

必ず最後までお読みください

青森県介護支援専門員実務研修
実習の手引き
(受講者用)

公益社団法人青森県介護支援専門員協会

目 次

1. 実習の目的	1
2. 実習における習得目標	2
3. ケアマネジメント業務の考え方（まとめ）	3
I 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）	
II 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. 実習の方法	16
実習のフローチャートと注意事項	

1. 実習の目的

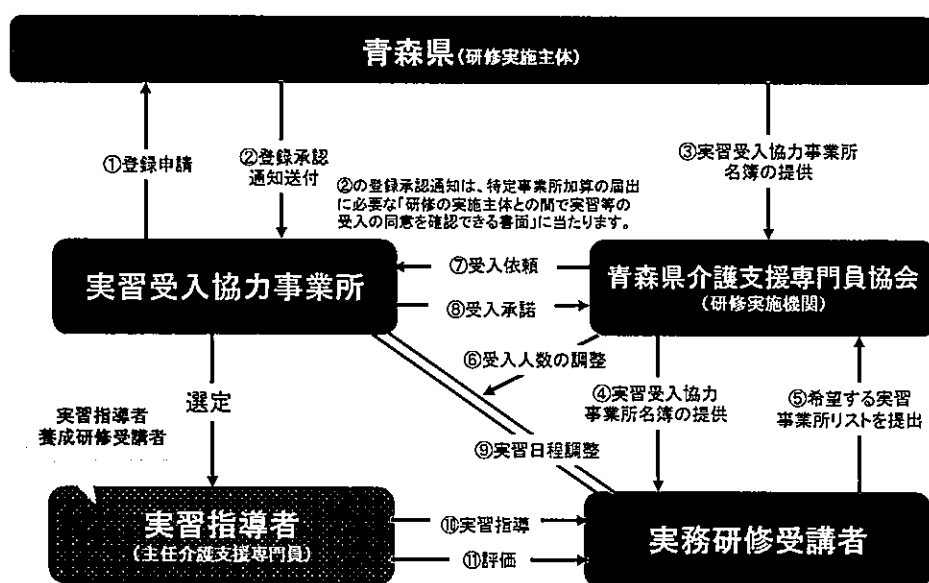
居宅介護支援事業所において、主任介護支援専門員等の指導を受けながら、ケアマネジメントプロセスの一連の流れを実際に体験し、多様な要介護高齢者の生活実態を知ることによって、実践にあたっての留意点や今後の学習課題等を認識します。

また、要介護状態等にある方の協力を得て、アセスメント、ニーズの把握、ケアプラン作成の過程を実際に行うことにより、前期の学習内容を振り返りつつ、反省点や疑問及び分からない点を明確にし、後期研修でさらに理解を深めることができます。

※新カリキュラムにおける「実習」は、「見学実習」と「ケアプラン作成実習」の2つに分けて想定していますが、青森県においては、実習期間が短い等の理由から、「見学実習」と「ケアプラン作成実習」を併せて「実習」としています。

具体的には、実習受入事業所の利用者の中から、実習受入事業所が実習協力者を選定し、その方の居宅に訪問し（見学）、その方についてのケアプランを作成（作成実習）することになります。

実習の実施における県（研修実施主体）、青森県介護支援専門員協会（指定研修実施機関）、実習受入協力事業所の主な役割（例）



2. 実習における修得目標

A) ケアマネジメントの基礎技術に関する実習オリエンテーション

実習前	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。
	修得目標	<ul style="list-style-type: none"> 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。

B) 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。
	修得目標	<ul style="list-style-type: none"> 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を実施できる。 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を実施できる。 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を実施できる。 ④ 実習協力者の状況に合わせた実習を実施できる。 ⑤ 給付管理業務の流れを述べることができる。

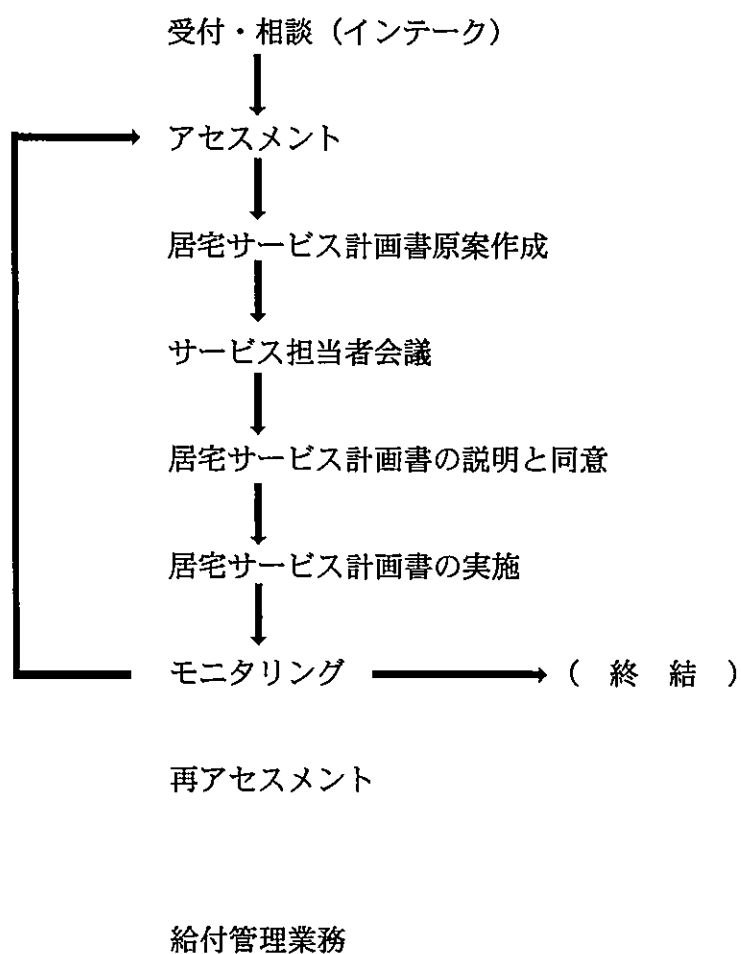
C) ケアマネジメントの基礎技術に関する実習振り返り

実習後	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。
	修得目標	<ul style="list-style-type: none"> 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）

【ケアマネジメントプロセスとは】

【ケアマネジメントプロセスのチャート図】



I. 各ケアマネジメントプロセス場面のポイント

(1) インテーク場面

- ・受付・相談（インテーク）の段階では、相手から入ってくる情報はそれほど多くはありません。
- ・面接では利用者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。
- ・「〇〇だろう」、「〇〇に違いない」という思い込みは、客観的な分析・判断の阻害要因となります。
- ・自分は利用者をどのように捉えやすいのか（思いこみやすいのか）を知っていると、偏った視点によるアセスメントの防止となり、幅の広い情報収集が行えます。

1) 初回面接のポイント

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。

初回面接で気をつけること

（1回の面接で全てが出来るとは限りませんが意識して面接に臨みます。）

- ・利用者や家族との信頼関係を築くことを優先します。
- ・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。（個別性重視）
- ・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。
- ・面接の目的をしっかりと伝えて、内容の理解をしていただきます。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（介護保険制度やケアマネジャーの役割、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。
- ・時間の配慮も心掛けましょう。面接の開始時に「1時間程度で終わる・・・」と相手に面接の時間を伝えます。

2) 主訴のポイント

- ・「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す。この「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。
- ・そして、必ずこちらから相手に対して「(主訴は) ~こういう事ですね」と合意を行うプロセスを忘れてはなりません。

(1) アセスメント場面

1) 目標

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、利用者や家族の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。

2) アセスメント場面の実際

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。

① 「利用者の悩み・主訴・要望」に関する確認

アセスメントの第1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。

② 「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。

③ 「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。

④ 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。

⑤ 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。

3) 第1表の確認事項

① 居宅サービス計画の見方

居宅サービス計画書には、利用者の望む生活に向けて、利用者や家族、サービス提供者が共通の認識を持つことができるようにする役割があります。居宅サービス計画原案は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果による専門的見地に基づき、地域におけるサービスの提供体制等を勘案して、実現可能なものとする必要があります。利用者及びその家族の生活に対する意向と総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題を記載した上で、提供されるサービスについて、長期的な目標とそれを達成するための短期的な目標、それらの達成時期などを明確に盛り込むことが求められています。さらに、目標の達成時期には、居宅サービス計画と個別の指定居宅サービス等の評価ができるようしておくことが必要です。なぜ記載されたサービスの提供が必要なのか、共通認識を持てるように分かりやすく記すことが重要です。

② 利用者及び家族に対する意向の項目

生活に対する意向欄の記入については、できるだけ利用者の言葉の表現を大切にしながら行うことが重要です。アセスメント（課題分析）を行った結果として、今後どのような生活を送るかを介護支援専門員とで相談して表すことが必要です。

③ 総合的な援助の方針

総合的な援助の方針については、アセスメントから導き出された生活課題に対して、介護支援専門員やサービス担当者がどのような方針で援助を行うかを明確にすることが必要です。

④ 認知症の方の生活の意向の確認

認知症の利用者の中には、「望む暮らし」について「言語」で表すことができないこともあります。言語で表さないのであれば、言語以外の方法で理解し、明確化していくことが求められています。コミュニケーションには、「非言語コミュニケーション」という方法があり、介護支援専門員はこれを活用することによって認知症の方の「望む暮らし」について把握することが可能となるのです。また、本人に直接確認することが困難である場合、家族や関係の深い人から話を聞き、生活歴や何が好きだったか、何をしたいと思っているのか等の情報を出発点として「望む暮らし」を探っていく方法もあります。

4) 第2表の確認事項

① 生活全般の解決すべきニーズ

第2表では、アセスメントの結果から、利用者の直面する課題を明らかにし、一つ一つの課題に対する対応策を検討するとともに、どのようなことを優先して解決を図るべきか整理します。課題を明確化することは、「何のために支援を受けるか」を明確にすることでもあります。「生活課題（ニーズ）=困りごと」ではありません。

確認の視点

- ・ 利用者の主訴の背景に何があるのか。
- ・ 主治医に本人の健康状態を聞いているのか。
- ・ 本人の困っていることについて、どのようになりたいのか、そのためにはどのような支援が必要か、それによって生活はどのように変化するのか。
- ・ ニーズは単に困っていることの羅列になっていないか。問題点の指摘のみになっていないか。
- ・ ニーズ化された背景に何があるのか。ニーズとした根拠を示すことできるのか。
- ・ 困っていること、できないことをどのようにすると、本人の自立支援や生活の質の変化にどのような影響を与えるのかを考える視点や発想はあるのか。
- ・ ニーズは介護サービスを利用するための目的になっているのか。
- ・ ニーズは個別性のある具体的な記載になっているのか。
- ・ ニーズや目標の捉え方は達成可能な具体的な表記となっているのか。サービスの提供がなぜ必要か、共通認識をもてるような記載になっているのか。
- ・ 利用者や家族の取り組むべき課題が明確になっているのか。
- ・ 「在宅生活で安全に生活できる」等の漠然とした表現になっていないか。利用者にとっての安全とは何かをアセスメントを通じて具体的に考えているか。

(3) サービス担当者会議について

1) サービス担当者会議の役割

サービス担当者会議には、次の役割があります。担当者会議開催の目的や必要性を明らかにして、運営することが重要です。

- ・要介護者等や家族の生活全体を共通理解すること。
- ・支援目標と言われる「本人や家族の生活に対する意向」や援助者側の「総合的支援目標の方針」について共通理解すること。
- ・要介護者等の生活全般の解決すべき課題（生活ニーズ）をお互いが共有化すること。
- ・居宅サービス計画の内容を相互に深めること。
- ・作成された居宅サービス計画でのサービス提供者の相互の役割分担を理解すること。

2) 担当者会議の準備

サービス担当者会議を円滑に行うためには、介護支援専門員による事前準備が必要です。誰に参加してもらうのか、どこで開催するのか、何を検討するのか等の項目を決定した後、利用者、家族、主治医、サービス事業所等の関係者に開催を伝え日程調整をします。

3) 担当者会議の運営

チームの各担当者が利用者やその家族の生活全体や望む方向について共通理解を得ることが重要です。そのために、一方的に介護支援専門員が状況を伝達するのではなく、各担当者が課題や解決策について前向きに話し合うことができる場を作ることが重要です。何を検討するかを明確にしながら進行すると、より深く話し合いが進みます。

4) 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」

- ① 検討項目番号に対応して結論を記載する。
- ② 「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。
- ③ 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。
- ④ 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。

(4) モニタリングについて

1) 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。

2) 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。

3) モニタリングの記録の視点

- ・ サービスの実施状況、いわゆるケアプラン通りのサービスが提供されているのか。
- ・ サービスの内容が適切であるのか。ケアプランの生活課題を解決するために、提供されるサービスの量や質が適切であるか。
- ・ ケアプランの短期目標に対しての達成状況はどのようになっているのか。短期目標に対するサービスの提供状態は適切であるか。
- ・ ケアプランの内容が効果的であり、このケアプランの実施によって利用者の望む暮らしの実現が図られているのか。
- ・ ケアプランの内容について修正の必要があるか。また、担当者会議等を開催してチームメンバーで検討する必要があるか。

参考：「地域同行型研修初任者テキスト」

(5) 給付管理業務とは

1) 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ヶ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。

2) 給付管理業務の流れ

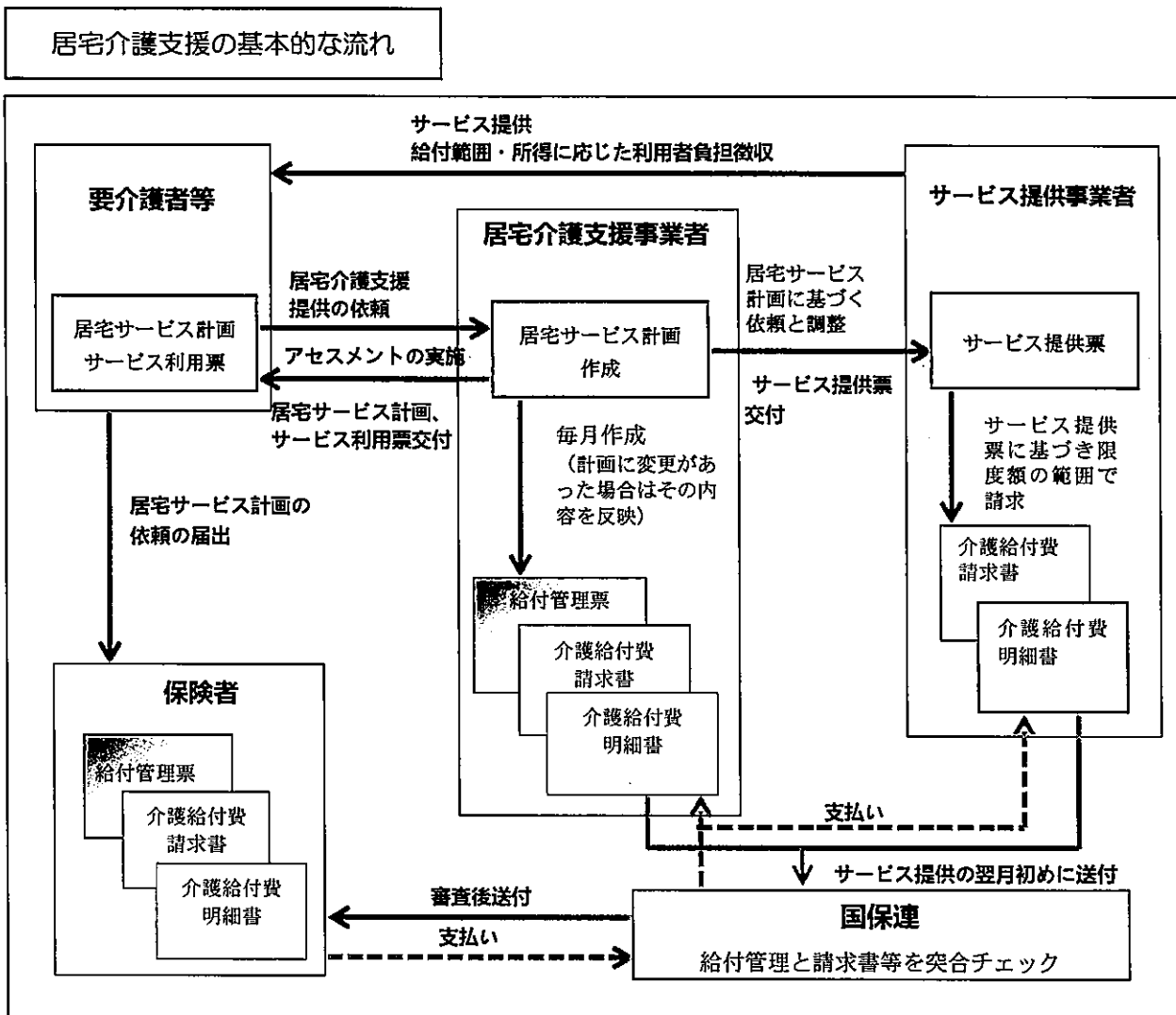
介護支援専門員は基本的には区分支給限度額の範囲内でケアプランを作成する必要があります。給付管理業務はこのケアプランと密接な関係があり、サービス提供月を中心として、前月、翌月までの一連の業務として整理すると分かりやすくなります。

給付管理業務の流れ

サービス提供前月	<ul 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	<ul 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	<ul 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。

3) 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し、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。



4) 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。

5) 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。

①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の9割(利用者の所得に応じて8割または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（利用者の所得に応じて2割または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）

②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（利用者の所得に応じて2割または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別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、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。

③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。

④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	横浜〇〇	
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2	通所介護	100単位
指定事業者3	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さ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 〇〇	
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 〇〇	
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ている。

⑤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。

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 給付管理票は、国保連がサービス提供事業者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。

⑥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。

⑦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

Ⅱ. 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、押印をしていただきます。

① 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。

② 契約書

③ 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。

④ 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. 実習の方法

実習前準備

1. 指定実習先事業所に連絡し、実習を希望すること及び可能な日程を伝える。
2. 事前面談の日程調整を行い、事前面談日までにプロフィールシートを作成する。
3. 事前面談日にプロフィールシートを持参し、オリエンテーションによりスケジュール、実習方法等を確認する。
(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。)
4. 調整ができれば、実習ノートに日程を記入し、実習記録シート(様式2)に記入のうえ、前期の復習をしておく。

実習初日

1. 実習先事業所の開始時間に余裕を持ってうかがう。
2. 日程等の打合せをする。
3. 誓約書がある場合は、説明を受け提出する。

実習

1. 実習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・計画書1～3表、記録用紙等を用いて、説明します。
実習生は、利用者ガイダンス記録表に必要事項を随時記入)
2. 実習については、P3「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. 同行実習を行う。
4. 事業所に戻り、記録・振り返りを行う。
5. 1～4を繰り返す。

実習最終日

1. 最終日に全ての実習について振り返りを行う。
2. 現場実習に向けての目標から、実習の自己評価票・実習総合報告書①～③を記入する。
3. 後期研修の目標設定を実習指導者と一緒に考え、実習総合報告書④に記入する。
4. 実習の自己評価票に、実習指導者のコメントと署名捺印をいただく。
5. 必ず白紙部分がないかを確認する。

※実習ごとに実習先指導者へ「出席確認・健康状態申告シート」を必ず提出すること。

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す。受け入れ事業所が決まったら、必ず実習先の担当者に連絡をとり、事前面談日の日程調整を行ってください。
- ② 事前面談日にはプロフィールシートを持参し、実習日程と実習内容を確認し、実習ノート表紙に日程を記入してください。
- ③ 実習は3日間程度となっております。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。一度決めた日程は原則として変更できません。十分に確認してください。
- ④ ケアマネジメントプロセス場面の復習をしておきます。
- ⑤ 季節柄、健康を保持して、実習に臨みます。(感染症等ある場合は同行実習ができない場合があります。)
- ⑥ 実習にかかる費用は徴収しません。ただし、自宅から実習先事業所、同行訪問時の交通費等は、受講生が各自負担してください。また、受講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、実習事業所へお支払いください。
- ⑦ この実習の損害賠償関係の保険については、受講生全員が賠償責任保険に加入（保険料は受講料に含む）し、当該保険の適用範囲内で補償します。(ただし、故意又は重大な過失によるものは補償の対象外。) 加入手続きは青森県介護支援専門員協会が行いますが、けがをさせたり、物を破損しないよう十分にご注意ください。また、ご自身のけがや交通事故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。また、必ずテキストを持参しましょう。

- ① 実習はケアマネジメントプロセス場面の見学実習とケアプラン作成の2つです。事前準備・同行後の振り返り・評価を行います。P4.「I. 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。「実習記録用紙→実習目標達成の確認→実習評価表→後期研修の目標設定」で終了となります。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 実習先の利用者や家族の情報は洩らしません。(個人情報保護)
- ③ 各実習前に実習ノートに利用者様情報をガイダンス情報に記入します。利用者様情報を記入する際には、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。
- ④ 実習最終日には、実習ノートに記入がない・漏れがある・受け入れ事業所実習指導者のコメントがない等、必ず白紙部分がないか確認してください。