

取扱注意

個人情報が含まれています

令和5年度

第27期介護支援専門員実務研修

見学・観察実習 実習ノート

※参考資料※

実習生が実習当日に持参し、使用するノートです。
一部様式を除き、事業所の実習指導者は使用しません。

実習日程

令和6年 月 日 () ~ 月 日 ()

受講番号

名前

実習先事業所

指導者氏名

目次

- 1 見学・観察実習について … 1
- 2 実習における習得目標 … 4
- 3 ケアマネジメント業務の考え方（まとめ） … 5
 - (1) 各ケアマネジメントプロセス場面のポイント
(インテーク・アセスメント・サービス担当者会議・モニタリング・給付管理)
 - (2) ケアマネジメントプロセスに伴う契約等事務手続き
(重要事項説明、契約、個人情報使用同意、居宅サービス計画書作成依頼書)
- 4 実習全体の流れ … 28
実習の流れと注意事項
- 5 各種様式（第1号様式～第7号様式） … 30
 - 第1号様式 実習目標、実習スケジュール
 - 第2号様式 利用者情報記録表
 - 第3号様式 実習記録用紙
 - 第4号様式 実習目標の達成状況、後期研修の目標設定
 - 第5号様式 実習に伴う誓約書
 - 第6号様式 実習評価表（※）実習指導者による署名、総合評価の記入欄あり。
 - 第7号様式 実習報告書（※）実習指導者による署名の記入欄あり。

提出書類

- 第5号様式（実習に伴う誓約書）
⇒実習受入先事業所へ 実習初日 実習開始前に提出
- 第6号様式（実習評価表）、第7号様式（実習報告書）
⇒研修事務局へ 研修7日目にコピーを提出

1 見学・観察実習について

受講者の皆様には、前期研修（1～6日目）の内容を踏まえて、後期研修の開始（7日目）までの間に、見学・観察実習を**各自**で行っていただきます。

本資料をよく熟読いただき、各受講者一人ひとりの責任において実習協力機関を探し、実習日時の調整を行ってください。

1 実習の目的

実習現場でのケアマネジメントプロセスの経験を通じて、実践に当たっての留意点や今後の学習課題等の認識をすることを目的に実施します。

- (1) 一連のケアマネジメントプロセスを実践的に学ぶこと
- (2) 多様な要介護高齢者の生活に対応したケアマネジメントを経験する

実習に入る前に、各科目で学んだ知識や技術、基本的な考え方を振り返った上で、実習を通じてどのような学びを得たいのかという目標設定を、実習生自らが行うことが重要です。

実習に際しての習得目標については、実習ノート（P.4）を参考に、具体的な目標を立てて実施しましょう。

2 実習の方法

(1) 実習期間

原則、3日間程度（1日につき7.5時間程度）

※半日や数時間程度の実習を3日以上にまたがって実施し、合計の実習時間が3日程度になることもあります。

(2) 実習場所

実習受入先事業所内、同行訪問先等（各事業所、実習協力者のご自宅等）

まずは、研修実施機関から配布された実習受入先事業所の一覧をもとに連絡を入れ、実習受け入れについての問い合わせをしてください。

実習受入先事業所が決まったら、必ず実習先の管理者または主任介護支援専門員と連絡を取り、実習日程を確認しましょう。実習受入先事業所とは、緊密な連絡を心掛けてください。日程調整は事業所・利用者の都合により、時間がかかる場合があります。日程に余裕をもって、調整を行ってください。

3 実習内容（※詳細については、本資料の3ページ以降を参照）

(1) オリエンテーション

計画的に実習ができるよう、実習指導者と「実習目標（第1号様式）」を確認します。

(2) ケアマネジメントプロセスの体験（同行訪問等）

実習現場でケアマネジメント業務を体験し、「利用者情報記録表（第2号様式）」、「実習記録用紙（第3号様式）」等について作成します。

(3) 振り返り

「実習目標の達成状況（第4号様式）」「後期の目標設定（第4号様式）」の確認と全体を通した振り返りを行います。

4 各種様式の記入（本資料の30ページ以降に添付）

(1) 実習目標、実習スケジュール（第1号様式）（P.30）

実習目標は、何を学びたいか、明確に記入しましょう。目標は実習指導者に必ず確認してもらいます。

実習スケジュールについては、実習受入先事業所と確認・調整をした内容を記入します。

(2) 利用者情報記録表（第2号様式）（P.31）

利用者概要、確認事項、気をつけたいこと等の記録に活用してください。

(3) 実習記録用紙 (第3号様式) (P. 32~33)

ケアマネジメントプロセス場面 (インテーク・アセスメント・サービス担当者会議・モニタリング・給付管理場面等) で、1つの場面につき1つの枠で記入します。記入後、必ず実習指導者と共有し、いただいたご意見について記録してください。

(4) 実習目標の達成状況、後期研修の目標設定 (第4号様式) (P. 34)

実習最終日に、予め設定した目標の達成状況を確認します。後期実習に向けての目標も設定します。

(5) 実習に伴う誓約書 (第5号様式) (P. 35)

実習日前に内容確認の上、記入し、実習当日の実習開始前に実習指導者に提出します。

(6) 実習評価表 (第6号様式) (p. 39)、実習報告書 (第7号様式) (p. 40)

実習の最後に、実習指導者に実習評価表と実習報告書の記入を依頼してください。それぞれの様式の原本またはコピーを研修7日目に提出してください。

5 研修7日目の受付時に提出するもの

【見学・観察実習に関する提出物】

○実習ノート

○実習評価表 (第6号様式)、実習報告書 (第7号様式) コピーを1部

研修7日目に研修実施機関へ提出していただきます。実習ノートに挟み込んで提出してください。実習ノートは確認後に返却します。

※実習終了後、実習ノートの各様式に記入漏れがないかどうかご確認ください。記入がない場合、または記入の仕方が誤っている場合には後期研修が受講できない場合があります。

【模擬ケアプラン作成実習に関する提出物】

○模擬ケアプラン作成実習報告書 (様式①~⑩)

様式①~⑩はすべてコピーをとり、左上をホッチキスで止めて1部コピーを事務局に提出してください。(様式⑥はA3サイズでコピーしてください) また、原本は研修7日目に使用致しますので、ご自身で持参してください。

※「実習受入先の皆様へ (実習承諾書・誓約書)」は、提出する必要はありません。

○模擬ケアプラン作成実習報告書 (様式⑦⑧⑨) 【居宅サービス計画書第1~3表】

グループ人数+2部をコピーしてご持参ください。また、研修7日目のグループ人数によって、余りが出ることもございますので予めご承知おきください。

○実習アンケート ※その他、研修事務局が指定したもの

6 実習日当日の持ち物

実習ノート (実習関係書類配付したもの全て)、受講者証、筆記用具は必ずお持ちください。その他のものについては、実習受入先事業所の実習指導者と相談の上、決定してください。

7 注意事項について (Q&A)

Q1 実習前に学習しておくべきことは何でしょうか?

A1 実務研修テキスト (上巻)、ワークブックなどをもとに、必ず前期研修 (1~6日目) の内容を振り返る時間を作ってください。

Q2 実習日前に記入していく必要があるものは何でしょうか？

A2 「実習目標（第1号様式）」、「実習に伴う誓約書（第5号様式）」は必ずご記入ください。

Q3 実習当日の服装について教えてください。

A3 常識の範囲内で動きやすい服装でお願いします。具体的には実習指導者にご相談ください。

Q4 実習に関する費用の負担はありますか？

A4 実習受入先事業所までの交通費、また事業所内で資料のコピー等を希望した場合のコピー料金等をご自身でのご負担をお願いいたします。

Q5 体調不良等のやむを得ない理由で日程変更をしたい場合にはどうしたらいいでしょうか。

A5 実習指導者に相談の上、事業所の都合にあわせて日程を変更していただいて構いません。ただし、自己都合での日程変更は、できるかぎりご遠慮ください。

Q6 実習ノートへの記録について、何か注意点はありますか？

A6 実習中に知り得た利用者情報については、個人名を除いて記入してください。（例：Aさん、B様、〇〇氏）

Q7 感染症対策で気をつけることについて教えてください。

A7 手洗いやうがいの励行、マスクの着用を行うようにしてください。その他の対応については、実習指導者の指示に従ってください。

なお、実習予定日に感染症等になった場合には、実習は原則延期となります。その際には実習指導者と相談の上、実習期間中で日程の再調整をお願い致します。再調整が難しい場合には各研修機関にご連絡をお願いします。

2 実習における習得目標

(1) 実習オリエンテーション

前期最終日	目的	研修における実習の位置づけと目的、実施方法を理解し、効果的な実習に結びつける。
	習得目標	① 研修における実習の位置づけと目的について説明できる。 ② 実習協力者に実習内容について説明できる。 ③ 実習における心構えについて説明できる。 ④ 個人情報保護をはじめとした実習に必要な資料の準備を実施できる。 ⑤ 実習協力者の状況に合わせて実習を行う事の必要性について説明できる。

(2) ケアマネジメントの基礎技術に関する実習

実習期間	目的	実習現場でのケアマネジメントプロセスの経験を通じて、実践に当たっての留意点や今後の学習課題等を認識する。
	習得目標	① ケアマネジメントプロセスの実践にあたっての留意点を踏まえ観察した結果を盛り込んだ実習報告書の作成ができる。 ② ケアマネジメントプロセスを実習先で指導者のもと体験した結果を盛り込んだ実習報告書の作成ができる。 ③ 実際の生活環境を観察した結果を盛り込んだ実習報告書の作成ができる。 ④ 実習協力者の状況に合わせた実習が実施できる。 ⑤ 給付管理業務の流れを述べることができる。

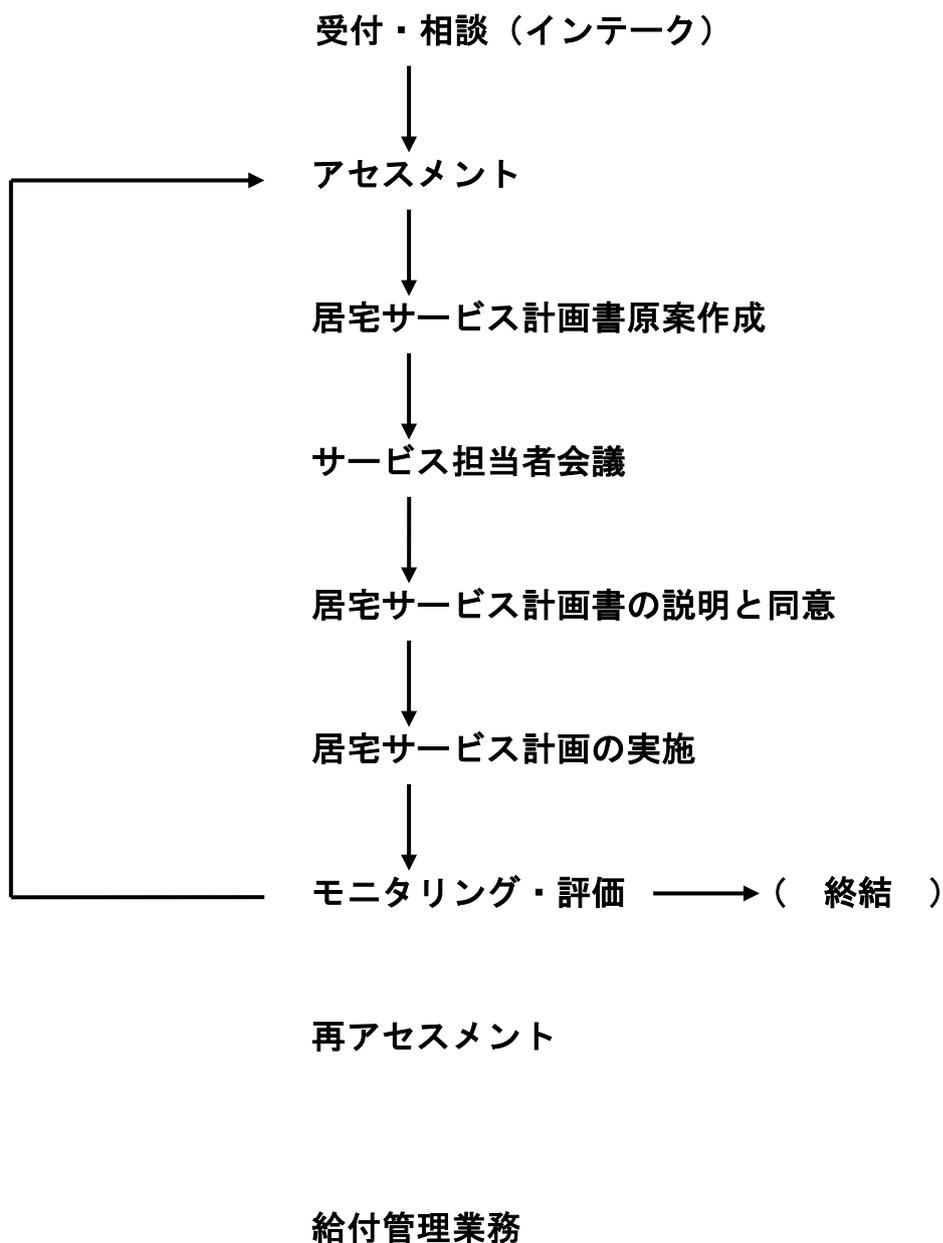
(3) 実習振り返り

後期初日	目的	実習を通じて得られた気づきや課題を客観的に振り返り発表することを通じて今後の学習課題を認識する。
	習得目標	① 今後の学習課題について説明できる。 ② ケアマネジメントプロセスに沿って、実習で作成したケアプランについて説明できる。 ③ 実習を通じて倫理課題について説明できる。 ④ 受講者間相互の話し合いにおいて、不足している知識について説明できる。

3 ケアマネジメント業務の考え方（まとめ）

介護保険制度におけるケアマネジメント機能としては、「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」（平成11年厚労省令第38号）、そして、その解釈通知等により介護支援専門員による必須義務、努力義務等も含めて定められています。

ケアマネジメント業務のチャート図



(1) 各ケアマネジメントプロセス場面のポイント

ア インテーク場面

(ア) 受付及び相談の意義と目的

ケアマネジメントを行ううえで必要な情報を収集することを「インテーク」といいます。

受付及び初回の面接相談の機会は、介護支援専門員と利用者・家族との出会いの場です。面接では利用者の話に対して先入観を持たず、あるがままの状態を受容することが大切です。

初回の面接では、お互いが初めての出会いの過程を経て、相互理解のもと、支援を必要とする利用者にとって安心できる信頼関係を構築することを意識して臨むことが大切です。

初回面接▶▶確認のポイント

- ・利用者や家族との信頼関係を築くことを優先します。(信頼関係の構築)
 - ・まずは利用者や家族の話を「傾聴」して、ありのままの利用者や家族を受け止めます。(主訴の傾聴)
 - ・一方通行の会話ではなく、双方向のコミュニケーションを意識します。(問題解決の主体は利用者)
 - ・総合的な観点から利用者の課題をアセスメントし、課題を明確にしていく必要があります、そのことを理解してもらうことから面接相談は始まります。(利用者の課題の明確化)
 - ・十分な情報が収集できていない時点で、断定的な結論に結び付けることや、限定的な情報を提供することは控えましょう。(アセスメントの開始)
 - ・面接の目的をしっかりと伝え、内容を理解していただきます。利用者や家族の理解度に配慮した丁寧な説明を心掛けて、インテークの段階で伝える必要事項(介護保険制度や介護支援専門員の役割、ケアマネジメントプロセス、アセスメントの同意等)について、説明を行います。
- 面接中は、相手の表情、しぐさ、言葉のイントネーションなどから心情の理解や情報収集に努めます。また、面接の開始時に「1時間程度で終わります」というように、相手に面接の時間を伝える配慮も心掛けましょう。(相談援助の関係づくり)

(イ) 面接場面における援助の留意点

利用者・家族に対して十分な情報提供と説明を行い、利用者・家族が自己決定することができるような援助を行います。

利用者・家族は解決できない課題を抱えている不安だけではなく、多くの場合、相談機関や専門職への連絡、相談といった初めての経験に不安を感じています。そのような心理を想像して、専門職に相談して良かったと思える対応を心掛けましょう。

主訴▶▶確認のポイント

- ・「主訴」とは利用者が直接訴えている「困り事や希望・要望」といった内容そのものであり、主訴を確認することはアセスメントの「入り口」となる重要な部分です。
- ・主訴を通して、現在の生活状況や、そこで起きている問題等の要因や背景となる事項について情報収集を行い、整理・分析をしていきます。また、主訴とは利用者や家族が、言語として訴えているものだけから判断できるものではありませんが、可能な限り利用者や家族から直接聞くことが大切です。

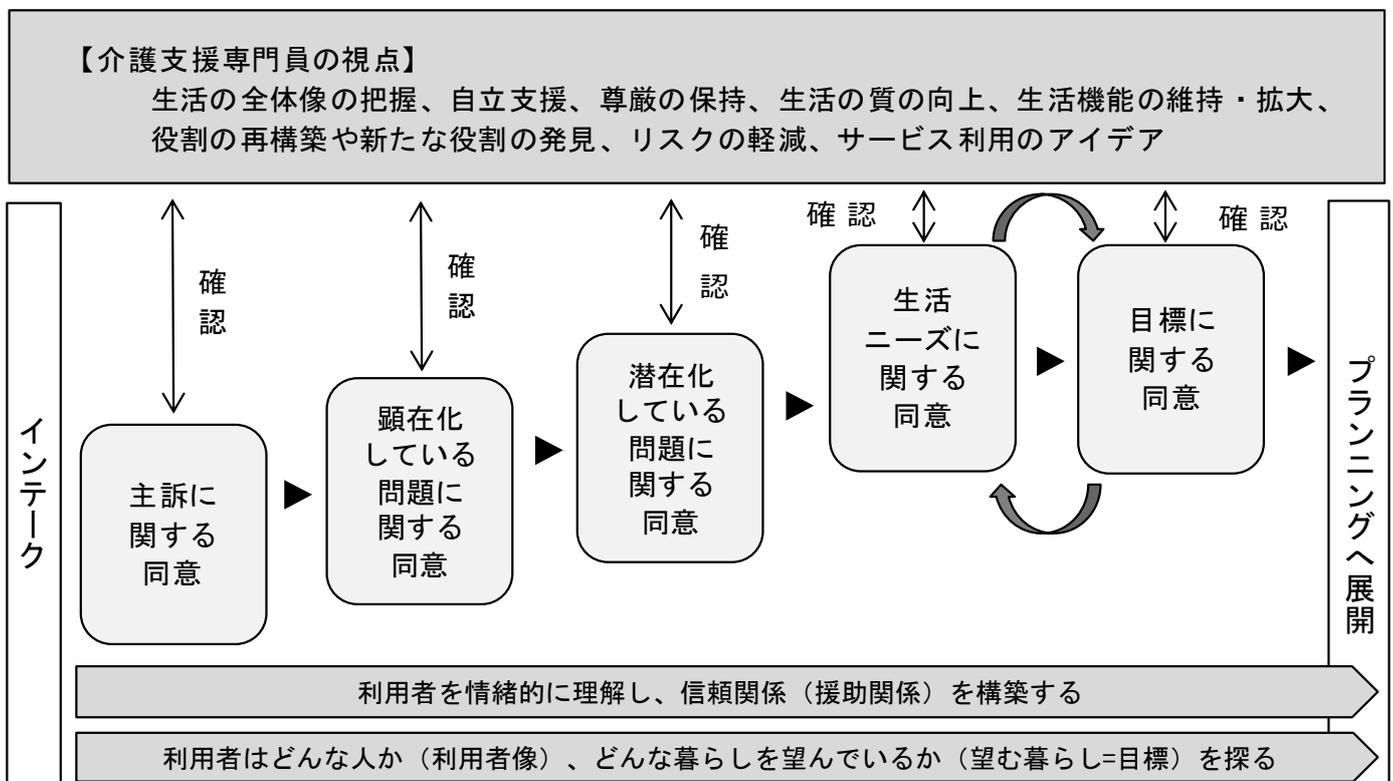
イ アセスメント場面

(ア) アセスメントの意義と目的

アセスメントとは、利用者が自立した日常生活を営むうえで解決すべき課題（ニーズ）を把握することです。利用者の生活が理解できるように収集した情報をもとに、利用者のおかれている状況を理解し、生活全般にわたった解決すべき課題（ニーズ）を把握し、生活の全体像を理解することにより、居宅サービス計画を導き出していきましょう。

ケアプラン作成に当たっては、利用者や家族の「望む暮らし」「こういう暮らし方をしたい」、「この役割を続けていきたい」というニーズをできるだけ具体的に表し、それらを実現するために必要な支援をケアマネジメントとして展開していくことです。「〇〇ができなくて困る」「〇〇ができるようになりたい」だけからニーズを捉えるのではなく、過去からの生活や改善できるであろうという予測・利用者家族が持つ力を利用者自ら「〇〇がしたい」と目標とする生活を明確にイメージできるように、利用者や家族に課題に対する目標と具体策を十分納得し支援していくことが重要です。

アセスメント場面では、利用者や家族の困っている状況や希望する生活を実現していくために、解決しなければならない課題を明確にするとともに、対処方法を明らかにします。アセスメントにあたっては、顕在化している問題等（利用者や家族が実際に言葉にしている困り事やかなえることができない希望）表面的な情報収集のみを行うのではなく、介護支援専門員としての専門的な面接技術に裏付けられた情報の収集と分析から潜在的課題（利用者や家族が語っていない、認識していない生活上の問題）についてもアプローチしていくことです。



アセスメント場面▶▶確認のポイント

・「利用者の悩み・主訴・要望」に関する確認

アセスメントの第一歩は、利用者や家族から悩みや要望を聴くことから始まります。また、利用者の問題状況を把握するにあたっては、利用者を身体・心理・社会的存在として全人的にとらえ、利用者の生活をその歴史を踏まえてあるがままに受け入れることが重要です。

・「顕在化している問題」に関する確認

利用者や家族からの情報や介護支援専門員の観察によってある程度顕在化している課題についても、必ず言語化して利用者や家族に確認することが大切です。

・「潜在化している問題」に関する確認

利用者が抱えている問題は、必ずしも利用者のニーズとは一致しないことも多く、問題自体がいつも顕在化しているとは限らず、利用者さえ気づいていない潜在化している問題もあるため、介護支援専門員が専門的見地から情報を分析することが必要です。

・生活ニーズの把握

真に有効な支援計画を作成するためには、利用者が普段どのような生活をしているのか、24時間の生活をどのように送っているのかを知ることが大切です。例えば、起床時間が一定である、食事の時間、就寝時間等の生活リズムや排泄の回数や時間などについて知ることが必要です。また、通院や買い物などの外出の機会など、一週間のリズムの中での生活をみることも大切です。

・総合的な援助の方針

アセスメントの過程において、利用者の「目標とする生活」のイメージを引き出すことができるよう、課題に対する目標と具体策を十分に納得していただくための合意のプロセスを丁寧に進めていくことが求められます。

（1） 共通言語としての ICF

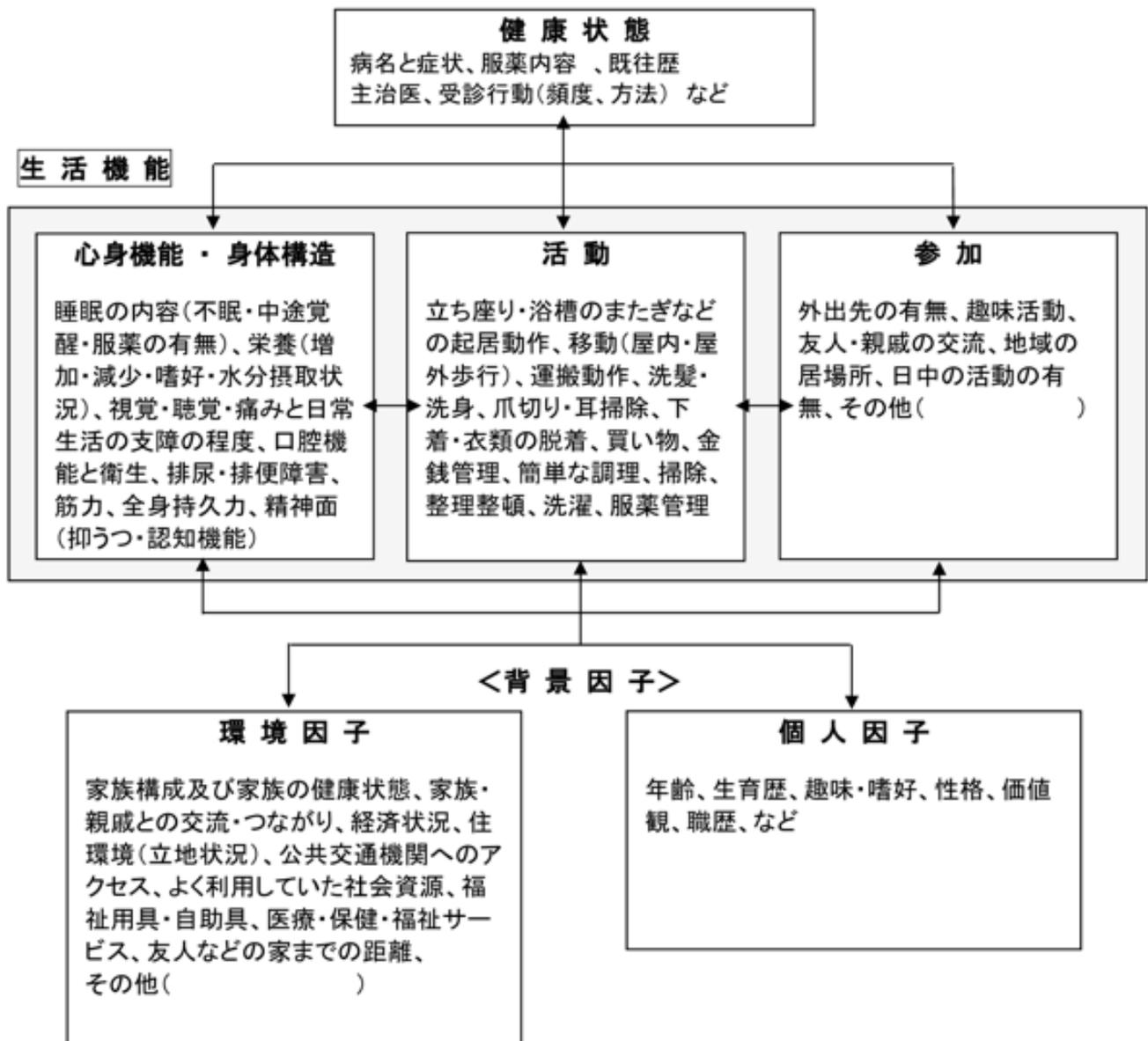
- ア 健康・病気・障害にかかわる仕事（介護、保険、医療、福祉、行政など）に従事する専門職と当事者（利用者、患者、障害者、家族など）を含めた、全ての関係者の相互理解と協力のための共通言語としてつくられたもの。
- イ マイナス面よりもプラス面を重視する用語・考え方になっていること。
- ウ 環境面の影響も含めて生活機能をみようとすること。 など

（2） 相互作用あるいは複合的な関係をみる視点

- ア ICF の考え方は、「個人の生活は、健康状態と背景因子との間の、相互作用あるいは複合的な関係」＝ケアマネジャーがアセスメントを行うときにもつべき視点
- イ 利用者の生活上の問題点は、疾患（健康状態）を原因として引き起こされることが多いので、医療的支援を結びつけることが第1の要件である。疾患に伴う障害は、その人の生活に影響を与える。また、健康状態だけではなく、背景因子（環境因子と個人因子）からも影響を受ける。
⇒利用者の生活を支えるために、利用者の生活の様々な部分にアプローチできる箇所が見つかる。

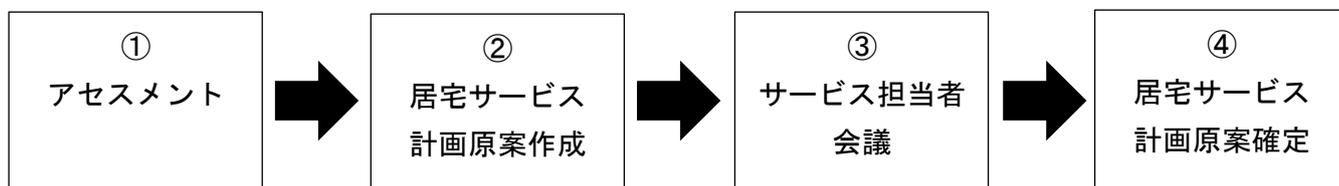
（3） 環境因子の理解

- ア 環境との相互作用の調整
利用者が抱える生活上の問題は、病気や障害を有するからではなく、利用者が生活している環境との関係で生じている。人の生活は個人の持つ能力と環境の持つ力が相互に作用して成り立つ。その相互作用がうまくかないとき、生活上の困りごとが発生する。その視点に立てば、環境の調整をしていくことにより生活上の困りごとを小さくしたり、利用者個人の力を高めたりすることが可能になる。
- イ ストレングスの視点と活用
ストレングスとは、強みや力。利用者の持つ「強さ」「強み」である。「熱意」「能力」「自身」「自負」といった気持ちに着目し、尊重し、現在おかれている現実に向かう力を与えるもの。
また、ストレングスは環境にもあり、「資産」「人間関係」「社会資源」である。利用者や環境のストレングスに着目・尊重し、それを活かした支援をしていくことにより、利用者自身が主体となり、支援者と対等で協働的な関係で問題解決していくことである。
- ウ その人らしさ
利用者は「身体」を持ち、「心」を持ち、「社会」との関係をもって生活している。人は、身体的、心理（精神的、社会的な要素がひとつとなった存在で、同じ人はいない。利用者が歩んできた人生には、その人特有の歴史（生活歴）があり、利用者の「その人らしさ」はまさに個別性にある。



(イ) 居宅サービス計画について

居宅サービス計画は、利用者・家族の生活ニーズを解決し、利用者・家族の望む暮らしを実現するために作成されるものです。居宅サービス原案は、利用者がサービスを利用しはじめる前に検討する計画のたたき台のことで、サービス担当者会議において、利用者・家族、そして、多職種との検討用に付されるために原案といわれています。



居宅サービス計画に用いられるのは、以下の7種類です。

居宅サービス計画の様式

- 第1表 居宅サービス計画書(1)
- 第2表 居宅サービス計画書(2)
- 第3表 週間サービス計画表
- 第4表 サービス担当者会議の要点
- 第5表 居宅介護支援経過
- 第6表 サービス利用票(兼居宅サービス計画)
- 第7表 サービス利用票別表

上記の様式を使用して、居宅サービス計画原案を作成する基本的な目的は、以下のようになります。

- ①利用者の望む暮らし、尊厳の保持と自立した生活を実現するための総合的な方針を提案・確認する。
- ②利用者の望む暮らし、尊厳の保持と自立した生活を実現し、維持・継続していくための課題及びそれに対応する目標と具体策の提案・確認をする。
- ③具体策を実現するための手段、方法や介護サービスを明確にする。
- ④支援を実行するためのスケジュール(日課表、週間計画表、月間計画表)や手順を明確にする。
- ⑤支援を担当する人や実施機関、事業者の調整を行う。

原案として作成した居宅サービス計画は、サービス担当者会議における話し合いを通して、①～⑤のポイントについて同意されることによって、利用者が署名し、確定したものとなります。

ケアマネジメントプロセスは独立したものではなく、重層的に進行します。このため、居宅サービス原案は、利用者・家族、そして、介護支援専門員をはじめとした多職種によって作成されることを思い出してください。

居宅サービス計画原案は、サービス担当者会議の出席者となる多職種の専門的な意見を取り入れてつくられていきます。何よりも大切なことは、利用者・家族が主体的に計画づくりにも参加することです。そのためには、介護支援専門員が、多職種から収集した専門的な意見を、利用者・家族に理解できるように伝えることが必要です。こうすることで、利用者・家族が選択しやすくなります。

(ウ) 居宅サービス計画原案作成上の留意点

○利用者・家族の意向を踏まえた課題の解決

(1) 利用者・家族の現状をとらえる

利用者・家族は要介護状態になったことで、さまざまな困りごとを抱えています。介護支援専門員は、利用者・家族の現在の状況を把握し、利用者・家族が望む生活に近づけていくための手段を居宅サービス計画原案にまとめていきます。このとき、利用者の「できなくなったこと」にサービス利用をあてはめるのではなく、利用者自身がより自立的で尊厳が保たれ、生活の質が向上していく姿をイメージできるようにしていくことを目指します。

利用者の生活がよくなるとは、以下のような事柄だとイメージしていきます。

- ①利用者自身もっている力を発揮でき、自立した生活を送ることができること。
- ②利用者自身の尊厳が保たれた生活を送ることができること（その人らしい暮らしができること）。
- ③要介護状態になるまで送ってきた生活が、要介護状態になっても継続できること。
- ④利用者の要介護状態を、これ以上悪化させる要因（リスク）が起こらないような生活を送ることができること。

(2) 利用者の気持ちを尊重する

要介護状態になったということは、身体面、精神面、社会面など、さまざまな生活機能上で自立できないことがあるということです。要介護状態になると、利用者の多くは、「家族に迷惑をかけて申し訳ない」と話し、「自分のことは自分でしたい」というような気持ちを表出します。

しかし、元気な人であっても、家族や社会とのかかわりのなかで、その助けなしに生きていけるわけではありません。家族や友人、仕事仲間、近隣住民といった人間関係に助けられながら、そして、公的な役所のサービスなどを日常的に利用しながら、自分の意向を実現し、生活の質を高めていこうとしています。

(3) ニーズの整理

要介護状態になると、利用者の努力や家族の協力だけでは解決できない状態になっています。自分が何に困っているのか、その困りごとを解決するために何が必要なのかというニーズの整理もできませんから、そのニーズを解決するうえで有効なサービスという発想ももつことができないかもしれません。

介護支援専門員は、保健・医療・介護・福祉など多様なサービスが地域にはあり、利用者・家族の意向に合わせた利用が可能なことをわかりやすく説明する必要があります。

利用者・家族にとり、自分の困りごとを整理したうえで、支援を受けることになる複数の異なった担当者と交渉し、生活に合わせた調和のとれた計画を立てることは困難です。セルフプランとって、自分で居宅サービス計画を立てることのできる人もいますが、一般には、ケアマネジメントを専門に担う介護支援専門員を必要とします。介護支援専門員が、利用者・家族と協働し、利用者・家族の意向を明確にした結果が居宅サービス計画書だといえます。

(4) 利用者の主体性を支える

居宅サービス計画は、利用者が「自ら必要とするサービスを選択する」という利用者の主体性を支えるための道具でもあります。どのような支援を、何のために、どれだけ、どのように活用するかを明文化したものであり、これは社会資源活用に関する利用者と介護支援専門員との約束事、契約内容を示すものになります。

さらに、利用者を支える社会資源と介護支援専門員との間で交わされる約束事でもあります。サービ

スを提供する事業者やインフォーマルな支援者が、それぞれに何を目的として、どのように役割分担を行うのかを明文化したものになります。居宅サービス計画が示されることで、利用者の生活全体の支援、役割分担が明らかとなり、同じニーズ、目標に向かってチームで支援することができるのです。

(5) ニーズを明らかにする

アセスメントで介護支援専門員は、利用者・家族が現状をどの程度、理解しているのかを把握し、利用者・家族に対して理解を促すようにはたらきかけながら、ニーズを明らかにします。また、利用者・家族の意向を絶えず確認することが大切です。

介護支援専門員が、アセスメントを利用者・家族と協働で行うことで、現状の理解が進みます。また、医療面からの将来の予測を主治医等から受けることによって、今後の生活に起こるであろう状態の変化や今解決すべきニーズが明確になってくるのです。

○生活の変化の予測

(1) ICFシートによる整理

演習で作成したICFシートは、「生活機能」として「活動」性を高め、「参加」を促進していくための課題整理に役立つものでした。また、「促進要因」と「阻害要因」を考えることで、利用者の生活の変化を考える際の有効なツールです。

(2) 課題整理総括表による整理

課題整理総括表は、阻害要因からADL、IADLの変化の予測を改善、維持、悪化に分けて予測するものです。

さらに、その見通しの根拠を表し、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】」を明らかにしていくこととなります。

当該様式は、サービス担当者会議や地域ケア会議に用いることが推奨されているものです。

○総合的な援助の方針

(1) 第1表 居宅サービス計画書(1)

利用者・家族の意向の確認ができた後に、利用者・家族を中心としたケアチームの総合的な援助の方針を整理することになります。利用者・家族の意向・生活の目標をどのように実現していくのか、今後どのようなリスクが予測されるのか、悪化を防ぐにはどのような生活を送り、どのような支援をするのかを協議したうえで文章化することになります。

「総合的な援助の方針」は、具体的な支援内容やサービス種別を記入する「第2表 居宅サービス計画書(2)」を、そのまま記載するのではなく、特に重要な支援内容やチームの方針を文章化するものです。

例えば、ターミナルケアが必要な利用者や認知症の行動・心理症状(BPSD)などでリスクが高い一人暮らしの利用者、状態の急変が予測されたり緊急時の対応も想定されたりする利用者については、その内容もわかるようにしておく、チーム全体が意識化できることとなります。

居宅サービス計画は、あくまでも利用者・家族のためのものであることを意識して、専門用語ではなく、利用者・家族の理解度や知識に合わせた用語を用いるなど、居宅サービス計画であることを意識します。

(2) 第2表 居宅サービス計画書(2)

ここには、利用者・家族と合意形成されたニーズや目標にそった計画が記載されることとなります。最初は利用者・家族が理解できない場合や納得できない場合もあります。そういう場合は、専門職として、

「総合的な援助の方針」の最後に、今後の課題として、残された内容を記載しておく、次の居宅サービス計画見直し時に向けて、忘れずに提案ができます。

(3) 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の整理

アセスメントを丁寧に実施すると、さまざまなニーズを生活全体のなかから抽出することができます。すべてのニーズを計画に盛り込めない場合もありますが、導き出されたニーズを整理し、優先順位をつけることも必要になります。優先順位をつけるときは、専門的判断のほか、利用者自身の行動習慣や性格、社会的役割（仕事、家庭、地域等）に合わせた個別化の視点が重要となります。

介護サービスの利用がはじまった後の生活がイメージできるように、それぞれのニーズを最初から具体的な目標を想定しながら、サービスや支援につなげるかを利用者・家族の意向を中心に支援チームで話し合います。

利用者や家族は、サービスをイメージし、「ヘルパーさんに掃除を手伝ってほしい」「買い物をしてほしい」などと発言するかもしれません。介護支援専門員は、利用者・家族のニーズを言語化するとともに、利用者自身の現在の力と可能性、潜在的な能力、残存機能などをアセスメントしていきます。こういったプロセスを経て、自立支援を目指した居宅サービス計画を作成していくことになります。

(4) 長期目標と短期目標の設定

ニーズの整理ができたところで、次は、居宅サービス計画を実際に動かしていくための目標の設定が必要になります。目指す生活のイメージを、利用者を中心にチームで共有できることが重要ですが、すぐに目標のすべてが実現するものではありません。

アセスメントを通じて、利用者に関するさまざまな障壁やリスクが明らかになっていっているはずです。自分一人ではできないことが明らかになると、利用者は、「自分のしたいことを言うと家族や周りの人に迷惑をかけてしまう」「娘や夫の負担になりたくない」と考えてしまうことが多いものです。

しかし、家族の誰にも迷惑や負担をかけずに生活したいという発言は、利用者が本当に望んでいるとも限りません。家族の負担を増やしたくないという利用者の気持ちは受け止めつつ、利用者自身と家族、専門職、地域のつながりのなかで利用者が今までに大切にしてきたこと、楽しいと感じていた時間を今後ももてるように、計画する必要があります。

(5) 社会資源の活用

長期目標、短期目標の設定と併せてどのような社会資源がその目標を実現するために有効か、利用者にとってよいのかを考え、検討していきます。

利用者が住む地域にあるものすべてが社会資源になります。また、それまで活用していた民間のサービスや地域の助け合い、家族、親族、友人、知人のかかわりもすべて社会資源に含まれます。さらに、行政や専門機関の機能を利用することもありますので、市町村サービス、地域のボランティア団体など、企業の地域サービス、宅配サービスや訪問サービスなど、さまざまなサービスもあるでしょう。

このとき、利用者自身がそれまで活用していたサービスや支援は引き続き利用できるような調整することを考えます。利用者のなじみだった美容院やデパート、喫茶店、レストラン、本屋や地域のサークル、スポーツジム、習い事の教室などとの関係を切らないことが、利用者の人生に大きな意味をもちます。

ウ サービス担当者会議の場面

(ア) サービス担当者会議の役割

サービス担当者会議は、居宅サービス計画を検討し目標を明確にすることで、支援を行うケアチームの全員が援助方針を理解して利用者の望む生活を達成するために開催されます。サービス担当者会議を通して共通の理解を持ち、それぞれの役割を共有します。それによってチームアプローチが促進されます。

このチームアプローチの重要性をしっかりと理解しましょう。居宅サービス計画を支えるケアチームのメンバーが一堂に顔を合わせられる場がサービス担当者会議です。顔を合わせることでチームとしての意識が生まれます。これから利用者の生活を支援するための大切な場となるのがこのサービス担当者会議です。

また、サービス担当者会議はケアマネジメントプロセスにおいて、一つのプロセスであり、また、中心に位置しています。利用者の状況の変化に応じて、再アセスメントやモニタリングのためにサービス担当者会議を活用します。

サービス担当者会議の場面▶▶確認のポイント

○居宅サービス計画について共通の理解がなされているかどうか

- ・方向性を定める～最終的にどこに向かうかの共通認識を持つ
ケアチームのメンバー全員が、居宅サービス計画に盛り込まれた目標を同じように理解する必要があります。
- ・アセスメントの共有
介護支援専門員が行ったアセスメントの内容を、利用者、家族を含むケアチームのメンバーで理解し、共有します。
- ・居宅サービス計画が利用者の望む生活を達成するものへと練り上げる
専門職がそれぞれの立場から専門的意見を出すことにより、その場で疑問を解決し、修正してより練り上げていくことができます。

○サービス担当者会議における説明と同意が行われているかどうか

- ・利用者・家族への説明と同意
居宅サービス計画をサービス担当者会議で利用者とともに練り上げることで、利用者に自覚が生まれ、またこの課程を利用者の自己覚知につなげていくことが重要です。
- ・サービス提供事業所の担当スタッフへの説明と同意
居宅サービス計画全体を説明することで、それぞれのサービス事業所の担当スタッフがどの部分を担当するかを理解し、役割を認識できます。
- ・専門的見地からの説明と同意
サービス事業所のスタッフは、それぞれが専門的見地からの説明が的確にされているか、それに対して同意が得られているかを判断します。

○サービス担当者会議の位置付けを確認する

- ・ケアマネジメントプロセスに応じたプロセスで開催する。
初回の居宅サービス計画作成時やモニタリング時、再アセスメント時
- ・利用者の状況に合わせた開催。
初めてサービス事業所と関わる時
多くのサービス事業所が関わる時
- ・ケースの状況から開催する。
利用者の状態が大きく変わった時
支援困難なケースの時
- ・介護保険制度の側面から開催する。
更新認定の時
区分変更の時

(イ) サービス担当者会議の開催に関わる介護支援専門員の役割

a サービス担当者会議の開催準備、参加者の調整

- ・ 情報提供の同意を得る・・・個人情報保護の観点から重要。
- ・ 会議の目的を明確にする・・・何のために開催するのか目的を明確にし、参加者に伝える。
- ・ 開催日、場所、時間を設定する・・・利用者の状態から会議の目的に添って開催日を設定します。
また、参加しやすい場所を設定します。
- ・ 開催案内をする・・・目的と日時を明確に案内します。FAX やメールなど記録に残る形で案内しましょう。
- ・ 参加者を選定する・・・介護保険サービス事業者だけでなく、インフォーマルサービス関係者も参加メンバーとなります。
- ・ 所要時間を告知する・・・所要時間を伝える事で参加者は調整がし易くなります。参加者それぞれに次の予定があることを認識しましょう。
- ・ 当日の準備をする・・・当日に慌てないように、必要な資料を準備し、調整も事前におきましましょう。

b 司会や時間管理

- ・ 参加者全員が参加できる工夫をしましょう・・・参加者全員が発言できるように勧めましょう。
会議の目的を常に意識することが重要です。
- ・ 明確な説明・・・会議の目的や、居宅サービス計画の説明、協議の視点など、分かり易く説明しましょう。
- ・ 予定時間内に終了できる時間管理・・・会議のゴールを常に意識しながら会議の展開をイメージして会議を進めましょう。参加者にも協力をしてもらう事も大切です。
- ・ 会議のキーマンに発言してもらうタイミング・・・時間配分を予め決めて、重要なキーマンに発言してもらうタイミングを事前に決めておきましょう。

c サービス担当者会議開催前後、会議開催中における利用者・家族の意向確認等のサポート

- ・ 利用者の状態に気を配り、利用者・家族の意向を会議の場で確認します。

- d サービス担当者会議の目的に応じた、参加者による意見交換・協議の促進
 - ・ 協議を要する事項を把握し、それぞれの専門的見地からの意見交換を行います。
 - ・ 会議の目的を明確にして進行することにより、より活発な意見交換が期待できます。

(ウ) サービス担当者会議の記録

サービス担当者会議の要点に関する記録については、多職種のサービス関係者がどのような場面で、どのような検討がなされたかを評価する上で大変重要であり、また、チームとして利用者を支援していく上において不可欠なものとなっています。また、居宅介護支援事業所の運営基準に沿ったサービス担当者会議の開催、担当者への照会を行っていない場合は、介護報酬が減算されることになっていますので、その根拠となる書類を整理することは介護支援専門員の重要な業務の一つです。サービス担当者会議の要点に関しては、次の点に留意して記録を行うことが大切です。

居宅サービス担当者会議の記録に関する留意点

- ・ 検討項目番号に対応して結論を記載する。
- ・ 「いつまでに誰が〇〇する」という具体的な書き方で結論を明記する。
- ・ それぞれの役割分担に漏れや重複がないか、計画がスムーズに進行するか、話し合った要点を書きとめる。
- ・ 決定事項については、利用者や参加者に配布して、共通認識を図るようにする。

エ モニタリングの場面

(ア) モニタリングの意義

モニタリングは、介護支援専門員が、ケアプラン作成後、ケアプランに基づいたサービスの実施状況の確認を行い、必要に応じてプランの変更や事業所等との連絡調整等を行うものと規定されています。つまり、モニタリングとは、利用者自身の日常生活能力や家族の状況又は社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握しながら、ケアプランを作成してサービスを提供した結果が利用者の自立支援、生活の質の向上につながっているか否かを評価するとともに、必要に応じてケアプランの修正や事業者等との連絡調整を行うものです。

モニタリングの場面▶▶確認のポイント

- ・ 各サービスの効果の評価・・・居宅サービス計画に位置付けた社会資源がニーズの解決に効果をあげているかを評価し、利用者に応じた新たな生活ニーズが発生していないかを確認します。
- ・ ミスマッチの修正・・・利用者の生活ニーズと社会資源にミスマッチがないかを確認します。
- ・ リスク管理・・・早い段階で修正を行う事で事故を未然に防ぐとともに、状態像の変化を早期に発見することに繋がり、早期の対処を可能にします。

(イ) モニタリングの視点

モニタリングには、大きく分けて「利用者の状況を把握するためのモニタリング」と「サービス提供の状況を把握するためのモニタリング」という2つの視点があります。利用者の状況を把握するためのモニタリングは、利用者やその家族のニーズに変更がないか、利用者や家族の健康状態・生活状態・環境等に変化がないかという2つの視点で行うことが必要です。

(ウ) モニタリング記録の必要性と重要性

a 必要性

- ・ 居宅・施設共に「モニタリングの結果を記録すること」として運営基準に定められています。
- ・ モニタリングの記録は2年間保存しなければなりません。

b 重要性

- ・ 記録から経過を確認する。
- ・ わずかな変化を速やかに把握して新たな課題が発生していないか経過観察する。
- ・ 専門職の定期的なモニタリングが多く役割を果たす。
- ・ 速やかな状況変化の把握は、軌道修正をしやすくしてくれる。

モニタリング記録の留意点

- ・ 評価の視点が分かる様な記録
目標の達成度について、なぜそう評価したのかという視点を記載することが求められます。
- ・ 今後の展開に向けた視点
今後の展開についても、介護支援専門員の判断がわかる記録が求められます。

【介護支援専門員実務研修テキスト（上巻）より抜粋】

- (1) 各ケアマネジメントプロセス場面のポイント
- ア インテーク (P. 382～384)
 - イ アセスメント場面 (P. 422～424、494～500)
 - ウ サービス担当者会議について (P. 516～519)
 - エ モニタリングについて (P. 556～561)

オ 給付管理業務とは

(ア) 給付管理業務

給付管理業務は、ケアプランにしたがって提供されたサービスの実績を1か月単位で給付管理票として取りまとめ、介護報酬の審査・支払いの基礎資料として活用するために国民健康保険団体連合会(以下、国保連)に提供する一連の業務を言います。

居宅介護支援事業所が行うこととされている居宅介護支援業務は、ケアマネジメント業務と給付管理業務の2種類に大別されます。

(イ) 給付管理業務の流れ

介護支援専門員は基本的には区分支給限度額の範囲内でケアプランを作成する必要があります。給付管理業務はこのケアプランと密接な関係があり、サービス提供月を中心として、前月、翌月までの一連の業務として整理すると分かりやすくなります。

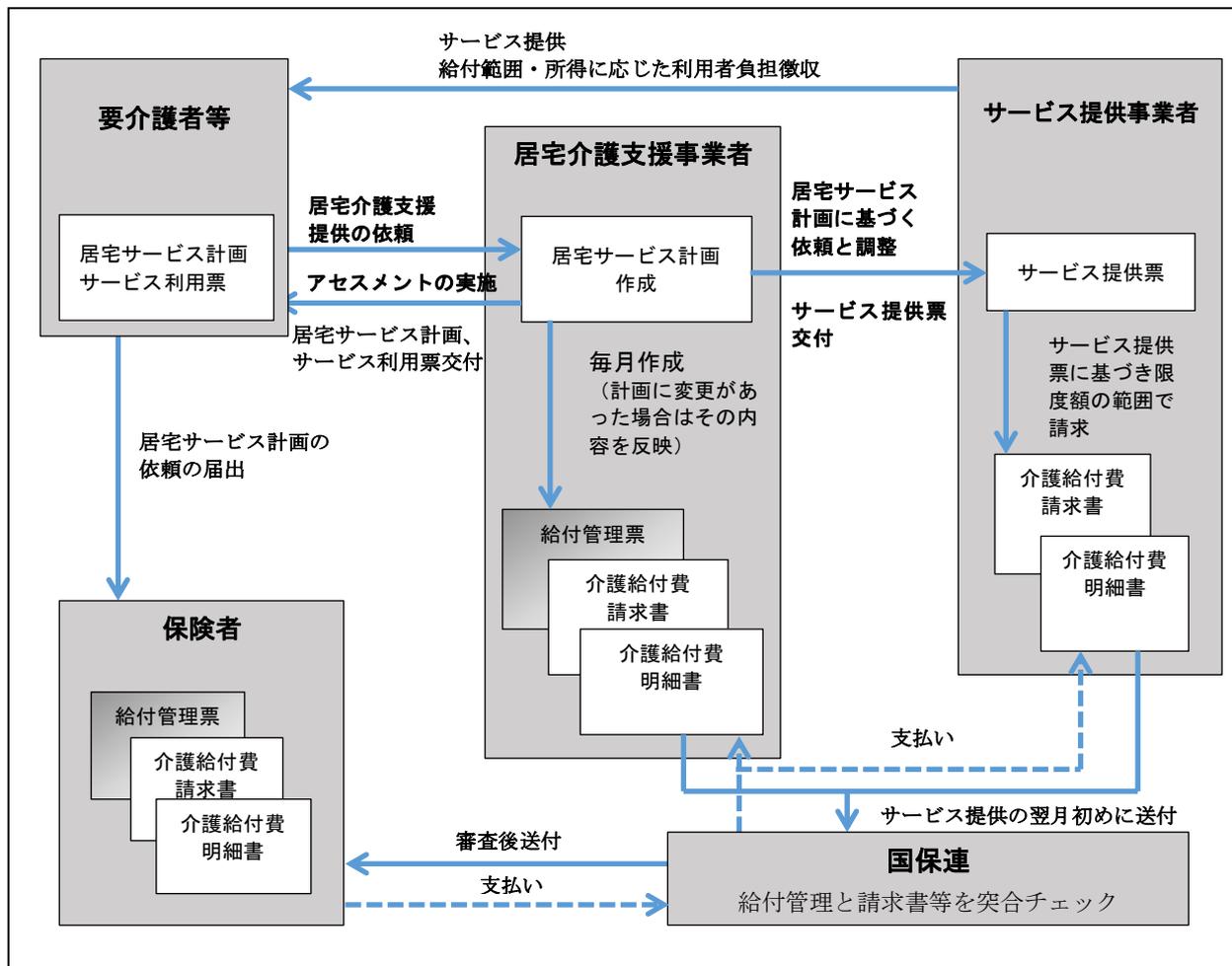
給付管理業務の流れ

サービス提供前月	<ol style="list-style-type: none">① ケアプランを作成する。② ケアプランに位置付けられたサービスの保険給付費および利用者負担額の計算を行い、限度額管理を行う。③ ケアプラン、サービス利用票および別表を利用者に交付する。④ サービス提供票および別表をサービス提供事業者に交付する。
サービス提供月	<ol style="list-style-type: none">① サービス実施状況を継続的に把握し、サービス提供事業者と必要な連絡調整を行う。② サービス利用に変更がある場合、保険給付費および利用者負担額の再計算を行い、サービス利用票を変更する。
サービス提供翌月	<ol style="list-style-type: none">① 前月のサービス提供実績を把握する。② 限度額対象内の給付について給付管理票を作成し、国保連に送付する。

(ウ) 給付管理業務の手順

介護支援専門員がケアプランを作成・変更する際に保険給付費合計額を算定することにより管理することで上限管理がされます。介護保険制度ではサービス利用に対する保険給付の上限額が設定されています。サービス提供月終了後、介護支援専門員は継続して実施してきた上限管理の結果を「給付管理票」として国保連に提出します。

居宅介護支援の基本的な流れ



(エ) 国保連でのデータ突合

国保連は、給付管理票を受け取り、これを審査の「原本」とし、サービス提供事業者より送付される「介護給付費請求書」「介護給付費明細書」と突合し、審査を行います。

(オ) 給付管理業務の基礎知識

介護保険制度において、保険給付されるサービス利用には、要介護度に応じた限度があります。限度に応じたサービスか否かを管理する仕組みが「給付管理業務」であり、居宅介護支援事業者に給付管理票の提出が義務づけられています。

a 法定代理受領と居宅サービス計画

本来、保険給付は、保険者から被保険者(利用者本人)に支払われるべきものですが、サービス提供事業者がサービスに要した経費を、利用者の所得に応じて9割から7割相当分を、利用者に代わって保険者から受け取る仕組みが「法定代理受領」といわれるものです。

「利用者が1割から3割負担で利用できる＝サービス提供事業者が代理して受領できる」ためには、その居宅サービスが居宅サービス計画(ケアプラン)に位置づけられていることが前提となっています。

- * 介護保険法第41条(居宅介護サービス費の支給)
- * 介護保険法第46条(居宅介護サービス計画費の支給)

b 区分支給限度基準額と種類支給限度基準額管理について

要介護度に応じた区分支給限度基準額は、保険の範囲内で受けとることのできるサービス量の

ことです。この限度の範囲内であれば、利用者は1割から3割の負担でサービスを利用できますが、サービスの供給量に限りがあるなかで、特定のサービスに利用が偏ると、利用したくても利用できない事態が生じてしまうことがあります。したがって市町村は、厚生労働大臣が定める区分支給限度基準額の範囲内において、地域のサービス基盤の整備状況等に応じて個別の種類のサービスについて、支給限度基準額(種類支給限度基準額)を定めることができます。種類支給限度基準額を超えたサービス利用は、全体として区分限度支給限度基準額の範囲内であっても保険給付の対象となりません。

居宅サービスは、「単位数」による支給限度額管理されています。介護給付費の1単位の単価は、事業所の所在地ごと、サービス種類ごとに異なるため、限度額の枠内で利用可能なサービス量を一定のものとするためには、「単位数」による支給限度額管理が適当だからです。

注意すべきなのは、居宅サービス区分は1か月を管理期間として管理されるということです。

1か月を管理期間とすることは、その月内に利用しなかった単位数は繰り越せない、言い換えれば、貯めておいて後で使うことはできないということです。

c サービスの種類と支給限度額

介護保険の給付に関する法の規定は、対象者による区分(要支援者に対する給付か、要介護者に対する給付か)、サービスの種類、事業者の指定、監督機関による区分等、さまざまな要素が組み合わさっています。

短期利用ではない「特定施設入居者生活介護」や「認知症対応型共同生活介護」、また、医療従事者による「居宅療養管理指導」については、支給限度額による管理は不要です。

なお、利用者負担のない「居宅介護支援」「介護予防支援」(ケアプラン作成費等)についても、支給限度額のなかに入れて管理する必要がありません。

d 限度額管理の審査方法

居宅サービス区分の限度額の審査は、①居宅介護支援事業者等の介護支援専門員が作成した給付管理票と②サービス提供事業者からの「介護給付費請求書」「介護給付費明細書」を突合することにより行います。

(a) 居宅介護支援事業者等(ケアプラン作成機関)

居宅介護支援事業者は、サービス提供月の翌月に、サービス提供月の実績ベース(計画の変更があった場合等、それらを反映する)の「給付管理票」を国保連に送付します。

(b) サービス提供事業者

サービス提供事業者は、提供したサービスの内容を記載した「介護給付費請求書」「介護給付費明細書」を国保連に送付します。

国保連では、「介護給付費明細書」のサービス種類ごとの請求「単位」が、給付管理票で当該事業者の該当するサービスに割り振られている「単位」を超えていないかを確認することにより、上限額を管理します。

居宅サービス区分の限度額管理のイメージ

居宅介護支援事業者の「給付管理票」

被保険者氏名	横浜 ○○	
要介護状態	要介護3	
限度額	500単位	
事業者名	サービス種類	単位
指定事業者1	訪問介護	200単位
指定事業者1	通所介護	100単位
指定事業者2	訪問入浴介護	200単位
	指定サービス分	300単位
	基準該当分	200単位
	合計	500単位

- サービス計画月の区分支給限度額を、保険者から送付される被保険者台帳と突合し、妥当であるかチェックする。
- 保険者に居宅サービス計画作成依頼が届け出られている事業者からの給付管理票であるかチェックする。
- 各事業者に割り当てたサービスの給付単位合計が、限度額の範囲内であるかチェックする。

指定事業者1の「介護給付費明細書」

事業者名	指定事業者1	
被保険者氏名	横浜 ○○	
サービス名	日数	単位
訪問介護1	5日	100単位
訪問介護2	2日	50単位
訪問介護3	1日	50単位
通所介護1	2日	100単位

指定事業者2の「介護給付費明細書」

事業者名	指定事業者2	
被保険者氏名	横浜 ○○	
サービス名	日数	単位
訪問入浴介護1	5日	250単位

- ① 訪問介護は、給付管理票の割当200単位の範囲内
→そのまま保険給付の支払いが行なわれる。
- ② 通所介護は、給付管理票の割当100単位の範囲内
→そのまま保険給付の支払いが行なわれる。
- ③ 訪問入浴介護は、事業者の請求が給付管理票の割当を超えている
→給付管理票の200単位までについて保険給付の支払いが行われる。

e 給付管理上の留意点について

(a) 給付管理票上の留意点について

給付管理票は、国保連における審査・支払義務の基礎資料とするため、正しい給付管理票が国保連に提出されなければ、ケアプラン上に位置づけられたサービス提供事業者に対して介護報酬が適切に支払われなくなるおそれがあります。

- ・利用者ごとに区分支給限度額が異なり、ケアプランに位置づけたサービスの保険給付額を正確に計算すること。
- ・ケアプランと実際のサービス提供には相違が生じるおそれがあるため、正確に確認すること。
- ・給付管理票は、国保連がサービス提供事業者に介護保険料を支払う際の審査資料として活用するため、サービス提供の実績を正確に記録すること。

(b) 区分支給限度額管理の対象外となる加算

区分支給限度額管理の対象となるサービスであっても、加算部分を区分支給限度額外の取扱いとする加算もあります。全国どの地域にあっても要介護度に応じて受けられるサービスの量を同じにするためです。これらは区分支給限度額を超えても保険が給付されます。

(c) サービス利用が区分支給限度額を超えた場合

利用者の希望により、区分支給限度額を超えるサービスを受けるときには、超えた部分に相当する費用を、利用者がサービス提供事業者に全額支払うことになります。

f 福祉用具購入と住宅改修

福祉用具購入と住宅改修については、要介護度にかかわらず、一律に定められた限度額のなかでの利用が可能なサービスです。

現在、福祉用具購入は毎年4月から翌3月までに10万円、住宅改修は20万円を限度(原則1回)として利用できます。利用にあたっては、原則償還払いであることや、必要のない購入や改修は認められないことに注意をする必要があります。

*介護保険法施行規則第70条

*介護保険法施行規則第74条

福祉用具の利用については、利用者の自立支援の趣旨に沿った利用がなされるよう、2004年(平成16年)に「介護保険における福祉用具の選定の判定基準について」が厚生労働省より発出されました。介護支援専門員がケアプランを作成する際の指針とされています。

g 介護保険優先公費について

医療・福祉と同様に、介護保険においてもさまざまな目的から、費用の一部または全部を公費(税金)によってまかなうという措置を取ることがあります。この場合、介護保険が優先するものと他法が優先するものがあり、注意が必要です。

「介護保険が優先である」とは、該当のサービスを受けたときに「介護保険で優先して負担する」ということです。公費負担医療の取扱いは、サービスの利用単位に影響を及ぼすものではないので、居宅サービス計画(ケアプラン)に直接的な影響は及びませんが、実質的には利用者負担額が減ることになります。また、サービス提供事業者によっては、その請求をどこにするか(介護保険の保険者か公費負担者か)の取扱いが異なることになります。

【参考】四訂 給付管理業務マニュアル

サービス利用票別表

作成年月日 ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日
 (○ 月分)
 利用者氏名: ○ ○ ○ 美 様

被保険者番号: 0000000000

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割合	回数	サービス 単位数/金額	精期支給限度 基準を超える 単位数	短期支給限度 基準を超える 単位数	区分支給限度 基準を超える 単位数	区分支給限度 基準を超える 単位数	費用総額 (保険対象分)	給付率 (%)	保険給付額	利用者負担 (保険対象分)	利用者負担 (全額負担分)	
																	率%
〇〇訪問介護	1400000000	身体介護1	111111	250		31	(7750)					86180	90	77562	8618		
〇〇訪問介護	1400000000	訪問介護処遇改善加算1	116275				(1062)					11809	90	10628	1181		
〇〇デイサービス	1400000000	通所介護144	152349	897		8	7176										
〇〇デイサービス	1400000000	通所介護個別機能訓練加算1	155051	56		8	448										
〇〇デイサービス	1400000000	通所介護入浴介助加算1	155301	40		8	320										
〇〇デイサービス	1400000000	通所介護科学的介護推進採算加算	156361	40		1	40										
〇〇デイサービス	1400000000	通所介護合計					(7984)					85588	90	77029	8559		
〇〇デイサービス	1400000000	通所介護処遇改善加算1	156108				(471)					5049	90	4544	505		
〇〇訪問看護	1400000000	訪書13	131211	821		5	(4105)					45647	90	41082	4565		
〇〇訪問看護	1400000000	緊急時訪問看護加算1	133100	574		1	(574)					6382	90	5748	639		
〇〇訪問看護	1400000000	訪問看護特別管理加算1	134000	500		1	(500)					5560	90	5004	556		
〇〇福祉用具会社	1400000000	特殊貸与	171003				800										
〇〇福祉用具会社	1400000000	特殊貸与付属品貸与	171004				724										
〇〇福祉用具会社	1400000000	福祉用具合計					(1524)					15240	90	13716	1524		
											261455		235308	26147	0		
区分支給限度 基準額(単位)											30938	合計	21363				

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	サービス種類	種類支給限度 基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数
訪問介護				福祉用具貸与			
訪問入浴介護				短期入所生活介護			
訪問看護				短期入所療養介護			
訪問リハビリテーション				夜間対応型訪問介護			
通所介護				小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型通所介護				定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
認知症対応型共同生活介護				複合型サービス			
通所リハビリテーション				合計			

* 令和5年9月現在、横浜市で使用されている様式を載せています。
 * 地域区分は横浜市(2級地)で計算をしています。
 * 加算や福祉用具の記載内容が、介護ソフトによって異なる場合があります。予めご了承ください。

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	10	0	累積利用日数	10
当月の計画利用日数				

(2) ケアマネジメントプロセスに伴う契約等事務手続き

(重要事項説明、契約、個人情報使用同意、居宅サービス計画書作成依頼書)

受付・インテーク面接に入る時点で、必ず利用者の意向を確認します。自分がこれからケアマネジメントを行うことに、本人、家族の同意を求めてください。その上で担当ケアマネジャーとしての契約を締結します。

初回の訪問の際に必要な下記の書類一式を準備して持参します。利用者、家族に提示し、説明を行い、署名していただきます。

ア 重要事項説明書

事業所の設立法人、居宅介護支援サービスについてなどを説明します。

イ 契約書

ウ 個人情報使用同意書

利用者の個人情報を、介護保険サービスを行う事業所や担当者などで共有することについて同意を受けます。

エ 居宅サービス計画書作成依頼書

役所へ提出することで給付管理を行い、サービス計画費を請求できます。提出されないと報酬が受け取れません。

4 実習全体の流れ

実習前準備

- 1 実習生は事業所に連絡し、氏名・要件(介護支援専門員実務研修の実習に関するご相談であること)・連絡先等について伝える。連絡先は携帯電話・メール等、連絡が取りやすい手段を伝える。
- 2 日程調整する。(利用者の都合上、日時が決定するまでには時間がかかるので注意する。一度決めた日程は原則、変更はできません。)
- 3 調整ができれば、ノートに日程を記入し、前期の復習をする。

実習初日

- 1 実習先事業所の開始時間に余裕をもつてうかがう。
- 2 事業所でのオリエンテーションによりスケジュールや実習方法等の確認を行う。
- 3 実習生は実習に伴う誓約書(第5号様式)の原本を実習指導者に渡す。
- 4 実習目標(第1号様式)を確認する。

実習

- 1 同行訪問前に利用者のガイダンスを受ける。
(基本情報・アセスメント表・第1表から第3表、記録用紙等をもとに確認します。利用者情報記録表(第2号様式)に必要事項を随時記入)
- 2 実習については、p.5「3 ケアマネジメント業務の考え方(まとめ)」を参考に現場に即した説明を受ける。
- 3 実習記録用紙(第3号様式)に目標設定を記入する。
- 4 同行訪問を行う。
- 5 事業所に戻り、振り返り、評価を行う。(理解できた事や参考になった事、指導者からのご意見を実習記録用紙に記入する)
- 6 1～5を繰り返す。
※直行直帰は避けて下さい。

実習最終日

- 1 実習生は実習の達成状況及び後期研修の目標設定(第4号様式)の記入、実習指導者は実習評価表(第6号様式)と実習報告書(第7号様式)の記入を行う。
- 2 実習目標(第1号様式)を再度確認の上、実習全体の振り返りを行う。
- 3 必ず白紙部分がないか、確認する。

注意事項

1 実習前の準備について

- (1) 実習は居宅介護支援事業所で行います。受け入れ事業所が決まったら、必ず実習先の管理者または主任介護支援専門員と連絡をとり、実習日程を確認し、実習ノート表紙や実習スケジュール（第1号様式）に日程を記入してください。
- (2) 実習は3日間程度となっています。事業所によっては、3日以上になることもありますのでご了承ください。事業所と設定した実習日程は原則として変更できません。しっかりと確認してください。
- (3) 実習当日までにケアマネジメントプロセス場面の復習をしておきます。
- (4) 体調には十分留意して、実習に臨んでください。
- (5) 実習にかかる費用は徴収しません。自宅から実習先事業所、同行訪問時の交通費等は、実習生が各自負担してください。また、実習生が希望する場合の資料コピー代なども自己負担です。各自、実習先事業所へお支払いください。
- (6) 実習中は、実習協力者にけがをさせたり、物を破損しないようご注意ください。その場合、原則、自己責任となります。また、ご自身のけがや交通事故、健康管理等にも十分注意して実習するようにしてください。

2 実習当日について

実習時間は実習先事業所により異なります。時間に余裕を持ち、また、身だしなみや言葉遣いに気を付けて臨みましょう。

- (1) 実習はケアマネジメントプロセス場面の見学実習です。事前準備・同行後の振り返り・評価を行います。P.6～25「(1) 各ケアマネジメントプロセス場面のポイント」を参考に、実習指導者が現場に即した補足を加えながら行います。後期目標は、あらかじめ設定した目標から、実習指導者の意見も取り入れ設定します。
- (2) 実習方法は、利用者のガイダンス（利用者の状態やサービス利用状況・ケアプラン等）後、見学する場面実習について、その内容を受講生に説明し、目標を立て、訪問等行い、帰所後に実習記録に振り返りと、指導者のコメントを記載するという流れになっていますので、なるべく、その日に済ませていただき、利用者宅への直行直帰はお避けください。
- (3) 実習先の利用者や家族の情報は第三者に漏洩しません。（個人情報保護）
- (4) 各実習前に、このノートに利用者情報を記入します。その際、個人が特定しないように記入します。また、取り扱いには十分に注意してください。
- (5) 後期研修開始時、このノートに記入がない場合（実習目標や実習記録用紙等に記入がない、実習指導者に記入していただく欄が未記入等、白紙部分がある場合）は後期研修が受けられない可能性があります。最終日に白紙がないか確認してください。

3 模擬ケアプラン作成実習について

研修事務局や見学・観察実習先の居宅介護支援事業所では、模擬ケアプラン作成実習の実習協力者の紹介はおこなっておりません。各自で実習協力者を選定してください。もし実習協力者が全く見つからない場合には、地域包括支援センター等にご相談いただくようお願いします。

5 各種様式

第1号様式

実習目標

※「実習目標」は実習前に必ず記入し、オリエンテーション時に実習指導者に確認してもらってください。

--

実習スケジュール (実習先事業所と連絡を取り、日程を調整します)

※実習先事業所との調整の際のメモとしてご活用ください。

	日付	1日のスケジュール					
		: ~	: ~	: ~	: ~	: ~	: ~
1							
2							
3							
4							
5							
6							

利用者情報 記録表

必要に応じて適宜コピーをお付けください。

月 午前・午後	日 () ～	場面 (○をつける) インテーク・アセスメント・担当者会議・モニタリング・給付管理	場所 自宅 施設 ()
利用者概要 ※実習中に知り得た利用者情報については、個人名を除いて記入してください。(例：Aさん、B様、〇〇氏 等)			
場面の目的・確認事項			
気を付けたいこと等			

月 午前・午後	日 () ～	場面 (○をつける) インテーク・アセスメント・担当者会議・モニタリング・給付管理	場所 自宅 施設 ()
利用者概要 ※実習中に知り得た利用者情報については、個人名を除いて記入してください。(例：Aさん、B様、〇〇氏 等)			
場面の目的・確認事項			
気を付けたいこと等			

※この様式は各研修機関のホームページでダウンロードできます。

実習記録用紙

日付	場所と内容	事前の実習目標設定	理解できた事や参考になった事/指導者からのご意見

※ 場所と内容の枠は、ケアマネジメントプロセス場面（インテーク場面・アセスメント場面・サービス担当者会議場面・モニタリング場面・給付管理場面等）で記入します。本用紙の記入後、実習指導者と情報共有してください。指導者からのご意見、助言等も実習生が記入します。

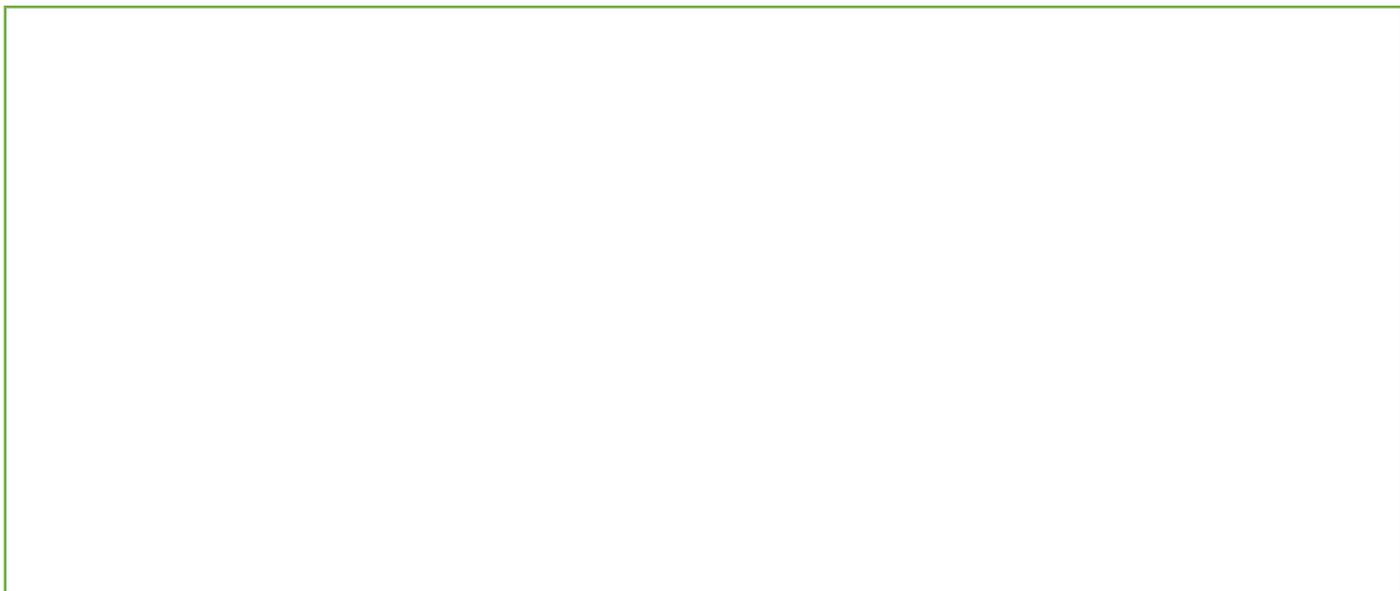
※この様式は各研修機関のホームページでダウンロードできます。

日付	場所と内容	事前の実習目標設定	理解できた事や参考になった事/指導者からのご意見

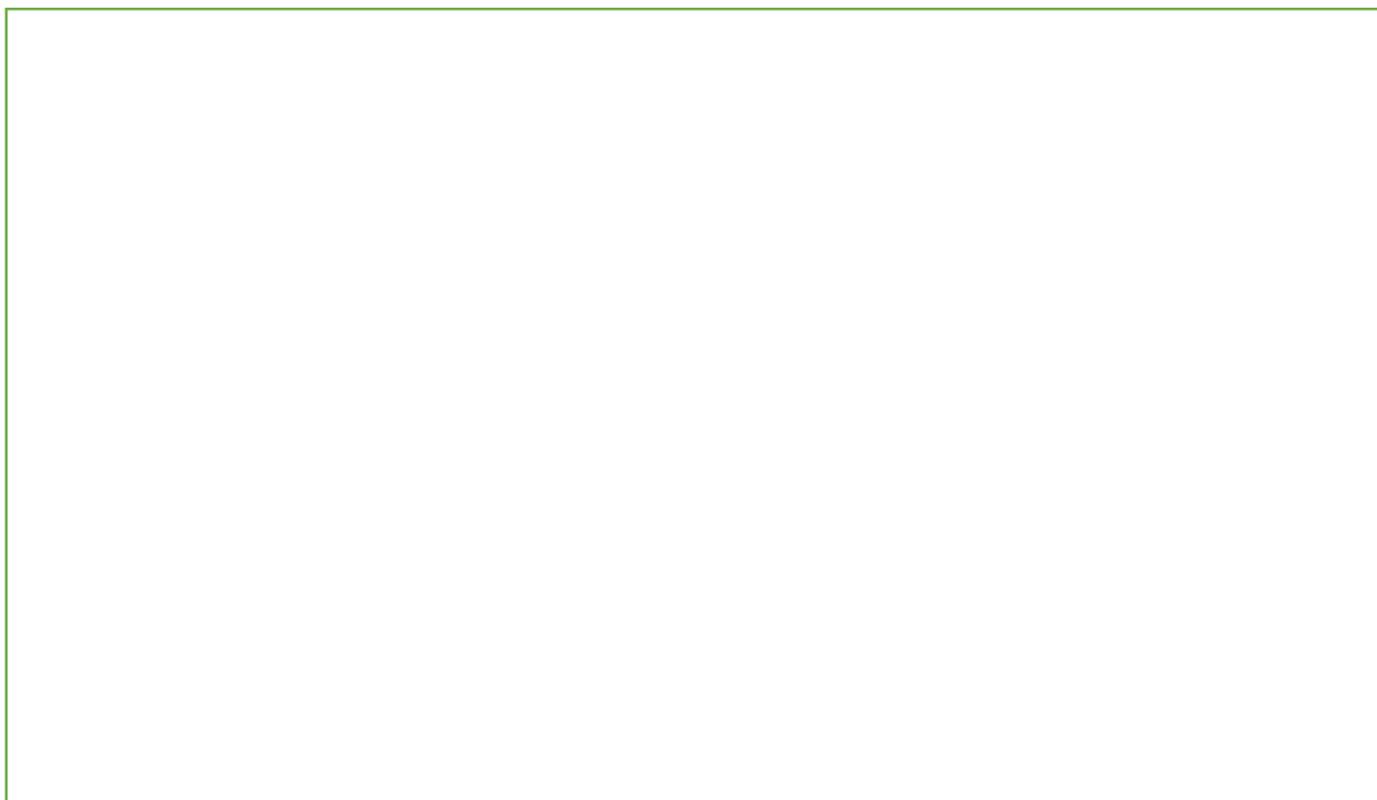
※「実習目標の達成状況」と「後期研修の目標設定」は実習振り返りの際に、実習指導者に確認してもらってください。

第4号様式

実習目標の達成状況



後期研修の目標設定



神奈川県介護支援専門員実務研修 実習に伴う誓約書

私 _____ は、介護支援専門員実務研修実習に際し、実習期間中、下記の事項を了解して実習を行うことを誓約します

記

- 1 受け入れ事業所の就業規則等を遵守します。
 - 2 実習担当者ならびに神奈川県、研修実施機関の各担当者の指示に従います。
 - 3 実習に伴う通勤費、食費など実習に要する費用は自己負担します。
 - 4 実習上知り得た情報は、研修の遂行以外の目的には使用せず、第三者に漏洩しません。
 - 5 実習中万一、実習協力機関や協力者などに損害を与えた場合は、その損害賠償の責を負うものとします。
- * 実習中に緊急対応が必要となった場合は、緊急連絡先へ連絡を取る旨、ご了承ください。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(実習受入れ事業所名)

所長 様

実習者氏名

緊急連絡先

☎ ()

自宅・勤務先・その他 ()

☎ ()

自宅・勤務先・その他 ()

受験資格

見 本

神奈川県介護支援専門員実務研修 実習に伴う誓約書

実習生氏名

私〇〇〇〇〇〇は、介護支援専門員実務研修実習に際し、実習期間中、下記の事項を了解して実習を行うことを誓約します

記

- 1 受け入れ事業所の就業規則等を遵守します。
 - 2 実習担当者ならびに神奈川県、研修実施機関の各担当者の指示に従います。
 - 3 実習に伴う通勤費、食費など実習に要する費用は自己負担します。
 - 4 実習上知り得た情報は、研修の遂行以外の目的には使用せず、第三者に漏洩しません。
 - 5 実習中万一、実習協力機関や協力者などに損害を与えた場合は、その損害賠償の責を負うものとします。
- * 実習中に緊急対応が必要となった場合は、緊急連絡先へ連絡を取る旨、ご了承ください。

令和〇〇年 〇月 〇日

(実習受入れ事業所名) 〇〇〇〇〇〇事業所

所 長 様

実習者氏名 〇〇〇〇〇

緊急連絡先

☎ 000 (000) 0000

自宅・勤務先・その他 ()

☎ 000 (0000) 0000

自宅・勤務先・その他 ()

受験資格 〇〇〇〇〇

介護支援専門員実務研修受講試験申込書に
記入した受験資格をご記入ください。

※各事業所にて原本をご保管ください。実習生にコピーを渡す必要はございません。

実習評価表

令和 年 月 日

	評価のポイント	チェック
1～6の評価のポイントについて、達成できたと思われる項目については右側のチェック欄に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」をお願いします。		
1	介護支援専門員の倫理（人権の尊重、守秘義務の尊重）を理解している	
2	規則の順守、連絡・報告等ができる	
3	積極的、主体的に学習をすすめられる	
4	適切にマナーが守れている	
5	各ケアマネジメントプロセス場面の目的・目標を理解している	
6	居宅介護支援事業所の目的・機能を理解している	

総合評価

実習生の良かった点や努力した点等をご記入ください。

実習指導者名
(※直筆でご署名ください)

《実習指導者の皆さまへ》

※本様式は実習指導者をご記入ください。最後に、実習指導者名を直筆でご署名ください。

※この様式は介護情報サービスかながわの書式ライブラリーでダウンロードできます。

※研修7日目にコピーを一部ご提出ください。

第7号様式

令和 年 月 日

(神奈川県介護支援専門員実務研修課程 指定研修機関)

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会

かながわ福祉人材研修センター

社会福祉法人 横浜市社会福祉協議会

福祉保健研修交流センター ウィリング横浜

(実習受け入れ事業所名・所長名)

神奈川県介護支援専門員実務研修 実習報告書

介護支援専門員実務研修実習について、次のとおり報告します。

1 実習生氏名および実習期間

実習生 氏名	実 習 期 間

2 実習指導者氏名 (※直筆でご署名ください)

_____ (介護支援専門員登録番号 _____)

3 実習内容

実習ノートのとおり

4 実習の受け入れに関する状況 ※□にチェックを入れてください。

(1)受け入れ人数

1名 2～3名 4名以上

(2)実習生が決まるまでの調整期間(約2～3ヶ月)

長い 適当 短い

(3)実習希望者からの問い合わせ

たいへん多かった 多かった 普通 少なかった

(4)その他特記事項 (自由記載)

※この様式は介護情報サービスかながわの書式ライブラリーでダウンロードできます。

見 本

※研修7日目にコピーを一部ご提出ください。

第7号様式

令和〇〇年 〇月 〇日

(神奈川県介護支援専門員実務研修課程 指定研修機関)

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会

かながわ福祉人材研修センター

社会福祉法人 横浜市社会福祉協議会

福祉保健研修交流センター ウィリング横浜

実習生を受け入れた事業所
の事業所名と代表者名

(実習受け入れ事業所名・所長名)

〇〇〇〇〇事業所 〇〇〇 〇〇

神奈川県介護支援専門員実務研修 実習報告書

介護支援専門員実務研修実習について、次のとおり報告します。

1 実習生氏名および実習期間

実習生 氏名	実 習 期 間
〇〇〇 〇〇	令和〇〇年〇月〇日 令和〇〇年〇月〇日 令和〇〇年〇月〇日

日程が何日間かに
わたるときには全
ての日を記入

2 実習指導者氏名 (※直筆でご署名ください)

_____ (介護支援専門員登録番号)

実習指導者1名の
氏名と登録番号
を記入

3 実習内容

実習ノートのとおり

4 実習の受け入れに関する状況 ※□にチェックを入れてください。

(1)受け入れ人数

1名 2～3名 4名以上

(2)実習生が決まるまでの調整期間(約2～3ヶ月)

長い 適当 短い

(3)実習希望者からの問い合わせ

たいへん多かった 多かった 普通 少なかった

(4)その他特記事項 (自由記載)

令和5年度 第27期
介護支援専門員実務研修実習ノート

発行：社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会
かながわ福祉人材研修センター
TEL：045-534-5798 FAX：045-313-0737
社会福祉法人 横浜市社会福祉協議会
福祉保健研修交流センター ウィリング横浜
TEL：045-847-6674 FAX：045-847-6676