



參考資料

1. アンケート調査票

<アドバイザー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。評価のため、研修終了直後、1年後にも回答のご協力をお願いいたします。

| | | | | | | |
|----|------------|--------|-------|---------|--------|--------|
| 地域 | 1. 帯広 | 2. 函館 | 3. 盛岡 | 4. 前橋 | 5. 柏 | 6. 名古屋 |
| | 7. 越知 | 8. 北九州 | 9. 島原 | 10. 宮古島 | 11. 松戸 | |
| 役割 | アドバイザー・受講者 | | ID | | | |

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 | | |
| (→「1. はい」のとき) 受講年度: | | 1. 平成18年度 | 2. 平成19年度 |
| 3. 平成20年度 | 4. 平成21年度 | 5. 平成22年度 | 6. 平成24年度以降 |

5) 介護支援専門員としての業務経験(トータルの年数)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 | |

7) 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 |
|-------|--------|

8) 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 |
|-------|--------|

9) 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 |
|--------------|--------------|---------|

10) 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() | | |

11) 事業所に所属する介護支援専門員の常勤換算数(小数点一桁まで)を教えてください。

| |
|----------|
| . 名 |
|----------|

Ⅱ. 自身のケアマネジメント実践及び指導について

1) 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(延べ) | 現在の担当数(月) |
|-----------------|--------------|-----------|
| 総数 | 通算約()件・多数 | ()件 |
| うち、認知症 BPSD | 通算約()件・多数 | ()件 |
| 精神疾患 (認知症以外) | 通算約()件・多数 | ()件 |
| 経済的困窮 | 通算約()件・多数 | ()件 |
| がん終末期 | 通算約()件・多数 | ()件 |
| 難病 | 通算約()件・多数 | ()件 |

- 2) あなたのケアマネジメント実践について、以下の項目をどの程度できていると感じるか、それぞれ最もあてはまると思われる数字(1~5)ひとつに○を付けてください。

| | できて いない | あまり できて いない | どちらと もいえ ない | まあで きてい る | できて いる |
|---|------------|-------------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1) 利用者や家族が抱えているリスクを特定する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2) 利用者のニーズや、家族・友人などの周辺環境を評価する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3) 利用者の強みや弱み、そしてそれらが日常生活に与える影響を把握する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) 利用者のニーズや目標達成に向けた適切なサービス提供が行われているか、継続的にアセスメントを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) 継続的なアセスメントの結果を記録に残す | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) 利用者や家族と協働してケアプランを作成する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) 利用者との適切な関係性を築き、継続する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) 利用者の自立を促し、自己決定を支援する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9) 利用者の緊急時に適切に対処する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10) サービスが利用者のニーズに合っているか確認するため、継続的にサービス提供者や利用者との連絡・調整を行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11) 利用者のニーズの変化に迅速に対応し、適切にサービスを変更する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12) サービスの終了が適切な場合に、利用者とともに計画し、手続きを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13) 公的資源のみではなく、家族などのインフォーマルな資源も適切に活用する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14) 利用者が利用可能な地域資源について、最新の情報を把握する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15) 利用者へのサービス提供に関連する法律や規制について十分な知識と理解を持つ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | できて いない | あまり できて いない | どちらと もいえ ない | まあで きてい る | できて いる |
|---|------------|-------------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 16) 適切なサービスが受けられるよう、利用者の権利を擁護する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17) 多職種によるチームの一員として働く | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18) ケアマネジャー自身が適切にスーパービジョンを受ける | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19) 重要事項説明、同意取得、ケアプラン交付などの書類関係業務を、利用者に対し適切に行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20) 日本介護支援専門員協会の倫理綱領等に定められた内容を理解し、実践に活かす | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3-1) あなたは他の介護支援専門員にケアマネジメントに関する助言・指導をすることについて、どれくらい自信がありますか？9段階評価でお答えください。

①アセスメント・ケアプラン作成

| | | | | | | | | |
|----|-----------|---|---|---|---|---|----|---|
| ない | どちらともいえない | | | | | | ある | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

②サービス調整、担当者会議の運営

| | | | | | | | | |
|----|-----------|---|---|---|---|---|----|---|
| ない | どちらともいえない | | | | | | ある | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

③モニタリング、利用者とのコミュニケーション

| | | | | | | | | |
|----|-----------|---|---|---|---|---|----|---|
| ない | どちらともいえない | | | | | | ある | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

3-2) あなたは他の介護支援専門員にケアマネジメントに関する助言・指導をすることについて、どれくらい困難を感じますか？9段階評価でお答えください。

①アセスメント・ケアプラン作成

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|-----|
| 感じない | | | | | どちらともいえない | | | | | | | | | | | | | | 感じる |
| 1 | - | 2 | - | 3 | - | 4 | - | 5 | - | 6 | - | 7 | - | 8 | - | 9 | | | |

②サービス調整、担当者会議の運営

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|-----|
| 感じない | | | | | どちらともいえない | | | | | | | | | | | | | | 感じる |
| 1 | - | 2 | - | 3 | - | 4 | - | 5 | - | 6 | - | 7 | - | 8 | - | 9 | | | |

③モニタリング、利用者とのコミュニケーション

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|-----|
| 感じない | | | | | どちらともいえない | | | | | | | | | | | | | | 感じる |
| 1 | - | 2 | - | 3 | - | 4 | - | 5 | - | 6 | - | 7 | - | 8 | - | 9 | | | |

Ⅲ. 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。

＜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。評価のため、研修終了直後、1年後にも回答のご協力をお願いいたします。

| | | | | | | |
|----|---|--------|-------|---------|------|--------|
| 地域 | 1. 帯広 | 2. 函館 | 3. 盛岡 | 4. 前橋 | 5. 柏 | 6. 名古屋 |
| | 7. 越知 | 8. 北九州 | 9. 島原 | 10. 宮古島 | | 11. 松戸 |
| 役割 | アドバイザー・ 受講者 | | ID | | | |

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 |
| (→「1. はい」のとき) 受講年度: | |
| 1. 平成18年度 | 2. 平成19年度 |
| 3. 平成20年度 | 4. 平成21年度 |
| 5. 平成22年度 | 6. 平成24年度以降 |

5) 介護支援専門員としての業務経験(トータルの年数)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 | |

7) 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

8) 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

9) 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

10) 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()

11) 事業所に所属する介護支援専門員の常勤換算数(小数点一桁まで)を教えてください。

名

Ⅱ. 自身のケアマネジメント実践について

1) 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(延べ) | 現在の担当数(月) |
|-----------------|--------------|-----------|
| 総数 | 通算約()件・多数 | ()件 |
| うち、認知症 BPSD | 通算約()件・多数 | ()件 |
| 精神疾患 (認知症以外) | 通算約()件・多数 | ()件 |
| 経済的困窮 | 通算約()件・多数 | ()件 |
| がん終末期 | 通算約()件・多数 | ()件 |
| 難病 | 通算約()件・多数 | ()件 |

- 2) あなたのケアマネジメント実践について、以下の項目をどの程度できていると感じるか、それぞれ最もあてはまると思われる数字(1~5)ひとつに○を付けてください。

| | できて いない | あまり できて いない | どちらと もいえ ない | まあで きてい る | できて いる |
|---|------------|-------------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1) 利用者や家族が抱えているリスクを特定する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2) 利用者のニーズや、家族・友人などの周辺環境を評価する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3) 利用者の強みや弱み、そしてそれらが日常生活に与える影響を把握する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) 利用者のニーズや目標達成に向けた適切なサービス提供が行われているか、継続的にアセスメントを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) 継続的なアセスメントの結果を記録に残す | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) 利用者や家族と協働してケアプランを作成する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) 利用者との適切な関係性を築き、継続する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) 利用者の自立を促し、自己決定を支援する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9) 利用者の緊急時に適切に対処する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10) サービスが利用者のニーズに合っているか確認するため、継続的にサービス提供者や利用者との連絡・調整を行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11) 利用者のニーズの変化に迅速に対応し、適切にサービスを変更する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12) サービスの終了が適切な場合に、利用者とともに計画し、手続きを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13) 公的資源のみではなく、家族などのインフォーマルな資源も適切に活用する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14) 利用者が利用可能な地域資源について、最新の情報を把握する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15) 利用者へのサービス提供に関連する法律や規制について十分な知識と理解を持つ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | できて いない | あまり できて いない | どちらと もいえ ない | まあで きてい る | できて いる |
|---|------------|-------------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 16) 適切なサービスが受けられるよう、利用者の権利を擁護する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17) 多職種によるチームの一員として働く | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18) ケアマネジャー自身が適切にスーパービジョンを受ける | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19) 重要事項説明、同意取得、ケアプラン交付などの書類関係業務を、利用者に対し適切に行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20) 日本介護支援専門員協会の倫理綱領等に定められた内容を理解し、実践に活かす | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ⅲ. 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。

<アドバイザー向け事後アンケート>

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。評価のため、1年後にもアンケートにご協力をお願いいたします。

| | | | | | | |
|----|------------|--------|-------|---------|------|--------|
| 地域 | 1. 帯広 | 2. 函館 | 3. 盛岡 | 4. 前橋 | 5. 柏 | 6. 名古屋 |
| | 7. 越知 | 8. 北九州 | 9. 島原 | 10. 宮古島 | | 11. 松戸 |
| 役割 | アドバイザー・受講者 | | ID | | | |

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

| |
|--|
| |
|--|

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) アドバイザーとの関わりあい

| | | | | |
|--------|----------|-----------|---------|-------|
| 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) 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 | |
| 9. そもそもこれまで OJT を受けたことがない | | |

9) 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 | |

9-1) (「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も結構です)

| |
|--------------------------------------|
| 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) |

9-2) (「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 |
| (| | |) |

10) 今回の研修には、あなたが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った |
|----------------|----------------|-------------------|----------------|

11) 今回の研修では、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 | 不十分だが 習得できた | 全く習得 できなかった |
|-----------------|------------------|----------------|----------------|

Ⅱ. 今回の研修を踏まえた自身のケアマネジメント実践及び指導についてお尋ねします。

1) あなたのケアマネジメント実践について、以下の項目をどの程度できていると感じるか、それぞれ最もあてはまるとされる数字(1~5)ひとつに○を付けてください。

| | できて いない | あまり できて いない | どちらと もいえ ない | まあで きてい る | できて いる |
|---|------------|-------------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1) 利用者や家族が抱えているリスクを特定する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2) 利用者のニーズや、家族・友人などの周辺環境を評価する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3) 利用者の強みや弱み、そしてそれらが日常生活に与える影響を把握する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) 利用者のニーズや目標達成に向けた適切なサービス提供が行われているか、継続的にアセスメントを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) 継続的なアセスメントの結果を記録に残す | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) 利用者や家族と協働してケアプランを作成する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) 利用者との適切な関係性を築き、継続する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) 利用者の自立を促し、自己決定を支援する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9) 利用者の緊急時に適切に対処する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10) サービスが利用者のニーズに合っているか確認するため、継続的にサービス提供者や利用者との連絡・調整を行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11) 利用者のニーズの変化に迅速に対応し、適切にサービスを変更する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12) サービスの終了が適切な場合に、利用者とともに計画し、手続きを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13) 公的資源のみではなく、家族などのインフォーマルな資源も適切に活用する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14) 利用者が利用可能な地域資源について、最新の情報を把握する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | できて いない | あまり できて いない | どちらと もいえ ない | まあで きてい る | できて いる |
|---|------------|-------------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 15) 利用者へのサービス提供に関連する法律や規制について十分な知識と理解を持つ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16) 適切なサービスが受けられるよう、利用者の権利を擁護する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17) 多職種によるチームの一員として働く | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18) ケアマネジャー自身が適切にスーパービジョンを受ける | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19) 重要事項説明、同意取得、ケアプラン交付などの書類関係業務を、利用者に対し適切に行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20) 日本介護支援専門員協会の倫理綱領等に定められた内容を理解し、実践に活かす | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2-1) あなたは他の介護支援専門員にケアマネジメントに関する助言・指導をすることについて、どれくらい自信がありますか？9段階評価でお答えください。

①アセスメント・ケアプラン作成

| | | | | | | | | |
|----|-----------|---|---|---|---|---|----|---|
| ない | どちらともいえない | | | | | | ある | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

②サービス調整、担当者会議の運営

| | | | | | | | | |
|----|-----------|---|---|---|---|---|----|---|
| ない | どちらともいえない | | | | | | ある | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

③モニタリング、利用者とのコミュニケーション

| | | | | | | | | |
|----|-----------|---|---|---|---|---|----|---|
| ない | どちらともいえない | | | | | | ある | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

2-2) あなたは他の介護支援専門員にケアマネジメントに関する助言・指導をすることについて、どれくらい困難を感じますか？9段階評価でお答えください。

①アセスメント・ケアプラン作成

| | | | | | | | | |
|------|-----------|---|---|---|---|---|-----|---|
| 感じない | どちらともいえない | | | | | | 感じる | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

②サービス調整、担当者会議の運営

| | | | | | | | | |
|------|-----------|---|---|---|---|---|-----|---|
| 感じない | どちらともいえない | | | | | | 感じる | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

<受講者向け事後アンケート>

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。評価のため、1年後にもアンケートにご協力をお願いいたします。

| | | | | | | |
|----|--------------------------------------|--------|-------|---------|------|--------|
| 地域 | 1. 帯広 | 2. 函館 | 3. 盛岡 | 4. 前橋 | 5. 柏 | 6. 名古屋 |
| | 7. 越知 | 8. 北九州 | 9. 島原 | 10. 宮古島 | | 11. 松戸 |
| 役割 | アドバイザー・ <input type="checkbox"/> 受講者 | | ID | | | |

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

| |
|--|
| |
|--|

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) アドバイザーとの関わりあい

| | | | | |
|--------|----------|-----------|---------|-------|
| 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) 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 | |
| 9. そもそもこれまで OJT を受けたことがない | | |

9) 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 | |

9-1) (「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も結構です)

| |
|--------------------------------------|
| 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) |

9-2) (「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() |

10) 今回の研修には、あなたが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った |
|----------------|----------------|-------------------|----------------|

11) 今回の研修では、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 | 不十分だが 習得できた | 全く習得 できなかった |
|-----------------|------------------|----------------|----------------|

Ⅱ. 今回の研修を踏まえた自身のケアマネジメント実践についてお尋ねします。

1) あなたのケアマネジメント実践について、以下の項目をどの程度できていると感じるか、それぞれ最もあてはまるとされる数字(1~5)ひとつに○を付けてください。

| | できて いない | あまり できて いない | どちらと もいえ ない | まあで きてい る | できて いる |
|---|------------|-------------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1) 利用者や家族が抱えているリスクを特定する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2) 利用者のニーズや、家族・友人などの周辺環境を評価する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3) 利用者の強みや弱み、そしてそれらが日常生活に与える影響を把握する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) 利用者のニーズや目標達成に向けた適切なサービス提供が行われているか、継続的にアセスメントを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) 継続的なアセスメントの結果を記録に残す | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) 利用者や家族と協働してケアプランを作成する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) 利用者との適切な関係性を築き、継続する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) 利用者の自立を促し、自己決定を支援する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9) 利用者の緊急時に適切に対処する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10) サービスが利用者のニーズに合っているか確認するため、継続的にサービス提供者や利用者との連絡・調整を行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11) 利用者のニーズの変化に迅速に対応し、適切にサービスを変更する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12) サービスの終了が適切な場合に、利用者とともに計画し、手続きを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13) 公的資源のみではなく、家族などのインフォーマルな資源も適切に活用する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14) 利用者が利用可能な地域資源について、最新の情報を把握する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | できて いない | あまり できて いない | どちらと もいえ ない | まあで きてい る | できて いる |
|---|------------|-------------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 15) 利用者へのサービス提供に関連する法律や規制について十分な知識と理解を持つ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16) 適切なサービスが受けられるよう、利用者の権利を擁護する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17) 多職種によるチームの一員として働く | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18) ケアマネジャー自身が適切にスーパービジョンを受ける | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19) 重要事項説明、同意取得、ケアプラン交付などの書類関係業務を、利用者に対し適切に行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20) 日本介護支援専門員協会の倫理綱領等に定められた内容を理解し、実践に活かす | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ⅲ. 研修全般について

1) 今回の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。

2) 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。

<運営事務局向けアンケート>

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 | 1. 帯広 | 2. 函館 | 3. 盛岡 | 4. 前橋 | 5. 柏 | 6. 名古屋 |
| | 7. 越知 | 8. 北九州 | 9. 島原 | 10. 宮古島 | | 11. 松戸 |

I. 研修の運営負荷について

1) 通常業務に差し支えはありませんでしたか。

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

2) 事務局運営は時間を大幅に取られることなくスムーズに行えましたか。

- | | | |
|--------------|-----------|--------------|
| 1. 行えた | 2. 概ね行えた | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり行えなかった | 5. 行えなかった | |

2-1) (「4. あまり行えなかった」「5. 行えなかった」と回答された方のみお答えください)それは何でスムーズにできなかったのですか。

- | | | |
|------------|---------------|------------|
| 1. 自治体の許可 | 2. 自身の所属団体の許可 | 3. 職員同士の関係 |
| 4. 受講者との関係 | 5. 人材確保 | 6. 費用 |
| 7. 日程 | 8. その他() | |

3) アドバイザーや受講者への連絡はスムーズに行えましたか。

- | | | |
|--------------|-----------|--------------|
| 1. 行えた | 2. 概ね行えた | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり行えなかった | 5. 行えなかった | |

4) 研修の周知にはどのような連絡体制を取るのが適切と考えられますか。

- | | | |
|-----------|-----------|-----------------|
| 1. 都道府県から | 2. 市町村から | 3. 地域包括支援センターから |
| 4. 協会から | 5. その他() | |

5) アドバイザー・受講者募集の連絡はどのような連絡体制を取るのが適切と考えられますか。

- | | | |
|-----------|-----------|-----------------|
| 1. 都道府県から | 2. 市町村から | 3. 地域包括支援センターから |
| 4. 協会から | 5. その他() | |

6) アドバイザーや受講者への募集期間は適切でしたか。

| | | |
|---------|-----------|---------|
| 1. 短かった | 2. ちょうど良い | 3. 長かった |
|---------|-----------|---------|

7) 研修全体(3か月程度)の期間は適切でしたか。

| | | |
|---------|-----------|---------|
| 1. 短かった | 2. ちょうど良い | 3. 長かった |
|---------|-----------|---------|

8) 実地研修(1か月～1.5か月程度)の期間は適切でしたか。

| | | |
|---------|-----------|---------|
| 1. 短かった | 2. ちょうど良い | 3. 長かった |
|---------|-----------|---------|

9) 実地研修を行うにあたり、年間の特にこの時期に行ってほしいという時期はありますか(あればお書き下さい)

| | |
|-----|-----|
| 時期: | 理由: |
|-----|-----|

10) 研修の総時間数はいかがでしたか。

| | | |
|---------|----------|-----------|
| 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 | |

11) 講義・演習(初日及び最終日)を進めるペースは適切でしたか。

| | | |
|---------------|-------------|--------------|
| 1. 適切であった | 2. 概ね適切であった | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり適切でなかった | 5. 適切でなかった | |

12) 講義・演習(初日及び最終日)と個別実習のバランスは適切でしたか。

| | | |
|--------------|----------------|-----------|
| 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 | |

13) 運営負担を軽くするためには何を改良すればいいと思いますか。

| |
|--|
| |
|--|

Ⅱ. アドバイザー・受講者の反応について

1) アドバイザー、介護支援専門員の育成に今回の実地研修は役に立つと思えますか。

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

2) 研修の難易度はいかがでしたか。

- | | | |
|----------|----------|-----------|
| 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 | |

3) アドバイザーの人材要件は適切でしたか。

- | | | |
|---------------|-------------|--------------|
| 1. 適切であった | 2. 概ね適切であった | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり適切でなかった | 5. 適切でなかった | |

3-1) 上記3)とお答えになった理由は何ですか。自由にお書き下さい。

| |
|--|
| |
|--|

4) 受講者の人材要件は適切でしたか。

- | | | |
|---------------|-------------|--------------|
| 1. 適切であった | 2. 概ね適切であった | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり適切でなかった | 5. 適切でなかった | |

4-1) 上記4)とお答えになった理由は何ですか。自由にお書き下さい。

| |
|--|
| |
|--|

5) 受講者は募集で集めましたか。

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

5-1) (「1. はい」と回答された方のみお答えください) 募集をした結果、集まった方は適切な人材でしたか。

- | | | |
|---------------|-------------|--------------|
| 1. 適切であった | 2. 概ね適切であった | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり適切でなかった | 5. 適切でなかった | |

5-2) (「4. あまり適切でなかった」「5. 適切でなかった」と回答された方のみお答えください)
適切でなかったと思った理由は何ですか。自由にお書き下さい。

| |
|--|
| |
|--|

6) アドバイザーの指導は適切でしたか。

| | | |
|---------------|-------------|--------------|
| 1. 適切であった | 2. 概ね適切であった | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり適切でなかった | 5. 適切でなかった | |

7) 受講者の研修に対する反応はいかがでしたか。

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

8) 教材(テキスト、パワーポイント、DVD等)は適切でしたか。

| | | |
|---------------|-------------|--------------|
| 1. 適切であった | 2. 概ね適切であった | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり適切でなかった | 5. 適切でなかった | |

9) 教材(テキスト、パワーポイント、DVD等)について、多くの人が使いやすくするために改良すべき点がありましたら教えてください(自由にお書き下さい)。

| |
|--|
| |
|--|

10) 研修期間中における参加者との関わり合いの程度はいかがでしたか。

10-1) アドバイザーとの関わり合い

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

10-2) 他の受講者との関わり合い

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

11) 全過程の中で役に立ったと感じたもの上位3つと役に立たなかっ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。

11-1) 上位3つ

| | | |
|-----|-----|-----|
| 1位: | 2位: | 3位: |
|-----|-----|-----|

11-2) 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. アドバイザー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. アドバイザー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) |

12) これまで開催した研修に比べて、先日の研修はいかがでしたか。

- | | | |
|-------------------------|-------------|----------|
| 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. そもそもこれまで研修を開催したことがない | | |

13) 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 | |

14-1) (「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も結構です)

- | |
|--------------------------------------|
| 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) |

14-2) (「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() |

Ⅲ. 研修の予算について

1) 今回の介護 OJT 研修実施にあたり持ち出しの費用はありましたか。

1. はい

2. いいえ

1-1) (「1. はい」と回答された方のみお答えください)それはいくら程度でしたか(概算で結構です)。また、下表の費目に当てはまらない費用がございましたら、「その他()」欄にご記入ください。

| 費目 | |
|--------|---|
| 会場費 | 円 |
| 印刷代 | 円 |
| 通信費 | 円 |
| 交通費 | 円 |
| その他() | 円 |
| () | 円 |
| () | 円 |
| () | 円 |

2) 今回のような研修を他地域においても実施して行くにあたり、地域リーダーに対する報酬として妥当だと思う金額をご記入下さい。

| | |
|-----------|---|
| 研修全体 | 円 |
| 同行実習1回あたり | 円 |

Ⅳ. その他

1) 本事業に対するその他ご意見・ご感想などご自由にご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

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。