

施設&居宅ケアマネジメント！ 1日集中講座

■利用者のニーズと社会資源をつなぐ仕事の具体策

天晴れ介護サービス総合教育研究所 株式会社
代表取締役 榊原 宏昌

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

1

プロフィール

昭和52年、愛知県生まれ 介護福祉士、介護支援専門員
京都大学経済学部卒業後、平成12年、特別養護老人ホームに介護職として勤務
社会福祉法人、医療法人にて、生活相談員、グループホーム、居宅ケアマネジャー、
有料老人ホーム、小規模多機能等の管理者、新規開設、法人本部の仕事に携わる
15年間の現場経験を経て、平成27年4月「介護現場をよくする研究・活動」を目的として独立



著書、雑誌連載多数。講演、コンサルティングは年間300回を超える

4児の父、趣味はクラシック音楽

ブログ、facebookはほぼ毎日更新中、日刊・週刊のメールマガジンを配信

Zoomセミナー、動画講座、YouTubeでも配信中、13年目になる「介護の読書会」主催

天晴れ介護サービス総合教育研究所 <https://www.appare-kaigo.com/> 「天晴れ介護」で検索

- HMS介護事業コンサルタント ■C-MAS介護事業経営研究会スペシャリスト
- 全国有料老人ホーム協会 研修委員 ■日本福祉大学 社会福祉総合研修センター 兼任講師
- 稲沢市介護保険事業計画策定委員会、地域包括支援センター運営協議会、地域密着型サービス運営委員会委員
- 出版実績：日総研出版、中央法規出版、ナツメ社、メディカ出版、その他多数
- 平成20年第21回GEヘルスケア・エッセイ大賞にてアーリー・ヘルス賞を受賞
- 榊原宏昌メールアドレス sakakibara1024@gmail.com

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

2

介護現場をよくする研究・活動



- facebook、ブログ等を毎日更新、情報発信
- 天晴れ介護サービス総合教育研究所YouTubeチャンネル 週1～2回動画配信
- メルマガ（日刊：介護の名言、週刊：介護現場をよくする研究&活動通信）
- 以上の情報はHP（「天晴れ介護」で検索）よりどうぞ

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

著書・雑誌連載



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

本日の内容

1. ケアマネジメントとは？

- ・ 居宅、施設、それぞれのケアマネジメントについて

2. アセスメント

- ・ 課題分析標準項目
- ・ 生活歴・生活習慣の重要性

3. ニーズ、目標の設定、ケアプラン作成

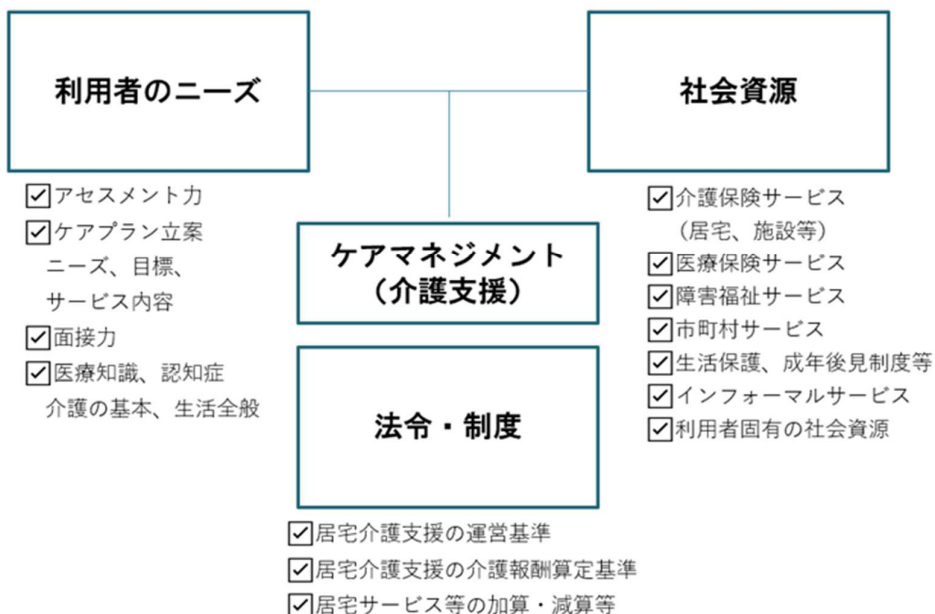
- ・ アセスメントで得た内容からニーズや目標を抽出する方法
- ・ 多職種で作るケアプラン

4. サービス担当者会議、モニタリング、記録

- ・ 効果的、効率的な実施方法
- ・ 日々の記録について

ケアマネジメントとは

「利用者のニーズ」と「社会資源」を結びつけるのが「ケアマネジメント」
つまり、ケアマネジャー（介護支援専門員）の仕事！



ケアプランを学び直す4つの視点

視点	内容
WHY?	
WHAT?	
HOW?	
NOW?	

ケアプランを学び直す4つの視点

視点	内容
WHY?	法令遵守 計画を持つこと →画一的、漫然としたケアはNG →チームケア・多職種協働 →効果測定（科学的介護にも） 説明・動機付け

ケアプランを学び直す 4つの視点

視点	内容
WHAT?	自立支援
	重度化防止
	尊厳の保持

介護保険法より

■介護保険法（第1条：目的 より）

加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により **要介護状態** となり **入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等** について、これらの者が **尊厳を保持** し、その **有する能力に応じ自立した日常生活を営む** ことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る **給付** を行うため（中略）国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

尊厳って何？

■ 尊厳とは何ですか？

- 尊厳を守る
- 尊厳の保持

尊厳 ステップ①モノとの違い

- 尊厳とは、人格に備わる、何物にも優先し、他のものでは取って代わることのできない絶対的な価値。
- モノは壊れてしまえば、新しいモノと交換することができるが、人間はかけがえのない存在であり、ほかのモノで取って代わることはできない。
- したがって、人が、単なる手段や道具として扱われたとき（モノ扱い）人間の尊厳は侵害されることになる。
(認知症ケア専門士テキストより)

モノと比較すると、生き物は何が異なりますか？

心・感情がある	命がある
五感がある（視覚・聴覚・味覚・嗅覚・触覚）	命の維持に毎日のケアが必要
家族がある	
人工的に作れない	

尊厳: ステップ②動物との違い

人間以外の動物との違いを考えてみるとどうでしょうか？
 このあたりの内容は、個人個人異なるものではなく、
 人間一般に本来備わっている大事なもの、と言えるのではないかな？

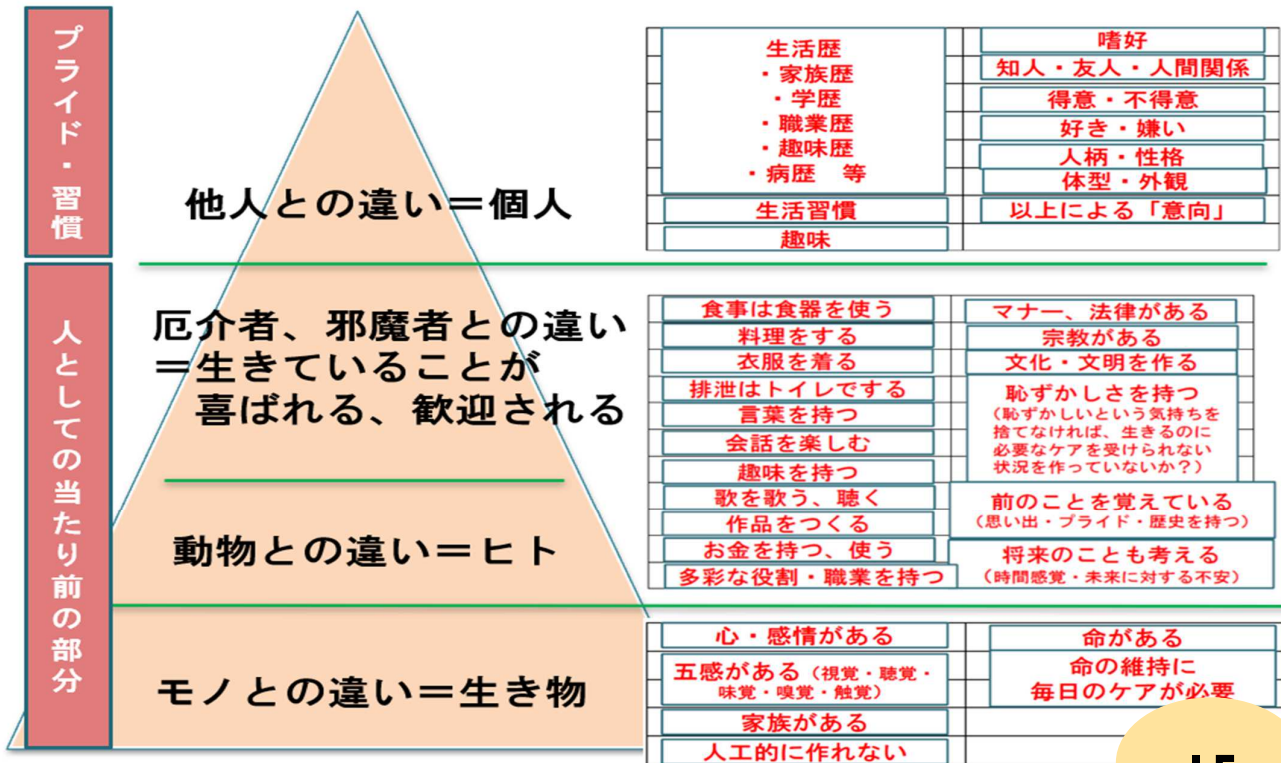
食事は食器を使う	マナー、法律がある
料理をする	宗教がある
衣服を着る	文化・文明を作る
排泄はトイレでする	恥ずかしさを持つ (恥ずかしいという気持ちを捨てなければ、生きるのに必要なケアを受けられない状況を作っていないか?)
言葉を持つ	
会話を楽しむ	
趣味を持つ	
歌を歌う、聴く	前のことを覚えている (思い出・プライド・歴史を持つ)
作品をつくる	
お金を持つ、使う	将来のことも考える (時間感覚・未来に対する不安)
多彩な役割・職業を持つ	

尊厳: ステップ③他人との違い

他人とは違う、一人一人異なるものには何がありますか？

生活歴 ・ 家族歴 ・ 学歴 ・ 職業歴 ・ 趣味歴 ・ 病歴 等	嗜好
	知人・友人・人間関係
	得意・不得意
	好き・嫌い
	人柄・性格
	体型・外観
生活習慣	以上による「意向」
趣味	

尊厳の意味



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

介護保険法より

■介護保険法（第1条：目的 より）

加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により **要介護状態** となり **入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等** について、これらの者が **尊厳を保持** し、その **有する能力に応じ自立した日常生活を営む** ことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る **給付** を行うため（中略）国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

自立とは？

1. 精神的自立

(思っていることを伝えることができる、選択することができる)

2. 人間関係的自立

(対人関係能力も含めて、他者とコミュニケーションをもち、集団的、社会的生活を送ることができる)

3. 身体的自立

(自分の能力を活かした活動と参加ができる)

4. IADLの自立

(買い物、調理、掃除、洗濯、金銭管理等ができる、服薬などの健康管理面の自立も含む)

5. 労働的自立

(労働を通じて社会とつながる、役割を持って人の役に立つことができる。人から感謝される機会を持つ)

6. 趣味活動の自立

(好きなことをすることができる、楽しい時間を過ごすことができる)

ケアプランを学び直す4つの視点

視点	内容
HOW?	<ul style="list-style-type: none">・ アセスメント・ 生活歴・生活習慣の把握と活用 ニーズ抽出と目標設定・ ケアプラン立案・ サービス担当者会議 モニタリング、記録 業務の効率化

介護職の仕事とは？

お年寄りを支える介護職 介護職ってどんなことするの？

お年寄りは体が衰えると自分の力だけで生活することが難しくなります。介護職はそういった方のサポートをする仕事です。主にお年寄りの日常生活の介護などを行い、その人がその人らしい、イキイキとした生活ができることを目指します。



愛知県「介護のお仕事」より 「介護の魅力ネット・あいち」からも閲覧可能

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

19

ケアプランを学び直す4つの視点

視点	内容
NOW?	要介護の高齢者の状況 →今が一番いい状態である人が多いのではないか？

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

20

ケアプランを学び直す 4つの視点

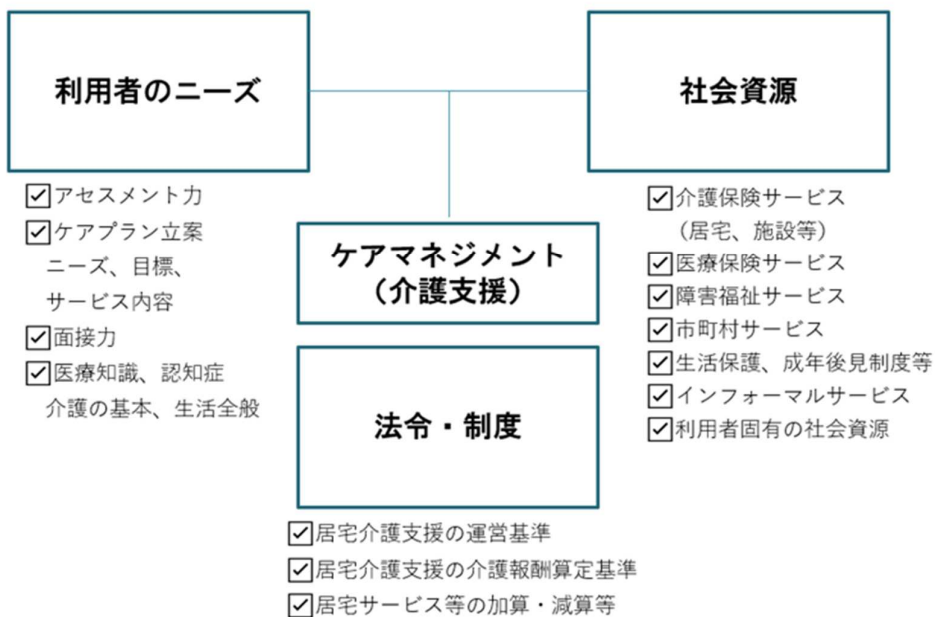
視点	内容
WHY?	法令／計画／説明・動機付け
WHAT?	自立支援／重度化防止／尊厳
HOW?	2コマ目以降の具体策にて
NOW?	要介護高齢者、今が一番良い？

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

21

ケアマネジメントとは

「利用者のニーズ」と「社会資源」を結びつけるのが「ケアマネジメント」
つまり、ケアマネジャー（介護支援専門員）の仕事！



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

22

ケアマネジャーの業務とは？

1. 相談受付、初回面談
2. 重要事項説明書、契約書の説明・同意
3. アセスメント（面談、5つの視点（原因／時系列／日常生活全般／具体的／統合）、6つのニーズ（健康管理／ADLの自立・重度化予防／IADL支援／認知症症状の緩和・進行の予防／社会交流・意欲・楽しみ／介護者支援）
4. ケアプラン作成（多職種連携、社会資源の把握と活用（自助（セルフ・保険外）／互助（家族・地域・ボランティア・総合事業）／共助（介護保険・医療保険等）／公助（生活保護等）
5. サービス担当者会議（招集、司会）
6. モニタリング（面談、継続的なアセスメント）
7. 連絡調整（訪問、電話、FAX、メール等）
8. 支援経過記録／9. 緊急時対応／10. 困難事例対応
11. 給付管理
12. コンプライアンス（法令理解、実施、記録、整備、説明）
13. 認定調査
14. 行政対応（手続き、疑義照会、実地指導、ケアプラン点検、地域ケア会議）
15. 外部・事業所内研修への参加、内部研修主催
16. 事業所内会議への参加、主催・進行
17. 事業所内報連相（情報共有）／18. 面談、育成、評価
19. 勤怠等管理
20. その他法人内業務等（備品、行事等）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

23

地域ケア会議のテーマ例

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1. 老老介護 | 16. 精神疾患 |
| 2. サービス拒否 | 17. ひきこもり |
| 3. 遠距離介護 | 18. 生活困窮世帯 |
| 4. 男性介護者 | 19. 介護虐待 |
| 5. 苦情、クレーム | 20. 消費者トラブル |
| 6. 介護離職 | 21. 軽犯罪高齢者 |
| 7. 障害児・者と同居している高齢者 | 22. 矯正施設出所者 |
| 8. 移動困難 | 23. 過疎地域 |
| 9. 買い物弱者 | 24. 災害弱者 |
| 10. 高齢者ドライバー | 25. 居住系施設 |
| 11. 交通トラブル | 26. 【介護予防】転倒・骨折、関節疾患 |
| 12. 近隣トラブル | 27. 【介護予防】低栄養・脱水 |
| 13. ゴミ屋敷 | 28. 【介護予防】高次脳機能障害 |
| 14. 認知症 | 29. 【介護予防】経度認知障害・認知症 |
| 15. 若年性認知症 | 30. 【介護予防】閉じこもり高齢者 |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

24

ケアマネジャーに求められるもの



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

25

サ高住等における適正なケアプラン調査研究

令和3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分)

サービス付き高齢者向け住宅等における
適正なケアプラン作成に向けた調査研究

報告書

令和4年3月

株式会社 日本総合研究所

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

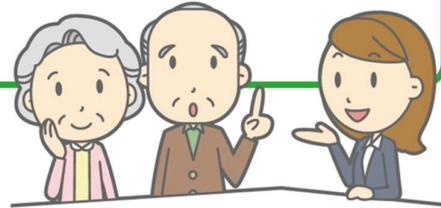
26

サ高住等における適正なケアプラン調査研究

高齢者向け住まいにおけるケアマネジメントのあるべき姿

- サービス提供の元となるケアプランは、ケアマネジメント、とりわけ、アセスメントやモニタリングのあり方に、その内容が大きく左右されるため、あるべき姿を以下のようにとらえておく必要があります。

- ◆ 入居者本人にとっての自立支援および重度化防止、困りごとの解消・改善につながる最適なケアを、多職種協働のチームケアを通じて提供することで、その人の生活の質を上げること・望む暮らしを実現することに、ケアマネジメントの目的をしっかりと据える
- ◆ この点、本質は高齢者向け住まいと、一般在宅で変わることがない



施設ケアマネの特徴

- ▲100件近い担当件数
- ▲1人ケアマネが多い
- ▲兼務も多い
- ▲ケアマネ業務以外の仕事も多い
- ▲学ぶ機会が少ない
- ▲現場においてケアプランがあまり重要視されていない

- 24時間の安心を前提にプランニングできる
- 多職種でのアセスメント、プランニングが可能
- 日々のモニタリングが可能

施設ケアプランに求められるもの

1. 居宅との連携
2. 自宅での生活スタイルの継続性
3. 家族、地域との関係の継続
4. IADL支援における役割創出
5. 緊急の保護
6. レスパイト、ターミナル
7. 在宅復帰

本日の内容

1. ケアマネジメントとは？

- ・居宅、施設、それぞれのケアマネジメントについて

2. アセスメント

- ・課題分析標準項目
- ・生活歴・生活習慣の重要性

3. ニーズ、目標の設定、ケアプラン作成

- ・アセスメントで得た内容からニーズや目標を抽出する方法
- ・多職種で作るケアプラン

4. サービス担当者会議、モニタリング、記録

- ・効果的、効率的な実施方法
- ・日々の記録について

情報収集

1. 本人・家族からの情報収集

- ・困りごと、生活リズム、生活歴、生活習慣

2. 知人・近所からの情報収集

- ・同居世帯、認知症がある人の支援、関係づくりの一環

3. 医師からの情報収集

- ・同行受診が行いやすい方法、**具体的に質問しないと具体的な回答が得にくい**
- 例) 「糖尿病の食事制限について、どの程度まで厳密に行えばよいでしょうか？」

4. 主治医意見書

- ・ケアプランの作成が目的で、本人・家族の同意があれば、市町村より入手できる
- ・**医療面の情報の宝庫!**

5. 認定調査票

- ・4と同様。新規の利用者であれば、課題分析に役立つ情報が満載

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

31

情報収集

6. 看護サマリー

- ・入院中にどのようなケアを受けてきたのかがよく分かる

7. 薬の情報

- ・医療職との連携、緊急時に役立つ、最新のものを把握したい

8. 改訂長谷川式スケール

- ・点数だけでなく何ができて何ができないのかの把握に役立つ

9. 事業所が変わっても、前サービスのプランからの情報収集

- ・利用者の生活は変えない(継続性)
- ・そのためにケアマネジャー同士の引継ぎがある(居宅→施設も同様)

料理に例えれば、**欲しい材料がどこに売っているか?**をよく知っていることが大事
また、**料理の完成形もイメージ**しながら、材料を調達すること
(ケアマネジメントプロセスは慣れてくると「**同時進行**」になる)

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

32

主治医意見書

主治医意見書 記入日 平成 年 月 日

申請者 (ふりがな) 男/女 年 月 日生(歳) 連絡先 ()

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに 同意する。 同意しない。

医師氏名 電話 ()

医療機関名 FAX ()

医療機関所在地

(1) 最終診察日 平成 年 月 日

(2) 意見書作成回数 初回 2回目以上

(3) 他科受診の有無 有 無 (有の場合) → 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他 ()

1 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日

1. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

2. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

3. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明 (不安定とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び主たる原因についてはその診断の根拠等について記入)

健康管理のケアプランを立案する上で有用

要介護状態の原因となっている病気が分かる一原因疾患によって必要なケアが変わる

2 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法

レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養

特別な対応 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置

処置への対応 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 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 III IV M

(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶 問題なし 問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てでチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無 有 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊

無 有 水の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(4) その他の精神・神経症状 無 有 (症状名:) 専門医受診の有無 有 () 無

認知症の症状を知ることができる

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

33

主治医意見書

(5) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位:)

麻痺 (部位:)

筋力の低下 (部位:)

関節の拘縮 (部位:)

関節の痛み (部位:)

失調・不随意運動 (部位:)

褥瘡 (部位:)

その他の皮膚疾患 (部位:)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 自立 介助があればしている していない

車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助

現在の栄養状態 良好 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 かかみ等による疼痛 その他 ()

→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスは省略)

訪問看護 訪問看護 看護職員との訪問による相談・支援

訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護

訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり ()

・摂食 特になし あり ()

・嚥下 特になし あり ()

・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

無 有 () 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請書等の写し等を添付して頂いても結構です。)

ケアマネジャーでは分からない麻痺の程度や能力、拘縮について知ることができる

留意点は必須の確認項目

予測されるリスクと対処方針について書かれているため、そのままケアプランになり得る

具体的なケアプランの内容として生かすことができる

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

34

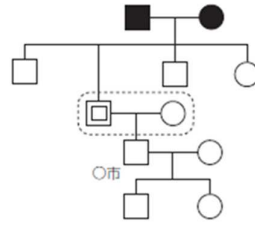
基本情報

利用者基本情報 1

作成年月日	平成〇年8月15日	実施場所	病院	記入者	〇〇〇〇
アセスメント理由	初回	更新(認定・短期目標)	変更	退院、退所	その他
作成年月日		実施場所		記入者	
アセスメント理由	初回	更新(認定・短期目標)	変更	退院、退所	その他
作成年月日		実施場所		記入者	
アセスメント理由	初回	更新(認定・短期目標)	変更	退院、退所	その他

※要介護認定期間内での変更の場合は区別のように加筆すること

ふりがな	いいた えふお			生年月日	昭和〇年3月3日(77歳)
利用者氏名	E田 F男			年齢	
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 A市B区C町〇〇			家族図	
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇				
世帯区分	独居(高齢者のみ) その他()				
家族構成	氏名	続柄	年齢		
	E田 G子	妻	76	難聴、以前から腰と両膝に痛みあり	
	E田 H男	長男	52	遠方(〇市)に在住。車で2時間かかる。日常的な協力は困難だが、入院時などは付き添う	
	E田 I子	長男の妻	48	パートで就労	



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

35

基本情報

☑ 作成年月日・実施場所・記入者・アセスメント理由

- ・いつ作成したのかは重要な情報。書かれた内容がどの時点での情報かが分からないと、最新のものかどうか、今活用できる情報かどうかの判断できないから

☑ 実施場所・記入者

- ・運営基準上「[利用者の居宅で行う](#)」と定められている
- ・記入者は、記録の基本として書くべき事柄
- ・責任の所在を明確にし不明な点がある場合の問い合わせ先にもなる

☑ アセスメント理由

- ・初回、更新、変更、退院・退所について記載する項目

☑ 利用者氏名、生年月日・年齢、住所、電話番号、世帯区分

- ・間違いなく記入するためにも見直す習慣を身につけてほしい項目

☑ 家族構成、家族図

- ・利用者以外の家族等の基本情報
- ・家族の健康状態、就労状況(曜日や時間、連絡先)、同居以外の家族の住所、親・兄弟・子ども・孫については[家族図](#)にまとめておくと一目瞭然
- ・家族構成は、[生活環境や介護力](#)を見る上で基本となる情報

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

36

基本情報

緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号		住所等		
	E田 G子	妻	①自宅〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 ②携帯〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇	本人と同居			
	E田 H男	長男	自宅〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 ③携帯〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇	〇市〇町〇 職場：〇〇株式会社（月～金曜日8時～19時） ④〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇			
	E田 I子	長男 の妻	自宅〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 ⑤携帯〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇	〇市〇町〇 職場：〇〇スーパー（月・水・土曜日10時～16時） ⑥〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇			
主治医（病院）	〇〇クリニック	医師名 診療科目	〇〇先生	電話 番号	〇〇〇-〇〇〇- 〇〇〇〇	受診状況 受診方法	月に1回。タクシー利用。妻が付き添う
希望緊急搬送先	A市民病院 脳神経外科 〇〇先生						
受診病院	A市民病院	医師名 診療科目	〇〇先生 脳神経外科	電話 番号	〇〇〇-〇〇- 〇〇〇〇	受診状況 受診方法	月に1回。タクシー利用。妻が付き添う
受診病院	〇〇歯科	医師名 診療科目	〇〇先生	電話 番号	〇〇〇-〇〇- 〇〇〇〇	受診状況 受診方法	2月に1回。タクシー利用。妻が付き添う
受診病院	—	医師名 診療科目	—	電話 番号	—	受診状況 受診方法	—
現病	脳血管障害後遺症による左上下肢麻痺（平成〇年5月）、高血圧症（平成〇年）、狭心症（不詳）						
既往歴	特になし						
備考	特になし						

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

37

基本情報

☑ 緊急連絡先

- ・緊急時の連絡先は、連絡する優先順位が高い順に記載するのが一般的
- ・緊急時に連絡がつかないと意味がないため、職場の連絡先も確認し、
- ・**勤務日や連絡が取れる時間帯など**の細かな情報も重要

☑ 主治医・希望緊急搬送先

- ・ケアプラン立案時に必要な医療的な情報を得たり、体調変化時や急変時の対応や指示をもらったりする上で、主治医は大変重要な位置を占める
- ・受診状況・受診方法は、**頻度や定期的に受診しているか**を必ず確認する
- ・1人で受診できるのか、同居の家族が付き添っているのか、遠方の家族が受診の介助をしているのかで状況は大きく異なるので、聞き取りをする

☑ 受診病院

- ・歯科や眼科、皮膚科、耳鼻科、整形外科などにかかっているケースは多い

☑ 現病・既往歴

- ・現病とは、現在治療中の病気のこと、診断書などを参考に、診断名と診断を受けた年月日を書く。進行性の病気では特に重要な情報となる
- ・既往歴とは、今までにかかったことのある病気、同じく年月日を記入する

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

38

基本情報

利用者基本情報2

	初回相談年月日	受付方法	相談者・相談経路
初回相談内容	平成〇年8月15日	訪問・電話・その他（ ）	妻（A市民病院医療福祉相談室の紹介）
	平成〇年5月に脳梗塞発症にて入院。左上下肢麻痺となり、リハビリテーション後、杖歩行の状態にまで回復。平成〇年8月に退院する予定。退院後は自宅で夫を介護したいと思っているが、腰や膝が痛いので、十分な世話ができるかどうか心配。		
本人の主訴	退院して家に帰れるのを楽しみにしている。ただ、家に帰っても、ちゃんと生活ができるかが不安。妻の体の具合がよくないのも心配。		
家族の主訴	妻：退院後は夫と一緒に自宅で暮らしたいと思っているのですが、自分は腰や膝が痛いので、十分な世話ができるか心配。このまま連れて帰っても、やっていけるのか不安。		
障害高齢者の日常生活自立度	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

基本情報

過去

現在

未来

☑ 初回相談内容

- ・いつ、誰から、どのような相談があったかを記入
- ・特に「誰から」の相談なのかは、その後のケアマネジメントプロセスにおいて重要な情報
例えば、利用者本人からと家族からとでは支援の始まり方が異なる
- ・家族関係がうまくいっていない場合は、**関係性を考慮しながら**の慎重な対応が求められる

☑ 本人・家族の主訴

- ・**利用者本人・家族それぞれの要望**で、ケアプランにそのまま生かせる重要項目
- ・結論から言えば、私はこの主訴の項目は、**面談の最後に聞く。**
- ・障害を負ってなお、ああしたい、こうしたいと要望を話す利用者は少ないのが実際
- ・まずは**目の前の一つひとつの困り事を聞いた上で最後にまとめる**のがコツ
- ・ケアプランとの連動では、ズバリ、**第1表「利用者および家族の生活に対する意向」**の内容
- ・注意点は**「将来」**のことであるという点
- ・「こんな暮らしがしたい」「こんなふうに過ごしたい」という内容になっているかどうか点検
- ・本人・家族を分けて書いてあるか、また家族とは具体的に誰なのか？
- ・夫、長男、長男の妻、長女などを明確にする、家族間で意向が異なるなら両方記載する

☑ 日常生活自立度、介護保険認定情報、被保険者情報等

- ・日常生活自立度は、主治医意見書の記述を確認
- ・本人の状態像を端的に表しているものであり、何より加算に影響する項目

基本情報

	申請中	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
介護保険 認定情報	被保険者番号	○○○○○○○○		認定年月日	平成○年8月13日			
	交付年月日	平成○年8月14日		認定審査会意見	なし			
	認定期間	平成○年8月1日～平成○年1月31日						
	医療保険	後期高齢者医療						
被保険者情報等	障害者手帳	無 有 ※申請予定						
	生活保護	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有						
現在利用している サービス等 (医療系、イン フォーマルなど含 めて記入)	サービス種別	事業所名・連絡先等		サービス種別	事業所名・連絡先等			
	通所介護	○○デイサービス 担当：○○様 TEL：○○○○-○○-○○○○ FAX：○○○○-○○-○○○○		基会所の知人	○○○○様 住所：○市○町 TEL：○○○○-○○-○○○○			
	訪問リハビリ	○○リハビリセンター担当：○○様 TEL：○○○○-○○-○○○○ FAX：○○○○-○○-○○○○						
	福祉用具貸与	○○福祉用具 担当：○○様 TEL：○○○○-○○-○○○○ FAX：○○○○-○○-○○○○						
	福祉用具購入	○○福祉用具 担当：○○様 TEL：○○○○-○○-○○○○ FAX：○○○○-○○-○○○○						
	住宅改修	○○福祉用具 担当：○○様 TEL：○○○○-○○-○○○○ FAX：○○○○-○○-○○○○						

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

41

2. 課題分析 I

☑ 介護保険認定情報

- ・利用者の認定結果（要介護状態区分，介護認定審査会の意見，区分支給限度基準額など）について記載

☑ 被保険者情報等

- ・介護保険，医療保険，生活保護，身体障害者手帳などの制度に関する情報

☑ 現在利用しているサービス等

- ・介護保険サービスだけでなく，利用者が現在受けているサービスの状況も把握する
- ・利用者の**生活全体を把握し，支える**のがケアマネジャーの役割
- ・ケアプランとの連動では，家族や知人，サークルの仲間などのインフォーマルサービスも，第2表「サービス内容」「サービス種別」に組み入れることができる
- ・介護保険サービスを中心としたフォーマルサービスでは実現しづらい内容も盛り込める
何より本人の情緒的な支援も期待できる

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

42

生活歴・生活習慣の把握

生活歴

年代	生活地域	生活型（住居や家族の変化、職業、思い出・エピソード等）
生まれ	N市	4人兄弟の次男として生まれる
小学生	N市	
中学生	N市	
高等学校	N市	高校、大学と野球部所属、7番レフト
20代	N市	昭和31年〇〇大学経済学部卒業後、〇〇自動車メーカーに就職、総務部に主に経理を担当（当時はクラブ日が多かった） 昭和33年24歳の時にひ子様と結婚 昭和34年長男誕生、昭和35年母死亡、昭和36年父死亡
30代	N市	
40代	A市	昭和54年マイホームを建てる（現金と20年ローン）
50代	A市	昭和63年長男結婚（長男夫婦随所に転居）
60代	A市	平成6年課長で退職（38年勤め永年勤続賞）、子会社に再就職し事務関連の仕事 平成11年退職後、知人の誘いで養老所に通い始める
70代	A市	平成23年（77歳）、脳梗塞発症
80代		
90代		

私がしてきた仕事や得意な事など	一日の過ごし方
<ul style="list-style-type: none"> 〇〇自動車メーカー（総務部で経理の仕事） 大学時代野球部（7番レフト）野球は巨人ファン 園芸 新聞などの時事の話題（特に政治経済の話題が得意） 	<p>朝起きて、充実していた頃の過ごし方</p> <p>4:00 起床・朝食</p> <p>7:00 会社員に営業店</p> <p>9:00 仕事</p> <p>12:00 昼食</p> <p>15:00 仕事</p> <p>18:00 帰宅</p> <p>21:00 入浴</p> <p>23:00 就寝</p>
<ul style="list-style-type: none"> 私の好む話、好まない話 （好きな話）野球の話 （好まない話）人の悪口 芸能関係（興味がない） 	<p>病気になる前の過ごし方</p> <p>4:00 起床・朝食</p> <p>7:00 散歩、犬の散歩</p> <p>9:00 新聞、テレビ</p> <p>12:00 朝食、散歩（犬連れ）</p> <p>15:00 コーヒー</p> <p>18:00 散歩</p> <p>21:00 夕食・散歩</p> <p>23:00 就寝</p>
その他	

生活習慣

項目	現在の状況・以前の状況など
毎日の習慣となっていること	3年前まで犬を飼っており、朝晩の散歩が日課だった 犬が死んでからは運動しなくなった
食事の習慣・嗜好	コーヒー好きで、1日に3回はコーヒーを飲んでいた 働いていたころは出勤前によく喫茶店に行っていた
飲酒・喫煙の習慣	酒は1日缶ビール1本程度、夕方は20年前にやめた 喫煙をどうしようか迷っている
排他的習慣・トイレ様式	もともと便秘気味（2、3日に1度程度） 自宅は和式
お風呂・身だしなみ（湯の温度、お湯の量、髪型、髪をとかす）	少し熱めの湯が好き、入浴時間は短い
おしゃれ・色の好み・履物	おしゃれにはあまり関心なし
好きな音楽・テレビ・ラジオ	音楽はあまり聴かない、ニュースや野球が好き
家事（洗濯、掃除、買い物、料理、食事の支度）	妻が行ってきた 休日に買い物と一緒に行く程度
仕事（生活の糧として、社会的役割として）	〇〇自動車メーカーで総務部（主に経理担当） 定年後は子会社で事務の仕事
興味・関心・遊び	ニュース、野球、園芸（市内の養老所、付き合っている知人も多い） 定年後は、夫婦で年1回は泊まり旅行
なじみのものや道具	赤松のマイホームであり、リビングと書斎が気に入る
得意な事／苦手な事	（得意）園芸、新聞などの時事の話題（特に政治経済の話題が得意） （苦手）絵をかくこと
性格・特徴・対人関係など	まじめで丁寧、どちらかといえ社内内。打ち解けるとユーモアが出る。 言いにくいことが言えずにストレスをためる
信仰について	
私の健康法（例：乾布摩擦など）	なし
記念日の過ごし方（誕生日、結婚記念日等）	誕生日にはいつも長男家族も自宅に来てお祝い 結婚記念日には夫婦で行きつけのジムへ行っていた
その他	

興味や関心があることに空を空欄にします。			
<input type="checkbox"/> 食だしなみ	<input type="checkbox"/> 友達とおしゃべり	<input type="checkbox"/> 読書	<input type="checkbox"/> 旅行・温泉
<input type="checkbox"/> おしゃれ	<input type="checkbox"/> 友達とおしゃべり	<input type="checkbox"/> 園芸	<input type="checkbox"/> 旅行・温泉
<input type="checkbox"/> 掃除・整理整頓	<input type="checkbox"/> 家族・親戚との関係	<input type="checkbox"/> 俳句	<input type="checkbox"/> 体操・運動
<input type="checkbox"/> 料理づくり	<input type="checkbox"/> 異性との交流	<input type="checkbox"/> 書道・習字	<input type="checkbox"/> 散歩
<input type="checkbox"/> 買い物	<input type="checkbox"/> 図書館へ行く	<input type="checkbox"/> 絵を描く・絵手紙	<input type="checkbox"/> グランドゴルフ などのスポーツ
<input type="checkbox"/> 自家や庭の手入れ	<input type="checkbox"/> ボランティア	<input type="checkbox"/> パソコン・ワープロ	<input type="checkbox"/> ダンス・踊り
<input type="checkbox"/> 洗濯・洗濯物たたみ	<input type="checkbox"/> 地域活動（町内会等）	<input type="checkbox"/> 音楽	<input type="checkbox"/> 野球・相撲観戦
<input type="checkbox"/> 自転車・車の運転	<input type="checkbox"/> お祭り、宗教活動	<input type="checkbox"/> 映画・観劇・演奏会	<input type="checkbox"/> 競馬・競輪 パチンコ
<input type="checkbox"/> 電車・バスでの外出	<input type="checkbox"/> 生涯学習	<input type="checkbox"/> お茶・お花	<input type="checkbox"/> 編み物・針仕事
<input type="checkbox"/> 子供・子供の世話	<input type="checkbox"/> 自分史・日記	<input type="checkbox"/> 歌を歌う・カラオケ	<input type="checkbox"/> 福祉事業・園芸
<input type="checkbox"/> 動物の世話	<input type="checkbox"/> 歴史	<input type="checkbox"/> 音楽を聴く 楽団演奏	<input type="checkbox"/> 資金を貯う仕事

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

43

興味・関心チェックシート

別紙様式 2 - 1

興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

44

興味・関心チェックシート

買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

45

生活歴・生活習慣の把握と活用

アセスメントを行うものの、情報が現在に偏りがち…

- 以前の情報、要介護状態になる前の暮らしぶりにヒントが多い！
- 障害は治らなくても、以前の生活スタイルを取り戻したい（近づきたい）

- リハビリの目標
- BPSDの緩和
- 地域交流
- インフォーマル資源の活用
- ターミナルケア（人生の最終段階）
- 多職種で共有する共通目標の設定

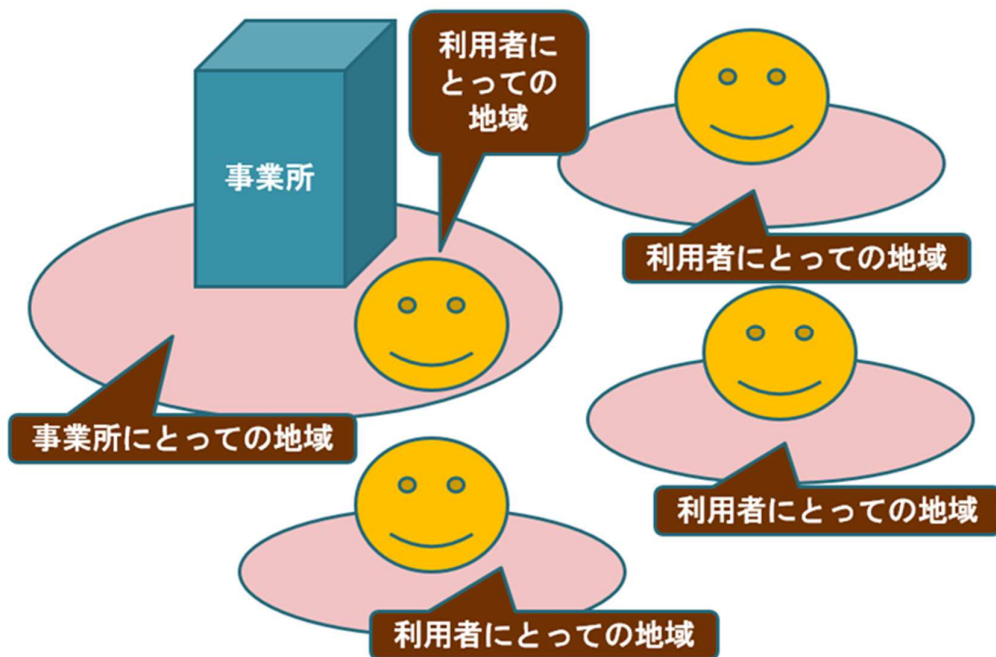
➤ 生活歴・生活習慣の把握の方法

- ◎ 白紙を渡す
- ◎ 記載例も渡す
- ◎ 意義を伝える

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

46

地域との連携を考える



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

生活歴・生活習慣の把握

天晴れ介護サービス総合教育研究所では、介護現場をよくする研究・活動を行っています

Since2015 <https://www.appare-kaigo.com/>
 「介護現場をよくする研究・活動」それが私たちの仕事です。

天晴れ介護サービスの日々の活動はブログからご覧いただけます。
[ブログはこちらからどうぞ](#)

トップページ | ご挨拶＆プロフィール | 事業概要＆理念 | 業務＆相談 | セミナー情報 | 研修企業＆コンサルティング | リンク | お問い合わせ

現場を動かすコンサルティング
 ケアマネ教育 個別ケア 多職種連携
 介護現場をよくする研究・活動
 対人援助 介護士 地域福祉
 社会人 福祉人教育
 経営と現場をつなぐ 事業経営実践塾
 オンライン、コンサルティング
 YouTube ワンポイント講座

実践活動 毎日・毎週の情報発信 (ブログ・メルマガ) <https://www.appare-kaigo.com/> (天晴れ介護)

代表 藤原 宏典
 介護現場をよくする研究・活動を行っています！
[ご挨拶＆プロフィールはこちら](#)

研修企業の専門講師
 今後は、株式会社グループ
 会長の藤原宏典氏が、介護現場をよくする研究・活動の中心人物として活躍を期待しています。

介護現場をよくする研究・活動について

介護現場をよくする研究・活動
 ～なぜ、この仕事をしているのか？～
[介護現場をよくする...](#)

無料教材「生活歴」各種シート
 facebookライブ＆YouTube
[各様シート&YouTu...](#)

大好評！無料レポート＆各種シート
 ●「生活歴・生活習慣シート」／●「介護事故の避に必要なお話」／
 ●「実地指導対策！個別ファイルチェック」／●「主治医への報告書」

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

生活歴・生活習慣の把握と活用

☑事業所で活用する時の3つのコツ

1. 声に出して読み合わせをする
2. もっと聞きたい項目を挙げてみる
3. 具体的にどんなケアが考えられるか話し合う

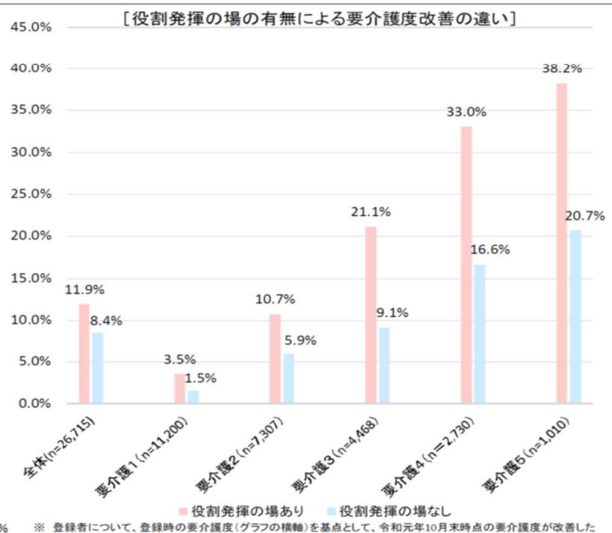
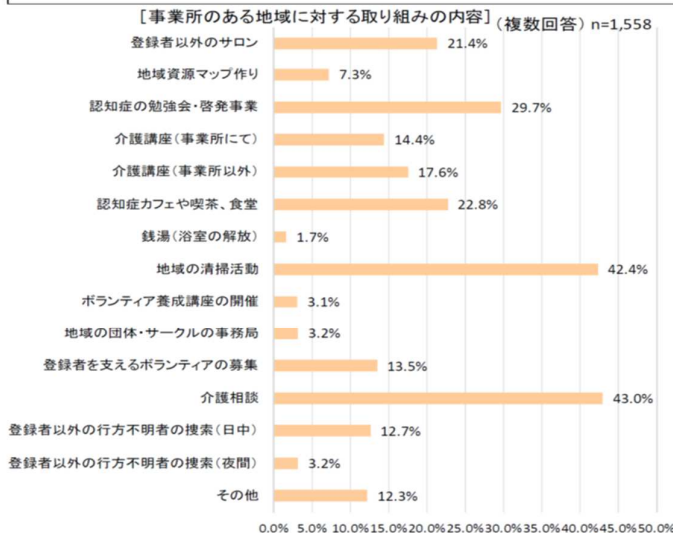
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

49

小規模多機能における取り組み

地域への取り組みの内容、役割発揮の場の有無による要介護度改善の違い

- 小規模多機能型居宅介護事業所が主体的に実施している地域への取り組みとしては、「介護相談」、「地域の清掃活動」、「認知症の勉強会・啓発事業」のほか、「認知症カフェや喫茶、食堂」が22.8%、「登録者以外のサロン」が21.4%。
- 事業所・地域で利用者の役割発揮の場がある場合には、無い場合と比較して利用者の要介護度の改善状況が良い傾向となっている。



出典：平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「中重度者を支えるために求められる小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業」(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会)

出典：令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「小規模多機能型居宅介護における経営の安定性確保や介護人材の確保等に関する調査研究事業」26(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会)

役割・日課を持つことの重要性

項目	具体的活動	目的・効果
掃除	<input checked="" type="checkbox"/> ほうき、雑巾がけ、掃除機 <input checked="" type="checkbox"/> シーツ交換など	<input checked="" type="checkbox"/> 筋力向上、バランス能力向上 <input checked="" type="checkbox"/> 注意力、集中力向上
洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> 洗濯機操作、物干し、取り込み <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯物たたみなど	<input checked="" type="checkbox"/> できる行為を行うことによる安心感 <input checked="" type="checkbox"/> 懐かしい行為を行うことによる脳の活性化 <input checked="" type="checkbox"/> 身体の活動性の向上
調理	<input checked="" type="checkbox"/> おやつ作り含む <input checked="" type="checkbox"/> 洗う、切る、混ぜる、こねる、煮る、炒める、味見など	<input checked="" type="checkbox"/> 役割を担うことによる意欲向上、自尊心の回復 <input checked="" type="checkbox"/> 仲間づくり、居場所づくり <input checked="" type="checkbox"/> 認知症の進行予防、症状緩和
配膳	<input checked="" type="checkbox"/> 数の把握、取り分けやすい食材 <input checked="" type="checkbox"/> 食器選び、ワゴン、お盆で運ぶ	
後片付け	<input checked="" type="checkbox"/> 下膳、食器洗い、食器拭き	
整容	<input checked="" type="checkbox"/> 洗面、整髪、化粧 <input checked="" type="checkbox"/> 歯磨き、義歯の手入れ、髭剃り	<input checked="" type="checkbox"/> 人に介護してもらう心理的負担軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の介護負担軽減
音楽	<input checked="" type="checkbox"/> 歌う <input checked="" type="checkbox"/> 楽器演奏 <input checked="" type="checkbox"/> 鑑賞	<input checked="" type="checkbox"/> 文字を読む、聞く、発声 <input checked="" type="checkbox"/> 言語障害があっても歌えることがある <input checked="" type="checkbox"/> 思い出話を聞くことによる精神的な安定、回想や会話で意欲向上
外出	<input checked="" type="checkbox"/> 散歩 <input checked="" type="checkbox"/> 喫茶 <input checked="" type="checkbox"/> 買い物 <input checked="" type="checkbox"/> 季節の外出	<input checked="" type="checkbox"/> 身体の活動性の向上 <input checked="" type="checkbox"/> 親しい人との交流を持つことで精神的安定 <input checked="" type="checkbox"/> 季節感を感じて、見当識の維持向上 <input checked="" type="checkbox"/> 思い出話を聞くことによる精神的な安定、回想や会話で意欲向上
町内行事	<input checked="" type="checkbox"/> 祭り、運動会	
子供との交流		<input checked="" type="checkbox"/> 年長者としての役割、意欲向上
その他：新聞・雑誌、会話（言う・聞く・意思疎通）畑、園芸、工作・裁縫、動物の世話 映画鑑賞、ラジオ、書道、書き物		

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

51

自立支援促進加算（介護保険施設）

寝たきり予防・重度化防止に係る取組に対する評価の新設について

3. (3)①

- 対象サービス：介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院等の施設サービス
- 利用者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、以下の取組を行う。

① 定期的なアセスメントの実施

- ・ 全ての入所者について、リハビリテーション・機能訓練、日々の過ごし方等に係るケア等の実施により、利用者の状態の改善が期待できるか等の医学的アセスメントを所定の様式（※）に準じて実施する。

② ケアプランの策定・ケアの内容等に係る会議の実施

- ・ 医師、ケアマネジャー、介護職員等が連携して会議を実施し、上記アセスメントを踏まえた、リハビリテーション・機能訓練、日々の過ごし方等について、所定の様式（※）に準じて計画を策定する。

③ CHASEを活用したPDCAサイクルの推進

- ・ 厚生労働省（CHASE）にデータを提出し、フィードバックを受けることで、ケア計画の見直し等において活用し、PDCAサイクルを推進する。

※ 様式について

具体的内容としては、下記を想定。

- ・ 医学的アセスメント
- ・ リハビリテーション・機能訓練の必要性
- ・ 日々の過ごし方（離床時間、座位保持時間、食事・排せつ・入浴の場所や方法、社会参加的活動等）

117

自立支援促進加算（介護保険施設）

支援実績

離床・基本動作	ADL 動作	日々の過ごし方等	訓練時間
<ul style="list-style-type: none"> 離床 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり（ ）時間 座位保持 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり（ ）時間 (内訳) <ul style="list-style-type: none"> ベッド上（ ）時間 車椅子（ ）時間 普通の椅子（ ）時間 その他（ ）時間 立ち上がり <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり（ ）回 	<ul style="list-style-type: none"> 食事 <ul style="list-style-type: none"> (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/>居室外（普通の椅子） <input type="checkbox"/>居室外（車椅子） <input type="checkbox"/>ベッドサイド <input type="checkbox"/>ベッド上 <input type="checkbox"/>その他 食事時間や嗜好への対応 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 排せつ（日中） <ul style="list-style-type: none"> (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/>居室外のトイレ <input type="checkbox"/>居室内のトイレ <input type="checkbox"/>ポータブル <input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他 個人の排泄リズムへの対応 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 排せつ（夜間） <ul style="list-style-type: none"> (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/>居室外のトイレ <input type="checkbox"/>居室内のトイレ <input type="checkbox"/>ポータブル <input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他 個人の排泄リズムへの対応 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 入浴 <ul style="list-style-type: none"> (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/>大浴槽 <input type="checkbox"/>個人浴槽 <input type="checkbox"/>機械浴槽 <input type="checkbox"/>清拭 1週間あたり（ ）回 マンツーマン入浴ケア <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の希望の確認 <ul style="list-style-type: none"> 1月あたり（ ）回 外出 <ul style="list-style-type: none"> 1週間あたり（ ）回 居室以外（食堂・デイルームなど）における滞在 <ul style="list-style-type: none"> 1日あたり（ ）時間 趣味・アクティビティ・役割活動 <ul style="list-style-type: none"> 1週間あたり（ ）回 職員の居室訪問 <ul style="list-style-type: none"> 1日あたり（ ）回 職員との会話・声かけ <ul style="list-style-type: none"> 1日あたり（ ）回 着替えの回数 <ul style="list-style-type: none"> 1週間あたり（ ）回 居場所作りの取組 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ専門職による訓練 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり（ ）時間 看護・介護職による訓練 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり（ ）時間 その他職種 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり（ ）時間

(※ 利用者が実際に日常生活の中で「しているADL動作」について評価して下さい。)

介護保険最新情報Vol.934（令和3年3月16日）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

53

ケアの基本と個別性への視点

1	食事ケア	食事量
		姿勢
		咀嚼・嚥下状態
		動作の自立・道具
		食事内容・嗜好
2	排泄ケア	排泄物の状態・量・回数
		尿意・便意
		夜間のケア
		動作の自立・道具
		羞恥心への配慮
3	入浴ケア	前後の体調
		全身状態の観察
		湯温、生活習慣
		動作の自立・道具
		羞恥心への配慮

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

54

健康状態

課題分析概要

作成年月日	平成〇年8月15日	実施場所	病院	記入者	〇〇〇〇
アセスメント理由	初回	更新（認定・短期目標）	変更	退院、退所	その他
作成年月日		実施場所		記入者	
アセスメント理由	初回	更新（認定・短期目標）	変更	退院、退所	その他
作成年月日		実施場所		記入者	
アセスメント理由	初回	更新（認定・短期目標）	変更	退院、退所	その他

※要介護認定期間内での変更の場合は区別のつくように加筆すること

項目	着目点・細目	内容	予後・予測等
1 健康状態	1. 疾病管理の方針 (処置、投薬内容など)	【主治医より】血圧の薬は必ず服用すること。時々血圧のチェックをすること	【主治医より】 降圧剤の服用をし なければ、再び脳 梗塞を引き起こす 可能性あり 【ケアマネジャー】 活動性が乏しくな ると、廃用症候群を 起こす可能性は高 い
	2. 痛み、症状、コントロール	血圧は内服薬にて現在はコントロールできている	
	3. 麻痺、拘縮	左上下肢、左肩、左肘麻痺（中等度）、両下肢筋力低下（中等度）	
	4. リスク管理上の留意点 アレルギー等禁忌・副作用	転倒に注意 アレルギーはなし	
	5. 身長・体重・BMI	身長172cm、体重68kg、BMI22.9（測定日H〇.8.4）	
	6. 疾患についての 本人・家族の理解	良好	
	7. 廃用症候群	入院中に全身の筋力など全般的に低下	
	8. 睡眠の状況	良好	
	9. その他	特になし	

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

55

健康状態

1. 疾病管理の方針（処置、投薬内容など）

- ・「健康管理」のケアプランを立てる際に重要な項目
- ・医師から直接情報を得るには、**書面、面談、同行受診などの方法**を駆使する

2. 痛み、症状、コントロール

- ・どのような症状があり、症状に対し日常のコントロールが必要かどうかを記入

3. 麻痺、拘縮

- ・麻痺の程度、拘縮の程度について記入

4. リスク管理上の留意点、アレルギー等禁忌・薬の副作用

- ・日常生活上のリスクは最も予測しておくべき内容
- ・アレルギーや禁忌も大きな事故や危険につながる項目のため、医療との連携が重要

5. 身長・体重・BMI

- ・栄養状態の目安となる項目で、食事内容と共に確認。**測定日**も記入

6. 疾患についての本人・家族の理解

- ・疾患についての**本人・家族の理解度**は、健康管理に大きく影響を及ぼす

7. 廃用症候群

- ・**活動性**が乏しいために起こる状態

8. 睡眠の状況

- ・睡眠の状況によって、日中の活動の質量が変わる。**夜間の介護の時間**にもつながる

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

56

ADL

2 ADL	1. 寝返り	自立（ベッド柵などにつかまれば可能）	<p>【主治医より】 歩行訓練を継続しなければ、すぐに歩けなくなる可能性あり</p> <p>【ケアマネジャー】 活動性が乏しくなると、廃用症候群を起こす可能性は高い</p>
	2. 起き上がり	自立（ベッド柵などにつかまれば可能）	
	3. 座位保持	自立（足がしっかり床に着くように、ベッドの高さ調整が必要）	
	4. 立ち上がり	自立（介助バーにつかまれば可能）	
	5. 立位保持	自立（介助バーなど何かにつかまっていれば可能）	
	6. 移乗	見守り（介助バーなどにつかまればできるが、若干不安定）	
	7. 歩行、移動（屋内）	見守り（一本杖で可能だが、ふらつくことも多い）	
	8. 歩行、移動（屋外）	一部介助（横に付き添えば可能だが、屋外では通常は車いすを使用）	
	9. 着脱衣	一部介助（ボタンのかけ外しは練習中。かぶりの服だと手が引っかかるため介助。ズボンを下ろすのは壁に寄りかかれば立位でできるが、履くのは座って行う（時間はかかる）	
	10. 食事摂取動作	自立（セッティングしてあれば可能）	
	11. 入浴動作	洗身洗髪:足先、背中が介助 浴槽の出入り:座って行うが、一部介助	
	12. 入浴方法等	一般浴使用 頻度:毎日 入る時間帯:自宅では夕食後 異性介助:可	
	13. 排泄動作	一部介助（移動が間に合わないことがあるため注意。ズボンの着脱に介助）	
	14. その他	特になし	

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

57

ADL

- ・「ADL は一部介助」というアセスメントを見る
- ・ADL と言っても広すぎて何ができて何ができないのか、何を一部介助すればよいのか分からない
- ・例えば、「ベッドから起き上がって立つ」という動作は、**寝返り→起き上がり→座位保持→立ち上がり→立位保持という一連の動作**で成り立つ
- ・この中で、全部に介助が必要なのか、自分でできる部分はないのか、どこがどのように困難なのかなど**具体的に 見ることなしに、「自立支援」は行えない**
- ・表への記入方法は、まず「自立・見守り・一部介助・全介助」から該当するものを選択し、その隣のスペースに具体的な内容を記入
- ・「認定調査票」の特記事項記入と同じ要領で、このスペースを活用
- ・「自立支援」は動作だけの問題ではないが、やはり**「自分のことが自分でできる」ことは精神的にも大きく影響し、元気の素となる**
- ・ここでは食事・入浴・排泄という3大介護の「動作」に焦点を当てているが、動作以外の詳しい内容は排泄は項目7で、食事は項目10で見える。
- ・入浴方法については、頻度や時間帯、異性介助の可否について記入

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

58

IADL

3	IADL	1. 食事準備	献立・調理・後片付け:入院前より妻が行っている	【ケアマネジャー】 もともと妻が行っていた内容が多いが、整容などは練習次第で自立度が高くなる可能性がある
		2. 電話	自分でかけることができる	
		3. 掃除, 身辺整理	入院前より妻が行っている	
		4. 洗濯	入院前より妻が行っている	
		5. 買い物	入院前より妻が行っている	
		6. 金銭管理	入院前より妻が行っている	
		7. 生活管理	戸締まり:自立 ゴミ出し:妻 冷暖房:自立 衣類管理:妻	
		8. 服薬管理	自己管理可能	
		9. 整容等	洗面・整髪・髭剃り:可能だが片手なのでまだ慣れずやりにくそう 爪切り:介助	
		10. その他	特になし	

IADL

・ついつい、**安易に介護者が代行**するプランを立ててしまいがち

・日常生活を送る上では**社会参加や役割にも関わる大切な内容**

1. 食事準備

- ・献立を考え、調理をし、後片付けを行うという一連の流れができるかどうか確認
- ・毎日3回行われることなので、大きなウエイトを占めます。

2. 電話

- ・特に利用者が独居の場合は電話が使えることが**安否確認**などの大切な手段になる

3. 掃除, 身辺整理 / 4. 洗濯 / 5. 買い物

- ・掃除や洗濯は、**道具や方法を工夫**することで1人で行えるようになることもある

6. 金銭管理

- ・金銭管理は、利用者にとって**自信**につながる項目

7. 生活管理

- ・特に**利用者が独居の場合**は、戸締まり・ゴミ出し・冷暖房は日常的に重要な項目

8. 服薬管理

- ・在宅療養中の利用者の場合、月に数回、医師の診察を受けるほかは、**自宅での服薬**による治療が主になる

9. 整容等

- ・**外出**をするためにも大切。洗面、整髪、化粧・髭剃り、爪切りの状況を把握しておく
- ・**住宅改修や道具の工夫**のできる限り1人で行えるような支援が重要

IADL

洗濯ができない

原因・状態 生活に対する意欲がなくなった、洗濯機の操作方法が分からなくなった、洗濯かごが重くて運べなくなった、物干しが高くてできなくなった、などの理由により、洗濯ができなくなった状態

予測されるリスク

- 衣類の清潔が保てない
- ますます生活に対する意欲が低下する
- 外出しなくなり、活動量が減る

サービスの目標例

- 衣類の清潔を保つ
- 生活に対する意欲を維持・向上
- 外出の機会を多く持ち、活動的な生活を送ることができる

サービス内容	担当	根拠・アセスメントのポイント
声をかける、一緒に行うなどして、洗濯を行ってもらうようにする	☎ 介	声をかける、また自分の洗濯物だけでなく、家族の分も行うことで感謝され、やりがいにつながることもある
洗濯機のボタンに①、②など操作順にシールを貼ってわかりやすくする	☎ 介 ○ 家	使い方を写真を交えて書いておくようにする。また、昔ながらの二層式の洗濯機なら使える人もいる
洗濯かごを小さいものに変更し、小分けして運べるようにする	☎ 介 ○ 家	100円均一で売っているくらいの洗濯かごが手頃な大きさでよい場合がある。また車輪つきの台に乗せてかごを運ぶ方法もある
長目のS字フックなどを使い、物干しさを低い位置にする	☎ 介 ○ 家	室内用の物干しを用意して、干してもらうようにする方法もある
洗濯を代行する	☎ 介	一緒に行うことが難しい場合に代行する

衣類の整頓ができない

- 洗濯した衣類と、これから洗濯する衣類が混じってわからなくなり不衛生といったリスクがある
- 動作が難しい場合…扱いやすい収納（引き出しが軽い、高さが低い）などを用意する。付き添って介助する
- 判断力の低下で難しい場合…収納する場所などに「下着」、「セーター」などと収納する場所に掲示しておくことで、一人でも整理ができるようにする



S字フックを利用して物干しさおの高さを調整している例

262 医師 看護師 介護職 薬剤師 福祉用具・住宅改修 行政・地域包括 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 栄養士 近所の人・友人 家族 本人 ケア

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

IADL

一人で食えることができない

原因・状態 マヒなどがあって、自分で食事をとることができない状態

予測されるリスク

- 食事がおっくうになり、栄養状態が悪くなる
- 人に介助してもらうのに気兼ねして、食欲が減る
- 介護者の介護負担が増える

サービスの目標例

- 自分で食えることのできる部分を増やすことで、食欲や栄養状態が保たれ、自信をもって日々を過ごすことができる
- 介護者の介護負担を軽減することができる

サービス内容	担当	根拠・留意点・アセスメントのポイント
食器の工夫（スプーン、フォーク、箸、すくいやすい食器、コップ、滑り止め、食器ホルダーなど）	☎ 介 P ○ 家	柄の太いスプーン、ピンセット型の箸、壁のある食器、滑り止めのマットやトレイなど、工夫できることはたくさんある
食事形態の工夫（おにぎり、一口大など）	☎ 介 P ○ 家	おにぎりにすれば一人で食えることができる場合がある。介護負担の軽減にもつながるため重要
テーブルや椅子の環境の見直し	☎ 介 P ○ 家	テーブルが高すぎて食べにくい、座面が高くて足がつかず姿勢が安定しないなどの食べづらくなる要因を改善する
肘や前腕を机の上に置くことで、安定した状態で口に運べるようにする	☎ 介 P ○ 家	本人と一緒に、いろいろな方法を試す。全介助は最後の手段と考えること
患側の手をテーブルに乗せて、食器の支えにしたがり、姿勢を安定させる	☎ 介 P ○ 家	患側の緊張が強くと、動いてしまう場合は行わない

ワンポイントアドバイス

- こぼすことが多いからといってすぐにエプロンを使用するのはなく、まず食器や姿勢を見直すことから始める



曲がるスプーン

食器ホルダー

ピンセット型の箸

228 医師 看護師 介護職 薬剤師 福祉用具・住宅改修 行政・地域包括 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 栄養士 近所の人・友人 家族 本人 ケア

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

認知／コミュニケーション能力

4	認知	1. 記憶	長谷川式:27点(測定日HO.84)	【ケアマネジャー】 今のところ問題はないが、閉じこもり気味の生活になると進行する恐れがある
		2. 見当識	時間・場所・人:良好	
		3. 判断力	良好	
		4. 日常の意思決定	良好	
		5. 生活に対する意欲	脳梗塞を起こして落ち込んでいる。閉じこもり気味にならないか心配	
		6. その他	特になし	
5	コミュニケーション能力	1. 意思疎通 (伝達)	ほぼできる	【ケアマネジャー】 意欲を持って生活するためにも、会話の機会を確保したい
		2. 意思疎通 (理解)	ほぼできる	
		3. 視力	異常なし(老眼ではあるが、支障はない様子) めがね(なし)	
		4. 聴力	異常あり(数年前から大きな声で話しかけないと聞こえない) 補聴器(なし)	
		5. 言語・会話の程度	特に問題なし	
		6. その他	特になし	

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

63

認知／コミュニケーション能力

☑ 認知

- ・ここでは主に、認知症の**中核症状**について把握
- ・具体的には、記憶障害、見当識障害、判断力の低下について整理
- ・記憶能力の目安は、改訂長谷川式簡易知能評価スケールを参考にする
- ・日常においてどのような症状があるのか(ごはんを食べた直後に食べていないと言うなど)も**具体的に記入**
- ・「認知症が進んだ」では、実際の様子はよく分からない
- ・もう少し具体的に言えば、「記憶障害が進んだように思う」「見当識障害が出てきた」となる。
もう一歩深めれば、「電話に出た後、誰からの電話か忘れてしまうようになった」
「財布の置き場所をよく探すようになった」「時間が分からなくなってきた」「道に迷うようになった」
「冷蔵庫に同じものがたまっている」というように説明できる
- ・**抽象的にアセスメント**からは**抽象的なニーズ**、**抽象的な目標**、**抽象的なサービス内容**しか出てこない。
具体的にアセスメントできれば、具体的なニーズ、具体的な目標、具体的なサービス内容が導き出され
実際にサービスを実施する人も行いやすくなる。さらには、**観察すべきポイントが明確になる**ので、
モニタリングもスムーズに行える。

☑ コミュニケーション能力

- ・コミュニケーションは、思っていることを人に伝えること、人の言うことを理解することの2つが大切
「伝達」と「理解」の2つに分けて、状態を把握
- ・**視力・聴力・会話の程度**もコミュニケーションに大きな影響を及ぼす

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

64

社会との関わり / 排尿・排便 / 褥瘡・皮膚の問題

6	社会との関わり	1. これまでの仕事や役割	平成〇年まで〇〇自動車メーカーの総務部に勤務。その後、知人の誘いで基会所に通い始めた	[ケアマネジャー] 退院したら通院以外外出をしなくなる可能性が高く、閉じこもり、廃用症候群の恐れあり
		2. 現在の状況	ベッド上でボーッとしていることが多い	
		3. 社会活動への参加意欲	退院後、基会所に行けるか不安。なかなか根気が続かない様子	
		4. 喪失感や孤独感	自宅に帰ることが唯一の希望	
		5. 外出頻度	退院したら通院以外なくなる可能性が高い	
		6. その他	自宅から基会所までは歩いて20分程度かかる	
7	排尿・排便	1. 使用用具（日中・夜間）	日中:トイレ 夜間:トイレ	[ケアマネジャー] ズボンの上げ下げに介助がいるため、妻が常に気にする必要がある。夜間の介助もあるため、負担感に注意
		2. 必要な介助（日中・夜間）	日中:ズボンの上げ下げ 夜間:ズボンの上げ下げ	
		3. 尿意・便意	あり	
		4. 排尿・排便頻度	排尿は3時間に1回程度(夜間は1回起きる)、排便は3日に1度程度	
		5. 便秘・下剤等の使用	特になし(環境が変わるとストレスのためか便秘になりやすい)	
		6. その他	入院中にトイレまで間に合わず排便を失敗したことが数回あり	
8	じょく創・皮膚の問題	1. じょく創の程度、リスク	なし	特になし
		2. 皮膚の状況	なし	
		3. その他(軟膏などあれば)	特になし	

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

65

社会との関わり / 排尿・排便 / 褥瘡・皮膚の問題

☑ 社会との関わり

- ・社会との関わり（ICFでは「参加」の領域）が少なくなることが身体的・精神的な衰えを招くことがある（ICFでは「活動の低下」とも言われる）
- ・現在の状況を把握すると共に、**これまでの仕事や役割、社会活動への参加について知る**ことが**今後の目標**を考える上で大切

☑ 排尿・排便

- ・排泄については、**日中・夜間で事情が異なる**ということが大きな特徴
- ・介護する家族も活動時間帯なのか睡眠時間帯なのかで、**介護負担**が全く違う
- ・本人の尿意・便意の有無や、排泄の頻度、便秘・下剤の使用などの情報も重要
- ・健康管理面だけではなく、生活全般の活動性にも影響がある、**認知症のBPSDの原因**にもなる
- ・また、排泄介助が必要かどうかは、**在宅生活が続けられるかのターニングポイント**になる

☑ じょく瘡・皮膚の問題

- ・じょく瘡は感染の原因にもなる、皮膚のかゆみなどは**不眠**を招いたり、**精神状態の悪化**にもつながる
- ・**かゆみの原因**としては、皮膚の乾燥や不衛生、石けんが体質に合わない、もしくはゴシゴシ洗いすぎ、下着やおむつの締め付け、おむつの中の蒸れ、衣類の素材や洗剤の残留、ベッドやカーペットの不衛生アレルギー、薬剤の副作用、かゆみが出る内臓疾患などさまざま。医療と連携し、状況を把握

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

66

口腔衛生／食事摂取

9	口腔衛生	1. 歯の状態	義歯(上下):最近合わなくなって義歯が歯茎に当たり痛い。うまく噛めない	【ケアマネジャー】 歯科受診を定期的 に行う必要がある
		2. 口腔内の状態	特になし	
		3. 口腔ケア	自立（上手にできている）	
		4. 歯科受診	義歯が合わなくなっていることもあり、定期的に必要	
		5. その他	特になし	
10	食事摂取	1. 食事時間帯	朝(7時ごろ) 昼(12時ごろ) 夕(18時ごろ) ベース(30分くらい)	特になし
		2. 主食	普通	
		3. 副食	普通（肉などの硬いものは一口大に切る）	
		4. 嚥下状態	問題なし	
		5. 栄養の偏り	問題なし	
		6. 水分摂取	問題なし	
		7. 食事介助	セッティングすれば自立	
		8. 使用道具	はし	
		9. 嗜好	特に好き嫌いなし。コーヒー、毎晩の晩酌(缶ビール1本)が習慣	
		10. その他	特になし	

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

67

口腔衛生／食事摂取

☑ 口腔衛生

- ・ともすれば軽く見られがちな口腔衛生だが、**食事の摂取、感染症（特に誤嚥性肺炎）予防、体力の維持に大きく関連**する
- ・口腔ケアは、週に1回、月に1回行えばよいというものでもなく、毎日、日々行うものなので日常的にどの程度行えているのかをよく把握するようにする
- ・「2. ADL」「3. IADL」と同様に、できる限り自分で行えるように**道具などを工夫**する
- ・歯科医との連携も重要

☑ 食事摂取

- ・食事摂取動作については、「2. ADL」で見たので、ここではそれ以外の食事に関する項目
- ・食事をする**時間帯やペース、主食・副食の食事形態、嚥下の状態、偏食はあるか、水分摂取量は確保されているか**、使用用具は何か、嗜好などを把握
- ・食事形態や嚥下状態は把握していても、その他の項目が聞けていない例が多くある。
おいしくご飯を食べ栄養を十分に摂ることは、体力の維持、心身の元気の源のため大切に考える
- ・食事は**生活の楽しみ**ともなる、とても重要なこと

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

68

問題行動

11	問題行動	1. 被害妄想	認知症によるものではないが、性格的に言いたいことを言えずにストレスをためる傾向にある。身体が思うように動かないとイライラすることも予想されるため、注意が必要	【ケアマネジャー】 閉じこもりによる精神状態の変化に注意が必要
		2. 感情の不安定さ	なし	
		3. 昼夜逆転	なし	
		4. 大声、奇声	なし	
		5. 介護への抵抗	なし	
		6. 徘徊	なし	
		7. 収集癖	なし	
		8. 物や衣類を壊す	なし	
		9. 独り言	なし	
		10. 暴言、暴力	なし	
		11. 火の不始末	なし	
		12. 不潔行為	なし	
		13. 異食	なし	
		14. 幻覚	なし	
		15. その他	特になし	

問題行動

- ・認知症のBPSD について記入する項目
- ・ただしここでは、ただ単に「ある・なし」で答えるだけでなく、特に「ある」場合には、**どんな時に、どんな状況の下で、どんな言動があるのか**を記入する
- ・また、**良い時の状況**（例えば暴言・暴力がなくなる）についても把握することが重要
- ・ケアプランを立てる際に変役立つ。**可能な限り悪い状況を除き、良い状況をつくり出すことがケア内容**
- ・「悪い状況を除き、良い状況をつくり出すケア」とは、これはすなわち「非薬物療法」
- ・激しいBPSD に対しては、安定剤などの薬物療法がとられることが多いもの
- ・もちろん、薬物でなければコントロールできないケースもあるが、まずは状況や環境を変えることを試してみる必要がある
- ・つまり、**不安感、不快感、焦燥感、被害感、身体不調、ストレス**がBPSD の引き金
- ・「7. 排尿・排便」と共に、この問題行動（BPSD）も**在宅生活の継続を危うくする原因**
- ・「嫁が財布を盗った！」という被害妄想、夜中に起きては冷蔵庫の中の食べ物を出したり、寝ている家族を起こそうとしたりする昼夜逆転、外へ出て行ってしまい迷子になる徘徊、何度も鍋を焦がしてしまう火の不始末、便を触ってしまい壁や布団になすりつける不潔行為など、介護の専門施設であっても対応が難しい症状がある
- ・在宅では相当に難しいことは簡単に想像できる。そのような時に、このBPSD を緩和するケア内容が提案できたら素晴らしい

問題行動

帰宅願望がある

原因・状態	家に帰りたと言ふ。また、今いる場所にいたくない、という状態。今いる場所から出て行こうとする場合が多い	予測されるリスク	<input type="checkbox"/> 一人で屋外に出て行方不明になる、事故にあふ <input type="checkbox"/> イライラが募り、暴力などの行動につながる <input type="checkbox"/> 行動を制止する介護者との人間関係が悪くなる
		サービスの目標例	<input type="checkbox"/> 行方不明事故の防止 <input type="checkbox"/> 今いる場所を気に入って楽しく過ごすことができる

サービス内容	担当	根拠・アセスメントのポイント
いてもいいと思える空間をつくる	介 家	「状態」で説明したように、家に帰りたという積極的な感情の他に、「今いる場所が嫌だ」という理由も考えられる
いてもいいと思える人間関係をつくる	介 家	隣に嫌な人がいれば立ち去りたいもの。また、見知らぬ人たちの中にいたら、早く家に帰ってホッとしたと思うのが自然
共通の趣味や出身地、レクリエーションの機会などを通じて、仲間をつくる	介 家	職員と利用者との人間関係だけではなく、利用者同士の人間関係が豊かになると、とても居心地がよくなるもの
ひとまず一緒に外に出て歩きまわってみる	介 家	玄関に鍵をかけて閉じ込めたりすると、余計に言動が激しくなる。職員も玄関が閉めてあれば安心してしまい、利用者の様子を見なくなるおそれがある
家族からの手紙などを預かっておく	介 家	信頼している家族の手紙なら、読むたびにホッとできる
よく相談したうえで、家族から電話などをかけてもらう	介 家	介護サービスを利用している間は、家族にとっても息抜きであったり、家事を行う時間でもある。電話で対応してもらうことは最終手段にしたいが、家族の声を聞くことで落ち着ける人は多い
気がそれるような取り組み	介 家	好きなことに熱中している時、何かの役に立つ仕事を行っている時には、その作業に集中するもの。そして、これらの取り組みを継続することが「ここにいてもいい」と思える場所づくりになる

ワンポイントアドバイス

●帰宅願望は問題行動的に扱われがちだが、「家に帰りた」は、決して問題ではなく、「自然な感情」だと考える。認知症になっても心はそのまま、とよく言われるが、具体的にこうした理解を積み重ねていくことがたいせつ

312 医師 看護師 介護職 薬剤師 福祉用具・住宅改修 行政・地域包括支援
 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 米糞士 近所の人・友人 家族 本人 ケアマネ

問題行動

収集癖がある

原因・状態	いろいろなものを集めたり、無断でもってくる行動。記憶障害や元々の生活習慣、不安感が原因となることが多い	予測されるリスク	<input type="checkbox"/> 食品などであれば腐ったりカビが生えたりして不衛生 <input type="checkbox"/> 家族のストレスが強くなり、在宅介護が継続できなくなる <input type="checkbox"/> 家族から注意されるなどして、本人のストレスがより強くなる
		サービスの目標例	<input type="checkbox"/> 危険なものを口にすることなく、健康を維持できる <input type="checkbox"/> 家族のストレスを軽減し、在宅介護を継続することができる <input type="checkbox"/> 家族から注意されることが少なくなり、本人のストレスを軽減することができる

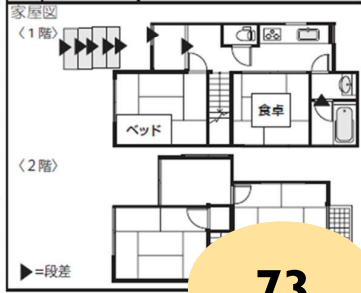
サービス内容	担当	根拠・アセスメントのポイント
実害のないものを集めている場合は、そのまま様子を見る	介 家	実害のあるものかどうかの見極めが重要。また、集めたものを入れる専用の箱などを用意すると把握がしやすくなる
集めたものの本人にとっての価値を理解する	介 家	収集したものは、他人にはゴミであっても本人には意味のある大切なものなので、集めたそばから問答無用で捨てることがないようにする
食品などは腐ったり、カビが生えたりすると不衛生なので、古いものから処分する	介 家	処分したことを気づかれてしまった場合は、捨てた理由を説明しても本人は納得しないので「間違って捨ててしまった」などと言って謝るのがよい場合が多い

COLUMN 困っているのは誰？

この項でも取り上げた「収集癖」、たとえばよくあるのが、ちり紙を集めてきてタンズ一杯にするなどの行動ですが、どうでしょうか、冷静に考えて、誰かその行動で迷惑や被害を被ることがあるのでしょうか？ 汚物を拭いた後のちり紙をしまっておくとか、家中のちり紙がなくなってしまうくらい持っていかれてしまうのなら「困ったこと」になるでしょうが、そうでなければ、そのままにしておいても害はないように思います。もちろん実際にはさまざまな状況があるでしょうし、程度問題ですが、「一体、誰が何に困っているのか？」と冷静に振り返ってみることも大切です。

330 医師 看護師 介護職 薬剤師 福祉用具・住宅改修 行政・地域包括支援
 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 米糞士 近所の人・友人 家族 本人 ケアマネ

介護力／居住環境／特別な状況

12	介護力	1. 介護者の有無	有(妻)だが、高齢のため配慮が必要	【ケアマネジャー】 妻による入浴などの身体介護は難しい。長く自宅で生活するためにも、サービスを上手に活用してほしい
		2. 介護者の理解、関係	良好。互いの体調を気遣っている	
		3. 介護負担(動作・時間帯)	妻の腰や膝が悪く、移乗介助などが増えると難しくなる。夜のトイレの介助については大文夫とのこと	
		4. 介護者の就労、社会交流	なし	
		5. 経済状況	収入:厚生年金25万円/月 1カ月に使う介護費用は、今の状態なら5万円に抑えたい	
		6. 親戚・近隣	長男夫婦は車で2時間の所に住んでおり、日常的な介護は難しい。市内に親戚はおらず、郷里の親戚ともは疎遠	
		7. その他	特になし	
13	居住環境	1. 住宅	持ち家	【ケアマネジャー】 転倒を防ぐこと、妻の介護負担を減らすことを考えると、基本的な環境は整えたい
		2. 居住状況、危険箇所	階段(ありー使用せず) 手すり(なし) 動線上の段差(あり) 衛生状態(良好)	
		3. 各部屋の状況	食堂(いす、テーブルあり) トイレ(洋式、手すりなし) 浴室(手すりなし) 洗面所(手すりなし) 寝室(現状では和室に布団)	
		4. 住宅改修等の必要性	玄関から道路、玄関、トイレに手すり必要。段差はできるだけなくしたい。寝室はベッドの方がよさそう。浴室の手すりは自宅での入浴を考えるかによる	
		5. 家の周囲の状況	30年前に開発された住宅地で、坂道が多い	
		6. その他	40代の時に建てた念願のマイホームであり、思い入れは強い	
14	特別な状況	1. 虐待	なし	
		2. ターミナルケア	現在は該当せず	
		3. 経済的困窮	なし	
		4. 権利擁護・成年後見	なし	
		5. サービス拒否	なし	
		6. その他	特になし	

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

73

介護力／居住環境／特別な状況

☑ 介護力

- ・アセスメントの項目はほとんどが利用者に関する内容だが、ここでは、介護する側の状況についてまとめる
- ・まずは、介護者の有無。介護者がいる場合、介護についての知識がどの程度あるか、介護技術の習得状況はどうか、本人との関係はどうかということ把握する
- ・介護負担についても、「入浴の介助が身体的にキツイ」という**動作的な負担**と、「朝の忙しい時間におじいちゃんのことまで手が回らない」といった**時間帯的な負担**に分かれる

☑ 居住環境

- ・自宅の環境について
- ・まず、持ち家が借家か、一戸建て住宅か集合住宅か、居室は何階にあるのかといった基本情報
- ・次に、階段はあるのか、手すりはあるのか、段差の有無、衛生状態について確認
- ・日常的に使う食堂・トイレ・浴室・洗面所・寝室などの状況と危険な箇所がないかを確認し**住宅改修などの必要性**について検討
- ・文章と共に、**家屋図**にまとめたり、主要な部分は、**写真**も撮っておく

☑ 特別な状況

- ・特別な状況は、虐待、ターミナルケア、経済的困窮、権利擁護・成年後見、サービス拒否など

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

74

本日の内容

1. ケアマネジメントとは？

- ・ 居宅、施設、それぞれのケアマネジメントについて

2. アセスメント

- ・ 課題分析標準項目
- ・ 生活歴・生活習慣の重要性

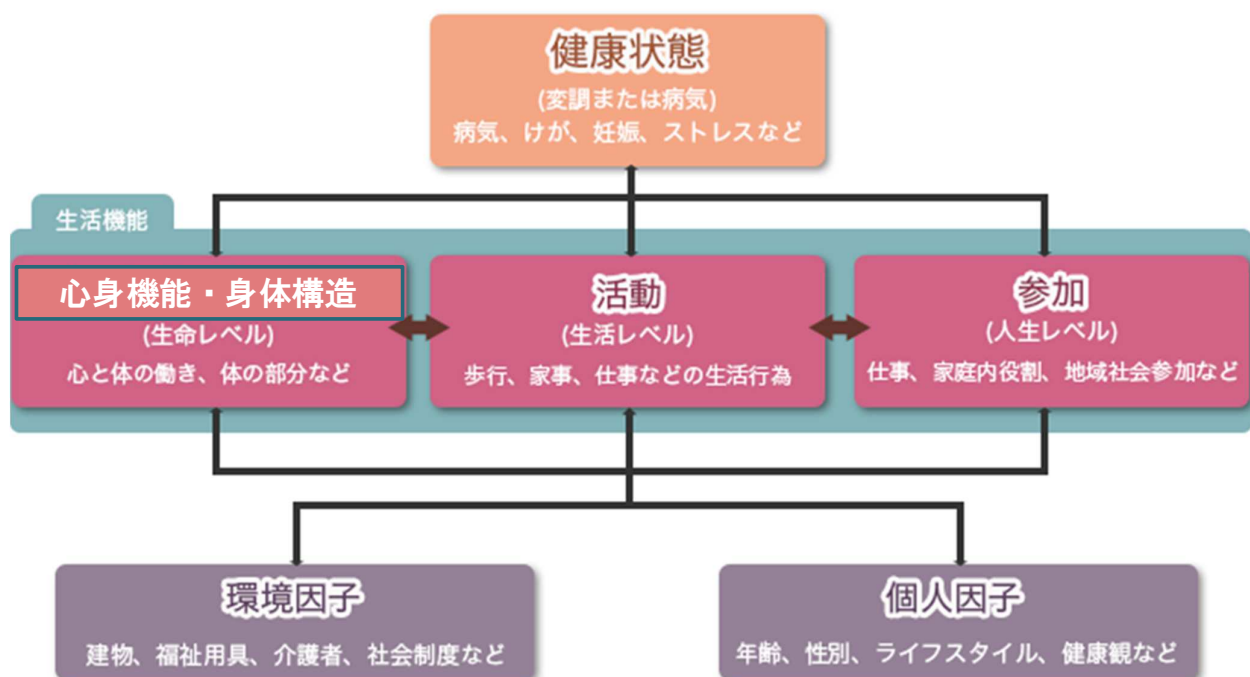
3. ニーズ、目標の設定、ケアプラン作成

- ・ アセスメントで得た内容からニーズや目標を抽出する方法
- ・ 多職種で作るケアプラン

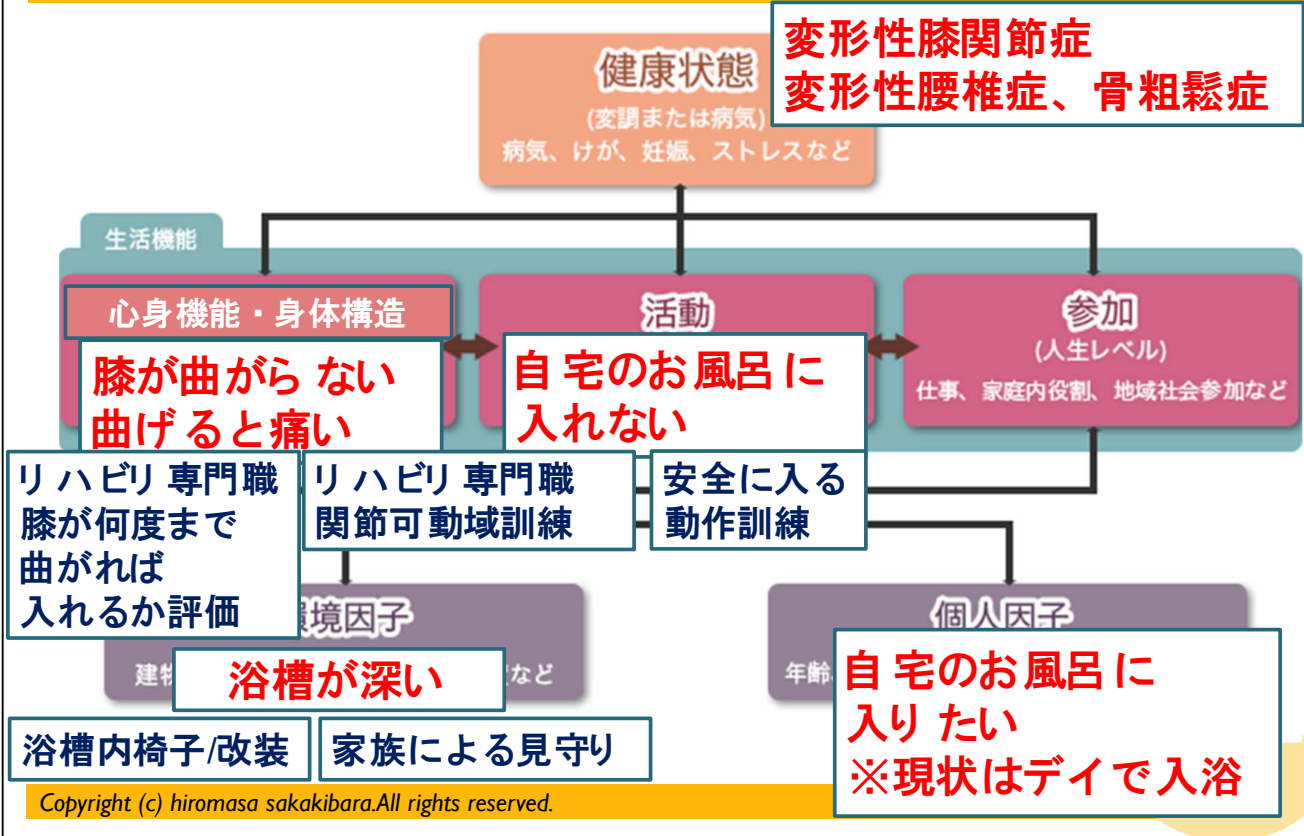
4. サービス担当者会議、モニタリング、記録

- ・ 効果的、効率的な実施方法
- ・ 日々の記録について

I CF（生活機能分類）で情報整理



ICF（生活機能分類）で情報整理



ICF（生活機能分類）で情報整理

■ICF（国際生活機能分類）による情報整理・分析（情報同士の関連性と不足の確認）

利用者氏名/性別/年齢/要介護度		
家族図	本人・家族の意向	備考
健康状態 病気・ケガ等		
心身機能・身体構造 (eレベル) 心と身体の働き・麻痺等	活動 (eレベル) 移動・排泄等の生活動作	参加 (hレベル) 仕事・役割・地域活動等
環境因子 建物、福祉用具、介護者、社会制度等		個人因子 生活歴・生活習慣、性格・価値観など

- ・メモ程度に整理
- ・情報同士の関連性
- ・漏れがないか

ニーズ・目標の抽出

☑ 6つのニーズとは？

1. 健康管理
2. ADLの自立、重度化予防
3. IADL支援、家事、生活管理
4. 認知症症状の緩和、進行予防
5. 社会交流、意欲、楽しみ
6. 介護者支援

- ・ アセスメント項目名でなく、**ニーズ名**であることに注意
- ・ **〇〇のケアプランは必要かな？**という視点で、整理した情報を見直してみる。

ニーズ・目標の抽出

①の場合、**なぜ転倒の危険があるか？**

例えば脳梗塞の後遺症であったり、パーキンソン病であったり、変形性膝関節症の痛みが原因かもしれない。そして、**原因によって解決の方法も変わってくる**ことが多いもの
よって、ニーズをあいまいでなく、明確なものにするために、困り事の原因もニーズの文章に入れるようにしている。つまり、このような形になる

- ① **原因** 脳梗塞の後遺症
→ **困り事** 転倒の危険がある
- ② **原因** 糖尿病
→ **困り事** カロリー制限が必要
- ③ **原因** 認知症
→ **困り事** 物忘れが出てきた
- ④ **原因** 認知症
→ **困り事** 場所が分からなくなることがある

ニーズ・目標の抽出

通常、**困り事の裏返し**が**短期的には意向**となることが多い。

「困りごとの裏返し」 + 「生活歴・生活習慣」 = 「意向」

- ① **原因** 脳梗塞の後遺症
→ **困り事** 転倒の危険がある
→ **意向** これまでのように散歩を楽しみたい
- ② **原因** 糖尿病
→ **困り事** カロリー制限が必要
→ **意向** おいしい食事を摂りたい
- ③ **原因** 認知症
→ **困り事** 物忘れが出てきた
→ **意向** これまでと同じように家族と仲良く暮らしたい
- ④ **原因** 認知症
→ **困り事** 場所が分からなくなることがある
→ **意向** なじみのスーパーで買い物をしたい

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

81

ニーズ・目標の抽出

これらを「**（原因）のため、（困り事）だが、（意向）たい**」という型に従ってつなげると、以下のような文章が出来上がる

- ①脳梗塞の後遺症のため、転倒の危険があるが、これまでのように散歩を楽しみたい。
- ②糖尿病のため、カロリー制限が必要だが、おいしい食事を摂りたい。
- ③認知症のため、物忘れが出てきたが、これまでと同じように家族と仲良く暮らしたい。
- ④認知症のため、場所が分からなくなることがあるが、なじみのスーパーで買い物をしたい。

- ・このように、「原因→困り事→意向」とつなげるとニーズの文章になるので、ここで**自動的に第2表の左の欄の作成が終了**する
- ・ただ、ここまではあくまで本人の目線に立ったニーズの検討。家族の気持ちもあるだろうし 医師の意見、看護職やリハビリ職、栄養士の意見、デイサービスやヘルパーの介護職、それに ケアマネジャー自身の意見も加えて検討することが重要。
- ・いわゆる多職種連携を具体的に形にする場面で、本人を中心に、関係者がそれぞれの立場や 専門性を持ち寄って検討する
- ・これを議論し、確認し合い、共有する場が「**サービス担当者会議**」となる

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

82

ニーズ・目標の抽出

表 6つのニーズ分析から導き出されるニーズの例

ニーズ領域	着目点・細目	原因	現状・困り事	意向	家族 各職種（医師・看護職・ リハビリ職等）の意見	優先 順位
1. 健康管理	疾病の管理 症状緩和 看護処置 体力全般の課題 口腔ケア 食事の摂取状況 排泄の頻度や便秘 の有無 入浴の頻度	心不全があり	健康の維持に 不安があるが	自宅での生活 を続けたい	[医師] 塩分を1日7g以下に してください。薬は飲み忘 れのないように注意して ください。	
2. ADLの自立 重度化予防	移乗・移動動作 食事の動作 排泄の動作 着脱衣 入浴の動作	下肢の筋力低 下のため	ふらつくこと が多くなって きたが	いつまでも歩 いて暮らした い	[リハビリ職] 週に3日は屋外の散歩を しましょう。 [家族] 週に3日くらいなら一緒 に散歩できます。身の回 りのことは自分でできて ほしい。	
3. IADL支援 家事 生活管理	食事に関する行為 電話 金銭管理 掃除 整理 洗濯 火気の管理 戸締まり 冷暖房の調節 ゴミ出し	脳梗塞を起こ してから	家事は嫁まか せだが	家の中のこと は少しでも自 分でやりたい	[ケアマネジャー] 洗濯と寝室の掃除を日課 にしましょう。 [家族] できることは今のままで いてほしいので協力しま す。	

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

83

ニーズ・目標の抽出

4. 認知症症状の 緩和 進行予防	中核症状の確認 コミュニケーション 能力 BPSD（精神症 状・行動障害）	時間や場所が 分からなくな り	混乱すること があるが	自分の予定は 自分で確認し て納得したい	[デイサービス介護職] 家族と協力して、カレン ダーを作成し、確認しや すくしたいと思います。	
5. 社会交流 意欲 楽しみ	近所付き合い・友 人 なじみの喫茶店 美容院 スーパーマーケッ ト 趣味活動 家庭内や地域での 役割	物忘れが出て から	趣味から遠ざ かっていたが	30年来の趣 味を思い出し、 豊かな気持ち で暮らしたい	[医師] 楽しみを持つことは進行 の予防につながるので、 ぜひお願いしたい。 [デイサービス介護職] お好きな編み物を再開し てほしい。デイサービス の中でも仲間ができる と思う。	
6. 介護者支援	介護者の1日の スケジュール 時間帯・動作別介 護負担 ストレス軽減 介護者への介護技 術指導 介護者の理解 独居・高齢者世帯 日中独居	一つひとつの 行動から目が 離せず	介護者の疲労 がたまってき ているため	休養の時間を 確保する必要 がある	[ケアマネジャー] ショートステイなどを活 用して休養する時間を持 ちましょう。 [家族] 頑張りすぎてしまうの で、今後気を付けたい。	

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

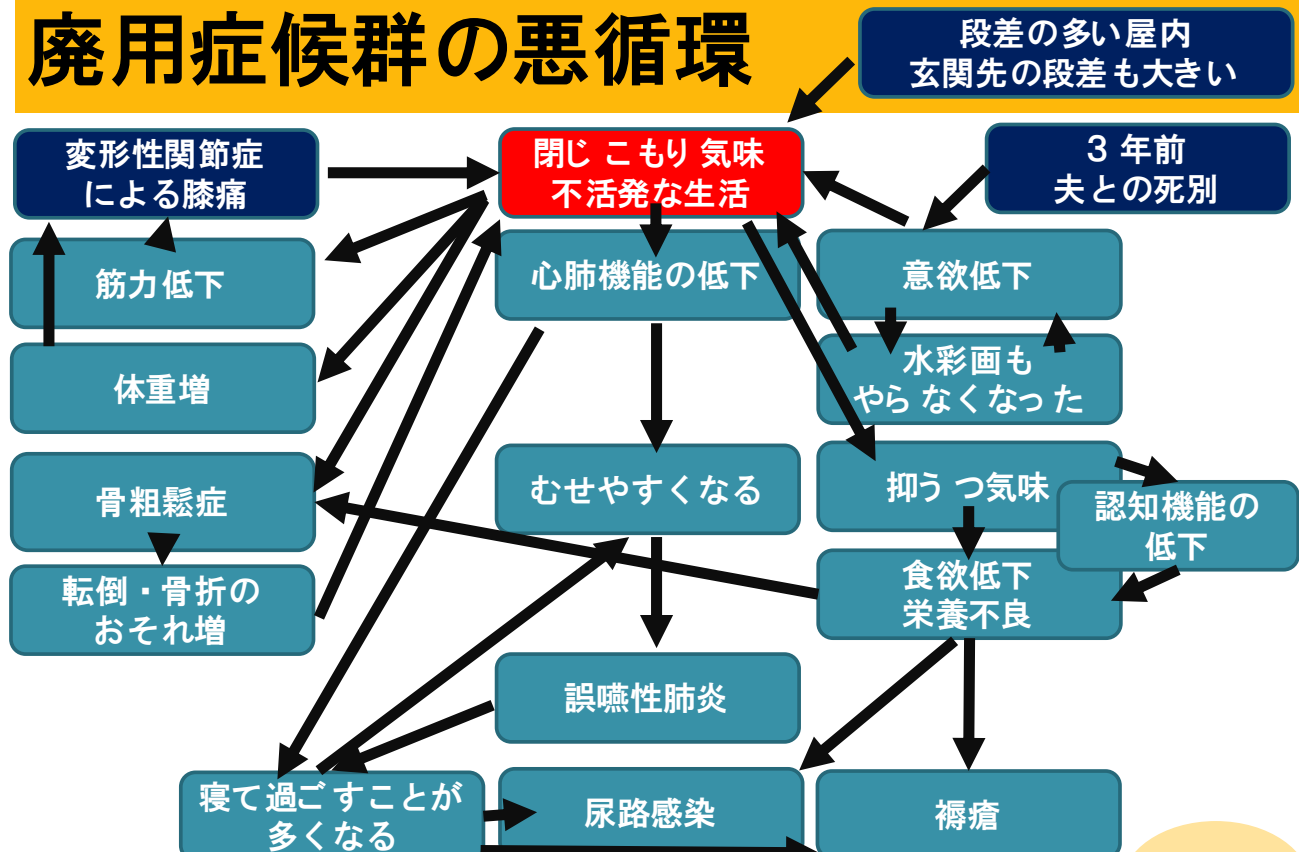
84

6つのニーズ分析

■ 6つのニーズ分析

1	健康管理	疾病の管理・症状緩和 看護処置・体力全般の課題 口腔ケア 食事の摂取状況 排泄の頻度や便秘の有無 入浴の頻度	
2	ADLの自立・重度化予防	移乗・移動動作 食事の動作・排泄の動作 着脱衣・入浴の動作	
3	IADL支援	食事に関する行為 電話・金銭管理 掃除・整理・洗濯 火気の管理・戸締まり 冷暖房の調節・ゴミ出し	
4	認知症症状の緩和・進行予防	中核症状の確認 コミュニケーション能力 BPSD（精神症状・行動障害）	
5	社会交流・意欲・楽しみ	近所付き合い・友人 なじみの喫茶店・美容院 スーパーマーケット 趣味活動 家庭内や地域での役割	
6	介護者支援	介護者の1日のスケジュール 時間帯・動作別介護負担 ストレス軽減 介護者への介護技術指導 介護者の理解 独居・高齢者世帯・日中独居	
	その他		

廃用症候群の悪循環



ニーズ・目標の抽出

ニーズ文例

◆健康管理

- ・拘縮があるため、自分で身体が動かせず痛みを伴うこともあるが、苦痛なく穏やかな気持ちで暮らしたい。
- ・脳梗塞のため、飲み込みが悪く食事が減っているが、以前のようにしっかり食べて元気になりたい。

◆ADLの自立、重度化予防

- ・失行があり、食器をうまく使って食べられないが、恥ずかしいので食器を使って食べたい。
- ・入浴や着替えの介助は妻の負担が大きいため、できるだけ自分でできるようにしたい。

◆IADL支援、家事、生活管理

- ・足元がおぼつかないが、自分の部屋の片付けや整理整頓はできるようになりたい。
- ・少し物忘れ始まったが、お金の管理は人任せにせず、自分で思うようにやりたい。

◆認知症症状の緩和、進行予防

- ・物忘れや勘違いがあっても、家族に迷惑をかけずに生活したい。
- ・昔から外出することが好きだったので、不意に出かけなくなる時がある。そんな時は、付き添って安全を確保してほしい。

◆社会交流、意欲、楽しみ

- ・難聴があるが、家族や親しい人とおしゃべりを楽しみたい。
- ・脳梗塞の後遺症で軽い麻痺があるが、デイケアの友人である〇〇さんのように編み物に挑戦したい。

◆介護者支援

- ・介護者である妻が心不全であり、治療・休養が必要である。
- ・長男・長女は遠方に住んでいるので、体調が悪くなった時のことが不安だが、自宅で安心して暮らしたい。

ニーズ・目標の抽出

ニーズ

原因（～のため）	脳梗塞の後遺症による 左半身マヒのため
困りごと（～だが）	転倒の危険があるが
意向（～したい） ※困り事の裏返し＋ 生活歴・生活習慣	トイレに行くなどの自分のことは 自分でしたい

目標

サービス内容 （～することで）	1. 排泄動作、移動の訓練をすることで 2. 手すりの設置、段差解消をすることで
目標 ※意向から作成 （～することができる）	トイレに行くなどの身の回りのことは 自分で行うことができる

ニーズ・目標の抽出

ニーズ

原因（～のため）

困りごと（～だが）

意向（～したい）

※困り事の裏返し+
生活歴・生活習慣

目標

サービス内容
（～することで）

目標 ※意向から作成
（～することができる）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

89

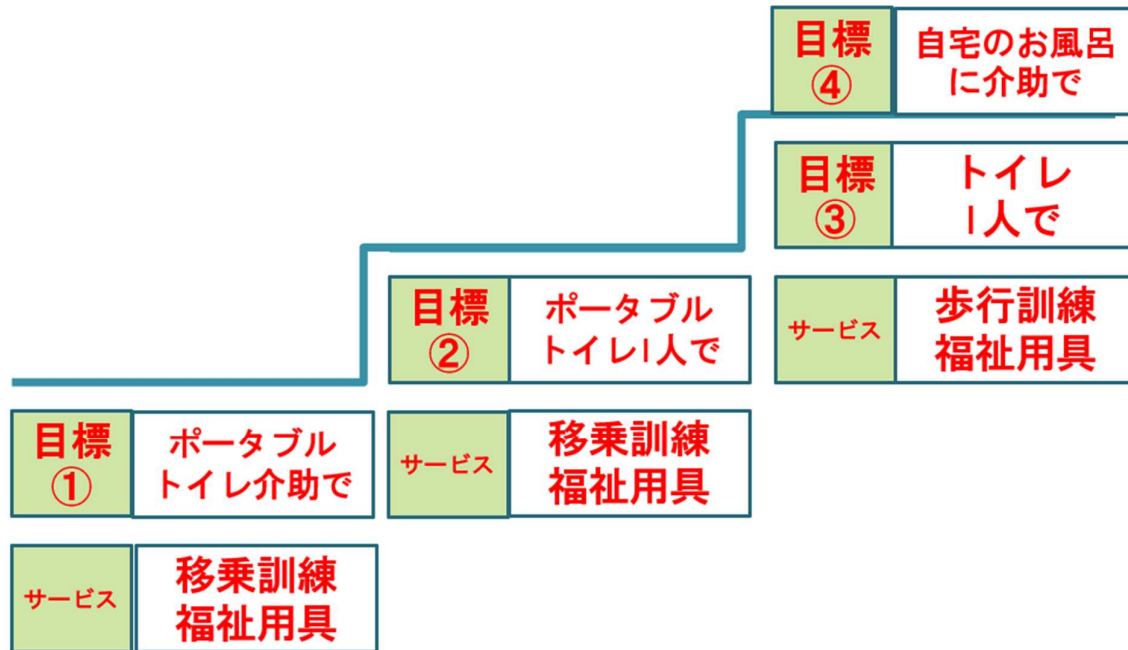
目標設定について

介助の有無	手段・道具	頻度
1人で	トイレで	毎回
見守りで	ポータブルトイレで	1日に〇回
一部介助で	尿器で	日中は
	オムツの交換	週に〇回
		月に〇回

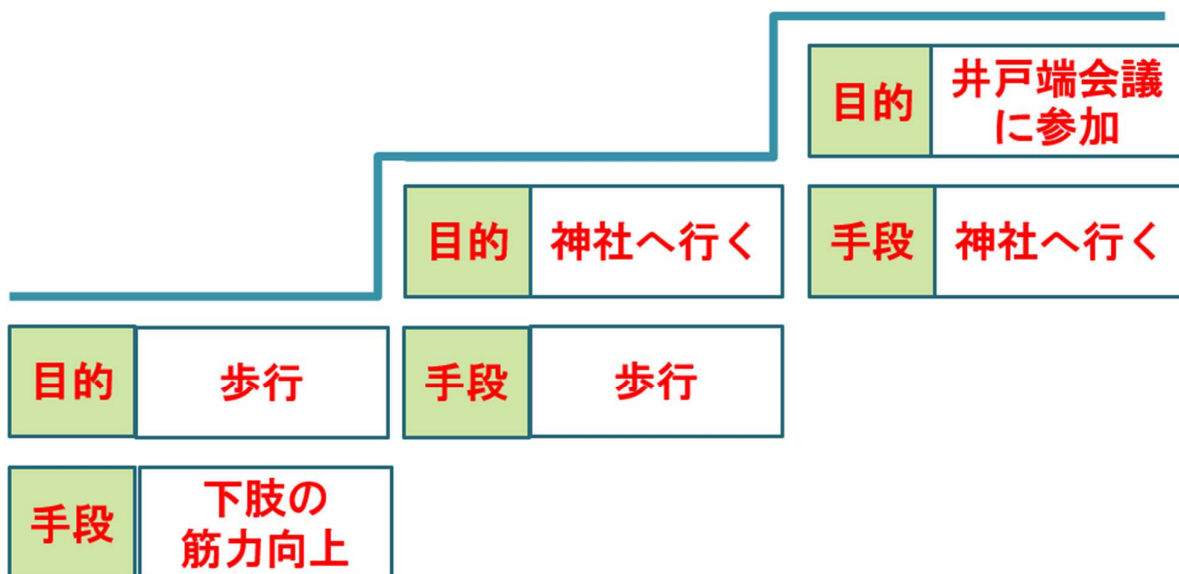
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

90

目標設定（ステップアップ）



目標設定（手段・目的）



ケアプラン立案（第2表）

☑ サービス内容

- ・目標が定めれば、必要なサービス内容というのは、介護経験豊かな皆さんならいろいろ思いつくはず
- ・ただし、**適切に専門職に相談する姿勢は重要！**
- ・先ほどの家の周りの散歩であれば、例えば、理学療法士による歩行訓練、4点杖の使用、玄関から屋外に出やすいような住宅改修などが考えられる
- ・あとは、それを行うサービスを位置付けて終了
- ・また、**各サービス間の連携に関する内容**があれば記載しておくことも重要
→単品ではなく、パッケージ

ニーズを把握することはできる。目標を考えることはできる

例えば、脳梗塞の後遺症で片麻痺がある方が、

一人でトイレに行けるようになる、という目標を立てたとする。

しかし、**そのために「どんな訓練を行えばよいか」は分からない!!!**

→専門職に相談するしかない

→これこそ多職種協働のケアマネジメント

→**適切な専門職に「相談できるプロ」になるべき**ではないか

ケアプラン立案（第2表）

【介護の名言】感性をより深く豊かにする言葉 第2245号

■竹内孝仁著

「ケアマネジメントの職人

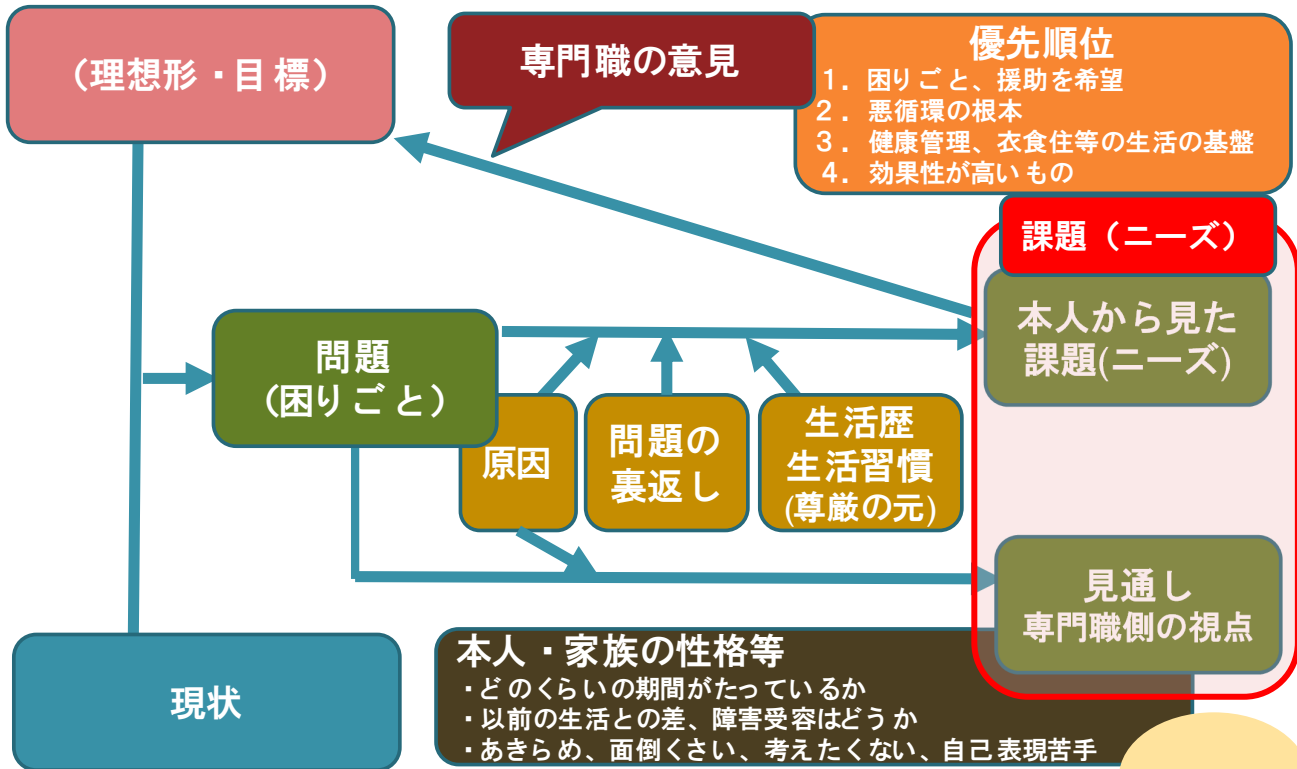
-竹内式ケアマネジメント技術論-」(年友企画) より

他の職種に意見を聞く必要を知るというのは、

その必要性を認識できる能力をもっていることで、

それだけ有能であることを示している。

ケアプランの考え方（私見）



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

ケアプラン立案（第1表）

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 平成〇年8月23日

(初回)・紹介・継続 (認定済)・申請中

利用者名 E田 F男 殿 生年月日 昭和〇年 3月 3日 住所 A市B区C町〇〇
 居宅サービス計画作成者氏名 〇〇〇〇
 居宅介護支援事業者・事業所及び所在地 〇〇〇〇
 居宅サービス計画作成(変更)日 平成〇年 8月 20日 初回居宅サービス計画作成日 平成〇年 8月 20日
 認定日 平成〇年 8月 13日 認定の有効期間 平成〇年 8月 1日 ~ 平成〇年 1月 31日

要介護状態区分	要介護1 ・ <u>要介護2</u> ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	[本人] 退院して家に帰れるのを楽しみにしている。ただ、家に帰ってもちゃんと生活ができるかが不安。妻の体の具合がよくないのも心配。 [妻] 退院後は夫と一緒に自宅で暮らしたいと思っているのですが、自分は腰や膝が痛いの、十分な世話ができるか心配。このまま連れて帰っても、やっていけるのか不安。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
総合的な援助の方針	脳梗塞の再発を防いで、今の体調や機能を維持し、自宅での生活を継続することができるよう健康管理に努めます。 また、転倒することがないように、寝室、廊下、トイレの環境を整えると共に、活動的に過ごすために、歩行訓練や排泄動作の練習を行い、基会所に行って知人との交流ができるように支援します。 ※緊急連絡先 E田 G子様(妻) TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 E田 H男様(長男) TEL〇〇〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 ※希望緊急搬送先:A市民病院 脳神経外科 TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2. 家族が障害、疾病等 3. その他 ()

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。 説明・同意日 年 月 日 利用者同意欄

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

ケアプラン立案（第1表）

☑ 利用者及び家族の生活に対する意向

- ・第1表で重要なのは、まず「利用者及び家族の生活に対する意向」
- ・「及び」となっているので、利用者と家族の両方を指す
- ・だが、ここでは改めて考える必要はない。すでに、**基本情報の「主訴」**の中にこの項目があるはず。基本情報の主訴を、本人・家族それぞれこの欄に転記する

☑ 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

- ・この欄には、介護保険証の情報をそのまま記入
- ・ほとんどが「なし」だが、「あり」であった場合には、ケアマネジャーはケアプランを作成する上で留意（サービスの指定がある場合、ほかのサービスは保険給付の対象にならない）しなければならない

☑ 総合的な援助の方針

- ・先ほどの意向を受けて、専門職の見解も加えた上で、どのような援助方針の下でサービスを行うかを記入
- ・次の第2表「居宅サービス計画書（2）」では、一つひとつのニーズや目標、サービス内容を書くが、それらを総合した方針ということになる
- ・よって、この欄は**第2表を仕上げたから書くようにする**とよい
- ・第2表で一つひとつの困り事や意向の解決を図りながら、総合的な方針を検討するのが効率的

ケアプラン立案（第2表）

第2表

居宅サービス計画書（2）

利用者名 E田 F男 殿

作成年月日 平成〇年8月20日

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標		援助内容					
	長期目標（期間）	短期目標（期間）	サービス内容 ※1	サービス種別	※2	頻度	期間	
脳梗塞を起こしたため、囲碁にはもう行けないかと心配だが、仲の良い友人もいるため、できるだけ続けたい	日帰りでもよいので、夫婦での旅行を再開することができる (平成〇年8月25日～平成〇年1月31日)	脳梗塞になる前のように囲碁に行き、友人との時間を楽しむことができる (平成〇年8月25日～平成〇年10月31日)	基会所への送迎、見守り 基会所の知人への助言	○ ○	知人家族 ケアマネジャー	○様妻 ○	週1回 週1回	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日 平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
脳梗塞の後遺症で左半身麻痺があるため、転倒の危険があるが、トイレに行くなどの自分のことは自分でしたい	自宅のお風呂に一人で入ることができる (平成〇年8月25日～平成〇年1月31日)	トイレに行くなどの身の回りの自分のことは自分で行うことができる (平成〇年8月25日～平成〇年10月31日)	排泄動作、移動動作の訓練（状況について連携をとること） 一人で身体を洗う練習 ベッド、車いすの使用 手すりの設置、段差解消	○ ○ ○	訪問リハビリ 通所介護 通所介護 福祉用具貸与 住宅改修	○リハビリセンター ○デイサービス ○デイサービス ○福祉用具 ○福祉用具	週2回 週2回 毎日 毎日	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日 平成〇年8月25日～平成〇年10月31日 平成〇年8月25日～平成〇年10月31日 平成〇年8月25日～平成〇年10月31日 平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
妻も高齢で腰や膝に痛みがあるため、夫を介助することに不安があるが、できることはしてあげたいと思う（妻）	夫婦2人で自宅で生活し続けることができる (平成〇年8月25日～平成〇年1月31日)	無理のない範囲で妻に介護技術を学んでもらうことができる (平成〇年8月25日～平成〇年10月31日)	移乗、移動、排泄動作の介助方法の指導	○	訪問リハビリ 家族	○リハビリセンター 妻	週2回 週2回	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日 平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
降圧剤の服用を忘れてしまうことがあるが、きちんと服用して、自宅での生活を続けたい	脳梗塞を再発して入院することなく、自宅で生活することができる (平成〇年8月25日～平成〇年1月31日)	確実に薬を飲むことができる (平成〇年8月25日～平成〇年10月31日)	定期的な病院受診の介助 薬のセッティング	○	家族 本人・家族	妻 本人・妻	月2回 毎日	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。 説明・同意日 年 月 日 利用者同意欄 印

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
 ※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

ケアプラン立案（第2表）

☑ 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

- ・これは、6つのニーズ分析ですでに検討済み。優先順位も付いているので、そのとおりの順番に、そのとおりの文章をコピー・ペーストすればOK

☑ 短期目標

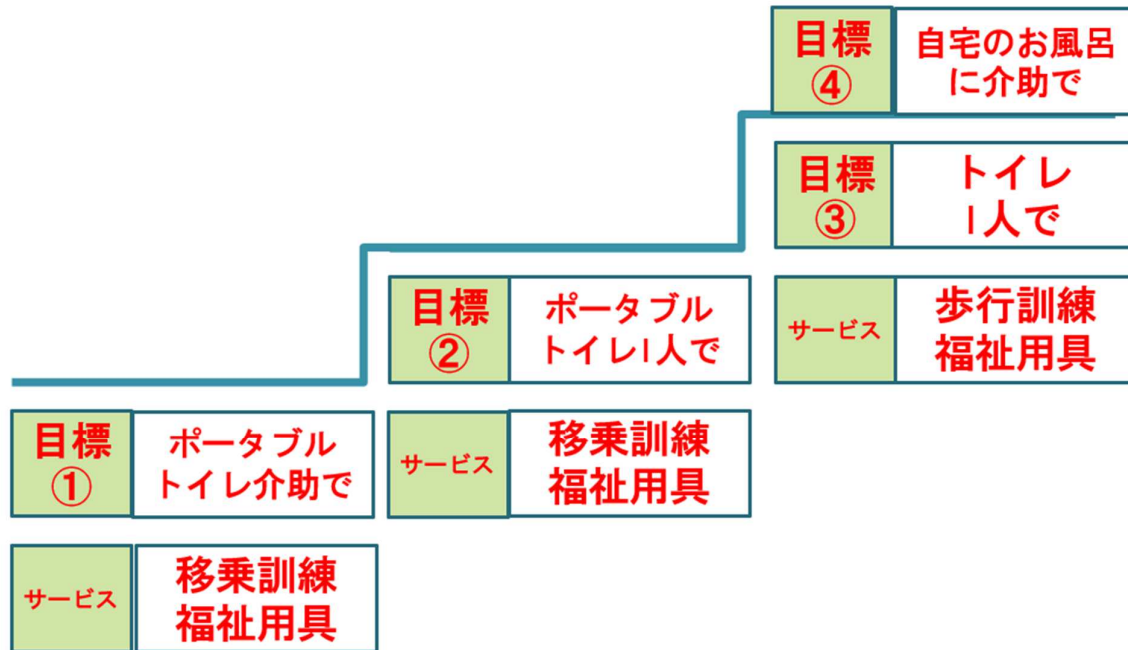
- ・まず「短期目標」を定める。そして、この「短期目標」は、ある程度までは「ニーズ」の文章から自動的に作成することができる
- ・例えば、「脳梗塞の後遺症のため、転倒の危険があるが、これまでのように散歩を楽しみたい」というニーズだった場合、意向を示しているのは、最後の「これまでのように散歩を楽しみたい」の部分
- ・では、「これまでのように」とは、具体的にはどのような散歩なのか？
「ペットの犬を連れて歩く」「2 km 先の〇〇神社まで歩く」「1 km 先の喫茶店に行く」など
- ・しかし、短期的な目標としては、現在の心身機能の状態では難しいこともある
- ・そこで、この半年間ないしは3カ月間などの短期目標期間においては「まず家の周りを散歩できるようになりましょうか？」といったような提案が生まれてくる
- ・それに利用者が同意できれば、短期目標が成立するという流れ
- ・先ほどの「ペットの犬を連れて歩く」などは長期目標にする、ということもできる。
- ・目標は、「〇〇できる」「〇〇できるようになる」「〇〇できる状態になる」「〇〇の状態を維持する」という基本型で統一すると便利

ケアプラン立案（第2表）

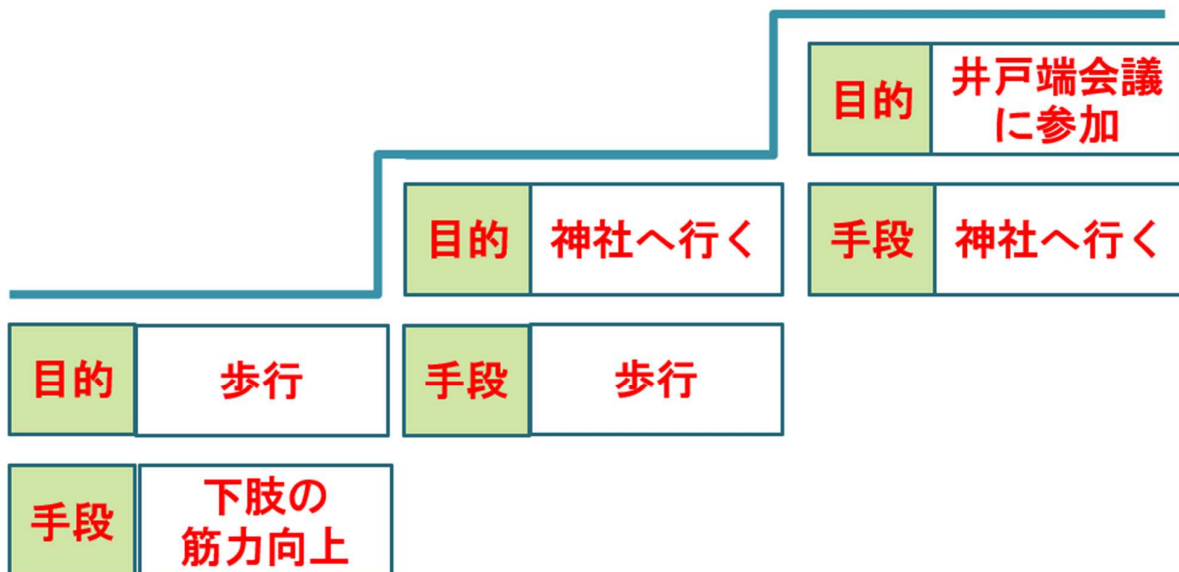
☑ 長期目標

- ・長期目標としては、先に挙げた「ペットの犬を連れて歩く」「2 km 先の〇〇神社まで歩く」「1 km 先の喫茶店に行く」としてもよい
- ・ただ、実現が不可能であることは書くべきではない
- ・医師やリハビリ職と相談して、心身機能の状態に応じた目標を設定するようにする
- ・いずれにしても、この目標を定める時に必要なのがアセスメントで得た情報
- ・基本情報で得た「生活歴」「一日の過ごし方」「暮らしの情報」をフル活用する
- ・利用者が目標と考える生活像が見えてくる
- ・階段のイメージ

目標設定（ステップアップ）



目標設定（手段・目的）



ケアプラン立案（第2表）

☑ サービス内容

- ・目標が定めれば、必要なサービス内容というのは、介護経験豊かな皆さんならいろいろ思いつくはず
- ・ただし、**適切に専門職に相談する姿勢は重要！**
- ・先ほどの家の周りの散歩であれば、例えば、理学療法士による歩行訓練、4点杖の使用、玄関から屋外に出やすいような住宅改修などが考えられる
- ・あとは、それを行うサービスを位置付けて終了
- ・また、**各サービス間の連携に関する内容**があれば記載しておくことも重要
→単品ではなく、パッケージ

ニーズを把握することはできる。目標を考えることはできる

例えば、脳梗塞の後遺症で片麻痺がある方が、

一人でトイレに行けるようになる、という目標を立てたとする。

しかし、**そのために「どんな訓練を行えばよいか」は分からない!!!**

→専門職に相談するしかない

→これこそ多職種協働のケアマネジメント

→**適切な専門職に「相談できるプロ」になるべき**ではないか

ケアプラン立案（第2表）

☑ 出来上がったケアプランのチェック

- ・ここまでで第1表、第2表が完成しましたが、適切なプランになっているか、**ケアプランの逆読みをしてチェック**する
- ・まず第2表のサービス種別を見る。ここにはデイサービスや訪問看護、福祉用具貸与などのサービスが入る。そして、サービス内容に戻る。「**このサービス種別で、このサービス内容は行えるかな？**」と考える。OKであれば次に進む
- ・では、「**このサービス内容を行ったら、短期目標は達成されるかな？**」と考える
- ・次に、「**この短期目標が達成されたら、ニーズは満たされるかな？**」と考える
- ・そして「**今回のプランを実施することで、長期目標の達成に近づくかな？**」と考える
- ・今度は第1表に戻り「**“長期目標”は“総合的な援助の方針”と整合性があるかな？**」と問う
- ・最後に、「**“総合的な援助の方針”でサービスを行ったら、“本人及び家族の生活に対する意向”はかなえられるかな？**」と考える
- ・こうして、ケアマネジャーが位置付けたサービスが、最終的に利用者・家族の意向をかなえることにつながるか、確認するようになる

サービス種別	サービス内容	実施日時	実施場所	実施者	実施回数	実施状況	実施結果	実施評価	実施改善

ケアプラン立案（第3表）

第3表

週間サービス計画表

利用者名 E田 F男 殿

作成年月日 平成〇年8月20日

	0:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	2:00	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ(夜間1回)
	4:00								
	6:00	妻起床 朝食準備	妻起床 朝食準備	妻起床 朝食準備	妻起床 朝食準備	妻起床 朝食準備	妻起床 朝食準備	妻起床 朝食準備	
午後	8:00	起床・朝食 トイレ (妻一部介助)	起床・朝食 トイレ (妻一部介助)	起床・朝食 トイレ (妻一部介助)	起床・朝食 トイレ (妻一部介助)	起床・朝食 トイレ (妻一部介助)	起床・朝食 トイレ (妻一部介助)	起床・朝食 トイレ (妻一部介助)	起床・朝食 新聞・テレビ
	10:00		訪問リハビリ			訪問リハビリ			コーヒー
	12:00	デイサービス (入浴も)	トイレ (妻一部介助) 昼食	トイレ (妻一部介助) 昼食		トイレ (妻一部介助) 昼食	トイレ (妻一部介助) 昼食	トイレ (妻一部介助) 昼食	昼食 (暮会所) (入浴)
深夜	14:00				デイサービス (入浴も)				コーヒー
	16:00		暮会所 (知人送迎、見守り)			暮会所 (知人送迎、見守り)		トイレ (妻一部介助)	
	18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食(晩酌)
夜間	20:00	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	テレビ
	22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
	24:00								

週単位以外のサービス ○○クリニック(毎月第1水曜日, A市民病院(毎月第3水曜日), ○○歯科(奇数月) →いずれも妻がタクシーで付き添い
福祉用具貸与(ベッド, 車いす), 住宅改修(手すり, 段差解消)

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

105

ケアプラン立案（第3表）

☑ 主な日常生活上の活動

- ・一番右の「主な日常生活上の活動」に、一日の過ごし方を書く
- ・一日の過ごし方というのは、**その人らしさを一番よく表している部分**
- ・何時に起きて、何を食べて、どんな服を着て、日中は何をして過ごし、何時にお風呂に入り、何時に寝るかそれぞれ、慣れ親しんだ生活リズム というものがあるはず
- ・その意味では、現在の過ごし方と共に、かつて元気だったころの生活リズムも参考にしながら目標を考える

☑ 1週間(月～日曜日)のスケジュール

- ・先に述べた「主な日常生活上の活動」とは、「1日」の計画を指す
- ・次に、**第3表の中核である「1週間」**を見る。月曜日から日曜日までそれぞれ記入欄があるので、どのようなサービスを利用するかを書き込む
- ・**第3表はアセスメント的に使うのも有効。**この月曜日から日曜日の表に、**必要な介助と家族の活動を重ねて書く。**これを見ることで、**利用者の生活の全体像がある程度把握**できる
- ・不足しているサービス、もしくは過剰なサービスを発見することもある

☑ 週単位以外のサービス

- ・多くは「月単位」のサービスについて書く。
- ・一般的なものは、病院受診。これも、基本情報の受診病院の中ですでに触れた。どこの病院にいつ、誰が付き添って行くのかを書く。
- ・福祉用具についてもここに記入、趣味活動なども書き込んでおくと分かりやすい

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

106

ケアプラン立案

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所 _____
 居宅サービス計画作成者氏名 _____
 居宅介護支援事業者・事業所及び所在地 _____
 居宅サービス計画作成（変更）日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日
 認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向

改めて考える必要はない！
すでに、基本情報の「主訴」の中にこの項目があるはずなので、基本情報の主訴から、本人、家族それぞれの意向を転記する

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針

第2表を仕上げたから書く。
いきなり書こうと思うと手こずるので、第2表で一つひとつの困り事や意向の解決を図りながら、総合的な方針を検討する。
この順番を間違えると、作成に手間取ってしまう上、先に書いたとしても、第2表との整合性がとれないものができがち。
ケアプラン立案の方程式では、必ず第2表の後に書くと覚える

生活援助中心型の算定理由

1. 一人暮らし 2. 家族が障害、疾病等 3. その他（ ）

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

説明・同意日

年 月 日

利用者同意欄

107

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

ケアプラン立案

第2表

居宅サービス計画書（2）

利用者名 殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標	
	長期目標（期間）	短期目標（期間）
① 6つのニーズ分析ですでに検討済み。優先順位も付いているので、そのとおりの順番に、そのおりの文章をコピー・ペーストすればOK!	③ これまでの生活が基本となる。実現が不可能であることは書くべきではない。医師やリハビリ職と相談して、心身機能の状態に応じた目標を設定する	② ニーズの中の意向を見ながら、半年や3カ月といった期間で達成できる目標を考える

- ・ 目標を考える時は、生活歴、一日の過ごし方、暮らしの情報をフル活用する！
- ・ 目標は、文末を決めておくとラクに書ける。〇〇できる、〇〇できるようになる、〇〇できる状態になる、〇〇の状態を維持する、という基本型で統一する

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

説明・同意日

年 月 日

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

108

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

ケアプラン立案

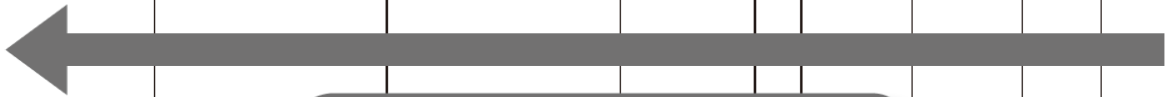
第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 _____ 殿

作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		援助内容					
	長期目標(期間)	短期目標(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間



反対方向からケアプランを読んでもみる

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。 説明・同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 利用者同意欄 _____ 印

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
 ※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

ケアプラン立案

第3表

週間サービス計画表

利用者名 _____ 殿

作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

	0:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	2:00								<ul style="list-style-type: none"> ・この月曜日から日曜日の表に、必要な介助と、家族の活動を重ねて書く ・デイサービスなどの介護保険サービスだけではなく、長男の妻、長女、長男が行うことや配食サービスも書き込んでおくことが重要 ・これを見ることで、利用者の生活の全体像がある程度把握できる ・不足しているサービス、もしくは過剰なサービスを発見することもある ・1日の過ごし方というのは、その人らしさを一番よく表している部分 ・何時に起きて、何を食べて、どんな服を着て、日中は何をしてお風呂に入り、何時に寝るか。それぞれ、慣れ親しんだ生活リズムというものがあるはず ・今の過ごし方と共に、かつて元気だったころの生活リズムも参考にしながら目標を考える
早朝	4:00								
	6:00								
午前	8:00								
	10:00								
	12:00								
午後	14:00								
	16:00								
深夜	18:00								
	20:00								
夜間	22:00								
	24:00								
深夜									
週単位以外のサービス									

・この月曜日から日曜日の表に、必要な介助と、家族の活動を重ねて書く
 ・デイサービスなどの介護保険サービスだけではなく、長男の妻、長女、長男が行うことや配食サービスも書き込んでおくことが重要
 ・これを見ることで、利用者の生活の全体像がある程度把握できる
 ・不足しているサービス、もしくは過剰なサービスを発見することもある

第3表をまとめることで、1日、1週間、1カ月の大きな生活のあり様が見えてくる！

・一般的なものは、病院受診。どこの病院に、いつ、誰が付き添って行くのかを書く
 ・福祉用具についてもここに記入する
 ・趣味活動なども書き込んでおくと分かりやすくなる

セルフチェック！

■「ケアマネジメント」＝「ニーズと社会資源を結びつける！」

アセスメントの5つの視点	ケアプラン6領域(6つのニーズ)	社会資源
1. 原因	1. 健康管理	1. 自助(セルフ・保険外)
2. 時系列	2. ADLの自立・重度化予防	2. 互助(家族・地域・ボランティア・総合事業)
3. 日常生活全般	3. IADL支援・家事・生活管理	3. 共助(介護保険・医療保険等)
4. 具体的	4. 認知症症状の緩和・進行の予防	4. 公助(生活保護等)
5. 統合	5. 社会交流・意欲・楽しみ	
	6. 介護者支援	

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

111

セルフチェック！

■ケアプラン内容の確認項目

ニーズ・目標	サービス
<input type="checkbox"/> 6つのニーズ領域の網羅(漏れの確認)	<input type="checkbox"/> 自助(セルフケア、自費)の検討
<input type="checkbox"/> 原因、困りごと、意向で整理	<input type="checkbox"/> 互助(家族、知人、総合事業等)の検討
<input type="checkbox"/> 生活歴・生活習慣の把握・活用	<input type="checkbox"/> サービス内容における多職種への相談
<input type="checkbox"/> 目標設定の実現可能性、段階的設定	<input type="checkbox"/> 主治医意見書の確認
<input type="checkbox"/> 目標設定における多職種への相談	<input type="checkbox"/> 目標達成につながる内容
<input type="checkbox"/> 主治医意見書の確認	<input type="checkbox"/> 自立支援・重度化防止につながる内容
<input type="checkbox"/> 目標の達成がニーズを満たすことになるか	<input type="checkbox"/> 事業所について選択肢を示しているか
	<input type="checkbox"/> 事業所について選定理由は明確か

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

112

ターミナルケアについて

■医療面の確認事項

- 救急車を呼ぶのか 延命措置を行うのか
- どのような状態になったら家族に連絡するのか
- 万が一の時には家族の誰に連絡するのか
- (介護施設であれば) 施設ではなく病院の方が安心ということはないか
- 最期は自宅で迎えさせてあげたいという希望があるか

■基本的なケア内容の確認

- 食事, 入浴, 排泄, 環境整備 利用者のそばに寄り添うこと

■生活面の要望例

- 最期までトイレに行きたい 最期までお風呂に入りたい
- 外の空気を吸いたい 好物を食べたい
- 親しい人と一緒に過ごしたい
- 少しの時間だけでも自宅で過ごしたい

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

113

看取りの経過

■月単位、週単位、日単位の経過

- まあまあ、だんだん、どんどん (まあまあの時期にできることを考える)

■1週間前ごろからの変化

- ①だんだんと眠っている時間が長くなっていきます。
- ②夢と現実を行ったり来たりするような状態になることがあります。

■2日前ごろからの変化

- ①声をかけても目を覚ますことが少なくなります。
- ②眠気があることで、苦痛がやわらげられていることが多くなります。

■その他よくある変化

- ①食べたり飲んだりすることが減り、飲み込みにくくなったりむせたりする。
- ②つじつまの合わないことを言ったり、手足を動かすなど落ち着かなくなる
- ③喉元でゴロゴロという音がすることがあります。
- ④呼吸のリズムが不規則になったり、息をすると同時に肩や顎が動く。
- ⑤手足の先が冷たく青ざめ、脈が弱くなります。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

114

看取りの経過

■看取り期の援助

- ①食欲低下の場合、ご入所者の嗜好に合わせます。
- ②経口摂取（飲水・食事）ができなくなったら、無理な介助はせず、可能な限り時間をかけ、利用者の希望に沿う援助を行います。
- ③スキンシップ、コミュニケーションによる継続的な見守りをします。
- ④室温、採光、換気を調整し、ベッドサイドの清潔保持に配慮します。
- ⑤医師と相談して過剰な処置は行いません。
- ⑥苦痛の表情にはマッサージ、体位変換など適切に対応します。
また、医師と相談し、痛みや不快な症状、不安の軽減等、つらさが少ないように症状をやわらげるサポート（緩和ケア）を行います。
- ⑦手足の保温に努め、可能な限り入浴も行います。
- ⑧利用者の負担を軽減するために、可能な限り複数で清拭、更衣、排泄介助を行います。

チームケア（各職種の役割）

（管理者）

- ・看取り介護の総括管理
- ・看取り介護に生じる諸課題の総括責任

（医師）

- ・診断
- ・利用者やご家族への説明と同意（インフォームドコンセント）
- ・健康管理
- ・夜間及び緊急時の対応と連携体制
- ・協力病院との連絡、調整
- ・カンファレンスへの参加
- ・看護、介護等への適切な指示
- ・死亡確認
- ・死亡診断書等関係記録の記載

チームケア（各職種の役割）

（看護職員）

- ・ 配置医師または協力病院との連携強化
- ・ 健康管理（状態観察と必要な処置、記録）
- ・ 疼痛緩和等、安楽の援助
- ・ 夜間及び緊急時の対応（オンコール体制）
- ・ 随時の家族への説明と不安への対応
- ・ カンファレンスへの参加
- ・ 観察やケアのポイントを介護職等に丁寧に説明
- ・ 死後の処置（エンゼルケア）

（生活相談員、介護支援専門員）

- ・ 継続的なご家族の支援（連絡、説明、相談、調整）
- ・ 多職種連携による看取り介護計画（ケアプラン）の作成
- ・ カンファレンスへの参加
- ・ 夜間及び緊急時のマニュアルの作成と周知徹底
- ・ 死後のケアとしてのご家族の支援と身辺整理

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

117

チームケア（各職種の役割）

（栄養士）

- ・ 利用者の状態と嗜好に応じた食事の提供
- ・ 食事、水分摂取量の把握
- ・ カンファレンスへの参加
- ・ 必要に応じてご家族への食事提供

（介護職員）

- ・ 食事、排泄介助、清潔保持の提供
- ・ 身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の工夫
- ・ コミュニケーション（十分な意思疎通を図る）
- ・ 状態観察（適宜、容体の確認のための頻回な訪室）、経過記録
- ・ 随時のご家族への説明と不安への対応
- ・ カンファレンスへの参加
- ・ その人らしさを最期まで守る
- ・ 寄り添う（声をかける、さする、手を握る）
- ・ 死後の処置（エンゼルケア）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

118

本日の内容

1. ケアマネジメントとは？

- ・ 居宅、施設、それぞれのケアマネジメントについて

2. アセスメント

- ・ 課題分析標準項目
- ・ 生活歴・生活習慣の重要性

3. ニーズ、目標の設定、ケアプラン作成

- ・ アセスメントで得た内容からニーズや目標を抽出する方法
- ・ 多職種で作るケアプラン

4. サービス担当者会議、モニタリング、記録

- ・ 効果的、効率的な実施方法
- ・ 日々の記録について

サービス担当者会議のコツ

第4表

サービス担当者会議の要点

作成年月日 平成〇年8月20日

利用者名 E田 F男 殿 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 ○○ ○○
 開催日 ○ 年 8 月 20 日 開催場所 A市民病院 開催時間 14:00~14:30 開催回数 1

会議出席者	所 属(職種)	氏名	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名
本人		E田 F男	○リハビリセンター(理学療法士)	○○	○居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)	○○
	妻	E田 G子	○福祉用具(福祉用具専門相談員)	○○		
	○〇デイサービス(生活相談員)	○○	A市民病院(ソーシャルワーカー)	○○		
検討した項目	①本人・家族の生活の状況について ②目標とする生活について ③サービス内容・種類について ④緊急時対応を含めたリスクについて ⑤その他					
検討内容	①病院でのリハビリによって杖歩行は可能になった。医師の見解として、退院して自宅に帰ってからも活動的に過ごすことが重要とのこと。妻の体調を考えると、過度な介助は負担を強くする恐れがある。 ②【本人・家族】囲碁を続けることができたらいいと思う。自分のことは自分でやりたいと思う。 【医師】降圧剤の服用をしなければ、再び脳梗塞を引き起こす可能性がある。また、歩行訓練を継続しなければ、すぐに歩けなくなる可能性がある。 ③基会所への送迎や中での見守りについては、知人の○○様が引き受けてくださる予定。 歩行訓練や排泄動作、入浴動作については、訪問リハビリやデイサービスを活用できたらと考えている。ベッドや手すりの活用もやりたい。 ④転倒と脳梗塞の再発に十分注意する。また、活動性が乏しくなることによって歩行機能が低下したり、精神機能が低下したりする恐れがあるため、暮らしの状況の見守りが大切。急変時にはA市民病院の脳神経外科に救急搬送希望がある。 ⑤特になし					
結論	②脳梗塞になる前のように囲碁に行って友人との時間を楽しむことができる→いずれは夫婦で旅行もしたい。 トイレに行くなどの身の回りのことが自分でできる→いずれは自宅のお風呂に一人で入ることができるようになりたい。 無理のない範囲で妻に介護技術を学んでもらうことができる→夫婦ともに健康を維持して、自宅で生活し続けることができないようにしたい。 確実に薬を飲むことができる→脳梗塞の再発を防いで、入院することなく自宅で生活することができるようになりたい。 ③基会所への送迎、見守りは知人と妻。歩行訓練、排泄動作、入浴動作については訪問リハビリ、通所介護、介護技術指導として訪問リハビリ。また、自宅内の環境整備としてベッドの使用、手すりの設置、段差解消を行い、屋外移動用に車いすを使用する。					
残された課題	特になし					
(次回の開催時期)	特別な変化がなければ、次回介護認定更新時(平成〇年1月)に開催予定					

サービス担当者会議のコツ

☑ 検討した項目

1. 本人・家族の生活の状況について
2. 目標とする生活について
3. サービス内容・種類について
4. 緊急時対応を含めたリスクについて
5. その他

と決めてパターン化する。生活状況を確認し、目標を考え、その目標を達成するためのサービスを考え、いざという時の対応を検討するという、ケアマネジャーがケアプランを作る上で考えてきたプロセスを再度洗い出すようなイメージ。

☑ 検討内容

「検討内容」には、1～5についてそれぞれ話し合った内容を書く。例えば4のリスクについては サービス利用に伴うリスクについても共有しておくことが大切です。ADLが改善している時は活動性が高くなることにより、転倒が起きがちであることなど、経験豊富な専門職であれば予測ができること。あらかじめ話し合っておくようにする。

☑ **結論** 「結論」には、最終的にどう決まったのかを書く。

☑ 残された課題

今回の会議では解決しなかった課題を書く。利用者のニーズに合うようなサービスがなかったり現段階では気持ちの整理がつかず利用できなかったサービスがあったりした場合など。次回に再度見直す内容とする。

サービス担当者会議のコツ

検討した項目

- ①本人・家族の生活の状況について
- ②目標とする生活について
- ③サービス内容・種類について
- ④緊急時対応を含めたリスクについて
- ⑤その他

検討内容

- ①病院でのリハビリによって杖歩行は可能になった。医師の見解として、退院して自宅に帰ってからも活動的に過ごすことが重要とのこと。妻の体調を考えると、過度な介助は負担を強くする恐れがある。
- ②[本人・家族] 囲碁を続けることができたらいいと思う。自分のことは自分でやりたいと思う。
[医師] 降圧剤の服用をしなければ、再び脳梗塞を引き起こす可能性がある。また、歩行訓練を継続しなければ、すぐに歩けなくなる可能性がある。
- ③基会所への送迎や中での見守りについては、知人の〇〇様が引き受けてくださる予定。
歩行訓練や排泄動作、入浴動作については、訪問リハビリやデイサービスを活用できたらと考えている。ベッドや手すりの活用も行いたい。
- ④転倒と脳梗塞の再発に十分注意する。また、活動性が乏しくなることによって歩行機能が低下したり、精神機能が低下したりする恐れがあるため、暮らしの状況の見守りが大切。急変時にはA市民病院の脳神経外科に救急搬送希望がある。⑤特になし

結論

- ②脳梗塞になる前のように囲碁に行って友人との時間を楽しむことができる→いずれは夫婦で旅行もしたい。……(続く)
- ③基会所への送迎、見守りは知人と妻。歩行訓練、排泄動作、入浴動作については訪問リハビリ、通所介護。介護技術指導として訪問リハビリ……(続く)

サービス担当者会議のコツ

◆担当者の招集について

- ☑担当者の優先順位として、どうしても出席してほしい事業所を優先に検討
- ☑デイであれば送迎時間に重ならないように気をつける
- ☑訪問診療や訪問看護などの前の時間、後の時間を狙う
- ☑通所介護中はNG（あくまで通所介護の提供時間中）
- ☑都合の良い日はありますか？と聞くと際限がなくなるため、多くて3つの候補に絞って都合を聞く
- ☑当日の出席者について、本人・家族に事前に伝えておく

サービス担当者会議のコツ

◆会議の進行のコツ

- ☑事前にレジメとケアプラン原案（第1表～第3表）を送っておく
- ☑事前に欠席者の意見照会の内容をまとめておく（会議中で言えるように）
- ☑必要に応じて自己紹介を行う（状況によるが基本は本人・家族から ※ケアマネが紹介するのもあり）
- ☑長くても30分で収まるように、最初にアナウンスする
- ☑今回の担当者会議の開催理由（テーマ）をまず話す
→担当者会議の要点の冒頭に示すのも分かりやすい
- ☑最初に、これまでのサービスの振り返りをする。実施状況等について、各事業所に話してもらう。
本人・家族の労をねぎらう。（欠席者の意見があれば代弁）
- ☑その上で、生活状況等アセスメント結果の概要をケアマネより話す。
終わりに「他に何かお気付きの点などありますか？」と聞く
- ☑今回の目標は〇〇で、そのために〇〇というサービスを利用したいとお考えです。
皆さんから何かご意見などありますか？（欠席者の意見があれば代弁）
- ☑（第3表を使い）1週間のおおまかな生活はこのようになっています。
皆さんから何かご意見などありますか？
- ☑皆さんから、これから1年（半年）を迎えるにあたって、気がつけた方がよいこと想定されることなど
ご意見ありますか？（欠席者の意見があれば代弁）

モニタリングのコツ

モニタリングシート

利用者氏名	〇〇 〇〇	H〇 〇/〇		H /		H /		H /		H /		H /	
担当者	〇〇 〇〇	面談相手	利用者 長男 自宅	面談相手		面談相手		面談相手		面談相手		面談相手	
ケアプラン期間	平成〇年〇月〇日 ~ 平成〇年〇月〇日	面談場所		面談場所		面談場所		面談場所		面談場所		面談場所	
	短期目標	評価基準		実施	目標達成	実施	目標達成	実施	目標達成	実施	目標達成	実施	目標達成
①プラン実施 状況 ②目標達成 状況	1. 脳梗塞になる前のように囲碁に行き、友人との時間を楽しむことができる	プラン実施状況 (評価欄 左へ記入) 1. 実施されている 2. 実施されない時がある 3. 実施されていない		1	1								
	2. トイレに行くなどの身の回りの自分のことは自分で行うことができる			1	1								
	3. 無理のない範囲で妻に介護技術を学んでもらうことができる	目標達成状況 (評価欄 右へ記入) 1. 改善 2. 変化なし(現状維持) 3. 悪化		1	2								
	4. 確実に薬を飲むことができる			1	1								
本人・家族の 見解 (満足度)	サービス種別(訪問介護、通所介護等)	評価基準		本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族
	通所介護			2	2								
	訪問リハビリ			1	1								
	福祉用具貸与			2	2								
	住宅改修			2	2								
	基会所の友人			1	1								
状況変化	アセスメント項目	評価基準		評価		評価		評価		評価		評価	
	1. 健康状態			2									
	2. ADL			1									
	3. IADL			2									
	4. 認知症症状			2									
	5. 社会交流・楽しみ・喜び			1									
	6. 介護者の状況			2									
所見	所見項目	評価基準		評価		評価		評価		評価		評価	
	新しい生活課題			1									
	他事業所との連絡調整の必要性			1									
	医療機関との連絡調整の必要性			1									
	家族との連絡調整の必要性			1									
	再アセスメントの必要性			1									
ケアプランの変更・追加の必要性			1										
総合評価、特記事項等				まずは退院して自宅での生活を再開することができた。新たな生活課題が出てこないか気にかけて見ていく									

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

125

モニタリングのコツ

利用者氏名	〇〇 〇〇	H〇 〇/〇		H /		H /		H /		H /		H /	
担当者	〇〇 〇〇	面談相手	利用者 長男 自宅	面談相手		面談相手		面談相手		面談相手		面談相手	
ケアプラン期間	平成〇年〇月〇日 ~ 平成〇年〇月〇日	面談場所		面談場所		面談場所		面談場所		面談場所		面談場所	
	短期目標	評価基準		実施	目標達成	実施	目標達成	実施	目標達成	実施	目標達成	実施	目標達成
①プラン実施 状況 ②目標達成 状況	1. 脳梗塞になる前のように囲碁に行き、友人との時間を楽しむことができる	プラン実施状況 (評価欄 左へ記入) 1. 実施されている 2. 実施されない時がある 3. 実施されていない		1	1								
	2. トイレに行くなどの身の回りの自分のことは自分で行うことができる			1	1								
	3. 無理のない範囲で妻に介護技術を学んでもらうことができる	目標達成状況 (評価欄 右へ記入) 1. 改善 2. 変化なし(現状維持) 3. 悪化		1	2								
	4. 確実に薬を飲むことができる			1	1								
本人・家族の 見解 (満足度)	サービス種別(訪問介護、通所介護等)	評価基準		本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族
	通所介護			2	2								
	訪問リハビリ			1	1								
	福祉用具貸与			2	2								
	住宅改修			2	2								
	基会所の友人			1	1								
状況変化	アセスメント項目	評価基準		評価		評価		評価		評価		評価	
	1. 健康状態			2									
	2. ADL			1									
	3. IADL			2									
	4. 認知症症状			2									
	5. 社会交流・楽しみ・喜び			1									
	6. 介護者の状況			2									
所見	所見項目	評価基準		評価		評価		評価		評価		評価	
	新しい生活課題			1									
	他事業所との連絡調整の必要性			1									
	医療機関との連絡調整の必要性			1									
	家族との連絡調整の必要性			1									
	再アセスメントの必要性			1									
ケアプランの変更・追加の必要性			1										
総合評価、特記事項等				まずは退院して自宅での生活を再開することができた。新たな生活課題が出てこないか気にかけて見ていく									

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

126

モニタリングのコツ

- ☑ケアプランが**作りっぱなしにならない**ように、ケアプランがどのように役立っているかを見届ける必要がある。
- ☑日付は6回分（大体の場合6カ月分）あるので、大抵の場合、**短期目標に対応して使用**することができる。面談場所を書く欄もある。
- ☑短期目標に対するサービスの実施状況と目標達成度について。**短期目標が明確**であればかなり**評価しやすい**ものとなる。
- ☑サービスの種類ごとの本人、家族の満足度について、通所介護、訪問介護などの**サービス種別ごとに満足度を確認**。本人・家族からは、目標に対してよりも、このサービス種類ごとの評価を聞くことの方が多いもの。
- ☑状況変化について。ここでは、**6つのニーズ分析に対応したアセスメント項目**について状況の変化について書く。
- ☑ケアマネジャーの所見としては、新たな生活課題（つまりニーズ）はないか、ほかの事業所・医療機関・家族との連絡調整は必要ではないか、再アセスメントは必要でないか、ケアプランの変更・追加の必要性はないかを確認。

支援経過記録の例文

■契約等

長男より居宅介護支援の依頼あり
自宅訪問、本人、長男と面談
重要事項を説明し、契約を締結
重要事項説明書、契約書を交付
個人情報同意書を説明し、同意を頂く
課題分析を行う

■サービス担当者会議と居宅サービス計画の交付

自宅訪問、サービス担当者会議実施（別紙参照）
ケアプラン原案に同意を頂き、本人に一部交付
〇〇訪問介護事業所にケアプラン（第1～3表）と
令和〇年〇月分提供票、別表を交付

支援経過記録の例文

■要介護認定申請代行

自宅訪問、長女の依頼により要介護認定申請代行を行う

■毎月の訪問：モニタリング、利用票交付

自宅訪問、本人、長男の嫁と面談

モニタリング実施（別紙参照）

令和〇年〇月分利用票、別表の同意を頂き、交付

■主治医への意見聴取

本人と長男が訪問看護の利用を希望しているため、
本人の同意を得て、主治医（〇〇医院〇〇医師）に対して
FAXを送信し意見を求めたところ、同日返信を受け、
〇月より週2回の訪問看護を利用について合意。

支援経過記録の例文

■入院に伴う連絡調整（入院時情報連携加算）

〇月〇日の入院に伴い、入院先の〇〇病院を訪問

ソーシャルワーカーの〇〇様と面談

入院時情報提供書（別紙参照）を手渡しする

■入院に伴う連絡調整（入院時情報連携加算）

〇月〇日の入院に伴い、入院先の〇〇病院に対して

FAXにて入院時情報提供書（別紙参照）を送信

同日、FAX受信確認の返信を受ける

■退院に伴う連絡調整（退院・退所加算）

入院先の〇〇病院を訪問

ソーシャルワーカーの〇〇様と面談

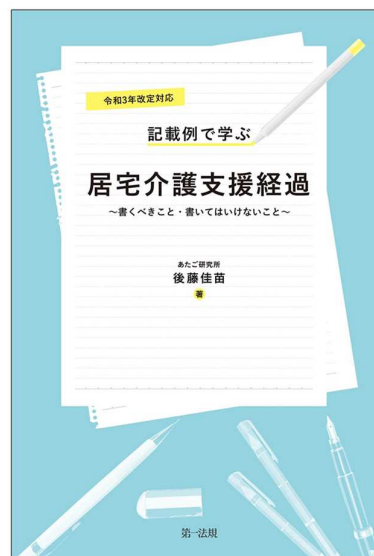
内容については退院・退所情報記録書（別紙）を参照

※その後の居宅サービス計画の作成も算定要件となっていることに注意

支援経過記録の例文

■その他の項目例

- ・ サービス担当者会議（やむを得ず開催しなかった場合）
- ・ 個別サービス計画書の提出依頼
- ・ 軽微な変更
- ・ 退院・退所加算（カンファレンス）
- ・ 通院時情報連携加算
- ・ 緊急時居宅カンファレンス加算
- ・ ターミナルケアマネジメント加算
- ・ 家族との連絡調整
- ・ 事業所との連絡調整
- ・ 苦情
- ・ 事故
- ・ 終了



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

131

生活支援記録法（F-SOAIP）

- ※ 逐語や叙述だと根拠や実践があいまいでダラダラ書きになりがち
- ※ SOAPは問題点に対するアプローチに偏りがち

- F（着目点ごとに）
- S（本人、家族の言葉）
- O（その他情報）
- A（分析、判断）
- I（実践・提案）
（S：本人、家族の言葉）
- P（当面の計画）



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

132

生活支援記録法（F-SOAIP）

F	妻の介護負担軽減の必要性
S	妻より電話あり 「夜間の排泄ケアで十分に睡眠がとれず、疲れがたまっている。少し休む時間がほしい」 本人「1人でトイレに行くと、転んで失敗することが増えてきた」
O	ここ2週間、夜間のトイレ介助が必要になっている 毎日0時と4時に妻が介助を行っている
A	数日のショートステイの利用が有効と考える
I	ショートステイについての説明と、以下の事業所について説明する ○○ショート（現在のデイ併設） △△ショート（特養併設、ユニット型） □□ショート（老健併設、リハビリあり）
(S)	妻「○○ショートをお願いしたい」 本人「妻も休ませたい。以前のように自分でトイレに行けるようにしたい」
P	まずはレスパイト目的で○○ショートの利用について連絡調整することとする

生活支援記録法（F-SOAIP）

F	散歩時の膝痛
S	本人「日課の散歩は欠かせないが、最近歩いていると膝に痛みがある」 長女「日課の散歩は続けさせてあげたいが、転倒など心配」
O	杖を使用しているが、時折膝折れもあるとのこと 膝の痛みは1週間前から続いている
A	日課の散歩の継続もしつつ、膝痛への対応も行う必要がある
I	散歩については、長女をはじめとした家族の付き添いを可能な限り行う 主治医とも相談し、整形外科受診も勧める
(S)	本人「家族には悪いが付き添ってくれたら安心。整形にもかかりたい」 長女「家族で協力して付き添いたい。整形は早目に受診したい」
P	主治医へは長女から連絡、○○デイ、○○ヘルパーへはケアマネジャーから連絡し情報を共有する

生活支援記録法 (F-SOAIP)

生活支援記録メモ

F: 着目点			
S: 本人・家族の言葉			
O: 状況・様子			
A: 気づき・判断			
I: 働きかけ・提案			
(S: 反応)			
P: 今後			

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

135

日々の記録の方法 (参考)

利用者様 個人記録 (平成 年)

利用者氏名	A様	担当	B	要介護度 自立度	要介護3 A2・IIIa	診断名	アルツハイマー 認知症 (H24.4)		
短期目標	①毎日の健康管理を行い、異常に気付いてもらうことができる ②人の役に立っていることを実感することができる			サービス内容	①食事状況の確認、排泄状況の確認 ②専業主婦の経験を活かした役割作り(掃除、タオルたたみ→周囲の方や職員から感謝の意を伝える)				
日付	朝	昼	夕	排便	入浴	時間	項目	利用者様の様子・ケア内容	記入者
6/17	—	10/10	—	○	○	9:30	送迎	到着	○○
						11:00	ケアプラン②	いつものようにY様と一緒にタオルたたみをされる。職員からねぎらいの言葉をかけられて満足そうにされていた。「明日もやるからね」と言ってお下さる。	◎◎
						14:00	日常生活	アオキスーパーに買い物に出掛けて、事業所の夕食の野菜を購入。30分ほど歩かれる。「外に出ると気分がいい」と言われる。	△△
						15:00	看護	足の傷の処置を行う	□□
						15:30	機能訓練	法人の理学療法士と連携し、下肢の筋力訓練の効果について評価を行う	●●
						16:00	受診	夫と◎◎内科医院に受診。足の傷の軟膏がプロステイン軟膏に変更	■ ■
							夜間帯 巡視 □オムツ交換 □異常なし □21:00 □23:00 □1:00 □3:00 □5:00 □7:00	□体位変換 □異常あり	

項目: ケアプラン、日常生活、機能訓練、看護、相談、送迎、夜間帯(20-8)、受診、訪問診療

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

136

施設における役割分担（例）

- ◎ケアプランが日々の中できちんと実行されているか確認し、できていなければ職員全体に呼びかける。状態の変化を把握し、介護内容の見直しが必要な
ら、中心になって検討していく。
- ◎毎月、個別状況表の内容の訂正、追加など
- ◎毎月のご家族へのおたより作成
- ◎ケアプラン更新時のアセスメントについてケアマネジャーに意見を伝える
- ◎サービス担当者会議への参加、新規利用時の面談に同席
- ◎利用者個別の要望への対応（外出、買い物、記念日の過ごし方等）
- ◎個人記録のチェック、毎月の定例業務に

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

137

本日の内容

1. ケアマネジメントとは？

- ・居宅、施設、それぞれのケアマネジメントについて

2. アセスメント

- ・課題分析標準項目
- ・生活歴・生活習慣の重要性

3. ニーズ、目標の設定、ケアプラン作成

- ・アセスメントで得た内容からニーズや目標を抽出する方法
- ・多職種で作るケアプラン

4. サービス担当者会議、モニタリング、記録

- ・効果的、効率的な実施方法
- ・日々の記録について

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

138

効率化の視点

1. 主治医意見書
2. 6つのニーズ領域とニーズ抽出
3. 目標設定
4. 支援経過記録
5. モニタリング
6. サービス担当者会議の要点
7. サービス担当者会議の進め方
8. LINE活用
9. 第3表の活用
10. 生活歴・生活習慣の把握
11. 報告の仕方のフォーマット
12. 主治医との連携

講演・コンサルティング実績と主なテーマ

- 保健・医療・福祉サービス研究会「小規模多機能の完全理解と開設運営ノウハウ習得講座全6回コース」「介護支援専門員の理論と実務完全マスター全6回コース」
- WJUI監査法人「改正社会福祉法セミナー」
- C-MAS介護事業経営研究会「小規模多機能の管理運営」「介護事業所の営業」
- 日総研出版「ケアマネジメント業務の実践力&指導力セミナー全3回」「管理者育成全6回コース」
- 関西看護出版「介護現場の虐待防止の具体策」「ケアマネジャー受験対策合宿講座」
- TKC全国会「小規模多機能と看護小規模多機能の経営実態」
- アドバンス経営「稼働率アップ!10の秘訣セミナー」
- 株式会社日本経営「小規模多機能の管理運営」
- 地域密着ケア・地域包括ケア全国研修会「介護事業所の虐待防止」
- ビズアップ総研「ケアプラン立案の方程式」
- 福祉と介護研究会35「ケアプラン立案の方程式」
- 雲母書房「介護現場の虐待防止の具体策」
- 倶楽部くればす「介護現場をよくする話」
- リコージャパン「人を活かす介護施設の人事制度とキャリアパス構築」
- 東海医療科学専門学校 作業療法科「日常生活活動学全7回コース」
- 福祉の資格の学校キャリアアップ「ケアマネ受験対策講座」「スキルアップセミナー(毎月)」
- 全国有料老人ホーム協会「ケアプラン立案の方程式」
- 愛知県一宮市ケアマネT「介護保険改正の動向」
- 福島県福島市介護支援専門員連絡協議会「ケアプラン立案の方程式」
- 静岡県掛川市介護支援専門員連絡協議会「困難が介護観を深くする!」
- 岐阜県グループホーム協会「介護現場の虐待防止の具体策」「権利擁護全3回」
- 三重県社会福祉士会「介護現場の権利擁護」
- 三重県介護支援専門員協会委員支部「介護予防ケアプラン」
- 三重県介護支援専門員協会三河支部「ケアプラン立案の方程式」
- 街かどケア滋賀ネット「介護事業所の管理運営」
- 広島県尾道市介護支援専門員連絡協議会「指導者のためのケアプラン立案の方程式」
- 島根県浜田地区広域行政組合「ケアマネジメントの虐待防止力!」
- 鳥取県小規模多機能型居宅介護事業所連絡会「地域包括ケアにおける小規模多機能の役割」
- 鳥取県鳥取市「ケアプラン立案の方程式」
- 愛媛県松山市社会福祉協議会「ケアプラン立案の方程式」
- 愛媛県社会福祉協議会「個別ケアの具体策」
- 四国ブロックヘルパー研修会「介護事業所の管理・運営」
- 香川県グループホーム・小規模多機能連絡協議会「介護事業所の虐待防止の具体策」
- 北海道の社会福祉法人「介護職の魅力と責任 再発見講座」
- 北海道の医療法人「小規模多機能の開設支援」
- 青森県の社会福祉法人「小規模多機能の管理運営」
- 福島県のNPO法人「ケアプラン立案の方程式」
- 福島県の社会福祉法人「経営幹部・管理者・ケアマネ育成」「法令遵守」「マニュアル作成支援」
- 新潟県の社会福祉法人「ケアマネジメント全3回コース」
- 東京都の株式会社「小規模多機能の営業・稼働率向上」
- 愛知県の社会福祉法人「マニュアル作成支援」
- 愛知県の社会福祉法人「小規模多機能の管理運営全3回コース」
- 愛知県の医療法人「契約書、重要事項説明書の見直し」
- 愛知県のNPO法人「介護事業所の管理運営」
- 愛知県の株式会社「介護事業所の管理」「家族・地域との連携」
- 愛知県の株式会社「介護職の基本姿勢」
- 愛知県の医療法人「月3回の介護塾(管理職、ケアマネ、介護職向け)」
- 岐阜県の医療法人「小規模多機能の営業・稼働率向上」
- 三重県のNPO法人「サービス提供責任者の業務」
- 滋賀県の社会福祉法人「介護事業所の管理運営全2回」
- 滋賀県のNPO法人「ケアマネジャー受験対策講座」
- 山口県の医療法人「小規模多機能の管理運営」
- 鹿児島県のNPO法人「介護事業所の管理運営」
- 宮崎県の株式会社「小規模多機能の開設支援」

著書・雑誌連載



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

オンラインプログラムの全体像

■無料教材

セミナー（月1）/facebookライブ・YouTube（週1）/メルマガ（週刊・日刊）

■通常セミナー（月5～10）+アーカイブ動画（200本以上！）

経営から現場まで全方位、ゲスト講師あり、Q&Aつき

■1日6H集中講座（月1）※2022年8月まで

施設長・事務長講座/管理職・チームワーク/ケアマネジメント/稼働・サービス
人材確保・育成・定着/小規模多機能/接遇/虐待防止/業務改善・・・など

■経営幹部/管理職/CM・相談援助職向け

対象者別、3カ月～5カ月の12名限定コースセミナー

■PDCA☆3カ月チャレンジプログラム

2週間に1度のPDCAセッション（目標・取組・結果・対策）

■ケアラーズ・クラブ（月会費制・法人/個人）

- ・月1回30分のグループQAセッション（zoom）
- ・通常セミナー（2,000円～10,000円）毎月1回ご招待！

■リーダーズ・プログラム（年会費制・法人/個人）

- ・オンラインセミナー（月5～10本）+集中講座+コースセミナー
- ・リーダーズ・サミット（特別セミナー、年3回）
- ・セミナー動画（経営から現場まで200本以上）※限定動画もあり
- ・会員限定のグループコンサルティング（月1回、QA中心）
- ・会員限定のPDCAグループコンサルティング（月2回、PDCAセッション）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

7月のオンライン企画（詳細はHPより）

■ 7月4日（月）

10：00～11：30 カスタマー・ハラスメント対応の具体策

■ 7月4日（月）・18日（月）

19：00～21：00 介護事業の教育インフラ！ リーダーズ・プログラム 会員限定PDCAコース

■ 7月13日（水）

10：00～12：00 工藤ゆみさんの全職員向け！コミュニケーションマスターへの道！
「ストレスケア・ストレス軽減のコツ」

14：00～15：30 介護事業の教育インフラ！リーダーズ・プログラム 会員限定「グルコン」

19：00～20：30 経営から現場まで！介護事業の教育インフラ リーダーズ・プログラム説明会
介護現場をよくするオンライン活用法！

■ 7月20日（水）

14：00～16：30 赤本・青本・緑本通読セミナー！「通所介護・地域密着通所介護」運営基準編

■ 7月22日（金）

10：00～17：00 ケアマネジメント（施設&居宅）1日集中講座！

■ 7月26日（火）

19：00～21：00 進絵美さんの面談スキル向上講座（進塾）第2期！第3回（満員御礼！）

■ 7月27日（水）

14：00～16：30 赤本・青本・緑本通読セミナー！「通所介護・地域密着通所介護」介護報酬編

19：00～20：30 マンスリー・ジャーナル(無料)・トピックス&特集「運営指導対策」

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

143

8月のオンライン企画（詳細はHPより）

■ 8月1日（月）・15日（月）

19：00～21：00 介護事業の教育インフラ！ リーダーズ・プログラム 会員限定PDCAコース

■ 8月3日（水）

10：00～12：30 赤本・青本・緑本通読セミナー！「小規模多機能」運営基準編

14：00～15：30 介護・障害事業所の新規開設事例（仮）ゲスト講師編！

■ 8月17日（水）

10：00～12：00 工藤ゆみさんの管理職・指導者向け！コミュニケーション実践力
アドバンス講座「ストレスアセスメント・メタ認知」

14：00～15：30 介護事業の教育インフラ！リーダーズ・プログラム 会員限定「グルコン」

■ 8月23日（火）

19：00～20：30 マンスリー・ジャーナル(無料)・トピックス&特集「管理職の養成・学習とは」

21：00～21：30 ケアラーズ・クラブ 会員限定グループQAセッション

■ 8月24日（水）

14：00～16：30 赤本・青本・緑本通読セミナー！「小規模多機能」介護報酬編

19：00～21：00 進絵美さんの面談スキル向上講座（進塾）第2期！第4回（満員御礼！）

■ 8月26日（金）

10：00～17：00 運営指導対策 1日集中講座！

19：00～20：30 経営から現場まで！介護事業の教育インフラ 実践活用術！オリエンテーション

■ 8月27日（土）

19：00～21：00 LINE会員限定！稼働率向上の具体策（無料！）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

144

居宅向け法令チェックリスト

【居宅介護支援】運営基準等(2022年1月版)

※本チェックリストは、いわゆる赤本・青本・緑本等に掲載されている各種基準・告示・通知・QA・関連法令等を、通読できるかたちに再編集したものです(準用規定もあるため一部サービス名が異なっている場合があります)。
 ※ローカルルール等もありますが、ここに示す国が定めた基本を理解することが重要です。本チェックリストをきっかけに、原典にもあたって頂き、必要に応じて指定権者や保険者等に確認をするようにして下さい。

番号	理解	実施	法令の理解
【趣旨】第1 基準の性格			
			基準は、指定居宅介護支援の事業及び基準該当居宅介護支援(目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものである)
			指定居宅介護支援の事業を行う者又は行おうとする者が満たさなければならぬ場合には、指定居宅介護支援事業者の指定又は更新
			運営開始後、基準に違反することが明らかになった場合には、都期間を定めての改善勧告、命令(事業所名の公表を伴う)を行う

【居宅介護支援】介護報酬等(2022年2月版)

※本チェックリストは、いわゆる赤本・青本・緑本等に掲載されている各種基準・告示・通知・QA・関連法令等を、通読できるかたちに再編集したものです(準用規定もあるため一部サービス名が異なっている場合があります)。
 ※ローカルルール等もありますが、ここに示す国が定めた基本を理解することが重要です。本チェックリストをきっかけに、原典にもあたって頂き、必要に応じて指定権者や保険者等に確認をするようにして下さい。

番号	理解	実施	法令の理解	備考
報酬請求指導について				
			・加算報酬上の基準要件を一つでも満たしていない場合 ・解釈通知に即したサービス提供を実施していないことにより加算本来の趣旨を満たしていない場合	
			適切なサービスの実施となるよう是正指導の上、加算報酬上の基準要件等を満たしていない部分について自己点検の上、過誤調整により返還させる(溯及適用あり)	
			加算報酬上の基準要件を満たしていない場合及び解釈通知に即したサービス提供を実施されていない場合であって、当該報酬請求の内容が著しく悪質で不正な請求と認められる場合	
			法第22条第3項に基づく返還金及び加算金(※4割)の徴収(溯及適用あり)	

経営幹部/管理職/CM・相談援助職向け

※1日集中セミナーにかえて、以下の内容で開催します！

■2022年9月～12月 (4か月コース)

介護事業所の管理職養成講座コース 第1期

13:30～18:00 (90分×3コマ、質疑応答あり)

※12名限定！1法人2名まで

■2023年1月～3月 (3か月コース)

ケアマネジャー・相談援助職養成コース 第1期

13:30～18:00 (90分×3コマ、質疑応答あり)

※12名限定！1法人2名まで

■2023年4月～8月 (5か月コース)

経営者・経営幹部のための事業経営実践コース 第1期

13:30～18:00 (90分×3コマ、質疑応答あり)

※12名限定！1法人2名まで

教育インフラ(法人・個人／年会費制)

■介護事業の永続的な成功をもたらす「教育インフラ」リーダーズ・プログラム
(経営から現場まで、職員研修&業務改善のベースとなるもの)

I. コンテンツ (A→Bに行くための知識・ノウハウ)

1. 動画プログラム (全方位、既に150本程度)
2. セミナープログラム (月5~10本)
3. コンサルティングレベルのコンテンツ・教材
4. 経営者・幹部・施設長向け限定コンテンツ!

II. コーチング (学んだことを実践につなげる)

1. 月2回2時間のPDCA実践コンサル (人数限定G)
2. 月1回90分のグループコンサルティング
3. セミナーの際のQ&A

III. コミュニティ (長く成功を続けるには、共に学ぶ仲間が必要!)

1. 月1回90分のグループコンサルティング
2. 会員限定のチャットワークグループ

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.



新企画! ケアラーズ・クラブ

■毎月1回、30分のグループQAセッション (zoom)

※榊原からの導入+皆さんからのQ&A

※後日動画あり

■通常セミナー (2,000円~10,000円!)

毎月1回ご招待! (※コースセミナー除く)

※後日動画あり

■ケアラーズ・クラブ (月会費制/法人・個人)

月額800円! (税抜)

8月分よりサービス&募集開始予定!



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

週刊メールマガジン（無料！） 介護現場をよくする研究&活動通信

介護現場をよくする研究&活動 通信 バックナンバー

[バックナンバー一覧へ戻る](#)

日時	タイトル
2020/08/20(木) 09:30	【介護給付費分科会、事業者団体ヒアリング2】介護現場をよくする研究&活動通信 第110号

■ □ ■
 【介護給付費分科会、事業者団体ヒアリング2】
 介護現場をよくする研究&活動 通信 第110号
<http://www.appare-kaigo.com/>
 2020.8.20
 天晴れ介護サービス総合教育研究所 榎原宏昌
 □ ■ □

0=====

◆目次◆

1. 今週の活動と気付き
 2. 注目のニュース
 3. セミナー・イベント情報
 4. zoomセミナー情報
 5. 天晴れライブラリー・名言のご紹介
- 編集後記

➤毎週木曜日のメルマガ「介護現場をよくする研究&活動通信」
ホームページより（天晴れ介護、で検索）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

149

Facebookライブ & YouTube（無料！）



天晴れ介護サービス総合教育研究所
チャンネル登録者数 454人

[チャンネルをカスタマイズ](#) [動画を管理](#)

ホーム 動画 再生リスト チャンネル フリートーク 概要 🔍

アップロード済み すべて再生

≡ 並び替え

<p>介護報酬改定セミナー-LIFE提出期限経過措置</p> <p>天晴れ介護サービス総合教育研究所 (株) 介護福祉士 介護支援専門員 代表取締役 榎原 宏昌</p> <p>38:23</p> <p>介護報酬改定セミナー&LIFE提出期限経過措置 (介護現...</p> <p>78 回視聴・1 日前</p>	<p>介護の専門性と科学的介護</p> <p>天晴れ介護サービス総合教育研究所 (株) 介護福祉士 介護支援専門員 代表取締役 榎原 宏昌</p> <p>41:59</p> <p>介護の専門性と科学的介護 (介護現場をよくする不定...</p> <p>148 回視聴・1 週間前</p>	<p>ケアプランの様式・記載要領の改正</p> <p>天晴れ介護サービス総合教育研究所 (株) 介護福祉士 介護支援専門員 代表取締役 榎原 宏昌</p> <p>41:39</p> <p>ケアプランの様式・記載要領の改正 (介護現場をよくす...</p> <p>1367 回視聴・2 週間前</p>	<p>対談LIVE</p> <p>【太田英樹先生×榎原】対談LIVE！サ高住運営&介護報...</p> <p>4月5日(月)21時00分~ Facebook 1:18:56</p> <p>110 回視聴・3 週間前</p>	<p>自著紹介シリーズ① 介護業務管理と人材育成</p> <p>天晴れ介護サービス総合教育研究所 (株) 介護福祉士 介護支援専門員 代表取締役 榎原 宏昌</p> <p>34:37</p> <p>自著紹介シリーズ①「介護業務管理と人材育成」(介護...</p> <p>57 回視聴・3 週間前</p>	<p>成果につなげる！姿勢とノウハウ</p> <p>天晴れ介護サービス総合教育研究所 (株) 介護福祉士 介護支援専門員 代表取締役 榎原 宏昌</p> <p>37:40</p> <p>成果につなげる！姿勢とノウハウ (介護現場をよくする...</p> <p>60 回視聴・3 週間前</p>
<p>新人職員の受け入れ時のポイント</p> <p>天晴れ介護サービス総合教育研究所 (株) 介護福祉士 介護支援専門員 代表取締役 榎原 宏昌</p> <p>31:19</p> <p>新人職員の受け入れ時のポイント (介護現場をよくする...</p> <p>136 回視聴・1 か月前</p>	<p>自立支援促進加算 衝撃の内容とは？</p> <p>天晴れ介護サービス総合教育研究所 (株) 介護福祉士 介護支援専門員 代表取締役 榎原 宏昌</p> <p>31:08</p> <p>自立支援促進加算、衝撃の内容！ (介護現場をよくする...</p> <p>1006 回視聴・1 か月前</p>	<p>ケアマネ更新研修 得られるものとは？</p> <p>天晴れ介護サービス総合教育研究所 (株) 介護福祉士 介護支援専門員 代表取締役 榎原 宏昌</p> <p>37:32</p> <p>ケアマネージャー更新研修で得られるものとは？ (介護現...</p> <p>116 回視聴・1 か月前</p>	<p>入浴介助加算をICFで考える！</p> <p>天晴れ介護サービス総合教育研究所 (株) 介護福祉士 介護支援専門員 代表取締役 榎原 宏昌</p> <p>28:33</p> <p>入浴介助加算をICFで考える (介護現場をよくする不定...</p> <p>197 回視聴・1 か月前</p>	<p>介護現場リーダー 3つの論点</p> <p>天晴れ介護サービス総合教育研究所 (株) 介護福祉士 介護支援専門員 代表取締役 榎原 宏昌</p> <p>32:43</p> <p>介護現場リーダー 3つの論点 (介護現場をよくする不定...</p> <p>189 回視聴・1 か月前</p>	<p>科学的介護 基本の「キ」</p> <p>天晴れ介護サービス総合教育研究所 (株) 介護福祉士 介護支援専門員 代表取締役 榎原 宏昌</p> <p>34:51</p> <p>科学的介護の基本の「キ」 (介護現場をよくする不定...</p> <p>363 回視聴・1 か月前</p>

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

150

LINE公式アカウント始めました！

■対象者

- ・介護事業の永続的な成功を目指す経営者・経営幹部の方
- ・独立開業や管理職・専門職・講師業等でスキルアップしたい個人の方

※LINE登録特典動画「経営から現場まで！介護事業の永続的な成功を実現する3つの取り組み」を現在制作中（^^）



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

151

ケアマネジメント！1日集中講座

ご清聴ありがとうございました！



天晴れ介護サービス総合教育研究所

代表 榊原宏昌

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

152