

平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

利用者の状態像に応じた介護職における
技術評価のレベル分類に関する調査研究事業
報告書

平成 25 年 3 月

株式会社日本能率協会総合研究所

はじめに

本調査研究は、平成 24 年度厚生労働省 老人保健健康増進事業として、内閣府が推進してきた、時代の要請に合った人材を育成・確保するため、実践的な職業能力育成・評価を推進する「実践キャリア・アップ制度」の実証事業において収集されたデータを基礎に実施されたものである。

この実証事業は、平成 23 年度に実施されたものであるが、こういった事業は、介護分野だけでなく、このほかに保育、農林水産、環境・エネルギー・観光など新たな成長分野を中心にすすめられているものである。

先に述べた「実践キャリア・アップ制度」は、日本ではじめて、英国の職業能力評価制度（NVQ：National Vocational Qualification）を参考とした、ジョブ・カード制度などの既存のツールを活用した『キャリア段位』（日本版 NVQ の創設）を導入・普及することを目指したものであり、育成プログラムでは、企業内 OJT を重視した制度としてはじまっている。英国においては、職業資格として、1986 年に NVQ（全国職業資格）、1992 年に GNVQ（一般全国職業資格）が創設され、これらの職業資格と普通教育資格が統合された資格枠組みが整備されてきた。2004 年からは、これらの資格を 9 段階に分類した「全国資格枠組み（National Qualification Framework）」の導入が進められている。これにより、アカデミックな学力を評価する教育資格と実際の職場での職務遂行能力を評価する職業資格の価値を相対的に位置づけ、レベルの関連づけが図られている。

この NQF のねらいとしては、①教育や訓練への参加を動機付け、達成度の向上を促進し、国際競争力を高める。②明確な進歩の道筋を人々に理解させることで生涯教育を促進する。③すべての学習範囲をカバーしつつ、資格の重複をなくす。④適切かつ正確な国家資格の付与により、国民の信頼を高める。といったことが目指されているところである。

わが国でも、このキャリア・アップ制度においては、リカレント教育向けの「学習ユニット積上げ方式」の活用や、この制度と専門学校・大学等との連携による学習しやすい効果的なプログラムの構築を図ることが目的の一つとされており、今後の介護分野における効果的な OJT ツールとなることが目指されている。

そして、このツールの開発にあたっては、先に述べたように「介護人材分野におけるキャリア段位制度の評価基準に係る実証事業」において、就労する施設類型や実務年数・資格等の区分に応じた調査研究によって得られたデータを基礎に行われた。

本研究においては、利用者の状態像等別の技術評価結果の分析や、アセッサーの経験年数別の評価を分析することによって、アセッサーがより適切に評価できることを目指すテキストの開発や講習カリキュラムの開発が目的とされた。

とくに平成 24 年度より開始される介護プロフェッショナル制度（介護職キャリア段位制度）に向けては、評価制度の全体的な枠組みの明確性が求められ、①産業界の主体的・積極的な取組、②職業訓練との連携とその方法の確立、③実際の訓練・仕事ぶりの成果（現認）による評価が重視されなければならない、ことが示されているが、これらの介護のプロセスに関する評価等においては、課題を解決すべく取り組むことが必要であることから、国立保健医療科学院筒井孝子統括研究官を委員長とした研究委員会を組織し、ここに、これらの実証事業の詳細な分析及び OJT ツールに係る研究成果を報告書としてまとめたものである。

本調査研究の実施にあたっては、研究委員会委員・ワーキングメンバーの他、多くの福祉施設等の皆様にご支援・ご協力をいただいた。特に、DVD の作成にあたっては、船橋市立リハビリテーション病院のご利用者やスタッフのご協力など多大なるご支援をいただき厚く御礼を申し上げる次第である。

多くの皆様方にご協力いただき完成した本報告書が、介護従事者の介護技術の向上、利用者の皆様にとっての一助となれば幸いである。

平成 25 年 3 月

株式会社日本能率協会総合研究所

目次

1. 調査研究の概要	1
(1) 目的	1
(2) 実施フロー	2
(3) 実施体制	3
(4) 実施経過	4
2. 委員会・ワーキングにおける議論の経過	5
(1) 第1回委員会	5
(2) 第1回ワーキング	6
(3) 第2回委員会	6
3. 平成23年度実証事業データの再分析	7
(1) 実証事業後のチェック項目の選定	7
1) 基本介護技術の基本的考え方	7
2) データ分析によるチェック項目の選定	10
3) 本格実施を前に残された課題	13
(2) 職員の属性別にみた業務内容の比較および評価項目の検討	14
1) 目的	14
2) 方法	14
3) 調査の結果	15
4) 考察	32
(3) 利用者の状態別にみた業務内容の比較および評価項目の検討	33
1) 目的	33
2) 方法	33
3) 結果	34
(4) アセッサーの属性による検者間信頼性の検討	39
1) 目的	39
2) 方法	40
3) 結果	42
4) 考察	50
5) 分析結果のまとめ	51
4. アセッサー講習のあり方の検討	55
(1) アセッサーの評価スキル向上のための必要素材の検討	55
(2) アセッサー事前学習シラバス	57
(3) アセッサー講習テキスト(案)	59
(4) トライアル アセッサー講習プログラム	60
(5) e-learning 用問題集の作成と確認テスト	63
(6) トライアル アセッサー講習(1日研修)の評価	65
(7) アセッサーの内部評価後のアンケート結果	67
5. まとめ(介護プロフェッショナル キャリア段位制度推進における課題)	68
(1) 平成23年度実証事業データの再分析	68
(2) アセッサー講習のあり方の検討＝アセッサー講習テキスト作成上の留意点＝から	69
資料	73
資料1.アセッサー講習 テキスト(案)	
資料2.e-learning 用問題集	

1. 調査研究の概要

(1) 目的

< 背景 >

平成 20 年度時点の介護職員数は 128 万人で、高齢化の進展により 2025 年度には 212～255 万人が必要と見込まれているが（社会保障国民会議推計）、十分な人材確保が難しい状況が続いており、人材の確保は深刻な問題となっている。

このような状況において、実践的な職業能力を「わかる（知識）」と「できる（実践的スキル）」の両面から評価して、7 段階のレベルで認定する「キャリア段位制度」に対し、評価基準等に照らした人材を育成・労働移動を促す仕組みとして、介護現場においては大きな期待を寄せている。

< 経緯及び課題 >

平成 23 年度「介護人材分野におけるキャリア段位制度の評価基準に係る実証事業」において、実践キャリア・アップ戦略を検討するために設けられた専門タスクフォースの介護人材WGが策定した評価基準案について、就労する施設類型や実務年数・資格等の区分に応じた実証を行い、評価基準のレベル感や評価項目、評価方法の妥当性等について検証が行われたところである。

平成 24 年秋の制度開始に向けては、利用者の状態像に応じて提供されるケアの差異や評価者による評価の差異（検者間信頼性）など高次の分析に基づいて、適切に評価が行われるかを精査することが必要である。

その一方で、評価を実施するうえで重要となるのが、アセッサーの評価スキルである。評価者は誰しものが評価エラー（意図せずに事実とは異なる評価を行う）を起こす可能性があるため、評価エラーを起こさないよう評価者研修で評価の基準あわせを行うなど評価者教育を行うのが一般的である。アセッサー講習の充実については、平成 23 年度の実証事業においても指摘されており、本制度の実施に向けた課題となっている。

< 課題への対応 >

本研究事業は、実証事業のデータを基礎とした詳細な分析により、利用者の状態像等によって評価に差異が生じていないか検証を行うとともに、分析結果から抽出された課題を、アセッサー講習の充実によって補うことで、アセッサーがより適切に評価できるようにすることを目的としている。

< 事業の効果及び活用方法 >

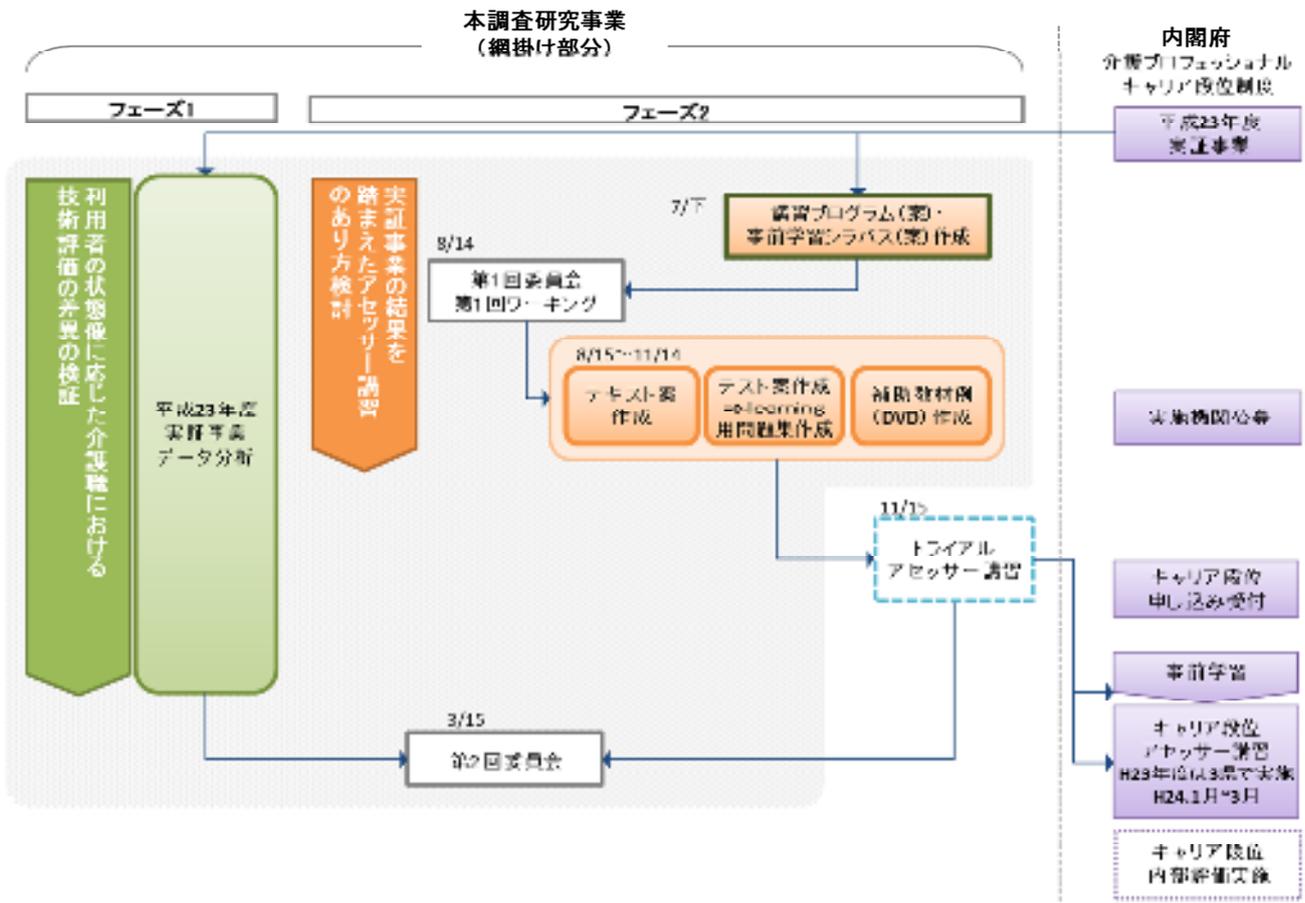
アセッサーがより適切に評価できるよう、データ分析に基づく内部評価の留意点を整理し、またそれらを踏まえたうえでアセッサー講習のあり方について実施機関に対し提言を行い、利活用していただくことで、「キャリア段位制度」に対する信頼度が高まり、それにより多くの事業所・施設が「キャリア段位」を採用・活用し、「キャリア段位制度」の狙いである介護人材の育成・労働移動を促すことになる。

(2) 実施フロー

本調査研究は大きく2つのフェーズに分かれており、1つは、実証事業のデータを基礎とした詳細な分析により、利用者の状態像等によって評価に差異が生じないか検証を行うこと、1つは、実証事業の結果を踏まえたアセッサー講習のあり方の検討である。

実施フローは以下の通りで、「実証事業の結果を踏まえたアセッサー講習のあり方の検討」で検討した作成物については、内閣府の介護プロフェッショナル キャリア段位制度の実施機関が平成24年度に実施するアセッサー講習において使用することを前提に作成した。

図表 1-1 実施フロー



(3) 実施体制

本調査研究の実施に際しては、委員会とワーキングを設置し、具体的な検討を行った。

図表 1-2 研究委員会及びワーキングメンバー

<委員メンバー>

役割	氏名	所属・職位
委員長	筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
委員	石川 誠	船橋市立リハビリテーション病院 指定管理者代表 医療法人社団 輝生会 理事長
委員	大島 憲子	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 准教授
委員	奥村 典子	医療法人藤本クリニック デイサービスセンター所長
委員	田中 雅子	日本介護福祉士協会 名誉会長 社会福祉法人富山県社会福祉協議会 富山県福祉カレッジ 教授
委員	筒井 澄栄	国立障害者リハビリテーションセンター研究所 障害福祉研究部 心理実験研究室室長
委員	東野 定律	静岡県立大学 経営情報学部 講師
委員	藤村 伸治	東北職業能力開発大学校附属 青森職業能力開発短期大学校 校長
委員	藤本 直規	医療法人藤本クリニック 理事長・院長

<ワーキングメンバー>

役割	氏名	所属・職位
WGリーダー	筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
WG	石川 誠	船橋市立リハビリテーション病院 指定管理者代表 医療法人社団 輝生会 理事長
WG	大島 憲子	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 准教授
WG	奥村 典子	医療法人藤本クリニック デイサービスセンター所長
WG	筒井 澄栄	国立障害者リハビリテーションセンター研究所 障害福祉研究部 心理実験研究室室長
WG	藤村 伸治	東北職業能力開発大学校附属 青森職業能力開発短期大学校 校長

(敬称略、委員長・WGリーダーを除き五十音順)

<オブザーバー> 厚生労働省

内閣府

<事務局> 株式会社日本能率協会総合研究所

(4) 実施経過

本調査研究では、以下のスケジュールで行った。

図表 1-3 本調査研究の実施経過

平成 24 年 7 月 6 日	事業受託決定
平成 24 年 7 月 11 日～	委員委嘱依頼と訪問打合せ（事務局、8 月 10 日まで）
平成 24 年 8 月 14 日	<u>第 1 回委員会開催、第 1 回ワーキング開催</u> *アセッサー事前学習シラバス案 *アセッサー講習プログラム案
平成 24 年 8 月 15 日～	アセッサー事前学習シラバス案及びアセッサー講習プログラム案に従って作成する物は以下の通り ①アセッサー事前学習テキスト作成 ②アセッサー講習のための素材作成 *アセッサー講習補助教材（DVD）例 *アセッサー講習確認テスト案
平成 24 年 9 月 1 日～	トライアル アセッサー講習参加依頼開始
平成 24 年 10 月 8 日	アセッサー講習補助教材（DVD）撮影 1 回目 （於：船橋市立リハビリテーション病院）
平成 24 年 10 月 16 日	アセッサー講習補助教材（DVD）撮影 2 回目 （於：船橋市立リハビリテーション病院）
平成 24 年 11 月 15 日	トライアル アセッサー講習の実施
平成 24 年 11 月 16 日～	トライアル アセッサー講習参加施設・事業所によるトライアル評価開始
平成 24 年 12 月	「介護プロフェッショナル キャリア段位制度」実施機関決定 （一般社団法人シルバーサービス振興会）
平成 25 年 3 月 15 日	<u>第 2 回委員会開催</u>
平成 25 年 3 月 16 日～	委員意見の集約と事業報告書への反映
平成 25 年 3 月 25 日	事業報告書の完成

2. 委員会・ワーキングにおける議論の経過

(1) 第1回委員会

【議題】 活動内容とアセッサー育成のあり方検討

【討議】

■アセッサー事前学習のためのテキスト（案）についての検討

- ・介護プロフェッショナルワーキング・グループのメンバーでもある筒井委員長より、介護プロフェッショナル キャリア段位制度を行うにあたって、アセッサーが学ぶための教材やテキストが整備されておらず、アセッサーの育成のためには教材やテキストを作成する必要があるとの問題提起がなされた。
- ・また、介護プロフェッショナルワーキング・グループのメンバーでもある藤村委員より、実証事業においてアセッサーの評価基準の受け取り方にばらつきが見られたとの説明があり、アセッサーの評価の視点を合わせることの必要性とその重要性について問題提起がなされた。
- ・田中委員からは、評価項目については具体的に留意点を整理することでばらつきをなくすることができるとの指摘があり、チェック項目の評価基準について評価をするための視点を整理することで合意した。
- ・また、介護プロフェッショナル キャリア段位制度の意義、目的などについても開設することが必要であり、介護プロフェッショナル キャリア段位制度の大きな役目である職業訓練教育とキャリア・アップについても解説することが必要であるということで、アセッサー事前学習テキストの大筋について合意が得られた。

■アセッサー講習補助教材（DVD）例についての検討

- ・筒井委員長より、評価項目について、評価基準を正しく理解していただくためには文字だけではなく、映像で実際に見て、「できている/できていない」を判断できるビデオ教材があることが望ましいとの意見を受け、ビデオ教材として作成可能な範囲について検討を行った。
- ・田中委員から、施設では圧倒的に認知症の利用者が多いとの指摘を受け、奥村委員より提出された認知症ご利用者の評価視点をもとに、認知症ご利用者をケアするビデオ教材の作成の可能性について検討を行った。認知症のご利用者については状態像について具体的に場面設定を行う必要があること、ご利用者の状態像を踏まえ介護者のケアの「できている/できていない」を判断することが必要となることなどが討議された。討議の結果、現段階で、個別性を踏まえた教材の作成は難しいため、認知症の有無を考慮しないビデオ教材とすることで合意した。
- ・石川委員より、食事や移動・移乗については撮影に協力いただけるとの申し出をいただき、船橋市立リハビリテーション病院にて撮影を行うこととした。

■アセッサー講習確認テスト（案）についての検討

- ・アセッサー講習における確認テストについては、アセッサー事前学習のためのテキスト（案）に記載されている内容が理解できているかどうかを把握するための確認テストであることから、ワーキングメンバーが作成したアセッサー事前学習テキスト（案）をもとに事務局にて素案を作成し、アセッサー事前学習テキスト（案）の担当委員により修正・最終化をしていただくことで合意を得た。

(2) 第1回ワーキング

作成物の役割分担は以下の通りで、トライアル アセッサー講習までに以下の1～3の作成物を完成させることとした。

作成物	担当	役割分担
	筒井 孝子	全体統括
1. アセッサー事前学習 テキスト（案）	筒井 孝子 大島 憲子 筒井 澄栄 藤村 伸治	担当箇所の原稿執筆
2. アセッサー講習補助 教材例作成について	石川 誠	撮影場所、スタッフ及びご利用者のご協力
	筒井 澄栄	撮影現場における撮影指示
3. アセッサー講習 確認テスト（案）	筒井 孝子 大島 憲子 筒井 澄栄 藤村 伸治	事務局で素案を作成し、アセッサー事前学習テキスト（案）担当者が、執筆担当した内容にかかわる確認テスト（案）について修正・最終化

(3) 第2回委員会

【議題】

1. キャリア段位の概要と事業の実施状況報告
2. 利用者の状態像に応じた介護職における技術評価のレベル分類について
3. アセッサー講習のあり方の検討

【討議】

1. キャリア段位の概要と事業の実施状況報告
 - ・筒井委員長より、介護プロフェッショナル キャリア段位制度の趣旨及びスキームについて説明が行われた。
2. 利用者の状態像に応じた介護職における技術評価のレベル分類について
 - ・平成 23 年度の介護プロフェッショナル キャリア段位制度の実証事業で得られたデータを使い詳細な分析を行った東野委員及び国立保健医療科学院 流動研究員 大冢賀 政昭氏より、分析結果について報告いただいた。
 - ・東野委員からは「職員の属性別にみた業務内容の比較および評価項目の検討」というテーマで、介護を提供した利用者の状態像やあるいは提供した介護者の属性によって評価の内容が異なるか、について詳細な分析を行っていただき発表いただいた。
 - ・大冢賀氏からは、「アセッサーの属性による検者間信頼性の検討」というテーマで、同一の被評価者を異なるアセッサーが評価した場合の評価の差＝判断基準の差について詳細な分析を行っていただき発表いただいた。
3. アセッサー講習のあり方の検討
 - ・アセッサー講習の在り方の検討については、アセッサー講習のテキストの執筆やトライアル アセッサー講習で講師をご担当いただいた委員より、アセッサー講習テキスト作成における留意点やトライアル アセッサー講習を実施しての課題等について発表いただいた。

3. 平成 23 年度実証事業データの再分析

(1) 実証事業後のチェック項目の選定

1) 基本介護技術の基本的考え方

ここでは、平成 23 年度実証事業データの再分析を行うにあたって、この実証事業の位置付けを確認し、これらのデータがどのようにキャリア段位制度に活用され、どのような課題が残されていたかを整理した。

介護技術評価の評価基準の設定にあたっては、これまで検討されてきた技術の達成レベル感を事前に確認する必要がある。これを実施するために計画されたのが、この実証事業であった。

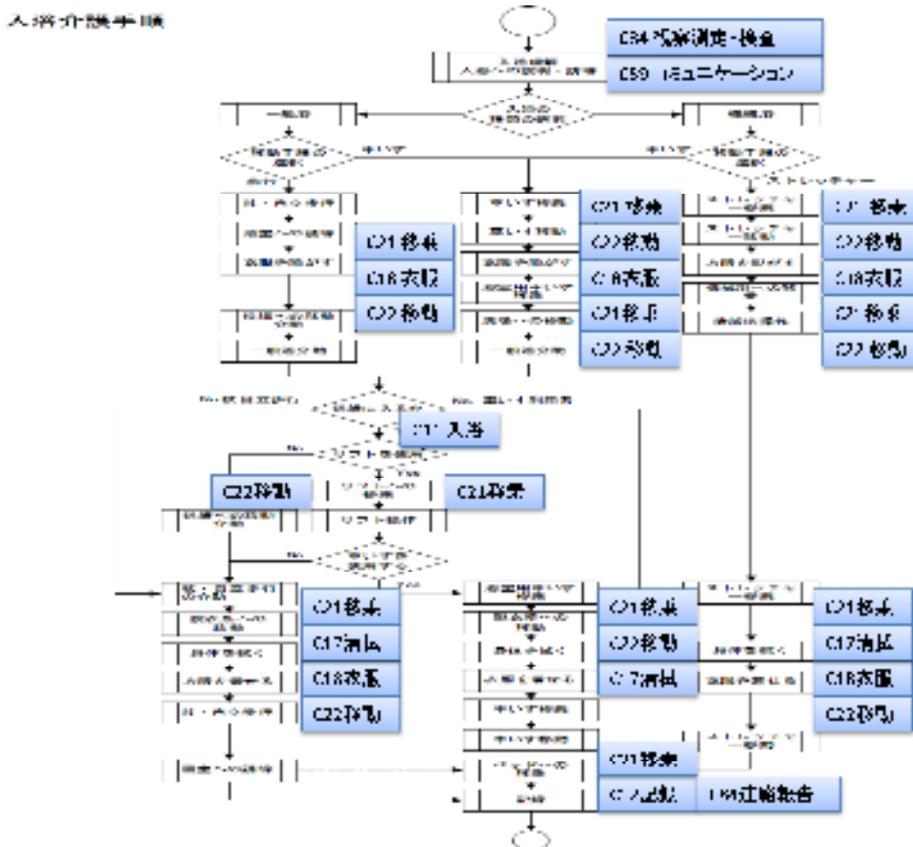
実証事業では、①施設介護と訪問介護で評価基準を統一すること、②エビデンスに基づいた評価の考え方を示すこと、③実証作業における労力をできるだけ簡素化すること、④評価対象作業を絞り、かつ介護現場の全体作業との関連性を作業として分析できること、⑤YES、NO で評価できることに近づけること、⑥受験要件によって、評価基準に対する評価のポイント、評価の複雑さを簡素化すること、⑦入浴介助を代表的な事例として 1 つ作成し、これを事例として示して議論する、という基本的な考え方が示された。

これらの条件のなかでも、とくに③実証作業における労力をできるだけ簡素化すること、は重要とされ、これに参加する職員の方の負担にならないよう、評価ユニットを最小限とすることが検討された。

介護サービスは、多くの介護行為の複合体であることから、評価基準の設定にあたっては、介護サービスとして、多くの人びとがそのサービスとして認識している食事や、排せつといった介護サービスの種類の中から、入浴サービスが抽出された。

これは、入浴サービスは、かなり多くの介護行為を含む複合的なサービスとなっていることが理由といえる。そして、入浴介助に含まれる介護行為の発生率が高いことは、図表 3-1 の介護行為のフローから明らかであり、入浴サービスの実施場面を評価することで、多くの介護技術の評価が可能であることが示されていた。

図表 3-1 入浴手順とケアコード



出典)内閣府. 実践キャリア・アップ制度 専門タスク・フォース介護人材ワーキング・グループ 第5回会合(平成 23 年 7 月 7 日)
 参考資料1在宅・施設で共通の代表的な介護技術の選定について

さらに、在宅の訪問介護を行っていた職員と特別養護老人ホームに勤務する介護職員が 1 日に提供した介護行為を比較し、どのような行為が、共通して実施されていたか分析した結果、在宅で訪問介護職員がよく提供する介護サービスは、利用者のニーズによって、大きく異なっていた。

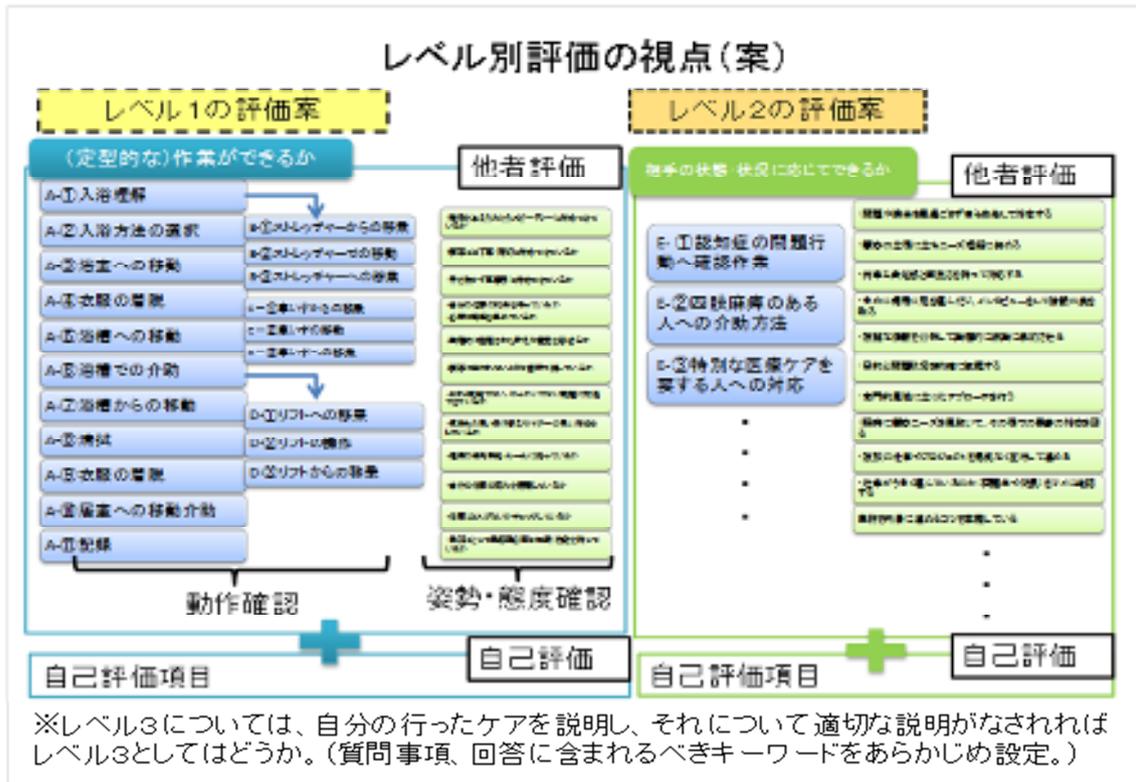
例えば、訪問サービスの全利用者の 5 割以上に、「観察・測定・検査」「水分摂取」「摂食」「入浴」にかかわる介護行為が提供されていたが、特別養護老人ホームの職員が 5 割以上の利用者に提供していた介護行為は訪問サービスよりも多く、17 コードあり、そのなかでも上位だったのが、「コミュニケーション」「清潔・整容」「更衣」「移乗」「移動」といった介護行為であった。

これは、在宅でも施設でも、「観察」や「食事」「入浴」「更衣」「コミュニケーション」といった介護は基本的に提供される介護サービスの介護業務であり、これに伴う技術があることも示していた。したがって、入浴介助の現認という調査だけでも、他のよく知られる「排せつ」や「食事」といった介護サービスを構成する介護行為が多く含まれていること、すなわち、同じ技術が含まれていることを示していた。

また、介護職員の技術レベルの評価としては、レベル 1 は、(定型的な)作業ができるかが評価され、レベル 2 は、相手の状態・状況に応じてできるかを、レベル 3 は、自分の行った行為の根拠を他人に説明できるかで、レベルの相違が説明された。

具体的な評価方法を検討する際には、以下の図表 3-2 で示しているように、コード別に、定型的な業務としてやっているかどうかを、アセッサー(内部評価者)が被評価者の動作と、その姿勢や態度を評価するという方法を取り、レベル 3 については、アセッサーが適宜、どうしてこのような方法で介護を提供したかを示すという口頭での確認を入れて評価する方法が提案され、これを基に評価方法が検討された。

図表 3-2 レベル別評価の視点



出典) 筒井作成資料

評価は、介護行為の実際（「分解された動作ごとに、留意点をチェックリスト化したもの」）を本人と評価者（アセッサー）が評価することとし、その評価者は、当該施設内で一定以上の実務経験をもつ主任級の職員とし、できるだけ多くの種類の施設で評価が行われた。

また、実務にあたる介護職員に対する網羅的な調査（基本的には保有資格や経験年数等）が実施された。もし、評価される職員が入浴介助を行わない環境にあった場合には、同一法人内等で可能なかぎり、入浴介助による調査を実施することも提案された。

このような案については、委員会において議論されたが、原則として、実践キャリア・アップ戦略のなかで評価すべき技術は、より多くの介護行為が含まれるユニット化された介護サービスを対象とすることがふさわしいと考えられ、最終的には、「1.入浴介助」に加え、「2.食事介助」、「3.排泄介助」という、いわゆる3つの介護ユニットの調査はすべきと判断された。これに、臨床現場からは、とくに、評価すべき技術として、「4.状況の変化に応じた対応」が追加され、これも評価内容に追加された。

さらに、利用者の視点から、介護技術が高いサービスであることがわかることから、コミュニケーション能力、本人・家族への情報提供・意向確認・反映、利用者の状態変化への対応（アセスメント・計画策定・見直し等）、緊急時対応等の項目も追加された。

一方、これからの日本の地域包括ケアシステムを担う人材育成としての位置づけも行わねばならないという観点から、目指すべきサービス提供体制である地域包括ケアシステムを担うため、それぞれのレベルの介護職員に求められる能力として、他の職種や、機関との連携の能力や問題解決能力、状況判断能力の評価もすることになった。

この連携能力の評価については、地域にある保健、医療、福祉・介護の関係者との連携や地域資源との連携に係る能力や問題解決能力・状況判断能力として、すでに地域連携評価尺度が開発されていたので、これらの項目を実証事業で評価することになった。この結果、実証事業で調査する項目は、合計228項目となった。

2) データ分析によるチェック項目の選定

実証事業時に評価された 228 項目の介護技術に係る項目は、実証事業のデータ分析や臨床的判断を踏まえて、148 項目へ削減された。これらの項目の削減や、再編の過程は、次の図表 3-3 に示した。

図表 3-3 「できる(実践的スキル)」のチェック項目の編成について

大項目	中項目	小項目	評価	小項目	評価
基本介護技術	1. 入浴介助	① 入浴前準備ができる	2	① 入浴前準備ができる	4
		② 一歩介助が必要な利用者の浴槽の調整ができる	5	② 浴槽が調整ができる	5
		③ 全介助が必要な利用者の浴槽の調整ができる	5		
		④ 浴槽ができる	4	④ 浴槽ができる	4
		⑤ 浴槽が調整できる	4	⑤ 浴槽が調整できる	4
	2. 食事介助	① 食事前の準備を行うことができる	4	① 食事前の準備を行うことができる	5
		② 座位で食事をする際の姿勢の介助ができる	2		
		③ 緊急時に食事介助する際の姿勢の介助ができる	2		
		④ 食事介助ができる	5	④ 食事介助ができる	5
		⑤ 咀嚼介助ができる	4	⑤ 咀嚼介助ができる	4
	3. 排泄介助	① 排泄の準備を行うことができる	3	① 排泄の準備を行うことができる	3
		② トイレ(ポータブル)への排泄介助を行うことができる	3	② トイレ(ポータブル)への排泄介助ができる	4
		③ トイレ(ポータブル)での排泄介助を行うことができる	5		
		④ おむつ交換を行うことができる	5	④ おむつ交換を行うことができる	4
		⑤ 尿漏れ防止ができる	4	⑤ 尿漏れ防止ができる	4
4. 移乗・移動・体位変換	① 互換の方法ができる	4	① 互換の方法ができる	4	
	② 一歩介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる	7	② 一歩介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる	4	
	③ 全介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる	7	③ 全介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる	5	
	④ 全介助が必要な利用者のベッドへの移乗ができる	7	④ 全介助が必要な利用者のベッドへの移乗ができる	7	
	⑤ 車いすの移動ができる	4			
	⑥ 車いすの移動ができる	4			
	⑦ 車いすの移動ができる	4			
	⑧ 車いすの移動ができる	4			
	⑨ 車いすの移動ができる	4			
	⑩ 車いすの移動ができる	4			
5. 状態の変化に適切に対応	① 検知・検出に適切に対応できる	4	① 検知・検出に適切に対応できる	3	
	② 一歩の検知に適切に対応できる	5			
	③ 検知・検出に適切に対応できる	5	③ 検知・検出に適切に対応できる	4	
	④ 状態の変化に適切に対応できる	4	④ 状態の変化に適切に対応できる	4	
	⑤ 状態の変化に適切に対応できる	4	⑤ 状態の変化に適切に対応できる	4	
	⑥ 状態の変化に適切に対応できる	4	⑥ 状態の変化に適切に対応できる	4	
	6. 利用者の安全確保	① 利用者の安全確保に適切に対応できる	7	① 利用者の安全確保に適切に対応できる	4
		② 利用者の安全確保に適切に対応できる	5	② 利用者の安全確保に適切に対応できる	6
		③ 利用者の安全確保に適切に対応できる	5	③ 利用者の安全確保に適切に対応できる	6
		④ 利用者の安全確保に適切に対応できる	5	④ 利用者の安全確保に適切に対応できる	4
⑤ 利用者の安全確保に適切に対応できる		4	⑤ 利用者の安全確保に適切に対応できる	4	
7. 介護記録の取扱い	① 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	① 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	
	② 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4			
	③ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	③ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	
	④ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	④ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	
	⑤ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	⑤ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	
	⑥ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	⑥ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	
	⑦ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	⑦ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	
	⑧ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	⑧ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	
	⑨ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	⑨ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	
	⑩ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	⑩ 介護記録の取扱いに適切に対応できる	4	
8. 介護現場での安全管理	① 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	① 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	
	② 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	② 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	
	③ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	③ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	
	④ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	④ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	
	⑤ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	⑤ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	
	⑥ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	⑥ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	
	⑦ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	⑦ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	
	⑧ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	⑧ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	
	⑨ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	⑨ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	
	⑩ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	⑩ 介護現場での安全管理に適切に対応できる	4	
9. 介護現場での安全管理	① 緊急時に適切に対応できる	4	① 緊急時に適切に対応できる	4	
	② 緊急時に適切に対応できる	4	② 緊急時に適切に対応できる	4	
	③ 緊急時に適切に対応できる	4	③ 緊急時に適切に対応できる	4	
	④ 緊急時に適切に対応できる	4	④ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑤ 緊急時に適切に対応できる	4	⑤ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑥ 緊急時に適切に対応できる	4	⑥ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑦ 緊急時に適切に対応できる	4	⑦ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑧ 緊急時に適切に対応できる	4	⑧ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑨ 緊急時に適切に対応できる	4	⑨ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑩ 緊急時に適切に対応できる	4	⑩ 緊急時に適切に対応できる	4	
10. 介護現場での安全管理	① 緊急時に適切に対応できる	4	① 緊急時に適切に対応できる	4	
	② 緊急時に適切に対応できる	4	② 緊急時に適切に対応できる	4	
	③ 緊急時に適切に対応できる	4	③ 緊急時に適切に対応できる	4	
	④ 緊急時に適切に対応できる	4	④ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑤ 緊急時に適切に対応できる	4	⑤ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑥ 緊急時に適切に対応できる	4	⑥ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑦ 緊急時に適切に対応できる	4	⑦ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑧ 緊急時に適切に対応できる	4	⑧ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑨ 緊急時に適切に対応できる	4	⑨ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑩ 緊急時に適切に対応できる	4	⑩ 緊急時に適切に対応できる	4	
11. 介護現場での安全管理	① 緊急時に適切に対応できる	4	① 緊急時に適切に対応できる	4	
	② 緊急時に適切に対応できる	4	② 緊急時に適切に対応できる	4	
	③ 緊急時に適切に対応できる	4	③ 緊急時に適切に対応できる	4	
	④ 緊急時に適切に対応できる	4	④ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑤ 緊急時に適切に対応できる	4	⑤ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑥ 緊急時に適切に対応できる	4	⑥ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑦ 緊急時に適切に対応できる	4	⑦ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑧ 緊急時に適切に対応できる	4	⑧ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑨ 緊急時に適切に対応できる	4	⑨ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑩ 緊急時に適切に対応できる	4	⑩ 緊急時に適切に対応できる	4	
12. 介護現場での安全管理	① 緊急時に適切に対応できる	4	① 緊急時に適切に対応できる	4	
	② 緊急時に適切に対応できる	4	② 緊急時に適切に対応できる	4	
	③ 緊急時に適切に対応できる	4	③ 緊急時に適切に対応できる	4	
	④ 緊急時に適切に対応できる	4	④ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑤ 緊急時に適切に対応できる	4	⑤ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑥ 緊急時に適切に対応できる	4	⑥ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑦ 緊急時に適切に対応できる	4	⑦ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑧ 緊急時に適切に対応できる	4	⑧ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑨ 緊急時に適切に対応できる	4	⑨ 緊急時に適切に対応できる	4	
	⑩ 緊急時に適切に対応できる	4	⑩ 緊急時に適切に対応できる	4	
【合計】 228		→【合計】 148			

出典)内閣府. 実践キャリア・アップ制度 専門タスク・フォース第8回介護プロフェッショナルワーキング・グループ(平成 24 年 6 月 15 日)参考資料 3-2「できる(実践的スキル)」のチェック項目の編成について(案)

これらの項目の縮約にあたっての第1の条件は、『「できる」、すなわちA評価となった被評価者が特に多かった項目は削除する』であり、具体的には、特養、老健、訪問介護の類型すべてで9割以上の方が「できる」と回答されていた介護技術の項目は削除された。

同様に、3種類の施設や訪問介護で実証事業に参加した8割以上の被評価者が「できる」と回答した介護技術に関しても重要項目として残すか削除するかの検討をし、削除された。

次に、当該介護技術について「やっていない」と評価された割合が高かった項目、すなわち、その技術内容が特養、老健、訪問介護すべてで「やっていない」との回答が7割以上となったものは削除され、これらの項目の中には、緊急時対応という項目が含まれていた。

特定のサービス類型だけで、やっていない割合が7割以上の介護技術もあったが、検討した結果、基本的には残された項目として「感染症発生時に対応できる」といった項目がある。この介護技術は、老健、訪問介護で「やっていない」との回答は多かったものの、重要項目ということで残された。

また、やっていない評価が多い項目として、施設等の設備によってやられていない項目があることが明らかになった。例えば、スライディングボード等による移乗といった項目であるが、これは未実施率が8割程度であった。だが、今後の利用が予想されるということから、残されることとなった。

しかし、福祉用具を使用しておらず評価できない場合は、小項目の評価の要件とはしないということとされ、例えば、自分の事業所施設でやっていない項目について、別の施設で評価できる仕組みを構築するといった制度の検討も含め、制度開始後にも継続して検討するという事になっている。

この他にも終末期ケアに関する項目も同様の状況だったが、今後、看取りは、地域包括ケアシステムの中で重要項目へと変化することが予想されることから、レベル3以上の評価項目として残された。

このように現在の実施率は低いですが、将来的には、やらなければならない介護技術項目は残されており、地域包括ケアシステムについての項目も、これと同様で、現在の実施率は低いですが、今後の推進を勘案して、評価項目となった。ただし、評価できなかった場合には、小項目等を評価せず、レベル認定の要件とはしないこととされている。

この他に、レベルの判定を変えたものもあった。例えば、相談苦情対応ができるということについては、老健のデータからは、未実施率7割以上という結果が示していたが、これは、重要であるとの意見が多く、レベル3以上の項目として、設定された。

また、リーダーシップのローテーション（シフト）を組むことができるかという項目などは、施設によっては、慣習によって、特定の役職の人、例えば施設長だけが行う施設もあるとデータが示されていたが、小項目評価の要件としないということで、項目としては残された。

さらに、アセッサーの評価結果から、回答の相関が高い技術については統合することになった。これはAという項目ができる人は、Bという項目も概ねできるということであれば、2項目のうち、どちらかを削除することとした。

具体的には、小項目の「一部介助が必要な利用者の衣服の着脱ができる」と「全介助が必要な利用者の衣服の着脱ができる」の2つの項目の相関係数は0.99で、これらの2項目の介護技術の相関はかなり高く、介護技術としても類似した項目である、このため2つの項目のうち、片方の「全介助が必要な利用者の衣服の着脱ができる」は削除され、「一部介助が必要な利用者の衣服の着脱ができる」の項目が残された。

3) 本格実施を前に残された課題

このように実証事業のデータは、評価項目の妥当性の検討に用いられたが、調査設計の段階で企画されていた利用者の状態像によって、評価結果が異なるかといった検討や同一の被評価者を複数の評価者で評価した場合の検者間信頼性の検討は、実証事業データ分析による項目基準の改定に際して、十分に反映しきれたとはいえない。

しかしながら、これは評価基準の改定だけでなく、実証事業時点で課題として指摘された内部評価者の研修や評価基準の定義の明確化等、多岐にわたる内容と関連すると考えられた。また、この内容は、今後、制度を本格実施するにあたって、継続的に検討していく必要がある内容であると考えられた。

このため、次節以降では実証事業データを用いて、職種別の評価結果の差異、利用者の状態像別の評価結果の差異、同一評価者を複数評価者で評価を行った際の差異について、詳細に検討を行い、今後の制度改正の資料とすることとした。

(2) 職員の属性別にみた業務内容の比較および評価項目の検討

1) 目的

日本における介護職の実践能力のレベルを把握し、これが介護保険関連施設の種類別に、あるいは、資格取得別に、経験年数別といった基本的な属性による差異があるか否かを明確にすることは、今後の介護人材の育成にあたって重要なデータとなると考えた。

本分析では、実証事業のデータ分析結果を基礎として、現状の日本の介護職の実践能力を評価するシステムの整備に関する現状とその課題を整理することを目的とした。

評価された介護職員の属性（就労する施設類型や実務年数・資格等の区分）に応じて、評価項目に特徴があるかを明らかにし、評価項目の妥当性について検討を行った。

2) 方法

①分析方法

分析方法は、実践能力を評価された被評価者の属性別に介護技術を評価したデータを集計し、その実施割合などから介護技術を評価する項目の現状を把握した。さらに、被評価者の属性と評価結果の関連性については、 χ^2 検定を実施し検討を行った。

②用語の定義

「通過率」：全被評価者を対象として、チェック項目毎に「A：できる」・「B：できる場合とできない場合があり、指導を要する」・「C：できない」がついた者のうち、「A」が付いた割合（これを「通過率」とする）を算出し、多くの被評価者が「できる」と評価されたチェック項目を把握した。

$$\text{「通過率」} = \frac{\text{[A]と評価した人数}}{\{[A]+[B]+[C]\}} (\%)$$

「未実施率」：全被評価者を対象にして、チェック項目毎に「-（やっていない）」が付いた割合（未実施率）を算出し、期間中に評価することができなかったチェック項目を把握した。

$$\text{「未実施率」} = \frac{\text{[-]と評価した人数}}{\{[A]+[B]+[C]+[-]\}} (\%)$$

3) 調査の結果

①分析データにおける被評価者の属性

分析データにおける被評価者の属性は、図表 3-6 のようになった。

所属施設としては、老健（介護老人保健施設）280 人（32.9%）と最も多く、続いて特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）243 人（28.6%）、訪問（訪問介護事業所）209 人（24.6%）となっていた。

施設系事業所に所属する被評価者は、66.7%で、在宅系事業所に所属する被評価者は 32.7%となっていた。

性別は、女性が 596 人（70.1%）と 7 割以上を占め、男性は 240 人（28.2%）であった。

仮評価感レベルについては、レベル 3 が 267 人（31.4%）、レベル 2 ②が、167 人（19.6%）レベル 2 ①148 人（17.4%）となっていた。

資格と実務経験については、介護福祉士実務養成ルートが 279 名（32.8%）と最も多く、その後、ホームヘルパー2 級研修等__実務経験 1-3 年が 106 名（12.5%）、ホームヘルパー2 級研修等__実務経験 3 年以上が 100 名（11.8%）と続いた。

図表 3-6 分析データにおける被評価者の属性

		平均値	標準偏差	最小値	最大値
年齢		30.6	17.4	0	68
介護職員としての経験年数		4.9	4.7	0	38
		N	%		
所属施設	特養	243	28.6		
	老健	280	32.9		
	訪問介護	209	24.6		
	通所介護	69	8.1		
	グループホーム	44	5.2		
	欠損値	5	0.6		
性別	男性	240	28.2		
	女性	596	70.1		
	欠損値	14	1.6		
仮評価感レベル	レベル1	60	7.1		
	レベル2①	148	17.4		
	レベル2②	167	19.6		
	レベル3	267	31.4		
	レベル4	70	8.2		
	欠損値	130	15.3		
資格と実務経験	ホームヘルパー2級研修等__実務経験1年以内	48	5.6		
	ホームヘルパー2級研修等__実務経験1-3年	106	12.5		
	ホームヘルパー2級研修等__実務経験3年以上	100	11.8		
	介護福祉士__実務経験1年以内	30	3.5		
	介護福祉士__実務経験1-3年	82	9.6		
	介護福祉士__実務者ルート	279	32.8		
	3年程度以上の実務経験を有するサービス提供責任者、主任等	47	5.5		
	その他、実習生(※)	18	2.1		
	欠損値	140	16.5		

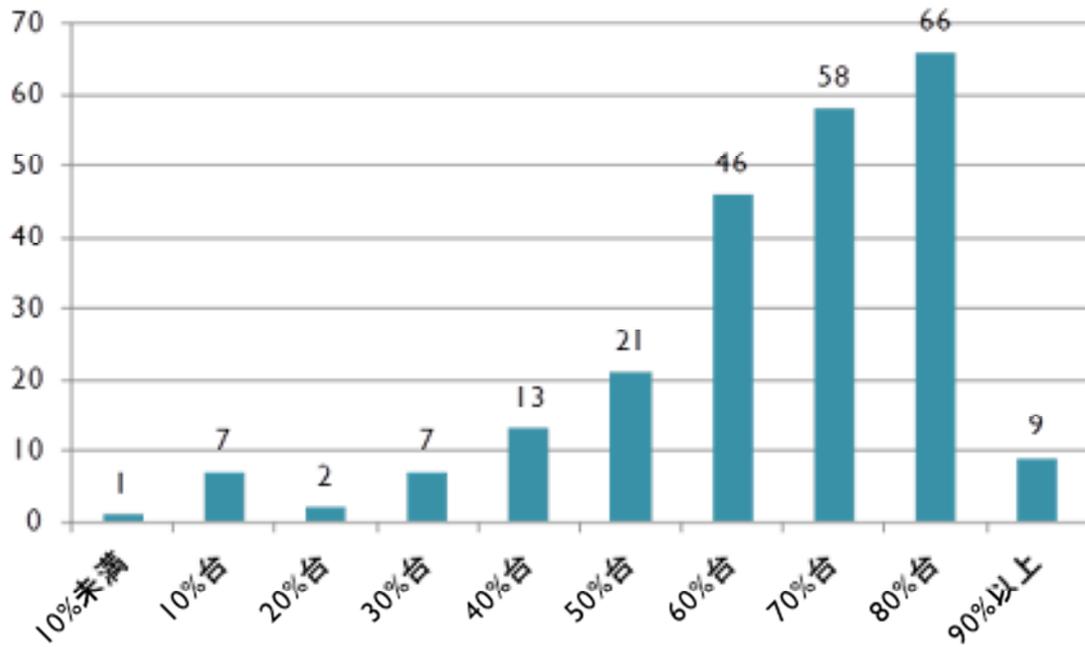
②調査対象集団における通過率と未実施率

今回の調査対象となった集団において、通過率は80%台が66項目(28.7%)と最も多く、その後、70%台58項目(25.2%)、60%台46項目(20.0%)と続いた。

図表 3-7 項目別通過率

	N	%	累積%
10%未満	1	0.4	0.4
10%台	7	3	3.5
20%台	2	0.9	4.3
30%台	7	3	7.4
40%台	13	5.7	13.0
50%台	21	9.1	22.2
60%台	46	20	42.2
70%台	58	25.2	67.4
80%台	66	28.7	96.1
90%以上	9	3.9	100
合計	230	100	

図表 3-8 項目別通過率

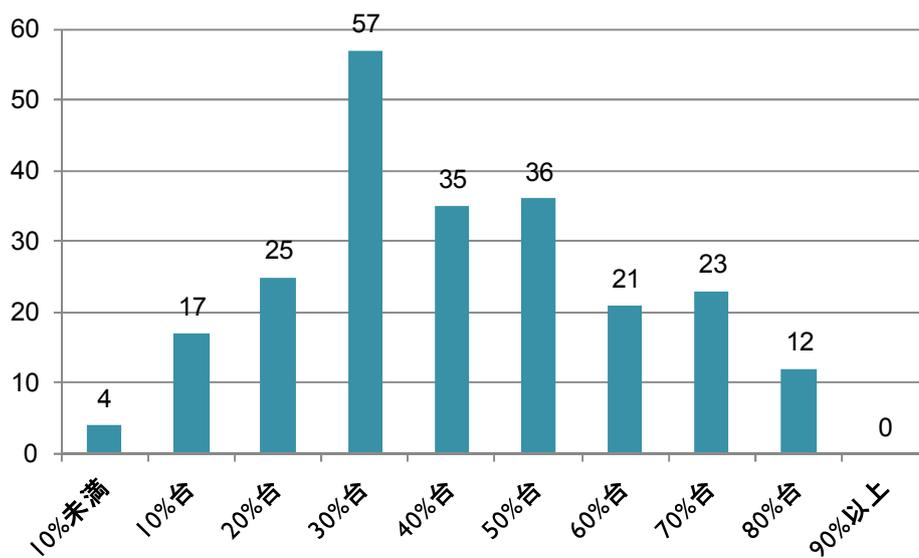


今回の調査対象となった集団において、未実施率は 30%台が 57 項目（24.8%）と最も多く、その後 50%台が 36 項目（15.7%）、40%台が 35 項目（15.2%）と続いていた。

図表 3-9 項目別未実施率

	N	%	累積%
10%未満	4	1.7	1.7
10%台	17	7.4	9.1
20%台	25	10.9	20
30%台	57	24.8	44.8
40%台	35	15.2	60
50%台	36	15.7	75.7
60%台	21	9.1	84.8
70%台	23	10	94.8
80%台	12	5.2	100
90%以上	0	0	
合計	230	100	

図表 3-10 項目別通過率



③項目別通過率・未実施率

項目別の通過率は、「③爪は短くしているか」が通過率 94.1%で最も高く、その後、「②自分が風邪気味の時にはマスクを着用したか」が 93.6%、「④事務所・施設内の手順に沿って排泄物を処理したか」が 93.1%と続いていた。

図表 3-11 項目別通過率

	チェック内容	A	B	C	—	A+B+C	通過率
1	③爪は短くしているか。	666	40	2	47	708	94.1
2	②自分が風邪気味の時にはマスクを着用したか。	598	37	4	115	639	93.6
3	④事務所・施設内の手順に沿って排泄物を処理したか。	742	52	3	339	797	93.1
4	③おむつ・パッドを尿漏れしない位置に装着したか。	826	70	2	245	898	92.0
5	②嚙下障害のある利用者の食事にとろみをつけたか。	664	57	3	413	724	91.7
6	①声を掛けたり肩を叩いたりするなどして、利用者の覚醒状態を確認したか。	860	79	4	195	943	91.2
7	②おむつ・パッド交換の際、カーテンやスクリーンを使用する等してプライバシーに配慮したか。	810	74	6	253	890	91.0
8	③失禁かトイレでの排泄かや、排泄物の量や性状について記録をしたか。	720	68	5	344	793	90.8
9	③前開き衣類の脱衣の際に、健側から患側の順番で行ったか。	623	66	3	443	692	90.0
10	④かぶり上衣の着衣の際に、患側から健側の順番で行ったか。	623	69	2	436	694	89.8

項目別の未実施率からは、「①複数の関連する他の機関が参加した会議において自分の判断で一定の費用負担を決定しているか」が通過率 89.5%で最も高く、その後「②自分の属する機関又は自らの提供する介護業務の内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料・文書で情報提供しているか」が 86.2%、「⑥新規の専門職が就任した場合、ネットワークづくりのため、関連する他の機関（住民組織を含む）へのあいさつ回り、関連する他の機関との会合への出席等を行っているか」が 85.0%と続き、地域包括ケアシステムに関する項目の実施はほとんどされていなかった。

図表 3-12 項目別未実施率

チェック内容	A	B	C	—	A+B+C	未実施率
①複数の関連する他の機関（住民組織を含む）が参加した会議等において、自分の判断で一定の費用負担を決定しているか。	4	14	60	665	743	89.5
②自分の属する機関又は自らの提供する介護業務の内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料・文書で情報提供しているか。	14	29	60	643	746	86.2
⑥新規の専門職が就任した場合、ネットワークづくりのため、関連する他の機関（住民組織を含む）へのあいさつ回り、関連する他の機関との会合への出席等を行っているか。	14	31	68	641	754	85.0
③複数の関連する他の機関（住民組織を含む）専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理・提供しているか。	32	36	51	626	745	84.0
②【特養・老健・グループホームのみ】緊急やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合、利用者及び家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を説明し、書面で確認をしたか。	41	15	1	283	340	83.2
③関連する他の機関から（知人、団体、住民組織等を含む）協力を要請されるか。	14	53	55	588	710	82.8
②関連する他の機関（知人、団体、住民組織等を含む）に協力を要請するか。	22	54	48	589	713	82.6
①利用者の緊急連絡手順に則り、第一連絡先の家族に連絡することができたか。	75	50	10	617	752	82.0
①【特養・老健・グループホームのみ】緊急やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合、事業所・施設内の「身体拘束廃止委員会」において検討する等事業所・施設全体としての判断が行われるような手続きを行ったか。	43	17	2	278	340	81.8
⑤関連する他の機関（団体、住民組織等を含む）や他の職種との懇親会に参加するか。	21	48	70	614	753	81.5

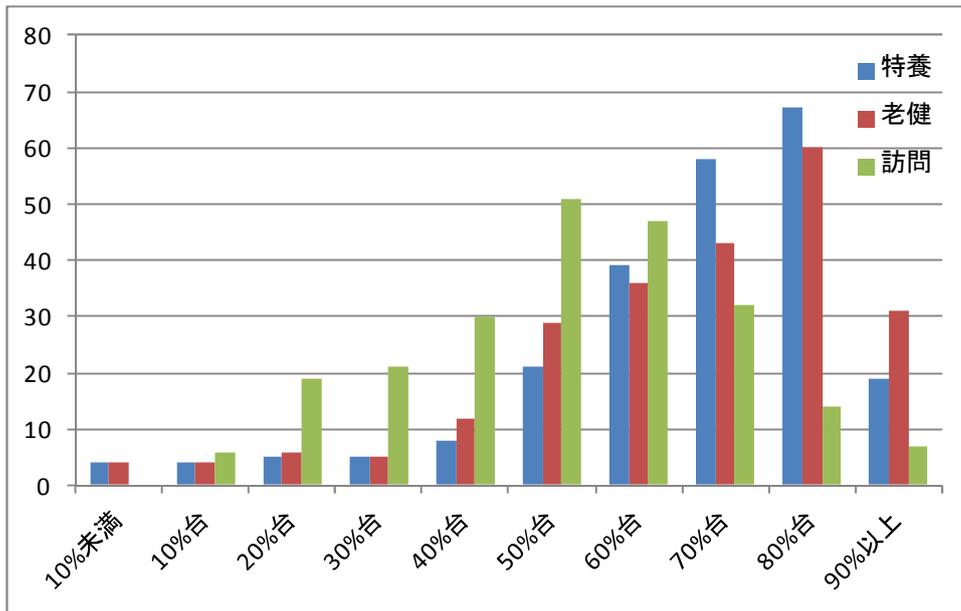
④所属施設による通過率と未実施率

調査対象集団で構成割合が高かった3つの所属施設、特養、老健、訪問について、通過率と未実施率がどのように異なるかを分析した。その結果、特養では80%台が67項目と最も高く、70%台が58項目、60%台が39項目と続いた。老健では、80%台が60項目と最も高く、70%台が43項目、60%台が36項目と続いた。訪問では、50%台が51項目と最も高く、60%台が47項目、70%台が32項目と続いた。

図表 3-13 所属施設別通過率

	特養		老健		訪問	
	N	%	N	%	N	%
10%未満	4	1.7	4	1.7	0	0.0
10%台	4	1.7	4	1.7	6	2.6
20%台	5	2.2	6	2.6	19	8.4
30%台	5	2.2	5	2.2	21	9.3
40%台	8	3.5	12	5.2	30	13.2
50%台	21	9.1	29	12.6	51	22.5
60%台	39	17.0	36	15.7	47	20.7
70%台	58	25.2	43	18.7	32	14.1
80%台	67	29.1	60	26.1	14	6.2
90%以上	19	8.3	31	13.5	7	3.1
合計	230	100.0	230	100.0	227	100.0

図表 3-14 所属施設別通過率



所属施設別未実施率については、特養では30%台と40%台が41項目（17.8%）と最も高く、20%台が39項目（17.0%）、10%台が30項目（13.0%）と続いた。

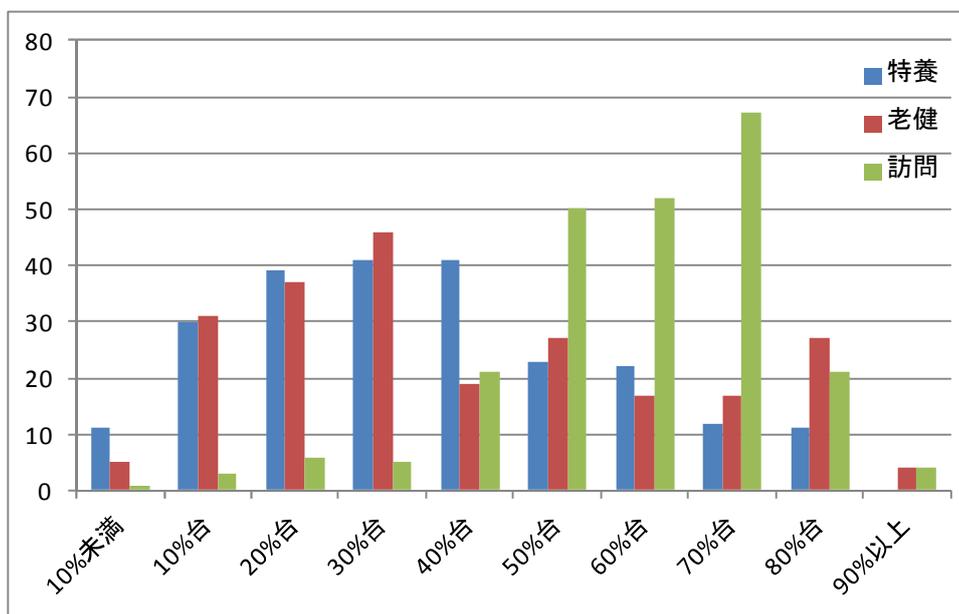
老健では、30%台が46項目（20.0%）と最も高く、20%台が37項目（16.1%）、10%台が31項目（13.5%）と続いた。

訪問では、70%台が67項目（29.1%）と最も高く、60%台が52項目（22.6%）、50%台が50項目（21.7%）と続いた。

図表 3-15 所属施設別未実施率

	特養		老健		訪問	
	N	%	N	%	N	%
10%未満	11	4.8	5	2.2	1	0.4
10%台	30	13.0	31	13.5	3	1.3
20%台	39	17.0	37	16.1	6	2.6
30%台	41	17.8	46	20.0	5	2.2
40%台	41	17.8	19	8.3	21	9.1
50%台	23	10.0	27	11.7	50	21.7
60%台	22	9.6	17	7.4	52	22.6
70%台	12	5.2	17	7.4	67	29.1
80%台	11	4.8	27	11.7	21	9.1
90%以上	0	0.0	4	1.7	4	1.7
合計	230	100.0	230	100.0	230	100.0

図表 3-16 所属施設別未実施率



⑤被評価者の仮評価レベル間による通過率と未実施率

被評価者の仮評価レベル間による通過率と未実施率について、検討を行った。基本介護技術については、「レベル1・2」群と「レベル3」群を比較し、利用者視点での評価については「レベル3」群と「レベル4」群の比較を行った。分析のフレームワークを図示すると、以下の図の通りである。

図表 3-17 分析のフレームワーク

大項目	中項目	小項目	チェック項目			
			レベル1と2	レベル3	レベル4	
		レベル1, 2, 3での比較				
I 基本介護技術の評価	1.入浴介助	12	60	60	60	
	2.食事介助	5	18	18	18	
	3.排泄介助	5	21	21	21	
	4.状況の変化に応じた対応	5	22	22	22	
II 利用者視点での評価	1.利用者・家族とのコミュニケーション	2	12	7	12	
	2.介護過程の展開			19	19	
	3.感染症対策・衛生管理			13	13	
	4.事故発生防止ができる	3	12	2	12	
	5.身体拘束廃止	2	7		7	
	6.緊急時対応	3	8	8	8	
	7.終末期ケア	2	6	4	6	
III 地域包括ケアの評価		4	15	15	15	
IV その他	1.リーダーシップ	4	15		15	
		54	228	170	213	107

a.基本介護技術 124 項目 の通過率 (レベル1・2とレベル3の比較)

レベル1では、最も通過率が高かったのは70%台の43項目(34.7%)であり、続いて80%台の31項目(25.0%)、60%台の22項目(17.7%)となった。

レベル2①では、最も通過率が高かったのは70%台の50項目(40.3%)であり、続いて60%台と80%台が28項目(22.6%)となった。

レベル2②では、最も通過率が高かったのは80%台の47項目(37.9%)であり、続いて70%台の39項目(31.5%)、60%台の14項目(11.3%)となった。

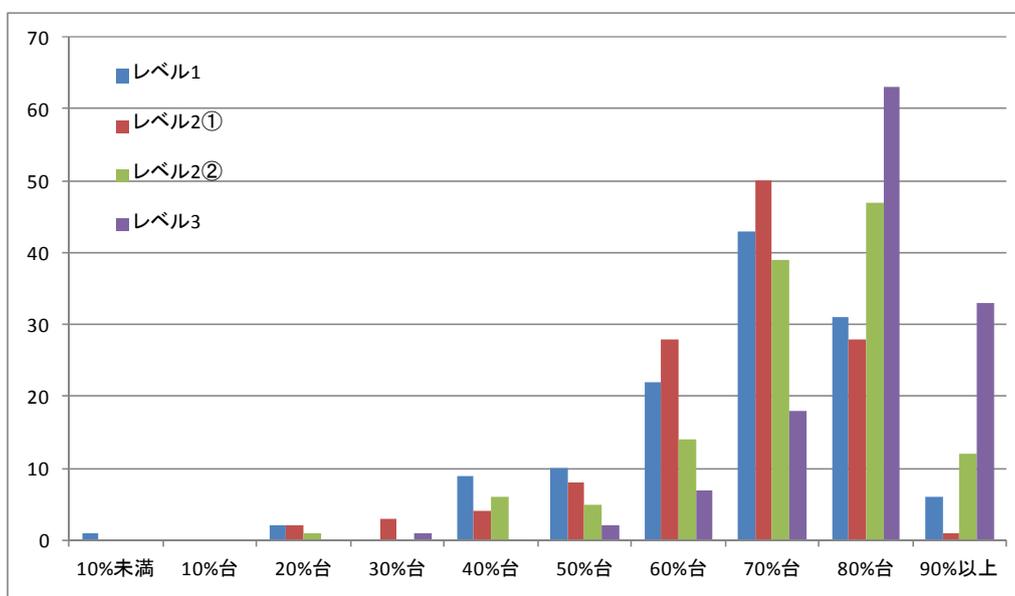
レベル3では、最も通過率が高かったのは80%台の63項目(50.8%)であり、続いて90%以上の33項目(26.6%)、70%台の18項目(14.5%)となった。

以上のように、レベルが高くなるほど、通過率の高い項目数は増えていた。

図表 3-18 基本介護技術 124 項目の通過率(レベル1・2とレベル3の比較)

	レベル1		レベル2①		レベル2②		レベル3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
10%未満	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10%台	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
20%台	2	1.6	2	1.6	1	0.8	0	0.0
30%台	0	0.0	3	2.4	0	0.0	1	0.8
40%台	9	7.3	4	3.2	6	4.8	0	0.0
50%台	10	8.1	8	6.5	5	4.0	2	1.6
60%台	22	17.7	28	22.6	14	11.3	7	5.6
70%台	43	34.7	50	40.3	39	31.5	18	14.5
80%台	31	25.0	28	22.6	47	37.9	63	50.8
90%以上	6	4.8	1	0.8	12	9.7	33	26.6
合計	124	100.0	124	100.0	124	100.0	124	100.0

図表 3-19 基本介護技術 124 項目の通過率(レベル1・2とレベル3の比較)



b.基本介護技術 124 項目 の未実施率（レベル1・2とレベル3の比較）

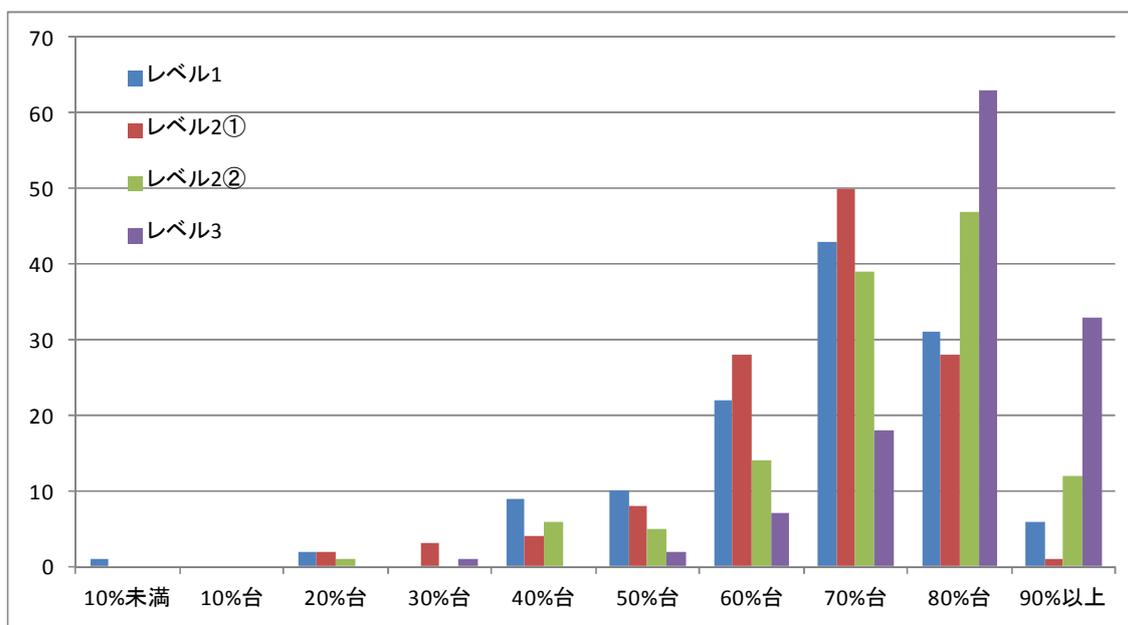
レベル1では、最も未実施率が高かったのは40%台の33項目（26.6%）で、続いて30%台の30項目（24.2%）、60%台の18項目（14.5%）となった。レベル2①では、最も未実施率が高かったのは40%台の46項目（37.1%）で、続いて30%台の28項目（22.6%）、50%台の21項目（16.9%）となった。レベル2②では、最も未実施率が高かったのは30%台の47項目（37.9%）で、続いて40%台の25項目（20.2%）、20%台の17項目（13.7%）となった。レベル3では、最も未実施率が高かったのは30%台の35項目（28.2%）で、続いて40%台の29項目（23.4%）、20%台の22項目（17.7%）となった。

以上の結果からは、概ね未実施率もレベルが高くなるにしたがって、項目数が減る傾向が示されていた。

図表 3-20 基本介護技術 124 項目 の未実施率(レベル1・2とレベル3の比較)

	レベル1		レベル2①		レベル2②		レベル3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
10%未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10%台	2	1.6	3	2.4	8	6.5	10	8.1
20%台	18	14.5	16	12.9	17	13.7	22	17.7
30%台	30	24.2	28	22.6	47	37.9	35	28.2
40%台	33	26.6	46	37.1	25	20.2	29	23.4
50%台	14	11.3	21	16.9	16	12.9	17	13.7
60%台	18	14.5	4	3.2	7	5.6	7	5.6
70%台	4	3.2	4	3.2	3	2.4	3	2.4
80%台	4	3.2	2	1.6	1	0.8	1	0.8
90%以上	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	124	100.0	124	100.0	124	100.0	124	100.0

図表 3-21 基本介護技術 124 項目 の未実施率(レベル1・2とレベル3の比較)



c.利用者視点での評価 77 項目の通過率（レベル3 とレベル4 の比較）

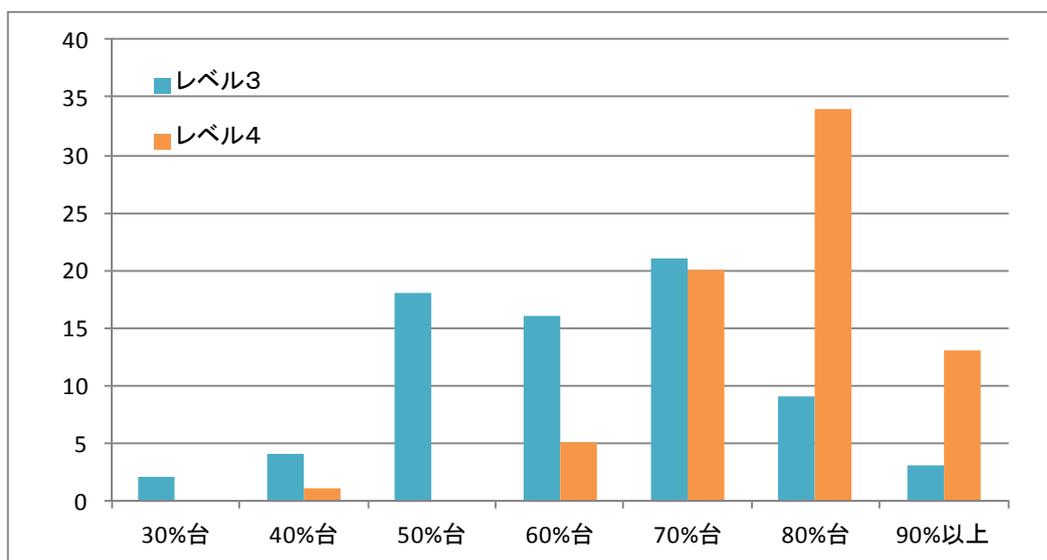
レベル3では、最も通過率が高かったのは70%台の21項目（28.8%）であり、続いて50%台の18項目（24.7%）、60%台の16項目（21.9%）となった。レベル4では、最も通過率が高かったのは80%台の34項目（46.6%）であり、続いて70%台の20項目（27.4%）、90%以上の13項目（17.8%）となった。

以上の結果からは、レベル3よりも4のほうが、通過率が高い傾向が示されていた。

図表 3-22 利用者視点での評価 77 項目の通過率(レベル3とレベル4の比較)

	レベル3		レベル4	
	N	%	N	%
30%台	2	2.7	0	0.0
40%台	4	5.5	1	1.4
50%台	18	24.7	0	0.0
60%台	16	21.9	5	6.8
70%台	21	28.8	20	27.4
80%台	9	12.3	34	46.6
90%以上	3	4.1	13	17.8
合計	73	100.0	73	100.0

図表 3-23 利用者視点での評価 77 項目の通過率(レベル3とレベル4の比較)



d.利用者視点での評価 77 項目の未実施率（レベル3 とレベル4 の比較）

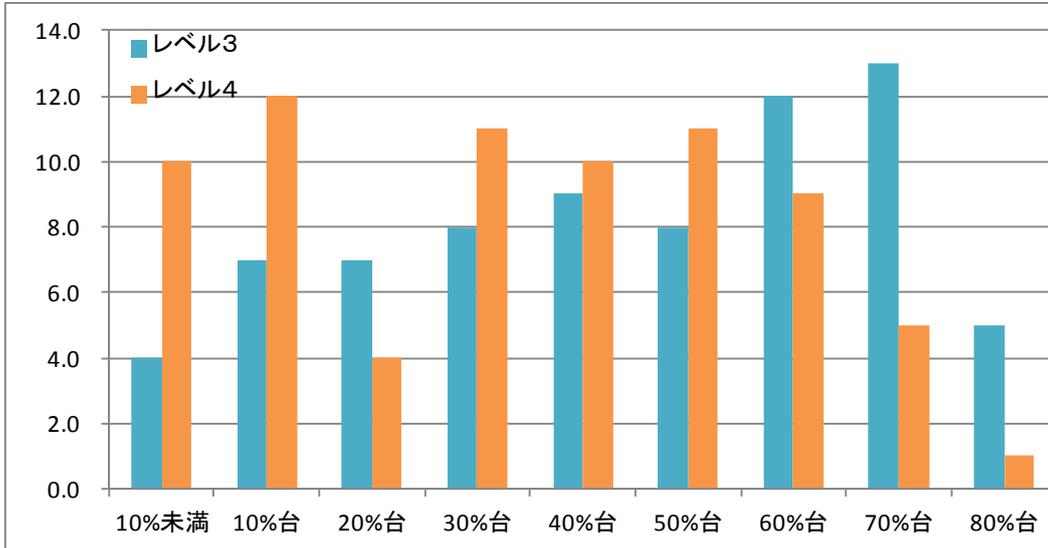
レベル3では、最も未実施率が高かったのは70%台の13項目（17.8%）であり、続いて60%台の12項目（16.4%）、40%台の9項目（12.3%）となった。レベル4では、最も未実施率が高かったのは10%台の12項目（16.4%）であり、続いて30%台と50%台の11項目（15.1%）となった。

以上の結果からは、概ねレベルが高いほうが、未実施率が低い割合が多くなっていた。

図表 3-24 利用者視点での評価 77 項目の未実施率(レベル3とレベル4の比較)

	レベル3		レベル4	
	N	%	N	%
10%未満	4	5.5	10	13.7
10%台	7	9.6	12	16.4
20%台	7	9.6	4	5.5
30%台	8	11.0	11	15.1
40%台	9	12.3	10	13.7
50%台	8	11.0	11	15.1
60%台	12	16.4	9	12.3
70%台	13	17.8	5	6.8
80%台	5	6.8	1	1.4
合計	73	100.0	73	100.0

図表 3-25 利用者視点での評価 77 項目の通過率(レベル3とレベル4の比較)



⑥被評価者の実務経験による通過率と未実施率

被評価者の実務経験による通過率と未実施について、検討を行った。ホームヘルパーと介護福祉士の資格別に実務経験別の分析を行い、その後介護福祉士の有無による分析を行った。分析のフレームワークを図示すると、以下の図のとおりとなる。

図表 3-26 被評価者の実務経験と資格等

資格等		実務経験	当該資格等取得後実務経験1年以内	当該資格等取得後実務経験1-3年	当該資格等取得後実務経験3年以上
ホームヘルパー2級研修等			48名	106名	100名
介護福祉士	養成施設卒業生		30名	82名	
	実務者ルート		279名		
3年程度以上の実務経験を有するサービス提供責任者、主任等			47名		
その他、実習生*			18名		

a.ホームヘルパーにおける基本介護技術 124 項目（通過率）

ホームヘルパーにおける基本介護技術 124 項目の通過率が最も高かったのは、ホームヘルパー 2 級研修等実務経験 1 年以内の 80% 台で 59 項目（47.6%）、実務経験 1-3 年でも 80% 台で 51 項目（41.1%）であった。実務経験 3 年以上では 70% 台の 51 項目（41.1%）となった。

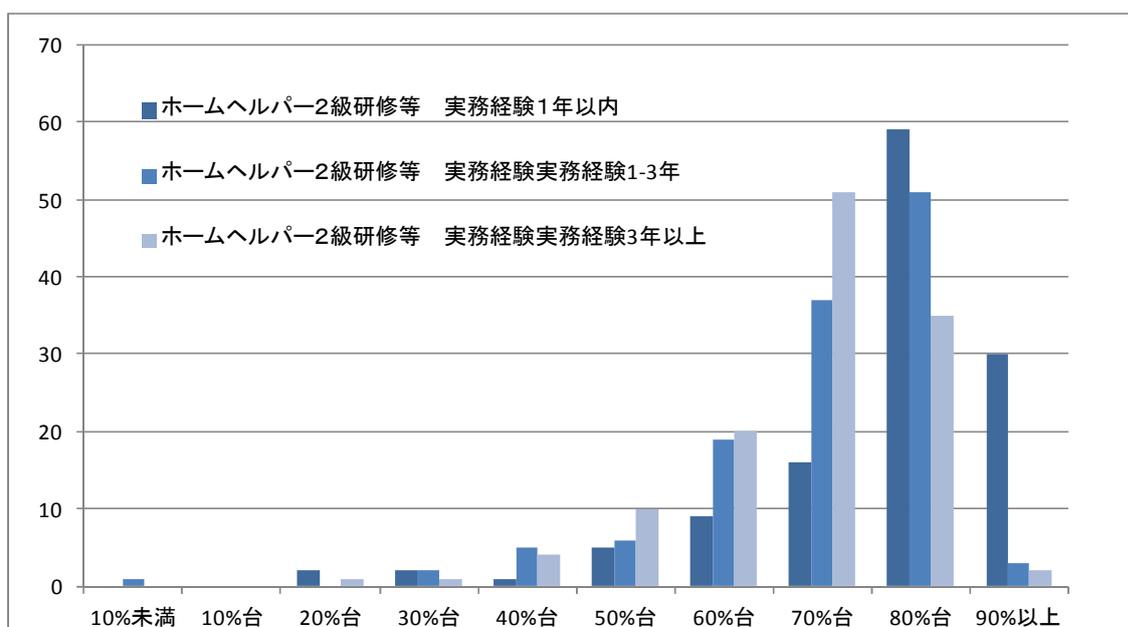
その後、実務経験 1 年以内では 90% 以上で 30 項目（24.2%）、70% 台で 16 項目（12.9%）、実務経験 1-3 年では 70% 台で 37 項目（29.8%）、60% 台で 19 項目（15.3%）、実務経験 3 年以上では 80% 台で 35 項目（28.2%）、60% 台で 20 項目（16.1%）と続いた。

以上の結果からは、実務経験が短いほうが、長い者よりも通過率が高い傾向があることが示されていた。

図表 3-27 ホームヘルパーにおける基本介護技術 124 項目

	ホームヘルパー2級研修等 実務経験1年以内		ホームヘルパー2級研修等 実務経験1-3年		ホームヘルパー2級研修等 実務経験3年以上	
	N	%	N	%	N	%
10%未満	0	0.0	1	0.8	0	0.0
10%台	0	0.0	0	0.0	0	0.0
20%台	2	1.6	0	0.0	1	0.8
30%台	2	1.6	2	1.6	1	0.8
40%台	1	0.8	5	4.0	4	3.2
50%台	5	4.0	6	4.8	10	8.1
60%台	9	7.3	19	15.3	20	16.1
70%台	16	12.9	37	29.8	51	41.1
80%台	59	47.6	51	41.1	35	28.2
90%以上	30	24.2	3	2.4	2	1.6
合計	124	100.0	124	100.0	124	100.0

図表 3-28 ホームヘルパーにおける基本介護技術 124 項目



b.ホームヘルパーにおける基本介護技術 124 項目の未実施率

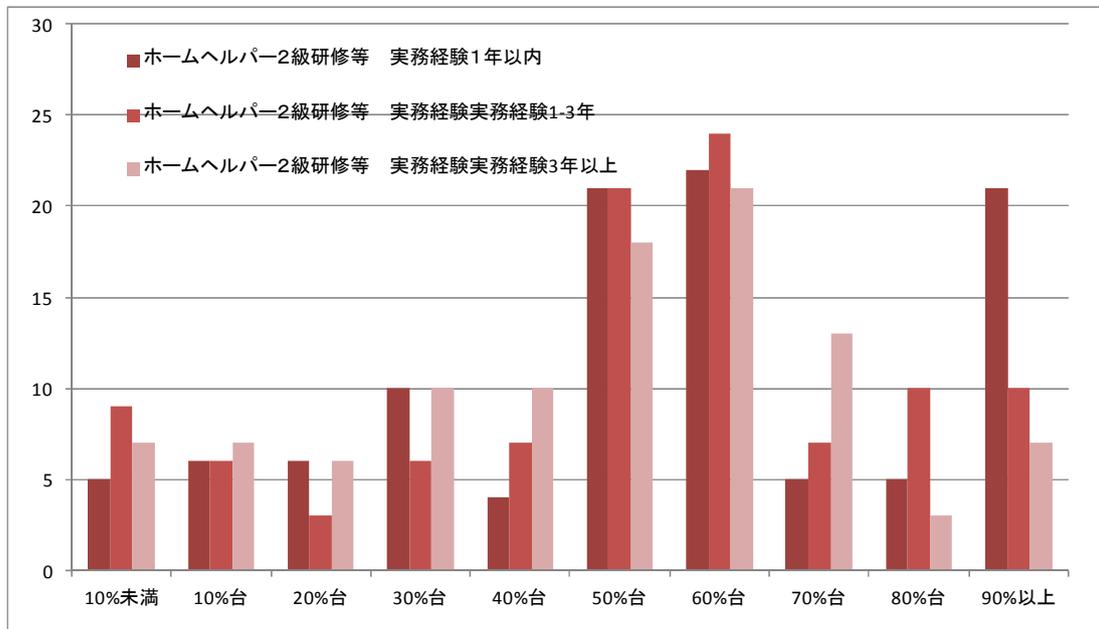
ホームヘルパーにおける基本介護技術 124 項目の未実施率が最も高かったのは、ホームヘルパー2級研修等実務経験 1 年以内、1-3 年、3 年以上のすべての場合において 60%台であり、それぞれ 22 項目 (20.8%)、24 項目 (23.3%)、21 項目 (20.6%) であった。

その後は、実務経験 1 年以内では 50%台と 90%以上で 21 項目 (19.8%)、実務経験 1-3 年では 50%台で 21 項目 (20.4%)、80%台と 90%以上で 10 項目 (9.7%)、実務経験 3 年以上では 50%台で 18 項目 (17.6%)、70%台で 13 項目 (12.7%) と続いた。

図表 3-29 ホームヘルパーにおける基本介護技術 124 項目の未実施率

	ホームヘルパー2級研修等 実務経験1年以内		ホームヘルパー2級研修等 実務経験1-3年		ホームヘルパー2級研修等 実務経験3年以上	
	N	%	N	%	N	%
10%未満	5	4.7	9	8.7	7	6.9
10%台	6	5.7	6	5.8	7	6.9
20%台	6	5.7	3	2.9	6	5.9
30%台	10	9.4	6	5.8	10	9.8
40%台	4	3.8	7	6.8	10	9.8
50%台	21	19.8	21	20.4	18	17.6
60%台	22	20.8	24	23.3	21	20.6
70%台	5	4.7	7	6.8	13	12.7
80%台	5	4.7	10	9.7	3	2.9
90%以上	21	19.8	10	9.7	7	6.9
合計	105	99.1	103	100.0	102	100.0

図表 3-30 ホームヘルパーにおける基本介護技術 124 項目の未実施率



c.介護福祉士における基本介護技術 124 項目の通過率

介護福祉士における基本介護技術 124 項目の通過率は、実務経験 1 年以内では 80% 台で 33 項目 (26.6%) が最も高く、70% 台で 24 項目 (19.4%)、60% 台で 23 項目 (18.5%) と続いた。

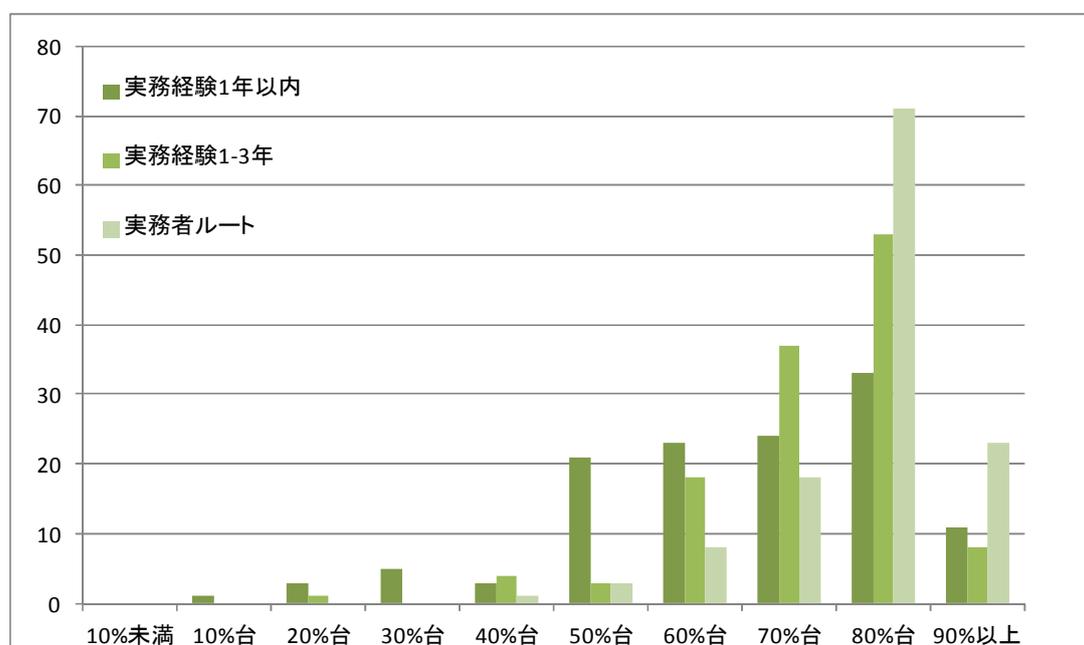
実務経験 1-3 年では、80% 未満で 53 項目 (42.7%) が最も高く、次に 70% 台で 37 項目 (29.8%)、60% 台で 18 項目 (14.5%) と続いた。

実務者ルートでは 80% 台で 71 項目 (57.3%) が最も高く、90% 台で 23 項目 (18.5%)、70% 台で 18 項目 (14.5%) と続いた。

図表 3-31 介護福祉士における基本介護技術 124 項目の通過率

	実務経験1年以内		実務経験1-3年		実務者ルート	
	N	%	N	%	N	%
10%未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10%台	1	0.8	0	0.0	0	0.0
20%台	3	2.4	1	0.8	0	0.0
30%台	5	4.0	0	0.0	0	0.0
40%台	3	2.4	4	3.2	1	0.8
50%台	21	16.9	3	2.4	3	2.4
60%台	23	18.5	18	14.5	8	6.5
70%台	24	19.4	37	29.8	18	14.5
80%台	33	26.6	53	42.7	71	57.3
90%以上	11	8.9	8	6.5	23	18.5
合計	124	100.0	124	100.0	124	100.0

図表 3-32 介護福祉士における基本介護技術 124 項目の通過率



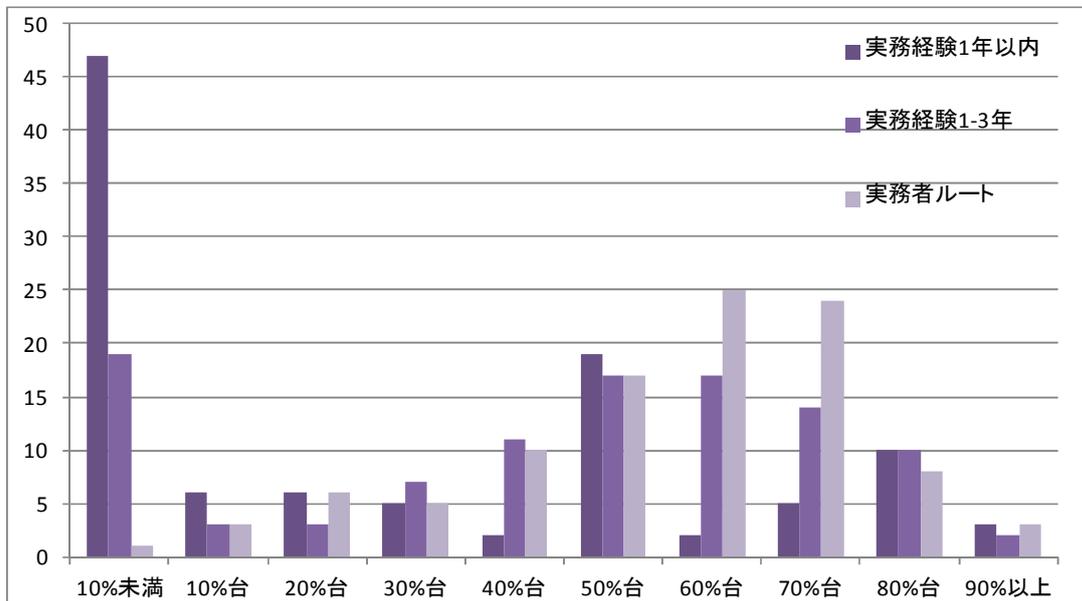
d.介護福祉士における基本介護技術 124 項目の未実施率

介護福祉士における基本介護技術 124 項目の未実施率は、実務経験 1 年以内では 10%未満で 47 項目 (44.8%) が最も高く、50%台で 19 項目 (18.1%)、80%台で 10 項目 (9.5%) と続いた。実務経験 1-3 年では、10%未満で 19 項目 (18.4%) が最も高く、次に 50%台と 60%台で 17 項目 (16.5%) と続いた。実務者ルートでは 60%台で 25 項目 (24.5%) が最も高く、70%台で 24 項目 (23.5%)、50%台で 17 項目 (16.7%) と続いた。

図表 3-33 介護福祉士における基本介護技術 124 項目の未実施率

	実務経験1年以内		実務経験1-3年		実務者ルート	
	N	%	N	%	N	%
10%未満	47	44.8	19	18.4	1	1.0
10%台	6	5.7	3	2.9	3	2.9
20%台	6	5.7	3	2.9	6	5.9
30%台	5	4.8	7	6.8	5	4.9
40%台	2	1.9	11	10.7	10	9.8
50%台	19	18.1	17	16.5	17	16.7
60%台	2	1.9	17	16.5	25	24.5
70%台	5	4.8	14	13.6	24	23.5
80%台	10	9.5	10	9.7	8	7.8
90%以上	3	2.9	2	1.9	3	2.9
合計	105	100.0	103	100.0	102	100.0

図表 3-34 介護福祉士における基本介護技術 124 項目の通過率



4) 考察

①評価項目ごとの通過率と実施率

項目の内容によって通過率や未実施率に違いがみられるが、通過率が80%台のチェック項目が最も多く、通過率60%以上の項目が全体の77.8%を占めていた。また、未実施率が60%を超えるチェック項目の割合は24.3%であった。

この結果からは、「発生率が低い項目」「役割分担により被評価者が実施しない場合のある項目」など、重要性の低い項目、相関性の高い項目の統合などにより、チェック項目の絞込みの必要性が示されたといえる。

②施設別にみた項目ごとの通過率と実施率

入所サービスと在宅サービスについては、通過率や実施率などの違いがみられたが、特に訪問事業所の職員は基本的な介護技術も含め、他の入所施設よりも通過率が低い項目が多くみられ、未実施率も高い傾向が示された。

これは、訪問系のサービス従事者には、基本介護技術をはじめとした教育研修制度の必要性があるものと考えられた。また、「施設・事業所によって実施方法に違いのある項目」の中には、必要性・重要性が低い項目が含まれている可能性があるため、さらに検討を行わねばならないことがわかった。

③評価者の仮想評価レベル

仮想評価レベルの低い職員と高い職員との間では、通過率や未実施率の傾向が異なることが明らかにされた。

この結果は、評価者が評価したレベルによって通過率や実施率などの違いがみられたことについては、使用された項目の一定の妥当性を示すものであろう。

だが、今回検証に用いた仮想評価レベルは内部評価者が仮評価を行ったものであり、レベル定義の妥当性を定量的かつ明確に検証できたとはいえない。

したがって、本格実施以降も評価データを収集し、レベル相互の関係を集計・分析しつつ、引き続きチェック項目の見直しを継続的に進める必要があると考えられた。

④被評価者の実務経験と資格

ホームヘルパーでは、実務経験の長い職員では、通過率が低い項目が多く、逆に短い職員では通過率が高い傾向がみられ、介護福祉士では、実務経験の短い職員の通過率については、低い項目にあることが明らかにされた。

この結果からは、実務経験が短い職員だけではなく、むしろ実務経験が長い職員に対してのスキル向上や能力開発のためのOJTツール、研修方法を検討していく必要性が示されたといえる。

(3) 利用者の状態別にみた業務内容の比較および評価項目の検討

1) 目的

現行のキャリア段位制度においては、7段階評価が設計されているが、実証事業段階においては、レベル4までが想定されている。より高位の介護技術認定における介護技術の評価にあたっては、「利用者の状態」に応じた介護が提供できることが要件とされているが、現行の介護技術評価においては、定型用務つまり、標準的に想定される環境において、提供すべき手順に則っているかという定義に沿った介護ができていることが、基本的な評価基準の考え方となっている。

今後、評価の妥当性を高めていくためには、まず利用者の状態像が異なっても、上記の定型的な介護手順を評価できるための能力をどのように養うかということとなる。そして、こういった能力を研修等で養成することによって、評価結果の標準化を図る必要がある。

そこで、本研究では、利用者の状態像に応じた評価結果の差異について分析し、どのような技術が状態像によって差異が出やすいかを明らかにし、今後のアセッサー研修に活用する資料を提供することを目的とした。

2) 方法

①分析方法

今回の分析対象となったデータ 848 名データのうち、複数の利用者に対して介護を提供した利用者の状態像別にどのように評価が異なるかについて検討を行った。

なお、その際、利用者の状態をアセスメントできる知識の有無について、検討するために、介護についての「わかる」スキルの現行のメルクマールとなっていると考えられる介護福祉士の有無について着目し、項目のできると評価された人数が異なるかについて、 χ^2 乗検定および T 検定を実施し、評価の差異を検討した。

②用語の定義

実証事業においては、複数の利用者に対する被評価者の介護行為をチェックする場合、基本介護技術のうち、99 項目のチェックについては、以下の表の利用者 A・B 区分から一人ずつ選ぶように設定された。

図表 3-35 本分析における利用者の状態像を示す AB 区分

A	内部評価者が、介護が難しいと判断した利用者
B	内部評価者が、介護の難易度が平均的と判断した利用者

※原則として入浴・食事・排泄のいずれにも介護を必要とする者であって、できるだけ多くの基本介護技術のチェック項目が評価できる利用者を選定

3) 結果

①利用者の状態像別通過率

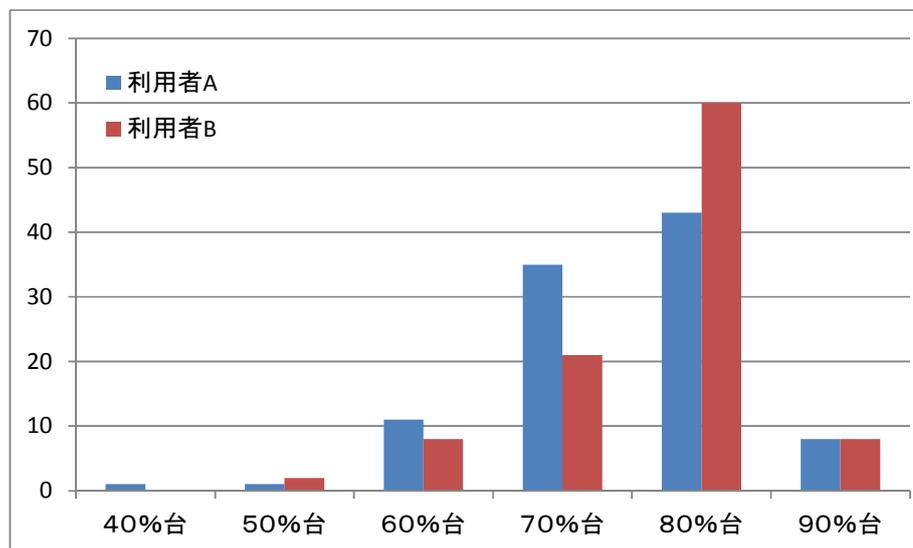
利用者の状態像別通過率を分析したところ、内部評価者が「介護が難しいと判断した利用者 A」については、80%台が 43 項目（43.4%）と最も多く、続いて 70%台が 35 項目（35.4%）であった。

一方、内部評価者が「介護の難易度が平均的とした利用者 B」については、80%台が 60 項目（60.6%）と過半数以上を占め、続いて 70%台が 21 項目（60.6%）であった。

図表 3-36 利用者の状態像別通過率

	利用者A		利用者B	
	N	%	N	%
40%台	1	1.0		
50%台	1	1.0	2	2.0
60%台	11	11.1	8	8.1
70%台	35	35.4	21	21.2
80%台	43	43.4	60	60.6
90%台	8	8.1	8	8.1
合計	99	100.0	99	100.0

図表 3-37 利用者の状態像別通過率



②利用者の状態別「A；できる」の割合

利用者の状態別に「A；できる」の割合が異なっているかについて分析したところ、99 項目中 22 項目に差があると示された。このうち、21 項目は、「内部評価者が介護が難しいと判断した利用者 A」のほうの通過率「A；できる」の割合が高かった。

通過率が高い介護技術としては、「バイタルサインや医療職の指示、既往歴などに基づいて・・・」といった医療職への確認、「急がせず、利用者のペースに合った介助・誘導を行ったか。」「利用者の患側の膝折れが起こらないよう手で支える等、バランスが崩れないよう支え、立ち上がりを介助したか。」といった ADL 状態に応じた介護技術の内容が示された。その他には、杖歩行の介助や体位変換にかかわる介護技術なども示されていた。

また、排泄に関する技術、「排泄の間隔を確認したか。」「排泄介助に当たり、介助内容を伝え、利用者の同意を得たか。」等、5 項目が示され、その他には、「ボタンの取り外し等、自力でできるところは自分で行うよう利用者に促したか。」「自力での摂食を促し、必要時に介助を行ったか。」「出来る利用者には、義歯の着脱、自分で磨ける部分のブラッシング、その後のうがいを促したか。」といった自立支援への配慮にかかわる技術の通過率の高さが示された。

一方、「難易度が平均的とした利用者 B」のほうの通過率が高かったのは、「利用者と同じ目線の高さで介助する等、利用者の飲み込みが確認できるような姿勢で介助を行ったか。」という技術だけであった。

図表 3-38 利用者の状態別「A;できる」の割合の比較

	利用者A		利用者B		P値*
	N [※]	%	N [※]	%	
①②バイタルサインや医療職の指示、既往歴などに基づいて、利用者の状態に応じた入浴方法が選択できたか。	480	77.9	293	88.8	**
③利用者の患側の膝折れが起こらないよう手で支える等、バランスが崩れないよう支え、立ち上がりを介助したか。	338	77.3	185	86.3	*
④利用者の杖を持つ手と反対側のやや斜め後ろに立ったか。	203	66.1	109	79.0	**
⑤利用者に片よみがある場合、二輪歩行や二輪歩行の声を聞かせるか。	137	50.9	75	63.9	*
⑥急がせず、利用者のペースに合った介助・誘導を行ったか。	251	76.8	134	87.0	*
⑦⑧の場合、ボタンの取り外し等、自力でできるところは自分で行うよう利用者に促したか。	361	73.0	214	81.1	▽
⑨末柄から中柄の順番で洗い、陰部は横顔の手で洗ってもらったか。	337	62.5	200	70.7	**
⑩入浴後、体調の確認をし、十分な水分補給ができたか。	446	78.8	261	89.7	**
⑪利用者の患側の膝折れが起こらないよう手で支える等、バランスが崩れないよう支え、立ち上がりを介助したか。	324	75.9	187	85.0	*
⑫バイタルサインや医療職の指示、既往歴などに基づいて、利用者の状態に応じた清拭方法が選択できたか。	255	77.0	165	86.5	*
⑬着衣の確認をしたか。	390	72.8	242	81.5	*
⑭体幹の幅さはないか、足底が床についているか、椅子に深く腰を掛けお尻が安定して座っているかなど座位の安定を確認したか。	467	77.3	260	83.9	*
⑮利用者と同じ目線の高さで介助する等、利用者の飲み込みが確認できるような姿勢で介助を行ったか。	477	84.0	169	74.8	**
⑯自力での摂食を促し、必要時に介助を行ったか。	383	73.8	190	80.2	*
⑰出来る利用者には、義歯の着脱、自分で磨ける部分のブラッシング、その後のうがいを促したか。	455	83.6	290	90.9	**
⑱排泄の間隔を確認したか。	541	82.8	323	90.7	**
⑲排泄介助に当たり、介助内容を伝え、利用者の同意を得たか。	630	81.3	315	88.3	**
⑳利用者のADLを把握し、排泄する上で、できる部分は利用者に行ってもらおうとしたか。	485	79.5	317	90.8	**
㉑排泄後、利用者にトイレトペーパー等で拭いてもらい、拭き残があれば清拭を行うとともに、利用者の手洗いを促す等により清潔保持をしたか。	384	76.8	229	82.1	**
㉒排泄後、利用者の体調確認を行ったか。	330	65.2	205	74.1	*
㉓利用者の膝を立て、アゴの原理を活用しながら、体位変換したか。	404	71.0	185	76.1	▽
㉔横向きになることができる人には自力で横になってもらったり、膝を自分で曲げられる人には自分で曲げてもらうなど、利用者の残存機能を活かしながら体位変換したか。	383	72.5	190	80.2	*

※**P>0.01,*P>0.05

※※ここでの N は、A と評価された人数

③利用者の状態像別介護福祉士の有無別通過率

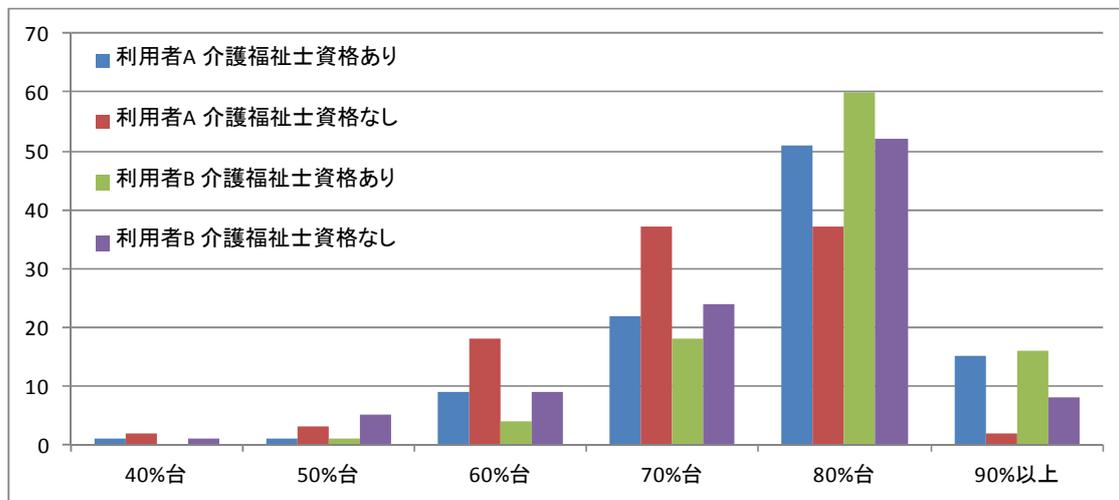
「介護が難しいと判断された利用者 A」について介護福祉士で最も多かった通過率は、80%台 51 項目（51.5%）で続いて、70%台 22 項目（22.2%）であった。介護福祉士資格無しの場合は、80%台・70%台ともに 37 項目（37.4%）であった。

一方、「難易度が平均的とした利用者 B」では、介護福祉士は、80%台 60 項目（60.6%）が最も高く、続いて 70%台 18 項目（18.2%）であった。介護福祉士資格無しの場合は、80%台 52 項目（52.5%）、70%台 24 項目（24.2%）であった。

図表 3-39 利用者の状態像別介護福祉士の有無別通過率

	利用者A				利用者B			
	介護福祉士資格あり		介護福祉士資格なし		介護福祉士資格あり		介護福祉士資格なし	
	N	%	N	%	N	%	N	%
40%台	1	1.0	2	2.0	0	0.0	1	1.0
50%台	1	1.0	3	3.0	1	1.0	5	5.1
60%台	9	9.1	18	18.2	4	4.0	9	9.1
70%台	22	22.2	37	37.4	18	18.2	24	24.2
80%台	51	51.5	37	37.4	60	60.6	52	52.5
90%以上	15	15.2	2	2.0	16	16.2	8	8.1

図表 3-40 利用者の状態像別介護福祉士の有無別通過率



④利用者の状態別と被評価者の介護福祉士の有無別にみた「A；できる」の割合

a.利用者 A

利用者 A で、通過率に統計的に有意な差があった技術項目は、6 項目だった。このうち介護福祉士の通過率の方が高かった項目は 5 項目であり、その内容は、「①起きる前に、利用者に体調確認したか」「⑦移乗用リフト等の福祉用具を用いた移乗の場合、あらかじめ定められた手順・方法に沿って、安全に移乗することができたか」「②顎が引けている状態で食事が取れるようにしたか」「④歯磨きや清拭の後、口腔内を確認し、磨き残し、歯茎の腫れ、出血等がないか確認したか」「②顔、腕、足の位置を確認し、腕の巻き込み等に注意しながら、ベッド柵などにぶつけることなく、利用者に痛みや傷を与えないように体位変換したか」であった。

一方、逆に介護福祉士の方が低かった項目は「①利用者の歩く方向を確認しながら、段差等の安全に対するリスクを配慮し、予め利用者へ声かけをしたか」のみであった。

図表 3-41 利用者 A を対象とした介護福祉士の有無による A と評価された人数の比較

	介護福祉士資格あり		介護福祉士資格なし		P値※
	N※※	%	N※※	%	
1 ①起きる前に、利用者に体調確認をしたか。	267	57.9	192	49.4	*
2 ①利用者の歩く方向を確認しながら、段差等の安全に対するリスクを考慮し、予め利用者へ声かけをしたか。	126	27.3	138	35.5	*
3 ⑦移乗用リフト等の福祉用具を用いた移乗の場合、あらかじめ定められた手順・方法に沿って、安全に移乗することができたか。	103	22.3	65	16.7	*
4 ②顎が引けている状態で食事が取れるようにしたか。	278	60.3	205	52.7	*
5 ④歯磨きや清拭の後、口腔内を確認し、磨き残し、歯茎の腫れ、出血等がないか確認したか。	229	49.7	153	39.3	**
6 ②顔、腕、足の位置を確認し、腕の巻き込みなどに注意しながら、ベッド柵などにぶつけることなく、利用者に痛みや傷を与えないように体位変換したか。	284	61.6	211	54.2	*

※**P<0.01,*P<0.05

※※ここでの N は、A 評価された人数

b.利用者 B

利用者 B については、有意差があった項目は 10 項目であったが、このうち介護福祉士の資格ありの方が高かった項目は 2 項目のみであり、その内容は、「④歯磨きや清拭の後、口腔内を確認し、磨き残し、歯茎の腫れ、出血等がないか確認したか」「①排泄の間隔を確認したか」のみであった。

逆に、介護福祉士の方が低かった項目は 8 項目で「①利用者の歩く方向を確認しながら、段差等の安全に対するリスクを配慮し、予め利用者へ声かけをしたか」「②利用者の杖を持つ手と反対側のやや斜め後ろに立ったか」「④急がせず、利用者のペースに合った介助・誘導を行ったか」「②スクリーン等を使い、プライバシーに配慮したか」「③前開き衣類の脱衣の際に、健側から患側の順番で行ったか」「④前開き衣類の着衣の際に、患側から健側の順番で行ったか」「⑤③④の場合、ボタンの取り外し等、自力でできるところは自分で行うように利用者に促したか」「⑥しわやたるみがないか確認したか」と示された。

図表 3-42 利用者 B を対象とした介護福祉士の有無による A と評価された人数の比較

	介護福祉士資格あり		介護福祉士資格なし		P値※
	N※※	%	N※※	%	
①利用者の歩く方向を確認しながら、段差等の安全に対するリスクを					
1 考慮し、予め利用者へ声かけをしたか。	54	11.7	78	20.1	**
2 ②利用者の杖を持つ手と反対側のやや斜め後ろに立ったか。	45	9.8	65	16.7	**
3 ④急がせず、利用者のペースに合った介助・誘導を行ったか。	55	11.9	81	20.8	**
4 ②スクリーン等を使い、プライバシーに配慮したか。	109	23.6	118	30.3	*
5 ③前開き衣類の脱衣の際に、健側から患側の順番で行ったか。	96	20.8	109	28.0	*
6 ④前開き衣類の着衣の際に、患側から健側の順番で行ったか。	97	21.0	109	28.0	*
⑤③④の場合、ボタンの取り外し等、自力でできるところは自分で行					
7 うよう利用者に促したか。	99	21.5	117	30.1	**
8 ⑥しわやたるみがないか確認したか。	111	24.1	121	31.1	*
④歯磨きや清拭の後、口腔内を確認し、磨き残し、歯茎の腫れ、出血					
9 等がないか確認したか。	133	28.9	77	19.8	**
10 ①排泄の間隔を確認したか。	190	41.2	133	34.2	*

※**P<0.01,*P<0.05

※※ここでの N は、A 評価された人数

(4) アセッサーの属性による検者間信頼性の検討

1) 目的

キャリア段位の介護技術評価項目の評価にあたっては、評価の実施体制等を考慮した外部評価の効率性、事業者の負担抑制、評価の公平性等の観点から、「Yes/No」を客観的に確認できることが重要であり、どの程度の評価者間の差異があるかについても明らかにすることが重要とされた。

今後、技術評価によるキャリア段位制度の信頼性をより高めるためには、評価結果の精度を高めるような評価マニュアルの作成、アセッサーの訓練、項目の精査が必要となってくる。この評価結果の客観性の保持には、評価者訓練が重要となるが、まずは基礎的なデータとして、検者間信頼性に関するデータを得ることによって、客観的な評価が難しい項目を明らかにすることは重要な視点といえる。

そこで本分析では、介護技術に関する実践的スキルの評価事業のデータを用いて、同一被評価者に複数の評価者（以下、アセッサーとする）による評価結果を比較することにより、検者間信頼性の検討を行うことを目的とした。

介護人材における技術評価によるキャリア段位制度の信頼性を高めるためには、評価結果の精度を高め、客観性を保持するためにはアセッサーの訓練、項目の精査ともに評価マニュアルの作成が必要となる。

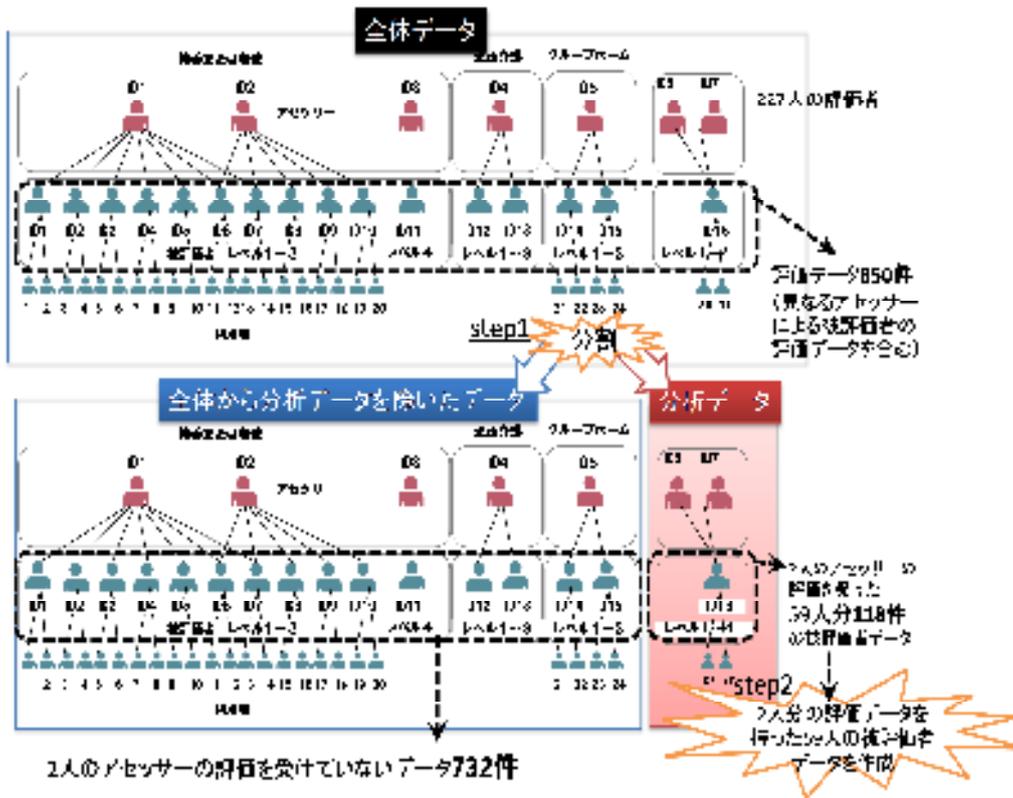
こうした訓練やマニュアルを整備していくための、基礎的なデータとして、検者間信頼性に関するデータを得ることによって、客観的な評価が難しい項目を明らかにすることは重要と考えられる。

2) 方法

①分析方法

全体データからまず、複数のアセッサーによる評価が行われた被評価者のデータを抽出し（118件、59人分の評価データ）被評価者に対する複数のアセッサーの項目ごとの評価結果の状況（通過率、不一致率、共にやっていない、いずれか回答なし等）を分析した。

図表 3-43 分析データの構成図



②用語の定義

本研究では、分析データにおける2人の評価の組み合わせ（一致の状況、不一致の状況）について、以下の図のように定義した。

図表 3-44 本研究での一致に係る用語を示す図

		A	B	C	—	0
		「できる」	「できる場合とできない場合があり、指導を要する」	「できない」	「やっていない」	「回答なし」
A	「できる」					
B	「できる場合とできない場合があり、指導を要する」					
C	「できない」					
—	「やっていない」					
0	「回答なし」					

- 一致通過率
- 一致
- 不一致
- 共にやっていない
- いずれか回答なし

- 一致通過率 = 共に「できる(A)」とした割合
- 一致 = 2人の評価が一致した場合
- 不一致 = 2人の評価が一致しなかった場合
- できる(A)とできない(C)の不一致 = 二人の評価が「(A)できる」と「できない(C)」となった場合
- いずれか評価なし = どちらか、2人の評価が「評価なし」の場合

※割合という場合は、N=59 を分母としている。

図表 3-45 本研究での不一致に係る用語を示す図

		A	B	C	—	0
		「できる」	「できる場合とできない場合があり、指導を要する」	「できない」	「やっていない」	「回答なし」
A	「できる」					
B	「できる場合とできない場合があり、指導を要する」					
C	「できない」					
—	「やっていない」					
0	「回答なし」					

- 一致通過率
- 一致
- 不一致
- できる(A)とできない(C)の不一致
- 有効%の範囲

- 一致通過率 = 共に「できる(A)」とした割合
- 一致 = 2人の評価が一致した場合
- 不一致 = 2人の評価が一致しなかった場合
- 共にやっていない = 2人の評価が共に「やっていない」場合
- いずれか回答なし = どちらか、2人の評価が「回答なし」の場合

※割合（有効%）という場合、N=59 から「いずれか評価なし」を除いた値を分母とする。

3) 結果

①分析データにおける被評価者およびアセッサーの属性

分析データにおける被評価者の属性は、図表 3-46 のようになった。

被評価者は、年齢は、平均 34.2 歳（標準偏差 10.1）、経験年数は、6.0（標準偏差 3.9）であった。仮評価のレベル感としては、レベル 3 が 31 人（52.5%）で最も多く、レベル 2②が 11 人（18.6%）で続いた。性別としては、女性 32 人（54.2%）男性 22 人（37.3%）であり、資格と実務経験としては、介護福祉士実務経験ルートが 30 人（50.8%）と過半数を占めていた。

一方、アセッサーは、年齢は、平均 42.6 歳（標準偏差 11.0）、経験年数は、14.0（標準偏差 7.9）であった。仮評価のレベル感としては、レベル 3 が 21 人（33.3%）、レベル 2②が 15 人（23.8%）と続いた。性別としては、女性 40 人（63.5%）、男性 22 人（34.9%）と続いた。

図表 3-46 分析データにおいて評価の対象となった被評価者(N=59)と評価を行ったアセッサー(N=63)の基本属性

	被評価者		アセッサー	
	分析対象(N=59)		分析対象(N=63)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
年齢	34.2	10.1	42.6	11.0
経験年数	6.0	3.9	14.0	7.9
	N	%	N	%
仮評価レベル感				
レベル 1	1	1.7	6	9.5
レベル 2①	10	16.9	13	20.6
レベル 2②	11	18.6	15	23.8
レベル 3	31	52.5	21	33.3
レベル 4	1	1.7	8	12.7
欠損値	5	8.5		
性別				
男	22	37.3	22	34.9
女	32	54.2	40	63.5
システム欠損値	5	8.5	62	98.4
			1	1.6
資格と実務経験				
ホームヘルパー 2 級研修等 実務経験 1 年以内	1	1.7		
ホームヘルパー 2 級研修等 実務経験 1 - 3 年	6	10.2		
ホームヘルパー 2 級研修等 実務経験 3 年以上	5	8.5		
介護福祉士 養成施設卒業者 実務経験 1 年以内	3	5.1		
介護福祉士 養成施設卒業者 実務経験 1 - 3 年	9	15.3		
介護福祉士 実務者ルート	30	50.8		
3年以上の実務経験を有するサービス提供責任者、主任	0	0		
実習生	0	0		
システム欠損値	5	8.5		

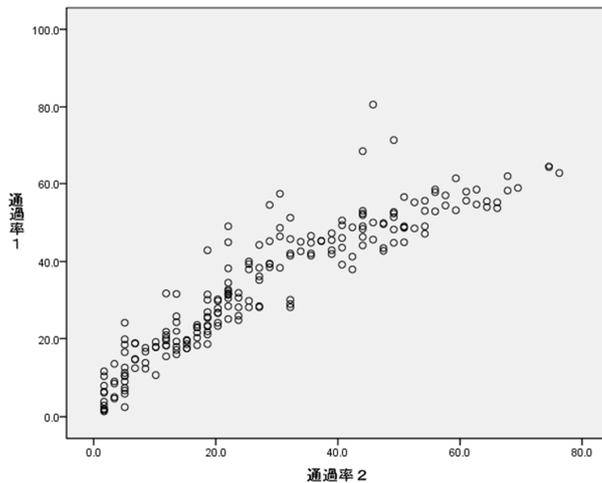
② 「全体から分析データを除いたデータ」の通過率と「分析データ」の一致通過率の関連

「全体から分析データを除いたデータ¹」の通過率と「分析データ」の一致通過率の関連をみたところ、全体から分析データを除いたデータの通過率と分析データの一致通過率には、強い正の相関がみられた。

また、「全体から分析データを除いたデータ」の「やっていない」と「分析データ」の「共にやっていない」と、「全体から分析データを除いたデータ」の「回答なし」と分析データの「いずれか回答なし」も同様の傾向が示された。

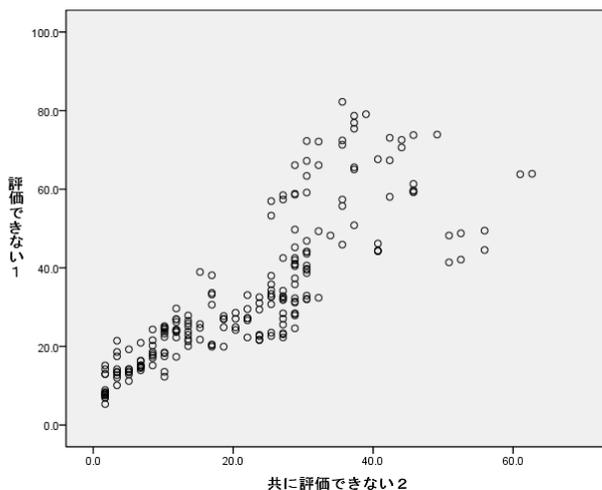
以上より、データの代表性には問題ないことが明らかになった。

図表 3-47 「全体から分析データを除いたデータ」の通過率と「分析データ」の一致通過率の関連



Pearson相関係数
 $r = .917, p < .001$
N=204

図表 3-48 「全体から分析データを除いたデータ」の「やっていない」と「分析データ」の「共にやっていない」の関連



Pearson相関係数
 $r = .826, p < .001$
N=213

¹ 全体の「通過率」、「やっていない」の算出にあたっては、全体のデータ (N=850) を用い、ここから重複していた分析対象 (N=118) を除いた N=732 を用いて、分析を行った。

③分析データにおける「一致通過率」、「共にやっていない」、「いずれか回答なし」の割合

分析データにおける「一致通過率」、「共にやっていない」、「いずれか回答なし」が227の項目ごとにそれぞれどのような割合を示しているかの図を以下に示した。

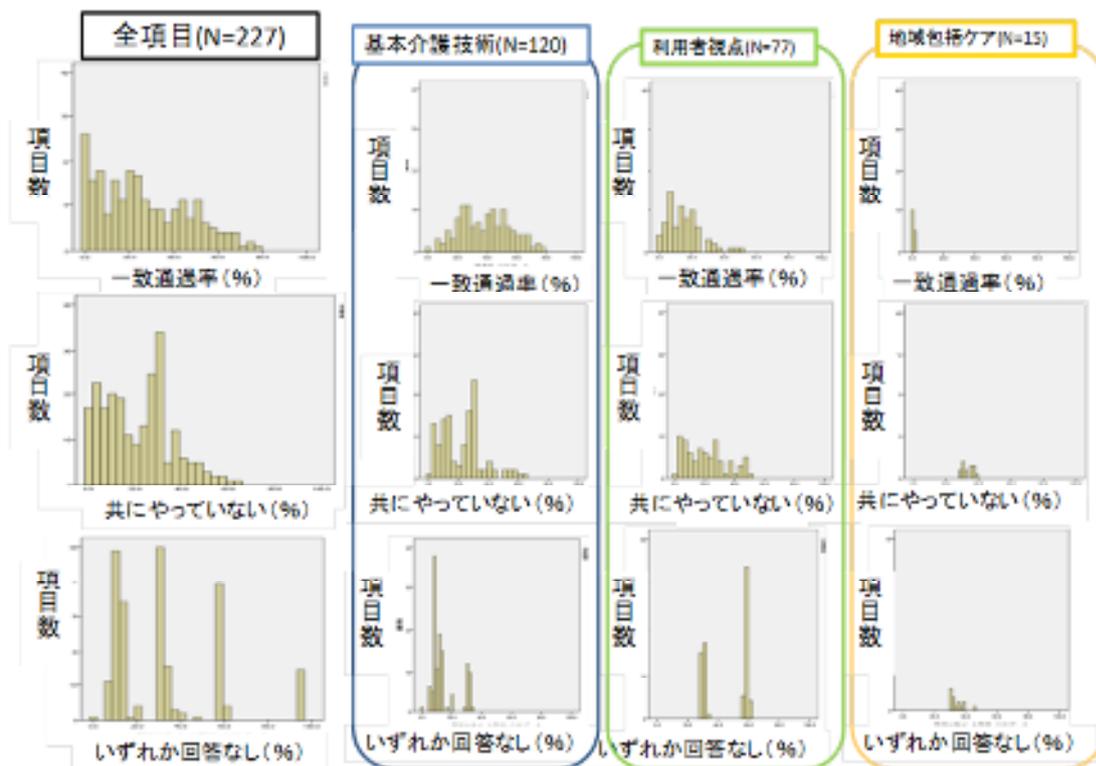
縦軸が項目数、横軸が割合となっている。全項目の傾向をみると、一致通過率は、0%に近い項目が最も多く、「共にやっていない」では30%が最も多くなっていた。「いずれか回答なし」は、10%、40%、60%、90%と特定の割合に項目数が集中していた。

項目の分野別にみると、基本介護技術の一致通過率は、全体では0%が最も多かったが、基本介護技術では、10%台が最も多くなっていた。また、基本介護技術の「共にやっていない」は、全体と同様の30%台が最も高く、「いずれか回答なし」は10%台に集中していた。

利用者視点では、一致通過率は、5%に近い項目が最も多く、「共にやっていない」0%に近い値に集中し、基本介護技術より低い割合に偏っていた。「いずれか回答なし」は30%と60%に集中していた。

地域包括ケアシステムに関する項目は、15項目と少ないが、一致通過率が0%に近く、「共にやっていない」、「いずれか回答なし」も30%~40%台となっていた。

図表 3-49 分析データにおける「一致通過率」、「共にやっていない」、「いずれか回答なし」の度数分布



④ 「一致通過率」が高かった介護技術

基本介護技術の「一致通過率」が高かった介護技術の上位 10 をみると、70%台が 3 項目、60% が 7 項目であった。また、利用者視点での評価が、40%台が 3 項目、30%5 項目、20%台が 2 項目であった。

大分類別の一致通過率の平均割合をみると、全体では 25.1%、基本介護技術では 37.6%、利用者視点 14.3%、地域包括ケアが 0.6%、リーダーシップが 0.5%であった。

図表 3-50 「一致通過率」が高かった介護技術(分野別降順上位 10)

基本介護技術		N=59
基本介護技術	②おむつ・パッド交換の際、カーテンやスクリーンを使用する等してプライバシーに配慮したか。	76.3
基本介護技術	③おむつ・パッドを尿漏れしない位置に装着したか。	74.6
基本介護技術	①声を掛けたり肩を叩いたりするなどして、利用者の覚醒状態を確認したか。	74.6
基本介護技術	①事故防止の観点から、利用者の足がフットレストに、健側の手がアームレスト(アームサポート)に乗っているか、患側の手が膝の上に乗っているかを確認し、安全を確保したか。	69.5
基本介護技術	①排泄の間隔を確認したか。	67.8
基本介護技術	⑤排泄時刻、排泄物の量や性状、陰臀部の皮膚の異常について記録をしたか。	67.8
基本介護技術	②多すぎる量を一度に口に入れなかったか。	66.1
基本介護技術	⑤体位変換後、クッションやタオルなどを使用し、安楽な体位保持への介助を行ったか。	66.1
基本介護技術	②顔、腕、足の位置を確認し、腕の巻き込みなどに注意しながら、ベッド柵などにぶつけないよう、利用者に痛みや傷を与えないように体位変換したか。	64.4
基本介護技術	②嚥下障害のある利用者の食事にとろみをつけたか。	64.4
利用者視点		
利用者視点	②自分が風邪気味の時にはマスクを着用したか。	49.2
利用者視点	③爪は短くしているか。	45.8
利用者視点	①利用者や家族との間で、態度や言葉遣いによるトラブルがなかったか。	44.1
利用者視点	②利用者の血液、体液、排泄物(汗を除く)、嘔吐物进行处理する際、新しい手袋をしたか。	37.3
利用者視点	①利用者の血液、体液、分泌物、排泄物(汗を除く)、障害のある皮膚、粘膜に素手で接触した場合、手洗い及び消毒をしたか。	33.9
利用者視点	④自分が感染症にかかったと思われるときには速やかに医療機関を受診したか。	32.2
利用者視点	②利用者のニーズや思いを理解し、場の雰囲気合った配慮ある言動を示しているか。	30.5
利用者視点	①利用者に、どのような感染症の既往があるか確認できているか。	30.5
利用者視点	③認知症の利用者に対し、その特性に応じた声かけやジェスチャー、表情等により、利用者の意向を確認し、介護の内容を伝えることができたか。	28.8
利用者視点	②利用者の心身機能・身体状況、健康状態を把握できたか。	23.7

大分類別の「一致通過率」の平均割合	全体	25.1
	基本介護技術	37.6
	利用者視点	14.3
	地域包括ケア	0.6
	リーダーシップ	.5

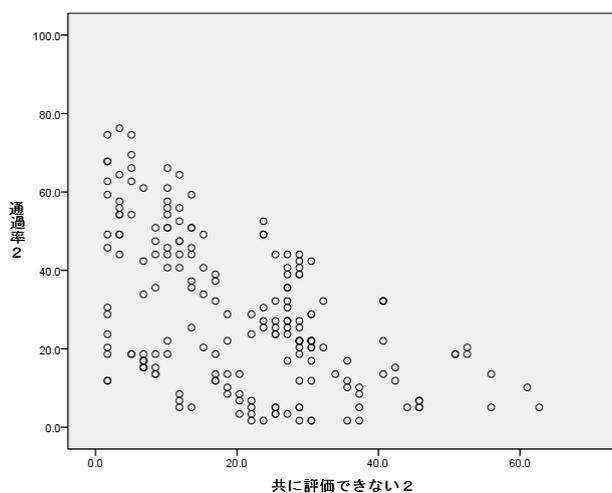
⑤分析データにおける「一致通過率」と「共にやっていない」割合の関連

次に分析データの一貫通過率と2人の評価者が「共にやっていない」とした項目の割合の関連をみた。

これは、共にできるとした一致通過率と共にやっていないとした異なる性質の一致の割合が項目ごとにどの様になっているかを検討するために実施したものである。

これら2変数間には、負の相関がみられ、「できる」の一致と「やっていない」の一致には、性質の違いがあることが示された。

図表 3-51 「一致通過率」と「共にやっていない」の関連



Pearson相関係数
 $r = -.517, p < .001$
N=204

⑥ 「共にやっていない」と評価された介護技術

「共にやっていない」が高かった介護技術の上位 20 をみると、60%台が 2 項目、50%が 6 項目であり、このすべてが基本介護技術に関する内容であった。

続いて、40%台が 12 項目あったが、このうち、利用者視点での評価が 9 項目で、残り 3 項目は、基本介護技術に関する内容であった。

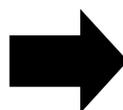
大分類別の一致通過率の平均割合をみると、全体では 20.4%、基本介護技術では 21.6%、利用者視点 19.8%、地域包括ケアシステムが 33.4%であった。

図表 3-52 「共にやっていない」と評価された介護技術(降順上位 20)

N=59

基本介護技術	⑦スライディングボードやスライディングシート等の福祉用具を用いた移乗の場合、あらかじめ定められた手順・方法に沿って、安全に移乗することができたか。	62.7
基本介護技術	⑦スライディングボードやスライディングシート等の福祉用具を用いた移乗の場合、あらかじめ定められた手順・方法に沿って、安全に移乗することができたか。	61.0
基本介護技術	②利用者の杖を持つ手と反対側のやや斜め後ろに立ったか。	55.9
基本介護技術	③利用者に片まひがある場合、二動作歩行や三動作歩行の声かけを行えたか。	55.9
基本介護技術	④急がせず、利用者のペースに合った介助・誘導を行ったか。	52.5
基本介護技術	①ベッドをギャッチアップし、食べやすい座位の位置や安定(体幹の傾きはないか)を確認したか。	52.5
基本介護技術	①利用者の歩く方向を確認しながら、段差等の安全に対するリスクを考慮し、予め利用者へ声かけをしたか。	50.8
基本介護技術	②利用者の頭部が前傾姿勢になるように枕やクッションで調整したか。	50.8
利用者視点	①利用者の緊急連絡手順に則り、第一連絡先の家族に連絡することができたか。	49.2
利用者視点	②発生した緊急事態について、家族に対し、冷静に説明できたか。	45.8
利用者視点	①利用者のADL、余命、告知・無告知の把握をしているか。	45.8
利用者視点	②利用者・家族の看取りの場所の希望について把握をしているか。	45.8
利用者視点	③利用者の自己決定や家族の希望を最大限尊重しているか。	45.8
利用者視点	③利用者の状態の変化を正確に記録し、他職種と共有したか。	45.8
利用者視点	④利用者が倒れていた場合、毛布等により保温したか。	44.1
基本介護技術	⑦移乗用リフト等の福祉用具を用いた移乗の場合、あらかじめ定められた手順・方法に沿って、安全に移乗することができたか。	42.4
利用者視点	①利用者が倒れていた場合、意識、呼吸、脈、顔色を確認したか。	42.4
利用者視点	③利用者が倒れていた場合、気道を確保したか。	42.4
基本介護技術	①バイタルサインの測定、利用者へのヒアリングによって体調確認を行い、清拭の可否について確認したか。	40.7
基本介護技術	②バイタルサインや医療職の指示、既往歴などに基づいて、利用者の状態に応じた清拭方法が選択できたか。	40.7

大分類別の「共にやっていない」平均割合



全体	20.4
基本介護技術	21.6
利用者視点	19.8
地域包括ケア	33.4
リーダーシップ	.0

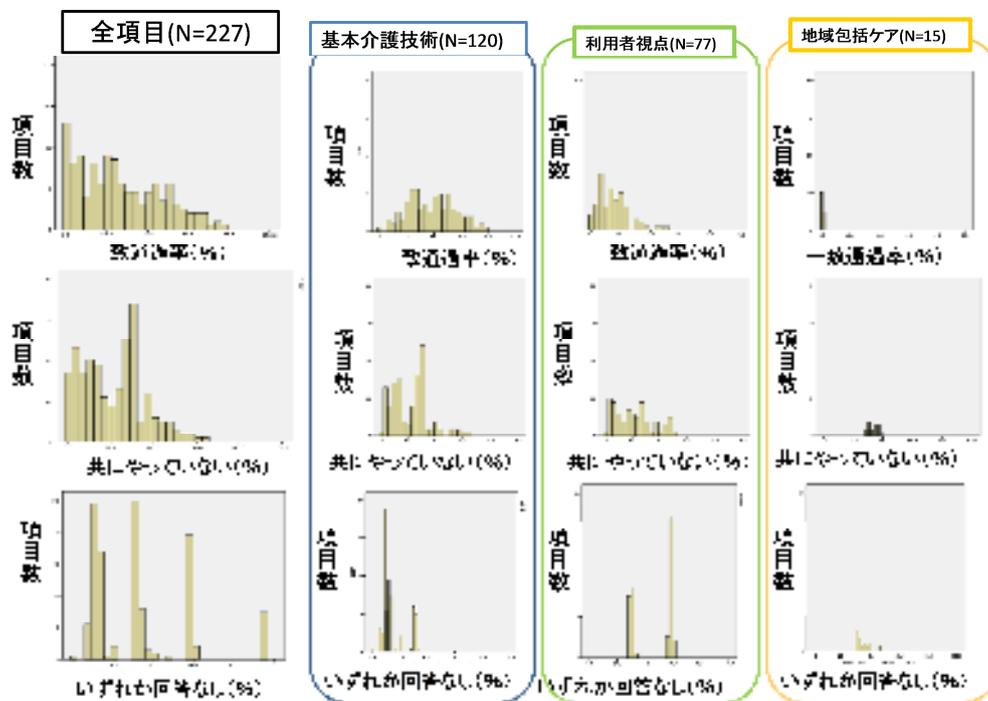
⑦分析データにおける「不一致」および「できる(A)とできない(C)の不一致」の項目別割合

これまで、「通過率」や「やっていない」、「回答なし」を中心に異なる一致の状況を示してきたが、さらに不一致の状況を分析した内容について検討していく。

今回は、不一致全体の状況に加えて、最も評価が異なっていると考えられる「できる」と「できない」の不一致の状況を分析をしていくこととする。なお、以後の分析においては、評価の不一致の状況を明らかにするために、いずれか評価なしを除いた水色の範囲を分母とした有効%を扱うこととする。

「不一致」と「できるとできないの不一致」の項目ごとの割合を示すと、図表 3-53 のようになる。全項目の不一致がもっとも高いのは、10%程度であり、できるとできないの不一致が高いのは0%であり、全項目の過半数以上の項目が0%となっていた。

図表 3-53 分析データにおける「不一致」および「できる(A)とできない(C)の不一致」の項目別割合(有効%)の度数分布



⑧「できる (A) とできない (C) の不一致」の割合 (有効%) が高い具体的な項目

基本介護技術では、最も高い割合で 9.3% でありその内容は、「③禁忌食の確認をしたか。」、「①食事の献立や中身を利用者に説明する等食欲がわくように声かけを行ったか。」、「⑥利用者の食べたいものを聞きながら介助したか。」といずれも介護実施過程における確認行為に関する内容であった。その後も、「①体調や気候に配慮しながら、利用者の好みの洋服を選んでもらったか (一部介助の利用者が対象)。」、「①末梢から中枢の順番で洗い、陰部は健側の手で洗ってもらったか。」といった確認に係る内容や「⑤自力での摂食を促し、必要時に介助を行ったか。」「①体調や気候に配慮しながら、利用者の好みの洋服を選んでもらったか (全介助の利用者が対象)。」といった自立支援に対する配慮の判断などがあげられた。

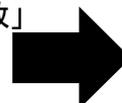
利用者視点での評価が、最も高い割合で 4.9% であったが、「③利用者が倒れていた場合、気道を確保したか。」、「①緊急事態発生時の事業所・施設内のルール上第一情報を報告すべき者に対して、第一報を入れることができたか。」といった緊急時の対応方法に関する内容であり、続いて、4.8% と示されたのは、「①利用者に、どのような感染症の既往があるか確認できているか。」といった確認に関する内容であった。

大分類別の一致通過率の平均割合をみると、全体では、1.4%、分野別にみても基本介護技術では、1.9%、利用者視点で 0.9% であった。

図表 3-54 できる(A)とできない(C)の不一致の割合(有効%)が高い具体的な項目 (分野別、降順上位 10)

基本介護技術		
基本介護技術	③禁忌食の確認をしたか。	9.3
基本介護技術	①食事の献立や中身を利用者に説明する等食欲がわくように声かけを行ったか。	9.3
基本介護技術	⑥利用者の食べたいものを聞きながら介助したか。	9.3
基本介護技術	①体調や気候に配慮しながら、利用者の好みの洋服を選んでもらったか(一部介助の利用者対象)。	8.9
基本介護技術	①末梢から中枢の順番で洗い、陰部は健側の手で洗ってもらったか。	7.4
基本介護技術	⑤自力での摂食を促し、必要時に介助を行ったか。	7.4
基本介護技術	①起きる前に、利用者に体調確認をしたか。	7.3
基本介護技術	①体調や気候に配慮しながら、利用者の好みの洋服を選んでもらったか(全介助の利用者対象)。	6.4
基本介護技術	①介助を始める前に、車いすのフットレスト(フットサポート)やブレーキに動作不良がないか、車いすにブレーキがかかっているか、フットレスト(フットサポート)が上がっているか、タイヤの空気が十分かを予め確認したか。	6.1
基本介護技術	②利用者や介護者の体の大きさ等を勘案し、ベッドと車いすの角度が15~45度となる範囲で安全に移乗できる位置に車いすを配置したか。	5.8
利用者視点		
利用者視点	③利用者が倒れていた場合、気道を確保したか。	4.9
利用者視点	①緊急事態発生時の事業所・施設内のルール上第一情報を報告すべき者に対して、第一報を入れることができたか。	4.9
利用者視点	①利用者に、どのような感染症の既往があるか確認できているか。	4.8
利用者視点	②利用者のニーズや思いを理解し、場の雰囲気合った配慮ある言動を示しているか。	4.0
利用者視点	④視覚障害の利用者に対し、その特性に応じた声かけをし、利用者の意向を確認し、介護の内容を伝えることができたか。	4.0
利用者視点	③利用者の「できる行為・活動」と「している行為・活動」について、それぞれ把握できたか。	4.0
利用者視点	④利用者を取りまく物的環境(食品、薬、福祉用具等)、人的環境(家族、友人等の支援や態度)、利用している制度について把握できたか。	4.0
利用者視点	⑤利用者の人生や生活の特別な背景(ライフスタイル、習慣、生育歴、教育歴、職業歴、行動様式、価値観等)について把握できたか。	4.0
利用者視点	①得られた情報を整理、統合することができたか。	4.0
利用者視点	③個別介護計画において、利用者の生活習慣や価値観を尊重する目標を設定し、それを達成するための具体的な支援内容(担当者、頻度、期間を含む)を設定できたか。	4.0

大分類別「できる(A)とできない(C)の不一致」の平均割合(有効%)



全体	1.4
基本介護技術	1.9
利用者視点	0.9
地域包括ケア	0.5
リーダーシップ	0

4) 考察

①一致の状況について

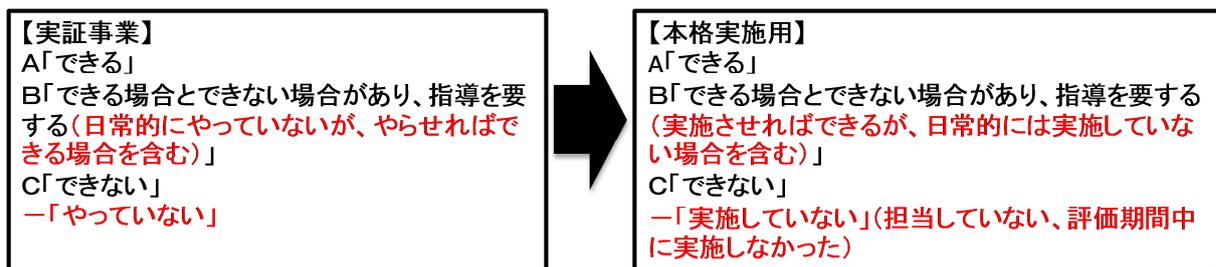
共にできると判断された「一致通過率」と「共にやっていない」と判断された各介護技術の割合には、負の相関が認められた。これは、2人のアセッサーが「共にやっていない」と評価した介護技術は、介護現場の日常において、あまり発生していない技術であり、これらは、一致通過率（2人アセッサーが「できる」と評価する）も低いことが明らかにされたと言えよう。

結果として、2人のアセッサーの判定が一致しているといっても、「できる」という評価で2人が一致したことと、「やっていない」で一致したという技術を比較すると、これらの両方の評価をされる介護技術には、それぞれ異なった特徴があることがわかった。

2人のアセッサーが「共にやっていない」と判定する介護技術は、介護現場では、発生しにくい技術であった。このため、この介護技術は提供する機会が少ないことから、当然、その評価の機会も少なくなってしまうため、「できる」という判定を標準化することが難しかったものと予想された。

この「やっていない」には、「基本介護技術」や「利用者視点」における内容にも一定数、存在することがわかった。この評価ができない項目を減らすために、実証事業結果を踏まえ、本格実施用の評価項目の対象レベルや項目定義の修正が以下のようになされた²が、今後も継続的に事業を実施する中で、このような改定が必要と考えられた。

図表 3-55 実証事業から本格実施の際の項目の変更点



②不一致の状況について

「できる (A) とできない (C) の不一致」の発生割合は、全項目の平均で1.4%と少なく、発生率は極めて低かった。評価が明らかに異なる、「できる (A)」と「できない (C)」の反対の評価とされた介護技術は、極めて少なかったが、これらの技術は、いずれもこれを提供したかどうかの確認が難しい項目であったり、被評価者の対応もその都度異なりやすい項目であると考えられた。

このため、研修や研修教材によって、評価の留意点を明示する等工夫が必要であると考えられるが、これらの項目は、確認行為や頻度が少ない内容であり、教材開発も難しい内容であると考えられた。また、その他の多くの不一致のパターンもあることから、今後、さらに、介護技術の評価項目の妥当性については、検証を進める必要性が改めて示された。

5) 分析結果のまとめ

①職員の属性別の分析結果より

これまで日本では、介護職の実践能力の評価はほとんど行われておらず、国家資格有無別の分析等もなかった。したがって、本研究の結果は極めて重要と言える。また、訪問事業では評価を受けること自体が難しい。すなわち、いわゆる専門性を要する介護技術が、これを必要とする利用者に対してサービスを提供していない実態が明らかにされた。

このような現状は、訪問介護サービスの提供の在り方を検討する重要な資料となると同時に、在宅でのサービス提供に従事する介護職は、技術を日々、提供できないことから、習得した技術を磨くことができず、その質の向上が期待できない現場となっていることから、例えば同一地域圏域内での入所施設等を利用した連携試験機関の設置等、評価システムの運営上の工夫が必要であることが示唆された。

そして、今後は介護人材が実践的な能力を高める OJT や Off-JT の在り方の検討が喫緊の課題と考えられる。

②利用者の状態別の分析結果より

利用者の状態別通過率を分析したところ、いわゆる「介護が難しいと判断された利用者 A」を対象に提供された介護技術における通過率は、80%台が 43 項目 (43.4%) であり、「難易度が平均的とした利用者 B」の 60 項目 (60.6%) と比較すると低く、「介護が難しい利用者」に対する介護技術の通過率は低くなる傾向が示された。

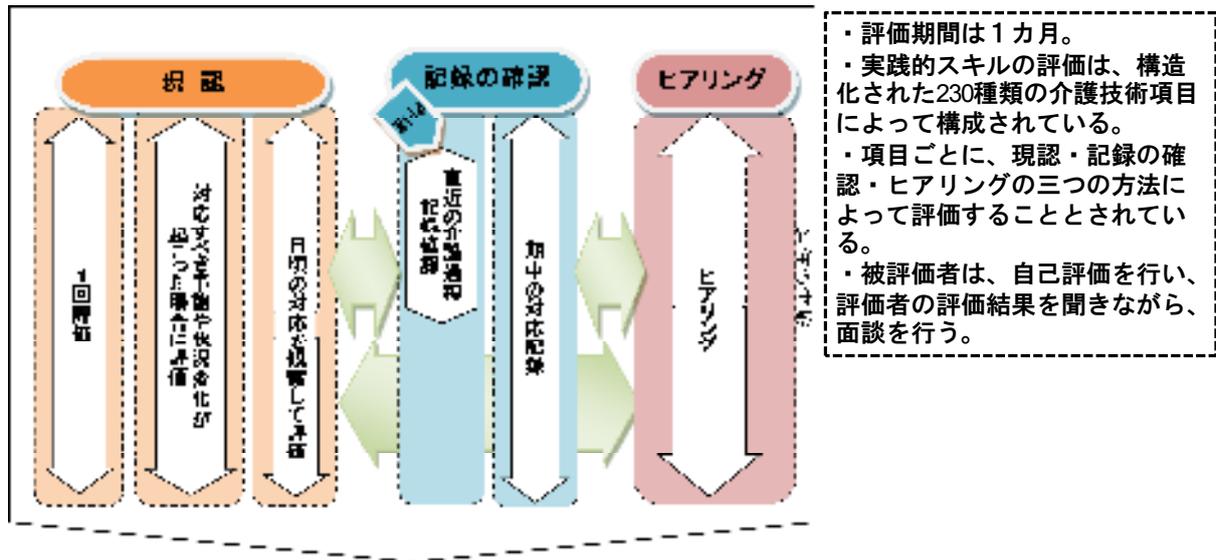
具体的には、99 項目中、22 項目に有意な差があったが、これは、「医療職への確認」、ADL 状態に応じた「杖歩行」や「立ち上がり」、「体位変換」といった専門性を有する介護技術が示されていた。この他に、「排泄介助」にかかわる技術や、「自立支援への配慮」にかかわる技術を示されていた。これらの介護技術項目は、単なる世話ではなく、自立への支援という目的性をもった介護であることから、利用者の状態に応じた留意点といった、今日的な介護の在り方への理解を深めることが必要であることが明らかにされた。

③検者間信頼性の分析結果より

今回の実証事業の実施にあたっては、事前に調査説明会を実施し、調査用のマニュアルが配布されたが、本研究の結果からは、施設や在宅の介護提供環境から評価できない項目や評価が難しい項目といった項目があることがわかった。また、評価が不一致となる要因は、「アセッサーの評価の習熟度」や、「被評価者や利用者の属性によって評価の判断が難しい」等の理由だけでなく、介護技術そのものの性質によることもわかった。さらに、予め定められた判定基準に従って、同一の評価ができるアセッサーの養成は、とくに重要であり、喫緊の課題であることが改めて示唆された。すでに近接する領域として介護保険制度において実施されている要介護認定における認定調査員の研修や、看護師による日々の患者評価が診療報酬上の要件となっている看護必要度研修のような多くの人に、同一の判定基準を正確に伝えることができる評価者訓練システムの構築する必要性が示唆された。

参考資料

○実証事業の流れ



チェック項目の評価基準

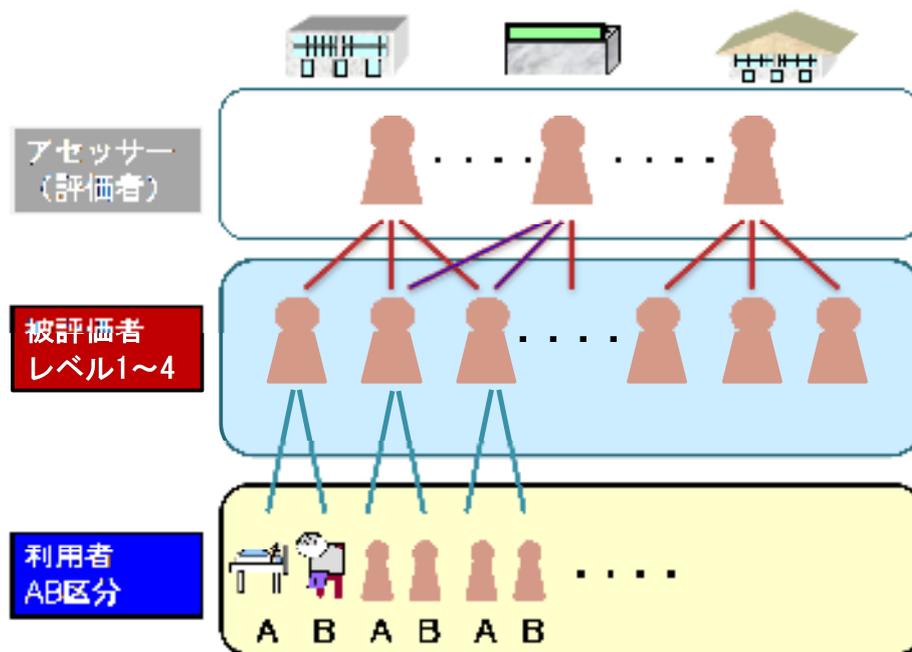
「できる」	→ 「A」
「できる場合とできない場合があり、指導を要する」※	→ 「B」
「できない」	→ 「C」
「やっていない」	→ 「-」
※日常的にやっていないが、やらせればできる場合を含む	

○実証事業で評価された項目の内容

大項目	中項目	小項目	チェック項目			
			レベル1と2	レベル3	レベル4	
I 基本介護技術の評価	1.入浴介助	12	60	60	60	
	2.食事介助	5	18	18	18	
	3.排泄介助	5	21	21	21	
	4.状況の変化に応じた対応	5	22	22	22	
II 利用者視点での評価	1.利用者・家族とのコミュニケーション	2	12	7	12	12
	2.介護過程の展開	4	19		19	19
	3.感染症対策・衛生管理	3	13	13	13	13
	4.事故発生防止ができる	3	12	2	12	12
	5.身体拘束廃止	2	7		7	7
	6.緊急時対応	3	8	8	8	8
	7.終末期ケア	2	6	4	6	6
III 地域包括ケアの評価		4	15	15	15	15
IV その他	1.リーダーシップ	4	15			15
		54	228	170	213	107

○評価対象および評価方法

平成 23 年 12 月中旬から 1 月下旬の約 1 か月をかけて内閣府が実施した 4 都府県の 140 か所の介護保険関連施設の職員を対象（被評価者 850 名、アセッサー 227 名）



○被評価者のアセッサーによる仮評価

レベル		求められる能力等
1		初任者研修により、在宅・施設で働く上で必要となる基本的な知識・技術を修得
2	①	・基本的な知識・技術を活用し、決められた手順に従って、基本的な介護を実践できる（例：施設において「夜勤」に従事することができる）
	②	・一定の範囲で、利用者ニーズや、状況の変化を把握・判断し、それに応じた介護を実践できる
3		・利用者の状態像に応じた介護や多職種の連携等を行うための幅広い領域の知識・技術を習得し、的確な介護を実践できる（例：施設の主たる夜勤者、夜間の訪問介護に対応できる）
4		チーム内でのリーダーシップ（例：サービス提供責任者、主任等）
		部下に対する指示・指導
		緊急時の対応を適切に行う
		（本レベル以上が「アセッサー」になれる）

○被評価者の資格および実務経験

資格等		実務経験		
		当該資格等取得後 実務経験1年以内	当該資格等取得後実務経験1-3年	当該資格等取得後実 務経験3年以上
ホームヘルパー2級研修等		約200名	約200名	約200名
介護福祉士	養成施設卒業者	約200名	約200名	
	実務者ルート		約200名	
3年程度以上の実務経験を有するサービス提供責任者、主任等			約200名	
その他、実習生*			約100名	

※介護福祉士養成施設において、「介護実習」を履修中の者。実証事業の実施事務所・施設において、当該期間中に受けている生徒であって1ヶ月程度以上の実習を行う者から選定

4. アセッサー講習のあり方の検討

(1) アセッサーの評価スキル向上のための必要素材の検討

本調査研究事業においては、「介護プロフェッショナル キャリア段位制度」の実施機関に対して調査研究結果を提供することを前提として、「介護プロフェッショナル キャリア段位制度」の実施で必要となる「アセッサー講習テキスト（案）」の作成を行うこととした。

作成に当たっては、第9回介護プロフェッショナルワーキング・グループ（平成24年8月2日開催）の参考資料4「介護プロフェッショナル キャリア段位制度について」²によると、アセッサー講習の内容について、以下の点が挙げられていることから、この点について留意した。

図表 4-1 アセッサー講習の内容

- アセッサーの評価技術の向上・均質化のために、制度の意義や手順を説明するだけでなく、模擬評価やグループワーク等も含めて実施する。
- 制度の趣旨・概要、内部評価の手順、「できる（実践的スキル）」の評価基準、アセッサーの役割・留意事項等を分かり易く記載したテキストを作成する。
- 確認テストを実施する。
- 修了証を交付する。

なお、「アセッサー講習テキスト（案）」の作成にあたってはアセッサー事前学習シラバスを作成した上で、作成に着手した。

また、「アセッサー講習テキスト（案）」だけでなく、「補助教材（DVD）例」「確認テスト（案）」と、それらの実施を盛り込んだトライアル アセッサー講習プログラムを作成し、トライアル アセッサー講習にて作成物の適合性について検証を行った。

作成物及びその後の利用状況は次の通りで、補助教材（DVD）以外の成果物を次ページ以降に掲載する。（補助教材(DVD)は別添）

² 内閣府ホームページ 実践キャリア・アップ戦略 介護プロフェッショナルワーキング・グループ 第9回参照
(<http://www5.cao.go.jp/keizai1/jissen-cu/kaigo/shiryou/2012/0802/9thshiryou.html>)

図表 4-2 本調査研究における作成物

成果物	利用状況	制作・体裁
アセッサー事前学習シラバス	○アセッサー事前学習シラバス案をもとに、アセッサー講習テキスト案を作成 (1) アセッサー事前学習シラバス参照	電子ファイル
アセッサー講習テキスト(案)	①制度の趣旨・概要、内部評価の手順、「できる(実践的スキル)」の評価基準、アセッサーの役割・留意事項等を分かり易く記載したテキスト(案)を作成し、11月15日実施のトライアルアセッサー講習にて使用 (2) アセッサー講習テキスト(案)参照 ②内閣府の公募により「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」実施機関のシルバーサービス振興会にアセッサー講習テキスト案を提供。 本事業において作成したアセッサー講習テキストをベースに修正を行い、平成24年度に実施した岩手・宮城・福島3県におけるアセッサー講習にて使用	電子ファイル
補助教材(DVD)例	①模擬評価を行うための補助教材(DVD)例を作成し、11月15日実施のトライアルアセッサー講習にて使用。 ②アセッサー講習テキスト同様、「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」実施機関のシルバーサービス振興会に補助教材(DVD)例を提供し、シルバーサービス振興会では①の素材をベースに見直しを行い、アセッサー講習にて使用	DVD20セット
確認テスト(案)	①11月15日実施のトライアルアセッサー講習にて使用 ②アセッサー講習テキスト同様、①の素材をベースに見直しを行い、アセッサー講習(岩手のみ)にて使用	電子ファイル 5パターン
トライアルアセッサー講習プログラム	○制度の意義や手順を説明するだけでなく、模擬評価やグループワーク等も含めたトライアルアセッサー講習プログラムを作成し、トライアルアセッサー講習を実施 (3) トライアルアセッサー講習プログラム参照	電子ファイル

(2) アセッサー事前学習シラバス

介護プロフェッショナル キャリア段位制度は、主として「実践的スキル（できる）」の評価を行うものであり、職場の OJT の中で評価を実施する。

そのため、事業所・施設ごとに評価のばらつきが出ないように外部評価機関を設定し、事業所・施設におけるアセッサーの評価の妥当性・信頼性をチェックすることとしているが、アセッサー自身が本制度の意義を正しく理解し、より適切に評価できるようになることが、本制度を普及・推進する上で極めて重要である。

アセッサー講習テキストは、アセッサーが評価を行う前に本制度への理解を深め、また評価項目や評価基準、さらには評価者としての心構え等を学べる教材を提供することでアセッサー育成の支援を行うことを目的としており、そのためのシラバスを作成した。

図表 4-3 アセッサー学習シラバス

Ⅰ.介護キャリア段位制度導入の背景とねらい	狙い	成長分野である介護分野における人材の新しい職業能力を評価する仕組みである、介護キャリア段位制度の概要と導入の背景・経過を理解します(実践キャリア・アップ制度も含む)。
	到達目標	①介護技術評価の現状を理解します。 ②介護キャリア段位制度導入の背景を理解します。 ③介護キャリア段位制度が介護分野における人材育成施策、介護職の成長機会としての意義を理解します。 ④介護キャリア段位の狙いと期待される効果を理解します。
	主な内容	・介護の現場が抱える課題 ・介護技術評価の見直しの必要性 ・養成校ルートにおける介護技術の評価 ・新しい技術評価の試みとしての介護キャリア段位制度 ・介護キャリア段位制度に期待する効果
Ⅱ.介護キャリア段位制度の構造と評価項目	狙い	介護キャリア段位制度の構造と評価される介護技術と評価項目について理解します。
	到達目標	①評価されるべき介護技術の選定プロセスを理解し、1つ1つの評価項目が、介護者の職業能力を評価する上で、重要な項目が選定されたことを理解します。 ②介護キャリア段位制度で評価される介護技術について、評価項目の構成(大項目～チェック項目)を理解します。 ③評価項目毎の意図及び留意点を理解します。
	主な内容	・評価されるべき介護技術とは(評価技術の選定プロセス) ・介護行為の可視化 ・評価の手法～「わかる(知識)」と「できる(実践的スキル)」 ・選定された評価項目と評価の意図・留意点 ・チェック項目別評価の意図・留意点

Ⅲ.介護キャリア 段位の認定 法	狙い	介護キャリア段位制度における内部評価の手順を理解するとともに、外部評価の位置づけを含むレベル認定までのプロセスを理解します。
	到達目標	①レベル認定申請までの流れを理解します。 ②内部評価を行うために準備すべきことを確認します。 ③内部評価の段階(A・B・C・ー)や評価方法等評価を実施するうえで留意すべき点を確認します。 ④外部評価の流れや進め方を理解します。 ⑤レベル認定の考え方と申請方法について理解します。
	主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・レベル認定申請までの流れ ・内部評価の手順と留意点(準備・評価の実施) ・外部評価を受けに当たっての準備と心構え ・外部評価の手順 ・レベル認定の考え方と申請方法
Ⅳ.アセッサー としての認証	狙い	内部評価者の資格、評価者としての心構えや評価者として求められる評価スキルを理解するとともに、アセッサーとしての役割について認識を深めます。
	到達目標	①アセッサー受講資格と講習内容 ②評価者としての的確な評価を行うために留意すべき事項、被評価者の成長につなげるために留意すべき事項を理解します。 ③介護キャリア段位制度におけるアセッサーに求められている役割・責務を理解します。
	主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・アセッサーの受講資格と講習内容 ・評価のための準備、心構え ・評価者エラー(ハロー効果、中央化傾向など)と評価者エラーを起こさないための対策 ・アセッサーに求められている役割・責務
Ⅴ.職業教育 訓練とキャリア アップ～介護 キャリア段位制 度の OJT 活用	狙い	企業における職業訓練教育とキャリアアップを理解するとともに、介護キャリア段位制度について介護技術向上のためのツールとして活用する方法について理解します。
	到達目標	①有効な OJT を実施するための仕組みや活動のあり方について理解します。 ②OJTとして介護キャリア段位制度を活用する上でのアセッサーが期待されている役割を理解します。
	主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・職業教育訓練制度の現状(OJT と off-JT) ・介護現場における教育訓練の現状 ・キャリア段位制度による人材育成システムの構築 ・介護キャリア段位制度の OJT としての活用方法と留意点 ・OJT においてアセッサーに期待されている役割 (目標設定の支援、評価結果の F/B、面談の重要性とスキル) ・職業資格制度の整備

(3) アセッサー講習テキスト(案)

前記(2)のシラバスに沿って、アセッサー講習テキスト(案)の作成に着手した。(アセッサー講習テキスト(案)については、資料1参照)

アセッサー講習テキスト(案)の作成過程において、章立てをシラバスの5章案から3章に変更している。最終的な目次は以下の通りで、テキストの作成においては、以下のワーキングメンバーに執筆を依頼した。

図表 4-4 アセッサー講習テキスト(案) 執筆担当

アセッサー講習テキスト(案)の目次	担当 (敬称略)
I. 介護キャリア段位制度について	筒井 孝子
II. 介護キャリア段位制度の構造と評価項目 1 介護技術の評価とは 2 介護行為の可視化 3 評価手法 4 介護職員の技術レベル評価	筒井 孝子
5 評価項目の詳解 I. 基本介護技術の詳細 II. 利用者視点での評価 1. 利用者・家族とのコミュニケーション 2. 介護過程の展開 3. 感染症対策・衛生管理 4. 事故発生防止 5. 身体拘束廃止 6. 終末期ケア III. 地域包括ケアシステム&リーダーシップ 1. 地域包括ケアシステム 2. リーダーシップ	I 及び II-1~2. 筒井 澄栄 II-3~6 大島 憲子 III-1. 筒井 孝子 III-2. 藤村 伸治
6 講習参加者によるトライアル評価結果を材料としたグループワークの方法	藤村 伸治
III. 内部評価の手順(介護キャリア段位制度を活用した OJT の進め方)	藤村 伸治

(4) トライアル アセッサー講習プログラム

本調査研究事業において、アセッサー講習テキスト、補助教材 (DVD)、確認テストを作成し、できばえ・使い方についてトライアル アセッサー講習を開催して確認を行った。

図表 4-5 トライアル アセッサー講習の概要

	概 要
日 時	平成 24 年 11 月 15 日 (金) 9:00~17:00 補講がある場合は、最長 19:00 の予定
実施会場	スタンダード会議室 五反田店 5階A会議室 (東京都・品川区・五反田)
参加者	調査研究事業に参加する事業所・施設において内部評価者 (アセッサー) に選出された方々 24 名
オブザーバー	厚生労働省 内閣府 一般社団法人シルバーサービス振興会

トライアル アセッサー講習は、第 9 回介護プロフェッショナルワーキング・グループ (平成 24 年 8 月 2 日開催) の参考資料 4「介護プロフェッショナル キャリア段位制度について」に記載されているアセッサー講習の時間 (図表 4-6 参照) を踏まえながら、期間的に間をあけて 2 回開催することは困難であるため、1 日研修のプログラムを作成し実施した (図表 4-8 参照)。

図表 4-6 アセッサー講習の時間

○間隔を空けて 2 日間 (各 4 時間程度) 実施する。 ①座学+模擬評価で半日 (→自身の施設等でトライアル or 評価開始) ② (評価期間前 or 評価期間中) 模擬評価+グループワークで半日

講師は本事業の委員を中心に構成し、また、国立保健医療科学院の大冢賀 政昭氏並びに山梨県立大学の田中 彰子氏に協力を依頼した。

図表 4-7 トライアル アセッサー講習 講師一覧

講師名 (敬称略)	所属・役職	委員の有無
筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官	委員長
大島 憲子	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 准教授	委員
大冢賀 政昭	国立保健医療科学院 協力研究員	
田中 彰子	山梨県立大学 看護学部 教授	
田中 雅子	社団法人日本介護福祉協会 名誉会長 社会福祉法人富山県社会福祉協議会 富山県福祉カレッジ 教授	委員
筒井 澄栄	国立障害者リハビリテーションセンター研究所 障害福祉研究部心理実験研究室 室長	委員
藤村 伸治	東北職業能力開発大学校 青森校 校長	委員

図表 4-8 トライアル アセッサー講習 プログラム(1日)

	時間	項目	テーマ及び内容	学科	実技	講師 (敬称略)
1	9:00-9:10 (10分)	オリエンテーション	講習についてオリエンテーション ・講習の目的、講習の進め方と主な内容、アセッサー選定方法など ・本事業と介護プロフェッショナルキャリア段位との関係	○		筒井 孝子
2	9:10-9:35 (25分)	講義	介護人材に関するキャリア段位制度 ・制度導入の背景と制度の目的、介護人材に関する他の資格との関係 ・介護人材のレベルとその要件 ・レベル認定申請から取得までのプロセス ・アセッサー(内部評価者)の役割と責任 ・できる(実践的スキル)のレベル判定と事例演習	○	○	内閣府
3	9:35-10:05 (30分)	講義	アセッサー(内部評価員)の力量 ・アセッサーの仕事内容 ・アセッサーの心構え・態度、期待される役割等 ・アセッサーに求められる力量	○		田中 雅子
	10:05-10:10	休憩				
4	10:10-11:30 (80分)	講義	評価の作業手順とその留意点 ・評価の作業手順と留意事項 ・選定された評価項目の選定過程とその意図と理由 ・評価項目と評価における留意点	○	○	*筒井 孝子 大島 憲子 筒井 澄栄
	11:30-11:35	休憩				
5	11:35-12:15 (40分)	ビデオ演習	評価実践演習: 模擬評価の体験 ・基本介護技術に関するビデオ映像による模擬評価作業 ・模擬評価の解答	○	○	*田中 彰子 大冢賀 政昭
	12:15-13:00	昼休憩				
5	13:00-13:40 (40分)	ビデオ演習	評価実践演習: 模擬評価の体験(続き) ・模擬評価の解答、評価のポイントに関する説明	○	○	田中 彰子
6	13:40-15:30 (100分) ※途中、休憩 10分含む	討議 発表	評価実践演習: トライアル評価による体験 ・講習参加者によるトライアル評価結果を材料としたグループワーク(討議)評価基準に対する判定の仕方、評価の視点などの摺り合わせ(発表)グループごとの発表と全体による評価基準等の摺り合わせ		○	*藤村 伸治 大島 憲子 田中 雅子 筒井 澄栄 大冢賀 政昭
	15:30-15:40	休憩				
7	15:40-16:10 (30分)	確認 テスト	アセッサー認定 ・確認テスト	○		事務局
8	16:10-16:40 (30分)	講義	演習のまとめ ・相談窓口、よくある質問の回答、仕上げ演習の概要説明 質疑応答など	○		*藤村 伸治 大島 憲子 田中 雅子 筒井 澄栄 大冢賀 政昭
9	16:40-16:50 (10分)	挨拶	厚生労働省事業へのご協力について	○		厚生労働省
10	16:50-17:00 (10分)	連絡	調査票回収等についての説明	○		事務局

※7の確認テストの結果から必要と思われる方に対し、追加講習を実施。最長で19:00までを予定。テストによる理解の確認ができ次第、終了。

補習	17:10- 最長 19:00	確認 テスト	アセッサー認定 ・確認テスト	○		事務局
----	--------------------	-----------	--------------------------	---	--	-----

(5) e-learning 用問題集の作成と確認テスト

アセッサーが内部評価を行う際に e-learning で自己学習が行えるよう、内部評価のチェック項目を中心に、①穴埋め式、②正解の選択式（適切な選択肢の選択か不適切な選択肢の選択）、③はい・いいえ式の組み合わせによる 125 問の問題集を作成した。この問題集は e-learning として活用するとともに、アセッサー講習の際の確認テストとしても活用できるものである。(e-learning 問題集については、資料 2 参照)

トライアル アセッサー講習においては、125 問の中から、設問が偏らないよう注意しながら 25 問を選び、確認テストとして活用したところ（図表 4-9）、最高が 100 点、最低が 80 点で、1 回の確認テストで全員が合格している。

図表 4-9 トライアル アセッサー講習の確認テスト

番号	問	回答 (正しいものに○を。()については当てはまる言葉を記入)	正答
1	(入浴介助) 衣類を選択する場合、参考にする事項でもっとも適切なものはどれですか。	1. 周囲の利用者の衣類との調和 2. 洗濯のしやすさ 3. 体調や気候	3
2	(入浴介助) 簡易リフト等、入浴機器を用いて入浴した場合、転倒に注意すれば安全に入浴できます。	1. はい 2. いいえ	2
3	(食事介助) 利用者に必ず食事をしてもらうため、少し目覚めが悪かったり、意識がはっきりしていても構いません。	1. はい 2. いいえ	2
4	(食事介助) 自力での摂食を促すための工夫として、適切でないものはどれですか。	1. 食器の置き方 2. 孤食 3. 自助具の用意	2
5	(食事介助) スポンジブラシやガーゼ等を用いた清拭では、利用者に不快感を与えないようにすばやく行います。	1. はい 2. いいえ	1
6	(排泄介助) 排泄介助は日常的に行うことなので、朝に説明したり、利用者の同意を得るようにすれば、その後は必要はありません。	1. はい 2. いいえ	2
7	(排泄介助) 排泄時刻、排泄物の量・性状の異常については、引継ぎ時に、口頭で担当の介護職に伝えるようにします。	1. はい 2. いいえ	2
8	(移乗・移動・体位変換) 無理のない起居の介助を行う場合、もっとも適切な方法はどれですか。	1. テコの原理を使う 2. 振り子の原理を使う 3. バネの原理を使う	1
9	(移乗・移動・体位変換) 移乗しやすい姿勢として、ボディメカニクスでの「重心を近づける」ようにケアを行います。適切でない姿勢はどれですか。	1. 利用者の膝折れを防ぐ 2. 利用者に介護者の肩に手をまわしてもらう 3. 利用者の体と密着させる	1
10	(移乗・移動・体位変換) なるべく速く歩けるようになるため、利用者のペースより少し早いペースで介助・誘導を行います。	1. はい 2. いいえ	2
11	(移乗・移動・体位変換) ベッドの下の方にずり落ちた場合などに発生する「摩擦」や「ずれ」が起す問題として、もっとも適切なものはどれですか。	1. 褥瘡 2. 不眠 3. 食欲不振	1
12	(状況の変化に応じた対応) 咳は、人間の身体に細菌などの異物が入り込まないように、排出しようとするはたらきのことです。	1. はい 2. いいえ	1
13	(認知症の方がいつもと違う行動を行った場合の対応) なぜそのような行動をしたかを確認する際、もっとも適切でない対象はどれですか。	1. 同室の利用者 2. 直前の面会者 3. 複数の職員	1
14	(利用者・家族とのコミュニケーション) 苦情や相談の内容が自分に対応できないと思っても、担当者として、自力で解決を図るよう努めます。	1. はい 2. いいえ	2
15	(利用者特性に応じたコミュニケーションができる) 利用者や家族の意向を確認する方法で、もっとも適切でないものはどれですか。	1. 年数回の聴き取り 2. 3年に1回程度のアンケート 3. 日頃の傾聴	2
16	(利用者特性に応じたコミュニケーションができる) チームでケアを継続的に実践する場合の情報として必ずしも必要でないものはどれですか。	1. 医師の診察結果 2. 利用者の訴え 3. 実施した援助の結果	1
17	(利用者特性に応じたコミュニケーションができる) 個別介護計画に関する利用者・家族への満足度や意向の確認は、作成時だけでなく、実施後も再度把握します。	1. はい 2. いいえ	1
18	(感染症対策・衛生管理) 感染症を疑われる利用者や罹患した利用者に対応する場合でも、汚染したリネンの交換にはマスクは不要です。	1. はい 2. いいえ	2
19	(事故発生防止) ケアを実施し、「事故には至らなかったがヒヤッとしたこと」「ハッとした気づき」はあっても、利用者の実害がなければ記録には残さないようにします。	1. はい 2. いいえ	2
20	(身体拘束廃止) 緊急やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合は、現場の判断で実施してもかまわまい。	1. はい 2. いいえ	2
21	(終末期ケア) 終末期に利用者に取りうる症状について把握し、その場合の対応を確認していますか。	1. はい 2. いいえ	1
22	(地域包括ケアシステム) 地域包括ケアの仕組みにおいて、地域内で活用する社会資源としてもっとも適切なものはどれですか。	1. 地域ケア会議 2. 町内会 3. 商店街	1
23	(リーダーシップ) 期首のスタッフの目標設定に関して、もっとも適切でないものはどれですか。	1. スタッフとの期首面談で、スタッフと上司の期待値を話し合ってから調整した後、目標を設定した。 2. スタッフとの期首面談で、上司から部門目標に沿った目標を指示し、納得してもらった。 3. 期首面談の時間が十分取れなかったため、事前に文書で組織側が期待する目標を提示した後、スタッフの意見を聞きながら目標を設定した。	2
24	(キャリア段位制度について) キャリア段位制度により職員が受ける変化として、もっとも適切でないものはどれですか。	1. 休日が取得しやすくなる 2. やりがいや処遇の改善につながる 3. 転職の際のデメリットが軽減される	1
25	(キャリア段位制度について) 評価を行う人は () と呼ばれます。		※1

※1 アセッサー

(6) トライアル アセッサー講習(1日研修) の評価

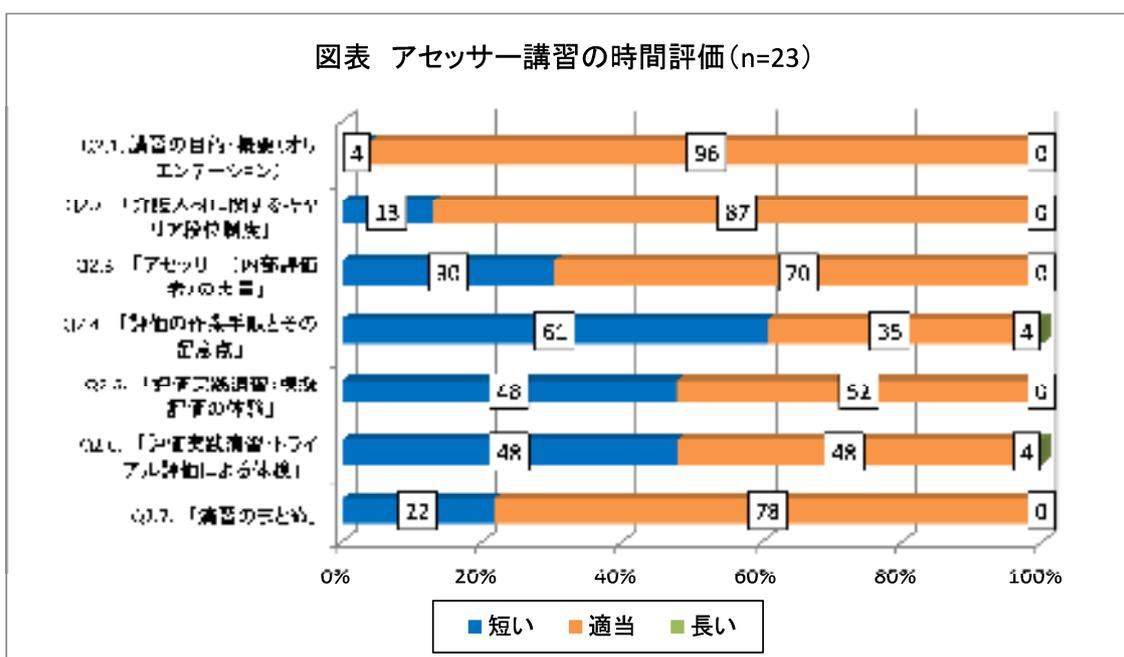
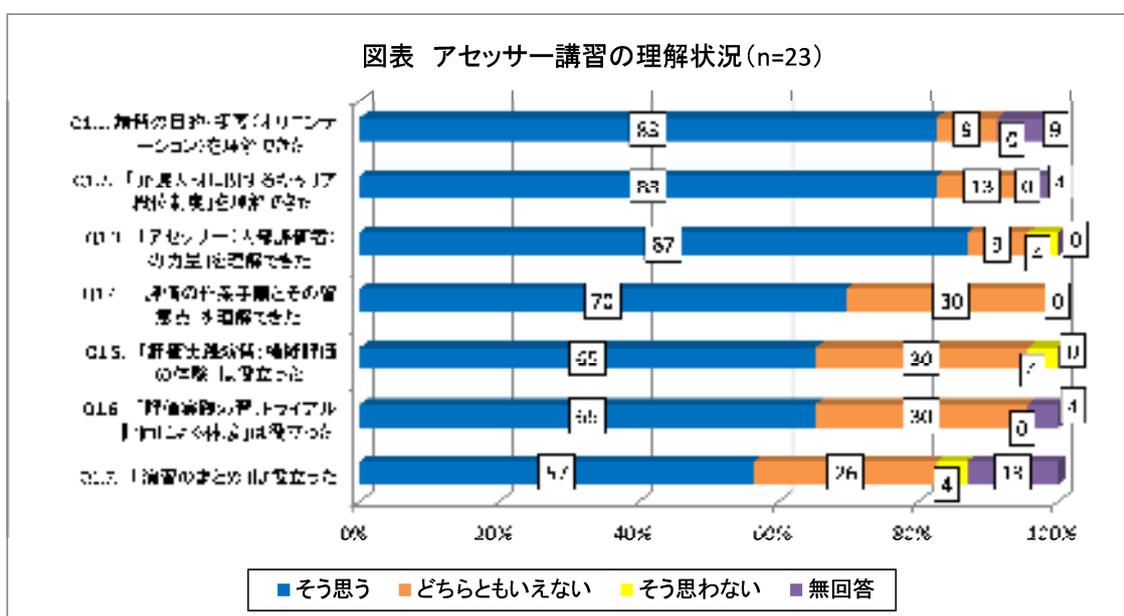
トライアル アセッサー講習において、講習の内容及び時間について、アンケート調査を行った結果は以下の通りである。

① アセッサー講習の理解状況等

プログラムの中で、アセッサーの理解が高かったのは「アセッサー(内部評価者)の力量」「講習の目的・概要」「介護人材に関する」で8割以上が、「評価の作業手順と留意点」については7割が理解できたとしており、「評価実践演習」及び「演習のまとめ」については、6割前後が役立ったと回答している(図表4-10)。

トライアル アセッサー講習の各プログラムの時間については、「評価の作業手順と留意点」及び「評価実践演習」においては半数程度またはそれ以上が短いと感じていた。

図表 4-10 トライアル アセッサー講習 アンケート結果



② 自由意見

自由意見を見ると（図表 4-11）、1 日研修（休憩・昼食を入れ 8 時間）では短く、2 日間を期待する意見や評価がブレてしまうことへの不安を感じている意見が目立つ。トライアル アセッサー講習は、第 9 回介護プロフェッショナルワーキング・グループでの検討内容を踏まえ 2 回開催を 1 回で実施したが、半日を 2 回実施した場合でも、時間の不足感が出てくると思われる。アセッサー講習の必要な時間については、本格実施におけるアセッサー講習の評価を待つことになるが、アセッサーが評価基準を十分理解し、適切な評価を行うことが「介護プロフェッショナル キャリア段位制度」の要となることから、今後は適切な研修時間についてさらに検討が必要になると思われる。

図表 4-11 トライアル アセッサー講習 アンケート結果② 自由意見

アセッサー講習のプログラムについての意見	
時間	全体的に時間不足
	もっとほしいにしてほしい。
	2 日間が妥当かと思う。
	もう少し全体的に時間があるとよかった。
	もう少し時間をかけて行う必要があると思います。(2 日でも短いと思う)
	プログラムの時間がきついため、説明不足なところがある気がする。(5) (DVD 評価実践演習)の部分は多くとった方がよい。
	頭がいっぱいになりました。今後は 2 日間とのことですので、もう少し理解が深められそうです。
	一日があつという間のとても濃い内容だったと思います。2 日必要との事、納得です。
	今日は 1 日にされましたが、2 日に分かれているとよいと思いました。
	もっとゆつくりと講習を受けられる時間があると良いと思います。
本番では、2 日間という事で比較的じっくり行えるのではないかとと思います。今回は、1 日のみという事で少し大変でした。	
もっと詳しく聞きたかった点	
評価基準	迷う判断の部分のすり合わせ。判断基準や判断の基本的な考え方を明確に教えてほしい。
	評価の基準について
	すりあわせの時間がもう少しほしいです。
	評価の留意点
評価実践演習	評価実践演習をもっとやってみてほしいです。
評価手順・スケジュール	評価方法について(流れ)
	資料はありましたが、今後のスケジュール等についてお聞きしたかった。
教材について	
補助教材 DVD	模擬評価のビデオは、もう少し判断しやすいケア、声かけがあると、実際の評価の場面の想定や練習になる、と感じました。
講師について	
講師	説明が早すぎて判りづらかった。
	1 日の講習で盛りだくさんの内容でしたが、とてもわかりやすかったです。
内部評価を行うにあたって疑問や不安を感じていること	
評価のブレ	現場ごとの評価の差は、かなりあると思う。
	評価軸がブレないようにすることがちょっと心配ですが…。
	判断基準の捉え方が今日のようにバラバラだと評価が難しい。
	被評価者に対して平等に行えるのだろうか。
	いつも接している被評価者に対して、特別感が出てしまう。
	アセッサーの力量が問われると思うので、不安を感じます。
	利用者の本人意向の確認ができない場合、施設の方針によって実施していない場合は(C)、(-)になる。その場合の評価。
	細かい部分の疑問点を言い出すとつきがなく、その場に応じた判断で良いとなると、アセッサーの判断で差が出てしまう。
	アセッサーの力量によって、評価基準が左右されてしまう事は不安である。アセッサー自身の力量チェックも定期的に行う必要がある。
	客観的視点で評価できるかどうか…。「人柄は不問」という認知症ケアは技術では補えない安心感を与える振るまいが必要と思うので。
評価場面の確保	今から評価しますという前提で、評価場面全てで作るのか…作れるのか…
	被評価者と連絡をとりあい、その場面をみて評価というのは現実難しいと思う。直属の部下の普段の様子を勘案する評価に変えてはどうか？
評価時間の確保	実施期間や日程と業務の中で行うにはつらいものがある。事業所の理解はあるが、現実的にきびしい。
	実際に自分が業務に入りながら、他者の評価をする時間の確保が厳しい…。
	事業所属性により、評価のやりにくさがあり、訪問介護の結果がどうなるか、段位を取得していただける項目をチェックできるか、未知数である。
OJT の活用	職員にとってモチベーションがあがるよう取り組みを行う必要があると思います。
	施設での OJT に取り入れることはできるが、それだけでは不足かな。
	本当に介護職員のスキルになるのか？不安。
その他	ご利用者の尊厳の保持についての配慮が全く感じられないのが、これでの心配です。

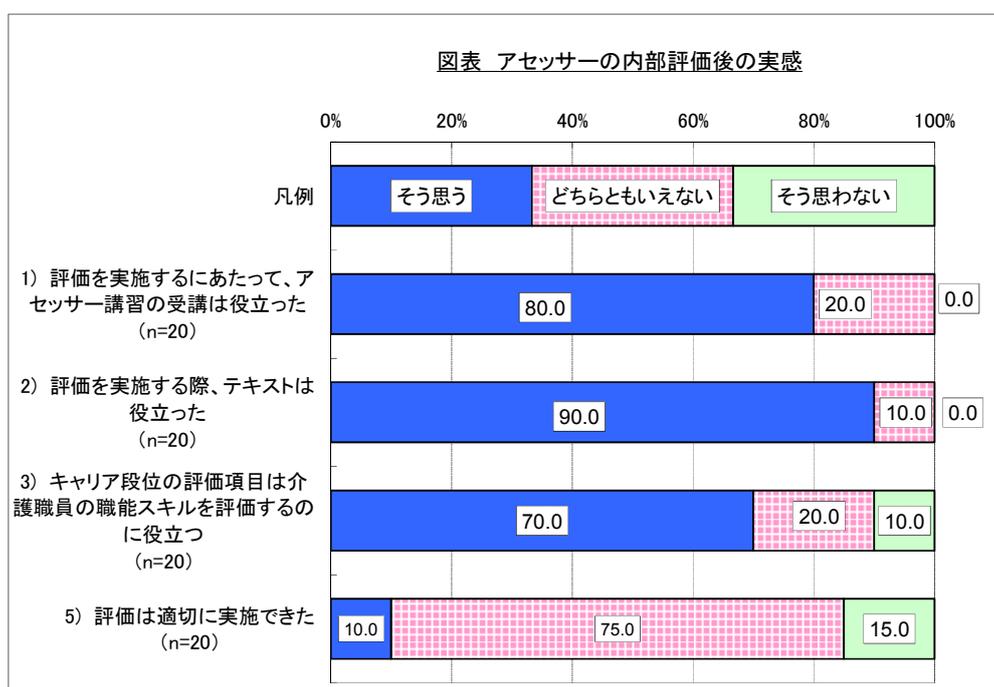
(7) アセッサーの内部評価後のアンケート結果

アセッサーに、平成 24 年度から本格実施される介護プロフェッショナル キャリア段位制度のアセッサー内部評価票を使い、実際に評価を行ってもらった後のアンケート結果は以下のとおりである。

実感としては、「アセッサー講習テキスト（案）」や「トライアル アセッサー講習」は役に立ったと感じた人は多かった。また、介護プロフェッショナル キャリア段位制度の評価項目についても、7 割が「介護職員の職能スキルを評価するのに役立つ」と感じていた。

その一方で、「評価が適切にできた」という人は 1 割と少なく、アセッサーが適切に評価できているかどうかを（自己）評価できる仕組みが必要になると思われる。

図表 4-12 アセッサーの内部評価後のアンケート



5.まとめ（介護プロフェッショナル キャリア段位制度推進における課題）

（1）平成 23 年度実証事業データの再分析

①職員の属性別にみた業務内容の比較および評価項目の検討から

平成 23 年度の介護プロフェッショナル キャリア段位制度の実証事業において得られたデータから、介護を受ける利用者の状態像やサービスを提供した介護者の属性によって評価の内容が異なるかについて通過率と未実施率で分析を行った。

項目の妥当性については、項目によって通過率の違いは見られたが、通過率 80%のチェック項目が最も多く、評価項目の妥当性について確認することができた。平成 24 年度に実施している介護プロフェッショナル キャリア段位制度においては、実証事業で 228 あったチェック項目を 148 項目に絞り込んでいるが、発生率が低い、実施していないチェック項目等については、今後も妥当性を検証していくことが必要である。

施設別では、入所サービスと在宅サービスで差が見られ、在宅サービスにおいては、しっかりとした基本技術の研修が望まれる。

レベルについては、実証事業においてはあくまで仮想的なレベル（＝レベル感）であり、今後は段位の付与を通し、どのようなスキルがあればどのようなレベルと位置づけられるか、レベル間によるスキルの差が明確になることが望ましい。

資格については、介護福祉士や実務経験が短い職員は通過率が低い項目の割合が高いこと、レベルが高いチェック項目においても未実施率が高い項目も散見されたことなど、それぞれのレベルに応じた教育、訓練が必要になるとと思われる。

②アセッサーの属性による検者間信頼性の検討から

分析するにあたって、平成 23 年度の介護プロフェッショナル キャリア段位制度の実証事業のデータをクリーニングし、すべてのチェック項目に回答しており、かつアセッサー、被評価者、利用者が一致している解析可能なデータを作成した。その中から、さらに検者間評価（二人のアセッサーが一人の被評価者を別々に評価）を行っているデータ、59 サンプルで分析を行っている。

二人のアセッサーが「できる」と評価した比率を一致通過率とすると、一致通過率が高かった項目は「プライバシーの配慮」「おむつパッドの尿漏れがしない位置に装着していた」「覚醒状態を確認していた」等の項目で、異なるアセッサーで評価した場合においても一致しやすい項目と言える。通過一致率と共にやっていない割合の関連性を見ると負の相関がみられたが、このことは異なるアセッサーが評価しても「できる」と評価される項目群と出現しにくく評価対象になりにくい項目群と、性質の異なる項目が含まれていることを意味している。

一方、「A：できる」と「C：できない」の不一致を見ると、基本介護技術では「禁忌食の確認」、「意欲が湧くような声かけを行ったか」、「利用者が食べたいものを聞きながら介護したか」等評価者の判断が求められる項目であり、そのため評価者によって評価の視点が異なりやすい内容が含まれている。利用者視点では、「気道確保」や「報告すべき者に対し第一報を入れているか」等の項目で評価が割れやすいということが分かった。

不一致は発生しているものの、「A：できる」と「C：できない」の不一致率が高い項目でも 10%程度でそれほど高い比率ではなかったものの、一致しない項目が発生するということは、評価基準や研修の方法を検討する際に重要な情報と言える。

なお、不一致率については、一人のアセッサーは複数回現認して判断し、もう一方は 1 度だけで判断していることが要因となっている可能性もあり、評価の仕方について留意する必要がある。

分析の結果、チェック項目には性質の違う項目が含まれていること、二人のアセッサーが共に

やっていないと判定する介護現場では発生しにくい介護技術が含まれていることが示唆された。また「A：できる」「C：できない」と反対の評価をされた介護技術については、評価が異なりやすい性質があるため、教材開発や研修において十分留意する必要がある。

(2) アセッサー講習のあり方の検討＝アセッサー講習テキスト作成上の留意点＝から

①評価項目の詳解について

なぜその項目が必要か項目の定義づけを行い、チェック項目については、ダブルバーレル、トリプルバーレルになっているものがあるため、アセッサーが迷わずに評価ができるよう判断基準を記載している。解説においては、その介護者が行う介護の目的や根拠を理解し、実施してもらうことを念頭に記載している。

各中項目単位での留意点は以下の通り。

(入浴介助)

複合動作であり、ADL の中でも行為、静養、移動すべてが入っている項目。この介護ができることによって多くの部分が評価できる。

入浴は転倒、心筋梗塞、溺死など事故が多いため、浴室の室温、水温、お湯、脈拍の関係など、リスク管理が安全に行われているかを確認できるよう記載している。入浴行為は、時間を要したとしても利用者が自分でできるところは自分でやるよう促すこと（過剰介護の抑制・自立支援）を、また介護者はプライバシーに配慮しながら行っているかに視点をおき記載している。洗体については末梢から中枢へという大原則や意義を理解しているか、またそれに伴って浴槽に浸かるという日本特有の入浴方法による、片足立ちで転倒しないよう安全な方法で行なうことに視点をおいて記載している。

(食事介助)

嚥下障害がある場合、とろみ付けや禁忌食は行っている、利用者の状態像を把握していない場合もあるため、誤嚥等のリスク管理を踏まえているかを確認するよう記載している。

食事介助は見よう見まねではなく、具体的にどこをどういうふうにつけてやらなければいけないかという事がわかるよう記載している。

(排泄介助)

慣れによってリスクが発生しないよう、座位、ポータブルトイレ、トイレに座ったときの足がきちんとついてるか等について具体的に記載している。

(移乗・移動・体位変換)

トライアル アセッサー講習でも車椅子のメンテナンスをやっていないという事業所・施設が多かったが、寝返りを打てるような利用者については、ベッドから車いすに移す時に車椅子が後方にずれて転倒させてしまったり、転倒による軽微骨折などの報告がみられることから、安全性を考え普段確認してなかったとしても評価基準としては確認すべきとした。

(介護過程の展開)

介護サービス計画の中には、介護計画、医療計画、リハビリテーション計画があるが、介護サービス計画の理解が不十分であること、介護サービス計画と介護過程の混同や介護過程とケアプランの混同がみられることに留意して記載を行った。

また介護過程ではケアマネージャーが立案したものを行えばいいという意識を排除し、日々の介護ができているかどうかを自身で評価するためにも個別介護計画を立案することが重要であり、個別介護計画を立案・実行する上で、ケアプランを理解しているか、利用者に介護の内容を伝えられるか、共同作業ができるか、を把握できるよう記載した。

(感染症対策・衛生管理)

感染とはどういうものか、感染は一定の条件がなければ起きないという感染の発生状況について解説し、介護者が感染の媒介にならないよう、普段、実践しているうがいや手洗いが感染防止に有効であることを記載した。

(事故発生防止)

介護の現場でよく起こるヒヤリとしたりハッとしたということが、事故発生の予防につながるということを解説では取り上げている。

事故報告は、実際にどのようにすべきかについて、5W1Hに基づいて事故の発生から再発予防策までを事業所内で情報を共有することが重要であることを踏まえ、解説ではインシデント、ヒヤリハット、アクシデント、そしてインフォームドコンセントと、単なる状況報告ではなく、それぞれが起こったときには説明と同意が必要であり、それが専門職としての自覚と責任だということを記載した。

(身体拘束)

身体拘束については縛ることだけではなく、何が問題か、また身体拘束の代替策として何かがあるかについて記載した。身体拘束は高齢者虐待等にも直結する内容のため、緊急でやむを得ず行わなければいけない場合に限りということを解説で強調し、切迫性、非代替性、一時性の3要件が揃わなければ指定基準違反であることを記載している。

(終末期ケア)

終末期ケアは介護と同義語ではないとして、終末期介護の基本視点について解説に記載し、特に尊厳について強調して記載している。終末期にアプローチする連携職種—保険、医療、福祉の関係者だけでなく、宗教関係も含め専門領域としてやることが重要であり、客観的に伝える記録が重要であることを記載した。

(地域包括ケアシステム)

今は行っていないくても、今後、行ってもらいた項目である。

地域連携活動能力評価尺度の下位項目として情報共有、業務協力、関係職種の交流、管理業務の4評価尺度があるが、地域包括ケアシステムで求められる能力を磨いてもらうためにも、どの能力が低いかを自身で把握できるよう項目に入れてある。介護職、特に施設の職員は、地域との連携について自身の役割ととらえていないが、今後は求められるようになるため、その際、行ってもらった項目として入れている。

②OJTについて

もともとキャリア段位制度は、OJTを中心に実務で評価するが、評価基準を作るときには評価基準優先でOJTは後回しになる。他の業種では、課業分析を行い、その結果を踏まえ課業ごとの水準、すなわち専門知識、技能・技術をOJTで教えるためのバックデータを持っているが、介護はいろんな機関が存在し、その機関ごとに課業分析を行っており統一されていなかった。それが今回の評価基準を通し統一され、OJTのツール自体も標準化できるよう整理を行っている。

③アセッサー講習のあり方について

現在、実施している平成24年度介護プロフェッショナルキャリア段位制度のアセッサー講習において、参加者のうち85%がこの段位制度は能力開発、スキルアップのためのツールとして有意義であり活用できると回答しており、またOJTについても84%が有意義だと回答している。

キャリアパスについては制度や政策主導でようやく取り組み始めたというのが現状であり、現場では中堅リーダーの役割等教育プログラムが未整備の状態であった。そのため、リーダーとは何をなすべきか理解できておらず、職員自身、将来像を描けない状況におかれていたといえる。

その意味で、今回の介護プロフェッショナル キャリア段位制度の取り組みとそのために整備されるテキストはリーダーの役割についても触れており、アセッサーの要件を含め、ようやく何をしなくてはならないかが明らかになった。

トライアル アセッサー講習や平成 24 年度の介護プロフェッショナル キャリア段位制度のアセッサー講習の参加者からは、「自分たちがやっているつもりでいたけれども、実はやれてないことがわかった。」という声を聴いたが、介護プロフェッショナル キャリア段位制度は、何ができているか/できていないかということ、技術面において客観的に評価できるツールとして有効であり、今後も、アセッサー講習の内容やテキストを、データの分析や現場の声を参考にしながらより充実させていくことが望ましいといえる。

なお、外部評価を行いキャリア段位が認定されることになるが、外部評価においては記録がなければ評価ができないことから、アセッサー講習においても、記録の重要性に関する項目を充実させることが必要と思われる。福祉の現場では、医療の現場ほど記録をすることを重要視してこなかったため、今後は、記録の仕方についても、教育・研修が必要になる。

資料

資料 1. アセッサー講習 テキスト (案)

資料 2. e-learning 用問題集

平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

**利用者の状態像に応じた介護職における技術評価のレベル分類
に関する調査研究事業**

平成 25 年 3 月 発行

株式会社 日本能率協会総合研究所

〒105-0011 東京都港区芝公園三丁目 1 番地 22 号 TEL03 (3578) 7616 FAX03(3578)7614
