

介護過程の展開

株式会社NANOKOラバー
代表取締役 成田玲子

介護過程の流れ

介護職の介護過程

アセスメント（情報収集）



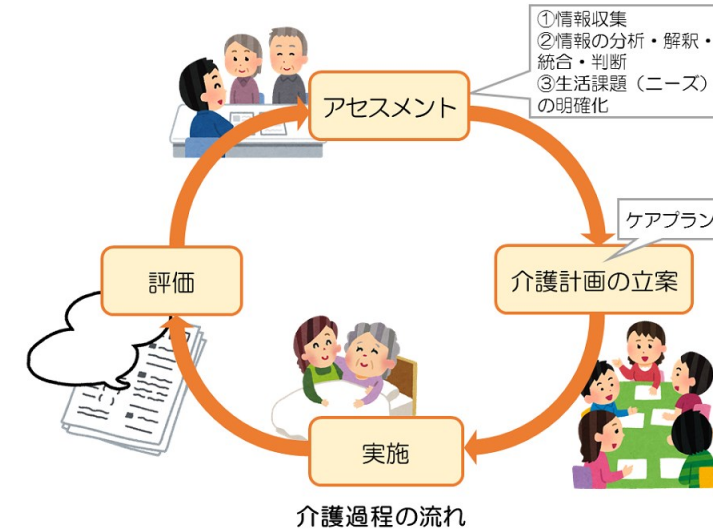
計画の立案（サービスの内容、支援目標）



実施（実施記録）



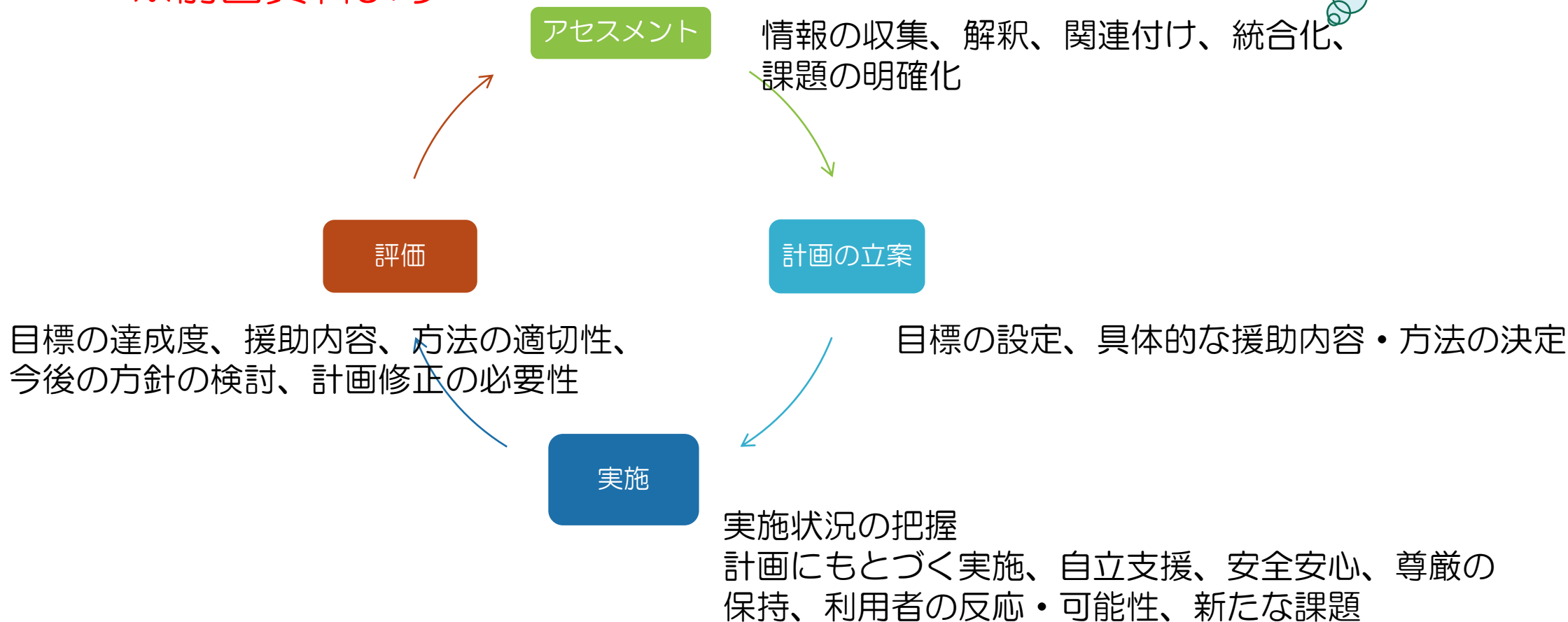
評価（モニタリングが再アセスメントへつづく）



介護過程サイクル

プロセスの
繰り返し

※前回資料より



介護過程の展開 ～アセスメント①～

【アセスメント】

情報の収集・関連付け・統合化、課題の明確化

※デマンドとニーズの違い

※フェルトニーズとノーマティブニーズの違い



☆このアセスメントの力によって利用者の生活の支援が
変わる事は間違いないです。ですが、何度でもプロセスサイクルの中
でやり直しも大事です。

介護過程の展開 ～アセスメント②～

【情報収集】

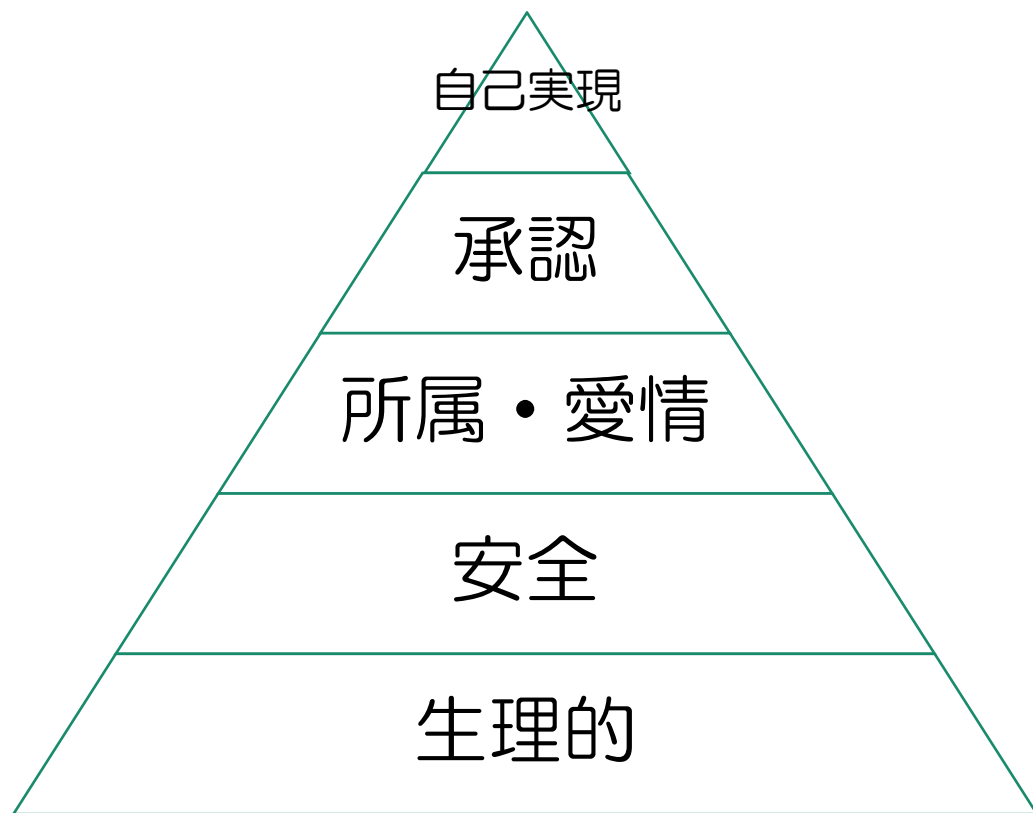
食事・入浴・排泄といったADLだけみない

基本的な情報

- ①氏名②性別（戸籍上）③生年月日④サービス利用開始日
- ⑤サービス利用にいたった理由⑥家族構成⑦介護におけるKP
- ⑧サービス利用開始前の状況⑨サービス利用における本人・家族の状況

介護過程の展開

～アセスメント③～



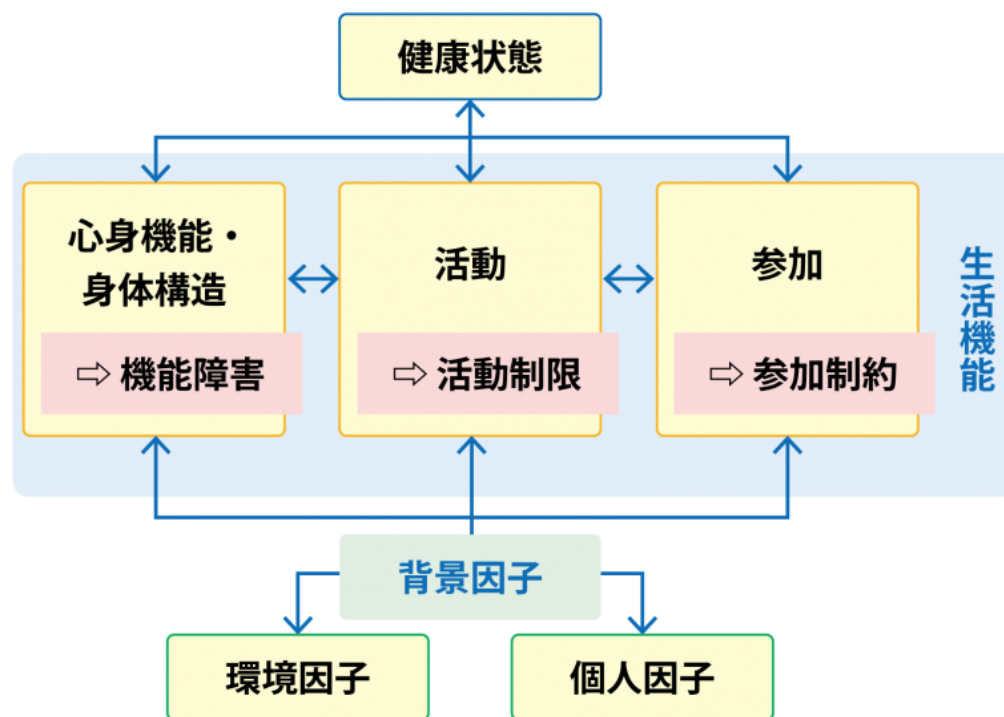
マズローの5段階の欲求

アセスメントを行う際の優先順位

介護過程の展開 ～アセスメント④～

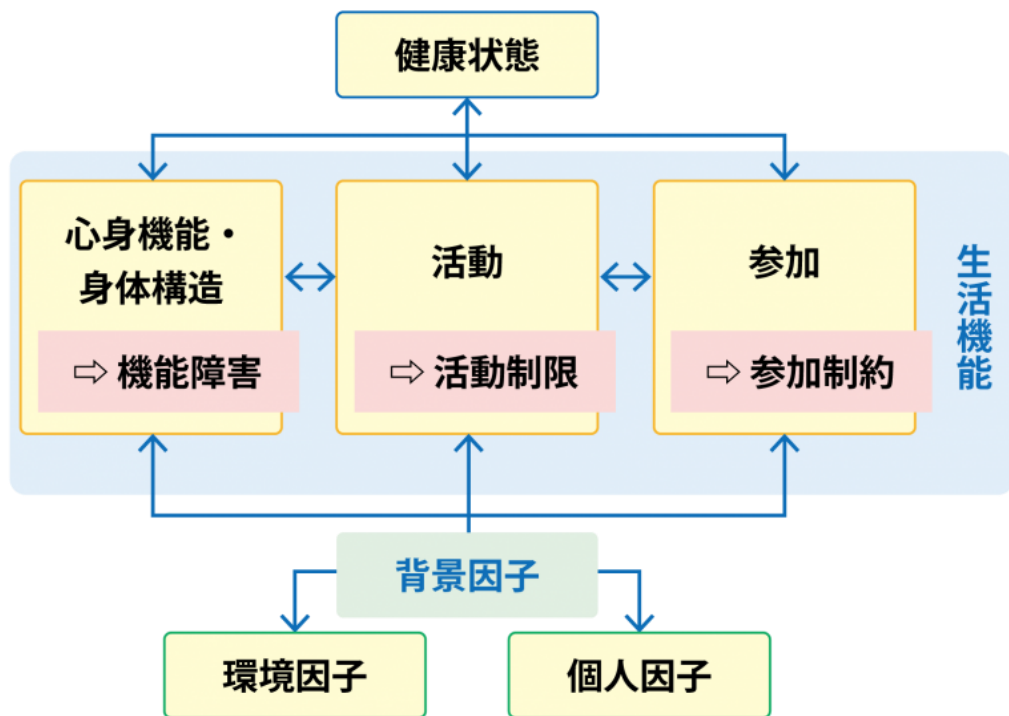
ICFに基づく視点

※利用者の全体像をとらえる



介護過程の展開

～アセスメント④～



【健康状態】

- 現在治療中の疾患

【心身機能・身体構造】

- 疾患に伴い行っている状況
- 要介護・障害等級
- 認知症高齢者に日常生活自立度

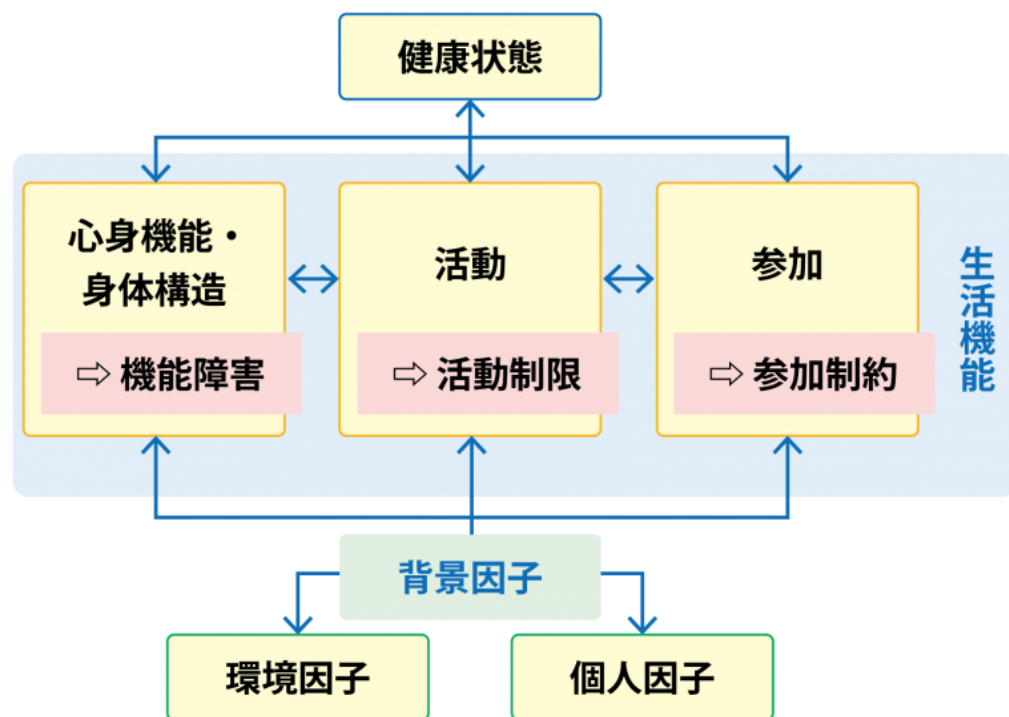
【活動】

- ADL・IADLの状況
- 使用している福祉用具

【参加】

- 意欲、生きがい、余暇活動
- 利用しているサービスの参加状況、
- 社会での役割

介護過程の展開 ～アセスメント④～



【環境因子】

- 住居の環境
- 家族、同居人、友人など人的環境
- サービスの利用状況

【個人因子】

- 性別、年齢、生育歴、教育歴、職業、人種、価値観、ライフスタイルなど

介護過程の展開 ～アセスメントのこつ～

- ☆一生懸命聞くあまり尋問になってはいけません！
- ☆自分の価値観や自分を例えに話をしてはいけません！

観察力：自分の癖や価値観を知り、ニュートラルの状態
で面談を行う。（先入観をもたない）
普段と違う？違和感を何が違和感なのか
見逃さない！



- 【客観的観察】 介護職が事実をありのまま観察をする。
- 【主観的観察】 利用者の感じていることを言葉などから引き出す。

介護過程の展開

～アセスメントのこつ～

☆情報の解釈と整理

優先順位を整理しましょう

すべては一遍には解決はしません

☆関連付け・統合化

情報観察、根拠をあきらかに

☆仮説の検証

知識を統合し仮説の検証

だいたいこのタイミングで
サービス担当者会議
が実施されます。
仮説を皆で検証をしてみる！



介護過程の展開 ～計画の立案～

【ケアプラン】

課題

目標

援助内容

第1表		居宅サービス計画書(1)		作成年月日	令和4年12月14日
利用者名	種	生年月日	住所	初期	紹介
居宅サービス計画作成者氏名	成田 玲子			確定済	申請中
居宅サービス計画作成(最終)日	令和4年12月14日	居宅サービス計画作成日	令和4年7月29日		
認定日	令和5年4月4日	認定の有効期間	令和2年7月1日～令和5年3月31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思を踏まえた課題分析の結果	利用者本人は、介護も頼るのを苦くしてしまいがたい気持になりました。ただ一人で頑張ら過ぎてしまうのでサービスを利用しながら自宅での生活をしたいです。				
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の決定	特になし				
総合的な援助の方針	介護者負担を軽減し、現在の生活サービスを受け、現在の生活の継続を支援し、今後の生活の安定を図ります。				
生活福祉中心室の算定理由	①一人暮らし ②家族等が障害、疾病等 ③その他				

第2表		居宅サービス計画書(2)		作成年月日	令和4年12月14日
利用者名	種	生年月日	住所	初期	紹介
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	自宅での生活環境を整えたい。定期的な医師との相談を受けながら、生活の安定を図りたい。				
長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別	実施日時	頻度
定期的な医師との相談を受けながら、生活の安定を図りたい。	定期的な医師との相談を受けながら、生活の安定を図りたい。	定期受診、検査、通院の介助、送迎	訪問看護	令和4年11月1日～令和5年4月30日	週1回
身の回りの支援を受けることで、安心して生活ができる。	身の回りの支援を受けることで、安心して生活ができる。	服薬、食事などの支援、洗濯、掃除、調理のサポート	訪問看護	令和4年11月1日～令和5年4月30日	週1回
心身の健康を維持し、生活の安定を図りたい。	心身の健康を維持し、生活の安定を図りたい。	心身の健康を維持するための運動、リラクゼーション	訪問看護	令和4年11月1日～令和5年4月30日	週1回
一人で生活したい。	一人で生活したい。	一人暮らしの支援、緊急時の対応	訪問看護	令和4年11月1日～令和5年4月30日	週1回

第2表		居宅サービス計画書(2)		作成年月日	令和4年12月14日
利用者名	種	生年月日	住所	初期	紹介
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	一人暮らしの不安なことを軽減し、安心して生活したい。				
長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別	実施日時	頻度
一人暮らしの不安なことを軽減し、安心して生活したい。	一人暮らしの不安なことを軽減し、安心して生活したい。	一人暮らしの不安なことを軽減するための支援	訪問看護	令和4年11月1日～令和5年4月30日	週1回
定期的な医師との相談を受けながら、生活の安定を図りたい。	定期的な医師との相談を受けながら、生活の安定を図りたい。	定期的な医師との相談を受けながら、生活の安定を図りたい。	訪問看護	令和4年11月1日～令和5年4月30日	週1回
身の回りの支援を受けることで、安心して生活ができる。	身の回りの支援を受けることで、安心して生活ができる。	身の回りの支援を受けることで、安心して生活ができる。	訪問看護	令和4年11月1日～令和5年4月30日	週1回
心身の健康を維持し、生活の安定を図りたい。	心身の健康を維持し、生活の安定を図りたい。	心身の健康を維持するための運動、リラクゼーション	訪問看護	令和4年11月1日～令和5年4月30日	週1回
一人で生活したい。	一人で生活したい。	一人暮らしの支援、緊急時の対応	訪問看護	令和4年11月1日～令和5年4月30日	週1回

第3表		週間サービス計画表		作成年月日	令和4年12月14日		
利用者名	種	生年月日	住所	初期	紹介		
月	火	水	木	金	土	日	生活日暮らし上の状態
4:00							
6:00							
8:00							
10:00							
12:00							
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							

介護過程

～計画の立案～

【個別計画書】

訪問介護計画書		作成年月日	
利用者名	様	要介護度	要介護2
住所	[Redacted]		
事業者名	計画作成者氏名		
居宅介護支援事業者	担当	成田 玲子	様

【援助目標】	
解決すべき課題	周りの支援を受けながら生活をし、腰の悪化を防ぐ必要がある。
援助目標	長期目標 支援を受けながら自宅での生活環境を整え、体の負担を軽減し一人暮らしの継続が出来る。 令和5年1月1日～令和5年6月30日
	短期目標 買い物、掃除、調理などの支援を受ける事で体に負担なく生活を送る事が出来る。 令和5年1月1日～令和5年6月30日
本人・家族の希望	何度も腰の骨を悪くしてしまいましたが良くなりました。だけと一人で頑張らずぎてしまうのでサービスを利用しながら自宅での生活をしたいです。
留意点	

【週間計画表】				
サービス	時間帯	時間(分)	サービス内容	サービス提供日
1	09:00～10:30	90	身体生活	毎週 火
2	10:45～11:45	60	身体生活	毎週 木

【援助内容】					
サービス内容	サービス項目	サービスの具体内容	所要時間	留意事項	
サービス1	身体生活	その他	購入品を冷蔵庫や収納棚に共にしまう	15分	
		調理(専門的配慮を持つもの)	調理の下ごしらえ、簡単な調理を共に行う	15分	
		買い物	日用品の買い物代行、同行 ※希望があった際 サービス実施記録の記入	60分	金銭の取り扱い注意
派遣曜日		毎週 火	派遣時間	90分	

サービス内容	サービス項目	サービスの具体内容	所要時間	留意事項	
サービス2	身体生活	その他	居室、各部屋、寝室の掃除 (掃除機掛け、拭き掃除)	20分	共に行うか指示確認にて行う
		調理(専門的配慮を持つもの)	調理の下ごしらえ、簡単な調理を共に行う	10分	
		掃除	水回り(浴室、シンク内、洗面台)トイレ掃除	25分	肩んだり腰に負担になる家事支援
		その他	サービス実施記録の記入	5分	
派遣曜日		毎週 木	派遣時間	60分	

上記の計画書に基づきサービス提供を行います

備考	
説明日	令和4年12月27日
事業者名	[Redacted]
説明者	[Redacted]
署名・捺印	[Redacted]

説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

◆ヘルパー作業指示書

項目	サービス内容・手順	留意事項
訪問	チャイムを鳴らし扉を開け、ご挨拶し入室する。 鍵がかかっている場合はキーボックス内の鍵にて入室する。	4419 換気扇使用時は、扉が暑い気配を付ける。
体調確認	体調確認し、心身状況の把握を行う。	
買い物	買い物リストを用意して下さっているため、内容を確認しマルエツにて買い物代行を行う。袋はスーパーで3枚購入し利用する。 袋詰め台に設置してある小さいビニールを何枚か利用し持ち帰る。 購入商品を確認しながら、冷蔵庫へ共にしまう。 預り金、購入金額を確認しお釣りをお渡りする。	
調理	簡単な下ごしらえを確認しながら行う。	
掃除	キッチン、各居室、廊下、洗面所の掃除機掛けを行う。 (掃除機は玄関に寄って左の部屋にあり。) 床部分をクイックワイパーで拭く。 (クイックワイパーはキッチンの隣にあり。シートはソファ裏の下側にあり。) 洗面所は右上の棚に掛かっている付近で掃除を行う。 お風呂場はスポンジと洗剤で行う。 (掃除グッズは洗濯機横の洗面器の中にあり。)	
記録	サービス実施記録の記入し、印鑑を頂く。印鑑はテーブル上の箱の中にあり、声掛けしお借りする。	
退室	次回訪問日を確認し、挨拶し退室する。	

介護過程の展開 ～計画の立案～

【課題】

利用者が望む暮らしの実現継続をするために解決しなければならない
困りごと

【目標】

利用者が望む状態、期待される結果

長期目標：6か月～1年 短期目標：3か月～6か月

【援助内容、方法】

いつ、だれが、どこで、何を、何のために、どのように行うか（5W1H）



介護過程の展開 ～目標設定～

目標とは

私たち援助者が支援を実施することで利用者がどう変わるか？

仮説ですね☆

【留意点】

- ① 個別的である（一人ひとりの生活習慣や価値観を尊重する）
- ② 利用者の自己実現を目指す（家族や社会への参加を可能にする）
- ③ 利用者自身が取り組むことができる（能力を最大限に活用する）



介護過程の展開 ～目標設定～

【目標の表現の仕方】

- ①主語は利用者であること（利用者が主体的に取り組む表現）
- ②設定した期間において現実的で達成可能であること（可能性の予測）
- ③観察または測定可能であること（量、時間、期間などを明確に記述）
- ④何をめざしているかが明確であること（誰もが理解できる表現）
- ⑤利用者が読んで不快な表現は避ける（命令、指示的な表現）

- ☆専門用語を使用しない
- ☆ケアプランとの連動性
- ☆利用者家族や地域などの参加
- ☆多職種連携を意識して



介護過程の展開 ～実施～

【実施の留意点】

①安全性への配慮

利用者だけでなく援助者の安全性も意識する。

②快適さの配慮

介護職の一方的な押し付けではいけない。人は自身の価値観が大切です。
関心をもち、コミュニケーションを図る。

③自立への配慮

介護側の一方的な自立にならないように

④利用者の反応

言葉のニュアンス、表情、身体の動き、しぐさなど細かく観察

⑤多職種連携と情報の共有

チームメンバーと情報を共有、協働で支援をしていく意識

介護過程の展開 ～記録～

【記録の内容】

ただ実施をしたことを記載するだけでなく
以下の内容の意識が重要です。

実施前の利用者の状態：実施にあたり観察したこと（表情や言動）

実施の過程：援助開始から終了時までの経過
（利用者の反応、介護職の判断と対応）

実施の結果・考察：目標に対する到達度、残された課題、
援助内容・方法の適否



介護過程の展開 ～評価～

【モニタリング】

サービスが続いている中での評価、現状の把握

【エバリュエーション】

サービスの事後評価 サービスの効果の査定のようなもの

☆目標の達成状況を見ます☆

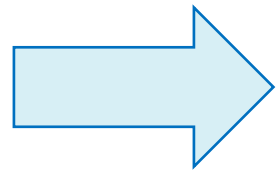
達成されない場合

- ・目標自体が現実的でなかった。実施期間が短かった。
- ・具体的な援助内容・方法が適切でなかった為、目標達成にならなかった。
- ・情報収集のあとに課題の明確化までの作業が十分でなかった、実態とのズレがあった。

介護過程の展開 ～評価～

【目標が達成されない したら】

- 事業所でケアカンファレンスを開催し、実際の援助の中で一人ひとりの介護職が感じている面、援助をしている内容を確認し、乖離がある場合は計画書（手順書）を確認し、管理職が指導を行う。
- 援助がしにくい、方法に悩んでいるなどの確認も行う。



計画の見直しが必要（ケアプラン）になっている場合もあります。

介護過程の展開 ～評価～ 職種

【在宅の介護支援専門員】

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第13条

14 介護支援専門員は、第十三号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

- イ 少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
- ロ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。

(施設サービス計画の作成)

第12条

10 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

- 一 定期的に入所者に面接すること。
- 二 定期的モニタリングの結果を記録すること

介護過程の展開

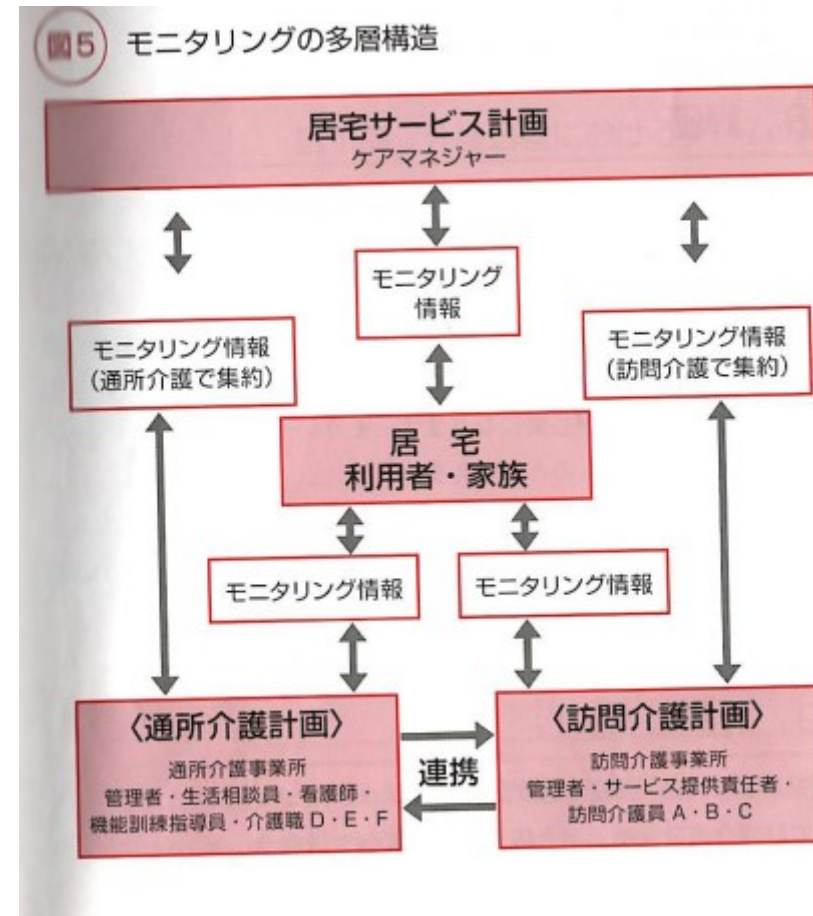
～評価～

職種

(居宅サービス計画等の変更の援助)

第17条

- 指定訪問介護事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行わなければならない。



介護福祉士養成 実務者研修テキスト
第5巻 介護過程 I・II・III

介護過程の展開 ～最後に～

- 根拠に基づいて支援を行い
専門職としての視点を忘れない！
- 気づいたことは記録に客観的に残し、関係者での
情報を共有する。
- 不安な事や違和感は関係者と共有することで
新たな気づきになる。



ご清聴ありがとうございました

成田玲子 (Reiko Narita) プロフィール

【経歴・資格】

社会福祉士、介護福祉士、主任介護支援専門員、
障害者相談支援専門員等

横浜市瀬谷区介護支援専門員連絡会代表

福祉従事22年（訪問介護、通所介護、老健、特養、グループホーム等勤務）

介護関係資格講師 15年（20,000人以上を指導）

横浜市瀬谷区にて 介護保険法（居宅介護、訪問介護）

障害者総合支援法（計画相談、居宅介護、重度訪問介護）運営中

