

ステップ1 (11/17～11/19)

別紙1

A,観察内容

B,何を把握したいのか

C,どうやって観察するか

1, A,どのような対応方法か、テキストに記載されている内容と合致しているか。

B,根拠を用いたケアなのか確認

C,BPSD 出現時の対応

観察結果

「帰りたい」と話される利用者に対して、別のスタッフが側に座って帰りたい理由を尋る対応をしている。しかし、何度も同じ訴えがあり、別のスタッフは業務が滞っている。協力スタッフは、その状況をみて、「自分が対応しますよ」と対応を代わり、食器を洗ったり、洗濯物を畳みながら話を聞いている。また、その利用者に対して「手伝ってくれませんか」とはなし、半強制的に手伝いをさせていた。

上記内容より、業務をスムーズにこなすために、認知症ケアとずれたケアを行ってしまっていることが伺えた。

2, A,BPSD の出現に対して、発生要因の理解があるか。

B,発生原因の理解、認知症についての理解度確認

C,ミニカンファレンスにて聞き取り

観察結果

「帰りたい」と話される利用者に対して、どのように対応しているかを確認。不安な気持ちを軽減できるように、他の事をして気を紛らわせてみたらどうだろう、と思い、他のことをしてもらっています。では、どうして「帰りたい」と訴えていると思うと質問。協力スタッフより、「子供の事が心配なんではないですか、家には誰もいないのに…」と言葉ある。

上記内容より、認知症の方の「帰りたい」と考えてしまう、不安な気持ちに対してのアプローチの必要性は理解できている。しかし、それがどうして発生してしまったかの背景的要因は理解できていない。

ステップ1 事例

内容

Aさん、102歳 要介護3 女性

Bさん、介護職員 男性

Aさんは、昨晚眠れておらず、朝食時に「眠たいからご飯を食べない」と言っている。しかし前日の夕食より食べていない為、Bさんは心配になり、「少しだけでいいので食べましょう、ご飯食べたら目が覚めますよ」と言葉をかけ、離床介助を行う。

①協力スタッフ

②実践者リーダー

②より事例に対して、認知症介護で適切なケアであったと思うか確認

①ご飯を食べないことは心配ですけど、別の方法もあったのでは…時間をずらして食事を提供するとか…

②確かにね。でも、どうして昨晚眠れなかったのかな？

①体調面では特に異常は見られませんでしたけど、精神的に不安になってしまったのかもかもしれませんね。

②そうか、精神的に不安になったらお腹もすかないよね。眠ることで、精神状態は安定するのかな？

①自分であれば、寝てしまうと嫌な事を考えてしまうため、他の何かしていた方がいいですね。

②そうだね、ではなんでこの人は「眠たいからご飯を食べない」といったんだろうね。

①分からないですね。

5分程度話を行う。

3, A,認知症の理解度確認。

B,チームケアの理解、認知症の理解度確認

C,アセスメント表にて習熟度確認

観察結果

アセスメント表を用いて、認知症の理解度確認。言葉や内容はだまかに理解しているが、人に説明できるほどの理解度はなく、断片的に理解していることが伺える。また、BPSD の発生要因については、BPSD 発生時のケア方法のみにしか着目しておらず、全体的な生活の中で発生してしまう事実の理解はなかった。

上記内容より、認知症の理解度の不十分さ、生活全体を支えるチームケアの必要性の理解が十分でない事が伺えた。

4, A,自己判断にて、パーソンセンタードケアを無視したケアを行う理由確認。

B,パーソンセンタードケアの必要性理解度確認

C,事例を用いて面談 ※内容については別紙にて

観察結果

認知症介護について、本人の訴えを尊重しようとする考えはある。しかし、パーソンセンタードケアの理解には及ばず、「どうして」等の背景や感情、という部分が見えていない。考え方として、まず対応方法から考えてしまう癖があることが伺える。

上記内容より、パーソンセンタードケアを相手の言葉に合わせた柔軟な対応方法と、間違った考えを持ってしまっていることが伺える。

5, A,画一的なケアを行う事での利用者への影響の理解

B,根拠に基づいたケア

C,事例を用いて面談 ※内容については別紙にて

観察結果

心配だから、半強制的に起こしても構わない、とは考えていないが、環境や前日の様子などの背景には着目出来ておらず、事例をその時だけと考えてしまっている。その為、眠たいという利用者には、時間をずらす、という安易な決定を下してしまう事が伺えた。

上記内容より、断片的にしか見ていないことで、画一的なケアを画一的なケアとは感じておらず、根拠の考え方がずれていることが伺える。

認知症ケア能力	項目	評価項目	課題 ☑	現場の中で起こっている事【事実】
認知症ケアに必要な知識の習得度	基礎知識	認知症に関する施策	<input type="checkbox"/>	<p>学校の授業で習っており、大まかな内容は知っているが、人の説明で正確なことはわからない。</p> <p>★ BPSD の理解はあるが、どうして発生するのかの要因理解が深い。</p> <p>ため、対応を断片的に考えている。</p> <p>★ 背景が見えておらず、症状のみしかみえていない。</p> <p>★ ケーリーの必要性がないため、自立的に判断している。</p>
		基本理念	<input type="checkbox"/>	
	認知症の基礎知識	認知症の定義	<input type="checkbox"/>	
		診断基準	<input type="checkbox"/>	
		原因疾患の種類と特徴	<input type="checkbox"/>	
		認知機能障害（中核症状）	<input type="checkbox"/>	
		薬物療法	<input type="checkbox"/>	
		認知症の重症度	<input type="checkbox"/>	
	BPSD の基礎知識	BPSD の定義	<input type="checkbox"/>	
		BPSD の種類と特徴	<input type="checkbox"/>	
		BPSD に関連する要因の種類と関係	<input type="checkbox"/>	
		BPSD に影響する疾患や薬剤、健康状態、身体機能とはなにか、関連性を理解	<input checked="" type="checkbox"/>	
		BPSD に影響する周囲の環境刺激とはなにか、関連性を理解	<input checked="" type="checkbox"/>	
		BPSD に影響する他者との関係性とはなにか、関連性を理解	<input type="checkbox"/>	
		BPSD に影響する心理状態とはなにか、関連性を理解	<input checked="" type="checkbox"/>	
		BPSD に影響している要因間の関連性を理解	<input checked="" type="checkbox"/>	
↓ 認知症ケアにおけるアセスメント能力	アセスメント	原因疾患別の BPSD の特徴	<input type="checkbox"/>	<p>★ ケーリーの必要性がないため、自立的に判断している。</p>
		BPSD への介護目標	<input checked="" type="checkbox"/>	
		BPSD への介護に必要なアセスメント視点	<input type="checkbox"/>	
		発症時の表情、行動、発言	<input type="checkbox"/>	
		認知機能および障害の種類と程度	<input type="checkbox"/>	
		心理状態や気持ち	<input type="checkbox"/>	
		身体機能、健康状態、体調	<input type="checkbox"/>	
		周囲の環境状態（住環境、刺激）	<input type="checkbox"/>	
		他者との関係性（他の高齢者、家族、職員等）	<input type="checkbox"/>	
		生活状況（ADL、日課、活動、生活スタイル、趣味、嗜好等）	<input type="checkbox"/>	<p>関係性は良好 頼られることが多い</p>
↓ 認知症ケアにおける介護方法	BPSD への介護	BPSD への介護に必要な方法を実行できる	<input type="checkbox"/>	
		医師、看護師、PT、OT 等と協力し、身体的な要因を緩和、調整することができる。	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>自力のみで考えてしまい、相談が深い</p>
		BPSD の要因のアセスメントや心理状態を安定するためのコミュニケーションができる。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		BPSD の要因改善や、快適な生活支援のための住環境や刺激の調整ができる。	<input type="checkbox"/>	
		心理的な安定、健康管理、環境適応の促進、意欲の向上等を実現するための活動機会を提供することができる。	<input type="checkbox"/>	
↓ 認知症ケアにおける介護評価	取り組みへの評価	ほかの高齢者、家族、職員との関係状態に応じた関係性の調整ができる。	<input type="checkbox"/>	
		BPSD の頻度や重症度の変化を評価することができる。	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>全体的に評価ができていない。 （ふり返り）、そのため他者への教育ができていない</p>
		高齢者の心理状態の変化を評価することができる。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		高齢者の生活状況や質の変化を評価することができる。	<input checked="" type="checkbox"/>	

ステップ2 (11/20～11/21)

別紙4

1, 本人の目標確認、設定

①本人が目指す介護福祉士とは

- A、専門的な技術と知識を活かした介護福祉士になりたい。
(誰にでも、頼りにされて任される人)

②認知症の方が求めるケアとは

- A、自分らしさを出せるケア
(利用者がやりたいことを実行できるような環境とケア)

2, 目的の明確化を図る

①専門的な技術とは？

- ・ 認知症介護についての知識と対応方法を学ぶこと
- ・ BPSD 出現についての理解と対応方法を学ぶこと

①専門的な知識とは？

- ・ 認知症の症状や病気について理解し、他職員へ伝えることが出来ること
- ・ チームケアの必要性を理解し、実践できること
- ・ BPSD に対する知識をつけ、他職員へ説明、提案できること

②自分らしさとは？

- ・ 自分が望むことをできること
- ・ 病気になっても、今までのように過ごせること

☆そのためには何が必要かを企画書を用いて説明

11/20 に説明。現状、原因、目的、取り組みについて間違いがないかの確認。
相違なしと了承を得る。

3, 合意形成

11/21 に企画書の内容で実施していくことの合意形成。

第2章 認知症の専門知識 認知症の専門的理解

令和4年11月 9日
認知症介護実践リーダー研修
けやき荘 緒方 秀史

学習のポイント

- 認知症の医学的知識を深め、病態について理解する
- 原因疾患別の特徴を踏まえた薬物療法、またその副作用を考慮しながら対応のポイントや留意点の把握
- 認知症の行動・心理症状（BPSD）に対するケアと非薬物介入の第一次選択の確認
- 認知症を取り巻く今日的課題（若年認知症 ターミナルケア等）の理解
- 介護現場のスタッフに伝え、スタッフを指導する力を養う

脳の解剖と生理

1. 脳の解剖学的分類

中枢神経 脳(大脳・間脳・中脳・橋・延髄)・脊髄
末梢神経

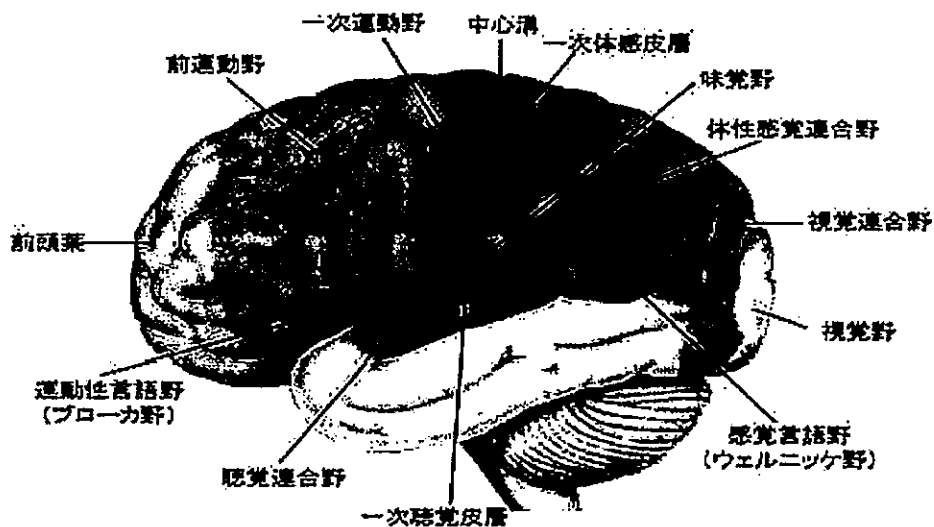
2. 脳の機能

脳の機能局在(部位によって機能が異なる)

大脳

・運動野(四肢、体幹の運動)・感覚野(触覚、痛覚等)
言語野

脳の機能局在



2. 認知症とは

■ 認知症の定義

一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態で、意識障害を伴わないときにみられる

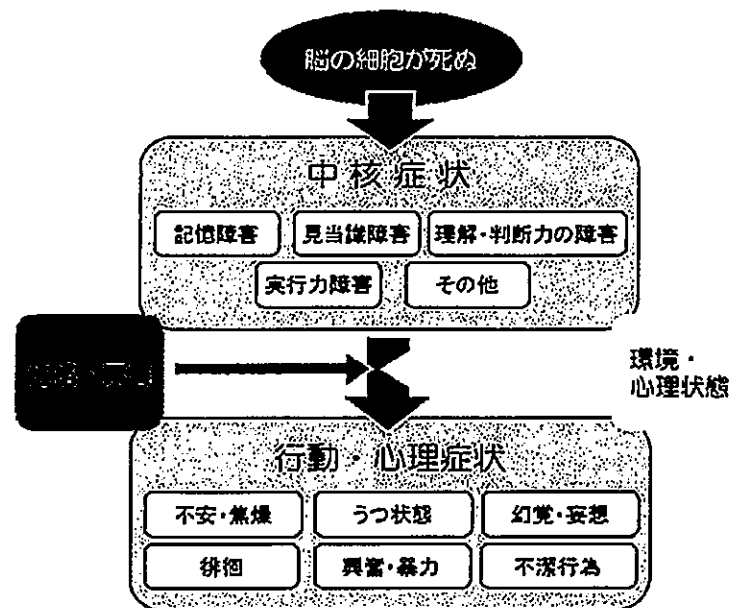
■ 軽度認知障害 (MCI)

本人あるいは第三者による客観的な認知障害は認められるが、日常生活や社会生活に支障をきたさない状態。

認知症の中核症状と行動心理症状 (BPSD)

中核症状	行動と心理症状
記憶障害	不穏 興奮
見当識障害	攻撃的行動
実行機能障害	“徘徊” (第三者には目的が不明にみえる歩行)
注意障害	不潔行為
失語 (理解性・発話性)	夜間異常行動
失行	不安 焦燥 抑うつ
失認	幻覚 妄想

認知症の中核症状と行動心理症状 (BPSD)



脳死 → 中核症状
 認知症 → 中核症状 (何れも)

演習1

- ① 認知症に伴う身体合併症にはどのようなものがあるか、また、早期発見には何が大切かを確認しよう

個人ワーク(3分)

★はいぶつしうじん。
 (早期発見の重要性による不安等から)

個人ワークで記入した事をグループで共有(8分)

認知症にみられる身体症候及び合併症

- 転倒・骨折
- 脱水
- 肺炎
- 褥瘡・火傷
- 起立性低血圧・食事性低血圧
- 歯周疾患

4. 認知症の診断

1. 理学的及び心理学的検査
2. 体液検査
3. 生理学的検査
4. 画像検査
 1. 形態画像 頭部CTスキャン
 2. 機能画像 脳血流シンチグラム (SPECT) ポジトロンCT
ドパミントランスポーターシンチグラム (DATスキャン)
心筋シンチグラム (MIBGシンチグラム)

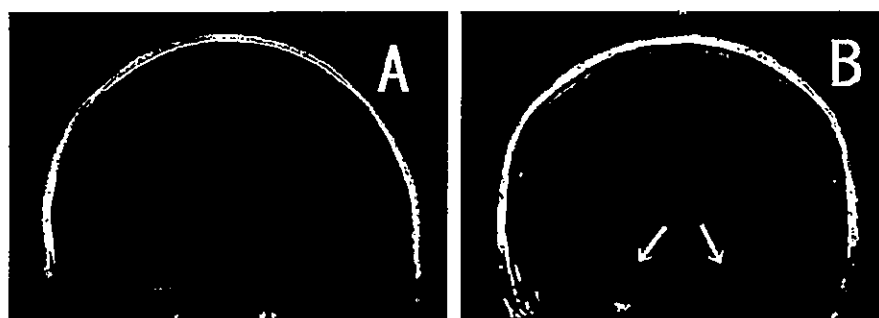
5 認知症の原因疾患と発生機序、症状及び対応の

ポイント

1) 神経変性疾患

(1) アルツハイマー型認知症

- 認知症の60-70%
- 1906年ドイツの医師アロイス・アルツハイマー
- 側頭葉、頭頂葉、前頭葉に β アミロイドタンパクが蓄積
- 記憶障害を初発症状 緩徐進行性 生活の介助から全介助へ
- 頭部MRIで脳の委縮とくに海馬の委縮
- 同じことを何度も言う・・・一方的に否定せずまずは言い分を受け入れる ちょっとしたヒントを与えながら誘導していく等



アルツハイマー型認知症では海馬の委縮（矢印）がみられる

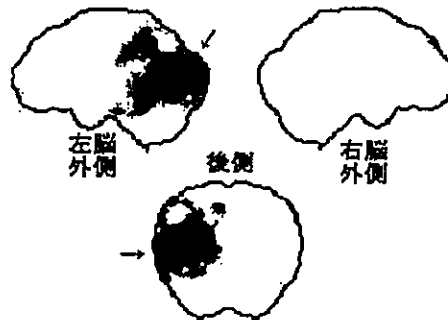
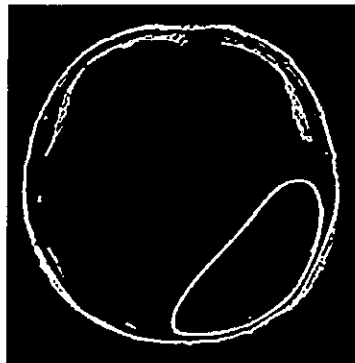
図2-2 健常者（A）とアルツハイマー型認知症（B）のMRI（模式図）

(2) レビー小体型認知症 (DLB)

- 1976年小阪らが認知症にパーキンソン病用症状を伴う例の病理所見を報告⇒びまん性レビー小体病
- 認知機能の低下 パーキンソン病と同様あるいは類似の運動障害⇒転倒しやすい
- 薬剤とは無関係に幻覚（幻視）や錯視⇒病初期 説明・確認
- 自律神経障害 起立性低血圧・食事性低血圧⇒食中の突然死
- レム睡眠行動障害(RBD)
- 症状に日内及び日差変動
- 薬剤過敏性
- 脳血流シンチグラム 後頭部の血流低下

(3) 前頭側頭型認知症 (ピック病)

- 神経細胞の変性が前頭葉、側頭葉を中心に起こる
- 前頭葉⇒脱抑制行動 原始反射(強制把握・吸綴反射)
- 側頭葉⇒意味性失語 非流暢性失語
- 反社会的行動は叱責や説得で抑えるのは困難
- 常同行動を日常生活に取り入れ安全な生活に導く
- MRI⇒前頭葉あるいは側頭葉の委縮
- 脳血流シンチグラム⇒前頭葉あるいは側頭葉の血流低下



MRI でみられる梗塞部位に一致して脳血流の低下がみられる

図2-7 血管性認知症のMRI と脳血流シンチグラム（模式図 影は血流低下部位）

Copyright 2017 World Planning co.,ltd.

18

血管性認知症(VD)

- 脳血管障害に関連した認知症
- アルツハイマー型認知症に次いで多い認知症
- 発症は急激とされるが多発性脳梗塞では緩やか
- 階段状の悪化 基礎疾患⇒高血圧 脂質代謝異常 糖尿病
- 脳血管障害がおこった部位により神経症候を有する（片麻痺・構音障害・嚥下障害等）

➤ 正常圧水頭症 (NPH)

- 認知機能障害とともに歩行障害・排尿障害
- 歩行障害 開脚小股で転倒しやすい
- 原因不明 突発性が多い くも膜下出血や外傷後におこるものもある
- アルツハイマー型認知症合併もある
- 脳画像で典型的な所見を示す
- 治療⇒手術で脳室から直接脳室外へ髄液を流すシャント術
- 転倒しやすいさには十分な配慮が必要

➤ 慢性硬膜下血腫

- 軽微な頭部外傷でも硬膜下血腫を起こす
- 片側性 血腫と反対側の運動障害や感覚障害
- 両側性におこると身体症状に左右差がみられず診断しにくい
- 脳の委縮により圧迫症状があらわれにくい
- 外科的血腫除去術にて症状改善見込める

→) そのほかの疾患及び認知症と類似の症状をきたす疾患

(1) 甲状腺機能低下症

全身倦怠、思考力低下、全身の浮腫、皮膚の乾燥

(2) ビタミン欠乏症

ビタミンB群 ビタミンB1欠乏(ウェルニッケ脳症)

運動失調、記憶障害、眼球運動障害 アルコール多飲に関連

(3) その他

肝疾患 腎疾患 (慢性腎不全) 呼吸器疾患

6 認知症の治療

1) 薬物療法

(1) 現在行われている薬物療法

アルツハイマー型認知症に焦点

神経伝達物質アセチルコリン (Ach) の増加を促す

ドネペジル塩酸塩 ガランタミン臭化水素酸塩

リバスチグミン メマンチン塩酸塩

(2) 認知症に対する新しい治療法の開発

タウ蛋白の蓄積を減少させる新薬

表2-2 認知症治療薬4剤の比較

薬剤の種類	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬			グルタミン酸受容体阻害薬
薬剤名	ドネペジル塩酸塩	ガランタミン臭化水素酸塩	リバスチグミン	メマンチン塩酸塩
作用機序	AChE阻害	AChE阻害 ACh受容体刺激	AChE阻害 BuChE*阻害	グルタミン酸受容体阻害
剤形	錠剤 口腔内崩壊錠 ゼリー ドライシロップ	錠剤 液剤	貼付剤	錠剤
適応症	アルツハイマー型認知症 レビー小体型認知症	アルツハイマー型 認知症	アルツハイマー型 認知症	アルツハイマー型認知症
半減期	長い	短い	やや長い	長い
用法	1回/日 漸増法	2回/日 漸増法	1回/日 漸増法	1回/日 漸増法
代謝	肝	肝	腎	肝
主な 有害事象	食欲不振 嘔気、嘔吐 下痢 心伝導障害 興奮			めまい 頭痛 傾眠 肝機能障害

* BuChE : プチルコリンエステラーゼ

Copyright 2017 World Planning co.,ltd.

19

6 認知症の治療

(2) 認知症に対する新しい治療法の開発

⇒従来の薬は、脳の残っている神経細胞ができるだけ長く働くようにする事で、認知症の症状を一時的に軽くし、進行を遅らせる効果が期待できる。

アルツハイマー型認知症の新薬「レカネマブ」

⇒アルツハイマー病発症のきっかけとなる、脳内のアミロイドβの結合を防ぐ（MCIや発症の初期での効果に期待）

～対処療法から根本的治療へ～

認知症の行動・心理症状 (BPSD) への対応

行動心理症状は認知症の脳内病変をもとに、さまざまな身体的、環境的要因が関与して発症するものであるため、より多面的な対応が必要である

「かかりつけ医のための行動・心理症状 (BPSD) に対応する向精神薬使用ガイドライン」 厚生労働省2016

行動・心理症状 (BPSD) への対応の第一選択は非薬物介入が原則であり、向精神薬を使用する場合には十分な説明を行い、本人あるいは代諾者より同意を得ることが強調されている

行動・心理症状 (BPSD) の背景を考えることが大切

(2) 行動・心理症状 (BPSD) への非薬物介入

非薬物介入が第一次選択

- 認知症としての脳病変を基盤⇒本人の性格、生活歴、健康状態、環境などいくつかの要因
- なぜその症状が起こっているかを考える姿勢が大切
- 認知症の人⇒一人の人としてとらえ本人の視点から考える
パーソン・センタード・ケア
 - 食事や風邪、胃腸障害、排泄、家族や施設の職員あるいは同じフロアの利用者とのトラブルがないか・要因を探る
 - 「抑えよう」とせず、価値を認め、個性を尊重しその人の視点で物事をとらえ、認知症の人を支える物理的、人的環境を提供することを基本に考える
 - 認知症ケアマッピング(DCM) 「ひもときシート」

演習2

- ②現場スタッフから「アルツハイマー型認知症のAさんが大声を出して食事を拒否しています。何とかしてください」と相談があった場合、あなたはリーダーとしてどのように応じるかを考えてみよう

個人ワーク(3分) *(状況把握、大まかな原因を特定、★あなたも考えよう、具体的にどうするか、)*
(話し合い、背景をみる、) → *即断したい、うまく伝えたい...*
(現状を把握、何の病状があるのか、何の病状があるのか、どう対応するか、)
個人ワークで記入した事をグループで共有(7分)

7 認知症を取り巻く今日的課題

1) 認知症の告知

インフォームドコンセント(説明と同意)に基づく契約

根拠⇒医療法 第一条の四の2で「医師、歯科医師、薬剤師、看護師、その他の医療の担い手は医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るように努めなければならない」

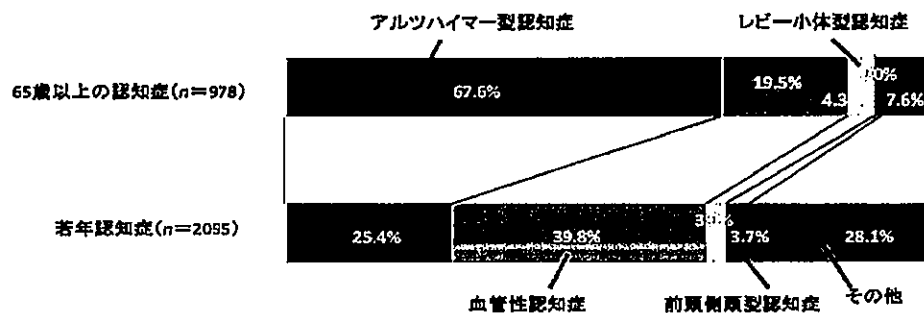
医師による病名告知が免除される場合

- ①緊急時②本人が病名告知を望まない場合③病名告知が本人にとって悪影響となる場合④本人に意思決定能力がない場合

認知症ですべての判断力がなくなるわけではなく、また軽度の段階では十分な判断力を有することを考えればその後の本人の生活や治療のためにもできる限り正確に説明すべきである

② 若年性認知症の特徴、社会生活・就労

- 65歳未満で発症した認知症⇒若年性認知症
- 日本での認知症約462万人 若年性認知症約37,800人
 - 全体の1%未満
- 若年性認知症⇒脳血管性認知症＞アルツハイマー型認知症
- 男性（52%）＞女性
- 年齢的に診断が下されず⇒うつ病やうつ状態、神経症など
- 現役世代に発症すると社会的な問題も多い
- 多様な因子を背景に行動・心理症状（BPSD）も複雑化して出現
- 診断後に退職約66% 解雇約8% 配置転換も含め勤務継続5%



朝田 隆：厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成23年度～平成24年度総合研究報告書（2013）および朝田 隆：厚生労働科学研究費補助金（良医科学総合研究事業）「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」報告書（2009）をもとに改変。

図2-8 高齢者の認知症と若年認知症の原因疾患の比較

3) 認知症のターミナルケア

- すべての人に当てはまる⇒人生の最後をどのように迎えるか
- 終末期：病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態
- ターミナルにおける立場
 - ①年齢による差別に反対し、②個と文化を尊重する医療及びケアを主張し、③本人の満足を物差しにして、④家族もケアの対象にし、⑤チームによるケアを必須とする。さらにケア提供者に対しては、⑥死の教育を必須にすること、⑦医療機関や施設での継続的な議論が必要であることや、⑧普段の進歩を反映させ、⑨緩和医療およびケアの普及と⑩医療・福祉制度のさらなる拡充
- 認知症と判断されたごく初期⇒自分がどのような最期を迎えたいか表明しておく エンディングノート

認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援の基本原則

- ①本人の意思の尊重
- ②本人の意思決定能力への配慮
- ③チームによる早期からの継続的支援

認知症に関する医学的理解の必要性和留意点

認知症は基本的には脳の病気であり、エビデンスに基づいた脳のメカニズムの理解や認知症という、病態の医学的理解がなければ勘だけに頼ったアセスメントや支援になってしまう。

ただし、「認知症の〇〇さん」「アルツハイマー型の〇〇さん」など、認知症から利用者個人を見ることや、認知症の病気や種類毎にカテゴリー化して考えることは、その人そのものを、人として全人的に見る視点を見失わせてしまう危険性も持ち合わせてしまふ事に繋がる。

私たちが大切にすべきことは、認知症という疾病を見ることではなく、認知症という疾病をもった「一人の尊い個人」を見据えて支援することである。

①とらえ方・考え方

- ・認知症の人を「援助されるだけの対象者」という視点や考え方をもたない
- ・「全人的な理解」という考え方やとらえ方をしっかりと理解する

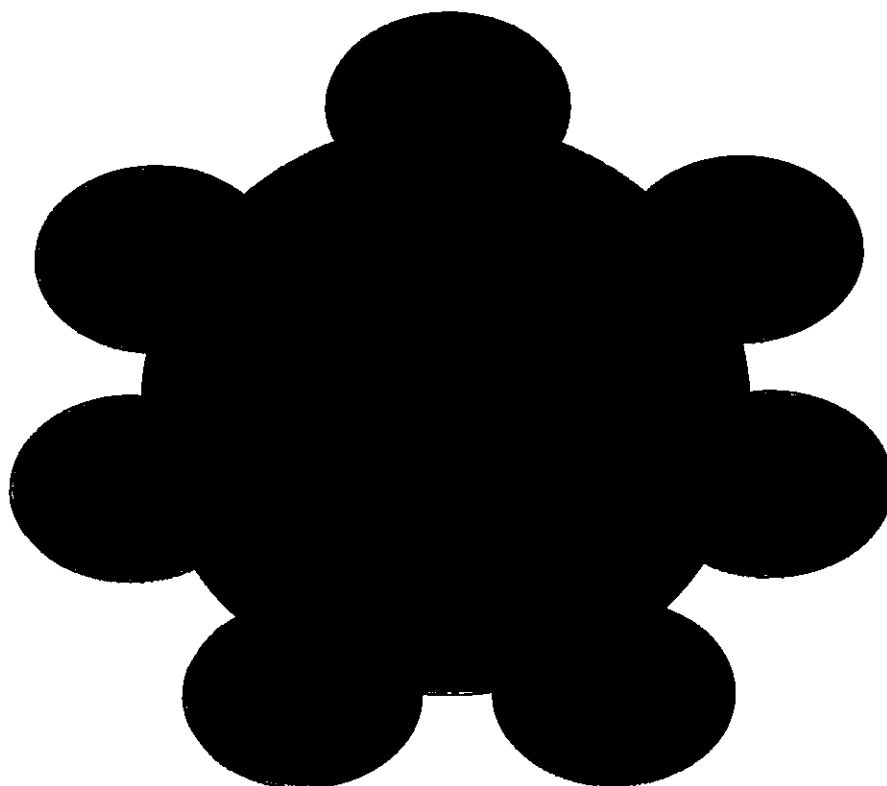
②認知症の人の満足度評価

- ・「パーソンセンタードケア」の考え方を十分理解したうえで認知症の人自身の「満足度」を測ったり評価する

評価の方法は？



21



22

2) アセスメント能力の評価視点と方法

重要

- ☆認知症の人への「全人的理解」
- ☆「パーソンセンタードケア」の理解

(1) アセスメント能力の評価視点

疾患・重症度	行動・心理症状	服薬状況
身体的機能	記憶の状態	見当識の状態
認知理解力の状態	判断力	心理的耐性

23

(2) 評価の方法

☆知識の評価・技術の評価・考え方の評価によって方法は異なる

アセスメント能力の知識に関する評価



必要な視点や項目に関して充分理解する



実践者が身に付けている「知識」「技術」を活用してアセスメントとしての視点で応用できているかどうか？

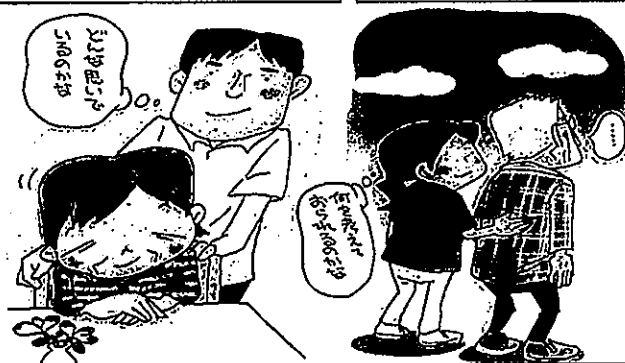
24

認知症ケアの基礎となる考え方

「パーソン・センタード・ケア」

認知症という疾病や病状を中心にケアを組み立てるのではなく、本人の生き方や生活に重点をおくケアの考え方

サービス提供者側が選択するのではなく、利用者を中心にして選択するという考え方



本人のこれまでの歴史や本人のニーズ、その人らしさをケアの中心におき、内的体験を聴くことにケアの原点をおく考え方

佐賀県認知症介護実践リーダー研修

15

「参考文献・参考資料」

- ・認知症介護実践リーダー研修標準テキスト
(監修:認知症介護研究・研修センター)
- ・認知症介護基本研修標準テキスト
(監修:認知症介護研究・研修センター)
- ・認知症介護実践リーダー研修シラバス
- ・平成28年度認知症介護指導者東京ネットワーク主催研修会資料

抜粋

ケアカンファレンスの 技法と実践

令和4年度 認知症介護実践リーダー研修
令和 4年 11月 10日

目的と到達目標

【目的】

- チームケアの質の向上を図るため、ケアカンファレンスの効果的な展開方法を身につけ、チームにおける意思決定プロセスの共有を実現できる。

【到達目標】

- チームケアの質の向上を目的としたケアカンファレンスの目的、必要性を理解する。
- チームにおける意思決定プロセスの共有化を図る方法としてのケアカンファレンスのあり方を理解し実践できる。
- チームメンバーのケアを導く思考過程を振り返り、職場において効果的な実践を促すためのケアカンファレンスが展開できる。

認知症ケアの実践とチームケア

- 認知症介護、1人で出来ますか？
- 認知症ケアの目的⇒認知症の人がより良い状態で過ごせるようになること。その為にはチームで目的や手段、実際のケアの方法を共有しすることが重要。
- チームでの共有、ケアの方法等を決定する機会が重要であり、その手段が「ケアカンファレンス」
- 某ドラマの名台詞「事件は会議室で起こってるんじゃない…」⇒会議室も重要なんです！

皆さんの事業所で行われる会議で

● こんな問題点がありませんか？？

- 会議で何が決まったか、あるいは何を決める会議かはっきりしない。（目的がはっきりしない）
- 上司など影響力のある人達の意見を聞く集まりになっている。（一部の人だけの会議）
- 会議で決まったことが実践に反映しない。（共有がなされない）
- 自身の思いや立場の押し付け。（マウントの取り合い）
- やたら時間がかかる。（効率的でない）



会議そのものの在り方について考える必要がある

○会議（カンファレンス）の意味と目的（その1）

会議とは？（広辞苑によると）

『会合して評議すること。何かを決めるために集まって話し合うこと』

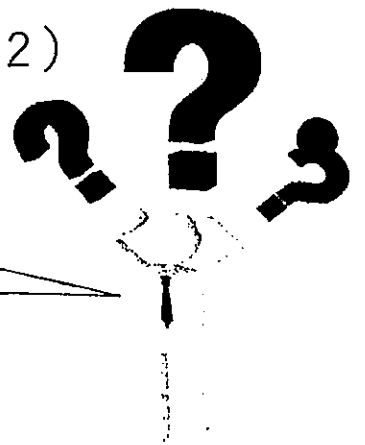
目的を達成するために何かを決めることが必要

つまり・・・

話し合った結果としての**決定事項（成果）**が求められる！

○会議（カンファレンス）の意味と目的（その2）

何かを決めるだけであれば、
一人でもいいのでは？



人にはそれぞれ見解に違いがある。目的の認識、課題の捉え方など・・・
「3人寄れば文殊の知恵」になるようにしていくことが重要。

そのための大前提として・・・

会議に参加することは、決定プロセスに参加・参画することであり、
自覚をもつこと（もってもらう事）が必要不可欠！

○組織運営における会議とは？

組織とは？

一人でサービスを提供しているわけでない！

↓
共通の目的や価値の実現等を目指す人々の集まり。

↓
会議という場でメンバー相互の意思疎通・相互理解を図ることで、組織として統一されたケアの提供を目指している。

↓
組織で設定された会議は、組織としての公式な決定機会。

● 会議で決定された事項は、組織として公式なもの（目的・手段）として位置づけられる。

組織の公式な会議での決定事項（＝組織の決定事項）が形骸化することは、組織の統制を失うことに等しい。（組織の崩壊？）

○ケアカンファレンスの目的と意義

これなら従える
を導き出す

ケアカンファレンスの目的

- ・意見の相違を話し合い、相互理解を図ること。
- ・支援者の共通認識、共通理解を図ること。
- ・それぞれの見解の相違に基づきながらも意思決定をしていくこと。



ケアカンファレンスの意義

- ・話し合った成果は支援対象者の生活へ還元される。
- ・支援者同士の理解を深める機会になる。

こんなこと現場で起きていませんか

ケアカンファレンスで決定した、食事したことを忘れる○さんの「ご飯食べてない」の対応として、食後に気分転換に散歩に連れ出すケア方針が徹底しない問題・・・

相互理解の問題

自分はその方法が正しいと思わないけど。
他の方法が良くないか。

共通理解の問題

自分はその話聞いていない。
決まったことは聞いたけど、何でそんな方法にするんだろうか。

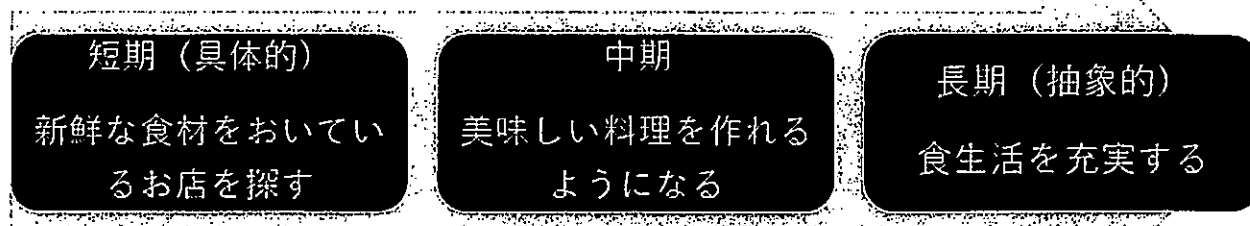
意思決定の問題

会議に決定すべき主任がいなかった。
上司からその決定を覆された・・・

さてこのケアカンファレンス何が問題？

- Aさんは末期ガンの診断を受け、本人は自宅で延命治療を希望している。
- しかしA氏は独居で認知症でもあり、在宅生活が送れるかどうか判断が難しいと考えられる。
- このA氏のケアカンファレンスとして、担当ケアマネージャーであるあなたは、関係各機関の担当者を集め今後の支援について話し合いを行ないました。

目的/目標の考え方



会議の開催回数を複数回にすることもある。その場合・・・

- ・ 会議が長期的な目標に沿って継続性のあるものになっていか。
- ・ 細分化された会議ごとに、目標や出すべき成果が明確になっているか

共有することがなぜ必要か

- ・ ある統一した方針や方法を継続していくためには、カンファレンスで決まったことの共有がなされなければ、まさに「絵に描いた餅」となってしまう。
⇒ 「聞いていない」「従えない」「何をしていいか分からない」
- ・ 決定事項、チームで統一して何を行うのか、より具体的に示すことが必要。
- ・ 決定事項だけでなく、「なぜそういう決定に至ったのか」そのプロセスを共有することも重要。プロセスの共有が出来ていないと、継続が長続きしない場合が多い。

認知症介護の場面においては

- ・認知症介護の場面では「これが正解」といった手段を導き出すことが難しい場合が多い。

例) 入浴拒否の人に対して

A 嘘をついて風呂に入れる

B 断られるのを承知で正直に「風呂に入りましょう」と言う

- そのためチームで決めた見立てを決定事項として、統一したケアを行なうことが重要で、そのためにチームの合意形成がより必要といえる。

建設的なコミュニケーションを図るポイント

- ○ 5 w 1 h を踏まえて話す (その1)

- ・ いつ(when) ・ どこで(where) ・ だれが(who) ・ なにを(what)
- ・ どのように(how) ・ なぜ(why)

例) 「帰宅願望あり、落ち着かない」という報告で考えてみましょう。

① 5 w 1 h を踏まえない報告

「利用者〇〇さん、帰宅欲求あり、落ち着かず」

② 5 w 1 h を踏まえた報告

「利用者〇〇さん (だれが)、17時頃 (いつ)、リビングで (どこで)、自宅へ帰りたいと発言し、リビングから玄関を2往復した (なにを・どのように)」

○意見と感想

建設的な議論を行うためには、意見と感想の違いを認識したうえで発言することが求められる。

意見…課題解決に向けて自身の専門的視点からの見解や考えを述べることである。
感想…自身の思い、主観や感情、好みが全面へ出ることが多い。

※会議の場では主観や感情が全面に出ないように留意すべきである。

○否定と批判

否定…「そうでないと打ち消すこと、価値などを認めないこと」であり、否定的態度や言説から議論を前向きに展開することはできない。

批判…「批評し判定すること、価値や能力、正当性、妥当性を評価すること」であり、批判は相手の意見を認めたうえで評価することである。

○チームメンバーが理解できる言葉・尺度

数値化できるものは数値化する。

例) 「以前と比べて、少し体重が減ったようだ」

⇒ 「3カ月間と比較して2 kg (2,000 g) 体重が減少した」

※参加者の共通理解・認識を促すことができる。

○課題を解決する意識をもつ

ケアカンファレンスは、支援対象者の課題を解決するために必要なケアや支援の方向性を決定する場であることを前提に

議論

解決策の決定

実践

効果の測定

PDCAサイクル
を意識する

○互いの専門性を尊重する



専門的視点の相違による見解の違いは互いの専門性を知ることによって克服できる。

● 互いの見解を尊重し、議論する中で支援対象者の状態に応じた適切なケアを選択するなど、より建設的なコミュニケーションを図ることが求められる。

「価値観なんて違って当たり前」を前提に

ケアカンファレンスを効果的に進めるために

● ○開催の事前告知（アジェンダの共有）

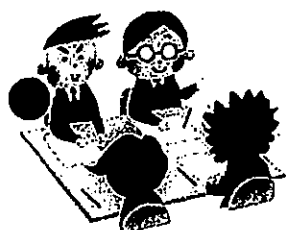
ケアカンファレンスの事前準備として、いつ・どこで・だれが主催（招集）し・だれが参加するのかなど、開催の事前告知を行う必要がある。

○開催目的の明確化

メンバーがカンファレンスの目的を共有することが大切である。目的の理解・共有がなければ、メンバーが参加する意味を見いだせない。

効果的な議論を促すためのポイント

- 対等な関係
- 発言者の意見に耳を傾ける
- 互いの優位性を押しつけない
- 憶測や根拠のない推測は避ける
- 感情・発する言葉をコントロールする
- 少数意見も大切にする（常に多数が正しいとはかぎらない）
- コスト意識をもつ
- 実行可能性を確認する



それでは、みなさんで演習を通じて
理解を深めて行きましょう！

【演習を開催する際のポイント】

演習では認知症の人のケアの方法や対応についてグループで検討しますが、ケアカンファレンスを効果的に運営するためのポイントを学ぶことが主であることを踏まえ、ケアの内容よりも会議そのものの進め方等を意識して行いましょう。

別紙 8

佐賀県認知症介護実践リーダー研修

チームケアを構築する リーダーの役割

所長 敬純

佐賀県認知症介護指導者
杉本 克則

※ コミュニケーション
重要

本日のPoint

チームの構築や活性化のため、チームリーダーとしての役割を理解し、円滑にチームを運営する者であることを自覚する

- ・ チームの意味や目的、種類を理解してチームの特徴を知る
- ・ チームの構築や活性化のための基本的な考え方を理解する

1. チームの目的と種類

1) チームとは

介護の現場でのケアは、「チーム」の機能を使って「チームケア」として提供していることが一般的です

認知症ケアにおいて、馴染みの関係をつくりやすい数人で形成されたチームが丁寧に深くかわり、心理的なニーズも把握しながら生活環境を調整し、支援することは有効とされています。

※介護保険制度導入以降

利用者の尊厳を支え、その能力に応じた自立した日常生活の支援を目指し、個別性の高いケアが求められています。制度上も認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、ユニット型介護老人福祉施設、小規模多機能型居宅介護等において小規模チームでの職員配置が基本となっています

2) 「集団」なのか「チーム」なのか？

・集団とは

「目的はあるが明確な目標はない集まり」のこと

集団の特徴として

- 1) 個人主義が強く横の連携がない
- 2) 目標が提示されると諦めが生まれ、モチベーションは低下する
- 3) 改善提案やアイデアなどはほとんど出ない
- 4) ミッションやビジョンは形だけで、何の効力も持っていない

☆「チーム」とは、これとは逆の「集団」を指すもの



なにか目的をもって集り仕事を行っていることは理解される

単純に人が集まっているだけであれば、個人が勝手に目的を設定し行動を行えば、（集団として）統一した行動が起こることは少ないと考えられます

※ 1人以上でないと

どんなに個人の能力が優れていたとしても、集団全体で考えた場合、集団全体の成果は個人の総和以上になることは、あまりないと考えられています

*★ 1+1=2 ⇒ 1+1=3
1:1は
0.571...*

個人の能力とその能力を向上させていく方向性についても、個人のばらつき、ランダムな努力に帰することになる

・チームとは

大きな特徴はチーム力が発揮されているということ

チーム力とはメンバーの特性を活かすことで生まれる

相乗効果（シナジー）のこと

チームについての定義

（1）達成すべき目標がある

（2）メンバーには役割がある

（3）メンバーは互いに「連携」「協働」する 「サラス（Salas, E.）」

■事業所は「集団」なのか「チーム」なのか？

（個人（の育成も大切）から集団へ変化することも重要
さらには集団からチームへ変化すること、成長することを通じて、
介護の質やケア行動の内容に変化を起こす可能性を高めていく）

チームの定義

(1) 達成すべき目標がある

「目標」が明確でない場合は、チームという形態をとってはいても実際にはチームとして機能していない状態であると考えられる。

ケアの理念である「尊厳の保持」「自立支援」「自己決定」の実現を目指すことは、「目的」にあたり「達成すべき目標」とは少し異なります。

達成すべき目標とは、目的に向かって進む際の課題を解決するためにチームで行う具体的な行動、つまり「やるべきこと」と捉えることができます。

目標設定
↓
ケアプランの流れ
具体的

(2) メンバーには役割がある

「目標達成」のために、チームに誰が、何をするのか、といった役割があることがあげられます。リーダーは、チームメンバーの力量や得意なこと、苦手なことを把握して適格に役割を振り分けます。

(3) メンバーは互いに助けあう

介護のチームは、経験年数や職務能力の異なった職員で形成されています。リーダーや先輩が、後輩のできないことをサポートするだけでなく、できるように育成しながら仕事を進めていきます。

3) チームの種類と特徴

目的によっていくつかの種類に分類することができる

リダーレベル

(1) 問題解決型チーム

介護行為の質の管理やその行為の効率化などについては、改善のための話し合いが求められる

このチームは、問題解決に対して、情報の共有や共有した情報をもとに解決策などを提案することは有効に機能します。

- (※解決策の実行などに関しての権限について、どの程度チームに与えられているかということは留意する必要がある。
問題解決について検討することと、検討した方法の実行が分離しているか否か、どのように評価するかによってこのチームの活動が決まることもある。

リダー 配置 (管理側)

(2) 自己管理型チーム

問題解決型では行えなかった権限まで持たせる

そのことによって、問題解決策の立案だけではなくその実行に通じて、結果責任まで求めることができるようになるため、チームが自立していくことが求められる。業務に関する計画やスケジュール、業務内容の割り当てなどを決定することも求める

※現場ではこの形のチームを育てることが必要ではあるが、責任の所在やチームと今までの決定システムとの折り合いなどを考えたり、チームが所属する上位組織の意思決定と関連する必要がある

質が高い

(3) 機能縦断型チーム

このチームは、組織や事業所間の多様な分野からスタッフを集めてチームを構成することを求める。

そのために、自分の知らなかった情報や、同じ情報であっても異なる考え方や見方、解釈などをスタッフ同士で情報交換が行われる可能性は高い。

反面、スタッフの分野が多様であるために、意思の疎通がむずかしいことも考慮する。

(特に、チームがまとまる時間があまりない状態では、この形のチームは、なかなか機能しないこともある。現場では、単一の職種でないチームが編成されることもあるが、利点と欠点をスタッフ、リーダーともに意識することが重要。)

難しい

★PTチーム

(4) バーチャル・チーム

直接顔を合わせることはなく、チームを組んで業務を行うことも現在では可能になっている

オンライン上で意思の疎通は行えるし、情報共有を行ったり、共有した情報に基づき意思決定をおこなうことには問題はないと考えられる。時間や距離に関係なくコミュニケーションを行う利点も大きい

※通常のコミュニケーションと異なり、直接コミュニケーションが減少するので、信頼関係を構築することが難しく業務的なつき合いに終始する可能性が高い。

★オンラインチーム

3) チームとしての介護の現場

相手が人であるために、反応や変化はさまざまな可能性をもっており、同じ人間であっても状況によってさらに変化の度合いも異なっていく。

そこで、その行動変化の原因を探求することが必要になってくる。

介護の現場でチームを効果的に機能させるためには、チーム行動について、以下の3点が大切になる

- (1) チームの人的要因
- (2) チームにおける環境的要因
- (3) チームにおける技術的要因

(1) チームの人的要因

介護の現場では、介護を行う人の要因が重要になる
しかし、それらの要因も複数の要素から構成されている

① チームスタッフの能力

1人のスタッフが同時に複数の能力を備えていることが理想ではあるが現実には難しい。そのため、介護の現場で働く人材として必要な専門的知識と専門的技術を備えているスタッフがチームには必要になる。

■専門的知識と専門的技術が不十分なスタッフについては、チームの中や外部で何らかの知識や技能についての教育研修を行い、水準をチームとして機能する最低限の段階まで引き上げていく必要があります。

基準を明確にする。

★全員のレベルを合わせるために、
誰かができることも全員でできるように
最低限のレベルまで引き上げる。

②チームスタッフの役割

チームスタッフにも、そのチームの必要性に応じて役割を考えることになります。1人のスタッフが1つの役割ということにとどまることなく、複数の役割を同時並行的に行うスタッフも必要になってくる。

■その役割については、スタッフ自身の能力や趣味も考慮に入れてリーダーを中心に検討することは意味がある

③チームスタッフの人数

一般的には10人未満がもっとも効率的であるとされる

■少ない人数ではチームとして成立しないことは理解できるが、規模が大きくなると、結果的にチーム内の調整や情報の共有にかかる時間が飛躍的に増加します

※ リーダーにスタッフの人数や人選を決定する

「権利があるかないか」

○自ら選択しチーム編成できる場合には偏らないように注意が必要

▲自ら選択不可な場合には

スタッフの中で役割がない、機能していないスタッフがいることがないような工夫が必要です

※ すべてのスタッフがチームに対して積極的な考え方を
もっているとは限らない・・・
チームに馴染めない、馴染まないスタッフなど、
プラスの考え方を持っているスタッフだけではない。

(2) チームにおける環境的要因

①チームに対する十分なサポート（支援）

- ・介護制度に関する情報やチームにプラスになる情報や新たな介護の考え方の提供
- ・機械設備や介護に関する機器の提供
- ・人的支援や人事・賃金制度といった点からの支援

②効果的なリーダーシップ実行のための基盤作り

- ・積極的な情報交換を行い、負担が偏らない役割分担
- ・チームの約束事とその決定方法
- ・スタッフが最低限身につける必要のある介護技術や介護知識についての合意

■合意を図る場合には、リーダーシップがチームの中から生成されることもある。必ずしもリーダー自身がリーダーシップを発揮する必要がないことも想定しておきましょう

③信頼（人間）関係

- ・チームスタッフは、お互いに職種が異なったとしても、ほかのスタッフに対して信頼をおけることが望ましい。
- ・信頼関係がスタッフ間に生まれることは、チームのコミュニケーションが促進される。コミュニケーションが促進されると、それぞれの行動への信頼感に繋がっていく。

■ 信頼の第一歩として

認知症ケアの『理念』が大切

ケアするうえで向かうべき基本的な考え方、方向性を示すもの

⇒ケアを提供する際の「道しるべ」

☆チームスタッフがリーダーに対しても信頼をおくことができれば、リーダーは

チームに対して指示や決断を下した場合、その行為に対する干渉は少なくなります

目標の
根拠
に
よ
り

(3) チームにおける技術的要因

リーダーは、介護技術そのものの習得というよりも、その技術習得を支援・構築することが大切になる

①自律性

スタッフ自らが必要な状況判断を行い、その判断の下に介護技術やコミュニケーション能力を活用できているかどうか、さらには、自分だけではなくチームとして介護を行っていくことができるかどうかという視点が求められる

もし、スタッフがほかのスタッフに依存している、指示を待つだけの状態であれば、自律性という観点から指導が必要になる

②多様な技術や能力を活用する機会の提供

スタッフ個々人がもっている介護技術、コミュニケーション能力は多種多様である。現場においてその能力をチームのために生かせる機会を作っていく

別の課題を与えたり、チーム内での情報交流など、技術や能力を柔軟に活用していく

③問題・課題に対する取り組み方

現場では、多くの問題や課題に直面します。

問題や課題はそのままにしない。少しでも解決につながる行動（話し合いなど）や態度をとっていく必要があります。この要因が、さらにスタッフ自身の欲求やチームの行動の有効性についても関わってくるので、リーダーは注意深く見守る必要があります。

2. チームにおける実践リーダーの役割

問1 「リーダー」という言葉のイメージ

問2 「リーダー」として思い浮かべる人

「リーダー」の言葉の理解

①指導者 統率者

②フィルムや録音テープの先端の引き出し部分

具体的意味

①規則規定などによって集団組織の中である程度の地位を与えられている人

②集団成員の行為の焦点となる人、集団の中心的存在となつてほかの成員から識別（相違を見分けること）される人

③集団の中の地位が社会的に人気のある人、集団成員から、一定の基準でより多くの選択を受ける人

④ほかの成員についており多くの影響を及ぼす人

⑤集団に対して、指導的立場でかかわったり、集団に対して統率者としてふるまったりすることになること

1) リーダーについて

リーダーとは、ただ人をひきつけるだけではなく、具体的にチームの意識共有や目標達成までの道筋の提示を行い、与えられた任務を遂行する役割をもった人

- ① 明確なビジョンを提示し、
チーム全員のモチベーションを高める役割
- ② コミュニケーション手段を意識して使い分ける役割
- ③ 信頼を得るためのブレないポジショニング
- ④ 創造的・挑戦的である
- ⑤ 長所を伸ばす育て方を意識する

必要な能力

- ・ 傾聴能力・・・相手の立場になって聞ける
人は誰しも自分の意見を聞いてほしい 傾聴してもらえない、、、と感じたら？！
- ・ 共感能力・・・相手の身になって支援できる
喜怒哀楽の感情を共有できる
- ・ 討議能力・・・納得し合えるまで十分話し合える
自分の意思で考えた、選んだとなるように
- ・ 評価能力・・・適格に評価できる
状況把握、個人の熟成度、チームの熟成度
- ・ 遂行能力・・・期待されたことに応えられる

☆ 生まれつき授かった資質ではない。
努力によって開発可能なもの。
経験を積むことで身をつけることができます。

「開発と強化」

2) リーダーシップについて

「リーダーシップ」の言葉の理解

①指導者（リーダー）としての地位・任務、指導権 ②素質・能力、統率力

目的達成の為に、チームに影響を及ぼすことができるような指導権と統率力の組み合わせ。目標達成を目指す過程とされています。（一般的には「指導力」「対人影響力」「統率力」という表現）

「目標(理念)に向けて人を動かす指導力

相手に与える影響力のことをリーダーシップ」

- ☞ 周囲を巻き込む夢のある目標の旗を掲げる
目標を達成するためのプランをつくる ～方向性を決める～
- ☞ 目標達成の為に行動力をもつ ～優先順位を決める～

状況に合わせた対応

～スタッフのやる気を引き出すためにスタイルを使い分ける～

状況対応とは、組織の置かれている状況や個人の成熟度、チームの成熟度などを見極めて、柔軟に使い分けること

高い意欲はあるが、能力は低い (新人、新人レベル)	指示型
低い意欲、能力は低～中	コーチ型
意欲は変化し、能力は中～高	支援型
高い意欲、能力も高い	委任型

状況対応のリーダーシップ

指示型	具体的な指示命令を与え、仕事の達成をきめ細かに管理する
コーチ型	指示命令を与え、仕事の達成をきめ細かに管理するが、決定されたことも説明し疑問にも答え、提案を出してもらうことで前進できるように支援する
支援型	仕事の達成に向かって努力を促しつつ、考えを合わせて、スタッフ自身が決められるようにしていく
委任型	意思決定と問題解決の責任をスタッフに任せる

☆ リーダーシップはスタッフへ一方的に行うことではなく、スタッフと共に行うものだ！！

「演習1」自分のリーダーシップのタイプについて考えましょう

「エゴグラム」を使って自己分析をしてみましょう！

「エゴ」は「自我」「グラム」は「数値的に表わす」という意味です。
すなわち、エゴグラムとは自我状態を数値で表したものになります。

エゴグラムは5つの構成要素から成り立っています。

人間の性格は、親から受け継いだものや、育った環境、その人の年齢、経験などさまざまな要素で作られるものです。人間は誰しもがこの5つの心を持っていると考えられています。

得点の高い要素を中心に見ましょう。

（性格特性とリーダーとして指示、支援する場合には関連がでてきます）

リーダーシップを発揮するために

- ①チームのモチベーションを高める
：内容や目標、達成のための道筋を明確に提示する
- ②信頼を得る為のブレないポジショニング
：「ついていこう」と思わせるには、ブレないこと。最も重要なのは、誠実さ。
チームの和を大切に、成果は自分のものではなく全員のものだと認識し、おごらない、客観性を持つ、といった中立性
- ③リーダー自身が創造的・挑戦的である
：自己の成長のために研鑽を怠らないこと。失敗を恐れない姿勢を持つことによって、他のスタッフもその姿勢を持つことができる～
- ④コミュニケーション手段を意識して使い分ける
：全員に伝える際と、個別に伝える際には方法が違う
- ⑤スタッフの長所を伸ばす育て方を意識する
：「やってみせ、言って聞かせて、させてみて、褒めてやらねば、人は動かじ」

3) 実践リーダーの役割

リーダーの行動やリーダーシップを単一の特性や行動としてみるのではなく、リーダーの役割はスタッフとの関係を考えた役割の集合体『複数の役割あるいは必要時に必要な役割を遂行する』と考えましょう。

例えば

- ・チームが混乱している場合
⇒指示を積極的に出さなければならない役割
- ・チームのスタッフが悩みを抱えている場合
⇒悩みを抱えているスタッフの話を聞いていく役割

『それぞれの役割行動が適切な場面で行えているかどうか』が重要

復習

役割行動において必要な力は『コミュニケーション』

コミュニケーションの前提

「情報の伝達」「人と人の共同世界の構築」の2つの機能
情報のやり取りだけでなく、共感し理解し合う双方向の関係作り

コミュニケーションの要素

「言語」「準言語」「非言語」で成り立っている

コミュニケーションの原則

メッセージのやり取りは、ほとんど同時に行われる

- | | |
|-------------|---------------|
| ① それぞれの価値観 | ② 非言語メッセージは大切 |
| ③ 意味は相手が決める | ④ 相手の立場に立つ |

3) 実践リーダーの役割

(1) チームスタッフの観察・評価

チームスタッフとのかかわる前に

まず（リーダーとしてかかわる）チームスタッフがどのような点で困り問題を抱えているのか、あるいは、チームの中でどのように機能しているのかといった視点を観察してみましょう

注意点 : できる限り中立的な立場で観察し評価する

※スタッフの出入りがある職場では、リーダーが考えているよりも現場スタッフの知識レベルが十分でない場合も想定されます。まず、知識やそれを伝える言葉という部分から構築・整備する必要もでてきます。

(2) 計画性のあるかわり

コミュニケーションを行う場面や時間を考慮しながら計画的に意識的にコミュニケーションを行う

注意点： 行き当たりばったりでコミュニケーションをする功罪に注意

通常のコミュニケーションの場合は、計画性はなくともよいが、リーダーとしての役割行動をチームの中で発揮する場合は、時間や場面を考慮し、意識的に組み立てましょう。

(一人ひとりの熟練度等違うために)

チームとのコミュニケーションが必要であると判断すれば時間を作る。また、即時の言葉かけが必要であれば、言葉かけの内容を整理しながら、かかわることも大切になります。

(3) かかわりの実行

計画性(2)の中で、どんなコミュニケーションを行われるのかの予測がつく場合もあるが、実際にかかわりを行っていく中では、予想のようにならない場合も多くあります。

注意点： 目の前で何が(どのような事実が)

起きているかという点に注意

かかわったチームスタッフが、どのように変化したのかといった相手に対する関心を最大限にする

観望 → 計画 → 実行 → 評価

(4) 実行後の結果・評価

かかわりが終了したあとも、スタッフの反応を観察することは重要です

注意点： スタッフの行動に問題があった場合などは、相手に対して否定的な感情が向きやすい点にも注意！

かかわりがいったん終了すると相手に対しての興味や注意も薄くなりがちです。（仕方がないことですが）同じことの繰り返しという悪循環に陥る可能性も考えましょう。興味・注意を持ち続けることが大切です。

※（１）～（４）は切り離さず、
リーダーとしての行動の一連の流れとして考えていくことが重要！

4) リーダーの具体的役割・行動

(1) チーム全体が何をすべきかについて整理を行うこと

チームとしての活動の中核（理念）となることがどこでどのように行われているのか、いまなにが必要なのかについて、多数のスタッフがそれぞれの活動を行うことを踏まえて、具体的に把握することができるかどうか！

職種の違い、経験の違いもあるスタッフが多い現場では、それぞれの（職種として）主張はある意味でそれぞれが正当性をもっていると考えられる、その正当性を整理することは、チーム内のコミュニケーションを高めるために意味のあることといえます

注意点

現場からを統括する場所が離れていると、現場になにが必要であるのか、なにを求めているのかの把握が難しくなるので注意をしましょう

(2) チームとしての行動に価値を示す

チームスタッフの価値観はそれぞれであり、それぞれの価値観が異なっている中で、チームを組み、行動や支援を行っていきます
価値観の個人差を一致させることはむずかしい・・・が

チームで目標を定め理念を構築し示すことを通じて、たとえ価値観が異なっても理念に照らして行動の方向性を確認することができ
るような環境を整備していきましょう

■ 自分の価値観はどこにあるのか
またチームスタッフの「価値観」は？ 確認してみましょう

「演習2」 価値観交流をしましょう

皆さんがどのような価値観をもって働いているのか考えてみましょう。

※ 特に介護を行う場合を想定して考えてみましょう

演習の流れ

- ① 以下に示す7つの項目について、自分がその項目について経験していることを短くまとめて記述する。
「健康・愛情・金銭・誠実・正しさ・娯楽・生きがい」
- ② その経験をもとに7つの項目に対して、一番大切にしていることから順に順番をつけ、その理由も簡単に記述する
- ③ グループの中で司会・記録係を決める
- ④ 全員の発表を行う
- ⑤ 全員の発表が終わったら、グループで7つの順位づけを行う
- ⑥ グループごとの発表を行う
→どのように合致したのか。どのように一致せずどんな違いがあったのかについても述べる

項目 順番	健康	愛情	金銭	誠実	正しさ	娯楽	生きがい
1							
2							
3							
4							
5							
6							
集団の順番							

相手を認めることを大切にし、意見や質問をしたりすることで関係を作っていきます

異なった性格や年齢、そして価値観の違う人と

「チーム」を組み、取り組んでいます。

チーム内の様々な立場に立って物事を考えてみる、相手のことを認めることを大切にするところから始め、意見したり、質問したりすることでチームを育成しましょう

自分の価値観を押し付けてはいないか
特定の価値観に縛られていないか

※ 自己分析が日常的に求められます

こうした捉え方は、認知症の人との人間関係を保つうえでも重要になります。

(3) チームが進んでいくことが可能な方向性を示す

チームの行動について一連のストーリーを示すこともチームの行動を考える場合には意味をもちます



チームとして動きを続けていくと、どのようにチームは成長し、チーム及びチームスタッフを取り巻く環境や能力がどのように発展していくのか、などその方向性を示すことができれば、

➡ リーダーに対する信頼が増加すると考えられます

■ チームスタッフの成長が認められた場合や、逆にチームの行動（ケア）が日常性の中に埋没してしまった場合は、理念との整合性という点で、理念の再構築、場合によっては理念を変更するという判断を行うことも考えましょう

(2) (3) の行動を行うためには

チームスタッフ同士やチームリーダーとチームスタッフの間などで、チーム内での情報共有を積極的に行う必要があります。

それには、会議・打ち合わせという形として意図的に状況を作ることが必要であり、またそのようなフォーマルな形での情報共有とともにインフォーマルな形での情報共有のチャンネルも確保できることも考えていく

参考までに

会議や打ち合わせとは異なるインフォーマルなコミュニケーションに、創造的なアイデアや仕事を円滑にするヒントがあったり、人間関係をよくするのに役立ったりすることもあります。

一例として挙げられるのが「雑談」。仕事上の雑談には「悪いこと、ムダ」とのイメージがあるが、最近では「仕事に役立つ知見が得られる」「メンバー間の理解が深まる」などとポジティブに捉えられる傾向もあります。

(4) リーダーとしての行動・役割の範囲を狭めない

リーダー自身の行動とその役割を検討してみると

実行することが少ない役割は出現回数も少なく、結果的に自らの役割の幅が狭くなってしまう可能性も考慮する。

(5) リーダーとしての自己研鑽「継続すること」

日々状態が変化していく可能性の高い（認知症の）人に対して、ケアを行っているという点から、たとえ間隔が空いても、ほんの少しでも自分の行動・態度について考えを向けてみる。自分の行動・ケアを振り返ることにも繋がります。

→自己研鑽を継続することにより、

リーダーに対しての信頼感が増えていくでしょう。

3. チーム構築の過程

1) チーム構築のために必要なこと

チームが効果的に機能することは、「人的要因・環境的要因・技術的要因」に加えていくつかの要因について検討することも必要

チームとしてバラバラな介護を行った場合、介護に関する行動は、どんな評価をうけるでしょうか？

チームスタッフそれぞれの考え方やケア行動で利用者にかかわる場合、利用者やその家族からみれば、1つひとつ1人ひとりの介護に関する行動が問題がないとしても、全体として評価はあまりよくないと感じることも予測される。

3. チーム構築の過程

1) チーム構築のために必要なこと

チームは、「ある」ことではなく「つくる」！！

- ・・チームが効果的に機能することは、「人的要因・環境的要因・技術的要因」についてしっかりと検討すること

チームとしてバラバラな介護を行った場合、介護に関する行動は、どんな評価をうけるでしょうか？

チームスタッフそれぞれの考え方やケア行動で利用者にかかわる場合、利用者やその家族からみれば、1つひとつ1人ひとりの介護に関する行動が問題がないとしても、全体として評価はあまりよくないと感じることも予測される。

(1) 専門性と情報共有

同じ認知症という言葉であっても、認知症に対する知識や経験が異なっていると、その意味が異なってしまう可能性があります

チームとして活動を続けていくためには、言葉や行動の意味が通じ合っていることを確認しながら情報を共有する。

- 専門性があることで、かえって専門職間でのコミュニケーションのズレがないように注意しましょう

(2) 目標・目的の明確化と共有

チームがチームとして機能することは、そのチームがもっている目標が明確なほうがよい。具体的な行動に結びつく目標と抽象的な目標では意味が違ってきます

(3) 介護の実行と整理

目的・目標の共有が行われ、実際にチームとして介護が行われた場合、その行動がどの程度実行できたのかを目的・目標に照らして検証する

実行の程度が少ないとしても、目的・目標にどのくらい合致しているのかを整理していくことをスタッフとリーダーが確認することができれば、その整理をもとに次回以降の行動の計画も立てられる。

→継続的なかわりの起点となる

※ 成功体験をチームとして体験していけば、チームが活性化する可能性やチームスタッフの自信についても深まっていきます。

2) チームのもつ問題点

チームが機能せず

本来あってはならない介護が行われることも考えられる

チームが自信をもつことは必要であるが、
その自信が万能感などにつながるとどうなる??

そんな場合には、必ず何らかの原因が見いだされます
本来あってはならない点について考えてみましょう

- (1) グループシンクの存在
- (2) スケープゴートの存在
- (3) 集団への服従

(1) グループシンクの存在

スタッフやチームに対して、紋切り型の見方が積極的に行われてしまう場合が考えられる

本来チームを組むことで

視点を増加させ、多面的にケアを考えることが可能だが、紋切り型の見方が積極的になれば、逆行して、「〇〇さんはこんな人である」と決めつけ、チーム全員で共有する現象が起こることもある。

自分たちの行動に自信がでて、チームの介護はすべて正しいという（幻想）をもつこともあるかも、。。

そのようなチームとしてのふるまいがみられる可能性はリーダーとして考慮する必要があります。

(2) スケープゴートの存在

スタッフの中にスケープゴートを作ることの可能性として考えられる

まとまりのよさが実は、ある特定の援助者をスケープゴートとした結果であることには注意が必要

そのような状態は、情報交換を阻害することにつながり、結果として、チームケアの阻害要因になる、

(3) 集団への服従

援助者集団の中では、集団の中から逸脱することを避けるという行動も起こることが分かっている。

：ケア会議等で新たな考え方や、現在行っている介護技法について変更することをだれもが積極的にやめてしまう。

この場合は、集団への服従ということが起こっていると考える必要がある

4. チームと評価

1) 評価するために必要なこと

(1) 評価する対象について

評価を行うためには、評価にかかわる対象を明確にする必要がある。対象は、チームスタッフの知識や、スタッフの態度や興味の程度などが対象になる場合も考えられます。

どのような対象にせよ、評価を行う場合には、その対象が明確になっていないと結果的にその対象自体をはっきり評価できなくなってしまう。

- 評価する対象について定義づけなどを行い、なにを評価の対象としているかをチームスタッフが確認できるようにしましょう

(2) 評価する物差し

対象が決定したら、その対象に合わせた物差し（尺度）を作り出すことが求められる。

- 明確なメモリが見いだせるような行動や活動なのか、メモリで示すことが難しい活動や行動であるかどうかを明らかにする

(3) 評価のタイミング

評価の対象となる行動について、どの時点（直前・直後・1週間毎・事後など）で評価を行うかが重要になる。

- とくに継続して評価を行う場合には、比較可能性と
いうことを意識して、間隔や時点を特定していく

☆ ストレスについて

チームのスタッフ個々人が仕事を行っていくうえで、何らかの形でストレスを感じることがあるが、そのストレスに対処することも重要になってきます。

一般的に

「ストレス」といわれるものは、厳密には「ストレッサー」と「ストレス反応（ストレイン）」に区別されます。

「ストレッサー」とは、心身にかかる外部からの刺激のこと、
「ストレス反応（ストレイン）」とは、ストレッサーの結果、
生じる心身の反応のことを意味します。

「演習3」 事例演習

◇ 別紙事例用紙

〈 チームの課題の整理 〉

- ・チームの「強み」と「弱み」はなにかを考え、具体的に書き出してみましょう
- ・チームに起きている課題は何かを考えてみましょう
～個々の職員の問題ではなく、問題の背景にあるチームの課題について整理してみましょう～

〈 チームの目標 〉

- ・チームの「目標」について書き出しグループで共有しましょう
- ・目標を達成するための具体的な行動目標や方法を課題ごとに挙げてみましょう
～チーム全体にはたらきかけることと、
特定のメンバーにはたらきかけることを整理してみましょう～

実践リーダーは
チーム構築や活性化を促進する重要な役割が期待されています

☆ チームに「希望を与える人」になってください。

■ チームの特徴を再認識し

チームに必要なことを再確認しましょう

忘れてはいけないこと

「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」
よう支援すること！

参考文献等

- ・ 認知症介護実践リーダー研修 標準テキスト：ワールドプランニング
- ・ 介護管理者・リーダーのための人づくり・組織づくりマニュアル：ばる出版
- ・ 認知症ケアができる人材の育て方：ばる出版
- ・ ぐるケア（認知症ケア最前線）：（株）QOLサービス

...

人を動かすことのできる人は、他人の気持ちになれる人である。
その代わり、他人の気持ちになれる人というのは自分が悩む。
自分が悩んだことのない人は、まず人を動かすことはできない。

（本田宗一郎氏：日本の実業家、技術者、本田技研工業の創業者）

〈事 例〉

山本さんは、ユニットリーダーとして3年の経験があります。ユニットのメンバーは、2人の新人以外は、5年以上の経験のある職員で構成されており、山本さん自身も介護職員として7年以上の経験があります。

山本さんは、今月入居した敏夫さん(75歳)の認知症の行動・心理症状(BPSD)に対する対応や危険を認知しない行動への対応について悩んでいました。山本さん自身は、今までの経験や研修等を通じた学びで、認知症の人に対する考え方やパーソン・センタード・ケアの視点をしっかりと理解しています。したがって、入居間もない今は、探る次期であると考えています。しかし、チーム内では、敏夫さんのケアについて、2人の新人職員(社会人経験のある田中さんと福祉系大学で学んだ木村さん)の間で意見の対立があります。

ケアに関する意見としては、社会人経験のある田中さんは、敏夫さんの言動に振り回されて、その言動の背景にある気持ちや心理的なニーズに目を向けようとしません。敏夫さんの言動を問題としてとらえ、介護記録にも「不穏」「不安定」という言葉が頻回にみられます。敏夫さんが「私はいつ家に帰るのですか」と聞くと、「いつ帰るのか、息子さんに聞いてみます」「今日は帰る日ではありません」など、その場限りの対応をしています。また、敏夫さんの行動を制止・抑制しようとするためか、敏夫さんの表情も険しく、混乱や不安が増し落ち着きません。そうすると田中さんはますます敏夫さんの行動を管理しようとするので、敏夫さんのBPSDはエスカレートしていくといった状況です。敏夫さんへの対応に興味が薄れる田中さんのケアのあり方や発する雰囲気は、チームの空気を重くしていきます。田中さんは、自分は一生懸命に敏夫さんのケアをしているのに評価されていないと感じています。

一方で、福祉系大学を卒業して入職した木村さんは、認知症ケアの理念を基軸にしっかりと知識も習得しています。しかし、ケアの理念を全面に打ち出して正しいことをしているといわんばかりの態度です。チームの体制に沿った具体的な工夫や提案はなく、突然、敏夫さんを散歩に誘って出かけるなど、ほかの職員との連携がとれない行動もみられます。その結果、勤務時間内にすべき業務を終えることができず、ほかのメンバーにしわ寄せがいくこともあります。田中さんは、木村さんに「現実的な対応が必要なのは。限られた職員と体制では、できることに限界があるし、理想的なことを求めても職員が大変」と主張します。2人に新人職員は互いに自分のやり方を主張して、感情も高ぶり言い争うこともあります。

この意見の対立は、チームのほか職員も巻き込み、田中さんと木村さんに気を遣ってどちらの意見にも賛同できないといった状況に困っています。新人職員の2人以外の職員は、敏夫さんの気持ちからニーズを把握しようとかかわり、うまくいったケアや、かかわり方で表情が明るくなり行動が落ち着いたなどの経験を重ねてきています。そのことを記録に残し、申し送りで報告してはいますが、チーム全体の動きには反映されないまま経過していきました。定期的開催されるケアカンファレンスでは、田中さんと木村さんの対立を避けてか、踏み込んだ議論には発展しないまま、形だけの現状報告にとどまっています。チームのメンバーはそれぞれにモヤモヤと、ストレスを感じながら勤務しているといった状況です。

リーダーの山本さんは、この状況をなんとかしなくてはと考え、自分だけでは抱えきれないと判断して、上司に相談することにしました。

認知症ケアについての勉強会実施アンケート 別紙 9

11/28 実施分

対象者 4名

1、勉強会の目的は理解できましたか？

(はい ・ いいえ)

はい 1名 いいえ 3名

2、勉強会の内容は理解できましたか？

(はい ・ いいえ)

はい 1名 いいえ 3名

3、勉強会での質問はありますか？

(はい ・ いいえ) はい 0名 いいえ 4名

※はい、を選択された方は質問内容を記載下さい。

()

4、勉強会を受けた際、心に残ったキーワード 3つを上げて下さい。

アルツハイマー型認知症-4、ピック病-2、脳血管性認知症-2、見当識障害-2、
短期記憶障害-1、海馬-1、

5、勉強会を受けて、何か変化はありましたか？

(はい ・ いいえ) はい 0名 いいえ 4名

※はい、を選択された方は内容を記載下さい。

()

6、次回勉強会に向けて期待する部分や要望はありますか？

(はい ・ いいえ) はい 0名 いいえ 4名

※はい、を選択された方は内容を記載下さい。

要望ではないが、業務が忙しい中時間を作るのも大変な状況。その為、資料配布などではいけないのだろうか。

知らない事も知ることが出来て良かった。

以上です。

ご協力ありがとうございました。

協力スタッフ感想

説明するのは難しいと思った。自分が説明を受けた際には理解できていたが、他者に説明するうちに分からなくなり、何が大事が分からずふわふわとした説明になった。もう少し勉強したいと思った。

考察

目的がしっかりと伝えることが出来ていなかった為、勉強会をただの勉強会としての認識しかなかったと思われる。その為に、目的をしっかりと明確にして、そのことでどうなるのかのビジョンを提示する必要性があると思われる。

今回の勉強会では、内容を説明する事に重視してしまい、理解を確認する等の余裕がなかったと思われる。

ケアカンファレンス記録

別紙 10

11/30 実施

参加者：協力スタッフ、ユニットリーダー、介護福祉士、管理者（実習者） 4名

場所：事務所

状況：立った状態で丸になって話し合い

事前開催通知：あり

内容

夜中に「家に帰るから出口はどこ」、と話しながら夜中に他の利用者の部屋に入って行かれて、他の利用者より「寝ていたら部屋に人が入って来て話し掛けられて怖かった」と話が上がっている。対応方法についてはどのようにしたらいいだろうか。

検討内容

協力スタッフ：私が夜勤の時に訴えが聞かれる際には側についてコーヒーを提供したりして落ち着いてもらいながら話をして対応していますけど、他の方どうですか。

介護福祉士：夜間帯は他の利用者の対応もあるし、周りの人が怖がっているというのは本人だけの問題じゃないですね。

ユニットリーダー：その人を見ての行動ですね。それもその人のペースかもしれませんよ。

管理者：まず、この事例の問題と目的を明確にしようか。

協力スタッフ：他の利用者の部屋に入ってしまう事ですかね。

介護福祉士：ではなんで他の人の部屋に入ってしまうんでしょうか。

ユニットリーダー：毎日その行動があるわけではないので、ケアスタッフの関わりとかですかね。

管理者：健康状態とか日中の過ごし方とかは関係ないのかな。

協力スタッフ：健康状態はバイタル的に異常なく、食事も全量召し上がられています。

ユニットリーダー：馴染みの利用者が帰宅日で帰った後とかに多く見られるような気がします。

協力スタッフ：自分も帰りたいという気持ちが出るのでしょよね、本人は不安なんだと思います。

介護福祉士：話を聞いてあげたいけど、夜中にずっとそばについて過ごす事はできないし…

協力スタッフ：では、不安な気持ちを解消できるようになるべく側にいてあげることにしましょうか。

上記10分程度の内容

協力スタッフの感想

話あいをしたことで、自分の考えを伝えることができたと思う。しかし、自分の考えを話ただけであって、それが利用者のためなのか、を考えた。その為、利用者が求めるケアの目標に近づけていないことが自分でも気づいた。

実習者考察

まず、目的を明確にすることが出来ていなかった。今回も、問題に対しての対処方法しか考えていない為、あくまで介護者としての目線しかないことが伺える。その為、対応方法を検討する際にも、抽象的になってしまっていることが伺えた。事前開催通知を行っていた為、何を話すかを考える時間はあったが、協力スタッフが話す事が中心になっていた為に発言が少なくなったと思われる。また、環境的にもゆっくりと話せる状況でなかったのではないかと考えられる。

助言

目標達成までのプロセスがうまく見えていないことが伺えたため、実習者より、目的達成のための道筋を説明し、しっかりと評価をしながら一歩ずつ前に進まないと、いきなりは進むことはできない、と説明した。

職場内教育のの基本視点

1. 人材育成の意義

2. 職場教育 (OJTの理解)

3. スーパービジョン

古賀小児科内科医院

杉本 健

学習のポイント

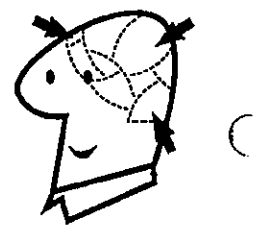
- ・認知症ケアで質の向上を図っていくための職場内教育法の課題や方法を理解する。自職場で人材育成を促進する環境を整備し、個別計画を立案して効果的な職場内教育を実施することを目指す。
- ・人材育成技法における職場内教育（OJT）の技法の意義や、方法と有効性を理解し、認知症ケアにおける指導技術の習得を図る。
- ・職場内での人材育成を効果的に行うために、全体を統合する視点としてのスーパービジョンについて概観した後に、面接技法、ティーチング、コーチングの各技法について学ぶ。

<これからの人材に求められていること>

I Q（知能指数）：2割 < E Q（こころの知能指数）：8割

E Q…喜び、怒り、悲しみを含んだ情緒的・精神的な機能全体

- ・「自分の本当の気持ちを自覚して尊重し、決断する能力」
- ・「感情を制御する能力」
- ・「自分自身を励ます能力」
- ・「他人の気持ちを感じ取る能力」
- ・「集団の中で調和し、協力し合う社会的能力」



3

1. 人材育成の意義と方法

1) 人材育成の意義と目的

☆人材を育てることなしに、組織的な仕事に取り組み、質を向上していくことは難しい。

★理想的な人材育成方法を導入しようとしても、すべての組織において成功するとは限らない。

★それぞれの組織とメンバーの特徴に応じ、業務の課題と共に人材育成の課題を把握し、それを現実的に解決する手法として、職場内教育の方法を企画、運用していくことが必要。

＜学習の準備 人材育成の課題把握＞

①組織（法人、事業所、施設等）における人材育成の課題発見

☆人材育成の対象である新人・初任職員の課題（こんな人、こんな行動、こんな態度等）をいくつか挙げてみる。

★人材育成を担っている中堅やリーダー層の職員の課題（こんな人、こんな行動、こんな態度、こんな教育方法など）をいくつか挙げてみる。

⇒問題・課題の発見が、解決法を考えるための第一歩！！

②グループ討議ができる場合、それぞれから意見を出し合い、その意見を整理、まとめてみると共通の課題を発見することに繋がる。

③中堅やリーダー層の職員の課題は、新人・初任職員の課題にどのような影響があるか。特に、中堅やリーダー層職員の人材育成担当者としての役割を考えた場合、どのような影響を与えているか考えてみる。

＜人材育成の課題把握をしてみよう＞

○

ワークシート1



＜職層に応じた課題の位置づけ＞

○新人・初任職員に多い人材育成の課題

全般的な知識不足、認知症を理解していない、基本的な職務態度・言葉遣い等ができていない、やる気がない、リーダーの言うことをきかない・・・

○中堅・リーダー層の職員に多い人材育成の課題

反映

さまざまな知識が不足、認知症ケアを理解していない、基本的な態度・言葉遣い等がよくない、向上心・やる気がない、会議等で決まったことに従わない・・・
人材育成力がない、組織的な人材育成の取り組みに欠ける・・・

○組織の課題

職場全体の仕事の質の向上や人材育成のしくみをつくること

リーダーの役割 ⇒ ケアの質を上げるため、職員のやる気を高め、（仕事や学習への取り組みを促進していくための人材育成法を企画・実行していく。

＜人材育成の基本的理念＞

- 高齢者介護・認知症介護における人材育成は、一人一人の職員の仕事の質を高めることにより、利用者・入居者の生活の質を高めることを目的としている。
- 人材育成を組織的に進めていくための背景には、利用者（入居者）がどのような生活を送れるよう支援するか、という方針が欠かせない。
- 職員一人一人のことを尊重する姿勢が人材育成の背景には必要。

- 組織としての仕事の質は個人の力の総合力。職員の個人差や状況の違いを尊重し、それぞれの状況に応じて計画的に行う方が、人材育成の効果を上げるのに効率的。
- 認知症ケアの領域では、「尊厳の保持」「パーソンセンタード・ケア」等の認知症の人の個別性を重視する理念を掲げており、職員がその理念を達成しようとすることを望むなら、職員に対しても同じように尊厳を重視し、「職員中心」の人材育成を実施していくことが求められる。

＜内発的動機と外発的動機＞

（外発的動機

外部からの報酬により**UP↑↑**あるいは**DOWN↓↓**

（例：金銭、昇進、資格取得など）

（例：昇格出来ない、ボーナスが減る、怒られる等）



外発的動機づけだけでは、やりたくないのに報酬や罰のために嫌々でも行動する（或いは行動しない）ことになりやすい。また、最大の報酬を得るために、最小限の努力で済ませる方向に向かってしまうと、仕事や学習の質を上げようという方向に向かいにくくなってしまう。

内発的動機

自分で自発的に目標や計画を決めていると感じられる「自立性」や「自己決定感」、自分の能力を使えばうまくできると感じる「有能感」によって、高められる。



仕事や学習の目標や方法が納得できるものではなく、指導者や組織からの押し付けと感じられると自己決定感が損なわれて、内発的動機づけが低下しやすい。 (

<内発的動機を高めるための目標設定>

目標設定

⇒達成することで「有能感」を確かめられるレベルで設定

難しすぎる場合、簡単すぎる場合は内発的動機づけが低下しがち。

更に、他者との良好な「関係性」は内発的動機づけを引き上げる効果があり、上司や教育担当者から積極的なコミュニケーションを働きかけていくことが重要である。



＜自己決定理論に基づく外発的動機から内発的動機への移行過程＞

非動機づけ …… 系統的な動機づけがない状態

↓

外的調整…報酬や罰による。「報酬のためにやる」「仕方なくやる」

↓

取り入的調整…不安や恥による。「やらないと不安だから」「ばかにされるから」

↓

同一化的調整…自分にとっての重要性による。「自分にとって重要だから」

↓

統合的調整…自分の価値観と一致「やりたいと思う」「自分の価値観に一致する」

↓

内発的調整…内発的な動機「楽しいから」「好きだから」

＜達成動機とは＞

目標の価値を高く感じるほど達成動機は高まる。

しかし価値の高い目標は多くの場合、達成が困難であり、努力を要する事が多い。達成の見込みが低い場合は幾ら目標の価値が高くても動機付けが高まらない。

目標そのものへの達成見込み（結果期待）よりも、目標に達するために必要となる行動ができるかどうかの見込み（効力期待または自己効力感）が重要。

★目標はあまりに遠大なものにせず、少しずつ達成可能なステップアップ型のものにしていことも有効（スモールステップの原理）！！

〈達成動機や内発的動機を高める人材育成の工夫〉

(a) 仕事や学習の目標を明確にする。

(b) 目標の価値を組織的に高めるため、方針を明確にし職員間で共有する。

(c) 目標の達成の期待を高めるため、達成方法を明確にする。具体的には業務改善の工程表や人材育成のコース、方法を明示する。

(d) 目標や方法の決定場面への参加によって全体の方針や個々の目標や学習内容などについて自己決定する過程を設ける。

(e) 目標や方法については、組織全体や個人個人にとって動機付けを維持できるように、適切なレベルを設定する。

(f) 目標設定は遠大なものとせず、段階的に設定し、目標達成を経験しながらステップアップしていくようにする。

(g) 教育担当者が個々の職員に働きかけていく際は、押し付けにならないようにコーチングの手法を用いる。

2. 職場教育(OJTの理解)

★職員教育・指導の基本はOJT(オンザジョブトレーニング)

OJT 職務を通じて の研修	上司(先輩)が <u>職務を通じて</u> 部下(後輩)を指導・育成する。	<ul style="list-style-type: none"> ・職場内研修 ・普段の職務内における部下(後輩)指導 など
OFF-JT 職務を離れて の研修	職務命令により、一定期間日常 <u>職務を離れて</u> 行う研修。職場内外研修がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・新人職員研修(座学) ・勤務後の勉強会 ・認知症介護実践研修 など
SDS 自己学習	<u>自分の時間を使って</u> 自己学習を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・国家試験の自己学習 ・自発的な講習会への参加 ・読書等による学習

<職場教育(OJTの理解)>

★OJTの定義★

OJTとは、上司や先輩が、部下や後輩に対して、職務を通じて、職務に必要な態度・価値観、知識・情報、技術・技能等を指導育成するすべての活動。

★OJTの実践ポイント★

- ① 「日常の機会指導」と「意図的・計画的指導」の実践
- ② 「集団指導」と「個別指導」の両面からアプローチ
- ③ 「職務遂行能力の向上」と「人材の育成」を目指す
- ④ 育成面談を通じて研修ニーズ・目標の相互調整と共有化

<職場内教育(OJT)の有効性>

OFF-JT ・ SDS :

実践の場を離れ知識・技術・態度とそれを応用する力を鍛える場



実際のケア場面に活かすには、知識・技術・態度の応用が求められる。



成長過程でうまく応用できず、つまづく場合が多々ある。

(何に困っているのか、つまづきの原因が何か、どのように解決するか・・・)

OJT :

経験豊富な熟練者が、学習の成果を活かそうとする未熟な専門職のつまづきの原因を実際に介護場面で確認しながら評価した上で指導を行う。

19

3. スーパービジョン

<スーパービジョンとは>

熟練した専門職員が初級職員に対し専門的な知識・技術・態度の変化・成長を意図して直接的に行う働きかけの過程

<スーパービジョンの構成>

スーパービジョンは基本的に、スーパービジョンを受ける人「スーパーバイザー」とスーパービジョンを提供する人「スーパーバイザー」とで構成される。スーパービジョンでは、基本的に同じ仕事の経験を共有できる、同じ職種であることが求められる。

スーパービジョンとは、きわめて「専門性」が高い領域における、経験のある人から経験の少ない人への技術の伝承や指導。

20

＜スーパーバイザー・スーパーバイジー＞

●スーパーバイザー

組織の理念や方針に沿った業務の遂行を促進するために、スタッフの力を活用し育てる責任を引き受ける人

：施設長、監督職員、実習指導者…

●スーパーバイジー

職場内の業務の遂行上、上司・ベテランの助言や指導、サポートを得たいと考える職員

：部下、新人、実習生、ボランティア、ベテラン職員…

●スーパービジョンの成立要件

上司が部下に一方的に教育を試みるようなかわりとは異なり、介護を実践する専門職同士の間で、一定の契約に基づき行われる。

21

＜スーパービジョンはプロセスである＞

スーパービジョン：働きかけの過程

(a) スーパービジョン特有の方法はない

スーパービジョンは面接技法、ティーチング、コーチングなどを活用して働きかける過程。スーパービジョンを展開するに当たっては、自分と相手、そして状況に合わせ採用する方法（技法）を選択する。

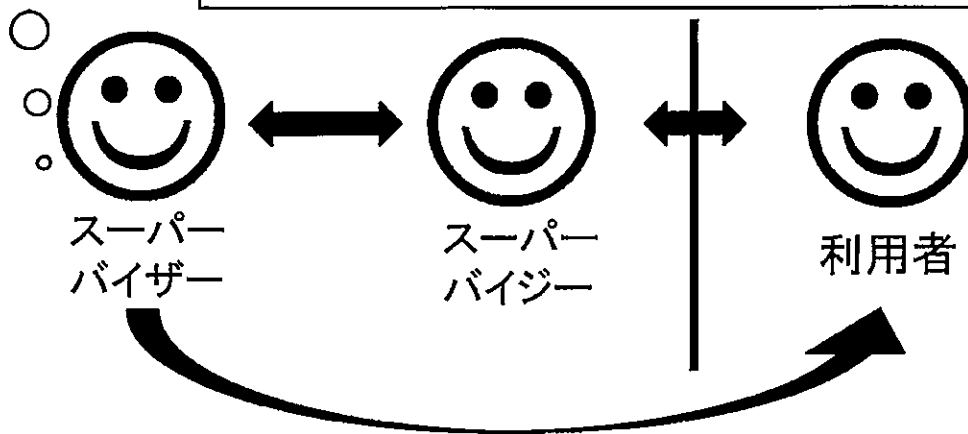
(b) スーパービジョンはスーパーバイザーの一方的な働きかけのみで成立しない（バイザーとバイジーの相互作用を前提とする）。

スーパーバイザーとスーパーバイジーのやりとりの中でスーパーバイジーに意識変容が起こり、それが行動内容となって現場で結実することを目指す。

<ターゲットの二重性>

認知症の人は何に困っているんだろう？

★スーパーバイザーの先にいる利用者にも目を向ける
★スーパーバイザーがとらえる利用者像と、実際の利用者像を比較し、指導ポイントを明確化する



<スーパービジョンの機能>

①教育機能 ②管理機能 ③支持機能

①教育機能

教育機能は、スーパービジョンの過程の中で知識・技術を提供したり、実践の振り返りを促したりすることで、スーパーバイザーの専門的成長を促進する働き。

1) 知識・技術・価値を伝える

標準的に最低限これをしていくとよいといったケア方法の教示など

2) 理論と実践をつなぐ

知識・技術・経験の応用を促す。振り返りを促す。

3) 学習の動機づけを高める

学習する理由や何に活用できるかを知る。内発的動機づけを高める。

<スーパービジョンの教育機能>

事例 1

〇 〇 月

18:00



25

<スーパービジョンの機能>

②管理機能(調整機能)

スーパービジョンの過程で業務の遂行状況を把握し、適切な環境で働けるよう指示する機能。労働環境（業務分担や人間関係、業務時間など）を把握し適切に業務が進むよう管理或いは調整するような働きかけが重要。

例：仕事と家庭の両立に負担を感じているスタッフがいれば職場内研修を就業時間内に実施できるよう条件を整える。

例：スーパーバイザーの職務や責務の範囲を提示したり、計画通り取り組みが進んでいるかをヒアリングし指示をしたり、休みが取れていない人に対し、休みを取るよう促したりといった活動を行う。

26

＜スーパービジョンの機能＞

③支持機能

スーパービジョンの業務に関する情緒的なサポートを行う働きでスーパービジョンの根幹を成す。

適切な対人関係を構築するための専門的な知識・技術とそれを活用した経験が必要になるが、知識・技術・経験のないスタッフはストレスを感じやすく燃え尽き状態に陥る場合もある。スーパービジョンがスタッフを支持し、そのような事態に陥ることを予防する働きも持っている。

※ただし、スーパービジョンはあくまでも職務に関する指導・助言その他の支援を指す。

27

＜介護職の特殊性＞

☆介護職の特徴：人間関係を扱う領域の特殊性☆

知識・技術＋経験（個人の成功・失敗の繰り返しに意味がある）

人間関係を扱う特殊性は、援助における「感情のやりとり」が大きな意味をもつ。特に認知症高齢者が十分に自分の意思を伝えることができない場合や、利用者本人の想いと介護家族の想いのズレや、実際の介護とのズレが大きい時、思い通りの「感情のやりとり」ができないことが起こる。

感情的な問題 ⇒ 情緒的な消耗感 ⇒ 燃え尽き

28

＜スーパービジョンの形態＞

★個別スーパービジョン

最も基本的な方法であり、スーパーバイザーとスーパーバイジーが1対1の面接方式で行う。利用者との関わりを通してスーパーバイジーが抱えている「今」の課題について深く掘り下げたいニーズに最も適した方法。

- スーパービジョンは1回きりの面接ではなく、定期的に行われることが有効。
- 何よりも、スーパーバイザーとスーパーバイジーの信頼関係の構築が最も大切な要素であり大前提である。
- ▲オフタイム（外食など）でのアドバイスは個人的なつきあいであり、スーパービジョンではない。

29

＜スーパービジョンの形態＞

★グループスーパービジョン

専門性を高めたい、日々の関わりを振り返りたいなどの思いがある介護者同士がグループを形成し、スーパーバイザーの下で専門性を高めていく過程。スーパーバイジー1人の自己覚知を対象とするより、組織全体の援助の方向性等について確認し合うことにより、専門性を高め合ったり、組織全体の専門性の向上に寄与することが主な役割。

- 対人援助はマニュアルや正解がないが、共通する専門性について共有することで、日頃の関わりを振り返り、安心感を得たり、他のさまざまな考えに触れて刺激を受けることにより、支援のあり方に対してあらためて自らの考えや視点に気づかされたり、柔軟な考え方ができるようになる。
- ▲個別のニーズや課題を深めることは難しい。
- ▲自己開示がしにくい場合もある。

＜スーパービジョンの形態＞

★ライブスーパービジョン

認知症ケアでいえば認知症の人と関わっているその場で行うスーパービジョン。スーパーバイザーに実際のケア場面を見せ、その後で場面を振り返り解説する。あるいは、ケア場面で適切なタイミングでスーパーバイザーに援助のヒントを与えることもある。

●熟練者からの学ぶ姿勢を育てることにつながる。また、スーパーバイザーのケア能力が試される場面でもあり、言葉として言語化して説明する過程からスーパーバイザー自身が学ぶ機会となる。

▲ケア場面の途中で行うため、認知症の人が置き去りになることがある。

31

＜スーパービジョンの形態＞

★ピアスーパービジョン

同期や同僚など、同じような経験年数や課題をもつ援助者同士が人為的に集団を形成し、相互に専門性を高め合う過程。ピアスーパービジョンは全員がスーパーバイザーであり、同時にスーパーバイザーになる。参加者同士がお互いに教育的機能、支持的機能を持ち合わせながら専門職としてより成長し合うことを目指す方法。

●親しみやすい雰囲気、ありのままの自分を開示しやすい。

●不安や課題に共通性が多く、課題やニーズを共有しやすい。

▲自分の課題であるのか、同僚の課題なのか、境界がはっきりせず混同しがち、ストレス発散だけの場面になる可能性がある。

32

＜コンサルテーション＞

★スーパービジョンとコンサルテーション

- ・スーパービジョン…同じ専門職同士で行われる。
- ・コンサルテーション…業務遂行上、ある特定の専門領域の知識や技術について助言を得る必要があるとき、その領域の専門家、つまりコンサルタントと相談する、あるいは助言を受けること。

★コンサルテーションの特徴

- ・機関外あるいは他の部門からの人材に依頼して行われる。
- ・直接、援助活動に関与しない。
- 専門分野に関する特別な知識や技術を教示する活動内容。
- ・相談者の所属する事業所の管理者としての機能を有しない。

33

＜スーパービジョンのプロセス＞

①契約 ⇒ ②実施 ⇒ ③評価 ⇒ ④終結

①契約

スーパーバイザーとスーパービジュ-がお互いに合意した上で開始する。上司から部下への一方的な押しつけで行われるものではない。

- ・ゴールの設定
- ・実施方法の決定（どのような形態でスーパービジョンを行うか）
- ・期間、時間の設定（頻度、回数、1回にかける時間）
- ・費用（職場の異なる者による場合）
- ・倫理的配慮（守秘義務の徹底）
- ・契約の解除（契約期間内でも、申し出による解約を保障）

34

＜スーパービジョンのプロセス＞

②実施

スーパービジョンの実施について、全体的な流れと1回ごとの流れを大まかに示し、留意点を解説する。

★全体の流れ(導入 ⇒ 初期 ⇒ 中期 ⇒ 終盤)★

- ・ 導入 (スーパーバイザーとスーパーバイジ-の出会い、契約)
- ・ 初期 (波長合わせと、スーパービジョンの目的を具体的にする)
- ・ 中期 (話し合われる内容が深化し、スーパーバイザーの気づき、感情表出も活発になる)
- ・ 終盤 (終結を意識し、目的に向かい進行してきているかを確認する。両者での評価を行う)

35

＜スーパービジョンのプロセス＞

②実施

★毎回の流れ(1 ⇒ 2 ⇒ 3 ⇒ 4 ⇒ 5)★

1. 介護職として関わった利用者のことや支援内容、その時感じたことなどを盛り込み、その日に話したいことを説明する。
2. スーパーバイザーは説明を聞き、不明瞭な部分やさらに詳しく聞きたいところを中心に質問を投げかける。
3. スーパーバイジ-は質問に答えながら、さらに自己の考えを掘り下げたり、感じたことを語る。
4. スーパーバイザーも、思うことを素直に語る。
5. スーパーバイジ-は、話したかったことが話せたか、何か気づいたことがあるかななどを語り、まとめる。

36

＜スーパービジョンのプロセス＞

③評価

「当初設定した目的がどの程度達成されたか」、「自分がどれだけ成長できたか」という点をスーパーバイザーが自己点検すること、そしてその点検作業にスーパーバイザーがかかわること。

★スーパーバイザーの評価

自己評価…得られた成果、不十分な点を振り返り、成長を味わう。

相互評価…質問、助言、提案に対する気づき。役立った発言、態度。

☆スーパーバイザーの評価

○ 自己評価…改善すべき点やさらに修得すべき技能などの検討。

相互評価…スーパーバイザーの態度や発言から学んだこと、共有したこと。

37

＜スーパービジョンのプロセス＞

④終結

スーパービジョンは契約に基づいて行われるため、スーパーバイザーとスーパーバイジーの関係は期間限定的である。

★スーパービジョン場面の終結

1回、1～2時間程度で行われ、限定的な時間枠のなかで毎回きちんと終結させることが大切

☆スーパービジョン関係の終結

職場内で実施するスーパービジョンの場合、通常業務内における上司・部下関係との区分けをしっかりとするためにも、終結を明確にすることが大切。

38

＜スーパービジョンの着眼点＞

1、焦点の当て方

スーパービジョンの際、個別事例の実践経過をレポートする方法はよく用いられるが、実践報告を基にした「事例検討」ではない。スーパービジョンでは、スーパーバイザーが介護者として利用者や状況に向かい合い、かかわりや自己洞察を深めるプロセスを丁寧に歩むことに焦点を当てる。

2、スーパーバイザーの姿勢

ありのままをさらけ出せるように促すため、批判や評価をせず、しっかりスーパーバイザーの語りに耳を傾けることが重要。（「教える」「導く」よりも、「丁寧に聞く」「語りを促す」ようにする。スーパーバイザーは語り過ぎてはいけない。

39

＜スーパービジョン関係…信頼関係＞

スーパービジョンではスーパーバイザーは自己を振り返る作業をスーパーバイザーの助けを借りて行うため、両者の間に信頼関係が成立することが大前提となる。

スーパービジョン関係を支える根底には、スーパーバイザーにとって、自分の「語り」が受け入れられるという安心感が必要。それを可能にするのは、スーパーバイザーとの間に結ばれる人間関係。

★スーパーバイザーに求められる望ましい態度★

- ・語りすぎない…自分の求める方向に進めようとしていないか？
- ・沈黙しすぎない…支持的であろうとするあまり、過度に「傾聴」していないか？
- ・教示的にならない…気負いすぎて権威を誇示しようとしていないか？

40

＜スーパーバイザーがとるべきポイント＞

- スーパーバイザーが体験した一つひとつのことを通して、スーパーバイザー自身で思考できるように、助言やヒントを出す役割をもつ。
- スーパーバイザーに「問い直す」ことを繰り返し、「考え、感じ取って理解する」姿勢を支援する。自分で考え成長するプロセスを阻害せずに、支持的な態度で並んで歩む。
- 対話のなかで生じたスーパーバイザー自身の感情も素直に表現する。
- 語り合いのなかから、共に何かを発見して互いの成長を喜び合う。
- 当たり前のこととして見過ごしていた事態や表現を、もう一度問い直したり考え直したりするような意見交換を行う。
- スーパーバイザーが、自分の感情の変化や現実認識に対する新たな発見を素直に受容し、さらにジレンマや葛藤も受け入れ、価値観を自覚し直すことを支援する。
- 一定期間であるスーパービジョンの関係は、成長するプロセスの一時期と捉える。
- スーパービジョンの中心はスーパーバイザーであり、うまく指導できたことで満足感を得るのは悪くないが、それを目的にはしない。

41

小柳、
辻
- 島
★ しがー
ん
★ 提案

＜参考・引用文献＞

- 「社会福祉用語辞典」2000.3.30 初版第1刷発行 山縣文治ほか ミネルヴァ書房
- 「新しい認知症介護―実践リーダー編―」2006.4.1 初版発行 認知症介護研究・研修東京センター
(中央法規出版株式会社)
- 「福祉の現場で役立つスーパービジョンの本」2012.1.20 初版印刷 助川征雄ほか
株式会社河出書房新社
- 「ソーシャルワークのスーパービジョン」2005.8.30 初版第1刷発行 福山和女 ミネルヴァ書房
- 「福祉の職場研修マニュアル」2014.8.29 初版第14刷発行 川井一心 社会福祉法人 全国社会福祉協議会
- 「職場に活かすベストコミュニケーション」2014.7.14 第1版第1刷発行 瀬川文子
一般社団法人 日本規格協会
- 「行動分析学マネジメント」人と組織を変える方法論 2008.12.16 1版1刷 舞田竜宣 杉山尚子
日本経済新聞出版社
- 「目からウロコのコーチング～なぜ、あの人には部下がついてくるのか?～」2013.6.19 第1版第6刷
播磨早苗 株式会社PHP研究所
- 「3分間コーチ～ひとりでも部下のいる人のための世界一シンプルなマネジメント術～」2014.1.10第9刷
伊藤守 株式会社ディスカバー・21
- 「プロカウンセラーの聞く技術」2003.4.20 第1版第37刷発行 東山紘久 株式会社創元社
- 「認知症介護実践リーダー研修標準テキスト」2016.9.30 認知症介護研究・研修センター
- 「実践パーソン・センタード・ケア」2008.1.10 水野裕 株) ワールドプランニング
- 『指導担当者用OJTマニュアル』2009.3 社団法人 組込みシステム技術協会・・・HPより閲覧

42

事例1 スーパービジョンの1場面

事例1：知識・技術・価値を伝える

特別養護老人ホームに住むアルツハイマー型認知症のNさんは、短期記憶障害があり、3分前のことも忘れてしまう。ある日、介護職員のKさんは、食事介助を終え、Nさんが薬を飲んだあとに歯磨きを介助し、食事の終わっていない利用者の近くに座ってもらった。するとNさんはKさんに「薬をちょうだい」と話しかけてきた。

●スーパーバイザーの視点から考えてみよう。Nさんの混乱を生んだ原因は？

・介護職員Kさんの知識や行動からみる原因

・Nさん自身の認知症の症状や心理状態からみる原因

事例2：知識・技術・経験の応用を促す / 振り返りを促す

スーパーバイザー（以下、SV）：Kさん、さきほどのNさんの薬のやり取りについて、Nさんが薬を飲んでいないと誤解してしまった理由は何だと思いますか？

Kさん：Nさんは認知症なので短期記憶障害で少し前のことを忘れたのだと思います。

SV：確かにそうですね、私もそう思います。さらに加えるならば、Nさんは、口腔ケアの後、まだ食事を食べているBさんの前に誘導され、Bさんが食事をする様子を見ていました。それをきっかけにして「自分は薬を飲んだらうか」という気持ちになったということがあるかもしれません。

Kさん：なるほど、確かにそうですね。短期記憶障害で忘れるだけで、それは仕方がないと思っていましたが、環境が影響を与えている部分もあるのですね。

SV：そうです。中核症状は、その種類を知っているだけではダメで、中核症状の影響で誤解が生まれやすい物理的な環境になっていないか支援の中で意識できるといいのです。このような考え方が応用できそうな場面はないですか？

Kさん：そうですね。たとえば、Sさんは、カラオケのレクリエーションが終わるとすぐに「では帰ろかな」と、帰る時間であるという誤解が生まれています。いま考えると、これは展望記憶が保持できていないため、次に何をすればよいか分からないことによって生じているのではないのでしょうか。そうだとすると、目につきやすいところにスケジュールを掲示したり、カラオケ等のアクティビティが終わった後には、すぐに次のスケジュールを伝えるようにしたりしてみるとSさんが誤解せずに済むかもしれません。

SV：なるほど、それは確かにそうかもしれません。チームでそのことを共有できるようにしましょう。

認知症ケアについての勉強会実施アンケート 別紙 12

12/5 実施分

対象者 5名

1, 勉強会の目的は理解できましたか？

(はい ・ いいえ)

はい5名 いいえ0名

2, 勉強会の内容は理解できましたか？

(はい ・ いいえ)

はい4名 いいえ1名

3, 勉強会での質問はありますか？

(はい ・ いいえ) はい3名 いいえ2名

※はい、を選択された方は質問内容を記載下さい。

①人によって認知症の症状に差があるので、対応方法が変わることは理解できた。しかし、マニュアルなどが無い為、その時に判断をする必要性があると思う。判断基準などあれば、教えて頂きたい。

②質問というか、BPSD の出現時の対応や環境など、発生要因は理解できた。では具体的に実践する為にはどのように対応を心掛けたらいいのか、アドバイスがほしい。

③人によって認知症の症状が違うのは環境的要因と言われるが、同じ空間で過ごしているのにどうして症状に差がでるのか？

4, 勉強会を受けた際、心に残ったキーワード3つを上げて下さい。

中核症状-5、周辺症状-3、BPSD-3、見当識障害-1、短期記憶障害-1、
パーソンセンタードケア-1、中枢神経-1

5, 勉強会を受けて、何か変化はありましたか？

(はい ・ いいえ) はい2名 いいえ3名

※はい、を選択された方は内容を記載下さい。

①目に見えて何かが変わったとはいいいがたいが、どうして、と考えるようになった。

②認知症という部分しか見ていなかったが、人を観察するようになった。

6, 次回勉強会に向けて期待する部分や要望はありますか？

(はい ・ いいえ) はい4名 いいえ1名

※はい、を選択された方は内容を記載下さい。

すごく勉強になった為、また開催してもらいたい。

いろいろな事例を用いて話をしてくれると対応方法なども検討出来て身になると思う。

以上です。

ご協力ありがとうございました。

協力スタッフ感想

よくできたと思う。自分も聞く側であれば、どのようなことが知りたいのかが一回目で分かったので、そこを重点的に説明したことで、理解してもらえたんじゃないかと思う。また、目的を説明したことで、質問も増えたのではないかと思う。

二階考察

前回の反省であった、目的の明確化と説明に時間をかけた事で、質問も増加し、質問内容的確になっていることが伺える。また、理解度を確認しながら進行したことで、勉強になった、もっと勉強したい、とモチベーションアップにもつながった事がアンケート結果にて伺える。さらに、さまざまな取り組みに対しても、意欲を持っていることも見えるため、今後の認知症ケアの発展に繋げて頂きたい。

ケアカンファレンス記録

別紙 1 3

12/8 実施

参加者：協力スタッフ、看護師、ユニットリーダー、介護福祉士、管理者（実習者） 5名

場所：事務所

状況：椅子に座って丸になって話し合い

事前開催通知：なし

内容 11/30 に検討した内容

夜中に「家に帰るから出口はどこ」と話しながら夜中に他の利用者の部屋に入って行かれて、他の利用者より「寝ていたら部屋に人が入って来て話し掛けられて怖かった」と話が上がっている。対応方法についてはどのようにしたらいいだろうか。

検討内容

協力スタッフ：前回にも話をしましたが、今回も同様の内容で話し合いを行いたいと思います。先日勉強会を実施した通り、パーソンセンタードケア、B P S D の出現に関しても知識が出来たと思いますので、専門性を活かしたカンファレンスができる様に各スタッフ発言をお願いします。

現状見られている問題点、課題点としては、本人が安心して睡眠が取れていない事だと思います。その中で、眠れないことで不安が増長し、家に帰って安心したいという思いが出るんだとおもいます。

介護福祉士：前回の話であった通りに、なるべく側にいるようにしましたが、自分たちが側を離れてしまうとすぐに他の利用者の部屋に入ってしまいました。

ユニットリーダー：一緒に行動してみたらどうかな？

看護師：問題点は、夜間の睡眠が取れないことであって、対応方法ではないのでは…夜不安になる原因として、電気が消えていること、他の利用者がいないこと、個室であること等が不安を増長してしまうのではないかな。また、眠れている時との差は何でしょうか。

協力スタッフ：眠れている時は職員が夜勤のことが多いですね。夜勤パートの時には寝ていないことが多いかもしれません。

ユニットリーダー：夜勤パートさんは認知症の理解が不十分な所がありますからね。

協力スタッフ：夜の状況の把握や対応方法の分析が必要ですね。他看護的な目線から助言などありますか。

看護師：安易に眠前薬を増やすというのは良くない事だが、不眠時や不安時薬などはあるから Dr に相談してみてもいいかもしれないですね。

ユニットリーダー：まずはしっかりと自分たちの提供しているサービスの環境把握が重要ですね。

協力スタッフ：そうですね。ではまず、ユニットリーダーから夜勤職員の対応状況などを把握してもらって、私の方で、認知症についての勉強会を開催するようにしたいと思います。看護師さんは、Dr への相談を行って下さい。

スタッフ一同：わかりました。

管理者：どのぐらいの期間で話合った内容の評価を行いますか。

協力スタッフ：夜勤パートとユニットリーダーが調査したり、勉強会を開催する時間も欲しいので、10日間程度は必要かと思います。それで宜しいでしょうか。

スタッフ一同：わかりました。

協力スタッフ：では、12/18に再度話し合いを行いたいと思います。

上記10分程度の内容

協力スタッフの感想

上手くできたと思います。パーソンセンタードケアの理解度が増したことで、問題点を明確にすることができた。前回、目的が明確にできていない為、誘導尋問のようにカンファレンスを進めていたが、専門性を促しながら話を進めた事で目標に近づけていることが実感できた。

二階考察

11/30のケアカンファレンス実施後に面談を行った際に、何が目的で、何が課題化を明確化し、その目的を達成する為に、どのようなことが必要かを様々な分野での多角的な目線での意見を求めることが大事と助言したことで、カンファレンス開始時に、ケアを行う全員が同じ目的を共有し、それを達成する為に何が必要かを考えることができていたと思われる。また、パーソンセンタードケア、ケアカンファレンスの勉強会も活用できていたと思われる。ケアカンファレンスの際に重要なポイントとして、自己管理型チームであるため、評価を行う中で、リフレーミングを活用しチームメンバーの意欲を引き上げる動作も重要である。

助言

「PDCA」サイクルを意識し、計画、実行、評価、改善を確実に行う事が目的を達成するためには必要であることを説明。内発的動作を促すため、定期的に状況を確認したりすることで、ケアチームメンバーに自己顕示欲を高めてあげることも必要であることを説明する。

2022 年 12 月 10 日 作成

ステップ 0

・ 11/16

オリエンテーション 二階より全スタッフへ取り組みの説明、目的の周知を図る。
企画書、課題分析シート

ステップ 1

・ 11/17、11/19

協力スタッフの日常ケア観察、ミニカンファレンス（ケアの根拠把握）、事例にて認知症ケア、
パーソンセンタードケア理解度確認。 認知症理解度アセスメントも用いて確認
認知症アセスメント、事例、事例 2

ステップ 2

・ 11/20、11/21

面談実施（コーチング、ティーチング、90 度法活用）、合意形成、目的の明確化
二階参考用資料

ステップ 3

【進捗状況報告】

・ 11/22

アセスメント表にて協力スタッフの目線把握
認知症、パーソンセンタードケアの勉強資料を協力スタッフへ渡す。

・ 11/24

アセスメント表にて協力スタッフの目線把握
実習者より協力スタッフへ、認知症、パーソンセンタードケアの説明する。

・ 11/26

アセスメント表にて協力スタッフの目線把握
チームケア、ケアカンファレンスの勉強資料を協力スタッフへ渡す。
実習者が勉強会開催案内を他スタッフへする。

・ 11/28

実習者より協力スタッフへ、チームケア、ケアカンファレンスの説明する。
面談にて OJT 実施
協力スタッフよりチームメンバーへ勉強会開催（反応アンケート実施）

・ 11/30

アセスメント表にて協力スタッフの目線把握（面談）、
協力スタッフからチームメンバーとケアカンファレンスの開催（議事録）

【中間報告】

- ・ 12/1
中間報告会参加

ステップ 3

- ・ 12/2
11/28 の勉強会、11/30 のケアカンファレンスのアンケート反応を面談にて協力スタッフへ説明。
再度、実習者から協力スタッフへ、
認知症、パーソンセンタードケア、チームケア、ケアカンファレンスの説明する。
- ・ 12/5
11/28 に開催した勉強会の再開催（反応アンケート実施）
面談時の実習者の評価アンケートも実施
- ・ 12/8
11/30 に開催したケアカンファレンスの再開催（議事録）
面談時の実習者の評価アンケートも実施

【ラウンド】

- ・ 12/8 16：30～
- ・ 12/9
生活状況の把握、反応評価、ケア記録
- ・ 12/10
実習最終のアンケート作成、配布 自己振り返り

ステップ 4

- ・ 12/12
アンケートの集計・分析、発表原文作成、スライド作成
- ・ 12/14
面談にて OJT 実施、評価

【最終発表】

□ 短期入所生活介護 計画実行表

シオンの園ショートステイ 末広

利用者氏名	様	2022年11月28日 (月曜日)	2022年11月29日 (火曜日)	2022年11月30日 (水曜日)	(土曜日)	
認定の有効期間	令和4年8月1日 ~ 令和5年7月31日	記録 ○○	記録 ○○	記録 ○○	記録	
介護度	要介護1	午前 10時00分 午後 13時00分	午前 10時30分 午後 13時00分	午前 10時00分 午後 13時00分	午前 9時00分 午後 13時00分	
ケアマネ	事業所名	体温 36.3 脈 68 体温 36.9 脈 65	体温 36.3 脈 76 体温 36.2 脈 73	体温 36.1 脈 76 体温 36.7 脈 64	体温 脈 体温 脈	
時間	計画内容、具体的留意点	実施内容	実施内容	実施内容	実施内容	
7:00	朝食	主食 副食 服薬確認	主食 10 副食 10 服薬確認 ○	主食 副食 服薬確認	主食 副食 服薬確認	
9:00	入浴の際は職員付添いにて案内を行い入浴介助を行います。本人様の手の届く所はご自分で行って頂き、不十分な所は職員より援助を行う事で清潔保持に努めます。	丸ボ一口、コーヒー 入浴未実施。	入浴実施。	入浴未実施。		
10:00						
11:00	レクや行事の際は職員言葉掛けを行い参加を促します。交流の輪に職員が間に入りきっかけ作りを行う事で交流を楽しむ事ができる様援助します。	職員やお客様同士の会話弾み笑顔見られる。	職員やお客様同士の会話弾み笑顔見られる。	隣に座られたお客様と談笑されるなど交流有。レク活動にも取り組まれる。		
12:00	昼食	主食 10 副食 10 服薬確認 ー	主食 10 副食 10 服薬確認 ー	主食 10 副食 10 服薬確認 ー	主食 副食 服薬確認	
13:00	午前・午後の体操の際、言葉掛けを行い参加を促します。体操に参加する事で筋力の維持・向上を図り転倒予防に努めます。	一点杖使用し、足の運び良好。	一点杖使用し、足の運び良好。	杖や手すりを使用し、ゆっくり安定して歩行されている。		
14:00						
15:00	ご家族様の希望に沿ってショートステイの受け入れを行います。利用時には食事・入浴等の日常生活全般の支援を行う事で本人様・家族様共に安心して過ごす事ができる様努めます。	日常生活動作、概ね自立。要所で支援必要。	日常生活動作、概ね自立。要所で支援必要。	穏やかに過ごされる。食事提供やトイレ案内など必要な支援実施。介護拒否等		
16:00						
17:00						
18:00	夕食	主食 10 副食 10 服薬確認 ○	主食 副食 服薬確認	主食 10 副食 10 服薬確認 ○	主食 副食 服薬確認	
19:00						
21:00						
0:00						
3:00						
健康管理状況		入浴 未実施 水分補給 AM 300 PM 540	入浴 実施 水分補給 AM 360 PM 360	入浴 未実施 水分補給 AM 360 PM 420	入浴 水分補給 AM PM	
短期目標	手が届く範囲は自分で洗う事ができる 体操やレクに楽しんで参加する事ができる 安全に室内の歩行ができる。 他者との関わりを持つ事ができる。	サービス提供の記録	朝9時頃送迎サービスにて来園される。リビングを見渡し、来園者が少ないと「来んぎ良かった。」といったものように仰ったりするが、ゆったりするうちにすっかり落ち着かれる。ほぼ終日リビングで静かに過ごされる。	朝、昼と食事完食。朝食後は牛乳を提供。午前中に入浴案内。バイタルの異常、体調不良等なく終日リビングで穏やかに過ごされる。夕方、送迎サービスにて帰宅された。	本日送迎サービスにて来園。職員や他のお客様の言葉掛けに談笑されるなど笑顔多く伺える。バイタル異常なく、体調不良の訴えなし。食欲も有り。夕方より、「泊まらねばね？」と繰り返し質問される。職員の言葉掛けにご理解有、不穏状態はなし。	
5		夜間記録 記録 ○○	夜間記録 記録	夜間記録 記録 ○○	夜間記録 記録	
1/31		夜間特変なく良眠されている。トイレは何度か行かれている。		0時過ぎの入眠までトイレ頻回。時折、リビングまで出向かれ「朝、起こしてね」と職員へ伝えられる。特変なく良眠。		

シオンの園ショートステイ 末広

利用

氏名

様

2022年12月8日（木曜日）

2022年12月9日（金曜日）

（土曜日）

（土曜日）

認定の有効期間

令和4年8月1日～令和5年7月31日

記録

○○

記録

○○

記録

記録

午前 8時00分

午後 13時00分

午前 7時30分

午後 13時00分

午前 9時30分

午後 13時00分

午前 7時15分

午後 13時00分

介護度

要介護1

血圧 154 / 106

血圧 153 / 84

血圧 126 / 70

血圧 127 / 72

血圧 /

血圧 /

血圧 /

血圧 /

ケアマネ

事業所名

体温 36.4 脈 65

体温 36.2 脈 61

体温 36.3 脈 70

体温 36.4 脈 80

体温 脈

体温 脈

体温 脈

体温 脈

時間

計画内容、具体的留意点

実施

実施内容

実施

実施内容

実施

実施内容

実施

実施内容

7:00

朝食

主食 10 副食 10 服薬確認 ○

主食 10 副食 10 服薬確認 ○

主食 副食 服薬確認

主食 副食 服薬確認

9:00

入浴の際は職員付添いにて案内を行い入浴介助を行います。本人様の手の届く所はご自分で行って頂き、不十分な所は職員より援助を行う事で清潔保持に努めます。

入浴未実施。

入浴実施。一連の入浴動作、概ね出来ているも不十分な箇所多く支援。

#####

レクや行事の際は職員営業掛けを行い参加を促します。交流の輪に職員が間に入りきっかけ作りを行う事で交流を楽しむ事ができる様援助します。

健康体操や、音楽鑑賞など日中は活動量多く見受けられる。

職員やお客様同士の会話弾み笑顔見られる。

#####

昼食

主食 10 副食 10 服薬確認 ー

主食 10 副食 10 服薬確認 ー

主食 副食 服薬確認

主食 副食 服薬確認

#####

午前・午後の体操の際、営業掛けを行い参加を促します。体操に参加する事で筋力の維持・向上を図り転倒予防に努めます。

午後、健康体操参加。職員の動き見ながら意欲的に身体を動かされる。

健康体操参加。職員や周りのお客様の動きを見ながら取り組まれるも持続性

#####

ご家族様の希望に沿ってショートステイの受け入れを行います。利用時には食事・入浴等の日常生活全般の支援を行う事で本人様・家族様共に安心して過ごす事ができる様努めます。

日常生活動作、概ね自立。

日常生活動作、概ね自立。要所で支援必要。

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

#####

<

介護知識

	教育項目	5日(評価 11/28)			10日(評価 12/7)			15日(評価 12/14)		
		自己評価	担当評価	指導日	自己評価	担当評価	指導日	自己評価	担当評価	指導日
1	認知症の理解・特徴を理解できる(病状理解)	2	2	1/28	4	4	12/7	4	4	12/14
2	認知症の人を受容できる	2	3	1/28	3	3	12/7	4	4	12/14
3	各グループの目的や取り組みを理解できる	1	2	1/28	3	3	12/7	4	4	12/14
4	中核症状について理解できる	3	3	1/28	4	4	12/7	4	5	12/14
5	チームケアの必要性を理解できる	1	1	1/28	4	5	12/7	4	5	12/14
6	BPSDの発生要因を理解でき、対応できる	2	2	1/28	3	3	12/7	3	4	12/14
7	パーソンセンタードケアを実践できる	2	2	1/28	3	3	12/7	4	4	12/14
8	PDCAサイクルを意識して、業務に取り組む事が出来る。	2	2	1/28	3	3	12/7	4	4	12/14
9	事故の危険予測、危険回避ができる(環境整備、リスク規定等の理解)	3	4	1/28	4	4	12/7	4	4	12/14
10	(コミュニケーション) 受容・傾聴・共感の理解と実践ができる	4	4	1/28	4	4	12/7	4	4	12/14
11	(コミュニケーション) 視線を合わせたかかわりができる	4	3	1/28	4	4	12/7	4	4	12/14
12	自立支援に向けた関わり方ができる(ADLの理解)	3	2	1/28	3	3	12/7	4	4	12/14
13	利用者の生活歴、アセスメント(課題分析)等の理解ができる	2	2	1/28	3	3	12/7	4	4	12/14
14	1～14に対して、他職員へ教育・指導が出来る。	2	2	1/28	3	3	12/7	3	3	12/14
15日後 自己評価		5日 目標 (24)			10日 目標			15日 目標		
全体的に実習を行う前と比べて、認知症の知識とそれに対する実践はよかった。利用者に対する関わり方も見直すことができ対応ができた。しかし、まだまだ課題も多く、それを克服していきたい。		認知症についてもう少し理解を深めたい。			理解した内容を実践し、職員間で共有する。			取り組んだ認知症を再度見直し、理解の向上と実践を行う。		
15日後 指導者評価		5日 評価(24)			10日 評価(49)			15日 評価(57)		
		概観的な知識を十分に身に付けて、指導を行ってほしい。			習熟度が向上していて、回答もできている。しかし、まだここぞと決まるところまでできていない。			PDCAサイクルを意識できており、自分の評価をふり返り、自分の成長を促している。		
		指導者評価(34)			指導者評価(49)			指導者評価(57)		
		まず知識を深めるために勉強を行い、何が必要で、なぜ必要かの判断ができるように指導していく。			知識を深めることで、自分の理解は深まっている。その内容を他者に伝達できるようにしていきたい。			自分の評価に加え、他者の評価も参考にすることで、自分の何が良かったのかを理解できるようにしていきたい。		

【評価軸】 1:できていない 2:もう少しでできる 3:なんとかできる 4:できる 5:よくできる 自己評価は黒丸、指導者評価は赤丸

【到達数値目標】 5日:「3」以上の割合が30%以上 10日:「3」以上の割合が50%以上 15日:「3」以上の割合が70%以上

介護知識

教育項目	5日(評価 11/28)			10日
	自己評価	担当評価	指導日	自己評価
1 認知症の理解・特徴を理解できる(病状理解)	2	2	1/2	
2 認知症の人を受容できる	2	3	1/2	
3 各グループの目的や取り組みを理解できる	1	2	1/2	
4 中核症状について理解できる	3	3	1/2	
5 チームケアの必要性を理解できる	1	1	1/2	
6 BPSDの発生要因を理解でき、対応できる	2	2	1/2	
7 パーソンセンタードケアを実践できる	2	2	1/2	
8 PDCAサイクルを意識して、業務に取り組む事が出来る。	2	2	1/2	
9 事故の危険予測、危険回避ができる(環境整備、リスク規定等の理解)	3	4	1/2	
10 (コミュニケーション) 受容・傾聴・共感の理解と実践ができる	4	4	1/2	
11 (コミュニケーション) 視線を含めたかかわりができる	4	3	1/2	
12 自立支援に向けた関わり方ができる(ADLの理解)	3	2	1/2	
13 利用者の生活歴、アセスメント(課題分析)等の理解ができる	2	2	1/2	
14 1～14に対して、他職員へ教育・指導が出来る。	2	2	1/2	
15日後 自己評価	5日 目標 (3/4)			10日
	認知症について理解を深め、対応できるようにしたい。			
15日後 指導者評価	5日 評価 (3/4)			10日
	根拠となる知識を十分に身に付けて、指導している。			
	指導者評価 (3/4)			指導者評価
	認知症の理解は深まったが、対応はできていない。何が出来るのか、どうやって対応しているのか、指導している。			

【評価軸】1:できていない 2:もう少しできる 3:なんとかできる 4:できる 5:よくできる 自己評価は黒丸、指導者評価は○
 【到達数値目標】5日:「3」以上の割合が30%以上、10日:「3」以上の割合が50%以上、15日:「3」以上の割合が70%以上

1, 「認知症」の説明と、どのような症状がでるかを実習者に説明できるか。

短期記憶障害は知っているが、どのような症状か説明できないため、2点

2, 認知症の人の行動、訴えに対して対応、傾聴が出来ているか。

経験より対応方法は知っているが、どうして～が説明できないため、3点

3, 自分の目的や取り組みに対して、何が必要かを理解できているか。

「～のため、～だから、～が必要」という考えを持っていないため、2点

4, 認知症の中核症状の説明が実習者にできるか。

中核症状、周辺症状の言葉は知っているが、明確な違いが分かっていないため、3点

5, 認知症介護でのチームケアの必要性を説明できるか。また、実践できるか。

対応方法を自己完結してしまっている。周りの意見を求めているため1点

6, BPSDの発生要因を理解し、根拠を持ったケアが実践できるか。

2, 4, より根拠を持ったケアが実施できていないことが伺える為、2点

7, パーソンセンタードケアを実習者に説明でき、本人主観でのケアが実践できているか。

本人主観のケアを聞いた尋ねた際に、職員目線でのケアを説明してしまうため、2点

8, 目標に対して、「計画、実行、評価、改善」が出来ているか。

評価、改善を行わない為、計画ばかり立てて、前に進んでいない為、2点

9, 潜んでいるリスクに対し予測し、対応する事が出来ているか。

11/28の勉強会後の面談にて、今の状況が続く事でのリスクの危険性を確認したが、不明確なため、2点。

10, ご利用者だけでなく、スタッフにも共感的態度を取ることが出来ているか。

11/28の勉強会の際に、質問を受け付けていた。しかし、質問に対して、

話をまとめる様にしてしまった為、4点

11, ご利用者だけでなく、スタッフにも目線を合わせた関わりが出来ているか。

10同様に、相手の目線に合わせての説明ではなく、自分の理解だけで説明をしていた為、3点

12, ADLに応じた自立支援が実践できているか。

アセスメントが不足しているため、自立支援に向けた関わりはできていない為、2点

13, アセスメントの理解ができていないか。

12同様に「～だから、～できない、～受けることで～ができる」という考えがない為、2点

14, 勉強会やカンファレンスの際にスタッフへ指導、教育が出来る。

11/28の勉強会時のスタッフアンケートにて十分な理解がない為、2点

別紙17

OJT 点数評価 根拠

12月7日

教育項目	5日(評価 11/28)			10日(評価 12/7)		
	自己評価	担当評価	指導日	自己評価	担当評価	指導日
理解できる(病状理解)	2	2	1/28	4	4	12/7
5	2	3	1/28	3	3	12/7
組みを理解できる	1	2	1/28	3	3	12/7
できる	3	3	1/28	4	4	12/7
理解できる	1	1	1/28	4	5	12/7
でき、対応できる	2	2	1/28	3	3	12/7
を实践できる	2	2	1/28	3	3	12/7
、業務に取り組む事が出来る。	2	2	1/28	3	3	12/7
避ができる(環境整備、リスク規定等の理解)	3	4	1/28	4	4	12/7
受容・傾聴・共感の理解と実践ができる	4	4	1/28	4	4	12/7
視線を合わせたかかわりができる	4	3	1/28	4	4	12/7
方ができる(ADLの理解)	3	2	1/28	3	3	12/7
メント(課題分析)等の理解ができる	2	2	1/28	3	3	12/7
員へ教育・指導が出来る。	2	2	1/28	3	3	12/7
15日後 自己評価	5日 目標 (34)			10日 目標		
比べて、認知症の知識とそれに対する実践はよくなった。見直すことができた。しかし、新たな課題も多く、がみられたので改善していきたい。	認知症についてもう少し理解を深めたい。			理解した内容を実践し、職員間で共有する。		
15日後 指導者評価	5日 評価 (34)			10日 評価 (49)		
	根拠となる知識を十分に身に付けて指導を行いたい。			信頼度が高まっている。自分で考えている。しかし、できることをできないようにしてしまっている。		
	指導者評価 (34)			指導者評価 (49)		
	まず知識を深めるために質問等を行い、何が重要なのかを把握し、理解できるように指導していく。			知識を待つことで、自己動作が行われている。その点で他の人に比べて優れている点がある。しかし、まだできていない点も、まだまだ多い。		

2:もう少しでできる 3:なんとかできる 4:できる 5:よくできる 自己評価は黒丸、指導者評価は赤丸
 10日:「3」以上の割合が50%以上 15日:「3」以上の割合が70%以上

1, 「認知症」の説明と、どのような症状がでるかを実習者に説明できるか。

短期記憶障害の具体的説明は出来ているが、どうしてそうなるかが説明できない為、4点 医学的知識不足

2, 認知症の人の行動、訴えに対して対応、傾聴が出来ているか。

この行動にはこう、と対応方法を決めつけてしまっているため、3点

3, 自分の目的や取り組みに対して、何が必要かを理解できているか。

12/5に実施した勉強会にて目的を明確化し、何が必要かを説明できたため、3点

4, 認知症の中核症状の説明が実習者にできるか。

12/5にて受けた質問に対して、適切な回答ができていたため、4点 分かりやすさ不足

5, 認知症介護でのチームケアの必要性を説明できるか。また、実践できるか。

12/2に協力スタッフ向けにした勉強会より、自分が何をやる事でのチームケアの必要性を理解できていたため、5点

6, BPSDの発生要因を理解し、根拠を持ったケアが実践できるか。

2、3よりまだ、知識だけでどうしてという部分が見えていない為、3点

7, パーソンセンタードケアを実習者に説明でき、本人主観でのケアが実践できているか。

本人主観を考えるも、出来る事、出来ないことを先に考えてしまっているため、3点

8, 目標に対して、「計画、実行、評価、改善」が出来ているか。

計画、実行、評価まで出来るようになっている為、3点 改善までできれば

9, 潜んでいるリスクに対し予測し、対応する事が出来ているか。

12/5の勉強会時にリスクに対しての説明も出来ていた為、4点 分かりやすさを得れば

10, ご利用者だけでなく、スタッフにも共感的態度を取ることが出来ているか。

12/5の勉強会の質問に対して、確かに、そうですね、等の相手に合わせた返答をしていた為、4点ご利用者に対しても、ながら行動はなくなった。

11, ご利用者だけでなく、スタッフにも目線を合わせた関わりが出来ているか。

スタッフと会話する際に、「～なんだけどどう思う」等相手のレベルに合わせた質問の仕方をしていた為、4点また、ご利用者に対しても、隣に座って話す時間が増えた。

12, ADLに応じた自立支援が実践できているか。

自立支援とパーソンセンタードケアの考え方が混ざって考えてしまっているため、3点

13, アセスメントの理解ができているか。

アセスメント方法も理解できてきており、道筋を立てることが出来ているため、3点 説明が出来れば

14, 勉強会やカンファレンスの際にスタッフへ指導、教育が出来る。

11/28の勉強会時のスタッフアンケートにて十分な理解がない為、2点

「ヘルプ」有用の徹底！！

二階フォルダ/認知症リク研修/8・二階研大/13、OJT%2012.14.pdf

ページ表示 | 音声読み上げ | 手書き

介護知識

教育項目	5日(評価 11/28)	10日(評価 12/7)	15日(評価 12/14)
自己評価:担当評価:指導日	自己評価:担当評価:指導日	自己評価:担当評価:指導日	自己評価:担当評価:指導日
1 認知症の理解・特徴を理解できる(病状理解)	2 2 1/4	4 4 1/4	4 4 1/4
2 認知症の人を受容できる	2 3 1/4	3 3 1/4	4 4 1/4
3 各グループの目的や取り組みを理解できる	1 2 1/4	3 3 1/4	4 4 1/4
4 中核症状について理解できる	3 3 1/4	4 4 1/4	4 4 1/4
5 チームケアの必要性を理解できる	1 1 1/4	4 5 1/4	4 5 1/4
6 BPSDの発生要因を理解でき、対応できる	2 2 1/4	3 3 1/4	4 4 1/4
7 パーソンセンタードケアを実践できる	2 2 1/4	3 3 1/4	4 4 1/4
8 PDLサイクルを意識して、業務に取り組む事が出来る。	2 2 1/4	3 3 1/4	4 4 1/4
9 事故の危険予測、危険回避ができる(環境整備、リスク規定等の理解)	2 2 1/4	3 3 1/4	4 4 1/4
10 (コミュニケーション) 受容・傾聴・共感の理解と実践ができる	3 4 1/4	4 4 1/4	4 4 1/4
11 (コミュニケーション) 視線を合わせたかかわりができる	4 4 1/4	4 4 1/4	4 4 1/4
12 自立支援に向けた関わり方ができる(ADLの理解)	3 2 1/4	3 3 1/4	4 4 1/4
13 利用者の生活歴、アセスメント(課題分析)等の理解ができる	2 2 1/4	3 3 1/4	4 4 1/4
14 1～14に対して、他職員へ教育・指導が出来る。	2 2 1/4	3 3 1/4	4 4 1/4
15日後 自己評価	5日 目標 (3)	10日 目標	15日 目標
全体的に、認知症の知識と実践は向上した。利用者に対する関わりも見えるようになった。しかし、課題も残り、それを克服していく必要がある。	認知症の知識は向上したが、実践はまだまだ不足している。	認知症の知識は向上したが、実践はまだまだ不足している。	認知症の知識は向上したが、実践はまだまだ不足している。
15日後 指導者評価	5日 評価 (34)	10日 評価 (44)	15日 評価 (57)
指導者評価 (34)	指導者評価 (44)	指導者評価 (57)	

【評価軸】1: できていない 2: もう少しできる 3: なんとかできる 4: できる 5: よくできる 自己評価は黒丸、指導者評価は赤丸
 【到達数値目標】5日: 「3」以上の割合が30%以上 10日: 「3」以上の割合が50%以上 15日: 「3」以上の割合が70%以上

別紙17

OJT 点数評価 根拠

12月14日

1, 「認知症」の説明と、どのような症状がでるかを実習者に説明できるか。

認知症の病気について理解できている。質問に対しても、内容を捉えて回答出来るため、4点

2, 認知症の人の行動、訴えに対して対応、傾聴が出来ているか。

症状に関して、関連性を整理しどうしてを説明できるが、掘り方が不十分のため、4点

3, 自分の目的や取り組みに対して、何が必要かを理解できているか。

5 W1Hを明確に説明できる。しかし、そのために何が助言が必要のため、4点

4, 認知症の中核症状の説明が実習者にできるか。

中核症状、周辺症状の、明確な違いを説明できるため、5点

5, 認知症介護でのチームケアの必要性を説明できるか。また、実践できるか。

自分が何をやる事でのチームケアの必要性を理解できていたため、5点

6, BPSDの発生要因を理解し、根拠を持ったケアが実践できるか。

根拠を用いたケアの実践を心掛けているが、2の通り不十分のため、4点

7, パーソンセンタードケアを実習者に説明でき、本人主観でのケアが実践できているか。

本人主観にてケアを考えるも、背景が十分に見えていない為(アセスメント不足)、4点

8, 目標に対して、「計画、実行、評価、改善」が出来ているか。

流れに合わせて取り組んでいるが、評価方法が軽率(根拠との結び付け)なため、4点

9, 潜んでいるリスクに対し予測し、対応する事が出来ているか。

勉強会時にリスクに対しての説明も出来ていたが、周りへの周知がないため、4点

10, ご利用者だけでなく、スタッフにも共感的態度を取ることが出来ているか。

コーチング、ティーチング、ノンバーバル、リフレーミングなどの技法の活用が理解がないため、4点

11, ご利用者だけでなく、スタッフにも目線を合わせた関わりが出来ているか。

10、同様

12, ADLに応じた自立支援が実践できているか。

前回同様に自立支援とパーソンセンタードケアの考え方が混ざって考えてしまっている。しかし、自立支援には何が必要かを考えている為、4点

13, アセスメントの理解ができているか。

アセスメント作成時の道筋を立てることが出来ており、説明ができるが7の通り、4点

14, 勉強会やカンファレンスの際にスタッフへ指導、教育が出来る。

12/5勉強会、12/8ケアカンファレンスのアンケートにて評価があった為、3点

実習者 評価表

※11/30～評価開始

2022/12/14

別紙18

1, 面談時は話しやすかったですか？

(3, 話やすかった 2, 普通 1, 話にくかった)

(11/30) 3、(12/5) 3、(12/8) 3

(11/30) 忙しい中時間をとってもらうのが大変恐縮ですが、手を止めてしっかり話を聞いてくれた。

(12/5) 頷きながらゆっくりと考えを聞いてくれたし、自分の思いを伝えることが出来た。

(12/8) 自分の間違った話にも、共感してくれて考えを促してくれた。

2, 実習者の話す内容は理解できましたか？

(5, 全部理解できた 4, ほとんど理解できた 3, 普通

2, ほとんど理解できなかった 1, 理解できていない)

(11/30) 4、(12/5) 5、(12/8) 5

3, 自分の話たいことはどのくらい話せましたか？

(5, 全部話せた 4, ほとんど話できた 3, 普通

2, ほとんど話せなかった 1, 話できていない)

(11/30) 4、(12/5) 5、(12/8) 5

4, 質問の答えに納得しましたか？

(5, 全部納得した 4, ほとんど納得できた 3, 普通

2, ほとんど納得できなかった 1, 納得していない)

(11/30) 4、(12/5) 5、(12/8) 5

5, 今後、どのようにしたらいいかが分かりましたか？

(5, わかった 4, ほぼ納得できた 3, 普通

2, ほとんどわからなかった 1, わかっていない)

(11/30) 4、(12/5) 3、(12/8) 4

ご協力ありがとうございました。

実習者 評価表

2022/11/30

別紙18

1, 面談時は話しやすかったですか？

(3, 話やすかった 2, 普通 1, 話にくかった)

理由：

A,環境や、相手の感情に合わせた配慮が出来ているか。

2, 実習者の話す内容は理解できましたか？

(5, 全部理解できた 4, ほとんど理解できた 3, 普通

2, ほとんど理解できなかった 1, 理解できていない)

A,相手の目線に合わせた説明が出来ているか。

3, 自分の話たいことはどのくらい話せましたか？

(5, 全部話せた 4, ほとんど話できた 3, 普通

2, ほとんど話せなかった 1, 話できていない)

A,共感の技法にて、オープンクエスチョンができていたか

4, 質問の答えに納得しましたか？

(5, 全部納得した 4, ほとんど納得できた 3, 普通

2, ほとんど納得できなかった 1, 納得していない)

A,2 の内容の理解度確認

5, 今後、どのようにしたらいいかが分かりましたか？

(5, わかった 4, ほぼ納得できた 3, 普通

2, ほとんどわからなかった 1, わかっていない)

A,道筋を示しているか

ご協力ありがとうございました。

実習取り組みアンケート

2022 年 12 月 10 日実施

11/16～業務多忙な中、実習にご協力いただきありがとうございました。
この実習で取り組んだことは、今後も継続して行いながら、認知症介護の質の向上を目指していきたいと思います。
短い期間ではありましたが、取り組んだ結果のアンケートをとらせて頂き、今後の取り組みに繋げていきたいと考えておりますので、ご回答の程よろしくお願い致します。

- 1、自事業所は「認知症介護」が出来ていると思いますか？

(はい ・ いいえ)

理由

利用者のそれぞれの思いをきいていると思う

- 2、ご利用者の変化はありましたか？

(はい ・ いいえ)

- 3、実習の取り組みについて、協力スタッフの活動はどうでしたか。

理由

自分中心から利用者中心になった。

- 4、自事業所は変化（環境、ケアの方法、カンファレンス方法等）がありましたか？

(はい ・ いいえ)

理由

チームメンバーがそれぞれ専門性を生かしたケアを行っている。

- 5、今回の実習に取り組んで良かったと思いますか？

(はい ・ いいえ)

理由

自分の認知症介護について考える事ができた。

ご協力ありがとうございました。

今後も「認知症介護の質の向上」に向けて頑張っていきましょう。

実習取り組みアンケート

2022年12月10日実施

11/16～業務多忙な中、実習にご協力いただきありがとうございました。

この実習で取り組んだことは、今後も継続して行いながら、認知症介護の質の向上を目指していきたいと思います。

短い期間ではありましたが、取り組んだ結果のアンケートをとらせて頂き、今後の取り組みに繋げていきたいと考えておりますので、ご回答の程よろしくお願い致します。

1、自事業所は「認知症介護」が出来ていると思いますか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

理由

勉強に答わしを為理解できた。

2、ご利用者の変化はありましたか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

3、実習の取り組みについて、協力スタッフの活動はどうでしたか。

理由

専門性を生かした勉強会だった。

4、自事業所は変化（環境、ケアの方法、カンファレンス方法等）がありましたか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

理由

ひとつひとつのケアを行うために本人主体で考えた。

5、今回の実習に取り組んで良かったと思いますか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

理由

経験の知識がなかったことがわかった。

ご協力ありがとうございました。

今後も「認知症介護の質の向上」に向けて頑張っていきたいと思います。

実習取り組みアンケート

2022年12月10日実施

11/16～業務多忙な中、実習にご協力いただきありがとうございました。

この実習で取り組んだことは、今後も継続して行いながら、認知症介護の質の向上を目指していきたいと思います。

短い期間ではありましたが、取り組んだ結果のアンケートをとらせて頂き、今後の取り組みに繋げていきたいと考えておりますので、ご回答の程よろしくお願い致します。

1、自事業所は「認知症介護」が出来ていると思いますか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

理由

110-ソンセンタードリットを意識し、根拠を考へながら取り組んでいる。

2、ご利用者の変化はありましたか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

3、実習の取り組みについて、協力スタッフの活動はどうでしたか。

理由

一生懸命取り組んでいたが、振り返りながら行い、いて変わった。

4、自事業所は変化（環境、ケアの方法、カンファレンス方法等）がありましたか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

理由

全員が一步前に進むために、一人一人のこころを考へるようになった。

5、今回の実習に取り組んで良かったと思いますか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

理由

スタッフとして、今はみんなに相談しやすく、笑顔が増えた。

ご協力ありがとうございました。

今後も「認知症介護の質の向上」に向けて頑張っていきましょう。

実習取り組みアンケート

2022年12月10日実施

11/16～業務多忙な中、実習にご協力いただきありがとうございました。
この実習で取り組んだことは、今後も継続して行いながら、認知症介護の質の向上を目指していききたいと思います。
短い期間ではありましたが、取り組んだ結果のアンケートをとらせて頂き、今後の取り組みに繋げていきたいと考えておりますので、ご回答の程よろしくお願い致します。

1、自事業所は「認知症介護」が出来ていると思いますか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

理由

どうして?!を考えたように感じた。

2、ご利用者の変化はありましたか？

(☐ はい ・ ☒ いいえ)

3、実習の取り組みについて、協力スタッフの活動はどうでしたか。

理由

チームでのリアカンファレンスが効果があった。

4、自事業所は変化（環境、ケアの方法、カンファレンス方法等）がありましたか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

理由

チームでの目的に向けてミニカンファレンスが多くなった。

5、今回の実習に取り組んで良かったと思いますか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

理由

仕事が好きになった。

ご協力ありがとうございました。

今後も「認知症介護の質の向上」に向けて頑張っていきたいと思います。

実習取り組みアンケート

2022年12月10日実施

11/16～業務多忙な中、実習にご協力いただきありがとうございました。

この実習で取り組んだことは、今後も継続して行いながら、認知症介護の質の向上を目指していきたいと思います。

短い期間ではありましたが、取り組んだ結果のアンケートをとらせて頂き、今後の取り組みに繋げていきたいと考えておりますので、ご回答の程よろしくお願い致します。

1、自事業所は「認知症介護」が出来ていると思いますか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

理由 各スタッフが、情報を共有して、ケアを行っている。
また、異い点など注意している。

2、ご利用者の変化はありましたか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

3、実習の取り組みについて、協力スタッフの活動はどうでしたか。

理由 最初は認知症のことを分かっていると思っていたが、忘れていてよくできていないことに気づき、また見直して活動ができてよかったです。

4、自事業所は変化（環境、ケアの方法、カンファレンス方法等）がありましたか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

理由 利用者の情報を両ユニット間で共有が前よりできている。

5、今回の実習に取り組んで良かったと思いますか？

(☒ はい ・ ☐ いいえ)

理由 業務の中で認知ケアについて再度、振り返り学習をし実践することができた。また一人だけでいいのではなくチームとして取り組んでいくことを大切だと思った。

ご協力ありがとうございました。

今後も「認知症介護の質の向上」に向けて頑張っていきましょう。

アセスメント表 ①

シオンの園 ショートステイ

記録日 ~~令和4年7月20日~~

記録者 ~~シオン~~ 印

フリガナ氏名	氏名 様	性別	女	生年月日	昭和17年7月20日 (80)	相談日	令和4年7月5日																												
住所	〒840-0053 佐賀市朝日町S番4号	電話	0952-23-3531	相談区分	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 状態の変化 <input type="checkbox"/> 退院	居宅支援事業所																													
被保険者番号	0002631080					介護度	要介護3																												
認定の有効期間	令和4年9月1日 ~ 令和8年8月31日					認定年月日	令和4年8月30日																												
障害者手帳等	なし					手帳交付日	なし																												
日常生活自立度	寝たきり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	判定		好生館精神科 氏名																														
	認知症	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	記載日		令和4年8月12日																														
主訴	<p>本人: 自由がきくのでこれからも自宅で過ごしていきたいと思います。一人でテレビを見て過ごすよりもいろいろと人になつて話をしたい。</p> <p>家族: 夜しっかりと睡眠をとってほしいと思っています。できるだけ自宅での生活を続けさせてあげたい。(長男)</p>																																		
生活状況 (生活状況・生活歴)	<p>【家族構成】 ☆ キーパーソン 世帯状況【独居】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>続柄</th> <th>氏名</th> <th>緊急連絡先</th> <th>連絡順</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 長男</td> <td>氏名</td> <td>0952-24-3458</td> <td>②</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td>090-6596-8587</td> <td>①</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>氏名</td> <td>0952-24-3273</td> <td>④</td> </tr> <tr> <td>4 長男の嫁</td> <td>氏名</td> <td>090-1755-8335</td> <td>③</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td>17:00以降、奥様へ連絡可</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>【生活歴】 ※ 生活歴、趣味、嗜好、得意な事、自慢な事、性格などを記載する 佐賀生まれの佐賀育ち。結婚前はアークにあったデパートに勤めておられた。結婚されてご主人がされていた印刷業の手伝いをしながら3人の子供さんを育てられる。息子様はそれと出て行かれ、ご主人をなくされてからは一人暮らしとなる。最近まで母地域の新聞の集金をおこなっていたが、集金したお金がなくなるなど集金が難しくなり止められる。平成24年に介護認定を受け介護1となられるもサービスを利用しながら息子様が食事などを持って来られて在宅生活を継続されている。</p>							続柄	氏名	緊急連絡先	連絡順	1 長男	氏名	0952-24-3458	②	2		090-6596-8587	①	3	氏名	0952-24-3273	④	4 長男の嫁	氏名	090-1755-8335	③	5		17:00以降、奥様へ連絡可		6			
続柄	氏名	緊急連絡先	連絡順																																
1 長男	氏名	0952-24-3458	②																																
2		090-6596-8587	①																																
3	氏名	0952-24-3273	④																																
4 長男の嫁	氏名	090-1755-8335	③																																
5		17:00以降、奥様へ連絡可																																	
6																																			
サービス利用状況	<p>地域密着型通所介護: デイサービス 氏名 (週6回 月~土)</p> <p>現在、ショートステイ末広(週5~6、1日自宅へ帰宅)</p>																																		
介護力	介護者	氏名 (歳)	続柄	長男	介護力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 生活困難																													
	健康状態	<input type="checkbox"/> 軽い <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 重い	長男様が毎日のように食事を届けたり、必要なものを買ってきたりと支援を行っている。金銭管理は、現在息子様がやっている。息子様は不規則な勤務であるため電話に出られないこともある。																																
	身体的負担	<input type="checkbox"/> 軽い <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 重い																																	
	精神的負担	<input type="checkbox"/> 軽い <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 重い																																	
	副介護者	氏名 (歳)	続柄	長男の嫁																															
健康状態 (医療機関・病状)	医療機関	医療センター好生館 精神科			主治医	氏名																													
	医療機関				主治医																														
	医療機関				主治医																														
	【病歴】	身長145cm 体重45kg																																	
		H22年: アルツハイマー型認知症																																	
		H22年: 神経症																																	
		R2: 右手首の上を亀裂骨折(固定処置にて回復)																																	
	【経過】	ものたれの相談の為平成22年11月25日当科初診し薬物療法を行っている。平成24年夏頃より夜間の幻視や例話などもみられた。物忘れは進行し食事の準備なども自身でできない為、別居の家族が自費している。服薬もしたが家族が何とか救済している状況である。散歩に出掛けたまま戻らない事がこれまでに数回あり、家族がたまたま発見したところや警察に保護されるエピソードもある。																																	
	内服	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																	
		<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																																	
		ドネペジル5mg 1日1回																																	

アセスメント表 ②

どうして不安に? 対した?

A D L	室内移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	ADLは自立されている。 ゆくりとした歩行では問題はないが、不穏時に急に走りだしたり 周りを見えない状態があるため、転倒の危険があるが 人とのコミュニケーションなどをする事で解決をすることがある。				
	屋外移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	公共交通の利用	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	移乗	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	使用機器	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()							
I A D L	掃除	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	洗濯物をたたむ、食器を拭くなどの簡単な動作は可能。 物をほう、自身の物と分らなくなる時がある。名前や他人からの 確認があると納得をされている。 内服は自身の管理と服薬は難しく、忘れられる。職員が管理 服薬を行うことで、飲み忘れ、誤薬などの問題を解決できる。 全介助管理は息子様からされているが財布などがないと思いい、不穏に なる時がある。息子様が管理をいっていることを伝えると落ち着かれて 安心される。				
	買物	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助					
	調理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助					
	ごみ出し	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助					
	通院	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助					
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助					
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助					
認 知	認知症状	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 支障なし	短期記憶障害、物忘れ妄想、幻視幻覚						
	行動障害	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 支障なし	物の場所、自分の部屋などを認識されていることがなく、他人の物を自分の物と思いこ まれる問題がある。その都度の声掛けと説明をすることで一時的に解決する。何度も繰り返 されると怒る時もあるが、言葉遣いも注意する必要がある。 自分が納得されるような答えが聞けるかどうかによって、興奮						
コ ミ ニ ケ ー シ ョ ン	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 支障あり	<input type="checkbox"/> 生活困難	特に問題はない 感情はどのくらい? それらが、声掛けで言葉遣い、距離をい たあたりすることで、落ち着ける環境ができる。				
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 支障あり	<input type="checkbox"/> 生活困難					
	言語	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 支障あり	<input type="checkbox"/> 生活困難					
	意思伝達	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 支障あり	<input type="checkbox"/> 生活困難					
社 会 と の 関 り	社会活動	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input checked="" type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 支障あり	<input type="checkbox"/> 生活困難	ショートステイ利用時には、積極的に利用者と交流をされているが 地域での集まりの参加はない。				
	喪失感・孤独感	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input checked="" type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 支障あり	<input type="checkbox"/> 生活困難					
食 事 摂 取	摂取能力	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	摂取は特に問題はない。 水分は? 水分摂取は自身から積極的に摂れることは少ない。 コップに準備をし、声掛けをすることで自身で摂取されている。				
	食事形態	主食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> ふたたき	<input type="checkbox"/> お粥		<input type="checkbox"/> 重湯			
	副食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> ミキサー食	<input type="checkbox"/> その他					
	アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()							
	摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> 他 ()	義歯の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 上	<input checked="" type="checkbox"/> 下	<input type="checkbox"/> 部分 ()	<input type="checkbox"/> 無
褥瘡・皮膚の問題		<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 支障なし	特に問題はない。						
口腔衛生		<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 支障なし	自分でしようとはされることがないが、声掛けを行い、準備をすることで行われる。						
排 尿 ・ 排 便	排泄動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	スポンジの上げ下げなどの動作は問題なし 昼夜とパット内に排泄をされている。自身での交換はこれをする ままの状態があるが、トイレをこめる際は確認と交換を行う ことで失敗をされることはない。				
	昼	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> PTIL	<input type="checkbox"/> オムツ	<input checked="" type="checkbox"/> 紙パンツ		<input checked="" type="checkbox"/> パット			
	夜	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> PTIL	<input type="checkbox"/> オムツ	<input checked="" type="checkbox"/> 紙パンツ		<input checked="" type="checkbox"/> パット			
	尿意	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	便意	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし			
入 浴	入浴動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	入浴に対する拒否もなく、積極的に入られる。 衣類も脱衣は良いが、着衣の際に上着、履物の区別がつか ない問題はあるが、説明声掛けをするで自身で行うことがで きる。				
	入浴の可否	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否 ()							
	衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	整容動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
居住環境		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input checked="" type="checkbox"/> 支障あり	<input type="checkbox"/> 生活困難	目によるが、1睡をこれすに起きる時がある。その時の気分状態で 布団を使われて休めている。				
寝具		<input checked="" type="checkbox"/> 布団	<input type="checkbox"/> ベッド	<input type="checkbox"/> 右昇降	<input type="checkbox"/> 左昇降					
送迎		内容等								
必要性	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 本人の心身状態 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等の都合			その他					
送迎特記	○来園時間: ○帰宅時間:									
特別な状況	アセスメントの記載時に、 ～という状況があるが、～をすることで～が 等。→結果は～で済むようにするこ わたりやすくなるのでは? ★目に見える部分と人外も調べてみた。			【主な日常生活の活動】 6:00 起床 朝食 9:00 レクリエーション 12:00 昼食 15:00 コミュニケーション 18:00 夕食 21:00 就寝 23:00						