

介護支援専門員実務研修テキスト

— 新カリキュラム対応 —

正 誤 表

平成29年5月16日現在

該当箇所	誤	正
P2 修得目標 4	自らの地域の地域包括ケアシステムの現状を把握する <u>ことの重要性</u> を述べることができる。	自らの地域の地域包括ケアシステムの現状を把握する方法を述べる ことができる。
P2 修得目標 6	<u>ケアプラン等の作成方法</u> を述べる ことができる。	居宅サービス計画等の重要性を述 べる ことができる。
P25 図表3-3 ⑰	複合型サービス	看護小規模多機能型居宅介護
P29 修得目標 6	<u>本人</u> の能力に応じたケアマネジメ ントの重要性について説明できる。	利用者の能力に応じたケアマネジメ ントの重要性について説明でき る。
P103 修得目標 2	守秘義務を <u>遵守</u> したケアマネジメ ントの意義・重要性について説明でき る。	守秘義務を順守した、ケアマネジメ ントの意義・重要性について説明でき る。
P103 修得目標 6	<u>倫理に対するチームケア</u> の必要性 を判断できる。	チームケアを行う際の倫理の必要 性を判断できる。
P135 修得目標 4	<u>各プロセスの関連性を述べること</u> <u>が</u> できる。	居宅サービス計画書標準様式の考 え方を説明できる。
P140 図表1-2	居宅サービス計画作成依頼（変更） 届出書	居宅サービス計画作成依頼（変更） 届出書（別紙1のとおり）
P159 修得目標 1	インテークの <u>目的と意義</u> について 説明できる。	インテークの意義と目的について 説明できる。
P159 修得目標 4	契約行為を行うに <u>当たって</u> の留意 事項について説明できる。	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。
P159 修得目標 6	利用者の状況に合った面接に必要な 情報や書類の準備 <u>が</u> できる。	利用者の状況に合った面接に必要な 情報や書類の準備を実施できる。
P167 修得目標 1	アセスメントの <u>目的と意義</u> につい て説明できる。	アセスメントの意義と目的につい て説明できる。
P167 修得目標 4	<u>得た情報に基づく課題の抽出</u> を実 施できる。	利用者・家族の意向の確認を実施で きる。
P167 修得目標 5	<u>課題の中から、優先順位を判断</u> でき る。	状態の維持・改善・悪化の可能性を 予測できる。
P167 修得目標 6	利用者・家族の <u>持っている力の応用</u> <u>を判断</u> できる。	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。
P167 修得目標 7	<u>アセスメントを繰り返し、情報を深</u> <u>めていくことの重要性について説</u> <u>明</u> できる。	利用者・家族の持っている力を把握 できる。
P167 修得目標 8	多職種による情報を関連付けたア セスメントを実施できる。	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。
P167 修得目標 9	利用者・家族の <u>意向の確認を実施</u> できる。	利用者・家族のニーズの優先順位を 判断できる。

P201 生活歴 8行目	<u>クラッシ</u> コンサート 鑑賞に行ったり	クラシックコンサート鑑賞に行っ たり
P202 利用者の要望 2行目	足が <u>悪くならない</u> ようにして、これ からも <u>クラシック</u> コンサートに は行きたいです。	足が悪くならないようにして、これ からもクラシックコンサートには 行きたいです。
P203 「家族・知人等の介護力」 の「CM判断」 3行目	息子の協力を得られる可能性が <u>な</u> <u>る</u> ので、今後働きかける。	息子の協力を得られる可能性があ るので、今後働きかける。
P205 IADL」の「家族」 1行目		
P206 「社会交流」の「維持・改 善の要素、利点」 2行目	<u>クラシック</u>	クラシック
P206 「社会交流」の「家族意向」 1行目	閉じこもらずに、他の人との <u>交流し</u> <u>て</u> 欲しい。	閉じこもらずに、他の人との交流を して欲しい。
P206 「社会交流」の「医師・専 門職等意見」 3行目	の利用を <u>少しずつ</u> 行っていくこと も有効。	の利用を少しずつ行っていくこと も有効。
P219 修得目標 1	居宅サービス計画の <u>目的と意義</u> に ついて説明できる。	居宅サービス計画の意義と目的に ついて説明できる。
P219 修得目標 4	<u>支援を受けることによる状態の変</u> <u>化の見通しを判断</u> できる。	居宅サービス計画実施後の生活の 変化を予測できる。
P219 修得目標 5	<u>多様な社会資源の中から居宅サー</u> <u>ビス計画等に位置付けるべきもの</u> <u>を判断</u> できる。	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。
P219 修得目標 6	<u>目標</u> に応じた必要なサービスを判 断できる。	生活目標に応じた必要なサービス を判断できる。
P219 修得目標 8	本人、家族が <u>理解</u> できる <u>計画書</u> の作成を実施できる。	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。
P245 第2表 短期目標 3段目	<u>下肢</u> 筋力が低下しない…	筋力が低下しない…
P246 第2表 短期目標 6段目	<u>排泄リズムに合わせて</u> <u>決まった時</u> <u>間に…</u>	決まった時間に…
P249 修得目標 1	サービス担当者会議の <u>目的と意義</u> について説明できる。	サービス担当者会議の意義と目的 について説明できる。
P249 修得目標 7	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 を <u>準備</u> できる。	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。
P260 習得目標 5	<u>環境調整へのアプローチ等</u>	環境調整へのアプローチ等
P271 修得目標 1	モニタリングの <u>目的と意義</u> につい て説明できる。	モニタリングの意義と目的につい て説明できる。

P271 修得目標 4	モニタリングの結果の記録作成の意味と重要性について説明できる。	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。
P283 修得目標 2	チームを構成する各専門員の役割について説明できる。	チームを構成する各専門性についての役割について説明できる。
P297 修得目標 2	地域包括ケアの目的と意義について説明できる。	地域包括ケアの意義と目的について説明できる。
P327 修得目標 2	医療機関や医療職からの情報収集及び提供の方法、内容について説明できる。	医療機関や医療職からの情報収集及び提供の方法及び内容について説明できる。
P327 修得目標 6	多職種協働において個人情報を取り扱う上で、利用者とその家族の同意の必要性について説明できる。	多職種協働における個人情報を取り扱う上での利用者のその家族の同意の必要性について説明できる。
P351 修得目標 2	介護保険法を遵守したケアマネジメントを実施できる。	介護保険法に遵守したケアマネジメントを実施できる。
P360 18～25 行 指定居宅介護支援介護給 付費単位数表 指定居宅介護支援費	イ 居宅介護支援費（1月につき） （1）居宅介護支援費（Ⅰ） （一）要介護1又は要介護2 1,000 単位 （二）要介護3、要介護4又は要介護5 1,300 単位 （2）居宅介護支援費（Ⅱ） （一）要介護1又は要介護2 500 単位 （二）要介護3、要介護4又は要介護5 650 単位 （3）居宅介護支援費（Ⅲ） （一）要介護1又は要介護2 300 単位 （二）要介護3、要介護4又は要介護5 390 単位	イ 居宅介護支援費（1月につき） （1）居宅介護支援費（Ⅰ） （一）要介護1又は要介護2 1,042 単位 （二）要介護3、要介護4又は要介護5 1,353 単位 （2）居宅介護支援費（Ⅱ） （一）要介護1又は要介護2 521 単位 （二）要介護3、要介護4又は要介護5 677 単位 （3）居宅介護支援費（Ⅲ） （一）要介護1又は要介護2 313 単位 （二）要介護3、要介護4又は要介護5 406 単位
P381 修得目標 1	ケアマネジメントプロセスの実践に当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。	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。
P401 修得目標 3	実習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。	実習を通じて倫理課題について説明できる。
P401 修得目標 4	受講者相互間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。	受講者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。
P405 修得目標 3	ケアプラン作成のためのプロセスに沿って、支援に当たってのポイントについて説明できる。	居宅サービス計画作成のためのプロセスに沿って、支援にあたってのポイントについて説明できる。
P422 図表1-4 特定疾病の種類 10	大脳皮質基底核変性症	大脳皮質基底各変性症
P423 厚生労働大臣が定める疾病 10	オリブ病	オリブ病
P436 主治医意見書 1.(3) 3行目	精神科往診にて、HDS-R2/30 と高度の認知低下があることが判明した。	削除

P451 修得目標 3	独居で認知症の <u>人へのアプローチ</u> の視点や方法について説明できる。	独居で認知症の要介護者等におけるアプローチの視点や方法について説明できる。
P478 状態 5段目 食事摂取	石鹸をつけたり、洗う部分の指示をする	削除
P499 最終行	④依存症	④併存症
P525 修得目標 1	内臓の機能不全に係る各疾患・症候群（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病）の種類、原因、症状、 <u>生活をする上での障害及び予防・改善方法や特徴</u> について説明できる。 ※内臓の機能不全に係る各疾患・症候群（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病）を以下内臓機能不全等とする。	内臓の機能不全に係る各疾患・症候群（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病）の種類、原因、症状について説明できる。
P525 修得目標 2	内臓の機能不全等の <u>原因</u> 、生活をする上での障害及び予防・改善方法について説明できる。	内臓の機能不全等の生活をする上での障害及び予防・改善方法について説明できる。
P525 修得目標 3	内臓の機能不全 <u>に係る各疾患・症候群</u> （糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病）の <u>予防や改善方法</u> について説明できる。	内臓の機能不全等における療養上の留意点について説明できる。
P525 修得目標 4	内臓の機能不全 <u>に係る各疾患・症候群</u> （糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病）における <u>療養上の留意点</u> について説明できる。	内臓の機能不全等における生活習慣を改善するための方法について説明できる。
P525 修得目標 5	内臓の機能不全 <u>に係る各疾患・症候群</u> （糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病）における <u>生活習慣を改善するための方法</u> について説明できる。	内臓の機能不全等の特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法を実施できる。
P525 修得目標 6	内臓の機能不全に係る各疾患・症候群（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病）の特性に応じた <u>ケアマネジメントの具体的な方法を実施</u> できる。	継続学習の必要性和、具体的な学習方法を述べることができる。
P541 2行目 理由	他（ <u>家族の状況の変化</u> ）	○退院 他の（ ）内は削除
P591 科目名	アセスメント及び居宅サービス計画書作成の総合演習	アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習
P613 修得目標 1	受講を通して自ら今後の学習課題・目標の設定を実施できる。	受講を通しての自らの今後の学習課題・目標の設定を実施できる。
P682 7行目	得られ <u>なった</u>	得られ <u>なかった</u>

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

		区 分					
		新規・変更					
被保険者氏名		被保険者番号					
フリガナ							
		個 人 番 号					
生年月日				性 別			
明・大・昭 年 月 日				男・女			
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者							
事業者の事業所名				事業所の所在地			
				電話番号			
事業所を変更する場合の事由等		※事業所を変更する場合のみ記入してください。					
		変更年月日 (平成 年 月 日付)					
<p>〇〇市長 殿</p> <p>①私は、上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。</p> <p>②私は、当該届出提出時に、新たな被保険者証が発行される場合、下記担当ケアマネジャーが代理に被保険者証を受領することを同意します。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 被保険者証の代理受領に同意しない（同意しない場合はチェック）</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">被保険者 氏 名 _____ 印</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p>							
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号					

- (注意) 1 この届出をする前には、必ず居宅介護支援事業者に居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼してください。
- 2 この届出書は、被保険者証とあわせて提出してください。
- 3 居宅サービス計画の作成を依頼する事業者を変更するときは、必ず届出をしてください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 4 居宅サービス計画を事業者に依頼した場合の費用については、自己負担はありません。なお、本人が作成する場合、この届出は必要ありません。直接、居宅サービス計画を提出してください。

※事業所記載欄（必須）

サービス利用開始年月日	担当者氏名
平成 年 月 日	

※事務処理欄（市記載欄）

被保険者証の添付 有・無	<input type="checkbox"/> 被保険者証の後日発行
<input type="checkbox"/> 被保険者証の発行	<input type="checkbox"/> 入力
<input type="checkbox"/> 被保険者証受領者本人確認	<input type="checkbox"/> 郵送