



[様式 1: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			

[様式 2: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 ⇒ (_____)
-------------------------	---

[様式 3:アドバイザー・受講者同意書]

「介護支援専門員のスーパービジョン実践としての地域における
OJT の実践に関する研究」

説明同意文書（アドバイザー及び受講者の方用）

①研究目的

日本ケアマネジメント学会により平成 20 年度から研究されている「スーパービジョンのあり方に関する研究」では、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数地域で試行し、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

③調査期間

平成●年●月～●カ月程度

1回の研修期間: ●ヶ月程度

④研究の結果公表

研究成果は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。

⑤個人情報保護への対応

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。

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。

⑥データの保管及び廃棄の方法について

データは鍵をかけて保管し、研究期間終了後に破棄いたします。

⑦その他の倫理的配慮

研究への参加は任意であり、仮に苦痛等を感じた場合にはいつでも研究から離脱することが可能です。途中で離脱した場合にも不利益を受けることはありません。

⑧研究責任者

氏名:白澤 政和

所属:桜美林大学 自然科学系 教授

⑨説明者(研究の実施担当者)

氏名:_____

所属:_____

⑫同意

私は、説明を受けて本研究の趣旨を理解し、モデル研修の(アドバイザー・受講者)として参加することに同意します。また、モデル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

[様式 4:利用者同意書]

介護支援専門員に対する実習形式のモデル研修 説明同意文書（利用者の方用）

①目的

日本ケアマネジメント学会により平成 20 年度から研究されている「スーパービジョンのあり方に関する研究」では、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数地域で試行し、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研修内容

モデル研修では、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、新任者や研修機会等の少ない介護支援専門員の受講者に対し、2 日間程度の個別実習を実施いたします。

個別実習では、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

モデル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研究結果の公表

モデル研修の検証結果については、報告書として公表し、さらに学会発表や論文として公表を予定しています。なお、公表の際には、アドバイザーや受講者となる介護支援専門員や利用者(あなた)について個人が特定される状態で公表されることはありません。

⑤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、本モデル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していただきます。

⑥その他の倫理的配慮

本モデル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。

⑦研究責任者

氏名:白澤 政和

所属:桜美林大学 自然科学系 教授

⑧研究の実施担当者

氏名:_____

所属:_____

⑨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:_____

⑩モデル研修時に同行する介護支援専門員

氏名:_____

所属:_____

⑪同意

私は、説明を受けて本モデル研修の趣旨を理解し、個別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)

氏名:

[様式 5: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

※「介護支援専門員に対する実習形式のモデル研修」説明同意書文書（利用者の方用）
の利用者への説明が済み、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、可能なかぎり
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。

[緊急の連絡先]

(事務局)

電話：●●-●●●-●●●●、FAX：●●-●●●-●●●●

(研究の実施担当者氏名) (介護支援専門員のスーパービジョン実践としての地域における OJT
の実践に関する研究委員会、所属)

携帯：●●-●●●-●●●●

[様式 6:アセスメント確認用紙]

アセスメント確認用紙				
受講者氏名: _____		アドバイザー氏名: _____		
【利用者情報】 性別 : 男性・女性 年齢: 才 障害高齢者の日常生活自立度: 自立・J1・J2・A1・A2・B2・C1・C2 認知症高齢者の日常生活自立度: I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M 介護度: 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
	① 利用者の 状況把握	② 課題の 抽出	③メモ	
01 生活状況			【記入要領】 ① 利用者の状況把握:アセスメント用紙や支援経過に利用者の状況に関する記述があれば☑を記入する。 ② 課題の抽出:居宅サービス計画から利用者の課題を抽出しているかを確認し、記述があれば☑を記入する。 ③ メモ:利用者の状況が記載されていない場合や課題が適切に抽出されていないと思われた場合等、面談での確認ポイントや受講生に対する助言等があれば記入する。 ④ 演習では①～③を参考に、アセスメントとケアプラン、担当者会議録、支援経過から、連携状況を確認する。気付いたことを追記する。	
① 家族構成・介護者の状況				
② 生活歴				
③ 経済状況				
02 主訴				
① 利用者の主訴				
② 家族の主訴				
03 健康状態・受診状況				
① 既往歴・現病歴・症状				
② 主治医の意見書				
③ 服薬状況				
④ 口腔・嚥下/褥瘡・皮膚				
04 認知症			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 認知症状 徘徊、暴言等の BPSD(行動)				
05 ADL				
① 移動				
② 入浴				
③ 食事摂取				
④ 排尿・排便				
06 IADL				
① 家事(調理・掃除・選択)				
② 買い物・金銭管理				
07 コミュニケーション			⑤ サービス内容、地域との連携について	
① 意思の疎通				
② 周囲との関わり・社会参加				
08 居住環境				
① 室内環境・立地環境				
09 特別な状況				
① 虐待				
② ターミナルケア				
				⑥ その他

[様式 6:アセスメント確認用紙(確認の考え方)]

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)、咽喉・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、利用者本人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	居室内の移動手段、居室外・屋外の移動手段、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・満ちる(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くか。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。

[様式 7:目標設定用紙]

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		<ul style="list-style-type: none"> ・ 講義：アセスメント確認の目的と必要性 ・ 演習：アセスメント確認（提出ケースについて） 	
個別実習 1		<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	
個別実習 2		<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	
個別実習 3		<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	
個別実習 4		<ul style="list-style-type: none"> ・ 受講者の担当利用者のモニタリング場面への同行 	
最終日全体研修		<ul style="list-style-type: none"> ・ プレゼンテーション ・ 振り返り 	

※個別実習 1～4の順番は自由です。都合のついた順番でかまいません。

[様式 8: 当日記録]

【①初日全体研修】

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属 _____

氏名 _____

今日の目標 (目標設定用紙を参考に)		今日体験したこと	
1日終えた後の自己評価／気持ち		今日体験できず今後体験したいこと	
今日の気付き／学び		自由活用メモ	
実地アドバイザーメッセージ			
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 _____	

© 鈴木敏恵. 「ポートフォリオとプロジェクト学習」(医学書院, 2010) をもとに改変

[様式 8: 当日記録]

【②担当者会議 (アドバイザーケース)】

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属 _____

氏名 _____

今日の目標 (目標設定用紙を参考に)	今日体験したこと
1日終えた後の自己評価／気持ち	今日体験できず今後体験したいこと
今日の気付き／学び	自由活用メモ
実地アドバイザーメッセージ	
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 _____	

© 鈴木敏恵. 「ポートフォリオとプロジェクト学習」(医学書院, 2010) をもとに改変

[様式 8: 当日記録]

【③担当者会議（受講者ケース）】

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属 _____

氏名 _____

今日の目標（目標設定用紙を参考に）		今日体験したこと	
1日終わった後の自己評価／気持ち		今日体験できず今後体験したいこと	
今日の気づき／学び		自由活用メモ	
実地アドバイザーメッセージ			
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 _____	

© 鈴木敏恵. 「ポートフォリオとプロジェクト学習」(医学書院, 2010) をもとに改変

[様式 8: 当日記録]

【④モニタリング (アドバイザーケース)】 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属 _____

氏名 _____

今日の目標 (目標設定用紙を参考に)	今日体験したこと
1日終わった後の自己評価／気持ち	今日体験できず今後体験したいこと
今日の気付き／学び	自由活用メモ
実地アドバイザーメッセージ	
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 _____

© 鈴木敏恵. 「ポートフォリオとプロジェクト学習」(医学書院, 2010) をもとに改変

[様式 8: 当日記録]

【⑤モニタリング（受講者ケース）】

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属 _____

氏名 _____

今日の目標（目標設定用紙を参考に）	今日体験したこと
1日終わった後の自己評価／気持ち	今日体験できず今後体験したいこと
今日の気付き／学び	自由活用メモ
実地アドバイザーメッセージ	
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 _____	

© 鈴木敏恵. 「ポートフォリオとプロジェクト学習」(医学書院, 2010) をもとに改変

[様式 9: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 _____

© 鈴木敏恵. 「ポートフォリオとプロジェクト学習」(医学書院, 2010) をもとに改変

2.3 アドバイザー向けマニュアル(アドバイザーの手引き)

平成 24 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」

介護支援専門員を対象とした 短期実習プログラム アドバイザーの手引き

Ver 1.0

2012 年 10 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

1. アドバイザーとしての研修の目的.....	2
2. アドバイザーの心構え.....	4
3. アドバイザーの目標.....	5
4. [事前準備]アドバイザーの研修目標設定.....	6
5. [事前準備]アセスメント確認の準備.....	7
6. [初日全体研修]研修目標設定.....	14
7. [初日全体研修]アセスメント確認.....	15
8. [個別実習]担当者会議、モニタリングへの同行.....	17
9. [最終日全体研修]プレゼンテーションへの支援.....	17
10. 振り返り.....	18
10.1. 当日記録.....	18
10.2. 最終日の振り返り.....	18
(参考) アドバイザーの気づきと助言内容の例.....	19
11. 実施内容のフロー.....	22
資料集	23
[様式1：アドバイザー目標設定用紙].....	1
[様式2：アドバイザー助言記録].....	2
[様式3：アドバイザー振り返り用紙].....	5

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、自らのケアマネジメント技術の向上とともに、一般のケアマネジャーに対してケアマネジメント技術を教える力の向上の両面が求められます（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、ニーズやストレンク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。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。

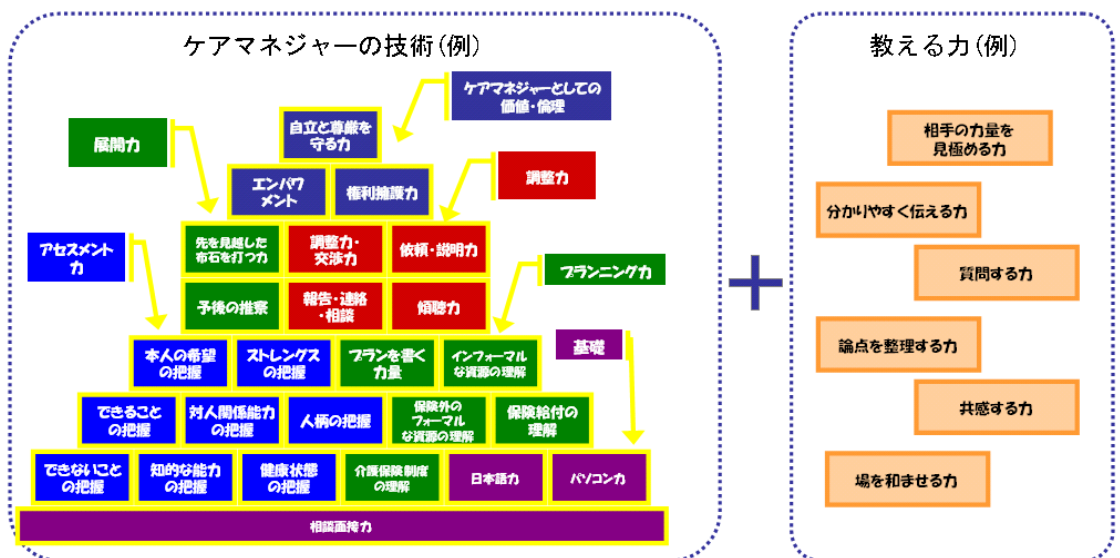


図 1 主任介護支援専門員に求められる力

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)>

- ⑬ 実習形式(Inter-ning)：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。
- ⑭ 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。
- ⑮ 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。
- ⑯ 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る。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。

アドバイザーの心構え

研修テキストには、以下の5点のアドバイザーの基本的態度を示しています。

- ・ 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、アドバイザーを実施する過程で、次のようなことが生じている場合には、一時的に中断し、地域リーダ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、アドバイスをを行う。
- 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。

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、自らのケアマネジメントへの気づきを得ます。

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援助するか、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アマネジメントを捉えているか、受講者にどうしたら視野を広げ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困難とは言えない事例も考えられます。認知症の BPSD の対応が困難と受講者が考える事例が、実は本人や家族は困難と思っていない場合があります。よく本人や家族とコミュニケーションを取っていれば困難事例で無くなるかもしれません。

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。アセスメント確認を通じ、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、開かれた質問によりじっくりと引き出していきましょう。特に、受講者のケアマネジメントの良いところ、強い部分をまず探します。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。

[事前準備]アドバイザーの研修目標設定

【目的】

アドバイザー自身が、受講者との研修を通じて、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、演習では、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 研修の目的を確認します。

- この実習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。

【提出資料】

- [様式7：目標設定用紙]

[事前準備]アセスメント確認の準備

【目的】

アドバイザーは受講者のケアマネジメント力について、事前に把握し、指導のポイントを明確にしておきます。

【方法】

アドバイザー説明会時、アドバイザーは運営事務局からペアとなる受講者のケアプラン等の資料を受け取ります。

アドバイザーはアセスメント確認用紙（研修テキスト [様式 6]）を活用しながら分析し、受講者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。

- 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。

【進め方】

- 研修テキスト「7.ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方」を復習します。
- 研修テキスト [様式 6：アセスメント確認用紙] に記入しながら、アセスメント確認をします。

【使用資料】

- 受講者提出ケース
- [様式 6：アセスメント確認用紙] ※研修テキストに掲載しています

[アセスメント確認用紙イメージ (研修テキスト 様式6)]

アセスメント確認用紙			
受講者氏名: _____		アドバイザー氏名: _____	
【利用者情報】 性別: 男性・女性 年齢: _____ 才 障害高齢者の日常生活自立度: 自立・J1・J2・A1・A2・B2・C1・C2 認知症高齢者の日常生活自立度: I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M 介護度: 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
	① 利用者の 状況把握	② 課題の 抽出	③メモ
01 生活状況			
① 家族構成・介護者の状況			
② 生活歴			
③ 経済状況			
02 主訴			
① 利用者の主訴			
② 家族の主訴			
03 健康状態・受診状況			
① 既往歴・現病歴・症状			
② 主治医の意見書			
③ 服薬状況			
④ 口腔・嚥下/褥瘡・皮膚			
04 認知症			
① 認知症状 徘徊・暴言等の BPSD(行動)			
05 ADL			
① 移動			
② 入浴			
③ 食事摂取			
④ 排尿・排便			
06 IADL			
① 家事(調理・掃除・選択)			
② 買い物・金銭管理			
07 コミュニケーション			
① 意思の疎通			
② 周囲との関わり・社会参加			
08 居住環境			
① 室内環境・立地環境			
09 特別な状況			
① 虐待			
② ターミナルケア			
【記入要領】			
① 利用者の状況把握:アセスメント用紙や支援経過に利用者の状況に関する記述があれば☑を記入する。			
② 課題の抽出:居宅サービス計画から利用者の課題を抽出しているかを確認し、記述があれば☑を記入する。			
③ メモ:利用者の状況が記載されていない場合や課題が適切に抽出されていないと思われた場合等、面談での確認ポイントや受講生に対する助言等があれば記入する。			
④ 演習では①～③を参考に、アセスメントとケアプラン、担当者会議録、支援経過から、連携状況を確認する。 気付いたことを追記する。			
④ アセスメント、ニーズ、目標、サービスのつながりについて			
⑤ サービス内容、地域との連携について			
⑥ その他			

<アセスメント確認用紙 記入の仕方>

(1)利用者の状況把握

(目的)

- ・利用者の状況把握に関する記入漏れがないかを確認します。

(方法)

- ・受講者から提出されたアセスメント用紙に、生活状況や主訴、健康状態等、各項目に関して、確認ポイントの考え方を参考にしながら、当該項目の記入があれば✓をつけます。

(2)課題の抽出

(目的)

- ・現状から問題を認識しながらニーズとしてとらえていないかを確認します。
- ・アセスメントで課題として認識していないにも関わらずニーズ化されていないか確認します。
- ・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かチェックします。
- ・現状の危険性を踏まえて、緊急度まで考慮した支援を行えているか確認します。

(方法)

- ・受講者から提出されたアセスメントシートに、各項目に関する課題や要因、危険性について記述されていたらチェック (✓) をつけます。

(3)メモ

(目的)

- ・利用者の状況やニーズが的確に捉えられているかを確認します。

(方法)

- ・前述 (1)、(2) のチェックから、利用者の状況のとらえ方や課題の適切さ、およびアセスメントからニーズへの連続性を確認、気付いた点を記入し、面談で確認します。

(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

(目的)

- ・課題をニーズ化した理由とサービス決定の根拠となる目標設定がなされているか、サービス選択が目標を達成するために効果的な内容かを確認します。

(方法)

- ・前述 (1)、(2)、(3) およびケアプランから根拠性を確認します。

(5)サービス内容、地域との連携について

(目的)

- ・地域の社会資源のなかから適切なサービスに連携しているか確認します。
- ・担当ケースの主治医や地域包括支援センターなどの地域資源を必要に応じて適切に連携しているかを確認します。

(方法)

- ・ケアプランや担当者会議録、支援経過から、連携状況を確認します。

(6)その他

- ・気付いたことをメモします。

【アセスメント確認用紙記入の実際例】

研修テキスト「9 アセスメント確認」に掲載しているアセスメント確認用紙の記入例および提出事例の例からチェックの仕方を見てください（次ページの参照）。

<主訴の場合>

- アセスメント用紙の「相談内容」の欄に、利用者の主訴、家族の主訴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1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」に利用者の主訴、家族の主訴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。

<認知症の場合>

- 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）」には認知症状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。

<主訴の場合>

アセスメント用紙

フェースシート

本人氏名 A S L 性別 男 年齢 72 年 月 日 生れ (72歳)

住所 〒 東京都 区 丁目 番 号

電話番号 〇三三 〇〇〇〇 〇〇〇〇

担当 〇〇〇〇 〇〇〇〇

アセスメント実施日 平成23年 月 日

アセスメント実施者 〇〇〇〇 〇〇〇〇

このフェースシートは、本人・家族の状況を把握し、その後のケアプラン作成に活用するためのツールです。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

記載あり

ケアプラン

居宅サービス計画書 (1)

作成年月日 平成23年10月23日

利用者氏名 A 氏 性別 男 年齢 72 年 月 日 生れ

住所 〒 東京都 区 丁目 番 号

電話番号 〇三三 〇〇〇〇 〇〇〇〇

担当 〇〇〇〇 〇〇〇〇

アセスメント実施日 平成23年 月 日

アセスメント実施者 〇〇〇〇 〇〇〇〇

この計画書は、本人・家族の状況を把握し、その後のケアプラン作成に活用するためのツールです。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

記載あり

アセスメント確認用紙

02 主訴	① 利用者の状況把握	② 課題の抽出	③ メモ
① 利用者の主訴	✓	✓	Aさんの認知症状からみて、主訴として記載されていることは本人の言葉？ 思い？ もしくはケアマネがそう感じたことでは？ → 確認する。
② 家族の主訴	✓	✓	夫は在宅介護の限界をどのくらいと考えているのか？

<認知症の場合>

アセスメント用紙

6-0 認知機能

31 意思の伝達 1 2 3 4

32 毎日の生活を理解する 1 2 3 4

33 生活リズムや行動を覚える 1 2 3 4

34 距離感の把握 1 2 3 4

35 自分の名前を覚える 1 2 3 4

36 今の季節を理解する 1 2 3 4

37 自分がいる場所を理解する 1 2 3 4

38 名前 1 2 3 4

39 外出すると戻れない (迷子) 1 2 3 4

310 介護者の発言への反応 1 2 3 4

6-1 生活機能・行動改善

41 食事摂取(量)を減らしたくない 1 2 3 4

42 作業をする 1 2 3 4

43 連絡が不安定になる 1 2 3 4

44 自身の運転 1 2 3 4

45 しのぎを覚える 1 2 3 4

46 犬を飼育する 1 2 3 4

47 介護に感謝する 1 2 3 4

48 重労働が辛い(家事にのみ) 1 2 3 4

49 外出したがり目が増える 1 2 3 4

410 物忘れがある、記憶が定かでない 1 2 3 4

411 物忘れ、記憶を強く 1 2 3 4

412 ひびき返す 1 2 3 4

413 乗り物や乗り具 1 2 3 4

414 自分勝手な行動 1 2 3 4

415 誰かとの争い、争論に巻き込まれる 1 2 3 4

416 幻視・幻聴 1 2 3 4

417 暑さ・寒さ 1 2 3 4

418 目的なく行動する 1 2 3 4

419 犬の散歩・管理 1 2 3 4

420 不潔行為 1 2 3 4

421 異常行動 1 2 3 4

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

記載あり

ケアプラン

居宅サービス計画書 (2)

作成年月日 平成23年10月23日

利用者氏名 A 氏 性別 男 年齢 72 年 月 日 生れ

住所 〒 東京都 区 丁目 番 号

電話番号 〇三三 〇〇〇〇 〇〇〇〇

担当 〇〇〇〇 〇〇〇〇

アセスメント実施日 平成23年 月 日

アセスメント実施者 〇〇〇〇 〇〇〇〇

この計画書は、本人・家族の状況を把握し、その後のケアプラン作成に活用するためのツールです。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

※記載事項は、本人・家族の自己申告によるものとします。

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)	✓		認知症状から日常生活に起きていると思われる課題が確認できない。支援経過からはAさんとの会話が少ないように思われる。

※研修テキスト「アセスメント確認ポイントの考え方」から転載

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	居室内の移動手段、居室外・屋外の移動手段、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・るいそう（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	I ADL		
	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	買うものを考える（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くか。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。

[初日全体研修]研修目標設定

【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？
- 次項のアセスメント確認を進めながら、学びたい内容、学ぶべき内容を絞り込みます。

[初日全体研修]アセスメント確認

【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。

<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。

研修テキストに記載されている以下の観点を参考にアドバイスをします。

- アセスメントからニーズ把握、サービス計画へのケアマネジメントプロセスを踏んでいるか
- アセスメントができているか
- 利用者や家族の悩み、要望を聴くことができているか
- 利用者を身体、心理、社会的存在として捉えているか
- 主訴の背景に何があるのか
- ニーズの根拠がどこにあるか
- 単に困っていることの羅列となっていないか

- ・ ニーズの背景を捉えているか
- ・ 課題抽出されている項目と利用者の状況把握が整合しているか利用者の状況から推測される潜在化しているニーズがないか
- ・ 普段どのように生活をしているか、24時間の過ごし方を把握できているか
- ・ 在宅で安全に生活ができる、等の漠然とした表現になっていないか。利用者本人にとっての安全とは何か、アセスメントを通じて考えられているか。
- ・ 利用者の自立支援に対してどのように考えているか
- ・ 利用者がどのような暮らしを望んでいるか
- ・ 目標とする生活のイメージの合意を取れているか
- ・ 困っていること、できないことをどうすることで、利用者の自立支援や生活の質の変化にどのように影響するかの視点があるか
- ・ 妥当な目標・サービスとなっているか
- ・ ニーズは介護サービスを利用する目的となっているか
- ・ 目標は達成可能で具体的な表記となっているか
- ・ 担当者会議の必要性、開催タイミング、運営が理解できているか
- ・ チームマネジメントの視点が理解できているか
- ・ 地域のサービス、社会資源の利用ができていないか
- ・ モニタリングの機能の理解ができていないか

<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しないようにします。
 - ▶ 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れます。
- ・ 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。

[個別実習]担当者会議、モニタリングへの同行

【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げることで、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。

[最終日全体研修]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。アドバイザーは受講生の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。研修テキストに記載されたプレゼンテーション資料例も参考にするとよいでしょう。

【進め方】

- アドバイザーは、ペアの受講者が学んだポイントをまとめることを支援（助言）します。
- 最終日全体研修では、ペアの受講者のプレゼンテーションに対して、コメントを述べます。

振り返り

当日記録

- アドバイザーは、受講者の当日記録にメッセージを記入し、受講者に気づいた点（進め方、質問・記録のあり方等）を伝えます。
- 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助言記録を記入します。
 - アドバイザー説明会終了時
 - 初日全体研修時
 - 個別実習時

【作成資料】

- [様式 2 : アドバイザー助言記録]
 - ①アドバイザー説明会
 - ②初日全体研修
 - ③個別実習

※個別実習分については作成した資料を各自保管し、最終日全体研修に持参します。

最終日の振り返り

- 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。

【提出資料】

- [様式 2 : アドバイザー助言記録]
 - ①アドバイザー説明会
 - ②初日全体研修
 - ③個別実習
- [様式 3 : アドバイザー振り返り用紙]

(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	<p>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ないというところ、あと一歩というところが見られた。</p> <p>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。</p>
問いかけ・視点	<p>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。</p>
利用者への遠慮	<p>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。</p>
アセスメントやプランの記載不足	<p>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繋がっていないところが見受けられた。</p>
プランのマンネリ化	<p>前任者から引き継いだケースで色々とトラブルがあり、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。</p>
医療系の苦手意識	<p>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 としてのお願い・質問を遠慮してしまっている様な気がする。</p>

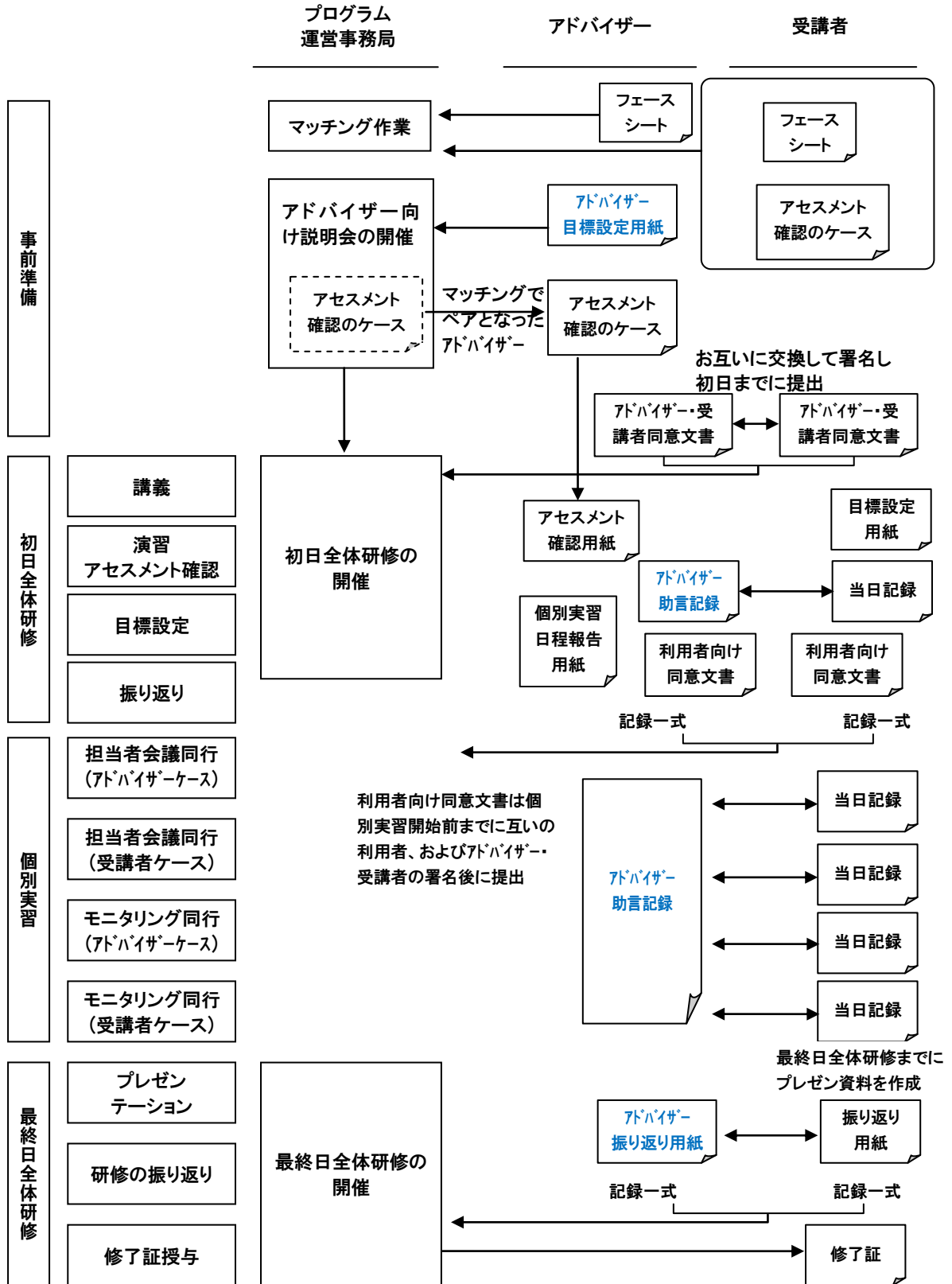
<助言内容の例>

ケアマネ業務の基礎	
	<p>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。</p>
アセスメント・モニタリング手法	
利用者との信頼関係	<p>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いうことを話した。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

	<p>利用者把握の視点</p> <p>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。</p> <p>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話した。</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ため、本人に向き合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、在宅とはどういふことか、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。</p>

	<p>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ところ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、活用するということは難しいので、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ため、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>

実施内容のフロー



※青字 (アドバイザー向け) 以外の帳票は、別冊「研修テキスト」をご参照ください。



資料集

～アドバイザー向け～

[様式 1:アドバイザー目標設定用紙]

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		<ul style="list-style-type: none"> ・ 講義：アセスメント確認の目的と必要性 ・ 演習：アセスメント確認（提出ケースについて） 	
個別実習1		<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	
個別実習2		<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	
個別実習3		<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	
個別実習4		<ul style="list-style-type: none"> ・ 受講者の担当利用者のモニタリング場面への同行 	
最終日全体研修		<ul style="list-style-type: none"> ・ プレゼンテーション ・ 振り返り 	

※個別実習1～4の順番は自由です。都合のついた順番でかまいません。

[様式 2:アドバイザー助言記録]

【①アドバイザー説明会】

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属 _____

氏名 _____

今日の目標 (目標設定用紙を参考に)	今日体験したこと
1日終えた後の自己評価／気持ち	今日体験できず今後体験したいこと
今日の気付き／学び	自由活用メモ

© 鈴木敏恵. 「ポートフォリオとプロジェクト学習」(医学書院, 2010) をもとに改変

[様式 2:アドバイザー助言記録]

【②初日全体研修】

平成 年 月 日

所属 _____

氏名 _____

今日の目標 (目標設定用紙を参考に)	今日体験・助言したこと
1日終えた後の自己評価／気持ち	今日体験・助言できず今後したいこと
今日の気付き／学び	自由活用メモ

© 鈴木敏恵. 「ポートフォリオとプロジェクト学習」(医学書院, 2010) をもとに改変

[様式 2:アドバイザー助言記録]

【③個別実習】

所属 _____

氏名 _____

個別実習当日にそれぞれ記入してください。

日時	目標 (目標設定用紙参考)	体験・助言したこと	今日の気づき／学び
① 担当学会議 (アドバイザーケース) 月 日 : ~ :			
② 担当学会議 (受講者ケース) 月 日 : ~ :			
③ モニタリング (アドバイザーケース) 月 日 : ~ :			
④ モニタリング (受講者ケース) 月 日 : ~ :			

© 鈴木敏恵. 「ポートフォリオとプロジェクト学習」(医学書院, 2010) をもとに改変

[様式 3:アドバイザー振り返り用紙]

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)

© 鈴木敏恵. 「ポートフォリオとプロジェクト学習」(医学書院, 2010) をもとに改変

この事業は平成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分) により実施したものです。

「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 25 年(2013 年)3 月発行

発行 一般社団法人 日本ケアマネジメント学会
理事長 橋本 泰子

〒160-0003 東京都新宿区本塩町12
四谷ニューマンション206号

1. TEL 03-5919-2245(代表) FAX 03-5919-2246

不許複製