

介護と介護事業を守り、よくする！
「学び」「共感」「モチベーション」をもたらす研修シリーズ

ケアマネジャー・相談援助職養成 「質の向上」&「省力化」

■サービス担当者会議／モニタリング／支援経過

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

ご受講にあたって

■第1部 19:00～20:30

zoomセミナー（参加者の**お名前やお顔は出ません**）

ご意見/ご感想/ご質問（チャット）に対し**リアルタイムに回答**

■第2部 20:30～21:00

口頭での**ご質問・ご相談・意見交換タイム**

録画はしませんので、可能な限り「顔出し」でお願いします

■セミナー後、「**資料**」と「**動画**」を送付します

※**法人内のみ**のご活用にとどめて下さい

■これまでのセミナー動画+資料は、

一般販売（レンタル）も行っています（500本超！）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

2

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
- 出版実績：中央法規出版、日総研出版、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.

3

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.

4

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！
- ・ 人と人とお互いに学び合い
気持ちよく支え合える社会づくり

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

5

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



Colored by bridge link plus

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

6

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

利用者・職員から選ばれる！
介護サービスの
経営の教科書
97%が
効果を実感！
年間400回超の
コンサルティングから見た
人を大切にする経営「10」の極意
BIA出版

利用者・職員から選ばれる！
介護サービス
経営の教科書
人を大切にする経営「10」の極意

稼働

数字

個別ケア

人材確保

ルール

コミュニケーション

継続的学習

評価制度

組織・人事

PDCA

本日の内容

■ ケアマネジャー・相談援助職養成 「質の向上」&「省力化」

- ◎ サービス担当者会議／モニタリング／支援経過
 - ・ 前回の振り返り
 - ・ サービス担当者会議
(アポイント、要点の事前作成と定型文、流れ)
 - ・ モニタリング
(様式例、その場で記入)
 - ・ 支援経過記録
(定型文 + F-SOAIP)

CM・相談員「質の向上」&「省力化」

■ 毎月1回90分 + Q&A ※セミナー & 後日動画

1. ケアマネジメントを学び直す必要性について
介護報酬改定内容、自立支援、尊厳の保持を中心に
2. 課題分析（アセスメント）項目の解説
3. 生活歴・生活習慣の把握と活用／ニーズ抽出と目標設定
4. ケアプラン立案／課題整理総括表
5. サービス担当者会議／モニタリング／支援経過
6. 運営指導とケアプラン点検の基本
7. 運営指導対策その1（運営基準編）
8. 運営指導対策その2（算定基準編）
9. 運営指導対策その3（居宅サービスの活用編）
10. 運営指導対策その4（必要書類整備が標準となる仕組み）
11. 居宅介護支援事業所の管理運営 その1
12. 居宅介護支援事業所の管理運営 その2

CM・相談員「質の向上」&「省力化」

■特典動画25本!!! ●万円相当のプレゼント（1年コースお申込みの方）

- ・令和6年度介護報酬改定 居宅介護支援全解説
- ・クレーム対応の基礎
- ・カスタマーハラスメント対応の具体策
- ・リーダー&相談援助職のための説明力向上講座より
重要事項説明書の内容と説明のポイント／廃用症候群の悪循環について
- ・進塾（面談スキル向上講座）より
- ・「管理者・リーダーが身につけたい！話し方・伝え方のスキル」
～話し方・伝え方「10」の型とコツ～
- ・管理職養成講座（全12回）より以下2本
管理職の仕事とは～心構えと身につけるべきスキル～
「ルール」と「コミュニケーション」でチームを再点検！
- ・適切なケアマネジメント手法（10本）
- ・ケアプラン点検支援マニュアルの解説
- ・居宅サービス計画記載要領の解説
- ・ビジネススキル3本（ロジカル&クリティカルシンキング
アイデア創出・問題解決）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

11

前回の内容

■ケアマネジャー・相談援助職養成 「質の向上」&「省力化」

◎ケアプラン立案／課題整理総括表

- ・前回の振り返り + α
- ・課題整理総括表の使い方と重要ポイント
- ・ケアプラン立案のポイント
第1表／第2表／第3表
- ・ケアプランの自己点検

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

12

課題整理総括表

課題整理総括表

利用者名

F 殿

作成日

2013/6/〇

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		① 混合性認知症 ④ 音や人の刺激(不快感)	② 下肢筋力低下	⑤ 糖尿病(血糖測定 インシュリン注射)	⑥ 住環境(寝室が2階)	
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容)
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	②	改善 維持 悪化	室内は見守り、足元は付き添いにて散歩をする。以前に比べ頻度が減少している。	
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	②	改善 維持 悪化		
食事	食事内容	支援なし 支援あり	①③④⑤	改善 維持 悪化	食事内容はサブ、油揚げを好まないで代替食を出している。朝ご飯をほとんど食べていない。 箸で食うことができるが、途中で手を止めないように見守っている。	
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	①④	改善 維持 悪化	事業所では、盛り付け、茶碗置きなどの声をかけ参加している。	
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助	①③	改善 維持 悪化	尿意あいて、時間や気分を見計らってトイレ誘導。紙ナプシンの確認と交換の声をかける。 排便の様子がつまめない。尿失禁は毎日、便失禁は月1回程度。	
排泄	排尿・排便	支援なし 支援あり	①	改善 維持 悪化		
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	①④	改善 維持 悪化		
口腔	口腔衛生	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化		
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	①④	改善 維持 悪化	声をかければ丁寧に自分で行う事ができる。物品の準備と管理を行っている。 服薬は手渡し可能。 インスリンの自己注射は日によって、声かけて出来る 入浴は、事業所で入浴している。言葉かけを工夫し、一部介助で入浴している。 着衣の前髪を関連とある。ヘアスタイルを整えるのが好き、髪を編むなど個別の関わりをしている。 自宅では家事一切を夫と母で行っている。 事業所では、洗濯たみなどの声をかけ参加してもらっている。	
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化			
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化			
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	①④	改善 維持 悪化			
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助	①③	改善 維持 悪化			
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化			
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化			
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化			
買物	自立 見守り 一部介助 全介助	①②③	改善 維持 悪化	以前は買物に一緒に行っていたが、歩行状態が悪化してから行っていない。 事業所に子供や動物が来た時は熱心になって、優しい言葉をかける。		
コミュニケーション能力	支援なし 支援あり	①④	改善 維持 悪化			
認知	支援なし 支援あり	①④	改善 維持 悪化			
社会との関わり	支援なし 支援あり	①③④	改善 維持 悪化	近隣との関わりが少ない		
褥瘡・皮膚の問題	支援なし 支援あり	①	改善 維持 悪化			
問題行動	支援なし 支援あり	①③④	改善 維持 悪化	他の利用者・職員に暴力をふるうことがある。個別ケア、居る場所や音などの環境を配慮している。		
介護力(家族関係含む)	支援なし 支援あり	③	改善 維持 悪化	介護力は母が視力障害があり、本人の介護はできず、高齢の夫ひびが行っている。		
居住環境	支援なし 支援あり	⑥	改善 維持 悪化	寝室が2階にある。		

利用者及び家族の 生活に対する意向	見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
【本人】人いらいの言われると苦立ち、穏やかな場所が苦手。人に気を配るが仕度したい。介護者も本人の機嫌を悪くしないように気を遣いながら、本人と一緒にこの家で暮らしたい。母：口出しすると自立したままでは済まないと心配している。	1、日中の活動や近隣までの散歩など、運動量を増やすことで、自宅での階段昇降ができる状態を維持したい。 2、食事の準備や後片付け、洗濯物たみ等一緒に行うことで、本人の役割が継続でき、気分も落ちることが出来る。 3、本人が席を立ったタイミングで、トイレを促すことにより、排尿の失敗がなくなり、夫の負担も軽減できる。 4、本人の気分を害する要因を取り除くことにより、興奮せず毎食食事もどれ、介護抵抗もなく、低血糖も起こさず、糖尿病の悪化を予防することができる。	階段昇降ができる状態を維持したい。 事業所では食事の準備や後片付けなど出来ることを続けたい。 人の世話にならずにトイレで排泄したい。 穏やかな気分で過ごし、糖尿病も悪くならないようにしたい。	2 3 4 1

課題整理総括表の活用方法

- アセスメントとケアプランをつなぐ帳票
第1表と第2表の間をつなぐものとして1.5表とも呼ばれる
- サービス担当者会議での活用
※ただし、利用者・家族には配布しない？
- 各種事例検討での活用
- ケアプラン点検・地域ケア会議での活用
- 各種研修での活用

課題整理総括表の「課題」

課題整理総括表

利用者名: A 殿 作成日: 令和1年12月15日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①認知症の記憶障害等による不安、自発的な行動の減少	②退院後のADL低下によるふらつき、転倒のリスク	③手すりがない環境によるふらつき、転倒のリスク	本人、夫と一緒にいると安心、外に出た時、サービスの利用についてはあまり気が進まないが、人との交流は好きなので楽しく過ごしたい 夫: できるだけ一緒にいて世話をしやうが、自分の時間もほしい。遠征が月・水・金とあるのでそれに合わせてサービスを利用してほしい 長男: 退院して1か月過ぎたが、父の負担軽減のためにサービスを利用してほしい。認知症の進行が心配 長女: 母親とも体調がよくないので、身体に気をつけて、母親のペースで過ごしてほしいが、夫婦共働きにならない
状況の事実 ※1		現在 ※2	要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4	備考 (状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②③	改善 維持 悪化	ふらつきがあり本人も家族も不安
	屋外移動	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②③	改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支援なし (支援あり)	⑤	改善 維持 悪化	主治医より十二指腸潰瘍の食事療法の指示が出ている
	食事摂取	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①⑤	改善 維持 悪化	もともと行っていたが退院後は夫が行っている
	調理	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	後始末等時々失敗するがバンドを使ってからは、1日1回程度の交換でよくなった
排泄	排尿・排便	支援なし (支援あり)	①	改善 維持 悪化	十二指腸潰瘍治療中、痛めが不十分で口臭があることを長男が気にしている
	排泄動作	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	改善 維持 悪化	声を掛けないと行わない
口腔	口腔衛生	支援なし (支援あり)	①④⑤	改善 維持 悪化	声を掛けないと行わない
	口腔ケア	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①④	改善 維持 悪化	声を掛けないと行わない
服薬	服薬	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	声を掛けないと行わない
	入浴	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	声を掛けないと行わない
	更衣	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	声を掛けないと行わない、毎日同じ服を着ていても気にしない
掃除	掃除	自立 見守り (一部介助) 全介助	①④	改善 維持 悪化	声がかかると、声を掛けないと行かない、部屋が汚いことを長男が気にしている
洗濯	洗濯	自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 維持 悪化	主に夫が行う、声を掛けないと行わない
整理・物品の管理	整理・物品の管理	自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 維持 悪化	主に夫が行う、声を掛けないと行わない
金銭管理	金銭管理	自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 維持 悪化	主に夫が行う
買物	買物	自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 維持 悪化	主に長男・長女が行う、一緒に行くこともある
コミュニケーション能力	コミュニケーション能力	支援なし (支援あり)	①	改善 維持 悪化	世間話は好きだが、もの忘れにより会話のつづまが合わないことがある
認知	認知	支援なし (支援あり)	①	改善 維持 悪化	もの忘れ、時間の見当識が弱くなっている、夫のスケジュールを覚えていない不安になることが1日中家の中で過ごす生活、もともと洋装や洋服を好んだり、介護予防体操教室に通っていた
社会との関わり	社会との関わり	支援なし (支援あり)	①②③	改善 維持 悪化	現在は見られないが、認知症の進行や、長男から怒られることが多いと、精神的に不安定になる恐れがある
行動・心理症状(BPSD)	行動・心理症状(BPSD)	支援なし (支援あり)	①④⑥	改善 維持 悪化	夫の体調悪化、負担増の恐れ、長男のイライラがある、そんな家族状況に長女が不安を感じている
介護力(家族関係含む)	介護力(家族関係含む)	支援なし (支援あり)	①④⑥	改善 維持 悪化	息下や玄關に手すりがない
居住環境	居住環境	支援なし (支援あり)	③	改善 維持 悪化	

※1 本表は記録簿でありアクセスソフトウエアではないため、必ずしも詳細な記録簿と一致しない。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択に○印を記入。
 ※3 現在の状況(自立/見守り/一部介助/全介助)に、そのほかの状況もたしている場合は、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択に○印を記入する。

見通し ※5

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】 ※6

不安も大きいですが、以前のように外に出掛けたりして、家族に迷惑をかけず、充実した暮らしがしたい

5) に対し、主治医の指示である食事療法を守ること、体調が安定する

4) に対し、口腔ケアの介助をすることにより、本人の体調管理と長男の精神的安定を図ることができる

5) に対し、声かけを行うことで、確実に入浴ができて、体調が安定する

住み慣れた家で夫と暮らしたい。息子、娘とも仲良くやっていきたい

1) に対し、調理や掃除等の家事の役割を習慣化し、継続できるよう支援することで、精神的安定につながることを期待できる

1) に対し、カレンダーに夫の遠征等のスケジュールを書いておくことで、安心して過ごすことができる

6) に対し、友達と喫茶店に出掛けたり、定期的な外出や他者との交流の機会を持つことで、精神的安定と認知症の進行予防、BPSDの予防、家族が自分の時間を持つことにつながる

4) に対し、長男、長女それぞれに話を聞く機会を設けることで、家族の精神的安定につながる

課題整理総括表の「課題」

■ 「阻害要因」欄

➢ 阻害要因 = 原因 (病気等) + 困りごと

①認知症の記憶障害等による不安、自発的な行動の減少	②退院後のADL低下によるふらつき、転倒のリスク	③手すりがない環境によるふらつき、転倒のリスク
④長男の几帳面な性格による家族関係の悪化	⑤十二指腸潰瘍により食事療法や確実な服薬が必要	⑥1日中家の中で過ごす生活による、楽しみが少ない日常

課題整理総括表の「見通し」

■「見通し」欄

➢ 阻害要因 → 支援（案） → 改善の見込み

見 通 し ※5	
(2)(3)に対し、廊下や玄関の環境を整えることで、歩行にふらつきがあっても転倒するリスクを減らすことができる	①に対し、調理や掃除等の家事の役割を習慣化し、継続できるよう支援することで、精神的な安定につながることを期待できる
(5)に対し、主治医の指示である食事療法を守ることで、体調が安定する	①に対し、カレンダーに夫の透析等のスケジュールを書いておくことで、安心して過ごすことができる
④に対し、口腔ケアの介助をすることにより、本人の体調管理と長男の精神的安定を図ることができる	⑥に対し、友達と喫茶店に出掛けたり、定期的な外出や他者との交流の機会を持つことで、精神的な安定と認知症の進行予防、BPSDの予防、家族が自分の時間を持つことにつながる
(5)に対し、声かけを行うことで、確実に服薬ができて、体調が安定する	④に対し、長男、長女それぞれに話を聞く機会を設けることで、家族の精神的安定につながる

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

17

ケアプラン様式・記載要領（Vol.958）

⑬ 「利用者及び家族の生活に対する意向 **を踏まえた課題分析の結果**」

■課題整理総括表にある「見通し」欄の活用

➢ 原因（病気） → 阻害要因 → 支援（案） → 改善の見込み

■第1表の書き方

本人：意向

家族：意向

ケアマネジャーの見通し：優先順位の高いもの1つ程度

例：友達と喫茶店に出掛けたり、定期的な外出や他者との交流の機会を持つことで、（精神的な安定と認知症の進行予防、BPSDの予防、家族が自分の時間を持つことが見込まれる） or （本人・家族ともに精神的に安定して生活できることが見込まれる）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

18

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 印

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、そのと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
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。

ケアプラン立案

第2表
利用者名

居宅サービス計画書(2)

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		サービス内容	※1	援助内容			
	長期目標(期間)	短期目標(期間)			サービス種別	※2	頻度	期間



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
利用者名

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								<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
	2:00								
早朝	4:00								<ul style="list-style-type: none"> 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
	6:00								
午前	8:00								<p>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！</p>
	10:00								
午後	12:00								<ul style="list-style-type: none"> 一般的なのは、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
	14:00								
深夜	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								

本日の内容

■ ケアマネジャー・相談援助職養成 「質の向上」&「省力化」

- ◎ サービス担当者会議 / モニタリング / 支援経過
 - ・ 前回の振り返り
 - ・ サービス担当者会議
(アポイント、要点の事前作成と定型文、流れ)
 - ・ モニタリング
(様式例、その場で記入)
 - ・ 支援経過記録
(定型文 + F-SOAIIP)

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

23

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
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.

24

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き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

※チャットが使えるら、調整はかなり楽になる！

ICTの活用、連携の要として

- ・事業所内から
 - 取り扱いのルールも必要になるか
 - 個人情報、休日や時間外の際の扱い（送る時間の配慮も）
- ・法人内で
- ・地域へ

ICTの活用、連携の要として

- 法人内チャットアプリの活用（個人スマホに入れることが多い様子）
- 連絡調整・情報共有がスムーズにできる
- 普段から使用するので、緊急時にも活用しやすい
- 休みの日にも連絡が来るなど、課題はある様子

（※以下は、居宅介護支援における外部連携での活用事例）

- 居宅、主治医、訪看、デイが一つのチャットアプリを共有
利用者ごとの「グループ」を作る、法人内から進めているところも
- 連絡調整・情報共有がスムーズにできて、懸案である医療介護連携も進む
- 課題はそのアプリの共有と、個人情報保護か？（アプリ会社と連携）

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（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	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.

31

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.

32

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

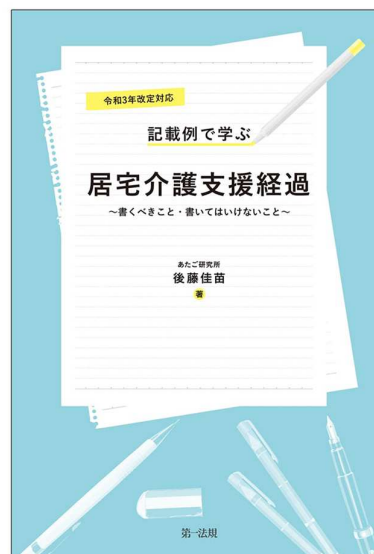
内容については退院・退所情報記録書（別紙）を参照

※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



便利な単語登録機能について

お→お世話になっております。株式会社〇〇の××です。

お→お疲れ様です。〇〇部の××です。

よ→よろしくお願ひいたします。

か→株式会社〇〇

お→恐れ入りますが

も→申し訳ございません。

し→失礼いたしました。

ご→ご確認いただきますよう、お願ひいたします。

便利な単語登録機能について

1. パソコンを起動後、画面右下タスクバーの「A」や「あ」などのアイコンを右クリック
2. 「単語の登録」をクリックしてダイアログボックスを表示する



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

39

便利な単語登録機能について

単語登録のウィンドウが開いたら、登録したい単語を「単語」の欄に入力し、「よみ」の欄に読み仮名を入力して「登録」ボタンを押します。

例えば「単語」に「和太」、よみに「かずひろ」と登録した場合は、「かずひろ」と入力して変換ボタンを押せばすぐに「和太」と表示されるようになります。



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

40

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.

41

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

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

42

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、〇〇デイ、〇〇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）

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			

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タイン軟膏に変更		■ ■	
						夜間帯 巡視	□オムツ交換	□体位変換			
							□異常なし	□異常あり			
							□21:00				
							□23:00				
							□1:00				
							□3:00				
							□5:00				
							□7:00				

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.

45

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.

46

本日の内容

■ ケアマネジャー・相談援助職養成 「質の向上」&「省力化」

- ◎ サービス担当者会議／モニタリング／支援経過
 - ・ 前回の振り返り
 - ・ サービス担当者会議
(アポイント、要点の事前作成と定型文、流れ)
 - ・ モニタリング
(様式例、その場で記入)
 - ・ 支援経過記録
(定型文 + F-SOAIP)

CM・相談員「質の向上」&「省力化」

■ 毎月1回90分 + Q&A ※セミナ & 後日動画

1. ケアマネジメントを学び直す必要性について
介護報酬改定内容、自立支援、尊厳の保持を中心に
2. 課題分析（アセスメント）項目の解説
3. 生活歴・生活習慣の把握と活用／ニーズ抽出と目標設定
4. ケアプラン立案／課題整理総括表
5. サービス担当者会議／モニタリング／支援経過
6. 運営指導とケアプラン点検の基本
7. 運営指導対策その1（運営基準編）
8. 運営指導対策その2（算定基準編）
9. 運営指導対策その3（居宅サービスの活用編）
10. 運営指導対策その4（必要書類整備が標準となる仕組み）
11. 居宅介護支援事業所の管理運営 その1
12. 居宅介護支援事業所の管理運営 その2

CM・相談員「質の向上」&「省力化」

■特典動画25本!!! ●万円相当のプレゼント（1年コースお申込みの方）

- ・令和6年度介護報酬改定 居宅介護支援全解説
- ・クレーム対応の基礎
- ・カスタマーハラスメント対応の具体策
- ・リーダー&相談援助職のための説明力向上講座より
重要事項説明書の内容と説明のポイント／廃用症候群の悪循環について
- ・進塾（面談スキル向上講座）より
- ・「管理者・リーダーが身につけたい！話し方・伝え方のスキル」
～話し方・伝え方「10」の型とコツ～
- ・管理職養成講座（全12回）より以下2本
管理職の仕事とは～心構えと身につけるべきスキル～
「ルール」と「コミュニケーション」でチームを再点検！
- ・適切なケアマネジメント手法（10本）
- ・ケアプラン点検支援マニュアルの解説
- ・居宅サービス計画記載要領の解説
- ・ビジネススキル3本（ロジカル&クリティカルシンキング
アイデア創出・問題解決）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

49

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.

50

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



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

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

51

介護現場をよくするライブラリー

ACS Appare Care Service 介護現場をよくするライブラリー



ホーム



セミナー



お気に入り



閲覧履歴

会員ログイン

キーワードで探す



経営から現場まで！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

初めての方へ



2週間体験利用 受付中!
詳しくはこちら >

日々更新中！公式サイト・SNS



お知らせ [お知らせ一覧 >](#)

セミナー
【おススメ！セミナー動画】介護現場をよくする21のテーマ！
ACGs2023第22回「事業計画・目標達成」
【おススメ！セミナー動画】のご案内です。介護現場をよくする21のテーマ！ACGs2023第22回「事業計画・目標達成」～事業・サービスの継続・発展のために～https://appare-kaigo...

セミナー案内 [セミナーをもっと見る >](#)

4月16日 (火)
14:00~16:00
管理職養成2024
管理職 リーダー 本部 管理者

4月17日 (水)
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 会員限定グループコンサルティ...
会員限定 リーダーズ・プログラム

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

52

【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.

53

専門職の必須科目！ 「コミュニケーション&面談スキル」

進さん担当 「面談スキル」	工藤さん担当 「コミュニケーションスキル」
5月①客観視するスキル	6月①ネガティブな感情に振り回されない思考法
7月②正しく聴くスキル	8月②人の心が読めるようになる【聞き方】の鍛え方
9月③本質を問うスキル	10月③工藤ゆみの認知症ケアの視点
11月④現実を見せるスキル	12月④リーダー・管理職を選ぶ視点、育てる視点
1月⑤行動を変えるスキル	2月⑤スタッフの成長を促す質問力

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

54

介護と介護事業を守り、よくする！

「事業経営の方程式」

●組織図●基準・マニュアル●PDCA●コミュニケーション
事業経営の仕組み化パッケージ！

「教育インフラ」

●研修●動画●グループコンサルティング
基礎の知識・情報から行動・成果を導く教育のベース！

リーダーズ・プログラム2024

経営者・管理者向け勉強会
毎月1回無料開催！



ぜひご覧ください！

天晴れ介護サービス公式LINEに登録して
「お得情報」と「特典動画」「限定セミナー」を
手に入れる！

特典動画は「経営から現場まで！
介護事業の持続的な成功を実現する3つの取り組み」！

天晴れ介護サービスYouTubeチャンネルに
登録して「無料動画」で楽しく学習する！

200本近くの動画+約100本のショート動画！
気軽に学ぶには最適です！

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\ (^ ^) /
に参加して、報酬改定速報セミナーを見る！

毎朝5:55のLIVEにも参加できます！
朝活、おススメです (^ ^) ！

天晴れ介護サービス公式メルマガに登録して
「最新情報」と「特典動画」を手に入れる！

毎週4,000字の情報+特典動画！
特典動画は…これから用意しますm(__)m



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

57

CM・相談員「質の向上」&「省力化」

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.

58