

# アセスメント③

## 情報の関連付け／ニーズ抽出 ケアプランの文章作成

■ケアマネジャーのための業務の質の向上と省力化を  
同時に実現する具体策シリーズ 第3回

天晴れ介護サービス総合教育研究所 株式会社  
代表取締役 榊原 宏昌

# ご受講にあたって

## ■第1部 19:30～21:00

zoomセミナー（参加者の**お名前やお顔は出ません**）

ご意見/ご感想/ご質問（チャット）に対し**リアルタイムに応答**

※「**すべてのパネリスト**」宛にチャットをお願いします

## ■第2部 21:00～21:30

**希望者**による口頭でのご質問・ご相談・他の参加者との交流等  
参加者の**お名前やお顔は出ます**（ビデオOFFは可能）

■事前に資料送付、セミナー後に「**動画データ**」と「**資料**」を送付します

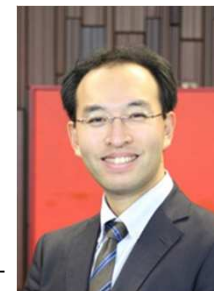
※急用やネット環境不良等の場合は後日動画でご視聴下さい

※**法人内のみ**のご活用にとどめて下さい

■動画+資料は**一般販売**もさせていただきます（**以前のものもご視聴可能!**）

# 講師プロフィール

昭和52年、愛知県生まれ 介護福祉士、介護支援専門員  
京都大学経済学部卒業後、特別養護老人ホームに介護職として勤務  
社会福祉法人、医療法人にて、生活相談員、グループホーム、居宅ケアマネジャー、  
有料老人ホーム、小規模多機能等の管理者、新規開設、法人本部の仕事に携わる  
15年間の現場経験を経て、平成27年4月「介護現場をよくする研究・活動」を目的として独立



著書、雑誌連載多数。講演、コンサルティングは年間300回を超える  
4児の父、趣味はクラシック音楽。ブログ、facebookは毎日更新中、日刊・週刊のメルマガ配信中  
Zoomセミナー、動画講座も配信中。介護の読書会、介護現場をよくするオンライン・コンサルティング 主催  
天晴れ介護サービス総合教育研究所 <https://www.appare-kaigo.com/> 「天晴れ介護」で検索

- HMS介護事業コンサルタント ■WJU介護事業運営コンサルタント
- C-M-A-S介護事業経営研究会スペシャリスト ■全国有料老人ホーム協会 研修委員
- 日本福祉大学 社会福祉総合研修センター 兼任講師 ■一般社団法人 考える杖 理事
- 稲沢市介護保険事業計画策定委員会、地域包括支援センター運営協議会、地域密着型サービス運営委員会委員
- 出版実績：日総研出版、中央法規出版、ナツメ社、メディカ出版、その他多数
- 平成20年第21回G Eヘルスケア・エッセイ大賞にてアーリー・ヘルス賞を受賞
- 榊原宏昌メールアドレス sakakibara1024@gmail.com

# 介護現場をよくする研究・活動



- facebook、ブログ等を毎日更新、情報発信
- メルマガ（日刊：介護の名言、週刊：介護現場をよくする研究&活動通信）
- 以上の情報はHP（「天晴れ介護」で検索）よりどうぞ

# はじめに

コロナの影響で、サービスの提供体制が不安定な今だからこそ、アセスメントの力が問われると思います。

本当に必要なサービスとは何か？ニーズは？目標は？  
利用者本人とご家族はどのような暮らしを望んでいるのか？  
そもそも、要介護状態になる前は、どのような暮らしを営んでいたのか？  
そして、要介護状態になった今、「〇〇〇〇〇」たいものとは何か？

こうしたことへの理解と共感と分析が、  
ケアマネジメントには重要だと考えます。

利用者本人やご家族はもちろんのこと、  
サービス事業所、医療機関、行政、地域住民から  
信頼されるケアマネジャーになるために。  
必要とされる考え方と仕事の方法論をお伝えするシリーズです。

# 第3回の内容

## 1. 情報収集

- ・まず、広く情報を集める、ということ。料理で言えば、材料を買う（収穫）段階
- ・第1次チーム編成実施

## 2. 課題分析Ⅰ（基本情報・課題分析項目の整理）

- ・厚生労働省が定める23の課題分析標準項目に沿って情報を整理する
- ・料理に例えれば、材料の下ごしらえをする、という段階にあたる

## 3. 課題分析Ⅱ（ICF思考による関連付け分析）

- ・課題分析Ⅰで整理した情報が自動的にICFシートにコピーされる
- ・それぞれの情報の相互関連性を視覚的に分かるようにする

## 4. 課題分析Ⅲ（ケアプラン6領域分析）

- ・課題分析の目的とは「ニーズを導き出すこと」。整理した情報を分析し、ニーズを抽出する
- ・「ケアプラン6領域」を使ったニーズ抽出の技術、第2表の文章が自動的にできあがる！
- ・第2次チーム編成

## 5. ケアプラン立案

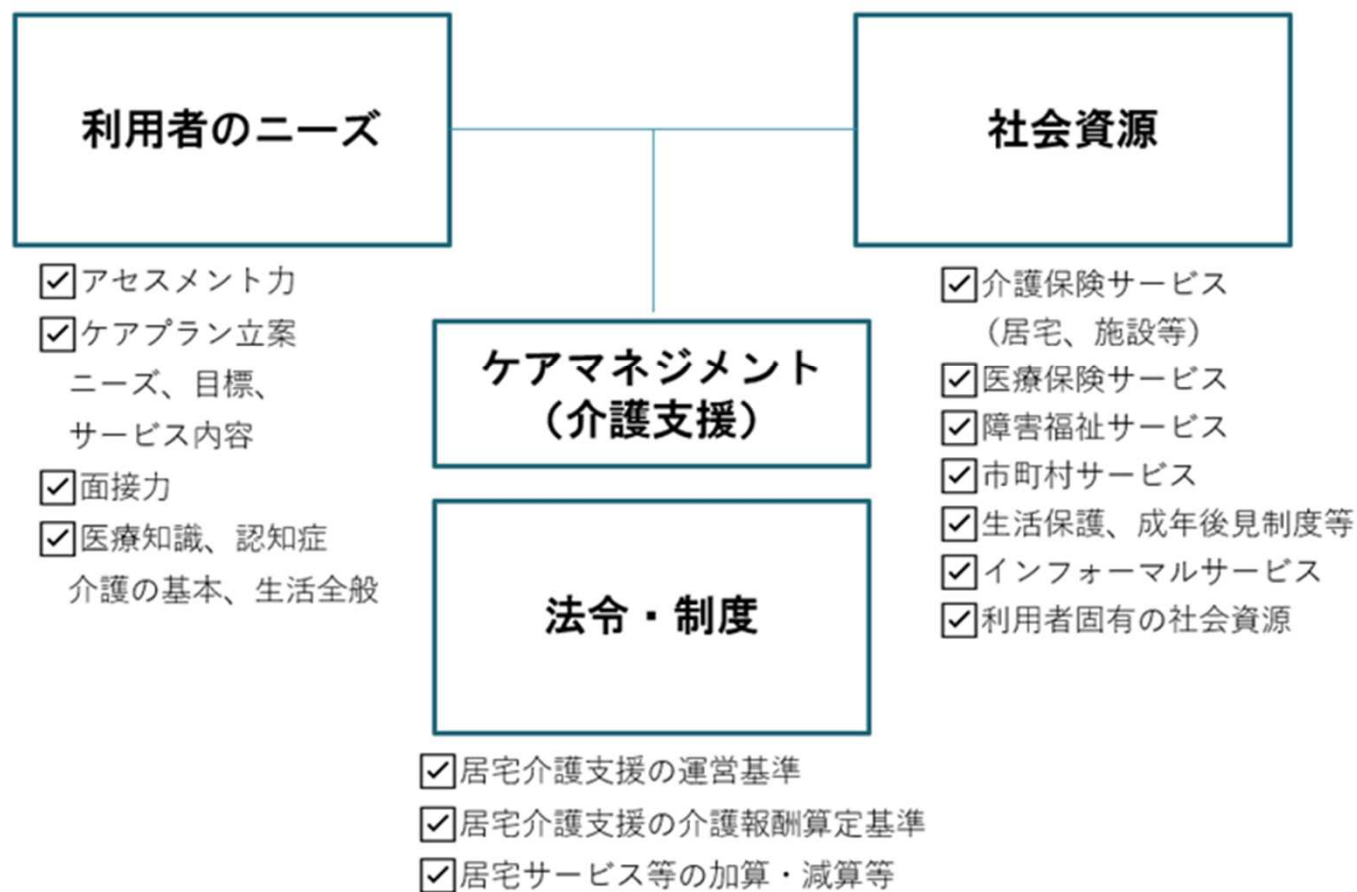
- ・課題分析Ⅲの段階ですでにニーズの文章ができあがっている
- ・料理に例えれば、調理の段階。利用者の健康や嗜好に配慮した料理ができあがったか？
- ・予防プラン、施設ケアプラン、記録について

## 6. サービス担当者会議、モニタリング、支援経過記録

➢情報の分析  
➢ニーズや目標の抽出  
➢第2表の文章が自動的にできる! ?

# ケアマネジメントとは

「利用者のニーズ」と「社会資源」を結びつけるのが「ケアマネジメント」  
つまり、ケアマネジャー（介護支援専門員）の仕事！



# ケアマネジャー—具体策セミナー

ICF思考による関連付け分析



# ICF思考による関連付け分析

課題分析Ⅱ ICF思考による関連付けシート

**■基本情報(抜粋)**

利用者氏名	上原 綾子 様
性別	女性
生年月日・年齢	昭和3年6月5日 (84歳)
世帯区分	独居
本人の主訴	元気がなり、この家で再び夫と楽しい老後を過ごしたい
家族の主訴	長年心臓を患って居るが、できる限りの事は自分で済ませて自立を望まれているように思われる。特に介護、人の話をし、運動を促して完成になって欲しい。
障害者手帳	A2
認知症診断	なし
介護保険(要介護)	要介護1(要支援1から変更)
医療保険	後継高齢者医療
障害者手帳	なし
生活保護	なし
成年後見	なし
サービス種類・事業所名 (インフォーマル含む)	高齢者の在宅介護管理指導 訪問看護 訪問リハ 訪問介護 福祉用具(ベッド、手すり) 訪問介護 配食
その他	

**■健康状態**

項目	着目点・項目	内容
1	健康状態	現在健康状態良好、長年心臓を患っているが、できる限りの事は自分で済ませて自立を望まれているように思われる。特に介護、人の話をし、運動を促して完成になって欲しい。 医師からの指示 処方、投薬内服など 処方薬等 処方薬等の服用 処方薬等の服用 処方薬等の服用 処方薬等の服用
2	病状・症状	高血圧 糖尿病 脂質異常症 腎臓病 認知症 その他
8	じょうぶ・皮膚の状態	皮膚病 皮膚病 皮膚病 皮膚病 皮膚病 皮膚病 皮膚病 皮膚病
9	口腔衛生	口腔内の状態 口腔内の状態 口腔内の状態 口腔内の状態 口腔内の状態 口腔内の状態 口腔内の状態 口腔内の状態
10	食事摂取	食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取
予後・予測・リスク		転倒リスク、移動能力低下、心不全悪化

**■BPSD・特別な状況**

項目	着目点・項目	内容
11	認知行動	認知行動 認知行動 認知行動 認知行動 認知行動 認知行動 認知行動 認知行動
14	特別な状況	特別な状況 特別な状況 特別な状況 特別な状況 特別な状況 特別な状況 特別な状況 特別な状況
予後・予測・リスク		

**■心身機能・身体構造**

項目	着目点・項目	内容
1	健康状態	健康状態 健康状態 健康状態 健康状態 健康状態 健康状態 健康状態 健康状態
4	認知	認知 認知 認知 認知 認知 認知 認知 認知
5	コミュニケーション能力	コミュニケーション能力 コミュニケーション能力 コミュニケーション能力 コミュニケーション能力 コミュニケーション能力 コミュニケーション能力 コミュニケーション能力 コミュニケーション能力
7	病状・症状	病状・症状 病状・症状 病状・症状 病状・症状 病状・症状 病状・症状 病状・症状 病状・症状
10	食事摂取	食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取
予後・予測・リスク		認知症が進行すると、健康管理が今以上にできなくなる

**■活動**

項目	着目点・項目	内容
2	ADL	ADL ADL ADL ADL ADL ADL ADL ADL
7	病状・症状	病状・症状 病状・症状 病状・症状 病状・症状 病状・症状 病状・症状 病状・症状 病状・症状
10	食事摂取	食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取 食事摂取
予後・予測・リスク		転倒、移動能力低下、トイレの失敗増える、閉じこもり、精神不安

**■参加**

項目	着目点・項目	内容
3	IADL	IADL IADL IADL IADL IADL IADL IADL IADL
6	社会との関わり	社会との関わり 社会との関わり 社会との関わり 社会との関わり 社会との関わり 社会との関わり 社会との関わり 社会との関わり
予後・予測・リスク		

**■その他の気づきメモ**

その他の気づきメモ  
その他の気づきメモ  
その他の気づきメモ  
その他の気づきメモ  
その他の気づきメモ  
その他の気づきメモ  
その他の気づきメモ  
その他の気づきメモ

**■環境因子**

項目	着目点・項目	内容
12	介護力	介護力 介護力 介護力 介護力 介護力 介護力 介護力 介護力
13	居住環境	居住環境 居住環境 居住環境 居住環境 居住環境 居住環境 居住環境 居住環境
予後・予測・リスク		危険で転倒の危険がある、車の出入りあり衛生状態悪、長男の負担増、孤立する

**■家族図**

家族図  
家族図  
家族図  
家族図  
家族図  
家族図  
家族図  
家族図

**■家屋図**

家屋図  
家屋図  
家屋図  
家屋図  
家屋図  
家屋図  
家屋図  
家屋図

**■個人因子**

項目	着目点・項目	内容
生活様式	生活様式	生活様式 生活様式 生活様式 生活様式 生活様式 生活様式 生活様式 生活様式
予後・予測・リスク		

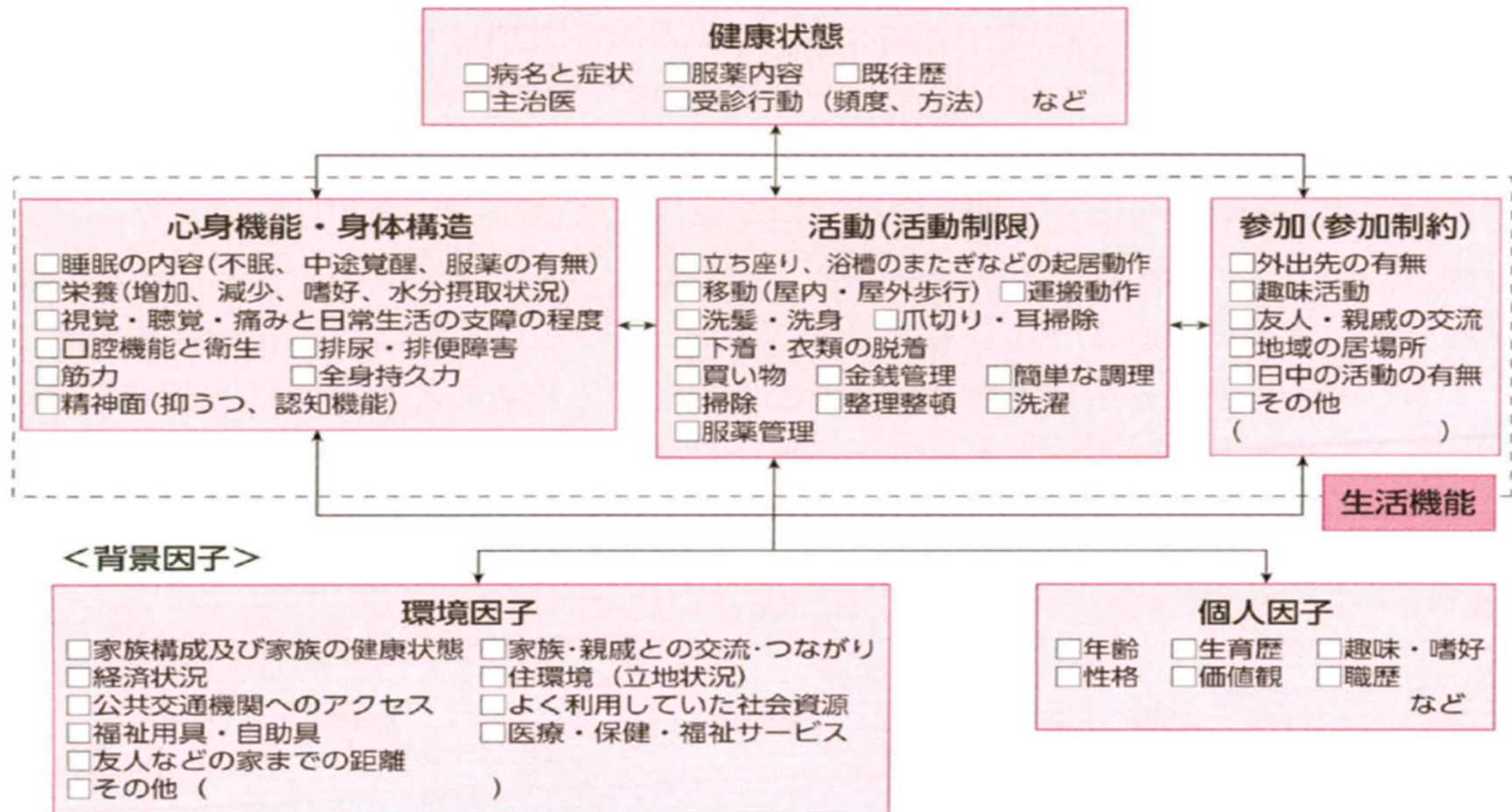
# ICF思考による関連付け分析

- ・ 課題分析 I で整理した情報が、自動入力で I C F の関連図に移行
- ・ キーワードになりそうなものにマーカーを引く
- ・ それぞれのキーワードの関連性を矢印で表現  
原因→結果となるが、結果がまた他のキーワードの原因となりうる
- ・ 老年症候群、廃用症候群の悪循環の構造を読み解く
- ・ 「分析」とは？

**「情報」と「情報」を組み合わせて、  
「新たな情報」を得ること**

# ICF思考による関連付け分析

■ 図2-1-7 ICF の記入内容（例）



長寿社会開発センター「八訂 介護支援専門員基本テキスト」

# ICF思考による関連付け分析

## 目標と目的の違い

- ・ 目標とは具体的なものであり、目的とは方向性を示すもの
- ・ 目的とは、それによって実現しようとしていることの意義や意味を示す
- ・ 目標とは、目的が示す方向での具体的なある1点を示すもの。山登りと言えば頂点や尾根を目指す。

## 参加レベルの目標と、その具体像としての活動レベルの目標

- ・ 参加レベルの目標である「主婦としての役割を果たす」には、  
「炊事、洗濯、買い物等」の様々な活動についての目標によって裏づけられている
- ・ したがって、活動と参加レベルの目標とは同時に決定されるべきもの
- ・ 必要に応じてその活動レベルの目標のために必要な心身機能レベルの目標を決める

**※活動の予後は、健康状態や心身機能の予後だけで決まるのではない**

**※逆に活動の目標から心身機能の目標を決める**

## チーム全体としての一つの目標

- ・ 共通目標、役割分担、相互協力、チームには本人と家族も含まれる
- ・ 実現可能性について、科学的予後予測に基づく目標設定は大きなテーマ

長寿社会開発センター「七訂 介護支援専門員基本テキスト」を参考

# ICF思考による関連付け分析

脳卒中（健康状態）

→右半身麻痺（心身機能）

→A D L、家事×（活動）

→主婦としての役割果たせない（参加）

だから、麻痺を治すしかない？

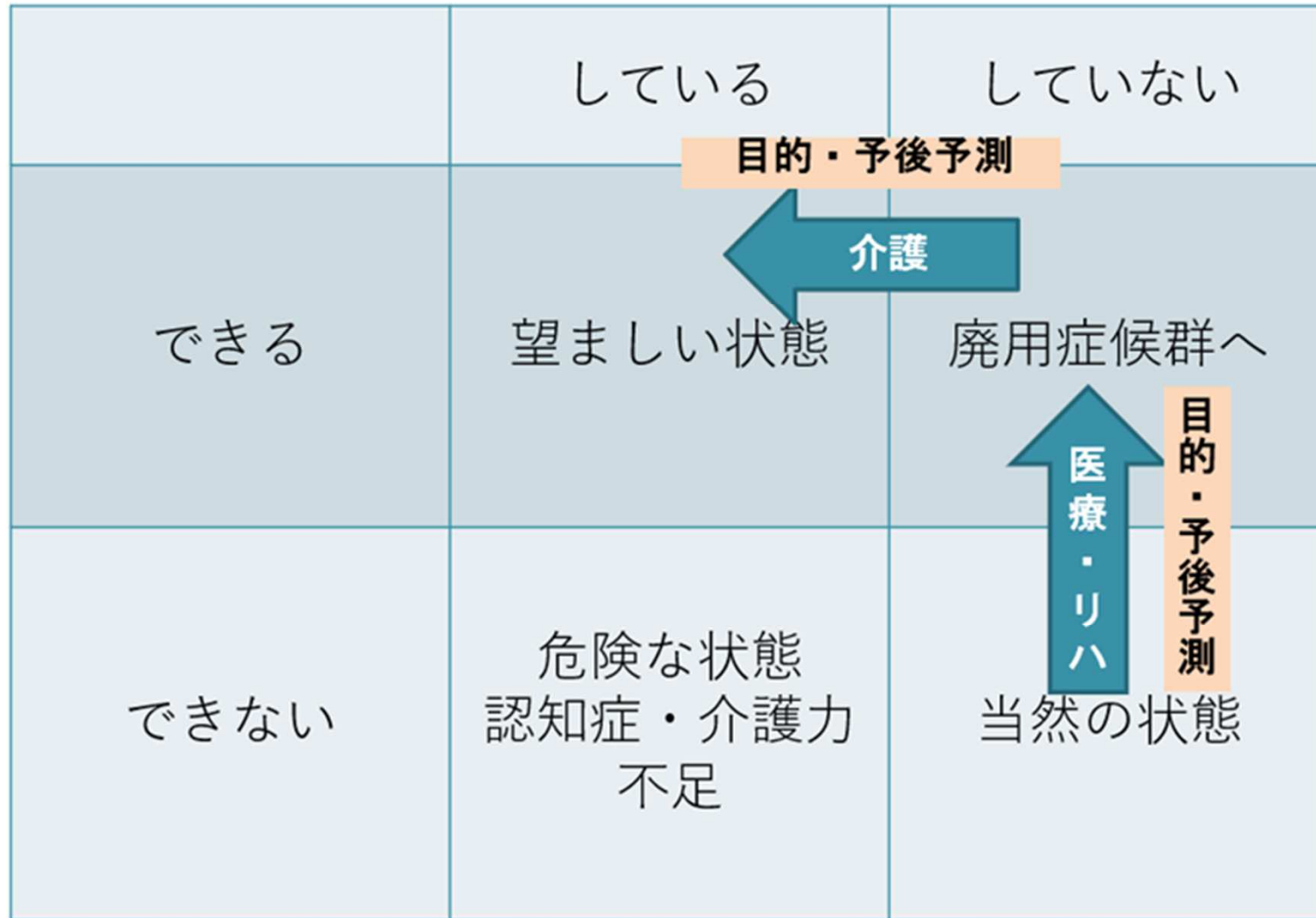
麻痺が治らなくても、進行していても、  
歩行補助具等を使って「できる活動」の向上訓練をし、  
「している活動」に対し適切な介助（日常の歩行介助等）をしていけば歩ける

「環境整備」「道具」「やり方の工夫」「練習」「できない部分の介助」「介助指導」で、  
心身機能は改善しなくても、活動レベルを向上させることができる。

もちろん、「心身機能」が改善すればなおよい！

長寿社会開発センター「七訂 介護支援専門員基本テキスト」を参考

# ICF思考による関連付け分析



# ケアマネジャー—具体策セミナー

ニーズ・目標の抽出

# ニーズ・目標の抽出

☑ 6つのニーズとは？

1. 健康管理
2. ADLの自立、重度化予防
3. IADL支援、家事、生活管理
4. 認知症症状の緩和、進行予防
5. 社会交流、意欲、楽しみ
6. 介護者支援

- ・ アセスメント項目名でなく、ニーズ名であることに注意
- ・ ○○のケアプランは必要かな？という視点で、整理した情報を見直してみる。



# ニーズ・目標の抽出

①の場合、なぜ転倒の危険があるか？

例えば脳梗塞の後遺症であったり、パーキンソン病であったり、変形性膝関節症の痛みが原因かもしれない。そして、原因によって解決の方法も変わってくることが多いものによって、ニーズをあいまいでなく、明確なものにするために、困り事の原因もニーズの文章に入れるようにしている。つまり、このような形になる

- ① **原因** 脳梗塞の後遺症  
→ **困り事** 転倒の危険がある
- ② **原因** 糖尿病  
→ **困り事** カロリー制限が必要
- ③ **原因** 認知症  
→ **困り事** 物忘れが出てきた
- ④ **原因** 認知症  
→ **困り事** 場所が分からなくなることがある

# ニーズ・目標の抽出

通常、困り事の裏返しが短期的には意向となることが多い。

「困りごとの裏返し」 + 「生活歴・生活習慣」 = 「意向」

- ① **原因** 脳梗塞の後遺症
  - **困り事** 転倒の危険がある
  - **意向** これまでのように散歩を楽しみたい
- ② **原因** 糖尿病
  - **困り事** カロリー制限が必要
  - **意向** おいしい食事を摂りたい
- ③ **原因** 認知症
  - **困り事** 物忘れが出てきた
  - **意向** これまでと同じように家族と仲良く暮らしたい
- ④ **原因** 認知症
  - **困り事** 場所が分からなくことがある
  - **意向** なじみのスーパーで買い物をしたい

# ニーズ・目標の抽出

これらを「(原因)のため、(困り事)だが、(意向)たい」という型に従ってつなげると、以下のような文章が出来上がる

- ①脳梗塞の後遺症のため、転倒の危険があるが、これまでのように散歩を楽しみたい。
- ②糖尿病のため、カロリー制限が必要だが、おいしい食事を摂りたい。
- ③認知症のため、物忘れが出てきたが、これまでと同じように家族と仲良く暮らしたい。
- ④認知症のため、場所が分からなくなることがあるが、なじみのスーパーで買い物をしたい。

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

# ニーズ・目標の抽出

表 6つのニーズ分析から導き出されるニーズの例

ニーズ領域	着目点・細目	原因	現状・困り事	意向	家族 各職種（医師・看護職・ リハビリ職等）の意見	優先 順位
1. 健康管理	疾病の管理 症状緩和 看護処置 体力全般の課題 口腔ケア 食事の摂取状況 排泄の頻度や便秘 の有無 入浴の頻度	心不全があり	健康の維持に不安があるが	自宅での生活を続けたい	【医師】 塩分を1日7g以下にしてください。薬は飲み忘れないように注意してください。	
2. ADLの自立 重度化予防	移乗・移動動作 食事の動作 排泄の動作 着脱衣 入浴の動作	下肢の筋力低下のため	ふらつくことが多くなってきたが	いつまでも歩いて暮らしたい	【リハビリ職】 週に3日は屋外の散歩をしましょう。 【家族】 週に3日くらいなら一緒に散歩できます。身の回りのことは自分でできてほしい。	
3. IADL支援 家事 生活管理	食事に関する行為 電話 金銭管理 掃除 整理 洗濯 火気の管理 戸締まり 冷暖房の調節 ゴミ出し	脳梗塞を起こしてから	家事は嫁まかせだが	家の中のことは少しでも自分でやりたい	【ケアマネジャー】 洗濯と寝室の掃除を日課にしましょう。 【家族】 できることは今のままでいてほしいので協力します。	

# ニーズ・目標の抽出

4. 認知症症状の緩和 進行予防	中核症状の確認 コミュニケーション能力 BPSD（精神症状・行動障害）	時間や場所が分からなくなり	混乱することがあるが	自分の予定は自分で確認して納得したい	【デイサービス介護職】 家族と協力して、カレンダーを作成し、確認しやすくしたいと思います。
5. 社会交流意欲 楽しみ	近所付き合い・友人 なじみの喫茶店 美容院 スーパーマーケット 趣味活動 家庭内や地域での役割	物忘れが出てから	趣味から遠ざかっていたが	30年来の趣味を思い出し、豊かな気持ちで暮らしたい	【医師】 楽しみを持つことは進行の予防につながるので、ぜひお願いしたい。 【デイサービス介護職】 お好きな編み物を再開してほしい。デイサービスの中でも仲間ができるとういと思う。
6. 介護者支援	介護者の1日のスケジュール 時間帯・動作別介護負担 ストレス軽減 介護者への介護技術指導 介護者の理解 独居・高齢者世帯 日中独居	一つひとつの行動から目が離せず	介護者の疲労がたまっているため	休養の時間を確保する必要がある	【ケアマネジャー】 ショートステイなどを活用して休養する時間を持ちましょう。 【家族】 頑張りすぎてしまうので、今後気を付けたい。

# ニーズ・目標の抽出

## 必要プラン

- ・ここまでは、ニーズの文章について、主に〇〇したいという書き方を紹介してきた
- ・それに対して、「〇〇が必要」という書き方もある
- ・どちらかという、サービス提供者側の発想であるとして推奨されていない文章例
- ・しかし現実的には、例えば主治医の意見や、主に介護をしている家族の意見として、このように表現しないとしっかりこない場合もある
- ・その時には、「〇〇が必要（主治医の意見として）」のように、位置付けを明確にするのも一つの方法

# ニーズ・目標の抽出

## ニーズ文例

### ◆健康管理

- ・拘縮があるため、自分で身体が動かさず痛みを伴うこともあるが、苦痛なく穏やかな気持ちで暮らしたい。
- ・脳梗塞のため、飲み込みが悪く食事量が減っているが、以前のようにしっかり食べて元気になりたい。

### ◆ADLの自立，重度化予防

- ・失行があり、食器をうまく使って食べられないが、恥ずかしいので食器を使って食べたい。
- ・入浴や着替えの介助は妻の負担が大きいため、できるだけ自分でやれるようにしたい。

### ◆IADL支援，家事，生活管理

- ・足元がおぼつかないが、自分の部屋の片付けや整理整頓はできるようになりたい。
- ・少し物忘れ始まったが、お金の管理は人任せにせず、自分で思うようにやりたい。

### ◆認知症症状の緩和，進行予防

- ・物忘れや勘違いがあっても、家族に迷惑をかけずに生活したい。
- ・昔から外出することが好きだったので、不意に出かけなくなる時がある。そんな時は、付き添って安全を確保してほしい。

### ◆社会交流，意欲，楽しみ

- ・難聴があるが、家族や親しい人とのおしゃべりを楽しみたい。
- ・脳梗塞の後遺症で軽い麻痺があるが、デイケアの友人である〇〇さんのように編み物に挑戦したい。

### ◆介護者支援

- ・介護者である妻が心不全であり、治療・休養が必要である。
- ・長男・長女は遠方に住んでいるので、体調が悪くなった時のことが不安だが、自宅で安心して暮らしたい。

# ニーズ・目標の抽出

## ニーズ

原因（～のため）	脳梗塞の後遺症による 左半身マヒのため
困りごと（～だが）	転倒の危険があるが
意向（～したい） ※困り事の裏返し＋ 生活歴・生活習慣	トイレに行くなどの自分のことは 自分でしたい

## 目標

サービス内容 （～することで）	1. 排泄動作、移動の訓練をすることで 2. 手すりの設置、段差解消をすることで
目標 ※意向から作成 （～することができる）	トイレに行くなどの身の回りのことは 自分で行うことができる



# ニーズ・目標の抽出

## ニーズ

原因（～のため）

困りごと（～だが）

意向（～したい）  
※困り事の裏返し＋  
生活歴・生活習慣

## 目標

サービス内容  
（～することで）

目標 ※意向から作成  
（～することができる）

# ニーズ・目標の抽出

課題分析Ⅲ ケアプラン6領域から導き出されるニーズと目標、社会資源との連携(第2表の下書き)

ケアプラン 6領域	ニーズ				見通し目標・サービス内容案 ※ニーズの「意向」から作成する。通常は短期目標となる。				第2次チーム編成 ※サービス内容を固める	
	原因 (~のため)	現状・困りごと (~だが)	意向 (~したい) ※困りごとの裏返し+ 生活歴・生活習慣	優先 順位	サービス内容 (~することで)	目標 (~することができる)	サービス内容 (~することで)	目標 (~することができる)	相談する社会資源 ※~することで、の サービス提供者	相談内容 ※~することで、の 具体策を相談
1. 健康管理										
						(長期・短期)		(長期・短期)		

■ ニーズの文章

■ 短期・長期目標  
+ サービス内容

■ サービス担当者  
第2次チーム編成

■ サービス内容

# ニーズ・目標の抽出

課題分析Ⅲ ケアプラン6領域から導き出されるニーズと目標、社会資源との連携(第2表の下書き)

ケアプラン 6領域	着目点・細目	ニーズ				見通し(目標・サービス内容案) ※ニーズの「意向」から作成する。通常は短期目標となる。				第2次チーム編成 ※サービス内容を固める	
		原因 (~のため)	現状・困りごと (~だが)	意向 (~したい) ※困りごとの裏返し+ 生活歴・生活習慣	優先 順位	サービス内容 (~することで)	目標 (~することができる)	サービス内容 (~することで)	目標 (~することができる)	相談する社会資源 ※~することで、の サービス提供者	相談内容 ※~することで、の 具体策を相談
1. 健康管理	疾病の管理 症状緩和 看護処置 体力全般の課題 口腔ケア 食事の摂取状況 排泄の頻度や便秘の有無 入浴の頻度										
						(長期・短期)		(長期・短期)			
2. ADLの自立 重度化予防	移乗・移動動作 食事の動作 排泄の動作 着脱衣 入浴の動作										
						(長期・短期)		(長期・短期)			
3. IADL支援 家事 生活管理	食事に關する行為 電話 金銭管理 掃除・整理 洗濯 火気の管理 戸締り 冷暖房の調節 ゴミ出し										
						(長期・短期)		(長期・短期)			
4. 認知症状 の緩和 進行予防	中核症状の確認 コミュニケーション能力 BPSD(精神症状・行動障 害)										
						(長期・短期)		(長期・短期)			
5. 社会交流 意欲 楽しみ	近所付き合い・友人 なじみの喫茶店 美容院 スーパーマーケット 趣味活動 家庭内や地域での役割										
						(長期・短期)		(長期・短期)			
6. 介護者支援	介護者の1日の スケジュール 時間帯・動作別介護負担 ストレス軽減 介護者への介護技術指導 介護者の理解 独居・高齢者世帯 日中独居										
						(長期・短期)		(長期・短期)			

# ニーズ・目標の抽出

第2表

## 居宅サービス計画書（2）

利用者名 E田 F男 殿

作成年月日 平成〇年8月20日

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標		援助内容					
	長期目標（期間）	短期目標（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
脳梗塞を起こしたため、囲碁にはもう行けないかと心配だが、仲の良い友人もいるため、できるだけ続けたい	日帰りでもよいので、夫婦での旅行を再開することができる (平成〇年8月25日～平成〇年1月31日)	脳梗塞になる前のように囲碁に行き、友人との時間を楽しむことができる (平成〇年8月25日～平成〇年10月31日)	基会所への送迎、見守り		知人 家族	〇〇様 妻	週1回 週1回	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
			基会所の知人への助言	○	ケアマネジャー	〇〇	月1回	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
脳梗塞の後遺症で左半身麻痺があるため、転倒の危険があるが、トイレに行くなどの自分のことは自分でしたい	自宅のお風呂に一人で入ることができる (平成〇年8月25日～平成〇年1月31日)	トイレに行くなどの身の回りの自分のことは自分で行うことができる (平成〇年8月25日～平成〇年10月31日)	排泄動作、移動動作の訓練 (状況について連携をとること)	○	訪問リハビリ 通所介護	〇〇リハビリ センター 〇〇デイサービス	週2回 週2回	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
			一人で身体を洗う練習	○	通所介護	〇〇デイサービス	週2回	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
			ベッド、車いすの使用	○	福祉用具貸与	〇〇福祉用具	毎日	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
			手すりの設置、段差解消	○	住宅改修	〇〇福祉用具	毎日	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
妻も高齢で腰や膝に痛みがあるため、夫を介助することに不安があるが、できることはしてあげたいと思う（妻）	夫婦2人で自宅で生活し続けることができる (平成〇年8月25日～平成〇年1月31日)	無理のない範囲で妻に介護技術を学んでもらうことができる (平成〇年8月25日～平成〇年10月31日)	移乗、移動、排泄動作の介助方法の指導	○	訪問リハビリ 家族	〇〇リハビリ センター 妻	週2回 週2回	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
降圧剤の服用を忘れてしまうことがあるが、きちんと服用して、自宅での生活を続けたい	脳梗塞を再発して入院することなく、自宅で生活することができる (平成〇年8月25日～平成〇年1月31日)	確実に薬を飲むことができる (平成〇年8月25日～平成〇年10月31日)	定期的な病院受診の介助 薬のセッティング		家族 本人・家族	妻 本人・妻	月2回 毎日	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

説明・同意日

年 月 日

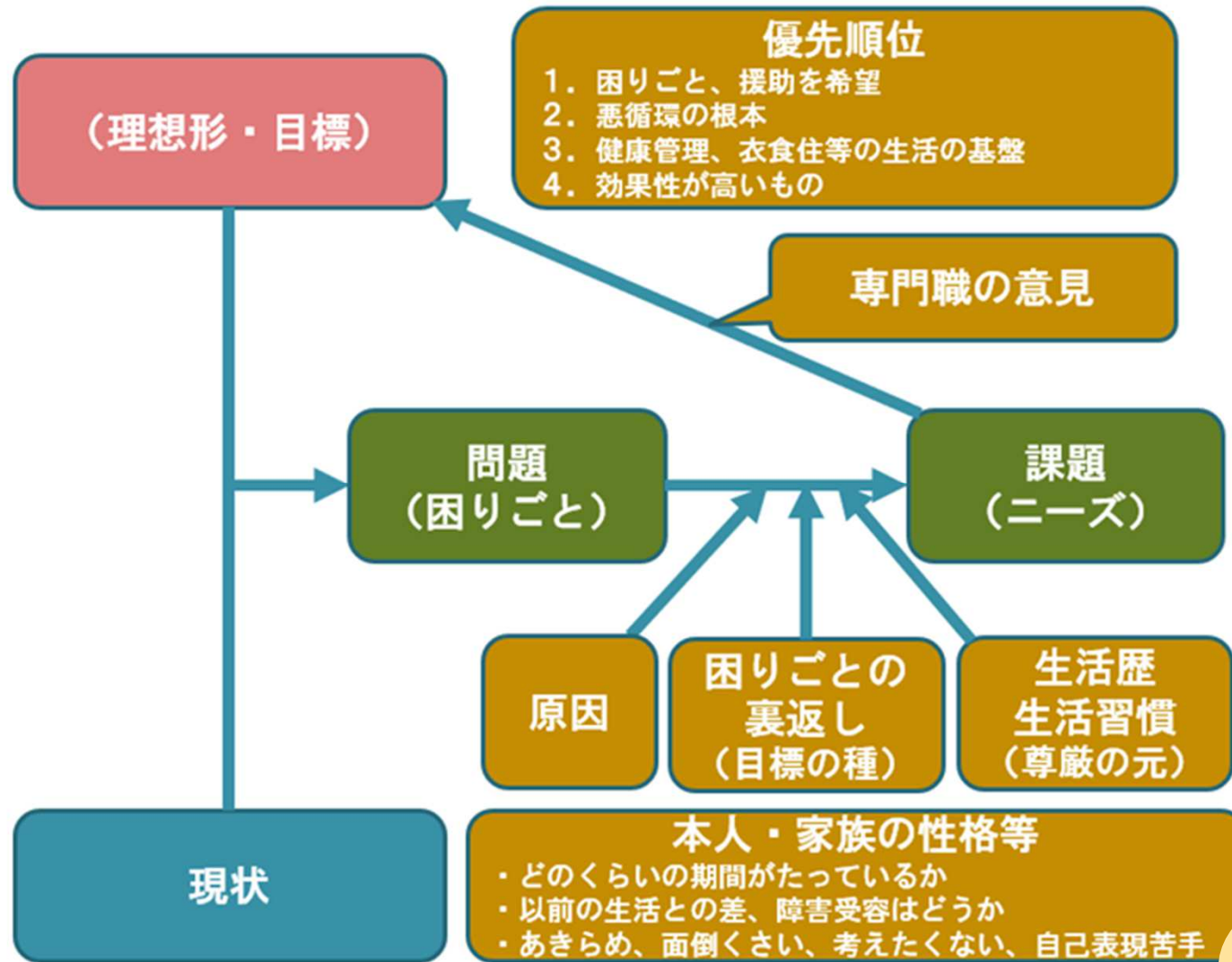
利用者同意欄

印

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

# ニーズ・目標の抽出



# ケアマネジャー具体策セミナー

ケアプラン立案

# ケアプラン立案( 第1 表)

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 平成〇年8月23日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 E田 F男 殿 生年月日 昭和〇年 3月 3日 住所 A市B区C町〇〇  
 居宅サービス計画作成者氏名 〇〇〇〇  
 居宅介護支援事業者・事業所及び所在地 〇〇〇〇  
 居宅サービス計画作成(変更)日 平成〇年 8月 20日 初回居宅サービス計画作成日 平成〇年 8月 20日  
 認定日 平成〇年 8月 13日 認定の有効期間 平成〇年 8月 1日 ~ 平成〇年 1月 31日

要介護状態区分	要介護1 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	[本人] 退院して家に帰れるのを楽しみにしている。ただ、家に帰ってもちゃんと生活ができるかが不安。妻の体の具合がよくないのも心配。 [妻] 退院後は夫と一緒に自宅で暮らしたいと思っているのですが、自分は腰や膝が痛いので、十分な世話ができるか心配。このまま連れて帰っても、やっていけるのか不安。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
総合的な援助の方針	脳梗塞の再発を防いで、今の体調や機能を維持し、自宅での生活を継続することができるよう健康管理に努めます。 また、転倒することがないように、寝室、廊下、トイレの環境を整えると共に、積極的に過ごすために、歩行訓練や排泄動作の練習を行い、基会所に行つて知人との交流ができるように支援します。 ※緊急連絡先 E田 G子様(妻) TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 E田 H男様(長男) TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 ※希望緊急搬送先:A市民病院 脳神経外科 TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2. 家族が障害、疾病等 3. その他 ( )
居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。	説明・同意日 年 月 日 利用者同意欄

# ケアプラン立案( 第1 表)

## 利用者及び家族の生活に対する意向

- ・第1表で重要なのは、まず「利用者及び家族の生活に対する意向」
- ・「及び」となっているので、利用者と家族の両方を指す
- ・だが、ここでは改めて考える必要はない。すでに、**基本情報の「主訴」**の中にこの項目があるはず。  
基本情報の主訴を、本人・家族それぞれこの欄に転記する

## 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

- ・この欄には、介護保険証の情報をそのまま記入
- ・ほとんどが「なし」だが、「あり」であった場合には、ケアマネジャーはケアプランを作成する上で留意（サービスの指定がある場合、ほかのサービスは保険給付の対象にならない）しなければならない

## 総合的な援助の方針

- ・先ほどの意向を受けて、専門職の見解も加えた上で、どのような援助方針の下でサービスを行うかを記入
- ・次の第2表「居宅サービス計画書（2）」では、一つひとつのニーズや目標、サービス内容を書くが、それらを総合した方針ということになる
- ・よって、この欄は**第2表を仕上げから書くようにする**とよい
- ・第2表で一つひとつの困り事や意向の解決を図りながら、総合的な方針を検討するのが効率的



# ケアプラン立案(第2表)

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 E田 F男 殿

作成年月日 平成〇年8月20日

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		援助内容					
	長期目標(期間)	短期目標(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
脳梗塞を起こしたため、囲碁にはもう行けないかと心配だが、仲の良い友人もいるため、できるだけ続けたい	日帰りでもよいので、夫婦での旅行を再開することができる (平成〇年8月25日～平成〇年1月31日)	脳梗塞になる前のように囲碁に行き、友人との時間を楽しむことができる (平成〇年8月25日～平成〇年10月31日)	基会所への送迎、見守り		知人家族	〇〇様妻	週1回 週1回	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
			基会所の知人への助言	○	ケアマネジャー	〇〇	月1回	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
脳梗塞の後遺症で左半身麻痺があるため、転倒の危険があるが、トイレに行くなどの自分のことは自分でしたい	自宅のお風呂に一人で入ることができる (平成〇年8月25日～平成〇年1月31日)	トイレに行くなどの身の回りの自分のことは自分で行うことができる (平成〇年8月25日～平成〇年10月31日)	排泄動作、移動動作の訓練 (状況について連携をとること)	○	訪問リハビリ通所介護	〇〇リハビリセンター 〇〇デイサービス	週2回 週2回	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
			一人で身体を洗う練習	○	通所介護	〇〇デイサービス	週2回	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
			ベッド、車いすの使用	○	福祉用具貸与	〇〇福祉用具	毎日	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
			手すりの設置、段差解消	○	住宅改修	〇〇福祉用具	毎日	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
妻も高齢で腰や膝に痛みがあるため、夫を介助することに不安があるが、できることはしてあげたいと思う(妻)	夫婦2人で自宅で生活し続けることができる (平成〇年8月25日～平成〇年1月31日)	無理のない範囲で妻に介護技術を学んでもらうことができる (平成〇年8月25日～平成〇年10月31日)	移乗、移動、排泄動作の介助方法の指導	○	訪問リハビリ家族	〇〇リハビリセンター妻	週2回 週2回	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日
降圧剤の服用を忘れてしまうことがあるが、きちんと服用して、自宅での生活を続けたい	脳梗塞を再発して入院することがなく、自宅で生活することができる (平成〇年8月25日～平成〇年1月31日)	確実に薬を飲むことができる (平成〇年8月25日～平成〇年10月31日)	定期的な病院受診の介助 薬のセッティング		家族 本人・家族	妻 本人・妻	月2回 毎日	平成〇年8月25日～平成〇年10月31日

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。 説明・同意日 年 月 日 利用者同意欄 印

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

# ケアプラン立案( 第2 表)

## 生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)

- ・これは、**6つのニーズ分析ですでに検討済み**。優先順位も付いているので、そのとおりの順番に、そのとおりの文章をコピー・ペーストすればOK

## 短期目標

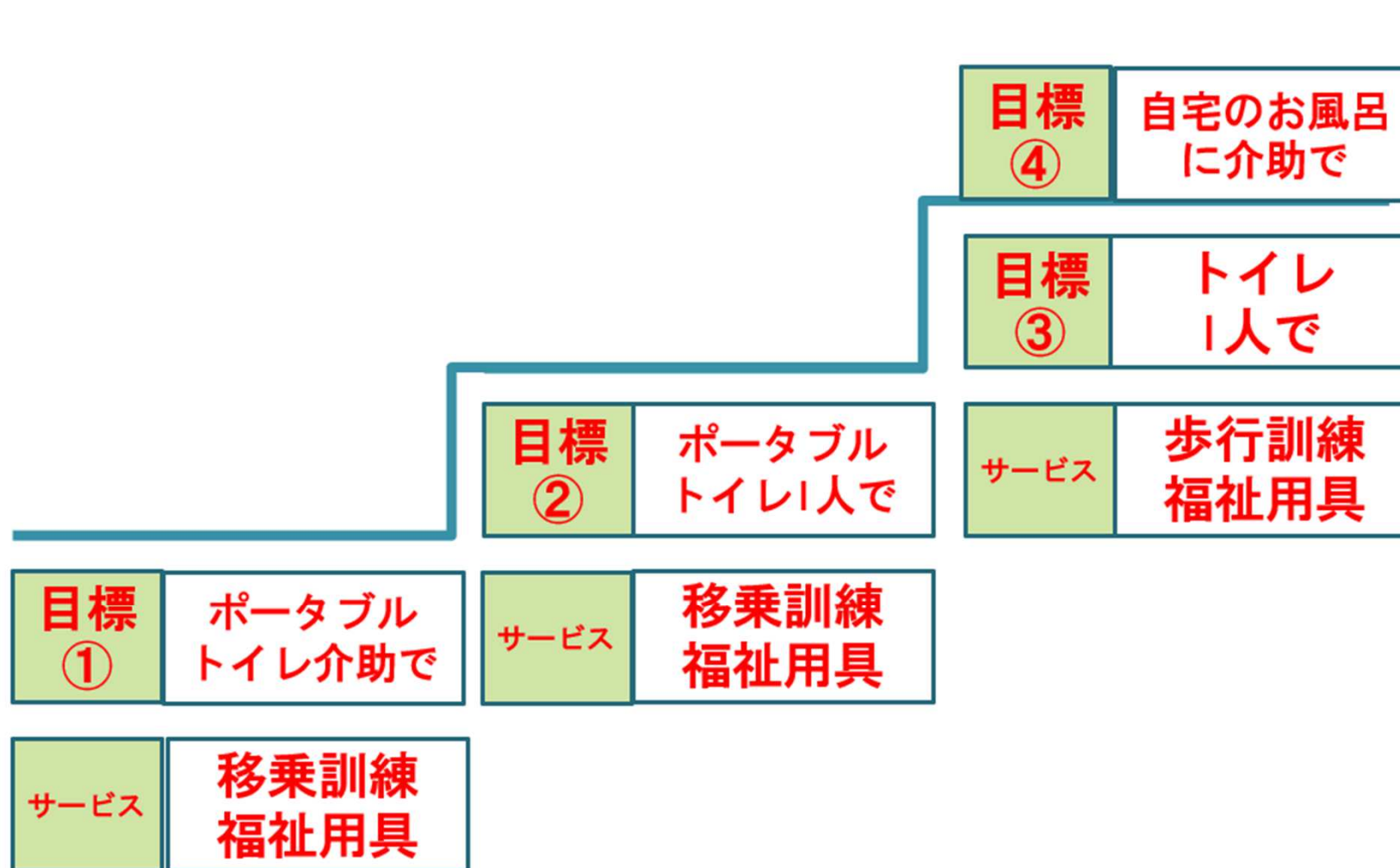
- ・まず「短期目標」を定める。そして、この「短期目標」は、**ある程度までは「ニーズ」の文章から自動的に作成する**ことができる
- ・例えば、「脳梗塞の後遺症のため、転倒の危険があるが、これまでのように散歩を楽しみたい」というニーズだった場合、意向を示しているのは、最後の「これまでのように散歩を楽しみたい」の部分
- ・では、「これまでのように」とは、具体的にはどのような散歩なのか？  
「ペットの犬を連れて歩く」「2 km 先の〇〇神社まで歩く」「1 km 先の喫茶店に行く」など
- ・しかし、**短期的な目標としては、現在の心身機能の状態では難しいこともある**
- ・そこで、**この半年間ないしは3カ月間などの短期目標期間**においては「まず家の周りを散歩できるようになりましょうか？」といったような提案が生まれてくる
- ・それに利用者が同意できれば、短期目標が成立するという流れ
- ・先ほどの「ペットの犬を連れて歩く」などは長期目標にする、ということもできる。
- ・目標は、**「〇〇できる」「〇〇できるようになる」「〇〇できる状態になる」「〇〇の状態を維持する」**  
という基本型で統一すると便利

# ケアプラン立案( 第2 表)

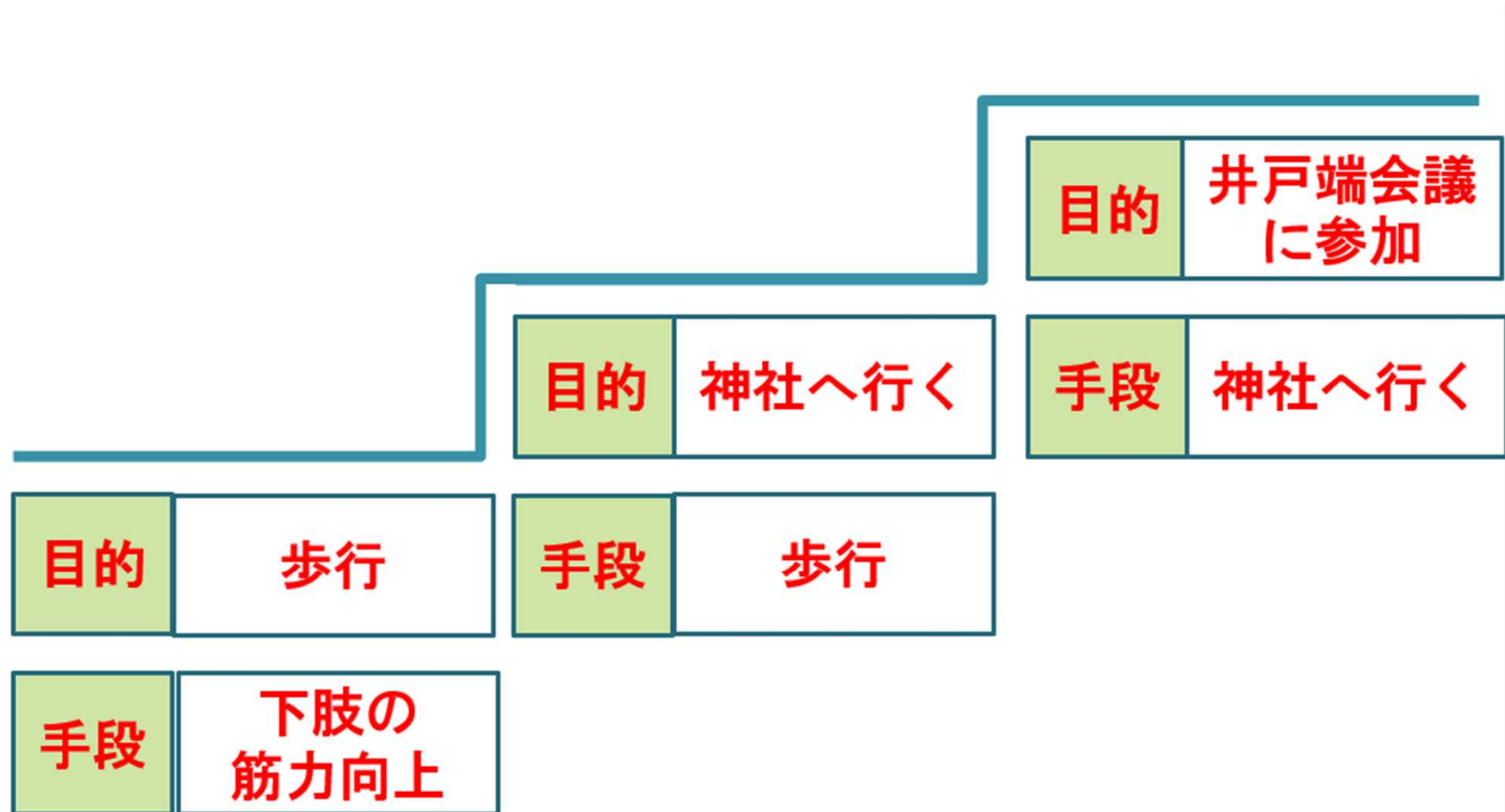
## 長期目標

- ・長期目標としては、先に挙げた「ペットの犬を連れて歩く」「2 km 先の〇〇神社まで歩く」「1 km 先の喫茶店に行く」としてもよい
- ・ただ、実現が不可能であることは書くべきではない
- ・医師やリハビリ職と相談して、心身機能の状態 に応じた目標を設定するようにする
- ・いずれにしても、この目標を定める時に必要なのがアセスメントで得た情報
- ・基本情報で得た「生活歴」「一日の過ごし方」「暮らしの情報」をフル活用する
- ・利用者が目標と考える生活像が見えてくる
- ・階段のイメージ

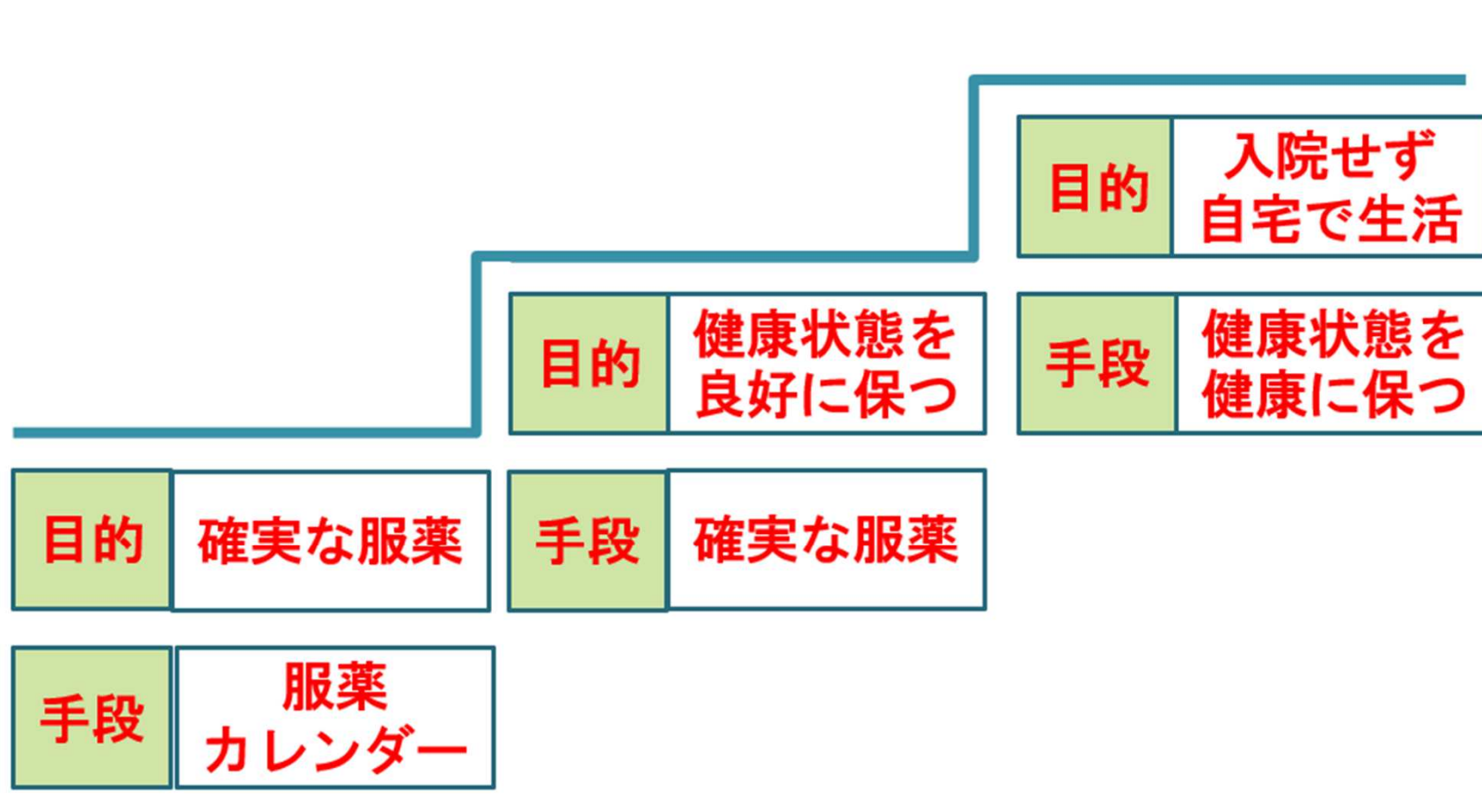
# 目標設定( ステップアップ )



# 目標設定(手段・目的)



# 目標設定(手段・目的)



# ケアプラン立案( 第2 表)

## サービス内容

- ・目標が定まれば、必要なサービス内容というのは、介護経験豊かな皆さんならいろいろ思いつくはず
- ・ただし、**適切に専門職に相談する姿勢は重要!**
- ・先ほどの家の周りの散歩であれば、例えば、理学療法士による歩行訓練、4点杖の使用、玄関から屋外に出やすいような住宅改修などが考えられる
- ・あとは、それを行うサービスを位置付けて終了
- ・また、**各サービス間の連携に関する内容**があれば記載しておくことも重要  
→単品ではなく、パッケージ

ニーズを把握することはできる。目標を考えることはできる

例えば、脳梗塞の後遺症で片麻痺がある方が、

一人でトイレに行けるようになる、という目標を立てたとする。

しかし、**そのために「どんな訓練を行えばよいか」は分からない!!!**

→専門職に相談するしかない

→これこそ多職種協働のケアマネジメント

→**適切な専門職に「相談できるプロ」になるべき**ではないか

# ケアプラン立案( 第2 表)

## ☑ 出来上がったケアプランのチェック

- ・ここまでに第1表、第2表が完成しましたが、適切なプランになっているか、ケアプランの逆読みをしてチェックする
- ・まず第2表のサービス種別を見る。ここにはデイサービスや訪問看護、福祉用具貸与などのサービスが入る。そして、サービス内容に戻る。「このサービス種別で、このサービス内容を行えるかな？」と考える。OKであれば次に進む
- ・では、「このサービス内容を行ったら、短期目標は達成されるかな？」と考える
- ・次に、「この短期目標が達成されたら、ニーズは満たされるかな？」と考える
- ・そして「今回のプランを実施することで、長期目標の達成に近づくかな？」と考える
- ・今度は第1表に戻り「“長期目標”は“総合的な援助の方針”と整合性があるかな？」と問う
- ・最後に、「“総合的な援助の方針”でサービスを行ったら、“本人 及び家族の生活に対する意向”はかなえられるかな？」と考える
- ・こうして、ケアマネジャーが位置付けたサービスが、最終的に利用者・家族の意向をかなえることにつながるか、確認するようにする

利用者の氏名	居宅サービス計画書(2)		作成年月日		年月日	
	生活全般の解決 すべき課題(ニーズ)	目標	サービス内容	※1	※2	備考
	長期目標(明確)	短期目標(明確)				

← 反対方向からケアプランを読んでみる

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。 説明・同意日 年 月 日 利用者同意欄 印

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。  
※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。



# ケアプラン立案(第3表)

第3表

週間サービス計画表

利用者名 E田 F男 殿

作成年月日 平成〇年8月20日

	0:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	2:00	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ(夜間1回)
	4:00								
	6:00	妻起床 朝食準備 起床・朝食	妻起床 朝食準備 起床・朝食	妻起床 朝食準備 起床・朝食	妻起床 朝食準備 起床・朝食	妻起床 朝食準備 起床・朝食	妻起床 朝食準備 起床・朝食	妻起床 朝食準備 起床・朝食	起床・朝食
午後	8:00	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	新聞・テレビ
	10:00	デイサービス (入浴も)	訪問リハビリ			訪問リハビリ			コーヒー
	12:00		トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)		トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	昼食
	14:00								(暮会所) (入浴)
	16:00		トイレ (妻一部介助)	暮会所 (知人送迎, 見守り)		トイレ (妻一部介助)	暮会所 (知人送迎, 見守り)	トイレ (妻一部介助)	コーヒー
深夜	18:00		夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食・(晩酌)
夜間	20:00	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	トイレ (妻一部介助)	テレビ
	22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
深夜	24:00								

週単位以外のサービス

〇〇クリニック(毎月第1水曜日), A市民病院(毎月第3水曜日), 〇〇歯科(奇数月) →いずれも妻がタクシーで付き添い福祉用具貸与(ベッド, 車いす), 住宅改修(手すり, 段差解消)

# ケアプラン立案( 第3表)

## 主な日常生活上の活動

- ・一番右の「主な日常生活上の活動」に、一日の過ごし方を書く
- ・一日の過ごし方というのは、**その人らしさを一番よく表している部分**
- ・何時に起きて、何を食べて、どんな服を着て、日中は何をして過ごし、何時にお風呂に入り、何時に寝るかそれぞれ、慣れ親しんだ生活リズム というものがあるはず
- ・その意味では、現在の過ごし方と共に、かつて元気だったころの生活リズムも参考にしながら目標を考える

## 1週間（月～日曜日）のスケジュール

- ・先に述べた「主な日常生活上の活動」とは、「1日」の計画を指す
- ・次に、**第3表の中核である「1週間」**を見る。月曜日から日曜日までそれぞれ記入欄があるので、どのようなサービスを利用するかを書き込む
- ・**第3表はアセスメント的に使うのも有効。**この月曜日から日曜日の表に、**必要な介助と家族の活動を重ねて書く。**これを見ることで、**利用者の生活の全体像がある程度把握**できる
- ・不足しているサービス、もしくは過剰なサービスを発見することもある

## 週単位以外のサービス

- ・多くは「月単位」のサービスについて書く。
- ・一般的なものは、病院受診。これも、基本情報の受診病院の中ですでに触れた。どこの病院にいつ、誰が付き添って行くのかを書く。
- ・福祉用具についてもここに記入、趣味活動なども書き込んでおくと分かりやすい

# ケアプラン立案

第1表

## 居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 住所 \_\_\_\_\_  
 居宅サービス計画作成者氏名 \_\_\_\_\_  
 居宅介護支援事業者・事業所及び所在地 \_\_\_\_\_  
 居宅サービス計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 認定日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 認定の有効期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向

**改めて考える必要はない！  
 すでに、基本情報の「主訴」の中にこの項目があるはずなので、  
 基本情報の主訴から、本人、家族それぞれの意向を転記する**

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針

**第2表を仕上げたから書く。  
 いきなり書こうと思うと手こずるので、第2表で一つひとつの  
 困り事や意向の解決を図りながら、総合的な方針を検討する。  
 この順番を間違えると、作成に手間取ってしまう上、先に書いた  
 としても、第2表との整合性がとれないものができがち。  
 ケアプラン立案の方程式では、必ず第2表の後に書くと覚える**

生活援助中心型の算定理由 1. 一人暮らし 2. 家族が障害、疾病等 3. その他（ \_\_\_\_\_ ）

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。 説明・同意日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 利用者同意欄 \_\_\_\_\_

# ケアプラン立案

第2表

居宅サービス計画書（2）

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標	
	長期目標（期間）	短期目標（期間）
<p>① 6つのニーズ分析ですでに検討済み。優先順位も付いているので、そのとおりの順番に、そのとおりの文章をコピー・ペーストすればOK!</p>	<p>③ これまでの生活が基本となる。実現が不可能であることは書くべきではない。医師やリハビリ職と相談して、心身機能の状態に応じた目標を設定する</p>	<p>② ニーズの中の意向を見ながら、半年や3カ月といった期間で達成できる目標を考える</p>
<p>・ 目標を考える時は、生活歴、一日の過ごし方、暮らしの情報をフル活用する！</p> <p>・ 目標は、文末を決めておくとなんとなく書ける。〇〇できる、〇〇できるようになる、〇〇できる状態になる、〇〇の状態を維持する、という基本型で統一する</p>		
居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。		<p>説明・同意日 _____ 年 ____ 月 ____ 日</p>

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

# ケアプラン立案

第2表

居宅サービス計画書（2）

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿

作成年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

生活全般の解決 すべき課題（ニーズ）	目標		援助内容					
	長期目標（期間）	短期目標（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間



反対方向からケアプランを読んでみる

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。	説明・同意日	年 _____ 月 _____ 日	利用者同意欄	印
-----------------------------------	--------	-------------------	--------	---

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

# ケアプラン立案

第3表

週間サービス計画表

利用者名

殿

作成年月日 年 月 日

	0:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	2:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>この月曜日から日曜日の表に、必要な介助と、家族の活動を重ねて書く</li> <li>デイサービスなどの介護保険サービスだけではなく、長男の妻、長女、長男が行うことや配食サービスも書き込んでおくことが重要</li> <li>これを見ることで、利用者の生活の全体像がある程度把握できる</li> <li>不足しているサービス、もしくは過剰なサービスを発見することもある</li> </ul>							<ul style="list-style-type: none"> <li>1日の過ごし方というのは、その人らしさを一番よく表している部分</li> <li>何時に起きて、何を食べて、どんな服を着て、日中は何をして過ごし、何時にお風呂に入り、何時に寝るか。それぞれ、慣れ親しんだ生活リズムというものがあるはず</li> <li>今の過ごし方と共に、かつて元気だったころの生活リズムも参考にしながら目標を考える</li> </ul>
早朝	4:00								
	6:00								
午前	8:00								
	10:00								
	12:00								
午後	14:00								
	16:00								
深夜	18:00								
夜間	20:00								
	22:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般的なものは、病院受診。どこの病院に、いつ、誰が付き添って行くのかを書く</li> <li>福祉用具についてもここに記入する</li> <li>趣味活動なども書き込んでおくと分かりやすくなる</li> </ul>							
深夜	24:00								
週単位以外のサービス									

第3表をまとめることで、1日、1週間、1カ月の大きな生活のあり様が見えてくる！

# おわりに

コロナの影響で、サービスの提供体制が不安定な今だからこそ、アセスメントの力が問われると思います。

本当に必要なサービスとは何か？ニーズは？目標は？  
利用者本人とご家族はどのような暮らしを望んでいるのか？  
そもそも、要介護状態になる前は、どのような暮らしを営んでいたのか？  
そして、要介護状態になった今、**とりもどし**たいものとは何か？

こうしたことへの理解と共感と分析が、  
ケアマネジメントには重要だと考えます。

利用者本人やご家族はもちろんのこと、  
サービス事業所、医療機関、行政、地域住民から  
信頼されるケアマネジャーになるために。  
必要とされる考え方と仕事の方法論をお伝えするシリーズです。

# 第4 回の内容

## 1. 情報収集

- ・まず、広く情報を集める、ということ。料理で言えば、材料を買う（収穫）段階
- ・第1次チーム編成実施

## 2. 課題分析Ⅰ（基本情報・課題分析項目の整理）

- ・厚生労働省が定める23の課題分析標準項目に沿って情報を整理する
- ・料理に例えれば、材料の下ごしらえをする、という段階にあたる

## 3. 課題分析Ⅱ（ICF思考による関連付け分析）

- ・課題分析Ⅰで整理した情報が自動的にICFシートにコピーされる
- ・それぞれの情報の相互関連性を視覚的に分かるようにする

## 4. 課題分析Ⅲ（ケアプラン6領域分析）

- ・課題分析の目的とは「ニーズを導き出すこと」。整理した情報を分析し、ニーズを抽出する
- ・「ケアプラン6領域」を使ったニーズ抽出の技術、第2表の文章が自動的にできあがる！
- ・第2次チーム編成

## 5. ケアプラン立案

- ・課題分析Ⅲの段階ですでにニーズの文章ができあがっている
- ・料理に例えれば、調理の段階。利用者の健康や嗜好に配慮した料理ができあがったか？

- ・予防プラン、施設ケアプラン、記録について

## 6. サービス担当者会議、モニタリング、支援経過記録

➤ケアマネジメント  
プロセスの最終回!



# 講演・コンサルティング実績と主なテーマ

- 保健・医療・福祉サービス研究会「小規模多機能の完全理解と開設運営ノウハウ習得講座全6回コース」「介護支援専門員の理論と実務完全マスター全6回コース」
- WJUI監査法人「改正社会福祉法セミナー」
- C-MAS介護事業経営研究会「小規模多機能の管理運営」「介護事業所の営業」
- 日総研出版「ケアマネジメント業務の実践力&指導力セミナー全3回」「管理者育成全6回コース」
- 関西看護出版「介護現場の虐待防止の具体策」「ケアマネジャー受験対策合宿講座」
- TKC全国会「小規模多機能と看護小規模多機能の経営実態」
- アドバンス経営「稼働率アップ!10の秘訣セミナー」
- 株式会社日本経営「小規模多機能の管理運営」
- 地域密着ケア・地域包括ケア全国研修会「介護事業所の虐待防止」
- ビズアップ総研「ケアプラン立案の方程式」
- 福祉と介護研究会35「ケアプラン立案の方程式」
- 雲母書房「介護現場の虐待防止の具体策」
- 倶楽部くればす「介護現場をよくする話」
- リコージャパン「人を活かす介護施設の人事制度とキャリアパス構築」
- 東海医療科学専門学校 作業療法科「日常生活活動学全7回コース」
- 福祉の資格の学校キャリアアップ「ケアマネ受験対策講座」「スキルアップセミナー(毎月)」
- 全国有料老人ホーム協会「ケアプラン立案の方程式」
- 愛知県一宮市ケアマネT「介護保険改正の動向」
- 福島県福島市介護支援専門員連絡協議会「ケアプラン立案の方程式」
- 静岡県掛川市介護支援専門員連絡協議会「困難が介護観を深くする!」
- 岐阜県グループホーム協会「介護現場の虐待防止の具体策」「権利擁護全3回」
- 三重県社会福祉士会「介護現場の権利擁護」
- 三重県介護支援専門員協会桑員支部「介護予防ケアプラン」
- 三重県介護支援専門員協会三河支部「ケアプラン立案の方程式」
- 街かどケア滋賀ネット「介護事業所の管理運営」
- 広島県尾道市介護支援専門員連絡協議会「指導者のためのケアプラン立案の方程式」
- 島根県浜田地区広域行政組合「ケアマネジメントの虐待防止力!」
- 鳥取県小規模多機能型居宅介護事業所連絡会「地域包括ケアにおける小規模多機能の役割」
- 鳥取県鳥取市「ケアプラン立案の方程式」
- 愛媛県松山市社会福祉協議会「ケアプラン立案の方程式」
- 愛媛県社会福祉協議会「個別ケアの具体策」
- 四国ブロックヘルパー研修会「介護事業所の管理・運営」
- 香川県グループホーム・小規模多機能連絡協議会「介護事業所の虐待防止の具体策」
- 北海道の社会福祉法人「介護職の魅力と責任 再発見講座」
- 北海道の医療法人「小規模多機能の開設支援」
- 青森県の社会福祉法人「小規模多機能の管理運営」
- 福島県のNPO法人「ケアプラン立案の方程式」
- 福島県の社会福祉法人「経営幹部・管理者・ケアマネ育成」「法令遵守」「マニュアル作成支援」
- 新潟県の社会福祉法人「ケアマネジメント全3回コース」
- 東京都の株式会社「小規模多機能の営業・稼働率向上」
- 愛知県の社会福祉法人「マニュアル作成支援」
- 愛知県の社会福祉法人「小規模多機能の管理運営全3回コース」
- 愛知県の医療法人「契約書、重要事項説明書の見直し」
- 愛知県のNPO法人「介護事業所の管理運営」
- 愛知県の株式会社「介護事業所の管理」「家族・地域との連携」
- 愛知県の株式会社「介護職の基本姿勢」
- 愛知県の医療法人「月3回の介護塾(管理職、ケアマネ、介護職向け)」
- 岐阜県の医療法人「小規模多機能の営業・稼働率向上」
- 三重県のNPO法人「サービス提供責任者の業務」
- 滋賀県の社会福祉法人「介護事業所の管理運営全2回」
- 滋賀県のNPO法人「ケアマネジャー受験対策講座」
- 山口県の医療法人「小規模多機能の管理運営」
- 鹿児島県のNPO法人「介護事業所の管理運営」
- 宮崎県の株式会社「小規模多機能の開設支援」

# 著書・雑誌連載



# 天晴れ介護サービス総合教育研究所

## 6月のオンライン企画（詳細はHPより）

- **6月1日**：管理職向けzoomセミナー（第1回）
- **6月8日**：facebookライブ（zoomセミナー＆facebook活用進化論）
- **6月13日**：ケアマネジャー向けzoomセミナー（第2回）
- **6月13日**：zoomによる無料相談会（お一人様30分程度）満席！
- **6月15日**：facebookライブ（職場をよくする対話型リーダーシップ実践会）
- **6月16日**：管理職向けzoomセミナー（第2回）
- **6月17日**：無料zoomセミナー  
『ウィズコロナ時代の「人」とともに成長する介護事業セミナー』  
～利用者・家族・職員・地域から選ばれるために～
- **6月23日**：事業経営実践塾（第2回）
- **6月29日**：facebookライブ（マンスリー・ジャーナル6月号）

# 天晴れ介護サービス総合教育研究所

## 7月のオンライン企画（詳細はHPより）

### ➤7月11日（土）

10：00～12：00 小規模多機能zoomセミナー（第1回）

19：30～21：30 ケアマネジャー向けzoomセミナー（第3回）

### ➤7月13日（月）

21：00～22：00 facebookライブ（三好貴之先生、新刊出版記念対談！）

### ➤7月23日（木）

10：00～16：00 zoom無料相談会（お一人様30分）5枠中残り2枠！

21：00～22：00 facebookライブ（6月のzoomセミナーダイジェスト）

※職場をよくする対話型リーダーシップ実践会限定

### ➤7月25日（土）

10：00～12：00 管理職向けzoomセミナー（第3回）

12：30～13：00 facebookライブ（マンスリー・ジャーナル7月号）

19：30～21：30 法定研修シリーズzoomセミナー（第1回）

### ➤7月28日（火）

13：30～18：00 事業経営実践塾（第3回）

# 天晴れ介護サービス総合教育研究所

## 8月のオンライン企画（詳細は後日）

### ➤8月8日（土）

- 10：00～12：00 小規模多機能zoomセミナー（第2回）
- 14：00～ facebookライブ（内容未定）
- 19：30～21：30 ケアマネジャー向けzoomセミナー（第4回）

### ➤8月22日（土）

- 10：00～12：00 管理職向けzoomセミナー（第4回）
- 14：00～15：00 facebookライブ（マンスリー・ジャーナル8月号）
- 19：30～21：30 法定研修シリーズzoomセミナー（第2回）

### ➤8月24日（月）

- 13：30～18：00 事業経営実践塾（第4回）

### ➤日程未定

- 10：00～16：00 zoom無料相談会（お一人様30分）5枠あります！
  - 21：00～22：00 facebookライブ（7月のzoomセミナーダイジェスト）
- ※職場をよくする対話型リーダーシップ実践会限定

# ケアマネジャーのための業務の質の向上と省力化を同時に実現する具体策シリーズ

ご清聴ありがとうございました！



天晴れ介護サービス総合教育研究所

榊原 宏昌