

平成23年度  
老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

平成23年度  
**「介護支援専門員のスーパービジョン実践としての  
OJTの実践に関する研究」報告書**

平成24年(2012年)3月

株式会社 フジケア

## はじめに

平成 20 年度から継続して、日本ケアマネジメント学会は厚生労働省からの研究補助を受け、「介護支援専門員に対するスーパービジョンのあり方に関する研究」を行ってきました。

平成 23 年度は、介護支援専門員のスーパービジョン実践としての OJT のあり方に関する研究委員会を組織し、調査・実践による研究をいたしました。

これまでの介護支援専門員研修では OJT の機会が乏しく、利用者との関係構築が困難で早期離職になってしまう例も多くありました。

今回は新人看護研修や緩和ケアのための医師継続教育プログラム (PEACE プロジェクト) を範として、介護支援専門員を対象とした短期実習プログラムの実施マニュアルを作成いたしました。

また、実習の評価といたしましてポートフォリオの活用を試みました。まだ未開発の部分もありますが、対人サービス習得のために有効な学習方法であると思われます。

さらに全国 4 地域で本プログラムを試行しました。実習には一定のルールがあることを見出すことができました。千葉県松戸市、福岡県北九州市、群馬県前橋市、沖縄県宮古島市でご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。

これまでと同様に、研究に取り組んだ方々が大学の研究者でなく、現場で奮闘している実践者であることも特質すべきことであります。

本報告書を読まれた介護支援専門員の方々が日常業務においてスーパービジョンを実践され、その波及効果で介護支援専門員の資質、業務の質が向上し、介護保険の適切な運用、しいては利用者やその家族の生活の質が高められることを期待しています。

調査研究に様々な形でご協力いただいた皆様に深甚の謝意を表します。

日本ケアマネジメント学会 理事  
介護支援専門員に対するスーパービジョンのあり方に関する  
研究委員会 委員長

前沢 政次

# 目次

---

---

## はじめに

1. 背景・目的 .....	1
2. 事業概要 .....	1
2.1. 実施内容 .....	1
2.1.1. 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」のカリキュラム構築 ..	1
2.1.2. 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」実施マニュアル・様式 等の作成.....	3
2.1.3. 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」の実施と評価 .....	4
2.2. 調査研究の体制 .....	7
2.2.1. 委員一覧 .....	7
2.2.2. 会議開催 .....	7
3. 調査結果 .....	9
3.1. 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」のカリキュラム構築 .....	9
3.1.1. プログラムの特徴「4つのI（アイ）」 .....	9
3.1.2. 実施単位 .....	9
3.1.3. 費用・予算 .....	9
3.1.4. 実施体制 .....	10
3.1.5. 実施内容とスケジュール .....	12
3.2. 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」実施マニュアル・様式類の 作成 .....	13
3.2.1. 事業所向け実施マニュアル・様式.....	13
3.2.2. 指導者・受講者向け実施マニュアル .....	13
3.3. 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」の実施と評価 .....	14
3.3.1. 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」の実施 .....	14
3.3.2. アンケート調査による評価 .....	18
3.3.3. ヒアリング調査による評価 .....	48
3.3.4. ポートフォリオ分析による評価 .....	59
4. 今後に向けた提言 .....	78
4.1. 調査結果の総括 .....	78
4.2. 今後への期待 .....	82

## **【参考資料】**

- 指導者向け事前アンケート
- 受講者向け事前アンケート
- (指導者向け) 事後アンケート
- (受講者向け) 事後アンケート

## 1. 背景・目的

平成 22 年度に実施した調査によると、ほとんどの事業所で何らかの人材育成の取組みはなされているものの、少人数の事業所では人材育成基盤が弱く、十分な人材教育プログラムが実施されているとは言い難い状況であることが判明した。

また、現在の法定研修等では、OJT のように実践を学ぶ機会は乏しく、研修内容については地域や事業所間での差異が大きい。そのため、利用者との関係構築に不安を抱く介護支援専門員が多く存在し、早期離職や人材流出の一因にもなっている。

さらに、人材育成を担う介護支援専門員の中核層が高齢化しており、世代交代が課題となっている。

そこで、介護支援専門員が良質なケアマネジメントを展開するための OJT 標準モデルと実践機会の提供により、初任者の不安軽減、人材定着、および指導者層の人材育成を目指す。

## 2. 事業概要

### 2.1. 実施内容

#### 2.1.1. 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」のカリキュラム構築

介護支援専門員の OJT 標準モデルの検討にあたっては、先行研究である「新人看護職員研修ガイドライン」(厚生労働省)、および「緩和ケアのための医師の継続教育プログラム (PEACE プロジェクト)」(日本緩和医療学会)等を参考として、介護支援専門員に必要な研修の要件を洗い出し、「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」のカリキュラムを具体化した。

#### (1) 「新人看護職員研修<sup>1</sup>」について

平成 22 年 4 月から厚生労働省は新人看護職員研修を努力義務とし、新人看護職員が基礎教育で学んだことを土台として、臨床現場で必要とされる臨床実践能力を強化することを基本方針の 1 つとしている。

#### ① 実施内容・方法

研修を実施する医療機関向けに作成されたガイドラインでは、臨床実践能力として「基本姿勢と態度」、「技術的側面」、「管理的側面」とそれぞれの到達目標が示されており、現場での教育 (OJT)、集合研修 (Off-JT)、自己学習を適切な形で組み合わせて実施することとしている。

また、経験する機会の少ない施設又は所属部署では、到達目標の技術を経験できる他部署 (他施設) での研修 (実習) を取り入れること等を検討する他、Off-JT→OJT、

<sup>1</sup> 厚生労働省「新人看護職員研修ガイドライン」平成 23 年 2 月

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/s1225-24.html>

OJT→Off-JT のスパイラル学習には効果があり、Off-JT と OJT は研修目標にあわせて組み合わせることが適当としている。

## ② 実施体制

医療機関全体で取り組み、多職種との連携を密に図ることとしている。

また、指導者はロールモデルとして、新人看護職員が看護の素晴らしさを実感したり、看護に対する誇りを持てるよう新人看護職員に示していくことが求められている。

さらに、新人看護職員の不安を緩和するため、職場適応のサポートやメンタルサポート等の体制つくりが必要としている。

## ③ 「新人看護職員研修」から得られた示唆

現場で必要とされる実践力を強化するため、新人は主体的に OJT や Off-JT、自己学習を組み合わせた研修に取り組むことが求められている。また OJT を経験する機会の少ない小規模施設では実習形式を取り入れている。

また、指導者が新人のロールモデルとなり新人を育成していくという環境づくりがされている。これらは、新任の介護支援専門員育成にも求められる視点である。

## (2) 「緩和ケアのための医師の継続教育プログラム(PEACE プロジェクト)<sup>2</sup>」について

厚生労働省は、がん診療に従事する全ての医師が緩和ケアに関する基本的な知識、技術を身につけることを重点目標としており<sup>3</sup>、がん診療連携拠点病院の指定要件として、「緩和ケア研修会標準プログラム」に準拠した「緩和ケア研修会」を定期的に実施することが明示されている。

日本緩和医療学会では、厚生労働省から「がん検診に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」が出されたことを受けて、平成 20 年から厚生労働省「がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業」を受託し、「緩和ケアおよび精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」と「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を組み込んだ教育プログラム「日本緩和医療学会 PEACE プロジェクト」を実施している。

### ① 「緩和ケアおよび精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」について

「指導者研修会」で教育法や指導法を学ぶことにより、修了者は「緩和ケア研修会」の企画責任者としての資格を得ることができる。

### ② 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の実施内容・方法

<sup>2</sup> 日本緩和医療学会「PEACE プロジェクト」 <http://www.jspm-peace.jp/about.html>

<sup>3</sup> 厚生労働省「がん対策推進基本計画」平成 19 年 6 月

研修は2日間、12時間以上の講義及びワークショップ形式で、内容は、がん性疼痛治療法、身体症状に関する緩和ケア、精神症状に関する緩和ケア、コミュニケーション技術等である。

なお、研修会のプログラムは、厚生労働省の開催指針で定める「緩和ケア研修会標準プログラム」に準拠し、一定の条件を満たしていれば、内容や時間配分を企画担当者が変更してもよい。

全ての研修時間を修了した者には厚生労働省健康局長及び研修会主催者の連盟による修了証書が交付され、修了証は診療報酬の算定要件となる。

### ③ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の実施体制

がん診療連携拠点病院が研修会の実行組織を施設内に用意し、研修会の企画、運営、進行及び講義等を行う。実施担当者は、研修会の主催責任者、企画・運営・進行・教育を行う責任者、および研修会の企画・運営・進行および講義等の教育研修に協力する講師やファシリテーターからなる。

### ④ 「緩和ケアのための医師の継続教育プログラム(PEACE プロジェクト)」から得られた示唆

指導者となり、研修会を開催するには、緩和ケア研修会および指導者研修会と2段階を経るという考え方がある、指導者として成長すべき主任介護支援専門員の研修にもとり入れることができると考えられる。

また、緩和ケア研修会が、がん診療連携拠点病院の指定要件として位置づけられている点や研修の修了証が診療報酬の算定要件となっていることも、介護支援専門員研修の制度的位置付けを検討する際の視点となる。

### (3) カリキュラムの構築

上述で示唆された事業所を超えた実習形式等の実施内容や実施体制を特に参考にしながら、介護支援専門員を対象としたOJTに近い形態でのモデル研修プログラムとして、「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」のカリキュラムを構築した。

#### 2.1.2. 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」実施マニュアル・様式等の作成

介護支援専門員を対象とした短期実習プログラムのカリキュラムを全国各地で実施するにあたっては、地域毎に運用方法や実施内容に大きな差異が発生しないよう、事務局マニュアル、および指導者・受講者に向けた実施マニュアルを作成した。

また、医師や看護師等の研修において活用されている「ポートフォリオ」の考え方を用いることが、“自発的な学び”に効果的であると考えられたことから、研修ではポー

トフォリオの考え方を導入した様式を作成した。

#### (参考) 「ポートフォリオ」について

鈴木敏恵著「ポートフォリオとプロジェクト学習」<sup>4</sup>によると、「ポートフォリオとは“数値化できない評価”を可能にするものとして、医師や看護師等の臨床研修に浸透しつつあり、資料の記録や保存にとどまらず、学習や仕事の成果を上げるとともに本人のより高い自覺的な成長に役立つ」という。具体的な効果として以下を挙げている。

#### 【ポートフォリオの効果】

- ・ 「目標」達成機能をもつ
- ・ 自己評価のツールとして有効
- ・ 全体を俯瞰する姿勢が身につく
- ・ 課題発見から課題解決までのプロセスが見える
- ・ 「思考の可視化」ができる
- ・ 「個人知」を「全体知」にする

一方のプロジェクト学習とは、「学習者が何のために（目的）、何をやり遂げるのか（目標）を自ら明確にして学ぶ教育手法」であり、前述のポートフォリオを用いることで、主体的な意志ある学びを実現する。

これらの手法をカリキュラムに用いることで、従来の研修に不足しがちな自発的な学びを獲得可能になると考える。

#### 2.1.3.「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」の実施と評価

「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」のカリキュラムの有効性を検証するために、平成23年度は実施体制が整っていた千葉県松戸市、福岡県北九州市、群馬県前橋市、沖縄県宮古島市の4地域にて本プログラムを試行した。

その後、プログラムの効果を評価するため、指導者・受講者に対するアンケート調査を実施するとともに指導者・受講者、および地域包括支援センターや指導者・受講者を派遣した事業所の管理者等へのヒアリング調査を実施した。さらに詳細に、受講者がプログラム実施期間中に気付き・学んだことが何か、研修を通じてどのように変化したのか、今後に向けどのような目標を持っているのかを明確にすべく、ポートフォリオ（振り返り用紙等）の分析を行った。

<sup>4</sup> 鈴木敏恵「ポートフォリオとプロジェクト学習」2010年4月,医学書院

## (1) アンケート調査

**【調査対象】**当該プログラムに参加した指導者・受講者

**【実施時期】**プログラム実施地域での研修前・後

**【調査内容】**

**図表1:調査概要**

対象	実施時期		質問項目	配布数	回収数
指導者	事前	松戸 第1クール	<ul style="list-style-type: none"> <li>属性</li> <li>プログラムに関する意見</li> </ul>	4	4
		※ 北九州 前橋 宮古島 松戸第2クール	<ul style="list-style-type: none"> <li>属性</li> <li>プログラムに関する意見</li> <li>に、以下の項目を追加</li> <li>医療系ケースを指導することに関し、これまでと現在の担当数、苦手意識、自信</li> <li>ケアマネジメント業務を指導することに対する自信</li> </ul>	17	17
	事後		<ul style="list-style-type: none"> <li>研修に参加した感想</li> <li>医療系ケースに関する指導の苦手意識・自信</li> <li>研修の内容・運営に関する感想</li> </ul>	17	15
受講者	事前	松戸 第1クール	<ul style="list-style-type: none"> <li>属性</li> <li>医療系ケースの担当数（過去・現在）、苦手意識、自信</li> <li>プログラムに関する意見（自由記述）</li> </ul>	4	4
		※ 北九州 前橋 宮古島 松戸第2クール	<ul style="list-style-type: none"> <li>属性</li> <li>プログラムに関する意見</li> <li>に、以下の項目を追加</li> <li>医療系ケースを担当することに関し、これまでと現在の担当数、苦手意識、自信</li> <li>ケアマネジメント業務を指導することに対する自信</li> </ul>	17	17
	事後		<ul style="list-style-type: none"> <li>研修に参加した感想</li> <li>医療系ケースに関する指導の苦手意識・自信</li> <li>研修の内容・運用に関する感想</li> </ul>	17	17

※事前アンケートの質問項目を松戸第1クールの項目に追加して調査している。

## (2) ヒアリング調査

### 【調査対象】

- ・ 松戸：指導者
- ・ 北九州：指導者
- ・ 前橋：受講者、指導者、施設管理者、地域包括支援センターの介護支援専門員

【実施時期】研修終了後

### 【調査内容】

- ・ 事業所を超えた指導（地域内連携）の効果
- ・ 実習形式の研修の効果
- ・ 受講者像
- ・ 研修内容と運営に関する意見

## (3) ポートフォリオ分析

【調査対象】受講者が研修期間中に記入作成した

「目標設定用紙」、「当日記録」、「振り返り用紙」

【分析手法】グラウンティッド・セオリー・アプローチに準じた類型化

### 【調査内容】

- ・ 研修期間前の受講者・指導者の目標や不安な点
- ・ 研修期間中の受講者・指導者の気づきや学び、成果

## 2.2. 調査研究の体制

### 2.2.1. 委員一覧

図表2:委員一覧

役職	氏名	役職
委員長	前沢 政次	日本ケアマネジメント学会 理事 京極町国民健康保険病院 医師
顧問	野中 猛	日本ケアマネジメント学会 理事 日本福祉大学社会福祉学部 保健福祉学科教授
部会長	白澤 政和	日本ケアマネジメント学会 副理事長 桜美林大学大学院 教授
委員 (総務)	白木 裕子	日本ケアマネジメント学会 理事 株式会社フジケア 取締役副社長
	吉江 悟	東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員
	岡田 進一	大阪市立大学大学院生活科学研究科 准教授
	奥田 亜由子	日本ケアマネジメント学会 評議員 愛知県介護支援専門員協会 理事
	奥田 龍人	日本ケアマネジメント学会 理事 札幌市介護支援専門員連絡協議会
	神谷 良子	日本ケアマネジメント学会 評議員 NPO 法人神戸ライフ・ケア一協会 理事長
	高砂 裕子	日本ケアマネジメント学会 理事 社団法人南区医師協会 居宅介護支援センター
	羽石 芳恵	東京都介護福祉士会コア
	福富 昌城	日本ケアマネジメント学会 理事 花園大学社会福祉学部 社会福祉学科 教授
	山田 圭子	日本ケアマネジメント学会 評議員 前橋市地域包括支援センター西部 副センター長

### 2.2.2. 会議開催

#### (1) 全体委員会

##### 【第1回】

- 日時：平成23年7月28日（木） 17:00～19:00
- 場所：TKP品川カンファレンスセンター カンファレスルーム3

### **【第 2 回】**

- 日時：平成 23 年 10 月 18 日（火） 17:00~19:00
- 場所：AP 品川 E ルーム

### **【第 3 回】**

- 日時：平成 24 年 1 月 18 日（水） 17:00~19:00
- 場所：AP 品川 (F+G)

### **【第 4 回】**

- 日時：平成 24 年 2 月 2 日（木） 17:00~19:00
- 場所：AP 品川 (F+G)

## **(2) カリキュラム・評価 WG**

### **【第 1 回】**

- 日時：平成 23 年 8 月 8 日（月） 10:30~12:00
- 場所：日本ケアマネジメント学会 事務局（四谷）

### **【第 2 回】**

- 日時：平成 23 年 9 月 9 日（金） 10:00~12:00
- 場所：日本ケアマネジメント学会 事務局（四谷）

### **【第 3 回】**

- 日時：平成 23 年 10 月 2 日（日） 10:00~12:00
- 場所：AP 品川

### **【第 4 回】**

- 日時：平成 23 年 12 月 20 日（火） 13:30~15:30
- 場所：桜美林大学

### **【第 5 回】**

- 日時：平成 24 年 3 月 21 日（水） 14:30~15:00
- 場所：桜美林大学

### 3. 調査結果

#### 3.1. 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」のカリキュラム構築

##### 3.1.1. プログラムの特徴「4つのI(アイ)」

従来の法定研修が知識の習得を目的とした座学中心で一律的な研修であるのに対し、本プログラムは「実習形式」、「事業所を超えた」、「個別化された」、「相互研鑽」を特徴としている。この4点を「4つのI(アイ)」としてカリキュラムのコンセプトとした。

- ① 実習形式 (Interning) : 現行の法定カリキュラムに存在しない実習プログラムを提供することにより、実践的知識・技術を補完します。
- ② 事業所を超えた (Inter-organizational) : 概して事業規模が零細であり、事業所内部の教育資源に乏しい居宅介護支援事業所に対して、本プログラムを通じて事業所間の教育交流を促し、現任介護支援専門員に対する教育効率を向上させます。
- ③ 個別化された (Individualized) : プログラムの基本的な枠組みについては汎用的なものを提示しつつ、扱うケースの特性等に応じて構成する。新任者のみならず、医療等の特定領域に苦手意識を持つ経験者層の教育ニーズにも対応しています。
- ④ 相互研さん (Inter-educational) : 現状として居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の多くは、指導者としての役割を担う機会を持たないことが多く、指導することに慣れていない実態があります。そこで、当面の措置として、講義者のみならず指導者に対する教育的効果もプログラムの目的の1つとします。

##### 3.1.2. 実施単位

市町村を基本単位とするが、人口規模等、その地域の特性に応じたあり方も想定している。

##### 3.1.3. 費用・予算

平成23年度の試行実施中は、受講者の参加費は無料とし、実習受け入れ機関に対する謝金は平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）より所定額を支出する。

### **3.1.4. 実施体制**

各地域で展開する際の運営手順として、標準的な実施体制を以下のように整理した。

#### **(1) プログラム運営事務局(実施主体)**

プログラム運営員会の決定に基づき、会場確保、関係者への周知、資料等の整備・保管、修了者の名簿管理等、プログラム運営に係る手配を行う。

#### **(2) プログラム運営委員会**

本プログラムの内容を基本としつつ、地域の特性に応じて一部改変を加えるなどして、当該地域で行われるプログラムの具体的な内容を決定する。

#### **(3) 実習協力施設**

指導者として自らの職員を派遣する他、指導者の同行研修では施設を提供し、受講者の訪問を受け入れる。

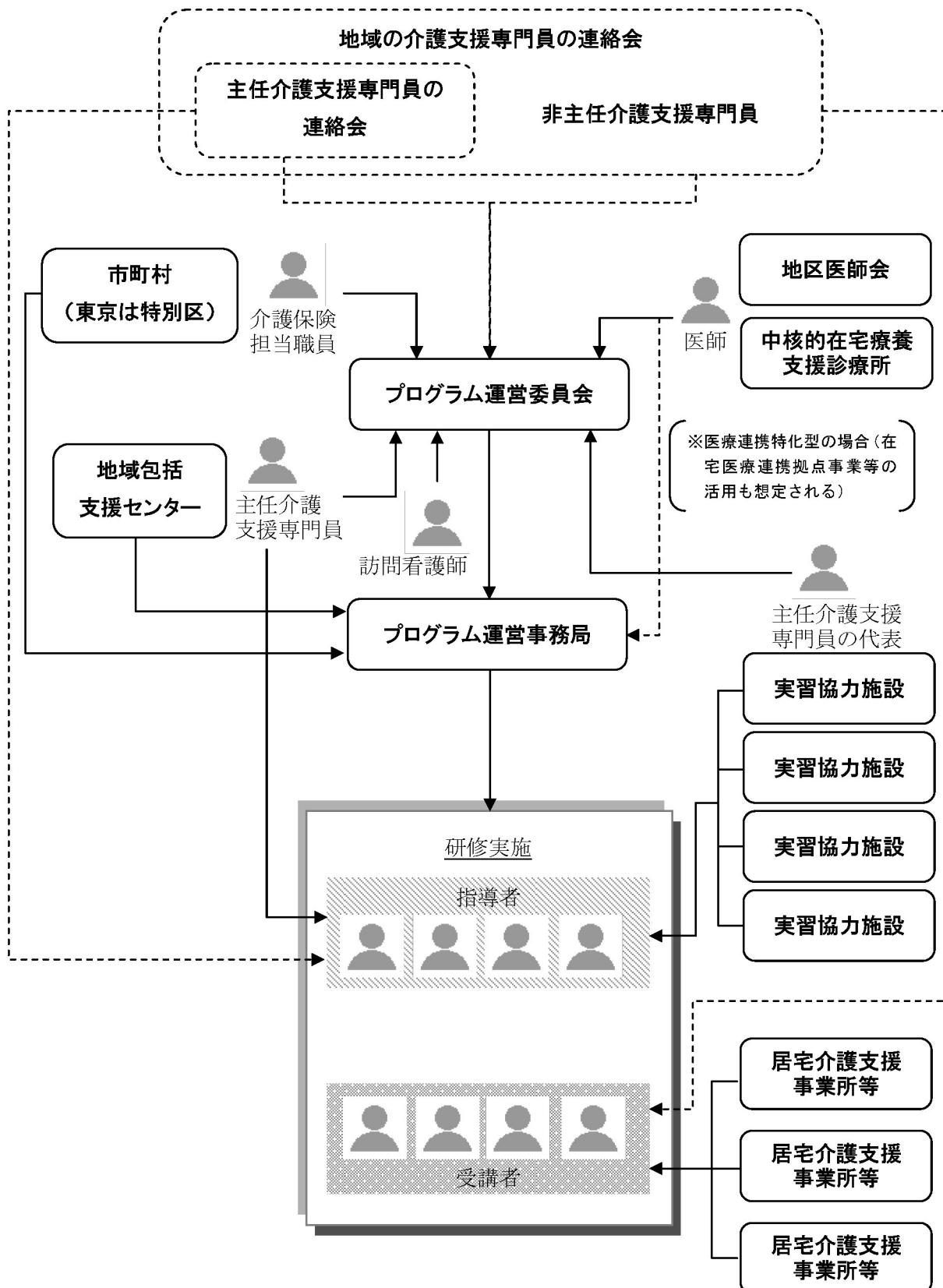
#### **(4) 指導者**

実習協力施設の主任介護支援専門員が指導者となり、受講者に対し、介護支援専門員としてのケアマネジメントに関するスーパービジョンを実施する。

#### **(5) 受講者**

原則として、実施単位となる地域内の居宅介護支援事業所等に所属する全ての介護支援専門員が研修の対象者となる。

図表3:体制図



### 3.1.5. 実施内容とスケジュール

実習プログラムの標準的な構成は、初日全体研修／実習4回（指導者・受講者それぞれの担当者会議・モニタリング訪問への動向）／最終日全体研修とした。

さらに、各地域のニーズに沿ってオプションメニューを追加することもできることとした。本年度調査では、訪問診療への同行や退院時指導の傍聴をメニューとして追加した地域もある（3.3.1 参照）。

**図表4:実施概要**

日程	実施内容	詳細
60日前	募集／受付	<ul style="list-style-type: none"> <li>実習協力施設を募り、プログラム運営委員会の承認を経て決定する。</li> <li>実習協力施設から指導者候補の推薦を受けて決定する。</li> <li>受講者の募集を開始、申し込みを受け付ける。 ※介護支援専門員の連絡組織等がある地域では、当該組織を通じて受講者を募集することも可能。</li> </ul>
30日前	事前説明会	<ul style="list-style-type: none"> <li>受講者と指導者に研修の意義や実習の進め方等を説明する。</li> </ul>
	指導者説明会	<ul style="list-style-type: none"> <li>事前説明会とは別途、指導者向けの説明会を開催し、ケアプラン確認の方法や実習での指導方法等について、認識を共有する。</li> </ul>
	研修準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>指導者は初日までに「ケアプラン確認用紙」を用いて提出ケースのケアプラン確認を行う。</li> <li>受講者は「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム 実施マニュアル」を読み、研修内容を確認する。</li> </ul>
	初日全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>講義：ケアプラン確認の目的と必要性</li> <li>演習：ケアプラン確認（提出2ケースについて）</li> <li>研修目標設定：「目標設定用紙」を使用して指導者と相談しながら目標を設定し、個別実習の日程調整を行う。</li> </ul>
約1日～1ヶ月半	個別実習1	<ul style="list-style-type: none"> <li>指導者担当ケース同行1：担当者会議の運営とその記録</li> </ul>
	個別実習2	<ul style="list-style-type: none"> <li>指導者担当ケース同行2：モニタリングとその後の関係機関調整（受講者提出事例に類似した事例が望ましい）</li> </ul>
	個別実習3	<ul style="list-style-type: none"> <li>受講者担当ケース同行1：担当者会議の運営とその記録（必ずしも提出事例でなくてよい）</li> </ul>
	個別実習4	<ul style="list-style-type: none"> <li>受講者担当ケース同行2：モニタリングとその後の関係機関調整（提出事例）</li> </ul>
1ヶ月半後	最終日全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>プレゼンテーション：各受講者が期間中に扱った1事例を選び、研修で得た気づきや学びをA3用紙又は模造紙にまとめて発表、質疑応答を行う</li> <li>振り返り：各受講者の体験内容・できしたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有</li> <li>修了証授与</li> </ul>

### 3.2. 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」実施マニュアル・様式類の作成

#### 3.2.1. 事業所向け実施マニュアル・様式

どのような地域でも展開可能なプログラムを目指し、本プログラムの企画・運営を行う運営委員会および運営事務局が実際にプログラムを実施する際に必要となる具体的な実施方法を記載した。マニュアルの記載項目と資料は以下のとおり。

##### 【マニュアルの記載項目】

- 背景・目的
- 特徴・意義
- 実施単位
- 実施体制の構築
- 体制図
- 期間・スケジュール

##### 【資料】

- 市町村向け説明文書・別紙プログラム
- 事業所向け説明文書・別紙プログラム

#### 3.2.2. 指導者・受講者向け実施マニュアル

本プログラムに参加する指導者並びに受講者が、本プログラムを通じてより成長できるよう、事前に理解してほしい内容を記載している。項目は以下のとおり。

なお、「受講者向け実施マニュアル」と、これに指導の視点・ポイントを追加した「指導者向け実施マニュアル」の2分冊とした。

##### 【マニュアルの記載項目】

- 背景・目的
- 特徴・意義
- 研修の心構え
- スケジュール
- 準備内容
- 実施内容
- ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方

##### 【資料】

- 様式1：フェースシート（指導者向け）

- 様式 2：フェースシート（受講者向け）
- 様式 3：指導者・受講者同意書
- 様式 4：利用者同意書
- 様式 5：同行希望事前聴取用紙
- 様式 6：個別実習日程報告用紙
- 様式 7：アセスメント確認用紙（事例と記入例 2 パターン）
- 様式 8：目標設定用紙
- 様式 9：当日記録
- 様式 10：振り返り用紙

### 3.3. 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」の実施と評価

#### 3.3.1. 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」の実施

「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」の有効性検証のために、平成 23 年度は千葉県松戸市、福岡県北九州市、群馬県前橋市、沖縄県宮古島市の 4 地域にて本プログラムを試行した。それぞれの地域の特徴・ニーズに応じてオプションメニューも設けている。

##### （1）千葉県松戸市

医療機関が運営事務局・委員会を務めたことから、医療に特化したケースの体験や訪問診療への同行等を受講者が自主的に選択・参加できるオプションメニューとしてとして通常のプログラムに追加した。

また、指導者 4 名に対し、受講希望者が多数だったことから 2 回に分けて実施した。

**【運営事務局】**在宅療養支援診療所「あおぞら診療所」

**【運営委員会】**同上

##### 【参加者】

- 第 1 クール：指導者（4 名）、受講者（4 名）
- 第 2 クール：指導者（3 名）、受講者（3 名）

##### 【実施日程】

###### 第 1 クール

- 事業説明会：平成 23（2011）年 9 月 14 日
- 事例提出期限：同年 10 月 14 日
- 初日全体研修：同年 11 月 2 日
- 個別実習：同年 11 月 3 日～12 月 13 日
- 最終日全体研修：同年 12 月 14 日

## 第2 クール

- 事業説明会：平成 23（2011）年 10 月 14 日
- 初日全体研修：平成 24（2012）年 1 月 11 日
- 個別実習：同年 1 月 12 日～2 月 21 日
- 最終日全体研修：同年 2 月 22 日

### 【オプションメニュー】

#### ケース類型

- 認知症 BPSD（徘徊、暴言、不潔行為、妄想等の行動・精神症状）、精神疾患（統合失調症等）のあるケース
- 医療処置・医学管理（胃ろう、在宅酸素、バルーンカテーテル等）を要するケース
- 神経難病（ALS 等）のケース
- がん終末期のケース
- その他

#### 同行等

- 訪問診療（あおぞら診療所）への同行
- 訪問看護（市内訪問看護ステーション）への同行
- ケアマネジャー集中カンファレンス（あおぞら診療所）の傍聴
- 他の居宅介護支援事業所の所内事例検討会（市内居宅介護支援事業所）への参加
- 退院時共同指導（実習先あるいはあおぞら診療所と市内外の病院）の傍聴
- その他

## （2）福岡県北九州市

従来介護支援専門員に対するスーパービジョンを実施し、積極的にリーダー育成を推進してきた NPO 法人「ケアマネット 21」と、直営の地域包括支援センターとの共同で実施した。

そのため、市内のリーダー的な主任介護支援専門員が指導者となり、指導者向けの事前説明会を開催、研修に関する理解を共有した上で、受講者に対する個別のスーパービジョンを実施した。

**【運営事務局】**NPO 法人「ケアマネット 21」と地域包括支援センターとの共同運営

**【運営委員会】**株式会社フジケア

### 【参加者】

- 指導者（10 名、うち直営の包括支援センター2 名）

- 受講者（10名、うち直営の地域包括支援センター2名、委託の包括支援センター1名）

#### 【実施日程】

- 事業説明会：平成23（2011）年11月1日
- 事例提出期限：同年11月21日
- 初日全体研修：同年11月28日
- 個別実習：同年11月28日～12月11日
- 最終日全体研修：同年12月12日

### （3）群馬県前橋市

地域内の連携強化を目的として、市内の他の居宅介護支援事業所の事例検討会への参加や、実習先あるいは市内外の病院での退院時指導の傍聴をオプションメニューとして設けた。

**【運営事務局】**委託の地域包括センター複数による共同運営

**【運営委員会】**医療機関（老年病研究所）の運営する委託の地域包括支援センター

#### 【参加者】

- 指導者（3名）、受講者（3名）

#### 【実施日程】

- 事業説明会：平成23（2011）年11月
- 事例提出期限：同年11月17日
- 初日全体研修：同年11月22日
- 個別実習：同年11月23日～12月14日
- 最終日全体研修：同年12月15日

### （4）沖縄県宮古島市

主任介護支援専門員の連絡会を結成したばかりで、今後の活動を検討している中で、試行的に実施することとなった。

一方、離島ゆえに研修の機会も少なく、受講希望者は多いことが予想された。

これまで、指導の経験がない主任介護支援専門員からは、指導に対する不安の声があがつたことから、指導者が2名チームを組み、受講者2名のケアプランを相互に確認しあうことで、指導の標準化に努めた。また、担当する事例の少ない指導者に代わって、同行実習もペアの指導者が行うことができた。

**【運営事務局】**直営の地域包括支援センター

**【運営委員会】**同上

### **【参加者】**

- 指導者（9名）、受講者（9名）

### **【実施日程】**

- 事業説明会：平成23（2011）年12月16日
- 事例提出期限：同年12月21日
- 初日全体研修：同年12月26日
- 個別実習：同年12月27日～平成24（2012）年1月30日
- 最終日全体研修：平成24（2012）年2月10日

### 3.3.2. アンケート調査による評価

「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」の評価のためにアンケート調査を実施した。なお、本調査の集計対象は、12月までに実習を終えた千葉県松戸市、福岡県北九州市、群馬県前橋市としている。

#### (1) 事前アンケート

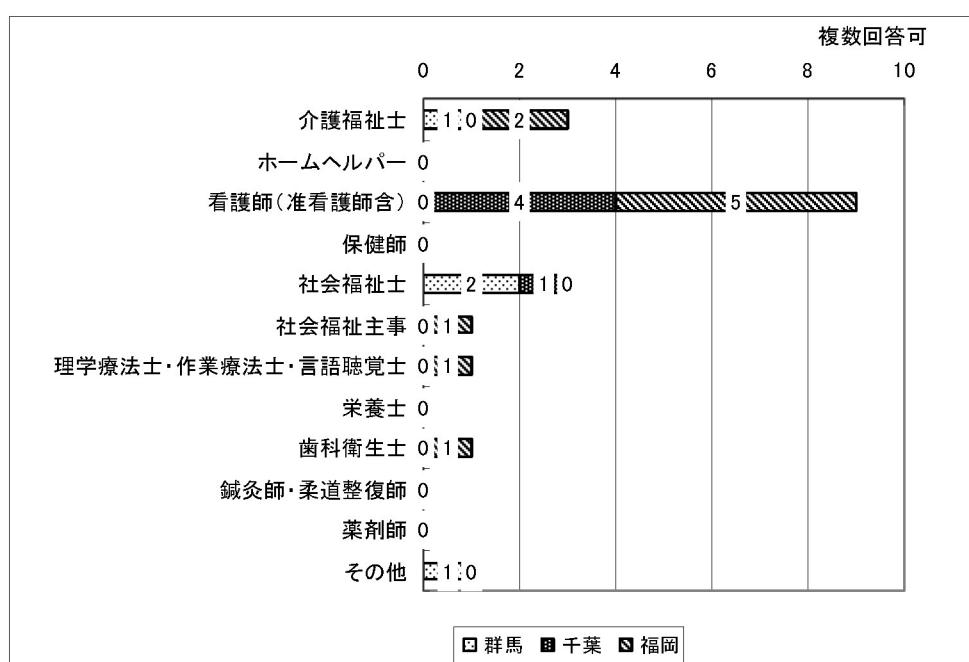
##### ① アンケート結果

###### ● 基礎資格(指導者:N=19、受講者:N =19)

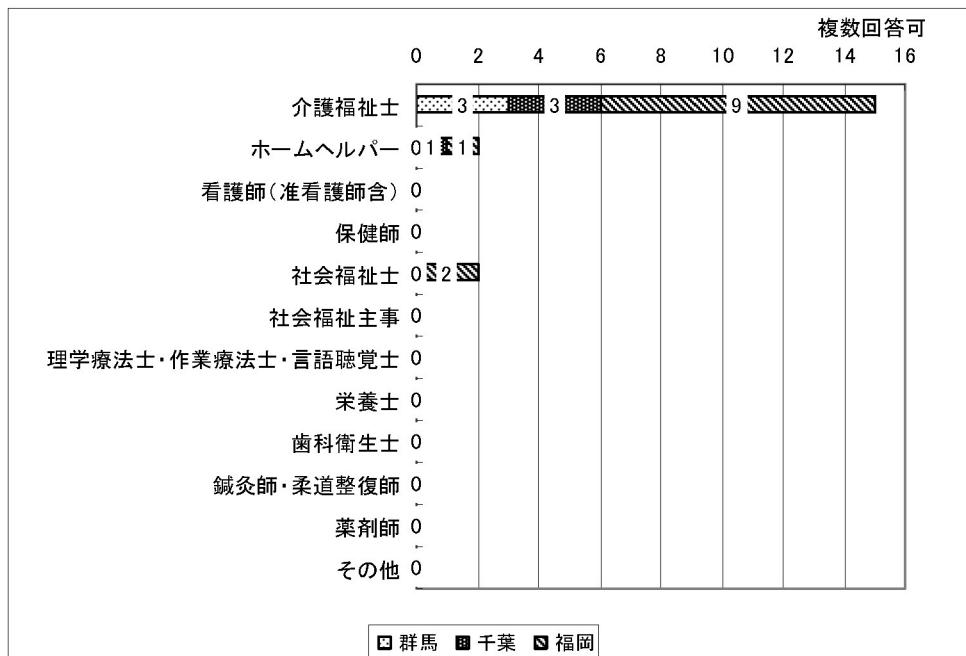
指導者では看護師（准看護師含）が最も多く、次いで介護福祉士ならびに社会福祉士の順となっている。

一方、受講者では圧倒的に介護福祉士が多く、次いでホームヘルパーならびに社会福祉士の順となっている。

図表5:基礎資格\_指導者



図表6:基礎資格\_受講者



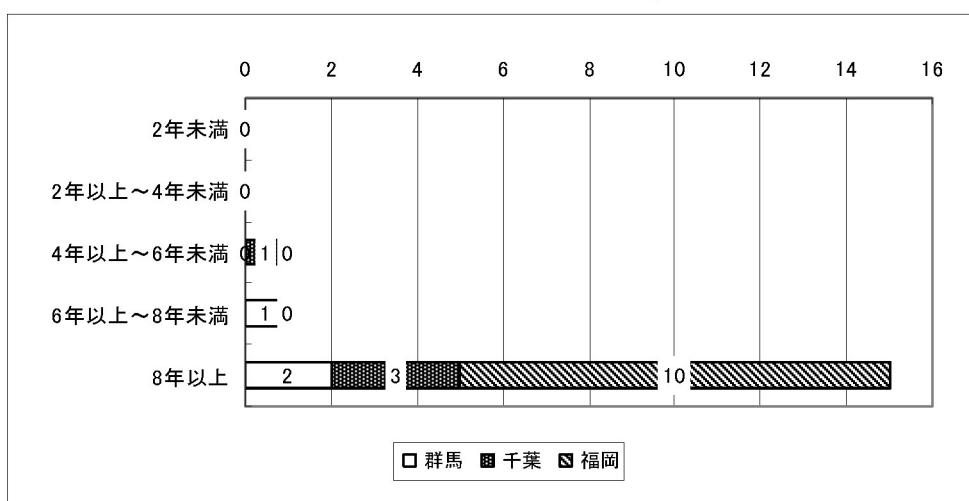
● 業務経験(トータル)年数(指導者:N=17、受講者:N =16)

指導者では 8 年以上が最も多く、次いで 6 年以上～8 年未満と 4 年以上～6 年未満とが同数となっている。

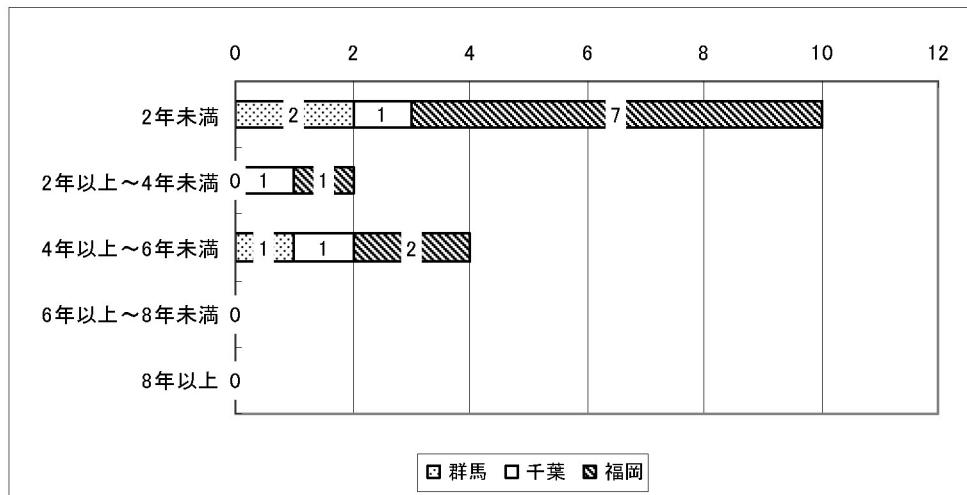
一方、受講者では 2 年未満が最も多く、次いで 4 年以上～6 年未満、2 年以上～4 年未満の順となっている。

指導者と受講者とで「4 年以上～6 年未満」が重複しており、受講者が指導者へと移行するタイミングになっていると考えられる。

図表7:業務経験(トータル年数)\_指導者



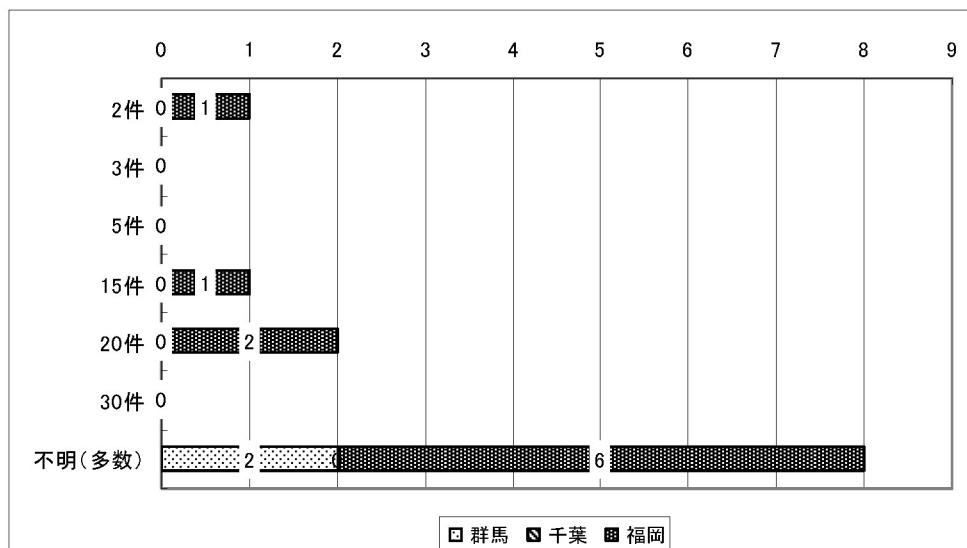
図表8：業務経験(トータル年数)受講者



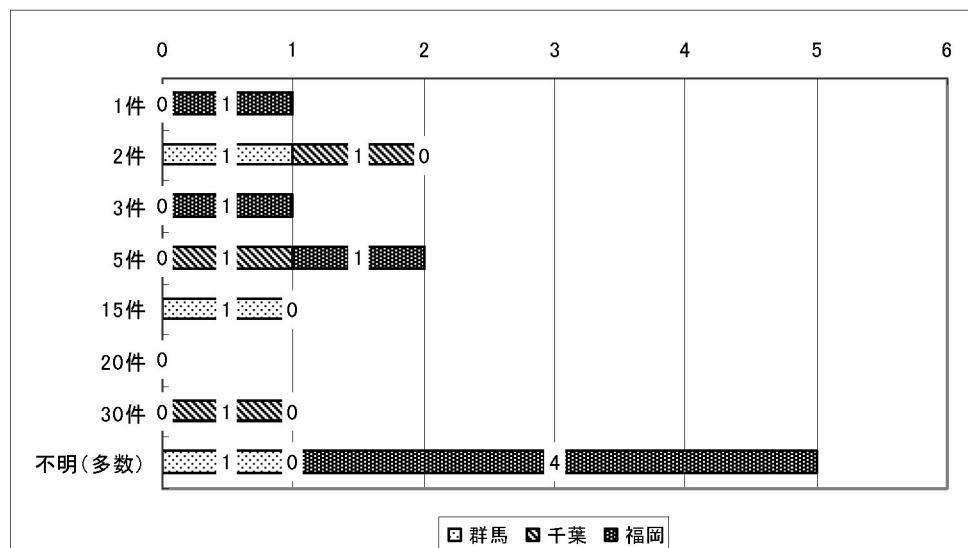
● 過去に担当した認知症 BPSD 事例件数(指導者:N=12、受講者:N =13)

指導者・受講者共に認知症 BPSD を担当した経験のない人はおらず、一般的な担当事例となっていることが推察される。

図表9：過去に担当した認知症 BPSD 事例件数\_指導者



図表 10:過去に担当した認知症 BPSD 事例件数\_受講者



#### ● 医療系ケースを担当することの苦手意識(指導者:N=13、受講者:N =17)

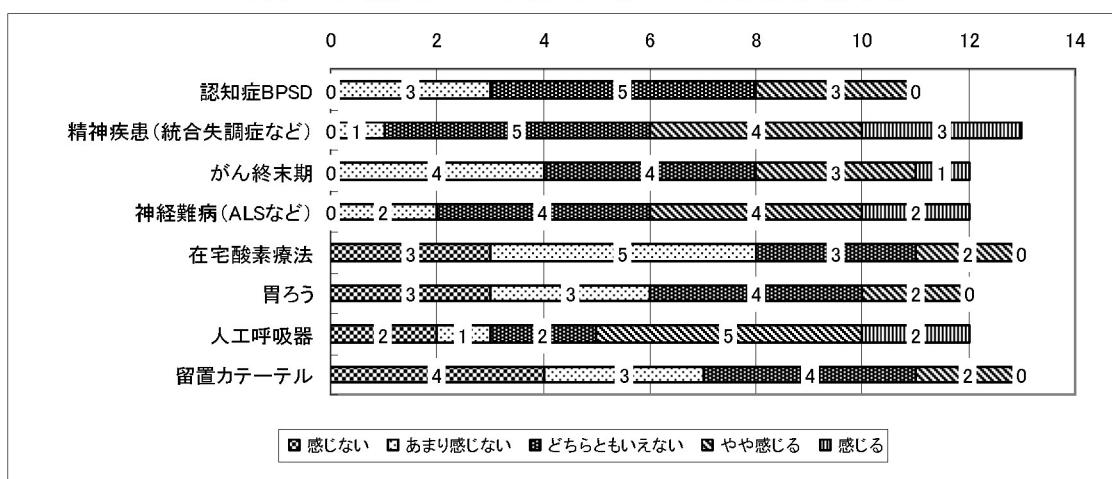
指導者が、苦手意識を「感じる」あるいは「やや感じる」と回答したのは、「人工呼吸器」と「精神疾患（統合失調症等）」、次いで「神経難病（ALS 等）」の順となっている。

受講者が、苦手意識を「感じる」あるいは「やや感じる」と回答したのは、「人工呼吸器」、「神経難病（ALS 等）」、「精神疾患（統合失調症等）」、「がん終末期」の順となっている。

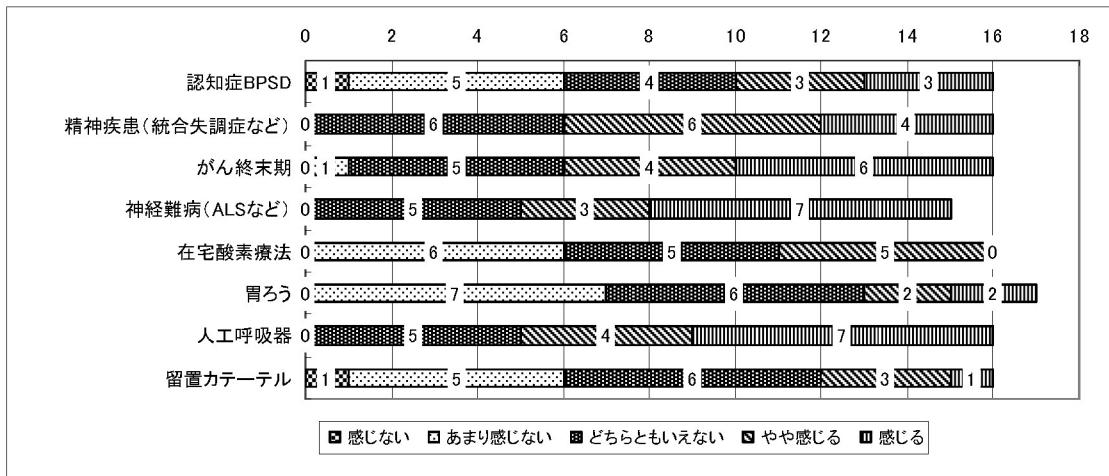
指導者と受講者とで苦手意識を感じている事例類型は、「がん終末期」を除き同じである。

なお、「がん終末期」は受講者の方が指導者よりも苦手意識が高く、指導対象に適した事例といえる。

図表 11:医療系ケースを担当することの苦手意識\_指導者



図表 12: 医療系ケースを担当することの苦手意識\_受講者



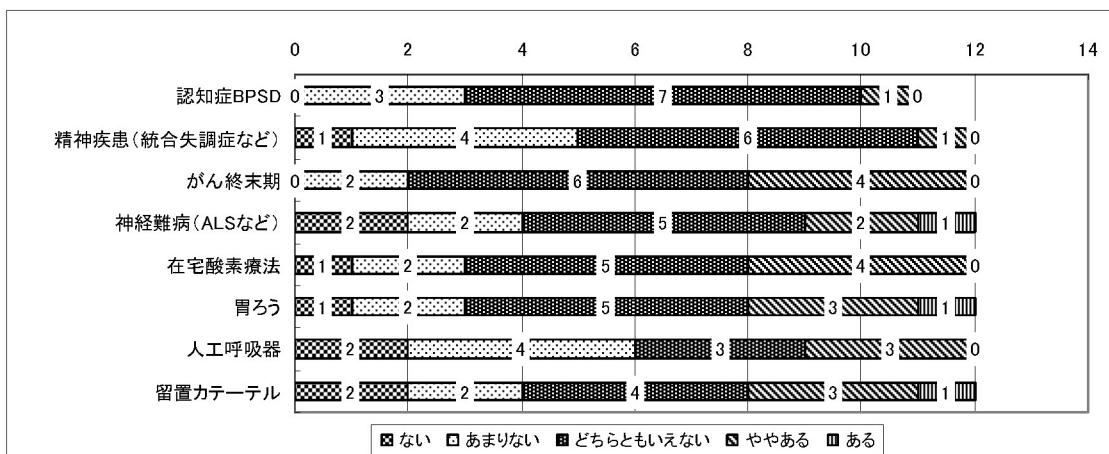
### ● 医療系ケースを担当することの自信(指導者:N=12、受講者:N =17)

指導者で、自信が「ある」あるいは「ややある」と回答したのは、「がん終末期」、「在宅酸素療法」、「胃ろう」、「留置カテーテル」等。

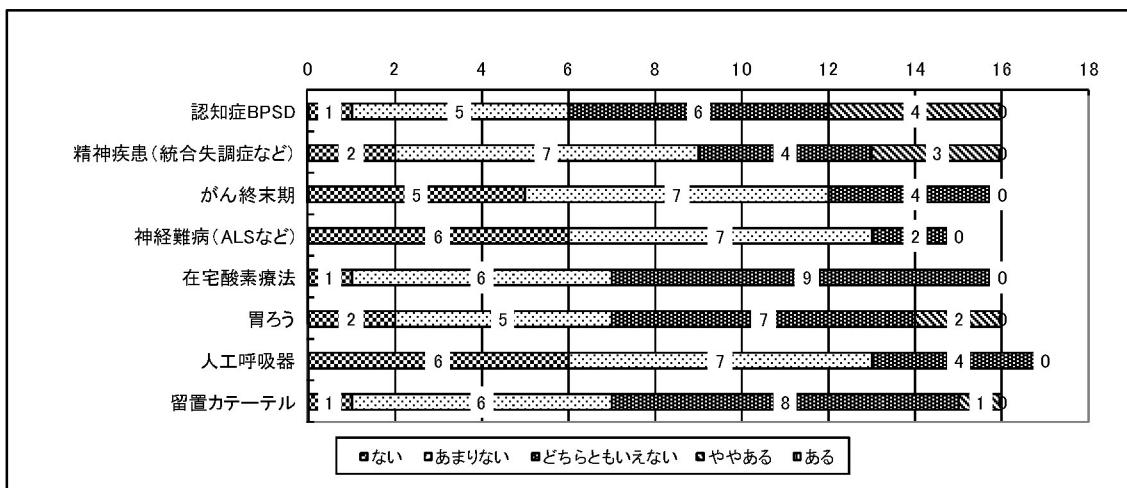
受講者で、自信が「ある」あるいは「ややある」と回答したのは、「認知症 BPSD」が最も多く、次いで「精神疾患 (統合失調症等)」、「胃ろう」、「留置カテーテル」の順となっている。

指導者・受講者とも「胃ろう」と「留置カテーテル」には自信を持っているに対し、指導者は「がん終末期」と「在宅酸素療法」、受講者は「認知症 BPSD」と「精神疾患 (統合失調症等)」に自信を持っている。

図表 13: 医療系ケースを担当することの自信\_指導者



図表 14: 医療系ケースを担当することの自信\_受講者

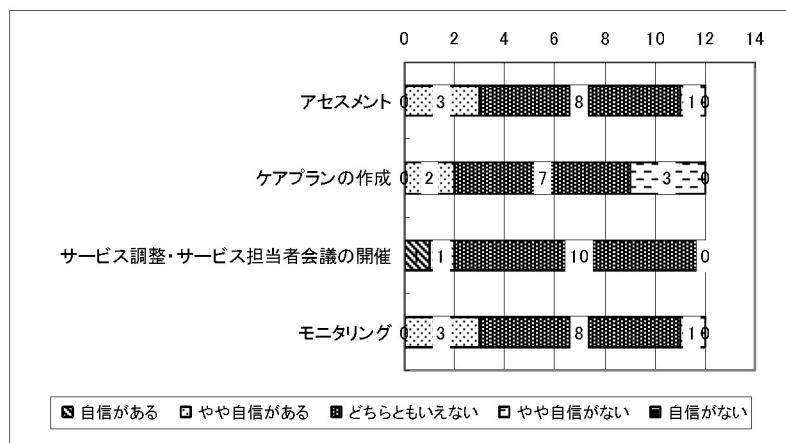


● ケアマネジメント業務に対する自信(指導者:N=12、受講者:N =13)

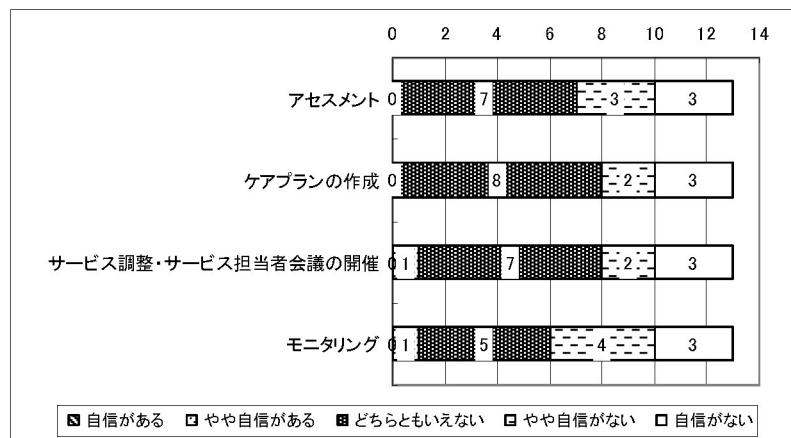
指導者が、自信が「ある」あるいは「ややある」と回答したのは、「モニタリング」と「アセスメント」が同数、次いで「サービス調整会議」の順となっている。

受講者が、自信が「ある」あるいは「ややある」と回答したのは、「モニタリング」と「アセスメント」が最も多く、次いで「サービス調整・サービス担当者会議の開催」と「ケアプランの作成」の順となっている。

図表 15: ケアマネジメント業務に対する自信\_指導者



図表 16:ケアマネジメント業務に対する自信\_受講者



## ② 事前アンケートまとめ

事前アンケートでは、指導者像並びに受講者像が明確になった。

- 指導者の多くが8年以上の業務経験(トータル)を持ち、看護師(准看護士含む)の基礎資格を有している。
- 受講者の業務経験(トータル)は2年未満、基礎資格は介護福祉士が最も多い。
- 指導者・受講者ともに認知症 BPSD のケースを担当した経験があることから、同ケースは一般的に経験するケースである。
- 医療系事例のなかでは、受講者の「がん終末期」に対する苦手意識、不安感が強い。

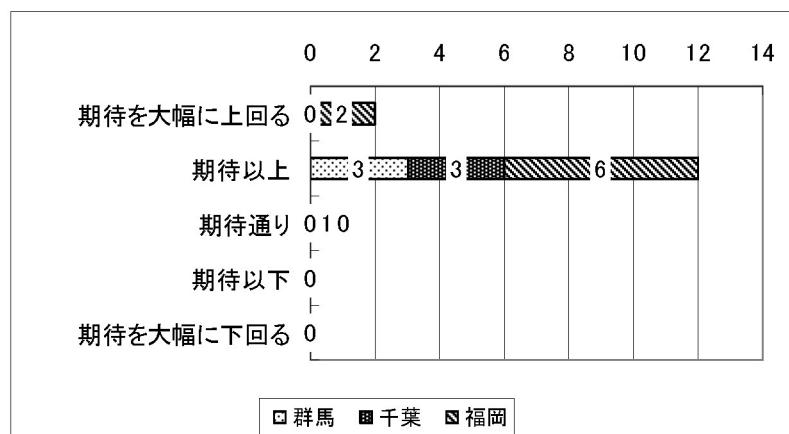
## (2) 事後アンケート

### ① 事後アンケート結果

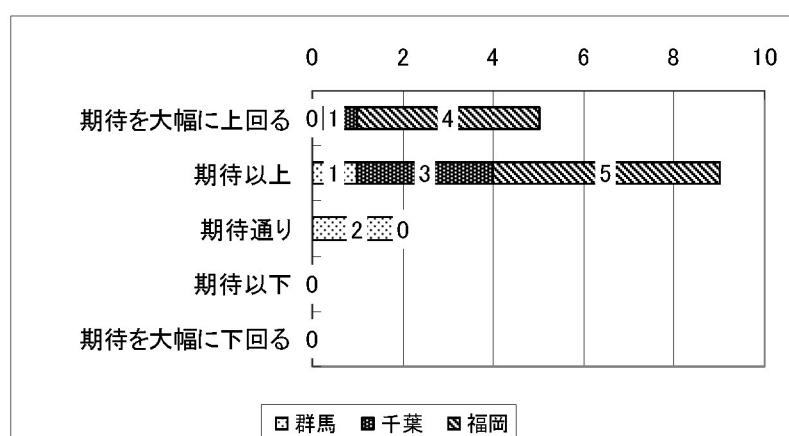
#### ● 研修全体の感想(指導者:N=15、受講者:N =16)

指導者・受講者とも「期待以上」が最も多く、次いで「期待を大幅に上回る」の順となっており、非常に満足度の高い研修であったことがうかがえる。

図表 17:研修全体の感想\_指導者



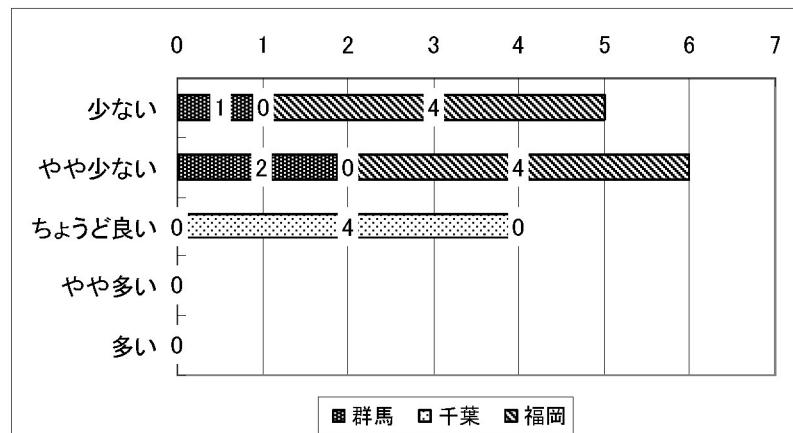
図表 18:研修全体の感想\_受講者



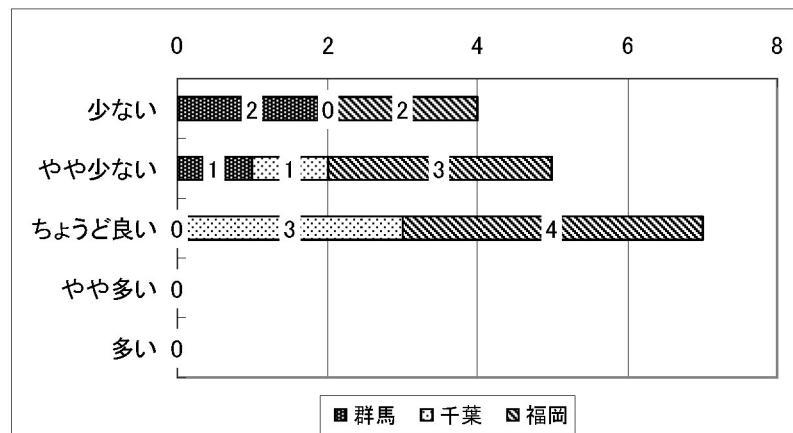
### ● 研修の総時間数(指導者:N=15、受講者=16)

指導者・受講者とも「少ない」と「やや少ない」との回答が「ちょうど良い」を上回っており、研修の総時間数の増加が望まれている。

図表 19:研修の総時間数\_指導者



図表 20:研修の総時間数\_受講者

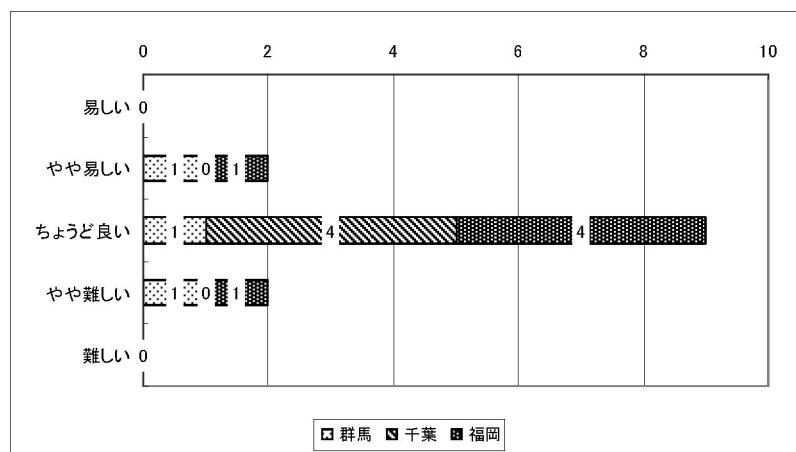


### ● 研修の難易度(指導者:N=13、受講者:N =16)

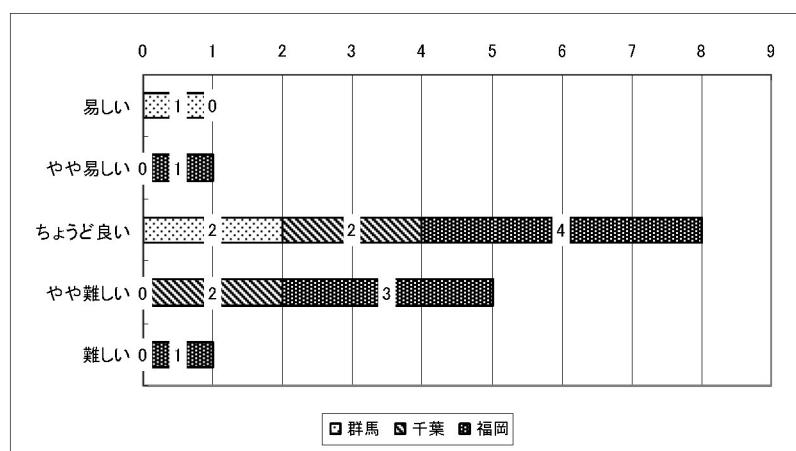
指導者・受講者とも「ちょうど良い」が最も多い。

ただし、指導者よりも受講者で「やや難しい」、「難しい」との回答が多くなつており、受講者にとっては、“自ら考えて、主体的に学ぶ”形式の本プログラムは「難しい」ととらえられたと推察される。

図表 21:研修の難易度\_指導者



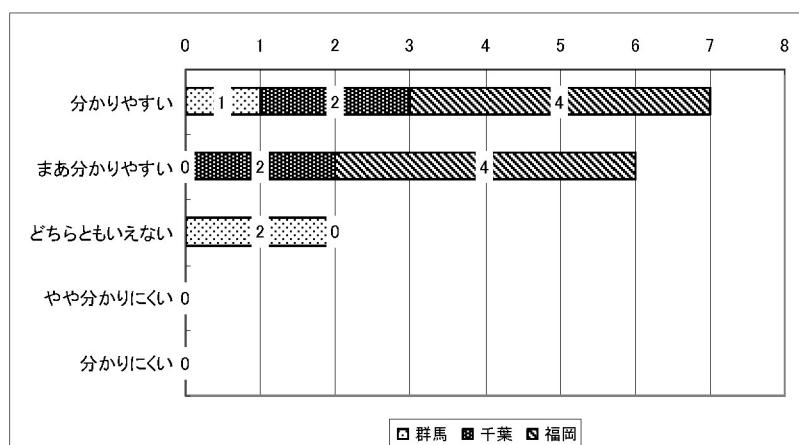
図表 22:研修の難易度\_受講者



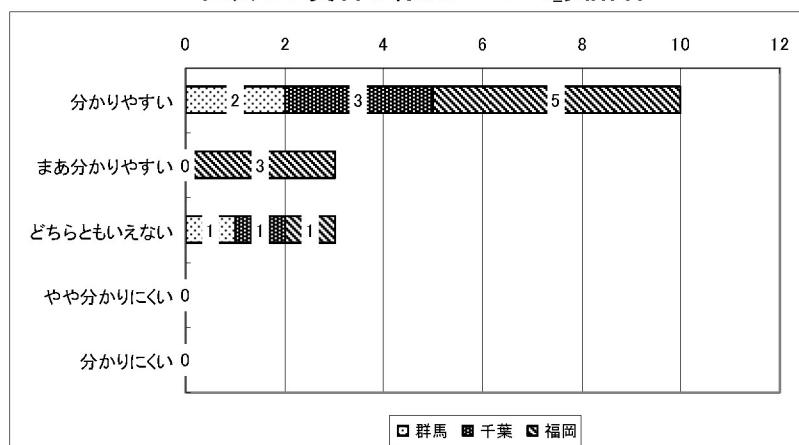
● 資料や様式について(指導者:N=15、受講者:N =16)

指導者・受講者とも「分かりやすい」と「まあ分かりやすい」が「どちらとも言えない」を大きく上回っており、資料や様式は適切な内容であったと考えられる。

図表 23:資料や様式について\_指導者



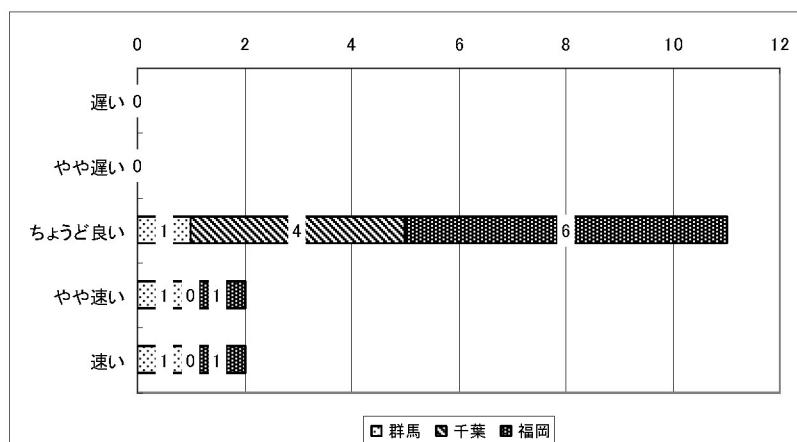
図表 24:資料や様式について\_受講者



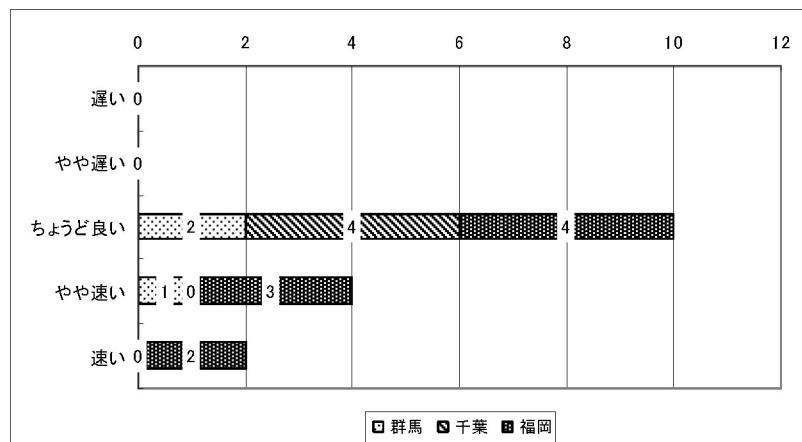
● 進めるペースについて(指導者:N=15、受講者:N =16)

指導者・受講者とも「ちょうど良い」が「やや速い」、「速い」よりも多いが、指導者よりも受講者で「やや速い」、「速い」と感じている。

図表 25:進めるペースについて\_指導者



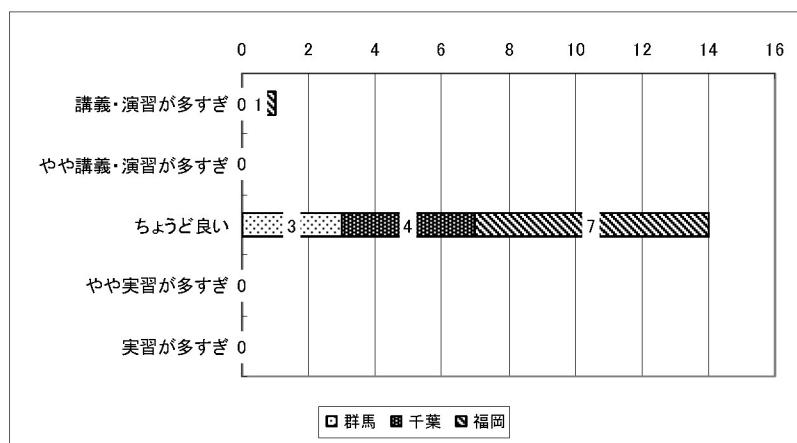
図表 26:進めるペースについて\_受講者



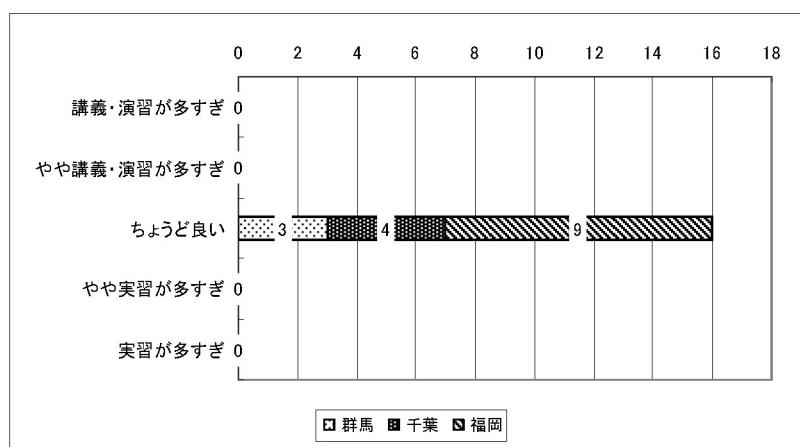
### ● 講義・演習と個別実習のバランス(指導者:N=15、受講者:N =16)

指導者では 1 名を除き、受講者では全員が「ちょうど良い」と回答しており、今回の講義・演習と個別実習とのバランスは最適であったと考えられる。

図表 27:講義・演習と個別実習のバランス\_指導者



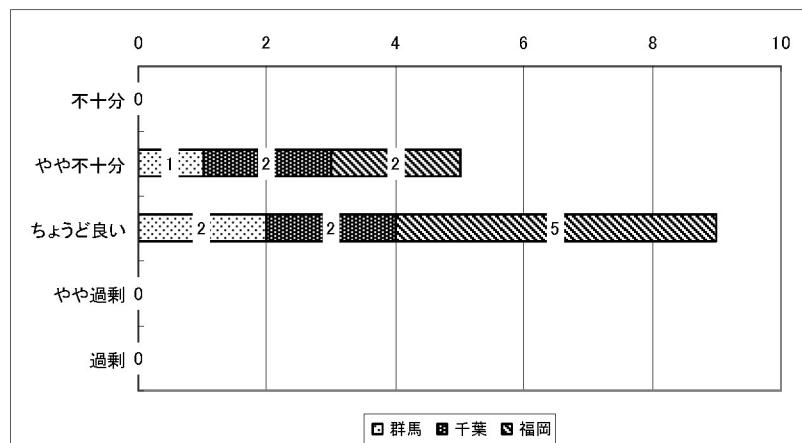
図表 28:講義・演習と個別実習のバランス\_受講者



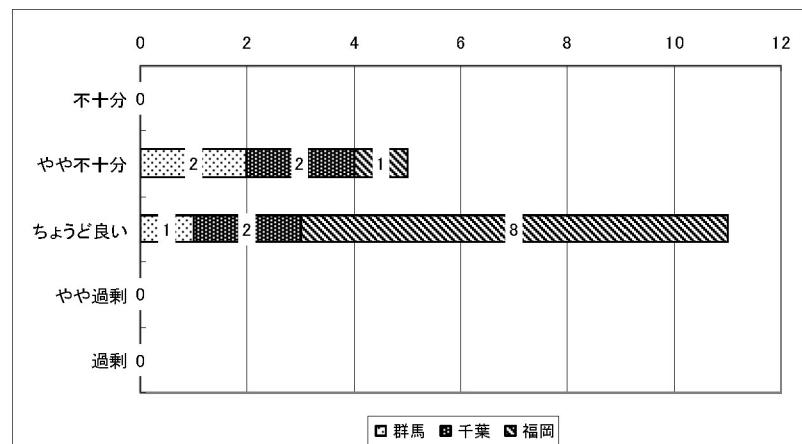
### ● 指導者とのかかわり合い(指導者:N=14、受講者:N =16)

指導者・受講者とも「ちょうど良い」が「やや不十分」を上回っているものの、指導者同士のかかわり合い、指導者と受講者とのかかわり合いが「やや不十分」と感じている指導者・受講者もいる。

図表 29:指導者とのかかわり合い\_指導者



図表 30:指導者とのかかわり合い\_受講者

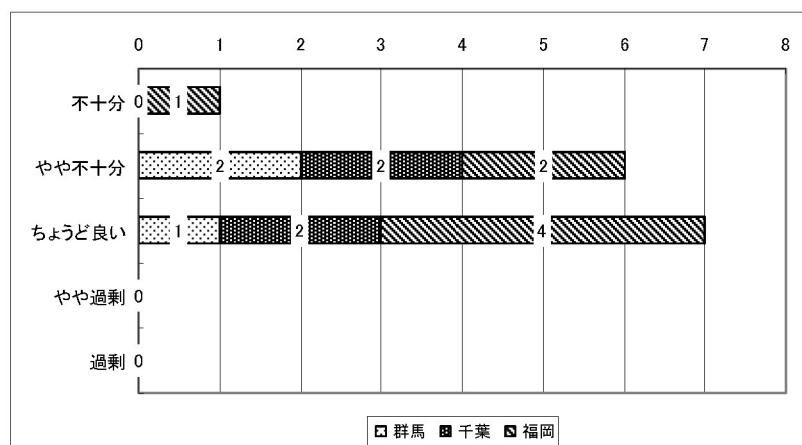


### ●他の受講者とのかかわり合い(指導者:N=14、受講者:N =16)

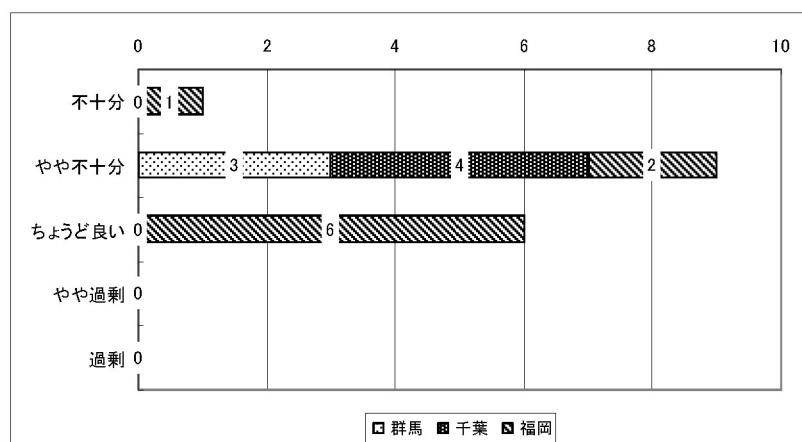
指導者では「ちょうど良い」が「不十分」と「やや不十分」の合計と同数、受講者では「不十分」と「やや不十分」の合計が「ちょうど良い」を上回っている。自分の指導者以外の指導者、受講者同士の関わり合う機会がもっと必要だと感じている。

本プログラムで他の指導者や受講者と会う機会は、初日と最終日だけであり、他の事業所の介護支援専門員と話すことで、悩みを解決する糸口を見つける等、触発されることも多いと推察されることから、今後は、研修参加者が一堂に会する機会を増やすことが望まれる。

図表 31:他の受講者とのかかわり合い\_指導者



図表 32:他の受講者とのかかわり合い\_受講者



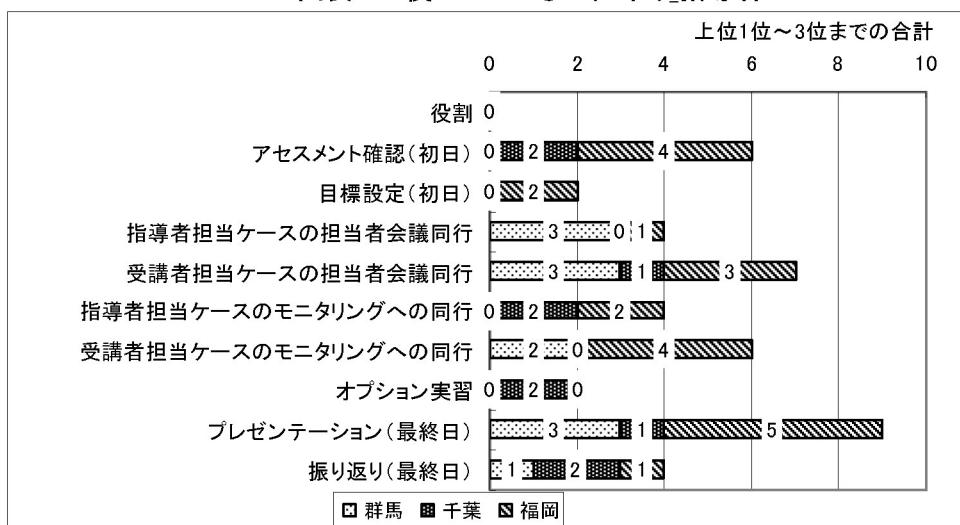
### ● 役に立ったもの(上位)(指導者:N=14、受講者:N =14)

指導者ではプレゼンテーションが最も多く、次いで受講者担当ケースの担当者会議同行、受講者担当ケースのモニタリング同行ならびにアセスメント確認の順となっている。

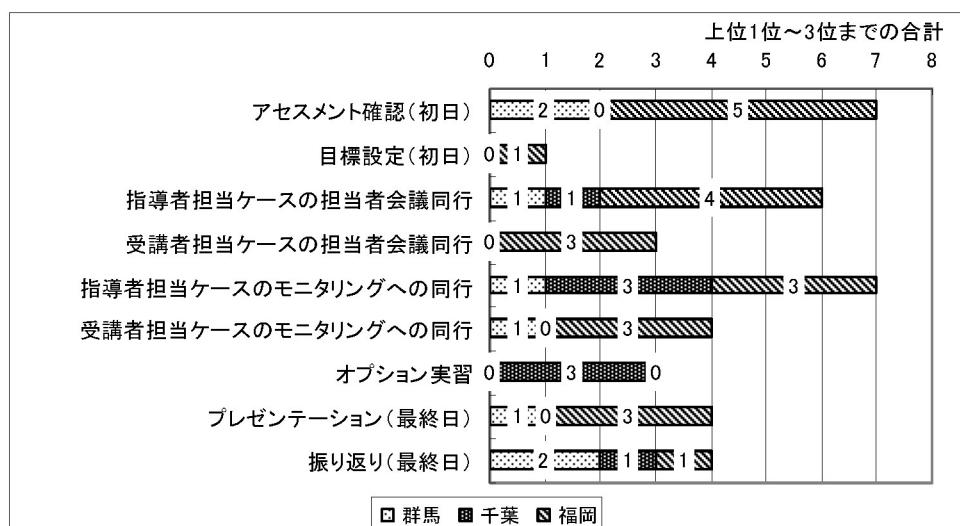
一方、受講者ではアセスメント確認と指導者担当ケースのモニタリングへの同行、次いで指導者担当ケースの担当者会議同行の順となっている。

指導者・受講者ともアセスメント確認のほか、相手の担当者会議同行、モニタリング同行を挙げており、相互研鑽になっている様子がうかがえる。

**図表 33:役に立ったもの(上位)\_指導者**



**図表 34:役に立ったもの(上位)\_受講者**



### ● 役立たなかつたもの(下位)(指導者:N=6、受講者:N = 7)

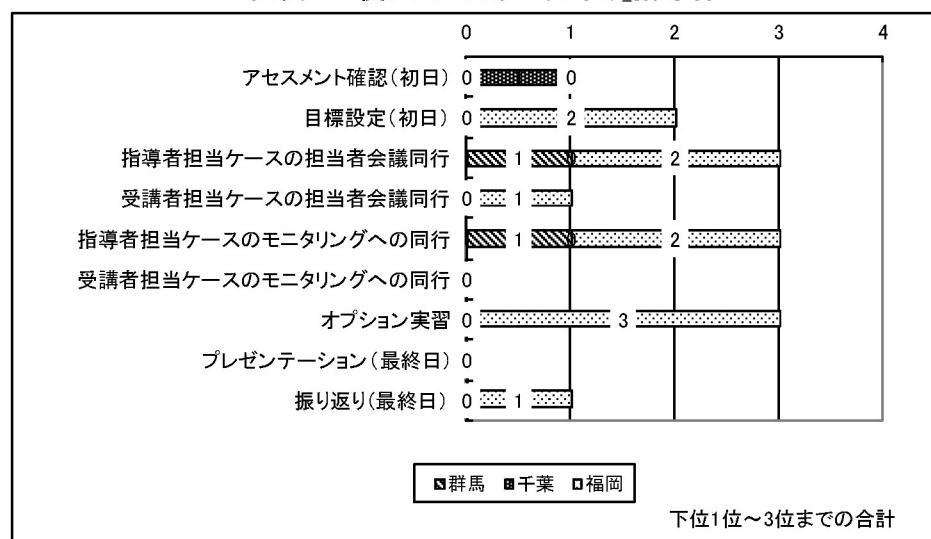
指導者はオプション実習のほか、自らの「担当者会議同行」、「モニタリング同行」で、受講者は「目標設定」と、「オプション実習」を挙げている。

オプション実習とは、各地域の特性に応じて自主的に企画される研修であり、指導者・受講者が自ら希望し、参加する付加的な研修である。したがって、参加していない指導者・受講者には、希望する研修がなかつたということで、評価が低くなっていると考えられる。

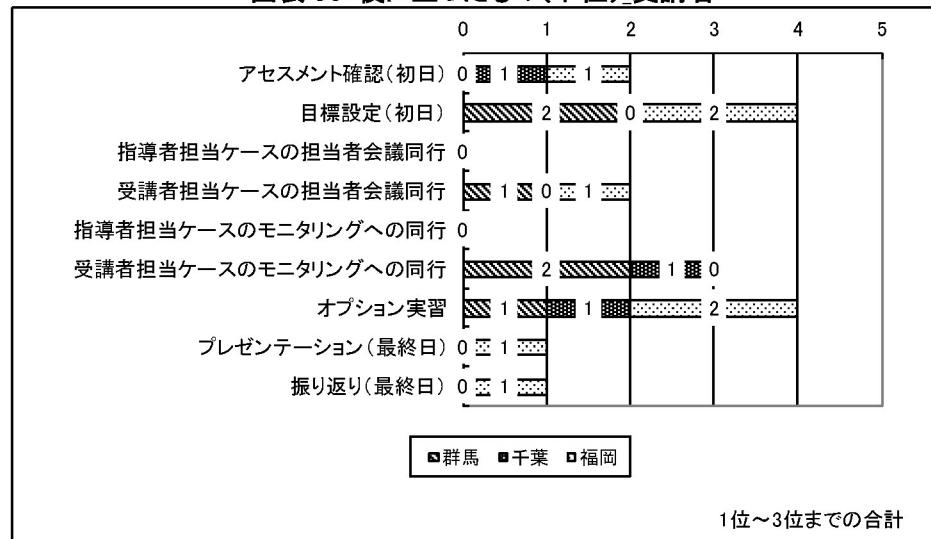
一方、受講者の「目標設定」は、主体的な学びに欠くことのできない内容であり、今後は、その意義を受講者に伝えることが必要となる。

なお、記入欄には「強いて言うなら」、「役に立たなかつたと感じた物はなかつたが・・・」、「全て大事と再認識」等の記述も見られた。

図表 35:役に立ったもの(下位)\_指導者



図表 36:役に立ったもの(下位)\_受講者

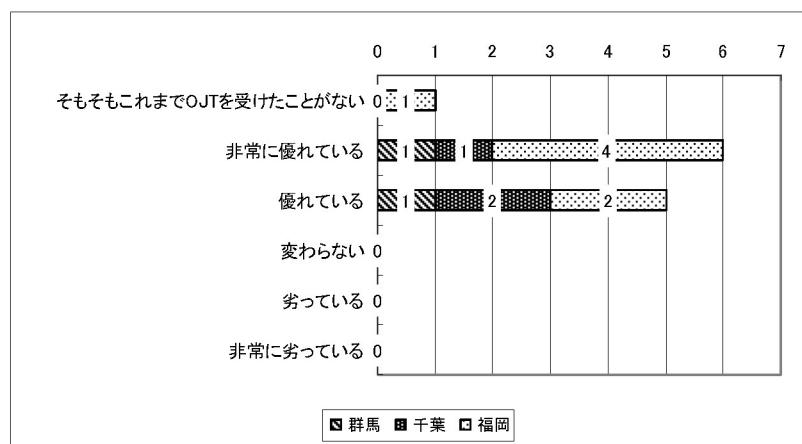


●これまでの事業所内等 OJTとの比較(指導者:N=12、受講者:N =16)

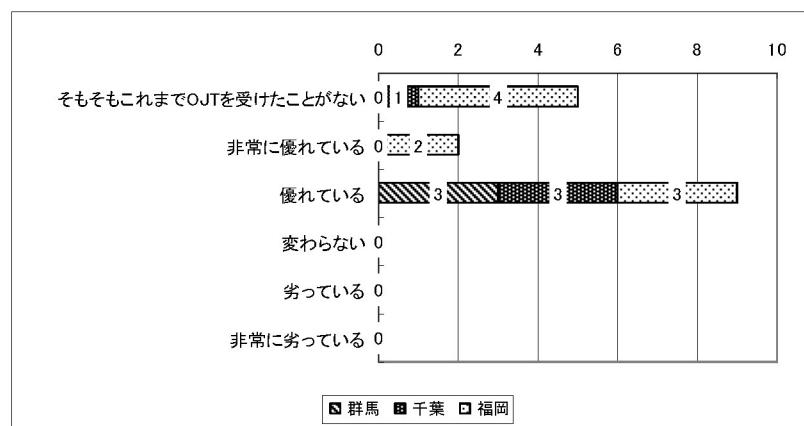
指導者・受講者ともに「非常に優れている」、「優れている」が圧倒的で、残りは「そもそもこれまで OJT を受けた事がない」と回答しており、今回の研修の評価は高い。

特に、受講者よりも業務経験の長い指導者で「非常に優れている」が多く、高く評価している。

図表 37:これまでの事業所内等 OJTとの比較\_指導者



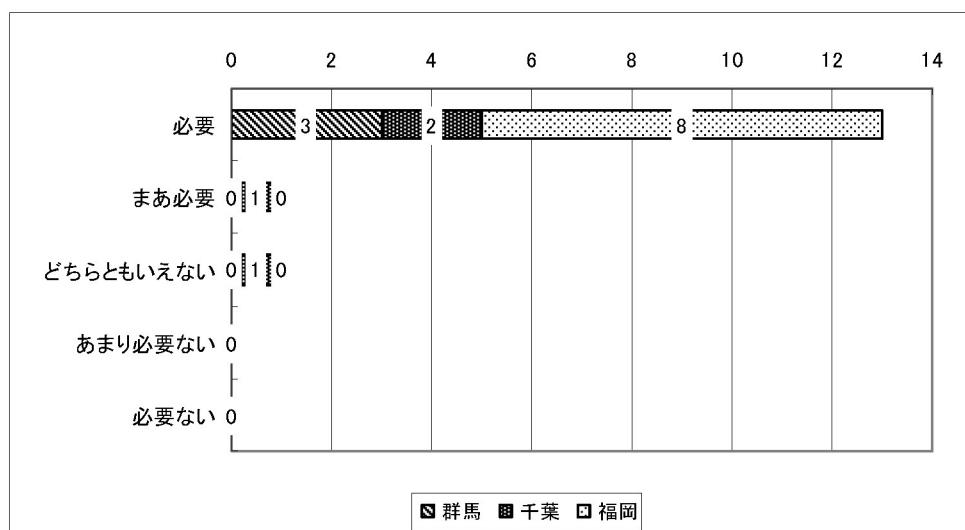
図表 38:これまでの事業所内等 OJTとの比較\_受講者



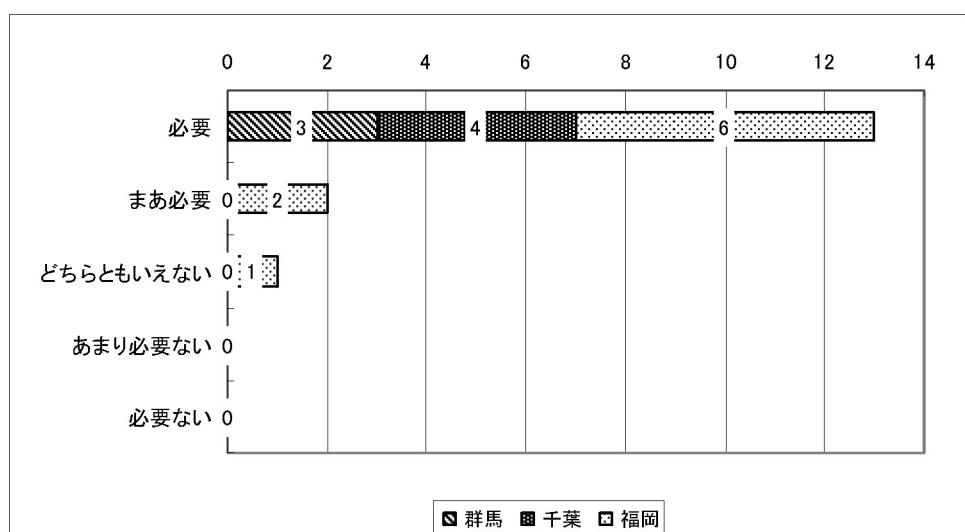
● 実習形式研修の法定研修での必要性(指導者:N=15、受講者:N =16)

指導者・受講者とも「どちらとも言えない」が1名、残りは「必要」、「まあ必要」と回答しており、必要性の高い研修であると推察される。

図表 39:実習形式研修の法定研修での必要性\_指導者



図表 40:実習形式研修の法定研修での必要性\_受講者



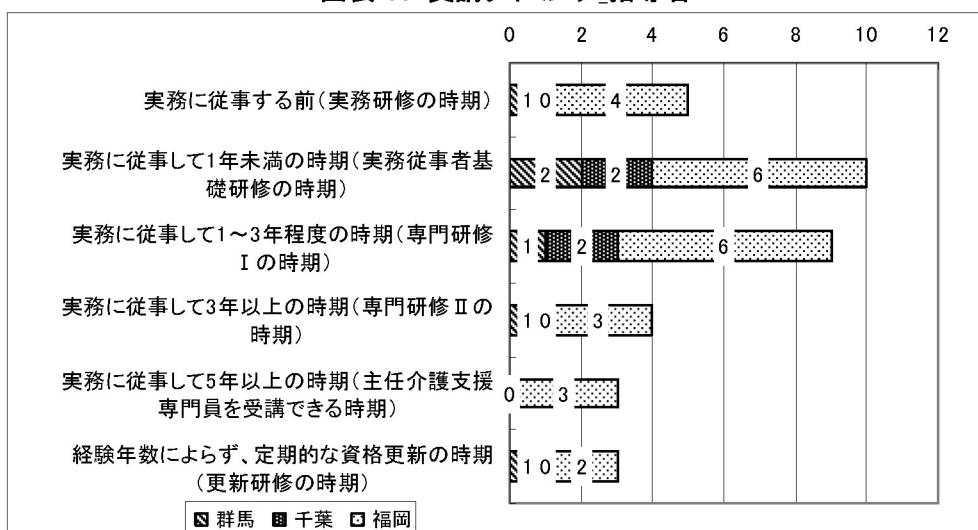
### ● 受講タイミング(指導者:N=15、受講者:N=16)

指導者で「実務に従事して1年未満の時期（実務従事者研修の時期）」が最も多く、次いで「実務に従事して1～3年程度の時期（専門研修Ⅰの時期）」、「実務に従事する前（実務研修の前）」の順となっている。

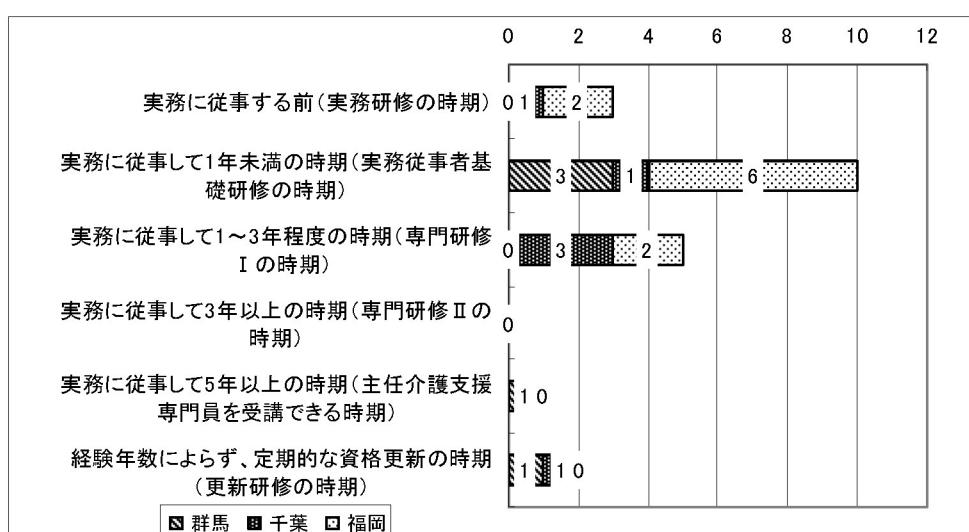
受講者では「実務に従事して1年未満の時期（実務従事者研修の時期）」が圧倒的に多く、次いで「実務に従事して1～3年程度の時期（専門研修Ⅰの時期）」、「実務に従事する前（実務研修の時期）」の順となっている。

指導者・受講者とも実務に従事して3年までに受講することが望ましいと考えている。

図表41:受講タイミング\_指導者



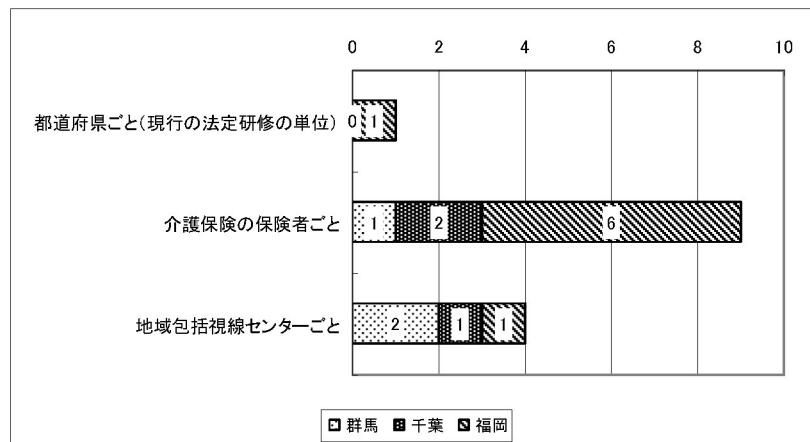
図表42:受講タイミング\_受講者



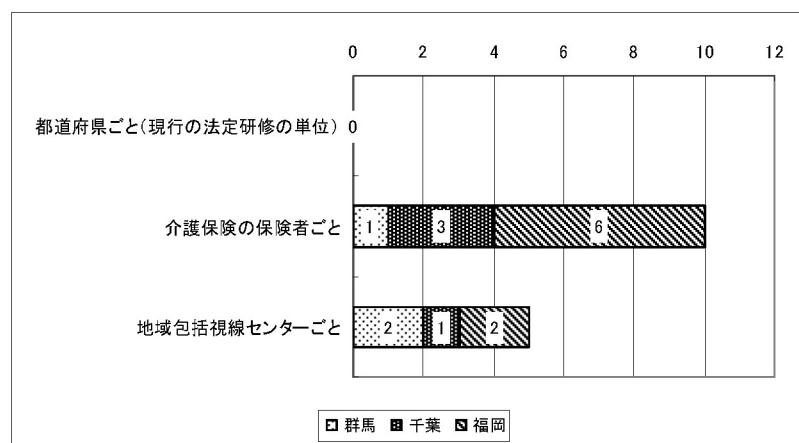
指導者・受講者とも「介護保険の保険者ごと」が最も多く、次いで「地域包括支援センターごと」の順となっている。

介護保険の保険者毎の取り組みが求められている。

図表 43:実習形式研修の実施単位\_指導者



図表 44:実習形式研修の実施単位\_受講者

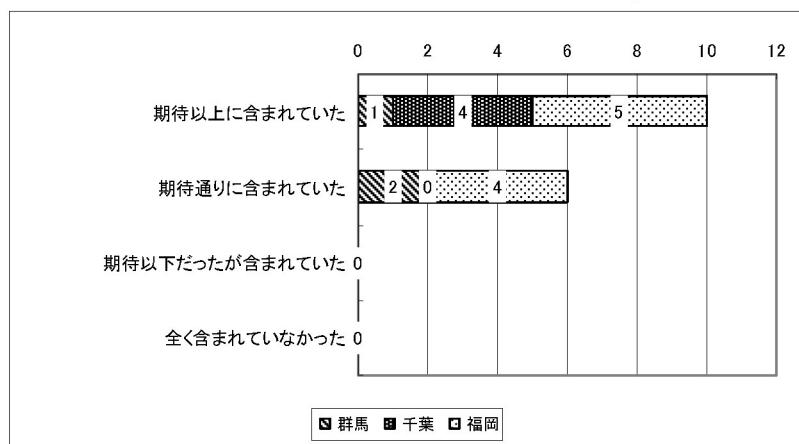


● 学びたいことがどれだけ含まれていたか／どれだけ習得できたか(受講者のみ  
N=16)

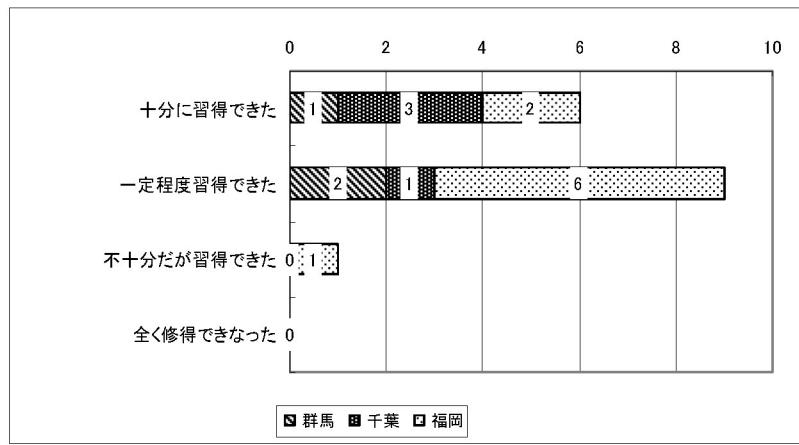
「期待以上に含まれていた」が「期待通りに含まれていた」を上回り、1名が「不十分だが学習できた」と回答している以外では、「一定程度習得できた」、「十分に習得できた」の順となっている。

受講者には期待を上回る内容であり、かつ一定程度習得できた研修であったことが推察される。

図表 45:学びたいことがどれだけ含まれていたか\_受講者のみ



図表 46:学びたいことがどれだけ習得できたか\_受講者のみ

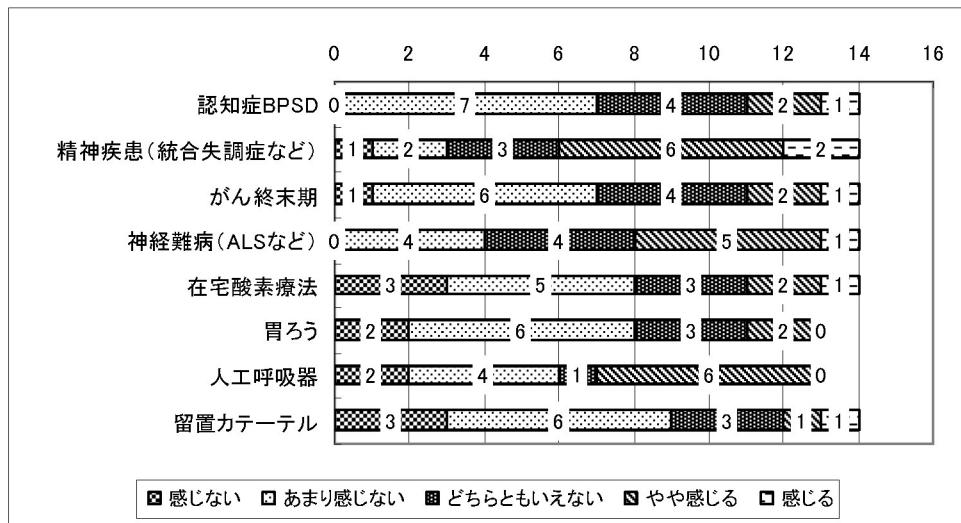


● 医療系ケースを担当することの苦手意識(指導者:N=14、受講者:N =15)

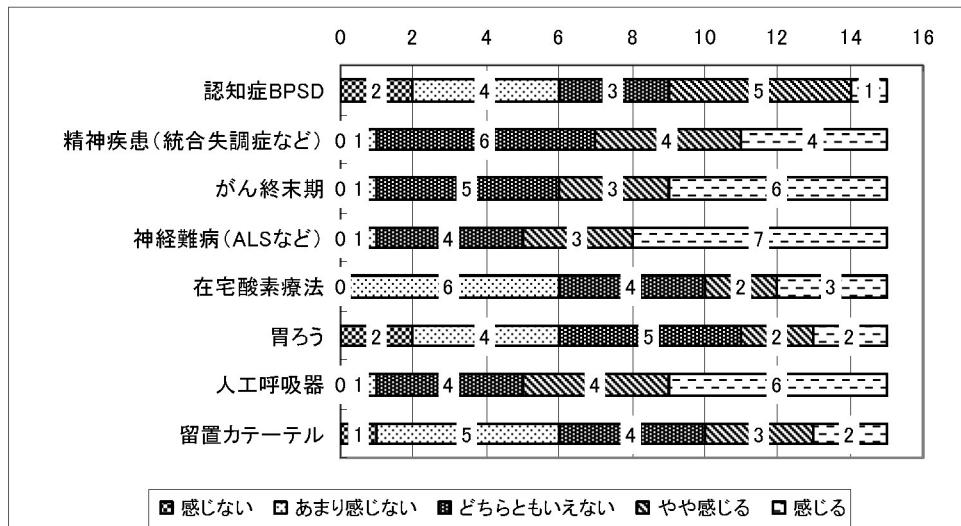
指導者・受講者ともに「精神疾患（統合失調症等）」、「神経難病（ALS 等）」、「人工呼吸器」に対する苦手意識が強い。

加えて、受講者には「がん終末期」に対する苦手意識も強い。

図表 47:医療系ケースを担当することの苦手意識\_指導者



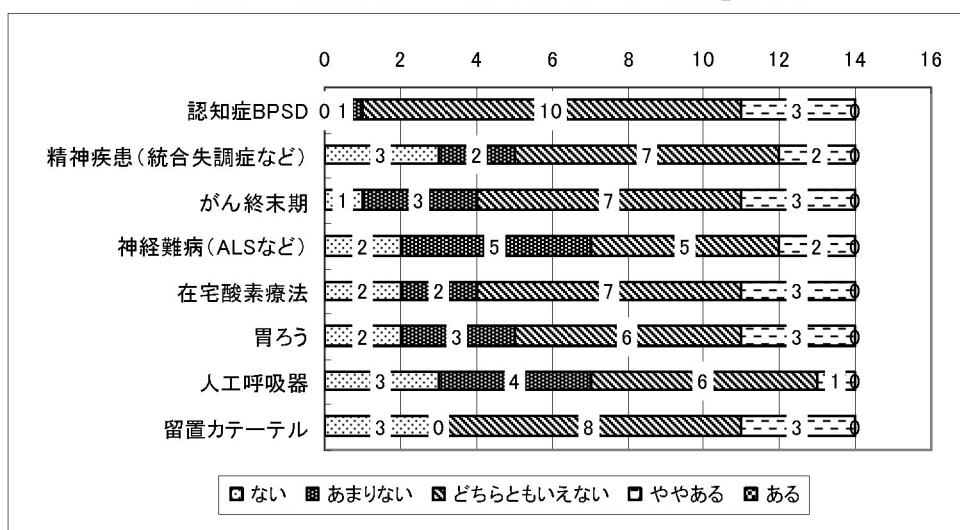
図表 48:医療系ケースを担当することの苦手意識\_受講者



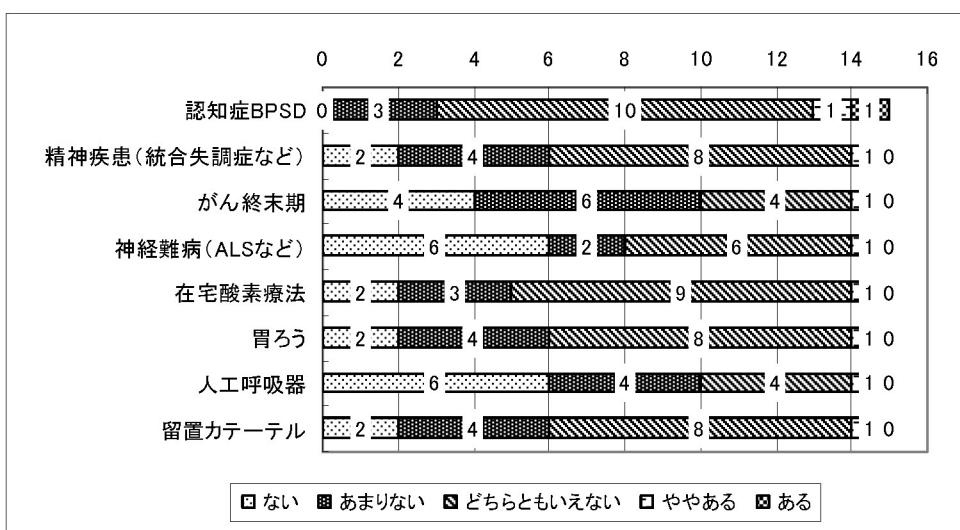
● 医療系ケースを担当することの自信(指導者:N=14、受講者:N =15)

指導者・受講者とも「ややある」、「ある」は圧倒的に少ないが、受講者よりも指導者の方が「ややある」と回答した割合が若干多い。

図表 49:医療系ケースを担当することの自信\_指導者



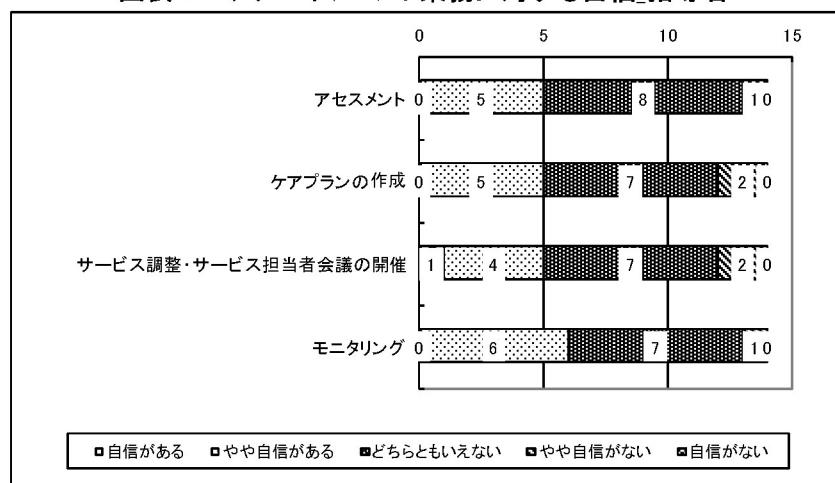
図表 50:医療系ケースを担当することの自信\_受講者



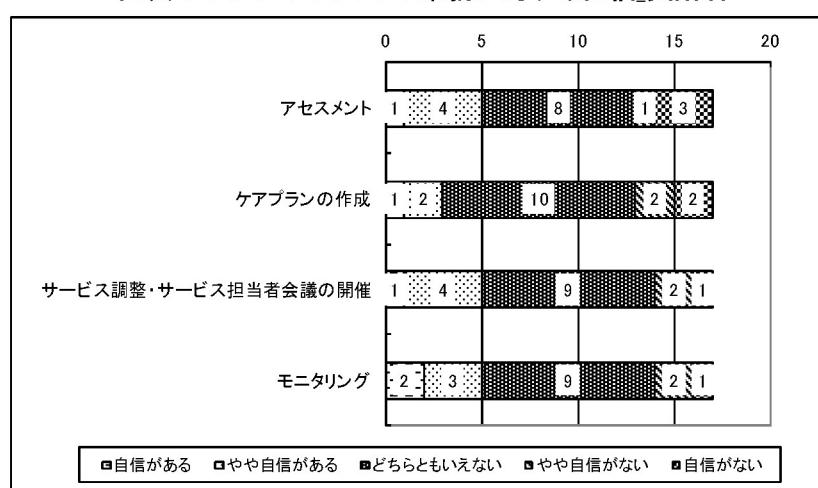
### ● ケアマネジメント業務に対する自信(指導者:N=14、受講者:N =17)

指導者・受講者とも「自信がある」、「やや自信がある」との回答は少なめであり、指導者の方が受講者よりも僅かながら自信を持っている様子がうかがえる。

図表 51:ケアマネジメント業務に対する自信\_指導者



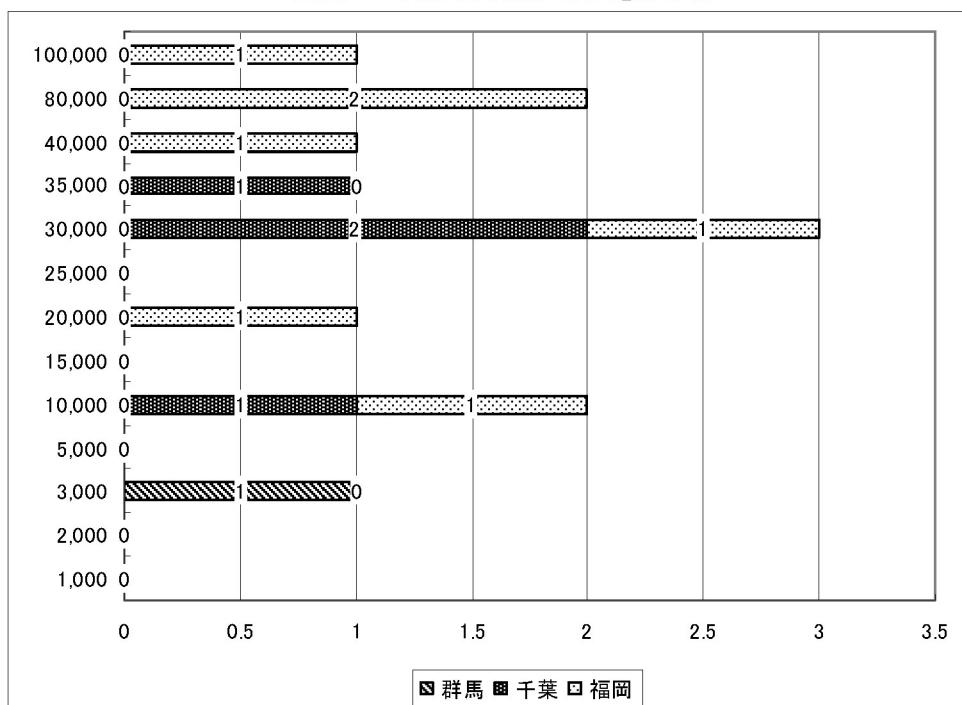
図表 52:ケアマネジメント業務に対する自信\_受講者



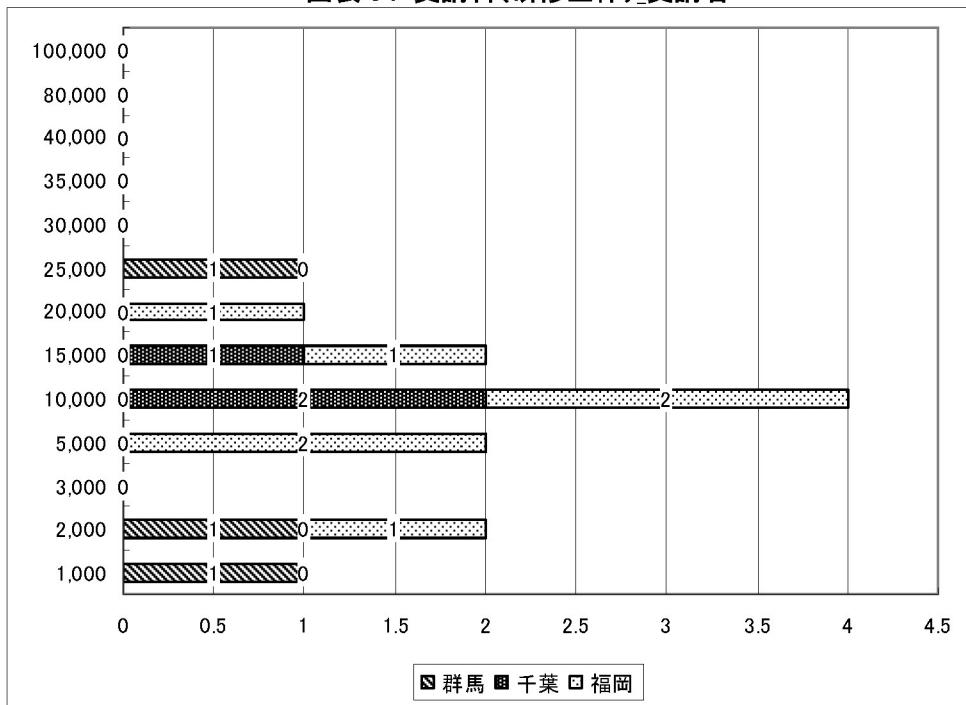
● 受講料(研修全体)(指導者:N=12、受講者:N=13)

指導者で 30,000 円、受講者で 10,000 円が最も多い。10,000~30,000 円が双方納得のいく金額として適切な受講料であると考えられる。

図表 53:受講料(研修全体)\_指導者



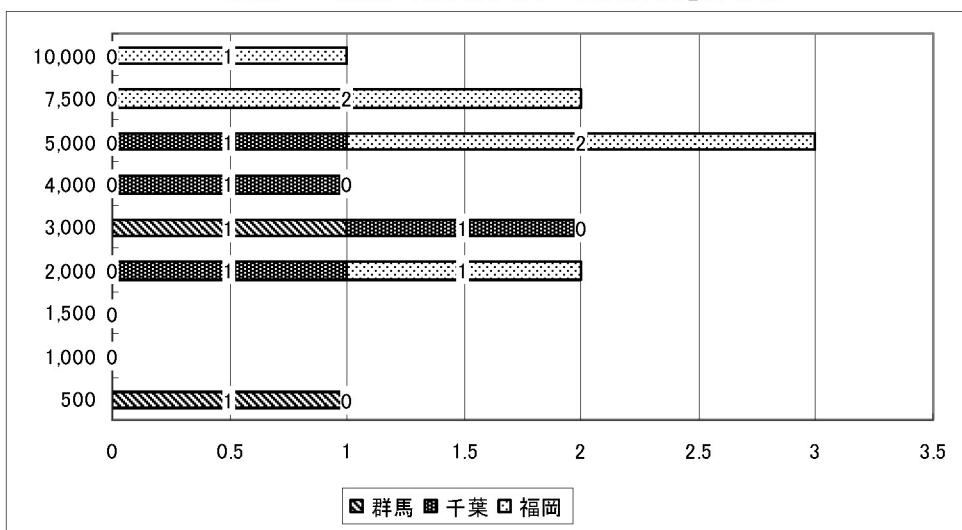
図表 54:受講料(研修全体)\_受講者



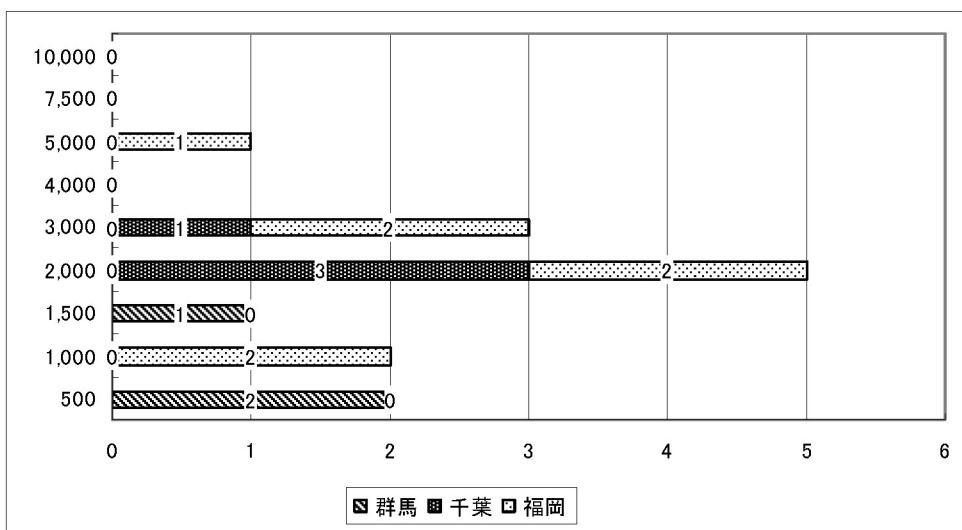
### ● 受講料(同行実習 1 回あたり)(指導者:N=11、受講者:N=14)

指導者で 5,000 円、受講者で 2,000 円が最も多い。2,000~5,000 円が双方納得のいく金額として適切な受講料だと考えられる。

図表 55:受講料(同行実習 1 回あたり)\_指導者



図表 56:受講料(同行実習 1 回あたり)\_受講者



## ② 事後アンケートまとめ

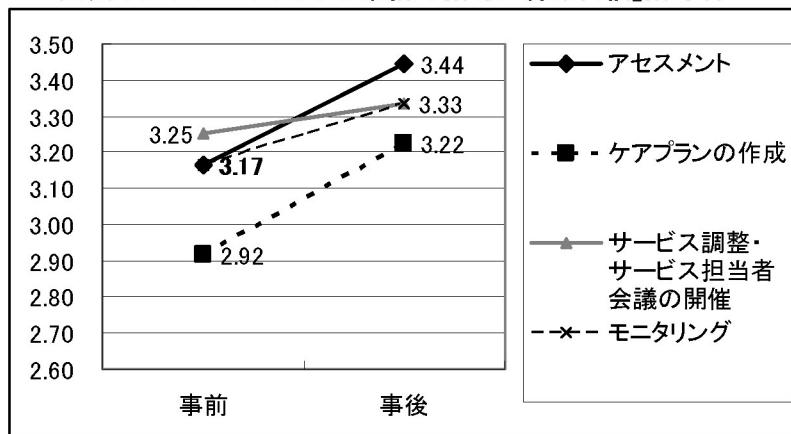
指導者・受講者の本プログラムに対する評価、および研修のあり方が明確になった。

- 指導者・受講者の多くが「期待以上」と本プログラムを高く評価している。
- 中でも「ケアプラン確認」と同行した相手の「担当者会議」、「モニタリング」が役に立っている。
- これまでの事業所内等 OJT との比較においても高く評価されている。
- 法定研修でも実習形式研修の必要性は高く、「実務に従事する前」、あるいは「実務従事後3年まで」には受講することが望ましく、実習形式研修の実施単位は「介護保険の保険者ごと」、あるいは「地域包括支援センターごと」よいと考えている。
- 受講者には期待を上回る内容であり、かつ一定程度、研修内容が習得できた。
- 改善点としては、研修の総時間数を増やすこと、研修参加者同士のかかわり合いを増やすことが挙げられている。

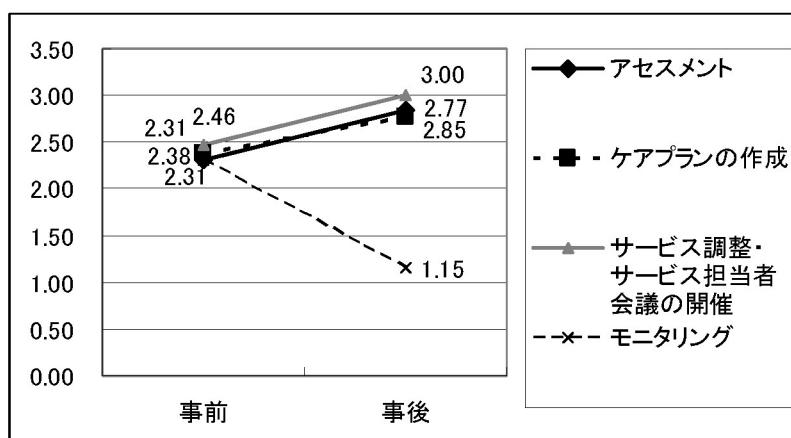
### (3) 事前アンケートと事後アンケートとの比較(指導者:N=9、受講者:N=13)

ケアマネジメント業務に関しては、指導者・受講者ともに自信を持つようになっており、受講者ではケアプランの作成、アセスメント、サービス担当者会議の自信が高まっている。指導者では特にアセスメントの指導に自信がついており、“アセスメント確認シート”のように具体的な指導ツールを用いたことの成果がうかがえる。

図表 57:ケアマネジメント業務の指導に係る自信\_指導者



図表 58:ケアマネジメント業務に係る自信\_受講者



#### (4) アンケート調査まとめ

指導者・受講者はともに、本プログラムを「期待以上」であると高く評価しており、さらに、プログラムの事前事後の比較において、受講者はケアマネジメント業務（ケアプランの作成、アセスメント、サービス担当者会議）への自信をより強く持つようになり、指導者はケアマネジメント業務（アセスメント）の指導に対する自信をより強く持つようになった。このことから、本プログラムは介護支援専門員の研修として効果があることが示された。

また、研修内容は指導者・受講者ともに支持されており、実習と講義を組み合わせたプログラムの構成はちょうど良いとの回答だった。ただし、総時間数に対してはやや少ないとの反応や、また指導者同士、指導者・受講者間の関わりあいがやや不十分との反応もあり、今後カリキュラムのブラッシュアップが必要である。

また、法定研修への実習形式研修の導入が求められていることを踏まえ、実施単位や対象者像についても合わせて検討することが求められている。

### 3.3.3. ヒアリング調査による評価

本プログラム全体の評価について、具体的に探るためにヒアリング調査を研修終了後に実施した。調査対象は4地域全てである。

#### (1) 本プログラムに対する評価

本プログラムの「実習形式」で「個別化された」点、「事業所を超えた」点、「相互研鑽」といった特徴が、従来の研修にはない部分として高く評価されている。

具体的には、実習により自身の業務に対する気づきを得る契機になり、事業所を超えた指導により自事業所には無い視点を獲得するとともに、上下関係なく気軽に発言できる環境や小規模の事業所でも指導の機会を得られている。また指導者が受講者から学ぶことも多く、指導者と受講者が相互研鑽できている。これに加えて、地域資源との関わり方を身につけ、新たな関係づくりにも繋がっている。

図表 59:本プログラムの特徴に対する評価

<b>実習形式・個別化された研修に対する評価</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>実習形式を行うことについては賛成。例えばサービス担当者会議の<u>同行実習</u>の後で振り返りを行うと、受講者が<u>気付く点</u>があり、自分自身も気づかれる点がある。</li><li>他の資格では全て実習があるにも関わらず介護支援専門員には実習がないため、座学のみでは偏った形になってしまうと思う。実習は必要だと思う。特に介護福祉系の介護支援専門員が多くなってきていている現状では、例えば医療系のケースについて全く関わらないまま介護支援専門員としての経験を重ねている方もいるため、今回のような実習の機会は必要である。</li><li>実際に現場に出ていくのは絶対的に必要。事業所内に何人も介護支援専門員がいれば、新人に同行することができるが、そうでないところは難しい。各々のケアプランにお互いに意見を言わないという事業所も相当数あると聞く。</li><li>新たな視点からのアドバイスを得ての自己研さんである。</li><li>面接の仕方は実地で学べるのでよい。「<u>こんな感じでいいんだ</u>」等の安心感にもつながる気がする。</li></ul>
----------------------------	--

**事業所を  
超えること  
に対する  
評価**

- 事業所の様子やケアプランの立て方がお互いに違うことが分かる。事業所内に背景が多様な複数介護支援専門員がいれば、事業所内で違いを共有することができるが、1人ケアマネの事業所ではそれが難しいので、今回のような研修は有効。
- 1人ケアマネで管理者も兼任しているような小規模の事業所では事業所を超えてバイザーに指導してもらえるところが良い。
- 受講者は2名とも自事業所ではそれほど指導というところまでは受けてこなかった状況があったので、自身の実践の振り返りの機会として有用であったと思う。
- 居宅サービス事業所で新人の頃、1~2回の同行研修があったが、その後ずっと自分のやり方だけでケアマネジメントを行ってきた。今回の研修のような他の事業所、他のケアマネさんから指導を受ける機会は、新人ケアマネの自信につながり、有効だと思う。
- 同事業所内での指導・アドバイスは大方予想がつき、視野が狭くなっていくが、他の事業所の方からの指導・アドバイスは新鮮に感じた。
- 受講者が気兼ねなく何でも質問できる部分はメリット(自事業所内では、例えば経験5年目ともなると質問しにくい)。ただ、前提として指導者が信頼される必要はある。
- 実際の上下関係がないので、自由に発言できる。これまで指導してきていないので、部下の場合だと「査定」をする視点も一部持たざるを得ないのに対し、それが全くなくフラットな視点で助言ができる。
- 事業所の管理者よりも経験年数が上のケアマネが中途で入ってくると、事業所内での指導・教育に苦労すると聞く。事業所を超えた研修だと、事業所内の上下関係とは別に指導してもらえるので、管理者としては助かると思う。
- 自事業所内で教える場合は、事業所の管理者であるのを同時に指導者であるのに対し、今回は管理者ではない立場で指導のみを行う(スーパービジョンの管理的機能を持たない形)というところで、これまで経験しない気付きを得た。自事業所では、いろいろな意味で近い関係にある分、気軽に口を出してしまうことが多かったが、今回の経験で、指導に際しては声掛け1つにしても相当意識的に行わなければならないことを自覚した。今後は自事業所内の教育にもこのような視点を活かしていくかなければと思った。

	<p><b>【地域資源との関わり方】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>地域の特徴に対応するためには、事業所内のスーパービジョン、OJT では限界がある。地域内のさまざまな事業所が一堂に会し、地域内での関係を築いていく大切さに気付いた。</u>事業所側から情報発信し、関係(地域の連携組織)を構築していく必要もあるかと思った。</li> <li>・ 事業所内のケアマネに相談することもあるが、他の社会資源等を知っている立場の他の事業所のケアマネから話を聞くと、また違った方法も見えてくるのかなと感じた。</li> <li>・ 困難事例の相談等、地域包括との<u>かかわり方を学ぶことができた</u>。インフォーマルなサービスとのかかわり方やどのように情報収集したらよいかも学ぶ機会があるとよい。</li> <li>・ 改まった会議の場を設定するのではなく、お茶会のように気軽に情報交換・共有できる場で、地域包括、事業所、医療機関との連携が図れれば、1人の利用者に関する情報が重複することもなく、関係者の業務が効率化されるかもしれない。</li> <li>・ ケアマネ連絡会の県支部として、会員の増加に向けて魅力的な活動を行ってネットワークを広げていきたいと考えている。</li> </ul>
<b>相互研鑽に対する評価</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今回の研修は指導者も学ぶことが多く、指導者・受講者関係なく、お互いが指導者であり受講者であった。</li> <li>・ 受講者が自ら気付くよう質問の持つて行き方、誘導の仕方が難しかった。</li> <li>・ 利用者とのやり取りから「意図的な質問による事実確認の重要性」を学んでほしかったが、受講者には伝わっていなかったケースもあり、伝えることの難しさを実感した。</li> <li>・ 指導者の育成には時間がかかり、主任ケアマネだからといってできるわけではない。初めはアセスメントの確認により、どこができるか、どこができるないかを把握できるかがカギになる。</li> <li>・ アセスメント確認後、モニタリングに同行し、再アセスメントを行う中で、指導者(受講者への援助技術)も受講者(自分の弱い部分の発見)も育っていくのではないか。</li> <li>・ 指導者にとって逆に、受講者の仕事ぶりの中で参考になる部分もあった。例:受講者の所属事業所では、目標等が記載されたモニタリング表を事前に印刷してモニタリングに持参するというやり方になっていた点。</li> </ul>

## (2) 研修の運営について

事前準備として、同行する相手先の事業所、サービス担当者会議の事業所等への研修の趣旨・内容説明(協力依頼)、高齢者である利用者への説明・同意文書を分かりやすく簡素にすることが課題として挙げられている。

研修期間については、「同行訪問の調整にもっと時間が必要」や「負担が大きい」等の意見がある一方、「期間を長くするのは適切ではない。忙しいからこそ集中的に短期間で行うのがよい」といった意見もある。

研修の流れについては、事前に「受講者の力量を把握しておきたい」ことや、受講者の提出事例をケアプラン確認から担当者会議あるいはモニタリングへつなげることで、受講者の学びがより深いものになると考えられる。

また、同行の直後に振り返りを行う時間をとることは、記憶が新鮮なうちに「学び」を受講者に定着させる効果が期待できる。

図表 60:研修運営に係る意見

<b>関係者(特に事業所)への説明</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>・研修受講に関し、管理者や事業所トップの理解がなければ難しいのではないか。</li><li>・同行の相手先事業者やサービス担当者会議に出席する事業者等への研修の趣旨・内容説明(協力依頼)が必要である。</li><li>・事業所から研修に参加するバイジー・バイザーに対し、どういったところを学んでほしいかということを事前に伝え、合意があれば、もっと有効だったのではないか。研修後にバイジー・バイザーは研修成果を事業所に持ち帰り、事業所としても経過を見ていく必要があろうと思っている。</li><li>・研修成果を事業所内に持ち込む時、研修を受けていない人たちとの摩擦に注意する必要があるのではないか。</li><li>・受講者の所属事業所に対する説明(個人情報の取り扱いなど)はきちんとしておいた方がよい(受講者には説明してあってもうまく伝わらない可能性もある)。</li><li>・指導者と受講者とで、他の事業所の待遇や環境、プライベートなことは聞かない、同行で目にしたものは口外しないという約束事の周知徹底が必要である。</li></ul>
<b>利用者への説明</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>・受講者が利用者に対する説明をきちんとできないこともあるので、説明文書が分かりやすく、不安を与えない(受講者が半人前であるという印象を利用者に与えない)文面になっていることが重要。</li><li>・利用者は高齢者が多いため、もう少し簡単なわかりやすい同意書があるといい。</li><li>・概ね利用者・家族の反応は良好。(というよりは、了解をいただけそうな方</li></ul>

	<p>を必然的に選ぶことになる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・困難事例には利用者の了解が難しいであろうことから同行はできない。</li> </ul>
<b>研修期間</b>	<p><b>【調整時間】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・もっと同行訪問の調整時間が必要だった。</li> <li>・調整に1ヶ月あれば、事例にあったモニタリングやカンファレンスのタイミングに合わせることができた。</li> <li>・研修期間が短かったため、同行が可能な担当者会議・モニタリングの選択肢が少なかった。</li> <li>・研修期間がもう少し長ければ、計画的に利用者にも同行のお願いができる、内容についてもう少し考えることができたかもしれない。</li> <li>・時期的にモニタリングや担当者会議がある時期ではなかった。</li> <li>・研修期間がもう少し長ければ、計画的に利用者にも同行のお願いができる、内容についてもう少し考えることができたかもしれない。</li> </ul>
	<p><b>【準備】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・バイジーの力量等(ケアマネの資格取得年、経験年数、元職、現在勤務している事業所等の情報が必要)を事前に把握しておきたい。</li> <li>・ただ単に1回行っただけでは、詳しい内容までは分からないので、目的や観察ポイントが事前に明確になっているとより有効だと思う。(指導者用の共通マニュアルや観察ポイントのシートがあるとよい。)</li> <li>・受講者も事前に研修の趣旨・目的等を十分に把握して研修に取り組めると、もう少し効果的な研修になったと思う。 (もし法定研修等に位置づけられて定期的に受講する形になるとすれば)指導者と受講者のペアが経時的に保たれるということは考えにくいが、以前に受けた指導内容がポートフォリオなどに保管されていれば、それを閲覧することで受講者の過去の状況を把握することができる。</li> </ul>

研修の流れ	<p><b>【アセスメントから担当者会議とモニタリングの連続性】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>指導者も受講者の利用者像(アセスメント提出事例)を理解し、担当者会議、モニタリングへつなげられると、もっとバイザーの理解が深まるのではないか。</li> <li>受講者が提出した事例でモニタリングや担当者会議に同行し、再アセスメントを行うと(気付きを与えること、実際に記入して見せてもらうこと)より効果的な研修になるのではないか。</li> <li>アセスメントの確認時には質問すると答えられるのにアセスメントシートへの記入漏れも多かったことから、同行で現場の情報を収集し、話を膨らませることより具体的な指導ができるのではないか。ただし、バイザーの育っている地域のみ可能な対応かもしれない。</li> <li>ケアプラン確認で取り上げた事例の担当者会議に同行してもらえたので良かった。</li> </ul>
-------	---

### (3) 研修内容について

ケアプラン確認や担当者会議では、指導者のケアプランを受講者に見せたり、どのように発言したらよいかを指導者が実際にやって見せることが効果的であった。ケアプラン確認では、特にアセスメントからの確認に有用性を感じている。また同行実習では、「同行後に自分自身を振り返り（できたこと・できなかったこと）と指導者からのフィードバックができるだけ早く実施し、モニタリングや担当者会議につなげることで、気付きが有機的に積み重ねられる」という。

一方で、ケアプラン確認に用いる帳票の改善や「同行実習の回数増」や困難事例に悩んでいる受講者に対する「オンタイムでの同行」が望まれている。

図表 61:研修内容に係る意見

<b>ケアプラン 確認</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>受講者より、<u>指導者のアセスメントを見たい</u>との希望があつたためケアプランを見せた。</li><li>既存の研修では、アセスメントよりは居宅サービス計画書の内容にフォーカスが当たっていることが多かった。アセスメント確認の研修は何度も繰り返して行われると、さらに有用性は増すと思う。(時間がとれるかという問題は生じるもの。)</li><li>初日のケアプラン確認の作業は、1回目は勉強になったが、2回目はやや苦痛だった。一緒に作業をすることで受講者のくせを捉えることができるが。事例を提出してもらうことで、(一緒に作業まではしなくとも)受講者のくせなどについて当たりをつけることはできると思う。</li><li>利用者の状況を具体的に把握するため、基本情報と課題分析の概要、ケアプランの1~3表があれば話しやすいと思う。</li><li>ケアプラン確認の意義を理解してもらう仕掛けが必要ではないか（ケアプランはバイジーの力量を把握するツールという位置付け？）</li><li>書面の確認だけでは限界がある（バイジーに対するインパクトが弱い）</li></ul>
<b>実習 (担当者会 議・モニタ リング同 行)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><u>実際の言葉づかい、質問の仕方等を学びたい</u>と考えているようである。</li><li><u>同行後の自身の振り返り（できたこと・できなかったこと）と指導者からのフィードバックが重要</u>で、できるだけ早く（1週間以内）に実施し、モニタリングや担当者会議につなげることで、<u>気付きが有機的に積み重ねられる</u>。</li><li>同行した直後に振り返りを行う時間を取りたのがよかったです。</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>担当者会議の同行がもう2～3回あるとよかったです。</li><li>困った事例の同行がオンタイムでできるとよい。</li><li>受講者からは1日同行してみたいという希望もあったため、特定ケースへの同行に限定しない1日の流れを見せるという実習の形も場合によってあり得るのかもしれません。</li></ul>
--	---

#### (4) 今後の取組みに対する意見や期待

本プログラムの受講者像としては、経験の浅い介護支援専門員や意欲のある介護支援専門員が適しており、経験の長い介護支援専門員には「修正が難しい」や「年長者だと指導しにくい」といった意見がある。1年目、3年目、5年目とそれぞれの知識・経験に応じた研修内容にすれば、都度自分の癖を見直し修正する機会になるという意見もある。

また、研修を制度的に位置づける必要性が示されている。実施主体としては、自治体や地域包括支援センターのほか、特定事業所加算をとっている事業所や在宅医療を推進している医療機関等も検討の対象となる。

図表 62:今後の取組みに対する意見や期待

<b>受講者像・受講のタイミング</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>ケアマネジメントの業務を一通り経験し、自分の弱みを自覚している経験3年くらいのケアマネに適している。</li><li>受講者が自分の行っているケアマネジメントに疑問を持っていなければ、いくら助言・指導しても変わらないのではないか。</li><li>5年を過ぎると自分のケアマネジメントスタイルや言葉遣いが確立されており、修正が難しい。</li><li>アセスメント等で何故この情報を得る必要があるのか（目的）を理解しなければ、利用者にも理由を答えられないため、実践では使えない。</li><li>1年目、3年目、5年目に受講すれば、自分のケアマネジメントのクセを修正できる機会になる。</li><li>受講対象は、経験年数1~2年くらいの方がよいのではないかと思う。</li><li>「こういうときはどうしたらよいか？」など聞くことができる方であれば受講のタイミングは関係がないと思う。</li><li>受講者の年齢や経験年数が上であると遠慮すると思う。</li><li>管理者はやめた方がよい。あまり指導は必要ないかと感じた。本人は医療は経験がないとは言っていたが、サービス担当者会議に出席してみて、ある程度できていると感じた。かつ、指導的コメントを言いにくい。</li><li>介護支援専門員の前に、サービス提供責任者など在宅介護の現場を広く見てきた経験がある人は、経験年数が短くても医療サービスをきちんとプランに組み込んでいると思う。逆に、狭い範囲で連携などを経験していない人は、プランへの組み込みがうまくできていないのかもしれない。</li><li>実務研修受講試験の段階で、ペーパーテストだけでなく面接をする</li></ul>
----------------------	---

	<p>など、ある程度の厳選する必要があるのではないかと思う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>受講者は手上げをしているので、教わろうとする意欲があるため、教えやすかった。これが義務研修になると、意欲が低下する危険性がある。</li> <li>受講者から指導者への意見ももらいたい。</li> <li>担当した受講者は、かなりできている人だったため、指導するというよりは、単に承認するのみということが多かった。</li> </ul>
<b>研修の位置づけ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者に対するきちんとした説明と了解がないとまずい。「このケアマネはまだ研修中の半人前の立場なのか?」と利用者が感じてしまうのはよくない。その意味では制度にきちんと位置付けられて、「〇年目のケアマネは必ず通る道である」という形になった方がよい。</li> <li>法定研修への位置付けは必要と思う。</li> <li>看護学生の実習と同類とみなすこともできるが、自分の持っている知識やノウハウ・技術を伝えるOJTとは少し違うと思うため、単純比較はできない。</li> <li>看護学生では、看護学校から指導教員が時々来て、学生の記録を見たり、管理者とのすり合わせを行ってくれるが、本プログラムでは、このようなサポートが全くない。</li> <li>看護学生や医学生の見学実習は受け入れているので、実習を受け入れること自体は全く抵抗がない。(大学の看護学生は半日見学で謝金5000円くらい。)</li> </ul>
<b>実施主体</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定事業所加算を取っている事業所が、優先的に取り組むべきなのではないか。</li> <li>地域包括単独でやるには負担が重い。市役所が関わってくれれば可能。あおぞら診療所は推進力があるのでできた。</li> <li>市町村がもっとも適切かとは思う。</li> <li>この市の状況を考えると、実施主体は保険者(市町村)かと思う。法定研修に位置付けられるならば、県のケアマネ協議会が行うのも1つの方法だが、地域性があると思う。</li> <li>全体の統括は地域包括でよいと思う。中立性という観点で、市町村も絡んでもらえるとよい。</li> <li>地域内の大規模事業所に対して、どこに話を持っていくたらよいかが不明である。指導者は現場の主任介護支援専門員がよい。</li> <li>ケアマネの職能が後任を育成するという土壌づくりが必要。</li> </ul>

## (5) ヒアリング調査のまとめ

「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」の「実習形式」、「事業所を超えた」、「個別化された」、「相互研鑽」といった特徴が、従来の研修にはない部分として高く評価されている。

具体的には、実習により自身の業務に対する気づきを得る契機になり、事業所を超えた指導により自事業所には無い視点を獲得するとともに、上下関係なく気軽に発言できる環境や小規模の事業所でも指導の機会を得られている。また指導者が受講者から学ぶことも多く、指導者と受講者が相互研鑽できている。これに加えて、地域資源との関わり方を身につけ、新たな関係づくりにも繋がっている。

ただし、運営上の課題として、関係者や利用者への説明、受講者の力量の事前把握、同行調整に十分な期間の確保といった、事前の準備や研修期間の長さに関する指摘があった。

本プログラムの研修の構成としては、同行の直後に振り返りを行う時間をとることは、記憶が新鮮なうちに「学び」を受講者に定着させる効果が期待できるものであった。受講者の提出事例をケアプラン確認から担当者会議あるいはモニタリングへとつなげることで、受講者の学びがより深いものになると考えられる。

受講者像としては、経験の浅い介護支援専門員や意欲のある介護支援専門員が適しており、経験の長い介護支援専門員には「修正が難しい」や「年長者だと指導しにくい」といった意見がある。研修を制度的に位置づける必要性が示されている。実施主体としては、自治体や地域包括支援センターのほか、特定事業所加算をとっている事業所や在宅医療を推進している医療機関等も検討の対象となる。

### 3.3.4. ポートフォリオ分析による評価

受講者が本プログラム実施期間中に気付き・学んだことが何か、研修を通じてどのように変化したのか、今後に向けどのような目標を持っているのかを明確にすべく、ポートフォリオ（目標設定用紙や振り返り用紙等）の分析を行った。

#### (1) 受講者

##### ● 本プログラム開始時の短期目標・中長期目標

本プログラム開始時に提出された「目標設定用紙」を分析した。

その結果、受講者は、主に自らのケアマネジメント技術の振り返りや弱点発見、利用者理解の深化、およびケアマネジメント技術の向上を設定していることが分かった。

中長期目標としては、習得したケアマネジメント技術や知識を現場で実行しながら、経験を積んで主任介護支援専門員を取得し、指導者へと成長するという具体的な成長プロセスを掲げている。

図表 63:短期目標(今回の研修期間中の達成目標)

自らのケアマネジメント業務の振り返りと弱点発見
もう一度、モニタリング、担当者会議のあり方を学ぶ
自分の弱点を見つける
着眼点をどこに持つて行くのかを学びたい
自らの業務を振り返り向上させる(面接、コミュニケーション技法)
この研修を通じて(モニタリング、担当者会議)自分自身がどのような視点を持っているか? 自分自身の考え方の傾向があるのかを学ぶ。
利用者理解を深める
利用者のニーズを正確にとらえる。
利用者様の本当の気持ちがわかるようになりたい。
ケアマネジメント技術の向上
(アセスメント力)
本人の訴えをもらさない様聞きアセスメントする。
アセスメント力をつけたい。
利用者さん一人一人のアセスメントをしっかりと行え、理解できる様になること
モニタリング、カンファでのプロセスとポイントをつかむ
アセスメントシートに沿って(使って)、的確にアセスメントを行う
アセスメントからより具体的に明確にするために言語化できる。楽しく研修を受けることができる。
医療面について自信を持ってアセスメント・ケアプランにつなげられる様にする。
(サービス担当者会議の進め方・モニタリング)
アセスメントの手法や担当者会議における進め方等について
指導者のモニタリングとサービス担当者会議に同行することにより、客観的な目で、参加者の立場や全体のまとまりについて感じ取る
先輩のサービス担当者会議に参加し、流れや表現方法を学ぶ

	<p>担当者会議の流れをつかむ</p> <p>地域資源の理解</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>社会資源に対する情報収集の方法を知り、近隣のサービス事業所の特徴を理解する。</li> </ul>
--	---

図表 64:中長期目標(3~5 年後の到達目標)

学んだことの現場での実行	(利用者の理解と利用者との関係の深化)
	利用者がなぜそうなったか？を深く追求し、困っていることの原因を見つけ出すことができるようになりたい。
	本人様をきちんと理解できるようになりたい。
	利用者との関係づくりが上手くなる
	利用者さんにとって何が一番良いケアなのか理解できること
	様々な生活環境や想いに寄り添うことができる人間(CM)になりたい
	本人の訴えを見逃さないため、シート等を活用し、プランに反映していく。
	(ケアプランの高度化)
	本人と家族にあった社会資源の情報を提供でき、ケアプランに活用できるようになる。実際のモニタリングや担当者会議に、自分の気付いた部分(今まで不足していた働きかけ)を活かす。
	ケアプランに反映しやすいアセスメントができる。
(サービス担当者会議の上手な運営)	的確な判断ができる利用者にあったサービスを組み込めるようになりたい。
	本人の訴えを見逃さない為シート等を活用し、プランに反映していく
	(担当者会議でのプレゼンがしっかりとできる 表現力を身につけたい)
ケアマネジャーとしての成長	ケアマネジャーとして成長したい(小さなことも含めて)
	自身を振り返り、自己研鑽を行うことができ、ケアマネジメントにおける問題の早期発見対応が行えるようになる。事業所の先輩に助言や指導が行えるようになる。
	この気づきを基本に基礎資格である社会福祉士の視点とケアマネの視点をミックスした支援が行えるようになりたい。その後、可能であれば主任 CM を取得したい。
	ケアマネとして教えられる立場になりたい。
	主任ケアマネをとり、指導・アドバイスできるようになる。
	楽しんで仕事をすることができます。

### ● 本プログラムによる自分の課題の発見

研修日当日に受講者が記述した「当日記録」の内容を分析すると、既に課題に自ら気づいている受講者だけでなく、研修を通じて指導者と共に自らを振り返ることにより課題の発見に至る受講者とがあった。これは、指導者とのマンツーマンの個別化された研修だからこそ発見に至ったといえる。

発見された課題には、主に受講者のアセスメント・モニタリング不足が挙がっている。具体的には、「視点の欠如」、利用者との距離が近すぎ、あるいは遠すぎて「利用者像を把握できていない」、「分析が不十分」、「利用者への遠慮」、「アセスメントとプランの記載不足」等が挙がっている。いずれも指導者とともに業務の進め方を見つめ直すことで判明した事柄であり、実習形式だからこそ明らかになつたものである。

さらに同行訪問やサービス担当者会議への参加を通じて、「困難事例への対応や医療系への苦手意識が強い」を改めて認識し、「形式的で実効性の低い担当者会議の進め方であった」ということに気付き、さらに「自らのケアマネジメントを振り返る機会がなく、これでよいのか?」と考え直すきっかけを得たことが窺える。

図表 65:本プログラムによる自分の課題の発見

アセスメント不足	初日、ケアプランを確認しながらアセスメントで自分の不足しているところや苦手な部分を明確にしていった。
視点の欠如	<p>個人や周囲の環境を深く理解する必要があると感じさせられた。</p> <p>利用者の「生活歴」や「これまでの経緯」を聞いていなかった。</p> <p>服薬状況や治療内容がどうなっているか明確でなかった。</p> <p>利用者の話を聞くだけに終始し、サービスの確認や生活の中で問題が起きていないかに気づいていなかった。</p>
利用者把握が不十分	<p>私のアセスメントは、個人の生活像が思い浮かばないものとなっていた。</p> <p>モニタリング時に確認事項は少なく、世間話や訴えを聞いている時間がが多い。意向に結び付く問い合わせの難しさを感じている。</p> <p>私のアセスメントは聞き取り調査で、自分の中だけで利用者像をつくり、サービスをあてはめていくという思考回路であった。</p> <p>家族同席のもと、モニタリングをすることが多く、本人の思っていることを聞けていなかった。</p>
分析が不十分	<p>住宅改修下にもかかわらずよく転倒する利用者に関し、原因を追及したかったが、数分しか本題に触れられなかった。</p>
利用者への遠慮	

	認知症の利用者には「怒られたらどうしよう」という不安があり、踏み込んだ質問ができないなかつた。
	<p>アセスメントとプランの記載不足</p> <p>情報不足から目標の大きなケアプランになっていることに気づかされた。</p> <p>生活課題を抽出していないためサービス優先、家族の希望が優先のプランになっていることに気付いた。</p> <p>身を乗り出して利用者の訴えを聞くが、自分の想いが重なり、情報がバラバラでつながりか無く、的外れのプランになっていた。</p>
	困難事例への対応、苦手意識
	<p>緊急でもないのに緊急通報システムを作動させ、これまで6回消防を出動させる利用者がおり、行政から「どうなっているのか?」という連絡があり困っていた。</p> <p>認知症(3A)がある利用者で、言葉のキャッチボールが難しく、関係づくりができずに困っていた。</p>
	医療系の苦手意識
	<p>一般的に基礎資格が福祉系であると、医療ニーズが高い利用者への支援が苦手と言われており、実際に自分もそう感じる部分があった。</p> <p>認知症の利用者に係わる際、介護のケアでどうにかしていこうという考えが先立ち、医療面での認識が不足していた。</p> <p>医療に対する苦手意識のため、これまで本人が病院での受診を嫌がっていれば、きっかけがない限り、連れていいくことができなかつた。</p> <p>医療面の苦手意識が強く、分からないうことがあると後回しにしてしまっていた。</p> <p>従来、プランを作成する前に医師に意見をうかがうと、「何をしに来たの?」、「何を書いたらよいの?」という態度で、ケアマネから利用者の状態とプランを説明すると、「それでいいんじゃない」という一言で片づけられ、医師の回答欄も「よろしくお願いします」という記述のみということがあり、プラン作成時の医師に意見をもらうことが苦痛になっていた。</p>
	形式的な担当者会議
	<p>自分の担当者会議は形式的で、ケアプランを淡々と読んで、事業者からの意見を聴取し、まとめるという一連の流れになっていた。</p> <p>これまでの担当者会議では私が一番話し、事業所の意見や本人の意向を確認することもなく、頭の中の構成からそれないように必死だった。</p> <p>研修で教わった通り、利用者、家族の意見を聞いた後、「事業者さんいかがでしょうか?」という流れで運営しなければと思い込んでいた。</p>
	自分のケアマネジメント業務に対する不安
	<p>研修前には、自分自身の担当者会議やモニタリングを疑ったことはなく、自分はどんなケアマネジメントをしていたのか分からなくなつた。</p> <p>自分としては一生懸命だが、「本当にこれでよいのか?」というところずっと働いてきて、今回の研修に参加することとなつた。</p>

## ● 本プログラムを通じた気づき・学び

受講者が記述した当日記録の内容からは、上述の課題の発見に加えて、「こういう手もあると気づいた」「問い合わせの意図を意識することが重要と分かった」というように、本プログラムを通じた多くの気づきや学びがあったことが示された。

アセスメント・モニタリング手法としては、「内容をその場で言語化し、関係者に確認することで認識を共有する」ことやアセスメント・モニタリングに臨む「前の準備」といった主任介護支援専門員としての基礎的なテクニカルスキルを学んでいる。さらにヒューマンスキルがベースとなる「利用との信頼関係構築」、「傾聴の姿勢」や「雰囲気作り」、「生活環境」や「表情・態度からの情報収集」、「踏み込んだ質問」、「利用者の生活史を踏まえた本人の意向尊重」、「医療系への対応」等、「利用者把握の視点」といった技術を学んでいる。

担当者会議の運営でも、「事前準備」や「関係者の調整」、「担当者会議での自己紹介等の目的の再確認」、「会議に出席する関係者の役割分担を意識する」、「会議での結論をその場で確認する」といったテクニカルスキルに加え、会議の出席者が話しやすいような雰囲気作りといったヒューマンスキルの気づき・学びがあった。

また、チームアプローチとして、医療連携において介護支援専門員からの働きかけ方や医療連携シートの活用方法、および看護師やヘルパー等との他職種連携、および社会資源の活用といった対処法を学んでいる。

これらは、指導者からの助言によるものだけでなく、指導者のケースに同行して指導者の担当者会議における振る舞いや利用者への対応の仕方をみて、受講者自身が気づき・学びを得ている。

上述のテクニカルスキル・ヒューマンスキルとも従来の座学による研修では学ぶことの難しいスキルであり、熟達者である指導者との実習によって効果的に習得することができたと言える。

図表 66:本プログラムを通じた気づき・学び

アセスメント・モニタリング手法	
その場での確認による共通認識化	
モニタリングの仕方も目の前で評価(書類に記入)するという手もあると気づいた。	
これまでの言葉や表情、態度・姿勢から理解(把握)したことを言葉にしてまとめて表現することで、CM や利用者・家族もこれからの事を具体的に確認ができる。	
事前準備	
アセスメント訪問では、どうしてもここだけは確認しておきたいと部分、前にこう言っていたけどもしかして違うかなと思っている部分を聞けるようにメモ書きして持って行き、短い時間の中で目的を達成できるよう事前準備が大事だと思った。	
利用者との信頼関係	

	<p>指導者のモニタリングは雰囲気が違い、信頼関係が築けているという感じが伝わってきた。</p> <p>指導者のアセスメントで、とても印象的だったのは、指導者が訪問した時の利用者の安堵した表情だった。</p>
傾聴の姿勢	<p>モニタリングを見て感じた事は、しっかりと傾聴し、少しずつ話を展開していく中で、利用者を色々な角度から見ていると感じた。</p> <p>話を聞くときには体全体で「聞いています」という姿勢(前かがみ)をあらわしてはどうかと感じた。</p>
雰囲気作り(話し方)	<p>介護支援専門員の立場としては、優しい表情を意識して、利用者の緊張をほぐすということも重要なポイントではないかと思った。</p>
生活環境	<p>利用者は、本人が語らなくても、家の中の状況を見て「お酒が進んでいるな」等を把握されている。</p> <p>指導者は「言葉でない情報」を収集する。例えば、お薬カレンダーを見て、薬をちゃんと飲んでいるかどうかを把握する。</p>
表情・態度	<p>利用者の話の中で、重要な話しなのか、そうでもない話なのは、態度でわかる時もある。</p>
問い合わせの意図を意識／踏み込んだ質問	<p>モニタリングでの世間話や訴えから「維持しているか」、「できているか」、「低下していないか」という意識を持つことで、それが状況確認になり、「利用者の不安は何か」を意識することでニーズになる。意向に結び付く問い合わせをすることで意向が生まれるということが分かった。</p> <p>何故この情報が必要か、どういう意味があって本人に聞くのかということを考えながらアセスメントしていくなければならないということが分かった。</p> <p>漠然と訪問を繰り返し、話を聞くだけではなく、目的を持ってモニタリングを行わなければと感じた。</p> <p>指導者のモニタリングは、本人から話をしっかりと聞いていて内容が細かかった。</p> <p>利用者は自分の話したくないことや見せたくない部分を隠したり、その場を取り繕ったりすることがある。それだけでなく、生活状況を把握するために相手の表情を見ながら、利用者の生活を考えていく上で、踏み込んだ質問をすることも時には必要だということに気付かされた。</p>
利用者の生活史	<p>利用者の職歴等、原因の糸口を見つけ、その 1 つ 1 つを検証し、消去していくことで、原因にたどり着くことができるということ。</p> <p>これまで利用者の暴言は病気のせいだと思っていたが、息子から生活歴、生い立ちを聞いたことによって、原因が見えてきた</p>
本人の意向	<p>本人 1 人の時などに訪問し、信頼関係を深め、本人の意向を聞き、困りごとや不安に思っていることを見つけ出すことでプランを作り、その人にとっての良いプランができる。</p> <p>本人らしい生活を支えるため、本人の意思を尊重したケアプランを作成していくことが重要。</p> <p>命の危険がない限り、利用者本人が嫌と感じることは否定も説得もしない方法で支援していきたい。なぜなら本人が選んだ人生なので。</p>

	<p>指導者の利用者に向き合う姿勢、利用者主体、利用者の意向を尊重するということや声かけ等をみて感じた。</p>
	<p>医療系の対応</p> <p>受講者からは、薬があつてはいるか、狭窄症ではどういう風にしたら(姿勢)痛みが出るか知つてはいるか等、深く追求したらよいというアドバイスがあつた。</p> <p>基礎疾患の理解を深め、利用者の状況に最もふさわしいサービス提供をするためのアセスメント・モニタリングの大切さを再認識した。</p>
	<p>担当者会議の運営</p> <p>事前準備・調整</p> <p>利用者や支援者全員が問題を共通に理解(認識)することの大切さや、設定した時間の中で結論を出すため事前の打ち合わせが必要なことなど、とても勉強になった。</p> <p>会議開催前には出席者に当日持つてほしいもの(例えばお薬手帳等)を伝えておけばロスが少なく、当日の会議がスムーズに進むことを学んだ。</p> <p>利用者に係わる様々な角度からの意見があがるよう事前にCMと打合せを行つたと後で伺つた。</p>
	<p>目的の再確認</p> <p>バイザーから「会議開始時に再度自己紹介をすると利用者の気をこちらに向けてもらえる(注意を引くことができる)」ということを指導していただいた。</p> <p>指導者の担当者会議は家族にも「どう思うか?」といった問い合わせをして、みんなで問題点を一緒に考えていく。こういう担当者会議もあるんだと思った。</p> <p>これまで私は主でしゃべらなければならないという窮屈な気持ちで担当者会議を運営していたが、私が目的を出席者に提示することで、出席者はそれに対して感じている事を話してくれるということで、私としては気持ちを楽に担当者会議に臨むことができるようになった。</p> <p>事業者や本人の発言が多く、皆さんがその方の生活をよくするためにどうして言つたらよいかということを先ず会議の前に話していた。</p>
	<p>認識あわせ</p> <p>担当者会議の結論に対して、その場で再確認することで出席者の意識が高まる等、色々と教えてもらった。</p> <p>1回1回家族の話を要約し、確認していた。これまで確認作業をしていなかつたため、利用者・家族が言いたいことと自分が理解したことにズレがあったのかと思う。</p> <p>利用者支援の目標に向かって、それぞれの事業所が目標を確認し、情報を共有してそれぞれの役割を確認していくという作業をスムースに行つていた。</p>
	<p>雰囲気づくり</p> <p>指導者は楽しい方で冗談も多く、このように担当者会議は形式的な感じでなくていいのかなと感じた。</p> <p>指導者の担当者会議に参加させてもらい、「自然だなあ」と、こういうのがいいんだと思った。</p> <p>これまで、以前の事業所で主任ケアマネに教わつた「担当者会議はこう運営しなければならない」という固定した考えがあつた。一方、バイジーの会議運営では、とても楽しく会議が展開しており、家族からの発言も多く、上手く本音を引き出していると感じた。</p>

チームアプローチ	
医療連携の方法	
	<p>指導者からは、医師に利用者の状態を報告する際には、難しい言葉を使うのではなく、自分が普段使っている言葉でありのままの状況を報告し、先生に意見をうかがう。例えば「こうしたいのでどうでしょうか？」ではなく、具体的な内容、利用者・家族の考えを代弁し、指示を仰ぐということを考えて行動できればよいのではないかとの助言を得たことで肩の荷がおりた。</p>
	<p>通院困難で、通院をあきらめている利用者も多いが、訪問診療導入で我が家で過ごす生活環境を実現していくため、利用者の意欲につなげられる様、CMも在宅での生活のお手伝いができるといいなと思う。</p>
	<p>介護支援専門員から医療機関への働きかけをしてもいいんだということを学んだ。これまで、できないものだと勝手に思い込んでいた。</p>
	<p>入院時にケアマネは医療連携シートを記入して病院に持って行くこと、病院の医療連携室にケアマネを知つてもらい、退院時の情報なども受取ることができるメリットがあるということを教えてもらった。</p>
	<p>医療連携について、入院時にケアマネは医療連携シートを記入して病院に持って行くこと、病院の医療連携室にケアマネを知つてもらい、退院時の情報なども受取ることができるメリットがあるということを教えてもらった。</p>
他職種連携の方法	
	<p>指導者は、ケアマネを中心に各サービスがチームとして動いており、ケアマネの訪問回数はそれほど多くなかった。</p>
	<p>利用者が安心して生活できる工夫、例えば、服薬では、主治医と相談して、朝全てを服用できるよう一包化してカレンダーにはり、朝サービスに入った人が飲ませて名前を書くようにしていた。</p>
	<p>介護支援専門員は月1～2度くらいしか利用者宅を訪問しないので状況を把握することが難しい。そのため、ヘルパーさんからの情報は非常に重要である。</p>
	<p>在宅生活を継続していく視点としては、ケアマネ・各サービス・地域との連携、事故の予測・回避の視点として、緊急連絡先の確認と方法(紙に明記し、誰が見ても分かるようになっていた)。</p>
	<p>ケアプランは、担当者会議で利用者やそれぞれの支援者が、問題点に対して共通の認識で支援を行っていくため重要なのだと思う。</p>
	<p>利用者の息子が現在精神科病棟に入院しており、利用者本人に与える不安や環境、家族としての想い、今後どのようにチームでこの一つの家族を支援していくのかを検討した。</p>
	<p>認知症があり、独居を続けていくには難しいかと考えていたが、ケアマネ、各サービス、地域の見守りができており、本人の意向に沿った生活が成り立っている。バイザーも本人の能力・できることは奪わずに支えている感じがした。</p>
	<p>訪問看護の同行では、看護師とヘルパーとの連携(他事業所)が重要である事を知り、看護師よりケアマネが変わることにより、利用者の生活や性格まで変わるということを聞き、参考になった。</p>

	事例検討会では、本人・家族の状態を知り、事業所(社会資源含む)の動きを把握し、情報提供・共有して、各担当者と連携というところで、これをコーディネートするために何人との打ち合わせを行ったかということがよくわかり、重要だと感じた。
	社会資源の活用 今回の研修で、県の事業、医療保険、介護保険と組み合わせ(重複)で使うことができるということを学び、社会資源の知識を広げることができた。例えば、難病でのレスパイト入院等である。

### ●受講者のプログラムの成果

本プログラムを通じて、自分以外のケアマネジメントにい触れることができ自己肯定につながり、自信をつけている。また、バイザーとして今後も相談できる相手を得ることができ、顔の見える関係づくりに繋がっている。

受講者の中には、早速アセスメント確認後に自らのケアプランを見直したり、利用者を認知症専門医で受診させるべく自らが働きかけを行ったり、苦手意識の強かった医師に対して自らコンタクトをとり、利用者の状況を具体的に説明することで医師の対応に変化が見られた等、研修での学びがケアマネジメントの現場実践に生かされている。

**図表 67:受講者のプログラムの成果**

自分のケアマネジメントに自信が持てた	100 人いれば 100 人のケアマネジメントがあるのかなと思った。これまで、他のケアマネのモニタリング・担当者会議をみるところがなく、自己流になっていたが、同行して確認し、アドバイスしてもらったことで、自分のケアマネジメントに自信がついた。
相談する相手が見つかった	医療ニーズの高い両者についての悩みや疑問を相談できる相手を見つけることができ、顔の見える関係性の第一歩を踏むことができた。
	バイザーに会え、得たものは大きかった。今後も引き続き相談できると嬉しい。
	他事業所との交流で、知り合いができる事がよかったです。これまで社協の窓口に相談に行つたこともなかったが、窓口の人と名刺交換したり、知り合いになれた事を今後生かしたいと思った。
研修で気付き・学んだことの現場での実践	アセスメントの記入については、空欄は聞いていないことと同じだということを教えてもらい、すぐに修正した。 利用者の認知症専門医への受診を家族にも連絡したがすぐに返事はもらはず、「私が連れて行こう」と決心し、ヘルパーやボランティアの協力を得て、今度、受診する機会をつくることができた。 研修中に利用者の状態が変わってきたので、先生に状態報告に伺った。苦手意識のあったクリニックの医師であるが、率直に訪問の目的と困っている状況、利用者の最新の状況を報告し、先生の意見を聞きたい旨伝えたところ、先週処方した薬が効きすぎている可能性があるということで、「見直す」という具体的な返答が初めて返ってきて、認知症の改善策が見出せた。

### ●受講者の今後の目標

受講者は本プログラムの参加を通じて、ケアマネジメント業務における自らの課題を具体的に理解ができ、課題解決の方向を明確にしたことが分かった。

今後は、ケアマネジメント業務を向上させ、自らが志す介護支援専門員像に近づくために何をすべきか、受講者は明快に述べられており、日々の実践への反映が期待できる。

図表 68:受講者の今後の目標

ケアマネジメント業務の向上	スピードが求められる利用者もいて、より早くそのニーズが把握できる様、アセスメントスキルを向上させる。
	アセスメント、モニタリング、担当者会議ができるようになったら、適切なケアプランを作れるのではないかと考えている。
	自分は自分で自分の価値観をベースにケアマネジメントを行っていたんだなと気付かされた。今後は、利用者を自分の価値観にはめ込むのではなく、相手をよく知ることを意識して利用者1人、1人に沿った支援を心がけていけたらと考えている。
	業務に戻って、明日からのCM業務に今回の学びを取り入れていきたいと考えている。
介護支援専門員像	潜在化しているニーズの把握が必要で、それを利用者や家族にも気付いてもらい解決法や対応法をCMから提案していくような係わりを持つことが必要だと感じた。
	今後は、本人の意向を尊重しながら CMとしての意見も相手に伝えるようにしたい。また、利用者や家族の困っている事の原因を見つけ出せるようにしてプランをつくっていきたい。
	私も、ゆっくりと話を聞く傾聴する姿勢を持ち、本人の口から想いを聞き出せる様な話題の提供の仕方に配慮していきたいと感じた。

## (2) 指導者

### ● プログラム開始前・開始時の指導者像

ケアマネジメント業務の経験を積み重ねてきた指導者も、「担当する事例が少なく最新の知識・技術から取り残されるのではないか」、「自分のケアマネジメントは正しいのか」、「この指導でよいのか」といった不安を抱えて研修に参加している様子がうかがえる。

図表 69:プログラム開始前・開始時の指導者像

担当事例の少なさ	担当する件数が少なく、CMからの相談を受けて回答する時に自分の引き出しが少ないことを不安に思っている。
ケアマネジメントの常識の変化	以前は「ALS の患者さんは床ずれはできない」と教科書では習ったが、当時よりも寿命が伸び、以前の常識や支援の方法も日々変わっていて、これで良いのか?という疑問を持ちながら関わっている状況である。
自己のケアマネジメントへの疑問	主任ケアマネも日々悩みながら、不安を抱えながら仕事をしているのが現状だと思う。研修会等に参加して他のケアマネの話を聞くと、このケアプランでいいのかどうかわからぬとか、担当者会議やモニタリングをどうしたらよいか分からぬ、制度はどうなんだろうといった悩み・不安をよく聞く。
初対面の受講者への指導	最初は「どう言えばこの受講者に届くのか」が分からぬところがあつたが、実際の指導は初めて会って2回目以降なので、大丈夫だった。

### ● 指導者による受講者の課題の気付き

指導者の分析では、「利用者との距離が近く全体像が把握できていない」、「問い合わせや利用者把握の視点が上手くない」、「利用者への遠慮」等を原因とする「アセスメント・モニタリング不足」が受講者の最初の課題である。

次いで、「アセスメント・モニタリング不足」を原因とする「アセスメントやプランの記載不足」、「マンネリ化してどうしてよいか分からぬ引き継ぎのケアプラン」、「医療系の苦手意識」等ととらえている。

図表 70:指導者による受講者の課題の気付き

アセスメント・モニタリング不足	利用者との距離が近く、全体像が把握できない
	利用者のケースに同行し、利用者に寄り添おうとしている姿勢は理解するが、利用者に感情移入するあまり、きちんとしたアセスメントができていかないというところで、あと一步というところが見られた。

	<p>潜在化されたニーズをどう顕在化させていくのか、そのニーズをつないでマネジメントしていくのかで、新人に陥りがちな客観的事実しか見えていない。</p>
	<p>問い合わせ・視点 日々の業務の中で、利用者の言葉の引き出し方、利用者への視点が上手くないと感じた。</p>
利用者への遠慮	<p>若い人の CM は、人生を踏んできた高齢者に対する不安感、頼りないと見られてしまう壁があるのかなと思う。</p>
アセスメントやプランの記載不足	<p>利用者との関係づくりに悩んでいたが、実際の動きはしっかりしており、アセスメントとプランとがつながっていないというところが見受けられた。</p>
プランのマンネリ化	<p>前任者から引き継いだケースで色々とトラブルがあり、事業所内でも事例検討会等を何度も行っているが、マンネリ化した考えしか浮かばず、思いきったプランの見直し(変更)ができていなかつたと思う。</p>
医療系の苦手意識	<p>病院側(医療機関)には、主治医、病棟ナース、MSW 等、多くのスタッフが揃っており、在宅側から、CM としてのお願い・質問を遠慮してしまっている様な気がする。</p>

### ● 研修での受講者に対する指導方針

受講者の課題を明確化した後には受講者への指導方針を立て、研修を開始している。

具体的には「専門職としてのケアマネジメント全体に対する意識や姿勢」といったヒューマンスキルの見直しを基本としつつ、受講者個別の課題に対応すべく「ケアマネジメント業務の基礎」、「アセスメント・モニタリング手法」、「担当者会議の運営」と「チームアプローチの方法」等、主にテクニカルな部分に関し、実習当日の振り返りの中で、受講者に対してフィードバックを行っている。

図表 71:研修での受講者に対する指導方針

ケアマネ業務の基礎	<p>主任ケアマネと地域のケアマネがお互いにスキルアップを図るためにアセスメント方法やケアプランの作成、担当者会議の開催、モニタリングなど、ケアマネ業務の基本的な部分をしっかりと見直すことが必要だと感じた。</p>
アセスメント・モニタリング手法	<p>利用者との信頼関係 関係づくり大切なのは、CM として何かをしなくちゃいけないと強く意識しすぎているのではないかというアドバイスをした。元職が介護職員ということで、その時に利用者とのような関係づくりをしていたか、そこに立ち返ってもよいのではないかということを話した。 今回のサービス担当者会議で集まった人たちを見て、利用者が「こんな多くの人が関わって支援してくれている」と言った事で、状況は一歩前進すると思う。</p>

	<p>サービスを拒否する利用者には、自宅を訪問し、「あなたのことを気にしている」と伝えると、何回目かには会ってくれる。訪問しても利用者に会えなかつた時は、「何もしていない」と思われるのではもつたないので、行ったことをアピールするようアドバイスした。</p>
利用者把握の視点	<p>モニタリングでは、利用者や家族の生活全般等、サービス内容、ニーズに変化がないかを確認するためにとても重要であるが、広い視野から色々な話をすることが大事かなと思った。</p> <p>サービスが目標になっている部分があつたので、デイに行かないことが問題ではなく、何故行かないのか、利用者が拒否する所にはどこに問題があるのかという所を見るため、その人(利用者)の生育、これまでの生き方や職歴等もデイでの過ごし方も見てはいるが、それが主観的な部分でしかなく、客観的に見るためには、”本人にとって”的部分を知る必要があるということを話した。</p> <p>認知のある方ということもあり、本人の意向が聞けていない、奥様の訴えだけに耳を傾けており、優先順位が奥様の介護負担軽減になっていて、本人の(デイサービスに)行けない理由という所にまで及んでいなかつたので、本人に向き合うというところを指導した。</p> <p>どのような声かけをしたり、アドバイスしたらよいか、伝えたらよいかを気をつけながら話してきた。</p> <p>モニタリングや担当者会議の目的・意味をそれぞれ理解していくことで、声かけも違ってくるのではないか。そうすることによって、利用者も心を開き、自分の気持ちを伝えることができ、また違った対応ができるようになるのではないか。</p> <p>包括から引き継いだケースで、利用者に微に入り際に入り質問することはすごく難しいことであるが、モニタリングの世間話の中からどう展開していくか、意識して世間話を聞きながら、その必要性を感じてくれればと考えていた。</p> <p>医療ニーズの高い利用者への同行時には、家族の負担が大きく、CMが家族の話を聞きながら不安を解消していくという場面を見ていた。不安を解消するという意味では、訪問診療の先生の言葉は一言一言が本人・家族の不安を解消する。</p> <p>受講者の「担当者会議をスムースに有意義に進める」という目標をベースに、アセスメント力と一緒に表現力、コミュニケーション力を身につけるということに努めた。それらを身につけるということは難しいと今でも感じている。</p>
チームアプローチ	<p>私の担当する社協やサービス事業所等、多くの地域の関係者が入るケースを見ていいただいたが、私はネットワークを大事にしており、ネットワークの重要性を知っていただきたいと考えていた。困難ケースだからこそ、連携しなければ上手くいかないし、CMが自分一人で抱え込むとつぶれてしまうので、どう関係機関と連携すれば上手くいくかということを研修中に話し合つた。</p> <p>居宅介護支援事業所が持つてゐる情報を共有すること、近隣で活用することは数倍の効果を生む。また、その蓄積が医療との連携も取りやすくなる。</p>
退院前調整	<p>退院前の外泊する機会に自宅を訪問した。その時、自宅での動きを確認するとともに予め福祉用具も選定しておき、退院前に病院で試せるよう依頼した。MCから、在宅とはどういうことか、利用者はどのような環境に帰るのかを病院側に伝えていかないと、在宅での課題が明確にならない。訪看が入るまでの時間が空く場合には、帰宅後トラブルが多い様、帰る前までの間に予め可能な限り用意しておくようにしている。</p>
担当者会議の運営	<p>特に、長くやつていると基本から外れて崩してしまうところがあり、担当者会議のやり方と</p>

	<p>しては、テキストで先ず自己紹介をしてという段取りがあり、実務者研修ではその通りに教えるので、経験のない方はその通りにやらなければいけないと思いがちだが、實際には、そのような流れで会議進行をしてはおらず、話しやすい雰囲気の中でやっている。これまでには、それを伝える場所がなく、今回の研修で伝えられ、役に立てたのであればよかったです。</p> <p>指導者も人に見てもらうという場合には、しっかり事前準備をしなければならないということを確認でき、担当者会議でも本人・家族にしっかり伝えられたかなというところも意識的に理解てきてよい機会となった。</p>
社会資源の活用	<p>県の事業を全て把握し、活用するということは難しいので、全部覚えるというのではなく、どこにつなげれば、こういうサービスが使えるんだ、相談ができるんだということを知るだけでも利用者の為になる。県の事業は、利用する前に介護保険でホームヘルプの部分で自費が何万も出ないと回っていかないため、県の障害福祉課に申請に行くよう、家族を支援するのもCMの業務の一環である。</p>

### ● 指導者の受講者に対する評価

受講者に対しては、実習当日の振り返りや最終日全体研修で積極的に良い点を見つけ、高く評価している。

例えば、「受講者の業務に対する真摯な姿勢」や「研修に望む姿勢」、「研修で学んだことを業務にとり入れ、次に展開していく姿勢」といった受講者の姿勢である。

**図表 72:指導者の受講者に対する評価**

受講者の業務への姿勢	
	<p>自分の得意なところを自覚している 日ごろから自分の得意なところを意識しながら(気付きながら)業務に携わっていることが分かる。</p>
	<p>自ら課題を見つけ、解決に向けて行動する 常日頃から前向きな姿勢があった。対人援助職であるCMとして、“気付き”、次に何をしなければいけないという意識・姿勢を持っていました。 受講者は、分からることは自ら各方面に相談し、アドバイスをもらいながら自分で検討し、自分のものにする力を持っている。 自らの課題(主観的な支援でよいと思ってしまう新人の脱却しなければならない部分)に気づき、次のステップに行かれようとしている。</p>
	<p>苦手分野を克服しようと具体的な対応をしている 元職が福祉職の方だが、プランには医療系との連携が打ち出されている。モニタリングに関しても血糖値や酸素濃度、体重が数値化されて短期目標に打ち出されているところが特徴的で驚いた。事業所が医療法人という環境で、本人自身も医療が苦手なので、そこを何とか高めたいという気持ちを持って、プランにもそこを位置付けてモニタリングされていたところが事業所の指導かなと思った。</p>
受講者の学ぶ姿勢	

	今日のプレゼンを聞いて、ここまで感じてくれたのは、受講者の感性によるところが大きいと思う。ここまで教えていない。
気付いたことの次への展開(実践)	<p>自ら気付いたことを次に展開していくという姿勢が見られた。</p> <p>教えるというのではなく、受講者が自ら気付きの次にすべきことを考えていくという姿勢で、それに指導者が付け加えることはなかった。</p> <p>アセスメントの重要性に気付き、認知症専門医の受診を勧められてすぐに行動に移すところは素晴らしい。医療系の苦手意識に気付いて、今後勉強を深めていくという姿勢はすごいと思った。</p>
事業所内での成果共有	<p>私(バイザー)の指摘をすぐに行動に移し、利用者からも家族からも信頼されている CMだということが分かった。また、自分が学んだことを自分の事業所内でも共有していただき、よかったです。</p>

### ● 指導者の受講者への期待

受講者には、研修で得た「不得意なところの再確認」、「新たな気付き」から「ケアマネジメント業務を見直し」、「社会資源を活用してスキルアップを図ってほしい」と考えており、さらには、自分流の“ケアマネジメント”を確立していくことを期待している。

図表 73:指導者の受講者への期待

アセスメントから1つ1つ見ていくことで、自分自身のケアマネジメントプロセスを見直し、勉強しなおすことができたのではないか。
本プログラムで、不得意なところが再確認できたんだなと思った。
分かっていなかつた部分に気付けたのは大きな収穫で、受講者のものになってくと思う。
実務では包括の入れ方なども迷っていたが、その辺りをアドバイスいただけたことは本人のためになったと思う。
やることはやれているので、後はどうつなげていくか、道筋ができればもっと広がっていくと思う。
多忙な中、時間を調整して得た貴重な機会でもあり、流されることの多い業務の中で、自分が吸収したものをどれだけ反映していくかという思いは常に持っていて欲しいと思っている。
高齢者に対する畏敬の念を感じながら、今自分ができることは何か、不足部分はどこなのかを受講者自身が分かっているので、今後の活躍を期待したい。
自己の中で気付きのあったところを意識しながら対応していくとおもう。全てを完璧にするのはできないと思うので、その中で、この部分だけは自分でやっていきたいという搖るがないものを何か持ってやっていくとおもっている。
今回は私が指導したが、別の方が担当していれば、また違った意味での学びもあったと思うので、いろんな方の意見を聞きながら成長して、自分の色をつけてほしいと思っている。

一つ踏み込むタイミングや勇気、声かけの仕方などは上司と相談しながら、周りの情報を得ながら頑張っていってほしい。

### ● 指導者自身の気付き・学び

受講者に対する一方的な指導だけではなく、指導する側にも気付き・学びがあったと推察される。

それは、受講者と共にケアマネジメント業務を振り返り、受講者の担当者会議に同行することで、指導者にとっても新たな発見があり、また、自分の知らない社会資源を活用している受講者から新たな学びを得ている。

研修が指導者・受講者にとって相互研鑽になったと考えられる。

図表 74:指導者自身の気付き・学び

振り返り・相互研鑽
できるだけ現場に携わっていたいと考えており、この研修に参加して、現場が見られてよかったです。
指導者という立場で参加したが、学ぶことも多く、お互いの学びになったのではないかと思っている。今回のケースだけでなく、他のケースにも生かせる学びが得られたことは大きかった。自分自身が勉強になった研修であった。
担当者会議・モニタリングはお互いの同行はとても新鮮で、これまででは会議を開催する側だったが、今回同行しあい、開催する側から聞く側、聞かれる側という立場でよい経験ができた。
今回、受講者とサービス担当者会議・モニタリングを同行することで、主任ケアマネが指導する立場でありながら、自分自身の学びにつながることが分かった。ケアプランの確認にしても、実際に教えるためには自らが振り返り・学ばなければならず、そのプロセスにおいて、自らが学習する。また、受講者に対するアドバイスも自分に該当することがある。
サービス担当者会議も基本にのっとって運営されていて、私の方が雑だなあと逆に気付かされた。
受講者の担当者会議では、出席者の役割分担をしており、CM が会議の司会進行をするが、利用者が理解しやすいよう、福祉用具事業者やデイサービス事業者等から説明してもらっており、私自身勉強になった。
今回、私(指導者)と受講者の事業所は近所(同じ地域)であるにもかかわらず、使っているサービスは全く違っていた。お互い社会資源に関する情報を広げることができることからも、このような交流は必要かと思った。

### ● 指導者の教える力

研修中に指導者は、「どのような問いかけをすれば受講者が気付いてくれるか」、

また「どのように伝えればよいか」を悩みながら指導にあたっていたことが推察される。

図表 75:指導者の教える力

気付きを与える問いかけ
指導するポイントとして、受講者には「気付きを与えることができる問い合わせができるかな」という部分を意識して行ってきた。バイザーとして、気付くように話しかけ、どうフィードバックしていくたらよいか難しかった。小姑のように「これは…」といちいち指摘するのを控え、「どう思う?」と聞いていた。

### ● 指導に対する自信

プログラム開始当初や実施期間中は、指導に対する不安を抱えていた指導者であるが、同行実習後の振り返りや最終日全体研修で、受講者からの評価により、自らが役に立ったことを実感し自信を得るとともに、指導自体の喜びを見出している。

図表 76:指導に対する自信

指導の自信
この研修を通じて「気付き」や「学び」があったとの報告を受けて、少しは役に立ててよかったと思った。
少しずつ本人(利用者?)が分かってきてくれたというところを、時間を過ごすたびに感じることができてよかった。
研修の楽しみ／指導の喜び
利用者と話すときにはにこにこして話をされる姿を拝見して、楽しんでやっているという姿を見るのは一緒に同行させてもらい、嬉しかった。
同行の最後には「楽しかった」という言葉で終わることができ、本当に楽しい研修会に参加させてもらったことを感謝している。
これまで、担当者会議やモニタリング同行というのは、同じ事業所内の CM 同士でもなく、今回の研修で初めて体験したが、バイザーと同じく楽しくワクワクしながら参加した。
指導者から一方的に指摘するのではなく、相談している中で受講者が自ら気付いたことは嬉しかった。

### ● 今後の方針

研修終了後にも受講者とのつながりを維持することは、お互いにとってメリットとなるであろうと考えている一方、自事業所内での新人ケアマネジャー育成には課題を抱えているという側面も持っている。

図表 77:今後の方向

受講者との関係構築
受講者とは研修を通じて知り合ったが、初回より2回目、2回目より3回目と今日で合計7回目であるが、とても信頼関係ができたと思っている。今後もよい関係が継続できるとよいと思う。お互いが切磋琢磨して地域のCMの向上につなげられるとよいと思う。
受講者や利用者との信頼関係が築けた事は良かった。
私自身も一步引いて客観的に考える機会が持てたということは良かった。
事業所内の新人CMの育成
これまでには、新人からケアプラン作成やケアマネジメントについて聞かれれば答えることで、困りごとの支援はしてきたが、深めるマネジメントができていなかつたのではないかと反省した。イチから教えること、一年たって再度教えること、二年たって再度教えることを学んだ。

### (3) ポートフォリオ分析まとめ

研修の中で、受講者は自らのケアマネジメントの課題を発見し、同行実習での指導者から課題を解決するヒントを得たり、指導者からの助言により、課題解決の方向性を明確にしている。加えて、研修での学び・気付きを現場で実践する動きも見られることから実効性の高い研修であったことがうかがえる。

一方の指導者は、自己のケアマネジメントや指導を不安に思いながら研修に参加している様子がうかがえる。

しかし、研修開始後には、受講生の課題を分析、長所や指導方針を明確にし、指導を終了するころには受講者の行く末に期待を寄せている。

また、受講者のケアマネジメントに自らを振り返ったり、ヒントを得たり、指導することに自信を持つようになっている。

さらに、楽しみながら指導できたということで、指導の喜びを見出している。

指導者だけでなく受講者もこれを機会に今後も交流を続けることを希望しており、充実した研修であったと考えられる。

## 4. 今後に向けた提言

### 4.1. 調査結果の総括

介護支援専門員の在り方が問われる中、これまで1人で業務を進めることの多い介護支援専門員の人材育成基盤は弱く、特に少人数の事業所ではOJTの環境確保が難しい。さらに現行の法定研修のような座学中心で一律的な研修のみでは、実践的な機会に乏しい実情があった。

そこで本研究では、地域において介護支援専門員の指導者チームを組織し、OJTに近い形態での個別化されたモデル研修プログラムとして、「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」のカリキュラムを開発した。このカリキュラムは、①実習形式（Interning）、②事業所を超えた（Inter-Organizational）、③個別化された（Individualized）、④相互研鑽（Inter-educational）という「4つの“I”（アイ）」という特徴を持つものである。

受講者のケアプランを指導者とともにアセスメント部分から確認する初回全体研修と、指導者・受講者それぞれのケースの担当者会議及びモニタリング訪問への同行を含む4回の実習形式の研修、ならびに振り返りのプレゼンテーションを行う最終日全体研修とを組み合わせ、事業所の異なる指導者と受講者が対になり、個別的に指導をすることで、相互に実践力や指導力の向上を目指すものである。

今年度は、本プログラムについて4地域で試行実施し、カリキュラムの検証及び受講者・指導者に与える効果について、アンケートやヒアリング調査及びポートフォリオ評価を活用し、検証を行った。

その結果、本プログラムに対する指導者・受講者の評価は「期待以上」であり、これまでのOJTや研修に比べても高く評価されている。さらに、プログラム前後の比較では、受講者のケアマネジメント業務への自信、指導者のケアマネジメント指導に対する自信のいずれも向上しており、介護支援専門員の能力向上に大きく貢献することが示唆された。事業所を超えた指導により、自事業所には無い視点を獲得するとともに、気兼ねなく質問できる環境や小規模事業所も指導できる環境を得られ、さらに地域資源との関わり方を身につけ、新たなネットワークづくりにも繋がっている。運営面では期間設定などの一部改善すべき点はあるものの、概ね本プログラムの構成に対する受講者・指導者の支持は得られた。

本研究ではこのプログラムのどのような点が効果をもたらしたかについても、分析した。これを踏まえて、本プログラムの効果を受講者と指導者それぞれ整理すると、以下のようになる（図表78）。

## ● 受講者について

プログラム実施前は、受講者は、プログラムで習得したい目標として、ケアマネジメント業務の振り返りや弱点発見、利用者理解の深化や業務遂行能力の向上を設定し、中長期的にはその実行とケアマネジャーとしての成長を挙げている。

プログラムが開始されると、まず受講者は自らの更なる課題を発見することとなった。ケアプラン確認やモニタリング同行訪問、担当者会議への参加を通じて、受講者自身がアセスメントやモニタリングの不足に気づかされ、困難事例や医療系のケースに対する苦手意識を再認識し、形式的な担当者会議の運営を省みて、自らのケアマネジメントを考え直すきっかけになったことが分かった。例えば、利用者に対する遠慮があつて十分なアセスメントができていなかつたり、医療面で分からぬことがあると後回しにしていたり、担当者会議を教科書通りに進めなければならないと思いこみ一方的な議論に終始した会議になっていた。

これに対し、受講者は、プログラムを開始し実習を重ねたことにより、アセスメント・モニタリング手法として「内容をその場で言語化し、関係者に確認することで認識を共有する」といったテクニカルスキルや利用者との信頼関係構築のための傾聴の姿勢や雰囲気づくりといったヒューマンスキルを学び、「世間話からどのようにニーズを把握するか」等といった極めて実践的な気づきを得ることができた。また担当者会議の運営においても、会議の出席者が話しやすい環境づくりとして出席者への問い合わせの仕方等を学ぶことができた。

チームアプローチの観点では、医療連携において介護支援専門員から医師に対する働きかけ方や医療連携シートの活用方法、及び看護師やヘルパー等との他職種連携、および社会資源の活用といった対処法を学んでいる。

これらのスキルはいずれも従来の座学による研修では学ぶことの難しいスキルであり、熟達者である指導者との実習によって効果的に習得することができたと言える。

さらに受講者は本プログラムを通じて、今まで知らなかった自分以外のケアマネジメントを確認したことが自己肯定に繋がり、自信をつけている。今後もバイザーとして相談できる相手を得ることができ、顔の見える関係が構築できている。

受講者の中には、早速ケアプラン確認後に自らのプランを見直したり、利用者を認知症専門医で受診させるべく自らが働きかけを行ったり、苦手意識の強かった医師に対して自らコンタクトをとり、利用者の状況を具体的に説明することで医師の対応に変化が見られた等、研修での学びがケアマネジメントの現場実践に生かされている。

以上のことから、本プログラムの受講は、現場に本当に役立つ実効性の高いものであったと言える。

## ● 指導者について

ケアマネジメント業務の経験が豊富な指導者も、本プログラム開始前は「担当する事例が少なく最新の知識・技術から取り残されるのではないか」、「自分のケアマネジメントは正しいのか」、「この指導でよいのか」といった不安を抱えて研修に参加している様子がうかがえた。

しかしプログラム開始後には、受講者の課題を分析、長所や指導方針を明確にし、指導を終了時には受講者の将来に期待を寄せている。

具体的には、指導者の分析する受講者の課題は、「利用者との距離が近く全体像が把握できていない」、「問い合わせや利用者把握の視点が上手くない」、「利用者への遠慮」等を原因とする「アセスメント・モニタリング不足」ならびに、これを原因とする「アセスメントやプランの記載不足」、「マンネリ化したケアプラン」、「医療系の苦手意識」等ととらえており、受講者の捉える課題とほぼ一致している。また、積極的に受講者の業務に対する真摯な姿勢といった長所を見出している。

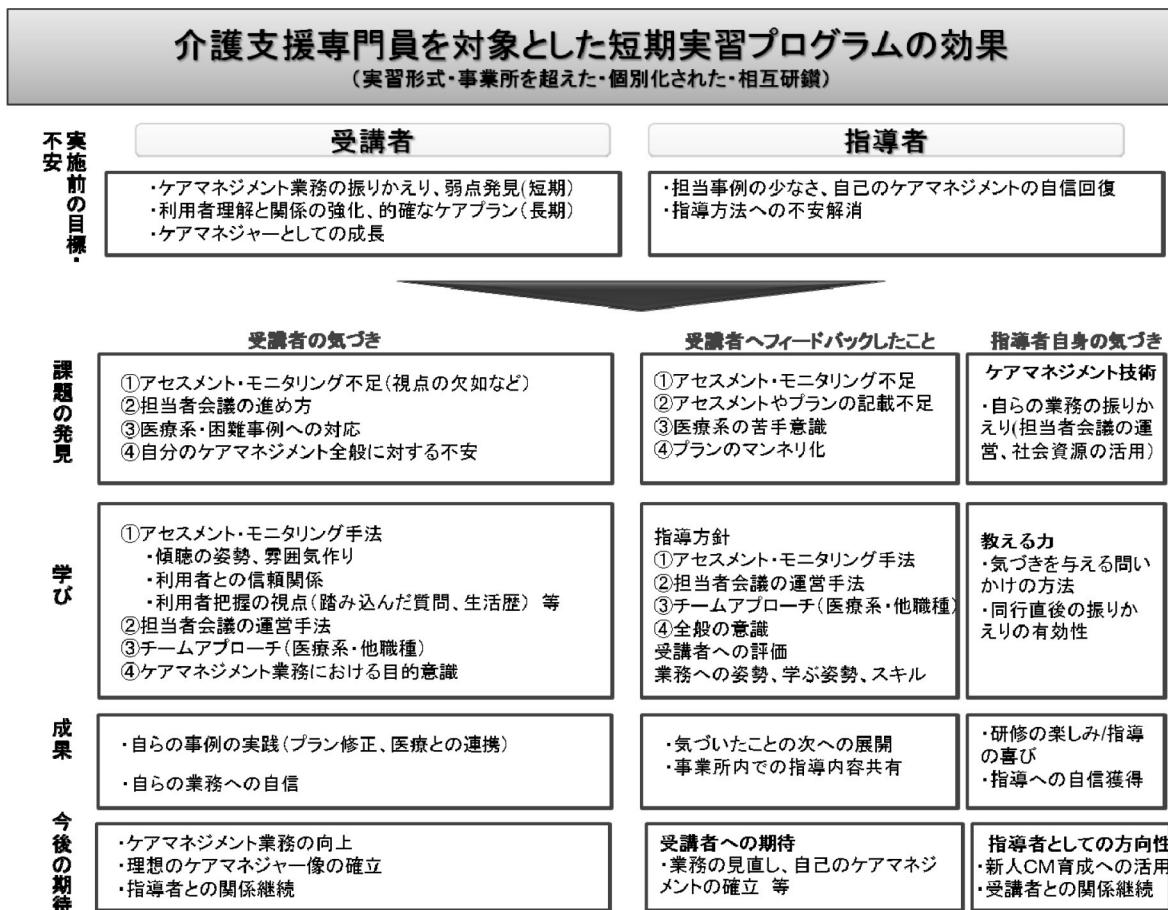
指導方針としては「専門職としてのケアマネジメント全体に対する意識や姿勢」といったヒューマンスキルの見直しを基本としつつ、受講者個別の課題に対応すべく「ケアマネジメント業務の基礎」、「アセスメント・モニタリング手法」、「担当者会議の運営」と「チームアプローチの方法」等、主にテクニカルな部分に関し、実習当日の振り返りの中で、受講者に対してフィードバックを行っている。

受講者の将来には、研修で得た内容のスキルアップを図ってほしいと考えており、さらには、自分流の“ケアマネジメント”を確立していくことを期待している。

一方、指導者自身が、自らのケアマネジメントの進め方への振り返りになるとともに、気づきを与えるため問い合わせや伝え方等の「教える力」を学ぶことができ、プログラムは指導者と受講者との相互研鑽になっている。またプログラム開始前に指導者は不安を抱いていたが、最終日には受講者からの評価により、自らが役に立ったことを実感し自信を得るとともに、指導自身の喜びを見出している。

指導者だけでなく受講者もこれを機会に今後も交流を続けることを希望しており、また自らの事業所の新人育成にも活かしたいとの声もあり、非常に充実した研修であったと考える。

図表 78:調査結果の整理



## 4.2. 今後への期待

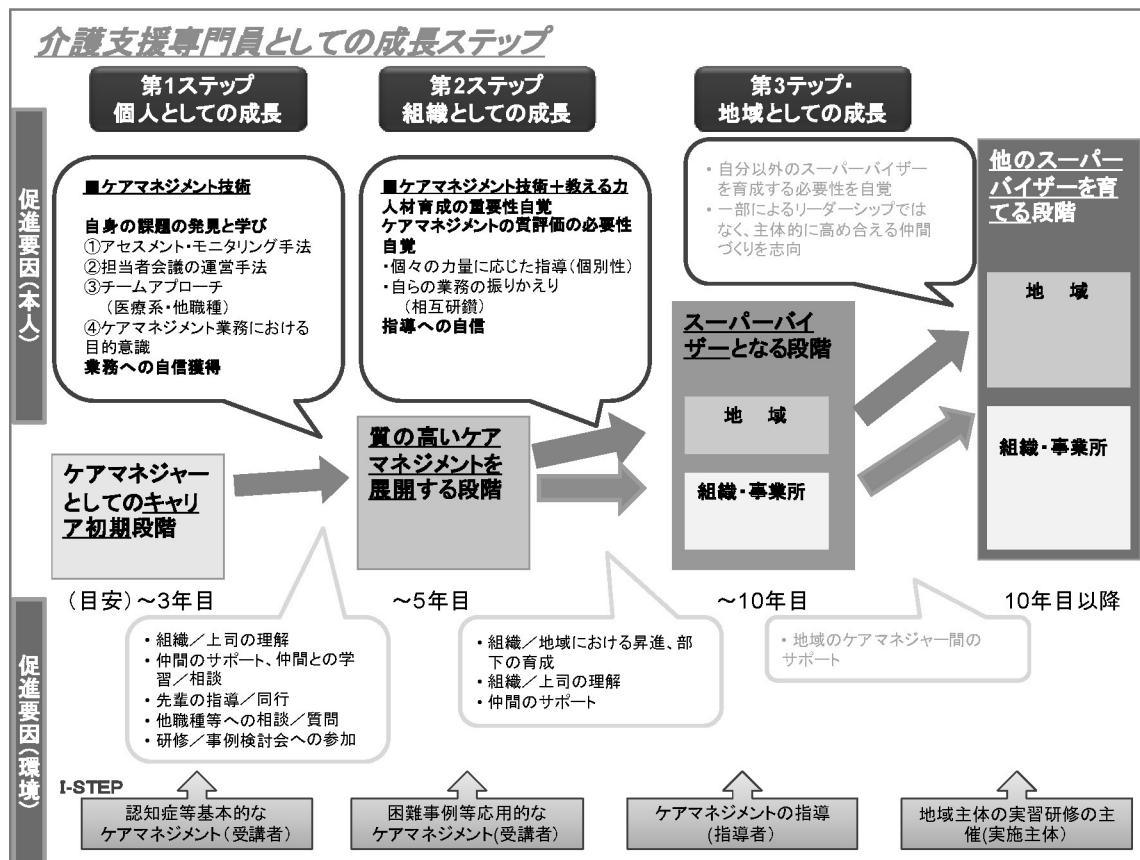
地域で事業所を超えて介護支援専門員を育成する「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」は、上述のように受講者・指導者ともにスキル向上に大変有効な研修モデルであったといえる。

また調査からは、本プログラムの受講者としては、経験の浅い介護支援専門員、意欲のある介護支援専門員が適しており、研修を制度に位置づける必要性も指摘されている。

平成 20 年度に日本ケアマネジメント学会が整理した介護支援専門員としての成長ステップに本プログラムを位置づけると、受講者は「キャリアの初期段階にいる新任の介護支援専門員」から「質の高いケアマネジメントを展開する段階にいる介護支援専門員」の間、指導者は「スーパーバイザーとなる段階に上がる主任介護支援専門員」であると考えられる(図表 79)。

今後、本プログラムのブラッシュアップをし、介護支援専門員が研修を通じて学習することにより、介護支援専門員の成長に大いに役立つと確信している。

図表 79:介護支援専門員としての成長ステップ





# 參考資料

# 介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム

## <指導者向け事前アンケート>

調査の結果は統計的な処理をしますので、個人や事業所を特定されることや、回答を他の目的で使用することはありません。

地域	千葉・群馬・福岡	番号		役割	指導者・受講者
----	----------	----	--	----	---------

### I. あなたご自身及び勤務する事業所について

1) 性別を教えてください。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

2) 年代を教えてください。

- |            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 1. 20歳～29歳 | 2. 30歳～39歳 | 3. 40歳～49歳 |
| 4. 50歳～59歳 | 5. 60歳～69歳 | 6. 70歳以上   |

3) 基礎資格について教えてください。

- |                      |               |               |
|----------------------|---------------|---------------|
| 1. 介護福祉士             | 2. ホームヘルパー    | 3. 看護師(准看護師含) |
| 4. 保健師               | 5. 社会福祉士      | 6. 社会福祉主事     |
| 7. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 |               | 8. 栄養士        |
| 9. 歯科衛生士             | 10. 鍼灸師・柔道整復師 | 11. 薬剤師       |
| 12. その他( )           |               |               |

4) 主任介護支援専門員の資格を持っていますか。

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

5) 介護支援専門員の業務経験(トータル年数)を教えてください。

- |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 2年未満      | 2. 2年以上～4年未満 | 3. 4年以上～6年未満 |
| 4. 6年以上～8年未満 | 5. 8年以上      |              |

6) 日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャーの資格を持っていますか。

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

7) 日本ケアマネジメント学会に入っていますか。

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

8) 所属機関の種類を教えてください。

- |              |               |           |
|--------------|---------------|-----------|
| 1. 居宅介護支援事業所 | 2. 地域包括支援センター | 3. その他( ) |
|--------------|---------------|-----------|

↓「1. 居宅介護支援事業所」のとき

- |              |              |         |
|--------------|--------------|---------|
| 1. 特定事業所Ⅰを取得 | 2. 特定事業所Ⅱを取得 | 3. 加算なし |
|--------------|--------------|---------|

9) 所属機関の法人の種類を教えてください。

- |                 |               |          |
|-----------------|---------------|----------|
| 1. 社会福祉法人(社協以外) | 2. 社会福祉協議会    | 3. 医療法人  |
| 4. 財団法人/社団法人    | 5. 営利法人(チェーン) |          |
| 7. 営利法人(チェーン以外) | 8. 非営利法人      | 9. 農協/生協 |
| 10. その他( )      |               |          |

## II. 「医療系」の利用者に関する指導(OJT)について

認知症BPSD、精神疾患、がん末期、神経難病といった、広い意味での「医療系」の利用者に関する指導(OJT)を行うことについて、あなたの担当の状況やお考えを教えてください。

1) 「医療系」の利用者について、これまでの、あるいは現在の担当数を教えてください。

		これまでの担当数	現在の担当数
利用者特性別	①認知症 BPSD	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件
	②精神疾患(統合失調症など)	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件
	③がん終末期	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件
	④神経難病(ALSなど)	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件
処置別	⑤在宅酸素療法	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件
	⑥胃ろう	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件
	⑦人工呼吸器	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件
	⑧留置カテーテル	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件

2) 「医療系」の利用者に関する指導(OJT)を行うことについて、全体としてどれくらい苦手だと感じますか？

		1. 感じ ない	2. あまり 感じない	3. どちらとも いえない	4. やや 感じる	5. 感じる
利 用 者  特 性 別	①認知症 BPSD	1.	2.	3.	1	2
	②精神疾患(統合失調症など)	1.	2.	3.	3	4
	③がん終末期	1.	2.	3.	4.	5
	④神経難病(ALSなど)	1.	2.	3.	4.	5.
処 置 別	⑤在宅酸素療法	1.	2.	3.	4.	6
	⑥胃ろう	1.	2.	3.	4.	7
	⑦人工呼吸器	1.	2.	3.	4.	8
	⑧留置カテーテル	1.	2.	3.	4.	5.

3) 「医療系」の利用者に関する指導(OJT)を行うことについて、全体的にどれくらい自信がありますか？

		1. ない ない	2. あまり いえない	3. どちらとも ある	4. やや ある	5. ある
利 用 者  特 性 別	①認知症 BPSD	1.	2.	3.	4.	5.
	②精神疾患(統合失調症など)	1.	2.	3.	4.	5.
	③がん終末期	1.	2.	3.	4.	5.
	④神経難病(ALSなど)	1.	2.	3.	4.	5.
処 置 別	⑤在宅酸素療法	1.	2.	3.	4.	5.
	⑥胃ろう	1.	2.	3.	4.	5.
	⑦人工呼吸器	1.	2.	3.	4.	5.
	⑧留置カテーテル	1.	2.	3.	4.	5.

### III. ケアマネジメント業務における課題について

あなたは、下記のケアマネジメント業務を指導することについて、どれくらい自信がありますか？

	1. 自信がある	2. やや自信がある	3. どちらともいえない	4. やや自信がない	5. 自信がない
①アセスメント	1.	2.	3.	4.	5.
②ケアプランの作成	1.	2.	3.	4.	5.
③サービス調整・サービス担当者会議の開催	1.	2.	3.	4.	5.
④モニタリング	1.	2.	3.	4.	5.

### IV. 本日の内容について

本日の内容や運営等について、改善すべき内容等、ご意見をお聞かせください。

ご協力をいただきありがとうございました。

# 介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム

## <受講者向け事前アンケート>

調査の結果は統計的な処理をしますので、個人や事業所を特定されることや、回答を他の目的で使用することはありません。

地域	千葉・群馬・福岡	番号		役割	指導者・受講者
----	----------	----	--	----	---------

### I. あなたご自身及び勤務する事業所について

1) 性別を教えてください。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

2) 年代を教えてください。

- |            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 1. 20歳～29歳 | 2. 30歳～39歳 | 3. 40歳～49歳 |
| 4. 50歳～59歳 | 5. 60歳～69歳 | 6. 70歳以上   |

3) 基礎資格について教えてください。

- |                      |               |               |
|----------------------|---------------|---------------|
| 1. 介護福祉士             | 2. ホームヘルパー    | 3. 看護師(准看護師含) |
| 4. 保健師               | 5. 社会福祉士      | 6. 社会福祉主事     |
| 7. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 |               | 8. 栄養士        |
| 9. 歯科衛生士             | 10. 鍼灸師・柔道整復師 | 11. 薬剤師       |
| 12. その他( )           |               |               |

4) 主任介護支援専門員の資格を持っていますか。

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

5) 介護支援専門員の業務経験(トータル年数)を教えてください。

- |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 2年未満      | 2. 2年以上～4年未満 | 3. 4年以上～6年未満 |
| 4. 6年以上～8年未満 | 5. 8年以上      |              |

6) 日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャーの資格を持っていますか。

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

7) 日本ケアマネジメント学会に入っていますか。

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

8) 所属機関の種類を教えてください。

1. 居宅介護支援事業所

2. 地域包括支援センター

3. その他( )

↓「1. 居宅介護支援事業所」のとき

1. 特定事業所Ⅰを取得

2. 特定事業所Ⅱを取得

3. 加算なし

9) 所属機関の法人の種類を教えてください。

1. 社会福祉法人(社協以外)

2. 社会福祉協議会

3. 医療法人

4. 財団法人/社団法人

5. 営利法人(チェーン)

7. 営利法人(チェーン以外)

8. 非営利法人

9. 農協/生協

10. その他( )

## II. 「医療系」の利用者を担当することについて

認知症 BPSD、精神疾患、がん末期、神経難病といった、広い意味で「医療系」の利用者を担当することについて、あなたの担当の状況やお考えを教えてください。

1) 「医療系」の利用者について、これまでの、あるいは現在の担当数を教えてください。

		これまでの担当数	現在の担当数
利用者特性別	①認知症 BPSD	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件
	②精神疾患(統合失調症など)	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件
	③がん終末期	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件
	④神経難病(ALSなど)	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件
処置別	⑤在宅酸素療法	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件
	⑥胃ろう	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件
	⑦人工呼吸器	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件
	⑧留置カテーテル	通算約( )件 ・ 不明(多数)	( )件

2) 「医療系」の利用者を担当することについて、全体としてどれくらい苦手だと感じますか？

		1. 感じ ない	2. あまり 感じない	3. どちらとも いえない	4. やや 感じる	5. 感じる
利用者 特性別	①認知症 BPSD	1.	2.	3.	1	2
	②精神疾患(統合失調症など)	1.	2.	3.	3	4
	③がん終末期	1.	2.	3.	4.	5
	④神経難病(ALSなど)	1.	2.	3.	4.	5.
処置別	⑤在宅酸素療法	1.	2.	3.	4.	6
	⑥胃ろう	1.	2.	3.	4.	7
	⑦人工呼吸器	1.	2.	3.	4.	8
	⑧留置カテーテル	1.	2.	3.	4.	5.

3) 「医療系」の利用者を担当することについて、全体的にどれくらい自信がありますか？

		1. ない ない	2. あまり いえない	3. どちらとも ある	4. やや ある	5. ある
利用者 特性別	①認知症 BPSD	1.	2.	3.	4.	5.
	②精神疾患(統合失調症など)	1.	2.	3.	4.	5.
	③がん終末期	1.	2.	3.	4.	5.
	④神経難病(ALSなど)	1.	2.	3.	4.	5.
処置別	⑤在宅酸素療法	1.	2.	3.	4.	5.
	⑥胃ろう	1.	2.	3.	4.	5.
	⑦人工呼吸器	1.	2.	3.	4.	5.
	⑧留置カテーテル	1.	2.	3.	4.	5.

### III. ケアマネジメント業務における課題について

あなたは、下記のケアマネジメント業務において、どれくらい自信がありますか？

		1. 自信が ある	2. やや 自信がある	3. どちらと もいえない	4. やや 自信がない	5. 自信が ない
①アセスメント	1.	2.	3.	9	10	
②ケアプランの作成	1.	2.	3.	4.	11	
③サービス調整・サービス担当者会議の開催	1.	2.	3.	4.	5.	

IV. 本日の内容について

本日の内容や運営等について、改善すべき内容等、ご意見をお聞かせください。

ご協力をいただきありがとうございました。

# 介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム

## <事後アンケート>

・調査の結果は統計的な処理をしますので、個人や事業所を特定されることや、回答を他の目的で使用することはございません。

地域	千葉・群馬・福岡・宮古島	番号		役割	指導者・受講者
----	--------------	----	--	----	---------

I. 指導者として研修に参加された感想をお尋ねします。当てはまる番号に○を付けてください。

1) 研修全体を通しての感想

- |              |              |          |
|--------------|--------------|----------|
| 1. 期待を大幅に上回る | 2. 期待以上      | 3. 期待どおり |
| 4. 期待以下      | 5. 期待を大幅に下回る |          |

2) 研修の総時間数

- |        |          |           |         |       |
|--------|----------|-----------|---------|-------|
| 1. 少ない | 2. やや少ない | 3. ちょうど良い | 4. やや多い | 5. 多い |
|--------|----------|-----------|---------|-------|

3) 研修の難易度

- |        |          |           |          |        |
|--------|----------|-----------|----------|--------|
| 1. 易しい | 2. やや易しい | 3. ちょうど良い | 4. やや難しい | 5. 難しい |
|--------|----------|-----------|----------|--------|

4) 資料や様式

- |             |             |              |
|-------------|-------------|--------------|
| 1. 分かりやすい   | 2. まあ分かりやすい | 3. どちらともいえない |
| 4. やや分かりにくい | 5. 分かりにくい   |              |

4-1) 資料や様式について改善すべき点がありましたら教えてください

(This is a large empty rectangular box for writing responses to question 4-1.)

5) 講義・演習(初日及び最終日)を進めるペース

- |       |         |           |         |       |
|-------|---------|-----------|---------|-------|
| 1. 遅い | 2. やや遅い | 3. ちょうど良い | 4. やや速い | 5. 速い |
|-------|---------|-----------|---------|-------|

6) 講義・演習(初日及び最終日)と個別実習のバランス

- |              |                |           |
|--------------|----------------|-----------|
| 1. 講義・演習が多すぎ | 2. やや講義・演習が多すぎ | 3. ちょうど良い |
| 4. やや実習が多すぎ  | 5. 実習が多すぎ      |           |

7) 研修期間中における参加者どうしの関わりあいの程度

7-1) 指導者との関わりあい

- |        |          |           |         |       |
|--------|----------|-----------|---------|-------|
| 1. 不十分 | 2. やや不十分 | 3. ちょうど良い | 4. やや過剰 | 5. 過剰 |
|--------|----------|-----------|---------|-------|

7-2) 他の受講者との関わりあい

- |        |          |           |         |       |
|--------|----------|-----------|---------|-------|
| 1. 不十分 | 2. やや不十分 | 3. ちょうど良い | 4. やや過剰 | 5. 過剰 |
|--------|----------|-----------|---------|-------|

8) 全課程の中で役に立ったと感じたもの上位 3 つと役に立たなかつたと感じたもの下位 3 つ  
を順に選んで、記入欄に番号を記入してください。

上位 3 つ

1位: \_\_\_\_\_ 2位: \_\_\_\_\_ 3位: \_\_\_\_\_

---

下位 3 つ

1位: \_\_\_\_\_ 2位: \_\_\_\_\_ 3位: \_\_\_\_\_

---

<選択肢>

- |                                 |                        |
|---------------------------------|------------------------|
| 1. ケアプラン確認(初日)                  | 2. 目標設定(初日)            |
| 3. 指導者担当ケースの担当者会議への同行           | 4. 受講者担当ケースの担当者会議への同行  |
| 5. 指導者担当ケースのモニタリングへの同行          | 6. 受講者担当ケースのモニタリングへの同行 |
| 7. オプション実習(※具体的な内容を記入欄にお書きください) |                        |
| 8. プレゼンテーション(最終日)               | 9. 振り返り(最終日)           |

9) これまで経験した事業所内等のOJTに比べて、今回の研修は

- |                         |             |          |
|-------------------------|-------------|----------|
| 1. 非常に優れている             | 2. 優れている    | 3. 変わらない |
| 4. 劣っている                | 5. 非常に劣っている |          |
| 0. そもそもこれまでOJTを受けたことがない |             |          |

10) 今回のような実習形式の研修は、介護支援専門員の法定研修においても必要だと感じますか？（※現行では実習形式の研修は法定研修には位置付けられていません）

- |            |         |              |
|------------|---------|--------------|
| 1. 必要      | 2. まあ必要 | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり必要ない | 5. 必要ない |              |

10-1) 「1. 必要」「2. まあ必要」と回答された方のみお答えください）実習形式の研修は、どの時期に必要性が高いと感じますか？（※○はいくつ付けていただいて結構です）

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. 実務に従事する前（実務研修の時期）                 |
| 2. 実務に従事して1年未満の時期（実務従事者基礎研修の時期）      |
| 3. 実務に従事して1～3年程度の時期（専門研修Ⅰの時期）        |
| 4. 実務に従事して3年以上の時期（専門研修Ⅱの時期）          |
| 5. 実務に従事して5年以上の時期（主任介護支援専門員を受講できる時期） |
| 6. 経験年数によらず、定期的な資格更新の時期（更新研修の時期）     |

10-2) 「1. 必要」「2. まあ必要」と回答された方のみお答えください）実習形式の研修は、どの単位で行われるのがよいと思われますか？

- |                       |
|-----------------------|
| 1. 都道府県ごと（現行の法定研修の単位） |
| 2. 介護保険の保険者ごと         |
| 3. 地域包括支援センターごと       |
| 4. その他（ ）             |

II. 今後の自身の指導者(スーパーバイザー)としての実践についてお尋ねします。

13) 今回の研修後に、「医療系」の利用者に関する指導(スーパービジョン)を行うことについて、全体としてどれくらい苦手だと感じますか？

		1. 感じ ない	2. あまり 感じない	3. どちらとも いえない	4. やや 感じる	5.
利 用 者 特 性 別	①認知症 BPSD	1.	2.	3.	4.	1 2
	②精神疾患(統合失調症など)	1.	2.	3.	4.	3
	③がん終末期	1.	2.	3.	4.	5.
	④神経難病(ALSなど)	1.	2.	3.	4.	5.
処 置 別	⑤在宅酸素療法	1.	2.	3.	4.	4
	⑥胃ろう	1.	2.	3.	4.	5.
	⑦人工呼吸器	1.	2.	3.	4.	5.
	⑧留置カテーテル	1.	2.	3.	4.	5.

14) 今回の研修後に、「医療系」の利用者に関する指導(スーパービジョン)を行うことについて、全体的にどれくらい自信がありますか？

		1. ない ない	2. あまり いえない	3. どちらとも ある	4. やや ある	5.
利 用 者 特 性 別	①認知症 BPSD	1.	2.	3.	4.	5.
	②精神疾患(統合失調症など)	1.	2.	3.	4.	5.
	③がん終末期	1.	2.	3.	4.	5.
	④神経難病(ALSなど)	1.	2.	3.	4.	5.
処 置 別	⑤在宅酸素療法	1.	2.	3.	4.	5.
	⑥胃ろう	1.	2.	3.	4.	5.
	⑦人工呼吸器	1.	2.	3.	4.	5.
	⑧留置カテーテル	1.	2.	3.	4.	5.

15) 今後、あなたは、下記のケアマネジメント業務を指導(スーパービジョン)することについて、どれくらい自信がありますか？

		1. 自信が ある	2. やや 自信がある	3. どちらと もいえない	4. やや 自信がない	5. 自信が ない
①アセスメント		1.	2.	3.	4.	5.
②ケアプランの作成		1.	2.	3.	4.	5.
③サービス調整・サービス担当者会議の開催		1.	2.	3.	4.	5.
④モニタリング		1.	2.	3.	4.	5.

# 介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム

## <事後アンケート>

・調査の結果は統計的な処理をしますので、個人や事業所を特定されることや、回答を他の目的で使用することはございません。

地域	千葉・群馬・福岡・宮古島	番号		役割	指導者・受講者
----	--------------	----	--	----	---------

I. 研修を受講された感想をお尋ねします。当てはまる番号に○を付けてください。

1) 研修全体を通しての感想

- |              |              |          |
|--------------|--------------|----------|
| 1. 期待を大幅に上回る | 2. 期待以上      | 3. 期待どおり |
| 4. 期待以下      | 5. 期待を大幅に下回る |          |

2) 研修の総時間数

- |        |          |           |         |       |
|--------|----------|-----------|---------|-------|
| 1. 少ない | 2. やや少ない | 3. ちょうど良い | 4. やや多い | 5. 多い |
|--------|----------|-----------|---------|-------|

3) 研修の難易度

- |        |          |           |          |        |
|--------|----------|-----------|----------|--------|
| 1. 易しい | 2. やや易しい | 3. ちょうど良い | 4. やや難しい | 5. 難しい |
|--------|----------|-----------|----------|--------|

4) 資料や様式

- |             |             |              |
|-------------|-------------|--------------|
| 1. 分かりやすい   | 2. まあ分かりやすい | 3. どちらともいえない |
| 4. やや分かりにくい | 5. 分かりにくい   |              |

4-1) 資料や様式について改善すべき点がありましたら教えてください

(This is a large empty rectangular box for writing responses to question 4-1.)

5) 講義・演習(初日及び最終日)を進めるペース

- |       |         |           |         |       |
|-------|---------|-----------|---------|-------|
| 1. 遅い | 2. やや遅い | 3. ちょうど良い | 4. やや速い | 5. 速い |
|-------|---------|-----------|---------|-------|

6) 講義・演習(初日及び最終日)と個別実習のバランス

- |              |                |           |
|--------------|----------------|-----------|
| 1. 講義・演習が多すぎ | 2. やや講義・演習が多すぎ | 3. ちょうど良い |
| 4. やや実習が多すぎ  | 5. 実習が多すぎ      |           |

7) 研修期間中における参加者どうしの関わりあいの程度

7-1) 指導者との関わりあい

- |        |          |           |         |       |
|--------|----------|-----------|---------|-------|
| 1. 不十分 | 2. やや不十分 | 3. ちょうど良い | 4. やや過剰 | 5. 過剰 |
|--------|----------|-----------|---------|-------|

7-2) 他の受講者との関わりあい

- |        |          |           |         |       |
|--------|----------|-----------|---------|-------|
| 1. 不十分 | 2. やや不十分 | 3. ちょうど良い | 4. やや過剰 | 5. 過剰 |
|--------|----------|-----------|---------|-------|

8) 全課程の中で役に立ったと感じたもの上位3つと役に立たなかつたと感じたもの下位3つ

を順に選んで、記入欄に番号を記入してください。

上位3つ

1位: \_\_\_\_\_ 2位: \_\_\_\_\_ 3位: \_\_\_\_\_

下位3つ

1位: \_\_\_\_\_ 2位: \_\_\_\_\_ 3位: \_\_\_\_\_

<選択肢>

- |                                 |                        |
|---------------------------------|------------------------|
| 1. ケアプラン確認(初日)                  | 2. 目標設定(初日)            |
| 3. 指導者担当ケースの担当者会議への同行           | 4. 受講者担当ケースの担当者会議への同行  |
| 5. 指導者担当ケースのモニタリングへの同行          | 6. 受講者担当ケースのモニタリングへの同行 |
| 7. オプション実習(※具体的な内容を記入欄にお書きください) |                        |
| 8. プレゼンテーション(最終日)               | 9. 振り返り(最終日)           |

9) これまで経験した事業所内等のOJTに比べて、今回の研修は

- |                         |             |          |
|-------------------------|-------------|----------|
| 1. 非常に優れている             | 2. 優れている    | 3. 変わらない |
| 4. 劣っている                | 5. 非常に劣っている |          |
| 0. そもそもこれまでOJTを受けたことがない |             |          |

10) 今回のような実習形式の研修は、介護支援専門員の法定研修においても必要だと感じますか？（※現行では実習形式の研修は法定研修には位置付けられていません）

- |            |         |              |
|------------|---------|--------------|
| 1. 必要      | 2. まあ必要 | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり必要ない | 5. 必要ない |              |

10-1) （「1. 必要」「2. まあ必要」と回答された方のみお答えください）実習形式の研修は、どの時期に必要性が高いと感じますか？（※○はいくつ付けていただいて結構です）

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. 実務に従事する前（実務研修の時期）                 |
| 2. 実務に従事して1年未満の時期（実務従事者基礎研修の時期）      |
| 3. 実務に従事して1～3年程度の時期（専門研修Ⅰの時期）        |
| 4. 実務に従事して3年以上の時期（専門研修Ⅱの時期）          |
| 5. 実務に従事して5年以上の時期（主任介護支援専門員を受講できる時期） |
| 6. 経験年数によらず、定期的な資格更新の時期（更新研修の時期）     |

10-2) （「1. 必要」「2. まあ必要」と回答された方のみお答えください）実習形式の研修は、どの単位で行われるのがよいと思われますか？

- |                       |
|-----------------------|
| 1. 都道府県ごと（現行の法定研修の単位） |
| 2. 介護保険の保険者ごと         |
| 3. 地域包括支援センターごと       |
| 4. その他（ ）             |

11) 今回の研修には、あなたが研修前に学びたいと考えていたことがどれくらい含まれていましたか？

- |                |                |                   |                |
|----------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1. 期待以上に含まれていた | 2. 期待通りに含まれていた | 3. 期待以下だったが含まれていた | 4. 全く含まれていなかつた |
|----------------|----------------|-------------------|----------------|

12) 今回の研修では、あなたが研修前に学びたいと考えていたことをどれくらい習得することができましたか？

- |             |              |              |              |
|-------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. 十分に習得できた | 2. 一定程度習得できた | 1 不十分だが習得できた | 2 全く習得できなかつた |
|-------------|--------------|--------------|--------------|

II. 今後の自身のケアマネジメント実践についてお尋ねします。

13) 今回の研修後に、「医療系」の利用者を担当することについて、全体としてどれくらい苦手だと感じますか？

		1. 感じ ない	2. あまり 感じない	3. どちらとも いえない	4. やや 感じる	5. 感じる
利 用 者 特 性 別	①認知症 BPSD	1.	2.	3.	1	2
	②精神疾患(統合失調症など)	1.	2.	3.	3	4
	③がん終末期	1.	2.	3.	4.	5
	④神経難病(ALSなど)	1.	2.	3.	4.	5.
処 置 別	⑤在宅酸素療法	1.	2.	3.	4.	6
	⑥胃ろう	1.	2.	3.	4.	5.
	⑦人工呼吸器	1.	2.	3.	4.	5.
	⑧留置カテーテル	1.	2.	3.	4.	5.

14) 今回の研修後に、「医療系」の利用者を担当することについて、全体的にどれくらい自信がありますか？

		1. ない ない	2. あまり いえない	3. どちらとも ある	4. やや ある	5. ある
利 用 者 特 性 別	①認知症 BPSD	1.	2.	3.	4.	5.
	②精神疾患(統合失調症など)	1.	2.	3.	4.	5.
	③がん終末期	1.	2.	3.	4.	5.
	④神経難病(ALSなど)	1.	2.	3.	4.	5.
処 置 別	⑤在宅酸素療法	1.	2.	3.	4.	5.
	⑥胃ろう	1.	2.	3.	4.	5.
	⑦人工呼吸器	1.	2.	3.	4.	5.
	⑧留置カテーテル	1.	2.	3.	4.	5.

15) 今後、あなたは、下記のケアマネジメント業務を実施していくことについて、どれくらい自信がありますか？

		1. 自信が ある	2. やや 自信がある	3. どちらと もいえない	4. やや 自信がない	5. 自信が ない
①アセスメント		1.	2.	3.	4.	5.
②ケアプランの作成		1.	2.	3.	4.	5.
③サービス調整・サービ ス担当者会議の開催		1.	2.	3.	4.	5.
④モニタリング		1.	2.	3.	4.	5.

III. 研修の内容・運営についてお尋ねします。

16) 今回のような研修を他地域においても実施していくにあたり、受講料として妥当だと思う金額を選んでください。(※あまり深く考えず直観的にお答えいただければ結構です)

16-1) 研修全体

円

16-2) 同行実習1回あたり

円

17) 研修があなたの役に立つようになるために要望したいことを書き出してください。

18) 感想・コメントをご自由にご記入下さい。

質問は以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。

**介護支援専門員を対象とした  
短期実習プログラム  
実施マニュアル**

プログラム運営委員会・事務局向け

2012年3月

介護支援専門員のスーパービジョン実践としての  
OJT のあり方に関する研究員会

## 目次

---

1. 背景・目的.....	1
2. 特徴・意義.....	1
3. 実施単位 .....	2
4. 実施体制の構築 .....	2
4.1. プログラム運営委員会.....	2
4.2. プログラム運営事務局.....	2
4.3. 実習協力施設.....	3
4.4. 指導者.....	3
4.5. 受講者.....	3
5. 体制図.....	5
6. 期間・スケジュール .....	6
7. 企画 .....	9
8. 事前準備 .....	9
8.1. 関係機関への説明.....	9
8.2. 募集・受付 .....	9
8.3. 関係者の日程調整とスケジュール決定.....	10
8.4. 会場準備 .....	10
8.5. 事前説明会開催のお知らせ .....	10
8.6. 資料準備 .....	10
8.7. 事前説明会の開催.....	11
8.8. 指導者と受講者とのマッチング .....	11
8.9. 指導者向け説明会.....	11
8.10. 受講者・指導者の準備 .....	11
9. 研修の運営.....	12
10. 修了証の発行 .....	12

### 【資料集】

[文書 1:市町村への説明文書]

[文書 2:プログラムの説明資料]

[文書 3:事業所への説明文書]

[文書 4:プログラムの説明資料]

## 1. 背景・目的

日本ケアマネジメント学会では、高齢社会の到来を背景とした良質なケアマネジメントに対するニーズの高まりを受けて、平成20年度より厚生労働省からの研修補助を得て、スーパービジョン手法による介護支援専門員の教育方法の体系化を進めてきました。

平成22年度に実施した調査によると、ほとんどの事業所で何らかの人材育成の取り組みはなされているものの、少人数の事業所では人材育成基盤が弱く、十分な人材教育プログラムが実施されているとは言い難い状況であることが判明しました。

これらの状況を踏まえ、地域において介護支援専門員の指導者チームを組織し、事業所を超えた形で実習形式の研修を実施する、個別化されたOJTに近い形態でのモデル研修プログラムを開発・試行することとなりました。

研修の実施にあたっては、先に取りまとめたスーパービジョンの実践方法などを用いながら、指導者（スーパーバイザー）と受講者（スーパーバイジー）が相互に研鑽しながら進めます。

## 2. 特徴・意義

知識の習得を主な目的とした座学による従来の法定研修とは異なり、本研修は、以下4つのi（アイ）という特徴があります。

- ① 実習形式 (Interning) : 現行の法定カリキュラムに存在しない実習プログラムを提供することにより、実践的知識・技術を補完します。
- ② 事業所を超えた (Inter-organizational) : 概して事業規模が零細であり、事業所内部の教育資源に乏しい居宅介護支援事業所に対して、本プログラムを通じて事業所間の教育交流を促し、現任介護支援専門員に対する教育効率を向上させます。
- ③ 個別化された (Individualized) : プログラムの基本的な枠組みについては汎用的なものを提示しつつ、扱うケースの特性等に応じて構成する。新任者のみならず、医療等の特定領域に苦手意識を持つ経験者層の教育ニーズにも対応しています。
- ④ 相互研さん (Inter-educational) : 現状として居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の多くは、指導者としての役割を担う機会を持たないことが多く、指導することに慣れていない実態があります。そこで、当面の措置として、講義者のみならず指導者に対する教育的効果もプログラムの目的の1つとします。

### **3. 実施単位**

市町村ごとに実施することを基本とします。ただし、各地域の人口規模等に応じて市町村を分割、あるいは市町村を越えて実施することも想定されます。

### **4. 実施体制の構築**

地域での「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」を実施するためには、プログラム運営委員会、プログラム運営事務局、実習協力施設といった体制を構築することが必要です。なお、研修自体は指導者と受講者によって進められます。それぞれの役割は以下のとおりです。

#### **4.1. プログラム運営委員会**

本プログラムへの参加を始めとして、地域の特性に応じてプログラムの一部改変や実習協力施設の選定、指導者と受講者のマッチング等について検討し、決定します。

##### **【構成員】**

- 実習協力施設となる居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の代表者
- 地域包括支援センターの主任介護支援専門員
- 市町村介護保険担当職員 等
- ※ その他、当該地域の地区医師会や中核的在宅療養支援診療所の医師や訪問看護師等、介護支援専門員以外の者が構成員となることも推奨されます。
- ※ ただし、多様な関係者が関与することにより、運営委員会が形骸化する恐れがある場合には、慎重な検討が必要です。
- ※ なお、当該地域に介護支援専門員ないし主任介護支援専門員の連絡組織が存在する場合には、運営委員会を当該組織の下位組織として位置づけるなど、既存資源との整合性に配慮することが望ましいです。

#### **4.2. プログラム運営事務局**

プログラム運営委員会の決定に基づき、プログラムの実施に向けて、会場の確保や関係者への周知、資料等の準備・保管、修了者の名簿管理等、プログラム運営にかかる手配等を行います。

##### **【実施主体】**

- 市町村（東京都は特別区）
- 地域包括支援センター
- 地域で組織されている介護支援専門員の連絡会 等

#### 4.3. 実習協力施設

所属する主任介護支援専門員を本プログラムの指導者として派遣する他、サービス担当者会議やモニタリングの実習を受け入れます。その他、症例検討会等、独自で行っている取組みにも受講者の参加を受け入れることが望まれます。

なお、実習協力施設は、実施単位となる地域の介護支援事業所のうち、下記要件を満たす施設から候補を募り、プログラム運営委員会による承認を経て決定します。

##### 【要件】

- 実習の指導者となり得る主任介護支援専門員が1名以上在籍する事業所
- ※ 指導者の基礎資格が特定の資格に偏らないよう配慮が必要です。
- 3名以上の介護支援専門員が在籍する居宅介護支援事業所
- 特定事業所加算の取得状況は要件としませんが、特定事業所加算取得事業所の主任介護支援専門員は、自事業所内のみならず、地域の介護支援専門員に対しても指導的役割を担うことが望ましいです。

#### 4.4. 指導者

本プログラムを通じて、受講者の介護支援専門員としての成長を支援します。

具体的には、受講者のケアマネジメント力を見極めたうえで、演習や個別指導を通じ、受講者のケアマネジメントの課題に関する指導・助言を行います。

##### 【要件】

- 基本的には主任介護支援専門員の有資格者とします。
- 実習協力施設から推薦された主任介護支援専門員
  - 地域包括支援センターの主任介護支援専門員
  - ※ ただし、個別実習は受講者の所属事業所のみに限られます。
  - その他、当該地域において主任介護支援専門員の連絡会が組織されている場合には、その連絡会から推薦された者等

#### 4.5. 受講者

本プログラムの講義・演習と個別実習を通じて、より質の高いケアマネジメントを行う介護支援専門員としての技能を習得します。

具体的には、演習「アセスメント確認」を行う中で自分のケアマネジメントに係る課題を理解します。その後、自らの研修期間中の達成目標と3~5年後の到達目標を明確にし、同行実習を通じて指導者の発言や行動から自らのケアマネジメントに係る課題解決への気付きを得る他、指導者からの指導・助言を通じて、より質の高いケアマネジメント知識・技術等を学びます。

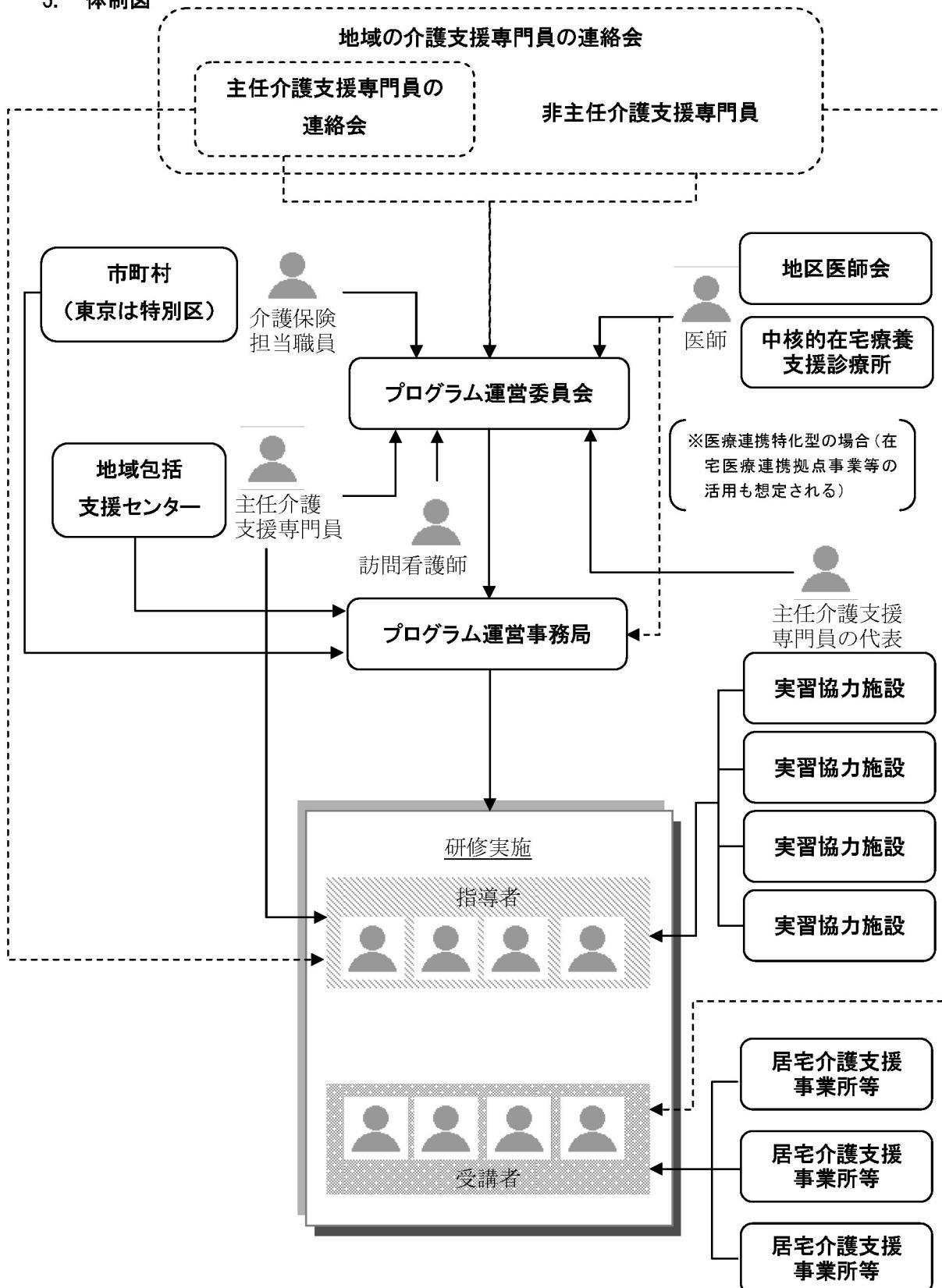
## **【対象】**

原則として、実施単位となる地域内の居宅介護支援事業所等に所属する全ての介護支援専門員を対象とします。

介護支援専門員の連絡組織等がある地域では、当該組織を通じて受講生を募集することも可能です。

なお、1回の実習期間の受講者の人数は、初日の目標設定と最終日のプレゼンテーション・振り返りの実施効果を高めるため、最大でも10名程度。受講者が多数をなる場合には、複数のグループに分割して実施することが望ましいです。

## 5. 体制図



## 6. 期間・スケジュール

下表を基本とします。

個別実習 1～4 は指導者と受講者との協議により個別に日程を調整することとし、午前又は午後の実習を 4 日間にわたって行う形式でも、終日の実習を 2 日間で行う形式でも差し支えありません。

なお、実施期間は初日全体研修から最終日全体研修までで 1 ヶ月～1 ヶ月半を目安とします。

日程	実施内容	詳細	場所	時間
60 日前	募集／受付	<ul style="list-style-type: none"><li>実習協力施設を募集し、プログラム運営委員会の承認を経て決定します。</li><li>実習協力施設から指導者候補の推薦を受けて決定します。</li><li>受講者の募集を開始し、申し込みを受け付けます。</li></ul> <p>※介護支援専門員の連絡組織等がある地域では、当該組織を通じて受講生を募集することも可能です。</p>	—	—
30 日前	事前説明会	<ul style="list-style-type: none"><li>受講者と指導者を対象とした説明会を開催し、研修の意義や実習の進め方等を説明します。</li><li>受講者は、認知症のケース 1 事例、困っているケース 1 事例の記録（個人情報削除済み）を 2 部ずつ提出します。</li></ul>	研修会場	1
	指導者説明会	<ul style="list-style-type: none"><li>事前説明会とは別途、指導者向けの説明会を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有します。</li></ul>	研修会場	1
	研修準備	<ul style="list-style-type: none"><li>指導者は、初日までに「アセスメント確認用紙」を用いて提出ケースのアセスメント確認を行います。</li><li>受講者は「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム 実施マニュアル」を読み、研修内容を理解し</li></ul>	—	—

日程	実施内容	詳細	場所	時間
		ます。		
開始	初日 全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>講義：アセスメント確認の目的と必要性</li> <li>演習：アセスメント確認（提出 2 ケースについて）</li> <li>研修目標設定：「目標設定用紙」を使用して指導者と相談しながら目標を設定し、個別実習の日程調整を行います。</li> </ul> <p>※指導者と受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、個別実習の前までに同意を取得します。利用者又は家族の署名した同意文書は、指導者・受講者向けの同意文書と共にプログラム運営事務局に提出してください。</p> <p>※あわせて個別実習日程報告用紙にも所定事項を記入の上、プログラム運営事務局に提出してください。</p>	研修会場	5
約 1 日～ 1 ヶ月 (又は 1 ヶ月半)	個別実習 1	<p>※基本的に以下の個別実習を半日 ×4 回行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>指導者担当ケース同行 1：担当者会議の運営とその記録</li> </ul>	実習協力 施設	3
	個別実習 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>指導者担当ケース同行 2：モニタリングとその後の関係機関調整（受講者提出事例に類似した事例が望ましい）</li> </ul>		3
	個別実習 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>受講者担当ケース同行 1：担当者会議の運営とその記録（必ずしも提出事例でなくてよい）</li> </ul>	受講者 所属 事業所	3
	個別実習 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>受講者担当ケース同行 2：モニタリングとその後の関係機関調整（提出事例）</li> </ul>		3
1 ヶ月～ 1 ヶ月 (又は 1	最終日 全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>プレゼンテーション：各受講者が期間中に扱った 1 事例を選び、A3 用紙又は模造紙に研修で得た気付きや</li> </ul>	研修会場	4

日程	実施内容	詳細	場所	時間
ヶ月半) 後		<p>学びをまとめて発表し、質疑応答を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 振り返り：各受講者の研修での体験内容・できしたこと・できなかつたこと・感情・今後の抱負を全体で共有します。</li> <li>• 修了証授与</li> </ul>		

## 7. 企画

前述のプログラム運営委員会では、地域の介護支援専門員の育成に係る課題を確認した上で、その解決に向けたプログラムの内容・方法を検討し、決定します。

例えば、介護系の基礎資格を有するとする介護支援専門員が増加している昨今の状況への対応として、医療機関の協力を得て、退院前カンファレンスへの同席、在宅看護・在宅診療への同行等が考えられます。

その他、症例検討会に参加する機会のない（又は少ない）受講者に対しては、実習協力施設である特定事業所の協力を得て、症例検討会への同席等も想定されます。

## 8. 事前準備

プログラム運営委員会の決定に基づいて、プログラム運営事務局が以下を行います。

### 8.1. 関係機関への説明

本プログラムの実施に際し、介護保険の保険者である市町村（東京都は特別区）に対してプログラムの趣旨や効果等を説明して理解を得ます。また、必要に応じて、プログラム運営委員会やプログラム運営事務局への参加協力を依頼する。

#### 【配布書類】

- 市町村への説明文書
- プログラムの説明資料（市町村向け）

### 8.2. 募集・受付

本プログラムを実施する 60 日前頃から、実習協力施設を募集し、プログラム運営委員会の承認を得て決定します。決定した実習協力施設には、指導者候補を推薦してもらいます。

併せて、地域内の居宅介護支援事業所には受講者の募集を行い、申し込みを受け付けます。

指導者にはマッチングを行うためのフェースシート、受講者にはフェースシートと受講者同行希望事前聴取用紙を配布します。後日開催される事前説明会にて記入が済んだフェースシートと同行希望事前聴取用紙を回収します。また、受講者には事前説明会にアセスメント確認を行うためのケース（詳細は「指導者・受講者向けマニュアル」を参照のこと）を持参するよう依頼します。

なお、フェースシートに記入された個人情報は、予め定められた目的内での使用のみを行い、漏えいには十分な注意が必要です。

### **【配布書類】**

- 事業所への説明文書
- プログラムの説明資料（事業所向け）
- フェースシート（指導者向け／受講者向け）
- 同行希望事前聴取用紙（受講者のみ）

※「フェースシート」と「同行希望事前聴取用紙」は「指導者・受講者向けマニュアルを参照」

### **8.3. 関係者の日程調整とスケジュール決定**

事前説明会、指導者説明会、初日全体研修、最終日全体研修でのファシリテーターや講師等の日程を調整し、それぞれの開催日を決定します。

開催日程の目安は、前述の「1.6. 期間・スケジュール」を参照してください。

### **8.4. 会場準備**

決定した事前説明会、指導者説明会、初日全体研修、最終日全体研修の開催日に使用できる会場を探し、予約します。

会場は、出席する人数を考慮に入れる他、交通の便や費用等を勘案したうえで決定します。

### **8.5. 事前説明会開催のお知らせ**

事前説明会に出席する指導者・受講者、その他関係者に事前説明会の開催日時、場所等を連絡します。

### **8.6. 資料準備**

事前説明会で配布する資料を指導者・受講者用として、それぞれ必要部数を印刷し、ファイルに綴じて用意します。

### **【配布資料】※詳細は「指導者・受講者向けマニュアルを参照」**

- プログラム説明資料（1部）
- 指導者・受講者同意書（指導者・受講者各2部）
- 利用者同意書（指導者・受講者各2部）
- 個別実習日程報告用紙（1部）
- 指導者・受講者向けマニュアル（1部）
- アセスメント確認用紙（参考2ケース及び記入例）
- 目標設定用紙（2部）
- 当日記録（10部）

- 振り返り用紙（2部）

## 8.7. 事前説明会の開催

事前説明会を開催し、指導者・受講者に対してプログラムの趣旨や実施内容の詳細を説明します。事前説明会の進行等については、次第を作成し、事前に関係者で共有しておきます。

また、指導者からは記入の済んだフェースシート、受講者からはフェースシートと同行希望事前聴取用紙、アセスメント確認を行うケースを回収します。

## 8.8. 指導者と受講者とのマッチング

プログラム運営事務局では、事前説明会で回収した指導者・受講者のフェースシートや同行希望事前聴取用紙をプログラム運営委員会に提出します。

プログラム運営委員会では、基礎資格や業務経歴等、受講者の同行希望を参考に受講者の希望に沿った指導が行える指導者をペアにします。

事務局では、指導者と受講者とのマッチング結果に基づき、受講者から提出されたアセスメント確認のケースをペアとなった指導者に配布します。指導者は受取ったケースを用いて、初日の全体研修会までに提出ケースのプラン確認を行います。

## 8.9. 指導者向け説明会

事前説明会とは別途、指導者のみを対象とする指導者説明会を開催し、「指導者・受講者向けマニュアル」に沿って、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について認識を共有します。

なお、「指導者・受講者向けマニュアル」は事前説明会で配布していますので、基本的に指導者にはそれを持参してもらいます。

## 8.10. 受講者・指導者の準備

指導者は、初日までに「アセスメント確認用紙」を用いて提出ケースのプラン確認を行います。

受講者は、「受講者・指導者向けマニュアル」を参照し、研修内容を確認します。

## **9. 研修の運営**

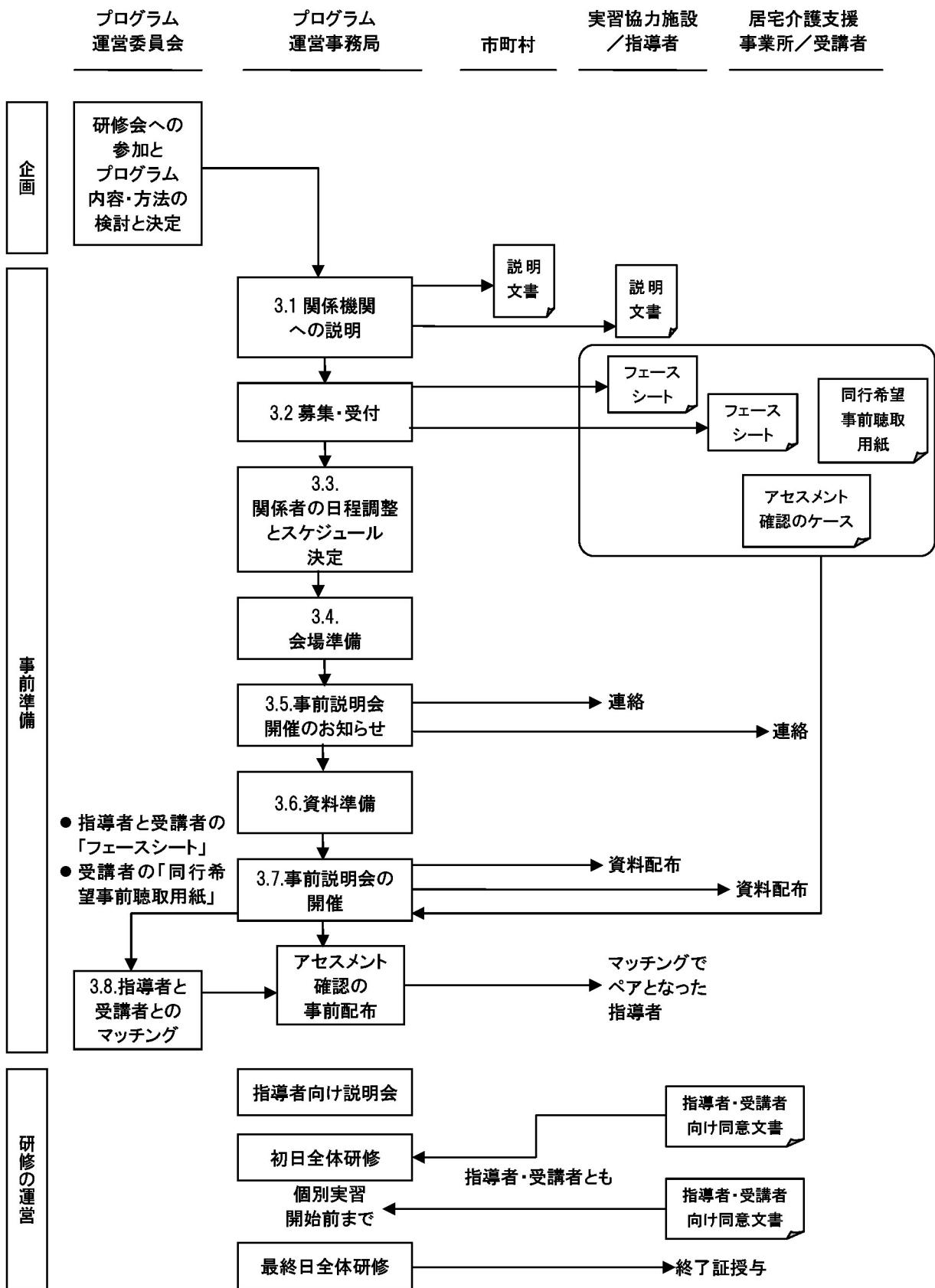
初日全体研修以降の実習は、基本的に指導者と受講者のみで行いますが、実習に先立ち、個別実習の日程を把握すべく、記入済みの「個別実習日程報告用紙」を回収します。

「初日全体研修」及び「個別実習」それぞれの実施内容等については、「指導者・受講者向けマニュアル」を参照してください。

## **10. 修了証の発行**

プログラム運営事務局は、プログラムの修了予定者を運営委員会に報告、修了証を準備し、最終日全体研修にて授与する。

## 11. 業務運用フロー





# 資料集

[文書 1:市町村への説明文書]

平成 年 月 日

市町村

介護保険法担当主管部局 様

(実施主体名)

(代表者役職・氏名)

モデル研修への参加ご協力に関するお願い

拝啓

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、  
厚く御礼申し上げます。

現在、日本ケアマネジメント学会では質の高いケアマネジメントの実現を目的とした活動をしており、この度同学会の支援団体である「株式会社フジケア」が事務局となり「介護支援専門員に対するスーパービジョン実践としての地域におけるOJTの実践に関する研究」（平成23年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）事業を実施しております。介護支援専門員の人材育成のための実習を地域全体でおこなうことを目的としています。

この研究事業の実証をおこなうため「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」モデル研修を実施することとなりました。このモデル研修は居宅介護支援事業所におけるOJTや地域包括支援センターの役割となる介護支援専門員に対する後方支援の方法として効果的であることから当地域においてもモデル研修を実施いたします。

つきましては、プログラムの趣旨をご理解いただき、可能な範囲でのご協力を賜わりたく、よろしくお願ひ申し上げます。

ご多忙のところ、誠に恐縮ですが、何卒御高配のほどよろしくお願ひ申し上げます。

実施責任者(担当者)

●●●●●●●●●●●● (所属、氏名)

(介護支援専門員に対するスーパービジョン実践としての地域におけるOJTの実践  
に関する研究委員会委員 )

連絡先

●●●●●●●●●●●●  
●●●●●●●●●●●●

電話：(●●) ●●●● Fax：(●●●) ●●●●

平成●●年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業  
介護支援専門員のスーパービジョン実践としての地域におけるOJTの実践に関する研究

### 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」モデル研修 プログラム概要

#### ①研究目的

日本ケアマネジメント学会により平成 20 年度から研究されている「スーパービジョンのあり方に関する研究」では、地域の人的資源を有効に活用しながら、地域全体で介護支援専門員を育成する仕組みを構築すべく、地域における実習形式のモデル研修を全国数地域で試行し、実現可能性や運用課題を検証する調査研究を実施いたします。

#### ②昨年度調査結果

平成 23 年度に実施した調査研究では、以下のような効果が見られました。

- 受講者のテクニカルマネジメントの技術習得に効果があった。
  - テクニカルスキル(声かけ等)、ヒューマンスキルの課題の発見、および学びができた。
  - 自らの事例における実践や自信獲得につながった。
- 指導者のケアマネジメント技術及び教える力の習得に効果があった。
  - アセスメント、モニタリング～担当者会議の運営、業務の姿勢まで、受講者個々の力量に応じた指導(個別性)を行った。
  - 受講者の業務から自らの業務を振り返る機会を得た。
- 受講者にとっては、ロールモデル(目指す人材像)を獲得することができた。
- オプションとして在宅医療の現場への同行により、苦手意識を軽減できた。
  - 訪問診療に対する親しみ、他職種の視点への気付きを得た。
  - 医師や看護師への気軽な相談や、ケアマネジメントにおける医師の助言の活用の具体的な方法が分かった。

### ③調査内容

地域における実習形式のモデル研修として以下を試行した後、聞き取りによる調査(一部調査票による調査)にて、実施前後の技能や満足度の評価を行う予定です。なお、地域によって運用に多少の違いが生じる可能性がありますが、研修全体のスケジュールは概ね下表の通りです。

日程	内容	詳細	場所	時間
30日前	事前説明会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プログラム概要説明</li> <li>・受講者に、認知症のケース1事例、困っているケース1事例の記録（個人情報削除済み）を2部ずつ提出してもらう。</li> <li>・同行利用者向けの同意取得書式を渡す。</li> </ul>	研修会場	1
30～1日前	指導者説明会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前説明会とは別途、指導者向けの説明会を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について認識を共有するための説明を行います。</li> </ul>	研修会場	2
	準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導者は初日までに「アセスメント確認用紙」を用いて提出ケースのアセスメント確認を行う。</li> <li>・指導者と受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、同意取得をする。</li> </ul>	-	-
0	初日 全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プログラム趣旨説明</li> <li>・講義：アセスメント確認の目的と必要性</li> <li>・演習：アセスメント確認（提出2ケースについて）</li> <li>・研修目標設定：「目標設定用紙」を使用して指導者と相談しながら目標を設定し、個別実習の日程調整を行います。</li> </ul> <p>※指導者と受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、個別実習の前までに同意を取得します。</p>	研修会場	5
1日～ 1ヶ月 (又は 1ヶ月 半)	個別実習 1	<p>※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・指導者担当ケース同行1：担当者会議の運営とその記録</li> </ul>	実習受け入れ機関	3
	個別実習 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導者担当ケース同行2：モニタリングとその後の関係機関調整（受講者提出事例に類似した事例が望ましい）</li> </ul>	実習受け入れ機関	3
	個別実習 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受講者担当ケース同行1：担当者会議の運営とその記録（必ずしも提出事例でなくよい）</li> </ul>	受講者所属事業所	3
	個別実習 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受講者担当ケース同行2：モニタリングとその後の関係機関調整（提出事例）</li> </ul>	受講者所属事業所	3
1日～ 1ヶ月	最終日 全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プレゼンテーション：各受講者が期間中に扱った1事例を選び、A3用紙又は模造紙を用いて発表・質疑応答</li> </ul>	研修会場	4

日程	内容	詳細	場所	時間
(又は 1ヶ月 半) 後		<ul style="list-style-type: none"> <li>・振り返り：各受講者の体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有。</li> <li>・修了証書の授与</li> </ul>		

#### ④貴市町村への依頼事項

- ・ 当該プログラムで実施する内容を検討・決定するプログラム運営委員会への参加
- ・ プログラム運営にかかる手配等を行うプログラム運営事務局

※必要に応じて削除

[文書 3:事業所への説明文書]

平成 年 月 日

株式会社○○

管理者 様

(実施主体名)

(代表者役職・氏名)

モデル研修への参加ご協力に関するお願ひ

拝啓

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

現在、日本ケアマネジメント学会では質の高いケアマネジメントの実現を目的とした活動をしており、この度同学会の支援団体である「株式会社フジケア」が事務局となり「介護支援専門員に対するスーパービジョン実践としての地域におけるOJTの実践に関する研究」（平成23年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）事業を実施しております。介護支援専門員の人材育成のための実習を地域全体でおこなうことを目的としています。

この研究事業の実証をおこなうため「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」モデル研修を実施することとなりました。このモデル研修は居宅介護支援事業所におけるOJTや地域包括支援センターの役割となる介護支援専門員に対する後方支援の方法として効果的であることから当地域においてもモデル研修を実施いたします。

つきましては、貴事業所所属の●●様に別紙プログラムによるモデル研修にご参加いただきたくとともに、実習の受入にご協力いただきたくお願い申し上げます。

ご多忙のところ、誠に恐縮ですが、何卒御高配のほどよろしくお願い申し上げます。

実施責任者(担当者)

●●●●●●●●●●●● (所属、氏名)

(介護支援専門員に対するスーパービジョン実践としての地域におけるOJTの実践に関する研究委員会委員 )

連絡先

●●●●●●●●●●●●●●●●●●

●●●●●●●●●●●●●●●●

電話：(●●) ●●●● Fax：(●●●) ●●●●

平成●年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業  
介護支援専門員のスーパービジョン実践としての地域におけるOJTの実践に関する研究

### 「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」モデル研修 プログラム概要

#### ①研究目的

日本ケアマネジメント学会により平成 20 年度から研究されている「スーパービジョンのあり方に関する研究」では、地域の人的資源を有効に活用しながら、地域全体で介護支援専門員を育成する仕組みを構築すべく、地域における実習形式のモデル研修を全国数地域で試行し、実現可能性や運用課題を検証する調査研究を実施いたします。

#### ②昨年度調査結果

平成 23 年度に実施した調査研究では、以下のような効果が見られました。

- 受講者のテクニカルマネジメントの技術習得に効果があった。
  - テクニカルスキル(声かけ等)、ヒューマンスキルの課題の発見、および学びができた。
  - 自らの事例における実践や自信獲得につながった。
- 指導者のケアマネジメント技術及び教える力の習得に効果があった。
  - アセスメント、モニタリング～担当者会議の運営、業務の姿勢まで、受講者個々の力量に応じた指導(個別性)を行った。
  - 受講者の業務から自らの業務を振り返る機会を得た。
- 受講者にとっては、ロールモデル(目指す人材像)を獲得することができた。
- オプションとして在宅医療の現場への同行により、苦手意識を軽減できた。
  - 訪問診療に対する親しみ、他職種の視点への気付きを得た。
  - 医師や看護師への気軽な相談や、ケアマネジメントにおける医師の助言の活用の具体的な方法が分かった。

### ③調査内容

地域における実習形式のモデル研修として以下を試行した後、聞き取りによる調査(一部調査票による調査)にて、実施前後の技能や満足度の評価を行う予定です。なお、地域によって運用に多少の違いが生じる可能性がありますが、研修全体のスケジュールは概ね下表の通りです。

Day	内容	詳細	場所	時間
30日 前	事前説明会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プログラム概要説明</li> <li>・受講者に、認知症のケース 1 事例、困っているケース 1 事例の記録（個人情報削除済み）を 2 部ずつ提出してもらう。</li> <li>・同行利用者向けの同意取得書式を渡す。</li> </ul>	研修会場	1
	指導者説明会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前説明会とは別途、指導者向けの説明会を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について認識を共有するための説明を行います。</li> </ul>	研修会場	2
	研修準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導者は初日までに「アセスメント確認用紙」を用いて提出ケースのアセスメント確認を行う。</li> <li>・指導者と受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、同意取得をする。</li> </ul>	-	-
0	初日 全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プログラム趣旨説明</li> <li>・講義：アセスメント確認の目的と必要性</li> <li>・演習：アセスメント確認（提出 2 ケースについて）</li> <li>・研修目標設定：「目標設定用紙」を使用して指導者と相談しながら目標を設定し、個別実習の日程調整を行います。 ※指導者と受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、個別実習の前までに同意を取得します。</li> </ul>	研修会場	5
約 1 日～1 ヶ月 (又 は 1 ヶ月 半)	個別実習 1	<p>※基本的には、以下の個別実習を半日 × 4 回行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・指導者担当ケース同行 1：担当者会議の運営とその記録</li> </ul>	実習協力 機関	3
	個別実習 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導者担当ケース同行 2：モニタリングとその後の関係機関調整（受講者提出事例に類似した事例が望ましい）</li> </ul>		3
	個別実習 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受講者担当ケース同行 1：担当者会議の運営とその記録（必ずしも提出事例で</li> </ul>	受講者所 属事業所	3

Day	内容	詳細	場所	時間
	個別実習 4	なくてよい) ・受講者担当ケース同行 2: モニタリング とその後の関係機関調整（提出事例）		3
約 1 日～1 ヶ月 (又 は 1 ヶ月 半) 後	最終日全 体研修	・プレゼンテーション：各受講者が期間 中に扱った 1 事例を選び、A3 用紙又は 模造紙を用いて発表・質疑応答 ・振り返り：各受講者の体験内容・でき たこと・できなかったこと・感情・今 後の抱負を全体で共有 ・修了証書の授与	研修会場	4

#### ④貴事業所への依頼事項

- ・ 指導者(受講者)として●●様の上記プログラムへの参加
  - ・ 実習の受入
    - ●●様担当ケース同行
    - ●●様担当者会議同席
  - ・ 評価への協力(アンケート、ヒアリング等)
- ※氏名、“指導者、受講者”は適宜編集

**介護支援専門員を対象とした  
短期実習プログラム  
実施マニュアル**

**指導者向け**

**2012年3月**

**介護支援専門員のスーパービジョン実践としての  
OJT のあり方に関する研究員会**

## 目次

1.	背景・目的.....	1
2.	特徴・意義.....	1
3.	研修の心構え.....	2
4.	スケジュール.....	3
5.	準備内容 .....	5
5.1.	ケースの提出.....	5
5.2.	アセスメント確認.....	5
5.3.	同行ケースの選定、利用者の理解取得.....	6
6.	実施内容 .....	7
6.1.	[初日全体研修] 目標設定 .....	7
6.2.	[初日全体研修] アセスメント確認 .....	7
6.3.	[個別実習] 担当者会議への同行 .....	13
6.4.	[個別実習] モニタリングへの同行 .....	14
6.5.	[個別実習] その他オプションメニュー .....	15
6.6.	[最終日全体研修] プрезентーション・振り返り .....	15
6.7.	実施内容のフロー.....	18
7.	ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方 .....	19
7.1.	アセスメント確認の目的・目標 .....	19
7.2.	アセスメントの実際 .....	19
7.3.	第一表の確認事項について .....	20
7.4.	第二表の確認事項について .....	22
7.5.	担当者会議について .....	24
7.6.	モニタリングについて.....	26

## 1. 背景・目的

日本ケアマネジメント学会では、高齢社会の到来を背景とした良質なケアマネジメントに対するニーズの高まりを受けて、平成20年度より厚生労働省からの研修補助を得て、スーパービジョン手法による介護支援専門員の教育方法の体系化を進めてきました。

平成22年度に実施した調査によると、ほとんどの事業所で何らかの人材育成の取り組みはなされているものの、少人数の事業所では人材育成基盤が弱く、十分な人材教育プログラムが実施されているとは言い難い状況であることが判明しました。

これらの状況を踏まえ、地域において介護支援専門員の指導者チームを組織し、事業所を超えた形で実習形式の研修を実施することで、個別化されたOJTに近い形態でのモデル研修プログラムを開発・試行することいたしました。

研修の実施にあたっては、先に取りまとめたスーパービジョンの実践方法などを用いながら、指導者（スーパーバイザー）と受講者（スーパーバイジー）が相互に研鑽しながら進めるものとします。

## 2. 特徴・意義

知識の習得を主な目的とした座学による従来の法定研修等とは異なり、本研修は、以下4つの*i*（アイ）という特徴があります。

- ① 実習形式 (Interning) : 現行の法定カリキュラムに存在しない実習プログラムを提供することにより、実践的知識・技術を補完します。
- ② 事業所を超えた (Inter-organizational) : 概して事業規模が零細であり、事業所内部の教育資源に乏しい居宅介護支援事業所に対して、本プログラムを通じて事業所間の教育交流を促し、現任介護支援専門員に対する教育効率を向上させます。
- ③ 個別化された (Individualized) : プログラムの基本的な枠組みについては汎用的なものを提示しつつ、扱うケースの特性等に応じて構成することができます。新任者のみならず、医療等の特定領域に苦手意識を持つ経験者層の教育ニーズにも対応できます。
- ④ 相互研さん (Inter-educational) : 現状として居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の多くは、指導者としての役割を担う機会を持たないことが多く、指導することに慣れていない実態がある。そこで、当面の措置として、講義者のみならず指導者に対する教育的効果もプログラムの目的の1つとします。

### 3. 研修の心構え

#### 【指導者の心構え】

- ・ 受講者の力量にみあつた指導を行うため、力量を適切にアセスメントします。
- ・ 感情をコントロールしながら行います。
- ・ 意図的な感情表出や共感をします。
- ・ 受講者の感情を受容し、自己決定を促します。
- ・ 審判的な態度はとりません。

#### 【受講者の心構え】

- ・ 積極的に学ぶ姿勢を持ちます。
- ・ 指導者の質問に対しては防御的にならずに、素直に考えます。

#### 4. スケジュール

下表を基本とします。

個別実習 1～4 は指導者と受講者との協議により、個別に日程を調整することとし、午前または午後の実習を 4 日間にわたって行う形式でも、終日の実習を 2 日間で行う形式でも差し支えありません。

日程	実施内容	詳細	場所	時間
30 日前	事前説明会	<ul style="list-style-type: none"> <li>受講者と指導者を対象とした説明会を開催し、研修の意義や実習の進め方等を説明します。</li> <li>受講者は、認知症のケース 1 事例、困っているケース 1 事例の記録（個人情報削除済み）を 2 部ずつ提出します。</li> </ul>	研修会場	1
	指導者説明会	<ul style="list-style-type: none"> <li>事前説明会とは別途、指導者向けの説明会を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有します。</li> </ul>	研修会場	1
	研修準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>指導者は、初日までに「アセスメント確認用紙」を用いて提出ケースのアセスメント確認を行います。</li> <li>受講者は「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム 実施マニュアル」を読み、研修内容を理解します。</li> </ul>	—	—
開始	初日 全体研修	<p>講義：アセスメント確認の目的と必要性 演習：アセスメント確認（提出 2 ケースについて） 研修目標設定：「目標設定用紙」を使用して指導者と相談しながら目標を設定し、個別実習の日程調整を行います。 ※指導者と受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、個別実習の前までに同意を取得します。利用者又は家族の署名した同意文書は、指導者・受講者向けの同意文書と共にプログラム運営事務局に提出してください。 ※あわせて個別実習日程報告用紙にも所定</p>	研修会場	5

		事項を記入の上、プログラム運営事務局に提出してください。		
約 1 日～1 ヶ月（又は 1 ヶ月半）	個別実習 1	<p>※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・指導者担当ケース同行 1：担当者会議の運営とその記録</li> <li>・指導者担当ケース同行 2：モニタリングとその後の関係機関調整（受講者提出事例に類似した事例が望ましい）</li> </ul>	実習協力 施設	3
	個別実習 2			3
	個別実習 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受講者担当ケース同行 1：担当者会議の運営とその記録（必ずしも提出事例でなくてよい）</li> <li>・受講者担当ケース同行 2：モニタリングとその後の関係機関調整（提出事例）</li> </ul>	受講者 所属 事業所	3
	個別実習 4			3
約 1 日～ 1 ヶ月 (又は 1 ヶ 月半) 後	最終日 全体研修	<p>プレゼンテーション：各受講者が期間中に扱った 1 事例を選び、A3 用紙又は模造紙に研修で得た気付きや学びをまとめて発表し、質疑応答を行います。</p> <p>振り返り：各受講者の研修での体験内容・できしたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・修了証授与</li> </ul>	研修会場	4

## 5. 準備内容

### 5.1. ケースの提出

受講者は演習「アセスメント確認」に用いるケースを事前説明会時にプログラム運営事務局に提出します。ケースは自身の担当する認知症のケース 1 事例と困っているケース 1 事例で、以下の書類をコピーし、2 部ずつ用意してください。

提出した書類は、マッチングにて決定した指導者に事務局からお渡します。

①アセスメント用紙	様式は任意。現状使用書類のコピーで可。
②居宅サービス計画表 (第 1 表～3 表)	現状使用書類のコピーで可。
③担当者会議録	直近 1 ヶ月分程度。現状使用書類のコピーで可。
④支援経過表	直近 1 ヶ月分程度。現状使用書類のコピーで可。
⑤モニタリング表	直近 1 ヶ月分程度。現状使用書類のコピーで可。
(可能であれば) 主治医の意見書	直近 1 ヶ月分程度。現状使用のコピーで可。

※いざれも個人を特定する情報は削除してください。

#### 【個人情報の保護についての留意事項】

- 個人名や住所は記載せず、匿名ないし仮名にします。  
イニシャルは使用せず、A さん、B さんなどとしてください。
- 個人に関連する町名や家族などの具体的な職業名等にも注意が必要です。  
例えば、「薬局を開業」→「小売業」、「薬剤師」→「会社員」、  
「精肉販売」→「小売業」
- 事業所名、病院名なども匿名あるいは仮名にします。
- 実習に不必要なことは記載あるいは発言は控えましょう。

### 5.2. アセスメント確認

#### 【目的】

指導者は受講者のケアマネジメント力について、事前に把握し、指導のポイントを明確にしておきます。

#### 【方法】

指導者は提出されたケアプラン等の資料から、アセスメント確認用紙(別添参照)を活用しながら分析し、受講者のケアマネジメントプロセスの理解度について全体

的な把握をします。

- 特に優れている点、よく理解ができている点を見つけておいてください。
- 一方、理解が不足している点についても把握しておきます。

指導の考え方や確認用紙の使い方は P14～16 を参照してください。

### 5.3. 同行ケースの選定、利用者の理解取得

指導者・受講者ともモニタリング訪問時の同行利用者各 1 名の了解を得る必要が  
あります。

- 「介護支援専門員に対する実習形式のモデル研修」に関し、利用者への説明  
を行った後、利用者又は代筆者（ご家族）に署名をいただきます。（コピー一等  
行い）、2 通作成の上、1 通を同行利用者に渡します。
- 利用者・指導者・受講者の署名済みの同意書を事務局に提出します。

#### ＜対象利用者の重複について＞

- アセスメント確認、担当者会議、モニタリング訪問時の担当利用者は、提出  
したケースの利用者であると望ましいです。（可能な範囲）
- アセスメント確認のみ、担当者会議のみの場合は、了解の取得は不要です。

#### ＜守秘義務に関する制約＞

- 指導者・受講者は、別途守秘義務を含む研究参加に関する書類（「介護支援専  
門員に対する実習形式のモデル研修」説明同意書（指導者及び受講者の方用）  
に署名の上、事務局に提出します。

## 6. 実施内容

### 6.1. [初日全体研修]目標設定

#### 【目的】

指導者と受講者との個別面談により、この研修期間中の達成目標、および 3～5 年度の到達目標を設定します。

#### 【面談の進め方】

##### ① 指導者・受講者との信頼関係を築きます。

- いま困っていることは何か、仕事をしていて楽しいことは何か等について話し合ううちに目標につながる糸口を見つけ出します。  
注意) 私生活や職場環境・待遇などに触れるることは控えましょう。
- 緊張をほぐすような雰囲気をつくります。

##### ② 実習の目標を確認します。

- この実習で学びたいことは何か？
- 事項の（2）のアセスメント確認を進めながら、学びたい内容、学ぶべき内容を絞り込みます。

##### ③ 目標を設定します。

- 指導者と相談しながら目標を設定します。
- 受講者は目標設定用紙の所定項目を記入します。
- 指導者は目標を理解します。

#### 【作成資料】

- 目標設定用紙

### 6.2. [初日全体研修]アセスメント確認

#### 【目的】

アセスメント確認用紙を活用し、受講者のケアマネジメントプロセスの理解度について全体的な把握をします。

- ケアマネジメントプロセスを理解し、利用者の自立支援を目指すことが理解できているか？
- 介護支援専門員としての専門性の視点を持ってアセスメントが実施できているか？
- 担当者会議の開催のタイミング・必要性が理解できているか？
- 担当者会議の会議運営が理解できているか？

- 過不足なくサービスの利用ができているか？
- チームマネジメントの視点が理解できているか？
- モニタリングの機能の理解ができているか？

#### 【到達目標】

- ケアプランプロセスを理解します。
- アセスメント力をつけます。

#### 【ケアプランによる演習】

指導者は事前に準備したアセスメント確認用紙を活用して、全体的なコメントを受講者に説明します。

- アセスメントの基本項目について把握できているか？
- 基本項目をおさえつつ、事例に必要なアセスメントが実施できているか？
- アセスメントの視点と記録の確認を行います。

1 事例ずつ確認をしながら面接を進めます。

#### ＜アセスメント部分＞

- 丁寧にやり取りをしながら、紙面ではとらえることができなかつた受講者の力量を把握します。
- 良い点をほめ、不足をしている点に具体的な気付きを促すように助言します。
- 指導者は受講者に「できていない」など否定的な表現をせず、例えば「排泄が一部介助」のみが記載されている場合には、「誰が、どのような介助を行っているのですか？具体的に教えてください」という質問をして返答を引き出す。

#### ＜ケアプラン部分＞

- アセスメントの領域から、どのような視点でニーズとなったのかを面接をして引き出します。
- 受講者のニーズのとらえ方について、ノーマティブニーズ・フェルトニーズ・リアルニーズ等の理解ができているかを確認します。
- 利用者や家族の主訴＝ニーズとなっていないか？などを確認する。

#### ＜指導時の配慮＞

- 一方的な指導にならないように、質問は相手が理解しやすい言葉を使います。
- 受講者の成長過程を確認できるような配慮をします。
  - 受講者がどこにつまずき、困難さを生じているのかを把握することが大切であり、詰問やできていないことだけを指摘するような指導とならな

いようにします。

- 双方のコミュニケーションを円滑にする配慮が必要です。指導者と受講者、双方のコミュニケーションに配慮しながら、指導に委縮しないようにします。ケアプランや利用者に対する思いを受講者に語ってもらうことを大切にします。受講者が自分のできないことや困っていることなどを自由に話せる雰囲気をつくります。
- 適切でないケアプランとなっていた場合には、その理由を明確に説明し、受講者に充分理解をしてもらえるようにします。
- 適切でないプランの根拠を示しつつ、受講者に振り返りをしてもらい、大切さを説明して理解を得るようにします。

#### 【当日振り返り】

受講者は「当日記録」用紙に目標と体験したこと、気付きなどを記入し、指導者に渡します。

指導者はメッセージを記載します（時間によっては後日でも可）。

#### 【同行の日程調整】

指導者と受講者とで同行の日程を調整の上、個別実習日程報告用紙に日付、時間を記入し、お互いで共有するとともに事務局に提出します。

(注意) 同行時に発生した事故等については、事務局での責任を負いかねますので、可能な限り公共交通機関を利用するか、個別で現地に向かい、現地集合とする等の検討を併せてお願ひいたします。

#### 【使用資料】

- アセスメント確認用紙

#### 【作成資料】

- 当日記録
- 個別実習日程報告用紙



## 『アセスメント確認用紙』について

「アセスメント確認用紙」とは、受講者のケアマネジメントプロセスへの理解度やアセスメント力を指導者と受講者がともに確認するための資料です。

- ケアマネジメントプロセスへの理解度とは、以下の各ステップで検討すべきことを理解しているかどうかです。
  - ・利用者に関する適切な情報収集、課題分析、ニーズ抽出
  - ・ニーズに対する目標設定、サービス選択
  - ・担当者会議等による調整、モニタリング～再アセスメント
- アセスメント力とは、利用者に関する適切な情報集から得られた現状の問題点やその要因を踏まえて、課題を分析しているかどうかです。しばしば問題となる程度や現状を認識しながらニーズとして捉えられていなかったり、目に見える問題だけに対応し、その原因を解決していないことがあるためです。
- この確認表は、評価や監査の為に用いるものではなく、あくまでも受講者のケアマネジメント力を引き上げるためのものです。

アセスメント確認用紙				
受講者氏名: _____				
【利用者情報】				
年齢:(      才)	性別: 男性 · 女性			
障害老人の日常生活自立度:	自立 · J1 · J2 · A1 · A2 · B2 · C1 · C2			
認知症老人の日常生活自立度:	I · IIa · IIb · III · IIIa · IIIb · IV · M			
介 譲	1) ① 利用者の状況把握 2) ② 課題の抽出 ③ 要支援2 · 要介護1 · 要介護2 · 要介護3 · 要介護4 · 要介護5			
01 生活状況		① 利用者の状況把握	② 課題の抽出	③ 確認ポイント
① 家族構成				
【記入要領】 ① 利用者の状況把握し、記述がある ② 課題の抽出: 利用者の状況把握がある				

指導者は事前準備段階において、受講者から提出された使用をもとに、アセスメント確認ポイントの考え方・記入例を参考しながら、下記を確認、記入します。

### (1)利用者の状況把握

#### (目的)

- ・利用者の状況把握に関する記入漏れがないかを確認します。

#### (方法)

- ・受講者から提出されたアセスメント用紙に、生活状況や主訴、健康状態等、各項目に関して、確認ポイントの考え方を参考にしながら、当該項目の記入があれば✓をつけます。

### (2)課題の抽出

#### (目的)

- ・現状から問題を認識しながらニーズとしてとらえていないかを確認します。
- ・アセスメントで課題として認識していないにも関わらずニーズ化されていないか確認します。
- ・目に見える問題だけに対応し、その原因を解決していないかチェックします。
- ・現状の危険性を踏まえて、緊急度まで考慮した支援を行えているか確認します。

#### (方法)

- ・受講者から提出されたアセスメントシートに、各項目に関する課題や要因、危険性について記述されていたらチェック(✓)をつけます。

### (3)確認ポイント

#### (目的)

- ・利用者の状況やニーズが的確にとらえられているかを確認します。

#### (方法)

- ・前述(1)、(2)のチェックから、利用者の状況のとらえ方や課題の適切さ、およびアセスメントからニーズへの連続性を確認、気付いた点を記入し、面談で確認する。

### (4)サービスが課題に応じて過不足なく選択されているか

#### (目的)

- ・課題をニーズ化した理由とサービス決定の根拠となる目標設定がなされているか、サービス選択が目標を達成するために効果的な内容かを確認します。

**(方法)**

- ・前述（1）、（2）、（3）およびケアプランから根拠性を確認します。

**(5)主治医や看護師の医療関係者他、地域包括支援センター等、地域の連携を図っているか。**

**(目的)**

- ・担当ケースの主治医や地域包括支援センターなどの地域資源を必要に応じて適切に連携しているかを確認します。

**(方法)**

- ・ケアプランや担当者会議録、支援経過から、連携状況を確認する。

**(6)その他**

- ・気付いたことをメモする

### 6.3. [個別実習]担当者会議への同行

**【目的】**

担当者会議の進め方、および担当者間の調整のあり方を学びます。

**<到達目標>**

- ・適切な担当者会議のファシリテートができる。
- ・担当者間の調整ができる。
- ・担当者会議録を適切に作成できる。

**<指導者担当ケース>**

**● 事前準備**

- ・会議出席者の事前承諾を得ます。
- ・会議の議題、論点を受講者に伝えます。

**● 同行**

受講者は会議を傍聴します。

- ・会議運営の流れや時間配分などを観察し、進め方を学びます。
- ・参加者の発言や態度を観察し、質問のあり方を学びます。
- ・記録の仕方を学びます。

#### <受講者担当ケース>

##### ● 事前準備

- ・会議出席者の事前承諾を得ます。
- ・会議の議題、論点を指導者に伝えます。

##### ● 同行

受講者は会議を傍聴します。

- ・会議運営の流れや時間配分などを観察し、進め方を学びます。
- ・参加者の発言や態度を観察し、質問のあり方を学びます。
- ・記録の仕方を学びます。

##### ● 当日の振り返りと助言

- ・受講者は当日記録を作成し、指導者に渡します。
- ・指導者は、当日記録にメッセージを記入し、受講者に気づいた点（進め方、質問・記録のあり方等）を伝えます。

### 6.4. [個別実習]モニタリングへの同行

#### 【目的】

モニタリングの進め方、事後調整のあり方を学びます。

#### <到達目標>

- ・適切なモニタリング（アセスメント）ができる。
- ・状況に応じた調整ができる。
- ・モニタリング記録を適切に作成できる。

#### <指導者担当ケース>

##### ● 事前準備

- ・利用者の事前承諾を得ます（同意書を取得）。
- ・当該利用者の課題を受講者に伝えます。

##### ● 同行

受講者はモニタリングに同行します。

- ・モニタリングの仕方を観察し、進め方を学ぶ。
- ・モニタリング記録のまとめ方を学ぶ。
- ・モニタリング結果を受けた事業者調整の方法を学ぶ。

#### <受講者担当ケース>

##### ● 事前準備

- 利用者の事前承諾を得る（同意書を取得）。
- 当該利用者の課題を指導者に伝える（事前提出事例が望ましい）。

##### ● 同行

- 指導者はモニタリングに同行する。
- モニタリングの仕方を観察し、進め方を把握します。

### 6.5. [個別実習]その他オプションメニュー

#### 【事前準備】

担当者会議の進め方、および担当者間の調整のあり方を学びます。

##### ● 同行

- 訪問診療・訪問看護への同行等

##### ● 当日の振り返りと助言

受講者は、当日記録を作成し、指導者に渡します。

指導者は、当日記録にメッセージを記入し、受講者に気づいた点を伝えます。

### 6.6. [最終日全体研修]プレゼンテーション・振り返り

#### 【目的】

研修で得た事、「気づき」を発表し、研修の指導者・受講者で共有します。

#### <到達目標>

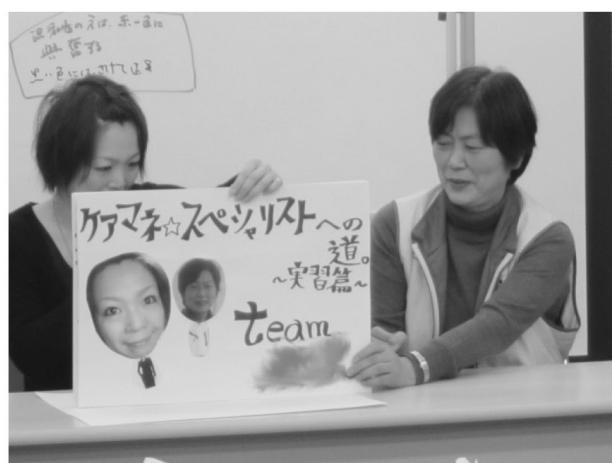
- 自分の考えを伝え、他社の経験を学びのあるものにします。
- 表現力やコミュニケーション力、学び合い、高めあう姿勢を身につけます。

#### <事前準備>

##### ● 受講者はプレゼンテーション資料を作成します。

- 期間中に扱った1事例を選び、自分が研修で得たこと、共有したいことをA3用紙1枚程度にまとめ、プレゼンテーション資料を作成します。
- 様式や内容についての定めは特にありません。伝えたい内容を文字だけではなく、図やイラストを用いてもよいです。

- 可能であれば、受講者の所属事業所管理者にも参加を呼びかけます。
- プrezentation
  - 受講者は作成したプレゼンテーション資料をホワイトボード等に掲示・発表し、質疑応答を行います。
  - また、各受講者の体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有します。



### ● 研修の振り返り

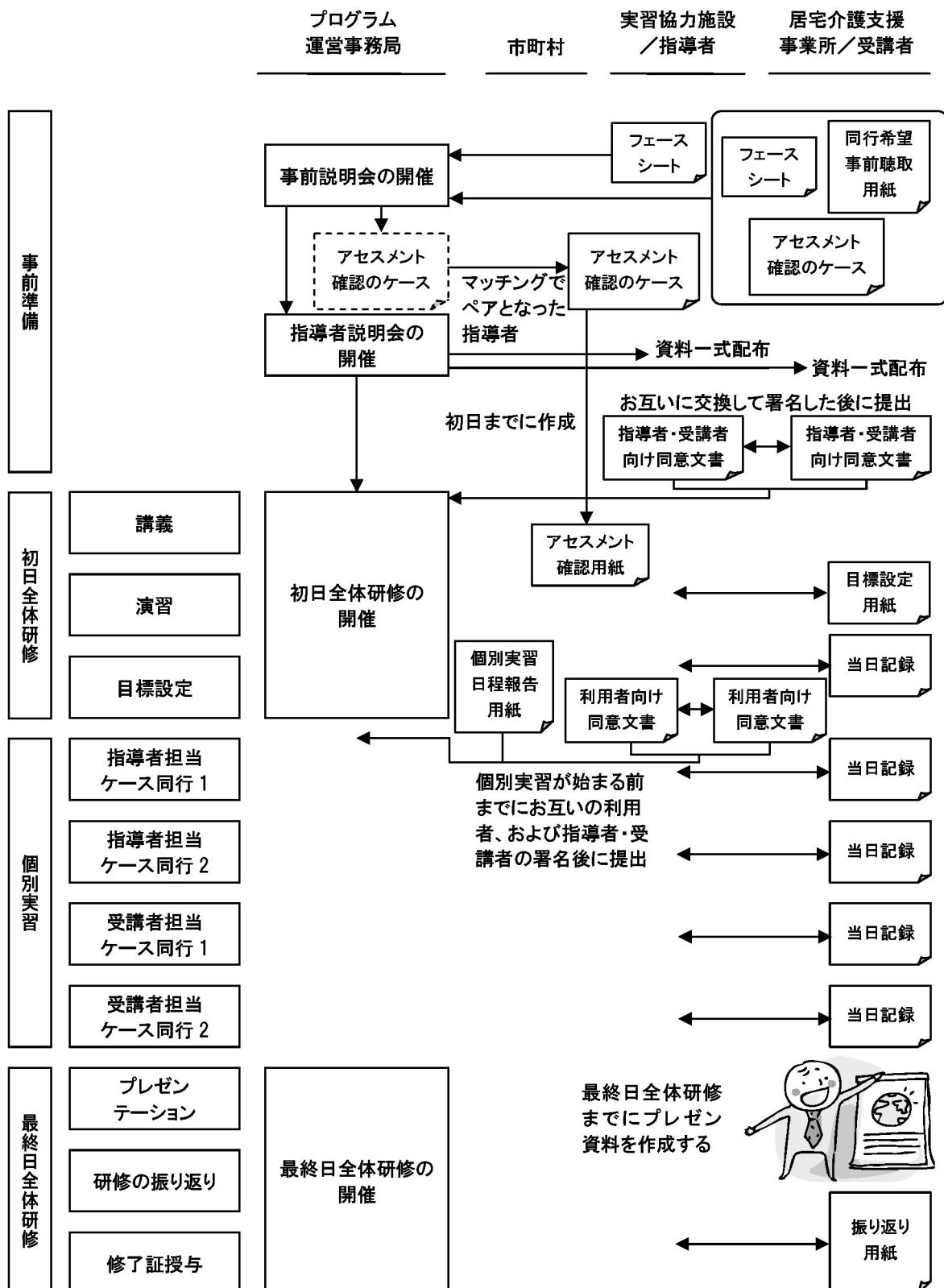
- ・受講者は振り返り用紙の所定項目を記入し、指導者に渡します。
- ・指導者は、受講者と所属事業所管理者へのメッセージを記入して受講者に返します。



### ● 修了証の授与



## 6.7. 実施内容のフロー



## 7. ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方

### 7.1. アセスメント確認の目的・目標

ケアプランの策定にあたっては、利用者や家族の「望む暮らし方」、「こういう暮らしをしたい」、「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が重要です。

例えば、脳梗塞の後遺症で半身に麻痺がある利用者について、一人で安全に歩くことができるようになることは、生活の質を高めていく上で重要なことですが、身体的な機能や能力を高めることはあくまで「手段」であって、生活の目的や目標になるものではありません。

つまり、リハビリテーションを通じて 3 段の階段昇降ができるようになることは、身体的な機能や能力を高める「手段」であって、「望む暮らし方」の実現とは言えないのです。

階段の昇降ができるようになることで、玄関の階段の手すりを伝って外出をすることが可能となり、以前から楽しみであった散歩ができるようになることが「望む暮らし方」の実現と言えるのです。

ここで重要なことは、リハビリテーションの効果として「〇〇ができるようになる」ことは手段であり、生活の目標は、身体的な機能や能力を高めることで「〇〇がしたい」ということを明らかにすることが重要なのです。

利用者が自ら「〇〇がしたい」を見出すことができれば、その実現に向け、生活にも意欲が生じることとなり、高齢者にとって満足度の高い、いきいきとした生活を目指すことができるのです。

そのためには、「〇〇ができなくて困っている」、「〇〇ができるようになる」だけで利用者のニーズをとらえたと評価するのではなく、利用者が「目標とする生活」を明確にイメージできるよう、利用者や家族にして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大切です。

### 7.2. アセスメントの実際

アセスメントは、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化するとともに、対処方法を明らかにするための方法です。

アセスメントにあたっては、既に顕在化している表面的な情報収集のみを行うではなく、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により、潜在的な課題についてもアプローチしていくことが求められています。

具体的な項目としては、

#### ①「利用者の悩み・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聞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

家族からの情報の収集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、必ず一度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してみることが大切です。

#### 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に生活をしているか、24時間の生活がどのように送られている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、就寝時間等の生活のリズムや排せつ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、1週間のリズムの中で生活の状況を見ることも大切です。

(例) 認知症により排泄が適切に行えない。

誰かが声かけを行い、誘導すれば可能である。

介護は誰が行うのか？同居家族の有無。家族の状況の把握。

トイレの形態（トイレの位置・移動の時間がかかる等）

#### ⑤総合的な援助の方針に関する合意

アセスメントの過程において、利用者が「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ています。

### 7.3. 第一表の確認事項について

#### (1)居宅サービス計画の見方

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、利用者の家族の希望とその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。

また、居宅サービス計画原案には、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にしておくことが必要です。

介護支援専門員の指導者の視点としては、ケアプラン作成の思考過程について、ニーズ優先アプローチの思考プロセスとなっているかを確認することが重要です。

その際、例えば、「ケアプランを作成する場合、どのような手順で作成されますか？」等の質問を行うことも有効です。

## (2)利用者及び家族の生活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なうことが大切ですが、アセスメントと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のかを介護支援専門員と利用者とで協議して行えることが必要です。

このため、介護支援専門員の視点としては、利用者の要望をそのまま意向ととらえていいのか、「主訴＝意向ではないこと」を理解しているのか、アセスメントから見た課題と「利用者及び家族の生活に対する意向」の関連性等について確認することが大切です。

また、利用者や家族の主訴や要望“困りごと”のレベルから、アセスメントを深めた結果として「利用者及び家族の生活に対する意向」にどのような変化があったのか等について質問するとよいと思います。

## (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。

このため、介護支援専門員を指導する視点としては、どのようなプロセスを経て決定をしたのか、長期目標が達成できたことをイメージすることができる内容になっているのか等について確認を行うことが重要です。

また、総合的な援助の方針は介護支援専門員だけの視点ではなく、チームアプローチの視点が重要であることから、サービス担当者会議において共通理解を経ているか確認することも大切です。

#### (4)認知症の方の生活の意向の確認

認知症に罹患していても「望む暮らし方」が必ず存在するということは、当たり前のことですが、介護支援専門員の中には、利用者が認知症だから「望む暮らし方」の確認ができないと平気で言われることがあります。

認知症の利用者の中には、「望む暮らし方」について「言語」で表すことができないこともあります、言語で語られないのであれば、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、「非言語的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「望む暮らし方」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に話を聞き、生活歴や何が好きだったのか、何をしたいと思ってきた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。

### 7.4. 第二表の確認事項について

#### (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を整理します。

課題を明確化することは、「何のために支援を受けるのか」について明確にすることであると同時に、「何の目的の為に何をするか」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。

このため、介護支援専門員を指導する立場としては、ニーズはサービスを利用する上での目的でもないことを理解しているか、ニーズについて利用者や家族と共有化ができているかについても確認をすることが大切です。

##### 【事例】

###### ● 利用者の主訴

両膝の間接の変形の為に痛みがあり、歩行時には杖が必要である。

杖を使ってだと、買い物に行けなくて困っているから、ヘルパーさんに来てもらいたい。

病院へ1人で行くのが大変だから、介護タクシーを利用したい。

お布団から起き上がりが大変だから、介護用ベッドを利用したい。

###### ● 背景に何があるのか

疾患としては、両膝の変形性関節炎があり、医師からは人工関節の手術を進めら

れている。

本人は手術に戸惑いがある。戸惑いは3週間の入院期間の自分の身の回りのことや家に買っている犬「チビちゃん」のこと。

本人は誰にも手術のことを相談していない。夫は3年前に亡くなり、1人息子は遠方に住んでいる。孫たちが高校生で受験を控えている。嫁も仕事を持っているので、介護に来てほしい等の依頼はできない。息子が帰ってきたのは、3年前位。電話はよくしているが、なかなか仕事が忙しくて帰れない。

### ● 介護支援専門員の動き

地域の急性期医療機関の整形外科の主治医に本人の膝の状態を聞く、医師は手術を勧めているが、本人は曖昧な返答をするだけで、2年は経過している。

医師としては痛みが強いが、痛みのために動かないと更に筋力低下をきたす。

膝に負担がかからないようにリハビリをする必要はある。

筋力低下をきたさないようにしていくことは大切である。

70歳とまだ若いので、対処療法だけだとQOLは低下をする一方だと思う。

医師は家族との面識はなく、1人暮らしだとは聞いている。いつも1人で受診に来ている。できれば家族に説明をして手術を勧めたい。

### ● ここでのニーズは

両膝の関節の変形のため買い物に行けなくて困っている。

両膝の痛みがあるため、一人でバスに乗れずに困っている。

両膝の変形があるため、布団からの立ち上がりができずに困っている。

このような困りごとをニーズ化するのではない。

本人の困っていることについて、どのようにになりたいのか、訴為にはどのような支援が必要なのか、それによって生活はどのように変化をするのか等、困りことを転換して、生活課題を明確にすることが必要です。

### ● 確認の視点

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ができるか？

ニーズ=できること。単なる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？

困っていること、できることをどのようにすることで、本人の自立支援や生活の質の変化にどのように影響するのかを考えて転換をすることの視点や発想があるのか？

ニーズは介護サービスを利用するための目的となっていないか？

ニーズは個別性や具体的な記載になっているか？  
ニーズのとらえ方は達成可能な具体的な表記となっているか？  
利用者や家族の取り組むべき課題が明確になっているか？  
「在宅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、その方にとっての安全を考え、具体的な表記を行うこと。

#### ● 質問について

ニーズ化の優先順位はどのように決定しましたか？  
ニーズと捉えた背景や原因などを教えてください。  
「○○したい」等の表記の場合には、どのような背景でご本人が○○したいとお伝えになったのですか？その点を教えてください。 等

## 7.5. 担当者会議について

### (1)担当者会議の役割

サービス担当者会議（ケアカンファレンス）には、次の役割があります<sup>1</sup>。

- 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「総合的な援助の方針」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)担当者会議の開催

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。誰に参加をしてもらうのか、どこで開催をするのか、何を検討するのか等の項目について決定をした後、利用者、ご家族、主治医、サービス事業者等の関係者に開催案内をお知らせして日程調整を行います。

介護支援専門員を指導する視点としては、利用者及び家族の都合を優先に準備をしているか、担当者会議の出席のために家族が仕事を休むなどのことが内容配慮を行っているか等について確認を行います。

<sup>1</sup> 白澤政和「介護サービス（ケアマネジメント）機能論」

- 会議の目的・目標を参加者に伝えて開催をしているか。
- 司会進行は介護支援専門員が行っているか。
- 利用者・家族を中心に会議が展開されているか。
- 介護支援専門員は利用者や家族の表情等に気を配っているか。
- 利用者・家族には誰が何をする役割があるのかを明確にするためにも、開催時には介護サービス事業者の紹介（自己紹介）を行っているか。
- 担当者会議ではケアプラン原案をたたき台にして、専門職が専門的意見を言いやすい雰囲気作りができているか。
- 介護支援専門員は積極的に担当者の意見を求め、担当者も建設的な意見を発言できる場となっているか。
- 常に利用者・家族の意向を確認し、同意を得て進行をしているか。
- 専門職が専門用語ばかりを使いながら会議を進めていないか。
- 専門職の必要とする結果へと誘導（導いて）いないか。
- 家族の意向を確認していくことを忘れてはいけない。
- 担当者会議は単にケアプラン原案を完成するための場だけではなく、ケアプランを中心に支援者が横の連携を構築する場となっているか。
- 担当者会議での決定事項（結論）について確認ができているか。
- チームケアの提供を可能にしていくための場でもある。支援者の互いの支援に対する協力や連絡方法の明確化、連携方法の明確化をはかっているか。
- 開催時間・終了時間が守られているか。

### （3）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、他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てサービス担当者会議の開催、担当者への紹介を行っていない場合、介護報酬が減算されることとなっていますので、その根拠となる書類を整備することは介護支援専門員の重要な業務のひとつです。

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○○をする」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。

## 7.6. 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、ケアプランの作成後、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者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、利用者や家族がその家族の健康状態・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になっているか。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か。
- ケアプランの内容についての修正が必要であるか。また、担当者会議等を開催してチームメンバーでの検討の必要があるか。

**介護支援専門員を対象とした  
短期実習プログラム  
実施マニュアル**

**受講者向け**

**2012年3月**

**介護支援専門員のスーパービジョン実践としての  
OJT のあり方に関する研究員会**

## 目次

---

---

1.	背景・目的 .....	1
2.	特徴・意義 .....	1
3.	研修の心構え .....	2
4.	スケジュール .....	3
5.	準備内容 .....	5
5.1.	ケースの提出.....	5
5.2.	アセスメント確認.....	5
5.3.	同行ケースの選定、利用者の理解取得.....	6
6.	実施内容 .....	7
6.1.	[初日全体研修] 目標設定.....	7
6.2.	[初日全体研修] アセスメント確認.....	7
6.3.	[個別実習] 担当者会議への同行.....	11
6.4.	[個別実習] モニタリングへの同行.....	12
6.5.	[個別実習] その他オプションメニュー.....	12
6.6.	[最終日全体研修] プрезентーション・振り返り.....	13
6.7.	実施内容のフロー.....	16
7.	ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方.....	17
7.1.	アセスメント確認の目的・目標.....	17
7.2.	アセスメントの実際.....	17
7.3.	第一表の確認事項について.....	18
7.4.	第二表の確認事項について.....	19
7.5.	担当者会議について.....	21
7.6.	モニタリングについて.....	22

### 【資料集】

[様式 1 : フェースシート（指導者向け）]

[様式 2 : フェースシート（受講者向け）]

[様式 3 : 指導者・受講者同意書]

[様式 4 : 利用者同意書]

[様式 5 : 同行希望事前聴取用紙]

[様式 6 : 個別実習日程報告用紙]

[様式 7 : アセスメント確認用紙（原紙）]

[様式 7 : アセスメント確認用紙 (記入例\_A さん事例)]  
[様式 7 : アセスメント確認用紙 (記入例\_B さん事例)]  
[様式 7 : アセスメント確認用紙 (記入ポイントの考え方)]  
[様式 7 : アセスメントシート (A さん事例)]  
[様式 7 : ケアプラン (A さん事例\_第 1 表)]  
[様式 7 : ケアプラン (A さん事例\_第 2 表)]  
[様式 7 : ケアプラン (A さん事例\_第 3 表)]  
[様式 7 : ケアプラン (B さん事例\_第 1 表)]  
[様式 7 : ケアプラン (B さん事例\_第 2 表)]  
[様式 7 : ケアプラン (B さん事例\_第 3 表)]  
[様式 8 : 目標設定用紙]  
[様式 9 : 当日記録]  
[様式 10 : 振り返り用紙]  
(参考) プレゼン資料

## 1. 背景・目的

日本ケアマネジメント学会では、高齢社会の到来を背景とした良質なケアマネジメントに対するニーズの高まりを受けて、平成20年度より厚生労働省からの研修補助を得て、スーパービジョン手法による介護支援専門員の教育方法の体系化を進めてきました。

平成22年度に実施した調査によると、ほとんどの事業所で何らかの人材育成の取り組みはなされているものの、少人数の事業所では人材育成基盤が弱く、十分な人材教育プログラムが実施されているとは言い難い状況であることが判明しました。

これらの状況を踏まえ、地域において介護支援専門員の指導者チームを組織し、事業所を超えた形で実習形式の研修を実施することで、個別化されたOJTに近い形態でのモデル研修プログラムを開発・試行することいたしました。

研修の実施にあたっては、先に取りまとめたスーパービジョンの実践方法などを用いながら、指導者（スーパーバイザー）と受講者（スーパーバイジー）が相互に研鑽しながら進めるものとします。

## 2. 特徴・意義

知識の習得を主な目的とした座学による従来の法定研修等とは異なり、本研修は、以下4つの*i*（アイ）という特徴があります。

- ① 実習形式 (Interning) : 現行の法定カリキュラムに存在しない実習プログラムを提供することにより、実践的知識・技術を補完します。
- ② 事業所を超えた (Inter-organizational) : 概して事業規模が零細であり、事業所内部の教育資源に乏しい居宅介護支援事業所に対して、本プログラムを通じて事業所間の教育交流を促し、現任介護支援専門員に対する教育効率を向上させます。
- ③ 個別化された (Individualized) : プログラムの基本的な枠組みについては汎用的なものを提示しつつ、扱うケースの特性等に応じて構成することができます。新任者のみならず、医療等の特定領域に苦手意識を持つ経験者層の教育ニーズにも対応できます。
- ④ 相互研さん (Inter-educational) : 現状として居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の多くは、指導者としての役割を担う機会を持たないことが多く、指導することに慣れていない実態がある。そこで、当面の措置として、講義者のみならず指導者に対する教育的効果もプログラムの目的の1つとします。

### 3. 研修の心構え

#### 【指導者の心構え】

- ・ 受講者の力量にみあつた指導を行うため、力量を適切にアセスメントします。
- ・ 感情をコントロールしながら行います。
- ・ 意図的な感情表出や共感をします。
- ・ 受講者の感情を受容し、自己決定を促します。
- ・ 審判的な態度はとりません。

#### 【受講者の心構え】

- ・ 積極的に学ぶ姿勢を持ちます。
- ・ 指導者の質問に対しては防御的にならずに、素直に考えます。

#### 4. スケジュール

下表を基本とします。

個別実習 1～4 は指導者と受講者との協議により、個別に日程を調整することとし、午前または午後の実習を 4 日間にわたって行う形式でも、終日の実習を 2 日間で行う形式でも差し支えありません。

日程	実施内容	詳細	場所	時間
30 日前	事前説明会	<ul style="list-style-type: none"> <li>受講者と指導者を対象とした説明会を開催し、研修の意義や実習の進め方等を説明します。</li> <li>受講者は、認知症のケース 1 事例、困っているケース 1 事例の記録（個人情報削除済み）を 2 部ずつ提出します。</li> </ul>	研修会場	1
	指導者説明会	<ul style="list-style-type: none"> <li>事前説明会とは別途、指導者向けの説明会を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有します。</li> </ul>	研修会場	1
	研修準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>指導者は、初日までに「アセスメント確認用紙」を用いて提出ケースのアセスメント確認を行います。</li> <li>受講者は「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム 実施マニュアル」を読み、研修内容を理解します。</li> </ul>	—	—
開始	初日 全体研修	講義：アセスメント確認の目的と必要性 演習：アセスメント確認（提出 2 ケースについて） 研修目標設定：「目標設定用紙」を使用して指導者と相談しながら目標を設定し、個別実習の日程調整を行います。 ※指導者と受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、個別実習の前までに同意を取得します。利用者又は家族の署名した同意文書は、指導者・受講者向けの同意文書と共にプログラム運営事務局に提出してください。 ※あわせて個別実習日程報告用紙にも所定	研修会場	5

		事項を記入の上、プログラム運営事務局に提出してください。		
約 1 日～1 ヶ月（又は 1 ヶ月半）	個別実習 1	<p>※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・指導者担当ケース同行 1：担当者会議の運営とその記録</li> <li>・指導者担当ケース同行 2：モニタリングとその後の関係機関調整（受講者提出事例に類似した事例が望ましい）</li> </ul>	実習協力 施設	3
	個別実習 2			3
	個別実習 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受講者担当ケース同行 1：担当者会議の運営とその記録（必ずしも提出事例でなくてよい）</li> <li>・受講者担当ケース同行 2：モニタリングとその後の関係機関調整（提出事例）</li> </ul>	受講者 所属 事業所	3
	個別実習 4			3
約 1 日～ 1 ヶ月 (又は 1 ヶ 月半) 後	最終日 全体研修	<p>プレゼンテーション：各受講者が期間中に扱った 1 事例を選び、A3 用紙又は模造紙に研修で得た気付きや学びをまとめて発表し、質疑応答を行います。</p> <p>振り返り：各受講者の研修での体験内容・できしたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・修了証授与</li> </ul>	研修会場	4

## 5. 準備内容

### 5.1. ケースの提出

受講者は演習「アセスメント確認」に用いるケースを事前説明会時にプログラム運営事務局に提出します。ケースは自身の担当する認知症のケース 1 事例と困っているケース 1 事例で、以下の書類をコピーし、2 部ずつ用意してください。

提出した書類は、マッチングにて決定した指導者に事務局からお渡します。

①アセスメント用紙	様式は任意。現状使用書類のコピーで可。
②居宅サービス計画表 (第 1 表～3 表)	現状使用書類のコピーで可。
③担当者会議録	直近 1 ヶ月分程度。現状使用書類のコピーで可。
④支援経過表	直近 1 ヶ月分程度。現状使用書類のコピーで可。
⑤モニタリング表	直近 1 ヶ月分程度。現状使用書類のコピーで可。
(可能であれば) 主治医の意見書	直近 1 ヶ月分程度。現状使用のコピーで可。

※いざれも個人を特定する情報は削除してください。

#### 【個人情報の保護についての留意事項】

- 個人名や住所は記載せず、匿名ないし仮名にします。  
イニシャルは使用せず、A さん、B さんなどとしてください。
- 個人に関連する町名や家族などの具体的な職業名等にも注意が必要です。  
例えば、「薬局を開業」→「小売業」、「薬剤師」→「会社員」、  
「精肉販売」→「小売業」
- 事業所名、病院名なども匿名あるいは仮名にします。
- 実習に不必要なことは記載あるいは発言は控えましょう。

### 5.2. アセスメント確認

#### 【目的】

指導者は受講者のケアマネジメント力について、事前に把握し、指導のポイントを明確にしておきます。

#### 【方法】

指導者は提出されたケアプラン等の資料から、アセスメント確認用紙（「資料集」参照）を活用しながら分析し、受講者のケアマネジメントプロセスの理解度について

て全体的な把握をします。

### 5.3. 同行ケースの選定、利用者の理解取得

指導者・受講者ともモニタリング訪問時の同行利用者各 1 名の了解を得る必要があります。

- 「介護支援専門員に対する実習形式のモデル研修」に関し、利用者への説明を行った後、利用者又は代筆者（ご家族）に署名をいただきます。（コピー等行い）、2 通作成の上、1 通を同行利用者に渡します。
- 利用者・指導者・受講者の署名済みの同意書を事務局に提出します。

#### ＜対象利用者の重複について＞

- アセスメント確認、担当者会議、モニタリング訪問時の担当利用者は、提出したケースの利用者であると望ましいです。（可能な範囲）
- アセスメント確認のみ、担当者会議のみの場合は、了解の取得は不要です。

#### ＜守秘義務に関する制約＞

- 指導者・受講者は、別途守秘義務を含む研究参加に関する書類（「介護支援専門員に対する実習形式のモデル研修」説明同意書（指導者及び受講者の方用）に署名の上、事務局に提出します。

## 6. 実施内容

### 6.1. [初日全体研修]目標設定

#### 【目的】

指導者と受講者との個別面談により、この研修期間中の達成目標、および 3～5 年度の到達目標を設定します。

#### 【面談の進め方】

##### ① 指導者・受講者との信頼関係を築きます。

- いま困っていることは何か、仕事をしていて楽しいことは何か等について話し合ううちに目標につながる糸口を見つけ出します。  
注意) 私生活や職場環境・待遇などに触れるることは控えましょう。
- 緊張をほぐすような雰囲気をつくります。

##### ② 実習の目標を確認します。

- この実習で学びたいことは何か？
- 事項の（2）のアセスメント確認を進めながら、学びたい内容、学ぶべき内容を絞り込みます。

##### ③ 目標を設定します。

- 指導者と相談しながら目標を設定します。
- 受講者は目標設定用紙の所定項目を記入します。
- 指導者は目標を理解します。

#### 【作成資料】

- 目標設定用紙

### 6.2. [初日全体研修]アセスメント確認

#### 【目的】

アセスメント確認用紙を活用し、受講者のケアマネジメントプロセスの理解度について全体的な把握をします。

- ケアマネジメントプロセスを理解し、利用者の自立支援を目指すことが理解できているか？
- 介護支援専門員としての専門性の視点を持ってアセスメントが実施できているか？
- 担当者会議の開催のタイミング・必要性が理解できているか？
- 担当者会議の会議運営が理解できているか？

- 過不足なくサービスの利用ができているか？
- チームマネジメントの視点が理解できているか？
- モニタリングの機能の理解ができているか？

#### 【到達目標】

- ケアプランプロセスを理解します。
- アセスメント力をつけます。

#### 【ケアプランによる演習】

指導者は事前に準備したアセスメント確認用紙を活用して、全体的なコメントを受講者に説明します。

- アセスメントの基本項目について把握できているか？
- 基本項目をおさえつつ、事例に必要なアセスメントが実施できているか？
- アセスメントの視点と記録の確認を行います。

1 事例ずつ確認をしながら面接を進めます。

#### 【当日振り返り】

受講者は「当日記録」用紙に目標と体験したこと、気付きなどを記入し、指導者に渡します。

指導者はメッセージを記載します（時間によっては後日でも可）。

#### 【同行の日程調整】

指導者と受講者とで同行の日程を調整の上、個別実習日程報告用紙に日付、時間を記入し、お互いで共有するとともに事務局に提出します。

(注意) 同行時に発生した事故等については、事務局での責任を負いかねますので、可能な限り公共交通機関を利用するか、個別で現地に向かい、現地集合とする等の検討を併せてお願ひいたします。

#### 【使用資料】

- アセスメント確認用紙

#### 【作成資料】

- 当日記録
- 個別実習日程報告用紙



## 『アセスメント確認用紙』について

「アセスメント確認用紙」とは、受講者のケアマネジメントプロセスへの理解度やアセスメント力を指導者と受講者がともに確認するための資料です。

- ケアマネジメントプロセスへの理解度とは、以下の各ステップで検討すべきことを理解しているかどうかです。
  - ・利用者に関する適切な情報収集、課題分析、ニーズ抽出
  - ・ニーズに対する目標設定、サービス選択
  - ・担当者会議等による調整、モニタリング～再アセスメント
- アセスメント力とは、利用者に関する適切な情報集から得られた現状の問題点やその要因を踏まえて、課題を分析しているかどうかです。しばしば問題となる程度や現状を認識しながらニーズとして捉えられていなかったり、目に見える問題だけに対応し、その原因を解決していないことがあるためです。
- この確認表は、評価や監査の為に用いるものではなく、あくまでも受講者のケアマネジメント力を引き上げるためのものです。

アセスメント確認用紙				
受講者氏名: _____				
【利用者情報】				
年齢:(      才)	性別: 男性 · 女性			
障害老人の日常生活自立度:	自立 · J1 · J2 · A1 · A2 · B2 · C1 · C2			
認知症老人の日常生活自立度:	I · IIa · IIb · III · IIIa · IIIb · IV · M			
介 譲	1) ① 利用者の状況把握 2) ② 課題の抽出 ③ 要支援2 · 要介護1 · 要介護2 · 要介護3 · 要介護4 · 要介護5			
01 生活状況	① 利用者の状況把握	② 課題の抽出	③ 確認ポイント	【記入要領】 ① 利用者の状況把握し、記述がある ② 課題の抽出: 利用者の状況把握がある
① 家族構成				

### 6.3. [個別実習]担当者会議への同行

#### 【目的】

担当者会議の進め方、および担当者間の調整のあり方を学びます。

#### <到達目標>

- ・適切な担当者会議のファシリテートができる。
- ・担当者間の調整ができる。
- ・担当者会議録を適切に作成できる。

#### <指導者担当ケース>

##### ● 事前準備

- ・会議出席者の事前承諾を得ます。
- ・会議の議題、論点を受講者に伝えます。

##### ● 同行

- 受講者は会議を傍聴します。
- ・会議運営の流れや時間配分などを観察し、進め方を学びます。
  - ・参加者の発言や態度を観察し、質問のあり方を学びます。
  - ・記録の仕方を学びます。

#### <受講者担当ケース>

##### ● 事前準備

- ・会議出席者の事前承諾を得ます。
- ・会議の議題、論点を指導者に伝えます。

##### ● 同行

- 受講者は会議を傍聴します。
- ・会議運営の流れや時間配分などを観察し、進め方を学びます。
  - ・参加者の発言や態度を観察し、質問のあり方を学びます。
  - ・記録の仕方を学びます。

##### ● 当日の振り返りと助言

- ・受講者は当日記録を作成し、指導者に渡します。
- ・指導者は、当日記録にメッセージを記入し、受講者に気づいた点（進め方、

質問・記録のあり方等) を伝えます。

#### 6.4. [個別実習]モニタリングへの同行

##### 【目的】

モニタリングの進め方、事後調整のあり方を学びます。

##### <到達目標>

- 適切なモニタリング（アセスメント）ができる。
- 状況に応じた調整ができる。
- モニタリング記録を適切に作成できる。

##### <指導者担当ケース>

###### ● 事前準備

- 利用者の事前承諾を得ます（同意書を取得）。
- 当該利用者の課題を受講者に伝えます。

###### ● 同行

受講者はモニタリングに同行します。

- モニタリングの仕方を観察し、進め方を学ぶ。
- モニタリング記録のまとめ方を学ぶ。
- モニタリング結果を受けた事業者調整の方法を学ぶ。

##### <受講者担当ケース>

###### ● 事前準備

- 利用者の事前承諾を得る（同意書を取得）。
- 当該利用者の課題を指導者に伝える（事前提出事例が望ましい）。

###### ● 同行

指導者はモニタリングに同行する。

- モニタリングの仕方を観察し、進め方を把握します。

#### 6.5. [個別実習]その他オプションメニュー

##### 【事前準備】

担当者会議の進め方、および担当者間の調整のあり方を学びます。

- 同行
  - 訪問診療・訪問看護への同行等
- 当日の振り返りと助言

受講者は、当日記録を作成し、指導者に渡します。  
指導者は、当日記録にメッセージを記入し、受講者に気づいた点を伝えます。

## 6.6. [最終日全体研修]プレゼンテーション・振り返り

### 【目的】

研修で得た事、「気づき」を発表し、研修の指導者・受講者で共有します。

### <到達目標>

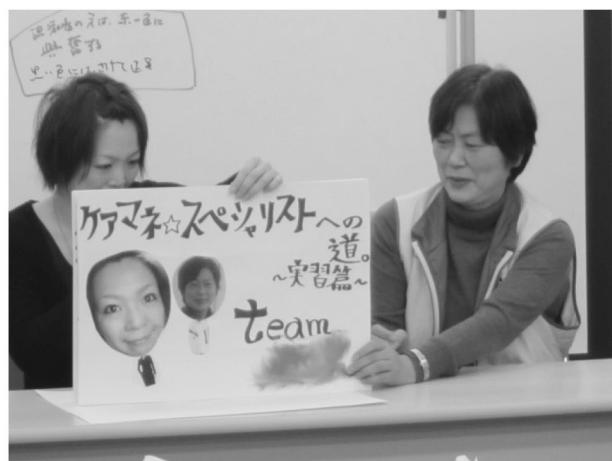
- 自分の考えを伝え、他社の経験を学びのあるものにします。
- 表現力やコミュニケーション力、学び合い、高めあう姿勢を身につけます。

### <事前準備>

- 受講者はプレゼンテーション資料を作成します。
  - 期間中に扱った1事例を選び、自分が研修で得たこと、共有したいことをA3用紙1枚程度にまとめ、プレゼンテーション資料を作成します。
  - 様式や内容についての定めは特にありません。伝えたい内容を文字だけではなく、図やイラストを用いてもよいです。
  - 可能であれば、受講者の所属事業所管理者にも参加を呼びかけます。

- プレゼンテーション

- 受講者は作成したプレゼンテーション資料をホワイトボード等に掲示・発表し、質疑応答を行います。
- また、各受講者の体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有します。



### ● 研修の振り返り

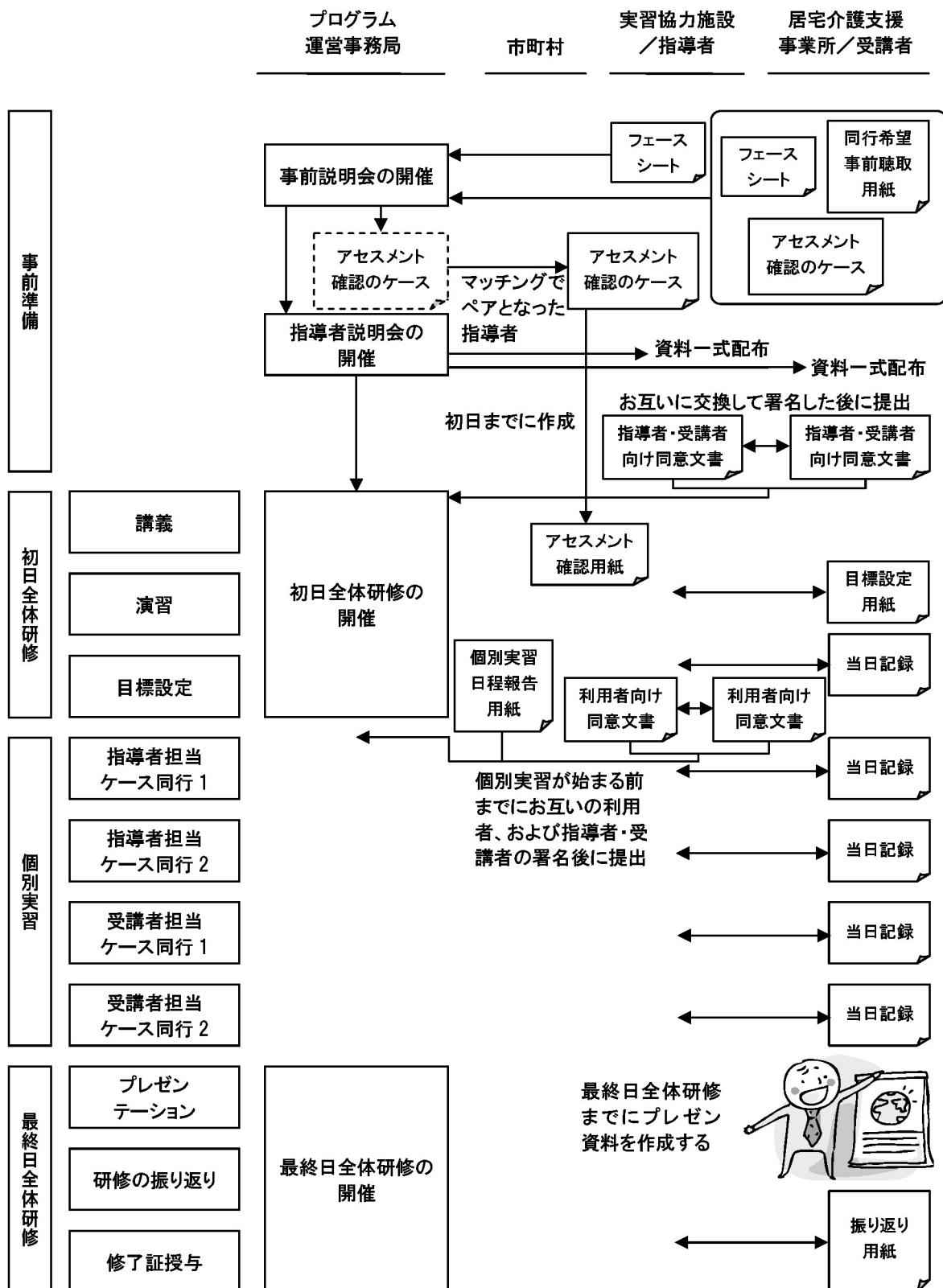
- ・受講者は振り返り用紙の所定項目を記入し、指導者に渡します。
- ・指導者は、受講者と所属事業所管理者へのメッセージを記入して受講者に返します。



### ● 修了証の授与



## 6.7. 実施内容のフロー



## 7. ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方

### 7.1. アセスメント確認の目的・目標

ケアプランの策定にあたっては、利用者や家族の「望む暮らし方」、「こういう暮らしをしたい」、「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が重要です。

例えば、脳梗塞の後遺症で半身に麻痺がある利用者について、一人で安全に歩くことができるようになることは、生活の質を高めていく上で重要なことですが、身体的な機能や能力を高めることはあくまで「手段」であって、生活の目的や目標になるものではありません。

つまり、リハビリテーションを通じて 3 段の階段昇降ができるようになることは、身体的な機能や能力を高める「手段」であって、「望む暮らし方」の実現とは言えないのです。

階段の昇降ができるようになることで、玄関の階段の手すりを伝って外出をすることが可能となり、以前から楽しみであった散歩ができるようになることが「望む暮らし方」の実現と言えるのです。

ここで重要なことは、リハビリテーションの効果として「〇〇ができるようになる」ことは手段であり、生活の目標は、身体的な機能や能力を高めることで「〇〇がしたい」ということを明らかにすることが重要なのです。

利用者が自ら「〇〇がしたい」を見出すことができれば、その実現に向け、生活にも意欲が生じることとなり、高齢者にとって満足度の高い、いきいきとした生活を目指すことができるのです。

そのためには、「〇〇ができなくて困っている」、「〇〇ができるようになる」だけで利用者のニーズをとらえたと評価するのではなく、利用者が「目標とする生活」を明確にイメージできるよう、利用者や家族にして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大切です。

### 7.2. アセスメントの実際

アセスメントは、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化するとともに、対処方法を明らかにするための方法です。

アセスメントにあたっては、既に顕在化している表面的な情報収集のみを行うではなく、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により、潜在的な課題についてもアプローチしていくことが求められています。

具体的な項目としては、

#### ①「利用者の悩み・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聞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

家族からの情報の収集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、必ず一度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してみることが大切です。

#### 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に生活をしているか、24時間の生活がどのように送られている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、就寝時間等の生活のリズムや排せつ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、1週間のリズムの中で生活の状況を見ることも大切です。

(例) 認知症により排泄が適切に行えない。

誰かが声かけを行い、誘導すれば可能である。

介護は誰が行うのか？同居家族の有無。家族の状況の把握。

トイレの形態（トイレの位置・移動の時間がかかる等）

#### ⑤総合的な援助の方針に関する合意

アセスメントの過程において、利用者が「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ています。

### 7.3. 第一表の確認事項について

#### (1)居宅サービス計画の見方

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、利用者の家族の希望とその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。

また、居宅サービス計画原案には、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にしておくことが必要です。

#### (2)利用者及び家族の生活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なうことが大切ですが、アセスメントと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のかを介護支援専門員と利用者とで協議して行えることが必要です。

#### (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

認知症に罹患していても「望む暮らし方」が必ず存在するということは、当たり前のことですが、介護支援専門員の中には、利用者が認知症だから「望む暮らし方」の確認ができないと平気で言われることがあります。

認知症の利用者の中には、「望む暮らし方」について「言語」で表すことができないこともあります、言語で語られないのであれば、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、「非言語的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「望む暮らし方」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に話を聞き、生活歴や何が好きだったのか、何をしたいと思ってきた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。

### 7.4. 第二表の確認事項について

#### (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

るべきかを整理します。

課題を明確化することは、「何のために支援を受けるのか」について明確にすることであると同時に、「何の目的の為に何をするか」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。

### 【事例】

#### ● 利用者の主訴

両膝の間接の変形の為に痛みがあり、歩行時には杖が必要である。

杖を使ってだと、買い物に行けなくて困っているから、ヘルパーさんに来てもらいたい。

病院へ1人で行くのが大変だから、介護タクシーを利用したい。

お布団から起き上がりが大変だから、介護用ベッドを利用したい。

#### ● 背景に何があるのか

疾患としては、両膝の変形性関節炎があり、医師からは人工関節の手術を進められている。

本人は手術に戸惑いがある。戸惑いは3週間の入院期間の自分の身の回りのことや家に買っている犬「チビちゃん」のこと。

本人は誰にも手術のことを相談していない。夫は3年前に亡くなり、1人息子は遠方に住んでいる。孫たちが高校生で受験を控えている。嫁も仕事を持っているので、介護に来てほしい等の依頼はできない。息子が帰ってきたのは、3年前位。電話はよくしているが、なかなか仕事が忙しくて帰れない。

#### ● 介護支援専門員の動き

地域の急性期医療機関の整形外科の主治医に本人の膝の状態を聞く、医師は手術を勧めているが、本人は曖昧な返答をするだけで、2年は経過している。

医師としては痛みが強いが、痛みのために動かないと更に筋力低下をきたす。

膝に負担がかからないようにリハビリをする必要はある。

筋力低下をきたさないようにしていくことは大切である。

70歳とまだ若いので、対処療法だけだとQOLは低下をする一方だと思う。

医師は家族との面識はなく、1人暮らしだとは聞いている。いつも1人で受診に来ている。できれば家族に説明をして手術を勧めたい。

#### ● ここでのニーズは

両膝の関節の変形のため買い物に行けなくて困っている。

両膝の痛みがあるため、一人でバスに乗れずに困っている。

両膝の変形があるため、布団からの立ち上がりができずに困っている。  
このような困りごとをニーズ化するのではない。  
本人の困っていることについて、どのようにになりたいのか、訴為にはどのような支援が必要なのか、それによって生活はどのように変化をするのか等、困りことを転換して、生活課題を明確にすることが必要です。

### ● 確認の視点

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ができるか？  
ニーズ＝できること。単なる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？  
困っていること、できないことをどのようにすることで、本人の自立支援や生活の質の変化にどのように影響するのかを考えて転換をすることの視点や発想があるのか？  
ニーズは介護サービスを利用するための目的となっていないか？  
ニーズは個別性や具体的な記載になっているか？  
ニーズのとらえ方は達成可能な具体的な表記となっているか？  
利用者や家族の取り組むべき課題が明確になっているか？  
「在宅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、その方にとっての安全を考え、具体的な表記を行うこと。

## 7.5. 担当者会議について

### (1) 担当者会議の役割

サービス担当者会議（ケアカンファレンス）には、次の役割があります<sup>1</sup>。

- 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「総合的な援助の方針」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。

<sup>1</sup> 白澤政和「介護サービス（ケアマネジメント）機能論」

## (2)担当者会議の開催

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。誰に参加をしてもらうのか、どこで開催をするのか、何を検討するのか等の項目について決定をした後、利用者、ご家族、主治医、サービス事業者等の関係者に開催案内をお知らせして日程調整を行います。

## (3)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、他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てサービス担当者会議の開催、担当者への紹介を行っていない場合、介護報酬が減算されることとなっていますので、その根拠となる書類を整備することは介護支援専門員の重要な業務のひとつです。

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○○をする」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。

## 7.6. 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、ケアプランの作成後、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者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、利用者や家族がその家族の健康状態・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になっているか。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か。
- ケアプランの内容についての修正が必要であるか。また、担当者会議等を開催してチームメンバーでの検討の必要があるか。



# 資料集

[様式 1：フェースシート（指導者向け）]

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (年齢: \_\_\_\_\_ 才)

基本職種			
簡単な職歴			
介護支援専門員としての 経験年数	年	主任介護支援専門員の 受講年度	年
認定ケアマネージャーの 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
介護支援専門員 以外の資格等			

[様式 2：フェースシート（受講者向け）]

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (年齢： \_\_\_\_\_ 才)

基本職種		
簡単な職歴		
介護支援専門員としての経験年数	年	
所属している 事業所の規模	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 併設事業所数 ( _____ ヶ所)</li><li>・ その他 ( _____ )</li></ul>	

### [様式 3：指導者・受講者同意書]

## 「介護支援専門員のスーパービジョン実践としての地域における OJT の実践に関する研究」

### 説明同意文書（指導者及び受講者の方用）

#### ①研究目的

日本ケアマネジメント学会により平成 20 年度から研究されている「スーパービジョンのあり方に関する研究」では、地域の人的資源を有効に活用しながら、地域全体で介護支援専門員を育成する仕組みを構築すべく、地域における実習形式のモデル研修を全国数地域で試行し、実現可能性や運用課題を検証する調査研究を実施いたします。

#### ②調査内容

地域における実習形式のモデル研修として以下を試行した後、聞き取りによる調査（一部調査票による調査）にて、実施前後の技能や満足度の評価を行う予定です。なお、地域によって運用に多少の違いが生じる可能性がありますが、研修全体のスケジュールは概ね下表の通りです。

Day	内容	詳細	場所	時間
-30	事前説明会	<ul style="list-style-type: none"><li>・ プログラム概要説明</li><li>・ 受講者が、認知症のケース 1 事例、困っているケース 1 事例の記録（個人情報削除済み）を 2 部ずつ提出。</li><li>・ 同行利用者向けの同意取得書式を受け取る。</li></ul>	研修会場	1
-30～ -1	指導者説明会	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 事前説明会とは別途、指導者向けの説明会を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について認識を共有するための説明を行います。</li></ul>	研修会場	1
	準備	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 実地指導者は初日までに「アセスメント確認用紙」を用いて提出ケースのアセスメント確認を行う。</li><li>・ 指導者と受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、同意取得をする。</li></ul>	-	-
0	初日全体研修	<ul style="list-style-type: none"><li>・ プログラム趣旨説明</li><li>・ 講義：アセスメント確認の目的と必要性</li></ul>	研修会場	5

		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 演習：アセスメント確認（提出 2 ケースについて）</li> <li>・ 研修目標設定：「目標設定用紙」を使用して実地指導者と相談しながら目標設定、個別実習の日程調整</li> </ul>		
1～ 44	個別実習 1	<p>※以下を半日×4回行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実地指導者担当ケース同行 1：担当者会議の運営とその記録</li> </ul>	実習受け入れ機関	3
	個別実習 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実地指導者担当ケース同行 2：モニタリングとその後の関係機関調整（受講者提出事例に類似した事例が望ましい）</li> </ul>		3
	個別実習 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受講者担当ケース同行 1：担当者会議の運営とその記録（必ずしも提出事例でなくてよい）</li> </ul>	受講者所属事業所	3
	個別実習 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受講者担当ケース同行 2：モニタリングとその後の関係機関調整（提出事例）</li> </ul>		3
45	最終日全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ プレゼンテーション：各受講者が期間中に扱った 1 事例を選び模造紙を用いて発表・質疑応答</li> <li>・ 振り返り：各受講者の体験内容・できしたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有</li> <li>・ 修了証書授与</li> </ul>	研修会場	4

### ③調査期間

平成●年●月～●力月程度

1 回の研修期間：●ヶ月程度

### ④研究の結果公表

研究成果は報告書として公表し、さらに学会発表や論文として公表することを予定しています。

### ⑤個人情報保護への対応

あなたのお名前、所属先住所、電話番号等の個人情報は、郵送物の郵送等、モデル研修の開催を含む本研究の実施のために必要な範囲で使用いたしますが、それ以外の目的には使用いたしません。

また、研修中、指導者または受講者の方が担当する利用者宅に同行訪問をする場合等、当該利用者の個人情報に接する可能性がありますが、そこで知り得た情報について口外しないことをお約束いただきます。

⑥データの保管及び廃棄の方法について

データは鍵をかけて保管し、研究期間終了後に破棄いたします。

⑦その他の倫理的配慮

研究への参加は任意であり、仮に苦痛等を感じた場合にはいつでも研究から離脱することが可能です。途中で離脱した場合にも不利益を受けることはありません。

⑧研究責任者

氏名:白澤 政和

所属:桜美林大学 自然科学系 教授

⑨説明者(研究の実施担当者)

氏名:\_\_\_\_\_

所属:\_\_\_\_\_

⑩同意

私は、説明を受けて本研究の趣旨を理解し、モデル研修の( 指導者 ・ 受講者 )として参加することに同意します。また、モデル研修を通じて知り得た利用者等に関する情報は、研修以外での使用、公表をしないことを約束します。研修後に行う最終報告会に提出する資料等にも、個人が特定されるようなことは記載しません。

ご氏名:\_\_\_\_\_

ご所属:\_\_\_\_\_

日付:(西暦) 年 月 日

## [様式 4：利用者同意書]

### 介護支援専門員に対する実習形式のモデル研修 説明同意文書（利用者の方用）

#### ①目的

日本ケアマネジメント学会により平成 20 年度から研究されている「スーパービジョンのあり方に関する研究」では、地域の人的資源を有効に活用しながら、地域全体で介護支援専門員を育成する仕組みを構築すべく、地域における実習形式のモデル研修を全国数地域で試行し、実現可能性や運用課題を検証する調査研究を実施いたします。

#### ②研修内容

モデル研修では、初日および最終日に 2 日間程度の全体での座学研修を行う他、地域の主任介護支援専門員が指導者として、新任者や研修機会等の少ない介護支援専門員の受講者に対し、2 日間程度の個別実習を実施いたします。

個別実習では、受講者および指導者の介護支援専門員それぞれが、担当する利用者宅（あなたのお宅）への同行訪問等を行うことを予定しており、個別実習に先だって、当該利用者に関する居宅サービス計画書（ケアプラン）等の書類を、匿名化した上で共有する予定です。

#### ③期間

全体期間：平成●年●月～●力月程度

モデル研修期間中に利用者宅（あなたのお宅）に同行する回数：1 回ないし 2 回

#### ④研究結果の公表

モデル研修の検証結果については、報告書として公表し、さらに学会発表や論文として公表を予定しています。なお、公表の際には、指導者や受講者となる介護支援専門員や利用者（あなた）について個人が特定される状態で公表されることはありません。

#### ⑤個人情報保護への対応

同行訪問等の場面では、研修の指導者や受講者が、利用者（あなた）の個人情報に接する可能性がありますが、個別実習を通じて知り得た情報は、本モデル研修以外の目的での利用、公表はしないことを書面にて約束していただきます。

⑥その他の倫理的配慮

本モデル研修にご協力いただくことは任意であり、仮に苦痛等を感じた場合にはいつでも協力をとりやめることができます。途中で協力をとりやめた場合にも何ら不利益を受けることはありません。

⑦研究責任者

氏名：白澤 政和

所属：桜美林大学 自然科学系 教授

⑧研究の実施担当者

氏名：\_\_\_\_\_

所属：\_\_\_\_\_

⑨利用者(あなた)の担当居宅介護支援事業所及び介護支援専門員

事業所名：\_\_\_\_\_

管理者氏名：\_\_\_\_\_

担当介護支援専門員氏名：\_\_\_\_\_

⑩モデル研修時に同行する介護支援専門員

氏名：\_\_\_\_\_

所属：\_\_\_\_\_

⑪同意

私は、説明を受けて本モデル研修の趣旨を理解し、個別実習での同行訪問等に同意します。

ご氏名：\_\_\_\_\_

ご本人による署名が難しい場合の代筆者(ご家族)

氏名：\_\_\_\_\_

[様式 5：同行希望事前聴取用紙]

## 受講者用事前希望聴取用紙

返信先 FAX 番号：(事務局名) ●●-●●●-●●●●

- あなたが研修期間中に同行等を通じて学びたいと思うケース類型を教えてください。
- ※ 学びたい順に1~4の順位をつけてください。
- ※ 指導者の担当ケース等の状況により、必ずしもご希望に添えない場合がありますのでご了解ください。

類型	順位
●●	位
その他特に学びたいケース類型がありましたらご記入ください。	

- 上記の他、あなたが研修期間中に体験したいと思う内容に○をつけてください。(○はいくつ付けていただいても結構です。)

内容	体験したい ものに○
●●	
●●	
●●	
●●	
●●	
その他特に経験したい内容がありましたらご記入ください。	

[様式 6：個別実習日程報告用紙]

個別実習日程報告用紙

報告先 FAX 番号 : (事務局名) ●●●-●●●-●●●●

○基本メニュー

	内容	日付	時間
例	指導者の担当利用者のモニタリング場面への同行	11月14日	13:00~16:00
①	指導者の担当利用者のモニタリング場面への同行	月 日	: ~ :
②	指導者の担当利用者のサービス担当者会議場面への同行	月 日	: ~ :
③	受講者の担当利用者のモニタリング場面への同行	月 日	: ~ :
④	受講者の担当利用者のサービス担当者会議場面への同行	月 日	: ~ :

○オプションメニュー

	内容	日付	時間
⑤	●●	月 日	: ~ :
⑥	●●	月 日	: ~ :

利用者への説明・同意が済んでいる

※「介護支援専門員に対する実習形式のモデル研修」説明同意書文書（利用者の方用）  
の利用者への説明が済み、署名があればチェックする。

(その他注意)

※同行時に発生した事故等について事務局では責任を負いかねますので、可能な限り  
公共交通機関を利用するか、現地集合とする等の検討を併せてお願ひいたします。

[緊急の連絡先]

(事務局)

電話 : ●●-●●●-●●●●、FAX : ●●-●●●-●●●●

(研究の実施担当者氏名) (介護支援専門員のスーパービジョン実践としての地域における OJT  
の実践に関する研究委員会、所属)

携帯 : ●●-●●●-●●●●

## アセスメント確認用紙（様式7）

受講者氏名: \_\_\_\_\_

### 【利用者情報】

年齢:(      ) 才 性別: 男性 ・ 女性  
障害老人の日常生活自立度: 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B2 ・ C1 ・ C2

認知症老人の日常生活自立度: I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M  
介護度: 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

	① 利用者の 状況把握	② 課題の 抽出	③ 確認ポイント
01 生活状況			
① 家族構成			
② 生活歴			
③ 経済状況			
02 主訴			
① 利用者の主訴			
② 家族の主訴			
03 健康状態			
① 既往歴・現病歴			
② 症状			
③ 精神状況(不安、うつ等)			
04 ADL(移動、移乗を含む)			
① 移動			
② 入浴			
05 IADL			
① 調理			
② 掃除・洗濯			
③ 買い物			
④ 金銭管理			
⑤ 服薬状況			
06 コミュニケーション能力			
① 意思の伝達・理解			
② 視・聴覚力			

### 【記入要領】

- ① 利用者の状況把握: 利用者の状況を把握しているかを確認し、記述があれば□を記入する。
- ② 課題の抽出: 利用者の課題を適切に抽出しているかを確認し、記述があれば□を記入する。
- ③ 確認ポイント: 利用者の状況が記載されていない場合や課題が適切に抽出されていないと思われた場合等、面談での確認ポイントや受講生に対する助言等があれば記入する。
- ④ ①～③およびケアプランから根拠性を確認する。
- ⑤ ケアプランや担当者会議録、支援経過から、連携状況を確認する。
- ⑥ 気付いたことをメモする。

(注意)記入欄は裏面にもあります。

- ④ サービスが課題に応じて過不足なく選択されているか

- ⑤ 主治医や看護師等の医療関係者他、地域包括支援センター等、地域の連携を図っているか

	① 利用者の 状況把握	② 課題の 抽出	③確認ポイント	
07 社会とのかかわり				
① 地域社会との関わり				⑥ その他
② 喪失感・孤独感				
08 排尿・排便				
① 動作・後始末				
② 失禁、トイレコントロール				
09 褥瘡・皮膚の問題				
① 褥瘡				
② 皮膚トラブル				
10 口腔衛生				
① 歯・口腔内の状態				
② 口腔衛生				
11 食事摂取				
① 栄養・水分の状態				
② 自力での摂取				
12 認知				
① 認知力				
② 徘徊、暴言等の BPSD(行動)				
13 介護力				
① 介護負担				
14 居住環境				
① 室内環境				
② 屋外(立地)環境				
15 特別な状況				
① 虐待				
② ターミナルケア				
③ 主治医の意見書				

指導者氏名:

## アセスメント確認用紙（様式7）

受講者氏名: \_\_\_\_\_

### 【利用者情報】

年齢:(      ) 才 性別: 男性 ・ 女性

障害老人の日常生活自立度: 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B2 ・ C1 ・ C2

認知症老人の日常生活自立度: I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

介護度: 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

	① 利用者の 状況把握	② 課題の 抽出	③確認ポイント
01 生活状況			
① 家族構成			
② 生活歴			
③ 経済状況			
02 主訴			
① 利用者の主訴			
② 家族の主訴			
03 健康状態			
① 既往歴・現病歴			
② 症状			
③ 精神状況(不安、うつ等)			
04 ADL(移動、移乗を含む)			
① 移動			
② 入浴			
05 IADL			
① 調理			
② 掃除・洗濯			
③ 買い物			
④ 金銭管理			
⑤ 服薬状況			
06 コミュニケーション能力			
① 意思の伝達・理解			
② 視・聴覚力			

### 【記入要領】

- ① 利用者の状況把握: 利用者の状況を把握しているかを確認し、記述があれば□を記入する。
- ② 課題の抽出: 利用者の課題を適切に抽出しているかを確認し、記述があれば□を記入する。
- ③ 確認ポイント: 利用者の状況が記載されていない場合や課題が適切に抽出されていないと思われた場合等、面談での確認ポイントや受講生に対する助言等があれば記入する。
- ④ ①～③およびケアプランから根拠性を確認する。
- ⑤ ケアプランや担当者会議録、支援経過から、連携状況を確認する。
- ⑥ 気付いたことをメモする。

(注意)記入欄は裏面にもあります。

- ④ サービスが課題に応じて過不足なく選択されているか

- ⑤ 主治医や看護師等の医療関係者他、地域包括支援センター等、地域の連携を図っているか

	① 利用者の 状況把握	② 課題の 抽出	③確認ポイント	
07 社会とのかかわり				
① 地域社会との関わり				⑥ その他
② 喪失感・孤独感				
08 排尿・排便				
① 動作・後始末				
② 失禁、トイレコントロール				
09 褥瘡・皮膚の問題				
① 褥瘡				
② 皮膚トラブル				
10 口腔衛生				
① 歯・口腔内の状態				
② 口腔衛生				
11 食事摂取				
① 栄養・水分の状態				
② 自力での摂取				
12 認知				
① 認知力				
② 徘徊、暴言等の BPSD(行動)				
13 介護力				
① 介護負担				
14 居住環境				
① 室内環境				
② 屋外(立地)環境				
15 特別な状況				
① 虐待				
② ターミナルケア				
③ 主治医の意見書				

指導者氏名:

## アセスメント確認用紙（様式7）

受講者氏名: \_\_\_\_\_

### 【利用者情報】

年齢:( 75 才) 性別: 男性  女性

: 自立 · J1 · J2  A1 · A2 · B2 · C1 · C2

認知症老人の日常生活自立度: I · II · IIa · IIb · III  IIIa · IIIb · IV · M

介護度: 要支援1 · 要支援2 · 要介護1  要介護2 · 要介護3 · 要介護4 · 要介護5

	① 利用者の 状況把握	② 課題の 抽出	③確認ポイント
<b>01 生活状況</b>			
① 家族構成	✓		夫の性格は? 養女である娘との関係? 娘の夫との関係性は? 介護への関わりは?
② 生活歴	✓		夫婦の生活状況は把握しているか?
③ 経済状況	✓		収入(年金額)の中で介護にかけられる費用はどのくらいなのか? お金のことは聞きにくくと思っているのか? もし施設を利用とするとしたら夫は費用はまかなえると考えているのか。
<b>02 主訴</b>			
① 利用者の主訴	✓	✓	Aさんの認知症状からみて、主訴として記載されていることは本人の言葉? 思い? もしかしてケアマネがそう感じたこと? → 確認する。
② 家族の主訴	✓	✓	夫の主訴をそのまま捉えていないだろうか? 娘さんがキーパーソンなのはなぜ?
<b>03 健康状態</b>			
① 既往歴・現病歴	✓		ケアマネとしてAさんの認知症状をどう捉えているのか?
② 症状			ケアマネとしての認知症の捉え方はどうなのか? 理解ができるのか、本人との向き合い方や関わりが消極的? のような感じが気になる。
③ 精神状況(不安、うつ等)			
<b>04 ADL(移動、移乗を含む)</b>			
① 移動	✓	✓	下肢機能の低下についての見方、主治医意見書の読み取り方は?
② 入浴	✓	✓	①②の関連動作は捉えることができているか読み取れないので確認
<b>05 IADL</b>			
① 調理	✓		①～③ → 能力はあるが判断ができない、支持がないとできない状況のため、すべて夫が家事全般を担っている。 介護負担ありとみているが夫は負担なしともいうが本音は?
② 掃除・洗濯	✓		夫からの聞き取りのみ? 状況確認はしているのか不明? → 調理の内容など捉えているか確認する。栄養管理、食事内容の偏りはないのか? 体重の低下を夫はどう考えているのか? などなど確認!
③ 買い物	✓		
④ 金銭管理	✓		お金を使うときの状況は確認できている。
⑤ 服薬状況	✓		夫が管理していることは確認済み、飲めているのか? 確認しているのか?
<b>06 コミュニケーション能力</b>			
① 意思の伝達・理解	✓		本人の言葉をそのままのみにしていない? ケアマネとして認知症状の特性をどの程度りかいできているのか? 症状の例示をしてみて考え方を聞いてみる。
② 視・聴覚力	✓		

### 【記入要領】

- ① 利用者の状況把握: 利用者の状況を把握しているかを確認し、記述があればを記入する。
- ② 課題の抽出: 利用者の課題を適切に抽出しているかを確認し、記述があればを記入する。
- ③ 確認ポイント: 利用者の状況が記載されていない場合や課題が適切に抽出されていないと思われた場合等、面談での確認ポイントや受講生に対する助言等があれば記入する。
- ④ ①～③およびケアプランから根拠性を確認する。
- ⑤ ケアプランや担当者会議録、支援経過から、連携状況を確認する。
- ⑥ 気付いたことをメモする。

(注意)記入欄は裏面にもあります。

### ④ サービスが課題に応じて過不足なく選択されているか

- ・ アセスメントシートに記載されている内容とケアプランの支援内容にずれがある。アセスメントシートでは「計画」となっているがケアプランに上がってきていない課題がある。
- ・ 単なる介護負担の回避だけになっていないか?
- ・ 認知症状の特性とケアプランの流れが不一致が気になる。

### ⑤ 主治医や看護師等の医療関係者他、地域包括支援センター等、地域の連携を図っているか

- ・ 支援経過から認知症疾患医療センターとの連携が確認できる。認知症状の対応に不安がある時はアドバイスを受けてはいる。
- ・ 地域包括支援センターに依頼して、Aさんの地区担当民生委員が誰か情報を得ている。民生委員を訪ねるときに同行も可能か確認をしていることも記載がある。

↓  
ケアプラン作成時、ひとりでは判断せず、他職種を巻き込むとする姿勢が見られる。医療関係者との関わりが若干少ないようなの記載漏れ?  
→ 面談時確認する。

	① 利用者の 状況把握	② 課題の 抽出	③確認ポイント
07 社会とのかかわり			
① 地域社会との関わり	✓		娘さんからの情報にみ、近隣との関係性が見えない。地域に協力者はいるのか？情報収集はしたようだがもしかしたら記載漏れ？
② 喪失感・孤独感			
08 排尿・排便			
① 動作・後始末	✓	✓	娘さんからの情報提供だけ？情報内容をケアマネとして確認したのか？見えてこないので確認してみる。
② 失禁、トイレコントロール	✓		失禁への対応は課題としてとらえてはいない。
09 褥瘡・皮膚の問題			
① 褥瘡			①②ともに記載なし？記載なしは問題なし？入浴や介護の状態から何らかの皮膚トラブルはありそう？→要確認
② 皮膚トラブル			
10 口腔衛生			
① 齒・口腔内の状態	✓		義歯が合わないことで噛めないと記載があるが、噛めないとによる栄養不足は検討されていない様子、課題としても捉えていないので確認してみる。
② 口腔衛生	✓	✓	
11 食事摂取			
① 栄養・水分の状態	✓		飲む飲まないにかかわらず準備している量？夫からの情報のみ？確実どの程度飲んでいるのか夫は確認できているのか？
② 自力での摂取			
12 認知			
① 認知力	✓		認知症状から日常生活に起きていると思われる課題が確認できない →面接時必ず確認する。
② 徘徊、暴言等のBPSD(行動)	✓		本人の理解力は？認知症状を夫はどう捉えているのか？
13 介護力			
① 介護負担	✓	✓	夫の言葉通りにとられているようなので、ケアマネとして夫の言葉をどの読み取ったのか、聴き取る。面接方法や面接時の様子も重ねて確認する。
14 居住環境			
① 室内環境	✓	✓	転倒のリスクを回避しようとするがために活動性の低下が起きているように思われるので、下肢筋力の低下などが起きていないか確認が必要
② 屋外(立地)環境	✓		
15 特別な状況			
① 虐待			夫の介護疲れに連動した介護放棄などないのか確認が必要。
② ターミナルケア			※今後どう介護していくのか、再度確認が必要 先の見通しは？
③ 主治医の意見書	✓		主治医意見書は入手しているが活用ができない？読み込みが不十分？入手しただけ？ 担当者全員の意見書を入手しているかなどさりげなく聞いてみる？

#### ⑥ その他

(アセスメントシート)  
⇒ 記入はできている。情報収集はできているが分析が弱い面があり、もったいない感あり。

※ツールの活用についての理解はどうか？  
分析力を上げることで必要な支援を提供することが可能ではないか？

(アセスメントからケアプランへの展開)  
⇒ 課題が見えているのに形にならないのが残念！夫の気持ちに寄り添いたいと思う気持ちが先の見通しを弱くしている感があるのでまったくない。目の対応だけではなく今後の暮らし方や先の見通しのどちらをアドバイスすることで具体的な支援の組み立て方をいっしょに検討する体験できることで成長できそう。

(認知症状への対応のこと)  
⇒ 支援経過をみると、夫と話す時間が多くAさんとの会話の時間が少ないので記載内容。記載漏れなのかAさんとの関わりが少ないの認知症状の方との向き合うのが苦手？会話が成立しないと思い話していないのか？ケアマネとしての認知症状を持つ方との関わり方を確認する必要あり？  
家族との関係や娘さんとの連絡はよく取っているのがわかるが、本人との関わり、関わり方が見えない。

※アセスメントシートの基本的な記入方法や活用の仕方について理解できているか再度確認。  
シートが十分活用出来ていないのが残念！！

指導者氏名：

## アセスメント確認用紙（様式7）

受講者氏名: \_\_\_\_\_

### 【利用者情報】

年齢:( 80 才) 性別: 男性・女性

: 自立・J1・J2・A1・A2・B2・C1・C2

認知症老人の日常生活自立度 I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M

介護度: (要支援1)・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

	① 利用者の 状況把握	② 課題の 抽出	③確認ポイント
<b>01 生活状況</b>			
① 家族構成	✓		嫁さんの存在はキャッチしているが関わりは良好? 介護にかかることができるのか、健康状態など確認しているか聞いてみたい。嫁さんの存在が見えない。関係性の問題あり?
② 生活歴	✓		生活歴がイメージしやすい記載になっている。エピソード的な捉え方がうまい感がある。生活の経過の捉え方がいい。
③ 経済状況			おおよその収入金額の記載がないので、確認する。記載漏れなのか聞いていないのか? 聞きにくくと考えているのか?
<b>02 主訴</b>			
① 利用者の主訴	✓	✓	糖尿病の病識は? あるような無いような記載? もう少し具体的にとられているのか確認してみたい。
② 家族の主訴	✓	✓	息子さんが在宅介護の限界をどの辺と考えているか、確認したことがあるのか? 面接時聞く。
<b>03 健康状態</b>			
① 既往歴・現病歴	✓	✓	糖尿病のために起こっている生活課題をどこまで捉えているか不明確面接時確認。ケアマネとしての糖尿病の病気の知識はどうか?
② 症状	✓	✓	リスクの捉え方が少々甘い? 悪化による生活の変化をどのように捉えているか確認してみたい。でも、栄養指導を計画しているのはいい視点。社会資源の情報はどこからなのか聞いてみたい。
③ 精神状況(不安、うつ等)			本人の生活から、無いとみているのか?
<b>04 ADL(移動、移乗を含む)</b>			
① 移動	✓	✓	下肢機能低下の課題は捉え、リハビリの必要性は上がってはいるのに、アセスメントシートに○印の記載なし? シートの使い方が理解できていないのか?
② 入浴	✓	✓	動作的な面を課題としてとらえてるところはいい視点。リハビリについての見方がしっかりしているのか?
<b>05 IADL</b>			
① 調理	✓		本人の能力をもっと活用してみたらいいのに。本人は作りたいとは思っていないのか? 意向は確認したのか聞いてみる。
② 掃除・洗濯	✓		能力的にはできそう、運動量を挙げるにもいいかも。課題に挙がっていないのは残念かな。
③ 買い物	✓		食べることに意識を変えるのも自分で食材を考えるのもいいような気がする。栄養指導と組み合わせると効果的に思う、ケアマネとしてはどう考えたのか聞いてみよう
④ 金銭管理	✓		息子さんに頼り切り?
⑤ 服薬状況	✓		インスリンの状況はわかるが、内服は残ることはないのか?
<b>06 コミュニケーション能力</b>			
① 意思の伝達・理解	✓		問題なしとしているが認定調査内容だけに頼っていないか? Bさんとの面接でとらえてことなのか確認してみる。
② 視・聴覚力	✓		

### 【記入要領】

- ① 利用者の状況把握: 利用者の状況を把握しているかを確認し、記述があれば□を記入する。
- ② 課題の抽出: 利用者の課題を適切に抽出しているかを確認し、記述があれば□を記入する。
- ③ 確認ポイント: 利用者の状況が記載されていない場合や課題が適切に抽出されていないと思われた場合等、面談での確認ポイントや受講生に対する助言等があれば記入する。
- ④ ①～③およびケアプランから根拠性を確認する。
- ⑤ ケアプランや担当者会議録、支援経過から、連携状況を確認する。
- ⑥ 気付いたことをメモする。

(注意)記入欄は裏面にもあります。

### ④ サービスが課題に応じて過不足なく選択されているか

- ニーズの捉え方として優先順位が整理できている。生活全体のリスクを主訴にとられず、主訴を捉え生活全般の改善の視点を持つことができている。
- サービス内容の記載へもう少し具体的な記載だと個別サービス計画作成時の支援内容が明確になりそう。書き方のくせなのか?
- 介護負担と捉えているが、栄養管理(食事管理)は本人自身の参加も計画してもいいのでは? 単なる代替サービスになってしまわないか。
- せっかく栄養指導が入っているので、与えられる食事から自ら食べることへの支援もあったら、糖尿病の悪化を予防できないだろうか?

### ⑤ 主治医や看護師等の医療関係者他、地域包括支援センター等、地域の連携を図っているか

- 主治医と連携し、訪問看護ステーションの活用ができている。できればインスリンや内服なども重要な視点なので、居宅療養管理指導で薬剤師が入ると、一味違うぞ。
- 支援経過をみると栄養指導はケアマネ自身が提案し導入していることが読み取れる。
- ケアマネ自身の基礎職種からくる医療への苦手意識を自身がもつネットワークの活用で意識が変化していることが支援経過記録から分かる。

	① 利用者の 状況把握	② 課題の 抽出	③確認ポイント
07 社会とのかかわり			
① 地域社会との関わり	✓		
② 喪失感・孤独感			今の状態を孤独感や喪失感ととらえるかどうか？
08 排尿・排便			
① 動作・後始末	✓	✓	リハビリ的な要素に、環境的な組み合わせがあつたらいいなと思うけれど、身体的なリハだけとらえているのか？生活リハは？
② 失禁、トイレコントロール	✓		
09 褥瘡・皮膚の問題			
① 褥瘡			①②ともに記載なしは問題なし？→要確認
② 皮膚トラブル			
10 口腔衛生			
① 歯・口腔内の状態	✓		義歯が合わないことで噛めないと記載があるが、噛めないとによる栄養不足は検討されていない様子、課題としても捉えていないので確認してみる。
② 口腔衛生	✓	✓	
11 食事摂取			
① 栄養・水分の状態	✓	✓	量の把握は？自分では量を抑えることができない？官職の実態は？病気のことを周囲はどう思っているのか聞いてみたかな？
② 自力での摂取			動作はOK、食べるこの認識は？
12 認知			
① 認知力	✓		年齢相応の物忘れはあり？
② 徘徊、暴言等の BPSD(行動)	✓		
13 介護力			
① 介護負担	✓	✓	息子さんの性格は？介護の考え方など本音を聞いているかな？できること、できないこと、介護の限界についてどう考えているのか？聞けているか確認する。
14 居住環境			
① 室内環境	✓		移動に課題があるようす、下肢筋力の低下があるけれど、そのリスクをどう見ているのか。転倒することでの生活の変化は大きいはず。
② 屋外(立地)環境	✓		外出の頻度は少ない、外に行きたいと思っていないのか？聞いていないのか？人は来るが、外に行かない。
15 特別な状況			
① 虐待			今後課題に上がりそう？心配はない？
② ターミナルケア			
③ 主治医の意見書	✓	✓	主治医意見書入手し活用できているよう。栄養指導をつけたのはいい視点。社会資源をプラン化できるいい視点を持っている。ほかのケースも対応できているのでは？ほかにプラン化している資源も聞いてみたい。

#### ⑥ その他

- アセスメントシートの未記入部分が気になる。  
→ 聞き取れていないのか、そもそも聞いていないのか確認してみる。

アセスメントではインフォーマルサービス部分がうまく捉えられているが、支援の一つとしての見方が弱いのかケアプランでは介護保険サービスが中心になっているのでもったいない。となりの花ちゃんが担ってくれている部分も課題解決の方法として位置づけると、Bさん自身が持つ介護力のイメージがつかみやすい。エコマップを書いてみることを勧めてみたい。

- 息子さんの介護負担の軽減だけではなく、Bさんの参加も視野に入れてほしいかな？Bさんは無理と言っているのか、提案していないか確認してみたい。栄養サポートセンターの導入を提案したのはいい視点、栄養サポートセンターの存在をどうして知ったか聞いてみたい。ほかに持っている社会資源情報やその活用状況も聞いてみたい。

ケアマネとしても弱さを知っていることは強み。多職種との関わりが多いよう。地域の資源をよく知っている。

#### 〈ケアプランの書き方〉

～長期・短期の目標に期間の理解、認定期間を考慮するのが原則だが期間設定が長い（2年）ことで具体的なイメージがつかみにくくないか、いつまででも使えるような目標の書き方になっていてもったいない感がある。面接時に目標の捉え方について聞いてみたい。

面接することの苦手な部分はないか？ケアマネ自身、自分のタイプを自己覚知している？

支援経過記録の記載～事実の記載はあるがケアマネとして判断したことや関係機関の判断、本人・家族の思いなどの記載が少ない。聞き取った内容を記載するのが（書き方・表現の仕方？）苦手？記載漏れ？

ケアマネとしての介護負担感の捉え方は？

～かわいそだとか、大変だとかだけになっていないか気になるところ

指導者氏名：

## アセスメント確認用紙（確認ポイントの考え方）

確認ポイントの考え方	
01 生活状況	
① 家族構成	利用者を含む子供等の年齢・性別・同居などの把握ができているか。主介護者の健康状態や就労の有無など。
② 生活歴	最終学歴・職歴・生まれた場所などの把握ができているか。
③ 経済状況	年金の種別・年金額・介護費用に使える金額等の把握ができているか。
02 主訴	
① 利用者の主訴	家族でなく「本人」の生活上の困りごとを把握しているか。利用者理解の導入部分となる。困りごとを利用者の言葉を使って記載しておくことが大切。
② 家族の主訴	家族の困りごと(本人のとは区別)を把握しているか。誰がどの様なことで困って相談に至ったかを知ることが重要。緊急性を要する事例かの判断もできる。
03 健康状態	
① 既往歴・現病歴	ケアプランへの反映が必要な疾患を把握しているか。現病歴と要介護認定の状況に乖離がないか。認知症の症状があるが現病歴に病名がない場合、どう把握しているか。アルツハイマー型認知症は診断した先生を確認しているか。疾患が及ぼすリスクを把握しているか。例えば脳梗塞の既往の場合、再発作の可能性について受診の頻度(「定期受診しているか」等)から把握できる。
② 症状	本人や家族・支援者の訴えから、下痢、(夜間の)頻尿、食欲不振、便秘(の程度)、めまい、吐き気、動悸、息切れなどの具体的な症状を把握しているか。
③ 精神状況(不安、うつ等)	うつの状態やうつ(傾向)のきっかけ、負担の程度、社会交流の減少程度、うつ傾向や不安傾向で訴える内容と訴える相手を把握しているか。
04 ADL(移動、移乗を含む)	
① 移動	居室内的移動手段、居室外・屋外の移動手段、移動の不安・転倒の有無とその頻度、乗り物の活用程度や起居動作の程度を把握しているか。
② 入浴	入浴方法や入浴場所、入浴の介助の程度(誰がどの程度介助をしているのか)、入浴の好き・嫌いを把握しているか。
05 IADL	
① 調理	献立を考えること、調理の準備、手順の理解、調理器具の利用、配膳・引き膳等ができるか。誰がおこなっているか。
② 掃除・洗濯	掃除の手順(掃除機の操作)や家の中の整理整頓の状況を把握しているか。洗濯機の操作や洗濯物を干す・取り込む、たたむ等の動作ができるか。誰が行っているか。
③ 買い物	買うものを考える(リスト化する)、買うものを選択できる、支払いができる、買い物する場所の見当がつくか。誰が行っているか。
④ 金銭管理	財布中の金額に応じた支払い、一ヶ月の生活費などの家計管理、預貯金の管理ができるか。
⑤ 服薬状況	薬剤の管理状態、服薬時間の把握、服薬方法・服薬量の理解ができるか。
06 コミュニケーション能力	
① 意思の伝達・理解	日常の出来事や意見・要望などを人に伝えることができるか。緊急時の本人との対応可能なコミュニケーション方法を把握しているか。読解力や筆談など言語的なコミュニケーションの方法を把握しているか。
② 視・聴覚力	視力・視野の程度、空間無視などの障害の程度、白内障の影響や眼鏡使用の有無、有聴力の程度、補聴器使用の有無や頻度などについて把握しているか。

確認ポイントの考え方	
07 社会とのかかわり	
① 地域社会との関わり	他者との関わり「誰とどの程度(頻度)」の関わりがあるか。以前より減っている場合、その理由と時期。宗教活動(お寺参り等)の状況、来訪者の有無とその頻度を把握しているか。
② 喪失感・孤独感	知人・肉親との死別、役割(父母や祖父母といった家庭内の役割や町内会等地域活動での役割)の喪失感、淋しい思い、孤独感などの訴えの有無や程度を把握しているか。、
08 排尿・排便	
① 動作・後始末	排泄の有無や程度、場所、頻度、介助の有無や誰がどの程度支援しているか、Pトイレの後始末、オムツ・リハビリパンツ・失禁パットの使用頻度などを把握しているか。
② 失禁、トイレコントロール	尿意・便意の有無、失禁の程度、泌尿器科への受診の有無、留置カテーテルの有無等を把握しているか。
09 褥瘡・皮膚の問題	
① 褥瘡	褥瘡の有無、発生部位、程度、治療の状況、過去の褥瘡の発生の有無等を把握しているか。
② 皮膚トラブル	やけど、発疹・乾燥・搔痒症・疥癬などの感染症の既往の有無とその程度を把握しているか。
10 口腔衛生	
① 歯・口腔内の状態	義歯・一部義歯、残歯の状況、口腔内の状態(口腔内の乾燥・潰瘍の有無)、咀嚼状態・嚥下状態等を把握しているか。
② 口腔衛生	口腔ケアの頻度、歯磨き・義歯の取り扱いなどができるか。誰がどのように口腔ケアを行っているか。
11 食事摂取	
① 栄養・水分の状態	一日の水分摂取量、食事の回数、食事内容、肥満・るいそう(病的な場合はBMIの把握)の程度を把握しているか。
② 自力での摂取	嚥下の状態、食事の摂取状況(セッティング後に自力での摂取が可か否か)、ムセの有無等を把握しているか。
12 認知	
① 認知力	日常生活において意思決定を行う事ができるか。できない場合、誰が決定しているか(誰に相談しているか)。どの様な場面で意思決定しているか。
② 徘徊、暴言等のBPSD(行動)	BPSDの有無、徘徊(頻度・ルート)、暴言・暴行(の頻度・程度)、幻視・幻聴の程度と内容・頻度などを把握しているか。
13 介護力	
① 介護負担	誰に負担が生じているか、誰が何の介護を担っているか、負担感の程度(担っている方の状況)を把握しているか。
14 居住環境	
① 室内環境	日当たり、段差・手すりの有無、福祉用具(車椅子・歩行器)が導入可能な環境か、トイレ・入浴・台所の場所(形状)と主に過ごす部屋からの動線、材質(床か畳か)、空調の状況、室内の見取り図を把握しているか。
② 屋外(立地)環境	立地の状態、交通量(事故発生の可能性)、坂道の有無、車の乗り入れが可能かなどを把握しているか。
15 特別な状況	
① 虐待	社会通念を超えた生活状態(食事内容・排泄介助・入浴・室内環境)、説明不能なあざやけが、身体的抑制の有無と頻度、暴言・暴行、放置(ネグレクト)の状態・程度と頻度、虐待が発生しそうな要因を把握しているか。
② ターミナルケア	疾病による余命が半年以内との診断を受けた場合の基礎疾患、癌などの場合は緩和ケアの方針、痛みの有無、告知の有無といった状況を把握しているか。
③ 主治医の意見書	主治医意見書を取り寄せているか。医学的見地を参考にしているか。更新前後の医師と連携しているか。

[様式7：アセスメントシート（Aさん事例）]

**1 フェースシート**

年 月 日受付 | 訪問・電話・来所・その他( ) 相談受付者

本人氏名	A 某	男(女)	年齢 M T S	年 月 日生れ(75歳)
住 所	〒 携帯			
緊急連絡先	氏名	男 女	年齢( 歳)	本人との続柄( )
	住所	携帯		
相 談 者	氏名	男 女	年齢( 歳)	本人との続柄( )
	住所	携帯		
相 談 経 路 (紹介者)	認定の症候医療センター PSW から 依頼			
届出年月日 作成依頼の届出				

■相談内容（主訴／本人・家族の希望・困っていることや不安、思い）

（本人）

自分でできることは自分で夫に迷惑をかけずには暮らしたいと思っていました。今もそこそこ困っていますがありません。

（家族）

父親は介護を受け自分で車で田舎へ向かうと迷子になります。階段基盤も自分で上らなくなっています。車も自分で運転できません。（夫）

（家族および介護者）夫婦二人で安全で健康に暮らしたいと思っています。今もそこそこ自分で介護できていますが今後のことについて心配です。

■これまでの生活の経過

○町の住まい。小学校教員として定年まで勤務する。同僚として夫を扶養する。夫は車で暮らす。夫は農業を営む。夫は妻を養うとしています。夫は車から手先が届かずで手芸が得意教員としている時も家庭をも教えていたことがあります。

もう少し車で暮らすことを思っておりが教員前から介護をするつもりで車を貰った（70代後半）ところが娘さんが車が走らなくなり医師と相談しました。

高額介護 サービス費該当	利用者負担 ( <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階 )				
要介護認定	済	→ 非該当	要支援 1 2	要介護 1 ( 2 ) 3 4 5	認定日 年 月 日
	未(見込み)	→ 非該当	・ 要支援 1 2	・ 要介護 1 2 3 4 5	
身障手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	等級	種級	交付日 年 月	
療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	程 度		交付日 年 月	
精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	等 級	級	交付日 年 月	
障害福祉サービス 受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自立支援医療 受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害程度区分→( )	
日常生活自立度	寝たきり	自立 J1 J2 ( A1 ) A2 B1 B2 C1 C2	判定者 (機関名 )	判定日 (機関名 )	年 月 日
	認知症	自立 I IIa IIb ( M ) IIIb IV M			年 月 日

アセスメント実施日 年 月 日

- 1 - 全社会 医療機関 法定外施設

## [様式 7：アセスメントシート（Aさん事例）]

### 2 家族状況とインフォーマルな支援の状況

#### ■家族構成と介護状況

家族構成図		家族の介護の状況・問題点				
 女性=○、男性=□ 分かれば横に年齢を記載 本人=○、回 死亡=●、■ 同居=□で囲む		<p>・夫と二人暮らし</p> <p>・主介護者は夫： 家事全般をひとりで担っています。</p> <p>・キーパーソンは女： 大学を卒業して就職しています。</p>				
氏名(主たる介護者には※)	続柄	同別居	職の有無	健康状態等	特記事項	
B 男	夫	同別	無	良好		
C 女	長女	別	有	良好	市外 在住 単独世帯化	

#### ■インフォーマルな支援活用状況(親戚・近隣・友人・同僚・ボランティア・地域の団体等)

支援提供者	活用している支援内容	受けたい支援／必要と思われる支援	特記事項
民主委員会		② → 定期訪問	(定期) 民を委員として定期訪問され てから「困ったときにどうし たらいいか」との相談を受け れるところとなり

### 3 サービス利用状況

(○年○月○日時点)

在宅利用（認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。（介護予防）福祉用具貸与は調査日時点の、特定（介護予防）福祉用具販売は過去 6 カ月の品目数を記載）			
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与 品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月	回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売 品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修 あり なし
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月	日	<input type="checkbox"/> 生活支援員の訪問(日常生活自立支援事業) 月 回
□市町村特別給付 [ ]			<input type="checkbox"/> ふれあい・いきいきサロン 月 回

## [様式 7：アセスメントシート（Aさん事例）]

<input type="checkbox"/> 訪問食事サービス	月	回	<input type="checkbox"/>	月	回
<input type="checkbox"/> 洗濯サービス	月	回	<input type="checkbox"/>	月	回
<input type="checkbox"/> 移送サービス	月	回	<input type="checkbox"/>	月	回
<input type="checkbox"/> 友愛訪問	月	回	<input type="checkbox"/>	月	回
<input type="checkbox"/> 老人福祉センター	月	回	<input type="checkbox"/>	月	回
<input type="checkbox"/> 老人憩いの家	月	回	<input type="checkbox"/>	月	回
<input type="checkbox"/> ガイドヘルパー	月	回	<input type="checkbox"/>	月	回
<input type="checkbox"/> 身障／補装具・日常生活用具（）	月	回	<input type="checkbox"/>	月	回
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設（ケアハウス等）			<input type="checkbox"/> 医療機関（医療保険適用療養病床） <input type="checkbox"/> 医療機関（療養病床以外） <input type="checkbox"/> その他の施設		
施設・機関名 所在地〒					
制度利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 老齢関係→（24歳～25歳未満）	<input checked="" type="checkbox"/> 国保		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ（旧・政管健保）	
	<input type="checkbox"/> 障害関係→（）	<input type="checkbox"/> 組合健保		<input type="checkbox"/> 日雇い	
	<input type="checkbox"/> 遺族・寡婦→（）	<input type="checkbox"/> 国公共済		<input type="checkbox"/> 地方共済	
	<input type="checkbox"/> 恩給	<input type="checkbox"/> 私立学校共済		<input type="checkbox"/> 船員	
	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当	<input type="checkbox"/> 労災保険→（）			
	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 健康手帳の交付			
	<input type="checkbox"/> 生活福祉資金貸付	<input type="checkbox"/> 健康診査			
	<input type="checkbox"/> 高齢者住宅整備資金貸付				
	<input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）				
	<input type="checkbox"/> 成年後見制度⇒ <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助 成年後見人等（）				

## 4 住居等の状況

1戸建て			集合住宅			家屋（居室を含む）見取り図			※段差には▲を記入			
賃貸・所有・給与住宅・公営住宅・その他（）												
居室等の状況	ア. <input checked="" type="checkbox"/> 専用居室あり <input type="checkbox"/> 専用居室なし イ. <input checked="" type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他（）階△エレベーター□有□無 ハ. <input checked="" type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド△□固定式 <input type="checkbox"/> ギャッセ <input type="checkbox"/> 電動 □その他（） エ. 陽あたり <input checked="" type="checkbox"/> 負 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪 オ. 暖房 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし カ. 冷房 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
	トイレ	ア. <input type="checkbox"/> 和式 <input checked="" type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> その他（） イ. 手すり <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ハ. トイレまでの段差 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし										
		浴室	ア. <input checked="" type="checkbox"/> 自宅にあり <input type="checkbox"/> 自宅になし イ. 手すり <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ハ. 浴室までの段差 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
			諸設備 洗濯機 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 湯沸器 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 冷蔵庫 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
			<b>【周辺環境・立地環境・その他住居に関する特記事項】</b> ①家より外へ行く際、外を時々下り歩き上り歩きから直路までです。ここの段差は危険あります。 ②玄関から道路までは段差があります。以前玄関が低めでした。階段で玄関を上げました。 ③階段は玄関から2段あります。階段の下降から玄関へ上るまでです。									

[様式7：アセスメントシート（Aさん事例）]

## 5 本人の健康状態 受診等の状況

既往歴・現症（必要に応じ「主治医意見書」を転記）				障害等の部位	
※要介護状態に関係がある既往歴および現症 H20年 記載の庄より記載あり。 22年 記載の庄より記載あり。 23年 記載の庄より記載あり。 前後側頭葉変性症の意味による庄とされ 21年 単位例、腰背部圧迫骨折（腰部の痛み）					
身長	148.0 cm	体重	45.0 kg		
歯の状況	<input type="checkbox"/> 歯あり <input type="checkbox"/> 歯なし <input checked="" type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 局部義歯 ⇨6-②生活機能（食事・排泄等）				
<b>【特記事項】</b> 今後 記載がござります。 現在 食事摂取 15食（主治医意見書の添付） 食事量低下も又そこから 呕吐嘔気と運動量低下もあり 下肢が弱く低下が悪い。					
主治医からの指導・助言事項。视力障害、聽力障害、麻痺、関節の動き、褥瘡、その他皮膚疾患（以上要介護認定項目）、外傷、内部障害、言語障害、動悸・息切れ、便秘、尿失禁、便失禁、摂食嚥下障害、口腔（炎症・痛み・出血・口臭・虫歯・不良義歯等）に留意のこと。					
現在の受診状況					
病名	記載の庄		腰痛		
薬の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
発症時期 ※主治医意見書 を参考に記入	H20年		H21年		
受診頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 定期（週・月 回）	<input type="checkbox"/> 定期（週・月 回）	<input type="checkbox"/> 定期（週・月 回）	<input type="checkbox"/> 定期（週・月 回）	
受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 往診	<input checked="" type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診
医療機関	H 医院				
診療科	内科				
主治医	M 医生				
連絡先	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
受診方法 留意点等	夫が連れていく。 介助者				
往診可能な医療機関	<input type="checkbox"/> 有（ ）				
緊急入院できる医療機関	<input type="checkbox"/> 有（ 記載の庄より医療センターへ搬送 H 医院 ）				
相談、処方を受けている薬局	<input type="checkbox"/> 有（ H 医院は院内の丸薬 ）				
<b>【特記・生活上配慮すべき課題など】</b> マンタ一平を含み M 医生に内服薬未承認 プリドコト 5mg ( 頭 1T ) M 医生に ロキソニン 60mg ( 頭 1T ) セルベーツ錠 10mg ( 頭 1T ) 夫の声が下がり、定期受診ができないか 夫ももんじ時かありますとよりんぐらり木根					

[様式7：アセスメントシート（Aさん事例）]

## 6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

要 介 護 認 定 項 目	6-① 基本（身体機能・起居）動作						
	1-1 麻痺等（複数可）	1	2	3	4	5	6
	1-2 拘縮（複数可）	1	2	3	4	5	
	1-3 痞返り	1	2	3			
	1-4 起き上がり	1	2	3			
	1-5 座位保持	1	2	3	4		
	1-6 両足での立位保持	1	2	3			
	1-7 歩行	1	2	3			
	1-8 立ち上がり	1	2	3			
	1-9 片足での立位保持	1	2	3			
	1-10 洗身	1	2	3	4		
	1-11 つめ切り	1	2	3			
	1-12 視力	1	2	3	4	5	
	1-13 听力	1	2	3	4	5	
	1-14 関節の動き（複数可）	1	2	3	4	5	6

現在、家族が実施している場合は○  
時々実施の場合は△

現在、在宅サービス等で実施している場合は○  
本人・家族がサービス実施を希望する場合は○

6-①-1～6-①-14

援助の現状  
家族実施 サービス実施

希望  
△あり ○なし

1) 体位変換介助

要援助 → 計画

2) 起居介助

リハビリの必要性  
△あり → P9  
○なし

【特記、解決すべき課題など】

1-1 1-4 1-5 1-7

1-10 1-11

6-①-10

援助の現状  
家族実施 サービス実施

要援助 → 計画

1) 準備・後始末

○ ○

2) 移乗移動介助

○ ○

3) 洗身介助

○ ○

4) 洗髪介助

○ ○

5) 清拭・部分浴

6) 肌膚・皮膚疾患の対応

2) 移乗移動介助

現状 計画

○見守りのみ ○見守り必要  
□介助あり □介助必要

3) 洗身介助

○見守りのみ ○見守り必要  
□介助あり □介助必要

【特記、解決すべき課題など】

1-10 1-11

＜コミュニケーションの状況・方法（6-①-12、1-13関係）＞

ア. 視覚

□眼鏡使用 □コンタクト使用 □補聴器使用

イ. 電話

△あり ○なし

ウ. 言語障害

□あり( ) □なし

エ. コミュニケーション支援機器の使用

□あり( ) □なし

【特記、解決すべき課題など】

視覚

△あり 文字を見よ時△あり。  
△あり見ていてよく聞き取る。不明。

聽覚

△あり 普通の声△あり聞き取る。

意思疎通

△あり伝えたいことを伝達する△あり。  
△ありに前にも同じ回答はない。

[様式7：アセスメントシート（Aさん事例）]

6-②生活機能（食事・排泄等）

要 介 護 認 定 項 目	2-1 移乗	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	2-2 移動	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	2-3 えん下	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	2-4 食事摂取	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	2-5 排尿	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	2-6 排便	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	2-7 口腔清潔	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	2-8 洗顔	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	2-9 整髪	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	2-10 上衣の着脱	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	2-11ズボン等の着脱	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	2-12 外出頻度	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	2-13 飲水摂取	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

<その他食事の現状（6-②2-4関係）>

ア. 食事場所  食堂  居室ベッド上  
 布団上  その他居室内  
 その他（ ）

イ. 食堂までの段差  あり  なし  
ウ. 収納の状況  問題なし  問題あり  
→  嘔みににくい  時々嘔みににくい  
 とても嘔みににくい（ ）

エ. 食事の内容  
 一般食  糖尿食 KJ<sup>20%</sup>  
 高血圧食 g  抗潰瘍食  
 その他（ ）

<その他排泄の状況（6-②2-5, 2-6関係）>

ア. 尿意  
 ある  ときどきある  ない  
イ. 便意  
 ある  ときどきある  ない

食事

6-②2-1～ 2-4関係	援助の現状 家族実施 サービス実施	希望	要援助 →計画
1)移乗介助		○	○
2)移動介助		○	○
3)摂取介助			

主食	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 普通食
<input type="checkbox"/> 粥食	<input type="checkbox"/> 粥食
<input type="checkbox"/> 経口栄養	<input type="checkbox"/> 経口栄養
<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養
<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）

副食	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 普通食
<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> 刻み食
<input type="checkbox"/> ミキサー食	<input type="checkbox"/> ミキサー食
<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）

摂取介助	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要

排泄等

6-②2-5～ 2-11関係	援助の現状 家族実施 サービス実施	希望	要援助 →計画
1)準備・後始末	○		
2)移乗移動介助	○		
3)排尿介助	○	○	○
4)排便介助	○	○	○
5)口腔清潔介助		○	○
6)洗面介助		○	○
7)整容介助		○	○
8)更衣介助		○	○

排尿介助（2-5）	
現状	計画
<input type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input checked="" type="checkbox"/> 介助必要

排便介助（2-6）	
現状	計画
<input type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input checked="" type="checkbox"/> 介助必要

排便介助（2-6）	
現状	計画
<input type="checkbox"/> トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ
<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
<input type="checkbox"/> 尿取器	<input type="checkbox"/> 尿取器
<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 導尿
<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> おむつ

【特記、解決すべき課題など】

2-5 2-6 尿意、便意が不明で尿漏れがある。  
尿漏れは尿意をもとにしたうらから尿が漏れています。  
また、尿意をもとにしたうらから尿が漏れています。

6-②2-12	援助の現状 家族実施 サービス実施	希望	要援助 →計画
1)移送・外出介助	○	○	✓

【特記、解決すべき課題など】

2-12. 変診時以外は外出しないことが多い。  
夫も外に出かけなくては妻と会話に少し少ない。  
夫も外に出かけなくては妻と会話に少し少ない。  
夫も外に出かけなくては妻と会話に少し少ない。  
夫も外に出かけなくては妻と会話に少し少ない。

[様式7：アセスメントシート（Aさん事例）]

6-③認知機能

要 介 護 認 定 項 目	3-1 意思の伝達	1 ② 3 4
	3-2 毎日の日課を理解する	1 ②
	3-3 生年月日や年齢を答える	1 ②
	3-4 面接調査の直前記憶	1 ②
	3-5 自分の名前を答える	① 2
	3-6 今の季節を理解する	① 2
	3-7 自分のいる場所を答える	① 2
	3-8 徒歩	① 2 3
	3-9 外出すると戻れない（迷子）	1 ② 3
	3-10 介護者の発言への反応	1 ② 3

家族等からの情報と観察	自分が決まりにスクエアルームまで、そこまでには必ず入るといいます。
	(000円札をもじりてふり回す)もします。 自分で決まりに食べ物かいを違うお店へかいと大騒ぎになります。 人の話を前に入らず、2~3の話をきくついで話をす。

●6-④精神・行動障害

要 介 護 認 定 項 目	4-1 被害妄想（物を盗されたなど）	① 2 3
	4-2 作話をする	① 2 3
	4-3 感情が不安定になる	1 ② 3
	4-4 昼夜の逆転	① 2 3
	4-5 しつこく同じ話をする	1 ② 3
	4-6 大声を出す	1 ② 3
	4-7 介護に抵抗する	① 2 3
	4-8 落ち着きがない（「家に帰る」等）	① 2 3
	4-9 外に出たがり目が離せない	① 2 3
	4-10 ものを集める、無断でもってくる	① 2 3
	4-11 物を壊す、衣類を破く	① 2 3
	4-12 ひどい物忘れ	1 ② 3
	4-13 独り言や独り笑い	① 2 3
	4-14 自分勝手な行動	① 2 3
	4-15 話がまとまらない、会話にならない	1 ② 3
	4-16 幻視・幻聴	① 2 3
	4-17 暴言・暴力	① 2 3
	4-18 目的なく動き回る	① 2 3
	4-19 火の始末・管理	① 2 3
	4-20 不潔行為	① 2 3
	4-21 異食行動	① 2 3

援助の現状	(家族) 夫かその都度、泣いています。	(サービス)

援助の希望本人	夫に何をしても、でもから丈夫です。

援助の希望家族	夫：自分がいまから10年もすむから丈夫です。 母：いいいすとありますから丈夫です。 娘：父親は人助けをしないでいます。夏場のときも電気をつけていません。

援助の計画	①自分の好きなからも、週間のみ流れが必要。 ②現在の生活の流れや、本人の嗜好に寄り添って支援方法の検討が必要

【特記、解決すべき課題など】
----------------

[様式 7：アセスメントシート（Aさん事例）]

●6-⑤社会生活（への適応）力

要 介 護 認 定 項 目	5-1 薬の内服	1 <b>2</b> 3
	5-2 金銭の管理	1 <b>2</b> 3
	5-3 日常の意思決定	1 <b>2</b> 3 4
	5-4 集団への不適応	① <b>2</b> 3
	5-5 買い物	1 <b>2</b> 3 ④
	5-6 簡単な調理	1 <b>2</b> ③ 4
	5-7 電話の利用	1 <b>2</b> 3
	5-8 日中の活動（生活）状況等	① <b>2</b> 3
	5-9 家族・居住環境・社会参加の状況などの変化	① <b>2</b>

→6-⑥医療・健康関係へ

6-⑥5-2、5-3 5-5～5-6関係	援助の現状 家族実施 サービス実施	希望	要援助 →計画
1)金銭管理	○		
2)買い物	○		
3)調理	○		
4)準備・後始末	○		

→6-⑥5-7～  
5-8関係

6-⑥5-7～ 5-8関係	援助の現状 家族実施 サービス実施	希望	要援助 →計画
1)定期的な相談・助言	○	○	④
2)各種書類作成代行	○		
3)余暇活動支援			
4)移送・外出介助	○		✓
5)代読・代筆	○		
6)話し相手	○		✓
7)安否確認	○		✓
8)緊急連絡手段の確保	○		
9)家族連絡の確保	○		
10)社会活動への支援			

<社会活動の状況（6-⑤5-8、5-9関係）>

ア. 家族等近親者との交流	□あり（ ）	□なし
イ. 地域近隣との交流	□あり（ ）	□なし
ウ. 友人知人との交流	□あり（ ）	□なし

緊急連絡・見守りの方法	
-------------	--

【特記、解決すべき課題など】

- 5-1 夫が管理している。  
 5-2 夫が管理、販布は孫、2歳ないし3歳春からCanteen 常時川音源は子供でいい。  
 5-3 出歩きもし一部あります。  
 5-4 夫が外へ登山もあつため不明だから生活圏から削除して。  
 5-5 1人では登山ことはできませんが、夫が電車で行く時に登山でいい  
 買山でございます。  
 5-6 決まりてあるので山には出来るものもあれば、車で夫と行く。  
 5-7 他の所へはみづらぬ。ヘルパーも見付けて営業をしてくれて何か  
 内容を伝えますことはできない。  
 5-8 50歳未満で車で行く場合は、窓、ドア、運転席へ入る  
 5-9 2歳半まで洗濯をやめて、2歳半。

[様式 7：アセスメントシート（Aさん事例）]

●6-⑥医療・健康関係

要介護認定項目 処置内容	援助の現状 家族実施 サービス実施				希望	要援助計画	※計画をする際には主治医の意見を求める必要あり	
								現状 計画↓
1.点滴の管理							<input type="checkbox"/>	バイタルサインのチェック
2.中心静脈栄養							<input type="checkbox"/>	定期的な病状観察
3.透析							<input checked="" type="checkbox"/>	内服薬
4.ストーマ（人工肛門）の処置	<input checked="" type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	坐薬（緩下剤、解熱剤等）
5.酸素療法	<input checked="" type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	眼・耳・鼻等の外用薬の使用等
6.レスピレーター（人工呼吸器）	<input checked="" type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	温・冷あん法、湿布貼付等
7.気管切開の処置	<input checked="" type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	注射
8.疼痛の看護							<input type="checkbox"/>	吸引
9.経管栄養							<input type="checkbox"/>	吸入
10.モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）							<input type="checkbox"/>	自己注射（インスリン療法）
11.じょくそうの処置							<input type="checkbox"/>	経管栄養法
12.カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）							<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養法
							<input type="checkbox"/>	酸素療法
							<input type="checkbox"/>	人工呼吸療法
							<input type="checkbox"/>	気管カニューレ管理
							<input type="checkbox"/>	自己導尿
							<input type="checkbox"/>	自己腹膜灌流
							<input type="checkbox"/>	膀胱留置カテーテル管理
							<input type="checkbox"/>	人工肛門・人工膀胱管理
							<input type="checkbox"/>	疼痛管理
							<input type="checkbox"/>	褥瘡管理
<p>【特記、生活上配慮すべき課題など】</p>								

介護に関する医師の意見（「主治医意見書」を転記）

(1)移動							
屋外歩行	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input type="checkbox"/> していない				
車いすの使用	<input checked="" type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input type="checkbox"/> 主に他人が操作している				
歩行補助具・装具の使用（複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用				
(2)栄養・食生活							
食事行為	<input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 全面介助					
現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> 不良					
→ 栄養・食生活上の留意点（／＼食事量が低下している。お肉を呑む事が出来ない）							
(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針							
□尿失禁	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input type="checkbox"/> 運動能力の低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input checked="" type="checkbox"/> 閉じこもり	<input checked="" type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> 徘徊
<input checked="" type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 摂食	<input type="checkbox"/> 嚥下機能低下	<input checked="" type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 易感染性	<input type="checkbox"/> がん等による疼痛	<input type="checkbox"/> その他（　　）	
→ 対処方針（定期的うつら感覚有り等）							
(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し							
<input checked="" type="checkbox"/> 期待できる	<input type="checkbox"/> 期待できない	<input type="checkbox"/> 不明					
(5)医学的管理の必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）							
□訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 看護職員による相談・支援	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療				
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導				
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス（　　）					
(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項							
・血圧	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり（　　）	移動	<input type="checkbox"/> 特になし	<input checked="" type="checkbox"/> あり（　　）		
・摂食	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり（　　）	運動	<input type="checkbox"/> 特になし	<input checked="" type="checkbox"/> あり（　　）		
・嚥下	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり（　　）	その他（　　）				
(7)感染症の有無（有の場合は具体的に記入して下さい。）							
<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（　　）	<input type="checkbox"/> 不明					

## [様式7：アセスメントシート（Aさん事例）]

### 7 全体のまとめ

#### 〔サービスの方向性〕

① 夫が生活全般を担い、ひとりから夫がいたりと本人は生活ができない状況ではあります。負担が重めで夫自身認識でていてない様子から山手の施設にておこなうリスクもあることから、夫へ理解と併せ促進が望むことでも検討が必要

② 水分量が活動量の低下から認知症の方へは登山もあり不得アシストを利用し経過をみながら方法を検討していく。

#### 〔ストレス〕

##### 〔身体機能面〕

- 1-1 片付いたり腰痛あり 1-4 腰痛痛みが強め時があり  
1-5 正座はできず椅子を使用時に困っています。腰痛  
1-7 歩行不安定で歩くのが困難です。また歩く場合は安全地帯や車の中を使っています。  
1-10 トイレ活動が入浴で困ります。入浴活動は夫が手助けしてます。浴槽の出入り口を下りて歩くのが困難です。  
1-11 自立でしゃぶる。自分で洗濯をすることが出来ません、現状で巻き込んでいます。

II

1. 安全確保への対応の必要性  
2. 権利擁護に関する対応の必要性

なし  
なし

あり  
あり

[様式7：アセスメントシート（Aさん事例）]

■1日のスケジュール

本人の生活リズム	本人が自分で していること	援助の現状		要援助と判断される場合 に✓／計画した場合に ○(確認)
		家族実施	サービス実施	
4 (深夜)				
5				
6				
7 (早朝)				
8				
9				
10 (午前)				
11				
12				
13				
14				
15 (午後)				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
1 (夜間)				
2				
3				
4				

◎:排便      △:食事      □:起床  
 ○:排尿      ☆:入浴      ■:就寝

第1表

## 居宅サービス計画書（1）

作成年月日 平成23年10月23日

<input type="checkbox"/> 初回・紹介	<input checked="" type="checkbox"/> 継続
<input type="checkbox"/> 認定済	<input type="checkbox"/> 申請中

利用者名	A 殿	生年月日	年 月 日	住所
居宅サービス計画作成者氏名				
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（変更）日	平成23年10月20日	認定の有効期間	平成23年11月1日～24年10月31日	初回居宅サービス計画作成日 平成23年10月20日
認定日	平成23年10月1日			
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	本人) できることは自分でしていきたい。楽しんで暮らしたい。夫の負担をかけたくない。 夫) 夫婦ふたりで安全に健康にこれからも暮らしていきたいです。			
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定				
総合的な援助の方針	①在宅での暮らしが安全に快適に続けられるよう、今後もご本人・ご家族と相談し必要なサービスを検討し提供させていただきます。 ②ご主人さまも健康を害せず、生活できよう支援させていただきます。 ③転倒をせず安全に暮らすことができるように環境整備もお手伝いさせていただきます。			
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾患等 3.その他（ ）			

第2表

## 居宅サービス計画書（2）

利用者名 A 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	目標	援助内容				期間
				※1 サービス内容	※1 サービス種別	※2 頻度	※2 特養	
夫と一緒に在宅生活を続けていきたい。	夫と一緒で夫の介護負担が増えることがないように介護することができる。	3ヶ月	夫の介護負担が増えることがないように介護することができる。	日常生活全般の見守り	○ 短期入所生活介護	2ヶ月	○ 特養	3ヶ月
安全に入浴していい。	身体の清潔が保たれる。	3ヶ月	シャワーや入浴介助	○ 全身状態の観察	○ 通所介護	2ヶ月	△ デイ	不定期
転倒しないで生活したい。	安全に移動が全に暮らすことができる。	3ヶ月	腰への負担を減らすこと	○ 住宅改修	○ 口工務店	随時	○ 特養	3ヶ月
			出来る	ができる。	浴室内や室内で必要な手すりを設置する。			

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

## 週間サービス計画表

[様式7：ケアプラン（Aさん事例\_第3表）]

作成年月日 平成23年10月23日  
平成23年11月分より

利用者名	毎日						
	月	火	水	木	金	土	日
深夜	4:00						
早朝	6:00						
午前	8:00	通所介護9:30～16:30					
午後	10:00						
	12:00						
	14:00						
	16:00						
	18:00						
夜間	20:00						
	22:00						
深夜	24:00						
夜	2:00						
	4:00						

週単位以外のサービス	・短期入所生活介護（不定期：夫の体調に合わせて）	・住宅改修（相談後検討）
------------	--------------------------	--------------

## 居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 初回・紹介・継続	<input checked="" type="checkbox"/> 認定済・申請中
-----------------------------------	---

利用者名 B 殿 生年月日 年 月 日 住所 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画作成者氏名

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（変更）日 平成23年11月1日 初回居宅サービス計画作成日 平成21年11月1日

認定日 平成23年10月5日 認定の有効期間 平成23年11月1日～平成24年10月31日

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	本人)みんなに迷惑をかけずに来年の今頃も今のような暮らしを続けていいたい。 家族)今のままだと家で介護していくのがきつくなり、施設に入つてもらいたいと思ってしまうかもしない。今までのようと一緒に暮らしていくにはどうしたら良いか相談に乗ってほしい。				
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	心身の状態が短期間で変化する可能性が低いため、認定の有効期間を24か月へ延長する。				
総合的な援助の方針	糖尿病を悪化させず、今のように家族で暮らしていける方法を検討していきましょう。				
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他( )				

第2表

## 居宅サービス計画書（2）

利用者名 B 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	長期目標 (期間)	目標 (期間)	短期目標 (期間)	サービス内容		※1 サービス種別	※2	頻度	期間
				※1	援助内容				
①糖尿病を悪化させない。	血糖値が安定する。 23/11/1 ~ 25/10/31	3食きちんと食べて間食をしない。	23/11/1 ~ 24/10/31	医学的管理	○ 訪問看護	○○訪問看護スティッショ	月2回	毎日	23/11/1 ~ 24/10/31
②立ち上がりを楽に立てくりつかりたい。	人の手を借りずに立てる。23/11/1 ~ 24/10/31	自力で立ち直りが上がる。	23/11/1 ~ 24/1/31	両下肢の筋力を強化する 湯船に入れる訓練	○	主医（指示書） ※情報提供	県栄養士会 山本先生 ケアマネ	必要時 必要時	23/11/1 ~ 24/1/31
③息子の代わりに調理をしてくれる人が欲しい。	息子の負担が減るようになる。 23/11/1 ~ 25/10/31	息子以外の人にご飯を炊くことができるようになる。	23/11/1 ~ 24/10/31	調理物貢献立たてる	○	訪問介護	△△セントナ ー	週2回	23/11/1 ~ 24/1/31
							○ヘルパーショ	毎日	23/11/1 ~ 24/10/31

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

[様式 7：ケアプラン（Bさん事例\_第3表）]

利用者名		曜	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
曜	夜	4:00								起床
深	夜	6:00								朝食（食事に介助なし）
早	朝	8:00								モード運営
午	前	10:00								起床（出歩る事のみ）
午	後	12:00								風呂
午	後	14:00								テレビ観賞
晩	16:00									お風呂（浴室に浴衣を着て）
晩	18:00									夕食
晩	20:00									就寝
深	夜	22:00								
深	夜	24:00								
夜	2:00									
夜	4:00									

滞所リハビリテーション ☎ 3:30~16:00(火・金)

訪問介護 17:00~18:00(毎日)

月2回：訪問調査(OO訪問調査スケジュール) 開催：米澤地区(米澤ガートセンター)

週単位以外 のサービス

[様式 8：目標設定用紙]

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

○ あなたの短期目標（今回の研修期間中の達成目標）

○ あなたの中長期目標（3～5年後の到達目標）

○ 目標達成のための具体的な戦略

		日付 当日体験すること（予定）	当日の達成目標
初日全体 研修		<ul style="list-style-type: none"><li>・ 講義：アセスメント確認の目的と必要性</li><li>・ 演習：アセスメント確認（提出2ケースについて）</li></ul>	
個別実習 1			
個別実習 2			
個別実習 3			
個別実習 4			
最終日全 体研修		<ul style="list-style-type: none"><li>・ プレゼンテーション</li><li>・ 振り返り</li></ul>	

[様式 9：当日記録]

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

今日の目標（目標設定用紙を参考に）		今日体験したこと
1日終えた後の自己評価／気持ち		今日体験できず今後体験したいこと
今日の気付き／学び		自由活用メモ
実地指導者メッセージ		
実地指導者氏名		

© 鈴木敏恵、「ポートフォリオとプロジェクト学習」（医学書院, 2010）をもとに改変

[様式 10：振り返り用紙]

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

- 研修を通じて成長したことベスト3（当日記録の「今日の気付き／学び」欄を参考に）

1

2

3

- この研修で得たことをどう日常の業務に活用しますか？

- 今後の抱負／希望（目標設定用紙の「あなたの長期目標」欄も参考に）

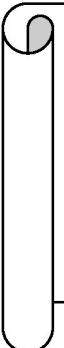
実地指導者メッセージ

受講者へ

受講者の所属事業所管理者へ

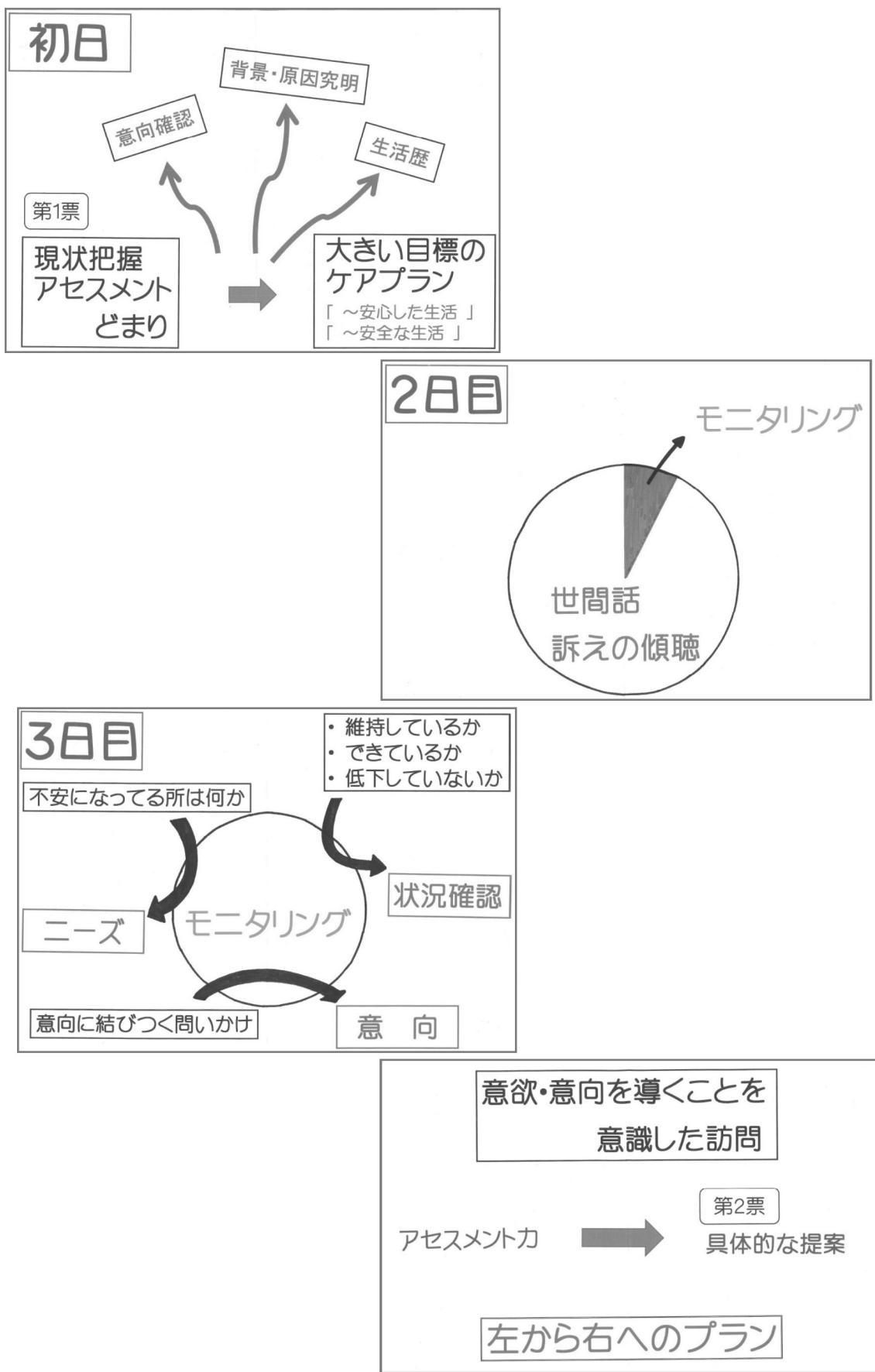
実地指導者氏名

© 鈴木敏恵、「ポートフォリオとプロジェクト学習」（医学書院, 2010）をもとに改変



# **(参考) プrezen資料**

4



## 医療機関との連携をスムーズにする考え方

～主治医との関わりについて～

医宅介護支援の業務の中で、

利用者様、ご家族様との関わりは、やりがいもありとても楽しい。

各サービス事業所には、電話だけでなく定期的に訪問して情報の共有を図るようになっている。

日頃のモニタリング内容からもプラン変更の必要性に気づき、アセスメントにてニーズを引き出すことができるようになってきた。

しかし、ケアプラン作成時に気が重く感じるようになってしまった。



- 解決するには…
- ・自分はケアマネで、医師でも看護師でもない。
  - ・難しい用語なんて使わなくていい。素直に自分の言葉で伝えればいい。
  - ・挨拶は明るくはっきりと。要件は簡潔に。相談内容は忘れないように書面に記載。  
(医療と介護の連携がより円滑に行われるための担当者も含め)

さらに…

- ・経過だけでなく、最新の状態を報告できると良い。
- ・報告内容に自分の見解を入れず、事実を具体的に伝える。  
(利用者様、ご家族様の意見や困っている内容等も。)
- ・医師等で直接会う場合は午前の診療時間の終わり際に訪問し、診察が終わるまで待つようにすると良い。

最後に…

医師からも「また来たね。今度はどうしたの？」と声をかけられるケアマネでいたい。  
また、医療連携室との繋がりも大切にしたい。



**この研修ってどんな研修だろう… 別事業所のケアマネと話しができるいい機会かも…**

**他のケアマネの見学は機会がないのでは是非したい！**

**事例を見てもらうにはどうしよう？ アセスメント票は？ 計画書は？**

**利用者さんの前で緊張せずにできるかな… 利用者さんはどんな反応をするかな… 先輩のアドバイスは欲しいけど…**

**担当者会議について(主任ケアマネの見学)**

- ・担当事業所がポイントをしっかり把握しており、報告内容が明確である。
- ・通所リハビリが始まるごとに、活動の範囲を広げることができる。
- ・目標に近づくことができる(査へ行く)
- ・主介護者である息子への配慮が感じられる。

**学んだこと 気づき**

- ・通所リハビリ開始に際しての担当者会議であり、本人が意見を主張し家族の意見などの調整を行っていく。
- ・現在の状態の把握と「査へ行く」ことへの具体的な目標に向かって計画していくこと
- ・具体的な目標を示すと家族と事業所との連携がスムーズに行うことができる。

**担当者会議開催する**

- ①これまでの経過説明と本人・事業所の評価を行う
- ②これから通所リハビリを追加することによる効果と期待を話す。

**全般的な会議のアドバイス**

- ①本人の想いとこれから希望についての確認を行っている。
- ②各事業所の現状把握と意見を関係者と聞き、情報の共有を行っている。
- ③病気の原因を確認し、主治医の意見を事業所に伝えている。
- ④本人の意思を主導とした雰囲気を作っている。
- ⑤家族の希望と自費でのヘルパー利用の説明ができる。

上記の評価を頂く

**アドバイス**

各事業所から目標の聞き取りをして、一緒に作成する方法もあるのではないか？

目標の確認を行っていく

**モニタリングについて**

- ①認知症の状況把握は困難な場合がある  
サービス事業所との連携を図り、どのような行動がでているか確認する。通所などは事業所に訪問しモニタリングを行う。  
自分の目で確認できることは訪問し確認する。
- ②認知症のモニタリングにノートの持参するか？
- ③言葉の地域性について  
本人の生き方により話しかけ方に工夫する  
本人との関係性や距離感などを考慮する
- ④満足度の確認だけではなく、本人の興味のある話しなど、関係性を深める話題も必要。

**今回の研修のおまけ**

- ①他事業所のケアマネとの壁があり、話し難いことがある。研修を行い考え方などを共有できたことが大変うれしい
- ②自事業所だけの意見だと考え方の偏りが感じられる時があり、他事業所の目線からアドバイスを頂けて、「これで良い」と確認した事と検討しないといけない部分の確認をする。
- ③繋の繋がりではなく、横のつながりを感じることができた。今後も考え方を広げる為にも意見交換の機会を作っていくことができればと思う。
- ④たくさんの言葉を頂き、批判ではなく、評価の言葉を多く頂いたので、自分の自信に繋がった。自分のやり方に自信がなくなった時にこの研修を受けることができ気持ちの切り替えのきっかけにしたい

### 1. 今回の研修内容

- |             |             |              |              |            |
|-------------|-------------|--------------|--------------|------------|
| ・担当者会議(指導者) | ・担当者会議(受講者) | ・モニタリング(指導者) | ・モニタリング(受講者) | ・集中カンファレンス |
| ・訪問診療同行     | ・訪問看護同行     | ・退院時共同指導     | ・他事業所所内事例検討会 |            |

### 3. 気づき

- ・退院前カンファレンスについては、退院後に必要なサービスを確認・調整するだけでなく、在宅復帰後少しでも不安なく生活が送れるよう設備や人員が確保された入院中に試してもらうこと(今回で言えば入浴をしてみる、在宅で使用する車イスを使用し慣れてもらう)を病院に依頼していた。自分には病院に退院前の準備をしてもらうという発想が乏しかった。
- ・利用活用できる資源や制度の知識が少ないことを実感させられた。(難病患者等居宅生活支援事業等)
- ・潜在化しているニーズの把握が必要で、それを利用者や家族にも気づいてもらい解決法や対応法を提案していくような関わりを持つことが必要である。
- ・これは介護をする家族全ての人に言えることではあるが、より医療ニーズが高い利用者を介護する家族の負担や労力を考え、家族にも配慮した関わりが求められる。

### 4. 今後の自身の課題

- ・潜在化したニーズに目が行きがちで、潜在化しているニーズを把握することに時間を要している。関連の事業所と情報や意見を交換しているうちに気づくこともあるがどうしても時間がかかる。より早くそのニーズも把握できるようにアセスメントスキルを向上させる。
- ・一般的に基礎知識が福祉系であると、医療ニーズが高い利用者への支援が苦手であると言われており、実際に自身もそのように感じる部分は多少あった。今まで存在を認識していた程度の理解であった様々な制度をより理解する。

今回の研修を通して、アプローチの仕方は関わる職種により様々であり、連携を図り支援していく重要さやケアマネジャーとしての支援の内容、サービスの調整をしていく大変さを感じた。医療知識が向上したわけではないが、医療ニーズの高い利用者についての悩みや疑問を相談できる相手を見つけることができ、頭の見える関係性の第一歩を踏むことができた。初めは相談しながらにはなるが、自身に支援を任せてくれる利用者との縁があれば、ぜひ担当できれば…と思った。

この事業は平成 23 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金  
(老人保健健康増進等事業分)により実施したものです。

「介護支援専門員のスーパービジョン実践としての OJT のあり方に関する研究」

---

平成 24 年(2012 年)3 月発行

発行 株式会社フジケア  
代表取締役 山本 厚生  
〒803-0826 北九州市小倉北区高峰町 3 番 3 号  
TEL 093-562-1112(代表) FAX 093-562-1175

---

不許複製