

ケアマネジャー・相談援助職 養成コース 第1期第5回目

■振り返り・QA/皆さん自身の課題・学習の発表

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

講師プロフィール

- ◎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、法人本部の実務に携わる
- ◎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」を目的に独立
- ◎著書、雑誌連載多数。講演、コンサルティングは年間400回を超える
- ◎ブログ、facebook、毎朝5:55のライブ配信など毎日更新中
- ◎YouTubeや動画ライブラリーでは500本以上の動画を配信
- ◎介護と介護事業を守り、よくする教育インフラ「リーダーズ・プログラム（年会費制）」を主催
- ◎「継続的な学習」を当たり前。「リーダー」を1人でも多く増やすために、日々活動中
- ◎4児の父、趣味はクラシック音楽
- ◎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



- 日本福祉大学 社会福祉総合研修センター 兼任講師 ■全国有料老人ホーム協会 研修委員
- 稲沢市 地域包括支援センター運営協議会委員 ■HMS介護事業経営コンサルタント
- 出版実績：中央法規出版、中央法規出版、ナツメ社、その他10冊以上
- 平成20年第21回G E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.

3

介護現場をよくする研究・活動

■よい介護職はいても、よい介護現場はなかなかない……

- ・ 1人1人がよくなるだけでは、うまくいかない
- ・ チーム、組織、目標、計画、ルール
リーダーシップ、コミュニケーションなどが必要
- ・ 「介護現場」をよくすることで
利用者はもちろん、職員も幸せになれる！
- ・ 人と人がお互いに学び合い
気持ちよく支え合える社会づくり

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

4

天晴れ介護サービス「ACGs」！

APPARE CARE SERVICE GOALS 2023

天晴れ介護サービス
介護現場をよくする21のテーマ

個別ケア	1 健康管理	2 ADLの自立 重度化予防	3 IADLの 支援	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	7 対人 援助職の 基本姿勢	
	事業所運営	8 環境整備	9 接遇・マナー	10 生活の 安定・安全	11 喜び 楽しみ	12 家族・地域	13 事業所の 維持	14 チーム
		法人経営	15 行政対応 地域分析	16 事業 サービス	17 収支	18 人事・組織	19 法令遵守 リスク マネジメント	20 指導 育成 管理

Colored by bridge link plus

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

著書・雑誌連載

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

おかげさまで!

amazon ランキング

10部門
1位

応援いただき
ありがとうございます
\ ございました! /



介護サービス
経営の教科書

利用者・職員から選ばれる!

著者
榎原 宏昌

97%が
絶賛を満感!

年間400回超の
コンサルティングから見えた
人を大切にする経営 10の極意

BLA出版

特典プレゼントを
期間内に
ぜひお受け取りください!

ご登録は
こちらから



- ◎介護
- ◎暮らし・健康
子育て
- ◎経営科学
- ◎実践経営
リーダーシップ
- ◎ビジネス・経済
- ◎都市
地域経済学
- ◎経済学
- ◎投資・金融
会社経営
- ◎介護の
最新リリース
- ◎経営科学の
最新リリース

※総合は惜しく
も2位!

無料ダウンロード期間

2023. 8.26 (土) 17時 ~ 8.31 (木) 15時

ケアマネ・相談援助職養成コース

【ケアマネジャー・相談援助職養成第1期】全6回

■第1回：10月24日（火）

「ケアマネジメントの基礎」※13時～17時半

■第2回：11月30日（木）

「説明力向上 & 合意形成の具体策」※13時～17時半

■第3回：12月27日（水）

「各種困難事例、意思決定支援、家族支援、ハラスメント対策等」

■第4回：1月25日（木）→24日（水）

「組織の中での立ち位置・役割」

■第5回：2月21日（水）→14日（水）

「まとめ・発表」

※各回とも13:30～18:00

■フォローアップ講座：3月21日（木）14:00～17:00

人数限定！コース研修

■各種コース研修

◎レクチャー＋GW＋QA＋課題

◎12名限定！1法人2名まで

◎介護事業所の管理職養成講座コース

◎稼働率＆サービス改善コース

◎ケアマネジャー・相談援助職養成コース

◎人材確保・育成・定着コース

◎進塾（面談スキル向上講座）

■さらに、単発受講可能な年間シリーズ研修も！

◎介護現場をよくする21のテーマ！「ACGs」

◎介護職の必須科目としての「コミュニケーションとストレスケア」

◎介護職員向けケアマスターシリーズ

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

9

【法人向け】各種コース！

居宅介護支援事業所向けパッケージコース

経営者向け「事業の成長と安定」コース

管理職向け「管理職養成ベーシック」コース

生産性向上＆業務改善コース

全職員向け！「介護と介護事業を守り、よくする！21のテーマACGs」

稼働率・サービス改善「業績up！」コース

人材確保・育成・定着「サービスの基盤づくり」コース

ケアマネジャー・相談援助職養成「質の向上と省力化」コース

新人・一般職向け「介護の基本と法定研修」コース

法令遵守・運営指導対策マスターコース

専門職の必須科目！「コミュニケーション・面談スキル」コース

ビジネスの基礎知識マスターコース

障害福祉サービス向けパッケージコース

介護業界以外向けパッケージコース

※今後、追加の可能性もあります

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

10

本日の内容

■振り返り・Q&A

レクチャー／GW／QA

■皆さん自身の課題・学習の発表

レクチャー／GW／QA

■おわりに

レクチャー／GW／QA

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

11

ご意見・Q&A

■コロナの期間中に、施設の行事も縮小し地域との交流も少なくなり、世の中は通常に戻っても今でも施設では面会でも居室まで来られないので、施設の様子を知ってもらう工夫が必要だと思いました。施設の職員として、自分の行動に責任を持ち、日々の丁寧な対応の積み重ねで、信頼をえることができるようにしたいです。

■何年かぶりにバイスティックの7原則を見つめなおして、割といつのまにか学びや実務経験によって身につけているように思えちょっと安心したが、経験者だからこそパターン化や決めつけにならないように気を付けたいと思った。確認した事実を基にアセスメントを行うことを常に自戒したい。自分の癖として、言語化・文章化する際に因果関係を明示したい思いから、推測で補完した物事を組み込んで書いてしまうことがあったため、これからも気を付けたい。

■役割分担が明確になると、誰の仕事でもない仕事をやる人がいなくなる。気付いた人だけがやるようになり、文句や愚痴に繋がる、役割分担しつつも協力しあい率先して「これ、やります」という人が増えると、チームワークも良くなると感じました。

■私は、施設ケアマネだけでなく相談員も兼務していますが、日々の業務が活字になると、あらためて多いなーと思いました。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

12

取り組んでみたこと！

■課題をすぐやる、とりあえず3行書くというのをやってみて、やり始めると思っていたよりもすらすらと書けました。やり始めるまでに自分でハードルを上げすぎていたのだと思います。始めから全部やっってしまうというわけでもなく、少しの間でもやってみようというきっかけになりました。

■地域ケア会議と言う地域連携の機会があったため、あるべきプロセスを意識して準備や会議本番に臨んだ。会議の場では顔の見える関係が構築できることを意識した。本題とする問題のほかにも、災害時の避難弱者であることを今一度地域の支援者と再確認し、避難時に活用できる福祉用具の使用法(電動アシスト付き車椅子)について情報提供をした。

■ご利用者が喜んだり、悲しんだりすることを、周囲に気兼ねなく自由に表現できるような雰囲気を作るように努めた。

これから取り組んでみたい！

■施設の近隣を1軒1軒まわり、何か困りごとが起きたら「あそこの、施設に相談すればいいんだ」と思ってもらえるような広報活動が行えるようにしていきたい。

■支援困難ケースの問題と向き合うにつれ、自事業所のみで出来ることの限界と、地域の方の「ちょこっと」の支援のつながりを支援の輪に育てていくことの重要性を強く感じた。地域を巻き込んだ支援の輪を育てられる「ハブ」「要所」としての役割が担えるように頑張りたい。

■新規利用者の受け入れについて、デイサービスやショートステイの利用につながるのではないかとあって、うけいれてしまうことがあります。断ると、次に紹介してもらえないのではないかと不安になってしまいます。職員間の連携をしっかりとって、誤解がないように押し付けないようにしたいと思います。

今回、発表！！！！

- 「ワンテーマ」と「来年度の目標と行動計画」についてお話し下さいませ。
- 1人ずつ発表をお願いします。
その後、質疑等の意見交換を行います。
- 録画もさせていただきますので、ご了承下さいm(__)m
- 3月のフォローアップ講座で最終のQAを行います。
修正版のご提出もお願いします。
私の方からもフォローアップの内容をお話します。

宿題

3月14日まで

ケアマネジャー・相談援助職養成コース第 期 第 回
事業所名/役職/氏名:
※枠内にご記入ください。「ALT+ENTER」でセル内改行ができます。
※ 月 日までに提出ください。
1. 研修を受けて感じたこと、学んだこと
2. 実際に取り組んでみたこと
3. これから取り組んでみたいこと
4. ご質問
5. その他、何かありましたらご自由

■ワンテーマ発表

■来年度の
目標・行動計画

修正版
Wordで下さい

グループワーク & QA

■15分程度のグループワーク

- ・自己紹介（地域／サービス種別／役職／職種等／悩み）
- ・意見交換

■15分程度の質疑応答

- ・積極的にご質問下さい！
- ・是非、知りたいことをお持ち帰り下さい
- ・皆さんの学びにもなることをご理解下さい
- ・この部分をもう少し詳しく…もOKです！

本日の内容

■振り返り・Q&A

レクチャー／GW／QA

■皆さん自身の課題・学習の発表

レクチャー／GW／QA

■おわりに

レクチャー／GW／QA

第1回の内容

■アセスメントについて

レクチャー／GW／QA

■ニーズ・目標の抽出について

レクチャー／GW／QA

(■サービス担当者会議・モニタリング・記録)

レクチャー／GW／QA

第2回の内容

■振り返り・Q&A

レクチャー／GW／QA

■サービス担当者会議・モニタリング・記録

レクチャー／GW／QA

■説明力・合意形成

レクチャー／GW／QA

第3回の内容

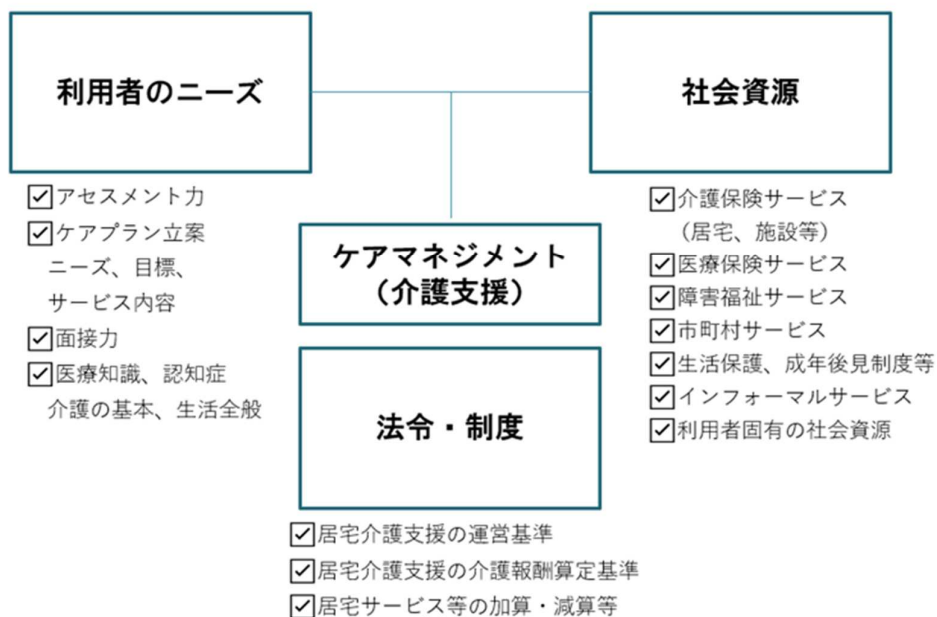
- 振り返り・Q&A
レクチャー／GW／QA
- 各種困難事例、意思決定支援
レクチャー／GW／QA
- 家族支援・ハラスメント対策
レクチャー／GW／QA

第4回の内容

- 振り返り・Q&A
レクチャー／GW／QA
- 施設等の生活相談員の仕事①
レクチャー／GW／QA
- 施設等の生活相談員の仕事②
レクチャー／GW／QA

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.

23

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。



助ける

体の状態などから、お年寄りが日常生活でできないことをできるように助けます。全部やってしまうのではなく、できないところだけを助けて、できたという達成感や満足感を味わってもらうことも必要です。



喜びを作る

人はどれだけ年齢を重ねても夢を持ち楽しく過ごしたいもの。介護職は、お年寄りのしたいことをかなえたり、季節を感じる行事などを満喫できるようにすることをして生きがいを作っていきます。



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.

24

生活歴・生活習慣の把握

生活歴

年代	生活地域	生活歴（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（借金と20年ローン）
50代	A市	昭和63年長男結婚（長男夫婦隣家に転居）
60代	A市	平成6年部長まで退職（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） 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>過去の過ごし方</th> <th>病気になる前の過ごし方</th> <th>現在の過ごし方</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4:00 起床・朝食</td> <td>4:00 通勤・トイレ1回</td> <td>4:00 通勤・トイレ1回</td> </tr> <tr> <td>7:00 会社に着いて営業</td> <td>7:00 起床・朝食・通勤・テレビ</td> <td>7:00 起床・朝食・通勤・テレビ</td> </tr> <tr> <td>9:00 仕事</td> <td>9:00 コーヒー</td> <td>9:00 コーヒー</td> </tr> <tr> <td>12:00 昼食</td> <td>12:00 昼食（妻食所）</td> <td>12:00 昼食（妻食所）</td> </tr> <tr> <td>15:00 新聞などの時事の話題</td> <td>15:00 コーヒー</td> <td>15:00 コーヒー</td> </tr> <tr> <td>18:00 帰宅</td> <td>18:00 夕食・晩飯</td> <td>18:00 夕食・晩飯</td> </tr> <tr> <td>21:00 入浴</td> <td>21:00 入浴・テレビ</td> <td>21:00 読書</td> </tr> <tr> <td>23:00 就寝</td> <td>23:00 就寝</td> <td>23:00 就寝</td> </tr> </tbody> </table>	過去の過ごし方	病気になる前の過ごし方	現在の過ごし方	4:00 起床・朝食	4:00 通勤・トイレ1回	4:00 通勤・トイレ1回	7:00 会社に着いて営業	7:00 起床・朝食・通勤・テレビ	7:00 起床・朝食・通勤・テレビ	9:00 仕事	9:00 コーヒー	9:00 コーヒー	12:00 昼食	12:00 昼食（妻食所）	12:00 昼食（妻食所）	15:00 新聞などの時事の話題	15:00 コーヒー	15:00 コーヒー	18:00 帰宅	18:00 夕食・晩飯	18:00 夕食・晩飯	21:00 入浴	21:00 入浴・テレビ	21:00 読書	23:00 就寝	23:00 就寝	23:00 就寝
過去の過ごし方	病気になる前の過ごし方	現在の過ごし方																										
4:00 起床・朝食	4:00 通勤・トイレ1回	4:00 通勤・トイレ1回																										
7:00 会社に着いて営業	7:00 起床・朝食・通勤・テレビ	7:00 起床・朝食・通勤・テレビ																										
9:00 仕事	9:00 コーヒー	9:00 コーヒー																										
12:00 昼食	12:00 昼食（妻食所）	12:00 昼食（妻食所）																										
15:00 新聞などの時事の話題	15:00 コーヒー	15:00 コーヒー																										
18:00 帰宅	18:00 夕食・晩飯	18:00 夕食・晩飯																										
21:00 入浴	21:00 入浴・テレビ	21:00 読書																										
23:00 就寝	23:00 就寝	23:00 就寝																										

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年前まで寒犬を飼っており、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、付き合ひのある知人も多い） 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向、打ち解けるとユーモアが出る。 言いた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た
その他	

興味や関心があることに空をお願ひします。			
<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・観劇との	<input type="checkbox"/> 旅行・温泉
<input type="checkbox"/> 掃除・整理整頓	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 旅行・温泉
<input type="checkbox"/> 料理づくり	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 旅行・温泉
<input type="checkbox"/> 買い物	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 旅行・温泉
<input type="checkbox"/> 家や庭の手入れ	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 旅行・温泉
<input type="checkbox"/> 洗濯・洗濯物たたみ	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 旅行・温泉
<input type="checkbox"/> 自転車・車の運転	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 旅行・温泉
<input type="checkbox"/> 電車・バスでの外出	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 旅行・温泉
<input type="checkbox"/> 子供の話	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 旅行・温泉
<input type="checkbox"/> 動物の世話	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 園芸・観劇との	<input type="checkbox"/> 旅行・温泉

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

25

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.

26

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.

27

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

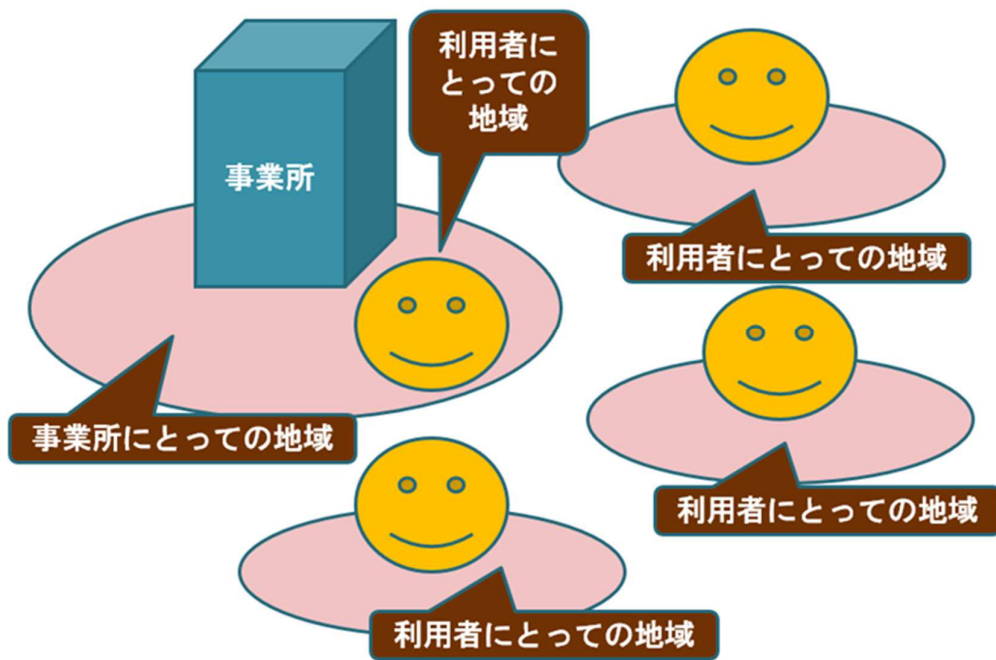
➤ 生活歴・生活習慣の把握の方法

- ◎ 白紙を渡す
- ◎ 記載例も渡す
- ◎ 意義を伝える

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

28

地域との連携を考える



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

29

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 | ご挨拶のプロフィール | 事業概要/理念 | 資格/研修講座 | 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

<https://www.appare-kaigo.com/> (天晴れ介護)

● 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？～

無料教材「生活歴」各種シート
facebookライブ & YouTube

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！

ご挨拶のプロフィール
はこちらから

研修企業の専門講師
から

今日は、事業グループ
今日は、株式会社アール・エス・ピー
会場の研修グループが、心身
会場の研修グループが、心身
会場の研修グループが、心身

生活歴の把握は、生活歴の把握
生活歴の把握は、生活歴の把握
生活歴の把握は、生活歴の把握

大好評！無料レポート&各種シート
●「生活歴・生活習慣シート」／●「介護事故の解に必要なお話」／
●「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.

30

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	〒	
	明・大・昭	年 月 日生（ 歳）	女		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 <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上				
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 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治医等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	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
処置への対応	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり							
・日常生活の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 判断できない					
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる	<input type="checkbox"/> 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）

<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴行	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 水の不始末	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 性的問題行動	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

(4) その他の精神・神経症状 無 有 [記述内容：]

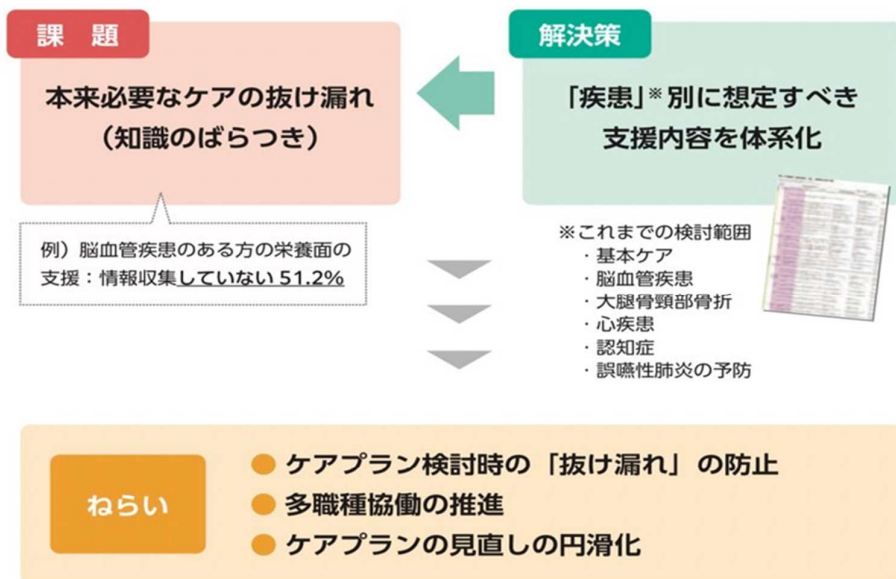
専門医受診の有無 有（ ） 無

認知症の症状を知ることができる

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

31

適切なCM手法のねらい



引用：株式会社日本総合研究所：令和2年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業）

適切なケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業

「適切なケアマネジメント手法」の手引き（令和3年3月）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

32

天晴れ×訪問看護の対談動画！

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

ACS 天晴れ介護サービス総合教育研究所
 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。
 ●経営層(経営者、経営幹部など) ●管理職(施設長、管理者、主任、リーダーなど)の方々
 ●専門職(ケアマネジャー、相談員、看・介護職など)の皆様にご覧いただきたいホームページです！

天晴れ介護サービスの日々の活動は
毎日更新のブログから
ご覧頂けます！
[ブログはこちらからどうぞ](#)

トップページ | 代表profile 事業概要 | 大好評！ 無料教材 | 毎月開催！ セミナー情報 | 300本以上！ 動画教材 | 研修企画 コンference | お仲間募集 求人について | お問い合わせ

介護と介護事業の知識・ノウハウを体系化！ 教育インフラ事業
 人財採用育成・定着 人事考課
 広報 収支改善 事業計画
 法人経営と介護現場をつなぐ！ 実践コンサルティング
 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
 管理職教育 法令遵守 マニュアル
 チームで学ぶ！ 仲間ができる！ 大好評！コース研修
 学びの質と量を 飛躍的に向上！ 動画教材ライブラリー
 対人援助 スキル 組織風土
 社会人 組織人教育
 学び・共感・モチベーション！ 研修&セミナー事業
 気軽に学べる！ Facebookライブ&YouTube
 書籍・雑誌・コラム等 執筆活動
 毎日・毎週の情報発信 (SNS・LINE・メルマガ) <https://www.appare-kaigo.com/> 天晴れ介護

訪問看護STブルーホビー×天晴れ介護
 「適切なケアマネジメント手法」対談動画シリーズ

2023年5月から、1カ月に1本(60分程度)、無料で「適切なケアマネジメント手法」について、対談動画をお送りしていきます。疾患の知識、看護やリハの知識、ケアマネジメントの知識を学んで頂けます。ぜひ、こちらのフォームよりご登録下さいませ！

代表 柳原 宏昌
 介護現場をよくする研究・

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

主訴・意向の把握

過去

現在

未来

☑ 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

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

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

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。

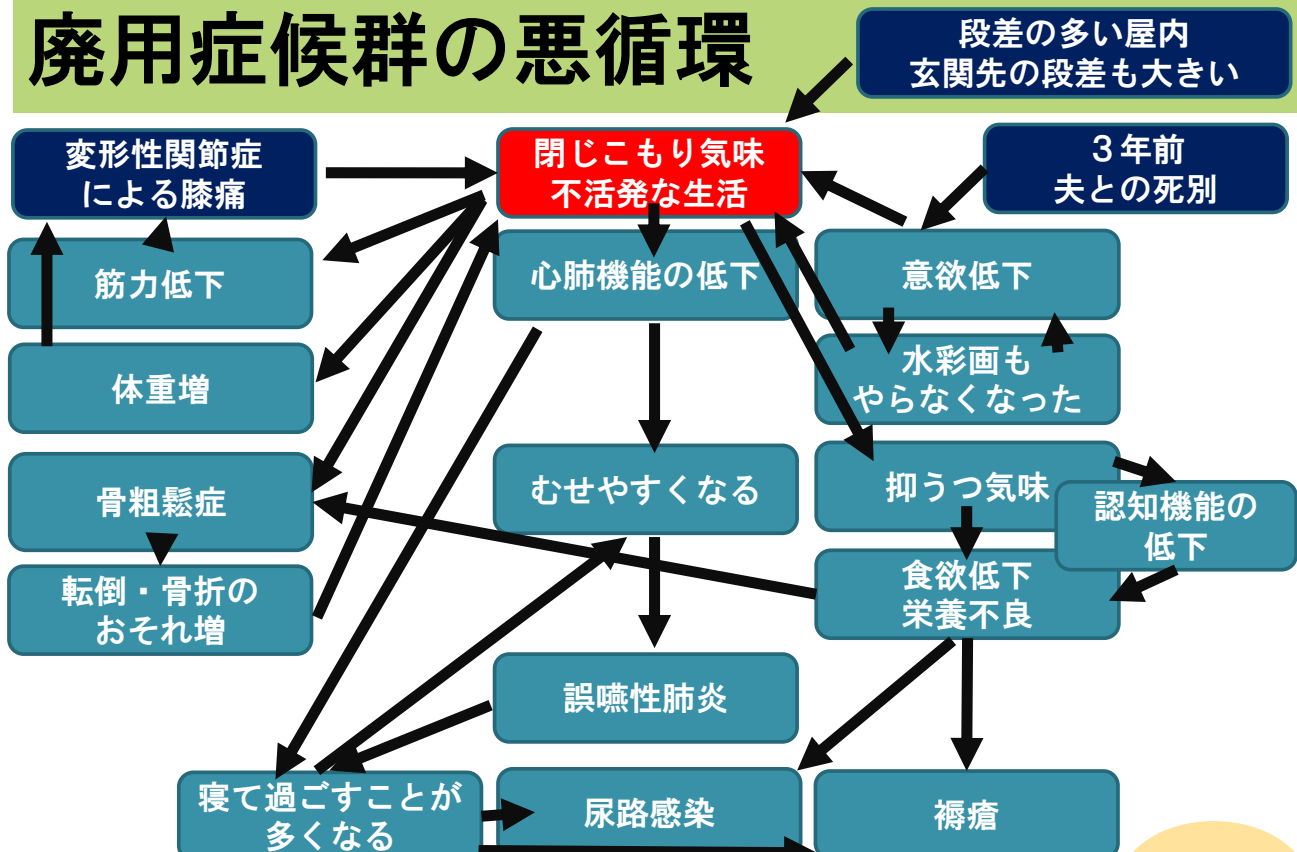
- ・ このように、「原因→困り事→意向」とつなげるとニーズの文章になるので、ここで**自動的に第2表の左の欄の作成が終了**する
- ・ ただ、ここまではあくまで本人の目線に立ったニーズの検討。家族の気持ちもあるだろうし 医師の意見、看護職やリハビリ職、栄養士の意見、デイサービスやヘルパーの介護職、それに ケアマネジャー自身の意見も加えて検討することが重要。
- ・ いわゆる多職種連携を具体的に形にする場面で、本人を中心に、関係者がそれぞれの立場や 専門性を持ち寄って検討する
- ・ **これを議論し、確認し合い、共有する場が「サービス担当者会議」となる**

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

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

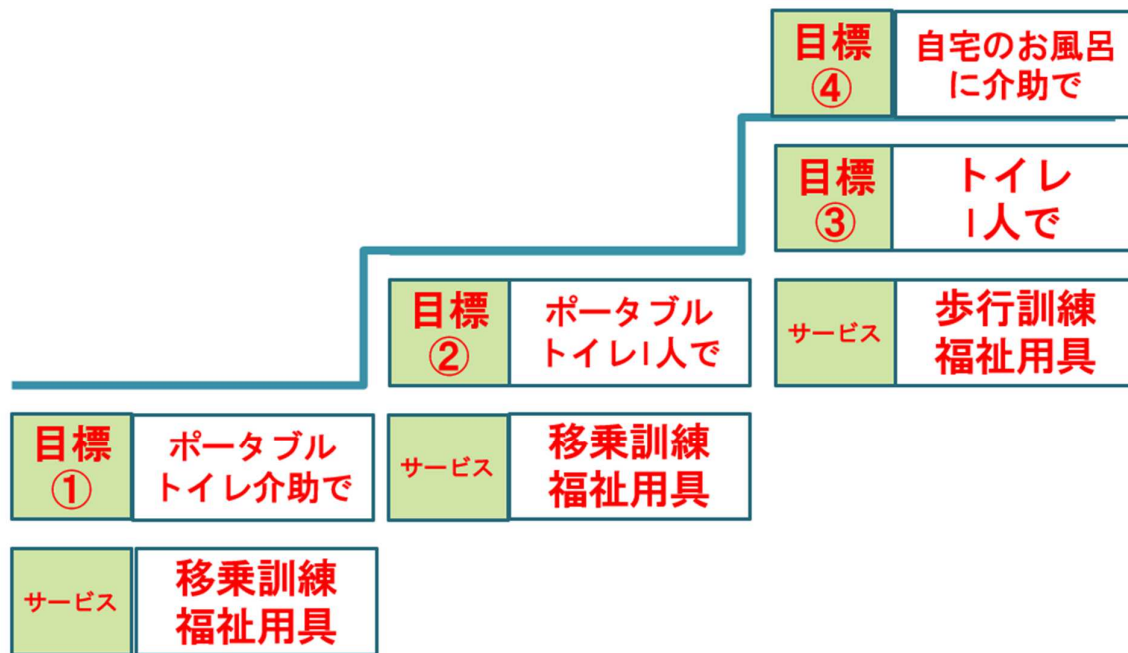
目標

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

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

目標設定（ステップアップ）



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

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

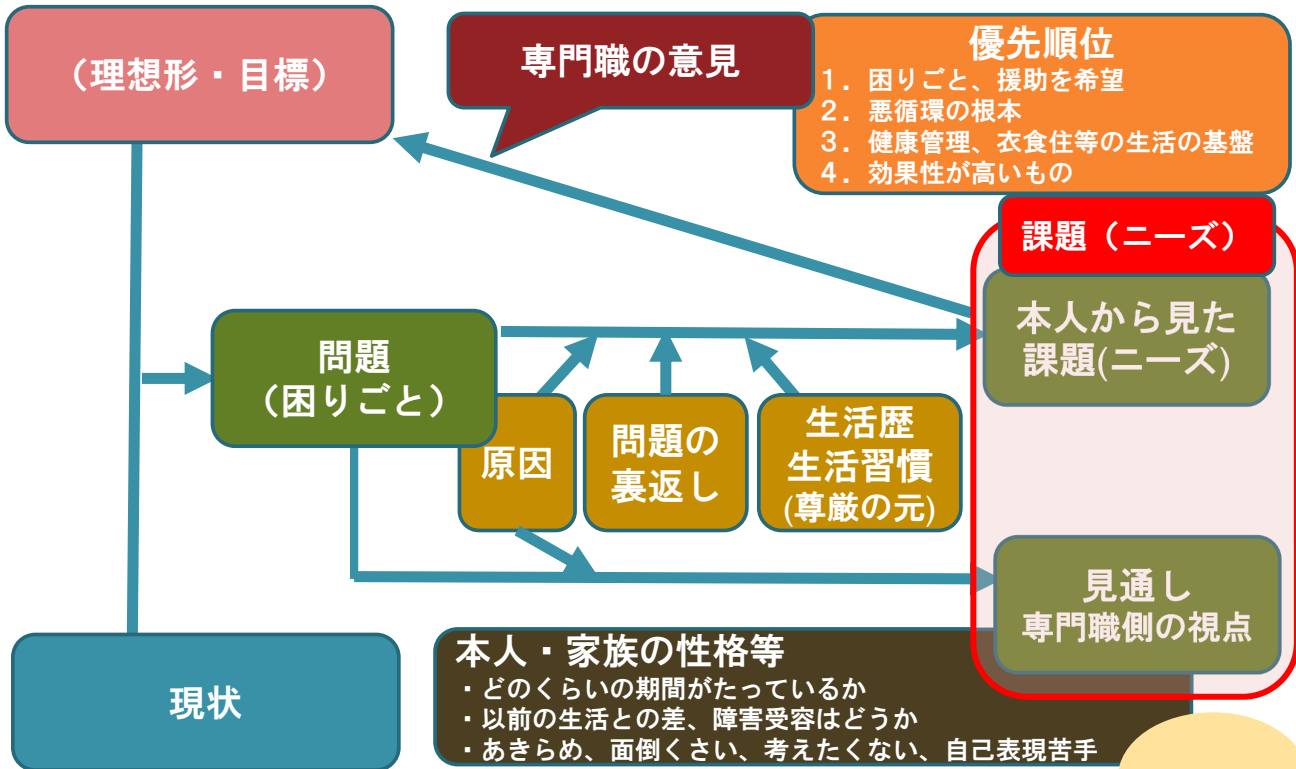
作成年月日 平成〇年8月20日

	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	起床・朝食
午後	8:00	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)	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	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	昼食 (暮会所) (入浴)
	14:00			暮会所 (知人送迎, 見守り)			暮会所 (知人送迎, 見守り)		コーヒー
	16:00		トイレ (妻一部介助)			トイレ (妻一部介助)		トイレ (妻一部介助)	
深夜	18:00	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
深夜	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.

ケアプランの考え方（私見）



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

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 ○〇 ○〇
 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
会議出席者	本人	E田 F男	〇〇リハビリセンター (理学療法士)	〇〇	〇〇居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)	〇〇
	妻	E田 G子	〇〇福祉用具 (福祉用具専門相談員)	〇〇		
	〇〇デイサービス (生活相談員)	〇〇	A市民病院 (ソーシャルワーカー)	〇〇		
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が可能になった。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るようにしたい。 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したい。 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					

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

サービス担当者会議 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（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（更新、状態変化、退院等）
→ 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より報告。
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（欠席者の意見があれば代弁）
- ☑ 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おります。
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、 **気を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	HO	〇/〇	H	／	H	／	H	／	H	／	H	／
担当者	〇〇 〇〇	面談相手	利用者 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	自宅	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開基に行って、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	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. 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									
	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	2									
	4. 確実に薬を飲むことができる	1. 改善 2. 変化なし(現状維持) 3. 悪化	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	本人
	通所介護		2	2									
	訪問リハビリ	1. 大変満足	1	1									
	福祉用具貸与	2. 満足	2	2									
	住宅改修	3. ふつう	2	2									
	基会所の友人	4. やや不満 5. 不満 6. 不明	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		評価
	1. 健康状態		2										
	2. ADL		1										
	3. IADL	1. 改善 2. 変化なし(現状維持) 3. 悪化	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		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. なし 2. あり	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												

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

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

47

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.

48

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.

49

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.

50

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.

51

介護現場をよくするzoomセミナー

廃用症候群の悪循環について

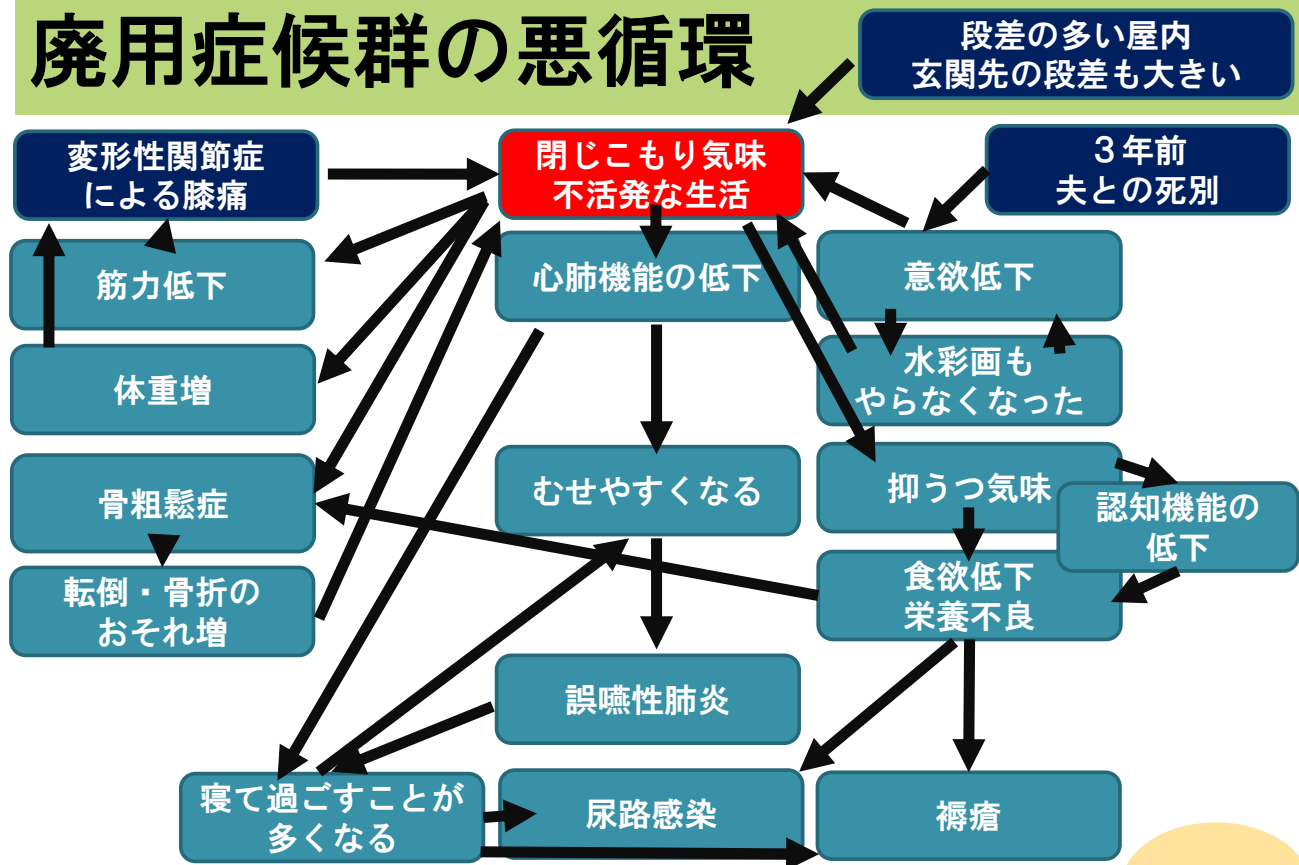
■相談援助職・リーダーのための説明力向上講座①

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.

52

廃用症候群の悪循環



Copyright (c) hiromasa sakakibara. All rights reserved.

53

説明力とは

1. 基礎知識
2. 分類・整理・つながり
3. 順番
4. 相手への配慮（気持ち、理解の度合い）
5. ツール
6. 部分と全体
7. 具体と抽象
8. いいこと悪いこと
9. 説明の仕方自体をインプット（真似る）
10. 使う言葉にはいちいちこだわる

Copyright (c) hiromasa sakakibara. All rights reserved.

54

説明力とは

これらは書き出さないと見えてこない

メモ → まとめ → メモ追加

※記憶の助け、新たな気付きが生まれる

人に話す・見せる → 追加・カット

※客観的に見直すことが大事

※最初は重要性が低い内容が多かったり、重複もあったりする

※最初は自分が言いたいことが先行しがち、

相手が知りたいことに着目できているか

これらを繰り返す中でカオス状態だったものが秩序ある情報になる

このプロセスを経ることで自信がつく (自分の言葉になる)

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

55

説明力とは

「スピーチは3日も経てば、話の90%は忘れてしまう。

聞き手が覚えているのはスピーチしている人の態度や迫力だけだ」

迫力 ≡ 情熱

態度 ≡ 愛情・関心・誠実さ

説明力とは、何か一つの秀でたスキルではなく、

細かいスキルの積み重ねであり、合わせ技！！

山口拓朗著「会社では教えてもらえない
ムダゼロ・ミスゼロの人の伝え方のキホン」(すばる舎) 参照

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

56

医師への相談（例）

■状況

- ・〇〇様ですが、血圧が高く、デイサービスで入浴ができておりません。

■背景

- ・ここ数日の血圧は・・・
- ・お薬については、ご家族によれば、きちんと飲んでいるとのこと。
- ・高血圧に伴う症状は特に見られていないように思います。
- ・デイサービスとしては、特別な指示がない場合、血圧が150/90以上であると入浴が中止になるとのことです。

■評価（困りごと）

- ・〇〇様、ご家族としては、入浴してほしい、という気持ちが強いようで、どうしたらよいかと困っておられます。

■提案（お願い）

- ・デイサービスとしては、入浴可能な具体的な数値があれば教えて頂きたい、とのことでした。
- ・受診した方がよいかも含め、ご指示を頂けますでしょうか。よろしくお願ひいたします。

※誤字に注意／タイミング、時間帯に配慮／ケアマネの情報を得だと思わせる

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

57

第三者への説明

ケアプラン点検にしても、地域ケア会議にしても、この「説明力」が問われる。

1. 年齢・性別・要介護度等
2. 原因となった病気、受診状況等
3. 家族や住居等の環境
4. 健康状態・ADL・IADL等の概要
5. 生活歴・生活習慣・趣味・嗜好
6. 抽出した課題・困りごと・経緯
7. 支援内容
8. 予後、予測、今後の検討課題

皆様のご意見を頂きたいと思ひます。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

58

説明について

ケアマネジメントプロセスの説明

☑アセスメントは

- ◎ご本人・ご家族のお気持ちや現状を把握し、よりよい生活のために何が必要かを考えます
- ◎その為に自宅の環境も確認させて頂いています。

☑ケアプランは？

- ◎アセスメントをもとに、一緒に目標を考え、目標を達成するために必要となるサービス内容や担当者を決めていきます

☑サービス担当者会議は？

- ◎「担当者」とは支援に関わる人のことであり、よりよい生活を送ることができるようにみんなで話し合います
- ◎話し合っ決めてすることで、それぞれの専門性が活かされるとともに、同じ方向を向いて、協力し合うことができます

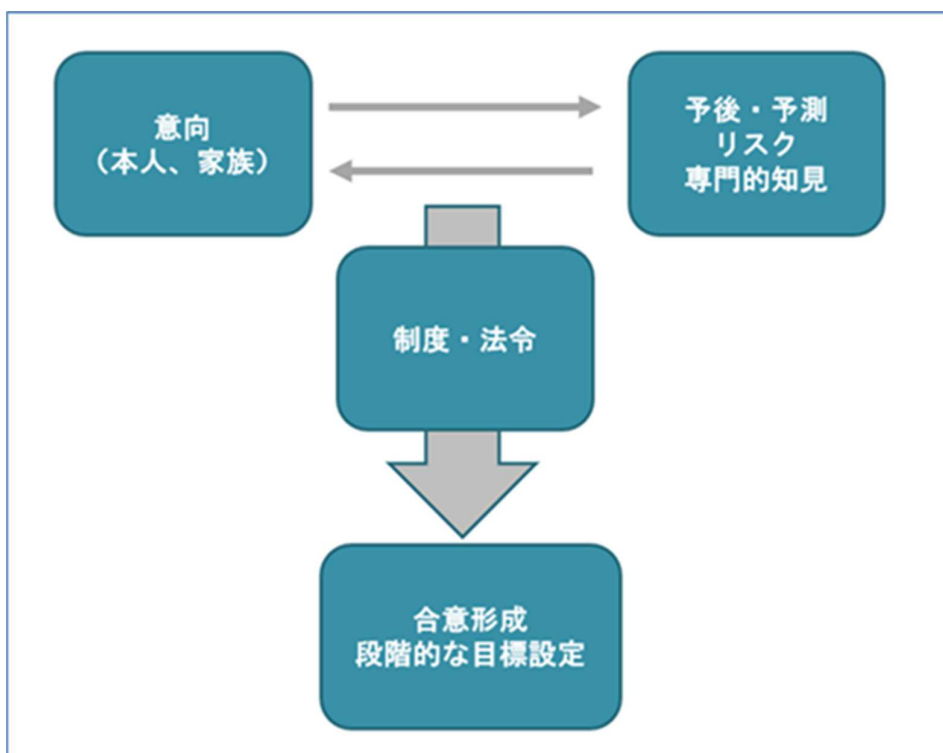
☑モニタリングは？

- ◎プランの内容を実施した後、毎月、プランの実施状況や目標の達成度合いを確認します
- ◎生活状況に変化がないかも確認させて頂くため、ご自宅に伺わせて頂きます
- ◎プラン内容について修正が必要なら修正を検討します

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

59

合意形成5つのステップ



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

60

合意形成の前提

1. 専門職としての信頼

→ 詳しい、頼れる、といった感覚

2. 人としての好意

→ 話しやすい、親しみが持てる、といった感覚

地域ケア会議のテーマ例

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

魚沼市：身寄りがない人の支援に関するガイドライン

身寄りのない人への支援に関するガイドラインについて

ページ内目次

+

ページID：0002112 更新日：2023年1月10日更新

身寄りのない人への支援に関するガイドラインについて

「魚沼市における身寄りのない人への支援に関するガイドライン」を策定しました

魚沼市では高齢者等の権利擁護についての取り組みを進めています。

支援困難事例と向き合う

岩間伸之著「支援困難事例と向き合う」（中央法規）より

支援困難事例だからこそ、ごまかしのきかない本物の援助の力量が求められると言っても過言ではない。「支援困難事例と向き合う」とは、対人援助の根拠となる「価値」、さらにいえば「人を援助すること」とは何かという援助の本質と向き合うことを意味する。すなわち、支援困難事例ではない事例も含めたあらゆる事例へのアプローチに共通する援助の本質に目を向けることになる。

1. サービス拒否	10. 経済的虐待
2. 終末期	11. アルコール依存
3. 不穏	12. 親族間対立
4. 近隣トラブル	13. 消費者被害
5. クレーマー	14. ひきこもり
6. 軽度認知障害	15. 身体拘束
7. ゴミ屋敷	16. 被害妄想
8. 共依存	17. ネグレクト
9. 希死念慮	18. 本人不在

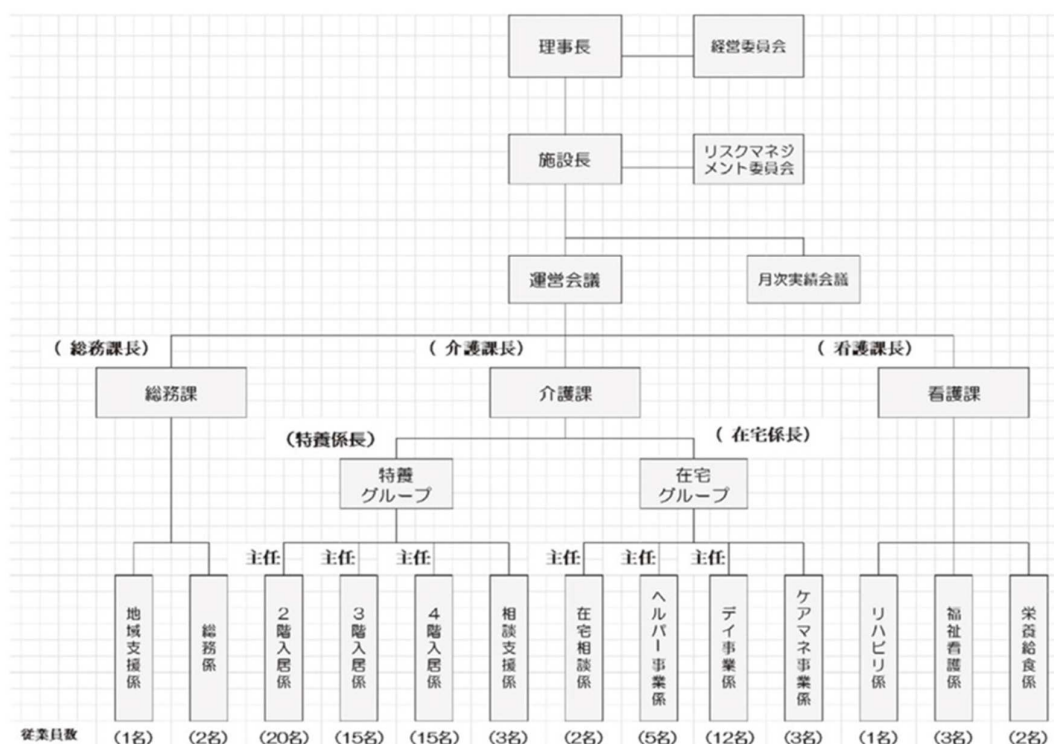
ハラスメント対応の具体策

- ・ 令和3年度介護報酬改定より
- ・ 訪問系、施設系の特徴
- ・ 厚生労働省の資料
- ・ ハラスメントとは何か
- ・ 重要事項説明書等による事前説明
- ・ 職員への周知
- ・ ハラスメントがあった時の具体策
- ・ ハラスメントの要因を知る
- ・ 法人としての取り組み
- ・ リスクマネジメントとクレーム対応

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

65

組織図の重要性



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

66

チームワーク

■ チームワークとは？

明確な目的・目標

役割分担と実施

協力

ルール

情報共有・意見交換

メンバー1人1人の自立・成長

職位・職種ごとの役割について

職種	職務
生活相談員 ケアマネジャー	<ol style="list-style-type: none">1. 医師、リハビリ職、看護職、介護職、家族などの専門性や意向を統合して、ケアプランとしての方向性を出す2. 利用者様、家族の代弁者として、職員へ伝達3. リーダーというよりは、コーディネイト役、事業所の顔4. 社会資源、サービスなどの情報を豊富に持ち、提供する5. 事業所の状態に応じた受け入れ方の検討6. 利用契約、ケアマネジメントプロセス7. 家族との連携8. 行政との連携9. 広報活動に関すること10. 請求業務11. 通所介護計画に作成に関すること12. 介護サービスの提供に関すること
看護職員	<ol style="list-style-type: none">1. 利用者の日常の健康管理2. 医師、リハビリ職等の医療職との連携3. 薬の管理4. 医療依存度が高い方への対応5. 食事形態、排泄の管理6. 急変時の対応7. 介護職等への丁寧な教育8. 介護サービスの提供に関すること

役割分担の功罪

■それぞれの役割が明確になってよい

■ただし、誰の仕事でもない仕事をやる人がいなくなる・・・

→役割分担しつつも協力しあう
率先して「これ、やります」という風土が重要

生活相談員の仕事とは？

表1-7 ● 介護事業所の生活相談員に必要なソーシャルワーク機能

- | | |
|--------------|---------------------|
| ① 意思決定の支援機能 | ⑥ サービスの質のチェック機能 |
| ② 擁護的支援機能 | ⑦ 事業所の運営管理機能 |
| ③ 代弁機能 | ⑧ 危機管理機能 |
| ④ 連携・調整機能 | ⑨ ソーシャルサポートネットワーク機能 |
| ⑤ 情報の集約・提供機能 | ⑩ 地域連携・調整機能 |

バイスティックの7原則

1. 個別化	利用者の抱えている生きづらさや諸問題は、一見、似たようなものであっても、人それぞれの個別的な問題であり、同一の問題は存在しない。
2. 意図的な感情表出	利用者の感情表現の自由を大切に、利用者が喜んだり、悲しんだりすることを周囲に気兼ねなく自由に表現できるような雰囲気を作ることが重要である。
3. 統制された情緒的関与	利用者の感情表現に共感することは大事であるが、援助者が利用者の感情に振り回されたり、飲み込まれたりしないように注意する必要がある。
4. 受容	利用者の考えは、その人の人生経験や背景に由来する思考から来るものであり、利用者自身の「個性」とらえることもできる。したがって否定や批判をせず、「なぜそのように考えるのか」を理解し、利用者の個性を尊重することが大切である。

経験者こそ注意！
パターン化
ラベリング
アセスメント不足

我慢していること
遠慮していることが多いもの

共感・親身
巻き込まれない

受けとめる
どうしてそういう
考えになったのか？

梅沢佳裕著「特養・デイサービスの生活相談員仕事ハンドブック」（中央法規）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

71

バイスティックの7原則

5. 非審判的態度	援助者は、利用者の思考や行動に対して一般的な価値基準や援助者自身の価値基準を押し付けて批評を行うなどの態度を慎む必要がある。あくまでも援助者は利用者の「伴走者」として存在する。
6. 利用者の自己決定	利用者が自分の意思に基づいて自己決定できるように援助を行う。問題の本質は主体である利用者側にあるため、自己決定の過程を通じて、利用者の成長を促すことも期待できる。
7. 秘密保持	利用者について職業上知り得た個人情報やプライバシーは、本人の同意なしに決して他人に漏洩してはならない。この守秘義務は、対人援助専門職として、また法人に属する職員として守らなければならない。

自分の価値観は
脇に置く

情報や判断材料を
提供し、自己決定
を支援
待つことや、様々な
工夫も必要
その意味で共同作業
とも言える

解決者でもあるが
それ以上に
パートナーでもある！

梅沢佳裕著「特養・デイサービスの生活相談員仕事ハンドブック」（中央法規）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

72

様々な工夫

平成26年度小規模多機能型居宅介護による地域支援のあり方に関する調査研究事業報告書 より

④ 外出機会や他者との交流に関すること

独居や独身息子と母の2人暮らし、ネグレストなどの人達が近隣住民と関わるようになり、生活の質が向上した。体調管理がしっかりと出来、外気の暑寒にも負けず体調を崩すことがなくなった。
 閉じ込めりの人が多かった為小規模を利用するようになって出かける時に「いってらっしゃい」と声をかけてくれる人が増えた。
 サロンを休んでいた人が小規模からサロンへ参加するようになり昔馴染みの人と逢う機会が増えた。
 利用者が外出の機会がなかった方がほとんどであったが、地域の夏祭りや敬老会に参加し昔なじみの仲間に会えるようになった。
 民生委員との交流ができた。
 わざわざ施設まで会いにきてくれる方が多くなった。
 利用者様の友人方も、小規模で行う行事にも、参加され、地域交流が増えた。
 町内の祭りに出られた。
 運動会に参加できた。
 出入りが多くなった分、近所の方と顔を合わせる機会が増えた方もいらっしゃる。
 外出の機会が増えた(図書館、買い物等)。
 地域行事に積極的に参加できるようになった。
 公民館の行事に参加できるようになった。
 小学校の運動会へ見学に行くようになった。
 隣人や旧知人と会う機会をもてた。
 同窓会に参加できた。
 隣人と会話できるようになった。
 小学校の学習発表会に参加し、小学生、先生方とふれあう機会を持つことにより、大変喜んでもらった。
 近所付き合いが増えた。

73

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

鞆の浦さくらホームの取り組み



まち全体で見守る

拠点となる各事業所は
 利用者さんの生活区域
 半径400m圏内に配置しています。



広島県鞆町、人口約3900人、高齢化率49.3%、↑クリックでPDFが開きます↑
 後期高齢者約29% (2065年の日本の姿)
 著者は理学療法士。地域の介護に責任を持つ存在になろう、という取り組み

74

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

はじめに

生活上の困難があっても「自宅に住み続けたい」「この町で暮らしたい」という人はたくさんいます。

そういう人たちの希望を叶えるには、地域に介護施設をつかって、そのなかで専門職が介護をするだけでは十分ではありません。

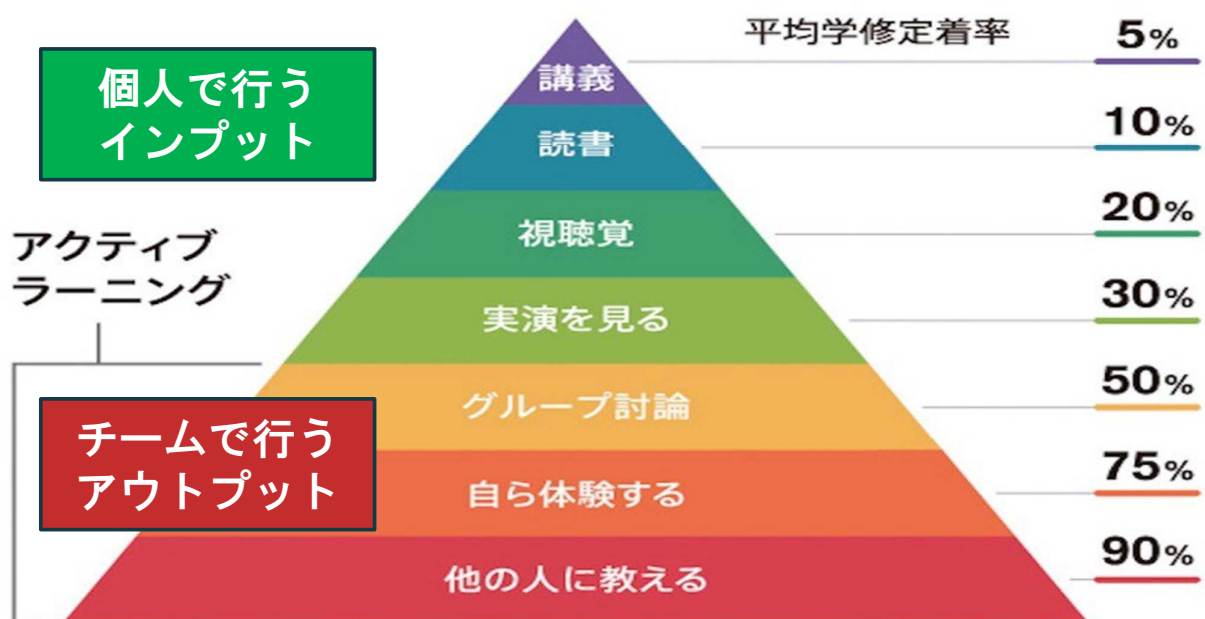
年齢を重ねても、障がいがあっても、「この町には自分の居場所がある。地域の人に受け入れてもらっている」と思えるような町を作っていく必要があります。

私たちは、さくらホームが人と人をつなぐ「ハブ的存在」になるよう工夫しながら、誰もが地域の一員として暮らせる「地域共生」の町を目指して活動を続けてきました。

当然ですが、地域の人たちの意識や感覚がすぐには変わっていくことはありません。私たちの思いを理解してもらうには時間がかかりました。

最初の5年は無関心との「闘い」でした。でも、5年が過ぎると徐々に変化が見えてきて、10年が経つと明らかに町の人たちの意識が変わっていくのがわかりました。

ラーニングピラミッド



出典: The Learning Pyramid. アメリカ National Training Laboratories

気づきの3類型

1. **知識**を得て、気づく
2. **行動**して、気づく
3. **成果**を出してから、気づく

グループワーク & QA

■15分程度のグループワーク

- ・自己紹介（地域／サービス種別／役職／職種等／悩み）
- ・意見交換

■15分程度の質疑応答

- ・積極的にご質問下さい！
- ・是非、知りたいことをお持ち帰り下さい
- ・皆さんの学びにもなることをご理解下さい
- ・この部分をもう少し詳しく…もOKです！

本日の内容

■振り返り・Q&A

レクチャー／GW／QA

■皆さん自身の課題・学習の発表

レクチャー／GW／QA

■おわりに

レクチャー／GW／QA

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

79

宿題

3月14日まで

ケアマネジャー・相談援助職養成コース第 期 第 回
事業所名／役職／氏名：
※枠内にご記入ください。「ALT+ENTER」でセル内改行ができます。
※ 月 日までに提出ください。
1. 研修を受けて感じたこと、学んだこと
2. 実際に取り組んでみたこと
3. これから取り組んでみたいこと
4. ご質問
5. その他、何かありましたらご自由

■ワンテーマ発表

■来年度の
目標・行動計画

修正版
Wordで下さい

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

80

ケアマネ・相談援助職養成コース

【ケアマネジャー・相談援助職養成第1期】全6回

■第1回：10月24日（火）

「ケアマネジメントの基礎」※13時～17時半

■第2回：11月30日（木）

「説明力向上 & 合意形成の具体策」※13時～17時半

■第3回：12月27日（水）

「各種困難事例、意思決定支援、家族支援、ハラスメント対策等」

■第4回：1月25日（木）→24日（水）

「組織の中での立ち位置・役割」

■第5回：2月21日（水）→14日（水）

「まとめ・発表」

※各回とも13:30～18:00

■フォローアップ講座：3月21日（木）14:00～17:00

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

81

継続的な学習の重要性！

■成長のために

- ・ ギャップを埋める & 強みを活かす
- ・ 時間とエネルギーをかけた分だけ成長する
- ・ よい情報を浴び続ける、そういう 環境に身を置く
- ・ 成長は螺旋階段、その時々で 受け取るものも違う
- ・ ミラーニューロン効果（思考・行動に影響、時間差で効果!）、感度が高まる
- ・ 知れば知るほど分からないことが増える、知りたいことが増える
- ・ 学びが理想をつくり、理想が学びを生む

■メンテナンスのために

- ・ いつも良い状態を保てるとは限らない……。
- ・ 定期的に軌道修正させてくれる、人・環境の存在が必要

■自分自身、そしてチームワーク

- ・ シャンパンタワー：自分が満ち足りて、人を満たすことができる
- ・ 研修はチームで参加、普段は話さないことも話す、施設を越えた連携

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

82

継続的な学習の機会を持つために



影響力・インパクト



回数・頻度



$$\text{習慣化} = \text{インパクト} \times \text{回数}$$

介護現場をよくするライブラリー



報酬改定セミナー特設ページ！

令和6年度介護報酬改定セミナー視聴ページ

本セミナーは、Q&Aが出る4月くらいまで、毎月2～3回、最新情報をリアルタイムに解説していきます。アーカイブ動画や資料を掲載していきますので、お役立て下さい。

※「アンケート」にもご協力頂けると嬉しいです。

※なお、こちらのセミナーはfacebookグループ（介護と介護事業を守り、よくする！1000人の仲間たち）にてご覧頂けます。コメント等でやりとりもできるようになりますので、お手数ですが、ぜひご登録下さいませ。

介護保険制度改正詳細解説セミナー！（2023年1月11日）
～2022年度介護保険部会での議論総まとめ！
今後の事業戦略を考える上での基本情報！～
※通常、有料で販売している動画を無料公開！

動画はこちらからご覧下さい



ファイルをダウンロード



ID : kaigo

PW : 5555

ケアマネ・相談援助職養成コース

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