■第3章 介護現場における 介護過程の実践事例調査 (質的調査)

1 実践事例調査の枠組み

(1)目的

介護過程実践に取り組んでいる施設に対し、具体的実践状況を把握するとともに、実践を 後押ししている書式や仕組み等の要因を抽出し、加えて、実践の成果・課題等についても把 握することを目的に、質的調査として実践事例調査を実施した。

(2)調査対象と調査実施日

介護老人福祉施設 5 施設、介護老人保健施設 2 施設、障害者支援施設 3 施設の計 10 施設を対象とした。作業部会委員推薦等による有意抽出であり、詳細は次ページの表のとおりである。



実践事例調査日時と対象施設 一覧

開催日時	種別と所在地	対象施設及び対象者役職
	介護老人福祉施設 (京都府)	社会福祉法人空心福祉会 高齢者複合福祉施設 晴風 施設長 高齢者複合福祉施設 えるむ 施設長 高齢者複合福祉施設 にれの木園 特養部長
10月11日(日) 13~16時	障害者支援施設 (埼玉県)	社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 総合施設長
	地域密着型 介護老人福祉施設 (京都府)	社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋 地域密着型介護老人福祉施設 きたおおじ 統括施設長
	介護老人福祉施設 (埼玉県)	社会福祉法人彩光会 特別養護老人ホーム あけぼの 介護主任
10月16日(金) 16~19時	障害者支援施設 (東京都)	社会福祉法人武蔵野会 障害者支援施設 リアン文京 総合施設長
	介護老人福祉施設 (愛知県)	社会福祉法人明翠会 特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか 介護統括主任
	介護老人福祉施設 (兵庫県)	社会福祉法人きらくえん 高齢者総合福祉施設 けま喜楽苑 事務長 同 特養部長
10月29日(木)16~19時	介護老人保健施設 (埼玉県)	埼玉医療生活協同組合 介護老人保健施設 あいの郷 入所介護部門主任
	介護老人保健施設 (東京都)	特定医療法人社団研精会 法人本部介護人材育成センター長 介護老人保健施設デンマークイン新宿 介護科主任
12月1日(火) 15時30分 ~16時30分	障害者支援施設 (大分県)	社会福祉法人直心会 障害者支援施設 修光園 施設長

(3)調査内容

実践事例調査項目

- 1. 法人・施設の概要の把握
- 2. 介護過程 (PDCAサイクルに基づく個別ケア) の展開をどのように行っているか
 - ・ねらい、方法(手順)、使用様式、担当者
 - ・施設サービス計画書(ケアプラン)と関連性(連携・分担・作成者等)
- 3. 現状の成果・課題は何か
 - ・取り組み(仕組み)導入のきっかけ
 - ・介護過程実践の効果・成果
 - ・介護職(介護福祉士)の役割にからめた効果・課題
 - ・今後の課題 など

(4)調査方法

計4回の作業部会の場を活用して、対象施設が自施設の介護過程実践事例に関するプレゼンテーションを行い、作業部会委員による質疑応答、参加者によるディスカッション等の方法で実施した。

また、この後に実施される効果検証(141ページ~)につながる取り組みとするため、対象施設は自施設のプレゼンテーション実施日以外も参加することを推奨し、他施設のプレゼンテーションを聞き、他施設とのディスカッション等を通して、どのような気づきや変化があったのか、介護過程の実践にどのような影響や変化がもたらされたか等について、後日、効果検証ヒアリングを実施している。

なお、対象施設によるプレゼンテーションは、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、全てリモート(Zoom)実施としている。

調査結果 2

特別養護老人ホーム あけぼの 事例 1

書式や仕組み等の 遠国ポイント

PNS制度 ※1 の 導入

PNS制度を介護職に応用し、2人一組の居室担当(以下「介護職ペア」)で、多 角的な視点によりアセスメントの精度が向上

SOAP方式^{※2}記録

項目ごとに分類・整理した記録で、根拠に基づいた評価につなげている

オリジナル個別介護計画書

施設サービス計画書の長期・短期目標を横並びにし、施設サービス計画書と個 別介護計画を連動させる

個別介護計画書補足資料

写真等を用いた視覚的な情報共有の書式、新人や外国人などの理解促進に寄与

ケアカンファレンスノートの設置

気づきの共有機会、複数人で対話する機会を増やし、参画意識、モチベーショ ン向上につながる

◆ 実践の流れ

ケアマネジメント プロセス

アセスメント シート作成

原案作成

アセスメント

単立案

介護過程・介護職の役割

<計画書作成1ヶ月前>

PNS制度による介護職ペアそれぞれ がアセスメントを実施し、それぞれの 視点で課題を抽出

<計画書作成2週間前>

- 介護職ペアのアセスメント内容をすり 合わせ、相違点は話し合い
- 相違が大きい場合、必要に応じてチー ムカンファレンスにて再検討

最終的にすり合わせたアセスメント内

容を介護職ペアが一緒に書面化し、各

担当の副主任とフロア主任が確認を行

○仕組み □書式

- 2人一組で居室担当を持ち、この介 護職ペアが担当利用者の介護過程各 フェーズを中心として担う
- 介護職ペアの各人が別々にアセスメ ントを行い、すり合わせることで、 多角的な視点を取り入れたアセスメ ントができる仕組みにしている
- 基本情報 ・ フェイスシートと、 ア セスメントシート (2枚) 作成

サービス担当者 会議

- · 入居時
 - ・入居後1ヶ月 ・状態変化時

 - ·認定更新時

説明、交付

各職種の実施 記録の確認

情報収集

会議

支援経過記録

サービス担当者

い、承認を経て原案の完成となる

必要に応じてケースカンファレンスな ど多様な職員の意見を集めて、軌道修 正しながら進める

- ・ 介護職ペアが担当居室の利用者の計画 実施推進の中心を担う
- ・計画作成から3ヶ月~半年、区変時な ど節目で実施
- ・アセスメントと同様、介護職ペアそれ ぞれがモニタリングを実施して、すり 合わせ
- ・ 加えて内容の精査は複数人のカンファ レンスを実施

- ■『個別介護計画書』アセスメントの要 約が据えられており、根拠に基づい た計画書に。施設サービス計画書の 目標と横並びの書式にすることで連 動性を視覚的にも担保
- ■『個別介護計画書補足資料』写真等を 掲載したもので、職員の共通理解を 促進
- 日常的な評価記録は看護記録法の SOAP方式^{※2}を採用
- 計画書の目標ナンバーに連動して、 ナンバリングした記録を行っている
- 加算項目に対しての評価記録や定期 評価を、週単位、月単位でできるよ うに配慮して、記録を共有している
- ●『ケアカンファレンスノート』をタイ ムカード脇に保管。見開き1枚で1 日分のカンファレンスとし、左ペー ジに議題、右ページに内容や結果を

·期間中旬 ·期間終了前

·短期目標

*1 PNS制度:パートナーシップ・ナーシング・システムの略で看護師がペアで患者を受けもつ新しい看護方式。

本事例ではこれを介護職に応用している

*2 SOAP方式: 看護における記録法の一つ。本事例ではこれを支援及び評価の記録に応用している

社会福祉法人彩光会 埼玉県上尾市

平成8年10月開設 従来型

入所定員: 155名 介護職員: 105名 介護福祉士: 84%

取組の背景

- ・当初は、施設サービス計画書と大差がなく、目標 もほぼ同じという個別介護計画書で具体性が乏し かった
- ・「安心して過ごせる」「声かけする」といったありき たりな表現が多く、個別性が見えにくかった
- ・個別介護計画書の内容が全て文章だけだったので、 表現しにくい物事の共通認識が図りにくかった
- ・ 1人で個別介護計画書を作成していたので、思い 込みで作っているケースが多く、また負担も大き かった

TALLER OF COLUMN	具体的な領	助方法		
達成目標/達成基準	内容	0.0	担当者	評価日
ケアプランの 短期目標を記載。	O)Observation (観察) T)Therapy (支援内容) E)Education (助言) 上記3項目で構成。	・ 時間帯等 を 記載。	該当 勤務を 記載。	短期 目標と 同日。
(達成目標)	64)			
施設での生活に慣れる。#I	O)安心して過ごせているか確認する。#1	毎日	介助者	
(達成基準)	T)声掛けし不安が無いか伺う。#1	毎日	介助者	R2, 10, 9 ~ R3, 3, 31
施設での生活に慣れた。#	E)安心に過ごせるようにともに考える。 #1	毎日	介助者	

- ▲ 旧個別介護計画書式
- ・上記課題を背景として、PNS制度や、書式の刷新、これらを運用する仕組みの導入を行なった
- ・特にPNS制度導入のねらいとしては、2人一組で介護過程に取り組むことで、OJTになるばかりではなく、行事担当や委員会活動もペアで取り組むため、一緒に成長するという効果が見込まれた

取り組みの特徴・工夫

- ●2人一組で居室担当(約8名)を持つPNS制度を導入。複数人で計画書を作成させており、アセスメントからモニタリングを一緒に実施することでOJT効果もねらった。行事や委員会活動のペアでもある
- 施設サービス計画書に準じつつ、介護職の生活支援視点の『個別介護計画書』書式に改定した
- ●情報共有の精度を高めるため、写真など、視覚的な情報を『個別介護計画書補足資料』として導入
- ●介護職ペアだけでなく、適宜必要に応じて、複数人でのカンファレンスを開催しており、多様な意見を交わす場や、教育機会として機能させている
- ●見開き1枚で1日分のカンファレンスとする『ケアカンファレンスノート』をタイムカード脇に保管。 目につく環境から気づきの共有機会を増やしている。左ページに議題、右ページに内容や結果を記載
- 計画書に対する記録はSOAP方式を採用。計画書の目標ナンバーに紐づけて日常記録を行なっている

成果

- ■属人的であったケアが均一化され、ケアの質の維持向上が図られた
- 視覚的補足資料を導入し、具体的内容の統一が図られ、新人や外国人介護職指導にも役立っている
- 日常業務の仕組みが自然に介護過程を展開し、そのメリットを活用できるものとなった
- 居室担当による個別介護計画によって責任感が生まれ、達成感や参画意欲の向上につながっている
- ●複数人の多様な雇用形態の職員が自由な視点でカンファレンスに参加できる仕組みができたことで、 チームビルディングに寄与している
- 介護過程を仕組み化したことで、本人のできることや可能性に目を向けるポジティブなケアの発想が 職場の文化となってきている。カンファレンスが充実し、多いフロアは月に70回の開催実績もある
- ●介護そのものに主体的に取り組める仕掛けや、高い有給取得率などと相まって、近年は離職率を低く抑えることができている(21ページ図参照)

介護福祉士の役割

- ●介護職ペアによるアセスメントや計画立案においては、介護福祉士有資格者は、介護過程の展開を 意識して取り組むことで、介護福祉士未取得者への模範となり、根拠に基づく支援を示すモデルと なっている
- ●アセスメントや計画を確認し、最終的な承認を行う副主任や主任は、介護福祉士という専門職としての知見から介護過程が適切に展開されるかどうかを判断する役割を担っており、後進の育成だけでなく、施設全体のケアの質を担保する重要な役割を担っている
- ●介護福祉士が介護過程という軸において一定の質の担保を担うことで、チームビルディングに寄与している。役職と役割を連動させることにより、それが介護職のキャリアアップを展望させることにも寄与している。仕組みと連動することで介護福祉士の役割を組織で明確に位置づけていることで、介護福祉士職員が効果的に機能している

アセスメント段階

特 徴

- ●個別介護計画書は施設サービス計画書を参照しながら、基本情報・フェイスシートやアセスメントシートなどの情報から課題分析を介護職ペアがそれぞれ行い、2人の視点からアセスメントのすり合わせをすることが、大きな特徴である
- ●介護職ペアでアセスメントに 大きな隔たりがある場合、他 の職種や他の介護職メンバー も含めた複数名でのカンファ レンスを行っている
- ●個別介護計画書の上部には、 それらを踏まえた「アセスメ ント要約」を記している

個別介護計画書

利用者氏名 様

*別紙資料6

22年3月ごろより、保護不含あり、その影響からか、学行が国際になり車イスでの移動が基本となる。以前は前滑の劫時に手引き歩行としているが、本人は客定的。 あったため、車イス装御へ変長、手引き歩行では部方の視界が国東で省られることが理由である。376人時は半層歩行としているが、当フロアでは導動確保が出来 ていない、車イス乗用すても関係があり、私客リスクも低い、今後も今行と自体としたいがやの最初なな印象。

アセスメント要約

長期日標	CANADA A	36.00 a up a	生活の目標	具体的な援助に	内容						
	短期目標	介護目標 達成基準		短期目標 介護目標 達成基準 援助方法		介護目標 達成基準 援助方法 担当者		介護目標 達成基準 援助方法 担当		頻度	評価日
少しても歩行の継続	残存機能の活用をし ながら転倒予防が出 来る。	#1 活動における歩行を 行う事が出来る。	転倒なく、活動実施 ができた。	・車イスでの支渉をメインとし、自意時は必ず分入する。 ・車イスは31 を使用、前接回勢が強くある為、介入時は第一 ・事行力は41のでの実際とし、30かで収集をは2両での実施と する。 ・及の位置にも需点して巻き込みがないように支援を行う。 ・ドナインは32のように設置し、細かし場所は新成業態。	介護職 排泄誘導者 発見者	48	47				
	自己摂取を行いなが ら体調管理が出来 る。	# 2 体重維持が出来る。	食事量が安定し、体重変化なく過ごせた。	・食事・おやつは常食、水分はトロミ酸しを提供する。 ・食事の際は柿子に座って召上って頂く。 ・血糖値の観察を行い、異常があれば対処を考える。 ・便秘値のため、肺便があった時はその都度、環長に 観告していただき、記録を残す。 ・食堂の座位後をは稀足様まるの姿勢を基本とする。	介護機 看護職	48	3か月毎				
身のペースが確保出	自身の時間と施設活動の中でパランスよ く生活出来る。	#3 自身のベースで穏や かな生活を送れる。	施設生活に不満を感 じず、日々を過ごす 事が出来た。	・施設行等、レクレーションなどがある際は参加を貸し、他者 ビ邦有できる乗しかの提供をして行く。 ・実施表現的はは設定を伝えるなどして、施設生活の様子を かっていただく。 ・ケアハウスの間重度を活用しながら読書を提供する。 ・不満などの傾動を行う。	居室担当 行事担当者 相談業務	Mag	3か月毎				

特別養護老人ホームあけばの個別介護計画書・平成30年改訂版

ねらいと効果

▲ オリジナル個別介護計画書

- ●介護職ペアや複数名でのカンファレンスを経ることで、多角的な視点からアセスメントの精度を上げられる
- ●「アセスメント要約」により、介護職の視点に基づくニーズ、根拠ある計画書としての質を担保でき、介護職の 主体性も育むことができる

ケアマネジメントとの関連

●施設サービス計画書に基づき、多角的なアセスメントを行うことで、施設サービス計画書に準じた介護職の専門性がいきたアセスメントになっている

| 補足資料 補足項目

計画立案段階

特 徴

- ●『個別介護計画書』は施設サービス計画書の 長期 ・ 短期目標と横並びにしたオリジナル の書式にしている
- ●詳細なニュアンスが伝わりづらいことに関 しては、『個別介護計画書補足資料』を作成 し、写真等を用いて、視覚的な共有しやす い書式としている

ねらいと効果

- ●施設サービス計画書の目標と介護目標や達成基準を横並びにすることにより、支援の総合的方向性を意識しつつ、介護職としての生活支援を関連づけて行えるようになる
- 視覚的にわかりやすい補足資料により、ケアの細かい点まで統一することができるようになり、新人や外国人介護職の理解促進にも役立つので、ケアの質の向上につながっている

個別介護計画書補足資料

「直接子」

利用者氏名 様



*別紙資料7





被別介達計畫書補足資料-甲成30年改訂版

▲ 個別介護計画書補足資料

資料作成年月日 作成者氏名

ケアマネジメントとの関連

●施設サービス計画書を意識した書式にして、更に個別介護計画を日々の支援の軸に据えているため、常にケアマネジメントと連動した介護過程の展開になるよう構造的に設計している

特 徴

【根拠に基づいた評価を行うための記録】

- 日常的な支援の記録、評価の記録はSOAP方式により、項目ごとに分類 ・ 整理し、評価時の目標の達成状況 や計画の修正、変更に際しての根拠となるようにしている
- 計画書の目標と記録をナンバリングすることで、 目標と実施、評価を紐づけ日常的にチェックする

項目	意味	例
S (subjective)	主観的情報	S:腰の痛みはありません。と話す。
O(objective)	客観的情報	O:車イス乗車時に前傾あり。
A (assessment)	評価	A:痛みの認識はないが、傾斜あり。
P(plan)	計画	P:計画書# 内容を継続。

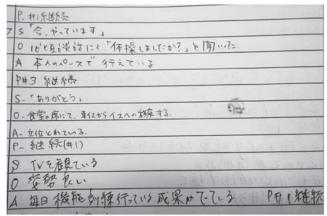
▲ SOAP方式

【主体的に支援に参画する仕掛け】

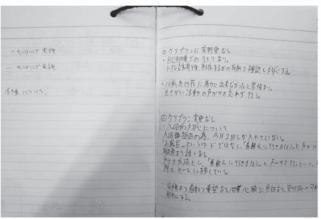
- ●日々の支援の中で職員個々の気づきをいかすために『ケアカンファレンスノート』を設置。普段から目につくような環境を作り、気づきの共有機会を増やし、ケースカンファレンス時の着眼点や参画意識の向上に役立てている
- ●主体的に介護に取り組み、また複数人で対話する 機会を増やすことで、結果的に職場風土やモチ ベーションの向上につながっている



▲ 離職率



▲ SOAP方式記録



▲ ケアカンファレンスノート

本取組を通じて向き合っている課題

- ●介護職ペアの相性や組み合わせ、フォローの体制
- フロアごとのカンファレンスの頻度や中身に差が 生じており、フロア間の格差を減らしていく為の 基準等の策定
- ●法改正により、今後より細分化してくる加算を想定した、日常記録と、計画書に紐づく記録、算定根拠となる記録の整理
- ●記録の質、介護過程を展開できる人材の育成に加え、そのような人材のアセスメントや計画書等を確認する側の管理者、リーダークラス自身の教育、育成

作業部会委員コメント

介護職ペアを軸に、責任の所在を明確にした介護 過程の実践と、複数名でのカンファレンスやフォロー 体制により、根拠ある介護実践に付随して、育成効果、 モチベーション向上、離職率の低下という実績につ ながっている点は多くの施設の参考になる。

発表事例の中でも、介護過程の確認に介護福祉士 有資格者が配置されているなど、具体的な役割が規 定されていることは注目できる。今後の介護福祉士 の役割に期待されていることを仕組みとして取り入 れることで、チームビルディングや職員の主体性の 醸成などに寄与するという報告は、今後他の施設で も参考にできる点があるだろう。

書式や仕組み等の鑑目ポイント

利用時アセスメント票

個別介護計画の項目に沿った内容で、個別介護計画を兼ねている

オリジナル個別介護計画*

自由度のある記載方式で、計画と評価の機能を1つにしている

多職種カンファレンス

毎日の開催で情報共有とケアの標準化を図る

サービス担当者会議録

事前資料(多職種からの評価)と会議録で構成、質の高い会議運営の鍵

業 務 規 程 ・ 内部コミュニケーション規程

多職種連携を規程として明文化している

◆ 実践の流れ

ケアマネジメント プロセス

ケア方針協議 = 施設サービス計画(原案)の作

利用時アセスメント票(入所日)

利用時アセスメント票(1週間後)

アセスメント

介護過程・介護職の役割

- ・事前情報を確認しケア方針を協議する 場に参画
- ・ 入所当日に入所時アセスメント票を作成する
- ・実際の利用者の状態を踏まえたうえで 再アセスメントを行い、利用時アセス メント票 (1週間後) を作成する。これ が個別介護計画 (暫定) となる
- ・個別介護計画 (暫定) に基づき実践し有 効性を確認する

施設サービス計画(本案)の作成

サービス担当者 会議 ・「利用時アセスメント票=個別介護計画(暫定)」「ケア記録」を基に個別介護計画(本案)を作成する

- ・担当者が個別介護計画をケアチーム内 で共有しブラシュアップする
- ・個別介護計画を作成後、介護主任の 承認を得る。必要に応じてケアマネ ジャーと施設サービス計画の内容を調 整する

計画実施

実施

計画立案

- ・計画に基づきケアの実施と評価を担当 する
- ・多職種カンファレンスの開催(毎日: 15分)にて軽微な変更についての情報 を共有しケアの標準化を図る

判定会議 (3か月後)

判定会議 (6か月後)

サービス担当者 会議

- ・個別介護計画の評価を基にサービス担 当者会議の資料を作成する
- ・サービス担当者会議へ出席し生活支援 の立場から発言している
- ・施設サービス計画の変更を個別介護計 画へ反映させる

○ 仕組み □ 書式

- 判定会議
- 多職種カンファレンスの開催 (毎日:15分)
- 利用時アセスメント票(入所日)
- 利用時アセスメント票(1週間後)
- 書式内に多職種からの所見を記載 する欄を設けた
- 変更が必要な内容を記載する欄を 書式内に設けた
- 会議終了前に「残された課題」について確認することを徹底した
- ■個別介護計画
- ●「総合的な援助の方針」を基に個別 介護計画が立案されている
- ■個別介護計画
- ●個別介護計画に基づくケアの実施内容が継続であれば「○」、変更の必要性があれば「×」を随時記入する
- 多職種カンファレンスの開催 (毎日:15分)
- 個別介護計画の「実施方法と留意すること」が評価項目となり、1つのシートで「計画」と「モニタリング」の機能を搭載している
- サービス担当者会議録

* 個別介護計画:本事例施設では個別介護計画を個別ケア計画と呼称している

埼玉医療生活協同組合 埼玉県羽生市

平成9年12月開設 従来型

入所定員:100名 介護職員:30名 介護福祉士:26名

取組の背景

- ・開設当初より個別ケアの重要性に着目し、個別ケアの推進を進めていこうとしていた
- ・ 個別ケアの推進には、介護福祉士の思考を見える化 (具現化) し、仕組み化する必要性を感じていた
- ・目標設定と利用者ニーズをチームで共有する必要性を感じていた
- ・介護福祉士が専門職として、利用者の想い(不安や葛藤や希望)を代弁し表現することの必要性を感じていた

取り組みの特徴・工夫

- 多職種連携の具体的内容を規程で明確にしている
- 多職種カンファレンスを毎日15分開催し、軽微な変更についての情報を共有しケアの標準化を図っている
- 個別介護計画の「実施方法と留意すること」が評価項目となり、1つの書式で「計画」と「評価」の機能をもたせている
- 利用者の個別性を踏まえ重点的に取り組むべき事柄が計画され、チームでの実施・評価と展開されるシステムとなっている
- ケアマネジャーと介護主任とが情報を共有することで施設サービス計画書から個別介護計画への連動性を生んでいる

成果

- チームで関わることで情報を共有し、介護職の力量を互いに把握でき、相互的に知識や技術の向上が 図れた
- ●介護過程の展開を通じてケアの再現性が保持でき、ケアの標準化につながった
- 個別介護計画があることで介護職が根拠をもって働くことができた
- 指導や育成の場面で個別介護計画を活用することで思考過程の教育となった
- ●実践の中で評価を意識したかかわりができ、チーム間で情報を共有しており、PDCAサイクルが循環する仕組みを作っていくことができている

介護福祉士の役割

- ●生活を支援する観点から常に利用者の情報を収集し統合することで施設サービス計画と個別 介護計画を連動させる
- ●個別介護計画に基づいたケアをチームで実施するなかで、利用者の目標の達成を意識したマネジメントを実施する
- 介護過程の展開を通じて、チーム全体の人材育成の一翼を担う

アセスメント段階

特徵

- ●入所日と1週間後に作成するアセスメント票
- ■暫定個別介護計画を兼ねるものとなっており、 個別介護計画の項目に沿った作りになっている

ねらいと効果

- ●実践の中で、「変更事項欄」を更新することで、ケアチームにおけるケアの標準化につなげている
- ●本票が施設サービス計画 (本案) 作成のための重要な会議資料となっている

ケアマネジメントとの関連

- ●施設サービス計画 (本案) の作成のベース データとなっている
- 「多職種の欄」にそれぞれ書き込むため、多職種の視点が共有された状態で本案が作成できる
- ●検討事項(持ち越し事項)を明確にすることを徹底し、次の実践につなげている

利用	者名	フリガナ	T·S 年 月	日生 ((性) 別(政)	男女		洗濯	自宅·污染	時施設 ・	施設	・業者
介註	養度		認定期間		長	明入所日	1		年	月		В
基情 能TWB 記入	435	感思 意思 聴 眼 報 体 生 (長別	通: 普通・ カ 普通・ 1: 無・ネ 2: 無・ネ)HCV(具体的なこと・ 耳元で・聞こえ 「(「 <総義歯・ とり度: Kg	難しい ない (補聴)) 部分(上・ 認	8:有 1	無)	薬剤の 持ち込み 今後の 薬対応 ※ ##A.#EL	鄉施	・無 院継続 投(こ変)	更
参加	0者	介護:		2000		看護:			リハビリ:			
*	150	栄養:	4	アマネ:	相	数:	1	医師:				
	(・家	疾の 2	大:									_
_	要望	3	V族:	Finding Long Co.				-		nder SEE valle	v00 :	-
食	- 10	下状態	良・不	斤時アセスメン e	1	習像	_	Fr		変更事	項	_
DE.	- 2	1事形態		A A尿病食(cal) ∙₹)				
事	"		主食:	副食		とろみ:		1.27				
	_	连事介助		·一部介助 ·				- 2				
11.	*	多動方法	重いす(種)	·老人車 ·歩行	189 - (27)							_
19		多動介助		の カ(介助方法)						
80	*	8樂動作		不可 端座位								
	1	8樂介助		Fり・一部介財	+全介助							
清	-	入浴	特別な方法:	1別浴 ·機械浴	: .5.44F7(7).24	_	-	_			
177	泱	身・洗髪		守り・一部分								
潔		洗面		守り・声掛								
	- 2			手渡し・介目								
排		コ腔ケア 尿便意		部介助・全:あいまい・有)		(B)(10)		· dr \	排せつ支援加)	育年会/十2	5 1 1 22	[3]
世		ア方法		誘導・おむつ)	W.C. > X.OE. IN		0 04	
2		留置カテ	使用物品	日中:								
		無・有		夜間:	7923 1770	2						
更农		(F	り 自立 ・セッティン	Pトイレ: グ・一部介助			_					_
環	- 1	長倒歴:	無・有	ベッド相:		左		-				
境	午	ットレス: 変の活動: 間対応:	参加 ・不参	∌ tha	OHスケール	e .		点				
	看	IM/ATIO:				栄	T					
3	18											
100	相					C						_
種	15					M						
136	- HX	<身体・鳴?	「機能>			DE IN		健康状態!	(問題な	・あ	y)	
	25	<認知>				65	ŀ			B (5)	55-75)	
- 1	3.8	Salve)						現状のケア	を(継続	・変更)	-
策討	事項(持ち越し	事項)・1W後は	検討結果等								

▲ 利用時アセスメント票

計画立案段階

特徵

- ■記載内容に自由度を持たせており、作成者の専門性が反映される書式
- ●実践の中で気づいた個別介護計画の変更の必要性を○×で評価しスピーディーにチーム内で共有している

ねらいと効果

- ■記載内容に自由度を持たせており、利用者の個別性などケアチームで共有する必要性が高い情報を記載することで、ケアの標準化につながっている
- ●実施する個別ケア内容と「変更すること」「評価」 を同じ書式にすることで評価を意識したケアの実 施につながっている

ケアマネジメントとの関連

- ●施設サービス計画書の総合的な援助の方針を基に 展開されており、介護職が施設サービス計画書を みるきっかけとしている
- ●個別介護計画の視点を踏まえ、介護職とケアマネジャーが連携し、施設サービス計画書の内容に影響を与えている

※ 本事例施設では個別介護計画を個別ケア計画と呼称している

-	_	ア計画								
南	100	氏名		標	担当 入所日	£	1:-	責任者 月	(1
10000	100	240		1.00	XIII .			73.		
課										
目	標									
頂	B		実施方法と	留意すること		変更するこ	-2	1945	(0/x)	: 理由
								(0/X)		
								(0/X)		
食	125							(0/X)		
DE	9							(O/X)		
								(O/X)		
								(O/X)		
								(O/X)		
	排泄							(O/X)		
***							(0/x)			
199			(0/x)							
								(0/x)		
							(O/X)			
								(0/x)		
								(0/X)		
								(0/x)		
								(0/x)		
清	湯							(0/X)		
								(0/x)		
								(0/X)		
								(0/x)		
								(0/X)		
								(0/X)		
移	動							(0/X)		
								(0/x)		
								(O/X)		
40	inc.							(0/X)		
13	*							(0/x)		
								(0/X)		
								(0/x)		
頭	規							(O/X)		
								(0/x)		
								(O/X)		
活	動	-						(0/X)		
		-						(O/X)		

▲ オリジナル個別介護計画

特徵

- ●サービス担当者会議録は、上部2/3は事前資料、 下部1/3は会議録という作りになっている
- ●事前に多職種からの評価が記入され、閲覧できるようになっている

ねらいと効果

- ■課題と解決の方向性が会議前に共有されており、 質の高い会議運営につながっている
- ●検討結果(今後の方針)を明確にすることを徹底 し、次の実践につなげている

ケアマネジメントとの関連

●利用時アセスメント票と類似した項目を使用することで、利用時の状態との比較ができるようになっているため、「継続」「変更」「退所」の判断がしやすい

その他

特徵

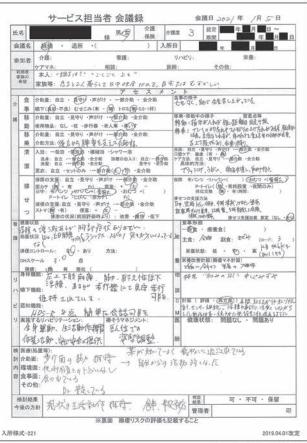
●多職種連携のかたちが「業務規程」と「内部コミュニケーション規程」として明確化されている

本取組を通じて向き合っている課題

- ●介護福祉士は自身の行動に自信をもって表現 (文章化)することができる
 - → 伝える力の向上を図り、記録の精度を高め る教育が必要
 - → 計画を評価するにあたり、課題について他 の職員へ大切なことをいかに伝えるかの教 育が必要
- ●状態に応じた専門的なケアの推進を図ること
 - → 気づきと視点を高めるための教育が必要
 - → 記録を振り返る力。気づきを高めるための トレーニングが必要

作業部会委員コメント

書式や情報の連動の良さもさることながら、むしろそれらをつなげる人にフォーカスし、人の成長を願うことが根幹にあるシステムとなっている。



▲ サービス担当者会議録



内部コミュニ ケーション規程 ▶

ひまわり自立支援センター(障害者支援施設) 事例 3

書式や仕組み等の過目ポイント

個別支援計画の基礎と なる本人のイメージ図

利用者の理解を視覚化して生活支援員で共有

ニーズ (課題) 整理票**2

利用者本人の思い、ストレングスを捉えた支援を文章化

個別支援計画作成シート

主語は利用者、長期目標はサービス等利用計画を意識

個別スーパービジョン

生活支援員へのスーパービジョン体制の構築で介護過程の意識向上

個 別 支 援 会 議

サービス等利用計画と個別支援計画が連携しているか確認を実施

◆ 実践の流れ

ケアマネジメント プロセス

【障害者総合支援法】 障害者支援施設 で個別支援計画 書の作成義務

アセスメント (二次アセスメント) (資源アセスメント)

介護過程・介護職の役割

- ・ 利用計画開始から相談支援専門員と連携
- ・ 個別支援計画の基礎となる本人のイメー ジ図を用いて生活支援員全体で共有
- ・フェイスシート、利用者の状況に加え てニーズ整理票を用いてさらに共有

○仕組み □ 書式

- サービス管理責任者(以下「サビ 管」)が必要に応じて相談 支援のアセスメント段階から関わる
- 事業所としての見立てを相談 支援専門員と共有
- ■本人のイメージ図
- 個別支援計画作成シート
- フェイスシート、利用者状況
- ■ニーズ整理票

サービス等利用 計画案

支給決定 (市町村)

サービス担当者 会議

サービス等利用

- ・サービス担当者会議にサビ管、他専門 職 (多職種) が参加
- 生活支援員は総合的な支援計画である サービス等利用計画との整合性を確認 する
- 計画作成担当者は、主語は利用者とし た長期目標を立案
- ■個別支援計画原案 ※介護保険法制度でいう個別介護計画と同義
- 個別支援会議
- 個別支援計画確定
- PDCAサイクルを基盤にしつつ、 OODAループ*3での支援を検討

個別支援会議

表施

計

五案

アセスメント

- ・サービス等利用計画と個別支援計画書 が連携しているか確認し実施
- サビ管が個別支援計画作成担当者に対 し個別スーパービジョン

- ・ 到達度、支援の有効性の評価
- モニタリング実施も個別SV体制が構築
- ・サービス担当者会議に参加
- ・個別支援計画の変更に携わる

- パソコンでの情報共有、個別スー パービジョン (以下 [SV])体制構
- 個別支援会議
- 個別支援計画は当日勤務の生活支 援員全員で共有
- 動務時間内で支援会議開催の工夫 (西棟・東棟で1ヶ月単位第2・第 4水曜日 16:00-18:00の間で方 向性を見出せる準備と議論)

継続サービス利 用支援 (モニタリング)

サービス担当者 会議

サービス等利用 計画の変更

- ※1個別支援計画の基礎となる本人のイメージ図:障害者支援施設分野で使用している書式
- *2 ニーズ (課題) 整理票: 障害者支援施設分野で使用している書式
- *3 OODAループ: Observe (観察)、Orient (方向づけ)、Decision (決断)、Act (行動) という短期的で迅速性 のある支援サイクル

社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 埼玉県本庄市 平成 13年4月開設

入所定員:52名 生活支援員:45名 介護福祉士:5名

(取組の背景)

- ・障害者総合支援法では相談支援専門員がサービス等利用計画を作成し、各サービス提供事業所でサービス管理責任者が個別支援計画を作成することが義務づけ(指定特定相談支援事業者と障害福祉サービス事業者の関係が明確)
- ・障害を持つ利用者本人に対し、わかりやすい説明と同意を求めるプロセス (言語化と文章化) が、支援する側 (サービス管理責任者・生活支援員) に一層求められる時代になった

取り組みの特徴・工夫

- パソコンで個別支援計画を生活支援員全員(常勤・非常勤)で共有できる仕組みを構築した
- サビ管 (支援課長) または主任が毎日支援状態の重要ポイントを整理し支援員へ周知
- 毎朝、前日までの利用者一人ひとりの様子が「申し送り資料」としてプリントアウト(約8枚に集約)され配布。生活支援員が確認し支援を開始
- サビ管の研修体制は全国統一基準で基礎研修、実践研修、更新研修と構造化。この研修資料を基盤に S V を展開。事例検討を題材としつつ総合施設長およびサビ管が生活支援員へ支援のあり方・視点を 示唆・提案
- ●本人のイメージ図およびニーズ整理票を用いて利用者理解に努めた
- ■職員の国家資格取得推奨(資格手当の強化と有資格者採用を積極的に)

成果

- 個別支援の実績(例: 利用者の1日の様子、バイタル、支援状況等)がパソコン記録として蓄積。モニタリングデータとして活用可能
- ●生活支援員の個別支援の共有意識の向上
 - ①利用者および保護者への個別支援の展開プロセス全体を丁寧に説明
 - ②支援会議と個別SVの仕組みが構築されたことで、生活支援員が「チームで支援内容を建設的に検討」かつ利用者の「代弁者」としての意識が向上
- サビ管の個別支援計画立案およびSV能力が向上

介護福祉士の役割

- ●人生・生活という全体性をとらえ、長い期間かかわる支援者としての役割
 - ① 個別支援計画が生活支援員の「旗印 (行動目標)」になる。チームで実践できることが介護過程の肝であり、その展開過程一つひとつが重要という意識をもつ
 - ②生活支援員は利用者の生活に長く関わる。より良い生活への探求〔利用者のことを自分のこととして捉える(例 自分だったらどうするか・どうされたいか)〕する視点で検討する
- ●利用者の最善の利益をまもる代弁者としての役割 個別支援計画の基盤は、利用者のニーズを実現する(充たす)ために、今なにが課題になっているかという捉え方が必要である。ときには「代弁者」としての役割が求められる
- ●利用者本位の視点を念頭に、生活の質を高めていく役割利用者のストレングスに注目できるように。個別支援計画は「本人を主人公」に

アセスメント段階

特 徴

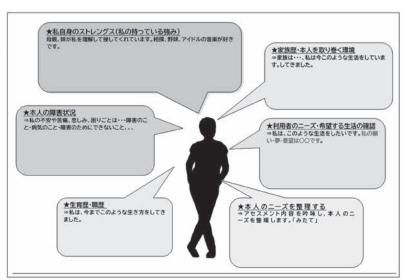
- 個別支援計画の基礎となる本人のイメージを大切に
 - ① 利用者のニーズ、希望する生活 の確認、家族歴、本人を取り巻 く環境まで、本人がどのような 人か把握する視点
 - ②各生活支援員が抱いている捉え 方を「共有」
- 上記で「共有」し、ニーズ (課題) 整理票で文章化
- 利用者本人の生活イメージを本人の 言葉、行動を忠実に記載

ねらいと効果

- ●障害特性上、言語表出が困難でも表情や行動に表れていることを意識
- ●生活環境との相互作用を意識する
- 生活支援員がセンシティブ (敏感・ 繊細) な部分も理解できるようSV で伝達

ケアマネジメントとの関連

●情報に対して「なぜ (利用者は) 声を 出すのだろう」「騒々しくなるのは 何故か」生活支援員がアセスメント の根拠を言語化・明確化することに より多職種連携へつながる



▲ 個別支援計画の基礎となる本人のイメージ図

	ニーズ(課是	息)整埋票	利用者氏名	
NO	意向等ニーズの把握	初期状況の評価(利用者の状況・ 環境などの状況)	支援者の気になることや推測で きること(事例の強み・可能性)	解決すべき課題
1				
2				
3				
4				

▲ ニーズ (課題) 整理票

計画立案段階

特徵

- ●サービス等利用計画と連動
- 総合的な個別支援計画は、サービス等利用計画の内容を記載
- ●長期目標はサービス等利用計画 の記載内容を意識し、主語は利 用者

ねらいと効果

- 計画は基本的にPDCAサイクルで実施される
- ●同業種チームの計画であり、利用者支援でチームが同じ方向を向くよう共有を図る

個別支援計画書 1

利用者氏名	様	生年月日	
サービス管理責任者		戦種	
記入年月日	令和 年 月 日		
利用者及び親権者又 は代理人、家族等の 意見			
判定機関、行政機関 医師等の意見			
総合的な支援方針	この部分はサービス等利用計画と	同様にする。	
長期目標	総合的な支援計画を参考に、ニー	ズ(課題)整理票を考慮して、独自に作成する。	
短期目標 1	ニーズ(課題)整理票を作成してか	らでないと、この部分は書けない	
短期目標 1 短期目標 2	ニーズ(課題)整理票を作成してか ニーズ(課題)整理票を作成してか		

私は、サービスの内容やその方法について、担当者から別紙に基づき、十分な説明を受けました。また、サービスの実施において、私の希望が何よりも 優先されること、途中で計画を変更できること等についても説明を受けました。私は、この説明を理解し、このサービス計画の作成(変更)に基づくサー ビスの実施に同意致します。

利用者氏名 利用者の代理人 印

▲ 個別支援計画書

ケアマネジメントとの関連

- ●サービス等利用計画(多職種が関わる総合的計画)には、このPDCAサイクルが適している
- 利用者の障害特性を踏まえ、個別支援計画にはOODAループでの短期的で迅速性のある支援が適している部分も
- 医療的な要素も個別支援計画とリンク (例 てんかんのある利用者) する。薬の効果、実際の支援内容と併せ検討

特徴・工夫と効果

- ●サビ管が計画作成担当者へ、 計画の実施・中間評価を含め 個別SVを実施
- ●個別支援会議の開催(計画作成 担当者、利用者本人、保護者、 サビ管が参加)
- ●強度行動障害を持つ利用者は 短期サイクル(1ヶ月、2ヶ月、 3ヶ月)で評価 〇〇DAループを用いた対応 も検討
- 介護者の負担度合いも評価 利用者の変容と介護者の負担度の数量化について書式を検討 Ф
- ●事例検討では、現状と経過を簡潔にまとめ、保護者の方に 施設ケアを理解してもらい協力を仰ぐ

本取組を通じて向き合っている課題

- ●個別支援会議に多くの生活支援員が参加することが望まし いとサビ管研修では提言されているが、本法人ではまだそ の段階まで至らない
- ●計画の明確な評価基準がない。明確な評価ではなく感覚的 な評価となっており、書式を検討中
- ●介護福祉士国家資格保有者の入職後教育が必要。障害分野 へ就職する機会の少なさも背景にあり、利用者理解と介護 過程の展開を現場でSVすることが必要
- ●アセスメントを詳細にすることで時間を要してしまうこと が課題。強度行動障害を抱えている利用者の場合、個別支 援計画のPDCAサイクルでは対応が間に合わない状況が 発生する。利用者の障害特性を踏まえ、OODA(観察、方 向づけ、決断、実施) ループという短期的で迅速性のある支 援サイクルを用いたほうが妥当な場面もあり導入を検討中
- パソコンに蓄積されている支援データをもとに、どのよう に改善し、新たなシステムに反映させていくか

作業部会委員コメント

「利用者のことを様々な視点から理解しよう」「捉え方 に差異があれば共有し、支援の方向性を一つにしていこ う」こうした介護過程の基盤を大切にされている印象を受 けました。

また「利用者一人ひとりの介護過程が展開されない=利 用者支援の保障がされない」という報告があり、介護過程 の実践は利用者支援の契約表明であり、それゆえ現在の 状況と生活環境を相互に捉える視点、本人の思いを大切 にする姿勢を再確認することができました。

	項目	有	無	强	化	变	との	犬況	介即	渚	01	D.H	0	程度
妄想	もの取られ妄想や被害妄想がある	有	無	1	2	1	2	3	0	1	2	3	4	5
幻覚	幻視、幻聴などがある	有	無	1	2	1	2	3	0	1	2	3	4	5
興奮·攻擊的	支援に対して抵抗することや、他者を傷つけるような行為がある	有	無	1	2	1	2	3	0	1	2	3	4	5
抑酶	抑欝気分を訴える	有	無	1	2	1	2	3	0	1	2	3	4	5
気分変調	気分が短いサイクルで変わる	有	無	1	2	1	2	3	0	1	2	3	4	5
脱抑制:	人の気持ちを傷つけるような行為がある	有	#	1	2	1	2	3	0	1	2	3	4	5
易刺激性	気難しく、イライラしている	有	#	1	2	1	2	3	0	1	2	3	4	5
情動行動	ボタンや紐をいじるなど無目的な繰り返しの動作はないか	有	無	1	2	- 1	2	3	0	1	2	3	4	5
睡眠異常	夜間眠らない、早い時間に起き出す、日中にうとうとしている	有	#	1	2	1	2	3	0	1	2	3	4	5
食行動異常	異食や嗜好の異常がある	有	#	1	2	- 1	2	3	0	1	2	3	4	5
発作	てんかん発作が頻回にある	有	無	1	2	1	2	3	0	1	2	3	4	5

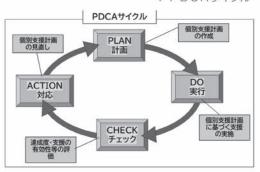
- 1. 良く変化 2. 悪く変化 変化なしは記入しない
- ○変化の状況(前回実施時と比較してどのくらい悪化しているか) 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度
- ○支援者がどの程度負担を感じているか
 - 0. 全くなし 1. 手はかかるが、ストレスなし 2. 手はかかるが、ストレスは軽い
 - 3. 支援はいつも容易ではなく、中等度のストレスを感じる
- 4. 支援に困難さを感じ、強いストレスを感じる 5. 支援が全くできないほど、ひどいストレスがある

▲ 支援の評価表

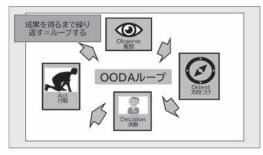
▼ 事例検討会報告書式



▼ PDCAサイクル



▼ 00DAループ



介護老人保健施設 デンマークイン新宿 事例 4

書式や仕組み等の発目ポイント

R 4 シ ス テ ム*

容易になった支援内容の共有で情報共有の速度・確実性のアップに

ケアプランチェック表

施設サービス計画書から1~3つに絞った目標を日々記録し、利用者の 状態変化を見逃さない効果

多職種による評価と 再アセスメントの実施

多職種での施設サービス計画書評価と再度アセスメントの実施により、 利用者ニーズに即した支援に

◆ 実践の流れ

ケアマネジメント プロセス

アセスメント

탩

<入所~14日>

- ・暫定施設サー ビス計画書の 作成
- ·生活機能(| CFアセスメ ントの実施)

介護過程・介護職の役割

入所当日、支援相談員と介護職員は利用 者及び家族に暫定プランを説明し、署名 をいただく

また、入所当日から2週間で ①ICFアセスメント ②専門職 (チーム) アセスメント を実施し、利用者の状況・ 様子を文章化 する

<15日~20日>

- ・施設サービス 計画書原案の 作成
- ・ケアカンファ レンスの実施

<21 =~24 =>

- ・サービス計画
- ・サービス担当 者会議
- ・ケアプラン チェック表作成

書作成

<25日~> 施設サービス計 画書とケアプラ

ンチェック表に 則り、支援を実

- ·支援実施経過 記録
- ・モニタリング
- 再評価

・介護職は施設サービス計画書原案を作

- ・多職種によるカンファレンスを実施
- ・各職種のアセスメントと計画に基づき 話し合いを行い、合議で決定
- ・本人、家族へ施設サービス計画書を説 明し、署名をいただく
- 介護職は施設サービス計画書に則り、 ケアプランチェック表を作成する
- 介護職はケアプランチェック表を作成 し、全職員が施設サービス計画書を意 識して支援にあたっている
- ・また、ケアプランチェック表により、 「利用者の生活状況・機能変化」を毎日 チェックする

介護職はケアプランチェック表、支援実 施経過記録に蓄積された情報を基に、モ ニタリングと再評価 (再アセスメント)を 実施する。

※他職種も同様

○仕組み □書式

- ●暫定施設サービス計画書の入力作 業は毎週各科持ち回りで対応。入 所前日の朝9時までに作成し入力 を完了させる
 - ・暫定施設サービス計画書の作成
- ●介護職は、アセスメントを基に介 護計画を作成
- I CFアセスメント
- ■専門職 (チーム) アセスメント
- ●各専門職が作成するアセスメント 表・計画はPCで一括管理されて おり、他職種がいつでも閲覧でき る状況となっている
 - カンファレンスの実施
 - ・サービス担当者会議
- ■施設サービス計画書作成
- ■ケアプランチェック表
- ●介護職は、ケアプランチェック表 へ毎日記録するようになっており、 利用者の目標を常に意識、把握し ながら支援を行い、「特に記載すべ き事項を支援実施経過記録」に記録 することで、モニタリング、再評 価につなげている
- ●再評価 (再アセスメント)
- ■モニタリング表

* R4システム:全国老人保健施設協会がオリジナルで開発したケアマネジメントツールである

特定医療法人社団研精会 東京都新宿区

平成15年12月開設 従来型

入所定員:160名 介護職員:47名 介護福祉士:43名

取組の背景

平成29年6月まで、施設サービス計画書の作成及び帳票類 (アセスメントや各職種が作成する計画 書等) は手書きもしくはエクセルやワードで職種毎に実施していたが、

- ・多職種間の情報共有を適切に実施し、利用者の在宅復帰を推進する
- 記録の一括管理
- ・ I T化による業務のスリム化を図り、職員の負担軽減、残業抑制、ケア時間の創出を図るためR4システムの導入に着手した

取り組みの特徴・工夫

- R4システム導入に向け、各科よりスタッフを選出し委員会を構成。特に介護職は各フロアーより1名、代表者を選出。さらにシステムの移行を2年後とし、時間をかけ打合せを行うとともに、システムの確認、さらに全スタッフに対して研修の場を設けた
- P C 操作が苦手な職員のため、P C の研修も実施。また、導入当初は業務の特性上、P C での入力が 困難(またオンタイムで行えない)な記録に関しては、紙面での帳票も残し運用していた

成果

- システム上で各専門職が作成する目標や支援内容が共有しやすくなり、利用者の目標に対してズレが 少なくなった
- 介護職が作成する計画や支援経過も他職種からみられるため、ケアプランチェック表に対する取り組みの意識が高まった
- ●手書きの煩雑さが解消された
- ●情報が一括管理され、多職種における情報共有の速度と確実性が上がった
- ●残業時間が短縮されたことで介護職の気持ちにゆとりが生まれ、ケア時間の創出ができ、より質の高いケアに近づくことができた
- ●利用者への支援時間が最も多い専門職としての自覚が芽生え、利用者の変化を見逃さない、また言語 化する意識が高まった

介護福祉士の役割

- 多職種との協働・連携を進める上で介護技術はもちろん、適切に言語化する知識が求められており、これを遂行するために知識と経験の積み重ねが重要となっている
- ■このことから、自ずと国家資格を有する介護福祉士の存在が重要となっており、各リーダー 層も資格取得者で構成される傾向となっている
- ●また、アセスメントやケアプランチェック表の作成には全常勤介護職が携わっており、経験の浅い介護職に対してのアドバイザーとなっている

R4システム

特 徴

- ●生活機能(ICF)アセスメントの内容をもとに、多職種間で把握しているADLの意識統一を図り、チーム全体の目標となる「できるADL」を検討しやすくなる
- ●システム上で過去のADLと現在のADLを比較し、自動で改善・維持・悪化を判別することができる
- ●利用者の支援経過や支援の実施状況が入力でき、施設サービス計画書の進捗管理が行える

ねらいと効果

- ●システム導入までは、施設サービス計画書の作成及び帳票類 (アセスメントや各職種が作成する計画書等) は 手書きもしくはエクセルやワードで職種毎に実施していたが、
 - ・多職種間の情報共有を適切に実施し、ご利用者の在宅復帰を推進する
 - ・記録の一括管理
 - ・ I T化による業務のスリム化を図り、職員の負担軽減や残業を抑制することでよりケアに充てられる時間 が創出できた
 - という効果が現れた

(ケアマネジメントとの関連)

●施設サービス計画書と各専門職(介護職含む)が立案する計画及びアセスメント・モニタリングに整合性が生まれ、各々の専門性を基に支援にあたるようになった

ケアプランチェック表

特徵

- ●施設サービス計画書に則り、日常生活上で重要な支援 内容を1~3点に絞り作成
- ●利用者に携わった介護職が中心に記録を実施
- ●毎日記録
- ●目標が達成できない日が続いた場合、目標の見直しを行う場合もあり、施設サービス計画書の進捗管理が行える

ねらいと効果

- ●ケアプランチェック表を日々記録することで、「利用者の状況変化を見逃さない」という効果あり
- ●目標が明記されており、なおかつ毎日記録をすることで、担当者以外の介護職が関わった場合でも意識が統一される

ケアマネジメントとの関連

●ケアプランチェック表は毎月更新し、更新の際にモニタリングをする機会となっている

作業部会委員コメント

介護老人保健施設が持つ「在宅復帰」という使命を 果たすべく、多職種が協働することはもちろんのこと、 日常生活を支援する専門職である介護職(介護福祉士) の力を求め、力を発揮させようという意識が感じられ ます。

ケフ	アプランチェック表
号室	様
1	
2	
3	

B	月	火	水	木	金	±
1) 2) 3)	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③
8 1) 2) 3)	9 (1) (2) (3)	10 ① ② ③	11 ① ② ③	12	13 ① ② ③	14
15 1) 2) 3)	16 ① ② ③	17 ① ② ③	18 ① ② ③	19 ① ② ③	20 ① ② ③	21 ① ② ③
22 ① ② ③	23 ① ② ③	24 ① ② ③	25 ① ② ③	26 ① ② ③	27 ① ② ③	(1) (2) (3)
29 1) 2) 3)	30 ① ② ③	31 ① ② ③	1 (1) (2) (3)	29 ① ② ③	30	31 (1) (2) (3)
① 2 3	① ② ③	1) 2 3	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③

O・・・行えた △・・・だいたい行えた ×・・・行えなかった 外・・・外出・外泊

▲ ケアプランチェック表

評価・再アセスメントの実施と自宅訪問

特徴・工夫と効果

- ●施設サービス計画書の再評価、再作成は多職種で実施 →サービス担当者会議にて
- ●3か月に1度見直し
- ●サービス担当者会議に必要な、
 - ・ICFアセスメント*1
 - ・専門職 (チーム) アセスメント
 - ・ケアプラン総合計画書*2

上記3点を担当専門職が記入

●自宅訪問退所前訪問では、相談職・リハ職に加え、介護職も 訪問

ねらいと効果

- ●自ら行ってきた支援が適切であったかどうかを可視 化し、多職種で検討する。その上で評価し、再度ア セスメントを実施することで、より利用者のニーズ に即した支援へと高めていく
- ●自宅訪問では介護職が「生活者の視点」から利用者及び関係者へアドバイスを実施する
- ●在宅に戻る利用者・家族の不安解消とともに、介護 職育成の場にもなっている

ケアマネジメントとの関連

●日々の情報蓄積に加え、多職種で現状の見直しから 再アセスメントまで実施することで、より個別性が 高い、在宅での生活を見据えた支援計画の立案が可 能となっている

本取組を通じて向き合っている課題

<より在宅復帰を支えることができる施設に向けて>

- ●デンマークイン新宿では、介護老人保健施設の主たる機能である「在宅復帰」を果たすため、R4システムの導入を行い、多職種連携を進めている
- ●日常生活を支える専門職として介護職(介護福祉士) に求められる役割は大きく、より多くの知識と技術 が求められている
- ●利用者の自宅を知り、在宅復帰後の生活をアドバイスする場面においては、日常生活を支え続けてきた介護職のスキルアップが急務となっている



▲ I CFアセスメント*1



▲ ケアプラン総合計画書^{※2}

- ●【入所前・退所前・退所後】のいずれかで自宅を訪問し、自宅での生活に必要な課題抽出・目標設定・アドバイスを相談員・リハ職だけでなく介護職も同行し実施している。これにより、『自宅でのアセスメント力・幅広い知識・家族への指導力』強化を図っている
- ●自宅訪問の取り組みにより、日々介護職が作成しているケアプラン総合計画書*2やケアプランチェック表が さらに利用者の生活に即したものになるよう向き合っている

*1 I C F アセスメント:システムの書式を使いやすいようにアレンジしている *2 ケアブラン総合計画書:各専門職が立案した計画書をシステム上でまとめたもの

障害者支援施設 リアン文京 事例 5

書式や仕組み等の澄昌ポイント

想いのマップ**1

本人の願望 ・ 要望を生活支援員と共同で記入し、本人の人生や生活を 言語化することで具体的な活動や参加の目標に置き換える

生活場面ごとに支援を具現化するもので、記録や評価がしやすく、チー ムの情報共有や統一的支援の実現につながる

ストラテジーシート*2や スキャッタープロット*3 の活用

行動の観察ー記録ー仮説検証が迅速に実施でき、根拠ある支援につな げる

◆ 実践の流れ

ケアマネジメント プロセス

アセスメント シートの作成

想いのマップ

課題整理票

アセスメント

個別支援計画案

介護過程・介護職の役割

- ・支援員(以下「ケース担当」)がサービス 管理責任者のもとでアセスメントの原 案を作成
- ・ケース担当は生活全般の課題をまとめ ると同時に各専門職の課題を聴取して 課題整理票に課題・目標を整理統合

○仕組み □書式

- ケース担当が生活全般、日中活動 面を担当、看護師が健康面、理学 療法士が機能訓練、管理栄養士が □腔機能等を分担
- サービス等利用計画とアセスメン トシート・チェック表により生活 課題・目標を課題整理票にまとめ
- ●「想いのマップ」により利用者の夢 や希望を反映、地域社会での自立 生活面から再検討
- ■アセスメントシート
- ■課題整理票
- 想いのマップ*1

ケース会議

랆 立

個別支援計画

支援手順書

説明·同意

・ケース担当が部門会議等でチームの意 見を集約しサービス管理責任者や役職 者の協議や施設長の承認を経て個別支 援計画案を提出

・ケース会議で専門職を含め協議し家族・ 利用者への説明・同意を経て本計画へ

- ケース担当がチーム ・ 各専門職か ら意見を集約し課題・目標・方法・ 期間・頻度等を記した計画案をケー ス会議で検討
- 計画案を利用者・家族に説明し同 意を得て、本計画となる ■ 個別支援計画書

生活場面での機 能的アセスメン 卜分析

観察・記録

支援手順書修正

- ・個別支援計画に基づき、生活、日中活 動場面での課題を機能的アセスメント 分析で行い、支援手順書を作成、各場 面の記録と評価分析を行う
- ・日常場面での観察-記録-評価は朝・ 昼・夕礼で引継ぎ、フロア、グループ 単位の会議で支援手順書等を随時見直 व
- ・支援効果が安定した場合は、個別支援 マニュアルに転換
- 課題解決のために行動の観察 記 録ー仮説検証のサイクルを意識し、 生活場面で行動分析を実施、スト ラテジーシートなどの機能的アセ スメントを用いる
- ■支援手順書
- ストラテジーシート*2

ケース会議によ るモニタリング

個別支援計画 (修正)

再アセスメント

・ケース担当が中心にモニタリングを ケース会議で実施。定期は年2回、6か 月ごと。安定しない利用者は随時の実 施

- 個別支援計画の目標達成度、適正 さ、状態変化への対応等の評価を ケース会議で検討すると同時に フェイスシート、支援手順書の修 正、アセスメントシートの作成を 行う
- モニタリングチェック票
- **1 想いのマップ: 駒澤大学佐藤光正教授が提唱するミスポジション論の5ピクチャーズを参考にしている
- *2 ストラテジーシート: 強度行動障害を持つ人を理解するための行動分析シー
- **3 スキャッタープロット: 行動生起を視覚的に確認するための記録。行動の生起しやすい時間帯が把握できる

社会福祉法人武蔵野会 東京都文京区 平成27年4月開設 ユニット型

入所定員:40名 生活支援員:65名 介護福祉士:22名

取組の背景

- ・利用者は、青年期から高齢期までの幅広い年齢層と重症心身障害・強度行動障害・発達障害等の様々 な障害特性を持ち、標準的な生活課題のほか、医療的ケアや日中活動における作業・地域移行など課 題が多岐にわたっている
- ・基本方針の一つに地域自立支援があり、施設内で自己完結的な生活・人生を送るのではなく、地域社会資源の活用や当事者の社会参加・施設からの地域移行を相談支援事業所の相談支援専門員の立案するサービス等利用計画と連動させる必要性がある
- ・環境との相互作用から行動の機能(目的、働き)に注目する機能的アセスメントと記録、それに基づ く仮説と考察による強度行動障害者の障害特性を明確にして一貫した対応がとれるチーム作りの必要 性に迫られている

取り組みの特徴・工夫

- 個別支援計画は利用者の生活全般の課題に対して支援員・看護師・栄養士・理学療法士、家族・本人と共に共同作成する姿勢で取り組んでいる。さらに栄養士は栄養ケアマネジメント計画、理学療法士の機能訓練計画、ケース担当は生活場面における支援手順書を作成し、専門性を活かした個別支援を行っている
- 個別支援計画が本人のための支援であることに基づき、本人が望む人生の支援を目指している。そのため、「想いのマップ」を作成し、本人の夢や希望を叶えるために本人が自己選択 ・ 意思決定していくことができるよう支援している
- 強度行動障害にむけた機能的アセスメントやターゲット行動の頻度や状況を記録するストラテジーシート(行動分析シート)やスキャッタープロット(散布図)などを活用

成果

- 「想いのマップ」の作成によって、夢や希望などの本人意向を確認でき、当事者主体の支援を考える 契機となった。本人の夢や希望の実現に向けて、相談支援専門員 (相談支援事業所) の作成するサー ビス等利用計画と事業所が作成する個別支援計画書が連動するようになり、ライフステージや人生レ ベルの支援を考えるようになった
- ●「支援手順書」に沿って支援し、その場面ごとに記録することによって、支援の適切さや課題をチームで共有しやすくなった
- ●強度行動障害の支援で課題となる行動の観察ー記録ー仮説検証がチーム内で迅速に実施されるようになり、勘や経験に頼るのではなく根拠ある支援をチーム支援として心がけるようになった

支援員の役割

- ●利用者と日常生活全般で関わり、生活支援を通して得られた「気づき」を言語化して各専門職やチームメンバー、関係者に伝え、根拠ある科学的支援につなげる役割
- ●人生、生活レベルにおける利用者の生きることの全体像を捉えて、本人の欲求や意欲を言語化し、具体的な「参加」や「活動」の目標につなげ、これを利用者が意志決定していけるよう支援する役割
- ●障害特性や環境によって生じる生活課題の改善を合理的配慮と意思決定の支援によって行い、 生活の質をよりよく向上させる役割
- 介護過程の実践を通じて利用者の尊厳や生活の質の向上をはかる専門家

アセスメント段階

特 徴

- ●一般的なアセスメントの他に機能的アセスメントを実施。これにより生活場面ごとの課題 (ターゲット行動) を機能的に分析するストラテジーシートや行動観察シートを用い、環境と障害特性の相互作用における利用者の行動の発生機序を分析する
- ●本人の主観的体験からくる願望・要望を支援員と共同で「想いのマップ」に記入し、本人が描くよりよい人生や生活の状態を言語化し、具体的な「活動」や「参加」の目標に置き換える

ねらいと効果

- ●生活場面の支援実践を通して、意図的に観察記録し、仮説検証して問題となる行動が生じる理由と対応を根拠づけて考察できるようになる。チーム共有化がしやすい
- ●本人の夢や希望を叶えていく過程で利用者がエンパワメントされ、主体的に社会参加していく源泉となる

計画立案段階

特徴

- ●ケース担当がモニタリングチェック表や支援経過記録から課題を整理、専門職やチームメンバーから意見集約し、個別支援計画案を作成
- ●ケース会議にてケース担当・専門職・地域の 相談支援事業所(相談支援専門員)・家族・本 人を交えて個別支援計画の内容を合議・決定
- ●利用者の支援計画は地域自立支援の観点からの「サービス等利用計画」、本人の夢や希望を言語化・目標化した「想いのマップ」、施設の生活全般の支援を生活・看護・リハビリ・栄養などの面から総合的に計画する「個別支援計画」、生活場面ごとの支援を具体化する「支援手順書」で構成される

ねらいと効果

- ●地域社会での自立生活支援を通じて社会参加や活動への具体的目標や支援計画が立て やすい
- ●個別支援計画によって生活全般の課題を支援・看護・リハビリ等の専門領域が連携して多職種連携の計画となっている
- ●支援手順書は支援場面ごとに対応した記録 や評価がしやすく、支援員チーム内で情報 を共有し、統一された個別性の高い支援を 実施しやすい

ストラテジーシートの作成方法 ※それぞれの項目の内容 ストラテジーシー ト ver. 3.0 [紀入日 я в B:行動 A:事前 ①ターゲットとした行動を記載する ②行動記録用紙(A)の内 担目 (研究 (行動記録用紙(B)の内容 望ましい行動 ほめ方・楽しみな活動 ⑥良い行動をしたときに周 ④望ましい行動を具体 りがどうするか記載する。 興味関心を考慮する。 的・肯定的に、本人を 主語にして記載する。 ⑤どんな状況・手だてがあれば、望ましい行動をして もらえるか記載する。 事前・事後の環境の工夫を 行なってものぞましくない 起こってしまったときの対応 行動が起きたとき!

▲ ストラテジーシートの作成方法

▼ 想いのマップ

【私の想い】(困っていること) ・週末に外出できない

いろいろなところに行って写真を インスタグラムに載せたい

【今していること】

- ・お仕事は封入作業などを行ってる ・お仕事を時々寝坊で休んでしまう ・週末は、外出できずテレビを見て
- 【私の良いところ】 ・社交的、明るい、元気な挨拶 ・お話が好き、相手を気遣える
- ・とても前向き
 「私の地域の良いところ」
- ・交通の便はよいところ・素敵なロケーションがたくさん・いろいろなところでみんなが助けて

想いのマップ



・寝坊で事業所を休まない・カフェのお仕事をする

- ・ヘルパーさんに手伝っても らって外出する 【私の事業所の良いところ】
- グループの仲間が楽しい希望すればカフェの実習ができる
- ・送迎者を出してくれる

[将来の生活・夢]

きの手だてを記載する。

- ・毎日お仕事に通えるようになる ・週3回はパン販売・カフェのお 仕事をする
- ・お給料を毎月千円ためてお泊り 旅行に行く
- ・週1回週末に天気が良ければ 外出し、インスタグラムの投稿 回数を増やします
- 【夢に近づくための方法】 るのためには
- カフェのスタッフに仕事を教えて もらう
- インスタ映えする外出スポットを 探す
- ・寝坊でお休みせず、11時には 就寝し、体調を整えて通所する ・週末の外出を増やす

		Aàk	7		
50	15 to	サービス手程	チェック	298	
9.30 免刑	【スケジュール1:額の変度 】 カバンを指摘のラックに質く、その後、新しい看着えを白かで売りだし、た たち、(たたち返すであかがちとバニッタになるのでそっと見守る)たたみ 根えると加難に向かう。 ○Point: 着替えをたたみ延えるのを終ち、切り替えをしてから翻導する。	o	施窓、スタジュールの関サラッと同時を基立らまするが、本人スペースに効果的をの存 いてある。一度で数を今に跨ったため本人の必要を及ながら毎子報館していると、うしを から、何からきくは、カインを置く、その後、戸を繋がず様子を見る。本人は輩他人のた 後定数に参加する。不理にむることは強い。		
1010	活動學園	【スケジュールを:原列物等 】 に対応、一般を訪問意に行き、マットに使になる。本人が領域すると正療をして組まるを認べを用する。 を認びて起かりたらな研究・報言する。 予認ができ、別によってものを信仰を考え、第35へ命かう。第32数部原定に 長ち、果んのには同様では安けない。 「中心には、サントの表現し、予算では正信されるでも受きましているの で関わったら発展で、予算では正信されるでは受きましているの で関わったら発展で、予算では正信されるでは受きましているの で関わったら発展する。	o	多の円度・機能性、デッシに関心であったができない。 医が原性の変形を含まれた他は、信仰 中心がつう、上部で「おおか、海では、よっす」と自然におきが、あるからか、1の様と人の会かった。 のの、一部のでは、10年間、「おおか、一部では、よって、10年間と、10年間と、10年間と、10年間、 下面は「10年間を含まれた」と、10年間に、	
10:36	放棄	【次ケジュール3:被数 】 会就に取いた的数数を知め、「協議に行きましょう」と声を指ける。 熱性は 下きっまで無がらが、、知識制度子で数からかで放棄を開始する。 ルートは 没まっているのでな人の行く方が一般に向かう。 場合、の批談問金では、一般のかかりと呼ばてなかの一トに向かう。 口からに"オッカ"と規範をするが、一等和いて対象を立つます。 自能調査機の ボタンは会で得るないと思く覚まないので途中で止めないで見守る。	o		
11:30	食事學集	【スケジュール: 記事変変】 「施力ですよ」と声をかけるとおも手を洗い、紅面地所へ向かう。 「総力を称う、アルーアの認力へのあり、ネ人のカイミングで立つ場のも、要 多なアニューは夢がありる。 内付ける際があわらなイミングを出るが関っ で下降している。本人の様子を及なが付き扱いを行う。 「からしたの事業のなか」となった。 からなど、大人の様子をなったがあります。 からまたした関連できなよれのチェイミングがようのできっと気をも、 からまたした関連できなね。その様になくさん間しかけるとパニックにな も、物意との展現を得ち、そっと見やも、	o	では、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、この	
12:30		【カヴュール号:金型速動】 金章で使用人もと日かから参目的窓に向かう、多目的窓では"あ"と本人が声を はし、マットを予で呼ぎるで構造が多人にマットを変す。マットに乗っなった 引、構造や事態でして記さす。 Point:タイミングがある名、本人が"あ"と思ってからマットを選す。	o	MBJ-MB. SENTE-MB. EMBERT COTY-)- PETLY-FLA-MALLAMOTYSILM, TYJE TI. LIFE, MED-YCHAN, LIFE-YSLAMINE, MALEAMOTHY, MEMALLAMOTY LIFE, MED-YCHAN, LIFE-YSLAMINE, MALEAMOTHY, GELGE, MOTHER META.	
13:30	午批活動	[スクジュールを3・パットボトルウルし・選組報づくり] や設定機を試えるこれのテルーが開発に定る。他に入っているボトルウルレ 帯点が存在し、大利に関係的なコメラ」と同様がある。 水人に戻せてから戻す。ヨリエ人がいないことを確認して認識が行う。途中で サイビーからなど、またしたが必要があることである。 アルフルレールでは、アルカルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルロルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルレールのでは、アルロルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルフルレールでは、アルロルレールでは、アルフルレールでは、アルロルレールでは、アルロルロル・アルルレールでは、アルロルロルでは、アルロルでは、アルロル・アルルルでは、アルロルのでは、	0	随意型に等数数。ペットボトルつぶしを契約する。4つつぶした後、永人は数字に担ったため、50分配、不定し施を打てよったからでは、 たため、50分配、その他、海底「胎を含す」とからからな、 (の地域子でもして一次が有くなっため、50分配を付した。運動を取るみる運動集を包 合用型を実現した。日本と連載版、2世に分けた課題業を増進し、本人に戻せ、「記 解析を手分に切りましょうとはある。不可能し、60位に2分配でした。運動を よく、歳かる差子もかった。不べを切り分が、振が似るったことうを提定した ころで、「他かりにしましょうとまため、この他、数字であった。	

▲ 支援手順書

特徴・工夫と効果

- ●個別支援計画から利用者一人 ひとりの生活場面ごとの支援 手順の詳細が決められ、観察・ 記録・対応の視点がチーム内 で共有化され、統一した支援 を目指せる
- ●支援方法が確定していない場合は、毎日、支援手順書の実践を記録し、フィードバックする方式をとっている。支援困難ケースについては仮説検証を原則にチームで方針を決定し、実行した結果を分析評価し、支援方法を修正するサイクルを展開
- ●支援上の気づきはケース記録の他に気づきメモに書かれ、ケース担当が集約し、チーム内で共有している。日常の生活場面の支援は支援手順者と表ので表して、大変更が必要をサーカーを表して、大変更が変更をサーカーを表が暫定的に決定し、朝昼夕のミーティングでチームに共有される
- ●支援方法が適正かどうかを行動記録シートで行動の状況を観察記録し、機能的に行動の目的・原因を探り客観的な対応を目指している。また、スキャッタープロット等によっ
 - て行動生起の頻度などを記録し、客観的に行動変容の状態を評価している
- ●サービス等利用計画との連携を意識し、利用者本人の人生や生活を本人の意向や地域社会の中での活動という 視点で再検討している

本取組を通じて向き合っている課題

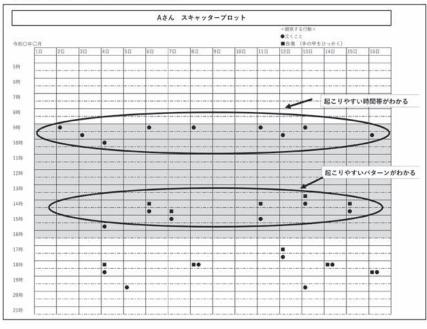
- 判断能力や意思疎通が難しい知的障害者に対する意思 決定支援や合理的配慮について、日常の生活行為を通 して信頼関係を基盤に環境調整や個別のコミュニケー ションスキルを高めていく必要性がある。そのため行 動分析の精度をさらに高めていく必要がある
- 個別支援計画での課題や目標は、その課題が叶ったら本人の人生や生活において何が実現するのか?という視点を取り込むよう努めている。そのため個別支援計画はできる範囲でのみ立案するものではなく、当事者の社会参加を促進するための社会資源の活用や開発も含めたアクションプランの作成が課題

行動記録シート 压名 ターゲット行動(B) 食事の時に興奮して皿を投げる 日付 先行事象(A) 雑に・何に 何をした(B) 結果事象(C) 対応後の様子・その他の気づき 記録者 様から移げたことを気にして 声掛けしてお味噌汁を飲むよう 食事が中断された 0月0日(月) 支援員Kに向けてお皿をひっくり返す 自分の頭に環員の手をのせ 保した お味噌汁を飲むことができなかった ダメーとKに向かって言う ひっくり返ったおかずが気になる様子 いきなり立ち上がり、お盆を明いて 食事が中野された O月O日(火) 他の利用者の笑い声が見こえた 支援員K 手でつかんで食べようとした 再度、食事がセットされるまでじっと座っ 食器の食べ物がお盆に散乱する 他の利用者の声に聞いた? て待っていた しばらく高揚した状態となり、「いー」と 食事に集中できずスプーンの手が出 いう甲高い声と共に上半身を何度もお辞者 支援員Kに向けてお皿をひっくり返す O月O日(水) まったので、早く食べてねと声掛け 支護資K 食事が中断された するように折り曲げる動作を2分くらい縁 その後に自分のほほを両手で平手で叩く り返した 突然の制止? 食事に集中できずスプーンの手が止 支援員の手を押さえ、自分から元の位置に 食事を中断せず食べ終えた 機嫌のよい時にするハミング O月O日(木) まったので、さりげなくお盆の上の 支援員K お話を探し食べ始めた そのまま、食べ終わった解席

ABC 分析: 先行条件 (A) 、行動 (B) 、結果条件 (C) の枠組みで行動の原因を機能的に分析する

▲ 行動記録シート**

▼ スキャッタープロットによる記録



作業部会委員コメント

利用者の夢や希望を目標化した「想いのマップ」 が相談支援事業所のサービス等利用計画と施設内 の個別支援計画を効果的に連動させ、利用者中心 の支援を拡充している点が素晴らしい。

「支援手順書」は生活場面ごとに具体的な支援手順を決め、実行・観察・記録・評価を1枚の書式にまとめ、利用者の行動分析、支援の効果などをチームで共有化できる点でよい書式です。

** 行動記録シート: 強度行動障害者支援者養成研修で使用された書式を使用

特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか 事例 6

書式や仕組み等の燈目ポイント

5期システム*1

介護過程とケアマネジメントを融合した法人独自の体制を構築。個別ケアの実 践を推進

個 別 ケ ア 推進コーディネーター*2

法人独自の職位、専門職の育成と個別ケア推進を担う

気づいたことカード

気づいたことがすぐに書けるメモ用紙、蓄積された気づきは担当者会議で活用

ケアプラン実施表

毎日実施の有無をチェック、利用者の生活状況や課題を確認、必要なケアがで きているかを分析

◆ 実践の流れ

ケアマネジメント

介護過程・介護職の役割

○ 仕組み □ 書式

プロセス

担当介護職

●【5期システム】①情報収集期

フェイスシート の確認

- · フェイスシートの確認 *記入は相談員が実施
- ■フェイスシート * 主に新規入所時を想定

施設サービス計 画書原案を作成

アセスメント

불

- 担当介護職と個別ケア推進コーディネーター
- ●【5期システム】②アセスメント期
- · 「身体的特徴」「社会的特徴」「精神 · 心理面」「認知症」などを一緒に確認
- ADLアセスメントシート
- ・情報の解釈、関連づけ、統合化の考え 方を一緒に考え確認
- I C F 整理チャート
- ・生活課題とケアの根拠を明確にし、 「具体的なケア」へつなげる考え方を 一緒に確認
- ■センター方式 * 認知症の理解を深めるために採用

サービス担当者 会議開催

担当介護職と個別ケア推進コーディネーター ・利用者の具体的なケアの意向を一緒に ●【5期システム】③計画作成期

他職種の意見も 踏まえ施設サー ビス計画書を作 成

個別ケア推進コーディネーター

・サービス担当者会議に出席

- * 施設サービス計画と個別介護計画 は一体的に作成される
- ・会議内容は、担当介護職、介護リーダー へ報告

実施状況を確認

介護職

ケアを実施する中で、気づいたことを

・施設サービス計画書の中から介護に関

●【5期システム】④実施期

■ 気づいたことカード

「気づいたことカード」に記入

■ケアプラン実施表

担当介護職

- 施設サービス計画実施状況の確認 する部分を抜き出した「ケアプラン実 施表」に実施の有無を毎日記入 と生活状況の確認表
- 「確認表」を使って、1ヶ月間の施設 サービス計画実施状況や生活状況を確
- * ケアプラン実施状況、生活状況の 確認、生活課題を記載

●【5期システム】⑤モニタリング期

施設サービス計 画書の評価

- 担当介護職と個別ケア推進コーディネーター
- ■モニタリング表

- ・一緒に評価を実施する
- ・観察視点にズレがないか確認する
- * ケアの実施状況、短期目標の達成 状況、新たな目標設定、追加する サービス内容、医療面からの留意 事項を記載
- **15期システム:介護過程とケアマネジメントを共通する5つの過程で整理しそれぞれの役割が一体的に 連動できるようにした施設独自の体制
- **2 個別ケア推進コーディネーター:5期システムを機能させるための法人独自の職位

社会福祉法人 明翠会 愛知県岡崎市 平成 11年7月開設 従来型

入所定員:80名 介護職員:42名 介護福祉士:25名

取組の背景

- ・業務をこなすことに必死で、次第に職員本位のケアが日常的になる中で重大事故が起こる
- ・それをきっかけに、組織改革のため仕組みづくりや人材育成の目標が立てられた
- ・研修や資格取得助成、新人教育など専門性の高い人材を育成する体制を整えた
- ・さらに個別ケアの実践に向け、ケアの根拠を明確にする介護過程の展開が必要だと考え、ケアマネジメントと介護過程を融合させた法人内共通の体制として5期システムが誕生した
- ・この5期システム内で、介護過程の理解促進のサポート役として個別ケア推進コーディネーターという職位を創設した

取り組みの特徴・工夫

- アセスメントでは、センター方式を採用しているが、利用者ごとに必要な書式を担当介護職がピックアップする。その際、個別ケア推進コーディネーターが助言等を行う
- ●担当者会議には介護職を代表して、個別ケア推進コーディネーターが参加する。事前に担当介護職とアセスメントやモニタリングを踏まえた具体的なケアの意向を確認する
- ケア実施時に、利用者との関わりの中で気づいたことがすぐに書ける気づいたことカードを採用し、 小さな気づきを蓄積し、アセスメント、モニタリング、担当者会議で活用している
- モニタリングは、担当介護職と個別ケア推進コーディネーターが一緒に行う。個別ケア推進コーディネーターは担当介護職の観察の視点にズレがないか確認する

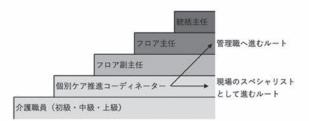
成果

- ●5期システムという仕組みを確立し、マニュアルを整備したことで、介護過程の説明がしやすくなった
- ■個別ケア推進コーディネーターという職位を創設したことで、個別ケアを実践する介護職の育成や個別ケアの推進がしやすくなった
- ●気づいたことカードなどを活用することで、担当者会議における検討課題が明確になった
- ●介護過程の流れを理解することで、記録・書類の意味や位置づけの理解が深まった
- 介護過程を意識して展開することで、その人がその人らしく生きられるようになったという実感を介護職が持つようになった

介護福祉士の役割

- ●個別ケア推進コーディネーターになるには介護福祉士の資格が必要
- したがって介護福祉士の役割は
 - ・個別ケアが実践できる専門職の育成
 - ・個別ケア実践の推進
- ●具体的には
 - 介護職の考えを引き出す
 - 介護過程の展開によって、利用者がその 人らしく生きられるようになったことを 介護職が実感できるよう仕組みを動かす

介護職のキャリアパスイメージ



5期システムと個別ケア推進コーディネーター

寺 賞

●5期システム

介護過程とケアマネジメントを融合させて、それぞれの役割が一体的な仕組みの中で連動できるように整えた法人独自のシステム。個別ケアのプロセスを、①情報収集期、②アセスメント期、③計画作成期、④実施期、⑤モニタリング期、の5つの過程で整理した

5期システムは、誰がどの部署に異動しても同じように個別ケアが実践できるようにした法人内の施設系サービス「共通の仕組み」である

組み」である
個別ケア推進コーディネーター

①情報収集期 ②アセスメント期 ③計画作成期 ④実施期 ⑤モニタリング期 生活状況の確認 ビス計画書①②の ビス担当者会議 CF 個別ケア推進コーデ 方式 ケアマ 介護過程 介護過程 ケアマネジメント 介護過程 介護過程 ケアマネジメント ケアマネジメント むつみは、 ータリング依頼 ターと確認 モニタリング表 ・うえじ ビス計画書①②③ 生活状況の確認 - ピス担当者会議 確認

▲ 5期システム

5期システムのキーマンとなる役職で、法人独自の職位 介護職が介護過程に取り組む際、**伴走的**に関わり、個別ケアを推進する

ねらいと効果

●5期システム

- ①人材育成
 - アセスメントやモニタリングを通じて、「ニーズをとらえる力」を高める
- ② 個別ケアの実践 ケアマネジャーと介護職の役割を整理し、介護過程の位置づけを明確にすることで、専門職としての意識を高め、 個別ケアの推進を図る
- ③キャリアパスの具現化 中間層から個別ケア推進コーディネーターを選任し、役 割や必要なスキルを具体的にイメージできるようにする ことで、全体的なキャリアプロセスが具体的になる

● 個別ケア推進コーディネーター

- ① 個別ケアが実践できる「専門職の育成」 利用者の生活課題に対してどうすれば 解決できるか、介護職と一緒に考えな がら、介護職が専門職としての思考力 を習得できるよう支援する
- ② 個別ケア「実践の推進」 個別ケアが実践されているか現状を把握し、必要に応じて、担当介護職や主任、ケアマネジャーや多職種と調整を行う

アセスメント段階

特 徴

- ●5期システムでは、①情報収集期と②アセスメント期がアセスメント段階に当たる
- センター方式*の書式の中から、利用者ごとに必要な書式だけをピックアップして使用する

ケアマネジメントとの関連

●介護職が行ったアセスメントをケアマネジャーに提出し、施設サービス計画の提案を行う

計画立案段階

特 徴

●個別ケア推進コーディネーターは、介護職を代表してサービス担当者会議に参加し、会議内容を担当介護職や介護リーダーへ報告する

ケアマネジメントとの関連

- ●個別ケア推進コーディネーターは事前に担当介護職と利用者の具体的なケアの意向について確認し、担当者会議に出席する。ケアマネジャーは、介護職からのアセスメントや具体的なケアの提案、他職種からの意見などを踏まえて施設サービス計画を作成する
 - ** センター方式: 認知症介護研究・研修センターの「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」を使用している

特徵

- ●気づいたことカード
 - 利用者との関わりの中で気づいたことがすぐに書けるメモ用紙。小さな 気づきがカードによって蓄積される。カードははがきファイルにまとめ て保管し、一定期間が過ぎると利用者個人のケースファイルに閉じる
- ●ケアプラン実施表 施設サービス計画書の中から介護に関する部分を抜き出し、実施の有無 を毎日チェックする
- ●施設サービス計画実施状況の評価と生活状況の確認 ケアプラン実施表をもとに実施状況の評価を行い、利用者の生活状況や課題を確認、必要なケアがないかなど分析し、毎月ケアマネジャーへ提出
- モニタリング表 ケアの実施状況、生活状況を踏まえた施設サービス計画書の評価を個別ケア 推進コーディネーターと担当介

護職で一緒に行う



▲ 気づいたことカード

ねらいと効果

- ●施設サービス計画書と連動したケアプラン実施表に毎日記録することで、実施状況がリアルタイムに可視化される
- ●モニタリング表記入時には、 個別ケア推進コーディネー ターが、観察の視点にズレが ないか確認することで軌道修 正することができる

ケアマネジメントとの関連

●ケアマネジャーは担当介護職から提出された書類と、他職種から提出された計画の評価をもとに施設サービス計画の評価をもとに施設サービス計画の評価を行う

		ラン	J \ ///				202	1 4	ংক্তম	13年)	1	月			L		\perp
氏名	0	00	0	様		生年	月日	19	31	年	-1	月	20	В		(Att	3
《解	決すへ	き課題	道·二-	-ズ》		短期目	標期間	(年	月	日~	1	羊 月	8	介護	度(>
#1	安全に	移動・移	乗して	骨折を防	ぎたい。												
#2	しっか	り食事し	て、体	調・体力	を維持し	たい。											
#3	乾燥+	痒みを改	帯して	蛋き傷を	予防した	20%											
#4	扇内泵	境を改善	LT.	ガス溜ま	りを削さ	がたい。											
≪サ-	ービス	ブランド	内容≫	(-
#1	移乗時の	5条帥の見守り声掛け分散、不安定時は一節分散。ペットに1:本橋を設置、恩場所確認。他者との接触。危険行為がないか見守り。															
#2	食事中の	見中リ介育	カ,イスと杉	の高き調	世, 地下鄉	RENIEL	、通宜形型	変更。									7
#3	トイレ語目	神に称似	と警部洗月	N. つもり	ン連布して	保湿。八百	を整える。年	洗いの貨	L.								
#4	様能マツ	サージを施	し、補の数	さを促進さ	せる。 接き	世状況の確	謎。下剤の	指某實理									3
		2	3	-4	- 5	-6	7	- 8	9	10	- 11	12	13	14	15		
#1											-						
#2																	
#4																	
W12.00																	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	26	26	27	28	29	30	31	
				1		-		-						-		200	
#1																	
#1																	
-																	

▲ ケアプラン実施表

本取組を通じて向き合っている課題

- ●アセスメントの段階では、担当介護職と個別ケア推進コーディネーターが一緒に考え、課題を整理しているが、 現状のアセスメントシートは必ずしも一緒に検討することに適したものになっていない。使いやすいものに 改良する必要がある
- そのほか、計画立案や評価の段階でも、担当介護職と個別ケア推進コーディネーターが一緒に考え、アドバイスしているが、その時間を確保することが難しい
- ●個別ケア推進コーディネーターには、コーチングや調整する能力が必要であり、その能力開発が課題である。また、幅広い知識や技術が求められるコーディネーターを支援することができるリーダーを育成する必要がある

作業部会委員コメント

目の前のケアの質を上げることを目標にスタートした取り組みは、人材育成と介護過程を融合させた5期システムにたどり着いた。新人からベテランまで、誰もが介護過程に向き合えるシステムとなっている。

事例7 高齢者複合福祉施設 えるむ・晴風・にれの木園(介護老人福祉施設)

書式や仕組み等の強国ポイント

24 (ツーフォー) シート*と 私の姿と気持ちシート 第1表「施設サービス計画書」、第2表「24 (ツーフォー) シート」(個別介護計画書)、第3表「私の姿と気持ちシート」とし、ケアマネジメントプロセスに個別介護計画を内包する形で運用

生活支援記録の一元化

生活支援記録を職種ごとに色分けして視覚的にわかりやすく一元化

◆ 実践の流れ

ケアマネジメント プロセス

アセスメント シート作成

1.2表原案作成

介護過程・介護職の役割

・介護福祉士の資格を持つ介護職が24 シート (個別介護計画書)を作成。本人 のデマンドに対して、どのようなサポー トができるのか、何に気をつけて実施 するか、未来の希望について記載する

○ 仕組み □ 書式

- 第1表:施設サービス計画書 第2表:24(ツーフォー)シート* 第3表:私の姿と気持ちシート
- ●第3表について本人、家族の思い や情報を収集。ターミナル期の意 向等も収集して反映。介護職の情 報も反映して作成する
- アセスメントシート (3枚) 作成 アセスメントシートは介護職もP C上で確認できる

サービス担当者会議

: 入居時

五案

アセスメント

- ・入居後1ヶ月
- ·状態変化時
- ·認定更新時
- 説明、交付

・当該利用者の担当介護職が、他の介護職の意見(文書化情報)を集約して、サービス担当者会議に出席

・計画書では、主担当者、具体的な期間、 頻度などを定めて目標達成の実現性を 高めている

- 担当介護職によるチームメンバーからの情報収集
 - →サービス担当者会議に出席しない 介護職は意見をコメントに記載し て出席介護職に託す仕組みがある
- サービス担当者会議は全職種、本 人、家族も出席

各職種の実施記録の確認 情報収集

支援経過記録

- ・多職種参加の朝ミーティング、フロア の会議等で介護職のリーダーが計画に 沿った支援内容が遂行できているかを 中心に会議を管理して進めている
- ・都度利用者に関する気づきや情報をP Cに入力
- 多くの介護職が集うフロア会議では、介護職のリーダーが計画書を軸に進める
- 気づきや得た情報をタイムリーに PC上で誰でも入力できる環境を 作っている。発言は本人、家族、 介護職等で記号分けして記録し、 情報整理、集約の効率化を図る
- 日々の記録と目標のモニタリングに該当する記録を分けて記載。後者はナンバリングして評価を効率化。各職種の記録を色分けして、多職種の意見を反映して評価できる仕組みに

サービス担当者 会議

- ·短期目標
- ·期間中旬
- ·期間終了前
- ・サービス担当者会議に出席
- ・次のサイクルへ

* 24 (ツーフォー) シート: 法人オリジナルの書式のため、他の24時間シートと区別し、ツーフォーシートの呼称にしている

社会福祉法人空心福祉会 京都府福知山市 介護職員:66名 介護福祉士:36名

(えるむ) 平成23年3月開設 ユニット型 入所定員:29名 (晴風) 平成18年9月開設 ユニット型 入所定員:70名 (にれの木園) 平成元年1月開設 従来型 入所定員:50名

取組の背景

- ・取り組みを始める前の介護職は、ケアマネジャーが作成する計画書に対して、モニタリングや対応方法などの助言、意見を伝える程度の関わりであった
- ・計画書が施設の中、施設のスタッフのみで完結してしまうような内容であり、かつ個別性が見えづらく、誰のものかわからず、また本人、家族の意向が十分に反映されていなかった
- ・家族もサービス担当者の一員として巻き込ん でいこうとする機運が高まっていた



施設サービス計画書 ▶

取り組みの特徴・工夫

- 第1表を施設サービス計画書、第2表を『24シート』(個別介護計画書)に、第3表を本人・家族を巻き込んだ『私の姿と気持ちシート』に変更
- ●気づきの情報を誰でもタイムリーにPCで入力できるようにしたことで計画書に反映しやすくしている。
- ●計画書に対応する記録を日々の記録と分け、ナンバリングすることで、モニタリングを容易にしている
- 各職種の記録を色分けすることで、多職種の意見の網羅性を担保して整理

成果

- ●『24シート』や『私の姿と気持ちシート』をケアマネジメントプロセスに内包する形で運用することで、 個別性が高く、生活支援の内容が明確になり、焦点化された計画書となった。この計画書定義の変更 により、介護職の意見が重要視される仕組みとなり、介護職が個別の生活支援の中心として位置づけ られた
- 計画書を軸として記録と情報共有の仕組みを整備したことで、本人や家族のニーズに基づく支援を前提として、多職種の意見をタイムリーに反映させられるようになった。計画書という立ち戻る先が明確になったことで、日常業務を教育機会へと転換することができ、結果として育成効果が高まり、顧客満足の向上につながった

介護福祉士の役割

- ●生活支援の専門職である介護福祉士を計画作成の主体者として位置づけたことで、施設サービス計画書と提供される施設サービス全体が、「本人主体の生活支援」としてのスタンスを維持できるようになった
- 現場では、日々生じるアクシデント等によって、本人の存在が置き去りにされてしまうリスク もあるが、介護福祉士が本人主体の生活支援を軸に、諸処の情報を翻訳する役目を担っており、 それはケア全体のブレを補正し、自分たちを本来のあるべき姿に揺り戻すバランサーの役割と いえる
- こうした介護福祉士の存在によって、他職種を含め、施設全体の生活支援としての文化が少しずつ醸成されてきており、後進の育成においても、基盤を作ることに貢献している

アセスメント段階

特徴

- ●施設サービス計画書第3表として「私の姿 と気持ちシート』を位置づけた。利用者や 家族の言葉や思い、終末期の希望等を収集 して反映している
- ●日々の気づきは、シートの更新情報として 誰でもタイムリーにPC上から入力可能に した

ねらいと効果

- それまでのケアマネジャー主体のどこか画 一的な計画書に対して、利用者や家族の言 葉や思いを記すことで、計画書全体の軸と なるような情報を集められた
- ●日々のケアの中でもこれに関する情報を集 めようとする意識が高まり、結果として、 介護職の主体的な関わりを促進することが できた
- 家族を巻き込むことで顧客満足度が向上

ケアマネジメントとの関連

●介護福祉士を中心に、個別性の高い情報を 反映させたアセスメントを計画立案に反映 させる。介護職全体が主体的にケアマネジ メントプロセスに参画できる仕組みとなっ ている

施設サービス計画書(3)「私の姿と気持ちシート」 特別機器老人ホーム えるむ えるむ ライ太 の姿と気持ちシート

作成管理者SW 最終更新日: 2017年11月15日 入限日: 2012年4月1日(原保中)

私のありのままを書いて下さい。もう一度、私の姿をよく思い起こし、私の様子、表情をよく見て下さい。 (次の記号を習話に付けて情報器を明確にして下さい、〇私が言ったこと、口家族が言ったこと、ASTAFFが気付いたこと)

私の生い立ち・・・ <脳生日>2012年3月20日(自称) <出身>M37星雲 <生活(仕事)歴> M37星雲から虎之介の後を追って地球に かってきた。そして、2012.8鬼軍電に捕ら われた虎之介を救い出した。虎之介は中学 段の先輩でとても憧れている。現在は高齢 者複合福祉施設 えるむ に居候中。

〈呼名〉 らいた 私の家族・



父方の祖父が争いの仲裁時に負傷し、左半 身麻痺の為、一部介護が必要。祖父は叔母 と同居中。妹とは2歳、4歳難れている。姉 妹からはやさしい兄だと暮われている。

私の苦痛、不安、意しみ… 〇どれだけ頑張っても世界平和が実現でき

ない。 〇湿度の高い日や気温の高い日は高れる あ、不快で困る。匂いが気になる。 る家族と遠く離れているあ、元気に適ごし ているのか心配ではないかと思う。 口祖父のように争いに巻き込まれ、怪我を

Jの12年にカラス大利に依然と参 われたままになっている。 ムにゃん吉、虎之助と一緒にイベントに行 った時、にゃん吉の方が子どもに人気が ある時があり、少し寂しそうな表情の時

これが私です



私のからだ… <身長> 計測毎に大差あるが、間度あり。

<泉のサイズ>

<義歯> 自歯あり(牙あり)。

<既往證> 料になし ・熱中症、脱水症状(しばしば) ・血糖値はやや高め。

<趣味> 〇京都巡り、寺巡り 〇味茶アイスが好き

Oスマートフォン(LINE⇒男前のメル友 ボケモンGo等)

〇人助け 〇決めボーズ(虎之介に考えてもらい、と ても気に入っている様子) ム肉食系のくせに草食系 ム人を美頭にすること

私の嫌い(普手)なことやもの… 〇夏場や雨鳴りでの活動 〇じっとしていること 〇木ギ系が嫌い △喧嘩や争い。 △人の世話になること

私がこれからやりたいこと… ②えるむのPR(行事、地域イベントには、 機関的に参加していきたい。) 位性表のないように元素に論ごしてほしい。 △たぶん新選絡に憧れている。(虎之介の 影響あり) 〇世界平和の実現(カラス天狗から秘法を 取り戻す為に、トレーニングをしなけれ ぱならない。) はならない。) D京都をゆっくり観光したい。(清水寺。 伏見福荷神社等の有名な場所には、1回 行っておきたい。美味しい抹茶を飲みた

O祖父の様子を見に帰りたい。

私がしていること(毎日の習慣など)… ヤミ・マニーマウンテンのコーヒーを飲むこと(報告の為熱

私にもできるかも・・・○利用者向けにスマートフォン、PCの使い方を教えてあげられるかも。

TO(ターミナルケア)や死後についての願い… O「カラス実物にやられて死んでしまうのは嫌、延命治療は希望しないが。

○ かうべんがいでは、たい。 できれば発生されたい。」 ○ ご飯が食べ難だなった。ブルーマウナンのコーヒーや、抹茶のア イス等、はい形を食べきせて効しい。」 ○ 多くの女人がいる。えるかで裏別は看取ってほしい、具備は細やかに 大人数に参わして敬しい。想慮の机の引き出しに、友人の連絡先をメ せした手機を入れてある。」

<信仰> 〇「寺巡りで仏教の勉強はしてますが、私自身の信仰は特にないです。」

▲ 私の姿と気持ちシート

計画立案段階

特 徴

- ●施設サービス計画書第2表として「24シート」を位置づ けた。介護福祉士が作成する個別介護計画書にあたる
- ●利用者のデマンド、できること、サポートが必要なこ とや随時実施するサービス、日課以外のサービス、主 担当や期間等を記載している
- ●日常生活上の普遍的な支援は施設サービス計画書からあ えて外し、目標達成に特化した支援内容を具体的に明記 することで、個別性の高い計画立案を実現している

ねらいと効果

- ●個別性の高い介護職主体の軸となる計画書であり、日々 のケアが介護過程の実践に沿うものに
- ●新人介護職はこれを指針として介護過程の実践を体得 していくことができる

【 ケアマネジメントとの関連 】

●多職種や家族がサービス担当者会議に参加しており、 ニーズ反映の確認や目標達成までの具体的な話し合い につなげている



▲ 24シート

特徴・工夫と効果

【計画を評価しやすい記録の工夫】

- ●日常的支援の記録と計画書の目標に関連する記録を分け、後者についてはナンバリングして記録することで、効率的なモニタリングを実現している
- ●生活支援記録は各職種ごとに記録を色分けすることで、どの職種がどのくらいの量の記録で利用者支援に関われているかを網羅し、多職種の意見を反映しやすい仕組みになっている
- ●利用者の言葉、家族の言葉、職員 の言葉など主体者別の記号を振っ て情報収集、更新、計画への反映に 役立てやすい記録方法にしている
- ●多くの介護職が集うフロア会議では、介護職のリーダーが計画書に沿った支援内容で会議が進むよう指導管理を交えた場としている。こうした体制があることで、朝礼でも計画に則った支援の確認、情報共有が習慣づいている
- ●サービス担当者会議では担当介護職が、当該利用者に関わる他の介護職のコメントを書面で集めて臨んでおり、現場の声を反映する仕組みとしている。他職種は個別の支援計画書は作成していないが、介護職による生活支援を軸とした方針に、各職種の専門的意見を反映するというかたちで全体を構成している。利用者、家族も参加している

日付	表題	生 活 支 援 (ケース・モニタリング・看護・栄養) 記 録 経 過 ・ 評 価	能入才
9.16	1	日中頻繁にトイレの訴えがあり、その都度攻撃的な口調で、「トイレに行きた	1.0000000
		い。」と大きな声でどなられる。足の痛みもあるが、試しにトイレ誘導すると、	
		スムーズに立位が取れる為、そのあとは。リハビリバンツに替えて対応する。	cw
9.17	1	2:50 トイレの訴えがあった為、トイレ誘導を行う。手すりを持ち、自力で	
		立ち上がられる。夜間トイレの訴えがあったのと立位が取れたため、リハビリ	
		パンツで過ごしていただく。	cw
9.18		右足の処置を行う。(足趾皮膚継続持続) リンデロン VG 軟膏を塗布する。	
		右足の痛みも継続しているが、本人の希望時は、足も動かしやすい様子。	
		本人の希望を聞きながら、対応する。	NS
9.19	1-0	ベッド周りに物が散乱していたため、本人の許可を得て、一緒に整理を行う。	cw
9.19	1-0	就寝時、転倒予防の為、枕等常時つける。本人ペッドから降りられていること	
		もあり、今後も継続の必要あり。	cw
9.22	1-3	家族がオンラインにて面会を希望され、本人と面会をしていただく。	
		本人難聴もあり、声が聞き取りにくい様子で合ったが、長男の表情や、スタッ	
		フで会話の内容を仲介することで、最近の家の事情も聞かれ、安心されていた。	sw
9.24	1-2	食事もしっかり摂られ、ほぼ全量摂取されている。水分についても、しっかり	
		取られており、今後も貧血等の血液検査の値に注意しながら、食事提供を	
		行っていく	栄養:
9.26		右足の痛みはあるが、本人の訴えが強い時は、トイレに行くことが可能である。	
		本人の。排泄面に対する希望も強く、継続した右足の処置と、本人の足の痛み	
		の具合を注視しながら、トイレ誘導が継続できるようにサポートする。	CM
9.27		AM 理美容を行う。本人も髪の毛がスッキリし、喜ばれている様子。	cw
9.27		トイレに行きたいとの訴えあり。トイレの前まで行くも、足の痛みの為立ち上	
		がることができず。オムツ交換で対応する事を本人に確認し、了解を得る。	cw
CW "プラッ CM "ピンク		"グリーン", 栄養士/調理員 "オレンジ", 部 長	CWL

社会福祉法人 空心福祉会

▲ 一元化した生活支援記録

李-22-(04)

本取組を通じて向き合っている課題

- ●計画書における介護職の関わりが強くなったことから、担当介護職の力量差が計画書の質に影響を与えている。それぞれの経歴や養成課程も異なることから、一定の質にしていくためにも指導的リーダーや介護支援専門員の関わりが重要である。定期的な研修や勉強会を設けているが、まだまだ向上させていく余地がある
- ●利用者の満足という主観的な要因について、客観的に評価できるという根拠や、定めた目標に対する客観的な効果測定は課題として捉えている
- タイムリーに情報を収集して共有する仕組みがある一方、「アセスメントシート」など人の手によって反映しているものについては、リアルタイムの情報更新にタイムラグが生じている

作業部会委員コメント

施設サービス計画書の定義を変更し、 その中に個別介護計画書や本人、家族 の声を反映した書式を位置づけるとい う点が斬新です。その計画書を軸とし て、ケアの実施、情報共有、記録、修正、 評価を行なっているため、個別的な生 活支援を念頭にした実践の仕組みがで きていると考えられます。

施設サービス計画書に個別介護計画書が位置づけられ主体的に担うという仕組みがあることで、生活支援の主体として介護福祉士が多職種連携の要の位置づけとなっています。介護福祉士の役割を個人に求めるだけでなく、組織の仕組みとして機能させることで、役割がより発揮しやすい状況となることがうかがえました。

事例8 地域密着型介護老人福祉施設 きたおおじ

書式や仕組み等の鑑目ポイント

24 時 間 シート*

法人独自の項目を追加し、具体的な支援内容の記載で個別介護計画に位置づけ

気づきシート

記入した日頃の気づきや状態変化をタイムリーな支援につなげる

ケアカンファレンスと フロア会議の工夫

介護職のみのフロア会議実施後にケアカンファレンスを開催することで 介護職の意見等を発信

◆ 実践の流れ

ケアマネジメント プロセス

アセスメント用 ^紙

介護ソフト内 シート

24時間シート

アセスメント

計

 画 立 家

介護過程・介護職の役割

- ・入所前の初回アセスメントについては ケアマネジャーが実施したものを活用 する。その後の再アセスメントは介護 職が中心で行い、ケアマネジャーが確 認をするという形で実施
- ・アセスメントは、24時間シートも活用。生活リズムや意向などの内容だけでなく、本人のできることやサポートが必要なことなどを記載する

○ 仕組み □ 書式

- アセスメント用紙 (介護ソフトを使用)
- 24時間シート
- 入所前の初回アセスメントはケアマネジャーが実施したものを活用し介護ソフトを使用。以後は24時間シートを使用

施設サービス計 画書

24時間シート

ケアカンファレ ンス

サービス担当者 会議

- ・施設サービス計画書を作成し、併せて 24時間シートでその計画の細部を立 案する
- ・ケアカンファレンスを実施し、施設 サービス計画書+24時間シートに基 づく多職種による確認・合意形成
- 24時間シート
- 24時間シートで計画の細部を立案 する。24時間シートを個別介護計 画と位置づけている
- ケアカンファレンス (3カ月1回)

ケース記録 気づきシート

実施

- ・実施では、ケース記録に記録する以外 に、気づきシートを活用
- ・介護職が利用者との関わりにおいて気づいたこと、変更したほうが良いと感じたことなどを記載する
- その気づきシートの内容を共有し、それを実施しモニタリングをする
- ■ケース記録
- ■気づきシート
- 実施ではケース記録に記録
- 気づきシートを活用し、軽微な変更を行う

モニタリング (1回/2~3月)

フロア会議

ケアカンファレ ンス

- ・モニタリングは、担当介護職を中心に 実施。実施した内容をケアマネジャー が点検をする。介護ソフトのシートを 活用して実施
- ・フロア会議(介護職のみの会議)を実施(1か月1回定例)し、そこでの内容をケアカンファレンス(多職種参加の会議)で話し合い、施設サービス計画書の検討が行われる
- モニタリング表 (介護ソフトを使用)
- 担当介護職が中心に行ってケアマネジャーが点検する
- フロア会議で提案された内容をケアカンファレンスで話し合い、施設サービス計画書が検討される

** 24時間シート:日本ユニットケア推進センターの書式に項目を追加している

社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋 京都府京都市 平成24年8月開設 ユニット型

入所定員:29名 介護職員:26名 介護福祉士:14名

取組の背景

- ・ 開設時 (2012年) から24時間シートを部分的に導入している
- ・施設サービス計画書の原案は介護職が作成しているため実質施設サービス計画書が個別介護計画に 位置づけられている。その中で、より具体的な支援内容について検討し実施するために、24時間シートの改良や気づきシートなどを導入している

取り組みの特徴・工夫

- アセスメントと個別介護計画の立案時に、法人独自の項目を追加した24時間シートを活用している。 この、24時間シートには、生活リズムごとに「本人のできること」、「サポートが必要なこと」の項目 があり、具体的な支援内容が記載されている
- ●気づきシートを活用し、日頃の気づきや状態変化などを記載している。気づきシートに書かれた内容を、タイムリーに支援にいかしている
- ケアカンファレンス以外にも、介護職のみで行う検討会議 (フロア会議) を実施。そこで検討された 内容をケアカンファレンスでも検討する

成果

- 24時間シートに具体的な支援内容が記載されることで、個別介護計画に位置づけている
- 気づきシートを活用することで、介護職一人ひとりの気づきを、チーム全体で共有でき、「気づき→ 検討→評価」といった思考過程、実践過程を利用者へのより良い関わりやケアにつなげることができる

介護福祉士の役割

- ●介護過程における思考過程や実践過程を明確にし、記録や会議などで他の介護職、他の専門職に伝える役割がある
- ●介護職チームで書式を効果的に活用できるための仕組みづくりを担う役割がある
- ●介護職一人ひとりの実施内容や観察したこと、気づきなどを、利用者主体の実現に必要な支援につなげていく役割がある
- ●介護過程を展開していくために必要な人材を育成する役割がある

アセスメント段階

特徵

- ●24時間シートに法人独自の 項目を追加している
- 利用者の「生活リズム」や「意向・好み」に加えて、生活リズムごとに「自分のできること」、「サポートが必要なこと」の項目がある
- 備考欄には、介助時に注意することや工夫することなどが 記入できるようになっている

ねらいと効果

●24時間シートは、アセスメ ントとして活用することをね らいとしている

担当者名				4	和年月日()
利用者氏名		様 (女)	年 月 日生(歳 87月)		
町名・居装		丁目 号驱			
時:分	生活リズム	意向・好み	自分でできること	サポート	備考
5:00	排泄		自分で身体の向きを変えるこ とが出来る。お尻をあげるこ とが出来る。	パットを交換し、臀部清拭する *	ソフィットパンツ+ビ ッグパット
5:30					
6:00	更衣	自分の事は自分でしたい	上下の服を自分で着替えられ る。靴下も自分ではける。	着替え一式を枕元に置いておく	
6:30					
7:00	起床		端度位になれる。	ベッド車椅子間の移乗は全介助	
7:30	移動、整容	値は水で洗うのではなく 、タオルで拭く	てあれば自分で歯磨き、髪を とくなどできる。車椅子は自	。 濡れタオルを準備、整容物品は 手の届くところに置いておく。 車格子を自走しやすいような環 滚を整える。	などに当たらないよう
8:00	朝食	主食はご飯でもパンでも	スプーン、お箸を使って自分 で食べることが出来る。水分 も自分で飲むことが出来る。		主食:ご飯、副菜:常 食
8:30	服薬	一錠ずつ服薬したい。	手のひらに薬をのせると自分 で口に入れ服薬することが出 来る。		飲み込みにくい時があ るため注意。
9:00	トイレ		便意はある。トイレに行きた くなったら自分でトイレに向	トイレに行きたいかどうか伺う トイレは身障者用のトイレを 使用する。二人介助。背骨が便 器にあたらないようにクッショ ンをひく。	レンジパット血便が出
9:30	居室で過ごす	1/2		スプーンを居宝に置いておく。 適宜、居室の冷蔵庫の中身の賞	

▲ 24時間シート

- ●24時間シートを個別介護計画と位置づけており、個別介護計画の細かな支援内容について介護職が確認をするために活用している
- 開設の2012年から24時間シートを導入し少しずつ確立されてきた。現在では、おおむね全員の24時間シートを作成できている

ケアマネジメントとの関連

●ケアカンファレンスで作成された施設サービス計画書の支援内容に対し、具体的な支援内容を確認できるシートとなっている

計画立案段階

特徵

- ●多職種で行われるケアカン ファレンスと介護職のみで実 施するフロア会議を実施して いる
- フロア会議は、月に1回定例で 実施しており、その1週間後 にケアカンファレンスを実施

■ ケアカンファレンス

多職種で行われる会議 フロア会議の1週間後に実施する。 サービス内容や施設サービス計画書の検 討が行われる。

▶ □ フロア会議

介護職のみで実施する個別介護計画検討 会議。

ケアカンファレンスの前に実施する。 介護職チームとしての意見や気づきを共 有しケアカンファレンスで意見を発信する。

▲ 会議の工夫(ケアカンファレンスとフロア会議)

ねらいと効果

- ●ケアカンファレンスを実施する前に介護職のみのフロア会議を実施することで、介護職としての意見や気づきを共有できる
- ●ケアカンファレンスでは、介護職としての意見や考えを発信することができる

特徵

- 気づきシートは日頃の気づきや、利用者の状態変化について、タイムリーに支援を変更していくためのものである
- ●「気づき・思ったこと・検討 したこと」は、日々の関わり などから気づいたことや検討 するべきだと思ったことを記 入する
- ●「検討した内容」では、カンファレンス等で検討した内容を記載する。番号をふって何について検討したのかを明確にし、案やその理由、決定に至るまでの経緯を残す。「決



▲ 気づきシート

定事項」は、話し合って決定したことを記載する

●「気づいたこと・思ったこと」は、その都度書き留めるようにしている

ねらいと効果

- 気づきシートは、「気づき」→「検討する」→「評価する」の思考過程、実践過程を繰り返し行い、利用者にとってよりよいケアにつなげていくことをねらいとしている
- 気づきシートがあることで、ケアカンファレンスなどの定例の会議を待たずに毎日 2~3人で集まり意見を交換し、計画の軽微な変更を行うことができている
- 今後はその内容を整理できるように改善するとともに、ケアカンファレンスで介護職の意見として効果的に 発信できるようなシートへの改良を目指している

本取組を通じて向き合っている課題

- ●介護職が、系統的に介護過程の展開を学習する機会が不足している。そのため、介護職員対象の現任研修では、 介護過程をプログラムに組み入れ実施している
- ●個別介護計画が日常のケース記録と見えるかたちで連動していない。ケース記録が経時的な記録で終わっている。気づきシートの作成で実施の視点をフォローすることや、研修プログラムに、観察記録の内容を増やす工夫をしている

作業部会委員コメント

気づきシートを活用し、タイムリーに利用者への支援に活用できている。その背景には、少人数で行われる意見交換の場があり、様々な情報を共有することができていることが挙げられる。書式をチームケアにいかすことができている。

高齢者総合福祉施設 けま喜楽苑(介護老人福祉施設) 事例 9

景 書式や仕組み等の 発目ポイント

私の希望シート・暮らし 方シート・24時間シート

私の希望シート (利用者や家族のデマンド (夢や希望) を確認)、暮らし方シート (介護方法と手順を明示)、24時間シート(個別介護計画に位置づけ、利用者の 暮らしをデザインし職員のサポートを見える化)の3シートを活用して多面的な アセスメント、介護を実践

1日4回のミーティング

フロア単位で多職種が参加。情報版で利用者の状態変化に伴う支援の変更等を 共有

看取りの介護計画

終末期における意思決定支援と家族 ・ 職員のグリーフケアまでを含む看取りの 介護体制

◆ 実践の流れ

ケアマネジメント プロセス

●新規

待機者面談 入居前面談 入居後2週間 入居後1か月 入居後3か月

●既住

1年

アセスメント

(必要に応じ随時)

介護過程・介護職の役割

生活面のアセスメントは介護職が担当

「私の希望シート」で利用者・家族のデマ ンド(夢や希望)を確認

「暮らし方シート」で入居者の生活を集中 的アセスメントと情報整理し介護方法と 手順を決定

「24時間シート」(個別介護計画相当)で それらを整理統合し、24時間のケア計 画を作成

施設サービス計画の作成は介護職を中心

に専門職を含む多職種連携で実施。介護

職は最も利用者の生活に密着した観察者

サービス担当者会議の検討議題、モニタ

リングの事前資料は、居室担当の介護職

が整理し、全職種で情報共有

として参加

○仕組み □ 書式

- 各職種が入居後2週間の集中的ア セスメントを実施
- ●1か月間で情報を統合して、暫定 版から通常版の3シートを完成し 本計画立案へ
- 栄養・□腔・機能訓練は専門職、 生活面のアセスメトを介護職が分
- ■私の希望シート
- ■暮らし方シート
- 24時間シート

サービス担当者 会議

(毎月のケア会議内)

- · 入居時
- ・入居後1か月
- ・入居後3か月 (モニタリング)
- · 状態変化時
- ·認定更新時
- 終末期

説明、交付

観察と記録

美施

計画立案

毎日ミーティング(4回)を実施、多職種 参加で前日の申送り、ケア方針の徹底・ 修正・変更などを日々変化する状況に合 わせてフロア全体の業務調整を行う

モニタリング

- · 入居時 ・入居後1か月
- ・入居後3か月 (モニタリング)

介護職がモニタリングの一次評価を行う。 その後、各専門職がその専門領域(各専 門職の個別計画)ごとに評価し、最終的 にその評価をケア会議の中で全員で確認

- 施設サービス計画とは別に機能訓 練・栄養ケア・経口維持計画を併
- 「24時間シート」 「暮らし方シート」 「私の希望シート」を上書き修正し、 個別介護計画相当として活用
- 施設サービス計画書(1表・2表)
- ■個別機能訓練計画
- ■栄養ケア計画
- 経口維持計画
- ■サービス担当者会議の要点
- ●モニタリング表に基づき、目標達 成度などを評価し、施設サービス 計画の修正や新しいケア方針など に多職種の意見を反映
- ■モニタリング表 (書式はソフト上でリンク)

社会福祉法人きらくえん 兵庫県尼崎市 平成13年4月開設 ユニット型

入所定員:55名 介護職員:89名 介護福祉士:49名

取組の背景

- ・地域の中で一人の生活者として暮らしを築くという理念のもと、あたりまえの生活を保障する。入居 前の暮らしぶりを継続して行うために生活を多面的にアセスメントする必要がある
- ・最期まで尊厳を保持するケアに挑む。死をタブー視せず、看取り後は皆でお見送りし、その方の人生 の意味を関係者全員で確認する姿勢を大切にしている

取り組みの特徴・工夫

- ●あたりまえの生活の継続
 - ・ 入居後2週間の集中的アセスメントによる情報収集と1か月間の情報の整理統合により課題抽出
 - ・ 「私の希望シート」で利用者・家族のデマンド(夢や希望)を確認
 - ・ 「暮らし方シート」で介護方法と手順を明示
 - ・「24時間シート」(個別介護計画相当)でそれらを整理統合し、24時間の時間軸で利用者の暮らしを デザインし、職員のサポートを見える化
- 看取りのPDCA
 - ・通常の介護期から看取り期への移行を看取りの介護実践過程として、終末期における意思決定支援と家族・職員のグリーフケアまでを含む看取りの介護体制を整備

成果

- 「私の希望シート」「暮らし方シート」「24時間シート」で多面的なアセスメントシートの書き換えを 通して、利用者の実態に即したケアの実現とOJT推進
- ●「私の希望シート」「暮らし方シート」「24時間シート」を統合して介護の優先度などを決定することで、現場の業務調整がやりやすくなる
- 死をタブー視せずに看取り支援を意識することで尊厳あるその人の生き方を支援

介護福祉士の役割

- ■最も生活に密着し、利用者と生活を共にする中で寄り添いながら介護過程を展開し、生活を サポートする専門職
- ●利用者の日常の些細な変化を見逃さず、気づきをチームで共有して、タイムリーに対応する 起点となる存在であり、チームに情報提供・共有化する結節点
- 終末期のケアを通して、死後も含めた利用者の人間の尊厳を守る
- ●意思決定支援と寄り添い機能

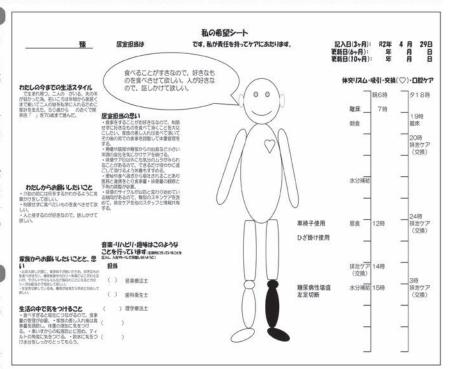
アセスメント段階

特 徴

- ●入居前から徹底した情報収集
- 介護職が担当する生活支援と 多職種が担当する機能訓練等 のアセスメントを併用
- ●「私の希望シート」「暮らし方 シート」「24時間シート」で 多面的なアセスメント
- ●介護期から看取り期(回復が 見込めない状態)への移行を 想定し、入居時から施設サー ビス計画の更新時に終末期の 迎え方の意思確認

ねらいと効果

- あたりまえの生活、本人らしい暮らし方のサポートのしやすさ
- 利用者・家族の気持ちや望みを言語化。利用者の生活を共にデザインしていくという介護職の主体的気づき



▲ 私の希望シート

計画立案段階

詩 徴

- アセスメントから個別介護計画へ変換 アセスメントで作成された「私の希望シート」「暮らし方シート」「24時間シート」は介 護実践を通して実効性が検証・修正されることによって、個別介護計画書の役割を担う
- ●看取り期の支援計画 看取りの意向確認が定期的に行われ、どの ように最期を迎えたいのかを共に考える過 程を通して、利用者の主体的な生き方や暮 らし方を考える機会と継続的な意思決定支 援を行っている

ねらいと効果

- ●介護職○JT教材として有効。介護実践と その成果を検証しやすい。行うべき介護目 標が見える化しているので習得しやすい
- ●介護期と看取り期のケアを視野に日々の生活の支援と利用者の終末期ケアを同時に検討していく人間の全体性重視のケアを意識化

	暮らし方シート		更新日:令和 年 月 日
食事	ケアの方針 食事形態:主食っごはん (ふりかけ入おにぎり) 副食・普通食 食事場所:おくユニット食堂 特記:建いなるべ物 っな風景化シテは食べれる) もの取、大根おもし、 ・毎食エンシュア(高カロリー)提供 ・棚の食い少は何枚食べるか本人に聞く(木 ・切りの)のかいは何枚食べるか本人に聞く(木 ・切りの)からないは何枚食べるか本人に聞く(木 ・切りか)した後ので提供する。 ・お茶はコップを料しっかり飲んでもらう(ストローな)を使用 ・お子のより、など、 に置くりを使用 ・加ース食は可能な関り提供する(厨房に協 力保頼)	本人の希望・状態 ・強いな物が多い。 ・妻いな物が多い。 ・妻いな物が多い。 ・妻の大ニューを要集へ渡しま人と話したがたが、 さいたがいる。 ・ はの食いしは何枚(1~2枚)食べる か聞いて歌い。 ・ 食事の時は右足をフットレストから下ろしてほしい。 ・ はっとっとった。 ・ はっとった。 ・ はいました。 ・ はいまた。 ・ はいまたまた。 ・ はいまたまたまた。 ・ はいまたまたまたまたまたまたまたまたまたまたまたまたまたまた	無数からの希望症と ・出来るが計分差地に置わず、 ・ンスよく偉べて微しい特に野窮 ・出間から食べなかったものごう いては代替食で対応して敬しい
入浴	沿槽:機械浴(ミストラル・寝台が昇降するタイ アル要に応じ2人介助 の数・時間 温回 約40分 入浴:全介助(衣類着腔:洗身・洗髪) できること 一洗髪時、左耳を押える 洗髪時、佐耳を押える 洗髪時、鹿頭側辺を洗う 頭面消拭を行う ・体重測定1回ノ週(入浴時)	・浴槽のお湯はいっぱい強ってほしい ・浴槽では右肩を選めたい ・心期、立位制に左肩脱臼する。(既住 歴あり)⇒長時間の立位難しく、脱臼 のリスクあり	きっちりとお風呂に入ってほしい身体の溝渫を保ってほしい
更衣整容	更近:全介助 できること コ・屋を裏ぶ ・ 素を時、左腕を動かす ・ 事称時、左腕を動かす ・ 事称中上で前服みになる(介助必要) ・ 場別に関いてきていたが難しくなってきていること コ・ベッド上で舞移と上げる ・ がジャマのボタンを外す 整容:一部へ助 ・ 開西清ボ、便利り、豊利り後りリーム・整髪 ・ 衛和、手毛トックを使布 ・ 右手にはグッションを置つてもらう (物能予防・人 光端・交換)	・更衣する顔は自分で選びたい ・機御はきっちりと直してから節屋を出たい ・機御はきっちりと直してから節屋を出たい ・風のボタンは一番上まできっちり止めてほしい ・風のボタンは一番上まできっちり止めてほしい ・ 別位時、ウッション柱整(現柱作成の物) ・ 下変血色不良予防っ 組成時、軽下原生にフリースタオル 着床時、下下波にフリースタオル	・在宅中は育主トニックを使用することでフケか智識していたので 苑でも試してほしい
排泄	介助方法:ベット上交換 交換時間:毎食事前後・15時、夜間1時・5時 オムツ:カパータイプ(育フレックスMサイズ)	・トイレ後の禁泄物は自分の目で確か めたい ・バッド交換希望時は替えてほしい ・バッド交換希望時、コール押してくれ ていたがH22、一難しくなってきている	・トイレに座ってほしい
型腔ケア	□腔ケア:一部介助 ⇒歯ブラシ用具セッティング必要 ブラシ・ガがい(ガーグル介助)ができる 仕上げ舞きは必要 適歯は全介助で磨く 適面は全介助で磨く	- 毎食後、歯磨さをしたい - 歯が禽茎が痛い時は歯科医師に見 てもらいたい	・おいしく食事がとれるように口筋 内環境を整えてほしい

▲ 暮らし方シート

介護期 特徴・工夫と効果

- 3シートを活用 3シートを活用し地域の中で一人の生活 者として暮らしを築くという理念のもと、 利用者の希望や意向を重視した支援
- 1日4回のミーティング フロア単位で多職種が参加。申送り表で 利用者の状態変化に伴う支援の変更・ 周 知などの情報共有

●ケア会議

ケア会議は1か月に1回。サービス担当 者会議も同時に行う。サービス担当者会 議には利用者・家族が同席する。多職種 が参加しモニタリング、個別支援検討、 事故分析などを合議

●モニタリング

居室担当者が整理し、サービス担当者会 議に提出。専門職は各計画書に基づく評 価を行う。サービス担当者会議では介護 職の視点で生活支援のすり合わせを行う

看取り期 特徴・工夫と効果

●看取りの介護計画

看取り期 (回復が望めない状態)では、日常のケアの様子観察から状態変化をキャッチし、医師の診察を経て利用者・家族の意向を確認、施設サービス計画で終末期ケアの方針を定める

● グリーフケアと看取りの振り返り 家族と職員のグリーフケアと看取りの振り返り。利用者の尊厳や充実した生活であったかを家族と共に振り返る

らし方	平均的な過ごし方	音向・好み	and the latest and th	サポートの必要なこと
$\overline{}$	就寝中	W-141-X103	BUCCESCC	7/1-1-0/2/36/46/2
0:15	4V-0K-A-			-
0:30				2時間おきの巡回。また腰痛時には
-				オムツ(コンフォート使用)交換も疑
0:45				も大事!!(〇〇さんのことをしった
1:00				りとみていますよという感じ)
1:15				-
1:30			-	-
1:45	the rife size	# オムツ(コンフォーター		7 (2 () 0 5 14
	就寝中		アイスアンの交換	
2:15				
2:30				W-1891 1 A 61
2:45			100.000.0001.00	体調によって介助
3:00			ベッド⇔PWCの移乗	
3:15				
3:30				
3:45		至してはしい。 ほかの人がオムツ交換する		
-	就寝中			1
4:15		EUCOCCIBUN.		
4:30				
4:45				
5:00				
5:15				
5:30	起床	体をならしておきたい	ベッド⇔車椅子の移舞	R .
5:45				
6:00	モーニングケア	カーテンを開けてほしい		カーテンを開ける
6:15	(PWC洗浄・カーテン開ける)	PWCの掃除をしてほしい		PWCの掃除 青い消臭液を入れる
6:30				体調よくない時は義歯を洗って渡
6:45				す。
7:00	巡回	聖教新聞を読みたい		聖教新聞を届ける
7:15		薬の関係で7時半ごろに食	食事を食べる	配膳・テーブルのセッティング
7:30	朝食	べたい		冷蔵庫から希望のものを出す
7:45		サラダ・ハムなど食べたい		片付け
8:00		熱いコーヒーがすき		直射日光が当たるため
8:15		牛乳は嫌い		カーテンの開閉の声かけ
8:30	聖教新聞を読む、テレビ	パンには蜂蜜を塗る		(季節によって時間帯違う)
8:45	見る。	ご飯の日もパンを食べた	L)	コールなど押さなくとも、随時職員か
9:00	きゅうりの漬物作り	時間が許すからげ 採時	きゅうりを塩もみする。	訪室しないと不安が高まる。声かけ
9:15		# 神のは自律神経の痛みなどから混布やアイスノンで常時冷やしたりすることもある。 PWC使用 (本をならしておきたい) (本のの排除をしてほしい) (本のの排除をしてほしい) (本のの排除をしてほしい) (本のの) (本のの) (本のの) (本の) (本の)		と気遣いを!!
9:30	第2·4火曜日 書道教室	# は自律神経の係みなどから温布やアイスノンで、	書道居室への声かけ	
9:45	さをり織りなど		さをり織りに行く	
10:00		職員と気さくに話をした		朝ミーティングにて体調確認
10:15	巡回	L'		
_	(看護師の訪室)	体調がよくないときは看		体調について話をする
-	息子さんと外出(不定期)			
_	第1金曜日 双葉会			双葉会の声かけ
_				受診付き添い 車の運転
11:30		食事は基本的に民室		
		20 7 10 00 T 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
11:45		他の人に気を遣いたくない		

▲ 24時間シート

本取組を通じて向き合っている課題

- ●介護実践過程における様々な文書の作成作業が多くなり、 ICT等の活用促進による業務の効率化
- ●変則勤務であるため、タイムリーなチーム全体への情報 共有
- 適材適所の人的配置、サービ スの標準化や維持が難しい
- 多職種連携やチームマネジメントでサービスの品質を向上



▲ 看取りの振り返り

作業部会委員コメント

次の点が素晴らしい

- ●「地域の中で一人の生活者として暮らしを築く」という理念が支援方針 となり利用者のあたりまえの生活・本人らしい暮らしを目指す視点で アセスメント
- 入居時から看取り期への移行を視野に、終末期ケアのあり方と意思決定支援。看取りの介護過程の実践としての基本方針や仕組みを構築

事例 10 障害者支援施設 修光園

書式や仕組み等の過目ポイント

利用者との意見交換会

月1回開催し利用者の意見やニーズをキャッチ

チーム制による個別支援体制

サービス管理責任者(以下「サビ管」)、主担当、副主任で構成、計画立案、日常のケアや記録を実施

気づきの付箋紙

気づきを付箋紙にメモし、記録に貼付し情報共有

ホワイトボードの活用

ケアグループごとにホワイトボードに掲示し情報共有

◆ 実践の流れ

ケアマネジメント プロセス

【障害者総合支援法】 障害者支援施設 で個別支援計画 書の作成義務

アセスメント (二次アセスメント) (資源アセスメント)

介護過程・介護職の役割

- ・生活場面で継続的に支援する立場 (強み)を活かしたアセスメント
- 客観的データに加え利用者のストレン グスに着目
- ・利用者の思いに沿った生活ニーズの明 確化を意識
- ・介護職の情報を他職種へ提供

サービス等利用 計画案

支給決定(市町村)

サービス担当者 会議

サービス等利用計画

- ・「ケース会議」は利用者、保護者、多職 種が参加し全体共有
- ・「ケア会議」で介護職全体で支援内容を 共有
- ・利用者、保護者が理解できる言葉を用いて説明し、同意を得る

○ 仕組み ■ 書式

- 主担当・副担当が主にアセスメント部分を担当
- 生活ニーズの明確化。どのような ニーズがあるか認識を明確化する ための共有
- 職員間の「気づき」を共有。介護職の力量アップへ
- ■月1回の意見交換会で利用者の意見をキャッチ(勤務職員に加え施設長・サービス管理責任者が出席)
- 個別支援計画立案はサビ管がコー ディネート
- ケア会議の参加者は利用者、保護者、サビ管、主担当、(副担当は可能な限り参加)
- 2020年度から個別支援計画立案 の構成メンバーをサビ管、主担当、 副担当のチーム制とし、利用者8 ~10名を担当

気づきの記録

表

アセスメント

計

ᠴ

- ・個別支援計画立案メンバーが引き続き 支援を実施
- ・個別支援計画に基づいているか、支援 上の「気づき」を共有し、「抜け」を確 認
- 日常のケア 個別支援計画立案の構成メンバー で実施
- ■実施上の「気づき」
 - ・介護職が「付箋紙」にメモ 記録に貼付し共有
 - ・次の主担当が夜勤時に書写

継続サービス利 用支援 (モニタリング)

評 サービス担当者 価 会議

> サービス等利用 計画の変更

- ・「サビ管」「主担当」が連携してモニタ リングする
- 1年間を1単位(区切り)として実践
- チェックシートだけではとらえきれない「思いを文章化」
- ・迅速な対応が必要な生活ニーズは都度 対応しモニタリングに反映
- ホワイトボードに掲示 ケアグループごとに情報共有
- ■モニタリングシートにも記入

社会福祉法人直心会 大分県中津市

平成4年5月開設

入所定員:40名 生活支援員:30名 介護福祉士:24名

取組の背景

- ・従前より介護過程に基づいた個別支援を展開
- ・障害者総合支援法では個別支援計画作成の義務
 - ①障害者支援施設では、個別支援計画書が未作成の場合「減算」に
 - ②サービス利用者全員に個別支援計画立案(内容を説明し同意を得ている)
- ・2019年度までの個別支援体制
 - ①利用者1名に担当職員1名体制であった
 - ②課題:勤務上の理由等で支援に「抜け」が生じてしまう
- ・ 個別支援計画書の内容
 - ①生活の質向上に関する支援内容が表現され、かつ介護職の自負もあった
 - ②課題:「数値化・可視化」が難しい状況も生じていた

取り組みの特徴・工夫

- 2020年度から個別支援体制(計画立案メンバー)を変更
 - ①サビ管、主担当(主任)、副担当のチーム制で構成
 - ②チームで支援する利用者は8~10名
 - ③勤務年数、職員のスキル等をふまえメンバー構成
 - ④日常のケアおよび記録もこのメンバーで実施
- 付箋紙の活用
 - ①支援上の「気づき」を忘れないため、介護職はウェストポーチに携行
 - ② 「気づき」を記入し記録に貼付

成果

- 2020年度から導入した個別支援体制(計画立案メンバー)の変更 導入して半年ほどの経過であり、成果未検証の部分はある
- ●各計画立案メンバーの実践内容が「ケース会議」および「ケア会議」で共有され、支援の展開過程における総括をしやすい環境が構築
- ●「気づき」により利用者の生活支援に反映
- 多くの介護職が共有(声掛けも含む)することで、職員間の称賛や気づきの意識(利用者の様子の差異を捉えようとする姿勢)、視点が拡大

介護福祉士の役割

- 利用者の一番身近にいる存在・「気づき」を実践にいかす役割
 - ①日常生活において時間的・直接的な支援に多く関わる=生活の継続性・連続性を支援する専門職の意識を持つ
 - ②介護福祉士(介護職)として利用者の一番近くで支援する専門職と「自覚」する
- 国際生活機能分類 (ICF) の視点で捉えた「できる活動」を見出す役割 現在の生活状況を把握し、その前後関係 (例 時系列、対人関係、生活環境との相互作用) をふまえ他職種へ情報提供する役割がある
- 他職種と生活支援の立場から連携・協働する役割
 - ①介護職の直接的支援と多職種連携に寄与し、利用者の生活の質向上へとつなげる
 - ②利用者の生活機能と背景因子を構造的に捉え、他職種と協働する力が求められる

アセスメント段階

特徵

- 利用者と関わる時間・機会を確保 会議時間のスリム化、利用者との意見 交換会でニーズを汲み取る
- アセスメントシート
 - ①チェック形式と特記事項 (利用者の 思いを文章化)で全体像を捉える
 - ②「本人の意欲、日常生活への影響、困りごと」「日常生活で定着している活動」を反映

ねらいと効果

- "できないことをできるように"ではなく、"その人が持っている強み"
- ●「ニーズの明確化」
 "フェルト(利用者が必要と感じている)ニーズ"と"ノーマティブ(支援者により判断される)ニーズ"の両側面から捕捉
- 気づきの共有化による効果が顕在化

ケアマネジメントとの関連

●本当のニーズと異なるものが表出されることがあるため、利用者側からのニーズを認識するよう「ケース会議」で共有

計画立案段階

特 徴

- ●「ケース会議」「ケア会議」で支援の方 向性を共有
- 「ケア会議」では本人が参画 生活環境や生活の質の視点など複合的 かつ柔軟な捉え方で生活の質や意欲の 向上を喚起する目標を立案
- 専門用語(例 フレイル)はわかりやすい表現を用いて説明

ねらいと効果

- ●本人の能力が「少し向上している」イメージで立案
- 入所年数が長く高齢の利用者は心身機能(ADL)の維持と生活の質向上を意識
- 利用者の要望に対する介護職の認識 (現状維持かより良い活動への支援を 進めるか)と方向性の共有化

ケアマネジメントとの関連

● 個別性に対応した栄養サポートチーム (栄養士と連携)、作業療法士 (車椅子の型取り⇒例 脊椎湾曲している利用者) と介護職がそれぞれ連携している

ADL ※本人の	の身体能力を記入	本人の状況・意政・介護の状況・日常生活への影響・問題(限りごと)等を記入	備考
	ロ できる		体位交換 □必要 □不要
寝返り	□ できない		
	□ その他		
	ロ できる		
起き上がり	□ できない		
	上がり		
	ロ できる		
移乗	□ できない		
	□ その他		
屋内歩行	□ できる		車椅子へか 有・無 ヘッドギア 有・無
東イス	ロ できない		短下肢装具 有·無
杖歩行 独歩	□ その他		

▲ ADLシート

【支援計画書に具現化され	productive production and the second	
生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	課題(ニーズ)についての現状	今後の対策について

▲ 支援計画書に具現化されなかったニーズ **1

	個別支	援計画書 (修光園)	開長	係長	进任		看源	268	栄養土	担当
90)	· 图像	00 00		作成日】	ОН	[注照师文级]			サービス質 △ △		
61	ご本人様より	早く陽生活に使れた	い、口から食べたり放	んだりした	いこ 話し作す	が欲しい 水	と詠んで歌	LVI,			
0:Z	支援について		(一度計画書を見直し: 目が見えない事で色								
01	「ご本人様より	」(意向を載せてい	・ます) 泰2 『支	接について	C」(総合的2	と方針を載せてい	(14)				
-	火ナベき間額や		- N/A 3455 F		支援について						20,00
	要求 (>-1) 要求 (>-1)	背景の要因	支援の目標		1972		lvo.	820	進水	90305 (713110)	15円):1 実施日
		春しい。 日が見えな	国の生活に飲れていま	LIVE	5動や訓練、適 E:中。	動への事別を促			-253325		
括介	りしたい。 話	い分別圏が楽しそう で、自分に誰も値して くれていない時は特に 寝しい。	次がら、話し相手にな れる利用者をみつけ日 中の活動など実実した 生活を描ざしていく。	機能のピア の参加や取 そうした中	ノを終かしなが の組みを促して	なる利用者を見つ	月~金	per	支援員 訓練士 看護師		
极	い。本をはん	口から美味しい物を食べたい。 飲みたい。	栄養は「ナチュを結成し 徐々に口からの摂取を 実施していく。	頭・ほ・タ ブルックビ	の三食以外に関 1-1/3を口から! 15時 (上3)	食として、1月1回 収取します。1089 摂取後は11較ケア	1243 04 1043 1043		支援員	R2# 18/1240 R39	R3年 2月中
施設と	imo esemb	林県介助時に抵抗や転 側の危険性がある。	安全に移動できる環 複を提供。		機器等を活用 (椅子⇔入浴時		igay	Ber	支援員	3/33111	

内容	no	どこで	遊が
・日替わりの日中での活動支援 ・毎食事の提供 ・服薬支援・ 排泄等支援 ・週3回の入路(期間により変動あり) ・外出支援の提供 ・その他生活に携わる支援等	1819	作光度	各来級科
日がほぼ見えないので、誘導時には声かけしながら手を添えて誘導の徹底をしていきます。	6819	180/1	各級政
日中の日替わりで行われている各活動へ参加を促します。 又、要望等を考慮した観測の活動にも支援を努めていきます。	月一会 (展開)	1005	他支援队及U 但当支援队
 買い物へ行くのを乗ねて気分転換と地域交流を図る目的として、体調等を考慮し、計画を立て実施します。 (買い物・ドライブ等目的) ⇒現在、新型コロナウイルエの関係で自用して低すを限ています。 	ガー会 (歳均)	80%	担当支援员
 【個別支援】書り添いながら話し相手や希望する本を読みながらコミュニケーションを関ります。 	月一位 (選邦)	(RDA)	用当文银铁
定期的に質腸剤院へ受許へ行きます。機下の状態や指導を受けます。	1619	胃腸病院	栄養は一けつ
(その他について)			
 「栄養性ートトーム」として、管理栄養士、看護師、介護支援員で結成し今後背島病院の氏のは一トトームと連携をとりた。 	がら経口を	1取を検索しま	施していきます。
 ロ腔ケアについて 洗面台にて幾子に座ってもらった状態で行ってもらい、後座さ直しを行います。基本、有注入 	後。間食後	に行います。	MARIE .
 食事について 超延夕の知宵無にては入していきます。現在は、毎番選挙が行っていますが今後の解釋としては、支援 	MEHRE	よう世形穴 (1)	人)を予定します

▲ 個別支援計画書※2

- ※1 支援計画書に具現化されなかったニーズ:全国身体障害者施設協議会の書式を使用
- **2 個別支援計画書:全国身体障害者施設協議会書式をアレンジしている

(○○ ○○様の定着していく活動)

特徴・工夫と効果

- ●実施後の気づき 「付箋紙」を用いて迅速に共有
- ホワイトボード日々の出来事、支援内容を添付
- ●出勤時に所属グループの確認
- モニタリングシート
 - ① 付箋紙 (気づき) 内容を記入できるチェックリスト形式 から特記事項記入書式へバージョンアップ
 - ② 「チェック項目だけでは利用者の思いが反映されにく く根拠に乏しい」という介護職の意見をふまえ新たな フォーマットを検討中
 - ③ モニタリングシートはケア会議で 共有
- モニタリングは利用者全員(年2回) 実施
 - ①本人の思いが反映されることで詳細な部分の情報共有が可能に
 - ② サビ管、主担当がモニタリングシートの記録担当と多職種連携







▲ 個別介護計画書



▲ ホワイトボードの活用

モニタリング	期間年	月 日~	年 月	B 75	10 90 00 125	HJ.
サービスの種類	実施状況	効果	サービス量	満足度	今後の対応	T
	□ 計画通り □ %程度実施 □ ほとんど無実施 理由:	□ 目標達成 □ 効果有り □ ますます □ 効果不十分 □ 判断できない	□ 過剰 □ 適切 □ 不足 □ その他	本人 □ 満足 □ 不満 家族 □ 満足 □ 不満 □ 不満	□ 再評価の必要あり□ カンファレンスの必要あり□ このまま継続□ 終結□ その他	
	□ 計画通り □ %程度実施 □ ほとんど無実施 理由:	□ 目標達成 □ 効果有り □ ますます □ 効果不十分 □ 判断できない	口 適制 口 適切 口 不足 口 その他	本人 □ 満足 □ 不満 家族 □ 満足 □ 不満 □ 不満 □ 可断できない	□ 再評価の必要あり □ カンファレンスの必要あり □ このまま継続 □ 終結 □ その他	
	□ 計価通り □ %程度実施 □ ほとんど無実施	□ 目標達成 □ 効果有り □ ますます	口 過剰 口 適切 口 不足	本人 口 満足 口 不満 家族 口 湯足	□ 再評価の必要あり□ カンファレンスの必要あり□ このまま維続	

▲ モニタリングシート

本取組を通じて向き合っている課題

- 利用者の高齢化またはターミナル期を迎える利用者の増加により心身機能の「向上」ではなく「維持」に偏重。 将来の利用者の姿を想定した目標が描ききれていない
- ●本人主体の支援を具現化するために「人生会議」**の視点を導入する必要性を感じつつも、なかなか浸透していかない。
- 目標は、現在の状況より「少し高いレベル」を掲げることが望ましいが、「安定した生活を送る」等の漠然とした記述となってしまいがちである。達成度の評価も抽象的な内容にとざまり目標及び期間設定の難しさを感じている
- 長年、関わっているが故の見えなさ (慣れ) を感じることがある
- 介護職の力量の差。「利用者を好きになることの大切さ」「気づきの重要性」を伝え続けていくスーパービジョンが必要
- 利用者のデマンドと介護職から捉えたニーズの乖離(板挟み)による支援計画立案の苦労
- I T端末の導入を検討中。「付箋紙」の手軽さ、迅速さとIT導入による業務の効率化

作業部会委員コメント

生活支援の立場から、継続性ある支援に携わるからこそ気づくことができる強み。その気づきを共有し 介護実践につなげていく探求心が実践事例から理解できました。

介護職の「気づき」の力を向上させるため、付箋紙、ホワイトボードの活用、会議のスリム化、利用者との意見交換会等、利用者理解を促進する仕組みづくりが組織全体で行われています。

介護職の [モニタリングシートのチェック項目だけでは、利用者の思いを推し量る根拠に乏しい] という意見をふまえ新様式を検討中とのこと。生活ニーズの充足に向けて改善・導入できる意識の高さを感じました。

* 人生会議 (ACP:アドバンス・ケア・ブランニング): もしもの時に自分が望む医療やケアについて前もって家族や医療・ケアチームと繰返し話し合い共有する取り組みで、厚生労働省が普及・啓発している