

## ■第4章 介護過程の推進・ 定着に向けた効果検証の実施



# 1 効果検証の枠組み

## (1) 目的と方法

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

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

対象：実践事例調査対象の7施設

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

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

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

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

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

対象：アンケート調査回答施設等より有意に抽出した5施設

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

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

## (2) A 実践事例調査対象施設に対する効果検証の実施

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

事前に以下の「効果検証項目」を通知し、作業部会委員によるヒアリングにより実施した。ヒアリングは、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から全てリモート（Zoom）実施としている。

### A の効果検証項目

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

### 効果検証のためのヒアリング日時と A 対象施設 一覧

ヒアリング日時	種別と所在地	対象施設及び対象者
2月21日（日） 11時～12時	障害者支援施設 （東京都）	社会福祉法人武蔵野会 障害者支援施設 リアン文京 総合施設長
2月22日（月） 14時～15時	障害者支援施設 （埼玉県）	社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 総合施設長
2月24日（水） 12時～13時	介護老人保健施設 （愛知県）	社会福祉法人明翠会 特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか 介護統括主任
2月25日（木） 14時～15時	障害者支援施設 （大分県）	社会福祉法人直心会 障害者支援施設 修光園 施設長
2月25日（木） 17時～18時	地域密着型 介護老人福祉施設 （京都府）	社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋 地域密着型介護老人福祉施設 きたおおじ 統括施設長
2月26日（金） 17時～18時	介護老人福祉施設 （埼玉県）	社会福祉法人彩光会 特別養護老人ホーム あげぼの 介護主任
2月27日（土） 17時～18時	介護老人保健施設 （埼玉県）	埼玉医療生活協同組合 介護老人保健施設 あいの郷 入所介護部門主任

### (3) B 新規協力施設における効果検証の実施

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

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

#### B 新規協力施設における効果検証の流れ(全施設共通)

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

#### B の効果検証項目

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

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

### B 実施施設と具体的取り組み等 一覧

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

## A 及び B の効果検証 実施施設



## (4) B 新規協力施設における効果検証の取り組みの記録

### ①障がい者支援施設 第二うちがた 取り組みの記録

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



## ②介護老人保健施設 リバーサイド春園 取り組みの記録

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

### ③介護老人保健施設 もえぎ野 取り組みの記録

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

#### ④指定介護老人福祉施設 成蹊園 取り組みの記録

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

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

## ⑤特別養護老人ホーム 中野けんせいえん 取り組みの記録

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

## 2 A 実践事例調査対象施設に対する効果検証結果

### (1) A 介護過程に対する考え・意識への変化（ヒアリング結果）

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

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

## (2) A 自施設の課題についての再認識・発見（ヒアリング結果）

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



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

### (3) A 参考となった書式や取り組みの工夫など（ヒアリング結果）

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

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

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

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

## (5) A その他（ヒアリング結果）

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

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