

3. 各種マニュアル
3) アドバイザーテキスト

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 アドバイザーテキスト

Ver 2.2

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. アドバイザーとしての研修の目的.....	1
3. アドバイザーの心構え	4
4. アドバイザーの目標.....	5
5. スケジュール.....	6
6. 実施内容のフロー	8
7. 事前準備.....	9
(1) フェースシートの提出	9
(2) 守秘義務に関する制約.....	9
(3) 同行ケースの選定、利用者の理解取得	9
(4) アドバイザー事前研修の準備.....	9
第2章 アドバイザー事前研修.....	10
1. 目的と進め方.....	10
(1)目的 10	
(2)演習の進行	10
2. [講義] スーパービジョンの基礎知識	13
3. スーパービジョン支援ツール.....	22
(1) アセスメント確認用紙.....	22
(2) サービス担当者会議評価ツール	25
(3) 同行訪問モニタリングツール.....	29
4. 地域同行型実地研修に向けて	31
(1) 目標設定.....	31
(2) 地域同行型実施研修に向けた準備.....	31
第3章 地域同行型実地研修.....	33
1. 初日全体研修.....	33
(1) 講義 「ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方」	33
(2) アセスメント確認演習	33
(3) 受講者の研修目標設定支援.....	34
(4) 今後の研修準備と初日全体研修提出物について.....	35

3)アドバイザーテキスト

2. 個別同行実習.....	37
(1) サービス担当者会議同行演習.....	37
(2) モニタリングへの同行.....	38
3.最終日全体研修.....	40
(1) プレゼンテーションへの支援.....	40
(2) 振り返り.....	40
(参考) アドバイザーの気づきと助言内容の例.....	41
資料集.....	43
[様式 1-1 : フェースシート (アドバイザー用)]	
[様式 1-2 : 説明同意文書(アドバイザー用)]	
[様式 2 : 利用者同意書]	
[様式 3-1 : アセスメント確認用紙]	
[様式 3-2 : サービス担当者会議評価ツール (アドバイザー用)]	
[様式 3-3 : 同行訪問モニタリングツール (アドバイザー用)]	
[様式 4 : 目標設定用紙]	
[様式 5 : 振り返り用紙]	
参考資料 1 A さん事例に基づいたアセスメント確認用紙記入例	
参考資料 2 A さん事例に基づいたサービス担当者評価ツール記入例	
参考資料 3 A さん事例に基づいた同行訪問モニタリングツール記入例	
参考資料 4 A さん事例	
参考資料 5 ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方	

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. アドバイザーとしての研修の目的

主任介護支援専門員には、自らのケアマネジャーとしての専門性（価値・知識・技術）の向上とともに、一般のケアマネジャーに対しても、その専門性の向上を支援することが求められます。（図1）

ケアマネジメント技術は、対人援助職としての基本能力を根底に、介護保険制度等の知識面から相談面接力等のコミュニケーション面、ニーズやストレスを把握するアセスメント面などが積み重なって成り立っています。また、この技術に関する知識、そして技術を使う態度を導く価値も重要になります。

これに加えてケアマネジメント技術を教える力を身につけるためには、主任介護支援専門員自らがこれらの技量を向上させ、より広く高い視点を持つことと同時に、一般のケアマネジャーのケアマネジメントの力量を見極めながら、分かりやすく伝える力等をつける必要があります。

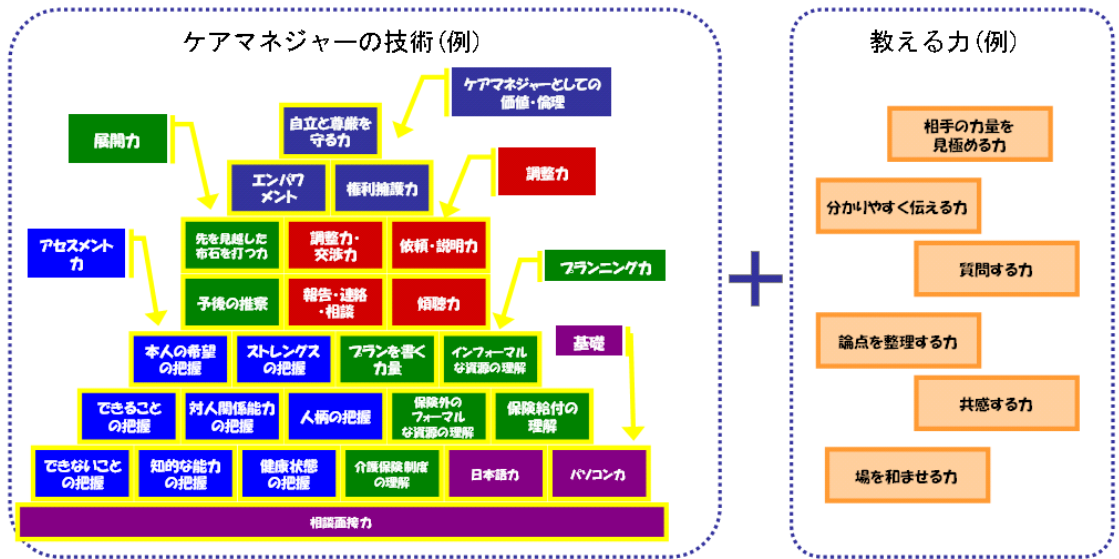


図 1 主任介護支援専門員に求められる力

これまでの研修では、スーパービジョン等の教える技術を学んでも実践機会が必ずしも豊富ではありませんでした。そこで、日本ケアマネジメント学会では介護支援専門員の技能向上を目的に、介護支援専門員を対象にした短期実習プログラムを開発、試行しています。平成23年度の試行結果からは、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。

この介護支援専門員を対象にした短期実習プログラムは、アドバイザーと受講生が相互に学ぶ(4つのiの1つ「相互研さん(Inter-educational)」)ことを目指しています。アドバイザーとなる方には、受講者と共にこの研修を経験することにより、ケアマネジメント技術と教える力の向上ができることを目指しています。

<4つのi (アイ)>

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。

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、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. アドバイザーの心構え

- ・ 受講者の力量にみあった指導を行うため、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。

なお、アドバイスを実施する過程で、次のようなことが生じている場合には、一時的に中断し、研修講師やファシリテーターに相談しましょう。

- ① 受講者の話に十分な注意を払うことができなくなっている。
- ② 受講者の話や状況について、多角的な見方ができず、話を聞きながら緊張度が増してくる。
- ③ 受講者に対して、共感できず、さまざまな感情がでてきてしまう。
- ④ 受講者に対して、否定的な感情が生じてしまう。
- ⑤ 暇があると、受講者のことが気になり、いろいろと考えてしまう。
- ⑥ もっと受講者をよくしてあげなければと考え、受講者が驚くような解釈をしたり、アドバイスをしようとしてしまう。
- ⑦ 受講者に会う時間がない、事務的な仕事があるために会うことができないという理由を考え、受講者と会うことが苦痛となっている。
- ⑧ 受講者を一番良い受講者と感じたり、あるいは、一番悪い受講者と感じたりしている。

※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、アドバイザー・受講者は、別途守秘義務を含む研究参加に関する書類（[様式3：アドバイザー・受講者同意書]）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。

4. アドバイザーの目標

アドバイザーは、ケアマネジメント技術と教える力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、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。

教える力で重要な点は、受講者が実習を通じて「気づき」を得ることを支援することです。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

アドバイザーは受講者とのアセスメント確認や同行を通じて、受講者のケアマネジメントにおける気づきを得られるように支援していきます。特に気をつけたいのは、アドバイザーが「自分ならばこのケースをどう支援するか」と考えることです。これは誤りであり、アドバイザーとしては、受講者がどのようにケースを捉えているか、ケースを捉える受講者の視野をどうしたら広げることができるか、視点をどうしたら深めることができるかに焦点を当てることです。

たとえば受講者が困難と感じている事例であっても、少し視点を変えるだけで異なったケースの理解やアプローチが見えてくることもあります。認知症の BPSD の対応が困難と受講者が考える事例が、実は本人や家族はそれほど困難と思っているわけではなく、本人や家族が気にしていることは別にあるなどということもあります。こうしたことは、よく本人や家族とコミュニケーションを取っていれば防げるかもしれません。

受講者一人ひとりのケアマネジメントのクセは、1事例を見るだけでも分かります。開かれた質問を上手に使うってアセスメント内容を確認することを通じ、なぜ受講者がこのような判断に至ったのか、何を問題だと考えているのかをじっくりと引き出していきましょう。この際、受講者のケアマネジメントの良いところ、強い部分を探すことを心がけ、その上で、伸ばすとより良くなる部分を探し、支援していきます。

【本項を参照する場面】

- ①アドバイザー自身の研修目標設定(第2章第5項「アドバイザーの研修目標設定」)
- ②受講者の研修目標設定サポート
(受講者テキスト第2章第9項 2-2「研修目標設定」)

5. スケジュール

下表を基本とします。

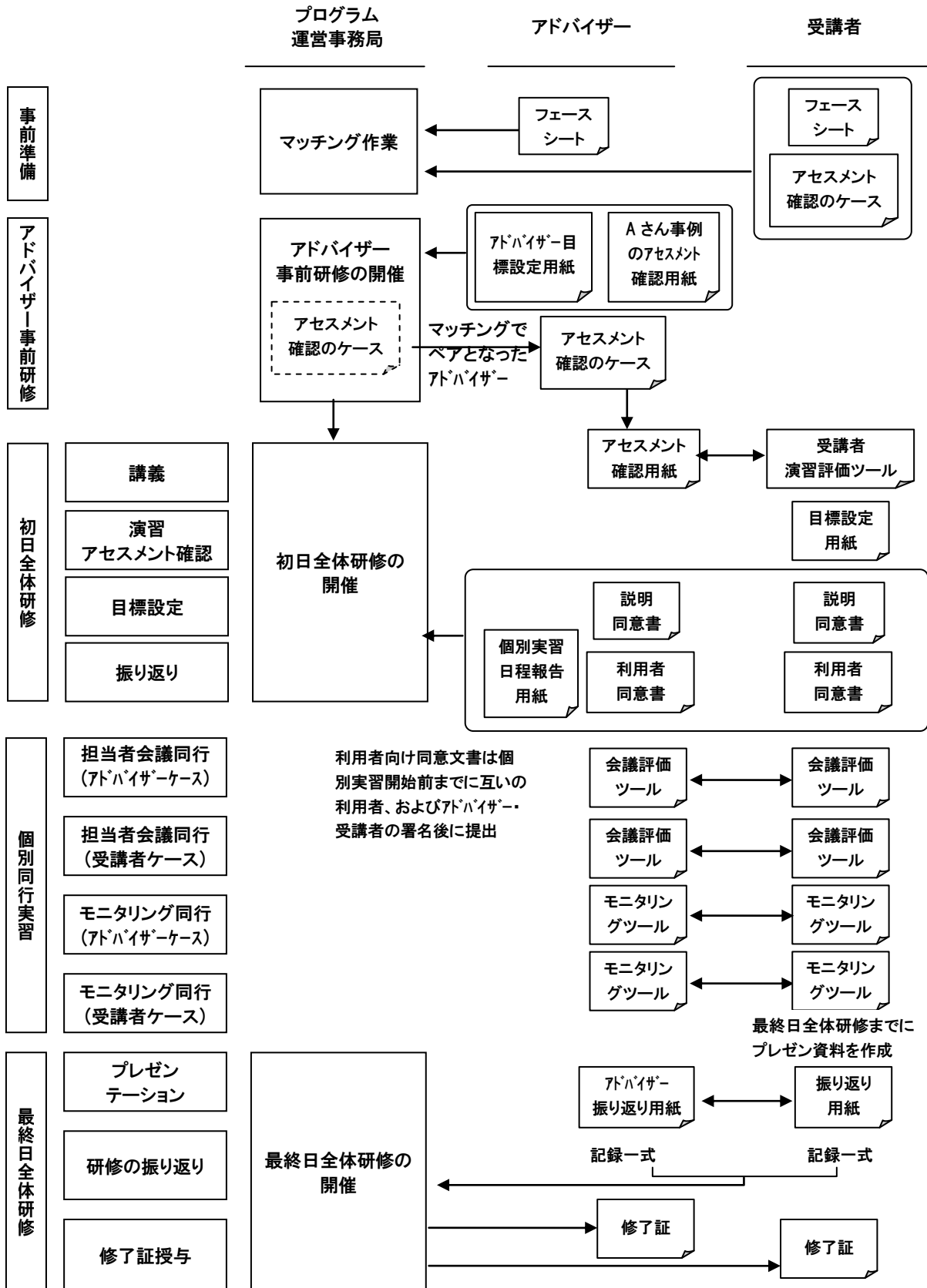
個別同行実習 1～4 はアドバイザーと受講者との協議により、個別に日程を調整することとし、午前または午後の実習を 4 日間にわたって行う形式でも、終日の実習を 2 日間で行う形式でも差し支えありません。

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・参加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・参加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
3)アドバイザーテキスト

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

6. 実施内容のフロー



7. 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（アドバイザー用）

【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) 守秘義務に関する制約

アドバイザー・受講者は、別途守秘義務を含む研究参加に関する書類（「地域同行型実地研修」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：説明同意書

【提出期限】 初日全体研修まで

(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。

※受講者には、モニタリング訪問先の利用者選定にあたっては、可能な限り、アセスメント確認演習のために提出した事例と同一のケースを選ぶように事務局から依頼します。

【提出資料】 様式 2：利用者同意書

【提出期限】 個別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) アドバイザー事前研修の準備

本テキスト第 2 章アドバイザー事前研修 第 1 項「目的と進め方」を参照の上、アドバイザー事前研修の予習を行い、当日は記入済みの様式をご持参ください。

第2章 アドバイザー事前研修

1. 目的と進め方

(1) 目的

本研修では、実際に受講者に対してスーパーバイズを行う地域同行型実地研修に先立ち、スーパーバイズ場面のロールプレイを外部観察者として評価することにより、アドバイザーが自身のスーパーバイズの癖や傾向を客観的に把握することを目的としている。

さらに、自身の指導法を客観的に把握することで、本番のアセスメント確認演習や同行実地研修において、受講者が傷つくような言動を避けつつ、受講者の気付きにつながる指導ができるようになる、という狙いも兼ねている。

具体的には、架空事例に基づくアセスメント確認演習・同行訪問・サービス担当者会議の3場面で、主任介護支援専門員が介護支援専門員に対してスーパーバイズを行う様子のDVDを視聴して、DVD内の演者の指導方法について「良い指導と思われる点」と「疑問に思った指導方法」を付箋紙に書き出していく。視聴後にファシリテーターの司会により各自が自身のコメントを発表し（ホワイトボードに付箋を貼付していく）、最後に講師が総評を行うという形式となる。

また、アセスメント確認については、DVDと同じ架空事例について、アドバイザー自身も事前にツールを用いて指導方針を準備しておくことにより、DVD演者の指導法と自身の指導法をより深いレベルで比較することを可能にしている。

(2) 演習の進行

アドバイザー事前研修では、アセスメント確認、サービス担当者会議、同行訪問の3つの場面についての演習を行いますが、うち、アセスメント確認については事前準備が必要となります。事務局から事前に送付されるAさん事例について、以下の手順に準じて事前評価を行ったうえで研修に臨んでください。

1) 準備

- i. テキスト参考資料「ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方」（参考資料2）を復習します。
- ii. 架空アセスメント事例「Aさん事例」（参考資料1）のアセスメントとケアプランについて、本章第3項(1)「アセスメント確認用紙」を参照しながら、アセスメント確認用紙（様式3-1）にチェックを行い、コメントを記録します。チェックとコメントを通じて、この架空事例の提出者（架空の介護支援専門員）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。

参考資料 3. 各種マニュアル
3)アドバイザーテキスト

事務局	テキスト、Aさん事例、アセスメント確認用紙を研修参加者に送付
研修参加者	①「ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方」（本テキスト参考資料2）を復習する。 ②架空事例について「様式3-1 アセスメント確認用紙」に記入し、研修当日の面談における指導方針を立てる。

2) 当日の進め方

当日の演習は「1. アセスメント確認演習」、「2. サービス担当者会議演習」、「3. 同行訪問モニタリング演習」の3セットを行います。手順はいずれも以下の通りとなります。

- i. 講師から演習の目的とツールの使い方について説明を受けます。
- ii. 【演習】ロールプレイDVDの視聴と評価
主任介護支援専門員が介護支援専門員に対して、各場面を想定したスーパーバイズを行う様子のDVDを視聴して、DVD内の演者の指導方法について「良い指導と思われる点」と「疑問に思った指導方法」を付箋紙に書き出します。
- iii. 参加者の付箋紙を講師がホワイトボードに貼りだし、意見の分類と集約を行います。
- iv. 最後に講師がDVD内のスーパービジョンを解説し、総評を行います。

進行

(約4時間)

全体説明	30分	
講義 スーパービジョンの基礎知識	30分	
演習1 アセスメント確認演習		
ツールの使用方法（復習）	5分	Aさん事例に基づいた指導ロールプレイDVDを上映。参加者は視聴しながら付箋に良いと思う点・疑問に思う点をコメント。
【演習】DVD視聴	15分	
会場発表	15分	付箋をホワイトボードに貼る
講師コメント・総評	10分	

参考資料3. 各種マニュアル
3)アドバイザーテキスト

演習2 サービス担当者会議演習		
サービス担当者会議評価ツールの使用方法	10分	
〔演習〕DVD視聴	15分	サービス担当者会議指導ロールプレイDVDを上映。参加者は視聴しながら付箋に良いと思う点・疑問に思う点をコメント。
会場発表	15分	付箋をホワイトボードに貼る
講師コメント・総評	10分	
演習3 同行訪問演習		
同行訪問モニタリングツールの使用方法	10分	
〔演習〕DVD視聴	15分	同行訪問指導ロールプレイDVDを上映。参加者は視聴しながら付箋に良いと思う点・疑問に思う点をコメント。
会場発表	15分	付箋をホワイトボードに貼る
講師コメント・総評	10分	
地域同行型実地研修の説明	10分	事前研修との相違点など
研修目標設定	15分	
事務連絡	5分	

2. [講義] スーパービジョンの基礎知識

(1) スーパービジョンの定義

スーパービジョン(Supervision)とは、スーパーバイザー (Supervisor; 指導・監督を行う人) とスーパーバイジー (Supervisee; 指導・監督を受ける人) との関係における対人援助法で、対人援助職 (医療福祉教育現場、特に相談援助職) のワーカー等がその業務の困難さを直視し、自らが考え、その解決のために取り組めるよう助けることにより、専門家としての資質の向上を目指すための教育方法である。

【表1. 広義スーパービジョンの要点³⁾】

①対人援助の原則を伝える	⑥問題解決を導く
②全体像を捉えて見せる	⑦役割分担を示唆する
③支援の方向を示す	⑧関連情報を伝える
④価値や意義を指摘する	⑨限界を設定する
⑤実践技術を伝える	⑩才能を発見して強化する

(2) スーパービジョンの3つの機能

ケアマネジャーの成長プロセスにおけるスーパービジョンは、ソーシャルワークにおけるスーパービジョンと同様に3つの機能があると考えられる。

「ソーシャルワーク・スーパービジョンとは、管理、支持、教育という三機能を提供することにより実践家の社会化の過程を含む、専門職育成の過程である。」⁴⁾

1) 管理的機能

スーパーバイザーは、自らの事業所の組織や、それぞれのケアマネジャーの業務レベルを把握し、担当ケアマネジャーが事業所の利用者である要介護者等の利益を図り、さらには利用者に対する責任が果たせるよう促すことにより、事業所全体としての機能を高めていくことが求められる。これは、基本的に職場内で、ケアマネジャーに対して管理的責任を担う上司 (管理者等) が担うべき機能である。

2) 教育的機能

スーパーバイジーに対し専門的知識や技術、情報について指導し、教えていく機能。事業所内にとどまらず、地域のケアマネジャーに対し教えていくことも多い。ただし、スーパービジョンにおける「教育」とは、新たな知識、技術を教えることだけではなく、今まで得てきた知識、技術を業務に結びつけ、すでに業務に用いられていることを意識化する

³⁾ 出典：野中猛 (2001) 「ケアマネジメント実践のコツ」 筒井書房

⁴⁾ 出典：福山和女(2005) 「ソーシャルワークのスーパービジョン」 ミネルヴァ書房

3)アドバイザーテキスト

ことでより一層の効果があげられるものである。職場内と地域との両方で適用できる機能である。

3) 支持的機能

スーパーバイザーの情緒的な面を支えることにより、自己の動機、感情、感動を意識的に認識すること(自己覚知)⁵ (“気づき”)を促す機能。スーパーバイザーが支えられていることを実感し、前向きに業務を続けることで、意欲を維持、向上することを目指す。職場内と地域との両方で適用できる機能である。

(3) スーパービジョンの形態

スーパービジョンを実施する形態は、その形態によってそれぞれ効用と限界があるとされており、それらの形態を意図的に選定することが求められる。主として行われているものとしては、スーパーバイザーとスーパーバイザーが1対1で行う個別スーパービジョン、1人のスーパーバイザーが複数のスーパーバイザーに対して実施するグループスーパービジョン、スーパーバイザー同士が総合に仲間(ピア)としてお互いに確認を行うピアグループスーパービジョンの3つがある。

(4) スーパービジョン実施時の基本的態度

対人援助専門職としてスーパービジョンを実施するにあたり、スーパーバイザーに接する際の基本的態度をバイステックの原則を応用しながら以下に示す。

1) 個別化

スーパーバイザーの理解度や技術力などを総合的にアセスメントし、力量に合った事例の担当やアドバイスを行うことで、能力を最大限に発揮させることができる。

2) 意図的な感情表出と共感

スーパーバイザーの失敗や悩みに敏感に反応し、気持ちを理解していることを表現し、スーパーバイザーにも、感情表現を行ってもよいというような雰囲気づくりを行うことにより、信頼関係の構築が始まる。スーパーバイザーがケース支援について、利用者や家族、あるいは支援の関係者などについて感じている感情、自分自身について感じている感情を語ることは、スーパーバイザーがそのケースとしっかり向き合っていくうえで重要なものである。

3) 統制された情緒的関与

スーパーバイザーが語ったこと(行った支援やそれにまつわる感情など)に対して、

⁵ Bruuck M

3)アドバイザーテキスト

スーパーバイザーも様々なことを感じ、考えるものである。そして、そこで生起する感情や思考に引きずられると、スーパーバイザーとして適切な対応ができなくなることがある。スーパーバイザーはスーパーバイジーの態度、考え方、失敗、状況などについて、スーパーバイザー自身の感情をコントロールしながらスーパービジョンを行っていくことが求められる。叱責や警告は短期的な変化しかもたらさず、長期的にはマイナス効果となることが多い。もし、スーパーバイジーの言動や態度に苛立ちを感じるがあれば、スーパーバイザーは自分自身のその感情の揺れがどこから来るのか、自問してみる必要があるだろう。

4) 受容

スーパーバイジーが誤った考え方や未成熟な見方をしているとしても、スーパーバイザーが、まずスーパーバイジーの話をよく聞き、受け入れることから、スーパービジョンが始まる。ここで重要なのは、行動を受け入れるのではなく感情を受け入れるということである。

5) 自己決定

スーパーバイジーの気づきを促し、意識に変化が生じるようなスーパービジョンを行うことで、スーパーバイジーは知識や技術を学び、ケアマネジャーとしての態度を変容させていくことができる。スーパーバイジーが自ら変わっていこうとすることを支えることは、スーパーバイザーの大切な働きである。

6) 非審判的態度

批判的な態度でスーパービジョンを行うのではなく、専門職としての成長を促すためのスーパービジョンを行う。初期の段階では、ポジティブな評価を行うことが求められる。またスーパーバイザーには、スーパーバイジーに対するネガティブな評価を保留し、粘り強く関わっていくことが求められる。例えば、トラブルになるような報告を受けた場合には、失敗を責めるのではなく報告してくれたことを評価するよう心がける。このように、非審判的態度を用いた関わりによって、スーパーバイジーとの援助関係を強化し、本来スーパービジョンの中で話し合うべき事柄（スーパーバイジーの成長に関わる課題）を話し合いの俎上に乗せていくことができるのである。

7) 秘密保持

スーパーバイジーとの率直な話し合いは秘密が守られることを通じてなされる。スーパーバイザーはスーパービジョンにおける話し合いがスーパービジョン関係の外に出ることがないことを伝え、スーパーバイジーとの間に信頼感を醸成する。

(5) スーパービジョンにおける留意点

スーパーバイザーは、スーパービジョンの過程で、次のようなことが生じている場合には、他のスーパーバイザーに交代するか、一時的に、スーパービジョンを中止することが望ましい。

- ⑨ スーパーバイザーの話に十分な注意を払うことができなくなっている。
- ⑩ スーパーバイザーの話や状況について、多角的な見方ができず、話を聞きながら緊張度が増してくる。
- ⑪ スーパーバイザーに対して、共感できず、さまざまな感情がでてきてしまう。
- ⑫ スーパーバイザーに対して、否定的な感情が生じてしまう。
- ⑬ 暇があると、スーパーバイザーのことが気になり、いろいろと考えてしまう。
- ⑭ もっとスーパーバイザーをよくしてあげなければと考え、スーパーバイザーが驚くような解釈をしたり、アドバイスを行う。
- ⑮ スーパーバイザーに会う時間がない、事務的な仕事があるために会うことができないという理由を考え、スーパーバイザーと会うことが苦痛となっている。
- ⑯ スーパーバイザーを一番良いスーパーバイザーと感じたり、あるいは、一番悪いスーパーバイザーと感じたりしている。

(6) スーパービジョンを通じた“気づき”

1) 思考の枠組みを広げる“気づき”

スーパーバイザーが「気づき」を得ることは、スーパービジョンのゴールとも言える。従来の自分自身の見方や考え方、対応方法にはない角度・観点からケースを考えることができるという「気づき」を得ることによって、ケース理解が深まり、利用者との関わり方やプランニングに新しいアイデアを得ることができる。気づきが思考の枠組みを広げることになるのである。

2) 自分自身の考えを整理する“気づき”

逆に新しい角度や視点ではなく、むしろ今までの自分自身の考えが整理されることもある。このためには、行き詰まったり、不安を感じたりするケースについて、率直に振り返り、アセスメントやプランニングを点検する機会が不可欠になる。しかし、ケアマネジャーが単独で行うことは難しく、スーパーバイザーやグループスーパービジョンのメンバーの力を借りることが必要になる。

3) “気づき”は比較することから生まれる

気づきが生まれるきっかけは、ケアマネジャーが「比較すること」にあることが多い。例えば現在見ているケースと他のケースを比べること、自分の考えと他者の考えとの比較、

自分の判断と理論やアプローチ、既知の知見との比較、また今の自分と以前の自分との比較をすることから気づきを得ることもある。自分の価値観やアセスメント力だけでケースを理解しようとしても限界があるとき、グループスーパービジョンに参加する他のメンバーやスーパーバイザーの言葉に触発されて、気づきを得ることがある。こうした気づきはケアマネジャーの利用者支援を助けるものであり、スーパーバイザーはスーパーバイジーが有用な気づきを得られるように支援していく。

(7) スーパービジョンに求められるケース理解の視点

1) ケースは個人と環境の相互作用

スーパービジョンでケース理解を促す際に重視したいのが、ケースは「個人と環境の相互作用」であるという点である。

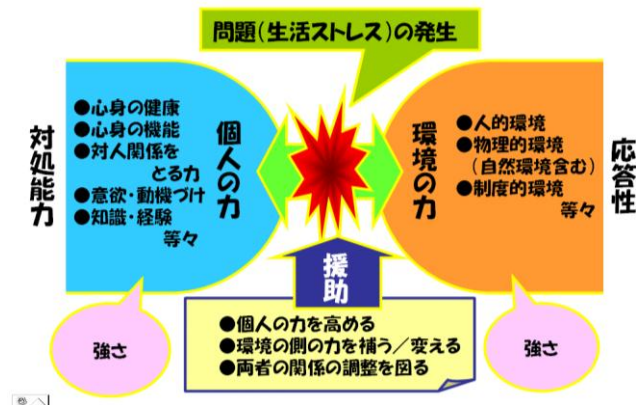
利用者の生活とは、利用者個人の心身の力と、人間関係をとる力と、利用者を取り巻く人的環境（家族の介護力、介護サービスの力量等）、物的環境（住環境、都市構造、自然環境等）、制度的環境などの社会環境の力の関わり合いの結果である。そしてその関わり合いがうまくいかないとき、問題（生活ストレス）が発生する。ケアマネジャーは利用者その人の強さと、利用者を取り巻く環境の強さを見出し、それらを活用していく。ケアマネジャーは利用者の力が高められるように個人に働きかけたり、さまざまな社会資源を動員することで環境の力を高めたり、また両者間の調整を図ることで、問題状況の改善を促す。

アセスメントにおいては、ケースの状況全体を見ることが重要である。利用者の直面している問題状況がなぜ起こっているかを理解しようとするとき、原因を個人側か環境側かのいずれか一方にあるという考え方は有用ではない。個人と環境の双方を視野に入れ、双方の関係性を見ようとするのが大切である。こうした個人と環境の双方を視野に入れてケースを理解しようとする考え方は、ソーシャルワークにおけるライフモデル(Life Model)⁶や、国際生活機能分類(ICF; International Classification of Functioning, Disability and Health)⁷に表れている。そして、利用者のできないこと(弱さ)だけでなく、できること(強さ、ストレングス)にも着目していこうとするのも、こうした考え方の特徴である。

⁶ Carel B.Germain & Alex Gitterman 著、田中禮（偏は「礼」）子・小寺全世・橋本由紀子 監訳『ソーシャルワーク実践と生活モデル—上—』『リ—下—』ふくろう出版、2008年

⁷ 障害者福祉研究会編『ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版』中央法規、2002年

【図3-2. 個人と環境の相互作用による見方】



ケースの状況を個人と環境の交互作用の結果と捉えることで、さまざまなアプローチが見えてくるという実践面の有用性がある。たとえば、認知症の利用者の支援を考えると、認知症という個人の内面にある病理性を除去することはできなくても、その人の環境面を変化させることができれば、その人の直面している生活問題を軽減することができるかもしれない。環境面を変化させる具体的な方法には、例えば以下のようなことが考えられる。

- ・利用者を取り巻く周囲の人たちの認知症への理解を促進する
- ・本人の持っている力（強さ、ストレングス）を引き出すようなケアを提供する
- ・周囲の人に対する、認知症という病気やそのために起こる行動を理解するための知識を提供する
- ・周囲の人が感じているストレス、負担感を軽減するための、共感的、受容的な働きかけを行う
- ・主介護者に対する一時的な休息の機会を提供する
- ・フォーマル、インフォーマルな資源を活用し、介護力の強化を図る
- ・利用者に身体機能面の制限が出てきている場合、住宅改修等による物理的な環境の変容を図る

これらは一例であるが、スーパービジョンを通してケアマネジャーがケースの見方や問題状況のとらえ方を変容させることができれば、それに導かれて従来とは異なるアプローチで支援を行うことができる。

さらに、ケアマネジャーは自分自身も利用者を取り巻く環境（人的環境）の一つであることに気づくことで、問題状況の打開策が見えてくることがある。しかし、ことは、案外忘れられがちである。ケアマネジャー自身の利用者の捉え方、利用者に対する働き

かけ方が現在のケースの状況をつくっている大きな要因となっていることも少なくない。スーパービジョンの機会を得、スーパーバイザーからの問いかけられることで、スーパーバイザーは自分自身がケースの状況に与えている影響を振り返ることができるのである。こうしてスーパーバイザーが自身の「こだわり」に気づくと、それを解消することもできる。スーパービジョンは、ケアマネジャーである自分自身が利用者とその置かれている状況をどのように捉え、その認識の元に利用者にもどのように関わっていたのかを振り返る機会であり、そこで得られた気づきからスーパーバイザー自身のもっている利用者像や援助関係のあり方を変えることができるようになる。

2) 利用者は時間の流れの中にある存在

また、利用者像を理解する際の重要な視点に、利用者の生活歴からの理解がある。しかしながら、スーパーバイザーはともすれば現在の困り事である「〇〇〇ができない」という部分に目を奪われがちである。その結果、利用者の言動や行動の背景にある生活感・価値観の影響を見落とし、利用者の言動や行動を「理解しがたいもの」と捉えていることもある。

人の行動は、その人の心身機能や活動といった能力に関することに影響されるだけではない。どちらかといえば、その人がどのように考える人か、何をよきこと、悪しきことと考える人か、どのように物事を感じる人かといったことに起因するところが大きい。そして、こうした生活感、価値観は、その人の生活歴の中から形成されてくる。

このことを考慮すると、アセスメントにおいて利用者の生活歴に関する情報を収集することが重要であることがわかる。支援対象が高齢者であるため、利用者の幼少期からの情報がとりにくいこともある。しかし、利用者の誕生から幼少期、学童期、思春期、青年期（結婚・出産）、成人期（子育て・仕事）、壮年期、高齢期の各段階で、また要介護状態になる前の生活で、そして要介護状態になった後の生活において、利用者はどんな体験をしてきた人か（客観的事実）、そしてそのことからどういった考え方をし、どういった感じ方をする人なのか（主観的事実）を把握することケースの理解を深めることに役立つ。こうした理解の先に「なるほど、そういうわけでこんな言動（行動）をしていたのか」とスーパーバイザーが利用者を見ることができるようになれば、新たな利用者像からケースの状況全体を考えられるようになる。それは、今までとは異なるアプローチを導くと考えられる。

3) スーパーバイザーが陥りやすい視点

スーパーバイザーが陥りやすい視点に、「自分がこのケースをみてどう援助するか」というものがある。スーパーバイザー役割に慣れないうちは、スーパーバイザー自身がケースの理解に入り込みすぎてしまい、スーパーバイザーのことを置き去りにしてしまうのである。しかし、この視点は誤りであり、これではスーパーバイザーを支援することはできな

い。

スーパーバイザーは、①ケアマネジャー（スーパーバイザー）が現状をどのようにみているかの理解と、②どうしたらスーパーバイザーの視点を状況全体を理解する方向に向けることができるかを考える。スーパーバイザーが利用者の心身の健康状態、身体構造や心身機能、活動、参加をどのように捉えているかを知らうとし、またスーパーバイザーが捉えている利用者像と、そのとらえ方がケアマネジメントにどういった影響を与えているかを考えるのである。そして、そうしたことをスーパーバイザーが気づけるように促していくことが求められる。

4) ケース理解を深める「質問する力」

スーパーバイザーがスーパービジョンを経て気づきを得るためには、スーパーバイザーは自らの価値観を押し付けたり、スーパーバイザーを責めたりしてはならない。適切に質問をすることで、スーパーバイザーが自ら考え、気づくことが重要である。人は自分一人の力では自身の発想の枠から外に出ることが難しいものである。また、人は他者に問われて初めて考えたり、改めて考え直したりするものである。こう考えると、そのためスーパーバイザーは質問する力を磨くことが求められる。スーパーバイザーがケースの理解を深め、弱さだけでなく強さにも目を向けて、ケースの状況に与える自分自身の影響に目を向けることができるように、スーパーバイザーは適切に「質問」することが求められる。これは個別スーパービジョン、グループスーパービジョンのいずれにも必要な力である。

質問の仕方には、閉じられた質問と開かれた質問がある。

閉じられた質問とは、「〇〇〇ですか？」という問いかけであり、返答は「はい」「いいえ」のいずれかでしか答えられない。これは、質問する側が想定している事実を確かめるために用いられる質問である。一方、開かれた質問とは、「〇〇〇については、いかがですか？」というような問いかけ方をするものであり、返答は問われたスーパーバイザーが頭を巡らせ、思い出し、考えを整理して言葉にしなければならない質問である。こうして問われたことで、スーパーバイザーはケース理解を深めていくのである。

また、この「〇〇〇について」のところにスーパーバイザーが考えを巡らせてほしい部分を示すことで、スーパーバイザーはスーパーバイザーの考察を導くことができる。

例えば、「この利用者の家族関係については、いかがでしょうか？」と尋ねることで、スーパーバイザーに「ケースの状況と利用者の家族関係が関係しているかも知れない、どのように関係しているのだろうか？」と考えることを促すことができる。

スーパーバイザーがスーパーバイザーに質問をする場合、スーパーバイザーは自身の頭の中でスーパーバイザーに「何を気づいてもらいたいのか」を明確化した上で、具体的にどのように質問技法を用いるかを考慮しなければならない。そして、質問はなるべく事実

3)アドバイザーテキスト

を確認したり事実の意味を掘り下げるように用い、スーパーバイザーの頭の中にある結論を押し付けないう注意することが大切である。

3. スーパービジョン支援ツール

アセスメント確認、サービス担当者会議、利用者宅への同行訪問の場面においてアドバイザーが受講者に対して行うスーパーバイズを支援するツールとして、モニタリングツールアセスメント確認用紙、サービス担当者会議評価ツール、同行訪問モニタリングツールを作成しました。以下、それぞれ説明していきます。

(1) アセスメント確認用紙

[様式 3-1 アセスメント確認用紙]

1) アセスメント確認用紙とは

「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ツールです。

i. 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

ii. 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。

iii. 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。

2) アセスメント確認用紙チェックの例（Aさん事例を使って）

<例1：①利用者の状況把握（✓）×②課題の抽出（✓）の場合：「05 ADL①移動」>

- アセスメント用紙の「 」の欄に、認知症症状について意思の伝達等の各項目や家族等からの情報が記載されているため、「①利用者の状況把握」の欄にチェック（✓）をしています。
- ケアプラン第2表には転倒せずに生活するための住宅改修にかかるサービス計画が記載されているため、「②課題の抽出」の欄にチェック（✓）をしています。
- アセスメント用紙の「6-⑥介護に関する医師の意見」の欄において、通所リハビリテーションの必要性が指摘されているが、サービス計画には反映されていないため、メモ欄に注記があります。

アセスメント用紙



ケアプラン



アセスメント確認用紙

05 A.D.L	① 利用者の状況把握	② 課題の抽出	③ メモ
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？

<例2：①利用者の状況把握(✓)×②課題の抽出()の場合：項目「04 認知症」>

- アセスメント用紙の「6-③認知機能、6-④精神・行動障害」の欄に、認知症症状について意思の伝達等の各項目や家族等からの情報が記載されているため、「①利用者の状況把握」の欄にチェック(✓)をしています。
- ケアプラン第2表の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」には認知症に関わる内容が記載されていないため、空欄にしています。

アセスメント用紙

記載あり

6-③認知機能
31 意思の伝達 1 2 3
32 意思の伝達を補助する 1 2 3
33 意思の伝達を補助する 1 2 3
34 意思の伝達を補助する 1 2 3
35 意思の伝達を補助する 1 2 3
36 意思の伝達を補助する 1 2 3
37 意思の伝達を補助する 1 2 3
38 意思の伝達を補助する 1 2 3
39 意思の伝達を補助する 1 2 3
40 意思の伝達を補助する 1 2 3

6-④精神・行動障害
41 意思の伝達を補助する 1 2 3
42 意思の伝達を補助する 1 2 3
43 意思の伝達を補助する 1 2 3
44 意思の伝達を補助する 1 2 3
45 意思の伝達を補助する 1 2 3
46 意思の伝達を補助する 1 2 3
47 意思の伝達を補助する 1 2 3
48 意思の伝達を補助する 1 2 3
49 意思の伝達を補助する 1 2 3
50 意思の伝達を補助する 1 2 3

ケアプラン

居宅サービス計画書(2)

生活全般	認知機能	精神・行動	生活全般	認知機能	精神・行動	生活全般	認知機能	精神・行動
認知機能	認知機能	精神・行動	認知機能	認知機能	精神・行動	認知機能	認知機能	精神・行動

記載なし?

アセスメント確認用紙

04 認知症	① 利用者の状況把握	② 課題の抽出	③ メモ
認知症状 ① 徘徊、暴言等のBPSD(行動)	✓		認知症様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。支援経路からはAさんとの会話が少ないように思われる。

<例3：①利用者の状況把握（ ）×②課題の抽出（ ）の場合：項目「09 特別な状況①虐待」>

- アセスメントにもケアプランにも虐待やターミナルケアについての記載はないが、本例のアドバイザーは、介護放棄の可能性について確認する必要性を指摘している。

アセスメント用紙

P7「援助の希望(家族)の抜粋

P10「全体のまとめ」から抜粋

7 全体のまとめ

(下-ロア-文向紙)

① 夫-介護費用負担、2人の子から、夫-介護に負担は重く、
下-ロア-文向紙にて、
② 夫-介護に負担は重く、
夫-介護に負担は重く、
夫-介護に負担は重く、
夫-介護に負担は重く、
夫-介護に負担は重く、

夫 介護に負担は重く、
夫-介護に負担は重く、
夫-介護に負担は重く、
夫-介護に負担は重く、
夫-介護に負担は重く、
夫-介護に負担は重く、

アセスメント確認用紙

09 特別な状況	① 利用者の状況把握	② 課題の抽出	③ 確認
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の確認が必要。

※ 詳細記入例は巻末参考事例1「Aさん事例に基づいたアセスメント確認用紙記入例」を参照ください。

(2) サービス担当者会議評価ツール

[様式 3-2 サービス担当者会議評価ツール]

1) 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、アドバイザーと受講者がともに確認するためのツールです。

アドバイザーは、アセスメント確認を通じて受講者の力量やサービスのクセをある程度把握しています。また、受講者のケースについては、アセスメント確認演習の対象事例がサービス担当者会議の対象事例に選ばれる可能性があり、この場合は、受講者の提出したアセスメントとケアプランから、アドバイザーもケースの特性を事前に把握できます。

これらの事前情報を踏まえ、会議の実施前に、各場面における受講者のサービスについて、特にどのような点を重点的に見ていきたいかチェックしてください。また、受講者に対して具体的にどのような助言・指導を行うかも簡単にメモした上で、会議に臨んでください。

会議後は、受講者の準備・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チェックし、具体的な内容をメモしてください。受講者に対する実際の助言・指導については、振り返りの際に口頭で受講者本人に伝えるとともに、受講者用のサービス担当者会議評価ツールにメッセージとして記入してください。

i. 場面設定とチェック項目（様式 3-2 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	・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	・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	・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	・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	・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。

参考資料3. 各種マニュアル
3)アドバイザーテキスト

	欠席者の把握	<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。
	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・家族が置き去りにされていないか。 ・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思いはないか、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・家族が置き去りにされていないか。

参考資料3. 各種マニュアル
3)アドバイザーテキスト

議論：本人・ 家族への配 慮	<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。 ・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) サービス担当者会議評価の例

※ 詳細記入例は巻末参考事例2「Aさん事例に基づいたサービス担当者会議評価ツール記入例」を参照ください。

①目標設定



II 開催場面		
① 時間の統制	<input type="checkbox"/>	
② 開会時	<input type="checkbox"/>	
③ アセスメント・ケアプランの説明	<input checked="" type="checkbox"/>	本人や家族に分かりやすく、順を追って説明できるか。
④ 議論の目的	<input type="checkbox"/>	
⑤ 議論のリード	<input checked="" type="checkbox"/>	参加者全員から均等に意見を出してもらうことができるか。
⑥ 議論:サービス事業所	<input type="checkbox"/>	
⑦ 議論:本人・家族への配慮	<input checked="" type="checkbox"/>	本人の意思確認を忘れないか。
⑧ 議論のまとめ	<input type="checkbox"/>	

②事後評価



II 開催場面		
① 時間の統制	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 時間の統制を始め、運営の手続き面についてはポイントを押さえていた。
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 checked="" type="checkbox"/> 本人を追って	<input checked="" type="checkbox"/> ケアプランの原案をしっかりと準備し、アセスメントの説明も明確に行っていた
④ 議論の目的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 議論のリード	<input checked="" type="checkbox"/> 参加者からも	<input checked="" type="checkbox"/> 一人で発言する場面が多かった
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 checked="" type="checkbox"/> 本人も、	<input checked="" type="checkbox"/> 家族だけでなく、本人の表情確認と、本人の意向確認を忘れないように。
⑧ 議論のまとめ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3) 同行訪問モニタリングツール

[様式 3-3 同行訪問モニタリングツール]

1) 同行訪問モニタリングツールとは

「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、アドバイザーと受講者がともに確認するためのツールです。

アドバイザーは、初日の全体研修を通じて受講者の力量やサービスのクセを把握しています。また、受講者のケースについては、アセスメント確認演習の対象となる事例が同行訪問先に選ばれる可能性が高いため、この場合は、受講者の提出したアセスメントとケアプランから、アドバイザーもケースの特性を事前に把握できます。

これらの事前情報を踏まえ、同行訪問の実施前に、各場面における受講者のサービスについて、特にどのような点を重点的に見ていきたいかチェックしてください。また、受講者に対して具体的にどのような助言・指導を行うかも簡単にメモした上で、同行訪問に臨んでください。

同行訪問終了後は、受講者のサービス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チェックし、具体的な内容をメモしてください。受講者に対する実際の助言・指導については、振り返りの際に口頭で受講者本人に伝えるとともに、受講者用の同行訪問チェック表にメッセージとして記入してください。

i. 場面設定とチェック項目 (様式 3-3 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、④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
3)アドバイザーテキスト

	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づきを促すためのものです。

2) 同行訪問モニタリングツールチェックの例

※ 詳細記入例は巻末参考事例3「Aさん事例に基づいた同行訪問モニタリングツール記入例」を参照ください。

①目標設定

④ サービス内容	<input checked="" type="checkbox"/>	サービス事業者と利用者、家族との認識に乖離はないか
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"/>	
② 主治医	<input type="checkbox"/>	
③ サービス担当者会議開催の必要性	<input checked="" type="checkbox"/>	定期的に開催すればよいと捉えていないか、必要に応じて開催する視点をもっているか
④ 他機関との協働	<input type="checkbox"/>	
⑤ その他	<input checked="" type="checkbox"/>	聞き取りの傾向として利用者本人の言葉だけに偏っていないか
02 記録		

②事後評価

II 開催場面			
① 時間の統制	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	時間の統制を始め、運営の手続き面についてはポイントを押さえていた。
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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ケアプランの原案をしっかりと準備し、アセスメントの説明も明確に行っていた
④ 議論の目的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤ 議論のリード	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一人で発言する場面が多かった
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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	家族だけでなく、本人の表情確認と、本人の意向確認を忘れないように。
⑧ 議論のまとめ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. 地域同行型実地研修に向けて

演習終了後に、約1ヶ月後に開始する地域同行型実地研修に向けて、事前研修を通じて見えてきた自身の課題や長所を意識しながら、目標を設定します。

(1) 目標設定

【参照】第1章第4項「アドバイザーの目標」

【目的】

アドバイザー自身が、受講者との地域同行型実地研修を通じて、ケアマネジメント技術向上及び教える力の観点からの達成目標、および3～5年後の到達目標を設定します。

なお、地域同行型実地研修の初日全体研修では、アドバイザーは、受講者との個別面談により、受講者の研修期間中の達成目標、および3～5年度の到達目標設定をサポートします。

【進め方】

- ① 地域同行型実地研修の目的を確認します。
 - この研修で学びたいことは何か？
- ② アドバイザーの目標を設定します。
 - 研修期間中の達成目標を設定します。
 - 3～5年後の到達目標を設定します。

【作成資料】 様式4 目標設定用紙

※ 目標設定用紙は、研修最終日までアドバイザー自身で管理します。

(2) 地域同行型実施研修に向けた準備

1) 同行訪問ケースの選定と利用者の理解（提出確認）

第1章で研修の事前準備として挙げた、同行訪問ケースの選定と利用者からの同意書等の取得がまだ済んでいない場合は、検討を開始してください。

【参照先】

本テキスト第1章第8項「事前準備」(3)「同行ケースの選定、利用者の理解取得」

2) 受講者提出事例のアセスメント確認

【方法】

事前研修の当日、アドバイザーは、運営事務局から、地域同行型実地研修においてペアとなる受講者が提出した事例を受け取ります。

初日全体研修までに、当該事例のアセスメントとケアプランについて、本テキスト第2章第3項(1)「アセスメント確認用紙」を参照してチェックを行い、コメントを記録します。チェックとコメントを通じて、受講者のケアマネジメントプロセスの理解度についての全体的な把握をした上で、初日研修に臨みます。

- 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。

【参照先】

本テキスト第2章第3項「スーパービジョン支援ツール」(1)「アセスメント確認用紙」

【使用資料】

- 受講者提出ケース（当日会場で受け取ります）
- 様式3-1：アセスメント確認用紙

第3章 地域同行型実地研修

1. 初日全体研修

(1) 講義「ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方」(参考資料3参照)

(2) アセスメント確認演習

【目的】

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。

【進め方】

アドバイザーは、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。

演習終了後、アドバイザーは、アセスメント確認演習チェック表（アドバイザー用）に、特に助言できたと思われる項目や助言が足りなかったと思われる項目にチェックし、評価欄にその内容を具体的に記述します。

受講者は、アセスメント確認チェック表（受講者用）に、特によくできたと思われる項目と課題があると感じた項目にチェックをつけ、評価欄にその内容を具体的に記述します。アドバイザーは、受講者と自己評価を共有した後、良かったところと改善した方がよい点を受講者用チェック表の記入欄に書きこみます。

<受講者の課題把握>

受講者が提出事例のどんな点を困難と感じているのか、どうしたいと考えているのかを聞きます。また普段ケアマネジメントプロセスのどんな部分で困っているかを聞きます。

<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っ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づきを促すように助言します。
- アドバイザーは受講者に「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。

<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。アドバイザーと受講者、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。

【使用資料】

- アドバイザー： 様式 3-1 アセスメント確認用紙（記入済み）
- 受講者： アセスメント確認演習チェック表（受講者テキスト掲載）

(3) 受講者の研修目標設定支援

【目的】

受講者との個別面談により、受講者の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。

【進め方】

- ① **まず、アドバイザー・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 **受講者の目的を確認します。**

- この実習で学びたいことは何か？
- 前項のアセスメント確認演習で抽出された受講者の長所と課題から、学びたい内容、学ぶべき内容を絞り込みます。

【作成資料】

- 目標設定用紙（受講者用）： アドバイザーはコメント欄に記入
※ 目標設定用紙は最終日全体研修まで受講者自身が管理します。

(4) 今後の研修準備と初日全体研修提出物について

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のペアで進めます。

両方で日程を調整し、個別実習日程報告用紙に日付、時間を記入してお互いで共有した上で、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対応を併せてお願いいたします。

【作成資料】

（受講者テキスト掲載）様式 2-4 個別実習日程報告用紙

2) 最終日全体研修の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。

アドバイザーは受講者のプレゼンテーション資料作成準備に対する助言を行います。どんなことに気づいたか、学んだか、を中心にまとめていくことを支援していきます。発表のスタイルは自由です。

【参考】 受講者テキスト 第2章第4項（演習）「プレゼンテーション」

【発表スタイルの例】： パワーポイント、ホワイトボード、紙芝居、他

【受講者作成資料】

- 受講者は、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。図やイラストも自由に使えます。

3)アドバイザーテキスト

す。

3) 資料提出

初日全体研修終了後、以下の書類を運営事務局に提出します。いずれも提出前に控えを取ってください。

【提出資料】

受講者テキスト様式 2-4 個別実習日程報告用紙

様式 1-2 説明同意文書

様式 2 利用者同意書

※利用者同意書は個別実習開始までに提出すれば可

※ 説明同意書、利用者同意書については、本テキスト第 1 章第 7 項を参照してください。

2. 個別同行実習

【目的】

アドバイザーの実地を示すことで利用者との具体的な関わり方や担当者会議の方法を学ぶとともに、受講者ケースを通じて受講者の強みと課題を把握し、今後のケアマネジメントに生かしていく方法を学びます。

受講者は実際の言葉づかい、質問の仕方を学びたいと考えています。同行の後、受講者の振り返り（できたこと・できなかったこと）とアドバイザーからのフィードバックをできるだけ早く実施することで、次のモニタリングや担当者会議につながっていき、気づきが有機的に積み重ねられます。

【進め方】

- アドバイザーのケースは、事前に議題、論点、着目してほしいポイントを受講者に伝えます。
- 受講者のケースは、事前に受講者が課題と考える点をきいておきます。

(1) サービス担当者会議同行演習

【目的】

サービス担当者会議運営の方法に関する指導・助言を学びます。

【事前準備】

- 会議出席者の事前承諾を得ます。
- 会議の議題、論点を事前に共有します。
- 受講者はサービス担当者会議評価ツール（受講者）について、特に重点を置きたい項目にチェックをつけ、目標欄に具体的な目標を記入します。
- アドバイザーは、サービス担当者会議評価ツール（アドバイザー）について、特に重点を置きたい指導項目にチェックをつけ、目標欄に具体的な指導・助言目標を記入します。

1) アドバイザー担当ケースへの同行

- 受講者は会議を傍聴します。
- 受講者は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。
- 受講者は参加者の発言や態度を観察し、質問のあり方を学びます。
- 受講者は記録の仕方を学びます。

- 2) 受講者担当ケースへの同行
 - 受講者は会議を運営します。
 - アドバイザーは受講者による会議運営の流れや時間配分などを観察します。
 - アドバイザーは受講者による記録方法を観察します。

- 3) 当日の振り返りと助言
 - 受講者はサービス担当者会議評価ツール（受講者）について、よくできたと思われる項目と課題があると感じた項目にチェックをつけ、評価欄にその内容を具体的に記述し、アドバイザーに渡します。
 - アドバイザーは、受講者用チェック表の記入欄に良かったところと改善した方がよい点を書きこみます。さらに、口頭でもコメントを伝えます。
 - アドバイザーは、サービス担当者会議評価ツール（アドバイザー）について、特に助言できたと思われる項目や助言が足りなかったと思われる項目にチェックし、評価欄にその内容を具体的に記述します。

【作成資料】

作成した資料は各自保管し、最終日全体研修に持参します。

- アドバイザー [様式 3-2：サービス担当者会議評価ツール（アドバイザー）]
- 受講者 [様式 4-1：サービス担当者会議評価ツール（受講者テキスト掲載）]

(2) モニタリングへの同行

【目的】

訪問支援における助言・指導を学びます。

【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。
- 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アドバイザーに伝える（事前提出事例が望ましい）。

- 1) アドバイザー担当ケース
 - 受講者がアドバイザーケースのモニタリングに同行します。
 - 受講者はモニタリングの仕方を観察し、進め方を学びます。
 - 受講者はモニタリング記録のまとめ方を学びます。
 - 受講者はモニタリング結果を受けた事業者調整の方法を学びます。

- 2) 受講者担当ケース
 - アドバイザーが受講者ケースのモニタリングに同行します。
 - アドバイザーは受講者によるモニタリングの仕方を観察します。
 - アドバイザーは受講者によるモニタリング記録のまとめ方を観察します。
 - アドバイザーは受講者によるモニタリング結果を受けた事業者調整の方法を観察します。

- 3) 当日の振り返りと助言
 - 受講者は同行訪問モニタリングツール（受講者）について、よくできたと思われる項目と課題があると感じた項目にチェックをつけ、評価欄にその内容を具体的に記述し、アドバイザーに渡します。
 - アドバイザーは、受講者用チェック表の記入欄に、良かったところと改善した方がよい点を書きこみます。さらに、口頭でもコメントを伝えます。
 - アドバイザーは、同行訪問モニタリングツール（アドバイザー）について、特に助言できたと思われる項目や助言が足りなかったと思われる項目にチェックし、評価欄にその内容を具体的に記述します。

【作成資料】

作成した資料は各自保管し、最終日全体研修に持参します。

- アドバイザー [様式 3-3：同行訪問モニタリングツール（アドバイザー）]
- 受講者 [様式 4-2：同行訪問モニタリングツール（受講者テキスト掲載）]

3.最終日全体研修

(1) プレゼンテーションへの支援

【目的】

受講者が研修を通じて学んだことをプレゼンテーション（発表）します。

【進め方】

- アドバイザーは、ペアの受講者によるプレゼンテーションを支援します。プレゼンテーション後、受講者に気づいた点（進め方、質問のあり方等）を伝えます。

(2) 振り返り

【目的】

受講者への助言・指導で良かった点、悪かった点を場面ごとに振り返ることで、自分の設定した目標の達成度と残された課題を洗い出し、今後どのように課題を解決し、長所を伸ばしていくのか、将来の展望を考察します。

また、受講者に対しては、当初の目標がどこまで達成できたかをアドバイザーとして評価することにより、受講者自身の振り返りを支援します。

【進め方】

- アドバイザーは、受講者の振り返り用紙に受講生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。
- さらにアドバイザー自身の振り返りのためにアドバイザー振り返り用紙を記入します。

【作成資料】

様式 5 振り返り用紙（アドバイザー）

様式 4-3 振り返り用紙（受講者）（受講者テキスト掲載）

【参照資料】

様式 3-1 アセスメント確認用紙

様式 3-2 サービス担当者会議評価ツール

様式 3-3 同行訪問モニタリングツール

様式 4 目標設定用紙

【提出資料】 振り返り用紙（アドバイザー）と参照資料4点の計5点

(参考)アドバイザーの気づきと助言内容の例

昨年度の実施結果から、アドバイザーが、アセスメント確認や同行を通じて気づいた受講者の課題の例と、助言内容の例を以下に示します。

＜アドバイザーが気づいた受講者の課題＞

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、あと一歩というところが見られた。 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。
問いかけ・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。
利用者への遠慮	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。
アセスメントやプランの記載不足	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。
プランのマンネリ化	前任者から引き継いだケースで色々トラブルがあり、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)ができていなかったと思う。
医療系に対する苦手意識	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としてのお願ひ・質問を遠慮してしまっている様な気がする。

＜助言内容の例＞

ケアマネ業務の基礎	
	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は、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。
アセスメント・モニタリング手法	
利用者との信頼関係	関係づくりで大切なのは、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話を話した。 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「こんな多くの人に関わって支援してくれている」と言った事で、状況は一步前進すると思う。 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は会えなかった時は、「何もしていない」と思われるのはもったいないので、行ったことをアピールするようアドバイスした。
利用者把握の視点	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っても重要であるが、広い視野から色々な話をするのが大事かなと思った。 サービスが目標になっている部分があったので、デイに行かないことが問題ではなく、何故行かないの

3)アドバイザーテキスト

	<p>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”の部分を知る必要があるということ話をした。</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)行けていない理由という所にまで及んでいなかったのも、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と。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と。</p> <p>包括から引き継いだケースで、利用者には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だいた。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ズに有意義に進める」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>
<p>チームアプローチ</p>	<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った。</p> <p>居宅介護支援事業所が持ってい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>
<p>退院前調整</p>	<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、帰宅後トラブルがない様、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>
<p>担当者会議の運営</p>	<p>特に、長くやっ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、実際には、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。</p> <p>指導者も人に見てもらおうという場合には、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ことも意識的に理解できてよい機会となった。</p>
<p>社会資源の活用</p>	<p>県の事業を全て把握し、活用するという事は難しいので、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ので、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>