

令和4年度

千葉県介護支援専門員地域同行型研修

最終日全体研修

資料集

令和5年1月27日

(オンライン開催)

千葉県健康福祉部高齢者福祉課

資料集目次

最終日全体研修 次第	1
最終日全体研修 参加者名簿	2
プレゼンテーション資料	3
振り返り用紙	87
千葉県地域同行アドバイザー事前研修	88
初日全体研修	89
最終日全体研修について（別紙1）	90
同行実習に係る留意点 2022	91
令和4年度千葉県地域同行型研修開催要領	93

千葉県介護支援専門員地域同行型研修最終日全体研修 次第

日 時：令和５年１月２７日（金）
午後１時２０分～午後５時（予定）
会 場：オンライン開催

１ あいさつ

２ オリエンテーション

３ 受講生プレゼンテーション 各５分
ペアアドバイザー コメント １分

４ 講評

講師：日本ケアマネジメント学会 副理事長 白木 裕子 様

日本ケアマネジメント学会 認定ケアマネジャー

永沼 明美 様

飯田 淑江 様

鈴木 ひとみ様

西澤 文恵 様

５ 事務連絡

６ 閉会

<事前配布資料>

- １ 次第
- ２ 名簿
- ３ 最終日全体研修について（別紙１）
- ４ 発表順・タイムスケジュール（別紙２）
- ５ プレゼンテーション資料
- ６ 振り返り用紙
- ７ 事後アンケート

ウェブ掲載にあたり名簿は省略させていただきます。

千葉県地域同行型研修

プレゼンテーション

研修番号:S-1

神崎 直也

事例概要

○ C県A市にて二男一女の長男として出生。

○ 4年前に父を亡くし、母は認知症へ罹患した事から施設入所となり独居生活となる。

○ 糖尿病へ罹患しA病院にて加療行うも治療費や入院費の未納があり、A市役所社会福祉課に相談、生活保護受給となる。

○ 厚生年金、農業年金、生活保護での収入があるが、支給日にお酒や食事に使ってしまったりと、金銭管理が行えず、家事等も行えないことから家屋内ゴミが多い状態となっている。

同行訪問、担当者会議の実施

○アセスメント

指導者からの助言を頂きながら、「今」だけではなく、本人の生い立ちや現状の生活に至るまでの再アセスメントを行う。



本人から、「一人で寂しく家に居ると、どうしてもお酒を飲んでしまう」との訴えが聞き取りできた。

○担当者会議

アセスメントで得た情報を基に、担当者会議にて情報共有。
サービスの増回や、余暇活動への参加支援を行う事となる。

同行訪問、担当者会議での学び

○利用者様の成育歴や思いに目を向け、本人の望む生活の為に必要なアセスメントを行う。

○幅広い分野の知識を持ち、専門職との連携を取りながら、チームで利用者様の生活を支える。

同行研修を担当して感じたことアドバイザー より

資格取得後1年目であるが、観察力が素晴らしく基礎職の時の経験を活かし、ご利用者さんの気持ちをつかむために、傾聴しながら、ニーズを引き出す力が素晴らしい。

一人で頑張らなくても良い！！

↓
地域の介護保険情報や社会資源を利用

↓
地域のケアマネや地域包括支援センターに小さなことでも遠慮せず聞いたり、頼ると気持ちが楽になり、仕事も楽しくもっと資質も向上していける。

インテーク書会面接時自然に自宅内の飾り物や写真など気にかけてながら上手にインテーク、アセスメントに繋げていた。

高齢者（利用者）は若い方からの問いかけを楽しみにしており、「自分も手伝いますよ」「なんでも言ってください」「お辛いですよね」という言葉が自然に出ており、神崎さんの人柄（優しさ）が出ている。

訪問同行研修の振り返り

令和5年1月27日

わかるかいご市川相談センター市川 岡田

- 初任ケアマネの短期目標（今回の研修期間中の達成目標）
- 初任ケアマネの中長期目標（3年～5年後の到達目標）
- 研修を通じて成長できたことベスト3

- 同行型研修について
- この研修で得たことを日常の業務に活用するか
- 今後の抱負／希望

- 主任ケアマネからのメッセージ

○初任ケアマネの短期目標（今回の研修期間中の達成目標）
この研修で得た気づきや発見を実践に繋げることができる

○初任ケアマネの中長期目標（3年～5年後の到達目標）
個人の価値から、職業的な価値に変わっていくことができる

○研修を通じて成長できたことベスト3

1. 事前の準備
2. 状態に応じた目標を設定するケアマネジメント
3. 利用者の「希望・望む暮らし」を実現するケアマネジメント

○同行型研修について

アドバイザー	事例内容について
主任ケアマネ担当(葉山ケアマネ) (サービス担当者会議同行)	高齢者世帯。自立の意欲が強い前向きな利用者様。状態に応じた支援の方向性を各関係者機関で検討したケース
初任ケアマネ担当(葉山ケアマネ) (サービス担当者会議同行)	独居男性。アルコール依存症、躁鬱病。事業者都合で変更。慣れたヘルパーが来れなくなってしまい戸惑いの中での支援を検討
主任ケアマネ担当(峯崎ケアマネ) (モニタリング同行)	高齢者世帯。本人は白血病。夫も手術を繰り返しており、家族が遠方で援助が望めないケースの支援
初任ケアマネ担当(峯崎ケアマネ)	本人と長女の二人暮らし。長女に依存が強く、負担が集中し肺炎を発症したケース

○学んだこと

事業所が急に変更になり、事前に電話での連絡を伝え承は得ていたが、現実に変更の打ち合わせをすると環境が変わることへの不安が強まる場面に直面し、事前の準備の重要性を学ぶ。

○活かしたいこと

事前準備の段階で、本人と直接コンタクトを取り、根回しをすることの重要性。書類としては、担当者会議録のまとめまで作成し、おおよそのシナリオ(不安に対する対応策)は用意しておき、変更があった箇所は修正していくこと。関係機関と課題総括表を用いて情報共有。

2. 状態に応じた目標を設定するケアマネジメント

○学んだこと

自立に前向きな利用者様の支援。外出支援を希望。担当者会議にて残存機能、電動車いすの操作確認等を行い、道路の歩幅、移動経路の確認を具体的にを行い、状態に応じた目標設定を学ぶ。

○活かしたいこと

移動中の留意点や気を付ける場所の確認、車と電動車いすの位置関係、どの道を通ればリスク回避が出来るか、残存機能を活かし、状態に応じた目標の設定を今後に活かしたい。

3. 利用者の「希望・望む暮らし」を実現するケアマネジメント

○学んだこと

歩く時にきしむ音がする程、老朽化した一軒家に物が捨てられないご夫婦。白血病が進行して、できないことが増える中でも、その人の望む暮らしを最期まで支える。

○活かしたいこと

高齢者夫婦の生活で、医療の関わりが増し、在宅での生活はかなり厳しい状況であっても、自宅での生活を続けていきたい強い思い。利用者本位を守ること、病気が進行しても尊厳を持って暮らしていくことの重要性を学び、今後の支援に活かしたい。

○今後の抱負、希望

同行研修を通じて、先を見据えた支援を考え、提案していくこと。本人の状態に応じて、段階的な提案をしていくこと、大半は準備段階で決まってしまうことを学ばせて頂きました。今後の日常の業務に取り込み、活用していきたいです。

主任ケアマネからのメッセージ

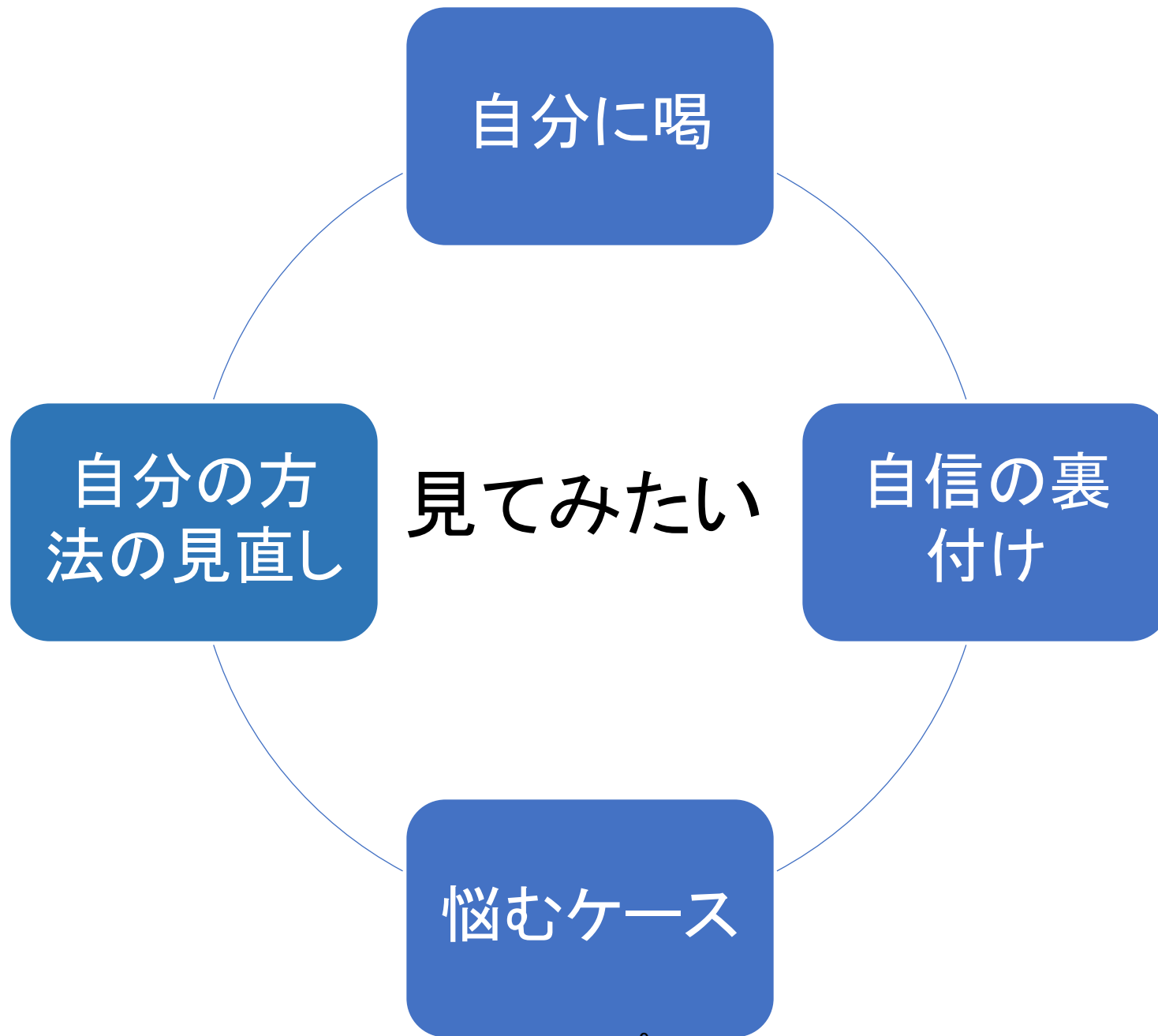
○葉山主任ケアマネ より（サービス担当者会議同行）

出来ることは自分で行いたい、自立の意欲が強い利用者様の担当者会議でしたが、事前の準備で当日の進行・展開が決まっていきます。本人と事前に打合せをして、当日の根回しをしておくことも円滑に運ぶ為に有効です。焦らず一つ一つの積み重ねがより良い仕事に繋がると 생각합니다。どんどん経験を積んでいってください。

○峯崎主任ケアマネより（モニタリング同行）

落ち着いた話し方で傾聴するところは安心感がありました。

より良くした方がよい点は、先を見据えた支援を考えることも必要だと思います。現在だけではなく今後の計画も本人と家族と一緒に考えてみてください。視野が狭くなってしまうことがあると思うので、もう少し遠くから眺めてみると見えてくると思います。一人で抱え込まず、先輩ケアマネにどんどん質問していきましょう。



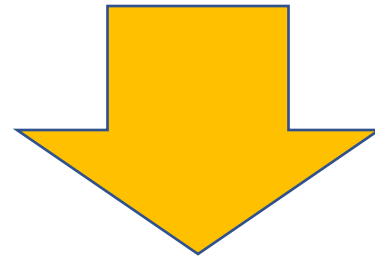
見られる側になって

- 世間話が中心にならないように
- 時間内で終わるように
- 利用者に緊張させないように

見る側になって

進行方法を学びたい

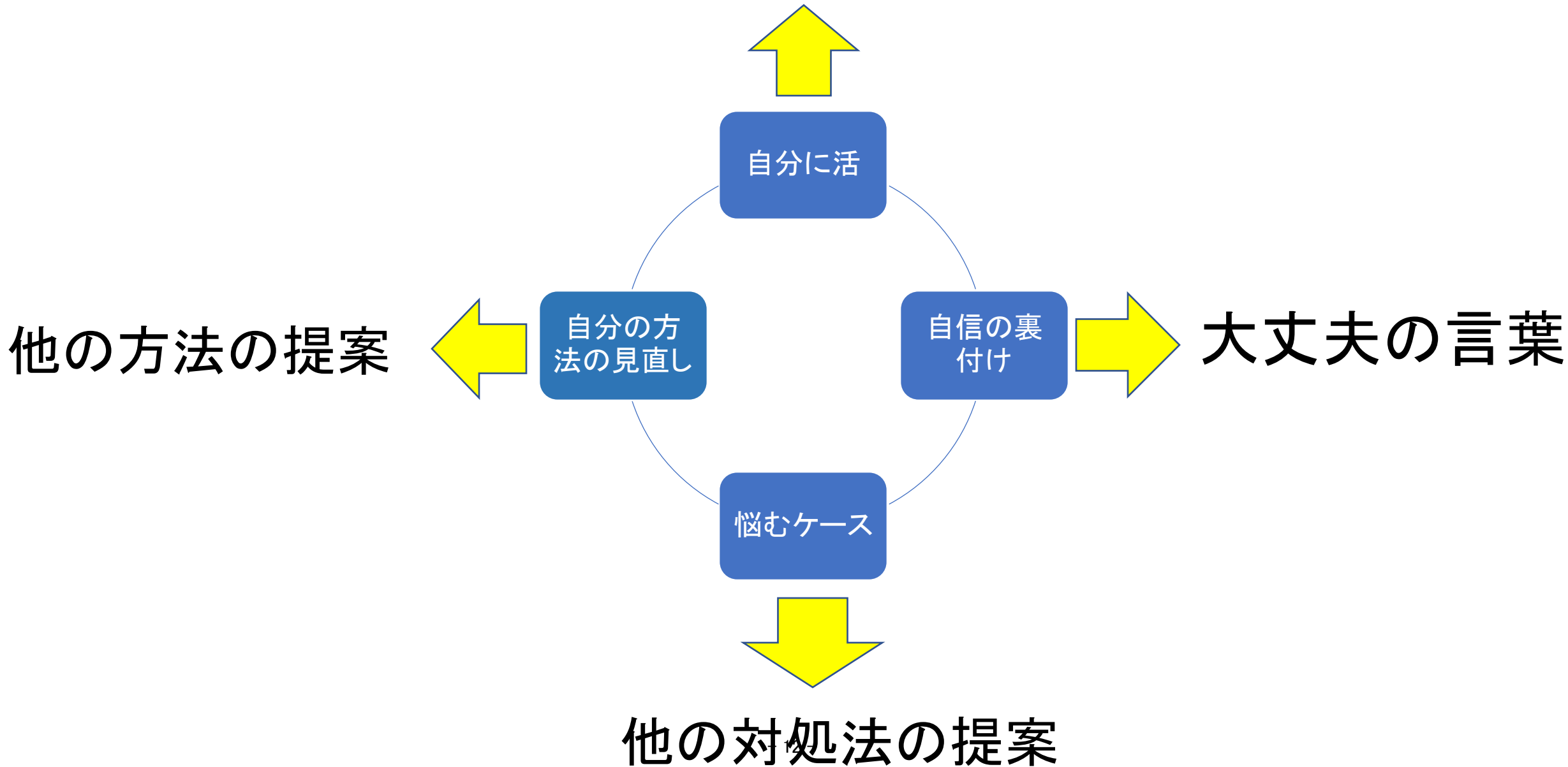
様々なケースを学びたい



実際は・・・

寄り添い、意欲を沸かす話し方
想像した人物像とのギャップ

緊張感を得られた



今後の抱負

- 目標をみつけられる話し方
- 社会資源の発掘
- 研修会への参加

コロナ禍の担当者会議

制限された地域コミュニケーションにおける情報共有

制限されたこと → 思うこと

できていたこと	変わったこと	思うこと
研修	ZOOM／視聴後アンケート	地域での人間関係がつかれない
モニタリング	電話・玄関先で対応 ☎	訪問時間の短縮・疎遠感
担当者会議	照会に対応 📄	ニュアンスや意思伝達・統一の難しさ
事務所内での勤務	在宅ワーク 🏠	個人情報を持ち歩く扱う責任感／自宅での資料不足
非言語コミュニケーション	マスク着用・ネット画面	ニュアンスや意思伝達・統一の難しさ
会食 🍷	家呑み 🍷	引き籠り生活
プライベートでの感染対策	3密を避けた生活 🚫	引き籠り生活

問題や課題

コロナ禍から業務をはじめた居宅ケアマネジャーは、人が集う会議や研修での経験を積んでいない

地域での人間関係が構築し難い

言葉の「ニュアンス」「さじ加減」「塩梅」等、対面ではないため掴みにくい

チームケアに支障が出る

情報共有の大切さを知る

主任ケアマネジャーの訪問に同行し、聴き取る情報量の多さ、そこから導き出す支援の明確さ、わかりやすく伝える技術を観ることができた。

その中で私が特に気づかされたことは、現場で得た情報を支援に活かすため関係各所に伝え共有する能力である。

担当者会議に関係各所が揃って集えない現在、事前・事後に配布し共有する資料の内容は、コロナ以前よりも広く深く記載する必要がある。それにより、コロナ禍での【チームケア】であっても、支障の少ない支援が行える。



新しい働き方・時間の使い方

人と関わることに制約のなかった、以前の勤務スタイルには、戻らないだろう。

感染予防だけでなく、法改正やITが変化してく中で、新たなケアマネジャーのタスク管理に移行していくことが予想される。

主任ケアマネジャーと同席した経験から、今までの業務方法に執着せず、時代と環境に合わせ柔軟に対応することが必要と感じることができた。

今回一番気づかせて頂いた事

面倒くさがっちゃ
いけない



今回同行
させて頂いた
担会風景

(イメージ図)



同行させて頂いた
担会終了後

(イメージ図)



ある時の私司会の
担会風景

(イメージ図)





同行研修で学んだこと

ケアマネジャーとしての利用者支援の姿勢や視点について
～いきいきと生活が続けられるためのプラン作りに向けて～

- ・ 研修の短期目標

- ① プランの目標を本人もより共有できる具体的なものにしていくために必要なことを学ぶ
- ② アセスメントやプランを見直す時間を作り少しでも修正を重ねて厚みを増していく

- ・ 中長期目標

- ① アセスメントやケアプランを読めば支援の詳細な全体像が把握できる
- ② 時間経過とともに厚みを増していくアセスメントやプランを作成できる

- ・ 自分のプランの課題や問題点
 - ①本人像が把握できているのにアセスメントやプランの落とし込みや記載不足が目立った
 - ②本人がどういう暮らしをしたいのか具体的に書いたほうが良かったのではないか
 - ③インフォーマルな社会資源の活用を提案してそれをプランに明記した方が良かったのではないか



もっと本人寄りのプランを

- ・ 具体的な行動計画

- ①基本に立ち返り本人の話をより傾聴して本人のニーズを汲み取り本人と共に過去、現在、未来を踏まえたプランを作成
→※本人の思考フレームよりも感情フレームを大事にして！
- ②本人の話をうまく切り分けて課題を共有してサービス主導にならない提案をしていく
→※アセスメントにしっかり落とし込みプランに繋げる
- ③話のしやすさを意識した環境と雰囲気づくりをする
→※ケアマネが結論を急ぐことなく本人が納得して結論が出せるように話し合いを行う

ケアプランは本人のもの！
決してケアマネのものではない！



そのためにこれからも学び続ける必要がある！

ご清聴ありがとうございました。

研修を始めるにあたって、、、

どんな研修なのかな？



他のケアマネの担当者会議等の様子を見ることがなかったので興味があった。コロナ感染の為、対面での研修を受けることができなかった。

事業所との調整・連携が上手に図れているか不安

自分の担当者会議やモニタリングの進め方が正しいか不安

■11月14日 主任ケアマネの担当者会議同行

・課題に対して、本人、家族、それぞれが持っている不安を軽減できるように説明し、同意が得られるよう進行的。

■感じたこと・学んだこと

・まず、どのように担当者会議を進めているのか、確認しながら見学をさせて頂いた。
・利用者が新しいサービスを利用するに当たり、本人・家族それぞれに理解しやすく説明し、安心感を与えていた。



■ 11月26日 初任ケアマネの担当者会議同行

- ・アドバイザーが行った担当者会議で得た学びを活かし、担当者会議を行った。

■ 感じたこと・学んだこと

- ・緊張しすぎて全員が納得できる会議進行になっていなかった不安だった。
- ・本人ばかりに気を取られ、家族の意向を伺うことができなかった気がする。
- ・次回は家族、サービス事業所の同意をしっかりと取りたい。



♡二人の主任ケアマネからのメッセージ

- ・事前準備、根回しがしっかりとできていた。
- ・各事業所からも意見や提案を引き出して、皆で共有できていた。
- ・本人の課題や問題に焦点を当てるのではなく、本人のできる事、楽しい希望が持てる内容に焦点を当ててプランを作成し展開していた。

■ 12月7日 主任ケアマネのモニタリング場面同行

- ・どのようにモニタリングを進めているのか見学した。

■ 感じたこと・学んだこと

- ・利用者、本人の気持ちの変化に機敏に対応していた。
- ・行えない生活動作の理由を丁寧に聞き取り、本人の意向を基に解決策を提案し、安心感を与えていた。

♡主任ケアマネの考え方

- ・本人家族の本音の聞き出し方として、本音を言いやすい雰囲気、シチュエーションづくりを心掛けた。
- ・本人が希望しないサービス導入に向けてあらゆる方向で心を配りながら調整した結果、本人自ら「利用してもよい」という発言を得ることができた。

■ 12月24日 初任ケアマネのモニタリング場面同行

- ・アドバイザーのモニタリングを踏まえ進行した。
- ・自分のモニタリングを見てもらい意見を得ることができた。

■ 感じたこと・学んだこと

- ・わかりやすく本人や家族に説明し同意を得ることができた⇒★進行に決まった形はない！！
- ・本人や家族の気持ちや状況によりモニタリングを行う事が大切。

♡二人の主任ケアマネより

- ・本人家族にかかりやすい言葉にして伝えたり、本人の視力に併せたA4のスケジュールカレンダーを用意するなどの工夫がみられた。
- ・息子さんからは、「サービスが増えたことで、体調が良くなっている」とうれしい報告があった。
- ・本人だけでなく、家族がケアマネとの会話を楽しみにしている様子が伺えた。

・アドバイザーが二人いる変則的なグループでしたが、それぞれ、まとめ役、調整役、私は乗っかる役で、各々の個性が上手く調和され、和やかに同行型研修に取り組むことができました。
 ・自分の取り組みが、一定の水準でできている事を確認することができました。今後は、社会資源の理解を深め、各事業所と細かく連絡を取り合い、今まで以上に良いチームをつくって、利用者のより良い生活が提供できるようになりたい。



・力量のあるバイジーさんなので、ご自身で気づいて、課題解決に向かっていただけました。
 ・バイジーさんに課題を投げかけている時に、私自身にたくさんの気づきがありました。
 ・相方のバイザーさんは、バイジーさんが自分で問題解決ができるような助言をしていました。
 ・私自身は、同じ事業所内のケアマネの悩みを聞いて、必要であれば同行する等、寄り添って、不安解消のお手伝いをしていきたい。

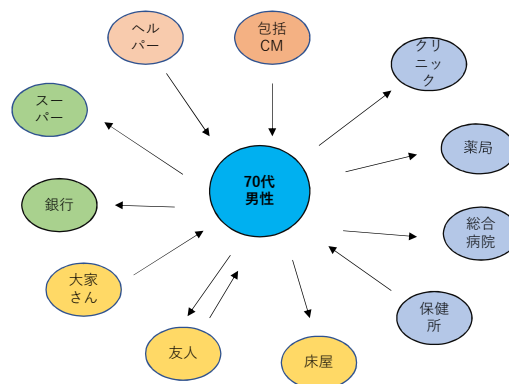
・人間力のある素敵なバイジーさんの課題を把握して、それを解決するためのスーパービジョンが少しはできたかと思います。
 ・相方のバイザーさんは、バイジーさんにとってもよく似ており、大変素敵な会議やモニタリングの進行を見せて頂きました。
 ・バイジーさんとバイザーさんそれぞれの会議やモニタリングに同行でき、奇跡の場面に立ち会えたことに感謝します。

医療との連携・介護サービスの活用により QOLが改善したケース

[illegible]

要支援の頃の独居男性の暮らし

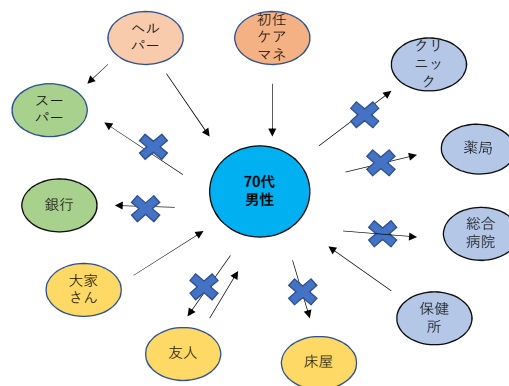
- ・生活保護受給
- ・結婚歴無し
- ・結核性胸膜炎（R2.6頃発覚。感染力無いが保健所による経過観察中）
- ・喫煙（15本/日）



- ・飲食店等外出していた
- ・友人宅にて入浴・洗濯
- ・R4.6頃から息苦しさあるも総合病院受診を検査ただと自己判断で中止
- ・保健所からの定期検査（レントゲン等）の促し
- ・（高血圧症）クリニックへはタクシーを利用
- ・R4.6からヘルパー1回/週（買い物）

要介護1認定（R4.9）となり初任ケアマネへ変更となった頃

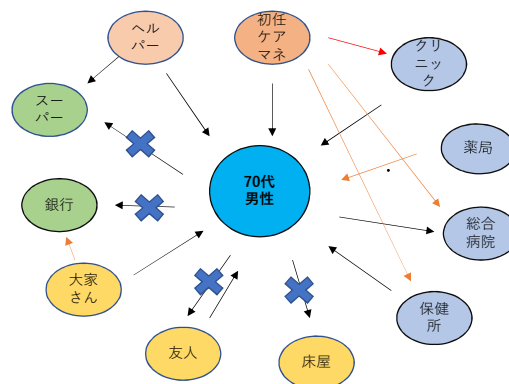
- ・生活保護受給
- ・結婚歴無し
- ・結核性胸膜炎（R2.6頃発覚。感染力無いが保健所による経過観察中）
- ・喫煙（15本/日）



- ・銀行・スーパーマーケット・床屋等へ外出できなくなる
- ・友人宅での入浴・洗濯できなくなる
- ・保健所より総合病院でのレントゲン検査の促しあったが受診せず
- ・（高血圧症）クリニックへタクシーでも行けないとの訴えあり
- ・ヘルパー1回/週（買い物）を2回へ増回希望

医療連携シート活用・主任CMのアドバイス

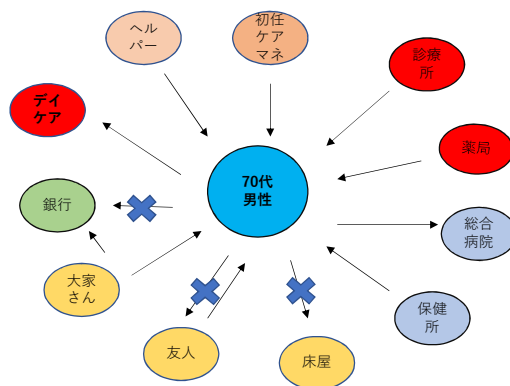
- ・生活保護受給
- ・結婚歴無し
- ・結核性胸膜炎（R2.6頃発覚。感染力無いが保健所による経過観察中）
- ・喫煙（15本/日）
- ・ヘルパー2回/週（買い物・清掃）



- ・息苦しさもあるが「外出先で倒れたらどうしよう」という不安の為、外出できていないと聞き取り。
- ・「誰かが一緒ならば病院に行けるか？」（A主任CMのアドバイス）
- ・医療連携シート・電話・面談によりクリニックと連携
- ・主治医往診後、総合病院への紹介状（診療情報提供書）の受け取り
- ・介護タクシー、CMによる受診同行
- ・CMが保健所にレントゲン検査の報告（胸水貯留無し）実施。

通所リハビリ（デイケア）・訪問診療・ 薬剤師訪問サービスの利用開始

- ・生活保護受給
- ・結婚歴無し
- ・結核性胸膜炎（R2.6頃発覚。感染力無いが保健所による経過観察中）
- ・訪問診療開始後は喫煙（15本/日→5本/日）



・日常の様子や性格等をサービス事業所に伝えるようにする（サービス担当者会議にてB主任CMのアドバイス）

・デイケア（1回/週）にて体調に応じたりハビリ・入浴・（生活リハビリの一環としての）洗濯・理美容（実費）

・ヘルパー2回/週（買い物・清掃）

・訪問診療・薬局による薬の配達・管理等開始。

・訪問診療の医師より「不整脈」の診断あり、吸入薬開始。

アセスメント力の向上を目指して

ご本人やご家族が可能か限り共生出来る環境のお手伝いの実現

目に見える問題と目に見えない問題を考える

受講者 山口 康 (居宅介護支援事業所松葉園)

アドバイザー 石塚 俊輔 (SOMPOケア野田川間居宅介護支援)

アドバイザー 福井 歌子 (けやき居宅介護支援事業所)

モニタリング訪問について アドバイザーによる同行訪問

☆アドバイスを頂き学んだこと

- ◎リハビリパンツやパットを交換しないなど、ご家族や事業所からの要望や報告について、徐々にその問題に固執して解決策を考えてる自分がいること。
- ◎本来、耳を傾けなければいけないご本人の最近の変化や良い面について、きちんと評価していない、知らず知らずに狭い視点でしか本人を見れていないこと。

☆今後に生かしていきたい考え方

- ◎もう少し広い視点で物事を見ていく必要がある。表面的な問題のみの解決に固執しているうちは本質的な解決は導けない。

アドバイザーのモニタリングに同行して

☆アドバイザーから学んだこと

- ◎まずはご利用者の今日の体調を聞き取りながら、聞きたいことを一方的に質問しない。
あくまでも本人からの言葉を引き出す会話を実践している。
- ◎良い意味でフレンドリーな対応、しかしサービス事業所からの情報とご本人のサービス内容の評価や意向の確認をきちんと抑えている。

☆今後に生かしていきたい対応

- ◎まずはご本人の話を聞くこと ゆっくりと間を取りながら
これが意外に難しいですが・・・

サービス担当者会議の実施 アドバイザーの同席による開催

☆学んだことや今後に生かせること

- ◎ご利用者の気持ちを受容する場としての会議づくり。
- ◎ご家族のこれまへの苦労を傾聴や共感から、労をねぎらう場としての会議づくり。
- ◎サービス事業者の方々の意見などを引き出せるような環境づくりを行う。
コロナ禍の難しい状況であっても可能な範囲での調整は必要である。

研修を受講しての感想

- ◎目に見える問題（リハパンやパットを交換してくれないなどetc）は非常に分かりやすいが、本当にそれが解決すべき問題なのかをもう一度考える。
ご本人に改善して貰いたいより、共感する気持ちが大切ではないか。
- ◎その人の良い面や強みを支援者がもう一度アセスメントして評価すること。
支援者が見えていないご本人の強みを再確認して、そこから違った視点でアプローチをする。
- ◎ご家族の在宅介護に対する苦勞にも共感を示し、異なるニーズのご本人にも耳を傾けながら、それぞれがすべてに満足は出来ないながらも、家族として共生出来る支援を模索することが大切と考える。

信頼

真名実恵園 主任 前田利佳
しょうじゅの里茂原 菜花記子

モニタリング実習を得て

私のモニタリング

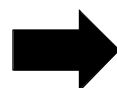
- ・モニタリング内容のよる質問をご本人やご家族に対して一方的に話を進めてしまっていた。



主任のモニタリング

- ・ご本人やご家族の思いを丁寧に聞かれながら、質問的な会話ではなく、ご本人からの会話から、アセスメントの確認をされていた。

私が学んだ事・気づき



- ・質問等から会話を始めるのではなく、まずはご本人やご家族からのお話を傾聴し、話しやすい環境を作りながら、本音の部分を引き出し、アセスメントに位置付ける質問方法により、次の課題を見つけていられた。

サービス担当者会議の実習を得て

私のサービス担当者会議

・各事業者様からの情報は頂いていたが、ご本人を交えての目標等が共有されていなかったため、当日の会議では各事業所の方との話が中心となってしまう、ご本人の本音を引き出す事ができなかった。



主任のサービス担当者会議

・ご本人主体の会議のため、ご本人に言葉の意味が伝わっているか、会話の途中で確認の言葉を入れたり、ご本人と各サービス事業者の方との目標が共有されていた。

私が学んだ事・気づき



様々な専門性を持った多職種が集まるため、専門用語扱いにも配慮されており、ご本人主体の会議になっていた。また、各事業所もそれぞれが相互にケアチームの中での統一役割が意識されていた。

今回の研修を終えて

- ・今回、主任ケアマネと同行させていただき、一番心に残った事は信頼を築き上げる事の大切さです。
アセスメントでは、利用者様が自分のペースで話しやすいように環境作りをされたり、利用者様からのお話には常に耳を傾け、傾聴されていた。ご利用者様の表情やスムーズに会話をされるのを見て信頼関係を築けていると感じられた。また、ご利用者様の思いから、本音の部分を引き出す質問方法やご本人の思い・意欲・能力を引き出し、役割を見つけ出していく。このような対応をされるには、相互の距離感を信頼関係で築き上げているからと感じた。
- ・各サービス事業者がそれぞれ相互にケアチームの中での役割が意識できていると、事業者との信頼から、目標に対する、評価やこれらの情報から、ご利用者様の変化を見出し、その変化に対して、サービスの種類、内容、回数などを検討していくため、専門職の方と、個々信頼関係が築けていないと難しいと感じた。

今回、研修を受けさせていただき、多職種の専門職の方と会う事ができ、いろいろと学ばせていただきました。ありがとうございました。
今後はご利用者様、ご家族様、各事業所様、地域担当者様と連携を取りながら、一人、一人と信頼関係を築いていかれるように頑張っていこうと思っています。



利用者像

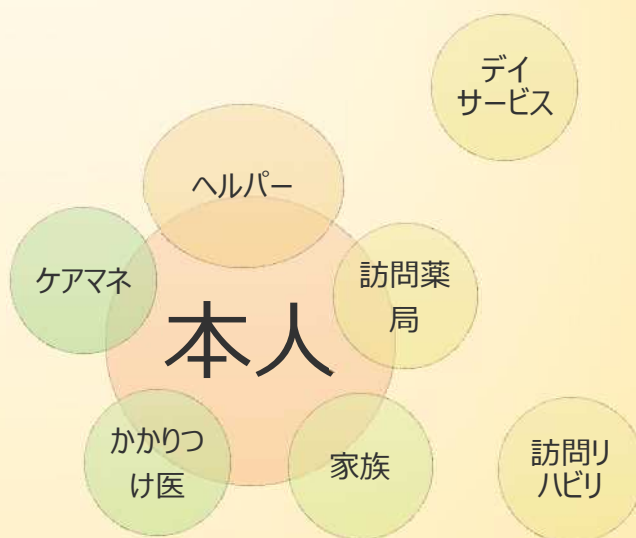
- 70代女性 独居（夫とは昨年4月に死別）
- アルツハイマー型認知症（要介護2）
- 都内在住の長男嫁がキーパーソン（毎月1回の通院付添い・財産管理）
- ADLはほぼ自立
- 精神疾患無いが、心配性・疑り深いといった傾向がある

現状のサービス

- 週2回のヘルパー（身1生1）
- 月4回の訪問薬局
- 月1回の通院
- 都度ご家族の通院同行

提案するも拒否されたサービス

- ・デイサービス
- ・訪問リハビリ



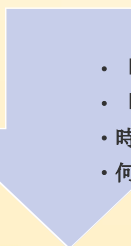
本人の好きな物と嫌いな物を知る

好きな物



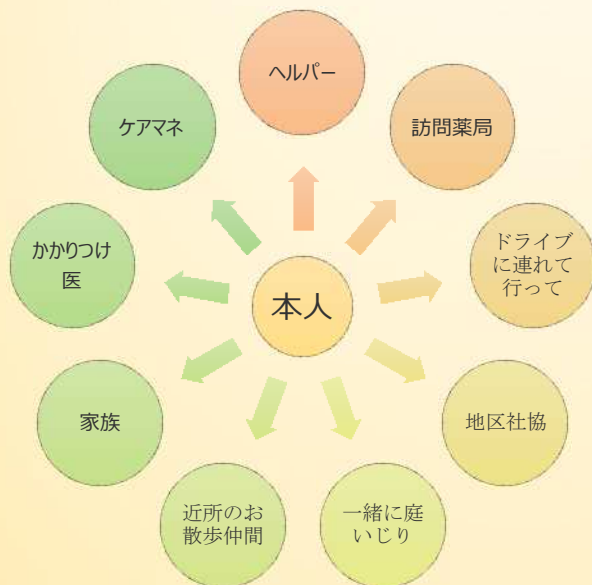
- ・家で過ごす時間
- ・調理
- ・掃除
- ・庭いじり
- ・たまにドライブ

嫌いな物



- ・「サービス」という言葉
- ・「運動・リハビリ」という言葉
- ・時間・場所的な拘束感（デイや訪問リハ）
- ・何か誘導されている感じ

本人をとりかこむ物が少しずつ増えていけたら

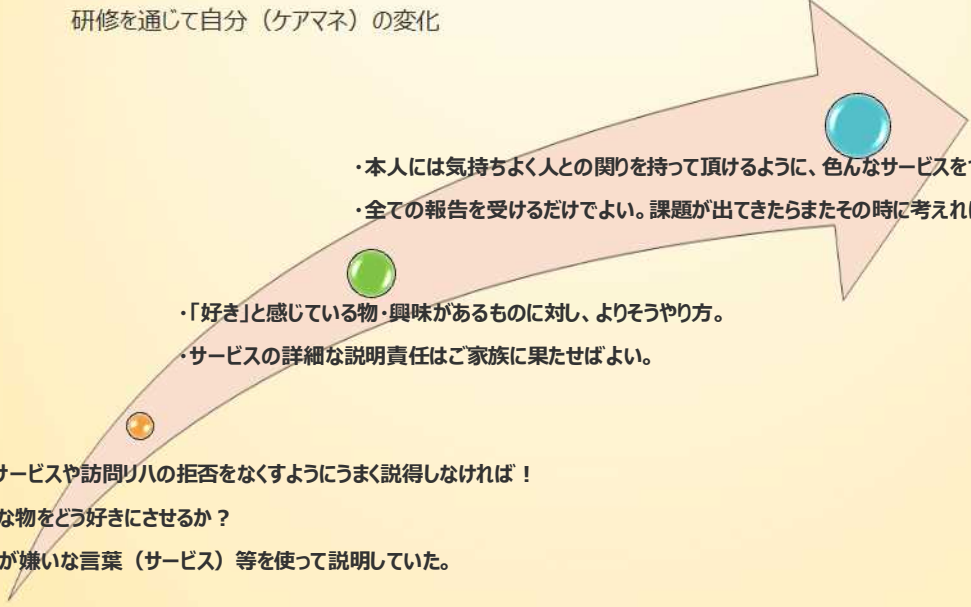


・フォーマルなサービスに限らずに、インフォーマルなサービスにも目を向ける。

・地域ともつながる。

・ヘルパー事業者や訪問薬局を起点としてつながるネットワークもあるはず。

研修を通じて自分（ケアマネ）の変化

- 
- ・本人には気持ちよく人との関りを持って頂けるように、色んなサービスをつなげるだけで良い。
 - ・全ての報告を受けるだけでよい。課題が出てきたらまたその時に考えればよい。

- ・「好き」と感じている物・興味があるものに対し、よりそうやり方。
- ・サービスの詳細な説明責任はご家族に果たせばよい。

デイサービスや訪問リハの拒否をなくすようにうまく説得しなければ！

嫌いな物をどう好きにさせるか？

本人が嫌いな言葉（サービス）等を使って説明していた。

研修を終えての気づき

- 自分自身の特性を認識できた。
 - ・本人の心情に寄り添わずにサービスの説明をしすぎていた。
 - ・何とか自分（ケアマネ）の思うようにしたいと利用者のコントロールをしようとしていた。
 - ・ケアマネはあくまで人や物をつなぐ役割なのに本人の舞台に上がろうとする性質があった。

千葉県介護支援専門員 地域同行型研修を終えて

【アドバイザー】

秋津ケアプランセンター：広野様
津田沼中央総合病院：小原田様

【受講者】

ケアセンター習志野：山田

担当者会議兼モニタリングの開催（受講者のケース）

・リハビリを主な目的とし、半日型デイサービスとデイケアをそれぞれ週1回ずつ利用。各事業所より、現在どのようなリハビリを行ない、どのような反応が見られているのかの情報を確認し、用紙にまとめる。ご本人様は書類によく目を通される方なので、用紙には良い部分を記載。認知症の部分等は口頭でご家族様のみに伝えるようにし配慮する。

※コロナウイルス感染症対策の為、ご家族様と相談をし、照会にて対応。

アドバイザーからの指導

- ・使っているリハビリ器具も写真でまとめることで伝わりやすくてきている。
- ・介護保険サービスのリハビリだけではなく、日頃の運動（散歩等）も自然な形で勧めることができていた。

といったご指導を頂く。

担当者会議の開催（アドバイザーのケース）

ご本人様、ご家族様双方を受容できる
チームケアの構築

ご家族様の
負担や苦勞、
気持ち等を
受容する人

ご本人様の
自尊心や自信、
気持ち等を
受容する人

ケアマネージャー1人が
ご本人様とご家族様双方の
気持ちを受けとめるのでは
なく、他事業所や他職種が
役割を分担し、
『ご本人様を受容する人』
『ご家族様を受容する人』に
なり、バランスよく情報共有
を図ることができていた。

モニタリングの実施（アドバイザーのケース）

ご家族様（妻）にむけての対応

※介護や認知症に対して、ある程度の理解があると考えられる場合

- ・奥様や子どもの認識はほとんどなく、奥様のことも近くにいる知っている人程度の認識だと思う。
- ・若年性の認知症なので、想像以上に進行が早い。
- ・デイサービスでのトイレの失敗等も伝える。

ある程度の事実と今後の予測をしっかりと伝えていた。それに伴い、ご家族様の負担や頑張りも肯定してあげ、サービスの追加等の提案、ケアプランの見直しへと早急にシフトしていった。

ご本人様にむけての対応

- ・ご自身のスケジュール帳にデイサービスに行く日は記載されていた。それをそのまま聞くのではなく、あえて「この日はどこに行かれる予定なんですか？」と聞くことで、デイサービスに対しての認識を確認していた。
- ・自然な流れでお子さんの話をしていき、名前や最近いつ来たか等の認識の確認をしていた。
- ・当日も腕時計を付けていたが、「いま何時ですか？」と聞くのではなく、他の時計と比べて「時間ずれたりしていませんか？何時頃ですかね？」と自然な流れで聞いていた。

ご本人様の認知機能等の確認を自尊心を傷つけないように、普段の会話の中から自然に確認されていた。

ま と め

・ケアマネジャーは利用者様に関する情報をなるべく広範囲で把握しておかなければいけないと考えていたが、ケアマネジャー1人で把握するのには限界があり、多職種で上手く役割分担と連携を図っていく重要性を今回の同行研修で学ぶことができた。



・これまでは何かあった時に事業所や家族と連絡を取り合うことが多かったが、普段から小まめに情報共有を図っていき、普段の様子を踏まえてしっかりと状態変化に気付けるようにしていきたい。

地域同行型研修 通して 学んだこと



初日【アセスメント確認】

（自分が困っていたこと）

ご本人の状態悪化に伴い、アセスメントをし直したいとチャレンジするものの、話の途中で本人が閉眼してしまったり、会話が途絶えてしまったりと、思うように意思疎通が図れなかった。

（研修で得た気付き）

「世間話や好きな話題からコミュニケーションを増やして、反応を見ては？」とアドバイスを頂き、実践。娘さんの話題に表情が和む。

2日目【サービス担当者会議同行】(模擬)

※主任ケアマネジャー担当ケース

サービス導入に伴い担当者会議を行なうこととなった経緯として、初回アセスメントで感じたことや、モニタリングを重ねていくなかで見えてきたこと等を、事前に説明して頂く。

その上で、担当者会議を模擬で進行し、参加者の実際の発言や進行の様子を学ぶことができた。

(研修で得た気付き)

会議の初めに概ねの所要時間や当日の予定を説明されていたのは、参加者が共通認識できて良いと感じた。自分でも実践しようと思う。

3日目【モニタリング同行訪問】

※主任ケアマネジャー担当ケース

モニタリング訪問に同行させて頂き、モニタリングを実施する上での確認すべきポイントを学ぶことができた。

(研修で得た気付き)

- ・医学的な管理が必要な方だったが、会話のなかで現在できていることを本人や家族へ確認しながら、同時に状態把握も行なっていた。
- ・ご本人の性格も理解されていて、距離感の取り方を今後自分でも参考にしたいと思う。

研修に参加してみて・・・

別事業所の主任ケアマネジャーに指導を受ける機会もそうそう無いと思い、参加を希望しました。

普段の業務とは違った関係性のなかで事例の相談をさせてもらったり、アドバイスを頂いたりと、とても貴重な研修となりました。

多岐に渡って色々な事業所などの情報を教えて頂けたこともとても勉強になり、できていることを褒めて頂けたことも、自分のなかでの安心材料となりました。

お忙しいなかご指導頂きまして、本当にありがとうございました。

地域同行研修

令和4年12月
木内 愛美

- 1 スーパーバイザー担当者会議同行
- 2 初任者モニタリング
アセスメント
- 3 スーパーバイザー
モニタリング同行
- 4 初任者担当者会議

同行して感じたこと

スーパーバイザーの担当者会議にて

- きちんと各事業所の担当さんを紹介している。
- 各担当さんの分野にまんべんなく言及し、確認している。
- サービス担当者さんからの提案や、やり方の聞き取り。
 - ケアマネが解決策を提案しなくてはいけないのではと無意識に感じていたことへの気づき。

同行していただいて感じたこと

どう見られているかという意識

- 自分も客観的にみていることを意識して話の仕方やすすめ方の確認が行えた。
- 緊張がある状況でも平常心で行えることが大切だと感じた。

アセスメントの場面

- これでよいのかなという迷い。
- アドバイザーさんのアセスメントもぜひ学ばせてほしい。

「ケアマネ」というイメージの変化

【同行前】

ご本人とご家族

事業所A

事業所B

事業所C

ケアマネ

【同行後】

ご本人とご家族の生活

ケア
マネ

事業
所A

事業
所B

事業
所C

ご
本人

ご
家族

今回の研修を通じて感じたこと まとめ

ケアマネの姿を客観的にみることの重要性

- ケアマネはケアチームの一員であるという発見。
 - ケアマネである自分に、担当者の生活すべての「責任」があるような感覚が無意識下であったことへの気づき。
 - 「チーム」で支えていけることを認識できた。
- 今後のケアマネ活動の中で意識していくことにより、要支援者も支援者もお互いに安心できる生活づくりができるようになりたい。

モニタリングについて

(主任ケアマネ同行)

※精神疾患のケース

- ・利用者の些細な変化にも最適なサービスを行う為の評価・改善の為にモニタリングを学ぶ。
- ・話をしながらモニタリング内容もチェックしていた。
プランの再確認もできると感じた。

(自分の同行)

※ALSのケース

- ・発声ができない中、口パクでも本人の気持ちや意向をしっかりと聞き取る姿勢が良かった。
- ・寝たきりの人のモチベーションを高める話題をケアマネから振ることもできていた。
- ・本人との関係性も客観的に観てよいと感じる。
- ・話せなくなった場合に、アイスクロールも準備があり本人からの意見確認もしており凄いと感じた。ケアプランに反映してみるのも良いと思います。

担当者会議について

(主任ケアマネ同行)

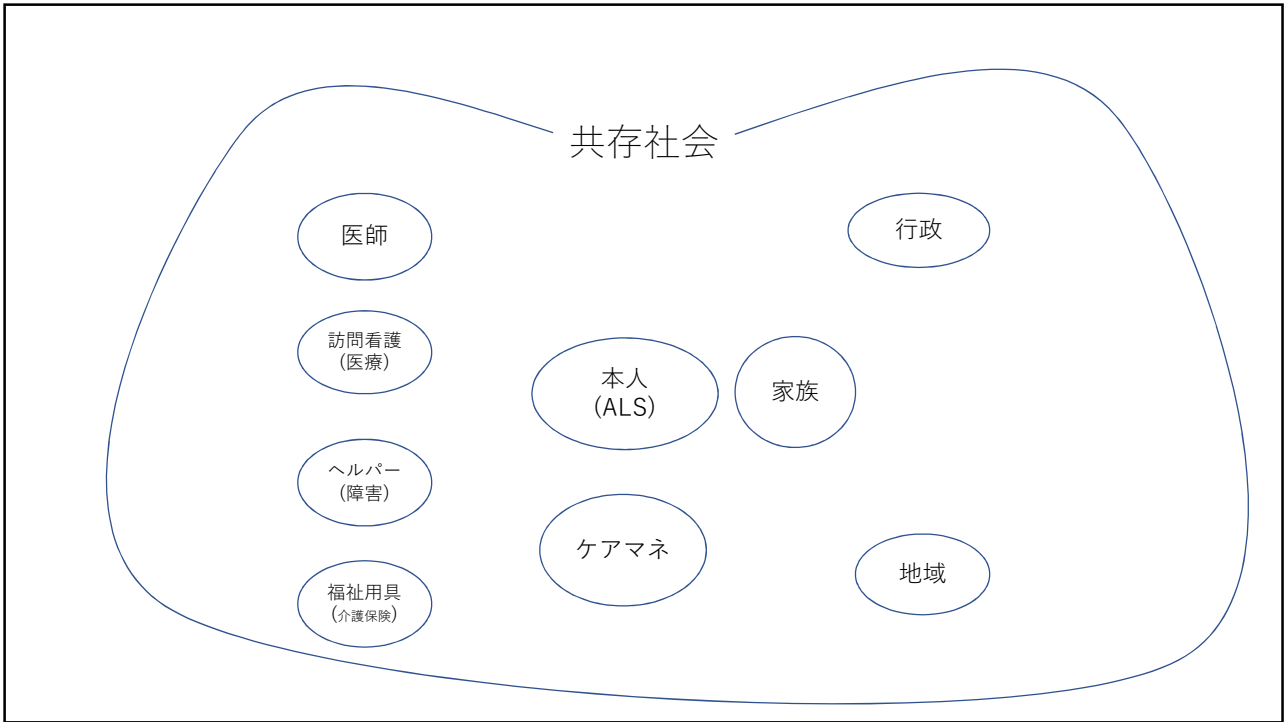
※短期目標見直しプラン。

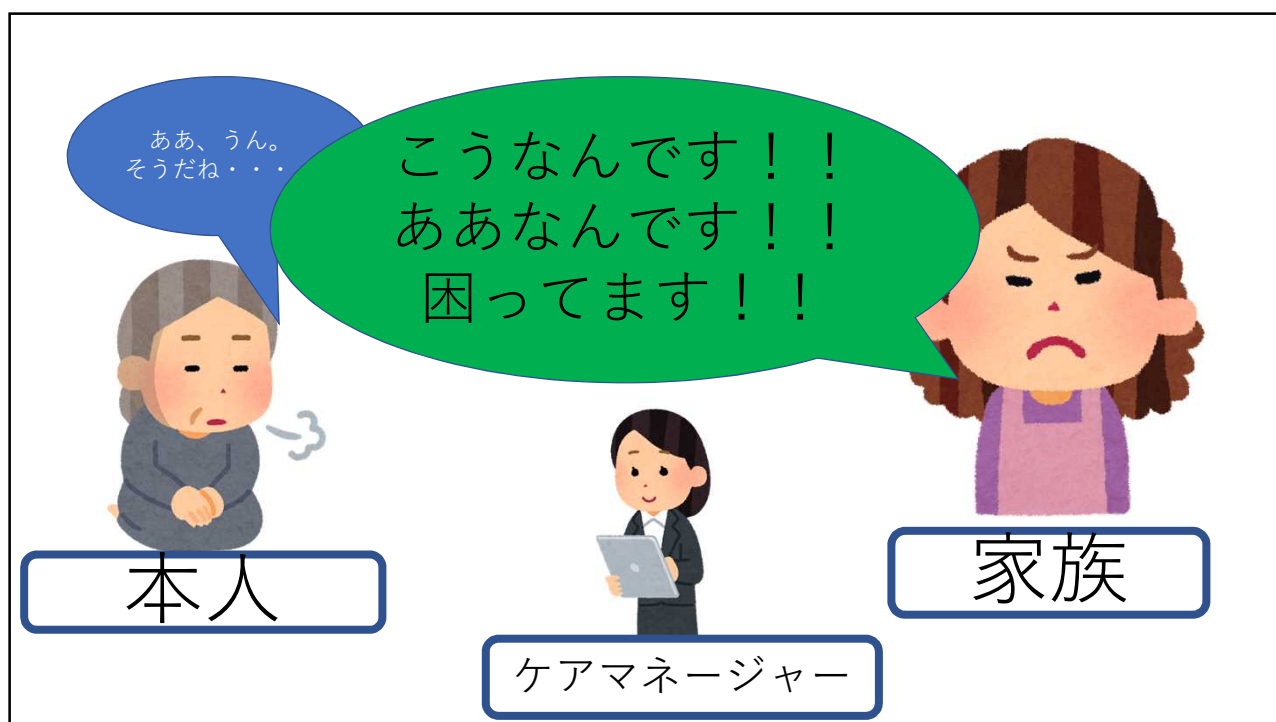
- ・ケアプランの意図や目標イメージの共有、課題解決の意見交換を着目した。
- ・サービスの方向性、各事業所さが同じ方向を向いて行っていた。
- ・サービス事業所がチームとなり援助していくことの大切さを感じた。

(自分の同行)

※短期目標見直しプラン。

- ・アセスメントの検討項目を抽出できていた。
- ・難病のため支援者が多い中、看護師さんへ支援時のマニュアル作成を依頼するなど、誰がサービス入っても偏らないように本人やヘルパーへの配慮があった。
- ・各事業所との関係性が意見交換の様子を見て良いのを感じた。
- ・支援事業所が多い為、時間配分ができると良いと思います。





初任担当者会議に同行いただき

- ・プラン内容の説明が不足している
- ・主治医意見書の確認が足りない

と意見をいただく



主任モニタリング同行

- ・民生委員と医師からの意見があり、病状だけでなく地域の中での利用者の生活が見えた。
- ・話がそれた時も利用者の話をさえぎることなく軌道修正し利用者の状況を確認していた。

初任モニタリングに同行いただき

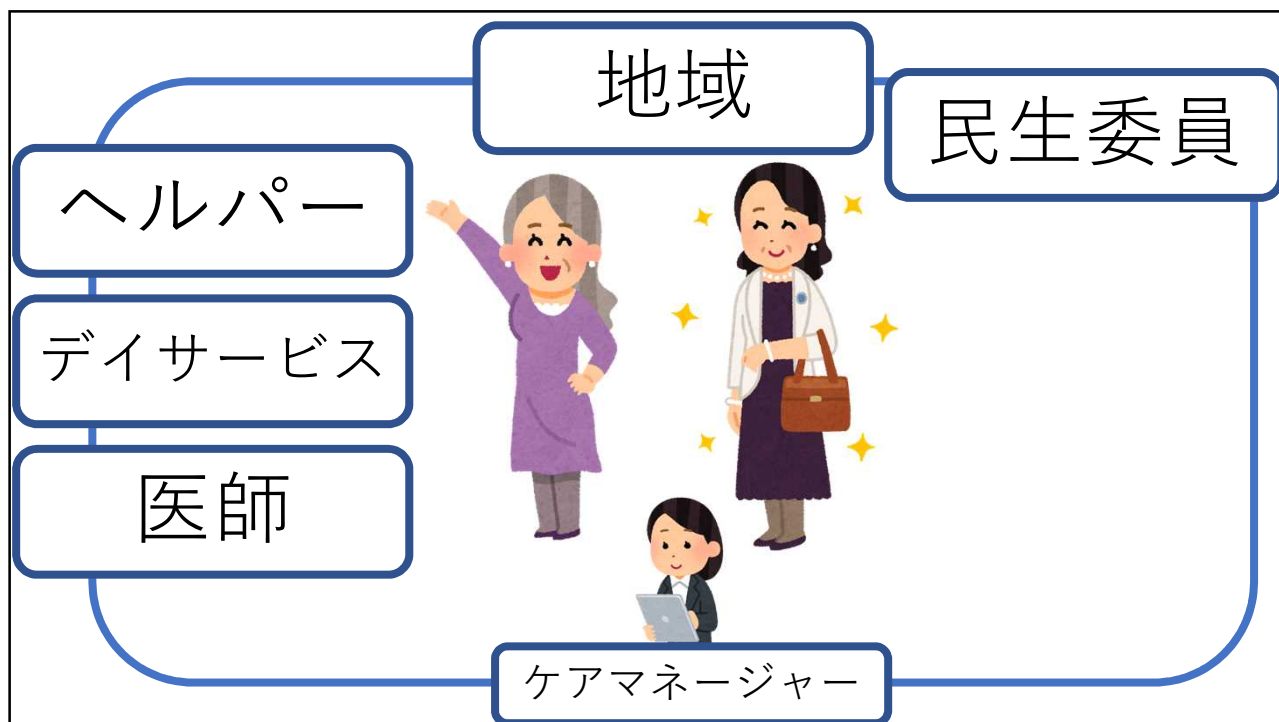
・サービスだけでなく、ペットの話など傾聴できていた一方、家族やサービス側からの情報があればなお本人の生活が見えてよかったと意見をいただく。

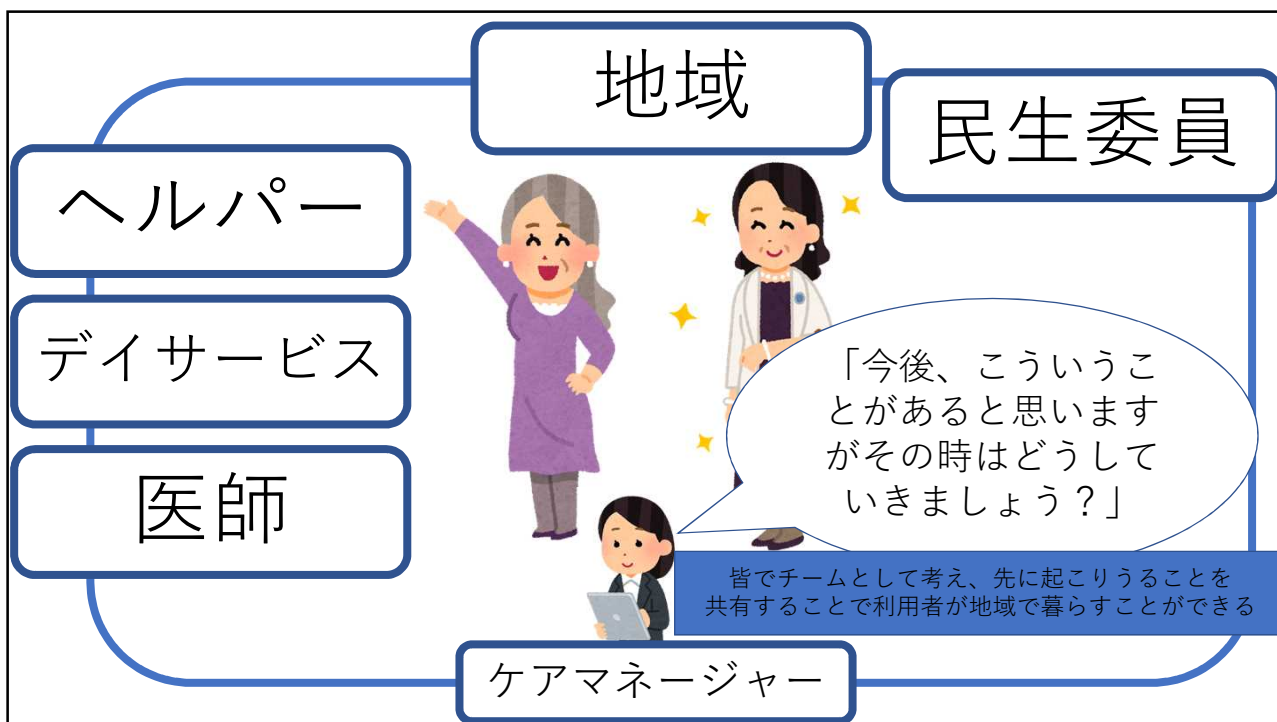


主任担当者会議同行

・医師から意見を聞いており、民生委員の参加があり地域で利用者を気にかけており、今後起こりうるであろうことを順番に家族に説明。

家族も主任ケアマネージャーと一緒に先のことを考えていた。





スキルアップを目指す!

地域同行型研修

主任ケアマネの担当者会議

医療と介護の連携について学ぶ

- ・ ガンの人にどんなふうに話したらいいのかな？
- ・ 先生、会ってくれるかしら？

告知状況
は？

相談員さん
に確認

初任ケアマネの担当者会議

- ▶ 各事業所と情報を共有する。
 - ・ みんなが発言しやすい会議を行なう。
 - ・ 短い時間での情報共有の方法を考える。

地域同行型研修に参加して

研修前

- ▶ 担当者会議・モニタリングについて自信がないまま業務にあたっていた。

研修後

- ▶ 主任ケアマネの担当者会議・モニタリングの場で不安に感じていたことを実際に同席できる貴重な体験とアドバイスで今後の支援に対する自信に繋がった。

アセスメント・計画書

アセスメントの技を学ぶ



その人らしい計画書の作成

アセスメントって
難しいな。

わかりやすい目標が
大切なのね…

研修で学んだこと

弱点からの脱出

自分の弱点

- 問いかけの曖昧さ
- 踏み込んだ質問のなさ

『あれこれ質問することが逆に不信感を持たれるのではないか・・・』

→ アセスメント力の低さ

→ 万人に当てはまるケアプラン

小笠原バイザーより・・・

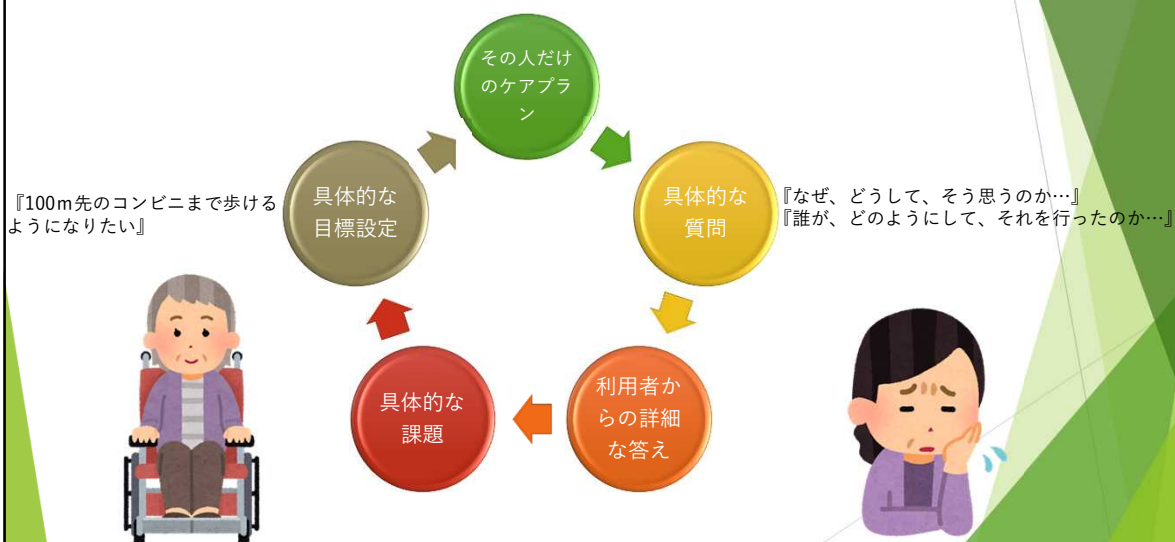
▶ ケアプランに誇りを持つ

- ✓ 一つ一つ細かなアセスメントによる具体的な目標設定の抽出
- ✓ → その人だけのケアプラン

▶ 『これまでの80年を知らずして、 これからの10年を支えられない』

- ✓ → 『これからのことを一緒に考えていきたいので、色々とお話を聞かせてください』

アセスメント力の向上



ケアマネージャーは相談援助を行う専門職

- ▶ 万人に当てはまるケアプラン→その人だけのケアプラン
その人（その家族）の思いが詰まったケアプラン
- ▶ 『これからのことを一緒に考えていきたいので、
色々とお話を聞かせてください』
→躊躇することなく、本人・家族へ伝え、聞くことができる
- ▶ 利用者さんから信頼される…利用者さんに
寄り添ったケアマネージャーを目指します

モニタリング

身体状況、環境生活、家族介護状況、心理状況

2日で2回転倒
左眉と顎に傷
左上唇を数か所縫う
前歯が折れてしまった

家族状況に変化はない
が
介護負担は増えている

転倒が続き
戸惑い、不安
今後の心配

担当者会議

皆さんの意見を聞かせてください

本人、家族、
リハビリ専門職、
福祉用具

チームが
目指す目標

福祉用具の
検討、選択

予後予測

同行後のアドバイス

訪問看護のようなモニタリングになっている。
リスクを抱えても、体制を整え困ることのないように
する。
傾聴、本人の気持ちを大事にする。

こうあるべきと、押し付けにならないように。
本人の強み いろいろな角度から見る。
主治医との連携 情報収集は多い方が良い。

違う環境の中での共通点

ストレングス

情報共有
情報交換

令和4年度 千葉県地域同行型研修 最終日プレゼンテーション

【短期目標（研修期間中の達成目標）】

- 聞きたいポイントを意識してアセスメントできる。
- アセスメントに対する苦手意識を減らす。

【中長期目標（3～5年後の到達目標）】

- アセスメントスキルが向上し、潜在化したニーズの把握ができる。
- 他職種と連携を図り、課題に向けて改善することができる。

同行型研修前に感じていた不安



同行訪問を行い学んだこと

【モニタリング】

- ・利用者の思いを聞くために、傾聴や代弁など話を引き出すような声掛けが必要であり、その積み重ねが利用者や家族との信頼関係につながっていると感じた。
- ・声のかけ方次第で利用者の思いを引き出すことができると感じた。
- ・聞きたいポイントを意識してアセスメントを行うことで困りごとを確認でき、手立てを見つけた話をすることができた。

【サービス担当者会議】

- ・利用者が各事業所を利用しやすい（コミュニケーションがとれる）ような状況を作れるよう意識して会議を進めていくことが大事である。
- ・あらかじめ検討事項をまとめておくと、会議も簡潔に進められケアチームが同じ方向に向かっていけると感じた。
- ・「1つのケアチームであること」を本人にも伝え、目標を達成するためにチームで連携していくことを言葉にすることでチームみんなで一緒に確認できた。
- ・会議の目的を共有するために、会議の冒頭で確認したことでケアチームそれぞれがやるべきことを確認できた。
- ・利用者や家族の意見を共有できる場であるため、お互いの話を引き出せるような声掛けが必要。

研修を通じて成長したことベスト3



- 1.アセスメントに対する苦手意識が少し減った（気がする）。
- 2.サービス担当者会議の目的をチーム全体で認識、共有しながら進めることができた。
- 3.聞きたいポイントを意識してアセスメントできた。

•今後の抱負/希望

アセスメントに対する苦手意識を少し減らせたことで、少しでも自信を持ってアセスメントを行うことができると思う。今後は他職種と連携を図り、あらゆる面からアセスメントを行うことで1つのケアチームとして課題に取り組めるケアマネージャーになりたいと思う。



なりたい自分になる

自信が持てる ケアマネジメント

- ▶ 人生経験
- ▶ 傾聴する気持ち
- ▶ 共感力
- ▶ 介護福祉士としての経験

ケアマネジャーとして、何が必要？

- ▶ 未知との遭遇
- ▶ わからない事が理解できない

ケアマネ一年生って...

流れが全く理解できていない。
施設ケアが抜け切れていない。
ケアマネ...続けていいの。
言葉にできない。



・ 失敗 ・ 消失 ・ 挫折 ・ 恐怖

主任ケアマネの対人技術と手法
利用者と家族に安心を届ける

だれもが持っていた不安な気持ち

同行研修との出会い

- ▶ 時間配分
- ▶ 記録の約束
- ▶ おなじ失敗は繰り返さない

決めた目標は、毎日更新

- ▶ アセスメントから始まるケアマネジメントの一連の流れ
- ▶ 再確認と納得の機会

自分らしく続けたい

- ▶ 歩み続けることが信念
- ▶ 自然と自信はついてくる



なりたい自分になる

令和4年度 同行訪問研修

これでいいの？担当者会議



らいおんハート居宅介護支援センター浦安 多良間真里

担当者会議開催

* 事前に入念な準備とシュミレーション

今回の担当者会議は

「目標の共有とご本人の意欲を引き出す」

参加者：ご本人、配偶者、デイケア相談員、担当理学療法士、ショートステイ相談員、訪問介護サービス責任者、福祉用具専門員→すべてのサービス事業所の参加が実現

☒ みんなに意見を聞いた

☒ ご本人も笑顔で「やってみる」との結論

無事に終わった・・・





★事業所同士のやり取りができるようにするといいいのでは？

→例えばデイケアでのリハビリ動作を自宅でもヘルパーと同じ動作ができるような情報共有、今後のリハビリによって必要になる用具の検討

⇒横の連携をすることでのそれぞれのサービスでの効果が倍増！

なるほど チーム作りだ！
橋渡しをする役割を忘れてる



アドバイザーの担当者会議

不測の事態発生！→KP行方不明、メインのPT欠席
こんな状況でも 冷静に

- ご本人・家族からの要望を聞き取り
- 各目標での役割を明確に
- 次回の確認調整に繋がってる！
- 柔軟さ、臨機応変、機転





気づき

- 「チームを作り、チームで支える」
- ご本人を支える仲間通しの繋がり
- ご本人・家族もみんなで支えてくれる安心感
- たくさんの良いチームを作ることで燃え尽きない
- 落ち着いた会話力
- 会議の目的を忘れずに実行すること

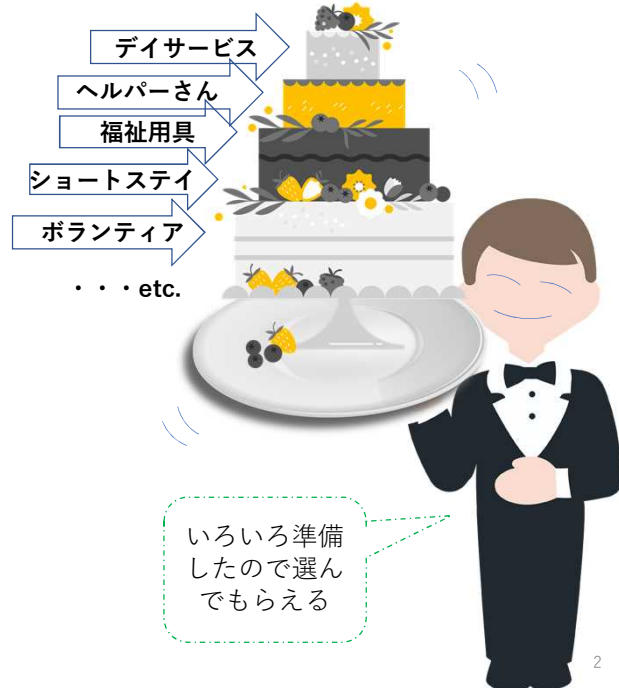
研修に参加して、実際に客観的に確認してもらったことでの気づきや見せていただいたことで感じたことは大切な経験になりました。ありがとうございます。

サービス提供とは

支援者としての心構え

1

befor



2

after



楽しかったこと
辛かったこと
好きなもの
苦手なこと
薬・お金の話
etc



家族の話
サービス提供事業者
からの情報

3

ニーズ・課題を的確に捉えるようになるには？

指導アドバイザー ダイバーシティ浦安 渡邊香織
受講者 介護相談センターよろこび 石澤留美子

モニタリングや
担当者会議は
ちゃんとできて
いる？

自分の足りない
部分って何だろ
う？

本人の課題
ニーズ
見えている？

他のケアマさん
のやり方を
見てみたい

客観的に
見てもらって
色々教えて
もらいたい

主任ケアマネさんの担当者会議やモニタリングに同行すると...

- 多職種に対しても積極的に質問している
- 本人や家族との距離の置き方などに工夫している
- 声掛けの仕方だけでなく、トーンを変えたり速さ変えたりしている
- 本人家族の生活リズムを崩さない時間帯での訪問

多職種(特に医療職)に対し積極的に話ができない自分には、衝撃。こういう感じで連携を取っているというアドバイスも



自分のケースに同行していただく...

いつも通りにモニタリング面談、担当者会議を開催

聞きたいことは
概ね聞けた

しっかりと
モニタリングで聞
き取れていた
と思う

本人・家族との
話しかた
会話の持ってい
き方

ちゃんと話せてい
たし、相手は
信頼して話してい
る様子を受けた

担当者会議の
進め方、意向の
聞きかた、流れ
など

しっかり本人に説
明できていた
他事業所との話も
出来ていたと思う

自分が想像していたより良い評価をいただけたと感じた

自分だけではわかりにくかった部分

- ・ 本人や家族との信頼関係が感じられた
- ・ 話のスピードや本人への配慮ができている
- ・ 全体的にしっかり出来ていると思う

○ 研修をとおして

「客観的な立場からのアドバイスをいただききながら、改めて学びなおし、気づきや課題が明確にとらえられるケアマネになりたい」

と、今回短期目標を立てました。

今後目標とするケアマネ像を目指すべく、今回の経験を通して、更に学びの機会を深めながら、研修前よりも自信をもって目標に取り組むことができると思っています。

他事業所のケアマネさんと関わる機会がコロナ禍で参集型研修がなくなったりと少なくなっていることもあり、この地域同行型研修はとても有意義なものとなりました。今後も地域のケアマネの方々との良い関係性を築くことができればと考えます。



ご清聴
ありがとうございました



同行型研修での学び

受講者番号:S-27

氏名:恩田 瑛

『今までの生活背景を知り利用者を総合的に捉えたうえで現在の本人と家族の支援をする』

という短期目標を立案。

Q.なぜデイサービスで食事を摂ることができないのか？

Q.家族の負担も大きいが、なぜ利用者本人の思いを優先できるのか？

Q.家族の苦労も知っていくなかで、ケアマネージャーとしての関わり方は合っているのか？ etc...



・初日の研修にて

主任：家族からの情報収集は出来ているが、本人はどういう思いなのか？



家族の代弁＝本人のニーズ



担当者会議・モニタリングを行って気づいたこと

主任

- ①本人の意見を尊重しながらも、家族・友人・サービス事業者の思いもしっかりと伝えることで周囲に見守られている安心感が生まれていた。
- ②これまでの生活なども踏まえて利用者の今後を予測し、サービス事業者間でも情報と考えが統一ができるよう働きかけを行っていた。
- ③日常の何気ない会話からも表情や今の気持ちを汲み取り反応を示すことで、話しの流れを誘導し家族にも表出できていなかった本人のニーズを引き出していた。



恩田

- ①何かしなければいけない！という思いから焦っていた。先々のことを見据えながらも、今の本人達の生活を守れるように支援していくことも大切。
- ②各事業所とはサービスの調整で連絡をするとはあったが、情報の統合が出来ていなかった。
- ③話を聞いてはいたが、聴くことが出来ていなかった。会話から出るサインを逃さないようにして、利用者本人の望んでいることを捉える努力が足りなかった。



同行訪問を終えて

・主任ケアマネの同行について、質問に対する返答や解決策の提示が適格かつスピーディーなことに圧倒された。私の場合は勉強不足なこともあり、「それってどうだったかな...？」が多いため、利用者・家族に信頼してもらうためにも確実な知識を身につけていきたい。

・第三者の視点を知ることで利用者の捉え方が変わり、様々な角度から利用者に接することができると感じた。長期目標にあげた『利用者の潜在的な力を引き出す』を達成するためにも、ケアマネ・多職種からの助言はもちろんのこと、日常のちょっとした出来事もケアマネジメントに活かして業務にあたっていきたい。

同行型研修

不安と緊張感

先輩の姿から学べる大きな期待

今の自分の姿

アセスメント力・ケアプランの作成・利用者様との関係性



S-28 伊藤桃子

主任ケアマネのサービス担当者会議

- 利用者に今、必要な介護サービス
- 招集したメンバー
- ご本人の思いを引き出す話術
- 家族の思いに寄り添って



自分のサービス担当者会議

- 認知が進む妻を介護する夫
- 妻の生活状態から介護負担を軽減するサービスを提案
- 招集したメンバー
- ご本人の意向が不明確



モニタリング

- 主任ケアマネ：訪問看護サービスで体調管理と入浴実施
- 半日型デイケアでリハビリを週1回実施
- ご本人・家族・各事業所のそれぞれの方からの聞き取り
- 今後の見立て
- 自分のモニタリング：主治医から訪問看護の勧めと服薬の検討
- 介護医療院への入院相談、デイケアとショートステイの増回
- 訪問看護で体調管理と認知症に関しての相談
- サービス利用後の聞き取り・今後の方向性



同行型研修を終えて

- ケアマネを続けて行く、私の道標を発見！
- なによりもご本人を知る為のアセスメントが大事！
- 準備・話し方・表情は、訪問を有意義に進める鍵！
- ケアプランに載せた事業所との信頼関係を積み上げる！
- 自分が信頼される人間になれるよう日々の努力を！



千葉県介護支援専門員地域同行型研修 振り返り用紙

日付：令和 年 月 日

氏名 _____

研修番号 _____

○ 研修を通じて成長したことベスト3

1

2

3

○ この研修で得たことをどう日常の業務に活用しますか？

○ 今後の抱負／希望（目標設定用紙の「あなたの長期目標」欄も参考に）

令和4年度千葉県介護支援専門員地域同行型研修
アドバイザー事前研修スケジュール

講師：日本ケアマネジメント学会 副理事長 白木 裕子 様

ファシリテーター：

日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー 永沼 明美 様

日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー 飯田 淑江 様

日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー 鈴木 ひとみ様

日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー 西澤 文恵 様

	概	要
9:30	受付	Zoom 入室
10:00	開会(挨拶等)	諸注意
10:10	地域同行型研修の概要 効果（本来の在り方）	講義：白木講師
	Aさん事例のアセスメント	個人ワーク
	Aさんのアセスメント グループディスカッションする	ブレイクアウトセッション
12:30	昼食	ブレイクアウトセッション (交流会)
13:30	3グループ程度発表・講師コメント 参加者からコメント	全体 アセスメント編
	SVの実践場面（DVD）を見て 良かった点・工夫が必要な点について	個人ワーク ブレイクアウトセッション
	グループ発表 DVDを見る。	全体
	学び・気づきの共有をする	全体
16:30	閉会	

千葉県介護支援専門員地域同行型研修初日全体研修 次第

日時 令和4年9月12日（月）
午後1時30分～4時30分
会場 Zoom 開催

1 あいさつ

2 初日全体研修

講師：日本ケアマネジメント学会 副理事長 白木 裕子 様

ファシリテーター：

日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー 永沼 明美 様

日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー 飯田 淑江 様

日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー 鈴木 ひとみ様

日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー 西澤 文恵 様

27名の受講生ごとに組み分けます。

3 事務連絡

4 閉 会

<配付資料>

○全員へ配付

①次第

②名簿

③令和4年度千葉県初日地域同行型研修(講師資料)

④最終日全体研修に関するお知らせ

⑤千葉県介護支援専門員地域同行型研修 研修参加者の心得

⑥資料集(初任者テキスト・⑩目標設定用紙+⑪A 確認ツール・事例について)

⑦振り返り用紙

⑧同行実習に係る留意点

⑨同意書(利用者用)(別紙1)

⑩個別同行実習予定表(別紙2)

⑪アンケート(アドバイザー用、受講者用、ファシリテーター用)

○一部の方へ配付

⑫個別同行報告(別紙3) (アドバイザー・ファシリテーターに配付)

⑬アドバイザーからのメッセージ(アドバイザー・ファシリテーターに配付)

千葉県介護支援専門員地域同行型研修 最終日全体研修について

日時: 令和5年1月27日(金)

午後1時20分～午後5時

場所: オンライン開催

1 タイムスケジュール

時間	内容
13:00～ 13:20	受付 (研修番号-氏名を表示してください) ※参加者名簿参照
13:20～ 13:30	開会、あいさつ、オリエンテーション
13:30～ 14:30	最終日全体研修プレゼンテーション (1～10) ＜発表＞1組につき6分以内 ・受講者によるプレゼンテーション(1人5分以内) ・アドバイザーから受講者へのメッセージ(1人1分)
14:30 14:35	講評 (飯田様 西澤様)
14:35～ 14:45	休憩(10分)
14:45～ 15:50	最終日全体研修プレゼンテーション (1～10) ＜発表＞1組につき6分以内 ・受講者によるプレゼンテーション(1人5分以内) ・アドバイザーから受講者へのメッセージ(1人1分)
15:50 15:55	講評 (鈴木様 永沼様)
15:55～ 16:05	休憩(10分)
16:05～ 16:40	最終日全体研修プレゼンテーション (21～26) ＜発表＞1組につき6分 ・受講者によるプレゼンテーション(1人5分以内) ・アドバイザーから受講者へのメッセージ(1人1分)
16:40～ 16:55	講評・研修のまとめ 講師 白木様
16:55～ 17:00	事務連絡、閉会

2 会場等の注意点

- ・ 進行状況により、時間配分が変更になる場合があります。

3 修了証のお渡しについて

修了証につきましては、所属事業所宛に送付いたします。

申込時と所属事業所が変わる場合は、担当 高田まで御連絡ください。

【連絡先】

千葉県健康福祉部高齢者福祉課介護保険制度班

E-mail: chiba-cm@pref.chiba.lg.jp 電話: 043-223-2387

個別同行実習に係る留意点

初日全体研修終了から最終日全体研修の間に、各組が個別同行実習を行います。実習の実施については、下記のとおり御取り計らいください。

記

1 実習の準備について

(1) アドバイザー及び受講者

① 同意書（別紙1）

本研修にご協力いただく利用者または家族には、同意書（別紙1）により事業の説明と同意を得てください。それらの同意書については、本事業が終了するまで各自保管してください。

② 個別同行実習予定表（別紙2）

アドバイザーと受講者で話し合い、個別同行実習の予定を立てて「個別同行実習予定表」（別紙2）を作成し、原則アドバイザーが各市町村へ提出してください。ただし、アドバイザーと受講者で申込先市町村が異なる場合は、それぞれの市町村に提出してください。

<受講者1名・アドバイザー2名の組の場合>

同行は受講者のケースについて2回、アドバイザーのケースについて2回程度を想定していますが、受講生のケースについて、2回ともアドバイザー2名で同行する、アドバイザーが別日にそれぞれ2回ずつ行く、1回目はAアドバイザー、2回目はBアドバイザーと分ける等調整可能です。反対に受講生がAアドバイザーのケースに2回、Bアドバイザーのケースに2回等、アドバイザーのケースについて2回以上の同行することも可能ですが、受講生への過度な負担とならないように御配慮願います。

(2) 各市町村

提出された予定表を活用し、個別同行実習の進捗について把握し、研修が円滑に進むよう、各市町村で選出したファシリテーターを中心に、アドバイザーと受講者間の調整をしてください。

2 実習実施について

(1) アドバイザー及び受講者

同行時に発生した事故等について研修実施主体では責任を負いかねますので、可能な限り公共交通機関を利用するか、現地集合とする等の検討を併せてお願いいたします。

必要に応じ、ファシリテーター及び講師の助言を得ながら、個別同行実習の円滑な実施に努めてください。なお、講師の助言が必要な場合には、4に記載の問合せ先へ御連絡ください。

3 実習実施報告について

(1) アドバイザー

個別同行実習を実施した後に「実施報告書」(別紙3)により、実習実施日の翌月10日までに、各市町村へ報告してください。

(2) 各市町村

提出された「個別同行実習予定表」及び「実施報告書」を参考に、ファシリテーターを中心に個別同行実習が滞りなく実施されているか確認し、必要に応じアドバイザーと受講者間の調整をしてください。

また、実施報告書は、1か月分毎に取り纏めの上、実習実施日の翌月末までに、4に記載の千葉県担当者宛てに提出してください。原本の送付でも、FAX 又はメールによる写しの送付でも構いません。

例 10月15日に個別同行実習を実施した場合

- ・アドバイザー：11月10日までに各市町へ報告書を提出
- ・各市町村：11月末までに千葉県へ実施報告書を送付
- ・千葉県：報告書に基づき、研修実施状況の把握、謝礼支払い

4 書類送付先及び問合せ先

〒260-8667 千葉市中央区市場町1-1

千葉県健康福祉部高齢者福祉課 介護保険制度班 高田 智子 宛

電話 043-223-2387 FAX 043-227-0050

メール：chiba-cm@pref.chiba.lg.jp

令和4年度千葉県介護支援専門員地域同行型研修 開催要領

1 目的

地域における人材育成の観点から、一定の実務を経験した介護支援専門員（受講者）に対し、主任介護支援専門員（アドバイザー）による実習型研修を実施することにより、相互研鑽を通じて介護支援専門員の実務能力の向上及び主任介護支援専門員の指導力の向上を図る。

2 対象

（1）受講者

原則として、介護支援専門員の実務に従事している者であって、就業後1年程度経過した者かつ今まで本研修に参加したことのない者。

※実践の中で業務に就いて1年程度経過し、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。

（2）アドバイザー

主任介護支援専門員であり、本年度及び過去に千葉県が実施するアドバイザー事前研修を修了した者

研修はZOOMで実施するため、別記のインターネット環境を準備でき、研修でアドバイザーを担える者。

（3）実習協力施設

受講者・アドバイザーの所属する事業所

3 研修内容

（1）アドバイザー事前研修（アドバイザー対象）：千葉県が実施

アドバイザーが本番の同行を想定し、監督指導（スーパーバイズ）の場面の演習事例を外部観察者として評価することにより、自身の監督指導（スーパーバイズ）の傾向を客観的に把握し、本番での適切な助言・指導能力を習得させることとする。

（2）初日全体研修（アドバイザー、受講者対象）：千葉県が実施

アドバイザーと受講者が組になり、受講者が提出した事例をもとにアセスメント確認演習を実施し、アセスメントとケアプランを客観的に確認することにより、アドバイザーと受講者の間で視点を共有化し、研修の目標を設定させることとする。

（3）個別同行実習（アドバイザー、受講者対象）：市町村が実施

アドバイザーと受講者がそれぞれのケースのサービス担当者会議への出席及びモニタリング訪問により、受講者のサービス担当者会議での進行、調整、会議録作成に係る能力の習得及びモニタリング、事後調整のあり方を理解させることと

する。

(4) 最終日全体研修（アドバイザー、受講者対象）：千葉県が実施

受講者がプレゼンテーションによる研修の振り返りを行うことにより、講者等との気付きの共有及びプレゼンテーション能力を習得させることとする。

4 研修日時及び会場

(1) アドバイザー事前研修

日時 令和4年8月19日（金） 午前10時～午後4時

会場 Zoomのブレイクアウトルームを活用

(2) 初日全体研修

日時 令和4年9月12日（月） 午後1時30分～4時30分

会場 Zoomのブレイクアウトルームを活用

ペアの受講者とアドバイザーは、市町村（地域）の同一箇所から参加。

(3) 個別同行実習

日時 初日全体研修後～4か月の間に実施

(4) 最終日全体研修

日時 令和5年1月27日（金）または1月30日（月）のいずれか

午後1時30分～4時30分

会場 Zoomのブレイクアウトルームを活用

ペアの受講者とアドバイザーは、市町村（地域）の同一箇所から参加。

5 予定定員

(1) アドバイザー事前研修70名（令和3年度までに未受講の者に限る）

(2) 受講者40名 受講生とペアを組むアドバイザー40名

6 受講費用 無料とする。

7 申込方法

下記の様式により、申込受付等进行处理することとする。

(1) 受講者

様式1により申込し、様式3を併せて提出する。

(2) アドバイザー

様式2により申込し、様式3を併せて提出する。

(3) 書類提出先

事業所の所在する市町村介護保険担当課とする。別紙一覧参照。

8 受講者とアドバイザーの組み合わせ

提出された申込書により市町村が組み合わせを実施。優先順位をつけ、市町村から千葉県へ提出。（提出期限：令和4年7月15日（金））

9 受講決定通知

市町村から提出のあった組み合わせをもとに受講を決定し、千葉県から通知を現勤務事業所宛へ送付することとする。（7月中を予定）

定員を超過する場合は県が人数調整を実施。

【優先要件】

市町村申込数

本研修へ参加したことがないアドバイザー

主任介護支援専門員有効期間満了日が近いアドバイザー

10 修了証書の交付等

県は事前研修参加のアドバイザー及び地域同行型研修の指導アドバイザーに対して各研修の「修了証書」を交付する。

交付された受講証については、「アドバイザー事前研修修了証書」は、主任介護支援専門員更新研修の個別要件である法定外研修1件として扱い、「地域同行型研修修了証書」は主任介護支援専門員更新研修の個別要件1件として扱う。

別紙一覧

番号	市町村名	担当課	郵便番号	所在地
1	千葉市	保健福祉局地域包括ケア推進課	260-8722	千葉市中央区千葉港 1 - 1
2	銚子市	高齢者福祉課	288-8601	銚子市若宮町 1 - 1
3	市川市	福祉部介護福祉課	272-8501	市川市八幡 1 - 1 - 1
4	船橋市	健康・高齢部 地域包括ケア推進課	273-8501	船橋市湊町 2 - 1 0 - 2 5
5	館山市	健康福祉部高齢者福祉課	294-8601	館山市北条 1 1 4 5 - 1
6	木更津市	福祉部介護保険課	292-8501	木更津市朝日 3 - 1 0 - 1 9
7	松戸市	福祉長寿部介護保険課	271-8588	松戸市根本 3 8 7 - 5
8	野田市	福祉部高齢者支援課 (地域包括支援センター)	278-8550	野田市鶴奉 7 - 1
9	茂原市	福祉部高齢者支援課	297-8511	茂原市道表 1
10	成田市	福祉部高齢者福祉課	286-8585	成田市花崎町 7 6 0
11	佐倉市	福祉部高齢者福祉課	285-8501	佐倉市海隣寺町 9 7
12	東金市	市民福祉部 高齢者支援課	283-8511	東金市東岩崎 1 - 1
13	旭市	高齢者福祉課	289-2595	旭市二の 2132 番地
14	習志野市	健康福祉部介護保険課	275-8601	習志野市鷺沼 2 - 1 - 1
15	柏市	保健福祉部地域包括支援課	277-0005	柏市柏 5 - 8 - 1 2 教育福祉会館
16	勝浦市	高齢者支援課	299-5292	勝浦市新官 1 3 4 3 - 1
17	市原市	保健福祉部共生社会推進課 福祉総合相談センター	290-8501	市原市国分寺台中央 1 - 1 - 1
18	流山市	健康福祉部介護支援課	270-0192	流山市平和台 1 - 1 - 1
19	八千代市	健康福祉部長寿支援課 地域包括支援センター	276-8501	八千代市大和田新田 3 1 2 - 5
20	我孫子市	健康福祉部高齢者支援課	270-1192	我孫子市我孫子 1 8 5 8
21	鴨川市	健康推進課	296-0033	鴨川市八色 8 8 7 - 1
22	鎌ヶ谷市	健康福祉部高齢者支援課	273-0195	鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷 2 - 6 - 1
23	君津市	福祉部介護保険課	299-1192	君津市久保 2 - 1 3 - 1
24	富津市	健康福祉部介護福祉課	293-8506	富津市下飯野 2 4 4 3
25	浦安市	福祉部中央地域包括支援センター	279-8501	浦安市猫実 1 - 1 - 1
26	四街道市	福祉サービス部高齢者支援課	284-8555	四街道市鹿渡無番地

番号	市町村名	担当課	郵便番号	所在地
27	袖ヶ浦市	福祉部介護保険課	299-0292	袖ヶ浦市坂戸市場 1 - 1
28	八街市	市民部高齢者福祉課	289-1192	八街市八街ほ 3 5 - 2 9
29	印西市	福祉部高齢者福祉課	270-1396	印西市大森 2 3 6 4 - 2
30	白井市	健康福祉部高齢者福祉課	270-1492	白井市復 1 1 2 3
31	富里市	健康福祉部高齢者福祉課	286-0292	富里市七栄 6 5 2 -1
32	南房総市	保健福祉部健康支援課	294-8701	南房総市谷向 1 0 0
33	匝瑳市	高齢者支援課	289-2198	匝瑳市八日市場ハ 7 9 3 - 2
34	香取市	福祉健康部高齢者福祉課	287-8501	香取市佐原口 2 1 2 7
35	山武市	保健福祉部高齢者福祉課	289-1392	山武市殿台 2 9 6
36	いすみ市	健康高齢者支援課	298-8501	いすみ市大原 7 4 0 0 - 1
37	大網白里市	高齢者支援課	299-3292	大網白里市大網 1 1 5 - 2
38	酒々井町	健康福祉課	285-8510	印旛郡酒々井町中央台 4 - 1 1
39	栄町	健康介護課	270-1592	印旛郡栄町安食台 1 - 2
40	神崎町	保健福祉課	289-0221	香取郡神崎町神崎本宿 9 6
41	多古町	保健福祉課	289-2241	香取郡多古町多古 2 8 4 8
42	東庄町	健康福祉課	289-0612	香取郡東庄町石出 2 6 9 2 - 4
43	九十九里町	健康福祉課	283-0195	山武郡九十九里町片貝 4 0 9 9
44	芝山町	福祉保健課	289-1692	山武郡芝山町小池 9 9 2
45	横芝光町	福祉課	289-1793	山武郡横芝光町宮川 1 1 9 0 2
46	一宮町	福祉健康課	299-4396	長生郡一宮町一宮 2 4 5 7
47	睦沢町	福祉課	299-4492	長生郡睦沢町下之郷 1 6 5 0 - 1
48	長生村	福祉課	299-4394	長生郡長生村本郷 1 - 7 7
49	白子町	健康福祉課	299-4292	長生郡白子町関 5 0 7 4 - 2
50	長柄町	健康福祉課	297-0298	長生郡長柄町桜谷 7 1 2
51	長南町	保健福祉課 包括支援センター	297-0192	長生郡長南町長南 2 1 1 0
52	大多喜町	健康福祉課 介護保険係	298-0292	夷隅郡大多喜町大多喜 9 3
53	御宿町	保健福祉課	299-5192	夷隅郡御宿町須賀 1 5 2 2
54	鋸南町	保健福祉課	299-1902	安房郡鋸南町保田 5 6 0