

令和2年度 社会福祉推進事業

介護現場における介護過程実践の実態調査
及び効果検証に関する調査研究事業

株式会社コモン計画研究所

令和3(2021)年3月

目 次

■第1章 調査研究の枠組み及び結果の総括	1
1 目的	3
2 調査研究の枠組みと調査研究方法	4
(1) 介護現場における介護過程実践の実態調査の実施	4
(2) 介護現場における介護過程の実践事例調査の実施	4
(3) 介護過程実践の推進・定着に向けた効果検証の実施	5
(4) 検討体制：検討委員会の設置	5
(5) 検討体制：作業部会の設置	6
3 調査研究の経過	7
4 調査研究の総括	11
(1) 介護現場における介護過程実践に関する実態について	11
(2) 介護現場における介護過程実践に関する課題について	13
(3) 調査研究の総括	15
■第2章 介護現場における介護過程実践に関する調査（量的調査）	19
1 調査の枠組み	21
(1) 目的	21
(2) 調査対象とサンプル数	21
(3) 調査内容	21
(4) 調査方法と調査期間	22
(5) 実査及び集計における配慮・留意点等	22
(6) 回収数	23
2 回答施設の基本属性	24
(1) 調査の回答者	24
(2) 回答施設の基本属性	25
①回答施設の法人種別	25
②回答施設の所在都道府県	25
③回答施設の事業開始年	26
④回答施設の入所定員	26
⑤回答施設の介護職員数（平均値）	26
⑥介護職以外の専門職が立案している個別計画	27

3	個別介護計画の作成状況	28
	(1) 個別介護計画作成の有無	28
	(2) 個別介護計画を作成していない理由	30
	(3) 個別介護計画の作成対象者	31
	(4) 個別介護計画の作成理由・目的	31
	(5) 個別介護計画の作成状況	32
	①アセスメント・計画作成・評価者の職位	32
	②アセスメント・計画作成・評価者の資格状況	33
	③アセスメント・計画作成・評価者の雇用状況	34
	④アセスメント・計画作成・評価者の経験年数	35
	⑤内容の点検や助言をしている人	36
4	個別介護計画／個別支援計画による効果や変化	37
5	施設サービス計画／サービス等利用計画に対する介護職の関わり	40
	(1) 施設サービス計画／サービス等利用計画のアセスメント	40
	(2) 施設サービス計画／サービス等利用計画の立案	41
	(3) 施設サービス計画／サービス等利用計画に基づく介護実践	42
	(4) 施設サービス計画／サービス等利用計画の評価	43
6	施設サービス計画／サービス等利用計画に関わることでの効果や変化	44
7	介護職が用いているツールや書式	47
	(1) アセスメントの書式等の特徴・利用方法・使用効果	47
	(2) 計画立案の書式等の特徴・利用方法・使用効果	49
	(3) 実施をする際に使用している書式等の特徴・利用方法・使用効果	50
	(4) 評価をする際に使用している書式等の特徴・利用方法・使用効果	51
8	個別介護計画／個別支援計画に対する理解	52
9	介護過程の実践における改善点や課題__自由記載のまとめ	55
	(1) アセスメント、計画立案、実施、評価における改善点や課題	55
	(2) 書式やツールに関する改善点や課題	57
	(3) 人材育成に関する改善点や課題	59
	(4) 組織に関する改善点や課題	62
	(5) 介護過程の実践を推進していくための改善点や課題など	64
10	実態調査（量的調査）のまとめと考察	68
	(1) 回答者及び回答施設の基本的事項	68
	(2) 個別介護計画の有無	69
	(3) アセスメント・計画作成・評価の実施者（個別介護計画作成の場合）	70

(4) 個別介護計画・個別支援計画の効果等（個別介護計画作成の場合）	71
(5) 施設サービス計画／サービス等利用計画への介護職の関わり.....	73
(6) 介護職が施設サービス計画／サービス等利用計画に関わることの効果等	74
(7) 施設における個別介護計画・個別支援計画への理解.....	75
(8) 自由記載からあがる介護過程に関する課題のキーワード.....	77
■第3章 介護現場における介護過程の実践事例調査（質的調査）	79
1 実践事例調査の枠組み	81
(1) 目的	81
(2) 調査対象と調査実施日	81
(3) 調査内容	82
(4) 調査方法	83
2 調査結果.....	84
事例1 特別養護老人ホーム あけぼの.....	84
事例2 介護老人保健施設 あいの郷.....	88
事例3 ひまわり自立支援センター（障害者支援施設）	92
事例4 介護老人保健施設 デンマークイン新宿.....	96
事例5 障害者支援施設 リアン文京.....	100
事例6 特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか	104
事例7 高齢者複合福祉施設 えるむ・晴風・にれの木園（介護老人福祉施設）	108
事例8 地域密着型介護老人福祉施設 きたおおじ	112
事例9 高齢者総合福祉施設 けま喜楽苑（介護老人福祉施設）	116
事例10 障害者支援施設 修光園	120
3 実践事例調査（質的調査）のまとめと考察.....	124
(1) 介護過程導入の背景	124
(2) 各施設の取り組みのポイントと成果・課題	125
(3) 介護過程実践における課題.....	132
(4) 介護過程における介護職（介護福祉士）の役割	134
(5) 課題と展望	137
■第4章 介護過程の推進・定着に向けた効果検証の実施	139
1 効果検証の枠組み	141
(1) 目的と方法	141

(2) A 実践事例調査対象施設に対する効果検証の実施	142
(3) B 新規協力施設における効果検証の実施	143
(4) B 新規協力施設における効果検証の取り組みの記録	146
2 A 実践事例調査対象施設に対する効果検証結果	152
(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）	152
(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）	154
(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）	156
(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）	157
(5) A その他（ヒアリング結果）	159
3 B 新規協力施設における効果検証効果	161
(1) B 利用者に対する変化・影響	161
(2) B チームケアにおける変化・影響	171
(3) B その他（個別記載／ヒアリング結果）	178
4 効果検証のまとめと考察	186
(1) A 実践事例調査対象施設に対する効果検証	186
(2) B 新規協力施設における効果検証効果	190
■資料	195
1 調査研究ご協力者	197
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）調査票	199

■第1章 調査研究の枠組み 及び結果の総括

1 目的

介護ニーズの複雑化・多様化・高度化に伴い、介護職員には、適切に利用者等のニーズ・課題を捉えた上で介護計画作成等に基づく支援を展開していく介護過程の実践力が求められている。また、事業者における管理者の認識では、介護過程の展開におけるアセスメントや介護計画の作成・見直し、他の専門職種や外部の機関・事業所からの情報収集、より良いケア方法の提案といった業務には、介護福祉士の資格を有する者等が積極的に関わるなど、少なくとも介護福祉士が備える専門性をもって業務に従事することが求められるとの認識が高くなっている（第20回社会保障審議会福祉部会「介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現にむけて」）。

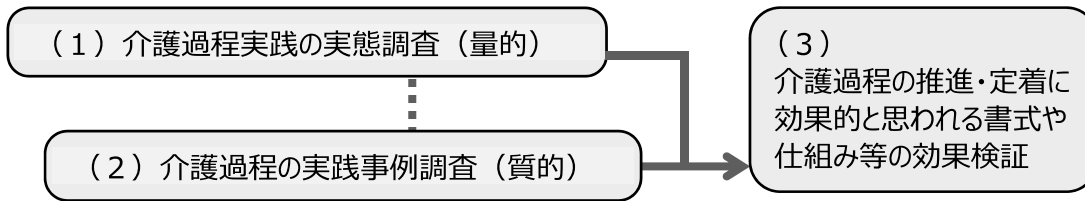
しかしながら、介護過程の展開については、一律の手法や役割が規定されておらず、介護過程の実践やその取り組みの効果、実践における介護福祉士の具体的な役割（活動）の実態は十分に把握されていない。

本調査研究では、介護現場における介護過程の実践状況に関するアンケート調査及び実践事例の調査等を実施し、好事例や課題等の分析を行うことにより、介護現場における介護過程の実践に関する実態及び課題の明確化に取り組む。具体的には、どれ位の介護現場で実践されているのか、どのような手法で実践されているのか、介護福祉士等介護職員のキャリアに応じた役割、チームケアと介護過程実践との関係等を明らかにする。また、調査により抽出された介護過程の展開を推進する書式や取り組みについては、介護職員の役割に絡めつつ効果検証等を行う。これらの取り組みの成果として、介護過程の実践を推進する事例集（教材）を作成し、現任者の研修や養成教育における教材の一部として活用を図る。

本調査研究における取り組みは、介護現場における介護過程実践の推進・定着を後押しをすることにつながり、介護実践の質の向上に寄与するものとする。

2 調査研究の枠組みと調査研究方法

本調査研究の取り組みは、以下（１）（２）（３）より構成される。



(1) 介護現場における介護過程実践の実態調査の実施

介護過程の実践の有無、具体的実践状況、実践における課題について把握することを目的に、量的調査として「介護現場における介護過程実践の実態調査」を実施した。本調査の詳細は、21ページ～に掲載している。

- 対象：介護老人福祉施設 2,500、介護老人保健施設 2,500、障害者支援施設 518
- サンプル：合計 5,518 施設
- 方法：郵送により対象施設に送付。
回収は郵送回収、ウェブフォーム回答、エクセルダウンロードによる回答とし、回答方法は回答者による選択に委ねた。
- 調査期間：令和 2 年 12 月 2 日～12 月 30 日
- 回収：1,353 施設、回収率 24.5%

(2) 介護現場における介護過程の実践事例調査の実施

介護現場における介護過程の実践事例を抽出し、具体的な実践手法の把握・分析を目的に、質的調査として「介護現場における介護過程の実践事例の調査」を実施した。本調査の詳細は、81ページ～に掲載している。

- 対象：介護老人福祉施設 5 施設、介護老人保健施設 2 施設、障害者支援施設 3 施設
- サンプル：合計 10 施設
- 方法：各施設が介護過程の実践状況について、作業部会においてプレゼンテーションをする方法で実施した。作業部会では、予め事例把握のための質問シートを作成し、プレゼンテーションの後、作業部会委員による質疑応答を実施した。10 施設は他施設のプレゼンテーションも聞き、質疑応答にも参加した。
- 調査期間：令和 2 年 10 月～12 月

(3) 介護過程実践の推進・定着に向けた効果検証の実施

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。以下のA Bの2つによりアプローチをしている。効果検証の詳細は、141 ページ～に掲載している。

■対 象	A / 介護現場における介護過程の実践事例対象施設 7 施設 B / 効果検証の新規協力施設 5 施設
■視 点	A / 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 B / 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
■方 法	A / 自施設の実践事例を整理・報告すること及び他施設の実践を知ることによる変化や気づき、自施設における新たな取り組み等についてヒアリングを実施 B / 実践事例であげられた書式や仕組みを各施設で実践し、実践後にヒアリングを実施
■調査期間	令和3年1月～3月

(4) 検討体制：検討委員会の設置

検討委員会を設置し、調査に関する方法及び内容の検討・精査・修正等に関する助言、調査結果を踏まえた今後の提言の検討を行った。

以下の学識経験者、職能団体、事業者団体から推薦された者で構成した。

役職	所属等	氏名（敬称略）
委員長	公益社団法人日本介護福祉士会 会長	及川ゆりこ
委員	全国福祉高等学校長会 事務局次長	真田 龍一
委員	公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会 理事	本名 靖
委員	全国身体障害者施設協議会 副会長	眞下 宗司
委員	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 老施協総研運営委員会 副委員長	森山 善弘
委員	公益社団法人全国老人保健施設協会 管理運営委員会 副委員長	山野 雅弘

オブザーバー

所属等	氏名（敬称略）
厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課福祉人材確保対策室 介護福祉専門官	伊藤 優子
厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課福祉人材確保対策室 介護人材確保・広報戦略対策官	鈴木 俊文

（５）検討体制：作業部会の設置

作業部会を設置し、本調査研究において実施される各種調査の方法及び内容の検討、調査実施支援、調査結果の分析、結果を踏まえたまとめ・今後の提言案等の作成を行った。

以下の有識者、職能団体、介護施設等関係者で構成した。

役職	所属等	氏名（敬称略）
委員	ケアソーシャルワーク研究所 所長	金山 峰之
委員	社会福祉法人美咲会 常務理事	熊木佐知男
委員	学校法人東京YMCA学院 東京YMCA医療福祉専門学校介護福祉科専任教員	品川 智則
委員	医療法人社団永生会 介護統括管理部 課長	鈴木 乃
委員	旭川大学短期大学部 生活学科 生活福祉専攻 准教授	平野 啓介
部会長	公益社団法人日本介護福祉士会 常任理事	藤野 裕子
委員	社会福祉法人武蔵野会 リアン文京 総合施設長	山内 哲也

オブザーバー

所属等	氏名
厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課福祉人材確保対策室 介護福祉専門官	伊藤 優子
厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課福祉人材確保対策室 介護人材確保・広報戦略対策官	鈴木 俊文

3 調査研究の経過

開催			主な議事内容
第1回	◆作業部会	日時：令和2年9月27日（日） 10時～12時 会場：コンフォート新宿及びZoom	<ul style="list-style-type: none"> ・本調査研究事業の概要について ・アンケート調査の内容・方法について ・実践事例調査の内容・方法等について ・本調査研究事業のスケジュールについて
第2回	◆作業部会	日時：令和2年10月11日（日） 13時～16時 会場：コンフォート新宿及びZoom	<ul style="list-style-type: none"> ・実践事例報告発表及び質疑応答3施設
第3回	◆作業部会	日時：令和2年10月16日（金） 16時～19時 会場：コンフォート新宿及びZoom	<ul style="list-style-type: none"> ・実践事例報告発表及び質疑応答3施設
第1回	●検討委員会	日時：令和2年10月26日（月） 13時～15時 会場：コンフォート水道橋及びZoom	<ul style="list-style-type: none"> ・本調査研究事業の概要について ・アンケート調査について ・実践事例調査について ・本調査研究事業のスケジュールについて
第4回	◆作業部会	日時：令和2年10月29日（木） 16時～19時 会場：コンフォート新宿及びZoom	<ul style="list-style-type: none"> ・実践事例報告発表及び質疑応答3施設
第5回	◆作業部会	日時：令和2年12月1日（火） 15時30分～18時30分 会場：コンフォート水道橋及びZoom	<ul style="list-style-type: none"> ・実践事例報告発表及び質疑応答1施設 ・アンケート調査の内容について ・実践事例報告まとめ案について ・効果検証実施について
<p>※介護現場における介護過程実践に関する調査（量的調査）の実施 令和2年12月2日（水）～30日（水）</p>			
第2回	●検討委員会	日時：令和2年12月8日（火） 13時～15時 会場：コンフォート水道橋及びZoom	<ul style="list-style-type: none"> ・アンケート調査の報告 ・実践事例調査報告 ・効果検証実施について
第6回	◆作業部会	日時：令和2年12月21日（月） 16時～18時 会場：コンフォート水道橋及びZoom	<ul style="list-style-type: none"> ・効果検証実施について
第7回	◆作業部会	日時：令和3年1月12日（火） 18時～20時 会場：コンフォート水道橋及びZoom	<ul style="list-style-type: none"> ・実践事例報告まとめについて ・報告書と事例集の構成案について

開 催		主な議事内容	
第 8 回	◆作業部会	日時：令和 3 年 1 月 27 日（水） 16 時～18 時 会場：コンフォート水道橋及び Zoom	・アンケート調査結果について
①	効果検証 担当会議	日時：令和 3 年 2 月 3 日（水） 17 時～18 時 会場：Zoom	・効果検証全体の流れについて
①	アンケート 調査担当会議	日時：令和 3 年 2 月 4 日（木） 18 時～19 時 会場：Zoom	・自由記載のまとめ方について
①	実践事例調査 担当会議	日時：令和 3 年 2 月 5 日（金） 9 時～10 時 会場：Zoom	・実践事例調査のまとめと考察について
②	アンケート 調査担当会議	日時：令和 3 年 2 月 15 日（月） 18 時～19 時 会場：Zoom	・自由記載のまとめ方について
②	効果検証 担当会議	日時：令和 3 年 2 月 16 日（火） 16 時～17 時 会場：Zoom	・効果検証ヒアリング項目について
②	実践事例調査 担当会議	日時：令和 3 年 2 月 20 日（土） 16 時～17 時 会場：Zoom	・マトリクスによる分析について
※効果検証ヒアリング A の実施 令和 3 年 2 月 21 日（日）11 時～12 時（Zoom） 社会福祉法人武蔵野会 障害者支援施設 リアン文京			
※効果検証ヒアリング A の実施 令和 3 年 2 月 22 日（月）14 時～15 時（Zoom） 社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 ひまわり自立支援センター			
第 9 回	◆作業部会	日時：令和 3 年 2 月 22 日（月） 18 時～20 時 会場：コンフォート水道橋及び Zoom	・担当別進捗報告 ・アンケート調査及び実践事例から見える介護福祉士の役割について
③	アンケート 調査担当会議	日時：令和 3 年 2 月 23 日（火） 18 時～19 時 会場：Zoom	・問 14 書式等のマトリクスによる分類について
※効果検証ヒアリング A の実施 令和 3 年 2 月 24 日（水）12 時～13 時（Zoom） 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			
※効果検証ヒアリング A の実施 令和 3 年 2 月 25 日（木）14 時～15 時（Zoom） 社会福祉法人直心会 障害者支援施設 修光園			

開 催		主な議事内容	
※効果検証ヒアリングAの実施 令和3年2月25日(木)17時～18時(Zoom) 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			
※効果検証ヒアリングAの実施 令和3年2月26日(金)17時～18時(Zoom) 社会福祉法人彩光会 特別養護老人ホーム あけぼの			
※効果検証ヒアリングAの実施 令和3年2月27日(土)17時～18時(Zoom) 埼玉医療生活協同組合 介護老人保健施設 あいの郷			
※効果検証ヒアリングBの実施(第1回会議2月16日(火)、第2回会議2月19日(金)) 令和3年3月1日(月)17時～18時(Zoom) 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			
④	アンケート 調査担当会議	日時:令和3年3月2日(火) 18時～19時 会場:Zoom	・各課題の自由記載について
③	効果検証 担当会議	日時:令和3年3月5日(金) 17時～18時 会場:Zoom	・実践事例発表施設の効果検証ヒアリングのまとめかたについて
※効果検証ヒアリングBの実施(第1回会議2月12日(金)、第2回会議2月18日(木)) 令和3年3月3日(水)10時30分～11時30分(Zoom) 社会福祉法人倭林会 指定介護老人福祉施設 成蹊園			
第10回	◆作業部会	日時:令和3年3月10日(水) 16時～18時 会場:コンフォート水道橋及びZoom	・事例集(案)について
③	実践事例調査 担当会議	日時:令和3年3月10日(水) 18時～19時 会場:Zoom	・実践事例調査まとめと考察について
※効果検証ヒアリングBの実施(第1回会議2月15日(月)、第2回会議2月17日(水)) 令和3年3月13日(土)13時30分～14時30分(Zoom) 社会福祉法人河内厚生会 介護老人保健施設 もえぎ野			
※効果検証ヒアリングBの実施(第1回会議2月19日(金)、第2回会議3月3日(水)) 令和3年3月16日(火)14時30分～15時30分(Zoom) 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			
※効果検証ヒアリングBの実施(第1回会議2月10日(水)、第2回会議2月18日(木)) 令和3年3月17日(水)17時～18時(Zoom) 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			
第3回	●検討委員会	日時:令和3年3月18日(木) 16時～18時 会場:コンフォート水道橋及びZoom	・報告書(案)及び事例集(案)について

開 催			主な議事内容
④	効果検証 担当会議	日時：令和3年3月20日（土） 12時30分～14時 会場：Zoom	・まとめと考察について
④	実践事例調査 担当会議	日時：令和3年3月21日（日） 19時～20時 会場：Zoom	・まとめと考察について
⑤	実践事例調査 担当会議	日時：令和3年3月28日（日） 19時～20時 会場：Zoom	・事例集について
⑤	効果検証 担当会議	日時：令和3年3月29日（月） 14時～15時 会場：Zoom	・まとめと考察について

4 調査研究の総括

本調査研究では、介護現場における介護過程の実践に関する実態や課題とともに、介護過程の実践における介護福祉士の役割を明らかにすることを主たる目的として、以下に記載する①介護過程実践の実態調査（量的調査）、②介護過程の実践事例調査（質的調査）、③効果検証を行った。

結果の詳細は、それぞれの章末を参考にさせていただきたい。ここでは全体を総括する。

なお、本調査研究では、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設において、介護過程のPDCAサイクルの中で介護職が介護内容や方法を定める計画を「個別介護計画」と表記している。施設により、個別援助計画、介護計画などと呼ばれている場合があることに留意されたい。

(1) 介護現場における介護過程実践に関する実態について

①介護過程実践の実態調査（量的調査）

アンケート調査結果から見えてきた、介護現場における介護過程に関する実態は以下の通りである。

- ・個別介護計画の作成は、介護老人福祉施設 31.6%、介護老人保健施設 33.1%である。
- ・定員数が多い施設よりも、50人以下の少ない施設の方が個別介護計画書を作成している傾向にある。
- ・個別介護計画を作成していない施設の理由の1位は「施設サービス計画で対応できている」であり、「業務量が増えること」や「計画作成できる介護人材の不足」「負担感がある」が続いている。
- ・個別介護計画を作成している施設の理由の1位は「施設サービス計画を具現化するため」であり、「ヒヤリハットや事故の防止」「利用者や家族からの意見・要望」「介護職員や他の専門職からの意見・要望」など、リスクマネジメントや現場からの意見と言ったものが続いている。
- ・個別介護計画や個別支援計画による効果等については、「利用者の自立の維持・向上」「利用者の望む生活の実現」といった対利用者への意義、「介護職員の専門職としての意義の向上」「他職種との連携」「施設サービス計画の充実」など専門職としての実践の意義、その他介護職チームケアの推進など、多様な効果が一定程度あると認識されている。
- ・また、施設サービス計画に介護職が関わっている割合は総じて高く、アセスメント、施設サービス計画作成、評価のいずれの場面においても、介護職の観察・実施・記録にもとづく意見や助言、提案などが施設サービス計画の充実につながっている実態が明らかになった。
- ・一方で、介護過程の実践や施設サービス計画への関わりにおいて、介護福祉士であることを根拠として仕事内容を位置づけているところは少なく、介護過程実践は介護福祉士を含む介護職員全体で取り組んでいることが実態である。
- ・障害者支援施設では、個別支援計画の作成が義務づけられているため、作成に関しては基本的に行われている。しかし、それ以外の特徴は、概ね介護保険施設の結果と同傾向である。

②介護過程の実践事例調査（質的調査）

介護過程実践に取り組む10施設の事例調査の結果、介護過程実践に関する特徴には以下のよう
なことが見えた。

- ・介護過程実践に取り組むことの意義を含めて、介護過程実践を通じて達成すべき組織の理念が共有され浸透させる仕組みが比較的整えられている。
- ・共有されている理念を実践するための人材育成の仕組みや環境、キャリアに位置づける人事制度などが整えられている。
- ・介護過程実践は介護職個人が取り組むものではなく、組織やチームとして展開するものとして位置づけられている。
- ・介護過程を実践するためのチームが機能するための会議体、記録や情報共有、個別介護計画書の内容検討や確認等の仕組み、日常業務の中で介護過程実践が展開される仕組み、他職種との連携が生まれる仕組み等の工夫がされている。
- ・介護職員の力量の違いをカバーし、日頃の介護過程実践が円滑に進められるように工夫された書式等が導入されている。
- ・介護過程実践における介護福祉士の役割は重要であると認識しつつ、一定のポストについて介護福祉士を要件としている施設もあるが、具体的に介護福祉士であることを根拠とした介護過程実践における業務分掌まで行われているとは言えない。
- ・介護過程実践、特に個別介護計画という介護の方向性を定める支柱を作成するプロセスによって、利用者本意の個別ケアの実践ができること、専門職としての自覚が芽生えること、後進の育成や、チームビルディングに効果があり、一部では業務の効率化や離職率の低下という効果もあげられている。

③効果検証

②において自身の施設における実践事例を発表し、かつ他施設の発表に同席する形で参加したA事例施設、②で見出された書式や仕組み等を導入して、介護過程実践に寄与する効果を検証したB新規協力施設、それぞれの報告から見出された特徴は以下の通りである。

<A 事例施設>

- ・自分たちの介護過程実践を振り返り、介護過程そのものや、介護過程実践における課題や改善についての再認識や発見があった。
- ・介護過程における「アセスメント」「計画立案」の先にある介護の「実施」「評価」との連動についての重要性、課題に気づき、そのための仕組みづくり等に関心が高まった。
- ・介護過程実践の質をより向上させるために、これまで以上に人材育成の仕組みや理念教育、書式や取り組み効果を高める運用の仕組みを発展させていくことへの気づきがあった。
- ・自施設の発表のために行った実態や課題の整理、他施設の取り組みを知ることで、新たな改善に向かう取り組みの動機づけになった。

- ・介護福祉士は介護過程の基礎的学びを経ていることが基本となっており、介護過程実践においては、その取り組みの意義についてチームをエンパワメントしていく機能が期待されている。
- ・障害者支援施設においては、個別支援計画の作成が義務づけられているため、介護保険施設と比べてその効果や恩恵に預かる実感がある。反面、形骸化している点や、高齢障害者の増加や、複雑多様化する介護ニーズに対して、介護過程実践の取り組みの重要性を実感する機会となった。

<B 新規協力施設>

- ・新たな書式等を取り込み、意識して実践することにより新たな気づきや視点を得ることができた。
- ・利用者個人に着目する機会となったことで、観察や多角的な情報収集など、個別ケア実践に意識や視点を向ける効果があった。
- ・利用者を個別的に見る視点によって、利用者との信頼関係の形成に寄与することになった。
- ・利用者の強みや長所に着目できるようになり、問題解決思考から、目標思考へと変化するケースがあった。
- ・人材育成としての機能とチームアプローチを促す機能が感じられた。

(2) 介護現場における介護過程実践に関する課題について

①介護過程実践の実態調査（量的調査）

アンケート調査結果から見えてきた、介護現場における介護過程に関する課題は以下の通りである。

- ・介護過程実践を行える人材について、「研修・学習の機会の充実」「職員の意識改革」「職員の能力・意識の差」「個別介護計画の必要性の理解」といった教育や育成が課題とされている。
- ・「日々の業務が忙しく、時間が取れない」「ICTや書式等を活用できる環境づくり」「職場環境の改善」といった介護過程実践に取り組むための前段、現場の負荷を取り除くことという課題があげられている。
- ・介護支援専門員やサービス管理責任者と現場の介護職員との連携不足、他職種との連携の課題が介護過程のプロセスの取り組みに影響を与えている。
- ・書式や仕組み等が改善・更新されていない、書式や会議体があっても実務に落とし込まれていないといった、運用における課題があげられた。
- ・組織における各層が担うべき役割が不明確になっていたり、法人の理念や考えを浸透させていくことの課題が明らかになった。

②介護過程の実践事例調査（質的調査）

介護過程実践に取り組む10施設からの報告を踏まえると、介護過程実践の課題は以下があげられる。

- ・目の前で起きていることの事象や思考、根拠について言語化する能力の醸成があげられている。特に、一朝一夕で身につくものではないため、反復する訓練機会などを仕組み化していかなければならない。
- ・言語化能力を養成する他、介護過程実践を継続的に前進させるための「人材育成」はどの施設からもあげられている。体系化されたOFF-JTとOJTのどちらもその必要性が認識されている。
- ・自分たちの介護過程実践における、客観的評価がないという課題。介護職個々の能力や主観が影響していることはもちろん、組織の中で指導者等がいたとしても、その者たちを評価する仕組みがないことは、介護過程実践そのものの評価がないということと同意であり、課題と認識されている。
- ・介護過程実践に取り組んではいるが、更なる発展や質の維持向上を図るためには、業務効率化や負担軽減のために、ICT導入が必要である課題が明らかになった。

③効果検証

<A 事例施設>

A事例施設は、どこも課題の認識について行動を起こしていることが多い。どのような行動かを通じて、そこにある課題をあげる。

- ・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両者をつなぐための中間的書式を導入する。ケアプランと介護職がつくる計画書とに隔たりがあることが課題として浮かび上がっている。
- ・既存の介護チームをより小さな単位のチームに縮小。チームの構成や役割、責任の所在を明確化することで一人ひとりの主体的な介護への関わりを促すねらい。
- ・既存の委員会の中にプロジェクトチームを結成。日々の業務の中に記録時間を義務的に確保していくというミッションを背負っている。業務改善によって、介護過程に取り組むオペレーションを組もうとしている。
- ・計画やケアの振り返りの期間を中期間からより短期間で行う機会を設ける。計画立案から介護の実施と評価の連動性をより高めて、個別介護計画の位置づけと利用者への寄与を確認する機会を増やすねらいがある。
- ・既存の教育システムの中に、さらに新たなポストを設置してスーパービジョンの仕組みを検討。動画教材を作成し、育成に力を入れることで職員間の力量差を是正させていくねらい。

<B 新規協力施設>

B新規協力施設は、限られた期間・方法での検証であったことから、効果検証には課題が残された。具体的には、書式や仕組み等の効果について実感は得られたが、客観的な効果として立証

できるには至っていない。特定の利用者だけでなく、全利用者に実施していくとしたら「現在の体制では非常に厳しい」という声も多かった。また、介護過程における一場面での取り組みであったため、それが介護過程全体に及ぼす効果までは検証できていない。

これらの点から、本調査研究で得られた知見を改めて効果検証する機会が重要であり、残された課題と言える。

(3) 調査研究の総括

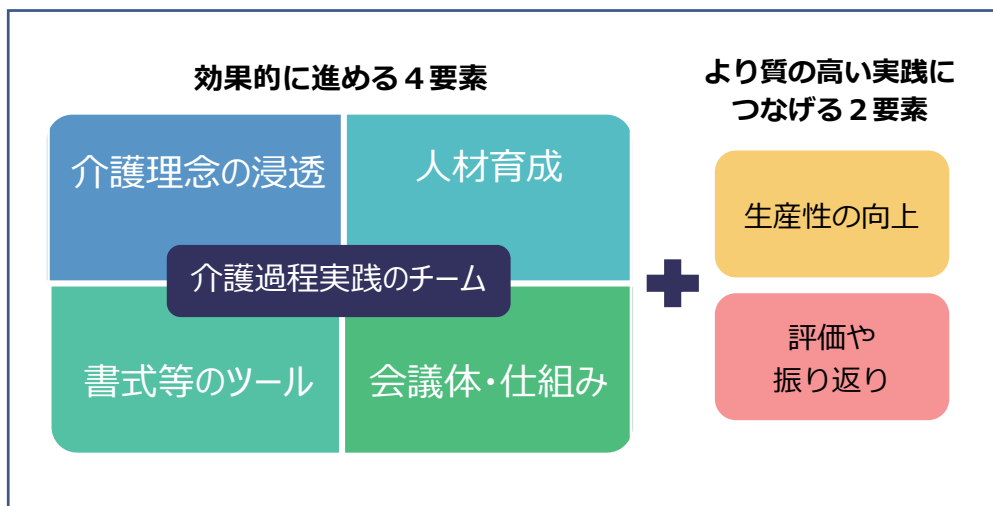
以上、介護現場における介護過程実践に関する実態と課題、介護福祉士の位置づけやチームケアとの関連について、3つの取り組みから得られた特徴を抜粋してまとめた。

介護保険施設においては30%強の施設で個別介護計画が作成されていることがわかった。また、個別介護計画書を作成する効果については、利用者の尊厳や生活に対する効果、介護人材の育成やキャリアに対する効果、介護チームを形成する効果などが見出される。しかし、具体的根拠として提示できる効果として本調査研究の結果では十分とは言えない。この点は今後の調査研究が必要であり今後の課題と言える。

障害者支援施設においては、個別支援計画の作成が義務づけられてはいるが、複雑多様化する介護ニーズへの対応、人材不足などもあり、介護過程実践の発展と質の向上に寄与する工夫が求められる。

実践事例調査や効果検証からは、介護過程の実践が介護職個人による専門的な技能であるという認識を踏まえつつも、現場における介護職チームを実働させるチームケアの重要な技法であり仕組みであるという構図が見えてきた。その介護過程実践を、介護現場においてより効果的に進めるために必要と考えられる要素は「介護理念の浸透」「人材育成」「会議体・仕組み」「書式等のツール」の4要素であることが見出せる。

介護現場において介護過程実践を推進する要素



「介護理念の浸透」は介護過程実践は目的ではなく、利用者が望む生活を実現するための介護職チームの実践的専門性を発揮する手段である、という理念を職場で共有するために大事な要素である。そして、その理念が共有された上で具体的に職員が介護過程を実践できるよう育成されていることが重要であり、そのための教育制度や人事制度が求められる。加えて、実践の場においては、育てられた人材が組織の中で機能するための会議体や仕組みが整い、さらに連携等を円滑にして、力量差を是正していくための書式等のツールがあり、これらが有機的に機能している時、介護過程実践のチームが機能するという構図である。

また、4つの要素のほかに、介護職員の負荷を軽減し、効率的に介護過程実践に取り組めるように、ICTの活用で代表される生産性の向上が求められる。さらに、自分たちの介護過程実践が閉鎖的にならず、客観的評価や外部の視点が入る機会によって、実践を振り返る機会（リフレクション）があることも重要であることが効果検証からは明らかになった。これら2つの支援要素があることで、より質の高い介護過程実践にブラッシュアップしていけることが見出された。

本調査研究から見えてきた課題は、上記の裏返しとも言える。それぞれの要素が十分に機能していないと介護過程実践に取り組むチームが機能しなくなる。特に大きな背景としては、慢性的な人材不足により、教育や新たなプロジェクトに取り組むということに注力できない現場の喫緊の課題がある。介護過程実践や個別介護計画の作成が、業務効率化や介護職の離職率の低下、人材育成に寄与しているという結果が本調査研究の結果で垣間見えた。しかし、疲弊している介護現場に介護過程実践や個別介護計画の作成に踏み出すまでの十分な根拠が得られたとは言えない。チームビルディングや対利用者にとっての効果があることも含めて、介護過程実践の効果検証については、更なる調査研究が求められるものとして、残された課題と言える。

また、実践事例調査からは、介護過程実践における介護職（介護福祉士）の役割として次ページに示す6つを整理・明示することができた。このうち、①～④は資格の有無にかかわらず、介護職全体に通底する役割と捉えられるが、⑤⑥については介護福祉士が専門職としての知識や技術をもとに遂行している事例もみられ、介護福祉士が果たしている（介護福祉士に期待されている）リーダー的役割と言えるであろう。

一方で、上記のような結果は得られたものの、本調査研究の目的の一つでもある、介護過程実践における介護福祉士だけが担う役割については、その役割の具現化や切り出しが難しかった。介護過程実践はもちろん、現在の介護現場では、介護福祉士とその他の介護職の明確な役割分掌が行われておらず、資格による差が明確になっていないことがその要因の一つである。加えて、介護現場においては、介護過程実践が個人的な技能ではなく、介護職チームにおける実践の技法・仕組みとして機能しているということが本調査研究で得られた知見である。この点も踏まえて、今後は、介護職チームにおける介護福祉士の役割、介護過程実践という文脈で介護福祉士の役割を捉えて調査をしていくことが重要だろう。

介護現場における介護過程実践は、介護現場の疲弊に加え、介護過程実践を効果的に進める4要素や2つの支援要素が足りていないと十分に取組めないことがわかった。これらの要素をいかに構築、導入、支援していけるかの検証、介護過程実践に取り組むためのより深い効果検証、

そして介護過程実践チームの中における介護福祉士特有の役割を見出していくことが、本調査研究の残された課題と言える。

介護過程実践における介護職（介護福祉士）の役割

①生活を支援軸に利用者を支える

- 「生活」を支援軸とした「生きている・生活している全体像」として利用者を捉え、介護過程実践を通して利用者を支える役割
(介護職及び介護福祉士)

②介護実践を言語化する

- 利用者への説明や、多職種及び介護職における情報の共有に向けて、「今、何が起きているか」を根拠に基づき説明できるよう、介護実践を言語化する役割
(介護職及び介護福祉士)

③利用者の声の代弁・意思決定・自己実現を支援する

- 利用者の意思を確認し、利用者の声を代弁しながら、意思決定を支援し、自己実現を促す役割
(介護職及び介護福祉士)

④多職種連携を推進する

- 情報集積と交換の場としてのハブ機能、利用者に最も近くにおいてアセスメントをする機能、多職種間の情報を統合整理する機能、支援のばらつきがある時に本来あるべき形に戻すバランス機能を持ち、これらをもとに多職種連携を推進する役割
(介護職及び介護福祉士)

⑤介護過程実践の基盤となる組織運営を推進する

- 組織として介護過程実践を推進できるよう組織改善を行う役割
(介護福祉士)

⑥人材育成・能力開発を担う

- 介護職の能力開発、専門性の発揮、後進育成などの人材育成を担う役割
(介護福祉士)

■第2章 介護現場における 介護過程実践に関する調査 (量的調査)

1 調査の枠組み

(1) 目的

介護過程の実践の有無、具体的実践状況、実践における課題について把握することを目的に、量的調査として「介護現場における介護過程実践の実態調査」を実施した。

(2) 調査対象とサンプル数

本調査研究においては、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、障害者支援施設を対象とした。調査対象サンプル数の合計は5,518施設である。

◆対象1：介護老人福祉施設

公益社団法人全国老人福祉施設協議会様により、会員である全国の介護老人福祉施設の中から2,500施設を無作為抽出。

◆対象2：介護老人保健施設

公益社団法人全国老人保健施設協会様により、会員である全国の介護老人保健施設の中から2,500施設を無作為抽出。

◆対象3：障害者支援施設

全国身体障害者施設協議会様の会員である全518施設。

(3) 調査内容

柱	質問内容
1. 基本的事項	問1 本調査の回答者 問2 貴施設の基本情報
2. 個別介護計画の作成状況	問3 介護職による個別介護計画の作成 問4 個別介護計画を作成していない理由 問5 個別介護計画の作成対象者 問6 個別介護計画の作成理由・目的 問7 個別介護計画の作成の状況 問8 個別介護計画による効果や変化

柱	質問内容
3. 施設サービス計画（ケアプラン）に対する介護職の関わり	問9 施設サービス計画／サービス等利用計画の作成・更新のアセスメント 問10 施設サービス計画／サービス等利用計画の立案 問11 施設サービス計画／サービス等利用計画に基づく介護実践 問12 施設サービス計画／サービス等利用計画の評価 問13 施設サービス計画／サービス等利用計画に介護職が関わることの効果や変化
4. 介護職が用いているツールや書式	問14 介護職が用いているツールや書式
5. 個別介護計画／個別支援計画に対する理解	問15 個別介護計画／個別支援計画に対する理解
6. 介護過程の実践における改善点や課題	自由記載 (1) アセスメント、計画立案、実施、評価それぞれの段階における改善点や課題 (2) 書式やツールに関する改善点や課題 (3) 人材育成に関する改善点や課題 (4) 組織（体制）に関する改善点や課題 (5) その他、介護過程の実践を推進していくための改善点や課題

(4) 調査方法と調査期間

郵送により対象施設に配布した。回答は郵送、ウェブフォーム回答（google フォームを活用）、エクセルファイルダウンロードによる回答（サーバーにアクセスし、エクセルファイルをダウンロードして回答したのち、メールの添付ファイルにより送信）とし、回答方法は回答者による選択に委ねた。

調査期間は、令和2年12月2日～30日とした。令和3年1月18日までは回答を受け付け集計に反映させた。

(5) 実査及び集計における配慮・留意点等

◆倫理的配慮

回答は全て無記名とするとともに、データは本調査研究以外に使用しないこと、統計的に処理することを明記した。

◆回収率の向上の取り組み 1

協力機関からの依頼として、公益社団法人日本介護福祉士会 会長名の依頼状（調査ご協力のお願い）を同封して郵送した。

◆回収率の向上の取り組み 2

回収率の向上を意図し、12月14日にハガキによる礼状兼督促を送付した。本調査は無記名であるため、返送の有無にかかわらず全施設に郵送した。

◆非標本誤差を抑える取り組み 1

介護保険施設と障害者支援施設では用語が違うことから、障害者支援施設の関係者より回答がしにくいという指摘が作業部会においてなされたため、調査票を高齢者用と障害者用に分け、用語をそれぞれに合わせて調査票を作成し、送付した。

質問の流れや内容は同一としたが、一部選択肢が違う部分がある。

◆非標本誤差を抑える取り組み 2

本調査研究では、介護保険施設における介護職が作成する計画について「個別介護計画」という用語を用いているが、現場で使用されている用語が統一的ではないことを踏まえ、回答者が誤解なく回答できるように、別紙として「個別介護計画とは」「施設サービス計画とは」を解説する文書を添付して郵送した。

◆「個別介護計画」の表記について

本調査研究では、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設において、介護過程のPDCAサイクルの中で介護職が介護内容や方法を定める計画を「個別介護計画」と表記している。施設により、個別援助計画、介護計画などと呼ばれている場合があることに留意されたい。

◆集計に関する留意点

介護保険施設における「個別介護計画」は策定の法的根拠がなく、一方で障害者支援施設における「個別支援計画」は策定が義務づけられている。全施設を合算して集計することは、結果に歪みを生じさせるため以降に掲載する集計においては、施設種類別に集計をしている。各施設種別の合計は、下表回収数となる。

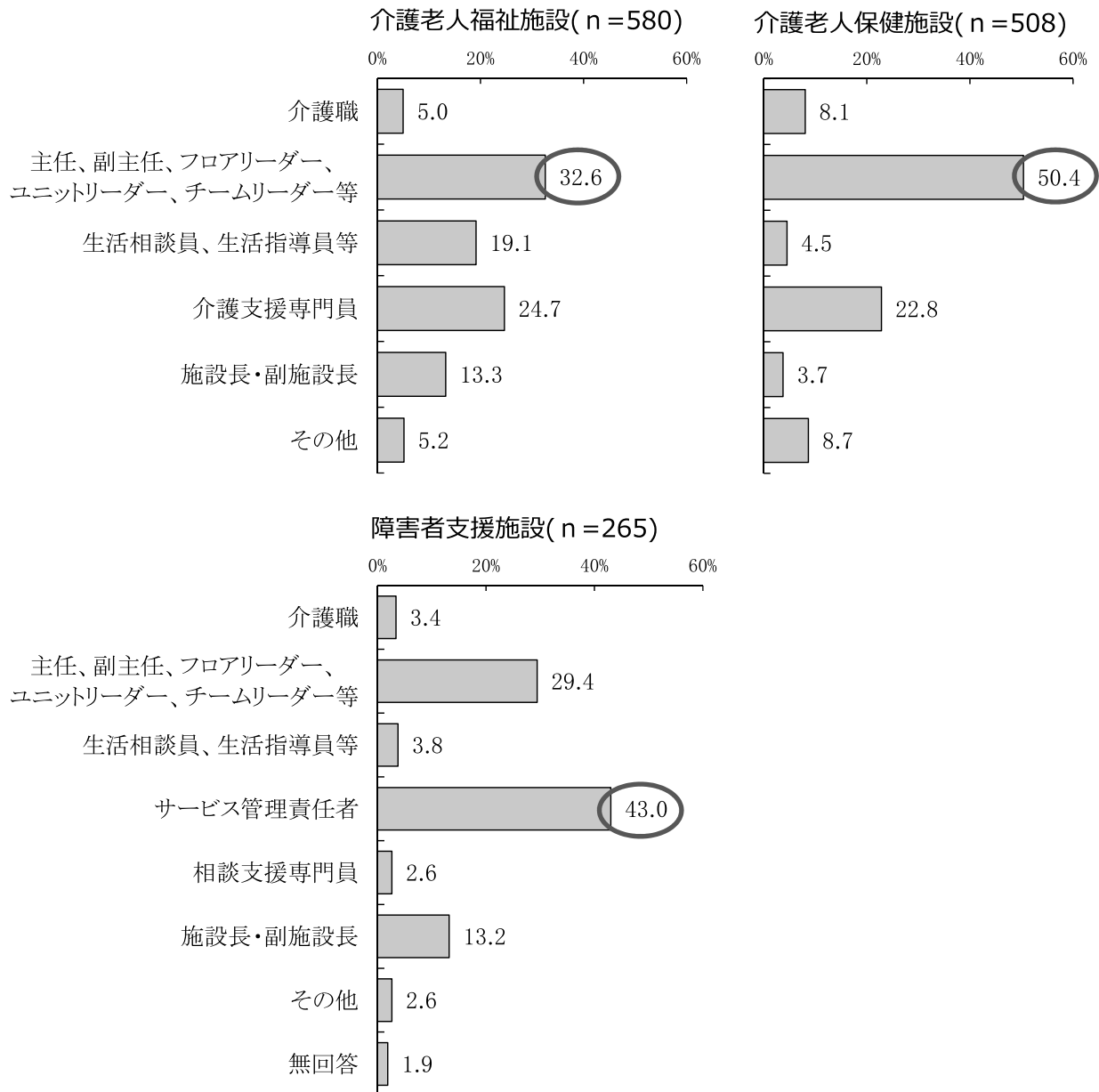
(6) 回収数

施設区分	サンプル数	回答数	回収率
介護老人福祉施設	2,500	580	23.2%
介護老人保健施設	2,500	508	20.3%
障害者支援施設	518	265	51.2%
合計	5,518	1,353	24.5%

2 回答施設の基本属性

(1) 調査の回答者

問1 本調査の回答者（介護福祉士資格所持者）はどなたですか。（1つに○）



(2) 回答施設の基本属性

問2 貴施設の基本情報についてお聞かせください。

① 回答施設の法人種別

	介護老人福祉施設 (n=580)	介護老人保健施設 (n=508)	障害者支援施設 (n=265)
社会福祉法人	97.2%	19.1%	98.9%
医療法人	1.0%	69.9%	—
都道府県・市町村	1.4%	3.5%	—
財団法人	—	1.2%	—
社団法人	—	2.0%	—
その他	—	3.7%	—
無回答	0.3%	0.6%	0.4%

② 回答施設の所在都道府県

単位:施設

	介福	老健	障害
北海道	44	19	12
青森県	12	13	7
岩手県	10	10	3
宮城県	20	13	6
秋田県	22	12	4
山形県	15	13	3
福島県	14	11	8
茨城県	15	13	7
栃木県	5	3	5
群馬県	15	10	11
埼玉県	5	15	9
千葉県	13	14	10
東京都	21	22	6
神奈川県	18	16	4
新潟県	22	16	10
富山県	9	4	2

	介福	老健	障害
石川県	4	6	2
福井県	8	3	6
山梨県	8	5	4
長野県	3	16	6
岐阜県	15	2	5
静岡県	25	14	8
愛知県	23	18	10
三重県	8	10	3
滋賀県	0	8	1
京都府	8	8	3
大阪府	9	34	6
兵庫県	19	25	10
奈良県	5	11	1
和歌山県	5	4	2
鳥取県	5	7	2
島根県	10	5	1

	介福	老健	障害
岡山県	16	11	6
広島県	21	12	5
山口県	14	6	6
徳島県	7	5	3
香川県	5	9	4
愛媛県	12	7	8
高知県	5	5	4
福岡県	12	19	12
佐賀県	1	3	4
長崎県	8	6	2
熊本県	15	11	8
大分県	9	9	2
宮崎県	9	5	5
鹿児島県	23	9	7
沖縄県	6	5	8
無回答	2	6	4
合計	580	508	265

③ 回答施設の事業開始年

	合計	1999年以前	2000～2010年	2011年以降	無回答
介護老人福祉施設 (地域密着型含む)	580 100.0	364 62.8	126 21.7	60 10.3	30 5.2
介護老人保健施設	508 100.0	293 57.7	139 27.4	47 9.3	29 5.7
障害者支援施設	265 100.0	174 65.7	76 28.7	7 2.6	8 3.0

上段:実数、下段:%

④ 回答施設の入所定員

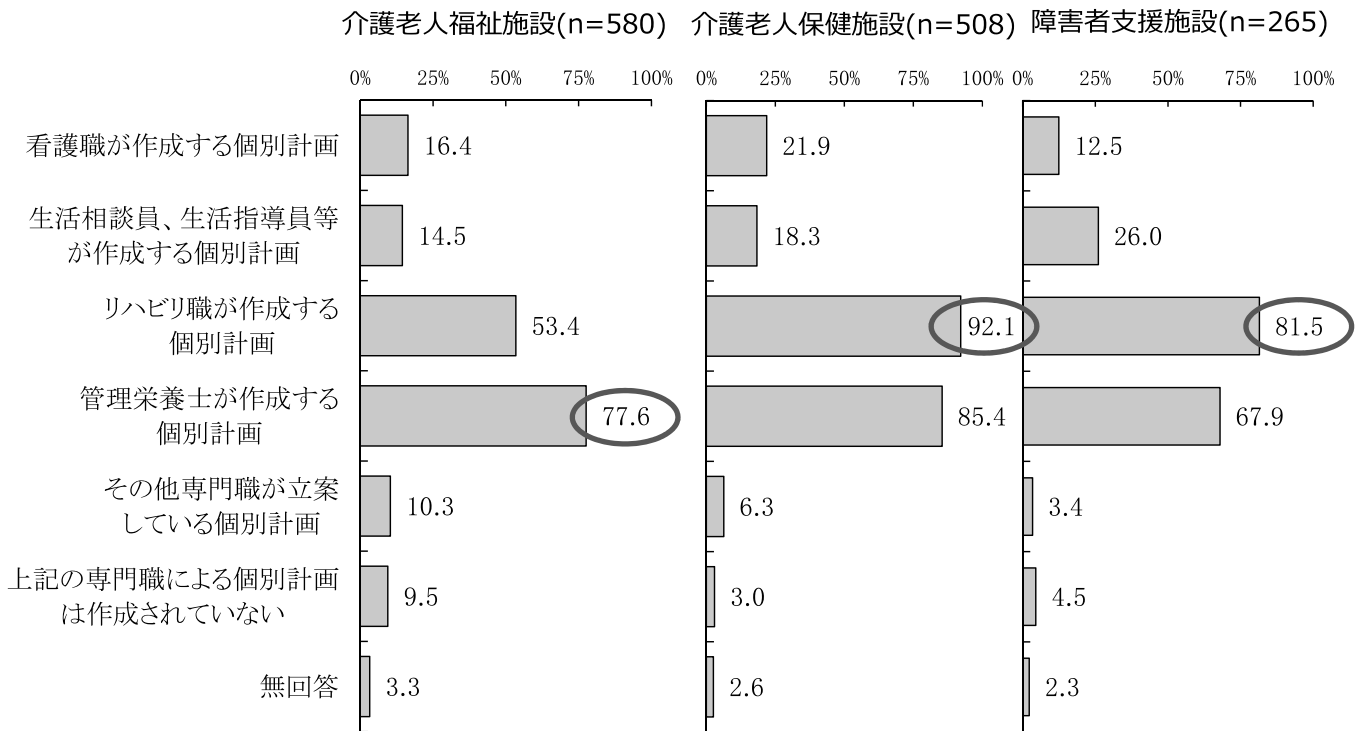
施設種別	1施設あたり平均
介護老人福祉施設(地域密着型含む)	72.2人
介護老人保健施設	92.9人
障害者支援施設	58.3人

⑤ 回答施設の介護職員数(平均値)

	介護老人福祉施設 1施設あたり平均	介護老人保健施設 1施設あたり平均	障害者支援施設 1施設あたり平均
介護職員合計人数	36.9人	35.3人	36.3人
正職員	26.0人	27.9人	25.5人
うち介護福祉士資格所持者	19.7人	22.0人	16.1人
正職員以外	11.4人	8.8人	12.0人
うち介護福祉士資格所持者	4.0人	3.3人	2.9人
経験年数3年以上の割合	72.1%	76.7%	71.2%

⑥介護職以外の専門職が立案している個別計画

(あてはまるもの全てに○)



3 個別介護計画の作成状況（※）

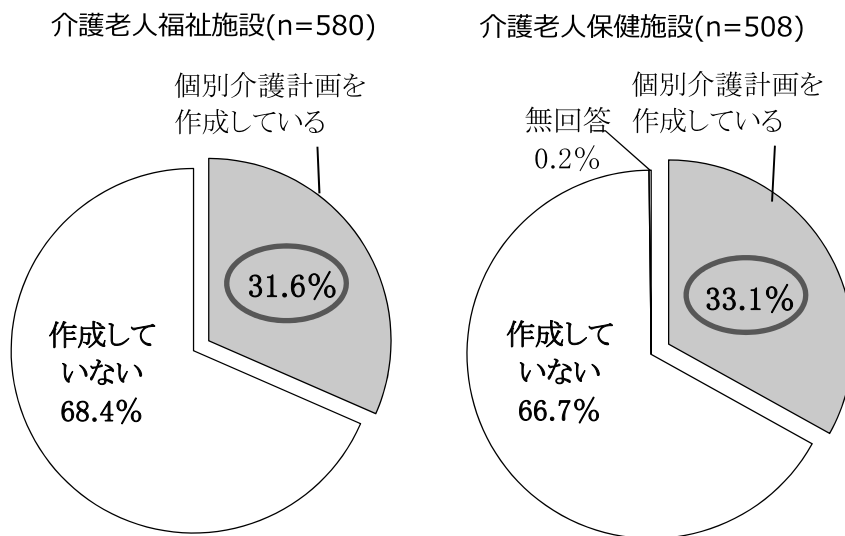
（1）個別介護計画作成の有無

問3 現在、貴施設においては、介護職による個別介護計画を作成していますか。

（1つに○）

※ここでいう「作成」とは、紙面やデータとして可視化されている状態を意味します

※個別介護計画の様式や書式は問いません



事業開始年別にみた個別介護計画作成の有無

	介護老人福祉施設				介護老人保健施設			
	合計	作成している	作成していない	無回答	合計	作成している	作成していない	無回答
全体	580 100.0	183 31.6	397 68.4	0 0.0	508 100.0	168 33.1	339 66.7	1 0.2
1999年以前	364 100.0	108 29.7	256 70.3	0 0.0	293 100.0	93 31.7	199 67.9	1 0.3
2000～ 2009年	119 100.0	46 38.7	73 61.3	0 0.0	136 100.0	46 33.8	90 66.2	0 0.0
2010年以降	67 100.0	19 28.4	48 71.6	0 0.0	50 100.0	18 36.0	32 64.0	0 0.0

※定員の無回答は掲載を省略、上段は施設数、下段は%

（※）調査においては、障害者支援施設の個別支援計画作成状況についても回答を求めた。同計画は法定化されていることから、作成率や策定理由等は介護保険施設と異なる。介護保険施設との比較は誤解を生じる可能性があるため、個別支援計画作成状況については集計から除外した。

入所定員別にみた個別介護計画作成の有無

	介護老人福祉施設				介護老人保健施設			
	合計	作成している	作成していない	無回答	合計	作成している	作成していない	無回答
全体	580 100.0	183 31.6	397 68.4	0 0.0	508 100.0	168 33.1	339 66.7	1 0.2
50人以下	49 100.0	↑ 20 40.8	↓ 29 59.2	0 0.0	15 100.0	↑ 6 40.0	↓ 9 60.0	0 0.0
50～99人	426 100.0	↑ 141 33.1	↓ 285 66.9	0 0.0	219 100.0	↑ 77 35.2	↓ 142 64.8	0 0.0
100人以上	104 100.0	↓ 22 21.2	↓ 82 78.8	0 0.0	264 100.0	↓ 84 31.8	↓ 179 67.8	1 0.4

※定員の無回答は掲載を省略、上段は施設数、下段は%

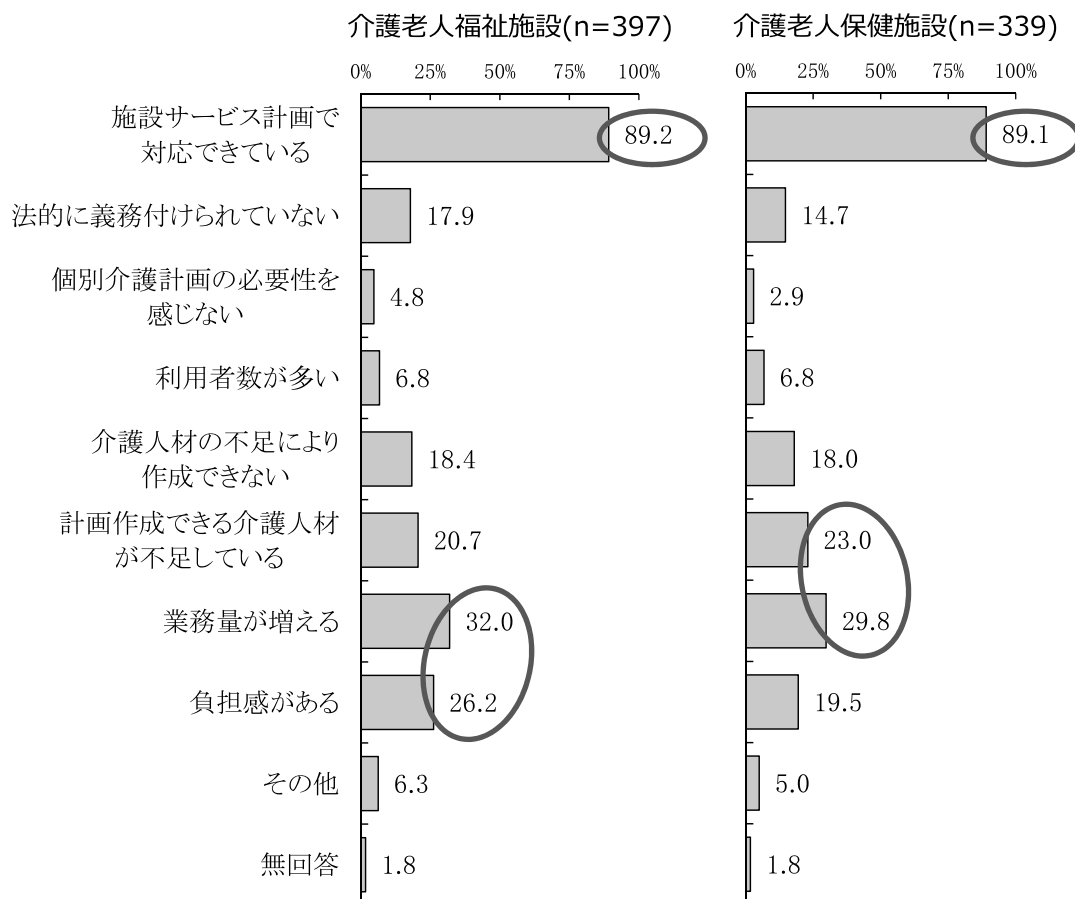
経験年数3年以上の介護福祉士の割合別にみた個別介護計画作成の有無

	介護老人福祉施設				介護老人保健施設			
	合計	作成している	作成していない	無回答	合計	作成している	作成していない	無回答
全体	580 100.0	183 31.6	397 68.4	0 0.0	508 100.0	168 33.1	339 66.7	1 0.2
49%以下	66 100.0	↓ 17 25.8	↓ 49 74.2	0 0.0	43 100.0	↓ 14 32.6	↓ 29 67.4	0 0.0
50～79%	251 100.0	↓ 80 31.9	↓ 171 68.1	0 0.0	152 100.0	↓ 44 28.9	↓ 107 70.4	1 0.7
80%以上	212 100.0	↓ 69 32.5	↓ 143 67.5	0 0.0	250 100.0	↓ 87 34.8	↓ 163 65.2	0 0.0

※定員の無回答は掲載を省略、上段は施設数、下段は%

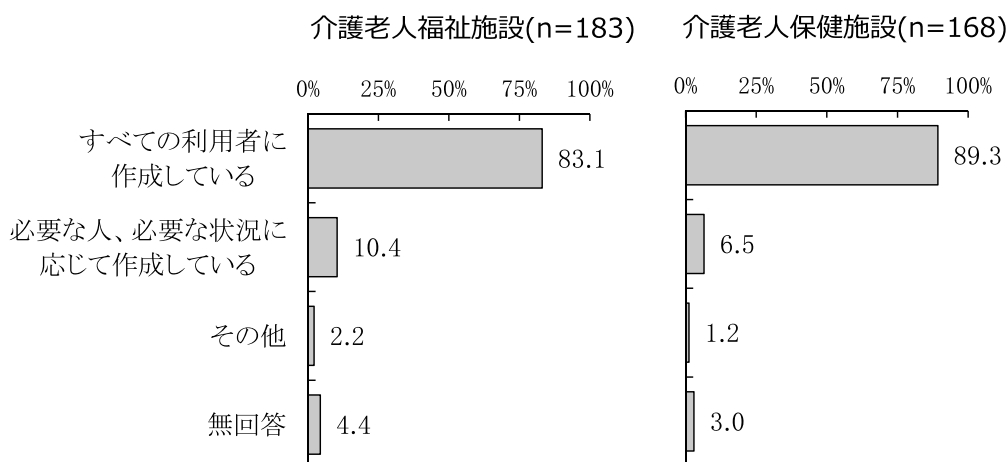
(2) 個別介護計画を作成していない理由

問4 個別介護計画を作成していない理由をお教えてください。(あてはまるもの全てに○)



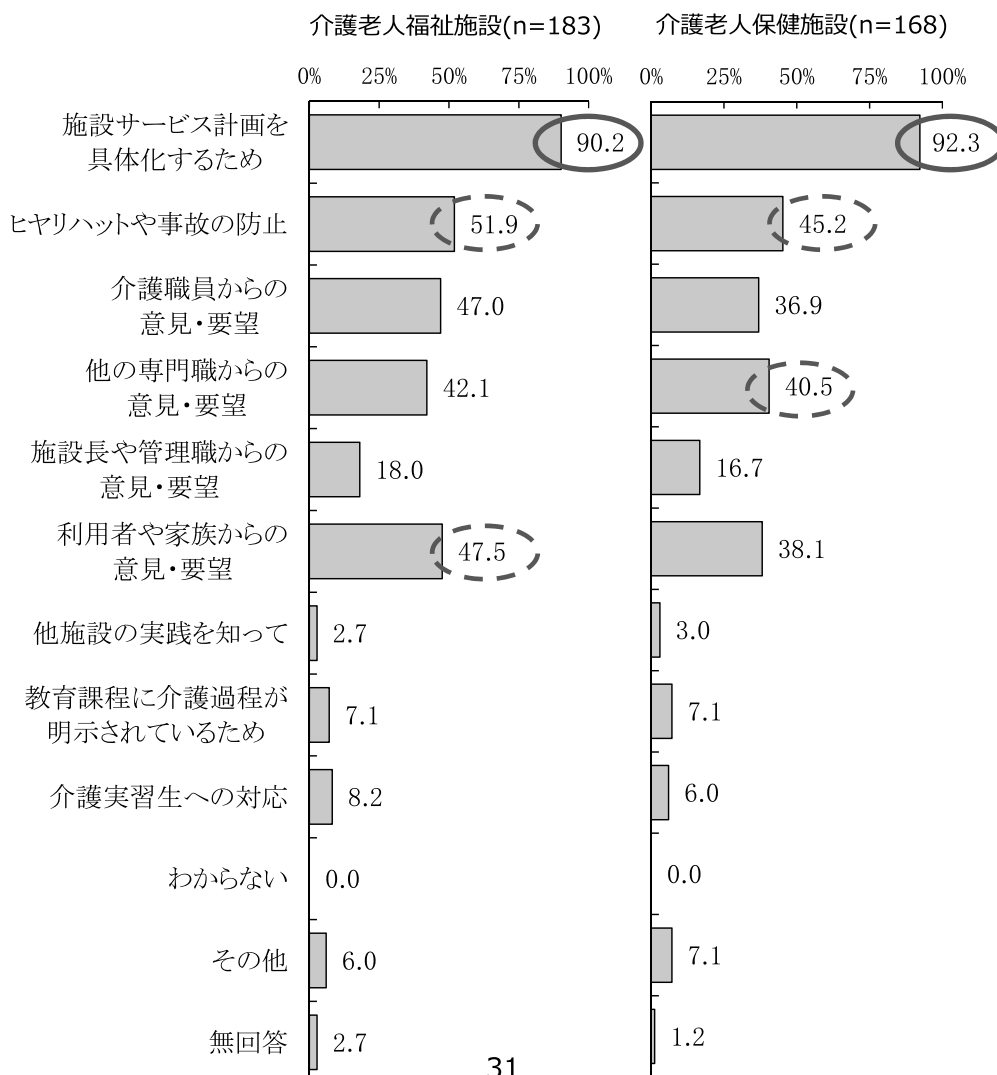
(3) 個別介護計画の作成対象者

問5 個別介護計画は、全ての利用者に作成していますか。



(4) 個別介護計画の作成理由・目的

問6 個別介護計画を作成している理由をお教えてください。(あてはまるもの全てに○)



(5) 個別介護計画の作成状況

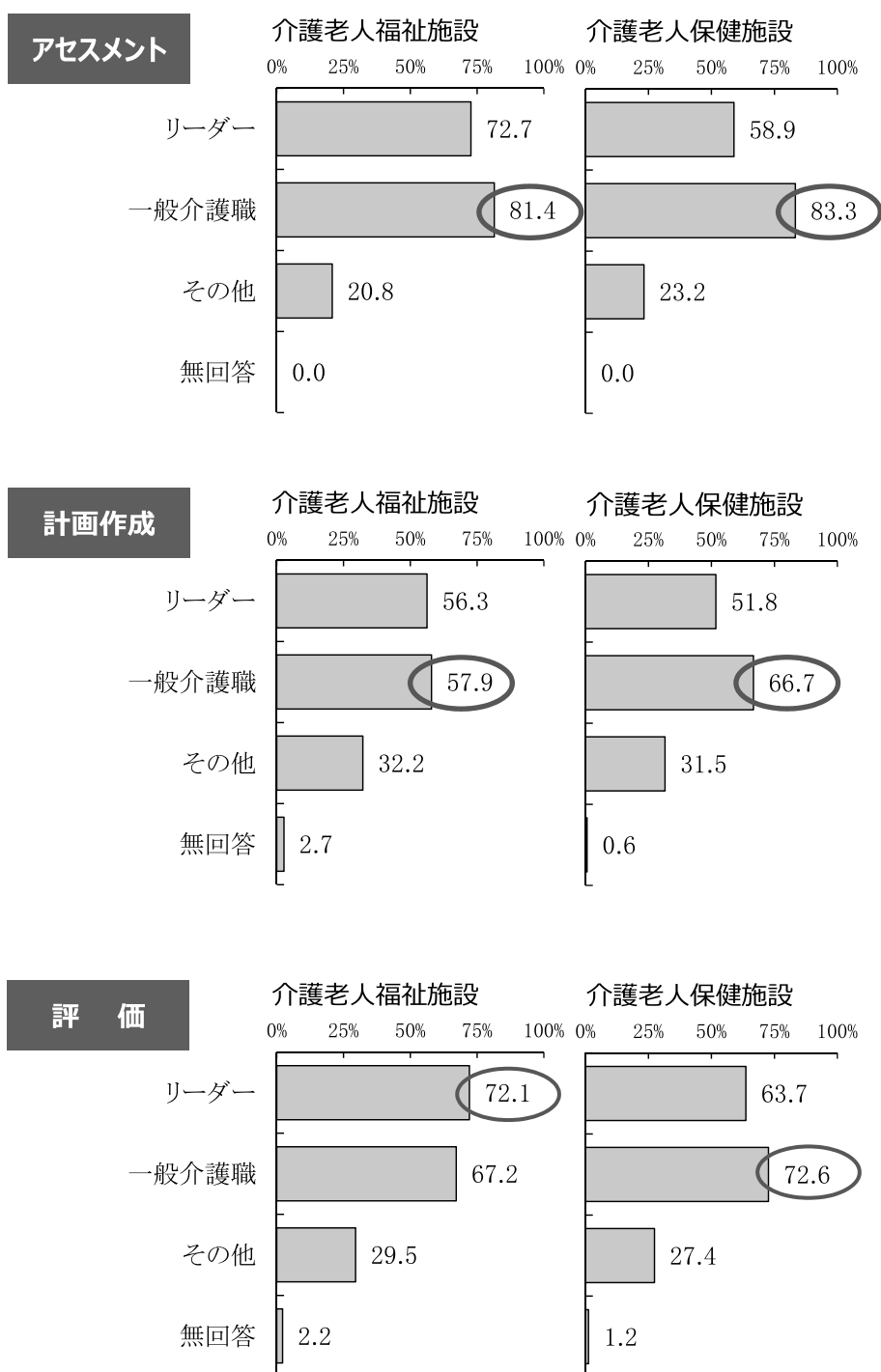
① アセスメント・計画作成・評価者の職位

問7 個別介護計画の作成の状況をお教えてください。

①アセスメント・計画作成・評価をしている人 (全てに〇)

※介護老人福祉施設 (n=183)、介護老人保健施設 (n=168)

※「リーダー」=主任、副主任、チームリーダー、フロアリーダー、ユニットリーダー等

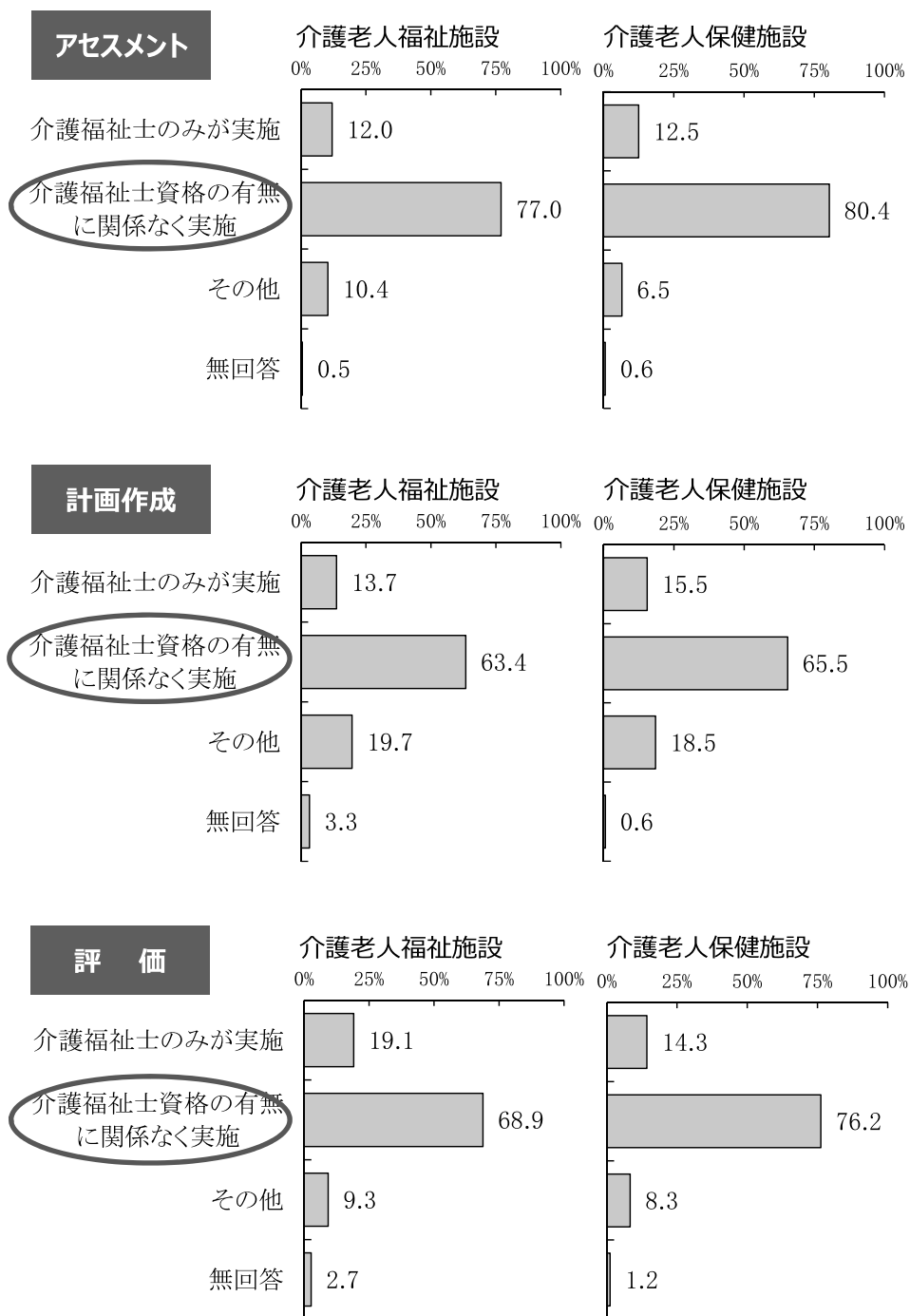


②アセスメント・計画作成・評価者の資格状況

問7 個別介護計画の作成の状況をお教えてください。

②アセスメント・計画作成・評価をしている人の資格（1つに○）

※介護老人福祉施設（n=183）、介護老人保健施設（n=168）

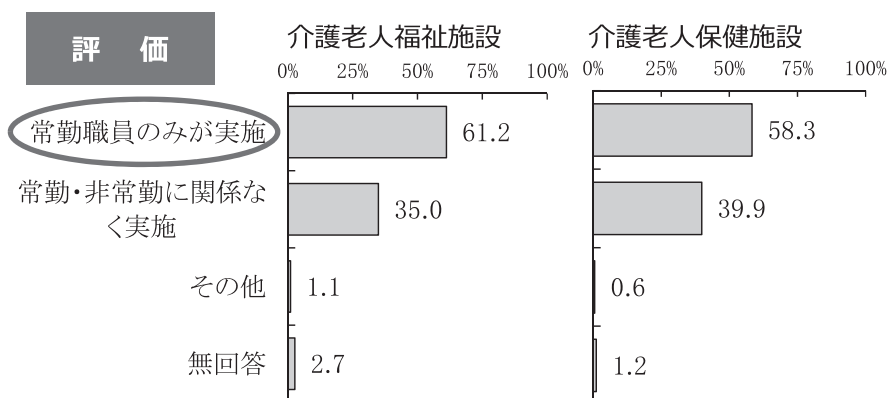
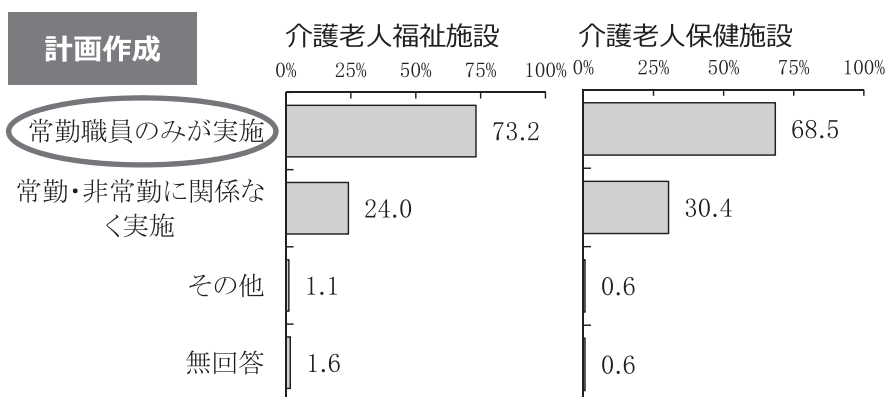
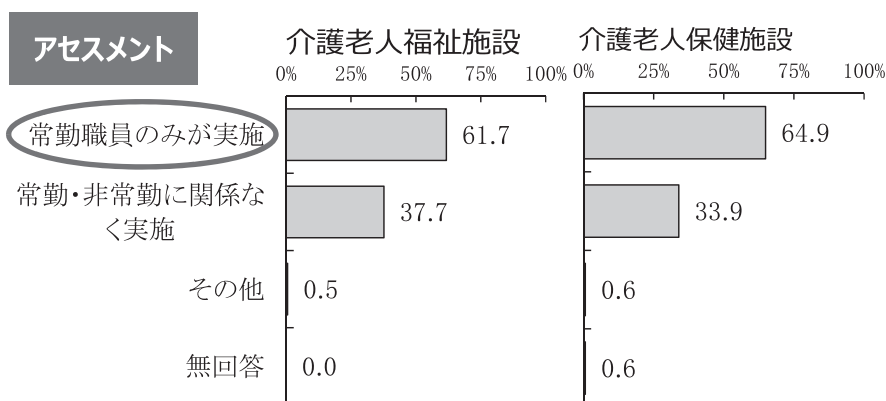


③アセスメント・計画作成・評価者の雇用状況

問7 個別介護計画の作成の状況をお教えてください。

③アセスメント・計画作成・評価をしている人の雇用状況（1つに○）

※介護老人福祉施設（n=183）、介護老人保健施設（n=168）

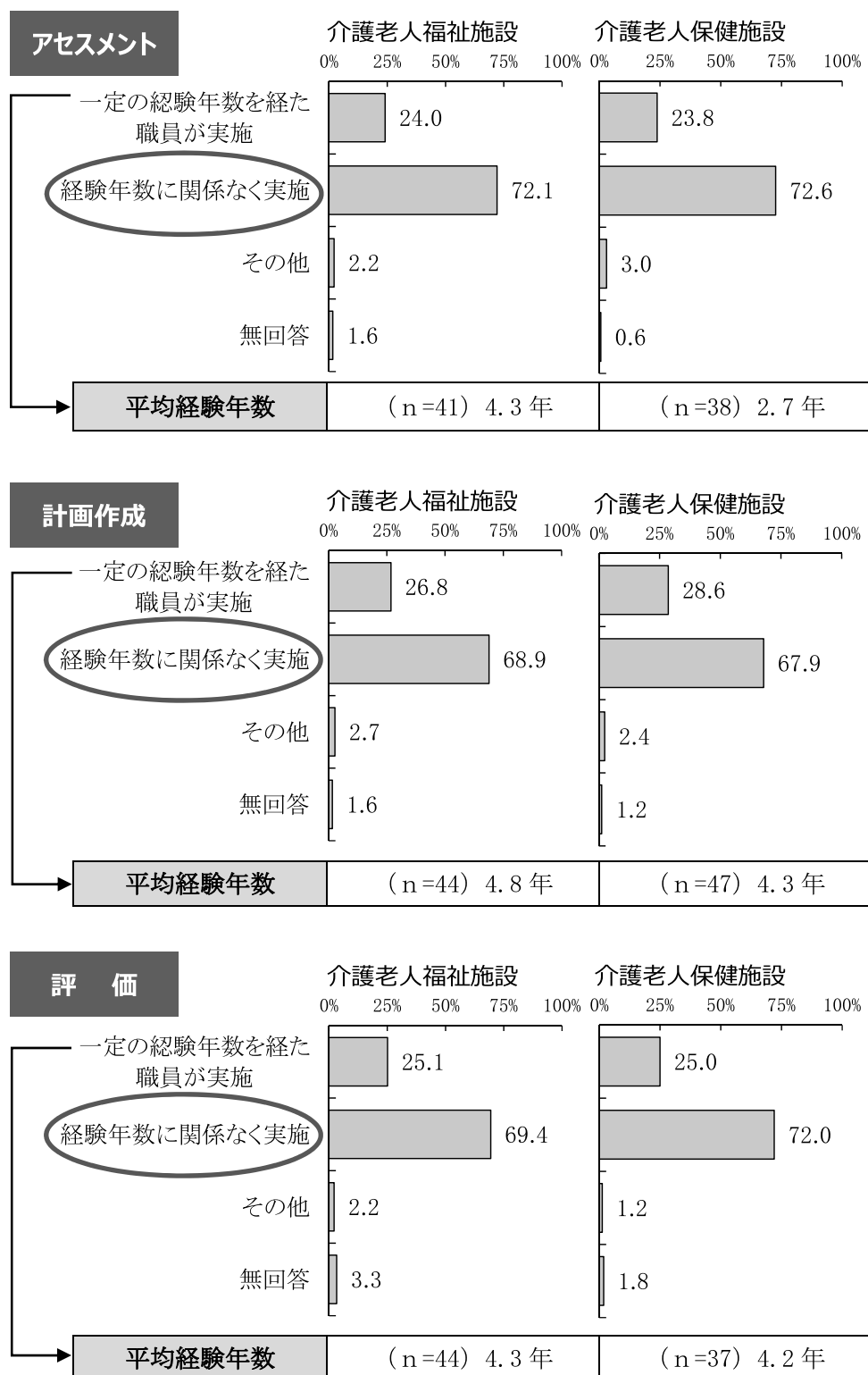


④ アセスメント・計画作成・評価者の経験年数

問7 個別介護計画の作成の状況をお教えてください。

④ アセスメント・計画作成・評価をしている人の経験年数（1つに○）

※介護老人福祉施設（n=183）、介護老人保健施設（n=168）



⑤内容の点検や助言をしている人

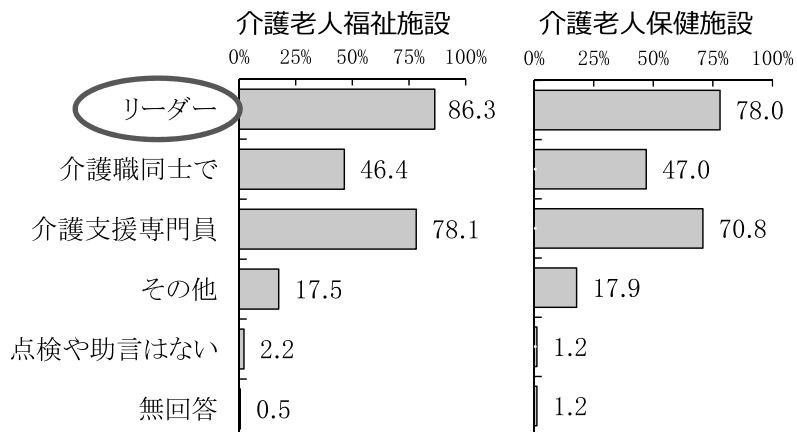
問7 個別介護計画の作成の状況をお教えてください。

⑤内容の点検や助言をしている人 (全てに○)

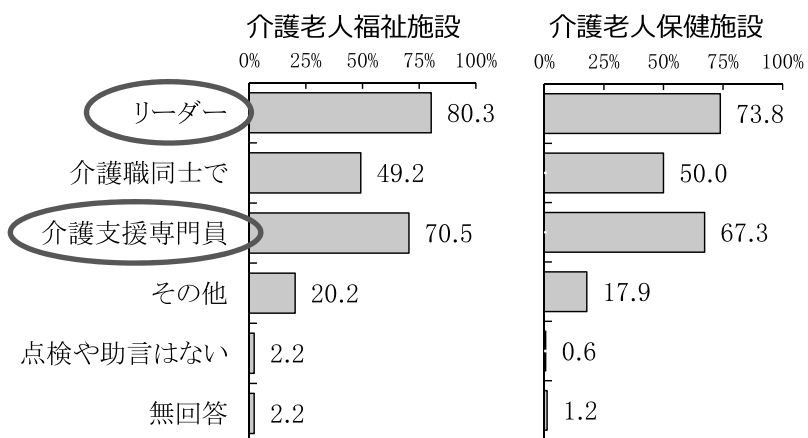
※介護老人福祉施設 (n=183)、介護老人保健施設 (n=168)

※「リーダー」=主任、副主任、チームリーダー、フロアリーダー、ユニットリーダー等

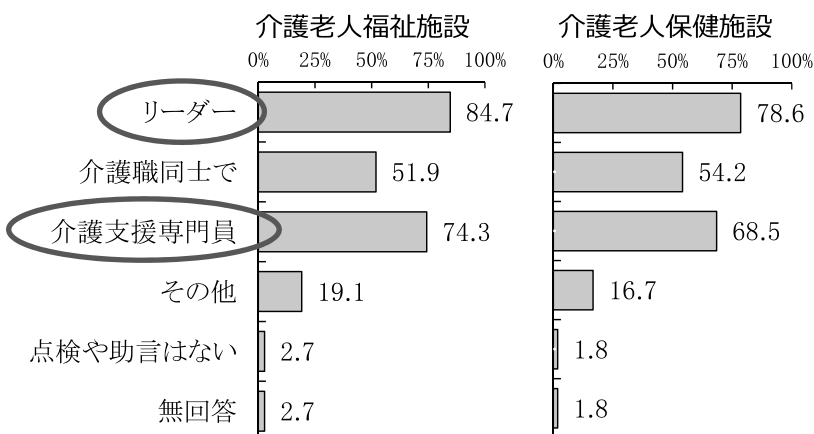
アセスメント



計画作成

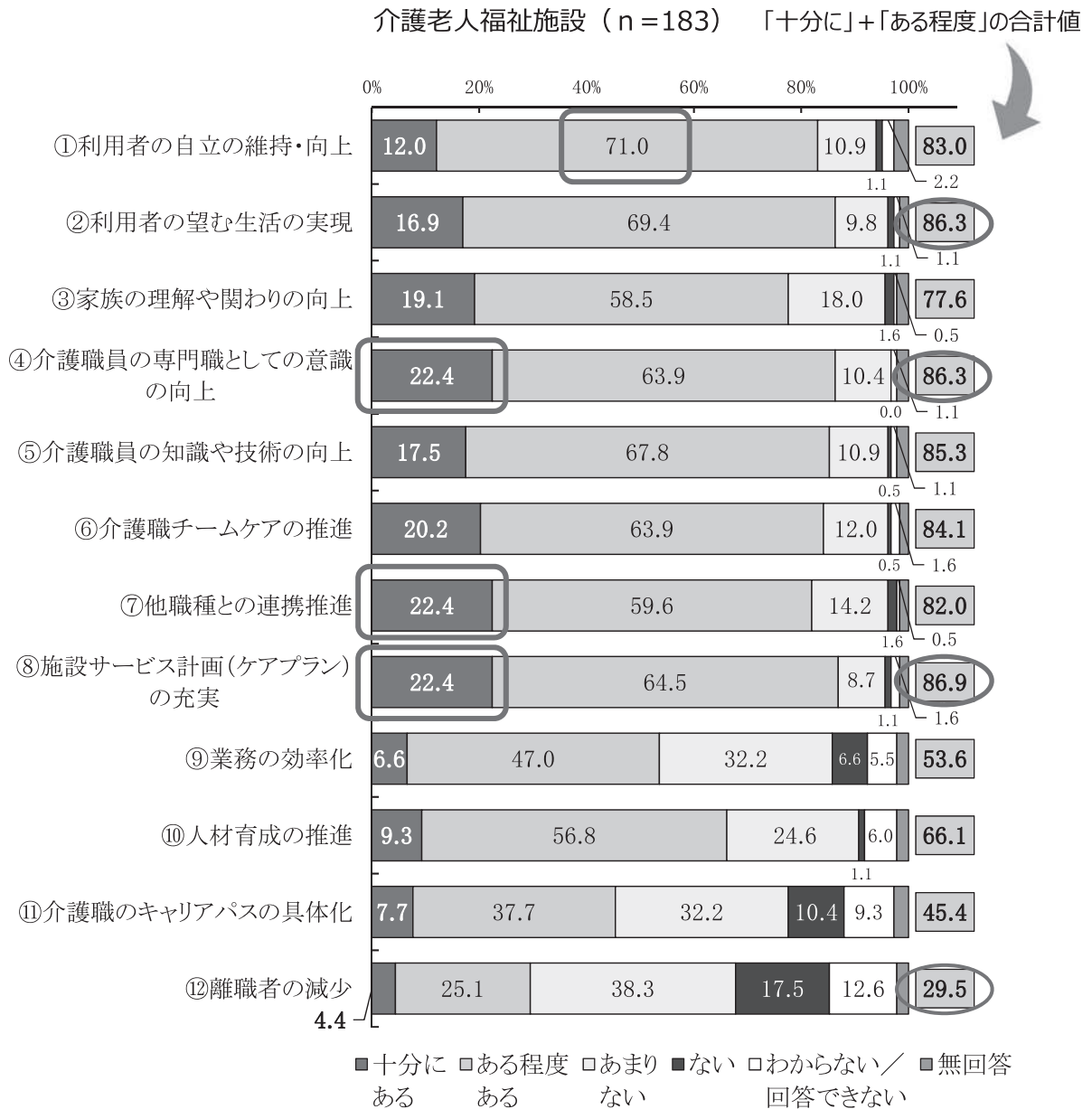


評価

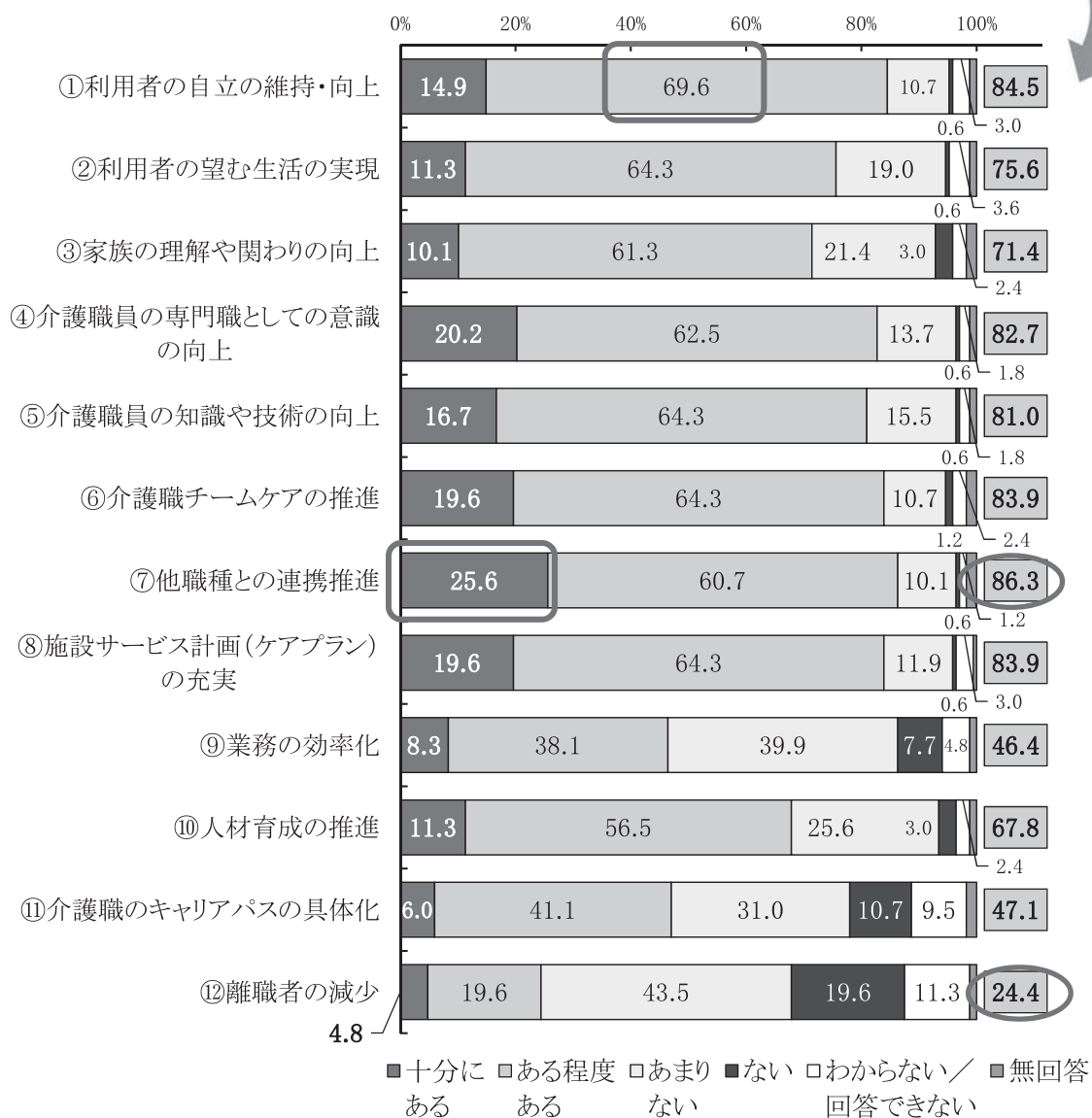


4 個別介護計画／個別支援計画による効果や変化

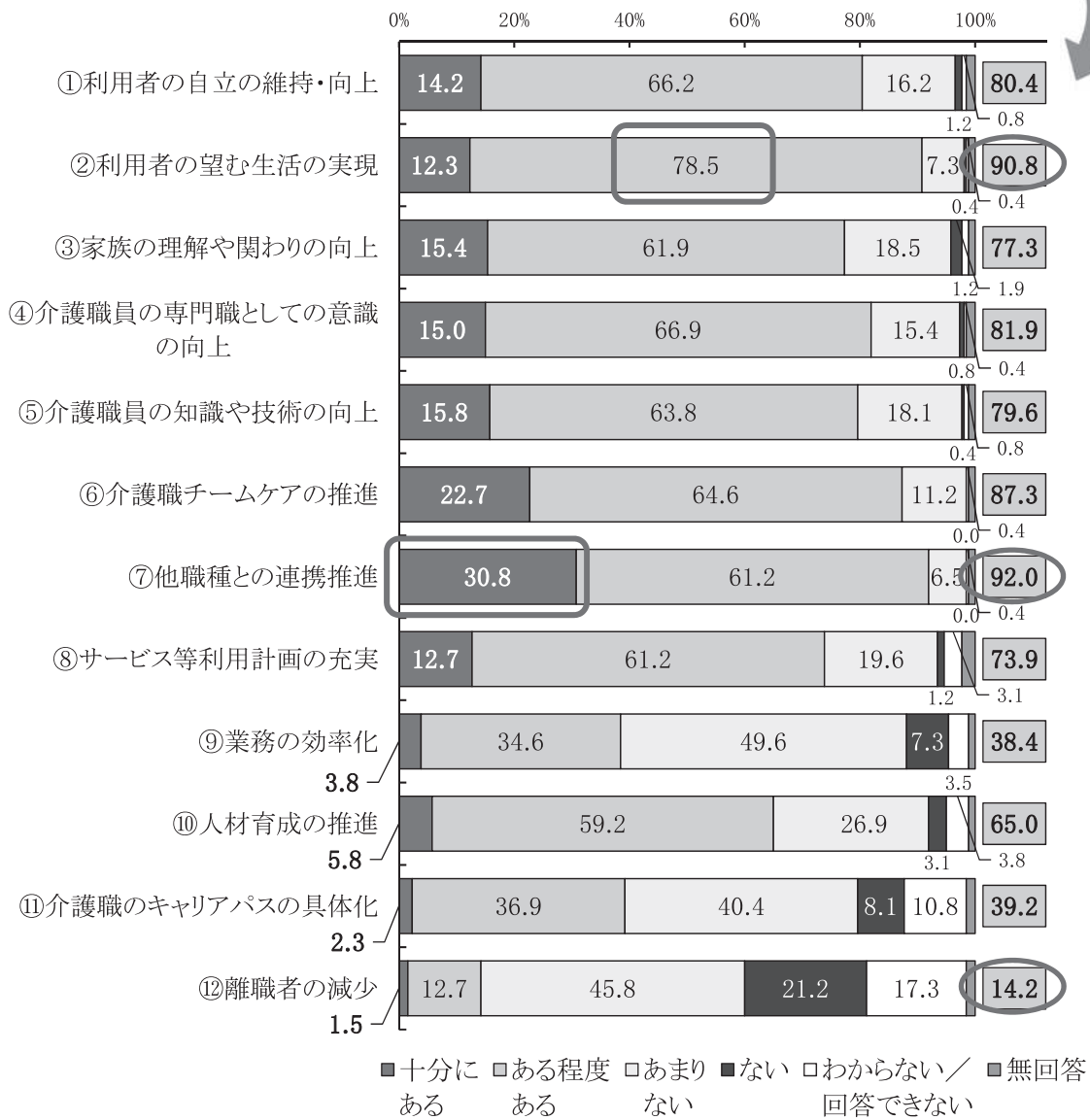
問 8 貴施設において個別介護計画／個別支援計画の作成と、それにもとづく介護実践に取り組んだ結果、どのような変化や効果がありましたか。



介護老人保健施設（n=168） 「十分に」+「ある程度」の合計値



障害者支援施設（n=260） 「十分に」+「ある程度」の合計値



5 施設サービス計画／サービス等利用計画に対する介護職の関わり

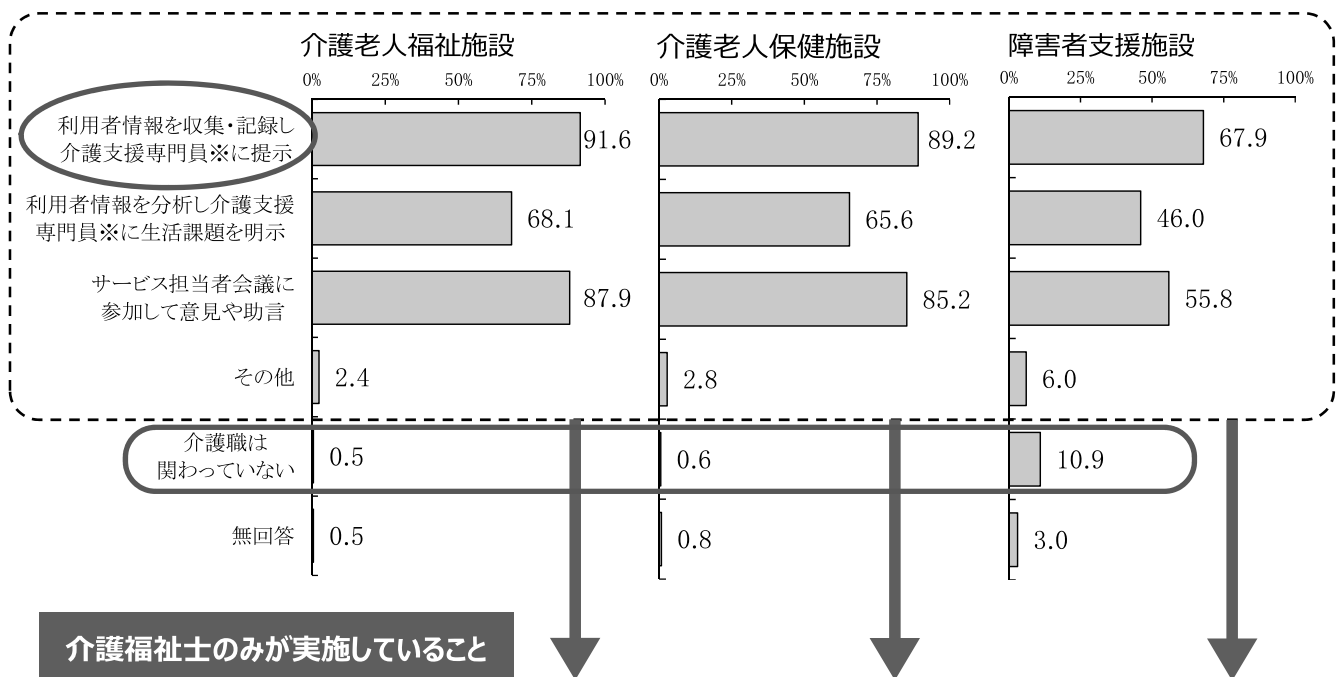
(1) 施設サービス計画／サービス等利用計画のアセスメント

問9 施設サービス計画／サービス等利用計画の作成・更新のアセスメントに、介護職はどのような関わりを持っていますか。(あてはまるもの全てに○)

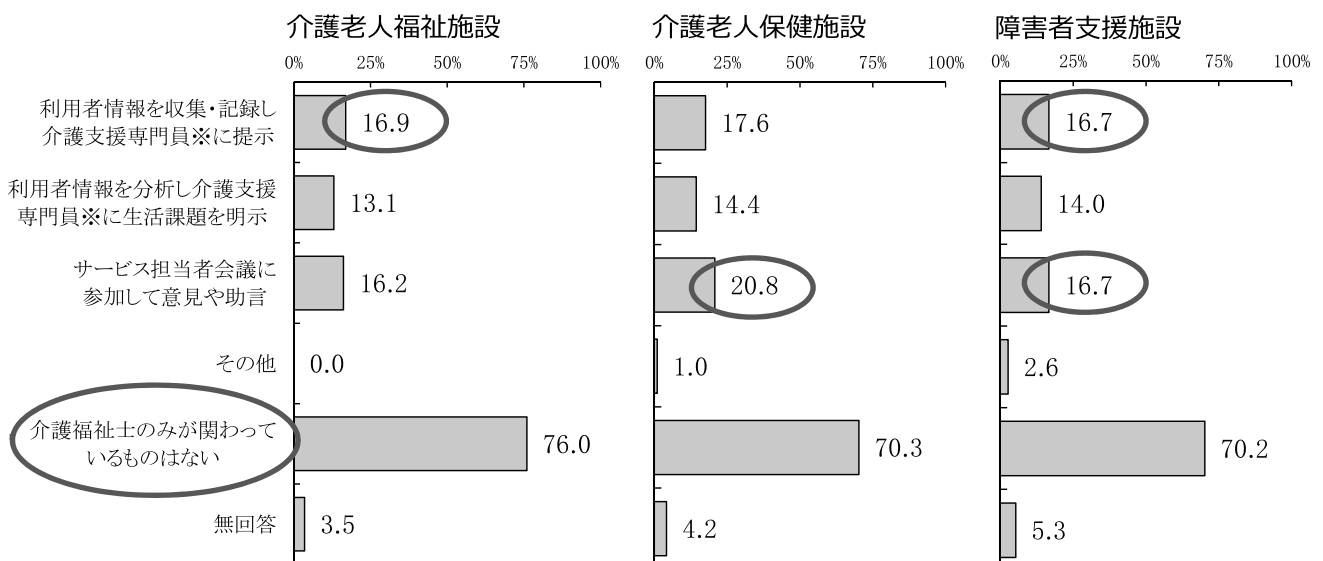
- ・介護職が実施していること=介護老人福祉施設 (n=580)、介護老人保健施設 (n=508)、障害者支援施設 (n=265)
- ・介護福祉士のみが実施していること=介護老人福祉施設 (n=574)、介護老人保健施設 (n=501)、障害者支援施設 (n=228)
- ・選択肢の一部を省略している場合がある

※障害者支援施設の選択肢は、介護支援専門員→相談支援専門員、施設サービス計画→サービス等利用計画

介護職が実施していること



介護福祉士のみが実施していること



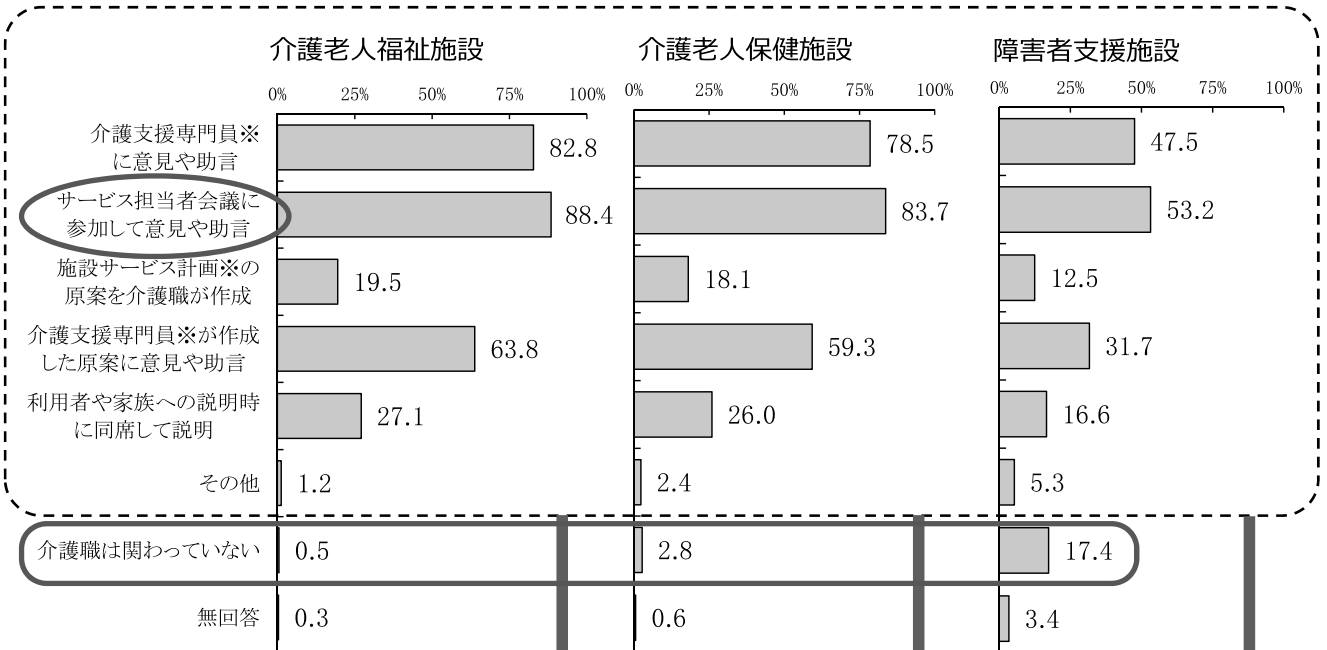
(2) 施設サービス計画／サービス等利用計画の立案

問 10 施設サービス計画／サービス等利用計画の立案に、介護職はどのような関わりを持っていきますか。(あてはまるもの全てに○)

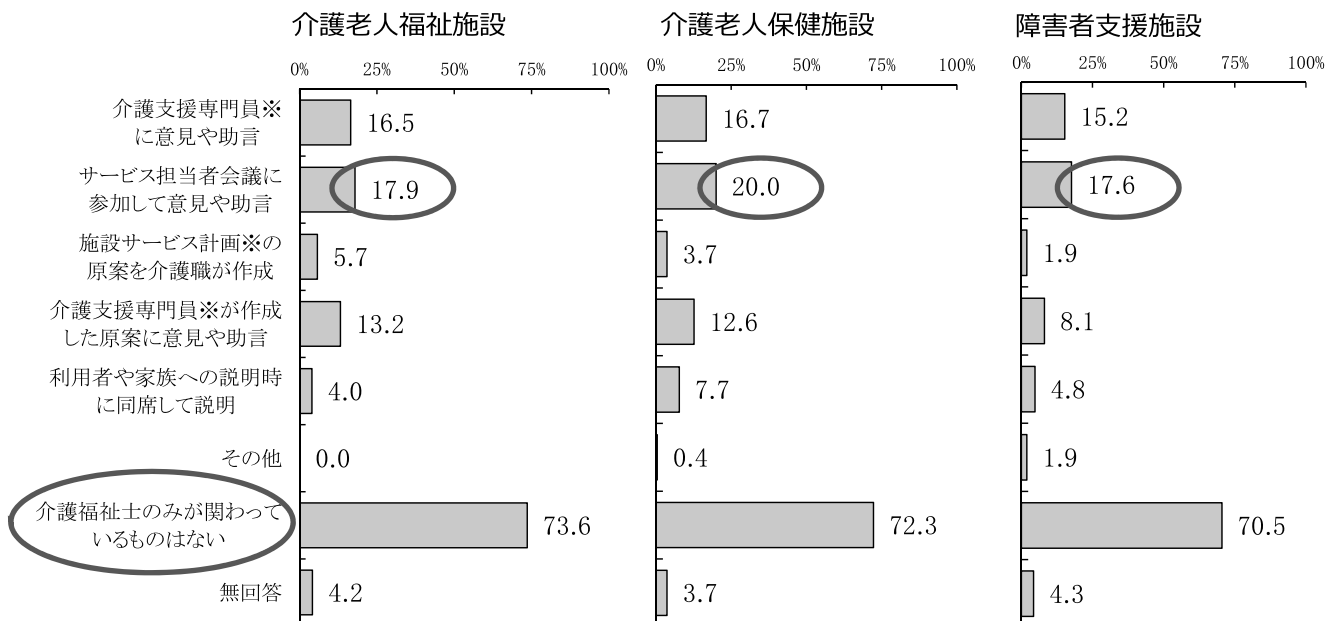
- ・介護職が実施していること=介護老人福祉施設 (n=580)、介護老人保健施設 (n=508)、障害者支援施設 (n=265)
- ・介護福祉士のみが実施していること=介護老人福祉施設 (n=575)、介護老人保健施設 (n=491)、障害者支援施設 (n=210)
- ・選択肢の一部を省略している場合がある

※障害者支援施設の選択肢は、介護支援専門員→相談支援専門員、施設サービス計画→サービス等利用計画

介護職が実施していること



介護福祉士のみが実施していること

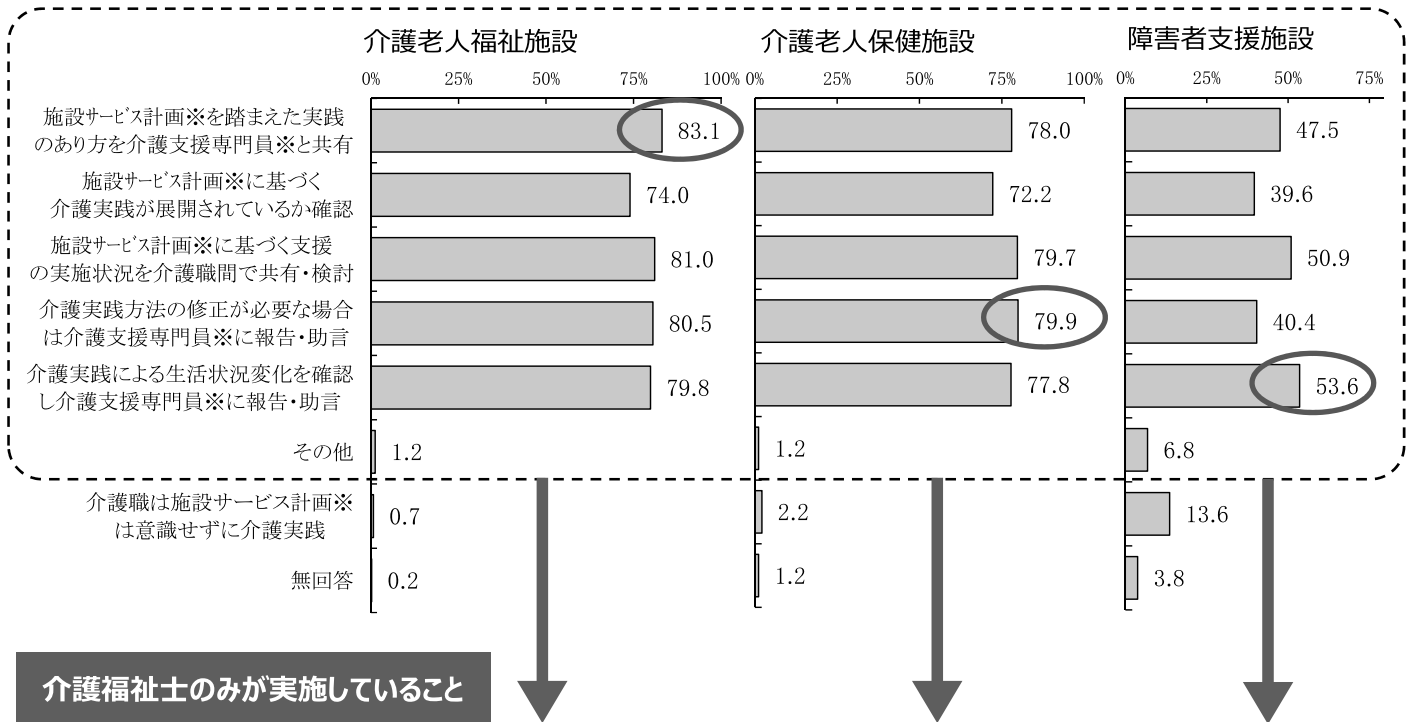


(3) 施設サービス計画／サービス等利用計画に基づく介護実践

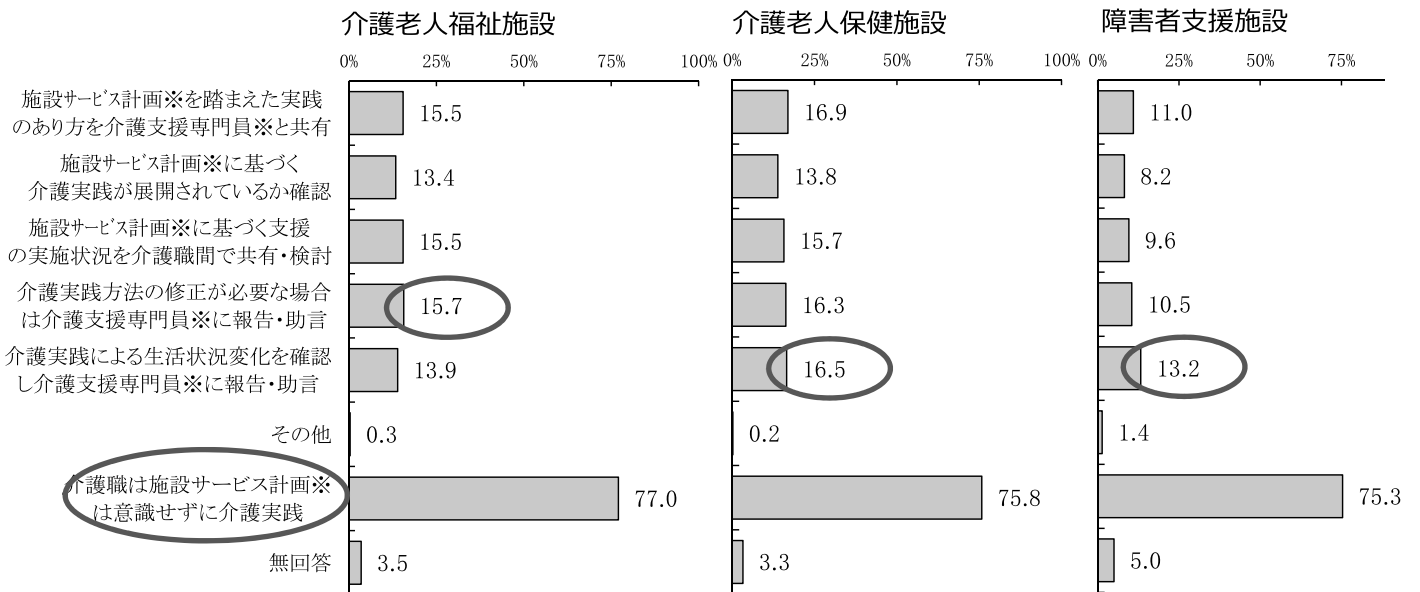
問 11 施設サービス計画／サービス等利用計画に基づく介護実践に、介護職はどのような関わりを持っていますか。(あてはまるもの全てに○)

- ・介護職が実施していること=介護老人福祉施設 (n=580)、介護老人保健施設 (n=508)、障害者支援施設 (n=265)
 - ・介護福祉士のみが実施していること=介護老人福祉施設 (n=575)、介護老人保健施設 (n=491)、障害者支援施設 (n=219)
 - ・選択肢の一部を省略している場合がある
- ※障害者支援施設の選択肢は、介護支援専門員→相談支援専門員、施設サービス計画→サービス等利用計画

介護職が実施していること



介護福祉士のみが実施していること



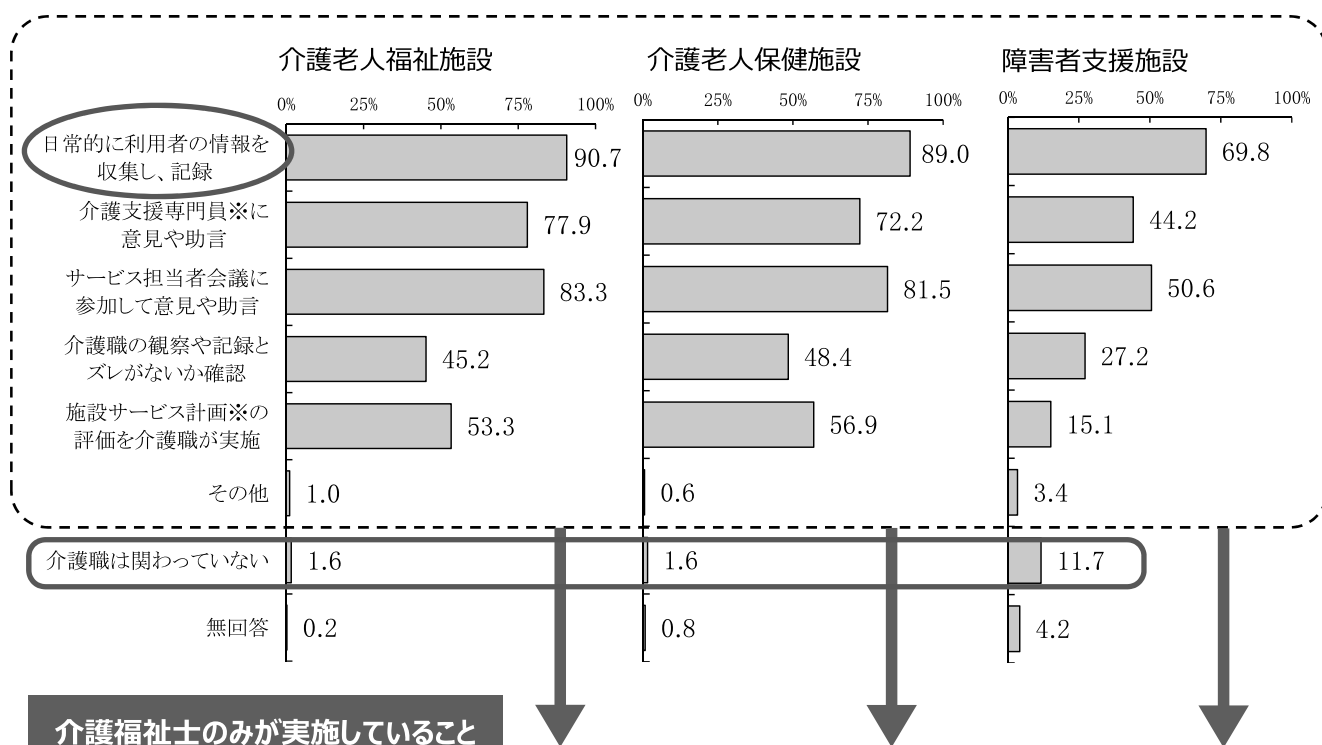
(4) 施設サービス計画／サービス等利用計画の評価

問 12 施設サービス計画／サービス等利用計画の評価に、介護職はどのような関わりを持っていきますか。(あてはまるもの全てに○)

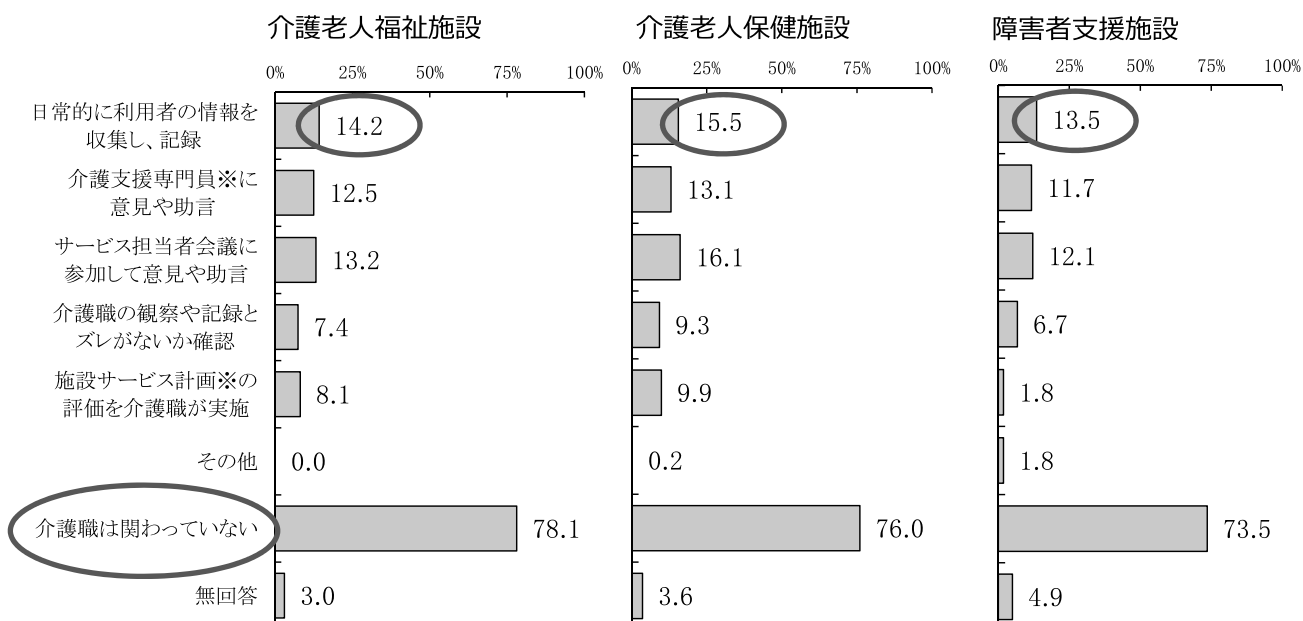
- ・介護職が実施していること=介護老人福祉施設 (n=580)、介護老人保健施設 (n=508)、障害者支援施設 (n=265)
- ・介護福祉士のみが実施していること=介護老人福祉施設 (n=570)、介護老人保健施設 (n=496)、障害者支援施設 (n=223)
- ・選択肢の一部を省略している場合がある

※障害者支援施設の選択肢は、介護支援専門員→相談支援専門員、施設サービス計画→サービス等利用計画

介護職が実施していること

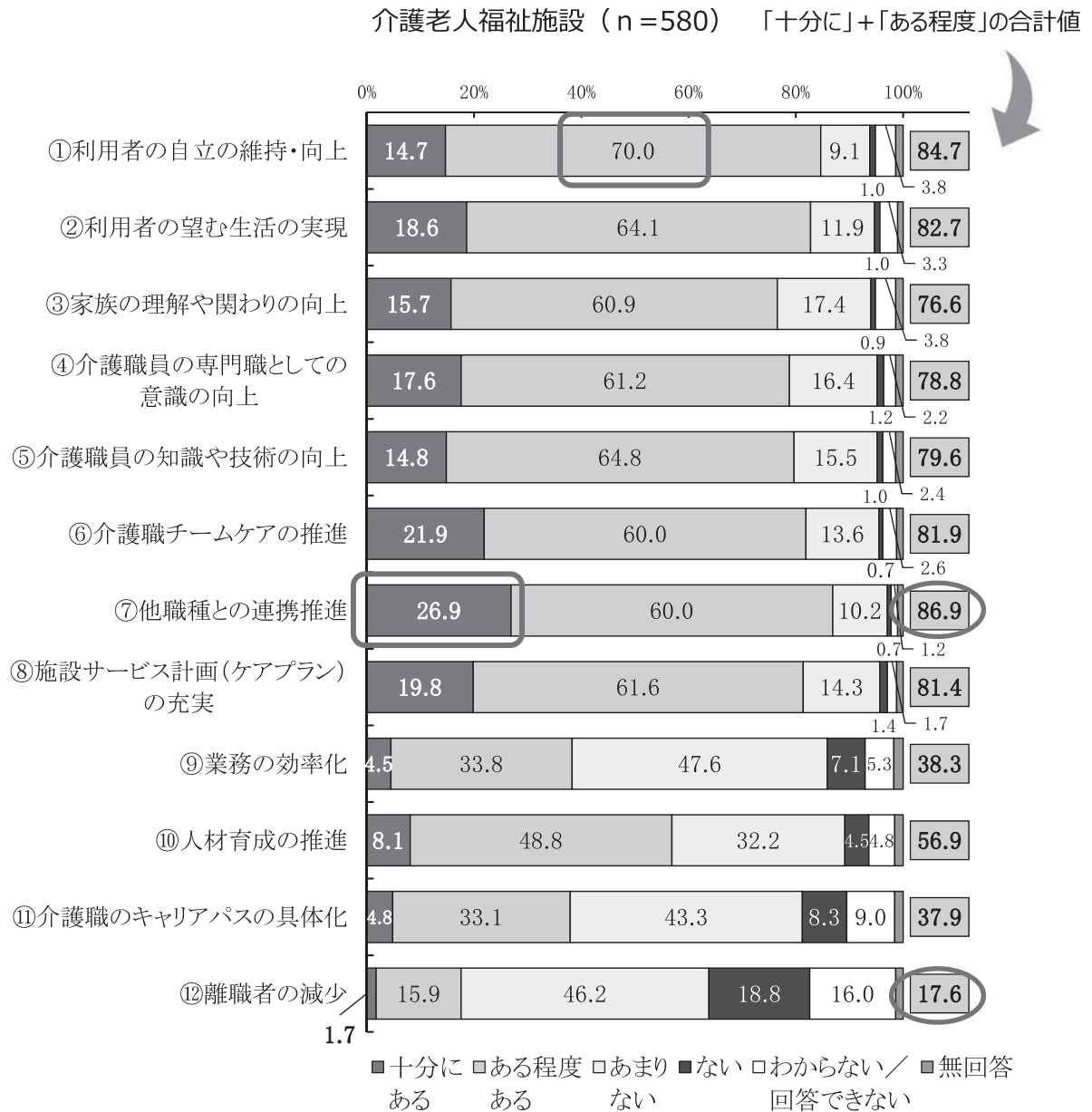


介護福祉士のみが実施していること

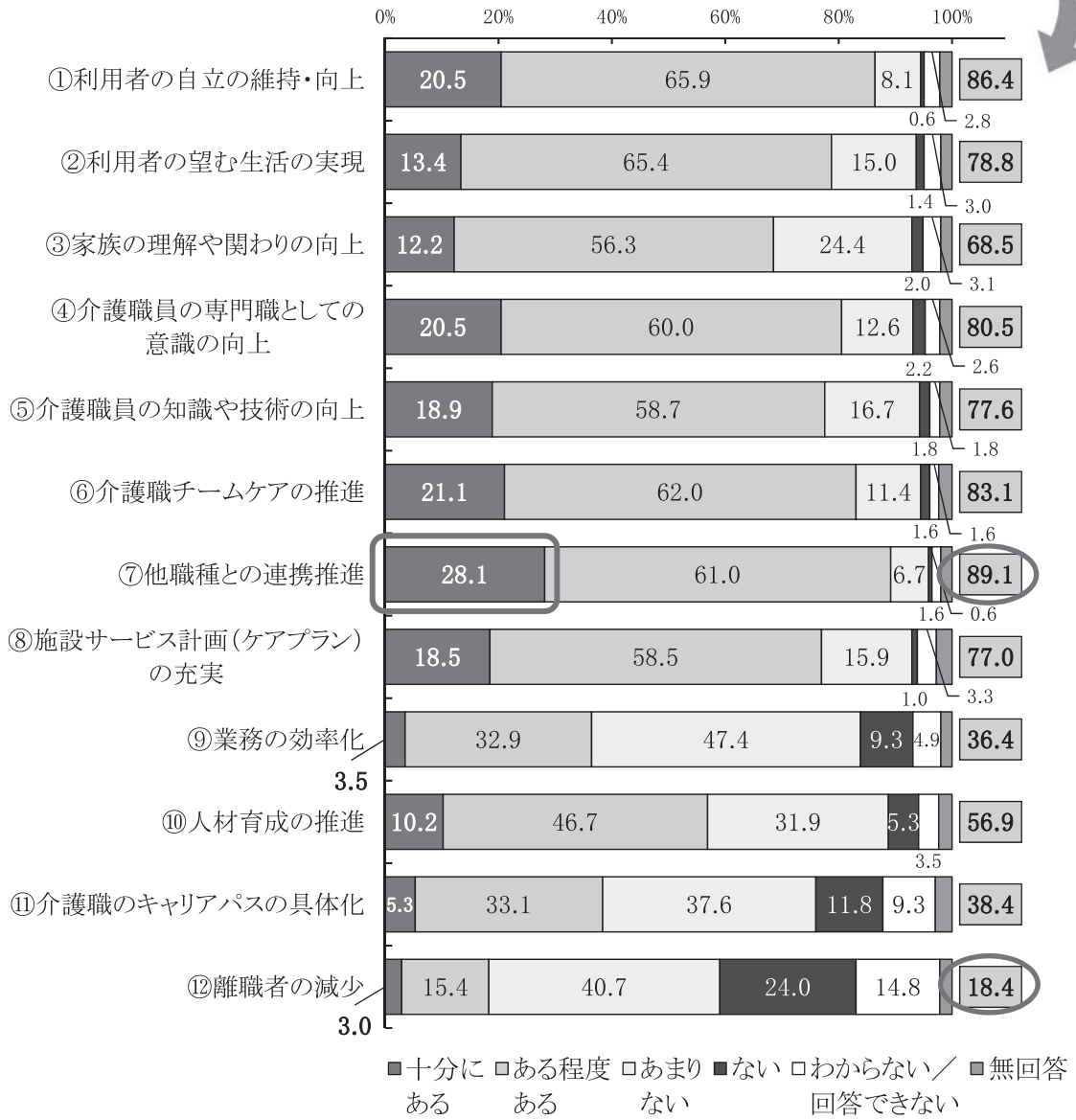


6 施設サービス計画／サービス等利用計画に関わることでの効果や変化

問 13 貴施設において、介護職が施設サービス計画／サービス等利用計画の作成に関わることで、どのような変化や効果がありましたか。(それぞれ1つに○)

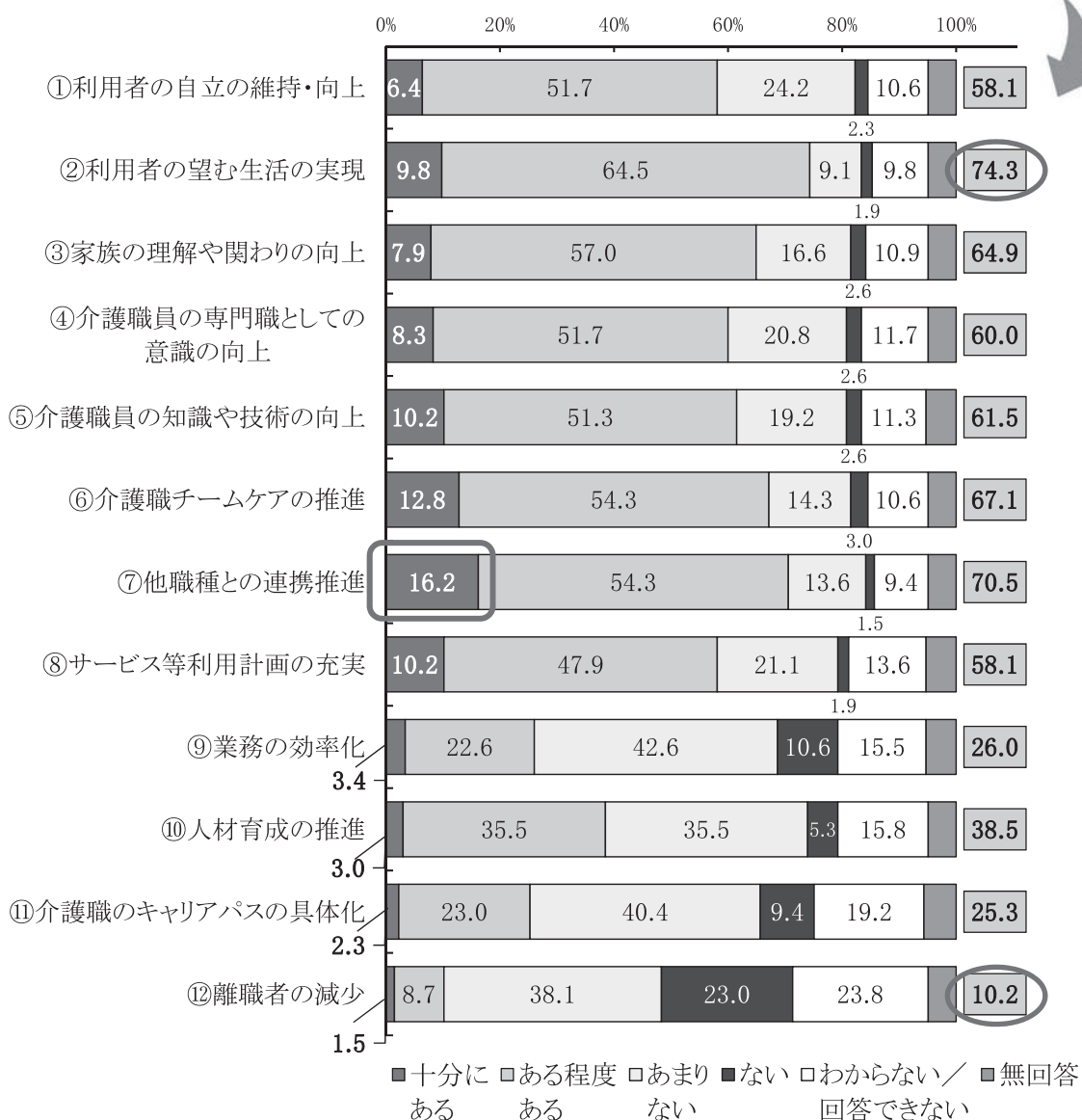


介護老人保健施設(n=508) 「十分に」+「ある程度」の合計値



障害者支援施設(n=265)

「十分に」+「ある程度」の合計値



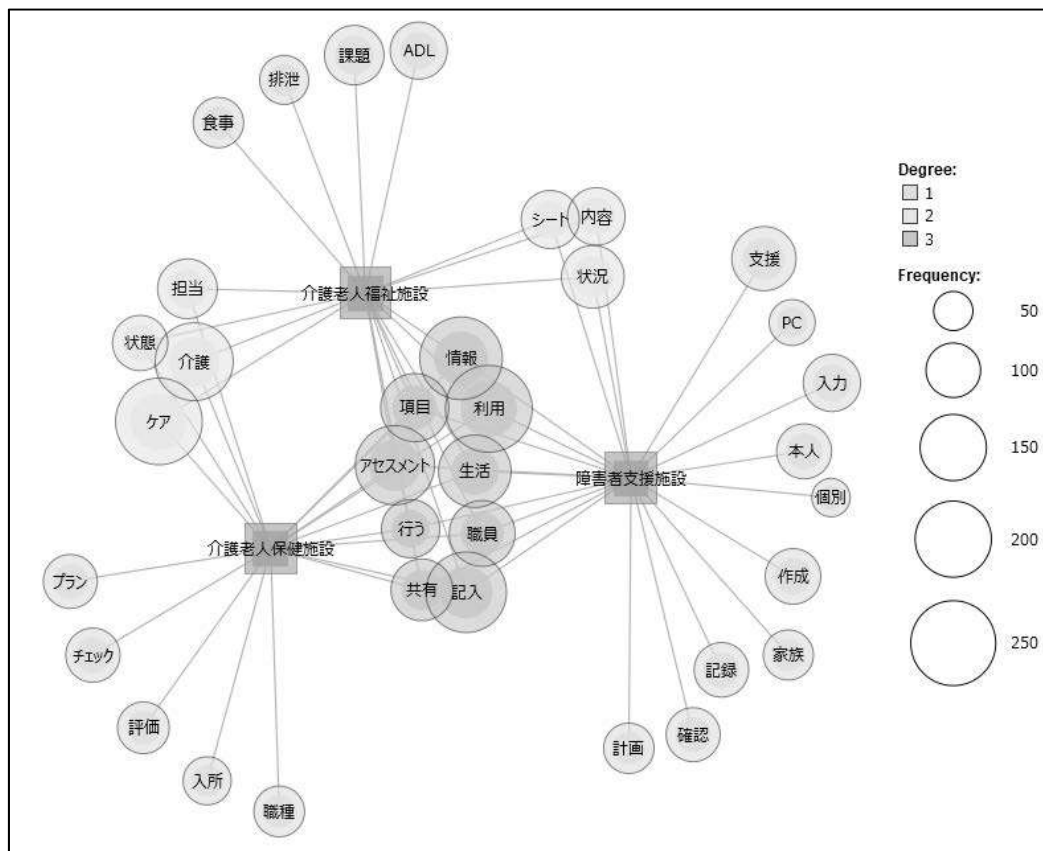
7 介護職が用いているツールや書式

問 14 貴施設において、介護職等がアセスメント、計画立案、実施、評価をする際に使用しているツールや書式をお教えてください。既成、独自を問いません。

以下では、KH Corder3 を用いて、関連性が強い単語を抽出した。

(1) アセスメントの書式等の特徴・利用方法・使用効果

【アセスメント】の書式等において抽出されるキーワード



【介護老人福祉施設】

- 食事、排泄、入浴、整容・口腔ケア・更衣・洗面、基本動作、医療面、心理・社会面にシートが分かれており、場面後の状態・課題がわかりやすい。
- ADL状況の記入。食事、排泄、入浴介助ごとの日中、夜間の関わり方やこだわり、本人の特性や問題行動等を共有する。
- 施設の生活様式を基に、健康状態、ADLの状況が把握できるように工夫している。→その中での課題を導き出せるようにしている。

【介護老人保健施設】

- 入所前にアセスメントした内容と課題抽出を行っている。
- 多職種が独自のプロフェッショナルな視点でシステムを用いることで自立支援を促進することとなる。

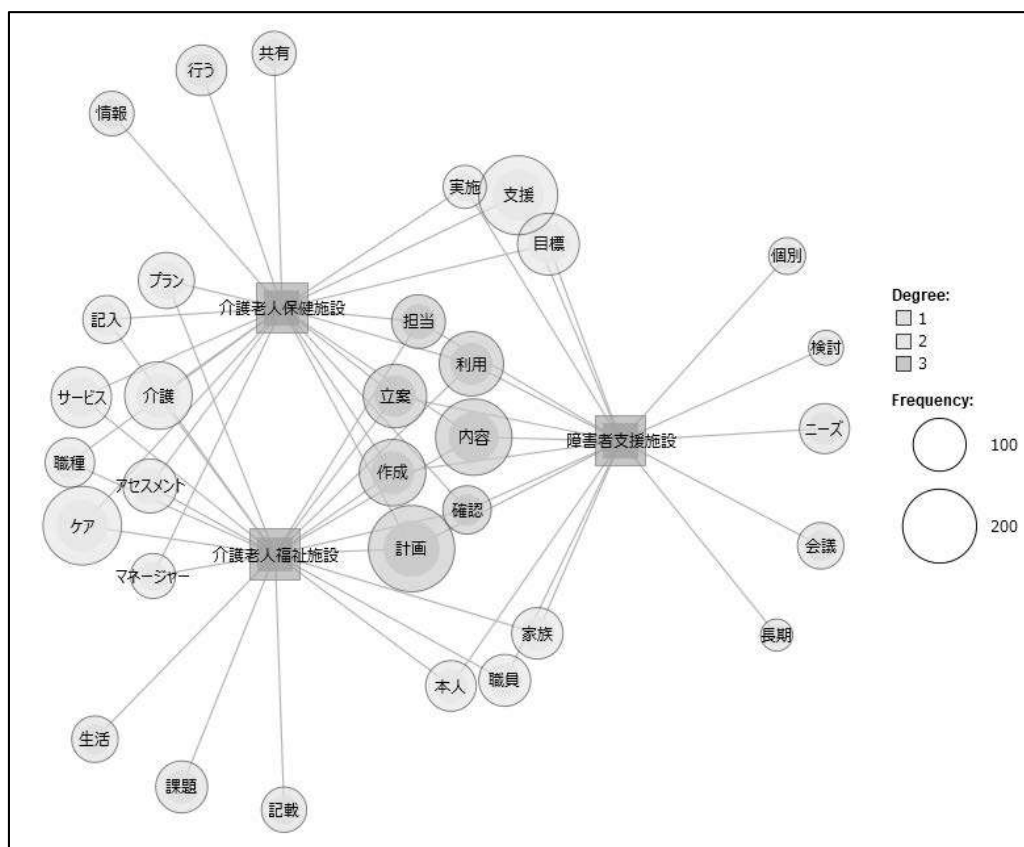
- 基本情報や身体機能など該当する項目をチェックすることで個別の問題領域が抽出される。

【障害者支援施設】

- PC上で本人の思いや状況の変化をデータで管理することができるため比較しやすい。
- ご本人の思いに基づいたプログラムの作成について明記している（自己決定、自己実現、自己責任を基本として）。
- 基本情報と個別支援シートをセットにして個別ファイル化を計っている（PCによる更新入力）。
- 重複障害等、意思疎通が困難な方には、家族のご意見も聞くようにしている。

(2) 計画立案の書式等の特徴・利用方法・使用効果

【計画立案】の書式等において抽出されるキーワード



【介護老人福祉施設】

- アセスメントで抽出した課題や利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえて、援助の方針を決め、サービス内容を作成していく。
- 基本状況や身心の状態、具体的な関わりを記載し、検討事項や課題、ケアの方向性を導き出していく。

【介護老人保健施設】

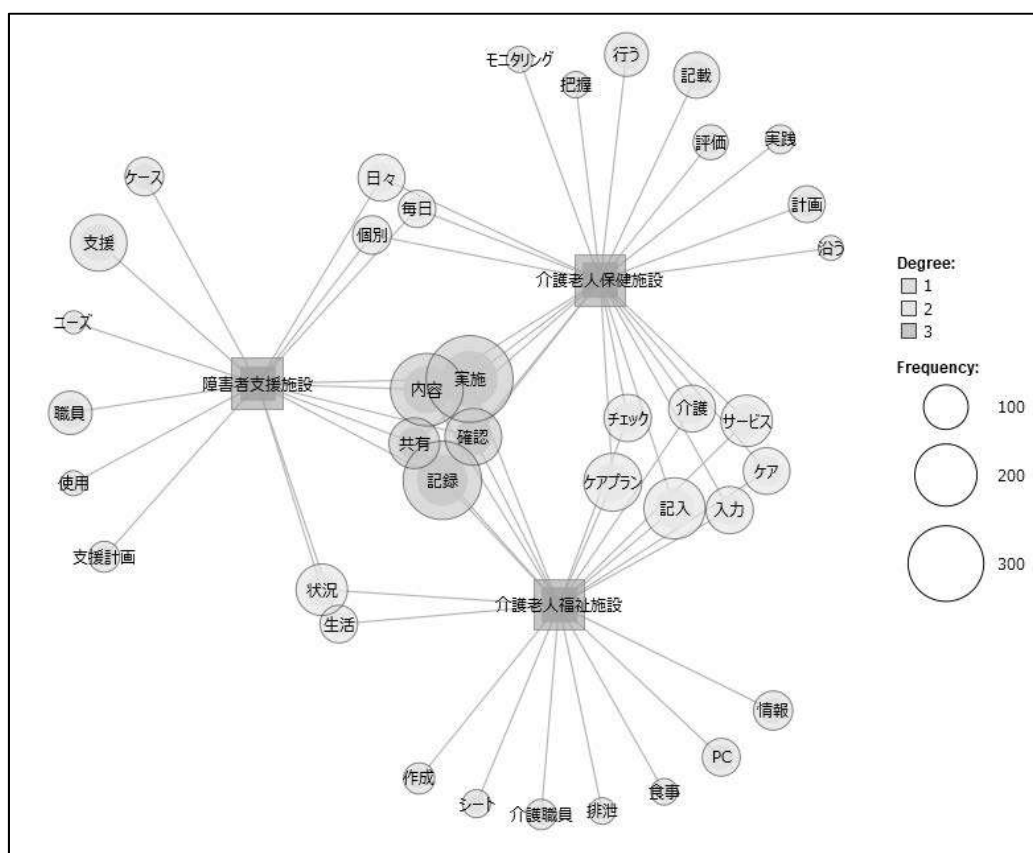
- 各職種の役割を明確にし、各職種で発生した情報を一元化することで「点（個人）（職種）から線（チーム）」へのアプローチが可能。
- 介護、看護、リハビリの三職種が各々の実践目標を立案し、情報共有できるよう1枚の用紙に記入している。
- ケアプランをもとに介護職が行うサービス内容を具体的にあげる。

【障害者支援施設】

- 利用者及び家族の希望、相談支援専門員の支援方針、長期目標、短期目標を設定し、段階的に支援をすることができる。
- 生活全般のニーズ、長期目標、短期目標、サービス内容をアセスメントから抽出して作成していく。
- 利用者、家族の希望、望む生活を把握することで個別性を出す。

(3) 実施をする際に使用している書式等の特徴・利用方法・使用効果

【実施】の書式等において抽出されるキーワード



【介護老人福祉施設】

- 生活全般の解決すべき課題を①食事、②排泄、③移動移乗、④健康管理、⑤余暇利用に分け、どのように実施されているかチェック方式で記入している。
- 介護職員が実践、援助して気づいたことを記入。情報共有と問題提起などがあり、そのときの状況、状態に応じて少し変わる。ケア内容を記録し評価している。新人や若い人も意見を述べやすい。

【介護老人保健施設】

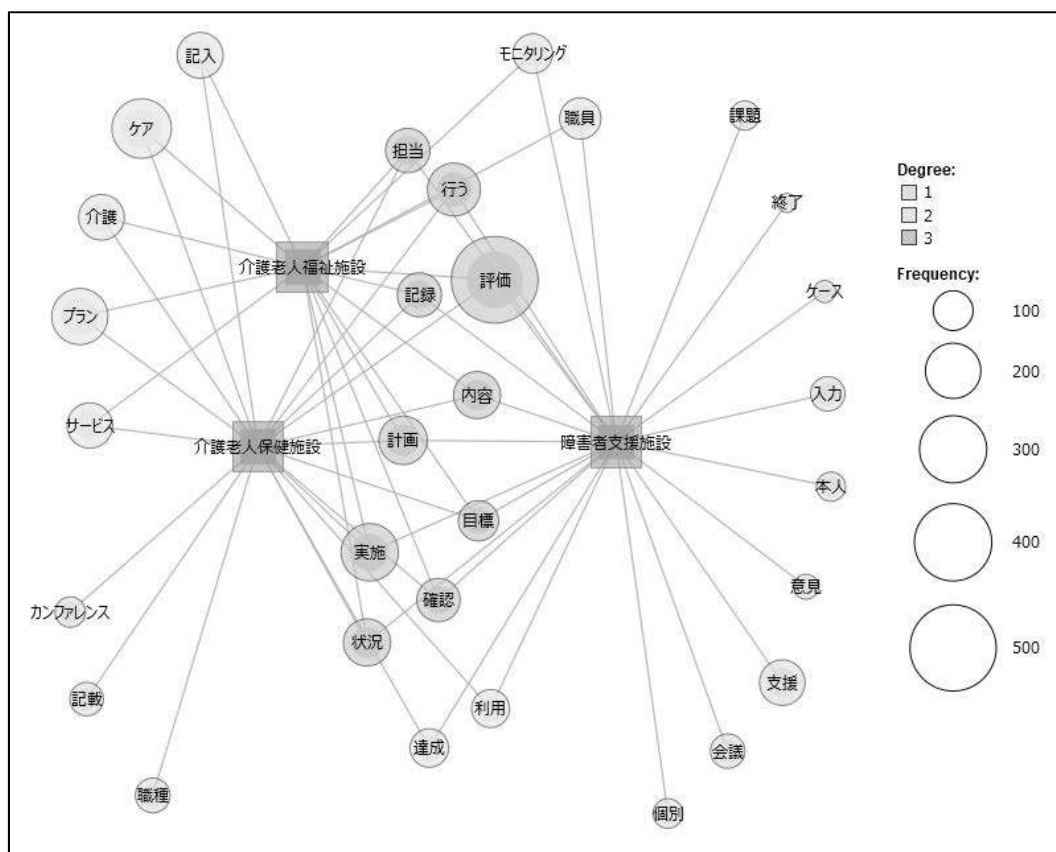
- 計画に沿ったサービス提供が実施されているか記録・確認するシート。
- サービス内容の評価を毎日、チェックしている。
- 毎日、実践チェックを行う。結果についてモニタリングに反映させている。
- カンファレンスで決まったこと、業務のこと、医師や看護師からの指示や依頼など必要な情報を記入する。

【障害者支援施設】

- 日々のケース記録としてPC入力している。援助内容を基に計画を実施した項目について入力。その際のご本人の様子、状況をくわしく記録している。
- フロアごとに個別の内容を毎日更新し、実施するべきサービス内容が見える化している。
- 利用者への日々の変化に対応し共有できるように毎日、出勤時確認を行い、支援の実践につなげていく。

(4) 評価をする際に使用している書式等の特徴・利用方法・使用効果

【評価】の書式等において抽出されるキーワード



【介護老人福祉施設】

- 1ヶ月の記録（食事・水分・排泄等）を振り返る事により計画に基づく介護が実践できているかを確認できる。
- ケース記録に、計画に基づいたサービスができているか、実施されているサービスが目標達成のために適しているか、目標達成できているか、利用者の変化、利用者や家族が満足されているかの視点で評価している。

【介護老人保健施設】

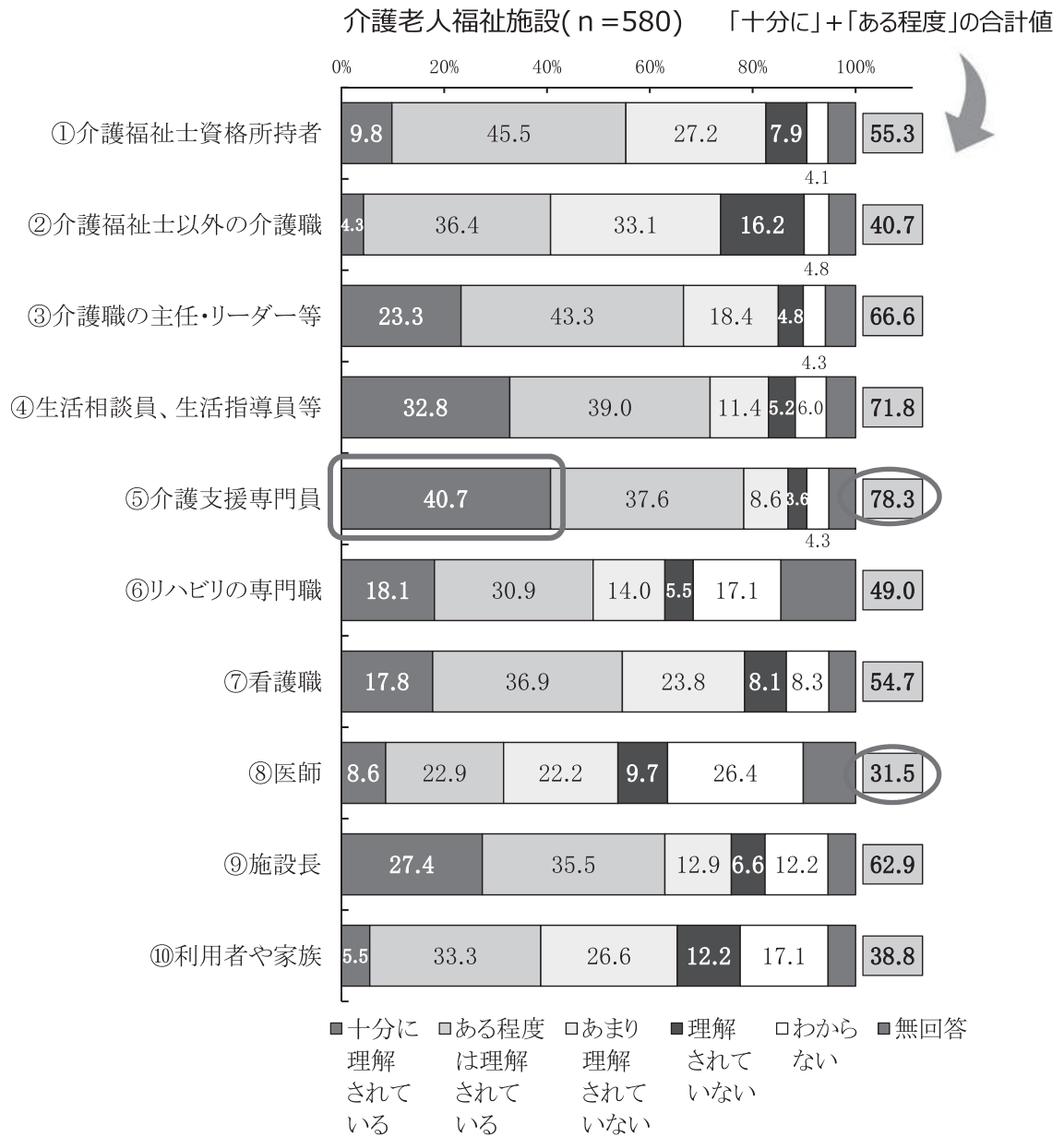
- 提供したサービスの総括を行い、今後のケアの展望を他職種で確認しあい、個別に適したサービスを提供できる。
- ひと月ごとに総括し、ケア項目の見直しを行うとともに、カンファレンスの時にはさらにそれをまとめて評価している。

【障害者支援施設】

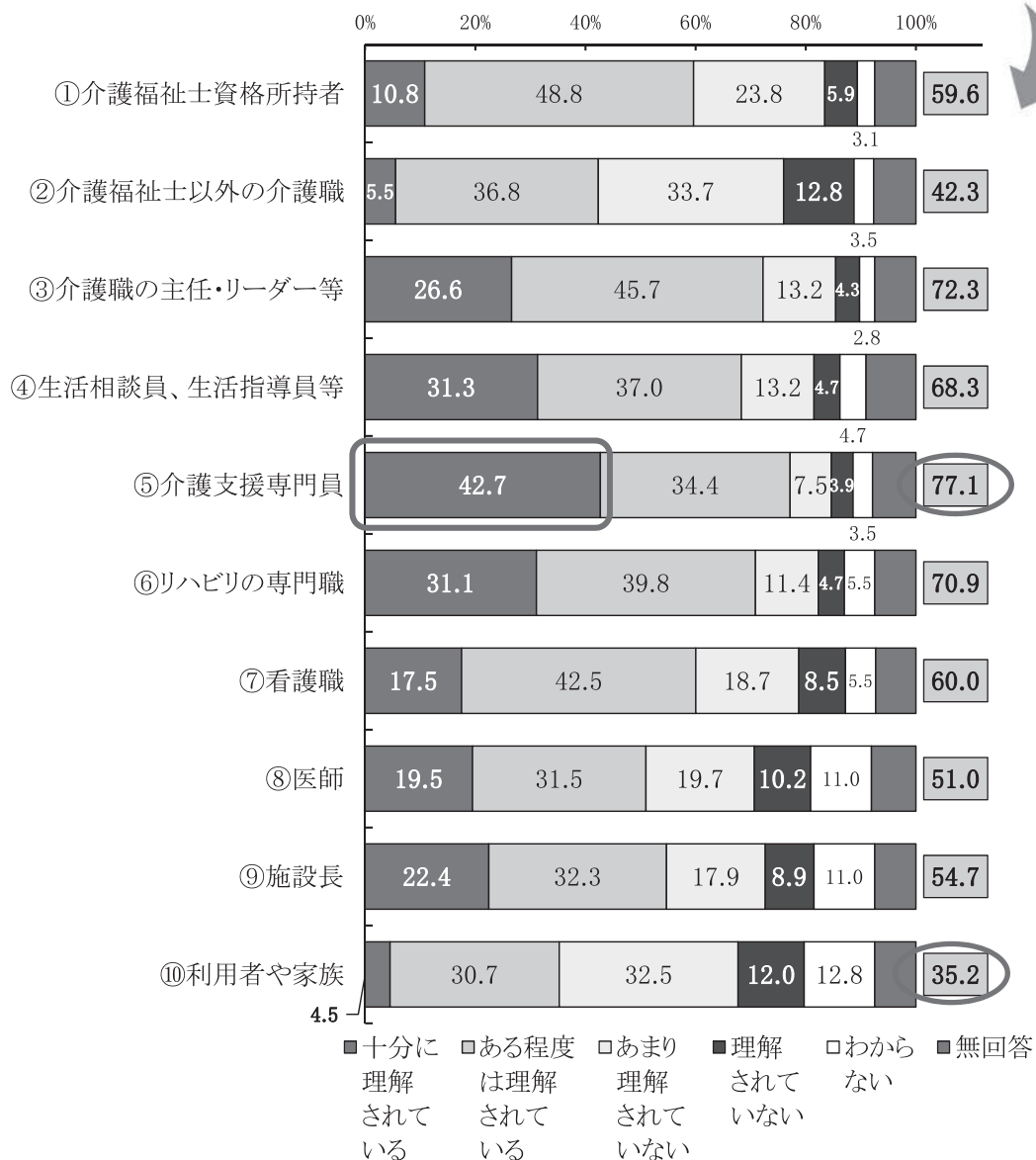
- サービス提供状況に対して、本人、家族に感想・満足度の確認や達成度（◎、○、△、×）を記入する。今後の課題等を記載し、計画の変更が必要かどうかを検討する。
- 「達成」「やや達成」「未達成」の3段階での評価と、利用者からのコメントをもとに、支援計画の見直しや修正を図る。新たな課題、ニーズに対して専門部署からの意見がある。
- 各職種が評価に向けて各視点から支援に対する経過や変化等について書き出せるようにしています。それを基に中間、終了時評価をして、まとめるようにしています。

8 個別介護計画／個別支援計画に対する理解

問 15 貴施設の職員・関係者における、個別介護計画／個別支援計画に対する理解についてお教えてください。回答者の主観でかまいません。(それぞれ1つに○)

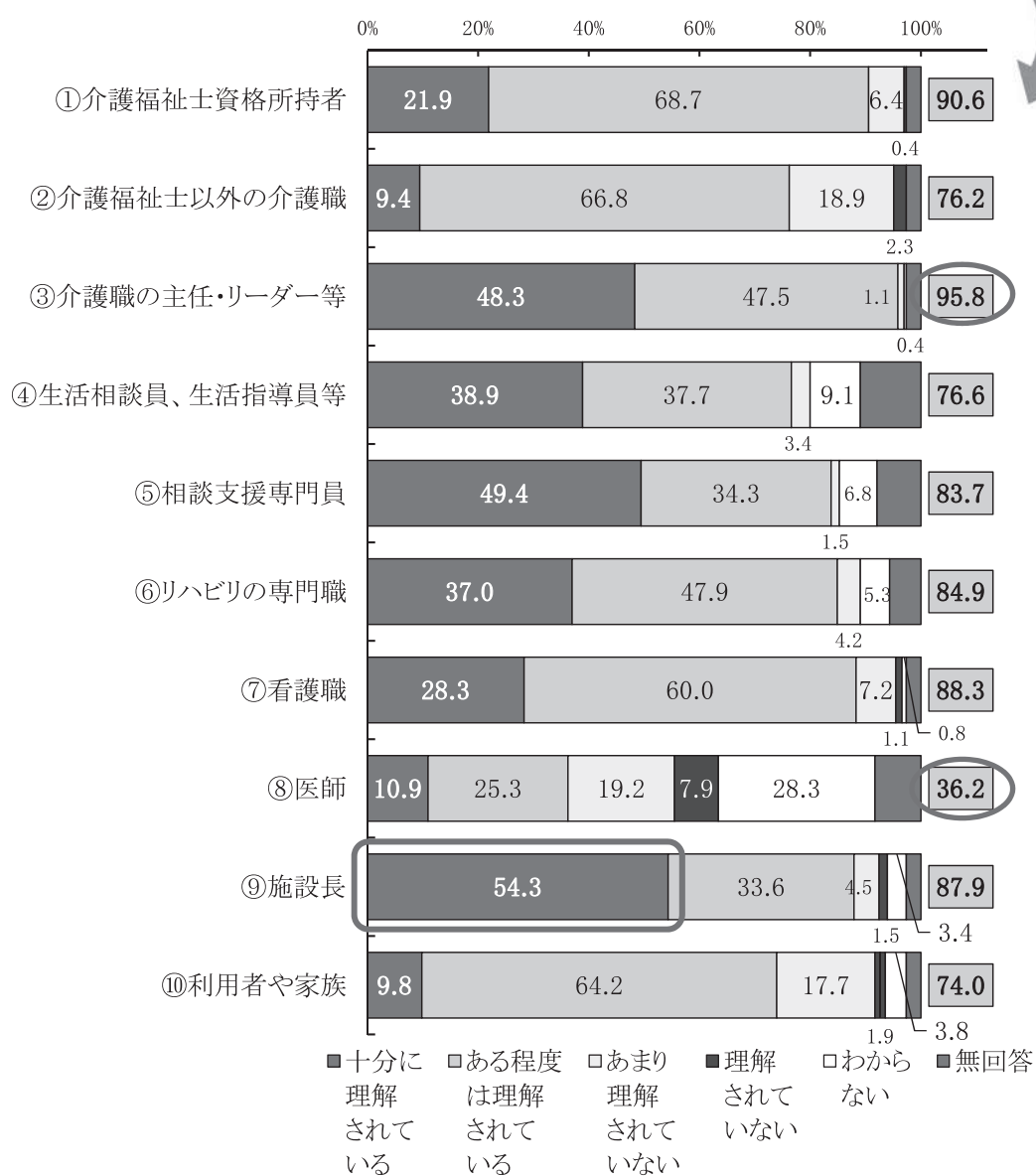


介護老人保健施設(n=508) 「十分に」+「ある程度」の合計値



障害者支援施設(n=265)

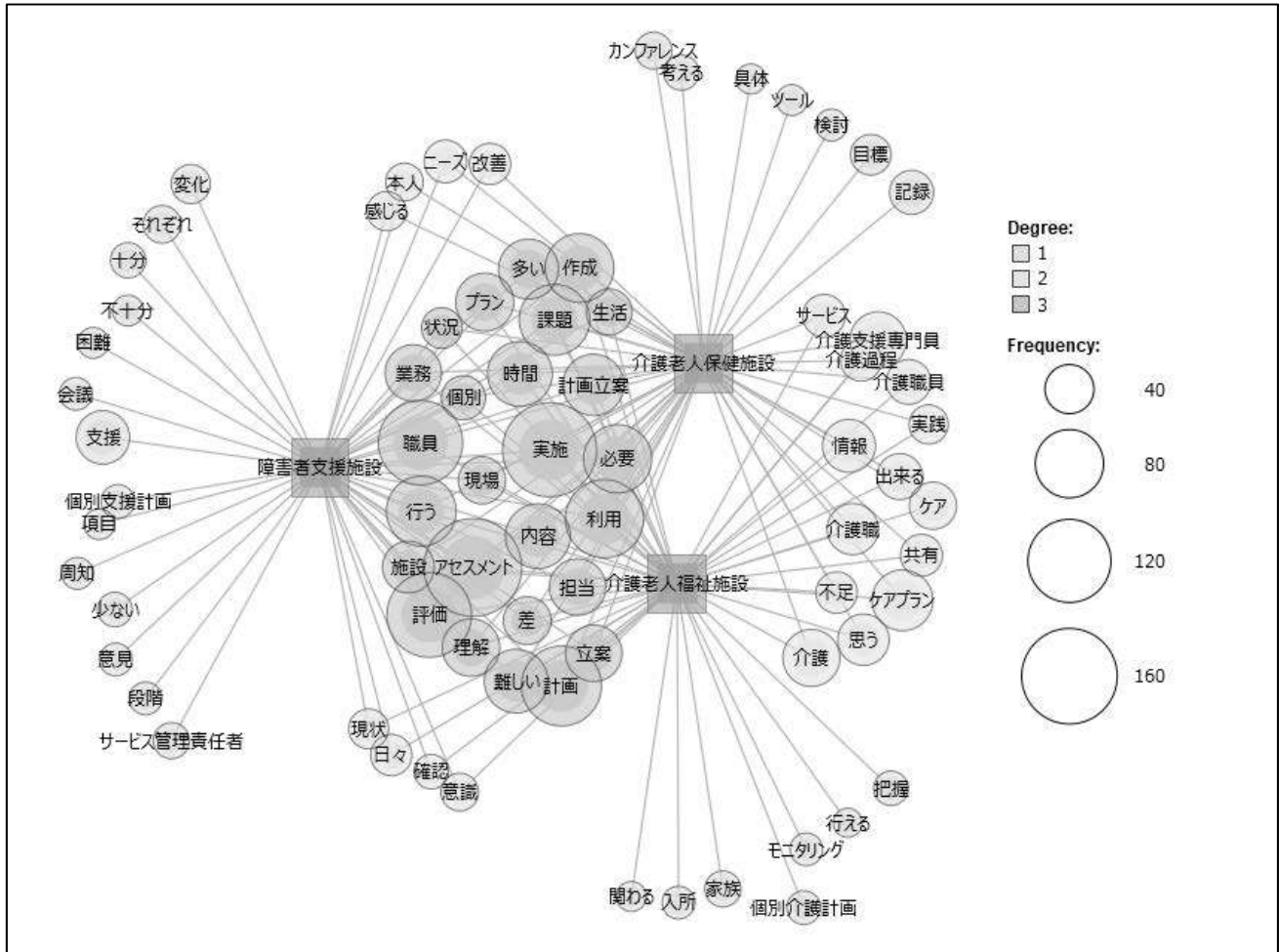
「十分に」+「ある程度」の合計値



9 介護過程の実践における改善点や課題__自由記載のまとめ

KH Corder3 を用いて、関連性が強い単語を抽出した。

(1) アセスメント、計画立案、実施、評価における改善点や課題



施設種別に関わらずアセスメントや計画立案、評価を必要と考えつつも力不足でできていない、対応している場合であっても職員や担当による差があることへの記述が多くみられる。また、計画立案後の実施についても、時間・人材不足などに関する記載が多くみられる。

介護老人福祉施設と介護老人保健施設では、介護支援専門員と介護職員との連携不足や意識のずれ、情報不足があげられ、共有することの重要性への記載が共通にあがってきている。同様に、障害者支援施設では、サービス管理責任者と現場職員との連携・必要性があげられている。

施設種別の特徴として、介護老人福祉施設は個別介護計画の必要性は感じているが、作成されていないという既述が多い。モニタリングの必要性、家族のニーズに沿うということの必要性が関連してあがってきている。

介護老人保健施設ではカンファレンス、考える（自発的な語）、具体的、ツール、検討、目標、記録という語彙が関連しており、これらが課題のキーワードである。

障害者支援施設では、入所者の変化や個性があること、会議や介護過程の実施に十分な時間がとれないことなどがあげられている。また、個別支援計画自体の作成について、課題があることがうかがえる。

【アセスメントや計画立案、評価ができていない】

- 介護職がアセスメント、計画立案、実施、評価をしていない。する機会を設けていないので、まず、その機会をつくらなければいけない。(介護老人福祉施設)
- アセスメントの再評価を定期的に行うのではなく、状態に変更があった時点でできたら良いと思います。全てについてはまだできていないのが現状です。(介護老人保健施設)

【職員や担当による差がある、力不足である】

- アセスメントをする職員の能力により質が異なる。(介護老人福祉施設)
- アセスメントの情報収集スキルに不十分さを感じています。継続的な実施にて、スキルアップをしてもらえるようにしていきたいと思っています。(介護老人福祉施設)
- 計画立案、アセスメントの実施前に毎年勉強会を行っているが、理解力に乏しい。職員主観の計画、マンネリ化した計画も多い。(障害者支援施設)

【時間・人材不足】

- 日々の業務に追われ、実施やアセスメントがおろそかになってしまうことがある。(障害者支援施設)
- マンパワー不足により、困難事例はゆっくり向きあうことができず、退所の方向へ評価等が向かってしまう傾向にあるため、改善させたい。(介護老人保健施設)

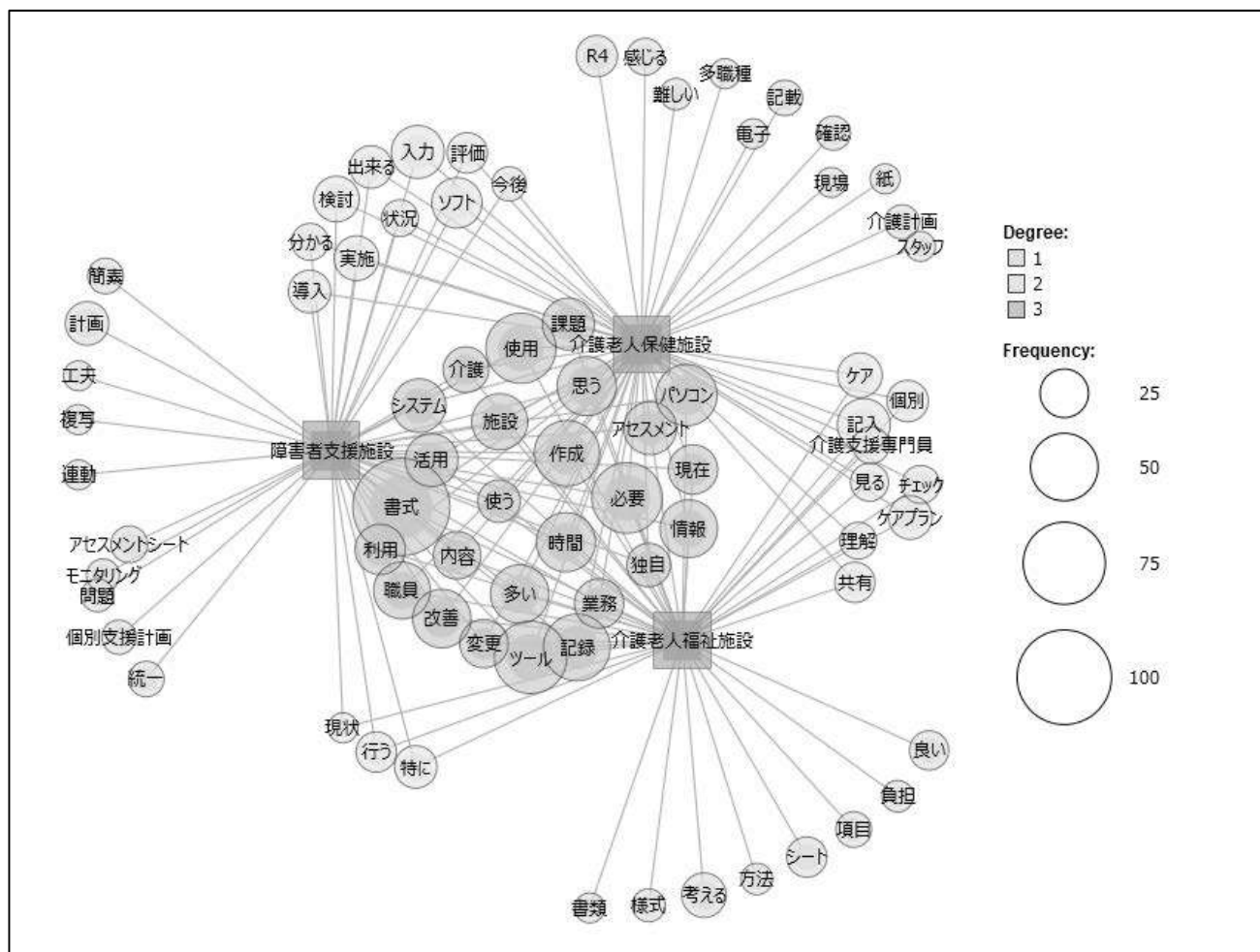
【介護支援専門員・サービス管理責任者と介護職員の連携不足】

- 介護支援専門員と介護職員の協働する部分が少ない。日々の連携が不十分。評価基準も介護支援専門員目線で、利用者本位にはなっていない。(介護老人福祉施設)
- アセスメントは、介護支援専門員一人で行う事ができるが、計画立案、実施等には多職種との連携、話し合いが必要。その時間や場を設ける事が難しい。(介護老人保健施設)
- サービス管理責任者が計画を立てているが、実施は介護職員が主体であるため、認識のずれが生じやすい。(障害者支援施設)

【各施設の特徴】

- 家族も高齢化、遠方、身寄りのない方、経済面、精神面等の事情を抱えた方も多い。施設生活への関わりがほとんどとれない方もあり、ケアプラン提示意向の聞きとり方が難しい。(介護老人福祉施設)
- 現状、ケアプランに基づいた介護実践しかできていないため、今後は個別介護計画の作成、それに基づいた介護実践が課題である。日々の業務に追われ、記録等も多いため、業務の見直しや必要な記録の整備に努め、個別介護、計画作成の時間を確保したい。(介護老人福祉施設)
- アセスメント・立案・評価等、それぞれ必要時カンファレンスを実施しているが、日々の業務の中でカンファレンスの時間を、いかに効率よく行うか課題である。(介護老人保健施設)
- 退所に向けての明確な目標をアセスメントで導き出すことと、目標に向けて作成されたサービス内容を把握して実践することが不十分。(介護老人保健施設)
- 24時間の入所施設ですが、利用者の状況や小さな変化にそれぞれの段階での気づき、介入、支援後の変化、そして何より職員に共有、周知をうまくしていきたい。(障害者支援施設)
- 利用者の長所・強みに着目するストレングス視点とともに、利用者それぞれのニーズの達成を支援していく姿勢と、それを継続していく力量が必要だと思う。(障害者支援施設)
- 各居室担当者が作成に携わっているが、主任、リーダー、サービス管理責任者が修正したものを改めて確認しておらず、成長が見られない者が多い。個別支援計画そのものの個別指導が必要。(障害者支援施設)

(2) 書式やツールに関する改善点や課題



書式・システム・ツール等には様々な課題があり、業務効率化には書式の統一や簡素化、改善の必要性を感じていることが多く記載されている。また、ツールについては、導入の検討・活用についての記載がある。さらに、パソコン自体が苦手で時間がかかるという記載もあり、そこに課題があることも見逃せない。

介護老人福祉施設と障害者支援施設では、ソフト導入、今後の検討についての記載がある。

施設種別ごとの特徴としては、介護老人福祉施設では、書類が多いこと、業務の負担感があげられ、様式や記入方法、シートの統一、シンプルなものがあると良いという記載からは、ICTの活用を考えていくことが重要であることがうかがえる。

介護老人保健施設では、R4システム、電子カルテについての記載が多くあり、R4システムについては、システムを活用しきれていないという意見があがっている。また、個別介護計画の作成に活用できる書式やツールが求められ、多職種で共有できるようにしたいという課題がある。

障害者支援施設では、アセスメントシートの簡素化・改善が求められている。

【書式の統一や簡素化、改善の必要性】

- 施設（法人）で統一できていない。（介護老人保健施設）
- アセスメント表等、記録の仕方が簡素化できる書式があると良いと考えています。（障害者支援施設）
- 他部署の職員が見ても理解できるような（わかりやすい）書式に改善する。（介護老人福祉施設）
- 書式を改めて見直す機会が必要。記録するものが多く、記入漏れがでてしまったりするので、簡単にわかりやすくまとめて記録していく工夫が必要。（介護老人保健施設）

【ツールの導入検討、活用】

- 古いツールのため、最新のツールを導入したい。（介護老人福祉施設）
- 使用しているシステムにおいて、活用できるツールがあるが、上手に使いこなす事ができていない。（介護老人福祉施設）
- 利用者様の状態を一目で確認できるツールがあれば良い。また、支援が必要な項目を自動的にピックアップしてくれるツールがあれば負担感が少ない。（介護老人保健施設）

【パソコン操作が苦手な職員への対応】

- 書式の電子化が進んできているが、パソコンが苦手というスタッフがいる。そのスタッフへの指導まで細かくできていない。（介護老人保健施設）
- パソコンでの入力になるので時間に個人差がある。入力方法を統一しないと保存状態に差が生まれてしまう。（障害者支援施設）

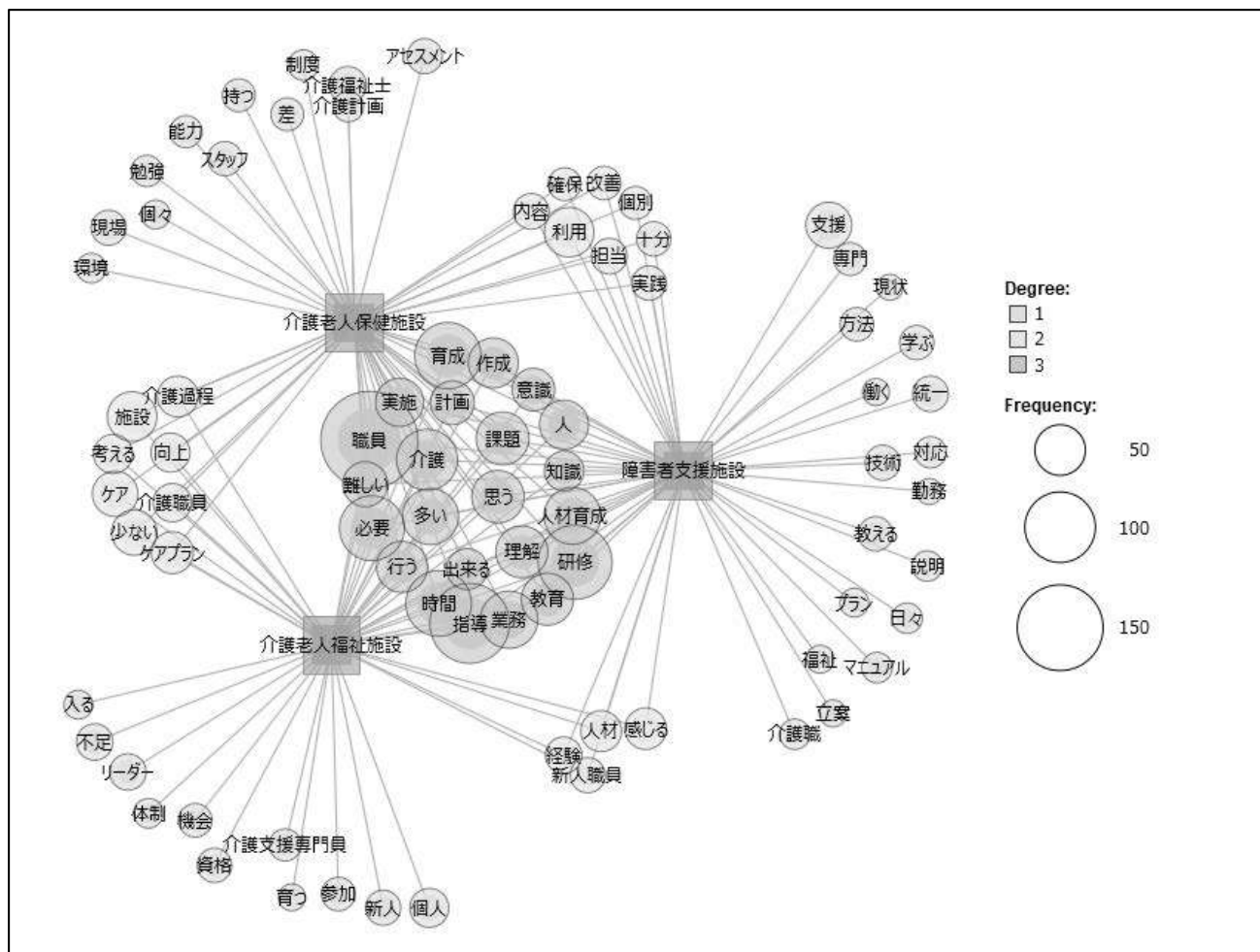
【ソフト導入・今後の検討】

- 人員不足もあるので記録のとりまとめがタイムリーになるように記録ソフトの導入をする予定。（障害者支援施設）
- 現在使用しているソフトを、介護職全員が使用できるようになり、負担軽減につなげていけるようにしていきたい。（介護老人福祉施設）

【各施設の特徴】

- 利用者へのケアや関わりが大切だと考えるが、実際はケース記録、バイタルや食事量等の記録などの書類が多い。書類に記入するための時間が多くかかる。書類内容の整理を行うことにより、利用者とは過ごす時間が増えるようにしていきたい。（介護老人福祉施設）
- 書式の無駄がありそうだ。業務負担が大きい。コンパクトに要点をしぼって、時代に合わせたツールに変更しても良いと思う。（介護老人福祉施設）
- 個別ケアプランと施設ケアプランをリンクしているが、できれば統一したい。記録についてICT化を図り様式の統一を図りたい。（介護老人福祉施設）
- R4システムを活用しきれていない。（介護老人保健施設）
- R4システムを導入したことにより、多職種が協働する点が強化されたが、入力量の増加、システム把握が進まない事などの課題がある。（介護老人保健施設）
- 電子カルテ導入。（介護老人保健施設）
- 介護過程、個別介護計画のソフトがあれば良い。（介護老人保健施設）
- 多職種が共通理解できるツールではないので、もう少し見やすいツールがあればと思う。（介護老人保健施設）
- アセスメントシートの簡素化。（障害者支援施設）
- アセスメントシートの情報量が多く、入力も大変な作業になっている。そのため見返すのも大変になっている。（障害者支援施設）
- 今後、アセスメントシートを記載しやすい書式にすること。（障害者支援施設）
- モニタリングの内容が、あまりアセスメントシートに反映されていない。（障害者支援施設）

(3) 人材育成に関する改善点や課題



人材育成に関する改善点や課題においては、職員という語が多く表出し、職員の意識や現状等が多く書かれている。人材不足や業務優先、コロナ禍において人材育成の時間を確保しづらいという状況の中、計画立案・作成のための研修、新人のための研修、リーダー育成のための研修、指導者を育成する研修などが関連の語彙としてあげられている。

介護老人福祉施設と介護老人保健施設では介護職員に関する課題、介護老人福祉施設と障害者支援施設では新人職員育成に関する課題が特徴的に書かれている。

施設種別ごとの特徴は、介護老人福祉施設ではリーダー育成の必要性、個人の意識を高めること、教育体制を整えることなどがあげられ、同時に介護支援専門員という語彙も多く表出している。

介護老人保健施設では、個々の能力に差があること、アセスメントや計画立案のための研修や勉強会が必要、働きやすい環境づくりなどがあげられ、介護福祉士という語が多く表出している。

障害者支援施設では、キーワードとしては支援という語が多く、日々の業務に追われ、課題や改善点は多岐にわたっている。

【職員の意識や現状】

- 自分主体で仕事をしている職員が多い。(障害者支援施設)
- 職員の知識や技術に関して差があり、視野の広さの違いも大きい。その場しのぎの対応になりやすく、定着に時間がかかる。(介護老人保健施設)
- 新しい職員がなかなか入ってこない。若い人は特に入らず、安い給料では将来が不安と現在いる職員もいつまで働いてくれるのか。(介護老人福祉施設)

【人材不足や業務優先】

- 人材不足により、育成にかかる時間がとれず、また、一人前に育てても退職してしまうという状況をくり返している。(介護老人福祉施設)
- 職員が少ないため、業務優先になり、新入職員のペースに合わせた指導が困難である。専属で指導係をつけたいが、人員不足でつける事ができない。(介護老人福祉施設)
- 教育指導する人材の不足。(介護老人保健施設)

【各種研修の必要性】

- 介護計画を作成するのであれば研修や勉強会が必要。(介護老人保健施設)
- 新人職員は上司の介護観に左右される。研修に行ったりと、色々な介護観に触れる機会があれば良いと思う(研修に行く時間の確保ができれば)。(介護老人福祉施設)
- 次世代リーダー研修等を増やしてもらいたい。(介護老人福祉施設)
- 指導者を育成できるシステムがない。(介護老人福祉施設)

【介護職員に関する課題】

- 職員により、仕事に対する意識やレベルは異なるので、介護職員が自らスキルアップするための意識改革や勉強が必要だと思う。(介護老人福祉施設)
- 介護職員の気づく力、問題意識、課題意識の向上が必要である。(介護老人保健施設)
- 介護職員全員が課題分析(アセスメント)をして、計画立案する技術を身につける必要がある。(介護老人福祉施設)

【新人職員育成に関する課題】

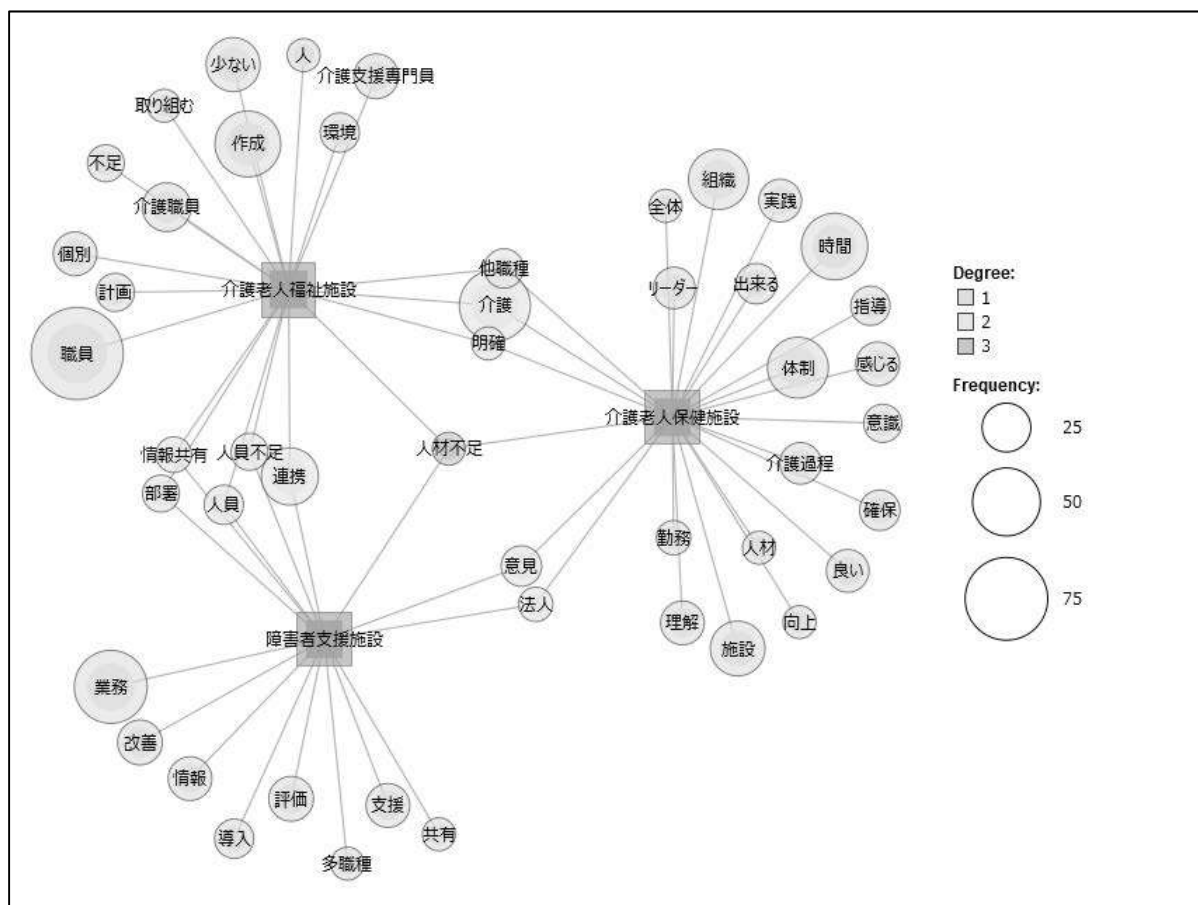
- 新人職員に対してはマンツーマンで指導する計画になっているが、人手不足により十分でない事がある。人材育成の成果が評価されていない。人材が育つための風土がしっかりと整っていない。(介護老人福祉施設)
- 新人職員への教育がユニット任せになりすぎている。他職種と連携して人材育成していくことで、良い人材が育っていくのではと思う。(介護老人福祉施設)
- 業務を理解し、先輩職員より離れて早く独り立ちし、自立しようとする新人職員の減少。新人職員に技能及び知識の習得の提供を行う、中堅職員の技量不足。新卒の獲得困難。(障害者支援施設)

【各施設の特徴】

- 次期リーダーの育成。(介護老人福祉施設)
- 介護職で介護支援専門員資格を持っている人が少ない。日々の業務に追われ、育成まで至らない。(介護老人福祉施設)
- 介護福祉士の資格があっても、専門学校で介護計画を作成した介護職と、実務経験から介護福祉士の資格を取得し、介護計画の作成した事がない介護職とで差が生じているように思えます。(介護老人保健施設)
- より質の高いケアプランの立案が行えるように、教育的な機会を増やす必要がある。アセスメント力についても同様。(介護老人保健施設)
- 現在の状態でなく先の事を考えて求人計画を実施して、離職させない働きやすい環境で人材育成をしていく必要があると思う。(介護老人保健施設)
- 日常生活支援に時間がかかるため、人材育成時に個別のケアを理解するまで時間がかかりすぎる。(障害者支援施設)

- 重度な利用者が多く医療的支援が多く知識と技量が追いついていない。(障害者支援施設)
- 個別支援計画に初めて取り組むスタッフも多いため、策定の進め方や入居者・利用者の思いをどう計画に反映させていくかの学びが必要と思う。(障害者支援施設)

(4) 組織に関する改善点や課題



組織に関する改善点や課題としては、施設種別関係なく人材不足という現状の中、それぞれの役割が明確である上で、他職種・多職種あるいは他部署との連携しやすい環境づくり、情報が共有できる組織体制が求められている。

介護老人保健施設と障害者支援施設では、法人としての理念や考え（どのような施設にしたいのか等）をしっかりと共有してほしいという意見があげられている。

施設種別の特徴としては、介護老人福祉施設は職員にとって働きやすい環境づくりが求められ、介護老人保健施設では介護過程の実践を業務時間内で行えるようにすることがあげられている。障害者支援施設では、業務量に対する人員不足という課題に対し、ICT等を導入する取り組みが重要であることがわかる。

【役割の明確化】

- それぞれの役割が明確ではない。リーダーとしてのあるべき姿について、法人としての協議をするべき。(障害者支援施設)
- 管理職がどういった動きをすると良いのか、役割を理解していない。また、各専門職でも理解できていない人がある。体制として確立しているもの、そうでないものがわかりづらい。また、職員一人ひとりに周知できていないことが多い。施設全体として、どのような施設にしたいのか明確化されていない。方針はあるが、職員の意識に個人差があり、まとまっていない。(介護老人保健施設)

【他職種・多職種や他部署との連携しやすい環境づくり】

- 他職種間での連携、協力体制、情報の共有が不十分。(介護老人福祉施設)
- 会議で全員(他職種含む)が集まりにくい状況がある。(障害者支援施設)
- 介護支援専門員や介護職員の主観にならないよう、多職種連携(チームケア)で介護過程を実践していく必要がある。(介護老人福祉施設)
- 各部署の主張が強すぎて、まとまりがない。(介護老人福祉施設)

【情報共有できる組織体制】

- 役職間での情報共有はできているが、組織としての情報共有ができていない。(介護老人福祉施設)
- 現場の声に耳を傾け、何が足りないのか、何が一番必要なのか、どうすれば働きやすい環境になるのか、施設全体として考えていかないと、部署によって片寄りができたり、情報共有も困難になってくると思う。(介護老人保健施設)

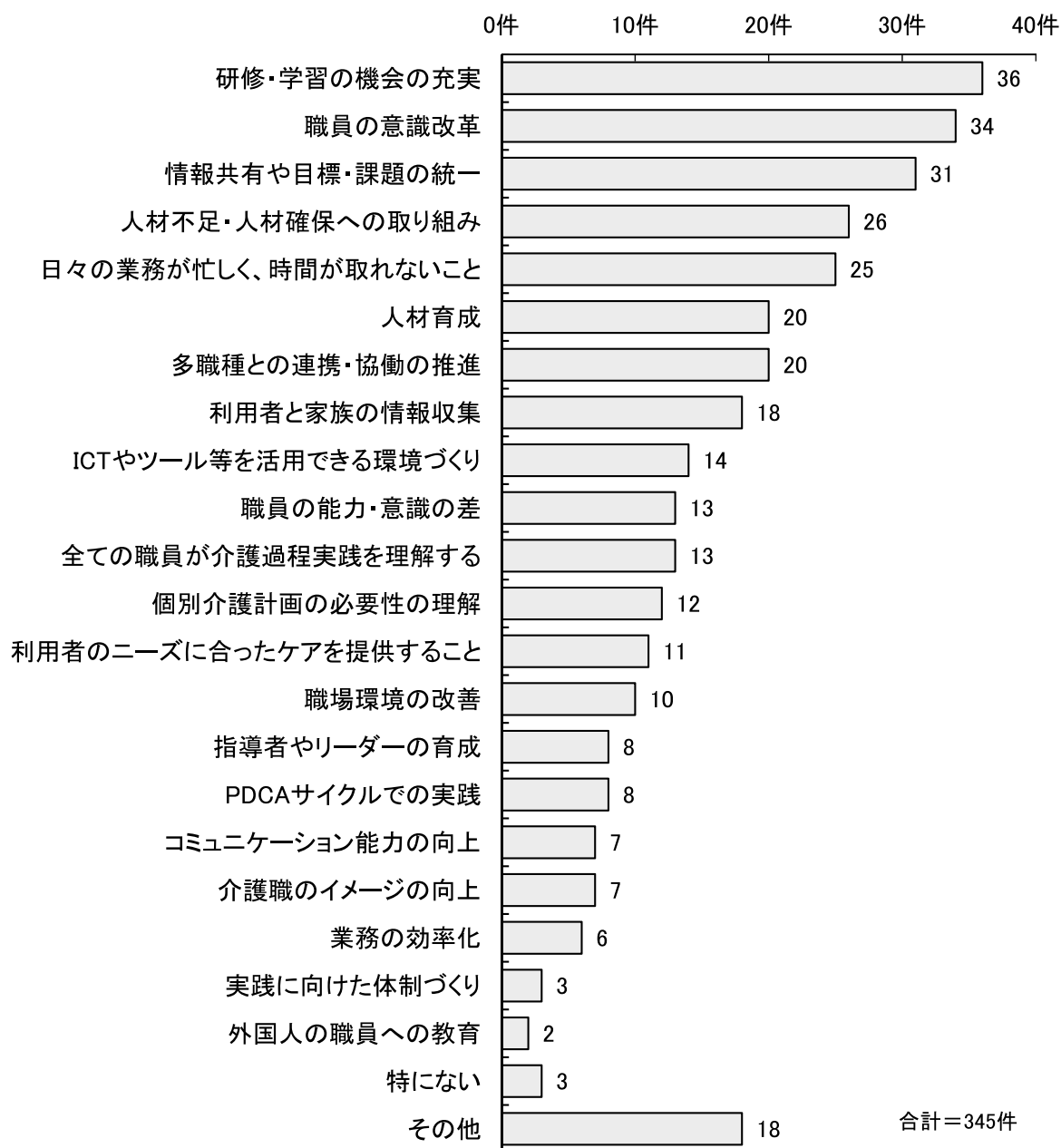
【法人としての理念や考え】

- 法人の理念を共有し、しっかりと報連相して、職員全体で目標に向けて取り組んでいく事が必要だと思う。また、キャリアアップ制度や福利厚生、就業規則等が職員にとって働きやすく、魅力のある組織にしていく事が必要だと思う。(介護老人保健施設)
- 人員不足が深刻化する中、いかに魅力のある職場(組織)を構築していくのかも、大きな課題である。キャリアパス制度を形にすることは容易ではないが、人材育成の指標となるもの、何より頑張っている者、努力している者が評価され報われるシステムは重要だと思われる。(障害者支援施設)
- 公的施設の利点と弱点を認識しながら、目標やコンセプトについて明確に提示し、組織力を向上させる体制づくりに奮闘している。(介護老人保健施設)
- 選ばれる施設を目指し、常に専門職として自己研鑽をするとともに、学びやすい環境づくりを整備していくこと。(介護老人保健施設)

【各施設の特徴】

- 職員のより働きやすい環境の整備。(介護老人福祉施設)
- お互いによくない介助をしても、注意し合うことができない場合が多く、発言力の強い職員には特に周囲が気を遣い改善できていないことが多い。風通しの良い職場、体制をつくるのは今後の課題。(介護老人福祉施設)
- 介護過程において、アセスメント、計画立案などの時間を職員にとらせてあげることが、現状では難しい。すき間の時間をつくることはできても、落ち着いて取り組むことは難しい。(介護老人保健施設)
- 食事、排泄、入浴などの日々の業務を優先する傾向にあり、介護過程の重要性や専門性を理解している職員が少ない。質の高い介護過程を行っても評価されることが少ない。(介護老人保健施設)
- 業務時間内に個別評価しケアプランを作成できること。スケジューリング。(介護老人保健施設)
- 介護職の管理職がプランの点検等の業務を行っているが、人材不足の中、介護業務の傍らプランの点検業務や職員管理業務、その他管理業務を行わなければならないため、負担が大きい。しかし、介護職員がなかなか集まらず、改善できる見込みがない。(障害者支援施設)
- 介護過程の実践を行う際、会議では多量の印刷が必要でしたが、タブレットを導入したことにより、今後はペーパーレスで実施できるようになった。今までは会議の準備だけでも、かなりの業務負担になっていた。(障害者支援施設)
- PCは導入されているが台数が少なく、直接介護に時間が取られ、事務的な作業が遅滞している。(障害者支援施設)
- 腰痛による離職者が発生する場合があるため、リフトや移乗ロボット、腰部サポートウェア等の導入を行っている。(障害者支援施設)

（５）介護過程の実践を推進していくための改善点や課題など



【研修・学習の機会の充実】

- 介護過程の展開やルールについての定期的な研修が必要である。（介護老人保健施設）
- 施設を出て広く、実践事例等の研修会を身近な地域で開催していただきたい。参加して施設内で報告、参考にしていけたらと思う。（障害者支援施設）
- 研修参加の時間などの確保が難しい状況がある。職員が同じ認識を持ち、チームとして実践につなげられるよう、情報を得て個々が成長できる機会をつくっていききたい。（介護老人福祉施設）
- 新人教育や、現任者たちの研修の中でも介護過程を捉えたようなものが欠けていると感じている。個々の技術には焦点をあてているが、もともと根付いていないことを痛感している。（介護老人福祉施設）

【職員の意識改革】

- 利用者に関わる職員全員が介護過程を理解し支援していくこと。(障害者支援施設)
- 業務改善を行うためには意識改革が必要。(介護老人保健施設)
- 当園では、身体障害だけでなく発達障害や知的障害など重複して障害を持たれている方がほとんどである。そのため、介護技術だけ習得していれば良いわけではなく障害全般にわたる幅広い知識が必要である。職員の質の向上は、最も取り組むべき課題の一つである。(障害者支援施設)

【情報共有や目標・課題の統一】

- 情報の伝達や共有を確実に行っていけるよう改善が必要。(介護老人保健施設)
- その都度、個人申し送り簿を通して、改善点を職員に周知徹底し、統一した対応を実施する。(障害者支援施設)
- 利用者の方への介護における職員全員の意識統一をしていきたいと思う。(介護老人保健施設)

【人材不足・人材確保への取り組み】

- そもそも介護福祉士が少ない。(障害者支援施設)
- 職員不足の中でも実践できることを検討すること、また、業務改善に取り組み、少しでも利用者様のためになる取り組みを行うことが課題。(介護老人保健施設)
- 人材の確保を十分に考え、介護過程が展開できるようにしたい。(介護老人福祉施設)

【日々の業務が忙しく、時間が取れないこと】

- 目の前の介護に追われ、介護計画を実施する十分な時間もマンパワーも足りない。介護計画が負担に感じてしまっている。(介護老人保健施設)
- 日々の業務に振り回され、支援より業務中心となっている。ただ職員数が多ければ、良い支援ができるのか疑問に思うことがある。(障害者支援施設)
- ケアプランから広げて介護計画を立案、実施するために、まず計画立案の業務時間がとれない。ただ、介護職の専門職としての意識を高め、ケアの質を上げるためには計画作成に関わり、十分に理解して介護過程の実践としていくことが必要だと感じている。(介護老人保健施設)

【人材育成】

- 人材育成、幅広い知識、スキルの向上とともに分析力を高めていくこと。(介護老人保健施設)
- 人材不足が大きな課題となっており、人材育成にも支障をきたしている状況の中で、人材確保→育成→介護過程に対する考え方の指導(研修)→計画→実施→評価につなげていけるよう検討していきたい。(介護老人福祉施設)
- より良いサービス提供ができるよう、施設全体でのスキルアップ、底上げを図りたい。(介護老人福祉施設)
- まだ最低限の知識と技術が足りていないため、全体の底上げが優先と考えられる。(介護老人福祉施設)

【多職種との連携・協働の推進】

- 他職種連携が課題。どの部署が強いではなく、ひとりの人に対して全員で真剣に話し合える関係性の構築。(介護老人福祉施設)
- 個別支援計画に関わる各専門職の連携、チーム力の強化、実践を評価するための材料となる記録の強化。(介護老人保健施設)
- 多職種との連携による介護過程の(連絡・報告・相談)情報の共有方法が円滑にできるよう改善し、より良いケアの充実性を図りたい。(介護老人福祉施設)

【利用者と家族の情報収集】

- 在宅復帰の場合、本人と家族のそれぞれの課題調整が大変なときがある。(介護老人保健施設)
- 個人のお一人おひとりの思いを大切に実践していかなければと思うが、介護度が高くなると意向もうかがえない。本人の思いに寄り添えているか考えると疑問も多い。(介護老人福祉施設)

設)

- ご利用者様にゆっくり関わる時間の確保。ご利用者様の意向を第一に考えた介護を実施していかなければならないと思う。(介護老人福祉施設)

【ICTやツール等を活用できる環境づくり】

- 介護職の業務について精神的、肉体的負担が増している。ICTを介護現場に活用し、効率の良い環境を整えて頂きたい。(障害者支援施設)
- 電子カルテの導入が必要。全て連動させていく事で業務の効率化を図り、時間を確保し人材育成や、カンファレンスに時間を活用。(介護老人保健施設)

【職員の能力・意識の差】

- それぞれが介護保険を理解しケアプランに沿ってサービス提供を進めていくことが理想と思うが、理解力の個人差があり底上げすることが難しい。(介護老人福祉施設)
- 基礎能力の差。(介護老人保健施設)
- 職員のスキルにバラつきが大きく、それが利用者と職員の関係性を大きく分けている。このような状況下では、支援の標準化が難しく、一部の職員に大きな負担がかかっている。(障害者支援施設)
- 観察力、知識をある程度一定にする必要がある。(介護老人福祉施設)

【全ての職員が介護過程実践を理解する】

- 介護過程の実践、この言葉自体を理解しているスタッフが、少ないのではないかと感じる。実習生が、取り組んでいる物を初心にかえて、ベテランもやるべきである。(介護老人保健施設)
- 学校で介護過程を学んで入職した職員は計画書作成等の要領をある程度学んでいるが、学校に行かず介護福祉士を取得した方については、介護過程の実践に対して教えることに時間がかかる状況がある。(障害者支援施設)

【個別介護計画の必要性の理解】

- 個別介護計画の必要性、ケアプランとの違いがあまり知られていない。(介護老人保健施設)
- 個別支援計画に沿った実践、評価の進め方は深まっていると思うが、その基となるサービス等利用計画との連動性は、まだまだ今後の課題である。(障害者支援施設)

【利用者のニーズに合ったケアを提供すること】

- 職員の都合に合わせたケアになっているところが多い。仕方ないこともあるが、もう少し入居者に合わせて行っていききたいと思う。(介護老人福祉施設)
- 職員の動きやすさを主体とした援助の計画とならないよう、利用者目線でアセスメントからモニタリングができるようにしていかなければならない。(介護老人福祉施設)
- 短期目標などが介護現場で活かされていない。業務の流れができてしまっていて、利用者の「自分らしい生活」や「QOLの向上」等を意識する事なく業務を行っている。(介護老人福祉施設)

【職場環境の改善】

- わからないことをわからないままで対応していることがあり、自分から進んで、問題について提示することが少ない。意見が言いやすい職場にする必要がある。(介護老人福祉施設)
- 現在の業務内容を見直し、職員数に合ったバランスの良い業務量に調整していきたい。(障害者支援施設)
- 働き方改革の実践・検討。(障害者支援施設)

【指導者やリーダーの育成】

- 主任・リーダーなど指導者の育成。(介護老人福祉施設)
- 教える側の理解度が足りていない。(介護老人保健施設)

【PDCA サイクルでの実践】

- PDCAサイクルを用いた介護過程の実践が必要。(介護老人福祉施設)
- 実施→評価のプロセスが確実に申し送られ、スムーズなPDCAサイクルとなるようにしたい。(介護老人保健施設)
- 定期的に個別支援等、ユニットごとに見直せる時間が必要。(障害者支援施設)
- 日々、介護技術の向上に努めていく中で介護職員同士のチェック、指摘などができればいいと思っています。(障害者支援施設)

【コミュニケーション能力の向上】

- 介護過程実践のためのコミュニケーション能力を向上していくことが課題。(障害者支援施設)
- メールや文書だけではない会話でのコミュニケーション(利用者・職員・部署間など)を密に図り、相互理解を深める事が重要だが、感情ばかりが先行してしまい悪循環になってしまう。コロナの影響もあり、仕事外でのコミュニケーションが図りづらい。(障害者支援施設)

【介護職のイメージの向上】

- 介護職への社会的な待遇の向上。イメージ、収入。(介護老人保健施設)
- 介護の人気の低さから、目指す人が少ない。どうすれば目を向けてもらえるのだろうと日々思います。給料面も低く、特にリーダーになると、日々の現場業務にリーダー業務と仕事量が多い割に給料での手当ては、といった感じ。お年寄りが好きで入職したスタッフも人手不足からイライラがつり、お年寄りが嫌いになって辞めていってしまう現実を、国はどう見ているのでしょうか。(介護老人福祉施設)
- 業界全体の意識が低いため、職能団体の支援が必要。介護業界全体で取り組まないと改善は難しいと感じる。それこそ、減算にするなどと考えてもいいと思う。(介護老人保健施設)

【業務の効率化】

- 業務効率化、業務改善により生産性を向上させなければ人材難の時代を乗り越えられない。介護過程の展開に関しては専門課程を経ていない職員には特に業務負担感が大きい。必要なスキルとして教えていく必要があったり、時間外などで補償しているが、簡略化の視点も必要なのではないかと考える。利用者の生活に直結することなので、簡単には改善できないという思いもある。(介護老人福祉施設)

【実践に向けた体制づくり】

- 実践(自己実現)にむけての体制づくり。(障害者支援施設)
- 実践するにあたり、福祉用具が施設にそろっていないことがあり、対応がしにくい部分がある。(介護老人福祉施設)

【外国人の職員への教育】

- 勉強会、研修等はもちろんですが、自施設では、外国人スタッフも増えてきているので、今まで以上に実践するのが困難です。(障害者支援施設)

【その他】

- 課題がはっきりしていない事が多いため分かりやすく明確化し、介護を実施していく必要がある。(介護老人保健施設)
- 具体的にどのようにすすめていけばいいのかが課題。(介護老人保健施設)
- 新しい取り組みをしたばかりでこれから改善点や課題が出てくると思われる。(介護老人保健施設)

10 実態調査（量的調査）のまとめと考察

<実態調査の報告にあたり>

実態調査では、年末の忙しい中、1,353 施設よりご回答をいただきました。また、お電話によるお問い合わせも多くいただき、調査に真摯に向き合ってくださいの回答者の皆様の姿が想像されました。ここに改めて、ご協力いただいた皆様に感謝を申し上げます。

（1）回答者及び回答施設の基本的事項

■回答施設数は 1,353 施設、24.5%の回収率

本調査の回答施設数は 1,353 施設、24.5%の回収率である。施設種別では、介護老人福祉施設 580（回収率 23.2%）、介護老人保健施設 508（同 20.3%）、障害者支援施設 265（同 51.2%）となっている（23 ページ）。

■全ての都道府県所在施設から回答あり

介護老人福祉施設のみ滋賀県の回答が 0 であるが、これ以外はいずれの施設も全ての都道府県からの回答が得られている（25 ページ）。

■1999 年以前に事業開始の施設が過半数

回答施設の事業開始年は、介護保険制度実施前の 1999 年以前が 5～6 割台を占めている（26 ページ）。参考までに「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）の年次統計をたどると、例えば介護老人福祉施設数は介護保険創設時の 2000 年は 4,463 施設、2019 年は 8,234 施設であり、過半数が 2000 年以前に事業開始していることになる。回答施設の事業開始年については、本調査結果は実態と遠くはないことがわかる。

■入所定員の平均

回答施設の入所定員は、介護老人福祉施設 72.2 人、介護老人保健施設 92.9 人、障害者支援施設 58.3 人である（26 ページ）。参考までに「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）によると、入所定員は介護老人福祉施設 69.2 人、介護老人保健施設 86.4 人（いずれも 2019 年）であるので、本調査結果の入所定員は全国平均よりやや多い状況にある。

■介護職員のうち、経験年数 3 年以上の割合は 7 割以上

1 施設あたりの介護職員の平均人数は 35 人前後、そのうち正職員は 25～27 人台であり、施設種別による大きな相違はみられなかった。正職員における介護福祉士資格所持者は 1 施設あたり 20 人前後であるが、介護老人保健施設（22.0 人）>介護老人福祉施設（19.7 人）>障害者支援施設（16.1 人）の傾向がみられた（26 ページ）。

全介護職員のうち経験年数3年以上の割合は7割以上であるが、これも上記と同様に介護老人保健施設(76.7%)>介護老人福祉施設(72.1%)>障害者支援施設(71.2%)の傾向がみられた(26ページ)。

■他の専門職による計画は、リハビリ職や管理栄養士による個別計画の作成割合が高い

リハビリ職や管理栄養士が作成する個別計画の作成割合が高く、介護老人保健施設や障害者支援施設ではリハビリ職の計画、介護老人福祉施設では管理栄養士の計画が最も高い割合であった(27ページ)。

ちなみに選択肢にない計画として記載があったものには、「歯科衛生士による口腔ケアの計画」が最も多く、次いで(予防・改善のための)「褥瘡に関する計画」、「排泄支援の計画」などがあげられた。

(2) 個別介護計画の有無

■個別介護計画を作成している割合は、介護老人福祉施設 31.6%、介護老人保健施設 33.1%

介護過程における個別介護計画を作成している回答施設は、介護老人福祉施設31.6%、介護老人保健施設33.1%である(28ページ)。

事業開始年別、入所定員別、経験年数3年以上の介護福祉士の割合別に個別介護計画の作成状況を見ると、介護老人保健施設は事業開始年が新しいほど作成している割合が高い状況にあった。また経験年数3年以上の介護福祉士の割合別では、介護老人福祉施設において経験年数3年以上の介護福祉士の割合が高いほど、作成している割合が高くみられた。

入所定員別は、最も明確に傾向があらわれている。入所定員が少ないほど計画作成の割合が高く、定員が多いほど作成割合は減少している。検定においても、有意差が確認できている。

■個別介護計画を作成していない理由は、「施設サービス計画で対応できている」約89%

個別介護計画を作成していない理由は、介護老人福祉施設も介護老人保健施設も約89%が「施設サービス計画で対応できている」と回答している(30ページ)。当該質問の「その他」の記載においても「会議や連携をしてケアプランに反映できている」という回答が記載されている。

また、「法的に義務づけられていない」(介護老人福祉施設17.9%、介護老人保健施設14.7%)や「個別介護計画の必要性を感じない」(介護老人福祉施設4.8%、介護老人保健施設2.9%)などのネガティブな理由の割合は低い。

「業務量が増える」「負担感がある」「計画作成できる介護人材が不足している」などの割合は、「施設サービス計画で対応できている」に次いで割合が高く、人材の不足、業務量・負担感などの理由が、未作成の背景にあることがわかる。

■ “全員に作成 “がスタンダード

個別介護計画を作成している場合は、全ての利用者に作成している割合が8割を超えており、“全員に作成 “というのがスタンダードとなっている（31 ページ）。

一方で、「必要な人、必要な状況に応じて作成」という、全員には作成していないという回答も介護老人福祉施設では10.4%、介護老人保健施設では6.5%である。

■個別介護計画作成の理由は「施設サービス計画の具体化」が約9割

個別介護計画を作成している理由は、「施設サービス計画を具体化するため」が約9割であり、次いで「ヒヤリハットや事故防止」が続いている（31 ページ）。施設サービス計画を踏まえ、介護職による個別ケアの推進を図ることを目指して計画作成がなされていることがわかる。

また、介護老人福祉施設では「利用者や家族からの意見・要望」という理由も、「施設サービス計画を具体化するため」「ヒヤリハットや事故防止」に次いで多い。利用者や家族の思いやニーズに応えるケアの実践につなげることが計画作成につながっている。

（3）アセスメント・計画作成・評価の実施者（個別介護計画作成の場合）

■実施者の職位：アセスメントは多様な職位の介護職が協働で実施（32 ページ）

アセスメント：一般介護職が関わっている割合が最も高いが、計画作成や評価に比べるとリーダーの関わり合いの割合も高い。計画作成や評価に比べて、リーダーと一般介護職の累積値が最も高いのがアセスメントである。つまり、アセスメントは多様な職位の介護職が協働で実施している実態がある。

計画作成：アセスメントや評価に比べて、累積値が最も低い。多くが関わるといふより、特定の職位により実践されている。

評価：介護老人福祉施設ではリーダーが役割を担っている割合が72.1%であり、一般介護職を上回っている。アセスメントや評価に比べて、リーダーの関わり合いが大きい。

■実施者の資格：介護福祉士資格の有無に関係なく実施＝チームケアの実践（33 ページ）

アセスメント・計画作成・評価のいずれも、介護福祉士資格の有無に関係なく実施されており、介護福祉士のみが実施しているという割合は1割台と少数である。介護がチームケアとして実践されていることのあらわれと捉えることができる。

■実施者の雇用状況：常勤職員による実施が多い（34 ページ）

雇用状況は、勤務時間や責務に影響を与えやすい要因である。アセスメント・計画作成・評価のいずれにおいても、常勤職員による実施が約 6～7 割台を占める結果となった。常勤職員が実施の中心となっている。

■実施者の経験年数：4 分の 1 の施設は一定の経験年数を経た職員が実施（35 ページ）

アセスメント・計画作成・評価のいずれも、経験年数に関係なく実施している割合が最も高く 6～7 割台を占めている。一方で、4 分の 1 の施設が一定の経験年数を経た職員が実施しており、平均して 4 年程度の経験者が実施している。なお、アセスメント・計画作成・評価のうち、経験年数が最も長いのは計画作成となっている。

■内容の点検や助言：リーダーの役割が大きい（36 ページ）

内容の点検や助言は、アセスメント・計画作成・評価のいずれも、7～8 割台の施設においてリーダーが関与して内容の点検や助言がなされていることがわかる。また、介護老人福祉施設や介護老人保健施設では介護支援専門員の関わりも多く、施設サービス計画との連携が図られている可能性も示唆される。

（４）個別介護計画・個別支援計画の効果等（個別介護計画作成の場合）

個別介護計画・個別支援計画を作成したことによる以下①～⑫について、効果や変化を把握した（37 ページ～）。

【①～⑫の 12 質問を 6 分類に】

6 分類	12 質問	選択肢	
利用者	①利用者の自立の維持・向上	A 十分にある B ある程度ある C あまりない D ない E わからない／回答できない	
	②利用者の望む生活の実現		
家族	③家族の理解や関わりの向上		
介護職による個別ケア	④介護職員の専門職としての意識の向上		
	⑤介護職員の知識や技術の向上		
	⑥介護職チームケアの推進		
施設全体のケア	⑦他職種との連携推進		
	⑧施設サービス計画(ケアプラン)の充実		
業務改善	⑨業務の効率化		選択肢は上記5つ
人材	⑩人材育成の推進		
	⑪介護職のキャリアパスの具体化		
	⑫離職者の減少		

■3 施設比較：介護老人福祉施設に「効果や変化」があるという回答割合が高い

①利用者の自立の維持・向上、②利用者の望む生活の実現、③家族の理解や関わりの向上、④介護職員の専門職としての意識の向上、⑤介護職員の知識や技術の向上、⑥介護職チームケアの推進、⑦他職種との連携推進、⑧施設サービス計画（ケアプラン）の充実、⑨業務の効率化、⑩人材育成の推進、⑪介護職のキャリアパスの具体化、⑫離職者の減少の 12 質問について、3 施設の比較をした結果が以下である。

個別介護計画・個別支援計画による効果や変化が「十分にある」「ある程度ある」を合計した 3 施設の値をみると、介護老人福祉施設において効果や変化が最も高くあらわれている。

【効果や変化が「十分にある」「ある程度ある」を合計し、3 施設で比較】

	A 十分にある	B ある程度ある	A+B
介護老人福祉施設	180.9	685.2	866.1
介護老人保健施設	168.4	666.6	835.0
障害者支援施設	152.3	667.7	820.0

■3 施設比較：6 分類別にみると障害者支援施設は利用者、介護老人保健施設は施設全体のケアへの効果が高い

①～⑫の 12 の質問を利用者、家族、介護職による個別ケア、施設全体のケア、業務改善、人材の 6 分類（前ページ参照）にあらわしたのが下表である。

介護老人福祉施設は家族、介護職による個別ケア、業務改善、人材における効果、介護老人保健施設では施設全体のケアへの効果、障害者支援施設では利用者への効果が高い結果となっている。人材については障害者支援施設に比べて介護老人福祉施設・介護老人保健施設における効果が高くみられる。

【①～⑫の質問を 6 分類にし、3 施設で比較】

12 の質問	A 十分にある + B ある程度ある					
	①②	③	④⑤⑥	⑦⑧	⑨	⑩⑪⑫
6 分類	利用者	家族	介護職による個別ケア	施設全体のケア	業務改善	人材
介護老人福祉施設	169.3	77.6	255.7	168.9	53.6	141.0
介護老人保健施設	160.1	71.4	247.6	170.2	46.4	139.3
障害者支援施設	171.2	77.3	248.8	165.9	38.4	118.4

■①～⑫の比較：④介護職員の専門職意識、⑥介護職チームケア、⑦他職種との連携に高い効果

介護老人福祉施設と介護老人保健施設は⑧施設サービス計画充実に最も効果があるという結果である。作成理由として施設サービス計画充実が最も高かったことを踏まえると、望ましい結果といえる。

また、3施設合計値として総合的にみると、④介護職員の専門職意識、⑥介護職チームケア、⑦他職種との連携に高い効果がみられる。これらは介護老人福祉施設と介護老人保健施設においても高位である。

【効果や変化が「十分にある」「ある程度ある」を合計し、①～⑫で比較】

	A 十分にある + B ある程度ある											
	① 利用者の自立	② 利用者の望む生活	③ 家族の理解や関わり	④ 介護職員の専門職意識	⑤ 介護職員の知識や技術	⑥ 介護職チームケア	⑦ 他職種との連携	⑧ 施設サービス計画充実	⑨ 業務の効率化	⑩ 人材育成の推進	⑪ 介護職のキャリアパス	⑫ 離職者の減少
介護老人福祉施設	83.0	86.3	77.6	86.3	85.3	84.1	82.0	86.9	53.6	66.1	45.4	29.5
介護老人保健施設	84.5	75.6	71.4	82.7	81.0	83.9	86.3	83.9	46.4	67.8	47.1	24.4
合計	167.5	161.9	149.0	169.0	166.3	168.0	168.3	170.8	100.0	133.9	92.5	53.9
障害者支援施設	80.4	90.8	77.3	81.9	79.6	87.3	92.0	73.9	38.4	65.0	39.2	14.2
3施設合計	247.9	252.7	226.3	250.9	245.9	255.3	260.3	244.7	138.4	198.9	131.7	68.1

（５）施設サービス計画／サービス等利用計画への介護職の関わり

■介護職は施設サービス計画等のアセスメント、計画立案、評価に関与

施設サービス計画のアセスメント、計画立案、評価に「介護職が関わっていない」と回答している介護保険施設は極めて少なく、97%以上の施設では施設サービス計画に「介護職が関わっている」と回答している（40ページ～）。

アセスメントでは「利用者の情報を収集・記録して介護支援専門員に提示」、計画立案では「サービス担当者会議に参加して意見や助言」、評価では「日常的に利用者の情報を収集し、記録」での関わりが最も高いなど、施設サービス計画のアセスメント、計画立案、評価のいずれにおいても介護職の関与は大きいことが明らかになった。

一方、障害者支援施設のサービス等利用計画についても同様の傾向がみられる。しかし、介護保険施設よりも介護職の関わりの割合はやや低く、10%台の施設が介護職は関わっていないと回答している（40ページ～）。介護保険施設の施設サービス計画とは違い、サービス

等利用計画が施設内の支援に限らないこと、施設外の他の事業所で作成されているケースがあるなどの要因が影響していると考えられる。

■介護福祉士のみが関わっているのは限定的

多くの施設において、介護職が施設サービス計画／サービス等利用計画に関わっていることが明らかになった一方で、「介護福祉士のみが関わっているものはない」が多数を占めることが明らかになった（40 ページ～）。つまり、多くの場合、介護福祉士資格所持者という立場から関わるのではなく、介護職として施設サービス計画／サービス等利用計画に関与しているのである。これは、個別介護計画においても同様であり（70 ページ）、介護はチームケアにより実践されていることのあらわれであるともいえる。

（6）介護職が施設サービス計画／サービス等利用計画に関わることの効果等

■3 施設比較：介護老人福祉施設に「効果や変化」があるという回答割合が高い

①利用者の自立の維持・向上、②利用者の望む生活の実現、③家族の理解や関わりの向上、④介護職員の専門職としての意識の向上、⑤介護職員の知識や技術の向上、⑥介護職チームケアの推進、⑦他職種との連携推進、⑧施設サービス計画（ケアプラン）の充実、⑨業務の効率化、⑩人材育成の推進、⑪介護職のキャリアパスの具体化、⑫離職者の減少の 12 質問について、3 施設の比較をした結果が以下である。

介護職が施設サービス計画／サービス等利用計画に関わることの効果や変化が「十分にある」「ある程度ある」を合計した 3 施設の値をみると、介護老人福祉施設において効果や変化が最も高くあらわれており、これは個別介護計画・個別支援計画と同様の結果である。一方で、障害者支援施設については、効果や変化の割合が相対的に低い。

【効果や変化が「十分にある」「ある程度ある」を合計し、3 施設で比較】

	A 十分にある	B ある程度ある	A+B
介護老人福祉施設	169.1	634.2	803.3
介護老人保健施設	175.2	615.9	791.1
障害者支援施設	92.0	522.5	614.5

■3 施設比較：6 分類別にみると障害者支援施設は利用者、介護老人保健施設は施設全体のケアへの効果が高い障害者支援施設

①～⑫の 12 の質問を利用者、家族、介護職による個別ケア、施設全体のケア、業務改善、人材の 6 分類別（71 ページ参照）にあらわしたのが下表である。

介護老人福祉施設は利用者、家族、施設全体のケア、業務改善への効果、介護老人保健施設では介護職による個別ケア、人材への効果が高い結果となっている。

【①～⑫の質問を6分類にし、3施設で比較】

12の質問	A 十分にある + B ある程度ある					
	①②	③	④⑤⑥	⑦⑧	⑨	⑩⑪⑫
6分類	利用者	家族	介護職による個別ケア	施設全体のケア	業務改善	人材
介護老人福祉施設	167.4	76.6	240.3	168.3	38.3	112.4
介護老人保健施設	165.2	68.5	241.2	166.1	36.4	113.7
障害者支援施設	132.4	64.9	188.6	128.6	26.0	74.0

■①～⑫の比較：⑦他職種との連携、⑥介護職チームケアに高い効果

12の質問においては、⑦他職種との連携、⑥介護職チームケアに高い効果がみられる。

【効果や変化が「十分にある」「ある程度ある」を合計し、①～⑫で比較】

	A 十分にある + B ある程度ある											
	①利用者の自立	②利用者の望む生活	③家族の理解や関わり	④介護職員の専門職意識	⑤介護職員の知識や技術	⑥介護職チームケア	⑦他職種との連携	⑧施設サービス計画充実	⑨業務の効率化	⑩人材育成の推進	⑪介護職のキャリアパス	⑫離職者の減少
介護老人福祉施設	84.7	82.7	76.6	78.8	79.6	81.9	86.9	81.4	38.3	56.9	37.9	17.6
介護老人保健施設	86.4	78.8	68.5	80.5	77.6	83.1	89.1	77.0	36.4	56.9	38.4	18.4
合計	171.1	161.5	145.1	159.3	157.2	165.0	176.0	158.4	74.7	113.8	76.3	36.0
障害者支援施設	58.1	74.3	64.9	60.0	61.5	67.1	70.5	58.1	26.0	38.5	25.3	10.2
3施設合計	229.2	235.8	210.0	219.3	218.7	232.1	246.5	216.5	100.7	152.3	101.6	46.2

(7) 施設における個別介護計画・個別支援計画への理解

■3施設比較：個別支援計画が法定義務である障害において理解度が高い

①介護福祉士資格所持者、②介護福祉士以外の介護職、③介護職の主任・リーダー等、④生活相談員、生活指導員等、⑤相談支援専門員、⑥リハビリの専門職、⑦看護職、⑧医師、⑨施設長、⑩利用者や家族について、個別介護計画・個別支援計画の理解度を把握した（52ページ～）。なお、本回答は回答者の主観によるものも可としている。

①～⑩について、3施設の比較をした結果が以下である。

個別支援計画が法定義務である障害者支援施設においては、介護老人福祉施設や介護老人保健施設を上回り、個別支援計画の理解度が高い。最も理解度が低いのは介護老人福祉施設である。

【「十分に理解されている」「ある程度は理解されている」を合計し、3施設で比較】

	A十分に理解されている	Bある程度は理解されている	A+B
介護老人福祉施設	188.3	361.3	549.6
介護老人保健施設	211.9	379.5	591.4
障害者支援施設	308.2	486.0	794.2

■①～⑩の比較：⑤介護支援専門員、相談支援専門員に理解度が高い

個別介護計画・個別支援計画への理解度が高いのは、⑤介護支援専門員、相談支援専門員、④生活相談員、生活指導員等、③介護職の主任・リーダー等となっている。個別介護計画・個別支援計画の主体者である①介護福祉士資格所持者や②介護福祉士以外の介護職については、介護支援専門員・相談支援専門員や生活相談員・生活指導員等より低い結果となっている。

【「十分に理解されている」「ある程度は理解されている」を合計し、①～⑩で比較】

	A十分に理解されている + Bある程度は理解されている									
	①介護福祉士資格所持者	②介護福祉士以外の介護職	③介護職の主任・リーダー等	④生活相談員、生活指導員等	⑤介護支援専門員、相談支援専門員	⑥リハビリの専門職	⑦看護職	⑧医師	⑨施設長	⑩利用者や家族
介護老人福祉施設	55.3	40.7	66.6	71.8	78.3	49.0	54.7	31.5	62.9	38.8
介護老人保健施設	59.6	42.3	72.3	68.3	77.1	70.9	60.0	51.0	54.7	35.2
合計	115.9	83.0	138.9	140.1	155.4	119.9	114.7	82.6	117.6	74.0
障害者支援施設	90.6	76.2	95.8	76.6	83.7	84.9	88.3	36.2	87.9	74.0
合計	205.5	159.2	234.7	216.7	239.1	204.8	203.0	118.8	205.5	148.0

(8) 自由記載からあがる介護過程に関する課題のキーワード

本調査においては、①介護職が用いているツールや書式に関する効果等（47 ページ～）、②介護過程実践における改善点や課題（55 ページ～）について、自由記載による回答を求めた。KH Corder3 を用いて、関連性が強い語同士を線で結んで共起ネットワークを作成し分析を試みた。

①介護職が用いているツールや書式に関する効果等（47 ページ～）については、介護職が行う介護過程と施設におけるケアマネジメント（ケアプラン作成）の書式やツールが混在・混同して記載されており、これらを明確に区分して分析することができなかった。

概観すると、アセスメントにおいて最も多くの書式やツールが使用されており、各種団体等で開発した書式使用とともに、独自の書式の作成・使用が多々みられた。介護職間、他職種との情報共有等に役立っていることが効果としてあげられている。実施、評価については、日々の記録の活用、チェック表などの活用がなされていた。使用している書式やツールのその効果については、②においてその課題が明らかになっているので、詳細は②を参照されたい。

②介護過程実践における改善点や課題（55 ページ～）は、課題の記載を求めたため基本的にネガティブな記載が多い。

アセスメント・計画立案・実施・評価（P D C A）については、時間や人材不足・必要ではあるが（介護過程実践が）できていない・職員による差が共通してあげられている課題である（55 ページ～）。

書式・ツール等については、書式の統一や簡素化・改善が必要、職員の P C スキル不足、システムを導入していても活用しきれていないなどの課題があげられている。一方で、I C T 活用が必要（活用したい）という共通した認識は示されている（57 ページ～）。

人材育成については、計画立案・作成のための研修、新人のための研修、リーダー育成のための研修、指導者を育成する研修などが共通した課題としてあげられている。人材育成のための教育体制に対する意見も多い（59 ページ～）。

組織については、法人理念の共有・浸透、I C T 等の活用、多職種連携や情報共有が重要であるという意見があがっている（62 ページ～）。

最後に、上記を網羅したかたちで介護過程の実践を推進していくための改善点や課題に関する総合的な問いかけをしている。ここから浮かびあがるキーワードは4つ、人材育成・確保、そのための教育体制、情報共有と連携の仕組み、職場環境（I C T 導入等）（64 ページ～）となる。人材育成・確保、そのための教育体制は最も大きな課題と捉えている状況があり、この課題は介護過程実践を推進する鍵といえる。

■第3章 介護現場における 介護過程の実践事例調査 (質的調査)

1 実践事例調査の枠組み

(1) 目的

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

(2) 調査対象と調査実施日

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

実践事例調査 対象施設



実践事例調査日時と対象施設 一覧

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

(3) 調査内容

実践事例調査項目

- | |
|--|
| <p>1. 法人・施設の概要の把握</p> <p>2. 介護過程（P D C Aサイクルに基づく個別ケア）の展開をどのように行っているか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ねらい、方法（手順）、使用様式、担当者 ・施設サービス計画書（ケアプラン）と関連性（連携・分担・作成者等） <p>3. 現状の成果・課題は何か</p> <ul style="list-style-type: none"> ・取り組み（仕組み）導入のきっかけ ・介護過程実践の効果・成果 ・介護職（介護福祉士）の役割にからめた効果・課題 ・今後の課題 など |
|--|

(4) 調査方法

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

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

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

2 調査結果

事例1 特別養護老人ホーム あけぼの

書式や仕組み等の注目ポイント

PNS制度^{*1}の導入	PNS制度を介護職に応用し、2人一組の居室担当（以下「介護職ペア」）で、多角的な視点によりアセスメントの精度が向上
SOAP方式^{*2}記録	項目ごとに分類・整理した記録で、根拠に基づいた評価につなげている
オリジナル個別介護計画書	施設サービス計画書の長期・短期目標を横並びにし、施設サービス計画書と個別介護計画を連動させる
個別介護計画書補足資料	写真等を用いた視覚的な情報共有の書式、新人や外国人などの理解促進に寄与
ケアカンファレンスノートの設置	気づきの共有機会、複数人で対話する機会を増やし、参画意識、モチベーション向上につながる

◆ 実践の流れ

ケアマネジメントプロセス	介護過程・介護職の役割	○ 仕組み □ 書式
アセスメント アセスメントシート作成 原案作成	<計画書作成1ヶ月前> PNS制度による介護職ペアそれぞれがアセスメントを実施し、それぞれの視点で課題を抽出 <計画書作成2週間前> ・ 介護職ペアのアセスメント内容をすり合わせ、相違点は話し合い ・ 相違が大きい場合、必要に応じてチームカンファレンスにて再検討	● 2人一組で居室担当を持ち、この介護職ペアが担当利用者の介護過程各フェーズを中心として担う ● 介護職ペアの各人が別々にアセスメントを行い、すり合わせることで、多角的な視点を取り入れたアセスメントができる仕組みにしている ■ 基本情報・フェイスシートと、アセスメントシート（2枚）作成
	計画立案 サービス担当者会議 ・ 入居時 ・ 入居後1ヶ月 ・ 状態変化時 ・ 認定更新時 説明、交付	・ 最終的にすり合わせたアセスメント内容を介護職ペアと一緒に書面化し、各担当の副主任とフロア主任が確認を行い、承認を経て原案の完成となる
実施 各職種の実施記録の確認 情報収集 支援経過記録	・ 介護職ペアが担当居室の利用者の計画実施推進の中心を担う ・ 必要に応じてケースカンファレンスなど多様な職員の意見を集めて、軌道修正しながら進める	● 日常的な評価記録は看護記録法のSOAP方式 ^{*2} を採用 ● 計画書の目標ナンバーに連動して、ナンバリングした記録を行っている
	評価 サービス担当者会議 ・ 短期目標 ・ 期間中旬 ・ 期間終了前	・ 計画作成から3ヶ月～半年、区変時など節目で実施 ・ アセスメントと同様、介護職ペアそれぞれがモニタリングを実施して、すり合わせ ・ 加えて内容の精査は複数人のカンファレンスを実施

^{*1} PNS制度：パートナーシップ・ナーシング・システムの略で看護師がペアで患者を受けもつ新しい看護方式。本事例ではこれを介護職に応用している

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

施設概要

社会福祉法人彩光会 埼玉県上尾市

平成8年10月開設 従来型

入所定員：155名 介護職員：105名 介護福祉士：84%

取組の背景

- ・当初は、施設サービス計画書と大差がなく、目標もほぼ同じという個別介護計画書で具体性が乏しかった
- ・「安心して過ごせる」「声かけする」といったありきたりな表現が多く、個別性が見えにくかった
- ・個別介護計画書の内容が全て文章だけだったので、表現しにくい物事の共通認識が図りにくかった
- ・1人で個別介護計画書を作成していたので、思い込みで作っているケースが多く、また負担も大きかった
- ・上記課題を背景として、PNS制度や、書式の刷新、これらを運用する仕組みの導入を行なった
- ・特にPNS制度導入のねらいとしては、2人一組で介護過程に取り組むことで、OJTになるばかりではなく、行事担当や委員会活動もペアで取り組むため、一緒に成長するという効果が見込まれた

達成目標/達成基準	具体的な援助方法			
	内容	いつ	担当者	評価日
ケアプランの短期目標を記載。	O)Observation (観察) T)Therapy (支援内容) E)Education (助言) 上記3項目で構成。	時間帯等を記載。	該当勤務を記載。	短期目標と同日。
(達成目標)	例)			
施設での生活に慣れる。#1	O)安心して過ごしているか確認する。#1	毎日	介助者	R2.10.9～ R3.3.31
(達成基準)	T)声掛けし不安が無いか伺う。#1	毎日	介助者	
施設での生活に慣れた。#1	E)安心に過ごせるようにともに考える。 #1	毎日	介助者	

▲旧個別介護計画書式

取り組みの特徴・工夫

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

成果

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

介護福祉士の役割

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

アセスメント段階

特徴

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

ねらいと効果

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

ケアマネジメントとの関連

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

計画立案段階

特徴

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

ねらいと効果

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

ケアマネジメントとの関連

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

個別介護計画書

利用者氏名 様 *別紙資料6

アセスメント要約

22年3月ごろより、体調不良あり、その影響から、歩行が困難になり車イスでの移動が必要となる。以前は排せつ台時に歩行歩行しているが、本人は肯定的であったが、車イスは排せつ台まで、歩行歩行して排せつ台まで戻ることが出来た。21年10月には歩行歩行しているが、歩行歩行は排せつ台まで戻ることが出来た。車イス乗車時でも前傾があり、転倒リスクも高い。今後も歩行を目標としたいがやや高望みな印象。

ケアプラン目標		実現可能な生活の目標		具体的な援助内容					
長期目標	短期目標	介護目標	達成基準	援助方法	担当者	頻度	評価日		
少しでも歩行の継続が出来る。	残存機能の活用をしながら転倒予防が出来る。	#1	活動における歩行を行う事が出来る。	転倒なく、活動実施ができた。	<ul style="list-style-type: none"> ・車イスでの生活をメインとし、自走時は必ず介入する。 ・車イスはP1を使用。前傾姿勢が強くある為、介入時は肩一隅を押し支えて対応する。 ・歩行訓練は1日での実施とし、コロナ収束後は3階での実施とする。 ・足の位置にも留意して巻き込みがないよう支援を行う。 ・トイレは足のように設置し、細かい箇所は排せつ補助。 	介護職 排せつ指導者 発見者	毎日	毎月	
		#2	自己排せつを行いながら排泄管理が出来る。	体重維持が出来る。	食事が安定し、体重変化なく過ごせた。	<ul style="list-style-type: none"> ・食事・おやつは常食、水分はトロと飲みを提供する。 ・食事の際は椅子に座って召上り頂く。 ・血糖値の観察を行い、異常があれば対応を考える。 ・便秘のため、排便があった時はその都度、職員に報告していただき、記録を残す。 ・食量の座位姿勢は補正の姿勢を基本とする。 	介護職 看護職	毎日	3か月毎
		#3	様々な活動の中で自身のペースが確保出来る。	自身のペースで穏やかな生活を送れる。	施設生活に不満を感じず、日々を過ごす事が出来た。	<ul style="list-style-type: none"> ・施設行事、レクリエーションなどがある際は参加を促し、他者と共有できる楽しみの提供を行う。 ・家族来訪時には状況を確認するなどして、施設生活の様子を加えていただく。 ・ケアハウスの図書室を活用しながら読書を提供する。 ・不満などの傾聴を行う。 	居宅担当 行事担当者 施設業務	随時	3か月毎

計画作成年月日
計画作成者氏名

介護主任印 副主任印 担当者印


特別介護老人ホームAの個別介護計画書-平成30年改訂版

▲ オリジナル個別介護計画書

個別介護計画書補足資料

利用者氏名 様 *別紙資料7


#1補足資料 補足項目 「車椅子」



#2補足資料 「P1-イレ設置」



#3補足資料 「座位姿勢」



フリー

写真・イラスト貼付
補足文章など

資料作成年月日
作成者氏名

個別介護計画書補足資料-平成30年改訂版

▲ 個別介護計画書補足資料

実施・評価段階

特徴

【根拠に基づいた評価を行うための記録】

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

項目	意味	例
S (subjective)	主観的情報	S: 腰の痛みはありません。と話す。
O (objective)	客観的情報	O: 車イス乗車時に前傾あり。
A (assessment)	評価	A: 痛みの認識はないが、傾斜あり。
P (plan)	計画	P: 計画書#1内容を継続。

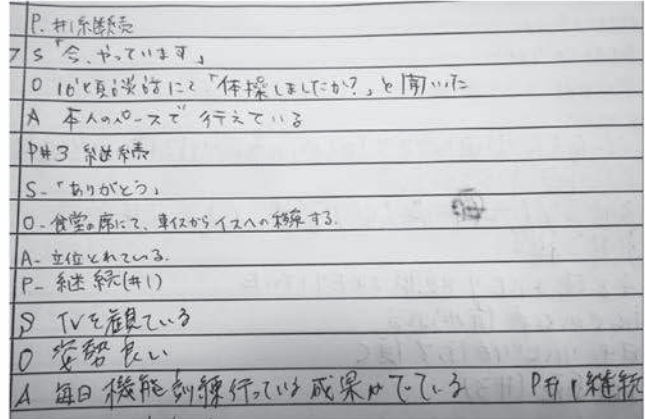
▲ SOAP方式

【主体的に支援に参画する仕掛け】

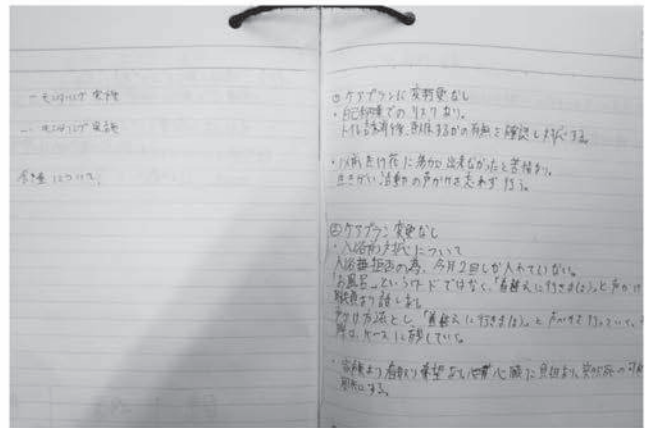
- 日々の支援の中で職員個々の気づきをいかにするために『ケアカンファレンスノート』を設置。普段から目につくような環境を作り、気づきの共有機会を増やし、ケースカンファレンス時の着眼点や参画意識の向上に役立てている
- 主体的に介護に取り組み、また複数人で対話する機会を増やすことで、結果的に職場風土やモチベーションの向上につながっている



▲ 離職率



▲ SOAP方式記録



▲ ケアカンファレンスノート

本取組を通じて向き合っている課題

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

作業部会委員コメント

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

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

事例2 介護老人保健施設 あいの郷

書式や仕組み等の注目ポイント

- 利用時アセスメント票** 個別介護計画の項目に沿った内容で、個別介護計画を兼ねている
- オリジナル個別介護計画*** 自由度のある記載方式で、計画と評価の機能を1つにしている
- 多職種カンファレンス** 毎日の開催で情報共有とケアの標準化を図る
- サービス担当者会議録** 事前資料(多職種からの評価)と会議録で構成、質の高い会議運営の鍵
- 業務規程・内部コミュニケーション規程** 多職種連携を規程として明文化している

◆ 実践の流れ

ケアマネジメントプロセス	介護過程・介護職の役割	○ 仕組み □ 書式
アセスメント ケア方針協議＝施設サービス計画(原案)の作成 利用時アセスメント票(入所日) 利用時アセスメント票(1週間後)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事前情報を確認しケア方針を協議する場に参画 ・ 入所当日に入所時アセスメント票を作成する ・ 実際の利用者の状態を踏まえたうえで再アセスメントを行い、利用時アセスメント票(1週間後)を作成する。これが個別介護計画(暫定)となる ・ 個別介護計画(暫定)に基づき実践し有効性を確認する 	<ul style="list-style-type: none"> ● 判定会議 ● 多職種カンファレンスの開催(毎日:15分) ■ 利用時アセスメント票(入所日) ■ 利用時アセスメント票(1週間後) ● 書式内に多職種からの所見を記載する欄を設けた ● 変更が必要な内容を記載する欄を書式内に設けた ● 会議終了前に「残された課題」について確認することを徹底した
	計画立案 施設サービス計画(本案)の作成 サービス担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「利用時アセスメント票＝個別介護計画(暫定)」「ケア記録」を基に個別介護計画(本案)を作成する ・ 担当者が個別介護計画をケアチーム内で共有しブラッシュアップする ・ 個別介護計画を作成後、介護主任の承認を得る。必要に応じてケアマネジャーと施設サービス計画の内容を調整する
実施 計画実施	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計画に基づきケアの実施と評価を担当する ・ 多職種カンファレンスの開催(毎日:15分)にて軽微な変更についての情報を共有しケアの標準化を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ● 多職種カンファレンスの開催(毎日:15分) ● 個別介護計画の「実施方法と留意すること」が評価項目となり、1つのシートで「計画」と「モニタリング」の機能を搭載している
評価 判定会議(3か月後) 判定会議(6か月後) サービス担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別介護計画の評価を基にサービス担当者会議の資料を作成する 	<ul style="list-style-type: none"> ■ サービス担当者会議録
	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス担当者会議へ出席し生活支援の立場から発言している 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設サービス計画の変更を個別介護計画へ反映させる 	

* 個別介護計画：本事例施設では個別介護計画を個別ケア計画と呼称している

施設概要

埼玉医療生活協同組合 埼玉県羽生市

平成9年12月開設 従来型

入所定員：100名 介護職員：30名 介護福祉士：26名

取組の背景

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

取り組みの特徴・工夫

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

成果

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

介護福祉士の役割

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

アセスメント段階

特徴

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

ねらいと効果

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

ケアマネジメントとの関連

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

利用時アセスメント票		【入所日・1W後・短期計画書】		会議日		年 月 日	
利用者名	アリガタ	性別	男 女	洗濯	自宅・汚染時施設・施設・業者		
介護度	T・S 年 月 日 生（歳）	長期入所日	年 月 日				
基本情報	感染症：HBS() HCV() 刀式() MRSA() 意思疎通：普通・具体的なこと・難しい 聴力：普通・耳元で聞こえない（補聴器：有・無） 眼視：無・有（ ） 義歯：無・有・<総義歯・部分（上・下）> 体重（長短のみ）：Kg 月 日 現在	薬剤の持ち込み ※ 今後の薬対応 ※ 病院継続 ※ 施設に変更 CPR()					
参加者	介護： 看護： リハビリ：	栄養： ケアマネ： 相談： 医師：					
本人・家族の要望	本人： 家族：						
入所時アセスメント							
食事	嚥下状態：良・不良 食事形態：一般食・糖尿病食（cal）・その他（ ） 主食： 副食： とうもろこし：	胃腸： Fr					
移動	移動方法：自立・見守り・一部介助・全介助 移動介助：独歩・杖・老人車・歩行器・ベッド車いす（種類） 移動動作：自立・介助（介助方法） 移動介助：立位 可・不可 端座位 可・不可 特別な方法：自立・見守り・一部介助・全介助						
清潔	入浴：一般浴・個別浴・機械浴・シャワーのみ 洗身・洗髪：自立・見守り・一部介助・全介助 洗面：自立・見守り・声掛け・誘導 口腔ケア：蒸しタオル：手渡し・介助 自立・一部介助・全介助						
排泄	尿便意：尿意（無・あいまい・有） 便意（無・あいまい・有） ケア方法：自立・トイレ誘導・おむつ対応（ストマー） ※留置カテーテル：使用中： 夜間： （ Fr） PTイレ： 無・有	排泄支援加算算定（する・しない）					
更衣	自立・セッティング・一部介助（上・下）・全介助						
環境	転倒歴：無・有 ベッド欄：右： 左： マットレス：参加・不参加 OHスケール： 点						
多職種	看護： 栄養： 薬剤師： 介護士： 理学療法士： 作業療法士： 言語聴覚士： 医師：						
検討事項	持ち越し事項：<身体・嚥下機能> <認知>	健康状態に（問題なし・あり）	現状のケアを（継続・変更）				
検討事項（持ち越し事項）・1W後は検討結果等							

▲ 利用時アセスメント票

計画立案段階

特徴

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

ねらいと効果

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

ケアマネジメントとの関連

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

※ 本事例施設では個別介護計画を個別ケア計画と呼称している

個別ケア計画		立案日	令和 年 月 日	no. 【 】
		担当 【 】	責任者 【 】	
姓 名	氏名	様	入所日	年 月 日
課題				
目標				
項目	実施方法と留意すること	変更すること	評価（○/×）：理由	
食 事			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
排 泄			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
清 潔			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
移 動			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
移 乗			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
環 境			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
活 動			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	
			(○/×)	

▲ オリジナル個別介護計画

実施・評価段階

特徴

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

ねらいと効果

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

ケアマネジメントとの関連

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

その他

特徴

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

本取組を通じて向き合っている課題

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

作業部会委員コメント

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

サービス担当者 会議録

会議日 2022/年 月 5日

氏名	種 男	介護 3	認定 1級	年 月 日	月 日
会議名	退所()		入所日	年 月 日	
参加者	介護: ()	相談: ()	医師: ()	栄養: ()	
利用者の希望	本人: () 上 () 家族等: ()				
介護	介護: ()	相談: ()	医師: ()	栄養: ()	
移動	()				
入浴	()				
排泄	()				
食事	()				
睡眠	()				
その他	()				

※裏面 権限リスクの評価も記載すること

サービス担当者会議録

長期入所業務規程	文書番号: 規程-014 1/10 制定/改訂日: 2020.12.05	長期入所業務規程	文書番号: 規程-014 1/10 制定/改訂日: 2020.12.05
1. 目的 (1) サービスの向上とサービスの提供 (2) サービスの向上とサービスの提供		1. 目的 (1) サービスの向上とサービスの提供 (2) サービスの向上とサービスの提供	
2. 範囲 (1) サービスの向上とサービスの提供 (2) サービスの向上とサービスの提供		2. 範囲 (1) サービスの向上とサービスの提供 (2) サービスの向上とサービスの提供	
3. 委員会の構成 (1) サービスの向上とサービスの提供 (2) サービスの向上とサービスの提供		3. 委員会の構成 (1) サービスの向上とサービスの提供 (2) サービスの向上とサービスの提供	

内部コミュニケーション規程

文書番号: 規程-014 1/10
制定/改訂日: 2020.12.05

目的: この規程は委員会、会議、審議その他の内部コミュニケーションを定め、施設内での情報交換が有効にできるようにする。

1. 委員会一覧

委員会	実施内容	委員(職別)	頻度
サークル協議 (マネジメントミーティング) (施設管理委員会)	業務内容の改善の促進 業務実施状況について、部別の 視点、課題解決の手段の検討 介護サービスマネジメントシステム の改善の検討 介護サービス目標を含む介護サー クル協議 職員の情報交換に関する事項等の議 決事項	施設内 管理 業務推進 協議責任者 部門長	月 1回
教育委員会	教育内容の検討 教育計画の立案・実施・評価	看護・栄養 介護士 文化科 士 その他 学務担当	月 1回
広報委員会	施設紹介、施設の取組の実態・課題 行事の企画・運営 (3月以降年度計画 実施前)	栄養 看護 士 士 士 士	月 1回
身体拘束禁止委員会 (※システムマネジメント 委員会)	身体拘束の適正化に向けた検討、高齢 者虐待の防止、個人情報・プライバシー 保護に関する事項	看護・介護 士 士 士 士	月 1回

事例3 ひまわり自立支援センター（障害者支援施設）

書式や仕組み等の注目ポイント

- 個別支援計画の基礎となる本人のイメージ図^{*1}** 利用者の理解を視覚化して生活支援員で共有
- ニーズ（課題）整理票^{*2}** 利用者本人の思い、ストレングスを捉えた支援を文章化
- 個別支援計画作成シート** 主語は利用者、長期目標はサービス等利用計画を意識
- 個別スーパービジョン** 生活支援員へのスーパービジョン体制の構築で介護過程の意識向上
- 個別支援会議** サービス等利用計画と個別支援計画が連携しているか確認を実施

◆ 実践の流れ

ケアマネジメントプロセス	介護過程・介護職の役割	○ 仕組み □ 書式
アセスメント 【障害者総合支援法】障害者支援施設で個別支援計画書の作成義務 アセスメント（二次アセスメント）（資源アセスメント）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用計画開始から相談支援専門員と連携 ・ 個別支援計画の基礎となる本人のイメージ図を用いて生活支援員全体で共有 ・ フェイスシート、利用者の状況に加えてニーズ整理票を用いてさらに共有 	<ul style="list-style-type: none"> ● サービス管理責任者（以下「サビ管」）が必要に応じて相談支援のアセスメント段階から関わる ● 事業所としての見立てを相談支援専門員と共有 ■ 本人のイメージ図 ■ 個別支援計画作成シート ■ フェイスシート、利用者状況 ■ ニーズ整理票
計画立案 サービス等利用計立案 支給決定（市町村） サービス担当者会議 サービス等利用計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス担当者会議にサビ管、他専門職（多職種）が参加 ・ 生活支援員は総合的な支援計画であるサービス等利用計画との整合性を確認する ・ 計画作成担当者は、主語は利用者とした長期目標を立案 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 個別支援計画原案 ※介護保険法制度でいう個別介護計画と同義 ● 個別支援会議 ● 個別支援計画確定 ● PDCAサイクルを基盤にしつつ、OODAループ^{*3}での支援を検討
実施 個別支援会議	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス等利用計画と個別支援計画書が連携しているか確認し実施 ・ サビ管が個別支援計画作成担当者に対し個別スーパービジョン 	<ul style="list-style-type: none"> ■ パソコンでの情報共有、個別スーパービジョン（以下「SV」）体制構築 ● 個別支援会議 ● 個別支援計画は当日勤務の生活支援員全員で共有 ● 勤務時間内で支援会議開催の工夫（西棟・東棟で1ヶ月単位 第2・第4水曜日 16:00-18:00の間で方向性を見出せる準備と議論）
評価 継続サービス利用支援（モニタリング） サービス担当者会議 サービス等利用計画の変更	<ul style="list-style-type: none"> ・ 到達度、支援の有効性の評価 ・ モニタリング実施も個別SV体制が構築 ・ サービス担当者会議に参加 ・ 個別支援計画の変更に携わる 	

^{*1} 個別支援計画の基礎となる本人のイメージ図：障害者支援施設分野で使用している書式

^{*2} ニーズ（課題）整理票：障害者支援施設分野で使用している書式

^{*3} OODAループ：Observe（観察）、Orient（方向づけ）、Decision（決断）、Act（行動）という短期的で迅速性のある支援サイクル

施設概要

社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 埼玉県本庄市

平成13年4月開設

入所定員：52名 生活支援員：45名 介護福祉士：5名

取組の背景

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

取り組みの特徴・工夫

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

成果

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

介護福祉士の役割

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

アセスメント段階

特徴

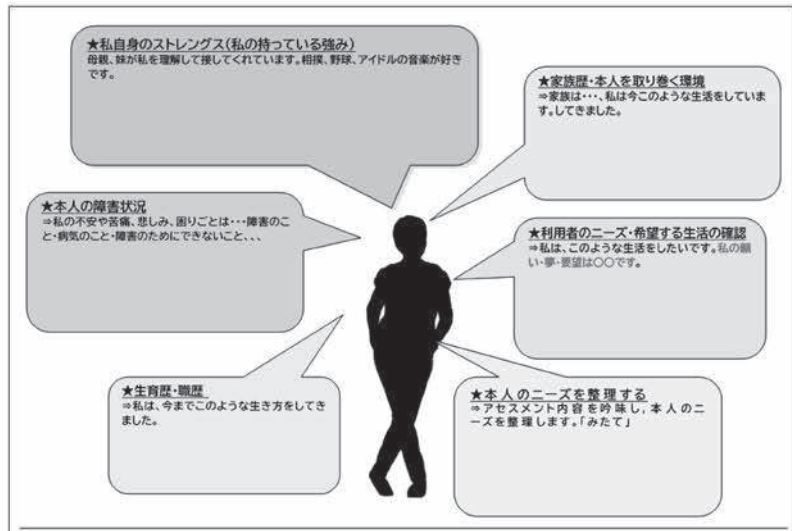
- 個別支援計画の基礎となる本人のイメージを大切に
 - ① 利用者のニーズ、希望する生活の確認、家族歴、本人を取り巻く環境まで、本人がどのような人が把握する視点
 - ② 各生活支援員が抱えている捉え方を「共有」
- 上記で「共有」し、ニーズ(課題)整理票で文章化
- 利用者本人の生活イメージを本人の言葉、行動を忠実に記載

ねらいと効果

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

ケアマネジメントとの関連

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



▲ 個別支援計画の基礎となる本人のイメージ図

ニーズ(課題)整理票

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

▲ ニーズ(課題)整理票

計画立案段階

特徴

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

ねらいと効果

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

ケアマネジメントとの関連

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

個別支援計画書 1				
利用者氏名	様	生年月日		
サービス管理責任者		職種		
記入年月日	令和 年 月 日			
利用者及び親権者又は代理人、家族等の意見				
判定機関、行政機関 医師等の意見				
総合的な支援方針	この部分はサービス等利用計画と同様にする。			
長期目標	総合的な支援計画を参考に、ニーズ(課題)整理票を考慮して、独自に作成する。			
短期目標 1	ニーズ(課題)整理票を作成してからでない、この部分は書けない			
短期目標 2	ニーズ(課題)整理票を作成してからでない、この部分は書けない			
短期目標 3	ニーズ(課題)整理票を作成してからでない、この部分は書けない			
私は、サービスの内容やその方法について、担当者から別紙に基づき、十分な説明を受けました。また、サービスの実施において、私の希望が何よりも優先されること、途中で計画を変更できること等についても説明を受けました。私は、この説明を理解し、このサービス計画の作成(変更)に基づくサービスの実施に同意致します。				
			利用者氏名	
			利用者の代理人	印

▲ 個別支援計画書

実施・評価段階

特徴・工夫と効果

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

本取組を通じて向き合っている課題

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

作業部会委員コメント

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

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

項目	有無	変化	変化の状況	介助者の負担の程度
妄想	有 無	1 2	1 2 3	0 1 2 3 4 5
幻覚	有 無	1 2	1 2 3	0 1 2 3 4 5
興奮・攻撃的	有 無	1 2	1 2 3	0 1 2 3 4 5
抑鬱	有 無	1 2	1 2 3	0 1 2 3 4 5
気分変動	有 無	1 2	1 2 3	0 1 2 3 4 5
脱抑制:	有 無	1 2	1 2 3	0 1 2 3 4 5
易刺激性	有 無	1 2	1 2 3	0 1 2 3 4 5
情動行動	有 無	1 2	1 2 3	0 1 2 3 4 5
睡眠異常	有 無	1 2	1 2 3	0 1 2 3 4 5
食行動異常	有 無	1 2	1 2 3	0 1 2 3 4 5
発作	有 無	1 2	1 2 3	0 1 2 3 4 5

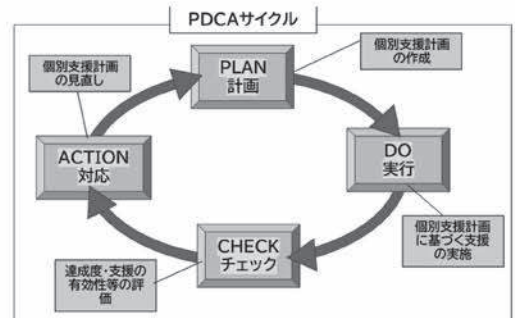
○変化は
1. 良く変化 2. 悪く変化 変化なしは記入しない
○変化の状況(前回実施時と比較してどのくらい悪化しているか)
1. 軽度 2. 中等度 3. 重度
○支援者がどの程度負担を感じているか
0. 全くなし 1. 手はかかるが、ストレスなし 2. 手はかかるが、ストレスは軽い
3. 支援はいつも容易ではなく、中等度のストレスを感じる
4. 支援に困難さを感じ、強いストレスを感じる
5. 支援が全くできないほど、ひどいストレスがある

▲ 支援の評価表

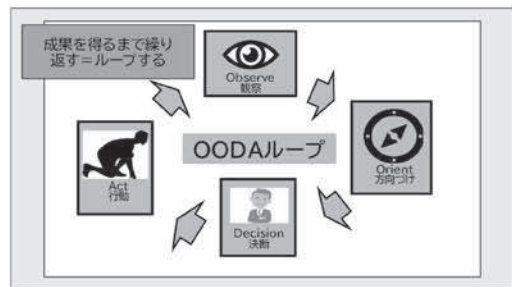
▼ 事例検討会報告書式

事例検討会報告書式	
月 日	何回目
(仮名) (ニックネーム)	提出者名
年齢	性別
障害名	障害名
家族構成(ジェノグラム)手書きOK	エコマップ
提出理由(支援者自身が困っていること)	
「私が〇〇に困っている」「私が〇〇さんの支援方針がわからない」「私がアセスメントできないなど、一人称で具体的に記載する。	
本人の生活に対するイメージ	本人の言葉や行動
できるだけ本人の言葉で書く。表情や態度、具体的に事実を記載。支援者の予測はできるだけ除外する。本人の訴えがない場合は、「なり」と記入。ただし、家族や周囲の思いや期待があれば参考意見として記入。(児童事例も同様)	
現状と経過(観察)	
できるだけ簡潔にわかりやすく記載。出会った経過や現在の状況(暮らしぶり)を記載し、過去にできていたことや現在の両方、好きなことなど、個人や環境のストレスなども整理しながら、当事者を他者に紹介するように記載する。具体的には、「人物」暮らし「なり」と自分の友人を他者に紹介するイメージ。	
性格・人柄/個人的特性	才能・素質
空欄でも可。 事実として書けることがあれば記載する	空欄でも可。 事実として書けることがあれば記載する
環境のストレス	興味・関心/向上心
空欄でも可。 事実として書けることがあれば記載する	空欄でも可。 事実として書けることがあれば記載する

▼ PDCAサイクル



▼ OODAループ



事例4 介護老人保健施設 デンマークイン新宿

👉 書式や仕組み等の注目ポイント

- R4システム*** 容易になった支援内容の共有で情報共有の速度・確実性のアップに
- ケアプランチェック表** 施設サービス計画書から1～3つに絞った目標を日々記録し、利用者の状態変化を見逃さない効果
- 多職種による評価と再アセスメントの実施** 多職種での施設サービス計画書評価と再度アセスメントの実施により、利用者ニーズに即した支援に

◆ 実践の流れ

ケアマネジメントプロセス	介護過程・介護職の役割	○ 仕組み □ 書式
アセスメント <入所～14日> ・ 暫定施設サービス計画書の作成 ・ 生活機能（ICFアセスメントの実施）	入所当日、支援相談員と介護職員は利用者及び家族に暫定プランを説明し、署名をいただく また、入所当日から2週間で ① ICFアセスメント ② 専門職（チーム）アセスメントを実施し、利用者の状況・様子を文章化する	● 暫定施設サービス計画書の入力作業は毎週各科持ち回りで対応。入所前日の朝9時までに作成し入力を完了させる ・ 暫定施設サービス計画書の作成 ● 介護職は、アセスメントを基に介護計画を作成 ■ ICFアセスメント ■ 専門職（チーム）アセスメント
計画立案 <15日～20日> ・ 施設サービス計画書原案の作成 ・ ケアカンファレンスの実施 <21日～24日> ・ サービス計画書作成 ・ サービス担当者会議 ・ ケアプランチェック表作成	・ 介護職は施設サービス計画書原案を作成 ・ 多職種によるカンファレンスを実施 ・ 各職種のアセスメントと計画に基づき話し合いを行い、合議で決定 ・ 本人、家族へ施設サービス計画書を説明し、署名をいただく ・ 介護職は施設サービス計画書に則り、ケアプランチェック表を作成する	● 各専門職が作成するアセスメント表・計画はPCで一括管理されており、他職種がいつでも閲覧できる状況となっている ・ カンファレンスの実施 ・ サービス担当者会議 ■ 施設サービス計画書作成 ■ ケアプランチェック表
実施 <25日～> 施設サービス計画書とケアプランチェック表に則り、支援を実施 ・ 支援実施経過記録	・ 介護職はケアプランチェック表を作成し、全職員が施設サービス計画書を意識して支援にあたっている ・ また、ケアプランチェック表により、「利用者の生活状況・機能変化」を毎日チェックする	● 介護職は、ケアプランチェック表へ毎日記録するようになっており、利用者の目標を常に意識、把握しながら支援を行い、「特に記載すべき事項を支援実施経過記録」に記録することで、モニタリング、再評価につなげている
評価 ・ モニタリング ・ 再評価	介護職はケアプランチェック表、支援実施経過記録に蓄積された情報を基に、モニタリングと再評価（再アセスメント）を実施する。 ※他職種も同様	● 再評価（再アセスメント） ■ モニタリング表

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

施設概要

特定医療法人社団研精会 東京都新宿区

平成15年12月開設 従来型

入所定員：160名 介護職員：47名 介護福祉士：43名

取組の背景

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

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

取り組みの特徴・工夫

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

成果

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

介護福祉士の役割

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

R4システム

特 徴

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

ねらいと効果

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

ケアマネジメントとの関連

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

ケアプランチェック表

特 徴

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

ねらいと効果

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

ケアマネジメントとの関連

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

作業部会委員コメント

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

ケアプランチェック表

号室		様					
1							
2							
3							
令和 年 月							
日	月	火	水	木	金	土	
①	①	①	①	①	①	①	
②	②	②	②	②	②	②	
③	③	③	③	③	③	③	
8	9	10	11	12	13	14	
①	①	①	①	①	①	①	
②	②	②	②	②	②	②	
③	③	③	③	③	③	③	
15	16	17	18	19	20	21	
①	①	①	①	①	①	①	
②	②	②	②	②	②	②	
③	③	③	③	③	③	③	
22	23	24	25	26	27	28	
①	①	①	①	①	①	①	
②	②	②	②	②	②	②	
③	③	③	③	③	③	③	
29	30	31	1	29	30	31	
①	①	①	①	①	①	①	
②	②	②	②	②	②	②	
③	③	③	③	③	③	③	
①	①	①	①	①	①	①	
②	②	②	②	②	②	②	
③	③	③	③	③	③	③	

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

▲ ケアプランチェック表

評価・再アセスメントの実施と自宅訪問

特徴・工夫と効果

- 施設サービス計画書の再評価、再作成は多職種で実施
→サービス担当者会議にて
- 3か月に1度見直し
- サービス担当者会議に必要な、
・ICFアセスメント※1
・専門職（チーム）アセスメント
・ケアプラン総合計画書※2
上記3点を担当専門職が記入
- 自宅訪問
退所前訪問では、相談職・リハ職に加え、介護職も訪問

ねらいと効果

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

ケアマネジメントとの関連

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

本取組を通じて向き合っている課題

- ＜より在宅復帰を支えることができる施設に向けて＞
- デンマークイン新宿では、介護老人保健施設の主たる機能である「在宅復帰」を果たすため、R4システムの導入を行い、多職種連携を進めている
- 日常生活を支える専門職として介護職（介護福祉士）に求められる役割は大きく、より多くの知識と技術が求められている
- 利用者の自宅を知り、在宅復帰後の生活をアドバイスする場面においては、日常生活を支え続けてきた介護職のスキルアップが急務となっている
- 【入所前・退所前・退所後】のいずれかで自宅を訪問し、自宅での生活に必要な課題抽出・目標設定・アドバイスを相談員・リハ職だけでなく介護職も同行し実施している。これにより、『自宅でのアセスメント力・幅広い知識・家族への指導力』強化を図っている
- 自宅訪問の取り組みにより、日々介護職が作成しているケアプラン総合計画書※2やケアプランチェック表がさらに利用者の生活に即したものになるよう向き合っている

※1 ICFアセスメント：システムの書式を使いやすいようにアレンジしている

※2 ケアプラン総合計画書：各専門職が立案した計画書をシステム上でまとめたもの

Figure 1: ICF Assessment Form. The form is titled 'A-3: 生活機能 (ICF) アセスメント' and includes fields for '利用者氏名' (User Name), 'ID', '入所時' (Admission Time), 'ヶ月後の状態' (Status after X months), '入所日' (Admission Date), and '評価日' (Evaluation Date). It features a grid with columns for 'レベル' (Level) and '特記事項' (Remarks). Key areas are highlighted with callouts: 'リハ' (Rehabilitation) in the '身体動作' (Physical Function) section, '栄養' (Nutrition) in the '食事' (Eating) section, '看護' (Nursing) in the '認知機能' (Cognition) section, and '介護' (Nursing/Care) in the '日常生活' (Daily Living) section. A note at the top right says '14日目の日付を入力 (CW入力)' (Enter the date of the 14th day (CW input)).

▲ ICFアセスメント※1

Figure 2: Care Plan Summary Form. The form is titled '介護老人保健施設ケアプラン (リハビリテーション・ケア・栄養・口腔) 総合計画書' (Nursing Home Care Plan (Rehabilitation, Care, Nutrition, Oral) Comprehensive Plan). It includes fields for '利用者氏名' (User Name), '介護老人保健施設' (Nursing Home), 'ケアプラン' (Care Plan), and '総合計画書' (Comprehensive Plan). Key areas are highlighted with callouts: '担当者名 確認!! 居担CW' (Check the name of the person in charge!! CW in charge), '担当者名 選択 フルネームで記載' (Select the name of the person in charge, full name), '7~14日までに入力' (Input by 7-14 days), and 'カンファレンス後に入力 (居担CW)' (Input after conference (CW in charge)).

▲ ケアプラン総合計画書※2

事例5 障害者支援施設 リアン文京

書式や仕組み等の注目ポイント

想いのマップ^{*1}

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

支援手順書

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

ストラテジーシート^{*2}や スカッタープロット^{*3} の活用

行動の観察－記録－仮説検証が迅速に実施でき、根拠ある支援につなげる

◆ 実践の流れ

ケアマネジメントプロセス	介護過程・介護職の役割	○ 仕組み □ 書式		
アセスメント アセスメントシートの作成 想いのマップ 課題整理票 個別支援計画案	・支援員(以下「ケース担当」)がサービス管理責任者のもとでアセスメントの原案を作成 ・ケース担当は生活全般の課題をまとめると同時に各専門職の課題を聴取して課題整理票に課題・目標を整理統合	● ケース担当が生活全般、日中活動面を担当、看護師が健康面、理学療法士が機能訓練、管理栄養士が口腔機能等を分担 ● サービス等利用計画とアセスメントシート・チェック表により生活課題・目標を課題整理票にまとめる ● 「想いのマップ」により利用者の夢や希望を反映、地域社会での自立生活面から再検討 ■ アセスメントシート ■ 課題整理票 ■ 想いのマップ ^{*1}		
	計画立案 ケース会議 個別支援計画 支援手順書 説明・同意	・ケース担当が部門会議等でチームの意見を集約しサービス管理責任者や役職者の協議や施設長の承認を経て個別支援計画案を提出 ・ケース会議で専門職を含め協議し家族・利用者への説明・同意を経て本計画へ	● ケース担当がチーム・各専門職から意見を集約し課題・目標・方法・期間・頻度等を記した計画案をケース会議で検討 ● 計画案を利用者・家族に説明し同意を得て、本計画となる ■ 個別支援計画書	
		実施 生活場面での機能的アセスメント分析 観察・記録 支援手順書修正	・個別支援計画に基づき、生活、日中活動場面での課題を機能的アセスメント分析で行い、支援手順書を作成、各場面の記録と評価分析を行う ・日常場面での観察－記録－評価は朝・昼・夕礼で引継ぎ、フロア、グループ単位の会議で支援手順書等を随時見直す ・支援効果が安定した場合は、個別支援マニュアルに転換	● 課題解決のために行動の観察－記録－仮説検証のサイクルを意識し、生活場面で行動分析を実施、ストラテジーシートなどの機能的アセスメントを用いる ■ 支援手順書 ■ ストラテジーシート ^{*2}
			評価 ケース会議によるモニタリング 個別支援計画(修正) 再アセスメント	・ケース担当が中心にモニタリングをケース会議で実施。定期は年2回、6か月ごと。安定しない利用者は随時の実施

^{*1} 想いのマップ：駒澤大学佐藤光正教授が提唱するミスポジション論の5ピクチャーズを参考に行っている

^{*2} ストラテジーシート：強度行動障害を持つ人を理解するための行動分析シート

^{*3} スカッタープロット：行動生起を視覚的に確認するための記録。行動の生起しやすい時間帯が把握できる

施設概要

社会福祉法人武蔵野会 東京都文京区

平成27年4月開設 ユニット型

入所定員：40名 生活支援員：65名 介護福祉士：22名

取組の背景

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

取り組みの特徴・工夫

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

成果

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

支援員の役割

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

アセスメント段階

特徴

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

ねらいと効果

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

計画立案段階

特徴

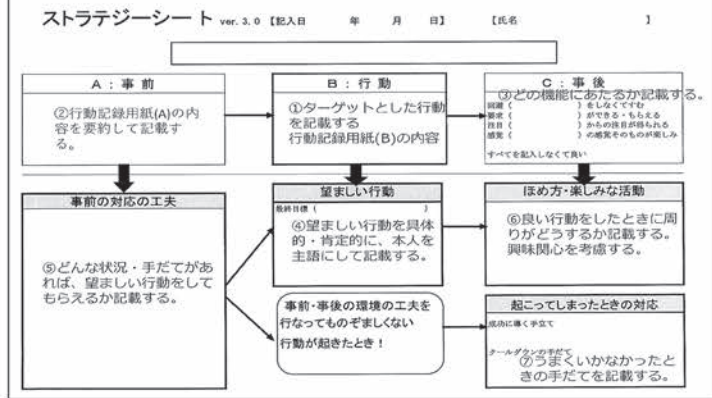
- ケース担当がモニタリングチェック表や支援経過記録から課題を整理、専門職やチームメンバーから意見集約し、個別支援計画案を作成
- ケース会議にてケース担当・専門職・地域の相談支援事業所(相談支援専門員)・家族・本人を交えて個別支援計画の内容を合議・決定
- 利用者の支援計画は地域自立支援の観点からの「サービス等利用計画」、本人の夢や希望を言語化・目標化した「想いのマップ」、施設の生活全般の支援を生活・看護・リハビリ・栄養などの面から総合的に計画する「個別支援計画」、生活場面ごとの支援を具体化する「支援手順書」で構成される

ねらいと効果

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

ストラテジーシートの作成方法

※それぞれの項目の内容



▲ ストラテジーシートの作成方法

▼ 想いのマップ

【私の想い】(困っていること)

- ・週末に外出できない
- ・いろいろなところに行き写真やInstagramに載せたい

【今していること】

- ・お仕事は封入作業などを行っている
- ・お仕事を時々寝坊で休んでしまう
- ・週末は、外出できずテレビを見て過ごしています

【私の良いところ】

- ・社交的、明るい、元気な挨拶
- ・お話が好き、相手を気遣える
- ・とても前向き

【私の地域の良いところ】

- ・交通の便はよいところ
- ・素敵なロケーションがたくさん
- ・いろいろなお店でみんなが助けてくれます

想いのマップ

【目標】

- ・寝坊で事業所を休まない
- ・カフェのお仕事を
- ・ヘルパーさんに手伝ってもらって外出する

【私の事業所の良いところ】

- ・グループの仲間が楽しい
- ・希望すればカフェの実習ができる
- ・送迎者を出してくれる

【将来の生活・夢】

- ・毎日お仕事に通えるようになる
- ・週3回はパン販売・カフェのお仕事を
- ・お給料を毎月千円ためてお泊り旅行に行く
- ・週1回週末に天気が良ければ外出し、Instagramの投稿回数を増やします

【夢に近づくための方法】

そのためには

- ・カフェのスタッフに仕事を教えてもらう
- ・Instagram映える外出スポットを探す
- ・寝坊でお休みせず、11時には就寝し、体調を整えて通所する
- ・週末の外出を増やす

支援手順書 表 記録用紙			
時間	活動	サービス要請	チェック
9:30	登所	【スケジュール1:朝の支度】 朝の支度、洗面、朝食の準備、着替え、お風呂、お掃除などを行い、出勤準備を整える。 【ポイント】支度を済ませた後、お風呂を済ませた後、お掃除を済ませる。	○
10:10	活動開始	【スケジュール2:業務開始】 出勤後、まず出勤の準備、マップを確認し、本人が希望するところまで移動し、手配を済ませた後、業務開始。 【ポイント】出勤後、まず出勤の準備、マップを確認し、本人が希望するところまで移動し、手配を済ませた後、業務開始。	○
10:30	作業	【スケジュール3:作業】 出勤後、まず出勤の準備、マップを確認し、本人が希望するところまで移動し、手配を済ませた後、業務開始。 【ポイント】出勤後、まず出勤の準備、マップを確認し、本人が希望するところまで移動し、手配を済ませた後、業務開始。	○
11:30	食事休憩	【スケジュール4:食事休憩】 「いただきます」と声をかけるとお茶を飲み、休憩時間に向かう。 【ポイント】「いただきます」と声をかけるとお茶を飲み、休憩時間に向かう。	○
12:30	休憩時間	【スケジュール5:休憩時間】 休憩時間に向かう。お茶を飲み、お風呂を済ませた後、お掃除を済ませる。 【ポイント】休憩時間に向かう。お茶を飲み、お風呂を済ませた後、お掃除を済ませる。	○
13:30	午後の活動	【スケジュール6:午後の活動】 午後の活動を開始。お風呂を済ませた後、お掃除を済ませる。 【ポイント】午後の活動を開始。お風呂を済ませた後、お掃除を済ませる。	○

▲ 支援手順書

実施・評価段階

特徴・工夫と効果

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

本取組を通じて向き合っている課題

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

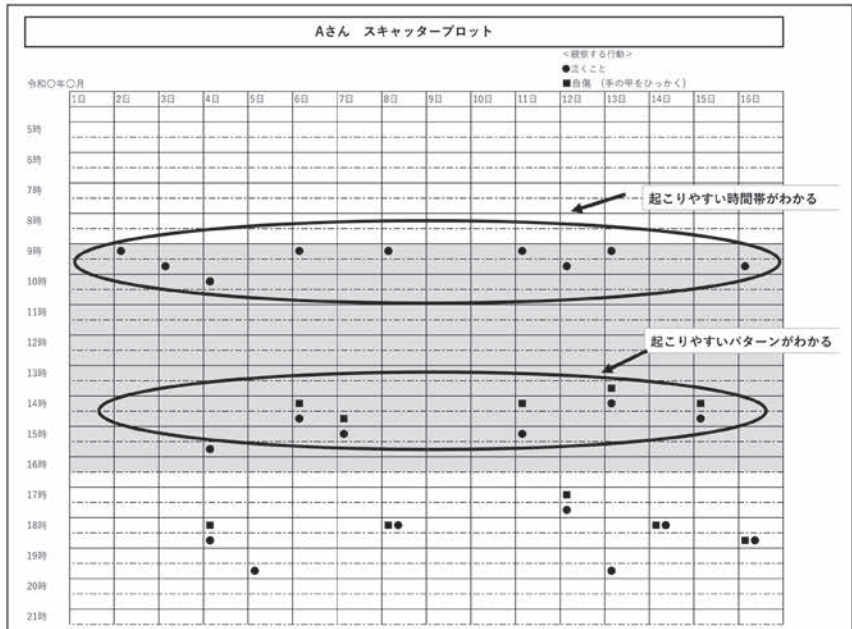
行動記録シート

氏名	Y・T	ターゲット行動(B)	食事の時に興奮して皿を投げ			
日付	先行事象(A)	原因・機	何をした(B)	結果事象(C)	対応後の様子・その他の気づき	記録者
O月O日(月)	声掛けしてお味噌汁を飲むよう促した	支援員K	支援員Kに向けてお皿をひっくり返す	食事が中断された お味噌汁を飲むことができなかった	後から投げたことを気にして自分の皿に味噌汁の手をせ ダメとKに向かって言う	K
O月O日(火)	他の利用者の笑い声が聞こえた	支援員K	いきなり立ち上がり、お皿を叩いて食卓の食べ物がお皿に散乱する	食事が中断された 再度、食事がセットされるまでじっと座って待っていた	ひっくり返ったお皿が気になる様子 手でつかんで食べようとした 他の利用者の声に驚いた?	K
O月O日(水)	食事に集中できずスプーンの手が止まったので、早く食べてねと声掛けする	支援員K	支援員Kに向けてお皿をひっくり返す その場に自分の味噌汁を両手で平手で叩く	食事が中断された	しばらく高鳴った状態となり、「いー」という甲高い声と共に上半身を何度もお辞儀するように前向き動作を2分くらい繰り返した 突然の制止?	M
O月O日(木)	食事に集中できずスプーンの手が止まったので、さげなくお皿の上のお皿の配置を変えてみた	支援員K	支援員の手を掴み、自分から元の位置にお皿を戻し食べ始めた	食事を中断せず食べ続けた お皿は投げられなかった	機嫌のよい時にするハミング そのまま、食べ終わった	K

ABC分析: 先行条件 (A)、行動 (B)、結果事象 (C) の仲間みで行動の原因を機能的に分析する

▲ 行動記録シート※

▼ スカッタープロットによる記録



によって行動生起の頻度などを記録し、客観的に行動変容の状態を評価している

- サービス等利用計画との連携を意識し、利用者本人の人生や生活を本人の意向や地域社会の中での活動という視点で再検討している

作業部会委員コメント

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

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

※ 行動記録シート：強度行動障害者支援者養成研修で使用された書式を使用

事例6 特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか

👉 書式や仕組み等の注目ポイント

- 5期システム※1** 介護過程とケアマネジメントを融合した法人独自の体制を構築。個別ケアの実践を推進
- 個別ケア推進コーディネーター※2** 法人独自の職位、専門職の育成と個別ケア推進を担う
- 気づいたことカード** 気づいたことがすぐに書けるメモ用紙、蓄積された気づきは担当者会議で活用
- ケアプラン実施表** 毎日実施の有無をチェック、利用者の生活状況や課題を確認、必要なケアができてきているかを分析

◆ 実践の流れ

ケアマネジメントプロセス	介護過程・介護職の役割	○ 仕組み □ 書式
アセスメント	フェイスシートの確認 担当介護職 ・ フェイスシートの確認 * 記入は相談員が実施	● 【5期システム】①情報収集期 ■ フェイスシート * 主に新規入所時を想定
	施設サービス計画書原案を作成 担当介護職と個別ケア推進コーディネーター ・ 「身体的特徴」「社会的特徴」「精神・心理面」「認知症」などを一緒に確認 ・ 情報の解釈、関連づけ、統合化の考え方を一緒に考え確認 ・ 生活課題とケアの根拠を明確にし、「具体的なケア」へつなげる考え方を一緒に確認	● 【5期システム】②アセスメント期 ■ ADLアセスメントシート ■ ICF整理チャート ■ センター方式 * 認知症の理解を深めるために採用
計画立案	サービス担当者会議開催 担当介護職と個別ケア推進コーディネーター ・ 利用者の具体的なケアの意向を一緒に確認	● 【5期システム】③計画作成期 * 施設サービス計画と個別介護計画は一体的に作成される
	他職種の意見も踏まえ施設サービス計画書を作成 個別ケア推進コーディネーター ・ サービス担当者会議に出席 ・ 会議内容は、担当介護職、介護リーダーへ報告	
実施	実施状況を確認 介護職 ・ ケアを実施する中で、気づいたことを「気づいたことカード」に記入 担当介護職 ・ 施設サービス計画書の中から介護に関する部分を抜き出した「ケアプラン実施表」に実施の有無を毎日記入 ・ 「確認表」を使って、1ヶ月間の施設サービス計画実施状況や生活状況を確認する	● 【5期システム】④実施期 ■ 気づいたことカード ■ ケアプラン実施表 ■ 施設サービス計画実施状況の確認と生活状況の確認表 * ケアプラン実施状況、生活状況の確認、生活課題を記載
	施設サービス計画書の評価 担当介護職と個別ケア推進コーディネーター ・ 一緒に評価を実施する ・ 観察視点にズレがないか確認する	● 【5期システム】⑤モニタリング期 ■ モニタリング表 * ケアの実施状況、短期目標の達成状況、新たな目標設定、追加するサービス内容、医療面からの留意事項を記載

※1 5期システム：介護過程とケアマネジメントを共通する5つの過程で整理しそれぞれの役割が一体的に連動できるようにした施設独自の体制

※2 個別ケア推進コーディネーター：5期システムを機能させるための法人独自の職位

施設概要

社会福祉法人 明翠会 愛知県岡崎市

平成11年7月開設 従来型

入所定員：80名 介護職員：42名 介護福祉士：25名

取組の背景

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

取り組みの特徴・工夫

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

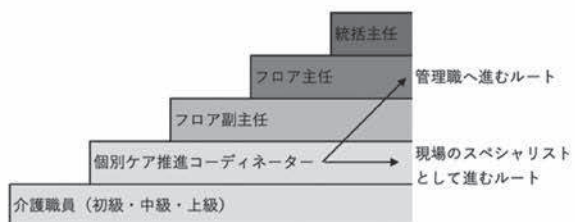
成果

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

介護福祉士の役割

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

介護職のキャリアパスイメージ



5期システムと個別ケア推進コーディネーター

特 徴

● 5期システム

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

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

● 個別ケア推進コーディネーター

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

	①情報収集期	②アセスメント期	③計画作成期	④実施期	⑤モニタリング期
（従来型） ふくおか	フェイスシート	ADLアセスメントシート センター方式 ICF	サービス担当者会議 サービス計画書①②④	ケアプラン実施表 生活状況の確認 ケアプラン実施表	モニタリング表 個別ケア推進コーディネーターと確認
主 軸	介護過程 ケアマネジメント	介護過程 ケアマネジメント	ケアマネジメント 介護過程	介護過程 ケアマネジメント	介護過程 ケアマネジメント
むつみ・うえじ・ねむのき （地域密着型）	フェイスシート	ADLアセスメントシート 24時間シート ICF	サービス担当者会議 サービス計画書①②④	ケアプラン実施表 生活状況の確認 ケアプラン実施表	モニタリング表 個別ケア推進コーディネーターと確認
		ケアマネジャーよりアセスメント依頼	個別ケア推進コーディネーターと確認	ケアマネジャー プラン確定	ケアマネジャーよりモニタリング依頼

▲ 5期システム

ねらいと効果

● 5期システム

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

● 個別ケア推進コーディネーター

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

アセスメント段階

特 徴

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

ケアマネジメントとの関連

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

計画作成段階

特 徴

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

ケアマネジメントとの関連

- 個別ケア推進コーディネーターは事前に担当介護職と利用者の具体的なケアの意向について確認し、担当者会議に出席する。ケアマネジャーは、介護職からのアセスメントや具体的なケアの提案、他職種からの意見などを踏まえて施設サービス計画を作成する

* センター方式：認知症介護研究・研修センターの「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」を使用している

実施・評価段階

特徴

- 気づいたことカード
利用者との関わりの中で気づいたことがすぐ書けるメモ用紙。小さな気づきがカードによって蓄積される。カードははがきファイルにまとめて保管し、一定期間が過ぎると利用者個人のケースファイルに閉じる
- ケアプラン実施表
施設サービス計画書の中から介護に関する部分を抜き出し、実施の有無を毎日チェックする
- 施設サービス計画実施状況の評価と生活状況の確認
ケアプラン実施表をもとに実施状況の評価を行い、利用者の生活状況や課題を確認、必要なケアがないかなど分析し、毎月ケアマネジャーへ提出
- モニタリング表
ケアの実施状況、生活状況を踏まえた施設サービス計画書の評価を個別ケア推進コーディネーターと担当介護職で一緒に行う

氏名			様
日付		記入職員	
			

▲ 気づいたことカード

ねらいと効果

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

ケアマネジメントとの関連

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

ケアプラン実施表		2021年（令和3年） 1 月		担当職員												
氏名	〇〇〇〇 様	生年月日	1931 年 1 月 20 日	（ 歳 ）												
《解決すべき課題・ニーズ》		短期目標期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ） 介護度（ ）														
#1	安全に移動・移乗して骨折を防ぎたい。															
#2	しっかり食事して、体調・体力を維持したい。															
#3	乾燥・痒みを改善して掻き傷を予防したい。															
#4	室内環境を改善して、ガス漏まりを防ぎたい。															
《サービスプラン内容》																
#1	移乗時の見守り声掛け介助。不安定時は一部介助。ベッドにL字棒を設置。居場所確認。他者との接触・危険行為がないか見守り。															
#2	食事時の見守り介助。イスと机の高さ調整。嚥下機能を確認し、適宜形態変更。															
#3	トイレ誘導時に陰部と臀部洗浄し、ワセリン塗布して保湿。爪を磨く。手洗いの促し。															
#4	寝服メンテナンスを申し、履の跡さを促進させる。排便状況の確認。下剤の経量管理。															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
#1																
#2																
#3																
#4																
確認者																
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
#1																
#2																
#3																
#4																
確認者																

▲ ケアプラン実施表

本取組を通じて向き合っている課題

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

作業部会委員コメント

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

事例7 高齢者複合福祉施設 えるむ・晴風・にれの木園（介護老人福祉施設）

書式や仕組み等の注目ポイント

24 (ツーフォー) シート^{*}と私の姿と気持ちシート

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

生活支援記録の一元化

生活支援記録を職種ごとに色分けして視覚的にわかりやすく一元化

◆ 実践の流れ

ケアマネジメントプロセス	介護過程・介護職の役割	○ 仕組み □ 書式
アセスメント アセスメントシート作成 1,2表原案作成	・介護福祉士の資格を持つ介護職が24シート(個別介護計画書)を作成。本人のデマンドに対して、どのようなサポートができるのか、何に気をつけて実施するか、未来の希望について記載する	■ 第1表:施設サービス計画書 第2表:24(ツーフォー)シート [*] 第3表:私の姿と気持ちシート ● 第3表について本人、家族の思いや情報を収集。ターミナル期の意向等も収集して反映。介護職の情報も反映して作成する ↓ ■ アセスメントシート(3枚)作成 アセスメントシートは介護職もPC上で確認できる
計画立案 サービス担当者会議 ・入居時 ・入居後1ヶ月 ・状態変化時 ・認定更新時 説明、交付	・当該利用者の担当介護職が、他の介護職の意見(文書化情報)を集約して、サービス担当者会議に出席 ・計画書では、主担当者、具体的な期間、頻度などを定めて目標達成の実現性を高めている	● 担当介護職によるチームメンバーからの情報収集 →サービス担当者会議に出席しない介護職は意見をコメントに記載して出席介護職に託す仕組みがある ● サービス担当者会議は全職種、本人、家族も出席
実施 各職種の実施記録の確認 情報収集 支援経過記録	・多職種参加の朝ミーティング、フロアの会議等で介護職のリーダーが計画に沿った支援内容が遂行できているかを中心に会議を管理して進めている ・都度利用者に関する気づきや情報をPCに入力	● 多くの介護職が集うフロア会議では、介護職のリーダーが計画書を軸に進める ● 気づきや得た情報をタイムリーにPC上で誰でも入力できる環境を作っている。発言は本人、家族、介護職等で記号分けして記録し、情報整理、集約の効率化を図る
評価 サービス担当者会議 ・短期目標 ・期間中旬 ・期間終了前	・サービス担当者会議に出席 ・次のサイクルへ	● 日々の記録と目標のモニタリングに該当する記録を分けて記載。後者はナンバリングして評価を効率化。各職種の記録を色分けして、多職種の意見を反映して評価できる仕組みに

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

施設概要

社会福祉法人空心福祉会 京都府福知山市 介護職員：66名 介護福祉士：36名
 (えるむ)平成23年3月開設 ユニット型 入所定員：29名
 (晴風)平成18年9月開設 ユニット型 入所定員：70名
 (これの木園)平成元年1月開設 従来型 入所定員：50名

取組の背景

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

施設サービス計画書 ▶

取り組みの特徴・工夫

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

成果

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

介護福祉士の役割

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

アセスメント段階

特徴

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

ねらいと効果

- それまでのケアマネジャー主体のどこか画一的な計画書に対して、利用者や家族の言葉や思いを記すことで、計画書全体の軸となるような情報を集められた
- 日々のケアの中でもこれに関する情報を集めようとする意識が高まり、結果として、介護職の主體的な関わりを促進することができた
- 家族を巻き込むことで顧客満足度が向上

ケアマネジメントとの関連

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

私のありのままを書いて下さい。もう一度、私の姿をよく思い起こし、私の様子、表情をよく見て下さい。
 (次の記号を冒頭に付けて情報源を明確にして下さい。〇私が言ったこと、□家族が言ったこと、△STAFFが聞いたこと)

私の生い立ち…

<誕生日>2012年3月20日(自稱)
 <出身>M17児童
 <生活(仕事)歴>
 M17児童から虎之介の後を継いで地球にやってきました。そして、2012年6月児童から離れた虎之介を救い出した。虎之介は中学校の先輩でとても偉れている。現在は高齢者福祉施設 えるむ に居残中。

<呼名> らいた 私の家族…

父方の祖父が争いの仲裁師に負傷し、左半身麻痺の為、一部介護が必要。祖父は政府と同席中、孫とは1歳、1歳離れた。孫孫からはやさしい兄だと慕われている。

これが私です

私の好き(得意)なことやもの…

<趣味>
 ○京都高野、寺巡り
 ○抹茶アイスが好き
 ○スマートフォン(LINE⇒男前メル友、ポケモンGo等)

<特技>
 ○人助け
 ○決めポーズ(虎之介に考えてもらい、とても気に入っている様子)
 △肉食系のくせに草食系
 △人を笑わせること

私の嫌い(苦手)なことやもの…

○夏場や雨降りの活動
 ○じっとしていること
 ○本音が読める
 △理解や争い
 △人の世話になること

私のからだ…

<身長>
 計測時に大変あるが、程度あり。

<体重>
 計測時に大変あるが、程度あり。

<足のサイズ>
 約23cm

<歯肉>
 自磨あり(牙あり)。

<既往歴>
 4特はなし
 ※糖尿病、脱水症状(しばしば)
 ※糖値はやや高め。

私の苦痛、不安、悲しみ…

○どれだけ経っても世界平和が実現できない。
 ○湿度の高い日や気温の高い日は蒸れる為、不快で居る。匂いが臭くなる。
 △家族と離れていく為、元気に過ごしているの心配ではないかと思う。
 □祖父のように争いに巻き込まれ、怪我をしないかな。
 ○指先が太く細かい作業ができない。(特に右の指先が飲みたくても、自分で空けられないのが不便)。
 ○2016年にカラス天狗(天狗)に咬傷を受けたままになっている。
 △心やんち、虎之介と一緒にイベントに行った時、心やんちの音が子どもに人気がある時があり、少し寂しさを感じる時がある。
 △虎之介にアニメを話されると、温度差を感じているような様子がある。

私がしていること(毎日の習慣など)…

○毎朝、ブルーモンテンのコーヒーを飲む(顧客の為にはお茶)。
 ○原のプランニング。
 △いつも周囲の人の体調を気にかけてくれる。

私もできるかも…

○利用者向けにスマートフォン、PCの使い方を教えてあげられるかも。

T(ターミナルケア)や死後の願い…

○「カラス天狗にやられて死んでしまおうのは、延命治療は希望しないが、できれば最期は生きたい。」
 ○「ご飯が食べれなくなったら、ブルーモンテンのコーヒーや、抹茶のアイス等、甘い物を食べさせて欲しい。」
 ○「多くの友人がいる えるむ で最期は暮らして欲しい。葬儀は静やかに大人数に参列して欲しい。葬儀の引き出しに、友人の連絡先をメモした手帳を入れてある。」
 <信仰>
 ○「幸運で仏教の勉強はしますが、私自身の信仰は特にないです。」

▲ 私の姿と気持ちシート

計画立案段階

特徴

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

ねらいと効果

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

ケアマネジメントとの関連

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

※PCでの操作も記載し、わかりやすくする。但し立案の際に(1-03)※記載についてはいくつかプログラムを使用する。
 ※空欄のまま印刷して使用可。

施設サービス計画書(2)「24シート」 (サービス) 利用者名: 職:

Type	日時(開始～終了)	テーマ(目的等)	自分でできる事	サポートが必要な事	主担当	備考(連携情報)
0:00						
施設で実施するサービス						
日中						
夜間						
12:00						
21:00						
日課以外のサービス						
希望日						
希望時間						
11月						

▲ 24シート

実施・評価段階

特徴・工夫と効果

【計画を評価しやすい記録の工夫】

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

本取組を通じて向き合っている課題

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

生活支援（ケース・モニタリング・看護・栄養）記録

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

CW "ブラック", NS "グリーン", 栄養士/調理員 "オレンジ",
CM "ピンク", LSA/RSW "パープル"
※R "ブルー", 再作成 "レッド"

部長 CWL

社会福祉法人 空心福祉会

空-22-(04)

▲一元化した生活支援記録

作業部会委員コメント

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

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

事例8 地域密着型介護老人福祉施設 きたおおじ

書式や仕組み等の注目ポイント

24時間シート*

法人独自の項目を追加し、具体的な支援内容の記載で個別介護計画に位置づけ

気づきシート

記入した日頃の気づきや状態変化をタイムリーな支援につなげる

ケアカンファレンスとフロア会議の工夫

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

実践の流れ

ケアマネジメントプロセス	介護過程・介護職の役割	○ 仕組み □ 書式
アセスメント アセスメント用紙 介護ソフト内シート 24時間シート	・入所前の初回アセスメントについてはケアマネジャーが実施したものを活用する。その後の再アセスメントは介護職が中心で行い、ケアマネジャーが確認をするという形で実施 ・アセスメントは、24時間シートも活用。生活リズムや意向などの内容だけでなく、本人のできることやサポートが必要なことなどを記載する	■ アセスメント用紙（介護ソフトを使用） ■ 24時間シート ● 入所前の初回アセスメントはケアマネジャーが実施したものを活用し介護ソフトを使用。以後は24時間シートを使用
計画立案 施設サービス計画書 24時間シート ケアカンファレンス サービス担当者会議	・施設サービス計画書を作成し、併せて24時間シートでその計画の細部を立案する ・ケアカンファレンスを実施し、施設サービス計画書+24時間シートに基づく多職種による確認・合意形成	■ 24時間シート ● 24時間シートで計画の細部を立案する。24時間シートを個別介護計画と位置づけている ● ケアカンファレンス（3カ月1回）
実施 ケース記録 気づきシート	・実施では、ケース記録に記録する以外に、気づきシートを活用 ・介護職が利用者との関わりにおいて気づいたこと、変更したほうが良いと感じたことなどを記載する ・その気づきシートの内容を共有し、それを実施しモニタリングをする	■ ケース記録 ■ 気づきシート ● 実施ではケース記録に記録 ● 気づきシートを活用し、軽微な変更を行う
評価 モニタリング（1回/2～3月） フロア会議 ケアカンファレンス	・モニタリングは、担当介護職を中心に実施。実施した内容をケアマネジャーが点検をする。介護ソフトのシートを活用して実施 ・フロア会議（介護職のみの会議）を実施（1か月1回定例）し、そこでの内容をケアカンファレンス（多職種参加の会議）で話し合い、施設サービス計画書の検討が行われる	■ モニタリング表（介護ソフトを使用） ● 担当介護職が中心に行ってケアマネジャーが点検する ● フロア会議で提案された内容をケアカンファレンスで話し合い、施設サービス計画書が検討される

* 24時間シート：日本ユニットケア推進センターの書式に項目を追加している

施設概要

社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋 京都府京都市
平成24年8月開設 ユニット型
入所定員：29名 介護職員：26名 介護福祉士：14名

取組の背景

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

取り組みの特徴・工夫

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

成果

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

介護福祉士の役割

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

アセスメント段階

特 徴

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

ねらいと効果

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

ケアマネジメントとの関連

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

計画立案段階

特 徴

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

ねらいと効果

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

地域密着型総合ケアセンターきたおおじ

特養24時間シート

令和 年 月 日 ()

担当者名

利用者氏名	種	(女)	年	月	日生	(歳 87月)
町名・居室	上之町	中之町	丁目	号室		
時:分	生活リズム	意向・好み	自分でできること	サポート	備考	
5:00	排便		自分で身体の向きを変えることができる。お尻をあげることも出来る。	パットを交換し、臀部清拭する。	ソフフィットパンツ+ビッグパット	
5:30						
6:00	更衣	自分の事は自分でしたい	上下の服を自分で着替えられる。靴下も自分ではける。	着替え一式を枕元に置いておく。		
6:30						
7:00	起床		個室位になれる。	ベッド車椅子間の移乗は全介助		
7:30	移動、整容	顔は水で洗うのではなく、タオルで拭く	手の届くところに物品が置いてあれば自分で歯磨き、髪をとかなどできる。車椅子は自乗できる。	濡れタオルを準備、整容物品は手の届くところに置いておく。車椅子を自走しやすいような調整を要する。	車椅子自走時、腕が肩などに当たらないように見守る。	
8:00	朝食	アイスコーヒーが好き 主食はご飯でもパンでもどちらでもいい。	スプーン、お箸を使って自分で食べることが出来る。水分も自分で飲むことが出来る。	個室の冷蔵庫からローヒーを取り出しコップに入れる。	主食：ご飯、副菜：常食	
8:30	服薬	錠剤つ服薬したい。	手のひらに薬をのせると自分で口に入れ服薬することが出来る。	服薬後、口腔内の確認。	飲み込みにくい時があるため注意。	
9:00	トイレ		便意はある。トイレに行きたくなったら自分でトイレに向かうことが出来る。座位が保持できる。	トイレに行きたいかどうか伺う。トイレは身障者用のトイレを使用する。二人介助。背骨が便器にあたらぬようにクッションをひく。	ソフフィットパンツ+オレンジパット血便が出ていないか確認する。	
9:30	居室で過ごす	午前中は居室で過ごしたい。	居室の冷蔵庫から食べたいものを出して食べることが出来る。スプーンを使った場合は自分で洗うことが出来る。	スプーンを居室に置いておく。適宜、居室の冷蔵庫の中身の賞味期限の確認。		

▲ 24時間シート

■ ケアカンファレンス

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

□ フロア会議

介護職のみで実施する個別介護計画検討会議。
ケアカンファレンスの前に実施する。
介護職チームとしての意見や気づきを共有しケアカンファレンスで意見を発信する。

▲ 会議の工夫(ケアカンファレンスとフロア会議)

実施・評価段階

特 徴

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

氏(担当者)		年 月 日～ 年 月 日		
○気づき・思ったこと・検討したいこと	日付	職員	●次に検討したい内容・担当者からの発信	職員
①			【内容】	
②				
③				
④				
⑤				
⑥				
⑦				
⑧				
⑨				
⑩				
○検討した内容		メンバー	【上記に対する意見】	職員
○決定事項		開始日		

▲ 気づきシート

ねらいと効果

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

本取組を通じて向き合っている課題

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

作業部会委員コメント

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

事例9 高齢者総合福祉施設 けま喜楽苑（介護老人福祉施設）

書式や仕組み等の注目ポイント

私の希望シート・暮らし方シート・24時間シート

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

1日4回のミーティング

フロア単位で多職種が参加。情報版で利用者の状態変化に伴う支援の変更等を共有

看取りの介護計画

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

◆ 実践の流れ

ケアマネジメントプロセス	介護過程・介護職の役割	○仕組み □書式
アセスメント <ul style="list-style-type: none"> ●新規 待機者面談 入居前面談 入居後2週間 入居後1か月 入居後3か月 ●既往 1年 (必要に応じ随時) 	生活面のアセスメントは介護職が担当 「私の希望シート」で利用者・家族のデマンド(夢や希望)を確認 「暮らし方シート」で入居者の生活を集中的アセスメントと情報整理し介護方法と手順を決定 「24時間シート」(個別介護計画相当)でそれらを整理統合し、24時間のケア計画を作成	<ul style="list-style-type: none"> ●各職種が入居後2週間の集中的アセスメントを実施 ●1か月間で情報を統合して、暫定版から通常版の3シートを完成し本計画立案へ ●栄養・口腔・機能訓練は専門職、生活面のアセスメントを介護職が担当 <ul style="list-style-type: none"> ■私の希望シート ■暮らし方シート ■24時間シート
計画立案 サービス担当者会議 (毎月のケア会議内) ・入居時 ・入居後1か月 ・入居後3か月 (モニタリング) ・状態変化時 ・認定更新時 ・終末期 説明、交付	施設サービス計画の作成は介護職を中心に専門職を含む多職種連携で実施。介護職は最も利用者の生活に密着した観察者として参加 サービス担当者会議の検討議題、モニタリングの事前資料は、居室担当の介護職が整理し、全職種で情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ●施設サービス計画とは別に機能訓練・栄養ケア・経口維持計画を併用 ●「24時間シート」「暮らし方シート」「私の希望シート」を上書き修正し、個別介護計画相当として活用 <ul style="list-style-type: none"> ■施設サービス計画書(1表・2表) ■個別機能訓練計画 ■栄養ケア計画 ■経口維持計画 ■サービス担当者会議の要点
実施 観察と記録	毎日ミーティング(4回)を実施、多職種参加で前日の送り、ケア方針の徹底・修正・変更などを日々変化する状況に合わせてフロア全体の業務調整を行う	
評価 モニタリング ・入居時 ・入居後1か月 ・入居後3か月 (モニタリング)	介護職がモニタリングの一次評価を行う。その後、各専門職がその専門領域(各専門職の個別計画)ごとに評価し、最終的にその評価をケア会議の中で全員で確認	<ul style="list-style-type: none"> ●モニタリング表に基づき、目標達成度などを評価し、施設サービス計画の修正や新しいケア方針などに多職種の意見を反映 <ul style="list-style-type: none"> ■モニタリング表 (書式はソフト上でリンク)

施設概要

社会福祉法人きらくえん 兵庫県尼崎市

平成13年4月開設 ユニット型

入所定員：55名 介護職員：89名 介護福祉士：49名

取組の背景

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

取り組みの特徴・工夫

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

成果

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

介護福祉士の役割

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

アセスメント段階

特徴

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

ねらいと効果

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

計画立案段階

特徴

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

ねらいと効果

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

私の希望シート

です、私が責任を持ってケアにあたります。

記入日(3ヶ月): R2年 4月 29日
更新日(6ヶ月): 年 月 日
更新日(10ヶ月): 年 月 日

体穴/入浴・吸引・交換(√)・口腔ケア

朝6時	夕18時
起床	7時
朝食	19時
	前夜
	20時
	排泄ケア(交換)
水分補給	
	24時
	排泄ケア(交換)
	14時
	排泄ケア(交換)
	15時
	3時
	排泄ケア(交換)

車椅子使用
ひざ掛け使用
糖尿病性神経足切断

私の希望シート
食べることが好きなで、好きなものを食べてほしい。人が好きなので、話しかけてほしい。

居宅担当母
食の好みや嗜好から出るなど小さい体質の変化気がケアを続ける。
・嗜好ケアには気をつけていることであるので、できるだけゆとりをもって対応していただくようお願いいたします。
・嗜好ケアは食事・排泄管理の観点から、下痢の予防も必要。
・嗜好ケアには気をつけていることであるので、個別のケアを他のスタッフと情報共有する。

私の希望シート
家族からお願いしたいこと、思い
・食事メニューは、家族から提供してほしい。
・家族から提供してほしい。
・家族から提供してほしい。
・家族から提供してほしい。

私の希望シート
音楽・リハビリ・趣味はこのよう
ことを行ってほしい。
・音楽療法士
・理学療法士

私の希望シート
生活の中で気をつけること
・食べることが好きなで、好きなものを食べてほしい。
・人が好きなので、話しかけてほしい。

▲ 私の希望シート

暮らし方シート	本人の希望・状態	更新日: 令和 年 月 日
ケアの方針 食事形態: 主食⇒ごはん(ふりかけ入にぎり) 副食⇒普通食 食事場所: おくユニット食堂 特記: 嫌いな食べ物 ⇒生魚、青魚、魚の血合い 肉の脂身(ミンチは食べれる) 魚の皮、大根おろし ・毎食エンシュア(飲みロー)提供 ・朝の食パンは何枚食べるか本人に聞く(ホイップクリームを塗って提供する) ・お茶はコップ2杯しっかり飲んでもらう(ストロー付・脱水平・トロミホクター状) ・食事中はプロトンタール・ティッシュ(左側に置く)を使用 ・柄の太い(緑色)スプーンを使用 ・ムース食は可能な限り提供する(厨房に協力依頼)	・嫌いな物が多い ⇒予めメニューを家族へ渡し本人と話し合いながら代替食への変更など決めている ・パンが好き ⇒朝の食パンは何枚(1〜2枚)食べてほしい ・食事の時は右足をフットレストから下ろしてほしい ・R2 2〜食べこぼし多い ・R2 2.15 ST評価 ⇒嚥下機能低下してきている	家族からの希望など ・出来るだけ好き嫌い言わずバラシンスよく食べてほしい(特に野菜) ・以前から食べなかったものについてでは代替食で対応してほしい
入浴 浴槽: 機械浴(ミストラル)・寝台が昇降するタイプ 必要に応じて本人介助 回数: 時間: 週2回 約40分 入浴: 介助(衣服着脱・洗身・洗髪)できること ⇒洗髪時、左耳を押える 洗身時、腰回り洗う 顔面清拭を行う ・体重測定1回/週(入浴時)	・浴槽のお湯はいつも温かい ・浴槽では右肩を温めたい ・以前、立位時に左肩脱臼する。(既往歴あり)⇒長時間の立位難し、脱臼のリスクあり	・きつちりとお風呂に入りたい ・身体の清潔を保ってほしい
更衣 更衣: 全介助 ⇒服を選ぶ ・着脱時、左腕を動かす ・車椅子上で前屈みになる(介助必要) ・側臥位時に褥瘡を持つ 以前はできていたが難しくなっていること ⇒ベッド上で臀部を上げる ・パンツのボタンを外す 整容 顔面清拭・髭剃り・髭剃り後クリーム・整髪 ・毎朝、青毛トニックを塗布 ・右手にはクッションを履いてもらう(拘縮予防・入浴時交換)	・更衣する際は自分で履きたい ・寝癖はきつちりと直してから部屋を出たい ・毎朝顔面に整髪剤を塗りたい ・髭のボタンは一番上まできつちり止めてほしい ・臥位時、クッションを置いて左足を除圧 ・右足第1指が2指を圧迫しており、クッション装着(奥様作成の物) ・下肢血行不良予防⇒ 履床時: 膝下・腰上にフリースタオル着床時: 下駄にフリースタオル	・在宅中は青毛トニックを使用すること ・フェケが軽減していたので試してほしい
排泄 介助方法: ベッド上交換 交換時間: 毎食事後15時、夜間1時-5時 オムツ: カバータイプ(青フレックスMサイズ)	・トイレ後の排泄物は自分の目で確かめたい ・パッド交換希望時は替えてほしい ・パッド交換希望時、コール押してくれていたがR22〜難しくなっている	・トイレに座ってほしい
口腔ケア 口腔ケア: 一部介助 ⇒歯ブラシ用具セッティング必要 ブラシが古い(ガール介助)ができる 仕上げ磨きは必要 歯磨きは全介助で週 週1回(日曜日)歯磨剤で洗浄	・毎食後、歯磨きをしたい ・歯が歯茎が痛い時は歯科医師に見てもらいたい	・おいしく食事がとれるように口腔内環境を整えてほしい

▲ 暮らし方シート

実施・評価段階

介護期 特徴・工夫と効果

- 3シートを活用
3シートを活用し地域の中で一人の生活者として暮らしを築くという理念のもと、利用者の希望や意向を重視した支援
- 1日4回のミーティング
フロア単位で多職種が参加。申送り表で利用者の状態変化に伴う支援の変更・周知などの情報共有
- ケア会議
ケア会議は1か月に1回。サービス担当者会議も同時に行う。サービス担当者会議には利用者・家族が同席する。多職種が参加しモニタリング、個別支援検討、事故分析などを合議
- モニタリング
居室担当者が整理し、サービス担当者会議に提出。専門職は各計画書に基づく評価を行う。サービス担当者会議では介護職の視点で生活支援のすり合わせを行う

看取り期 特徴・工夫と効果

- 看取りの介護計画
看取り期(回復が望めない状態)では、日常のケアの様子観察から状態変化をキャッチし、医師の診察を経て利用者・家族の意向を確認、施設サービス計画で終末期ケアの方針を定める
- グリーフケアと看取りの振り返り
家族と職員のグリーフケアと看取りの振り返り。利用者の尊厳や充実した生活であったかを家族と共に振り返る

本取組を通じて向き合っている課題

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

暮らし方	平均的な過ごし方	意向・好み	記入者:	自分でできること	サポートの必要なこと
0:00	就寝中				
0:15					
0:30					
0:45					
1:00					2時間おきの巡回。また腰痛時にはオムツ(コンフォート使用)交換も随時声かけおこなう。気配りがなによりも大事!!(〇〇さんのことをしっかりとみていますよという感じ)
1:15					
1:30					
1:45					
2:00	就寝中	背中が自律神経の痛みなどから湿布やアイスノンで常時冷やしたりすることもある。			アイスノンの交換
2:15					
2:30					
2:45				PWC使用	体調によって介助
3:00				ベッド⇄PWCの移乗	
3:15					
3:30		他人居者と同じく、随時訪室してほしい。			
3:45		ほかの人がオムツ交換する時間を、私には会話の時間としてあててほしい。			
4:00	就寝中				
4:15					
4:30					
4:45					
5:00					
5:15					
5:30	起床	体をならしておきたい		ベッド⇄車椅子の移乗	
5:45					
6:00	モーニングケア	カーテンを開けてほしい			カーテンを開ける
6:15	(PWC洗浄・カーテン開ける)	PWCの掃除をしてほしい			PWCの掃除 青い消毒液を入れる
6:30					体調よくない時は義歯を洗って渡す。
6:45					片付け
7:00	巡回	聖教新聞を読みたい			聖教新聞を届ける
7:15		菓の關係で7時半ごろに食べたい		食事を食べる	配膳・テーブルのセッティング
7:30	朝食				冷蔵庫から希望のものを出す
7:45		サラダ・ハムなど食べたい			
8:00		熱いコーヒーがすき			
8:15		牛乳は嫌い			直射日光が当たるためカーテンの開閉の声かけ(季節によって時間帯違う)
8:30	聖教新聞を読む、テレビ見る。	パンには蜂蜜を塗る			
8:45		ご飯の日もパンを食べたい			
9:00	きゅうりの漬物作り	時間が許すならば、話時間をとってほしい。一人で暇を持て余すこと多い。身体が動かないときなどは特に希望強い。		きゅうりを塩もみする。(車椅子を使用して)	コールなど押さなくとも、随時職員が訪室しないと不安が高まる。声かけと気遣いを!!
9:15					
9:30	第2・4火曜日 書道教室			書道教室に行く	書道居室への声かけ
9:45	さをり織りなど			さをり織りに行く	
10:00		職員と気さくに話したい			朝ミーティングにて体調確認
10:15	巡回				
10:30	(看護師の訪室)	体調がよくないときは看護師に来てもらいたい			体調について話をする
10:45	息子さんと外出(不定期)				
11:00	第1金曜日 双葉会				双葉会の声かけ
11:15	病院受診(月 回)				受診付き添い 車の運転
11:30		食事は基本的に居室			
11:45		他の人に気を遣いたくない			
12:00					

▲ 24時間シート



▲ 看取りの振り返り

作業部会委員コメント

次の点が素晴らしい

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

事例 10 障害者支援施設 修光園

書式や仕組み等の注目ポイント

利用者との意見交換会 月1回開催し利用者の意見やニーズをキャッチ

チーム制による個別支援体制 サービス管理責任者（以下「サビ管」）、主担当、副主任で構成、計画立案、日常のケアや記録を実施

気づきの付箋紙 気づきを付箋紙にメモし、記録に貼付し情報共有

ホワイトボードの活用 ケアグループごとにホワイトボードに掲示し情報共有

◆ 実践の流れ

ケアマネジメントプロセス	介護過程・介護職の役割	○ 仕組み □ 書式
アセスメント 【障害者総合支援法】障害者支援施設で個別支援計画書の作成義務 アセスメント（二次アセスメント）（資源アセスメント）	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面で継続的に支援する立場（強み）を活かしたアセスメント 客観的データに加え利用者のストレスに着眼 利用者の思いに沿った生活ニーズの明確化を意識 介護職の情報を他職種へ提供 	<ul style="list-style-type: none"> ● 主担当・副担当が主にアセスメント部分を担当 ● 生活ニーズの明確化。どのようなニーズがあるか認識を明確化するための共有 ● 職員間の「気づき」を共有。介護職の力量アップへ ■ 月1回の意見交換会で利用者の意見をキャッチ（勤務職員に加え施設長・サービス管理責任者が出席）
計画立案 サービス等利用計画案 支給決定（市町村） サービス担当者会議 サービス等利用計画	<ul style="list-style-type: none"> 「ケース会議」は利用者、保護者、多職種が参加し全体共有 「ケア会議」で介護職全体で支援内容を共有 利用者、保護者が理解できる言葉を用いて説明し、同意を得る 	<ul style="list-style-type: none"> ● 個別支援計画立案はサビ管がコーディネート ● ケア会議の参加者は利用者、保護者、サビ管、主担当、（副担当は可能な限り参加） ● 2020年度から個別支援計画立案の構成メンバーをサビ管、主担当、副担当のチーム制とし、利用者8～10名を担当
実施 気づきの記録	<ul style="list-style-type: none"> 個別支援計画立案メンバーが引き続き支援を実施 個別支援計画に基づいているか、支援上の「気づき」を共有し、「抜け」を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ● 日常のケア 個別支援計画立案の構成メンバーで実施 ■ 実施上の「気づき」 ・介護職が「付箋紙」にメモ記録に貼付し共有 ・次の主担当が夜勤時に書写
評価 継続サービス利用支援（モニタリング） サービス担当者会議 サービス等利用計画の変更	<ul style="list-style-type: none"> 「サビ管」「主担当」が連携してモニタリングする 1年間を1単位（区切り）として実践 チェックシートだけではとらえきれない「思いを文章化」 迅速な対応が必要な生活ニーズは都度対応しモニタリングに反映 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ホワイトボードに掲示 ケアグループごとに情報共有 ■ モニタリングシートにも記入

施設概要

社会福祉法人直心会 大分県中津市

平成4年5月開設

入所定員：40名 生活支援員：30名 介護福祉士：24名

取組の背景

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

取り組みの特徴・工夫

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

成果

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

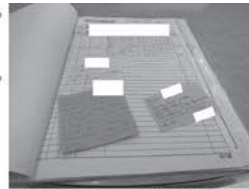
介護福祉士の役割

- 利用者が一番身近にいる存在・「気づき」を実践にいかす役割
 - ①日常生活において時間的・直接的な支援に多く関わる＝生活の継続性・連続性を支援する専門職の意識を持つ
 - ②介護福祉士（介護職）として利用者が一番近くで支援する専門職と「自覚」する
- 国際生活機能分類（ICF）の視点で捉えた「できる活動」を見出す役割
現在の生活状況を把握し、その前後関係（例 時系列、対人関係、生活環境との相互作用）をふまえ他職種へ情報提供する役割がある
- 他職種と生活支援の立場から連携・協働する役割
 - ①介護職の直接的支援と多職種連携に寄与し、利用者の生活の質向上へとつなげる
 - ②利用者の生活機能と背景因子を構造的に捉え、他職種と協働する力が求められる

実施・評価段階

特徴・工夫と効果

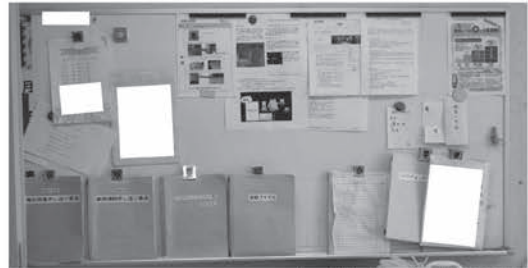
- 実施後の気づき
「付箋紙」を用いて迅速に共有
- ホワイトボード
日々の出来事、支援内容を添付
- 出勤時に所属グループの確認
- モニタリングシート
 - ① 付箋紙（気づき）内容を記入できるチェックリスト形式から特記事項記入書式へバージョンアップ
 - ② 「チェック項目だけでは利用者の思いが反映されにくく根拠に乏しい」という介護職の意見をふまえ新たなフォーマットを検討中
 - ③ モニタリングシートはケア会議で共有
- モニタリングは利用者全員（年2回）実施
 - ① 本人の思いが反映されることで詳細な部分の情報共有が可能に
 - ② サビ管、主担当がモニタリングシートの記録担当と多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



▲ 付箋紙の活用



▲ 個別介護計画書



▲ ホワイトボードの活用

モニタリングシート		【 様 】		モニタリング日		年	月	日
モニタリング期間		年 月 日 ~ 年 月 日		ヶ月間	今回	回目	担当職員名	
サービスの種類	実施状況	効果	サービス量	満足度	今後の対応			
	<input type="checkbox"/> 計画通り <input type="checkbox"/> %程度実施 <input type="checkbox"/> ほとんど無実施 理由：	<input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 効果有り <input type="checkbox"/> まずまず <input type="checkbox"/> 効果不十分 <input type="checkbox"/> 判断できない	<input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> その他	本人 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満足 家族 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満足 <input type="checkbox"/> 判断できない	<input type="checkbox"/> 再評価の必要あり <input type="checkbox"/> カンファレンスの必要あり <input type="checkbox"/> このまま継続 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 計画通り <input type="checkbox"/> %程度実施 <input type="checkbox"/> ほとんど無実施 理由：	<input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 効果有り <input type="checkbox"/> まずまず <input type="checkbox"/> 効果不十分 <input type="checkbox"/> 判断できない	<input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> その他	本人 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満足 家族 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満足 <input type="checkbox"/> 判断できない	<input type="checkbox"/> 再評価の必要あり <input type="checkbox"/> カンファレンスの必要あり <input type="checkbox"/> このまま継続 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 計画通り <input type="checkbox"/> %程度実施 <input type="checkbox"/> ほとんど無実施 理由：	<input type="checkbox"/> 目標達成 <input type="checkbox"/> 効果有り <input type="checkbox"/> まずまず <input type="checkbox"/> 効果不十分 <input type="checkbox"/> 判断できない	<input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> その他	本人 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満足 家族 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満足 <input type="checkbox"/> 判断できない	<input type="checkbox"/> 再評価の必要あり <input type="checkbox"/> カンファレンスの必要あり <input type="checkbox"/> このまま継続 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> その他			

▲ モニタリングシート

本取組を通じて向き合っている課題

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

作業部会委員コメント

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

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

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

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

3 実践事例調査（質的調査）のまとめと考察

<実践事例調査の報告にあたり>

10施設の報告は、介護過程の実践において大変示唆に富むものでありました。実践事例調査のプレゼンテーションを快く受けてくださいました10施設に、改めて感謝の意をお伝えいたします。

(1) 介護過程導入の背景

介護過程は介護福祉士養成カリキュラムのほか、介護職員初任者研修や介護福祉士実務者研修など介護人材の育成において重要な科目であり、介護福祉士の専門性の一つとして広く現場で取り組むことが期待されている。

また、国が示す介護福祉士の役割としても、介護チームをまとめていくチームリーダーや多職種連携の要となることと並び、介護過程を実践できることが求められている。認知症ケアや看取り、地域生活支援などが求められる中、根拠ある介護実践や、チームにおける統一的・継続的な介護の質を担保する上でも介護過程の実践は重要だからである。

しかしながら、多くの介護福祉士ならびに介護職が勤務する介護保険施設等では具体的な介護過程の実践、すなわちアセスメントに始まる計画立案、実施、評価に取り組むという法的義務づけがない。そのため、重要性が認識されつつも十分に取り組みが行われていない実態がある。中には、個別介護計画書を作成していても、仕組みとして介護過程のサイクルを運用しているところもあるが、形式的な状態にとどまっている場合も少なくない。こうした背景は、事例発表を行った施設も例外ではない。

では、事例発表施設はどのような背景から介護過程の実践を導入・発展させるに至ったのか。報告からは導入前の状況として、個別介護計画の作成に取り組んでいたとしても、施設サービス計画が基本として存在しているため、施設サービス計画の単純な転記にとどまる、ケアマネジャーに意見を述べる程度の形式的なものであるという声があがっていた。また、形式的であるが故に具体性や個別性に乏しく、本人や家族等のニーズを汲み取ったものとは言えない実態があったという。

一方、障害者施設においては、介護保険施設と異なり、サービス管理責任者による個別支援計画書の作成が法的に位置づけられているため、介護過程の実践それ自体は行われている。しかしながら、介護保険施設の課題と同様、形式的な取り組みに終始していた状態から、時代の要請に応え、より質の高い支援を提供していく上でも、介護過程を効果的に運用できる仕組みを導入していったという報告であった。

実践事例の中には、重大な事故につながった、画一的なケアが続いていた、職員のモチベーションが下がっていた、社会や時代が施設に求めるニーズが多様化してきた、ということもあり、事業運営においていくつかの危機感を抱く点が増えてきたことが導入・発展の背

景にあったという報告もあった。個別ケアの実現や利用者本位の実践へシフトしていくため、より効果的な介護過程実践の仕組みの導入や運用が、個人ではなく組織として図られていったようだ。導入するための委員会等を立ち上げるなどして、時間をかけて組織的に導入を図った施設もみられた。

本調査事業では、介護過程実践に取り組み、また実践を効果的に運用する仕組みを導入する 10 施設の実践事例報告から、介護過程を実践することによって得られる様々な効果や成果、課題について考察する。また、介護過程実践の要としての役割を期待される介護職（介護福祉士）が、どのような役割や機能を発揮しているかについても考察する。

（２）各施設の取り組みのポイントと成果・課題

介護保険法上の介護サービス計画及び障害者総合支援法上のサービス等利用計画は、利用者の生活課題（生活ニーズ）に対し、多職種が提供するサービス、そのほかの社会資源をマネジメントしながら展開するケアプランである。この内容を踏まえ、介護職は介護過程に沿って「生活の視点」から個別介護計画等を立案・実施する。

ここでは、介護過程を、アセスメント、計画立案、実施、評価の P D C A サイクルで示す。10 施設の実践事例から、P D C A サイクルの循環を円滑にするための取り組みのポイントや成果・課題をまとめる。

はじめに、介護過程の展開における取り組みのポイントに触れ、各施設の取り組みの概要を紹介する。次に介護過程展開の実践における課題を整理した。

なお、10 施設の取り組みの紹介は概要にとどめている。詳細は、前述の実践事例報告を参照されたい。

①アセスメント

介護過程の入口であり「本人をより深く個別的に一人の生活者として捉える」視点が極めて重要である。ともすれば画一的、本人不在、施設内で完結しがちな視点から、介護保険制度、障害者自立支援制度の変遷で、利用者の個別性を尊重し生活の質を担保する視点がより一層求められるようになった。

アセスメントでは、日常生活を通じて健康状態や心身機能、日常生活動作等のデータに加え、本人の思いやストレングス（強み）、さらには生活歴や生活環境がどのように影響しているのか、利用者のライフステージを視野に入れつつ総合的に捉えることが必要となる。そこでは、生活場面に最も長く関わるであろう介護職のアセスメントは重要である。

介護職チームでアセスメント内容が共有されることは、ケアの標準化へとつながる。とはいえ介護職の経験年数、保有資格等によりアセスメントに差異が生じることも想定される。

その差異を認識し、共有化するために「書式」「会議システム」「スーパービジョン」が重層的に機能していることがうかがえた。

「書式」については、10施設それぞれのアセスメント書式が存在していた。施設の実践理念や行動指針を反映させた書式、専門職団体が考案したものや全国研修で使用されている書式に加え、法人独自で開発・改良を加えた書式等もある。実践を積み重ねながら工夫、改善がされている。概観すると、文章化しやすく、本人のイメージが図等で可視化でき、介護職同士で利用者理解の共有化が可能となるものが多い。

さらに、このアセスメント書式はケアマネジメントプロセスにおいても、サービス担当者会議に代表される本人、家族、多職種が参集する場面で、介護職として生活の視点からの情報提供、個別支援の専門職としての役割を明確化させるツールとなる。施設それぞれのアセスメント書式が存在することで、施設サービス計画（サービス等利用計画）と個別介護計画（個別支援計画）の関係性の確認や多職種連携の媒体となっている。

次に「会議システム」である。複数の介護職またはスーパービジョン体制を導入し、会議等で複眼的・客観的にチェック・整理する仕組みが機能している。実際、介護職によって利用者に対するアセスメント結果が異なる場合もあり、ここで共有、確認が丁寧に行われている。

同時に、アセスメント書式を用いたスーパービジョン（教育的機能）も果たしている施設があることも特徴的である。介護職として、どのような思考過程で結論づけたのか、言語化・記録化の技術を高めるべく管理職（例 施設長、課長職、主任、サービス管理責任者）等が、担当介護職のアセスメントの検証、思考過程のスーパービジョンを実施している。

アセスメントは第一義的には利用者理解であるも、介護職がどのような見立てをしたのか、その妥当性を含めて「気づき」をチェックする資料になる。実践事例では、本人の気持ち、希望、強み（ストレングス）の理解について示唆を与えている報告が多かった。

介護職は、生活の視点に基づく支援を実施するため「生活の全体性」を明らかにし、支援する。利用者自身で思いを表出できない場合、「代弁者」として、また揺れ動く利用者の気持ちに寄り添う役割を果たす。アセスメントを、より適切に行える書式づくりや教育に力を注ぐ取り組みがうかがえ、かつそれを推進する仕組みづくりが重要である。

【アセスメント：10事例の概要】

- 事例1：「PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）」を応用した介護職の二人一組が体制を組み、担当介護職がそれぞれアセスメントを行う。多角的な視点での相互確認。アセスメント要約欄があり、介護職の視点に基づく記載が専門職としての主体性を生むことにつながっている。
- 事例2：利用者の事前情報を確認し、多職種カンファレンスに担当介護職が参画。利用時アセスメントを入所日、1週間後と段階的に実施。多職種からの所見と「変更事項欄」が設けられ、ケアの標準化と再アセスメント資料になる。アセスメント票が施設サービス

計画作成の重要資料として位置づけられている。

- 事例3：個別支援計画の基礎となる「本人のイメージ図」「ニーズ整理票」を用いて、利用者理解を丁寧に共有している。
- 事例4：「R4システム」を導入。相談員が取得した情報をもとに、施設入所後の生活状況・支援内容を各専門職の合議体で形成する。生活機能（ICF）アセスメント内容をもとに多職種間で把握している日常生活動作（ADL）の意識統一を図り「できるADL」を検討しやすくしている。
- 事例5：各専門職の視点でアセスメントを分担。支援員は生活全般と日常活動場面を担当する。サービス等利用計画と「アセスメントシート・チェック表」で生活課題を整理。「想いのマップ」による利用者の夢、希望、地域社会での自立生活面から言語化し、活動・参加の目標へと置換する。
- 事例6：「5期システム」という仕組みを確立し、マニュアルを整備。介護過程での取り組みが言語化・文章化しやすくなった。個別ケア推進コーディネーター（介護福祉士資格保有者）」という職位を創設した。センター方式の書式の中から利用者ごとに必要なシートだけをピックアップして使用する。
- 事例7：「施設サービス計画書」「24（ツーフォー）シート」「私の姿と気持ちシート」がある。「私の姿と気持ちシート」は、本人、家族の思い、ターミナル期の意向等も反映。介護職の主体的関わりを促進させ、計画書全体の軸となる情報になっている。
- 事例8：段階的にわかれており「アセスメント用紙（介護ソフト）」「24時間シート（法人で変更）」を使用。初回アセスメントではケアマネジャーのアセスメントを活用。それ以後のアセスメントは本人の生活リズムや意向、本人のできることや必要なサポートを記載している。
- 事例9：生活面のアセスメントは介護職が担当する。「フェイスシート」「私の希望シート」「暮らし方シート」を用いた多角的なアセスメントを実施。また入居後2週間の集中的アセスメント、1ヶ月間で情報統合し「24時間シート（個別介護計画相当）」を作成していくという経過的なアセスメントも実施している。
- 事例10：主担当・副担当がアセスメントの主担当となる。利用者の客観的データに加え、利用者のストレングスに着目することを意識し行う。利用者との意見交換会で意見をキャッチする体制もアセスメントに役立てる。

②計画立案

計画立案については、「(1) 介護過程導入の背景」のとおり、施設種別により制度上による計画立案作成の義務が異なる。事例では、個別介護（支援）計画書がある施設に加え、個別介護計画書はなくとも施設サービス計画と一体的に運用されたり、独自の書式が個別介護計画書に相当したりと、利用者へのより良い個別支援が行えるよう様々な工夫がされていることがうかがえる。

計画立案のキーワードは「個別化」と「標準化」である。介護職の勤務年数や経験に左右されず、利用者へ一定のサービスを実施する道標となる。取り組みのポイントとして、日々のミーティング、定例会議、そして視覚的理解（わかりやすさ）が促進される補助資料を導入し、「個別化」と「標準化」を促進する工夫がされている。

また、介護職、介護福祉士を計画立案担当者として明確に位置づけ、専門性を発揮してもらう取り組みを推進させている施設や、施設サービス計画（サービス等利用計画）との連動性を意識しつつ、施設内の支援で完結せず地域移行や終末期（看取り）・グリーフケアをも想定し計画立案している施設もある。

専門性を発揮する取り組みでいえば、計画立案は前記アセスメントと同様、多職種が参集する場面で介護職としての実践根拠となる。他職種から得た多角的な視点、新たな気づきを踏まえ介護職チームにフィードバックすることで、本人の生活課題（生活ニーズ）を細かく捉えようとする意識の醸成へとつながっている。

このように、この計画立案を組織内で運用する中で、教育教材としての機能も果たしていることがわかる。介護職チームメンバー同士での相互チェック、管理職（例 施設長、課長職、主任、サービス管理責任者）とのスーパービジョン、さらには多職種連携での意見交換によって、計画立案の妥当性の担保がされていることがうかがえる。教育教材として活用することで、後進育成、チームビルディング、キャリア形成、中には離職率の低下といった施設全体の組織力を高めていくような報告もあった。

【計画立案：10事例の概要】

- 事例1：アセスメントの要約を据えた個別介護計画書に加え、「個別介護計画補足資料」（写真等を掲載）を準備し、職員の共通理解を促進。
- 事例2：総合的な援助方針に基づき、個別介護計画が立案されている。担当者が個別介護計画をケアチーム内で共有し、ブラッシュアップする。
- 事例3：「個別支援計画作成シート」を用いて「個別支援計画原案」を作成、個別支援会議で決定。多職種ふくめた全体計画との整合性を意識する。目標の主語は利用者とする。
- 事例4：介護職は、「ICFアセスメント」「専門職チームアセスメント」の帳票を作成し、多職種と協働して施設サービス計画書を練り上げていく。さらにそこから目標を1～3つに絞り、「ケアプランチェック表」を作成する。
- 事例5：ケース担当がチームの意見を集約し、サービス管理責任者、役職者と協議し、施設長の承認を経て個別支援計画案を提出。利用者への説明・同意を経て本計画へ移行する。
- 事例6：担当介護職と個別ケア推進コーディネーターで、アセスメントした内容を確認しながら個別介護計画を作成。施設サービス計画と個別介護計画は一体的に作成される。
- 事例7：介護福祉士資格を持つ介護職が「24（ツーフォー）シート（個別介護計画）」を作成。当該利用者の担当介護職が、チームメンバーから情報収集を行い、サービス担当者会議に出席する。主担当者が個別介護計画を作成。具体的な期間、頻度を定めて目標達

成の実現性を高めている。

- 事例 8**：施設サービス計画書と併せて、「24 時間シート（法人で改良したもの）」で、個別介護計画の細部を立案する。施設サービス計画書と「24 時間シート」に基づく多職種連携による確認・合意形成がなされる。
- 事例 9**：施設サービス計画書の作成は介護職が中心となる。介護職は最も利用者の生活に密着している観察者としての位置づけ。「24 時間シート」「暮らし方シート」「私の希望シート」が上書き修正され、個別介護計画相当として活用される。施設サービス計画書とは別に、機能訓練、栄養ケア、経口維持計画を併用する。
- 事例 10**：個別支援計画立案は、サービス管理責任者がコーディネートする。「ケース会議」（利用者、保護者、多職種が参加）と「ケア会議」（支援員＝介護職）の 2 段階で個別支援計画立案がなされる。2020 年度から個別支援計画立案メンバーをサービス管理責任者、主担当、副担当のチーム制とし、利用者 8～10 名を担当する体制を敷いている。

③実施

実施においては、介護職の経験年数、保有資格等に影響されず、チーム内で計画内容を「共有化」した上で、実施することが重要である。

10 施設の事例から、利用者の個別性に対応した支援手順ツールがあった。支援方針に変更が生じる場合は、変更をサービス管理責任者と当日勤務者が暫定的に決定し、朝昼夕のミーティングで共有する。入所時期等の理由により、支援方法が未確定の場合は、暫定的な支援手順を決定。それを毎日実施・記録し、結果をフィードバックする。支援困難事例（強度行動障害、認知症等の利用者）の対応は、P D C A サイクルより、O O D A ループのような短期サイクルで仮説設定し、実施、結果検証する方策も取り入れている。列挙したのは概略にとどまるが、いずれも利用者の生活課題（生活ニーズ）への気づき、状況変化への応変姿勢が形作られ、個別のかつ標準的なケアを具現化する取り組みといえるであろう。

実施状況の記録が不可欠であるが、S O A P 方式をはじめ施設ごとに導入されている書式があり、毎日チーム内で可視化・共有化される。さらには同職種チーム内及び多職種連携での評価を想定した項目のナンバリング化や、評価の迅速化・効率化に向けた I C T を導入している取り組みもあった。そのほかにも、多職種全体で共有できるよう色分けし、専門職ごとの関わりの度合いや、多職種の意見を反映しやすいよう書式を工夫した施設もあった。記録は、チーム内での評価と気づく力の向上（利用者の状況変化を見逃さない）さらには介護職としての責任感につながっているという。

実施から得た「気づき」は、評価やより良い支援への再検討、さらには介護過程の思考過程のあり方そのものに立ち戻る機会となり、極めて重要である。そして生活ニーズの変化を捉えながら、応変していこうとするチームづくりに役立っている。

【実施：10事例の概要】

- 事例1：介護職ペアが担当居室の利用者の計画実施の中心となる。実施記録は看護記録法のSOAP方式を採用。計画書の目標ナンバーに連動しナンバリングし評価の迅速化・効率化をはかっている。
- 事例2：個別介護計画に基づく、ケアの実施内容が継続であれば「○」、変更の必要があれば「×」を実施後に随時記入する。個別介護計画には「実施方法と留意すること」が評価項目として設定され、「評価」と「モニタリング」の機能を搭載している。
- 事例3：サービス等利用計画と個別支援計画書が連携しているか確認を実施する。サービス管理責任者が、個別支援計画書作成担当者に対して個別スーパービジョンを実施する体制がある。実施内容はパソコンに入力されており、次の日の申し送り資料として共有される。
- 事例4：介護職は「ケアプランチェック表」を作成し、全職員が意識し支援に当たる。チェック表を随時確認し、利用者の生活状況・機能変化を確認。さらに各専門職が作成するアセスメントや計画はパソコンで一括管理し、他職種がいつでも閲覧できる状態となっている。
- 事例5：課題解決のために行動の「観察－記録－仮説検証」のサイクルを意識し、生活場面でのABC行動分析を実施している。「ストラテジーシート」などの機能的アセスメントを用いる。「支援手順書」を作成し、各場面の記録と評価分析へとつなげる。
- 事例6：実施で気づいたことを「気づいたことカード」に記入する。担当介護職は、施設サービス計画書の中から、介護に関する部分を抜き出した「ケアプラン実施表」に実施の有無を毎日記入する。「確認表」を用いて、1ヶ月間のケアプラン実施状況や生活状況を確認する。
- 事例7：計画書に基づき実施する。多くの介護職が集うフロア会議では介護職のリーダーが計画書を軸に進める。実施の気づきや得た情報をパソコン上でタイムリーに入力できる環境をつくっている。発言内容は、本人、家族、介護職で記号にして記録。情報整理、集約の効率化を図っている。
- 事例8：実施では、「ケース記録」に記録する以外に「気づきシート」を活用する。利用者との関わりにおいて気づいたこと、変更したほうが良いと感じたことを記載する。気づいたことは介護職で共有され、モニタリングの資料にもなる。
- 事例9：毎日4回のミーティングが実施される。介護職のリーダーが進行し、他職種も参加し前日の申し送り、ケア方針の徹底、修正、変更など日々変化する状況にあわせフロア全体で業務調整を行う。
- 事例10：個別支援計画立案メンバーが継続して支援を実施する。実施上の「気づき」は介護職が携行している付箋紙にメモし記録し貼付する。付箋紙の記録化は主担当が夜勤時に書写する。必要に応じてホワイトボードに掲示し、ケアグループで情報共有する仕組みにしている。

④評価

評価は定期的に行われ、ケアマネジメントプロセスにおける多職種連携においては介護職の立場で報告する根拠となる。

実践事例では、各施設において、これまでのアセスメント、個別介護計画、実施を含めた記録書式が整理・可視化できるようになっている。多職種における目標の共有化に寄与し、「専門職としての視点を示す資料となり、生活支援に携わる要としての役割を果たしていること」が成果としてあげられる。

具体的な評価方法及び内容は、施設ごとの記録書式を用いた支援内容、観察場面、当該行動の目的、利用者の行動変容と原因であった。さらに、利用者への適否に加え、介護者の負担度合いの評価を実施している施設もあった。担当介護職のほか、管理者（「個別ケア推進コーディネーター」という職種をおいている施設もある）等が支援内容の適否を確認し、より良い支援に向けた軌道修正へのスーパービジョンを実施している施設もあった。これまでの支援経験を踏まえて、効果的に介護職の意見や利用者の思いを他職種に発信できるよう、記録書式を工夫・改良している報告もあった。

介護職が本人の生活者としての主体性を支援する専門職としてアセスメントや計画に基づく実施を行う中で、介護職としての視点や役割が醸成されている報告が多かった。介護職の評価を示すことで、他職種と視点の違いが認識でき、本人の生活支援を多職種で多面的に支えていくことに役立っている。

【評価：10事例の概要】

- 事例1：計画作成から3ヶ月～半年、区分変更時などの節目で実施、介護職ペアがモニタリングを担当し、複眼的に実施・評価共有している。
- 事例2：個別介護計画の評価をもとに、サービス担当者会議の資料を作成する。介護職として参画し、生活支援の立場から評価内容を発言している。
- 事例3：到達度、支援の有効性の評価を行う。個別支援会議は支援の共有化が重要であり、支援者全員が集合できるよう開催日と勤務時間内での調整を行っている。
- 事例4：介護職は「ケアプランチェック表」へ毎日記録することで、迅速に評価の共有化が可能となる。「ケアプランチェック表」、支援経過に蓄積された情報を軸に、再アセスメントが行われる。
- 事例5：ケース担当者を中心にケース会議でモニタリングを実施。個別支援計画の目標達成度、適正さ、状態変化への対応等の評価をケース会議で検討すると同時に、「フェイスシート」「支援手順書」「アセスメントシート」の作成も行う。
- 事例6：担当介護職と「個別ケア推進コーディネーター」は一緒に評価を実施し、観察視点にずれが無いか確認する。「モニタリング表」にはケアの実施状況、短期目標の達成状況、新たな目標設定、追加するサービス内容、医療面からの留意事項が記載されている。

- 事例 7**：日々の記録と目標のモニタリングに該当する記録を分けて記載。モニタリングはナンバリングして評価を効率化している。各職種の記録を「色分け」して、他職種の意見を反映して評価できるよう仕組みを工夫している
- 事例 8**：モニタリングは、介護職（担当者）が中心に実施している。実施した内容をケアマネジャーが点検する。介護ソフトを活用して実施している。介護職のみ参加するフロア会議を定例実施し、提案内容を協議し、個別介護計画の再検討が行われる
- 事例 9**：モニタリング表に基づき、目標達成度などを強化。各専門職はその専門領域（個別計画）ごとに評価する。専門領域ごとの最終的な評価はケア会議において全職員で確認する。介護計画の修正や新しいケア方針などは、他職種の意見も反映させている。
- 事例 10**：サービス管理責任者と主担当が連携してモニタリングする。1年間を一つの単位として実践するが、迅速な対応が必要な生活ニーズは都度対応する。「モニタリングシート」に記入するも、チェックシート方式では捉えきれない「思い」を文章化するよう様式を検討中である。

介護過程の展開における取り組み成果を 10 施設の事例の紹介とともに整理した。

各施設の実践理念や行動指針を軸に、利用者の個別性ある生活を具現化するため、組織一丸となり書式の工夫をはじめとした多様な取り組みをしている。日々の実践では I C T を用いて一元管理を行い、多職種間の適切な情報共有と手書き等の記録作業負担の軽減・効率化を推進している実践事例も大変興味深い。

（3）介護過程実践における課題

ここまで、介護現場における介護過程実践に関する様々な効果・成果についてみてきた。一方で、実践事例発表を行った 10 施設からは、介護過程に取り組む中での課題についての報告もあった。ここからはその課題について考察を行いたい。

抽出された課題は大きくは 4 つである。「言語化能力の醸成」「人材の育成」「介護過程それ自体の客観的評価」「(生産性向上、負担軽減等のための) I T 導入」である。これらはそれぞれが関連性を持つ課題である。

1 つ目は「言語化能力の醸成」である。介護過程を展開していく上で、起きている事象や情報、根拠を言語化する能力は大変重要である。しかしながら、この力は一朝一夕で身につくものではなく、反復した訓練を要する。中長期的な研修機会を設けている施設もあったが、日常的に言語化されたものの確認を繰り返したり、育成の機会として活用される機会はまだ充分ではない。そのため多くの発表施設では書式等のツールを活用したり、会議体を通じて言語化に触れる機会をつくっていた。

つまり、日常業務の中で自然に言語化する機会を織り込んでいるということである。しかし、このような工夫を行っていても、職員個々の力量差は大きいという。個人の資質による

ものか、教育機会、育成機会によるものか事例から明確な線引きは得られなかったが、多くの事例発表施設で、この言語化能力の醸成についての課題があげられていた。

2つ目は、「人材育成」である。言語化能力の力量差は、介護過程を実践できる人材の能力差にもつながる。結果として、介護過程の実践ができる人材となかなかできない人材にわかれてくる。介護過程の言語化能力は、介護実践の拠り所を明確にする力である。そのためこの力の差は、介護過程に基づく介護実践やチームビルディングを含めて、新人や後輩とともに介護を前進させるという人材育成能力の差にもつながっていく。すなわち介護過程における言語化能力の乏しさは、介護人材の育成についての課題につながるのである。

介護過程を通じて、ケアの質とチームの育成を目指すことができる能力を有する人材を、どのポストにおいても配置するという事は難しい。結果としてフロアなどの全体のケアの質の差にもつながる。こうした点はどの施設でも課題として認識していた。

3つ目に、取り組んでいる「介護過程それ自体の客観的評価」が難しいという課題も多く報告された。アセスメントは本当に本人のニーズを汲み取れているのか、計画書の目標は本当に妥当なものが設定されているのか、といったことである。絶対的な評価軸がないため、書式や会議体などの仕組みを導入したとしても、取り組む職員の主観にどうしても依拠する面が出てきてしまう。

中には作成された個別介護計画の確認や指導をするポストの介護職もおり、その者の確認をする力や指導力を客観的に評価する指標も機会も十分とは言えない。このように多くの事例発表施設が介護過程それ自体の客観的評価を課題として認識しているということは、介護過程そのものの根幹に関わる課題と言えるかもしれない。

4つ目は、「ICT導入」である。介護過程では、情報の共有、過去の記録の参照、日々の記録などが実践の重要なポイントになってくる。それに加えて複雑多様になってくるニーズに対して、人材確保・定着・育成などの課題も抱えており、生産性の向上と業務効率化が強く求められている。

こうした背景から、各施設は「ICT導入」を課題としてあげていた。システムの導入まで踏み切っている施設もあったが、オリジナルの書式を作成したり、独自のファイル管理など多様であった。書式や仕組み等の創出は現場に応じた機敏な動きができる反面、次々とオリジナルで作成していくと、全体をシステムとして管理する上で、相互の連結や互換性を損なうリスクもある。単に手書きをデジタルにすることがICTの導入ではなく、介護過程実践の中で生まれる様々な情報やデータを有機的に管理・運用する上で、ICT導入が課題としてあがってきているようだ。介護保険制度の大きな方向性としても、この課題は避けて通れない。施設内の工夫や努力だけでは難しい点であり、外部の知恵や資源の助力が必要だと考えられる。

これら4つの主要な課題に加え、介護過程を実践していく上で残された課題は少なくない。こうした課題に一つずつ取り組むことが、より質の高い介護を利用者に提供する上では重要だと言える。

次項は、介護過程の実践における介護職（介護福祉士）の役割について総括する。

（４）介護過程における介護職（介護福祉士）の役割

介護過程実践に取り組み、また実践を効果的に運用する仕組み等を導入する 10 施設の事例報告から、介護職（介護福祉士）がどのような役割や機能を発揮しているか、以下の 6 つに整理し考察する。

介護職（介護福祉士）の役割

- ① 生活を支援軸に利用者を支える
- ② 介護実践を言語化する
- ③ 利用者の声の代弁・意思決定・自己実現を支援する
- ④ 多職種連携を推進する
- ⑤ 介護過程実践の基盤となる組織運営を推進する
- ⑥ 人材育成・能力開発を担う

①生活を支援軸に利用者を支える

実践事例では、主に入所・居住系サービスである介護老人福祉施設、介護老人保健施設、障害者支援施設において取り組まれている 10 の介護過程の事例が報告されたが、その中の介護職の対象者は、認知症や要介護高齢者をはじめ、身体障害者、知的障害者、強度行動障害者、医療的ケア者の支援など実に多様である。その心身の状態や障害特性の違いに応じ、食事・入浴・排泄介助といった日常生活支援からアクティビティプログラムなどの日中活動支援が多彩に実施されている。また、青年期（障害者支援施設）から終末期までの幅広いライフステージの中で支援は展開され、在宅復帰や地域移行、終末期の看取りまで多岐にわたっている。

こうした多様な対象者やライフステージをカバーする共通基盤は、「生活」を支援軸とした「生きている・生活している全体像」として利用者を捉える視点であり、介護職（介護福祉士）の重要な役割である。

②介護実践を言語化する

介護職（介護福祉士）は専門職の責務として、自らの実践について根拠を持って利用者の説明する責任を有する。実践事例では、現場で「今、ここで何が起きているか」を介護過程において根拠づけて説明すること、すなわち介護職（介護福祉士）による介護実践の言語化が丁寧に行われていた。

自らの介護実践を根拠づけて説明し、言語化する能力は一朝一夕で身につくものではなく、反復した思考訓練を要する。多くの事例施設において、介護過程における共通の課題として「言語化能力の醸成」があげられていた。そこで、事例施設では介護実践過程における「気づきの促し」「記録の工夫」などの取り組みがみられた。これは思考過程を言語化、記録化し、チームで共有化して日常生活における利用者の生活改善を図ろうとする取り組みであり、介護職（介護福祉士）による介護実践の言語化と言語化する能力の向上につながっていた。

また、事例施設においては、個別介護計画の作成や事例検討、複数担当制によるピアスーパービジョンの取り組み、リーダー層やコーディネーター役によるスーパーバイズなどを通して教育的機会が設けられていた。加えて、介護職（介護福祉士）の個々の能力や経験の格差から言語化能力のばらつきが生じることを補う工夫として、個別能力に依存せず、ICT導入の取り組みなど、システムとして言語化していく工夫が検討されていた。

③利用者の声の代弁・意思決定・自己実現を支援する

介護職（介護福祉士）の専門性は、利用者を生活主体者として位置づける点にある。介護過程は手段であり、最終的な目的は本人らしい生活の実現、尊厳の保持、利用者の生活の質の向上である。

本人を「個別的に一人の生活者として捉える」レベルが他の専門家と違い、より強くその人の生活に密着しているのが介護職（介護福祉士）である。「生活が充実している」「楽しい」「生きがいを感じる」などの利用者の主観的満足は、利用者との生活支援場面における関わりを通じた相互変容の関係の中で構築されている。介護職（介護福祉士）は利用者との生活に密着して、各場面において、利用者の生活者としての生きる全体性の中から本人の意思・デマンドを含めて拾い上げ、意思決定や自己決定を促進する。利用者のデマンド・ニーズを本人が意識化していないことも含めて言語化し、目標化し、行動化する役割がある。介護職（介護福祉士）はこの「生きる全体性」を明らかにし、利用者の生活に寄り添いながら Well-being の実現や個人の尊厳を図っていくことになる。

事例報告では、利用者の意思のありどころを確認し、利用者の声を代弁しながら、意思決定を支援し自己実現を促す支援が散見され、介護職（介護福祉士）による寄り添い機能や意思決定支援、代弁機能などの役割の重要性が強調されていた。

④多職種連携を推進する

介護職（介護福祉士）の重要な役割として他職種との連携がある。介護職（介護福祉士）は個別介護計画や他の専門職の計画を生活場面でモニターすることをはじめ、様々な利用者の情報を関係者に伝達している。介護職（介護福祉士）は日常生活における利用者の生活支援を通じて身近なところから観察を行っている。また、利用者の日常生活行為を通して、利用者の「できていること」「していること」や日々の心身の状態変化、本人の気持ちや意思などを把握している。観察（把握）した事項や気づきを多職種を含むチームに情報提供し、共有化することが非常に重要となる。

介護職（介護福祉士）は日常的に利用者から得られた情報について他職種に伝えたり、逆に他職種から情報をもらうなどの相互の情報伝達を行っている。また、利用者の意思や要求を代弁して伝えることも重要である。

事例においては、多職種連携を推進する例として、情報集積と交換の場としてのハブ機能や一次アセスメント者としての評価機能、多職種間の情報を統合整理する統合機能、生活支援のばらつきがある時に本来あるべき姿に戻そうとする balanサーの役割などが確認されている。

⑤介護過程実践の基盤となる組織運営を推進する

介護過程は組織運営の中で仕組み化されていないと適切な展開に至らないばかりか、介護職（介護福祉士）の精神的負担感を高めてしまう可能性があることが事例より明らかになった。一方で、安定した介護過程の仕組みづくりは、導入にあたっては試行錯誤の繰り返しであると多くの事例施設から報告されている。現場だけでなく、組織全体で介護過程を展開しやすいように介護職（介護福祉士）を支援していく環境づくりが求められ、この組織運営の構築には組織全体の機能と構造の理解とともに、介護職（介護福祉士）の専門性との融合が求められる。事例報告においては、介護職（介護福祉士）が自らの専門性に引き付けて、組織として介護過程実践を推進できるよう、組織改善を行っていく役割が語られていた。

また、「介護福祉士」に注目すると、介護福祉士は介護過程の実践には欠かせない介護理念や施設方針に基づくリーダーシップを発揮し、チームビルドを推進している事例が散見された。

事例報告では、リーダー役の介護福祉士がリーダーシップをとって推進している事例が多くみられたが、一方では施設により裁量と責任範囲、業務量にかなりの違いがみられた。介護過程のPDCAサイクルを意識的に行う、丁寧に行うことと同時に、介護職（介護福祉士）が適切に介護過程を展開できるような支援体制を構築し、運用ルールや書式等の開発、チームを運営するための組織診断、課題の抽出、計画や実施・評価というチームマネジメント機能が発揮されていた。

⑥人材育成・能力開発を担う

10 の事例施設ではいずれも介護福祉士が専従する介護体制になく、介護過程の実践は無資格者も含む介護職チームで実施されていた。そのため、介護過程の実践や施設サービス計画への関わり、個別介護計画の作成において、介護福祉士であることを根拠として仕事内容を位置づけているところは少なく、介護過程実践は介護職を含む介護チーム全体で取り組まれているのが実態であった。

一方で、実践事例施設のいくつかにおいては、リーダー的地位の介護福祉士が介護過程実践を支える業務調整、記録様式などのツールの開発、それを活用する人材育成等のマネジメントに関わり、介護過程実践を推進する中核的役割を果たしていた。さらには、様々な工夫のもとに展開される介護過程実践は、介護職員の能力開発や向上、専門性の発揮につながっていた。結果として、それらの事例報告施設においてはチームケアの充実とともに、後進の育成に効果があり、人材育成の役割があると考えられた。

(5) 課題と展望

これまで述べてきたように介護過程の効果的な実践は個別ケアの充実及びそれを保障し、支援する組織改善にまで効果を及ぼす。介護老人福祉施設や介護老人保健施設等の適切なサービスの品質を担保するには、介護過程を効果的に展開していくことが求められる。事例施設の報告でも介護過程をおざなりにすると経験と勘による場当たりの対応に終始し、サービスプロセス管理がとれなくなり、現場の統制がとれなくなる危険性が指摘されていた。

一方で、介護過程が効果的に展開されると、介護過程におけるPDCAサイクルにおいて情報共有が図られ、合議のシステムが機能し、チーム協働による達成すべき目標の共有や介護職（介護福祉士）の自己決定を保障する機会と場が保証され、介護職（介護福祉士）が主体的に当事者意識をもてる組織風土が築かれ、施設運営が民主的な組織へ開かれていくと推測される。換言すれば、適切な介護過程の展開は組織改革の有効な方法となると言える。

このことは人手不足やストレスフルな対人援助の現場において、介護職（介護福祉士）の職場における心理的安定感、自己効力感や成長感を醸成し、精神的疲弊感を緩和してくれる可能性を秘めていることを10の事例施設は示唆してくれている。また、施設経営において理念（価値）の理解と組織の浸透は重要な要素であるが、この理念実現は介護過程の展開における実践と結びついている必要がある。また、介護過程の展開は理念（価値）を中核として何を実現するのかというミッションを伴うものである必要がある。理念に結び付いた介護過程の展開は個別ケアを地域の社会資源の開発など、地域に開いていく可能性がある。

そのための課題として、1つ目は現場における専門教育の課題である。介護職（介護福祉士）に実践場面で、仮説－検証する思考の訓練や観察や記録から事実を振り返り、根拠づけ

て自らの実践を言語化できる能力育成が重要となる。また、倫理・価値や介護の理論的枠組みから自らの実践を説明できる力が求められる。これらの能力を育成するための専門的な教育訓練の機会と場を保証することが必要となる。合わせて、そのことを教育指導する者の存在が必要不可欠である。本事例施設では業務繁多な中でこの専門職教育をいかに担保するかを試行錯誤している様子が伺われる。一定の経験を持つ介護福祉士がこれらの能力を育成する方法、人材育成の場をデザインする理論等を学び、効果的な現場教育を推進する方策の検討が必要と思われる。

2つ目は、介護過程は組織の機能と構造の中で展開しており、効果的な介護過程の展開には介護過程を意識した組織マネジメント面を担うリーダー層の育成が喫緊の課題としてあげられる。実践事例では「介護理念の浸透」「人材育成」「会議体・仕組み」「書式等のツール」など様々な工夫によって効果的な介護過程の実践に向けて組織内の環境調整や業務調整を行っていた。このことから、介護過程を理解し、その実践のために組織のシステム内の不適合をアセスメントし、これを解決するための調整や介入し、システムを改善する視点と方法をもって組織改善を図るリーダーシップとマネジメントを担うリーダー的な介護福祉士の育成が必要となる。その際、現状ではその者はプレイングマネジャーとして従事することになるため、マネジメントの知見やその者が精神的に疲弊したり、壁に突き当たった時に助言指導や指示を行える支援環境が必要となる。そのためのコンサルテーション機能などが外部資源として用意されることを期待したい。

■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)

第1回会議	<ul style="list-style-type: none"> ・ 調査研究の目的、効果検証の視点・方法の説明 ・ 実践事例調査であげられた書式や仕組み等の説明 ・ 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
第2回会議	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ それらを選択した理由 ・ 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
<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>	
第3回会議 (効果検証)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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

B の効果検証項目

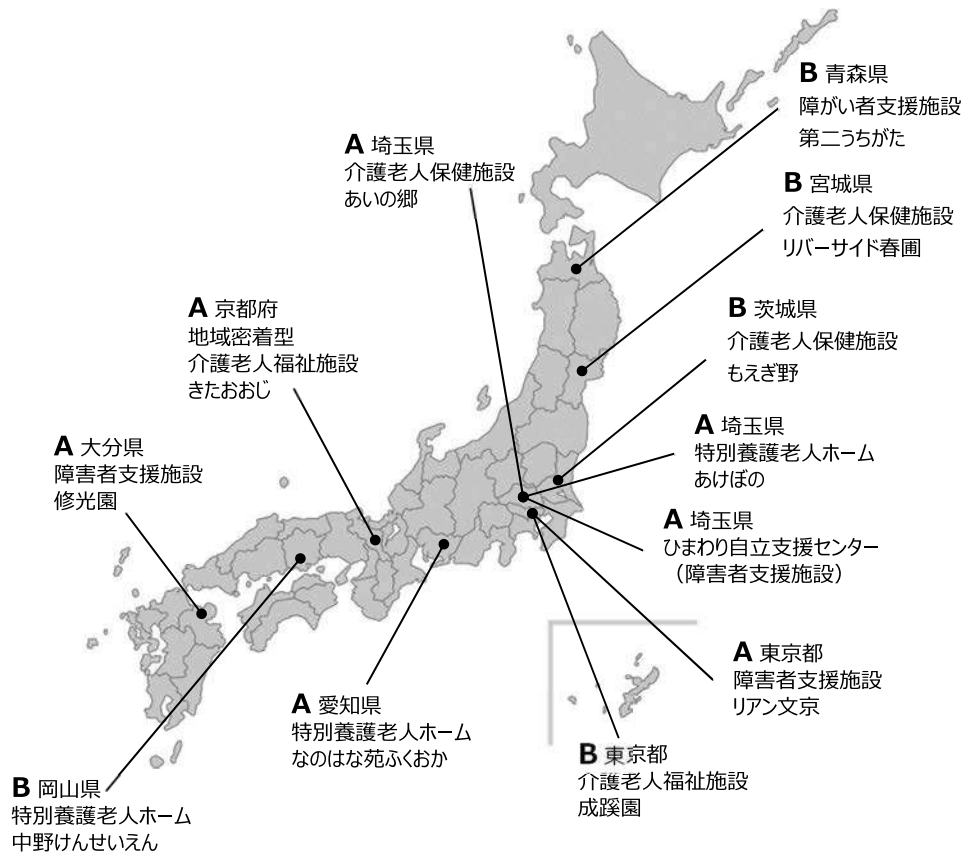
<p>1. 利用者に対する変化・影響について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者との会話、声掛けや対応 ・ 利用者に関する情報収集の視点・方法 ・ 利用者への介護実践(記録を含む) ・ 書式や仕組みを利用した新たな気づき ・ 他の利用者への応用・拡大の必要性

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有者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>基本事項</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>第1回会議 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>第2回会議 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>効果検証</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>第3回会議 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>基本事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○所在地：茨城県北相馬郡 ○入所定員：100名 ○介護職員：44名 ○介護福祉士数：20名（53%） ○個別介護計画：作成していない ○施設状況：R4システムを導入、24時間シートを使用 ○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
<p>第1回会議 2月15日（月） 13時～14時</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○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
<p>第2回会議 2月17日（水） 17時～18時</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○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
<p>効果検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○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） ○理由：取り組みやすい形式であった ○対象者人数及び属性：2名 ○具体的な実施の流れ： <ul style="list-style-type: none"> ・2月20日～情報収集（私の気持ちシート記入） ・2月25日～計画立案 ・2月28日～職員へ活動内容説明 ○実施期間：3月1日～3月12日 ○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
<p>第3回会議 3月13日（土） 13時30分～ 14時30分</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○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

④指定介護老人福祉施設 成蹊園 取り組みの記録

<p>基本事項</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>第 1 回会議 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>第 2 回会議 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>効果検証 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;">効果検証</p> <p style="text-align: center;">2</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"> ・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） ・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 <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"> ・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 ・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 <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"> ・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 <p>○実施期間：2月18日～2月28日</p> <ul style="list-style-type: none"> ・効果検証期間にヒヤリハット、事故報告なく過ごされる <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;">効果検証</p> <p style="text-align: center;">3</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;">第3回会議</p> <p style="text-align: center;">3月3日(水)</p> <p style="text-align: center;">10時30分～</p> <p style="text-align: center;">11時30分</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>基本事項</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>第1回会議 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>第2回会議 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>効果検証</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>第3回会議 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かと思う。
- 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ところ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の意味を深め、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"> 特に変化なし。普段通りの対応を続けていきたい。 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。 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。 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。 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。
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。
<p>個別介護計画補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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。
<p>私の希望 暮らし方 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">私の姿と気持ちシート ケアプラン支援手順書 ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 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。 • 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。
<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"> • 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。 • 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。 • 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。 • 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。 • 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。 • 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。 • 男性利用者への対応については、特に変わりなし。 • 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。 • 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。 • 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。 • 以前行っていたときより丁寧に行えるようになった。 • 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。 • 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。 • 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。 • 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。 • 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。 • 根気よく伝える。どうしたら伝わるのかを考える。 • 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。 • 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。 • 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。
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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) • 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。 • 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。

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"> 特に変化ないと感じる。 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。 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。 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。 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。
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。
<p>個別介護計画補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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。
<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"> 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。 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。 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。
<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"> 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。 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。 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。

<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"> • 利用者の情報を会話する中で誘導するよう意識した。 • 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。 • 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。 • 利用者の方全体をよく観察するようになった。 • 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。 • 特に変わらなかった。 • 他職員の方々に対応法の確認をした。 • 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。 • 他職員の対応の仕方などよく観察するようになった。 • 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。 • 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。 • 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。 • 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。 • 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。 • 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。 • 私への欲求が多くなったように感じる。 • 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。 • 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。
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 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。 • 再度ユニット職員にケアの方法を聞いてみた。 • 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。 • 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。

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"> 特に変化ないと感じる。 特に変わらない。 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。
多職種との一元化 生活支援記録の	<ul style="list-style-type: none"> 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。
計画補足資料 個別介護	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
私の希望 暮らし方シート 24時間シート	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
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"> 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。 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。
ケアプラン チェック表	<ul style="list-style-type: none"> 全て実践するのは難しかった。 ケース記録に目を通すことが増えた。 常に心掛けて実践することが大切だと感じた。 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。 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。 特に変わらなかった。 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。 過去の記録をチェックする等、見返すことが多くなった。 細かい変化に気づいた。

<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"> • 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。 • 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) • 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。 • 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。 • 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。 • 気持ちが穏やかに過ごせるようになった。 • 行動観察の大切さを思い出しました。 • 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。 • 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。
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 入浴時間の見直し。 • 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。

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"> 特に変化ないと感じる。 特に変わらず。 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。 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。 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。
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。
<p>個別介護 計画補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
<p>私の希望シート 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 「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。
<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"> 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。 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。

<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"> • 対応について再確認できた。 • 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。 • 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。 • 毎日の取り組みの反省ができるところ。 • きちんとした声掛けを徹底することで利用者のできることが増え、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。 • 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。 • いつも行っていることを改めて確認できた。 • 1日を通して全てケアプラン通り行えないと感じた。 • 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。 • 忘れがちな対応もあったので、再確認できた。 • 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。 • 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。 • 利用者それぞれ対応方法が違う。 • 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。 • 個々の合わせたアプローチの仕方に留意する。 • 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。 • 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。
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • スタッフが介助を行いすぎていると感じた。 • 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。 • 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。 • 本人ができることの援助ができてなかった。 • 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。

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"> • 応用・拡大はあっても良いと感じた。 • 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。 • 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。
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 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。
<p>個別介護 計画補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 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。 • 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。
<p>私の希望シート 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 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。
<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"> • 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。
<p>ケアプラン チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 他利用者へも応用できる。 • 必要性を感じました。 • 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。 • 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。 • 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。

<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"> • 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。 • 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。 • 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。 • 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。 • 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。 • 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。 • 多少あっても良いと感じた。 • 日々の支援の中でも、既に実施されていることもある。 • 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。
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 必要性を感じる。

(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"> • 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。 • 対象利用者の状態の変化や様子を話す機会が増えた。 • 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。
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> • より一層、情報共有を行っていく難しさがあった。 • 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。
<p>個別介護計画 補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 「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。 • 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。
<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"> • 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。
<p>私の姿と気持ちシート／ ケアプラン支援手順書／ ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 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。

<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"> • みんなで協力体制ができると思う。 • 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。 • 以前よりも支援が統一し、実践されたと思う。 • 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。 • 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。 • 特に変わらない。 • 前より職員同士での声かけが増えた。 • 情報共有することで、より良いケアができると感じた。 • みんな意識してできていた気がする。 • 職員一人ひとりがきちんと行えるようになった。 • 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。 • 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。 • チェック表を行うことで都度意識して取り組める。 • その日の目標を達成できるようにみんな頑張っていた。 • 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。 • 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。
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 自分から情報を発信していなかったことに気づいた。

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"> 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。 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。 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。 対象利用者のことに対し、情報を共有する時間が増えた。 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。
<p>生活支援記録の多職種との一元化</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。
<p>個別介護計画補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「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。 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。 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。
<p>私の24時間希望シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 職員間のコミュニケーションが増えたように思う。
<p>私のケアプラン支援手続書</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 実践する前に「私の姿と気持ちシート」と「支援手続書」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。

<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"> • 情報共有ができた。 • 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。 • 特に変化は感じなかった。 • 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。 • 「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。 • 特に変わらない。 • 声を掛け合うようになった。 • 声かけや細かなことでも情報を共有するようになった。 • 利用者への対応の仕方の勉強になった。 • チームワーク・連携の再確認ができた。 • 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。 • 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。 • 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。 • 一つになって良かった。 • セッションできるようになったと思う。 • 情報共有が必要であると実感した。
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 「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。

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"> 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。 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。 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。
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
<p>個別介護計画 補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
<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"> 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。 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。 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。
<p>私の姿勢と気持ち 支援手順書 ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。
<p>ケアプラン チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> チームで声を掛け合って、業務にあたるようになった。 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。 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。 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。 意識して利用者に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。 特に変わらない。

<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"> • 対応の仕方等について情報共有ができた。 • 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。 • 上手な声かけの仕方など共有できたと思う。 • 今まで以上に利用者に目を向けるようになったと思う。 • 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。 • 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。 • 一つになってやることで、チームの連携が良くなった。 • 情報共有を積極的に行えていると思う。 • 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。
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 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。

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"> 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。 つながりました。 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。
<p>生活支援記録 の多職種との 一元化</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。
<p>個別介護計画 補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
<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"> 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。 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。
<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"> チームでやることの大切さを感じた。 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。
<p>ケアプラン チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> つながっていくと思う。 「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。 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。 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。 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。
<p>24時間 シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> 少しつながった。 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。

(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"> • 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。 • 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かと思う。
<p>生活支援記録の多職種との一元化</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 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。 • 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。 • (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。 • 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。
<p>個別介護計画 補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 「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。 • 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。 • 書式を作るまでにPCの使い方が難しい場面がある。
<p>私の希望シート／ 暮らし方シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 「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。 • 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。
<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"> • 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。 • 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。 • 「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。 • 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。

<p>ケアプラン チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 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。 • その日のうちにチェック表への記入ができない。 • ○、△、×のチェックの着眼点がわかりやすい方が良かった。 • 書式としては、記入しやすいと感じた。
<p>24時間 シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 「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。 • 内容をどこまで記入したら良いのかが難しかった。

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"> 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。
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。
<p>個別介護計画補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 言葉で伝えるよりも効率化されていると感じた。 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。 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。 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。
<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"> 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。 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。 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。 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。
<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"> 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。 書式を使用することでだれでも理解しやすかった。

<p>ケアプラン チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 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。 • 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。
<p>24時間 シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 特に変化なし。 • 「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。

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"> プランの実行は最低限の役割、プラン以外でできる。 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。
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> 特になし。 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。 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。
<p>計画個別介護 補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。
<p>私の希望シート 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 担当だけでなく全体で共有することも大事だと思った。
<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"> 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。 その人の状況の把握にもつながる。生活の質UP。
<p>ケアプラン チェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> 個別支援になっている
<p>24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。

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"> • 専門職として情報の発信、経験の還元。 • 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れないことに気づいたことは勉強になっていると思う。
<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"> • 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。 • 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。 • 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。 • 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。 • 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。 • 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。 • 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。
<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"> • 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。 • 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。
<p>ケアプランチェック表</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 専門性をより意識した支援力、援助力が求められる。 • 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。 • 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。

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"> 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。
<p>多職種との一元化 生活支援記録の</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
<p>個別介護計画補足資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> 利用者に統一したケアの提供が行えるように情報収集するだけでなく、情報共有、情報発信できる環境が必要。 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。 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。
<p>私の希望シート 24時間シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
<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"> 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？ 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。 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。

<p>ケア プラン 表</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • ポジティブプランに目を向けられるかどうか。
<p>24 時間 シート</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 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。 • 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考えている。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。

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实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、計画がつくりっぱなしになりがちの中で、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、実際的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」といったものがあった。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った。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った。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った。

【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った。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。

■資料

1 調査研究ご協力者

本調査研究においては、以下の皆様にご協力をいただきました。

種別と所在地	対象施設及び対象者役職	対応者 (敬称略)	協力対象
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 福祉課主任	三浦せつ子	効果検証B
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 介護課長 相談課長 総合マネジメント部課長	熊谷美紀子 熊谷 美幸 小野寺真奈美	効果検証B
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 副施設長 介護長	雑賀 正志 宮本 栄子	効果検証B
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	成田 裕暁	実践事例調査 効果検証A
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	白石 学	実践事例調査 効果検証A
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	本名 靖	実践事例調査 効果検証A
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 介護課課長 事業課課長 介護課主任 介護課主任 介護課主任	堀井 圭 松島 正人 浅見 修一 市川亜記子 簗野 幸司	効果検証B
介護老人保健施設 (東京都)	特定医療法人社団研精会 法人本部 介護人材育成センター長 介護老人保健施設 デンマークイン新宿 介護科主任	松川 春代 山崎 遼平	実践事例調査
障害者支援施設 (東京都)	社会福祉法人武蔵野会 リアン文京 施設長	山内 哲也	実践事例調査 効果検証A
介護老人福祉施設 (京都府)	社会福祉法人空心福祉会 高齢者複合福祉施設 晴風 施設長 高齢者複合福祉施設 えるむ 施設長 高齢者複合福祉施設 にれの木園 特養部長	井上 伸也 古川 純 荻野 直也	実践事例調査
介護老人福祉施設 (京都府)	社会福祉法人リガール暮らしの架け橋 地域密着型介護老人福祉施設きたおおじ 統括施設長	杉原 優子	実践事例調査 効果検証A

種別と所在地	対象施設及び対象者役職	対応者 (敬称略)	協力対象
介護老人福祉施設 (愛知県)	社会福祉法人明翠会 特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか 介護統括主任	松橋 卓磨	実践事例調査 効果検証A
介護老人福祉施設 (兵庫県)	社会福祉法人きらくえん 高齢者総合福祉施設 けま喜楽苑 事務長 特養部長	松下 寛 篠崎 裕美	実践事例調査
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 副施設長 介護主任 介護主任	井村 貴之 枝松 敦史 野代 愛美	効果検証B
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	三浦 晃史	実践事例調査 効果検証A

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）調査票

※資料編には、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設に送付した調査票を掲載している。
 障害者支援施設には、当該施設が回答しやすいように一部の用語等を変更した調査票を送付した。

令和2年度社会福祉推進事業 介護現場における介護過程実践の実態調査及び効果検証に関する調査研究事業

介護現場における介護過程実践に関する調査 調査票

●ご回答をお願いしたい方
介護福祉士資格を有し、調査対象施設における介護の実践状況について回答できる方

●調査の対象
本調査が実施された、「介護老人福祉施設（地域密着型含む）」「介護老人保健施設」「障害者支援施設」における取組について回答をお願いします。

●回答方法
ウェブフォーム、エクセルファイル、紙面による回答方法を選択できます。
「ご協力をお願い」の回答方法をご参照の上、ご都合に合わせて回答をお願いします。

●回答期限
2020年12月30日（水）までをお願いします。

問1 本調査の回答者（介護福祉士資格所持者）はどなたですか。（1つに○）

1. 介護職
2. 主任、副主任、プロアリーダー、ユニットリーダー、チームリーダー等
3. 生活相談員、生活指導員等
4. 介護支援専門員
5. 施設長・副施設長
6. その他（ ）

問2 貴施設の基本情報についてお聞かせください。

(1) 施設種別（1つに○）

1. 介護老人福祉施設（地域密着型含む）
2. 介護老人保健施設
3. 障害者支援施設

(2) 法人種別（1つに○）

1. 社会福祉法人
2. 医療法人（財団・社団・特別・社会福祉法人等を含む）
3. 都道府県・市町村
4. 財団法人（公益・一般）
5. 社団法人（公益・一般）
6. その他（ ）

(3) 所在地
() 都・道・府・県

(4) 事業開始年月
西暦 () 年 () 月

(5) 入所定員
() 人 ※シヨートステイや通所は含みません

(6) 介護職員数（11月1日現在）
※実人数（専務の場合も1人とカウント）を記入してください。

介護職員合計人数 () 人	内訳 正職員 _____人、うち介護福祉士資格所持者 _____人 正職員以外 _____人、うち介護福祉士資格所持者 _____人
-------------------	--

介護職員全体のうち
経歴年数が3年以上の人の割合は () % あるいは () 人

(7) 貴施設では、介護職以外の専門職が立案している以下の個別計画はありますか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 看護が作成する個別計画
2. 生活相談員、生活指導員等が作成する個別計画
3. リハビリ職が作成する個別計画
4. 管理栄養士が作成する個別計画
5. その他専門職が立案している個別計画 ()
6. 上記の専門職による個別計画は作成されていない

< 1 >

< 2 >

キーワードである個別介護計画と施設サービス計画（ケアプラン）

について、参考別紙で解説しています。
ご確認のうえ、以降のご回答をお願いします。

問3 現在、貴施設においては、介護職による個別介護計画を作成*していますか。

*ここでいう「作成」とは、紙面やデータとして可視化されている状態を意味します
※個別介護計画の様式や書式は問いません

1. 個別介護計画を作成している → 問5へ
2. 個別介護計画を作成していない → 問4へ

問4 個別介護計画を作成していない理由をお教えください。（あてはまるものすべてに○）

1. 施設サービス計画（ケアプラン）で対応できている
2. 法的に義務付けられていない
3. 個別介護計画の必要性を感じない
4. 利用者数が多い
5. 介護人材の不足により作成できない
6. 計画作成できる介護人材が不足している
7. 業務量が増える
8. 負担感がある
9. その他（ ）

問5 個別介護計画は、すべての利用者を作成していますか。

1. すべての利用者を作成している
2. 必要な人、必要な状況に応じて作成している → 具体的に
3. その他（ ）

問6 個別介護計画を作成している理由をお教えください。（あてはまるものすべてに○）

1. 施設サービス計画を具体化するため
2. ヒヤリハットや事故の防止
3. 介護職員からの意見・要望
4. 他の専門職からの意見・要望
5. 施設長や管理職からの意見・要望
6. 利用者や家族からの意見・要望
7. 他施設の実践を知って
8. 教育課程に介護過程が明示されているため
9. 介護実習生への対応
10. わからない
11. その他（ ）

< 3 >

問7 個別介護計画の作成の状況をお教えください。

(1) 個別介護計画を作成・更新するための利用者のアセスメントは、誰が実施していますか。

①アセスメントを実施している人は誰ですか。（実施している人すべてに○）

1. リーダー（主任、副主任、チームリーダー、フロアリーダー、ユニットリーダー等）
2. 一般介護職（リーダー以外の介護職）
3. その他（ ）

②アセスメントしている人の資格所持はどのようになっていますか。（1つに○）

1. 介護福祉士のみが実施
2. 介護福祉士資格の有無に関係なく実施
3. その他（ ）

③アセスメントしている人の雇用状況はどのようになっていますか。（1つに○）

1. 常勤職員のみが実施
2. 常勤・非常勤に関係なく実施
3. その他（ ）

④アセスメントしている人の経歴年数はどのようになっていますか。（1つに○）

1. 一定の経歴年数を経た職員が実施 → 経歴年数（ ）年以上の職員
2. 経歴年数に関係なく実施
3. その他（ ）

⑤アセスメントの実施にあたり、内容の点検や助言をしている人は誰ですか。（すべてに○）

1. リーダー（主任、副主任、チームリーダー、フロアリーダー、ユニットリーダー等）
2. 介護職同士で
3. 介護支援専門員
4. その他（ ）
5. 点検や助言はない

(2) 個別介護計画は、誰が作成していますか。

①作成している人は誰ですか。（作成している人すべてに○）

1. リーダー（主任、副主任、チームリーダー、フロアリーダー、ユニットリーダー等）
2. 一般介護職（リーダー以外の介護職）
3. その他（ ）

< 4 >

②作成している人の資格所持はどのようになっていますか。(1つに○)

1. 介護福祉士のみが作成
2. 介護福祉士資格の有無に関係なく作成
3. その他 ()

③作成している人の雇用状況はどのようになっていますか。(1つに○)

1. 常勤職員のみが作成
2. 常勤・非常勤に関係なく作成
3. その他 ()

④作成している人の経験年数はどのようになっていますか。(1つに○)

1. 一定の経験年数を経た職員が作成 → 経験年数 () 年以上の職員
2. 経験年数に関係なく作成
3. その他 ()

⑤作成にあたり、内容の点検や助言をしている人は誰ですか。(すべてに○)

1. リーダー (主任、副主任、チームリーダー、フロアリーダー、ユニットリーダー等)
2. 介護職員士で
3. 介護支援専門員
4. その他 ()
5. 点検や助言はない

(3) 個別介護計画の評価は、誰が実施していますか。

①評価をしている人は誰ですか。(評価している人すべてに○)

1. リーダー (主任、副主任、チームリーダー、フロアリーダー、ユニットリーダー等)
2. 一般介護職 (リーダー以外の介護職)
3. その他 ()

②評価をしている人の資格所持はどのようになっていますか。(1つに○)

1. 介護福祉士のみが対応
2. 介護福祉士資格の有無に関係なく対応
3. その他 ()

③評価をしている人の雇用状況はどのようになっていますか。(1つに○)

1. 常勤職員のみが対応
2. 常勤・非常勤に関係なく対応
3. その他 ()

④評価をしている人の経験年数はどのようになっていますか。(1つに○)

1. 一定の経験年数を経た職員が対応 → 経験年数 () 年以上の職員
2. 経験年数に関係なく対応
3. その他 ()

⑤評価の実施にあたり、内容の点検や助言をしている人は誰ですか。(すべてに○)

1. リーダー (主任、副主任、チームリーダー、フロアリーダー、ユニットリーダー等)
2. 介護職員士で
3. 介護支援専門員
4. その他 ()
5. 点検や助言はない

問8 貴施設において個別介護計画の作成と、それに基づき介護実践に取り組みだ結果、どのような変化や効果がありましたか。

	十分に ある	ある程度 ある	あまり ない	わからない/ 回答できない
①. 利用者の自立の維持・向上	5	4	3	2
②. 利用者の穏やかな生活の実現	5	4	3	2
③. 家族の理解や関わり向上	5	4	3	2
④. 介護職員の専門職としての意識向上	5	4	3	2
⑤. 介護職員の知識や技術の向上	5	4	3	2
⑥. 介護職チームケアの推進	5	4	3	2
⑦. 他職種との連携推進	5	4	3	2
⑧. 施設サービス計画 (ケアプラン) の充実	5	4	3	2
⑨. 業務の効率化	5	4	3	2
⑩. 人材育成の推進	5	4	3	2
⑪. 介護職のキャリアパスの具体化	5	4	3	2
⑫. 離職者の減少	5	4	3	2

ここからは、施設サービス計画（ケアプラン）について伺います

問9 施設サービス計画（ケアプラン）の作成・更新のアセスメントに、介護職はどのような関わりを持っていますか。（あてはまるものすべてに○）

- 1. 利用者の情報を収集・記録して介護支援専門員に提示している
- 2. 利用者の情報を分析して、介護支援専門員に生活課題を明示している
- 3. サービス担当者会議に参加して意見や助言をしている
- 4. その他（ ）
- 5. 介護職は、施設サービス計画の作成・更新のアセスメントに関わっていない

→ (1) 介護福祉士資格所持者のみが関わっている番号に○をつけてください。

- 1. 利用者の情報を収集・記録して介護支援専門員に提示している
- 2. 利用者の情報を分析して、介護支援専門員に生活課題を明示している
- 3. サービス担当者会議に参加して意見や助言をしている
- 4. その他（ ）
- 5. 介護福祉士のみに限定していない

問10 施設サービス計画（ケアプラン）立案に、介護職はどのような関わりを持っていますか。（あてはまるものすべてに○）

- 1. 介護支援専門員に意見や助言をしている
- 2. サービス担当者会議に参加して意見や助言をしている
- 3. 施設サービス計画（ケアプラン）の原案を介護職が作成している
- 4. 介護支援専門員が作成した原案に意見や助言をしている
- 5. 利用者や家族への説明時に同席して説明している
- 6. その他（ ）
- 7. 介護職は施設サービス計画作成に関わっていない

→ (1) 介護福祉士資格所持者のみが関わっている番号に○をつけてください。

- 1. 介護支援専門員に意見や助言をしている
- 2. サービス担当者会議に参加して意見や助言をしている
- 3. 施設サービス計画（ケアプラン）の原案を介護職が作成している
- 4. 介護支援専門員が作成した原案に意見や助言をしている
- 5. 利用者や家族への説明時に同席して説明している
- 6. その他（ ）
- 7. 介護福祉士のみに限定していない

問11 施設サービス計画（ケアプラン）に基づき介護実践に、介護職はどのような関わりを持っていますか。（あてはまるものすべてに○）

- 1. 施設サービス計画（ケアプラン）の内容を踏まえた介護実践のあり方を介護支援専門員と共有している
- 2. 施設サービス計画（ケアプラン）に基づき介護実践が展開されているか確認している
- 3. 施設サービス計画（ケアプラン）に基づき利用者への支援の実施状況について、介護職間で共有・検討している
- 4. 介護実践の方法の修正が必要な場合は、介護支援専門員に報告・助言している
- 5. 介護実践による生活状況の変化を確認し、介護支援専門員に報告・助言している
- 6. その他（ ）
- 7. 介護職は、施設サービス計画は意識せずに介護実践をしている

→ (1) 介護福祉士資格所持者のみが関わっている番号に○をつけてください。

- 1. 施設サービス計画（ケアプラン）の内容を踏まえた介護実践のあり方を介護支援専門員と共有している
- 2. 施設サービス計画（ケアプラン）に基づき介護実践が展開されているか確認している
- 3. 施設サービス計画（ケアプラン）に基づき利用者への支援の実施状況について、介護職間で共有・検討している
- 4. 介護実践の方法の修正が必要な場合は、介護支援専門員に報告・助言している
- 5. 介護実践による生活状況の変化を確認し、介護支援専門員に報告・助言している
- 6. その他（ ）
- 7. 介護福祉士のみに限定していない

問12 施設サービス計画（ケアプラン）の評価に、介護職はどのような関わりを持っていますか。（あてはまるものすべてに○）

- 1. 日常的に利用者の情報を収集し、記録している
- 2. 介護支援専門員に意見や助言をしている
- 3. サービス担当者会議に参加して意見や助言をしている
- 4. 介護職の観察や記録とズレがないか確認している
- 5. 施設サービス計画（ケアプラン）評価（の一部）を介護職が実施している
- 6. その他（ ）
- 7. 介護職は施設サービス計画の評価に関わっていない

→ (1) 介護福祉士資格所持者のみが関わっている番号に○をつけてください。

1. 日常的に利用者の情報を収集し、記録している
2. 介護支援専門員に意見や助言をしている
3. サービス担当者会議に参加して意見や助言をしている
4. 介護職の観察や記録とズレがないか確認している
5. 施設サービス計画（ケアプラン）評価（の一部）を介護職が実施している
6. その他（ ）
7. 介護福祉士のみに限定してない

問13 貴施設において、介護職が施設サービス計画（ケアプラン）の作成に関わることで、どのような変化や効果がありましたか。

	十分に ある	ある程度 ある	あまり ない	ない	わからない/ 回答できない
①. 利用者の自立の維持・向上	5	4	3	2	1
②. 利用者の望む生活の実現	5	4	3	2	1
③. 家族の理解や関わり向上	5	4	3	2	1
④. 介護職員の専門職としての意識の向上	5	4	3	2	1
⑤. 介護職員の知識や技術の向上	5	4	3	2	1
⑥. 介護職チームケアの推進	5	4	3	2	1
⑦. 他職種との連携推進	5	4	3	2	1
⑧. 施設サービス計画（ケアプラン）の充実	5	4	3	2	1
⑨. 業務の効率化	5	4	3	2	1
⑩. 人材育成の推進	5	4	3	2	1
⑪. 介護職のキャリアパスの具体化	5	4	3	2	1
⑫. 離職者の減少	5	4	3	2	1

< 9 >

問14 貴施設において、介護職等がアセスメント、計画立案、実施、評価をする際に使用しているツールや書式をお教えください。達成、独自を問いません。

【記入例と注意点】

研修会等で使用したシート等を活用している場合はその名称と貴施設での利用方法や効果、施設独自で作成されている場合は下記のように具体的に記入下さい。

実施	使用している書式やシート	特徴や利用方法・効果
	気持ちカード	介護職員が気付いたことをメモし、申し送りやケースカンファレンス等で共有し、日々のアセスメント等に利用している。カードとPC入力と両方の方法があるが、カードはいつでも配属できるように小さな書きメモ。
	ケアプラン実施状況確認表	ケアプランに記載されている介護が、いつ、だれにより、どのように実施されているかを確認・記録する表。ケアプランに基づく介護の実績ができていないかを見える化して共有する。

【回答記入欄】

実施	使用している書式やシート	特徴・利用方法・効果等
アセスメント		
計画立案		

< 10 >

実施	特徴・利用方法・効果等
実施	
評価	

問15 貴施設の職員・関係者における、個別介護計画に対する理解についてお教えてください。回答者の主観でかまいません。

	十分に理解されている	ある程度は理解されている	あまり理解されていない	理解されてはいない	わからぬ
①. 介護福祉士資格所持者	5	4	3	2	1
②. 介護福祉士以外の介護職	5	4	3	2	1
③. 介護職の主任・リーダー等	5	4	3	2	1
④. 生活相談員、生活指導員等	5	4	3	2	1
⑤. 介護支援専門員	5	4	3	2	1
⑥. リハビリの専門職	5	4	3	2	1
⑦. 看護職	5	4	3	2	1
⑧. 医師	5	4	3	2	1
⑨. 施設長	5	4	3	2	1
⑩. 利用者や家族	5	4	3	2	1

< 11 >

▶貴施設における介護過程の実践における改善点や課題などがあればお聞かせください。
アセスメント、計画立案、実施、評価それぞれの段階における改善点や課題

書式やツールに関する改善点や課題

人材育成に関する改善点や課題

組織（体制）に関する改善点や課題

その他、介護過程の実践を推進していくための改善点や課題など

協力ありがとうございました

< 12 >

令和2年度 社会福祉推進事業

介護現場における介護過程実践の実態調査及び効果検証に関する調査研究事業

令和3(2021)年3月

株式会社コモン計画研究所

166-0015 東京都杉並区成田東5-35-15

(代表) 03-3220-5415
