

3－9					
主題	入居者の生活を支える“使う介護計画書”をめざして				
副題	生産性向上ガイドラインを実践的な介護計画書へと転換するプロセス				
キーワード 1	使う介護計画書	キーワード 2	生産性向上	研究(実践)期間	110 ヶ月

法人名	社福) 台東区社会福祉事業団	事業所名	特別養護老人ホーム谷中
発表者(職種)	三浦志帆(介護主任)、濱島末緒(介護職員)		
共同研究(実践)者	辻美帆(介護職員)、一ノ瀬宏美(介護支援専門員)		

電 話	03-3824-1094	FAX	03-5685-3596
-----	--------------	-----	--------------

事業所紹介	平成元年5月に開設、2フロア、入居者50名・ショート6名の従来型特養である。当施設では、平成29年度から介護計画書の具体化と多職種連携を強化し、常に最新の介護計画書に基づく統一したケアを実践している。職員全員が介護計画書を活用し、入居者の「本人らしさ」を支える支援を大切にしている。
-------	---

《1. 研究(実践)前の状況と課題》

介護計画書は、ケアの統一や多職種連携を支える重要な役割を持つが、記載内容が抽象的で具体的な支援方法が示されにくく、職員間でケアにばらつきが生じていた。また、多職種間での共有が不十分で、半年ごとの更新では利用者の変化を反映しにくい状況があった。そのため、介護計画書が現場での「手順書」として十分に機能していないことが課題であった。

《2. 研究(実践)の目的ならびに仮説》

本研究(実践)では、介護計画書の記載内容を具体化し、多職種で共有できる体制を整えることで、誰が読んでも理解しやすく実践しやすい介護計画書を目指した。また、利用者の変化を適切に反映できる更新体制を整えることで、常に最新の状態に基づいた支援を可能にすることを目的とした。記載方法・共有方法・更新体制を見直すことで、介護計画書の活用が進み、統一したケアの提供と利用者の生活の質向上につながると考えた。

《3. 具体的な取り組みの内容》

(1) 寄り添うケア委員会では、入居者の状態に応じたケアを検討する場として、介護計画書の質向上にはアセスメントの具体化が重要と考え、抽象的な表現を避けて入居者の状態やニーズを明確に書けるよう記載例を示し、誰が作成しても同じ視点で記載できる体制を整えた。

(2) 多職種で介護計画書を共有するため、カンファレンスを読み上げ形式に変更し、全員が内容を確実に把握できるようにした。また、作業療法士や歯科衛生士などの評価を計画書に反映し、多職種の視点を取り入れた。さらに作成前の意見交換を導入し、内容の整合性を高めた。

(3) 入居者の状態に応じたケアを継続するため、更新体制を見直し、毎月のモニタリングで変化を確認し必要時に随時更新する仕組みを導入した。また、全職員が毎月介護計画書を閲覧し確認サインを行うことで、最新情報を共有し、統一したケアを維持できるようにした。

事例紹介：T 氏の取り組み

T 氏（83 歳）は創作活動を好み、四点杖で約 30m 歩行が可能であった。歩いて生活を続けたい、創作活動を続けたい、ひ孫に会いたいという本人の希望を踏まえ、計画書には歩行維持・創作活動の継続・家族交流支援を明確に記載し、統一した支援を実施した。状態変化があればモニタリング結果に基づき随時更新し、本人の望む生活が継続できるよう支援した。

《4. 取り組みの結果》

（１）介護計画書の具体性が高まり、記載基準の明確化や毎月の確認サインにより統一したケアが実現した。

（２）読み上げ方式の導入で多職種の共有が進み、介護士の気づきや発言が増え、専門職としての意識も向上した。

（３）毎月のモニタリングと電子連絡ノートの検索ルールを整備したことで、入居者のケア変更などの必要な情報をすぐに確認できるようになった。また、日頃から皆で知恵を出し合って作成している介護計画書に専門書籍の内容を組み合わせることで、現場に自然と浸透し、実際のケアに活かしやすい「事例集」として機能するようになった。その結果、介護計画書の作成がよりスムーズになり、業務効率も向上した。さらに、捻出できた時間を身だしなみケアや研修機会の確保に充てられるようになった。

（４）書式の改善や情報共有の工夫を徹底したことで、介護計画書の内容が一層分かりやすくなり、職員全体での活用が進んだ。新人職員や実習生も、早い段階からケア内容を理解できるようになっている。

（５）T 氏の事例では、計画書に沿った支援により趣味活動や家族・地域との交流が継続でき、介護計画書が実践的なツールへと変化していることが示された。

《5. 考察、まとめ》

今回の取り組みを通して、介護計画書は「現場で活かす実践ツール」へと変わった。アセスメントの具体化や記載基準の明確化により介護計画書の質が向上し、毎月の確認サインや読み上げ方式の導入により、多職種が同じ情報を共有しながら統一したケアを提供できる体制が整った。モニタリングの強化や検索ルール、施設独自の事例集の整備により、最新情報を反映した介護計画書を効率よく作成できるようになり、職員の負担軽減にも繋がった。新人職員にとってもケアの流れが理解しやすくなり、現場全体の専門性向上に寄与している。T 氏の事例では、介護計画書に基づく支援が本人の望む生活の継続に繋がり、取り組みの効果が確認された。これらの成果は、入居者の暮らしをより大切にできる環境作りへと発展したと言える。内容が具体化したことで情報共有が容易になり、その積み重ねがケアの質と職員の専門性を高めた。今後も小さな見直しを続けることで、より具体的な支援が進み、更なる負担軽減にも繋がると期待される。

《6. 倫理的配慮に関する事項》

なお、本研究(実践)発表を行うにあたり、ご本人（ご家族）に口頭にて確認をし、本発表以外では使用しないこと、それにより不利益を被ることはないことを説明し、回答をもって同意を得たこととした。

《7. 参考文献》

- ・認定調査員テキスト（2009 年 改訂版）東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課
- ・最新 介護福祉士養成講座（2025）中央法規

《8. 提案と発信》

介護計画書の充実、入居者に寄り添ったケアを支える大切な指針となる。介護計画書が常に最新の状態で整い、必要な時に確認できることで、チーム全体の方向性がそろい安心して支援に取り組めるようになる。また、新任職員や実習生にとっても心強い手順書となり、業務への不安を軽減する。前年度の施設内発表会では、同区内の特養職員にも見学いただき、当施設の取り組みを共有した。今後も施設外への発信の機会を探りながら、利用者本位のケアの実現をさらに深めていきたい。