

3. 各種マニュアル

2) 受講者テキスト

平成 25 年度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
実習型研修の普及に向けての研究」

地域同行型実地研修 受講者テキスト

Ver 2.1

2014 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

実習型研修の普及に向けての研究委員会

一般社団法人 日本ケアマネジメント学会

目次

第1章 研修の目的と全体像.....	1
1. 背景と目的	1
2. 特徴	1
3. 介護支援専門員としての成長ステップ	2
4. 研修の心構え.....	3
5. 研修の目標	3
6. スケジュール.....	4
7. 実施内容のフロー	6
8. 事前準備.....	6
(1)フェースシートの提出.....	7
(2)ケースの提出	7
(3)同行ケースの選定、利用者の理解取得	8
(4)守秘義務に関する制約.....	8
(5)予習 8	
第2章 地域同行型実地研修	9
I 初日全体研修.....	9
1. [講義]ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方.....	10
(1)アセスメント確認	10
(2)担当者会議について	14
(3)モニタリングについて.....	15
2. アセスメント確認演習.....	16
[記入例：アセスメント確認用紙（架空事例に基づく）]	18
3. 研修目標設定	19
4. 個別同行実習・最終日全体研修準備.....	20
(1)個別同行実習の日程調整	20
(2)最終日全体研修におけるプレゼンテーションに向けて.....	20
(3)同意書等の提出.....	20
II 個別同行実習.....	23
1. サービス担当者会議への同行	24
2. 同行訪問モニタリング	28
3. その他オプションメニュー.....	30

参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト

Ⅲ 最終日全体研修	31
1. [演習]プレゼンテーション	32
(1)事前準備	32
(2)プレゼンテーション	32
2. 研修の振り返り	34
3. 修了証の授与	35

資料集

- [様式 1-1 : フェースシート (受講者向け)]
- [様式 1-2 : 説明同意書 (受講者向け)]
- [様式 2-1 : アセスメント確認演習チェック表 (受講者用)]
- [様式 2-2 : アセスメント確認の考え方]
- [様式 2-3 : 目標設定用紙 (受講者用)]
- [様式 2-4 : 個別実習日程報告用紙]
- [様式 3 : 利用者同意書]
- [様式 4-1 : サービス担当者会議評価ツール (受講者用)]
- [様式 4-2 : 同行訪問モニタリングツール (受講者用)]
- [様式 4-3 : 振り返り用紙]

参考資料 : プレゼンテーション資料例

参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト

第1章 研修の目的と全体像

1. 背景と目的

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究補助を得て、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、平成23年度は4地域において介護支援専門員のアドバイザーチームを組織し、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・試行しました。その結果、受講者のケアマネジメント技術の習得に効果があるとともに、アドバイザーのケアマネジメント技術及び教える力の習得に効果が見られました。さらに受講者にとっては、ロールモデル（目指す人材像）を獲得することができました。

本年度は、実習形式のモデル研修を全国で試行的に実施し、実現可能性や運用課題の検証をいたします。

2. 特徴

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。

- ⑨ 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。
- ⑩ 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。
- ⑪ 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可能です。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。
- ⑫ 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、アドバイザー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、

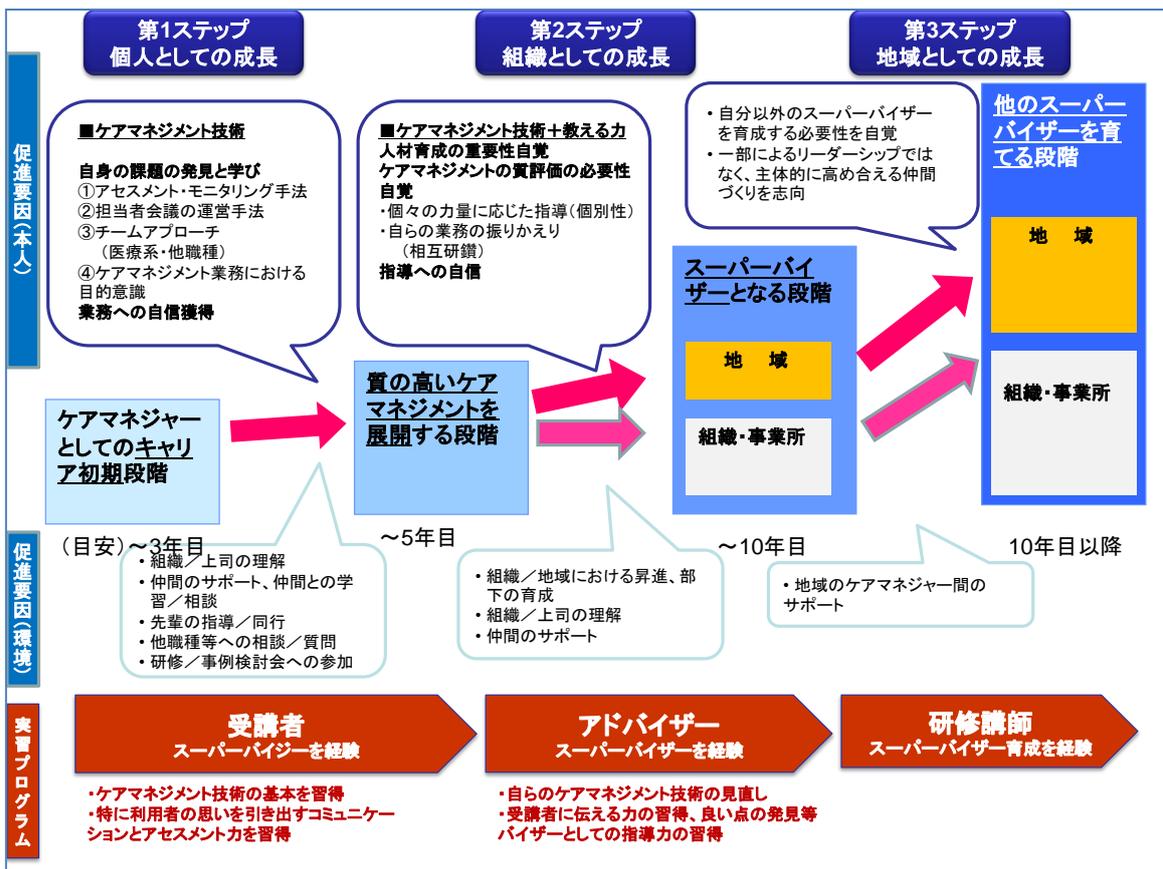
受講者のみならずアドバイザーに対する教育的効果もプログラムの目的の1つとします。

3. 介護支援専門員としての成長ステップ

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、アドバイザーは「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」であると考えられます。

今後、「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」の更なる改善を図り介護支援専門員の成長に真に役立つプログラムとしていきたいと考えています。

図表1：介護支援専門員としての成長ステップ



4. 研修の心構え

- ・ 積極的に学ぶ姿勢を持ちます。
- ・ アドバイザーの質問に対しては防衛的にならずに、素直に考えます。

※守秘義務について

- ・ 研修中、アドバイザー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。そこで知り得た情報について口外しないことをお約束ください。
- ・ なお、本研修は調査研究の一環として実施しており、研究成果は個人を特定できないように加工した上で、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。
- ・ 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。
- ・ 以上につきまして、別途守秘義務を含む研究参加に関する書類（[様式 1-2：説明同意書（受講者向け）]）をよくお読みいただき、署名の上、運営事務局に初日全体研修までに提出してください。

5. 研修の目標

本研修において、受講者はケアマネジメント技術を身につけることを目標とします。ケアマネジメント技術は、アドバイザーと互いのケアマネジメントプロセスを共有することで見えてくるものであり、同時に自らのケアマネジメントへの気づきを得ることもできます。気づきには、以下の側面があります。

- ・ 従来の自身の考え方や対応方法にはない新しい角度や観点を得る
- ・ 今までの自分自身の考えが整理される

受講者は、アセスメント確認演習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、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、同行実習を通じてアドバイザーの助言や自らの気づきを得るほか、アドバイザーからの指導を通じて、より質の高いケアマネジメント知識や技術を学ぶことができます。

課題の抽出と具体的な目標設定は、受講者みずからが初日の全体研修の中で、アドバイザーの助言を受けながら行います。また、研修を通じて得た気づきや達成についても、最終日の全体研修でアドバイザーの助言を受けながら、自分で評価を行います。

2)受講者テキスト

6. スケジュール

下表を基本とします。

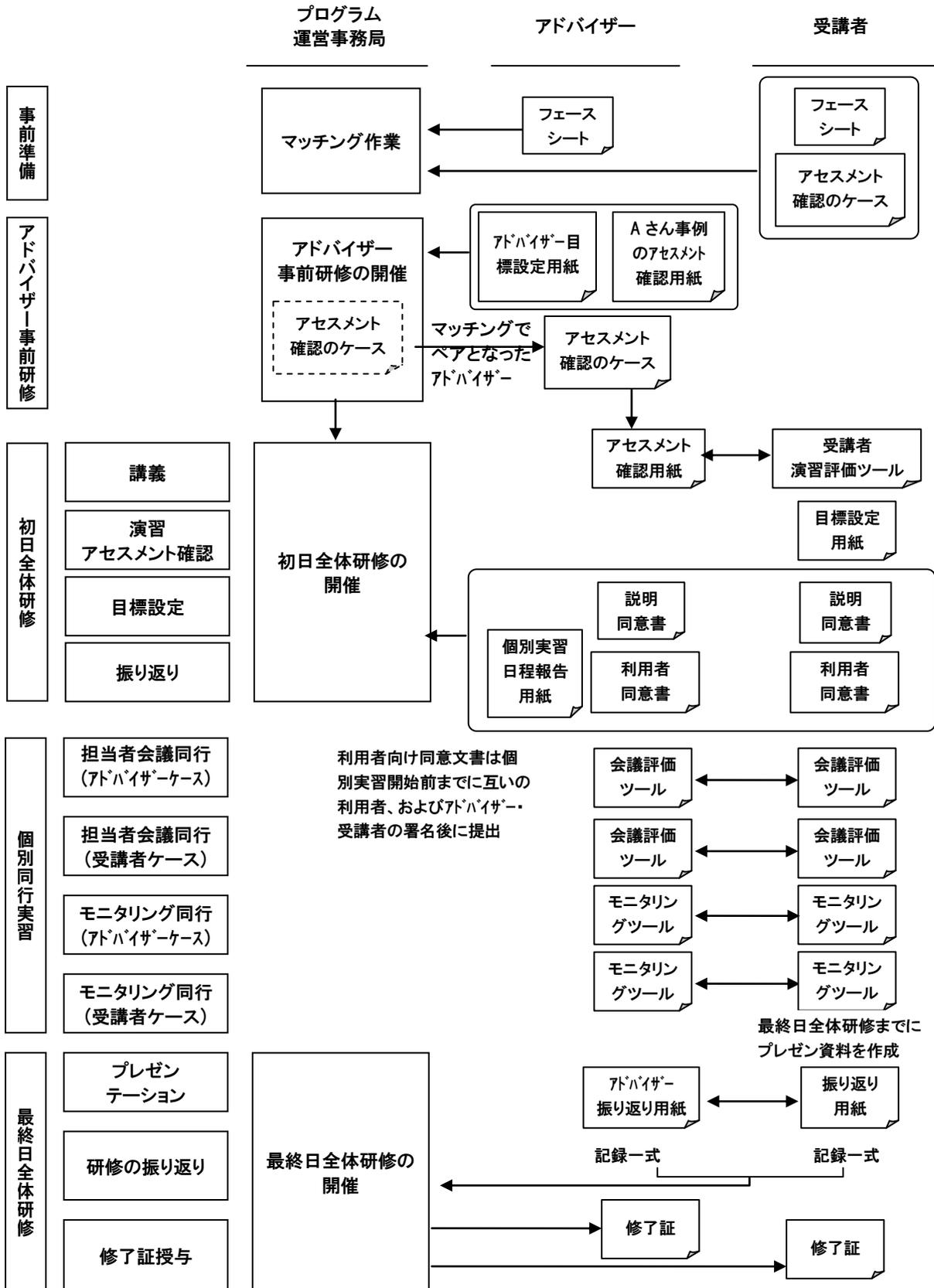
個別実習 1~4 はアドバイザーと受講者との協議により、個別に日程を調整することとし、午前または午後の実習を 4 日間にわたって行う形式でも、終日の実習を 2 日間で行う形式でも差し支えありません。

日程	実施内容	詳細	場所	時間
30 日前	受講案内と事例提出			
		<ul style="list-style-type: none"> • アドバイザー・受講者に研修資料を送付します。 • アドバイザーはフェースシート・説明同意書を運営事務局に提出し、テキストの「A さん事例」を用いてアセスメント確認を行い、事前研修に備えてください。 • 受講者はフェースシート・説明同意書と困っているケース 1 事例の記録（個人情報削除済み；2 部）を運営事務局に提出してください。 • 運営事務局はフェースシートをもとに、アドバイザーと受講者のペアを作ります。 		
30 日前 ～開始	アドバイザー事前研修			
		<ul style="list-style-type: none"> • アドバイザーを対象に事前研修を開催し、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。 • 経験と評価に基づいて県単位で選出された主任介護支援専門員が講師を務めます。 • アドバイザーとしての研修目標を設定します。 • アドバイザーはペアとなる受講者が提出したケースを事務局から受け取ります。 	研修会場	4
	研修準備			
		<ul style="list-style-type: none"> • アドバイザーは、初日までに受講者提出ケースのアセスメント確認を行ってください。 • 受講者は「地域同行型実地研修 受講者テキスト」を読み、研修内容を理解してください 	—	—
開始	初日全体研修			
		<ul style="list-style-type: none"> • 研修趣旨説明 • 講義：ケアマネジメント業務の考え方と進め方（研修講師もしくは DVD） • 演習：提出ケースを用いたアセスメント確認 	研修会場	3

参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト

日程	実施内容	詳細	場所	時間
		<ul style="list-style-type: none"> 研修目標設定：受講者は「目標設定用紙」を使用してアドバイザーと相談しながら目標を設定します。 ※アドバイザーと受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、利用者又は家族の署名した利用者同意書を、個別同行実習の前までに運営事務局に提出してください。 ※個別同行実習の前までに、アドバイザーと受講者は個別同行実習の日程を調整し、日程報告用紙（受講者テキストに添付）に記入の上、運営事務局に提出してください。 		
約2～3ヶ月	個別同行実習	※順不同 ※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行います。		
		サービス担当者会議（アドバイザー担当ケース）	実習協力施設	3
		同行訪問モニタリング（アドバイザー担当ケース）	利用者宅	3
		サービス担当者会議（受講者担当ケース）	受講者所属事業所	3
		同行訪問モニタリング（受講者担当ケース・提出事例）	利用者宅	3
	最終日全体研修準備			
		<ul style="list-style-type: none"> 最終日のプレゼンテーションに向けて、受講者は資料を作成し、アドバイザーは随時助言します。 	—	—
初日全体研修から2～3ヶ月後	最終日全体研修	<ul style="list-style-type: none"> 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、研修で得た気付きや学びをまとめて発表し、質疑応答を行います。 振り返り：各受講者の研修での体験内容・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。 修了証授与 	研修会場	4

7. 実施内容のフロー



2)受講者テキスト

8. 事前準備

(1) フェースシートの提出

アドバイザーと受講者は、フェースシートを運営事務局に提出します。アドバイザーと受講者とのペアを作成する際に参考にすることが目的です。

【提出資料】 様式 1-1 フェースシート（受講者用）

【提出期限】 書類受領後 1 週間以内に記入の上、事務局に返送願います

(2) 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「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アドバイザーに事務局からお渡します。

⑥	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。
⑦	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。
⑧	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。
⑨	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。
⑩	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。

※いず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さんなどと置き換えてください。
- 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。

(3) 同行ケースの選定、利用者の理解取得

アドバイザー・受講者とも、モニタリング訪問時の利用者各 1 名の了解を得る必要があります。

- 「地域同行型実地研修」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・アドバイザー・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、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。

【提出資料】 様式 3 : 利用者同意書

【提出期限】 個別同行実習開始までに了解を得ていただければ結構ですが、早めに検討をしておいてください。

(4) 守秘義務に関する制約

アドバイザー・受講者は、説明同意書に署名の上、初回全体研修までに事務局に提出します。

【提出資料】 様式 1-2「地域同行型実地研修」説明同意書

【提出期限】 初回全体研修まで

(5) 予習

受講者は、本テキストを読み、研修内容を理解しておきます。

第2章 地域同行型実地研修

I 初日全体研修

第2章 地域同行型実地研修 I. 初日全体研修

- ・ 研修の趣旨説明
- ・ 講義：ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方
アセスメント確認
サービス担当者会議
モニタリング
- ・ 演習：提出ケースを用いたアセスメント確認
- ・ 演習：研修目標の設定
- ・ 初日の振り返り



1. [講義]ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方

(1) アセスメント確認

1) 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、身体的な機能や能力を高めることで「〇〇がしたい」という生活目標を明らかにすることなのです。

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ます。

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、利用者や家族に課題に対する目標と具体策を十分に納得していただくことが重要です。納得、合意のプロセスを丁寧に進めていくことが大切となります。

アセスメント確認演習では、アセスメントとケアプランを客観的に再確認することにより、ケアマネジメントのプロセスを見直し、利用者の望む暮らし方の実現にはどのようなことが必要か、考えてみましょう。

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のではなく、介護支援専門員としての専門的な面接技術に裏付けられた情報の収集と分析により、

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ます。

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聴くことから始まります。また、利用者の問題状況を把握するにあたっては、利用者を身体・心理・社会的存在として全人的にとらえ、利用者の生活をその歴史を踏まえてあるがままに受け入れることが重要です。

②「顕在化している問題」に関する確認

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必要があります。

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みることも大切です。

(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。

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

居宅サービス計画には、利用者の望む暮らし方の実現に向けて、利用者や家族、サービス提供者が共通の認識を持つことができるようにする役割があります。居宅サービス計画原案は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果による専門的見地に基づき、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。

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。なぜ記載されたサービスの提供が必要なのか、共通認識を持てるように分かりやすく記すことが重要です。

②利用者及び家族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うことが重要です。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の相談して表すことが必要です。

③総合的な援助の方針

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

④認知症の方の生活の意向の確認

認知症に罹患していても「望む暮らし方」が必ず存在するという事は当然のことですが、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。

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。

● 確認の視点

- ・ 利用者の主訴の背景に何があるのか。
- ・ 主治医に本人の健康状態を聞いているか。
- ・ 本人の困っていることについて、どのようになりたいのか、そのためにどのような支援が必要か、それによって生活はどのように変化をするのか。
- ・ ニーズ＝できないこと。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。
- ・ 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。
- ・ 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かを考える視点や発想があるか。
- ・ 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るか。
- ・ ニーズは個別性のある具体的な記載になっているか。
- ・ ニーズや目標のとらえ方は達成可能な具体的な表記となっているか。サービスの提供がなぜ必要か、共通認識を持てるような記載になっているか
- ・ 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具体的に考えているか。

(2) 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²。担当者会議開催の目的や必要性を明らかにして、運営することが重要です。

- 要介護者等や家族の生活全体を共通理解すること。
- 支援目標と言われる「本人や家族の生活に対する意向」や援助者側の「総合的な援助の方針」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)担当者会議の準備

サービス担当者会議を円滑に行うためには、介護支援専門員による事前準備が必要です。誰に参加をしてもらうのか、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)担当者会議の運営

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

4)担当者会議の記録

サービス担当者会議の要点に関する記録については、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。

² 白澤政和「介護サービス（ケアマネジメント）機能論」

【居宅サービス担当者会議の記録に関する留意点】

- ①検討項目番号に対応して結論を記載する。
- ②「いつまでに誰が〇〇をする」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。

(3) 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。

2. アセスメント確認演習

【目的】

アセスメント確認用紙を利用し、アドバイザーから受講者のケアマネジメントプロセスの理解度について助言を受けます。

【到達目標】

- ケアプランプロセスを確認します。
- アセスメント力をつけます。

【ケアプランによる演習】

受講者が提出した事例およびアドバイザーが事前に準備したアセスメント確認用紙を活用して、ケアマネジメントプロセスに対する理解を深めます。

<確認の観点>

- アセスメントからニーズ把握、サービス計画へのケアマネジメントプロセスを踏んでいるか
- アセスメントができているか
 - 利用者や家族の悩み、要望を聴くことができているか
 - 利用者を身体、心理、社会的存在として捉えているか
 - 主訴の背景に何があるのか
- ニーズの根拠がどこにあるか
 - 単に困っていることの羅列となっていないか
 - ニーズの背景を捉えているか
 - 課題抽出されている項目と利用者の状況把握が整合しているか利用者の状況から推測される潜在化しているニーズがないか
 - 普段どのように生活をしているか、24時間の過ごし方を把握できているか
 - 在宅で安全に生活ができる、等の漠然とした表現になっていないか。利用者本人にとっての安全とは何か、アセスメントを通じて考えられているか。
- 利用者の自立支援に対してどのように考えているか
 - 利用者がどのような暮らしを望んでいるか
 - 目標とする生活のイメージの合意を取れているか
 - 困っていること、できないことをどうすることで、利用者の自立支援や生活の質の変化にどのように影響するか視点があるか
- 妥当な目標・サービスとなっているか
 - ニーズは介護サービスを利用する目的となっているか

2)受講者テキスト

- ・ 目標は達成可能で具体的な表記となっているか
- ・ 担当者会議の必要性、開催タイミング、運営が理解できているか
- ・ チームマネジメントの視点が理解できているか
- ・ 地域のサービス、社会資源の利用ができているか
- ・ モニタリングの機能の理解ができているか

【参照資料】

- ・ 様式 2-1 アセスメント確認用紙
- ・ 受講者提出事例

『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アドバイザー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。

参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト

[記入例:アセスメント確認用紙(架空事例に基づく)]

アセスメント確認用紙(記入例)			
受講者氏名: _____		アドバイザー氏名: _____	
【利用者情報】 性別: 男性・女性 年齢: 75才 障害高齢者の日常生活自立度: 自立・J1・J2・A1・A2・B2・C1・C2 認知症高齢者の日常生活自立度: 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 メモ
01 生活状況			
① 家族構成・介護者の状況	✓	✓	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、面接方法や面接時の様子も含めて確認する。
② 生活歴	✓		生活歴がイメージしやすい記載になっている。生活の経過の捉え方がよい。
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?
02 主訴			
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では? 一確認する。
② 家族の主訴	✓	✓	夫は在宅介護の限界をどのくらいと考えているのか?
03 健康状態・受診状況			
① 既往歴・現病歴・症状	✓		
② 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ていないのでは?
③ 服薬状況	✓		夫が管理していることは確認済み、飲んでいるか、確認しているのか?
④ 口腔・嚥下/褥瘡・皮膚	✓		義歯が合わないことで噛めない記載があるが、噛めないことによる栄養不足は検討されていない様子なので確認してみる。
04 認知症			
① 認知症状 徘徊・暴言等の BPSD(行動)	✓		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。支援経過からはAさんとのお話が少ないうように思われる。
05 ADL			
① 移動	✓	✓	下肢機能の低下について、主治医意見書からの読み取り方は?
② 入浴	✓	✓	
③ 食事摂取	✓		
④ 排尿・排便	✓	✓	失禁への対応は課題としてとらえてはいない。
06 IADL			
① 家事(調理・掃除・選択)	✓		能力はあるが判断ができない、指示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。夫は介護負担なしというのが本音は?
② 買い物・金銭管理	✓		
07 コミュニケーション			
① 意思の疎通	✓		本人の言葉をそのままのみにしていないか? 認知症状の特性をどの程度理解できているか? 一確認する
② 周囲との関わり・社会参加	✓		娘さんからの情報のみで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、記載漏れか?
08 居住環境			
① 室内環境・立地環境	✓	✓	転倒のリスクを回避しようとする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
09 特別な状況			
① 虐待			夫の介護疲れにともない、介護放棄などに繋がっていないか確認が必要。
② ターミナルケア			今後どう介護していきたいか、再度確認が必要

【記入要領】

① 利用者の状況把握:アセスメント用紙や支援経過に利用者の状況に関する記述があれば必ず記入する。

② 課題の抽出:居宅サービス計画から利用者の課題を抽出しているかを確認し、記述があれば必ず記入する。

③ メモ: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 演習では①～③を参考に、アセスメントとケアプラン、担当者会議録、支援経過から、連携状況を確認する。気付いたことを追記する。

④ アセスメント、ニーズ、目標、サービスのつながりについて

- ・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を立てること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。
- ・課題が見えているのに形にならないのもったいない。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。目先の対応だけでなく今後の暮らし方や先の見通しのもち方をアドバイスする。

⑤ サービス内容、地域との連携について

- ・ケアプラン作成時、ひとりでは判断せず、他職種を巻き込もうとする良い姿勢が見られる。医療関係者との関わりが若干少ないようなのは記載漏れか、面談時確認する。
- ・単なる介護負担の回避だけになっていないか、確認する。

⑥ その他

- ・認知症状の方との向き合いが苦手? 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。会話が成立しないと思いついていないのか? 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。

3. 研修目標設定

【目的】

アドバイザー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 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？
- 次項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。

② 目標を設定します。

- アドバイザー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。
- アドバイザーは目標を理解します。

【作成資料】 様式 2-3 目標設定用紙

4. 個別同行実習・最終日全体研修準備

(1) 個別同行実習の日程調整

この後の個別同行実習は、アドバイザーと受講者とで進めます。

アドバイザーと受講者の両者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運営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、運営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いいたします。

【作成資料】 様式 2-4 個別実習日程報告用紙

(2) 最終日全体研修におけるプレゼンテーションに向けて

最終日全体研修では、受講者が研修で得た事、「気づき」を発表し、研修のアドバイザー・受講者で共有します。受講者は最終日までに、本テキストの「Ⅲ 最終日全体研修 1. [演習]プレゼンテーション」を参考に、研修を通じ気づいたことをまとめておきます。アドバイザーは受講者の準備を補助します。

(3) 同意書等の提出

以下の書類を運営事務局に提出します。

【提出資料】

様式 1-2 説明同意書（受講者向け） ※未提出の場合

様式 2-4 個別実習日程報告用紙

様式 3 利用者同意書 ※個別実習開始前までに提出

※様式 3 については、本テキスト「第 1 章 8. 事前準備 (3) 同行ケースの選定、利用者の理解取得」を参照してください。

参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト

初日全体研修風景（講義）



初日全体研修風景（ペアごとに席替え）



初日全体研修風景（アドバイザーと受講者のペアによる演習）



参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト

第2章 地域同行型実地研修
Ⅱ 個別同行実習

第2章 地域同行型実地研修
Ⅱ. 個別同行実習



1. サービス担当者会議への同行

【目的】

サービス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。

【作成資料】 様式 4-1 サービス担当者会議評価ツール（受講者用）

※作成した資料は保管し、最終日全体研修に持参します。

【サービス担当者会議評価ツール】

「サービス担当者会議評価ツール」とは、サービス担当者会議における準備、運営、議事報告までの各場面についての事前目標と事後評価を、受講者が自分でチェックし、確認するためのツールです。

1) アドバイザー担当ケース

- 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。
 - 受講者は、各場面におけるサービスについて、特にどのような点に重点を置いて観察したいかツールの該当項目にチェックしてください。また、具体的なポイントがあれば、メモ欄に記載した上で、会議に臨んでください。
- 同行
 - 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。
- 振り返り
 - 受講者はサービス担当者会議評価ツールの中で特に気づきのあった項目にチェックし、具体的な気づきの内容を記録してください。記録後、ツールをアドバイザーに渡します。
 - アドバイザーは、ツール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。

2) 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、論点をアドバイザーに伝えます。
 - 各場面におけるサービスについて、特にどのような点に重点を置きたいか、サービス担当者会議評価ツールの該当項目にチェックしてください。また、具体的に立てている目標があれば、メモ欄に記載した上で、会議に臨んでください。
- 同行
 - 受講者は会議を主催します。
- 振り返り
 - 受講者は自分の準備・運営・報告について特に達成が大きかった項目や、課題を感じる項目についてサービス担当者会議評価ツールの該当項目にチェックし、具体的な内容をメモしてください。記録後、ツールをアドバイザーに渡します。
 - アドバイザーは、ツール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。

i. 場面設定とチェック項目（サービス担当者会議評価ツールより抜粋）

場面	大項目	小項目
準備場面	開催のタイミング	会議の目的と開催のタイミングによって、必要な準備事項が変わってくることに留意して、以下の項目を確認する。
	開催の周知	<ul style="list-style-type: none"> • 周知の方法は適切か（電話・ファックス・メール・面談・その他）。 • 場所・時間・テーマなど必要事項を周知しているか。
	参加者の選択	<ul style="list-style-type: none"> • テーマによって必要なメンバーを中心に参加者を募っているか。（本人・家族・介護サービス事業者・地域包括支援センター・地域の方、その他）
	主治医への参加案内	<ul style="list-style-type: none"> • 主治医に参加案内をしているか。 • 参加困難なことが多いため、不参加の場合は、事前に面談もしくは文書による聴取を行っておくか、 • 看護師・MSWに代理出席していただく手配をしているか。
	資料配布	<ul style="list-style-type: none"> • 当日の議題（開催目的）に応じた資料を事前に送付しているか。各担当者が必要な情報を持ち寄るための意識づくりに必要。（例：ケアプラン1～3表、利用者の状態像が分かる資料など）
	本人・家族への配慮	<ul style="list-style-type: none"> • 掃除や茶菓の用意などは不要であることを事前に伝えているか。
	欠席者の	<ul style="list-style-type: none"> • 事前に欠席者との情報交換をしておき、会議の場で欠席者の意見を伝える準備ができているか。

参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト

	把握	
	当日準備	<ul style="list-style-type: none"> ・人数分の資料の準備はできているか。 ・座席位置の設定をしているか（利用者家族とケアマネは近くに座り、それぞれの表情が見える場所を確保する。できれば利用者及び家族の隣に座ることが望ましい） ・到着時間は守れたか
開催場面	時間の統制	<ul style="list-style-type: none"> ・開始・終了時間は守れたか。 ・開始時におおむねの終了時間を目安を述べたか。 ・時間についての協力を参加者に依頼しているか。 ・参加者の発言時間をコントロールできているか。 ・時間内に議論が終わらない場合は、他の参加者に、延長するか意見を聞いているか。
	開会時	<ul style="list-style-type: none"> ・開催の挨拶をしたか。 ・参加者の紹介をしたか。 1. 本人・家族を紹介する 2. サービス事業所は各自、事業者名を述べて自己紹介をする ・本日の会議の目的を述べて、全員が共有できるようにしているか。 ・ケアプランの内容について説明をしたか。
	アセスメント、ケアプランの説明	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者目線で専門用語・分かりづらい言葉の言い換えをしているか。 ・利用者の表情を確認しているか。 ・言葉遣いは丁寧か。 ・説明は簡潔か。 ・内容の説明を終えたら、本人・家族に内容についての確認もしくは感想を述べてもらったか。
	議論の目的	<ul style="list-style-type: none"> ・各サービス事業所の役割分担、本人・家族の役割分担は明確になったか。 ・支援チームの全体像が見えたか。
	議論のリード	<ul style="list-style-type: none"> ・時間内に結論が出たか。 ・議論がずれたり、横道に逸れた場合はしっかり論点を戻したか。 ・一人が長く発言をしないように、また、誰もが平等に発言できるようにしているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして、本人・家族が置き去りになっていないか。 ・参加者から、サービス内容が難しい、時間がないなどの否定的な意見が多く出た場合は、会議をいったん中断して、否定的な内容についての意見を確認しているか。後日、再度検討した方がよい場合もある。
	議論：サービス事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの説明・サービスの実行において各自の役割分担が理解できるか。 ・役割を実行するための注意事項はないか、その他サービスを実行するために新たなアイデアや想いはないか、確認はできているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りになっていないか。
	議論：本人・	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者本人や家族が不安・不快な気持ちになることがないように進行しているか。

参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト

家族への配慮	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の思い・家族の思い（不安・負担なども含め）を発言してもらっているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りになっていないか。
議論のまとめ方	<ul style="list-style-type: none"> ・出てきた意見について、まとめを行っているか。 ・この支援で問題が発生した場合に、誰に連絡をするかが明確になったか。 ・残された課題や解決に至らなかった課題などを参加者に説明し、了解を得ているか。
閉会時の連絡事項	<ul style="list-style-type: none"> ・終了時に次回の担当者会議の開催時期などを伝えたか。 ・閉会の前に参加者にお礼を述べたか。
守秘義務の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・開催時・閉会時のいずれかにおいて参加者に対し、「会議等で知りえた情報については、個人情報保護する観点から、会議後に他言することのないように」と告げているか。
時間の統制	<ul style="list-style-type: none"> ・開始・終了時間は守れたか。 ・開始時におおむねの終了時間を目安を述べたか。 ・時間についての協力を参加者に依頼しているか。 ・参加者の発言時間をコントロールできているか。 ・時間内に議論が終わらない場合は、他の参加者に、延長するか意見を聞いているか。
議事録	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者・欠席者を明示しているか。サービス事業所の参加者からは名刺をもらっておくとよい。 ・議題・検討した内容を簡潔に書いているか。 ・結論はわかりやすいか。（検討内容について、どのように支援をしていくのか、対応方法などの決定事項を具体的に記載する）

ii. このツールには、項目チェックの際の指標として、「評価の視点・方法」を添付しています。事前の目標設定および事後評価の際に参照してください。

iii. このツールは、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気付きを促すためのものです。

2. 同行訪問モニタリング

【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。

【作成資料】 様式 4-2 同行訪問モニタリングツール（受講者用）

※作成した資料は保管し、最終日全体研修に持参します。

【同行訪問モニタリングツール】

「同行訪問モニタリングツール」とは、同行訪問における準備、現場の業務、実施後業務、そして振り返りまでの各場面についての事前目標と事後評価を、受講者が自分でチェックし、確認するためのツールです。

1) アドバイザー担当ケース

- 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（事前提出事例が望ましい）。
 - 受講者は、各場面におけるサービスについて、特にどのような点に重点を置いて観察したいかツールの該当項目にチェックしてください。また、具体的なポイントがあれば、メモ欄に記載した上で、同行に臨んでください。
- 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。
- 振り返り
 - 受講者は同行訪問モニタリングツールの中で、特に気づきのあった項目にチェックし、具体的な気づきの内容を記録してください。記録後、ツールをアドバイザーに渡します。
 - アドバイザーは、ツール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。

2) 受講者担当ケース

- 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アドバイザーに伝えます（事前提出事例が望ましい）。
 - 各場面におけるサービスについて、特にどのような点に重点を置きたいか、サービス担当者会議評価ツールの該当項目にチェックしてください。また、具体的に立てている目標があれば、メモ欄に記載した上で、会議に臨んでください。
- 同行
 - アドバイザーはモニタリングに同行して、モニタリングの仕方を観察し、進め方を把握します。
- 振り返り
 - 受講者は自分の準備・運営について特に達成が大きかった項目や、課題を感じる項目について同行訪問モニタリングツールの該当項目にチェックし、具体的な内容をメモしてください。記録後、ツールをアドバイザーに渡します。
 - アドバイザーは、ツール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。

i. 場面設定とチェック項目（同行訪問モニタリングツールより抜粋）

場面	大項目	小項目
準備場面		①日程の調整、②事前情報の確認、 ③目的の明確化
現場	利用者からの聞き取り	①生活状況の変化、②体調の変化、 ③介護力の変化、④権利擁護の確認
	ケアプランの実行状況	①実行状況の把握、②利用状況の把握、 ③利用状況の変化
	サービスの提供	①実施状況、②満足度の把握、 ③苦情（不満）有無
	課題解決の可能性	①短期目標の到達度、②長期目標の到達度、 ③ニーズの変化
	ケアプラン変更の必要性	①再アセスメントの必要性、②生活環境、 ③介護力の変化、③サービス内容
実施後	モニタリング結果の連携	①サービス事業者、②主治医、③その他、 ④サービス担当者会議開催の必要性、 ⑤他機関との協働

参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト

	記録	①記載内容
振り返り		①目的通りにできたか、②自らの課題は何か ③今後のあり方

- ii. このツールには、項目チェックの際の指標として、「評価の視点・方法」を添付しています。事前の目標設定および事後評価の際に参照してください。
- iii. このツールは、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気付きを促すためのものです。

3. その他オプションメニュー

- 地域により、オプションメニューとして訪問診療・訪問看護への同行等が用意されている場合があります。メニューがある場合は、運営事務局の指示にしたがって研修を進めてください

第2章 地域同行型実地研修

Ⅲ 最終日全体研修

第2章 地域同行型実地研修

Ⅲ. 最終日全体研修



1. [演習]プレゼンテーション

【目的】

研修で得た事、「気づき」を発表し、研修のアドバイザー・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。

(1) 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。

【参考資料】

本テキスト参考資料： プレゼンテーション資料例

(2) 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。

【提出資料】

プレゼンテーション資料（受講者には、研修評価終了後、返却いたします）



参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト

プレゼンテーション風景（パワーポイントでの発表）



プレゼンテーション風景（ホワイトボードでの発表）



プレゼンテーション風景（紙芝居での発表）



参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト

2. 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、アドバイザーに渡します。
- アドバイザーは、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。



【作成資料】

様式 4-3 振り返り用紙

【提出資料】

様式 4-1 サービス担当者会議評価ツール（受講者用）

様式 4-2 同行訪問モニタリングツール（受講者用）

様式 4-3 振り返り用紙

3. 修了証の授与

- 受講者に研修講師または運営事務局等から、修了証を授与します。

