

資料集

I 様式

様式名	本文関連頁	提出時期
1-1 フェースシート	7	申込時提出
1-2 説明同意書	8,20	初日全体研修まで
2-1 アセスメント確認演習チェック表	p16-18	最終日まで自己管理
2-2 目標設定用紙	19	
2-3 個別実習日程報告用紙	20	初日全体研修後
3 利用者同意書	8,20	同行実習開始まで
4-1 サービス担当者会議評価ツール	p24-27	最終日まで自己管理
4-2 同行訪問モニタリングツール	P28-30	
4-3 振り返り用紙	P34	最終日

II 参考資料

1. プレゼンテーション資料例 (関連ページ) p 32-33

[様式 1-1: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	• 併設事業所数 (_____ ケ所) • その他 (_____)

研修期間中に同行等を通じて学びたいと思うケース	(_____) 認知症 BPSD のあるケース (_____) がん終末期のケース (_____) その他特に学びたいケースがありましたら ご記入ください ⇒ (_____)
-------------------------	---

[様式 1-2:説明同意書(受講者向け)]

「地域同行型実地研修」説明同意文書（受講者用）

①目的

介護支援専門員が良質なケアマネジメントを地域全体で展開するための実習型の研修を提供することにより、相互研さんを通じて、実践の中で業務について1～3年程度の介護支援専門員の専門職としての実務能力の向上、及び、主任介護支援専門員のスーパービジョン力の向上を目指します。

②日程

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"> 実習協力施設を募集。 実習協力施設からアドバイザー候補の推薦を受けて決定。 受講者の募集を開始し、申し込みを受け付ける。 	—	—
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配布。 アドバイザーはフェースシートを運営事務局に提出。 受講者はフェースシート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。 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成。 	—	—
	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、認識を共有する。 アドバイザーはペアとなる受講者の事例を受け取る。 	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う。 受講者はテキストを読み、研修内容を理解する。 	—	—
開始	初日 全体研修	<ul style="list-style-type: none"> プログラム趣旨説明 講義:アセスメント確認の目的と必要性 演習:提出ケースを用いたアセスメント確認 研修目標設定:「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、個別実習の日程調整を行う。 	研修会場	3
約2～3ヶ月	個別実習 1	<ul style="list-style-type: none"> ※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行う。 アドバイザー担当ケース同行 1:担当者会議の運営とその記録 	実習協力施設	3
	個別実習 2	<ul style="list-style-type: none"> アドバイザー担当ケース同行 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 		3

参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト

	個別実習 3	た事例が望ましい) • 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)	受講者 所属事業所	3
	個別実習 4	• 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
最終日	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、質疑応答を行う。 • 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する。 • 修了証授与	研修会場	4

③研修期間: 3~4ヶ月程度

④個人情報保護への対応とデータの保管について

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、研修の実施のために必要な範囲で使用するとともに、研修修了者名簿として管理します。この情報は、本研修に関連する連絡の他、あなたが主任介護支援専門員の資格を取得する際に参照する目的で使用させていただきます。

また、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いただきます。

⑤同意

私は、説明を受けて本研修の趣旨を理解し、受講者として参加することに同意します。また、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

2)受講者テキスト

[様式 2-1:アセスメント確認演習チェック表(受講者用)]

アセスメント確認演習チェック表 (受講者用)					
受講者氏名 _____					実施日
①実施前重点目標：目標とした項目にチェックをします。 ②目標：具体的な目標を書きます。 ③実施後評価：演習実施後、特に達成の大きかった項目や課題を感じる項目にチェックをします。 ④評価：評価の内容を具体的に書きます。		①実施前重点目標	② 目標	③実施後評価	④ 評価
		/			
01 生活状況					
① 家族構成・介護者の状況		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 生活歴		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
02 主訴					
① 利用者の主訴		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 家族の主訴		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
03 健康状態・受診状況					
① 既往歴・現病歴・症状		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 主治医の意見書		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ 服薬状況		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
④ 口腔・嚥下／褥瘡・皮膚		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
04 認知症					
① 認知症状 徘徊、暴言等のBPSD(行動)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
05 ADL					
① 移動		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 入浴		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ 食事摂取		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
④ 排尿・排便		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
06 IADL					
① 家事(調理・掃除・選択)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 買い物・金銭管理		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
07 コミュニケーション					
① 意思の疎通		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 周囲との関わり・社会参加		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
08 居住環境					
① 室内環境・立地環境		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
09 特別な状況					
① 虐待		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② ターミナルケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
④ アセスメント、ニーズ、目標、サービスのつながり					
① つながり		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② アセスメント		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ ニーズの把握		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
④ 目標設定		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑤ サービス内容、地域との連携					
① サービス計画		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② チームマネジメント		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑤学んだこと・自己評価		⑥その他メモ		⑦アドバイザーからのメッセージ	
				良かったところ 良くした方がいいところ	
⑤学んだこと・自己評価：目標設定用紙(様式7)の目標がどの程度達成されたか、総合的に評価してください。		⑥その他メモ：その他気づいた点や、目標とはしていなかったが新たな課題となる点を記入してください。		⑦アドバイザーメッセージ：受講者分記入後、アドバイザーが助言や評価のメッセージを記入します。	

参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト

[様式 2-2:アセスメント確認の考え方] (1/2)

アセスメント確認用紙 (確認の考え方)	
01 生活状況	
① 家族構成・介護者の状況	利用者を含む家族等の年齢・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、家族との関係性を把握しているか。 介護者の負担感の程度はどのくらいか。
② 生活歴	利用者本人のこれまでの生活(職業や住んでいた場所)、大切にしていることの把握ができているか。
③ 経済状況	介護費用に使える金額、年金の種類を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。利用者本人の言葉で書かれているか、ケアマネジャーが感じていることか。 困りごとが起こっている背景は何か。
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。
03 健康状態	
① 既往歴・現病歴・症状	ケアプランへの反映が必要な疾患を把握しているか。 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の訴えがあるか。 精神的な不安やうつ傾向がある場合は、きっかけ、負担の程度、社会交流の減少程度、訴える内容と訴える相手を把握しているか。
② 主治医の意見書	主治医意見書を取り寄せているか。意見書の記載内容を参考にしているか。 ケアマネジャーがかかりつけ医と連携しているか。
③ 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。
④ 口腔・嚥下／褥瘡・皮膚	残歯の状況、口腔内の状態(口腔内の乾燥・潰瘍の有無)、咀嚼・嚥下状態等を把握しているか。 褥瘡の有無、やけど、発疹・乾燥・掻痒症・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。
04 認知症	
① 認知症状 徘徊、暴言等の BPSD(行動)	本人に直接確認が困難な場合、家族や関係の深い人など複数の周辺の人から、利用者の大切にしていること等を聞いているか。 BPSD(徘徊、暴言等)が有る場合、どのようなときに発生しているか。確定診断を受けているか。専門医を受診しているか。 利用者本人に直接関わり、確認をしているか。
05 ADL	
① 移動	居室内の移手段、居室外・屋外の移手段、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。できていることに気づいているか。
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。
③ 食事摂取	一日の水分摂取量、食事の回数、食事内容、肥満・痩せ(病的な場合はBMIの把握)の程度を把握しているか。 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。
④ 排尿・排便	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。 失禁が有る場合、尿意・便意の有無や程度、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。
06 IADL	
① 家事(調理・掃除・洗濯)	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。 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。
② 買い物・金銭管理	買うもの考える(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か。誰が行っているか。
07 コミュニケーション	
① 意思の疎通	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。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。
② 周囲との関わり・社会参加	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。
08 居住環境	
① 室内環境・立地環境	転倒のリスクの有無を確認しているか。必要に応じ、リハビリの可能性も検討しているか。 外出機会が乏しくなっていないか。
09 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。

参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト

[様式 2-2 : アセスメント確認の考え方] (2/2)

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	
① 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	
② アセスメント	<p>主訴の背景に何があるのか、洞察できているか。</p> <p>左記のチェック項目を踏まえた上で、利用者を理解できているか。</p>
③ ニーズの把握	<p>単に困っていることを羅列するだけでなく、ニーズの背景を捉えているか。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
④ 目標設定	<p>利用者がどのような暮らしを望んでいるか。</p> <p>目標とする生活のイメージの合意を取れているか。</p> <p>目標は達成可能で具体的な表記となっているか。</p> <p>困っていること、できないことへの対応で、利用者の自立支援や生活の質にどのように影響するか、の視点があるか。</p> <p>利用者の意向を「困りごとを解決してほしい」と捉えるのではなく、困りごとを解決して、生活しようという意欲を引き出すことができているか。</p> <p>「家族の意向＞利用者の意向」となっていないか。</p>
⑤ サービス内容、地域との連携について	
① サービス計画	<p>ニーズは介護サービスを利用する目的となっているか。</p> <p>サービスを導入することが目的ではなく、それぞれのサービス導入が何を意図しているのかを明確に意識できているか。</p> <p>その意識に基づいたケアプランになっているか。</p> <p>軽度利用者認知症高齢者の支援内容やサービス内容が画一化されていないか。</p> <p>例えば：夜間土日のサービスの必要性について目を配っているか。</p> <p>導入されたサービスの必要性について、根拠を明確にできているか。</p> <p>ニーズと社会資源(フォーマル、インフォーマルともに)の結び付けの整合性が取れているか。</p>
② チームマネジメント	<p>ケアプランに位置付けられた各種の社会資源が共通して目指す目標が明確になっているか(ケース支援の目標)</p> <p>その上で、ケアプランに位置付けられた各種の社会資源の役割分担が明確になっているか。</p> <p>ケアプランの中でこれらが明記されているか。</p>
⑥ その他	

[様式 2-3:目標設定用紙(受講者用)]

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		・ 講義：ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方 ・ 演習：アセスメント確認（提出ケースについて）	
個別実習		（アドバイザー担当ケース） サービス担当者会議同行	
個別実習		（受講者担当ケース） サービス担当者会議同行	
個別実習		（アドバイザー担当ケース） モニタリング場面同行	
個別実習		（受講者担当ケース） モニタリング場面同行	
最終日全体研修		・ プレゼンテーション ・ 振り返り	

※個別実習の順序は自由です。都合のついた順番でかまいません。

[様式 2-4: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	アドバイザー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	アドバイザーの担当利用者のサービス担当者会議場面への同行	月 日	: ~ :
②	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	: ~ :
③	アドバイザー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モニタリング場面への同行	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

※「地域同行型実地研修」説明同意文書（利用者の方用）について、
利用者への説明が完了しており、文書に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いいたします。

[緊急連絡先]

(事務局)

電話 : ●●-●●●-●●●●、FAX : ●●-●●●-●●●●

(担当者氏名)

携帯 : ●●-●●●-●●●●

[様式3 :利用者同意書]

地域同行型実地研修
説明同意文書（利用者の方用）

①目的

介護支援専門員が良質なケアマネジメントを地域全体で展開するための実習型の研修を提供することにより、相互研さんを通じて、実践の中で業務について1～3年程度の介護支援専門員の専門職としての実務能力の向上、及び、主任介護支援専門員のスーパービジョン力の向上を目指します。

②研修内容

本研修では、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アドバイザーとして、研修機会等の少ない介護支援専門員の受講者に対し、2日間程度の個別同行実習を実施いたします。

個別同行実習では、受講者およびアドバイザー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、個別同行実習に先だって、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～●カ月程度

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個人情報保護への対応

同行訪問等の場面では、研修のアドバイザーや受講者が、利用者(あなた)の個人情報に接する可能性があります。個別実習を通じて知り得た情報は、本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いたします。

⑤その他の倫理的配慮

本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可能です。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。

⑥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: _____

⑦個別同行実習時に同行する介護支援専門員

氏名: _____

所属: _____

⑧同意

私は、説明を受けて本研修の趣旨を理解し、個別同行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)

ご氏名: _____

[様式 4-1: サービス担当者会議評価ツール(受講者用)]

サービス担当者会議評価ツール (受講者用) (1/2)

①実施前重点目標: 目標設定用紙(様式7)を確認して、自分の目標に関連する項目にチェックをします。
 ②目標: 具体的な目標を書きます。
 ③実施後評価: 演習実施後、特に達成の大きかった項目や課題を感じる項目にチェックをします。
 ④評価: 評価の内容を具体的に書きます。

受講者氏名 _____ アドバイザー氏名: _____

①アドバイザーケース				実施日
①実施前重点目標	②目標	③実施後評価	④評価	/

I 準備

① 開催のタイミング	<input type="checkbox"/> 新規のケアプラン <input type="checkbox"/> 更新時 <input type="checkbox"/> サービスの追加・変更 <input type="checkbox"/> 課題解決 <input type="checkbox"/> その他()			
② 開催の周知	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ 参加者の選択	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
④ 主治医への参加案内	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
④ 資料配布	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑤ 本人・家族への配慮	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑥ 欠席者の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑦ 当日準備	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

II: 開催場面

① 時間の統制	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 開会時	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ アセスメント・ケアプランの説明	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
④ 議論の目的	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑤ 議論のリード	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑥ 議論: サービス事業所	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑦ 議論: 本人・家族への配慮	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑧ 議論のまとめ方	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑨ 閉会時の連絡事項	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑩ 守秘義務の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

III 議事録

① 議事録	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
-------	--------------------------	--	--------------------------	--

⑤学んだこと・自己評価	⑥その他メモ	⑦アドバイザーからのメッセージ 良かったところ 良くした方がいいところ
-------------	--------	---

⑤学んだこと・自己評価: 目標設定用紙(様式7)の目標がどの程度達成されたか、総合的に評価してください。

⑥その他メモ: その他気づいた点や、目標とはしていなかったが新たな課題となる点を記入してください。

⑦アドバイザーメッセージ: 受講者分記入後、アドバイザーが助言や評価のメッセージを記入します。

参考資料3. 各種マニュアル
2) 受講者テキスト

[様式 4-1: サービス担当者会議評価ツール (評価の視点・方法)]

サービス担当者会議評価ツール (評価の視点・方法)	
01 準備場面	
① 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。
② 開催の周知	・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。
③ 参加者の選択	・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)
④ 主治医への参加案内	・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・MSWIに代理出席していただく手配をしているか。
④ 資料配布	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)
⑤ 本人・家族への配慮	・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。
⑥ 欠席者の把握	・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。
⑦ 当日準備	・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
02 開催場面	
① 時間の統制	・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。
② 開会時	・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。
③ アセスメント・ケアプランの説明	・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。
④ 議論の目的	・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。
⑤ 議論のリード	・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。
⑥ 議論: サービス事業所	・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・家族が置き去りにになっていないか。
⑦ 議論: 本人・家族への配慮	・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。 ・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・家族が置き去りにになっていないか。
⑧ 議論のまとめ方	・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。
⑨ 閉会時の連絡事項	・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。
⑩ 守秘義務の確認	・開催時・閉会時のいずれかにおいて参加者に対し、「会議等で知れた情報については、個人情報保護の観点から、会議後に他言することのないように」と告げているか。
03 議事録	
① 議事録	・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)

参考資料3. 各種マニュアル
2) 受講者テキスト

[様式 4-2: 同行訪問モニタリングツール(受講者用)]

同行訪問モニタリングツール (受講者用) (1/2)						
<p>①実施前重点目標: 目標設定用紙(様式7)を確認して、自分の目標に関連する項目にチェックをします。 ②目標: 具体的な目標を書きます。 ③実施後評価: 演習実施後、特に達成の大きかった項目や課題を感じる項目にチェックをします。 ④評価: 評価の内容を具体的に書きます。</p>		受講者氏名 _____		アドバイザー氏名: _____		
		①アドバイザーケース				実施日
		①実施前重点目標	②目標	③実施後評価	④評価	/
I 準備場面						
① 日程の調整	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 事前情報の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 目的の明確化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
II 現場						
01 利用者からの聞き取り						
① 生活状況の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 体調の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 介護力の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
④ 権利擁護の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
02 ケアプランの実行状況						
① 実行状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 利用状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 利用状況の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
03 サービスの提供						
① 実施状況	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 満足度の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 苦情(不満)有無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
04 課題解決の可能性						
① 短期目標の到達度	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 長期目標の到達度	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ ニーズの変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
05 ケアプラン変更の必要性						
① 再アセスメントの必要性	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 生活環境	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 介護力の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
④ サービス内容	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
III 実施後						
01 モニタリング結果の連携						
① サービス事業者	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 主治医	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ その他	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
④ サービス担当者会議開催の必要性	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑤ 他機関との協働	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
02 記録						
① 記載内容	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
IV 振り返り						
① 目的通りにできたか	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 自らの課題は何か	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 今後のあり方	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑤学んだこと・自己評価		⑥その他メモ		⑦アドバイザーからのメッセージ 良かったところ・良かった方がいいところ		
⑤学んだこと・自己評価: 目標設定用紙(様式7)の目標がどの程度達成されたか、総合的に評価してください。		⑥その他メモ: その他気づいた点や、目標とはしていなかったが新たな課題となる点を記入してください。		⑦アドバイザーメッセージ: 受講者分記入後、アドバイザーが助言や評価のメッセージを記入します。		

[様式 4-2：同行訪問モニタリングツール（評価の視点・方法）]

同行訪問モニタリングツール（評価の視点・方法）	
I 準備場面	
① 日程の調整	モニタリングのタイミング(初期/継続:定期/身体状況の変化による開催/サービス事業者からの依頼/生活状況の変化等)に合わせた日程調整なのか。モニタリング日程は計画的に実施されているか(担当利用者全員のモニタリングの日程調整)
② 事前情報の確認	モニタリング訪問に必要な事前情報を収集しているか ①主治医から身体状況や通院、服薬の状態 ②サービス事業者からの利用状況と実施内容 ③ひとり暮らしの場合はキーパーソン ④制度利用者(成年後見/日常生活自立支援事業等) ⑤インフォーマルサービス活用状況
③ 目的の明確化	モニタリングの目的を明確にしているか。適切な時期にモニタリングが実施できない場合、モニタリングはどのように実施しているのか
II 現場	
01 利用者からの聞き取り ←利用者からの聴取	
① 生活状況の変化	家事、食事、買い物など生活行為に変化はないか。聞き取りに利用者への配慮ができていないか。単に生活状況に応じてくれるがままに聞き取るのではなく、食量、運動量、行動範囲など前回モニタリング時との変化を聞き取ることを行っているか。変化にはネガティブな面、ポジティブな面など相反するものがあることを理解できているか
② 体調の変化	主治医から入手した事前情報をもとに聞き取りができていないか。身体機能の変化に備えず精神的な変化にも着目した聞き取りができていないか。内服状況を聞き取る際に利用者の言葉のみではなく、内服管理の状況を目で見て確認したか。それぞれ確認する際に利用者への配慮はできているか
③ 介護力の変化	同居家族・別居家族それぞれ介護にかかわる家族の状況を聞き取ることができたか。聞き方は利用者には負担をかけていないか。介護者への聞き取りから介護負担の新たな発生など変化を受け止めることができているか。虐待およびネグレクトの発生はないか状況を聞き取ることができているか
④ 権利擁護の確認	権利擁護(安全性)の確認をしたか
02 ケアプランの実行状況	
① 実行状況の把握	ケアプランどおりにサービスは実行できているか。利用者はケアプランの内容を把握しているか。実行できているか否か利用者自身が理解できているか。
② 利用状況の把握	ケアプランに沿って作成された個別サービス計画どおりの内容が提供されているか。サービス提供時の様子をより具体的に聞き取れるよう例示などしながら話しやすい雰囲気を作ることができているか。
③ 利用状況の変化	理由なく利用を休む、断るなどの状況は起きていないか。予定した回数どおりの利用ができていない場合、その理由を利用者の思いにそって聞くことはできているか
03 サービスの提供 ←サービス内容	
① 実施状況	サービス事業者の都合によるサービス内容の変更や提供日時回数の変更はないか。利用者の理由により変更がどのような時にどのくらいあったのか、その理由も含めて確認をしているか。理由を尋ねる際に利用者が答えにくくなるような雰囲気になっていないか
② 満足度の把握	サービスを利用することによる利用者の満足度を聞き取ることができているか。その際、誘導するような聞き取り方ではなく利用者自身から真の満足度を聞きだせるような声掛けをしていたかどうか
③ 苦情(不満)の有無	サービスを利用することによる苦情や不満を受け止めることができているか。サービス事業者の立場、ケアマネジャーの立場を優先することなく利用者の立場に立って苦情や不満を受け止めることができているか
04 課題解決の可能性 ←生活ニーズ	
① 短期目標の到達度	短期目標の期間に照らし合わせて現時点でどの程度達成しているのか、利用者に説明することができていたか。達成したとしたら短期目標を変えることを提案していたか。また達成できない状況が把握できた場合利用者に説明していたか
② 長期目標の到達度	短期目標の達成度に合わせて長期目標が現時点でどの程度達成しているのか利用者に説明することができていたか。達成できそうであれば目標の変更などの提案をしていたかどうか
③ ニーズの変化	短期目標・長期目標の達成度に照らし合わせ、ニーズの変化について聞き取るような質問をすることができたか。簡易的にアセスメントを実施しているかどうか
05 ケアプラン変更の必要性 ←ケアプランの変更	
① 再アセスメントの必要性	再アセスメントの必要はあるか?
② 生活環境	生活環境の変化を聞き取る中でケアプラン変更(サービス内容の変更)の必要性を説明することができたか。具体的にどのような支援が必要か提案することができているか
③ 介護力の変化	介護者の疾病、心身機能の変化を捉え、サービス内容の変更の可能性について他機関を交えて多職種で検討する必要性の判断をすることができたか、また検討の提案をすることができたか
④ サービス内容	個別サービス計画書どおりにサービス提供がおこなわれているか確認したか。実施できていない場合はその背景を利用者から聞き取る質問やサービス事業者への確認の必要性を判断することができていたか
III 実施後	
01 モニタリング結果の連携 ←モニタリング後の連携	
① サービス事業者	利用者から聴取したモニタリング結果からサービス事業者へ報告することを利用者に伝えていたかどうか。サービス事業者に何を報告するのか担当ケアマネとして整理ができていたかどうか。利用者からの苦情や不満など利用者の尊厳を踏まえた上で報告することができたか。利用者サービス事業者との関係性を修復する力を発揮できていたかどうか。また必要に応じて新たなサービス事業者の発掘等、利用者からの要望に応えることはできているか
② 主治医	利用者からの聞き取りにより、主治医からの注意点が理解できていない場合、報告することができたか。内服管理や栄養状態など重要な疾病を引き起こす状況を把握した場合など報告の重要性を理解できているか。
③ その他	虐待、ネグレクトなど利用者の生活に危険が及ぶことが予測された場合、必要な機関と連携し対応することを理解できているか
④ サービス担当者会議開催の必要性	ケアプラン変更が必要とされた場合、サービス担当者会議開催の必要性があることに気が付いているか
⑤ 他機関との協働	虐待、ネグレクトなど、サービス担当者会議では解決できない課題に対して地域ケア会議につなぐなど解決に向けた行動をとることができるかどうか。ケアマネだけで課題を抱え込まないよう相談窓口をもっているかどうか
02 記録	
① 記載内容	モニタリングで得られた情報を整理して支援経過に書き留めることができるか。支援経過の記載のポイントを理解できているかどうか。内容・介護支援専門員や関係機関の判断・利用者及び家族の意向を整理し、誰が見ても理解できるようまとめられているか。
IV 振り返り	
① 目的通りにできたか	事前準備段階で掲げた目的通りに実施できたかどうか。目的どおりにできなかった場合、その理由が分かっているかどうか
② 自らの課題は何か	モニタリングが形骸化し、行くことだけがモニタリングだと勘違いしていないか。利用者や家族に負担をかけていないかなど自らのモニタリングのスタイルを振り返ることができたか。自らモニタリングの課題を見つけていることができたか
③ 今後のあり方	自らのモニタリングに対する客観的な評価を受け止め、モニタリングから得られる効果を理解し、アセスメント力に課題があることが理解できているか。

[様式 4-3: 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？

--

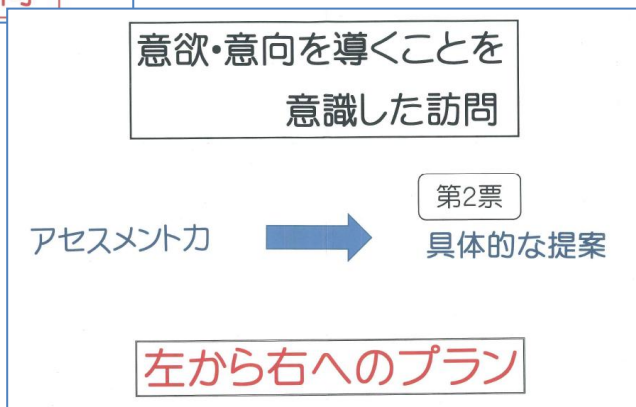
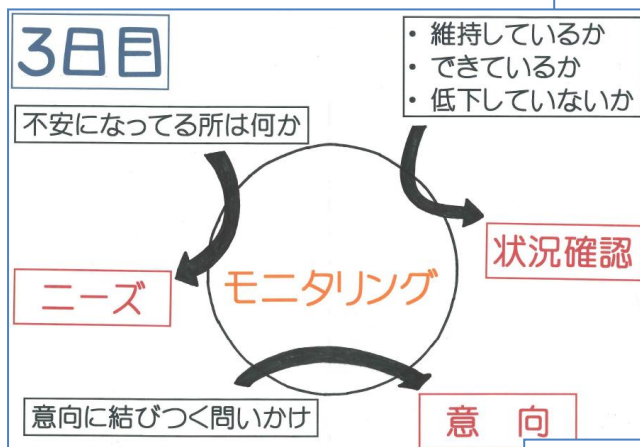
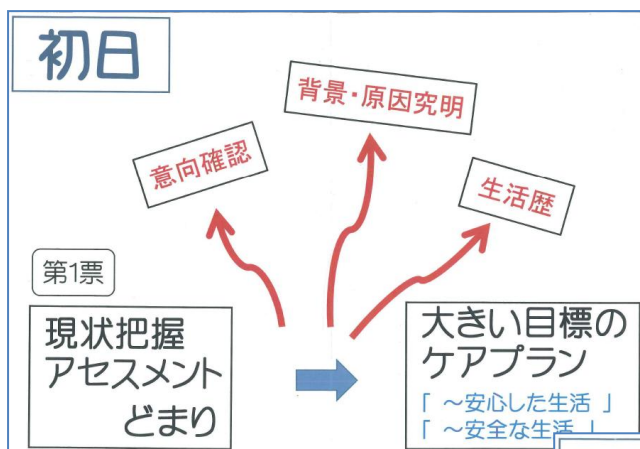
○ 今後の抱負／希望 (目標設定用紙の「あなたの長期目標」欄も参考に)

--

実地アドバイザーメッセージ

受講者へ ①良かったところ	②より良くした方がいいところ
受講者の所属事業所管理者へ ①良かったところ	②より良くした方がいいところ
	実地アドバイザー氏名 _____

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

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～

在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している。

日頃のモニタリング内容からもプラン変更の必要性に基づき、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。

なぜか



主治医に意見を求めることに強く苦手意識が働いていた。

・昔から苦手
・医師の知識不足
・緊張してしまう
・うまく伝えられない

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。
（医療と介護の連携活版や職員会議の報告書等も活用。）

さらに


- ・経過だけでなく、最新の状況を報告できると良い。
- ・報告内容に自分の見解を入らず、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。）
- ・病院等で直接会う場合は午前診療時間の終わりに訪問し、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ありたい。
また、医療従事者との繋がりが大切になりたい。



2)受講者テキスト



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
機会がないのでは非したい!

事例を見てもう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ことにより、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(細へ行く)
- ・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「細に行く」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。

全体的な会議のアドバイス

- ①本人の思いとこれからの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聴き、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ています。
- 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な?
目標の確認を行っていく



②

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。



④

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」と確信した事と検討しないといけない部分の確認をする。
- ③縦の繋がりではなく、横のつながりを感じることができた。今後も考えの幅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らばと思う。
- 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期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

⑤



参考資料3. 各種マニュアル

2)受講者テキスト

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けるような関わりを持つ必要がある。
- ・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疲労を考え、家族にも配慮をした関わりが求められる。

4. 今後の自身の課題

- ・顕在化したニーズに目がいきがちで、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。より速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。
- ・一般的に基幹職が福祉系であると、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。今までは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、顔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はなるが、自身に支援を任せられる利用者との縁があれば、ぜひ担当できれば…思った。

参考資料3. 各種マニュアル
2)受講者テキスト