

平成 26 年度
老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

平成26年度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

実習型研修の展開に向けての調査研究

報告書

平成 27 年(2015 年)3 月

一般社団法人 日本ケアマネジメント学会

はじめに

わが国の介護保険制度もはや 15 年が経過し、その存続のための議論が盛んに行われています。制度の要と期待されている介護支援専門員に関しては研修体系の大幅な見直しが見られ、平成 28 年度から実施に移されます。

日本ケアマネジメント学会では平成 20 年度から厚生労働省からの研究補助を受け、介護支援専門員研修方法の一つとしてスーパービジョンのあり方に関する研究に取り組んできました。

その成果は新しい介護支援専門員研修にも取り入れられつつあります。実務研修においても実習が重視されます。主任介護支援専門員には指導力が問われます。On the Job Training (OJT と略す) の機会も少しずつ増えていきます。

本調査研究では、平成 23 年度から一事業所に留まらない広域で介護支援専門員のアドバイザーチームを組織し、OJT に近い形態での個別化された実習型研修として、「地域同行型実地研修」を開発しました。このプログラムの特徴は、実習形式 (Interning)、事業所を超えた (Inter-Organizational)、個別化された (Individualized)、相互研鑽 (Inter-educational) という「4 つの “I” (アイ)」であります。これらは従来型の法定研修には具備していない特徴です。

本年度は、地域同行型実地研修の運営面での具体的提案を明示しました。事務局のあり方や講師、ファシリテーター、アドバイザーの人選やアドバイザーと受講者のマッチング等、研修の成否を左右する人選は市町村単位の実務者団体の役員が担うモデルが円滑に運営する基本となることが分かりました。アドバイザー事前研修用の DVD も作成し、その有効性を検証しました。

また、海外文献・国内文献調査を下敷きに自立支援と自己決定の基本理念に基づいたケアマネジメント・プロセスの手引きの骨格を作成しました。

本研究にご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。

これまでと同様に、研究スタッフは現場で奮闘しているケアマネジメント実践者であります。

本報告書の提言が主任介護支援専門員によるスーパービジョン技術の質向上を促し、介護支援専門員による業務の質の向上、介護保険の適切な運用、さらには利用者やその家族の生活の質の向上につながることを期待します。

日本ケアマネジメント学会 理事
介護支援専門員に対するスーパービジョンのあり方に関する研究委員会

委員長 前沢 政次

目次

はじめに	
第1章 調査の概要	1
1. 背景・目的	1
2. 昨年度調査の概要と成果	1
3. 調査の概要	2
(1) 「地域同行型実地研修」研修モデル実証	2
(2) ケアマネジメント・プロセス手引きの基盤検討	2
4. 調査研究の体制	3
(1) 全体委員会	3
(2) ケアマネジメント・プロセス検討分科会	3
第2章 「地域同行型実地研修」研修モデル実証	6
1. 検討目的	6
2. 地域同行型実地研修の概要	7
(1) 地域同行型実地研修の特徴「4つのI(アイ)」	7
(2) 地域同行型実地研修の概要	7
(3) 実施スケジュール	10
3. 検討方法	12
(1) 実施モデル	12
(2) 実施対象	16
(3) 調査方法	21
4. 検討結果	22
(1) 運営体制の検証	22
(2) 研修支援ツールの検証	29
5. ピアスーパービジョン研修モデルの検討	34
(1) 背景と目的	34
(2) 研修の概要	34
(3) 調査方法	35
(4) 調査結果	36
(5) 調査からの示唆	38

第3章 ケアマネジメント・プロセスの手引き案作成にかかる基盤検討	39
1. 検討の背景と目的	39
2. 調査の概要	39
3. 事前調査	39
(1) 国内外の類似手引きおよびケアマネジメントの質に関する文献調査	40
(2) 介護支援専門員に対するグループインタビュー調査によるプロセス抽出	65
4. 手引き案の作成	69
5. 妥当性の検証（意見収集調査）	70
6. 今後の課題	73
 第4章 まとめ	 74
1. 地域同行型実地研修	74
2. ケアマネジメント・プロセスの手引き案の作成と次年度に向けた展開	74
 参考資料	 76
1. 地域同行型実地研修アンケート	76
1) アドバイザー事前研修	76
2) 初日全体研修_アドバイザー対象	79
3) 初日全体研修_受講者対象	82
4) 最終日全体研修_アドバイザー対象	84
5) 最終日全体研修_受講者対象	89
2. ピアスーパービジョン研修アンケート	94
3. ケアマネジメント・プロセスの手引き（案）	101

第1章 調査の概要

1. 背景・目的

超高齢社会における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、日本ケアマネジメント学会は平成20年度より厚生労働省の研究補助を受け、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た。

平成23年度までの調査において、当学会は介護支援専門員の人材育成基盤を強化すべく「地域同行型実地研修」を開発した。「地域同行型実地研修」は、介護支援専門員のキャリアと主任介護支援専門員のスーパービジョンの力を相互研鑽によって同時に伸ばすために、OJTに近い形態で実施される研修プログラムである。調査を通じ、研修の方策と効果検証を重ねてきた。

今年度は、全国での実践に向けて、様々な運営条件下での実施が可能かどうかの検証を行った。具体的には、従来想定していた市町村だけではなく、都道府県との連携による実施を通じて、運営側の規模や物的・人的資源に関わらず実施可能なプログラム構築を目指した。また研修の質の担保の面では、バイジー体験もバイザー体験も乏しい主任介護支援専門員となるものがある現状を踏まえ、アドバイザーとなる主任介護支援専門員に対する事前研修としてピアスーパービジョン演習を実施し、その効果を検証した。

さらに、研修を実施する上で基礎となるケアマネジメント・プロセスの考え方を再整理し、本研修のみならず介護支援専門員の人材育成システム全体に資するケアマネジメントの手引きの素案を作成した。

2. 昨年度調査の概要と成果

昨年度（平成25年度）は、平成24年度までに開発した「地域同行型実地研修」の都道府県との連携によるモデルを提案し、運営を円滑にするためのテキスト改訂やツール作成、及びそれらの検証を行った。さらに、本プログラムでアドバイザーを担うことになる主任介護支援専門員に対し、主任資格を取得する段階でバイジー・バイザーを体験させるためのピアスーパービジョンプログラム案を作成した。

3. 調査の概要

(1) 「地域同行型実地研修」研修モデル実証

①運営体制の検証

様々な運営条件下での実施が可能かどうかの検証を行うため、人口の多い都道府県として神奈川県、人口は小規模だが離島が多く実施に障壁のある都道府県として長崎県、政令指定都市として神戸市を対象に、研修の実施体制を構築し、10月から3月にかけて研修を実施した。アドバイザー44名、受講者44名、ファシリテーター25名の参加を得た。

その結果、市町村単位の職能団体の協力を得ることに留意すれば、どの地域においても実施可能であるとの証左が得られた。

②研修支援ツールの検証

上記地域同行型実地研修のアドバイザー事前研修に使用するための研修教材 DVD を作成し、実際に研修現場において活用し、参加者からは高評価を得た。

モデル事業における初日全体研修や同行研修を通じてスーパービジョン支援ツールに対する評価を行った結果、支援ツールに対しては有用という評価があり、説明をさらに充実させて使いやすさを向上させれば、支援ツールの活用により、どの地域においても実施可能であることが得られた。

③ピアスーパービジョン研修モデルの検証

アドバイザーのスーパービジョン能力向上のために研修モデルとして、ピアスーパービジョン研修の検証を神奈川県小田原市で実施した。その結果、同レベルの介護支援専門員同士であれば有効であるという評価があり、スーパービジョン能力のための簡易プログラムとして地域同行型実地研修と併せて実施することにより効果が得られることが分かった。

(2) ケアマネジメント・プロセス手引きの基盤検討

現場実務者及び有識者からなる委員会、ワーキンググループ及び現場実務者へのヒアリングを通じ、ケアマネジメント・プロセスの手引きに盛り込むべき理念やプロセスの要素について検討を行った。

介護支援専門員が現場で活用可能なものであることを目指し、既存のテキストや省令等を事務局において整理した上で、各プロセスについて明快な図示を含めた手引き案を示した。

また作成した手引き（案）を専門家や実務者に送付し、項目ごとに評点をつけて手引きに関する意見収集を行った。その結果、全体的に「必要な項目である」という評価があった。さらに対象の拡張に対する要望があったことを受けて、今後改訂を進めていく。

4. 調査研究の体制

学識経験者と実務者から成る委員会を設置し、以下の通り検討を行った。

(1) 全体委員会

- 【第1回】 平成26年7月2日（水） 18：00～19：30
場 所：アットビジネスセンター東京駅 3階 304号室
- 【第2回】 平成27年3月5日（木） 13：00～15：00
場 所：桜美林大学四谷キャンパス 307会議室

(2) ケアマネジメント・プロセス検討分科会

- 【第1回】 平成26年7月20日（日） 8：00～9：00
場 所：燕三条地場産業振興センターメッセピア 4階 特別会議室
- 【第2回】 平成26年9月2日（火） 15：00～17：00
場 所：桜美林大学四谷キャンパス 405会議室
- 【第3回】 平成26年10月26日（日） 17：00～19：30
場 所：桜美林大学四谷キャンパス 307会議室
- 【第4回】 平成27年1月8日（木） 12：00～16：00
場 所：桜美林大学四谷キャンパス 308会議室



第1回全体委員会

第1回検討分科会



第2回検討分科会



図表 1 委員会委員一覧

役職	氏名	所属・役職
委員長	前沢 政次	日本ケアマネジメント学会 理事 京極町国民健康保険診療所 所長
部会長	白澤 政和	日本ケアマネジメント学会 理事長 桜美林大学大学院 教授
委員	伊藤 重夫	東京都多摩市健康福祉部高齢支援課 課長
	奥田 亜由子	日本ケアマネジメント学会 理事 認定ケアマネジャーの会 副会長
	辻 敏子	島原市地域包括支援センター
	白木 裕子	日本ケアマネジメント学会 理事 株式会社フジケア 取締役副社長
	原田 重樹	日本介護支援専門員協会 副会長
	福富 昌城	花園大学 社会福祉学部 社会福祉学科 教授
	山田 圭子	公益財団法人老年病研究所 前橋市地域包括支援センター 西部
	吉江 悟	東京大学医学部在宅医療学拠点 特任助教
オブザーバー	川島 英紀	厚生労働省老健局振興課 課長補佐
	川名 敦	厚生労働省老健局振興課 人材研修係長
	志村 真希	厚生労働省老健局振興課 人材研修係

図表2 ケアマネジメント・プロセス検討分科会委員一覧

役職	氏名	所属・役職
分科会 会長	白澤 政和	日本ケアマネジメント学会 理事長 桜美林大学大学院 教授
分科会 委員	遠藤 英俊	国立長寿医療研究センター 内科総合診療部長
	白木 裕子	日本ケアマネジメント学会 理事 株式会社フジケア 取締役副社長
	羽石 芳恵	野口株式会社 介護ショップ ハーティーケア
	原田 重樹	日本介護支援専門員協会 副会長
	福富 昌城	花園大学 社会福祉学部 社会福祉学科 教授
	宮永 敬市	北九州市保健福祉局地域支援部介護保険課 地域支援事業担当係長
	山田 圭子	公益財団法人老年病研究所 前橋市地域包括支援センター 西部
	吉江 悟	東京大学医学部在宅医療学拠点 特任助教
オブザ ーバー	川島 英紀	厚生労働省老健局振興課 課長補佐
	川名 敦	厚生労働省老健局振興課

第2章 「地域同行型実地研修」研修モデル実証

1. 検討目的

超高齢社会における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、日本ケアマネジメント学会は平成20年度より厚生労働省の研究補助を受け、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た。

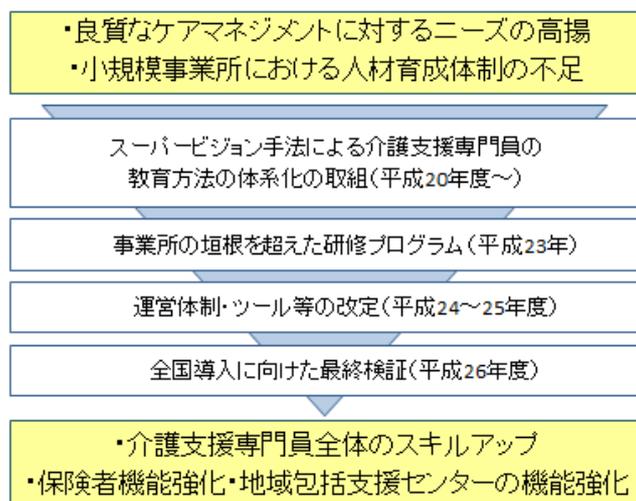
平成23年度までの調査において、当学会は介護支援専門員の人材育成基盤を強化すべく「地域同行型実地研修」を開発した。「地域同行型実地研修」は、介護支援専門員のキャリアと主任介護支援専門員のスーパービジョンの力を相互研鑽によって同時に伸ばすために、OJTに近い形態で実施される研修プログラムである。調査を通じ、研修の方策と効果検証を重ねてきた。

今年度は、全国での実践に向けて、様々な運営条件下での実施が可能かどうかの検証を行った。具体的には、従来想定していた市町村だけではなく、都道府県との連携による実施を通じて、運営側の規模や物的・人的資源に関わらず実施可能なプログラム構築を目指した。

また、研修の質の担保の面では、バイザー体験もアドバイザー体験も乏しい主任介護支援専門員となるものがある現状を踏まえ、アドバイザーとなる主任介護支援専門員に対する事前研修としてピアスーパービジョン演習を実施し、その効果を検証した。

なお、本来であればピアスーパービジョン研修も地域同行型実地研修の一部として実施する予定であったが、本事業においては調査期間が短期であったため、ピアスーパービジョン研修のみを切り離して、地域同行型実地研修のパイロット調査とは別途パイロット調査を実施し、第5項「ピアスーパービジョン研修の検証」においてその経過と調査結果を示すこととした。

図表3：地域同行型実地研修調査の背景



2. 地域同行型実地研修の概要

(1) 地域同行型実地研修の特徴「4つのI (アイ)」

従来の法定研修が知識の習得を目的とした座学中心で一律的な研修であるのに対し、地域同行型実地研修は「実習形式」、「事業所を超えた」、「個別化された」、「相互研さん」を特徴としている。この4点を「4つのI (アイ)」としてプログラムのコンセプトとした。

- 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・技術を補完する。
- 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る。
- 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。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する。
- 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つとする。

(2) 地域同行型実地研修の概要

地域同行型実地研修のプログラム構成は、アドバイザーのスーパービジョンの質を平準化するため事前研修、受講者のケアプランをアドバイザーとともにアセスメント部分から確認する初回全体研修と、アドバイザー・受講者それぞれのケースの担当者会議及びモニタリング訪問への同行を含む4回の実習形式の研修（個別同行実習）、ならびに振り返りのプレゼンテーションを行う最終日全体研修である。事業所の異なるアドバイザーと受講者が対になり、個別的に指導をすることで、相互に実践力や指導力の向上を目指す内容となっている。

①アドバイザー事前研修

アドバイザー事前研修では、アドバイザーが、本番の同行を想定して、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、自身のスーパーバイズの癖や傾向を客観的に把握し、本番で適切なアドバイスを行えるようにすることを目的とする。

架空事例に基づくアセスメント確認・サービス担当者会議後のスーパーバイズ・同行訪問モニタリング後のスーパーバイズの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を参加者が視聴し、その指導方法についてのコメントをグループで討論するという形式で研修を実施する。

研修終了後、アドバイザーは、研修終了までに自分のケアマネジメントとスーパービジョンの力をどこまで伸ばしたいか、自分自身で目標を設定する。

②初日全体研修

初日全体研修では、マッチングされたアドバイザーと受講者がペアになり、受講者が提出する事例を2人で検討する、「アセスメント確認」演習を実施する。演習後に、受講者はアドバイザーの助言を受けながら研修期間全体を通しての目標を設定する。

アセスメント確認演習の目的は、受講者のケアマネジメント・プロセスを具体的な事例をもとに確認することにある。受講者とアドバイザーが、事例のアセスメントとケアプランを客観的に再確認することにより、受講者のケアマネジメント・プロセスを見直す。アドバイザーの視点を共通化するために、「アセスメント確認用紙」を様式として設け、アセスメント内容がケアプランに反映できているか、またケアプランの根拠となるアセスメントが適切になされているかを確認できるようにしている。

③個別同行実習

個別同行実習では、各ペアに分かれて、アドバイザー・受講者それぞれの担当ケースのサービス担当者会議・モニタリング訪問への同行を行う。各地域のニーズに沿ってオプションメニューを追加することもできることとし、医療連携特化型のオプションとして訪問診療等への同行も可能とする（事務局マニュアル p15）。

担当者会議への同行実習の目的は、受講者が担当者会議のファシリテート、調整、会議録作成を適切にできるようにすることにある。また、モニタリングへの同行実習の目的は、モニタリングの進め方、事後調整の在り方を学ぶことにある。

アドバイザーの視点を平準化するために、「サービス担当者会議評価ツール」「モニタリング同行訪問評価ツール」を用意し、サービス担当者会議やモニタリング同行訪問において受講者が適切なプロセスでケアマネジメントを実施しているか、項目別に確認できるようにした。

④最終日全体研修

最終日全体研修は、それまでの実習を振り返り、学んだことを受講者が最終日に皆の前でプレゼンテーションを行い、アドバイザーや他の受講者、研修講師、ファシリテーターと共に研修の振り返りを行う。プレゼンテーションの目的は、研修で得た気づきの共有、及び受講者のプレゼンテーション力の向上にある。

図表 4：地域同行型実地研修の概要



(3) 実施スケジュール

標準的な実施スケジュールは、事前準備を約 60 日、実施期間（初日全体研修～最終日全体研修）を約 2～3 カ月とする（図表 5）。今年度のパイロット研修においては、年度末までの期間が短期だったため、同行実地研修の期間が平均 1 か月程度であったが、参加者から日程調整が困難との声が多く上がったため、実施に当たっては、余裕のあるスケジュール設定を推奨する。

図表 5：地域同行型実地研修スケジュール（例）

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"> アドバイザー・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送付する。 アドバイザーはフェースシート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、事前研修に備える。 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する。 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る。 	—	—
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、認識を共有する。 アドバイザーとしての研修目標を設定する。 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"> 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；DVD） 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。 <p>※アドバイザーと受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、個別実習の前までに同意を取得する。利用者又は家族の署名した同意文書は、アドバイザー・受講者向けの同意文書と共にプログラム運営事務局に提出する。</p> <p>※あわせて個別実習日程報告用紙にも所定事項を記入の上、同事務局に提出する。</p>	研修会場	3

日程	実施内容	詳細	場所	時間
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回行う。		
		サービス担当者会議(アドバイザー担当ケース)	利用者宅	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)	利用者宅	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する。 	—	—
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、研修で得た気づ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. 検討方法

今年度は、全国での実践に向けて、様々な運営条件下での実施が可能かどうかの検証を行った。具体的には、従来想定していた市町村だけではなく、都道府県との連携による実施を通じて、運営側の規模や物的・人的資源に関わらず実施可能なプログラム構築を目指した。

また、スーパービジョン支援ツールやアドバイザー事前研修用のDVD、修正版テキスト等、昨年度から今年度にかけて新規制作もしくは改訂を行った、研修支援のための諸ツールについても併せて検証を実施した。

図表 6：平成 23 から 25 年度までの調査実績と平成 26 年度調査目標

年度	内容	効果		
		受講者	アドバイザー	運営事務局
H23年度	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所を超えたモデル研修プログラムを開発 ・4地域で試行(松戸、北九州、前橋、宮古島) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメント技術の習得 ・ロールモデルの獲得 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメント技術及び伝える力の習得 	
H24年度	<ul style="list-style-type: none"> ・測定指標を拡充して全国10地域で試行 	プログラムの効果に対する高評価		
		<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメント業務に対する自信向上 	<ul style="list-style-type: none"> ・指導に対する自信向上 	
H25年度	<ul style="list-style-type: none"> ・運営体制の見直し ・スーパービジョン支援ツールの開発と検証 ・アドバイザー事前研修の開発と検証 		<ul style="list-style-type: none"> ・同行研修前のスーパービジョン研修による質の担保 	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体・団体の規模や資源にとらわれないプログラム
H26年度	<ul style="list-style-type: none"> ・運営体制の検証 ・スーパービジョン支援ツールの検証 ・アドバイザー事前研修の効果検証 	<ul style="list-style-type: none"> ・〔目標〕正確な自己評価に基づくケアマネジメント技術の向上 	<ul style="list-style-type: none"> ・〔目標〕正確な評価に基づくスーパービジョン力の向上 	<ul style="list-style-type: none"> ・〔目標〕実施区域の広さや参加者数に左右されない安定した運営体制

(1) 実施モデル

地域同行型実地研修を全国の介護支援専門員が受講できるようにするためには、各自治体ならびに運営事務局が様々な運営条件下において実施可能な体制を整えることが必要である。昨年度調査事業において、本学会では、従前の市区町村を基本単位とするモデルに加え、都道府県を基本単位として各市町村をサポートするモデルを作成した。本事業では、これらのモデルを元に、短期パイロット実習としての観点から、運営支援に当たる日本ケアマネジメント学会を役割に追加し、地域包括支援センターを除外したモデルを地域ごとに設定し、運営体制の検証を行った。

また、各地域で容易に実施可能な研修のパッケージ化をめざし、DVD等の支援ツールを作成し、利便性評価を行った。

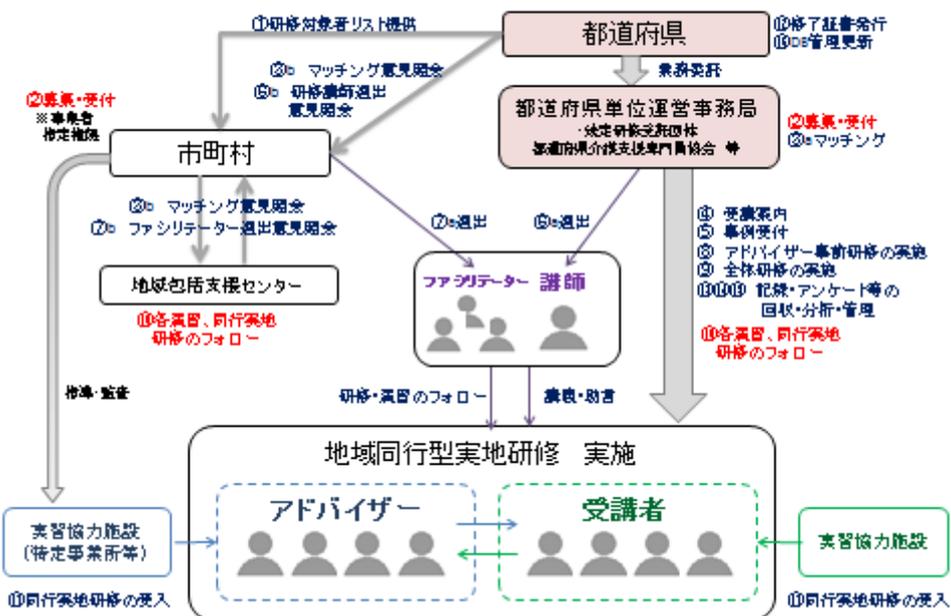
① 運営体制

昨年度調査事業において、本学会では、従前の市区町村を基本単位とするモデルに加え、都道府県を基本単位として各市町村をサポートするモデルを作成しており、各自治体が自身の体力に応じていずれかのモデルを選択することを想定している。

また、運営事務局は、都道府県モデルにおいては、法定研修受託団体が運営事務局を担うものとし、市町村モデルでは、居宅、包括を問わず、地域の能力あるケアマネジャーを有する任意の組織を、運営主体である市町村保険者が選択するものとした。

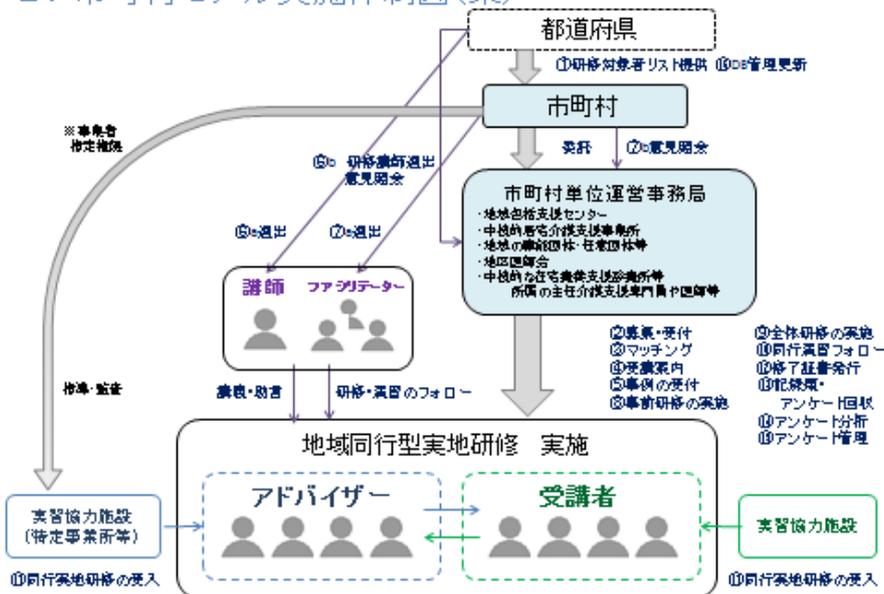
図表 7：都道府県支援モデル実施体制図（平成 25 年度報告より再掲）

I 都道府県モデル実施体制図(案)



図表 8 : 市町村モデル実施体制図 (平成 25 年度報告より再掲)

II. 市町村モデル実施体制図(案)



図表 9 : 自治体と運営事務局の役割分担 (平成 25 年度報告より再掲)

図中 No.	主たる業務	I 都道府県モデル				II 市町村モデル			
		都道府県		市町村		都道府県		市町村	
		団体	包括	特定	非特定	都道府県	事務局	特定	非特定
事前準備	① 主任ケアマネ・基礎研修修了者の名簿を市町村に提供	○				○			
	② 募集・受付		○	○				○	
	③a アドバイザー・受講者のマッチング								
	③b 意見照会 ⇒ 質・数の調整		○					○	
	④ 受講案内		○					○	
選出	⑤ 事例の受付		○					○	
	⑥a 研修講師の選出		○			○		照会先	
	⑥b 意見照会								
	⑦a ファシリテーターの選出							○	
運営	⑦b 意見照会						○	照会先	
	⑧ アドバイザー事前研修の実施		○					○	
	⑨ 初日研修・最終日研修の実施 (日程調整・会場設営・講師依頼)		○					○	
	⑩ 各演習、同行実地研修のフォロー		○		○			○	
	⑪ 同行実地研修の受け入れ								○
	⑫ 修了証書を発行		○					○	○
	⑬ 記録書類・アンケートの回収		○					○	
	⑭ アンケートの分析		○					○	
終了後管理	⑮ アンケートの管理		○					○	
	⑯ 地域のケアマネ・主任ケアマネ・事業所情報(受講履歴含む)DBの更新管理		○					○	

② 研修支援ツール

昨年度作成したスーパービジョン支援ツール、同じく昨年度に改訂を行ったアドバイザーテキストと受講者テキスト、昨年度のパイロット研修のシナリオに準じて今年度作成したDVD等、研修支援のための諸ツールを、地域同行型実地研修参加者に提供し、その効果について調査を実施した。

・スーパービジョン支援ツール

昨年度、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スーパービジョン支援ツールを、また、受講者が自己評価を行うためのツールとして自己評価ツールをそれぞれ作成した。

アドバイザー向け、受講者向けいずれも名称は共通で、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としている。チェック項目も共通であるが、アドバイザーと受講者ではチェックの対象が異なり、アドバイザーは自分とペアとなる受講者の行動や態度、アセスメント、ケアプランに対して事前予測と事後評価を行い、受講者は自分自身の行動や態度、アセスメント、ケアプランを事前・事後に評価する。

・アドバイザー事前研修用DVD

アドバイザー事前研修において、アドバイザーとなる主任介護支援専門員が、本番の同行を想定してスーパーバイズ場面のロールプレイDVDを外部観察者として評価することにより、自身のスーパーバイズの癖や傾向を客観的に把握し、本番で適切なアドバイスを行えるようにすることを目的としてDVDを作成した。

架空事例に基づくアセスメント確認・サービス担当者会議後のスーパーバイズ・同行訪問モニタリング後のスーパーバイズの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を収録している。

図表 10： DVDにおけるスーパーバイズの一場面（左）、およびシーンの振り返り画面（右）



教育的 逆効果

アセスメント確認：振り返り

	効果あり	逆効果または効果なし
教育的機能	<ul style="list-style-type: none"> ■ 具体的。 ■ よく復唱している。 ■ 事例の内容を確認するため、前後のまとめを伝えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ バイザーに対する確認が不十分。 <small>(ペースが早すぎてバイザーが考える時間がない、バイザーの表情を見ていない)</small> ■ バイザーがバイザーの先回りをしたり、バイザーが話過ぎたり。 ■ 指導的、誘導的な発言。 <small>(自分で気づかせよう、具体的に指導したり誘導的に引き出したりしている)</small>
支持的機能	<ul style="list-style-type: none"> ■ バイザーがAさんの生活歴の観察からAさんの大事にしていることに気づき、バイザーがそれを受け止めることでバイザーの自信につながった。 ■ 場を和ませる努力をしていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 指導的な発言や態度が多い。

・アドバイザーテキスト

アドバイザーが受講者に対する指導の心構えやアセスメントプロセスを確認するための具体方法を記載し、アドバイザーの質の確保及び不安軽減を目指している。

・受講者テキスト

地域同行型実地研修に参加する受講者が、研修の心構えや研修の考え方等を学ぶための内容を記載している。

(2) 実施対象

大規模都道府県として神奈川県、小規模都道府県として長崎県、政令指定都市として神戸市を対象に、研修の実施体制を構築し研修を実施した。

各研修の実施モデル、対象区域、実施日時及び場所、参加者等は、以下の通り。

図表 11 地域同行型実地研修 H26 年度パイロット研修実施対象概要

実施地域	大規模都道府県	小規模都道府県	政令指定都市
	神奈川県	長崎県	神戸市
実施モデル	都道府県支援モデル： ファシリテーター・アドバイザーの人選、受講者とのマッチングは市の連絡協議会（県協会理事）もしくは県協会理事が実施。 県協会は主として募集と参加者連絡、集合研修の運営サポートを行った。	都道府県支援モデル： 運営事務局は県協会事務局が担った。 アドバイザー事前研修と最終日全体研修の選抜版以外は5地区に分かれて研修を実施し、各地区の研修講師を地区リーダーが務めた。 ファシリテーター、アドバイザーの人選と地区内のマッチングについては、各地区の介護支援専門員連絡協議会もしくは主任介護支援専門員連絡会が地区リーダーの依頼により実施した。	市区町村モデル： 神戸市の連絡会事務局および役員が一切の運営を管理
募集対象区域	神奈川県内2市 （秦野市・小田原市）	5ブロック（長崎、諫早、大村、五島、島原）	神戸市全域 500か所の事業所に募集要綱送付
実施人数	（秦野） アドバイザー 6名 受講者 6名	アドバイザー 28名 ファシリテーター 10名 受講者 28名	アドバイザー 10名 サポーター 12名 受講者 10名

	ファシリテーター 3名 (小田原) スーパービジョン研修 のみを2回実施 のべ16名		
研修参加費	無料	無料	受講者 5,000円 アドバイザー無料
日 程			
アドバイザー事前 研修	秦野 1月25日(日) 小田原 3月24日(火) (いずれも講師白木裕子)	11月10日(月) (講師白木裕子)	10月5日(日) (講師白木裕子) 10月19日(日) 事前勉強会
初日 全体研修	2月20日(金) (講師成田すみれ)	長崎 11月21日(金) 五島 11月25日(火) 島原 12月1日(月) 大村 12月2日(火) 諫早 12月8日(月)	1月10日(土) (講師白木裕子)
同行実地 研修	2月～3月	12～1月	1～3月
最終日 全体研修	3/14(土) (講師高砂裕子)	各地域からの選抜発表 3月7日(土) (講師白木裕子) 個別実施： 長崎 2月6日(金)・9日(月) 五島 2月12日(木) 島原 2月5日(木) 大村 2月20日(金) 諫早 2月16日(月)	3月21日(土) (講師神谷良子)
ピアスー パービジ ョン研修	小田原 3/10(火) (講師白木裕子)	実施なし	実施なし

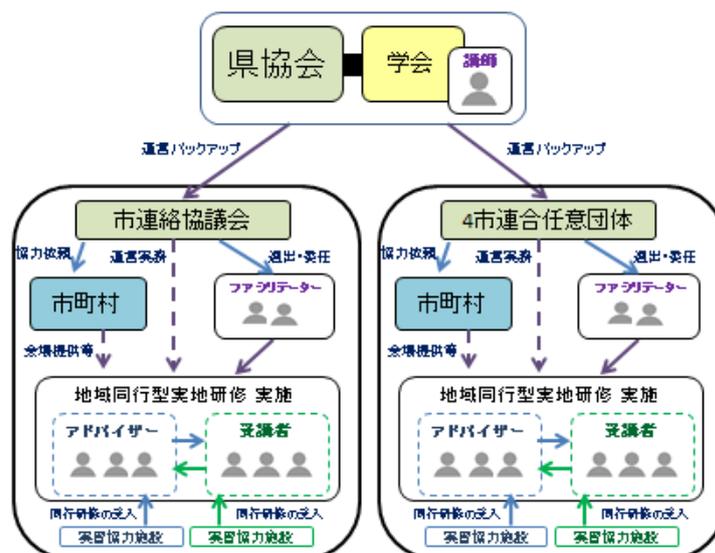
前述の運営事務局の実施モデルに則り、各パイロット研修実施地域における運営体制をモデル化すると以下の通りとなる。(図表 12、13、14)

神奈川県では神奈川県介護支援専門員協会が運営事務局となり、秦野市および小田原市を実施地域とした。秦野市では秦野市介護支援専門員連絡協議会が地域内のアドバイザーの推薦、アドバイザーと受講者のマッチング、秦野市に対する協力依頼と後援名義申請手続き、ファシリテーターの選出(協会長および役員計3名が着任)を担当した。

小田原市では、アドバイザー事前研修とピアスーパービジョン研修のみの実施となったため受講者募集は行わず、小田原市内に事業所を構える県協会副理事長ならびに小田原市連絡会においてアドバイザーの選任を行った。このほか、市内の地域包括支援センター所属の主任介護支援専門員に参加を呼びかけ、市内の6センターから述べ7名の参加を得た。また、小田原市に対する協力依頼と後援名義申請についても市協会の協力により行った。

会場はいずれの地域も協力保険者の手配により公共施設において実施することができた。

図表 12： 神奈川県実施体制図（都道府県モデルをひな形、運営事務局と調整の上作成）



長崎県では、長崎県介護支援専門員連絡協議会が運営事務局を務めた。アドバイザー事前研修と最終日全体研修の選抜版以外は5地区に分かれて研修を実施し、各地区の研修講師を地区リーダーが務めた。

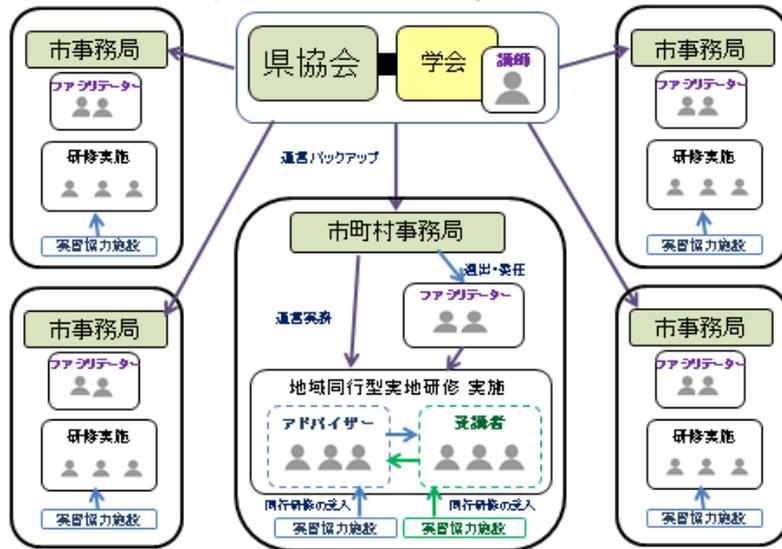
ファシリテーター、アドバイザーの人選と地区内のマッチングについては、各地区の介護支援専門員連絡協議会もしくは主任介護支援専門員連絡会が地区リーダーの依頼により実施した。

各々の役割を列举すると以下通りとなる。

- ・ 県協会事務局： 受講者・アドバイザーに対する諸連絡・テキスト等の送付
- ・ 市協会： 事務局機能は県協会に一任。主任介護支援専門員の候補選定、介護支援専門員の名簿を県協会に提供、アドバイザーと受講者のマッチング、ファシリテーターの選任、会場の確保。
- ・ 自治体： 県は最終日研修に招へいしたが予定が合わず参加できなかった。市は各地区で関わり方にばらつきがあった。
- ・ 地域包括支援センター： 保険者と同じく、地区により関わり方にばらつきがある。島原地区では協議会の一部として機能している。

- ・講師は学会から白木理事、辻敏子、他各地区では地区リーダーが務めた。初回に説明会を行って以降、随時連携していたので、特にばらつきはなかった。
- ・ファシリテーターは長崎と大村では市の協議会からの推薦で決定し、島原では地域の主任ケアマネジャー委員会からの推薦で決定した。

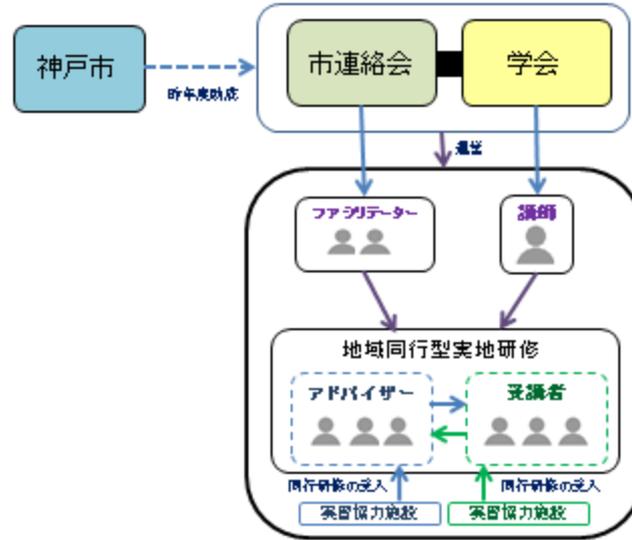
図表 13：長崎県実施体制図（都道府県モデルをひな形に、運営事務局と調整の上作成）



神戸市では、神戸市ケアマネジャー連絡会事務局および同会の役員が人選、マッチング、事務連絡等の一切の運営を担った。昨年度もモデル事業としてパイロット研修を実施した実績があり、2周目となる本年は、昨年ファシリテーターやアドバイザー経験者がファシリテーターやアドバイザーとして参加した。

自治体の関わりの面では、昨年度は神戸市からの助成を受けて実施しており、今年度は日本ケアマネジメント学会によるパイロット研修実施助成による実施ではあるものの、神戸市の介護保険課においては研修内容について熟知しており、随時担当者による見学があるなど、引き続き連携を保っていた。

図表 14：神戸市実施体制図



図表 15：運営団体事務局、自治体、日本ケアマネジメント学会の役割分担（全地域共通）

自治体	<ul style="list-style-type: none"> ・（可能であれば）管内の居宅介護支援事業所リストの提供 ・（可能であれば）主催（協会と共催）／協力／後援いずれかの形で受講案内に自治体名を掲載。 ・アドバイザー・事前研修・初日全体研修・最終日全体研修の会場手配 (※費用負担は学会事務局) ・研修の見学
運営団体事務局	<ul style="list-style-type: none"> ・案内発送・募集受付 ・アドバイザーと受講者のマッチング ・ファシリテーターの選出 ・受講案内・各種テキストや様式の発送 ・アドバイザー・事前研修・初日研修・最終日全体研修の実施 ・自治体・講師・ファシリテーター・受講者・アドバイザー・学会の連絡調整
学会	<ul style="list-style-type: none"> ・講師の派遣 ・テキスト・各種様式・研修DVDの提供 ・協会事務局の業務支援 ・アンケート分析 ・修了証書の発行

(3) 調査方法

前項に示す各研修において、各運営担当者に対し運営体制の妥当性や課題についてのヒアリングを実施した。さらに参加者（アドバイザー、受講者）に対するアンケートを行い、本研修事業自体の評価を行った。具体的な調査方法については、図表 16 に示す。

図表 16：地域同行型実地研修平成 26 年度パイロット研修に対する調査概要

	ヒアリング調査	アンケート調査
調査目的	<ul style="list-style-type: none"> ・運営体制の検証 ・研修支援ツールの検証 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修支援ツールの検証 ・ピアスーパービジョン研修モデルの検証
調査対象	実施団体の役員および事務局員 県協会理事長（神奈川） 地区リーダー（長崎）	アドバイザー 44 人 受講者 44 人
調査時期	各実施地域の最終日研修実施日 神奈川（秦野）：3月14日（土） 神奈川（小田原）：3月24日（火） 長崎：3月7日（土） 神戸：3月21日（土）	初日全体研修： 11月21日から2月20日に7回 最終日全体研修： 2月5日から3月21日に8回
調査方法	ヒアリング実施	初日全体研修、最終日全体研修時に自記式調査票に記入
調査内容	<ul style="list-style-type: none"> ・役割分担（特に自治体、地域包括支援センター） ・費用負担 ・事務負担 ・リーダー（講師）、ファシリテーターの要件と地域内の資源状況、育成状況 ・ツールの利便性（DVD、スーパービジョン支援ツール、テキスト） 	<ul style="list-style-type: none"> ・同行研修の効果 ・ツールの検証（DVD、スーパービジョン支援ツール、テキスト）

4. 検討結果

(1) 運営体制の検証

各地区において最終日全体研修の終了後、講師やファシリテーターを務めたり、アドバイザー・ファシリテーターの人選を各地区で担った中心人物に対してヒアリングを実施した。

その結果、県の規模に関わらず、市町村単位でみた場合の運営体制は結果的にはほぼ同一となり、その他の運営体制や今後の人材育成の見込み等の調査項目についても、実施地域による意見の差はほとんど見られなかった。そのため、以下に示す結果においては、質問項目ごとに各地域からの回答を並列に示すこととした。

また、ヒアリング調査結果を反映した修正運営体制の提案については、本報告書の後段にて提示する。

①ヒアリング調査結果

図表 17-1 地域同行型実地研修平成 26 年度パイロット研修長崎県ヒアリング概要

日時	平成 27 年 3 月 7 日（土）16：50-17：40
場所	諫早市健康福祉センターロビー（長崎県諫早市宇都町 29 番 1 号）
対象	辻敏子（島原地区地域リーダー兼全体監修、長崎県介護支援専門員連絡協議会理事）、榎本哲子（長崎地区リーダー、長崎県介護支援専門員連絡協議会理事）、松尾洋子（島原地区サブリーダー）、楠本道子（大村地区リーダー）
事務局	事務負担、費用負担については、長崎県介護支援専門員連絡協議会事務局に上記とは別途メールにてヒアリングを実施した。

図表 17-2 地域同行型実地研修平成 26 年度パイロット研修秦野市ヒアリング概要

日時	平成 27 年 3 月 14 日（土）12：00-13：00
場所	秦野市保健福祉センター（神奈川県秦野市緑町 16 番 3 号）
対象	高砂 裕子（神奈川県介護支援専門員協会顧問、認定ケアマネジャーの会会長）、井口 恵（秦野市介護支援専門員協会会長）、小森谷 陽子（秦野市介護支援専門員協会副会長、神奈川県介護支援専門員協会理事）
事務局	事務負担、費用負担については、神奈川県介護支援専門員協会に上記とは別途電話にてヒアリングを実施した。

図表 17-3 地域同行型実地研修平成 26 年度パイロット研修神戸市ヒアリング概要

日時	平成 27 年 3 月 21 日（土）16:40-17:30
場所	神戸市医師会館 3 階会議室（兵庫県神戸市中央区橋通 4-1-20）
対象	神戸市ケアマネジャー連絡会ケアマネ塾実行委員会の委員全 4 名： 神谷良子（神戸市ケアマネジャー連絡会相談役、日本ケアマネジメント学会認定 ケアマネジャー、最終日全体研修講師）、伊賀浩樹（神戸市ケアマネジャー連 絡会代表理事）、小西和弘（神戸市ケアマネジャー連絡会常任理事）、富田洋介 （神戸市ケアマネジャー連絡会理事）
事務局	事務負担、費用負担については、神戸市ケアマネジャー連絡会に上記とは別途電 話にてヒアリングを実施した。

・役割分担について

- マッチングは今回市協会が行ったが、今後もっとも適任と思われる。（秦野）
- 運営については日程的な余裕が必要。3 か月間で募集から最終研修ではあまりに短
期間だった（秦野）
- 県事務局をトップにすると機動性には欠けるが、全体発表会の実施については県
レベルで実施することの最大のメリットといえる。（長崎）
- 市の連絡会が中心になって運営した。次年度以降保険者が入るにしても、個人情
報の観点で厳しいのではないか。（神戸）
- 保険者自体は事務局機能を果たせないと思う。市協会や県協会など、職能団体へ
の委託が現実的だと思う。保険者は通知や案内に名義を出してくれるとかなり効
果があると思う（神戸）。
- 兵庫県の場合、県と神戸市は別々に動くと思う。県協会は事務局機能はある。（神
戸）
- マッチングはこれまで人数が少ないから市連絡会でこなすことができていたが、
大規模になったら難しい。（神戸）

・地域包括支援センター

- 地域包括支援センター（以下、包括）は、すべて秦野市介護支援専門員協会に加
盟している。（秦野）
- 包括ではおそらく事務局機能は負担だろう。やるとして保険者の役割ではないか。
（秦野）
- 今後、包括の区域変更に伴って事務局機能が落ちる可能性があるので不安を感じ
る（島原）。
- 地域包括はサポーターとして入ってもらったが、勤務時間外や土日の稼働となり、
その点では負担だったと思う。（神戸）

・リーダー・ファシリテーターについて

- 3名がファシリテーターをつとめた。アドバイザーを適任者が務めたため、同行実習中にファシリテーターが呼ばれることはなかったし、終了後も問題は報告されていない。(秦野)
- 初期に地区リーダー、ファシリテーターを集めて地域同行型実地研修についての説明会を実施したことでその後の運営がスムーズに展開した。(長崎)
- ファシリテーターは説明会の時点では何をするのか把握できなかったが、同行実地研修開始後は、ともかく足を使ってアドバイザーや受講者とよく会った。元々顔を合わせる機会の多い地域なので、特別なことではない。(大村)
- ファシリテーターからは、勉強になったと感想があった。課題があるとすれば、今後事業所から職員が拘束されることに抵抗が出てくる懸念がある。
- 最初は近場のアドバイザー・受講者同士だと利用者の情報守秘に懸念があったが、特にトラブルは発生しなかった。(島原)
- サポーターは同行訪問時はさほど動く必要がなかったが、アセスメントの際に大きな役割を果たした。(神戸)
- アドバイザーとファシリテーター全体でメーリングリストを作ったほか、全体を4グループに分けて、うち1グループではライングループを作って随時相談や連絡をとっていた。また、アドバイザー間でも、去年の経験者が今年の初心者アドバイザーをフォローするなどしていた。(神戸)

・今後の人材育成について

- 市とサービス事業所が合同で年に6回研修を実施している。(秦野)
- 市協会は130人の会員がいる。月1回、4地区に分けて勉強会を実施。主として事例検討と専門家を招へいしての講演会。(秦野)
- 地域ケア会議はまだ始まっていない。(秦野)
- 人材育成については県の役割と認識している。(秦野)
- 今年のアドバイザーは来年ファシリテーターになりうる。すでに人材の循環が始まっている。(長崎)
- 平成27年度、県の介護支援専門員連絡協議会では、地域同行型実地研修の実施と、地区リーダー養成研修の実施を予定している。(長崎)
- 実数としてはまだ育っていないが、地域同行型実地研修自体が大人数で実施するものではないから、その意味では。(神戸)
- 教材が充実してきたので、教材を見れば多少講師経験が少なくてもケンシュウハ実施できると思う。(神戸)
- 神戸市の協議会会員が600名いる中、講師が可能なのはほぼ20名、ファシリテーター

ターが可能なのは 30 から 40 名。(神戸)

- 主任ケアマネはバイジー体験が少ない人がかなり多い。アドバイザー事前研修を充実させてほしい。

・事務負担について（事務局のみに質問）

- 準備期間が短く、研修を進めていく中で内容を把握していった状況だった。参加地区は全県ではなかったが、それでも事務負担は大きかった。今回は参加者の選出にあたって地区に協力してもらったが、募集も全て事務局が行うことになっていればさらに負担は大きかったと思う。(長崎県)
- 準備期間が短く大変だった。(神戸市)
- 資料の印刷は、パイロット研修程度の分量であれば、県の協議会事務局で実施可能と思われる。(注：パイロット研修時は学会事務局において印刷した)(長崎県)
- 次年度実施するとしたら、外注したとしても印刷が事務面と費用面の負担になると予想される。(神戸市)
- 会場、人選、マッチング等を各実施地域の連絡協議会が担ってくれたおかげで事務負担はかなり軽かったという認識である。(神奈川県)
- 参加者からの質問対応については、市の実行委員会が対応してくれなかったらたいへんだった。
- 参加者募集と事例収集が主要業務であったが、次年度参加者が増えた場合、事例の個人情報チェック等の事務は負担になることが予想される。(神奈川県)
- 印刷業務については今年度は学会負担であったが、様式類の体裁が様々なこと、分量も多いことから、次年度受託するとしたら外部委託を検討したい。また、参加者からの要望も併せて考えると、可能であれば様式は A4 サイズに統一願いたい。(神奈川県)

・費用負担について（事務局のみに質問）

- 長崎県は離島が多いため、ファシリテーターの交通費支出が増えて範囲内に収めるのに苦慮した。(長崎県)
- 市町村の協力者に対して謝金を支払いたかった。(神奈川県)
- アドバイザーに対しては謝金を支払いたかった。(神戸市)

②調査からの示唆

ヒアリング調査の結果、県の規模に関わらず、運営事務局がもっともやりやすいと考える体制は、結果的にほぼ同一となった。

運営面では、参加者募集や連絡、会場の確保や資料印刷などの事務的な運営については県もしくは政令指定都市レベルの実務者団体の事務局が担い、講師、ファシリテーター、アドバイザーの人選やアドバイザーと受講者のマッチング等、研修の成否を左右する人選の部分は市町村単位の実務者団体（の役員）が担うモデルがもっとも円滑な運営が期待できる。

以下に、調査結果に基づいて昨年度作成した運営実施モデルを修正し、具体的な運営イメージを示す。

- 運営主体
 - 地域の実情に応じて、市町村保険者もしくは都道府県が主体となる
- 運営事務局
 - 都道府県モデルにおいては、法定研修受託団体が運営事務局を担うものとする。
 - 市町村モデルでは、居宅、包括を問わず、地域の能力あるケアマネジャーを有する任意の組織を、運営主体である市町村保険者が選択する。

なお、地域包括支援センターについては、本来的に地域のケアマネジャーを育成する役割を担うものの、限られた人員で介護予防や地域ケア会議等業務を要求され、業務量がひっ迫している状況になる。さらに、地域包括支援センターに所属する人材の地域間格差が大きく、ケアマネジャーを組織的に指導ができており、包括支援センターの人材育成にも熱心な地域がある一方で、人材育成の機会に乏しくケアマネジメントの実践経験にも乏しく、指導可能なレベルに達していない地域も存在する。

そこで、地域包括支援センターは、地域同行型実地研修においては以下の通り位置付ける。

- 地域包括支援センターの位置付け
 - 市町村内の地域包括支援センターに勤務し、実務経験・講師経験について十分に要件を満たす者の中から、運営事務局より依頼を受けた市町村職能団体がファシリテーターを適当数選出する。業務内容は①アドバイザーに対する助言、②アドバイザーと受講者間の関係調整となる。なお、ファシリテーターは地域包括支援センターの所属に限らず、適任とみなされれば居宅介護支援事業所等より幅広く選出できるものとする。

- 地域同行型実地研修に職員がアドバイザーもしくは受講者として参加することにより、地域包括支援センターの人材養成に活用する。
 - 特に、参加者として居宅介護事業所の介護支援専門員と組む場合には、日常業務において地域の介護支援専門員に対してスーパーバイズを行う際のノウハウやケアマネジメントの実務を本研修において体験することが可能となり、センター内の人材育成に大きく寄与することが期待できる。
- 対象
 - アドバイザー
 - ◇ 受講要件は主任介護支援専門員とする。
 - ◇ これまでは主任介護支援専門員の実務能力のばらつきが指摘されてきたが、本研修のような OJT 研修を重ねることで、主任介護支援専門員全般の質の平準化に繋がる。
 - 受講者
 - ◇ 主任介護支援専門員研修受講前の介護支援専門員。
 - ◇ 実践の中で業務に就いて 1 年程度が経過し、介護支援専門員の専門職としての業務に対する課題意識を持ち始める層が望ましい。
 - ◇ バイジー（受講者）としての経験を積んだケアマネジャーがバイザーになることで、次世代の人材育成へと循環させることができる。
- アドバイザーと受講者のマッチング
 - 運営事務局より依頼を受けた市町村職能団体がアドバイザーと受講者のマッチングを行う。
- 講師
 - 各都道府県に研修講師を複数名配置する。業務内容は①アドバイザー事前講師、②初日及び最終日研修講師、③ファシリテーターとアドバイザーの育成と指導である。
 - 都道府県内の事業所に勤務し、実務経験・講師経験について十分に要件を満たす者の中から、運営事務局が選出を行う。
- ファシリテーター
 - 各市町村にファシリテーターを適当数配置する。研修参加者数にもよるが、10 名未満の参加であれば 1~2 名、それ以上の場合は 1~2 ペアに 1 名が担当してもよい。業務内容は①アドバイザーに対する助言、②アドバイザーと受講者間の関係調整

である。可能であればアドバイザーを経験した者が適任である。

- ▶ ファシリテーターの選出方法： 市町村内の地域包括支援センターもしくは居宅介護支援事業所に勤務し、実務経験・講師経験について十分に要件を満たす者の中から、運営事務局より依頼を受けた市町村職能団体が選出を行う。

(2) 研修支援ツールの検証

運営体制の検証において実施したヒアリング、ならびにアンケート調査対象と同一対象にそれぞれ同じヒアリング、アンケート内で、研修支援ツールの効果についても調査を実施した。

スーパービジョン支援ツールやテキスト、様式類については、使いやすい、良いという声がある一方、分量が多い、使用方法についての教示が少ない等、改善すべき点についての指摘があった。アドバイザー事前研修 DVD については、全体に非常に高い評価を得た。

①ヒアリング調査・アンケート調査自由回答結果

スーパービジョン支援ツール、アドバイザー事前研修 DVD、テキストのそれぞれについて、ヒアリング調査およびアンケート調査の自由回答欄からの回答を以下に抜粋して示す。

・スーパービジョン支援ツール

使いやすい、良い

- ・ とても使いやすい、アセスメントで何が必要か、何が情報として足りないか、わかりやすいシートになっている。
- ・ 自分のケアを振り返るためにも使いやすいツール。
- ・ 多すぎない量で良いと思う。
- ・ 評価チェック方法の基準があり、わかり易いと思った。

日常業務で活用できる

- ・ 再アセスメントを一緒に行う上で便利なツール。
- ・ 見本（Aさん事例記入例）があるので、どのように記入すればよいか分かる。
- ・ 何度か記入する訓練が必要で、これにしっかり記入できるとその後の展開のずれも少ないのではないかと。
- ・ 評価ツールがあるので、（スーパービジョンにおいて）ある程度のレベルを確保できる。
- ・ 大変分かりやすいので持ち帰り、活用してみる。（包括）
- ・ 共通の様式は標準化の参考になる。（包括）

慣れるまで時間がかかる、使用法を間違えないようにフォローが必要

- ・ 丁寧なシートなので、しっかり共有しないとばらつくので注意がいると思った。
- ・ 他人のアセスメントを見たときに、まず、事例に入り込んでしまってスーパーバイザー的な視点での抽出が難しいのではないかと感じたが、考え方を理解し、経験を増やしていけば、スムーズに抽出できる可能性はあると感じた。
- ・ 書き方に慣れるまで少し迷いそう。
- ・ 慣れれば気づいたこと、メモなどが必要に応じて入れられるのでいいと思う。

- ・ 同行研修の前後のどのタイミングでどのように書けばいいのかわかりづらい。
- ・ 必要な時だけ、気になるところだけの記入でよいと注記しないと、参加者にとっての負担が大きい。
- ・ どの様な視点、角度から書けばいいのかわからなかった（受講者）。

簡素化と説明の追加に関する要望

- ・ アドバイザーからは、「記録の分量が多すぎる」との不満があった。
- ・ 研修の時に支援ツールの使い方を説明してもらえたらもっと良かった。
- ・ 説明がないと、ツールの意図するところが分からず、どのような視点から書けばいいのかわからない。
- ・ 実施前の「目標」について、目標の意味が分かりにくく、何を書けばいいのかわかってしまった。ツールの「目標」を「力を入れたい視点」、「評価」を「どう変わったか？」と読み替えてればわかる。

形式に関する要望

- ・ A3 サイズはプリントアウト・コピーできない事業所もあるのではないかと。
- ・ A3 サイズは記入、整理しにくい。冊子形式にしてほしい。
- ・ フリースタイルで記入できる部分があると良い。
- ・ 考察があると良い。アドバイザーのコメントが書きにくい。
- ・ 複雑で分かりにくい。
- ・ 記入スペースをもう少し広げてほしい
- ・ 考察があると良い。
- ・ フリースタイルで記入できるスペースがあると良い。

分量が多い

- ・ 項目が多くて書くのを迷った。
- ・ 用紙が多い。

・アドバイザー事前研修 DVD

スーパービジョンや研修のイメージがしやすい

- ・ いきなり高いハードルではなく、身近に感じられる内容だったので、導入として良かった。
- ・ 眼で見られることは、座学で聞くよりよかった。
- ・ （スーパービジョンについて）じっくり考えることができた。
- ・ （研修の）流れに沿っていたのでイメージが付きやすかった。
- ・ 良いところと悪いところがはっきりしていたので、どうすればよいか、いつもどうしているかをふり返りやすい内容だった。
- ・ 主任ケアマネに向けての研修でも、スーパービジョンの言葉がよく出てくるが、実際各イメージするものが同じではない感じがしていたので、見てイメージができる DVD が出

<p>来て、めざす目標が明確化されたのでよかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ スーパービジョンにおいて教育的効果を高めるための視点が分かりやすく解説されていた。 ・ アドバイザーとして力みすぎて失敗する傾向が分かりやすかった。
<p>日頃の SV を振り返る機会になった</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 日頃の振り返りや教訓につながる。失敗から学ぶことは多い。 ・ DVD の前半の S さんのように、コーチングよりティーチングしそうな自分が見えた。 ・ ややもすれば教育的になってしまうところ、悪いシーンがあることで自分の部下への話し方など、考えさせられた。 ・ 支持的に、を意識しすぎると、問題点にとうとう達しないきらいがある。そこを正していければと思う。 ・ 模範ロールプレイではなく、良い、悪いを意識しながら見ることでバイザーとしての力がわかる（自己覚知と気づき）
<p>(演習の) グループワークと併せると効果的だった</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ DVD によるイメージつくりの後、個人ワーク→グループワーク→発表→振り返り、は分かりやすかった。 ・ 研修参加者の力量に応じて、同じ研修でも学びの深まりは変わるかもしれない。 ・ 全く違う事業所の新人介護支援専門員をサポートできるように「配慮できる」姿勢と、「配慮しすぎない」姿勢のバランスが大切なのか？双方に学びあえる目的意識を共有しておきたいと思えた。 ・ DVD を止めて説明が入り、振り返りの時間があり、他グループの意見を聞くことができ、勉強になった。特に自分にはない意見が聞けたことは、とても学びにつながった。
<p>DVD の位置づけをしっかりとすべき</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 講師の説明付なので理解ができたが、スーパービジョンのお手本のように思う人もいるのではないかと、解説がもう少し入っても良いと思う。
<p>医療連携について補強すべき</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医への聴き取りがシーン間のどこかで済んで、本人の身体状況が把握できた下りがあればよい。（これからは、医療との連携が重要になってくるので）

・ テキスト

<p>分量</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 分量についてはこの程度でいいと思う。
<p>内容</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ もっとポイントを絞ってほしい。 ・ テキストを見れば提出書類、同行訪問等が分かるようにしてほしい。できれば、1 枚で分かればとても良い。

<ul style="list-style-type: none"> 事前研修、初日研修でテキストのすべてを理解することは難しく、演習を進める中でたびたび確認した。
使用方法・位置づけ
<ul style="list-style-type: none"> 受講者の一部はケアマネジメントプロセスの流れを理解しないままに研修に参加していた。テキストなり、講義なりは必要。 「同行研修に行く前に、基本テキストや実務テキストを読んでおく」などの文献紹介がテキスト内にあってもよい。 プレゼンテーションの際のアドバイザーの役割について、「自分にとっても振り返りとなったことを示す」という趣旨で明記してほしい。受講者に対して指導的なコメントが散見された。 テキストは受講決定後すぐに渡してほしい。読み込む時間が必要。

他様式について

提出書類が分かりづらい
<ul style="list-style-type: none"> どの資料をいつ提出すべきか、ファシリテーターが神経を使った。 提出すべき書類について、チャートの作成、色分け、番号等示してほしい。
資料が多すぎる
<ul style="list-style-type: none"> 業務と両立していくうえで、提出書類が多かった。 用紙の量、項目の分量が多い。

②アンケート調査結果

研修参加者に対するアンケートの中で研修支援ツールの分かりやすさについて質問したところ、アドバイザー、受講者のいずれもツールについては「やや分かりづらい」、テキスト及びその他の様式については「わりと分かりやすい」との回答であった。その理由については上記自由回答の通りである。

図表 18： 研修支援ツールの使用感（分かりやすさ）

	有効回答数 (人)	研修支援ツールの分かりやすさ		
		ツール	テキスト	その他様式
アドバイザー	41	3.20	2.39	2.48
受講者	40	3.63	2.47	2.62

※ 「分かりやすい=1」 から 「分かりにくい=5」 までの 5 件法で回答

③調査からの示唆

研修支援ツールのうち、特にスーパービジョン支援ツールについては、それが有意義であることは認めるものの、解説の少なさと記述のための作業負担についての指摘が多く見受けられた。

また、アドバイザー事前研修用の DVD については、視聴したアドバイザー、ファシリテーター、ならびに運営事務局から高評価を得た。そもそもスーパービジョンをどうやればいいのか分からない、スーパービジョンの経験が少ない、経験はあるがマイルールなのではと疑問を持っていた等の悩みに対する指針としての位置づけとなったという感想があった。

また、運営側の視点からみると、本 DVD を用いることで、アドバイザーのバイジー体験・バイジー経験平準化に資する本来の効果の他、運営事務局の負担軽減、研修の質の均質化という効果も図ることができる。

テキストや様式については、視認性や扱いやすさについての指摘がいくつかあったため、今後視認性の向上と情報整理に留意していきたい。

5. ピアスーパービジョン研修モデルの検討

(1) 背景と目的

地域同行型実地研修におけるアドバイザーの主たる役割はスーパービジョンだが、実際にはバイザーもバイザーもほとんど経験することなく主任介護支援専門員となるものが多い。このような現状を踏まえ、ピアスーパービジョン研修を実施し、アドバイザーの質の平準化に資するか、その効果を検証した。

本研修は、地域同行型実地研修のアドバイザー事前研修における実施を意図しており、アドバイザーを務める主任介護支援専門員のバイザー体験を担保するとともに、基礎的なスーパーバイザーも体験することを目的としている。

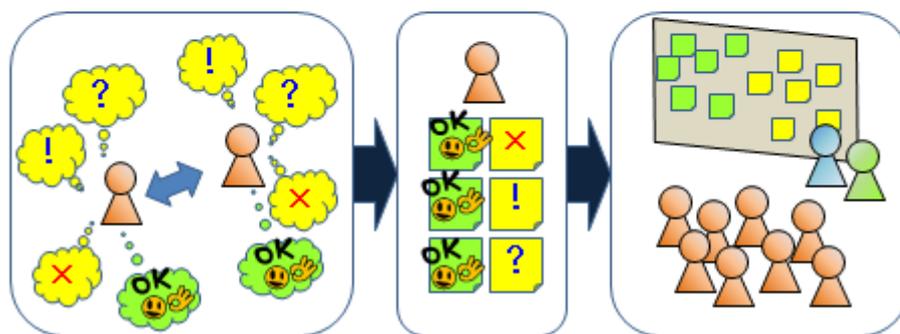
(2) 研修の概要

参加者同士がペアになり、バイザー役が持参したアセスメントとケアプランについて、バイザー役がアドバイスをを行う（ピアスーパービジョン）。1セッション終了後、バイザー役とバイザー役を交代し、同様の手順でセッション2を行う。

全セッション終了後、各自バイザーとして気づいた点、バイザーとして気づいた点を付箋に書き出して発表を行い、講師が総評を行う。

図表 19： ピアスーパービジョン研修の進行

- ① バイザー役はペアとなるバイザー役の参加者が持参した事例を読み込み、良い点、不足している点をメモする(30分)。
- ② 2人1組となり、バイザー役がバイザー役の持参事例についてスーパーバイズを行う。(30分)
- ③ バイザー役は、バイザー役のSMについて良いと思った点、疑問に思った点をメモに書き出す(5分)
- ④ 別の人と組み合わせになり、②と③を繰り返す。(35分)
※ すべての参加者がバイザー役・バイザー役を経験する。
- ⑤ ロールプレイ後にバイザー役の感想を集め、講師がコメントする。(15分)



9

(3) 調査方法

ピアスーパービジョン研修の効果を検証するためのパイロット研修を以下要領にて開催し、参加者に対するアンケート調査、ならびに運営者に対するヒアリング調査を実施した。

日程・会場	平成 27 年 3 月 10 日（火） 13 時～17 時 小田原市保健センター会議室 A（神奈川県小田原市酒匂 2-32-16）
対象・人数	小田原市内の居宅所属の主任介護支援専門員 8 名 地域包括支援センター所属の主任介護支援専門員 6 名
講師	白木 裕子

1) 準備

研修参加者	事例としてアセスメントとケアプランを各 2 部コピーして当日持参する。
-------	-------------------------------------

2) 進行

13:00	主催者挨拶	5 分	事務局
13:05	進行説明	45 分	講師
13:50	ペア持参事例の読み込み	60 分	自分のバイザーとなる参加者の持参事例を読み込み、ポストイットに良い点、不足している点を書き出す
14:50	演習 1 ピアスーパービジョン 1	40 分	バイザー役がバイザー役の持参事例に対してアドバイス。 互いに気づいた点をポストイットに記録する
15:30	ペア交代・休憩		
15:40	演習 2 ピアスーパービジョン 2	40 分	バイザー役がバイザー役の持参事例に対してアドバイス。 互いに気づいた点をポストイットに記録する
16:20	振り返り SV について良かった点・疑問に思った点を付箋に記入する		
16:40	発表・講師総評	15 分	
16:50 17:00	閉会・事務連絡	20 分	講師・事務局

※ 良い点を記入するポストイットと不足している点を記入するポストイットは色を分ける。

※ 演習 1・2 のバイザー役・バイジー役と組み合わせは事前に講師もしくは事務局が設定する。

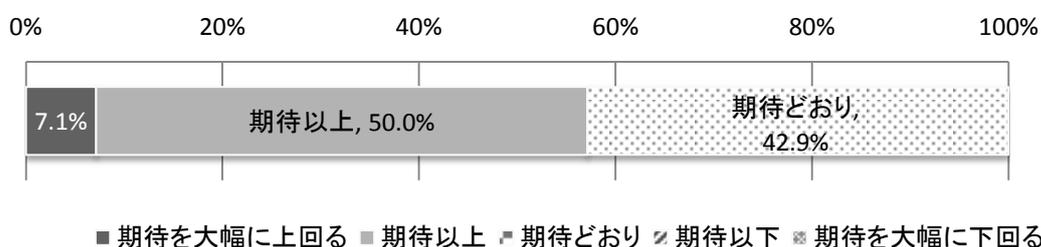
(4) 調査結果

① アンケート調査結果

・研修全体の感想

研修全体の感想では、期待以上、期待を大幅に上回るとする割合が 57.1%、期待どおりを合わせる 100%となった。また、これまで経験したスーパービジョン研修に比べて今回の研修は非常に優れている、優れていると回答した割合が 78.9%となり、研修に対しては高い評価を得た。自由回答からは、「1対1でのバイザーバイジー体験は新鮮で参考になった」「基本的な部分から振り返りができた」とのコメントがあった。

図表 20： 研修全体を通しての感想 (n=14)



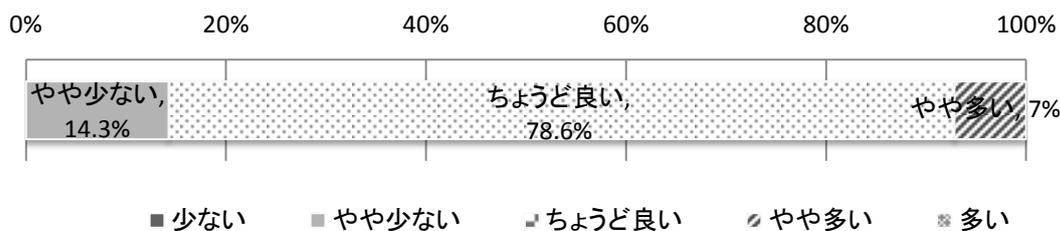
図表 21： 他のスーパービジョン研修との比較 (n=14)



・研修のカリキュラム

研修の総時間数、難易度ともにちょうど良いが 78.6%あり、スーパービジョン支援ツールや資料についても概ね分かりやすいとの評価であった。

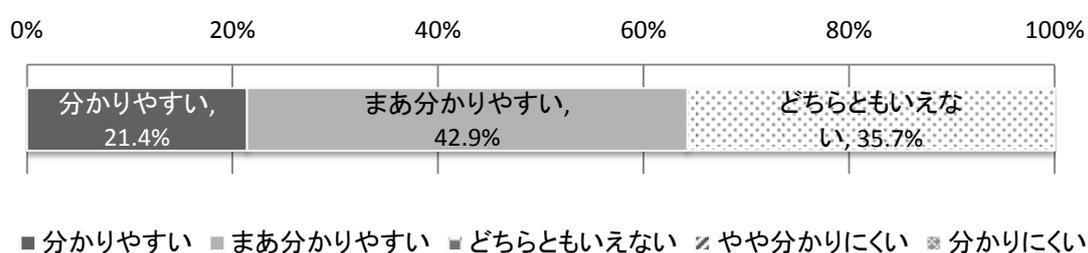
図表 22： 研修の総時間数 (n=14)



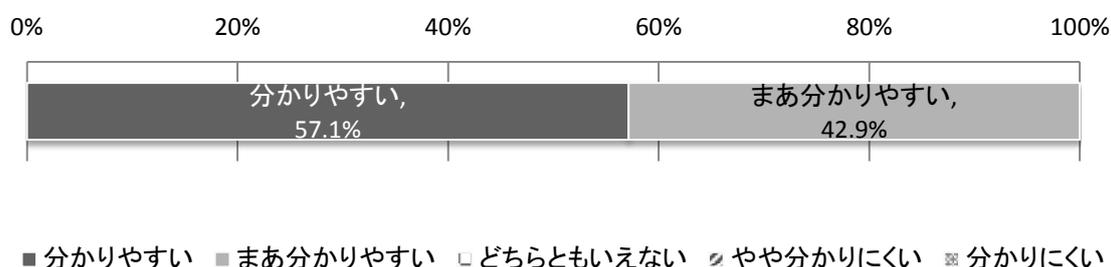
図表 23： 研修の難易度 (n=14)



図表 24： スーパービジョン支援ツール (n=14)



図表 25： 資料・様式 (n=14)



② ヒアリング調査結果

運営担当者に対するヒアリングからは、より効果的の運営に向けて、マッチング時の技量の平準化、事例の使い方について以下のような意見を得た。

- ・ ペアの技量が違うと、技量の低い者がバイザーの場合はバイザーから意見をただ聞くだけで気づきにつながらず、また、技量の低い者がバイザーの場合は、バイザーにとって得るものがない結果となって効果が低い。マッチングの際は同レベルの者同士にする必要があると思う。
- ・ (開催時に自分のケアプランを持参できなかった者に架空事例を使用してもらった件について) 自分の事例であれば熟知しているのでバイザーからの指摘はすぐに理解できるが、

架空事例を自分の事例としてスーパーバイズを受ける場合は、事例が頭に入っていないので理解に時間がかかる。架空事例を使用するペアについては、ペア兩人とも同じ架空事例を用いた方が効果は上がると思う。

(5) 調査からの示唆

スーパービジョン研修としてピアスーパービジョン研修モデルは高い評価を得た。地域同行型実地研修のパイロット研修実施の結果からは、ファシリテーターやアドバイザーに対する事前研修の充実を求める声が多かった。この対策として、アドバイザーのバイジー体験を担保するピアスーパービジョン研修を、現行の DVD を用いたスーパービジョン研修に追加することも有効と考える。

第3章 ケアマネジメント・プロセスの手引き案作成にかかる基盤検討

1. 検討の背景と目的

平成 25 年度までに実施してきた地域同行型実地研修のパイロット試行の中で、参加するケアマネジャーのケアマネジメントの質に大きなばらつきがみられることが指摘されてきた。しかし、そもそも業界内では、自立支援に資するケアマネジメント、という基本理念についての共通認識が必ずしも徹底しておらず、あるべきケアマネジメントやあるべきケアマネジャー像が確立していないため、単に質の向上を目指した研修等の教育・訓練を投入するだけでは、ケアマネジメントの質の向上ははかれない。

そこで、日本ケアマネジメント学会では、利用者本人が持っている力を最大限に発揮してもらいながら不足を如何に補うか、という視点を「自立」の基本と考え、ケアマネジメントの手引きを作ることで、「自立」の定義を目指していく。

ケアマネジメント・プロセスの手引きは幅広い活用を前提としている。最終的には、プロセスの各場面におけるケアマネジャー個人間、事業所間、地域間の格差を解消することを目的としているが、そのために、日常業務や人材育成の支援ツール等として活用されることを期待するものである。

今年度は、既存のテキストや省令等を事務局において整理した上で、各プロセスについて明快な図示を含めた手引きを作成すること、さらに、専門家や実務者に手引き（案）を送付し、項目ごとに評点をつけるとともに、意見を募り、手引き案の修正点や、さらに発展させるべき課題を明らかにすることを目標とした。

2. 調査の概要

今年度は①ケアマネジメント・プロセスの手引きの素案（以下、手引き案とする）作成を中心に、②手引きの位置づけを定めるためのレビュー調査、③手引きの必要性を示すために職能団体や学会の役員に対するアンケート調査、以上 3 項目の調査事業を実施する。

今年度は骨格のみを示すにとどめるが、以下の論点整理を徹底する。

- ①次年度以降に展開させる項目
- ②次年度以降に分析を深める項目
- ③次年度以降に実施する実証調査

3. 事前調査

ケアマネジメント・プロセス手引き案の作成に先だち、手引きの位置づけを定めるための文献調査とヒアリング調査を実施した。

文献調査は1) 海外におけるケアマネジメントガイドライン (Standards of Practice) に関する調査、ならびに2) ケアマネジメントの質に関する国内の先行研究調査を行い、いずれの結果も、本学会による手引き作成のための直接的な参照先とした。

海外のガイドライン調査の結果として得られた理念や倫理の一覧は、日本国内の省令や日本介護支援専門員協会等の定める各種倫理綱領の情報と併せることにより、本手引きの前半部を構成する「基本理念」および「倫理的対応」の礎となった。

一方、プロセス評価項目に関する国内の先行研究調査の結果として得られたケアマネジメント・プロセスの項目一覧は、熟練ケアマネジャーを対象としたインタビュー調査の結果、ならびに、法廷研修テキストの内容を分解して作成したプロセス項目と併せることで、本手引きの後半部を構成する「ケアマネジメント・プロセス」の基礎となった。

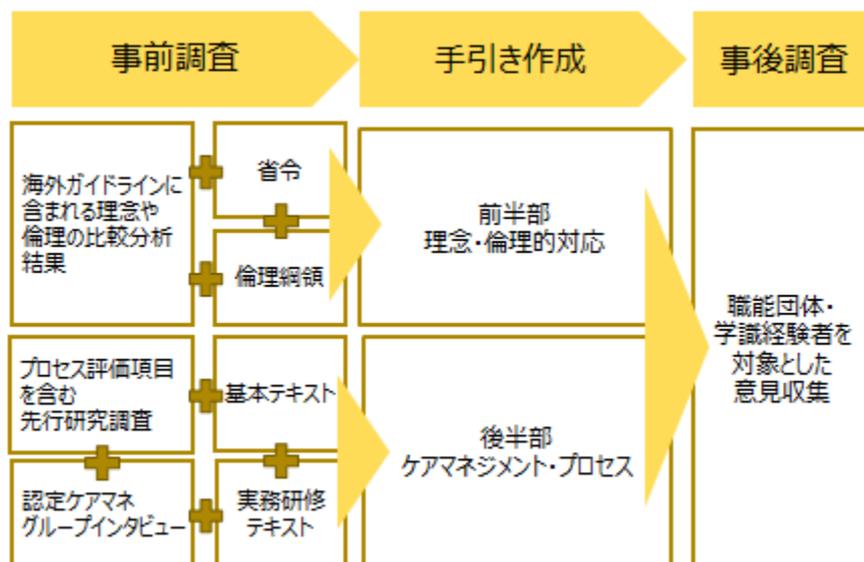
(1) 国内外の類似手引きおよびケアマネジメントの質に関する文献調査

手引き作成決定後、国内で近年発行された医療・介護分野の様々な手引きを調査したが、構造、ボリューム、対象、使用方法、目的がいずれも今回作成しようとする手引きとはかい離があるため、参考にとどめることとした。

次にケースマネジメントに関する海外の職能団体作成による手引きを調査したところ、本学会が目指す「自立支援」の共通認識醸成に資する内容の文献が多かったため、基本理念、倫理等の項目に絞って比較を行った。

しかし、ケアマネジメントのプロセスに関しては、海外と日本では制度面での相違が多いため海外文献を直接的な参照先とすることが難しく、国内文献の調査によりケアマネジメント・プロセスの一覧を作成した。

図表 26：事前調査から事後調査までの流れと各調査結果の位置づけ



① 海外手引き (Standards of Practice) 調査

1) 実施方法

米国、英国、オーストラリア、カナダ等英語圏国家における介護福祉職を対象としたガイドライン（一般的に **Standards of Practice** と称するものが多い）を収集し、構成、項目、内容について比較検討を行った。

2) 実施結果

収集した海外のガイドラインについて、構成を分析し、定義、役割、自立支援、倫理等に関連する項目の一覧を次頁以降に示す。（図表 27）

ケアマネジメント（**case management**）の定義自体は米国、カナダ、英国、豪州のガイドライン間でほぼ違いはないが、ガイドライン内における倫理の示し方とケアマネジャーに求められる能力や努力に関する記載は、各国の実情に合わせた内容となっていた。ただし、倫理として挙げられる概念自体は、宗教的・文化的背景が近いことから、ほぼ同内容といえる。

また、ケアマネジメントのプロセスについては、前述の通り、本事業で作成する手引きでは採用しないが、これらガイドラインのうち、オーストラリア・ニュージーランドケースマネジメント協会（**Case Management Society of Austraria and New Zealand**）が作成した”**National Standards of Practice for Case Management, 2013 Edition**”におけるプロセスの流れの示し方が視認性において優れていたため、本手引きにおいてもガイドラインを示す際にフロー図を先に示すこととした。

図表 27： 海外のガイドライン（Standards of Practice）の構造、内容一覧

凡例： 表中○は「記載あり」、△は「不十分だが記載あり」、空欄は当該項目についての記載がないことを示す。

出版国	USA	USA (老年学会)	USA (SW)	Canada	UK	Austraria
書名	Standards of Practice for Case Management, Revised 2010	Standards of Practice	NASW Standards for Social Work Case Management	Canadian Standards of Practice for Case Management	CMSUK STANDARDS OF PRACTICE and Best Practice Guidelines, 2nd Edition	NATIONAL STANDARDS OF PRACTICE FOR CASE MANAGEMENT, 2013 EDITION
初版発行年	1995	1990			2001	
改訂年	2010	2014	2013	2009	2014	2013
発行者	Case Management Society of America	The National Association of Professional Geriatric Care Managers	National Association of Social Workers	National Care Management Network	Care Management Society UK	Case Management Society of Australia & New Zealand (CMSA)
URL	http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/membersonly/standardsofpractice.pdf	http://www.caremanager.org/about/standards-of-practice/	http://www.socialworkers.org/practice/defaults.asp	http://www.ncmn.ca/resources/documents/english+standards+for+web.pdf	http://www.cmsuk.org/documents/tmp4B79.pdf	http://www.cmsa.org.au/products/publications/product-name#
ページ数	30	8	62 (小パンフレット)	18	87	39
standardsの記述法	プロセスについては8段階だが、そのほかに資格認定、関連法、倫理、アドボカシー、異文化適応力、資源調整、調査	「クライアントとの関係」として7つの standard を、「実践におけるプロフェッショナリズム」として9つの standard を示して	前段で standards の項目と概要を示し、後半で詳細な行動指針を示している。	6段階の各プロセスについて、standard を以下のフォーマットで定めている。 Standard,	帳票も含め、かなり詳細な記述 倫理については別テキスト code of ethics	プロセスの流れを図で示し、次にプロセスごとの評価視点を示している。後半は各評価視点ごとに自己採点するパー

	研究について特設項目を設置して standard を定めている。	いる。 各 standard は standard, rationale, guidelines の 3 部構成。		Rationale, Interpretation, guidelines		トとなっている。 倫理については別テキスト code of ethics で示している
対象範囲	健康、予防、リハビリ、ぜんそく、病院治療等あらゆる領域	高齢者・障害者	全領域	home mental health(精神疾患?)、回復期、在宅医療、リハビリ、緩和ケア、カナダ医療法に位置付けられる	利用者特性に関する記述なし。おそらく高齢者、障害者(mental 含む)、要治療者等広汎にわたる	全領域
○定義・役割・機能						
定義	Case management is a collaborative process of assessment, planning, facilitation, care coordination, evaluation, and advocacy for options and services to meet an individual's and family's comprehensive health needs through communication and available resources to promote quality cost-effective outcomes.	standards とは別のテキストとして出ている code of ethics が定義に代えて示されている。 http://www.caremanager.org/about/code-of-ethics/	Case management A process to plan, seek, advocate for, and monitor services from different social services or health care organizations and staff on behalf of a client. The process enables social workers in an organization, or in different organizations, to coordinate their efforts to serve a given client through professional teamwork, thus expanding the range of needed services offered. Case management limits problems arising from fragmentation of services,	Case Management is a collaborative, client-driven process for the provision of quality health and support services through the effective and efficient use of resources. Case Management supports the clients' achievement of safe, realistic, and reasonable goals within a complex health, social, and fiscal environment.	Case Management is a collaborative process which assesses, plans, implements, coordinates, monitors and evaluates the opinions and services required to meet an individual's health, care, educational and employment needs, using communication and available resources to promote quality cost effective outcomes (CMSUK Standards of Practice 2005)	米国 CMSA の記載と類似 Case management is a collaborative process of assessment, planning, facilitation, and advocacy for options and services to meet an individual's holistic needs through communication and available resources to promote quality cost-effective outcomes.

			staff turnover, and inadequate coordination among providers. Case management can occur within a single, large organization or within a community program that coordinates services among settings (Barker, 2003).			
役割	○	○	○		○	○
機能・活動（具体的な行動指針）	○	△	○	△	○	○
理念（利用者本位、自立支援等）	○	○	○	○	○	○
○倫理的な基準						
倫理	○	○	○		○	
自己決定	○	○				
プライバシー	○	○	○		○	
権利擁護	○		○		○	
○プロセス						
スクリーニング	○	○		○	○	○
アセスメント	○		○	○	○	○
目標設定	○		○		○	○

プランニング	○	○	○	○		○
サービス調整	○	○	○	○	○	○
モニタリング	○	○	○	○	○	○
終結	○	○	○	○	○	○
○ケアマネジャーとして求められる努力						
価値観・信念		○	○		○	
利用者との関係の構築と維持		○			○	○
資格認定	○	○	○			○
学習・教育	○	○	○		○	○
関連法律	○	○			○	
リスク管理					○	○
サービス対価		○			○	
広報・マーケティング		○			○	
異文化適応力	○		○			
社会資源・協働	○		○		○	○
調査研究	○				○	○
説明責任		○	○			○
○帳票					○	

② プロセス評価項目を含む先行研究に関する調査

日本国内におけるケアマネジメントの質的評価に関する先行研究¹に基づき、各研究が「ストラクチャー」「プロセス」「アウトカム」いずれに該当するか分類した。(図表 28)

さらに、プロセス評価に関連する研究のみを抜粋して、全プロセス項目を一覧に展開し、全項目をプロセスごとにカテゴリ分類して並べ替えを行った(図表 29)。また、「手順」・「質」欄を設け、それぞれプロセス評価項目の内容がプロセスの手順を示す場合、プロセスの質を示す場合に、該当することを示す「○」を記入した。

本調査から得られた結果は、本事業においてケアマネジメント・プロセス手引き案を作成するにあたって参考とした。

¹日本総合研究所(2012)「ケアマネジメントの質的評価のあり方に関する調査研究事業報告書」

図表 28： ストラクチャー・プロセス・アウトカムを評価する尺度を開発した日本国内の先行研究

分類	開発した指標名	項目数	備考	著者名	論文名
ストラクチャー、プロセス、アウトカム	ケアマネジメント関連項目	3 領域 80 項目		安梅勅江、他	ケアマネジメント専門性評価モデル試案の妥当性と信頼性および社会福祉士の自己評価の特徴
				安梅勅江、他	理学療法士のケアマネジメント関連項目に対する自己評価の特徴
ストラクチャー	QCM-S (the Quality of Care Management-Structure measurement)	3 領域 22 項目		岡本玲子	行政保健婦・士によるケアマネジメント過程と構造要因の関連
ストラクチャー	ソーシャルワーク専門職性自己評価 (Social Work Inventory)	7 領域 42 項目		南	ソーシャルワーク専門職性自己評価
プロセス	QCM-P (the Quality of Care Management-Process measurement)	45 項目		岡本玲子	ケアマネジメント過程の質を評価する尺度の開発
プロセス	実践度尺度	5 領域 26 項目		長直子、他	実践度尺度からみた精神障害者ケアガイドラインの検討－効果的な実践をさせる条件－
プロセス	介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度	7 領域 50 項目		綾部貴子、他	ケアマネジメント業務における介護支援専門員の課題実施度に関する研究
プロセス	ケアマネジメント技術作業指標 (Work Index)	8 領域 51 項目		野中猛、他	ケアマネジメント技術を評価する尺度の開発に関する研究
プロセス	介護支援専門員の資質・能力の視点を踏まえたケアマネジメントのプロセス評価項目	34 領域		日本総合研究所	ケアマネジメントの質的評価のあり方に関する調査研究事業報告書
プロセス	調査票	10 領域 82 項目	サービス担当者会議限定	日本能率協会総合研究所	介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業報告書
アウトカム	QCM-O (the Quality of Care Management-Outcome measurement)			岡本玲子	ケアマネジメントの質を評価するアウトカムの尺度開発
アウトカム	サービス満足度尺度	6 領域 34 項目		高見千恵、他	介護保険サービス利用者のサービスに対する満足度尺度の妥当性および信頼性
アウトカム	利用者の QOL	11 領域 23 項目		林暁淵、他	利用者の QOL の変化からみたケアマネジメントの効果
アウトカム	ニーズ解決率・サービス満足度・生活満足感	3 領域 32 項目		中谷久恵、他	在宅ケアマネジメントの効果と評価指標に関する研究
アウトカム			中谷ら 02 において更新	島内節、他	在宅ケアのアウトカム研究－ケアの質管理プログラムの開発－

(参考) 図表 28 中のモデル名 (略称) が示す先行研究

略称	著者名	論文名	雑誌名・掲載年
安梅モデル	安梅勅江、 他	ケアマネジメント専門性評価モデル試案の妥当性と信頼性および社会福祉士の自己評価の特徴	
	安梅勅江、 他	理学療法士のケアマネジメント関連項目に対する自己評価の特徴	
QCM-P	岡本玲子	ケアマネジメント過程の質を評価する尺度の開発	
実践度尺度	長直子、他	実践度尺度からみた精神障害者ケアガイドラインの検討ー効果的な実践をさせる条件ー	日本公衛誌 47(5)、2000
課題実施度	綾部貴子、 他	ケアマネジメント業務における介護支援専門員の課題実施度に関する研究	厚生学の指標、 50(2)、2003
野中 WI	野中猛、他	ケアマネジメント技術を評価する尺度の開発に関する研究	みずほ福祉助成 財団研究報告 書、2006
JRI プロセス	日本総合研 究所	ケアマネジメントの質的評価のあり方に関する調査研究事業報告書	2013

図表 29 : 先行研究におけるケアマネジメントプロセスの一覧

分類	No	手順	質	プロセス評価項目	プロセス評価項目の内容	モデル名 (略称)
1. インテーク						
(1) 入口						
	1	○		利用者の発見	日常業務の中で発見、アウトリーチ、本人との相談、広報活動など	野中 WI
	2	○		家庭訪問・面談で、直接情報を収集した		QCM-P
	3	○		機関からの紹介	口頭・文書、直接・間接、通常業務の内外、機関や職種のヒエラルキー	野中 WI
	4	○		社会資源提供側からの相談や連絡に応じた		QCM-P
	5	○		家族の相談	家族面接、合同面接、家庭訪問	野中 WI
	6	○		利用者(本人・家族)からの初回相談を促した		QCM-P

(2) 関係づくり					
7	○		関係作り	信頼関係,初回面接法,説明と同意,問題の整理とニーズの推測	野中 WI
8		○	導入時に時間をかけて、信頼関係づくりを行う		JRI プロセス
9		○	利用者の問題承知を助け、ニーズの表出を促した		QCM-P
10		○	利用に伴う利用者の心理的抵抗や不安に対処した		QCM-P
11	○		面接で利用者の希望を聞く		実践度尺度
(3) 説明と同意					
12	○		ケアマネジメントについて説明し、開始に同意を得た		QCM-P
13		○	利用者への十分な説明と同意		実践度尺度
14		○	説明の際、要点を整理した説明資料を活用する		課題実施度
15	○		申請代行手続きを行う		課題実施度
16		○	介護保険法の理念(セルフマネジメント・自助の促進のための制度であること、介護支援専門員の役割はあくまで後方支援であり、中心は利用者・家族であること)を伝え、理解を得る		JRI プロセス
17	○		重要事項および契約書の説明を行い、内容について利用者の了解を得る		JRI プロセス
18	○		契約から利用開始までの流れを説明する		課題実施度
19	○		説明事項書や契約書について確認する		課題実施度
20		○	「重要事項説明書」をもとに、わかりやすい言葉で説明する		課題実施度
21		○	『契約書』をわかりやすい表現で作成する		課題実施度
22		○	契約の際、支援事業者と利用者の義務を明確に説明する		課題実施度
23		○	契約前、利用者の検討時間を十分に確保する		課題実施度
(4) インテーク時に把握しておくべき情報					
24		○	包括的な状況把握	何を把握すべきか？生活歴, 病歴, 職歴, 家族歴, とりまく環境	野中 WI
(5) 受理会議の開催					
25	○		受理会議の開催	対象選定の是非, 支援方向の概略, 費用対効	野中 WI

				果の視点, 資料準備	
2. アセスメント					
(1)アセスメント					
26	○		アセスメント		安梅モデル
27	○		問題領域設定		安梅モデル
(2)利用者・家族面談					
28	○		利用者本人との関係作り	共同作業, 場面を変え, モデルを提示し, 相手を変えながら情報を得る	野中 WI
29	○		質問を行うことを説明し, 利用者と家族から了解を得る		課題実施度
30		○	相談しやすい雰囲気を作る		課題実施度
31		○	利用者・家族の意向を尊重する		JRI プロセス
32	○		課題分析標準項目を聞き取る		JRI プロセス
33	○		利用者の主訴を尋ねる		課題実施度
34		○	利用者自身が持っている将来的な生活イメージを聞き取り, 把握する		JRI プロセス
35		○	利用者・家族が現在の状況に至っている背景は何かという視点を持ちながら, 過去の生活歴・病歴をもとに利用者・家族の全体像を把握する		JRI プロセス
36	○		利用者の身体的・精神的・社会的状況を把握する		課題実施度
37		○	利用者・家族の現在の状況について, 意欲, 基本的な身体機能(水分・食事・排泄・運動), 住環境, 社会的つながり等の幅広い観点から情報収集を行う。		JRI プロセス
38		○	身体機能(食事・排泄・運動)の基本的情報を基に, 現在の状態に影響を及ぼしている原因及び予後予測に関する仮説を立て, 自立支援のための課題を分析する		JRI プロセス
39	○		家族の意見を引き出す		課題実施度
40		○	家族内のパワーバランスや利用者と家族の関係性に留意して聞き取りを行う		JRI プロセス

41		○	自立支援の方針と利用者・家族の意欲とを調整し、すり合わせを行う		JRI プロセス
42		○	非言語的コミュニケーションを理解する		課題実施度
43		○	言葉にしないニーズを引き出す		JRI プロセス
44		○	情報理解し、互いに確認する		課題実施度
(3)ニーズ評価					
45	○		ニーズの見定め	デマンドとニーズ, 迷いや葛藤, モデルの提示, 試行の提案	野中 WI
46	○		ニーズ評価		安梅モデル
47		○	ニーズと緊急性と社会資源利用の優先度を判定した		QCM-P
48		○	包括的なニーズ把握		実践度尺度
49		○	ニーズに優先順位をつける		課題実施度
50		○	生活歴の中で、意欲の源泉になり得るものを見つける		JRI プロセス
51		○	意欲の源泉になり得るものに関連したサービス地域資源を探す		JRI プロセス
(4)対象評価					
52	○		対象評価		安梅モデル
53		○	保健医療福祉等の面から包括的にアセスメントした		QCM-P
54	○		セルフケア能力と限界	できる ADL としている ADL, IADL, 疾病性と障害の査定, 肯定的視点	野中 WI
55		○	利用者・家族との信頼関係に基づいて、セルフケア能力を見極める		JRI プロセス
56	○		家族の能力と限界	家族歴, 家族成員の個々の想い, それぞれの支援体制, 意見調整	野中 WI
57	○		インフォーマルケア能力と限界	友人, 職場同僚, 近隣, 宗教, クラブ, ボランティア, セルフヘルプ活動	野中 WI
58		○	将来的な状態変化のリスクになりうるものを見極める		JRI プロセス
(5)関係者からの情報収集					
59	○		関係者からの情報収集	照会, 情報の質(誰がいつ何処でどのように採取したか, 5 W 1 H)	野中 WI
60		○	主治医意見書や退院時サマリーを取り寄せて、利用者の疾患に関する情報収集を行う		JRI プロセス

61		○	将来の疾病リスクについて、必要に応じて主治医に直接連絡をとり、治療方針等の確認を行う		JRI プロセス
62		○	地域の個別サービス事業所と対等な人間関係を築く		JRI プロセス
63	○		専門的ケアの具体的状況	専門機関, 制度, 専門家, 5A (適量性, 適質性, 利便性, 受容性, 利用可能性)	野中 WI
(6)アセスメント表の作成と評価					
64	○		アセスメント票に記載する		課題実施度
65	○		アセスメント表の作成	既存の各種ツール, ストーリー構成	野中 WI
66	○		アセスメントレベル評価		安梅モデル
67	○		査定会議の開催	設定, 招集, 司会, 役割分担, 記録	野中 WI
(7)次段階への準備					
68		○	課題の解決に向けて、段階を踏んだ具体策の検討を行う		JRI プロセス
69	○		利用者・家族の状態像を定期的に記録するための書式やデータ蓄積の基盤を整える		JRI プロセス
3. ケアプラン作成					
(1)ケアプラン作成					
70	○		ケアプランの作成		安梅モデル
(2)計画作成についての同意					
71	○		計画を説明、共に検討、作成することの同意を得る		課題実施度
(3)ケアプラン原案作成					
72	○		長期目標と短期目標	生活目標の設定, 夢の把握, 現実化する手順	野中 WI
73	○		目標設定		安梅モデル
74	○		ニーズの優先度判定	当面急ぐニーズ領域の選択	野中 WI
75	○		ニーズに基づいたケア計画立案		実践度尺度
76	○		課題分析の結果に基づいて、課題の解決に向けた適切なサービス内容・個別サービス事業所を決定する		JRI プロセス
(4)サービスの探索と開発					
77	○		計画に沿って導入可能な社会資源を探した		QCM-P
78		○	優先度の強い社会資源から導入を進		QCM-P

			めた		
79		○	導入する社会資源の妥当性、適合性を確認した		QCM-P
80	○		ニーズを充足する社会資源の量(頻度、時間、量など)を確認した		QCM-P
81		○	適切な社会資源に修正するために関係機関に相談、交渉した		QCM-P
82	○		ニーズ内容に応じたケアサービスの開発		実践度 尺度
83	○		サービスを開発する		課題実 施度
(5)利用者の権利擁護と自己決定支援					
84	○		サービスの変更について利用者の権利を説明する		JRI プロ セス
85	○		情報把握し、利用者に確認する		課題実 施度
86		○	利用者が自分で情報収集できるように支援した		QCM-P
87		○	利用者に相談窓口や担当者を知らせる		JRI プロ セス
88		○	自己決定を促すための情報を提供する		課題実 施度
89		○	社会資源選択に際して、利用者の判断を助けた		QCM-P
90		○	意欲の源泉になり得るものに関連したサービス地域資源を組み込んでケアプランを作成する		JRI プロ セス
(6)利用者と家族の役割					
91		○	家族の役割をケアプランの中に位置付けて、出来る範囲から家族の介護参加を促す		JRI プロ セス
92		○	利用に際し、利用者が自分たちでできることを確認し援護した		QCM-P
93	○		利用者の残存能力を活用する		課題実 施度
94	○		家族の残存能力を活用する		課題実 施度
(7)利用者・家族の意見調整					
95	○		家族の調整		実践度 尺度
96		○	社会資源の選択に向けて本人・家族間の意見を調整した		QCM-P
97		○	利用者と家族の意見に違いがある際、調整する		課題実 施度
(8)支給限度額の説明					

98	○		支給限度額の管理、サービス予定表と費用負担額を明確にする		課題実施度
99	○		利用者負担可能額を確認する		課題実施度

(9)ケアプラン原案の調整(サービス担当者会議)

100	○		進行過程		安梅モデル
101	○		サービス担当者会議を開く		課題実施度
102	○		計画会議の開催	招集, 司会, 運営, 記録,	野中 WI
103	○		初回のケアマネジメントの場(ケアカンファレンス)を設けた		QCM-P
104		○	サービス担当者会議において、利用者・家族が自分たちの意見を伝えやすいような環境整備を行う		JRI プロセス
105		○	利用者が参加しやすい場所や日時を調整し、サービス担当者会議を設定する		JRI プロセス
106		○	利用者・家族にサービス担当者会議の必要性や意義を説明し、参加を促す		JRI プロセス
107		○	各職種の視点を重層的に突合させ、介護支援専門員の見立てに間違いがないかを確認する		JRI プロセス
108		○	利用者の目指す生活の目標、ケア方針、留意すべきポイントを、事業所間で共有する		JRI プロセス
109		○	専門職の意見を尊重しつつ、介護支援専門員を含む各専門職の役割と責任の所在を明確にし、利用者の状態変化時の際の対応についてあらかじめ役割分担を確認する		JRI プロセス
110		○	アセスメントで抽出された課題や今後の利用者・家族が目指す生活の方向性について、あらかじめサービス事業所に情報提供することで、各事業所の個別サービス計画を立てやすくし、サービス担当者会議の円滑化を図る		JRI プロセス
111		○	どのような情報を介護支援専門員に提供してほしいかを各個別サービス事業所にあらかじめ簡潔明瞭に伝えておき、情報が集約される仕組みを作る		JRI プロセス
112		○	ケアカンファレンスの進行、運営を円滑化した		QCM-P

113		○	関わるケアチームメンバー全員でアセスメントを進めた		QCM-P
114		○	ケアチームメンバー全員で計画について協議した		QCM-P
115	○		パッケージプラン策定	複数の小目標を設定し、それぞれを手順化	野中 WI

(10)修正後ケアプランの共有

116	○		計画を文書で策定し、ケアチームメンバー全員で確認した		QCM-P
117	○		策定した計画について利用者の同意を確認した		QCM-P
118	○		マネジメント面(やりくり、手順等)の必要性をチーム員に周知徹底した		QCM-P
119	○		チームを組み、各員の役割、責任を確認した		QCM-P
120		○	関係機関の利用者の代弁		実践度 尺度
121	○		適切なサービス事業者を紹介する		課題実 施度
122		○	パンフレット等を活用し説明する		課題実 施度
123		○	実際に利用する社会資源提供側と事前に打ち合わせをした		QCM-P
124	○		サービスの回数や曜日、時間帯を説明、了解を得る		課題実 施度
125	○		サービス事業者に提供可能か確認する		課題実 施度
126	○		サービス事業者へサービス内容・頻度・時間数など依頼する		課題実 施度
127	○		インフォーマルサポートの調整		実践度 尺度
128	○		インフォーマルサービスを活用する		課題実 施度
129	○		情報を共有化する		課題実 施度
130	○		手順表・役割分担表	最後に表化して各自に配布	野中 WI
131	○		利用者本人や家族からの最終決定を得る		課題実 施度
132	○		案の提示と合意	本人・家族・関係者との合意、修正合意、	野中 WI
133		○	利用者が計画した社会資源に早く適応できるように準備した		QCM-P
134		○	利用者・家族の状態像の記録を蓄積しやすいような情報収集の方法を、介護支援専門員と個別サービス事業所		JRI プロ セス

			で検討し、共有する		
4. サービスの実施					
(1) 介入					
135	○		介入		安梅モデル
136	○		利用者への直接介入	能力に応じて徐々に自立性を高める, 共同作業	野中 WI
137	○		環境への間接介入	資源のゲートキーパー, 配分と開発	野中 WI
138	○		ケア計画に沿ったケアサービスの実施		実践度 尺度
139	○		仲介(ブローカリング)	ニーズを満足する資源を見定める, 専門職の情報源	野中 WI
140	○		連結(リンケージ)	サービス提供資源と結びつける, 説明や紹介, 同伴	野中 WI
141	○		権利擁護(アドボカシー)	資源に対して, サービスを提供させるための工夫	野中 WI
142	○		教育・研修	助言, 解説, 資料配付, 情報提供	野中 WI
143	○		ネットワーク形成	カンファレンス, サービス調整会議, 専門職の協会, 学会や研究会	野中 WI
144	○		調整(コーディネーション)	親睦, 合同研修, 定例勉強会, 共通記録様式, 管理者の会議	野中 WI
145	○		利用者・家族・サービス事業者の関係を調整する		課題実施度
146	○		業務や責任範囲を三者で確認する		課題実施度
147	○		「予定」と「実績」の管理を継続して行う		課題実施度
148	○		「給付管理票」に転記、国保連合会へ提出する		課題実施度
149	○		資源の開発	必要な資源や機能を見出す, 機関への介入, 組織への介入, 行政への介入	野中 WI
150	○		社会資源の発掘、開発、転用の可能性を検討した		QCM-P
151	○		社会資源利用の開始と直後の状況を確認した		QCM-P
152	○		危機介入		安梅モデル
153	○		不服・苦情への対応		安梅モデル

5. モニタリング

(1)モニタリング

154	○		モニタリング		安梅モデル
155	○		経過観察		安梅モデル
156	○		環境の見守り	資源への介入, 一貫性・継続性, 開発・教育・情報提供	野中 WI
157	○		継続的に情報を把握する		課題実施度

(2)利用者の状態確認

158		○	利用者の状態改善の可能性、および現在がその改善プロセスの中のどこに位置づいているかを利用者・家族にわかりやすく説明し、利用者・家族の安心感につなげる		JRI プロセス
159		○	利用者の状態に応じて、家族に対して適切な助言をする		JRI プロセス
160		○	他職種から把握した利用者の状態変化の情報を踏まえ、利用者の今後の状態改善の可能性、および現在がその改善プロセスの中のどこに位置づいているかを利用者・家族にわかりやすく説明し、利用者・家族の安心感につなげる		JRI プロセス
161		○	利用者の状態に応じて、家族に対して適切な助言をする		JRI プロセス

(3)サービス実施の確認

162	○		直接ケアやサービス利用の経過と結果を日常的に把握した		QCM-P
163	○		ケアサービス実施の確認		実践度尺度
164	○		個別サービス事業所が、ケアプラン通りにサービス提供をしているかを継続的に確認する		JRI プロセス
165	○		社会資源利用に伴う危機管理(リスクマネジメント)を行った		QCM-P
166	○		ケアプランの一貫性、継続性を確認した		QCM-P
167		○	サービス評価や要望、意見、心理的な不安などを言える機会をつくる		課題実施度

(4)連携体制

168	○		見守り体制作り	見守りの役割分担, 連絡ルート, 危機介入の想定, 緊急会議	野中 WI
-----	---	--	---------	--------------------------------	-------

169	○		日常的な連携協力	情報交換, 情緒的交流	野中 WI
170	○		経過の情報を統合し、連絡調整を行った		QCM-P
171	○		業務範囲や役割分担が守られているかどうか確認する		課題実施度
172		○	利用者専門家間のコミュニケーションを円滑化した		QCM-P
173	○		定期的にチームメンバーによる検討の場を設ける		JRI プロセス
174		○	各個別サービス事業所に対してフットワーク良く情報収集を行い、各々が持つ情報を集約して利用者の状態に関する全体像を把握する		JRI プロセス
175		○	集約した情報を各個別サービス事業所にフィードバックし、チーム全体で円滑な情報共有の体制を作る		JRI プロセス
176		○	ケアチーム員の変化や困難に対応した		QCM-P
(5)モニタリングの方法					
177	○		モニタリングの方法	[利用者本人・家族・専門家]×[定量・定性]=計6種	野中 WI
178		○	水分量・食事摂取量・排泄状況・運動機能など、日々の体調変化を注意深く観察し、情報収集を行う		JRI プロセス
179		○	利用者の体調の違和感等、些細な情報であっても敏感に察知し、重症化につながるかどうかの予測を行う		JRI プロセス
180	○		利用者・家族の状態像について定期的に記録を取り、経年的な変化についての情報事業所に蓄積する		JRI プロセス
181	○		記録情報は、いつでも参照可能なように形式等を整える		JRI プロセス
(6)変化への対応					
182	○		変化への対応		安梅モデル
183	○		計画の見直し	現場の情報収集, プランの調整・修正, 期限の設定, 定例会議	野中 WI
184	○		個別ケア展開における転換期を判断した		QCM-P
185	○		ケア計画の見直し時期設定		実践度尺度
186	○		社会資源に対して生じる利用者の不適応に対処した		QCM-P
187		○	利用者・家族のニーズの変化を捉え、適切に対応する		JRI プロセス

188		○	新しいニーズを確認し、サービスの追加利用等の可能性を探った		QCM-P
189	○		社会資源の利用に向けて本人・家族間の意見調整をした		QCM-P
190	○		利用者の状態に応じて、どの専門職につなぐのが最も適当かを判断して、依頼をする		JRI プロセス
191		○	つないだ連携先の専門職と連絡を取り、継続的に状況を把握する		JRI プロセス
192	○		要介護度の変化の際、保険者に連絡する		課題実施度
193	○		「サービス利用票」と「別表」の変更の際、利用者の同意を得る		課題実施度
194	○		前回同様のアセスメント票を活用、生活状況の変化に対応する		課題実施度
195	○		新たな課題やニーズの変化に再アセスメントし、計画を修正する		課題実施度
196	○		利用者に修正済みのサービス利用票を提出する		課題実施度

6. 評価

(1) 評価

197	○		評価		安梅モデル
198	○		総合的な評価を実施する		課題実施度
199	○		ケアマネジメントの展開過程を評価した		QCM-P
200	○		継続ケアカンファレンスの場を設けた		QCM-P
201	○		個別ケアの結果をチームで確認した		QCM-P
202	○		個別のケアプランを修正、フィードバックした		QCM-P

(2) 計画実行度・体制の評価

203	○		計画実行度の評価	計画は予定通り実行されたか？	野中 WI
204		○	個別サービス事業者の体制が適切であったかを確認し、評価する		JRI プロセス
205		○	評価した結果を個別サービス事業所にフィードバックして共有を図り、チームとしての連携体制の改善につなげる		JRI プロセス
206		○	介護支援専門員と各個別サービス事業所担当者との情報収集・提供体制が適切であったかを確認し、評価する		JRI プロセス

(3) 目的達成度・目標設定の妥当性の評価

207	○		目的達成度の評価	当初の目的は達成されたか？	野中 WI
-----	---	--	----------	---------------	-------

208	○		ケア方針・目標が共有されていたかを 確認し、評価する		JRI プロ セス
209	○		共有されたケア方針・目標に沿って、 個別サービスが適切に提供されてい たかを確認し、評価する		JRI プロ セス
210	○		共有されたケア方針・目標や個別サー ビス内容の妥当性を評価する		JRI プロ セス
211		○	本人の意欲の状況を継続的に観察し ながら、到達目標が達成できていたか を確認し、評価する		JRI プロ セス
212		○	達成できていない場合は、その原因を 把握して次のケアプラン作成の際にフ ィードバックを行って改善を図る		JRI プロ セス
213		○	ニーズや課題の変化状況を踏まえて、 設定した到達目標が妥当であったかを 確認し、評価する		JRI プロ セス
(4)生活変化の評価					
214	○		生活変化の評価	利用者の生活は変 化したか？	野中 WI
215	○		変化がなく、あるいは後退している原 因を追究する		課題実 施度
216		○	予後予測に基づき、日々の体調変化 等を正確に把握できたか、リスクの判 断が正しかったかを確認し、評価する		JRI プロ セス
(5)満足度評価					
217	○		利用者・家族の満足度評価	支援活動に利用者と その家族は満足した か？	野中 WI
218	○		利用者満足度を確認する		課題実 施度
219	○		利用者家族から、利用したサービスに ついての満足度(納得度)に関する情 報収集を行う		JRI プロ セス
220		○	満足度(納得度)が低い場合には、原 因を突き止めて、次のケアプラン作成 の際にフィードバックして改善を図る		JRI プロ セス
(6)その他評価					
221	○		地域資源の変化	この活動の前後で地 域資源は変化した か？	野中 WI
222	○		評価会議の開催	支援期間終了の直 前にあらかじめ設定	野中 WI
223	○		各種評価尺度	症状評価, 社会機能 評価, QOL 評価, 家 族評価	野中 WI
224	○		費用対効果の考え方	効率と効用, 費用と は何か？	野中 WI
225	○		個別ケアの構造的側面(人・金・物・シ ステム等)を評価した		QCM-P

226	○		個別ケア終了時に地域レベルの問題を明確にした		QCM-P
227		○	個別サービス事業所の専門職の視点より、地域課題を明らかにする		JRI プロセス
228		○	評価した内容を次のケアプラン作成の際にフィードバックして改善を図る		JRI プロセス
229		○	自分が立てたケアプランやケアマネジメント業務全体について定期的に振り返りを行い、次のケアプラン作成や新たなケアマネジメント業務にフィードバックを行って改善を図る		JRI プロセス
230		○	ケアプラン内容の変更があった場合に、その理由を分かりやすく説明し、理解を得る		JRI プロセス
231	○		必要に応じてサービス終結時点を見定める		JRI プロセス
7. 終結					
(1)終結					
232	○		新たなニーズの発見	新たなケアマネジメント・サイクルへ、再査定と再契約	野中 WI
233	○		継続支援機関への連結	情報の要約, フェイドアウト	野中 WI
234	○		アフターケア体制	連絡先, 再開可能性, 危機介入の手順	野中 WI
235	○		フォローアップ		安梅モデル
236	○		フィードバック		安梅モデル
8. 介護支援専門員の役割・倫理					
(1)自立支援					
237		○	利用者本位の姿勢を持ち、信頼を得るような丁寧で真摯な対応をする		JRI プロセス
238		○	利用者の尊厳を保持するような支援を行う		JRI プロセス
239		○	自立支援、本人の状態悪化予防遅延化の考え方をケアプラン作成の基本に置く		JRI プロセス
(2)自己決定					
240		○	ケア計画立案への本人参加		実践度 尺度
241		○	自己決定の尊重		実践度 尺度
(3)秘密保持					
242		○	プライバシーの保護		実践度 尺度

(4)公正・中立な立場				
243		○	中立公正の考え方を堅持する	JRI プロセス
(5)多職種協働				
244		○	チームワーク	各職種・各機関の能力と限界を知る, 推論する, 討論する, 連携方法 野中 WI
245		○	コーディネーション機能	安梅モデル
246		○	チーム形成	安梅モデル
247		○	連携機能	安梅モデル
248		○	ケアマネジャーの中心的役割	実践度尺度
249		○	ケアマネジメントチームの形成	実践度尺度
250		○	複数援助者の利用者との関わり	実践度尺度
251		○	他職種の援助者の参加	実践度尺度
252		○	ケア計画作成時のケア会議開催	実践度尺度
253		○	日常業務内の情報交換・助言	実践度尺度
254		○	他職種の専門性に基づく意見を尊重するとともに、自らの責任を明確にして、お互いにカバーしあうという姿勢を持つ	JRI プロセス
(6)資源の開発とネットワーク化				
255		○	サービス開発	安梅モデル
256		○	ネットワーク化	安梅モデル
257		○	普段から、地域資源に関する情報を蓄積し、連携する事業所の候補先を多く有している	JRI プロセス
258		○	地域のインフォーマル資源を開発、活用する	JRI プロセス
259		○	地域の事業所連絡会や勉強会等に参加し、ネットワークを広げている	JRI プロセス
260		○	地域全体として、事業者が連携を取りやすい場を作る	JRI プロセス
261		○	事業所を中心にその地域のネットワーク作りを進める	JRI プロセス

262		○	保険者・地域包括支援センターが地域の事業所を後方支援する体制を整える		JRI プロセス
(7)環境整備					
263		○	環境整備		安梅モデル
264		○	生活の場での健康に対する援助		実践度尺度
265		○	退院後にケアサービスを再開できる体制づくり		実践度尺度
266		○	担当者交代時の体制づくり		実践度尺度
267		○	24時間対応できる体制づくり		実践度尺度
(8)秘密保持					
268		○	情報管理		安梅モデル
(9)管理					
269		○	今後の計画策定		安梅モデル
270		○	予算算出・獲得		安梅モデル
271		○	介護支援専門員が効率的な業務の遂行を行い、事業所全体での業務改善につなげる		JRI プロセス
272		○	事業所として給付管理に関する介護支援専門員への支援体制を整える		JRI プロセス
273		○	事業所として業務上の課題分析を行い、地域課題を把握して解決に向けた働きかけを行う		JRI プロセス
(10)教育					
274		○	人材開発・育成		安梅モデル
275		○	スーパービジョン		安梅モデル
(11)ケアマネジメント力の向上					
276		○	必要な仕事の段取りや準備を円滑に行う		JRI プロセス
277		○	必要な知識や技術を身に付けるための努力を継続する姿勢を持つ		JRI プロセス
278		○	介護保険法の条文、趣旨を十分に理解している		JRI プロセス
279		○	対人援助のための面接技術、相談技術を身に付けている		JRI プロセス
280		○	人間の身体機能の基本的知識を身に付けている		JRI プロセス

281		○	他職種に簡潔明瞭に説明できるコミュニケーションの技術を身に付けている		JRI プロセス
282		○	仕事上で培った経験に基づいて判断を行う		JRI プロセス
(12)その他					
283		○	記録方法	一次記録(カルテ, SOAP など), 二次記録(専門職のまとめ), 三次記録	野中 WI
284		○	カンファレンス	計画, 設定, 運営, 司会, 板書, 記録, 定例化	野中 WI
285		○	スーパービジョン	同職種, 異職種, 定期的・不定期, 職場内外, メディア利用	野中 WI
286		○	ストレス対処法	体調管理, 対人距離, 問題解決法, ストレス発散	野中 WI
287		○	ケアマネジャーによる対面サービス		実践度 尺度
288		○	・自分が作成したケアプランに責任を持つ		JRI プロセス
289		○	初期の積極的な関わり		実践度 尺度

(2) 介護支援専門員に対するグループインタビュー調査によるプロセス抽出

介護支援専門員に対してケアマネジメント・プロセスの現状についてのグループインタビューを実施し、現場におけるプロセスの多様性に関連する生の声を、手引き作成の参考とした。

① 実施方法

日時： 平成 26 年 9 月 9 日（火）10：00－13：00

場所： アットビジネスセンター東京駅 306 号室

出席： 白木 裕子、羽石 芳恵（以上インタビューアー）

伊庭 裕美、神谷 良子、菊澤 薫、辻 敏子、永沼 明美（以上インタビューイ）

吉江 悟、米澤 麻子、大岡 裕子（記録、運営）

② 実施結果

介護支援専門員が提示するケアマネジメント・プロセスは、地域や事業所の多様性や個人の人々の経験の影響もあり、非常に多様であることが予測されたため、ケアマネジメントのプロセスの中でも最も複雑なプロセスであるインテーク、アセスメント、ケアプラン、サービス担当者会議の各プロセスに絞ってインタビューを実施した。

結果については図表 30 に示すが、およその傾向として、各プロセスは以下の特徴を持つことが判明したため、実際のプロセス手引き作成においても、以下各点に留意して作成を進めた。

- ・インテークプロセスは地域や事業所による多様性が大きい。
- ・現場の介護支援専門員はインテークの段階で既にアセスメントを開始している。
- ・サービス担当者会議を居宅介護指定基準に定める以上の会議を開催する場合、介護支援専門員個人、事業所、保険者の考え方によって会議の開催目的やタイミングが異なる。

図表 30： 介護支援専門員に対するグループインタビュー結果（要約）

1. インテーク
外部からの情報提供はフォーマルな支援者もしくはインフォーマルな支援者による。フォーマルな支援者としては病院、主治医、地域包括支援センター、介護保険事業所、保健所、警察、薬局、歯科医等がある。インフォーマルな支援者としては、家族、親せき、知人、近隣、民生委員、福祉協力員、NPO 等があげられる。
障害から 65 歳で介護に移行する場合、保険者からの情報提供が少ない場合がある。
疾病のある利用者は、主治医や病院のほか、保健所や薬局等から情報提供を受けることがある。
身元不明の認知症患者は、保護した警察から地域包括支援センターに連絡が行くことが多い。

<p>病院から自宅に戻る利用者の場合、病院の MSW、リハ室、病棟看護師、退院調整看護師等から連絡と情報提供を受けて、家族と連絡を取る。退院前に自宅周辺の環境をチェックして家族の意向を確認する。その後、本人、病院関係者、サービス事業所とともに退院時カンファレンスを開催する。必要があれば、在宅医や訪問看護師の参加を募る。その後、利用者の意向を確認して、退院までの調整を行う。</p>
<p>病院から自宅に戻る利用者の場合、病院に確認すべき事項は、病状、今後の方向性の話し合いの経過、ケアマネジャー同行の希望の有無、在宅の主治医の有無、入院前のサービス利用の有無、入院時退院時の状態の変化、など。</p>
<p>ターミナルケースは病院、訪問診療医からの紹介が多い。迅速な対応が必要なので、平時から対応を検討しておくことが望ましい。</p>
<p>病院や施設等からの移行の場合、介護支援専門員と調整せずに会議日程を決めたり、院内・施設内の別々の窓口から個別に連絡が入る場合がある。</p>
<p>クリニック等からの紹介の場合、サービス内容や事業者を指定してくることがある。利用者利用可能なサービスを説明したうえで、利用者の決定を尊重する。</p>
<p>フォーマルな支援者とは、対象を発見した場合の連携の方法や連絡窓口について日頃から地域内で意識を共有しておくことが望ましい。</p>
<p>インフォーマルな支援者からの情報提供の場合、基本情報の入手が困難なことがある。日頃から地域内で情報共有をしておく必要がある。</p>
<p>地域包括支援センターのスタッフと居宅のケアマネジャーが共に利用者宅を訪問し、利用者の意向を確認し、サービスを調整する。</p>
<p>保険者から要介護の認定が下りたら、要介護者が利用できる介護保険サービスの利用限度額と、上乘せサービス、横出しサービスについて説明する。</p>
<p>要介護認定を保険者が実施する場合、調査時の介護支援専門員の立ち合いの諾否や調査結果の共有の有無については地域差がある。</p>
<p>認定更新時は、他の支援者との情報共有と役割分担に留意する。</p>
<p>特に保険者と主治医が直接連絡をとる体制の地域では、可能な限り会議支援専門員も情報を共有する。</p>
<p>退院時サマリーはあくまで入院時の状況なので、在宅ケアの情報源としては参考程度にとどまるが、訪問看護や主治医との連携の手段として活用することが可能である。</p>

<p>2. アセスメント</p>
<p>アセスメントの際も、利用者や家族に対する説明責任があることを意識する。</p>
<p>事前に前担当者や関係者から情報提供を受けている場合でも、必要に応じて利用者本人から一から聞き取りを行う。</p>
<p>初回のアセスメントでは、必要な情報に優先順位をつけて聞けるところから聞いていく。情報の収集よりも、利用者の人柄や理解力を把握することに要点を置く。</p>

利用者や家族との信頼関係構築を念頭に置いて、安心感を与える雰囲気や言葉遣い、手順で会話を進める。
まず困りごとや要望を聞いて、その理由や目標を利用者とともに考える
生活歴など本人が話しやすい内容や、本人が話したい内容から話してもらい、緊張感をほぐすとともに、相手を知りたいという気持ちを示す。
生活歴についてはできるだけ初回に聞いておく。
家族の介護負担と就労状況を確認し、負担の軽減について検討する。
利用者の生活圏の環境や住環境、利用者の生活動線は、質問だけでなく、観察により確認するようにする。住環境については必要に応じてPTにも確認する。
経済状況によって住環境のアプローチを検討する。課税か非課税かを確認したうえで横出しサービスを検討する。
本人の「できていること」「していること」「できるがしていないこと」などを聞き出し、目標を一緒に決定する。
ADLの背景にある不安や諦めていることを聞き取る。
トイレ、寝室、入浴動作など、体の動きはできるだけ実際に動いてもらって確認する。断られたら無理は言わず、次回以降に確認する。
買い物、金銭管理等のIADLの確認は、特に独居の場合、権利侵害の視点が不可欠。
障害手帳の有無を確認し、ある場合は上乗せ独自サービスを検討し、なければ障害者申請の必要性を確認して必要ならば医師と行政につなぐ。
ターミナルや難病のケースでは、最初に「医師からどのように説明されていますか？」と病識について確認する。
医療情報は医療関係者に、ADL、IADL、コミュニケーション等はPT、OT、ST等のセラピストにも情報提供を依頼する。
退院ケースでは、最初に医師、看護師、セラピスト等各専門職から情報を得る。
介護支援専門員として、利用者や家族が医療職に言えないことや、医療職が見ていない部分に気づいてフォローする必要がある。
ADLで脳梗塞、難病、神経系の疾患があり、リハビリの必要性がある場合、PT、ST、OT等に現状についてのアドバイスを受ける。
新人ケアマネの担当ケース、医療ニーズが高いケース、虐待の可能性があるケース等については2人で視点の違いを生かしたアセスメントを行うことが望ましい。

3. ケアプラン
利用者本人の意図を反映する。
本人や家族、同居以外の家族が平易に読めるように書く。
利用者の意向を基本に、その他の情報から介護支援専門員が分析して抽出した本人のニーズを追

加していく。
介護支援専門員が思うニーズを説明して、利用者・家族の考えるニーズとずれていないか確認する。
虐待があるケースでは、家族との関係を重視してニーズを把握する。
自治体によっては「短期」「長期」の期間が決められていることがある。
自治体等による規定がない場合は、介護支援専門員の判断で利用者個別に長さを設定する。
サービス調整内容に頻繁に変更がある場合は、ケアプランの記述を変更に対応できる柔軟な記述にしておく。

4. サービス担当者会議
ケアプラン原案を事前に関係者間で共有する。
事前に議題を整理して案内文に入れる等して、当日の時間を効率よく使えるようにしておく。
「軽微な変更」の解釈は保険者によって異なるため、「軽微な変更」にかかるサービス担当者会議の開催頻度は一律ではない。
専門用語は利用者や家族にとってわかりやすい表現に言い換える。
利用者や家族の負担とならないよう、専門職のみの会議を事前に開催したり、利用者宅以外で開催するなど、随時対応する。
利用者の状態から、絶対参加が必要な職種を判断する。
一般的に主治医の参加は難しいため、照会ではなく参加が必要な場合は、主治医の往診に合わせて会議を開催する等の対応が必要となる。
第4表については関係者に対する交付の義務はないが、共有のために交付が望ましい。

5. モニタリング
居宅介護支援事業の運営基準では、月に1回の訪問が義務付けられているが、サービス開始直後や退院後、ケアプランの変更直後等は、頻繁に訪問する必要があることもある。

4. 手引き案の作成

(1) 作成にあたっての考え方

ケアマネジメントに関する理念や倫理、プロセスを整理するため、前項に挙げた文献調査、ヒアリング調査に加えて、介護保険法をはじめとする省令、日本介護支援専門員協会等の定める倫理綱領、介護支援専門員法定研修において使用されている教科書等の情報をすべて展開した。この整理に基づき、手引きの素案を作成した。

(2) 内容

内容全編については巻末の参考資料において示す。ここでは、手引きの構造を説明した上で、内容の一部を要約、抜粋して示すこととする。

目的	質の高いケアマネジメントの基準を示すことで、自立支援の理念に則った人材を行く背うすることを目的としている。第1版は、主として居宅の介護支援専門員のケアマネジメントを対象としているが、今後、認知症、障がい、施設の介護支援専門員等に対象を広げていく予定である。
対象	要介護高齢者にサービスを提供する居宅の介護支援専門員を対象とする。
使用方法	介護支援専門員がケアマネジメントを実践する現場で直面する様々な課題を解決するための指針となることを目的として作成した。前半では介護支援専門員がもつべき基本理念と倫理を示し、後半では、介護支援専門員がケアマネジメントのプロセスごとに具体的に自分の行動を振り返ることができるようにプロセスを解説している。前半の理念の部分は折に触れて読み返し、自分のケアマネジメントを振り返るものとしており、後半のプロセスについては、ケアマネジメント実践で悩む場面で、自分のケアマネジメントを確認するために活用できるツールとして位置付けている。
前半の概要	「ケアマネジメントの目的とケアマネジメントにおける基本理念と倫理的姿勢」 在宅におけるケアマネジメントを実践する上で基礎となるケアマネジメントの目的、基本理念、及び倫理的姿勢を示している。
後半の概要	「ケアマネジメント・プロセス」 序段では、ケアマネジメントのプロセスをインテーク、アセスメント、ケアプラン作成／修正、サービスの実施とモニタリング、評価、サービス担当者会議、の6段階に分けて全体の流れを説明している。続けて、各プロセスにおいて実施するケアマネジメントの流れ、ケアマネジメントの意義と目的、介護支援専門員の役割、介護支援専門員の姿勢・観点を挙げてゆき、さらに各姿勢・観点における介護支援専門員の実践について、より詳しく記載している。最後の項目の「各姿勢・観点における介護支援専門員の実践」は、ケアマネジメントの現場における具体的な行動を示している。

5. 妥当性の検証（意見収集調査）

（1） 調査方法

国内の実務者団体、ならびに学術団体の役員を対象として、ケアマネジメントの手引き案に関する意見調査を実施した。回答者はこの手引きの全項目について、当該項目が手引きに必要であるか5段階で回答したほか、各項目がプロセスのカテゴリーに合致しているか、合致していないと考える場合はどのプロセスに入れるのが妥当であるかをそれぞれ回答した。併せて、各プロセスに追加すべきと考える項目、の手引き案全体に対する意見も自由記述方式で回答した。

図表 31： 意見収集調査実施概要

調査名称	ケアマネジメント・プロセスの手引きに関する意見収集調査
調査期間	平成 27 年 3 月 2 日（月）～同 9 日（月）
調査方法	協力者に依頼の上、各団体の所有するメーリングリスト等に調査・回答票を添付した E-mail を発送し、日本ケアマネジメント学会事務局を返信窓口として回収を行った。
調査対象	実務者団体の対象選定にあたっては、日本介護支援専門員協会、ならびに日本の各地域から 1 団体ずつ都道府県介護支援専門員協会を選定して調査協力依頼を行った。
調査内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメント・プロセスの手引き（案）全 312 項目についての必要度を 5 件法で回答。 ・ケアマネジメント・プロセスの手引き（案）全 312 項目について、現在配置されている「目的」「基本理念」「倫理的姿勢」「インテーク」「アセスメント/再アセスメント」「ケアプラン作成/ケアプラン修正」「サービスの実施とモニタリング」「評価」「サービス担当者会議」の 9 カテゴリーに合致するか否かを選択式で回答。 ・前項において、「この項目は現在のカテゴリーに合致しない」と回答した場合、他のいずれのカテゴリーに合致するか、選択式で回答。 ・各カテゴリー（プロセス）に追加すべきと考える項目、他意見（自由記述） ・手引きに関する意見（自由記述）
発送数	計 133 名（山形県 6 名、東京都 19 名、香川県 2 名、福岡県 32 名、沖縄県 26 名、日本介護支援専門員協会 30 名、日本ケアマネジメント学会 20 名）
回答数	13 名（回答率 9.8%） （山形県 0 名、東京都 2 名、香川県 6 名、福岡県 2 名、沖縄県 0 名、日本介護支援専門員協会 0 名、日本ケアマネジメント学会 3 名）

(2) 調査結果

1) 各項目の必要度評定

全 312 項目中、「必要だと思う」もしくは「まあ必要だと思う」のいずれかの回答は平均で全回答者の 97.9%に上った。また、全 312 項目の約 30%にあたる 90 項目について、回答者全員が「必要だと思う」と回答している。

逆に「あまり必要ないと思う」との評定が一つでも含まれていた項目は 5 項目、「必要ないと思う」との評定が一つでも含まれていた項目は 2 項目に留まった。以下に、当該項目の一覧を示す。

図表 32： 回答「あまり必要ないと思う」「必要ないと思う」が含まれる 6 項目のリスト

項目
2 アセスメント/再アセスメント
⑧ 在宅生活の破綻をもたらすような危機的状況の有無を見きわめる
・ <u>緊急の入院や短期入所利用等の方法をもって介護者と分離する必要があるかを見きわめる。</u>
4 サービスの実施とモニタリング
① ケアプランどおりにサービスが提供されているかどうかを確認する
・ <u>ケアプランの実施状況を訪問やサービス利用時の見学等で確かめる。</u>
・ <u>サービス提供機関の担当者と直接面談したか</u>
・ <u>日常的にサービス事業者等、関係機関を訪問する等により、担当者と直接面談する。</u>
6 サービス担当者会議
③ 利用者を中心に据えたチームアプローチの実践
<u>サービス提供機関の担当者と直接面談することは、カンファレンスを除くと、そこで扱われる情報の質量という面、および信頼関係づくりの面から考えて、最も有効な方法である。介護支援専門員としては、例えば、サービス提供票を交付する際、FAX ではなく事業所を訪ね、手渡す機会に利用者の情報交換をするなど、なるべく関係機関を回る時間をつくり、直接担当者とやりとりをしたほうが望ましい。</u>
⑦ 効果的な連絡方法の選択や欠席者への報告など会議運営上の配慮
<u>FAX 文書による照会では、文面はわかりやすく、簡潔に、しかし、相手に伝えるべき事柄は落とすことなく記入しておく。また、Fax および E-mail 送信時には、利用者の個人情報第三者に渡らないように十分注意する。</u>

2) 自由記述

各プロセスについての追加、変更等に関する自由記述の一覧を以下に示す。(図表 33) 手引きの使用者の対象範囲および想定される利用者の範囲を拡張した方がよいとの意見、プロセスの流れや順序についての意見、ならびに項目個々の表現に関して意見があった。個々の項目については執筆者に確認の上対応し、その他の意見については今後の改訂の際に参考意見とする。このうち今年度の手引きの使用者については居宅介護支援専門員、利用者については高齢の要介護者と規定しているが、今後対象を広げていく方針となっている。

図表 33 : 意見収集調査自由記述一覧

項目	意見
ケアマネジメントの目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ここでは在宅に限っているが、ケアプランは施設や居住系施設でも作成されているので、そこまでを網羅して考えていただきたい。 ・①に追加として、在宅生活が困難になりそうな、又はなっていそうな状況の地域生活者をも対象にするという内容のものを入れた方がよい。いわゆるケース発掘が必要。
基本理念	—
倫理的姿勢	<ul style="list-style-type: none"> ・⑤の二項目の内容がよくわからない(説明責任) ・カテゴリーがマッチしていないと思っても、(3)の1から9にもあてはまらないものがある。
インテーク	—
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・流れの中で再アセスメントが突然出てくる違和感がある。モニタリングの次に再アセスメントという項目があった方が流れとしては良い。 ・(③8について)モニタリングにも関連した内容だが、ここにも入れてよいと思う。主治医の欄なので主治医が最初に来た方がよい。
ケアプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・「アセスメントにおいて～」という部分はそれを踏まえてケアプランにという意味かと推測するが、表現としては少しわかりにくい。 ・⑨の後ろから3つ目、自己選択自己決定の順が正しいと思う。 ・⑩は優先すべきものは個人により異なるため表現が強引でおかしい。
モニタリング	—
評価	—
サービス担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> ・この項目のタイトルは内容から考えると、「サービス担当者会議」よりも、「サービス担当者会議及び連携」などの方が良い。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・選択項目に該当しない項目がいくつかあり、より適切と思われる項目を選択したが、フィットしていない回答となっていると回答者として感じながら選択しているものもある。

6. 今後の課題

ケアマネジメント・プロセスの各項目の必要度に関する設問の回答では、全体的に「必要ない」「あまり必要ない」との評定は非常に少なかったが、一部の項目については表現や記載箇所についての意見があり、これを今後の手引き改訂にあたっての留意点とする。

また、手引きについての自由記述では、手引きの範囲拡大に対する期待とプロセスの流れの整理についての要望があり、これらは今後の改訂の際の検討課題となる。

第4章 まとめ

1. 地域同行型実地研修

地域同行型実地研修は介護支援専門員のキャリアと主任介護支援専門員のスーパービジョンの力を同時に伸ばす研修としてパッケージ化がほぼできあがったといえる。

運営面では、参加者募集や連絡、会場の確保や資料印刷などの事務的な運営については県もしくは政令指定都市レベルの実務者団体の事務局が担い、講師、ファシリテーター、アドバイザーの人選やアドバイザーと受講者のマッチング等、研修の成否を左右する人選は市町村単位の実務者団体（の役員）が担うモデルが円滑に運営可能なモデルであると考えられる。

研修プログラムについては、パイロット研修実施の結果、ファシリテーターやアドバイザーに対する事前研修の充実を求める声が多かった。この対策としては、アドバイザーのバイジー体験を担保するピアスーパービジョン研修を、現行のDVDを用いたスーパービジョン研修に追加することを提案したい。

研修支援ツールについては、特にスーパービジョン支援ツールについて、その意義と効果は認めるものの、解説の少なさと記述のための作業負担についての指摘が多く見受けられたため、今後、様式の視認性向上と説明の拡充を行い、再度現場において意見を収集して改善をはかりたい。

今年度作成したアドバイザー事前研修用のDVDは、視聴したアドバイザー、ファシリテーター、ならびに運営事務局から高評価を得た。アドバイザーのバイジー体験・バイザー経験平準化に資する本来の効果の他、DVDを用いることで運営事務局の負担軽減と研修の質の均質化も図ることができる。

2. ケアマネジメント・プロセスの手引き案の作成と次年度に向けた展開

地域同行型実地研修のプログラムの試行を続ける中で、介護支援専門員の提供するケアマネジメント・サービスについて一定の質を担保するための評価指標の必要性が指摘されるようになった。これを受けて、今年度、日本ケアマネジメント学会では、自立支援と自己決定の基本理念に基づいたケアマネジメント・プロセスの手引きの骨格を作成した。

今年度は、既存のテキストや省令等を事務局において整理した上で、各プロセスについて明快な図示を含めた手引きを作成し、専門家や実務者から意見を収集して次年度に向けた課題の抽出を行った。

今年度の手引きにおいては、ケアマネジメントの基本となる考え方とプロセスの基本的な手順を示した。今後は、人材育成の視点に則り、地域包括ケア導入後の地域社会における介護支援専門員のキャリア形成のあり方を示していく。

さらに、手引きにおける介護支援専門員の人材育成のあり方の提示を受けて、実際の地域の教育に対しても、提言とシステム形成をはかりたい。地域同行型実地研修に代表される地域の人材育成循環の後押しをすると同時に、地域の後進を指導する力を持つ人材の発見とリストアップ、これら人材に対する研修実施を今後の方針としていきたい。地域同行型実地研修は、この新しい人材育成システムの中で、今後ますます重要な役割を担うことが期待される。

参考資料

1. 地域同行型実地研修アンケート

1)アドバイザー事前研修

地域同行型実地研修

<アドバイザー向け事前アンケート>

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		氏名		役割	1. ファシリテーター 2. アドバイザー
----	--	----	--	----	-----------------------

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) 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
-------	--------

7) 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
-------	--------

8) 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
--------------	--------------	---------

9) 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 (一か月あたり)
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
うち、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.	4.
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.	6.	5.
②ケアプランの作成	1.	2.	3.	4.	7.
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。

2)初日全体研修_アドバイザー対象

地域同行型実地研修パイロット研修

<アドバイザー向け初日全体研修アンケート>

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		氏名		役割	アドバイザー
----	--	----	--	----	--------

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

7) 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 (一か月あたり)
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
うち、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.	8.
②ケアプランの作成	1.	2.	3.	4.	9.
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.	10.	6.
②ケアプランの作成	1.	2.	3.	4.	11.
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。

3)初日全体研修_受講者対象

地域同行型実地研修パイロット研修

<受講者向け初日全体研修アンケート>

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		氏名		役割	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	6. 資格を持っていない

7) 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
--------------	--------------	---------

8) 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.	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.

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。

4)最終日全体研修_アドバイザー対象

地域同行型実地研修

<最終日全体研修 アドバイザー向け事後アンケート>

・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		お名前		役割	アドバイザー
----	--	-----	--	----	--------

I. アドバイザー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) スーパービジョン支援ツール

(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)

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) スーパービジョン支援ツール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) アドバイザーテキスト

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	

5-1) アドバイザーテキストについて改善すべき点がありましたら教えてください

--

6) その他資料・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 | |

6-1) その他資料・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

--

7) 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 |
|-------|---------|-----------|---------|-------|

8) 講義・演習(初日及び最終日)と個別同行実習のバランス

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

9) 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) 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 |
|--------|----------|-----------|---------|-------|

7-2) 他のアドバイザーとの関わりあい

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

12-2) (「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。

13) 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.	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.

14) 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.	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。

15) 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、のアドバイザー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)

15-1) 研修全体

円

15-2) 同行実習1回あたり

円

16) 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。

--

17) 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。

5)最終日全体研修_受講者対象

地域同行型実地研修

<最終日全体研修 受講者向け事後アンケート>

・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		お名前		役割	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) 自己評価ツール(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)

- | | | |
|-------------|-------------|--------------|
| 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) 自己評価ツール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) 受講者用テキスト

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

5-1) 受講者用テキストについて改善すべき点がありましたら教えてください

--

6) その他資料・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 | |

6-1) その他資料・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

--

7) 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 |
|-------|---------|-----------|---------|-------|

8) 講義・演習(初日及び最終日)と個別同行実習のバランス

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

9) 研修期間中における参加者どうしの関わりあいの程度

9-1) アドバイザーとの関わりあい

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

9-2) 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 |
|--------|----------|-----------|---------|-------|

12-2) (「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() |

13) 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
----------------	----------------	-------------------	----------------

14) 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	不十分だが習得できた	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。

15) 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。

16) 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)

16-1) 研修全体	円
16-2) 同行実習1回あたり	円

17) 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。

18) 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。

2. ピアスーパービジョン研修アンケート

地域同行型実地研修

<ピアスーパービジョン研修 アンケート(開始前)>

・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		お名前		ご所属	居宅 / 地域包括
----	--	-----	--	-----	-----------

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) 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

7) 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
-------	--------

8) 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
--------------	--------------	---------

9) 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 (一か月あたり)
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
うち、がん終末期	通算約()件・不明(多数)	()件

Ⅲ. ご自身の実践についてお尋ねします。

13) 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.

14)あなたは、利用者に関する指導(OJT)を後輩や部下に対して実施することについて、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.	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.

地域同行型実地研修

<ピアスーパービジョン研修 アンケート (終了後)>

・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		お名前		ご所属	居宅 / 地域包括
----	--	-----	--	-----	-----------

I. 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) スーパービジョン支援ツールの印象

(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)

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) スーパービジョン支援ツール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) 資料・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	

5-1) 資料・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

--

6) 講義・演習を進めるペース

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

7) これまで経験したスーパービジョン研修に比べて、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. そもそもこれまでスーパービジョン研修を受けたことがない		

8) 今回のような研修は、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？

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	

8-1) (「1. 必要」「2. まあ必要」と回答された方のみお答えください) ピアスーパービジョン研修は、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)

Ⅱ. ご自身の実践についてお尋ねします。

10) 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.

11) あなたは、利用者に関する指導(OJT)を後輩や部下に対して実施することについて、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.	4.	5.
②ケアプランの作成	1.	2.	3.	4.	5.

Ⅲ. 最後に、本研修の感想・コメントをご自由にご記入ください。

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。

3. ケアマネジメント・プロセスの手引き（案）

ケアマネジメント・プロセスの手引き
素案

2015.03.03

目次

0	手引きの手引き	1
0-1	手引きの目的	1
0-2	手引きの対象	1
0-3	手引きの使い方	1
1	ケアマネジメントの目的	2
2	ケアマネジメントにおける基本理念と倫理的姿勢	4
2-1	ケアマネジメントにおける基本理念	4
2-2	ケアマネジメントにおける倫理的姿勢	4
3	ケアマネジメント・プロセス	8
3-1	全体の流れ	8
3-2	ケアマネジメント・プロセス	9
3-2-1	インテーク	10
3-2-2	アセスメント／再アセスメント	13
3-2-3	ケアプラン作成／ケアプラン修正	18
3-2-4	サービスの実施とモニタリング	25
3-2-5	評価	29
3-2-6	サービス担当者会議	32
4	参考文献	37

0 手引きの使い方

0-1 目的

本手引きは、質の高いケアマネジメントの基準を示すことで、自立支援の理念に則った人材を育成することを目的としています。

第1版は、主として居宅の介護支援専門員のケアマネジメントを対象としていますが、今後認知症、障がい、施設等に対象を広げていく予定です。

0-2 手引きの対象

本手引きは、要介護高齢者にサービスを提供する居宅の介護支援専門員を対象としています。

0-3 手引きの使い方

本手引きは、介護支援専門員がケアマネジメントを実践する現場で直面する様々な課題を解決するための指針となることを目的として作成しました。前半では介護支援専門員がもつべき基本理念と倫理を示し、後半では、介護支援専門員がケアマネジメントのプロセスごとに具体的に自分の行動を振り返ることができるようにプロセスを解説しています。

前半の理念の部分は折に触れて読み返し、自分のケアマネジメントを振り返ってください。後半のプロセスについては、ケアマネジメント実践で悩む場面で、自分のケアマネジメントを確認するために活用することができます。

1) ケアマネジメントの目的とケアマネジメントにおける基本理念と倫理的姿勢

在宅におけるケアマネジメントを実践する上で基礎となるケアマネジメントの目的、基本理念、及び倫理的姿勢を示しています。

2) ケアマネジメント・プロセス

序段では、ケアマネジメントのプロセスをインテーク、アセスメント、ケアプラン作成／修正、サービスの実施とモニタリング、評価、サービス担当者会議、の6段階に分けて全体の流れを説明しています。

続けて、各プロセスにおいて実施するケアマネジメントの流れ、ケアマネジメントの意義と目的、介護支援専門員の役割、介護支援専門員の姿勢・観点を挙げてゆき、さらに各姿勢・観点における介護支援専門員の実践について、より詳しく記載しています。

特に最後の項目の「各姿勢・観点における介護支援専門員の実践」は、ケアマネジメントの現場における具体的な行動を示しています。

1 ケアマネジメントの目的

- ① ケアマネジメントの目的は利用者の在宅生活を支援することにある。
- ・在宅生活が困難になった場合に、利用者のニーズに合った社会資源と結びつけることで、在宅生活を可能にすることである。
 - ・同時に、病院や施設に入院（所）していたが、退院（所）してくる場合にも、利用者の在宅生活を想定してのニーズに合った社会資源と結びつけることで、在宅生活への移行を容易にすることである。
- ② ケアマネジメントは利用者の自立の支援と介護者の介護負担の軽減を支援することにある。
- ・利用者の自己決定・自己選択を支援することで、利用者の有している力が発揮できるように支援することである。
 - ・家族等の介護者についても、自立した生活が継続できるよう、介護負担の軽減を図るよう支援することである。
- ③ ケアマネジメントは利用者の生活の質（QOL）を高めることにある。
- ・利用者の身体面・心理面・環境面での改善・維持を目指すことで、質の高い生活が得られるよう支援することにある。
 - ・利用者自らが自分の問題に打ち克っていく力をつけるよう（エンパワメント）支援することである。
- ④ ケアマネジメントは、介護だけでなく、医療・住宅・所得・権利擁護等の生活全般のニーズに応えることにある。
- ・ニーズについては、在宅生活を可能にする介護、医療、住宅、所得、権利擁護等といった多様なニーズを明らかにすることにある。
 - ・活用するサービスは、利用者が実施可能なセルフケアを中心に、それを補うべく介護保険や医療保険といった公的なサービスだけでなく、家族や近隣、友人、ボランティア、自治会や民生委員といったインフォーマルサービスも活用することにある。
 - ・利用者に多様な社会資源が提供される以上、これらの社会資源間を連携していくことになる。
- ⑤ ケアマネジメントは利用者のニーズの変化に合わせて継続的に支援することにある。
- ・利用者のニーズの変化に合わせて定期的にモニタリングを実施する。
 - ・利用者に急激なニーズの変化が生じた場合には、即応する。

- ⑥ ケアマネジメントは利用者の権利を擁護することにある。
- ・利用者への虐待等の権利侵害を早期に発見して、侵害されている人を守る。
 - ・利用者に対して提供されているサービスが適切でない場合は、利用者を擁護する。
 - ・意思表示が十分でない人についても最大限自己決定を尊重し、利用者の意向を汲み取りながら、意思決定の支援を行う。
- ⑦ ケアマネジメントは利用者への支援に加えて、利用者が生活する地域社会での社会資源の開発や改善にも貢献する。
- ・利用者が日常生活圏域で生活が継続的にできるよう、地域の課題が解決できるよう、地域包括支援センターと一体になり、他の専門職・地域住民との協働を行う。
 - ・他の専門職・地域住民と協働して、利用者が住みよい社会づくりを進める。

2 ケアマネジメントにおける基本理念と倫理的な姿勢

2-1 ケアマネジメントにおける基本理念

① 利用者の尊厳の保持

- ・すべての利用者に対して、かけがえのない存在として尊重する。
- ・自らの先入観や偏見を排し、利用者があるがままに受容する。

② 自立支援

- ・利用者の自己決定・自己選択を尊重し、利用者がその権利を十分に理解し、活用していけるよう支援する。
- ・利用者が有している力を最大限に発揮できるよう支援する。

2-2 ケアマネジメントにおける倫理的姿勢

- | | | |
|--------|--------------|------------|
| ①権利擁護 | ②秘密保持 | ③プライバシーの尊重 |
| ④利益保護 | ⑤説明責任 | ⑥リスクマネジメント |
| ⑦苦情対応 | ⑧専門的知識と技術の向上 | ⑨利用者との信頼形成 |
| ⑩多職種連携 | ⑪公正・中立な立場の堅持 | ⑫社会的責任 |
| ⑬法令順守 | ⑭倫理綱領に対する誠実 | |

① 権利擁護

- ・利用者が望むサービスを適切に受けられるように権利を擁護し、代弁活動を行う。
- ・利用者の権利について十分に認識し、敏感かつ積極的に対応し、あらゆる権利侵害の発生を防止する。
- ・利用者が虐待の対象となっている可能性がある場合には、すみやかに発見できるよう心掛ける。
- ・意思決定能力の不十分な利用者に対して、常に最善の方法を用いて、利益と権利を擁護する。
- ・利用者の権利侵害を防止するよう環境を整え、啓発活動を積極的に行なう。
- ・地域の側で意思決定がなされる際には、関係する利用者の意思と参加が促進されるようにする。

② 秘密保持

- ・ 正当な理由なしに、その業務に関し知り得た利用者や関係者の秘密を漏らさぬことを厳守する。
- ・ 業務を離れた日常生活においても、また業務から退いた場合においても、利用者の秘密を保持する。
- ・ 記録の保持と廃棄について、利用者の秘密が漏れないように慎重に対応する。
- ・ サービス担当者会議等で利用者に関する情報を関係機関・関係職員と共有する場合、その秘密を保持するよう最善の方策を用いる。

③ プライバシーの尊重

- ・ 利用者のプライバシーを最大限に尊重し、関係者から情報を得る場合、利用者等からの同意を得る。
- ・ 利用者の記録を開示する場合には、かならず利用者等の了解を得る。
- ・ 利用者の支援という目的を超えて、個人情報収集ないし使用してはならない。
- ・ 利用者の個人情報の乱用・紛失等のあらゆる危険に対し、安全保護に関する措置を講じる。特に電子媒体により取り扱う場合、最新のセキュリティに配慮し厳重に管理する。
- ・ 問題解決を支援する目的であっても、利用者が了解しない場合は、個人情報を使用しない。

④ 利益保護

- ・ 利用者の利益を最優先にして支援を行う。
- ・ 利用者が記録の閲覧を希望した場合には、特別な理由なく、拒んではならない。

⑤ 説明責任

- ・ 介護保険制度の内容や動向、作成されたケアプラン、ケアプランに基づいて提供された保健・医療・福祉のサービスについて、利用者に適切な方法・わかりやすい表現を用いて、説明し、利用者の意向を確認する。
- ・ 利用者に対して利益の相反する関係になることが避けられない場合は、利用者を守る手段を講じ、それを利用者に説明する。

⑥ リスクマネジメント

- ・ 利用者に対するアセスメントにおいて、リスクを予見する。
- ・ 利用者へのケアプランの作成において、リスクを回避する計画を作成する。

⑦ 苦情対応

- ・利用者や関係者の意見・要望そして苦情を真摯に受け止め、適切かつ迅速に改善を図る。
- ・苦情を受けた際には、業務の改善を通して再発防止に努めなければならない。
- ・実践現場が常に自己点検と評価を行い、他者からの評価を受けるように働きかけなければならない。

⑧ 専門的知識と技術の向上

- ・専門職としての使命と職責の重要性を自覚し、常に専門的知識・技術の向上に努めることにより、専門性を高め、自らの専門的知識・技術を惜しみなく発揮する。
- ・スーパービジョン、教育・研修に参加し、援助方法の改善と専門性の向上を図る。
- ・研修・情報交換・自主勉強会等の機会を活かして、常に自己研鑽に努める。
- ・他の介護支援専門員やその他専門職と知識や経験の交流を行い、支援方法の改善と専門性の向上を図る。
- ・常に専門分野や関連する情報や介護保険制度等関連知識について収集し、専門的力量を高める。

⑨ 利用者との信頼形成

- ・利用者との支援関係を大切にし、その関係についてあらかじめ利用者に説明する。
- ・支援関係において、利用者とのパートナーシップを尊重する。
- ・利用者に自分の価値観や援助観を利用者に押しつけない。
- ・利用者の意思表示をはげまし、支援する。
- ・利用者の立場に立ち支援することを伝える。
- ・専門職上の義務と利用者の権利を説明したうえで、支援する。
- ・利用者が必要な情報を十分に理解し、納得していることを確認する。
- ・利用者が目標を定めるよう支援する。
- ・利用者が選択の幅を広げられるよう、十分な情報提供をする。
- ・利用者の自己決定が重大な危険を伴う場合には、あらかじめその行動を制限することがあることを伝え、そのような制限をした場合には、その理由を説明する。
- ・自らの個人的・宗教的・政治的理由により、または自らの利益のために、不当に利用者との支援関係を利用しない。

⑩ 多職種連携

- ・ケアプランのもとで、多様なサービスや支援との有機的な連携を図るよう創意工夫を行い、ケアマネジメントを総合的に提供する。
- ・他機関の専門職と連携し協働するために、個々のサービスの専門性を尊重し、他の専

門職等との連絡・調整の役割を果たす。

- ・所属する機関内での意思疎通が円滑になされるよう、積極的に関わる。

⑪ 公正・中立な立場の堅持

- ・所属する事業所・施設の利益に偏ることなく、公正・中立な立場を堅持する。
- ・居宅サービス事業者との関係において、自らが属する機関や関連する事業者の利益のために働くようなことがない。
- ・利用者のニーズの性質や量に応じて、適正にサービスが利用できるよう支援する。

⑫ 社会的責任

- ・利用者が地域で最期まで生活できる社会の実現を目指して活動する。
- ・地域の限りある資源が最適な形で活用されるよう努める。
- ・地域で不足している資源を把握し、開拓できるよう努める。
- ・ケアマネジメントの果たす役割を自覚し、常に社会の信頼を得られるよう努める。
- ・利用者・他の専門職・市民に対して、ケアマネジメントの内容を伝え、社会的信用を高める。
- ・自覚と誇りを持ち、責任ある行動をとり、ケアマネジメントの重要性を啓発する。
- ・あらゆる社会的不正行為や信用失墜行為を行わない。

⑬ 法令順守

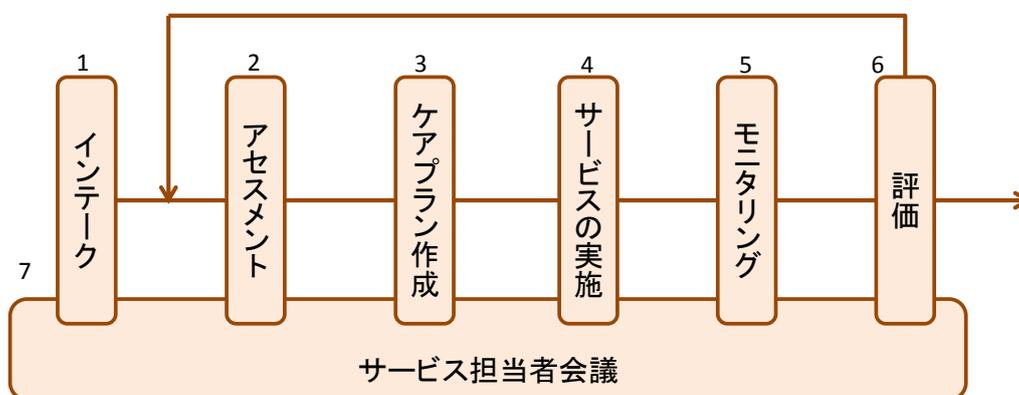
- ・介護保険法及び関係諸法令・通知を遵守する。
- ・利用者から正規の報酬以外に物品や金銭を受けとらない。

⑭ 倫理綱領に対する誠実

- ・日本介護支援専門員協会の倫理綱領に対して誠実である。
- ・倫理上のジレンマが生じた場合、倫理綱領に照らし、公正性と一貫性をもってサービス提供を行うように努める。
- ・実践現場の方針・規則・手続き等が、日本介護支援専門員協会の倫理綱領に反する場合、それを許さない。

3 ケアマネジメント・プロセス

3-1 全体の流れ



- ・ケアマネジメント・プロセスは、インテーク→アセスメント→ケアプラン作成→サービスの実施→モニタリング→評価が循環しており、PDCA サイクル¹⁾に基づき実施される。
- ・このケアマネジメント・プロセスで、アセスメント→ケアプラン作成→サービスの実施→モニタリング→評価の機能は、個々も面接過程では重層的に実施され、徐々にアセスメント部分よりもケアプラン作成に重点が移っていくことになる。
- ・ケアプランの作成においては、ケース目標の作成といった大きな目標の設定と、個々のニーズをもとにサービスや支援に結び付けていく計画作成が含まれている。
- ・モニタリングを通じ、利用者の状況や環境の変化があった場合は、再アセスメントを行い、ケアプランを修正する。
- ・評価はケアマネジメント・プロセスの改善を通じてケアマネジメントをよりよいものにしていくことである。
- ・このプロセスの初めには、利用者の要介護認定の申請がある。
- ・このプロセスの間で、利用者、家族、サービスや支援の提供者が参加してサービス担当者会議が開催される。これはケアプランが初めて作成される時や、ケアプランが修正されたり、修正が必要となった場合に開催される。

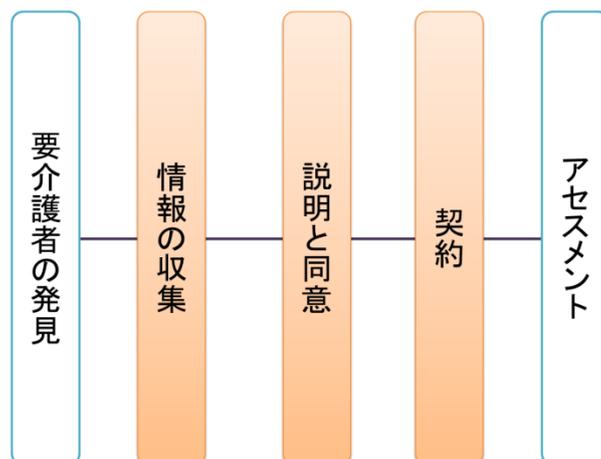
用語解説1「PDCA サイクル」：一連の業務を1. Plan (計画)、2.Do (実施・実行)、3.Check (点検・評価)、4.Act (処置・改善)に分け、この4段階を順次行って1周したら、最後のActを次のPlanにつなげて螺旋を描くように1周ごとにサイクルを向上させて、継続的に業務改善する、という考え方。

3-2 ケアマネジメント・プロセス

以下の各項目では、ケアマネジメントの流れ、意義と目的、介護支援専門員の役割、介護支援専門員の姿勢・観点、さらに各姿勢・観点における介護支援専門員の実践について、3-1で挙げたプロセスごとに詳述していきます。

3-2-1. インテーク

i. インテークの流れ



ii. インテークのポイント

1) インテークの意義と目的

インテークは、受理面接とも呼ばれ、ケアマネジメント・プロセスにおける入口部分であり、相談者からの相談受付、受理から始まる。このインテークにおける相談援助面接の意義と目的は、利用者からの主訴に基づいて利用者が抱えている課題、問題に関する概略的な情報収集と整理、利用者に対する心理的なサポート、そして緊急性の判断を含めた今後の基本的な方向づけをする所にある。相談受付の経路には、利用者本人や家族からの相談や行政や医療機関等からの紹介だけでなく、介護支援専門員からの要介護者の発見（アウトリーチ）もある。

更にこのインテーク段階において重要なことは、利用者と介護支援専門員との援助関係の形成、課題解決に向けて協働して行くという双方合意の確認（利用契約の締結）をすることでもある。そのためには、介護支援専門員としての専門職として及び所属する機関の役割、機能の説明を踏まえた上での信頼関係（ラポールの形成）が構築できるかどうか重要となる。

2) インテークにおける介護支援専門員の役割

インテークプロセスにおける介護支援専門員の役割は、相談援助への導入プロセスとして、相談受理から概略的な情報収集、スクリーニング、そして緊急性の判断を踏まえた基本的な方向性の検討と限られた時間の中で様々な対応が求められるが、その一方で重要なことは、相談者あるいは利用者を心理的にサポートすることである。

インテーク面接にあたっては、利用者は自分自身が直面する問題に対して、そしてこれから出会う援助者に対して不安を抱えている。援助者となる介護支援専門員は、そうした

不安を抱え緊張状態にある利用者に対し、共感、受容、保証、尊重等の援助技法を駆使し、緊張感の緩和、不安の除去といった心理的なサポートをする事が利用者との援助関係の形成、そして課題解決への第一歩となる事を認識しておく事が重要な事となる。

また、インテーク面接は、直接面接と電話での対応など面接場面の設定に違いはあっても、介護支援専門員が留意すべき基本的な視点、姿勢等は同じである。

3) インテークにおける介護支援専門員の姿勢・観点

- ① 利用者の主訴を傾聴し、利用者の置かれている状況とニーズを見極める
- ② 利用者に初めて接する時点から受容的な態度で傾聴する
- ③ 利用者に対して共感的対応を示す
- ④ 利用者が主体的に選択できるように、仕組みやサービスを説明する
- ⑤ 利用者に対して契約締結時に重要事項について説明する
- ⑥ 利用者の権利擁護の視点を踏まえた援助をする

4) 各姿勢・観点における介護支援専門員の実践

- ① 利用者の主訴を傾聴し、利用者の置かれている状況とニーズを見極める
 - ・ 相談者が自分で考えて言葉を選び、自分のペースで話せるように働きかける。
 - ・ 相談者を一般化せず、利用者が固有の存在であることを利用者に伝える。
 - ・ 援助者の価値観による質問を行うのではなく、オープンクエスチョン、クローズドクエスチョンを併用し、利用者自らが語れるように意図的な働き掛けを行う。
 - ・ 相談者の現在おかれている個別の状況、性格や価値観について、深く知ろうという姿勢を示す。
 - ・ 相談者が捉えている自分自身の問題や、それが解決した姿について語ってもらう。
 - ・ 緊急を要する状況が無いか確認し、ある場合は適切にリファーする。
- ② 相談者に初めて接する時点から受容的な態度で傾聴する
 - ・ 所属、氏名等の自己紹介を丁寧に行い、自分と援助機関の関係、立場等についての説明を行う。
 - ・ 声の大きさ、声の質、話すスピード、適切な言葉の選択等、適切な対応ができる。
 - ・ 相談者が理解しやすい言葉、用語を用いて説明を行う。専門用語、略語、外来語等それらに該当する発言は、かえって相談者の不安を助長するおそれがある。
 - ・ 必要に応じて、座る位置関係、秘密が守られる環境の確保等、相談者が安心して援助者と向き合える環境を整える。

③ 相談者に対して共感的対応を示す

- ・ 本人の言動を評価したり審判したりせず、存在そのものを価値あるものとして認めるか。
- ・ 本人の感情に波長を合わせて共感的対応を示す。
- ・ 相談者自身、課題、問題が明確になっていない不安と緊張を抱えていることが多い。援助者としてその不安、緊張を緩和するに努める。
- ・ 言語的コミュニケーションに偏らず、非言語的コミュニケーションにも留意する。
- ・ 非言語的コミュニケーションに現れた利用者の感情や真意を理解しようと努める。

④ 利用者が主体的に選択できるように、仕組みやサービスを説明する

- ・ 利用者自身が問題解決の主体であるという認識を促し、利用者の知る権利を尊重して、介護支援専門員はそのサポートを行う。
- ・ 利用者が主体的に選択できるように制度等の仕組みや居宅介護支援サービスについて説明する。
- ・ 利用者の主訴を踏まえ、利用可能(必要)な社会資源の説明をする。
- ・ 各サービスでできること、できないこと、利用することのメリットとデメリットについて説明する。
- ・ 介護支援専門員及び所属機関がもつ専門的な役割及び機能に関する説明する。

⑤ 利用者に対して契約締結時に重要事項について説明する

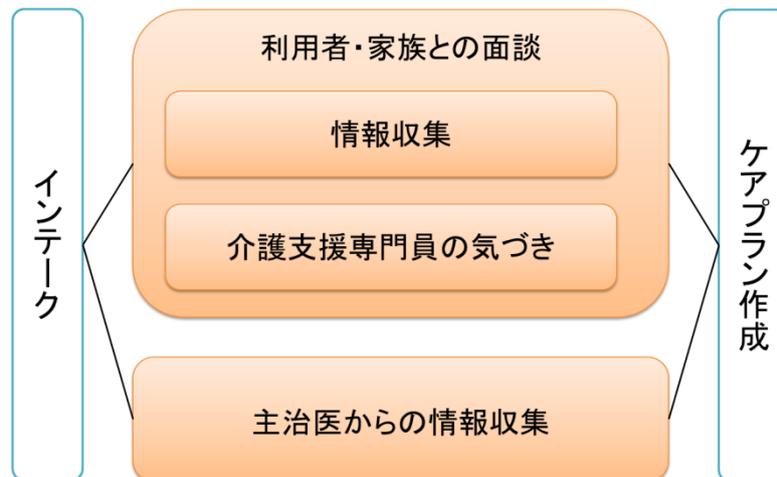
- ・ 居宅介護支援事業の契約締結前時に、事業所の運営規程や介護支援専門員の勤務ア知性、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制について説明する。
- ・ 認知症等利用者の判断能力が不十分な場合は、成年後見制度等の仕組みの活用を検討する。

⑥ 利用者の権利擁護の視点を踏まえた援助をおこなう

- ・ インテーク面接を通して、所属機関及び自分が担当することが適当であるかを判断し、必要に応じ適切な機関をリファーする。
- ・ 苦情申し立ての仕組みが存在することを、利用者または利用者の権利を代弁できる人に周知する。
- ・ 苦情相談窓口及び対応責任者についての説明を行う。
- ・ 認知症等の判断能力が不十分な人の権利が侵害されていないか見極める。
- ・ 虐待等により利用者の権利侵害がされていないか見極める。

3-2-2. アセスメント/再アセスメント

i. アセスメントの流れ



ii. アセスメント/再アセスメントのポイント

1) アセスメント/再アセスメントの意義と目的

アセスメントとは、情報を収集し、分析することから、利用者にどのような支援を提供すればよいかを導き出すためのプロセスである。収集すべき情報には、利用者の病気や障がい、家屋構造や経済状態、家族の状況等の客観的事実と、利用者の気持ちや現状に対する考え、生活観や価値観等の主観的事実がある。情報収集の第一の情報源は利用者本人であり、また家族介護者であるが、主治医や、サービス事業者もまた大切な情報源である。

介護支援専門員は収集した情報をもとに、利用者の現在の生活状況の全体像を把握する。つまり、本当はどのように暮らしたいか、現状がそのようにならないのはなぜか、を明らかにする。こうしたことが明らかになって初めて、状況の解決策すなわちケアプランが提案できるのである。

また、ケアプラン実施後には、サービス提供場面等から得られた情報をもとに再アセスメントを行い、ケアプランを修正していく。

2) アセスメント/再アセスメントにおける介護支援専門員の役割

アセスメントにおける介護支援専門員の役割は、ケアプランを導くニーズを明らかにすることである。ニーズは、生活のしづらさを含む現在の生活をより自立的で尊厳の保たれた生活の形に近づけていくために解決しなければならない課題である。

つまり、介護支援専門員は利用者の置かれている現在の困難な状況を理解し、その状況

がなぜ起きているのかを明らかにする。そして、利用者の悩みや困り事を解決し、希望や要望が叶うような生活のあり方を利用者とともに描き出すのである。また、こうしたケアマネジメントの過程に利用者が参加できるように促していく。

3) アセスメント/再アセスメントにおける介護支援専門員の姿勢・観点

- ① 利用者や家族介護者の主訴、顕在化した問題、潜在化した問題について情報収集を行う。
- ② 利用者像や利用者・家族介護者の望む暮らしを把握する。
- ③ 主治医やサービス事業者等から情報収集を行う。
- ④ 個人と環境の相互作用や、強さの視点から利用者を理解する。
- ⑤ 収集した情報から利用者は「何」に困っているか、それは「なぜ」か、そして利用者がより自立的で尊厳が保たれた生活の形を考える。
- ⑥ 利用者の生活における問題点、利用者のニーズ、利用者の目標について平易な表現で利用者に伝え、合意を形成しながら、利用者と協働でアセスメント過程を歩む。
- ⑦ 利用者や家族介護者を情緒的に支持し、信頼関係（援助関係）を構築するか。
- ⑧ 在宅生活の破綻をもたらすような危機的状況の有無を見きわめる。
- ⑨ ケアプラン実施後に、介護支援専門員自身、あるいは主治医やサービス事業者から意図的に情報を修正し、再アセスメントを行う。

4) 各姿勢・観点における介護支援専門員の実践

- ① 利用者や家族介護者の主訴、顕在化した問題、潜在化した問題について情報収集を行う。
 - ・利用者や家族介護者の主訴をしっかりと聴き取り、訴えの意味を考える。
 - ・客観的な事実（実際に起こっていること）と主観的な事実（利用者の考えや感情等）の両方の情報を収集する。
 - ・利用者の健康状態（疾病やその程度、生活に与える影響）について把握する。また、こうした情報について主治医から収集する。
 - ・利用者の個人因子（生活観や価値観、それが形成されてきた過程（生活歴））について把握する。
 - ・利用者を取り巻く環境因子（家族等インフォーマルな資源・諸サービスを提供する援助者といった人的環境、家屋構造等の物的環境、活用可能な制度等の制度的環境等）について把握する。
 - ・利用者の活動の状態（ADLやIADL、それが生活に与える影響）について把握する。
 - ・利用者の参加の状況（家族やその他の人との関係を通して担う役割）について把握する。

る。

- ・利用者の望む暮らしを把握する。
- ・主介護者の困っていることや心配事、介護に対するストレス、主介護者としてはどのような生活を望んでいるかを把握する。
- ・主介護者の介護力（介護に関する知識、技術、健康状態等）を把握する。

② 利用者像や利用者・家族介護者の望む暮らしを把握する。

- ・利用者自身が考える「望む暮らし」を語ることを促す。
- ・利用者自身が「望む暮らし」を明確に語れないときは、送れるかも知れない可能性を例示しながら、一緒に「望む暮らし」を考える。
- ・家族の目から見て、利用者にとって最も望ましいと考える暮らしのあり方を語ってもらう。
- ・家族が利用者にとっての最も望ましいと考える暮らしのあり方を語れないときには、暮らしのあり方の可能性を例示しながら、一緒に利用者にとっての最も望ましいと考える暮らしを考える。
- ・主介護者が考える介護生活、つまり望む暮らしの形、「これならできる」と思える介護生活を考える。

③ 主治医から情報収集を行う

- ・利用者の健康状態（疾病やその程度、生活に与える影響）に関する情報について、主治医から収集する。
- ・利用者の健康状態の維持や改善の可能性について、主治医の意見を聞く。
- ・どんな要因を満たすことで利用者の健康状態が維持し、または改善するかについて、主治医の意見を聞く。
- ・利用者の健康状態の悪化の可能性について、主治医の意見を聞く。
- ・どんな要因が利用者の健康状態を悪化させるかについて、主治医の意見を聞く。
- ・介護支援専門員利用者の「望む暮らし」について主治医に説明した上で、その実現のために留意すべき事柄について主治医の意見を聞く。
- ・利用者が認知症である場合、主治医から認知症のタイプや程度についての情報を得る。
- ・ケアプラン実施後は、サービス事業者やインフォーマルな支援者、主治医からケアプラン実施後の利用者の状況について情報を収集する。

④ 個人と環境の相互作用や、強さの視点から利用者を理解する。

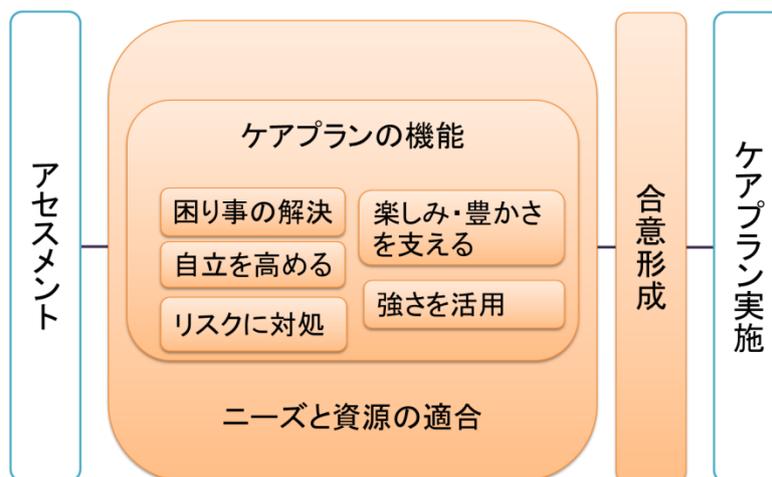
- ・利用者の強さ（能力、意欲、希望、自負心等）について把握する。
- ・利用者を取り巻く環境（人的、物的、制度的）の強さについて把握する。
- ・利用者が今までどのような生活を送ってきたかについての情報を把握する。

- ・利用者の今までの生活の中で、利用者が要介護状態になったことに対して、どのように対処しようとしてきたかについての情報を収集する。
 - ・利用者が自身の疾患や療養生活についてどれくらいの知識を持っているかを把握する。
 - ・介護者が利用者の認知症についてどれくらい理解できているかを把握する。
- ⑤ 収集した情報から利用者は「何に」困っているか、それは「なぜ」か、そして利用者がより自立的で尊厳が保たれた生活の形とはなにか、を考える。
- ・現在利用者や家族が感じ取っている困り事（顕在化した問題）が、なぜ起こってくるかを考える。
 - ・現在利用者や家族が気づいていない困り事（潜在化している問題）について考える。また、なぜ利用者や家族がそうした問題に気づいていないかを考える。
 - ・利用者の家族の望む暮らしと現在の生活が乖離している理由を考える。
 - ・現在の生活状況が続くことで起こってくるリスク（健康状態の悪化や生活機能の低下）について考える。
 - ・健康状態や環境因子の変化、あるいは個人因子の理解などを通じて生活機能が改善される可能性について考える。
 - ・利用者の病気／障がいやできない部分を見るだけでなく、身体・心理・社会的存在として、また、時間の経過の中の存在として利用者の全体像を把握する。
 - ・利用者の認知症の症状と、介護者の認知症に対する理解や対処能力の関係を見きわめて、現在の介護の負担について把握する。
- ⑥ 利用者の生活における問題点、利用者のニーズ、利用者の目標について平易な表現で利用者に伝え、合意を形成しながら、利用者と協働でアセスメント過程を歩む。
- ・利用者と様々な事柄について合意を図ろうとする際、利用者が理解できるような平易な表現を用いて説明を行う。
 - ・「〇〇についてお困りなのですね」等と、利用者や家族と顕在化した問題の存在について合意を図る。
 - ・「実は〇〇についてもお困りではないでしょうか」等と、利用者や家族と潜在化している問題の存在について合意を図る。
 - ・「〇〇という暮らしが送れたらよいとお考えなのですね」等、利用者が望む暮らしの形について合意を図る。
 - ・利用者の語る望む暮らしがそのままの形では実現が難しい場合、介護支援専門員は改善の策を考え、それについて利用者と合意を図る。
 - ・利用者の望む暮らしを支援目標に置いた際、そこに至るまでに段階的にケアプランを修正していく必要がある場合、介護支援専門員はそのことについて利用者と合意を図る。

- ⑦ 利用者や家族介護者を情緒的に支持し、信頼関係（援助関係）を構築する。
- ・利用者や家族介護者の主訴に耳を傾け、共感的な応答をすることを通じて、信頼関係（援助関係）の構築を図る。
 - ・利用者や家族介護者から情報を得る際に、利用者が努力したり工夫してきたことについて、ねぎらいや承認の言葉をかける。
 - ・利用者や家族介護者が最も心配していることを汲み取り、それを言葉にして利用者に戻す。
 - ・利用者や家族介護者の語りの中から、利用者や家族介護者が最も大切にしたいこと／してきたことは何かを考え、それを言葉にして利用者や家族介護者に戻す。
- ⑧ 在宅生活の破綻をもたらすような危機的状況の有無を見きわめる。
- ・在宅生活がもう続けられないような状況が起こっていないかを見きわめる。
 - ・利用者本人の疾病の状態が在宅生活の継続を難しくさせるような状態になっていないかを見きわめる。
 - ・利用者本人の BPSD の程度が主介護者の耐性を越えたものになっていないかを見きわめる。
 - ・介護者の健康状態が、在宅生活を継続することが困難な状態になっていないかを見きわめる。
 - ・緊急の入院や短期入所利用等の方法をもって介護者と分離する必要があるかを見きわめる。
- ⑨ ケアプラン実施後に、介護支援専門員自身、あるいは主治医やサービス事業者から意図的に情報を修正し、再アセスメントを行う。
- ・ケアプラン実施後に、介護支援専門員自身が意図的に、利用者や家族介護者の生活の変化を把握するための情報を収集する。
 - ・ケアプラン実施後に、利用者の支援に関わる専門職／専門職以外から情報を収集し、それらの情報をもとにアセスメント内容を深めたり、修正するように心がける。

3-2-3. ケアプラン作成／ケアプラン修正

i. ケアプラン作成／ケアプラン修正の流れ



ii. ケアプラン作成／ケアプラン修正のポイント

1) ケアプラン作成／ケアプラン修正の意義と目的

ケアマネジメントは利用者のニーズと、そのニーズを充足できる適切な社会資源の結びつけを行う。そのため、支援の目標（現実の心身の機能障がいや踏まえつつ、どのように暮らしたいか、暮らすことができるか）を描き出し、その暮らしに近づけていくためにはどんなニーズ（解決すべき課題）があり、それぞれのニーズを充足するための種々の社会資源の活用方法（社会資源の種類、利用回数や頻度、スケジュール等）を考え、それを文書化することがケアプラン作成段階で行うことになる。

ケアプランは、利用者と介護支援専門員の間で交わされる、どのような社会資源を、どれだけ、どのように活用するかについての約束事であり、それは同時にどれくらいの費用負担をするかを含むものである。また、利用者と種々のサービス／支援を提供するサービス事業者／支援者との間の約束事でもある。

介護支援専門員は、利用者とともにケアプラン作成の過程を歩み、こうした諸社会資源の活用を通じて利用者がより自立的で尊厳が保持される生活を送れるように支援する。

さらに、ケアプランが実施された後には、モニタリング等によって収集された情報をもとに行った再アセスメントをもとに現行のケアプランを修正していく。

2) ケアプラン作成における介護支援専門員の役割

ケアプラン作成における介護支援専門員の役割のもっとも目に見える部分は①ケアプランを書く、②ケアプランに基づいてサービスが利用できるように調整を図るということである。

このケアプラン作成過程においても、介護支援専門員は利用者の参加を促進する。介護支援専門員は、利用者の望む暮らしの実現のために、どのようなニーズがあり、それぞれのニーズを充足するために、どのような社会資源（サービス種別と、具体的にサービスを依頼する事業者）をどれくらい使うのかについて、アセスメント結果をもとに利用者に分かりやすく説明し、合意を図りながらケアプランを作成していく。

ケアプラン作成は、ニーズ中心主義の考え方で行う。そのためには、介護支援専門員は適切なアセスメントを行うと同時に、ニーズ充足を図る各種の社会資源の力量についてもアセスメントしておく。こうした社会資源のアセスメントは、日常のサービス事業者との接触や、当該サービスを活用する利用者のモニタリングで得られた情報、さらには関係機関での情報交換等から判断していくことになる。

また、ケアプランに位置付ける社会資源は介護保険制度による各種サービスばかりではない。市町村の保健福祉サービスやその他の営利組織／非営利組織／インフォーマルサポートも必要に応じて活用する。また、利用者自身が持っている力（ストレングス）を活用することも大切である。

3) ケアプラン作成における介護支援専門員の姿勢・観点

- ① 利用者の生活上の困り事の解決を図ることができるケアプランを作成する
- ② 利用者の自立を高めるケアプランを作成する
- ③ 利用者の生活の楽しみや豊さを支えるケアプランを作成する
- ④ 利用者の望む暮らしの実現を図るケアプランを作成する
- ⑤ 利用者の尊厳の保持を図るケアプランを作成する
- ⑥ 利用者の強さ（ストレングス）を活用したケアプランを作成する
- ⑦ 今後起こりうるリスクを想定し、それに対処しうるケアプランを作成する
- ⑧ 利用者の日常の生活のスケジュールを意識したケアプランを作成する
- ⑨ ケアプラン作成過程において利用者との間で合意形成を行う
- ⑩ 利用者の支払い能力に応じたケアプランを作成する
- ⑪ ケアプランに位置付けたサービス事業者／支援者に対して、サービス提供場面で利用者にもどのように関わってもらうかを明確にする
- ⑫ ケアプランにおいて、ニーズと社会資源を適切に適合させる
- ⑬ ケアプランに関して、ケアプラン実施以降にサービス事業者／支援者に支援の修正を図る可能性を考慮する
- ⑭ ケアプラン実施後、現行のケアプランが十分に機能していないか、新しいニーズが生起している場合、ケアプランを修正する

4) 各姿勢・観点における介護支援専門員の実践

① 利用者の生活上の困り事の解決を図ることができるケアプランを作成する

- ・アセスメントにおいて、利用者の生活上の困り事を発生させる原因を明確にする。
- ・アセスメントにおいて、利用者の生活上の困り事の原因が健康面、身体機能面、精神心理面、社会環境面のいずれにあるのか、またそれらがどのように関連しているかを明確にする。
- ・それらの原因を緩和/解決できるような社会資源をケアプランに位置付ける。

② 利用者の自立を高めるケアプランを作成する

- ・アセスメントにおいて、利用者の活動や参加において、何ができて、何ができないかを把握する。
- ・アセスメントにおいて、利用者が有しているけれども、日常生活において活用されていない能力があることを把握する。
- ・アセスメントにおいて、利用者の心理面が日常生活にどのように影響しているかを把握する。
- ・ケアプランにおいて、利用者の活動を高めるような工夫をする。
- ・ケアプランにおいて、利用者ができることに積極的に取り組んだり、機能の向上を高めるような気持ちになるような工夫をする
- ・ケアプランにおいて、利用者の周囲の物理的環境が利用者の自立の度合いを高めるようになるための工夫をする。
- ・ケアプランにおいて、利用者の周囲の人的環境が利用者の自立の度合いを高めるようになるための工夫をする。

③ 利用者の生活の楽しみや豊さを支えるケアプランを作成する

- ・アセスメントにおいて、どのようなことが利用者の生活の楽しみや豊かさになるのかを把握する。
- ・アセスメントにおいて、どのような要因が利用者の生活の楽しみや豊かさを阻害しているかを把握する。
- ・ケアプランにおいて、利用者の楽しみや豊さを支える工夫をする。

④ 利用者の望む暮らしの実現を図るケアプランを作成する

- ・アセスメントにおいて、利用者の望む暮らしとはどのようなものかについて把握する。
- ・ケアプランにおいて、利用者の望む暮らしを支える工夫をする。もし、初回のケアプラン作成の時点で利用者が望む暮らしの形をイメージできない場合、今後利用者の生活機能をどのように高めることができれば、利用者自身に望む暮らしのイメージが抱

けるかを考慮する。

⑤ 利用者の尊厳の保持を図るケアプランを作成する

- ・アセスメントにおいて、利用者が要介護状態になる以前にどのような生活を送っていたかについて把握する。
- ・アセスメントにおいて、利用者の生活の中のどのような事柄が利用者自身にとって「自分らしい暮らし」を感じさせるものかを把握する。
- ・アセスメントにおいて、利用者の生活の中のどのような事柄が利用者自身にとって「尊厳を傷つけられる」と感じさせるものかを把握する。
- ・ケアプランにおいて、利用者が「自分らしい暮らし」を送れると感じさせるような工夫をする。
- ・ケアプランにおいて、利用者が「尊厳を傷つけられている」と感じる事柄を緩和／解決できるような工夫をする。

⑥ 利用者の強さ（ストレングス）を活用したケアプランを作成する

- ・アセスメントにおいて、利用者の強さ（ストレングス）すなわち、能力、自信、強い希望、自負などについて把握する。
- ・ケアプランにおいて、利用者の強さが活用されるように社会資源を活用する。
- ・ケアプランにおいて、利用者の強さが発揮できるような利用者自身への働きかけをする。
- ・ケアプランにおいて、利用者の強さが発揮できるように利用者の周囲の環境に対する働きかけをする。

⑦ 今後起こりうるリスクを想定し、それに対処しうるケアプランを作成する

- ・アセスメントにおいて、利用者の生活の現状がさらに悪化する可能性について考慮する（健康状態の悪化、介護者のストレスの増大、家族関係の悪化、サービス提供者との関係の悪化、経済状態の悪化等）。
- ・アセスメントにおいて、利用者の生活の現状を維持したり、向上させる要因について考慮する。
- ・ケアプランにおいて、利用者の生活の現状が悪化するのを防ぐために利用者自身への働きかけをする。
- ・ケアプランにおいて、利用者の生活の現状が悪化するのを防ぐための環境面への働きかけをするか。
- ・ケアプランにおいて、利用者の生活の現状を維持／向上させるための利用者自身への働きかけをする。
- ・ケアプランにおいて、利用者の生活の現状を維持／向上させるための環境面への働き

かけをする。

⑧ 利用者の日常の生活のスケジュールを意識したケアプランを作成する

- ・アセスメントにおいて、利用者の日常の生活のスケジュール（日課や生活習慣、受診状況等）を把握する。
- ・ケアプランにおいて、利用者の日常の生活のスケジュールを考慮する。
- ・ケアプランにおいては、利用者の1日の生活のリズムや日課等を考慮する。
- ・ケアプランにおいて、利用者の1週間のスケジュールを考慮する。
- ・ケアプランにおいて、定期的な通院日等、1週間のスケジュール以外の事柄も考慮する。

⑨ ケアプラン作成過程において利用者との間で合意形成を行う

- ・「利用者および家族の生活に対する意向」欄には、利用者、家族それぞれが重要と考える意向が記載する。
- ・利用者および家族の生活に対する意向の記載において、重要と思われる言葉を「」で括って、あるいは具体的な表現で記載する。
- ・利用者および家族の生活に対する意向について、利用者・家族に確認し、介護支援専門員との間で合意を図った上で記載する。
- ・利用者の被保険者証に介護認定審査会意見が付されている場合には、その意味を利用者に説明し、合意が図れた場合、その内容を反映したケアプランを作成する。
- ・「総合的な援助の方針」欄には、利用者のこのように暮らしたいという思いを具体的に記述する。
- ・総合的な援助の方針欄に記載する利用者の望む暮らしについて、利用者に説明し、合意を図った上で記載する。
- ・総合的な援助の方針は、望む暮らしを実現するために何に重点を置いて支援するかを記述するか。また、その重点について利用者に説明し合意を図る。
- ・総合的な援助の方針は、利用者にとっての実現可能な目標（望む暮らし）を記述する。
- ・「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」は、それらが解決された先には利用者の望む暮らし（総合的な援助の方針の中に記載した実現可能な目標（望む暮らし））が実現されるような対応関係で構成する。
- ・利用者の望む暮らし、自立した生活を実現し、維持・継続していくためのニーズ（解決すべき課題）について提案／確認し、合意を図る。
- ・生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、優先順位の高いものから順に記載する。
- ・利用者のニーズと家族のニーズが対立するような場合には、双方が合意できる範囲でニーズを設定することを心がける。
- ・生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、具体的な表現で記述する。
- ・生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の記述は、利用者が主体的・意欲的に取り組み

るようなものにする。

- ・個々の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を充足するために、それぞれのニーズが長期的・短期的にどのようなになればよいのかについて提案し、合意を図る。
- ・「長期目標」は、支援を利用しながらも利用者が努力する到達点とする。
- ・「短期目標」は、モニタリングの際に達成度がわかるように具体的な記述とする。
- ・長期及び短期目標に付する期間は、開始時期と終了時期を記載する。
- ・長期及び短期目標に付する期間の設定は、利用者およびケアチームのメンバーと協議をした上で記載する。
- ・サービス内容は、短期目標達成のために必要な社会資源を位置付ける。
- ・それぞれのニーズの充足を図るために用いられるサービス内容／支援内容について提案し、合意を図る。
- ・それぞれのニーズの充足のためにサービス提供／支援の提供を依頼するサービス事業者／支援者について具体的に提案し、合意を図る。
- ・具体的なサービス事業者／支援者の選定に当たっては、利用者の意思を尊重するとともに、利用者のニーズ充足を図れる力量を持ったサービス事業者／支援者について情報提供し、利用者が自己決定・自己選択できるよう支援する。
- ・利用者自身に認知症があり、その程度が重いため合意形成が困難な場合、家族に十分に説明し、ケアプランについて合意形成を図る。
- ・利用者の判断能力が低下しているために成年後見人等が選任されている場合、成年後見人等に十分に説明し、ケアプランについて合意形成を図る。

⑩ 利用者の支払い能力に応じたケアプランを作成する

- ・アセスメントにおいて、介護サービス利用に関する利用者の支払い能力について把握する。
- ・アセスメントにおいて、介護サービス利用に対する支出額に関する利用者の考え方について把握する。
- ・ケアプランに位置付けたサービスを利用する際に発生する費用負担について説明し、合意を図る。
- ・ケアプランに対する費用負担について利用者と合意が図れなかった場合、利用者が負担できる範囲内で、もっとも利用者の生命維持に関わるニーズを充足するサービスを優先してケアプランに位置付ける。

⑪ ケアプランに位置付けたサービス事業者／支援者に対して、サービス提供場面で利用者にもどのように関わってもらうかを明確にする

- ・利用者の自立を高め、尊厳を保持するために、サービス提供場面でサービス事業者／支援者が利用者に関わる際の留意事項を考慮する。

- ・前述の留意事項についてサービス事業者／支援者に説明し、理解を得る。

⑫ ケアプランは、ニーズと社会資源が適切に適合させる

- ・ケアプランは、ニーズ中心主義の考え方で作成する。
- ・ニーズに対応する社会資源は、介護保険給付の枠の中だけでなく、その他のフォーマルサービス、インフォーマルサポートや利用者自身の強さ等を意識して選定する。
- ・ケアプランにおいて、既存のサービスに利用者を合わせるのではなく、適切なアセスメントの結果導き出された利用者のニーズを充足できる社会資源とする。
- ・社会資源の特性を考えたとき、そのサービス／支援は利用者のニーズを充足できる力を持っているものとする。

⑬ ケアプランに関して、ケアプラン実施以降にサービス事業者／支援者に支援の修正を図る可能性を考慮する

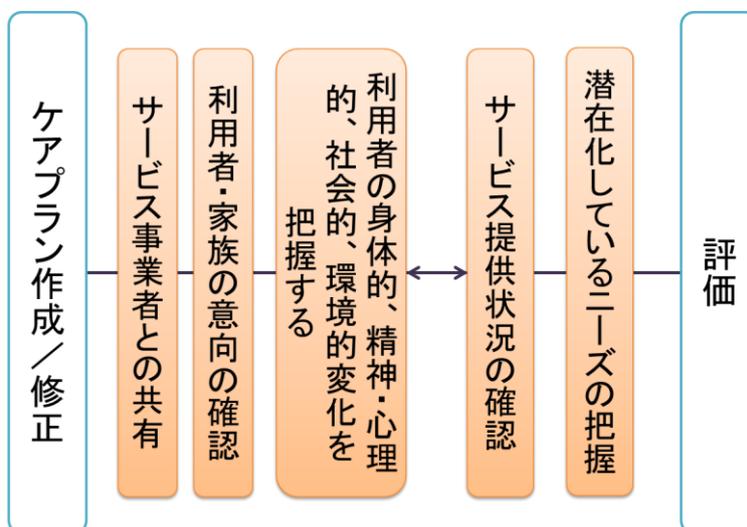
- ・初回のケアプラン作成段階で、アセスメントが十分になされていない部分がある場合には、今後追加で情報収集を行う部分／項目があることを明確にする。
- ・今後の追加の情報収集は、介護支援専門員自身が行う場合の他、サービス事業者／支援者に対してどのような情報の提供を依頼するかを明確にし、その旨をサービス事業者／支援者に依頼する。
- ・ケアプランについて利用者と介護支援専門員の見方が一致しないために、利用者の自立や尊厳の保持が損なわれる可能性が予測される場合、利用者と合意が図れたサービスについてケアプランに位置づけるとともに、ケアプラン実施後の利用者の状態変化等に関する観察／情報収集のポイントを明確にする。
- ・上記の場合、利用者の状態変化等に関する観察／情報収集のポイントとその意図をサービス事業者／支援者に説明し、変化の発見者となるように依頼する。

⑭ ケアプラン実施後、現行のケアプランが十分に機能していないか、新しいニーズが生起している場合、ケアプランを修正する

- ・ケアプラン実施後に収集された情報により、現行のケアプランが十分に機能していない場合、行った再アセスメントをもとにケアプランを修正する。
- ・ケアプラン実施後に、利用者の生活の変化等から新しいニーズが生起している場合、それらの新しいニーズに対応するようにケアプランを修正する。

3-2-4. サービスの実施とモニタリング

i. サービスの実施とモニタリングの流れ



ii. サービスの実施とモニタリングのポイント

1) サービスの実施とモニタリングの意義と目的

モニタリング（Monitoring）とは、ケアプランに位置づけられた各サービスの実施状況を把握し、計画通りに動いているか事業者等と連絡調整を行う。また利用者の生活が変化し、新たなニーズが発生していないかを把握し、利用者の自立支援、生活の質の向上につながっているかを評価する。

モニタリングの目的は、利用者の満足度、サービス内容が目標に沿って適切に提供されているかを確認することである。目標の達成状況を事業者や関係者とは個別援助計画との連動含めて連絡調整を行うこと、利用者や家族の意向を確認しケアプランの修正を行うことといえる。ケアマネジメントの開始当初は適切なケアプランが立てられていなくても、モニタリングを繰り返しながら利用者の理解や問題状況の理解を深めていくことによって、適切なケアプランへ修正していくことができる。

2) サービスの実施とモニタリングにおける介護支援専門員の役割

モニタリングはケアプランに位置づけられた各サービスが有効に機能しているか否かを評価するものである。介護支援専門員は下記のような事柄をモニタリングの視点としてもっておく必要がある。また、サービス実施後においては、チームケアの視点から、サービス提供場面や主治医等から得られた情報をもとに、必要に応じて再アセスメントを行う。サービス導入時は介護支援専門員がサービス事業者に情報を提供する立場だが、2回目以降はサービス事業所やインフォーマルな支援者からの情報収集の重要性が増してくる。

3) サービスの実施とモニタリングにおける介護支援専門員の姿勢・観点

- ① ケアプランどおりにサービスが提供されているかどうかを確認する
- ② サービス内容が適切か否かを確認する
- ③ 個々の生活ニーズに対する目標が達成されているか、総合的な援助の方針どおりにケアプランの効果が上がっているかを確認する利用者の状態変化を把握するため主治医との連携を図るか。
- ④ ケアプランの内容を修正する必要があるかどうかを判断する
- ⑤ 初回のケアプラン後、サービス導入後間もない期間は、特にきめ細かくモニタリングする。
- ⑥ 2回目以降の継続的なモニタリングでは安定が確認できれば定期的実施してよいが、状態の変化があった場合にはすぐに対応する。
- ⑦ 現行のケアプランを利用者の状況の改善により適したものへと修正するため再アセスメントを行う。

4) 各姿勢・観点における介護支援専門員の実践

① ケアプランどおりにサービスが提供されているかどうかを確認する

- ・ケアプランの実施状況を確認することで、利用者との信頼関係が強める。
- ・ケアプランの実施状況を訪問やサービス利用時の見学等で確かめる。
- ・日常的にサービス事業者と情報を共有できる体制をつくる。利用者や家族、サービス事業者はもっとも変化を発見しやすい立場にあるため、状況の変化や新たなニーズの発見のためには連携が必要である。
- ・利用者のリスクを的確に評価し状況変化の兆候を早期に発見する。
- ・利用者や家族、サービス事業者にはどのような状況になったら介護支援専門員に連絡するのか、ポイントを整理し事前に伝える。
- ・サービス提供機関の担当者と直接面談したか
- ・日常的にサービス事業者等、関係機関を訪問する等により、担当者と直接面談する。

② サービス内容が適切か否かを確認する

- ・利用者がサービス内容や方法について不満や違和感があるのであれば、その理由を明らかにするとともに、解消に努める。
- ・サービス開始後、利用者、家族の暮らしのリズムに合っているかを把握し、変化が生じた場合はその理由を確認する。
- ・利用者の変更や修正を繰り返している場合、その理由を利用者、家族、サービス事業者を確認する。
- ・介護者がサービスの導入にうまく適合できているかを確認する。

③個々の生活ニーズに対する目標が達成されているか、総合的な援助の方針どおりにケアプランの効果が上がっているかを確認する

- ・提供されているサービスによって、長期目標・短期目標が達成されているかどうかを確認する。・利用者の尊厳が保持され、より自立的な暮らしができる生活が実現しているかを確認する。

④利用者の状態変化を把握するため主治医との連携を図る。

- ・利用者の状態変化については正確な医療情報を把握するため主治医に意見を求める。
- ・主治医との連携のために介護支援専門員から主治医へ訪問や意見交換の機会を作りアプローチを強化する。地域の介護支援専門員の組織と医療機関との間での協力体制を構築していくことなどにより連携の下地を作ることが望ましい。

⑤ケアプランの内容を修正する必要があるかどうかを判断する

- ・ケアプランどおりに各種のサービスが提供されているかを確認する。事業者の事情での変更が利用者にとって不利益になっている場合には、介護支援専門員は再度事業者と調整を行い、利用者にとって最も有益なプランに戻さなければならない。
- ・モニタリングを通して目標は達成されたか、どの程度達成されつつあるか、あるいは十分に達成されていないので、アセスメントやケアプランを再考する必要があるか等を考える。
- ・ニーズとサービスのミスマッチを発見した場合、その理由と修正点、調整すべき対象を考える。

⑥初回のケアプラン後、サービス導入後間もない期間は、特にきめ細かくモニタリングする。

- ・初回の場合は、利用者のニーズが頻繁に変更することがあるので、迅速かつこまめに対応する。
- ・自分の状況を説明できない、もしくは意思表示が困難な利用者に対しても、初回の場合は個別的なきめ細かな対応が必要となる。

⑦2回目以降の継続的なモニタリングでは安定が確認できれば定期的な実施してよいが、状態の変化があった場合にはすぐに対応する。

- ・利用者、介護者を取り巻く環境の変化、主治医等からの状態の変化に関する情報収集を行い、必要に応じサービス担当者会議の開催を検討する。
- ・サービス事業者やインフォーマルな支援者からの情報収集の重要性が増してくる。

⑧現行のケアプランを利用者の状況の改善により適したものへと修正するため再アセスメ

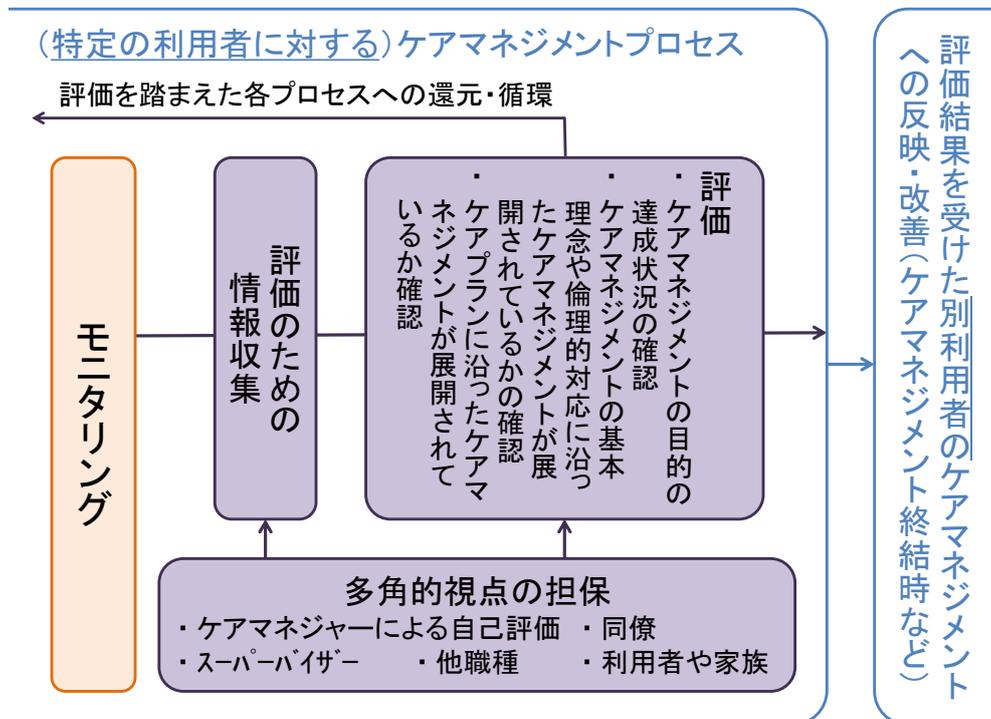
ントを行う。

・ 現行のケアプランが十分に機能していないか、新しいニーズが生起している場合、再アセスメントを行う。

・ 再アセスメントにおいては、利用者や介護者の生活の変化を把握するため、利用者や介護者からだけでなく、利用者の支援に関わる専門職／インフォーマルな支援者から情報を収集し、それらの情報をもとに再アセスメントを行う。

3-2-5. 評価

i. 評価の流れ



ii. 評価のポイント

1) 評価の意義と目的

評価とは、ケアマネジメントの目的を達成することができたか、様々な次元から多角的に確認していく作業を指す。介護支援専門員が業務として行う行為には、全て目的が存在するので、評価は、全てのケアマネジメント・プロセスと関連をもつ概念ということになる。

評価が行われる目的は、ケアマネジメントの目的の達成状況やそれに至るプロセスを確認することにより、その改善を通じてケアマネジメントをよりよいものにしていくことにある。この改善は、同一利用者において行われることもある（例：ケアマネジメントが継続している利用者に対するケアマネジメントを評価し、その改善につなげていく）し、利用者を越えて行われる（例：ケアマネジメントが終結した利用者に対するケアマネジメントの内容を事後的に評価し、将来の別の利用者に対するケアマネジメントの質向上につなげていく）こともある。

なお、別項に示されている「アセスメント」や「モニタリング」という概念の中にも、

利用者やサービスを「評価」という観点が入り込んでいる。それら個別プロセスにおける評価の視点については、それぞれ該当する項を参照いただきたい。

2) 評価における介護支援専門員の役割

評価を行うに際してまず必要なことは、評価を行うために必要な情報が揃っていることである。介護支援専門員は、自ら記録を整備すること、他の職種・機関が記録した利用者に関する情報を必要な範囲で収集・保管しておくことを通じて、評価に必要な情報がある程度揃えることができる。評価を通じて、文書化されていない情報の存在にも気付くことができる。

3) 評価における介護支援専門員の姿勢・観点

- ① 評価を行うために十分な情報が整備されているか
- ② ケアマネジメントの目的がどの程度達成されているか
- ③ ケアマネジメントの基本理念や倫理的姿勢に沿ったケアマネジメントが展開されているか
- ④ ケアプランに沿ったケアマネジメントが展開されているか

4) 各姿勢・観点における介護支援専門員の実践

① 評価を行うために十分な情報が整備されているか

- ・本手引きにおけるケアマネジメントの各プロセスの記載事項を参照しつつ、その視点を反映した記録が整備されているか確認する。
- ・介護支援専門員自身の記録のみならず、他職種・機関が記録した利用者に関する情報についても、多角的な評価のために整備がされているか。
- ・文書として記録はされていなくても、介護支援専門員やその他の評価に関わる関係者が、利用者や家族の意向をはじめとする様々な情報を、言葉で表現できるか

② ケアマネジメントの目的がどの程度達成されているか

- ・本手引き 1. 項に記載されているケアマネジメントの目的の各項を参照しつつ、それらがどの程度達成されているか確認する。
- ・できるだけ多様な見地から評価が行われるよう、介護支援専門員自身による評価だけでなく、同僚、スーパーバイザー、他職種などの他者からも意見が得られることが望ましい。
- ・利用者や家族から意見を得ることも非常に重要である。ただし、誰が／どのように意見を得るかによって利用者・家族の意見が異なる形で表現されることがあるため、どこに本当の思いがあるかよく吟味する必要がある。

- ・ケアマネジメントの目的がより達成されるためにはどのような方策が考えられるか、できるだけ具体的に考える。(ケアマネジメントが終結した事例の場合には、将来に向けての指針を得る。)

③ ケアマネジメントの基本理念や倫理的姿勢に沿ったケアマネジメントが展開されているか

- ・本手引き 1. 項に記載されている「ケアマネジメントの基本理念」や「倫理的な姿勢」の各項を参照しつつ、それに沿ったケアマネジメントが展開されているか確認する。
- ・具体的な場面における基本理念や倫理的姿勢の適用や解釈のしかたが介護支援専門員によって分かれる場合があるため、同僚、スーパーバイザー、他職種などの様々な立場から確認がなされることが望ましい。
- ・基本理念や倫理的姿勢に沿ったケアマネジメントが展開されるためにはどのような方策が考えられるか、できるだけ具体的に考える。(ケアマネジメントが終結した事例の場合には、将来に向けての指針を得る。)

④ ケアプランに沿ったケアマネジメントが展開されているか

- ・ケアプランにおける「利用者及び家族の生活に対する意向」や「総合的な援助の方針」に記載されている内容を参照しつつ、それに沿ったケアマネジメントが展開されているか確認する。
- ・ケアプランにおける「解決すべき課題」や「目標」に記載されている内容を参照しつつ、課題の解決状況や目標の達成状況を確認する。
- ・できるだけ多様な見地から評価が行われるよう、介護支援専門員自身による評価だけでなく、同僚、スーパーバイザー、他職種などの他者からも意見が得られることが望ましい。
- ・利用者や家族から意見を得ることも非常に重要である。ただし、誰が／どのように意見を得るかによって利用者・家族の意見が異なる形で表現されることがあるため、どこに本当の思いがあるかよく吟味する必要がある。
- ・より「利用者及び家族の生活に対する意向」や「総合的な援助の方針」に沿ったケアマネジメントが展開されるためにはどのような方策が考えられるか、できるだけ具体的に考える。(ケアマネジメントが終結した事例の場合には、将来に向けての指針を得る。)

3-2-6. サービス担当者会議

i. サービス担当者会議の流れ



ii. サービス担当者会議のポイント

1) サービス担当者会議の意義と目的

サービス担当者会議は、介護支援専門員が作成したケアプラン（原案）における生活全般の課題や援助の方針などについて、利用者本人や家族及びサービス担当者が共通の理解を図るとともに、専門職がチームとしてアプローチを行うために必要な協議を通じて、ケアプランの内容を高めていくことを目的に開催されるケアカンファレンスである。

2) サービス担当者会議における介護支援専門員の役割

介護支援専門員は、出席者を選定して会議を招集するとともに、限られた時間で会議の目的が着実に達成できるよう司会・進行を行う。

会議の中では、利用者や家族の生活に対する意向がサービス内容に十分に反映されるよう利用者等のサポートを行いながら、常に利用者中心の支援であることを確認する。また、ケアプランが実施された後も、利用者の生活ニーズの変化をいち早く発見できるよう、サービス担当者会議を活用して適切なリスク管理を行う。

3) サービス担当者会議における介護支援専門員の姿勢・観点

- ① 社会資源の中から、必要なサービス等を探し、利用者支援のチームを形成する。
- ② 利用者・家族が直接希望等を述べるような会議への参加を働きかける。
- ③ 利用者を中心に据えたチームアプローチをすすめる。
- ④ 状況の変化に応じ関係機関との連携を変える。
- ⑤ 主治医をはじめとする医療との連携を図る。
- ⑥ 地域包括支援センターやインフォーマルサポートとの連携を図る。
- ⑦ 効果的な連絡方法の選択や欠席者への報告など会議運営上の必要な配慮を行う。

4) 各姿勢・観点における介護支援専門員の実践

① 必要なサービス等の選定と利用者等を支援する専門チームの形成

- ・利用者の生活ニーズに応じて、必要な支援を効果的かつ効率的に提供することができるサービス、マンパワーを地域社会の中から選定する。
- ・ケアプランに位置づけたさまざまなサービス・支援を行うサービス事業者・支援者をチームアプローチにおけるチームの構成員とする。
- ・各種のサービス提供機関、サービス提供者の間で援助目標を共有し、役割分担を明確にして、それぞれの業務を担えるよう調整を図り、専門職を中心に多くの人々が相互に協力し合って、一人ひとりの要介護者等を支援することができるように調整を図る。

② 利用者・家族に対するサービス担当者会議への参加の働きかけ

- ・サービス担当者会議に利用者や家族が参加して直接希望等を述べることは、支援チームが利用者等の生活に対する意向の共通理解を図るうえで大変有効であるため、介護支援専門員は、利用者・家族が会議へ参加するよう働きかける。
- ・利用者の望む暮らしのあり方について、介護支援専門員が「〇〇ということですね」と言語化することで、援助の目標について合意形成を図る。
- ・会議のなかで利用者を支え、その意思が会議の内容と結果に十分反映されるようにサポートする。
- ・利用者本人・家族が会議に参加しない場合は、利用者の意向を適切に代弁し、関係者にそのニュアンスも含めて伝達する。
- ・会議は、利用者が安心できる場所であり、サービス事業者にとって環境面のアセスメントが可能となる利用宅で開催することが望ましい。

・利用者は、自分に提供される援助が何をめざしたものか（目標）、また、どの機関の誰が何をしてくれるのか等を理解することで、こうしたチームの援助を積極的に活用することが

できるのである。そのためには、利用者自身がチームの間で共有される目標と役割分担について納得し、合意していることが大前提になる。

- ・利用者からするとケアプラン（原案）について実際にサービスを提供してくれる事業者との間で確認し、共有する機会としてとらえることができる。このような意味において、サービス担当者会議は、介護サービス利用における説明と同意（インフォームド・コンセント）のための仕掛けであるといえる。

③ 利用者を中心に据えたチームアプローチの実践

- ・調整役となり、チームがアセスメント内容や援助目標を共有し、目標達成に向けた役割分担を行う。
- ・ケアプランに位置づけた専門的サービスに対して、それぞれからケアプラン（原案）に対する専門的な意見を求め（運営基準第13条第9号）、それらをケアプランに反映させる。
- ・サービス担当事業者が、それぞれの立場から専門的意見を述べ、ケアプラン（原案）をさらによいものにする機会となるよう調整を行う。
- ・初回のサービス担当者会議ではケアプラン（原案）に関する情報提供、2回目以降は利用者の状況変化に関する情報収集が中心となる。
- ・利用者の権利擁護に留意する。
- ・家族の状況が多様化していることに留意したアプローチを実施する。
- ・サービス提供機関の担当者と直接面談することは、カンファレンスを除くと、そこで扱われる情報の質・量という面、および信頼関係づくりの面から考えて、最も有効な方法である。介護支援専門員としては、例えば、サービス提供票を交付する際、FAXではなく事業所を訪ね、手渡す機会に利用者の情報交換をするなど、なるべく関係機関を回る時間をつくり、直接担当者とやりとりをしたほうが望ましい。

④ 状況の変化に応じた関係機関との連携の実践

- ・ケアプランが実施された後も、利用者の生活ニーズの変化をいち早く発見できるような体制を組んでおく。（誰がモニタリング機能を果たすか、モニタリング機能を適切に果たしてもらうためにどういった依頼をしていくかなど、適切なリスク管理を確認しておく。）
- ・ケアプランを作成した際にそのプランに位置づけた社会資源と目標や役割分担を共有しようとするとき、運営基準においては利用者が要介護更新認定や要介護状態区分の変更認定を受けた場合、サービス担当者会議を開催する（運営基準第13条第14号）。
- ・利用者へのサービスが現在利用しているサービスから小規模多機能型居宅介護サービスを利用するときは、適切に引き継ぎを行い、利用者の不安の軽減に努める。
- ・利用者へのサービスが現在の居宅介護支援から介護予防支援へと切り替わるときは、利用者のケアプラン作成担当機関が介護予防支援事業者に移行する場合がある。

⑤ 主治医をはじめとする医療との連携の実践

- ・ケアプランに医療系サービスを位置づけようとするときは、主治医の意見を求め、その指示のもとに行われる必要があることから（運営基準第13条第18号・第19号）、主治医との連携を図るため、サービス担当者会議への主治医の出席を求める。
- ・主治医との連携に当たっては、介護支援専門員から主治医へのアプローチを強化すること、連携の下地作りとして訪問、意見交換の機会を作ること、地域の介護支援専門員の組織と医療機関との間での協力体制を構築していくことなどの努力を行うことが望ましい。
- ・忙しい主治医の参加を求める場合の工夫として、ターミナルケアや医療依存の高い事例などについては往診時の時間を活用することや利用者の受診に合わせて診察室や待合室を利用させてもらうなどの工夫を行うことが望ましい。
- ・居宅介護支援から医療機関に入院する場合、あるいは退院して居宅介護支援へと切り替わるときは、医療機関と適切な連携を図るため、関係者でカンファレンスを行う。

⑥ 地域包括支援センターやインフォーマルサポートとの連携の実践

- ・いわゆる困難事例など、通常の対応では対処が困難な問題状況にある利用者への援助を関係者と協議していく必要があるときは、地域包括支援センターの主任介護支援専門員、社会福祉士や行政担当課等と連携を図りの会議への出席を求める。
- ・介護支援専門員が援助支援困難と感じるケースについては、一人でケースを抱え込まず、上司や同僚に相談したり、所内ケアカンファレンスを開催して事例検討を行うことでケース支援を冷静に考え直すことが望ましい。
- ・インフォーマルな支援者に対して、必要な知識・技術を伝え、悩み等に対して相談にのり、継続的によい関わりを続けてもらえるようなケアプランを作成し、利用者に関わろうとする気持ちが切れないように支援する。
- ・インフォーマルな支援者には職業上の守秘義務はないが、利用者の情報が必要以上に周囲に流れることがないように、配慮をお願いする。
- ・いわゆる困難事例や地域で解決すべき課題については、地域包括支援センターとともに地域ケア会議において議論する。

⑦ 効果的な連絡方法の選択や欠席者への報告など会議運営上の配慮

- ・相手から情報が欲しいのか、自分から伝えたい情報や依頼したいことがあるのか、協議しなければならない事項があるのかを事前に整理した上で行動を起こす。
- ・その目的と、誰と何についてどんなことを話すのかを利用者に示して、他機関と連携をとるための個人情報提供の了解を得る。
- ・連携を図る相手の機関では、どの部署の誰が機関の窓口になっているのかを把握し、ア

アプローチすることができる窓口を把握しておく。

- その場合、文書による照会、電話、FAX、E-mail、訪問しての面談のうち、相手にとっても負担にならずに目的を果たすことができる一番有効な手段を把握しておくことが望ましい。
- 電話の場合、伝えたい内容を明確に整理し、どの時間帯が比較的電話応対がしやすいかをあらかじめ把握しておくことが望ましい。
- FAX 文書による照会では、文面はわかりやすく、簡潔に、しかし、相手に伝えるべき事柄は落とすことなく記入しておく。また、Fax および E-mail 送信時には、利用者の個人情報第三者に渡らないように十分注意する。
- サービス担当者会議に出席できない専門職がいる場合、介護支援専門員は事前にその専門職から意見を聴取し、その情報をもってサービス担当者会議に臨む。
- 主治医の参加が困難な場合は、介護支援専門員が担当者会議の前に主治医から必要な情報を収集しておき、担当者会議の場で利用者やサービス事業者などへ説明するなどの方法をとることが望ましい。
- 時間的な問題から関係者すべてが集まることができない場合、状況に応じて電話や FAX、E-mail などを使った情報の照会や情報提供という方法を選択する。
- 参加者が多忙であることを認識し、開始時間、終了時間を厳守するよう時間管理を行う。
- 会議の内容について「いつまでに誰が〇〇をする」という具体的な書き方で結論を明記し、決定事項については、利用者や参加者に配布して、共通認識を図るようにする。

4 参考文献

1) 基本資料

- ・一般財団法人長寿社会開発センター（2012）六訂介護支援専門員基本テキスト
- ・一般財団法人長寿社会開発センター（2012）五訂介護支援専門員実務研修テキスト

2) 省令

- ・介護保険法（平成9年2月17日法律第123号）（最終改正：平成26年6月25日法律第83号） <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H09/H09HO123.html>
- ・指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第38号）（最終改正：平成25年9月13日厚生労働省令第105号）
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H11/H11F03601000038.html>

3) 倫理綱領

- ・日本介護支援専門員協会「介護支援専門員 倫理綱領」（平成19年3月25日採択）
<http://www.jcma.or.jp/corp/morals/index.html>
- ・日本介護福祉士会「日本介護福祉士会倫理綱領」（1995年11月17日宣言）
<http://www.jaccw.or.jp/about/rinri.php>
- ・日本社会福祉士会「社会福祉士の倫理綱領」（2005年6月3日採択）
http://www.jacsw.or.jp/01_csw/05_rinrikoryo/
- ・日本医師会「医師の職業倫理指針」（2000年4月2日採択、2008年6月改訂）
<http://www.med.or.jp/doctor/member/000250.html>
- ・日本看護協会「看護者の倫理綱領」（2003年）
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>

この事業は平成26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
実習型研修の展開に向けての調査研究」

平成 27 年(2015 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 白澤 政和
〒160-0003 東京都新宿区本塩町12
四谷ニューマンション206号

TEL 03-5919-2245(代表) FAX 03-5919-2246

不許複製