

【実習】ケアマネジメントのプロセス基礎技術に関する実習

①居宅の利用者についての一連の書類の作成実習

②ケアマネジメントプロセスの見学実習

「ケアマネジメント各プロセスの実習内容について」

1. インテーク場面（同行・説明）
2. アセスメント場面（同行・説明）
3. ケアプラン作成（説明）
4. サービス担当者会議（同行・説明）
5. モニタリング場面（同行）
6. 給付管理業務場面（説明）

1. インテーク場面

（1）目的

受付及び初期面接相談（インテーク）、契約の各場面で求められる実践的な技術を習得する。

（2）修得目標

- ① インテークの目的と意義について説明できる。
- ② 受付及び相談と面接の場面における援助の留意点について説明できる。
- ③ 利用者及び家族との信頼関係の構築の重要性について説明できる。
- ④ 契約行為を行うにあたっての留意事項について説明できる。
- ⑤ 契約の仕組みが利用者主体であることの意義と仕組みについて説明できる。
- ⑥ 利用者の状況にあった面接に必要な情報や書類の準備を実施できる。

（3）実習内容

＝同行実習＝

- ・担当介護支援専門員が行う初期面接相談場面、契約場面などに同行し、面接等実施する様子を見学する。

＝説明実習＝

- ・上記のように同行できない場合は、一人の事例に対して、受付～初期面接相談～契約のプロセスを実際に行った様子を伝え、留意点などを説明する。

（4）指導内容

（1）ケアマネジメントプロセスの入り口

（a）ケースの発見・受付

- ケアマネジメントの過程の入り口である。いかに早く発見し、適切に援助を行うかが求められる。問題の解決困難度の重度化予防にもつながる。
- 受付・ケースの発見のルートは、家族や親族からの相談、本人からの相談、関係機関からの相談、民生委員や地域住民からの相談・連絡・通報等があげられる。
- 支援者自身が地域に出向き、発見するアウトリーチという手法もある。

(b) 受付で行うこと

- 自己紹介と介護支援専門員の役割の説明
- 相談者の主訴の把握（言葉の背景の理解）
- スクリーニングに必要な情報収集
- スクリーニング
- 信頼関係の構築
- 動機づけ
- 緊急性の判断と対応
- 今後の流れの説明

(c) スクリーニング

- 初期面接相談では、スクリーニングを行う。
- スクリーニングは、(i) 緊急性の判断、(ii) 介護保険制度によるケアマネジメントの必要性の判断、(iii) 介護支援専門員の所属する事業所で対応可能かの判断とこれらの判断による対応を行う。
- 要支援・要介護認定結果が要支援の者、またはチェックリスト該当者の場合には、地域包括支援センターを紹介する。また、所属事業所で対応できない生活ニーズを抱えている場合には、適切な機関を探し、紹介する。

(i) 緊急性の判断と対応を行う・心身状態の確認

- 急病、虐待、飢え等の生存ニーズの有無の確認と対応
- 判断に迷う場合の事業所への連絡と相談、一時対応後の事業所への報告。介護支援専門員が個人のみで判断し対応するのではなく、事業所としての判断を仰ぎ、対応する。また、地域包括支援センターへの連絡・相談により対応する。

(ii) 介護保険制度によるケアマネジメントの必要性の判断

- 主訴の把握（言葉の背景の理解）
- 相談者と対象者の心身状態
- 生活ニーズの有無
- 要介護認定申請の支援の必要性

(Ⅲ) 介護支援専門員の所属する事業所で対応可能かの判断

- 要介護認定申請の確認
- 対象者の心身状態に照らし、介護支援専門員や居宅介護支援事業所の業務内容に基づく対応が可能であるか。
- 相談者側からの選別として信頼してケアマネジメントを依頼できる対応力のある介護支援専門員・事業所であるか

【指導のポイント】

◆相談の手段の相違による配慮

(a) 電話相談

- ・介護支援専門員の相談の準備状態
- ・聴覚情報のみであるため、相手の声の調子や背景の音などを注意深く聞き取り、波長を合わせて対応する。
- ・理解度を確認しながら相手のペースに合わせて相談を進行する。

(b) 来所相談

- ・家族や地域住民など本人以外の相談の場合、敢えて来所を選んだ相談の背景を確認する。
- ・介護支援専門員自身がとる態度が相手の心情にかなうものであるように配慮して対応する。

(2) 初期面接相談

- ・初期面接相談に際しては、効果的な相談となるよう事前の準備が必要である。
- ・初期面接相談では、以下の内容を実施する。

(a) 観察（自宅周辺、玄関、室内、家族関係等）

(b) 利用者に信頼される態度で接する（マナー）

※介護支援専門員がとるべき態度（バイステックの七原則）

(c) 良質なコミュニケーションに最適な参加者との位置取り

(d) 本日の面接の目的の説明

(e) 介護支援専門員としての信頼関係の構築

(f) 労い

(g) 対象者の意向、家族の意向の確認（言葉の背景を探る）

(h) 生活ニーズを探る

(i) ストレングスを探る

(j) 人間関係を把握する（家族関係、近隣、知人、友人、宗教、その他）

(k) 今後の支援について

【指導のポイント】

- ・初期面接相談の日時調整は、受付から時間をあけずに実施する。
- ・初期面接相談は、利用者の自宅を訪問して行うことを原則とするが、入院・入所中の場合には医療機関や施設で行う。
- ・初期面接相談で特に確認すべきことや話し合うべきことを受付で得られた情報を基に整理する。
- ・初期面接相談に同席が必要なメンバーを整理する。

(3) 契約の意義

- ・介護保険制度施行に伴う契約制度の導入の背景。
- ・生活をサポートする介護サービスに関する自己選択と意思決定は、利用者の自律を保障したものである。
- ・介護サービスにおける重要事項の説明は運営基準に定められている。（第4条、第18条）

(事業の目的及び運営の方針、職員の職種及び職務内容、営業日及び営業時間、指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他費用の額、通常の事業の実施地域、その他運営に関する重要事項)

- 介護サービス重要事項説明書には、苦情の受付と連絡先など苦情処理の体制及び手順等を記載する必要があり、居宅介護支援事業所はそれを示すことになっている。利用者が苦情を言う環境を整備しなければならない。
- 事業所は、直接、利用者から苦情を言ってもらい、改善に向けて努力し事業所の質を向上し、利用者やその家族と良好な関係を築いていけることが求められる。
- 苦情は、事業所に直接、言いにくい実態がある。その場合、保険者、国保連、都道府県に苦情を申し出るができる。

【指導のポイント】

- 介護支援専門員がケアプランを作成するだけでなく、利用者や家族自身でケアプランを作成できることを 情報提供する。
- インテークを受付けた事業所だけでなく、地域の他の事業所を選択し、契約できることを情報提供する。
- 利用者の個人情報の同意書も併せて説明する。
- 重要事項の説明は、文書で提示し、相手の理解に合わせた懇切丁寧な説明を行うと共に、判断を急がせない。
- 利用者が主体であることを、介護支援専門員自身が常に認識して対応する。

2. アセスメント場面

(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修得する。

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くための技術を修得する。

(2) 修得目標

- ⑦ アセスメントの目的と意義について説明できる。
- ⑧ アセスメントにおける情報収集の項目や目的を説明できる。
- ⑨ アセスメントからニーズを導き出す思考過程を説明できる。
- ⑩ 利用者・家族の意向の確認を実施できる。
- ⑪ 状態の維持・改善・悪化の可能性を予測できる。
- ⑫ 利用者、家族から得た情報に基づく課題の抽出を実施できる。
- ⑬ 利用者、家族の持っている力を把握できる。
- ⑭ 多職種による情報を関連づけたアセスメントを実施できる。
- ⑮ 利用者、家族のニーズの優先順位を判断できる。
- ⑯ 再アセスメントの重要性について説明できる。

(3) 実習内容

＝同行実習＝

- ・担当介護支援専門員が行う初回、若しくは再アセスメント（モニタリング時）の場面に同行し、アセスメントを実施する様子を見学する。また、同行後に、アセスメントシートの作成～課題分析を実際に行っている様子を伝え、留意点などを説明する。

＝説明実習＝

- ・上記のように同行できない場合は、担当介護支援専門員の一人の事例において、アセスメント面接～アセスメントシートの作成～課題分析を実際に行っている様子を伝え、留意点などを説明する。

(4) 指導内容

- ①アセスメントに関する基本的項目
 - (ア) 情報収集の領域・項目
 - ・課題分析標準項目（運営基準と別表）
 - ・主治医意見書
 - (イ) アセスメントシート
 - ・項目と内容と特記事項
 - ・生活課題を総合的に把握

(ウ) アセスメントと家庭訪問

②情報収集の方法

(ア) 双方向のコミュニケーション、信頼関係の構築

(イ) 利用者・家族の意向・要望の把握

・その人らしさを理解する姿勢

(ウ) 情報提供と情報収集

(エ) 個人情報と情報管理

(オ) 情報共有と同意

③課題分析

(ア) 要支援・要介護状態に至った原因・背景

(イ) 残存機能、ストレングスの視点、リフレーミング

(ウ) 改善可能性、重度化防止

(エ) 今後の予測、見立て

(オ) 専門多職種の見集約

(カ) ICFの視点に立った分析

・身体・心理・社会の相互関係として生活を捉える

(キ) 生活機能に対する促進要因と阻害要因

【指導のポイント】

・緊急課題の見落としはないか

・アセスメントは自立支援を目指す利用者と介護支援専門員との協働作業

・アセスメント力の向上は、自己評価、自己研鑽

・アセスメント情報の整理

・アセスメント情報は変化する

・プラスの変化を促進するために、関わり方、情報提供に対する反応、手応えを見逃さない記録

3. ケアプラン作成

(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。個別計画との連動性についての重要性が理解できる。

(2) 修得目標

- ⑰ 居宅サービス計画の目的と意義について説明できる。
- ⑱ 居宅サービス計画等の様式における記載の目的について説明できる。
- ⑲ 利用者、家族の意向を踏まえた課題の解決に向けた目標の設定を実施できる。
- ⑳ 居宅サービス計画実施後の生活の変化を予測できる。
- ㉑ 居宅サービス計画等に必要な社会資源（インフォーマルサービス等）を位置 付けることができる
- ㉒ 生活目標に応じた必要なサービスを判断できる。
- ㉓ 生活目標を達成するための期間の設定を判断できる。
- ㉔ 本人、家族が合意できる居宅サービス計画書の作成を実施できる。
- ㉕ 居宅サービス計画等と個別サービス計画の連動の重要性について説明できる。

(3) 実習内容

自分で、利用者のアセスメントからケアプラン作成までを実習する。

＝説明実習＝

- ・介護支援専門員が作成しているケアプランについて、説明を受ける。

(4) 指導内容

(1) ケアプラン原案の作成

① ケアプランの意義と目的

- ・自立支援と尊厳の保持につながる利用者の望む暮らしを明らかにし、利用者の意欲を高めること。
- ・自立した生活の継続とそのためサービス、社会資源等の活用がプランに位置づけられる。
- ・利用者の望む暮らしの提案・確認をすることにより、自立した生活を実現すること。
- ・課題と対応する目標と具体策及び、総合的な援助の方針の提案・確認の合意形成を図るツールであること。
- ・支援方法やサービスの明確化、スケジュールや手順を明確化すること。

【指導のポイント】

- ・あくまでも利用者自身のケアプランであり、意思疎通が十分に図れない状況でも、利用者、家族の選択や自己決定を促せるようにする。
- ・認知症が進行している場合などは、本人の生活歴や過去の暮らしの様子などを参考に支援チームで利用者の望む暮らしについての考えや意向を協議する。

- ・支援者及びサービス主導のケアプランにならないように留意する。

②利用者・家族の意向の把握

- ・利用者の意向の把握は、望むく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ついては、利用者の自己像の共有と利用者自身の語り、言葉の理解をした上で、整理し、利用者自身の言葉にならない時は、提案する。
- ・家族の意向の把握は、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も必要である。

【指導のポイント】

- ・利用者の意向が何より重要であるが、自分自身のニーズやリスクを十分に理解できた上での判断ではない場合は、注意が必要である。また、家族自身各々の生活や人生があることも忘れてはならない。

③総合的な援助の方針

- ・総合的な援助の方針は、生活の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残された課題も整理し、説明できるように総合的な援助の方針に書き加え、忘れないように意識化し、ケアプランの見直し時に再度検討する。
- ・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。

【指導のポイント】

- ・総合的な援助の方針は、利用者・家族の意向及び生活の目標に対するものがメインであるため、サービス利用の羅列にはならないように留意する。

④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・家族とともに整理し、同意形成を図り、優先順位をつける。
- ・優先順位をつけるときは、専門的判断のほかに、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ようにする。
- ・自立支援を目指したケアプランを作成するために、生活の目標を実現するニーズが記載されている必要がある。

【指導のポイント】

- ・ニーズは、解決すべき課題であり、「ヘルパーを利用したい」などというサービス利用が目的になるような本人のお願い事項にならないように注意する。
- ・サービスを利用する際は、どんなニーズを実現することになるかを考えていけるようにする。

- 目標思考型の考えは重要であり、単に「〇〇したい」という記載にとらわれず、利用者本人の意向や意欲により、「〇〇する」、「〇〇できるようになる」、「〇〇したい」など、その状況に応じて表現が異なる。
- 利用者の意欲を高めるために、利用者自身が納得し、その時点の利用者の認識に応じた記述となる。

⑤長期目標と短期目標の設定

- 長期目標は、生活の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。
- 短期目標は、特に明確な期限設定を行い、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。
- 短期目標の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。
- 短期目標は、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。

【指導のポイント】

- だれが評価してもわかるものが望ましく、個別援助計画で位置づけられ、数値など具体的な目安が入っていると評価しやすい。
- また、小さな目標にしておくことで、利用者の自信と意欲を向上させることにもつながりやすい。

⑥社会資源の説明

- 社会資源は、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せようとしないこと。
- ニーズ優先アプローチを図るためには、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も提案する必要がある。地域ケア会議にかけるなど、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種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。

【指導のポイント】

- 既存のサービスありきのプランにならないように注意する必要がある。
- 利用者が今まで活用してきた地域の関わりやネットワークをアセスメントし、活用できるようにマネジメントする視点も重要であることを伝える。

⑦ケアプラン作成演習

- 利用者についてのアセスメント結果に基づくニーズを踏まえた生活の目標の実現を明確化

する。

- サービス担当者会議で意見交換するためのケアプラン原案を作成する。
- ニーズの整理を行い、優先順位を付ける。
- 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性を踏まえ、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必要があることを理解する。

【指導のポイント】

- アセスメント、ニーズ把握を振り返りながら、ケアプラン作成の指導助言を実施していく。
- ケアマネジメントプロセスを意識した上で、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を理解が十分にできるようにする。
- 利用者の意向は、今後の生活の目標が考えられ、または、提案したものについて同意できるものになるように 相談面接を丁寧に行う必要がある。
- 信頼関係を築くためには、利用者の人生や生活に共感をもち、個別性を大事にした上でもに考えていく姿勢が重要であることを認識する。
- 主訴がそのまま、生活の目標にはならないことが多いことも理解し、粘り強く利用者に関わることが重要である。

4. サービス担当者会議

(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収集の意義を理解し、会議の開催に係る具体的な方法を修得する。

(2) 修得目標

- ②⑥ サービス担当者会議の目的と意義について説明できる。
- ②⑦ サービス利用におけるチームアプローチの重要性について説明できる。
- ②⑧ サービス担当者会議開催のプロセスに基づき、開催準備及び会議の進行ができる。
- ②⑨ 個別サービス計画との整合性を確認することの重要性について説明できる。
- ③⑩ サービス担当者会議に関わる内容の記録の作成ができる。
- ③⑪ 多職種と、今後の課題に関する確認を実施できる。
- ③⑫ 利用者の状態像や運営基準に合わせたサービス担当者会議の意義について理解した上で、会議の開催に向けた準備ができる。
- ③⑬ サービス担当者会議開催理由に合わせた検討の留意点について説明できる。①居宅サービス計画の目的と意義について説明できる。

(3) 実習内容

＝同席実習＝

- ・担当介護支援専門員が開催するサービス担当者会議に同席し、会議の進行や内容、終結までの流れを体験する。

＝説明実習＝（同席実習を基本とするが、出来ない場合は実施した内容を説明する。）

- ・サービス担当者会議の開始前の準備、及び事例の概要説明、会議の目的と議題などを説明し、また、終了後、会議の振り返り、記録のまとめ、ケアプランの修正などの説明をする。

(4) 指導内容

① サービス担当者会議の意義と目的

サービス担当者会議には、次のような意義がある。利用者及び家族の生活全体を共通理解し、課題を達成するための方法を検討し、利用者および家族への説明と同意を得ること。また総合的な援助の方針についてチームで共通理解し、役割を共有化することで、チームアプローチを促進することである。

(ア) 利用者を支援していくための方向性を定める場

- ・サービス担当者会議は、利用者及び家族並びにサービス担当者も含めて、介護支援専門員によるアセスメントの結果を共有できる。
- ・サービス担当者会議に参加するサービス事業所の専門職がそれぞれの立場からの専門的意見を出すことで、ケアプランを利用者の望む生活を達成するものへと練り上げられる。

(イ) 利用者及び家族へ説明し同意を得る場

- ケアプラン原案を基にサービス担当者会議にて意見交換した結果に基づき、利用者及び家族へ説明し合意を得る。
- 利用者・家族の意向を計画に反映し実施していく上で専門的意見により根拠をしっかりと持ち裏付けられる。それにより利用者および家族の安心へとつながる。
- 特に医学的なリスク管理、または日常生活上で起こり得るリスクを専門的見地から明確にしてもらい、利用者・家族およびサービス担当者にどのような留意事項があるか明確にしていくことができる。

(ウ) チームアプローチを促進する場

(a) 関係者間の相互理解

- サービス担当者からの専門的意見を反映させることで、支援の必要性（アセスメント）が共通理解される。それぞれのサービス担当者が実際の支援に根拠を持ち積極的に取り組むことができる。
- ケアプランが、サービス間の個別援助計画とどのように連動しているか明確になることで、役割が明確になる。各々のサービスの役割、ケアプラン上の位置が分かる。

(b) 利用者中心のケアプラン

- 利用者・家族もチームの一員として主体的に取り組むことが出来る。

(エ) 介護保険制度におけるサービス担当者会議

(a) 運営基準に定められていること。

- サービス担当者会議は、法令順守の観点から実施するだけでなく、ケアマネジメントを促進する大きな機能を持つものである。

(b) ケアマネジメントプロセスにおけるサービス担当者会議

② サービス担当者会議のプロセスの実施

(ア) 利用者の状態像に合わせたサービス担当者会議の開催

- 利用者の状態像が大きく変わった時など、ケアマネジメントプロセスのアセスメントに戻り、プロセスを繰り返し循環していく。タイムリーに情報共有、ケアプランが変更されるためのひとつの手法としてサービス担当者会議がある。そのため、ケアマネジメントプロセスに沿った目的で開催される場合がある。

(a) ケアマネジメントプロセスに応じた目的で開催する場合

- 要介護者や家族の全体像を理解する。
- 「本人や家族の生活に対する意向」「総合的な方針」について共通理解する。
- 生活全般の解決すべき課題を共有する。
- 計画内容を相互に理解する。
- 役割分担を理解する。

(b) 利用者との関わりという側面で開催する場合

(i) 最初のサービス計画作成時

- 最初のサービス計画作成時には、とくに生活上の課題とサービスとの関連、各サービスとの関連などをていねいに確認していく。
- リスク管理をしていく上で、専門的見地をケアプランに反映させる。

(ii) 多くのサービス事業所がかかわる時

- 多くのサービス事業所がかかわる時は、利用者の生活全般を見渡しながら、各サービス担当者の役割を関連づける。
- 複数のサービスを利用する場合には、ケアプランのどのケア内容になるのか、また、同時に各サービスの個別サービス計画ごとの内容を確認することで、それぞれのサービス事業所の役割を共通認識する。

(c) ケースの状況から開催する場合

(i) 支援困難ケースの時

- 支援困難ケースの時は、一人で抱え込まず、事業所内で指導を受け客観的にアドバイスを受けてつ、ケアチーム内の誰がキーパーソンとなるのか、どのように会議を展開し、会議の到達点にもっていくのかを整理する。
- 地域包括支援センターの協力を得たり、事業所内のスーパーバイザーにサービス担当者会議の司会を依頼するのもひとつである。

(ii) 利用者の状況が大きく変わる時

- 利用者の状況が大きく変わる時は、変わった状況を再アセスメントする
- 専門的見地から裏付けアセスメントする。

(iii) 更新認定の時

- 更新の時期だからというだけで会議を開くのではなく、ケアプランの評価ができる会議の持ち方をする。
- その方法のひとつとして、課題整理総括表を用い、各専門職から課題にそって利用者の現状を話してもらい、改善の可能性を探る。
- また事前に、上記の視点で情報を持参してもらえよう調整しておく。
- 会議での意識の共有にあたり、居宅介護サービス計画と訪問介護計画等の個別サービス計画との内容の整合性を確認することで、支援の課題が新たに明確化することがある。

(vi) 区分変更の時

- 状態がどのように変化しているのか、会議に参加する専門職からの見地が得られるようにする。その際、課題整理総括表を活用しつつ悪化の予測と改善の可能性を整理し、各サービス事業所の支援の視点を明確にしていく。
- また、悪化時の緊急連絡先とその方法について明確にする。特に医療依存度の高い事例については、その観察点と対処、連絡先、順番等を確認する。

(イ) サービス担当者会議開催の実際

(a) サービス担当者会議に関わる介護支援専門員の役割

- ・サービス担当者会議の運営、司会や時間管理などがある。
- ・サービス担当者会議前中後における利用者・家族をサポートする。
- ・サービス担当者会議開催の目的に応じて参加者から意見を引き出す。
- ・個人情報保護、プライバシー保護に留意する。

(ウ) サービス担当者会議の準備における留意点

- ・連携のための情報提供について、利用者（本人、家族）の同意を得る。
- ・利用者および家族の状況を第一に会議開催日や場所・時間を設定する。
- ・フォーマルサービスもインフォーマルサービスもあわせてチームであるという認識をもち、ケアプランにあるインフォーマルサービスも調整をはかり参加を促す。
- ・会議の目的を明確にし、各専門職に専門的見地の意見が述べられるよう事前に説明し参加してもらう。
- ・会議の所要時間・参加者を伝え、参加しやすいように配慮する。

(エ) サービス担当者会議の進め方における留意点

(a) 全般的な留意点

- ・関係者全員が参加できる工夫
意見が出やすい雰囲気、特定の人の意見に集中しない、全員が発言できる
- ・予定した時間で終了できる時間管理
- ・分かりやすい説明
- ・会議の主旨に合わせたキーパーソンの確保

(b) 進め方

- ・前後のあいさつと参加者の紹介
- ・今回の会議の目的（形態）
- ・利用者・家族からの意向
- ・課題分析の説明と確認
- ・各サービス事業所からの専門的見地と意見交換
- ・ケアプラン原案修正と利用者・家族の合意確認
- ・各サービス担当者の役割確認
- ・残された課題の確認
- ・次回開催の確認

(オ) サービス担当者会議後における留意点

- ・残された課題を明確にする。
- ・決定したことを確認する。言葉にし、決定した事が共通理解されるようにする。
- ・残された課題を確認する。それにより、次回の目的を持てる。
- ・資料を回収する。
- ・記録に残す。

会議録で明確にすることで、参加者がケアプラン配布時に、その経緯が理解できる。

【指導のポイント】

- 会議を開催するにあたり、事前の準備や開催当日の準備などを理解し実施できるようにする。
- 会議の進行の手法等だけに終わるのではなく、サービス担当者会議は、利用者及び家族並びにサービス担当者も含めて、利用者を支援していくための方向性を定める場であることから、介護支援専門員によるアセスメントの結果を共有することに留意する。
- 居宅介護サービス計画と訪問介護計画等の個別サービス計画との内容の整合性を確認する。
- 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を確認する。
- 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理解する。
- その時々を利用者の状態に応じ開催すること。また、開催できるよう日頃から情報等を整理しておくこと。
- 各基礎職種の実務の中で実施されているカンファレンス等との比較・関連せることで理解を促し、その持つ機能をどのように介護保険制度としてのサービス担当者会議として活用していくといいのか、介護保険制度と関連して理解してもらう。

(5) 留意点

- (1) 事前に実習生が参加することを利用者、家族を始め、サービス担当者にも伝え、了解をとっておく。
- (2) あくまで同席であるので、実習生は、発言をしたり、会議の進行を妨げることはしないことを伝えておく。
- (3) 会議の最中で質問したいことやわからないことがあった場合は、終了後、支障のない時間に担当介護支援専門員に質問し、また、理解を促すために振り返りを行う。

5. モニタリング場面

(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。

(2) 修得目標

③④ モニタリングの目的と意義について説明できる。

③⑤ 目標に対する各サービスの達成度（効果）の検証の必要性について説明できる。

36 目標に対する各サービスの達成度（効果）について評価できる。

37 モニタリング結果の記録作成の意味と重要性について説明できる。

38 居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術について説明できる。

(3) 実習内容

＝同行実習＝

- ・モニタリングに同行し、担当介護支援専門員が実施する様子を見学する。また、事業所に戻り、面談の振り返り、記録のまとめ、ケアプランの再作成などの説明を受ける。

(4) 指導内容

①モニタリングの意義と目的

(ア) ケアマネジメントの側面から

- ・ケアプランに位置付けられた各種のサービスの実施により生活上の課題が解決しているかまたは解決に向かっているかを確認し、評価をする。
- ・利用者の生活が変化し、新たな課題が発生していないかを確認する。
- ・ケアプランに基づくサービスが実施されていない場合は、利用者の生活上の課題と合っていないのか、利用者の状態の変化や環境の変化、またはサービス提供側による不具合などが原因なのかなど、実施されていない様々な要因を確認していく。
- ・ケアプランに基づくサービスが実施されていない要因を発見し、ケアプランの修正を行う。
- ・生活上の課題とそれを解決するサービスが合わずにサービス提供が行われることは、利用者の望む生活の達成にはならない。
- ・ケアプランは作成した段階で終了ではなく、実施状況の確認、利用者の状態に応じた修正があってはじめてケアプランが利用者のもとなっていく。

(イ) モニタリングにおける利用者との関係性の側面から

- ・モニタリングを行っていくことで、利用者や家族の理解が深まり、また信頼関係が築かれていく。その中で、最初のアセスメントでわからなかった利用者の思いや家族との関係、また問題状況の背景が見えてくることもある。これもモニタリングの重要な役割のひとつである。

- ・モニタリングを繰り返しながら利用者を理解し、問題状況の理解を深めていくことによって、適切なケアプランへと修正していくことができる。

(ウ) 介護保険制度におけるモニタリングの位置づけ

＜モニタリングの方法とモニタリング記録の作成＞

- ・「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 年厚生省令第 38 号）（以下「運営基準」という。）第 13 条第 13 号において、モニタリングに当たっては、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、次の通り行わなければならないと定められている。
 - (i) 少なくとも 1 か月に 1 回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること
 - (ii) 少なくとも 1 か月に 1 回、モニタリングの結果を記録すること

②モニタリングにおける視点

(ア) ケアマネジメントプロセスに沿ったモニタリング

(a) ケアプランどおりにサービスが提供されているかどうかを確認する

- ・ケアプランは契約関係において利用者に対する支援の方針とその方法を約束したものであるため、そのケアプランに基づくサービスの実施状況を確認し、契約どおりのサービス提供を調整する。

(b) サービス内容が適切か否かを確認する。

(c) 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。

- ・解決すべき課題（ニーズ）に対しては長期目標、短期目標が設定されている。
- ・長期・短期の目標が達成されているか否かを評価する。

(d) 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。

- ・ケアプランは、利用者の望む暮らしの実現のための方針と方法を明記したものである。利用者の望む暮らしの実現は、利用者の尊厳が保持され、より自立的な暮らしができる生活の形であることから、方針の適切性を確認するとともに、方針に沿った支援となっているかを確認する。

(e) ケアプランの内容を修正する必要があるかどうかを判断する

- ・モニタリングの結果に基づき、ケアプランの内容の修正の有無を判断し、修正が必要と判断した場合は、修正には軽微なものから生活ニーズや総合的な援助の方針事態を変更する大幅なものまで様々なレベルがあることから、適切にケアマネジメントプロセスを踏み、ケアプランの変更を行う。

(イ) 利用者および家族の側面から行うモニタリング

(a) 生活全体からみたケアプランの位置から評価する

- ・利用者的一天の中にどのようにケアプランが位置づいているかを再確認し、ケアプランが生活上の課題解決に向けて適切かどうかをケアプランと各種サービスの実施状況を関連づけて確認する。
- ・一日の生活から、一週間、一か月と時間の経過において評価し、利用者および家族の生活上の課題解決に向かっているかどうかを評価する。

(b) 家族関係から評価する

- ・モニタリングを通して、利用者と介護支援専門員の関係を築いて行く中で、利用者と家族との関係が徐々に明らかになることがある。この場合、サービス内容や目標を修正する必要があると判断したときは、それぞれの関係性に留意し、適切な修正時期を見極めて対応する。

③モニタリングの手法

モニタリングは、居宅サービス計画の実施状況について継続的に把握することであることから、一月に一回利用者の居宅を訪問し、利用者へ面接、訪問、電話、サービス担当者会議等を組み合わせて実施する。

(ア) 訪問

(a) 利用者および家族の家へ訪問する場合

- ・ケアプランの目標、援助を必要とする契機となった状況、生活上の課題と長期・短期目標、ケアプランに位置づけられているサービスの実施状況などについて生活状況等を確認することで再確認する。
- ・利用者の変化（改善・維持・悪化）と生活の現場で確認することで、生活環境を再評価し、利用者のニーズの変化及び予測されるニーズの変化を確認する。

(b) サービス提供場面へ訪問する場合

- ・サービス利用場面での利用者の様子を把握する。

実際の提供場面を確認することで、言葉では伝わらない状況を確認できる。サービス内容によっては、提供している最中に訪問することがサービス提供を停止させる場合もあるため、サービス提供機関への確認が必要である。

サービスの提供内容が目標達成に向けた内容となっているかを確認する。

(イ) 電話連絡

次のような場合には電話によるモニタリングも併用していく。

- ・週に数回の確認が必要な場合
- ・確認の内容が簡易な場合
- ・一時的に遠方に住んでいる家族に身を寄せている場合
- ・遠方に住んでいる家族に確認する場合など

(ウ) サービス担当者会議

- ・サービス担当者会議を通じて、モニタリングを行う。
- ・利用者の状況が大きく変わり、情報を共有する必要がある場合や、サービス提供機関が変わり役割が変化する場合、また一同に集まり専門的見地からの意見が必要な場合などに実施する。

④状況変化に伴う評価の必要性

(ア) 互いの連絡

介護支援専門員からの働きかけによるモニタリングだけではなく、利用者や家族、またサービス提供機関からの情報提供というように、日頃から介護支援専門員へ連絡がくるという体制を整備しておくことが大切である。介護支援専門員がモニタリング

するまで、状況変化が分からなかったという事がないよう、どんな場合が想定され、どのような視点で経過を確認しなければならないのか、利用者や家族、またサービス提供機関に理解を促しておくことが必要である。

(イ) 再アセスメント

(a) 状態変化にともなう再アセスメント

ケアプラン作成時と状況が変化し、利用者の状況を全体的にとらえ直す必要がある場合は、アセスメントからケアマネジメントプロセスに沿ってケアプランの変更を行う。補足的または部分的にケアプラン内容を見直すだけでは、必要とする支援項目が抜け落ちるなど、的確に利用者の状況をつかめていないことにより起きることである。そうなることで、サービス内容が生活上の課題に沿ったものにはならないため、十分にアセスメントを行う必要がある。

<再アセスメントが必要となる例>

(i) 身体的な状態変化

- ・転倒、骨折または肺炎など、ADL が低下した場合。

(ii) 主介護者、家族の変化

- ・介護者が入院などにより、介護者の不在や変更があった場合。

(iii) 生活環境の変化

- ・引っ越し、住み替えて生活している環境に変更があった場合

(b) 経過とともに全体評価としての再アセスメント

利用者は時間と共に年齢を重ね、変化していくものである。その点を踏まえたうえでケアプラン上のサービス提供が無難に予定通りに実施されていても、主治医から健康状態の情報することなどにより、利用者の望む生活に変化を生じていないか評価していく。

⑤モニタリング結果の記録作成

(ア) 必要性

- ・運営基準第 13 条第 13 号
- ・記録から経過を確認する

(イ) 記録の留意点

- ・評価の視点が分かるような記載
- ・今後の展開に向けた視点について介護支援専門員の判断が分かる記録

(ウ) 評価表等の活用

- ・評価表等を活用することで、出来ている事、出来るがしていない事、出来るようになった事が整理され、ケアプラン修正に反映できる。
- ・評価表等により、他の専門職との情報の共有を可能とすることで、専門的見地からの意見を導きだし、それを根拠としたケアプランへと修正していく。

⑥多職種との連携

(ア) 主治医を含む医療関係者との連携

- ・利用者の望む暮らしの実現のために、利用者の健康状態の維持改善が大きな要因になる。
- ・健康の維持改善には主治医及び医療関係者との連携が欠かせない。
- ・介護支援専門員は主治医及び医療関係者と話し合い、利用者の健康状態等について、ケアマネジメントにおける必要な情報を得るため、医療関係者に伝えるべき情報を整理する。
- ・利用者またはその家族、サービス提供機関とその情報把握に関しても役割分担を決めておくことを考える。
- ・このことによって、起こり得るリスクを管理することとなり、サービス提供機関は安心してサービスを提供することが出来る。

(イ) サービス提供機関との連携

- ・サービス提供機関は、サービスを提供していることで、日々の利用者の変化をとらえやすい。状況をいち早く把握し、対応するには、サービス提供機関の連携なくては出来ないことである。
- ・変化は、悪化という側面からの捉えだけではなく、改善という視点をもつことが必要である。改善している状況を把握し、その情報を共有することで、それぞれのサービス提供者が意欲をもって関わることにつながる。

(ウ) インフォーマルサポートとの連携

- ・利用者は、サービス提供機関だけでなく、地域の民生委員や、近所の方による見守りなど、地域の様々な方からの支援といった地域における関わりを持っている。このため、地域の中で利用者に関わっている者は、サービス提供機関以上の身近な存在として、利用者の生活状況を把握していることから、モニタリングの大きな資源となり得る。

(エ) 地域包括支援センターや行政機関との連携

- ・介護保険制度以外の保健医療サービスや福祉サービスを利用している場合は、行政の担当者や実施機関との連携を図っておくことで、情報を得やすい体制を整えておく。
- ・連携体制を整えておくことで、介護給付で対応できない場合などは、他サービスへ円滑につなぐことが可能となる。
- ・支援困難ケースや虐待ケースなど、行政との連携が重要となる。
- ・地域ケア会議への課題を提案する。
- ・介護保険外その他制度上の課題について情報提供、提案等をする。

⑦ 終結と評価

(ア) 終結とは

支援の期間は、要介護者の状態や状況によって短期間であったり長期間であったりするが、終結は期間が決まっているわけではない。終結には、利用者側の状況、ケアマネジメント機関側の状況がある。

(a) 利用者側の状況による終結

- ・生理的老化や病的老化により利用者は日々変化していく。しかし、生活上の課題が解決され、自力で生活できると確認され、ケアプランによる支援の必要がなくなった場合。
- ・支援をうける場が変わる場合。例えば、病院への入院、施設への入所等の場合。
- ・死亡した場合。

(b) ケアマネジメント側による終結

- ・小規模多機能の利用によりケアマネジメント機関が変わる場合
- ・施設入所によりケアマネジメント機関が変わる場合
- ・要介護から要支援によりケアマネジメント機関が変わる場合

(イ) 終結時の評価

(a) 評価の視点

- ・利用者の望む生活の視点で評価
- ・ADL の観点からの評価
- ・QOL の観点からの評価

(b) 評価時の留意事項

- ・終結と判断した介護支援専門員の評価の視点を明確にした記録を作成する。

(5) 指導のポイント

- ・利用者及び家族、サービス事業者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理解するよう指導する。
- ・モニタリングの手法だけではなく、なぜ必要なのか、何のために行うのかを十分理解すること。それにより、単なる利用票配布に終わらない意識づけとすること。
- ・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できるようにする。特にケアプランとの関連で押さえる。
- ・評価表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手法を修得できるようにする。
- ・居宅サービス計画の再作成を行う方法としての再アセスメントについて押さえる。
- ・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、役割分担ができるようにする。
- ・モニタリング結果の記録作成の意味と、記録に当たっての留意点を理解してもらう。
- ・各基礎職種の実務の中で実施されているモニタリングと関連させることで理解を促し、その持つ機能をどのようにケアマネジメントプロセスとしてのモニタリングをしていくといいのか、介護保険制度と関連して理解してもらう。

6. 給付管理業務場面

(1) 目的

法定代理受領サービスに係る報告を行うための給付管理業務のプロセスを理解するとともに給付管理業務の重要性を理解する。

(2) 修得目標

39 給付管理業務の目的と意義について説明できる。

40 基本的給付管理業務のプロセスを説明できる。

(3) 実習内容

＝説明実習＝

- ・ 給付管理業務の目的と意義の説明を行い、そのプロセスで使用する各書類を見せながら実際に行っている様子を伝えると共に留意点などを説明する。
(必ずしも実際の場面を通してではなくとも、例えば過去の業務の流れに沿って書類を提示しながら説明することもありうる)。

(4) 指導内容

① 給付管理業務の定義

(ア) 個々の利用者ごとに居宅介護サービス費区分支給限度基準額（区分支給限度額）が設定されていることかつ

(イ) サービスの性格上、居宅サービス計画と実際のサービス提供には相違が生じることが当然に考えられること更に

(ウ) 居宅サービス事業者には「給付管理をする事務的な業務」が当然に伴うこととなる
居宅サービス計画の作成に当たっては、区分支給限度額に即したものとする必要があるほか、居宅サービス計画と実際のサービス提供に相違を生じた場合にも、これを区分支給限度額に沿うよう調整する必要がある。このような居宅介護支援事業者によるサービスの実績管理の結果が月を単位として行われ、国保連に請求することにより、はじめて居宅介護サービス費の審査・支払いが行われることとなるものである。

② 給付管理業務の必要性

居宅介護支援事業者の業務は、課題分析から、居宅サービス計画の作成、サービスの継続的な把握と評価にいたる一連の居宅介護支援をその中心とするが、当該居宅介護支援及び計画上の居宅サービスについての居宅介護（支援）サービス費の支払いが行われるには、以下の点を踏まえる必要がある。

(ア) 個々の利用者毎に居宅介護（支援）サービス費区分支給限度基準額（区分支給限度

額)が設定されていること。

(イ) サービスの性格上、居宅サービス計画と実際のサービス提供には相違が生じることが考えられる。

(ウ) 国保連が個々の居宅サービス事業者に対する居宅介護(支援)サービス費の審査支払いの仕組みとして、区分支給限度額内であることを確認するためには居宅介護支援事業者によるサービスの実績管理との突合が必要なこと。

すなわち、居宅サービス計画の作成にあたっては、区分支給限度額を踏まえ、その枠内・枠外の区分けをする必要があるほか、居宅サービス計画と実際のサービス提供に相違が生じた場合にも、区分支給限度額を踏まえ調整する必要が生じる。

したがって、このような居宅介護支援事業者によるサービスの実績管理(給付管理票の作成)が月を単位として行われ、その結果が国保連に提出されることによりはじめて、国保連の審査や、居宅サービス事業者及び居宅介護支援事業者への居宅介護(支援)サービス費の支払いが行われることとなるものである。

つまり、居宅サービス計画を作成しても、給付管理業務が行わなければ、利用者は1割の利用者負担額で(現物給付により)サービスを利用することができず、事業者からサービスの費用金額を請求されることになることに十分留意する必要がある。

③ 基本的給付管理業務のプロセス

(ア) 「サービス利用票」、「サービス利用票別表」の作成と交付

ケアマネジャーは利用者個々に、1か月単位で介護保険サービスの利用予定として「サービス利用票」と支給限度額の管理や利用者負担額などの概算書となる「サービス利用票別表」を作成(利用者用と事務所に2部作成します)し、利用者に交付する。「サービス利用票」の内容に利用者の同意・確認を得られたら、「同意署名欄」に署名または捺印をしてもらい、1部を利用者に交付し、1部を控えとして保管する。

(イ) 「サービス提供票」、「サービス提供票別表」の作成と交付

次に、「サービス利用票」から各サービス事業者に関係する部分を転記して「サービス提供票」と支給限度額の管理を行うための「サービス提供票別表」を作成し、それぞれのサービス事業者に交付する。(サービス提供票に関しては、運営基準等において位置付けられていない)

(ウ) 実績が記入された「サービス提供票」、「サービス提供票別表」の確認

各サービス事業者は、「サービス提供票」にもとづいてサービスを行い、提供したサービスの実績をサービス提供票の「実績」欄に記入する。

その月のサービス提供がすべて完了した後、実績が記された「サービス提供票」および「サービス提供票別表」は、ケアマネジャーに返送されるので、そこに記されている実績を控えとして保管していた「サービス利用票(控)」に転記し、「サービス利用票(控)」の予定と「サービス提供票」の実績に食い違いがないか確認する。

仮に、利用者の都合などで予定通りにサービス提供がなされなかった場合は、利用者

に確認をとるなどして、サービス事業者側の記す実績に間違いがないかを確認、**「サービス利用票（控）」**の実績欄を埋める。

(エ)「給付管理票」の作成と国保連への送付

「サービス利用票（控）」が完成したら、その内容を転記して**「給付管理票」**を作成する。

「給付管理票」は毎月10日までに国保連に提出する。その際、居宅介護支援にかかる費用の請求書（居宅介護給付費請求書）も作成し、あわせて送付する。

国保連には、各サービス事業者から介護給付費の請求書と明細書が届いている。明細書の内容とケアマネジャーから届く**「給付管理票」**を突合して確認が行われ、各サービス事業者に給付費が支払われるという流れになる。

(5) 指導のポイント

- 居宅サービス計画にあたり区分支給限度額を踏まえて作成することを理解するよう指導する。
- 1か月単位で行われる介護サービスの利用予定と実際のサービス提供をどのように管理していくか、各種帳票類をみせながら一月の業務の流れに沿って説明を行う。
- 各サービス事業者から国保連へ提出される介護給付費の請求書と給付管理票の突合の仕組みを理解できるように指導する。