


長崎県介護支援専門員実務研修 実習指導の手引き (令和6年度版)

 長崎県介護支援専門員協会

概要

居宅介護支援事業所の特定事業所加算について (介護支援専門員実務研修等の実習協力体制)

概要

特定事業所加算の算定要件として、平成28年度の「介護支援専門員実務研修受講試験」の合格発表の日(※1)から、**介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること**が必要となります。

(※1) 平成28年11月22日

(長崎県集団指導資料より)

○「協力又は協力体制を確保している」とは

現に研修における実習等の受入が行われていることに限らず、受入が可能な体制が整っていることをいいます。

特定事業所加算の算定事業所は、**研修の実施主体との間で実習等の受入を行うことに同意していることを、書面等によって提示できるようにすることが必要です。**

3

○長崎県の取り扱いについて

研修実施機関である**長崎県介護支援専門員協会と事業所で「介護支援専門員実務研修実習委託契約書」を締結**することで、実習への協力又は協力体制が整っているということとします。

実習の質の確保や内容の平準化のため、**契約書を締結する前提要件として、見学実習の受入に関する指導者研修（※2）を受講する必要があります。**

（※2）見学実習の受入に関する指導者研修とは

H27年度：介護支援専門員資質向上のための地域同行型研修

H28年度以降：研修実施機関が毎年実施予定

4

目次

1. 介護支援専門員実務研修実習の考え方
 - 1) 実務研修のカリキュラム
 - 2) 実習受入に関する指針
 - 3) 実習の手順
 - 4) 実習の目的と内容
2. 実習指導の留意事項
3. 実習指導者の役割
4. 実習の各場面における注意事項
 - ・ アセスメント実習
 - ・ 居宅サービス計画作成実習
 - ・ サービス担当者会議準備・同行見学
 - ・ モニタリング同行見学
 - ・ 給付管理業務の理解
5. 実務研修における実習の振り返りについて
6. まとめ

5

1. 介護支援専門員実務研修 実習の考え方

6

1) 実習研修のカリキュラム

		研修課目		時間	
					R6
前期	1日目	受付・オリエンテーション			
		○介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	講義	3	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	講義	2	3
		○ケアマネジメントに係る法令等の理解	講義	2	2
	2日目	○自立支援のためのケアマネジメント	講義 演習	6	6
	3日目	○相談援助の専門職として基本姿勢及び相談援助の技術の基礎	講義 演習	4	4
		○利用者、多くの職種の種類の専門職への説明及び合意	講義 演習	2	2
	4日目	○ケアマネジメントのプロセス	講義	2	2
		○地域包括ケアシステム及び社会資源 ○地域共生社会の実現にむけた地域包括ケアシステムの深化及び地域の社会資源	講義	3	3

		研修課目		時間	R6
前期	5日目	受付及び相談並びに契約	講義 演習	1	1
		○アセスメント及びニーズの把握の方法	講義 演習	6	6
	6日目	○居宅サービス計画の作成	講義 演習	4	3
		○サービス担当者会議の意義及び進め方	講義 演習	4	3
	7日目	○モニタリング及び評価	講義 演習	4	3
		○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）	講義 演習	2	2
		○ケアマネジメントに係る法令等の理解	講義	2	2
	8日目	○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 ○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	講義	3	3
		○実習オリエンテーション	講義	1	1

		研修課目		時間	R6
実習（3日～5日間）24時間					
後期	1日目	○実習振り返り	講義 演習	3	3
		○1ケアマネジメントの展開－基礎理解 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	講義 演習	3	3
	2日目	○2ケアマネジメントの展開－脳血管障害に関する事例 脳血管疾患のある方のケアマネジメント	講義 演習	5	4
	3日目	○2ケアマネジメントの展開－認知症に関する事例 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント	講義 演習	5	4
	4日目	○3ケアマネジメントの展開－筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例 大体頸部骨折のある方のケアマネジメント	講義 演習	5	4

9

		研修課目		時間	R6
後期	5日目	○ケアマネジメントの展開－内臓の機能不全（心疾患、高血圧、脂質異常症、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例 心疾患のある方のケアマネジメント	講義 演習	5	4
	6日目	○ケアマネジメントの展開－誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント	講義 演習		3
		○ケアマネジメントの展開－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	講義 演習		3
	6日目 7日目	○ケアマネジメントの展開－看取りに関する事例	講義 演習	5	4
	7日目	○ケアマネジメントの展開－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）の留意点	講義		2
	7日目 8日目	○アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習	講義 演習	5	4
	8日目	○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	講義 演習	2	2
		○修了評価	テスト		
		○修了証授与	87時間		

10

2) 実習受入に関する指針

①カリキュラムにおける実習見直しのねらい

介護支援専門員実務研修における実習について

- ・ケアマネジメントの実践現場の実態を認識する機会
- ・実施上の効果を高めるため、指導方法を強化

●実習については、実務に入る前に出来るだけ多くの要介護高齢者の生活を知ることが必要との考え方から、カリキュラムにおいてはケアマネジメントプロセスの一連の流れについて、一つの事例に基いてケアプラン作成を実践することに加え、様々な利用者の生活の様子を知ることが重要であることから、複数の事例についてケアマネジメントプロセスを経験する「見学」の内容が含まれている。

●つまり、実務研修の前期に展開されるケアマネジメントプロセスの学習を踏まえてケアプランの作成までの一連のプロセスを実体験すると共に、多様な要介護高齢者の生活実態を知ることにも重点が置かれており、実践に当たっての留意点や今後の学習課題等と認識する場として実習が位置付けられている。

11

②前期研修終了後の実習を行うにあたってのポイント

●研修受講者が、これまで携わってきた職務によって、高齢者との関わり方も異なることから、要介護高齢者等との多様な生活状況や環境について必ずしも知っているわけではないことに配慮が必要。

●研修受講者のそれまでの職務経験のばらつきも考慮しつつ、実習受入事業所と協力して、できる限り多様な要介護高齢者の生活の様子を知ることが出来るようにすることが重要である。

研修受講者、実習受入事業者共に、効果的な実習となるよう、これらを踏まえて実習実施・受入となるよう求められる。

12

③特定事業所加算の加算算定要件に「実習の受け入れ」が追加されたことの意義

●平成27年介護報酬改定では、居宅介護支援事業における特定事業所加算の算定要件に「実習の受け入れ」が追加された。趣旨は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするものである。

●「実習の受け入れ」については、実務研修の質を高め、地域全体のケアマネジメントの水準を底上げしていくという、特定事業所加算取得事業所の地域への貢献が期待されて盛り込まれたものであり、積極的に実習を受け入れる必要がある。実習の受け入れは事業所として取り組むべき事項であり、実習指導者が個人として実習を受け入れるわけではない。

●実習指導者には、経験豊富な主任介護支援専門員を選定することが望ましいが、実習の準備・運営においては実習指導者だけに任せるのではなく、事業所全体として適切な実習環境を整えられるよう取り組む必要がある。

13

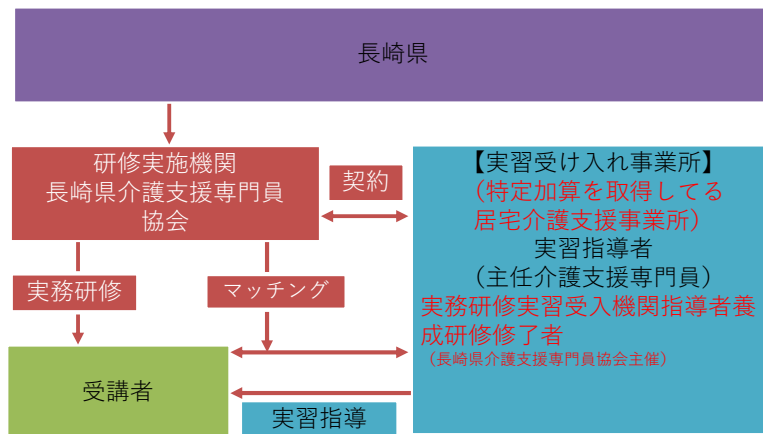
④前期課目と実習の関連性

章	実習の視点
1	制度の基本理念やサービス利用手続きの説明を実践する機会
2	ケアマネジメントの重要性を多様な視点から体感する機会
3	相談援助技術を駆使して利用者・家族との信頼関係の形成を実施する機会
4	人権や尊厳について、自分の考えを整理する機会
5	説明、同意、合意を実践する機会
6	ケアマネジメントプロセスにおける必要書類や業務手順を知る機会
7	実習協力者の協力を得て、ケアマネジメントプロセスを実践する機会
8	多様な高齢者ケアの現場に接し、チームマネジメントの重要性を体感する機会
9	多様な社会資源を知り、活用することを実践する機会
10	医療と介護の連携が不可欠であることを体感する機会
11	コンプライアンスの重要性を知る機会

14

3) 実習の手順

●実習の実施における関係機関の主な役割



介護報酬改定に関する省令及び告示

○ 指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準
(平成十二年厚生省告示第二十号) (抄)

※ 別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。

居宅介護支援費における特定事業所加算の基準

.....

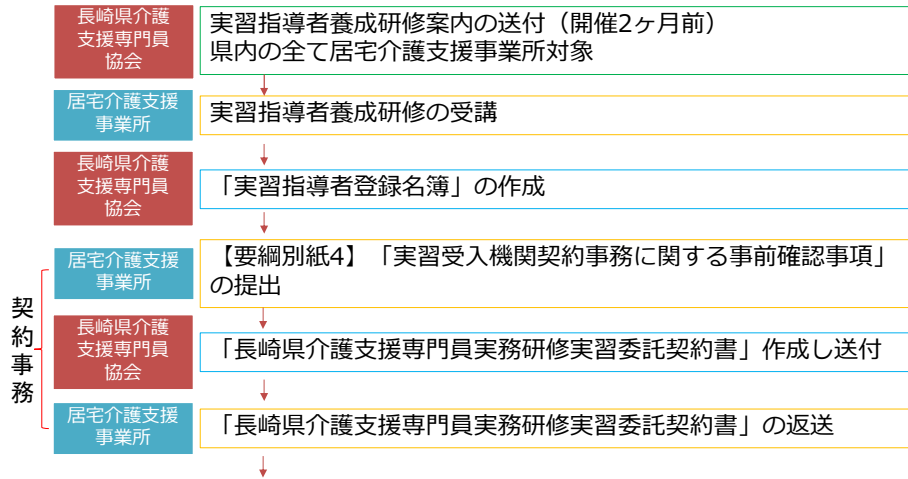
(9) 居宅介護支援費に係る運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。

(10) 指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員一人当たり四十五名未満であること。

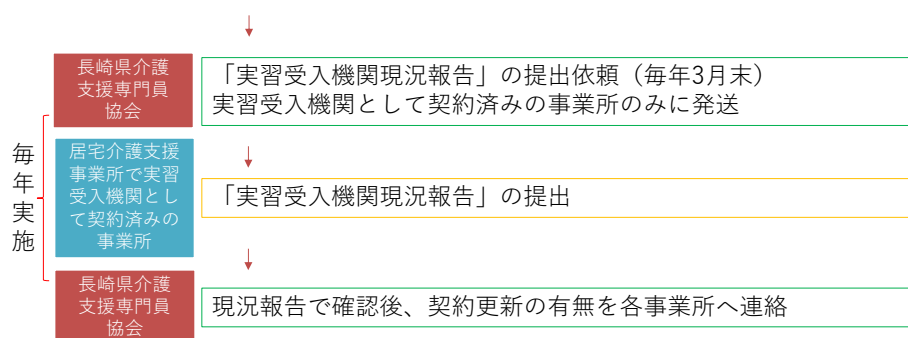
(11) 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること。

(平成二十八年度の
介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用)

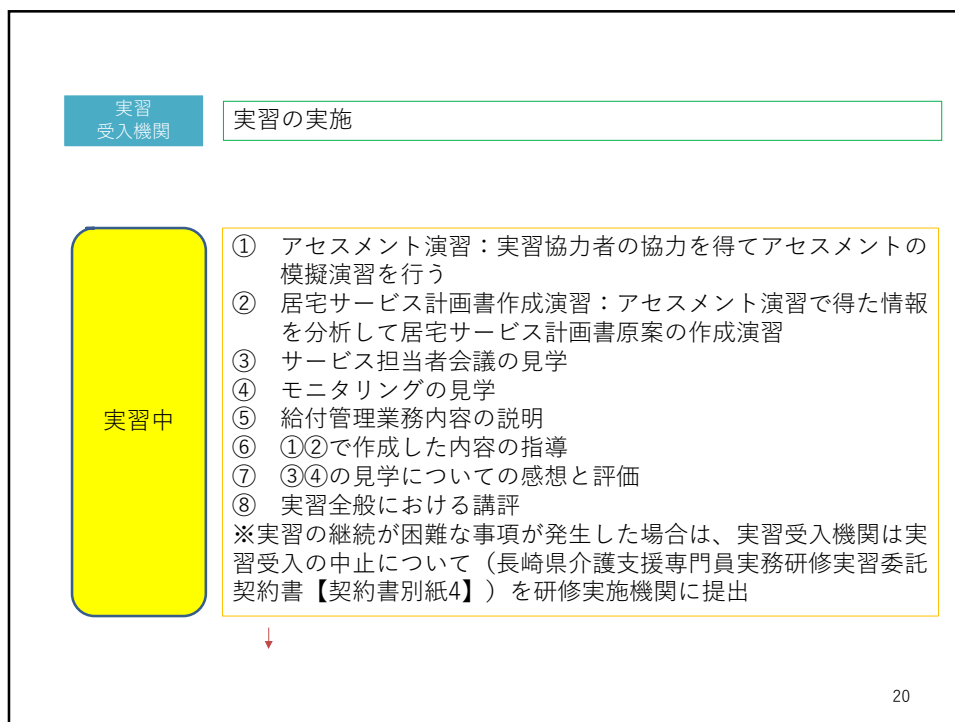
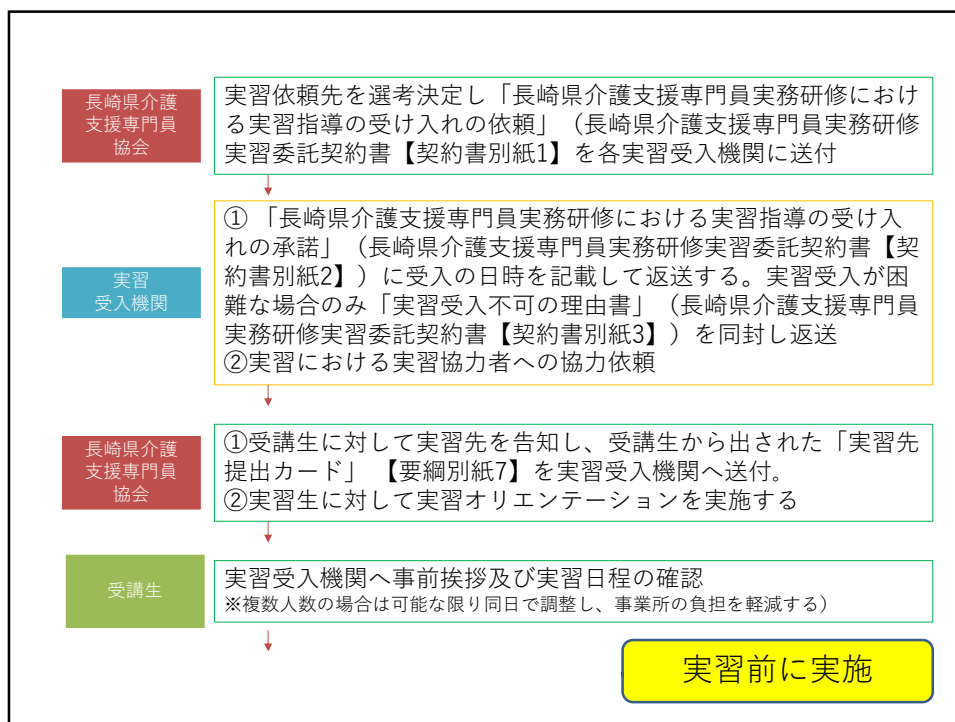
●研修実施機関・実習受入機関の契約事務作業の進め方

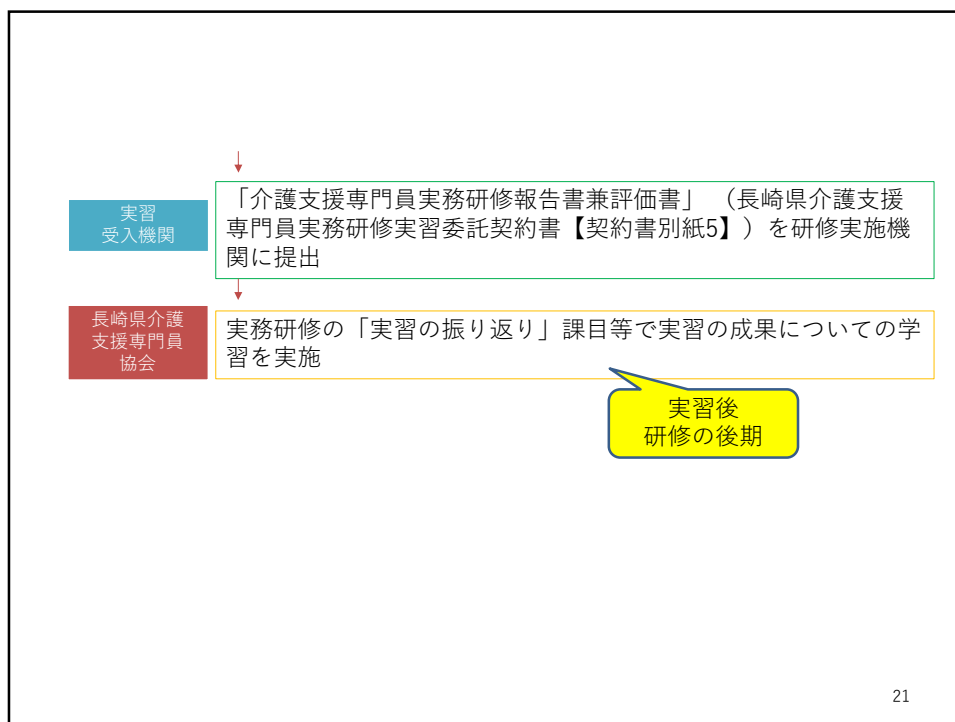


17



18





4) 実習の目的と内容

・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。

・内容

実習に当たっては、利用者への居宅訪問を行い、アセスメントの実施、居宅サービス計画の作成、サービス担当者会議の準備・同席、モニタリングの実施、給付管理業務の方法など一連のケアマネジメントプロセスの実習を行う。

実習の具体的な内容

- ①実習協力者に対するアセスメント
※情報収集と課題分析
- ②居宅サービス計画書原案作成
※第1表・第2表・第3表
- ③サービス担当者会議見学
- ④モニタリング同行訪問
- ⑤給付管理指導
※利用票・提供票も含みます。

23

実習スケジュール

実習時間

合計で24時間以上とし、期間は3日間を想定する。
ただし受講生や実習指導者の勤務形態により3日を超えても5日以内の日数であれば差し支えないものとする。

例1)

	8:30～	10:30～	13:00～	14:30～	16:00～	17:30
1日目	事務所でオリエンテーション		訪問	アセスメント 実習（訪問）	振り返り	終了
2日目	課題分析実習	居宅サービス 計画作成実習	訪問	サービス担当 者会議参加	振り返り	終了
3日目	給付管理業務 研修	訪問	訪問	振り返り・総括		終了

24

例 2)

	8 : 30～	10 : 30～	13 : 00～	14 : 30～	16 : 00～	17 : 30
1 日目	事務所でオリエンテーション		訪問	アセスメント 実習（訪問）	振り返り	終了
2 日目			課題分析実習	居宅サービス 計画作成実習	振り返り	終了
3 日目	給付管理業務 研修	サービス担当 者会議参加				
4 日目				訪問	振り返り	終了
5 日目			訪問	振り返り・総括		終了

※訪問には、アセスメント及び居宅サービス計画書の作成実習の実習協力者との顔合わせや、モニタリング同行見学に該当します。また地域ケア会議等への参加に充てても結構です。

ただしモニタリング同行見学は必須になっていますので注意が必要です。

実習は連続しなくても隔日で実施してもかまいません。

25

実習の人数

基本は 1 対1が原則です。

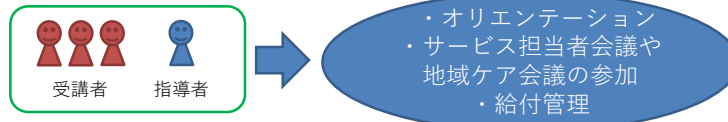
ただし、以下の実習については複数同時でも差し支えありません。

- ・オリエンテーション
- ・課題分析実習や居宅サービス計画作成実習
※ただし、作業及び指導は個別です。あくまで
同じ日の同じ時間に行うだけとなります。
- ・サービス担当者会議への見学参加
- ・モニタリング同行訪問
- ・給付管理業務の説明
- ・地域ケア会議への見学参加

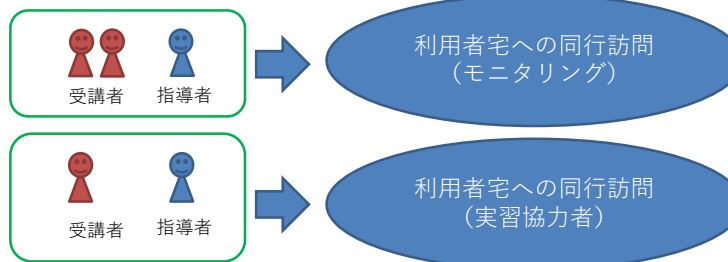
26

実習環境への配慮

- ・複数名でも参加できる場にまとめて実施



- ・利用者宅への同行訪問などは1～2名に分けて実施



2. 実習指導の留意事項

スーパーバイザーとしての指導

- ・教育

教育や指導については、個人的な感覚ではなく、制度や学術的根拠に基づいた指導を行ない、自己の思考を押し付けるのではなく、実習生が納得できるように解説をしていく。

- ・支持

実習生が始めてのケアマネジメント業務に関与している事を理解し、「できなくて当たり前」という事を理解し、できない事を指摘するのではなく、できるようにするために支持していく。

29

- ・管理

実習スケジュールを管理して、次に何をすべきか効果的な実習を企画し、適切な実習協力者や訪問先を選定するなど、実習が実習生にとって有意義になるように管理していく。

また提出資料についても期限の厳守や、記載内容についての管理も行なう。

- ・評価

「介護支援専門員実務研修報告書兼評価書」の提出により、ケアマネジメントプロセスごとの理解度を評価する。

30

実習受入の流れ

研修実施機関が実務研修開始時に、受講者に対して実習先一覧表を配布し、希望する実習先の意向確認を行う。



研修実施機関が受講者の希望を踏まえて、実習受入の要請を各実習先に行う



受入の可否（正当な理由以外の拒否は不可）を各要請を受けた居宅介護支援事業所が回答

31

実習先提出カードを研修実施機関が実習受入機関に対して送付する。



実習生から実習受入機関に連絡。実習時の服装や実習の日時、その他の事前の注意事項などを確認する。



実習開始

32

実習の流れ

実習に関するオリエンテーション

- ・ 実習における注意事項
- ・ 実習のスケジュール、
- ・ 実習指導者やスタッフの紹介
- ・ 事業所や業務活動地域の概況
- ・ 実習協力者の紹介



スケジュールに沿った実習指導の実施

33

振り返りは基本は毎日とするが4～5日をかけて実習を行う場合は、うち3日（初日と最終日）は必ず実施すること。



実習受入機関から「介護支援専門員実務研修報告書兼評価書」を研修実施機関へ提出する。



実務研修において、実習の振り返り演習を実施し、実習生が実習での学びや指導内容された事を発表する。

34

実習協力者の選定

アセスメント実習及び居宅サービス計画作成実習における実習協力者の選定については、以下の事項に従って実施してください。

- ①実習協力者は居宅介護支援事業者の利用者である
要介護1～5までの利用者であること
- ②実習協力にあたっては、その趣旨及び内容を当該
の利用者又は家族に十分に説明し同意を得た者
- ③実習協力にあたっては、無報酬であり協力するに
あたって金品の請求はできない事を理解した者

35

実習協力者への配慮

- ・「介護支援専門員実務研修実習承諾書」（以下「実習承諾書」という。）及び「介護支援専門員実務研修実習誓約書」（以下「実習誓約書」という。）の文書を交わし、実習協力者に承諾を得てください。（A4、1枚上下）
- ・研修の実施にあたっては、実習協力者の心身の状況等を把握することや、プライバシーに深く関わることから、本人の自尊心を傷つけたり、不快な思いをさせたりすること等がないようにすること。

36

【契約書別紙6】

介護支援専門員実務研修

実習誓約書

私は、介護支援専門員実務研修の実習の協力をお願いするにあたり、以下のことをお約束し、また、実習後も厳実に守ることを誓います。

1. 実習で知りえた情報は、実習以外の目的には使用いたしません。また、実習以外の場で情報を漏らすことはいたしません。
2. 実習で作成する上記の文書や、実習後に行う実務研修後援に提出する報告書には個人名や個人が特定できる情報は記載しません。
3. 実務研修においては個人が特定される情報は話しません。
4. 実務研修終了後は、実習に関する資料は外部に漏れないよう十分な配慮をし、私の責任をもって廃棄処分いたします。

以上のことを、お約束いたします。

年 月 日

(実習に取り替わる者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

37

介護支援専門員実務研修

実習承諾書

私は、介護支援専門員実務研修における実習に際し、下記の実習提出書類を作成することに協力し必要な情報を提供することを承諾します。

- 課題分析表
- 居宅サービス計画書

年 月 日

(実習協力者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代筆の場合は

代筆者名 _____ (捺印) _____

38

実習協力者への配慮

- ・ 実習の協力については、実習協力者の自由な意思に基づくものであることから、本人の意思を最大限尊重し、必要な場合は家族の意思も確認して協力を得ること。
- ・ 実習によって知り得た個人情報を他に漏らすようなことはしないこと。また、実習で得た情報は本研修以外には使わないこと。

39

実習生に伝えるべき注意事項

・ 守秘義務

実習協力者やその家族については、アセスメント実習や居宅サービス計画作成実習において、実習生が使用します。

「長崎県介護支援専門員実務研修実習委託契約書」の【契約書別紙6】介護支援専門員実務研修実習誓約書にも、**守秘義務について記載されている**ことを再度確認してもらってください。

また、守秘義務の重要性についても説明をお願いします。

40

・ 業務妨害の禁止

実習先と言っても、実習受入機関は職場であり、そこで働いている人がいる場所です。

職場のルール（例えば就業規則）や利用者に説明する重要事項説明書等、事業所として遵守すべき事項について理解できるよう説明するとともに、実習期間中は、事業所に迷惑がかからないよう、行動するように実習生には留意させてください。

もし悪質な妨害行為や、再三の注意にも関わらず改善の様子が見られない場合は、実習自体が中止になる場合もある事を伝えてください。

41

・ 身なりや姿勢

実習とはいえ、仕事に適切な服装やアクセサリ、また挨拶などの社会人としてのマナーについても注意してください。

あまりにも事業所として不適切な場合は、指導してください。挨拶や言葉使い、訪問時の姿勢についても同様です。

なお、服装については必ずしも制服を支給する必要はありません。私服で結構です。

42

・ 実習時間の厳守

実習時間の **24 時間以上が厳守**です。それに満たない場合は、実習として認められません。

遅刻や早退は原則禁止ですが、やむをえない場合は、**日程や時間を変更して必ず24 時間以上の実習時間を確保しなければいけません。**

また実習に来ていても、実習以外の行為が行われた場合は実習時間から除外されます。

(除外される例)

自分の職場の書類や勤務表等の作成
通所や入所、入退院時などの送迎やその補助
施設行事やレクリエーションの参加
その他、居宅介護支援業務以外の行為など

43

・ 事故対応

実習時の事故については、原則実習生の自己責任となります。実習に通う過程での事故についても同様です。

ただし、実習受入機関による誤った指導や、事故の発生が予測されるにも関わらず、注意喚起を怠った場合は、実習受入機関に責任が問われる場合も予測されます。可能な限り、事故防止についての指導を徹底して下さい。

※実習生は損害賠償保険に加入しております。

県協ホームページの実務研修関連書類にあります。

※これらの注意事項は、実務研修中でも担当講師より指導が行なわれます。

44

提出資料について

- ・指導者（実習受入事業所）

①【契約書別紙5】

介護支援専門員実務研修報告書兼評価書

事業所にて【契約書別紙6】介護支援専門員実務研修実習誓約書・承諾書の控えが必要な場合はコピーをお願いします。

- ・実習生

①【契約書別紙6】

介護支援専門員実務研修実習誓約書・承諾書

※2部作成し1部を実習協力者、1部を事務局へ提出して下さい。

②実習報告書

事務局で準備（一部実習指導者のコメント欄有）

45

介護支援専門員実務研修実習報告書

最終作成日：令和 年 月 日

実習者氏名		受講番号	
実習先事業所名			
実習指導者氏名		実習の日数	日

実習期間

1日目	令和 年 月 日	～	（実働 時間）
2日目	令和 年 月 日	～	（実働 時間）
3日目	令和 年 月 日	～	（実働 時間）
4日目	令和 年 月 日	～	（実働 時間）

46

各実習場面での学び

アセスメント（課題分析）	
学習目標	指導者からの指導内容
	現場で実習指導者から指導された内容を、 実習生が記入 する。 （指導内容の理解を確認）

アセスメント実習での気づき

49

各実習場面での学び

アセスメント（課題分析）	
学習目標	指導者からの指導内容

アセスメント実習での気づき

実習後に実習生が記入する。
記録時間も実習に含まれるため、振り返りの時間前に記入時間を取り、持ち帰ることがないように、指導者の時間調整が必要。

50

実習指導者のコメント	
良かったところ	今後注意すべき事

※添付書類・・・実際に作成したアセスメント様式の一式すべて。

指導者が記入する。

振り返りのコメントを確認後に記入してもよい。

※指導者の感想や、自分の振り返りになっているコメントが時折みられる。

受講生に対してのコメントを意識し、スーパービジョンの機能の視点で評価を。

振り返りの中での実習生の気づきや、視点に関するコメントと、

出来・不出来の評価ではなく、更に深めることで実践に活かせる指導内容を記入する。

51

①【契約書別紙5】

介護支援専門員実務研修報告書兼評価書の記入

【契約書別紙5】		
令和〇〇年〇〇月〇〇日		
一般社団法人		
長崎県介護支援専門員協会		
会長 〇〇 〇〇様		
〇〇〇居宅介護支援事業所管理者 印		
介護支援専門員実務研修報告書兼評価書		
長崎県介護支援専門員実務研修実習委託契約書第7条の規定により報告いたします。		
実習生	フリガナ	実習生の氏名のカナ
	氏 名	実習生の氏名
	住 所	(郵便番号 -) 実習生の住所
実習事項	実習期間	年 月 日 実際に行った実習の初日から最終日までの期間と日数 ～ 年 月 日 (日間)
	実習場所	実習先の事業所と訪問先(自宅訪問〇件で可)、地域ケア会議見学があればその会場等
	実習内容 ※実施した番号に○をつける	1. アセスメント演習と指導 2. 居宅サービス計画書作成演習と指導 3. サービス担当者会議の見学と振り返り 4. モニタリングの見学と振り返り 5. 給付管理業務についての指導・講義 6. 総括 通常は全てに○となる。 中止があった場合などは、実施した内容のみ○をつける。

52

実習指導者からの 実習生の様子や 状況	(実習全体を振り返っての、実習生の課題や学習のポイント)		
	<p>ここでは、実習における態度や服装、マナーを含めて 実習生の今後の課題として、実習指導者が感じた事を 記載してください。 また、実務研修後期に向けての学習のポイントも記載 してください。</p>		
実習指導者氏名		連絡先	() - 実習についての問い合わせ先です。

53

実習におけるケアマネジメントプロセスごとの評価 「介護支援専門員実務研修報告書兼評価書」に添付してください。		
課題	実習方法	実施後の振り返り指導の内容
アセスメント演習	<p>①使ったアセスメント様式 アセスメントツールの名称、オリジナルの場合は「事業所のオリジナル」と書いてください。</p> <p>②アセスメント実施前の指導方法 アセスメント実習での情報収集・課題分析のそれぞれの段階の実習に取り組む前に実習指導者が行ったアドバイスや指導を書いてください。</p>	<p>アセスメント実習終了後に、その課題分析表を基に実習生に対して行った、指導の内容を書いてください。また、実習生の反応や今後の課題についても記載してください。</p>
	<p>①計画作成作業前の指導方法 居宅サービス計画書を作成するにあたり実習指導者が行ったアドバイスや指導を書いてください。</p> <p>②計画作成における指導方法 実習生が居宅サービス計画書を作成する際に、実習指導者が行った指導の進め方を書いてください。 例1) まず実習生が第1表から第3表までを、一人で作成。完成まで指導はしていない。 例2) まず居宅サービス計画書の作成について簡単なアドバイスを与えて作成を進めた。</p>	<p>居宅サービス計画作成実習終了後に、その居宅サービス計画を基に実習生に対して行った、指導の内容を書いてください。また、実習生の反応や今後の課題についても記載してください。</p>

54

サービス担当者会議見学	サービス担当者会議見学に至るまでの指導や、会議の準備や記録のまとめ方に対する指導をどのように行ったかを書いてください。	サービス担当者会議の見学後に行なった振り返りの中で、指導や注意した事を書いてください。 また、実習生の反応や今後の課題についても記載してください。
モニタリング同行訪問	モニタリングの同行実習を進め方や事前指導について書いてください。	モニタリング同行訪問後に行なった振り返りの中で、指導や注意した事を書いてください。 また、実習生の反応や今後の課題についても記載してください。
給付管理業務の理解	給付管理について、どのように説明したのか書いてください。	給付管理の説明を受けた後の実習生の反応や今後の課題についても記載してください。

以上をもって介護支援専門員実務研修の実習指導が完了したことをご報告します。

55

アセスメントチェックシート

アセスメント実施の際に、実習生等とともにシートの項目について確認する際にご利用ください。
(チェックの欄に○を記入して、ご利用ください)
シートに不足項目がある際は、追加資料を添付する事。(標準項目23項目は必須項目です)

サジェッ	基本情報に関する項目		
1	基本情報(住所、利用形態等)	基本情報(住所、利用形態等)	基本情報(住所、利用形態等)
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活状況について記載する項目	
3	利用者の社会保障制度の利用状況	利用者の社会保障制度(介護保険、医療保険等)、その他の社会保障制度(年金、障害年金等)の利用状況について記載する項目	
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源(介護保険サービス、医療保険サービス、障害福祉サービス、自治体が提供するサービス、ボランティアサービス以外の生活支援サービスを含む)の状況について記載する項目	
5	日常生活自立度(障害)	「障害高齢者の日常生活自立度(要支援)」について、現在の要支援認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確証した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目	
6	日常生活自立度(認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確証した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目	
7	医師・薬剤師	利用者の医師や薬剤師について記載する項目	
8	認定情報	利用者の認定情報(要介護認定区分、審査会の意見、区分支給限度額等)について記載する項目	
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由(要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、施設・通所、入所、転居、その他が生活状況の変化、要介護支援事業所の変更等)について記載する項目	

課題分析(アセスメント)に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況(身長、体重、BMI、血圧、視覚、聴覚、皮膚病、症状、痛みの有無、傷その他の有無等)、受診に関する状況(かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等)、服薬に関する状況(かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方箋の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等)、自身の健康に対する意識や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL(着脱、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移動、移動方法(杖や車椅子の利用有無等を含む)、歩行、階段昇降、食事、整髪、更衣、入浴、トイレ動作等)に関する項目
12	IADL	IADL(掃除、洗濯、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等)に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の障害、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況(症状が見られる程度や状況、管理に必要となる要等)に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と意思の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの意思の状況(視覚、聴覚、読解能力、言語・非言語における意思疎通)、コミュニケーション機能・方法等(対面以外のコミュニケーションツール(電話、FAX、スマートフォン))
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、身体的な活動の程度(活動の内容・時間、活動量等)、休息・睡眠の状況(リズム、睡眠の状況(中途覚醒、起床遅延等))に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、排泄物の状況、排泄リズム(日中・夜間の頻度、タイミング等)、排泄内容(種類や下痢の有無等)に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況(皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等)、髪質や衣服の状況(汚れの有無、臭気強さ等)に関する項目

57

18	口腔内の状況	歯の状況(歯の本数、欠損している歯の有無等)、歯肉の状況(腫れの有無、汚れ・口臭の有無等)、かみ合わせの状況、口腔内の状況(舌の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、嚥下・咀嚼の有無等)、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況(食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の摂取量(人等)、摂食嚥下機能の状況、必要な食事の量(栄養、水分量等)、食事摂取の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり(家庭内での役割、家族等との関わり(同居でない家族等との関わりを含む)等)、地域との関わり(参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等)、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況(本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等)、家族等による支援への参加状況(参加意欲、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等)、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	利用者を迎える環境(居室、トイレ、食事をする場所、生活設備等)、居住環境においてリスクになりうる状況(危険箇所の有無、整理や清掃の状況、室温の確保、こうした環境を維持するための機器等)、自然環境の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況(虐待、経済的困窮、貧困がない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等)、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

長崎県介護支援専門員協会

58

3. 実習指導者の役割

59

実習指導者とは

実習指導者になれるのは以下の条件にいずれも該当する方です。

- ・ 主任介護支援専門員であること
- ・ 研修実施機関が主催する指導者研修を受講していること（制度改正時は更新研修もあり得る）
- ・ 研修実施機関が整備している「実習指導者登録名簿」への登録が完了していること

※ただし、実際に実習指導ができるのは、勤務する居宅介護支援事業所が、研修実施機関と介護支援専門員実務研修実習委託契約書」を締結している場合に限ります。

60

実習における実習指導者の役割

実習指導者は介護支援専門員実務研修における実習の指導責任者として以下の役割を担います。

- ①実習受入の日程調整
- ②実習生と事前の打ち合わせなどの実習までの準備支援
- ③実習の指導
- ④実習の終了報告を研修実施機関への報告
- ⑤実習後の実務研修での担当講師等との情報交換

61

介護支援専門員の模範

実習指導者は実習生の模範として、介護支援専門員の指導にあたる必要があります。

各ケアマネジメントプロセスごとの指導だけでなく、実習生には総合的な専門職である介護支援専門員としての理解が必要です。

そこで実習ではオリエンテーションや振り返りの機会を通じて、以下の内容を修得できるように指導を進めてください。

- ①コンプライアンス（法令遵守）
- ②ケアマネジメントできる介護支援専門員
- ③中立公正と介護支援専門員としての倫理
- ④多様な社会資源との連携

62

①コンプライアンス（法令遵守）

社会的信用という視点から、介護支援専門員としてコンプライアンスの重要性やその内容を説明していきます。

特に居宅介護支援事業所の運営基準第13条を中心に、実習生が解釈できるよう説明し、それぞれの業務が法的根拠に基づいている事を理解してもらうよう指導してください。

また、実地指導の状況やその意義、事故対応、苦情対応、重要事項説明書を活用した契約事務の進め方、記録の重要性など現場でしか実感できない事も指導していきます。

63

②ケアマネジメントできる介護支援専門員

介護支援専門員の仕事がケアプラン作成のようなイメージを持っている実習生も例年います。

実習では、チームケアにおける介護支援専門員が担うケアマネジメントという役割について、実習生が理解できるように指導してください。

またケアマネジメントプロセスについても実習で体験するだけでなく、実習指導者から多様な事例の紹介を行い、様々な場面での活動を伝えてください。

ケアマネジメントは介護支援専門員が行うものであり、チームケアは利用者を含む全員で取り組むという考え方が理解できるよう指導します。

64

③中立公正と介護支援専門員としての倫理

介護支援専門員の指導において、基本である中立公正という視点は重要です。

中立公正は利用者本位を意味し、最近問題視されている「囲い込み」や「サービス誘導」を踏まえ、利用者にとって最適となる社会資源の活用という、介護支援専門員の根本的な役割の理解が必要です。

自法人の事業所を利用するにも、利用者にとって最適であれば問題はないですが、単なる利益追求であれば利用者本位とは言い難い事となります。

これらについては、介護保険法や倫理綱領などを活用し指導していきます。

65

(参考)

介護支援専門員の基本倫理

①介護支援専門員は、その支援の全ての過程において、利用者とその家族の主体性を尊重し、同時に個別性を重視して、利用者本位の支援を行う。(基準第1条)

②介護支援専門員は、業務の全ての過程において公正中立な立場をまもる。公正中立とは、二つの観点があり、一つ目に利用者と介護支援専門員または利用者をめぐる関係者の間にあって公正中立の立場でなければならない。二つ目にサービスの利用援助においてサービス事業所、各種機関との関係において公正中立でなければならない。そのためには介護支援専門員の自己覚知が欠かせない。実践上では、利害が対立し、介護支援専門員として葛藤を感じることもあるが、その葛藤と向き合う姿勢が求められる。(基準第1条の2)

③介護支援専門員は、利用者の権利を擁護し利用者との信頼関係を構築するうえで守秘義務、プライバシー保護が求められる。

(基準第23条)

④介護支援専門員は、利用者の自立支援を目的とした支援を行う。介護保険制度における介護の理念は自立支援である。(基準第1条の2)

引用：介護支援専門員実務研修ガイドライン平成27年3月厚生労働省

66

④多様な社会資源との連携

ケアマネジメントにおける行政機関や医療機関、介護サービス機関や地域の社会資源との連携方法について総合的に指導をしてください。

利用者のニーズが多様化し、社会資源の分業化が進んでいる現代で、チームケアが重要になっており、そのためにこそケアマネジメントが必要であることを理解することが重要です。

また生活保護や被爆者支援、成年後見制度などの他の制度についての活用も、適切な事例があれば紹介して指導してください。

67

⑤初めての実践場面

実務研修のカリキュラムの中で、一連のマネジメントのプロセスは基本的な部分を学びます。

あくまでも提供された事例の中で、グループでアセスメント、居宅サービス計画書の作成、サービス担当者会議、モニタリングの視点を机上で学んでいます。

リアルタイムで実際の事例について、学びを深める場面は初めてであることを踏まえ、一人で行うマネジメントに寄り添い、スーパービジョンの機能を活かしながら、最終日まで研修にのぞんでください。

68

4. 実習の各場面における 注意事項

69

アセスメント実習

①目的

利用者及びその家族並びに多職種からの情報収集とその分析を通じて、介護支援専門員としての専門的な判断の根拠を説明できる技術を習得する。

また、アセスメントにおいて収集した情報から、専門職としてニーズを導き出すための技術を習得する。

70

②アセスメントツールについて

実習受入機関で通常使用しているアセスメント様式を活用する。

ただし、以下の点に注意して準備すること

- ①厚生労働省が示している課題分析標準項目23項目を網羅しているアセスメント様式である事
- ②提出するアセスメント様式には情報を収集するための部分と課題分析を行った事がわかる部分の双方がそろっていること

71

基本情報に関する項目

	標準項目
(1)	基本情報（受付、利用者等基本情報）
(2)	生活状況
(3)	利用者の被保険者情報
(4)	現在利用しているサービスの状況
(5)	障害高齢者の日常生活自立度
(6)	認知症高齢者の日常生活自立度
(7)	主訴
(8)	認定情報
(9)	課題分析（アセスメント）理由

72

課題分析に関する項目

(10)	健康状態	(17)	褥瘡・皮膚の問題
(11)	A D L	(18)	口腔衛生
(12)	I A D L	(19)	食事摂取
(13)	認知	(20)	認知症の行動・心理 症状（B P S D）
(14)	コミュニケーション能力	(21)	介護力
(15)	社会との関わり	(22)	居住環境
(16)	排尿・排便	(23)	特別な状況

73

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体 様へ
— 厚生労働省 認知症対策・地域介護推進課 —

介護保険最新情報

今回の内容
「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示
について」の一部改正について
計5枚（本誌を添く）

Vol.1178

令和5年10月16日

厚生労働省老健局
認知症対策・地域介護推進課

【貴関係団体に速やかに送付いたしますよう
よろしくお願いいたします。】

連絡先 TEL：03-6263-1111（内線3000）
FAX：03-3503-7864

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体 様へ
— 厚生労働省 認知症対策・地域介護推進課 —

介護保険最新情報

今回の内容
「課題分析標準項目の改正に関するQ&A」の発行について
計10枚（本誌を添く）

Vol.1179

令和5年10月16日

厚生労働省老健局
認知症対策・地域介護推進課

【貴関係団体に速やかに送付いたしますよう
よろしくお願いいたします。】

連絡先 TEL：03-6263-1111（内線3000）
FAX：03-3503-7864

74

基本情報に関する項目

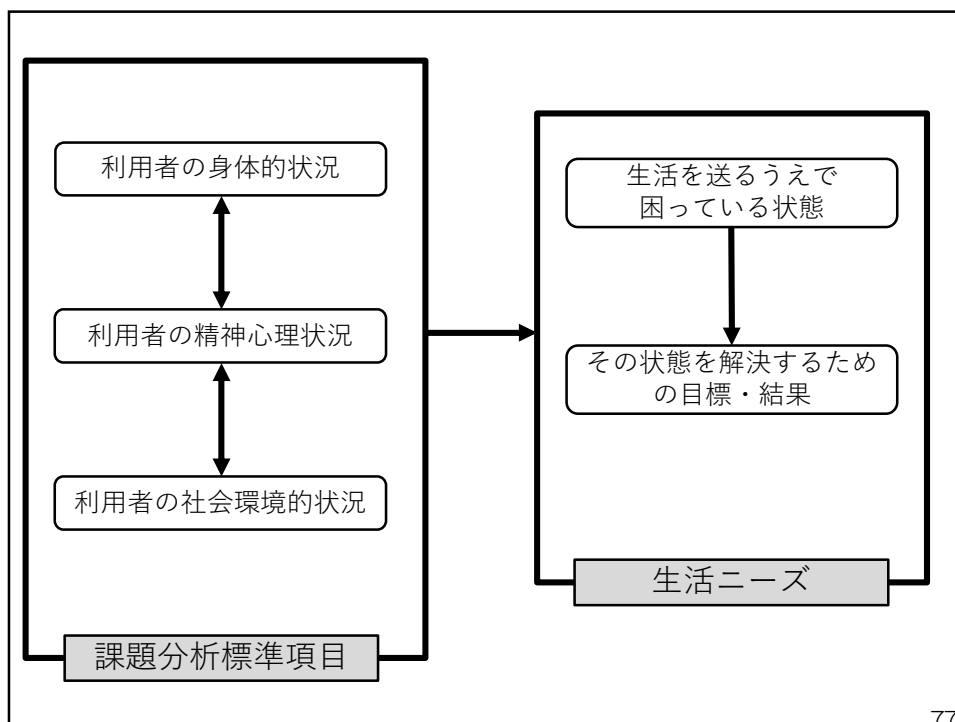
	標準項目
(1)	基本情報（受付、利用者等基本情報）
(2)	これまでの生活と現在の状況
(3)	利用者の社会保障制度の利用情報
(4)	現在利用している支援や社会資源の状況
(5)	日常生活自立度（障害）
(6)	日常生活自立度（認知症）
(7)	主訴・意向
(8)	認定情報
(9)	今回のアセスメントの理由

75

課題分析に関する項目

(10)	健康状態	(17)	清潔の保持に関する状況
(11)	A D L	(18)	口腔内の状況
(12)	I A D L	(19)	食事摂取の状況
(13)	認知機能や判断能力	(20)	社会との関わり
(14)	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	(21)	家族等の状況
(15)	生活リズム	(22)	居住環境
(16)	排泄の状況	(23)	その他留意すべき事項・状況

76



③実務研修における

アセスメントについての指導内容

【情報収集について】

- 双方向のコミュニケーションを図りつつ、情報収集とともに信頼関係が構築できるよう指導する。
- 利用者、家族の意向や要望を把握し、その人らしさを理解しようとする姿勢を指導する。
- 必要な情報を収集するとともに、適宜情報提供ができるよう指導する。
- 情報管理について、個人情報の定義、法令等を踏まえ適切な取り扱いができるよう指導する。また、知れた情報について、他関係機関、関係職種などに情報提供するにあたって同意を得ることを指導する。

③実務研修における

アセスメントについての指導内容

【課題分析について】

- 要支援・要介護状態に至った原因や背景について把握・分析できるよう指導する。
- 重度化を防止する視点と同時に、改善可能性を探る視点、残存機能に着目する視点、ストレングスの視点が持てるよう指導する。また、短所やマイナス面とみえる事柄についても、別の視点からプラス面が見出せるよう指導する。
- 情報収集・課題分析により今後の予測、見立てができるよう指導する。

79

③実務研修における

アセスメントについての指導内容

【課題分析について】

- 利用者・家族からの情報のみならず、専門多職種から得た情報・意見が集約できるよう指導する。
- 生活を、身体・心理・社会の相互関係として捉えるICFの視点を活用できるよう指導する。
- 生活機能に対する促進要因と阻害要因について分析できるよう指導する。

80

④アセスメント指導についての留意事項

- アセスメントは利用者と介護支援専門員が協働で自立支援を目指す事に留意する。
- アセスメント情報は不変ではなく、変化するものである事に留意する。
- プラスの変化を促進するために利用者の反応や手応えを記録し、意図的に関わる。
- 振り返り、自己評価、自己研鑽の積み重ねによりアセスメント力の向上を目指すこと。

81

⑤アセスメント実習の指導ポイント

【アセスメント実習前のアドバイス】

- アセスメントは利用者との最初の接触からスタートしている。
- 得られる情報は「客観的事実（実際に起こったこと）」、「主観的事実（感じていること、その人にしかわからないこと）」に区別して理解すると同時に、このどちらも重要な情報であると考えろ。
- アセスメントの目的は生活課題を導き出す事であり、ツールの項目を埋める事が目的ではない。また、利用者との信頼関係の度合いにより、現段階で収集できる情報が限られる事も理解しておく。（収入や人間関係などのプライバシーに関わることなど）

82

⑤アセスメント実習の指導ポイント

【アセスメント実習後の指導：情報収集時】

- 緊急性、差し迫ったリスクについて見落としがないか？
- 収集した情報により利用者の生活全般が把握できたか？
- 情報収集のための面接を通じて、次につながる信頼関係が構築できたか？（相手のペースに合わせた対話、相槌、共感など）

83

⑤アセスメント実習の指導ポイント

【アセスメント実習後の指導：課題分析時】

- 利用者の悩みや要望を言語化し、合意の形成ができたか？
- 困りごとの原因について、利用者自らが整理し理解できるような関わり方ができたか？
- 課題分析を通じて導き出された生活ニーズについて、利用者が理解し、合意の形成ができたか？

84

居宅サービス計画作成実習

①目的

ニーズを踏まえた目標の設定と目標を実現するための居宅サービス計画等の作成技術を修得する。

また、居宅サービス計画等と訪問介護計画等の個別のサービス計画との連動の重要性を理解する。

85

②居宅サービス計画書作成についての留意点

今回実習で作成する居宅サービス計画書は
その年の4月1日からの支援を仮定して作成する。
そのため指導の際には以下の点をポイントとする。

- ①長期目標及び短期目標の期間設定やサービス提供の期間を記入する期間設定には具体的期間を必ず記入するように指導すること
- ②特に期間設定の根拠については、実習生の考えを聞いて適切な期間設定ができているか、一律になっていないかを評価すること

86

③実務研修における

居宅サービス計画書作成についての指導内容

【居宅サービス計画の意義】

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あり、居宅サービス計画書原案は、利用者がサービス開始前に検討する計画のたたき台でサービス担当者会議において、利用者・家族、多職種の意見を基に本案になっていくものである。

87

④居宅サービス計画書の記載要領と

記載における各項目の考え方

【利用者・家族の意向の把握】

- 望む暮らしと生活の継続性を把握するために主訴だけで判断せず生活歴の聴取と利用者理解が必要である。
- 生活の目標の設定には利用者の自己像の共有と利用者自身の語り、言葉を理解した上で整理し、利用者自身の言葉にならない時は提案する。
- 家族の意向は、利用者への思いと家族自身の利用者理解を踏まえ、家族自身が置かれている状況の理解が必要である。

88

令和3年3月31日 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知により、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日老企第29号）について、以下のとおり一部改正となり、下記の通り説明がされています。（一部抜粋）

1 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領

- ・【居宅サービス計画書（1）標準様式】
「利用者及び家族の生活に関する意向」



「利用者及び家族の生活に関する意向」を踏まえた課題分析の結果」

- ・【居宅サービス計画書（1）記載要領】

⑬「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、**各々の主訴を区別して記載する**。（次ページ参照）

居宅サービス計画書（1）		作成年月日	年	月	日	
		名称	結合	継続	認定済	申請中
利用者の氏名	姓	住所	市	区	町	丁目
居宅サービス計画作成依頼者						
居宅介護支援事業者（事業所名及び所在地）						
居宅サービス計画作成（依頼）日	年	月	日	居宅サービス計画作成（作成）日	年	月
計画日	年	月	日	認定有効期間	年	月
要介護状態区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	<p>利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。</p>					
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の決定	<p>課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行うとするのか、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。</p>					
総合的な援助の方針	<p>家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむをえない事情により、家事が困難な場合等については、「3. その他」に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。事情の内容については、例えば、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族が高齢で筋力が低下して、行方が難しい家事がある場合 ・ 家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまう恐れがある場合 ・ 家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障がある場合 などがある。 <p>（「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて」（平成21年12月25日老振発1224第1号）参照）</p>					
生活援助中心型の認定種別						

自立支援に資するケアマネジメントプロセス

- ☑ 第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」は、当初の意向をそのまま記載するものではありません。
- ☑ アセスメントにより利用者と協働して、現状の生活状況を確認し、利用者・家族の意向を尊重し、信頼関係を築くよう努めながら、利用者の自立を阻害する要因を整理します。
- ☑ 「利用者が感じる困った状況を改善し、望む生活をしたい」と、利用者が主体的・意欲的に取り組めるよう解決すべき課題（ニーズ）を探ります。
- ☑ 課題分析の結果を踏まえて合意形成ができた最終的な本人・家族の意向を記載します。
- ☑ ケアマネジメントプロセスにおける初期面接相談の目的である信頼関係の構築したうえで、利用者・家族と介護支援専門員が一緒に居宅サービス計画書をつくります。
- ☑ 文章表現は、分析結果に寄り過ぎず、本人主体であり、目にした時に違和感を持ち過ぎず前向きに捉えられるように記載します。

④居宅サービス計画書の記載要領と 記載における各項目の考え方

【総合的な援助の方針】

- 生活目標の実現のためのものであり、援助チームの合意形成と説明であることを理解する。
- 利用者が納得しない課題、もしくは解決策がない課題なども整理し、説明できるように総合的な援助の方針に書き加え、忘れないよう意識化し、ケアプランの見直し時に再検討する。
- ターミナルケアや認知症などでリスクが高い独居の場合等は緊急時の連絡体制等を記載することもある。

④居宅サービス計画書の記載要領と

記載における各項目の考え方

【生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の整理】

- アセスメントの結果導き出されたニーズを利用者・家族と共に整理し合意形成を図り、優先順位を付ける。
- 優先順位を付ける時には、専門的判断の他に本人の行動習慣や性格、社会的役割（仕事・家庭・地域等）などの個別化を図る。
- 自立支援を目指したケアプランを作成するために、生活目標を実現するニーズを記載する必要がある。

93

④居宅サービス計画書の記載要領と

記載における各項目の考え方

【長期目標と短期目標の設定】

- 長期目標は生活目標の実現につながり、利用者自身の生活の質が向上した状態を表した内容となる。
- 短期目標は長期目標につながる具体的で短期間での実現可能な目標である。特に明確な期間設定を行い各サービスの個別支援計画へとつながることを認識する。段階的な実現により、長期目標が実現することになるため、短期目標と長期目標が連動することを認識する。長期目標を実現するための段階的なプロセスであることを認識する。

94

④居宅サービス計画書の記載要領と
記載における各項目の考え方

【社会資源の説明】

- 利用者の地域や周囲にあるすべてのものを指す。フォーマルな資源、インフォーマルな資源、利用者自身の内的な資源も含まれることを理解した上で活用する。
- 導き出したニーズから社会資源を考えることが重要で、サービスにニーズを無理やり合わそうとしないこと。

95

④居宅サービス計画書の記載要領と
記載における各項目の考え方

【社会資源の説明】

- ニーズ優先アプローチを図るために社会資源のアセスメントが必要でありサービスがなければ地域で創ることを提案する必要がある。地域ケア会議にかける等地域包括支援センターなどと協議することも重要である。
- 多職種との連携方法や留意点としては、医療サービス利用時の主治医等からの意見収集や福祉用具利用時のリハビリテーション専門職からの意見収集による妥当性の検討や導入が必要な理由の記載等が必要である。

96

⑤居宅サービス計画書作成指導についての留意事項

- アセスメント結果に基づく具体的なニーズを踏まえた生活目標の実現を明確化する。
- 総合的な援助の方針を実現するための取り組みとしての課題（ニーズ）設定であり、実現することを前提とした具体的なものにする。
- サービス担当者会議で意見交換するためケアプランの原案を作成する。
- ニーズの整理を行い、優先順位をつける。
- 目標の期間は単に介護認定の期間ではなく、個々の目標達成の期間であり、一律でないことを指導する。

97

⑤居宅サービス計画書作成指導についての留意事項

- 長期目標と短期目標の具体的な目標設定とそれぞれの連動制を踏まえ、利用者・家族及び援助チームにもわかりやすく記述する。
- 短期目標は特に具体的でわかりやすく、モニタリング及び評価時に目標の達成状況が評価できるものにする。
- サービスの組み合わせ方法については地域でのサービス等の提供体制のアセスメントをすることと、存在しないサービスや社会資源については、地域で検討することも提案できることを理解する。

98

⑥居宅サービス計画書作成実習の指導ポイント

【居宅サービス計画書作成実習前のアドバイス】

- ケアマネジメントプロセスの全体像を理解し、アセスメント、ニーズ把握をし、ケアプラン作成につながること。
- 利用者の意向は、傾聴・受容・共感の姿勢で行い、相談面接は丁寧に行うこと。
- 信頼関係を築くためには共感を持ち、個別性を大事にした上で計画を検討していく姿勢が必要であること。
- 主訴がそのままニーズにならないことが多いことも理解し、粘り強く利用者にかかわることが重要であること。

99

⑥居宅サービス計画書作成実習の指導ポイント

【居宅サービス計画書作成実習後の指導】

- 利用者、家族の意向を踏まえた課題の解決に向けた具体的な目標の設定ができたか？
- 計画実施後の生活の変化を予測できるか？
- 必要な社会資源（インフォーマルサービス等）を位置づけることができたか？
- 生活目標に応じた必要なサービスを判断できたか？
- 生活目標を達成するための期間の設定ができたか？
- 本人、家族が合意できる計画書の作成ができたか？

100

サービス担当者会議見学参加

①目的

多職種とのアセスメント結果の共有や、居宅サービス計画等の原案に対する専門的見地からの意見集約の意義を理解し、会議の開催に係る具体的な方法を習得する。

101

指定居宅介護支援等の人員および運営に関する基準
(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第13条 15 項

介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

- イ 要介護認定を受けている利用者が法第二十八条第二項に規定する要介護更新認定を受けた場合
- ロ 要介護認定を受けている利用者が法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

102

サービス担当者会議は、**テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができる**ものとする。

ただし、利用者又はその家族（以下この⑨において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、**テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。**

なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、**個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。**

居宅介護支援基準第13条9（2021介護報酬改定にて追加）

103

②実務研修における

サービス担当者会議についての指導内容

- 会議を開催するに当たり、**事前の準備や開催当日の準備の必要性、会議の進行等の手法を指導**する。
- 利用者を支援していくための方向性を定める場所であることから、アセスメントを共有すること、居宅サービス計画の**原案の内容について担当者から意見を求めることの重要性を指導**する。
- 会議の意識の共有に当たり、**居宅サービス計画と個別サービス計画の整合性を確認することの重要性を指導**する。
- 複数のサービスを利用する場合には、各サービスの個別サービス計画ごとの**内容の確認、情報の共有や連携の手法を指導**する。

104

②実務研修における

サービス担当者会議についての指導内容

- 作成した居宅サービス計画書の交付等、「具体的取り扱い方針」に即した内容となること。
- 新規ケース、更新ケース、要介護状態等の区分変更ケースごとのサービス担当者会議における検討の留意点について指導する。
- 開催場所や会議の特徴における留意点について指導する。**（自宅・事業所・病院等における会議や利用者、家族の参加について）**
- サービス担当者会議の要点とサービス担当者に対する照会内容について指導する。

105

③サービス担当者会議見学参加

指導についての留意事項

- 開催場所が自宅の場合、時間や参加人数によって参加対象者の（受講生を含む）配慮が必要となること。
- 開催場所が病院の場合、進行役の入れ替わりや事前準備、内容の調整が必要となること。
- **受講生の頷きやメモ等は、本人・家族・事業所等に支障となることもあること。**
- **接遇マナー等に関して十分配慮すること。**

106

④サービス担当者会議見学参加の指導ポイント

【会議の流れを把握する】

ア.会議開催にあたり事前準備ができていること。

- ・ 開催場所、開催候補日時の検討と確保
- ・ 参加メンバーの選定（原案）
- ・ 開催依頼、開催日のスケジュール調整
- ・ 開催までにサービス計画書の原案配布

107

④サービス担当者会議見学参加の指導ポイント

【会議の流れを把握する】

ア.会議開催にあたり事前準備ができていること。

- ・ 関係者全員が参加できるように日程や時間帯を工夫する
- ・ 開催の案内は可能な限り早めに開催する
- ・ 出席依頼の際は、目的を明確に伝える
- ・ 開始時間・終了時間は厳守する
- ・ 課題分析結果やサービス計画書原案の開示の了解を利用者と家族から了解を得る。そうしないと、参加メンバーが決定できない
- ・ 各事業所など社会資源の窓口やキーパーソンを把握しておく等の説明

108

④サービス担当者会議見学参加の指導ポイント

【会議の流れを把握する】

イ.開会時の進行（書記を含む）の役割を果たすこと。

- ・参加者への謝意
- ・会議の目的を表明し確認を行う
- ・終了時刻を伝え、会議運営の協力を依頼
- ・自己紹介
- ・利用者や家族の意向の表明
（必要時は代弁者となりサポートする）
- ・進行と同時に書記役でもあること

109

④サービス担当者会議見学参加の指導ポイント

【会議の流れを把握する】

ウ.アセスメントの結果と原案の説明が出来ること。

- ・欠席者への照会内容や意見の説明
- ・アセスメントの内容と本人・家族の意向、抽出された課題の説明
- ・目標と内容などの説明
- ・ケアの留意点や対応方法の説明



110

④サービス担当者会議見学参加の指導ポイント

【会議の流れを把握する】

エ. 多職種と内容を深めるための検討が出来ること。

- ・ 目標の内容や妥当性の意見聴取
- ・ 目標達成のための期間等の確認
- ・ 決定された目標とケア内容などとの整合性
- ・ ケアの留意点や対応方法の検討と共有化

111

④サービス担当者会議見学参加の指導ポイント

【会議の流れを把握する】

エ. 多職種と内容を深めるための検討が出来ること。

- ・ 内容や頻度・時間等は可能な限り決定する
- ・ 参加者全員から発言を引き出す
- ・ 専門用語や略語は使用しない
- ・ プライバシーを保護する
- ・ インフォーマルサポートが参加の場合の配慮
 - 専門的知識や技術を持たない
 - 心情的配慮と継続的な支援

112

④サービス担当者会議見学参加の指導ポイント

【会議の流れを把握する】

オ. 検討された項目の確認が出来ること（まとめ）。

- ・ 決定事項や変更事項、役割についての内容
- ・ 支援の開始時期と評価時期について
- ・ 利用者の望む生活イメージの確認
- ・ チームケアによる効果と連携について等

カ. 閉会の挨拶

- ・ 参加への謝意
- ・ 必要に応じ会議開催が可能である事

キ. 会議終了後

- ・ 記録整理と計画書（本案）の配布

113

④サービス担当者会議見学参加の指導ポイント

【終了後の記録を行う】

介護保険最新情報Vol.9 58より

サービス担当者会議の要約						
利用者の氏名	性別	利用サービス計画作成/担当者/氏名	開催日時	開催場所	開催回数	出席者
会議の概要	出席者	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名
議題1						
議題2						
議題3						
議題4						
議題5						
議題6						
議題7						
議題8						
議題9						
議題10						
議題11						
議題12						
議題13						
議題14						
議題15						
議題16						
議題17						
議題18						
議題19						
議題20						
議題21						
議題22						
議題23						
議題24						
議題25						
議題26						
議題27						
議題28						
議題29						
議題30						
議題31						
議題32						
議題33						
議題34						
議題35						
議題36						
議題37						
議題38						
議題39						
議題40						
議題41						
議題42						
議題43						
議題44						
議題45						
議題46						
議題47						
議題48						
議題49						
議題50						
議題51						
議題52						
議題53						
議題54						
議題55						
議題56						
議題57						
議題58						
議題59						
議題60						
議題61						
議題62						
議題63						
議題64						
議題65						
議題66						
議題67						
議題68						
議題69						
議題70						
議題71						
議題72						
議題73						
議題74						
議題75						
議題76						
議題77						
議題78						
議題79						
議題80						
議題81						
議題82						
議題83						
議題84						
議題85						
議題86						
議題87						
議題88						
議題89						
議題90						
議題91						
議題92						
議題93						
議題94						
議題95						
議題96						
議題97						
議題98						
議題99						
議題100						

114

④サービス担当者会議見学参加の指導ポイント

【終了後の記録を行う】

ア.検討した項目

- ・検討した順に番号をつけて書く
- ・開催した目的を簡潔に書く

イ.検討内容

- ・項目につけた番号に対応して書く
- ・サービス内容だけでなく、提供方法、頻度、時間、担当者についても検討する

ウ.結論

- ・項目につけた番号に対応して書く
- ・「いつまでに誰が〇〇する」など具体的に書く

115

モニタリング同行見学

①目的

ケアマネジメントプロセスにおけるモニタリングの意義・目的や多職種との連携によるサービス実施の効果を検証することの重要性を理解する。

法的根拠を理解すると共に、専門性を要するケアマネジメント手法のひとつの作業であることを理解する。

116

指定居宅介護支援等の人員および運営に関する基準
(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第13条 13項

介護支援専門員は、前号に規定する実施状況の把握（モニタリングという）にあたっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

- イ. 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
- ロ. 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

117

②実務研修における指導内容

・モニタリングの目的

ア. 各サービスの効果の評価

居宅サービス計画に位置付けられた社会資源が、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の解決に向かって効果を上げているかを評価する

イ. ミスマッチの修正

居宅サービス計画が実施されると同時にモニタリングが始まり、モニタリングを繰り返しながら適切な居宅サービス計画へと修正していく。

ウ. リスク管理

支援を展開する上で予測されるリスクを管理する。
(ケア中の事故や状態の悪化など)

118

・モニタリングの実施

- ア. 利用者及びその家族、サービス担当者会議等との継続的な連絡や居宅を訪問し利用者と面接することの意味を指導する。
- イ. モニタリングにおける視点や手法、状況の変化への対応を指導する。
- ウ. 評価票等を活用し、目標に対する各サービスの達成度（効果）の検証の必要性和評価方法を指導する。
- エ. モニタリングは介護支援専門員のみで行うのではなく、サービス事業者や家族と協働で行う事で、より多面的視点から効果的なモニタリングができるように介護支援専門員が仕組み作りをするべきと指導する。

119

・ケアマネジメントにおけるモニタリングの役割

- ア. ケアマネジメントとは、サービス計画を作成する事がその全てではなく、実際の支援を行う体制を確立し、より効果的に適応させていくことが大切である。
- イ. 社会資源を適切にコーディネートし、成果をあげるケアマネジメントを実施するために行うのがモニタリングであり、生活における課題とサービスが提供する支援がマッチングできているかを確認する作業はケアマネジメントの調整機能において当然の行為である。

120

・ 目標に対する各サービスの
達成度（効果）の検証の必要性

- ①居宅サービス計画どおりにサービスが提供されているかどうかの確認の必要性
- ②ケア内容・サービス種別が適切か否かの確認の必要性
- ③個々の生活ニーズに対する目標が達成されているかどうかを確認する必要性
- ④総合的な援助の方針に沿った支援となっているかを確認する必要性
- ⑤居宅サービス計画の内容を修正する必要があるかどうかを判断する必要性

121

③モニタリング同行見学における指導の留意事項

- ア. モニタリングの手法だけでなく、なぜ必要なのか、実施の意義を十分理解し、単なる利用票配布にとどまらないように意識づけをする。
- イ. モニタリングにおける視点や手法、状況の変化への対応を理解し、ケアプランとの関連を理解する。
- ウ. モニタリングの位置付けを運営に関する基準第13条から理解できるよう指導する。
- エ. モニタリングにおける多職種との連携についてその重要性を理解することで役割分担ができる。
- オ. モニタリング結果の記録作成の意味と、記録にあたっての留意点を理解する。

122

④モニタリング同行見学の指導ポイント

【モニタリングにおける介護支援専門員の視点】

※ケアプランに位置付けた各種の社会資源が有効に機能しているか否かを評価するもの

ア. ケアプランの役割の達成度

⇒利用者の望む暮らしの実現ができているかどうかを評価する

イ. 援助を必要とする契機となった問題状況

⇒主訴が解消されたか、あるいは軽減されているか。利用者等の状況の変化を評価する

ウ. 解決すべきニーズへの進捗状況

⇒長期・短期目標がどこまで達成されているか否かを評価する

123

④モニタリング同行見学の指導ポイント

【モニタリングの方法の部分】

ア. 利用者・家族の家へ訪問する場合

イ. サービス提供場面での同席の場合

ウ. 電話会議・電話連絡の場合

エ. オンラインの場合

オ. カンファレンス参加時のマナーやルール

オ. モニタリング中に記録の必要性

124

④モニタリング同行見学の指導ポイント

【再アセスメントの視点】

- ア. 総合的な援助の方針の見直し
- イ. 以前との現状の変化のポイント
- ウ. なぜ再アセスメントが必要となるのか。
例をあげながら、初回アセスメントと再アセスメント時の情報収集の行い方の違いを説明。
- エ. 再アセスメントにおけるサービス担当者による専門的見地から意見集約について

125

給付管理業務

①目的

- 給付管理業務の一連の流れを理解し、区分支給限度額に沿ったケアマネジメントの必要性を知る。
- 居宅支援事業所が作成する給付管理票と、サービス事業所が提出する介護給付費明細書の突合を行う国民健康保険団体連合会の役割を理解し、それぞれの行う業務の重要性と内容を理解する。

126

②実務研修における給付管理についての指導内容

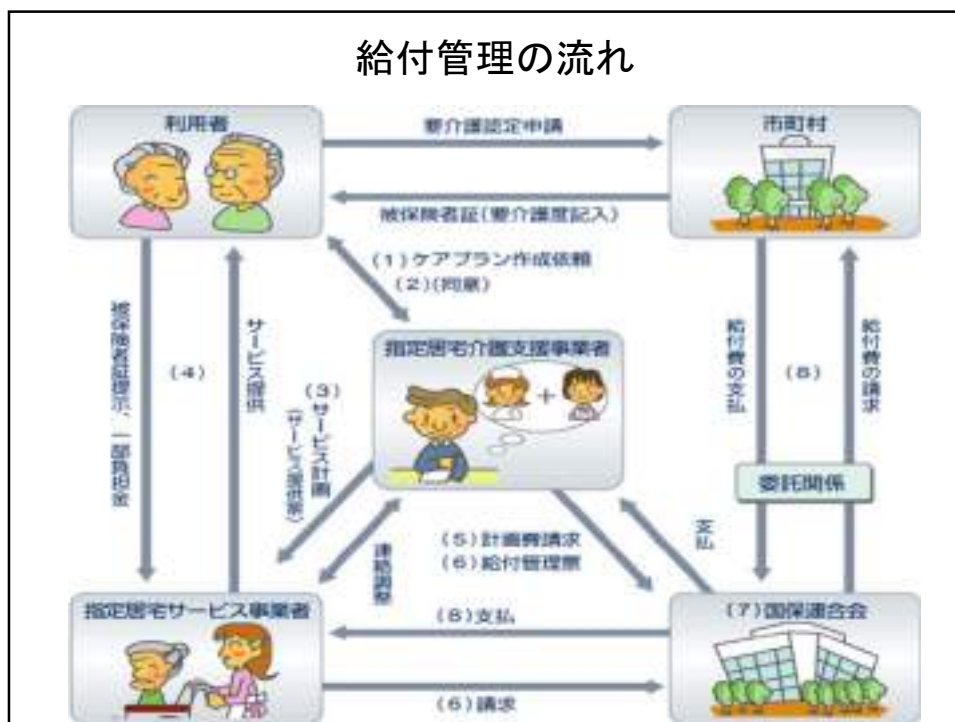
- ・ 給付管理業務の 3 つの必要性
 - ア. サービス利用には利用者の自己負担が伴うこと
 - イ. 介護給付には上限（支給限度額）が設定されていること
 - ウ. 居宅サービス計画と個別サービス計画の整合性をチェックする仕組みになっていること

127

③給付管理指導についての留意事項

- ・ 初期面接のときから利用者自己負担のしくみについて 1 割あるいは 2 割・3 割負担が生じることを説明する必要があること。
- ・ 区分支給限度額を超えたサービス利用分は全額利用者負担となることを踏まえ、希望するサービスを際限なく調整する事で利用者の不利益となること。

128



給付管理とは・・・

- 介護支援専門員が行う給付管理業務は
 - ① 1 カ月単位で個々の利用者の介護保険サービスの利用予定を作成
(サービス利用票・利用票別表交付)
 - ② サービス提供事業所との調整を行う
(サービス提供票・提供票別表交付)
 - ③ サービス提供後は実施内容を確認
(実績記入後のサービス提供票・提供票別表受取)
 - ④ 国保連に必要な書類を送る
(給付管理票・居宅介護給付費計画書送付)

国民健康保険団体連合会の業務



131

【居宅介護支援事業所】①明細書
担当ケアマネ: ○○
利用者: 1234567890
性別: 男性、
生年月日: S10. 6. 21生
要介護度: 要介護3

【居宅介護支援事業所】②給付管理票
利用者: 1234567890、性別: 男性
生年月日: S10. 6. 21生
要介護度: 要介護3
利用したサービスごとの実績
A訪問介護事業所: 1, 608単位
B通所リハ : 11, 477単位
C福祉用具 : 1600単位

突合

【保険者】住民台帳
利用者: 1234567890、性別: 男性
生年月日: S10. 6. 21生
要介護度: 要介護3

【サービス事業所】①サービス明細書利用
利用者: 1234567890、性別: 男性
生年月日: S10. 6. 21生
要介護度: 要介護3
利用実績: 1, 608単位
処遇改善加算(8.6%): 138単位

【C福祉用具】①サービス明細書
利用者: 1234567890さん、性別: 男性
生年月日: S10. 6. 21生
要介護度: 要介護3
利用実績(10日間): 1600単位

【B通所リハ】①サービス明細書
利用者: 1234567890、性別: 男性
生年月日: S10. 6. 21生
要介護度: 要介護3
利用実績: 11, 477単位
処遇改善加算(3.4%): 398単位
サービス提供体制加算 : 234単位

- 国保連の突合の結果に問題がなかった場合は・・・

居宅介護支援事業所には⇒支援費 13,530円
 特定事業所加算Ⅱ 4,000円

A 訪問介護には ⇒介護給付費14,472円
 処遇改善加算1,242円

B 通所リハには ⇒介護給付費103,293円
 サービス体制加算2,106円
 処遇改善加算3,582円

C 福祉用具業者には ⇒給付介護費14,400円
 報酬として7～9割が支払われます。

133

返戻と審査査定増減

134

【返戻】

国保連における突合の段階で何らかの相違点があり、審査が通らなかった場合にデータそのものを事業所に戻す事。

135

保険者のエラーで返戻になる場合

- ・生活保護受給者で、公費受給番号の送付が遅れ、当月内の処理が出来なかった場合。
 - ・区分変更や更新の時期が遅れ当月内の処理が出来なかった場合。
 - ・居宅の届け出に関する処理が不適切な場合。
- ※過去にあり：予防から介護になり自己作成期間を表記せずに届け出処理を行っていた。

136

サービス事業所のエラーで返戻になる場合

- ・ 基本情報の入力を誤った場合
例) 生年月日：平成生まれ？ 性別：逆？
本人の番号：10桁のはずが9？
- ・ 負担割合表の未確認：2割の方？
- ・ 居宅へ報告された実績とは異なる実績報告を
国保連に行った場合。
- ・ 区分変更や更新中で認定が確認できていない
時に請求処理を行った場合。
- ・ 加算算定時期の誤り：集中リハ、リハ加算
月額単位のサービスの日割り計算開始日 等

137

居宅介護支援事業所のエラーで返戻になる場合

- ・ 基本情報の入力を誤った場合
例) 生年月日：平成生まれ？ 性別：逆？
被保険者番号：10桁、番号まちがい
- ・ 負担割合表の未確認：2割の方？
- ・ 実績の入力に相違があった
(居宅には返戻は届かない！！)
- ・ 予防から介護になった場合の、居宅の担当変
更が出来ていない
- ・ 区分変更中、あるいは更新中に請求を行った
- ・ 事業所の情報（マスター）入力に誤りがあっ
た

138

【審査査定増減】

居宅介護支援事業所の提出する給付管理票に起算されている「確定単位数」と、サービス事業所が提出する「請求単位数」を突合した際に、請求単位数が多い場合にこの返戻内容となる。

- * **利用者の単位数の基準は「計画単位数」**であり、居宅の提出された内容に相違があっても、あくまでも居宅の単位数が**確定単位**となる。

139

返戻の内容と処理について

- ・ 居宅介護支援事業所の返戻
 - ・ サ・給ともに返戻となっている場合は、翌月に再請求を行う。（その場合は新規で再請求）
 - ・ 給のみ、サのみの場合は、返戻となっている様式のデータの修正を行い再請求を行う。（その場合は新規で再請求）

140

【居宅介護支援事業所】①明細書 担当ケアマネ:42990234 利用者:1234567890 性別:男性、 生年月日:S10. 6. 21生 要介護度:要介護3	【居宅介護支援事業所】②給付管理票 利用者:1234567890、性別:女性 生年月日:S10. 6. 21生 要介護度:要介護3 利用したサービスごとの実績 A訪問介護事業所: 1, 608単位 B通所リハ : 11, 477単位 C福祉用具 : 1600単位
【保険者】①サービス明細書利用 利用者:1234567890、性別:男性 生年月日:S10. 6. 21生 要介護度:要介護3	【事業所】①サービス明細書利用 利用者:1234567890、性別:男性 生年月日:S10. 6. 21生 要介護度:要介護3 利用実績: 1, 608単位 処遇改善加算(8.6%): 138単位
【C福祉用具】①サービス明細書 利用者:1234567890さん、性別:男性 生年月日:S10. 6. 21生 要介護度:要介護3 利用実績(10日間):1600単位	【B通所リハ】①サービス明細書 利用者:1234567890、性別:男性 生年月日:S10. 6. 21生 要介護度:要介護3 利用実績: 11, 477単位 処遇改善加算(3.4%): 398単位 サービス提供体制加算 : 234単位

- ・ 事業所に届いた返戻
- ・ 審査増減：返戻の通知書を事業所からFAXにて受け取る。再度事業所からの実績内容を確認し、居宅のミスであれば、月間スケジュールから実績の修正を行う。請求担当者へ、○月分の△さんの返戻が□事業所から届いた事、実績の修正が済んでいる事等を伝え、請求の表に給付管理票に○をつけ、誤りと正しい数字を記入する。

【居宅介護支援事業所】①明細書 担当ケアマネ:42990234 利用者:1234567890 性別:男性、 生年月日:S10. 6. 21生 要介護度:要介護3	【居宅介護支援事業所】②給付管理票 利用者:1234567890、性別:男性 生年月日:S10. 6. 21生 要介護度:要介護3 利用したサービスごとの実績 A訪問介護事業所: 1, 582単位 B通所リハ : 11, 477単位 C福祉用具 : 1600単位
【保険者】①サービス明細書利用 利用者:1234567890、性別:男性 生年月日:S10. 6. 21生 要介護度:要介護3	【保険者】②サービス明細書利用 利用者:1234567890、性別:男性 生年月日:S10. 6. 21生 要介護度:要介護3 実績: 1, 508単位 処遇改善加算(8.6%): 138単位
【C福祉用具】①サービス明細書 利用者:1234567890さん、性別:男性 生年月日:S10. 6. 21生 要介護度:要介護3 利用実績(10日間):1600単位	【B通所リハ】①サービス明細書 利用者:1234567890、性別:男性 生年月日:S10. 6. 21生 要介護度:要介護3 利用実績: 11, 477単位 処遇改善加算(3.4%): 398単位 サービス提供体制加算 : 234単位

返戻をなくしていくために

- 基本情報の入力の2重チェック
 - 新規利用者の情報入力：介護保険証（新規・更新）の入力後のチェック
 - 新規利用事業所の情報入力：加算・事業所番号等
- 実績入力後の確認
 - サーバーに接続してる事業所以外の手入力する実績については、入力後再度実績表と、入力後の画面を確認する。
- 実績入力の際の効率化
 - 実績入力の際の実績表の分類（あいうえお順等）
 - 入・退院の再確認
- 更新・区分変更者の自己管理
 - 当月請求不可の利用者の把握と管理を確実に行う。

④給付管理の指導ポイント

- ア. 法定代理受領と償還払いについて説明する。
- イ. 介護報酬の請求の仕組みを説明する。
- ウ. 給付管理の作業の流れと役割を説明する。
※実績確認についての説明を行う。
- エ. 給付管理表や介護報酬の請求書、サービス利用票及び別表、サービス提供票及び別表を見せて、その様式及び内容を説明する。
- オ. 請求エラーについて、どのような場合にエラーが発生するかを説明する。
- カ. 返戻及び過誤調整が起きる事例やその対応方法を説明する。

145

5. 実務研修における 実習の振り返り

146

実習の振り返りとは

実習終了後に開催される実務研修課程で、最初に実施される

①目的

実習を通して得られた気付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。

②概要

- ・実習で行ったアセスメントや居宅サービス計画の作成など、一連のケアマネジメントプロセスの実践事例を発表する事により、実習を通じて感じた気付きや不足している知識・技術といった課題、現場で生じうる倫理的な課題を共有する。
- ・受講者間で共有した課題や実習に関する講師からの総評を踏まえて、今後、専門職として身につけていくべき知識・技術についての学習課題を認識する講義を行う。

147

実習の振り返りで活用する資料

実習の振り返り演習では実習中に作成した以下の資料を活用する。

①グループで共有

- ア. 介護支援専門員実務研修実習報告書
- イ. 実習で作成したアセスメント記録一式
- ウ. 実習で作成した居宅サービス計画書（原案）
（第1表・第2表・第3表）

②演習指導者が指導の参考として使用

- ア. 研修記録シート2
「⑬ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」の受講直後の評価入
- イ. 介護支援専門員実務研修報告書兼評価書

148

実習の振り返りの進め方

実習の振り返りについては以下のように進めます。

- ・グループ（5名程度）で編成。
- ・各受講者は、実習先での実習の状況及び実習指導者等から受けた指導内容、そこからの自身の気づきをグループ内で発表
- ・個々の実習内容に踏まえて、実務研修後期の課題設定や、望ましい介護支援専門員像について、個人ワーク及びグループディスカッションを行う。

149

6. まとめ

150

実習の意義

- ・ 研修の限界を補う現場実習

実務研修では、講義及び演習を行いますが、事例検討も提示された事例であり、具体的イメージを作るのは限界があります。

実習ではそこを補うために、現場の実態を理解できるように指導してください。

151

- ・ 就業に向けた知識習得

実務研修では、今後は介護支援専門員として実務に就く方達が受講しています。

今後の就業に向けた現場体験という位置付けでもありますので、優遇したり甘やかすのではなく、厳しい現状についても指導をお願いします。

- ・ 前向きになれる実習場面の設定

厳しい現状を伝えるだけではなく、その中での介護支援専門員という仕事のやりがい等についても伝えて実習生が前向きになれるよう支援してください。

152

最後に

この「長崎県介護支援専門員実務研修実習指導の手引き（令和6年度版）」は、実習指導者のフォローアップとして作成しています。

今後も年度ごとに見直しを行い、使いやすい手引きの作成をおこなっていきますので、ご不明な点やご意見についてはメール又はFAXでお問い合わせください。

一般社団法人
長崎県介護支援専門員協会
法定研修部会
Mail：nagasaki-caremanager@wish.ocn.ne.jp
Fax：095-893-6153

153