

スーパービジョン支援ツールの説明・使用方法

ツール名	説明・使用方法
<p>アセスメント確認 ツール</p>	<p>●説明： 「アセスメント確認ツール」とは、初任ケアマネのケアマネジメントプロセスへの理解度（※1）やアセスメント力（※2）を主任ケアマネ等と初任ケアマネがともに確認するためのツールです。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>（※1）ケアマネジメントプロセスへの理解度とは、以下の各ステップで検討すべきことを理解しているかどうかです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する適切な情報収集、課題分析、ニーズ抽出 ・ニーズに対する目標設定、サービス選択 ・担当国会議等による調整、モニタリング～再アセスメント <p>（※2）アセスメント力とは、利用者に関する適切な情報集から得られた現状の問題点やその要因を踏まえて、課題を分析しているかどうかです。 アセスメント力が不十分だと、現状を認識しながらニーズとして捉えられておらず、目に見える問題だけに対応し、その原因を解決していない等が生じることがあります。</p> </div> <p>●使用方法： ・アドバイザーは事例を読んで、気になった点や初日全体研修の際に受講者に確認したい点を記入しておきます。 ・初日全体研修のアセスメント確認演習の際に、受講者がどのような視点でアセスメントやケアプラン作成を行ったのか、確認します。可能な限り一方的な指導ではなく、受講者が自分で気づきを得るように誘導します。</p> <p>※この確認ツールは、評価や監査のために用いるものではなく、あくまでも初任ケアマネのケアマネジメント力を引き上げるためのものです。</p>
<p>サービス担当者会 議評価ツール</p>	<p>●説明： 「サービス担当者会議評価ツール」とは、サービス担当者会議における準備、運営、議事報告までの各場面についての事前目標と事後評価を、主任ケアマネ等と初任ケアマネがともに確認するためのツールです。</p> <p>●使用方法： ・アドバイザーは事例を読んで、個別同行実習の際に受講者に確認したい点を記入しておきます。この時点では情報量が少ないので軽いチェック程度でも構いません。 ・初日全体研修のアセスメント確認演習の際に、サービス担当者会議では会議の進行やファシリテーションでどのような点に気を付けたら良いか等を受講者に対して助言を行い、同行訪問時に臨む姿勢を統一します。 会議後は、初任ケアマネの準備・運営・報告について特に達成が大きかった項目や、課題を感じる項目についてチェックし、具体的な内容をメモしてください。 ・個別同行実習終了後の振り返り時に、事前に気を付けておくべきと考えて</p>

	<p>いた点がどこまでできたか、何が足りなかったか、受講者と共に振り返りつつ、評価ツールに記入して共有します。</p> <p>※この確認ツールは、評価や監査のために用いるものではなく、あくまでも初任ケアマネの気づきを促すためのものです。</p>
<p>同行訪問モニタリング評価ツール</p>	<p>●説明： 「同行訪問モニタリング評価ツール」とは、モニタリングにおける準備、現場の業務、実施後業務、そして振り返りまでの各場面についての事前目標と事後評価を、主任ケアマネ等と初任ケアマネがともに確認するためのツールです。</p> <p>●使用方法： ・アドバイザーは事例を読んで、個別同行実習の際に受講者に確認したい点を記入しておきます。この時点では情報量が少ないので軽いチェック程度でも構いません。 ・初日全体研修のアセスメント確認演習の際に、モニタリングではどんな点に気を付けたらいいか、受講者に対して助言を行い、同行訪問時に臨む姿勢を統一します。 同行訪問終了後は、初任ケアマネの準備、訪問、報告について特に達成が大きかった項目や、課題を感じる項目についてチェックし、具体的な内容をメモしてください。 ・個別同行実習終了後の振り返り時に、事前に気を付けておくべきと考えていた点がどこまでできたか、何が足りなかったか、受講者と共に振り返りつつ、評価ツールに記入して共有します。</p> <p>※この確認ツールは、評価や監査のために用いるものではなく、あくまでも初任ケアマネの気づきを促すためのものです。</p>

スーパービジョン支援ツールは、アドバイザーが受講者へ指導・助言する際のツールであり、アドバイザーが判断に迷ったとき等に使用するものです。
そのため記録用紙に空白があることは構いません。記入用紙を埋めることにとらわれずにご活用ください。

アセスメント確認ツール（記入用紙）

受講者氏名		アドバイザー氏名	
利用者情報			
性別	男性 ・ 女性	年齢	() 才
介護度	要支援1	要支援2	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	自立	J1 J2	A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I IIa IIb	IIIa IIIb IV M

記入方法

受講者が提出した事例のアセスメントと居宅サービス計画を読んで、以下の各欄に記入してください。記入方法の詳細は別紙「評価の視点・方法」を参照してください。

01 生活状況から 09 特別な状況までの各項目について、アセスメントの中で利用者の状況を把握できていることが確認できたら、チェック✓をつけてください。

01 生活状況から 09 特別な状況までの各項目について、居宅サービス計画に利用者の課題に関する記載があれば、チェック✓をつけてください

演習の際に受講者に確認したいこと、伝えたいことを記入してください。たとえばAにチェックがあってBにない場合は、「利用者の状況に何かあると認識しているのに、課題として抽出していないのではないか」と考えて、演習で確認するようにしてください。

項目	A 状況 把握	B 課題 抽出	C 確認・伝達
01 生活状況			
家族構成・介護者の状況			
生活歴			
経済状況			
02 主訴			
利用者の主訴			
家族の主訴			
03 健康状態・受診状況			
既往歴・現病歴・症状			
主治医の意見書			
服薬状況			
口腔・嚥下/褥瘡・皮膚			
04 認知症			
認知症状、徘徊・暴言等のBPSD（行動）			

項目	A	B	C
05 ADL			
移動			
入浴			
食事摂取			
排尿・排便			
06 IADL			
家事（調理・掃除・洗濯）			
買い物・金銭管理			
07 コミュニケーション			
意思の疎通			
周囲とのかかわり・社会参加			
08 居住環境			
室内環境・立地環境			
09 特別な状況			
虐待			
ターミナルケア			

D アセスメント、ニーズ、目標、サービスのつながり アセスメントから抜け漏れなく課題が抽出できているか、目標やサービスは課題に対して適切に位置づけられているかを記入してください。

--

E サービス内容、地域との連携

サービスの内容や地域の社会資源との連携について受講者に確認したい点を記入してください。

--

F その他 上記の項目以外に、受講者に伝えたいこと、確認したいことがあれば記入してください。

--

項目	A	B	C
2 開会時 ・挨拶、紹介、目的の共有			
3 アセスメント・ケアプランの説明 ・簡潔さ、言葉遣い、利用者・ 家族の表情確認・意見確認			
4 議論の目的 ・チームの全体像と役割分担			
5 議論のリード ・検討経緯、結論			
6 議論：サービス事務所 ・役割の理解 ・本人・家族との合意			
7 議論：本人・家族への配慮 ・情報共有の確認 ・感情への配慮 ・合意の確認			
8 議論のまとめ方 ・todo につながっているか ・残された課題の確認			
9 閉会時の連絡事項 ・御礼、次回の開催時期など			
10 守秘義務の確認			
Ⅲ 議事録			
議事録 ・結論と todo の記載等			

D その他 上記の項目以外に、受講者に伝えたいこと、確認したいことがあれば記入してください。

同行訪問モニタリング評価ツール（記入用紙）

受講者氏名

アドバイザー氏名

記入方法

受講者が担当するケースのモニタリング訪問に同行するにあたり、以下の各欄に記入してください。
各項目をどのように評価するか、詳細は別紙「評価の視点・方法」を参照してください。

I 準備場面からIII訪問後までの各項目のうち、同行前の時点で、訪問中の受講者の様子を確認したい、もしくは訪問後に受講者に確認したいと思った項目にチェック✓をつけてください。

I 準備場面からIII訪問後までの各項目のうち、同行中・同行後の時点で受講者に確認したいと思った項目にチェック✓をつけてください。二人で振り返りながらチェックしても構いません。

受講者に確認したい、伝えたい内容を記入してください。同行前であれば重点的に確認したい内容、同行後であれば、受講者に見られた変化や、受講者への助言を記入してください。

項目	A	B	C
	同行前	同行後	確認・伝達
I 準備場面			
1 日程の調整			
2 事前情報の確認			
3 目的の明確化			
II 同行訪問中			
1 利用者からの聞き取り			
生活状況の変化			
体調の変化			
介護力の変化			
権利擁護の確認			
2 ケアプランの実行状況			
実行状況の把握			
利用状況の把握			
利用状況の変化			
3 サービスの提供			
実施状況			
満足度の把握			
苦情（不満）有無			

項目	A	B	C
4 課題解決の可能性			
短期目標の到達度			
長期目標の到達度			
ニーズの変化			
5 ケアプラン変更の必要性			
再アセスメントの必要性			
生活環境			
介護力の変化			
サービス内容			
Ⅲ 訪問後			
1 モニタリング結果の連携			
サービス事業者			
主治医			
その他関係者			
サービス担当者会議開催の必要性			
他機関との協働			
2 記録			
記録内容			
3 振り返り			
目的通りにできたか			
自らの課題は何か			
今後のあり方			

D その他 上記の項目以外に、受講者に伝えたいこと、確認したいことがあれば記入してください。

アセスメント確認ツール（評価の視点・方法）

01 生活状況	
家族構成・介護者の状況	利用者を含む家族等の年齢・性別・同居などの把握。 主介護者の健康状態や就労の有無、家族との関係性の把握。 介護者の負担感の程度の把握。
生活歴	利用者本人のこれまでの生活（職業や住んでいた場所）、大切にしていることの把握。
経済状況	介護費用に使える金額、年金の種類の把握。
02 主訴	
利用者の主訴	家族でなく「本人」の生活上の困りごとの把握。本人の言葉で書かれているか、ケアマネジャーが感じたことか。困りごとが起こっている背景の把握。
家族の主訴	家族の困りごと（本人とは区別）の把握。誰がどのようなことで困って相談に至ったか。
03 健康状態・受診状況	
既往歴・現病歴・症状	ケアプランへの反映が必要な疾患の把握。 下痢、（夜間の）頻尿、食欲不振、便秘（の程度）、めまい、吐き気、動悸、息切れなどの具体的な症状の訴え。精神的な不安やうつ傾向がある場合は、きっかけ、負担の程度、社会交流の減少程度、訴える内容と訴える相手。
主治医の意見書	主治医意見書を取り寄せているか、意見書の記載内容を参考にしているか。 かかりつけ医と連携しているか
服薬状況	薬剤の管理状態、服薬時間の把握、服薬方法・服薬量の理解
口腔・嚥下/褥瘡・皮膚	残歯の状況、口腔内の状態（口腔内の乾燥・潰瘍の有無）、咀嚼・嚥下状態等 褥瘡の有無、やけど、発疹・乾燥・掻痒症・疥癬などの感染症の既往の有無とその程度
04 認知症	
認知症状、徘徊・暴言等のBPSD（行動）	本人に直接確認が困難な場合、家族や関係の深い人など複数の周辺の人から、利用者の大切にしていること等を聞いているか。 BPSDがある場合、どのようなときに発生しているか。確定診断を受けているか。専門医を受診しているか。 利用者本人に直接関わり、確認をしているか。
05 ADL	
移動	居室内の移動手段、居室外・屋外の移動手段、移動の不安・転倒の有無とその頻度、乗り物の活用程度や起居動作の程度の把握。できることに気づいているか。
入浴	入浴方法や入浴場所、入浴の介助の程度（誰がどの程度介助をしているのか）、入浴の好き・嫌いの把握。
食事摂取	一日の水分摂取量、食事の回数、食事内容、肥満・痩せ（病的な場合はBMIの把握）の程度の把握。嚥下の状態、食事の摂取状況（セッティング後に自力での摂取が可か否か）、ムセの有無等の把握。
排尿・排便	排泄の有無や程度、場所、頻度、介助の有無や誰がどの程度支援しているか。 失禁が有る場合、尿意・便意の有無や程度、泌尿器科への受診の有無、留置カテーテルの有無等の把握。
06 IADL	
家事（調理・掃除・洗濯）	献立を考えること、調理の準備、手順の理解、調理器具の利用、配膳・引き膳等ができるか。誰がおこなっているか。 掃除の手順（掃除機の操作）や家の中の整理整頓の状況を把握しているか。洗濯機の操作や洗濯物を干す・取り込む、たたむ等の動作ができるか。誰が行っているか。
買い物・金銭管理	買うもの考える（リスト化する）、買うものを選択できる、支払いができる、買い物する場所の見当がつくか。誰が行っているか。
07 コミュニケーション	
意思の疎通	日常の出来事や意見・要望などを人に伝えることができるか。緊急時の本人との対応可能なコミュニケーション方法の把握。読解力や筆談など言語的なコミュニケーションの方法の把握。視力・視野の程度、空間無視などの障害の程度、白内障の影響や眼鏡使用の有無、有聴力の程度、補聴器使用の有無や頻度などについて把握。
周囲とのかかわり・社会参加	他者との関わり「誰とどの程度（頻度）」の関わりがあるか。以前より減っている場合、その理由と時期。
08 居住環境	
室内環境・立地環境	転倒のリスクの有無を確認しているか。必要に応じ、リハビリの可能性も検討しているか。 外出機会が乏しくなっていないか。

09 特別な状況	
虐待	社会通念を超えた生活状態（食事内容・排泄介助・入浴・室内環境）、説明不能なあざやけが、身体的抑制の有無と頻度、暴言・暴行、放置（ネグレクト）の状態・程度と頻度、虐待が発生しそうな要因の把握。
ターミナルケア	疾病による余命が半年以内との診断を受けた場合の基礎疾患、癌などの場合は緩和ケアの方針、痛みの有無、告知の有無といった状況を把握しているか。

D アセスメント、ニーズ、目標、サービスのつながり	<p>①アセスメントからニーズ把握、サービス計画へのケアマネジメントプロセスを踏んでいるか</p> <p>②ニーズの把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主訴の背景に何があるのか、洞察できているか。 ・01 から 09 のチェック項目を踏まえた上で、利用者を理解できているか。 ・単に困っていることを羅列するだけでなく、ニーズの背景を捉えているか。 ・課題抽出されている項目と利用者の状況把握が整合しているか。 ・普段どのように生活をしているか。24 時間の過ごし方を把握できているか。 ・在宅で安全に生活ができる、等の漠然とした表現になっていないか。 ・利用者本人にとっての安全とは何か、アセスメントを通じて考えられているか。 <p>③目標設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者がどのような暮らしを望んでいるか。 ・目標とする生活のイメージの合意を取れているか。 ・目標は達成可能で具体的な表記となっているか。 ・困っていること、できないことへの対応で、利用者の自立支援や生活の質にどのように影響するか、の視点があるか。 ・利用者の意向を「困りごとを解決してほしい」と捉えるのではなく、困りごとを解決して、生活しようという意欲を引き出すことができているか。 ・「家族の意向>利用者の意向」となっていないか。
---------------------------	---

E サービス内容、地域との連携	<p>①サービス計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ニーズは介護サービスを利用する目的となっているか。 ・サービスを導入することが目的ではなく、それぞれのサービス導入が何を意図しているのかを明確に意識できているか。その意識に基づいたケアプランになっているか。 ・軽度利用者認知症高齢者の支援内容やサービス内容が画一化されていないか。 例：夜間土日のサービスの必要性は？ ・導入されたサービスの必要性について、根拠を明確にできているか。 ・ニーズと社会資源（フォーマル、インフォーマルともに）の結び付けの整合性が取れているか。 <p>②チームマネジメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランに位置付けられた各種の社会資源が共通して目指す目標が明確になっているか（ケース支援の目標） ・その上で、ケアプランに位置付けられた各種の社会資源の役割分担が明確になっているか。 ・ケアプランの中でこれらが明記されているか。
-----------------	--

サービス担当者会議評価ツール（評価の視点・方法）

I 会議準備	
1 開催の周知	<ul style="list-style-type: none"> ・周知の方法は適切か（電話・ファックス・メール・面談・その他）。 ・場所・時間・テーマなど必要事項を周知しているか。
2 参加者の選択	<ul style="list-style-type: none"> ・テーマによって必要なメンバーを中心に参加者を募っているか。（本人・家族・介護サービス事業者・地域包括支援センター・地域の方、その他）
3 主治医への参加案内	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医に参加案内をしているか。 ・参加困難なことが多いため、不参加の場合は、事前に面談もしくは文書による聴取を行っておくか、看護師・MSWに代理出席していただく手配をしているか。
4 資料配布	<ul style="list-style-type: none"> ・当日の議題（開催目的）に応じた資料を事前に送付しているか。各担当者が必要な情報を持ち寄るための意識づくりに必要。（例：ケアプラン1～3表、利用者の状態像が分かる資料など）
5 本人・家族への配慮	<ul style="list-style-type: none"> ・掃除や茶菓の用意などは不要であることを事前に伝えているか。
6 欠席者の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・事前に欠席者との情報交換をして、会議の場で欠席者の意見を伝える準備ができているか。
7 当日準備	<ul style="list-style-type: none"> ・人数分の資料の準備はできているか ・座席位置の設定をしているか（利用者家族とケアマネは近くに座り、それぞれの表情が見える場所を確保する。できれば利用者及び家族の隣に座ることが望ましい） ・到着時間は守れたか
II 開催場面	
1 時間の統制	<ul style="list-style-type: none"> ・開始・終了時間は守れたか。 ・開始時におおむねの終了時間を目安を述べたか。 ・時間についての協力を参加者に依頼しているか。 ・参加者の発言時間をコントロールできているか。 ・時間内に議論が終わらない場合は、他の参加者に、延長するか意見を聞いているか。
2 開会時	<ul style="list-style-type: none"> ・開催の挨拶をしたか ・参加者の紹介をしたか。 1.本人・家族を紹介する、 2.サービス事業所は各自、事業者名を述べて自己紹介をする。 ・本日の会議の目的を述べて、全員が共有できるようにしているか。
3 アセスメント・ケアプランの説明	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者目線で専門用語や分かりづらい言葉の言い換えをしているか。 ・利用者の表情を確認しているか。 ・言葉遣いは丁寧か。 ・説明は簡潔か。 ・内容の説明を終えたら、本人・家族に内容についての確認もしくは感想を述べてもらったか。
4 議論の目的	<ul style="list-style-type: none"> ・各サービス事業所の役割分担、本人・家族の役割分担は明確になったか。 ・支援チームの全体像が見えたか。
5 議論のリード	<ul style="list-style-type: none"> ・時間内に結論が出たか。 ・議論がずれたり、横道に逸れた場合はしっかり論点を戻したか。 ・一人が長く発言をしないように、また、誰もが平等に発言できるようにしているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして、本人・家族が置き去りになっていないか。 ・参加者からサービス内容が難しい、時間がないなどの否定的な意見が多く出た場合は、会議をいったん中断して意見を確かしているか。後日、再度検討した方がよい場合もある。
6 議論：サービス事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの説明・サービスの実行において各自の役割分担が理解できるか。 ・役割を実行するための注意事項はないか、その他サービスを実行するために新たなアイデアや想いはないか、確認はできているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りになっていないか。
7 議論：本人・家族への配慮	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者本人や家族が不安・不快な気持ちになることがないように進行しているか。 ・本人の思い・家族の思い（不安・負担なども含め）を発言してもらっているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りになっていないか。
8 議論のまとめ方	<ul style="list-style-type: none"> ・出てきた意見について、まとめを行っているか。 ・この支援で問題が発生した場合に、誰に連絡をするかが明確になったか。 ・残された課題や解決に至らなかった課題などを参加者に説明し、了解を得ているか。
9 閉会時の連絡事項	<ul style="list-style-type: none"> ・終了時に次回の担当者会議の開催時期などを伝えたか。 ・閉会の前に参加者にお礼を述べたか。
10 守秘義務の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・開催時・閉会時のいずれかにおいて参加者に対し、「会議等で知りえた情報については、個人情報保護の観点から、会議後に他言することのないように」と告げているか。
III 議事録	
議事録	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者・欠席者を明示しているか。サービス事業所の参加者からは名刺をもらう。 ・議題・検討した内容を簡潔に書いているか。 ・結論はわかりやすいか。（検討内容、どのように支援をしていくのか、対応方法などの決定事項を具体的に記載する）

同行訪問モニタリング評価ツール 評価の視点・評価の方法

I 準備場面

1 日程の調整	モニタリングのタイミング（初期／継続：定期／身体状況の変化による開催／サービス事業者からの依頼／生活状況の変化等）に合わせた日程調整なのか。モニタリング日程は計画的に実施されているか（担当利用者全員のモニタリングの日程調整）
2 事前情報の確認	モニタリング訪問に必要な事前情報を収集しているか ①主治医から身体状況や通院、服薬の状態 ②サービス事業者からの利用状況と実施内容 ③ひとり暮らしの場合はキーパーソン ④制度利用者（成年後見／日常生活自立支援事業等） ⑤インフォーマルサービス活用状況
3 目的の明確化	モニタリングの目的を明確にしているか。適切な時期にモニタリングが実施できない場合、モニタリングはどのように実施しているのか

II 同行訪問中

1 利用者からの聞き取り	
生活状況の変化	家事、食事、買い物など生活行為に変化はないか。聞き取りに利用者への配慮ができていないか。生活状況の聞き取りの際は、食事量、運動量、行動範囲など前回モニタリング時との変化を聞き取ることをしているか。変化にはネガティブな面、ポジティブな面など相反するものがあることを理解できているか
体調の変化	主治医から入手した事前情報に基づき聞き取りができていないか。身体機能の変化に偏らず精神的な変化にも着目した聞き取りができていないか。内服状況を聞き取る際に、内服管理の状況を目で見て確認したか。それぞれ確認する際に利用者への配慮はできているか
介護力の変化	同居家族・別居家族それぞれ介護にかかわる家族の状況を聞き取ることができたか。聞き方は利用者に負担をかけていないか。介護者への聞き取りから介護負担の新たな発生など変化を受け止めることができていたか。虐待およびネグレクトの発生はないか状況を読み取ることができているか
権利擁護の確認	権利擁護（安全性）の確認をしたか
2 ケアプランの実行状況	
実行状況の把握	ケアプランどおりにサービスは実行できているか。利用者はケアプランの内容を把握しているか。実行できているか否か利用者自身が理解できているか。
利用状況の把握	ケアプランに沿って作成された個別サービス計画どおりの内容が提供されているか。サービス提供時の様子をより具体的に聞き取れるよう例示などしながら話しやすい雰囲気を作ることができているか。
利用状況の変化	理由なく利用を休む、断るなどの状況は起きていないか。予定した回数どおりの利用ができていない場合、その理由を利用者の思いにそって聞くことはできているか
3 サービスの提供	
実施状況	サービス事業者の都合によるサービス内容の変更や提供日時回数の変更はないか。利用者の理由により変更がどのような時にどのくらいあったのか、その理由も含めて確認をしているか。理由を尋ねる際に利用者が答えにくくなるような雰囲気になっていないか
満足度の把握	サービスを利用することによる利用者の満足度を聞き取ることができているか。その際、誘導するような聞き取り方ではなく利用者自身から真の満足度を聞きだせるような声掛けをしていたかどうか
苦情（不満）の有無	サービスを利用することによる苦情や不満を受け止めることができていたか。サービス事業者の立場、ケアマネジャーの立場を優先することなく利用者の立場に立って苦情や不満を受け止めることができていたか。
4 課題解決の可能性	
短期目標の到達度	短期目標の期間に照らし合わせて現時点でどの程度達成しているのか、利用者に説明することができていたか。達成したとしたら短期目標を変えることを提案していたか。また達成できない状況が把握できた場合利用者に説明していたか
長期目標の到達度	短期目標の達成度に合わせて長期目標が現時点でどの程度達成しているのか利用者に説明することができていたか。達成できそうであれば目標の変更などの提案をしていたかどうか

ニーズの変化	短期目標・長期目標の達成度に照らし合わせ、ニーズの変化について聞き取るような質問をすることができたか。簡易的にアセスメントを実施しているかどうか
5 ケアプラン変更の必要性	
再アセスメントの必要性	再アセスメントの必要はあるか？
生活環境	生活環境の変化を聞き取る中でケアプラン変更（サービス内容の変更）の必要性を説明することができたか。具体的にどのような支援が必要か提案することができているか
介護力の変化	介護者の疾病、心身機能の変化を捉え、サービス内容の変更の可能性について他機関を交えて多職種で検討する必要性の判断をすることができたか、また検討の提案をすることができたか
サービス内容	個別サービス計画書どおりにサービス提供がおこなわれているか確認したか。実施できていない場合はその背景を利用者から聞き取る質問やサービス事業者への確認の必要性を判断することができていたか
III 訪問後	
1 モニタリング結果の連携	
サービス事業者	利用者から聴取したモニタリング結果からサービス事業者へ報告することを利用者に伝えていたかどうか。サービス事業者に何を報告するのか担当ケアマネとして整理ができていたかどうか。利用者からの苦情や不満など利用者の尊厳を踏まえた上で報告することができたか。利用者サービス事業者との関係性を修復する力を発揮できていたかどうか。また必要に応じて新たなサービス事業者の発掘等、利用者からの要望に応えることはできているか
主治医	利用者からの聞き取りにより、主治医からの注意点などが理解できていない場合、報告することができたか。内服管理や栄養状態など重要な疾病を引き起こす状況を把握した場合など報告の重要性を理解できているか。
その他関係者	虐待、ネグレクトなど利用者の生活に危険が及ぶことが予測された場合、必要な機関と連携し対応することを理解できているか
サービス担当者会議開催の必要性	ケアプラン変更が必要とされた場合、サービス担当者会議開催の必要性があることに気が付いているか
他機関との協働	虐待、ネグレクトなど、サービス担当者会議では解決できない課題に対して、地域ケア会議につなぐなど解決に向けた行動をとることができるかどうか。ケアマネだけで課題を抱え込まないよう相談窓口をもっているかどうか。
2 記録	
記録内容	モニタリングで得られた情報を整理して支援経過に書き留めることができるか。支援経過の記載のポイントを理解できているかどうか。内容・介護支援専門員や関係機関の判断・利用者及び家族の意向を整理し、誰が見ても理解できるようまとめられているか。
3 振り返り	
目的通りにできたか	事前準備段階で掲げた目的通りに実施できたかどうか。目的どおりにできなかった場合、その理由が分かっているかどうか
自らの課題は何か	モニタリングが形骸化し、行くことだけがモニタリングだと勘違いしていないか。利用者や家族に負担をかけていないかなど自らのモニタリングのスタイルを振り返ることができたか。自らもモニタリングの課題を見つけることができたか
今後のあり方	自らのモニタリングに対する客観的な評価を受け止め、モニタリングから得られる効果を理解し、アセスメント力に課題があることが理解できているか。

