福祉教育ラボ

公開研修教材｜研修版

介護過程を学ぶ

アセスメントから計画・会議・
モニタリング・再アセスメントまで

単元 1 ～ 4 （全体で約 2 時間 50 分。分けて使えます）



2026 年 11 月 15 日時点の法令・資料に基づく

CC BY 4.0 （条件はスライド 47 ）。講師用ガイドは巻末に

この研修について

ねらい

介護過程を「書類」ではなく、本人とともに考え続ける方法として理解し、アセスメントから再アセスメントまでを、チームの流れの中で説明・実践できるようになる。

対象

介護職・福祉職、リーダー、生活相談員・サービス提供責任者、介護福祉士をめざす学生

持ち物

筆記用具、巻末の記入シート（印刷して配布）、付箋

導入 10 分
約束、事前チェック、全体の地図

単元 1 なぜ介護過程か 25 分
考え方・専門性・歴史・生活者

単元 2 アセスメントを深める 50 分
情報収集→解釈→関連付け→統合化→課題

単元 3 計画から再アセスメントまで 55 分
目標・計画・実施・評価／会議・モニタリング

単元 4 現場で回し続ける 20 分
施設の事例で記録を読み直す

まとめ 10 分
事後チェック、明日から試すこと

 ｜ CC BY 4.0

はじめに：この研修の約束

1 事例はすべて架空

B さん・C さん・職員・家族は、研修のために作った人物です

2 実在の人の話をしない

名前・部署・日時・病名など、特定につながる情報は出しません

3 正解を当てる場ではない

情報の読み方はいくつもあります。理由を言葉にすることを大切にします

4 本人の立場から考える

「させる」「拒否」など、職員側の言葉だけで考えていないかを確かめます

5 制度は使う時点で確かめる

法令や基準は改正されます。最新の内容は e-Gov や保険者で確かめます

6 分からないことは聞く

職場の手順は、事業所の管理者や介護支援専門員と確かめます

 ｜ CC BY 4.0

この教材の根拠の示し方

法令	法律・省令の条文（e-Gov 法令検索で 2026 年 11 月 15 日に確認）
公的な資料	厚生労働省・ WHO などの公的な資料、ガイドライン
養成教育の整理	介護福祉士の養成教育で使われる整理（教科書によって違いがある）
協会の説明	職能団体（日本介護福祉士会など）の公開している説明
書誌・歴史	書誌や歴史の資料（出版年など）
FEL の整理	福祉教育ラボが、資料をもとに教育のために整理・解釈したもの
研修用の架空の情報	研修のために作った架空の事例の情報

法令で決まっていることと、教育のための整理を分けて読みます。

 ｜ CC BY 4.0

事前チェック｜〇か × か、直感で答えてみましょう

1	介護過程の目的は、記録用紙をすべて埋めることである。	○	×
2	アセスメントには、情報を集めるだけでなく、解釈し、関連づけて、課題を明らかにすることが含まれる。	○	×
3	「意欲低下」は、観察した事実として記録してよい。	○	×
4	ケアプランの原案は、利用者や家族に説明し、文書で利用者の同意を得てから決まる。	○	×
5	通所介護計画は、ケアプランと関係なく、事業所が独自に作ってよい。	○	×
6	モニタリングで新しい事実が分かったら、再アセスメントをして計画の見直しを考える。	○	×

答えは研修の最後に確かめます

 ｜ CC BY 4.0

登場人物：２つの事業所の人たち





B さん（80 代・デイサービス）

一人暮らし。週 2 回デイサービスに通う。最近、午後の集団活動に出なくなった

ナオさん（介護職員）

B さんの通うデイサービスの職員。実習生と一緒に考える

B さんの娘さん・介護支援専門員

娘さんは近くに住み、週末に訪ねる。介護支援専門員は B さんのケアプランを担当

C さん（80 代・特別養護老人ホーム）

入居して 1 年。記録に「入浴拒否」と書かれることが続いている

C さんの娘さん・施設の職員・計画担当介護支援専門員

娘さんは C さんの以前の暮らしを知っている。職員は計画をチームで見直す

 ｜ CC BY 4.0

この研修の地図：２つの輪

介護過程（介護職）

1. **アセスメント**
   情報を集めて解釈し、課題を明らかにする
2. **計画**
   目標と、だれが・いつ・何を・どのように
3. **実施**
   その日の状態と意思に照らして
4. **評価**
   結果を確かめ、また次のアセスメントへ

⇄

ケアマネジメント（介護支援専門員）

1. アセスメント（課題の把握）
2. ケアプランの原案
3. サービス担当者会議
4. 説明・文書による同意・交付
5. モニタリング → 再アセスメント・変更

重なるところ：サービス担当者会議での意見／ケアプランに沿った個別サービス計画／モニタリングへの情報提供

出典：居宅介護支援の運営基準 第 13 条／日本介護福祉士養成施設協会「介護過程の展開方法 A」（令和 2 年度）

 ｜ CC BY 4.0

単元 1
なぜ介護過程か

目安 25 分｜もとのウェブ教材：ユニット 1 〜 3



この単元でできるようになること

- 介護過程を「書類」ではなく、本人とともに考え続ける方法として説明できる
- 介護福祉士の専門性と介護過程の関係を、法律と資料から説明できる
- 善意だけでなく、根拠と生活環境を捉える援助の意味が分かる
- 本人を望みと意思を持つ生活者として捉え、選択を左右する条件を挙げられる

場面 1 ｜ 17:00 記録の時間



場面と人物は架空です

デイサービス｜職員室

介護職員のナオさんが、今日の記録を書いていました。実習に来ている学生が、こう話しかけました。
「介護過程って、記録用紙を全部埋めることですよね。書類が多くて大変です」

最初の問い（手を挙げて答えてみましょう）

**介護過程は、記録用紙を
埋めるための手順でしょうか？**

 ｜ CC BY 4.0

介護過程の中心にあるもの

介護過程 ＝ 利用者が望む生活を実現するために取り組む、科学的思考と実践のプロセス

日本介護福祉士養成施設協会「介護過程の展開方法 A」（令和 2 年度 教員研修資料）

アセスメント	→	計画	→	実施	→	評価
情報を集め、その人の暮らしを解釈する		目標と、支援の方法を考える		計画にもとづいて支援する		結果を確かめ、また次のアセスメントへ

「なぜこの人に、今、この方法か」

記録は、この問いに答え、次の関わりを考えるための材料。書類を埋めること自体が目的ではない。

出典：日本介護福祉士養成施設協会（厚生労働省ウェブサイト掲載）／福祉教育ラボ「介護過程を学ぶ」ユニット 1

 ｜ CC BY 4.0

介護福祉士の専門性と、介護過程

法令

社会福祉士及び介護福祉士法

第 2 条第 2 項：介護福祉士は、専門的知識及び技術をもって「心身の状況に応じた介護」を行う
第 47 条第 2 項：福祉サービス関係者等との連携を保つ

協会の説明

日本介護福祉士会

介護福祉士の専門性の一つに「介護過程の展開による根拠に基づいた介護実践」を掲げている

公的な資料

厚生労働省（ 2018 年）

養成課程で「介護過程」は 150 時間。見直しの背景に、アセスメント能力や実践力の向上

出典： e-Gov 社会福祉士及び介護福祉士法（ 2026 年 11 月 15 日確認）／日本介護福祉士会「介護福祉士の専門性」／厚生労働省「介護福祉士養成課程における教育内容の見直し」

 ｜ CC BY 4.0

善意から、根拠のある援助へ



FEL の整理

19 世紀以降の慈善の活動

援助のほかに、原因を個人に求める、援助する相手を選別する、という側面もあった

書誌・歴史

リッチモンド（1917 年・1922 年）

援助する人の気持ちだけに頼らず、本人と生活環境の情報を丁寧に捉え、根拠を検討する援助へ

FEL の整理

善意は大切。そのうえで、本人だけでなく生活環境に目を向け、支援の判断に根拠を求める。介護過程にも通じる視点（リッチモンドが介護過程を直接つくったわけではない）。

出典： Library of Congress （Richmond 1917, 1922 の書誌）／福祉教育ラボ「介護過程を学ぶ」ユニット 2

 ｜ CC BY 4.0

望みと意思を持つ生活者として

FEL の整理

選択を左右する条件

- 情報
- 時間
- 経済状況
- 家族関係
- 利用できるサービス

（教材ユニット 3 の整理）

公的な資料

意思決定支援の 3 つ

意思形成支援　情報や環境を整え、意思が形づくられるのを支える

意思表明支援　形づくられた意思を表しやすくする

意思実現支援　意思を日常生活に反映する

希望を聞くことは出発点

「おまかせします」には、選べることを知らない、遠慮している、まだ考えがまとまらない、などの事情があるかもしれない。そこから一緒に考え続ける。

出典：厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」（2018 年／第 2 版 2025 年）。選択を左右する条件は、ウェブ教材ユニット 3 の整理

｜ CC BY 4.0

ワーク：「おまかせします」に、どう返す？

ワーク｜6分｜ペア



Bさん「そうねえ……みなさんにおまかせします」

試してみる返し方の例

- 選べることを、具体的に示す（午前・午後、少人数・大勢）
- 「今決めなくても大丈夫」と伝え、時間をおく
- 好きだったこと、大切にしてきたことを聞く

正解を当てる場ではありません。相手が話しやすくなったかを、相手役に聞いてみましょう

CC BY 4.0

単元１のまとめ：なぜ介護過程か

最初の問い　介護過程は、記録用紙を埋めるための手順でしょうか？

そうではありません。本人がどう暮らし、何を望み、どんな条件があればその生活に近づけるかを、本人とともに考え続ける方法です。

1. 介護過程は、利用者が望む生活を実現するための、科学的思考と実践のプロセス。書類が目的ではない
2. 法律は介護福祉士を「心身の状況に応じた介護」を行う者と定め、連携を求めている。状況を把握し判断することが専門性の土台（ FEL の整理）
3. 善意に加えて、本人と生活環境を捉え、根拠を検討する
4. 本人は望みと意思を持つ生活者。希望を聞くことは出発点で、選択を左右する条件にも目を向ける

 ｜ CC BY 4.0

単元 2
アセスメントを深める

目安 50 分｜もとのウェブ教材：ユニット 4 ・ 5



この単元でできるようになること

- アセスメントの 5 つの段階（情報収集・解釈・関連付け・統合化・課題の明確化）を説明できる
- 事実・本人の言葉・職員の解釈を区別して書ける
- ICF の枠組みで情報を関連づけ、生活の全体像をまとめられる
- 本人の望みから生活課題を書き、優先順位を考えられる

場面 2 ｜ 14:00 午後の集団活動



場面と人物は架空です

デイサービス｜午後の集団活動

デイサービスに通う B さんは、最近、午後の集団活動に参加することが減っていました。職員の間では、こんな声が出ていました。
「B さん、意欲が下がってきたのかな。もっと声をかけて、活動に誘おうか」
挿絵は、のちに計画を変えたあとの午前中の様子です。

最初の問い（手を挙げて答えてみましょう）

午後の活動に出なくなった B さんは、意欲が下がったのでしょうか？

 ｜ CC BY 4.0

アセスメントの５つの段階

① 情報収集
本人の言葉、観察、記録、家族・他職種から

→

② 解釈
その情報が、何を意味しうるか

→

③ 関連付け
情報どうしの、つながりを見る

→

④ 統合化
その人の生活の全体像にまとめる

→

⑤ 課題の明確化
本人の望みから、生活課題を書く

法令
介護支援専門員のアセスメントは、能力や置かれている環境等の評価を通じて「解決すべき課題」を把握すること（居宅介護支援の運営基準 第 13 条第 6 号・第 7 号）

段階は行き来する。解釈の途中で情報が足りないと分かれば、①に戻って確かめる。

出典：日本介護福祉士養成施設協会「介護過程の展開方法 A」／e-Gov 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

 ｜ CC BY 4.0

B さんの情報カード（研修用の架空の情報）

1 本人
「午後は疲れてしまう」（帰る前に話した）

2 本人
「午前中なら、昔好きだった園芸の話をしたい」

3 記録
午後の集団活動への参加が、この 2 か月で減っている

4 観察
午前中の少人数の会話では、表情が和らぐ（職員 A ）

5 観察
昼食のあと、椅子でうとうとしている日が多い（職員 B ）

6 家族
膝の痛みがあり、立ち上がりに時間がかかる。主治医の診察を受けている

7 家族
長年、自宅の庭で花を育ててきた

8 家族
半年前に自宅で転んでから（骨折はなし）、庭に出ることが減った

9 面談
希望を聞くと「みなさんにおまかせします」と言うことが多い

10 記録
職員の記録に「意欲低下あり」と書かれている

 ｜ CC BY 4.0

① 情報収集：事実・本人の言葉・職員の解釈を分ける

事実

観察・記録・家族などから。何を見たか・聞いたか、いつ、だれが

例：昼食のあと、椅子でうとうとしている日が多い

本人の言葉

本人がどう言ったか、そのまま

例：「午後は疲れてしまう」

職員の解釈

事実と言葉から、職員が考えたこと

例：「意欲低下」← 事実と分けて書く

ワーク｜8 分｜グループ

情報カード 1 〜 10 を「事実」「本人の言葉」「職員の解釈」に分けてみよう（巻末シート 1 ）。情報源（本人・家族・観察・記録）も書き添える。

情報収集のポイント

本人の言葉を最初に。家族・他職種・記録からも集める。足りない情報（いつから？どの時間帯？）に気づいたら、それも書き出す。

 ｜ CC BY 4.0

② 解釈：１つの情報に、いくつもの意味

情報 5 （観察）

昼食のあと、椅子でうとうとしている日が多い

→

- 午前の活動や移動の疲れ？
- 膝の痛みで、夜よく眠れていない？
- することがなく、退屈？
- 食後の自然な眠気？
- 服薬など体の状態の影響？（医療職と確かめる）

解釈で気をつけること

１つの解釈に飛びつかない（「意欲低下」だから「もっと誘う」）。解釈は仮説。ほかの情報と照らし合わせて確かめる。医療に関わることは、医療職と確かめる。

 ｜ CC BY 4.0

③ 関連付け： ICF の枠組みで、情報をつなぐ

健康状態
膝の不調（診断名は主治医に確かめる）

心身機能・身体構造
疲れやすさ、膝の痛み

活動
立ち上がり、移動、庭仕事

参加
午後の集団活動が減る
午前の少人数では会話

環境因子
午後の大人数の活動
一人暮らし、自宅の庭

個人因子
園芸が好き、遠慮しがち？

ワーク｜ 10 分｜グループ

情報カードを、 ICF の表に置いてみよう（巻末シート 2 ）。つながりそうな情報を線で結び、「なぜそう考えたか」を書く。

出典： WHO 「 ICF 」／厚生労働省「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」日本語版。配置の例は FEL の整理

 ｜ CC BY 4.0

④ 統合化：その人の生活の全体像にまとめる

全体像の例（B さん）

B さんは長年、庭で花を育てることを楽しみにしてきた（7）。半年前に転んでから庭に出ることが減った（8）。膝の痛みがあり（6）、「午後は疲れてしまう」と話し（1）、昼食のあとうとうとする日が多い（5）。デイサービスでは、午後の大人数の活動に出ることが減った（3）が、午前の少人数では表情が和らぎ（4）、園芸の話をしたいと話している（2）。「おまかせします」には、遠慮や、選べることを知らない事情があるのかもしれない（9）。

確かめられたこと

本人の言葉（1・2）、記録と観察（3・4・5）、家族からの情報（6・7・8）

まだ仮説のこと

「遠慮しがち」「転倒後に庭への思いを諦めている」「膝の痛みが疲れにつながっている」→ 本人や医療職と確かめる

 ｜ CC BY 4.0

⑤ 課題の明確化：本人の望みから、生活課題を書く

職員から見た「問題」だけの書き方

「意欲低下があり、集団活動に参加しない」

→ だれの望みか、何が妨げているかが見えない

本人の望みから書く

「好きな園芸の話や作業を、疲れすぎない時間と場所で楽しみたい」

望み＋妨げている状況（午後の疲れ・転倒後の不安）

優先順位を考える目安：安全／本人の望み／緊急性／本人とチームが取り組めるか → 本人と相談して決める

ワーク｜7分｜グループ

B さんの生活課題を、本人を主語にして 2 つ書き、優先順位とその理由を話し合おう（巻末シート 3 の上半分）。

 ｜ CC BY 4.0

単元２のまとめ：アセスメントを深める

最初の問い　午後の活動に出なくなった B さんは、意欲が下がったのでしょうか？

そうとは限りません。情報を照らし合わせると、午後の疲れと、午前の少人数で園芸の話をしたいという望みが見えてきました。

1. アセスメントは、情報収集→解釈→関連付け→統合化→課題の明確化。段階は行き来する（分け方は教科書で違う）
2. 事実・本人の言葉・職員の解釈を分けて書く。「意欲低下」は解釈
3. 解釈は仮説。 ICF の枠組みで情報をつなぎ、全体像にまとめると、確かめるべきことが見える
4. 生活課題は本人の望みから、本人を主語に。優先順位は本人と相談して決める

 ｜ CC BY 4.0

単元 3
計画から
再アセスメントまで

目安 55 分



この単元でできるようになること

- 本人を主語に、確かめられる目標と、具体的な計画を書ける
- 実施と評価で、参加の有無だけでなく本人の様子を確かめられる
- ケアマネジメントの流れ（原案・会議・同意・交付・モニタリング・再アセスメント）を、運営基準にそって説明できる
- 介護過程とケアマネジメントがつながる場面で、自分の役割を説明できる

場面 3 ｜ 9:30 朝の申し送り



場面と人物は架空です

デイサービス｜朝の申し送り

B さんの課題が見えてきた翌週。実習生が、ナオさんにたずねました。
「介護過程って、アセスメントが終わったら計画、計画が終わったら実施……って、順番に一つずつ進めるものですよね」

最初の問い（手を挙げて答えてみましょう）

介護過程の 4 つの段階は、順番どおりに進めるものでしょうか？

｜ CC BY 4.0

目標：本人を主語に、確かめられる形で

1 本人が主語

× 「参加させる」
○ 「参加できる」「楽しめる」

2 望む生活とつながる

生活課題（単元 2 ）から目標へ

3 確かめられる

いつ・どのくらい・何で確かめるかが分かる

長期目標の例	**好きな園芸を通して、楽しみと人とのつながりを持ち続ける**
短期目標の例	**午前中の少人数の園芸活動に、週 1 回、疲れすぎずに参加できる**

事例の目標は教育のための例。目標の名前や期間は、事業所の書式で違う。巻末シート 3 の下半分に書いてみよう（持ち帰りも可）

研修用の架空の情報　法令

計画：だれが・いつ・何を・どのように

だれが	午前担当の介護職（ナオさんほか）
いつ	デイサービスの日の午前（週 1 回から試す）
何を	少人数（ 3 〜 4 人）での園芸活動（苗の植えかえ、花の話）
どのように	椅子に座ってできる作業台を用意する。始める前に膝の痛みと体調を聞く。疲れたら休めることを伝える
確かめること	参加したか／疲れ（本人に聞く）／満足感・本人の言葉／膝の痛み

法令　通所介護計画：管理者が、心身の状況・希望・置かれている環境を踏まえて、目標と具体的なサービスの内容を書く（第 99 条第 1 項）

出典： e-Gov 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準 第 99 条（ 2026 年 11 月 15 日確認）。計画の例は研修用の架空の情報

｜ CC BY 4.0

実施と評価：その日の様子を確かめ、次へつなぐ

実施

今日の体調・膝の痛み・本人の意思に照らして調整する

記録：実施状況と目標の達成状況（第 99 条第 5 項）

評価

参加したか／疲れたか／楽しめたか／本人の言葉

計画は合っていたか、新しく分かったことはないか

研修用の架空の情報

3 回試したあとの B さん

- 園芸活動には毎回参加し、「楽しい。また植えかえたい」と話した
- 活動のあと、疲れた様子は見られなかった（本人も「ちょうどいい」）
- **2 回目の帰りに「最近、家の中でもつまずきそうになる」と話した → 新しい事実**

ケアマネジメントの流れ（居宅介護支援の運営基準）

アセスメント
居宅を訪問し、本人・家族に面接（6・7号）

→

原案
意向・方針・課題・目標・サービス（8号）

→

担当者会議
担当者の専門的な意見（9号）

→

同意・交付
説明し文書で同意、計画を交付（10・11号）

→

個別の計画
事業者に提出を求める（12号）

→

モニタリング
継続的なアセスメント、変更（13・14号）

変更するときも、第3号〜第12号（アセスメント・原案・担当者会議・説明と文書による同意・交付・個別の計画の提出依頼）を準用する（第16号）。更新認定や区分変更のときは、会議などで変更の必要性について意見を求める（第15号）

介護職が関わるところ：会議での意見／ケアプランに沿った個別の計画／日々の記録とモニタリングへの情報

出典： e-Gov 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第13条（令和6年4月1日施行の条文、 2026年11月15日確認）

 ｜ CC BY 4.0

サービス担当者会議

会議のねらい（第 9 号）

- 利用者と家族の参加を基本とする
- 原案に位置づけたサービスの担当者を招集する（テレビ電話等も可、参加する利用者・家族の同意）
- 利用者の状況等の情報を共有する
- 原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求める

介護職が伝えること

- 見えている事実と本人の言葉
- それと分けて、自分の解釈
- 本人と家族に分かる言葉で

本人が主役の会議にするために

本人の言葉から始める。本人が分かる言葉で話す。決まったことを、最後に本人と一緒に確かめる。家族の意向と本人の意向が違うときは、両方を聞く。

出典： e-Gov 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第 13 条第 9 号

 ｜ CC BY 4.0

ケアプランと個別の計画、モニタリング

個別の計画（通所介護計画）

- ケアプランがあれば、その内容に沿って作る（第 99 条第 2 項）
- 利用者・家族に説明し、利用者の同意を得る（第 3 項）
- 利用者に交付する（第 4 項）
- 介護支援専門員は、個別の計画の提出を求める（第 13 条第 12 号）

モニタリング（第 13 条第 13 号・第 14 号）

- 少なくとも月 1 回、利用者に面接（原則は居宅を訪問）
- 条件を満たせば、2 か月に 1 回の訪問＋訪問しない月はテレビ電話等で面接
- 月 1 回、結果を記録
- 継続的なアセスメントを含む

介護職の記録は、モニタリングの大切な材料になる

事業所の記録（実施状況と目標の達成状況）や、本人の新しい言葉は、介護支援専門員に伝わってはじめて、ケアプランの見直しにつながる。だれに・いつ・どう伝えるかを、事業所で決めておく。

出典： e-Gov 指定居宅サービス等基準 第 99 条／指定居宅介護支援等基準 第 13 条（2026 年 11 月 15 日確認）

 ｜ CC BY 4.0

2 つの輪がつながる： B さんの場合

1. **デイの評価で新しい事実**
   介護過程
2. **介護支援専門員に伝える**
   つながり
3. **モニタリング・再アセスメント**
   ケアマネジメント
4. **ケアプラン変更の原案**
   ケアマネジメント
5. **サービス担当者会議**
   つながり
6. **説明・同意・交付**
   ケアマネジメント
7. **通所介護計画を見直す**
   介護過程

ケアプランの変更の扱いは、内容によって違うことがある。
具体的な手続きは、介護支援専門員と確かめる

 ｜ CC BY 4.0

ロールプレイ：サービス担当者会議

ワーク｜18 分｜5 人組　巻末シート 4（会議のメモ）を使います

B さん	「園芸は続けたい。家のことは自分でやりたい」
娘さん	「心配だから、デイを増やしてほしい」
介護支援専門員（司会）	原案を説明し、意見を求め、最後に確かめる
生活相談員	デイでの様子と、できる工夫を伝える
介護職（ナオさん）	事実と本人の言葉を、解釈と分けて伝える

ふりかえりの観点：本人の言葉から始まったか／事実と解釈が分かれていたか／本人と家族の意向の違いを、両方聞けたか

｜CC BY 4.0

単元 3 のまとめ：計画から再アセスメントまで

最初の問い　介護過程の 4 つの段階は、順番どおりに進めるものでしょうか？

そうとは限りません。評価から新しいアセスメントへ、そしてケアプランの見直しへと、行き来しながら回り続けます。

1. 目標は本人を主語に、確かめられる形で。計画は「だれが・いつ・何を・どのように」と、確かめることまで書く
2. 評価は参加の有無だけでなく、疲れ・満足感・本人の言葉で。新しい事実が出たら再アセスメントへ
3. ケアマネジメントは、アセスメント→原案→担当者会議→説明・同意・交付→モニタリング→変更（運営基準 第 13 条）
4. 個別の計画はケアプランに沿って作る。介護職の記録と言葉が、 2 つの輪をつなぐ

単元 4
現場で回し続ける

目安 20 分



この単元でできるようになること

- 施設サービス計画の作成の流れと、在宅との違いを説明できる
- 「拒否」と書かれた記録を、事実・本人の言葉・解釈に分けて読み直せる
- 記録と個人情報の扱いで、気をつけることを挙げられる

場面 4 ｜火曜日の午前 入浴の時間



場面と人物は架空です

特別養護老人ホーム｜居室

入居して 1 年の C さん。この 1 か月、記録に次のような文が続いています。
「入浴拒否あり。声かけするも拒否。次回再誘導」
今日も、職員が浴室へ誘うと、 C さんは首を横にふりました。

最初の問い（手を挙げて答えてみましょう）

C さんは、お風呂が嫌いなのでしょうか？

施設では：施設サービス計画と、入浴の決まり

施設サービス計画（第 12 条）

- 計画担当介護支援専門員が作成を担当
- 入所者と家族に面接してアセスメント
- 原案 → 会議・照会で担当者の意見 → 文書で同意 → 交付
- 実施状況の把握（継続的なアセスメントを含む）、定期的な面接と記録、必要に応じて変更

入浴（第 13 条第 2 項）

1 週間に 2 回以上、適切な方法により、入浴させ、又は清しきしなければならない

→ 本人の意思を大切にしながら、清潔を保つ方法を一緒に考える

在宅との違い：施設では、計画担当介護支援専門員と介護職が同じ施設の中で働く。日々の記録は、計画の見直しの大切な材料になりやすい（ FEL の整理）。

出典： e-Gov 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準 第 12 条・第 13 条（令和 7 年 4 月 1 日施行の条文、 2026 年 11 月 15 日確認）

 ｜ CC BY 4.0

ワーク：「入浴拒否」の記録を読み直す

ワーク｜8分｜個人

記録（この1か月）

「入浴拒否あり。声かけするも拒否。次回再誘導」

やってみること（巻末シート5）

① 事実・本人の言葉・解釈に分ける
② 足りない情報は？（いつ・どこで・どんな言葉）
③ だれに、何を確かめる？

研修用の架空の情報

時間をかけて聞くと、分かってきたこと

- 本人「朝はいや。寒いのよ」
- 娘さん「家では、ずっと夕方に入っていました」
- 朝の脱衣所の室温は、低めだった（記録）／以前「女性の職員がいい」と話したことがある

CC BY 4.0

次の関わりと、記録で気をつけること

次の関わりの例

- 入浴の時間帯を、本人と相談する
- 脱衣所を温めておく
- 同性の職員が対応できるか検討する
- 入浴しない日は、本人と相談して清拭などで清潔を保つ
- 計画担当介護支援専門員と共有し、計画の見直しへ

記録の書き方

×「入浴拒否あり」
◯（例）「浴室への誘いに首を横にふり、『朝はいや。寒いのよ』と話す。夕方を提案すると『それならいい』と答える」

記録と個人情報

介護の記録には、心身の状況など、配慮が必要な情報が多い。事業所の規程と、国のガイダンスにそって扱う。研修で事例を使うときは、本人が特定されないようにする。

出典：個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年 4 月、令和 8 年 4 月一部改正）

 ｜ CC BY 4.0

単元４のまとめ：現場で回し続ける

最初の問い　C さんは、お風呂が嫌いなのでしょうか？

そうとは限りません。朝の寒さや、長年の夕方の入浴の習慣が見えてきました。「分かったつもり」にならず、本人に聞き、確かめ続けます。

1. 施設では、計画担当介護支援専門員が施設サービス計画を作り、日々の記録が見直しの材料になる
2. 「拒否」は解釈。事実と本人の言葉を書くと、次の関わりが見えてくる
3. 決まり（週 2 回以上の入浴又は清しき）を守りながら、本人の意思を大切にする方法を一緒に考える
4. 記録は、本人のための情報。規程とガイダンスにそって扱う

 ｜ CC BY 4.0

2 つの輪を、本人を中心に回し続ける

介護過程

情報収集→解釈→関連付け→統合化→課題の明確化→目標と計画→実施→評価→また次のアセスメントへ

ケアマネジメント

アセスメント→原案→サービス担当者会議→説明・同意・交付→個別の計画→モニタリング→再アセスメント・変更

「何ができないか」だけでなく、「どのように暮らしたいか」。
「何をしてあげるか」だけでなく、「その暮らしを、どのような関係と環境の中で支えられるか」。

ウェブ教材ユニット 5 （ FEL の考察）より

事後チェック｜もう一度、〇か × か

1	介護過程の目的は、記録用紙をすべて埋めることである。	○	×
2	アセスメントには、情報を集めるだけでなく、解釈し、関連づけて、課題を明らかにすることが含まれる。	○	×
3	「意欲低下」は、観察した事実として記録してよい。	○	×
4	ケアプランの原案は、利用者や家族に説明し、文書で利用者の同意を得てから決まる。	○	×
5	通所介護計画は、ケアプランと関係なく、事業所が独自に作ってよい。	○	×
6	モニタリングで新しい事実が分かったら、再アセスメントをして計画の見直しを考える。	○	×

答えが変わった問題に、印をつけてみましょう

 ｜ CC BY 4.0

答えと、ふりかえり

1	介護過程の目的は、記録用紙をすべて埋めることである。	×	中心は、本人とともに考え続けること（単元 1 ）
2	アセスメントには、情報を集めるだけでなく、解釈し、関連づけて、課題を明らかにすることが含まれる。	○	養成教育で広く使われる整理。分け方は本で違う（単元 2 ）
3	「意欲低下」は、観察した事実として記録してよい。	×	「意欲低下」は職員の解釈。事実・言葉と分ける（単元 2 ）
4	ケアプランの原案は、利用者や家族に説明し、文書で利用者の同意を得てから決まる。	○	居宅介護支援の運営基準 第 13 条第 10 号（単元 3 ）
5	通所介護計画は、ケアプランと関係なく、事業所が独自に作ってよい。	×	既にケアプランがあれば、その内容に沿って作る（第 99 条第 2 項）（単元 3 ）
6	モニタリングで新しい事実が分かったら、再アセスメントをして計画の見直しを考える。	○	モニタリングには継続的なアセスメントが含まれる（第 13 条第 13 号）（単元 3 ）

 ｜ CC BY 4.0

明日から試すことを、１つだけ

ワーク｜３分｜個人

（どんな場面）のとき、（どんなこと）をする。

例

記録を書くとき、「拒否」「意欲低下」と書く前に、本人の言葉と事実を１つ書く。

「おまかせします」と言われたとき、選べることを具体的に２つ伝える。

担当者会議の前に、本人の言葉と、自分の解釈を分けてメモしておく。

 ｜ CC BY 4.0

この教材を使うときに

制度は、使う時点で確かめる

法令・基準・ガイダンスは改正されます。この教材は 2026 年 11 月 15 日時点の条文で作りました。使う時点で e-Gov などで確かめ、手続きの細かな扱いは保険者や介護支援専門員と確かめてください。

事例について

B さん・C さんの事例は、学ぶために作った架空のものです。目標や計画の例は教育のための例で、特定の人の介護計画を決めるものではありません。

この教材について

- ウェブ教材（全 5 ユニット・問いと演習つき）：fukushi-edu-lab.com/learning/care-process/
- CC BY 4.0 （creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ja ）：出典・ライセンス・改変した場合はその旨を示せば、改変・再配布できます。引用した第三者の文章と福祉教育ラボのロゴは対象外です
- 講師用ガイドは、この PDF の最後にあります。挿絵は福祉教育ラボが生成 AI で作成しました。カスタマイズの相談：fukushi-edu-lab.com/contact/

出典（1／2）

社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）第 2 条第 2 項、第 47 条第 2 項（ e-Gov 法令検索） https://laws.e-gov.go.jp/law/362AC0000000030
指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 38 号）第 13 条（ e-Gov ） https://laws.e-gov.go.jp/law/411M50000100038
指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）第 99 条（ e-Gov ） https://laws.e-gov.go.jp/law/411M50000100037
指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 39 号）第 12 条・第 13 条（ e-Gov ） https://laws.e-gov.go.jp/law/411M50000100039
厚生労働省「介護福祉士養成課程における教育内容の見直し」（ 2018 年 2 月 15 日） https://www.mhlw.go.jp/content/000345245.pdf
日本介護福祉士養成施設協会「介護過程の展開方法 A 」（令和 2 年度 介護福祉士養成施設の教員研修資料、厚生労働省ウェブサイト掲載）
https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000791444.pdf
日本介護福祉士会「介護福祉士の専門性」 https://www.jaccw.or.jp/about/fukushishi/senmon
厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」（ 2018 年 6 月） https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000562767.pdf ／
第 2 版（ 2025 年 3 月） https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001484891.pdf
個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年 4 月、令和 8 年 4 月一部改正）
https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/iryoukaigo_guidance/

出典（２／２）

WHO, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health

厚生労働省「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html

United Nations, Universal Declaration of Human Rights (1948) https://www.un.org/about-us/universal-declaration-of-human-rights

Library of Congress, Mary E. Richmond, Social Diagnosis (1917) https://www.loc.gov/item/17013224/

Library of Congress, Mary E. Richmond, What Is Social Case Work? (1922) https://www.loc.gov/item/22005436/

厚生労働省「介護福祉士・社会福祉士制度の改正について」（2007 年） https://www.mhlw.go.jp/public/bosyuu/iken/dl/p100303-1b.pdf

福祉教育ラボ「介護過程はなぜ必要なのか｜歴史から考える『その人の生活を支える』ということ」 https://fukushi-edu-lab.com/why-care-process-matters-history/

福祉教育ラボ「介護過程を学ぶ」（全 5 ユニット） https://fukushi-edu-lab.com/learning/care-process/

アセスメントの段階の分け方（情報収集・解釈・関連付け・統合化・課題の明確化）は、介護福祉士の養成教育で広く使われる整理で、教科書によって分け方や呼び方が違います。

B さん・ C さんの事例、目標・計画の例は、研修のために作った架空のものです。挿絵は福祉教育ラボが生成 AI で作成しました。歴史と思想の関係づけには、福祉教育ラボの解釈を含みます。

巻末シート１｜情報の整理

情報カードを、種類に分けて書きます。情報源（本人・家族・観察・記録・他職種）も書き添えます。

種類	情報（カードの番号と内容）	情報源	足りない情報・確かめたいこと
事実（観察・記録・家族などから）			
本人の言葉			
職員の解釈			

「意欲低下」「拒否」は、解釈の欄へ

巻末シート２｜関連付け（ICF の枠組み）

情報カードの番号を、それぞれの欄に置き、つながりそうなものに印をつけます。

ICF の要素	置いた情報（番号）	つながり・なぜそう考えたか
健康状態		
心身機能・身体構造		
活動		
参加		
環境因子		
個人因子		

医療に関わる解釈は、医療職と確かめる

｜ CC BY 4.0

巻末シート３｜統合化・生活課題・目標・計画

全体像を短くまとめ、本人を主語にした生活課題、目標、計画を書きます。

項目	書いてみよう
全体像（統合化）	
生活課題①（本人が主語）	
生活課題②	
優先順位と理由	
短期目標（確かめられる形）	
計画（だれが・いつ・何を・どのように）	
確かめること（評価）	

｜CC BY 4.0

巻末シート４｜サービス担当者会議のメモ

ロールプレイの役と、出た意見を書きます。最後に、決まったことを本人と一緒に確かめます。

参加者（役）	伝えたこと・意見	事実／本人の言葉／解釈
B さん		
娘さん		
介護支援専門員		
生活相談員		
介護職		
決まったこと		
次に確かめること		

本人の言葉から始め、決まったことを本人と確かめる

｜ CC BY 4.0

巻末シート 5 ｜記録の読み直しと、次の関わり

C さんの記録を分けて読み直し、再アセスメントで確かめることと、次の関わりを書きます。

項目	書いてみよう
記録の中の事実	
記録の中の本人の言葉	
記録の中の職員の解釈	
足りない情報・確かめたいこと	
だれに確かめるか	
次の関わり（本人と相談すること）	
書き直した記録	

 ｜ CC BY 4.0

講師用ガイド（1 ／ 17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 1　表紙

福祉教育ラボの公開研修教材です。ウェブ教材「介護過程を学ぶ」（全 5 ユニット）をもとに、アセスメントの段階（情報収集・解釈・関連付け・統合化・課題の明確化）と、ケアプランの流れ（原案・サービス担当者会議・説明と同意・個別サービス計画・モニタリング・再アセスメント）を、架空の 2 つの事例で学べるように組み立てました。全体で約 2 時間 50 分です。 2 回に分けるときは、 1 回目を単元 1 ・ 2 、 2 回目を単元 3 ・ 4 にします。

スライド 2　この研修について

研修のねらいと時間配分を最初に示します。

分けて使う例： 1 回目（約 85 分）＝導入＋単元 1 ＋単元 2 。 2 回目（約 85 分）＝単元 3 ＋単元 4 ＋まとめ。 2 回目の最初に、単元 2 の B さんの課題（巻末シート 3 ）をふりかえってから始めます。

2 回に分けるときは、 2 回目の冒頭に研修の約束（スライド 3 ）の確認とシート 3 のふりかえりを約 3 分入れます（単元 3 のロールプレイのふりかえりを 5 分→ 3 分、まとめを 4 分→ 3 分にして出します）、まとめ（スライド 43 ～ 47 ）は最後の回に入れます。どの組み合わせでも、研修の約束は必ず入れてください。

スライド 3　はじめに：この研修の約束

最初に全員で確かめます。事例はすべて架空です。ワークでは、実際の利用者や職員の話を持ち込まないようにします。どうしても職場の例を話すときは、名前・部署・日時・病名など、特定につながる情報を外します。

講師用ガイド（2 ／ 17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 4　この教材の根拠の示し方

札は、その内容の根拠の種類を示します。とくに「法令」と「養成教育の整理」を混ぜないことが大切です。アセスメントの段階の分け方（情報収集・解釈・関連付け・統合化・課題の明確化）は法律で決まったものではなく、介護福祉士の養成教育で広く使われる整理で、教科書によって分け方や呼び方が違います。

スライド 5　事前チェック｜〇か × か、直感で答えてみましょう

答えはまだ言いません。最後に同じ問題でもう一度答えます（スライド 44 ・ 45 ）。時間の目安は 3 分。

スライド 6　登場人物： 2 つの事業所の人たち

B さんの事例は、ウェブ教材・もとの記事の架空の事例をもとに、研修用に情報を足しています。 C さんの事例は、この研修のために作った架空の事例です。どちらも実在の人物・施設とは関係ありません。

スライド 7　この研修の地図： 2 つの輪

介護職が行う「介護過程」と、介護支援専門員が行う「ケアマネジメント」は、目的もつくる人も違いますが、同じ利用者を支える 2 つの輪として重なっています。日本介護福祉士養成施設協会の研修資料も、ケアプランは介護支援専門員が、個別介護計画は介護福祉職がつくると整理しています。この研修では、 2 つの輪が重なるところ（会議・計画の連携・モニタリングへの情報）を確かめます。

スライド 8　単元 1 なぜ介護過程か

時間配分の目安：場面と最初の問い 2 分／中心にあるもの・専門性 6 分／歴史 4 分／生活者と意思決定支援 5 分／ワーク 6 分／まとめ 2 分。

講師用ガイド（3 ／ 17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 9　場面 1 ｜ 17:00 記録の時間

「書類の手順だと思う」「そうとは限らない」で手を挙げてもらいます。書類が多くて大変、という実感は否定しません。そのうえで、書類は何のためにあるのかを考えます。

スライド 10　介護過程の中心にあるもの

日本介護福祉士養成施設協会の教員研修の資料は、介護過程を「利用者が望む生活を実現するために取り組む、科学的思考と実践のプロセス」と説明しています。 4 つの段階（アセスメント・計画・実施・評価）は、一方向に進むのではなく、循環するものとされています。

問いかけ：食事介助で、介護過程の考え方にあたるのは？ → この人が食事の時間に何を大切にしているか／今日の体調で、いつもの方法が合っているか／うまくいかなければ方法を見直す。「全員に同じ手順で」だけでは個別性が見えなくなります。

スライド 11　介護福祉士の専門性と、介護過程

法律は、介護福祉士を「心身の状況に応じた介護」を行う者と定めています（社会福祉士及び介護福祉士法 第 2 条第 2 項）。「心身の状況に応じる」ためには、状況を把握し判断することが欠かせません。第 47 条第 2 項は、福祉サービス関係者等との連携を求めています。

日本介護福祉士会は、専門性の一つに「介護過程の展開による根拠に基づいた介護実践」を掲げています。厚生労働省の 2018 年の資料では、介護過程は 150 時間の教育内容で、見直しの背景に「介護過程におけるアセスメント能力や実践力」の向上が挙げられています。

講師用ガイド（4 ／ 17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 12　善意から、根拠のある援助へ

19 世紀以降の慈善の活動には、貧困の原因を個人に求めたり、援助する相手を選別したりする側面もありました。リッチモンドの著作（1917 年『社会診断』、1922 年『ソーシャル・ケースワークとは何か』）は、本人と生活環境の情報を丁寧に捉え、根拠を検討しながら援助する方法の体系化に役立ちました。ただし、リッチモンドが今日の介護過程を直接つくったという意味ではありません（FEL の考察）。歴史と思想の関係づけには、福祉教育ラボの解釈を含みます。

スライド 13　望みと意思を持つ生活者として

1948 年の世界人権宣言（国連）以降、障害者の権利運動やノーマライゼーション、自立生活運動などが広がりました。国際的な思想の歴史と日本の資格制度の歴史は、関係しながらも別の歴史です（一直線には描けません）。

本人の希望を聞けば、それで解決するわけではありません。実際の選択は、情報・時間・経済状況・家族関係・利用できるサービスに左右されます。

厚生労働省の意思決定支援ガイドライン（認知症の人を対象、2018 年、第 2 版 2025 年）は、意思形成支援・意思表明支援・意思実現支援を示しています。対象は認知症の人ですが、「意思を丁寧にくみ取る」考え方は、B さんの場面を考える手がかりになります（B さんに認知症があるという設定ではありません）。

講師用ガイド（5 ／ 17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 14　ワーク：「おまかせします」に、どう返す？

ペアで 6 分。 1 人が B さん役、 1 人がナオさん役で、 2 分ずつ交代し、最後の 2 分で気づきを話します。 B さん役は「そうねえ……みなさんにおまかせします」から始めます。

ねらいは、正しい返し方を当てることではなく、本人が意思を形づくり、表しやすくなる返し方を試すことです。例：選べることを具体的に伝える（午前・午後、少人数・大勢、話す・作業する）、急がずに「今決めなくても大丈夫」と伝える、別の日にもう一度聞く。

スライド 15　単元 1 のまとめ：なぜ介護過程か

最初の問いに戻ります。もとのウェブ教材のユニット 1 〜 3 で、問いと演習をくり返し確かめられます（ https://fukushi-edu-lab.com/learning/care-process/ ）。

スライド 16　単元 2 アセスメントを深める

時間配分の目安：場面と最初の問い 3 分／ 5 つの段階と情報カード 5 分／①情報収集とワーク 1 10 分／②解釈 5 分／③関連付けとワーク 2 12 分／④統合化 4 分／⑤課題の明確化とワーク 3 9 分／まとめ 2 分。

グループは 4 〜 5 人。巻末シート 1 〜 3 を配ります。

スライド 17　場面 2 ｜ 14:00 午後の集団活動

「意欲が下がったと思う」「そうとは限らない」で手を挙げてもらいます。この単元では、アセスメントの段階を 1 つずつたどりながら、この問いに答えていきます。最初から結論を言わないでください。

講師用ガイド（６／17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 18　アセスメントの 5 つの段階

アセスメントの範囲や段階の分け方は、教科書によって違います。ここでは、介護福祉士の養成教育で広く使われる整理（情報収集→解釈→関連付け→統合化→課題の明確化）を使います。日本介護福祉士養成施設協会の教員研修資料も、アセスメントに情報収集・分析（解釈）・統合・生活課題の抽出を含めています。

ケアマネジャーのアセスメントについて、居宅介護支援の運営基準は、利用者の能力や置かれている環境等の評価を通じて「解決すべき課題」を把握することを求めています（第 13 条第 6 号）。言葉は違っても、情報を集めて課題を明らかにする、という点は共通しています。

スライド 19　B さんの情報カード（研修用の架空の情報）

カード 1 ・ 2 ・ 4 と、午後の活動が減っていることは、ウェブ教材と記事の架空の事例にある情報です。ほかのカードは、研修のために足した架空の情報です。

実際のアセスメントでは、本人に何をどう聞くか、だれから情報を得るか（本人の同意、家族、介護支援専門員、主治医など）にも配慮します。

講師用ガイド（7 ／ 17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 20　①情報収集：事実・本人の言葉・職員の解釈を分ける

記録では、観察した事実、本人の言葉、職員の解釈を区別して書きます（教材ユニット 5 ）。区別するのは、だれが見ても同じ結論にするためではなく、別の見方を検討できるようにするためです。

ワーク 1 の答えの例：本人の言葉＝ 1 ・ 2 ・ 9 ／事実（観察・記録・家族などから）＝ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 （情報源の列で、記録・観察・家族を区別します）／職員の解釈＝ 10 。 4 ・ 5 は観察した事実ですが、だれがいつ見たかを書いておくと、ほかの職員と照らし合わせやすくなります。 10 の「意欲低下」は職員の解釈で、事実ではありません。

スライド 21　②解釈： 1 つの情報に、いくつもの意味

解釈は「当てはめ」ではなく、可能性を並べることから始めます。たとえば「昼食のあと、うとうとしている」は、午前の活動の疲れ、膝の痛みでよく眠れていない、退屈、食後の自然な眠気、服薬の影響など、いくつもの可能性があります。服薬や病気に関わることは、介護職だけで判断せず、看護職・主治医・介護支援専門員と確かめます。

「もっと声をかけて誘う」という最初の考えは、「意欲低下」という 1 つの解釈だけから出ていました。

講師用ガイド（８／１７）｜話す要点と、問いの答え

スライド 22　③関連付け： ICF の枠組みで、情報をつなぐ

ICF （国際生活機能分類、 2001 年 WHO 総会で採択）は、健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子を相互に関連づけて生活を捉える枠組みです。個人因子は、 ICF の分類コードとしては分類されていません。 ICF は介護計画を直接つくる手順ではなく、生活を多面的に理解するための共通言語です。

配置の例：健康状態＝膝の不調（診断名は主治医に確かめる、６）／心身機能＝膝の痛み、疲れやすさ（１・５・６）／活動＝立ち上がり、移動、庭仕事（６・８）／参加＝午後の集団活動の減少、午前の少人数での会話（３・４）／環境因子＝午後の大人数の活動、一人暮らし、自宅の庭（３・７）／個人因子＝園芸が好き、遠慮しがち？（２・７・９）。

関連付けの例： １＋５＋６→ 午後の疲れ／２＋７＋８→ 園芸への思いと、転倒後に庭に出にくくなったこと／４＋９→ 少人数なら話しやすいが、大勢では遠慮している？

スライド 23　④統合化：その人の生活の全体像にまとめる

統合化は、関連づけた情報を、その人の生活の物語としてまとめることです。文章にすると、どこが確かめられた事実で、どこがまだ仮説なのかが見えてきます。

例文は教育のための一例です。グループごとに違う全体像になってかまいません。大切なのは、根拠となる情報番号を示せることです。

講師用ガイド（9／17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 24　⑤課題の明確化：本人の望みから、生活課題を書く

生活課題（ニーズ）は、職員から見た「問題」だけでなく、本人の望みと、それを妨げている状況から書きます。主語を本人にすると、だれのための課題かがはっきりします。

優先順位は、安全（転倒など）、本人の望み、緊急性、本人とチームが取り組めるか、などを考えて、本人と相談して決めます。

ワーク 3 の例：①「好きな園芸の話や作業を、疲れすぎない時間と場所で楽しみたい」②「膝の痛みがあっても、転ばずに安心して移動したい」。②は安全に関わるため、医療職・介護支援専門員と共有します。

スライド 25　単元 2 のまとめ：アセスメントを深める

最初の問いに戻ります。単元 3 では、この課題から目標と計画を立て、ケアマネジメントの流れとつなげます。 2 回に分けるときは、ここで 1 回目を終えます。

スライド 26　単元 3 計画から 再アセスメントまで

時間配分の目安：場面と最初の問い 2 分／目標と計画 8 分／実施と評価 6 分／ケアマネジメントの流れ 12 分／ 2 つの輪のつながり 5 分／担当者会議のロールプレイ 18 分（準備 3 分・会議 10 分・ふりかえり 5 分）／まとめ 4 分。

スライド 27　場面 3 ｜ 9:30 朝の申し送り

ウェブ教材ユニット 5 の場面と問いです。「順番どおりに進めると思う」「そうとは限らない」で手を挙げてもらいます（ 2 分）。この単元では、目標・計画・実施・評価と、ケアマネジメントの流れをたどりながら、この問いに答えます。

講師用ガイド（10 ／ 17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 28　目標：本人を主語に、確かめられる形で

長期目標・短期目標の名前や期間は、事業所や書式によって違います。ここでは、教育のための例として示します。大切なのは、①本人を主語にする、②本人が望む生活とつながっている、③あとで確かめられる（評価できる）ことです。

例：長期目標「好きな園芸を通して、楽しみと人とのつながりを持ち続ける」。短期目標「午前中の少人数の園芸活動に、週 1 回、疲れすぎずに参加できる」。短期目標は、評価のときに「疲れすぎなかったか」を本人に確かめることになります。

スライド 29　計画：だれが・いつ・何を・どのように

計画は、ほかの職員が読んでも同じように関われるように、具体的に書きます。ただし、マニュアルのように一律にするためではなく、本人の様子に合わせて調整する余地も書いておきます。

通所介護の場合、通所介護計画は事業所の管理者が作成し、利用者の心身の状況・希望・環境を踏まえて、目標と具体的なサービスの内容を書きます（指定居宅サービス等基準 第 99 条第 1 項）。介護職は、その作成のためのアセスメントや計画案づくりに関わります。

講師用ガイド（11 ／ 17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 30　実施と評価：その日の様子を確かめ、次へつなぐ

実施では、計画を守ることだけでなく、今日の本人の状態や意思に照らして関わり方を調整します。通所介護の従業者は、計画に従ったサービスの実施状況と目標の達成状況を記録します（第 99 条第 5 項）。

評価では、「参加したか」だけでなく、疲れや満足感、本人の言葉を確かめます。目標に近づいたか、計画は合っていたか、新しく分かったことはないか。新しい事実が出てきたら、もう一度アセスメントに戻ります。

B さんの例（研修用の架空の情報）：3 回試すと、園芸活動には毎回参加し「楽しい」と話した。一方、2 回目の帰りに「最近、家の中でもつまずきそうになる」と話した。

スライド 31　ケアマネジメントの流れ（居宅介護支援の運営基準）

居宅介護支援の運営基準 第 13 条の主な流れです。①課題の把握（アセスメント、第 6 号）は、利用者の居宅を訪問し、利用者と家族に面接して行います（第 7 号）。②原案には、利用者と家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、目標と達成時期、サービスの種類・内容などを書きます（第 8 号）。③サービス担当者会議で、担当者から専門的な見地からの意見を求めます（第 9 号）。④原案を説明し、文書で利用者の同意を得て（第 10 号）、計画を利用者と担当者に交付します（第 11 号）。⑤事業者に、訪問介護計画など個別の計画の提出を求めます（第 12 号）。⑥実施状況の把握（継続的なアセスメントを含む）と、必要に応じた変更（第 13 号）。変更には、第 3 号〜第 12 号（アセスメント・原案・サービス担当者会議・説明と文書による同意・交付・個別の計画の提出を求めること）が準用されます（第 16 号）。

講師用ガイド（12 ／ 17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 32　サービス担当者会議

第 9 号のサービス担当者会議は、介護支援専門員が、利用者と家族の参加を基本としつつ、原案に位置づけたサービスの担当者を招集して行います。テレビ電話装置等を使うこともでき、利用者や家族が参加する場合は、その活用について同意を得ます。目的は、利用者の状況等の情報を担当者と共有し、原案の内容について担当者から専門的な見地からの意見を求めることです。

介護職の役割：日々の関わりで見えている事実と本人の言葉を、解釈と分けて伝える。専門用語だけでなく、本人と家族に分かる言葉で話す。

スライド 33　ケアプランと個別の計画、モニタリング

通所介護計画は、既に居宅サービス計画（ケアプラン）が作成されている場合は、その内容に沿って作成し（第 99 条第 2 項）、利用者または家族に説明して利用者の同意を得て（第 3 項）、利用者に交付します（第 4 項）。介護支援専門員は、事業者に個別の計画の提出を求めます（第 13 条第 12 号）。

モニタリングは、少なくとも月に 1 回利用者に面接し、原則として居宅を訪問して行い、月に 1 回結果を記録します。一定の条件（文書による同意、主治医や担当者などの合意など）を満たす場合は、少なくとも 2 か月に 1 回の訪問とし、訪問しない月はテレビ電話装置等で面接できます（第 14 号）。モニタリングには、継続的なアセスメントが含まれます（第 13 号）。

講師用ガイド（13 ／ 17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 34　2 つの輪がつながる： B さんの場合

B さんの例（研修用の架空の流れ）：①デイサービスの評価で「家の中でもつまずきそうになる」という新しい事実が分かる → ②事業所から介護支援専門員に伝える → ③介護支援専門員がモニタリングの訪問で本人と家族に確かめ、再アセスメント（家の中の段差、膝の痛み、主治医の意見など）→ ④ケアプランの変更の原案（例：住宅の手すりなどの検討、デイサービスでの立ち上がりの練習の位置づけ）→ ⑤サービス担当者会議 → ⑥説明・同意・交付 → ⑦デイサービスは、変更後のケアプランに沿って通所介護計画を見直す。

ケアプランの変更の扱いは、変更の内容によって違うことがあります。具体的な手続きは、介護支援専門員と確かめます。

スライド 35　ロールプレイ：サービス担当者会議

5 人組で 18 分（準備 3 分・会議 10 分・ふりかえり 5 分）。役： B さん、娘さん、介護支援専門員（司会）、デイサービスの生活相談員、介護職（ナオさん）。人数が少ないときは、生活相談員と介護職を 1 人で担当します。

議題：「家の中でもつまずきそうになる」という新しい事実を受けて、ケアプランの変更の原案（研修用の架空の案）について意見を出し合う。

配慮：本人役が話す時間を必ずとる。娘さん役は「心配だから、デイサービスを増やしてほしい」など、本人と少し違う意向を持つ設定にします。正解の結論はありません。

スライド 36　単元 3 のまとめ：計画から再アセスメントまで

最初の問いは、ウェブ教材ユニット 5 の問いです。単元 4 では、施設での事例で、記録を読み直す練習をします。

講師用ガイド（14 ／ 17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 37　単元 4 現場で回し続ける

時間配分の目安：場面と施設の計画 5 分／記録の読み直し（個人ワーク） 8 分／次の関わりと記録の注意 5 分／まとめ 2 分。

スライド 38　場面 4 ｜火曜日の午前 入浴の時間

「嫌いだと思う」「そうとは限らない」で手を挙げてもらいます。 C さんの事例は、この研修のために作った架空の事例です。病名などの設定はありません。

スライド 39　施設では：施設サービス計画と、入浴の決まり

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）では、管理者が介護支援専門員に施設サービス計画の作成を担当させます（第 12 条第 1 項）。計画担当介護支援専門員は、入所者と家族に面接してアセスメントを行い、原案を作り、サービス担当者会議や担当者への照会で意見を求め、文書で同意を得て交付します。作成後は、実施状況を把握し（継続的なアセスメントを含む）、定期的に面接し、結果を記録して、必要に応じて変更します（第 12 条）。

第 13 条第 2 項は、 1 週間に 2 回以上、適切な方法により入浴させ、又は清しきすることを定めています。入浴できない日にどう清潔を保つかも、計画で考えます。

講師用ガイド（15 ／ 17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 40　ワーク：「入浴拒否」の記録を読み直す

個人で 8 分。巻末シート 5 を使います。

読み直しの例：「声をかけた」は事実。「拒否」は職員の解釈。「次回再誘導」は職員の予定です。本人の言葉は記録にありません。首を横にふったことも記録に残っていません（足りない情報）。

再アセスメントで分かったこと（研修用の架空の情報）：本人に時間をかけて聞くと「朝はいや。寒いのよ」と話した。娘さんによると、自宅では長く夕方に入浴していた。脱衣所の室温は、朝は低めだった。以前、女性の職員がいいと話したことがある。

次の関わりの例：入浴の時間帯を本人と相談する（午後や夕方を試す）、脱衣所を温めておく、同性の職員が対応できるか検討する、入浴できない日は本人と相談して清拭などで清潔を保つ。無理に入浴させることは、本人の尊厳を損ないます。計画担当介護支援専門員と共有し、施設サービス計画の見直しにつなげます。

スライド 41　次の関わりと、記録で気をつけること

記録の書き方の例（夕方の提案への返事は、研修用に想定した例です）：「10 時、浴室への誘いに首を横にふり『朝はいや。寒いのよ』と話す。脱衣所の室温は◯℃。夕方の入浴を提案すると『それならいい』と答える」。

個人情報：介護の記録には、心身の状況など、とくに配慮が必要な情報が多く含まれます。個人情報保護委員会と厚生労働省の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（令和 8 年 4 月一部改正）を、事業所の規程とあわせて確かめます。研修やカンファレンスで事例を使うときは、本人が特定されないように配慮します。

講師用ガイド（16 ／ 17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 42　単元 4 のまとめ：現場で回し続ける

最初の問いに戻ります。介護過程は、利用者を理解しつくすための万能な仕組みではなく、くり返し問い直すための方法です（ウェブ教材 ユニット 5 、 FEL の考察）。

スライド 43　2 つの輪を、本人を中心に回し続ける

研修全体のまとめです。介護職の介護過程と、介護支援専門員のケアマネジメントは、目的もつくる人も違いますが、同じ本人の生活を支えています。 2 つの輪をつなぐのは、事実と本人の言葉を分けて書いた記録と、会議での意見です。

スライド 44　事後チェック｜もう一度、〇か × か

研修のはじめと同じ問題です。答えが変わったところに印をつけてもらいます。時間の目安は 2 分。

スライド 45　答えと、ふりかえり

答えが変わった問題を、隣の人と 1 つ話してもらいます（ 1 分）。 2 と 3 は養成教育の整理と記録の考え方、 4 ・ 6 は指定居宅介護支援等基準 第 13 条、 5 は指定居宅サービス等基準 第 99 条にもとづきます。

スライド 46　明日から試すことを、 1 つだけ

個人で 3 分。書いた目標は提出しなくてかまいません。 1 か月後に、職場の会議や申し送りで「試してみてどうだったか」を話す機会をつくると、研修の効果を確かめやすくなります。

講師用ガイド（17 ／ 17）｜話す要点と、問いの答え

スライド 47　この教材を使うときに

この教材は CC BY 4.0 です。出典（福祉教育ラボ・教材名・ URL ）とライセンスを示し、改変した場合はその旨を示せば、改変・再配布できます。引用した第三者の文章と福祉教育ラボのロゴは、このライセンスの対象外です。

法令・基準・ガイダンスは改正されます。使う時点で、 e-Gov や厚生労働省のページで確かめてください。運営基準の解釈や、事業所ごとの手続きは、保険者や介護支援専門員と確かめます。