

## ■第4章 介護過程の推進・ 定着に向けた効果検証の実施



# 1 効果検証の枠組み

## (1) 目的と方法

各施設で介護過程実践において取り入れている書式や仕組み等が、介護過程の推進・定着に効果があるかを測る効果検証を実施した。具体的には、以下A Bにより実施した。

### A 実践事例調査対象施設への効果検証（介護過程実践の深化に向けた効果検証）

対象：実践事例調査対象の7施設

視点：本調査研究の実践事例調査対象施設は、既に介護過程の実践に取り組んでいる施設である。プレゼンテーションを通して、自らの施設の取り組みを整理し、振り返り、現状や課題の把握・整理をしている。

既述のとおり、他施設のプレゼンテーションの場への参加を可とし、他施設との意見交換、質疑応答等の場を設けた。

実践事例対象となったこれらの施設が、自施設以外の介護過程実践を知ることにより、どのような新たな発見をしたか、自施設の課題の解決に他施設のどのような書式や仕組みが効果的と捉えたかなどの視点から効果検証を試みた。本効果検証は、既に介護過程を実践している施設において、介護過程実践を深化させていくための効果検証と位置づけられる。

方法：①自らの発表を通して気づいた、実際に改善に至った自施設の書式や仕組み等、②参考になった、あるいは活用してみたいと考えた他施設の書式や仕組み等をヒアリングにより把握し、作業部会委員による検証を行った。

### B 新規協力施設における効果検証（介護過程実践の推進・定着に向けた効果検証）

対象：アンケート調査回答施設等より有意に抽出した5施設

視点：効果検証Bは、介護過程実践に課題等を感じている施設等を対象とし、実践事例調査等により明らかになった介護過程実践につながる書式や仕組み等に試験的に取り組んでいただき、これらの効果、介護過程実践につなげるための課題を明らかにするために実施した。本効果検証は、介護過程実践に課題を感じている施設（導入が難しい、定着しない等）に対し、介護過程の導入や実践を後押しする（実践を拡充していく）ための効果検証と位置づけられる。

方法：実践事例調査等において明らかになった介護過程の推進・定着に効果的と考えられる書式や仕組みについて、5施設において一定期間試行的に実施をしていただいた。実施後、効果や課題についてはヒアリングにより把握し、作業部会委員による検証を行った。

## (2) A 実践事例調査対象施設に対する効果検証の実施

新型コロナウイルス感染症拡大の影響から、10 の事例調査対象施設全てにおいて効果検証を実施することはかなわず7施設での実施となった。

事前に以下の「効果検証項目」を通知し、作業部会委員によるヒアリングにより実施した。ヒアリングは、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。

### A の効果検証項目

1. 発表者自身の介護過程に対する考えの変化
2. 自らの発表や他施設の取り組みを通じた自施設の課題の発見
3. 他の発表事例において参考になった（取り入れた）書式や取り組み等
4. 実際に、自施設の取り組みについて変更や見直しがあったか、またその理由や効果について

### 効果検証のためのヒアリング日時と A 対象施設 一覧

ヒアリング日時	種別と所在地	対象施設及び対象者
2月21日（日） 11時～12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
2月22日（月） 14時～15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
2月24日（水） 12時～13時	介護老人保健施設 （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
2月25日（木） 14時～15時	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
2月25日（木） 17時～18時	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
2月26日（金） 17時～18時	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 あげぼの 介護主任
2月27日（土） 17時～18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

### (3) B 新規協力施設における効果検証の実施

本効果検証の実施は、①作業部会委員等の推薦2施設、②「介護現場における介護過程実践に関する調査(量的調査)」において問合せ等をいただいた施設から有意抽出した3施設、合計5施設にて実践された。

実施施設に対しては、効果検証の実践に確実につながるように、調査研究の目的、効果検証の視点等を説明・共有する機会を設け、また、効果検証項目を事前に通知するなど、施設内においても管理者(効果検証の窓口となる担当者)と実践者が情報共有をして取り組むことを事務局にてサポートした。なお、(2)事例調査対象施設に対する効果検証と同様に、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、会議やヒアリング等は全てリモート(Zoom)で開催している。

#### B 新規協力施設における効果検証の流れ(全施設共通)

<b>第1回会議</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調査研究の目的、効果検証の視点・方法の説明</li> <li>・ 実践事例調査であげられた書式や仕組み等の説明</li> <li>・ 施設における介護過程実践に関する現状と課題のヒアリング</li> </ul>
<b>第2回会議</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設において実施したいと考える“書式や仕組み等”の共有</li> <li>・ それらを選択した理由</li> <li>・ 具体的な実施方法(実践者、対象となる利用者、期間等)の共有</li> </ul>
<p>各施設において効果検証の実践 ➡ 実践者には効果検証項目への紙面回答を依頼</p>	
<b>第3回会議 (効果検証)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実施期間終了後、実践者による効果検証項目への紙面回答を共有し、実践者に対し作業部会委員によるヒアリングを実施</li> </ul>

#### B の効果検証項目

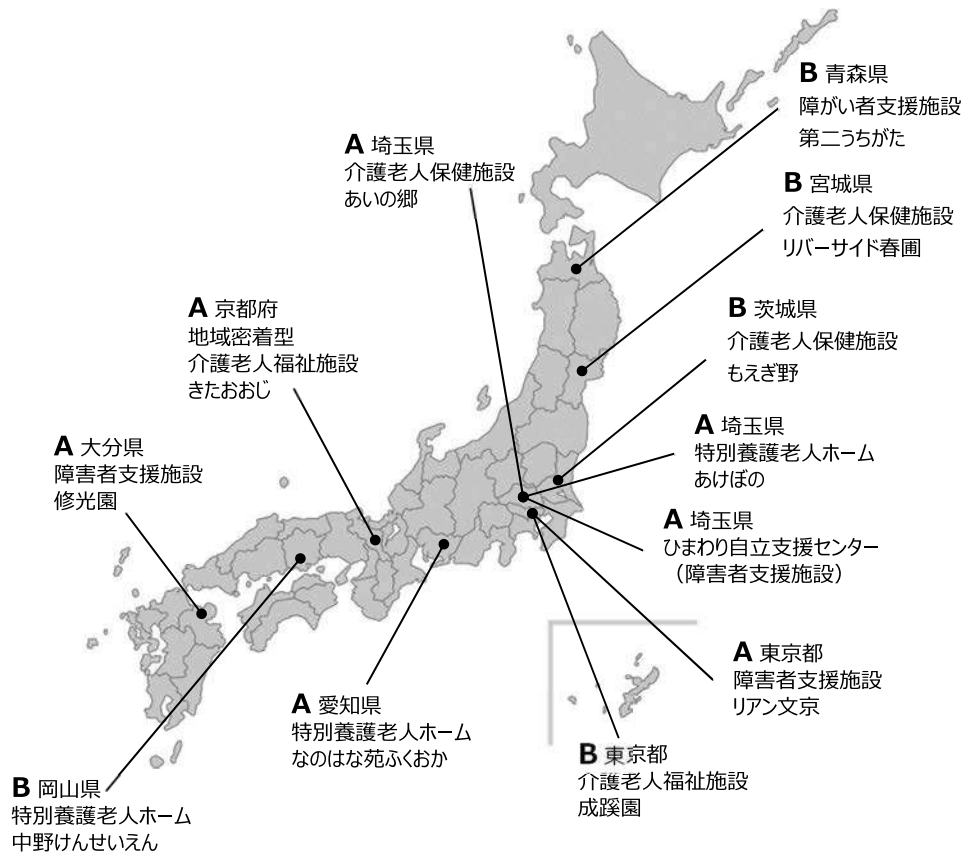
<p>1. 利用者に対する変化・影響について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者との会話、声掛けや対応</li> <li>・ 利用者に関する情報収集の視点・方法</li> <li>・ 利用者への介護実践(記録を含む)</li> <li>・ 書式や仕組みを利用した新たな気づき</li> <li>・ 他の利用者への応用・拡大の必要性</li> </ul>
---

2. チームケアにおける変化・影響について
  - ・チームにおける目標や課題の共有
  - ・チームメンバーの関係性・関わり（チームワーク・連携）
  - ・チームでの介護実践の充実・変化
  - ・チームでの他の利用者への応用・拡大の必要性の共有
3. 使用した書式や仕組み等について
  - ・良かったところ・難しかったところ
  - ・書式や仕組み等を使用することによる効率性や生産性の向上について
4. 個別介護計画／施設サービス計画（ケアプラン）の内容、あり方などについて
5. チームにおける介護福祉士の役割、介護過程実践における介護福祉士の役割について
6. 介護過程推進のための視点や取り組みへの気づきについて

### B 実施施設と具体的取り組み等 一覧

種別と所在地	B 実施施設	効果検証の具体的取り組み
障害者支援施設 （青森県）	社会福祉法人内潟療護園 障がい者支援施設 第二うちがた	ケアプランチェック表
介護老人保健施設 （宮城県）	医療法人くさの実会 介護老人保健施設 リバーサイド春圃	気づいたことカード
介護老人保健施設 （茨城県）	社会福祉法人河内厚生会 介護老人保健施設 もえぎ野	私の姿と気持ちシート 支援手順書 ケアプランチェック表
介護老人福祉施設 （東京都）	社会福祉法人倭林会 指定介護老人福祉施設 成蹊園	生活支援記録の色わけによる多 職種との一元化 介護計画補足資料 私の希望シート・暮らし方シ ート・24時間シート
介護老人福祉施設 （岡山県）	社会福祉法人岡山中央福祉会 特別養護老人ホーム 中野けんせいえん	24時間シート

## A及びBの効果検証 実施施設



## (4) B 新規協力施設における効果検証の取り組みの記録

### ①障がい者支援施設 第二うちがた 取り組みの記録

<p>基本事項</p>	<p>○所在地：青森県五所川原市          ○入所定員：31名（区分6_29名、区分5_2名）          ○介護職員：22名          ○介護福祉士数：19名          ○個別支援計画：あり          ○施設状況：業務ごとのチェック表          ○介護過程の課題：個別支援計画書のケア内容に対する意識が低い</p>
<p>第1回会議 2月19日（金） 14時～15時</p>	<p>○効果検証の目的と概要の共有          施設：1名 サービス管理責任者          事務局：2名</p>
<p>第2回会議 3月3日（水） 13時～14時</p>	<p>○具体的取り組み方法や流れの共有/取り組み発表          施設：1名 サービス管理責任者          発表：デンマークイン新宿 介護科長          作業部会：1名          事務局：1名</p>
<p>効果検証</p>	<p>○効果検証内容：ケアプランチェック表（事例4デンマークイン新宿）          ○理由：実施したかどうかをチェックするのみであるため、取り組みやすいと思った。またチェックすることで、自分の業務の振り返りを意識してもらうため。          ○対象者人数及び属性：2名          ○その対象者を選んだ理由：個別支援計画書のケア内容への意識強化のため          ○具体的な実施の流れ：          ・実際に利用者に関わる介護職員全員にチェック表を配布          ・朝礼後に、効果検証実施協力の依頼及びケアプランチェック表への記入を説明し、実施する旨を発表。当日出勤していない職員にも周知するため、文書等を回覧。          ・職員は出勤日に各自のチェック表に記録する。          ○実施期間：3月8日（月）～3月19日（金）          ○参加した介護職員実人数：18名、うち介護福祉士資格保持者15名          経験年数：1年未満～18年（平均6年）          職位：生活支援員（福祉課介護所属、うち介護部リーダー1名）</p>
<p>第3回会議 3月16日（火） 14時30分～ 15時30分</p>	<p>○効果検証ヒアリング          施設：2名 福祉課主任（サービス管理責任者）          生活支援員（経験年数3年）          作業部会：1名          事務局：2名</p>



## ②介護老人保健施設 リバーサイド春園 取り組みの記録

<p><b>基本事項</b></p>	<p>○所在地：宮城県気仙沼市          ○入所定員：100名          ○介護職員：34名          ○介護福祉士数：23名（67.6%）          ○個別介護計画：作成していない、施設サービス計画（ケアプラン）で対応          ○施設状況：R4システムを導入          ○介護過程の課題：          　・周知に時間がかかる          　・利用者のADLの変化も早く、アセスメント、実施、評価までのサイクルが早い          　・超強化型の施設のため、利用者の入れ替わりが激しく状態把握が追いつかない</p>
<p><b>第1回会議</b>          2月16日（火）          11時～12時</p>	<p>○効果検証の目的と概要の共有          施設：3名          事務局：2名</p>
<p><b>第2回会議</b>          2月19日（金）          11時～12時</p>	<p>○具体的取り組み方法や流れの共有          施設：3名          作業部会：1名          事務局：2名</p>
<p><b>効果検証</b></p>	<p>○効果検証内容：気づいたことカード（事例6なのはな苑ふくおか）          ○対象者人数及び属性：2名 認知症、夜間眠れない、帰宅願望、夜間起き上がり          ○その対象者を選んだ理由：日頃から訴えが多く、会話、表情などから変化を感じやすいと考えた          ○具体的な実施の流れ：関わる介護職員全員が、毎日気づいたことカードに対象者の気づいたことをメモする          ○実施期間：2月22日（月）～3月1日（月）          ○参加した介護職員実人数：3階フロアの全職員13名</p>
<p><b>第3回会議</b>          3月1日（月）          17時～18時</p>	<p>○効果検証ヒアリング          施設：6名          　介護課長（介護福祉士）経験25年          　相談課長（介護支援専門員）経験22年          　介護主任（介護福祉士）経験12年          　介護員（介護福祉士）経験15年          　介護員（介護福祉士）経験12年          　介護員（介護福祉士）経験10年          作業部会：1名          事務局：2名</p>

### ③介護老人保健施設 もえぎ野 取り組みの記録

<p><b>基本事項</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○所在地：茨城県北相馬郡</li> <li>○入所定員：100名</li> <li>○介護職員：44名</li> <li>○介護福祉士数：20名（53%）</li> <li>○個別介護計画：作成していない</li> <li>○施設状況：R4システムを導入、24時間シートを使用</li> <li>○介護過程の課題：介護過程がわからない、もしくは知っていても展開することができない職員が多い</li> </ul>
<p><b>第1回会議</b> 2月15日（月） 13時～14時</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○効果検証の目的と概要の共有 施設：2名 副施設長、介護長 作業部会：2名 事務局：2名</li> </ul>
<p><b>第2回会議</b> 2月17日（水） 17時～18時</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○具体的取り組み方法や流れの共有 施設：2名 副施設長、介護長 作業部会：1名 事務局：2名</li> </ul>
<p><b>効果検証</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○効果検証内容：私の姿と気持ちシート（事例7 えるむ・晴風・これの木園） 支援手順書（事例5 リアン文京） ケアプランチェック表（事例4 デンマークイン新宿）</li> <li>○理由：取り組みやすい形式であった</li> <li>○対象者人数及び属性：2名</li> <li>○具体的な実施の流れ： <ul style="list-style-type: none"> <li>・2月20日～情報収集（私の気持ちシート記入）</li> <li>・2月25日～計画立案</li> <li>・2月28日～職員へ活動内容説明</li> </ul> </li> <li>○実施期間：3月1日～3月12日</li> <li>○参加した介護職員実人数：8名      うち介護福祉士4名 経験年数1～10年 うち初任者研修修了4名</li> </ul>
<p><b>第3回会議</b> 3月13日（土） 13時30分～ 14時30分</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○効果検証ヒアリング 施設：2名 介護長 介護福祉士 作業部会：2名 事務局：1名</li> </ul>

#### ④指定介護老人福祉施設 成蹊園 取り組みの記録

<p><b>基本事項</b></p>	<p>○所在地：東京都青梅市          ○入所定員：従来型 100 床、ユニット型 6 ユニット（60 床）          ○介護職員：80～85 名          ○介護福祉士数：約 60 名          ○個別介護計画：作成していない、施設サービス計画書で対応          ○施設状況：独自のシステム構築、連絡帳で情報共有          ○介護過程の課題：職員により介護過程について理解の差がある</p>
<p><b>第 1 回会議</b>          2 月 12 日（金）          10 時～11 時</p>	<p>○効果検証の目的と概要の共有          施設：5 名 介護課課長、事業課課長、          介護課主任、介護主任、介護主任          作業部会：2 名          事務局：2 名</p>
<p><b>第 2 回会議</b>          2 月 18 日（木）          10 時～11 時</p>	<p>○具体的取り組み方法や流れの共有          施設：5 名 介護課課長、事業課課長、介護課主任、介護主任、          ケアワーカー          作業部会：3 名          事務局：2 名</p>
<p><b>効果検証</b>          1</p>	<p>○効果検証内容：生活支援記録の色分けによる多職種との一元化（事例 7 えるむ・晴風・これの木園）          ○理由：成蹊園では、記録の一元化を導入していないため、一元化することにより、施設サービス計画の展開や日々の記録にどのような効果をもたらすのか、また色分けというものも新しい視点だったため、これをするにより、どのような効果をもたらすのかを検証してみたいと考えた          ○対象者人数及び属性：2 名              ①食事摂取状況など低下傾向の方で、他課が介入している場面が多い方              ②新規利用者で、これから ADL や生活状況を把握していく方          ○その対象者を選んだ理由：①医療、栄養、相談等他課の介入が多いため          ○具体的な流れ：              ・他課職員へも今回の取り組みの概要を伝え実施手順説明              ・施設サービス計画実施の記録を含めた日々の記録実施              ・他課の記録を色分けして、記録の区別化を図った              ・記録をまとめ、施設サービス計画の評価への有能性や効果検証を実施          ○実施期間：1 週間ほど実施予定だったが、対象者①が開始後 2 日経過したところで、お亡くなりになられたため、新たに対象者②をその後 5 日間取り組んだ          ○参加した介護職員実人数：6 名              介護主任、介護課リーダー              看護師主任（年数 6 年ほど）              管理栄養士（年数 15 年ほど）              生活相談員主任（10 年ほど）              介護福祉士：全員有資格者（年数 8～13 年）</p>

<p style="text-align: center;"><b>効果検証</b></p> <p style="text-align: center;"><b>2</b></p>	<p>○効果検証内容：個別介護計画補足資料（事例1 あげぼの）</p> <p>○理由：これまでも利用者のケアについて写真を取り入れた情報発信をしてきたが、他の連絡事項等と混在してしまう課題があった。介護過程の取り組みとして確立した資料作成、管理することで改善していきたいと考えた</p> <p>○対象者人数及び属性：1名 若い頃から視覚障害があり、目の前の物が見える程度。脳梗塞後遺症による高次脳機能障害あり。転倒され、右大腿部頸部骨折。視覚障害、高次脳機能障害、転倒骨折歴があるが、自分のペースでできることはやりたい</p> <p>○その対象者を選んだ理由：生活環境を再度確認、周知することで、本人らしい生活を送れるように支援したいと考えた。また、自動ブレーキ付き車椅子、見守りベッドを使用されており、本人の生活状況に合わせた環境づくりが必要であり、安全に生活を送っていただくためにも補足資料の必要性があると考えた</p> <p>○具体的な流れ：施設介護計画を確認し、補足資料に記載</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・フロア職員に具体的な環境整備についての聞き取り（臥床時の車椅子の設置場所、見守りベッドの設定内容、口腔ケア用品の置き場所）</li> <li>・統一した具体的な対応方法の写真を用意し、補足資料とする</li> </ul> <p>【援助内容】というスペースを用意し、ケア上の注意事項を記載</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・補足資料は、本人のケアプラン・ケース記録のフォルダにて管理</li> <li>・職員への周知は、フロア連絡帳にて今回の取り組みについて説明</li> </ul> <p>今後もこの取り組みを活用する場合は、随時連絡帳で周知すると同時に、ハイパーリンクで補足資料をつなげて確認しやすいように対応する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日々の記録は、当日出勤者が記入、介護課主任が記録内容を確認し、効果検証を行う</li> </ul> <p>○実施期間：2月18日～2月28日</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・効果検証期間にヒヤリハット、事故報告なく過ごされる</li> </ul> <p>○参加した介護職員実人数：2名</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>介護課主任</td> <td>介護経験 15年</td> <td>介護課主任</td> <td>介護福祉士資格あり</td> </tr> <tr> <td>ケアワーカー</td> <td>介護経験 4年</td> <td>一般職員</td> <td>介護福祉士資格あり</td> </tr> </table>	介護課主任	介護経験 15年	介護課主任	介護福祉士資格あり	ケアワーカー	介護経験 4年	一般職員	介護福祉士資格あり
介護課主任	介護経験 15年	介護課主任	介護福祉士資格あり						
ケアワーカー	介護経験 4年	一般職員	介護福祉士資格あり						
<p style="text-align: center;"><b>効果検証</b></p> <p style="text-align: center;"><b>3</b></p>	<p>○効果検証内容：私の希望シート、暮らし方シート、24時間シート（事例9 けま喜楽苑）</p> <p>○理由：書式の違うアセスメントシートを使用することで、利用者の生活や今後ユニットで活用できる部分に気がつけるのではと考えたため</p> <p>○対象者人数及び属性：1名 90代</p> <p>○その対象者を選んだ理由：介助を必要としていて、本人からと家族からも生活での希望を職員に伝えることが多いため</p> <p>○具体的な流れ：今回の趣旨、対象利用者のアセスメントに二人で取り組むことを、ユニット職員に伝えた。現在使用している24時間シートやフェイスシートから情報を取り込み、さらに足りない部分は、他職員や利用者本人から聞き出し、それぞれが得た情報を記入した</p> <p>○実施期間：2月15日～2月28日</p> <p>○参加した介護職員実人数：2名</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>介護主任</td> <td>経験年数 9年</td> <td>ユニット職員</td> <td>介護福祉士</td> </tr> <tr> <td>ケアワーカー</td> <td>経験年数 13年</td> <td>ユニット主任</td> <td>介護福祉士</td> </tr> </table>	介護主任	経験年数 9年	ユニット職員	介護福祉士	ケアワーカー	経験年数 13年	ユニット主任	介護福祉士
介護主任	経験年数 9年	ユニット職員	介護福祉士						
ケアワーカー	経験年数 13年	ユニット主任	介護福祉士						
<p style="text-align: center;"><b>第3回会議</b></p> <p style="text-align: center;"><b>3月3日(水)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>10時30分～</b></p> <p style="text-align: center;"><b>11時30分</b></p>	<p>○効果検証ヒアリング</p> <p>施設：5名 介護課課長、事業課課長、介護課主任、介護主任 2名</p> <p>作業部会：2名</p> <p>事務局：2名</p>								

## ⑤特別養護老人ホーム 中野けんせいえん 取り組みの記録

<p><b>基本事項</b></p>	<p>○所在地：岡山県岡山市          ○入所定員：110名          ○介護職員：59名          ○介護福祉士数：36名（61%）          ○個別介護計画：作成していない          ○施設状況：24時間シートを使用、個別ケア推進委員会設置          ○介護過程の課題：          ・介護職員が様々な視点を持ってアセスメントを行い、それをユニット内や多職種と共有し施設サービス計画に活かせることができていない。ケアマネが施設サービス計画を立てるのでアセスメントの視点がわからない介護職員がいる。入居者アセスメントを通じ、介護の視点や入居者本位のケアを今一度見つめなおしてほしいと考えている          ・しっかりと入居者、家族のニーズや期待を汲み取れるアセスメントツールがないことも課題である          ・4月の介護保険改定では「エビデンスケア」や「アウトカム加算」の内容が色濃く出たものになっている。加算を取得するがための介護ではなく、介護過程の展開を通じ、入居者に本当に必要な支援は何かを考え実践することで本当の意味でのエビデンスケアやアウトカムが得られるのではないかと考えている</p>
<p><b>第1回会議</b>          2月10日（水）          15時～16時</p>	<p>○効果検証の目的と概要の共有          施設：3名 副施設長、介護主任2名          事務局：2名</p>
<p><b>第2回会議</b>          2月18日（木）          17時～18時</p>	<p>○具体的取り組み方法や流れの共有/取り組み発表          施設：3名 副施設長、介護主任、介護主任、個別ケア推進委員会委員12名          発表：きたおおじ 統括施設長、副施設長          作業部会：2名          事務局：1名</p>
<p><b>効果検証</b></p>	<p>○効果検証内容：24時間シート（事例8きたおおじ）          ○理由：現在の24時間シートが活用されていないため          ○対象者人数及び属性：2名（西2丁目ユニット、東3丁目ユニット）          ○具体的な実施の流れ：          ・24時間シートを改良し、入居者の生活リズムの見直し（施設サービス計画の意向を反映して）できること・できないこと・できるがしていないことをあげた          ○実施期間：2月22日～3月12日          ○参加した介護職員実人数：          西2丁目ユニット：2名          ・ユニットリーダー・介護福祉士7年          ・ケアスタッフ・介護福祉士2年          東3丁目ユニット：3名          ・ユニットリーダー・介護福祉士12年          ・ケアスタッフ・介護福祉士14年          ・ケアスタッフ・初任者研修5年</p>
<p><b>第3回会議</b>          3月17日（水）          17時～18時</p>	<p>○効果検証ヒアリング          施設：4名 副施設長、介護主任、介護主任、ユニットリーダー          作業部会：1名          事務局：1名</p>

## 2 A 実践事例調査対象施設に対する効果検証結果

### (1) A 介護過程に対する考え・意識への変化（ヒアリング結果）

- 介護過程はそもそも何なのか、分かりきっていたところもあるが、それは違うというところに改めて気づいた。
- 介護過程のプロセスとそれを生み出していく組織の構造については、色々な施設があり、考え方も違うというところでは、再検討する契機になったと思う。
- 介護職が行うのが介護過程ということになるので、そこに専門的な関わり方がある。まさしく介護過程を通じて専門性を発揮しているという認識を改めて持った。
- 介護過程を通じて、そこから専門性を深めていくことについて、改めて意を強くした。
- 障害者の施設と高齢者の施設の一番大きな違いは、高齢者施設には個別支援計画書が法定づけられていないので、そこがうまく連動していないと思う。
- 個別支援計画書がないと個々によって考え方や捉え方が違い、支援がばらばらになってしまうが、個別支援計画があると支援者のチームができる。その点では障害のほうはその体制は整っていると改めて感じた。
- その人が地域の中で豊かな生活を送るために、ソーシャルワーカーとケアワーカーが一緒になり、施設から外へどのようにつなげていくか、介護過程を成功させるためには施設的环境がとても大きいと気づいた。
- 発表にあたり、介護過程について学びなおし、ケアマネジメントの仕組みである「5期システム」を介護過程の視点で整理、各役割を位置づけ直すという作業をしたところ、介護過程自体の理解が深まった。介護過程を意識すると、介護職が責任を持たないといけないところに気づき、現場と共有することができた。
- 介護過程を学び直すために教科書を読んだところ、ふだん私たちが意識せずに取り扱っている情報について理解が深まった。例えば数値化された基準となる情報や、介護職員が日々触れ合っている感覚的な情報をどうアセスメントに活かしていくのかなど、数値化されたものは客観的で確かな情報であり大切にすべきだと改めて気づいた。
- 一方で、利用者がふと漏らした一言も大事な情報であり、これらを抜きにして個別ケアは行えず、アセスメントをするに当たり、介護過程のPDCAサイクルの一つひとつについて理解が深まった。視野が広がり、発表は非常に良い機会だったと思う。
- 他施設の実践事例発表から、様々な考え方や取り組みの方法、展開の方法について知ることができ、他施設の取り組みを取り入れることが必要だと思った。
- 介護過程を行う目的をしっかりと明確に持つこと。介護過程を行う上で、誰のために行うのかというところを整理し、実践や教育をするが大事で、それがないと、よからぬ方向に行くのではないかと感じた。
- 介護過程の実践は離職率や職員のやりがいの向上などにどうつながっているかの発表をしたが、利用者に対するサービスの質の向上やプライバシーや尊厳の部分とどう関与していくのかという評価までできなかった。若干、発表が職員よりになっていたと思う。
- 本来、介護過程は利用者をベースに考えていくものであり、今後、どういう形で考えていかなければならないのかを共有する仕方は改めて難しいと感じた。

- 利用者の目標と介護職の目標（キャリアの目標、介護職としての目標、業務の仕方など）がイコールになり、初めて専門職としての目標や地位というのが確立するのではないと思う。
- 利用者の目標と介護職の目標をどのようにイコールにしていくか、どう一緒に考えていくかは、それぞれの個別性を考えると結構難しいと思う。
- 施設の風土や人員の配置、利用者の数、他職種の配置等を考えると、介護過程の方法を統一することは、難しいと感じた。
- 利用者の生活の安心が最終目標であるのはどの施設も一緒だったというのは、すごく感銘をうけた。方法は違うが、目指している方向は一緒だと改めて感じた。
- 養成校では、介護過程は計画をつくるまでを丁寧に教えているが、現場は支援をいかにチームで行えるかというところが肝である。現場ではプロセスこそが重要であり、計画と実施の過程、支援ができたならそれを職員間で共有、共有できたら初めて支援が少し同じ方向に向いた、そこで実際に個々の支援はどうだったかを見直し次の再計画に移る、その過程こそが介護過程の重要な点である。
- 介護過程がないということは、基本的にその人に対する支援をどう保障するかがないことである。お金をもらっているのにどのような支援をするかを表明できないというのはあり得ないと思う。
- ケアをする上でこの人に対してはどうすればいいんだろうというときに、そこに答えが書いてあるのが介護過程の個別支援計画のあるべき姿だと思う。
- 介護過程が進んで利用者の姿や気持ちがわかっていくこと、姿・気持ちがわかると介護過程なのかは行ったり来たりするが、継続していく中で少しずつ介護過程が形となり、具現化できる、言語化できる、実践できるということが介護過程の終着点ではないかと思う。そこをしっかりと捉え考えていけば、おそらく介護過程の目的と意味が明確になると思う。
- 介護過程は、失敗で終わらせないことが大切だと思う。失敗した上で、どのように再スタートしたら良いかを考えることが一番大切だと思う。失敗すると、この利用者に関わらなかったのではないかと考え、計画がとまってしまう可能性がある。また携わった介護職員が介護過程は苦手とってしまうことも避けなければならないと思う。

## (2) A 自施設の課題についての再認識・発見（ヒアリング結果）

- 自分自身が介護過程を部下に説明していた割には、知識が足りない部分があり、また介護過程という取り組みに実際着目することがなかったことに気づいた。
- 介護過程という展開に目が行きがちだが、例えば、あけぼののように、評価の根拠となる記録をSOAPという記録法を使って統一を図っている。自分の施設でも仕組みとしてはやっているが、その後の評価がまだ弱いと感じた。
- 他の施設は課題を抱えながらもPDCAサイクルがしっかりとまわっている印象を持ち、見習わないといけないと思った。
- 介護過程における介護福祉士の役割というのは、介護職を教育するのが大きな機能だと気づき、改めて支援過程と介護職の教育をどうリンクさせていくかを考えさせられた。
- 社会資源のありようがわかっていない支援員と、サービス等利用計画をつくっている相談員とをどうつなげていくかが課題である。支援員は明確にその人が何をしたいということを代言あるいは言語化しない限り難しいと思った。
- 医療的なケアや延命措置の問題はあるが、最終的に人生においてどこに進み、何をしたいのかという問いかけが施設に必要であると改めて思った。
- 現在、入所者は平均55歳位（障害支援施設）であるので、10年後を見据えると、特養化というモデルを入れ、ICTや設備などに見直しが必要なことに気づいた。
- 障害支援施設ではチームの支援の量や質が、利用者の年齢や時期で変わってくる。けま喜楽苑が介護期から看取り期に移るときの気づきに目を向けられていることに非常に興味を持った。
- 認定介護福祉士養成の介護過程を担当している中で、その人のニーズに沿った計画、すなわち、その人のニーズがありニーズを実現するために今何が課題になっているかという捉え方がきちんとできると計画が変わってくるということがよくわかった。また、色々な側面を職員が共有する必要性を認識した。
- リーダーになる人をどのような形できちんと指導するかが、大きな課題だと思う。
- ICTの導入を考えなければならないと思っている。ICT化することで少しでも利用者に接する時間が長くなれば、気づきに注力できると思う。
- 現在利用者の目標設定は最高でも現状維持だが、利用者の高齢化によりフレイルにならないようにするなどニーズの変化に気づいた。
- 施設に精神障害者の入所が増えて、身体障害者に「頑張って」「もうちょっと」「あそこまで行こう」と声かけをしていた言葉が精神の方には言えないなどの課題に対し、職員がまだ勉強できていないことに気づいた。
- 「5期システム」の中には人を育てる視点も用意されており、実践を通して人を育てる仕掛けはあるが、それ以前の職員の力量を育てるための研修の仕組みは不十分だったと思った。
- 私を含め内部の職員が必要な研修をしているが、内部研修であるとレベルがわかるため、再確認の研修が多くなり、第三者の研修の必要性を強く感じた。
- 他施設の実践事例発表に、自施設から役職者、主任、副主任、現場の職員など約10名が参加した。参加者からは、これまで当施設以外の取り組みを知る機会がなく、施設によってこんなに特色があることを知ったなどの感想があった。



- 介護過程を立案した時に、その計画に基づいて実施をしたかどうか、日常の記録との連動がすごく弱いと感じた。
- 他の施設は、P D C Aサイクルがしっかりしているという印象を持った。
- 正確な評価を行うための一つとして、計画を立案するときの目標の立てかたや、援助内容を具体化させて書くことがその後の評価のしやすさにつながっている。そのためにはそのスキルを上げないといけないと思う。
- 日常的にそのプランをしっかりと意識して利用者に関わる、あるいはその時にそのプランを実施したことがわかる記録を残していくということが必要だと思う。
- 「気づきシート」は、気づいたときに職員が業務の中で記入をする形を定着している意味ではすごく大事だが、まだまだ、本当に本人が気づいたところしか書けないので、もう少し全体を網羅して評価できるような表が必要なのかなと思う。
- 「気づきシート」の記入が逆に業務の負担になるのは良くないので、毎日の記録の中に気づきを書けるようになることや、業務もスリム化させながらP D C Aサイクルを落とし込んでいくことが、難しいことだが重要だと思う。
- 一法人ではできないことを、グループ化して重層的な研究を組み立てたという経緯があり、今ケア理念等と一緒に頑張ろうと8つの法人が集まり、グループを組んで研修を行っている。8つの法人だと15人から20人になり、研修も組み立てやすい。
- 2年目位の介護職には、介護過程をしっかりとおさえて仕事ができるようになってほしいため、8法人の研修プログラムで介護過程の見解をベースにカリキュラムをつくった。一法人ではできなかったと思う。
- カリキュラムがどんどん変わる中で、ベテランであればあるほど、現場主義というか、キャリア年数と介護過程に関する理解とが比例しきれておらず、考え方を切り替えることが難しい。
- 昨年障害高齢者の何人かがターミナルケアになったとき、死というものに対する宗教観なのか思想なのか、毛嫌いするところがあり苦労した。「人生会議（ACP）」の理解というのはまだまだ理解が得られていないと思う。

### (3) A 参考となった書式や取り組みの工夫など（ヒアリング結果）

- けま喜楽苑が利用者の終末期ケアを長いスパンの中で考えている点と、あいの郷では1か月、3か月、6か月、そして1年の中での判定会議があって地域移行していく自立支援の考え方が興味深かった。どちらも大方の生活の目標が短期、長期の中で位置づけられており、改めて非常に重要であることに感銘を受けた。
- けま喜楽苑の「24時間シート」の実践からは、シートの使い方や運用には必ず業務の調整やチームマネジメントがあることを知った。そこで何を話し合うかが明確なのだと思う。けま喜楽苑において「24時間シート」が持続して効果があるという背景には、意思決定、周知、伝達、実行管理という運用の仕組みがある。うちの施設も「気づきシート」を導入する提案があり、月1回のケース会議やグループ会議等の会議体で話し合いはするがほとんどやりっ放しで、見直したいと思う。
- デンマークイン新宿の「R4システム」では、介護過程の中にケアプランの「D o」の評価と担保という、ケアプランチェックと併せて実行するかどうかをチェックするところがあった。私の施設ではやりっ放しになっているので、このような実行管理をする仕組みは目を引いた。システムのことも併せて様式等を取り入れることが大事だと思う。
- 私たちが脆弱だと感じるところは、研修が1回きりで終わり、またOJT中心の研修になっているので、従来の型からなかなか抜け出せず、現場の理屈で研修してしまう。その点、きたおおじでは共同でスーパーバイザーを置いて、人材育成や組織の標準化を図っているのは非常に魅力的だ。キャリアごとに複数回に分けて研修を実施しており、Off-JTの充実は介護現場にとって非常に大切だと思った。私たちも整備していかなければいけないと思う。
- けま喜楽苑の複線型の人事制度が興味深かった。私たちも複線型の人事をやっているが、けま喜楽苑はわかれた後の研修制度がきちんと体系化されている。また、ポテンシャル、インプット、スループット、アウトプットという形できちんと評価制度がある。現場では能力評価やインプットの評価に偏りがちだが、スタッフの取り組む姿勢や行動評価や成果評価もきちんと評価している。このような制度をつくり、職員の現時点をそれぞれが知ることは大切だと思った。
- リアン文京の理念教育も興味深かった。理念教育がしっかりされていると、施設ごとでやっていることは違っても、理念が共有されているため、どの施設に行っても同じ考え方、同じ方向を向いた職員が、目の前のそれぞれの状況に向かっていき、また横のつながりが少し強くなると思う。理念教育は大事だと思う。
- 理念を浸透させるのは一番難しいが、リアン文京のダイアログ研修（ワールドカフェ方式）は、テーブルを主任、副主任、新人など関係なくぐるぐる回りながら、ワンテマで話し合う研修はとても良いと思った。
- あけぼのが実施している、居室担当が二人でモニタリング、アセスメントをやる「PNS（パートナーシップ・ナーシングシステム）」も興味深かった。私たちのところでは居室担当は一人で、コーディネーターがサポートするが、二人で考えるというのはとても良いと思った。これまで考えたことがなく刺激を受けた。あけぼのの発表では、二人のペアの組み方によって違いがでるためペアリングがすごく難しいとのことだったが、当該施設ではコーディネーターがいるので、居室担当二人だけだと煮詰まることがあっても、個別ケア推進コーディネーターを入れた三人ならば、色々な視点や見過ごした視点に気づき、活発に意見交換ができるのではないかと思う。
- 当施設では利用者に関するシートはフェイスシートで代用しているが、リアン文京の「私の姿シート」やけま喜楽苑の「暮らし方シート」は利用者に着目したシートで、利用者をもっと意識し、その人の生活歴等を掘り下げることはいいと思うという意見があがった。
- 他施設の発表からは、介護過程の展開の仕方が無数にあるとすごく勉強になった。その施設によって、合うやり方と合わないやり方が確実にあると感じた。

#### (4) A 発表後に自施設で変更・見直したところ (ヒアリング結果)

- 今の障害者支援施設には、老健のように自立する支援、手だてを見つけて出していくというのが求められている。ただ、本人が施設の中の内側の箱の中に入っていると、自立に向けてというのは難しい。うちの「思いのプラン」をサービス等利用計画と個別支援計画を中心でつなぐツールに使おうと思っている。あいの郷のゴールに向かっていく考え方や、けま喜楽苑の思いのシートや「暮らし方シート」を参考に、まず利用者の身近にいる職員が思いを代弁し、それをサービス等利用計画につなげていく予定である。
- 認定介護福祉士の研修で使用しているツールを施設で導入検討している。その人の持っているストレングス、家族、本人を取り巻く環境、ニーズ、希望する生活の確認、本人の障害障壁、成育歴をつくり、みんなの意見を入れてもらう。そうするとその人に対する共有ができると思う。
- 従来の利用者1人に対して担当1人からグループに変えた発表をしたが、介護過程の持ついき方の振り返りやモニタリングによって、グループ一つの人数が多過ぎて、今度は何もしない職員がいる課題に気づいた。来年度からは、グループを増やし、1グループを少人数にして、副主任を新たに入れる予定である。これは、これまで私が現場の記録に直接目を通すことは年に数回だったが、今回の発表で目を向ける回数と深掘りの仕方が違ってきかけたことがきっかけである。
- 今回、「5期システム」の全体像や介護過程・ケアマネジメントの位置づけがはっきりし、また役割分担が明確になり、「5期システム」をよりしっかりやっていくこととなった。取り組みとして、個別ケア推進コーディネーターが活躍しやすい仕組みを整えるために、個別ケア推進委員会の中に、仕組みづくり班を設けた。これは主任、副主任、現場のリーダーたちで構成している。まずはリーダーが、個別ケア推進コーディネーターがやろうとしていることへの理解を深め、自分たちも同じ方向を向いてやる、自分たちの力で仕組みを整えて、モチベーションをぐっと上げていくことを目的にしている。具体的には、介護記録を書く時間を業務時間内にきちっとつくるという取り組みである。これまでは空いた時間にやるが多かったが、仕組みづくり班では、食事介助や排せつ介助と同じように、記録を書くことは抜くに抜けない業務だと理解してもらい、1日15分でも手を止めて記録を書く時間をつくろうと取り組んでいる。
- 個別ケア推進コーディネーターを中心に再度介護過程の勉強をした結果、アセスメント様式を少し変更した(新様式の提供あり)。これは、できなくなったことは評価しやすいが、できるようになったことや維持されていることへの評価がしにくかったことに気づき、介護職は利用者がやれていることやできそうなことに絞り、ポジティブな視点で情報収集をしてもらうと考え、様式を変更した。できないことやリスクに関しては、担当者会議で多職種が検討することとした。何ができるだろうという視点を持って利用者に関わると、できるだけやってもらおうという意識が増え、待てるようになった。これまでは利用者の可能性を潰してきていたが、利用者の可能性をちょっと信じられるようになったと感じている。
- きたおおじの発表からは、法人内で統一した質を確保するためには、研修部門が必要だと感じている。高校を卒業して入職するスタッフが多く、介護過程やリーダーとしてチームをまとめるためには、それぞれのレベルの研修が必要であり、色々な施設の発表は参考になった。
- あげぼのの発表で気づいたことは、目標を評価する評価日の設定を、短い間隔で設定する必要があることだ。当施設は3か月、6か月の大枠での評価は確実にやっているが、小さな目標に関しては、いつの間にかできるようになって、目標達成していることがある。2週間に1回、評価をしていけば、もう少し細かい情報が確認できるのではないかと議論している。
- 今回発表の話をいただいたとき、職員にとっても良い機会だと思い、他の施設発表に参加できるようにした結果、職員が介護過程に結構興味を持ち始め、また相談に来るケースが増えた。自分自身も一生懸命、本を読みあさっているところだ。施設の仕組み自体は変わっていないが、職員の意識がちょっと変わったと感じている。

- 当施設の教育委員会の中で、介護部門だけで勉強会を計画した。その勉強会において、居室担当介護職ペア二人一組が、計画を立てた思考、どういう考えでその計画書を立てたかをプレゼンする取り組みを始めた。良い悪いではなく、その職員がどういう考えで、どこに視点を持って計画を立てたか、お互いに知る機会が必要と感じたからである。ある職員はニーズを家族と本人の希望というところに視点を置き、職員によっては施設ケアマネが考えた方針と今の状態のギャップ、目指す方向と現状とのギャップに気づき、生活の視点から課題を見つけていることがわかった。プレゼンを通しお互いの視点がわかると、目標と課題とニーズについて議論するようになり、取り組みの効果を感じている。
- 提案したときは非難ばかりで、あまりいい返答がなかったが、やってみた結果、発表者も含め反応が良くなった。担当制のため、これまでは個人でやるイメージが強かったが、今回みんなで知識を共有しようということが良かったようだ。既に次年度は年間計画を立てている。今は介護過程の個別介護計画のプレゼンだが、次年度は介護に関する勉強会を各々持ち回りでやる予定である。
- 今回の介護過程の取り組みに関して非常に職員が興味を持ち、やって良かったと思っている。
- 「気づきシート」がまだまだ定着しておらず、「気づきシート」に関する取り組みを定着させていくことで、日常の記録や観察の視点を計画に連動できるようにしたい。
- 現在、二人一組で介護職ペアを組み介護過程を実施しているが、今後も継続していきたい。
- 二人一組の介護職ペアが、毎月1回、30分程度、介護過程に関する内容について振り返ることを来年度に組織としてすすめるために、現在プレで実施している。
- プレで実施した結果、話し合いが活発な介護職ペアがいる一方、各自の役割に関する内容を報告するだけで、活発な意見交換が行われないペアがいる。どのようにテコ入れをするかを考えると、なのはな苑ふくおかの個別ケア推進コーディネーターを参考に、主任の立場の人間が、課題のあるペアに対してサポート助言をし、バイザーとして入るのが良いと思っている。
- コーディネーターは必要であると思う。介護職ペアがどう動いているのかを確認し、様々な個性や課題があるペア（介護職員）に対して、助言やコントロールをする必要があり、その役割をどうするかが課題と感じる。
- 介護職ペアで話し合う進め方が分かる動画教材もつくった。
- 介護職ペアによる振り返りの中で、評価に関する内容についても強化したいと思っている。ペアで話し合う中で、プランの内容がいきているのかという視点で話し合うことが、実施及び結果などの確認や介護目標に対する評価につながると考えている。
- 個別介護計画をつくって終わりではなく、利用者にとってより良い方法を実施しながら考えるだけではなく、改めてペアで話し合いの時間を持ち、落ち着いて考えた方がうまくいくのではないかと思い、来年度から組織全体で実施していきたい。
- 一方、職員からはペアで話し合う時間が実際につくれるのかという声があがっている。

## (5) A その他（ヒアリング結果）

- 障害者の施設は、長い人生のスパンの中でライフステージにそった支援をどうするかが課題だが、けま喜楽苑から介護期と看取り期の移行するところの気づきが大事だという捉え方を学んだ。毎年のサービス等担当者会議で本人も含めた意思の確認をしていることでは、生活全般を寄り添い一番時間を長くかけて生活行為をしながらその方を見ているのは介護福祉士だと思う。介護福祉士は寄り添い方の専門職だと改めて気づいた。
- 介護職が、運用の仕組みの中で情報共有し情報の言語化を整理するなど、全体の介護過程の流れをつないでいく、例えると血管の中の血液のような役割をすると、組織が全体的に機能していくのは間違いないと思う。
- 障害は個別支援計画の法的位置づけが法令で決まっていて、計画書をつくることになっていることが大きい。役割がしっかりしていて、サビ管研修をやり、計画書のつくり方をみんなが学ぶので、きちんとこの研修に出ていればある程度のことではできるようになる。
- ソーシャルワーカー（生活相談員）とサビ管の双方が力を持つということがいいのだが、まだまだソーシャルワーカーにも力がないし、現場にもソーシャルワーカーを動かすだけの力がないと感じる。
- PDCAでは難しい場合に、OODAでやっているところは結構ある。職員がチームで一つのことを短時間で、どこが悪かったのか何回も話し合いができるようにすると、サイクルが短いだけに過程がよく見えるところも大きい。
- 来年度からのケアグループ単位の体制変更では、生活支援員だから生活を支援する、三大介護だけをするものではないという点を期待している。エビデンスを持った個別支援計画で、それに基づいたケアが必要だということは随分進化している。
- 介護過程はプロセスであり、自分の中の思考過程をどう周りに表現できるか、わかるようにプレゼンできるかというのがとても重要だと気づいた。特にチームでやる以上、自分だけが知っているだけでいいのではなく、介護チームと多職種に向けどう展開して協力してもらえるかが大事であると思った。
- 介護福祉士は、介護チームの中でリーダーシップを取り、また生活の場で利用者に関わる専門職として、他の職種と対等に意見交換ができる必要があると思う。しっかり力量が発揮できるような教育をしたいと思う。
- 介護福祉士が「気づきシート」などの重要性についてわかって仕事をするということが大事である。
- 介護福祉士は、介護過程を展開する上で必要な考え方やツールなどを仕事の中に組み込んでいく力がすごく大事だと思う。
- 介護職員は、毎日、場面場面でアセスメントを実施しているので、介護福祉士はアセスメントをちゃんと明確化し理解した上で、実践をしていくことが大事だと思う。
- 介護福祉士は、チームで行い、わかったこと、自分が得た情報や分析結果についてきちんとチームに伝え、一緒に考えてもらえるチームマネジメント力がとても大事だと思う。
- 介護福祉士は、介護過程展開の中で非常勤の人たちの力をどういかしていくかも含め、チームをまとめていく力が大事だと思う。

- 経験の浅い人とか非常勤の人の気づき（例えば、ある利用者に関する些細な変化など）を介護福祉士が聞き流してしまうことがある。アセスメント力があれば、その気づきに関連することを投げ返し、一緒に考えることができる。介護福祉士にはアセスメント力が必要で、その力を鍛えないといけないと思う。
- えるむ・晴風・にれの木園の「私の姿と気持ちシート」は、介護過程においては重要な部分であると思う。介護福祉士は利用者の全体像を捉えることが必要だと思う。その明確化が介護過程だと思う。
- 失敗を失敗で終わらせないために、なぜ失敗したのか、次にどうつなげていけば良いのかなど、前向きに失敗を捉えていけるようにフォローすることが介護福祉士として必要だと思う。

### 3 B 新規協力施設における効果検証効果

#### (1) B 利用者に対する変化・影響

##### ①利用者との会話、声掛けや対応（個別記載／ヒアリング結果）

<p>気づいたことカード</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特に変化なし。普段通りの対応を続けていきたい。</li> <li>コミュニケーションを図ったり、表情や動作を観察する時間が増えた。</li> <li>積極的に声掛けや変化に気づこうという意識が生まれた。</li> <li>他職員の気づきを参考に、対応を行ってみようと思うようになった。</li> <li>気づいたことカードを書くことで、積極的に声がけをし、変化に気づこうという意識が生まれた。</li> </ul>
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>記録を一元化したことで各課の記録をタイムリーに確認できることで、各課がどのように利用者にアプローチしているかを細かく把握することができた。</li> <li>他課の情報が記録上で速やかに得られることで、体調面に配慮をした声掛けができ、利用者の抱える不安にもタイムラグを持たずに返答がしやすくなった。</li> <li>どうしても他課との情報共有にはタイムラグが生じていたが、毎日関わりを持つ記録上で情報が得られることで介護課のみの視点ではない情報収集ができるようになった。</li> </ul>
<p>個別介護計画補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者が疲労感なく生活されているか確認する機会が増えた。体調管理を意識する関わりが多くなり、本人からも声を掛けていただくこともあった。高次脳機能障害を患っているため、以前は本人の伝えたいことを汲み取ることが難しいケースもあったが、本人の生活リズムや行動から、何を求めているのか理解を深めることにつながった。</li> <li>利用者の体調面を考慮しながら、都度その方が安心できるような距離感で声掛けに努めることができた。</li> <li>今回は資料の中に入れ忘れてしまったケースケアプラン記録の部分に、お部屋に戻る姿があったので声をかけたら休みたいという反応があったのでお部屋に案内しましたとか、よく声をかけてくれたんだなというような記録が残されていたので、体調の部分をよく気にかけてくれる職員がいたということが伝わった。</li> <li>フロアの連絡帳に「今回こういう取り組みをしています。私と担当する職員で観察していこうと思います」ということを記載したところ、別の職員も気にかけて記録に残していた。</li> </ul>
<p>私の希望 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>今まで以上に利用者に関わる時間が増え、利用者の意向を汲みやすい声のかけ方を意識するようになりました。また、利用者から声をかけてくれることが多くなり、その会話の中でご自分の気持ちを話されることも多くなり、表情から体調や些細な気持ちの変化も読み取ることができるようになった。</li> <li>本人の意向や家族の希望を意識しながら声掛けや介助をするようになった。</li> <li>当施設でも「24時間シート」とフェイスシートを使っており、その情報と本人から聞き取ったり、ほかの職員から聞き取ったことを落とし込んだが、違う書式を使うことで生活面での変化や気づく部分も多くあり、利用者の生活を見直すことができた。</li> </ul>

<p>私の姿と気持ちシート ケアプラン支援手順書 チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ケアを行っていく上で、様々な表情が見え、得意なこと、不得意なことが見えてきた。利用者の日々の変化にうれしい気持ちと楽しく行えた。</li> <li>• 支援内容の一つに散歩があり、天気の良い日にテラスで散歩しながら本人の昔話や趣味の話聞き、自分自身も人生の勉強になった。</li> <li>• 作成は責任もあったが、ケアに対しては楽しんで行うことができた。</li> </ul>
<p>ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 何気ない会話の中でも言葉遣いに気をつけるよう意識した。</li> <li>• ケアプランに沿った行動をするべく、意識した声かけをするようになった。</li> <li>• 内容を意識しながら実践することで、利用者の方も安心できたのではないと思う。</li> <li>• 声かけを意識して行うことで前よりも利用者の方とケア中話すことが増えた。</li> <li>• コールが頻回になり落ち着かなくなった場合も、こちらが落ち着き、相手の意見にきちんと耳を傾けたことで、落ち着いてもらえ穏やかな表情をされた。</li> <li>• 大きな声は威圧的になってしまうことを意識し対応した。</li> <li>• 男性利用者への対応については、特に変わりなし。</li> <li>• 女性利用者への声かけについては、乱暴な言い方になったときは、今までよりも我慢強く、丁寧な言い方で接するようになった。</li> <li>• 以前は丁寧な言い方で対応することをそこまでしていなかったと思い当たる場面があったが、意識しながら対応するようになった。</li> <li>• 今までやっていたことでも意識することで、より丁寧にできた。</li> <li>• 以前行っていたときより丁寧に行えるようになった。</li> <li>• 以前から本人が不安定にならないよう声かけをするよう心掛けていたが、今回意識して行ったことにより、対応後の利用者の反応や様子についてもより観察することができた。</li> <li>• 自分自身が優しく声かけし、傾聴することで利用者の反応も以前より穏やかになった。</li> <li>• 抱えている病気に合わせて、ゆっくり話を聞き対応することで利用者の気持ちも落ち着いていた。</li> <li>• 声かけに反応はあるが、あまり話ができない利用者なので、あまり返ってこなかった。</li> <li>• おだやかに対応するようになった。イライラすることが少なくなった。</li> <li>• 根気よく伝える。どうしたら伝わるのかを考える。</li> <li>• 相手の言葉や態度をそのまま受け止めるのではなく、一呼吸おいてから、目や表情を見て対応するよう気をつけるようになった。</li> <li>• 普段から行っていることなので、特に変わったことはなかったですが、ズボンの上げ下げの際、ズボンに手を添えるとすぐに腰を上げてくれるようになった。</li> <li>• 乱暴な言い方になった際、優しく声かけすると笑顔が増えた。</li> </ul>
<p>24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 利用者との会話の幅が広がった。(昔どのような生活をしていたか等)</li> <li>• 危険を伴うと思えば制止する声掛けをしていたが、そういう声掛けをできるだけしないように努めた。</li> <li>• 本人が納得できるような声かけを心掛けることができた。</li> </ul>



## ②利用者に関する情報収集の視点・方法（個別記載／ヒアリング結果）

<p>気づいたことカード</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特に変化ないと感じる。</li> <li>以前より利用者の状態を把握しようと思うようになった。</li> <li>先程と同様に変化に気づこうと、利用者の様子を観察する時間が増えた。</li> <li>前日等の他職員の気づきや申し送りに対する変化に気づき、またコミュニケーション観察が多くなった。</li> <li>前日の様子などを積極的に聞き、また記録から利用者の状態などを把握しようと思うようになった。</li> </ul>
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特に支援課の記録を詳細に確認できたことで、利用者の家族関係やバックグラウンドを把握することができた。</li> </ul>
<p>個別介護計画補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者らしい生活が継続できるように、事故予防を意識して情報収集した。</li> <li>利用者の生活上、できること、できないこと、何があればできるようなる、どこにリスクがあるかを考え、安全に生活が継続できるように職員に周知した。</li> <li>以前よりもさらに詳しく記録をすることで、利用者の1日の過ごし方や行動を意識的に観察できた。また、本人らしく安全に生活するにはどのような関わりを行えば良いのかを考え気づくことができた。</li> <li>職員は利用者のリスクというのを感じとってはいるが、こういうふうにしておこうとまでは行き着いていなかった。同じように認識するために写真に撮っておけば、実際、成蹊園においては人事異動もあり、新しい職員にも見てもらえる、気づいてもらえる資料があるのはいいと思った。</li> </ul>
<p>私の希望シート／ 暮らし方シート／ 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の話に耳を傾けることにより、お互いの認識のずれや、利用者、家族と職員との認識にずれがないかに気をつけるようになった。</li> <li>本人の思い等をより深く知ることを意識するようになった。そのため、会話の内容にも変化があった。</li> <li>感染症対策中で家族からのお話を取り入れることができず、その部分を埋めるのが難しかったため、入所時の情報などから入れ込んだ。</li> </ul>
<p>私の姿と気持ちシート／ ケアプラン手順書／ チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分自身の価値観だけではなく、他のスタッフの意見を聞き、より多い意見を聞くことも大切だと感じた。</li> <li>アセスメントの指導をしてもわかりにくいスタッフが多い中、「私の姿と気持ちシート」はアセスメントしやすいことや、コミュニケーションをとっていききっかけづくりにもなるので、いいアイテムであると思う。</li> <li>利用者本人に本当の気持ちなどを聞き出すことができ、本音はだいぶ違うことがわかり、利用者の気持ちを汲みとれるようになった。</li> </ul>

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 利用者の情報を会話する中で誘導するよう意識した。</li> <li>• 前日はどのような状況だったかなど他スタッフに聞くようになった。</li> <li>• 今回取り組んだ内容だけではなく、ケースを参照しなおすことで、本人の背景を知りながら支援していくことが大切だと改めて思った。</li> <li>• 利用者の方全体をよく観察するようになった。</li> <li>• まずどのような方なのかをよく観察し、他の職員との関わり方をみて、接し方（声掛けの仕方、表情、話すスピード等）を変えるようにした。そうすることで、利用者も優しい言葉を掛けてくれ、笑顔を見せてくれるようになった。</li> <li>• 特に変わらなかった。</li> <li>• 他職員の方々に対応法の確認をした。</li> <li>• より細かな行動等を観察するようになり、その上で対応するようになった。</li> <li>• 他職員の対応の仕方などよく観察するようになった。</li> <li>• 他職員がどのような声掛けをしているか観察したり、本人に聞いたりするようになった。</li> <li>• 他職員がどのような声掛けや対応をしているか等を聞き、良いことは実践するようになった。</li> <li>• 利用者の方の日課の再確認、また対応方法を統一することにつながったと思う。また、全体で行ったことで、チームとしても対応の統一化につながったのではないかと思う。</li> <li>• 他職員はどのように対応しているのか見学し、質問する等し、より多くの意見を取り入れるようにしている。</li> <li>• 対応するにあたり、本人へ指示的な言い方「～してくださいね」「～できますか？」というように、一つひとつ確認しながら行うことが大切だと思った。</li> <li>• みんなと情報共有のためにコミュニケーションをとれるようになった。</li> <li>• 私への欲求が多くなったように感じる。</li> <li>• 声掛けに対するうなずきと行動で伝わっているかを確認することができた。</li> <li>• 前日からの引継ぎや他職員との情報共有を大切にするようになった。</li> </ul>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 直接話を聞くだけでなく、入所当時の記録を読み情報収集を行った。</li> <li>• 引き出せていない情報があるのではないかという視点で関わるようになった。</li> <li>• 再度ユニット職員にケアの方法を聞いてみた。</li> <li>• 各スタッフの介助や援助のやり方が様々であることを改めて痛感した。</li> <li>• もう少し統一したケアのやり方ができるのではないかと感じた。</li> </ul>

### ③利用者への介護実践（個別記載／ヒアリング結果）

気づいたことカード	<ul style="list-style-type: none"> <li>特に変化ないと感じる。</li> <li>特に変わらない。</li> <li>1フロアに35人の利用者がいるため、現状はあまり一人ひとりの対応が深くできないが、対象者の二人に対して、気づいたことカード使うことで、ほかの人より深く対応ができ、何かしら変わったと感じている。これをきっかけに色々なことができるのではないかと思う。</li> </ul>
多職種との一元化 生活支援記録の	<ul style="list-style-type: none"> <li>今までも記録は事実に基づき記入していたものなので、特に変化や影響はなかった。</li> </ul>
計画補足資料 個別介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアプランの目標が達成できるように、行動計画に取り組む上での注意事項や、本人の生活状況を再度確認し、職員全体が共通認識できるように働きかけた。</li> <li>以前と比べ、他職員に周知し様々な視点から記録を記入していただくことで日々の記録が増えケアの充実につながったように思う。</li> </ul>
私の希望 暮らし方シート 24時間シート	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の意向を汲み取り、それがかなうように取り組むことの重要性を再認識した。</li> <li>思いを知ったことで、それを頭に入れて声掛けや介助をするようになった。</li> </ul>
私の姿勢と気持ち ケアプラン 支援手順書 チェック表	<ul style="list-style-type: none"> <li>実践を行い、計画書を作成していることもあり責任感がもてた。</li> <li>他のスタッフへの声かけや自分でも進んで取り組みなどが行えた。</li> </ul>
ケアプラン チェック表	<ul style="list-style-type: none"> <li>全て実践するのは難しかった。</li> <li>ケース記録に目を通すことが増えた。</li> <li>常に心掛けて実践することが大切だと感じた。</li> <li>利用者の方の今の状態を考え、どうケアを行ったら最も快適に過ごせるのか、改めて考えるようになった。</li> <li>介助に対し協力的になってもらえたことで、お互いにプラスになることが増えた。</li> <li>特に変わらなかった。</li> <li>一日を振り返り、次の日はできるように頑張ろうと思った。</li> <li>過去の記録をチェックする等、見返すことが多くなった。</li> <li>細かい変化に気づいた。</li> </ul>

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 実践してみて、今まで実践していたことをもう一度再確認でき、きちんとできるようになったと思う。</li> <li>• 支援の中において必要とする面の再確認になったため、本人がどういう状態か、より細かく記録することができる。(同様の声かけで本人がどう行動してくれたか等)</li> <li>• 利用者が自分自身でできることはできるだけやってもらい、介助が必要なときは優しく声かけで行うよう意識するようになった。</li> <li>• チェック表に記入することで、次は気をつけようとか、うまくできた等再確認できる。</li> <li>• 利用者の色々な情報を得れて、利用者本人に合った介護をできるようになった。</li> <li>• 気持ちが穏やかに過ごせるようになった。</li> <li>• 行動観察の大切さを思い出しました。</li> <li>• 冷静に気持ちを落ち着いて、相手に引き込まれないように対応することで、相手の心の乱れが小さくなる気がする。</li> <li>• 改めて利用者の機能低下がみられたり、気持ちが不安定なときが多いことなどを見つげられた。</li> </ul>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 入浴時間の見直し。</li> <li>• 職員みんなが「24時間シート」を共有することで、やり方を統一したことで、利用者が落ち着くことにつながった。</li> </ul>

#### ④新たな気づき（個別記載／ヒアリング結果）

<p>気づいたことカード</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特に変化ないと感じる。</li> <li>特に変わらず。</li> <li>お風呂担当職員がお風呂の温度が高めのほうが好きであることや、レクへの参加が消極的だったが習字には積極的に参加していることなど、新しい気づきがあった。</li> <li>様式は違うが、フロア内で情報を共有できるシステムをつくり、それには同じように気づいたことを書くようにはしていた。ただ一人をずっと見ているわけにはいかないため、各々気づいたことを書いて、それを全員見るようにしている。職員は気づきに対して意識的に気づこうとする努力はしていると思う。</li> <li>フロアが変わらないので、気づきを見つけるのにかなり時間がかかった職員や、3日同じ出勤だと書くことがないという職員もいた。1日1枚は大変だったと思う。何でもいいと言ったものの、何でもいいことがまた負担だったのではないか。どうしてもみんな介護目線になり、ケース記録のようになってしまった職員もいた。</li> </ul>
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各課の記録を色分けすることで、記録の区別が付き、わかりやすかった。</li> <li>記録を色分けしたことで、一元化していく中でもすぐに記録の見分けがついた。</li> <li>期間中に亡くなられたため、続いて新規入所の方を対象にして新たに始めた。この方は状態が落ち着いていたため、ほかの課の記録が特に介入してくることはなかった。これもやってみてわかったということである。</li> </ul>
<p>個別介護 計画補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>これまでも「個別介護計画補足資料」と似た情報発信はあったが、書式としての管理ができていなかった。必要な情報を資料として管理することで、統一したケアの充実につながると感じる。</li> <li>今回の取り組みを通して、改めて自分自身のケアの方法を見つめ直すきっかけになった。</li> </ul>
<p>私の希望 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>書式は違うが行っていることは同じだと思うが、違う書式を利用することで新たに気づく部分もあり利用者の生活を見直すことができた。</li> <li>「24時間シート」等は普段使用しているものなので、改めて1日の生活リズム等を意識できた。</li> </ul>
<p>私の姿勢と気持ち ケアプラン 支援手順書 チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>取り組んだ書式や仕組みは自分でも計画をするにあたって、わかりやすくほかの職員に説明するのにも、使いやすかった。</li> <li>利用者は内向的だと思い込んでいたが、「支援手順書」によって積極的に職員が関わることで、利用者自身も活動に対して積極的になった。</li> </ul>

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 対応について再確認できた。</li> <li>• 利用者に関わることができていないことがあり、少しでも時間があれば、声掛けやケアプランに沿ったサービス提供を行っていこうと思うようになった。</li> <li>• チェック表に記入しなくても、一つひとつの支援の前後で適切だったかを心掛けていこうと思った。</li> <li>• 毎日の取り組みの反省ができるところ。</li> <li>• きちんとした声掛けを徹底することで利用者のできるが増え、喜びを感じていただくことで、穏やかな生活へつながっていくのではないかと思った。</li> <li>• 利用者を今まで以上によく観察しようと思うようになった。</li> <li>• いつも行っていることを改めて確認できた。</li> <li>• 1日を通して全てケアプラン通り行えないと感じた。</li> <li>• 書き出すことでその日どのくらい関わっていたかわかった。</li> <li>• 忘れがちな対応もあったので、再確認できた。</li> <li>• 自分の行う支援の統一化を図り、利用者への対応と本人の様子をチェック表に記録することで、本人の些細な変化がわかりやすい。また変化があった際の自分の対応が適したものだったのかを再確認できる。</li> <li>• 毎回気をつけていくことを改めて確認しながらケアを行うようになった。</li> <li>• 利用者それぞれ対応方法が違う。</li> <li>• 自分の振り返りや利用者の様子が、振り返ることで状態が以前よりわかりやすくなった。</li> <li>• 個々の合わせたアプローチの仕方に留意する。</li> <li>• いつも何気なく対応していることも意識して取り組むようになった。考えながら対応するようになった。</li> <li>• 必ずしもその日1日を通してケアプランを全て行えているわけではないと感じた。</li> </ul>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 本人様の好みを勘違いしていた。パンにジャムを必ず塗るのかと思っていた。</li> <li>• スタッフが介助を行いすぎていると感じた。</li> <li>• できることを奪ってしまっていることがわかり、気づけた。</li> <li>• 意外とこだわりがあること等、文章として表すとわかりやすかった。</li> <li>• 本人ができることの援助ができてなかった。</li> <li>• 他のスタッフからも「24時間シート」に付け加えてもらうことで、互いに利用者の援助に気づくことができた。</li> </ul>

## ⑤他の利用者への応用・拡大の必要性（個別記載／ヒアリング結果）

<p>気づいたこと カード</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 応用・拡大はあっても良いと感じた。</li> <li>• 新規利用者や特変者、ケアプラン変更者等今後ケアする上で変化、気づきを出勤職員が残すことは必要。</li> <li>• 今回は二人だからできたが、職員 13 人が毎日いるわけではないため、全利用者 35 人にできるかといったら、できるとは言い切れない。</li> </ul>
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ケアプラン（介護過程）を展開していく上では、各課もそれぞれのケアプランを把握する必要がある。</li> <li>• 利用者それぞれの記録内容に厚みを出すという意味では、ケアプラン（介護過程）の実施とは違うが、他利用者でも行ってもいいと思う。</li> </ul>
<p>個別介護 計画補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 今回 1 名の方を対象に実践したが、この期間中にフロアの役職者には、同様の書式が必要な利用者にはアプローチしてもらいたいと伝えた。今回の取り組みのような書式は必要であろうとの反応が聞かれている。</li> <li>• 書式を通して、言葉だけでは伝わらない細かなケアを写真があることでより充実したケアが行えると思い必要性を感じた。</li> <li>• 現場の 3 名のリーダーと話していく中で、この方をつくったらどうかというのが私からもありますし、現場のリーダーのほうからこの方で作ってみようかなということも聞かれている。一個の事例ができると、この人でやってみたいというような考えにつながってきていると思う。</li> </ul>
<p>私の希望シート 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• これを全て同じように行っていくことは時間的にも業務的にも難しいと感じたが、利用者の変化や更新すべきことに気がつき、取り入れたい部分もある。</li> <li>• 実際に一人ひとりに同じようにシートを記入していくことは難しいと思うが、利用者を改めて知る機会となった。</li> </ul>
<p>私の姿勢と気持ち ケアプラン支援手帳 チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 他の利用者への応用・拡大の必要性を感じた。利用者の様々な様子もわかり、本人のやりたいこと、苦手なこと、何を考えているかなど引き出せるきっかけにもなると思う。生活の質のアップにもつながると思う。</li> </ul>
<p>ケアプラン チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 他利用者へも応用できる。</li> <li>• 必要性を感じました。</li> <li>• 自分がどれだけその利用者に関わることができているかがわかるので、今後他の利用者への取り組みも必要だと思う。</li> <li>• 個々に短期間でもいいので、このような実践を行っていけば、よりケースのケアプランを認識し、より良い支援の統一へとつながっていくのではないかと思った。</li> <li>• 利用者の方が快適に生活できるように支援していけるようになっていく。</li> </ul>

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 何でも介助するのではなく、できることはやってもらうことで、本人のやる気を損ねることなく、残存機能を活かせ、さらに活動量の増加を望めると思う。</li> <li>• 気をつけてケアに入るようになったと思うので、他利用者の方にもあればいいと思う。</li> <li>• 他の利用者にも応用・拡大することで、自分でできることはやってもらい、生活の向上やリハビリにもつながると感じました。声かけの仕方一つで、利用者は落ち着きを取り戻せるので、応用していきたいと思う。</li> <li>• 精神的に不安定な方や訴えない利用者（状態によく変化がある方）、また日常的な変化がよくあるにも関わらず、通常のこととして見られがちな方に有効なのではと思った。</li> <li>• 担当利用者以外の利用者のケアや今回ケアプランチェックをした以外の利用者のケアについても改めて見つめ直す必要があると感じた。</li> <li>• 利用者それぞれで違うので、本人に合った介護を行う必要がある。</li> <li>• 多少あっても良いと感じた。</li> <li>• 日々の支援の中でも、既に実施されていることもある。</li> <li>• ケース担当として自分の受け持ち利用者だけでなく、あたりまえに施設の利用者への配慮、ケアプラン以外の応用も必要だと感じた。</li> </ul>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 必要であると感じる。なぜなら、利用者の好みや生活を勘違いしている可能性があるため。家族の意向等も再確認できる。</li> <li>• 必要性を感じる。</li> </ul>



## (2) B チームケアにおける変化・影響

### ① チームにおける目標や課題の共有（個別記載／ヒアリング結果）

<p>気づいたこと カード</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 取り組みを行うことで、目的・目標を考える、良いきっかけになったと感じる。</li> <li>• 対象利用者の状態の変化や様子を話す機会が増えた。</li> <li>• 1週間気づいたことカードをそれぞれ書いてみたが、まだみんなが全部読んでいない状態なので、共有までいっていない。</li> </ul>
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• より一層、情報共有を行っていく難しさがあった。</li> <li>• 日々のケアにおける課題においては共有がより一層図りやすくなっていたと思うが、ケアプランに関しては、特別な変化・影響は感じられなかった。</li> </ul>
<p>個別介護計画 補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「個別介護計画補足資料」の内容から、利用者の病歴やADLを再認識し、ケアプラン目標が達成できるように、細かな関わりの必要性を共有できた。</li> <li>• 目標や課題を共有してはいたものの、記録として残っていないことが見受けられた。</li> </ul>
<p>私の希望シート／ 暮らし方シート／ 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 暮らしを見直すというユニットの目標があり、チームとしてそれを再認識することにつながった。</li> </ul>
<p>私の姿と気持ちシート／ ケアプラン支援手帳／ ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 積極的にスタッフが協力し、責任を持って実施できていた。</li> <li>• 以前からスタッフの連携は取れていたが、今回色々な情報や利用者の変化も教えてもらうなど、一段と連絡はとれていた。</li> </ul>

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• みんなで協力体制ができると思う。</li> <li>• 課題を共有することで同じ方向、同じ目的に向かっていいと思う。</li> <li>• 以前よりも支援が統一し、実践されたと思う。</li> <li>• 目標を決めて介助することで、同じ目標に向かって支援することができ、ミーティングなどでも反省点や気づきが出てくる場所。</li> <li>• 他の職員がどのように接しているか観察することで良い方法を知ることができ、また、情報共有することで統一したケアができる。</li> <li>• 特に変わらない。</li> <li>• 前より職員同士での声かけが増えた。</li> <li>• 情報共有することで、より良いケアができると感じた。</li> <li>• みんな意識してできていた気がする。</li> <li>• 職員一人ひとりがきちんと行えるようになった。</li> <li>• チーム全体で利用者へのケアの考慮すべきポイントを確認でき、全体で統一した支援を行える。</li> <li>• 全員が状況をしっかり観察、把握し、全体に共有することでより安全に過ごしてもらえるようになった。</li> <li>• チェック表を行うことで都度意識して取り組める。</li> <li>• その日の目標を達成できるようにみんな頑張っていた。</li> <li>• 他の人の対応方法で、上手くできている所は真似して、共有するようになった。</li> <li>• 一人ひとりが声に出して、ケアを行っているかの確認をしていること。</li> </ul>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ユニットリーダーとして、他のスタッフからの話をよく聞けるようになった。</li> <li>• 自分から情報を発信していなかったことに気づいた。</li> </ul>

## ②チームメンバーの関係性・関わり（個別記載／ヒアリング結果）

<p>気づいたことカード</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者について自然と話題にあがることもあり、チームとして一つの物事に取り組んでいる意識があったと感じる。</li> <li>取り組み前に比べて対象の利用者の話をする機会が増えた。</li> <li>利用者の表情、行動の変化に気づき、他職員へ申し送る流れができた。</li> <li>対象利用者のことに対し、情報を共有する時間が増えた。</li> <li>日頃から言い合える関係性ができており、変化があったならばそれを取り入れようという環境にはなっていると思う。</li> </ul>
<p>生活支援記録の多職種との一元化</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>記録を一元化したことで、経験の浅い職員などは、実際に他部署の記録をすぐに閲覧でき、他部署特有の利用者へアプローチが確認できた。</li> <li>ケアプランの内容が、その生活の中で行えるようなものが主となっており、介護課のほうがメインで行っている。特に医療的なものとかそういう処置とかそういうところも現在は介護課で記録している。もし、他課が関わって、ケアプランの展開となっていくということであれば、他課でも把握をしていけば、より一層、初期の内容などもっと詳しいものがその記録の中に入っていくと思う。</li> <li>医務課の薬の変更を記録に残したので、そういう面では記録を遡るときにタイムラグが生じず、その場その場で私たちも確認ができていているという意味ではすごく有用性のあるものだと思う。</li> </ul>
<p>個別介護計画補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「個別介護計画補足資料」を作成したことで、情報共有され統一したケアにつながった。ケアプラン・ケース記録も、担当職員以外も関わるようになり、内容が濃くなった。</li> <li>目標は同じでも、職員個々のアプローチを増やしていくことで違った気づきが増える。</li> <li>今回は期間も短かったので、広い面ではほかの職員にこういうことをやっているということを伝えにくかった。ユニット内とかで情報をもうちよっつと詳しく共有できたら、この記入の仕方も変わったとは思う。</li> </ul>
<p>私の24時間希望シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の情報共有の必要性を感じた。情報共有をすることで必要なケアを見つけやすくなり、共通の目標に向かうことができると思う。</li> <li>職員間のコミュニケーションが増えたように思う。</li> </ul>
<p>私のケアプラン支援手帳表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>今回の実践を行うことで、チームで話し合い、色々な意見をもらい、利用者の変化にも気づけた。</li> <li>これらのシートがあると、何をどうするのか、本人の思いなどが、他の職員にもわかりやすく伝わると思う。</li> <li>実践する前に「私の姿と気持ちシート」と「支援手順書」を一人ひとりに口頭で、シートをみせ説明し、ほぼ全職員に声をかけた。途中経過では、他の職員にも声をかけ様子を聞くと、今日は落ち込みがひどいから実践できなかったということも聞き取れた。</li> </ul>

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 情報共有ができた。</li> <li>• スタッフ間の声かけや情報共有ができていた。以前より密な会話ができきたと思う。</li> <li>• 特に変化は感じなかった。</li> <li>• 細かく情報共有することで、職員一人ひとり利用者の変化に気づける。</li> <li>• 「こういうときはこうした方が良い」等、みんなが同じ方向に向かって取り組めたと思う。</li> <li>• 特に変わらない。</li> <li>• 声を掛け合うようになった。</li> <li>• 声かけや細かなことでも情報を共有するようになった。</li> <li>• 利用者への対応の仕方の勉強になった。</li> <li>• チームワーク・連携の再確認ができた。</li> <li>• チーム全体でケアを確認、共有することで、利用者に対しても共有した目標を持つことができ、連携した支援につながる。</li> <li>• 情報共有することでスムーズなケアが行えるようになった。</li> <li>• 統一した対応方法で関わることで、課題が見えてきたり、情報共有がスムーズに行える。</li> <li>• 一つになって良かった。</li> <li>• セッションできるようになったと思う。</li> <li>• 情報共有が必要であると実感した。</li> </ul>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「24 時間シート」を作成するにあたって、利用者のちょっとした好みやできことを話すことが増えた。</li> </ul>

### ③チームでの介護実践の充実・変化（個別記載／ヒアリング結果）

<p>気づいたこと カード</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>記録に残すということを改めて意識する機会だったと思う。</li> <li>他職員が気づいた情報をケアに活かしていこうという意欲が増した。</li> <li>まだ、1週間実施しただけで、もう少し時間を取ってみんなで会議をする必要があると思う。</li> </ul>
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護課内での介護過程の実施という点では、特に変化はないが、他課が介護過程の記録を残すとなると、他課も介護過程の内容を把握しなければならないと感じた。</li> <li>ケアプランの内容自体が、介護課が主となるものが多いため、他課におけるケアプランへの関わりにおいては、あまり変化・影響は感じられなかった。</li> </ul>
<p>個別介護計画 補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>転倒等の事故リスクがある利用者でありましたが、この期間ヒヤリハットや事故報告があがっていない。リスク回避の意識が職員に広がった。</li> <li>今回担当した利用者の行動パターンを意識して観察するようになり、事故の予防やリスク軽減につながった。また、今回の取り組みを通し他の利用者へも通ずるところがあった。</li> </ul>
<p>私の希望シート 暮らし方シート 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者との関わりが多くなるだけでなく、情報収集と情報共有をすることで、職員同士のコミュニケーションが多くなった。担当の思いがチームで共有でき、チームワークの向上につながると感じた。</li> <li>利用者の情報や思いをチームで共有することで、共通したケアを行うことができた。</li> <li>どのような思いを持っているのかを共有してケアを行うことにつながったと思う。</li> </ul>
<p>私の姿と気持ち 支援手順書 ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>色々なスタッフが関わることで、一つの課題でも何をどのようにしたらいいか？スタッフ自身考えることもあり、スタッフ自身の向上にもなっていた。</li> </ul>
<p>ケアプラン チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>チームで声を掛け合って、業務にあたるようになった。</li> <li>他のスタッフの声がけや行動にも耳を傾け、目が向くようになった。</li> <li>みなさんケアプランに沿って支援されていたように思う。</li> <li>声を掛け合いながら今行っているケアの状況を伝え合うことでスムーズに業務ができる。</li> <li>意識して利用者へ接したことで方向性が一致し、利用者も安定した介助を受けられるようになった。</li> <li>特に変わらない。</li> </ul>

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 対応の仕方等について情報共有ができた。</li> <li>• 細かな気づきが記録等を通して大切になってくると感じた。</li> <li>• 上手な声かけの仕方など共有できたと思う。</li> <li>• 今まで以上に利用者に目を向けるようになったと思う。</li> <li>• 利用者のケアを行うことで、より本人にも活かせるため、良いと思う。また、一人ではなく、全体として行うので、チームケアとして充実すると思う。</li> <li>• 他利用者への実践も今まで以上に意識して行えるようになった。</li> <li>• 一つになってやることで、チームの連携が良くなった。</li> <li>• 情報共有を積極的に行えていると思う。</li> <li>• 小さな気づきが利用者の健康状態や日々の生活の質を変えていくので記録などが増えた。</li> </ul>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 他スタッフの介助方法を知ることでもでき、介護実践の幅が広がった。</li> <li>• 利用者に対してスタッフが先にやってしまうことが多くあったと気づいた。</li> </ul>

#### ④他の利用者への応用・拡大の必要性の共有（個別記載／ヒアリング結果）

<p>気づいたこと カード</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>チーム内ではある程度できているが、改めて意識する機会になったと感じる。</li> <li>つながりました。</li> <li>今は、自分たちでつくったファイルをみんなが見る癖をつけている段階で、ファイルがどの程度影響するのかを見極めてから導入してもいいかと思う。</li> </ul>
<p>生活支援記録 の多職種との 一元化</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報の一元化という点では、他利用者への応用も必要だと感じた。</li> </ul>
<p>個別介護計画 補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>今後、他利用者においても書式の導入を検討しても良いのではないかと考えられる。必要な利用者から随時導入していこうと考えている。</li> <li>一目で情報が得られるため、他利用者の方にも同じような書式が必要だと考えられる。</li> </ul>
<p>私の希望シート／ 暮らし方シート／ 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者一人ひとりを全員が同じように理解するために必要なことをチームで共有できた。</li> <li>利用者の方を知り理解することの大切さを共有できたので、他利用者の方への必要性も共有できたと思う。</li> </ul>
<p>私の姿と気持ちシート／ ケアプラン手順書／ ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>チームでやることの大切さを感じた。</li> <li>他の利用者にも実施したほうがいいと思う。しっかり書面にし業務に入れることで多くの関わりが持てると思う。利用者のやれることやれないこと等を引き出すことができ、利用者の生活もアップすると思う。</li> </ul>
<p>ケアプラン チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>つながっていくと思う。</li> <li>「ケアプランチェック表」の内容を心掛けることで、チェックしないよりも統一した支援ができると思った。</li> <li>なんでも声を掛け合い、利用者の方の情報共有することで業務がスムーズに行える。</li> <li>良い点、悪い点が見えてくることで、利用者一人ひとりにとって最も合った介助が受けられるようになって感じた。</li> <li>利用者のケアを行う中で、業務が優先されると利用者の精神的な支援や自立支援に関わる声かけや対応が不十分になることがあると思うため、簡単なチェック方式で意識づけにつながることは良いと思う。</li> </ul>
<p>24時間 シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>少しつながった。</li> <li>寝たきりや自分の気持ちが言えない利用者にたいしての「24時間シート」は、介護支援などどのようにしたらいいか難しい気がする。</li> </ul>

### (3) B その他 (個別記載／ヒアリング結果)

#### ①良かったところ・難しかったところ (個別記載／ヒアリング結果)

<p>気づいたこと カード</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 難しいことではなく、書式も簡単で取り組みも負担になるものではなかった。</li> <li>• 今回は限定した二人に関して、いつもより深く実施できたというのは良かったと思う。お風呂のこととなど新しい気づきがあった職員はいたが、ほとんどの職員は何を書いたらいいか毎日似たりよったりのことを書いたり、毎日同じことを書いていたり、そういうところは難しかったのではないと思う。</li> </ul>
<p>生活支援記録の多職種との一元化</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 他部署の記録を詳細に確認できたところは、ケアに幅が出るという観点では良い。</li> <li>• 一方、介護課にはあまり必要としない情報も記入されることがあるので、実際に記録の一元化を図り、介護過程へ取り組むという観点では、各課にも介護過程に関しての記録を書いて頂くよう、協力を仰ぐ必要があると感じる。</li> <li>• 他部署間で記録を共有した際に、記録時間が重なると打ち込めないことも出てくると思う。</li> <li>• (当該施設はワードベースなので) 他にワードを開き、後でコピペするなどのひと手間を伴う作業も生じると感じる。</li> <li>• 当該施設では一元化はやっておらず、介護課がメインの記録になっている。取捨選択の点では他の課の職員にも理解をしてもらい、一元化していく記録を残す理解がまず生じてくると思う。定着するまでには難しいと思う。</li> </ul>
<p>個別介護計画 補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「個別介護計画補足資料」は、写真を取り込んだ物であれば、一目で理解できる資料となる。課題となることは、PCが苦手な職員もいるので作成手順等の周知も必要。</li> <li>• 写真等を貼付することにより、より利用者一人ひとりのケアの方法がわかりやすくなる。</li> <li>• 書式を作るまでにPCの使い方が難しい場面がある。</li> </ul>
<p>私の希望シート 暮らし方シート 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「私の希望シート」は、利用者、家族、職員の情報がわかりやすく良かったと思う。</li> <li>• 利用者の情報を改めて再確認することができた。「暮らし方シート」の家族からの希望の欄は、情報として持っていないことが多くわからない部分があった。</li> </ul>
<p>私の姿と気持ちシート 支援手順書 ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• わかりやすくてまとめやすかった。たいへん良かった。ターミナルケアはうまく聞くことができなかった。</li> <li>• 利用者こんなことができるかなと考えるのが楽しかった。</li> <li>• 「支援手順書」は、時間とやること、サービス手順がしっかりわかれて書いてあり、わかりやすかった。</li> <li>• 実施を行った上での評価は、私自身もほかの職員も利用者に関わることが増えたことが良かったと思う。</li> </ul>



<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">ケアプラン チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ケアプラン一つ一つを意識してケアを行うことができた。</li> <li>• チェックするだけの様式だったので、取り組みやすかった。</li> <li>• その日のうちにチェック表への記入ができない。</li> <li>• ○、△、×のチェックの着眼点がわかりやすい方が良かった。</li> <li>• 書式としては、記入しやすいと感じた。</li> </ul>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間 シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「自分でできるけどしていないこと」という項目は、どれだけ利用者の自立力を奪ってしまっているのかを再確認することができたため、良かったと感じる。</li> <li>• 内容をどこまで記入したら良いのかが難しかった。</li> </ul>

## ②効率性や生産性の向上について（個別記載／ヒアリング結果）

<p>気づいたこととカード</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日々の変化に気づけることで状況に応じた対応がスムーズにできると感じる。</li> </ul>
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各部署によって色分けしたことで、一目でどの部署の記録かが追えた。</li> <li>何か情報を拾いたいときに、記録の一元化を図れば、そのデータだけを確認して済ませられるので、効率化につながった。</li> <li>他課からの情報を介護課が一貫して記録することが必要なくなれば、効率性はとても良くなると感じる。情報共有のタイムラグがなくなることで、ケアの方向性も考えやすくなると思われる。</li> </ul>
<p>個別介護計画補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>視覚障害のある利用者であるため、本人にとっても生活しやすい環境が整った。事故リスクの回避は利用者の負担軽減だけでなく、職員も事故リスクへのプレッシャーや、事故が起きてしまった場合の対応が減少し、効率性・生産性も向上されると思う。</li> <li>言葉で伝えるよりも効率化されていると感じた。</li> <li>職員一人ひとりが疑問に思うことが減り、誰が見ても同じケアを行える。</li> <li>即座に実践することができるため、生産性があると思った。</li> <li>本人らしい生活を送っていただきたいという部分を考えると、生活しやすい環境を整えてあげたい。事故リスクがなくなるということは、本人の生活水準も上がるということと、あと、職員に関しても、関わっていく中で事故に対するプレッシャーであったり、事故が起きてしまったときの対応という部分を考えると、効率性も生産性も上がっていく。本人にとっても、私たちにとってもあがっていく内容を入れ込んだ形に今回はなったと感じている。</li> </ul>
<p>私の希望シート／ 暮らし方シート／ 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員異動などでは効率よく情報を取り入れられると思う。</li> <li>変化する部分もあるので、定期的に更新していき、活用できると良いと思う。</li> <li>情報の更新等は時間的にやっていくことができないのが現状で、それが「24時間シート」やアセスメント、情報更新の課題だが、記録をする時間の十分な確保があればできるのではないかと思う。</li> <li>当施設は「24時間シート」に結構力を入れてやっている部分があった。最初に、みんなに重要性をたたき込んで、みんなの共感を得られればつくれるが、それを継続していくというのがとても難しい。</li> </ul>
<p>私の姿勢と気持ちシート／ ケア支援手順書／ ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>言葉で伝えるようだ今回のケアに関してうまく語れなかったと思う。</li> <li>書式を使用することでだれでも理解しやすかった。</li> </ul>

<p>ケアプラン チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 普段ケアで落としがちになっていることを表にして意識すれば効率があがると思った。</li> <li>• モニタリングの際の情報収集がよりわかりやすく、やりやすくなると感じた。</li> <li>• 経験年数が浅い職員であっても、チェック表を活用することでのチームケアが強化され、効率性、生産性が向上すると思う。</li> </ul>
<p>24時間 シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 特に変化なし。</li> <li>• 「24 時間シート」をどこに置けばみんなの目につくのか、またユニットに手伝いで来たスタッフに、これを見たらすぐわかるよと言えるくらいのシートにできればいいと思う。</li> </ul>

### ③個別介護計画／施設サービス計画への影響（個別記載／ヒアリング結果）

<p>気づいたこと カード</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>プランの実行は最低限の役割、プラン以外でできる。</li> <li>自分らのできる範囲でケアプランに沿ってケアをしている。今回例えば習字の気づきがわかったことから、日中の活動量やレクへの工夫については今後深めていきたいと思う。</li> </ul>
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特になし。</li> <li>現在のケアプランは介護課が主となる内容が多く、他課からの関わりはほとんどないが、記録の一元化が現実化となれば、もっと広い視点でのケアプラン立案が可能となってくると思う。</li> <li>アセスメントを行うときに、他課の記録が一元化で見られるということは、今まで以上に介護過程やケアプランの立案に関しても、もっと広い視点で立案ができるのではないかと思う。他課の記録を見てまでの立案は難しいところでもある。記録を通して問題や検討課題をみつけ、ケアプランの幅を広げるという意味では必要だと思う。</li> </ul>
<p>計画個別介護 補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>当該施設においては、個別介護計画と施設サービス計画（ケアプラン）が同一の物になってしまっている。</li> </ul>
<p>私の希望シート 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>担当だけではなく、共有することによりケアが統一されて、目標に近づくことができると思う。</li> <li>担当だけでなく全体で共有することも大事だと思った。</li> </ul>
<p>私の姿勢と気持ちシート ケアプラン支援手順書 チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>その人なりのその人らしく生活を送れるように支援すること。</li> <li>その人の状況の把握にもつながる。生活の質UP。</li> </ul>
<p>ケアプラン チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個別支援になっている</li> </ul>
<p>24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアプランは、例えば穏やかに生活できるや転倒がないようにというプランだが、スタッフが転倒しないように見守ることや声かけや周りの環境を整えていくために、「24時間シート」に記載することで支援ができていくと思う。</li> </ul>

#### ④介護福祉士の役割について（個別記載／ヒアリング結果）

<p>気づいたこと カード</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 専門職として情報の発信、経験の還元。</li> <li>• 13人全員が介護福祉士ではないため、介護福祉士は知識や経験を伝えたり、逆に介護福祉士が資格がない職員の目線を勉強させてもらうという相互の関係、そういうのを現場でも活用をし、介護福祉士の考えだけにこだわらないようにはしていきたいと思う。例をあげると、最近入ったこれまで全然介護に携わったことのない若い職員がお風呂の温度に気づいた。介護福祉士の資格や経験年数が長い職員のほうが、正直何を書いているのかわからない状態だった。まっさらな子が、例えばお風呂の温度は高いほうがいい、何かギョーザは嫌いだったなど、正直言って経験年数が長い職員が思いつかないことや見つけられないことに気づいたことは勉強になっていると思う。</li> </ul>
<p>私の希望シート／暮らし方シート／24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 介護過程を実践していく上での、旗振り役を担っていると考える。そのためには、各利用者の介護過程を把握し、明確化していく必要がある。</li> <li>• チームケアにおいては、入居者に一番近い距離で日々の生活や体調、様子の変化に気づくことができる位置におり、ただ生活援助をするのみが役割ではないと考える。入居者の変化に伴い、柔軟なケア方法の検討、それを踏まえた介護過程の計画立案、実施、評価を広い視野で行っていくことで、入居者の生活の質を向上させていくことができる。</li> <li>• 介護福祉士は利用者の一番近くで生活に関わり、利用者の生活への希望、日々の状態の変化に気づき、多職種との連携を図り、ケアの充実につなげる役割を担っている。</li> <li>• 介護福祉士としての専門的な知識や気づきは介護過程実践において重要である。</li> <li>• 介護福祉士としての専門的な知識や視点を持っていることが必要だと思う。</li> <li>• 専門知識を持った上での根拠を持ったケアができるというのが一番大きなところだと思う。そこに尽きると思う。</li> <li>• 入職してリーダーになって、主任になってという流れで、自分の部下がついてくる辺り、また、実習生と関わる場面が多くなってきた中で、自分の発言には責任を持たなければいけないというところ。その裏には根拠になるものをしっかり持って伝えられないといけないのが、介護福祉士の役割だと思う。</li> </ul>
<p>私の姿勢と気持ちシート／ケアプラン支援手帳／チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 知識や技術など介護職員、後輩への助言や指導、介護実践において、根拠に基づいて計画書を作成、多職種連携を取り、チームへ言葉を発信する。</li> <li>• 同じ介護福祉士でもキャリアだけ、年数だけで、学びを深めていない、利用者を見ていない職員に対して、利用者のためにどのようなケアが必要かを考えられるようにするのが課題である。</li> </ul>
<p>ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 専門性をより意識した支援力、援助力が求められる。</li> <li>• 職員間だけでなく、利用者間でもお互いを認め合い、高め合えるような意識が必要。</li> <li>• 日々の業務に追われる中でも、スキルアップへの向上心が必要。</li> </ul>

## ⑤介護過程推進のために、なくてはならない視点や取り組みへの気づき

<p>気づいたこと カード</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>気づきでは、排泄に関して、対象者はおしっこの訴えがあり、実際にはおしっこは出ないが、トイレに座れていた。それなりに本人は納得して落ち着いて、あとは夜も眠るようになったことにも気づいた。</li> </ul>
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各課でそれぞれの記録を記入しており、情報を拾う際には、各課のデータから拾う手間があったが、一元化することで、その手間は減ると思う。一方、各課が特筆すべき内容も一元化された記録の中に取り込まれているので、介護課に直接関係をもたない情報量が記録の中に増えていくと考えられた。</li> <li>また、介護過程への評価という点では、介護過程自体が、介護課がケアの中で行っているものであり、現状、他課が直接関わることも少ないため、他課が介護過程への記録を残すことは少ないと思う。よって“評価”へのプロセスも、今までと大きな変化は見られないと考える。また、他課は他課での特筆すべき記録もあるので、他課が介護過程へ介入していくのも、難しいと考えられた。</li> </ul>
<p>個別介護計画補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者に統一したケアの提供が行えるように情報収集だけでなく、情報共有、情報発信できる環境が必要。</li> <li>日々のケアの中で利用者一人ひとりの身体状況に合わせ、その人の考えや思いを知り理解することが重要だと改めて考えさせられた。また、その人らしさを尊重していくことが大切だと改めて感じた。</li> <li>今後取り組んでいくのであれば、記録の一元化や補足シートが、一番手っ取り早く、施設としてないといけない書類になっているので、そこに乘せていくというのが一つだと思う。ただ、更新とか最新の情報にしていくというところが、絶対に課題として残るだろう。更新する時間とか記録の時間があればいいが、人材不足や、日々利用者に向き合って直接やってあげたいところが出てしまうと、この記録が根拠となってケアが向上していくというのはわかるが、今目の前に利用者があるんだからと思う職員もいる。その教育というのもまた必要になってくるとすごく感じた。</li> </ul>
<p>私の希望シート 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の価値観を理解し、その人をどうしてあげたいのかと思う気持ちを持つことが大切である。</li> <li>一人ひとりの利用者の方々をよく知り、理解していくことが大事だと感じた。</li> </ul>
<p>私の姿勢と気持ちシート ケアプラン手順書 チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者を観察すること、変化に気づくこと、利用者の気持ちを理解できているか？</li> <li>気づきについては、チーム連携の大切さを知った。課題については、色々なスタッフが関わることにより様々な視点から見ることができ、より良いケアができたと感じた。</li> <li>利用者に対して生きがいを持った活動とは、どういった活動をしてあげたらいいのだろうと考えられるようになった。今まではスルーしていたことに気づいた。</li> </ul>

<p>ケア プラン 表</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 利用者の希望や将来への目標への視点のための気づきができるかどうか。</li> <li>• ポジティブプランに目を向けられるかどうか。</li> </ul>
<p>24 時間 シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 自分と同じように好きなものがあり、嫌いなものがあり、こだわりがあることを忘れずにいること。</li> <li>• スタッフが「24時間シート」をつくらされていると感じないように、意味、介護過程を理解してもらう必要があるので、理解してもらうまでに時間がかかると思う。</li> <li>• 利用者の想いや家族の想いを肌で感じその想いを統合して、利用者のなりたい姿を想像できるのは介護職でしかないと思っている。誇りを持てるような日ごろのケア、仕事の内容や個別介護計画を通して知識や技術等を身につけていきたいと思う。</li> </ul>

## 4 効果検証のまとめと考察

### <効果検証の報告にあたり>

効果検証では、5施設に実証的取り組みをしていただきました。本年度は新型コロナウイルス感染症拡大もあり、介護現場は「日々薄氷を踏む」という状況の中、依頼を快諾し、予想を超える大勢の方が向き合ってくださいました。皆様に心より感謝を申し上げます。

### (1) A 実践事例調査対象施設に対する効果検証

A実践事例調査対象施設（以下、A施設）は、既に介護過程実践に取り組んでおり、事例発表に際して自施設の介護過程についての振り返りを行い、課題整理の機会があった。また、他の事例発表に同席を可としており、様々なリフレクション効果を得る機会があったと言える。これを踏まえて、A施設へのヒアリングから介護過程実践の深化に向けた考察を行う。

#### 【介護過程に対する考え・意識への変化】

A施設は、他の事例発表を視聴して意見交換を行うことを通じて、介護過程についての多様な考え方、運用方法や取り組みがあることに気づいたということをあげている。自施設で介護過程実践に取り組んではいるものの、普段から他施設の取り組みと比較するという機会は多くはない。多様な介護過程実践を知ることで、介護過程実践そのものの輪郭がより明確になり、深い理解に進んだという声があった。また、自施設の振り返りを通じて、普段の業務において貴重な情報に注目しきれなかった点をあげている声もあった。特に定量的な情報と定性的な情報の重要性について再認識したという声があった。

注目したいのは「介護過程を通じて介護職は専門性を発揮している」「介護過程は介護職の責任のもとに運用されている」「介護過程が何の目的、誰のための取り組みかが明確になった」というように、介護過程そのものの意義や目的、機能について深められたという言葉だ。

こうした言葉からは、介護過程を運用していくこと自体が目的化してしまい、仕組みとして定着していると「うまくいっている」ような感覚になってしまいがちな現状が浮かび上がってくる。しかしながら、他施設の取り組みと自施設の振り返りの機会を通じて、改めて、「介護過程とは何のために実践するのか」という本質的な問いに向き合うことになったようだ。

介護過程実践が組織として運用され、定着することは、全国の現場の現状からすると大切な到達点と言える。しかしながら、その次のステップとして、介護過程実践それ自体の意義や目的、機能を認識する機会を経た上で実践し続けることで、組織としての介護過程実践の深化につながっていくと考えられる。自施設の介護過程実践を発表したり、他施設の取り組



みを知るといったリフレクションが最適なのかについては課題が残るが、何らかの振り返りの機会は一定の有効性があると考えられるだろう。

## 【自施設の課題についての再認識・発見】

ここでは、より自施設の課題に焦点を置き、再認識・発見したことについて見ていく。ここでは大きく三つの課題に集約された。

1つ目は、障害福祉施設の調査対象者からは、介護保険制度と対比したことで浮かび上がってきた課題認識がある。例えば高齢障害者の増加から終末期における本人の意思決定支援や関係者の合意形成などがあげられた。また、身体機能が比較的重度な入所者が多い介護保険施設では、より身体機能の状態に応じた生活支援技術が求められている点などについても、障害福祉施設では課題として再認識した声があげられた。逆に、個別支援計画書の作成が義務づけられている障害者福祉領域からすると、介護保険施設のそれと比べて、ケアマネジメントプロセスとの連動が整備されているように感じたという声もあった。このように、領域を超えて互いの介護過程実践を振り返ったからこそ見えてきた課題感の再認識・発見は貴重なものといえるだろう。

2つ目は、介護過程のプロセスである介護の「実施」と「評価」の連動性についてである。どの施設も「アセスメント」と「計画立案」については様々な工夫や取り組みがあったが、計画を立てた後の「実施」と「評価」については効果的な取り組みや、継続性、生産性など様々な点で課題を認識したようだ。例えば「計画に基づいて実施をしたかどうか、日常の記録との連動が弱いと感じた」「日常的にプランを意識して利用者に関わること」「プランを実施したことがわかる記録を残していくこと」「毎日の記録の中で業務をスリム化させながら落とし込んでいくこと」といった言葉に加えて「ICT導入」といった声もあげられていた。

ここから見えてくることは、根拠に基づいて立案された計画に沿って日々の支援を行い、その計画と実施が連動して評価につながるという仕組みがまだまだ弱いということの現れでもある。しかし、この取り組みのボリュームを厚くすることは現場への業務負荷にもつながる。したがって、ICT導入などによる生産性、効率性の向上が課題だということだ。介護過程の実践において、「計画立案」にまで至っていない施設が多い中で、既に取り組んでいる施設としては、その先の介護の「実施」と「評価」に関心が広がっている点は大きいのではないだろうか。

3つ目は、介護過程を実践していくための人材育成、人材の力量についてである。既に実践されてはいるが、力量差があることや、実践それ自体の客観的質をさらに高めていくことについての声があげられた。中には、介護過程実践を通じた人材育成システムというOJTは整っているものの、職員の実践基礎力を整えたり、育てるための研修の仕組みが不十分と言及するところもあった。介護過程実践はOJTが重要だが、Off-JTもまた重要であるとの気づきは大事な視点だ。法定研修や各論の研修が求められる中で、介護過程という総合的実践力を培う研修を組織で整えられるかは大きな課題であろう。

## 【参考となった書式や取り組みの工夫など】

ここではA施設が他施設の書式や取り組みの工夫などについて参考になったという言葉をもとに見ていく。ここでも大きく三つの参考点に集約されている。

1つ目は、「理念教育や理念を実践する仕組み」についてだ。例えば、けま喜楽苑の終末期ケアやあいの郷の自立支援の考え方に基づく目標の設定や会議体。リアン文京の新人から管理層までがワールドカフェ方式で理念教育をする研修などがあげられていた。また、より利用者個人に焦点を当てて深めていける、けま喜楽苑の「暮らしかたシート」、リアン文京の「私の姿シート」といった書式も参考ポイントとしてあげられている。

理念教育と理念を実践できる仕組みは重要だが効果が現れるまでに時間を要するものだ。しかしながら、地道な取り組みを継続しているからこそ、利用者を中心とした支援を行う目的集団をつくることができる。これが介護過程実践と連動することで質の高いケアが行えるという気づきになったようだ。

2つ目は、「書式や取り組みの効果を高める運用の仕組み」についてである。けま喜楽苑の「24時間シート」の運用には、意思決定、周知、伝達、実行管理という仕組みがあり、話し合うべき内容が明確になっていることがあげられている。書式の運用には、必ず業務の調整やチームマネジメントがあるという点が大きな参考になったようだ。また、デンマークイン新宿では介護過程の中にケアプランの「実施」段階を評価する仕組み「ケアプランチェック表」があり、計画が作りっぱなしになりがちなかで、計画の実行管理をする仕組みが参考になる点があげられている。

3つ目は、「教育・人事評価の仕組み」についてである。きたおおじでは、OJTだけでなくOff-JTやスーパービジョンの充実を図り、キャリアごとに複数回の研修を実施している。OJTとOff-JT、スーパービジョンという連動した教育システムの整備は、重要な点として参考になったようだ。また、けま喜楽苑の複線型の人事評価制度と研修制度が体系化されている点も参考になった点としてあげられている。特に、現場では職員の能力評価やインプット評価に偏りがちだが、行動評価や成果評価も行っている点は重要だと見えたようだ。他には、あけぼのの「PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）」は、介護過程の実践プロセスをペアに担当させることで様々な効果を狙っており、斬新なシステムが参考になったという声があった。

他施設の取り組みを知る中で、「理念」「運用システム」「教育・評価」という点が参考になっているようだ。もちろん、どのA施設もこれらについて多くの工夫が見られる。しかし、互いの取り組みを知る中で、よりこれらのポイントについての多様なアプローチを知り、これらが重要であるということについて再認識がなされたものと考えられる。

## 【発表後に自施設で変更・見直したところ】

A施設が実際に自施設で行った改善行動について見ていく。

- リアン文京では、サービス等利用計画と個別支援計画の連動性を高めるために、支援員がより利用者の代弁機能を果たし、ケアマネジメントプロセスへの反映を促進するために両計画のつなぎにすることを他施設の書式を参考に導入をするという。
- 修光園では、今回の発表を機に現場の記録を見返したことで、現在のグループ単位でのケアチームの人数を変更して、責任の所在や役割の付与をより明確にする仕組みに変更するという。現場の介護過程の実践プロセスにおける課題に気づいたことが大きいようだ。
- なのはな苑ふくおかでは、既存の個別ケア推進委員会の中に、新たにプロジェクト班を設けた。この新たな下位プロジェクト班は、既存システムの効果を上げるために、具体的には記録時間の確保を業務内に位置づけていくというミッションに取り組んでいる。また、利用者のポジティブな側面に視点がいくことの重要性に気づいたことから、そのように取り組みやすい書式に改変をしたことをあげている。
- あいの郷では、中期ごとに行っていた評価に対して、より短い期間で評価する機会を設けることを目指す議論を行っているという。中期ごとでは見逃していた利用者の変化や目標の達成について、より細かく見ていくことを位置づけることで、その視点を養っていこうという意図だ。また、居室担当者がペアで立案した計画書をプレゼンする機会を設け、議論する取り組みを始めたという。年度の勉強会に組み込んでいくことだ。
- あげぼのでは、二人一組のペアシステムを採用しているが、ペアによる差を是正していくために、上位ポストを設けて、ペアをスーパービジョンする仕組みを検討している。また、ペアに対して実践をサポートする動画教材をつくったという。少しずつ組織全体の取り組みとして導入していきたいという。

以上のように、本事業参加を機に、A施設ではそれぞれの取り組みを振り返り、他施設の工夫を自施設に取り入れている。小さなものから大きな取り組みまで多様だ。これらの機会は、組織における改善へのモチベーション向上と、具体的なアクションのヒントを得られるものとして、それぞれの施設の介護過程を深化させる上で大きな機会になっていることを物語っている。自施設だけでは行き詰まってしまうことも、比較対象の存在や、振り返りの機会があることで、新たな動機付けになることから、今後は法人を超えて地域ごとで取り組めるような仕組みも検討されることが望まれる。

## 【介護福祉士の役割】

最後に、A施設から介護過程実践を通じて見出された介護福祉士の役割についての声を考察する。

総じて、介護福祉士は介護職チームの中で、介護過程実践プロセスと意義を理解している者としての機能が見出されている。個々の介護職が収集している利用者に関する情報を引き出し、利用者の全体像を客観的に言語化する役割と能力が発揮されること、それを根拠とした計画に基づく介護の実施を軸となって推進していく。その過程で介護職チームが目的集団として結束していく。A施設のヒアリングからは介護福祉士に対するこうした要の役割が見出された。

また、介護福祉士は他の介護職に比べて、介護過程の実践に必要な本質的な介護過程の意義、考え方、書式や仕組みを理解して、日々の仕事の中で運用されている全体像を理解していることが重要と考えられる。つまり、いかに書式や仕組みを整えたところで、それぞれの意味や有機的なつながりを理解して運用する者がいなければ、十分な効果は発揮できない。

介護職は、介護過程実践を通じて情報の整理や言語化を行い、情報共有を行うことで、他職種や必要な組織の機能を動かして利用者への支援を行っている。例えるならば組織というケアを機能させる血液のような役割を果たしているという言葉があげられていた。そして、この血液の循環を円滑にして、組織ケアをより良い形で届けるための役割が介護福祉士にあるということだ。

A施設には、介護過程実践の発表と、他施設の取り組みを知る中で、様々な気づきと行動変容があった。そして、そこから見出されたのは介護過程実践の意義、そして運用していくための介護職と介護福祉士の役割だ。このように、A施設が得た機会は、それぞれの理念的、実際の介護過程実践の深化を促進したといえるだろう。

## （２）B 新規協力施設における効果検証効果

B新規協力施設（以下、B施設）は、介護過程実践の推進・定着に効果的と考えられる書式や仕組み等が、介護過程実践にどのような効果や成果があったのか、また、介護職や介護職チームにどのような影響があったのかを整理していく。

### 【「利用者と介護職の信頼関係」の形成としての効果】

今回のような書式等を使用することで、介護過程実践のベースとなる「利用者と介護職の信頼関係の形成」に関する効果が期待できるのではないか。ヒアリングでは、普段日常的な介助での関わりが中心となってしまう、利用者に関心に向け関係性を構築するという意識はそれほど高くなかったというケースがあった。しかし、書式等を使用することで、必然的に

利用者の生活の全体像を捉えることが求められ、利用者に関心をもつことや継続的な関わりにつながったケースが報告されている。取り組みを開始した直後では、利用者自身も少し戸惑いの様子を見せていたが、介護職が習慣的に声をかけていくことで、利用者との会話が増えたとの報告があり、利用者介護職との関わりが構築されていく過程も確認することができた。書式等には、情報収集の項目（視点）として、「主観的な情報」を収集するための項目（視点）があげられており、そのような情報を把握するために、介護職自身も自らを自己開示した結果、利用者との関わりにつながったといえる。

### **【観察の視点を明確にすることへの効果】**

ヒアリングの内容には、書式等を使用する前は、「どのような情報を収集したら良いかはっきりとわからなかった」といったものがあつた。しかし、書式等を使用することで「情報収集の視点が明確になった」ことが報告されている。このことから書式等を使用することで、情報収集における観察の視点が明確になるという効果が期待できるのではないかと。さらに、観察の視点が明確になることで、これまで介護職個人が持ち合わせていた情報や工夫している点などが、書式等に言葉として表出（記録）されることとなり、介護職一人ひとりの情報が書式等を通して統合されるといった効果もあつた。さらに、観察の視点が明確になるために主たる実施者が他の介護職員と観察の視点を共有でき、介護職チームで連携した情報収集を実施するといった効果も期待できる。

### **【情報収集を継続的・多角的に行う上での効果】**

アセスメントに関する書式等を活用することで、「継続的、多角的に情報収集する」といったアセスメントの質に関する効果が期待できるのではないかと。ヒアリングでは、書式等を活用することで「利用者からより多くの情報を得るために考えて関わるようになった」、「介護職自身の関わり方などを意識するようになった」との報告があり、その結果、利用者に関する新たな発見につながったとの報告があつた。書式等を使用する前は、利用者の生活の一部を切り取って、その人の気持ちや価値観などを理解していたが、「24時間シート」のように、生活を継続的に捉える書式等を使用することで、継続的な情報収集につながり、「利用者に関して今まで知らなかったこと」などを知るきっかけとなっている。また、書式等を活用することで、新しい情報とこれまでの情報を見直す機会となり、介護職自身がこれまで事実だと捉えていたものが自分の主観が混同していたということへの気づきにもなり、介護職自身の傾向を知る機会ともなつた。

### **【利用者個人の強みや長所を活かした支援への効果】**

書式等のなかには、「利用者のできること」「できる可能性があるが行えていないこと」といった利用者のプラス面とマイナス面を整理する項目があつた。このような視点の書式等を

活用することで、介護職は、利用者のマイナス面だけをみるのではなく生活機能のプラス面を重視するという視点をもつことができるのではないだろうか。「できる可能性があるが行えていないこと」に注目することで、なぜ行えていないのか介護職自身の関わり方を含めた利用者個人を取り巻く環境因子を捉えなおす機会となり、利用者の強みや長所を活かした支援を考えることにつながっている。また、そのことは、利用者本人がどのような思いを持ち生活をしているのかを考えるきっかけともなり、「本人のこうありたい」、「このような生活をしたい」という利用者の願い・要望・意思を尊重し、できることを活かすための声かけや働きかけの工夫につながっている。

### 【チームアプローチの方法としての効果】

実施に関連する書式等を活用することでチームアプローチを効果的に実践する上での効果がみられた。特に実施に関する書式等を活用することで、どのような目標をもって、どのような方向性で、何を行うのかを共有でき、チームで統一した支援を行えるといった効果がみられた。これは、主たる実施者以外の職員が関わったとしても具体的な支援の内容を確認でき実施できるといった、チームで統一的なサービスを提供することへの効果にも期待ができる。さらに、このことは、ケアプランで示されている方向性を介護職としてどうしたら実現していけるかを具体的に考えるきっかけともなっている。さらに、具体的な支援を考え実施していくためには、他の専門職からの意見などを取り入れることも必要となる。そのため、多職種連携によるチームアプローチを実践する上での効果も期待できるのではないかと。

### 【人材育成の機会としての効果】

利用者により良い方法や新たな方法を模索する段階では、自分自身の課題に直面することもある。しかし、書式等があることで、相談内容や確認することが明確になるため、他の職員（フロアリーダーや同じ介護職、さらには他の専門職など）に確認や相談がしやすくなり、自分自身の課題解決を促進させる効果が期待できる。また、介護職は、書式等を使用する上での不安などを解消する機会ともなり、次へと進むことができていた。さらに、相談を受けたリーダー職などは、介護職が介護過程を実施する上での課題などを把握する機会となったことや、わかりやすく伝えるためにはどうしたら良いのかといった視点をもつことにもつながった。このことは、職員同士が職場で、実際に仕事をしながら学んでいく人材育成の機会（OJT）や介護職員が必要な知識や技術を学ぶといった自己啓発などの機会をもつことにもつながるのではないだろうか。

### 【まとめとして】

介護過程に関連する書式等を使用することで、介護職自身の満足と自分自身の関わりの有効性について促進する機会となったのではないだろうか。利用者との関わりについて書式等

を活用し模索しながら実践したことで介護職自身の満足感や意欲につながったといえる。介護職は、利用者に対する自分自身の考え方や視点が変化し、新たなものが付け加えられていく体験をしている。このことは、利用者との関わりにおいて介護職自身の力が発揮できているという達成感を得ることや、利用者・介護者双方の力がより一層発揮できる可能性を高めていくことが期待できる。

一方で課題もある。書式等を職員全体でどのように共有していくか、書式等を仕組みとしてどのように定着させていくかといった、組織における課題や、記入する内容に差がでる、記入方法がわからない、負担感があるといった介護職個人における課題などがある。さらに、限定的な取り組みだったがこれを全ての利用者に実施となると抵抗があるということもあがっている。以上のことから、介護過程の実践や書式導入などの新しいことを取り組むにあたって、介護職自身の意識を変えていくための取り組みや書式等を適切に活用できるための勉強の機会をもつことが必要であるということがわかった。

