

認定介護福祉士養成研修

生活支援・介護過程に関する領域

認定介護福祉士としての介護実践の視点 個別支援計画作成と記録の演習 自職場事例を用いた演習

自立に向けた介護実践の指導領域

応用的生活支援の展開と指導 地域における介護実践の展開

学習コンテンツ

令和3年3月

一般社団法人 認定介護福祉士認証・認定機構

目 次

第1部 生活支援・介護過程に関する領域	1
第1章 ガイドライン	1
領域名	／ 1
科目名	／ 1
科目のねらい	／ 1
科目の到達目標	／ 2
認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方	／ 3
研修の展開上の考え方	／ 4
本科目を介護福祉士に教授するうえでの留意点	／ 4
【参考】 認定介護福祉士養成研修の展開デザインと経験学習	／ 5
第2章 教材資料集	7
第1節 認定介護福祉士としての介護実践の視点	7
1 根拠に基づいた介護とは	／ 7
2 生活支援・自立支援を実践するための介護とは	／ 21
3 生活支援・自立支援のためのアセスメント（サービス管理責任者 研修資料より）	／ 31
4 個別支援計画作成の視pointsの獲得	／ 40
第2節 個別支援計画作成と記録の演習	48
1 事例に沿った個別支援計画の作成・評価・修正と指導	／ 48
2 個別支援計画に沿った記録様式の作成、記録方法の習得と指導	／ 63
第3章 講義・演習の展開例	68
自職場事例を用いた演習	68
第2部 自立に向けた介護実践の指導領域	79
第1章 ガイドライン	79
領域名	／ 79
科目名	／ 79
科目のねらい	／ 79

科目の到達目標 / 80

認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方 / 81

研修の展開上の考え方 / 81

本科目を介護福祉士に教授するうえでの留意点 / 81

本科目と養成研修との関係 / 82

【参考】 認定介護福祉士養成研修の展開デザインと経験学習 / 82

第2章 講義・演習の展開例 84

地域における介護実践の展開 84

第1部 生活支援・介護過程に関する領域

第1章 ガイドライン

領域名

生活支援・介護過程に関する領域

科目名

認定介護福祉士としての介護実践の視点
個別支援計画作成と記録の演習
自職場事例を用いた演習

科目のねらい

認定介護福祉士は下記の役割を果たすものであるが、本領域の3科目は、特に「①介護職チームの統括的なマネジメント」「②多職種間・機関間連携のキーパーソン」にかかわる科目である。

- ①介護職チームの統括的なマネジメント
- ②多職種間・機関間連携のキーパーソン
- ③地域における介護力の向上

本領域の3科目は、認定介護福祉士養成研修Ⅰ類の研修体系に属している。Ⅰ類における科目は下記を学ぶ位置づけである。

- 介護福祉士養成課程では学ばない新たな知識（医療、リハビリ、福祉用具と住環境、認知症、心理・社会的支援等）を習得し、多職種との連携・協働を含めた認定介護福祉士としての十分な介護実践力を完成させる。
- 利用者の尊厳の保持や自立支援等における考え方にたった介護過程の展開を、介護職の小チーム（ユニット等、5～10名の介護職によるサービス提供チーム）のリーダーに対して指導するために必要な知識を獲得する。

本領域の3科目はⅠ類科目の最後の位置づけであり、各科目では、それぞれ次の教育目的が示されている。

【認定介護福祉士としての介護実践の視点】

- 介護実践が根拠に基づいていることを理解し、自立を目指した介護実践の視点を獲得させる。

【個別支援計画作成と記録の演習】

- 利用者の状態に即した個別支援計画作成・評価することができる力を育成する。
- 個別支援計画を実施する際の記録様式の作成、記録方法を評価し、新しく開発する力量を形成するとともに指導できる力を育成する。
- 個別支援計画の作成をチームにおいて指導できる力を育成する。

【自職場事例を用いた演習】

- 事例から個別支援計画作成し、実施方法をチームにおいて検討することができる力を育成する。
- 計画を実施し、チームにおいて適切な記録から計画を評価し、課題を抽出し、計画を修正することができる力を育成する。

科目の到達目標

【認定介護福祉士としての介護実践の視点】

- ①知識を統合する科目として、根拠に基づいた介護の考え方、自立支援のための介護実践の視点を理解し、支援の枠組みを組み立てることができる。
- ②認定介護福祉士として、医療・リハビリテーション・認知症・心理社会的支援等の各領域で学んだ知識を統合して、介護過程の展開を確認する。
- ③地域生活を想定した介護実践が組み立てられる。

【個別支援計画作成と記録の演習】

- ①医療・リハビリ・認知症など、これまでに学習した知識をふまえたうえでアセスメントを行い、課題を明確化し、個別支援計画を評価することができる。
- ②利用者の全人的理解や他専門職からの情報を統合し、個別支援計画を作成することができる。
- ③作成した個別支援計画に沿った記録様式の作成と記録方法を評価し、他職員に指導できる。
- ④チームにおいて個別支援計画作成の指導ができる。

【自職場事例を用いた演習】

- ①事例について、各種の知識を活用し、利用者の全人的理解や他専門職からの情報等を統合し、適切なアセスメントにより、個別支援計画を作成することができる。
- ②個別支援計画を実施するにあたり、個別支援会議を開催し、個別支援計画を全体に周知することができる。
- ③個別支援計画の実施内容を評価・指導することができる。
- ④実施内容の評価から、チームにおいて計画を修正することができる。
- ⑤個別支援計画と実施内容の妥当性について評価し、指導することができる。

- ⑥介護福祉士としての介護観・支援の考え方・倫理観を共有し、個別支援計画とその実施記録を検討することができる。

認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方

【認定介護福祉士としての介護実践の視点】

- 介護福祉士養成課程では、「介護過程」について、介護過程の意義・目的を学ぶなかで、根拠に基づく介護実践や個別ケアの重要性についても学ぶとともに、介護過程の展開方法についても学ぶ。しかし、介護過程の意義、目的、展開方法などについて学ぶものの、シミュレーションに留まっている、また、医学知識、運動学、障害・疾患別のリハビリテーションの知識等を総合的に活用して介護過程を展開する実践的知識を習得するには至らない。
- 本科目では、認定介護福祉士養成研修で習得した、医療・リハビリテーション・認知症・心理社会的支援の知識を統合し、なおかつ自身の現場実践をふまえながら、自立に向けた介護実践の視点を取り入れた支援が組み立てられる実践的知識を習得する（＝臨床や実践に関する知識領域）ことを目標とする。

【個別支援計画作成と記録の演習】

- 介護福祉士養成課程では、「介護過程」についての基本的考え方は学ぶが、チームへの指導や記録様式の開発までは学んでいない。
- 本科目では、「認定介護福祉士としての介護実践の視点」科目を受けて、なおかつ自身の現場実践をふまえながら、認定介護福祉士自身が個別支援計画作成できることはもとより、介護職チームのメンバーが作成した計画の指導・修正をすることができる実践的知識（＝臨床や実践に関する知識領域）と技術（SKILL）を習得することを目標とする。また、作成した個別支援計画に沿った記録様式を開発し、記録方法を評価して、介護職チームのメンバーに指導できる実践的知識（＝臨床や実践に関する知識領域）と技術（SKILL）を習得することを目標とする。

【自職場事例を用いた演習】

- 介護福祉士養成課程では、介護職チームの個別支援計画作成や記録、修正の指導については学んでいない。
- 本科目では、「個別支援計画作成と記録の演習」科目を受けて、自職場で、介護職チームにおける個別支援計画の作成・実施、実施内容や記録内容の評価・指導ができる実践的知識（＝臨床や実践に関する知識領域）と技術（SKILL）を習得することを目標とする。

研修の展開上の考え方

【認定介護福祉士としての介護実践の視点】

- 「インストラクションの理解」と「講義の理解」の確認を行うこと。
- 大項目1、2をはじめに学び、その後の大項目3、4は、それぞれ大項目2を踏まえた学習内容とする。
- 講義と演習（個人ワークからのグループワーク）を組み合わせる。
- 本科目に続く科目（個別支援計画作成と記録の演習、自職場事例を用いた演習）への接続を意識した展開とする。
- 本科目は、課題学習を可とする時間の設定はされていない（全てを集合研修とする）。

【個別支援計画作成と記録の演習】

- 「認定介護福祉士としての介護実践の視点」科目で受講者がそれぞれ作成した個別支援計画を活用することが望ましい。
- 「インストラクションの理解」と「講義の理解」の確認を行うこと。
- 講義と演習（個人ワークからのグループワーク）を組み合わせる。
- 当該領域の他科目（認定介護福祉士としての介護実践の視点、自職場事例を用いた演習）との関連性と継続性を意識した展開とする。特に、「自職場事例を用いた演習」とは関連性が深く、一体的な研修展開が望ましい。
- 本科目は課題学習を可とする時間の設定はされていない（全てを集合研修とする）。

【自職場事例を用いた演習】

- Ⅰ類全科目の最後の科目でもあることから、これまでの知識を総活用し、研修内容を構成すること。
- 当該領域の他科目（認定介護福祉士としての介護実践の視点、個別支援計画と記録の演習）との関連性と継続性を意識した展開とする。特に、「個別支援計画と記録の演習」とは関連性が深く、一体的な研修展開が望ましい。

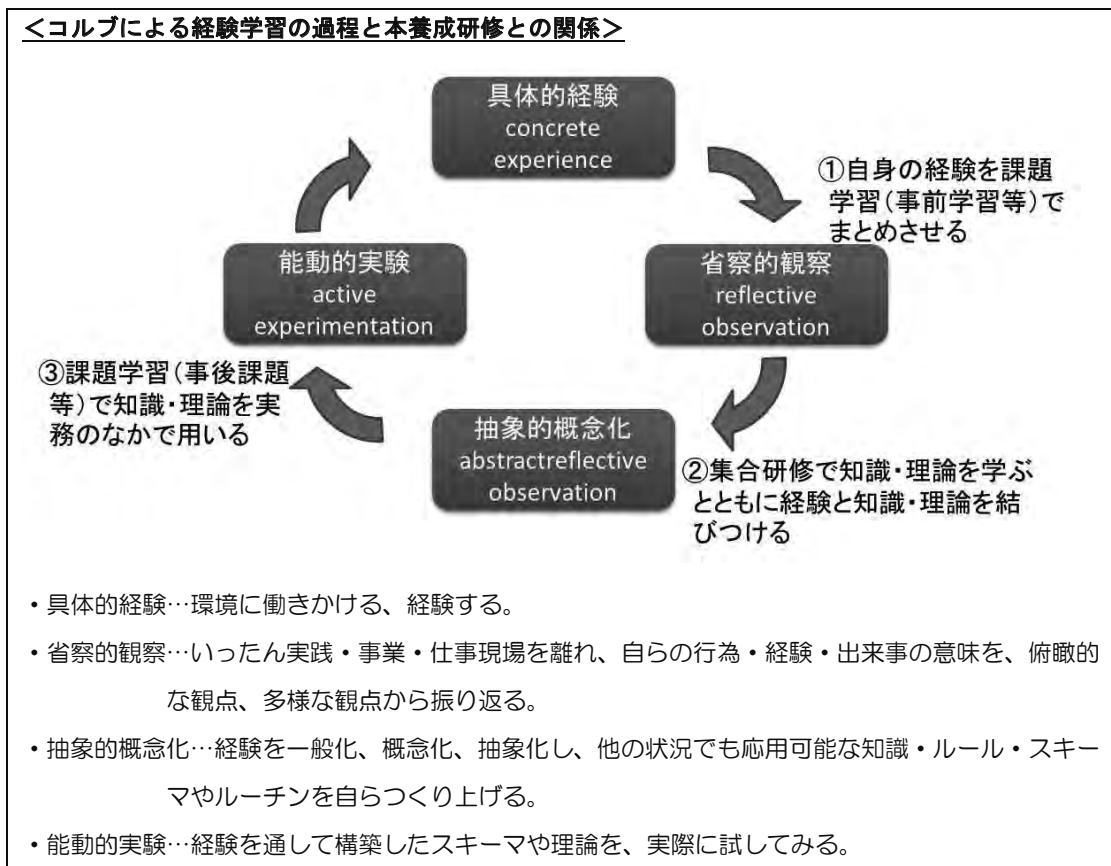
本科目を介護福祉士に教授するうえでの留意点

- 本領域の3科目はⅠ類全科目の最後に位置づけられる科目でもあることから、これまでの知識を総活用し、研修内容を構成すること。
- また、「認定介護福祉士としての介護実践の視点」「個別支援計画作成と記録の演習」「自職場事例を用いた演習」の3科目は一体で展開されるものであるため、これら3科目の連続性をよく理解しておくことが望まれる。
- 受講者のなかに、実践の取り組みを行う所属先がない等の場合も想定される。その場合は、実務に就いていた施設・事業所の職員を指導し、この課題を実施した経過と評価をまとめることとする。

【参考】認定介護福祉士養成研修の展開デザインと経験学習

認定介護福祉士養成研修の受講者は、一定の実務経験を有する現任の介護福祉士である。各科目の展開のデザインにあたっては、下記の経験学習の考え方を参照されたい。

- 介護福祉士（受講者）が業務で実際に遭遇する場面と、知識・理論を結び付けるような学習を行わせることで、実務において知識・理論を想起し、知識・理論を用いて実務を分析できるような思考枠組みを獲得させる。
- そのために、①まず受講者に自身の経験を課題学習（事前学習等）でまとめさせる、②集合研修で知識・理論を学ぶとともに経験と知識・理論を結びつける演習を行う、③課題学習（事後課題等）で知識・理論を実務のなかで用いることで知識・理論の応用力を身につけさせる、という流れが基本となる【経験学習サイクル】。



- 必要な知識・理論のすべてを集合研修で教授することはできないため、課題学習の時間に有効に割り当てることが必要である。
- 実務経験があるがゆえに、専門職としての視点のみに立ち、利用者、家族、地域住民、他の専門職や行政など、多様なステークホルダーからの視点・価値観に気づかない場合がある。研修によって、多様なステークホルダーそれぞれの見方やニーズに気づかせることで、これまで培われた自身の見方・価値観・思考枠組みを相対視させることが重要となる。
- 実務経験があるがゆえに、自身の実務経験に基づいて習得した方法を絶対視し、知識・理

論に基づく思考枠組みの形成や、物の見方の転換・相対化が困難な場合がある。研修によって他者の経験から学ぶことで、これまで培われた自身の見方・思考枠組みを相対視させることが重要となる。

- 受講者がどのような施設・事業所で実務経験を重ねたかによって、経験した業務内容にかなりの違いがある。このことが介護福祉士の役割についての理解や介護観等に大きな影響を与えている。講師はこのことを理解したうえで、受講者が互いの経験を共有し、これまで培われた自身の見方・思考枠組みを相対視させるとともに、施設・事業所の違いにかかわらず介護福祉士として共有すべき介護観や役割、アイデンティティについて、受講者が十分に省察できるよう支援することが重要となる。

第2章 教材資料集

第1節 認定介護福祉士としての介護実践の視点

1 根拠に基づいた介護とは

1-1 EBCの理解

本来は EBP (evidence-based practice) エビデンスに基づく実践という用語が医療系の臨床で広く活用されるようになった。EBP は、従来 EBM (evidence-based medicine) として始まり、コメディカル(看護師、薬剤師・理学療法士・作業療法士等)や教育分野とその他に広がった¹。また、看護では EBN (evidence-based nursing) という表記のように、専門領域に応じて用いられてきたが、EBP 自体が多職種による学際的な取り組みであることを背景として、現在では専門領域を問わず EBP という表記が一般的に用いられるようになった。

看護における EBP の代表的な定義は、「最適なケアの決定のために、利用可能な最良のエビデンスと看護の臨床的専門技能、そして患者・家族の選択 (preference) の三者を結合するプロセスである」とする Titler 等による定義が用いられている (Titler、Mentes、Rakel、Abbott & Baumler, 1999)。EBP は欧米を中心として、医学領域では 1990 年代に重大な関心事となり、2000 年代には看護学領域に波及した。

1-1-1 日経デジタルヘルスの記事

介護分野にも EBC(evidence-based care)として、この流れが波及している。2016 年 5 月 27 日の日経デジタルヘルスで以下の記事が掲載されている²。

「介護の初心者と熟練者のスキルの違いは、どこにあるのか。情報学や画像認識技術、機械学習などを活用してそれを定量的に評価する——。そうした、EBM (evidence based medicine) ならぬ“EBC (evidence based care) ”の時代が訪れようとしている。高齢者ケアに関して近年、注目を集めている概念に「ユマニチュード (Humanitude) 」がある。知覚や感情、言語による包括的なコミュニケーションに基づくケアの技法だ。認知症を患った高齢者では、自らが受けているケアや治療の意味を理解できず、拒絶や暴言、暴力などの行為に訴えるケースが少なくない。そうした高齢者に対してとりわけ有効なケア技法とされる。「IT ヘルスクア 第 10 回記念学術大会」(2016 年 5 月 21~22 日、主催：IT ヘルスクア学会) で企画されたシンポジウム「これからの認知症ケアとデータ活用」では、国立病院機構 東京医療センター 総合内科医長

¹ 「根拠に基づく実践」ウィキペディア (Wikipedia)

<https://ja.wikipedia.org/wiki/%E6%A0%B9%E6%8B%A0%E3%81%AB%E5%9F%BA%E3%81%A5%E3%81%8F%E5%AE%9F%E8%B7%B5>

² 日経デジタルヘルス

<https://tech.nikkeibp.co.jp/dm/atcl/feature/15/327441/052600074/?ST=health&P=3>

の本田美和子氏が登壇。ユマニチュードの概要と実践、その効果について語った。本田氏らは最近、ユマニチュードの実践や評価に「情報技術を取り入れる」（同氏）試みに力を入れている。共同研究者として同氏に続いて登壇し講演したのが、静岡大学大学院 総合科学技術研究科 助教の石川翔吾氏と京都大学大学院 情報学研究科 准教授の中澤篤志氏である。

石川氏は、情報学のアプローチから認知症ケアを分析し体系化する「認知症情報学を立ち上げたい」と話す。介護者のコミュニケーション技法を映像に基づいてモデル化し、ケアの良し悪しを定量的な指標で評価できるようにする。こうした取り組みを通じ「EBM（evidence based medicine）とEBC（evidence based care）が融合する世界がやってくる」（同氏）とらむ。ここに向けて、Web ベースのコミュニケーション分析ツールを開発。介護現場で交わされるコミュニケーションを、認知症ケアスキルの観点から多角的に分析できるスキームをここに実装した。具体的には、認知症ケアスキルを「Intra-modality」「Inter-modality」「Multimodal-interaction」という3つの要素で表現するスキームを設計した。Intra-modality は「見る」「話す」「触れる」といった行動の最小単位を表す。Inter-modality は Intra-modality 間の関係（同時性や連続性、順序関係）を表し、Multimodal-interaction は言語や非言語によるインタラクションなど、行為者間の関係を表す。このような表現手法によって、介護現場でのコミュニケーションを可視化し、ケアを定量的に評価できるようにする。

石川氏らは、認知症患者の口腔ケアについて、ユマニチュードを学習する前と後の介護者のスキルを映像で分析する検証を行った。その結果、ユマニチュードの学習前後で介護スキルに大きな差が見られることが分かった。ケアスキルを数値化することで、本人は優しく接しているつもりでも被介護者との「関係性を築けていなかったと分かり、納得感を持ってケアの改善につなげられる」（同氏）。

こうした手法を通じ、介護熟練者の実践知をモデル化し、初心者への学習支援などに活用する狙いがある。今回の手法ではケアの最中に「何をしているか」の分析は手動で行っており、今後はセンサーを使った分析の自動化や、感情・意識・合意形成にまで踏み込んだコミュニケーション分析が課題になるとした。

中澤氏は、石川氏が課題に挙げた「分析の自動化」に取り組む。同氏はかねて、視線検出技術など、科学的手法で人の行動を分析する研究を進めてきた。そこでは、画像認識や機械学習などの手法を活用する。米国ではこうしたアプローチは「計算論的行動科学（Computational Behavior Science）」と呼ばれ、映像や視線などの情報から乳幼児の自閉症を早期発見する試みなどが進められているという。生後 2～6 カ月の乳児の「視線を検出すると、正常な場合と（自閉症の）ポテンシャルのある場合ではかなり行動が異なることが分かってきた」（中澤氏）。

同氏らはこうしたアプローチを、一人称視点の映像に基づく介護スキルの評価に応用する。具体的には、カメラと加速度センサーを内蔵したヘッドセットを介護者の頭部に取り付け、「被介護者との顔の距離」「顔の方向（正面から見ているか）」「視線の高さ（同じ高さで見ているか）」「アイコンタクトができていないか」などの特徴量を数値化する。これらの特徴量を、画像認識と機械学習を使って自動抽出する手法も開発した。

実験では、介護現場におけるケアの映像から、アイコンタクトや顔の方向などをまずは手動で解析。介護熟練者と初心者の間で、それらの数値に大きな差があることを確かめた。さらに、顔検出ができたフレーム数やアイコンタクトを検出したフレーム数を、映像から自動解析。これらの数値にも熟練者と初心者間に大きな差があることを示した。今後、今回の手法の信頼性をさらに高めるとともに「介護スキルの自己トレーニングにも応用できるのではないかと考えている」（中澤氏）。

この記事からもわかるように、介護スキルを視覚的（定量的）に評価できるようにし、介護の初心者と熟練者では何処に違いがあるのかを明らかにする試みがなされている。この結果、初心者と熟練者の介護技術の違いが明らかになれば、介護技術を初心者に教えることが容易になる。これまでは、経験を積まないとわからなかった技術が定量的に評価され、視覚的に捉えることができれば、なぜそのようにするのかといった根拠を考え、根拠を基に初心者に教えることができるようになる。多くの介護経験が少ない職員にとって、根拠と具体的な技術が容易に結びつき、少ない経験でも質の高い介護が実践できる。このような内容から EBC が必要とされる理由がわかる。

1-2 介護実践に基づいた根拠

以下の表は A さんの 100 日間に渡る、朝食時、昼食時、夕食時、午前、午後、夜間の水分量と排便の有無、午前、午後、夕方の覚醒度を表したものである。介護記録でよく見られるデータである。

日	朝食時の水分	昼食時の水分	夕食時の水分	備前の水分	午後の水分	夜間の水分	排尿量	便の有無	午前の覚醒度	昼食時の覚醒度	午後の覚醒度	夕食時の覚醒度
101	350	350	150	200	250	0	1324	0	2	2	2	2
102	350	250	350	250	350	100	869	1	2	2	2	2
103	300	250	250	150	250	30	1023	1	3	2	1	2
104	350	350	250	250	350	100	1582	0	2	2	3	2
105	300	350	350	300	250	50	820	1	1	2	3	2
106	150	250	250	250	300	150	1098	0	2	2	3	2
107	300	250	350	350	350	50	1010	1	1	2	2	2
108	350	200	250	150	200	150	1023	1	3	2	3	2
109	400	450	350	350	350	50	1815	1	3	3	3	3
110	250	350	350	350	250	150	1466	1	2	2	1	2
111	300	250	250	300	300	80	1820	0	1	2	2	2
112	300	300	350	250	350	50	1143	1	3	3	3	2
113	150	200	150	200	200	150	732	1	2	2	1	2

排便があったときは 1、ない時は 0 と記載する。覚醒度 1 は低度、2 は中度、3 は高度として記載する。単純に一日の総水分量と排便の関係を見ると次項の表となる。

単純ではあるが A さんは一日の総水分量が 1400cc を超えると排便する確率が高くなることがわかる。このようにして、A さんの水分量が一日どの程度排便に必要なかがデータで示される。このような結果がわかる背景には、記録を数値化した結果である。普段の介護実践が数値化されることで、それぞれの利用者にとって適切な摂取水分量（この場合は排便が起こりやすい水分量）がわかる。

覚醒度については数値化することが難しいかもしれない。記録者が日によって違うので、どのような状態であれば、覚醒度が低、中、高と判断するのか、介護職員間で統一する必要

がある。記録もチームで実施することから、介護職員チームの判断基準を統一する話し合いがもたれる必要がある。

1日の総水分量階層と排便の有無のクロス表

	排便の有無		合計
	排便なし	排便あり	
1日の総水分量 1000-1200cc	6	4	10
1201-1400cc	7	7	14
1401-1600cc	10	15	25
1601-1800cc	7	21	28
1801-2100cc	2	21	23
合計	32	68	100

1-2-1 介護実践から根拠を探す(グループワーク)

1-2-2 その人の持つ能力を発揮できる環境の整備

各自の施設・事業所で実施している介護実践には、全ての行為に何らかの根拠があるから、その行為を実施している。簡単な事例でなにげない介護に全て根拠があることを学ぶ。

<実施方法>

事例の提示、具体的な介護方法を考える。一つひとつの介護について、その根拠を考える。

<事例>

ベッドで臥床している太郎さん（78歳、男性）は脳血管疾患の後遺症で右片麻痺となり、左上下肢にはある程度の筋力・持久力があります。座位はつかまれば可能であり、つかまり立ちも可能です。しかし、自分から動こうとする意欲に乏しく、すぐに職員に頼ってしまう傾向があります。太郎さんの動こうとする意欲を引き出し、車いすに移乗させ、散歩の後、ベッドに寝かせください。

- 1) 太郎さんの介護の手順書の作成（個人ワーク）
- 2) グループとしての考え方をまとめる
- 3) グループ発表で各グループの考えを全体で共有する

<展開例>

***介護の手順書を作成するまでの作業**

1. 太郎さんを知る

<追加情報>

- ・好きな食べ物はスイカです。
- ・趣味は陶芸です。
- ・外が好きです。
- ・子供は好きです。孫（小学校5年生）をととてもかわいがっています。
- ・好きなスポーツは野球、テニス、バドミントンです。
- ・好きな野球チームはジャイアンツです。
- ・昔はよく後樂園に行きました。
- ・言っていることはわかりますが、うまく言葉になりません。

2. その他知らなければならないことは？

- ・太郎さんの起因となっている疾患について、どのような症状が現れるのか
身体麻痺、精神的状況や認知の程度（言語、視覚などを含む）等について調べましょ
う。

3. 太郎さんの身体的の能力がどの程度なのか？

臥位から座位、座位から立位などができる身体能力なのか

4. 太郎さんが自ら動こうとしないのは何故なのか？

何か意欲に関する疾患がないのか、それとも性格的なものなのか

この程度の内容を調べて、初めて介助方法に関する手順書が作成できます。この手順書で実際にやってみて、不都合があったら修正します。

5. 介護手順書の作成

太郎さんの介護の方針（個人で作成した後、グループで考えましょう）

○移乗（車いす→←ベッド）に関して、自分で出来る身体能力があるのか？

<回答>ある ないか

根拠

○ある・ないとすれば、どのようにして持っている身体能力を引き出し、介助するのか？

身体能力を阻害している要因の分析

身体能力を引き出す介助方法

介助手順の作成、太郎さんに話しかけるところから、手順書を作成しなさい。

1. _____
根拠 _____

2. _____
根拠 _____

3. _____
根拠 _____

4. _____
根拠 _____

5. _____
根拠 _____

6. _____
根拠 _____

7. _____
根拠 _____

8.

根拠

9.

根拠

10.

根拠

必要があれば付け足しなさい。

1-3 介護の科学化

以下、現在開発されている機器を2点紹介する。介護実践で改善したくても、どのようにすればよいのかわからず、これまでの介護を継続するしかない状態から、介護機器の導入により実践方法が変わることが期待されている機器である。

1-3-1 ヘルパッド（臭いセンサ）による排泄介助の革新

Helppad は、臭いで尿と便を検知する排泄センサで、介護におけるオムツ交換をサポートする製品である。臭いセンサが内蔵されているシートをベッドに敷く事で、排泄物を検知し、オムツ交換のタイミングを通知する装置である。



この装置は PC に排尿・排便の時間データが送られ、個別に排尿・排便の時間に関するデータが積み上げられていく。そのデータを基に、個別に排尿・排便時間を割り出し、おむつ交換することで、オムツ交換が遅れる事による不快感、尿や便の漏れを防ぐ事ができる。また、オムツや衣服を着用したままでも排泄を検知する事が出来るので、利用者と介護職員の双方に精神的ストレスや体力的な負担をかけない³。介護職員も、これまでは定時のオムツ交換であったが、その人の排泄パターンを予測してトイレ介助が可能となり、おむつ外しが実現する可能性を秘めている。

³ 株式会社 aba ホームページより

1-3-2 パラマウントベッド 見守り支援システム 眠りSCAN⁴



眠りSCANはマットレスの下に設置したセンサにより、体動（寝返り、呼吸、心拍など）を測定し、睡眠状態を把握します。眠りSCANを活用することでケアプランの改善やスタッフの業務負担軽減、入居者の生活習慣の改善などに役立てることができる。

○眠りSCANの設置方法・測定方法

センサをマットレスの下に敷いてスイッチを入れるだけで測定可能となる。測定されたデータは自動で機器本体の内蔵メモリーに記録される。記録されたデータの閲覧や管理は眠りSCAN Viewerをインストールしたパソコンで行うことができる。



⁴ パラマウントベッドホームページより<https://www.paramount.co.jp/learn/reductionworkburden/nemuriscan>

○安心な見守りとタイムリーな介護をサポートする「システム」



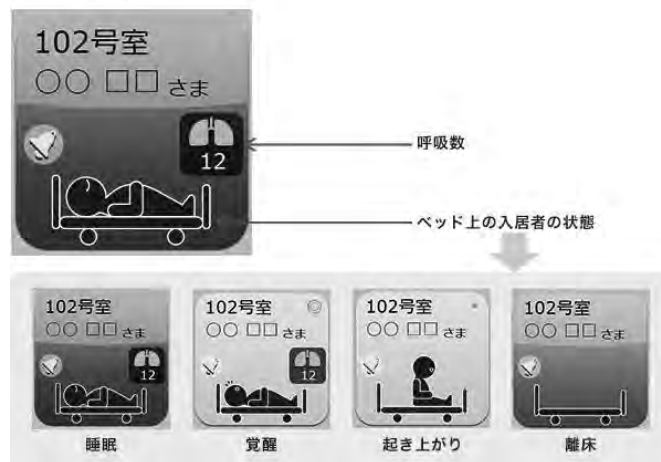
センサで得られた入居者の状態を、パソコンや携帯端末でリアルタイムに確認することができる。また、予めお知らせの設定をすることで、入居者の状態変化があった場合はその情報を各端末に通知することも可能となる。これらの機能を活用することで、入居者やスタッフにとって安心な見守りとタイムリーな介護をサポートすることができる。

○リアルタイムモニター機能

リアルタイムモニター



アイコン説明



○目が行き届く安心な見守り

居室での「睡眠・覚醒・起き上がり・離床」が分かるので、スタッフの少ない夜間も入居者の状況に合わせた介護・見守りが可能となる。

- ・入居者の生活や行動に合わせた介護

目が覚めているときに介護をすることで、介護の優先順位づけ、入居者の安全・安心、満足度の向上につながる。

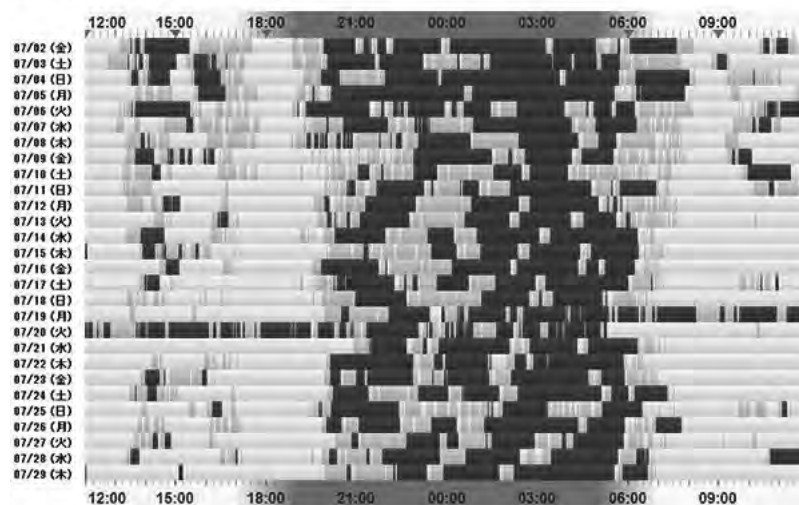
- ・スタッフの労働環境の改善

居室での状況が見える化されることで、行動の変化が予測できるようになりスタッフの精神的負担を減らすことが見込める。また、無駄な訪室回数を減らすことができ、効率的な業務がおこなえる。

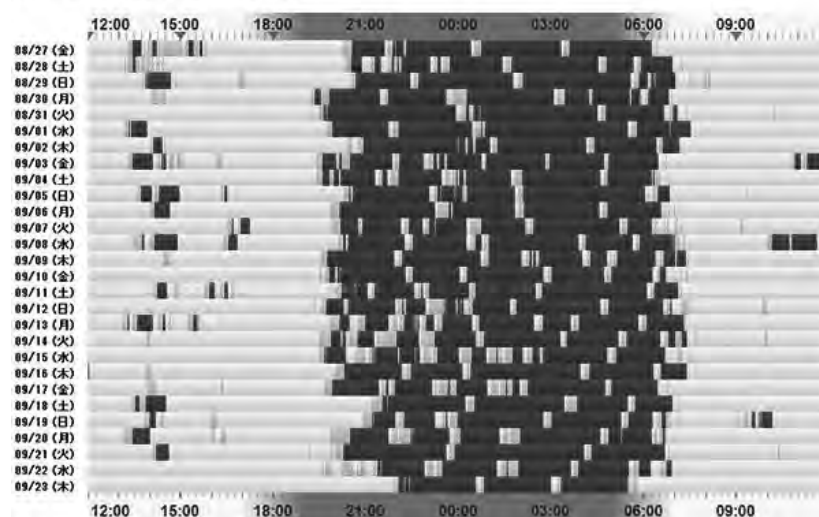
○利用者の状態変化が把握できる（睡眠日誌で生活リズムを把握）

生活リズムを把握することで個人に合わせたサービスを提供することができる。入居者の生活リズムに合わせてサービスを提供することで、生活習慣の改善を図ることができる。下図ではサービスを改善することによって入居者の夜間の覚醒（オレンジ色部分）が減り、しっかりお休みになられていることが分かる。

サービス改善前の睡眠日誌



サービス改善後の睡眠日誌



このように、これまでデータ化できなかった状態を機器の力でデータ化し、そのデータを基に介護を実践の根拠を見つけ、実践する介護の科学化が可能となる。

排尿・排便の正確な時間を図ることは困難であった。そのため、おむつ交換を定時に行う施設が多かった。利用者はおむつが濡れていて、気持ち悪くても定時になるまで交換してもらえなかった。また、介護職員も腰を曲げた同じ動作を長時間実施することで腰痛等を発症する危険があった。これらを改善するためには、個々の利用者の排便・排尿パターンを正確なデータで確認しなければならない。家庭の介護では可能でも、多くの利用者を抱える施設では困難なデータが機器の活用で可能となり、介護が革新される可能性があるもちろん、機器を使わなくても、これまでの知識を使って、介護を実践することも科学化につながる。例えば、ドアノブが丸く左右に回転させてあけるドアがあったとする。そりドアを開けること

ができない高齢者がいれば、何故ドアノブを回すことができないのか、上肢の筋力はある低度確保されていて、箸で食事をすることも可能な高齢者がドアノブを回すことができない。高齢になると回外・回内筋の低下が著しく、箸などを使うことはできても、ある低度負荷がかかるドアノブには対処できないことを知識として知っていれば、ドアノブの形状を変更し、上肢を上下することで開閉できるドアノブに変更すればよいことがわかる。この変更だけで、ドアの開閉の介助をすることがなくなる。

高齢や障害に特有の能力の変化等を科学的な知識として蓄えることも、科学的な介護を実践する際の大きな力となる。その意味で、これまでこの研修を通して学んだ知識を再確認する必要がある。

<ポイントまとめ>

★EBCとは

本来は EBP(evidence-based practice)エビデンスに基づく実践という用語が医療系の臨床で広く活用されるようになった。EBP は、従来 EBM (evidence-based medicine) として始まり、コメディカル（看護師、薬剤師・理学療法士・作業療法士等）や教育分野とその他に広がった。また、看護では EBN (evidence-based nursing) という表記のように、専門領域に応じて用いられてきたが、EBP 自体が多職種による学際的な取り組みであることを背景として、現在では専門領域を問わず EBP という表記が一般的に用いられるようになった。

この流れで、ケアにもエビデンスが求められている。「エビデンスに基づいた介護」ということで、EBC が使用される。

★介護実践から根拠を探す

なにげない介護にも全て根拠があり、その根拠に従って介護していることをしる。また、根拠に基づいた介護がなければ、自立支援もできない。

2 生活支援・自立支援を実践するための介護とは

2-1 介護実践の視点

2-1-1 尊厳、QOL、自立支援、生活の継続、自己決定(意志決定支援)

これら全ては、これまでの研修で学んだ内容である。各研修内容を復習すること。尊厳と意志決定支援について以下簡単にまとめる。

○尊厳

・国際法による個人の尊厳

1945年(昭和20年)に調印・発効した国際連合憲章は、「基本的人権と人間の尊厳及び価値と男女及び大小各国の同権とに関する信念をあらためて確認」として、人間の尊厳(個人の尊厳)を基本原理としている。

また、1948年(昭和23年)に国連総会で採択された世界人権宣言も、前文で「人類社会のすべての構成員の固有の尊厳と平等で譲ることのできない権利とを承認することは、世界における自由、正義及び平和の基礎」、「国際連合の諸国民は、国際連合憲章において、基本的人権、人間の尊厳及び価値並びに男女の同権についての信念を再確認」とし、1条で「すべての人間は、生れながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利とについて平等である。」と定めて、個人の尊厳を基本原理としている。

1966年(昭和41年)に採択されて1976年(昭和51年)に発効した国際人権規約もこの流れを受けて、「経済的、社会的及び文化的権利」を定めたA規約、「市民的及び政治的権利」を定めたB規約のいずれも前文で、「これらの権利が人間の固有の尊厳に由来することを認める」としている⁵。

・日本国憲法における個人の尊厳

日本においては、第二次世界大戦後の1947年(昭和22年)に施行された日本国憲法が、13条に「すべて国民は、個人として尊重される。」、24条2項に示されるように「個人の尊厳」(個人の尊重)と人格価値の尊重を基本原理とした。日本国憲法の根底には「個人の尊厳」の理念があるとされる。日本国憲法の三大原理として挙げられる**国民主権、基本的人権の尊重、平和主義**も、「個人の尊厳」を根拠とすると考えられている。

⁵ ウィキペディア

<https://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%80%8B%E4%BA%BA%E3%81%AE%E5%B0%8A%E5%8E%B3>

- ・「障害者の権利条約」の前文で次のように記載されている。

障害者の権利宣言 前文

国際連合憲章において宣明された原則が、人類社会の全ての構成員の固有の尊厳及び価値並びに平等のかつ奪い得ない権利が世界における自由、正義及び平和の基礎を成すものであると認めていることを想起し、

○意志決定支援

- ・意志決定支援ガイドライン（障発 0331 第 15 号）平成 29 年 3 月 31 日）

2017年3月31日付で厚生労働省社会・援護局傷害保健福祉部長から各都道府県知事、指定都市市長、中核市市長宛に「障害福祉サービスの利用等にあたっての意志決定支援ガイドラインについて」が発出されている。（資料）

意思決定支援に関する関係条文

○障害者がどこで誰と生活するかについて選択の機会等が確保される旨の規定

○障害者総合支援法

（基本理念）

第一条の二 障害者及び障害児が日常生活又は社会生活を営むための支援は、全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するため、全ての障害者及び障害児が可能な限りその身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられることにより社会参加の機会が確保されること及びどこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと並びに障害者及び障害児にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものの除去に資することを旨として、総合的かつ計画的に行わなければならない。

○国及び地方公共団体が障害者の意思決定の支援に配慮する旨の規定

○障害者基本法

（相談等）

第二十三条 国及び地方公共団体は、障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、障害者及びその家族その他の関係者に対する相談業務、成年後見制度その他の障害者の権利利益の保護等のための施策又は制度が、適切に行われ又は広く利用されるようにしなければならない。

○知的障害者福祉法

（支援体制の整備等）

第十五条の三 市町村は、知的障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、この章に規定する更生援護、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定による自立支援給付及び地域生活支援事業その他地域の実情に応じたきめ細かな福祉サービスが積極的に提供され、知的障害者が、心身の状況、その置かれている環境等に応じて、自立した日常生活及び社会生活を営むために最も適切な支援が総合的に受けられるように、福祉サービスを提供する者又はこれらに参画する者の活動の連携及び調整を図る等地域の実情に応じた体制の整備に努めなければならない。

○指定事業者等及び指定相談支援事業者が利用者の意思決定の支援に配慮する旨の規定

○障害者総合支援法

(指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者の責務)

第四十二条 指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者(以下「指定事業者等」という。)は、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、障害福祉サービスを当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害者等の立場に立って効果的に行うように努めなければならない。

(指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者の責務)

第五十一条の二十二 指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者(以下「指定相談支援事業者」という。)は、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、相談支援を当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害者等の立場に立って効果的に行うように努めなければならない。

○利用者に必要な情報提供を行う旨の規定

○障害者総合支援法

(定義)

第五条第十七項 この法律において「基本相談支援」とは、地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と市町村及び第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整(サービス利用支援及び継続サービス利用支援に関するものを除く。)その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与することをいう。

意思決定支援ガイドライン策定の背景

※「障害者総合支援法施行3年後の見直しについて」(平成27年12月14日社会保障審議会障害者部会報告書)より抜粋

5. 障害者の意思決定支援・成年後見制度の利用促進の在り方について

(2) 今後の取組

(基本的な考え方)

○ 日常生活や社会生活等において障害者の意思が適切に反映された生活が送れるよう、障害福祉サービスの提供に関わる主体等が、障害者の意思決定の重要性を認識した上で、必要な対応を実施できるようにするとともに、成年後見制度の適切な利用を促進するため、以下のような取組を進めるべきである。

(意思決定支援ガイドライン)

○ 意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセス(サービス等利用計画や個別支援計画の作成と一体的に実施等)、留意点(意思決定の前提となる情報等の伝達等)を取りまとめた「意思決定支援ガイドライン(仮称)」を作成し、事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有し、普及を図るべきである。あわせて、意思決定支援の質の向上を図るため、このようなガイドラインを活用した研修を実施するとともに、相談支援専門員やサービス管理責任者等の研修のカリキュラムの中にも位置付けるべきである。

なお、ガイドラインの普及に当たっては、その形式的な適用にとらわれるあまり、実質的な自己決定権が阻害されることのないよう留意する必要がある。

(障害福祉サービスにおける意思決定支援)

○ また、障害福祉サービスの具体的なサービス内容の要素として「意思決定支援」が含まれる旨を明確化すべきである。

「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」の概要

I 趣旨

- 障害者総合支援法においては、障害者が「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保」される旨を規定し、指定事業者や指定相談支援事業者に対し、「意思決定支援」を重要な取組として位置付けている。
- 今般、意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセスや留意点を取りまとめたガイドラインを作成し、事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有することを通じて、障害者の意思を尊重した質の高いサービスの提供に資することを目的とするもの。

II 総論

1. 意思決定支援の定義

意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意志決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討のために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう。

2. 意思決定を構成する要素

(1) 本人の判断能力

障害による判断能力の程度は、意思決定に大きな影響を与える。意思決定を進める上で、本人の判断能力の程度について慎重なアセスメントが重要。

(2) 意思決定支援が必要な場面

① 日常生活における場面

例えば食事・衣服の選択・外出・持せつ・整容・入浴等基本的な生活習慣に関する場面の他、複数用意された余暇活動プログラムへの参加を選ぶ等の場面が考えられる。

日頃から本人の生活に関わる事業者の職員が、場面に応じて即応的に行う直接支援の全てに意思決定支援の要素が含まれている。

② 社会生活における場面

自宅からグループホームや入所施設等に住まいの場を移す場面や、入所施設から地域移行してグループホームや一人暮らしを選ぶ場面等が、意思決定支援の重要な場面として考えられる。

体験の機会の活用を含め、本人の意思確認を最大限の努力で行うことを前提に、事業者、家族や成年後見人等が業まり、判断の根拠を明確にししながら、より制限の少ない生活への移行を原則として、意思決定支援を進める必要がある。

(3) 人的・物理的環境による影響

意思決定支援は、本人に関わる職員や関係者による人的な影響や環境による影響、本人の経験の影響を受ける。

3. 意思決定支援の基本的原則

- (1) 本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うことが原則である。本人の自己決定にとって必要な情報の説明は、本人が理解できるよう工夫して行うことが重要である。
- (2) 職員等の価値観においては不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するよう努める姿勢が求められる。
- (3) 本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活の場面や事業者のサービス提供場面における表情や感情、行動に関する記録などの情報に加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら障害者の意思及び選好を推定する。

4. 最善の利益の判断

本人の意思を推定することがどうしても困難な場合は、関係者が協議し、本人にとっての最善の利益を判断せざるを得ない場合がある。最善の利益の判断は最後の手段であり、次のような点に留意することが必要である。

- (1) メリット・デメリットの検討
複数の選択肢からメリットとデメリットを可能な限り挙げ、比較検討して本人の最善の利益を導く。
- (2) 相反する選択肢の両立
二者択一の場合においても、相反する選択肢を両立させることを考え、本人の最善の利益を追求する。(例えば、食事制限が必要な人も、運動や食材等の工夫により、本人の好みの食事をしつつ、健康上リスクの少ない生活を送ることができないか考える場合等。)
- (3) 自由の制限の最小化
住まいの場を選択する場合、選択可能な中から、障害者にとって自由の制限がより少ない方を選択する。また、本人の生命・身体 of 安全を守るために、行動の自由を制限せざるを得ない場合でも、他にないか慎重に検討し、自由の制限を最小化する。

5. 事業者以外の視点からの検討

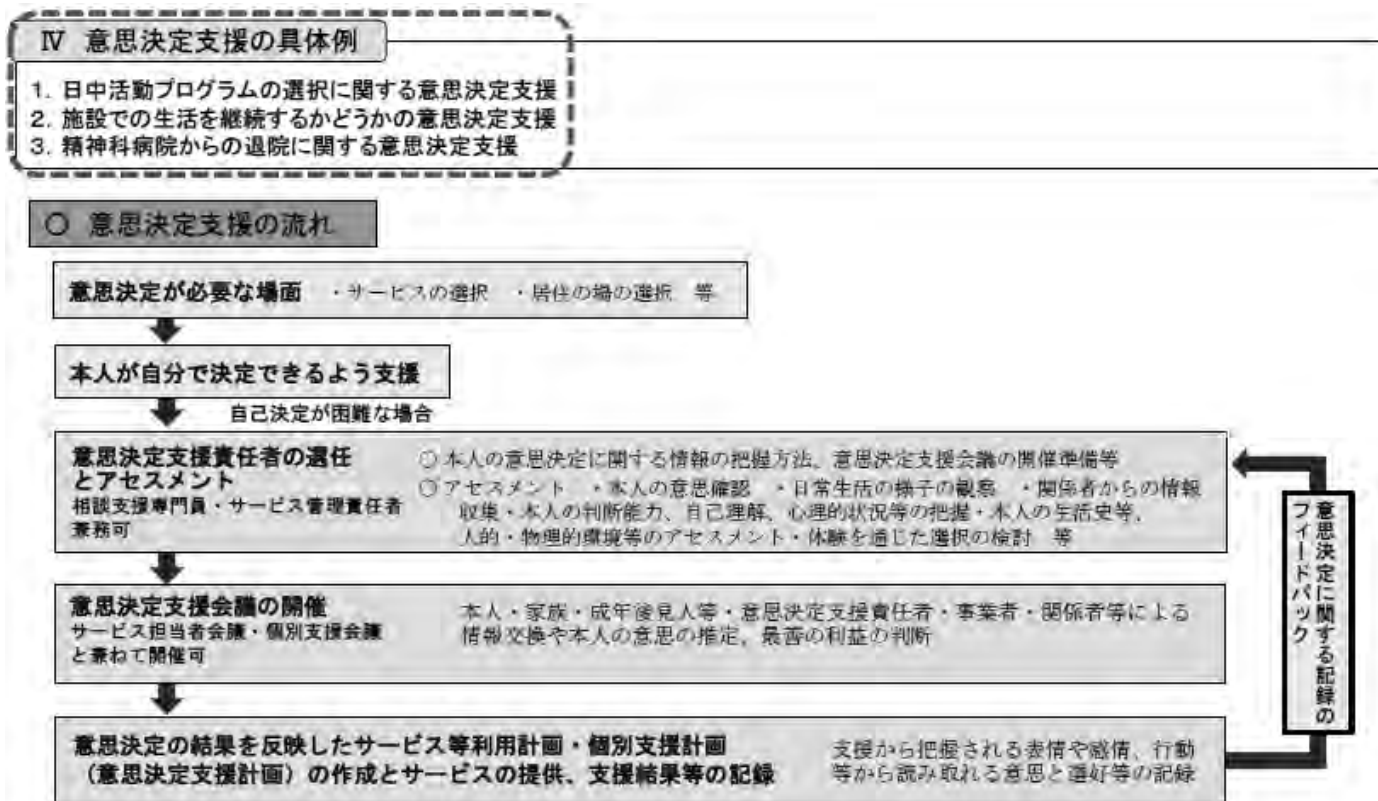
事業者以外の関係者も交えて意思決定支援を進めることが望ましい。本人の家族や知人、成年後見人、ピアサポーター等が、本人に直接サービス提供する立場とは別の第三者として意見を述べることで、多様な視点から本人の意思決定支援を進めることができる。

6. 成年後見人等の権限との関係

意思決定支援の結果と成年後見人等の身上配慮義務に基づき方針が齟齬をきたさないよう、意思決定支援のプロセスに成年後見人等の参画を促し、検討を進めることが望ましい。

このほかに各論が示されているので、「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu/0000159854.pdf>を参照すること。

意志決定支援に関するアセスメント表と個別支援計画（意志決定支援計画）の作成例を示す。



意志決定支援の具体的な例と意志決定支援の流れが示されている。意志決定支援も個別支援計画を作成することが求められている。当然、サービス等利用計画にも意志決定の結果を反映したものとならなければならない。

Aさんのための意思決定支援のためのアセスメント表

<p><意思決定支援が必要な項目></p> <p>Aさんが取り組みたい日中活動プログラムは？</p>	
<p><これまでの生活史></p> <p>○Aさんは1歳6ヶ月の検診で知的な発達遅れが指摘され、知的障害があることが分かりました。両親と3歳年上の姉、そして父方の祖母との5人暮らしでした。穏やかで人なつこい性格であったAさんは特に祖母に可愛いがられて育ちました。祖母が得意であった縄跳びをうれしそうに手伝ったり、祖母と一緒に近所に配って歩いたりしました。そのときに人から喜んでもらえるとAさんもとてうれしそうなお表情を見せていたそうです。</p> <p>○学校は小学校から特別支援学校に通いました。学校では友人と関わるのが好きで、いつも仲間と一緒に過ごしていました。でもたくさんの人で行動に集まったり、運動会などで大きな音がする場面などでは少しいららする様子が見られました。</p> <p>○言葉では意思を伝えることが難しいAさんでしたが好きな物には自ら積極的に取り組む変化、豊かな表情で周囲に気持ちを伝えることができました。</p> <p>○休日は家族と一緒に出かけられることもありましたが、お父さんとお母さんが自営業をされていたこともあり、Aさんのお出かけをしたいという気持ちに応えられない日も多くなってきたことから移動支援を利用して、ヘルパーと出かけるようになりました。</p> <p>○特別支援学校卒業後の進路は、就労継続支援B型事業所や生活介護事業所など3回の実習を重ねた結果、生活介護事業所を利用することになりました。</p>	
<p>意思決定支援会議のまとめ</p>	
<p><関係者から提供されたAさんの意思を判断するための手がかりとなる情報></p> <p>(家族)</p> <p>○Aさんは、祖母に可愛いがられて育った。</p> <p>○祖母が得意だった縄跳びをうれしそうに一緒にしていた。</p> <p>○縄跳びを近所に配ることについて行き、人から喜ばれるとうれしそうだった。</p> <p>(学校の教員)</p> <p>○友だちと関わることは好きだった。</p> <p>○静かな音楽を好んで聴いていた。</p> <p>○紙に絵の具で色を塗ることは好きで、集中して取り組んでいた。</p> <p>○ペットボトルのキャップの分類のような作業的なことはすぐ飽きてイスから立ち上がった。</p> <p>(移動支援ヘルパー)</p> <p>○森の中を散歩して、鳥のさえずりを聞くことと耳を澄ましてうれしそうにしていた。</p> <p>○人混みなど雑音の多い場所は苦手なようで表情が険しくなりイライラした感じになってしまう。</p>	<p><手がかりとなる情報から推定される本人意思></p> <ul style="list-style-type: none"> ・かわいがってくれる祖母のような人が好きなようだ。 ・祖母のような人と一緒に縄跳びなどをつくるのが好きなようだ。 ・作った縄跳びなどを配り、人から喜ばれることがうれしいようだ。 ・友だちと関わることは好きなようだ。 ・静かな音楽を好むようだ。 ・紙に絵の具を塗るなど、創作的な活動は好きなようだ。 ・ペットボトルのキャップの分類のような作業的なことはすぐ飽きてしまうようだ。 ・森の中を散歩して、鳥のさえずりを聞くとうれしいようだ。 ・人混みなど雑音が多い場所は、イライラして苦手なようだ。

Aさんの意思決定支援を反映した個別支援計画(意思決定支援計画)の作成例

利用者名 A 作成年月日 年 月 日

本人(家族)の希望	お菓子などを作ったりそれをあげたりすることで、いろんな人に喜んでもらえるとうれしい 絵を描いたり、静かな音楽を聴いたり、静かな場所で過ごすことが好き。騒がしい場所は嫌い
長期目標(内容、期間等)	Aさんが日中活動をもっと楽しめたり、新たな楽しみを見つけられる。(6ヶ月)
短期目標(内容、期間等)	Aさんにとって生活介護事業所が居心地の良い場所になる(3ヶ月)

□支援目標及び支援計画等

設定される本人の意思	支援内容	具体的取組 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先 順位
かわいがってくれる祖母のよう な人と一緒に饅頭などをつくら ことが好き。 作った饅頭などを配り、人から 喜ばれることがうれしい	Aさんが安心できるスタッフと お菓子作りを行い、できたお 菓子を配ることを通じて人と 関わる機会をつくる。	・Aさんが安心できるスタッフとお菓子作りの活動 に参加する ・本人が作業に取り組みやすいように行程や補助 具などに工夫する ・必要に応じて指示や介助を行う ・騒がしくないように配慮する	月・水・金 AM活動時・3ヶ月	生活介護事業所 Dグループ 調理活動担当D	-
静かな音楽を聞いたり、紙に 絵の具を塗るなど、創作的な 活動が好き。	静かな音楽が流れる部屋で、 紙に絵の具を塗るなど、創作 活動を行う。	・紙に絵の具を塗りやすいように、素材や道具を 工夫する ・部屋に静かな音楽を流す ・絵の具以外の創作活動も試してみる	火・木 AM活動時・3ヶ月	生活介護事業所 Dグループ 創作活動担当E	-
友だちと関わるのが好き。 森の中を散歩して、鳥のさえず りを楽しもう。	友だちと一緒に、鳥のさえずり を聞きながら森の中を散歩す る。	・事業所近くの森林公園内を散歩する ・一緒に散歩が楽しめる友だちをみつける	月・水・金 PM活動時・3ヶ月	生活介護事業所 Dグループ 散歩活動担当F	-

□支援開始後の見直しのための観点

意思決定支援が必要な項目	目的	内容	意思決定支援会議参加者	サービス提供機関(提供者・担当者等)	優先 順位
活動がAさんの意思を反映し ているか、検討するとともに、 支援開始後の様子から、Aさ んの意思について新たに気づ いたことがないか情報を共有 する。	意思決定支援会議開催、生 活介護利用後のAさんの様子 について関係者で情報交換 し、共有するとともに、Aさん の意思の推定を進め、活動内容 を見直す。	・生活介護事業所や自宅、移動支援事業利用中 等におけるAさんの様子を記録に基づき共有す る。 ・共有した情報に基づき、意思決定支援計画・個 別支援計画を見直す。	・Aさんご家族 ・生活介護事業所Dグループ担当者 ・相談支援専門員 ・移動支援事業所 ・意思決定支援責任者(サービス管理責 任者)	生活介護事業所 Dグループ 各活動担当者 サービス管理責任者	-

平成 年 月 日 利用者名 A 印 サービス管理責任者(意思決定支援責任者) 印

○地域で生きるとは

・障害者の権利宣言

国連総会は、

国連憲章の下で、より高い生活水準、完全雇用、経済的・社会的進歩と発展の諸条件を促進するため、国連と協同して共同行動および個別行動をとるとの加盟各国の誓約を心に留め、国連憲章で宣言された人権と基本的自由に対する信念および平和、人間の尊厳と価値ならびに社会正義の諸原則に対する信念を再確認し、世界人権宣言 13)、国際人権規約 14)、子どもの権利宣言 15)、精神遅滞者の権利宣言 16)の諸原則および、ILO、ユネスコ、WHO、ユニセフならびに他の関係諸機関の規約、条約、勧告および決議においてすでに設定された社会進歩のための諸基準を想起し、障害の予防と障害者のリハビリテーションに関する1975年5月6日の経済社会理事会の決議 1921 (第58全体会)もまた想起し、社会進歩と開発に関する宣言 17)が、身体的・精神的に不利な立場にある者の権利を保護し、その福祉とリハビリテーションを確保する必要性を宣言したことを強調し、身体的・精神的障害を予防し、障害者が最大限にさまざまな活動分野でその能力を発達させることを援助し、また、通常の生活に可能な限り統合することを促進する必要性を心に留め、現在の開発段階においては、いくつかの国々がこの目的のために限られた努力しか払えないことを承知し、障害者の権利に関するこの宣言を布告し、また、以下の権利を保護するための共通の基礎および枠組みとして用いられることを確保するための国内的・国際的行動を要求する。

1. 「障害者」(disabled person) という用語は、先天的か否かにかかわらず、身体的もしくは精神的な能力における障害の結果として、通常の個人生活と社会生活の両者もしくは一方の必要性を彼自身もしくは彼女自身では全面的にもしくは部分的に満たすことができない人を意味する。
2. 障害者は、この宣言に示されたあらゆる権利を享受できるものとする。これらの権利はいかなる例外もなく、また、人種、皮膚の色、性、言語、宗教、政治的もしくは他の見解、出身国あるいは社会的出自、経済状態、出生または障害者彼自身か障害者彼女自身もしくは彼か彼女の家族の置かれているなんらかの他の状況に基づく区別ないしは差別なく、あらゆる障害者に与えられるものとする。
3. **障害者は、人としての尊厳に関して固有の権利をもっている。障害者は、そのハンディキャップとディスアビリティの原因、性質、程度いかんにかかわらず、なによりもまず、可能な限り通常のまた十分な、しかるべき生活を享受する権利を意味するところの、同年齢の周囲の人びとと同じ基本的権利をもっている。**
4. 障害者は、他の人びとと同じ市民的・政治的権利をもっている：精神遅滞者権利宣言第7項は、精神的障害者に対するこうした権利のどのような制限もしくは抑圧にも適用される。

5. 障害者は、可能な限り自立することができるように企図された諸手段を受ける資格をもっている。
6. 障害者は、義肢・補装具を含む医学的・心理的・機能的治療を受ける権利をもち、その能力や技能を発展させ、彼らの社会的統合もしくは再統合の過程を促進する医学的・心理的リハビリテーション、教育、職業教育、訓練とリハビリテーション、援助、カウンセリング、職業斡旋サービスやその他のサービスを受ける権利をもっている。
7. 障害者は、経済的・社会的保障を受ける権利ならびに、しかるべき生活水準を保持する権利をもっている。彼らはその能力によって、雇用を確保したり維持し、あるいは有用で生産的で報酬が得られる職業に従事したり、また、労働組合に加入する権利をもっている。
8. 障害者は、経済的・社会的計画立案のあらゆる段階で、彼らの特別なニーズが考慮される資格をもっている。
9. **障害者は、その家族もしくは里親と共に生活し、また、あらゆる社会的・創造的活動もしくはレクリエーション活動に参加する権利をもっている。いかなる障害者も、彼もしくは彼女の居住に関する限り、彼もしくは彼女の状態のため必要であるか、または、彼もしくは彼女がそれによってなしうる改善に必要である場合以外は、差別的な扱いを受けないものとする。もしも、障害者が専門施設に入ることが不可欠であったとしても、そこでの環境および生活条件は、彼もしくは彼女の年齢の人達の通常の生活に可能な限り近づかなければならない。**
10. 障害者は、差別的、虐待的もしくは見くだすような性質のあらゆる搾取、あらゆる規則およびあらゆる取り扱いから保護されるものとする。
11. 障害者は、その人格および財産の保護のための的確な法的援助が必要不可欠とわかる場合には、それらを利用できるようにしなければならない。
もしも彼らに対して訴訟が起こされたならば、適用される法的手続きは、彼らの身体的・精神的状態を十分に考慮しなければならない。
12. 障害者の団体は、障害者の権利に関するあらゆる問題に有用な協議を受けることができる。
13. 障害者、その家族および地域社会は、この宣言に含まれる権利について、あらゆる適切な手段によって、十分に知らされなければならない。

3-1 アセスメント

(1) 初期面接時の状況把握

1. 事業の対象や提供するサービスの内容について情報を提供する
2. 一連のサービスの流れについて説明する
3. 必要に応じて、関係機関との調整を図る
4. 利用にかかる経費を説明する 等

専門用語を使わない
平易でわかりやすい言葉を用いる

実施方法

1. 各事業における利用者の対象像、提供するサービス内容について情報を提供する
2. 他の事業やサービスなど選択肢を説明
3. アセスメント→到達目標の設定→評価など一連のサービスの流れについて説明
4. サービス提供は、利用者との合意のもとで作成することや契約の内容に盛り込むことを説明
5. 必要に応じて他の事業者、市町村など関係機関と連携をとる
6. 個人情報の管理については慎重に行う

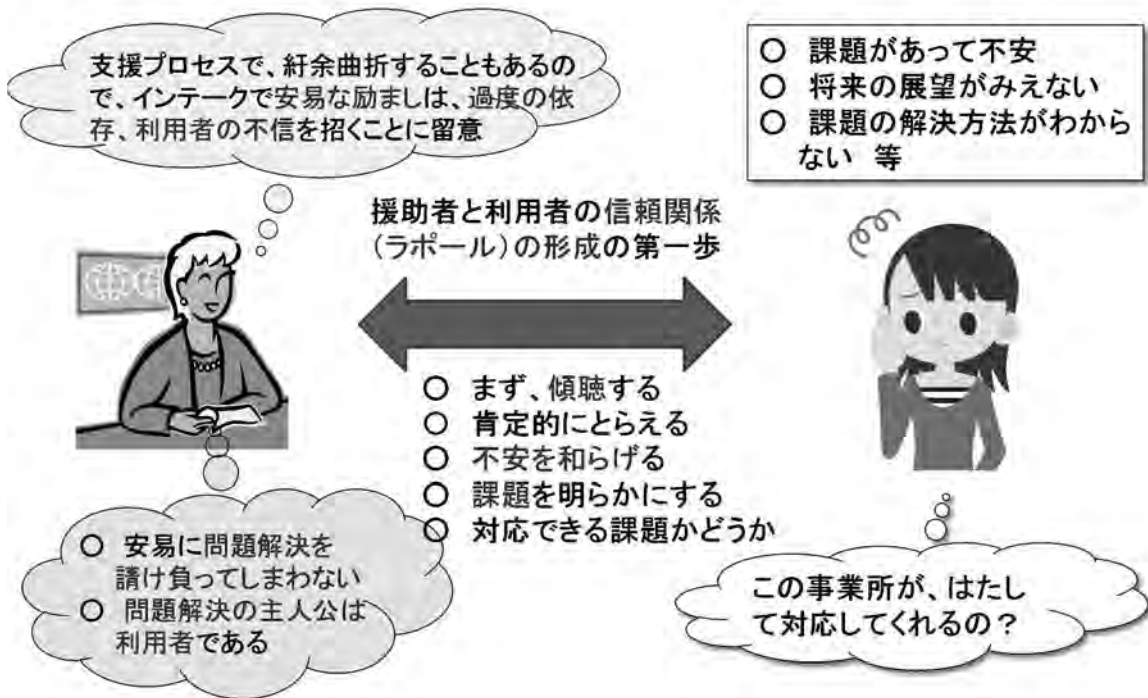
必要なツール

- ・初期面接受付表(あるいは調査表・プロフィール表)

初期面接(インテーク)では、本人の希望や訴えを理解し、援助を受ける意思を確認し、問題解決への動機づけを行ったりしながらお互いの信頼関係の構築を目指す。

また、事業所としての最初の説明の場でもある。必要に応じて、関係機関との調整を図りつつ、事業所として提供できるサービス等の機能と支援員の役割、事業の対象や提供するサービスの内容、一連のサービスの流れについて説明し、利用にかかる経費などについても説明する。この際、専門用語や自分たちにしかわからない略語を使わず、平易でわかりやすい言葉を使って話す。個人情報に関わることもありますので記録等の取扱いは慎重に行うこと。

初期面接(インテーク)では・・・



初期面接では、利用者は「この事業所が、はたして対応してくれるのだろうか?」と、不安を持って、あるいはこれまでうまくいかなかった経験があれば不信感を持って、面接に臨んでいるかもしれない。初期面接を、援助者と利用者の信頼関係(ラポール)の形成の第一歩ととらえ、まずは傾聴し利用者を肯定的にとらえることが重要である。そして、不安を和らげるとともに、対応できる課題かどうか考慮しつつ課題を明らかにしていく作業となる。その際、支援プロセスで、紆余曲折することもあるので、安易な励ましや問題解決の請け負いは、過度の依存や逆に不信を招くことにも留意しつつ、あくまでも問題解決の主人公は利用者であることを念頭に進めることが重要である。

(2) アセスメント

① 初期状態の把握

- ・ 身体状況や精神・心理状況など状態像の客観的な把握に努める
- ・ 分野別に項目を立てて把握する

実施方法

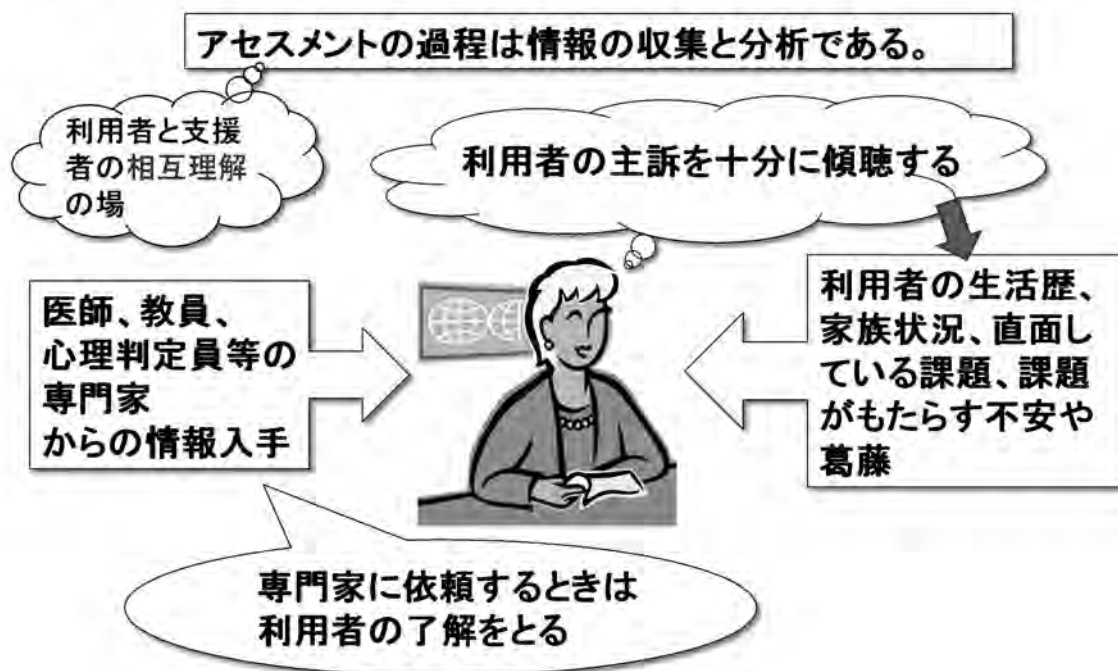
- ・ 信頼関係の確立を基礎として、面接などを通して把握する
- ・ アセスメントの意味をよく説明して同意を得る
- ・ 移動関連、生活関連、コミュニケーション関連など分野別に評価項目を設定する
- ・ 初期状態は今後の支援のベースラインとなり、中間評価・最終評価の際比較検討する情報となることから、数量化など、できるだけ客観的な把握に努める
- ・ 必要に応じて医師、PT、OT、STや心理職などと連携する
- ・ 初期状態を記録しておく

必要なツール

- ・ 初期状態把握票(アセスメントシートNo1)

アセスメントの過程で、まず、初期状態の把握を行う。初期状態は今後の支援のベースラインとなり、中間評価・最終評価の際比較検討する情報となることから、数量化など、できるだけ客観的な把握に努めることが重要である。また、漏れないように、移動関連、生活関連、コミュニケーション関連など分野別に評価項目を設定しておくことよい。必要に応じて、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士や心理職等と連携し、本人の同意を得たうえで情報を収集し、総合的な把握に努める。生活歴や家族歴等の基本情報については、相談支援専門員によるアセスメントの際、すでに把握しているため、ご本人の同意の下、あらかじめ情報共有しておくことよいが、信頼関係構築のためにも、サービス管理責任者等が直接面接で確認しておく事項もある。記録については、これ以降同様であるが、第三者が読んでもわかるように記載することを心がける。特殊な略語を使わない、本人が発した言葉のまま記載する等が必要である。

アセスメントは・・・



アセスメントの過程は、利用者と支援者の相互理解の場であり、さらに、利用者本人及び利用者を取り巻く環境の情報の収集と分析を行うことが求められる。そのためには、利用者の主訴を十分に傾聴し、利用者の生活歴、家族状況を聞きだすとともに、直面している課題、課題がもたらす不安や葛藤を探求し、さらに、利用者の了解を得たうえで、これまで本人と関わってきた医師、教員、心理判定員等の専門家からの情報入手を行い、個別にかつ総合的に利用者の状態像を客観的に把握する。

各事業の評価項目の例

※ 分野別評価項目は、各事業者ごとに設定。

区分	項目	できる	見守り等	一部介助	全介助	特記事項
移動・動作関連項目	寝返り(体位変換)					
	起き上がり					
	座位保持					
	両足での立位保持					
	歩行					
	移乗(重いすとベッド間)					
	移動(室内)					
	立ち上がり					
	片足での立位保持					
	洗身(入浴行為以外)					
身辺関連項目	えん下					
	食事摂取					
	飲水					
	排尿					
	排便					
	口腔清潔					
	洗顔					
	整髪					
	つめ切り					
	上衣の着脱					
生活関連項目	スボン、パンツの着脱					
	調理(献立を含む)					
	食事の配下膳(運搬)					
	入浴の準備及び後片づけ					
	調理以外の家事					
	買物					
	交通手段の利用					
	薬の内服					
	電話の利用					
	金銭の管理					
社会生活関連項目	社会性・協調性					
	活動参加					
	時間管理(遅刻・欠勤)					
	計算能力					
	計量・計測					
	金銭理解					
	読み書き					
	情報利用					
	状況判断					

就労関連項目	指示理解					
	修正能力・判別能力					
	作業の正確性					
	作業の持続性					
	作業のスピード					
	質問・報告					
コミュニケーション関連項目	単純作業					
	複合作業					
	日常の意志決定(日常生活における不安、悩み等に関する相談)					
医療的ケア(記述)	コミュニケーションの理解					
	コミュニケーションの表出					
問題行動(記述)						

初期状態を把握するためのアセスメントシート例

初期状態を把握するためのアセスメントシート例である。これらの評価項目については、一般的な様式を活用してもよいが、主な利用者の障害像から項目を追加し、より詳細な項目建てをするなど、事業所ごとに工夫してもよい。

(2) アセスメント

② 基本的ニーズの把握

- ・ 利用者や家族の意向を把握する
- ・ 訓練や就労状況、置かれている環境などの状況を把握する
- ・ 利用できる社会資源や関係機関を把握する

実施方法

- ・ 信頼関係の確立を基礎とし、面接などにより把握する
- ・ コミュニケーションの障害を有する障害者については、わかりやすい言葉で意向などを把握する
- ・ 家族の意向も把握する(家族と本人の意向が一致しているとは限らない)
- ・ 訓練や就労状況、環境などの状況を把握する
- ・ 今後利用できる社会資源や関係機関との連携の状況について把握する
- ・ 利用者の基本的ニーズの状況を記録しておく

必要なツール

- ・ 利用者のニーズ把握票(アセスメントシートNo2)

初期状態の把握とともに、基本的ニーズの把握を行う。まず、利用者や家族の意向がはっきりしている場合は、その意向を聞き取る。しかし、表明している言葉が真のニーズであるかどうかは分析が必要となる。これまで受けてきた医療や訓練、就労状況などを聞き取り、成功体験や失敗体験を把握する。また本人が置かれている環境などの状況を把握する。将来できる限り地域に溶け込んで暮らせるよう、本人が今後利用できる社会資源や関係機関との連携の状況について把握する。コミュニケーションの障害を有する障害者については、わかりやすい言葉や絵カードなどを用いて、好きなこと、やりたいこと等の意向を把握する。家族の意向も把握するが、このとき家族とご本人の意向が一致しているとは限らないことも念頭に置いておく必要がある。いずれにしても、初期の段階では、本人が表明した意向や周囲の状況から推測されるニーズとなる。実際に支援を実施してみてわかるということも多いので、本当のニーズ把握は支援開始後からだということだと思ふこと。

(2) アセスメント

③ 課題の整理

- ・ 利用者の初期状態や基本的ニーズの把握から、課題を整理する
- ・ 課題の整理に当たっては、全体の課題と各分野別の課題を整理する
- ・ 課題の整理にあたっては、優先順位を設定する

実施方法

- ・ 利用者の初期状態や基本的ニーズから、支援者の気づきなどを踏まえ、解決すべき課題を整理する
- ・ 解決すべき課題を、全体の課題と各分野別の課題に整理する
- ・ 各分野別の課題については、支援計画を作成するときの優先順位のために重要度・緊急度などを考慮しておく
- ・ 課題の整理を記録しておく

必要なツール

- ・ 課題の整理表

利用者の初期状態や基本的ニーズから、支援者の気づきなども踏まえて、解決すべき課題を整理する。その際、全体の課題と各分野別の課題に分けて整理するとともに、重要度・緊急度などを考慮して優先順位をつけて整理することが重要である。

課題の整理表

利用者氏名

No	意向等 ニーズの把握	初期状態の評価 (利用者の状況 ・環境の状況)	支援者の気になること ・推測できること (事例の強み・可能性)	解決すべき課題

14

(記入例)

課題の整理表

利用者氏名 ○○ ○○

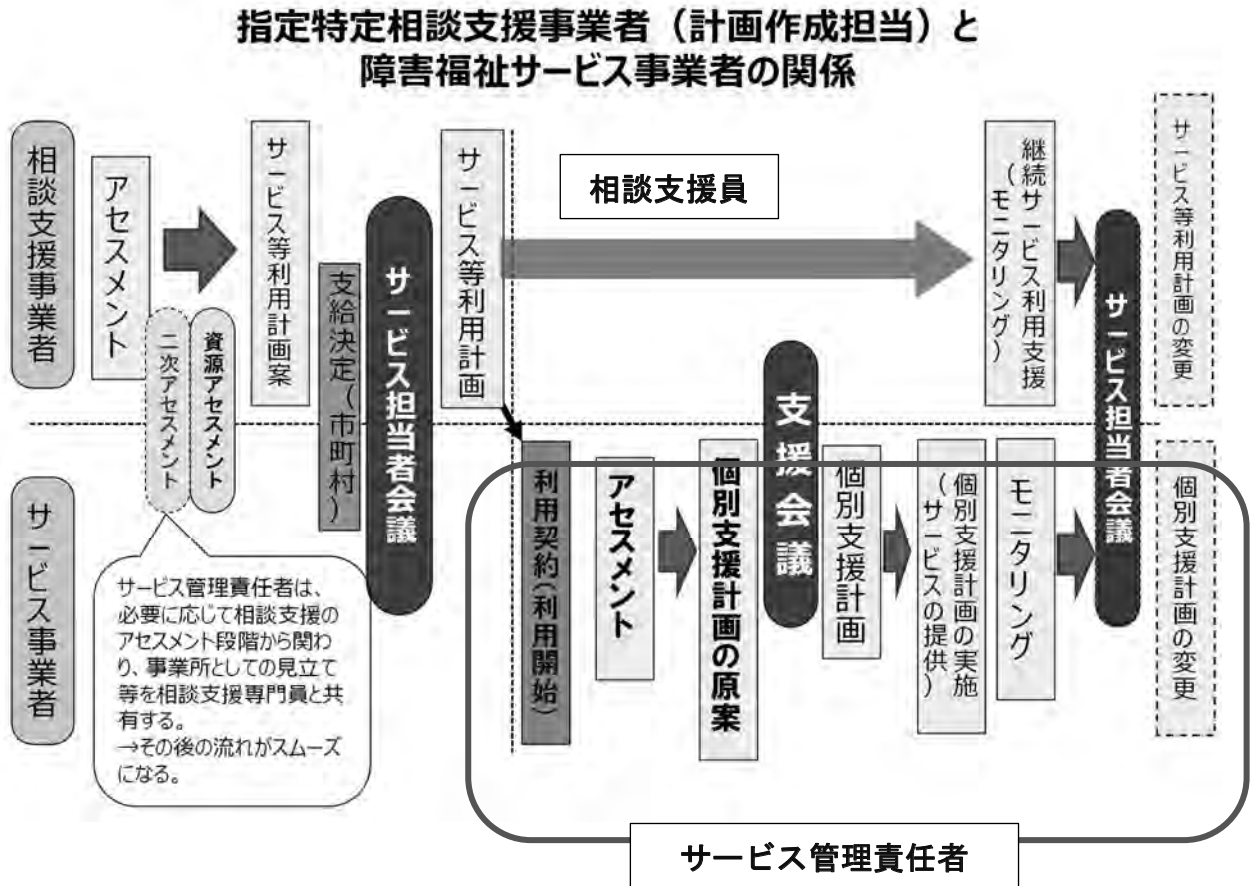
No.	意向等 ニーズの把握	初期状態の評価 (利用者の状況 ・環境の状況)	支援者の気になること ・推測できること (事例の強み・可能性)	解決すべき課題
1	仕事をして家族を少しでも養いたい	右片麻痺の状態ではあるが、パソコン操作が可能である。以前の職場でもP Cの経験がある。両手操作の際の工夫が必要。	①本人に合った仕事内容を支援者が把握できていない。 ②引きこもりがちであったため集中力や耐久力がもつか気になる。 ③PC操作が可能である。	①どのような仕事が本人に適しているかを探る。 ②生活状況を把握し、安定した通所を図る。
2	人との関わりを持ちたい	家族との関係は良好であるが、言語障害があり引きこもりがちになった。	①病院へ通院し言語療法を受けている。徐々に回復しているとのこと。	①言語療法士から日中活動の場での留意事項などを聞いておく。 ②人との関わりを増やすため、趣味のガーデニングで仲間を増やせないか、相談支援専門員へ情報提供。
3	またガーデニングができるようになりたい	庭の環境を整備すれば、能力的には可能である。	①花や観葉植物が好きで昔はよく育てていた。	①庭の環境整備の助言を行うとともに、相談支援専門員に情報提供し、趣味の活動を広げる方向で支援する。
4	在宅での生活を続けたい	家族の支援で生活は成り立っている。	①家族の介護負担が気になる。	①在宅での介護を無理なく続けるため、ホームヘルプの導入等を相談支援専門員と検討する。
5	毎日通所させたい (家族)	現在の体力では毎日の通所は無理がある。	①本人が就労に向けて前向きに取り組もうとしている ②体力が落ちているので段階を追って進めていく必要がある	①本人の状況を、家族にも理解を促し、進捗に合わせたフォローを促す。

15

これは、ある就労移行支援事業者が記入した課題の整理票である。脳血管障害のある方の事例に基づいたものであり、当然ながら、仕事に関するニーズに関する優先順位が高く設定されている。また、コミュニケーションや趣味、生活面の充実・安定に関するニーズも把握し、相談支援専門員とも連携しながらニーズの充足を図る必要がある。コミュニケーションや趣味、生活の充実・安定が、仕事の面にも好影響を及ぼすからであり、就労移行支援事業所のサービス管理責任者であっても、事業所内だけではなく、広く視点を向ける必要がある。

4 個別支援計画作成の視点の獲得

4-1 個別支援計画とは(ケアプラン等との違い)



この図は障害分野のサービス等利用計画（高齢のケアプラン）と各事業所が作成する個別支援計画の作成過程が示されている。平成24年度からの改正法施行により、サービス事業者が行うサービスは、相談支援専門員が作成するサービス等利用計画に基づくこととされた。サービス等利用計画は、生活全般のプランであるため各事業所で実施される詳細な支援内容まで記載されるわけではない。サービス事業者は、サービス等利用計画を踏まえつつ、より専門的なアセスメントを行い、個別支援計画を作成することとなるが、サービス等利用計画との整合性を保つ必要がある。

介護保険施設の場合は、赤で囲われた部分に対する「介護過程の展開」の部分を担当する責任者が明確ではない。従って、赤枠の部分が実施されていない場合が多い。単に施設ケアプラン（施設サービス計画）があるだけである。

4-2 施設サービス計画

特 養

第1表

施設サービス計画書（1）

初回・紹介・**継続**

認定済・申請中

利用者名 A 殿 生年月日 大正8年 9月 日 住所 東京都
 施設サービス計画作成者氏名及び職種 P (介護支援専門員)
 施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 特別養護老人ホーム Hホーム 東京都
 施設サービス計画作成(変更)日 平成24年 7月 16日 初回施設サービス計画作成日 平成24年7月2日
 認定日 平成 24年 2月 21日 認定の有効期間 平成24年 3月 1日 ~ 平成25年 2月 28日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 (その他:)
利用者及び家族の生活に対する意向	本人：100歳まで元気で長生きしたい。子どもたちが心配しているので老人ホームにいるが、本当は家に帰って1人暮らしをしたい。 家族（長男）：入居して2週間が経ち、本人もHホームの生活に慣れてきたと思います。皆さんにご迷惑をおかけすると思いますが、こちらで皆さんと仲良く暮らしてもらいたいと考えています。 家族（長女）：今まで1人で頑張ってきましたが、ホームの生活の方が安心です。父の思いもわかりますが、Hホームで元気に暮らして欲しいと思っています。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
統一的な援助の方針	・ホームの生活は、自宅で生活をされていたのとは違い、ご不便を感じていることがあると思いますが、ご本人のご意見を伺いながら、ご家族にもご協力いただき、ホームで楽しみを見つけ、安心して暮らしていただけるように職員全員で支援していきます。 緊急連絡先 長男 B (自宅) (携帯電話) 長女 C (自宅) (携帯電話)

施設サービス計画の説明を受け、同意しました。

平成 年 月 日

説明者 _____ 氏名 (代理の場合は関係) _____ 印

利用者名 A 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				援助内容			
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者	頻度	期間
100歳まで元気で長生きして表彰状をもらいたい。	100歳のお祝いの時には	24.7.16.~	椅子に座っているための筋肉を鍛える。	24.7.16.~ 24.9.30	・座っているには、どこの筋肉をどうやって鍛えたらよいか、リハビリの先生が計画を作る。 (個別リハビリテーション計画)	理学療法士	3月に1回	24.7.16.~ 24.9.30.
	椅子に座り写真に写る。	24.12.31			・足がなまらないように歩く。 ・ご飯を三食食べて、体力をつける	本人・介護職員	毎日 毎食	
	感謝の言葉をみんなに伝える。	24.7.16.~ 24.12.31	大きな声が出せるようにする。	24.7.16.~ 24.9.30	・好きな食べ物をだしてもらおう。 ・口臭がしないように、入れ歯をきれいにする。	本人 本人・介護職員	1日3回	
					・病気になるないように、医師に診てもらおう。	主治医(伊藤) 看護職員	1月に1回	
混乱した時は本人の思いを聞いてほしい(長男・長女)	ホームで安心して生活ができるようになる	24.7.16.~ 24.12.31	職員・家族に困り事を伝え、理解・解決ができる	24.7.16.~ 24.9.30	・困り事や混乱時は、職員が話を聞き、納得してもらえるようにする。 ・定期的に来館し、一緒に過ごす。	介護職員 事務職員・生活職員 介護支援専門員	必要時	24.7.16.~ 24.9.30.
						家族	週に1~2回	
皆さんと仲よく暮らしてほしい(長男・長女)	ホームで自分らしく、生き生きと生活をする。	24.7.16.~ 24.12.31	友人ができる 好みの活動に参加できる 家族との関係性が維持できる	24.7.16.~ 24.9.30.	・サークル活動や庭の水やりを他の入居者と一緒に行う。 ・新聞を読み、新聞記事について職員と話す。 ・家族と一緒に晩酌を行う。外出、自宅に戻る時間を持つ。	本人・介護職員 本人・介護職員 生活相談員 本人・家族	週に5回 毎日 週に1回	24.7.16.~ 24.9.30.

本来であれば、この施設サービス計画を受けて、介護としての計画を立てなければならないのであるが、実際には立てられていない。この点が非常に問題となっている。

● サービス管理責任者とは

「サービス管理責任者」について

サービス管理責任者の概要

- 障害者総合支援法においては、サービスの質の向上を図る観点から、新たにサービス事業所ごとに、サービス管理責任者の配置を義務付け。 ※ 旧体系サービスは、サービス管理責任者の配置は義務付けられていない。
- サービス管理責任者は、以下の役割を担う。
 - ① 個々のサービス利用者のアセスメントや個別支援計画の作成、定期的な評価などの一連のサービス提供プロセス全般に関する責任
 - ② 他のサービス提供職員に対する指導的役割

サービス管理責任者の要件

- サービス管理責任者の要件については、
 - ① 実務経験(障害者の保健・医療・福祉・就労・教育の分野における直接支援・相談支援などの業務における実務経験(5~10年))
 - ② 研修修了
 - ・ 相談支援従事者初任者研修(講義)(11.5時間)
 - ・ サービス管理責任者研修(講義及び演習)(19時間) サービス分野ごとの研修も実施
- ※ 研修終了者数(平成26年度まで) 118,604人

サービス管理責任者の配置基準

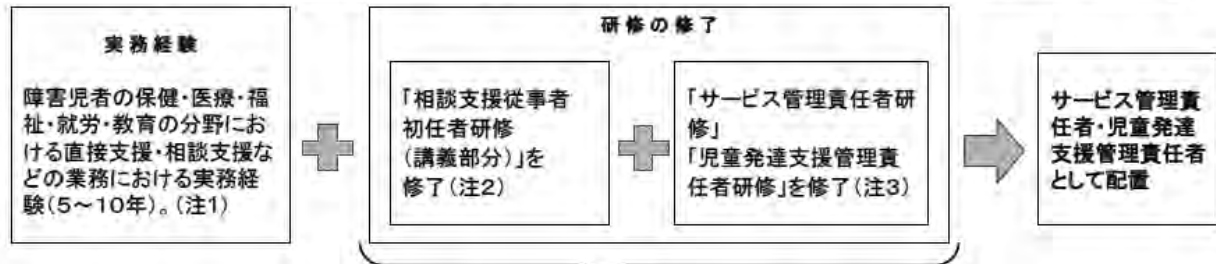
- サービス管理責任者については、障害者福祉サービス事業所ごとに、
 - ・ 療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援 …… 利用者60人:1人
 - ・ グループホーム …… 利用者30人:1人

サービス管理責任者の実務経験

業務の範囲	サービス管理責任者	
	業務内容	実務経験年数
障害者の保健・医療・福祉、就労、教育の分野における支援業務 ① 相談支援業務	施設等において相談支援業務に従事する者	5年以上
	医療機関において相談支援業務に従事する者で、次のいずれかに該当する者 (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者 (3) 国家資格等※1を有する者 (4) 施設等における相談支援業務、就労支援における相談支援業務、特別支援教育における道路相談・教育相談の業務に従事した期間が1年以上である者	
	就労支援に関する相談支援の業務に従事する者	
	特別支援教育における道路相談・教育相談の業務に従事する者	
	その他これらの業務に準ずると都道府県知事が認めた業務に従事する者	
② 直接支援業務	施設及び医療機関等において介護業務に従事する者	10年以上
	障害者雇用事業所において就業支援の業務に従事する者	
	盲学校・聾学校・養護学校における職業教育の業務に従事する者	
	その他これらの業務に準ずると都道府県知事が認めた業務に従事する者	
③ 有資格者等	上記②の直接支援業務に従事する者で、次のいずれかに該当する者 (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者 (3) 児童指導員任用資格者 (4) 保育士	5年以上
	上記①の相談支援業務及び上記②の直接支援業務に3年以上従事し、かつ、国家資格等※1による業務に従事する者	5年以上

※1 国家資格等とは、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、技能訓練士、職業開発士、臨床衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士を含む)。精神保健福祉士のことを言う。

サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者の要件



(平成26年度以前の取扱い)

【サービス管理責任者】

- 事業の開始後1年間は、実務経験者であるものについて、研修を修了しているものとみなす。
- やむを得ない事由によりサービス管理責任者が欠けた場合は、1年間は実務経験者であるものについては、研修を修了しているものとみなす。

【児童発達支援管理責任者】

- 実務経験者であるものについては、平成27年3月31日までは研修を修了しているものとみなす。

(平成27年度以降の取扱い)

【サービス管理責任者管・児童発達支援管理責任者共通】

- 事業の開始後1年間は、実務経験者であるものについて、研修を修了しているものとみなす。(平成30年3月31日廃止)
- やむを得ない事由によりサービス管理責任者が欠けた場合は、1年間は実務経験者であるものについては、研修を修了しているものとみなす。

【児童発達支援管理責任者のみ】

- 実務経験者であるものについては、平成27年4月1日前までに事業を開始している場合は、平成28年3月31日までは研修を修了しているものとみなす。

(注1) 実務経験については、別に定める。

(注2) 「相談支援従事者研修(講義部分)」とは、同研修のカリキュラムのうち、別に定める講義部分(2日間程度)をいう。

(注3) 多機能型の運営において複数種類の事業のサービス管理責任者を兼務する場合は、「サービス管理責任者研修」のうち、該当する種類の事業に係るすべてのカリキュラムを修了することが必要。ただし、事業開始後3年間は、少なくとも一つの種類の事業に係る研修を修了していればよいこととする。(H24.4以前に事業開始の場合はH27.3末まで)

事例での個別支援計画作成の演習（例）

事例の概要

氏名：C 子さん（仮名）
生年月日：平成3年6月△日（26歳）
身長 145cm 体重 54kg
障害程度区分認定：区分5
脳性麻痺（痙直型とアテトーゼ型の混合型）

過去の様子

A 県 B 郡ののどかな山間の町で生まれる。両親は雑貨屋を営んでいた。3歳で脳性麻痺と診断され幼稚部から高等部まで隣町の特別支援学校に通っていた。送迎は母親が車で行っていた。自宅の一階が雑貨屋で、学校が休みの時は店に来て遊んでいた。人懐っこい性格で、顔見知りのお客さんがよく声をかけてくれた。

卒業後は、在宅生活を送りながら週2回の生活介護（デイサービスセンター）を利用していた。介護職員や仲間との関係は良好で、デイサービスセンターでは趣味の油絵を書き「将来は個展を開きたい」と夢を語っていた。夏祭りやクリスマス会などの施設行事は必ず母親が出席し一緒に楽しんでいる姿が見られた。

母親の状況と考え

父親は2年前に脳梗塞で倒れ、後遺症として失語症と右片麻痺がみられる。在宅生活を送っているが、以前のように店に出て接客をするができなくなった。母親は店の経営、夫と娘の介護から心身ともに疲労が溜まり、持病の腰椎すべり症が悪化している。最近では腰の痛みに加え足がしびれるようになり、雑貨屋を閉めている日もある。収入も減り経済的にはゆとりがない状態である。母親はとても責任感が強いため、一人で抱え込み悩む姿がしばしば見られた。心配した近所の友人が、相談支援専門員に相談に行くことを勧めた。相談した母親は、健康状態や介護負担量、また地域のサービスの種類や内容から判断し、障害者支援施設で生活介護と施設入所支援を受けてはどうかと提案されている。

本人の様子

下肢筋力が低下し歩行にふらつきがある。介護者は本人の背中を支えながら一緒に歩くようにしている。不随意運動と筋緊張により、体力の消耗が激しく疲れやすい。疲れているときは電動車椅子を使用するように勧めているが「歩かないと筋力が衰える」と言い、殆ど使用しない。

排泄についても、バランスを崩すため洋式トイレに座るときや立ちあがりのときは支援員が身体を支えるようにしている。しかし「できることは自分でやりたい」と一人で立ち上がろうとする姿が見られる。また食事はスプーンを使用し自力摂取しているが、時間がかかり疲れてくると食べこぼしが多くなる。また不随意運動があり思うように食事を口に運ぶことができず、食べこぼしてしまう。本人はそれが恥ずかしくて、もう少しきれいに食べたいと思っている。緊張が高まるとスプーンを上手く握れず落とすことがある。そのときは「もっとしっかりしないと」と自分に言い聞かせるように頭をトントンと叩いている。

週 2 回、午後からデイサービスに出かけ、1 時間ほど油絵を描いている。思うように筆は動かないが、キャンバスに好きな色が塗れたときは嬉しそうな表情をする。他の利用者も油絵を見に来て楽しそうに話をしている。しかし、首や右股関節の痛みがあると訴えているが、我慢強く自分のことは自分でしようとしている。母親は本人の可能性に期待している。母親は努力している姿を見て励ましの言葉を掛けている。

次項の生活ニーズ整理票を使って、長期目標、短期目標等を計画する。その後、各計画について具体的な介護内容を整理する。さらに、具体的な計画（週間計画）、計画の内容の具体化等を本人に確認し、介護職間でケアの統一を図る。

視点 1. サービス等利用計画との関係 >

視点 2. サービス等利用計画を受けた個別支援計画：生活介護の計画

視点 3. 相談支援専門員への報告（モニタリングは介護記録から）

生活ニーズ整理票（計画）

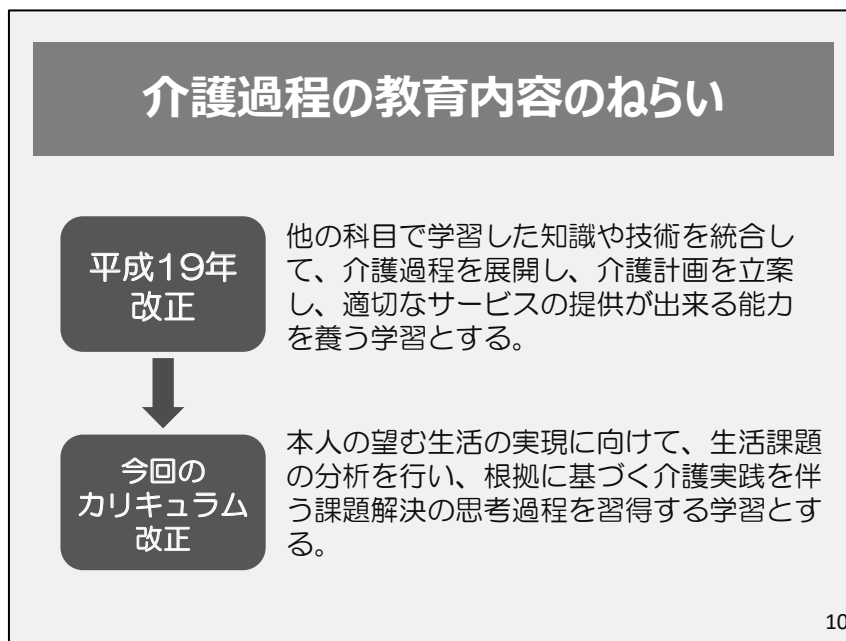
生活全般の ニーズ	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	頻度

第2節 個別支援計画作成と記録の演習

1 事例に沿った個別支援計画の作成・評価・修正と指導

1-1 介護過程(個別支援計画作成)の目的

介護過程が介護福祉士養成教育課程に登場したのが、2007（平成 19）年の改訂のときである。この教育課程は 2009（平成 21）年から実施された。したがって、介護過程について学んでいる介護福祉士は 2011（平成 23）年 3 月の養成施設卒業者、国家試験合格者からである。2010（平成 22）年 3 月末の介護福祉士登録者は 821,827 人である。現在、2019（平成 31）年 3 月時点の介護福祉士登録者は 1,624,829 人である。約半数の介護福祉士が介護過程を学んでいないことになる。



2009（平成 21）年の介護福祉士養成課程で介護過程のねらいには「介護過程は、利用者を主体とする生活支援活動の展開方法であり、介護職員の専門的知識・技術を持って行われる。具体的には、利用者理解を図りながら、必要な情報収集を行い、情報の分析・解釈に基づいて介護内容や方法を計画し、実施・評価する一連の過程をいう」と記載されていた。

介護過程は利用者理解から実施・評価する一連の過程であることが示された。しかし、なぜ介護過程を実践しなければならないのか、については示されていなかった。介護過程の目的が示されたのが、2018（平成 30）年の介護福祉士養成課程の改訂であった。そのなかで、介護過程のねらいでは「本人の望む生活の実現に向けて、生活課題の分析を行い、根拠に基づく介護実践を伴う課題解決の思考過程を習得する学習とする」と明記された。介護過程は

本人（利用者）が望む生活の実現のために、根拠に基づく介護実践であることが教育課程の中に明確に示されたことになる。また、生活課題とは、本人が望む生活の実現に向けて課題となる内容であり、本人の客観的な課題（精神的、身体的）が生活課題となる場合もあるが、必ずしも客観的な課題が生活課題にはならないことにも注意が必要である。

1-2 事例の理解

例となる事例として、以下の内容を提示した。高齢者の事例ではなく障がい者の事例を提示した。

1-2-1 事例

事例の概要

氏名：長野つる子さん（仮名）
生年月日：平成3年6月△日（29歳）
身長 145cm 体重 54kg
障害支援区分認定：区分5
脳性麻痺（痙直型とアテトーゼ型の混合型）

過去の様子

A県B郡の、のどかな山間の町で生まれる。両親は雑貨屋を営んでいた。3歳で脳性麻痺と診断され幼稚部から高等部まで隣町の特別支援学校に通っていた。送迎は母親が車で行っていた。自宅の一階が雑貨屋で、学校が休みの時は店に来て遊んでいた。人懐っこい性格で、顔見知りのお客さんがよく声をかけてくれた。

卒業後は、在宅生活を送りながら週2回の生活介護（デイサービスセンター）を利用していた。介護職員や仲間との関係は良好で、デイサービスセンターでは趣味の油絵を書き「将来は個展を開きたい」と夢を語っていた。夏祭りやクリスマス会などの施設行事は必ず母親が出席し一緒に楽しんでいる姿が見られた。

母親の状況と考え

父親は2年前に脳梗塞で倒れ、後遺症として失語症と右片麻痺がみられる。在宅生活を送っているが、以前のように店に出て接客をするができなくなった。母親は店の経営、夫と娘の介護から心身ともに疲労が溜まり、持病の腰椎すべり症が悪化している。最近では腰の痛みに加えて足がしびれるようになり、雑貨屋を閉めている日もある。収入も減り経済的にはゆとりがない状態である。母親はとて責任感が強いいため、一人で抱え込み悩む姿がしばしば見られた。心配した近所の友人が、相談支援専門員に相談に行くことを勧めた。相談した母親は、健康状態や介護負担量、また地域のサービスの種類や内容から判断し、障害者支援施設で生活介護と施設入所支援を受けてはどうかと提案されている。

本人の様子

下肢筋力が低下し歩行にふらつきがある。介護者は本人の背中を支えながら一緒に歩くようにしている。不随意運動と筋緊張により、体力の消耗が激しく疲れやすい。疲れているときは電動車椅子を使用するように勧めているが「歩かないと筋力が衰える」と言い、ほとんど使用しない。

排泄についても、バランスをくずすため、洋式トイレに座るときや立ちあがりのときは支援員が身体を支えるようにしている。しかし「できることは自分でやりたい」と一人で立ち上がろうとする姿が見られる。また、食事はスプーンを使用し自力摂取しているが、時間がかかり疲れてくると食べこぼしが多くなる。また、不随意運動があり思うように食事を口に運ぶことができず、食べこぼしてしまう。本人はそれが恥ずかしくて、もう少しきれいに食べたいと思っている。緊張が高まるとスプーンをうまく握れず落とすことがある。そのときは「もっとしっかりしないと」と自分に言い聞かせるように頭をトントンと叩いている。

週2回、午後からデイサービスに出かけ、1時間ほど油絵を描いている。思うように筆は動かないが、キャンバスに好きな色が塗れたときは嬉しそうな表情をする。他の利用者も油絵を見に来て楽しそうに話をしている。しかし、首や右股関節の痛みがあると訴えているが、我慢強く自分のことは自分でしようとしている。母親は本人の可能性に期待している。母親は努力している姿を見て励ましの言葉を掛けている。

1-2-2 ICFとは

●ICF の理解

正式名称は International Classification of Functioning, disability and Health。日本語では「国際生活機能分類」と訳されている。人間の生活機能と障害に関する状況を記述することを目的とした分類であり、健康状態、心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子、個人因子から構成されている。心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子には合計 1,424 の分類項目が示され、一方、健康状態、個人因子には提示された項目はない。下記に ICF の概念図と各用語の定義を書いておく。

図 ICFの構成要素間の相互作用

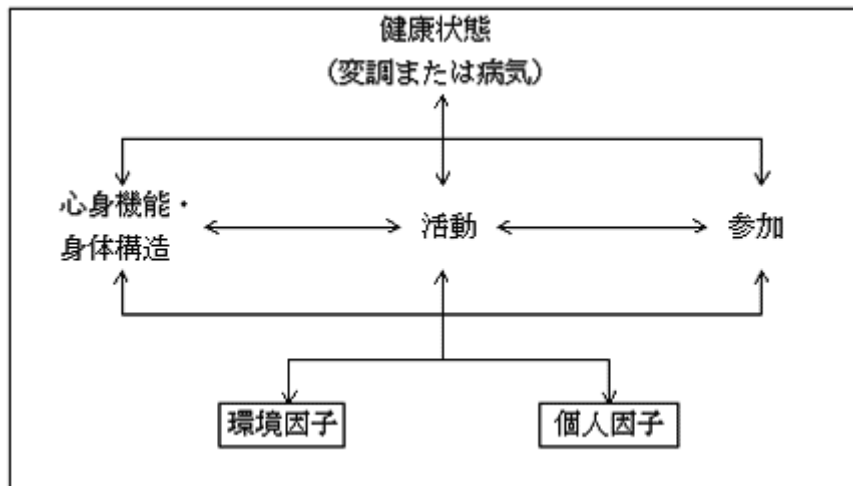


表 各要素の定義

心身機能	身体系の生理的機能（心理的機能を含む）
身体構造	器官、肢体とその構成部分などの、身体の解剖学的部分
活動	課題や行為の個人による遂行
参加	生活・人生場面への関わり

●ICIDH（国際障害分類）から ICF へ



20 世紀後半に入って、先進国での寿命の延長、慢性疾患や障害を伴う疾患の増加、戦争や災害による障害者の増加という現実と障がい者の人権尊重という機運とがあいまって、障害、すなわち「疾患が生活・人生に及ぼす影響」をみる必要があるという意識が高まった。国際障害分類の制定作業は 1972 年に始まり、種々の議論を経て、1980 年に「機能障害・能力障害・社会的不利の国際分類」(ICIDH) が「試用のため」として WHO から刊行された。1981 年の国連障害者年の前年にあたり、この新しい障害概念は「国際障害者年世界行動計画」の基本理念にも取り入れられ、一挙に世界中に知られるようになり、各方面に大きな影響を与えた。

ICIDH のモデルは上図に示すとおりで、疾患・変調が原因となって機能・形態障害が起こり、それから能力障害が生じ、それが社会的不利を起こすというものである。

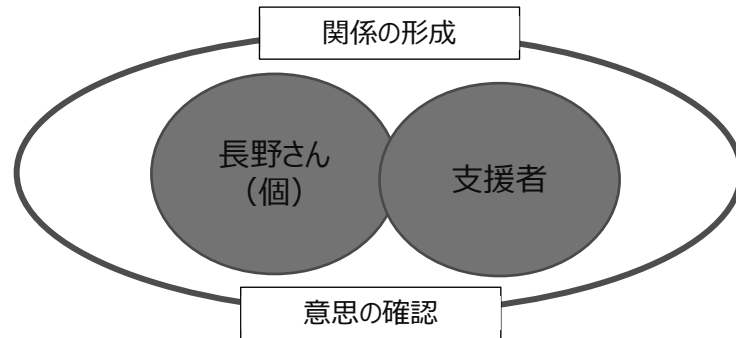
そのほか、図には一種の「バイパス」として機能・形態障害から直接に社会的不利が生じる経路が示されているが、これはたとえば顔面のあざのような形態障害が、能力障害がないにもかかわらず、社会的不利を起こしうるといった場合であると序論では述べられている。このほか、たとえば脳性マヒや脳卒中片マヒなどでの歩容異常（機能障害）が、歩行の実用性には問題がない（能力障害はない）にもかかわらず社会的不利を引き起こしうると、さまざまな例が考えられる。

このモデルは障害を機能・形態障害、能力障害、社会的不利の三つのレベルに分けて捉えるという、「障害の階層性」を示した点で画期的なものであった。しかし、疾患・変調が原因となって機能・形態障害が起こり、それから能力障害が生じ、それが社会的不利を起こすという一方通行が必ずしも障害の実態を表したものではないこと、障がい者、健常者を問わず、（社会）参加（孤独にならない）が生活では重要であるから、機能・形態障害や能力障害があれば、結果として社会的な不利に繋がるものではない。この視点では社会的な不利が個人に起因したものであるとしていることになる。

社会的な不利は社会の環境や人的な環境に起因している場合が多いことが示されている。ユニバーサルデザインなどはそのよい例である。社会の構造や人の意識を変えることで、社会的不利は大きく軽減される。このような認識で ICIDH の限界が露見し、ICF という新しい概念が提唱された。

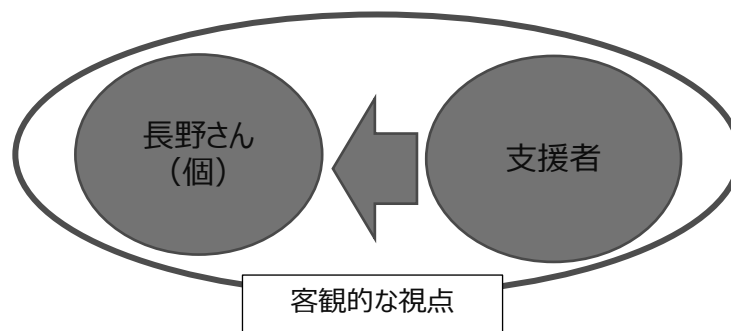
●ICF の限界

ICF を含めたアセスメントツールは利用者を客観的に見る視点では優れたものであると考えられる。しかし、利用者を客観的にみただけでは利用者理解にはつながらない。客観的な理解とは、利用者を外から見ているだけである。利用者の思いを知るには、関係を形成し、この関係の中で利用者の思いを知ることができる。関係の視点からの利用者理解が認定介護福祉士には必要だと考えられる。



この関係の形成が介護福祉士の大きな専門性である。関係の形成があるから、意思が確認できる。介護過程の目的は「本人が望む生活の実現」であるから、本人の意思を確認することが最初に必要になる。言語で意思が確認できる利用者もいれば、言語では確認できない利用者もいる。介護を基礎とした関係の形成では、言語の有無にかかわらず、関係を形成することができる。言語の能力がある利用者、言語の能力がない利用者とも意思を確認するには、関係の形成が基礎にならないといけない。

そして、この関係を基礎に「望む生活」に向けて ICF 等の客観的な視点で生活課題を分析し、個別支援計画（個別介護計画）を作成することになる。

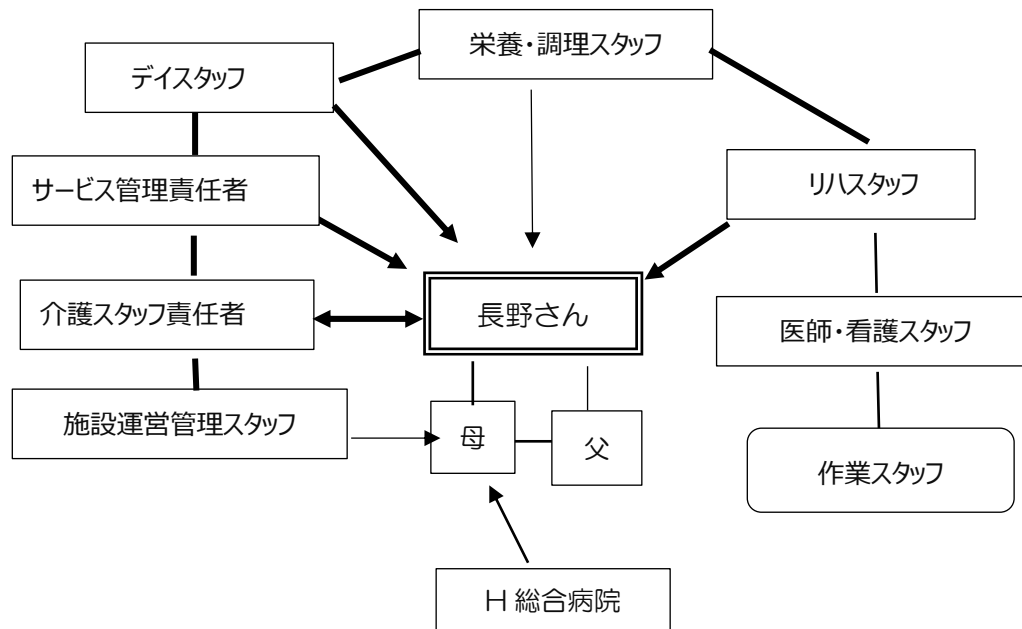


上図ではだけでは、利用者理解には繋がらないことは理解できたと思われる。この視点と、前述の関係の視点から初めて利用者理解ができることを理解しなければならない。

1-2-3 対象者の状況の理解

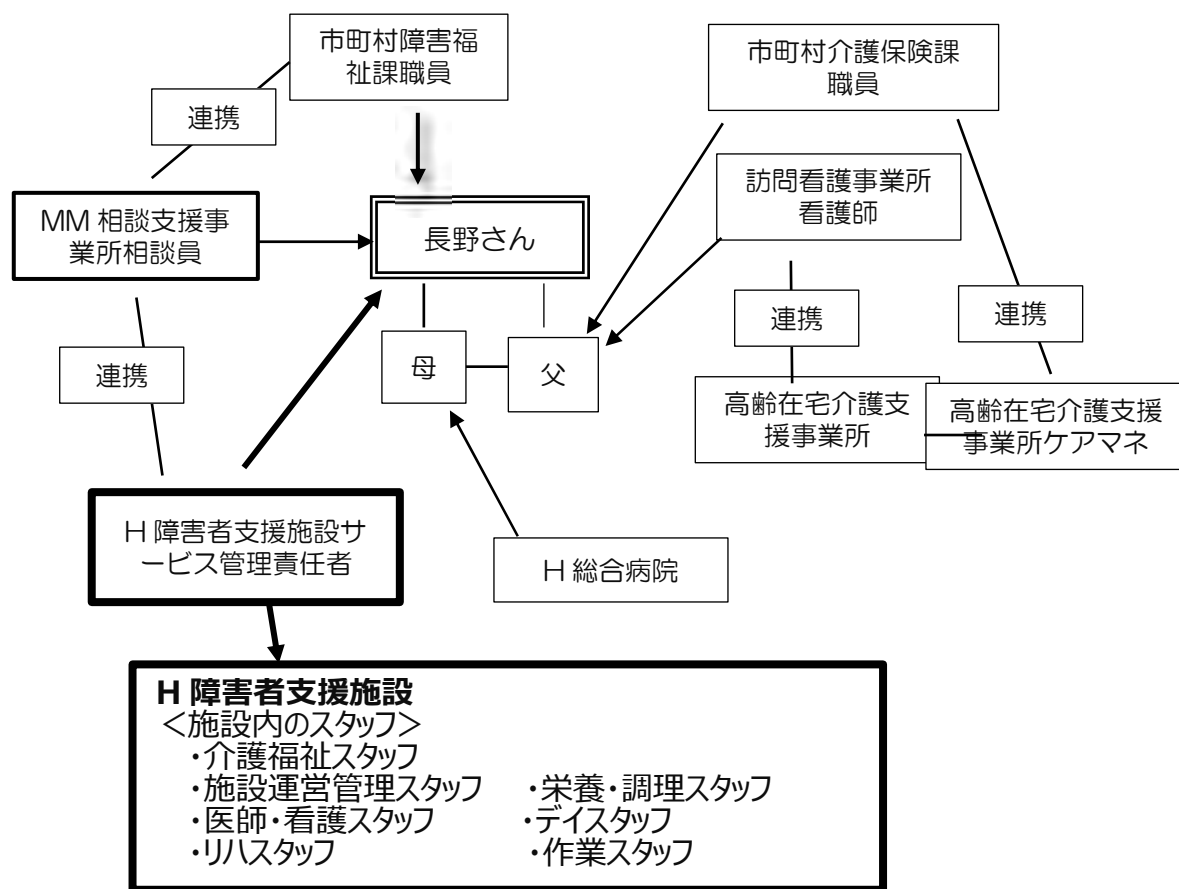
●関係の見える化

サービスの概念図（ネットワーク概念図）



事例を使って、サービス全体が長野さんに関わっているのかを示した図である。個を関係の中で理解する前提として、このようなサービス提供マップが参考になる。支援のネットワークがどのようなになっているのか、一目瞭然である。矢印の太さで関係の濃密さも表すことができる。是非、参考にされたい。

簡単なイメージ図（例）



上図は長野さんだけではなく、長野さんの家族全体の福祉・医療関係者との関連図である。長野さん個人を理解するだけではなく、個の課題は、家族の課題でもあることを理解し、個の課題の解決には家族の課題を解決することも重要である場合が多い。従って、個だけを見ているだけでは、課題が解決しない点も見逃してはならない。この図には、近隣の住民や民生委員等、地域の人々の関わりも重要である。個を家族、地域という拡がりの中で理解し、課題の解決に向けた方針を作成することも必要である。

1-2-4 医学的知識や運動学等の知識の確認

この内容はこれまでの認定介護福祉士養成研修で学んだ内容である。これまでの学習を再度確認すること。

1-2-5 心理的側面・身体的側面・社会的側面からの支援

この内容はこれまでの認定介護福祉士養成研修で学んだ内容である。これまでの学習を再度確認すること。

1-3 個別支援計画の作成・評価・修正

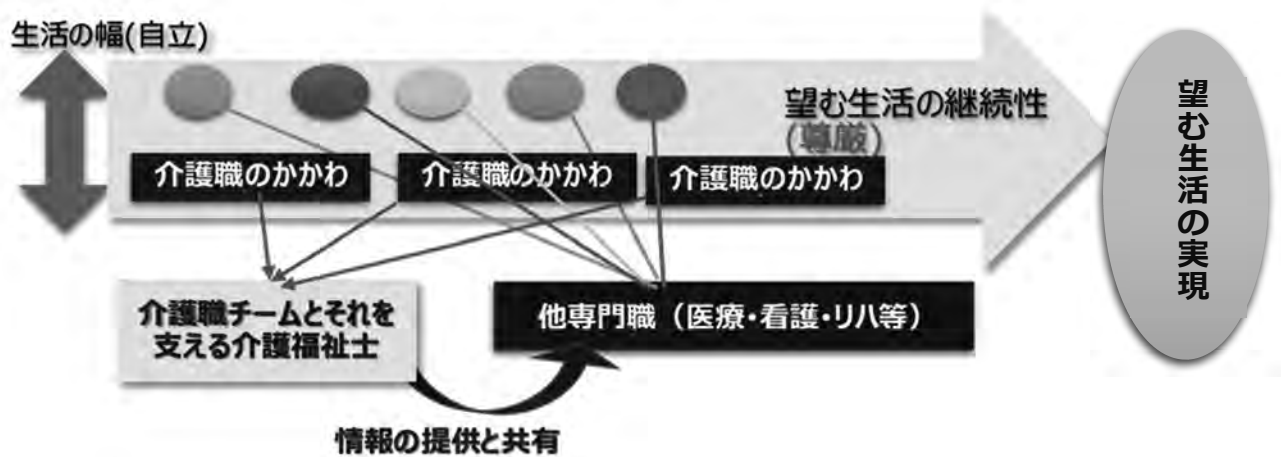
ケアプランやサービス等利用計画と個別支援計画（個別介護計画）の作成と実施過程、評価、修正等の相違などについて、最初に理解することが求められる。



2019年度 日本介護福祉士会研究資料より

上図はケアプランの作成と実施過程、個別支援計画の実施過程（介護過程）の関係を示したものである。この図からわかることは、介護支援専門員、障害相談支援専門員などが中心になり、各専門職の協働でケアプランが作成される。一方、個別支援計画は介護職（介護福祉士が中心となって）が作成することがわかる。この違いを理解することが必要となる。

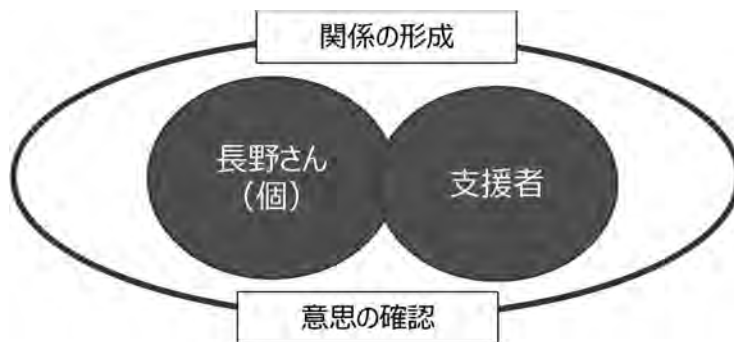
利用者の全体的支援の方向性はケアプランやサービス等利用計画が示す。次の図が理解しやすい。黄色い大きな矢印がケアプランである。利用者の尊厳と自立を守り望む生活の実現に向けて、各専門職が協働して実施するプランがケアプランであり、介護職が独自に作成し、実施するのが個別介護計画である。個別介護計画が独自に利用者支援の計画を作成するのではなく、あくまでもケアプランという大きな計画の枠内で計画を作成することを理解しなければならない。



1-3-1 アセスメント(課題抽出、分析、統合)

認定介護福祉士として個別支援計画（個別介護計画）を作成する時、最初にするのはアセスメントである。しかし、ケアプランでもアセスメントが実施されている。サービス担当者会議の際にはケアマネジャーが作成したアセスメントが存在する。必要な情報はそこから借用すれば良い。再度、同じことを行うのは利用者に負担になるだけである。

では、介護福祉士独自のアセスメントとは何かを考える必要がある。すでに、この点については述べている。前述の図を参考にすべきである。利用者の意思の確認が計画（ケアプラン・サービス等利用計画、個別支援・介護計画）の基礎となる。

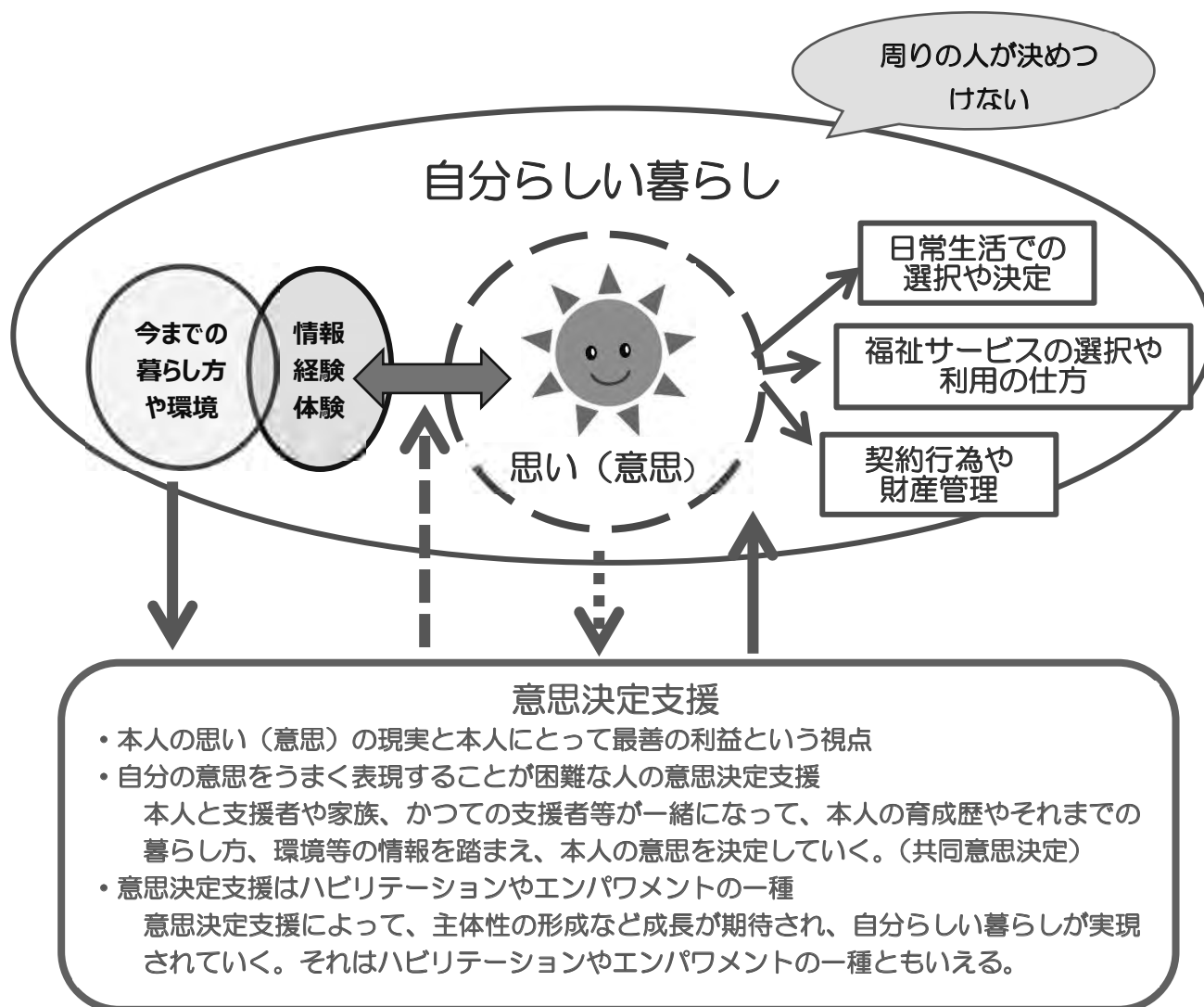


利用者の生活に面やかかわる介護職は利用者との関係の形成が容易である。さらに、言語で意思が確認できなくても、介護という行為を通して意思の確認が可能となる。介護という行為は言語を必要としない。したがって、どんなに障害が重くても関係の形成が可能であり、この関係を基に意思の確認が可能となる。

この意思決定には、「認知症の意思決定ガイドライン」「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」など、意思決定のガイドラインが設けられている。知的障害では「意思形成の支援」が必要とされている。知的能力や認知能力が低下していることに関し

ては意思の確認が非常に難しいこととされている。長い時間利用者の生活に関与し、利用者を見続けられない限り意思の確認はできないこととされている（資料参照）。

全日本育成会 大久保顧問の私案（平成30年（2018年）5月27日 横浜市自閉症児・者親の会 総会研修会 資料）を参考に「意思決定支援とは」の図を作成し掲載する。



次に、介護福祉士独自のアセスメントは施設・事業所という環境でアセスメントが可能であるということである。ケアマネジャーや相談支援専門員のアセスメントとは家庭等で実施したアセスメントである場合が多い。新たな環境でのアセスメントが必要であり、それが介護福祉士には可能である点も見逃してはならない。

さらに、アセスメントはある一定期間に実施されると介護過程の中では説明されているが、とても大切な視点は、支援の実施そのものがアセスメントでもあることを理解する必要がある。

アセスメントの概念に関してもケアマネジャー、相談支援専門員のマネジメントに引き

寄せられて介護職のアセスメントが理解された結果であると考えられる。介護職のアセスメントは支援過程全体を通して実施されなければならないことを理解することが重要である。この点も提唱されているケアマネジメントとの相違であることを自覚する必要がある。一定期間のアセスメントは支援計画作成のためのアセスメントではある。その時間しか利用者とは接することができない専門職と絶えず接することができる専門職では、当然アセスメントの質も量も違うことを意識する必要がある。

1-3-2 計画立案(目標達成)

計画の立案は通常、利用者の担当職員が実施する。障害福祉ではサービス管理責任者が作成することにはなっているが、実際にはサービス管理責任者の指導のもと、担当職員が作成するのが通常である。担当職員が作成した原案を個別支援会議（介護職会議・ケアカンファレンス）にかけて、介護職全体で検討し、介護職全体がチームとなり、計画を実施していくことになる。

この際、計画を会議でプレゼンテーションすることになる。この資料の作成技術も重要である。介護職全体にわかりやすく説明する技術が必要となる。研修で使用したシートを例として提示する。この内容をどのようにプレゼンテーションし、介護職がチームとして個別支援計画を実施することができるかが、計画の成否に関わっていることを理解し、チームを作るための個別支援計画のプレゼンテーションと会議の持ち方等も検討することが必要である。

資料の作成：長野さんの事例を使って要約作成

事例検討のタイトル	
プ ロ フ ィ ー ル	<u>長野さん 女性 25歳</u> ・家族構成 ・住居 ・手帳 ・障害支援区分 ・簡単な身体・精神状況
	<入所に至った理由>
	<生活歴／相談・治療歴>
本人が望んでいる暮らし、訴えや困っていること	
家族が望んでいる暮らし、訴えや困っていること	

本人の趣味指向・楽しみ・長所
アセスメントの要約
見立てと計画の視点

<長期目標> <短期目標> <評価の視点と時期>

具体的な計画作成シート

長期目標 (ケアプラン・サービス等利用計画との整合性を確認)					
短期目標 1					
具体的な計画	誰が	どこで	何をするのか	時間の設定	記録の方法と留意点
短期目標 2					
具体的な計画	誰が	どこで	何をするのか	時間の設定	記録の方法と留意点
短期目標 3					
具体的な計画	誰が	どこで	何をするのか	時間の設定	記録の方法と留意点
短期目標 3					
具体的な計画	誰が	どこで	何をするのか	時間の設定	記録の方法と留意点

1-3-3 計画評価・修正

計画の評価も個別支援会議（ケアカンファレンス）で実施することになる。評価の視点はストラクチャー、プロセス、アウトカムで評価する。

ストラクチャー評価は利用者との十分な関係の形成ができ、意思を計画に反映できたか、計画を実施するための体制が構築できたか、などである。プロセス評価は計画実施のプロセスが十分なものであったのか、チームとして機能していたのか、などである。アウトカム評価は計画の実施で利用者に変化が現れたかどうかである。評価の前提となるのが計画の実施記録である。これがないと評価はできない。この点については後に詳細に検討する。

1-4 個別支援計画の作成の指導

1-4-1 指導の視点・指導方法

これまで述べた内容が指導の視点となる。実際に指導するときには、コーチングやスーパービジョンの技術が必要になるとされる。この点については、ほかの研修で技術を獲得することが必要となる。

2 個別支援計画に沿った記録様式の作成、記録方法の習得と指導

2-1 個別支援計画に沿った記録様式

一般的な記録に関しては、さまざまな資料を参考にして学ぶこと。ここでは、介護計画に沿った記録様式について解説する。前項で個別支援計画の様式を提示した。

長期目標 （ケアプラン・サービス等利用計画との整合性を確認） 健康を維持し、施設で生活リズムを作りたい					
短期目標 1		散歩して、健康維持したい			
具体的な計画 施設の敷地内の散歩（月、水、金）	誰が 遅番者	どこで 施設の中庭	何をするのか 車いすで散歩し、決まったコースでの所要時間を記載する。体温・血圧測定をし、通常の時に実施すること	時間の設定 午後の時間帯	記録の方法と留意点 ・散歩のときの様子は必ず記載すること ・散歩の前後のプルスを測定すること。 ・2か月で評価

長期計画はケアプラン・サービス等利用計画との整合性をもった内容とすることは確認した。この長期目標に沿った短期目標を設定する。短期目標はいくつか設定することになるが、優勢順位の高い方から記載していく。そして、短期目標をより具体的にしたもの「具体的な計画」である。この具体的な計画では、誰が、どの場所を使って、何を実施するのか、時間（場面）を設定し、記録に何を記載して欲しいのかを留意点として記載する。

短期目標によって、記録方法が違ってくる。上の例であれば、以下のような記録内容になる。この内容が日ごとに蓄積され、2か月後に評価し、短期目標を修正することになる。

日時	担当者氏名	散歩前の体温・血圧の結果	散歩前後のプルス	散歩時の様子
----	-------	--------------	----------	--------

2-2 記録様式の作成

2-2-1 記録方法の習得

介護過程の記録様式は利用者の目標によって、記載内容が変化するので、施設・事業所で利用者の計画に沿って作成されなければならない。このほか、日々の記録は利用者共通の記録様式がよいと思われる。

記録方法は、記録様式を介護職員全体に周知すれば、自然と統一されたものになる。しかし、パート職員等も記録が書けないときもあるので、記録の留意事項など、何をどのように記載するのか指導する必要がある。記録は「介護の質」を守り、法律を守り（コンプライアンス）、介護保険法、障害者総合支援法では、サービス提供の記録と計画の作成、記録の整備義務が課せられている。また、記録は介護福祉士として、サービスを提供する責任を果たしている証拠となる。

資料 1

「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」

(厚生労働省平成 30 年6月)

※目次だけ掲載するので参考にされたい。

I はじめに	1
1 ガイドライン策定の背景	
2 ガイドラインの趣旨	
II 基本的考え方	2
1 誰の意思決定支援のためのガイドラインか	
2 誰による意思決定支援のガイドラインか	
3 意思決定支援とは何か（支援の定義）	
III 認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則	3
1 本人の意思の尊重	
2 本人の意思決定能力への配慮	
3 チームによる早期からの継続的支援	
IV 意思決定支援のプロセス	6
1 意思決定支援の人的・物的環境の整備	
(1) 意思決定支援者の態度	
(2) 意思決定支援者との信頼関係と立ち会う人との関係性への配慮	
(3) 意思決定支援と環境	
2 適切な意思決定プロセスの確保	
(1) 本人が意思を形成することの支援（意思形成支援）	
(2) 本人が意思を表明することの支援（意思表明支援）	
(3) 本人が意思を実現することの支援（意思実現支援）	
3 意思決定支援プロセスにおける家族	
(1) 家族も本人の意思決定支援者であること	
(2) 家族への支援	
4 日常生活や社会生活における意思決定支援	
5 意思決定支援チームと会議（話し合い）	
V 認知症への理解とガイドラインの普及と改訂	13
VI 事例に基づく意思決定支援のポイント	14

資料 2

「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」

1. はじめに

1. ガイドライン策定の背景

「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係 法律の整備に関する法律」の附則第3条においては、法施行後3年を目途として障害福祉 サービスの在り方等について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずることとされており、「障害者の意思決定支援の在り方」が見直し事項の一つに挙げられている。社会保障審議会障害者部会では、平成 27 年4月から見直しに向けた検討を行い、平成 27 年 12 月に今後の取組について報告書を取りまとめた。

同報告書では、障害者の意思決定支援の今後の取組について以下の記載が盛り込まれており、「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）は、これらの内容を踏まえて作成されたものである。

※「障害者総合支援法施行3年後の見直しについて」（平成 27 年 12 月 14 日社会保障審議会障害者部会報告書）より抜粋

5. 障害者の意思決定支援・成年後見制度の利用促進の在り方について

(2) 今後の取組

(基本的な考え方)

○ 日常生活や社会生活等において障害者の意思が適切に反映された生活が送れるよう、障害福祉サービスの提供に関わる主体等が、障害者の意思決定の重要性を認識した上で、必要な対応を実施できるようにするとともに、成年後見制度の適切な利用を促進するため、以下のような取組を進めるべきである。

(意思決定支援ガイドライン)

○ 意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセス（サービス等利用計画や個別支援計画の作成と一体的に実施等）、留意点（意思決定の前提となる情報等の伝達等）を取りまとめた「意思決定支援ガイドライン（仮称）」を作成し、事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有し、普及を図るべきである。あわせて、意思決定支援の質の向上を図るため、このようなガイドラインを活用した研修を実施するとともに、相談支援専門員やサービス管理責任者等の研修のカリキュラムの中にも位置付けるべきである。なお、ガイドラインの普及に当たっては、その形式的な適用にとらわれるあまり、実質的な自己決定権が阻害されることのないよう留意する必要がある。

(障害福祉サービスにおける意思決定支援)

○ また、障害福祉サービスの具体的なサービス内容の要素として「意思決定支援」が含まれる旨を明確化すべきである。

2. ガイドラインの趣旨

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という。）第1条の2（基本理念）においては、障害者本人（以下「本人」という。）が「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保」される旨を規定し、指定相談支援事業者及び指定障害福祉サービス事業者等（以下「事業者」という。）に対し、障害者等の意思決定の支援に配慮するよう努める旨を規定する（第42条、第51条の22）など、「意思決定支援」を重要な取組として位置づけている。

また、障害者基本法においては、国及び地方公共団体は、障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、障害者及びその家族その他の関係者に対する相談業務、成年後見制度その他の障害者の権利利益の保護等のための施策又は制度が、適切に行われ又は広く利用されるようにしなければならないと定めている（第23条）。

ノーマライゼーション理念の浸透や障害者の権利擁護が求められるなかで、障害者の自己決定の尊重に基づいて支援することの重要性は誰もが認識するところである。しかし、自己決定が困難な障害者に対する支援の枠組みや方法等については必ずしも標準的なプロセスが示されていない。ガイドラインは、事業者がサービス等利用計画や個別支援計画を作成してサービスを提供する際の障害者の意思決定支援についての考え方を整理し、相談支援や、施設入所支援等の障害福祉サービス（以下「サービス」という。）の現場において意思決定支援がより具体的に行われるための基本的考え方や姿勢、方法、配慮されるべき事項等を整理し、事業者がサービスを提供する際に必要とされる意思決定支援の枠組みを示し、もって障害者の意思を尊重した質の高いサービスの提供に資することを目的とするものである。

ガイドラインは、事業者がサービスを提供する際に行う障害者の意思決定支援の枠組みを示すものであるが、本人、事業者、家族や成年後見人等（保佐人及び補助人並びに任意 後見人を含む。以下同じ。）の他に、必要に応じて教育関係者や医療関係者、福祉事務所、市区町村の虐待対応窓口や保健所等の行政関係機関、障害者就業・生活支援センター等の 就労関係機関、ピアサポーター等の障害当事者による支援者、本人の知人等の関係者、関係機関等（以下「関係者等」という。）、障害者に関わる多くの人々にも意思決定支援への参加を促すものである。障害者の意思決定支援については、それぞれの障害の状態等において個別性が高く、その支援方法も多様なものである。事業者は、ガイドラインの内容を踏まえ、各事業者の実情や個々の障害者の態様に応じて不断に意思決定支援に関する創意工夫を図り、質の向上に努めなければならない。また、事業者の意思決定支援に関する取組の蓄積を踏まえ、ガイドラインの内容も見直していくことが必要である。

II. 総論

1. 意思決定支援の定義

本ガイドラインにおける意思決定支援は、障害者への支援の原則は自己決定の尊重であることを前提として、自ら意思を決定することが困難な障害者に対する支援を意思決定支援として次のように定義する。意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会 生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が 自ら意思決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益 を検討するために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう。（以下省略）

第3章 講義・演習の展開例

自職場事例を用いた演習

テーマ・大項目	展開内容(講義のポイント、演習の展開内容)	課題学習を可とする場合の展開例
計画の一連の流れに対する自己評価と他者評価 (20時間)	○自職場での実践の事例化(自職場課題とする) ※・「個別支援計画と記録の演習」で選定した記録様式を用いて自職場の介護チームとして個別支援会議の開催、個別支援計画の作成等の実践を行い、事例としてまとめる。 ・自職場での実践に際しては、介護チーム内での共通理解を図ることや、他職種との共通理解を図りながらすすめることを求める。 ・「個別支援計画と記録の演習」と一体的に展開することが望ましいが、やむを得ず連続で受講できない受講生がいる場合(別の研修実施機関で受講することや、受講の年度が遅れる可能性が考えられる)のは個別の対応が求められる。	○自職場における実践課題(20時間)
(8時間)	○介護職員の共通理解を図る ○他職種との共通理解の形成 (展開) ※ ①グループ内で各受講者の実践(先修受講科目(個別支援計画と記録の演習)でグループ毎に選定した記録様式を使用した実践)の報告 ②グループ内での検討(課題の抽出、計画の修正等) ③発表(各グループ2事例程度)	
個別支援計画実践の全体評価 (2時間)	○介護過程の展開の再確認 ・利用者の全体的理解 ・チームの形成(介護職チーム、他職種とのチーム) ・記録様式の評価 ・記録方法の評価 (展開) ※ まとめと質疑応答	
※ 20 時間以内		

課題学習／自職場における実践課題例

○実際の受講者の取り組み報告を映像コンテンツ（巻末貼付の DVD）でお示しするので、参考にしていただきたい。

事実に関する知識領域

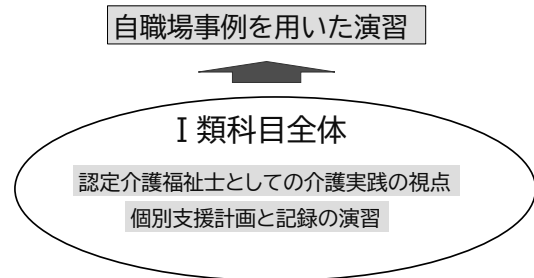
メカニズムや理論に関する知識領域

臨床や実践に関する知識領域

技術（SKILL）

1. 「自職場事例を用いた演習」の位置づけ

自職場事例を用いた演習



認定介護福祉士としての介護実践の視点

ここでは、これまで学んだ I 類の科目を統合し、認定介護福祉士としての介護観、知識、技術を統合し、個別支援計画を作成するための基本的な視点を確認する。

個別支援計画と記録の演習

提示した事例を基に個別支援計画と記録様式を作成し、個別支援会議を模擬的に実施することで、介護職員で計画を共有し、計画の妥当性を確認するためのプロセスを学ぶ

記録様式は計画の評価に直結するので、実施内容だけではなく、実施の際の利用者の表情などの反応も記録すること

計画の実施で利用者の変化だけではなく、介護職員チームの負担の変化も記録する

3. 介護福祉士に「自職場事例を用いた演習」を教授する上での留意点

介護過程の領域の3科目の関係性を良く理解すること

前述2科目で、自職場で実施する計画と記録様式を作成し、実際に実施されている(事前課題)ので、この科目を開講するまでの期間を十分にとることが望ましい

2. 科目の目標

自職場の事例を選び、個別支援計画を作成し、実施方法をチームにおいて検討することができる力を育成する

計画を実施し、チームにおいて適切な記録から計画を評価し、課題を抽出し、計画を修正することができる力を育成する

自職場事例を用いた演習

実際取り組んだ受講生の実践報告がありますので、
参考にして下さい。

認定介護福祉士養成研修
生活支援・介護過程に関する領域 自職場事例を用いた演習

「記録を通した アセスメント力向上への取組み」

三重県介護福祉士会 出口達也

自身が設定した到達目標

個人に対し記録を使用し指導



チームによる展開へとつなげる

はじめに

自職場における課題

- 1:介護職員による「介護計画」の立案ができていない
- 2:「記録」ができていない

記録を通して介護職員の「アセスメント力」
を向上させる取組み

目的

- ・記録内容の質を向上させることで
アセスメント力を向上させる

対象と方法

・対象職員:2名

介護主任1名

ファーストステップ研修受講予定者1名

・個人の指導

- ①記録への苦手意識をなくす
- ②ノーマティブニーズ、フェルトニーズを意識した記録
- ③記録内容が充実することによる
アセスメントプロセスの活性化
- ④対象職員による他職員への指導

・チームによる展開

- ⑤記録による各職員の感覚や知識、情報の共有
- ⑥介護職員による介護計画の立案

自職場事例を用いた演習 関係資料②

方法

- ①記録についての基礎的知識の落とし込み
- ②ノーマティブニーズ、フェルトニーズについての基礎的知識の落とし込み
- ③対象利用者の決定とその方についての基礎的知識の落とし込み
- ④仮記録カードの活用
- ⑤記録時間の確保
- ⑥記録内容評価シートを使用し、1週間ごとに自己評価・他者評価を行う

取組み期間

4週間
(2019年3月27日から
2019年4月24日まで)

計画

- ①対象職員への趣旨説明
- ②学習を通じた基礎的知識の落とし込み
- ③対象利用者の決定と基礎的知識の落とし込み
- ④仮記録カードの活用による記録の実施
- ⑤記録内容評価シートを用いたカンファレンスの実施
→各職員の感覚や知識、情報を共有
- ⑥企画内容の振り返りと修正
- ⑦本企画の対象職員による他職員への指導

記録内容評価シート及び仮記録カード

記録内容評価シート (2019年 月 日～ 月 日)		
・ 仮記録カードの活用が	した	しなかった
・ 記録の振り返りが	できた	できなかった
・ RHP を活用した記録が	できた	できなかった
・ ノーマティブニーズを記録した内容の記録が	できた	できなかった
・ フェルトニーズを記録した記録が	できた	できなかった
・ 本人の思いを記録した記録が	できた	できなかった
・ タブレット内容を記録した記録が	できた	できなかった
備考欄 (何かあったら)		

仮記録カード
氏名・本人の種別:
否定的事実:
事実に対しての判断・評価:
上記を通じた計画・修正:

評価方法

記録内容評価シートを使用した
記録内容についての自己評価・他者評価

実践に向けて

本企画を通じて
「記録により各職員の感覚や知識、情報を
共有できる」ようになる

「アセスメント力の向上」

介護職員による「介護計画立案」

実践の結果

・対象職員への説明の実施（方法①～③）

「今回を機に理解を深めたい。」
「しっかりと学んでみたい。」

一方で

「難しく感じてしまい、自信がない。」
「理解までに時間を要しそう。」

・方法④について

・記録方式
・ノーマティブニーズ、フェルトニーズ

強く意識せず
「自身の勤務時には記録をする癖をつける」

・方法⑤について

・部署全体への趣旨説明を実施
協力を得ることで勤務時間内での
記録時間を随時確保できるよう心掛けた

・初回振り返りで見えてきた課題(方法⑥)

1. 仮記録カード書式の問題
2. 利用者の絞り込みによる問題
3. 記録記入の際の問題

3名での合意形成の上、改善

1. 仮記録カード書式の問題
→仮記録カードを簡素化

仮記録カード 利用者氏名
<small>欄があり、それに併しどしど記入</small>

2. 利用者の絞り込みによる問題
→利用者の絞り込みの中止

3. 記録記入の際の問題
→再度知識の落とし込みを実施
PC付近への資料掲示
随時カルテ記入時の同行

・2回目以降の振り返り

「少しずつではあるが記録形式を意識できるようになってきた。」
「関わりの中でどのように記録をするか意識することが増えた。」

しかし

「ノーマティブニーズ、フェルトニーズを意識」

「本人の想いを意識」

した記録には不安がある

といった意見が聞かれた。

考察

・ネガティブな意見を払拭できなかったことについて

説明の不十分さや、対象職員の理解度・意識・着眼点などに差があり、利用者の思いへの理解やノーマティブニーズ、フェルトニーズなどについての落とし込みが不十分であった。

・長期的な実施が困難であったことについて

対象職員の病欠や異動、感染症拡大による業務内容の変化(全利用者の居室対応)などイレギュラーな事象があり、対象職員の絞り込みを行ったことが要因の一つであると考ええる。

また、対象以外の職員の中にも興味を示す職員がいたが、その職員に対してのフォローが不十分で、チームへのアプローチができなかった。

今後の課題

- ①柔軟性を持った対応
- ②長期的・広範囲な視点
- ③各職員の状況に合わせた段階的な指導
- ④チームアプローチへの意識向け



スーパーバイズの視点

この科目において自身が学びを深めることができた理由

- ① 各受講生の習熟度に差がある中で、講師がそれぞれの段階に合わせたスーパーバイズをしていただいたこと
- ② 本科目がこれまでに学んだ「知識・技術の統合」であることを意識できるような指導をしていただいたこと
- ③ 取り組みの際の「終着点」を明確にイメージできる指導をしていただいたこと

自職場事例を用いた演習 関係資料③

平成30年度 認定介護福祉士養成研修 自職場事例を用いた演習

「ノーマティブニーズについての関心を高めるための取り組み」

～自職場の専門職から情報を引き出して考える～

三重県介護福祉士会 杉浦公紀

この科目で自身が設定した到達目標

▶ 本科目では、フェルトニーズとノーマティブニーズそれぞれの特徴やアセスメントの視点などを講義や記録の演習を通して学んだ。そこから、自職場ではフェルトニーズをベースにした支援はできているかもしれないが、ノーマティブニーズについての理解が充分ではないことに気付くことができた。

目標1 自職場の介護職員がノーマティブニーズについての関心を高め、アセスメント力を向上させることができる

目標2 個別支援計画作成にかかわるアセスメントについて自身が他者に指導することができるようになる

目標達成のために設定した取り組み課題

- 1) 研修の成果をふまえて、自職場の介護職にノーマティブニーズについての関心を高めてもらい、アセスメント力向上に繋がるような取り組みを企画する必要があると考えた。⇒記録様式1の考案
- 2) この取り組みは自職場の介護職にとって魅力あるものとして認識されなければ関心は高まらないと考え、自身の指導力向上という点も重視した。そのため、自身の働きかけがその後の介護職員の言動にどのような影響があるのかを捉える必要もあると考えた。⇒記録様式2の考案

1. 取り組み内容の紹介～考案した記録様式1について～

記録様式1

様の課題（ニーズ）を見直すため改めて自職場の専門職から情報を引き出してみよう

看護師はなんて言ってる？	リハビリテーションスタッフはなんて言ってる？	管理栄養士はなんて言ってる？	担当介護職はなんて言ってる？
例) 脳梗塞の既往があり、水分摂取量も少ないため再発の防止を図る必要がある。	例) 移動動作は一部介助が可能だが、下肢の筋力低下がみられるため膝折れ、転倒などに注意を要する必要がある。	例) 食事の際、ご飯にふりかけや佃煮を使用されており、塩分が多い食事となっている。血圧の上昇を抑える必要がある。	例) 夜間あまり眠られていない様子。昼間もベッドで横になっているため、体調に反応して目の活動内容を見直す必要がある。

専門職の意見を聞いてあなたが考えるノーマティブニーズを書き出してみよう

※ノーマティブニーズを書き出すのが難しい場合、どのような疾患や障がいの基礎的知識が必要と判断できるかを記入しても構いません

1. 取り組み内容の紹介～考案した記録様式2について～

記録様式2

介護職員のアセスメント力向上をはかる言動の指標

レベル	介護職員の言動の変化
4. 指導・教育	「アセスメント」について他者に指導するような光景が見られるようになった
3. 自己研鑽	テキストを用いた自己学習や外部研修参加などの自己研鑽に努めるようになった
2. 向上心	「アセスメント」や「個別支援計画」などについて継続的な学びを希望するようになった
1. 興味・関心	「アセスメント」に関心を持ち、情報の記録を充実させたり、他職種との情報共有に努めるようになった
0. 変化なし	取り組み前と変化が見られない
-1. 反発	取り組みについて反発するような言動が見られた
-2. 摩擦	取り組みについて他の職員に対しても消極的・否定的な発言をするようになった
-3. 意欲の消失	仕事に対するやる気が失われつつあり、取り組みを継続するのが困難な状態になった

取り組み中のレベル 取り組み後のレベル

2. 対象

- ▶ 事例対象は本研修で事例対象とした利用者A氏
- ▶ 取り組みの対象は介護福祉士基本研修修了者3名（以下B、C、D）
- ▶ 期間は2019年3月27日から4月17日までの3週間とする。

自職場事例を用いた演習 関係資料③

3. 方法

- ①B、C、Dと面談し、今回の企画について説明を行い、同意を得る。
- ②「フェルトニーズ」と「ノーマティブニーズ」の特徴や違いなどについて説明・指導を行う。
- ③A氏についてのフェルトニーズをB、C、Dで話し合い紙面に書き出してもらう。それを企画・実施者はまとめ、保管しておく。
- ④B、C、Dに様式1の使い方を説明する。
- ⑤B、C、Dとともに関連職種から情報を引き出し、様式1を用いて考えられるノーマティブニーズを記述してもらう。
- ⑥B、C、Dが考えたフェルトニーズとノーマティブニーズを比較して「ニーズ」についての「気づき」や「わかり」を各々挙げてもらい共有する。
- ⑦そのときの発言内容や取り組み中の職場での言動を企画・実施者はまとめておく。ここまでの工程を1週間で実施する。
- ⑧②～⑦を参考にしながら様式2に取り組み中の評価としてB、C、Dのレベルを記入する。
- ⑨取り組み後2週間ほどB、C、Dの実践における姿勢や言動を観察し、2週間後改めて「取り組みについての感想」をテーマに話し合い、様式2にその時点でのレベルを記入する。

4. 評価方法

話し合いの中での「気づき」などとその後の言動などを踏まえて様式2を用いて取り組み後、それぞれがどのレベルに位置しているかを(変化)を捉える。レベルが1つでも上がっていれば様式1はノーマティブニーズへの関心を高め、アセスメント力向上に一定の効果があるのではないかと考える。

記録様式1

A様の課題(ニーズ)を見直すため改めて自職場の専門職から情報を引き出してみましたよ

看護師はなんて言ってる？	リハビリテーションスタッフはなんて言ってる？	管理栄養士はなんて言ってる？	担当介護職はなんて言ってる？
骨粗鬆症があるため、転倒に注意する必要があります。また、脳梗塞の再発防止のため再発の防止も必要である。	右不全麻痺があり、麻痺側に体重をのせることが難しく立位などは手を離すとふらつきが見られるため転倒防止が必要。失語症もあり現状話すことは困難だが、ヒートを取るなどの準備などは発生可能なため発声練習もしていく必要があると考える。	入所されてから軟便・軟便を食べていた。入院でも歩けるようになって野食は半分ほどしか食べていない。場に行きたいと言っていた。現在は全量摂取、介護職でも歩行訓練など少し体遣はやせ気味だがBMIは正	A様は野球観戦が趣味で少し食べていた。入院でも歩けるようになって野食は半分ほどしか食べていない。場に行きたいと言っていた。現在は全量摂取、介護職でも歩行訓練など少し体遣はやせ気味だがBMIは正

専門職の意見を聞いてあなたが考えるノーマティブニーズを書き出してみましたよ

脳梗塞の再発防止のため水分を多めに摂取していただき、集中的なリハビリテーションを継続していく必要がある。また、骨粗鬆症による転倒予防の予防のため移乗時にバランスを崩さないような支援が必要だと考えられる。

※ノーマティブニーズを書き出すのが難しい場合、どのような疾患や障がいの基礎的知識が必要と判断できるかを記入しても構いません

氏名： 介護職員B

記録様式2

レベル	介護職員の言動の変化
4. 指導・教育	「アセスメント」について他者に指導するような光景が見られるようになった
3. 自己研鑽	テキストを用いての自己学習や外部研修参加などの自己研鑽に努めるようになった
2. 向上心	「アセスメント」や「個別支援計画」などについて継続的な学びを希望するようになった
1. 興味・関心	「アセスメント」に関心を持ち、書籍の記録を充実させたり、他職種との情報共有に努めるようになった
0. 変化なし	取り組み前と変化が見られない
-1. 反発	取り組みについて反発するような言動が見られた
-2. 摩擦	取り組みに対して他の職員に対しても消極的・否定的な発言をするようになった
-3. 意欲の消失	仕事に対するやる気が出なくなったり、取り組みを継続するのが困難な状態になった

取り組み中のレベル	1	取り組み後のレベル	2
氏名	介護職員B		

考察 対象職員の言動の変化について、なぜこのような結果になったのか

今回の取り組み結果が対象職員の言動指標において2名ともがレベルアップに繋がった要因として2つの要素が考えられる。

1つはノーマティブニーズの説明や振り返りの際に「スーパーバイジョン」を意識した質問を繰り返した点である。

例えば、Bに対しては、脳梗塞の再発防止が重要としたらどんな支援が必要なのかを自分で見出せるように何度も質問して最終的に「血栓」、「水分」というキーワードを導き出している。これがBにとってとなり自信を持って仕事にのぞみ、指標上でのレベルアップに繋がっていると考えられる。

2つ目はノーマティブニーズを軸にした今回の企画内容が「記録」、「多職種連携」といった自職場の介護職が抱えるにアプローチする側面もあったため、記録様式1に記入する過程で偶然にもそれらが改善されていくという効果が発揮されて結果的に介護職員の「やりがい」や「向上心」に結び付いたのではないかと考える。

取り組みの振り返り～自身のスキルに関して～

- 1) スーパーバイジョンについての理解

このような取り組みから指導・教育、人材育成に繋げていく場合、認定介護福祉士にはスーパーバイジョンの異なる機能や様々な方法、実施に際して留意すべき点(特に気づきを促す工夫)には十分な理解が求められると考える。
- 2) 記録様式の改善

記録様式1だけではフェルトニーズとの比較ができず、リアルニーズへの結び付けが困難な様式である。この点においても記録様式には改善の余地があると考えられる。

記録様式2では「言動の指標」となっており、行動と言動の変化とちの要素も踏まえておられるため、再考の余地がある。リーダーシップの観点では「行動」の変化に絞って捉えるのも有効だったかもしれない。
- 3) 個別支援計画作成を促す指導の視点

今回の取り組みではアセスメント期におけるアプローチ方法として問題解決アプローチ、計画作成期におけるアプローチ方法としてエコロジカルアプローチをそれぞれ対象職員へ指導した。しかし、自身がこれらのアプローチ方法についての理解が不十分であったため、講義内容が言動の変化(レベルアップ)に直接関与してはどうかは疑問が残る。

しかし、アセスメント期に求められる視点として、ソーシャルワークの実践理論は指導や支援計画作成の手がかりとなることになったのは大きな成果といえる。

自職場事例を用いた演習 関係資料③

取り組みの振り返り～本科目の到達目標達成の視点で考える～

- ①医療・リハビリ・認知症など、これまでに学習した知識をふまえたうえでアセスメントを行い、課題を明確化し、個別支援計画を評価することができる。
- ②利用者の全人的理解や他専門職からの情報を統合し、個別支援計画を作成することができる。
- ③作成した個別支援計画に沿った記録様式の作成と記録方法を評価し、他職員に指導できる。
- ④チームにおいて個別支援計画作成の指導ができる。

到達目標をふまえての振り返り①

研修の学びをふまえて、自職場の課題を分析したとき、ニーズを明確にするための力（アセスメント力）を向上させる必要があると考えた。そのため、考案したのは個別支援計画に沿った記録様式ではなく、ニーズの抽出・明確化について関心を高めてもらうことを主眼においた限定的なものとして介護職がアセスメントに関心を寄せてくれたかをはかるものであった。

自分の理解だけにとどまらず、
できるという視点では今回の取り組みは有効であったと考えられるが、個別支援計画作成に直接結びつけるものではなかった。

アセスメントについて関心が高まったとするならば、個別支援計画作成のためにそれをどう活かし、継続的に発展させていくかが課題である。

到達目標をふまえての振り返り②

今回の取り組みはチームにおける展開を将来的に想定しているも、結果として職員個別への指導にとどまっている。

明確化されたニーズや立案された計画は「チーム」で共有されなければ実施・評価・修正などは適切に行われない。

つまり、研修受講者個人の力を高める⇒指導を通じて介護職員の力を高める
⇒情報の共有を回りチーム力を向上させる⇒利用者へのサービスの質の向上をさせるという一連のプロセスをイメージしておく必要があった。

具体的には、対象職員2名に実施した講義やそこから書き出してもらったフォーマティブニーズ・フェルトニーズをカンファレンスなどの場で共有し、意見を出し合うことで、その後のチームにどのような影響があったかを捉えるような関連するチーム全体を巻き込む取り組みも考えられる。

あるいは、情報の共有そのものに課題があれば、介護職が収集した情報や立案した計画の共有レベルを上げるための取り組みを考案し、展開することも有効であったかもしれない。

この科目において自身が学びを深めることができた理由

①アセスメント期における視点として、問題解決アプローチやエコロジカルアプローチなどの多様なソーシャルワークの実践理論を材料に、受講者の気づきを促すワークや講義を展開していただいたので、個別支援計画作成にあたって重要な位置づけであるアセスメントについての理解が深まった。

②スーパービジョンや記録の充実がもたらす効果として、アセスメントや個別支援計画についての理解にとどまらず、教育・指導、他職種連携などにも影響を及ぼすことを教えていただき、記録や実践を振り返ることの重要性を再認識することができた。

第2部 自立に向けた介護実践の指導領域

第1章 ガイドライン

領域名

自立に向けた介護実践の指導領域

科目名

応用的生活支援の展開と指導
地域における介護実践の展開

科目のねらい

認定介護福祉士は下記の役割を果たすものであるが、本領域の2科目は、そのすべてにかかわる科目である。

- ①介護職チームの統括的なマネジメント
- ②多職種間・機関間連携のキーパーソン
- ③地域における介護力の向上

本領域の2科目は、認定介護福祉士養成研修Ⅱ類の研修体系に属している。Ⅱ類における科目は、科目は下記を学ぶ位置づけである。この科目は下線部に関係している。

- Ⅰ類で学んだ知識をもって、根拠に基づく自立に向けた介護実践の指導をする力を獲得する。
- 認定介護福祉士に必要な指導力や判断力、考える力、根拠を作り出す力、創意工夫する力等の基本的知識に基づいた応用力を養成する。
- サービス管理に必要なツールを整理、改善し、それらから根拠を導きだし、その根拠に基づいた指導する力を獲得する。
- 生活支援の視点から、地域の介護力を高める力を獲得する。
- 介護サービスという特性のもと、チーム運営、サービス管理、人材育成等について必要な専門的な理論に基づき、チーム、サービス、人材マネジメントを実践し、利用者を中心とした地域づくり（地域マネジメント）に展開できる力を獲得する。

本領域の2科目はⅡ類科目の最後の地位づけであるとともに、認定介護福祉士養成研修の最後の科目となる。各科目では、それぞれ次の教育目的が示されている。

【応用的生活支援の展開と指導】

- 介護職チームにケアの目標を共有する方法を検討し、共有する力を育成する。
- 自立に向けた介護実践を介護職チームに指導する力を育成する。
- 自立に向けた介護実践を理解し、実践できる職場をつくる力を育成する。
- 他専門職と連携する力を育成する。
- 介護職の小チームのリーダーにプレゼンテーションの知識と技術を育成する。
- 介護職の小チームのリーダーに個別支援会議を指導する知識と技術を育成する。

【地域における介護実践の展開】

<以下の能力の開発とリーダーの育成を行う>

- 介護職チームの地域における位置づけを理解し、利用者が地域の生活を継続するための支援を展開する能力の開発と育成。
- 施設・事業所が地域拠点としての役割を果たす取り組みを実践する能力の開発と育成。
- 介護サービスマネジメントを実践し、提供するサービスの質の向上を図る能力の開発と育成。
- 地域におけるボランティア、家族介護者、介護福祉士等への介護に関する助言・支援が行えるような、地域とかがわる能力の開発と育成。

科目の到達目標

【応用的生活支援の展開と指導】

認定介護福祉士としての役割を理解し、次の4つを到達目標とする。

- ①人間のもつ生理的機能を最大限発揮するメカニズムを理解し、実践・指導できる。
- ②個として人間が歩き、食べ、排泄することの意味を理解し、歩行、排泄、食べることの支援（経口摂取の維持と回復を含む）、尊厳を支える介護等を実践できる。
- ③自立するための身体機能、精神機能を評価し、適した用具の活用、他専門職種、ソーシャルサポートとの連携等を含めた応用的な個別支援計画と自己実現を支援する実践の指導ができる。
- ④自立に向けた介護実践を行うための職場づくりができる。

【地域における介護実践の展開】

- ①地域の生活を継続するため、他職種を巻き込んだ見通しの立った計画（アクションプラン）を立てる能力を開発することができる。
- ②地域の生活を継続するために、他職種に自立に向けた生活支援を指導できる能力を開発することができる。
- ③他職種を含む介護連携チームに事例検討が運営できる能力を開発することができる。
- ④伝える、伝わるプレゼンテーションを実践できる能力を開発することができる。
- ⑤地域における認定介護福祉士の役割（①～④の役割）が実践できる。

認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方

【応用的生活支援の展開と指導】

- 介護福祉士養成課程では、本科目に類する教育内容はみられない。
- 本科目では、介護職チーム全体を統括・指導し、利用者の状態の積極的な改善を目指した一連のサービスを実現するために、根拠となる知識の教育、生活支援全体のプランニング、チームケアの展開を指導する技術（SKILL）を習得する。また、職場を改善するための指導・育成する技術（SKILL）も習得する。

【地域における介護実践の展開】

- 介護福祉士養成課程では、本科目に関連する内容（介護実習等）について触れられているが、実践的な知識と技術の習得までは至らない。
- 本科目では、利用者が最後まで地域において生活を継続するため、また、施設から地域へ生活の場を移すためのアクションプランの企画・実施、アクションプランに介護職チームが関わる企画の作成、アクションプランの実施・評価、アクションプランの実施方法のリーダーへの指導などができる実践的な知識（＝臨床や実践に関する知識領域）と技術（SKILL）を習得することを目標とする。

研修の展開上の考え方

【応用的生活支援の展開と指導】

- 応用的な個別支援計画と自己実現を支援する実践の指導ができる。
- 自職場の課題を整理し課題を改善するための研修の企画と実施。
- 当該領域科目である「地域における介護実践の展開」科目との関連と相違を意識して展開を考えること。

【地域における介護実践の展開】

- 認定介護福祉士養成研修の最後の科目であることから、これまでの知識・技術をベースに、この科目の展開を考えること。
- 当該領域科目である「応用的生活支援の展開と指導」科目との関連と相違を意識して展開を考えること。

本科目を介護福祉士に教授するうえでの留意点

- 本領域の2科目は、認定介護福祉士養成研修全体の最後に位置づけられる科目でもあることから、これまでの知識・技術を総活用し、研修内容を構成すること。
- また、両科目の関連と相違を意識しつつ、認定介護福祉士養成研修の総まとめとしてふさわしい実践の取り組みを受講者にも求めることが必要であること。
- なお、受講者のなかに、利用者がいない職場に異動した場合は、これまで勤務した施設・事業所の利用者を想定し、地域に必要なサービスを形成することを課題とすることに留意されたい。

本科目と養成研修との関係

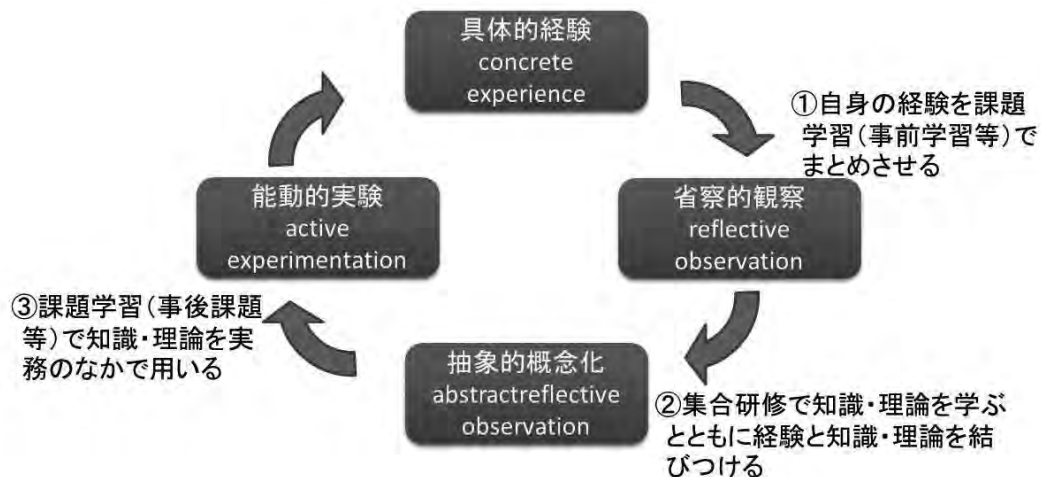
- 必要な知識・理論等はこれまでの研修で十分に理解されている。施設・事業所が地域の介護サービスの拠点となる取り組み、地域に新たなサービスを形成する等、実践的な課題が事前課題となる。
- 実施内容をまとめ、発表する際のプレゼンテーション能力の向上も本科目の主要な内容となる。

【参考】認定介護福祉士養成研修の展開デザインと経験学習

認定介護福祉士養成研修の受講者は、一定の実務経験を有する現任の介護福祉士である。各科目の展開のデザインにあたっては、下記の経験学習の考え方を参照されたい。

- 介護福祉士（受講者）が業務で実際に遭遇する場面と、知識・理論を結び付けるような学習を行わせることで、実務において知識・理論を想起し、知識・理論を用いて実務を分析できるような思考枠組みを獲得させる。
- そのために、①まず受講者に自身の経験を課題学習（事前学習等）でまとめさせる、②集合研修で知識・理論を学ぶとともに経験と知識・理論を結びつける演習を行う、③課題学習（事後課題等）で知識・理論を実務のなかで用いることで知識・理論の応用力を身につけさせる、という流れが基本となる【経験学習サイクル】。

<コルブによる経験学習の過程と本養成研修との関係>



- ・ 具体的経験…環境に働きかける、経験する。
- ・ 省察的観察…いったん実践・事業・仕事現場を離れ、自らの行為・経験・出来事の意味を、俯瞰的な観点、多様な観点から振り返る。
- ・ 抽象的概念化…経験を一般化、概念化、抽象化し、他の状況でも応用可能な知識・ルール・スキーマやルーチンを自らつくり上げる。
- ・ 能動的実験…経験を通して構築したスキーマや理論を、実際に試してみる。

- 必要な知識・理論のすべてを集合研修で教授することはできないため、課題学習の時間に有効に割り当てることが必要である。
- 実務経験があるがゆえに、専門職としての視点のみに立ち、利用者、家族、地域住民、他の専門職や行政など、多様なステークホルダーからの視点・価値観に気づかない場合がある。研修によって、多様なステークホルダーそれぞれの見方やニーズに気づかせることで、これまで培われた自身の見方・価値観・思考枠組みを相対視させることが重要となる。
- 実務経験があるがゆえに、自身の実務経験に基づいて習得した方法を絶対視し、知識・理論に基づく思考枠組みの形成や、物の見方の転換・相対化が困難な場合がある。研修によって他者の経験から学ぶことで、これまで培われた自身の見方・思考枠組みを相対視させることが重要となる。
- 受講者がどのような施設・事業所で実務経験を重ねたかによって、経験した業務内容にかなりの違いがある。このことが介護福祉士の役割についての理解や介護観等に大きな影響を与えている。講師はこのことを理解したうえで、受講者が互いの経験を共有し、これまで培われた自身の見方・思考枠組みを相対視させるとともに、施設・事業所の違いにかかわらず介護福祉士として共有すべき介護観や役割、アイデンティティについて、受講者が十分に省察できるよう支援することが重要となる。

第2章 講義・演習の展開例

地域における介護実践の展開

テーマ・大項目	展開内容(講義のポイント、演習の展開内容)	課題学習を可とする場合の展開例
1. 地域におけるそれぞれの介護実践と地域において利用者を継続的に支える支援の展開 (4時間)	(講義) <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムの復習と介護福祉士の役割 ・地域で生活する意義 ・地域でこれまでの生活を最期まで続けるために必要な視点と介護実践 ・在宅での生活維持のための介護実践 ・介護サービスマネジメント ・地域における施設の役割 ・さまざまな地域資源の活用と創造 	
2. 地域生活を継続するためのアクションプランの作成(講義・演習) (10時間)	(講義) <ul style="list-style-type: none"> ・アクションプランについて 	
	(演習) <ul style="list-style-type: none"> ・介護職のチームリーダーとしてアクションプランの作成 	
	①個別に作成	
	②グループ内で1つをブラッシュアップ	
	③全体発表	
	(講義・演習) <ul style="list-style-type: none"> ・指導方法(作成方法、実践方法) 	
3. 相手に伝わり、動かすプレゼンテーション方法と指導 (10時間)	(講義) <ul style="list-style-type: none"> ・伝えて行動を促すプレゼンテーションスキル ・生活支援の指導方法 	
	(演習) <ul style="list-style-type: none"> ・事例検討会① ・事例検討会② 	
	(講義・演習) <ul style="list-style-type: none"> ・事例検討会のまとめ 	
4. 地域社会における認定介護福祉士の役割 (6時間)	(講義・演習) <ul style="list-style-type: none"> ・地域と関わるということ ・地域包括ケアシステムにおいて様々な生活課題を自助・互助・共助・公助の視点から解決していく取り組み ・地域社会における認定介護福祉士の役割 ・認定介護福祉士が互助に対して支援を行う重要性 	
なし		

課題学習(事後課題)／地域における介護実践の展開例

○実際の受講者の取り組み報告を映像コンテンツ（巻末貼付の DVD）でお示しするので、参考にしていただきたい。

事実に関する知識領域

メカニズムや理論に関する知識領域

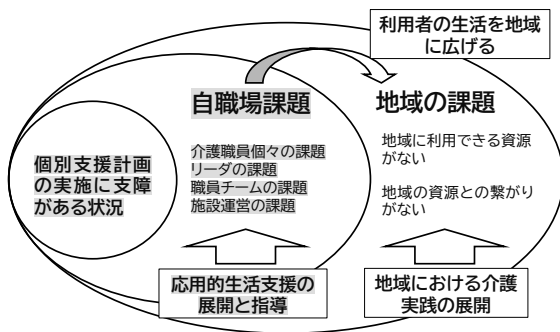
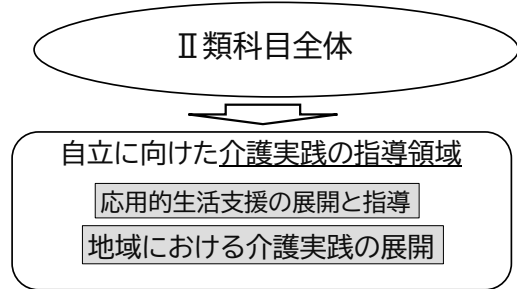
臨床や実践に関する知識領域

技術 (SKILL)

自立に向けた介護実践の指導領域

「地域における介護実践の展開」について

1. 「地域における介護実践の展開」の位置づけ



応用的生活支援の展開と指導

1. リーダーの指導・育成力を育てる
2. プレゼンテーション能力を育成する
3. 自立に向けた実践能力を育成する

地域における介護実践の展開

地域を対象としたアクションプランの実施です。

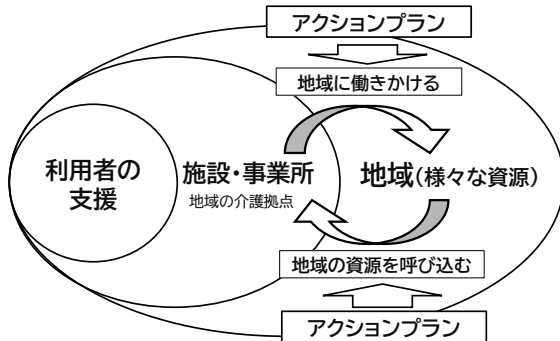
<具体例>

介護職チームが地域にどのように位置づけられるのかを理解し、利用者が地域との関わりを持った生活を継続するための支援を展開する能力の開発と育成

地域とかがわる能力の開発と育成

施設・事業所が地域拠点としての役割を果たす取り組みを実践する能力の開発と育成

地域における介護実践の展開について



教授する上での留意点

図で示したとおり、アクションプランは2つの方向があることに留意して下さい

受講生個々のアクションプランですが、他の介護職員を巻き込むようなプランが望まれます。他の介護職員やリーダーの教育的内容も含んでいるように工夫することを伝えて下さい。

地域における介護実践の展開について

実際取り組んだ受講生の実践報告がありますので、参考にして下さい。

2018/9/21
認定介護福祉士養成研修

<地域における介護実践の展開>

爪の重要な役割って何!?

—茶話会を通して地域住民と考える—



諏訪赤十字病院
笠原奈美

1. 実施までの経過

- 8/3 職場長へ取り組み課題について説明し、承諾を得た
- 8/5 訪問①(13:30~13:20)
近隣地区にある公民館を訪問し、区長への挨拶
- 8/6 訪問②(18:30~19:00)
 - *現在、認定介護福祉士養成研修で学んでいること
 - *学習+茶話会? 生活を通した身近な題材で、より健康に興味を持てるようなテーマで地域住民との交流の機会を得たい...
 - *3つのテーマから、興味のあるものや区民の健康促進に役立てそうなものを選んでもらう
 - ①排泄のこと
 - ②爪のこと
 - ③腰痛予防のこと

2. 実施

1) 実施日時

2018年9月3(月) 13:30~15:00
A公民館

2) 実施内容

第1部—学習 13:30~15:00 (90分)
第2部—茶話会 15:00~15:30 (30分)

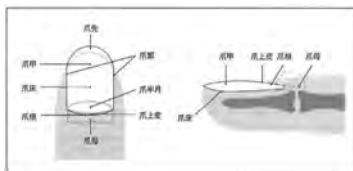
3) 参加人数

12人

本日の学習内容

- 「爪」の基礎知識
- 日常生活における爪の重要な役割って何!?
- ケア用品の特徴と正しい扱い方
- フットケア
 - ・爪周囲のケア
 - ・健康爪のケア

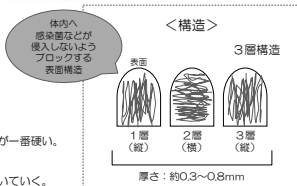
「爪」の基礎知識



*皮膚の付属器官
*爪の主成分: タンパク質(硬ケラチン)
含水量7~12% 脂肪量0.15~0.75%
*爪の生えかわり
手: 約6ヶ月 足: 約10~18ヶ月
*爪の成長
成人: 約0.1mm
乳幼児・高齢者: 約0.07~0.08mm

<機能>
*手・足それぞれの指先の保護
*指先にかを伝える(物を掴む、掴む、握るなど)
*身体の重心バランスを保持、安全に歩行する
*健康状態の把握

<性質>
*外界環境によって水分量は増減する。
*冬季は乾燥期に入り硬く脆くなる。
*爪の硬さは均等ではなく、爪床に接している部分が一番硬い。
*爪先に伸びるほど強く、割れやすい。
*爪は、切った方向に伸びる。
*伸びた爪は、爪床から離れると内側に向かって巻いていく。



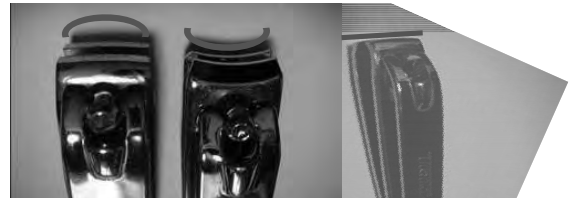
道具

- ①安全性が高く、簡便さがあり、誰でも使える道具を選ぶ
- ②ケア対象者の「爪」の状態に合わせた道具を選択する
- ③ケア施行者の手の大きさにあったものを用いる
- ④各種道具の用途を知り、適切な方法で使用する

爪切り	爪切り	ブラシ	ソフデ	グライナー
				
切る	切る	掃き出す	かき出す	削る
正常爪・肥厚爪を切り落とす	肥厚した爪を切り落とす	爪裏側の異物を取り除く	爪と皮膚を分離し、爪裏側の角質や汚れを容易に取り除く	爪の断面を整える
				
個人持ち・消毒	個人持ち・消毒	個人持ち・消毒	使い捨て	使い捨て



日常で使用しているケア用品を見比べてみよう！



“フットケア”って何!?

- ①フットバス（足浴）
- ②爪周囲のケア
- ③爪切り
- ④グライナー

フットケア

- ①フットバス
- ②爪周囲のケア
- ③爪切り
- ④グライナー

<目的>

1. 汚れを落としやすくする
2. 皮膚を柔らかくし、角質を取りやすくする
3. 循環を良くする



3. 参加者の反応（茶話会の声）



4. 自己評価

- これまで介護従事者に対して行ってきた研修を、地域住民に対するモノにアレンジして実践につなげた。
- 生活者に視点を向け、「生活」を通じて地域住民と関わることが介護福祉士の大きな強みで、地域の中で介護福祉士が活かされる優位点ではないかと考えさせられる機会であった。
- 地域の中でどのような役割を持ち、何を果たすべきなのかそれを体得し、“地域”というものを身近に感じた。

「地域における介護実践の展開」

- ①科目で自分が設定した到達目標
- ②そのために、自分が設定した取り組み課題
- ③取り組み内容の紹介

支えあいサロン活動に参加して

特別養護老人ホーム ローマンうえだ
宅老所そめや
神林克彦

I.目的

認定介護福祉士養成研修で、地域包括ケアを推進していく上での支援者の役割について学んだ。

今回、地域サロンの活動に参加し、利用者やボランティアと関わる中で、感じた事や、今後の課題についてまとめた。

II.倫理的配慮

個人情報、プライバシーの保護に関し、本人・家族に同意を得た。施設の規定に基づき、倫理委員会の承諾と施設長の許可を得ている。

III.実践内容

- 1.地域支えあいサロンの活動にボランティアとして参加。
- 2.宅老所の利用者と共にサロンへ出かける。
- 3.認知症の当事者を交えた相談会に参加。

地域支え合いサロン

hinata boccoとよさと



サロンのランチメニュー



宅老所そめや



サロンでの様子



こうやって入れるんだ～



短冊に願い事・・・



地域の方のバンド演奏会



オレンジサロンhinata bocco



認知症の人や家族だれでも参加できます。認知症の当事者、認知症ケアに携わる専門職と、相談会や当事者同士の集う会として開催。

IV.まとめ

1.地域支えあいサロン活動にボランティアとして参加

- ①地域の皆さんが主体的に作っていかうの思いや意欲が強く感じられた。
- ②身近な出会いが増え、繋がりが支え合いが広がっていくきっかけになるのではと感じた。
- ③地域の生活課題に目を向けていた。

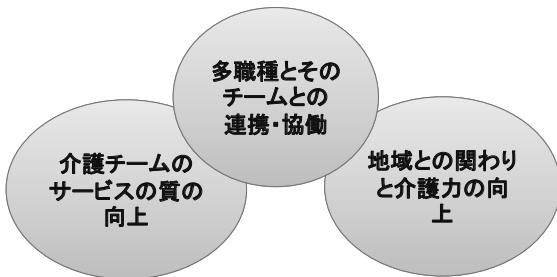
2. 宅老所の利用者とともにサロンへ出かける

- ①音楽を通じて、皆さんと一体になり、自然に交流へと繋がる事ができた。
- ②地域サロンで、楽しい時間を共有でき、また行きたいという気持ちになっていった。
- ③知り合いに会うことで、人との繋がりが広がっていった。

3. 認知症の当事者を交えた相談会に参加

- ①当事者が、自分でできる役割として、体験や生活の工夫などをアドバイスしていた。これは、認知症になっても社会参加することが大切であると感じた。
- ②困っている事や不安な事を、当事者を交えて直接聴く事は、相談者にとって安心に繋がると感じた。
- ③相談する場所があるという事は、地域で暮らしていくための安心に繋がるのではないかと。

認定介護福祉士3つの役割



「地域における介護実践の展開」

- ④取り組みの振り返り
- ⑤この科目を円滑に進めるうえで講師に留意していただきたい事項

地域を目指した取り組み企画
N組地区サロンへの参加

地域活動が施設職員に与える影響について
上平 佳代子

施設の参加状況 サロンの内容

- ▶ 平成5<年 9月 参加4名 運動・ゲーム・懐かしの歌
- ▶ 43月 参加5名 運動・ゲーム・昼食
- ▶ 平成63年 9月 参加5名 運動・ゲーム・昼食

平成63年9月48日 43≒3～46≒3 Q組公民館
参加者 40名
健康体操 1時間
県名・県花・県鳥当てゲーム 1時間
昼食(交流会) 1時間

実施までの経緯

▶ N組ふれあいサロン

- ・N組の区長が中心となり、地域の閉じこもりがちな高齢者を集め、ゲームや歌会、お茶会をする会。
- ・運営の中心はN組の元気な男性シニア層
- ・K町社協が協力し、音楽療法や運動療法の講師が指導

- ① -1
あなたの施設は中組の地域の人に、受け入れられていると思いますか？
あなたの考えに最も近いと思う数字を○で囲んでください。
ほとんどの人は そうではない
9 8 7 6 5 4 3 2 1
- ① -2
一般的に、人は他人のために役に立とうとしたいと思いますか？
あなたの考えに最も近いと思う数字を○で囲んでください。
ほとんどの人は そうである
9 8 7 6 5 4 3 2 1
- ① -3
施設の職員は中組の地域の人、役に立とうとしたいと思いますか？
あなたの考えに最も近いと思う数字を○で囲んでください。
ほとんどの人は そうである
9 8 7 6 5 4 3 2 1
- ① -4
あなた自身のことについて伺います。
あなたは、近所の方とどのような付き合いをされていますか？
近所の方との付き合いの程度について、あてはまると思われるものを1つ○で囲んでください。
1 つきあいはまったくしていません
2 あいさつ程度の最小限の付き合いしかない
3 日常的に立ち寄りをする程度の付き合いはしている
4 互いに相談したり日用品の貸し借りをするなど、生活面で協力し合っている人もいます

▶ 調査の目的

- ①施設職員は地域のことをどう捉えているか。
- ②地区サロンへの参加を通して、地域の捉え方に変化は生じたか。

以上2点を調査することで、地域プログラムへの参加が職員にもたらした変化を明らかにしたい。

▶ 調査期間・対象者

平成5<年9月～平成63年9月に地区サロンに出席した4名
平成63年9月の段階で地区サロンに出席したことがない46名

▶ 評価方法

- ①選択式アンケート
- ②自記式アンケート(サロン参加者)

以下の質問は実際にふれあいサロンに参加された職員の方のみにお聞きします。

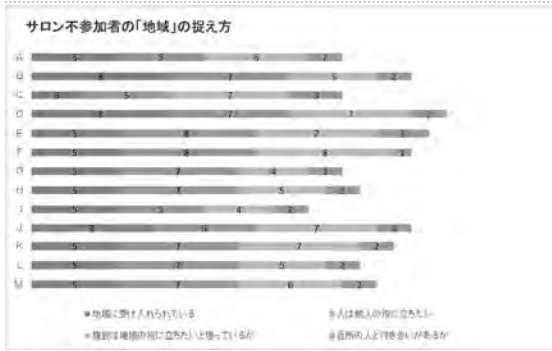
- ②-1
ふれあいサロンへの参加を通して、あなたの中組地域の人への感じ方は変わりましたか？
良くなった あまり変わらない 悪くなった
9 8 7 6 5 4 3 2 1

- ① -2
それはどんなことが変わりましたか？具体的に記載してください。

- ②-3
サロンに参加後、あなたの施設は中組の地域の人に、どれくらい受け入れられていると感じるようになりましたか？
あなたの考えに最も近いと思う数字を○で囲んでください。
ほとんどの人は そうである
9 8 7 6 5 4 3 2 1

地域における介護実践の展開 関係資料④

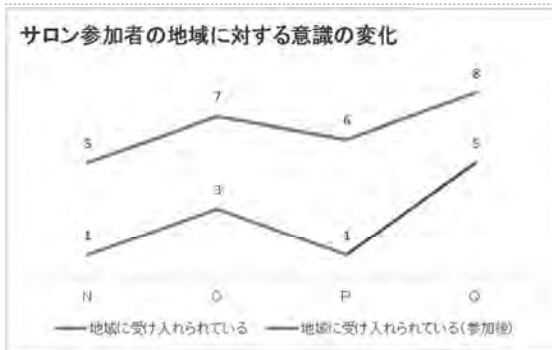
①施設職員は地域のことをどう捉えているのか 不参加者のアンケートから



②地区サロンへの参加を通して、地域の捉え方 に変化は生じたか



②地区サロンへの参加を通して、地域の捉え方 に変化は生じたか



地区サロンへの参加を通して、地域の捉え方 に変化はあったか（自記式アンケートより）

- ▶ 参加した際に気持ち良く受け入れていただいた。
- ▶ N組の人たちと顔見知りになり、施設の前を歩いている人にも声かけできるようになった。
- ▶ サロンの時「ぜひ施設も利用してください」と声をかけた。
- ▶ 高齢者を支える元気なシニア層が、地域のことを真剣に考えてくれている。
- ▶ 受け入れられる努力を、まずしなければいけないのは施設側だと思った。
- ▶ 明るく団結力のある地域。これからも参加したい。

①施設職員は地域のことをどう捉えているのか

- ▶ ”他者の・地域の役に立ちたい”という気持ちはあるものの、実際に何をしたらいいのかわからないのではないか。
- ▶ ”他者の・地域の役に立ちたい”という思いが、実際の地域貢献事業には結びついていない。
- ▶ 施設が地域に受け入れられているのか、「よく分からない」と感じている層もいるのではないか。
- ▶ 施設は地域に受け入れられている、と考える者も、少数いる。

②地区サロンへの参加を通して、地域の捉え方 に変化はあったか

- ▶ 参加者全員がサロンへの参加後、「地域への印象が良くなった」と答えた。
- ▶ 元々「施設は地域の人に受け入れられていない」と強く感じていた層でもあり、地域への印象が良くなり易かった可能性もある。
- ▶ 地域の人から受け入れられた安心感
- ▶ 元気なシニア層が真剣に地域の高齢者を支えようとしている
- ▶ 「地域の施設」として、何ができるのか

取り組みの振り返り

- ▶ 到達目標
- ▶ 「地域における認定介護福祉士の役割が実践できる」
 - 達成できた
 - 43月には地域の方、他法人、社協の介護職員と合同でソーシャルアロマセラピスト養成講座を実施

調査研究のように取り組みをまとめたことで、「伝える、伝えるプレゼンテーションを実践できるリーダーの育成」のヒントを得ることができた

▶

執筆担当者

●第1部

八木 裕子（東洋大学ライフデザイン学部 准教授）

本名 靖（社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 総合施設長）

担当：第1章、第3章

本名 靖（東洋大学ライフデザイン学部 教授）※

担当：第2章

●第2部

八木 裕子（東洋大学ライフデザイン学部 准教授）

本名 靖（社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 総合施設長）

※所属・肩書は令和元年度制作当時