

簡潔

明瞭

入居者状態を見える化した 個別支援シート

～簡単操作とアレンジで
軽費老人ホーム・ケアハウスの支援力アップ～



目 次

はじめに	1
1. 軽費分科会個別支援力強化プロジェクトの概要	2
2. 個別支援シート様式と使用方法	3
(1) 個別支援シート様式の構成について	5
(2) 個別支援シートの使用方法	7
3. 活用事例集	
(1) 個別支援シートの活用例	9
(2) アレンジ様式集	13
(3) 活用事例	
活用事例①	16
「新規入居者に対するアセスメントに効果」	
～入居にあたっての家族説明に活用～	
活用事例②	18
「状態の改善見込みが難しい入居者のサービス移行について活用する」	
～評価項目の追加により、より詳しい情報を提供～	
活用事例③	20
「過去と現在の状態比較と施設での対応範囲、3つの軸で入居者の状態を表現する」	
～軽費老人ホームの施設基準として活用～	
活用事例④	22
「2回分の評価結果を比較し、目標の再設定に生かす」	
～短期間で変化した利用者の状態を見る～	
活用事例⑤	24
「会議の効率化と、誰が見ても理解できる分かりやすさを実感」	
～多職種合同会議での課題共有化に活用～	
4. 評価項目・基準	26
5. おわりに	31
軽費分科会個別支援力強化プロジェクトの検討経過	32
軽費分科会個別支援力強化プロジェクト名簿	33
コラム①「軽費分科会で個別支援シートの活用について共有」	3
コラム②「会議の見える化にも挑戦」	15

はじめに

軽費老人ホームは、日常生活を営むことに不安がある方が入居する低所得者向けの施設です。

しかし、現状は介護ニーズの高い方をはじめ、精神疾患や虐待、生活困窮など社会的援護を必要とする方の受け入れを行っており、多様なニーズを抱えた入居者が増加しています。また、低価格の有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅など高齢者向けの住まいの出現によって、軽費老人ホーム・ケアハウスを取り巻く環境は年々変化しています。

一方、地域包括ケアシステムの構築が推進される中で、軽費老人ホーム・ケアハウスは、機能や支援内容を明確化し、外部に発信することが必要とされるところです。

平成24年度全国軽費老人ホーム協議会が主催する事例発表会において、広島県の軽費老人ホーム コーポまとば「まとばレーダーチャート」による入居者状況を把握する取り組みが発表されていました。多様なニーズを抱える方が増加し、生活課題や身体状況は異なり1人ひとりの状態に応じた支援が必要となっています。可視化されたレーダーチャートを使用することで入居者の状態変化の「気づき」へのきっかけになり、悪化予防や将来を見据えた支援が明確になります。

大阪府社会福祉協議会 老人施設部会 軽費分科会では、「個別支援シート」を開発するべく軽費分科会個別支援力強化プロジェクトを立ちあげました。「まとばレーダーチャート」を参考に、誰でも簡単に使用でき、誰が見ても入居者の情報が分かりやすく、どのような状態でも表現できるアレンジの幅を持たせた入居者状態表現ツールと、その活用方法をとりとめました。

また、平成25年度老人保健健康増進等事業「養護・軽費の今後のあり方も含めた社会福祉法人の新たな役割に関する調査研究事業」報告書にもあるように、軽費老人ホーム・ケアハウスが正しく理解されていない要因のひとつとして、「入居・退居基準が明確化されていない」ことが挙げられています。施設独自の基準（参考指標）を設けることで、入居時のミスマッチや外部サービスを導入するタイミングの目安にも活用できます。

自信を持って送り出せるものに仕上がりましたが、軽費分科会意見交換会でいただいた「軽費老人ホーム・ケアハウスらしさを出してほしい」、「入居者の能力を活かすという視点をもっと大事にしてほしい」など、今回十分に取り入れられなかったご意見については、皆様の施設で活用いただき応用事例の発表の機会などを設け、よりよいものにしていくことで、軽費老人ホーム・ケアハウスの知名度・サービスの向上につながることを期待します。

むすびに、プロジェクトの開催にあたり職員を派遣いただいた施設長をはじめ、作業を共に進めたプロジェクトメンバーおよび施設での実践にご協力いただいた皆様、そして情報提供いただいたコーポまとばの関係者に深く御礼申し上げます。

軽費分科会個別支援力強化プロジェクト

委員長 野内 清幸

1 軽費分科会個別支援力強化プロジェクトの概要

軽費老人ホーム・ケアハウスって…

- ・どのような状態の方が入居できる施設なのか。
- ・特別養護老人ホームや養護老人ホームと何が違うのか。
- ・サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームと何が違うのか。
- ・生活保護受給者でも入居できるのか。
- ・どんなサービスが受けられるのか。
- ・介護保険サービスを利用できる施設なのか。
- ・病気になったらどうなるのか。
- ・車椅子でも受け入れてくれるのか。
- ・退居となる条件は何なのか。



地域住民や地域包括支援センターなど関係機関、さらには入居者の家族などからこのように問いかせられ、的確に答えられずにもどかしい思いをした経験はありませんか。軽費老人ホーム・ケアハウスへの理解や認知度を向上させ、その役割を正確に理解いただくことは、私たちにとって長年のテーマとなっています。

そもそも、軽費老人ホーム・ケアハウスは、低所得の要援護高齢者へ安全・安心を提供できる住まいとして、重要な役割を担ってきたという自負があります。

入居者の要介護度の重度化、精神疾患や知的障がい、DVや虐待の被害など多様・複雑化したニーズを抱えた入居者は増加傾向にありますが、多様な職業経験や社会経験、人生経験を豊かに積んできた入居者の自立心と尊厳を大切にしたい自立支援に私たちは取り組んでいます。

ところが、その取り組みや向き合う姿勢がなかなか世間から信頼、評価を得ていないという実感、言い換えればこれまで軽費老人ホーム・ケアハウスにおける福祉実践を積極的に発信できていないのではないか、という反省もあります。

そこで、軽費分科会では、これまで何よりも大事にしてきた入居者への自立支援という観点から、「入居者の重度化・多様化に対する支援」を焦点に、「図表を用いて入居者の個別支援を見える化する」ツールを開発し、広く発信していくことを目的に軽費分科会個別支援力強化プロジェクトを設置し、取り組みました。

プロジェクトでは、軽費老人ホーム・ケアハウスの課題を確認し、見える化に向けての個別支援シートの作成、施設でのモニタリングをはじめとする各場面で活用できる様式の作成など、協議を重ねながら、内容を充実させていきました。

2 個別支援シート様式と使用方法

ここでは個別支援シートの様式と、その使用方法について紹介します。

プロジェクトにおいて個別支援シートを作成するにあたり、次の3点を強く意識して取り組みました。

ポイント1 結果の分かりやすさ

- ・入居者の現在のおおまかな状態が把握できる。
- ・入居者や家族が見て、客観的に状態を伝えることができる。

ポイント2 簡単な操作性

- ・誰でも使えるよう、操作が簡単である。
- ・評価する人によって判断が異なることのないよう、評価の目安がある。

ポイント3 アレンジ可能な汎用性

- ・施設によってハード・ソフト面ともに状況が異なるため、その状況に合わせた内容に項目をアレンジできる。
- ・取り組み状況について他施設と共有できるような統一感を持たせる。

そして試行錯誤の末、完成したのが次ページの様式です。

なお様式については老人施設部会ホームページよりダウンロードできます。

コラム 1

軽費分科会で個別支援シートの活用について共有

個別支援シート作成と活用方法の検討にあたり、軽費分科会（H27/6/9開催）でもテーマに取り上げ、プロジェクトでの状況を報告するとともに、意見交換を通じてフィードバックを図りました。

施設長や生活相談員、職員の皆さまからご意見をいただき、内容の幅の広がりや深みを得ることができました。何よりも、軽費分科会としてこの個別支援シートを活用していくことを確認できたことは大きな成果でした。

□意見交換会でいただいた主な意見

- これまで感覚的に捉えてきた入居者の情報が一目で分かり、画期的。
- 家族への説明資料に使いそう。
- 定期的を実施して、経過を比較できればモニタリングに活用できるのではないかと。
- 軽費老人ホームの専門性を対外的に示すことに活用できるのではないかと。
- 軽費老人ホームが大事にしてきた『社会性』や『他者との関わり』をもっと発信してほしい。
- 個別支援シートの操作を簡単にして、誰でも使えるようにしてほしい。



個別支援シート様式

施設名

調査日

氏名

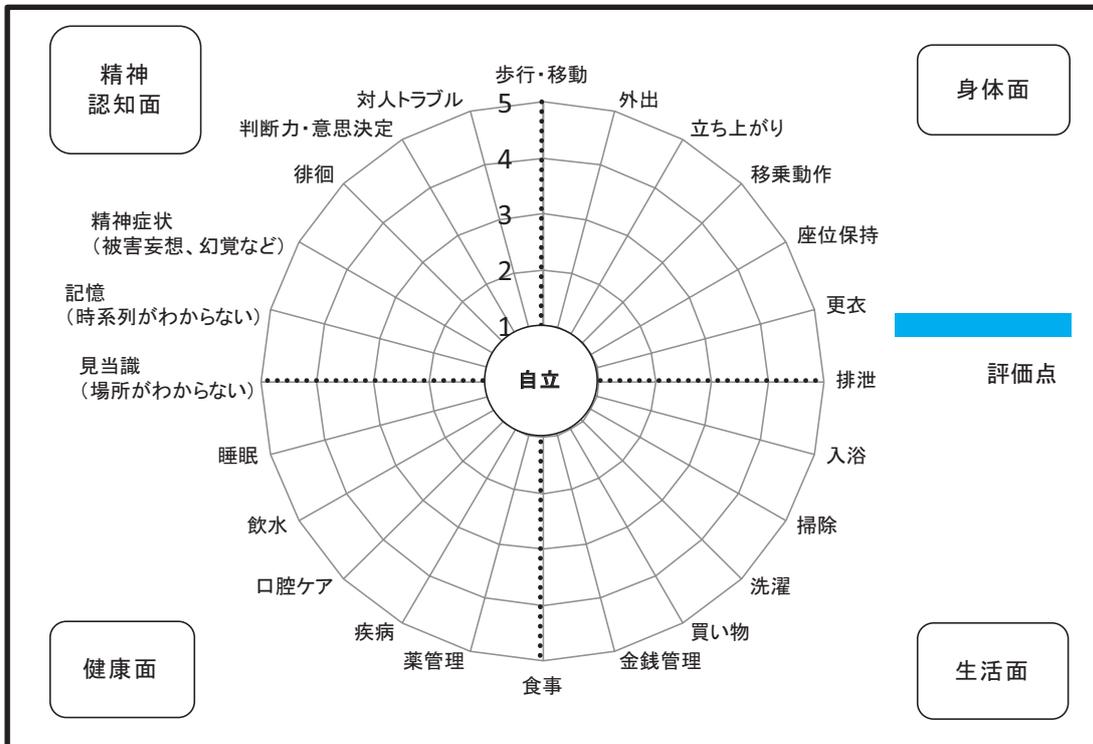
様

性別

年齢

介護度

分野	評価項目	能力判断結果					評価点
		1	2	3	4	5	
身体面	歩行・移動	できる	おおむねできる	支援があればできる	一部介助があればできる	全介助を要する	
	外出						
	立ち上がり						
	移乗動作						
	座位保持						
	更衣						
生活面	排泄						
	入浴						
	掃除						
	洗濯						
	買い物						
	金銭管理						
健康面	食事						
	薬管理						
	疾病						
	口腔ケア						
	飲水						
	睡眠						
精神認知面	見当識(場所がわからない)	問題がない	疑いがある	ある(頻度低い)	ある(頻度高い)	常態化している	
	記憶(時系列がわからない)						
	精神症状(被害妄想、幻覚など)						
	徘徊						
	判断力・意思決定						
	対人トラブル						



備考

(1) 個別支援シート様式の構成について

① 4つの分野と選択可能な評価項目

個別支援シートは、「身体面」「生活面」「健康面」「精神認知面」の4つの分野について、動作や行為などの項目をそれぞれ6つずつ設定し、職員が評価できるようにしています。

評価項目については、施設の実情に合わせて自由に入れ替えることができます。標準でセットされている評価項目以外を「4. 評価項目・基準」にある一覧より選んでいただくか、各施設で独自に項目を設定するなど、施設に合った様式にアレンジすることもできます。

なお、4つの分野の項目数は必ずしも揃える必要はありません。必要に応じて項目の削除や新規追加をすることができます。

分野	評価項目
身体面	歩行・移動
	外出
	立ち上がり
	移乗動作
	座位保持
	更衣
生活面	排泄
	入浴
	掃除
	洗濯
	買い物
	金銭管理
健康面	食事
	薬管理
	疾病
	口腔ケア
	飲水
	睡眠
精神認知面	見当識(場所がわからない)
	記憶(時系列がわからない)
	精神症状(被害妄想、幻覚など)
	徘徊
	判断力・意思決定
	対人トラブル

◇身体面…身体機能に関すること

標準項目：「歩行・移動」「外出」「立ち上がり」「移乗動作」「座位保持」「更衣」

応用例：「配膳・下膳」「寝返り」など

◇生活面…生活における一連の動作に関すること

標準項目：「排泄」「入浴」「掃除」「洗濯」「買い物」「金銭管理」

応用例：「身だしなみ・整容」「地域の行事参加」「施設行事・クラブ活動」など

◇健康面…健康維持や疾患対応など健康面における自己管理力に関すること

標準項目：「食事」「薬管理」「疾病」「口腔ケア」「飲水」「睡眠」

応用例：「感染症予防」「麻痺・拘縮」など

◇精神認知面…精神衛生や精神保健に関すること

標準項目：「見当識(場所が分からない)」「記憶(時系列が分からない)」

「精神症状(被害妄想、幻覚など)」「徘徊」「判断力・意思決定」

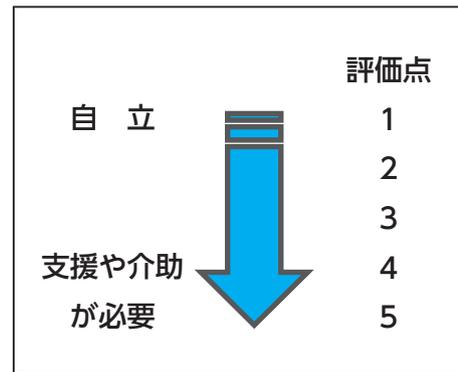
「対人トラブル」

応用例：「異食行為」など

② 5段階評価方式と評価の基本的な考え方

この様式は、対象となる入居者一人ひとりの能力や現在の生活状況などについて、職員が5段階で評価し、それをレーダーチャートによって図式化するものです。

点数が低いほど自立度が高く、点数が高いほど支援や介護が必要である状態であると判断します。



それぞれの項目について職員が評価する際の基本的な考え方は次のとおりです。

個々の項目の目安については、「4. 評価項目・基準」を参照ください。

▼身体面、生活面、健康面の評価に関する基本的な考え方

評価点		評価の目安
1	できる	職員の注意や見守り、支援を要しない（自立）
2	おおむねできる	注意が必要だが、支援は必要ない
3	支援があればできる	職員の見守りや付添い、準備などが必要（体に触れない程度）
4	一部介助があればできる	職員の支えや手引きなどが必要（体に触れる支援が必要）
5	全介助を要する	常に職員の介助が必要

▼精神認知面の評価に関する基本的な考え方

評価点		評価の目安
1	問題がない	症状や問題はない
2	疑いがある	まれに症状や問題がある程度
3	ある（頻度低い）	生活に支障のない程度
4	ある（頻度高い）	生活に支障をきたすことがある
5	常態化している	常に注意や支援が必要

(2) 個別支援シートの使用法

①入居者の能力評価

対象の入居者に対して、基本的には4分野24項目の評価を行います。

②評価点の入力

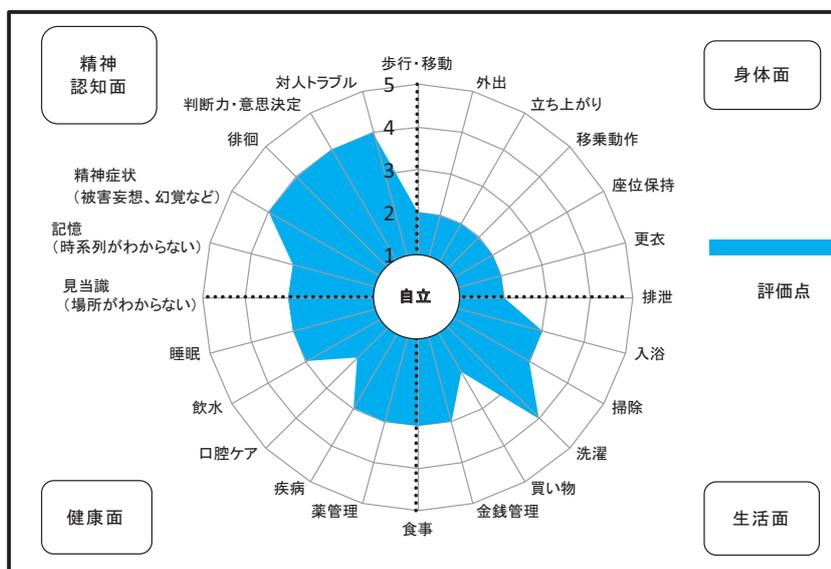
調査でつけた評価点を個別支援シートの「評価点」欄に入力します。

分野	評価項目	能力判断結果					評価点
		1	2	3	4	5	
身体面	歩行・移動	できる	おおむねできる	支援があればできる	一部介助があればできる	全介助を要する	2
	外出						2
	立ち上がり						2
	移乗動作						2
	座位保持						2
	更衣						2
生活面	排泄						2
	入浴						3
	掃除						3
	洗濯						4
	買い物						2
	金銭管理						3
健康面	食事						3
	薬管理						3
	疾病						3
	口腔ケア						2
	飲水						3
	睡眠						3
精神認知面	見当識(場所がわからない)	問題がない	疑いがある	ある(頻度低い)	ある(頻度高い)	常態化している	3
	記憶(時系列がわからない)						3
	精神症状(被害妄想、幻覚など)						4
	徘徊						4
	判断力・意思決定						4
	対人トラブル						4

③レーダーチャートへの反映

評価点を入力すると、下部のレーダーチャートへ自動的に反映され、入居者の状態が「見える化」されます。

レーダーチャートの外に向かうほど支援が必要であることを表しています。



表れたレーダーチャートからは入居者の現在の状態が一目で把握できるとともに、介護保険サービス等の利用や退居という選択肢を検討する材料にもなります。

また、入居者やその家族への現状の説明、職員間での情報の共有、個別支援計画への反映など、いくつかの活用方法が考えられます。

(3) 個別支援シートの使用における注意点

軽費老人ホーム・ケアハウスは介護保険施設ではなく生活施設という観点から、介護保険において調査で使用される項目とは少し異なります。

実際にこの個別支援シートを使用する際には、以下の点についてご注意ください。

① 項目数と情報量のバランス

項目が多いほど詳しく分析できますが、細かく設定しすぎると、全体像が見えにくくなるといった逆効果もあります。職員だけではなく、入居者や家族にも理解いただくことを想定すると、分かりやすさと情報量のバランス調整が必要です。

② 評価基準の統一

評価する人の主観によって評価結果が異なるとは客観性を欠くことにつながります。それぞれの項目について、誰が評価してもおおよそ異ならないように、その評価基準を職員間で設定し、共有することが必要です。

また、新たに評価項目を設定して評価基準を作る際には、他項目とのバランスを考慮し、(1)～②の基本的な考え方に沿って設定することが必要です。

③ 評価の視点

また、評価項目にもよりますが、1つひとつの動作や行為だけを見る「点」の視点ではなく、連動する動作や行為を見る「線」の視点で評価するように評価項目を設定しています。

たとえば、入浴や排泄などはその行為だけではなく、準備から片づけまでの動作を含めて評価します。

例) 入浴：『入浴の準備から更衣、洗身洗髪、入浴後に体を拭いて出られるまで』

ただし、施設によって項目をアレンジできるので、入浴準備などの項目を新規に作成されるのであれば、施設で考え方を十分整理したうえで活用ください。

④ 評価するだけで終わらせない

評価することが目的ではなく、それを活用して自立支援に有効活用することが本来の目的です。単に評価することで終わらないよう、入居者や家族、職員の間で情報を共有し、サービスの改善などに結びつけていくための仕組みを作ることが重要です。

3 活用事例集

ここでは、基本様式にアレンジを加えて活用した、各施設での取り組みを紹介します。

(1) 個別支援シートの活用例

個別支援シートの特徴は「アレンジ可能な汎用性」です。

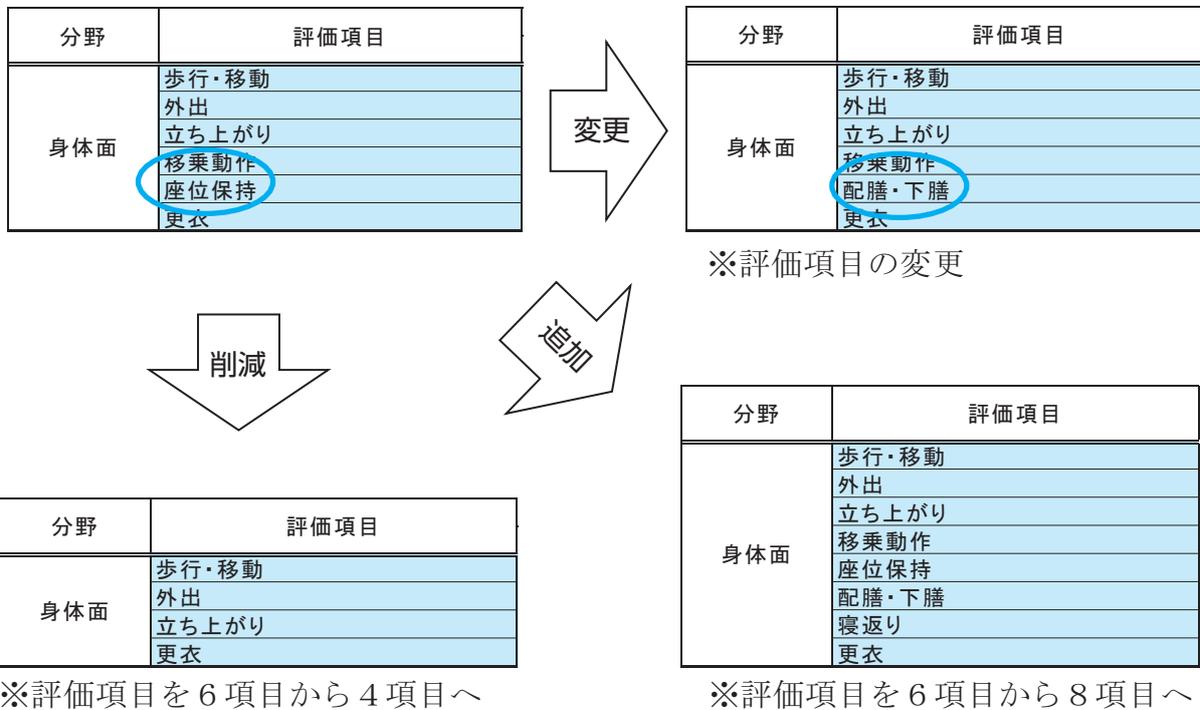
このシートはエクセルで作成しており、入居者の状態や施設設備、人員配置など、施設によって異なる状況に対応できるように、レーダーチャートの表示方法、見た目などを施設ごとにアレンジすることができます。

評価項目の変更や増減、入居者の経年変化や施設基準の表示、さらには、モニタリングに活用できる様式のアレンジや活用事例を紹介します。

① 評価項目の変更や増減をしたいとき

(16 ページ：活用事例①を参照)

入居者の状態や施設の対応などによっては、標準で設定されている評価項目が合わない場合があります。その場合は、以下のように項目の変更や増減を簡単に行うことができます。



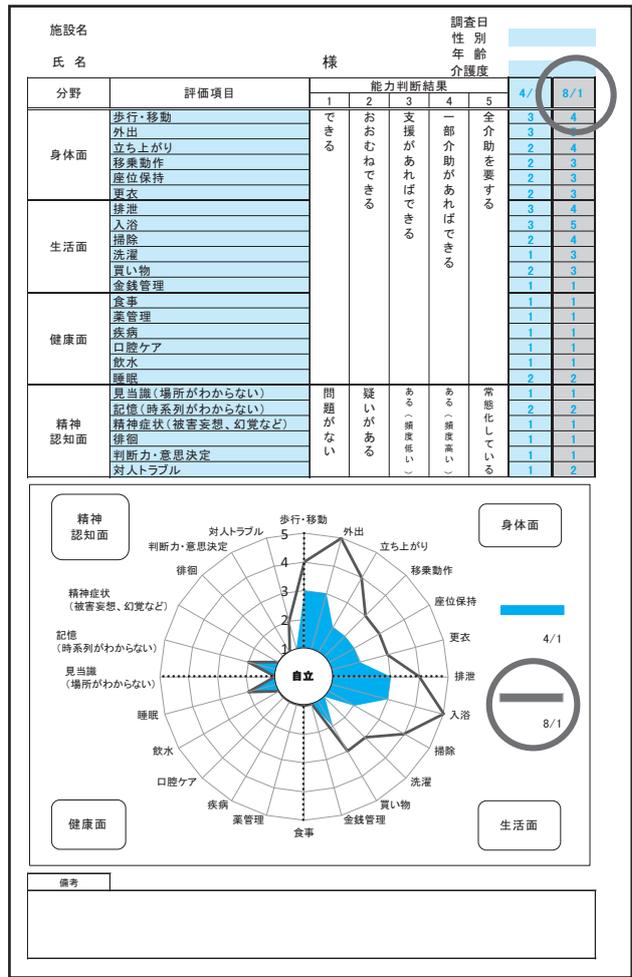
②入居者の時系列の変化を見たいとき (アレンジ様式1)

(18 ページ：活用事例②、20 ページ：活用事例③を参照)

入居者の前回と今回、入居時と現在など、過去と現在の評価を比較して表示させることができます。

けがや入院に伴う状態の変化や、定期的な状態の比較に活用できます。

また、家族や入居者への状況報告、施設の取り組みなどの説明に利用することもできます。



③施設基準を可視化したいとき (アレンジ様式2)

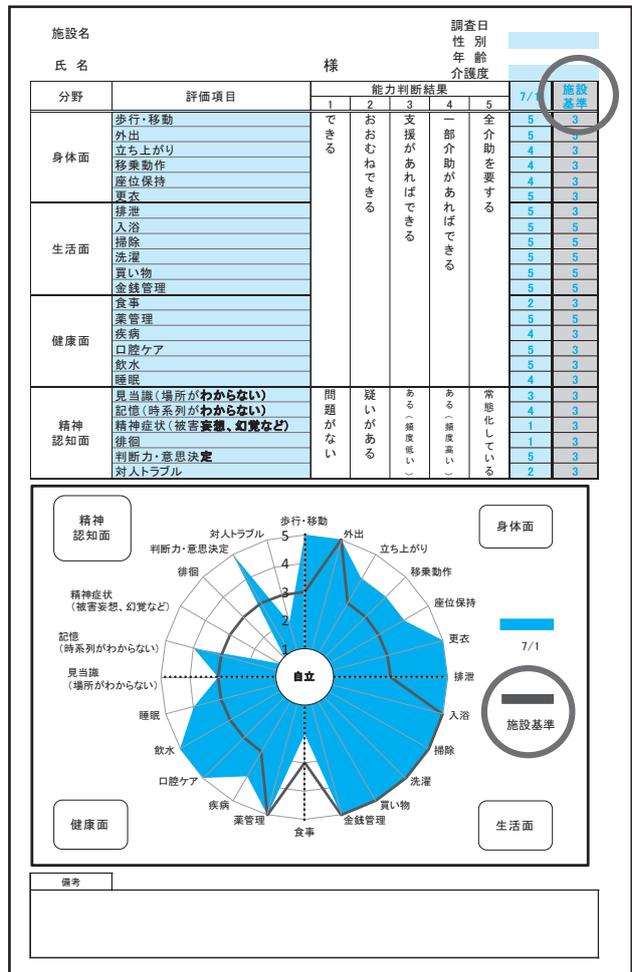
(18 ページ：活用事例②、20 ページ：活用事例③を参照)

入居者に対して施設が対応可能な範囲をレーダーチャートに反映させることで、軽費老人ホームにおいてあいまいと言われていた施設基準を視覚化することができます。

プロジェクトでは、介護保険サービスの使用を一つの基準点とみなしています。

しかし、施設によって対応可能な範囲は異なるため、施設独自の基準を設けていただく必要があります。

なお、ご検討いただく際には、「入居者の退居を促す」ものではなく、「入居者が必要とするサービスにつなぐ」ことを目的とすることに気をつけてください。



④モニタリングに活用したいとき

(アレンジ様式3)

(22 ページ：活用事例④、24 ページ：活用事例⑤を参照)

評価点を入力する表を外し、記述欄を多くとった様式です。エクセルの画面上は入力表も表示されていますが、印刷をすると下記のように記録表のみが印刷されます。

カンファレンスなどにおいて、入居者の状態把握やサービス目標について検討する際に活用できる様式です。また、外部サービスの担当者や医療関係者と入居者の情報を共有する際にも使いやすいものとなっています。

様 モニタリング 記録表

施設名: _____
 会議日: _____
 評価者: _____

精神認知面

精神症状 (被害妄想、幻覚など)
 記憶 (時系列がわからない)
 見当識 (場所がわからない)

身体面

歩行・移動 5
 外出 4
 立ち上がり 3
 移乗動作 2
 座位保持 1
 更衣 1
 排泄 1
 入浴 1
 掃除 1
 洗濯 1
 買い物 1
 食費管理 1
 食事 1
 薬管理 1
 疾病 1
 口腔ケア 1
 飲水 1
 睡眠 1

健康面

判断力・意思決定
 対人トラブル
 徘徊

生活面

4/1
 8/1

1. 前回評価時と比べて変わったこと

①身体面
 ・全体的に評価が上がっている。

②生活面
 ・掃除、洗濯を本人がすることは難しい。

③健康面
 ・特に変化なし。

④精神認知面
 ・特に変化なし。

2. 会議での検討内容

・4月と比較すると、生活面に介助が必要となっており、介護サービスの利用が必須となっている。利用回数を増やすなどの検討が必要である。
 ・部屋で過ごすことが多くなっているため、できるだけフロアで過ごしていただくなど声掛けを頻繁に行う必要がある。

3. 会議を受けての目標再設定

①短期目標
 ・日中はフロアで過ごす。

②長期目標
 ・残存機能の維持と、意欲の保持に努める。

次ページ以降には、ここで紹介したアレンジ様式と、各施設による活用事例を掲載しています。

(2) アレンジ様式集

【アレンジ様式1】時系列変化対応型

施設名

調査日

氏名

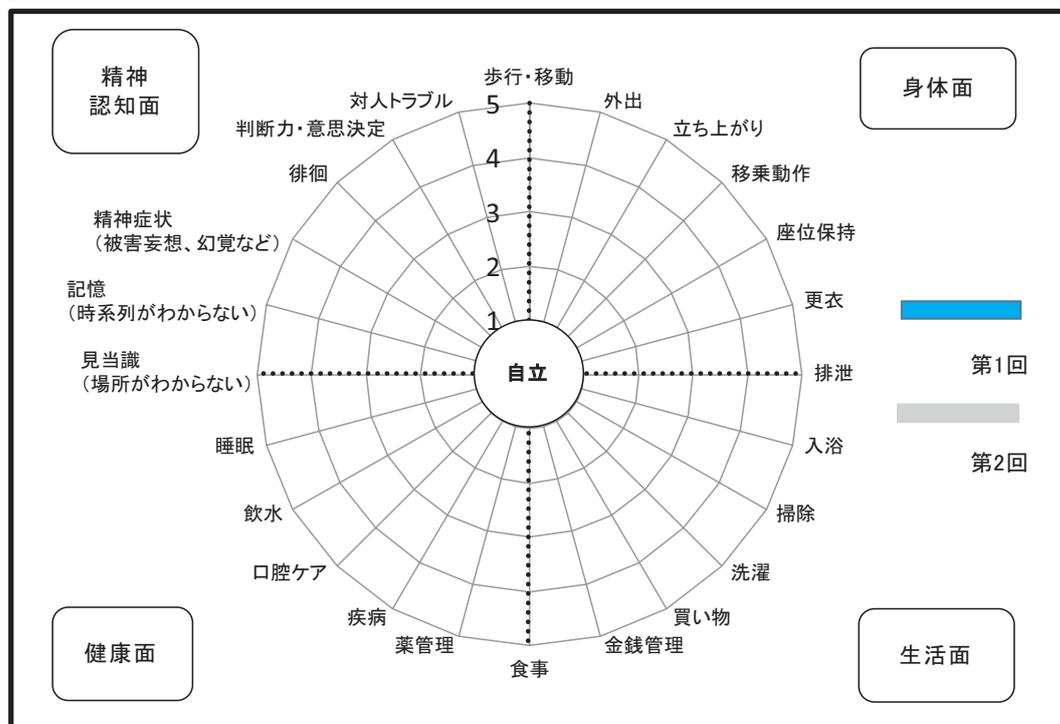
様

性別

年齢

介護度

分野	評価項目	能力判断結果					第1回	第2回
		1	2	3	4	5		
身体面	歩行・移動	できる	おおむねできる	支援があればできる	一部介助があればできる	全介助を要する		
	外出							
	立ち上がり							
	移乗動作							
	座位保持							
生活面	更衣							
	排泄							
	入浴							
	掃除							
	洗濯							
健康面	買い物							
	金銭管理							
	食事							
	薬管理							
	疾病							
精神認知面	口腔ケア							
	飲水							
	睡眠							
	見当識(場所がわからない)	問題がない	疑いがある	ある(頻度低い)	ある(頻度高い)	常態化している		
	記憶(時系列がわからない)							
精神症状(被害妄想、幻覚など)								
徘徊								
判断力・意思決定								
対人トラブル								

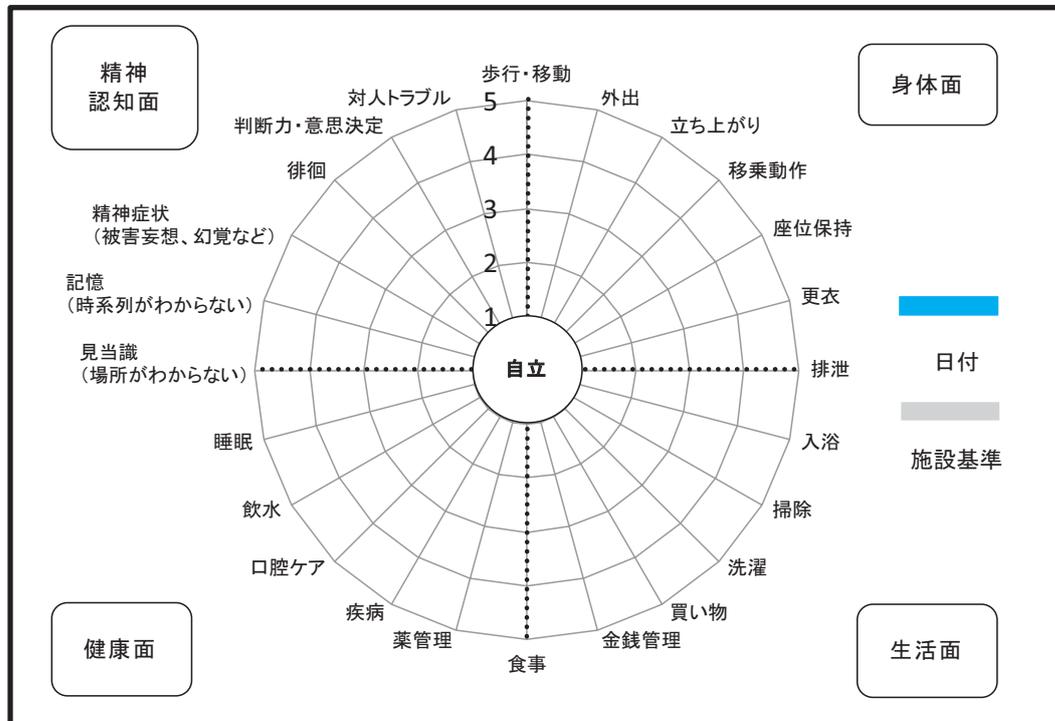


備考	
----	--

※評価点欄を2つ以上に増やすことも可能です。

【アレンジ様式2】施設基準対応型

施設名		調査日						
氏名	様	性別						
		年齢						
		介護度						
分野	評価項目	能力判断結果					日付	施設基準
		1	2	3	4	5		
身体面	歩行・移動	できる	おおむねできる	支援があればできる	一部介助があればできる	全介助を要する		
	外出							
	立ち上がり							
	移乗動作							
	座位保持							
生活面	更衣							
	排泄							
	入浴							
	掃除							
	洗濯							
健康面	買い物							
	金銭管理							
	食事							
	薬管理							
	疾病							
精神認知面	口腔ケア							
	飲水							
	睡眠							
	見当識(場所がわからない)	問題がない	疑いがある	ある(頻度低い)	ある(頻度高い)	常態化している		
	記憶(時系列がわからない)							
	精神症状(被害妄想、幻覚など)							
	徘徊							
	判断力・意思決定							
	対人トラブル							



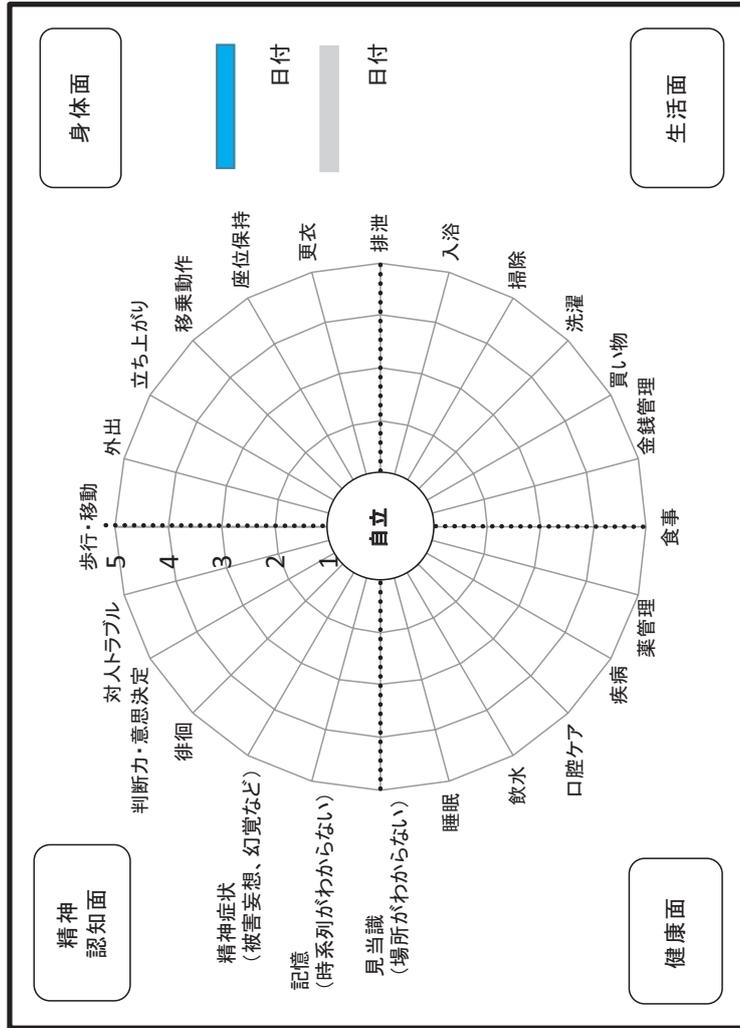
備考	

※評価点欄を2つ以上に増やすことも可能です。

【アレシ様式3】モニタリング型

様 モニタリング記録表

施設名: _____
 会議日: _____
 評価者: _____



1. 前回評価時と比べて変わったこと

- ① 身体面
- ② 生活面
- ③ 健康面
- ④ 精神認知面

2. 会議での検討内容

3. 会議を受けての目標再設定

- ① 短期目標
- ② 長期目標

個別支援力強化プロジェクトでは個別支援シートを入居者の状態を見える化するツールとして開発してきましたが、プロジェクトにおける議論を見える化することにも取り組みました。

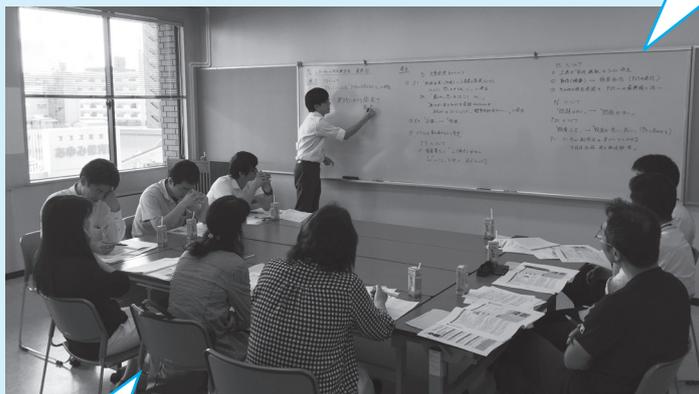
プロジェクトの会場は常に『コ』の字型に設定し、ホワイトボードを活用しました。

板書係が議論の内容を書き出し、要点を抽出し、内容を整理していきます。議論がぶれることを防ぐとともに、各自がメモをとらずに議論に集中することができます。

会議進行と連動させることで内容を随時確認しながら進めることができ、議論が広がってしまった際にもポイントが分かりやすく整理できているので、このプロジェクトにおいては非常に有効な方法でした。

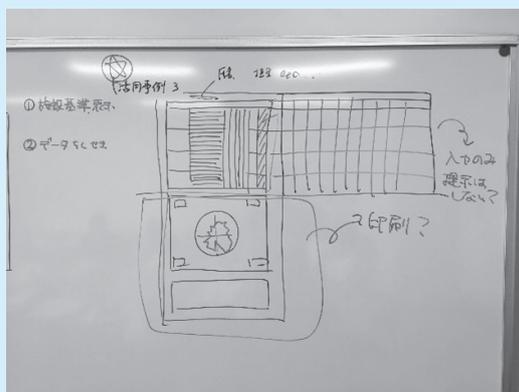
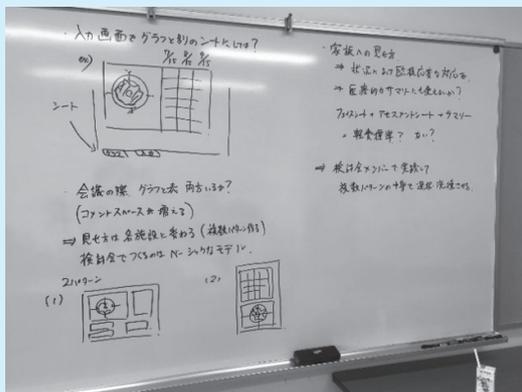
ぜひ皆さまの普段の会議やミーティングでもチャレンジしてみてください。

『コ』の字型に配席することで全員がボードを見ることができ、目線のたまり場にもなります。また板書はそのまま会議の記録になります。



互いに向き合い、席の間隔を狭くして座ることで意見が出やすくなります。

□プロジェクトでのホワイトボード活用例の一部



新規入居者に対するアセスメントに効果 ～入居にあたっての家族説明に活用～

対象者	氏名	性別	年齢	介護度
	Y氏	女性	95歳	要介護1
その他	軽度の認知症がある。 帰宅願望がある。			

■概要

入居にあたり、本人は集団生活に不安を感じ、長年慣れ親しんだ自宅でひとり暮らしを続けることを望んでいるが、家族は火の不始末等から一人暮らしを心配して施設入居を望んでいる。まずは、家族とともに本人の状態を正確に把握する必要があるため、個別支援シートを用いた入居前カンファレンスを行うこととなった。

■施設での課題

従来、新規入居の際に使用していたアセスメントシートは文章や専門的な表現が多いため、家族への使用には不向きであり、詳細な説明の際には口頭で行うしかなかった。

■個別支援シートで工夫したこと

本人の施設生活における課題とその対応など、評価項目以外で必要とされる情報を補足として備考欄に記入した。

その際に家族が見ても分かりやすい表現を心がけた。

■個別支援シートを使用した効果

本人の現在の状態を個別支援シートで表現することで、家族と職員間で情報の共有ができ、検討すべき課題やそれに対する対応について細かく話をすることができた。

また、職員間の申し送りについてもスムーズに行えた、との声があった。

事例を振り返って

入居前アセスメントの結果、はじめはできるだけ1人になれる時間をつくることで対人トラブルを回避し、本人からの要望については可能な範囲で応えることで統一し、入居となった。帰宅願望もあるため、定期的に家族を交えての話し合いを持ち、状態の変化と支援の内容を確認していきながら、早期の問題解決に結びつけていくこととなった。

この個別支援シートをより活用していくために、現在の評価項目で留めるのではなく、施設独自の項目を増やすことで、“この施設だからできる”という細やかな状態把握と個別支援につなげていくことを目標としたい。

施設名

〇〇〇

調査日
性別
年齢
介護度

H27.7.14

女性

95

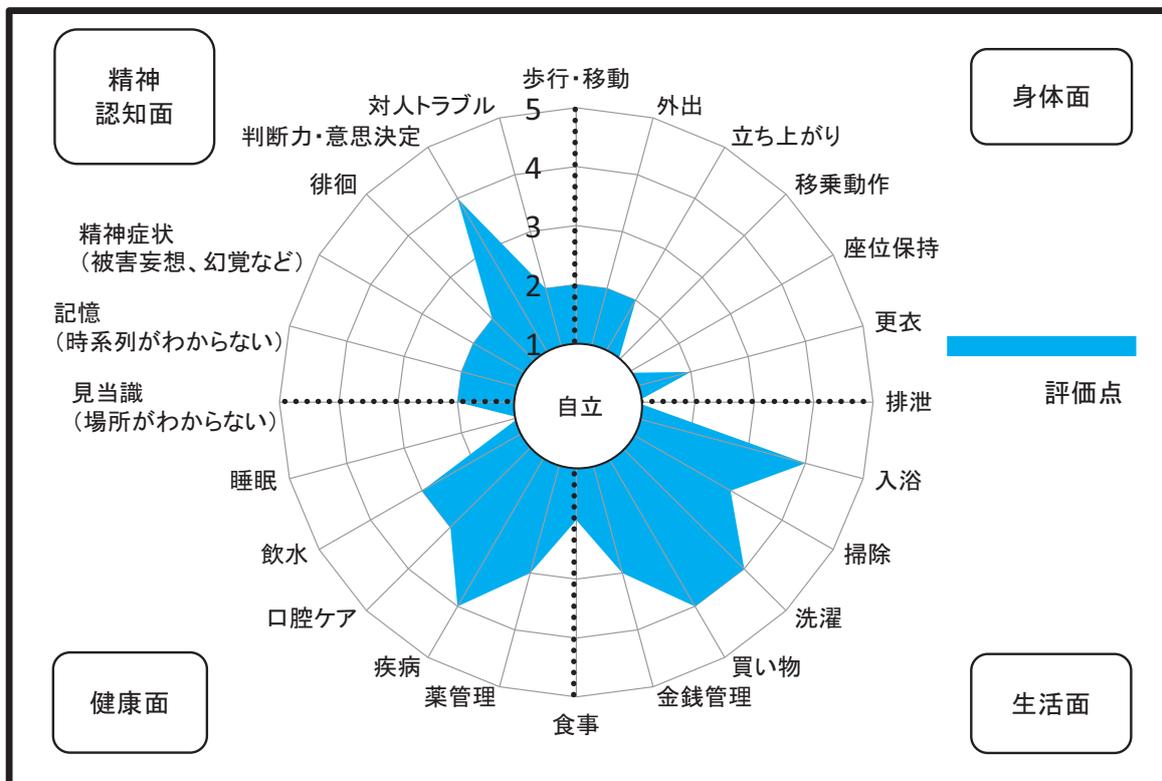
要介護1

氏名

Y

様

分野	評価項目	能力判断結果					評価点
		1	2	3	4	5	
身体面	歩行・移動	できる	おおむねできる	支援があればできる	一部介助があればできる	全介助を要する	2
	外出						2
	立ち上がり						2
	移乗動作						1
	座位保持						1
	更衣						2
生活面	排泄						1
	入浴						4
	掃除						3
	洗濯						4
	買い物						4
	金銭管理						3
健康面	食事						2
	薬管理						3
	疾病						4
	口腔ケア						3
	飲水						3
	睡眠						1
精神認知面	見当識(場所がわからない)	問題がない	疑いがある	ある(頻度低い)	ある(頻度高い)	常態化している	2
	記憶(時系列がわからない)						2
	精神症状(被害妄想、幻覚など)						2
	徘徊						2
	判断力・意思決定						4
	対人トラブル						2



備考

- ・帰宅願望あり。
- ・歩行レベル…杖を使用して近くのスーパーまで買い物に出かけることができる。
- ・内服薬…職員預かり。
- ・食事…職員の配下膳が必要。
- ・外部デイサービス…週3回程度の利用で検討。

状態の改善見込みが難しい入居者の サービス移行について活用する ～評価項目の追加により、より詳しい情報を提供～

対象者	氏名	性別	年齢	介護度
	T氏	男性	86歳	要介護1
その他	心疾患がある。			

■概要

歩行の状態が杖歩行から車椅子に移行するなど、短期間で身体面の状態が急激に変化した。その後状態の改善見込みが難しいことから、家族に対して他の施設サービスへの移行について、個別支援シートを使って示しながら提案していくこととなった。

■施設での課題

これまではサービス移行の説明については口頭でおこなっていたが、家族に理解してもらうことが難しく、説明をする職員にとっては大きな負担となっていた。

■個別支援シートで工夫したこと

より多くの情報を伝えるために身体面に「寝返り」「配膳・下膳」の項目を追加し、計8項目で入居者の状態を表した。追加した項目については「☆」印を付け、一目でわかるようにした。また、2回分の評価結果および施設で対応可能な範囲を施設基準として重ねて表示した。

■個別支援シートを使用した効果

2ヶ月間の状態比較では改善が見られず、施設基準を超えているために対応が難しいことを個別支援シートで示し、家族の理解を得ることができた。また、入居者の現在の状態からすると要介護度が妥当ではないと職員らが自身の経験から感じたため、家族に対して要介護認定の再調査を受けていただく促しにも活用できた。

事例を振り返って

状態についてほとんど変化がないことについても、個別支援シートを使用することで分かりやすく相手に伝えることができた。また、今までは施設で対応可能な範囲があいまいであったため、状態が悪化した入居者についても職員の可能な限り対応していたが、施設基準を可視化できたことで入居者や家族に対して退居について伝えやすくなった。

このことは、入居者へ適切なサービスを提供することにもつながるものであると思われる。

施設名 ○○○

氏名 I 様

調査日
性別
年齢
介護度

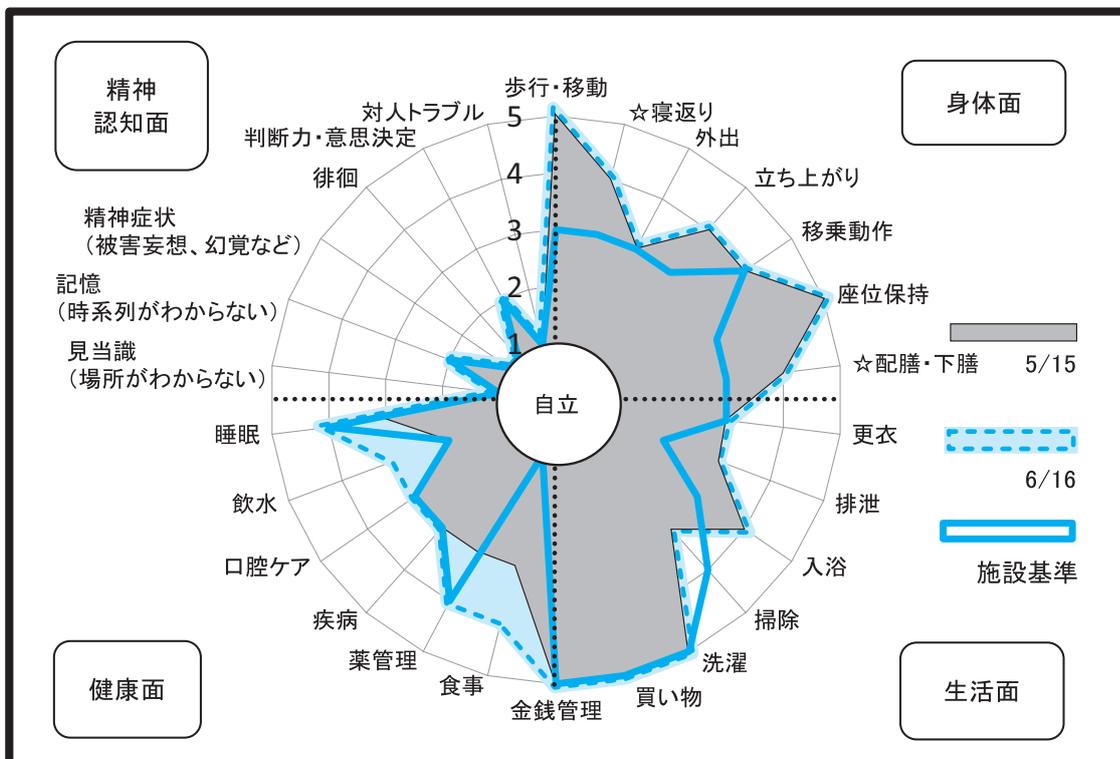
H27.6.16

男性

86

要介護1

分野	評価項目	能力判断結果					5/15	6/16	施設基準
		1	2	3	4	5			
身体面	歩行・移動	できる	おおむねできる	支援があればできる	一部介助があればできる	全介助を要する	5	5	3
	☆寝返り						4	4	3
	外出						3	3	3
	立ち上がり						4	4	3
	移乗動作						4	4	4
	座位保持						5	5	3
	☆配膳・下膳						4	4	3
更衣	3	3	3						
生活面	排泄	問題がない	疑いがある	ある(頻度低い)	ある(頻度高い)	常態化している	3	3	2
	入浴						4	4	3
	掃除						3	3	4
	洗濯						5	5	5
	買い物						5	5	5
	金銭管理						5	5	5
健康面	食事	問題がない	疑いがある	ある(頻度低い)	ある(頻度高い)	常態化している	3	4	1
	薬管理						3	4	4
	疾病						3	3	3
	口腔ケア						3	3	3
	飲水						2	3	2
	睡眠						3	4	4
精神認知面	見当識(場所がわからない)	問題がない	疑いがある	ある(頻度低い)	ある(頻度高い)	常態化している	1	1	1
	記憶(時系列がわからない)						2	2	2
	精神症状(被害妄想、幻覚など)						1	1	1
	徘徊						1	1	1
	判断力・意思決定						2	2	2
	対人トラブル						1	1	1



備考

- ・身体面を中心に施設で対応可能な範囲を超える日常の支援や介護サービスの利用が必要となっております。食事の量も徐々に減ってきております。
- ・4/15から毎月经過を見ておりますが、状態に変化はありません。車椅子の利用を含めて施設での対応が難しくなっておりますので、要介護認定の再調査を始め、介護保険の利用できる施設サービスへの転換を含めて理解いただき、判断いただく必要がございます。

過去と現在の状態比較と施設での対応範囲、 3つの軸で入居者の状態を表現する ～退居を視野に入れた説明に活用～

対象者	氏名	性別	年齢	介護度
	B氏	女性	96歳	要介護3
その他	生活保護を受給している。 キーパーソンは長男の妻。			

■概要

入退院を経て状態が悪化し、常時介護が必要な状態になったため施設での対応が難しくなり、家族に対して退居を視野に入れた説明を行うこととなった。

■施設での課題

従来は入居者の家族に対し、状態の変化や施設で対応できる範囲について口頭で説明をしていたが、伝わりきらないことや理解いただけないことが度々あった。

■個別支援シートで工夫したこと

入院前と退院後の状態変化、ならびに施設で対応可能な範囲を施設基準として3種類の評価を重ねて表示し、1枚の用紙に必要な情報を全て掲載した。

また、家族へ説明する際は「施設基準を越えているため退居となる」という表現ではなく、「よりご本人の状態に合った施設やサービスについて一緒に考えたい」という主旨で話を進めた。

■個別支援シートを使用した効果

家族に個別支援シートを見ていただくことで、入院前からの変化とともに、退院後の状態が12項目にわたり施設基準を超えていることが一目で分かり、施設の対応と退居の考え方について理解いただきやすかった。

また、退居についてはナイーブな話でもあり、家族との関係上、時に深く悩み苦々しい思いもしてきたが、施設としても説明がしやすく、話し合いもスムーズに進み、職員の心理的な負担も軽くなった。

事例を振り返って

家族へ説明を行った結果、特別養護老人ホームへ入所となった。

はじめは、個別支援シートを使えば「退居の判断がしやすくなる」と思っていたが、実際に活用する中で、入居者の状態の改善および目標点を見だし、「どうすれば以前の状態や生活に戻ることができるか」という視点に立ち返って考えることができた。

「入居者の生活の視点に立つ」。そんな支援のあり方をあらためて感じ、高齢者施設における専門職として気持ちを新たにすることができた。

施設名

〇〇〇

調査日
性別
年齢
介護度

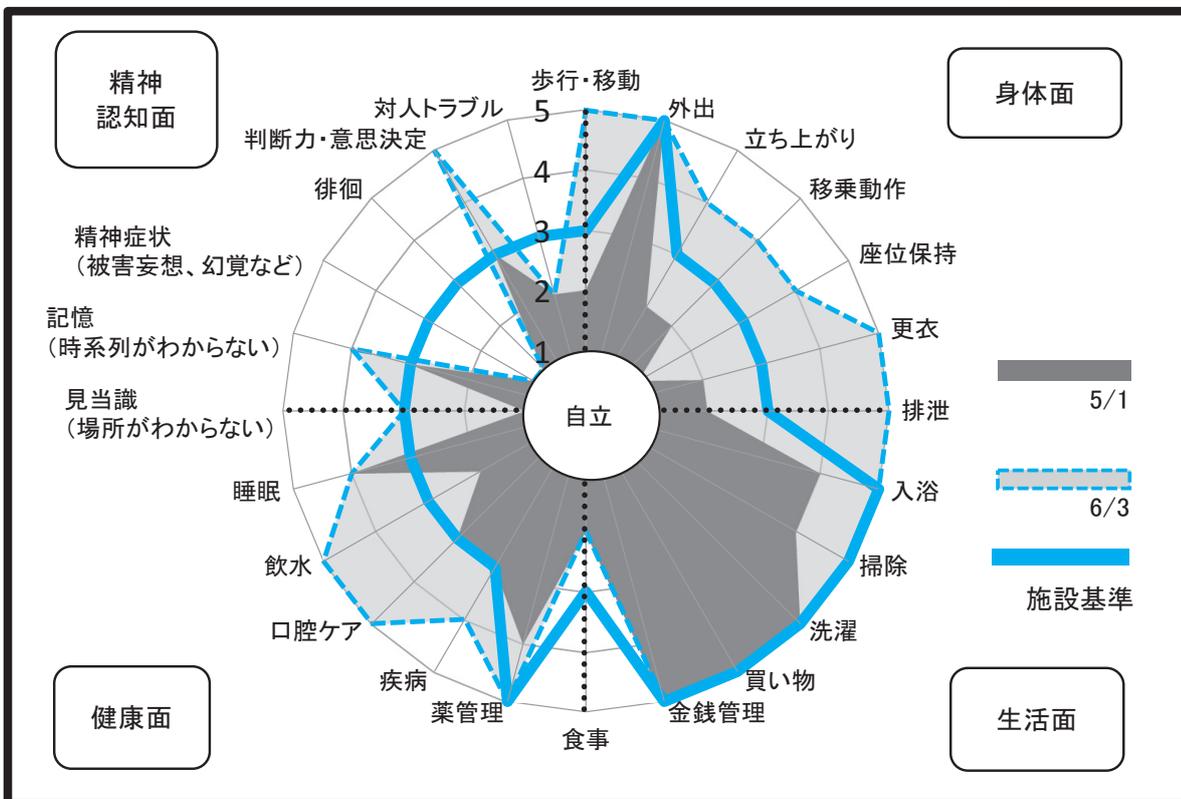
H27.6.3
女性
96歳
要介護3

氏名

B

様

分野	評価項目	能力判断結果					5/1	6/3	施設基準
		1	2	3	4	5			
身体面	歩行・移動	できる	おおむねできる	支援があればできる	一部介助があればできる	全介助を要する	2	5	3
	外出						5	5	5
	立ち上がり						2	4	3
	移乗動作						2	4	3
	座位保持						1	4	3
	更衣						2	5	3
生活面	排泄						2	5	3
	入浴						4	5	5
	掃除						4	5	5
	洗濯						5	5	5
	買い物						5	5	5
	金銭管理						5	5	5
健康面	食事						2	2	3
	薬管理						4	5	5
	疾病						3	4	3
	口腔ケア						3	5	3
	飲水						2	5	3
	睡眠						4	4	3
精神認知面	見当識(場所がわからない)	問題がない	疑いがある	ある(頻度低い)	ある(頻度高い)	常態化している	1	3	3
	記憶(時系列がわからない)						3	4	3
	精神症状(被害妄想、幻覚など)						1	1	3
	徘徊						1	1	3
	判断力・意思決定						3	5	3
	対人トラブル						2	2	3



備考

入院前と退院後の状態、及び施設基準について表示しています。
 入院中からご家族、担当ケアマネージャー等と話し合いは行っておりますが、全体的に介護を要する状態であり、施設で対応できる範囲を超えています。
 今後、状態の改善に向けてサポートしていきますが、変化が見られない場合は他の施設サービスへの転換などについてご判断いただく必要があります。

2回分の評価結果を比較し、目標の再設定に生かす ～短期間で変化した利用者の状態を見る～

対象者	氏名	性別	年齢	介護度
	A氏	女性	84歳	要介護3
その他	腰部圧迫骨折により入院、老人保健施設でリハビリを行う。			

■概要

骨折の治療完了を機に老人保健施設に入所し、リハビリをされている入居者について、その前後の状態を個別支援シートを使って比較することで、回復具合の確認や退院の判断基準とすることとなった。

■施設での課題

従来施設で使っていたアセスメントシートは、文章による記述のみで入居者の状態を把握していたため、それを読み込み理解するまでに時間がかかり、回復具合などが非常に分かりにくかった。

■個別支援シートで工夫したこと

施設では通常6ヶ月ごとにアセスメントを行っているが、今回はおおむね1ヶ月間という短期間で状態に大きな変化が見られたため、職員会議にて検討した結果、期間を短縮して評価を実施し、状態比較を行った。

■個別支援シートを使用した効果

現状や課題、および改善された状態が可視化され、アセスメントの内容を維持したまま簡素化でき、支援計画を作成しやすくなった。

また、今までは職員個々が入居者の状態を把握していたが、個別支援シートを導入することで、施設としての判断基準を統一することができ、ぶれない入居者像を全員で把握できるようになった。

今後は、入居前や退居の際の判断基準としての活用も見込めると感じている。

事例を振り返って

入居者の「施設へ戻りたい」という強い気持ちから意欲的にリハビリに取り組まれた結果、状態の改善に結びついたと思われる。

今までの判断基準があいまいだった中で、一定の点数化と可視化により具体的な判断基準が定まったと考えている。今後は、施設バージョンとしてさらなる改正などを積極的に進めて、入居者の個別支援サービスの向上につなげたいと考えている。

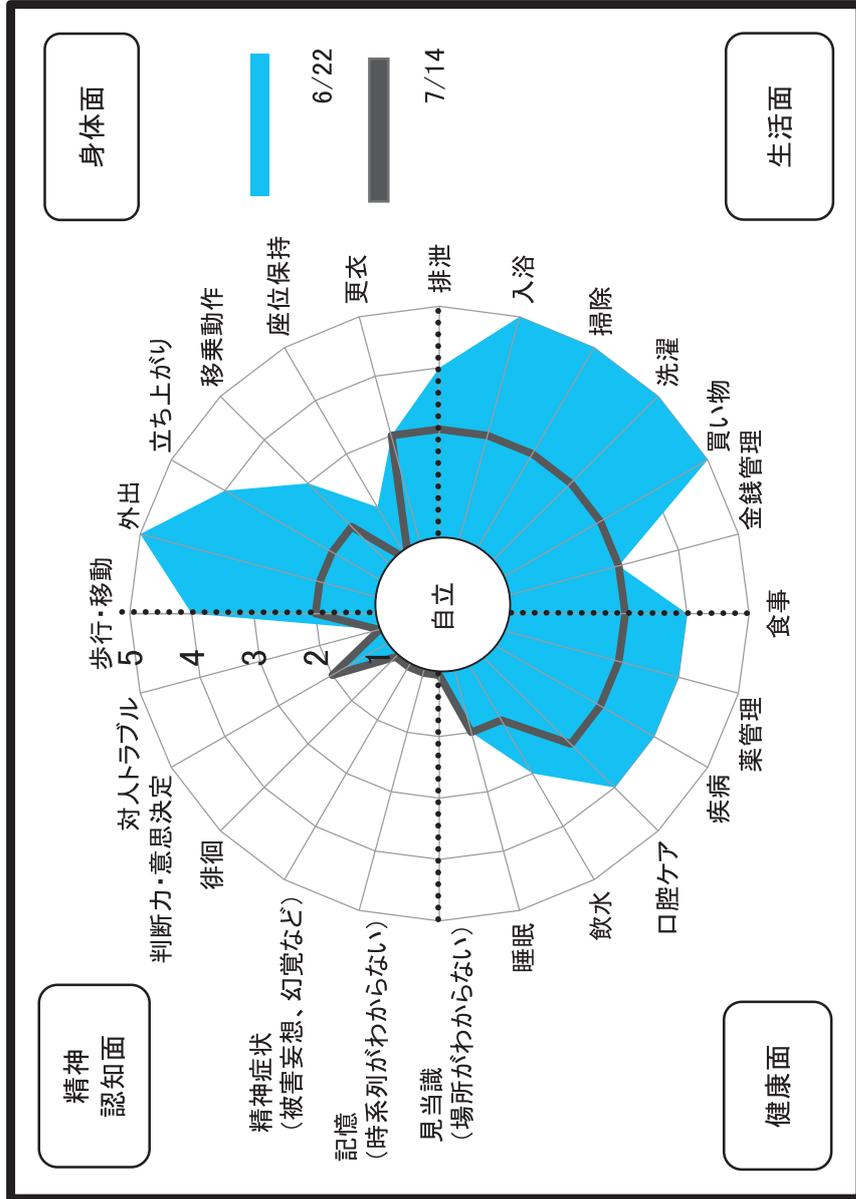
また、職員への周知を徹底してできるだけ長く継続使用できるようにしていくことを目標にしている。さらに、軽費老人ホームの個別支援計画がケアプラン同様に統一されたものになるようにこの個別支援シートが活用されることを期待したい。

A 様 モニタリング記録表

施設名: ○○○

会議日: 平成27年7月15日

評価者: F



1. 前回評価時と比べて変わったこと

① 身体面

病院からの退院後より老人保健施設へ入所してリハビリを実施した結果、ベッドからの立ち上がりや座位保持、自力歩行および階段昇降が、以前のようにできるまでに回復された。

② 生活面

入浴は一部介助での入浴ができるまでに回復され、洗身もできる。洗濯は訪問介護サービスを利用されれば問題ない。掃除もホウキでの掃き掃除程度なら可能である。

③ 健康面

食事は配下膳が可能な状態に回復されている。

④ 精神認知面

入院中および老人保健施設入所中において特に混乱されることもなく穏やかに過ごされている。認知症状についても変化なし。

2. 会議での検討内容

高齢でもあり、病院へ入院から現在に至るまでの期間で施設復帰は難しく、また自力歩行への回復や生活環境に対する変化への対応は困難と思われていた。しかし、老人保健施設入所後に歩行訓練を積極的に行い、他の入所者とのコミュニケーションによる励ましや、老人保健施設職員の努力により、以前の生活レベルにまで回復された。今回老人保健施設を退所し、施設復帰を可能と判断する。

3. 会議を受けての目標再設定

① 短期目標

以前のような施設生活スタイルに戻る。
腰痛軽減の体操等を実施する。

② 長期目標

腰痛悪化の防止と生活レベルの維持。

会議の効率化と、誰が見ても理解できる 分かりやすさを実感 ～多職種合同会議での課題共有化に活用～

対象者	氏名	性別	年齢	介護度
	N氏	男性	76歳	要介護4
その他	他者との関係づくりが苦手である。 キーパーソンは成年後見人（負債に伴う金銭管理のため）。			

■概要

地域包括支援センターからの依頼で、ライフラインを止められ生活の場を緊急で確保する必要のあったN氏を受け入れた。

入居して1ヶ月が経ち、施設での生活状況の報告と現状の課題を各関係機関で共有するために地域包括支援センターにて個別ケア会議が開催された。

■施設での課題

従来では事前に資料を送付するなどの準備ができておらず、会議当日にアセスメントシートを使用して説明を行っていたが、情報量が多いため要点が分かりにくかったり、内容を把握することに時間がかかっていたりしたために、会議の長時間化につながっていた。

また、介護の専門職ではない成年後見人が同席する場合は内容を理解いただくまでにさらに時間がかかっていた。

■個別支援シートで工夫したこと

時間経過での状態変化を比較するために、入居後と1ヶ月後の状態についての評価結果を重ねて表示した。

また、あらかじめ個別支援シートについての資料を渡し、使用する主旨を理解してもらえようにした。

■個別支援シートを使用した効果

変化を可視化したことで、本人の状態像について参加者全員がぶれずに短時間で共有できた。そのことで会議の展開が早く進み、会議時間の短縮にも役立った。

また、成年後見人からも本人の状態が非常に分かりやすかったとの感想をいただき、効果を実感した。

事例を振り返って

多職種でケース会議を開く際に使用することで、情報の内容が迅速かつ正確に伝えることに活用できた。また、会議などにかかる時間の短縮にも役立つため、業務の効率化へも効果が期待できる。今後は医療関係者への情報提供や、家族への経過報告などにも活用していけると感じている。

様 モニタリング記録表

N



施設名:

平成27年7月25日

会議日:

C

評価者:

1. 前回評価時と比べて変わったこと

① 身体面

着替えについて、前回はシャツを数枚重ね着をしていることが多かったが、適切に着替えができるようになっている。

② 生活面

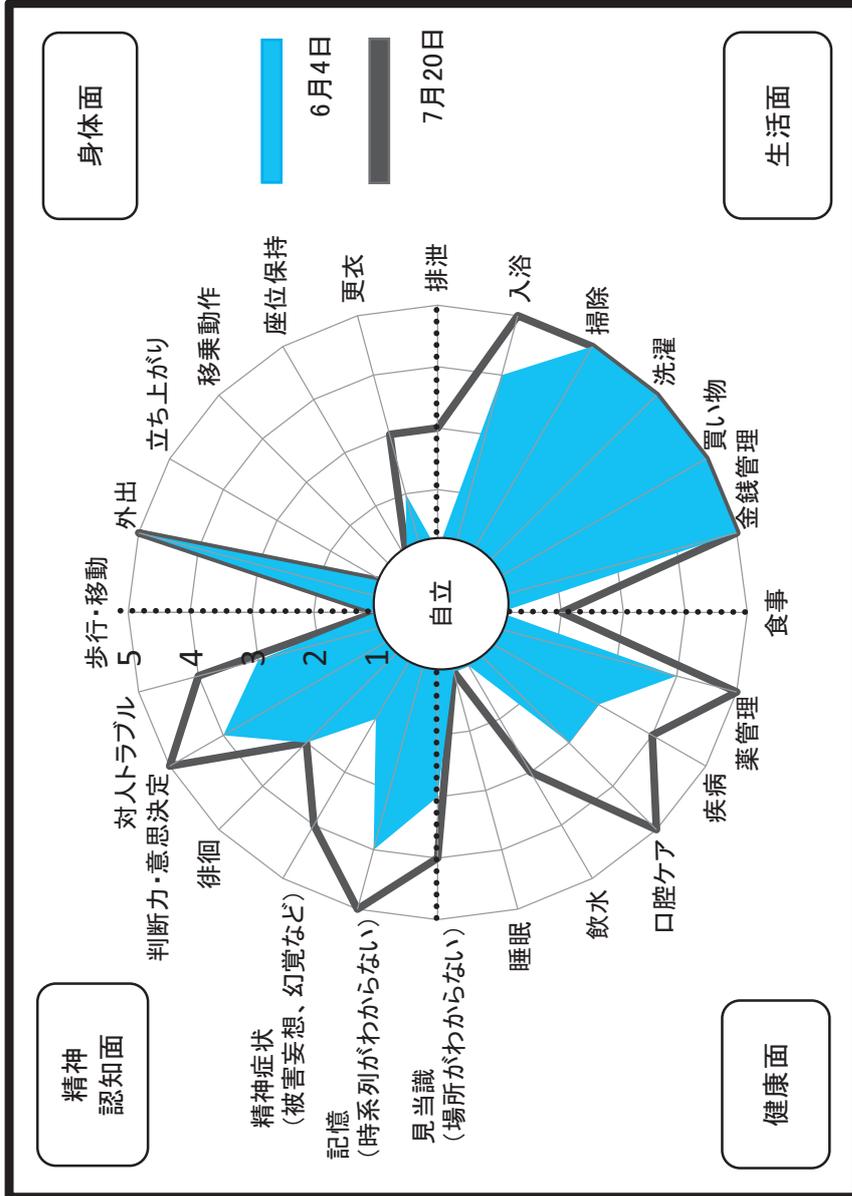
排泄については失禁や放尿が日常的にみられていたが、現在はトイレもしくは、ポータブルトイレでうまく排泄が行えているため、失禁等がなくなった。

③ 健康面

食事や服薬、口腔ケアについて本人の理解力が良くなったことでスムーズに出来るようになった。特に飲水についてはこちらが促しをしながらも自分の意志で摂取できている。

④ 精神認知面

デイサービスを利用するようになったことで、状況判断がある程度できる様になり、対人トラブルも幾分落ち着いていく。



2. 会議での検討内容

- ① デイサービスの利用による状態の変化について
約1ヶ月間デイサービスを利用いただいた結果、全体的に状態が改善した。
- ② デイサービスの継続利用について
生活リズムを整え、安定した生活を行うためにデイサービスの継続利用を提案した。多額の負債により成年後見人が付いていることもあり、支払い可能な範囲について成年後見人、地域包括支援センター担当者、施設職員で検討した結果、週2回の利用となる。
- ③ 今後について
定期的に評価を実施し、報告を行う。

3. 会議を受けての目標再設定

① 短期目標

デイサービスを利用することで、安定した生活を維持する。

② 長期目標

落ち着いて生活を継続する。

4 評価項目・基準

ここでは各評価項目について、評価に当たっての目安を掲載しています。

入居者の状態が、評価の目安のどの状態に当てはまるかを判断し、5段階で評価を行います。

「評価項目・評価の目安表」の見方

項目	評価点	評価判断	状態判断の目安	施設独自の 目安記入欄
			評価の目安	施設独自の目安
歩行・移動	1	できる	補助具を使用せずに歩行できる	
	2	おおむねできる	補助具を使用すれば歩行できる（車椅子自走含む）	
	3	支援があればできる	職員の付き添い、見守りが必要	
	4	一部介助があればできる	職員の支えが必要（手引など）	
	5	全介助を要する	車椅子を使用し、全介助が必要	
外出	1	できる	自身で問題なく外出できる	
	2	おおむねできる	行き慣れた所なら一人でできる	
	3	支援があればできる	外出・帰宅時の声掛けや確認が必要	
	4	一部介助があればできる	乗降介助や行き帰りの手配が必要	
	5	全介助を要する	一人では外出できない	
立ち上がり	1	できる	支えがなくてもできる	
	2	おおむねできる	手すりなど何かつかまれば自身でできる	
	3	支援があればできる	職員の見守りや補助具の準備などが必要	
	4	一部介助があればできる	職員の支えが必要	
	5	全介助を要する	自身で立ち上がりができない	
移乗動作	1	できる	自身で動くことができる	
	2	おおむねできる	少しのふらつきや時間がかかるが自身で動くことができる	
	3	支援があればできる	ふらつきがあり見守りや声掛けなど注意が必要	
	4	一部介助があればできる	職員の一部介助が必要（1ヶ月に1回以上の転倒がある）	
	5	全介助を要する	自身ではできない（1ヶ月に複数回の転倒がある）	
座位保持	1	できる	支えがなくても自身でできる	
	2	おおむねできる	安定した場所やイスであればできる	
	3	支援があればできる	背もたれが肘置きであればできる（確認は必要）	
	4	一部介助があればできる	職員の一部支えや側に居ることが必要	
	5	全介助を要する	自身では座位保持できない	
更衣	1	できる	自身で更衣ができる	
	2	おおむねできる	たまに、同じ衣服の時があるが声掛けすればできる	
	3	支援があればできる	着替えの準備、声掛けや促しなどが確認が必要	
	4	一部介助があればできる	ボタン掛けなど一部で介助が必要	
	5	全介助を要する	自身では更衣できない	
配膳・下膳	1	できる	自身で配膳・下膳ができる	
	2	おおむねできる	ゆっくりであればできる	
	3	支援があればできる	見守り声掛けがあればできる	
	4	一部介助があればできる	職員が付き添いが必要、下膳のみはできる	
	5	全介助を要する	自身では配膳・下膳できない	
寝返り	1	できる	自身で寝返りができる	
	2	おおむねできる	時間がかかるが自身でできる	
	3	支援があればできる	ベッド柵など何かにつかまればできる	
	4	一部介助があればできる	職員の支えが必要	
	5	全介助を要する	自身では寝返りできない	

①項目は入れ替えが可能

個別支援シートに標準で設定されている項目と、表の項目を入れ替えて使用することができます。施設の実情に合わせて使用してください。

なお、表にない新規の項目を設定することも可能です。

②評価の目安は変更できる

評価の目安については、施設の状態や職員配置などによって記載している目安では評価が難しい場合があります。その際は、施設独自の目安を作成していただいても構いません。作成にあたっては、【2. 個別支援シート様式と使用方法】に記載している情報をもとに進めてください。

1. 身体面

項目	評価点	評価判断	評価の目安	施設独自の目安
歩行・移動	1	できる	補助具を使用せずに歩行できる	
	2	おおむねできる	補助具を使用すれば歩行できる（車椅子自走含む）	
	3	支援があればできる	職員の付き添い、見守りが必要	
	4	一部介助があればできる	職員の支えが必要（手引など）	
	5	全介助を要する	車椅子を使用し、全介助が必要	
外出	1	できる	自身で問題なく外出できる	
	2	おおむねできる	行き慣れた所なら一人で行ける	
	3	支援があればできる	外出・帰宅時の声掛けや確認が必要	
	4	一部介助があればできる	乗降介助や行き帰りの手配が必要	
	5	全介助を要する	一人では外出できない	
立ち上がり	1	できる	支えがなくてもできる	
	2	おおむねできる	手すりなど何かつかまれば自身でできる	
	3	支援があればできる	職員の見守りや自助具の準備などが必要	
	4	一部介助があればできる	職員の支えが必要	
	5	全介助を要する	自身で立ち上がりができない	
移乗動作	1	できる	自身で動くことができる	
	2	おおむねできる	少しのふらつきや時間がかかるが自身で動くことができる	
	3	支援があればできる	ふらつきがあり見守りや声掛けなど注意が必要	
	4	一部介助があればできる	職員の一部介助が必要（1ヶ月に1回以上の転倒がある）	
	5	全介助を要する	自身ではできない（1ヶ月に複数回の転倒がある）	
座位保持	1	できる	支えがなくても自身でできる	
	2	おおむねできる	安定した場所やイスであればできる	
	3	支援があればできる	背もたれが肘置きであればできる（確認は必要）	
	4	一部介助があればできる	職員の一部支えや側に居ることが必要	
	5	全介助を要する	自身では座位保持できない	
更衣	1	できる	自身で更衣ができる	
	2	おおむねできる	たまに、同じ衣服の時があるが声掛けすればできる	
	3	支援があればできる	着替えの準備、声掛けや促しなどが確認が必要	
	4	一部介助があればできる	ボタン掛けなど一部で介護が必要	
	5	全介助を要する	自身では更衣できない	
配膳・下膳	1	できる	自身で配膳・下膳ができる	
	2	おおむねできる	ゆっくりであればできる	
	3	支援があればできる	見守り声掛けがあればできる	
	4	一部介助があればできる	職員が付き添いが必要、下膳のみはできる	
	5	全介助を要する	自身では配膳・下膳できない	
寝返り	1	できる	自身で寝返りができる	
	2	おおむねできる	時間がかかるが自身でできる	
	3	支援があればできる	ベッド柵など何かにつかまればできる	
	4	一部介助があればできる	職員の支えが必要	
	5	全介助を要する	自身では寝返りできない	

2. 生活面

項目	評価点	評価判断	評価の目安	施設独自の目安
排泄	1	できる	トイレまでいく行為を含め、自身でできる	
	2	おおむねできる	汚すこともあるが、自身で処理できる(紙パンツやパット使用を含む)	
	3	支援があればできる	尿臭が気になり履き変え声掛けやトイレまでの見守りが必要	
	4	一部介助があればできる	常に尿臭が気になり履き変え手伝いやトイレ誘導が必要	
	5	全介助を要する	自身では排泄できない	
入浴	1	できる	週2回以上の入浴を自身でできる	
	2	おおむねできる	洗身洗髪が気になる場合がある	
	3	支援があればできる	臭いや洗身洗髪が気になる場合や声掛けがないと入浴しない	
	4	一部介助があればできる	洗身洗髪や一般浴槽での見守りが必要	
	5	全介助を要する	自身では入浴できない	
掃除 (整理整頓)	1	できる	居室内は自身で掃除・整理されている	
	2	おおむねできる	たまに、ちらかっているが声掛けすれば自身でできる	
	3	支援があればできる	居室内の匂いが気になる場合や消費期限切れの物があり確認が必要	
	4	一部介助があればできる	かなり散らかっていたり、ほこりなどが目立ち、介護サービスなどが必要	
	5	全介助を要する	自身では掃除・整頓できない	
洗濯	1	できる	自身で洗濯・物干し取り込みができる	
	2	おおむねできる	たまに干し忘れや取り込み忘れなどがあるが自身でできる	
	3	支援があればできる	洗剤の準備、物干し取り込みなど確認が必要	
	4	一部介助があればできる	洗濯機の利用や物干し取り込みなど手伝いが必要	
	5	全介助を要する	自身では洗濯できない	
買い物	1	できる	自身で欲しい物を買うことができる	
	2	おおむねできる	日常の買い物は自身でできる	
	3	支援があればできる	家族等に連絡したり、訪問・通販で買える(物品の確認が必要)	
	4	一部介助があればできる	物品選びや買い物代行が必要	
	5	全介助を要する	自身では買い物ができない	
金銭管理	1	できる	自身で現金・預金の管理ができる	
	2	おおむねできる	現金(お小遣い程度)は自身で管理ができる	
	3	支援があればできる	高額な金銭は家族や銀行員の支援が必要だが自身で支払いできる	
	4	一部介助があればできる	お小遣い程度の管理や支払いに支援が必要	
	5	全介助を要する	自身では管理ができない	
身だしなみ・ 整容(爪切り、 整髪、耳掃除、 化粧、髭剃り など)	1	できる	自身で整えることができる	
	2	おおむねできる	おおむね整っているが、たまに声掛けが必要	
	3	支援があればできる	物品の準備や見守りが必要	
	4	一部介助があればできる	整髪や髭剃りなど一部支援が必要	
	5	全介助を要する	自身では整えることができない	
地域の 行事参加	1	よく参加される	週に2回以上参加される	
	2	参加される	週に1回以上参加される	
	3	時々参加される	月に1回以上参加される	
	4	ほとんど参加されない	年に数回程度しか参加されない	
	5	全く参加されない	参加されない	
施設行事・ クラブ活動	1	よく参加される	自主的によく参加される	
	2	参加される	声掛けすればよく参加される	
	3	時々参加される	内容によっては参加される	
	4	ほとんど参加されない	自分から参加されることはなく、声掛けをしても参加されないことが多い	
	5	全く参加されない	参加されない	

3. 健康面

項目	評価点	評価判断	評価の目安	施設独自の目安
食事	1	できる	自身で摂取でき、栄養的にも問題はない	
	2	おおむねできる	まれに（食材によって）むせたり、時々食べ残しが見られる	
	3	支援があればできる	時々むせる事や食欲不振になる、または自助具があれば自身で摂取できる	
	4	一部介助があればできる	むせこみ、栄養面などの注意、刻み食や摂取面で管理が必要	
	5	全介助を要する	自身での摂取、栄養管理ができない	
薬管理	1	できる	自身で薬の管理ができ、飲み残しがない（服薬がない）	
	2	おおむねできる	たまに飲み残しがあるが声掛けするばできる	
	3	支援があればできる	一包化や薬カレンダー、1日分を手渡しすれば服薬できる	
	4	一部介助があればできる	職員が配薬を行い、服薬の確認が必要	
	5	全介助を要する	職員が服薬までの介助を行う	
疾病	1	できる	自身が通院し病識がある（健康で受診がない）	
	2	おおむねできる	声掛けがあれば自分で処置（インシュリン摂取など）できる	
	3	支援があればできる	受診や往診の日の確認が必要	
	4	一部介助があればできる	管理が必要な疾患や職員による処置が必要	
	5	全介助を要する	毎日の疾病管理が必要	
口腔ケア	1	できる	自身で清潔に維持できる	
	2	おおむねできる	たまに、口腔内の残渣物があるが声かけをすれば意識できる	
	3	支援があればできる	物品の準備をすれば自身でできる	
	4	一部介助があればできる	自分でしない、または不十分で確認が必要	
	5	全介助を要する	自身では清潔に維持できない	
飲水	1	できる	自身で適量の水分補給ができる	
	2	おおむねできる	時期によっては声掛けが必要	
	3	支援があればできる	配茶や補給できているか確認が必要	
	4	一部介助があればできる	自身ではあまり補給しないので、水分量の管理が必要	
	5	全介助を要する	自身では水分摂取持できない	
睡眠	1	できる	夜間よく眠れている	
	2	おおむねできる	自分で眠剤を飲む、時間は短い体調に問題ない	
	3	支援があればできる	眠れない時に、眠剤を渡す	
	4	一部介助があればできる	毎晩、眠剤を服薬確認が必要	
	5	全介助を要する	眠剤を服薬しているが眠れない	
感染症予防	1	できる	手洗い・うがい、手指消毒等、自主的に予防されている	
	2	おおむねできる	概ね自主的にされているが、職員の見守りが必要	
	3	支援があればできる	声掛けをすればできる	
	4	一部介助があればできる	声掛けを行い、かつ一部介助が必要	
	5	全介助を要する	職員による全介助が必要	
麻痺・拘縮	1	ない	全くない	
	2	ほとんどない	動作面でやや不自由なところがあるが、日常生活には問題ない	
	3	ある（小）	四肢 日常生活に影響あり。職員による支援・一部介助が必要	
	4	ある（中）	半身 日常生活に大きく影響あり。職員による支援・一部介助が必要	
	5	ある（大）	全身 生活全般、職員による介助が必要	

4. 精神認知面

項目	評価点	評価判断	評価の目安	施設独自の目安
見当識 (場所がわからない)	1	問題がない	場所・時間・季節など認識できている	
	2	疑いがある	たまに、認識できない事があるが生活に問題はない	
	3	ある (頻度低い)	時々、認識できない事があり少し生活に影響がある	
	4	ある (頻度高い)	頻繁に、認識できない事があり生活に影響がある	
	5	常態化している	常に認識できない	
記憶 (時系列がわからない)	1	問題がない	日付や時間など1日の日課が認識ができている	
	2	疑いがある	たまに、認識できない事があるが生活に問題はない (週1回程度)	
	3	ある (頻度低い)	時々、認識できない事があるが職員が説明するとわかる (週3回以下)	
	4	ある (頻度高い)	頻繁に、認識できない事が多く、その都度説明が必要 (週4回以上)	
	5	常態化している	何度も同じ訴えをする	
精神症状 (被害妄想、幻覚など)	1	問題がない	被害妄想、幻覚などの症状はない	
	2	疑いがある	たまに、症状はあるが生活に問題はない	
	3	ある (頻度低い)	時々、症状があり少し生活に影響がある	
	4	ある (頻度高い)	頻繁にあり、目つきや表情に変化がある	
	5	常態化している	日常的に訴えがある	
徘徊	1	問題がない	徘徊はない	
	2	疑いがある	たまに、徘徊があるが職員の声掛けで生活に問題はない	
	3	ある (頻度低い)	時々、徘徊がありその都度職員の声掛けが必要	
	4	ある (頻度高い)	他者に悪影響があり、定期的な所在の確認が必要	
	5	常態化している	昼夜問わず、全く目が離せない	
判断力・意思決定	1	問題がない	冷静に判断し意志決定ができる	
	2	疑いがある	概ね、意思決定ができる	
	3	ある (頻度低い)	重要な決定は家族等との相談が必要	
	4	ある (頻度高い)	常に家族との相談しながら決定する	
	5	常態化している	意思決定ができない	
対人トラブル	1	問題がない	積極的な他者との交流と配慮があり、トラブルはない	
	2	疑いがある	他者との交流あまりない (部屋にいることが多い)	
	3	ある (頻度低い)	口論等トラブルになる事はあるが、都度容易に解決でき継続性はない	
	4	ある (頻度高い)	口論等トラブルになる事が良くあり、解決できても継続性がある	
	5	常態化している	口論等のトラブルが絶えず、他者から不満の声が多々あり共同生活が困難	
異食行為	1	問題がない	異食行為はない	
	2	疑いがある	たまに、異食行為があるが職員の声掛けで生活に問題はない	
	3	ある (頻度低い)	時々、異食行為がありその都度職員の声掛けが必要	
	4	ある (頻度高い)	頻繁にあり、定期的な確認が必要	
	5	常態化している	絶えず異食行為があり目が離せない	

5 おわりに

平成 26 年 12 月より、およそ 1 年間に渡り「個別支援の見える化」をキーワードに「個別支援シート」の作成を行ってきました。

広島県の軽費老人ホーム・コーポまとばの『まとばリーダーチャート』をもとにプロジェクトメンバーが毎月集まり作業を行いましたが、時間を費やしても思うように作業が進まず、悪戦苦闘を繰り返しました。方向性が定まらないまま時間だけが過ぎていき、“本当に完成できるのか”と不安だけが募っていきました。

それでも完成をめざして、一進一退を繰り返した結果、5 月に入ってようやく形になりはじめ、徐々に希望の光が見えてきました。

大枠ができてからは中身を詰める作業に入り、評価項目、評価判断、評価の目安の設定を行いましたが、これが一番苦労しました。言葉の表現や評価の基準をどうするか。様々な生活パターンを想定しながら熱い議論を交わし、評価項目全てを 1 つひとつ作り上げていきました。

6 月の軽費分科会で出た意見を盛り込み、読み手に興味を持っていただけるよう活用事例に繰り返し手を入れた結果、10 月によりやく完成へとたどり着きました。

「わかりやすい」「簡単」「アレンジ可能」

これら 3 本を軸に何度も調整を施し、軽費分科会の取り組みとして紹介するに十分足るものができあがったと思います。

軽費老人ホーム・ケアハウスにおいても個別支援計画の作成が求められる昨今、入居者の状況把握に個別支援シートが大いに活躍してくれることでしょう。

皆様の施設におかれましては是非ご活用いただき、その中で「本人や家族への説明様式の作成や変更」「必要な支援内容からのサービスの開発」「アセスメントシートの見直し」など、施設ごとにアレンジしてより精度を高めていただければと思います。そして、個別支援シートの作成に懸けた個別支援力強化プロジェクトの熱き思いを少しでも感じていただけたら、私達にとってこれほど嬉しいことはありません。

今後、多くの施設で共有していただき、活用事例の報告を定期的に行うことで大阪全体のサービス向上や、外に向けて軽費老人ホーム・ケアハウスの取り組みを発信していくこともめざしていきます。

私たちが作り上げた個別支援シートが、これからの老人福祉の発展に寄与することを願ってやみません。

軽費分科会個別支援力強化プロジェクト
プロジェクトメンバー一同

□軽費分科会個別支援力強化プロジェクトの経過

日 時	回	内 容
平成 26 年 12 月 8 日	第 1 回プロジェクト	まとはレーダーチャートを参考にプロジェクトの方向性を共有
平成 27 年 1 月 19 日	第 2 回プロジェクト	評価項目の検討
平成 27 年 2 月 5 日	第 3 回プロジェクト	完成イメージの共有
平成 27 年 3 月 18 日	第 4 回プロジェクト	評価判断および目安の検討
平成 27 年 4 月 21 日	第 5 回プロジェクト	暫定版の完成、各施設での活用実践
平成 27 年 5 月 26 日	第 6 回プロジェクト	個別支援シートの確定
平成 27 年 6 月 9 日	軽費分科会	会員施設へ進捗状況の報告、意見交換
平成 27 年 6 月 25 日	第 7 回プロジェクト	活用事例の共有、アレンジ様式の検討
平成 27 年 8 月 7 日	第 8 回プロジェクト	活用事例の精査、表現の統一
平成 27 年 9 月 9 日	第 9 回プロジェクト	原稿の最終確認 今後の活用について検討

□軽費分科会個別支援力強化プロジェクト名簿

No		法人名	施設名	氏名
1	軽費分科会長 委員長	(福)幸福荘	軽費老人ホーム 幸福荘	野 内 清 幸
2		(福)幸福荘	軽費老人ホーム 幸福荘	青 木 一 浩
3		(福)慶徳会	軽費老人ホーム 真華苑	鈴 木 公 絵
4		(福)もくせい会	ケアハウス きんもくせい	石 井 智 行
5		(福)大阪府社会福祉事業団	軽費老人ホーム 河南荘	滝 本 秀
6		(福)来友会	軽費老人ホーム 来友館	横 井 亜 紀
7		(福)ほしの会	ケアハウス ライフフェア	松 尾 祐 希
8		(福)さつき会	軽費老人ホーム 延命荘	小 名 京 子
9		(福)五常会	ケアハウス ゆーとりあ	池 北 和 代

入居者状態が見える化した 個別支援シート

平成27年10月発行

社会福祉法人 大阪府社会福祉協議会 老人施設部会

〒542-0065 大阪市中央区中寺1-1-54
tel.06-6762-9001 fax.06-6768-2426

