

[文書 1:市町村への説明文書]

平成 年 月 日

市町村
介護保険法担当主管部局 様

(実施主体名)
(代表者役職・氏名)

モデル研修への参加ご協力に関するお願い

拝啓

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

さて、日本ケアマネジメント学会では平成 20 年度から継続的に質の高いケアマネジメントの実現を目的とした調査研究活動を進めており、今年度「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調査研究」(平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)事業を実施しております。

本事業は介護支援専門員の人材育成のための実習型研修を地域全体でおこなうことを目的としており、昨年度は全国 4 か所で事業を実施し一定の効果を得ることができました。今年度はより汎用的な実習型研修の開発のために、様々な運用形態により試行的に実施しております。

私どもはこの研究事業の実証をおこなうため「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」モデル研修を実施することとなりました。このモデル研修は居宅介護支援事業所における O J T や地域包括支援センターの役割となる介護支援専門員に対する後方支援の方法として効果的であると考えております。

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

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

担当者

●●●●●●●●●●●●●●●● (所属、氏名)

連絡先

●●●●●●●●●●●●●●●●

●●●●●●●●●●●●●●

電話 : (●●) ●●●● Fax : (●●●) ●●●●

平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
介護支援専門員のスーパービジョン実践としての実習型研修の普及に向けての
調査研究委員会
「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」モデル研修
プログラム概要

① 調査研究目的

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

② 昨年度調査結果

平成 23 年度に実施した調査研究では、以下のような効果が見られました。

- 受講者のテクニカルマネジメントの技術習得に効果があった。
 - テクニカルスキル(声かけ等)、ヒューマンスキルの課題の発見、および学びができた。
 - 自らの事例における実践や自信獲得につながった。
- アドバイザー(指導者)のケアマネジメント技術及び教える力の習得に効果があった。
 - アセスメント、モニタリング～担当者会議の運営、業務の姿勢まで、受講者個々の力量に応じた指導(個別性)を行った。
 - 受講者の業務から自らの業務を振り返る機会を得た。
- 受講者にとっては、ロールモデル(目指す人材像)を獲得することができた。

② 調査内容

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

| 日程 | 実施内容 | 詳細 | 場所 | 時間 |
|-------------------|-------------|--|--------------|----|
| 60 日前 | 募集・受付 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 | — | — |
| | アドバイザー説明会 | <ul style="list-style-type: none"> ・ アドバイザーを対象に説明会を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有。 ・ 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 | 2 |
| | 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1ヶ月 ～ 1ヶ月半 | 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 ・ 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) | 実習協力施設 | 3 |
| | 個別実習 2 | | | 3 |
| | 個別実習 3 | | 受講者 所属事業所 | 3 |
| | 個別実習 4 | | | 3 |
| 最終日 | 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、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 |

④依頼事項

- ・ 全体研修への参加
※必要に応じて、追記・削除

[文書 2:実習協力施設への説明文書]

平成 年 月 日

〇〇〇〇事業所

管理者 様

(実施主体名)

(代表者役職・氏名)

モデル研修のアドバイザー推薦に関するお願い

拝啓

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

この度、(実施主体)では、「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調査研究」(平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業) 事業に関し、日本ケアマネジメント学会等からの依頼を受けて、地域内で介護支援専門員を育成する短期実習プログラムに参加することとなりました。

つきましては、貴事業所より、本プログラムに参加するアドバイザーをご推薦いただきたく、ご連絡差し上げる次第です。

上記研究では、OJTの機会が十分ではない介護支援専門員に対する現場での実習に主眼を置いたモデル研修プログラムによる地域全体で人材を育成する仕組みの構築を目指しており、アセスメントからモニタリングまでの基本的なケアマネジメントプロセスに重点を置いた、主任介護支援専門員のチームによるOJTでのケアプランの確認から担当者会議及びモニタリングへの同行を予定しています。

昨年度は全国 4 か所で事業を実施し一定の効果を得ることができました。今年度はより汎用的な実習型研修の開発のために、実習プログラムの効果や課題を明確にし、今後の市町村における介護支援専門員育成制度等でご活用していただくことを目指したいと考えております。

日々業務ご多忙の折、大変恐縮ですが上記趣旨をご理解いただき、ご協力下さいますよう、よろしくお願い申し上げます。

末筆ではございますが、貴殿の益々のご発展を祈念いたします。

担当者

●●●●●●●●●●●●●●●● (所属、氏名)

連絡先

●●●●●●●●●●●●●●●●

●●●●●●●●●●●●●●

電話：(●●) ●●●● Fax：(●●●) ●●●●

平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
介護支援専門員のスーパービジョン実践としての実習型研修の普及に向けての
調査研究委員会
「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」モデル研修
プログラム概要

① 調査研究目的

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

② 昨年度調査結果

平成 23 年度に実施した調査研究では、以下のような効果が見られました。

- 受講者のテクニカルマネジメントの技術習得に効果があった。
 - テクニカルスキル(声かけ等)、ヒューマンスキルの課題の発見、および学びができた。
 - 自らの事例における実践や自信獲得につながった。
- アドバイザー(指導者)のケアマネジメント技術及び教える力の習得に効果があった。
 - アセスメント、モニタリング～担当者会議の運営、業務の姿勢まで、受講者個々の力量に応じた指導(個別性)を行った。
 - 受講者の業務から自らの業務を振り返る機会を得た。
- 受講者にとっては、ロールモデル(目指す人材像)を獲得することができた。

③ 調査内容

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

| 日程 | 実施内容 | 詳細 | 場所 | 時間 |
|-------------------|-------------|--|----------|----|
| 60 日前 | 募集・受付 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 | — | — |
| | アドバイザー説明会 | <ul style="list-style-type: none"> ・アドバイザーを対象に説明会を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有。 ・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 | 2 |
| | 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1ヶ月 ～ 1ヶ月半 | 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 ・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) | 実習協力施設 | 3 |
| | 個別実習 2 | | | 3 |
| | 個別実習 3 | | 受講者所属事業所 | 3 |
| | 個別実習 4 | | | 3 |
| 最終日 | 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、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 |

④ 貴事業所への依頼事項

- ・アドバイザーとして●●様の上記プログラムへの参加
 - 実習の受入
 - ●●様担当ケース同行
 - ●●様担当者会議同席
- ・評価への協力(アンケート、ヒアリング等)

[文書 3:受講者募集に関する事業所説明文書]

平成 年 月 日

〇〇〇〇事業所

管理者 様

(実施主体名)

(代表者役職・氏名)

モデル研修の受講者募集に関するお願い

拝啓

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

この度、(実施主体)では、「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調査研究」(平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)事業に関し、日本ケアマネジメント学会等からの依頼を受けて、地域内で介護支援専門員を育成する短期実習プログラムに参加することとなりました。

つきましては、貴事業所より、本プログラムに参加する受講者をご推薦いただきたく、ご連絡差し上げる次第です。

上記研究では、OJTの機会が十分ではない介護支援専門員に対する**現場での実習に主眼を置いたモデル研修プログラム**による地域全体で人材を育成する仕組みの構築を目指しており、アセスメントからモニタリングまでの基本的なケアマネジメントプロセスに重点を置いた、主任介護支援専門員のチームによるOJTでのケアプランの確認から担当者会議及びモニタリングへの同行を予定しています。

昨年度は全国 4 か所で事業を実施し一定の効果を得ることができました。今年度はより汎用的な実習型研修の開発のために、実習プログラムの効果や課題を明確にし、今後の市町村における介護支援専門員育成制度等でご活用していただくことを目指したいと考えております。

日々業務ご多忙の折、大変恐縮ですが上記趣旨をご理解いただき、ご協力下さいますよう、よろしくお願い申し上げます。

末筆ではございますが、貴殿の益々のご発展を祈念いたします。

敬具

| 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。 | — | — |
| | アドバイザー説明会 | <ul style="list-style-type: none"> ・ アドバイザーを対象に説明会を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有。 ・ 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 | 2 |
| | 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1ヶ月 ～ 1ヶ月半 | 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 ・ 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) | 実習協力施設 | 3 |
| | 個別実習 2 | | | 3 |
| | 個別実習 3 | | 受講者所属事業所 | 3 |
| | 個別実習 4 | | | 3 |
| 最終日 | 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、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 |

⑤ 貴事業所への依頼事項

- ・ ●様の上記プログラムへの参加
 - 実習の受入
 - ●様担当ケース同行
 - ●様担当者会議同席
- ・ 評価への協力(アンケート、ヒアリング等)

[文書 4:受講予定者への連絡文書]

平成 年 月 日

モデル研修プログラム受講予定者の皆様

(実施主体名)

(代表者役職・氏名)

研修テキストの送付 及び
事前アンケート及び事例提出のお願い

拝啓 時下ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

この度、(実施主体)では、「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調査研究」(平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)事業に関し、日本ケアマネジメント学会からの依頼を受けて、地域内で介護支援専門員を育成する短期実習プログラムに参加することとなりました。

上記研究では、OJTの機会が十分ではない介護支援専門員に対する現場での実習に主眼を置いたモデル研修プログラムによる地域全体で人材を育成する仕組みの構築を目指しており、アセスメントからモニタリングまでの基本的なケアマネジメントプロセスに重点を置いた、主任介護支援専門員のチームによるOJTでのケアプランの確認から担当者会議及びモニタリングへの同行を予定しています。

受講者として参加予定の方には、お送りする研修テキストを事前によくお読みいただくとともに、以下のご協力をよろしくお願い申し上げます。 敬具

受講予定者の皆様へのお願い

1. 研修開始に先立ち、アドバイザーとのペアを作成するとともに、事前に皆様の受講に対するご希望をうかがうため、別紙フェースシート・アンケートへのご回答を、●月●日(●)までにお願いいたします。
2. 研修は、概ね別紙のような内容を予定しております。研修初日に、指導者の方と皆様との間で実際のケアプランを見ながら意見交換をする時間を設ける予定です。つきましては、アドバイザーに相談したい事例(1事例)について、アセスメント表、居宅サービス計画書の1~3表、サービス担当者会議録、支援経過、モニタリング表のコピーを、●月●(●)にご提出くださいますようお願いいたします。なお提出にあたり、住所・氏名等を削除していただくなどして匿名化をお願いいたします。(提出いただいた事例は、本事業以外には使用いたしません。)

以上、大変お手数をおかけいたしますがよろしくお願い申し上げます。

〔演習に用いるケアプランの提出について〕

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。

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

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

別紙

| 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。 | — | — |
| | アドバイザー説明会 | <ul style="list-style-type: none"> • アドバイザーを対象に説明会を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有。 • 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 | 2 |
| | 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1ヶ月 ～ 1ヶ月半 | 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 • 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) | 実習協力施設 | 3 |
| | 個別実習 2 | | — | 3 |
| | 個別実習 3 | | 受講者所属事業所 | 3 |
| | 個別実習 4 | | — | 3 |
| 最終日 | 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、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 |

[フェースシート(受講者向け)]

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属 _____

氏名 _____ (年齢: _____ 才)

| | | |
|-----------------|---|---|
| 基本職種 | | |
| 簡単な職歴 | | |
| 介護支援専門員としての経験年数 | | 年 |
| 所属している事業所の規模 | <ul style="list-style-type: none"> • 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 ⇒ (_____) |
|-------------------------|---|

[文書 5:アドバイザー予定者への連絡文書]

平成 年 月 日

モデル研修プログラム
アドバイザー予定者の皆様

(実施主体名)
(代表者役職・氏名)

研修テキストの送付・フェースシートご提出のお願い
ならびに アドバイザー向け説明会のご案内

拝啓 時下ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

この度、(実施主体)では、「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調査研究」(平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)事業に関し、日本ケアマネジメント学会からの依頼を受けて、地域内で介護支援専門員を育成する短期実習プログラムに参加することとなりました。

上記研究では、OJTの機会が十分ではない介護支援専門員に対する現場での実習に主眼を置いたモデル研修プログラムによる地域全体で人材を育成する仕組みの構築を目指しており、アセスメントからモニタリングまでの基本的なケアマネジメントプロセスに重点を置いた、主任介護支援専門員のチームによるOJTでのケアプランの確認から担当者会議及びモニタリングへの同行を予定しています。

アドバイザーとして参加予定の方には、お送りする研修テキスト・指導マニュアルを事前によく読みいただくとともに、以下のご協力をよろしくお願い申し上げます。 敬具

受講予定者の皆様へのお願い

1. 研修開始に先立ち、アドバイザーとのペアを作成するとともに、事前に皆様の受講に対するご希望をうかがうため、別紙フェースシートへのご回答を、**●月●日(●)**までをお願いいたします。
2. 研修は、概ね別紙のような内容を予定しております。アドバイザーの方には、事前に研修の流れや指導方法に関する説明会を以下の通り開催いたしますので、ご参集ください。

日時：平成●年●月●日(●) ●：●●～●：●●

場所：●●●

持参物：研修テキスト及び指導マニュアル

以上、よろしくお願い申し上げます。

別紙

| 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。 | — | — |
| | アドバイザー説明会 | <ul style="list-style-type: none"> アドバイザーを対象に説明会を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有。 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 | 2 |
| | 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1ヶ月 ～ 1ヶ月半 | 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 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) | 実習協力施設 | 3 |
| | 個別実習 2 | | — | 3 |
| | 個別実習 3 | | 受講者所属事業所 | 3 |
| | 個別実習 4 | | — | 3 |
| 最終日 | 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、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 |

[フェースシート(アドバイザー向け)]

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属 _____

氏名 _____ (年齢: _____ 才)

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

修了証書

(氏名) 殿

上記の者は平成 24 年度厚生労働省老人保健
健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）
「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調査研究」
のモデル研修に参加しその課程を修了されたこと
を証します

平成 年 月 日

(実施主体の団体名)

(代表者役職) 氏名

一般社団法人 日本ケアマネジメント学会
研究活動推進委員会

委員長 前沢 政次

[文書 7:事前アンケート]

介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム

<受講者向け事前アンケート(案)>

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

| | | | | | |
|----|--|----|--|----|--------------------------------------|
| 地域 | | 番号 | | 役割 | アドバイザー・ <input type="checkbox"/> 受講者 |
|----|--|----|--|----|--------------------------------------|

I. あなたご自身及び勤務する事業所について

1) 性別を教えてください。

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

2) 年代を教えてください。

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

3) 基礎資格について教えてください。

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

4) 主任介護支援専門員の資格を持っていますか。

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

5) 介護支援専門員の業務経験(トータル年数)を教えてください。

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

6) 主任介護支援専門員の業務経験(トータル年数)を教えてください。

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

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() | | |

Ⅲ. ケアマネジメント業務における課題について

あなたは、下記のケアマネジメント業務において、どれくらい自信がありますか？

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

Ⅳ. 本日の内容について

本日の内容や運営等について、改善すべき内容等、ご意見をお聞かせください。

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



ご協力をいただきありがとうございました。

介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム

<アドバイザー向け事前アンケート(案)>

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

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

I. あなたご自身及び勤務する事業所について

1) 性別を教えてください。

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

2) 年代を教えてください。

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

3) 基礎資格について教えてください。

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

4) 主任介護支援専門員の資格を持っていますか。

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

5) 介護支援専門員の業務経験(トータル年数)を教えてください。

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

6) 主任介護支援専門員の業務経験(トータル年数)を教えてください。

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

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() | | |

Ⅱ. ケアマネジメント業務および利用者に関する指導(OJT)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) |
|-------------|----------------|-----------|
| 全体 | 通算約()件・不明(多数) | ()件 |
| うち、認知症 BPSD | 通算約()件・不明(多数) | ()件 |
| がん終末期 | 通算約()件・不明(多数) | ()件 |

2) あなたは、下記のケアマネジメント業務について、どれくらい自信がありますか？

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

3)あなたは、利用者に関する指導(OJT)をすることについて、どれくらい自信がありますか？

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

Ⅲ. 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。

[文書 8:事後アンケート]

介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム

<受講者向け事後アンケート(案)>

・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 | | 番号 | | 役割 | 指導者・ <input type="checkbox"/> 受講者 |
|----|--|----|--|----|-----------------------------------|

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

1) 研修全体を通しての感想

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

2) 研修の総時間数

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

3) 研修の難易度

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

4) 資料や様式

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

4-1) 資料や様式について改善すべき点がありましたら教えてください

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

5) 講義・演習(初日及び最終日)を進めるペース

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

6) 講義・演習(初日及び最終日)と個別実習のバランス

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

7) 研修期間中における参加者どうしの関わりあいの程度

7-1) 指導者との関わりあい

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

7-2) 他の受講者との関わりあい

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

8) 全課程の中で役に立ったと感じたもの上位 3 つと役に立たなか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。

上位 3 つ

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

下位 3 つ

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

< 選択肢 >

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

9) これまで経験した事業所内等のOJTに比べて、今回の研修は

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- | | | | |
|-------------|--------------|---------------|---------------|
| 1. 十分に習得できた | 2. 一定程度習得できた | 3. 不十分だが習得できた | 4. 全く習得できなかった |
|-------------|--------------|---------------|---------------|

Ⅱ. 今後の自身のケアマネジメント実践についてお尋ねします。

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

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

Ⅲ. 研修の内容・運営についてお尋ねします。

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

| | |
|-----------------|---|
| 14-1) 研修全体 | 円 |
| 14-2) 同行実習1回あたり | 円 |

15) 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。

16) 感想・コメントをご自由にご記入下さい。

質問は以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。

介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム

<アドバイザー向け事後アンケート(案)>

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

| | | | | | |
|----|--|----|--|----|---------|
| 地域 | | 番号 | | 役割 | 指導者・受講者 |
|----|--|----|--|----|---------|

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

1) 研修全体を通しての感想

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

2) 研修の総時間数

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

3) 研修の難易度

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

4) 資料や様式

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

4-1) 資料や様式について改善すべき点がありましたら教えてください

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

5) 講義・演習(初日及び最終日)を進めるペース

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

6) 講義・演習(初日及び最終日)と個別実習のバランス

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

7) 研修期間中における参加者どうしの関わりあいの程度

7-1) 指導者との関わりあい

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

7-2) 他の受講者との関わりあい

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

8) 全課程の中で役に立ったと感じたもの上位 3 つと役に立たなか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。

上位 3 つ

1位: 2位: 3位:

下位 3 つ

1位: 2位: 3位:

<選択肢>

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

9) これまで経験した事業所内等のOJTに比べて、今回の研修は

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

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

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

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

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

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

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

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

11) 研修を終えて、あなたは、下記のケアマネジメント業務について、どれくらい自信がありますか？

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

12) 研修を終えて、あなたは、利用者に関する指導(OJT)をすることについて、どれくらい自信がありますか？

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

Ⅲ. 研修の内容・運営についてお尋ねします。

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

| | |
|-----------------|---|
| 13-1) 研修全体 | 円 |
| 13-2) 同行実習1回あたり | 円 |

14) 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。

15) 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。