

資料集

I 様式

様式名	本文関連頁	提出時期
1-1 フェースシート	9	申込時提出
1-2 説明同意文書		初日研修までに提出
2 利用者同意書		実地研修開始までに提出
3-1 アセスメント確認用紙	10,21-23,31	事前研修当日持参
3-2 サービス担当者会議評価ツール	24-27,36-37	最終日全体研修終了後提出
3-3 同行訪問モニタリングツール	28-29,37-38	
4 目標設定用紙	30	
5 振り返り用紙	39	

II 参考資料

1. Aさん事例（架空事例）に基づくアセスメント確認用紙記入例
2. Aさん事例（架空事例）に基づくサービス担当者会議評価ツール記入例
3. Aさん事例（架空事例）に基づく同行訪問モニタリングツール記入例
4. Aさん事例アセスメントシートとケアプラン（第一表、第二表、第三表）
5. ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方

[様式 1-1:フェースシート(アドバイザー用)]

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
所属事業所		所属事業所の従業員 数 (いずれかに○)	1. 1人 2. 2人 3. 3人以上
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 1-2:説明同意文書(アドバイザー用)]

「地域同行型実地研修」説明同意文書(アドバイザー用)

①目的

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

②日程

日程	実施内容	詳細	場所	時間
60日前	募集・受付	<ul style="list-style-type: none"> 実習協力施設を募集。 実習協力施設からアドバイザー候補の推薦を受けて決定。 受講者の募集を開始し、申し込みを受け付ける。 	—	—
30日前	受講案内と事例提出	<ul style="list-style-type: none"> アドバイザー・受講者に研修資料を配布。 アドバイザーはフェースシートを運営事務局に提出。 受講者はフェースシートと困っているケース1事例の記録(個人情報削除済み;2部)を運営事務局に提出。 運営事務局はフェースシートをもとに、アドバイザーと受講者のペアを作成。 	—	—
	アドバイザー事前研修	<ul style="list-style-type: none"> アドバイザーを対象に事前研修を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有する。 アドバイザーはペアとなる受講者の事例を受け取る。 	研修会場	4
	研修準備	<ul style="list-style-type: none"> アドバイザーは、初日までに受講者提出ケースのアセスメント確認を行う。 受講者はテキストを読み、研修内容を理解する。 	—	—
開始	初日 全体研修	<ul style="list-style-type: none"> プログラム趣旨説明 講義:アセスメント確認の目的と必要性 演習:提出ケースを用いたアセスメント確認 研修目標設定:「目標設定用紙」を使用してアドバイザーと相談しながら目標を設定し、個別実習の日程調整を行う。 	研修会場	3
約2～3ヶ月	個別実習1	<ul style="list-style-type: none"> ※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行う。 アドバイザー担当ケース同行 1:担当者会議の運営とその記録 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 	実習協力施設	3
	個別実習2			3

	個別実習 3	た事例が望ましい) • 受講者担当ケース同行 1: 担当者会議の運営とその記録(必ずしも提出事例でなくてよい)	受講者 所属事業所	3
	個別実習 4	• 受講者担当ケース同行 2: モニタリングとその後の関係機関調整(提出事例)		3
最終日	最終日 全体研修	• プレゼンテーション: 各受講者が期間中に扱った 1 事例を選び、A3 用紙又は模造紙に研修で得た気付きや学びをまとめて発表し、質疑応答を行う。 • 振り返り: 各受講者の研修での体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有する。 • 修了証授与	研修会場	4

③研修期間: 3~4ヶ月程度

④個人情報保護への対応とデータの保管について

あなたのお名前、所属先住所、電話番号等の個人情報は、郵送物の郵送等、研修の実施のために必要な範囲で使用するとともに、研修修了者名簿として管理します。この情報は、本研修に関連する連絡の他、あなたが主任介護支援専門員の資格を更新する際に参照する目的で使用させていただきます。

また、研修中、アドバイザーまたは受講者の方が担当する利用者宅に同行訪問をする場合等、当該利用者の個人情報に接する可能性があります。そこで知り得た情報について口外しないことをお約束いただきます。

⑤同意

私は、説明を受けて本研修の趣旨を理解し、アドバイザーとして参加することに同意します。また、研修を通じて知り得た利用者等に関する情報は、研修以外での使用、公表をしないことを約束します。研修後に行う最終報告会に提出する資料等にも、個人が特定されるようなことは記載しません。

ご氏名: _____

ご所属: _____

日付: (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

[様式2:利用者同意書]

地域同行型実地研修
説明同意文書（利用者の方用）

①目的

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

②研修内容

本研修では、初日および最終日に2日間程度の全体での座学研修を行う他、地域の主任介護支援専門員がアドバイザーとして、研修機会等の少ない介護支援専門員の受講者に対し、2日間程度の個別同行実習を実施いたします。

個別同行実習では、受講者およびアドバイザーの介護支援専門員それぞれが、担当する利用者宅(あなたのお宅)への同行訪問等を行うことを予定しており、個別同行実習に先だって、当該利用者に関する居宅サービス計画書(ケアプラン)等の書類を、匿名化した上で共有する予定です。

③期間

全体期間：平成●年●月～●カ月程度

研修期間中に利用者宅(あなたのお宅)に同行する回数：1回ないし2回

④個人情報保護への対応

同行訪問等の場面では、研修のアドバイザーや受講者が、利用者(あなた)の個人情報に接する可能性があります。個別実習を通じて知り得た情報は、本研修以外の目的での利用、公表はしないことを書面にて約束いたします。

⑥その他の倫理的配慮

本研修にご協力いただくことは任意であり、仮に苦痛等を感じた場合にはいつでも協力をとりやめることが可能です。途中で協力をとりやめた場合にも何ら不利益を受けることはありません。

⑦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個別同行実習時に同行する介護支援専門員

氏名: _____

所属: _____

⑪同意

私は、説明を受けて本研修の趣旨を理解し、個別同行実習での同行訪問等に同意します。

ご氏名: _____

ご本人による署名が難しい場合の代筆者(ご家族)

氏名: _____

3)アドバイザーテキスト

[様式 3-1: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	【記入要領】
01 生活状況				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				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 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				
認知症状 ① 徘徊、暴言等のBPSD(行動)				
05 ADL				⑤ サービス内容、地域との連携について
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				⑥ その他
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				

[様式 3-1：アセスメント確認用紙（確認の考え方）]（1/2）

アセスメント確認用紙（確認の考え方）	
01 生活状況	
① 家族構成・介護者の状況	利用者を含む家族等の年齢・性別・同居などの把握ができていないか。 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ないか。
③ 経済状況	介護費用に使える金額、年金の種類の把握ができていないか。
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	残菌の状況、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）がある場合、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。 失禁がある場合、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）	献立を考へること、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	買うものを考へる（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3-1: アセスメント確認用紙(確認の考え方)](2/2)

④ アセスメント、ニーズ、目標、サービスのつながりについて	
① アセスメントからニーズ把握、サービス計画へのケアマネジメントプロセスを踏んでいるか	
② アセスメント	<p>主訴の背景に何があるのか、洞察できているか。</p> <p>左記のチェック項目を踏まえた上で、利用者を理解できているか。</p>
③ ニーズの把握	<p>単に困っていることを羅列するだけでなく、ニーズの背景を捉えているか。</p> <p>課題抽出されている項目と利用者の状況把握が整合しているか。</p> <p>普段どのように生活をしているか。24時間の過ごし方を把握できているか。</p> <p>在宅で安全に生活ができる、等の漠然とした表現になっていないか。</p> <p>利用者本人にとっての安全とは何か、アセスメントを通じて考えられているか。</p>
④ 目標設定	<p>利用者がどのような暮らしを望んでいるか。</p> <p>目標とする生活のイメージの合意を取れているか。</p> <p>目標は達成可能で具体的な表記となっているか。</p> <p>困っていること、できないことへの対応で、利用者の自立支援や生活の質にどのように影響するか、の視点があるか。</p> <p>利用者の意向を「困りごとを解決してほしい」と捉えるのではなく、困りごとを解決して、生活しようという意欲を引き出すことができているか。</p> <p>「家族の意向>利用者の意向」となっていないか。</p>
⑤ サービス内容、地域との連携について	
① サービス計画	<p>ニーズは介護サービスを利用する目的となっているか。</p> <p>サービスを導入することが目的ではなく、それぞれのサービス導入が何を意図しているのかを明確に意識できているか。</p> <p>その意識に基づいたケアプランになっているか。</p> <p>軽度利用者認知症高齢者の支援内容やサービス内容が画一化されていないか。</p> <p>例えば: 夜間土日のサービスの必要性について目を配っているか。</p> <p>導入されたサービスの必要性について、根拠を明確にできているか。</p> <p>ニーズと社会資源(フォーマル、インフォーマルともに)の結び付けの整合性が取れているか。</p>
② チームマネジメント	<p>ケアプランに位置付けられた各種の社会資源が共通して目指す目標が明確になっているか(ケース支援の目標)</p> <p>その上で、ケアプランに位置付けられた各種の社会資源の役割分担が明確になっているか。</p> <p>ケアプランの中でこれらが明記されているか。</p>
⑥ その他	

[様式 3-2: サービス担当者会議評価ツール(アドバイザー用)]

サービス担当者会議評価ツール (アドバイザー用) (1/2)						
①実施前重点目標: 受講者に特に意識してもらいたい項目にチェックします。 ②目標: 具体的な達成目標を書きます。 ③実施後評価: 演習実施後、特に達成の大きかった項目や課題を感じる項目にチェックをします。 ④評価: 評価の内容を具体的に書きます。		受講者氏名 _____		アドバイザー氏名: _____		
		①アドバイザーケース				実施日
		①実施前重点目標	②目標	③実施後評価	④評価	/
I 準備						
① 開催のタイミング	<input type="checkbox"/> 新規のケアプラン <input type="checkbox"/> 更新時 <input type="checkbox"/> サービスの追加・変更 <input type="checkbox"/> 課題解決 <input type="checkbox"/> その他()					
② 開催の周知	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 参加者の選択	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
④ 主治医への参加案内	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
④ 資料配布	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑤ 本人・家族への配慮	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑥ 欠席者の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑦ 当日準備	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
II: 開催場面						
① 時間の統制	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 開会時	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ アセスメント・ケアプランの説明	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
④ 議論の目的	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑤ 議論のリード	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑥ 議論: サービス事業所	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑦ 議論: 本人・家族への配慮	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑧ 議論のまとめ方	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑨ 閉会時の連絡事項	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑩ 守秘義務の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
III 議事録						
① 議事録	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
その他メモ 						

参考資料3. 各種マニュアル
3)アドバイザーテキスト

[様式 3-3: 同行訪問モニタリングツール(アドバイザー用)]

同行訪問モニタリングツール (アドバイザー用) (1/2)					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ①実施前重点目標: 受講者に特に意識してもらいたい項目にチェックします。 ②目標: 具体的な達成目標を書きます。 ③実施後評価: 演習実施後、特に達成の大きかった項目や課題を感じる項目にチェックをします。 ④評価: 評価の内容を具体的に書きます。 </div>	受講者氏名	アドバイザー氏名:			
	①アドバイザーケース				実施日
	実施前重点目標	助言メモ(特に着目したい点)	実施後評価	助言メモ(特に変化のみられた点)	/
I 準備場面					
① 日程の調整	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 事前情報の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ 目的の明確化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
II 現場					
01 利用者からの聞き取り					
① 生活状況の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 体調の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ 介護力の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
④ 権利擁護の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
02 ケアプランの実行状況					
① 実行状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 利用状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ 利用状況の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
03 サービスの提供					
① 実施状況	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 満足度の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ 苦情(不満)の有無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
04 課題解決の可能性					
① 短期目標の到達度	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 長期目標の到達度	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ ニーズの変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
05 ケアプラン変更の必要性					
① 再アセスメントの必要性	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 生活環境	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ 介護力の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
④ サービス内容	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
III 実施後					
01 モニタリング結果の連携					
① サービス事業者	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 主治医	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ その他	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
④ サービス担当者会議開催の必要性	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
⑤ 他機関との協働	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
02 記録					
① 記載内容	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
IV 振り返り					
① 目的通りにできたか	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 自らの課題は何か	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ 今後のあり方	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
その他メモ					

参考資料3. 各種マニュアル

3)アドバイザーテキスト

[様式3-3：同行訪問モニタリングツール（評価の視点・方法）]

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

[様式 4: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	・ 講義：ケアマネジメント業務の 考え方と研修の進め方 ・ 演習：アセスメント確認（提出 ケースについて）	
個別実習	（アドバイザー担当ケース） サービス担当者会議同行	
個別実習	（受講者担当ケース） サービス担当者会議同行	
個別実習	（アドバイザー担当ケース） モニタリング場面同行	
個別実習	（受講者担当ケース） モニタリング場面同行	
最終日全 体研修	・ プレゼンテーション ・ 振り返り	

※個別実習の順序は自由です。都合のついた順番でかまいません。

[様式 3-2 : サービス担当者会議評価ツール (評価の視点・方法)]

サービス担当者会議評価ツール (評価の視点・方法)	
01 準備場面	
① 開催のタイミング	会議の目的と開催のタイミングによって、必要な準備事項が変わってくることに留意して、以下の項目を確認する。
② 開催の周知	・周知の方法は適切か(電話・ファックス・メール・面談・その他)。 ・場所・時間・テーマなど必要事項を周知しているか。
③ 参加者の選択	・テーマによって必要なメンバーを中心に参加者を募っているか。 (本人・家族・介護サービス事業者・地域包括支援センター・地域の方、その他)
④ 主治医への参加案内	・主治医に参加案内をしているか。 ・参加困難なことが多いため、不参加の場合は、事前に面談もしくは文書による聴取を行っておくか、 看護師・MSWに代理出席していただく手配をしているか。
④ 資料配布	当日の議題(開催目的)に応じた資料を事前に送付しているか。各担当者が必要な情報を持ち寄るための意識づくりに必要。 (例: ケアプラン1~3表、利用者の状態像が分かる資料など)
⑤ 本人・家族への配慮	・掃除や茶菓の用意などは不要であることを事前に伝えているか。
⑥ 欠席者の把握	・事前に欠席者との情報交換をしておき、会議の場で欠席者の意見を伝える準備ができているか。
⑦ 当日準備	・人数分の資料の準備はできているか ・座席位置の設定をしているか(利用者家族とケアマネは近くに座り、それぞれの表情が見える場所を確保する。 できれば利用者及び家族の隣に座ることが望ましい) ・到着時間は守れたか
02 開催場面	
① 時間の統制	・開始・終了時間は守れたか。 ・開始時におおむねの終了時間を目安を述べたか。 ・時間についての協力を参加者に依頼しているか。 ・参加者の発言時間をコントロールできているか。 ・時間内に議論が終わらない場合は、他の参加者に、延長するか意見を聞いているか。
② 開会時	・開催の挨拶をしたか。 ・参加者の紹介をしたか。 1. 本人・家族を紹介する 2. サービス事業所は各自、事業者名を述べて自己紹介をする ・本日の会議の目的を述べて、全員が共有できるようにしているか。 ・ケアプランの内容について説明をしたか。
③ アセスメント・ケアプランの説明	・利用者目線で専門用語・分かりづらい言葉の言い換えをしているか。 ・利用者の表情を確認しているか。 ・言葉遣いは丁寧か。 ・説明は簡潔か。 ・内容の説明を終えたら、本人・家族に内容についての確認もしくは感想を述べてもらったか。
④ 議論の目的	・各サービス事業所の役割分担、本人・家族の役割分担は明確になったか。 ・支援チームの全体像が見えたか。
⑤ 議論のリード	・時間内に結論が出たか。 ・議論がずれたり、横道に逸れた場合はしっかり論点を戻したか。 ・一人が長く発言をしないように、また、誰もが平等に発言できるようにしているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして、本人・家族が置き去りにしていないか。 ・参加者から、サービス内容が難しい、時間がないなどの否定的な意見が多く出た場合は、会議をいったん中断して、否定的な内容についての意見を確認しているか。後日、再度検討した方がよい場合もある。
⑥ 議論: サービス事業所	・ケアプランの説明・サービスの実行において各自の役割分担が理解できるか。 ・役割を実行するための注意事項はないか、その他サービスを実行するために新たなアイデアや想いはないか、 確認はできているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りにされていないか。
⑦ 議論: 本人・家族への配慮	・利用者本人や家族が不安・不快な気持ちになることがないように進行しているか。 ・本人の思い・家族の思い(不安・負担なども含め)を発言してもらっているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りにされていないか。
⑧ 議論のまとめ方	・出てきた意見について、まとめを行っているか。 ・この支援で問題が発生した場合に、誰に連絡をするかが明確になったか。 ・残された課題や解決に至らなかった課題などを参加者に説明し、了解を得ているか。
⑨ 閉会時の連絡事項	・終了時に次回の担当者会議の開催時期などを伝えたか。 ・閉会の前に参加者にお礼を述べたか。
⑩ 守秘義務の確認	・開催時・閉会時のいずれかにおいて参加者に対し、「会議等で知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。
03 議事録	
① 議事録	・参加者・欠席者を明示しているか。サービス事業所の参加者からは名刺をもらっておくとよい。 ・議題・検討した内容を簡潔に書いているか。 ・結論はわかりやすいか。(検討内容について、どのように支援をしていくのか、対応方法などの決定事項を具体的に記載する)

[様式 5: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)

--

参考資料3. 各種マニュアル
3)アドバイザーテキスト

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

アセスメント確認用紙（記入例）			
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：75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	✓	✓	夫の言葉通りにとられているようなので、ケアマネとして夫の言葉をどの読み取ったのか、面接方法や面接時の様子も含めて確認する。
② 生活歴	✓		生活歴がイメージしやすい記載になっている。生活の経過の捉え方がよい。
③ 経済状況	✓		収入（年金額）の中で介護にかけられる費用はどのくらいなのか？
02 主訴			
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？
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	✓		主治医意見書は入手しているが活用ができていないのでは？
③ 服薬状況	✓		夫が管理していることは確認済み、飲んでいるか、確認しているのか？
④ 口腔・嚥下／褥瘡・皮膚	✓		義歯が合わないことで噛めないこと記載があるが、噛めないことによる栄養不足は検討されていない様子なので確認してみる。
04 認知症			
① 認知症状 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くないように思われる。
05 ADL			
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？
② 入浴	✓	✓	
③ 食事摂取	✓		
④ 排尿・排便	✓	✓	失禁への対応は課題としてとらえてはいない。
06 IADL			
① 家事（調理・掃除・選択）	✓		能力はあるが判断ができない、指示がないとできない状況のため、すべて夫が家事全般を担っている。夫は介護負担なしというのが本音は？
② 買い物・金銭管理	✓		
07 コミュニケーション			
① 意思の疎通	✓		本人の言葉をそのままのみにしていないか？認知症状の特性をどの程度理解できているか？→確認する
② 周囲との関わり・社会参加	✓		娘さんからの情報のみで近隣との関係性が見えない。地域に協力者はいるのか？情報収集はしたようだが、記載漏れか？
08 居住環境			
① 室内環境・立地環境	✓	✓	転倒のリスクを回避しようとするために活動性の低下が起きているように思われるので、下肢筋力の低下などが起きていないか確認が必要
09 特別な状況			
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確認が必要。
② ターミナルケア			今後どう介護していきたいか、再度確認が必要
【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必ず記入する。			
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、記述があれば必ず記入する。			
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			
<ul style="list-style-type: none"> アセスメントシートに記載されている内容とケアプランの支援内容にずれがある。アセスメントシートでは計画を立てることとなっているがケアプランに上がってきていない課題がある。 課題が見えているのに形にならないのもったいない。夫の気持ちに寄り添いたいと思う気持ちが先の見通しを弱くしている感がある。目先の対応だけでなく今後の暮らし方や先の見通しのもち方をアドバイスする。 			
⑤ サービス内容、地域との連携について			
<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン作成時、ひとりでは判断せず、他職種を巻き込もうとする良い姿勢が見られる。医療関係者との関わりが若干少ないような記載漏れか、面談時確認する。 単なる介護負担の回避だけになっていないか、確認する。 			
⑥ その他			
<ul style="list-style-type: none"> 認知症状の方との向き合ひのが苦手？家族との関係や娘さんとの連絡はよく取っているのがわかるが、本人との関わり、関わり方が見えない。会話が成立しないと思いついていないのか？ケアマネとしての認知症状を持つ方との関わり方を確認する必要あり。 			

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

サービス担当者会議評価ツール（アドバイザー用）（1/2）				
①実施前重点目標：受講者に特に意識してもらいたい項目にチェックします。 ②目標：具体的な達成目標を書きます。 ③実施後評価：演習実施後、特に達成の大きかった項目や課題を感じる項目にチェックをします。 ④評価：評価の内容を具体的に書きます。		受講者氏名 _____ アドバイザー氏名： _____		
		①アドバイザーケース		
①実施前重点目標	②目標	③実施後評価	④評価	/
I 準備				
① 開催のタイミング	<input type="checkbox"/> 新規のケアプラン <input type="checkbox"/> 更新時 <input type="checkbox"/> サービスの追加・変更 <input type="checkbox"/> 課題解決 <input type="checkbox"/> その他()			
② 開催の周知	<input checked="" type="checkbox"/>	開催目的を事前に共有できるか。	<input checked="" type="checkbox"/>	家族の介護負担について、もしもの場合を考えて検討してもよかったのでは。
③ 参加者の選択	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	サービス事業者には事前の情報収集しておくことよい。
④ 主治医への参加案内	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	事前に家族の体調を主治医に確認しておくことよかった。
④ 資料配布	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑤ 本人・家族への配慮	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	開催15分前に到着し、家族の負担の内容に準備ができていた。
⑥ 欠席者の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑦ 当日準備	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	本人や家族の近くに座り、発言しやすい雰囲気をつくとよい。
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"/>	本人や家族に分かりやすく、順を追って説明できるか。	<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"/>	参加者全員から均等に意見を出してもらうことができるか。	<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"/>	本人の意思確認を忘れないか。	<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 議論のまとめ方	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑨ 閉会時の連絡事項	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑩ 守秘義務の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
III 議事録				
① 議事録	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
その他メモ 家族が医師に対して質問したいことが多い場合は、途中で改めて別の機会を設定する等の提案をして、議論に戻すことができればよかった。				

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

同行訪問チェック表 (アドバイザー用) (1/2)						
<p>①実施前重点目標: 受講者に特に意識してもらいたい項目にチェックします。 ②目標: 具体的な達成目標を書きます。 ③実施後評価: 演習実施後、特に達成の大きかった項目や課題を感じる項目にチェックをします。 ④評価: 評価の内容を具体的に書きます。</p>		受講者氏名 _____		アドバイザー氏名: _____		
		①アドバイザーケース				実施日
		実施前重点目標	助言メモ(特に着目したい点)	実施後評価	助言メモ(特に変化のみられた点)	/
I 準備場面						
① 日程の調整	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 事前情報の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 目的の明確化	<input checked="" type="checkbox"/>	前回のモニタリング時の状況を踏まえて今回の確認するポイントを整理できているか	<input checked="" type="checkbox"/>			
II 現場						
01 利用者からの聞き取り						
① 生活状況の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 体調の変化	<input checked="" type="checkbox"/>	体重の変化などを具体的に確認しているか	<input checked="" type="checkbox"/>	尿臭がしたことについて、本人、介護者、デイサービスに確認すると、体調の変化の把握に繋がる		
③ 介護力の変化	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	夫の風邪について深く聞きこめば、介護負担に対する理解や今後のアクシデント対応へとつなげることができたはず。		
④ 権利擁護の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
02 ケアプランの実行状況						
① 実行状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 利用状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 利用状況の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
03 サービスの提供						
① 実施状況	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 満足度の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 苦情(不満)有無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
04 課題解決の可能性						
① 短期目標の到達度	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 長期目標の到達度	<input checked="" type="checkbox"/>	利用者自身の意志も確認しているか	<input checked="" type="checkbox"/>	今回介護者が風邪をひいたことをきっかけに、今後のアクシデント対応を考える機会になったのでは。		
③ ニーズの変化	<input checked="" type="checkbox"/>	利用者や家族の要望だけで判断していないか	<input type="checkbox"/>			
05 ケアプラン変更の必要性						
① 再アセスメントの必要性	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 生活環境	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 介護力の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
④ サービス内容	<input 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	<input type="checkbox"/>			
III 実施後						
01 モニタリング結果の連携						
① サービス事業者	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	デイサービス再開時の利用者の様子をきくこと		
② 主治医	<input type="checkbox"/>		<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	<input checked="" type="checkbox"/>	早急に医療・福祉と調整すべき課題が判明したので、次回開催予定日を早める等の調整を考えては。		
④ 他機関との協働	<input type="checkbox"/>		<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頼っていないか	<input checked="" type="checkbox"/>	今後の緊急時の連絡体制、利用者のケア体制、介護者の受診について考えては		
02 記録						
① 記載内容	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
IV 振り返り						
① 目的通りにできたか	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 自らの課題は何か	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 今後のあり方	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	モニタリングは再アセスメントであるという意識を持ち、今後を予測する力を伸ばしてほしい		
その他メモ						

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (1/11)

1 フェースシート

年 月 日受付 | 訪問・電話・来所・その他() 相談受付者

本人氏名	Aさん	男(女)	年齢	M T S	年 月 日	生まれ(75歳)
住所	〒 携帯					
緊急連絡先	氏名	男 女	年齢(歳)	本人との続柄()		
	住所	携帯				
相談者	氏名	男 女	年齢(歳)	本人との続柄()		
	住所	携帯				
相談経路(紹介者)	認知症疾患医療センターのPSWからの依頼					
居宅サービス計画作成依頼の届出	届出年月日	年 月 日				

■相談内容(主訴/本人・家族の希望・困っていることや不安、思い)

(本人)
自分でできることはあっても夫に迷惑をかけるのが好きではないと思っています。今もこの困っていることはあります。

(女性)
父は介護を自分でできなくて他人の助けを借りたくない。服薬も再発も心配。お風呂も自分でしてほしくない。

(家族および介護者) 夫婦二人で安全・健康に過ごしてほしいと思っています。今もこの、何とか自分で介護してほしいので、今後のことについてです。

■これまでの生活の経過

〇町の生まれ。小学校の教員として定年まで勤務。同僚のTと結婚。Tと結婚してからは、Tの介護を主に担当。Tの介護から手先が器用で手芸が得意な教員として、時々家庭科も教えていた。Tは、認知症を発症し、Tの介護は、Tの介護から手先が器用で手芸が得意な教員として、時々家庭科も教えていた。Tは、認知症を発症し、Tの介護は、Tの介護から手先が器用で手芸が得意な教員として、時々家庭科も教えていた。

高額介護サービス費該当	利用者負担 (<input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階)							
要介護認定	済	→ 非該当	要支援	1 2	要介護	1 (2) 3 4 5	認定日	年 月 日
	未(見込み)	→ 非該当	要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5		
身障手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	等級	種	級		交付日	年 月	
療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	程度				交付日	年 月	
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	等級	級			交付日	年 月	
障害福祉サービス受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自立支援医療受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害程度区分→()				
日常生活自立度	寝たきり	自立・J1・J2・(A1)	A2・B1・B2・C1・C2	判定者	日病院主治医(機関名)	判定日	年 月 日	
	認知症	自立 I IIa IIb・(IIa)	IIIb IV M		(機関名)		年 月 日	

アセスメント実施日 | 年 月 日

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (2/11)

2 家族状況とインフォーマルな支援の状況

■家族構成と介護状況

家族構成図		家族の介護の状況・問題点				
<p>女性=○,男性=□ 分かれれば横に年齢を記載 本人=○,回 死亡=●,■ 同居=○:で囲む</p>		<p>・天と二人暮らし</p> <p>・主介護者は天: 家事全般をひしりて担っている。</p> <p>・キーパーソンは娘: 天のサポートは出来ていない。</p>				
氏名(主たる介護者には※)	続柄	同別居	職の有無	健康状態等	特記事項	
B	男 天	同 別	無	良好		
C	女 長女	別	有	良好	市外 不在 申元2回/月	

■インフォーマルな支援活用状況(親戚・近隣・友人・同僚・ボランティア・地域の団体等)

支援提供者	活用している支援内容	受けたい支援/必要と思われる支援	特記事項
民生委員		定期訪問	→(民生) 民生委員として定期訪問 声かけ 行って"困ったことあると 天の拒否が及ぶほどの情報か 娘と入ら返り

3 サービス利用状況

(○年○月○日時点)

在宅利用(認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。【介護予防】福祉用具貸与は調査日時点の、特定【介護予防】福祉用具販売は過去6カ月の品目数を記載)

<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月	回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり (なし)
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月	日	<input type="checkbox"/> 生活支援員の訪問(日常生活自立支援事業)	月 回
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 [<input type="checkbox"/> ふれあいいきいきサロン	月 回