順をご確認ください。

12. その他

- (1) 申込みに当たっては、本要綱の「4.対象者」を改めてご確認の上、お間違えのないようお願いいたします。
- (2) 研修期間中に遅刻、早退又は欠席をした場合、修了証明書を発行できませんのでご注意ください。
- (3) 日程・内容等について、一部変更する場合があります。変更の際は、当協会ホームページ、メール、または受講決定通知書等にてお知らせいたします。

<お問い合わせ先>

特定非営利活動法人 秋田県介護支援専門員協会
〒010-0922 秋田市旭北栄町 1-5
Tel: 018-893-4011 / Fax: 018-893-4012
E-mail: seminar@acma.jp