

第Ⅲ章 介護職員における 課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

1. 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する過去調査の整理

介護現場での課題対応力強化に向けた取り組み実態として、これまでに実施した調査からの整理を行うこととする。

(1) 資質向上取り組み前の資質実態に関する調査⁶

介護現場での課題対応力の強化の取り組み前の資質実態を示すものとして、介護キャリア段位制度のレベル認定取得にあたり最初に実施する「期首評価」のデータが参考となる。

この「期首評価」は、介護キャリア段位制度のレベル認定取得にあたり、介護キャリア段位制度で示している介護の実践的スキルの評価基準を用い、その時点で何が「できる」のか、何が「できていない」のか自己評価ならびに他者評価を行うものとなる。

介護キャリア段位制度では、この「期首評価」において「できていない」項目を確認し、一定期間をかけ「できる」ようになるまで OJT の実施を促す仕組みとなっており、効果的・効率的な資質向上の取り組みとなっている。つまり、「期首評価」の「できる」「できていない」の集積データは、介護現場における介護職員の実践的スキルの資質実態を的確に表しているといえる。

そこで、平成 29 年度の調査研究において、「期首評価」の集積データ (n=8,910) の分析を行うこととし、介護職としての経験年数において「できる」「できていない」の集計を行った。その結果、入浴介助・食事介助・排泄介助といった基本介護については、1・2年の早い段階でほとんど「できる」ようになっているが、臨機応変な対応が必要となってくる「状況の変化に応じた対応」、中でも「認知症の方がいつもと違う行動を行った場合の対応」については、3年経過でも介護職員の半数が「できていない」との結果が示された。また、今回の重点課題として取り組みが必要となってくる「介護過程の展開」や「終末期ケア」については5年経験年数を積み重ねた職員においても、半数が「できていない」との結果が示され、「地域包括ケアシステムの取り組みに」至っては、20年の経験年数を積み重ねた職員においても、半数以上が「できていない」との結果が示された。

⁶ 平成 29 年度「OJT を通じた介護職員の人材育成に関する調査研究」事業報告書第 3 章 (シルバーサービス振興会)

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

■ 期首評価データ 経験年数別 評価項目 (全体：n=8,910)

「できていない」率



大項目	中項目	評価項目	経験年数																				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
I. 基本介護技術の評価	1.入浴介助	1 入浴前の確認ができる	17.2	13.5	12.9	8.5	7.1	6.7	6.9	8.1	5.8	6.2	5.5	4.5	4.8	4.2	4.3	2.9	2.5	0.8	1.2	4.7	
		2 衣服の脱着ができる	18.3	15.3	11.4	11.0	7.9	8.8	6.1	7.7	6.1	6.0	6.3	4.0	5.6	6.7	6.0	4.4	1.6	5.3	3.4	3.1	
		3 洗剤ができる	24.3	18.1	14.6	13.5	8.9	8.3	7.5	9.7	8.2	6.9	6.6	7.8	6.5	6.4	6.5	4.4	3.3	7.6	2.3	4.7	
		4 清拭ができる	46.7	35.4	28.0	19.0	16.7	9.9	12.4	14.5	11.7	10.4	10.2	8.1	8.4	6.7	7.9	5.8	2.5	3.8	2.4	6.3	
	2.食事介助	1 食事前の準備を行うことができる	18.9	15.9	13.3	10.6	9.1	7.2	7.5	9.5	7.7	6.4	5.5	6.5	5.1	5.1	6.8	5.8	1.7	3.8	2.3	3.1	
		2 食事介助ができる	26.6	21.9	18.0	14.0	12.2	10.6	9.6	11.3	11.9	10.7	8.0	8.3	8.1	8.3	9.5	5.8	7.4	8.4	4.7	5.5	
		3 口腔ケアができる	30.0	25.3	19.6	15.6	13.9	9.4	11.1	12.5	7.9	9.2	7.4	6.9	7.3	8.4	9.2	2.9	5.8	7.7	4.7	6.3	
	3.排泄介助	1 排泄の準備を行うことができる	12.0	11.0	8.9	7.7	6.7	5.3	5.6	5.5	4.9	3.7	2.7	4.2	4.0	2.9	4.3	2.9	3.3	2.3	3.4	1.6	
		2 トイレ(便・タルトレシ)での排泄介助ができる	25.8	23.8	20.4	13.4	12.4	10.4	9.4	10.7	8.2	9.0	8.2	8.0	7.5	7.4	6.8	6.3	4.1	7.6	3.4	7.1	
	4.移乗・移動・体位変換	1 起座の介助ができる	29.6	22.2	19.0	10.5	10.6	8.0	7.3	10.1	6.6	8.5	7.1	6.5	5.4	4.2	7.1	3.4	5.0	6.9	3.5	1.6	
		2 トイレ(便・タルトレシ)での排泄介助ができる	20.8	19.1	13.8	13.0	8.4	8.8	7.7	7.1	5.4	6.4	4.7	5.1	5.6	2.2	4.1	3.4	2.5	2.3	2.3	1.6	
		3 一部介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる	28.1	27.0	21.7	17.2	13.3	10.2	11.3	12.1	11.2	8.8	9.4	9.6	9.9	8.1	7.9	5.3	9.9	7.6	4.7	4.7	
		4 全介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる	35.9	32.8	28.7	20.1	16.7	14.1	14.8	15.2	13.1	10.0	11.3	11.2	10.5	10.3	9.5	8.8	8.3	13.7	4.8	7.1	
		5 移乗介助ができる	35.4	29.1	23.1	19.3	15.0	12.7	11.0	12.3	10.2	12.2	6.7	10.4	6.5	9.1	13.1	7.9	10.1	7.1	3.5	9.6	
	5.状況の変化に応じた対応	1 咳やせきみに対応ができる	33.1	28.3	21.3	15.1	13.9	11.3	9.2	10.1	6.8	8.6	7.5	7.2	5.4	5.8	6.6	3.9	7.4	5.3	6.0	3.2	
		2 便・尿の異常に対応ができる	40.3	30.3	23.9	16.9	14.7	11.7	9.8	10.1	9.1	6.5	8.8	7.6	6.0	5.3	9.7	4.2	1.7	5.8	2.7	4.2	
		3 皮膚の異常に対応ができる	54.6	39.6	30.9	25.8	21.2	18.1	14.1	12.3	10.3	11.0	14.7	8.9	4.3	10.7	6.8	6.0					
		4 認知症の方いっしょに過ごす行動を行った場合に対応ができる	56.7	42.8	33.6	25.7	23.9	18.8	14.1	12.3	10.3	11.0	14.7	8.9	4.3	10.7	6.8	6.0					
	II. 利用者視点での評価	1.利用者家族とのコミュニケーション	1 相談・苦情対応ができる	63.9	53.6	47.1	36.9	31.2	28.2	24.0	22.0	20.2	21.2	19.6	20.8	17.3	16.3	20.5	13.2	11.3	14.2	9.5	18.8
			2 利用者に対する対応ができる	70.0	60.4	50.5	43.8	38.5	31.5	31.6	30.0	29.6	26.8	24.1	21.1	20.0	17.3	16.3	20.5	11.1	14.9	15.7	11.8
2.介護過程の展開		1 利用者に関する情報を収集できる	37.9	31.7	26.8	23.0	17.7	14.6	14.3	11.7	12.3	11.1	10.1	7.9	5.2	6.6	5.3	7.4					
		2 個別介護計画を立案できる	43.8	32.6	31.1	24.3	17.8	14.0	14.6	13.6	13.4	11.1	10.1	4.7	7.4	10.7	5.7	7.8					
3.感染症対策・衛生管理		1 個別介護計画に基づく支援の実施・モニタリングができる	81.3	69.5	61.8	56.5	50.7	41.9	39.2	40.6	33.9	34.1	25.9	26.0	25.5	26.6	26.5	19.4	21.3	22.5	14.3	30.4	
		2 個別介護計画の評価ができる	74.4	61.8	51.7	46.6	40.7	33.0	33.1	31.3	25.0	29.1	21.2	20.5	19.5	21.2	20.1	15.9	23.1	20.7	12.9	22.6	
4.事故発生防止		1 感染発生時の対応ができる	77.3	67.2	59.1	53.4	48.3	36.3	37.1	35.5	30.9	33.0	24.3	24.9	26.4	25.6	22.1	20.7	25.0	24.3	17.1	26.1	
		2 感染発生時の対応ができる	41.3	36.6	28.6	24.2	20.4	14.9	15.1	12.3	12.5	13.2	9.4	10.3	9.4	12.5	11.2	11.2	7.8	8.3	6.8	13.1	
5.身体拘束防止		1 ヒヤリハットの視座を持っている	66.4	57.1	43.7	33.1	30.5	23.0	25.4	22.3	15.2	17.3	14.2	15.3	13.4	16.4	15.2	9.7	11.3	12.4	4.1	16.5	
		2 事故発生時の対応ができる	36.6	28.2	24.8	22.6	17.5	10.8	14.0	11.0	11.3	8.6	8.8	9.5	13.0	11.5	8.9	7.4	6.1	7.4	4.0	7.4	
6.終末期ケア		1 身体拘束防止の対応ができる	57.6	41.6	32.5	28.0	22.1	16.9	15.5	14.9	14.2	12.0	12.6	11.3	10.9	11.5	12.2	7.5	10.4	11.5	6.8	11.6	
		2 事故報告書を作成できる	48.9	37.3	27.1	24.5	22.7	13.9	15.5	17.6	13.6	14.1	12.5	13.4	14.2	11.6	13.1	8.8	14.8	10.7	12.9	14.0	
III. 地域包括ケアシステム	1.地域包括ケアシステム	1 身体拘束防止に向けた対応ができる	68.5	51.1	47.7	40.4	29.3	23.7	27.4	26.3	18.7	21.2	14.4	12.0	14.7	8.8	20.9						
		2 終末期に利用者や家族の状況を把握できる	67.5	61.4	54.9	42.3	40.7	35.4	31.1	30.2	24.2	24.2	21.1	20.0	17.3	16.3	20.5	13.2	11.3	14.2	9.5	18.8	
2.リーダーシップ	1.地域内の社会資源との情報共有	1 終末期に医療機関または医療職との連携ができる	85.1	75.3	60.3	57.4	47.3	36.6	39.1	44.2	36.0	35.8	29.4	33.1	28.0	32.6	33.1	29.9	32.4	28.7	25.4	23.9	
		2 地域内の社会資源との業務協力	89.8	83.7	84.5	79.1	73.4	68.6	69.6	65.8	67.6	63.7	54.7	54.5	52.0	48.5	53.8	43.9	51.9	45.0	50.9	46.6	
		3 地域内の関係職種との交流	90.6	85.7	87.7	81.1	74.4	72.6	74.0	71.6	72.2	69.3	60.3	60.8	57.8	54.9	57.6	48.8	50.0	52.5	54.4	46.6	
2.リーダーシップ	2.地域内の関係職種との交流	1 現場で適切な技術指導ができる	89.8	84.5	84.5	77.7	73.6	70.1	68.1	67.4	68.9	63.5	59.5	56.6	52.5	47.8	53.2	46.0	55.7	52.5	45.6	43.2	
		2 部下の業務支援を適切に行っている	95.5	95.6	94.2	92.9	88.2	83.2	89.2	84.7	82.4	77.7	79.7	75.1	72.1	68.7	71.6	63.1	64.6	77.6	64.3	61.8	
		3 評価者として適切に評価できる	88.4	79.0	67.7	61.5	52.2	41.3	44.5	39.8	36.1	34.3	30.6	24.1	21.1	20.0	17.3	16.3	20.5	11.1	14.9	15.7	11.8

次に、「介護福祉士」の有資格者 (n=5,039) に絞り込み、先と同様に介護職としての経験年数において「できる」「できていない」の集計を行った。その結果、全体での分析と全く同様の結果となり、介護福祉士であっても「介護過程の展開」や「終末期ケア」については5年経験年数を積み重ねた職員においても、半数が「できていない」との結果が示され、「地域包括ケアシステムの取り組み」至っては、20年の経験年数を積み重ねた職員においても、半数以上が「できていない」との結果が示された。

「介護福祉士」の有資格者、すなわち介護の専門知識(わかる)を有した職員が、介護現場で経験を積み重ねたとしても、介護現場で取り組むべき重点課題に対する対応スキルは身につけられない現状が示された。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

■ 介護福祉士有資格者の 経験年数別 評価項目 (介護福祉士全体：n=5,039)



大項目	中項目	評価項目	経験年数																				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
I. 基本介護技術の評価	1. 入浴介助	1 入浴前の確認ができる	12.1	9.5	8.1	7.9	6.8	5.3	5.3	7.6	5.0	5.4	4.4	4.8	3.8	4.1	3.1	2.5	2.1	0.0	1.5	3.1	
		2 衣服の着脱ができる	19.0	10.7	5.1	7.6	8.0	10.2	4.7	6.5	6.0	6.3	5.9	4.5	5.2	7.0	5.6	5.7	1.0	3.0	4.3	2.1	
		3 洗体ができる	21.6	12.5	11.0	9.5	8.5	8.0	5.9	10.0	5.7	6.2	5.1	7.6	5.9	5.3	5.3	3.8	3.1	5.9	2.9	1.0	
		4 清拭ができる	33.3	24.0	18.7	13.2	14.9	9.4	9.8	13.2	8.7	8.8	8.1	7.3	7.0	6.6	6.7	6.3	1.0	3.0	2.9	5.3	
	2. 食事介助	1 食事前の準備を行うことができる	17.2	8.7	8.8	8.3	6.8	5.8	5.0	8.8	7.4	5.4	5.8	6.2	4.2	4.9	6.6	6.3	1.0	3.0	1.4	2.1	
		2 食事介助ができる	22.4	13.5	11.8	12.4	10.0	11.9	8.9	10.3	12.1	11.2	6.6	7.6	7.0	7.8	8.8	5.0	5.1	8.0	5.8	2.1	
		3 口腔ケアができる	19.8	10.6	10.3	12.0	12.2	8.3	8.8	11.7	7.4	9.8	6.6	7.3	6.3	5.8	9.1	3.1	3.1	6.1	5.8	3.2	
	3. 排泄介助	1 排泄の準備を行うことができる	9.5	6.7	4.4	5.4	6.4	4.2	3.2	4.4	4.4	3.6	3.3	4.5	3.5	2.9	3.2	3.1	2.0	2.0	4.3	0.0	
		2 トイレ (ポータブルトイレ) での排泄介助ができる	22.4	16.3	12.5	10.9	12.5	10.0	7.4	9.7	7.7	9.4	7.3	7.9	7.3	7.8	7.0	6.9	3.1	6.0	4.3	3.2	
		3 おむつ交換を行うことができる	21.7	16.3	12.6	10.5	10.0	6.4	5.3	9.1	6.4	7.9	6.2	6.8	4.9	4.9	6.7	3.8	2.0	4.0	4.4	0.0	
	4. 移乗・移動・体位変換	1 起居の介助ができる	15.5	13.5	9.6	10.5	8.8	7.2	6.8	7.0	3.7	6.1	4.8	5.4	5.2	2.5	3.1	3.1	1.0	1.0	2.9	1.1	
		2 一部介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる	26.7	23.1	18.4	14.5	12.6	10.5	8.9	13.5	10.1	8.8	8.8	9.9	9.1	9.0	7.7	6.3	8.2	7.0	5.9	3.2	
		3 全介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる	27.0	24.0	19.3	16.1	15.0	13.1	12.1	12.9	11.7	9.5	11.0	11.9	10.4	10.7	8.0	8.8	5.1	13.0	6.0	3.2	
		4 杖歩行の介助ができる	31.9	26.9	14.8	16.0	14.9	12.1	9.5	10.4	8.8	12.3	6.3	10.3	5.9	7.9	10.9	8.9	9.4	5.2	6.5	7.4	
		5 体位変換ができる	22.6	18.4	13.5	10.9	10.6	10.3	7.7	8.2	5.7	8.3	6.3	7.1	4.6	5.3	5.3	5.0	7.1	4.0	3.0	1.1	
	5. 状況の変化に応じた対応	1 咳やむせこみに対応ができる	33.7	17.8	13.5	15.0	11.6	10.3	7.5	8.2	5.7	5.5	8.4	7.9	4.5	4.8	9.1	3.3	1.1	3.2	1.7	1.1	
		2 便・尿の異臭に対応ができる	43.8	43.3	18.2	20.9	14.1	11.3	9.5	10.7	8.0	10.1	10.3	6.0	3.3	8.6	6.7	2.2					
		3 皮膚の異臭に対応ができる	41.2	35.6	23.5	19.7	20.1	12.6	11.8	11.9	8.4	10.5	13.6	6.0	4.3	9.7	5.0	3.3					
		4 認知症の方のつづと寝た行動を行った場合に	53.1	44.9	31.8	32.1	25.9	27.7	21.5	19.9	16.5	19.1	19.8	19.7	16.5	18.6	12.0	8.6	10.9	8.3	16.5		
	II. 利用者視点での評価	1. 利用者家族とのコミュニケーション	1 相談・苦情対応ができる	68.0	65.2	44.0	38.7	31.3	28.9	29.1	27.1	26.7	24.9						10.1	13.0	11.8	11.5	14.0
2 利用者特性に応じたコミュニケーションができる			30.9	25.8	21.6	16.9	13.9	14.0	13.0	10.2	9.6	11.3							6.8	3.2	5.3	4.9	7.5
2. 介護過程の展開		1 利用者に関する情報を収集できる	36.0	23.3	20.2	19.7	15.4	13.1	13.2	13.2	12.1	10.2							5.1	6.8	11.1	7.1	6.7
		2 個別介護計画を立案できる	70.3	57.5	42.9	52.0	47.4	38.2	37.0	35.7	30.9	31.2	24.1	22.3	23.7	24.5	23.6	13.2	17.0	20.2	12.5	27.8	
		3 個別介護計画に基づき実施の記録・モニタリングができる	62.2	47.9	37.0	40.2	35.6	32.0	32.3	26.4	23.3	27.2	18.5	18.3	18.3	20.6	18.1	11.0	21.6	18.0	12.5	18.9	
		4 個別介護計画の評価ができる	63.5	52.1	37.8	51.3	43.4	35.6	35.3	31.1	28.6	31.0	22.5	21.5	24.4	23.4	20.5	13.3	21.6	21.3	17.9	25.6	
3. 感染症対策・衛生管理		1 感染症予防対策ができる	33.0	32.2	24.8	19.5	16.7	14.0	13.7	11.4	10.0	13.3	7.7	7.8	8.5	10.0	10.3	9.5	7.5	2.2	5.1	7.5	
		2 感染症発生時に対応できる	55.7	48.9	34.9	28.4	25.1	23.0	20.5	19.3	10.7	14.7	12.3	13.4	12.3	15.3	13.4	7.6	9.7	6.5	3.4	16.1	
4. 事故発生防止		1 ヒヤリハットの視点を持っている	28.1	22.2	21.8	19.0	12.7	9.7	12.1	9.2	10.1	8.8	8.0	8.1	11.8	10.0	7.7	4.7	4.3	6.4	5.0	5.4	
		2 事故発生時の対応ができる	47.4	34.4	19.3	23.6	17.3	16.2	12.8	11.5	10.4	10.3	9.2	10.6	9.6	9.5	8.9	6.1	9.7	8.5	6.8	7.5	
		3 事故報告書を作成できる	32.1	32.9	15.7	20.3	16.0	12.7	13.0	13.5	10.1	12.2							5.6	9.1	8.9	14.3	8.8
5. 身体拘束防止		1 身体拘束防止に向けた対応ができる	59.7	49.3	35.1	34.8	24.8	22.7	25.0	24.1	14.9	23.6							1.1	11.4	11.5	9.1	17.6
	2 身体拘束を行わざるを得ない場合の手続きができる	78.9	77.5	67.4	65.0	55.0	52.3	53.9	51.9	40.5	46.3							7.0	30.7	28.9	25.5	27.5	
6. 終末期ケア	1 終末期の利用者や家族の状況を把握できる	65.3	62.5	39.8	43.3	36.5	34.0	34.5	33.3	31.5	27.9	25.8	25.1	23.8	27.2	26.0	18.3	24.1	17.4	9.3	22.2		
	2 終末期に医療機関または医療職との連携ができる	75.0	69.0	43.0	52.9	42.8	45.8	37.5	39.2	35.0	34.7	27.0	30.9	25.4	32.8	33.1	25.8	26.7	24.4	22.2	24.4		
III. 地域包括ケアシステム&リーダースHIP	1. 地域包括ケアシステム	1 地域内の高齢者との情報共有	81.8	84.5	76.5	71.2	65.2	64.5	66.0	60.6	65.9	60.0	51.9	50.0	47.6	43.6	41.4	42.1	47.9	41.6	48.3	44.3	
		2 地域内の社会資源との業務協力	84.8	86.2	80.0	71.2	72.6	70.5	71.0	68.8	70.9	66.0	58.9	57.3	54.8	53.3	56.1	45.8	46.6	49.3	55.3	44.3	
		3 地域内の関係職種との交流	81.8	86.2	77.5	67.8	70.2	67.1	63.7	64.7	65.3	59.5	58.4	52.0	49.5	46.4	51.6	42.6	52.1	49.3	44.7	41.8	
		4 地域包括ケアの管理業務	93.8	96.6	92.4	89.5	86.1	79.6	87.4	82.3	80.8	74.9	78.7	73.1	68.1	67.2	69.8	59.8	62.0	73.0	61.7	60.0	
2. リーダースHIP	1 現場で適切な技術指導ができる	83.3	77.6	58.8	51.0	45.7	36.2	40.3	35.9	32.0	30.4	27.6	25.4										
	2 部下の業務支援を適切に行っている	86.4	79.3	54.3	49.7	47.8	40.0	40.1	39.5	35.3	33.8	30.2	30.2										
	3 評価者として適切に評価できる	86.2	80.7	70.9	67.7	60.1	50.2	53.3	52.7	46.0	44.4	38.6	36.7										

本調査結果からの示唆

本調査研究に基づき、課題対応力強化に向けた取り組みを考察すると、取り組むべき重点課題として挙げられている「認知症への対応力向上に向けた取組の推進」「看取りへの対応の充実」「医療と介護の連携の推進」、「自立支援・重度化防止の取組の充実」に対する対応力強化については、介護現場において効果的・効率的に行われていないといえる。

今後、介護現場において効果的・効率的に対応力強化を図っていくためには、介護キャリア段位制度の介護の実践的スキルの評価基準のような、介護の専門職として身につけるべき資質を明示し、それをもって介護職員の資質の評価を行い、その時点で何が「できる」のか、何が「できていない」のかを明らかにして、介護職員自身、ひいては介護事業所が介護職員の資質の現状を認識することが、まず第一に実践しなければならないことといえる。

その上で、「できていない」ことに対して、介護現場の中でOJTを実施していき「できる」となるよう実践的スキルの向上を図っていくことが、介護現場において効果的・効率的な対応力強化の実施につながるといえる。

(2) 基礎的介護技術の資質実態に関する調査

介護現場における介護職員の基礎的介護技術の資質の実態を示すものとして、過去先行調査で行った介護技術評価票データ分析結果⁷が参考となる。

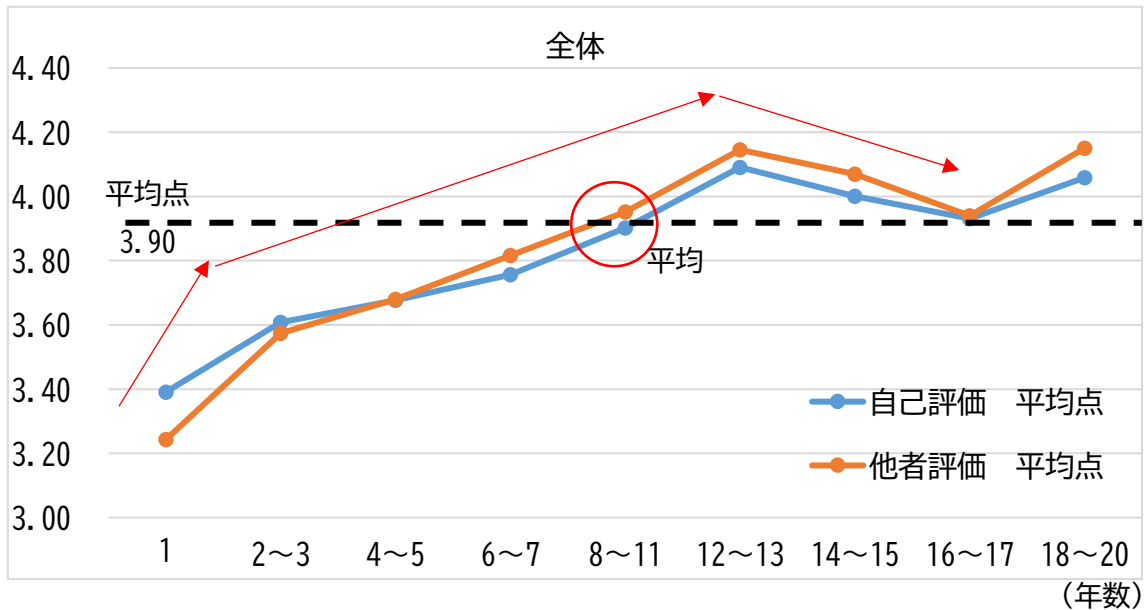
令和2年度の介護キャリア段位制度アセッサー講習カリキュラムの一環として、アセッサー講習受講者が所属する介護事業所の中から、介護に関する資格の有無、介護の経験年数等に関係なく介護職員を5名程度抽出してもらい、外国人介護人材を含めた、初任者研修修了相当の介護職員の介護技術評価票として開発された「入門レベルの評価項目セット(29項目:「入浴介助」、「食事介助」、「排泄介助」、「移乗・移動・体位変換」、「感染症対策・衛生管理」、「事故発生防止」)」を用いて、介護職員自身による自己評価と評価者による他者評価を演習課題として実施した。本調査ではそこで実施された評価の結果を分析したものとなる(n:3,898)。

評価は5段階として、「完全にできる(5点)」「ほぼできるが、改善の余地あり(4点)」「できていたが、まだ指導が必要(3点)」「できていないことが多く、指導が必要(2点)」「全くできていない、実施したことがない(1点)」とし、介護の経験年数の推移により介護職員の基礎的介護技術の資質向上の傾向を分析したところ、最初の2～3年までは急激な伸びがみられており資質向上が図られていることが明らかとなり、その後はなだらかに上昇していることで、基礎的介護技術については12～13年まで資質向上が図られていることが明らかとなった。一方で14年～15年以降になると資質に関して下降傾向となり、資質向上が図られていないことが明らかとなった。

このことにより、基礎的介護技術を含めた資質向上の取り組みは最初の2～3年までは実施されているが、その後は資質向上の取り組みがあまりされなくなることから、10年を超えた辺りから我流の介護技術となっていく、それが12～13年を超えると基礎的介護技術の資質が低下する傾向として現れるということが示された。

⁷ 令和2年度「根拠に基づく介護(EBC:エビデンス・ベースド・ケア)の記録及び情報共有の在り方と現場OJTでの活用に関する調査研究」事業報告書第2章(シルバーサービス振興会)

■ 自己評価・他者評価 経験年数推移
(点数)



また、同評価データを、サービス種別で集計したところ、経験年数推移により得点の傾向に差があることが示された。

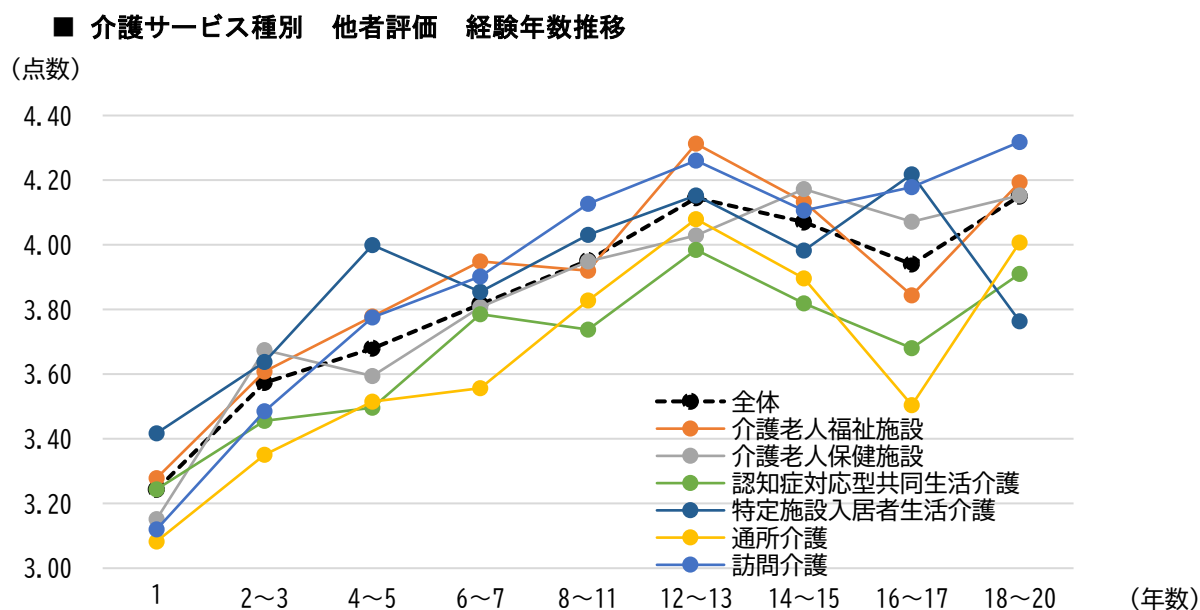
介護老人福祉施設では、経験年数8～11年の段階で成長が鈍化し、14～17年目にかけてスキルの低下がみられており、ベテラン職員層の成長支援が求められることが示唆された。通所介護や認知症対応型共同生活介護については、全体的に平均点を下回っており、スキルの伸長も全体的に鈍い傾向がみられた。

一方、訪問介護や介護老人保健施設においては全体的に平均を上回り、経験年数を積みごとにスキルが上がる傾向が読み取れた。

介護サービス種にみる傾向は、介護サービス種自体の特徴だけでなく、事業所の教育プログラムの浸透状況もあらわしている可能性が考えられる。小規模で外部からの目線が働かない環境下では、他者評価なしに介護スキルを向上させていくことは、一層難しいといえる。

入門レベルの介護技術とは、説明と同意、意向確認、基本となる安全動作等、利用者主体のケアの基本をなしており、基盤なくして個別ケアの実践、求められる介護課題に対する対応力強化は成しえない。介護現場では基礎と応用は区別されておらず、よって介護スキルが積みあがっていかないという、非生産性の実態が示される中で、評価の仕組みによることにより、事故発生に依らずして介護技術の現有スキルを可視化することができる。

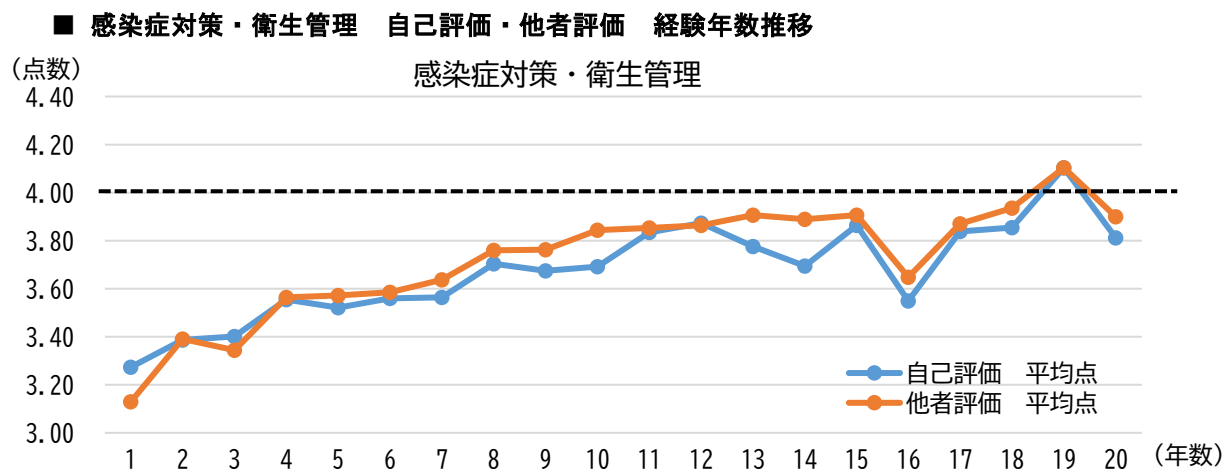
介護現場での課題対応力強化にむけては、介護サービス種、経験年数によるスキル習得状況の差異を踏まえた教育プログラムを設計することが有用であり、経験年数を経たタイミングでのスキル確認、基本立ち返りの機会を設けることが重要といえる。



評価項目「感染症対策・衛生管理」の経験年数推移にみる対応力強化の実態

評価項目別として、感染症対策・衛生管理（身体介護業務に伴う感染対策の詳細な知識を有すること）の評価結果では、経験年数に関係なく点数が低く、「できる」といえる4点以上に到達することがほぼ見られなかった。また、自己評価と他者評価の乖離は他項目と比べて少なく、職員自身ができていないことを自覚している、とも読み取れた。

本評価は、令和2年度時点のものであり、新型コロナウイルス感染症対策下である中であるが、介護サービス全体では、日々の業務における感染症対策・衛生管理、スタンダードプリコーションの理解が徹底できていないと読み取れ、職員への教育プログラムの提供、感染対策に関する情報提供など、職員のスキル把握の次のステップが重要といえる。



第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

また、感染症対策・衛生管理について要指導（3点以下）とした理由について取りまとめたところ以下の通りとなっていた。

本評価他者評価にて要指導（3点以下）とした理由例

経験年数1年目群： 1～3点と評価した理由
適切な手洗いの工程を抜かしてしまうことがある。
適切な手洗い、プラテ(手袋)の使用が出来ていないことがある。
適切な手洗いなどスタンダードプリコーションの理解が不足している。
疾病予防に必要な知識はない。
1 処置 1 手洗いに対する意識が薄れることがある
スタンダードプリコーションができていない。感染リスクのある場面でも、手袋を使用せず介助する等の行為が度々見られた。ご利用者の既往を把握できていない。
知識はある程度あっても、ケアの前後の手洗いなどが不十分
経験年数2・3年目群：1～3点と評価した理由
ご利用者の既往を把握できていない。スタンダードプリコーションができていない。
手順があいまい
マスクをしていなかったり、アルコール消毒が不十分である。
嘔吐物の処理に不十分なところあり
ディスプレイ使い回し
清潔・不潔の認識が少しあまい。
衛生管理が不十分です。一処置一手洗いができていません。
経験年数4～6年目群： 1～3点と評価した理由
オムツ交換後手袋を脱いだあとの手洗いが無い。居室を出る時の手洗いが無い
ひとケアごとの手洗は行えていない。
ガウンテクニックなど不十分なところがある。着脱の順番なども逆になっている時もあった。
感染諸対策についての意識がまだ低い。
疾病予防に必要な知識が十分とは言えない。
理解はしているが、できていないことがある。必要性を理解できていない
感染対策の知識不足（嘔吐物の処理や対応など）
経験年数7～9年目群： 1～3点と評価した理由
マスクは着用しているが、手袋の着用、ケア前後の手洗いが不十分である。
オムツ、清拭、エプロン等感染の媒介となるものを、床に直接置いていた事が数回あった。
パット交換時に使用してもらうはずの排泄エプロンをしようせずに介助していることが多々ある。清潔・不潔の区別をしっかりと。手洗い、消毒は問題なく行えている。
手洗いが短いなど感染の事に対する意識が低い。
排泄介助後のエプロン、手袋の適切な処理ができていない
忙しさに負けて不十分

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

1 ケア 1 ケアの手指消毒が行えていない
経験年数 10～15 年目群：1～3 点と評価した理由
知識に乏しい。聞かれても「分からない」という。
適切な感染対策（個人防護具の着脱）の順番が間違っていた
研修参加がすくなく、基本的な所しか知識がない。
標準予防策をとれていない時があった。
1 ケア 1 手洗い実施不足
手袋やビニール袋を使用して介助をおこなっているが、その都度消毒や清潔の徹底ができていない
手洗いをする習慣が時々ないように感じました。
経験年数 16～20 年目群： 1～3 点と評価した理由
感染対策に関する知識は有しているも、実際の現場での感染対策は手洗いや消毒の頻度からみて不十分さが見られる為、今後も危機意識・リスク管理を高める指導が必要。
手洗いを忘れることがあった。
安全衛生教育が不足している
感染予防対策の対応を忘れる事がある。
パット交換時の汚染物の扱い方に指導が必要
適切な手洗いが曖昧なことがあった
感染対策への意識・知識が不十分

本調査結果からの示唆

本調査研究に基づき、課題対応力強化に向けた取り組みを考察すると、基礎的な介護技術であっても、資質向上の取り組みとして日々提供するケア行為の中で必ずしも実施されているとは限らないことが示されていることから、基準に照らしての振り返り、他者比較、他者評価といった、確認の機会を設けない場合は、課題対応力強化に向けた取り組み以前に基礎的な介護技術として誤った介護が引き続き提供され、課題・問題として表出されずに、利用者のケアへと反映される可能性があるといえる。

課題対応力強化に向けた取り組みにあたり、提供する介護の確認の機会を設け、基本の立ち返り、軌道修正を図る機会を持つといった資質向上の取り組みの基盤を構築し、その上で、課題対応力強化に向けた取り組みの中長期的な取り組みを視野に、職員のスキル確保向上、提供するケアの質の確保を行うことが必要であるといえる。

(3) 資質向上の取り組みに要する OJT 実施期間に関する調査⁸

介護キャリア段位制度では、「期首評価」結果に基づき、OJT 実施計画を立て、「できていない」介護技術を中心に OJT を実施し、一定期間経過後「できる」となったかどうかを確認する「期末評価」を行う仕組みとなっている。

過去調査においては、各評価項目（実践的スキル）別の「できていない」から「できる」ようにする OJT 実施期間を算出し、評価項目に示す介護の「実践的スキル」の向上にどの位の期間を要するか検証を行った（対象評価データ n=4,386）。

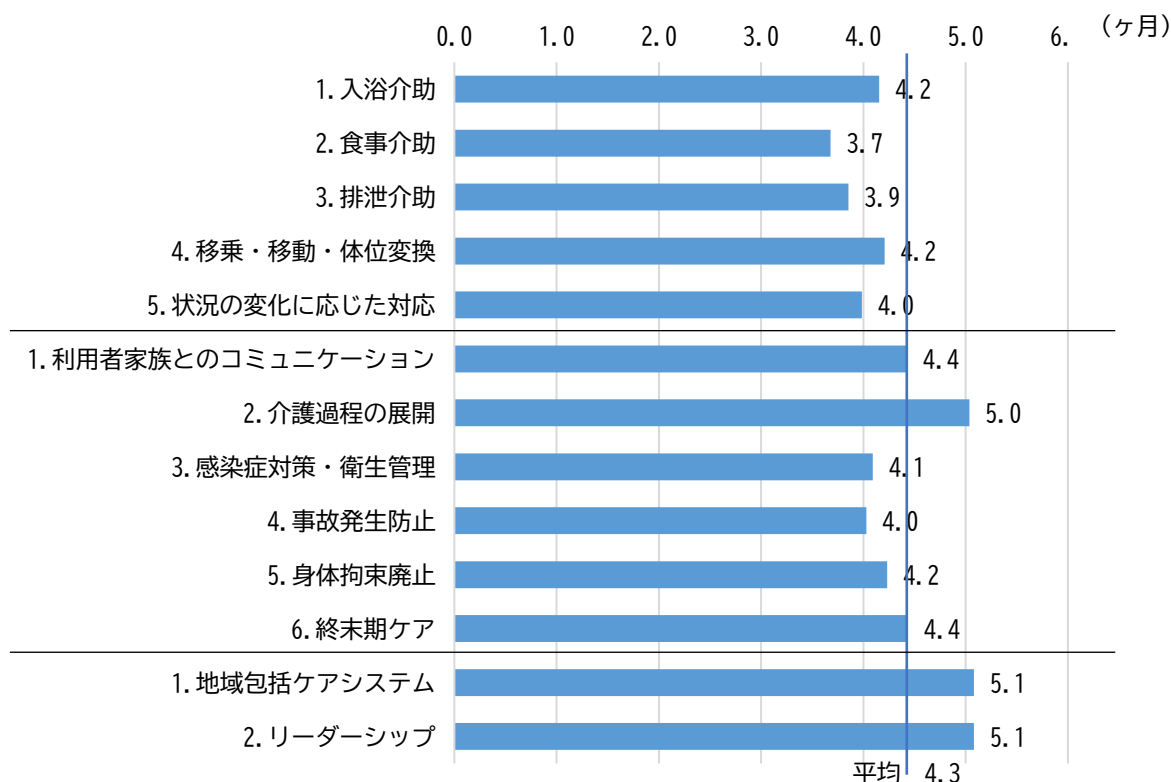
評価項目全体においては平均 4.3 か月の OJT 実施期間となり、基本介護技術については平均 4.0 か月、利用者視点での介護については平均 4.4 か月、地域包括ケアシステム & リーダーシップについては 5.1 か月の OJT 実施期間となった。ほとんどの介護技術項目について概ね 3 か月から 4 か月の OJT 実施期間となっているが、介護過程の展開、地域包括ケアシステム、リーダーシップについては 5 か月以上の OJT 実施期間を要していた。

評価項目		×⇒○ 人数	平均 月数
大項目	中項目		
Ⅰ.基本介護技術 の評価	1.入浴介助	1,595	4.2
	2.食事介助	1,377	3.7
	3.排泄介助	1,152	3.9
	4.移乗・移動・体位変換	2,644	4.2
	5.状況の変化に応じた対応	1,687	4.0
Ⅱ.利用者視点で の評価	1.利用者家族とのコミュニケーション	1,034	4.4
	2.介護過程の展開	1,028	5.0
	3.感染症対策・衛生管理	812	4.1
	4.事故発生防止	862	4.0
	5.身体拘束廃止	301	4.2
	6.終末期ケア	538	4.4
Ⅲ.地域包括ケア システム&リー	1.地域包括ケアシステム	810	5.1
	2.リーダーシップ	248	5.1

⁸ 令和元年度老人保健健康増進等事業「介護職員の介護技術向上に資する取組の実態に関する調査研究事業」報告書第2章（(一社) シルバーサービス振興会）

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

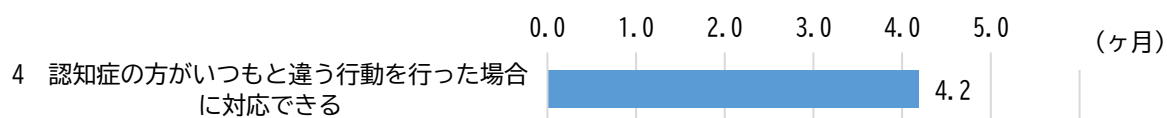
■ 評価項目別 OJT 実施平均期間一覧



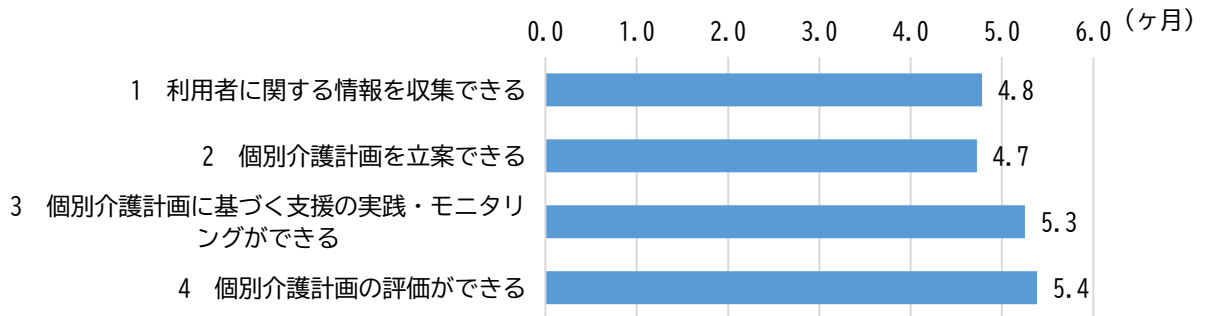
また、評価項目のうち、重点課題である「認知症ケア」「介護過程の展開」「感染症対策・衛生管理」、「終末期ケア」「地域包括ケアシステム」の内訳となる評価項目についても、それぞれの OJT 実施期間についてはいずれも 4 か月以上要しており、特に介護過程の展開、地域包括ケアシステムへの取り組みについては 5 か月近く要している。

課題対応力強化に向けた取り組みを始めたとしても、取り組みの結果が得られるためには半年は見ておく必要があり、計画性をもって取り組むことが如何に重要であるか、OJT 実施計画を立てることが効果的・効率的な課題対応力強化に向けた取り組みにあたっては必須事項であることが示された。

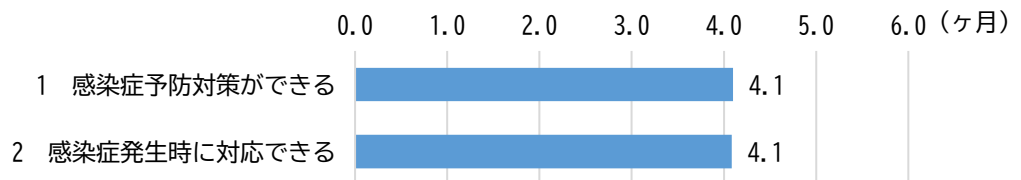
■ 認知症ケア OJT 実施平均期間



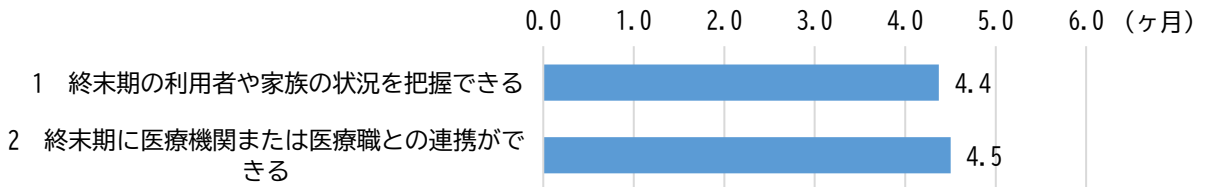
■ 介護過程の展開 0JT 実施平均期間



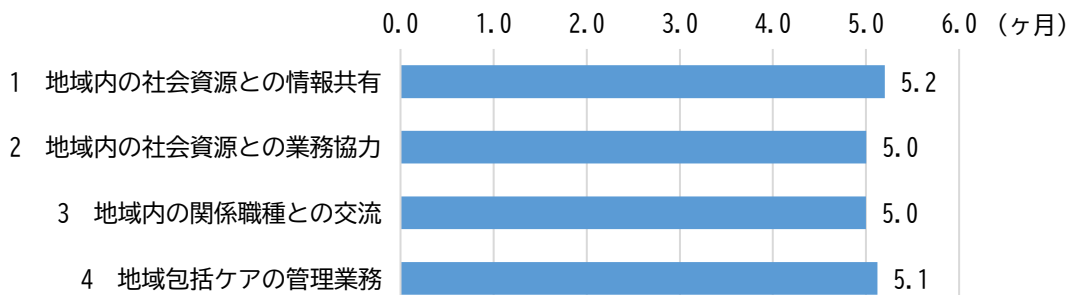
■ 感染症対策・衛生管理 0JT 実施平均期間



■ 終末期ケア 0JT 実施平均期間



■ 地域包括ケアシステム 0JT 実施平均期間



第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

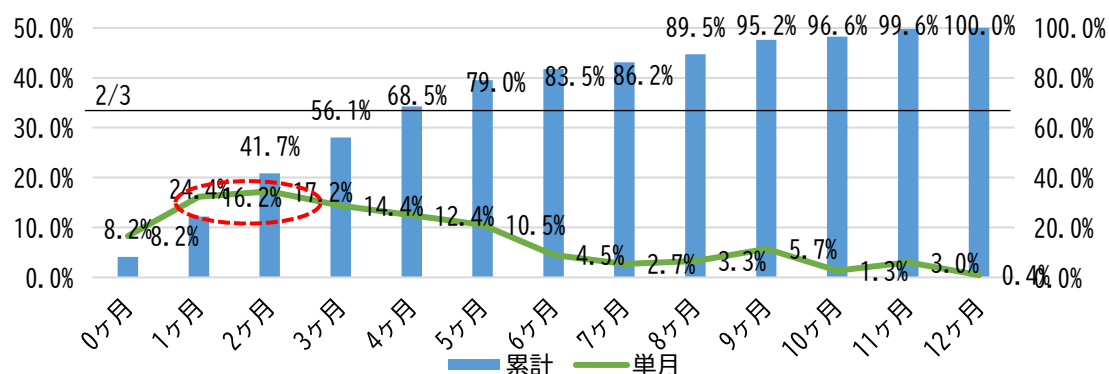
また、評価項目のうち、重点課題である「認知症ケア」「介護過程の展開」「感染症対策・衛生管理」、「終末期ケア」「地域包括ケアシステム」のそれぞれについてOJT完了の推移を分析してみたところ、OJT完了までの所要期間について項目ごとに差が見られた。

「認知症ケア」「感染症対策・衛生管理」については1ヶ月から2ヶ月のOJTの実施により「できる」ようになることが多い傾向にあり、4ヶ月後には2/3の職員が「できる」ようになっている。

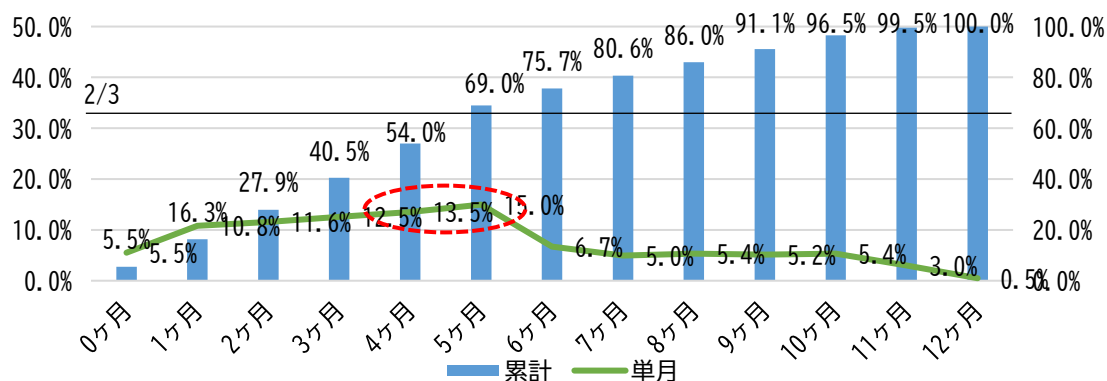
一方、「介護過程の展開」「終末期ケア」「地域包括ケアシステム」については4ヶ月から5ヶ月のOJTの実施により「できる」ようになることが多い傾向にあり、2/3の職員が「できる」ようになるまでに5ヶ月を要している。

このことは、課題対応力強化に向けたOJT実施計画を立てる際には、OJT完了の目途をある程度見立てその期間内に完了となるよう、介護職員にて認識合わせをしておかないと、いつまでもOJTの完了とならず、課題対応力強化に至らず、OJTの失敗を招きかねない可能性が示された。

■ 認知症ケア OJT 実施平均期間推移

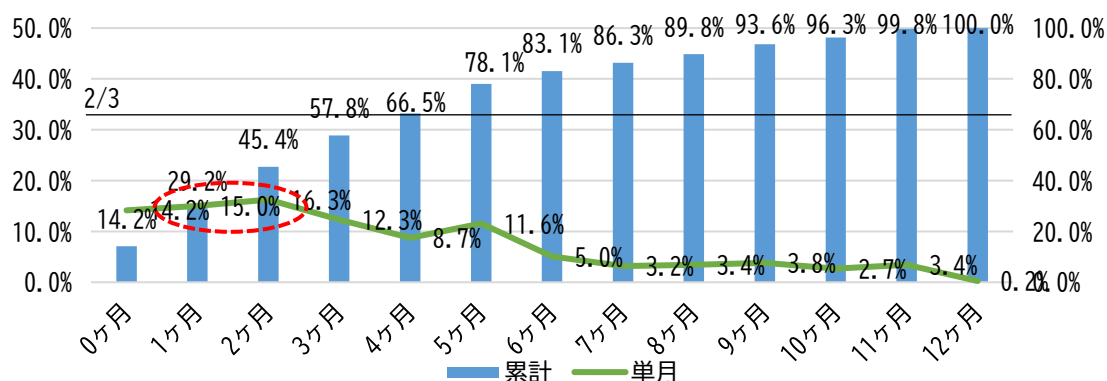


■ 介護過程の展開

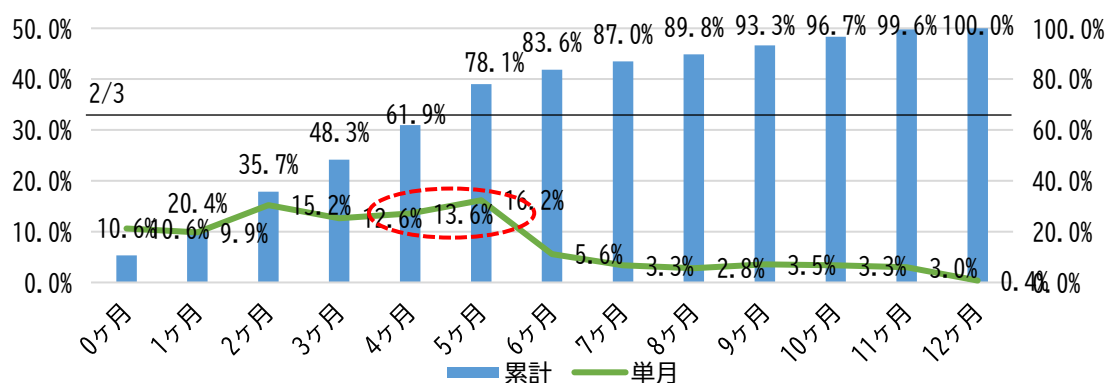


第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

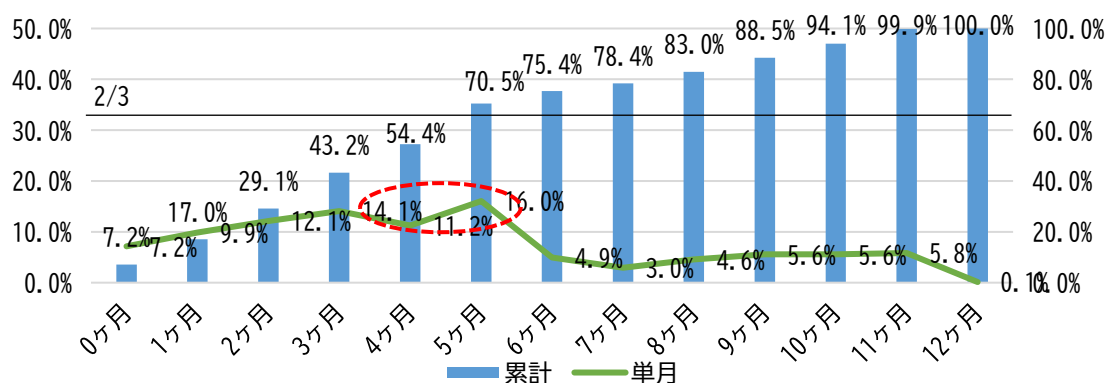
■ 感染症対策・衛生管理



■ 終末期ケア



■ 地域包括ケアシステム



本調査結果からの示唆

本調査研究に基づき、課題対応力強化に向けた取り組みを考察すると、取り組むべき重点課題として挙げられている「認知症への対応力向上に向けた取組の推進」「看取りへの対応の充実」「医療と介護の連携の推進」、「自立支援・重度化防止の取組の充実」に対する対応力強化についてOJTを実施し、実践的スキルとして「できる」ようになるまでには半年は見ておく必要があり、計画性をもって取り組むこと、具体的にOJT実施項目を明らかにし、対応するケア内容・項目に応じて、いつまでに向上を達成するか、時間軸での目標（KPI）を設定することが必須であることが示されており、そうした計画性が無いとOJTの失敗、OJTの形骸化を招く恐れがあることを示している。

逆に、ここでデータとなっている介護キャリア段位制度の取り組みでは、OJT実施期間を設定し、それに基づきOJTを集中的に実施され、効果的・効率的な課題対応力強化の取り組みが実施されたことを示している。

このことは、介護事業所内において明確な技術評価基準が用意され、現状スキルの把握、課題の洗い出し、目標設定、期間設定できる基盤があれば課題対応力向上についても図られると考えられるが、もし、そうした基盤が無いのであれば、介護キャリア段位制度を介護事業所の中に取り入れ、活用することで課題対応力強化に向けた基盤づくりが可能となるといえる。

(4) OJT を通じた指導職員と介護職員の資質向上の効果に関する調査⁹

介護現場における介護職員の OJT を通じた指導職員と介護職員の資質向上の効果として、OJT 実施事業所と未実施事業所の比較として、それぞれの事業所の指導者及び介護職員に対して、意識及び実態調査結果が参考となる。(介護職員の介護技術向上に向けた取組実態に関するアンケート)。

本調査では介護キャリア段位制度のレベル認定者が3名以上所属する事業所群「OJT 実施群 (A)」と、介護キャリア段位制度を活用しつつも、レベル認定者が0名である事業所群「OJT 未実施群 (B)」において、組織体制、研修実施状況、意識等の比較調査を行った。

OJT 実施群と OJT 未実施群の差異の回答結果のうち、統計的検定 (t 検定) の結果、2群に差異が認められた項目として以下のものがあげられた。

指導者調査結果 (n:234) からは、OJT 実施群においては、組織体制として指導にあたりスキルアップに向けた目標設定を行うこと、面談を設けながら、技術指導を行っていることが実施している割合が高く、OJT 未実施群とは差があること、また指導においては、介護記録や報告書類など対応の根拠となる物の作成指導を行っていること、ケアの根拠に関する指導を行っていること、指導者が振り返りの支援を行っていること、指導進捗についても記録にしていることなど、OJT 指導の PDCA 展開を実施している割合が高く、OJT 未実施群とは差があることが示された。

また、提供しているケアについては、利用者のアセスメントの実施、他の職種との連携、地域との関わりを意識している割合が高く、OJT 未実施群とは差があること、また指導の結果として、介護職員に「根拠に基づく介護を行うことの意識」が向上し、と「介護記録」に関する意識が向上した割合が高く、OJT 未実施群とは差があることが示された。

介護職員調査 (n:837) からは、提供しているケアとして、介護過程の展開、利用者の自立支援の促し、利用者への説明と同意の実施、利用者のアセスメントへの意識、記録への意識、チームでの記録共有、医療職や他の職種との連携、地域への意識などが OJT 未実施群よりも高い結果となり、介護業務への意欲や他職員への働きかけなどの積極的な姿勢なども示された。

本調査結果からは、人材育成において介護キャリア段位制度が示す、介護技術評価基準を用いた体系的な OJT の取り組みを介護現場で実施することで、根拠に基づくケアが意識化されること、チームでの情報共有やチーム連携、他職種連携が推進されていくこと、利用者個別のケアであり、利用者のアセスメントに基づくケアの実践が推進されていくことが示されており、介護キャリア段位制度に取り組んでいるところ (OJT 実施群) では、これらをシステムにすることができていると読みとれる。

⁹ 令和元年度「介護職員の介護技術向上に資する取組の実態に関する調査研究」事業報告書第1章 (シルバーサービス振興会)

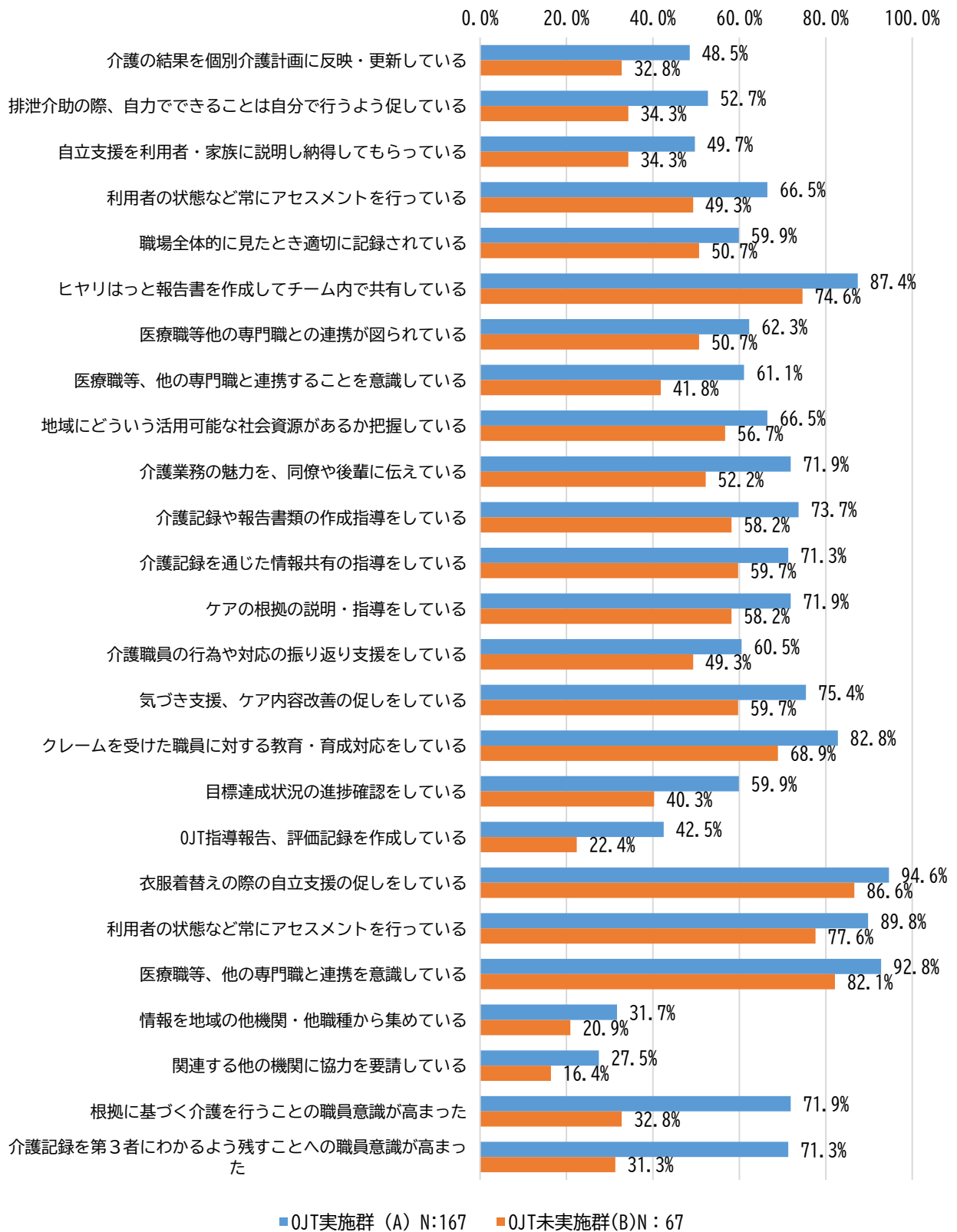
第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

■ 指導員調査 (n : 234) OJT 実施群 (A) と OJT 未実施群 (B) に統計的有意差が認められた項目一覧

よく実施している・どちらかといえば実施している率
あてはまる・どちらかといえばあてはまる率

	OJT 実施群と OJT 未実施群に差があると言える項目 (統計的検定により 2 群に差があるといえる項目)	OJT 実施群 (A) N:167	OJT 未実施群 (B) N:67	2 群の差 (A-B)
組織体制	指導・評価結果の人事制度に反映している	48.5%	32.8%	15.7%
	スキルアッププランやパスを提示している	52.7%	34.3%	18.4%
	介護技術に関する指標・基準等を明文化している	49.7%	34.3%	15.4%
	指導者に対する支援・サポートがある	66.5%	49.3%	17.2%
	他職種カンファレンス参加の促しをしている	59.9%	50.7%	9.1%
	医療職等、他の専門職との連携する機会を設定している	87.4%	74.6%	12.8%
職員への指導の取組	育成計画を作成・提示している	62.3%	50.7%	11.5%
	スキルアップにむけた目標設定や目標管理をしている	61.1%	41.8%	19.3%
	介護職員との面談を行っている	66.5%	56.7%	9.8%
	介護技術指導を行っている	71.9%	52.2%	19.6%
	介護記録や報告書類の作成指導をしている	73.7%	58.2%	15.4%
	介護記録を通じた情報共有の指導をしている	71.3%	59.7%	11.6%
	ケアの根拠の説明・指導をしている	71.9%	58.2%	13.6%
	介護職員の行為や対応の振り返り支援をしている	60.5%	49.3%	11.2%
	気づき支援、ケア内容改善の促しをしている	75.4%	59.7%	15.7%
	クレームを受けた職員に対する教育・育成対応をしている	82.8%	68.9%	13.9%
	目標達成状況の進捗確認をしている	59.9%	40.3%	19.6%
	OJT 指導報告、評価記録を作成している	42.5%	22.4%	20.1%
提供しているケア	衣服着替えの際の自立支援の促しをしている	94.6%	86.6%	8.0%
	利用者の状態など常にアセスメントを行っている	89.8%	77.6%	12.2%
	医療職等、他の専門職と連携を意識している	92.8%	82.1%	10.7%
	情報を地域の他機関・他職種から集めている	31.7%	20.9%	10.8%
	関連する他の機関に協力を要請している	27.5%	16.4%	11.1%
	根拠に基づく介護を行うことの職員意識が高まった	71.9%	32.8%	39.0%
	介護記録を第三者にわかるよう残すことへの職員意識が高まった	71.3%	31.3%	39.9%

■ 指導員調査 (n : 234) OJT 実施群 (A) と OJT 未実施群 (B) に統計的有意差が認められた項目



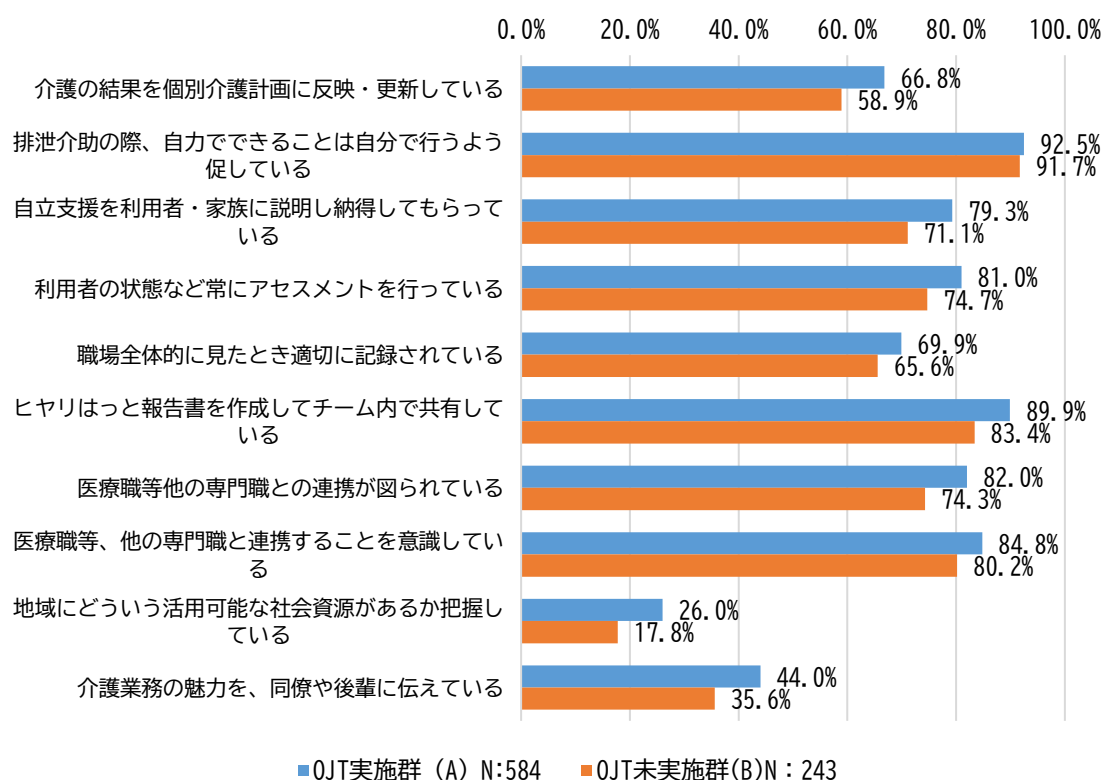
第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

■ 介護職員調査（n：837）OJT 実施群（A）と OJT 未実施群（B）に統計的有意差が認められた項目一覧

よく実施している・どちらかといえば実施している率
あてはまる・どちらかといえばあてはまる率

	OJT 実施群と OJT 未実施群に差があると言える項目 (統計的検定により 2 群に差があるといえる項目)	OJT 実施群 (A) N:584	OJT 未実施群 (B) N:253	2 群の差 (A-B)
提供しているケア	介護の結果を個別介護計画に反映・更新している	66.8%	58.9%	7.9%
	排泄介助の際、自力でできることは自分で行うよう促している	92.5%	91.7%	0.8%
	自立支援を利用者・家族に説明し納得してもらっている	79.3%	71.1%	8.1%
	利用者の状態など常にアセスメントを行っている	81.0%	74.7%	6.3%
	職場全体的に見たとき適切に記録されている	69.9%	65.6%	4.3%
	ヒヤリはっと報告書を作成してチーム内で共有している	89.9%	83.4%	6.5%
	医療職等他の専門職との連携が図られている	82.0%	74.3%	7.7%
	医療職等、他の専門職と連携することを意識している	84.8%	80.2%	4.5%
	地域にどのような活用可能な社会資源があるか把握している	26.0%	17.8%	8.2%
	介護業務の魅力や、同僚や後輩に伝えている	44.0%	35.6%	8.4%

■ 介護職員調査（n：837）OJT 実施群（A）と OJT 未実施群（B）に統計的有意差が認められた項目



2. 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査・データ分析

(1) 課題対応力強化の取り組み前における資質実態データ分析

① 課題対応力強化取り組み前における資質実態データ分析実施概要

資質向上取り組み前における介護職員の資質実態を把握するため、資質向上取り組みに有効であるとされている介護キャリア段位制度の事業の一つである「アセッサー講習」に着目し、アセッサー講習受講中を「資質向上取り組み前」、アセッサー講習受講修了後、所属する事業所内でレベル認定取得に向けた取り組みの実施を「資質向上取り組み中」、レベル認定取得後を「資質向上取り組み後」とし、「資質向上取り組み前」となるアセッサー講習にて課せられているトライアル評価課題を分析することで、資質実態を把握することとした。

なお、アセッサー講習受講要件は以下の通りとしており、ある程度経験を積み重ね、実践スキルも兼ね揃えるだけでなく、所属する介護事業所やチームの中でも中核的立場の介護職員が受講対象となっている。

■ アセッサー講習受講要件

- 1 介護キャリア段位レベル4以上の方
- 2 介護福祉士として3年以上実務に従事した経験があり、かつ、介護福祉士実習指導者講習会を修了した方（介護福祉士養成実習施設実習指導者Ⅱの要件を満たす方）
- 3 実技試験に係る介護福祉士試験委員の要件に該当している方。具体的には、以下のいずれかに該当する方
 - ①介護福祉士、保健師、助産師又は看護師の資格を得た後10年以上実務に従事した経験等を有する方
 - ②介護福祉士養成施設等（社会福祉士及び介護福祉士法第39条第1号から第3号までに規定する学校又は養成施設）において介護の領域の科目を5年以上教授又は指導した経験を有する方
- 4 介護福祉士、保健師、助産師又は看護師の資格を得た後5年以上実務に従事した経験等を有し、介護技術講習指導者養成講習を修了した方（介護技術講習指導者の指導者の要件を満たす方）
- 5 サービス提供責任者、主任等（チームやユニットを管理・運営し、部下に対して指導・助言を行う役職に就いている方）又は介護部門のリーダー（課長（係長）、フロアリーダー等）

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

令和3年度「アセッサー講習」の課題として、レベル4認定取得時に必要となる実践的スキル評価項目を使用し、受講者による自己評価、第三者による他者評価、できていないと感じた項目の抽出、ならびにOJTとしての要望事項などを記載した評価票の提出を求めた。レベル4認定取得時に必要となる評価項目については、知識としては介護福祉士であることが求められるレベルであり、実践的スキルとしては入浴介助や食事介助などの「基本介護技術」をはじめ、今回の調査研究で取り上げられている重点課題のテーマでもある、認知症ケア、感染症対策、終末期ケア、介護過程の展開、地域包括ケアシステムの取り組みなど、介護福祉士や課題対応力として求められるレベルとなっている。

■ 介護キャリア段位制度における評価の全体像

レベル	わかる (知識)	できる (実践的スキル)
4	介護福祉士であること (国家試験合格) ※ 介護福祉士養成施設卒業者について、国家試験の義務付け前においては、介護福祉士養成課程修了によりレベル4とする。	「基本介護技術の評価」、「利用者視点での評価」、「地域包括ケアシステム&リーダーシップに関する評価」
3	介護福祉士養成課程又は実務者研修修了 ※ 介護職員基礎研修修了でも可。	「基本介護技術の評価」、「利用者視点での評価」
2	介護職員初任者研修修了 ※ ホームヘルパー2級研修又は1級研修修了も含む。	【レベル2②】 「基本介護技術の評価」、「利用者視点での評価の一部」(「感染症対策・衛生管理」など) 【レベル2①】 「基本介護技術の評価 (状況の変化に応じた対応を除く)」 *介護福祉士養成課程において、レベル2①の評価基準を用いた実習の実施を推進
1		

出典：キャリア段位制度アセッサー講習テキスト

■ 介護キャリア段位制度の各レベルの目安

レベル4		【地域包括ケアシステム&リーダーシップ】を実践できる人材
	領域・内容	・地域包括ケアシステムを実践し、地域との連携強化を図ることができる (Ⅲ-1) ・チーム内でリーダーシップを発揮し、部下に対して、技術指導、業務支援、評価を行うことができる (Ⅲ-2)
レベル3		【介護過程の展開、終末期ケア等、専門性と多職種連携等を伴う的確な介護】を実践できる人材
	領域・内容	・相談苦情対応ができ、対応策を実践できる (Ⅱ-1) ・介護過程 (情報収集・計画立案・実施・評価) の展開ができる (Ⅱ-2) ・事故発生防止の対応策を立て、実践することができる (Ⅱ-4) ・身体拘束廃止の取組みができる (Ⅱ-5) ・終末期ケアの対応ができる (Ⅱ-6)
		【利用者ニーズや状況の変化に応じた介護】を実践できる人材
	領域・内容	・状況の変化に応じた対応 (咳やむせこみ/便・尿の異常/皮膚の異常/認知症の方の対応困難な行動等) ができる (Ⅰ-5) ・利用者特性に応じたコミュニケーションができる (Ⅱ-1) ・感染症対策・衛生管理ができる (Ⅱ-3) ・上司等に、相談苦情報告、ヒヤリハット報告、事故発生時の状況報告をあげることができる (Ⅱ-1、Ⅱ-4)
		【基本介護技術】を実践できる人材
レベル2①	領域・内容	・入浴介助、食事介助、排泄介助、移乗・移動・体位変換を行うことができる (Ⅰ-1～Ⅰ-4)

出典：キャリア段位制度アセッサー講習テキスト

第Ⅲ章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

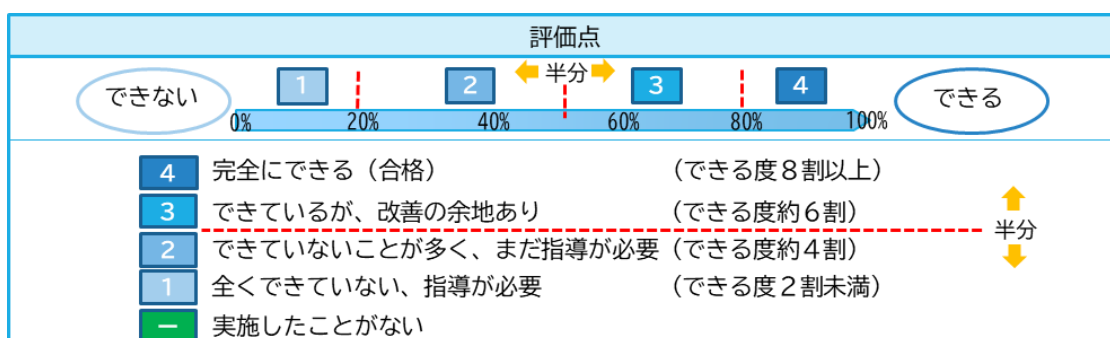
評価項目構成とチェック項目数は以下の通りとなっており、合計 142 の評価項目について分析を行った。(※課題として受講期間内に終了するものとするため、一部評価項目は除外している。)

中項目	小項目	チェック項目数
入浴介助	入浴準備	2
	衣服着脱	5
	洗体	3
	清拭	3
食事介助	食事準備	6
	食事介助	5
	口腔ケア	4
排泄介助	排泄準備	3
	排泄介助	6
	おむつ交換	4
移乗・移動・体位変換	起居介助	4
	車いす移乗（一部介助）	3
	車いす移乗（全介助）	4
	杖歩行	3
	体位変換	4
状況の変化に応じた対応	咳やむせこみ	3
	便・尿異常	4
	皮膚の異常	4
	認知症	3
利用者・家族とのコミュニケーション	相談・苦情	5
	特性に応じたコミュニケーション	6
介護過程の展開	情報収集	3
	計画立案	4
	モニタリング	4
	評価	3

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

感染症対策・衛生管理	予防対策	4
	発生時対応	2
事故発生防止	ヒヤリハット	3
	発生時対応	4
	報告書作成	2
身体拘束廃止	廃止対応	3
終末期ケア	状況把握	3
	医療連携	3
地域包括ケアシステム	情報共有	3
	業務協力	2
	機関交流	2
	管理業務	2
リーダーシップ	技術指導	5
	部下支援	4
	評価	2
合計		142

なお、介護キャリア段位制度における評価については「できる」場合には「○」、「できていない」場合には「×」の評価となっているが、今回のトライアル評価については以下の通り4段階の評価と「－（実施したことがない）」として、評価課題を実施した。



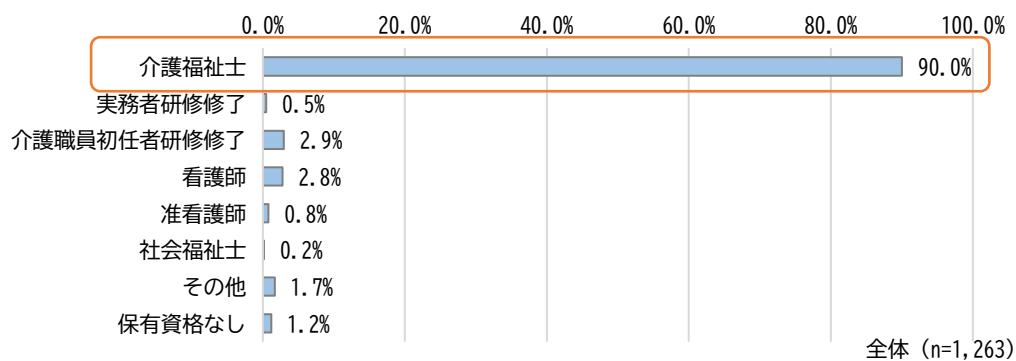
この評価に基づき、以下の点数表にて実践的スキルのできる度合いを数値化し、評価項目ごとに分析を進めた。

評価	点数
「4」完全にできる	4点
「3」できているが、改善の余地あり	3点
「2」できていないことが多く、まだ指導が必要	2点
「1」全くできていない、指導が必要	1点
「-」実施したことが無い	0点

② 被評価者介護職員の属性

評価実施の標本数は1,263件となり、そのデータを基に分析を行った。なお、アセッサ一講習の受講要件としてレベル4相当を求めていることもあり、介護福祉士の有資格者が9割を占めていること、ある程度経験を積み重ね、実践スキルも兼ね揃えるだけでなく、所属する介護事業所やチームの中でも中核的立場の介護職員であることが属性として大きな特徴となっている。

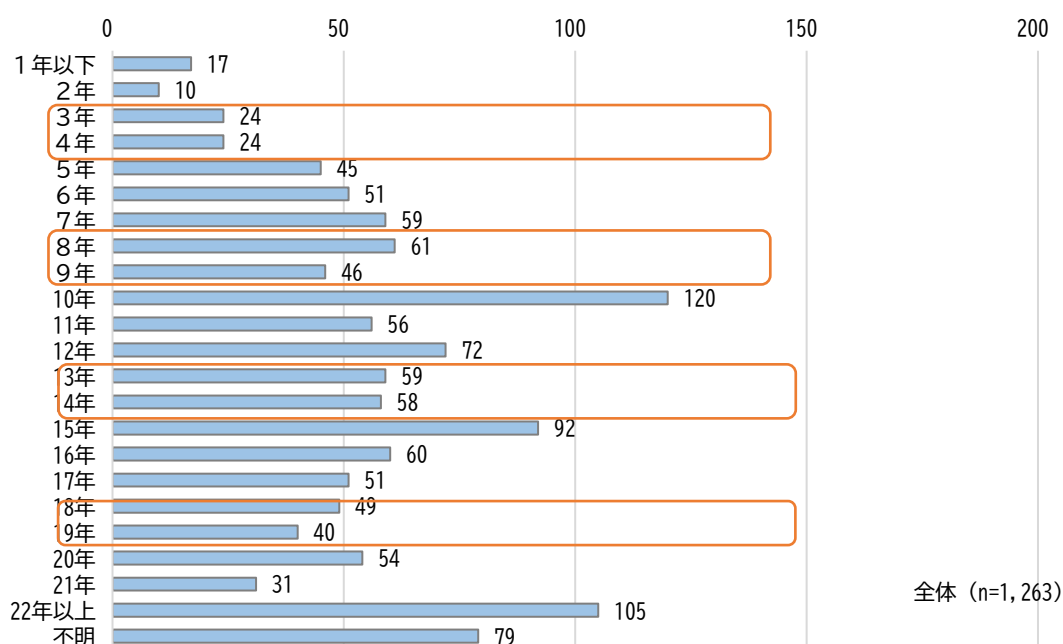
■ 保有資格



第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

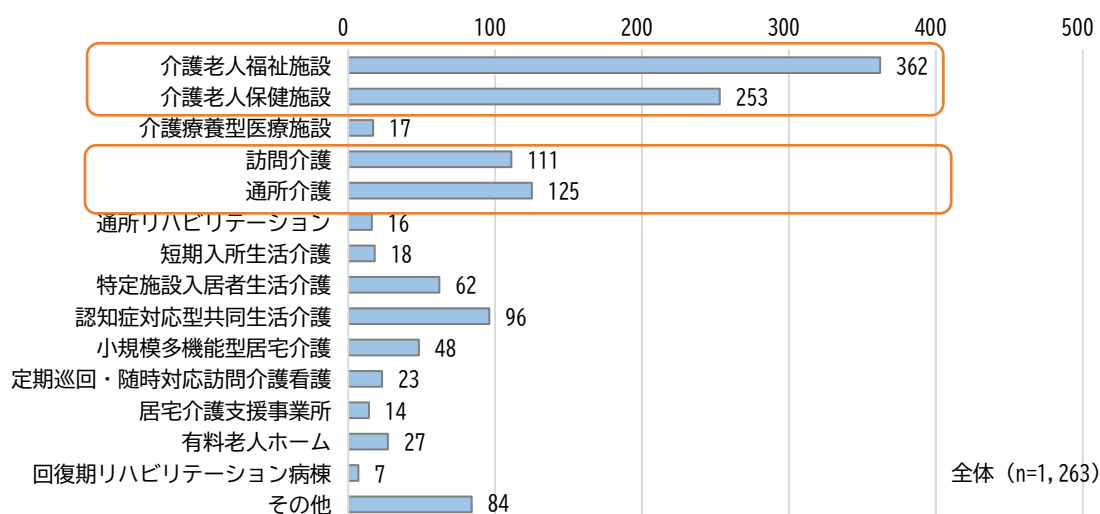
また、評価を実施した介護職員の経験年数については、以下の通りとなったが、統計学上の有意水準としてのサンプル数を確保するため、「5・6年」「10・11年」「15・16年」「20年・21年」をそれぞれの群とし、4群による比較分析を実施することとした。

■ 介護職員としての経験年数



介護サービス事業種別ごとの件数は以下の通りとなった。なお、介護サービス事業種別に関する分析については、回答数の多い「介護老人福祉施設」「介護老人保健施設」並びに「通所介護」「訪問介護」にて分析を進めることとした。

■ 所属する事業所の介護サービス事業種別



③ 自己評価・他者評価の結果（全体）

介護職員の資質実態として項目ごとに集計した結果、自己評価の平均点は3.37点、他者評価の平均点は3.46点となり、0.09ポイント、他者評価のほうが若干高い結果となった。また、標準偏差については0.02ポイント自己評価のほうが高くなっていた。

	平均点	標準偏差
自己評価	3.37	0.47
他者評価	3.46	0.45

算定された平均点並びに標準偏差をもとに、介護職員の資質実態を明確化するため、項目ごとの偏差値を算定した。なお、一覧表について視認性を高めるため、偏差値が55.0以上については の網掛け、偏差値が45.0以下については の網掛けとした。

この結果より、資質向上取り組み前において、入浴介助、食事介助といった基本介護技術、並びに今回の調査研究で取り上げられている重点課題のテーマのうち、感染症対策については「できる」割合が高いことが示された。感染症対策については、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、介護現場での感染症対策が徹底されたことによるものともいえる。

一方で、重点課題のテーマのうち終末期ケア、介護過程の展開、地域包括ケアシステムの取り組みについては「できていない」「実施したことがない」割合が非常に高くなっており、介護現場でのケアのPDCAサイクルの実践、医療との連携による終末期ケアの実践、地域の関係機関との連携については、介護現場で推進されていないということであり、課題対応力強化に向けた取り組みが図られていない実態が明らかとなった。

日頃から実践している介護については、経験も積み重ねられることから知識であり対応力の向上が図られており、また、今回対応が必須となった感染症対策についても知識であり対応力の向上が図られたことで、介護現場では充足感が醸成され、重点課題に対する取り組みへの意識醸成や行動変容を起こしにくい環境になっているといえ、そうした環境下においては何らかのきっかけづくりが求められる。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

(n=1,263)

1. 入浴介助														
1 入浴前の確認ができる														
チェック項目	自己評価							他者評価						
	4	3	2	1	—	平均点	偏差値	4	3	2	1	—	平均点	偏差値
① バイタルサインの測定値を確認し、利用者へのヒアリング等による体調確認、意向確認を行い、入浴の可否について医療職等に確認したか。	76.3%	21.7%	1.2%	0.0%	0.9%	3.72	57.6	85.5%	13.1%	0.4%	0.0%	1.1%	3.82	58.0
② バイタルサインや医療職の指示、既往歴などに基づいて、利用者の状態に応じた入浴方法が選択できたか。	75.0%	22.9%	1.3%	0.0%	0.8%	3.71	57.4	85.1%	13.1%	0.7%	0.0%	1.1%	3.81	57.9
2 衣服の着脱ができる														
① 体調や気候に配慮した服装であるかを確認していたか。利用者の好みの服を選んでもらったか。	65.1%	31.0%	2.9%	0.1%	0.9%	3.59	54.9	77.4%	20.6%	1.0%	0.0%	1.1%	3.73	56.1
② スクリーンやバスタオル等を使い、プライバシーに配慮したか。	77.7%	20.4%	1.3%	0.0%	0.7%	3.74	58.0	84.4%	13.9%	0.7%	0.0%	1.0%	3.81	57.8
③ 脱衣の際に、健側から患側の順番で行ったか。	90.0%	8.5%	0.5%	0.0%	1.0%	3.86	60.6	91.8%	6.6%	0.4%	0.0%	1.2%	3.88	59.3
④ ボタンの取り外し等、自力でできるところは自分で行うよう利用者に促したか。	69.4%	28.3%	1.7%	0.0%	0.6%	3.66	56.2	79.1%	18.9%	1.0%	0.0%	1.0%	3.75	56.5
⑤ しわやたるみがないか確認したか。	77.1%	20.0%	2.2%	0.0%	0.6%	3.73	57.7	82.2%	15.6%	1.3%	0.0%	0.9%	3.78	57.2
3 洗体ができる（浴槽に入ることを含む。）														
① 末梢から中枢の順番で洗い、陰部は健側の手で洗ってもらったか。	72.8%	23.5%	2.0%	0.2%	1.4%	3.66	56.3	78.8%	17.5%	1.8%	0.0%	1.9%	3.71	55.7
② 浴槽に入る時は、利用者に手すりや浴槽の縁をつかんでもらうとともに、バランスを崩さないよう身体を支え、入浴できたか。	83.4%	12.7%	0.5%	0.0%	3.4%	3.73	57.7	86.7%	9.3%	0.3%	0.0%	3.7%	3.75	56.6
④ 入浴後、体調の確認をし、十分な水分補給ができたか。	67.9%	29.2%	2.0%	0.0%	0.9%	3.63	55.7	77.6%	20.0%	1.1%	0.1%	1.2%	3.73	56.0
4 清拭ができる														
① バイタルサインの測定、利用者へのヒアリング等による体調確認の結果や医療職の指示等に基づき、清拭の可否について確認したか。	75.7%	18.1%	1.1%	0.0%	5.0%	3.59	54.9	81.3%	12.0%	0.4%	0.0%	6.2%	3.62	53.6
② スクリーンやバスタオル等を使い、プライバシーや保温に配慮したか。	76.0%	17.3%	1.6%	0.0%	5.0%	3.59	54.8	80.4%	12.5%	1.1%	0.0%	6.1%	3.61	53.4
③ 末梢から中枢の順番で清拭を行うなど、適切な手順でできたか。	70.1%	22.4%	2.4%	0.1%	5.0%	3.52	53.4	75.6%	16.8%	1.4%	0.1%	6.1%	3.56	52.2

2. 食事介助														
1 食事前の準備を行うことができる														
チェック項目	自己評価							他者評価						
	4	3	2	1	—	平均点	偏差値	4	3	2	1	—	平均点	偏差値
① 声を掛けたり肩を叩いたりするなどして、利用者の覚醒状態を確認したか。	86.7%	11.7%	0.6%	0.1%	0.8%	3.84	60.0	90.3%	8.4%	0.1%	0.1%	1.2%	3.87	59.1
② ところみつけが必要とされる利用者の食事に、ところみがついていることを確認したか。	85.7%	11.3%	0.5%	0.0%	2.5%	3.78	58.8	89.3%	7.6%	0.3%	0.0%	2.8%	3.80	57.7
③ 禁忌食の確認をしたか。	72.1%	24.5%	1.9%	0.2%	1.3%	3.66	56.3	80.0%	16.4%	1.6%	0.3%	1.7%	3.73	56.0
④ 飲み込むことができる食べ物の形態かどうかを確認したか。	82.6%	16.2%	0.6%	0.0%	0.6%	3.80	59.3	87.9%	10.6%	0.5%	0.0%	1.0%	3.84	58.6
⑤ 食べやすい座位の位置や体幹の傾きはないか等座位の安定を確認したか。	81.6%	17.3%	0.5%	0.0%	0.6%	3.79	59.1	85.5%	13.0%	0.6%	0.0%	0.9%	3.82	58.1
⑥ 顎が引けている状態で食事が取れるようにしたか。	79.8%	18.4%	1.2%	0.0%	0.6%	3.77	58.5	84.3%	14.0%	0.8%	0.1%	0.8%	3.81	57.8
2 食事介助ができる														
① 食事の献立や中身を利用者へ説明する等食欲がわくように声かけを行ったか。	56.6%	37.7%	4.2%	0.3%	1.1%	3.48	52.5	67.1%	29.2%	2.1%	0.2%	1.4%	3.60	53.2
② 利用者の食べたいものを聞きながら介助したか。	48.2%	42.5%	7.1%	0.3%	1.8%	3.35	49.7	62.6%	31.5%	3.4%	0.4%	2.1%	3.52	51.4
③ 利用者と同じ目線の高さで介助し、しっかり咀嚼して飲み込んだことを確認してから次の食事を口に運んだか。	79.7%	17.0%	1.8%	0.0%	1.5%	3.73	57.8	85.8%	11.2%	1.1%	0.0%	2.0%	3.79	57.3
④ 自力での摂食を促し、必要時に介助を行ったか。	74.5%	22.6%	1.8%	0.0%	1.1%	3.69	57.0	81.1%	16.4%	1.1%	0.0%	1.4%	3.76	56.7
⑤ 食事の量や水分量の記録をしたか。	86.4%	11.5%	1.0%	0.0%	1.0%	3.82	59.7	89.7%	8.6%	0.5%	0.0%	1.2%	3.85	58.8

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

3 口腔ケアができる															
①	出来る利用者には、義歯の着脱、自分で磨ける部分のブラッシング、その後のうがいを促したか。	79.6%	18.3%	1.2%	0.1%	0.8%	3.76	58.4	84.1%	13.7%	0.8%	0.1%	1.3%	3.79	57.4
②	義歯の着脱の際、利用者に着脱を理解してもらい、口を大きく開けて口腔内に傷をつけないよう配慮しながら、無理なく行ったか。	74.5%	21.8%	1.1%	0.0%	2.6%	3.66	56.2	81.3%	15.2%	0.5%	0.1%	2.9%	3.72	55.8
③	スポンジブラシやガーゼ等を用いた清拭について、速やかに行い、利用者に不快感を与えなかったか。	63.0%	29.4%	2.5%	0.2%	4.9%	3.45	51.9	75.1%	18.5%	1.1%	0.2%	5.2%	3.58	52.8
④	歯磨きや清拭の後、口腔内を確認し、磨き残し、歯茎の腫れ、出血等がないか確認したか。	60.3%	33.2%	5.0%	0.1%	1.4%	3.51	53.0	69.5%	25.9%	2.7%	0.2%	1.8%	3.61	53.4

3. 排泄介助															
1 排泄の準備を行うことができる															
チェック項目	自己評価						他者評価								
	4	3	2	1	-	平均点	偏差値	4	3	2	1	-	平均点	偏差値	
①	排泄の間隔を確認したか。	74.0%	22.8%	2.2%	0.1%	0.9%	3.69	56.9	81.6%	15.9%	1.3%	0.2%	1.1%	3.77	56.9
②	排泄介助に当たり、介助内容を伝え、利用者の同意を得たか。	76.7%	21.1%	1.8%	0.1%	0.4%	3.74	57.9	83.6%	14.9%	0.8%	0.1%	0.6%	3.81	57.8
③	利用者のADLを把握し、排泄する上で、できる部分は利用者によってもらうようにしたか。	75.5%	22.9%	1.2%	0.0%	0.4%	3.73	57.8	82.8%	15.9%	0.5%	0.2%	0.6%	3.80	57.6
2 トイレ（ポータブルトイレ）での排泄介助ができる															
①	トイレ（ポータブルトイレ）で、利用者の足底がついているか、前屈姿勢がとれているか等座位の安定を確認したか。	78.9%	19.1%	1.0%	0.0%	1.0%	3.75	58.1	84.0%	14.3%	0.4%	0.0%	1.3%	3.80	57.5
②	トイレ（ポータブルトイレ）での排泄の際、カーテンやスクリーンを使用したり、排泄時にはその場を離れ、排泄終了時には教えてくださいと説明する等してプライバシーに配慮したか。	78.8%	18.5%	1.5%	0.1%	1.1%	3.74	57.9	84.1%	13.7%	0.6%	0.1%	1.4%	3.79	57.4
③	ズボン、下着を下ろす了承を得て、支えながら下ろしたか。	81.9%	16.2%	1.0%	0.0%	0.9%	3.78	58.8	85.2%	13.1%	0.5%	0.0%	1.2%	3.81	57.9
④	排泄後、利用者にトイレトペーパー等で拭いてもらい、拭き残しがあれば清拭を行うとともに、利用者の手洗いを見守る等により清潔保持をしたか。	76.2%	21.3%	1.4%	0.1%	1.0%	3.72	57.5	81.0%	17.0%	0.7%	0.1%	1.2%	3.76	56.8
⑤	失禁かトイレでの排泄か、排泄物の量や性状について記録をしたか。	82.3%	15.2%	1.7%	0.0%	0.9%	3.78	58.8	86.7%	11.2%	1.0%	0.0%	1.2%	3.82	58.1
⑥	排泄後、利用者の体調確認を行ったか。	59.3%	34.6%	5.2%	0.1%	0.8%	3.52	53.2	70.7%	26.2%	1.7%	0.4%	1.1%	3.65	54.3
3 おむつ交換を行うことができる															
①	利用者に尿意、便意の有無、排泄した感じの有無を聞き、おむつ・パッドを換えることなどの介助内容を伝え、承諾を得ているか。	73.9%	22.2%	1.7%	0.1%	2.2%	3.66	56.2	81.0%	15.9%	0.7%	0.1%	2.3%	3.73	56.1
②	おむつ・パッド交換の際、カーテンやスクリーンを使用する等してプライバシーに配慮したか。	82.2%	14.4%	1.1%	0.0%	2.2%	3.74	58.0	87.1%	10.1%	0.6%	0.0%	2.2%	3.80	57.6
③	おむつ・パッドを装着後、衣服、寝具等にしわがないように整えたか。	77.3%	19.1%	1.4%	0.0%	2.2%	3.69	56.9	82.0%	14.6%	1.0%	0.0%	2.4%	3.74	56.2
④	排泄時刻、排泄物の量・性状の異常について記録をしたか。	82.9%	14.0%	1.0%	0.0%	2.1%	3.76	58.3	87.0%	10.2%	0.5%	0.0%	2.2%	3.80	57.6

4. 移乗・移動・体位変換															
1 起居の介助ができる															
チェック項目	自己評価						他者評価								
	4	3	2	1	-	平均点	偏差値	4	3	2	1	-	平均点	偏差値	
①	起きる前に、利用者の疾病等に応じて、体調や顔色を確認したか。	76.5%	20.8%	2.0%	0.0%	0.7%	3.72	57.6	82.8%	15.9%	0.4%	0.1%	0.9%	3.80	57.5
②	全介助が必要な利用者の上体がカーブを描くように起こしたか。	75.6%	21.4%	1.6%	0.0%	1.4%	3.70	57.0	82.4%	15.1%	0.8%	0.0%	1.7%	3.77	56.8
③	一部介助が必要な利用者について、足を曲げてもらう、柵をつかんでもらう等利用者の残存機能を活かしながら起居の支援を行ったか。	78.3%	20.0%	0.8%	0.0%	1.0%	3.75	58.1	83.0%	14.9%	0.9%	0.1%	1.1%	3.79	57.3
④	利用者を側臥位にし、テコの原理を活用しながら、無理のない起居の介助を行ったか。	77.4%	20.0%	1.6%	0.0%	1.0%	3.73	57.7	83.1%	14.9%	0.8%	0.0%	1.2%	3.79	57.3

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

2 一部介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる															
①	介助を始める前に、車いすのフットレスト（フットサポート）の位置、ブレーキの止め忘れ、動作不良の有無、タイヤの空気圧を予め確認したか。	57.5%	37.1%	4.0%	0.2%	1.2%	3.50	52.8	63.0%	32.6%	2.9%	0.2%	1.3%	3.56	52.2
②	利用者に健側の手でベッドから遠い方のアームレスト（アームサポート）をつかんでもらい、患側を保護しながら前傾姿勢で立ちあがるよう、声かけ、介助を行ったか。	77.6%	19.5%	1.3%	0.1%	1.6%	3.71	57.4	82.1%	15.5%	0.6%	0.1%	1.7%	3.76	56.8
③	利用者の健側の足を軸にして体を回転させて、車いすに移乗することができたか。	80.4%	16.7%	1.2%	0.0%	1.8%	3.74	57.9	85.4%	12.3%	0.5%	0.0%	1.8%	3.80	57.5
3 全介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる															
①	介助を始める前に、車いすのフットレスト（フットサポート）の位置、ブレーキの止め忘れ、動作不良の有無、タイヤの空気圧を予め確認したか。	57.8%	36.1%	4.3%	0.1%	1.8%	3.48	52.4	63.2%	32.1%	2.6%	0.2%	1.9%	3.55	52.0
②	移乗がしやすいよう、ベッドの高さを調整するとともに、利用者の足底がついた状態で介助を行ったか。	80.8%	16.4%	0.8%	0.0%	2.0%	3.74	58.0	84.9%	12.3%	0.5%	0.0%	2.2%	3.78	57.1
③	利用者の体と密着させる、利用者の腰に手を回す、利用者に介護者の肩に手をまわしてもらう等、移乗がしやすい体勢をとったか。	80.6%	16.5%	1.0%	0.0%	1.8%	3.74	58.0	85.5%	11.8%	0.6%	0.0%	2.0%	3.79	57.3
④	利用者の体をゆっくりと回転させ、車いすに深く座らせることができたか。スライディングボードやスライディングシート等の福祉用具を用いた移乗の場合、あらかじめ定められた手順・方法に沿って、安全に移乗し、車いすに深く座らせることができたか。	63.0%	25.1%	2.0%	0.1%	9.8%	3.31	48.9	70.0%	17.7%	1.6%	0.4%	10.2%	3.37	48.0
4 杖歩行の介助ができる															
①	利用者の杖を持つ手と反対側のやや斜め後ろに立ったか。	72.5%	19.4%	1.5%	0.1%	6.5%	3.51	53.2	76.0%	15.8%	1.2%	0.1%	6.9%	3.54	51.8
②	二動作歩行や三動作歩行の声かけを行えたか。	57.6%	28.3%	5.6%	0.7%	7.8%	3.27	48.0	64.6%	23.9%	3.2%	0.5%	7.7%	3.37	48.1
③	急がせず、利用者のペースに合った介助・誘導を行ったか。	77.1%	15.7%	1.0%	0.0%	6.2%	3.58	54.5	80.9%	12.2%	0.4%	0.1%	6.4%	3.61	53.4
5 体位変換ができる															
①	利用者の膝を立て、テコの原理を活用しながら、体位変換したか。	76.6%	19.6%	1.6%	0.0%	2.2%	3.68	56.7	82.7%	14.2%	1.1%	0.0%	2.0%	3.75	56.6
②	横向きになることができる人には自力で横になってもらったり、膝を自分で曲げられる人には自分で曲げてもらうなど、利用者の残存機能を活かしながら体位変換したか。	75.3%	20.7%	1.8%	0.0%	2.2%	3.67	56.5	81.1%	15.9%	0.9%	0.1%	2.0%	3.74	56.2
③	ベッドの下の方にずり落ちた場合には姿勢を直すなど、身体に摩擦を与えないように体位変換したか。	70.3%	24.8%	2.4%	0.0%	2.6%	3.60	55.0	78.6%	17.9%	1.2%	0.0%	2.2%	3.71	55.6
④	体位変換後、クッションやタオルなどを使用し、安楽な体位保持への介助を行ったか。	78.4%	18.2%	1.0%	0.0%	2.4%	3.70	57.2	85.2%	11.9%	0.5%	0.0%	2.4%	3.77	57.0
5. 状況の変化に応じた対応															
1 咳やむせこみに対応ができる															
チェック項目	自己評価							他者評価							
	4	3	2	1	-	平均点	偏差値	4	3	2	1	-	平均点	偏差値	
①	咳の強さ、顔色等の観察をしたか。	79.1%	18.7%	1.0%	0.0%	1.3%	3.74	58.0	85.2%	12.5%	0.6%	0.1%	1.6%	3.80	57.5
②	利用者が食物がつかえてむせこんでいる場合に、次の順で適切な対応ができたか。 ・頭が胸よりも低くなるように、前かがみの姿勢にしたか。 ・咳をするように声かけをしたか。 ・てのひらで背中（肩甲骨の間）をしっかり叩いたか。 ・（それでも改善しない場合）医療職に連絡したか。	62.3%	29.1%	3.4%	0.1%	5.2%	3.43	51.4	71.0%	21.5%	1.3%	0.1%	6.0%	3.51	51.3
③	記録をしたか。	79.1%	15.6%	1.8%	0.1%	3.4%	3.67	56.4	83.9%	11.8%	1.1%	0.2%	3.0%	3.73	56.1
2 便・尿の異常（血便・血尿、バイタル、ショック状態など）に対応ができる															
①	本人の様子（バイタル、ショック状態等）や便、尿（色やにおい、血液が混入していないかどうか等）を観察・確認したか。	82.7%	15.5%	1.0%	0.0%	0.8%	3.79	59.1	87.5%	10.8%	0.6%	0.0%	1.1%	3.84	58.4
②	原因の探索と確認をしたか。	58.0%	34.9%	5.6%	0.1%	1.4%	3.48	52.4	68.4%	25.7%	3.8%	0.3%	1.9%	3.58	52.8
③	（血液の混入、悪臭、バイタル値の異常やショック状態が観察された場合等）医療職に連絡したか。	84.2%	12.5%	0.7%	0.0%	2.6%	3.76	58.3	86.6%	10.0%	0.5%	0.1%	2.8%	3.77	57.0
④	記録をしたか。	84.4%	13.1%	0.9%	0.1%	1.5%	3.79	59.0	87.4%	9.9%	0.6%	0.2%	1.9%	3.81	57.8

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

3 皮膚の異常（炎症、表皮剥離、水疱、潰瘍等）に対応ができる															
①	皮膚の症状（大きさ、深さ、出血・浸出液・臭気の有無等）や本人の様子（痛みやかゆみの有無等）の観察をしたか。	80.6%	17.6%	1.4%	0.0%	0.5%	3.78	58.8	83.5%	14.8%	1.0%	0.0%	0.7%	3.80	57.7
②	原因の探索と確認をしたか。	60.2%	34.0%	4.7%	0.2%	1.0%	3.52	53.3	70.2%	25.3%	3.2%	0.2%	1.1%	3.63	53.9
③	（かゆがっていたり、炎症、表皮剥離、水疱、潰瘍が観察された場合等）医療職に連絡したか。	85.0%	12.7%	0.7%	0.1%	1.5%	3.80	59.1	87.8%	9.9%	0.4%	0.1%	1.8%	3.82	58.0
④	記録をしたか。	81.9%	15.5%	1.0%	0.1%	1.4%	3.76	58.5	86.2%	11.3%	0.6%	0.2%	1.7%	3.80	57.6
4 認知症の方がいつもと違う行動（攻撃的行動、突発的行動、対応が困難な行動等）を行った場合に対応できる															
①	いつもと違う行動が見られた利用者を観察し、脅威や不安を感じない（利用者の表情・行動にネガティブな変化がない）よう近づき、声をかける等対応し、利用者の行動や表情から不安・不快感等を軽減させることができたか。	62.5%	34.3%	2.1%	0.1%	1.0%	3.57	54.4	75.2%	22.6%	0.9%	0.1%	1.2%	3.70	55.5
②	いつもと違う行動が見られた利用者の表情、感情表現、行動などいつもと違う様子について確認し、なぜそのような行動をしたか、職員対応や本人の生活環境の変化等を確認し、記録したか。	59.0%	35.8%	3.8%	0.2%	1.2%	3.51	53.1	68.3%	28.4%	1.8%	0.1%	1.4%	3.62	53.6
③	いつもと違う行動が見られた利用者がなぜそのような行動をしたかを、心身状況、生活歴、価値観・嗜好、家族・他者との関係、家族から収集した情報等を確認し、記録したか。	47.0%	43.6%	7.7%	0.3%	1.4%	3.34	49.5	59.3%	34.4%	4.3%	0.3%	1.7%	3.49	50.8

II 利用者視点での評価

1. 利用者・家族とのコミュニケーション

1 相談・苦情対応ができる																											
チェック項目	自己評価							他者評価																			
	4	3	2	1	—	平均点	偏差値	4	3	2	1	—	平均点	偏差値													
①	（自分で対応できない場合）相談・苦情の内容について、上司に報告し、対応を依頼することができたか。													76.3%	19.0%	1.9%	0.1%	2.7%	3.66	56.3	81.5%	14.7%	1.0%	0.1%	2.8%	3.72	55.8
②	相談・苦情の内容及び関連情報を正確に把握・収集し、わかりやすく整理することができたか。													51.8%	38.6%	6.4%	0.0%	3.1%	3.36	49.9	67.6%	26.5%	2.6%	0.2%	3.1%	3.55	52.1
③	相談・苦情の要因を特定し、解決策または再発防止策を考えることができたか。													50.9%	38.7%	7.0%	0.2%	3.3%	3.34	49.4	62.4%	30.0%	3.8%	0.3%	3.5%	3.48	50.4
④	相談・苦情に対する解決策または再発防止策を利用者や家族に説明し、納得してもらえたか。													44.8%	39.7%	7.7%	0.7%	7.1%	3.14	45.3	56.1%	31.5%	4.4%	0.5%	7.5%	3.28	46.1
⑤	相談・苦情に対する解決策について、チームメンバーと共有し、解決策が継続的に実践されるよう働きかけを行ったか。													48.9%	39.2%	8.1%	0.4%	3.4%	3.30	48.6	60.0%	31.3%	4.6%	0.3%	3.7%	3.44	49.5
2 利用者特性に応じたコミュニケーションができる																											
①	家族に利用者の日頃の様子などの情報を積極的に伝えることができたか。													60.3%	31.5%	5.3%	0.7%	2.2%	3.47	52.2	71.2%	22.5%	2.9%	0.4%	2.9%	3.59	52.9
②	利用者が興味関心を持てるような話題を取り上げ、コミュニケーションをとったか。													63.6%	33.2%	2.9%	0.1%	0.2%	3.60	55.0	75.1%	23.2%	1.0%	0.1%	0.6%	3.72	55.9
③	利用者の話に耳を貸し、意思表示を把握し、理解することができたか。													65.7%	31.7%	2.3%	0.1%	0.2%	3.62	55.5	78.5%	19.8%	1.1%	0.0%	0.6%	3.76	56.6
④	認知症の利用者に対し、その特性に応じた声かけやジェスチャー、表情等により、利用者の意向を確認し、介護の内容を伝えることができたか。													64.4%	31.6%	2.8%	0.1%	1.1%	3.58	54.6	75.4%	21.5%	1.5%	0.1%	1.5%	3.69	55.2
⑤	視覚障害の利用者に対し、その特性に応じた声かけをし、利用者の意向を確認し、介護の内容を伝えることができたか。													57.0%	28.5%	2.6%	0.1%	11.8%	3.19	46.3	67.0%	19.5%	1.4%	0.1%	12.0%	3.29	46.4
⑥	聴覚障害・難聴の利用者に対し、その特性に応じた声かけやジェスチャー、表情等により、利用者の意向を確認し、介護の内容を伝えることができたか。													62.9%	30.0%	2.8%	0.2%	4.0%	3.48	52.4	73.0%	21.2%	1.6%	0.1%	4.1%	3.59	52.9

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

2. 介護過程の展開																
1 利用者に関する情報を収集できる																
チェック項目	自己評価							他者評価								
	4	3	2	1	-	平均点	偏差値	4	3	2	1	-	平均点	偏差値		
① 利用者や家族の生活に対する意向を把握できたか。	52.6%	39.4%	5.0%	0.6%	2.5%	3.39	50.6	64.0%	28.8%	3.7%	0.4%	3.0%	3.50	51.0		
② 利用者の心身機能・身体状況、利用者の「できる行為・活動」（実際には行う力を持っており、訓練や適切な支援によってできるようになること）と「している行為・活動」（毎日の生活の中で特に意識したり、努力したりすることなく行っていること）、健康状態、について、それぞれ把握できたか。	51.2%	42.0%	4.7%	0.2%	1.9%	3.40	50.8	63.9%	30.6%	2.8%	0.4%	2.3%	3.53	51.7		
③ 利用者を取りまく物的環境（食品、薬、福祉用具等）、人的環境（家族、友人等の支援や態度）、利用者の人生や生活の特別な背景（ライフスタイル、習慣、生育歴、教育歴、職業歴、行動様式、価値観等）、利用している制度について把握できたか。	37.4%	47.2%	12.5%	0.6%	2.3%	3.17	45.8	49.4%	40.4%	7.1%	0.5%	2.6%	3.33	47.3		
2 個別介護計画を立案できる																
① 得られた情報を整理、統合することができたか。	43.0%	38.9%	7.3%	0.6%	10.2%	3.04	43.0	55.9%	28.7%	3.8%	0.6%	11.1%	3.18	43.8		
② 課題を明確にすることができたか。	39.7%	40.5%	8.6%	0.8%	10.4%	2.98	41.9	52.1%	31.2%	5.0%	0.5%	11.2%	3.12	42.5		
③ 個別介護計画において、利用者の生活習慣や価値観を尊重する目標、心身の機能を維持・改善するとともに、自立的な生活を支援する目標を設定し、それを達成するための具体的な支援内容（担当者、頻度、期間を含む）を設定できたか。	36.3%	41.4%	7.5%	0.7%	14.1%	2.85	39.1	48.3%	31.5%	4.9%	0.4%	14.8%	2.98	39.4		
④ 個別介護計画を利用者や家族に説明し、同意が得られたか。	43.7%	27.6%	6.0%	1.0%	21.7%	2.71	36.0	50.4%	24.1%	3.8%	0.6%	21.1%	2.82	35.9		
3 個別介護計画に基づく支援の実践・モニタリングができる																
① ケアカンファレンス等の場において、個別介護計画の目標、支援内容及びそこに関わるスタッフの役割等についてチームメンバーに説明して共有し、プラン内容が継続的に実践される働きかけを行ったか。	43.1%	39.1%	7.9%	0.9%	9.1%	3.06	43.6	54.3%	31.2%	4.9%	0.5%	9.0%	3.21	44.6		
② チームにおける個別介護計画の実施状況を把握したか。	43.1%	38.4%	8.8%	1.2%	8.5%	3.06	43.6	53.3%	31.8%	5.5%	0.8%	8.7%	3.20	44.5		
③ 個別介護計画に基づく支援に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。	36.2%	39.8%	11.1%	1.6%	11.3%	2.88	39.7	45.5%	35.4%	6.7%	1.0%	11.4%	3.03	40.5		
④ 個別介護計画に基づく支援による利用者の心身の状況や利用者を取り巻く物的環境、人的環境の変化を把握したか。	39.2%	40.8%	9.5%	1.6%	9.0%	3.00	42.1	49.4%	34.3%	5.9%	1.1%	9.3%	3.13	42.8		
4 個別介護計画の評価ができる																
① 個別介護計画の目標に対する到達度を評価したか。	42.3%	35.6%	7.8%	1.6%	12.7%	2.93	40.8	53.4%	28.1%	4.8%	0.7%	12.9%	3.09	41.7		
② 個別介護計画の内容に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。	33.5%	40.1%	10.5%	2.3%	13.6%	2.77	37.5	43.2%	35.2%	6.4%	1.3%	14.0%	2.92	38.5		
③ 個別介護計画の見直しにあたっての代替案を設定したか。	34.3%	37.7%	10.8%	2.7%	14.4%	2.75	36.9	45.3%	32.4%	7.0%	1.4%	13.9%	2.94	38.5		

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

4. 事故発生防止														
1 ヒヤリハットの視点を持っている														
チェック項目	自己評価							他者評価						
	4	3	2	1	—	平均点	偏差値	4	3	2	1	—	平均点	偏差値
① 「事故には至らなかったがヒヤリとしたこと」「ハッとした気づき」を意識してとり上げ、記録に残すことができたか。	67.3%	27.3%	4.1%	0.5%	0.9%	3.60	54.9	76.0%	20.1%	2.6%	0.3%	1.1%	3.70	55.3
② ヒヤリハットの対応策（予防策）を講じることができたか。	64.0%	30.1%	4.8%	0.2%	0.9%	3.56	54.2	73.9%	22.2%	2.6%	0.4%	1.0%	3.68	54.9
③ 分析した情報について、事業所・施設内の会議で報告する等ケアチームで情報共有し、対応策を継続的に実践することができたか。	55.6%	35.9%	6.8%	0.6%	1.0%	3.44	51.7	65.2%	29.2%	3.7%	0.5%	1.2%	3.57	52.4
2 事故発生時の対応ができる														
① 事故発生時の事業所・施設内のルールに従って報告すべき者に対して、事故発生時の状況について、いつ、どこで、誰が、どのように、どうしたかを明瞭に伝えることができたか。	75.8%	20.5%	1.7%	0.2%	1.8%	3.68	56.7	81.5%	15.5%	0.8%	0.1%	2.1%	3.74	56.3
② 事故の再発予防策を講じることができたか。	65.3%	29.0%	3.6%	0.2%	1.9%	3.56	54.1	75.1%	19.9%	2.5%	0.1%	2.4%	3.65	54.3
③ 家族に連絡し、発生原因、再発予防策を利用者・家族が理解できるように説明できたか。	54.0%	28.0%	4.2%	1.0%	12.9%	3.09	44.2	61.5%	22.8%	2.6%	0.8%	12.3%	3.21	44.4
④ 事故の発生から再発予防策までを事業所・施設内外の関係者と共有し、再発防止策を継続的に実践することができたか。	52.3%	36.6%	6.1%	0.6%	4.5%	3.32	49.0	61.6%	29.5%	4.3%	0.4%	4.2%	3.44	49.6
3 事故報告書を作成できる														
① 事故報告書に、5W1H を明瞭にした発生状況とその対応を記載できたか。	69.5%	24.8%	2.6%	0.2%	3.0%	3.58	54.5	77.9%	17.0%	1.5%	0.2%	3.4%	3.66	54.5
② 保険者に対する報告について、その定める方法・様式に沿って記載することができたか。	49.6%	25.9%	4.3%	1.0%	19.1%	2.86	39.3	59.3%	18.1%	2.5%	0.8%	19.3%	2.97	39.2
5. 身体拘束廃止														
1 身体拘束廃止に向けた対応ができる														
チェック項目	自己評価							他者評価						
	4	3	2	1	—	平均点	偏差値	4	3	2	1	—	平均点	偏差値
① 身体拘束に至る背景や原因について、情報を収集・整理し、問題点を明確にすることができたか。	54.8%	27.5%	3.6%	0.3%	13.8%	3.09	44.2	63.0%	19.6%	2.2%	0.5%	14.6%	3.16	43.4
② 身体拘束をなくしていくための対応策を提示できたか。	50.8%	30.6%	5.0%	0.6%	13.1%	3.06	43.4	59.3%	22.6%	3.7%	0.6%	13.8%	3.13	42.8
③ ケアカンファレンス等を開催し、身体拘束に至らないよう、あるいはなくしていくための対応策についてチームメンバーと共有し、対応策が継続的に行われるよう働きかけを行ったか。	50.4%	30.8%	6.2%	0.7%	11.9%	3.07	43.7	59.3%	24.5%	3.4%	0.7%	12.1%	3.18	43.9
6. 終末期ケア														
1 終末期の利用者や家族の状況を把握できる														
チェック項目	自己評価							他者評価						
	4	3	2	1	—	平均点	偏差値	4	3	2	1	—	平均点	偏差値
① 利用者のADL、余命、告知・無告知の把握をしているか。	51.6%	27.0%	5.4%	0.8%	15.1%	2.99	42.1	59.3%	22.1%	3.5%	0.4%	14.7%	3.11	42.3
② 利用者・家族の看取りの場所の希望について把握をしているか。	49.2%	27.1%	6.4%	1.3%	16.0%	2.92	40.6	57.8%	21.9%	4.0%	0.7%	15.6%	3.06	41.1
③ 利用者の自己決定や家族の希望を最大限尊重しているか。	52.4%	27.6%	4.0%	0.7%	15.2%	3.01	42.5	61.4%	21.9%	1.7%	0.2%	14.8%	3.15	43.2
2 終末期に医療機関または医療職との連携ができる														
① 利用者の痛みやそのほかの不快感な身体症状の変化があった場合に備え、その際の対処について、あらかじめ医療機関または医療職と打ち合わせているか。	50.3%	27.3%	4.7%	0.7%	17.0%	2.93	40.8	58.5%	20.9%	3.1%	0.4%	17.0%	3.03	40.6
② 利用者の痛みやそのほかの不快感な身体症状の変化をとらえ、医療機関または医療職に連絡したか。	58.7%	21.3%	2.8%	0.4%	16.9%	3.04	43.2	64.1%	16.7%	2.0%	0.3%	17.0%	3.10	42.2
③ 利用者の状態の変化を正確に記録し、他職種と共有したか。	58.0%	22.6%	3.2%	0.4%	15.8%	3.07	43.6	63.4%	18.1%	1.9%	0.4%	16.2%	3.12	42.5

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

Ⅲ 地域包括ケアシステム&リーダーシップ

1. 地域包括ケアシステム

1 地域内の社会資源との情報共有		自己評価							他者評価						
チェック項目		4	3	2	1	—	平均点	偏差値	4	3	2	1	—	平均点	偏差値
①	関連する他の機関と情報共有を図るため、利用者にサービスを提供したときの進捗状況や結果を関連する他の機関または自身が所属する機関の窓口へ情報提供しているか。	29.3%	28.5%	10.3%	3.0%	28.9%	2.26	26.6	35.9%	23.0%	8.5%	2.0%	30.5%	2.32	24.7
②	利用者がどんな制度、資源、サービスを利用しているか把握しているか。	27.6%	37.1%	14.1%	4.1%	17.1%	2.54	32.5	34.6%	32.4%	11.7%	2.5%	18.8%	2.61	31.3
③	サービスの実施に必要な知識や情報を、関連する他の機関等（知人、団体、住民組織等を含む）から集めているか。	20.4%	31.0%	16.0%	5.1%	27.7%	2.11	23.4	26.7%	28.8%	12.5%	3.3%	28.7%	2.22	22.4
2 地域内の社会資源との業務協力		自己評価							他者評価						
①	利用者等からの相談や問題状況を基に、関連する他の機関に必要とされるサービスを文書化して提案しているかどうか。	16.9%	25.6%	14.4%	6.1%	36.9%	1.79	16.7	21.7%	25.7%	10.4%	3.2%	38.9%	1.88	15.0
②	関連する他の機関（知人、団体、住民組織等を含む）に協力を要請しているか。	16.2%	26.7%	13.6%	5.7%	37.8%	1.78	16.3	22.2%	23.7%	11.5%	3.1%	39.6%	1.86	14.5
3 地域内の関係職種との交流		自己評価							他者評価						
①	自分と関連する専門職の集まりだけでなく、他の職種・専門職との集まり（会議、懇親会）にも参加しているか。	22.9%	23.2%	14.5%	5.6%	33.8%	1.96	20.1	26.7%	24.0%	11.8%	3.6%	34.0%	2.06	19.0
②	関連する他の機関にどのような専門職がいるか、把握しているか。	24.9%	31.6%	15.2%	5.6%	22.7%	2.30	27.5	30.5%	29.5%	11.9%	3.1%	24.9%	2.38	26.0
4 地域包括ケアシステムの管理業務		自己評価							他者評価						
①	自分の属する機関が提供する介護業務の内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料・文書で情報提供しているか。	19.0%	24.2%	12.2%	5.1%	39.5%	1.78	16.3	23.7%	22.5%	10.0%	3.1%	40.8%	1.85	14.4
②	複数の関連する他の機関（住民組織を含む）の専門職が集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適宜に管理・提供しているか。	17.5%	26.0%	12.3%	5.3%	38.8%	1.78	16.4	22.7%	24.2%	9.6%	3.2%	40.3%	1.86	14.5

2. リーダーシップ

1 現場で適切な技術指導ができる		自己評価							他者評価						
チェック項目		4	3	2	1	—	平均点	偏差値	4	3	2	1	—	平均点	偏差値
①	個々のスキルや仕事に対する取組みの意識を把握し、スタッフのレベルやキャリア・プランに応じて育成計画を立案して指導しているか。	24.7%	41.7%	19.5%	3.4%	10.6%	2.66	35.1	40.6%	37.2%	9.8%	1.5%	10.9%	2.95	38.8
②	介護の現場で、スタッフのスキルや利用者とのコミュニケーションの取り方等について、具体的な指導・助言を行っているか。	39.3%	45.6%	10.6%	1.1%	3.4%	3.16	45.7	55.1%	34.3%	5.9%	0.4%	4.4%	3.35	47.7
③	利用者の不自信やスタッフのモチベーションの低下を招かないように、介護の現場でスタッフに指導・助言を行う場合は、利用者の前でスタッフを注意したり叱ったりせず、後で声を掛けるなどしているか。	54.5%	35.4%	6.2%	0.9%	3.0%	3.37	50.2	64.5%	27.5%	3.8%	0.3%	3.9%	3.48	50.6
④	スタッフに指導した後は、振り返りを行ない、スタッフの疑問の解消や注意すべき点等について確認しているか。	37.3%	45.7%	11.9%	1.2%	3.8%	3.12	44.7	51.7%	36.0%	7.3%	0.5%	4.4%	3.30	46.5
⑤	自己のスキルアップのために、研修を受講する等により研鑽しているか。	45.8%	36.7%	12.4%	2.4%	2.6%	3.21	46.6	58.4%	30.4%	7.2%	0.8%	3.2%	3.40	48.7
2 部下の業務支援を適切に行っている		自己評価							他者評価						
②	事業所・施設内において、研修、勉強会、ミーティング、ケース会議等を定期的で開催しているか。	54.1%	26.4%	7.5%	1.4%	10.6%	3.12	44.8	60.8%	22.8%	4.4%	0.7%	11.3%	3.21	44.5
③	各スタッフとの面談の機会をつくり、スタッフの要望や悩みを聞き取り、把握・助言をしているか。	33.9%	35.5%	14.6%	2.3%	13.6%	2.74	36.7	47.2%	30.4%	7.6%	1.4%	13.4%	2.97	39.1
④	事業所・施設内外の研修、勉強会等について、個別に声を掛ける等してスタッフに参加させているか。	35.7%	32.2%	15.2%	3.0%	13.9%	2.73	36.4	46.1%	29.2%	8.8%	1.4%	14.5%	2.91	37.8
⑤	スタッフの体調を把握するために声かけや観察を行なっているか。	49.2%	36.1%	8.1%	0.8%	5.8%	3.22	47.0	61.3%	27.0%	4.3%	0.5%	6.8%	3.36	47.7
3 評価者として適切に評価できる		自己評価							他者評価						
①	期首にスタッフと面談の機会を持ち、スタッフの希望する目標、上司として期待する目標を相互に確認した上で、スタッフとともにその期の目標を設定しているか。	29.0%	36.2%	15.3%	2.8%	16.8%	2.58	33.3	41.8%	32.0%	7.8%	1.4%	16.9%	2.81	35.5
②	自己の利益や好みによらず、客観的評価基準に基づきスタッフを評価できているか。	42.4%	38.4%	6.8%	1.0%	11.4%	2.99	42.1	56.5%	28.3%	2.4%	0.6%	12.1%	3.17	43.5

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

■ 他者評価において偏差値 45 以下となった評価項目一覧（偏差値低い順）

項目	NO	チェック項目	偏差値
地域包括ケア（管理業務）	①	自分の属する機関が提供する介護業務の内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料・文書で情報提供しているか。	14.4
地域包括ケア（管理業務）	②	複数の関連する他の機関（住民組織を含む）の専門職が集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理・提供しているか。	14.5
地域包括ケア（業務協力）	②	関連する他の機関（知人、団体、住民組織等を含む）に協力を要請しているか。	14.5
地域包括ケア（業務協力）	①	利用者等からの相談や問題状況を基に、関連する他の機関に必要とされるサービスを文書化して提案しているかどうか。	15.0
地域包括ケア（機関交流）	①	自分と関連する専門職の集まりだけでなく、他の職種・専門職との集まり（会議、懇親会）にも参加しているか。	19.0
地域包括ケア（情報共有）	③	サービスの実施に必要な知識や情報を、関連する他の機関等（知人、団体、住民組織等を含む）から集めているか。	22.4
地域包括ケア（情報共有）	①	関連する他の機関と情報共有を図るため、利用者にサービスを提供したときの進捗状況や結果を関連する他の機関または自身が所属する機関の窓口へ情報提供しているか。	24.7
地域包括ケア（機関交流）	②	関連する他の機関にどういう専門職がいるか、把握しているか。	26.0
地域包括ケア（情報共有）	②	利用者がどんな制度、資源、サービスを利用しているか把握しているか。	31.3
リーダー（評価）	①	期首にスタッフと面談の機会を持ち、スタッフの希望する目標、上司として期待する目標を相互に確認した上で、スタッフとともにその期の目標を設定しているか。	35.5
介護過程（計画立案）	④	個別介護計画を利用者や家族に説明し、同意が得られたか。	35.9
リーダー（部下支援）	④	事業所・施設内外の研修、勉強会等について、個別に声を掛ける等してスタッフに参加させているか。	37.8
介護過程（評価）	②	個別介護計画の内容に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。	38.1
介護過程（評価）	③	個別介護計画の見直しにあたっての代替案を設定したか。	38.5
リーダー（技術指導）	①	個々のスキルや仕事に対する取組みの意識を把握し、スタッフのレベルやキャリア・プランに応じて育成計画を立案して指導しているか。	38.8
リーダー（部下支援）	③	各スタッフとの面談の機会をつくり、スタッフの要望や悩みを聞き取り、把握・助言をしているか。	39.1
事故防止（報告書作成）	②	保険者に対する報告について、その定める方法・様式に沿って記載することができたか。	39.2
介護過程（計画立案）	③	個別介護計画において、利用者の生活習慣や価値観を尊重する目標、心身の機能を維持・改善するとともに、自立的な生活を支援する目標を設定し、それを達成するための具体的な支援内容（担当者、頻度、期間を含む）を設定できたか。	39.4
介護過程（モニタリング）	③	個別介護計画に基づく支援に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。	40.5
終末ケア（医療連携）	①	利用者の痛みやそのほかの不快感な身体症状の変化があった場合に備え、その際の対処について、あらかじめ医療機関または医療職と打ち合わせているか。	40.6

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

終末ケア（状況把握）	②	利用者・家族の看取りの場所の希望について把握をしているか。	41.1
介護過程（評価）	①	個別介護計画の目標に対する到達度を評価したか。	41.7
終末ケア（医療連携）	②	利用者の痛みやその他の不快な身体症状の変化をとらえ、医療機関または医療職に連絡したか。	42.2
終末ケア（状況把握）	①	利用者のADL、余命、告知・無告知の把握をしているか。	42.3
終末ケア（医療連携）	③	利用者の状態の変化を正確に記録し、他職種と共有したか。	42.5
介護過程（計画立案）	②	課題を明確にすることができたか。	42.6
身体拘束（廃止対応）	②	身体拘束をなくしていくための対応策を提示できたか。	42.8
介護過程（モニタリング）	④	個別介護計画に基づく支援による利用者の心身の状況や利用者を取り巻く物的環境、人的環境の変化を把握したか。	42.8
終末ケア（状況把握）	③	利用者の自己決定や家族の希望を最大限尊重しているか。	43.2
身体拘束（廃止対応）	①	身体拘束に至る背景や原因について、情報を収集・整理し、問題点を明確にすることができたか。	43.4
リーダー（評価）	②	自己の利益や好みによらず、客観的評価基準に基づきスタッフを評価できているか。	43.5
介護過程（計画立案）	①	得られた情報を整理、統合することができたか。	43.8
身体拘束（廃止対応）	③	ケアカンファレンス等を開催し、身体拘束に至らないよう、あるいはなくしていくための対応策についてチームメンバーと共有し、対応策が継続的に行われるよう働きかけを行ったか。	43.9
介護過程（モニタリング）	②	チームにおける個別介護計画の実施状況を把握したか。	44.3
事故防止（発生時対応）	③	家族に連絡し、発生原因、再発予防策を利用者・家族が理解できるように説明できたか。	44.4
リーダー（部下支援）	②	事業所・施設内において、研修、勉強会、ミーティング、ケース会議等を定期的で開催しているか。	44.5
介護過程（モニタリング）	①	ケアカンファレンス等の場において、個別介護計画の目標、支援内容及びそこに関わるスタッフの役割等についてチームメンバーに説明して共有し、プラン内容が継続的に実践される働きかけを行ったか。	44.6

④ 経験年数を重ねることによる課題対応力の変化

介護職員の経験年数を重ねることでの課題対応力の向上を類推するため、「5・6年」「10・11年」「15・16年」「20年・21年」をそれぞれの経験年数の群とし、経験年数による介護職員の資質実態の特徴があるか分析を行った。

介護職員の資質実態として項目ごとに集計した結果、「5・6年」の平均点は3.47点、「10・11年」の平均点は3.43点、「15・16年」の平均点は3.47点、「20年・21年」の平均点は3.50点となり、最大差でも0.07ポイントと、ほぼ同じ点数であることが確認された。

経験年数	該当者数	平均点	標準偏差
5・6年	96	3.47	0.44
10・11年	176	3.43	0.47
15・16年	152	3.47	0.46
20・21年	85	3.50	0.39

算定された平均点並びに標準偏差をもとに、介護職員の資質実態を明確化するため、項目ごとの偏差値を算定した。なお、経験年数の分析にあたっては、重点課題とされる、認知症ケア、介護過程の展開、感染症対策、終末期ケア、地域包括ケアシステムの取り組みに焦点をあて、どのような項目で差が出るか確認した。なお、一覧表について視認性を高めるため、偏差値が55.0以上については の網掛け、偏差値が45.0以下については の網掛けとした。

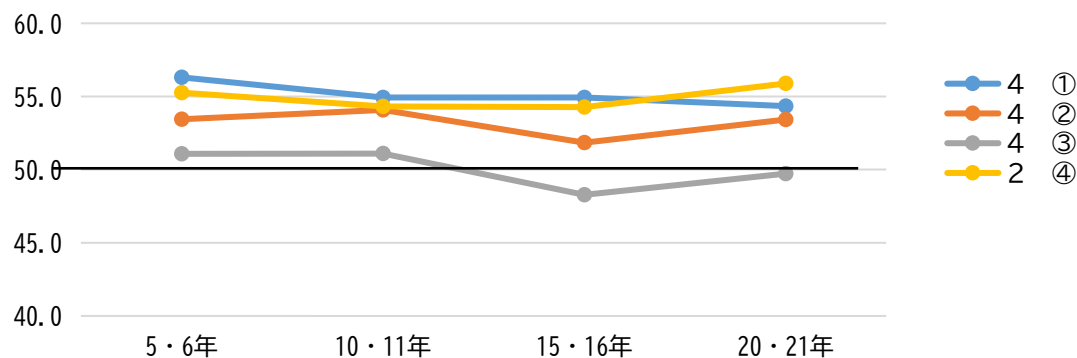
これにより、「5・6年」「10・11年」「15・16年」「20年・21年」をそれぞれの経験年数の群とし、項目ごとの偏差値による課題対応力向上の類推を行ったが、重点課題のテーマである認知症ケア、終末期ケア、介護過程の展開、地域包括ケアシステムの取り組みについて、平均点や偏差値に大きな変化は確認できなかった。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

■ <認知症ケア> (5・6年：n=96 10・11年：n=176 15・16年：n=152 20・21年：n=85)

5. 状況の変化に応じた対応									
4 認知症の方がいつもと違う行動を行った場合に対応できる									
チェック項目	5・6年		10・11年		15・16年		20・21年		
	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	
① いつもと違う行動が見られた利用者を観察し、脅威や不安を感じない（利用者の表情・行動にネガティブな変化がない）よう近づき、声をかける等対応し、利用者の行動や表情から不安・不快感等を軽減させることができたか。	3.74	56.3	3.68	54.9	3.68	54.9	3.65	54.3	
② いつもと違う行動が見られた利用者の表情、感情表現、行動などいつもと違う様子について確認し、なぜそのような行動をしたか、職員対応や本人の生活環境の変化等を確認し、記録したか。	3.61	53.4	3.64	54.1	3.54	51.8	3.61	53.4	
③ いつもと違う行動が見られた利用者がなぜそのような行動をしたかを、心身状況、生活歴、価値観・嗜好、家族・他者との関係、家族から収集した情報等を確認し、記録したか。	3.51	51.1	3.51	51.1	3.38	48.3	3.44	49.7	
1. 利用者・家族とのコミュニケーション									
2 利用者特性に応じたコミュニケーションができる									
チェック項目	5・6年		10・11年		15・16年		20・21年		
	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	
④ 認知症の利用者に対し、その特性に応じた声かけやジェスチャー、表情等により、利用者の意向を確認し、介護の内容を伝えることができたか。	3.69	55.3	3.65	54.3	3.65	54.3	3.72	55.9	

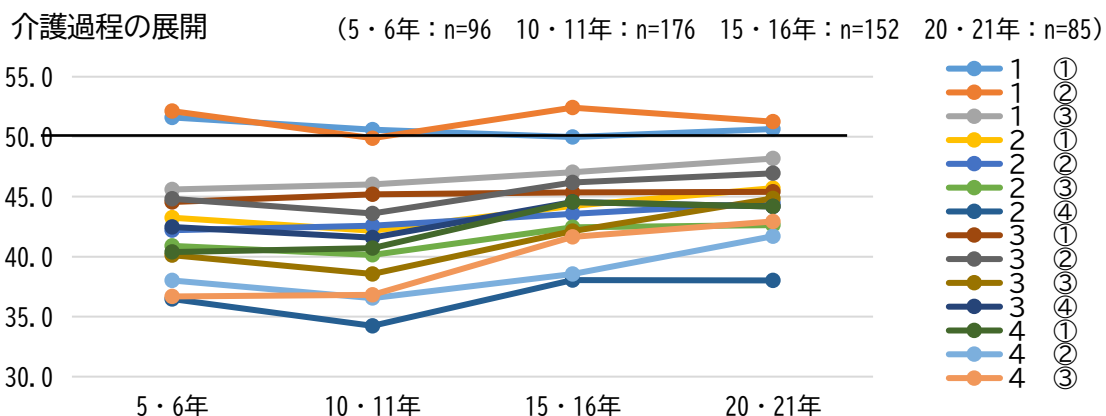
認知症ケア (5・6年：n=96 10・11年：n=176 15・16年：n=152 20・21年：n=85)



■ <介護過程の展開> (5・6年:n=96 10・11年:n=176 15・16年:n=152 20・21年:n=85)

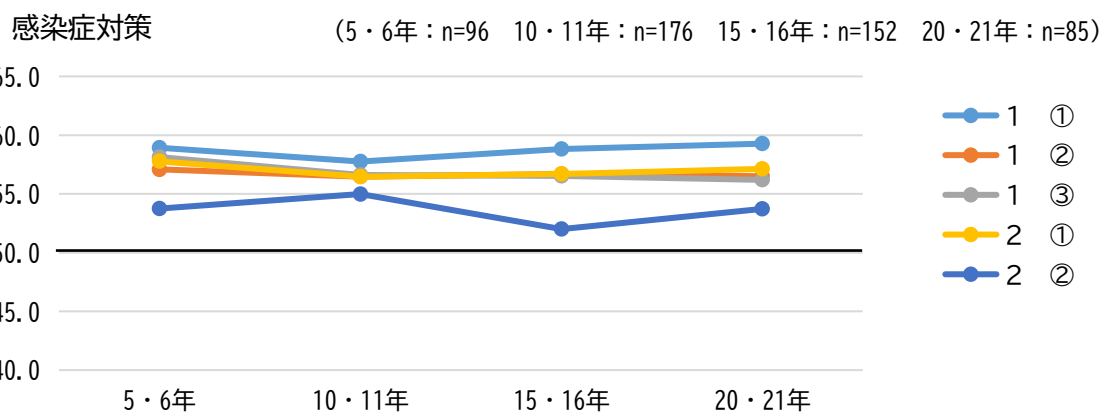
2. 介護過程の展開									
1 利用者に関する情報を収集できる									
チェック項目	5・6年		10・11年		15・16年		20・21年		
	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	
① 利用者や家族の生活に対する意向を把握できたか。	3.53	51.6	3.48	50.6	3.46	50.0	3.49	50.6	
② 利用者の心身機能・身体状況、利用者の「できる行為・活動」(実際には行う力を持っており、訓練や適切な支援によってできるようになること)と「している行為・活動」(毎日の生活の中で特に意識したり、努力したりすることなく行っていること)、健康状態、について、それぞれ把握できたか。	3.55	52.1	3.45	49.9	3.57	52.4	3.51	51.3	
③ 利用者を取りまく物的環境(食品、薬、福祉用具等)、人的環境(家族、友人等の支援や態度)、利用者の人生や生活の特別な背景(ライフスタイル、習慣、生育歴、教育歴、職業歴、行動様式、価値観等)、利用している制度について把握できたか。	3.26	45.6	3.28	46.0	3.32	47.0	3.38	48.2	
2 個別介護計画を立案できる									
① 得られた情報を整理、統合することができたか。	3.15	43.2	3.10	42.2	3.20	44.2	3.26	45.7	
② 課題を明確にすることができたか。	3.11	42.2	3.12	42.6	3.17	43.6	3.21	44.5	
③ 個別介護計画において、利用者の生活習慣や価値観を尊重する目標、心身の機能を維持・改善するとともに、自立的な生活を支援する目標を設定し、それを達成するための具体的な支援内容(担当者、頻度、期間を含む)を設定できたか。	3.05	40.9	3.01	40.1	3.12	42.4	3.13	42.6	
④ 個別介護計画を利用者や家族に説明し、同意が得られたか。	2.85	36.5	2.75	34.2	2.92	38.0	2.92	38.0	
3 個別介護計画に基づく支援の実践・モニタリングができる									
① ケアカンファレンス等の場において、個別介護計画の目標、支援内容及びそこに関わるスタッフの役割等についてチームメンバーに説明して共有し、プラン内容が継続的に実践される働きかけを行ったか。	3.21	44.6	3.24	45.2	3.25	45.4	3.25	45.4	
② チームにおける個別介護計画の実施状況を把握したか。	3.22	44.8	3.17	43.6	3.28	46.2	3.32	46.9	
③ 個別介護計画に基づく支援に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。	3.01	40.1	2.94	38.6	3.10	42.1	3.23	44.9	
④ 個別介護計画に基づく支援による利用者の心身の状況や利用者を取り巻く物的環境、人的環境の変化を把握したか。	3.12	42.5	3.08	41.6	3.21	44.6	3.19	44.2	
4 個別介護計画の評価ができる									
① 個別介護計画の目標に対する到達度を評価したか。	3.02	40.4	3.04	40.7	3.21	44.6	3.19	44.2	
② 個別介護計画の内容に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。	2.92	38.0	2.85	36.5	2.94	38.6	3.08	41.7	
③ 個別介護計画の見直しにあたっての代替案を設定したか。	2.86	36.7	2.86	36.8	3.08	41.6	3.14	42.9	

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査



■ <感染症対策> (5・6年：n=96 10・11年：n=176 15・16年：n=152 20・21年：n=85)

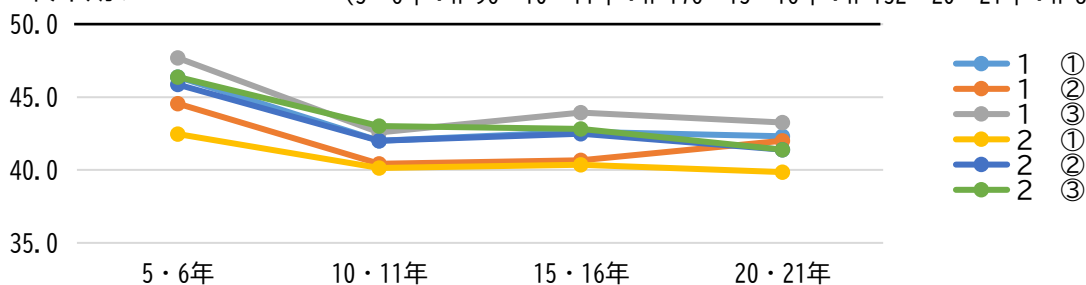
3. 感染症対策・衛生管理									
1 感染症予防対策ができる									
チェック項目	5・6年		10・11年		15・16年		20・21年		
	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	
① 利用者の血液、体液、分泌物、排泄物（汗を除く）、障害のある皮膚、粘膜に接触する場合、手袋を着用するとともに、ケア終了後は、手袋を脱着し手洗いをしているか。	3.86	58.9	3.81	57.8	3.85	58.8	3.88	59.3	
② おむつ、清拭、エプロン等感染の媒介となるものを、床に直接置いていないか。	3.78	57.1	3.75	56.5	3.76	56.7	3.75	56.5	
③ 嘔吐物、排泄物、血液等の感染源になるものがある場所の消毒を確実に行ったか。	3.82	58.1	3.75	56.6	3.75	56.5	3.74	56.2	
④ 利用者に、どのような感染症の既往があるか確認できているか。	3.58	52.6	3.66	54.6	3.62	53.6	3.64	54.0	
2 感染症発生時に対応できる									
① 感染症を疑われる利用者や罹患した利用者に対応する場合に、マスク及び手袋の着用、ケア前後の手洗い・消毒等感染拡大防止のための対応をとったか。	3.81	57.8	3.75	56.5	3.76	56.7	3.78	57.1	
② 利用者の状態、感染症発生状況を正確に記録したか。	3.63	53.8	3.68	55.0	3.55	52.0	3.63	53.7	



■ <終末期ケア> (5・6年 : n=96 10・11年 : n=176 15・16年 : n=152 20・21年 : n=85)

6. 終末期ケア									
1 終末期の利用者や家族の状況を把握できる									
チェック項目		5・6年		10・11年		15・16年		20・21年	
		平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値
①	利用者のADL、余命、告知・無告知の把握をしているか。	3.29	46.4	3.10	42.0	3.12	42.6	3.11	42.3
②	利用者・家族の看取りの場所の希望について把握をしているか。	3.21	44.6	3.03	40.4	3.04	40.7	3.10	42.0
③	利用者の自己決定や家族の希望を最大限尊重しているか。	3.35	47.7	3.12	42.6	3.18	43.9	3.15	43.2
2 終末期に医療機関または医療職との連携ができる									
①	利用者の痛みやそのほかの不快感な身体症状の変化があった場合に備え、その際の対処について、あらかじめ医療機関または医療職と打ち合わせているか。	3.12	42.5	3.01	40.1	3.02	40.3	3.00	39.9
②	利用者の痛みやそのほかの不快感な身体症状の変化をとらえ、医療機関または医療職に連絡したか。	3.27	45.9	3.10	42.0	3.12	42.5	3.07	41.4
③	利用者の状態の変化を正確に記録し、他職種と共有したか。	3.29	46.4	3.14	43.0	3.13	42.8	3.07	41.4

終末期ケア (5・6年 : n=96 10・11年 : n=176 15・16年 : n=152 20・21年 : n=85)



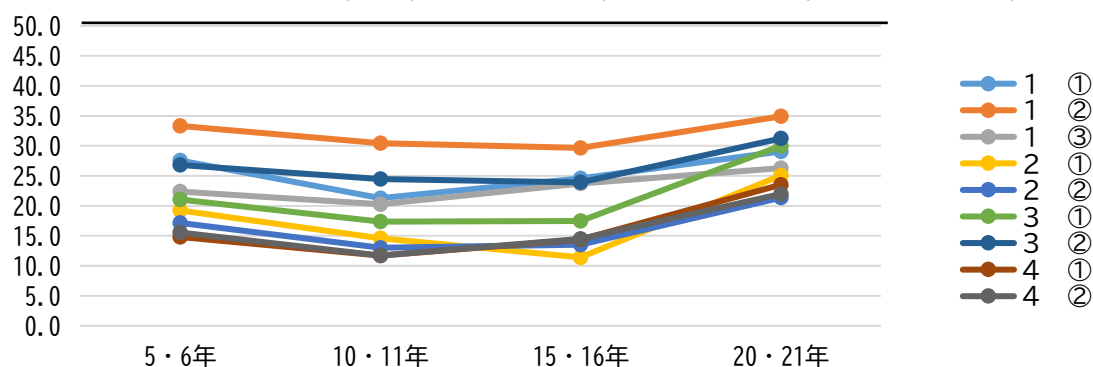
■ <地域包括ケアシステム> (5・6年 : n=96 10・11年 : n=176 15・16年 : n=152 20・21年 : n=85)

1. 地域包括ケアシステム									
1 地域内の社会資源との情報共有									
チェック項目		5・6年		10・11年		15・16年		20・21年	
		平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値
①	関連する他の機関と情報共有を図るため、利用者にサービスを提供したときの進捗状況や結果を関連する他の機関または自身が所属する機関の窓口へ情報提供しているか。	2.45	27.6	2.16	21.3	2.31	24.6	2.51	29.1
②	利用者がどんな制度、資源、サービスを利用しているか把握しているか。	2.71	33.3	2.58	30.4	2.54	29.7	2.78	34.9
③	サービスの実施に必要な知識や情報を、関連する他の機関等(知人、団体、住民組織等を含む)から集めているか。	2.21	22.4	2.12	20.3	2.27	23.7	2.39	26.3
2 地域内の社会資源との業務協力									
①	利用者等からの相談や問題状況を基に、関連する他の機関に必要なとされるサービスを文書化して提案しているかどうか。	2.07	19.2	1.86	14.6	1.72	11.4	2.33	25.1
②	関連する他の機関(知人、団体、住民組織等を含む)に協力を要請しているか。	1.98	17.1	1.79	13.0	1.81	13.6	2.17	21.4

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

3 地域内の関係職種との交流								
チェック項目	5・6年		10・11年		15・16年		20・21年	
	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値
① 自分と関連する専門職の集まりだけでなく、他の職種・専門職との集まり（会議、懇親会）にも参加しているか。	2.15	21.1	1.99	17.4	1.99	17.5	2.56	30.0
② 関連する他の機関にどのような専門職がいるか、把握しているか。	2.41	26.8	2.31	24.5	2.28	23.9	2.61	31.2
4 地域包括ケアシステムの管理業務								
① 自分の属する機関が提供する介護業務の内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料・文書で情報提供しているか。	1.87	14.8	1.73	11.7	1.85	14.4	2.26	23.5
② 複数の関連する他の機関（住民組織を含む）の専門職が集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理・提供しているか。	1.91	15.6	1.73	11.7	1.86	14.5	2.19	22.0

地域包括ケアシステム (5・6年：n=96 10・11年：n=176 15・16年：n=152 20・21年：n=85)



ここで、項目ごとに「5・6年」と「10・11年」、「5・6年」と「15・16年」、「5・6年」と「20年・21年」のそれぞれで統計的検定を実施し、「5・6年」の介護職員の資質と、経験年数を重ねた「10・11年」、「15・16年」、「20年・21年」の介護職員の資質に「差がある（異なるといえる）」か検証した。

なお、今回の統計的検定にあたり、母集団やサンプルサイズの問題から、検定方法について「t検定」を採用した。

また、視認性を高める為、算出したT値が棄却限界値である1.97を超え、「2群は異なる」となったものについては の網掛けとした。

統計的検定を実施した結果、すべての項目において棄却限界値である1.97を超えることはなく、「5・6年」の介護職員の資質と、経験年数が経過した「10・11年」、「15・16年」、「20年・21年」の介護職員の資質に差は見られないことが確認された。

この結果より、経験年数を重ねることでの課題対応力の向上については、少なくとも5・6年経過後、経験年数を重ねたとしても向上していないことが明らかとなった。これは経験年数が5・6年となった時点で、介護現場において介護職員の資質としてその時点で求められている範囲での対応力が身につく、それ以外の対応力向上については、環境の変化や対応が求められる事象が発生しない限り、経験年数を重ねたとしても向上が図られないということが類推されると結論付けられる。

■ <認知症ケア>

5. 状況の変化に応じた対応			
4 認知症の方がいつもと違う行動を行った場合に対応できる			
チェック項目	検定 5年⇔10年	検定 5年⇔15年	検定 5年⇔20年
① いつもと違う行動が見られた利用者を観察し、脅威や不安を感じない（利用者の表情・行動にネガティブな変化がない）よう近づき、声をかける等対応し、利用者の行動や表情から不安・不快感等を軽減させることができたか。	0.36	0.35	0.41
② いつもと違う行動が見られた利用者の表情、感情表現、行動などいつもと違う様子について確認し、なぜそのような行動をしたか、職員対応や本人の生活環境の変化等を確認し、記録したか。	0.17	0.40	0.00
③ いつもと違う行動が見られた利用者がなぜそのような行動をしたかを、心身状況、生活歴、価値観・嗜好、家族・他者との関係、家族から収集した情報等を確認し、記録したか。	0.00	0.72	0.29
1. 利用者・家族とのコミュニケーション			
2 利用者特性に応じたコミュニケーションができる			
チェック項目	検定 5年⇔10年	検定 5年⇔15年	検定 5年⇔20年
④ 認知症の利用者に対し、その特性に応じた声かけやジェスチャー、表情等により、利用者の意向を確認し、介護の内容を伝えることができたか。	0.24	0.25	0.13

■ <介護過程の展開>

2. 介護過程の展開			
1 利用者に関する情報を収集できる			
チェック項目	検定 5年⇔10年	検定 5年⇔15年	検定 5年⇔20年
① 利用者や家族の生活に対する意向を把握できたか。	0.25	0.40	0.20
② 利用者の心身機能・身体状況、利用者の「できる行為・活動」（実際には行う力を持っており、訓練や適切な支援によってできるようになること）と「している行為・活動」（毎日の生活の中で特に意識したり、努力したりすることなく行っていること）、健康状態、について、それぞれ把握できたか。	0.56	0.07	0.18
③ 利用者を取りまく物的環境（食品、薬、福祉用具等）、人的環境（家族、友人等の支援や態度）、利用者の人生や生活の特別な背景（ライフスタイル、習慣、生育歴、教育歴、職業歴、行動様式、価値観等）、利用している制度について把握できたか。	0.10	0.36	0.54
2 個別介護計画を立案できる			
① 得られた情報を整理、統合することができたか。	0.23	0.21	0.45
② 課題を明確にすることができたか。	0.08	0.30	0.41
③ 個別介護計画において、利用者の生活習慣や価値観を尊重する目標、心身の機能を維持・改善するとともに、自立的な生活を支援する目標を設定し、それを達成するための具体的な支援内容（担当者、頻度、期間を含む）を設定できたか。	0.16	0.33	0.31
④ 個別介護計画を利用者や家族に説明し、同意が得られたか。	0.43	0.30	0.26

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

2. 介護過程の展開			
3 個別介護計画に基づく支援の実践・モニタリングができる			
チェック項目	検定 5年⇔10年	検定 5年⇔15年	検定 5年⇔20年
① ケアカンファレンス等の場において、個別介護計画の目標、支援内容及びそこに関わるスタッフの役割等についてチームメンバーに説明して共有し、プラン内容が継続的に実践される働きかけを行ったか。	0.14	0.18	0.16
② チームにおける個別介護計画の実施状況を把握したか。	0.26	0.30	0.39
③ 個別介護計画に基づく支援に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。	0.34	0.45	0.88
④ 個別介護計画に基づく支援による利用者の心身の状況や利用者を取り巻く物的環境、人的環境の変化を把握したか。	0.19	0.47	0.32
4 個別介護計画の評価ができる			
① 個別介護計画の目標に対する到達度を評価したか。	0.07	0.86	0.67
② 個別介護計画の内容に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。	0.30	0.12	0.67
③ 個別介護計画の見直しにあたっての代替案を設定したか。	0.03	1.03	1.13

■ <感染症対策>

3. 感染症対策・衛生管理			
1 感染症予防対策ができる			
チェック項目	検定 5年⇔10年	検定 5年⇔15年	検定 5年⇔20年
① 利用者の血液、体液、分泌物、排泄物（汗を除く）、障害のある皮膚、粘膜に接触する場合、手袋を着用するとともに、ケア終了後は、手袋を脱着し	0.30	0.03	0.07
② おむつ、清拭、エプロン等感染の媒介となるものを、床に直接置いていないか。	0.16	0.10	0.12
③ 嘔吐物、排泄物、血液等の感染源になるものがある場所の消毒を確実に行ったか。	0.38	0.40	0.40
④ 利用者に、どのような感染症の既往があるか確認できているか。	0.48	0.25	0.29
2 感染症発生時に対応できる			
① 感染症を疑われる利用者や罹患した利用者に対応する場合に、マスク及び手袋の着用、ケア前後の手洗い・消毒等感染拡大防止のための対応をとったか。	0.31	0.25	0.13
② 利用者の状態、感染症発生状況を正確に記録したか。	0.28	0.39	0.01

■ <終末期ケア>

6. 終末期ケア			
1 終末期の利用者や家族の状況を把握できる			
チェック項目	検定 5年⇔10年	検定 5年⇔15年	検定 5年⇔20年
① 利用者のADL、余命、告知・無告知の把握をしているか。	0.91	0.79	0.72
② 利用者・家族の看取りの場所の希望について把握をしているか。	0.85	0.79	0.45
③ 利用者の自己決定や家族の希望を最大限尊重しているか。	1.07	0.78	0.78
2 終末期に医療機関または医療職との連携ができる			
① 利用者の痛みやそのほかの不快な身体症状の変化があった場合に備え、その際の対処について、あらかじめ医療機関または医療職と打ち合わせているか。	0.46	0.41	0.44
② 利用者の痛みやそのほかの不快な身体症状の変化をとらえ、医療機関または医療職に連絡したか。	0.77	0.66	0.74
③ 利用者の状態の変化を正確に記録し、他職種と共有したか。	0.68	0.71	0.84

■ <地域包括ケアシステム>

1. 地域包括ケアシステム			
1 地域内の社会資源との情報共有			
チェック項目	検定 5年⇔10年	検定 5年⇔15年	検定 5年⇔20年
① 関連する他の機関と情報共有を図るため、利用者にサービスを提供したときの進捗状況や結果を関連する他の機関または自身が所属する機関の窓口へ情報共有しているか。	1.23	0.57	0.24
② 利用者がどんな制度、資源、サービスを利用しているか把握しているか。	0.61	0.76	0.28
③ サービスの実施に必要な知識や情報を、関連する他の機関等（知人、団体、住民組織等を含む）から集めているか。	0.43	0.28	0.68
2 地域内の社会資源との業務協力			
① 利用者等からの相談や問題状況を基に、関連する他の機関に必要とされるサービスを文書化して提案しているかどうか。	0.94	1.56	1.00
② 関連する他の機関（知人、団体、住民組織等を含む）に協力を要請しているか。	0.83	0.70	0.71
3 地域内の関係職種との交流			
① 自分と関連する専門職の集まりだけでなく、他の職種・専門職との集まり（会議、懇親会）にも参加しているか。	0.75	0.70	1.52
② 関連する他の機関にどのような専門職がいるか、把握しているか。	0.48	0.58	0.76
4 地域包括ケアシステムの管理業務			
① 自分の属する機関が提供する介護業務の内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料・文書で情報提供しているか。	0.62	0.08	1.45
② 複数の関連する他の機関（住民組織を含む）の専門職が集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理・提供しているか。	0.78	0.20	1.07

⑤ 介護サービス事業種別ごとの介護職員の資質実態の特徴

課題対応力強化に向けた取り組みを推進するため、介護サービス事業種別における課題対応力強化に向けた取り組みの課題を抽出することを目的に、介護サービス事業種別ごとの介護職員の資質実態を把握し分析することとした。なお、分析する介護サービス事業種別については、サンプル数として100以上確保できた、「介護老人福祉施設」(特養)、「介護老人保健施設」(老健)、「訪問介護」、「通所介護」の4種別で実施した。

介護職員の資質実態として項目ごとに集計した結果、「訪問介護」の平均点は3.54点と最も高くなり、次いで「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設」となり、「通所介護」の平均点は3.35点となった。「訪問介護」と「通所介護」の差は約0.2ポイントと点数に大きな差がみられた。

介護サービス事業種別	該当者数	平均点	標準偏差
介護老人福祉施設(特養)	362	3.45	0.58
介護老人保健施設(老健)	253	3.48	0.54
訪問介護	111	3.54	0.24
通所介護	125	3.35	0.32

算定された平均点並びに標準偏差をもとに、介護職員の資質実態を明確化するため、項目ごとの偏差値を算定した。なお、介護サービス事業種別の分析にあたっては、重点課題とされる、認知症対応、介護過程の展開、感染症対策、終末期ケア、地域包括ケアシステムの取り組みに焦点をあて、どのような項目で差が出ており、介護サービス事業種別における課題対応力強化に向けた取り組みの課題があるか確認した。なお、一覧表について視認性を高めるため、偏差値が55.0以上については の網掛け、偏差値が45.0以下については の網掛けとした。

これにより、介護サービス事業種別において項目ごとの偏差値による介護職員の資質実態に比較を行ったところ、介護過程の展開、終末期ケア、地域包括ケアシステムの取組において介護サービス事業種別による違いがみられた。

介護過程の展開においては、計画の立案から実践・モニタリング、評価など、ケアのPDCAサイクルの実施に関する資質が、他の介護サービス事業種別と比べて「訪問介護」が高くなっている。このことは、施設サービスや通所サービスなど、施設内に介護職員が複数いる介護現場においては、個別介護計画は施設ケアマネジャーであったり、サービス提供責任者が立案、モニタリング、評価などを行うことが常態化し、個々の介護職員が個別介護計画に携わることが無いとのことから、介護過程の展開全般において資質が低い状態になっているといえる。

第Ⅲ章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

終末期ケアにおいては特養や訪問介護サービスにて資質、対応力が高くなっている一方、老健や通所介護サービスにおいて低くなっている。このことは、老健や通所介護サービスにおいて、終末期ケアの対象となる利用者のサービス利用機会が少ない、あるいは無いといったことが大きな要因と考えられる。一方で、地域包括ケアシステムの推進にあたっては、在宅介護限界点の引き上げの観点からも、老健や通所介護サービスにおいて、終末期ケアとしてできることの模索が必要となってくると考えられ、対応力強化が求められていくことを課題として認識しておく必要がある。

地域包括ケアシステムの取り組みにおいては、訪問介護サービスにて資質、対応力が高くなっている一方、特養や老健において極端に低くなっている。このことは、地域包括ケアシステムの取り組み＝在宅介護の推進というイメージが強く、施設の介護職員が地域包括ケアシステムにおける貴重な社会資源の一人であるという認識が全く醸成されていない結果の現れであるといえる。

これらの結果から、課題対応力の強化に向けた取り組みの推進にあたり、介護サービス事業種別の課題対応力効果に向けた機会や環境の特性を踏まえ、介護サービス事業種別ごとの課題対応力の強化プログラムが必要であるといえる。

■ <認知症ケア> 特養：n=362 老健：n=253 訪問介護：n=111 通所介護：n=125

5. 状況の変化に応じた対応

4 認知症の方がいつもと違う行動を行った場合に対応できる

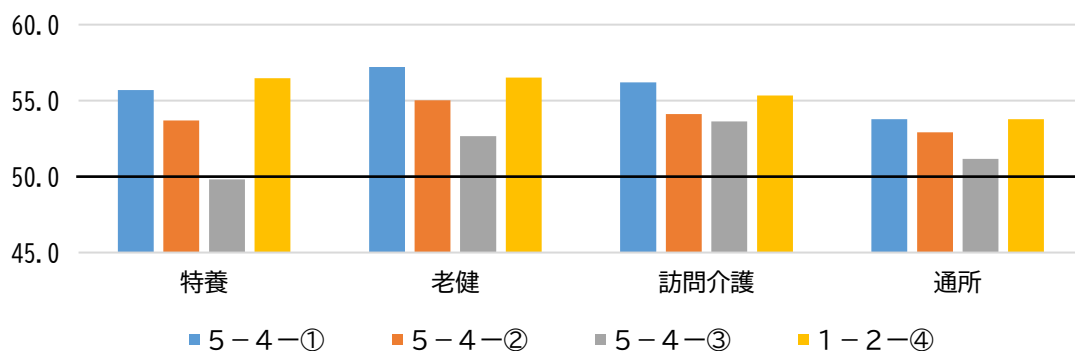
チェック項目	特養		老健		訪問介護		通所介護	
	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値
① いつもと違う行動が見られた利用者を観察し、脅威や不安を感じない（利用者の表情・行動にネガティブな変化がない）よう近づき、声をかける等対応し、利用者の行動や表情から不安・不快感等を軽減させることができたか。	3.71	55.7	3.78	57.2	3.74	56.2	3.63	53.8
② いつもと違う行動が見られた利用者の表情、感情表現、行動などいつもと違う様子について確認し、なぜそのような行動をしたか、職員対応や本人の生活	3.62	53.7	3.68	55.0	3.64	54.1	3.59	52.9
③ いつもと違う行動が見られた利用者がなぜそのような行動をしたかを、心身状況、生活歴、価値観・嗜好、家族・他者との関係、家族から収集した情報等を確認し、記録したか。	3.45	49.8	3.58	52.7	3.62	53.6	3.51	51.2

1. 利用者・家族とのコミュニケーション

2 利用者特性に応じたコミュニケーションができる

チェック項目	特養		老健		訪問介護		通所介護	
	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値
④ 認知症の利用者に対し、その特性に応じた声かけやジェスチャー、表情等により、利用者の意向を確認し、介護の内容を伝えることができたか。	3.75	56.5	3.75	56.5	3.70	55.3	3.63	53.8

認知症ケア 特養：n=362 老健：n=253 訪問介護：n=111 通所介護：n=125



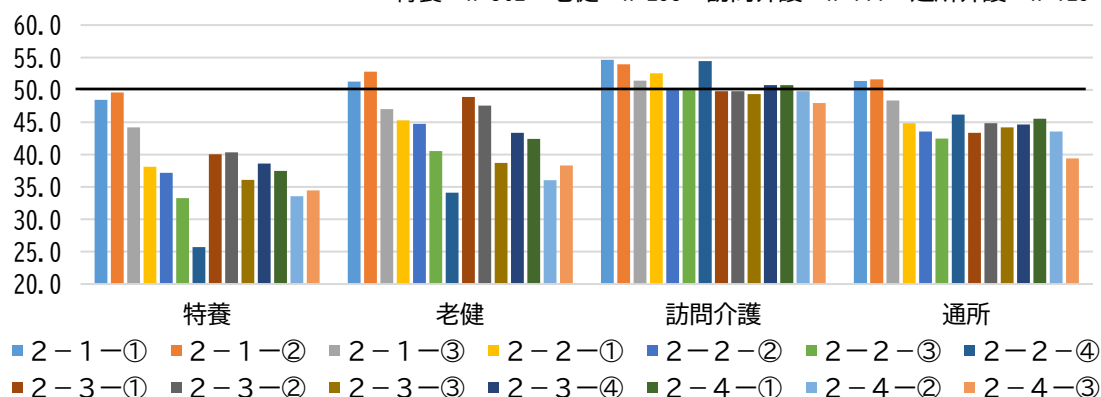
■ <介護過程の展開> 特養：n=362 老健：n=253 訪問介護：n=111 通所介護：n=125

2. 介護過程の展開								
1 利用者に関する情報を収集できる								
チェック項目	特養		老健		訪問介護		通所介護	
	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値
① 利用者や家族の生活に対する意向を把握できたか。	3.39	48.5	3.52	51.3	3.67	54.7	3.52	51.4
② 利用者の心身機能・身体状況、利用者の「できる行為・活動」（実際には行う力を持っており、訓練や適切な支援によってできるようになること）と「している行為・活動」（毎日の生活の中で特に意識したり、努力したりすることなく行っていること）、健康状態、について、それぞれ把握できたか。	3.44	49.6	3.58	52.8	3.64	54.0	3.53	51.6
③ 利用者を取りまく物的環境（食品、薬、福祉用具等）、人的環境（家族、友人等の支援や態度）、利用者の人生や生活の特別な背景（ライフスタイル、習慣、生育歴、教育歴、職業歴、行動様式、価値観等）、利用している制度について把握できたか。	3.20	44.2	3.32	47.0	3.52	51.4	3.38	48.3
2 個別介護計画を立案できる								
① 得られた情報を整理、統合することができたか。	2.92	38.1	3.24	45.3	3.57	52.6	3.23	44.9
② 課題を明確にすることができたか。	2.88	37.2	3.22	44.7	3.46	50.0	3.17	43.6
③ 個別介護計画において、利用者の生活習慣や価値観を尊重する目標、心身の機能を維持・改善するとともに、自立的な生活を支援する目標を設定し、それを達成するための具体的な支援内容（担当者、頻度、期間を含む）を設定できたか。	2.70	33.3	3.03	40.5	3.47	50.3	3.12	42.5
④ 個別介護計画を利用者や家族に説明し、同意が得られたか。	2.36	25.7	2.74	34.1	3.66	54.4	3.28	46.2
3 個別介護計画に基づく支援の実践・モニタリングができる								
① ケアカンファレンス等の場において、個別介護計画の目標、支援内容及びそこに関わるスタッフの役割等についてチームメンバーに説明して共有し、プラン内容が継続的に実践される働きかけを行ったか。	3.01	40.1	3.41	48.9	3.45	49.8	3.16	43.3
② チームにおける個別介護計画の実施状況を把握したか。	3.02	40.3	3.35	47.6	3.45	49.8	3.23	44.9
③ 個別介護計画に基づく支援に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。	2.83	36.1	2.95	38.7	3.43	49.3	3.20	44.2
④ 個別介護計画に基づく支援による利用者の心身の状況や利用者を取り巻く物的環境、人的環境の変化を把握したか。	2.94	38.6	3.16	43.4	3.49	50.7	3.22	44.6
4 個別介護計画の評価ができる								
① 個別介護計画の目標に対する到達度を評価したか。	2.89	37.5	3.12	42.4	3.49	50.7	3.25	45.5
② 個別介護計画の内容に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。	2.72	33.6	2.83	36.0	3.45	49.8	3.17	43.6
③ 個別介護計画の見直しにあたっての代替案を設定したか。	2.76	34.5	2.93	38.3	3.36	47.9	2.98	39.4

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

介護過程の展開

特養：n=362 老健：n=253 訪問介護：n=111 通所介護：n=125

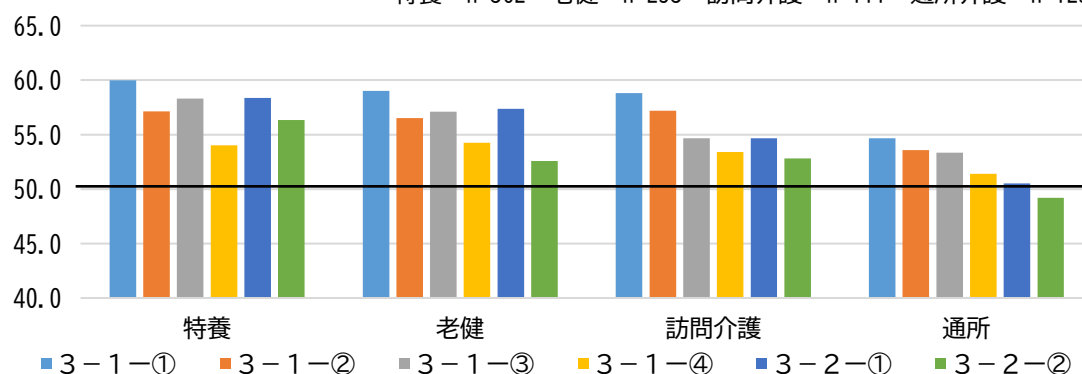


■ <感染症対策> 特養：n=362 老健：n=253 訪問介護：n=111 通所介護：n=125

3. 感染症対策・衛生管理									
1 感染症予防対策ができる									
チェック項目	特養		老健		訪問介護		通所介護		
	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	
① 利用者の血液、体液、分泌物、排泄物（汗を除く）、障害のある皮膚、粘膜に接触する場合、手袋を着用するとともに、ケア終了後は、手袋を脱着し	3.91	60.0	3.86	59.0	3.85	58.8	3.67	54.7	
② おむつ、清拭、エプロン等感染の媒介となるものを、床に直接置いていないか。	3.78	57.1	3.75	56.5	3.78	57.2	3.62	53.6	
③ 嘔吐物、排泄物、血液等の感染源になるものがある場所の消毒を確実に行ったか。	3.83	58.3	3.78	57.1	3.67	54.7	3.61	53.3	
④ 利用者に、どのような感染症の既往があるか確認できているか。	3.64	54.0	3.65	54.2	3.61	53.4	3.52	51.4	
2 感染症発生時に対応できる									
① 感染症を疑われる利用者や罹患した利用者に対応する場合に、マスク及び手袋の着用、ケア前後の手洗い・消毒等感染拡大防止のための対応をとったか。	3.83	58.4	3.79	57.4	3.67	54.7	3.48	50.5	
② 利用者の状態、感染症発生状況を正確に記録したか。	3.74	56.3	3.57	52.6	3.58	52.8	3.42	49.2	

感染症対策

特養：n=362 老健：n=253 訪問介護：n=111 通所介護：n=125

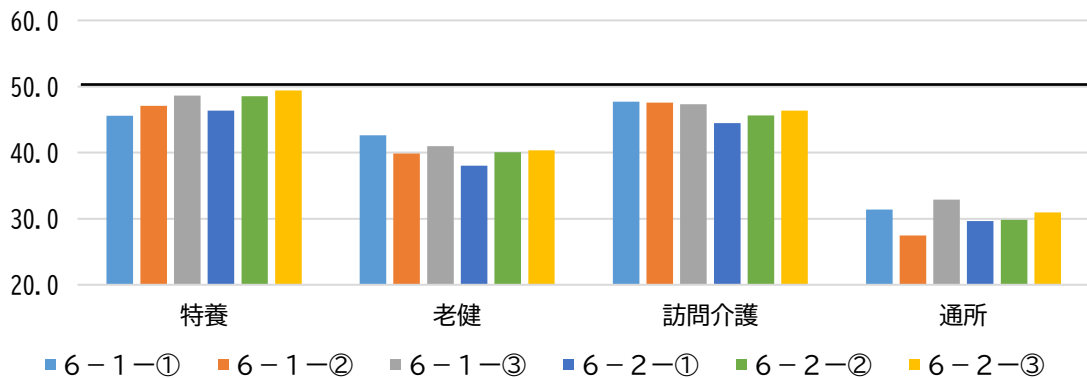


■ <終末期ケア> 特養：n=362 老健：n=253 訪問介護：n=111 通所介護：n=125

6. 終末期ケア								
1 終末期の利用者や家族の状況を把握できる								
チェック項目	特養		老健		訪問介護		通所介護	
	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値
① 利用者のADL、余命、告知・無告知の把握をしているか。	3.26	45.6	3.13	42.6	3.35	47.7	2.62	31.4
② 利用者・家族の看取りの場所の希望について把握をしているか。	3.33	47.1	3.00	39.9	3.35	47.6	2.44	27.5
③ 利用者の自己決定や家族の希望を最大限尊重しているか。	3.40	48.6	3.05	41.0	3.34	47.3	2.69	32.9
2 終末期に医療機関または医療職との連携ができる								
① 利用者の痛みやそのほかの不快感身体症状の変化があった場合に備え、その際の対処について、あらかじめ医療機関または医療職と打ち合わせているか。	3.29	46.3	2.92	38.0	3.21	44.5	2.54	29.6
② 利用者の痛みやそのほかの不快感身体症状の変化をとらえ、医療機関または医療職に連絡したか。	3.39	48.5	3.01	40.0	3.26	45.6	2.55	29.8
③ 利用者の状態の変化を正確に記録し、他職種と共有したか。	3.43	49.4	3.02	40.3	3.29	46.3	2.60	30.9

終末期ケア

特養：n=362 老健：n=253 訪問介護：n=111 通所介護：n=125



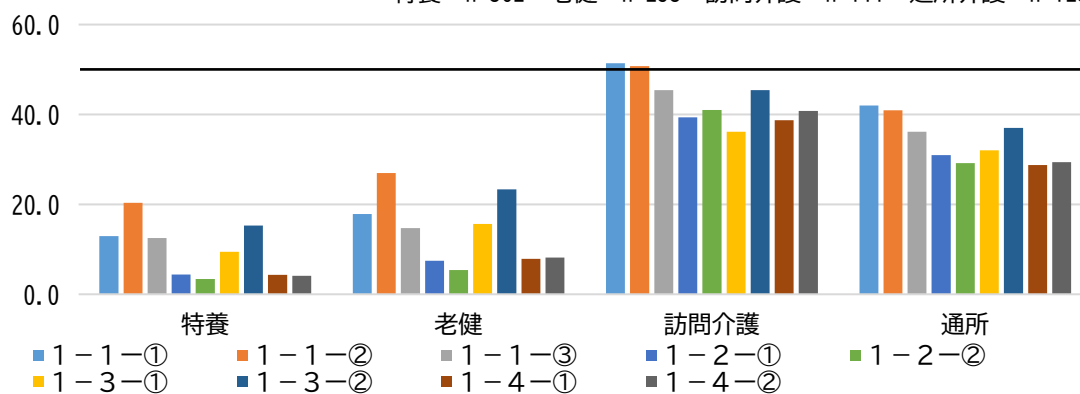
第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

<地域包括ケアシステム> 特養：n=362 老健：n=253 訪問介護：n=111 通所介護：n=125

1. 地域包括ケアシステム									
1 地域内の社会資源との情報共有									
チェック項目		特養		老健		訪問介護		通所介護	
		平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値	平均点	偏差値
①	関連する他の機関と情報共有を図るため、利用者にサービスを提供したときの進捗状況や結果を関連する他の機関または自身が所属する機関の窓口の情報提供しているか。	1.79	13.0	2.01	17.9	3.52	51.4	3.10	42.0
②	利用者がどんな制度、資源、サービスを利用しているか把握しているか。	2.12	20.3	2.42	26.9	3.49	50.7	3.05	40.9
③	サービスの実施に必要な知識や情報を、関連する他の機関等（知人、団体、住民組織等を含む）から集めているか。	1.77	12.5	1.87	14.7	3.25	45.4	2.83	36.2
2 地域内の社会資源との業務協力									
①	利用者等からの相談や問題状況を基に、関連する他の機関に必要なとされるサービスを文書化して提案しているかどうか。	1.40	4.4	1.54	7.4	2.98	39.4	2.60	30.9
②	関連する他の機関（知人、団体、住民組織等を含む）に協力を要請しているか。	1.36	3.4	1.45	5.4	3.05	41.0	2.52	29.2
3 地域内の関係職種との交流									
①	自分と関連する専門職の集まりだけでなく、他の職種・専門職との集まり（会議、懇親会）にも参加しているか。	1.63	9.5	1.91	15.7	2.83	36.2	2.65	32.0
②	関連する他の機関にどのような専門職がいるか、把握しているか。	1.89	15.3	2.25	23.3	3.25	45.4	2.87	37.0
4 地域包括ケアシステムの管理業務									
①	自分の属する機関が提供する介護業務の内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料・文書で情報提供しているか。	1.40	4.3	1.56	7.9	2.95	38.7	2.50	28.8
②	複数の関連する他の機関（住民組織を含む）の専門職が集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理・提供しているか。	1.39	4.1	1.57	8.1	3.04	40.8	2.53	29.4

地域包括ケアシステム

特養：n=362 老健：n=253 訪問介護：n=111 通所介護：n=125



(2) 課題対応力強化の取り組み中における OJT 実施事例調査

課題対応力強化に向けた OJT の実施にあたり、介護職員の資質評価を行うことで、どのような点において資質不足と感じ取ったか、また、OJT の実施にあたりどのような環境が必要であるかを具体的に把握するため、アセッサー講習受講修了後、所属する事業所内でレベル認定取得に向けた取り組みをどのように実施するかを記載した「レベル認定計画表」を分析し、OJT 実施事例を抽出することとした。

なお、レベル認定計画表の分析にあたっては、重点課題とされる、認知症ケア、介護過程の展開、感染症対策、終末期ケア、地域包括ケアシステムの取り組みに焦点をあて、「介護老人福祉施設」、「介護老人保健施設」、「訪問介護」、「通所介護」の4介護サービス種別にて、自己評価を通じて「できていない」と感じたこと、他者評価にて指摘されたこと、OJTとして要望したいこと（練習の機会を設けてほしい、再度評価してほしいなど）、の3点についてOJT実施事例として抽出した。

1) 認知症ケア

認知症ケアについて自己評価を通じて、

- ・認知症の方がいつもと違う行動した時に安心感を与えたりという適切な対応が不十分であること
 - ・認知症の方のいつもと違う行動に対して本人の様子の変化、生活環境の変化の気づきが出来ていないこと
 - ・いつもと違う行動をとった時の情報収集と記録が不足していること
 - ・どうしてそのような行動をとるのか、振り返って考察することが出来ていないこと
- 等が「できていない」との気づきとして挙げられており、特に記録が残せていないことが多く見受けられた。また他者評価の指摘においても
- ・なぜそのような行動をしたのか、収集した情報から掘り下げて考えることができていないことがある
 - ・いつもと違う行動をとった時の情報収集と記録が不足している

といった自己評価と同様の指摘が挙げられており、そのことに対する対応力強化のOJTとして要望したいことについては、

- ・認知症ケア含む基本的な知識の再確認、勉強会の開催
 - ・認知症の方の次のケアにつながる記録方法の学習
 - ・認知症の方の対応パターンの練習や意見交換会、一緒に考える機会の創出
 - ・他の介護職員が実際に対応したケース等を知る機会、事例を知る機会の創出
- といったことが挙げられていた。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

認知症の方がいつもと違う行動した時を事例として記録を残し、その対応について介護職員同士で知り、意見交換や一緒に考える機会が求められている。これらの事から、認知症ケアに関する対応力強化に向けた取り組みとして、認知症の方がいつもと違う行動した時の記録の残し方であり、事例の共有会、意見交換会の機会を事業所の内外で積極的に設けるということが必要であると言える。

【介護老人福祉施設】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

認知症の方への不安、不快感の軽減したケア。
認知症の利用者様のいつもと違う行動や表情の観察
認知症や失語症の利用者とのコミュニケーション。
認知症ケアについて、確認はするが十分な記録は取っていない。
認知症の方に対する声掛けの仕方、対応の仕方をもう少し改善したい。
認知症の方がいつもと違う行動をしたときに、あまり詳細に記録できていなかった。
認知症の方のいつもと違う行動に対して本人の様子の変化、生活環境の変化の気づきが少ない。
言葉で訴えられない認知症の方の主訴を表情や言動から推し量ろうとするが、難しいことも多い。
利用者様の情報収集は、一人暮らしで認知症の方だと本人からも家族からも詳細な情報が得られず、十分な情報を得ることができていない
認知症ケアへのレベルの低さを感じる。BPSD 症状に対してスピーチロックが多い、忙しく感じると寄り添う姿勢が二の次となっている。
介護技術は、とても良いが認知症の利用者に対し、その特性に応じた声かけが出来ていない。認知症への理解が必要。利用者が安心できる対応が必要。
医療面と認知症の知識が弱かったように感じた。性格上せっかちであるため、利用者のお話をじっくり聞いているつもりであったが、慌ててしまうことがあった。
認知症の方のいつもと違った行動をとった際に、職員対応や生活環境の変化などの確認や利用者の価値観、嗜好、家族からの情報など確認し記録するまで実施出来ていない。
認知症ケアや体位交換は職員側から出来ていると感じてもご利用者様側からみれば満足されていないかもしれないのでは？と思うと何が正しいのか分からなくなってしまいます。
認知症の利用者が落ち着かず帰宅欲求を訴えた時、一緒に行動するなどの対応をとっているが、他利用者のケアも同時に行っている場合、気持ちが焦り訴えにうまく答えることができない時がある。
業務においては、後輩、部下等の手本となるように支援しているつもりではあるが、自己評価において重度の認知症等の方への支援の際、声掛けや等が不十分であり、介護者主体のケアになっていることが読み取れた。日々の業務の中で、認知症の方の突発的な対応等においても時間をかけて安心できる対応が不十分であることも伺える。
認知症進行等による BPSD の根本原因解消に寄り添った対応が必須なことは理解しているが、ケア内容やその狙いを伝え共有することが難しい場合は、タイミングを図って再トライするが、弄便行為や危険行為等のいわゆる「待った無し」の状態の時は、対応方法に苦慮する。チームとして対応し、統一したケア方法を実践し考え続けていく姿勢があることで大丈夫なのかと不安になる。

■ 他者評価にて指摘されたこと

認知症への理解
認知症上の方と積極的に関わらしましょう

認知症が強いご利用者様への声掛けの甘さを指摘されました。
認知症の方のBPSDへの理解ももう少し高める必要がある。
認知症ケアなどの研修に参加し、認知症ケアの理解を深めてほしい
全体的に技術面では問題無く出来ているが、認知症の方のいつもと違う行動に対しての対応、観察、記録等工夫して下さい。
コロナ渦ではあるが、もっと地域に出る機会を作るので、認知症ケアについても、理解して頂けるような取り組みをしてほしい
介助やコミュニケーションなどは全体的に出来てはいるが認知症の利用者に対しての対応や知識不足な点は勉強しておくべきであると思われる。
認知症の方がいつもと違う行動を行った場合の対応で、なぜそのような行動をしたのか、収集した情報から掘り下げて考えることができていないことがある。
認知症の方のいつもと違った行動への対応については、現在研修を受けていることもあり把握は出来ている。ただ、記録に関しては本人の自覚もあるが、今後増やしていけるとよい。3カ月を目処に再評価を行い、できていることが増えると良い。

■ OJTとして要望したいこと

再度認知症ケア含む基本的な知識の再確認
認知症と地域包括ケアについて勉強会を開いて欲しい
認知症の方がいつもとは違う行動をした時の対応方法、特に攻撃的な行動をした時の対応。
認知症ケアは、実際自分のユニットにも認知症の入居者の方がいらっしゃいますが、この対応が合っているのか戸惑うことが多い。自身の学習も踏まえて一緒に考える機会があるといい。
「5. 状況の変化に応じた対応の認知症」（認知症の方がいつもと違う行動を行った場合対応できる）で、色々な対応方法があると思われる。他アセッサーの実際に対応したケース等を知りたい。他部署で評価した事例を知る事が出来れば対応の幅が広がるので情報開示してほしい。

【介護老人保健施設】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

認知症についての知識が足りない。
認知症の理解、観察、記録が不十分
認知症の方の対応の仕方が分からない時がある
認知症の方の対応が、上手くできないことがある。
認知症の方のいつもと違う行動に対しての記録内容
認知症の方がいつもと違う行動をしている時の対応。
認知症の方がいつもと違う行動した時の対応に自信がない
認知症の方（いつもと違う行動時）への対応が不十分である
認知症利用者への対応が苦手で利用者の不安を軽減できるような対応が不十分
原因探索が苦手。認知症の方がいつもと違う行動をした時の対応がうまくできない。
認知症の利用者が不穏な時に上手に気分を変えたり安心感を与えたりという適切な対応ができない時がある
認知症の方がいつもと違う行動が見られた際に脅威や不安を感じないように近づけるとときと近づけない時がある。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

認知症利用者の対応に関して、無意識的に介入を避けようと、寄り添ったケアが実施出来ていないような気がしました。
認知症の方のいつもと違う行動など持っている情報を口頭でのやりとりで終わらせてしまい、記録不足、できていない事あり
認知症の利用者がどうしてそのような行動をとるのか、その方の人生歴背景を含めて振り返って考察することがなかなか出来ていない。

■ 他者評価にて指摘されたこと

認知症の利用者様に変化があった場合のその後の記録がない。
認知症の方がいつもと違う行動をとった時の情報収集と記録が不足している
認知症の方への対応が出来ていない時がある。利用者様が不安そうな顔をされていた。
基本介護技術の認知症の方への対応で、いつもと違う行動への原因追及が不十分のため強化が必要。
認知症の方の対応については検証等参加しながら対応の仕方を理解していく様に努力していく様指導あり。
利用者へのケアや普段の様子記録、特に認知症の方への記録が乏しいので次に繋がるケアの実施の為に記録を行うようにとの指摘。

■ OJTとして要望したいこと

認知症の研修を受けたい。
認知症の方の行動に対しての勉強
認知症の対応の勉強会, 苦情の対応方法
認知症の方の次のケアにつながる記録について。
認知症のたかに対する、対応、コミュニケーションの取り方
認知症利用者の場面別の対応パターンの見学や練習又は意見交換会
認知症対応に関して、公平な評価を今一度実践して頂きたいと感じました。

【訪問介護】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

認知症対応の活用ができていなかった。
認知症の方がいつもと違った場合の対応が出来ていなかった
認知症の変化には気付けるが、背景や原因までは分析できていない。

■ OJTとして要望したいこと

認知症の方の接し方、対応の仕方。

【通所介護】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

認知症の方の理解や対応
認知症者への対応の不満足。
認知症の方への対応、不穏になられた時の対応で不十分さを感じている。
認知症に利用者に対し、その特性に応じた声かけやジェスチャー、表情などをみて介護内容を伝えることができない。認知症なので難しい。
認知症の方の発言や行動を現状だけではなく、事前情報をふまえて考え、検討する。 対象者を取り巻く社会環境や人生観等の情報収集。 利用者の特性に応じた対応に関する経験不足。

■ 他者評価にて指摘されたこと

認知症の特性の知識を高める事
認知症の方に限らず声かけはゆっくり、優しく行ってもらう様に。
認知症でメニューの理解ができなくとも表情など確認し、食事内容を説明しながら介助をしてほしい。
認知症のメカニズムや対応も重要であるが「認知症介護」とは何かを知り、現場で実践しながら身に付けてほしい
認知症の方のいつもと違う行動については、記録は残してあるが何故そのようになるのかまでしっかりアセスメントを職員間で共有することが大事。

■ OJTとして要望したいこと

認知症利用者の行動に対しての対応、記録を行う。
認知症者への対応(さまざまなパターンの症状時)。年に数回の事業所内での介護技術の確認の場。
状況の変化に応じた対応の中で、認知症の方のいつもと違う行動のその背景にある原因の追究と必要な対応を行うことが出来るようになる。 攻撃的行動、突発的行動、対応が困難な行動を行った場合に対応できる。

2) 介護過程の展開

介護過程の展開について特に介護老人福祉施設や介護老人保健施設などにおいてケアマネジャーが実施しており、介護過程の展開に携わることがなかった、あるいは積極的に利用者の情報収集・把握をすることが無く、「できていない」との気づきとして挙げられている。

また他者評価の指摘においても利用者、家族の意見、要望を積極的に収集し、チーム内で共有を図ること、モニタリングや評価を実施すべきといった指摘が挙げられており、そのことに対する対応力強化のOJTとして要望したいことについては、

- ・介護過程の展開に関して施設内・外で学べる環境を作してほしい
- ・介護過程の展開にあたり、ケアマネジャーとの連携を強化する仕組みがほしい
- ・介護過程の展開について、文書化したものを第三者に評価してもらいたい

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

といったことが挙げられていた。介護過程の展開に関する対応力を強化するにあたり、まずは積極的に介護過程の展開に携わる業務環境をつくること、その上で、ケアマネジャーとの連携を密にし、情報収集の仕方、計画への反映、モニタリング、評価など一連の流れについて学んでいき、最終的に自身が携わった介護過程の展開について、第三者に確認・評価してもらう、そうした環境づくりが必要であると言える。

【介護老人福祉施設】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

介護過程について。ご家族や利用者様の満足度の把握
介護過程の展開に関しては、情報収集が足りていないと感じた。
介護過程に関しても、ケアマネが連絡をしている為、できていない。
介護過程における利用者の家族関係の把握などが頭に入っていない。
介護過程の展開に携わることがなかった、それについての自主的な勉強も出来ていない。
介護過程や地域包括ケアシステムなど介護支援専門員に関する業務内容の理解と仕組み。
介護過程の展開。利用者の意向を把握すること、それに沿っての個別介護計画を立てること
介護過程の展開が6割ほどしかできてないと感じた。特に個別計画やその都度の振り返りなど出来ていない事を感じた。
介護過程において、利用者の情報収集・把握が足りていない。
介護過程の展開において生活全般の全体像の把握が不十分であったため、課題の明確化が偏っていた。介護者側の視点での課題に目が行きがちであった。
介護過程の作成やモニタリングや評価については、介護支援専門員に任せたままになっていたため、介護の立場からの意見を介護職員が伝えられるようにしていく必要がある。
介護過程における個別援助計画において、言語によるコミュニケーションをとることが困難な利用者に関して、生活歴や嗜好などを十分に把握し、汲み上げることができていない。また、それに基づいた一連のPDCAを実行していくことが不十分だと感じている。

■ 他者評価にて指摘されたこと

介護技術面よりも、家族対応や介護過程の展開をしっかりと伸ばしていく事。
介護過程の展開において個別介護計画の内容に対する入居者、家族の意向はもちろん把握できているが満足度となると評価が難しい
現在、介護過程の展開に関して、介護職が立案することに携わっていないため、ケアマネジャーと連携して携わっていく必要がある。
利用者ごとの対応や介護過程への考え方については画一的になっている傾向があるので、利用者（家族）ごとの意向や特性、置かれている環境などをしっかりと意識して関わるようにしていただきたい。
介護過程の展開について特養の介護職は利用者の情報を収集はしていてもケアマネに情報発信ができていない。まずはケアプランの実践やモニタリングについてユニットメンバーがご利用者の状態の変化や言葉もわかりやすく記録に残すことを指導するべき。

■ OJTとして要望したいこと

介護過程や地域包括等の研修等の機会を設けてほしい
介護過程の展開について、文書化したものを第三者に評価してほしい
介護過程の展開の項目について、ケアプランに関する研修の機会がほしい。
言語によるコミュニケーションをとることが困難な利用者に関する介護過程の展開をより鍛えていきたい。
被評価者はまだ介護過程の個別介護計画を携わった事が無いため、個別介護計画書または関連する物について、カンファレンス等の評価表作成を見直ししてほしい。
OJTとして介護過程の展開全般についてと、COVID19が収束し面会者が来られるようになれば苦情や相談ごとが増えると思われるため、それに対応できる学びを深めたい。

【介護老人保健施設】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

介護過程を行えているが行っている自覚がない。
介護過程の立案から実施、評価の部分ができていないと感じた。
介護過程の展開や地域包括ケアシステムについての理解ができていない。
介護過程の展開の項目で、個人のライフスタイルの把握ができていない。
介護過程の展開について、個別介護計画立案については施設ケアマネが主体となっている
毎日行う介護技術はさほど問題なくできていると思うが、介護過程の展開はできていないと感じた
介護過程について行っていない。家族へのコミュニケーションがコロナ禍の関係であまりできていない。
介護過程の展開の項目に関しては全体的にできていないことが多く、まだまだ勉強をしないといけないと感じた。
介護過程の展開の部分と身体拘束廃止の部分が特にできていなかったので重点的に理解を深めて、実践する必要がある。
介護過程において利用者や家族の意向や満足度の把握が出来ていない。また、個別計画の継続的な実践の働きかけが出来ていない。
介護過程の立案に対する情報不足、評価ができていない。家族とのかかわりが少ない。家族からの情報を現場で活かすことができるように配慮ができていない。
基本介護技術は前職が看護教員で基礎看護学で技術全般の演習や講義をしていたので出来るが、介護過程の展開や地域ケアシステムとの連携はまだ力が不足していると感じている。現在管理職をしているが現場に関わり、具体的な利用者の課題と課題解決に向けての多職種との連携の場で知識を得ることが必要と感じている。

■ 他者評価にて指摘されたこと

介護過程の展開等の確認
介護過程の展開で利用者、家族の意見、要望を把握する
介護過程はほかの項目と違い、利用者の評価や家族の満足度の確認が不十分
介護過程の展開に関しては積極的に施設内・外で学べるように取り組むこと。
介護過程に関する情報を把握する必要があり、立案や評価に関することを知る必要がある。
利用者視点での評価の介護過程の展開で、モニタリングや評価が不十分なため強化が必要。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

介護過程の展開全般的に学習する事。家族・利用者とのコミュニケーションをもっと積極的に取る事。
介護過程の展開において、個別計画に関する内容に対し、チームへの働きかけや評価の項目をもう少し、積極的に進めていけると良い。
介護過程の展開、地域包括ケアシステムに関しての知識習得と経験が必要。利用者の情報収集を行い個別介護計画を積極的に立案してみたい。
入所時の聞き取りや面会時等の機会を使い、利用者に関する情報交換や家族の意向を把握し、介護過程の展開をメンバーに指導できるようにレベルアップすること。
自己評価同様に、介護過程について利用者のライフスタイル等の把握をできるようにする。地域包括ケアシステムについても弱いので把握し、連携できるようにする。
R4にて個別介護計画を行っているが、目標設定に対し、具体的な支援内容が設定出来ていない。フロアーミーティングで個々の状態を話し合い、他チームメンバーに説明して共有し、プラン内用が継続的に実践される働きかけを行えていない。達成度の評価、利用者・家族の満足度や意向を把握できていない。

■ OJTとして要望したいこと

介護過程の展開に関して施設内・外で学べる環境が欲しい。
介護過程の展開の一連の流れを、事例を通してOJTをして欲しい。
介護過程への展開について、体制を整えてほしい。その場で指導してほしい。
介護過程の展開について、個別介護計画立案については施設ケアマネとの連携強化する
介護過程と地域包括ケアシステムについて把握したうえ、再度評価してほしいです。
介護過程に関する勉強会を開いてほしい（立案できるが苦手であるため復習のため）。
介護過程の展開と身体拘束廃止の部分は重点的に練習と理解を深める機会を作ってもらいたい。
介護過程の展開（個別介護計画の為の情報収集、立案、実践、モニタリング、評価）
介護過程に関しては、現在はケアマネがプラン立案しているが今後、担当者が計画していく事になっている為、業務に携わり3か月後、再度評価を依頼する。

【訪問介護】

■ 他者評価にて指摘されたこと

介護過程の展開をしてみるとよい

【通所介護】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

介護過程の展開（個別介護計画書の立案、実践、モニタリング、評価）
介護過程の展開の部分で計画からモニタリングまでの流れが出来ていないことが分かった。
介護過程における個別計画の立案・モニタリング・評価を怠っている事があり活かすことができていない。
「介護過程の展開」利用者の情報収集個別介護計画の立案支援の実践・モニタリング等はまだまだレベルアップが必要

■ 他者評価にて指摘されたこと

地域包括ケアシステム・介護過程・リーダーシップに課題がある。もう少し勉強と実践が必要。
介護過程の展開、地域包括ケアシステム全般ができていない
今後リーダー的存在として位置しており、介護過程の展開、感染症対策・衛生管理、事故、身体拘束などのリスクマネジメントや、利用者・家族とのコミュニケーションを充実させ終末期ケアの支援、更に地域包括ケアシステムで他業種との連携を行い、リーダーシップがとれることが大切。

3) 感染症対策

感染症対策について利用者の感染症既往歴の把握が「できていない」との気づきとして挙げられている。対応力強化のOJTとして要望したいことについては、

- ・ 感染症への知識を高めるため研修を受けたい
- ・ 感染症発生時のシミュレーションを実施してほしい
- ・ 施設全体で感染症対策の確認をしてほしい

といったことが挙げられていた。感染症対策の対応力を強化するにあたり、新型コロナウイルス感染症対策だけでなく、様々な感染症に関する知識を身につけるための研修の機会をつくること、その上で、感染症発生時のシミュレーションをはじめ、実技に関するチェックを施設や事業所全体で確認する環境づくりが必要であると言える。

【介護老人福祉施設】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

入居者様の感染症の把握が完全とは言えない。
利用者個人の感染症の既往まで確認できていない。
感染症に関する知識不足。感染症発生時の対応の確認
感染症対応が不十分であると感じた。特に、感染症の既往の把握があいまいになっていると感じた。

■ 他者評価にて指摘されたこと

感染症が疑われる利用者に対しての予防策が不十分である。
感染症対策については、胃腸炎であればまずは感染経路を考えることが大切です。どのようにしたら感染するのかを知っていればおのずと消毒する場所もわかるともいます。

■ OJTとして要望したいこと

感染症発生時の対応方法の確認
感染症の既往がある方の把握と対応内容。
感染症対策でエプロン、手袋の脱着の仕方を再度確認していきたい。
いろいろな研修へ参加し沢山の知識を身に着けたい。(特に感染症への知識は高めたい)

【介護老人保健施設】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

感染症の既往歴の把握
感染症発生時の対応

■ OJTとして要望したいこと

「COVID-19」の感染の脅威もある、感染症発生時のシミュレーションを行って欲しい
感染症発生時の対応（指導、指示されたことは行っているが、正しく行えているか自信がない）

【訪問介護】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

発症率は少ないが研修は行っている感染症への対応。
突発的に発生する感染症対応が全然出来ていないと感じました。

【通所介護】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

感染症の理解
感染症対策が不十分
感染症発生時の対応
利用者の感染症既往歴をすべて把握できていない。
感染症対策は、事業所全体での底上げの機会が必要。
感染症対策・衛生管理分野が弱く、しっかり理解した上での対策が行えていないと感じている不安がある

■ 他者評価にて指摘されたこと

排泄物を床に直接置く等、感染症対策ができていない

■ OJTとして要望したいこと

感染症への対策
感染症発生時の対応・急変時の対応
感染症対策については、施設全体で定期的に全員が理解しているのか確認の場が必要。伝達研修だけでなく、実技研修も取り入れなければいけない。

4) 終末期ケア

終末期ケアとして自己評価で「できていない」と挙げられた内容について、終末期ケアを行うことがある介護老人福祉施設と訪問介護では、医療職との連携ができていないことや利用者の告知・無告知の有無や自己決定の最大限の尊重ができていないことが挙げられる、終末期ケアを行うことが稀である介護老人保健施設と通所介護では、関わる機会がほとんどないため、どのような対応が必要か知識が不足している、といったことが挙げられている。対応力強化のOJTとして要望したいことについては、

- ・ 介護士としての役割、多職種との連携について学習機会を作してほしい
- ・ 終末期ケアの現状などの学習の機会を作してほしい

といったことが挙げられていた。終末期ケアの対応力を強化するにあたり、介護老人福祉施設や訪問介護など終末期ケアを行うことがある事業所では、医療職や多職種との連携について実践学習の機会をつくること、介護老人保健施設や通所介護など終末期ケアを行うことが稀である事業所については、終末期の利用者や家族の希望をどのように尊重していくかなどを確認する環境づくりが必要であると言える。

【介護老人福祉施設】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

終末期ケアは実施していない。
終末期のケアに対してまだ自信がない
終末期ケアの利用者や家族に対する心のケア
終末期ケアにおいて医療職との連携が不十分。
終末期に対するの理解、情報共有のあり方が出来ていない。
終末期のケアについては、病院併設の施設であることもあり、あまり取り組めていない。
終末期ケアにおいて、入居者様やご家族の状況を把握できていないため、しっかり把握する。
終末期ケアにおいて、利用者の告知・無告知の有無や自己決定の最大限の尊重が不十分である。
終末期のケアについても対応としてはできているのだが、もう少し良い対応ができないかと考えている
終末期の看取り介護希望の有無について、すべての入居者への希望は段階を経て聞き取るため、全員の要望は聞き取り出来ていない。
終末期における対応は以前からの課題であり、意向については医療職、生活相談員に任せてしまっている。情報の取得、共有が不足している。

■ 他者評価にて指摘されたこと

終末期の利用者の状況やご家族の意向の把握がやや不足している。
終末期についての家族、本人の意向確認を行い、情報を整理しておく必要がある。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

■ OJTとして要望したいこと

家族対応の実践と終末期ケアの情報の把握。
終末期ケア等あるユニットなどがあれば取り組みなどを実際に見てみたい
終末期ケアについて介護士としての役割、多職種との連携について学習機会がほしい。
終末期ケアについてと地域包括ケアシステムについては、自分から法人内、法人外の両方の研修などを通して自己研鑽していきたい。その上で再評価をしてほしい。
終末期ケアについて、ご本人に対するケアの充実はもちろんですが、本人を取り巻くご家族様に対するメンタルケアとは？というもののなにかをしっかりと学び関わりを深めていきたい。

【介護老人保健施設】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

終末期の利用者情報収集
終末期も看護スタッフに任せている。
終末期ケアは現状行っていないので知識不足である。
終末期ケアは経験が不足で実際に体験ができていない。
終末期ケアに関してやったことがないのでほとんど出来ていない。
利用者の終末期について本人や家族の意向を最大限尊重できていない。
終末期ケアをおこなうことは極めてまれだが、基本的に医療職（主に看護師）主導となっており指示待ち状態になっている
施設での終末期ケアについては事例が少なく、医療職からの情報は得るようにしているが専門的な知識が薄く記録が薄い。

■ 他者評価にて指摘されたこと

終末期または、看取り業務の関り方。介護看護の連携。
終末期ケアの各項目については、入所とも連携して機会をつくり習得していく。

■ OJTとして要望したいこと

終末期ケアに携わる機会が少ないので詳しく学びたい。
終末期の利用者や家族の希望をどのように尊重していくか。
終末期ケアの過去の情報の閲覧、マニュアルの確認、施設の方針など再指導してほしい。
終末期ケアについては、施設で受け入れをしていないため経験不足。終末期ケアの受け入れ体制を施設で整えてケアの機会を作してほしい。

【訪問介護】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

終末期の利用者様の医療機関との打ち合わせ
終末期ケアの経験がない、機会があれば担当してみたい
終末期の医療期間や医療職との打ち合わせができていない時があった。

■ 他者評価にて指摘されたこと

介護技術面では特に指摘はないが、終末期の利用者と接したことがないため、今後機会があれば積極的にサービスに入るよう心がける。

【通所介護】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

終末期の希望の確認
終末期の状況把握
終末期ケアには現在携わっていない
終末期ケアについての利用者、家族の意向の確認が十分ではない。
終末期ケアについて、全ての利用者の最後の看取りの場所の把握ができていない。
終末期ケアについては、関わる機会が現実的に少なく、どのように対応するのかをもっと把握し学ぶ必要がある。
終末期ケアについて、関わる機会がほとんどないため、どのような対応が必要か、家族や本人の思いをどのように共有していくのかを考え、実施する必要があると感じた。

■ 他者評価にて指摘されたこと

自身が普段関わらない終末期ケアや地域包括のところを出来ている事よりも意識し学んでいくことを指導いただきました
デイサービスにおいて終末期ケアは、あまり頻繁にあるわけではないが、利用者の状況や希望、家族と共有してケアを提供できるようにどのような対応が必要か、可能か、考えておく必要がある。

■ OJTとして要望したいこと

自施設は通所型のため終末期の看取りについての現状など知りたい。

5) 地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムの取り組みについて特に介護老人福祉施設や介護老人保健施設などにおいて、地域包括ケアシステムの取り組みに携わることがなかった、あるいは積極的に他の職種との集まりに参加したり、関連する機関との連携を図ることが無く、「できていない」との気づきとして挙げられている。

また他者評価の指摘においても、現状なかなか地域内での情報共有、業務協力、関係職種との交流をする機会が少ない為、今後そういった機会を増やすことで地域との関わりを持っていけると良いといった指摘が挙げられており、そのことに対する対応力強化のOJTとして要望したいことについては、

- ・地域包括ケアシステムについての交流や業務協力等について、実施する機会を設けてほしい

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

- ・施設内の相談員、地域包括支援センターの方から情報や知識を得て地域との交流の機会があれば参加したい
- ・地域包括ケアシステムの一環として、他部署の業務に参加し外部の施設や職員と交流する機会を持ちたい
- ・地域包括ケアシステムが実施できている事業所等があれば、是非事業所へ出向いて研修等に参加したい。

といったことが挙げられていた。介護職員自身は地域包括ケアシステムについて学習し、地域とのかかわり、地域内の多職種とのかかわりを積極的に図っていきたいという前向きな意見が多く見受けられた。地域包括ケアシステムに関する対応力を強化するにあたり、特に施設の介護職員については他部署の協力も得つつ、地域の関係機関の情報を収集し、積極的に交流する機会を作ることから始める、できることから始めていく必要があると考えられる。また、その取り組みを事業所内で共有をはかり、地域包括ケアシステムの取り組みを他の介護職員に対して波及していく、できるだけ多く巻き込んでいく、そうした環境づくりが必要であると言える。

【介護老人福祉施設】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

地域包括ケアについて経験不足・知識不足
地域包括ケアシステムの連携や情報収集
地域包括ケアシステムに携わっていないからわからない
地域包括の部分では、まずは社会資源等の情報収集などが必要
地域包括ケアシステムにおいて他の機関との連携や他社の他職との連携
地域包括ケアシステムについて、どのような機関があるか、情報共有の方法
地域包括ケアシステムでは社会資源の活用や他職種への情報提供などできていない。
地域包括ケアシステムの部分に関して相談員の業務となっている箇所があり取り組めていない。
地域包括ケアシステムに関する内容について、情報提供、情報の収集などが十分に行えていない。
地域包括ケアに関しては外の交流がない為情報共有が出来ていなかったと大きく考えさせられた。
所属施設では、地域包括ケアシステムに関する業務は相談部署が行っている為、自分を行ったことが無い。
地域包括ケアシステムにおいて、記録の確認や施設として実施している事への把握がしっかりと出来ていなかった。
地域包括については、担当職員が代表して参加しているため必要な情報共有はされているが、出向くことはないため関わりが薄い。
地域包括ケアシステムの部分で社会資源や他の機関等に対する知識、情報不足があると思う。他の職種・専門職との集まりにも積極的に参加出来ていない。
地域包括ケアシステムについて、特養という性質上、上手く地域と連携出来ていない。地域や社会資源との連携や活用の重要性について、まだ理解が足りない。
地域包括に関してほぼ手付かずの部分が多く、情報の提供・共有はするが管理が出来ていない 地域社会との交流は行っているが自身から懇親会などに参加する機会がなく、どの機関にどんな専門

職がいるか把握していない
地域包括ケアシステムの情報共有について出来ていない事が多かった。家族や他施設、他事業所の他職種の方との連携が取れていなかったので会議や懇親会に参加し交流を持った方が良い。施設職員の為、家族の方とのかかわりの時間が少ない。他職種とは話をするが、他の施設の職員や他職種とは話す機会が少ない。
自己評価の項目を確認していく中で、地域包括ケアシステムについて確認を行っていた時に、利用者がどのような経緯で施設に入所されたのか、どこを利用していたのか等は相談員を通じて情報を知り得るし、書類で確認をすることができる。ただ、自分の力で色々な情報を収集できている訳ではないので、そうした情報交換の方法や集めるべき内容の精査、地域包括ケアシステムというものがどのようなものなのかの認識不足が否めない。

■ 他者評価にて指摘されたこと

地域包括ケアの資料・文章等の管理・提供も必要。
地域包括システムについて、地域の社会資源や関係職種など把握をしていきましょう。
地域包括ケアシステムではサービス担当者会議などで他事業所と話す機会を作ることが必要。
他職種が担っている地域包括や家族様との相談業務も係る機会を増やせていけたら良いとおもいます。
地域包括ケアシステムを理解し連携もしているが、書面等の整理がされていないので、改善していく。
地域包括システムについては施設で行っている事があれば、積極的に参加して経験する機会を作ると良い。
地域包括ケアの知識が少ない。関係書籍を読んだりケアマネジャーの受験資格もあるため資格取得を目指し勉強してみるのも良いと思う。
自身で改善しなくてはいけないことが明確にあり、今後に期待ができる。地域包括ケアシステムについては、前職のネットワークを利用するのも手である。
地域包括ケアシステムの項目に対し行っていない為分からないことが多いと思うが自らどうしているのかを担当している職員に聞き、情報収集をしたほうが良い
地域包括支援センターなど他機関との連絡調整は、相談員が担当して行っているが、介護職としてどのようにかかわっていくことができるが考え、行動していくことが必要。
地域包括ケアシステムについては取り組みがされていないため、積極的に地域内の社会資源との情報共有、業務協力、関係職種との交流、ケアシステムの管理業務等積極的に取り組む必要があること。
地域包括システムの項目については、現状なかなか地域内での情報共有、業務協力、関係職種との交流をする機会が少ない為、今後そういった機会を増やすことで地域との関わりを持っていけると良いと思います。
地域包括ケアシステムを当法人でも積極的に取り入れていないことがあるため、まずは地域にどのような資源があるのか、どんなことをしているのかを学んで、それを活かして活用できるようにするためにはどうしたらいいかを考えていきましょう。
地域包括ケアシステムについて、連携し管理することができているが、文書に残し、整備されていないところについて確認する。
介護面や技術では指摘する事は特にないが、地域包括システムや社会資源などに関しての学びが薄い為、再度自己学習も含め学が必要ありと指摘を受けた。今後ケアマネジャー取得時にも同様の内容での理解も必要となる為、研修など施設で積極的に参加できるように検討してもらうように。
地域包括ケアシステムについて、「実施したことがない」で済ますのではなく、自らが意欲的に地域との関わり合いの機会をつくり、交流を図っていくべきとの指摘を受けた。特養に入居される方についても、地域内の社会資源との交流が図れるよう取り組んでいくべきとのアドバイスを受けた。
地域包括ケアシステムの内容の中で、自分の所属する期間が提供する介護業務の内容について、資料・文書で情報提供がされていないため、自施設の地域に浸透していない、知名度が低い。複数の関連期間との繋がりが薄いこともあり、地域の専門職が集まるところで、利用者の情報交換やサービスの情報共有ができると良いのではないかと。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

<p>コロナ禍であることも影響していると思うが、地域包括システムへの参加の経験をしていってほしい。施設ケアマネジャーとしても地域包括システムへの介入は必要であると思う。コロナ禍で地域包括システムがうまく機能していない面もあり、そのような地域課題にも取り組んでいけるようになる。施設職員としても地域との関わりを意識でき成長できると思う。施設としての課題でもあるので協力して取り組んでいきましょう。</p>
<p>今までは、施設内での業務が主な仕事である為、地域包括ケアシステムを詳しく理解する機会が少ない現状でした。今後は、研修を期に、より深く積極的に学んでいけることが望ましいと思います。利用者が今までどのような制度を活用して、どのようなサービスを利用していたかフェースシートや診療情報提供書や訪問介護サマリー等から情報収集を行いながら、利用者の方の心身機能やQOLの向上の為に取り組みについて、今後はどのようなことが必要かを更に、検討をして提案をしていく事が行えるように、連携の強化が図れることが望ましいと思われまます。</p>
<p>地域包括ケアシステムに関しては現場で働いている職員ですと相談員が間に入り込むので理解度はどうしても低くなってしまおうと思います。他部署と直接的なかわりをするとはまず無いに等しいことも要因ではあると思います。書面で送られてきた物で、生活歴やキーパーソン、どういった経緯やどこを利用してきたのかを把握し、介護サービスは何を受けてこられたのかを把握できるようにしておきましょう。また、統括という役職上、家族や部下から急に地域包括ケアについて聞かれることもあるかも知れません。『地域包括ケアシステムとは地域における「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」の5つのサービスを一体的に提供できるケア体制を構築しようというのが、地域包括ケアシステムであること』『「地域」とは日常生活圏域を指し、おおむね30分以内に駆けつけられる場所を想定していること』。現状、教科書やインターネットでも学べる道具は多種多様あるので、そうした物を利用して理解度や認識度を深められるようにしていきましょう。</p>

■ OJTとして要望したいこと

地域包括ケアシステム関係の業務に携わり勉強したい。
地域包括支援システムの理解・交流の機会を設けたい。
地域包括についての勉強会などを行い、知識を得たい。
地域包括の機能を理解できるような勉強会を開催する等
地域包括ケアシステムの管理業務を具体的に指導してほしい
地域包括ケアシステムについて、情報共有・意見交換の場を設けてほしい
ケアマネジャーと地域包括ケアシステムについて、話をする時間を設けて欲しい。
地域包括ケアシステムを活用する上での、サービスを実施する際に必要な知識や情報を学びたい
同施設の居宅介護部門の業務見学や同行、地域包括ケアにかんする勉強会などに参加させてほしい
地域包括ケアシステムについては、現場の職員は実施できていない環境の為、施設全体の動きの見直しが必要。
地域包括ケアシステムについては、地域内の関係職種との交流を積極的に行う必要があることから今後の取り組みについては計画的に実施させてほしい。
地域包括ケアシステム、他の関係機関との関係性や住民等の情報共有、社会資源等の業務協力についてOJTを通して更なる理解を深めたいと思う。
地域包括ケアシステムについて、どの利用者にどのような社会資源があるのか、どのように関わっているのか（今後関わっていけるのか）教えていただきたい。
地域包括ケアシステムについては、ケアマネ業務として行う事が多いが、実際の業務ではたずさわる事がほとんどないため、期間を設けシミュレーションや、体験業務が出来ると良いと思った。
地域包括ケアシステムについて実際どういう動きで他機関と連携をとっているのかの説明が聞きたい
運営推進会議などは主任しか参加しないので、地域包括ケアシステムに関する事については上司に相談し、記録などを見せてもらうことになりました。いろんな情報を少しずつでも知識として取り入れたいと思います。
地域包括ケアシステムについて、自施設と地域との関わりが少ない為、あるべき姿とその根拠について、チームの皆で確認、共有したい。また、行ったことを記録に残す、共有するということが、現実

に出来るようなシステム（書式も含む）を一緒に検討・再構築してほしい。
地域包括ケアに関しては知識不足が感じられる。自身でもインターネットや教科書を利用して情報収集や学ぶ機会を設けたいと今後考えている。現場での業務が主であり、他部署他事業所とかかわりをもつことも少なく、相談員のような立場になかった為、自分の中でも改めて意識的に地域包括について学ぶべきであると感じている。軽く確認をしたところ、多量な情報量ではなかった為、自己学習の後、再度確認をしてもらえると良いかと思えます。

【介護老人保健施設】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

地域包括ケアシステムについての知識不足
地域包括ケアシステムに参加出来ていない。
地域包括ケアシステムを活用できていない
地域包括ケアシステム内での情報共有や業務協力について
地域包括ケアシステムの所についてはまだ理解が浅いと感じた。
地域包括ケアシステムの課題で個々関連事業が把握しきれていない
地域包括ケアシステムに関して携わる機会がなく実施できていない。
地域包括ケアシステム、サービス、制度の部分を今まで考えられていなかった。
地域包括ケアシステムの理解がまだ足りていない。法人としての役割からなかなか携われていない。
地域包括の見守り隊があり、各所関係機関が参加しているが、文書での情報提供までは行っていない。
地域包括ケアシステムの領域でも全体的に未熟で情報収集量の少なさ、連携の取り方など課題が多くある。
地域包括ケアシステムにおいて、他の職種との集まりに参加したり、関連する機関との連携ができていない。
地域包括ケアシステムの理解は出来ているが実際に地域との交流や業務協力出来ていないことが明確となった
相談や苦情解決の業務や地域包括のことは多職種が行っており、どんなことをしているのか把握できていない。
地域包括システムのチェック項目は、しっかりとできていないことが多く、まだまだ学ばないといけないことが多いと感じた。
地域包括ケアシステムについて多職種への協力要請や、利用者がどんな資源、サービスを利用しているかの把握ができていない。
地域包括ケアについては、ケアマネジャーに依存してしまっていることが多い。また、サービスの実施に必要な知識が不足している。加えて情報収集もできていない。文書管理もケアマネジャーにほとんど依存している。
地域包括ケアシステムの項目で出来ていないことが多々あると感じた。他の機関が開催するオンラインセミナー参加や認定審査会に出席しているので、まずは交流を深めたり情報を集めていきたい。

■ 他者評価にて指摘されたこと

地域包括ケアシステムについての知識が不足している
地域包括の地域内交流についても、現場で実践していく。
地域包括ケアシステムの情報共有、関係職種との交流の把握について
地域包括業務の他職種との関りをもう少し持った方が良い。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

地域包括ケアシステムについても弱いので把握し、連携できるようにする。
今後は地域包括などの関わりの場を増やし知識や対応力を養っていただきたいと思います。
地域包括ケアシステムで経験がない部分があるため試行的に実践しできるようになってほしい。
地域包括、地域との連携をどう進めていくかの視点。そのために必要な地域の社会資源の理解。
今後地域包括ケアシステムでのデイケア・老健の立ち位置や役割を意識して管理業務に努めてください。
地域包括ケアの部分で、関係職種との交流が不足しています。ケアマネ、包括支援センターとの連携を勧めましょう。
地域内の社会資源との情報共有。業務協力・関係職種との交流・地域包括ケアシステムの管理業務の所がたりないと指摘。
地域包括ケアシステム面は相談員や施設ケアマネに相談をし、話を聞いたり実際の業務を見学させてもらうのも良いのではないかと。
介護現場の業務はしっかり理解し行えているので家族や外部との関わりが必要な部分の知識の向上地域包括ケアシステムの理解
施設内の相談員や事業所内にある地域包括支援センターのスタッフから、積極的に情報を収集し、地域との交流や連携の機会をとらえて参加していくこと。
地域包括ケアシステムは現状対応する機会がなかった為、今後は地域や他事業所、社会資源との業務協力の機会を持ち、学んでいってほしい。と指導受けました。
地域包括ケアシステムについて関心を持つこと。しくみを理解し、施設の一員として、また、入所課としてどのような関わり方が出来るのかを知ることが必要。
コロナ禍による地域との関係性が薄い状態にあることにより、地域包括システムとして行動する事の難しさは理解しているがリモート等を活用し状況に応じて対応してほしいとの指摘あった。
地域包括システムの強化していくことが重要であるが、コロナ禍の今、地域や他施設との交流が限られる中で、リモートなど情報交換のスタイルを変えて詳細交換の機会を設けて、地域との連携を行っていくことが必要である。
地域包括ケアシステム関連の項目は、出来ていない項目が幾つかあった。近隣の事業所であったり関係機関との連携・情報共有に関しては、現状施設の外に出る頻度が少ない為、実際に関わる事が出来る下地が今後構築出来れば実践も可能かと思われる。
特に指摘はされていないが、地域包括ケアについて学ぶ機会、参加する機会がないため、まずは机上勉強で社会資源にどのようなものがあるのかなど知識を得ようと助言を受けた。

■ OJTとして要望したいこと

地域包括ケアシステムについて勉強会等設けて欲しい。
地域包括ケアシステムのしくみや関わり方についての指導
地域包括ケアについて、地域連携を行える様ノウハウが知りたい。
地域包括システムの関わりを増やす施設としての取組を実践してほしい
相談員などに協力してもらい、地域包括ケアシステムに関して学びたい
地域包括ケアシステムでの事業所の取り組み（現施設で行っている事など）
地域包括ケアシステムについての交流や業務協力等について、実施する機会を設けてほしい
地域包括ケアシステムに関わっていくため、現場との事前準備・すり合わせを行っていきたい。
地域包括ケアシステムに関して居宅サービス担当者について一度業務を見学、又は講義をしてほしい。
地域包括ケアシステムについて、現場のスタッフがどのようにかかわれるのか指導、助言が頂きたい。

今後、地域包括ケアに関しての研修など、参加できる研修に関しては参加をしてスキルアップを図りたい。
地域包括などに関わる事業所などの連携を図る際にまずどの手順から話を進めるべきなのか相談したい。
施設内の相談員、地域包括支援センターの方から情報や知識を得て地域との交流の機会があれば参加したい
地域包括ケアシステムの一環として、他部署の業務に参加し外部の施設や職員と交流するきっかけを持ちたい
地域包括ケアシステムについて、理解を深め積極的にアプローチをしていきたいので、再評価して欲しい。
地域包括ケアシステムの見識を広めたい。他施設でのケアや指導方法をOJTを踏まえながら教えてもらいたい。
地域包括システムでの連携すべき機関との情報共有を一連の流れの中で確認したい。把握できる機会を設けてほしい。
地域包括ケアシステムに関して、当施設での実施している内容や手段など基礎から指導してもらいたい。また交流があれば一緒に参加したい。定期的に評価する機会を設けてほしい
地域住民がどういう機関を使用しているのかまた、その他の機関とどのように情報共有をしているのか地域包括ケアシステムについて把握できていない為交流の場に参加し把握していきたい
実際地域の方と関りが無いので地域の方の情報を収集し、こういった形で情報共有しているのか。事業所内で地域の方が集まる場があるので参加して地域包括ケアシステムについて理解を深めたい

【訪問介護】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

地域包括ケアのかかわり方や提案の仕方。
地域包括ケアシステムへの参加や連携が乏しい
地域包括ケアシステムをうまく活用できていない。
地域包括システムの部分が理解できていない所がある
地域包括ケアシステムについて、地域との情報共有や交流など不十分だと感じた。
地域包括ケアシステムについて、地域内の他職種との連携がまだ十分でないと感じた
地域包括ケアシステムの理解不足があり、地域連携・情報共有の部分で改善点がある
地域包括ケアシステムに関して、関連する他の団体、組織等との交流の場が無かった。
地域包括ケアについての知識がほぼない。連携を取っていく地盤づくりが出来ていない

■ 他者評価にて指摘されたこと

地域包括ケアシステム構築のために積極的に情報収集し情報提供していくこと
地域包括システムについて再度勉強して行く事は必要で大事。苦手意識を持たず、勉強して行く。わからない所は質問して行く。
支援をしていくうえでも地域包括とのかかわりは必要、利用者にかかわる他の機関にも目を向け、必要時に連携をとれるようにしておくこと。他のアセッサーの指導方法等を参考にしながら、悩んだときには相談し的確な解決法、指導が行えるようにする事。

■ OJTとして要望したいこと

地域包括ケアシステムの役割・内容の理解を深めたい
地域包括システムについて詳しくわかりやすく教えてほしい
地域包括システムの活用を実践する為にもそれぞれの役割や専門分野について理解を設けてほしい
地域包括ケアシステムに関しては、ほとんど足りていない状況であり、知るだけでなく関わりを持ちたいと思う。しかし関わりたくても何をどうしたら良いのかもわからない。その機会が持てるようにしたい。

【通所介護】

■ 自己評価を通じて「できていない」と感じたこと

地域包括ケアシステムへの理解。地域の社会資源との関わり。
地域包括ケアや他機関との連携や情報共有などの連絡業務等。
地域包括ケアシステムの把握や地域との連携を意識する事が無かった
地域包括ケアにおいて、地域との対応があまりできていないと感じました
地域包括システムをさらに理解し情報提供を出来るようにもっと経験を積み学びたい
地域包括ケアに関しては、文書化、情報発信、事業所内での共有化が図られていない。
地域包括ケアシステムについては、地域内の社会資源との情報共有や業務協力が出来ていない。
地域包括ケアシステムの概要テキストなどを見れば大まかな事はわかるのだが実践となると難しい
地域包括ケアについて、関係機関に自ら働きかけることがないと感じた。社会資源についての知識も乏しく利用者様を取り巻く環境等の理解も不足していると感じた。
地域包括ケアシステム社会資源の情報共有や業務協力地域内の関係各種との交流と地域包括ケアシステムの管理業務もっと外に出て地域の関係職種の方と意見交換し情報を得る。
域包括ケアシステムに関して、必要な情報収集は専門職種ではできているが、地域との関わりはごく稀なケースに限られてしまっている。地域の方が参加される集まりに参加できていない。

■ 他者評価にて指摘されたこと

介護過程の展開、地域包括ケアシステム全般ができていない
地域包括ケアシステムに対しても同じ様に理解していく必要がある
地域包括ケアシステムについて、しっかりと勉強して関係者との交流を深めていくこと。
地域包括システムへの研修を今後も行う必要がある。リーダーシップ経験を積んで立案出来るようになってもらいたい
自身が普段関わらない終末期ケアや地域包括のところを出来ている事よりも意識し学んでいくことを指導いただきました
地域包括ケアシステムについての知識・理解を深め、色々なことを実践し経験を積んでいくことでレベル認定の到達を目指しましょう。
地域包括ケアシステムに関して、地域内の他の機関と日頃のかかわりから、サービスの情報収集につなげていけるように取り組んでいけたらと思います。
地域資源や地域包括ケアシステム理解に関してはその通りだと思ふ。経験不足よりもあるが、興味を持つことも必要だと思ふし、学べる環境を事業所で考えても良いと思ふ。
地域包括ケアシステムでは地域内の関係職種との交流が図れているので情報発信や情報を得て情報共有し内容を振り返ってほしい。現場での技術指導も評価点が低いようでしたが、具体的に伝えられ

ているように思います。

■ OJTとして要望したいこと

地域包括ケアシステムの理解・また実際の接し方学習していきたい
地域包括ケアシステムは経験が足りず、色々な事例を経験させて欲しい。
地域包括についての学習、地域の関連機関との連携や交流をしてほしい。
地域包括ケアシステムが実施できている事業所等があれば、是非事業所へ出向いて研修等に参加したい。
地域内の社会資源を把握し、協力や交流を図っていくために、地域包括ケアシステムに携わる機会がほしい。
地域包括ケアシステムの理解や学びの為地域包括支援センター、居宅介護支援事業所について学ぶ機会を設けてほしい。
地域包括ケアシステムについて、全体像をとらえる必要があるなので、地域との連携について積極的に学ぶ機会を設けて欲しい。

(3) 課題対応力強化の取り組み後における対応事例調査

課題対応力強化に向けた OJT の実施後において、介護現場で対応力がどのような形で実践されているかを調査するため、当初できていなかったことが最終的にどのような形で「できている」と判断されたか、資質向上が記録されている介護キャリア段位制度のレベル認定を取得した期末評価票を分析することとした。

介護キャリア段位制度では介護職員のレベル認定取得にあたり、アセッサーによる「できる」の評価と、「できる」と評価した根拠が記載された「期末評価票」の提出を求めており、その内容が適切であることが確認されて初めて、レベル認定を取得することができる。つまり、この評価の根拠の記録内容を分析することで、当初できていなかった対応が介護現場でどのような形で実践され「できる」ようになったかが、具体的事例をもって明らかになるといえる。

従って、重点課題とされる、認知症ケア、介護過程の展開、感染症対策、終末期ケア、地域包括ケアシステムの取り組みに焦点をあて、「介護老人福祉施設」、「介護老人保健施設」、「訪問介護」、「通所介護」の4介護サービス種別にて、当初（期首評価時）は「できていない」と評価され、OJT 実施後に「できる」となった事例を抽出し、介護現場で課題対応力がどのような形で実践されているか、資質向上の結果の記録として具体的対応事例を列挙する。

1) 認知症ケア

評価項目

4 認知症の方がいつもと違う行動を行った場合に対応できる	
①	いつもと違う行動が見られた利用者を観察し、脅威や不安を感じない（利用者の表情・行動にネガティブな変化がない）よう近づき、声をかける等対応し、利用者の行動や表情から不安・不快感等を軽減させることができたか。
②	いつもと違う行動が見られた利用者の表情、感情表現、行動などいつもと違う様子について確認し、なぜそのような行動をしたか、職員対応や本人の生活環境の変化等を確認し、記録したか。
③	いつもと違う行動が見られた利用者がなぜそのような行動をしたかを、心身状況、生活歴、価値観・嗜好、家族・他者との関係、家族から収集した情報等を確認し、記録したか。

上記の評価項目について、当初（期首評価時）は「できていない」と評価したが、その後「できている」評価に至った事例について抽出した。

【介護老人福祉施設】

<p>①昼食後、表情が陰しくなりユニットの玄関から出ていく行動が見られる。入居者に尋ねると「今から配達に行かないといけない。」との返答がある。他の従業員が配達に行っていますよ、と声かけすると「本当に、それなら良かったわ。」と返答があり、居室へ戻って行かれる。昼食には肉料理の献立であった。</p> <p>②③肉料理を食べた際に、入居者の住まいが精肉店を経営し、入居者自身が配達をしていたのを思い出したと思われる。本人の生活歴を確認できていたため、瞬時に対応できていた。職員同士の申し送りノートに記載し、他の職員にも共通認識してもらうことを伝達できていた。</p>
<p>①普段、職員の声かけにも笑顔で返答が見られ、歌うことが好きで、洗濯物を畳むなど、働くことを生きがいとしている利用者より、夕食後「お金がない」「今から帰らないといけない」等の不安な言動が聞かれる。 会話にて対応をしていると次第に「誰も話を聞いてくれん」「悪い人ばっかじゃ」「わしの悪口を言っている」と話が変わり、不機嫌な口調と表情が見られる。 会話をしていることで、さらに口調が強くなる可能性がある為、車椅子にて廊下を散歩してもらったり、洗濯物畳をお願いするなど、気分転換になるような対応を行っていた。 その後、表情が穏やかになり、挨拶をすると「あんたどこに行っとったん」と笑顔で言われる様子がある。</p> <p>②夕食前のトイレ誘導の際に、断る様子があり、トイレに行かずに夕食を食べ始めた為、パットの汚染等により不快感で不機嫌な言動に繋がったのではないかと、排泄記録と日中の介護日誌にて確認していた。 本人に笑顔が見られる様になった後に、トイレに誘導しパット内に多量の排尿があり、ズボンまで尿汚染あり下半身更衣をしたと夜間の介護日誌に記入をしていた。</p> <p>③家族から情報提供があった、「昔から、働くことやお金についての不安な言動が多くあったこと」をアセスメントシートより確認しており、排泄での不快な気持ちと夜になって日が暗くなることで、不安な気持ちが増え普段と違う言動になったのではないかと、夜間の介護日誌に記録をしていた。</p>
<p>①昼食介助時、配膳後いつもは茶碗とスプーンを持って笑顔で自力摂取できる利用者様が、全く食事に全く手をつけようとしない。表情も乏しく席を離れ居室へ帰ろうとされたため、声をかけ手を握ったり、肩をさする対応をすると少し落ち着かれた。</p> <p>②食事配膳後、急に席を離れた時の様子としては、黙っており少し怒った表情だった。昼食前までの様子について他職員に確認すると、本人は立位訓練を希望されていたが、リハビリ時間の時に歩行訓練が中心だった事が原因でないかと話あり。介護記録に記載していた。</p> <p>③食事に手をつけようとせず急に怒ってしまった原因について。現在パーキンソン病の進行で車椅子生活だが、アセスメントシートからの情報で昔から負けず嫌いでリハビリに対する意欲が強い方であることがわかった。今日のリハビリが歩行訓練中心で、ご本人様が希望する立位訓練の時間がほとんど無かった事が原因で、普段穏やかである方が、怒り出してしまったのではと考察し、記録できていた。介護記録・ICFアセスメントシートより</p>

【介護老人保健施設】

<p>①食事後急な立ち上がりがある利用者 UN 氏に対し観察を行い、声掛けを行った。「どうかされましたか？」UN 氏「今日はもう帰る。自宅の様子が気になる」と言われ落ちつかない様子だった。気がまぎれるように車椅子のままホール内の散歩を行った。おやつも準備している事を伝え、UN 氏「おやつまで食べて帰ろう」と言われ、少し落ち着かれホールに戻られた。帰宅までに時間があつた為、担当リハスタッフにリハビリを行ってもらった。</p> <p>②同席の利用者に確認すると、会話がかみ合わず口論になった事の確認が取れた。席の変更を行い様子観察を行ったが、その後特に変わりなかった。送り時家族に利用状況を報告した。経緯をケース記録に入力した。</p> <p>③いつも同じ席だった利用者が休みだったため、別の席になった事で混乱された様子。知らない人とうまく話が出来ず口論になったと考えられる。今後、同席の方が休まれた時は席を変えず対応する事とした。経緯をケース記録に入力した。</p> <p>①認知症の利用者が急に車椅子を自操する。(氏の自操は上半身が前傾姿勢・下肢もフットレストを降ろしてまま床に足をつけることから過去に転落事故が起きている)車椅子からの転落リスクがあるた</p>

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

めすぐに駆け寄る。氏の表情が焦っており傾聴し本人の表情が落ち着き、不安を軽減させることができた。その後すぐに上記の行動を行ったため、再度同じ対応で落ち着かれた。

②傾聴にて本日もここに泊まれる、お世話になることができるか気になってしまったことがわかった。傾聴後にここに泊まれ、お世話になることを説明。またほかの職員にも協力してもらい、ここに泊まってお世話することを声掛けもらい、安心された。看護・介護記録にいつもと違う行動、表情、原因を記録することができた。

③心身状況表、過去の生活歴より認知症状が悪化、以前の独居時より家事をしておらず、他者の協力を得て生活をしてきた。また最近、突然大声を出したり、夜中にお尻歩きで居室から出てくることも多くみられてきた情報を確認することができた。看護・介護記録に記録できた。

①ナースコールのため訪室すると、「窓の方に私の娘が来てるんです。さっき倒れた音が聞こえてきて助けに行きたい」と話される。不安を感じさせないように近づき、代わりに確認しに行くことを伝え窓の方へ確認しに行き、無事な事を伝えると「良かった」と安心した表情をされ不安を軽減していた。

②認知症上による幻視や普段より家族様(娘)の事を気にする言動が見られる事があった。また、新型コロナウイルスによる面会制限により家族様に会う事ができない状況となってしまった事で不安感が強くなってきたのではないかと記録していた

③上記のように施設生活が長くなっている事や、面会制限がある事で家族様に会えない不安や寂しさがあるのではないかとと思われる。一人娘であり、他の家族がいないことや施設内では他者との交流が少ない事が原因ではないかと家族に確認し記録していた。

【訪問介護】

①普段は大人しく落ち着いている利用者が、鼻息が荒く周りをキョロキョロ見ていると普段より興奮気味で、急に近くの女性に向かって歩きだしたので、女性と利用者の間へ入ることで視界を遮り意識を逸らすことが出来た。落ち着くように声掛けしたり興味のある話題をふることで不安や不快感などを軽減することが出来た

②当日は悪天候で、強風や雷が嫌いな利用者はそれで気持ちが不安定になりそのような行動をとったとみられるヘルパーの記録用紙の「利用者の状態・変化」項目に記録

③アセスメントシートや家族の情報により、悪天候や嫌いな動物が近寄るなどしたときに興奮状態になり今回のような行動をとることがわかった。このことをヘルパーの記録用紙の「利用者の状態・変化」項目に記録し対応職員で情報共有をはかった

①入浴サービスの訪問時、いつもは声掛けに応じて洋服を脱ぐが、当日は脱いだらまた着るを繰り返していた。利用者の様子を見ながら本人が落ち着けるように笑顔で「今日はお風呂に入ってさっぱりしましょうね。ご主人も入浴が終わるのを待っていらっしやいますよ。」と、声掛けを行った。何度か声掛けを行ったところようやく落ち着かれ入浴された。

②最近、ご家庭内でいろいろな行事が重なり、ご主人が忙しそうにソワソワされていたことにより、本人は何が起きているのか分からなく不安になってしまったのではないかとと思われる。状況報告書に記録した

③今何が起きているのか、ご主人が何故忙しそうにしているのか分からず不穏になってしまったのではないかと。レビー小体の認知症ではあるが、ゆっくりと今起きていることを説明することにより落ち着かれることを、状況報告書に記録した。

①デイサービスの送り出し介助。「デイサービスに行かない」と急に強い拒否がみられた。険しい表情に。「わかりましたよ。」「じゃあ雨戸を開けに行きましょう」など話題を変えて、表情が明るくなった

②デイサービスの時間が長くなり「疲れるのよ」との言葉は多く聞かれていた。指示的な声かけ「行きますよ!」などの対応に「ヤダ～」と興奮、表情も険しくなる。

送り出しの対応そのものが拒否の原因とも考えられる。表情も険しい。

そこで「行きたくないですねー」「では電話しないと迎えに来てしまいますよ」「娘さんに連絡して断ってもらいましょう」→「娘に迷惑をかけたくない」「でも行きたくない」

②の繰り返しで「そうですね」「今日だけは行って次回から早めに連絡しましょう」と提案しわかってもらって送り出している。

③開業医の妻でありプライドも高く自分でいろいろ決めてやってきた。本人の意思を尊重するアプローチに変更した。隣に住んでいる娘に迷惑をかけたくないという思いが強い。そこで、デイサービスに行く事で生活のリズムが作れ、娘も安心すると説明し支援した。地域の開業医の妻として人に迷惑をかけるのはよくないという思いが強い。デイサービスがお迎えに来てそこのスタッフに声をかけてもらうとスムーズに出かけられる。
担当者会議録、介護計画書に記録している。

【通所介護】

①入浴後、着衣の介助を使用と更衣室の椅子に座っていただき準備していると、突然立ち上がり、制止を振り切り浴室に向かい個浴にまたいで入ろうとする行動をした。声掛けをするも、指示が入らず、浴槽に入ろうとするため、「寒かったですか？」と声を掛け、安全を確認して再度浴槽に入ることを見守った。浴槽に入ると穏やかな表情になったため、「あと少し温まりましょう」と声を掛け入浴の見守りをした。

②着替えの声掛けをするも、やや怒ったような返答があり突然立ち上がった。いつもとは動く速度が違ったためおかしいと判断した。着替えの準備をしながら対応していた。入浴後からだか温まったが、エアコンのついている脱衣所へ移動したため、冷たい風が体に当たり冷えてしまったと予測すると、個人ケース記録に記載。

③家族からは入浴は好きで、長湯であったという情報を伺っていた。本人はやせ形の体型であり、重ね着をされている為、寒い方には弱い方であったと個人ケースファイルに記載。以前にも同じ行動があり、ヒヤリハットにも記載があったことを確認する。

①これまで職員や利用者に対して、暴力がなかった利用者が落ち着いて過ごすことができず、フロアを徘徊し、声をかける職員を叩く行為が見られた。ご本人がどのような心理状態でどう行動するかを様子を観察していると、やや落ち着いたようにテーブル席に自らついたため、「こんにちわ」と穏やかに声をかけると隣にすわり会話を始めた。会話を通じて不安軽減に努め、利用者も穏やかに会話に応じていた。

②直前に周囲の利用者が不穏になって大きな声を出していたことから原因となったのではないかと考え、他の職員と協力して両名が影響を受けあわないように距離を作る対応を依頼した。申し送りの際に、前後の状況を共有し、介護経過記録に記載を行っていた。

③通所時の様子をご家族へ報告すると、前回の通院で服薬内容が変わり夜間に十分な睡眠がとれていないことが判った。またそのことで自宅でも穏やかでないことがあることを聞き取り、服薬内容の変化や寝不足、周囲の喧騒が要因と思われる、声をかけた職員に対して手が出たと思われる介護経過記録に記載していた。

①帰宅願望のある利用者が、仮眠中に『家に帰りご飯を作らないといけない。歩いて帰るから。』といつもより訴え強く、スタッフの言葉も耳に入らず表情厳しく、スタッフの手を払いのけるしぐさが見られた。対応について、一緒に時間を確認した上で夕食を作るのにまだ時間があることを説明し『夕食作る時間までには送ります。』と声を掛けていた。それを聞き本人も安心された様子で表情もほぐれ、その後は訴えも落ち着かれている。

②その日の仮眠時は眠れず起きておられた。周りは休まれている為お話し相手もおらず、約1時間程静かに待たなければ状態だった。また農繁期は特に田畑が気になる傾向があり、家族思いでもあるため休んでる暇はないという気持ちが強くはたらき落ち着かなくなってしまったのではないかと考察『個人介護記録』に記載されている。

③いつもと違う行動の背景について、旦那様を早く無くされたため若いころから大変苦労されている。以前は同居する息子さん夫婦が共働きされていた為、孫の世話や田畑や家事などをすべて行っており、未だに息子さんやお孫さんのことが気になってしまう様子。現在は家事はお嫁さんが行っているが、その時の記憶が残っており家族のために夕飯を作らなくてはという気持ちが強くなる。何かになっている時は見られないが、何もすることがなくなると時間が気になってしまう傾向がある。『個人介護記録』『カンファレンス個人記録』で確認。

2-1) 介護過程の展開（利用者に関する情報収集）

評価項目

1 利用者に関する情報を収集できる	
①	利用者や家族の生活に対する意向を把握できたか。
②	利用者の心身機能・身体状況、利用者の「できる行為・活動」（実際には行う力を持っており、訓練や適切な支援によってできるようになること）と「している行為・活動」（毎日の生活の中で特に意識したり、努力したりすることなく行っていること）、健康状態、について、それぞれ把握できたか。
③	利用者を取りまく物的環境（食品、薬、福祉用具等）、人的環境（家族、友人等の支援や態度）、利用者の人生や生活の特別な背景（ライフスタイル、習慣、生育歴、教育歴、職業歴、行動様式、価値観等）、利用している制度について把握できたか。

上記の評価項目について、当初（期首評価時）は「できていない」と評価したが、その後「できている」評価に至った事例について抽出した。

【介護老人福祉施設】

<p>①入所時サマリー、診療情報提供書、またご家族と疎遠なため成年後見人より特養入所に至った経緯を心まえるとともに、ご本人より生活の意向を確認しケアプラン作成し、定期的なモニタリングによってサービス提供が行えている。後見人からは『ご本人の意向にそって、できるかぎり施設で安心して最後まで過ごしていけたらいいのではないかと』、という意向があり、ご本人からも『安心して過ごしていけたらいい』との意向を確認している。その旨、最新のプラン作成においても、ご本人、後見人の意向として『アセスメント表』、『施設サービス計画書（1表）』に記載されている。</p> <p>②ケアプラン作成時のアセスメントにおいて、ご本人の意向を確認している。また R 元年 8 月に肺炎のため約 2 週間の入院治療を経て再度施設にもどられていたが、入院前後の心身状況を比較して大きな変化はみられていないことを看護職、栄養職、リハビリ職といった他の専門職とも確認し、ADL の見守りを通しての自立行動の援助と他ご利用者とのトラブル防止を基本に、ご本人の意思を尊重し、クラブや行事への参加の促し、また職員との日々のコミュニケーションを通して心身状況の変化についての早期発見・対応に努めていくことをカンファレンスの場においても後見人とともに確認し、『施設サービス計画表（2表）』に記載している。</p> <p>③入所時サマリーとともに後見人から施設入所前の経緯を確認している。在宅生活時、奥様を亡くされてからアルコールによる認知機能の低下が顕著になるとともに同居されていたご長男との関係悪化、ご長男が家をでられた後、音信不通となり、ゴミ屋敷同然のご自宅で倒れているところを発見され、入院治療をおくっていたことを確認、把握している。入院治療によりアルコールを断って、落ち着いた生活をおくっていることを退院時サマリーで把握。相談員より特養生活を維持できるだけの年金をうけていることも確認している。</p>
<p>①利用者アについて。認知症により本人の聞き取りは難しく、キーパーソン長女に聞き取り行う。施設入所より 2 年以上経過しているが、徐々に身体能力が低下してきており認知症も進行してきていることは理解しています。食事摂取も時間がかかり手間をかけていることと思います。このままの状態健康で身体能力を維持して施設内で生活させてもらえればと思います。という意向であった。以上の内容をヒアリングにて確認しケア記録の記載を確認した。</p> <p>②利用者アについて。心身については認知症が進行してきており、呼びかけには反応あるが会話が成立せず意思疎通が困難である。身体状況については立ち上がり立位不可能、両手指の拘縮、両上下肢の拘縮による可動域制限がある。また両手指の第一関節にリウマチによる変形がある。できる行為・活動については、両上肢を動かすことはほとんどできないが、レクリエーションでのボール遊びにてボールを受けたり投げたり出来る場合がよくあることが匹敵するのではないかと考える。「している行為・活動」については声かけに時折返事を返したり発語されたりすること。食事時の口腔の動きや嚥下動作の事と考える。健康状態は安定している。以上の事をアセスメントシート、機能訓練計画、医療情報や本人の状態を観察して把握した。</p> <p>③利用者アについての物的環境について。食事は施設の厨房で調理されてフロア内で配膳して提供す</p>

<p>る。薬は主治医の指示にて調剤薬局にて処方されたものを看護職員にて配薬して管理を行っている。福祉用具は施設の車椅子と介護用ベッドを使用。人的環境について。長女がキーパーソンで入所されてからはよく面会に来られている。その他の面会はほぼみられず。フロア内では認知症の為他者とコミュニケーションが取れずトラブル等なし。長女より生活歴等を聞き取り、若いころは夫婦で食料品の店を営まれていた。途中で夫は会社勤めを行っていたので一人で営んでいたこと。よく働いてきたと長女に話すこともあった。洋裁や編み物などが趣味で娘さんの服など作られたようだ。ドライブが好きで娘さんとあちこち出かけたそうだ。明るい性格でいい人だったと娘さん曰く。老人保健制度と介護保険制度を利用されている。以上のことを把握した。</p>
<p>①入所時の利用者意向は、自宅に帰って生活できるようにリハビリをしたいという意向を確認した。 （施設サービス計画書より）家族意向として、家族は昼間仕事をしていて、母の面倒ができない状況です。母には申し訳ないと思っていますが、施設入所をお願いしたいです。（施設サービス計画書より）</p> <p>②できる行為は車椅子での自走、手すりにつかまっただの立位、食事の自力摂取、している行為は、毎食後洗面所まで行き歯みがき、健康状態は、血圧は高めだが安定していること、関節リウマチの影響で指が変形していること、蜂窩織炎で足が腫れていることなどを把握できていた。 （ICF アセスメントシートより）</p> <p>③入所時のアセスメントで、物的環境として車椅子以外の福祉用具は使用なし、就寝場所はベッドなど把握していた。人的環境として、同施設に夫も入居中。娘夫婦とはショート利用前はマンションで同居していた。夫とは週1回程度で顔を合わせている。生活歴、価値観等は、夫と結婚し40歳くらいまで仕事をしながら一人娘を育てる。42歳のときにリウマチを発症し退職。娘は結婚し家をでたが離婚して同居するようになり、夫が精神的病気で要介護状態となった際、特養入居となる。しばらく娘と2人暮らしをしていたが、足の蜂窩織炎を患い移動も排泄も自力では困難な状態となり、夫が入居している特養へSS（ロング）利用することになる。本人から、家に帰りたいという要望をよく聞くようになる。改めて話を聞くと「孫娘の学費とか私が全部出してあげていた。夫の退職金を内緒で工面したの。娘が経済的に困っていたから仕方なかったの。孫にはお金のことで学業の道を閉ざしてしまうのは可哀想でしょと涙ぐんで話をしていた。とても孫思いであるということを入所時のアセスメントで把握していた。ICF、アセスメントシートより</p>

【介護老人保健施設】

<p>①排泄が一人で出来なくなった為一人で排泄出来る様になってほしいという意向が家族からあった。</p> <p>②まずは排泄ペースを把握する為排泄チェック表にて確認し、同じ時間にトイレ案内の声かけを行った。現状、熱発はみられず、一人での短時間の指示物を持って立位は可能。移乗動作は介助が必要な為一人ではうまくいかず、本人の体調をみて少しずつ無理せず実施した。移乗動作を後方より介助行い、軽介助にて行えるようになってきた。</p> <p>③情報シートを確認読み取り家での生活、利用者の性格などを把握し、昔していた趣味など生活歴を把握していた。ベッドからの福祉用具としてPトイレ使用。娘様と二人暮らし。娘様と暮らしていた。娘様に頼る習慣あり。</p>
<p>①体調管理をして、元気に過ごしたいという意向を確認、把握できている。</p> <p>②移乗時、入浴時、立位保持時間が短く、定時オムツ交換、特浴対応になった。ケア時は声掛けを行い事故が無いようにすること。移乗時は、足に力を入れる事を声掛けする。健康状態は良好。以上を電力で確認、把握している。</p> <p>③便秘時は下剤、不穏時は安定剤を服用。自宅では長男夫婦、孫夫婦、孫、ひ孫と暮らしているが、長男は在宅酸素を使用中。孫夫婦は勤めている。長男嫁の面会あり。若い時は水泳が得意で水泳を教えていたとご本人より伺っている。また、畑仕事を毎日していた為、手が痛くなったとの事。以上をフェイスシート、ヒアリングより確認、把握している。</p>
<p>①上記資料と被評価者・家族へのヒアリングをもとに意向確認を行っていた。</p> <p>1人目の利用者の方の意向として「自宅では車椅子を使用しては生活出来ない環境の為、歩けるようになりたい。」。ご家族の方の意向は、「本人同様、少しでも歩けるようになれば、在宅での介護支援が出来ると思います。」と意向確認をしていた。</p> <p>②利用者1人目は、手すりがあれば立位は可能。掴まりながらの2～3歩程度の移動・移乗動作可能。認知面については、特に問題なく支持理解自立。上衣の更衣は自分で出来るが、ズボンの上げ下げは介助がないと立位保持ができない。健康状態については体調変化なく安定している。食事は、食事のセッティングを行えば、自立にて食事摂取可能と確認が取れていた。</p>

③利用者1人目については、2世帯住宅になっており、段差が多く手すりなどの設置がない。また、長男との生活状況としては受診や外出時以外はほとんど交流がなく独居生活の状態。家族状況について、利用者は2度の離婚をしており、同居している長男（養子）と遠方に次男（実子）がいる。主介護者は、長男ではあるが親子関係はあまり良くない。若い時には、女でひとつで内職などしながら生計をたて子供2人を育ててきた。その後、老後は好きな庭いじりなどしていたとのこと。また、人の集まる場所は苦手とのことで近隣との交流は無い。近くに親戚はない。これらの情報を得ることができていた。

【訪問介護】

①利用者と家族に面談し意向を把握した。Kさん一体重、身長とも伸びてきて成長期に入っているため、事故、けががないように注意し、コミュニケーションを大切にしながら落ち着いた生活をしていきたい。Hさん一病院から退院してきたので、できるだけ自宅で穏やかに生活していきたい。家族が日中働いているので支えてほしい。フェイスシート・経過観察ノート

②利用者の心身機能、健康状態、適切な支援について把握している。Kさん一吸引などの適切な医療的ケアを提供し、利用者のコミュニケーション力を伸ばすように声掛けを行う。姿勢の保持に気を付ける。Hさん一胃瘻の造設をしたので、胃瘻による食事介助を適切に行う。体の痛みを訴えた時には、家族およびかかりつけ医師、訪問看護師に連絡をとり対応することを把握している。フェイスシート・経過観察ノート

③利用者の物的環境、人的環境、特別な背景、利用制度について把握している。Kさん一酸素吸入、痰の吸引などのための機器が用意されている。母親が指示をできる。特別支援学校に通学している医療的ケアが必要な重症心身障害児である。訪問看護、PT、訪問医師を利用している。Hさん一胃瘻の機器がある。息子1人が介護しているが日中は働いている。訪問看護、訪問医療を利用している。フェイスシート・経過観察ノート

①利用者や家族の生活に対する意向を把握している。カさん一医療的ケアがあるので訪問看護師、訪問医師、PTなど多職種連携の支援で、地域で安心してくらしたい。ユさん一コミュニケーションをとりながら外出を楽しみたい、との意向を把握している。

②保護者や申し送りノート、医師からの医療的ケア指示書、訪問看護師の指示ノート、サービス利用計画書から利用者の状況を把握している。カさん一「できる行為」手の動きや表情で少しづつ意思を読み取れるようにする。「している行為」食事介助や入浴介助などを安全に行う。痰がつまりやすく不安定な健康状態について把握している。ユさん一「出来る行為」いろいろなことに興味がひろがっており、安全に配慮しながら興味を広げる支援。「している行為」トイレや食事介助においてできるだけ自分でできるようにすることを把握している。

③フェイスシートや療養手帳で利用者の状況を把握している。利用者カさん一物的状況（呼吸器、吸引や胃ろうなどの医療的ケアの機器がある。人的環境（医師、訪問看護師など医療関係者との連携がある。）ショートステイ、放課後デイサービスなど利用しているサービスについて把握している。ユさん一放課後デイサービスを利用している。家族とよく出かけていることなど把握している。

①身の回りの出来ることは自分で行ってもらいたいとの家族の希望がある。また、拘縮気味の右手を出るだけ使うようにすると目標がある。その為歯磨き動作は行っていただくようにしていたが、磨き残しが目立つようになってきたとモニタリングに記載されている。

②健康状態は、特に問題はない。右手指の拘縮もあるので磨きにくさはあるが、歯磨きの準備をして渡せば歯磨き動作はできており、ブクブクがいても行えているが磨き残しがある。また、上の歯は入れ歯だが下の歯は自歯の為歯ブラシでの仕上げ磨きだと歯茎を傷つけてしまうとアセスメントに記載されている。

③訪問介護を利用し洗面・整容などを行っている。歯磨き動作はできているので歯磨きをご自身で行っていただき、仕上げみがきをするようにするため、ご家族に相談し仕上げ磨き用の口腔ウエットの購入を検討していただくこととモニタリングに記載されている。

【通所介護】

<p>①被評価者は利用者 I さんに対して、アセスメントシート、ケアプランから自宅では運動もしないし、入浴も不安であり、デイサービスに行き運動や入浴、社会交流が出来ることにより、生活に楽しみを見つけた事が出来るという意向を把握できていた。</p> <p>②被評価者は、利用者 I さんの身体状況はリウマチがあること、血圧が高めなことをアセスメントシートより把握し、自宅内移動は伝い歩きが出来、トイレも失敗なく出来ている、入浴も背中など出来ないところを手伝程度で生活できていることを把握できていた。</p> <p>③被評価者は娘と同居していて、炊事洗濯などは娘が行い、内服があること（たまに飲み忘れることがある）や昔骨董品屋を営んでいたことなどをアセスメントシート、サービス担当者会議の要点から読み取り、把握する事が出来ていた。</p>
<p>①独居。ご本人はすぐに忘れてしまうことに不安はあるものの、1人で勝手に生活したいと思っている。道に迷って帰れなくなれば交番に行く、自分は今の生活に困っていないと言われる。遠方に住む姉は、近くに引き取ることもできないし、自分も高齢なのでちょくちょく来て世話をすることは難しい。公的なサービスを使って安全に生活して欲しい。</p> <p>②10年以上前に転倒して脳を損傷し、高次機能障害。酔って道路で転倒し入院していた。ヘルパーなど介助があれば着替えや食事、排泄などはできるが、衣服の洗濯や管理、食事の支度、後片付け、掃除などはできなくなっている。ヘルパーが訪問した際に外出してしまっていてキャンセルになることが続いた。1人ではバランスのいい食事を取れない。服薬ができない。定期的な入浴ができず、皮膚の状態が悪くなっている。</p> <p>③本人に困っているという自覚はなく、道に迷っても市役所や交番にいけば帰れるので、大丈夫と言われる。前日に警察に保護されても翌日には覚えていない。お酒を買って飲んで路上で眠ってしまったり、飲食店でツケで飲むものの支払いが滞っていたこともある。家賃や光熱費の滞納もあり大家さんからの相談で包括支援センターが入り、現在、金銭管理に関しては社協の人権擁護センターがあたっている。受診は訪問ヘルパーが同行し薬の管理も行っている。デイサービスの利用日には送り出しのヘルパーが入る予定。</p>
<p>①Uさんは長年主人とボタン店経営しており日中はご主人と店番をしていた。店から出て徘徊が見られるようになり認知症と診断された。ご主人は店番もあり Uさんに付きっきりになれない為 Uさんにはデイサービスで安心してすごしてもらいたいという意向である。本人のデイで楽しく過ごしたいとの意向も確認した。アセスメントシート、ケアプラン参照</p> <p>②UさんはADL、体調には問題ないが物事の手順がわからなくなることがある。説明すれば理解し実行できるので常に支援、見守りが必要である。情緒不安定で徘徊癖があるのでドアから離れた席にするなど対応が必要である。アセスメントシート、ケアプラン参照</p> <p>③ご主人とは仲睦まじく、近隣に長女が住んでいて Uさんの細かな面倒は長女が見ている。家族の支援状況は良好。Uさんの実家はお寺でお寺の話しをすると穏やかになり、歌が好きで歌うと気晴らしになる。情緒不安定で徘徊癖もあるので常に見守りが必要である。土曜に認知症デイサービスを利用。アセスメントシート、ケアプラン参照</p>

2-2) 介護過程の展開（個別介護計画の立案）

評価項目

2 個別介護計画を立案できる	
①	得られた情報を整理、統合することができたか。
②	課題を明確にすることができたか。
③	個別介護計画において、利用者の生活習慣や価値観を尊重する目標、心身の機能を維持・改善するとともに、自立的な生活を支援する目標を設定し、それを達成するための具体的な支援内容（担当者、頻度、期間を含む）を設定できたか。
④	個別介護計画を利用者や家族に説明し、同意が得られたか。

上記の評価項目について、当初（期首評価時）は「できていない」と評価したが、その後「できている」評価に至った事例について抽出した。

【介護老人福祉施設】

<p>①介護過程アセスメントシート確認。足の挙上支援により浮腫が軽減、食事摂取量の増加により体力が徐々に向上し本人の生活に対する意欲が向上していると関連付けた。本人の『少し横になりたい』という希望・目的を遂行する際に支援介入・歩行や車椅子自走の機会を設定することで本人のやる気に繋がると考えた。日中にベッドに横になる休憩時間があることで好きな三味線の歌を聴く時間も楽しめた。</p> <p>②アセスメントシート確認。徐々に食事摂取量の増加や足の浮腫改善により、日中活発に過ごせる時間が長くなっていることから生活動作への意欲や機能維持のための訓練をするためには浮腫み、栄養状態改善による体力回復が一番の課題であると考えた。</p> <p>③介護計画確認。本人のストレングスや今までの生活習慣を尊重する視点を入れ込んだ目標設定をしていた（目標：目的を持つことで意欲的に短距離歩行ができる、好きな音楽や他者との交流を楽しむためにメリハリのある生活をしたい）。短期目標期間は6か月。足の浮腫みを軽減する、足の筋力を維持する、体力を維持する、楽しみをもってリビングで過ごせると設定。足の筋力を維持する短期目標への具体的な援助内容には、長距離は車椅子に乗り足と手を使って自走する・目的地までの手引き介助による短距離歩行が提示されており、毎日ベッドやリクライニングソファに横になるタイミングで介護職員が行うと設定されていた。</p> <p>短期目標（6か月）：足の浮腫軽減、具体的な援助内容：①塩分を控えた食事の提供（頻度：毎日、担当者：管理栄養士、介護職員）、②着圧ソックスの着用（頻度：毎日日中起床時～就寝時まで、担当：介護職員）、③ボディクリームを使用しふくらはぎのマッサージ（頻度：毎日起床時・就寝時、担当：介護職員）と明記されていた。</p> <p>④介護計画書を提示し、現在の本人の状態と課題を説明した上で必要な介護内容についても説明したことで納得（同意）いただけた。介護計画書に同意の署名があったことを確認。</p>
<p>当項目は「介護過程の展開表」に記載し計画書を作成。</p> <p>①家族構成や、マンパワーの有無、福祉用具の使用などの情報もまとめていた。</p> <p>自宅ではすりや歩行器を使用するも、転倒の既往があり、段差も解消されていないため、今後も転倒の可能性が高い事などが「介護過程の展開」の表に記載されている。</p> <p>②段差の多い自宅内での移動（転倒したことがある）や、外出が少なく日中も1人で他者との関わりがデイ以外殆どない。</p> <p>③本人の希望を聞き取り、理学療法士などによる個別機能訓練をデイ利用毎に実施し転倒せず筋力維</p>

<p>持を3か月間の目標とした。レクリエーションへの参加では楽しみを持ち続け、意欲低下の防止を6か月間もの目的とする計画を立てていた。</p> <p>④計画書を見せながら理学療法士による機能訓練の実施やレクリエーションなどの活動への参加誘導を行う事を説明し、同意・署名頂いた。</p>
<p>①現在の心身の状態については介護職員・他職種からの情報収集やケース記録をもとに確認し、また各課のアセスメント表をもとに、得られた情報を整理、統合しアセスメント・ケアプランを立案することができていた。</p> <p>②下肢筋力の低下に伴い移動は車椅子を使用している状態であった。物に掴まる事で立位・立位保持可能であり、リハビリでは平行棒内の歩行、歩行器使用し、10メートルほどの歩行行えていること、本人のニーズである歩行訓練を行い歩行したいということより「短距離歩けるようになりたい。」という目標達成のために、「下肢筋力の向上。体幹・下肢筋力の支持性をたかめる。」という課題を明確にすることができており、ケアプランに記載することができていた。</p> <p>③「歩行器歩行にて居室・食席（35m程度）まで職員と歩くことができる。」ことを目標とし、立位・歩行器歩行訓練は転倒リスクがあるため職員付き添いで実施していくこと（1日1回午後）・足踏み等自主トレーニングの指導、自主トレーニングの実施（毎日）・リハビリにて立位、歩行訓練、歩行評価（随時）を行っていくことがケアプランに記載されていた。</p> <p>④家族カンファレンス記録より、家族カンファレンスにて家族にケアプランに基づき説明を行い同意が得られたことを確認する。利用者には居室にてケアプランに基づき説明を行い同意が得られたことをケース記録にて確認する。</p>

【介護老人保健施設】

<p>①排泄時のパット交換不十分による保清困難、火の始末困難による火事の心配、食品の衛生管理困難による体調不良や栄養障害など得られた情報を基に、認知面の低下による原因とパットはトイレトペーパーの隣に置く位置を決めるとともに、必要に応じて、通所リハビリ利用時に職員による声掛けの実施。また、週1回の体重測定や利用時の体調確認、食事摂取量の把握の個別介護計画を立案し、火の始末に関してはIHコンロの使用を提案していた。</p> <p>②上記方法で収集した情報をもとに担当者会議や事業所の多職種間での協議により認知面低下や手指巧緻性低下の課題を明確にし、個別介護計画を立案していた。</p> <p>③意向に対し、「火の消し忘れをなくす」「バランスの取れた食事を提供し、3kgの体重増加を目指す」と「保清保持のため、パット交換の必要性を理解して頂き定着を図る」を目標に設定し、送迎や利用毎の確認と週1回の体重測定など確認頻度の設定を行っていた。</p> <p>④利用者には利用時、家族には送迎時に説明し、同意を得て、個別介護計画にサインを貰っていた。</p>
<p>①日常生活動作は自立しているが歩容が悪く、重心が前にいくことから下り坂で止まらなくなり転倒することがあった。家族、本人ともに外での転倒を一番心配している為、歩容を改善し、肺活量を上げるためにも運動量を増やす必要があると情報を整理、統合できている。</p> <p>②外歩行を安定して行えるように、体力向上と肺活量を上げるために運動量、活動量を増やす。と課題を明確にできている。</p> <p>③個別介護計画において目標を「転ぶことなく生活することができる」期間1か月頻度を週1回と設定し担当者名記載、支援内容を「転ばずに安定して歩けるように外歩行1周行い、前傾姿勢になった時は声掛け行う」と設定できている。</p> <p>④リハビリ会議時にご家族へ目標内容、支援内容を説明し、計画書にサインをもらうことで同意が得られている。</p>
<p>①ベッドからの臥床を嫌がり、意欲低下傾向にある原因が、コロナ禍で家族に会えないことに寂しい思いをしていることではないかと観察、収集した情報から整理していた。</p> <p>短期記憶は保つことができないが、実弟、母、飼っていた犬の名前等は覚えており、母が通所リハビリテーションの利用を始めたことで、面会できる機会が増えるのではないかと情報を統合化していた。</p> <p>②家族が、同一敷地内の通所リハビリテーションを利用しているという強みを生かし、「家族と会える時間を設け、心身状態の安定、意欲の向上に繋がるよう関わる」という課題を明確にしていた。</p>

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

- ③「母親と面会する回数を増やすことで、楽しい、嬉しい気分で過ごすことができる」と心身状態の安定を支援できる目標を設定していた。
目標を設定するために、
- ・通所リハビリテーション利用日の確認、面会（窓越し）時間の設定（担当→被評価者）
 - ・面会時間中、痛みを軽減し、安定した姿勢で過ごすことができるよう、車椅子ポジショニングの検討、統一（担当→被評価者 作業療法士、看護師）
 - ・カレンダーに面会日を記載し、日常会話の中に取り入れる（担当→介護、看護、セラピスト）
- と、ケア内容を設定していた。【介護過程展開用紙】
- ④③について、家族様に説明し同意を得ていた

【訪問介護】

- ①医師の指示書から医療的ケアの指示内容、相談支援員やケアマネジャーが作成した、サービス計画から長期目標や短期目標、ご家族から希望をヒアリングした内容、フェイスシートの情報を整理、統合することができた。経過観察記録、個別介護計画、ヒアリングで確認した。
- ②呼吸器装着・痰の吸引・経管栄養と医療的ケアがある。思春期で体が大きくなってきている。時々酸素濃度が低下するなど身体状況の変化があるので、身体状況に合わせた的確なケアの提供が課題である。
- ③安全なケアを提供し心身の機能の維持をはかり安心できる生活をすることを目標に、バイタルチェック、おむつ交換、口腔ケア、入浴、体位交換、吸引や経管栄養の時間、頻度について具体的な支援内容が設定できている。週3回の入浴介助を3人のヘルパーで交代で担当する。1か月分の担当者シフト、1週間分の入浴の時間、経管栄養の時間が設定できている。
- ④安全なケアを提供し心身の機能の維持をはかり安心できる生活をする目標、思春期で体も大きくなり身体状況の変化があるので、身体状況に合わせた的確なケアの提供が課題であること、週3回の入浴介助を行うことを、個別介護計画を見せて説明し同意を得られた。
- ①夫を亡くし 50 年以上が過ぎ独居生活を続けている。5 年程前から「庭の花木はすべて生け花の材料である。」と剪定を断り、森のような庭になり近所から苦情もあった。生けた花が枯れても始末ができず、家の中は乱れ、寝る場所もなくゴミ屋敷になってしまった。成年後見制度と介護保険サービスを利用し、環境整備が必要であるという情報を収集した。
- ②庭の花木を採りに行く為に安全に移動ができること。本人の思いを尊重しつつ庭の整備をすること。在宅生活を続ける為に近隣との良好な関係を築くこと。地域の中で暮らす為、主治医・民生委員・後見人・近隣の人・ケアスタッフでネットワークを作り支援すること。
- ③個別介護計画は「花を採りに行って組んで親しい人にあげることができること」を短期目標として、ヘルパーの支援内容としては全身状態の観察を行い、居室の環境整備で枯れた花やゴミの処理を行い、排泄・衣類交換をして庭へ行く準備をし、一緒に庭に出て安全確認を行うこととした。3 回/週 期間は3ヶ月としている。
- ④利用者本人への説明は個別介護計画書を直接読み上げ説明し了承を得ている。後見人は遠方のため、郵送し同意を得ている。
- ①歯磨き動作・うがいはできているので出来ることは継続して行っていただき、口腔内を清潔に保つため、磨き残しの内容に仕上げ磨きをする。そのため、ご家族に口腔ウェットなどを購入していただき、口腔内を清潔に保つようにするとの目標を立てる。
- ②できることは継続していただくようにするため、歯磨き動作は主に行っていただくが、課題は磨き残しがあるので、口腔内を清潔に保てないこと。
- ③毎食後、訪問介護で介入し歯磨きを行う際に、主に歯ブラシを渡しご自身で磨いていただきうがいをしていただく。そのあとに、お声をかけながら口腔ウェットを使用し口腔内にカスなどがいないか確認を行うようにして、口腔内の清潔を保つようにするとの目標を立て、3 か月実施し経過を見る。
- ④主と娘様に口頭で説明を行い、同意を得る。

【通所介護】

<p>①利用者もご家族も、自宅での生活を継続していきたい。そのためにも、デイサービスや泊りの支援を利用していきたい。身体状況は、円背、視力低下、視野狭窄があり、膝、腰部、肩に痛みや可動域の制限があるため、思うように体が動かせない。以前のように外出もしたいが、身体状況が低下し困難な状況。下肢の機能訓練が必須で、膝の痛みを配慮しながら、機能訓練を実施していくと、個別介護計画立案書に記録できていた</p> <p>②生活動作の低下が見られ、本人自身が活動への制限をかけている。また、以前のような外出ができなくなり、趣味の活動も難しくなり、他者との交流が減少していると、個別介護計画立案書に課題を明確にすることができていた</p> <p>③長期：自宅近くの集会所まで行って帰ることができる 短期：デイサービスを利用し、足の筋力がつくようにする。そのために、下肢の機能訓練のため、踏み台昇降運動を1分で15回できるようになると、個別介護計画立案書に具体的に支援内容を設定することができていた</p> <p>④本人・家族には、円背や視力低下、視野狭窄により、生活動作の低下がみられること、筋力低下や意欲の低下もみられることから、まずは、下肢筋力を上げ、以前のように少しずつでも外出ができるような目標を設定したことを説明した。本人・家族の反応は、足の筋力が低下していること、転倒も多いことから、下肢のリハビリが目標に入っていることに納得され、個別介護計画書に同意をし、署名していただくことができていた</p>
<p>①実生活において、散歩程度の下肢筋力を持ちながらも機会を十分に得る事なく、実際にしているのは室内での洗濯や移動に留まっていることを把握。原因のひとつとして、転居に伴う慣れない土地での生活ということが大きく影響していることを導きだし、アセスメントシートに情報記載。</p> <p>②課題は、近隣の散歩程度の外出が可能なADLを持ちながらも、慣れない環境であることから、活動に前向きになれず、また見守る介護者も日中はいないことから活動減少がおきている。安全に行える活動ができること、意欲を引き出すことが課題となっている。</p> <p>③デイサービス内での活動を通じて意欲を引き出すために、ご本人の役割として洗濯干しを設定している。その動作に伴う移動を介護職員がそばで見守ることとし、下肢筋力の維持向上と、活動意欲の向上を目標として計画を作成したことを確認した。頻度については、週3回、介護職員が担当として実施し、3カ月の計画期間を経てご本人の意欲と安全性を確認する予定であることを通所介護計画書にて確認した。確認書類：通所介護計画書</p> <p>④ご本人に説明すると理解力もあり、承諾が得られた。ご家族からも課題にたいするサービス提供ということが確認され、ご署名押印を得られていた。</p>
<p>①疾病による不安定さや転倒リスクはあるものの、できる行為があり、また本人と家族の希望が健康管理をしながらもデイサービスで知人と過ごしたり、活動を行っていくことであるという点を整理し、サービス担当者会議録とアセスメントシートに記載していた。</p> <p>②肝機能の低下による容体の変化、移動に伴う転倒リスクを考慮しながらも、サービスを利用することで現状の歩行に関する能力を維持していくこと、また在職中のキーパーソンが仕事を継続していけるために入浴の実施を含むサービス利用が必要であることを、アセスメントシート及び通所介護計画書に記載していた。</p> <p>③個別介護計画の目標を「体調に留意しつつ入浴を実施し、手の届く範囲は自分で洗身を行う」と設定していた。担当を介護職員とし、実施前には看護師に体調確認を行うとしていた。頻度については週2回実施し、評価期間を1カ月としていた。また「機能訓練のための体操に参加し、同世代のかたとの交流を図る」という目標も設定しており、介護職員を担当として週4回実施と設定し1カ月を評価期間としていた。確認書類：通所介護計画書</p> <p>④初回利用時に利用者と家族へ通所介護計画書の内容を口頭で伝え、署名と捺印をもらっていた。</p>

2-3) 介護過程の展開（支援の実践・モニタリング）

評価項目

3 個別介護計画に基づく支援の実践・モニタリングができる	
①	ケアカンファレンス等の場において、個別介護計画の目標、支援内容及びそこに関わるスタッフの役割等についてチームメンバーに説明して共有し、プラン内容が継続的に実践される働きかけを行ったか。
②	チームにおける個別介護計画の実施状況を把握したか。
③	個別介護計画に基づく支援に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。
④	個別介護計画に基づく支援による利用者の心身の状況や利用者を取り巻く物的環境、人的環境の変化を把握したか。

上記の評価項目について、当初（期首評価時）は「できていない」と評価したが、その後「できている」評価に至った事例について抽出した。

【介護老人福祉施設】

<p>①ミーティングにて全スタッフへ施設サービス計画書を配布し課題や目標、ケア提供時の注意点等を説明していた。その後も援助内容を毎日支援の経過記録に記入して機能訓練士や他の介護スタッフに聞き取りをしていた。毎月の全体会議にて職員全体にて内容を発信して継続していけるよう声掛け、働きかけを行なっている。</p> <p>②被評価者のケア提供時以外での入居者様の様子を聞き取り、食事の食べこぼしの有無や晩酌の時間についても聞き取り記録していた。毎月の全体会議でも聞き取りを行ない個別介護計画の実施状況を把握していた。</p> <p>③食事ではまだエプロンを使っているけど、ご飯の食べこぼしが減ってきたので良かったし、手すりもしっかり握れるようになってきた。DVDや本が自分の部屋に沢山あって好きな時間で見れるからいいねと利用者が満足していることを把握していた。 また、ご家族からは、伯父が快適に生活できる環境を作ってもらい有り難いですと、満足されていることを把握していた。</p> <p>④心身の状況として食事の食べこぼしが減ってきた。椅子からの立ち上がりがスムーズになってきた。物的環境としてご自身の部屋でDVDを観たり読書できる環境が出来た。 人的環境として、入居時は緊張して表情が険しかったが、様々なスタッフと話ができる環境になり今では笑顔で挨拶していただいたり、気軽に職員へ頼みごととして洗濯物の依頼をしていただけるようになった。他の職員からの情報も全体会議にて聞き取りし、把握できていた。（①～④まで施設サービス計画書・支援の経過記録に記載あり。）</p>
<p>①両足の浮腫みや体力減少により歩行機能や意欲減退があった。個別介護計画書では体力の維持、歩行機会の提供等を目標立てた。カンファレンスで計画書を配布し、各専門職種へ具体的な援助内容を説明した。介護職員には口頭で具体的な援助内容を共有した。具体的な援助を実践する中で、歩行距離が長すぎると途中で歩行不安定さが増す状況がわかり、歩行距離の設定を行い、他介護職員へ距離の長さの設定をするように伝達した。</p> <p>②個別介護計画書に記載されている具体的な援助内容（短距離歩行や着圧ソックスの着用等）は日常記録で実施状況確認し、それぞれの担当者で実施ができていた。</p> <p>③利用者は手引きによる短距離歩行やリビングで過ごすことに対して意欲的で前向きな発言が日々の中で増えていたことから汲み取り、支援に対して満足している意向を把握したとヒアリングで確認した。</p> <p>④着圧ソックスや挙上支援により徐々に浮腫の軽減がみられた。挙上した後は浮腫みが軽減するため</p>

<p>歩行も安定した変化があった。介護計画評価シートを確認、ヒアリングで詳細を確認した。</p> <p>①ケアカンファレンスにてフロア内の職員に利用者オについての個別計画の目標と支援内容についての説明を行った。また、フロアに利用者の支援内容を分かりやすく掲示して支援を行いやすくした。毎日のフロア担当職員は行ったケア内容についてケア記録をし、行った機能訓練を計画表に記載するよう伝達を行った。</p> <p>②個別介護計画の支援の実施状況を利用者オのケア記録と機能訓練計画表の記録を確認。利用者オの支援内容の中から、食事時の本人の体調確認（食事中的の見守り）や持ち込み食の管理をケア記録内にて確認。また、パーキンソン病における通院記録、服薬記録、普段の様子（パーキンソン病の症状）をケア記録にて確認。また、周りとのいい関わりが持て楽しみながら生活を送れているかをレクリエーションの記録や本人様の聞き取りにより確認が出来た。</p> <p>③利用者オについて。本人様に個別介護計画の内容をわかりやすく説明をすると、ありがとうございますと言われた。また、娘様については近況報告の電話連絡をすると、いつも色々配慮頂きありがとうございますと。</p> <p>④利用者オについて。個別介護計画の支援内容に沿って食事の提供を行い、安全で十分に食事摂取をできるようになった。また、通院や服薬管理、日々の体調を把握することにより、病気（パーキンソン病）と上手く付き合いながら生活を送れ、本人様も喜んでおられる。レクリエーションに積極的に参加して頂くことにより、周りとのいい関係を保つことができている。</p>
--

【介護老人保健施設】

<p>①目標を「体力をつける」と設定し、そのために「外の歩行訓練を外周 1 周行う」と支援内容を説明し、共有できている。また、継続的に歩行訓練ができるように職員へ声掛けなどで働きかけていた。</p> <p>②体力を付けるために、歩行訓練を継続して出来ていることを把握できている。入浴動作が跨ぎ、方向転換。立ち上がりは手すりにつかまりながら行え、洗体や洗髪、更衣が自立で行えていることを把握できている。</p> <p>③「リハビリや活動に満足出している。」と本人「支援に対し達成感があり満足している。」と家族の満足度を把握し、「所沢で自立した生活が送れるようになりたい」と、今後の意向も把握できている。</p> <p>④家族と仲良く暮らしたいとの本人の希望であったが、一緒に生活する中で、やっぱり所沢に帰りたいとの気持ちの変化について把握し、体力がついたことで病院への送り出しヘルパーの利用を中止、入浴を当施設で行うことで自宅での入浴回数が減ってしまったと、環境の変化を把握できている。</p>
<p>①カンファレンスにてケアプランの目標を確認し達成状況、継続の必要性を検討。目標は、食堂までのシルバーカー歩行。支援内容は、歩行訓練の前後にバイタル測定を実施し、体調管理を行う。歩行訓練は、本人の体調や疲労度を見ながら、毎日少しずつ実施できている。</p> <p>②カンファレンスにて実施状況を確認。歩行訓練は、本人の体調により毎日実施出来ていないが、歩行訓練の代わりに、絵手紙を描く時間を設けている。歩行状態は安定してきており、体調のよい日には食堂まで歩行可能。</p> <p>③本人にはモニタリングを実施。家族には来所時に報告。現状に満足しているとの事。</p> <p>④空き時間には、食堂や居室にて絵手紙を描く時間を自分から作られるようになってきている。歩行は、体調の良い日には積極的に歩行訓練されており、下肢筋力の維持向上もできてきている。家族の体調不良もあり、面会頻度は減ったが電話連絡などこまめにあり。</p>
<p>①3ヶ月に1度行われるサービス担当者会議において、看護・介護計画書と施設サービス計画書を医師、看護師、介護職員、リハビリ、栄養科、相談員に説明し、目標や支援内容を共有した。それを踏まえて、各職種が目標に向けての支援を行ってもらった。フロア内では、施設サービス計画書を各自読んでもらうように申し送り、具体的な支援内容は伝達ノートに書き、周知させ、情報を共有した。3ヶ月間に、その利用者の支援の実践状況をフロア内でカンファレンスを行い、プランの支援がうまくいっているのか等話し合い、継続的に実践される働きかけを行った。</p> <p>②フロア内のスタッフに伝達ノートや施設サービス計画書で知らせ、情報を共有し、臥床時の体位交換や離床時の車椅子の座り直しの対応をしてもらい、実施状況は、職員間での聞き取りや療養記録から把握していた。</p>

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

③家族カンファレンス時に、家族に施設サービス計画書の支援内容と経過を説明し、その結果、褥瘡が発生すること無く経過し、座位保持ができていたことを伝えた。家族は支援内容に満足され、このまま支援を続けてほしいと意向も聞いたことを被評価者から聞き取れた。

④日頃の臥床時の体位交換や離床時の安楽な姿勢にするための座り直しの介助をすることで、利用者自身は失語症のため、簡単な言葉しか発することができないが、苦痛の訴えによる発語は少なくなっていた。その情報は療養記録や職員間の聞き取りから確認することができていた。

【訪問介護】

①職員会議にて個別介護計画を発表。介護職、看護師を中心に、目標に対する援助内容を周知し、状況報告をもらえるように説明を行っている。

②排泄介助にて定期的な陰部洗浄が行われ、腹部を中心にオムツの当たる箇所の皮膚に赤み、発疹が見られ、軟膏塗布対応されている。また、オムツ交換時に緊張で下肢に力を入れられてしまうが、安心していただけるよう声掛けを行うと力を抜かれ、自ら足を開かれる様子が見られる。以上の内容を被評価者はサービス実績記録を参照し、実施状況の把握ができていると評価。

③家族面会時に相談員が皮膚状況の報告を行った。個別介護計画開始から2週間経過後、皮膚の赤みや発疹が改善傾向にあることを説明。家族からは『良かった』と安心される声が聞かれ、引き続き対応を継続してほしいとのこと。以上内容を業務日誌、申し送りにて被評価者は把握できていると評価。

④拘縮予防用クッションが定期的に洗濯されておらず、寝たきりで常時使用されていることから衛生面で改善が必要と看護師から提案があり、クッションの洗濯が行われた。あわせて定時での居室の換気も行われることとなった。以上の内容を申し送り、業務日誌にて被評価者は把握できていると判断。

①担当者会議記録で、本人と娘の意向を確認し、訪問介護で自宅での排泄・食事を支援し、関係諸機関で入浴、医療面（看護）、ショートステイなどをサポートすることを共有し、在宅生活を支えることを確認した。現在のサービスで本人の安全な生活と健康面が維持されていることを明らかにし、この状況を継続することを提案していた。

②実施状況報告書において、上記の計画が確実に実施されていることを記録し、ケアマネジャーに報告した旨の日時が記録されていた。排泄介助、移乗介助、食事提供および一部食事介助、口腔ケアが滞りなく実施されていることを確認した。

③、上記計画に対する支援が滞りなく行われて本人と家族が満足している旨、モニタリング報告書で確認した。ケアマネジャーに報告されている日時の記載も確認した。ヒアリングにおいて、排泄介助、移乗介助、食事提供および口腔ケアの実施について本人と同居の娘さんが満足され、支援の継続を希望していることを確認した。

④心身の状況に大きな変化がないことが報告されていたことを、モニタリング報告書で確認した。

①担当ヘルパー、サービス提供責任者とカンファレンスを行い、訪問介護計画書の目標：不活発による廃用症候群の進行を防ぐ。ベッドを離床してもらい食事介助・水分補給で動くことと会話をすることを促すよう支援することを共有した。支援内容：ベッドを離床しリビングのテーブルまで手摺に掴まりながら歩いてもらうよう声掛けする。利用者を尊重し、気持ちに寄り添いながら会話をするという内容を継続し実践できるよう働きかけを行ったことをカンファレンスシートに記載した。

②ヘルパーの声かけに拒否なく離床し、会話が積極的にされている。食事中、時々むせ込みあり。あまり咀嚼をしないで飲み込んでいたり、飲み込んでいない状態で話そうとする時があるため、よく噛んで飲み込むように声かけを行っている。また、食事の形態が大きい時があるため、飲み込みにくそうな物は細かく刻んで提供している。歩行はゆっくりではあるが、手すりに掴まりながらヘルパーの支えも必要なく歩行できている。継続して支援して行くことをモニタリングシートに記載した。

③妻：下肢筋力が低下していないことは良かったが、嚥下機能は心配。今後も不在時はヘルパーさんに来てほしい。本人：デイサービスに行くくらいならヘルパーさんに来てもらった方がいい。という家族・本人の意向を確認し、モニタリングシートに記載した。

④心身の状況：自宅でラジオを聴いたり、ベッドでゆっくりしたり自分のペースで過ごしたいという気持ちがあり、デイサービスを中止して以降、精神的に気持ちが落ち着かれている。食事環境：食事形態の一口大のきざみから、7mm程の荒きざみに変更している。物的環境：福祉用具変化なし。人的環境：訪問リハビリ・ヘルパーのサービスを継続して利用していることを把握しサービス経過書に記載した。

【通所介護】

<p>①社内カンファレンスを行い、機能訓練指導員には下肢筋力維持目的で階段昇降とスクワット運動、フロア担当者には食事前に歌の時間を設ける事、生活動作に混乱がみられるので見守りを行う事を説明していた</p> <p>②週末の職員会議で利用者記録表を参照しながら順調に運動、見守りができている事を共有し把握していた。議事録に記載。</p> <p>③家族からは、楽しく体を動かし、安全に過ごしているのととても満足していると報告あり。引き続き安全に過ごして欲しいと言う意向を確認していた。</p> <p>④来所中歌を歌ったり気分転換も十分し、楽しく運動にも参加出来ている。帰宅願望も見られなくなった。来所中のご主人の負担軽減にもつながっておりドライバーから家族から安心して通所させられると報告を受けた。機能訓練により機能維持、見守りにより安心して過ごしていることを把握。</p>
<p>①ケアカンファレンスの場にて硬膜外膿瘍の後遺症により上下肢の痺れがあり、薬により軽減はされているがリハビリがしたい。経済的問題がありリハビリは量より質を高めリハビリに集中して取り組みたい、継続して取り組みたい。転ばないで生活したい。外に出て活動範囲を広げたい。という目標に対し、機能訓練指導員に目標に向け下肢を中心とした筋力トレーニングを依頼。職員全体に説明をし、プログラムにプランに合った体操の実施を依頼。【ケアカンファレンス記録】</p> <p>②継続的に機能訓練・体操が実施。筋力トレーニング・歩行動作訓練・実際に歩行し問題点の修正により歩行の際は以前より足が上っており、筋肉の使い方がうまくなっていることを確認。本人も意欲的に取り組まれていることを現認。【ケアカンファレンス記録】</p> <p>③担当者会議にて利用者は基本動作に自信をもって行えるようになったと発言し、家族は以前より家のこと（家事）をやってくれるようになったと喜ばれ、共に引き続きお願いしますと満足されていた様子の情報を報告され把握。【担当者会議記録】</p> <p>④歩行を現認確認した際に利用前に比べ自信をもって歩行動作を行っていることを確認。利用者は動くことに対してとても意欲的になり、暇なときはフロア内を歩かれ自主練習に取り組むまで至った。自宅では以前まで家事は一切やらず、奥様から冷たい態度で接しられていたようだが最近では手伝うようになり奥様から優しく声をかけられるようになったと本人より報告があり環境の変化を把握。【担当者会議記録】</p>
<p>① 個別介護計画をケアカンファレンスで各職員を共有した。身体機能的な問題点として歩行能力の向上が目標であることを機能訓練指導員と共有し、プログラムを実施。その後継続して実施できているかを確認するため、利用者の実施状況及び変化を機能訓練指導員と情報の共有をして、継続的に実践される働きかけをした。介護職員とは、利用者が社交性が乏しいということから、他の利用者との交流を図ることを目標にすることを共有した。具体的には積極的に話しかける、周囲の利用者と会話ができるように席の配置等を工夫する、興味を持てるレクリエーションを見つけるなどの働きかけをすることを共有し実施。継続的に実施されるために、利用日ごとに情報の吸い上げを実施し、対応策を決めて実施した。また、アセスメントシート及びケアカンファレンス記録に記し、継続的に実践できるようにした。（ケアカンファレンス記録・アセスメントシート）</p> <p>②機能訓練は「待ち時間が多い」等の発言が見られるが、休むことなく来所し継続的に実施できている。機能訓練以外の時間は、レクリエーションに参加することはないが実施者の方に顔を向けて話を聞いたり、少々であるが発言することもあるとの内容を介護記録やモニタリング表で把握した。（介護記録・モニタリング表）</p> <p>③モニタリングを実施し、利用当初に比較すると満足度はよく、継続した利用を続けたいとの意向があった。（モニタリング表）</p> <p>④モニタリングの結果、屋外を気にせず歩くことができる距離が増えたということを確認した。また、他の活動も参加したいと思うことは少ないが、その時間は苦になっていないということも利用者本人の発言がみられた。（モニタリング表）</p>

2-4) 介護過程の展開（個別介護計画の評価）

評価項目

4 個別介護計画の評価ができる	
①	個別介護計画の目標に対する到達度を評価したか。
②	個別介護計画の内容に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。
③	個別介護計画の見直しにあたっての代替案を設定したか。

上記の評価項目について、当初（期首評価時）は「できていない」と評価したが、その後「できている」評価に至った事例について抽出した。

【介護老人福祉施設】

<p>① 1日2回の立位訓練を毎日確実に実行しており、下肢筋力の向上が見られている。日々の生活が充実してきており、他の面にも良い方向性になっていることをケアプラン・ヒアリングにて確認。</p> <p>② 「目標ができて楽しいわ。もう少しで自分で車椅子へ移動できるかしら。」と前向きな意見があり。家族、「以前より、明るくなって良かったです。」との意見をケアプラン・ヒアリングにて確認。</p> <p>③ 本人の希望に向けて良い方向に向かっているため、下肢筋力の訓練の継続に加え、ベッドから車椅子への移動の訓練及び手すり歩行の訓練を追加していくことをケアプラン・ヒアリングにて確認。</p>
<p>① 到達度の評価：歩行意欲がある時は毎食全量摂取し約1カ月間で体重が3kg増加した。食後は1～2時間ほどの午睡をした。休憩時間の設定により活動と休息のバランスが取れた。体重増加も合わせり体力が回復した。</p> <p>② 支援を通じ、浮腫軽減、食欲増進、リビングで音楽鑑賞をする時間が増加したことを家族へ報告すると、家族より「元気に暮らしていてよかったです。」と満足しているとの評価を受けた。ご家族へ直接ヒアリングして把握した。介護過程評価シートにて確認した。</p> <p>③ 介護過程評価シート内の「今後の対応」欄に記載されていた。短距離歩行ができるという目標に対する結果より、5～15歩程度の歩行は可能だが、30歩以上となると倦怠感が増すという状態であった。このことから本人の無理のない範囲である10～15歩程度の距離の歩行機会を増やすという代替案を介護記録で提示していた。個別介護計画書を更新した。</p>
<p>① 安全に食事をすること、パーキンソン病とうまく付き合い、周りとの良い関係を築く目標に対する達成度は70%である。食事に対する目標は本人様の体調を確認しながら、安全で十分に食事ができるような支援ができていることが確認できた。病気（パーキンソン病）に対する目標についても通院・服薬管理や体調把握と本人への聞き取りにより病気と上手く付き合えるよう支援が出来ていることが確認できた。</p> <p>② 娘様は支援内容について、いつも食事や病気（パーキンソン病）の配慮をしてくれていると喜んでいらっしゃる。本人様も、いつもありがとうございます、すまんよと喜んでおられる。</p> <p>③ 個別介護計画の代替案としては、食事に対する支援内容として持ち込み食の管理を行い、その都度（おやつ時・希望時）提供するというサービス内容ではあるが、娘様がお菓子やジュース等、必要以上に持ってこられることがあり、栄養のバランスが偏る可能性があるため、利用者才に同意を得た上で、必要に応じて差し入れをお持ちいただき、提供するという代替案を設定した。</p>

【介護老人保健施設】

<p>①褥瘡が発生すること無く、安楽な姿勢で過ごすことができるという目標に対し、3ヶ月毎の看護・介護計画書での評価の記録や被評価者からのヒアリングで確認すると、臥床時、定時の体位交換ができていないことと離床時に姿勢崩れがある時は、座り直しの介助ができていないと評価し、入浴時等に皮膚の状態観察を行い、褥瘡が発生していないことから到達度を評価していると判断した。</p> <p>②家族の面会時等、褥瘡ができていないことに対して、満足していることを被評価者の聞き取りで確認した。現状のまま維持してほしいという意向を家族カンファレンスの記録や被評価者の聞き取りから確認した。</p> <p>③褥瘡予防以外に、座位保持の維持・向上を図る家族の意向もあり、離床時間を増やせるように離床時間を設定すること、レクリエーション活動に参加することを代替案としていた。</p>
<p>①生活に楽しみを持ちながら認知症予防を行う目標に対しデイケア利用時に楽しみながらレクリエーションや体操に参加出来ている事や趣味であるグランドゴルフを再開出来ている事から目標は達成できていると評価出来ている。</p> <p>②本人、家族へのヒアリングにより家でも認知症による問題なく、趣味活動も再開できている事から現在の状態に満足出来ている事を把握し今の状態を維持したいとの意向も確認出来ている。</p> <p>③現在の状況を維持するため、代替え案として体操メニューの変更を設定できている。</p>
<p>①症例検討会・サービス担当者会議等にて、他職種と目標到達度・評価について話し合われていた。体調面に大きな変化はなく、毎食離床し食事がとれていること、摂取量増加に伴い座位の耐久性も向上しているといった目標到達度・評価内容が症例検討録・サービス担当者会議の要点に記載されていた。</p> <p>②利用者の満足度・意向：「ご飯の部屋で、毎回食べるけど慣れたかな。体もきつい時はあるけど、起こしに来てくれると嬉しいです」 家族の満足度・意向：「毎食、起きて食事を摂っていると聞いて嬉しいです。これからも体調に気を付けながら起きてもらえたら」利用者と家族に満足度・意向を聞き取り、症例検討録・施設介護支援経過にその内容が記載されていた。</p> <p>③他職種と話し合い、利用者の体調に大きな変化はなく、毎食離床し食事がとれていること、摂取量増加に伴い座位の耐久性も向上している現状から、支援内容を一部見直し、リクライニング式車椅子での移動から、車椅子での移動に変更する。とサービス担当者会議の要点に記載されていた。</p>

【訪問介護】

<p>①排泄・身体の清拭で清潔を保つことについては目標達成しているが、車いすに移乗して食事を摂ることについては、腰痛の訴えがありできていないので未達成と評価としたことをモニタリングシートに記載した。</p> <p>②おむつ交換や体や顔を拭いてくれるのでさっぱりして気持ちいいです。毎日来てくれて感謝していますと本人の満足度を把握。腰が痛くて食事はベッドにてですが、良くなって車いすで食べたいですと本人の意向を把握。こちらの意向を聞いてもらい、今の計画内容に満足していますと夫の満足度を把握し、腰痛が治まって車いすで食事する回数が増えればいいと思っていてという意向を把握し、サービス経過書に記載した。</p> <p>③目標に未達成の部分があるので、引き続き継続するとともに、皮膚疾患もなく、座位が保てて、離床しやすいように、現在のエアーマットからもう少し硬く薄いエアーマットに変更し、ベッド上での端座位がとれることを目標としていくという代替案を設定しサービス経過書に記載した。</p>
<p>①右上下肢を使い、体位変換や起立、入浴、食事などできることはサポートなしで自分でやりたい目標に対して、積極的に利用者自身が行い、またヘルパーも危険がないよう、しっかり観察しながらサポートし、残存機能維持するため、日頃から右上下肢を利用者にて動かしている。このことから目標到達度はかなり高いレベルで日々過ごしていると評価した。は満足いくものではないと評価した。</p> <p>②なるべく家族に迷惑かけないようにとモチベーションを高く持ち、取り組んでいる。自身でできることを行い、出来ない時にサポートをしてもらえることに満足しており、これからも同様に支援してほしいとの意向を把握していた、家族も利用者の様子を見て把握しており、利用者、家族でお互いがいい関係性を持って接することができており満足しているとのこと。今後も継続的に支援を行ってほしいとの</p>

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

<p>意向を把握している。</p> <p>③褥瘡の状態が良ならず、手や足に力が入らず、身体機能低下が著しく見られ、今後利用者、家族も含め、どういったケアを望んでいるか。どういった生活を送っていきたいか。代替案として、訪問介護の支援の頻度を増やし、身体機能低下を防ぐため、こまめな体位変換や気分転換に外出介助などし、モチベーション低下をしないようにすることを検討し代替案としている。</p>
<p>①不活発による廃用症候群の進行を防ぐということを目指し、歩行はゆっくりではあるが、手すりに掴まりながらヘルパーの支えも必要なく歩行できている。ふらつきや息切れはない。デイサービスを中止してからの下肢筋力の低下はみられていない。会話も積極的にされているが、食事中、時々むせ込むことあり。未達成と評価したことをモニタリングシート・評価表に記載した。</p> <p>②ヘルパーさんの訪問により離床時間が増え、下肢筋力の低下はみられていない為、今後もヘルパーさんの訪問を継続したいという妻の意向を確認した。ヘルパーが訪問してくれることによって、歩行が安心して行えており、食事も摂れているので、今後もヘルパーさんに来てほしいという利用者の意向を確認し、サービス経過書に記載した。</p> <p>③目標に未達成の部分があるため、引き続き継続するとともに、嚥下しやすいように食事形態を7mm程の荒さざみに変更したことを代替案として設定したことをサービス経過書に記載した。</p>

【通所介護】

<p>①『社会交流の場を広げ、生き甲斐のある生活を送りましょう。』についてはスタッフや他利用者との馴染みの関係がうまくいき気持ちも安定され、裁縫などデイでの活動を楽しみのされているため、達成度は高い。他の目標も達成とはいかず引き続き継続した支援が必要と判断される。</p> <p>②ご本人から「デイに行くのが楽しみ。休むのがもったいない。」と発言が多く見られるようになり、ご家族様も安心され、支援やサービスをとても満足されている様子が伺えた。引き続き今まで通りの支援やサービスを継続して欲しいと意向を受けている。</p> <p>③『転倒なく生活が続けられるよう、足腰を鍛える運動を行っていきましょう。』体操や筋トレへの参加促進（足首ウエイト0.5kg着用）について、7月頃より足の浮腫、痺れ、痛みが強くなったため、体操等は無理なく参加と本人とご家族と話し合う。0.5kgのウエイトは着用せず、座位で無理なく参加して頂くに変更している。</p>
<p>①環境に慣れてひとりでフロア内の移動ができている、友人ができて会話を楽しまれている、「今日は何をやるかね」と職員に聞くなどレクリエーションの時間を待っている様子がある、手作業で視力に負担がある時は「これは難しい、他にすることはないか」と職員に伝えることができていることから、他者との交流を持つことができ、視力に負担なく過ごしていると判断し、達成と評価 下肢の運動は自発的に行っておられ「前より立ちやすくなった」と言われていることから、達成と評価</p> <p>②ひとりでフロア内の移動ができている、友人との会話を楽しまれている、自分の好きな事や以前行っていた趣味などを話され、レクの本を見ながら「こんなの作りたいね」と言うことから満足できており意欲もある。今後はやりたいことの希望に添った取り組みを行う 下肢の運動は決まったメニューに加え自主トレーニングも行っている。膝の痛みがある時は療法士に相談できている</p> <p>③今後は膝の痛みを出さないように、運動量を上げて筋力と体力を上げていく方向とした</p>
<p>①「体調に留意しつつ入浴を実施し、手の届く範囲は自分で洗身を行う」という目標が予定通りの週2回実施することができており、個別介護計画における目標は達成されていると評価していた。また機能訓練の体操にも参加することができており、活動的な日中を過ごすことができていること、デイサービスの利用を通じて他者との会話が増えていることを記載し、目標が達成されているという評価を記載していた。（通所介護計画書の実施評価欄）</p> <p>②入浴、他者との交流、体操をはじめとする機能訓練の参加といった設定目標が達成されたことに対して、送迎時の聞き取りで「デイサービスに行ってから元気になって、明るくなった。病院を退院して家で生活を始める際には不安もあったが、これからは自宅で生活していけそうだ」という話を伺い、現状の計画と実施内容に対して満足していることを把握できた。また、本人から通うのが楽しく感じており、手工芸に参加したいという意向も伺うことが出来た。</p> <p>③本人の体調も安定しており、活気が出てきていることから、本人から意向が聞かれた手工芸をプログラムのひとつとして加えることとしていた。</p>

3-1) 感染症予防対策

評価項目

1 感染症予防対策ができる	
①	利用者の血液、体液、分泌物、排泄物（汗を除く）、障害のある皮膚、粘膜に接触する場合、手袋を着用するとともに、ケア終了後は、手袋を脱着し手洗いを行っているか。
②	おむつ、清拭、エプロン等感染の媒介となるものを、床に直接置いていないか。
③	嘔吐物、排泄物、血液等の感染源になるものがある場所の消毒を確実に行ったか。
④	利用者に、どのような感染症の既往があるか確認できているか。

上記の評価項目について、当初（期首評価時）は「できていない」と評価したが、その後「できている」評価に至った事例について抽出した。

【介護老人福祉施設】

<p>①排泄介助時は、排泄介助用のエプロン、また両手にプラスチックグローブ(手袋)を着用し、1人終わるごとに取り外し、手洗いと手指消毒を行っていた。</p> <p>②排泄介助時は、手提げのビニール袋を持参し、汚れたオムツや、清拭布、衣類等は床には置かず直接ビニール袋に入れオムツカートのゴミ箱に入れていた。また、便で汚れたオムツは新聞紙でくるみ、更にビニール袋に入れて口を縛ってオムツカートのゴミ箱に入れていた。</p> <p>③排泄物で汚れたポータブルトイレや、その周辺に次亜塩素のスプレーを噴霧しふき取り、消毒を行っていた。</p> <p>④利用者の感染症や既往を確認していた。【個人台帳・アセスメントシート・フェイスシート】</p>
<p>①オムツ交換時に手袋装着し、手が汚れないように手袋をとり、その後手洗いを実施していた。</p> <p>②ナイロンの手提げバックの中に小さめのゴミ箱を入れ、そのゴミ箱にビニール袋を掛け、オムツ交換時後に出たパット類や清拭をビニール袋に入れてすぐに密閉し処分する手順をとっていた。</p> <p>③職員が業務中にインフルエンザを発症したため、二次感染を防ぐよう潜伏が想定される期間にアルコール消毒などの掃除をおこなった。利用者が触れるドアノブや手すり、車椅子にアルコールを噴霧して拭き取り、床を300ppmで希釈した次亜塩素酸でモップ清掃した。</p> <p>④ケース記録や看護記録の申し送りノートに感染症の有無、種類がまとめて確認できるようになっている。常日頃の業務前に確認できるように綴っており、本人に確認すると感染症の既往のある利用者を把握できていた。</p>
<p>①排泄介助や口腔ケア等で利用者の排泄物や体液に触れる際には手袋を着用のもと介助を行っており介助後は手袋を外し速やかに手洗いと手指消毒を行っている。</p> <p>②排泄介助時、オムツや清拭タオルなどの汚染物に関しては直接床に置かず袋に密閉した後、蓋つきのバケツに入れオムツは排泄用のゴミ箱に、清拭タオルは専用の袋に廃棄している。</p> <p>③排泄介助後、使用したバケツは洗剤を使用し洗浄し除菌水で消毒を行っておりエプロンに関しては洗濯を行った後、乾燥機使用し乾燥を行っている。</p> <p>④利用者の感染症既往歴に関しては入所時のサマリーやカンファレンス情報に目を通し確認をしております。以降の情報に関しては日頃より看護師と情報の共有を行って把握している。</p>

【介護老人保健施設】

<p>①オムツ交換の際、介助前にエプロン、手袋を着用し、介助終了後にエプロン、手袋を外している。排せつ介助終了後には、手洗い・手指消毒を行っている。</p> <p>②オムツ交換の際、汚染パッドは床に直接置かずニロン袋に入れて、直ちに密封し感染予防に努めている。</p> <p>③排せつ介助（の際に、便座に座る前に間に合わずに排便があり、便器・床に便が付着してしまう。トイレの床・便器の拭き取りを行い、アルコール消毒を行う。</p> <p>④申し送り、管理日誌を確認し、感染症の既往について情報収集を行っている。</p>
<p>①オムツ交換時、手袋を装着し排泄物に素手で触れないように注意し、排泄物が付着している紙おむつやパッドは周囲に触れないようにしながらビニール袋に入れることができる。手袋を中表にして外しビニール袋に入れることができる。オムツ交換終了後は手指消毒剤にて消毒を行い、その後手洗いが実施できる。</p> <p>②オムツ、使用後の手袋は周囲に触れないようにしながらビニール袋に入れ、袋を縛って専用のごみ箱に廃棄することができる。</p> <p>③オムツ交換後、使用した台車及び居室扉の取手等を次亜塩素酸希釈液を使用して消毒を行う事ができる。</p> <p>④利用者のカルテ及び入所時の利用者情報書にて既往歴、感染症についての情報の把握ができる。</p>
<p>①排泄介助を行う。介助者はエプロン、手袋、マスクを着用し、ケアに入った。ケア終了後には、エプロン、手袋を脱着し手洗いと手指消毒を行った。</p> <p>②排泄専用のバケツを使用。使用後のパットと清拭をバケツの中に入れ都度専用ごみ箱に処分、バケツは次亜水噴霧消毒して感染予防対策を行っている。</p> <p>③使用後のパットは直ちにゴミ箱へ入れて、ゴミ箱の蓋を閉めた。バケツは次亜水を噴霧して消毒した。手袋は使い捨てでその都度交換した。ベッド周辺やベッド柵も次亜水噴霧した。</p> <p>④利用者のカルテより既往歴を確認した。</p>

【訪問介護】

<p>①排泄介助の際に手袋、ディスポエプロンを着用し介助・ビニール袋を用意しはずした。尿取パッド・オムツをビニール袋に入れた。ケア後手袋、エプロンを外し手洗いを実施した。</p> <p>②ケアの前にビニール袋を準備してオムツはその中に入れた。エプロン、手袋は他の袋に入れて破棄した。</p> <p>③P トイレに尿がついたので消毒用のディスポーパーでふいた。</p> <p>④このケースについては感染症はなく、訪問看護やケアマネより確認。HCV, B 型肝炎などの感染症について情報を収集するよう心掛けている。</p>
<p>①オムツ外しにより便コネをしてしまった利用者に対する対応。ベッド、衣類、壁、床に便汚染見られる。ケアに当たる前にグローブを着用し、一か所の処理を行う毎にグローブを新しい物に取り換え、汚染を広げないように配慮している。使用後のグローブは内側に丸め、処分している。清掃終了後は自身の手指、前腕を洗浄している。</p> <p>②汚染したオムツ類はビニール袋に入れ、口を縛って密閉。汚染衣類はバケツに入れ、洗い場にて排泄物を流し落とした後、洗剤につけ置き行う。</p> <p>③床、壁、ベッド周りの汚染箇所と、その周囲を拭き上げ後、アルコール消毒を行う。</p> <p>④感染症は無いが、不潔行為があり、入居前の病院では抑制着(つなぎ服)を着用されていた情報を看護サマリーから得ている。</p>

- ①排泄介助時、手袋を装着し、介助を行っている。介助後、手袋を外し所定の廃棄場所に廃棄し、手洗いをしている
- ②オムツ交換の際、蓋つきのバケツを用意し、汚物をバケツに入れてすぐに蓋をしている
- ③トイレでの排泄介助後、手すり、便器等、利用者が触れた可能性のある場所を次亜塩素酸で消毒している
- ④アセスメント表で確認している

【通所介護】

- ①排泄介助においてトイレットペーパーを使用して便を拭く介助の場面で、使い捨ての手袋を使用し実施、終了後に手洗いをしていた事を目視した。
 - ②介助前にゴミ袋を用意し、使用後のオムツは袋の中に入れて密封した事を目視した。
 - ③使用していたベッドシーツを希釈した次亜塩素酸ナトリウムに漬け込み、ビニール袋で密封していることを目視した。ベッド柵、床も希釈した次亜塩素酸ナトリウムで消毒を実施していた。
 - ④フェイスシートの既往歴にて確認していた。
-
- ①パット交換の時は手袋を着用、パット交換後に手袋を小さく丸めて捨てる（病原体等飛散しないように）その後、手洗いを実施したのを確認。
 - ②使用後のパットは床に置かずそのまま一人ずつビニールにいれてトイレの蓋付きのバケツに捨てた事を確認。
 - ③トイレ内の汚染が考えられるため、便器や床等消毒していた。
 - ④特に既往歴はないのですが最近お腹の調子がよくないと記載あり。個人ファイルで確認していた。
-
- ①排便時の介助の際手袋を装着し汚物と一緒にビニール袋に入れていた。石鹼で手洗いした後にアルコール除菌をしていた。
 - ②ビニール袋を用意し汚物を入れ、口を縛り汚物専用のごみ箱に廃棄していた。
 - ③便座、手すりについてもアルコールで除菌している。
 - ④今現在感染症の方はいないが冬場等感染源が拡大しないためにも日常的に手袋の使用とともに消毒し風邪等の方が出た場合にも情報の共有をしっかりと知らなかったということがないようにしている。

3-2) 感染症発生時対応

評価項目

2 感染症発生時に対応できる	
①	感染症を疑われる利用者や罹患した利用者に対応する場合に、マスク及び手袋の着用、ケア前後の手洗い・消毒等感染拡大防止のための対応をとったか。
②	利用者の状態、感染症発生状況を正確に記録したか。

上記の評価項目について、当初（期首評価時）は「できていない」と評価したが、その後「できている」評価に至った事例について抽出した。

【介護老人福祉施設】

①夕食前に少量嘔吐あり。嘔吐物からノロウイルス、ロタウイルスを疑い、手洗いをしてからマスク、ガウン、手袋、ハイターなど準備し、嘔吐物処理をマニュアル通りに行った。嘔吐物処理後は手洗いも行い、手指消毒も行った。看護師指示にて個室に移動し、3日間感染対応を行った。
②嘔吐の状況を把握し、利用者の顔色や状態など記録に残した。（ケース記録）
①デイルームにて中等量嘔吐あり。ノロウイルス等の疑いがあった為感染対応を行う。嘔吐物の内容は朝食残渣物。感染セットを用意し、長袖ガウン、マスク、手袋を着用しマニュアルに沿って行った。対応時にはまず、嘔吐物の処理と共に利用者到手洗いを行ってもらい、対応終了後も本人に手洗い、うがい、手指の消毒を行う。対応職員も対応終了後に手洗い、うがい、手指消毒を行っていた。
②利用者の顔色や嘔気の有無の確認、バイタル測定を行う。嘔吐物の内容もケース記録として残せている。
①昨日より発熱(37.8)あり、咳もしている。インフルエンザが流行っていることもあり、看護師と相談し感染拡大防止のため、利用者にも居室から出ないよう伝え、排泄・食事も居室にて対応している。居室が4人部屋のためカーテンを閉め仕切る。利用者様にマスクを着用してもらい、本人と関わる前後には手洗いをし、またマスクを着用している。他職員にも徹底するよう伝えている。
②利用者の熱や咳の状態、居室での様子を記録していた。

【介護老人保健施設】

①嘔吐された後、ノロウイルスの感染の疑いがある利用者を個室にベッド移動し、他の利用者に感染しないようにした。隔離部屋でのオムツ交換時に、入室前に手洗いと備え付けの次亜塩素酸を手に噴霧し、マスク、エプロン、手袋を着用し、ゴミ袋と替えのパットを用意し、オムツ交換後、汚染パットをゴミ袋に入れ、すべてが終わった後、マスク、エプロン、手袋をゴミ袋に入れ、密封した。退室する時に、次亜塩素酸を手に噴霧し、その後、しっかり手洗いをして、最後に消毒液を手に塗っていた。
②居室内で利用者が嘔吐されているのを発見する。衣類や床に食物残渣物があるような嘔吐物が付着している。隔離部屋を用意し、着替えを行い、ベッド上でオムツ交換を行い、臥床していただく。その時の着替えやオムツ交換時、利用者は嘔気は無く、苦痛等の表情無いが、活気が無く、体動も見られなかったと被評価者が療養記録に記載しているのを確認する。
①来所持発熱(38.0度)がある利用者OH氏が車椅子上にて失禁された。感染症の疑いも考えられる為、手袋、エプロン、マスク等、防護服着用の上、フェイスシールド着用し処理対応した。ケア前後の手洗い出来ていた。利用者が使用された車椅子、接触があった物全てを消毒拭き上げを行い、感染拡大防止の為の対応が出来ていた。
②看護師に報告した。利用者の状況を観察しわかりやすく、ケース記録に入力出来た
①水様便、嘔吐が続いて見られた利用者あり。ノロウイルスの可能性ある為、ディスポゴム手袋、マス

ク、ディスプレイガウンの着用し、その方の排泄介助にあたった。排泄介助終了後は便座、手すり等の利用者の手、または皮膚が触れた所を次亜塩素水を用いて噴霧、清拭し消毒を行っている。その後を使用した手袋、マスク、ガウンをビニール袋に廃棄し、手指洗浄、消毒を行っていた。

②利用者より腹痛訴えあり。トイレ介助時行う。その際、水様便多量に排泄あり。排泄後すぐに嘔吐も多量にみられ、便失禁もみられている。利用者の顔色不良。体熱感軽度あり。医療職へ連絡、報告を行い医療職にて診て頂く。発生時から医療職に診て頂くまでの状況をカルテへ記録し残している。また、情報共有ノートにも記録し情報の共有を図っている。

【訪問介護】

①インフルエンザ感染者と接触した利用者への対応。マスク・ゴム手袋の着用。対応後に自身衣類へのスーパー次亜水噴霧。また、石鹸手洗い後にアルコール消毒をした。

②生活援助のため訪問するが、身体に熱感あり、検温37.5度。インフルエンザ感染者と接触があったとの情報があり、マスク・ゴム手袋を着用する。本人様に自覚症状はなく、体調不良の訴えはない。マスクの着用をお願いすると、快く了承して下さりお渡りする。支援経過記録に記載。

①HD患者の送迎時にインフルエンザの感染の可能性が発覚。マスク、エプロンと手袋を着用し送迎支援を行った。送迎の順番を最後にプランし、送迎支援の前後で手洗い、含嗽を実施した。マスク、エプロン、手袋はその都度交換した。車内のシートはアルコール用シートで清拭した。

②今朝からの発熱、感冒症状の出現等、インフルエンザの可能性があり、HD室にも連絡し、送迎の調整を行った旨も訪問記録に記載した。

①インフルエンザが疑われる利用者（のちにインフルエンザと判明）に対して、マスクを着用し、訪問時と一つのケアごとに手洗いを行いました。排泄ケアと口腔ケア時に手袋を着用しています。ケア終了時にマスクと手袋をビニール袋に入れて縛ってから手洗いとうがいを行いました。退出後に手と衣服をアルコール噴霧で消毒をしました。

②利用者の状態（発熱・せきやくしゃみ等）をよく見て記録をしています。（サービス実施記録で確認）

【通所介護】

①ノロウイルスの感染を疑い、嘔吐物が飛散しないようペーパーで覆い、廃棄後床を次亜塩素酸で消毒した。またケア時は手洗い後マスクと手袋を着用し、汚物は密閉して廃棄、ケア後は手洗いをした。

②個人用記録ボードにて確認、到着時体調不良ではなく、水分摂取後に嘔吐、その後は気分不快なく落ち着かれた。ご家族より寒暖に弱くすぐ吐いてしまうとお話あり。バイタル問題なし。

①痰よりMRSAが検出されている。拡大防止の為、入浴は一番先後に行っている。また、入浴後は浴槽、浴室や使用したタオルの消毒を行っている。介護者はマスク、グローブを着用して介助を行い、ケアの前後には手洗いをしている。

②利用者の状態は安定しており、喀痰はほとんど見られず良好。感染症発症は入院中に発症、検査を行い痰からのみのMRSAが検出されているとの事を主治医、ケアマネジャーより確認が取れている事を「日常経過記録」へ記載している。

①コロナ感染症（疑い）：当日家で発熱はなく来所された利用者でしたが、来所されてバイタルチェックした所37.1度と発熱あり（当施設では37.0℃以上は発熱扱いとしています。家族・ご本人にも了承済み）経過をいいる為に他の利用者に感染しないように個室への誘導、経過観察（看護師と連携）を行う。この際（誘導を始める前）マスクは常時している。手洗い後に手袋・エプロン・フェースシールドを装着しています。経過をみていましたが、熱が上がって来るためご家族に連絡経過観察の様子を伝え主治医への連絡をお願いしました。退所されてからの消毒（0.05%次亜塩素酸ナトリウム）で利用者に触れたと考えられる場所の拭き取りを手袋・エプロン使用にて行っており、終了後は密閉できるビニール袋に入れ汚染物の廃棄場所へ処理していた。エプロン、マスク、手袋を外しその後手洗い・うがいを施行し、新しいマスク着用していた。

②利用者が来所されて発熱確認から利用者本人への説明同意をして個室への誘導、熱が上昇してきていたが、特に利用者本人からは症状の訴えが無かったこと記載されていた。看護師の指示の元家族への連絡主治医への連絡依頼など記載されていた。後日家族よりPCR検査の結果陰性であり熱も解熱したこと、原因は脱水だったのではないかと主治医より言われたとのことも記載されていた。

4-1) 終末期の利用者や家族の状況を把握

評価項目

1 終末期の利用者や家族の状況を把握できる	
①	利用者のADL、余命、告知・無告知の把握をしているか。
②	利用者・家族の看取りの場所の希望について把握をしているか。
③	利用者の自己決定や家族の希望を最大限尊重しているか。

上記の評価項目について、当初（期首評価時）は「できていない」と評価したが、その後「できている」評価に至った事例について抽出した。

【介護老人福祉施設】

<p>①利用者のADLが病気により、徐々に低下していることを日々の記録から確認していた。また、家族から医師から説明された余命についてご本人へは無告知であることについては、ケアマネを通して把握していた。</p> <p>②利用者・家族の看取りの場所については出来る限り、過ごしなれた施設で過ごし、最後はホスピスに行きたいという希望ということを把握していた。</p> <p>③利用者ご本人が可能な限り、普段通りの生活をしたいということだったので、今までどおり、自室で離床して過ごす時間を確保するため、見守りを多めに行い、車いす上での安楽な姿勢の保持や体調の急変に気をつけて介助をしていた。</p>
<p>①体力の低下により離床が難しく寝たきり。そのため排泄はオムツ交換。食事は本人様に食欲がなく水分のみが高カロリープリンを食べられる程度。入浴は体調を考慮し医務と相談のもと週に1度特浴を使用。コミュニケーションは意思疎通が可能。自分の思いを伝えることができる。余命はおよそひと月と言われ、家族から本人様へ告知済み。</p> <p>②個室を使用されているが、状態に変化があった場合にフロアが変わるが医務室が隣にある静養室へ移動されるかを伺う。家族様は「慣れた場所がいいでしょうからこのままで。」と言われ、本人様も「知っている職員さんがいる方が安心。」とのことだった。①②共に介護記録から被評価者も把握できていた。</p> <p>③看取り前カンファレンスにて介護サービス提供について希望を伺うと、本人様は特に希望がないとのことだった。家族様は「できるだけ苦痛を少なくしてやってほしい。今までも良くしてもらっているからこれ以上の希望はない。」との言葉をいただいた。そのため、本人様が痛みを感じることはないように褥瘡ができないよう注意しケアにあたることと、寂しい思いをされないように職員全員でこまめに訪室に伺うことを被評価者から本人様と家族様にお伝えし両者から「そうしてください。お願いします。」との言葉をもらう。</p>
<p>①看取り対応における担当者会議に出席し、食事が急激に少なくなっている状態で、食事介助には抵抗が強く自己にていけるように支援をしていき食事が少ないときには、点滴を施行していくこと。体調に留意した離床や入浴を行い、できるだけ以前と同じような生活を送って頂き、安心して過せるようなサービスを提供していくことを確認する。医師からは今後、心不全の再発や状態の変化、急変もあることや本人には告知していないことを相談人より説明され把握していた</p> <p>②ご家族は最後まで施設で過して欲しいとの希望やご本人も施設で過すことを望んでおり、担当者会議にて把握されていた</p> <p>③無理をせず苦痛のないように過してもらいたいとの家族からの希望があり、食事は無理のない範囲で食べて頂き、誤嚥に気をつけながら好みの物を食べて頂きながら穏やかに過して頂く事を把握し最大限尊重していた</p>

【介護老人保健施設】

<p>①寝たきり全介助。意思疎通不可。嚥下機能の低下により1ヶ月程前より食事摂取が困難な状態。適宜点滴をしている。眠りスキャンを用い、呼吸状態や心拍を確認しており、状態急変の可能性あることを家族に告知していることを把握している。</p> <p>②状態急変時はかかりつけ医を受診することを家族が希望している。カルテ内利用者情報 2 より把握している。</p> <p>③カルテ内終末期の対応及び、急変時の対応について、家族は延命治療を希望せず、最後まで口から食べることを希望しており、家族の希望を尊重している。</p>
<p>①胃癌あり。余命の宣告はされていない。視力、聴力問題なし。寝返り手すりを使用しての一部介助。座位、自立、立位一部介助にてつかまり立ち可能。移乗、腰部の支えが必要。移動、普通型車椅子使用し自力で移動。排泄、昼夜トイレ使用。食事、自力摂取量にむらがあり摂取量の確認が必要。入浴、座位式特殊浴槽にて入浴。認知症症状、目立った物忘れ等なし、</p> <p>胃癌であること、宣告された場合、余命の告知は家族の希望で行わず無告知で対応する事、ご家族の希望により胃痛訴え時は胃が荒れているからだとして説明する事をカルテ、情報提供書、情報共有ノートにて確認し把握している。利用者のADLについて普段の関わり、カルテ、情報共有ノートから情報収集を行い把握している。</p> <p>②本人は施設を希望している。家族は病院を希望している事をムンテラ時に確認。ムンテラ時の記録をカルテ、情報共有ノートにて確認し把握している。</p> <p>③利用者、ご家族共に胃の痛みの軽減を希望されている。痛み訴え時は医師、看護師に報告し内服薬等処方していただく。利用者が不安にならないよう密に声掛けを行い、安心して生活できるよう関わっていた。</p>
<p>①子宮頸がんの利用者に対し、自宅での活動量を把握し、過負荷になっていないか。また、排泄や入浴時の出血有無や量について確認をしていた。また、告知されていることも確認していたが、余命宣告は受けていない。</p> <p>②担当者会議の際に確認し、「自宅で最期を迎えたい」という利用者の希望と、「独居生活で心配なため、自宅に連れて行きたい」との家族の希望を把握していた。</p> <p>③上記のような希望に対し、利用時の本人の状態変化を早期に発見できるよう、バイタルチェックや出血量などの確認を実施する。また、異常時は家族に連絡し病院受診を促すなど本人・家族の希望が実現できるよう支援を行っていた。</p>

【訪問介護】

<p>①看取り介護対象者のADL、余命、報告の有無に関しての報告の確認し、適切に報告を把握できていた。(カンファレンスの時確認した。)褥瘡あり、訪問看護師さんが訪問時処置をする。ヘルパーおむつ交換時絆創膏がはがれていないかの確認、皮膚が赤くなっていたら、薬を塗る。小さな声だが話はできる、ベッドの柵におむつ交換時横になって掴まるよう伝え、横にした時掴まってもらえる。住み慣れた家で家族と一緒に過ごしたいと言われていたので家に戻られた。入浴は訪問入浴を使う、血圧が低い時は訪問看護師さんが清拭をすることに、胃ろうはしない、口から食べる事が難しいが水分はとろみでスプーンで口に家族が時々介助する。排便は物を食べる事が少ないので、訪問看護師に任せる。(カンファレンスの様子) 本人には告知はしていない。家族に心配かけたくないと思っているので、家族は知ってはいたが、いつ頃になるかは、具体的に知らされてなかった。</p> <p>②利用者、家族が自宅で看取りを希望されていること、把握できていた。</p> <p>③看取りの期間における利用者の意向を尊重し医師、訪問看護師、ヘルパー等関わる内容に関して報告が行えている。利用者の意思の確認が行えていない時は、家族の意向を最大限尊重できるケアに努めている。住み慣れた家に戻り家での生活をしたい。</p>
<p>①終末期においてADLの状態は低下しており、5年の寝たきり状態から膝・手指の拘縮が始まっている状態と訪問看護から連絡があり、担当者会議で余命が近づいていることをご家族・支援者へも伝えられた。疾病はなく、老衰である為、本人には無告知で対応。固形物の経口摂取は困難になっている。舌が乾燥しないよう皮膚状態・床ずれの状態・をチームで把握し訪問看護の指示で、皮膚の床ずれが悪化しないよう対応している。</p>

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

<p>②家族と看取りは自宅である旨、他事業所すべて統一で確認できている。</p> <p>③利用者の「ここにずっといたい。」という気持ちとご家族の「自宅で最後まで暮らしたい本人の気持ちに寄り添いここで看取る覚悟があります。どのように支援をしていったら良いか教えて欲しい。」を聞き取り確認しながら、利用者本人の「ここにずっといたい。」ご家族の「自宅で看取りたい」という気持ちを尊重し寄り添って協力し合い支援を行っています。毎日のケアで相談を受けたことはケアマネジャー・訪問介護・看護・福祉用具・訪問入浴で連携し支援を継続していくことができています。ヘルパーは利用者のおむつ交換・整容・口腔ケア・水分摂取・栄養摂取・着替え・皮膚確認・訪問看護の指示のある軟膏塗布・服薬の状態観察等で、他事業所とご家族と連携を図って細かい変化を伝えながら気持ちよくご自宅で暮らしていただける様、支援にあたっていた。</p>
<p>①ADL、余命、告知の把握できている。(基礎情報書、アセスメントシート、利用者訪問記録等にて確認)胃ガン末期、余命宣告からはとうに過ぎている。認知症のため告知受けているが、理解できていない。ベッド上の生活、点滴は本人拒否のため、されず、口から摂れるもの、本人が望むものを食すこととなっている。オムツ対応、尿意、便意なし。定期的に交換。手は動くので箸、スプーンで食すこと可。会話は可能だが、妄想、幻覚あり。</p> <p>②基礎情報、アセスメントシートに記載：当住宅に入居の際、主治医、家族、本人、相談員に確認。延命治療はせず、現住宅での看取り希望ということ把握できている。</p> <p>③一時食欲が出て、摂取することで体力も付き、車椅子移乗し、食堂で他住人と話しながら食事されることもあったので、体力的に大丈夫な際は食堂にお連れしていた。もともとお酒が、甘いものが好きで、飲みたいといえばノンアルコール飲料をおちょこで飲まれたり、チョコやおまんじゅう、砂糖入りのお茶を飲まれたりとご本人が望むものを食していただいた。</p>

【通所介護】

<p>①高齢による筋力低下・認知症のため上肢も下肢も拘縮して曲がった状態で ADL すべてにおいて介助が必要な利用者であり、食事もできなくなり経管栄養になり、医師からも余命数か月の告知をされていることを把握していた。</p> <p>②本人との意思疎通は困難だが、家族はできるだけ入院させず自宅での看取り希望ということ把握していた。</p> <p>③車いすでの長時間の座位も困難であり、デイサービスでは入浴以外はほぼベッド上での生活だが、家族の自宅での看取り希望のお手伝いとして、家族の介護負担軽減および本人に負担のかからない生活の介助を心掛けていた。</p>
<p>①利用者のADLは利用者台帳から、胃瘻造設、身体拘縮あり、おむつ内にて排泄。ベッド上で過ごされるが自力で寝返り出来ない。車椅子に移乗時座位は確保できる。立位不可。右手は顔まで上がり、右手先動き軽く握ることできる。認知症で意思の疎通難しいが、不安な時は声を発せられ、表情から読み取れる。主治医からいつ何があってもおかしくないため、変わったことがあれば連絡するように指示あり。言われていることは担当者会議などを通して、ご家族、ケアマネジャーから聞き取りして把握できている。</p> <p>②娘様がデイサービスを利用しながら、出来る限り自宅で介助して二人で穏やかに過ごしたいとの希望を確認している。発熱も頻繁なため、何かあれば病院に搬送することを聞き取り、ご家族の意向や緊急時の対応方法を利用者台帳に記入できた。</p> <p>③利用者は全介助で意思の疎通できない。自己決定ができないため、介護者の娘様の希望を尊重。デイサービスで安全に入浴、保清、体調確認。利用者が安楽に過ごせるようなケアと環境づくりにつとめている。デイサービスで容体が急変することがあれば病院に搬送してほしいとの希望を確認している。</p>
<p>①ADL の情報は、利用者基本情報とデイサービス申し送りノートにて把握。余命の告知はないことを利用者基本情報にて把握。ADL は、移動は車いすで介助を要する状態。日中は臥床傾向にある。全てにおいて介助を必要とする状態。端座位は、かろうじて物を把持することで 10 秒程度可能な状態。</p> <p>②高齢者有料老人ホームでの見取りを希望されていることを利用者基本情報とケアプランより把握</p> <p>③本人は家族に実家へ外出できるようになることを目標にデイサービスでの機能訓練に取り組みされている。また、家族も車などへの乗り移りがスムーズになれば対応する。ということでご本人がご自分で立てられた目標に対してプログラムを立案して実施できるように支援している。</p>

4-2) 終末期の利用者や家族の状況を把握

評価項目

2 終末期に医療機関または医療職との連携ができる	
①	利用者の痛みやそのほかの不快感身体症状の変化があった場合に備え、その際の対処について、あらかじめ医療機関または医療職と打ち合わせているか。
②	利用者の痛みやそのほかの不快感身体症状の変化をとらえ、医療機関または医療職に連絡したか。
③	利用者の状態の変化を正確に記録し、他職種と共有したか。

上記の評価項目について、当初（期首評価時）は「できていない」と評価したが、その後「できている」評価に至った事例について抽出した。

【介護老人福祉施設】

<p>①夜間下肢の痛みを訴える利用者に関して、情報収集後、看護師に状況を説明しカンファレンスを開催した。カンファレンス内にて看護師、栄養士と相談し整形受診を予定。受診により痛み止めの処方となった。</p> <p>②利用者の様子観察において、一時的に呼吸状態が普段の呼吸と違い、肩で呼吸する様子があり、利用者からは呼吸苦の訴えはないが、以前も同様の症状が現れ心不全の既往があった事から、早急に看護師に連絡し受診に至った。</p> <p>③状態変化の際はその状況を記録するとともに、看護師への連絡、また家族に状況を伝え情報共有が図れていた。状態変化に応じてカンファレンスを開催。他職種である看護師、栄養士、生活相談員を含めて協議している。利用者の体調変化、看護師への状況連絡については「状態観察」の項目をチェックし確認した。</p>
<p>①「看取介護計画書」「看取りに関する為の医療面の確認事項」「ケース記録」を確認し利用者の状態に変化あった場合の対応について予め看護職員との申し送りにて確認していた。可能な範囲での経口摂取、点滴による水分補給、医師の指示による酸素の使用について希望されていることを把握している。</p> <p>②夜間帯での吸引施行時の痰の量、夕食と朝食の摂取量、夜間帯で著しい体調不良がみられていないことに関して朝の申し送りで看護師に報告をしていた。</p> <p>③②について正確に「ケース記録」に記載していると共に看護師、栄養士、相談員に口頭で朝のミーティング時に申し送りを行い情報を共有することができていた。</p>
<p>①呼吸状態が悪くなってきた際、苦しみを和らげる為に酸素を吸入することを看護師と確認し、サチュレーションのチェックや呼吸状態の変化、表情の確認をこまめに行った。</p> <p>②呼吸状態の変化を捉え、看護師に報告。サチュレーションの低下も見られた為、酸素の吸入を行った。</p> <p>③日々変化する状態を介護記録に残し、記録上で多職種にも状態が分かるようにしていた。また、状態の変化があった際は、口頭でも相談員やケアマネとも情報を共有していた。</p>

【介護老人保健施設】

<p>①子宮頸がんの利用者に対し、利用開始前に医師から書面で、過度な運動負荷の禁忌、大量出血時の連絡態勢や血圧変動に対する注意について指示を貰っていた。</p> <p>②上記内容について、日頃比べ出血量が多かったことから事業所の医師や看護師には直接連絡し、外部の医師に対してはケアマネジャーを介して連絡を行っていた。</p> <p>③当日のカンファレンスにて状況説明を行い、介護士やPT、OT、SW、看護師と情報共有を図っていた。また、個人記録と相談員援助記録にも記載がされていた。</p>
<p>①癌による喉の痛みや食事摂取が困難になった時点で、系列の病院に搬送することを当施設の主治医や看護師、系列の病院の医師と打ち合わせしている。</p> <p>②車椅子乗車時に右傾斜が見られるようになり、医療職に報告を行い、指示を仰いでいた。</p> <p>③癌が発見するまでは食事自己摂取されていたが、現在では、見守りから介助が必要であり、介助拒否が見られ、摂取困難にて医師、看護師、管理栄養士に情報提供の記録があった。</p>
<p>①利用者は心疾患や糖尿病もあるため、急な身体状況の変化が起こる可能性が高いことから呼吸苦や血糖値に注意しながら看護師や主治医とその都度打ち合わせしている。また、身体症状の変化があった場合に、NSを通じて医師に報告できる様にNSを含めスタッフ内で打ち合わせを行っている。</p> <p>②昼食時に食欲不振の訴えある。バイタル測定を行うもバイタル異常なく看護師へ報告を行う。糖尿病の既往もあるため看護師が血糖測定を行い、血糖高値である事を確認する。普段の状態の変化に注意しながら看護師に状態変化を連絡している。</p> <p>③昼食時に食欲不振の訴えあり。バイタル測定行方が異常なし。糖尿病の既往歴や食後に糖尿病の薬を服薬される為医療職に報告しサービス計画経過記録に残し他職種と情報の共有を行っている。</p>

【訪問介護】

<p>①ヘルパー訪問時、利用者が急変した場合は、往診に来て下さる医師と訪問看護に連絡すること。訪問看護は24時間オンコール体制であることを退院前カンファレンスで確認していた。</p> <p>②話しかけにはうなずきで応えてくれるが、エンシュワを勧めても辛くて飲めないとのこと。スプーンで介助して勧めるも、拒否。御家族より、昨日から水分もほとんど口にしてお聞きし、パット確認したが、排尿もみられず。脱水症状が見られた為、すぐに訪問看護に連絡した。</p> <p>③ヘルパー訪問後はその日の排泄状況、食事状況、その日の本人の様子など訪問看護に連絡し、互いに情報を共有。情報のやり取りは電話と申し送りノートで行った。</p>
<p>①サービス担当者会議においてご家族、訪問看護、訪問入浴、往診Drと話し合いの結果、強い痛みの訴えや高熱、急変時にはまず訪問看護に連絡状態説明、指示を仰ぎ訪問看護が訪問するまで対応することとし、訪問看護は家族・往診Drに連絡することの打ち合わせが行っている。</p> <p>②①をふまえ、体の痛み（腰・足）の断続的な痛みの訴えあり訪問看護に連絡していた。訪問看護師がすぐに来訪</p> <p>③痛みの状態、箇所、ご本人の様子、訪問看護に連絡したことを連絡ノート、サービス提供記録簿に記載しケアマネに報告していた</p>
<p>①バイタルの変動や意識レベル低下等の急変時、速やかに系列の病院に緊急搬送の手配を行うよう打ち合わせを行う。</p> <p>②おむつ内に、不正出血交じりの帯下が見られ、排泄介助時の状況を記録し、申し送りによりナースと情報共有を行う。</p> <p>③サービス経過記録、申し送り用ノートに記録し、状況の変化を全体朝礼にて報告を行うことで看護師、相談員へも情報伝達を行う。</p>

【通所介護】

<p>①利用者の主治医が自部署に併設しているクリニックであるため、バイタルの異常や疼痛の有無があった場合は、直ちに外来看護師に連絡を取るようになっている。終末期の利用者で股関節痛を訴えたことがあり、その際は運動時痛・腫脹・熱感の有無を確認し医療職と相談の上ベッド上臥床で対応していた。</p> <p>②右下肢痛の訴えがあったため、リハビリ職・外来看護師に確認してもらった後、外来受診となった。</p> <p>③昨夜から足が痛い訴えがあり、歩様も不安定であったためリハビリ職・外来看護師に確認してもらった後、外来受診となった。その後、打撲痕や骨折などの既往もみられなかったため、筋痛の可能性が高い、高度な運動は避けるようにと看護師から連絡あり。上記の内容を申し送りノートに記載した。</p>
<p>①利用者に痛み・不快な身体症状が出た場合はケアマネ・家族を通し主治医の指示を仰ぎ、看護師と連携を取りながら急変時の対応をしていくことを確認した。</p> <p>②めまいの訴えがあり看護師に報告し対応した。</p> <p>③血圧が低めでめまいの訴えあり看護師に報告し、ベッド臥床、支援経過・申し送り事項に記載し情報共有した。またケアマネにも報告した。</p>
<p>①主治医・クリニック看護師と事前に打ち合わせを行い、サービス利用中に体調不良や急変した場合、ただちに家族と主治医に連絡し、クリニックを受診することと記録できていた</p> <p>②胸の痛みを訴えられた際、ただちに家族と主治医に連絡し、受診をしていただいたと記録できていた</p> <p>③状態の変化や痛みの訴えがあった時は、バイタル測定と検温を行い、状態の変化をその都度主治医・看護師に電話で連絡し指示を仰いだ。指示内容をデイサービスの介護職員・看護師・理学療法士にその都度伝え、職員伝達ノートには、時系列で状態の変化や連絡時間を記録できていた</p>

5-1) 地域包括ケアシステム（社会資源との情報共有）

評価項目

1 地域内の社会資源との情報共有	
①	関連する他の機関と情報共有を図るため、利用者にサービスを提供したときの進捗状況や結果を関連する他の機関または自身が所属する機関の窓口へ情報提供しているか。
②	利用者がどんな制度、資源、サービスを利用しているか把握しているか。
③	サービスの実施に必要な知識や情報を、関連する他の機関等（知人、団体、住民組織等を含む）から集めているか。

上記の評価項目について、当初（期首評価時）は「できていない」と評価したが、その後「できている」評価に至った事例について抽出した。

【介護老人福祉施設】

<p>①医療機関、通所介護事業所、居宅介護支援事業所、役場と情報を共有した。サービスを提供した時には、進捗状況や結果を居宅支援事業所のケアマネ、自事業所の相談員に情報として、視力障害と、肢体障害、今回体調不良で入院。入院後歩行が以前より困難になったことなどを提供している。</p> <p>②介護保険制度で、通所介護を利用、また、視力障害もあり、同行援護も利用していることを居宅介護支援事業所・訪問介護事業所から把握した。障害年金1級も受給している。</p> <p>③居宅介護支援事業所のケアマネや通所介護の相談員、入院先、民生委員から次のような情報を収集していた。ADLの状況はほぼ自立、移動、移乗は家の中、ベッド回りなら、伝い歩きで何とか出来るが、長い距離は介助を要することなどの情報を集めていた。家族はショートステイの利用も希望しているが、本人は拒否している。地区では、災害時などは要援護者として助け合いを地域の中で申し合わせているとの事だった。</p>
<p>①地域内でサポート出来るよう、介護支援専門員、看護師を通して、嘱託医に月一回診察してもらい情報を共有している。また、訪問歯科と経口維持計画書及びサービスを提供した。訪問歯科とは月一回経口維持会議を行い、口腔ケアの仕方やアドバイスをもらっている。施設職員からは、利用者の食事の様子や食事摂取量、形態等を報告している。</p> <p>②本人やご家族に制度、資源、利用しているサービスについて伺う。デイサービス週3日、月1でショートステイを利用。独居で生活している為、夕食の配食サービスを利用。</p> <p>③本人様の地域の民生委員からは昔やっておられた職業、趣味や家族構成の情報等を収集した。また、担当の介護支援専門員からは、既往歴、今までの福祉サービス利用の状況、様子。入院先の病院からは（医師、看護師）入院中の状態、様子、今後生活する上で注意する事等の情報収集を行った。利用者の利用している制度や資源、サービスを把握し、サービスを利用するにあたり必要な知識や情報を色々な機関から情報収集していた。</p>
<p>①病院受診、入院する際に、受診する病院・受け入れ先の病院に、サービス提供の状況や結果に関する情報を提供していた。ご家族様の受診介助が難しいため、訪問歯科診療を利用。義歯調整、歯石除去など今後も継続が必要であること、リハビリにて、歩行訓練、ホットパックによる痛みの軽減が行われており、本人の希望もあり、継続が必要な事を情報提供している。</p> <p>②フェイスシート等を通じて、利用者が受給している年金の種類や原子爆弾被爆者に関する法律に基づき支給される手当等を把握していた。身体障害者手帳2級を持っていることも把握している。また、身元引受人様の長男様は、本人様の再婚時の夫の連れ子であること、再婚後生まれた長女様は疎遠となっている事、身元引受人様に本人様の事は任されている事を把握していた。ヒアリングを通じて評価。</p> <p>③利用者の退院時、サービスの実施に必要な受療情報、薬剤情報、ADL情報、リハビリ情報などが記載された看護要約を医療機関から集めて、介護・看護記録システムに入力していた。ヒアリングを通じて評価。</p>

【介護老人保健施設】

<p>①利用者のサービス利用回数、利用時の状況、個別介護計画に基づく進捗状況の結果を記載した書面をケアマネジャーに直接配布し、その際に情報提供を行っている。具体的には、個別介護計画に基づく、目標におけるサービス提供内容、送迎時の状態、利用時のバイタル、食事摂取量、体重、利用時の運動への取り組みや他者との関わりなどの状況、利用回数と欠席数、欠席理由も含めて報告している。</p> <p>②介護保険サービスでは、訪問介護、訪問看護、通所介護、ショートステイ。総合事業や住民主体型のサロン、週1体操の利用把握もやっている。</p> <p>③利用者の担当者会議に参加し、他事業所や住民主体事業への利用状況の確認を行っている。また、他事業所やケアマネジャーとは顔見知りの関係を築き、サービス利用時の情報共有を図っている。例えば、通所リハビリの利用に対し、民生委員から地域行事への参加状況やその際の言動で気になる事が無いかなど、サービス利用時以外の情報を担当者会議などを通じて収集している。</p>
<p>①入所されていた利用者さんが退所される際は（退所時指導書）に、在宅での注意点や、できる事、お手伝いが必要な事など、家族さんにもわかりやすく記載できていた。退所前カンファレンスにも参加し、在宅で担当になるCM、利用される別法人のデイサービスのSW、福祉用具の担当の方とカンファレンス内で情報共有を行っていた。また、ショートステイご利用の別法人の担当CMには、サービス終了前に電話連絡などで情報の共有も行っていた。また、他機関の病院からリハビリ目的で入所された方の進捗状況などは、相談員を通じて病院SWに情報の提供を行っている。</p> <p>②自身の担当フロアの利用者さんに関しては、定期開催の入所判定会議への出席をし、利用されている介護保険制度、医療保険制度や、訪問介護事業所やデイサービス、福祉用具の利用のサービスを利用している事を把握している。また、SWと入所希望をされている方の面接に同行し、CMや病院のSW、NSなどから情報を収集している。</p> <p>③入所を希望されている方の面接にSWと同行し、サービスを実施するにあたり必要な情報、（食事形態、ADL情報、事故リスクなど）を他の機関の病院や、地域のオレンジチームの方などから情報を集めている。</p>
<p>①在宅へ退所される利用者の方へケア内容を「退所時指導書」に記入し自身が所属する窓口は支援相談員やケアマネジャーに書面で情報提供し、ケアマネジャーを通じて退所後に利用する他の機関のデイサービスや福祉用具レンタルに情報提供している。食事の時は、声かけをしないと手が止まってしまうのでその都度声かけが必要であったり、排泄面では、定時の誘導が必要であることの情報提供している。</p> <p>②利用者の新規判定会議に参加し、自らの施設・事業所以外の医療・介護サービス利用の有無について入所前の相談や面接、カルテを通し利用者が介護保険制度、デイサービス、訪問介護等の資源からの入浴、食事などのサービスを利用しているかを把握している。会議に参加できない時には、事前に支援相談員と書面で確認し把握している。</p> <p>③病院からの入所する際は、支援相談員と一緒に面接に行き在宅のケアマネジャー・病院のSW・看護師よりADLや病気食事形態などの介助方法など情報を集めている。また、日中の過ごし方や事故リスクが高いのでセンサーを設置して対応している事なども情報を集めている。</p>

【訪問介護】

<p>①利用者がサービス開始してから把握したことについて、担当の地域包括支援センター職員・近所の知人・弟様・保佐人へ報告している。本人は認知症状があり判断力が低下しているため、ゴミ捨てができなくなっている、生協から食材購入しているが冷蔵・冷凍がわからない、食材の期限切れのものが多数あり本人と一緒に処分したこと、配食弁当は週2回利用、他は調理ができないので菓子パンや果物を食べている状況などを報告して情報提供するとともに、その都度対応を相談することができている。</p> <p>②担当者会議にて、生協で食材・日用品・灯油配達を利用、配食弁当週2回、後見人制度活用し金銭管理をしてもらっている、近所の知人（K様）が心配して様子を見に来て通院やゴミ捨ての支援を行っている事を把握している。</p> <p>③近所の知人が薬を投薬カレンダーにセットしていたが飲み忘れがあるので、薬剤管理指導をケマネが依頼予定、ゴミ捨てや理美容の外出支援を行ってくれる。弁護士（保佐人）からは金銭管理をして本人に定期的にお金を渡してノートに買ったものを記入してもらっている、必要なものは本人と相談して生協で注文してもいいとの事、主治医から薬は朝食後で1日1回処方だが1日の中でいつ飲んでもいいとの事で情報を得ることができている。</p>

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

<p>①担当者会議の場で利用者が通う、通所介護事業所に「自宅ではポータブルトイレ移乗介助の際、ベッドへ戻る時だけは見守りのみで戻れる様になっている」との情報提供を行った。通所介護事業所でも、立位保持が保てるように下肢筋力強化の為の運動を取り入れてやっていくとの返答あり。担当者会議議事録の記入をし、ミーティングの時に情報共有を図った。</p> <p>②自宅の窓ふきを頼みたい、と利用者より依頼あり。ケアマネと相談し、ほうふてごネットという自治体のボランティアを利用された。実際にケアマネに提案し、利用が開始になった事をケアマネからの連絡と、ケアプランの記載により把握している。</p> <p>③隣に住む隣人や、熱心な民生委員との会話の中で、「焦げた鍋の中の食材を川に流していた」「自分のゴミは少ないから、とゴミの日に出ているゴミ袋を開け、入れていた」などの情報を集め、近所から苦情が出ている事をケアマネに報告した。ヘルパーの促しでは市指定のゴミ袋は購入してくれない為、ケアマネから家族へ連絡し、ゴミ袋の購入と、他人のゴミに触らない様に話してもらった。その旨は事業所内ミーティングで情報共有を図り、ミーティング議事録に残した。</p>
<p>①白内障が進行していることを主治医、デイケアの理学療法士、デイケアの職員、薬局の薬剤師へ情報共有できていた。</p> <p>②サービス担当者会議に参加し、主治医は通院できない為、訪問診療。薬剤師は1か月分の薬をカレンダーにしてくれ、介護保険サービスでデイケアを週2回利用し、リハビリと入浴を目的に通所している。又、ヘルパーは週3回自宅訪問し、服薬管理・排泄介助・一緒に調理・洗濯を行う支援をしている。地域資源とし、民生委員や近所の人もこまめに訪問してくれている。家族支援で長男・長女は週2回の訪問と長男は毎晩電話で安否確認してくれていることを共有している。</p> <p>③利用者は独居であるため、月～金曜日の日中は介護保険サービスが利用できるものの、夜間・土・日と祝日は家族と近隣の人が支援してくれている。隣の人は夜になっても電気が点かなかったり、朝カーテンが開かないと見に来てくれる。近所の親戚は利用者が収穫を楽しめるように畑を作ってくれている。避難が必要な時の支援者に登録してもらっており、訪問時に会ったときは情報交換している。</p>

【通所介護】

<p>①更新時のサービス担当者会議に相談員とともに参加。デイサービスでの利用中の様子を伝え、前後に利用される訪問介護のサービス担当者とともにスムーズに受け入れ・送迎時の対応を行えるかなどの共有を行った。訪問介護利用時の様子を確認し、利用後は疲れて寝ていることも多いとの話を聞き、運動やレク実施時に、無理がないようこまめに声かけをしていくことを再度徹底することをデイサービスの送り時に共有した。</p> <p>②生活保護や原爆手帳の保有、他のサービスの利用など通所介護計画だけでなく、ケアプランも確認し、他サービスも踏まえてお客様のサービス提供を行っている。</p> <p>③デイサービス連絡会に参加し、介護業界全体の最新情報や介護技術などの情報収集に努めている。事業所所在地の自治会にも参加しており、民生委員や神社の方などからもボランティアの情報や、スーパーなどの食材配達、見守りのための巡回などの情報をいただき、お客様にもお伝えしている。</p>
<p>①サービス計画書の短期目標に沿った状況報告書を作成し、社内外のケアマネジャーに提出し、情報の共有を図っている。レクリエーションや入浴、排泄ケアなどのサービスを提供し、その目標に対しての効果があるのか変更が必要なのか体調等の状況をまとめている。</p> <p>②アセスメントシートやサービス計画書によりサービスの把握を行っている。また担当者会議で関連する医療職、福祉器具・医療会社、リハビリ職等が集まり、情報の共有を図っている。歯科による口腔ケアや事業所以外の訪問ヘルパー等の利用を確認している。また年金の種類や介護保険の利用なども確認している。</p> <p>③市などの公的機関からの情報収集、自治会、民生委員などとイベントなどのつながりを通して地域の情報を収集している。また、外部のケアマネジャー、地域包括支援センターの紹介で他のデイサービスやデイケア、医療機関などにつなげていくことも行っている。</p>
<p>①担当者会議出席して、利用時の状況を伝えて、役割を持ってもらえるように以前の趣味の園芸を活用した支援を提案していた。徘徊時に地域包括支援センターや他デイ職員で分担して捜索したことなど情報提供していた。担当者会議参加者は地域包括支援センター職員、介護支援専門員、利用者家族、利用者、被評価者、町内会長、公民館職員。</p> <p>②徘徊ネットワーク、セコムなど行方不明になった時を教訓に地域の資源(徘徊ネットワークや以前利用者も利用していた公民館で認知症カフェが開催されており、現在は奥様と利用されている事)を共有していた。</p> <p>③地域包括支援センターから、地域のコミュニティバスの情報や、サロンの情報を収集していた。</p>

5-2) 地域包括ケアシステム（社会資源との業務協力）

評価項目

2 地域内の社会資源との業務協力	
①	利用者等からの相談や問題状況を基に、関連する他の機関に必要とされるサービスを文書化して提案しているかどうか。
②	関連する他の機関（知人、団体、住民組織等を含む）に協力を要請しているか。

上記の評価項目について、当初（期首評価時）は「できていない」と評価したが、その後「できている」評価に至った事例について抽出した。

【介護老人福祉施設】

①一人暮らしの利用者で荷物の支度ができなく、利用に必要な衣類や薬がないことがある。荷物の支度を事前に行ってもカバンから出してしまい、きれいなものとそうでないものの区別ができなくなってしまっている。利用者から「私の荷物がよくなってしまおう。」と相談があった。被評価者は地域包括支援センターの職員に訪問介護による送り出しや民生委員の関わりが必要であることを業務協力相談書で提案していた。
②物を取られたと不安が強くなることもあるため、担当ケアマネジャーにヘルパーによる荷物の準備やデイサービスやショートステイサービスへの送り出しの依頼、地域包括支援センターの民生委員に、時々自宅へ訪問し本人の安否確認や声かけをしてほしいと協力要請をした。
①家族から脳梗塞発症後に暴言が多くなり、融通が利かなくなり、まともな会話も出来なくなったと地域包括センターへ相談があり、一緒に支援を行った。小規模多機能居宅で通い、訪問を柔軟に行い、時々、泊りのサービスができるように支援した。特養での空きが出来次第、入所の流れとなった。サービス担当者会議録を使用した。
②地域包括支援センターの職員と共に、自治会長へ何かあれば連絡いただけるよう協力を依頼した。例えば、暴言が聞こえたり、利用者が杖を使用して一人で歩く等
①外部受診を診療所医師より勧められ、御家族様に受診介助の依頼をするも、受診介助は難しくできないのでお願いしたいと相談あり。当施設の看護師を通じて、薬剤情報を文書化し、受診先の他の医療機関に連絡している。その経緯を日常記録管理に記録していた。処方薬情報と日常記録の確認で評価。御家族様の受診などの協力が難しいため、今後の受診に関しては、シルバー人材センターに受診介助の依頼の調整、訪問診療に来園される病院への紹介を提案した。
②利用者の衣類の補修の際、御家族様、職員での対応が難しい状況の際、御家族様、利用者の了承を得て、地域の衣類の補修ボランティアの協力を依頼することになった。フロアの介護主任を通じて協力を要請して、衣類の補修をしてもらっている。ヒアリングを通じて評価。

【介護老人保健施設】

①ショートステイの利用者より「ショートステイ以外にも日中、短い時間利用できる集会などはないか」と相談あり。自施設の相談員を介して地域包括センターに相談した。市役所の福祉課が主催する地域の高齢者を集め体を動かし認知症予防や体力の衰えをカバーするボランティア活動を紹介してもらい、そのボランティア団体へショートステイ利用者の状態や要望を踏まえた短時間での参加を文書化して提案する事ができていた。
②市役所の福祉課に紹介されたボランティア団体を訪問し、利用者や家族の相談内容を伝え、ボランティア団体側に相談を受けた利用者の身体の情報や参加できるか確認をした。ボランティア団体側から1度、「ご家族も一緒に体験してみてもどうか」と提案があった。
①在宅復帰される方「家に帰るのはうれしいけど、また一人になってしまう。今までは一人の方が気楽やってんけど、年いったら不安になるねん。」と言われていた 独居で、引きこもりがちになっておられたが、入所し、気の合う同年代方との関わりや、職員との関わりで活気がでてこれたのもあり、在宅に戻られて引きこもってしまわないようにデイサービスの利

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

<p>用が必要であることを、ご家族さんや、ケアプランセンターの担当 CM、サービスを受ける事業所に退所時指導書や、退所前連絡調整表などで文書化し、施設 SW を通して発信していた。</p> <p>②認知症地域支援の開催する「認知症カフェ情報交換会」にオンライン参加をし、区内のオレンジチーム、東住吉区社会福祉協議会、ボランティアコーディネーターの方達と、コロナ禍でもできる事についてのミーティングを行い助言などももらい、オンラインでできる事など、協体制度を築いていた。</p>
<p>①退所の利用者の病院受診の為に在宅サービスとして介護タクシーやヘルパー派遣の必要性を施設の担当ケアマネジャーに提案 ADL の状況、精神面の状態を施設が定める看護サマリーに記載し、施設担当のケアマネジャーより包括支援センターのケアマネジャーに記載書類を渡してもらっている</p> <p>②施設退所後、自宅にて在宅介護時、屋外に及ぶ徘徊をされる可能性がある為、民生員を含む地域の方に在宅介護中である事を伝え気にかけてもらう様に包括支援センターや民生委員に協力要請をケース記録に記載している</p>

【訪問介護】

<p>①利用者の自宅居間の天井が一部落ちた件を、写真撮影してケアマネ・保佐人・弟様・知人に報告している。早急に片付けと修理が必要なので業者対応の依頼を保佐人にする。 又、ケアマネ・保佐人に冬期間で寒く身体的負担も考えられるので、自宅改修が済むまで入居系のサービス利用を提案する。（利用者状況報告書に記載・写真添付する）</p> <p>②ケアマネや知人、弁護士（保佐）を通して、天井の修理などを依頼している。</p>
<p>①要支援の方で週2回、夕方入浴で訪問しているが、ゴミ出しに困っていると相談があった。市の地域ボランティア団体へ依頼してみてもどうか？とケアマネへ報告書を提出した。</p> <p>②自治体の決まりがあり、前日夕方にゴミを出す事は不可能。ゴミ収集は早朝の為、朝の入浴に切り替える事も不可能であった為、近所でよく協力して下さる方とコミュニケーションを取り、ゴミをまとめるまではヘルパーで行い、出してもらえるかケアマネを通し協力を要請した。</p>
<p>①独居の利用者から、地域の独居高齢者の安否確認の見回りをするようなサービスはないかと問い合わせがあった。報告書として、地域の方から先述のような意見があがっていることを地域包括支援センターに伝えた。</p> <p>②地域包括支援センターに、認知症高齢者の徘徊ネットワークがあるが、常日頃から独居の安否確認見回りができないか、民生委員さんの協力など得ながらできないかを相談した。</p>

【通所介護】

<p>①利用者本人・ご家族から、自宅内で転倒することがたびたびあり、その時に助けにきてもらえないかとの相談に対し、ケアマネジャーへ随時訪問介護や緊急通報システムを「利用状況報告書」にて提案していた。「利用状況報告書」「支援経過記録」参照</p> <p>②利用者に関し、地域の独居高齢者見守りサービス(週3回訪問)の方と定期的に交流し、ご利用者の情報の共有の協力要請をしていた。</p>
<p>①一人で入浴をされることはできるが、足が悪くなったため、不安を抱えている利用者の相談を受けた。入浴状態を法人内のリハビリ職員と確認し、状況報告書をケアマネジャーに文書にて提案した。また家族にも説明の連絡をした。</p> <p>②家族が遠いために、古くからの知人に協力をお願いする。ヘルパーの要請も話し合いの中で考えられたが、利用者の希望として、入浴の際に見守りをおねがいすることとなった。</p>
<p>①デイ利用中に聞いた、遠くの家族と連絡がつかないからさみしい(耳遠い)ということケアマネに相談し、ケアマネ(他法人)と業務協力し行政に提案することになる。独り暮らしで家族が遠方にいる人を対象とした連絡の取り方、今回の事例のように耳が遠い人だと電話しても通じにくい。遠くの家族も耳が遠くて通じないことを知っている為電話もしてこない。欲を言えば相手の顔も見れて、声もしっかり聞き取れるサービスは出来ないものかと「提案書」を地域包括支援センターに持って行った。</p> <p>②民生委員に呼びかけ、高齢者(単身、夫婦)世帯の把握と共に他の身内と連絡がついているかの把握をする。利用者の中で遠方の方と連絡を取りたい方の支援を各施設にてライン電話等で対面会話出来ないか、と事例もあげながら協力要請を行っている。</p>

5-3) 地域包括ケアシステム（関係職種との交流）

評価項目

3 地域内の関係職種との交流	
①	自分と関連する専門職の集まりだけでなく、他の職種・専門職との集まり（会議、懇親会）にも参加しているか。
②	関連する他の機関にどのような専門職がいるか、把握しているか。

上記の評価項目について、当初（期首評価時）は「できていない」と評価したが、その後「できている」評価に至った事例について抽出した。

【介護老人福祉施設】

<p>①老人福祉協議会主任部会に参加した。他の施設の主任、介護支援専門員、リーダーが研修に参加し、職員の育成方法や上司との連携等について意見交換、交流を行った。</p> <p>②市民病院で行われた、地域の介護福祉従事者向けの在宅医療研修会に参加した。他の医療機関の医師、看護師、施設介護士が研修に参加し、介護において必要となる医療に関する知識、技術の向上を目的とした内容であった。このような研修会に日頃から参加し、他の医療機関、他の施設との交流をはかっている。</p>
<p>①地域包括支援センターの懇談会に参加し、「低栄養・脱水を防ぐ・観察の視点と食事の工夫」というテーマで訪問看護師と管理栄養士と情報交換し、顔の見える関係性を構築していた。</p> <p>②サービス担当者会議に、かかりつけ医の看護師、施設の管理栄養士、ショート利用先の看護師が参加し、1人暮らしの利用者が低栄養で褥瘡があるため、血液データから栄養状態を確認した。また、褥瘡の処置方法などの情報や、食事が安定するように食事形態の検討も行き、他の機関の専門職と被評価者が情報交換することができていた。</p>
<p>①地域で行われた防災講座に参加した。消防署職員が講師となり、地域の住民や他事業者等に対して、地域を想定した防災について学ぶ機会をもった。</p> <p>②地域における防災をテーマに、地域住民や消防職員、自治会長や近隣の事業所（特養、訪問介護）と関わりを持った。</p>

【介護老人保健施設】

<p>①施設のある村の介護保険事業所連絡会に参加。デイサービス、居宅ケアマネジャー、相談員、訪問看護、訪問介護の参加があり、その際の復命書で確認し評価した。</p> <p>②研修参加の際、同席になった社会福祉協議会地域包括支援センター地域担当者、地域の中の医療機関の看護師、居宅ケアマネジャーとの話の内中で、福祉に関わる仕事をしている人だけでなく地域の中の方の周りに暮らしている人こそが支えていくためには大切な存在である等の話しのできた事を確認した。</p>
<p>①被評価者は、地域の関連機関で行われるリスクマネジメント部会に参加し、施設から出されたインシデントをまとめ、レベルの高いインシデントは部会で医師・看護師・薬剤師・理学療法士・医療事務・介護職・地域連携室・栄養士・総務課と事例を分析し、自施設内にフィードバックしていた。また、施設近くにある自法人以外のグループホームで行われた意見交換会に参加し、看護師・社会福祉士・介護福祉士・支援相談員らがいることを把握し、高齢者の生活におけるリスク対策などについて情報を提供していた。</p> <p>②地域のグループホームで高齢者の生活におけるリスク対策などの意見交換会が行われ、他機関の病院やグループホームや有料老人ホーム、特別養護老人ホームに看護師や社会福祉士、介護福祉士、支援相談員がいる事を把握していた。</p>

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

①地域内の他機関の医療対応の有料ホームへの見学を行い説明会や地域懇親会に参加し、入居者の生活状況や、医療体制などの情報交換を行っていた。また、懇親会に参加されていた医師や、看護師、相談員、地域の見守り隊の方との交流も図っていた。

②入所する際には、面接にSWと同行している。その際に病院のソーシャルワーカーを通して、看護師、医師、リハビリ科などの専門職から情報をもらっている。また、在宅の方に関しては、居宅介護支援事業所のCM、福祉用具専門相談員などのやり取りを行っている。また、社会福祉協議会のボランティアコーディネーターの方などと交流をもち、協力をもらったりと、他の機関の専門職の把握ができています。

【訪問介護】

①薬剤師・医師・看護師・作業療法士・理学療法士・言語療法士・障害児の生活指導員・病院のケースワーカー・介護支援専門員などが集まる異業種交流会に参加した。

②知的障害者の方と一緒に草取りや、引っ越し後の掃除などの作業をする事業所があり、大変な事ややりがいなどを話し、交流を深めた。薬剤師については、在宅訪問が増えてきて、高齢者の薬に対する依存度や、「もらっておこう」と、どんどん家の中にシップや軟膏がたまっている実態などがわかったと話されていた。

①地域包括支援センター主催の地域ケア懇談会に参加。自治会、老人会、コミュニティサークル、民生委員、町医者、介護保険施設、サービス付高齢者住宅、デイサービス、通所介護サービス、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問介護等とグループワーク形式で地域の問題点などを話し合う機会があった。

②上記のような専門職、機関があるということを把握した。

①4部会合同研修会に参加。若年性アルツハイマーでおれんじドア実行委員会の代表の方と認知症と家族の会宮城県代表の方の講演があり、東日本大震災の際の認知症の方の様々なこと、問題点など実体験をもとに話され、その後他業種でのディスカッションを行った。

②交流の場としては医師会主催の事例検討会参加の際、グループワークで他事業所の看護師、リハ職員、ケアマネジャー、開業医、ヘルパー等との意見交換あり。利用者の調整会議では福祉用具業者、他事業所通所、介護タクシー等との情報交換あり。

【通所介護】

①地域包括圏域研修会に参加。

②在宅医療に熱心な病院の医師や看護師、包括支援センターの社会福祉士や保健師、訪問介護、訪問リハのPT,OT等他職種によるグループワークで顔の見える関係を構築している。

①デイサービス連絡会に参加し、相談員や機能訓練指導員との交流に努めている。また、近隣のグループホーム・有料老人ホームと合同で地域のお祭りを行っており、2カ月に1度は地域会議に参加していた。

②グループホームの計画作成担当者や有料老人ホームの生活相談員と話をすることで、在宅での生活とは異なる入居系のサービスでの生活について把握することが出来た様子。お祭りを通じて他サービスの専門職と交流を図ることで、それぞれのサービスの良さを知り、生かしていくことで、より自サービスの強みや重要性を感じたとのこと。

①二ヶ月に一度行われている運営推進会議に参加。参加者は市職員、地域包括センター職員、自治会町、町内会長、民生委員、利用者家族で、事業所の情報発信や地域の相談等の情報交換をしている。

②近隣病院の医師、看護師と退院者の状態交換。退院利用者の状態報告、往診と連携している。PT、STとの連携。行政（市役所地域包括ケア推進課職員等）、地域包括センター（社会福祉士、保険士、主任ケアマネ、介護福祉士等）、訪問看護ステーション（看護師、医療事務職等）、居宅介護支援センター（ケアマネジャー、社会福祉士等）と情報交換しており、連携が図られるようにしている。

5-4) 地域包括ケアシステム（関係職種との交流）

評価項目

4 地域包括ケアシステムの管理業務	
①	自分の属する機関が提供する介護業務の内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料・文書で情報提供しているか。
②	複数の関連する他の機関（住民組織を含む）の専門職が集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理・提供しているか。

上記の評価項目について、当初（期首評価時）は「できていない」と評価したが、その後「できている」評価に至った事例について抽出した。

【介護老人福祉施設】

①施設の広報誌、施設のホームページにて、委員会活動、施設内研修、自立支援の取り組み、研究発表会等を掲載している。広報誌は、居宅の介護支援専門員、地域住民にも回覧している。
②利用者が病院へ入院される際、介護、看護サマリーにて情報を提供している。退院する際は、退院前カンファレンスに看護師、介護士、介護支援専門員、理学療法士が参加する。退院時は、看護サマリー、リハビリサマリーで情報共有する。書類は、全て守秘義務を徹底し管理を行っている。
①法人外の医療機関においてセラピスト・ケアマネージャー、相談員と共に生活期リハビリテーション会議に出席している。高齢者施設における生活期リハビリテーションについて、自法人が作成した「生活期リハビリテーション虎の巻」と称した資料を用いて情報提供を行い、多職種の意見を包括的に考え、要介護者が施設で生活するにあたってその人らしく生きるための我々の立場や役割、考え方について情報交換を行った。
②介護認定のための情報(関連する医療機関からの医療的側面に関する情報・関連する介護サービス提供事業所からのこれまでのサービス提供の状況)を調査票に記録し、PC記録システム内 介護保険情報で管理している。保険者に情報提供する居宅支援事業所の窓口介護サービス計画書を提供した。
①地域住民との「運営推進会議」や回覧板を通じ施設が取り組んでいる介護業務を通じての「介護予防」や「災害時の受け入れ」について書類を作成し情報共有をしていた。災害時の受け入れについては行政との協定文書を開示した。
②訪問歯科、皮膚科及び精神科等の外部医療機関から収集した情報は文書として管理され、個人情報保護法に配慮した上で記録として保存されチームケアの為の情報として使用されている。情報の管理、運営についてはマニュアルが整備されている。

【介護老人保健施設】

①自施設で地域の高齢者を集めたイベントを行っており、そこで自施設の他のイベントや自法人の他施設の案内を情報提供している。また、介護施設の選び方、自法人内の各種介護サービスの違いなどの内容を冊子「介護施設の種類と違いについて」にまとめ、町内会の集会、同級生の集まり、地域の病院、接骨院、マッサージ店に配布していた。
②利用者が利用している、デイサービスの相談員、病院の医師からの情報を本人、家族の同意のうえで状況に応じて会議にて情報提供している。個人情報保護法に則って管理している。
①②地域ケア会議、高齢者虐待防止気づきの研修会を月に1回実施中、毎月、地域の介護事業所及び市の高齢介護課に現場の事例を伝え、検討を行っている。事例については、本人が特定されないよう個人情報の管理を行っている。事例内容、研修参加のお知らせの書類確認の内容はファイルにて一元管理を行っている。
事例内容については、現場で起こった内容を組織全体で共有し組織全体で考え取り組んでいることを確認する。他事業所の職員と事例を共有することにより介護の質の向上に努めていることを確認する。書類としては、高齢者虐待防止研修として保管していることを確認する。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

在宅復帰される利用者の情報をまとめ、退所時情報提供書をまとめている。カルテ棚にて管理、また在宅ケアマネジャーなどに退所時情報提供書にて情報を提供できている。
①当所ではボランティアの受け入れを行っているが、ボランティアの方々より認知症の方（理解力の乏しい方と）の接し方が分からないとの意見が聞かれ、4団体のボランティアの方々と同地区の地域の方々にも勉強会の案内状を渡し、認知症についての勉強会を当所で開催していた。内容は4大認知症の特徴や介護福祉士の目線からどのように接したら良いのか、また老健施設としての関わりを資料として作成し勉強会を行っていた。
②退所時カンファレンスの前に、相談員より家族状況や居宅の担当ケアマネや通所リハビリスタッフより対応可能な支援について情報を集めている。当所での生活に関しては連携文書として在宅サマリーとしてまとめ複数の関連機関（居宅ケアマネ・リハビリ科・通所リハビリの介護スタッフ・看護スタッフ・福祉用具事業所・ヘルパー事業所など）に情報を提供していた。情報管理としては、退所時カンファレンス綴りとして保管し、必要に応じて相談員を通じて情報を提供している。

【訪問介護】

①精神疾患のある親子の支援にて、自治会、良くみてる近所の人、民生委員に対し、ヘルパーが来る曜日と活動時間、支援内容、問題があったときに連絡する機関の電話番号を記載した資料を渡している。その資料にて記載内容を確認し、経過記録にて渡したことを確認する。
②精神疾患のある親子の支援にて、親子が受診する精神病院のケースワーカー、子供の担当の相談支援センター相談員、親のケアマネ、日常生活支援事業の親子の担当者からのFAX、聞き取りを機作した経過記録はそれぞれ本人ファイルに保管している。また地域ケア会議や担当者会議時には親子の状況や精神状況を文書にし、提供している。経過記録、地域ケア会議事録、担当者会議事録にて確認する。
①地域の医療機関における地域連係室相談員へ施設のパンフレット及び案内や広報誌・受け入れ可能態勢を面会の上、配布している。
②地域の歯科医及び訪問診療医・総合病院からの情報を個人記録ファイルに管理し、情報提供においては相互にやりとりをしている 個人情報使用同意書により情報の使用する目的及び範囲、使用する範囲にあたっての条件、個人情報の内容、等について使用する事の同意を署名押印で頂き、情報については適切に管理している。
①ヘルパーステーションのパンフレット（ヘルパーサービスの業務内容、指針、職員数、ヘルパーステーションの住所や電話番号）を活動で入る利用者の住んでいる自治会、住んでいる棟の管理人、市の福祉課、市の障害支援センターに情報提供を行っている。
②統合失調症、発達障害の支援にて、主治医、市障害支援センター相談員、日常生活支援事業の担当者からのFAX、聞き取りをした経過記録はそれぞれ本人ファイルに保管している。また地域ケア会議や担当者会議時には本人の状況や精神状況を文書にし、提供している。経過記録、地域ケア会議事録、担当者会議事録にて確認する。

【通所介護】

①一目でわかる名称「介護サービス提供マップ」を自社で作成し、居宅介護支援事業所、病院、包括支援センター等に提供している。また情報公表にて更新して提供している。
②居宅介護支援事業所、病院、ご家族から提供され情報を個ごとにファイリングして管理者が一元的に管理している。また個人情報保護規程を策定して組織的に管理し、開示の手続きについても規定している。地域ケア会議の開催時には、包括支援センタースタッフと利用者情報を整理し、ケアプランから現在の状況まで協力して「ケース検討用紙」を作成していた。
①デイサービス行事、夏祭り等を行う際に、地域の方を招いて出来る様にA4用紙に案内（日時・場所・内容等）を作成し近所の住民・居宅介護支援事業所・交番に掲示してもらう。また、職員にはカンファレンスを開き内容、当日の介護業務の流れなどを共有する。
②ケアマネジャー、訪問介護・看護等から情報を招集し、カンファレンスにて情報の共有を職員とし、担当者介護等で他機関と情報を共有し、個人情報などは施錠できる書庫にて保管管理出来ている。
①独自の新聞のような活動報告書を作成。内容は行事をした時の様子や連絡事項、何か変化があったこと等を町内会には回覧版、家族、行政当てには配布している。
②担当者会議の出席者、ケアマネジャー、訪問介護員、訪問看護師、家族や本人からの利用者情報を、担当者会議用紙に記載し、事業所内でのスタッフミーティングで情報提供した。情報管理として個別ファイルにファイルし、個人情報保護法に配慮し、鍵付きの書棚に保管した。

(4) 課題対応力強化における指導者の課題認識・取り組みへの期待

課題対応力強化に向けた取り組みの推進にあたり、指導的立場の介護職員が介護現場における指導について何を課題として認識しているかを把握するため、指導的立場の介護職員が受講するアセッサー講習のアンケートとして訊いた「介護キャリア段位制度に取り組む意義はどのようなことにあるか、取り組むことでどのようなことが期待できるか」の回答内容を現状課題にて分類した。

介護キャリア段位制度を用いた評価・OJTに取り組む目的、期待すること	
対象	令和3年度介護キャリア段位制度アセッサー講習修了者（N：1,040） ：講習受講の上、トライアル評価課題（レベル2①相当/レベル4相当）を実施した者の回答

介護現場における指導の現状課題として、指導する職員の経験主導による育成となってしまうこと、指導する職員任せとなってしまうこと、指導のバラツキや客観的な評価の機会が得られないことで、現在行っている介護で大丈夫なのかと不安を招いてしまっていること、数字で表せないものをどのように評価していけばよいのかわからず迷ってしまっていること、等が挙げられていた。

介護現場における指導の現状課題（n:1,040）	（自由記載より）
介護について経験年数の長い職員が、職員の主観に基づいた根拠をないがしろにしたような介助方法を新人職員に伝えることで、誤った考えや方法で介護を行うという事態。	
「自分の介護を押し付ける」という現状	
今まで新人教育のためにOJTを行う際、評価する職員の自己判断になってしまうことが多く、評価者も根拠が分からなくて戸惑うことも多かった。	
職員からしても、評価をされなければ退職に繋がる。それはわかっていました。今までは会社のマニュアルと我流を組み合わせて指導していましたが、不十分な結果だった。	
現状、評価基準はあるのだが、明確なものでもなく、抽象的・曖昧なものになっていた。	
現在は具体的な介護技術の評価機会がなく、自分自身の技術レベルを知る機会がない。一生懸命に技術向上に取り組んでいるスタッフでも、自分の技術に自信がもてず、自己評価が低い傾向にあることが分かった。	
訪問介護の事業所なので、他者の仕事を見る機会は少なく疑問の解決や改善点に気付きにくいという問題がある。	
（特養の）ユニット型のため、単独業務が可能となった段階で、一人で業務にあたることが多く、自分の都合の良い介護になりがちです。また上級職員の介護方法や見方の視点も個々で異なり、教育担当職員により、個々の評価が異なるのが現状です。	
（技術評価を実施して）手際よく、効率的に行うことが利用者の負担を減らすことだという見えない価値基準にとらわれているスタッフが多いことがわかった。	
「介護福祉士」は資格を取得すると更新研修がありません。だんだん職員によって差が出てきているように感じます。	

『根拠ある介護』が求められている中で、経験年数だけで何となく毎日のケアが進んでしまっている様な気がしていました。

また、指導的立場の介護職員が何を目的として課題対応力強化の取り組みにあたるのか、介護現場における指導的立場の介護職員の課題対応力強化に向けた行動変容ポイントを分析するため、同様にアセッサー講習のアンケートとして訊いた「介護キャリア段位制度に取り組む意義はどのようなことにあるか、取り組むことでどのようなことが期待できるか」の回答内容を取り組みによる期待別に分類した。

取り組みによる期待は、職員のスキルが十分ではないという課題認識からの「実践スキルの向上」が最も多く、次いで「スキル評価ができる」となっている。

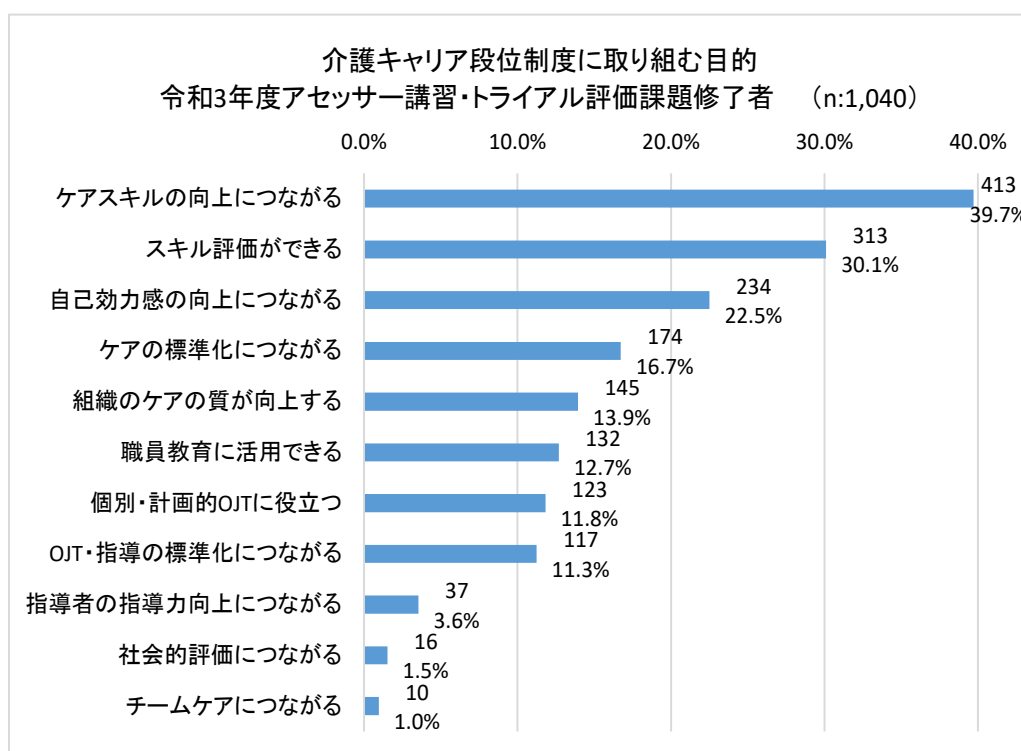
さらに取り組みによる期待として、介護キャリア段位制度のような明確な介護技術評価基準を用いて評価することで、できる・できていないを把握・見える化することができるようになり、指導方法が定まる、曖昧な点をはっきりと指導できるようになるといった指導力向上の期待や、OJTを通じて根拠に基づくケアができるよう職員の能力向上をはかること、介護技術の標準化をはかること、質の高いケアが期待できることといった介護職員自身の資質向上や介護職員に自信をもってもらうことやモチベーションアップにより職場定着に繋がることなどが期待されている。

回答者は、指導的立場の介護職員であり、今後、介護現場で介護職員の資質向上並びに課題対応力強化に向けたOJT指導者として活動していく、そうした方から、明確な介護技術評価基準を用いて評価することで、できる・できていないを把握しOJTに繋げていくだけでなく、そのOJT指導内容も明確となり、指導しやすくなることも期待できる、更には、モチベーションアップによる介護職員自身の職場定着まで期待できるという声は、課題対応力強化に向けた取り組みを今後推進していく上で、明確な介護技術評価基準を用いて評価するという仕組みは、非常に効果的であることを示している。

介護キャリア段位制度を用いた評価・OJT に取り組む	数	割合
----------------------------	---	----

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

目的 (n:1,040)		
ケアスキルの向上につながる	413	39.7%
スキル評価ができる	313	30.1%
自己効力感の向上につながる	234	22.5%
ケアの標準化につながる	174	16.7%
組織のケアの質が向上する	145	13.9%
職員教育に活用できる	132	12.7%
個別・計画的 OJT に役立つ	123	11.8%
OJT・指導の標準化につながる	117	11.3%
指導者の指導力向上につながる	37	3.6%
社会的評価につながる	16	1.5%
チームケアにつながる	10	1.0%



第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

公平な評価ができる/ 客観的な評価ができる	102
できていないことが明確化される/課題を見つけやすい	96
職員のスキル把握ができる/ スキルの差がわかる/スキルを細かく評価できる	75
介護技術が可視化される	23
自分のスキルを把握できる/ できていることが確認できる/証明できる	17

ケアの標準化につながる	
ケアの標準化につながる /スキル差をなくしていくことができる	174

指導の標準化につながる	
指導方法が統一される/ 指導しやすい/ 指導者が連携できる	117

個別・計画的指導に役立つ	
具体的な目標が立てられる/ 目標設定ができる	44
計画的、継続的に OJT、指導ができる	40
個々に必要な指導ができる	22
振り返りができる	17

ケアスキルの向上につながる	
職員の実践スキルの向上に繋がる/できることがふえる	276
見直しができる/ 再学習ができる/ 我流の修正ができる	48
キャリアアップにつながる	31
根拠に基づくケアができるようになる	29
介護は作業ではないことを理解できる	7
原因、分析、考察スキルを鍛えられる	5
業務を客観視できる	5
介護方法が理解できる	5
記録の重要性を認識できる 記録ができるようになる	3
個別ケアができるようになる	3
手順の整理ができる	1

チームケアにつながる	
チームケアにつながる	10
組織のケアの質が向上する	
事業所の介護の質の向上につながる	145

自己効力感の向上につながる	
	234

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

モチベーションアップにつながる	150
改善意欲がでてくる 意識改革になる	42
自信につながる	23
職員の不安の解消につながる	10
コミュニケーション、信頼関係が構築できる	9

指導力の向上につながる	
取り組みを通じて指導力の養成につながる	37

職員教育に活用できる		132
共通の評価基準として用いることができる/ 指針になる		43
人事評価に活用できる		30
新人教育に使える		21
教育体制が構築できる		12
経験年数の長い職員の再教育に使える		11
事業所のレベルがわかる/ 施設全体の課題がわかる		8
外国人職員の教育に使える		7

社会的評価を期待	
社会的評価、差別化につなげてほしい	16

介護キャリア段位制度を用いた評価・OJT に取り組む目的	回答事例
	<p><スキル評価ができる></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「どこができていない」「何ができていない」を明確にし、記録についてもサービスの可視化もしやすくなり、レベルアップのための指導がしやすくなった。 ・ 各職員の課題がはっきりとわかり、そこに向かって目標を定め、クリアする事により、スキルアップにつながる。項目がはっきりしている為、それぞれの課題も見つけやすく、目標も立てやすい。 ・ 認定の基準があるので、主観での評価では無いことから、受け入れてもらえる。
	<p><職員のケアスキルの向上につながる></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 取り組む事で、自分の仕事を客観的にみる視点を身に付け、大事なポイントを外さないように仕事を体系的に捉える考え方や注意点に反応できる実践能力が高まると感じた。自分が介護士としてどの段階におり、次にどの段階へ行きたいのか、目標を立てることができる。キャリアアップのために、学習する機会を設けることができる。 ・ ベテランになるほど習慣的に業務を行っている部分が多く、基本に立ち返るきっかけや現在の介護状況に応じた介護技術へアップデートするきっかけとすることができる。
	<p><根拠に基づくケア> <利用者主体のケア></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の状態に合わせた適切なケアの提供できることが期待できる。 ・ 日ごろの介護（利用者にサービスを提供すること）を俯瞰的にとらえることで、「目の前の利用者に喜んでいただけるサービス」を基本に、「介護スタッフが安心して提供できるサービス」や「地域に喜ばれるスタッフを育成する」という新たな視点が加えられたと感じています。今後「根拠あるケア」の提供に向け一緒に学んでいく場が必要なことがわかりました。「わかる」という体験から、次にすべきことが整理されることに大きな意義があると思います。 ・ 自分たちが行っていることには意味があるのだということをほかの職員に伝えたい。作業ではないということが理解できれば、評価を受けることに抵抗がなくなるのではないかと感じました。 ・ 不安を解消できるスタートになると期待しています。日々変化する利用者様状態にしっかりと対応できる成長への期待も大きいです。
	<p><ケアの標準化につながる></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日々、チームで介護、支援しているため、職員同士の介助内容の差をなくしていくことができると感じた。利用者にとっては介護経験の有無は関係ないことを再認識し、ケアの統一が重要だと感じた。 ・ まず自分の介護施設でのサービス提供の統一（基本動作介助声かけ記録情報共有の仕方等）を明確にすることによりバラつきや曖昧やいい加減な介護我流の介護手抜き等の介護では通用しなくなる。新規職員の定着と施設のレベルアップ個人のレベルアップの為に、も段位制度は施設運営者がまず認識しないといけないと思いました。

- ・ 介護職のスキル評価について、標準となる基準を現場ベースで設けたことは、キャリアアップの視点はもとより、チームワーク（尊重・納得）の視点でも有意義に思います。

<自己効力感の向上につながる>

- ・ 介護キャリア段位制度を取り組むことで介護技術の向上が図られ、介護のケアに対して各自自信が持てるようになると思う。また目的や根拠の理解を深めた上で実務を行うことができるようになり質の高いサービスを提供できるようになると思います。また記録の重要性を再確認して細やかな記録ができる事によって利用者様の状態や必要とする介護を改めてチームで考えるきっかけになると思います。

<社会的評価を期待>

- ・ 介護者が交代しても利用者と同じ支援を提供するためにはきちんとした引継ぎが大切であり、どこが重要で何に気を付けるべきかを伝える正確性の共有は被評価者及び評価者双方の学びになる。介護の技術を判定することは難しい事だが、技術を「見える化」することで介護職の意識向上と社会的評価にも繋がる事に期待したい。

<指導の標準化につながる>

- ・ 介護技術だけでなく、なぜそれをするのかの根拠の部分の教育方法が均一化される。OJTが現場指導を行う際に客観的な評価項目を元に指導ができ、OJTの職員が変わっても、評価にぶれが生じなくなる。できていない職員の何ができていないのが明確化され、指導のポイントが絞れる。

<指導力の向上につながる>

- ・ 要支援・要介護者が増加しているにあたり、益々、介護職員の必要性が重要になってくると思います。介護の質を保つためには、高度専門スキルを持ち合わせた人材（職員）が必要で、自分の施設には先ず高度専門スキル、客観的な視点、根拠を持った介護ケアを伝えられる指導者がいない現状があります。先ずは指導者育成が急務であり、学びを深めて指導者になるといった意味では、非常に意義のあるものだと感じています。

(5) 課題対応力強化の取り組みによる介護職員の行動・意識変化分析

① 介護技術に関する変化（介護職員回答）

ここでは、実際に介護キャリア段位制度を用い、評価・OJTを経験し、レベル認定取得に至った介護職員に対して、一連の取り組みによりどのような変化があったのかを分析するため、2019年1月～2021年12月中に評価を行いレベル認定に至った介護職員（レベル認定者）からの回答(2,040件)について、内容分類を行った結果について報告する。

介護キャリア段位制度を用いた評価・OJTに取り組んだことによる自身の変化について (介護技術の観点)		
対象	2019年1月～2021年12月評価分 レベル認定2,040件 レベル認定を取得した介護職員 (被評価者アンケート)	
内訳	レベル2①認定	872件
	レベル2②認定	561件
	レベル3認定	371件
	レベル4認定	236件

「介護キャリア段位制度に取り組んだことによる変化【介護技術の観点】」としては、取り組んだことにより、「我流の修正ができた、誤りを修正できた、改善できた」に該当するものが最も多く(738回答)、次いで「再確認、振り返りができた」(695回答)、「現状スキル、できていないことの把握ができた」(309回答)の順となった。

具体的な介護技術評価基準に自身の対応を照らし合わせることで、実際に「できている」こと、「できていないこと」が明らかにされ、評価・OJTを契機に、「できていない」対応につき、修正することができているとの意見が示されている。

具体的に修正されたケアとしては、「声掛け、利用者とのコミュニケーションの仕方が変わった」が238回答、「利用者個別、利用者主体を意識し、アセスメントするようになった」と分類できるものが226回答であった。

また、ケアの提供の際の確認や意識として、「基本動作、行為を意識し、丁寧に対応するようになった」が187回答、「行為の目的、ケアの根拠を意識するようになった」が187回答であった。

介護キャリア段位制度の評価基準では、介助手順として、利用者の体調確認、意向確認を行い、利用者の状態に応じたケアを提供していくことを介護技術項目として明文化されている。日々の可変的な状況で、利用者に対してどのような観察視点をもち対応をしているか、評価・OJTを通じて振り返りながら向上をはかれるよう設計されていることから、基準に照らして、介護職員自身の日々のケア、対応を意識したり、指導とともに振り換えることで、「利用者への声掛け」「利用者の意向確認」を省くことなく、利用者丁寧に

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

に対応していくこと、「利用者の状態把握、状況変化、観察（77回答）」といった、「利用者個別の状況を把握して、対応方法を考え、実行する」という、基本のケアに立ち返る変容・変化が見られている、と読み取れる。

評価・OJTを通じ、知らなかった介護の知識や技術があったことも示されており（「新たな介護知識・技術が身についた」100回答）、実践の場で具体的な対応を確認し学ぶことが、ケアの質向上に働いているといえる。

介護キャリア段位制度に取り組んだことによる変化【介護技術の観点】 レベル認定者（介護職員）回答 (n : 2,040)	数	割合
我流の修正ができた、誤りを修正できた 改善できた	738	36.2%
再確認、振り返りができた	695	34.1%
現状スキル・できていないことの把握ができた	309	15.1%
声掛け、利用者とのコミュニケーションの仕方が変わった	238	11.7%
利用者個別、利用者主体を意識し、アセスメントするようになった	226	11.1%
基本動作、行為を意識し、丁寧に対応するようになった	187	9.2%
行為の目的、ケアの根拠を意識するようになった	183	9.0%
新たな介護知識・技術が身についた	100	4.9%
利用者の状態把握、状況変化、観察を重視するようになった	77	3.8%
指導に反映できた	64	3.1%
ケアの重要点、注意点の理解につながった	61	3.0%
記録の変化・情報共有の仕方が変化した	56	2.7%
できていることの確認・証明ができた	51	2.5%
迅速、円滑、正確な対応になった	36	1.8%
もっと良い方法、方策がないか、考えるようになった	29	1.4%

レベル2①認定者の意見として、「利用者には必ず声掛けをし、同意を得る」「利用者ごとに適切な介助方法を身に着けることができた」「残存能力を把握し介護している」等、尊厳と自立支援のケアの実践に繋がっている等の意見が示された。

レベル2②認定者においても、「声掛けの大切さを学んだ」「介護するにあたって情報収集、記録、他職種との連携が大事なことに気付いた」「スキル向上は利用者の安心のためだと気づいた」「観察力を伸ばすことができた」等、介護の基本に立ち返ったとの意見が示された。

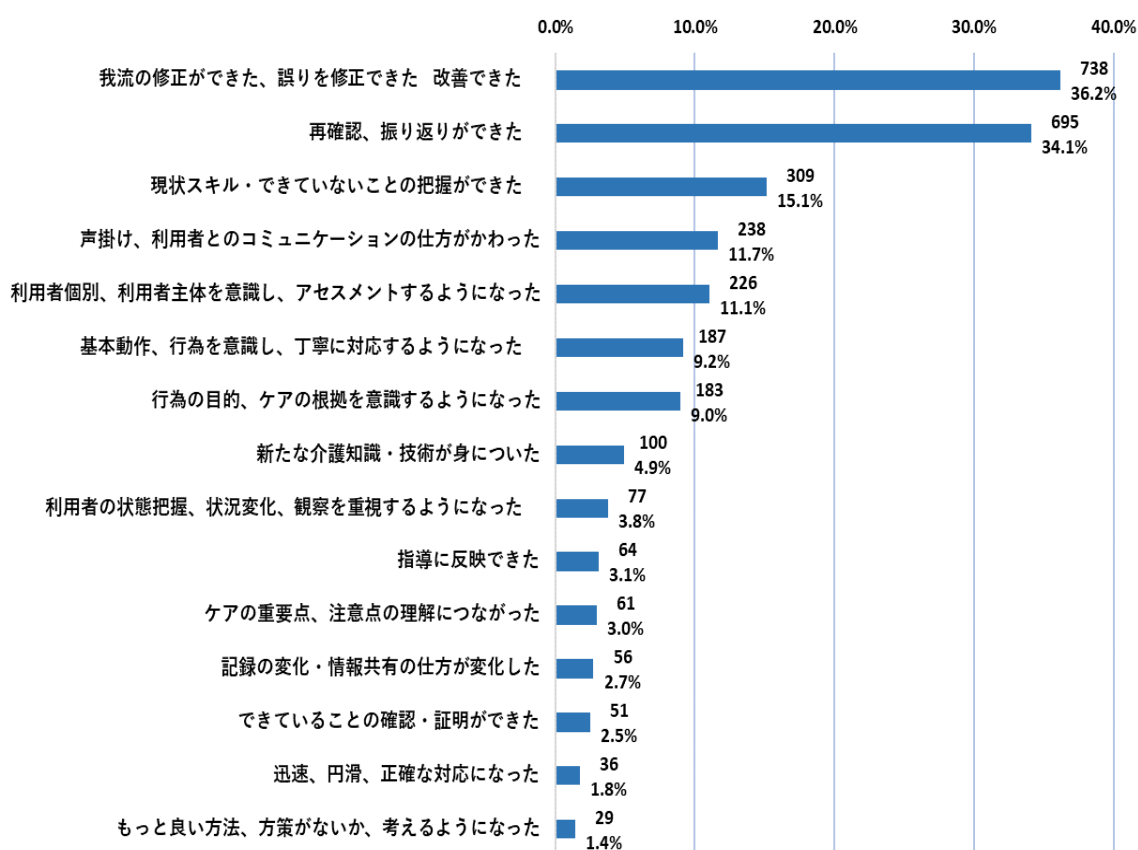
レベル3認定者の意見として、「声掛けが変わった」「細かく観察するようになった」などの他、介護過程の展開を通じて、「身体的な支援だけでなく、精神的なサポートもでき

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

るようになった」、「原因、背景、環境にも視野を持ち記録していくことが大事であると学んだ」等、利用者に対して心理的・社会的な支援を展開するよう、アセスメントを深めていくこと、個別・多様な利用者の状態変化に対応できるよう、注意するようになったとの意見が示された。

レベル4認定者では、「普段なら見逃す利用者の変化に気付けるようになった」「利用者の個別的なことを考える時間が持てた」、「関連する他機関だけでなく家族、近所の方へも協力要請できる関係を築くことができた」等、地域の中で利用者が望む生活を支えるための視点を持つようになったとの取組変化としての意見が寄せられた。

介護キャリア段位制度に取り組んだことによる変化【介護技術の観点】
自由回答内容分類 (2019～2021評価、レベル認定者 n:2,040)



レベル2①認定者（介護職員）回答
<ul style="list-style-type: none"> ・ 1つ1つの介護技術に対して、評価されることで細かい所まで注意することと、時間をかけて実施することが大切であると思った。そうすることで利用者との関係作りを図る事ができた。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者様の既往歴や最近の状態を振り返りながら、寄り添いその日その時合った声かけやケアの提供ができたと思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 実務作業を行いながら、評価してもらうことで、自分では気づくことのできない動作や、コツをフィードバックしてもらえたり、意識して実践していける”気づき”がたくさんあり、学ぶことができた。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介助の前には必ず声掛けを行い、利用者の同意を得る。利用者が生活する中で全てにおいて選択肢を提供し、自己決定して頂く。意思疎通を図ることが困難な方は、その方にとって何が一番最適かを考えていくことの大切さを改めて考える事ができた。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 声かけにより相手の調子や様子を図る事ができることに気がきました。利用者の良い部分を引き出せるとも思いました。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 根拠のある介助を意識することで、介護技術のスキルが向上されたのと同時に、以前より利用者様の把握が深くなり、小さな変化の気づきも多くなった。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介助量が近い方には同じ介助方法で行っていましたが、アセッサーの指導の下で、対象者ごとに適切な介助方法を身につける事ができた。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 声かけをさらに工夫することで動かして座位に慣れたりとスムーズに利用者ができるようになった。利用者の方が自分で出来る事がさらに増えた。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 忙しいためトイレ誘導時や車椅子⇄ベッド移乗時など過介護になっていたが各利用者の残存機能を把握し介護している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 移乗についても利用者さんごとに対応が違う（声掛けも）。細かい指導によって技術向上が出来た。

レベル2②認定者（介護職員）回答
<ul style="list-style-type: none"> ・ 特に声かけが十分にできておらず、時折利用者様に驚かれることがあり、この機会に声掛けの大切さを学んだ。
<ul style="list-style-type: none"> ・ スキル向上は自分自身というより相手（利用者）が安心して生活を送れるようにする為だと改めて思った。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 表出されている利用者様からの要望ばかりではなく、介護者に遠慮して言い出せない利用者へ気づき、介護者側から積極的に声かけを行う、観察力を伸ばすことが出来たと考える。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 仕事の中で常に考える意識と人間観察をする気持ちが芽生えたと思います。自分で学ぼうとしないと能力開発やスキル向上に結び付かない事をいやというほど知りました。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

<ul style="list-style-type: none">一つの動作事、利用者様の身体の状態がどうなっているか、どのように感じているか、確認する事でお互いの身体に負担が少なくコミュニケーションもスムーズになると感じた。
<ul style="list-style-type: none">安全面ばかり気にして利用者様の機能を十分発揮させる支援が劣っていた事に気付きました。又、相手に伝える事の難しさも勉強させていただきました。
<ul style="list-style-type: none">介助をするにあたっての情報収集、介助後の記録・他職種との連携が大事なことに気付くことができた。（自分ができていない所だった。）
<ul style="list-style-type: none">ケース記録について、「～されている」だけではなく、なぜ、どうしてなのか、過去経過や情報も交え詳しく記録する大切さを学んだ。
<ul style="list-style-type: none">多職種への報告やカルテの記録の際に、伝え方、書き方、抑えるべきポイントを学ぶことができた。利用者様の情報収集の大切さを改めて認識した。
<ul style="list-style-type: none">評価の根拠について、すごく考えさせられた。ヒヤリハットの視点が身についた。

レベル3 認定者（介護職員） 回答

<ul style="list-style-type: none">特に意識はしていなかったが、食事介助などで声掛けの仕方が変わってきたように感じます。常に話しかけているようになった。それにより相手の反応にも変化があったように感じた。
<ul style="list-style-type: none">排泄介助や入浴介助で今まで行ってきたやり方より利用者様への負担の軽減や自身のスキルの向上を図ることが出来た。
<ul style="list-style-type: none">拒否などのある利用者様への声かけなど、わかりやすいアドバイスを得る事ができました。何より自分自身のケアに対する考え方を見直す事ができた。
<ul style="list-style-type: none">声かけ、介助の仕方など一つ一つの動きを意識する事で利用者の性格や特徴を知る事ができた。
<ul style="list-style-type: none">細かく様子を観察するようになり、少しの変化にも気付くことができ悪化を防ぐことができるようになった。画一的になっていた介助が一人一人に合わせた細かい対応ができるようになった。
<ul style="list-style-type: none">個別支援計画書の分野では、利用者に関わる大切さを改めて感じ、以前に比べ関わすことを増やすことで利用者の身体面だけでなく、精神面のサポートもできるようになった。
<ul style="list-style-type: none">今までの自分の記録の内容が甘いことに気付きました。目の前の事実ばかりに気を取られ、原因やその背景や環境にも広い視野を持ち記録していくことが大事であることを学びました。
<ul style="list-style-type: none">評価を受けるということで、普段何気なく行っていた行為の意味や根拠を改めて考えることに繋がり、どうすればさらに良くなるのかまで考えられた。
<ul style="list-style-type: none">今の自分が何を求められ、何を正確に行っていくべきか（介助、発見、報告、利用者への配慮）再確認できました。
<ul style="list-style-type: none">より利用者自身やその家族、他事業所との連携を取り入れることを大切にしました。

レベル4認定者（介護職員）回答
・ 今まで忘れていた利用者の気持ちになって介助することを考える機会になった。
・ キャリア段位の手法をとり入れることで、普段なら見逃す利用者様の変化に気付けるようになった。
・ 利用者様1人1人の細かな状況を知ることのでどのようなサービスが必要か考える機会ができた。
・ 自分自身の振り返りで見直しができた。身体ケアだけではなく、日々の業務での分析力の向上ができていていると思う。実施して良かった。
・ ケアの根拠を理解し、踏まえた上でケアを提供する事ができるようになった。より細かい視点でケアを考えられるようになった。
・ 日常の支援内容の再確認と効率化を図るためにも、介護技術の評価によりスキル向上に役立ちました。今まで携わったことのないことにも挑戦し実施する事ができた。
・ 利用者の個別的な事を考える時間が持てた。知識を身につけることで新しい考え方にもつながったと思う。
・ 明確な目標を持つことで今までやってきた技術の確認ができ、客観的に自分の技術を評価してもらうことで、改めることができました。又、報告書など、新しい仕事にとりくみ利用者様1人1人の細かな状況を知ることのでどのようなサービスが必要か考える機会ができた。
・ 利用者へより良いサービスを提供するために、関連する他機関以外にも、ご家族やご近所の方へ日頃から協力要請できる関係を築くことができた。地域内の社会資源との業務協力がいかに大切か分かった。
・ 現場においては改めて技能の再確認が出来た事と、地域内の社会資源との情報共有に於いては多面的な視点でのニーズを知る事が出来、とても有意義でした。

介護職員（レベル認定者）の定性データからは、介護職員の習得すべき具体的な介護技術の評価基準と自身の対応を照らし合わせることで、介護の基本に立ち返り、利用者とのコミュニケーションの仕方が変わった、利用者の状態の観察を重視するようになった、利用者個別の尊厳と自立を支えるケアにむけて、アセスメントをするようになったといった行動変容についての介護職員の声があげられている。

② 介護技術以外の観点を含む変化（介護職員回答）

続いて同レベル認定者（介護職員）に対して、介護キャリア段位制度に取り組んだことによる、介護技術以外の観点を含む変化について伺ったところ、以下の回答が得られた。（2019年1月～2021年12月に評価を開始し2019年1月～2021年12月中に評価を開始し、レベル認定に至ったレベル認定者からの1,577件の回答内容分類を行った。

介護キャリア段位制度を用いた評価・OJTに取り組んだことによる自身の変化について （介護技術以外の観点を含む変化）		
対象	2019年1月～2021年12月評価分 レベル認定1,577件 レベル認定を取得した介護職員（被評価者アンケート）	
内訳	レベル2①認定	666件
	レベル2②認定	427件
	レベル3認定	295件
	レベル4認定	189件

回答のうち、最も多かったのが、「利用者のアセスメントを深めるようになった」（562回答）となっており、ケアにあたる姿勢として利用者個別の状況を観察し、対応方法を探るスキルについての変化が起きたとの結果が得られた。利用者との関わりということでは、「利用者の声掛けが変わった」（113回答）ことも挙げられており、介護の基本原則に忠実に、丁寧なケア対応を行うことで（「ケアの根拠を意識するようになった、丁寧に対応するようになった（247回答）」、「記録の仕方が変わった（39回答）」、「振り返り、思考するようになった（112回答）」との業務の向き合い方に作用し、「利用者のアセスメントを深める」ことに繋がっていると読み取れる。

評価・OJTの取り組みを受けて介護職員の目線は、「他の職員のケアに目がいくようになった、指導意欲がわいた（116回答）」など、指導に目を向けるようになったり、「意見交換・相談するようになった（70回答）」、「指導の仕方が変わった、指導力がついた（186回答）」など、他者に向けて学んだことを伝え、学習を深めていったことが読み取れる。

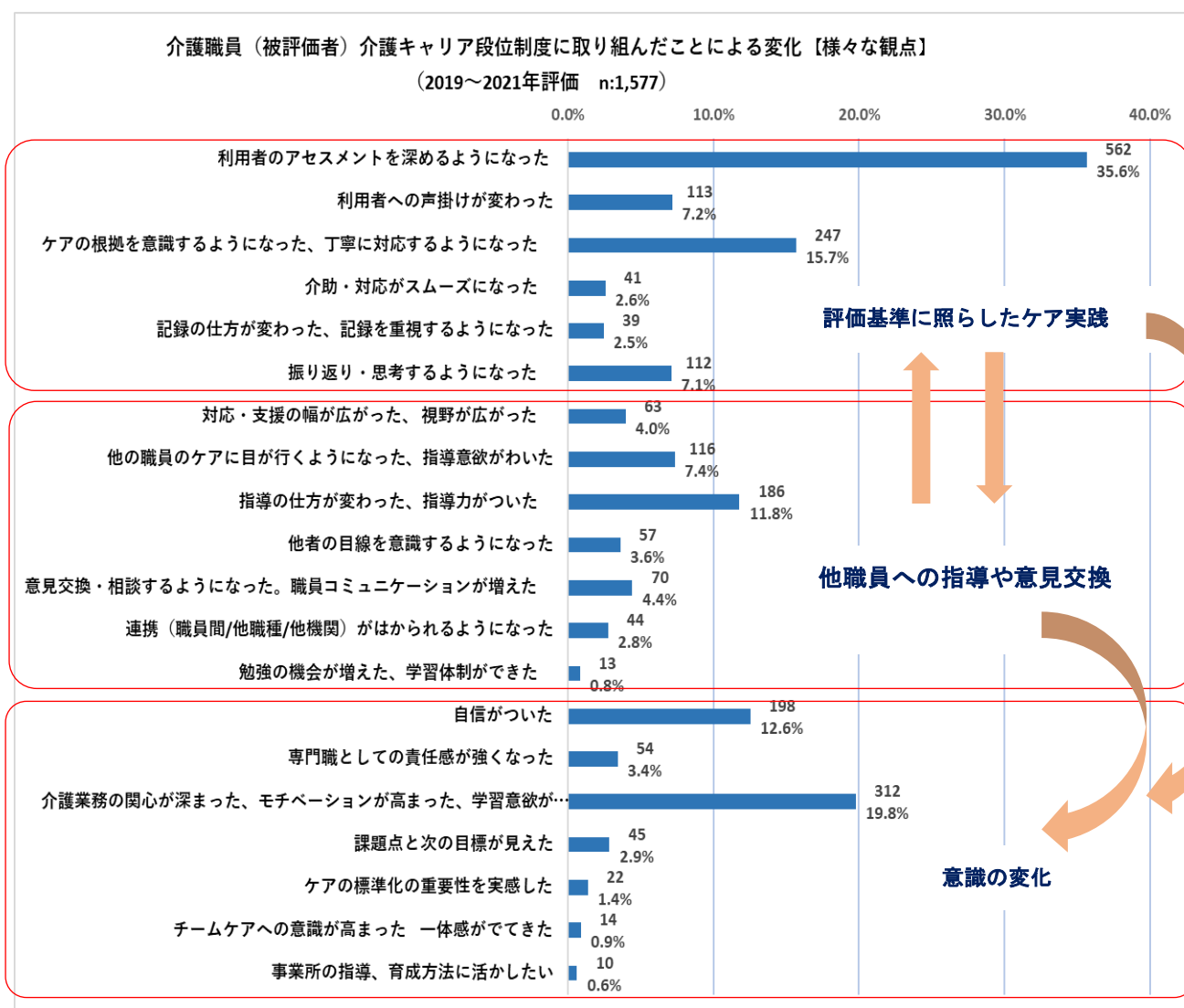
評価・OJTは、個人の職員が学習したことを、実践する、記録する、他者に教えるという、いくつものアウトプットや職員間での意見交換（70回答）を行いながら、日々の実践と思考を繰り返し、スキルの向上を図ったことが読み取ることができる。

これらの取り組みの結果として、「対応・支援の幅が広がった（63回答）」といった実践スキルの広がりや対応力の強化へとつながり、よりよいケアの提供は、「自信」（198回答）や、介護業務の関心、モチベーションアップ（312回答）といった職員の意識に繋がっていると読み取ることができる。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

介護キャリア段位制度に取り組んだことによる変化【様々な観点】 レベル認定者（介護職員）回答 (n:1,577)	数	割合
利用者のアセスメントを深めるようになった	562	35.6%
介護業務の関心が深まった、モチベーションが高まった、学習意欲が高まった	312	19.8%
ケアの根拠を意識するようになった 丁寧に対応するようになった	247	15.7%
自信がついた	198	12.6%
指導の仕方が変わった、指導力がついた	186	11.8%
他の職員のケアに目が行くようになった、指導意欲がわいた	116	7.4%
利用者への声掛けが変わった	113	7.2%
振り返り・思考するようになった	112	7.1%
意見交換・相談するようになった。職員コミュニケーションが増えた	70	4.4%
対応・支援の幅が広がった、視野が広がった	63	4.0%
他者の目線を意識するようになった	57	3.6%
専門職としての責任感が強くなった	54	3.4%
課題点と次の目標が見えた	45	2.9%
連携（職員間/他職種/他機関）がはかられるようになった	44	2.8%
介助・対応がスムーズになった	41	2.6%
記録の仕方が変わった、記録を重視するようになった	39	2.5%
ケアの標準化の重要性を実感した	22	1.4%
チームケアへの意識が高まった 一体感がでてきた	14	0.9%
勉強の機会が増えた、学習体制ができた	13	0.8%
事業所の指導、育成方法に活かしたい	10	0.6%

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査



認定レベル別の意見としては、レベル2①認定取得者では、「自立支援を意識するようになった」、「利用者への接し方で利用者の反応が違うことを実感できた」、「利用者への向き合い方が変わった」「どうしたら問題解決できるか、広い視野で考えるようになった」などの意見が挙げられている。

レベル2②認定取得者においても、「利用者の変化に敏感になるようになった」「利用者の中で、他の職員と情報交換が増え、チームケアを意識する機会が増した」などの意見があげられている。

レベル3認定取得者からは、「はじめてアセスメントやモニタリングを行ったり、多職種と連携を行なった」「利用者の状態を把握することで、会議での意見を積極的にできるようになった」など、専門職として自律的に介護過程の展開を行うようになった、QOLの向上の観点から、利用者のアセスメントを深めるようになった等の意見が示されている。

る。

レベル4認定取得者からは、「より利用者の尊厳と自立支援を考えるようになった、考え方が変わった」、「視野を広げ、利用者のケアに活かさないか、アンテナを張るようになった」「地域の人や専門職との関わりを積極的にとるようになった」等、地域の中で利用者が望む生活を支えることができるよう、取り組むようになったとの意見が示されている。

レベル2①認定者（介護職員）回答

- ・ 普段から”過介助をしているのではないか？””本当にその人にあった介助・こえかけができていないか”等自分自身に対し自信を感じられませんでした。今回指導・評価を受け、少し自信が持てるようになりました。又、”どのようにすればこの人のできる部分が伸ばせるだろう”と考え行動を起こす機会が増え、今後も受けた評価を基に業務に励みたいと思います。
- ・ 「この場合はどうしたらいいのか？」「もっとこうしたらどうか」等疑問に思う事に対する解決策やケアに対する向上心ができて、仕事に対するやりがいを感じた。
- ・ 介護職は専門知識があって介助が成り立つという事を再認識でき、介助、支援するという事を改めて考える機会になりました。介護職が楽しくなりました。
- ・ 介護という職業を通じて「待つ」「聴く」「肯定すること」をととても意識するようになり、相手のことが色々と考えようとする時間が増えた。
- ・ 様々なことに対して興味や疑問を持ち、なぜそうなるのか、どのようにすれば問題を解決できるのか、今まで以上に広い視野で考えるようになりました。
- ・ 他職員、利用者様とも距離が縮まり、わからない事があっても気軽に質問などする事が出来生き生きと仕事に対し取り組むことができている。
- ・ 他のヘルパーの声かけや介護技術を見る機会が少ないので接し方によって利用者の反応が違うことが実感でき、勉強になった。
- ・ 他職員の声掛けの方法や、利用者への接し方で気になる事ができるようになった。気になったことについても職員へ理由を伝えた上で指摘できるようになった。
- ・ 今回の取り組みを受けたことで、他スタッフのOJTにつくときも根拠を持って説明できることが増えた。
- ・ スキル向上により自分の中で心に余裕ができ、言葉遣いやあいさつの仕方に気を付けられるようになった。新しく入職してきた人にも教えられる自信がついた。

レベル2②認定者（介護職員）回答

- ・ 利用者の特性や身体状況を念頭にケアする事が心がけられるようになりました。また、常に報告、連絡、相談が大事だと理解し、共有していくことの大切さも理解しました。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

<ul style="list-style-type: none">・ 一つ一つの行動に対し、“丁寧さ”を心掛ける様になった。何もかも効率重視では絶対に介護を受ける方と心は通わない。
<ul style="list-style-type: none">・ さらにきめ細かい配慮を心がけ事故などがなく安心して過ごして頂ける様にするにはどうすればいいか、自分だけでなくチームとして取り組む課題を考えることができた。
<ul style="list-style-type: none">・ 自分自身1つ1つ確実に言い、小さな気付き、評価者として日々の関りの重要性など振り返る場となった。利用者の変化にもより、敏感に察することが多くなった。
<ul style="list-style-type: none">・ 当たり前毎日ケアをしていると選択してもらおう事等、忘れてしまったりする。そういう部分でご入居者の能力を引き出すことができたと思う。
<ul style="list-style-type: none">・ 支援がうまくいかなくても別の方法でやってみようと考えられるようになった。介助や支援に対する考え方の幅が広がった。
<ul style="list-style-type: none">・ ご利用者のことについて、キャリア段位に取り組む前よりほかの職員と情報交換することが増え、チームケアを意識する機会が増したように思う。
<ul style="list-style-type: none">・ 一定の基準できちんと評価を受ける事で介護に対するモチベーションやこの仕事の今後の展望をポジティブに考えられるようになりました。
<ul style="list-style-type: none">・ お客様と関わる事に自信ができました。また、変化をいち早く発見しようとする意識が自然に芽生えたように感じます。

レベル3 認定者（介護職員） 回答

<ul style="list-style-type: none">・ 利用者の状態を細かく知る事で、心のゆとりができ、冷静な対応ができるようになりました。
<ul style="list-style-type: none">・ ケアを言葉にしたり意味を考えたり理論的に考えられるようになりました。
<ul style="list-style-type: none">・ スタッフに申し送りをする際、今までよりも細かく伝える事ができるようになった。以前よりも観察力が少しついたように思います。
<ul style="list-style-type: none">・ 一人一人の状態を把握し、思いを知る事で、業務内のケアプラン会議で、沢山の意見が言えるようになりました。
<ul style="list-style-type: none">・ 担当利用者の目標や希望をきき、達成するために支援内容を考える、そういった一連のプロセスをより意識して援助にあたるようになった。
<ul style="list-style-type: none">・ 介護する側、される側の立場、相手や家族が何を望んでいるのか、それぞれの目標があり、相手の視点を重視することが再確認できた。
<ul style="list-style-type: none">・ はじめてアセスメントやモニタリングを行ったり家族や多職種の方と進んで連携を行うことで今までとは違う面からも利用者を理解するようになった。
<ul style="list-style-type: none">・ 様々な介護場面で考えて業務をするようになった。新人に指導する際でも根拠を持って説明できている。
<ul style="list-style-type: none">・ 周りの職員との意見交換や、声掛けが増えてチーム内でのコミュニケーションにもなりま

した。
・ 取り組むことで職場での職員間や他職種との情報共有や意見交換が以前よりも多くなった。自分も積極的に話せるようになったと思う。

レベル4 認定者（介護職員）回答
・ 気遣いができるようになったというか、全体を見渡す余裕ができた。職員は、新人の時、研修しているが、経験と共に初心を忘れていることが多く（自分の経験上）他職員にも見直す機会が必要と感じた。
・ 利用者様の自立支援とはどのようなことを考え「できる」「できない」だけでなく「○○すれば、○○できるようになる」といった考え方に変わっていった気がします。
・ 何気ない支援でも常に「安心してもらえる支援」を考えながら行動するようになった。目では見えないコミュニケーション方法でも利用者を常に考え、目配り、気くぱり、笑顔を意識する自信が変化として上がると思う。
・ 問題点、課題があるときになぜ、どうしてといったことをより詳しく探したりするようになった。記録する際にもそういったことに注意して記入するようになりました。
・ 普段の仕事の中での声掛けや、利用者様に対する姿勢に気を付け、常に「どうしてこうしなければならぬか？」と根拠が浮かんでくるようになった。
・ ある項目が「できる」という際、内容がはっきりしているので、改める場合にも素直に受け止められ、姿勢が前向きになった。根拠が統一されているので、チームの一体感が出始めている。
・ 評価することでコミュニケーションを今まで以上に図り、相手の介護への想いを伺えたり伝えたりできチーム力が上がったと感じた。
・ 利用者や家族との関係だけでなく利用者が係る機関（地域の人や専門職等）とのかかわりも積極的にとるようになった。
・ 日常生活の中でも、視野を広げ、利用者のケアに活かせないかとアンテナをはりながら生活するようになりました。
・ 自身の所属している施設の事ばかり考えていたが、地域にある機関や資源、利用者がどのようなサービスを利用している、できるのか等周りの事、今まで知ろうとしていなかったことを知ろうと考えた。

③ 資質向上の取り組みによる介護職員の行動・意識変化（アセッサー回答）

次いで、評価・OJTに取り組んだ指導者・評価者（介護キャリア段位制度のアセッサー）からみた、取り組みによる介護職員や事業所において、何等かの変化があったかを伺い、回答につき内容分類を行った結果を示す。

介護キャリア段位制度を用いた評価・OJTに取り組んだことによる被評価者の介護職員や事業所での変化について		
対象	2019年1月～2021年12月評価分 レベル認定 889件 評価実施アセッサーに対する調査（評価完了後アンケート）	
内訳	レベル2①認定	364件
	レベル2②認定	238件
	レベル3認定	185件
	レベル4認定	102件

介護キャリア段位制度を用いた評価・OJTによって、「ケアの再確認、振り返り」になったとの回答が最も多く（296回答）、日ごろのケアの「改善、誤りの修正（158回答）」に繋がっていることが示された。

ケアにどのような変化がみられたのか、具体的な回答をみると、「利用者主体の介護になった、アセスメントを深めることができた、観察力が向上した（57回答）」、「声掛けを意識するようになった、利用者とのコミュニケーションがはかれるようになった（46回答）」と、利用者に向き合う姿勢に変化が生じたとの回答が得られた。

また、「基本動作、行為を意識し、丁寧に対応するようになった（44回答）」、「行為の目的、ケアの根拠を意識するようになった（41回答）」、「対応について考えるようになった、思考の癖がついた（19回答）」と、介護技術評価基準に行為、対応を照らし合わせ、基準を意識した対応をおこなうようになったと読み取ることができる。

これらは、「記録の変化、情報共有の仕方の変化（21回答）」、「意見交換するようになった、勉強の場ができた（46回答）」、「指導やアドバイスをするようになった（23回答）」など、根拠を意識したケアを身に着け、周囲に向けた情報発信や提供、コミュニケーション、連携という形で、介護職員から表出されていったとも読み取れる。

そして、職員自身が、根拠に基づくケアを実践できていることで、業務に対する「モチベーションアップ、積極的な発言・姿勢（270回答）」「不安の解消・自信（69回答）」に繋がっていったと読み取れる。

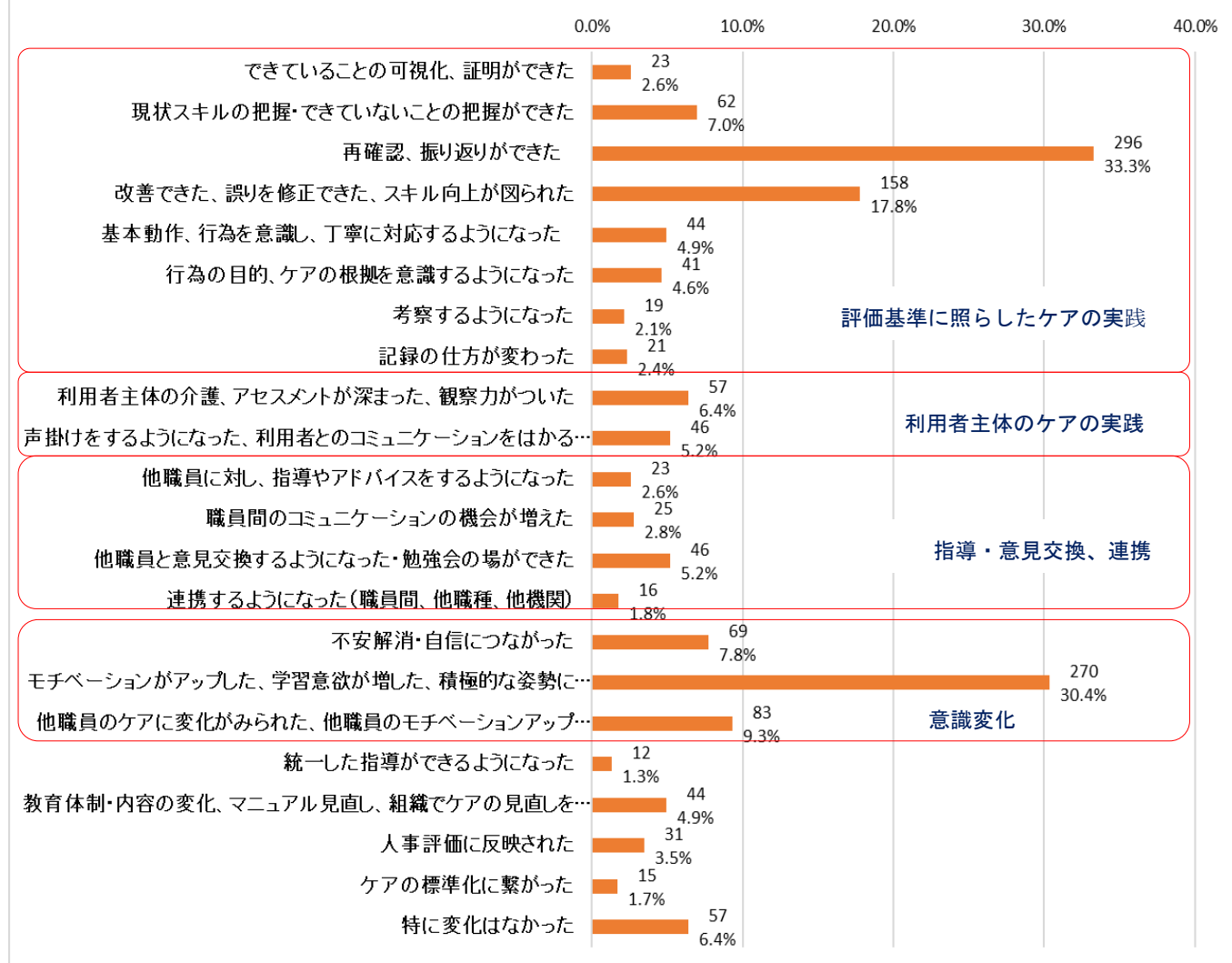
事業所における変化としては、周囲の職員に影響を与え、「意見交換するようになった、勉強の場ができた（46回答）」、「他職員のケアに変化がみられた（83回答）」、「教育体制・内容の変化、マニュアル見直し、組織でのケアの見直し（44回答）」につながったとの組織の学習、ケアへの派生がみられたケースも挙げられている。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

介護キャリア段位制度に取り組んだことによる介護職員や事業所での変化 (2019年～2021年評価 アセッサーによる回答 n:889)	数	割合
ケアの再確認、振り返りができた	296	33.3%
意識変化、モチベーションアップした、学習意欲が増した、積極的な発言・姿勢になった	270	30.4%
改善できた、誤りを修正できた、スキル向上が図られた	158	17.8%
他職員のケアに変化がみられた、モチベーションアップにつながった	83	9.3%
不安解消・自信につながった	69	7.8%
現状スキルの把握・できていないことの把握ができた	62	7.0%
利用者主体の介護、アセスメントを深めることができた、観察力向上	57	6.4%
声掛け、利用者とのコミュニケーションがはられるようになった	46	5.2%
意見交換するようになった・勉強会の場ができた	46	5.2%
基本動作、行為を意識し、丁寧に対応するようになった	44	4.9%
教育体制・内容の変化、マニュアル見直し、組織でケアの見直しを行った	44	4.9%
行為の目的、ケアの根拠を意識するようになった	41	4.6%
人事評価に反映された	31	3.5%
職員とのコミュニケーションの機会が増えた	25	2.8%
できていることの可視化、証明ができた	23	2.6%
(被評価者が) 指導やアドバイスをするようになった	23	2.6%
記録の変化・情報共有の仕方の変化	21	2.4%
対応について、考えるようになった、考察の癖がついた	19	2.1%
連携するようになった(職員間、他職種、他機関)	16	1.8%
ケアの標準化に繋がった	15	1.7%
統一した指導ができるようになった	12	1.3%
特に変化はなかった	57	6.4%

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

介護キャリア段位制度に取り組んだことによる介護職員の変化・効果(アセッサーによる回答)
(2019～2021年評価 n: 889)



介護キャリア段位制度に取り組んだことによる変化 (アセッサー回答)

<ケアが丁寧になった> <声かけがかわった> <利用者主体のケア> <根拠に基づくケア>

- ・ 利用者に対して一方的に声掛けしケアしていたが、声掛け納得して頂いてからケアをするように変化した。健康状態に変化が見られる時は個人ファイルから既往歴や食事量や水分量等をチェックするようになり観察力がついたと思います。
- ・ 利用者への体調確認の必要性や認知症への言葉かけの仕方などケアの仕方が丁寧になるようになった。
- ・ 説明と同意について、かなり丁寧になった。
- ・ 普段そこまで細かく意識して行動していない点についても、よく考え、より丁寧な介助を心掛けていた。利用者のADL状況についても、出来る能力について新たに気付いたり、利用者への介助時の声掛けの変化が見られた。
- ・ 技術の向上が見られ、それに伴い患者様とのコミュニケーション能力も高くなった。コミュニケーション能力の向上は、患者様の心と身体の変化にかかわり、介護がしやすくなったり、事故の軽減につながるということを理解するようになった。
- ・ 評価を受ける前よりも入居者の観察やコミュニケーションを丁寧に行い、少しでも入居者の状態に応じたケアに繋げようと努めるようになった。また、実施後にケアの振り返りを行うことを意識的に取り組んでいる。
- ・ 利用者の問題点、目標など細かい部分まで把握しようと努力が見られ、どのように設定したらいいか?など自分で考える力が付いた。
- ・ 利用者と接する機会が自然と増加した。
- ・ これまでよりも考え方や高齢者への接し方が根拠を考えながら対応できるようになった。また、周りの職員も見習って真似をして対応している場面もみることが出来た。
- ・ 根拠に基づいた説明を意識するようになり、なんとなくやってしまった、なんとなく伝えていた部分が明確に伝えられるようになった。
- ・ 被評価者が今まで以上に物事を考えて業務に取り組むようになりました。
- ・ 利用者との関り方が変わってきた。利用者の小さな行動など気づく事が多くなってきた。職員間での情報共有もまめにとる様になった。
- ・ 様々なケースや支援を改めて考察することが出来たと思う。

<記録の仕方>

- ・ 一番は、記録の充実だと思います。事実しか記録しない傾向がありましたが、アセッサーや被評価者が丁寧に記録することで数人の職員も同じように記録するようになりました。
- ・ 日常業務内での利用者に対する視点や観察力が向上し、それが日々の経過記録にも反映されている。
- ・ 評価ごとの項目を確認しながら、普段行っている記録の記入や介護技術の再確認ができた事で、利用者の観察・対応・記録とレベルが向上していると思います。

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

<意見交換、勉強の機会>

- ・ 利用者への対応や介助方法について、より良いケアを行うためにはどうしたらよいか、と意見交換する機会が増えました。
- ・ 他職員も改めて、介護の基本に立会い、互いに勉強をする機会になり、良い相乗効果が、会話がうまれていた。
- ・ 職員間で一つの同じ基準のなかでお互いにどのようにしているかディスカッションすることが習慣化されている。

<他職員に目が行くようになった> <他職員に指導できるようになった>

- ・ 本人の介護技術を見直すことによって、指導側につく場合に根拠を持って説明が出来るようになったと報告があった。
- ・ 他の職員の対応を見て自分の勉強になり、新人職員に適切に分かり易く教育することが出来た。多職種の連携もできやすくなった。

<自信に繋がった> <モチベーションがアップした>

- ・ 日ごろの自身の介護を見直し、正しい根拠のある介護技術を学んだことにより自信がついたように見受けられる。
- ・ 細やかな気配りや仕事への積極性が見られる。
- ・ 介護業務に対する意識の向上につながり、一人一人に合った介助方法を考えるきっかけ作りとなった。
- ・ 評価を行った事で、「しないといけない」ではなく、自信をもって「私がしてあげたい」と思え、モチベーションや介護スキルが向上したと思えた。
- ・ 理解が深まる毎にモチベーションが上がった。ケアの行動、実施以外でも記録に対し根拠に基づくケアはできる。介助と記録で「ケア」になることが深く理解できた。
- ・ 考える力・前向きな行動・気持ちの変化があり、効果あったと思います。
- ・ 今回の評価で自身に一定の介護スキルがあることが証明されたことで、より仕事に対する意欲が高まっているようです。

<周囲への影響> <ケアの標準化>

- ・ 朝礼・終礼・会議・ミーティングでの場での発言が、被評価者に感化されて他の職員からも増えていった。事業所内で「統一した介護」を行う上でのベースになっていることは感じました。レベル認定がまだ行われていない職員に対しても評価項目を参照して指導を行う事に繋がった。
- ・ 介護技術に関する質疑やどうしたらよいか等の話がスタッフ間で多く話をしており、事業所内の介護スキルが全体として挙がってきているように思えた。同じ方向性を持ち、利用者に向き合うことで安全に介護を行える等が見られた。

3. 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する各調査を受けて

本章では、今後の介護サービス共通にて取り組むべき重点課題として示されている、「感染症や災害への対応力強化」、地域包括ケアシステムの推進として「認知症への対応力向上に向けた取組の推進」「看取りへの対応の充実」「医療と介護の連携の推進」、また「自立支援・重度化防止の取組の充実」といった項目に対する介護職員の対応力強化の取り組みを、過去に実施した調査を介護職員の資質実態や資質向上といった観点において整理するとともに、今回のデータ分析・調査により、対応力強化の取り組み前の実態、取り組みの実施内容、取り組みの結果としての対応事例を示し、取り組みによる対応力強化の一連のプロセスを明らかにした。

過去実施した調査において、入浴介助・食事介助・排泄介助といった基本介護については、1・2年で「できる」ようになるが、介護福祉士の有資格者であっても「介護過程の展開」や「終末期ケア」については5年以上経験年数を積み重ねても半数が「できていない」との結果が示され、「地域包括ケアシステムの取り組み」に至っては、20年以上経験年数を積み重ねた職員でさえも、半数以上が「できていない」との結果が示されており、介護現場において対応力強化の取り組みがキャリアパスとして組み込まれていない実態を明らかにしている。(1. (1))

更には課題対応力の基盤をなす、利用者への声掛け、説明と同意の確認、体調確認、安全配慮などの基礎的なスキルについては、2・3年目までは向上の取り組みがされているが、その後は取り組みが鈍化し、10年を超えた辺りからは基礎的なスキルの低下傾向がみられるという、非常に懸念すべき実態が明らかとなり、課題対応力強化にむけては、経験年数の長さに関わらず、定期的に介護スキルをチェックする仕組みといった基盤整備が必要であることを示している。(1. (2))

また、課題対応力向上に向けたOJTの実施期間については、短期的にできるものではなく6か月程度の期間を見る必要があり、いつまでに、どのような内容について、どのような方法で教育訓練を行うかを記載したOJT実施計画を指導者並びに指導を受ける介護職員同士で認識合わせをしておかないと、OJTが実施されず、対応力強化が失敗に終わる懸念があることを示し、定期的にOJTを実施することが定着化されていない事業所では、根拠に基づく介護が実践されることなく、チーム内の連携さえもうまうかなくなる負の連鎖に陥る可能性があることも示している。(1. (3) (4))

その上で今回、課題対応力強化の取り組み前の資質実態、それを踏まえた取り組みの内容、取り組みを実施した結果としての対応事例のそれぞれを示すため、介護キャリア段位制度に関わる蓄積されたデータを分析・調査したところである。

まず、課題対応力強化の取り組み前の資質実態として、介護サービス共通にて取り組むべき重点課題として示されている、「認知症ケア」「介護過程の展開」「感染症対策」「終末

第三章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

期ケア」「地域包括ケアシステムの取り組み」について焦点をあて分析したところ、いずれの項目についても、介護の経験年数5・6年の介護職員と、10年、15年・20年の介護職員との間で、できる割合が「変わらない」という非常に由々しき結果がみられた。(2.

(1) ④)

これは、介護現場において必要とされる対応力が身についた時点で、それ以外の対応力強化については、環境の変化や対応が求められる事象が発生しない限り、一切取り組みがされない、成長し難い環境であるといえる。現に介護サービス種別において分析した結果によると、対応が求められる事象が発生しやすい訪問介護は、重点課題として示されている項目についてできる割合が高く示されている一方、施設系サービスにおいては、施設内で完結してしまうことが多いため、地域包括ケアシステムの取り組みについては、できる割合が経験年数を重ねたとしても低いままとなっている。(2. (1) ⑤)

こうした状況を打破する、介護職員の行動変容をきたす取り組みがまさに介護キャリア段位制度への取り組みである。介護キャリア段位制度の評価項目には、対応力強化の取り組みが求められる重点課題が盛り込まれており、評価を通じて初めて自分自身でできていないことが明確となり、どのようにOJTを受けるべきか、あるいは実施すべきかが明確となることで、成長の道筋、真のキャリアパスが描けることとなっている。(2. (2))

また、介護キャリア段位制度の取り組みに関するデータには、資質向上が記録されているデータもあり、対応力強化が図られたことで、介護現場で発生した課題に対してどのように対応したか、課題対応力が向上した根拠(エビデンス)も記録されており、本調査においてはその事例として示したところである。(2. (3))

介護キャリア段位制度の取り組みによる効果は資質向上にとどまらず、介護職員の意識変化であり、指導的立場の職員の意識変化をもたらし、ひいては介護職員全体のモチベーションアップにつながることで、職場定着に大きく寄与している。実際、介護キャリア段位制度で実施している、介護事業所の中で指導的立場にある介護職員が受講するアセッサー講習を受講した後、介護キャリア段位制度に取り組む意義について訊くと、明確な介護技術評価基準を用いて評価することで、できる・できていないを把握しOJTに繋げていくだけでなく、そのOJT指導内容も明確となり指導しやすくなった、との意見が挙げられており、介護キャリア段位制度に取り組みレベル認定を取得した介護職員からは、声掛けや利用者とのコミュニケーションの仕方が変わった、丁寧に対応するようになった、振り返り思考するようになった、意見交換・相談するようになった、モチベーションがアップしたとの意見が挙げられている。我流を修正し、根拠に基づくケアを実践することで、自信に繋がり、視野の広がりにつながり、利用者へのアセスメントの深化、学習意欲に繋がったとの変容につき、評価者(アセッサー)からも同様の評価が示されており、全国共通の指標を用いる事での安心と自信に裏付けられた変容が報告されている(2. (4) (5))

課題対応力強化にあたっては、利用者や家族とのコミュニケーション、職員間のコミュニケーション、関係機関とのコミュニケーションといったコミュニケーション力向上が

第Ⅲ章 介護職員における課題対応力強化に向けた取り組みに関する調査

必須であり、こうした意識変化によるコミュニケーション力向上をもたらす介護キャリア段位制度への取り組みは、介護職員による真の OJT が実施されることになるといえ、OJT を通じた他者評価の仕組みがあることが、課題対応力向上促進に繋がっているといえる。

